

兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見

第二階段審查會議-衛生福利部主辦點次

議 程

時間：112 年 8 月 11 日（星期五）下午 2 時

地點：臺鐵大樓第 1 會議室

壹、主席致詞

貳、業務單位報告

一、有關落實兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見之行動回應表，秘書單位業於第一階段廣泛徵集各界書面意見，並彙整各主辦機關修正之行動回應表（第 2 稿），併同徵集意見之回應說明，於 112 年 6 月底公告於 CRC 資訊網，並送行政院人權及轉型正義處進行檢視及提供建議。

二、第二階段採審查會議方式，行政院人權及轉型正義處擇定本部就主辦點次召開 1 場次審查會議，並邀請行政院兒童及少年福利與權益推動小組民間委員、衛生福利部兒童及少年福利與權益推動小組民間委員、相關民間團體及監察院國家人權委員會參與。本次會議分配審查共 7 項行動回應表（第 2 稿），會議資料公告於 CRC 資訊網（<https://crc.sfaa.gov.tw>；路徑：國家報告及審查/第二次國家報告/結論性意見），會議將依序逐項討論，每項討論時間以「20 分鐘」為原則。

三、會議發言注意事項

（一）發言時請務必先說明代表單位或個人姓名，以利記錄。

(二) 每人每次發言時間最多 3 分鐘 (2 分鐘按鈴 1 次提醒，時間到按鈴 2 次)，為利議事效率，時間到請停止發言。

(三) 若無其他人發言時，方可再度請求發言，發言時請把握時間。

四、依會議決議修正之行動回應表請於 112 年 9 月 23 日前以電子郵件寄送至聯絡人電子信箱 (sfaa0492@sfaa.gov.tw)。

參、討論事項

案由：有關「兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見行動回應表」第 26 點、第 36 點、第 37 至 40 點、第 41 點、第 43 點、第 44 點及第 46 點，主(協)辦機關及依民團意見新增之回應機關如下表。針對第 2 稿內容提請討論。

討論時間	點次	議題	主辦機關 (協辦機關)	依民團意見 新增之回應 機關
2:10-2:30 (20 分鐘)	CRC 26	被收養人尋親 支持	衛福部 【社家署】	—
2:30-2:50 (20 分鐘)	CRC 36	替代性照顧之 身心障礙兒少 家庭支持	衛福部 【社家署】	勞動部
2:50-3:10 (20 分鐘)	CRC 37 至 40	替代性照顧服 務資源、品質 及安置必要性 之評估	衛福部 【社家署、 (保護司)】	—

討論時間	點次	議題	主辦機關 (協辦機關)	依民團意見 新增之回應 機關
3:10-3:30 (20 分鐘)	CRC 41	替代性照顧服 務成效評估、 轉銜及少年自 立生活服務	衛福部 【社家署、 (保護司)】	—
3:30-3:50 (20 分鐘)	CRC 43	收養支持	衛福部 【社家署】	—
3:50-4:10 (20 分鐘)	CRC 44			
4:10-4:30 (20 分鐘)	CRC 46	醫療同意權	衛福部 【醫事司、 (心健司)】	衛福部 【健康署】

決議：

肆、臨時動議

伍、散會

落實兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見之行動回應表（第 2 稿）

第二階段審查會議-衛生福利部主辦點次 會議資料

目錄

四、公民權與自由.....	3
第 26 點：衛生福利部（社家署）.....	3
六、家庭環境與替代性照顧.....	4
第 36 點：衛生福利部（社家署）/勞動部.....	4
第 37-40 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）.....	6
第 41 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）.....	10
第 43 點：衛生福利部（社家署）.....	12
第 44 點：衛生福利部（社家署）.....	13
八、基本健康與福利.....	15
第 46 點：衛生福利部（醫事司）/衛生福利部（心健司）.....	15

填表說明

- 一、主辦機關(協辦機關)：主辦機關就權責事項協調、彙整相關協辦機關之意見者，於表格填列時，請以括弧加註協辦機關名稱。
- 二、背景/問題分析：說明結論性意見國際專家建議之背景、理由，並就國內兒權現況及問題進行分析。
- 三、行動：指為改進該點次結論性意見所提人權缺失或落實該結論性意見之建議或擬達成之目標，而研擬訂定或採取之計畫/措施等作為；主辦機關依各該點次或議題所欲達成之目標，分短、中、長程擬具相關行動。
- 四、關鍵績效指標：指依各該計畫/措施執行後，欲達到之兒權指標目標值，以評鑑計畫/措施之實施成效。
- 五、時程：
 - (1) 短期：1年內(至112年底)可達到關鍵績效指標目標值者。
 - (2) 中期：2年內(至113年底)可達到關鍵績效指標目標值者。
 - (3) 長期：於下次國家報告前(至115年10月底前)，可達成關鍵績效指標目標值者。
- 六、管考情形：分為繼續追蹤、自行追蹤、解除追蹤
 - (1) 繼續追蹤：係指尚未達到關鍵績效指標目標值，應定期回報秘書單位追蹤管考該點次之相關辦理情形者。
 - (2) 自行追蹤：係指已達到關鍵績效指標目標值，且依其性質為應持續辦理而列入例行性業務予以推動，毋庸回報秘書單位追蹤管考該點次之辦理情形者。
 - (3) 解除追蹤：係指已達到關鍵績效指標目標值，毋庸回報秘書單位追蹤管考該點次之辦理情形者。
- 七、備註：
 - (1) 所列行動與「國家人權行動計畫」(NAP)之行動相同者，請填具NAP行動之編號，例如「同NAP編號○」。
 - (2) 所列行動與其他公約結論性意見第○點之行動相同者，請填具其他公約簡稱及該結論性意見之點次，例如「同兩公約第○點」、「同CRPD第○點、第○點」。

四、公民權與自由

第 26 點：衛生福利部（社家署）

第 26 點						
委員會體認到兒童及少年收養資訊中心的任務，對於確定或重新確定被收養者的身分至關重要，敦促政府配置在地化的資源及程序，確保申請人，特別是被收養者，在尋求資訊的過程中，接受所有必要及適當的協助與諮詢。						
主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利 部社家署	<p>一、衛生福利部依據《兒少法》第21條之1規定已於2005年設置「兒童及少年收養資訊中心(下稱收養資訊中心)」保存收養資訊與協助民眾尋親。為精進服務，2018年建置「兒童及少年服務個案管理暨媒合資訊系統」由地方政府及收出養媒合服務機構登錄建檔，以掌握與透過數位化保存收出養個案資料，並介接司法院審判資訊系統之兒少收養事件裁判書，以便於查調及追蹤輔導。</p> <p>二、現行收養資訊中心提供尋親服務，接受民眾主動申請或由地方政府與收出養媒合服務機構轉介，必要時可由本部函請戶政、警政及縣市政府協助，另依當事人需求，提供心理、醫療、法律等諮詢或轉介服務。截至2022年底已保存7萬5,041筆資料，提供尋親與資料查詢481件。近三年本部提供被收養人尋親服務相關的諮詢及轉介服務每年約達140人次。</p>	<p>持續提供被收養人尋親時所需心理、醫療、法律等諮詢或轉介服務。</p>	<p>每年提供被收養人尋親時所需心理、醫療、法律等諮詢或轉介服務達150人次。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>短期 <input type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>長期</p>	<p><input type="checkbox"/>繼續 <input checked="" type="checkbox"/>自行 <input type="checkbox"/>解除</p>	

六、家庭環境與替代性照顧

第 36 點：衛生福利部（社家署）/ 勞動部

第 36 點						
委員會讚賞政府所提出的兒少替代性照顧政策，這份政策中所發現的問題、解決策略及目標都很重要。委員會格外欣見政策的重點有放在預防替代性照顧所需要的資源上。委員會建議應特別關注身心障礙兒少的家庭，使其能給予身心障礙兒少適當的照顧，包括促成及協助這些父母（監護人）的自助團體，必要時，應提供喘息服務。						
主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利 部社家署	一、依據內政部及衛生福利部統計，2022 年 9 月止未滿 6 歲兒童計 102 萬 673 人，其中屬身心障礙者計 9,231 人。身心障礙兒童所占比率雖不高，惟父母(監護人)需運用不同之技巧、工具、資源，始得讓兒童獲得適當照顧。	一、提供身心障礙家庭育兒指導服務。	身心障礙家庭占「育兒指導服務方案」總服務家庭戶數達 15%。	<input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input checked="" type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	二、衛生福利部為提升父母或主要照顧者之親職及技巧，以使兒少獲得適當照顧，自 2019 年起推動「育兒指導服務方案」，依家庭問題與需求，提供育有 6 歲以下兒童且有需求之家庭育兒諮詢、到宅育兒指導等服務，並優先服務脆弱家庭、身心障礙家庭、新手父母家庭、未滿 20 歲父或母。近三年每年提供約 3,500 戶家庭服務，其中兒童或主要照顧者具身心障礙身分之身心障礙家庭約 500 戶(占服務總家庭戶數 14%)。	二、提供育有身心障礙兒少之家庭臨時及短期照顧服務。	每年身心障礙兒少家庭接受臨時及短期照顧服務人數達 450 人。	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	三、基此，育有身心障礙兒少之家庭可連結前開服務，由育兒指導員到宅提供指導，以增進父母(監護人)知能，讓身心障礙兒少獲得適當照顧。 四、另未滿 18 歲身心障礙兒少家庭服務，可依《身心障礙者權益保障法》第 51 條規定，直轄市、縣(市)主管機關應依需求評估結果提供身心障礙者家庭臨時及短期照顧、照顧者支持、照顧者訓練及研習、家庭關懷訪視及	三、推動自助團體成立。	每年至少增加辦理 4 場次自助團體。	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

	<p>服務等服務措施，未限制障礙類別、障礙程度及年齡，協助解決照顧問題，讓家庭照顧者獲得喘息，提昇家庭照顧者能力及其生活品質。2022 年身心障礙兒少家庭照顧者接受家庭關懷訪視約 300 人、接受臨短托服務有 454 人，其中以第一類、多重障礙類使用比率較高。身心障礙兒少家庭除依需求評估使用服務外，尚有長期照顧喘息服務可使用。</p> <p>五、部分提供服務之團體係由具有相同背景之身心障礙者家長共同成立，目前多為辦理紓壓活動、支持團體等，鼓勵地方政府規劃多元團體及培力服務補助，促成是類自助團體成立。</p>					
(勞動部)	<p>關於針對育有身心障礙兒少的就業者之職場合理調整，說明如下：</p> <p>一、家長於工作日若有身心障礙兒少照顧服務之需求時，得依《性別工作平等法》第 20 條請家庭照顧假，或依《勞動基準法第 38 條》請特別休假，或依《勞工請假規則》請事假以為運用，雇主應予准假，工資則依各該假別規定給薪。</p> <p>二、《勞動基準法》第 30 條第 8 項規定亦允許勞工與雇主協商調整每日出勤的工作時間，以滿足照顧家庭成員需求。</p>	<p>四、勞動部每年與地方勞工行政主管機關合作，共同辦理「勞動基準法令研習會」及「職場平權研習會」，針對育有身心障礙兒少的就業者之職場合理調整加強宣導，增進雇主及受僱者對相關法令之認知。</p>	<p>勞動部每年與各地方勞工行政主管機關合作，共同辦理「勞動基準法令研習會」及「職場平權研習會」，各至少 20 場次。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>短期 <input type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>長期</p>	<p><input type="checkbox"/>繼續 <input checked="" type="checkbox"/>自行 <input type="checkbox"/>解除</p>	

第 37-40 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）

第 37 點至第 40 點

第 37 點

委員會欣見政府已規劃將團體家庭納入法定的替代性照顧資源，因此，當住宿式照顧被視為兒少最佳利益時，能優先考量安置在團體家庭的照顧環境，而非大型的安置機構。委員會建議政府應配置適當的資源以執行這項目標。

第 38 點

政府的替代性照顧體系，尚待發展一個全面性去機構化的策略。委員會不僅關切占了大多數的私立安置機構，同時也注意到，機構評鑑結果顯示有些私立安置機構需要立即及實質性的改善。因此，委員會強烈建議：

- (1) 主管機關審核私立安置機構的設立許可時，應考量轄內是否有機構安置的需求，而且審核條件應更為嚴格；
- (2) 為預防兒少不必要的安置，可透過有效的把關措施，降低對私立安置機構的依賴，政府始能獨立且有效地經常及定期監督（聯合國兒童替代性照顧準則第 128 點），同時應確保機構能及時進行必要之改善。

第 39 點

委員會強烈敦促政府應確保私立住宿式照顧設施的品質，包括透過聘用及留任足夠數量的合格工作人員，且不因機構無法從政府以外的資源獲得適當的資金而受到影響，並建議應對私立照顧提供者（私立安置機構）的財務狀況予以深入的審查。

第 40 點

委員會從可靠的報告中注意到有相當數量的安置機構對兒少採取不適當的監視及管教措施，甚至可能過度限制兒少的隱私及日常生活。委員會強烈建議對此類報告進行調查，主管機關應要求其許可設立的私立安置機構系統性地遵守聯合國兒童替代照顧準則的相關規定，尤其是第 89、92、94 及 96 點規定。

主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利部社家署 (衛生福利部保護司)	一、為通盤了解我國兒少安置現況，社家署於 2019 年 6 月至 2021 年 2 月委託專家學者進行「家外安置需求推估及現行安置模式執行成效評估計畫」，成果報告公告於該署官網並函知各地方政府，請各地方政府依據研究報告所呈現之供需落差，積極佈建其所需之兒少安置資源。	一、積極布建家庭式照顧資源： (一) 透過安置業務聯繫會議(含親屬安置、寄養安置、機構安置等業務聯繫會議)，督導各地方政府應依轄內兒少安置需求布建適切照顧資源。	於 2023 年安置業務聯繫會議(含親屬安置、寄養安置、機構安置等業務聯繫會議)定期檢視各縣市盤點安置資源供需落差，倘縣市轄內安置機構空床數偏高，應嚴格審查新設機構之必要性，並鼓勵積極發展家庭式安置資源，降低於機構安置比率。	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

<p>二、社家署以前開研究分析結果為基礎，參照聯合國兒童權利公約及兒童替代性照顧準則之精神，研訂我國兒少替代性照顧政策，業於 2022 年 1 月公告。</p> <p>三、依據兒少替代性照顧政策所載資料，截至 2020 年 12 月 31 日尚在安置中兒少，5.02%安置於親屬家庭、32.6%安置於寄養家庭、1.05%安置於團體家庭、54.6%安置於兒少安置機構及 6.73%安置於其他單位，顯見我國安置兒少仍以安置於機構式照顧處所為多，兒少安置機構仍為重要安置資源，惟聯合國兒童權利公約揭示家庭為社會之基本團體，是兒童成長與福祉之自然環境，據此，社家署將積極發展家庭式照顧資源，並同步優化機構式照顧資源。</p> <p>四、然而，在安置兒少之問題與需求越趨複雜與多元的情況下，我國不論是家庭式或機構式安置服務現場均面臨困境與挑戰，包括：</p> <p>(一) 家庭式安置資源：親屬家庭照顧意願、能力與資源不足；寄養家庭老化、服務能量下降及招募困難；團體家庭定位不明致資源難以挹注等。</p>	<p>(二) 透過辦理親屬家庭支持服務等方式，增加兒少安置於親屬家庭之比率。</p>	2024 年增加至 9.02%。	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>(三) 透過放寬寄養家庭條件及辦理支持服務等方式，增加兒少安置於寄養家庭之比率。</p>	2024 年增加至 36.6%。	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>(四) 研修《兒少法》，將團體家庭納入法定安置資源。</p>	2024 年完成《兒少法》修正草案。	<input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input checked="" type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>(五) 建立輔導團隊並提供經費補助，協助各地方政府結合民間團體發展多元之團體家庭。</p>	2024 年團體家庭增加至 35 處。	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>二、確保兒少安置機構服務品質：</p> <p>(一) 透過輔導查核與機構評鑑制度，確保安置機構服務品質，檢視是否有侵害隱私權的監視及不當管教措施，查有缺失或損害安置兒少權益者，地方政府應予以輔導改善，倘屆期未改善者，依其情節嚴重程度，令其停業或廢止其許可。</p>	<p>一、每家安置機構每年完成至少 2 次輔導查核。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>二、2023 年完成安置機構每 3 年應辦理一次之評鑑。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>三、追蹤地方政府輔導查核與評鑑結果改善，倘屆期未改善者，依其情節嚴重程度，啟動退場機制。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input checked="" type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

<p>(二) 機構式安置資源：兒少安置機構因應勞基法致經營成本提高；照顧人員負荷重、流動率高及人力聘用不易等。</p> <p>五、為解決前開問題，並使安置兒少獲得妥適照顧，社家署將研修相關法規並積極爭取經費，補助各地方政府、民間團體及兒少安置機構，透過公私協力一方面鼓勵各地方政府積極布建家庭式安置資源，使安置兒少盡可能於接近家庭之環境生活，另一方面優化現有機構式安置資源之服務品質與專業，協助轉型以照顧特殊需求兒少。</p> <p>六、除精進與擴充兒少安置資源以外，在做成安置決定之前，也將透過一致性的評估機制，減少非必要的家外安置：</p> <p>(一) 兒少保護個案：推動兒少保護結構式決策評估工具(SDM)，督導兒少保護社工綜合評估兒少之保護因子及風險因子，周延全面評估兒少留在家中的安全性及家外安置的必要性。另訂定「兒少保護SDM評估工具教育訓練及協作平台實施計畫」，以督導各直轄市、縣(市)</p>	<p>(二) 強化地方政府管理輔導機構業務窗口及安置機構之專業知能，運用地評估小組，協助轄內安置機構，提升照顧專業及連結資源。</p>	<p>一、每年辦理兒少安置資源強化輔導團計畫及教育訓練，協助各地方政府增進跨專業在地評估小組之功能與角色。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>二、每年辦理兒少安置機構專業人員教育訓練。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>(三) 為健全機構財務機制，研擬「全國私立兒童及少年安置及教養機構會計處理一致性原則」，並定期辦理兒少安置機構財務查核。</p>	<p>一、2024年完成「全國私立兒童及少年安置及教養機構會計處理一致性原則」。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>二、2024年辦理兒少安置機構財務查核。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>(四) 透過安置業務聯繫會議及社會福利績效考核機制，逐步引導地方政府調增機構安置費。</p>	<p>2023年與各地方政府達成機構安置費用調增基準之共識，並追蹤其調增安置費情形。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
	<p>(五) 研議修正《兒童及少年福利機構設置標準》，使機構規模與人力配比，符合實務需求，並提高機構照顧人員之留任率。</p>	<p>一、2024年完成《兒童及少年福利機構設置標準》修正草案。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input checked="" type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>二、2024年兒少安置機構照顧人員留任比率達70%。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input checked="" type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

	<p>政府兒少保護相關工作人員使用評估工具之知能。</p> <p>(二) 非兒少保護個案：訂定「各直轄市、縣(市)政府受理兒童及少年委託安置作業流程」及「兒童及少年委託安置實務手冊」，協助工作人員了解安置個階段之調查評估重點及指標、團體決策目的及運作方式，使兒少獲得妥適之安置安排。</p>	<p>三、預防非必要之安置</p> <p>(一) 辦理 SDM 教育訓練及兒少委託安置實務教育訓練。</p>	<p>兒少保護及社福中心社工到職後 1 年內接受 SDM 初階教育訓練及兒少委託安置實務教育訓練完成率達 95%。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>(二) 非保護性個案經委託安置時，落實安置決策之團隊評估機制，確保兒少安置於最適處所。</p>	<p>每年依相關指引或流程，經團隊評估之安置兒少人數，占該年總安置兒少人數之 95% 以上。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

第 41 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）

第 41 點						
委員會鼓勵政府對現行的服務成效進行深度的評估，以達到：						
(1) 確保在家庭式及機構式替代性照顧中的兒少成功回到原生家庭的照顧中；						
(2) 協助離開安置系統卻無法返家者能轉銜至合適且安全的環境，包括在有督導及支持的環境下盡可能自立地生活。						
主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利 部社家署 (衛生福 利部保護 司)	<p>一、依據《CRC》第 9 條揭示兒童有不與父母分離之權利，為協助兒少返家適應、與原生家庭關係修復，《兒少法》第 62 條規定當家庭情況改善者，被安置兒少得返回其家庭，且同法第 23 條賦予各地方政府續予追蹤輔導並提供自立生活適應協助服務至少 1 年責任，以穩定兒少返家後之生活，避免再度安置。(社家署)</p> <p>二、為使兒少順利復歸家庭，衛生福利部制定「各直轄市、縣(市)政府受理兒童及少年委託安置作業流程」，賦予地方政府定期評估兒少安置情形、兒少處遇計畫執行情形責任，並明定聯繫及訪視頻率，以促進家庭功能提升與維繫親情；且透過團體決策機制，擬訂返家後追蹤輔導計畫，俾使兒少得以成功回到原生家庭照顧中。是類兒少倘屬脆弱家庭，尚會由社會福利服務中心結合家庭增能服務、兒少及家庭社區支持服務等方案，強化家庭照顧能力，協助兒少返家生活適應。(社家署)</p> <p>三、又本部為確保各地方政府辦理結束安置返家服務有一致指引與規範，制定「兒童及少年結束家外安置後續追蹤輔導與自立生活服務作業規定」，明定各服務階段工作項目及內容。並建置「全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統」，落實派案、服務流程管理、紀錄，以協助社工落實作業規定所訂服務項目與工作期程。另為利無法返家少年穩定就學、就業及生活，順利復歸社會，補助</p>	一、運用兒少社區服務方案提升脆弱家庭照顧功能，協助安置兒少重返原生家庭，並在社區中穩定成長。 (社家署)	<p>一、兒少社區服務方案數每年增加10%。</p> <p>二、協助結束安置兒少返家追蹤輔導至少1年後其能持續就學、就業達3個月以上或未就學、就業但能穩定生活之比率達75%。</p>	<p>■短期 □中期 □長期</p> <p>■短期 □中期 □長期</p>	<p>□繼續 ■自行 □解除</p> <p>□繼續 ■自行 □解除</p>	
		二、優化兒童及少年結束家外安置後續追蹤輔導與自立生活服務。(社家署)	每年辦理專業人員訓練或培力。	<p>■短期 □中期 □長期</p>	<p>□繼續 ■自行 □解除</p>	
		三、補助安置單位辦理自立生活準備服務方案，	2024年補助案件增加30%。	<p>■短期 □中期 □長期</p>	<p>□繼續 ■自行 □解除</p>	

	<p>各地方政府結合民間團體辦理「提升少年自立生活適應協助服務量能計畫」，提供少年生活費、租屋租金補助、教育費用、就業所需證照考試及參加訓練津貼等經濟補助，並鼓勵設置自立宿舍，配置專、兼職照顧人力及安全設備，使少年透過轉銜宿舍服務順利賦歸社會，並每年對工作人員辦理教育訓練或培力方案，以提升服務品質。截至 2022 年底止全國已設置 16 處自立宿舍、提供 98 個床位，2022 年計入住 102 人次，其中居住 3 個月以下者占 40.2%、3 個月至 6 個月者占 24.5%、7 個月至 12 個月者占 21.6%、1 年以上者占 13.7%，因少年入住期間短暫，流動率高，服務量能尚稱充足。(社家署)</p> <p>四、本部為評估地方政府前開服務執行成效，2021 年已透過社會福利績效考核瞭解個案結案情形。依據考核結果，約 7 成個案可成功返家或穩定自立生活。(社家署)</p> <p>五、為強化家外安置兒少之家庭重聚處遇工作，本部已於 2022 年 9 月訂頒保護案件作業程序，其中增訂安置及家庭重整的相關處理原則，以強化各地方政府積極由家庭參與、團隊決策模式、會面交往及漸進式返家、返家準備及早啟動等面向促使兒少及早返家。(保護司)</p> <p>六、為確保安置後返家兒少能於原生家庭中穩定生活，本部於保護案件作業程序中規定，安置後返家兒少應續予提供家庭維繫服務至少 1 年，且返家後 3 個月內，每月應訪視家庭及兒少至少 2 次，必要時應增加訪視次數。另參酌美國 2015 年至 2019 年兒少保護安置個案返家後 1 年內再被安置之比率為 6.9%-7.4%，我國 111 年保護安置個案返家後 1 年內再進入兒保體系之比率約為 7.6%，再被安置比率約為 4%。(保護司)</p>	<p>培力安置兒少自立能力。(社家署)</p> <p>四、落實安置個案家庭重整與維繫服務，並強化返家準備與評估，針對無法返家之安置個案，培育自立生活能力，並透過跨網絡合作支持其自立。(保護司、社家署)</p> <p>五、運用資訊系統定期檢核、評估地方政府親屬會面執行。(保護司)</p> <p>六、運用會議、實地訪視督導地方政府落實兒少返家評估決策及返家後家庭維繫服務。(保護司)</p>	<p>2024 年於 2 年內離開安置系統之兒少比率增加至 61.17%。</p> <p>落實兒少安置個案與親屬、重要他人會面或連繫，每月至少一次達成 90%。</p> <p>2024 年降低保護安置個案返家後 1 年內再進入兒保服務體系比率至 7%。</p>	<p><input type="checkbox"/>短期 <input checked="" type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>長期</p> <p><input type="checkbox"/>短期 <input type="checkbox"/>中期 <input checked="" type="checkbox"/>長期</p> <p><input type="checkbox"/>短期 <input type="checkbox"/>中期 <input checked="" type="checkbox"/>長期</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>繼續 <input type="checkbox"/>自行 <input type="checkbox"/>解除</p> <p><input type="checkbox"/>繼續 <input checked="" type="checkbox"/>自行 <input type="checkbox"/>解除</p> <p><input type="checkbox"/>繼續 <input checked="" type="checkbox"/>自行 <input type="checkbox"/>解除</p>	
--	---	--	--	--	--	--

第 43 點：衛生福利部（社家署）

第 43 點						
委員會瞭解，與許多其他國家一樣，國內都不太願意收養身心障礙兒少，因此許多身心障礙兒少都被國外收養。委員會相信，透過以家庭為基礎的照顧，使這些兒少能夠留在台灣，才符合他們的權利及最佳利益。委員會建議政府向收養身心障礙兒少者提供適當的物資、實際及其他形式的持續協助，包括推動養父母互助支持團體。						
主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利 部社家署	<p>一、據統計，2016 年至 2021 年 1,592 位出養兒少，僅 45 位 (2.83%) 有身心障礙狀況，身心障礙兒少出養比率低，其中跨國際收養計有 39 位(87%)，並無逐年增加之趨勢。兒少出養原因包括家庭施虐、未婚生子、意外懷孕、子女數過多、單親扶養困難等，非僅因身心障礙單一因素而出養。且按《民法》暨《兒少法》已載明出養前應進行出養必要性評估，並應以兒少最佳利益為之，顯見國家政府已有把關機制。</p> <p>二、為落實國內優先收養原則，衛生福利部持續強化收出養服務資訊系統功能，提升收出養媒合服務單位(下稱機構)跨機構收養媒合機會，並訂定「多元收養家庭及特殊需求兒少服務計畫」，計畫內容包含促進身心障礙等多元收養家庭融合、適應與支持服務、收養特殊需求兒少服務方案、其他創新收養家庭服務方案等，2021 年至 2023 年計補助 16 案，補助金額計新臺幣 139 萬 3,000 元整。已透過補助機制引導機構提供特殊需求兒少及收養家庭相關支持服務及推動收養家庭互助支持團體，透過辦理相關團體工作、課程、活動促進收養家庭認識與接納特殊需求兒少，或提供收養特殊需求兒少之家庭心理諮商、輔導、親職教育(指導)或連結喘息、早療等服務資源。</p>	<p>一、研修《兒少法》強化國家對於兒童及少年出養必要性之評估審查機制。</p>	<p>提出修正草案。</p>	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	同 CRPD 第 94 點 (C)
		<p>二、協助收養特殊需求兒少家庭自先行共同生活階段起連結或轉介醫療諮詢、心理諮商、輔導、親職教育、喘息或早期療育等服務資源。</p>	<p>每年提供收養特殊需求兒少家庭服務人數佔總收養兒少家庭服務人數 40%。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

第 44 點：衛生福利部（社家署）

第 44 點						
委員會關切到國內終止收養比率很高。雖然理解部分終止收養案件可用社會文化因素解釋，但委員會建議政府改進現行措施，並檢視其能減少這類問題的程度，尤其是選擇、準備、媒合及（或）收養後給予養父母的支持，以及確保在收養前後都聽取並適當考慮兒少的意見。						
主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利 部社家署	<p>一、依據內政部統計，未滿 18 歲終止收養人數自 2015 年起已降至每年 100 人以下，2022 年未滿 18 歲終止收養計 52 人，其所佔比率 5.9%，且近五年並無明顯增加趨勢。衛生福利部於 2016 年補助辦理「台灣未成年終止收養研究」，研究發現未成年終止收養人數逐年減少，大多數為近親或繼親收養，主因為離婚，次為照顧及教養議題。</p> <p>二、收養關乎兒童身分權益重大，法院、政府及公私立機構、團體處理未成年收養事件，均應以兒少最佳利益為優先考量。我國法院與機構審查收養人資格時，係整體綜合考量收養人之年齡、收養動機、身心狀況、人格特質、經濟能力、教養之態度及能力等，據以評估收養人之適任性。因此，收養人能發揮照顧、保護、教育及經濟等功能，即可滿足孩子成長與發展需求，自能維護及保障孩子權益。經專業評估適任，並依《家事事件法》第 108 條第 1 項規定，法院提供被收養兒少表達意願或陳述意見之機會，且經法院裁定認可始能完成收養。衛生福利部為促進司法及社政人員對於收出養議題瞭解，持續透過專業人員教育訓練，邀集收出養媒合服務機構、從事法院交查收養調查訪視之地方政府及民間團體、各地方法院法官及司法事務官等工作人員探討收出養議題，促進跨專業之交流及共識。故現行國家政府已有相當的把關機制，減少非必要的收養，並強化收出養審查。</p>	檢討現有收養家庭支持措施。	針對收養家庭提出支持性服務方案或計畫。	<input type="checkbox"/> 短期 <input checked="" type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續 <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

	<p>三、現行政府提供一般家庭之育兒福利措施，收養家庭與均一體適用。惟收養係藉由法律程序擬制之親子關係，養父母與兒少建立依附關係、協助兒少融入新家庭並不容易，育兒過程較一般家庭面臨更多挑戰。近年來順應學者與民間團體倡議，政府應可借鏡歐美國家作法，逐步檢討現行機制及措施給予收養家庭更多支持。</p>					
--	---	--	--	--	--	--

八、基本健康與福利

第 46 點：衛生福利部（醫事司）/衛生福利部（心健司）

第 46 點

委員會仍然關心，在兒少有能力同意接受醫療的情況下，仍需徵得其父母（監護人）的同意，例如當兒少尋求墮胎時。委員會建議政府考慮實施聯合國兒童權利委員會第 12 號一般性意見第 101 點的建議，透過立法確定一個將醫療同意權轉移給兒少的固定年齡。

主辦機關 (協辦機關)	背景/問題分析	行動	關鍵績效指標	時程	管考 建議	備註
衛生福利部 醫事司	<p>一、依據《醫療法》第 63 條及第 64 條病人知情同意相關規定，並未限制告知同意對象，依醫療法相關規範意旨，病人對於病情、醫療選項及可能成效與風險預後，有知情之權利，對於醫師提供之醫療選項有決定之權利，且病人具有優先之同意權，僅當行為能力或意思能力有所不足時，關係人方得介入。</p> <p>二、復依《病人自主權利法》第 4 條規定，病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人，不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。復依同法第 5 條規定，病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相</p>	<p>一、持續強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知。(醫事司)</p>	2023 年底前辦理相關宣導達 50 場以上。	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>二、啟動兒童醫療自主權國內外立法體例研究。(醫事司)</p>	將兒少醫療自主權納入 112 年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷之對策分析」研究計畫。	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	
		<p>三、加強實際提供心理諮商、治療服務之專業人員對兒少醫療同意權之認知。(心健司)</p>	2023 年底前針對提供心理諮商、治療服務之專業人員辦理相關教育訓練至少 4 場。	<input checked="" type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 長期	<input type="checkbox"/> 繼續 <input checked="" type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 解除	

	<p>關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。</p> <p>三、爰有關兒少對於病情的知情權及醫療同意權，已訂有相關規範。惟各界對於病人醫療自主權之認知尚需加強。另為提升未成年醫療自主權，本部將於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p>					
--	---	--	--	--	--	--

落實兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見之行動回應表（第1稿）

書面徵集意見之回應說明

第二階段審查會議-衛生福利部主辦點次 會議資料

目錄

四、公民權與自由	2
第 26 點：衛生福利部（社家署）	2
六、家庭環境與替代性照顧	3
第 36 點：衛生福利部（社家署）/勞動部	3
第 37-40 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）	5
第 41 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）	19
第 43 點：衛生福利部（社家署）	22
第 44 點：衛生福利部（社家署）	24
八、基本健康與福利	26
第 46 點：衛生福利部（醫事司）/衛生福利部（心健司）	26

四、公民權與自由

第 26 點：衛生福利部（社家署）

結論性意見

第 26 點

委員會體認到兒童及少年收養資訊中心的任務，對於確定或重新確定被收養者的身分至關重要，敦促政府配置在地化的資源及程序，確保申請人，特別是被收養者，在尋求資訊的過程中，接受所有必要及適當的協助與諮詢。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣兒童權利公約聯盟</p> <p>有關行動：應提供收養資訊中心充足之經費和人力以供尋親相關服務。被收養人所需之尋親支持服務，應含括國內被收養人尋親支持服務之補助，另建議成立國家級尋親服務專責單位，以利尋親服務之橫向聯繫。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>本項「部分參採」，且「已修正本點次行動回應表」，說明如下：</p> <p>(一)依據《兒少法》第 21 條及第 21 條之 1 已明定中央主管機關應保存收出養相關資訊檔案，並提供尋親服務。必要時可請求相關機關協助，各機關應予配合。爰本部委託設置兒童及少年資訊中心(下稱《該中心》)，每年依實際需求與前一年度執行情形編列經費推動辦理業務。</p> <p>(二)本部依前開規定設置該中心專責辦理尋親服務，並可橫向連結相關機關資源提供服務，現行運作機制已符合民間團體所提建議精神。</p> <p>(三)另現行有關被收養人所需之尋親支持服務不分國內或跨國收養案件，並酌修背景/問題分析。</p>

六、家庭環境與替代性照顧

第 36 點：衛生福利部（社家署）/勞動部

結論性意見

第 36 點

委員會讚賞政府所提出的兒少替代性照顧政策，這份政策中所發現的問題、解決策略及目標都很重要。委員會格外欣見政策的重點有放在預防替代性照顧所需要的資源上。委員會建議應特別關注身心障礙兒少的家庭，使其能給予身心障礙兒少適當的照顧，包括促成及協助這些父母（監護人）的自助團體，必要時，應提供喘息服務。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣兒童權利公約聯盟</p> <p>有關背景/問題分析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身障兒少應為未滿 18 歲之兒少，人數統計數據應納入 7-未滿 18 歲之身障兒少，並針對 7-未滿 18 歲身障兒少家庭提出行動計畫與關鍵績效指標。 2. 現行並非所有縣市皆有育兒指導服務方案，應於背景/問題分析補充現行有此方案與未有此方案的縣市，並針對未有提供此服務方案的縣市擬定行動計畫與關鍵績效指標。 3. 釐清第二項中身心障礙家庭約 500 戶的「身心障礙家庭」定義是指育有身心障礙兒少的家庭？還是包含父母有一方是身心障礙者的家庭？ 4. 應能針對身心障礙兒少家庭接受臨時及短期照顧服務的背景資料進一步說明(含接受服務的身障兒少年齡、障礙類別、障礙程度)，才能較清楚的了解關鍵績效指標所設定服務人數 400 人是否適當？ 	<p>衛福部（社家署）</p> <p>一、第 2 點及第 3 點回應如下：</p> <p>(一)經查，現行全國 22 縣市均已有提供育兒指導服務，爰第 2 點意見擬不參採。</p> <p>(二)考量育有身心障礙兒少或兒童照顧者有身心障礙之家庭，均有需特別協助，以讓兒童獲得適切照顧，爰育兒指導服務所稱身心障礙家庭係指「兒童或主要照顧者具身心障礙身分之家庭」。為利閱讀者理解，第 3 點意見同意採納，行動回應表將酌做文字修正。</p> <p>二、第 4 點回應：現行身心障礙者臨時及短期照顧服務未限制障礙類別、障礙程度或年齡，經查 111 年身障兒少家庭使用該服務人數有 454 人，以多重障礙身障兒少(43.61%)及重度(占 31.06%)使用比率最多，因本項服務係採「申請制」，身障兒少家庭家庭照顧者如有臨時性外出或短時間無法照顧身障兒少情況得提出申請。</p>
<p>社團法人中華民國身心障礙聯盟</p> <p>有關行動：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本點建議提及促成及協助父母(監護人)的自助團體，CRPD 第 2 次國家報告結論性意見第 94. b 及 c 亦提及提供父母支持，讓身心障礙兒童進可能在家庭環境中被養育、減少家外安置比率。 2. 惟目前行動一、二為提供服務內容，未有積極促成自助團體的行動目標，建議依委員意見新增相關規劃，併同增加關鍵績效指標。 3. 針對身心障礙兒少家庭，除相關服務外，如 	<p>衛福部（社家署）</p> <p>行動 1 及 2、有關建議內容已參採且修正本點次行動回應表。</p> <p>勞動部</p> <p>行動 3、本項參採且已增修本點次行動回應表，說明如下：</p> <p>家長於工作日若有身心障礙兒少照顧服務之需求時，得依性別工作平等法請家庭照顧假，或依勞動基準法請特別休假或事假以為運用，雇主應予准假，工資則依各該假別規定給薪。此外，勞動基準法第 30 條第 8 項規定也允許勞工與雇主</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>何在就業服務支持家庭育有身心障礙兒少的父母(監護人)亦相當重要，例如針對育有身心障礙兒少的就業者是否可提出職場合理調整，以因應對障礙兒少之照顧等，建議本點應納入勞動部。</p>	<p>協商調整每日出勤的工作時間，以滿足照顧家庭成員需求。</p>

結論性意見

第 37 點

委員會欣見政府已規劃將團體家庭納入法定的替代性照顧資源，因此，當住宿式照顧被視為兒少最佳利益時，能優先考量安置在團體家庭的照顧環境，而非大型的安置機構。委員會建議政府應配置適當的資源以執行這項目標。

第 38 點

政府的替代性照顧體系，尚待發展一個全面性去機構化的策略。委員會不僅關切占了大多數的私立安置機構，同時也注意到，機構評鑑結果顯示有些私立安置機構需要立即及實質性的改善。因此，委員會強烈建議：

- (1) 主管機關審核私立安置機構的設立許可時，應考量轄內是否有機構安置的需求，而且審核條件應更為嚴格；
- (2) 為預防兒少不必要的安置，可透過有效的把關措施，降低對私立安置機構的依賴，政府始能獨立且有效地經常及定期監督（聯合國兒童替代性照顧準則第 128 點），同時應確保機構能及時進行必要之改善。

第 39 點

委員會強烈敦促政府應確保私立住宿式照顧設施的品質，包括透過聘用及留任足夠數量的合格工作人員，且不因機構無法從政府以外的資源獲得適當的資金而受到影響，並建議應對私立照顧提供者（私立安置機構）的財務狀況予以深入的審查。

第 40 點

委員會從可靠的報告中注意到有相當數量的安置機構對兒少採取不適當的監視及管教措施，甚至可能過度限制兒少的隱私及日常生活。委員會強烈建議對此類報告進行調查，主管機關應要求其許可設立的私立安置機構系統性地遵守聯合國兒童替代照顧準則的相關規定，尤其是第 89、92、94 及 96 點規定。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>社團法人中華民國身心障礙聯盟</p> <p>一、有關背景/問題分析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 就目前家外安置兒少現況，有部分身心障礙兒少(截至 111 年底，有 158 名)被安置於非兒少福利服務或機構的單位，如身心障礙福利機構、護理之家、長照機構、精神復健機構等。另 CRC 第 2 次國家報告附件 7-5 指出，2020 年，身心障礙福利機構安置服務兒少人數為 2,298 人。 2. 國際審查委員提出第 39 點建議確保私立住宿型照顧(private residential facilities)設施品質，並未限縮於兒童及少年安置及教養機構，且依據聯合國替代性照顧準則第 29 	<p>衛福部（社家署）</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、有關各地方政府依《兒童及少年福利與權益保障法》將兒少安置於身心障礙福利機構、護理之家、長照機構、精神復健機構等處所，經查確實因安置兒少有多重障礙及高度醫療需求，爰將之安置於是類機構，又各類機構都有其主管司署，是否均需納入提供與兒少權益相關之行動回應表及關鍵機效指標，尚需請相關司署表示意見。 二、截至 111 年 12 月，安置於全日型身心障礙福利機構之未滿 18 歲身心障礙者計 180 人。針對身心障礙福利機構之品質，已透過每年至少 2 次不預知查核及評鑑進行監督。另住宿式身心障礙福利機構依《身心障礙者個人照顧服務辦法》以收容 18 歲以上身

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>點(c)(iv)¹ 替代性照顧包含住宿式照顧(residential care facilities)，其定義為非以家庭為基礎的照顧，除緊急照顧的臨時安置機構外，也包含長期住宿式照顧設施，爰應依據實際兒少(含身心障礙兒少)被安置的現況，建議於背景/問題分析敘明，既有兒少被安置於上開住宿式機構，則應納入相關主管機關為主辦機關。</p> <p>二、有關行動及關鍵績效指標：續上，目前行動四僅針對兒少安置機構服務品質，建議新增相關行動及關鍵績效指標，確保身心障礙或特殊需求兒少被安置於上開機構時，其機構服務品質是否符合其發展及需求。</p>	<p>心障礙者為主，本案建議仍應著重兒少機構。</p> <p>衛福部（照護司） 查兒少安置場所係由地方政府社會局處安排，非本司所能掌握，相關點次主辦機關仍應為社政單位。</p> <p>衛福部（心健司） 一、有關於精神復健機構（住宿型）收治個案為：(1)精神狀態穩定，且無自傷、傷人之虞、(2)無嚴重之生理疾病、(3)願意接受精神科治療、(4)能參與復健方案或外出工作、(5)能遵守生活公約。 二、兒少若有入住精神復健機構需求，應依上開收案條件辦理。</p>
<p>中華兒童暨家庭守護者協會 【回應 1-1】 一、背景/問題分析： (一) CRC 及兒少權法均明確指出，替代照顧兒少乃政府法定責任。 (二) 第 37 點委員會建議政府應配置適當的資源以執行這目標。第 39 點指出目前政府執行安置的資源不足，造成私立住宿式照顧機構難以維持服務品質。 二、行動： (一) 除建立輔導團隊外，應提供法定經費進行團家安置服務採購(非補助)，重視團體家庭的服務延續性，以利兒少安置的長期穩定性。 (二) 6 個月內，依據衛福部部辦四所兒少安置機構五年之決算，公告每位兒少平均安置成本，其中人事費計算應以勞基法約聘雇員為參照，避免使用公務員規避勞基法之人事成本造成計算誤差。本項公告作為結論意見「配置適當的資源——安置費部分」的參照指標。 (三) 衛福部依據上述成本公告，6 個月內完成各縣市政府各類兒少安置費(包括親屬家庭、寄養家庭、團體家庭、安置機構、轉向安置費)</p>	<p>衛福部（社家署） 針對【回應 1-1】 部份參採並修正本點次行動回應表，說明如下： 一、為使政府資源穩定挹注團體家庭，爰擬研修《兒童及少年福利與權益保障法》，將團體家庭納入法定安置資源。 二、有關衛生福利部所屬兒少安置機構之人事費用，工作人員薪資依其進用法規，適用公務人員俸給或勞動基準法規定，爰人事成本依其實際薪資計算，無規避法規及計算誤差之情形。 三、對於配置適當的資源於安置費部分，本部社會及家庭署 2020 年至 2021 年針對兒少安置機構辦理財務查核，並進行機構服務成本分析，惟各機構之會計科目未有一致性編製原則，導致其填報標準不一致，每名兒少每月服務成本高低極端值之間差距達 1 倍以上，致難確切計算出合理之服務成本，據此，將研擬「全國私立兒童及少年安置及教養機構會計處理一致性原則」，以建立機構財務成本分析基礎。此外，本部社會及家庭署將督導地方政府逐年調增家外安置之委託安置費用，以提供適足資源。</p>

¹ Residential care: care provided in any non-family-based group setting, such as places of safety for emergency care, transit centres in emergency situations, and all other short- and long-term residential care facilities, including group homes.

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>調查，做出地地方政府安置費與實際安置成本比率，列入社福考核督促各地方政府逐年提升，三年內至少提升比率達 90%，符合兒少權法規定之法定服務與結論意見書要求，增加民間辦理團體家庭意願。</p> <p>三、請行政院兒童及少年福利與權益推動小組監督衛生福利部</p> <p>(一)為公私協力推動團體家庭，建立結合產官學之北中南東四區輔導團隊。</p> <p>(二)6 個月內完成部辦兒少安置機構，五年內平均每位兒少每月成本並公告，作為「配置適當的資源——安置費部分」的參照指標。</p> <p>(三)參照指標公布後 6 個月內，完成各縣市政府兒少安置費與實際安置成本比率，督促各級政府三年內提升比率達 90%。</p> <p>【回應 3-1】</p> <p>一、行動：由於替代性照顧包含多元安置模式，如評估安置服務需求僅透過安置機構聯繫會議進行評估，將無法確切有效評估。</p> <p>二、關鍵績效指標：每年固定召開兩次多元安置服務聯繫會議，包含親屬寄養、非親屬寄養、團體家庭、類家庭、托育與安置機構等人員，進行整體安置需求的討論與評估。</p> <p>【回應 3-2】</p> <p>一、背景/問題分析：近年親屬家庭與寄養家庭總比率變化，多來自於機構安置的大幅下降，並非多元家庭安置的增長，將無法辨識多元家庭照顧資源的增長。</p> <p>二、行動：建議修正為兒少安置於親屬家庭數量成長（增長比率）。原預估從 2021 年的 2.79%(A)，每年成長 2.08%，至 2024 年成長至 9.02%(B)。如以現有公告 2021 年數據為基準，意味應 2024 年應成長為原有人數比例的 323.3%(B/A)，目標為達 426 人次親屬安置以上。</p> <p>三、關鍵績效指標：親屬寄養家庭安置數，2024 年應達 323.3%成長，達 426 人次以上（或可另列親屬寄養家庭數量成長率）。</p> <p>【回應 3-3】</p> <p>一、行動：建議修正為兒少安置於寄養家庭數量</p>	<p>針對【回應 3-1】</p> <p>參採並修正本點次行動回應表，擴大安置業務聯繫會議之範圍。</p> <p>針對【回應 3-2】、【回應 3-3】</p> <p>不參採，本點次行動回應表中，增加兒少安置於親屬家庭或寄養家庭之比率，仍維持以該類型安置占比之方式呈現。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>成長（增長比率）。原預估從 2021 年的 34.49%(A)，每年成長 0.7%，至 2024 年成長至 36.6%(B)。如以現有公告 2021 年數據為基準，意味應 2024 年應成長為原有人數比例的 106.12%(B/A)，每年目標為達 1,732 人次寄養安置以上。</p> <p>二、關鍵績效指標：非寄養親屬寄養家庭安置數，2024 年應達 106.12% 成長，達 1,732 人次以上（或可另列非親屬寄養家庭數量成長率）。</p> <p>【回應 4-1】</p> <p>一、背景/問題分析：第 39 點「委員會強烈敦促政府應確保私立住宿式照顧設施的品質」，第 40 點「委員會強烈建議對此類報告進行調查」，第 41 點「委員會鼓勵政府對現行的服務成效進行深度的評估」，相關行動均未再提及我國兒少安置機構評鑑。而第一次結論結論性意見書提及「評鑑制度，可能無法有效保障服務品質」的擔憂，也未見對於評鑑輔導查核機制的檢討。前次國際審查後，全國兒少安置機構在現行評鑑輔導機制下出現服務品質不升反降的趨勢，各縣市政府輔導的機制缺乏結構性與系統性的缺點也被凸顯，更甚有縣市（如花蓮與屏東縣）幾乎所有私立機構在 2018 年整體降了一個評鑑等第，讓評鑑的輔導與公平性都讓人擔憂。</p> <p>二、行動：</p> <p>(一) 建議衛生福利部應正視委員會第一次結論意見書對於兒少安置機構評鑑無法提升服務品質的提醒，委託學者與優甲等機構第一線工作者組成團隊，進行 2-3 年產官學合作研究，落實評鑑增能計畫，落實評鑑提升服務品質的可能性。</p> <p>(二) 建議衛生福利部與各地方政府共商機構評鑑之後，輔導之制度與適當預算，以提升各私立兒少安置機構之服務品質。</p> <p>(三) 地方政府應提升負責管理輔導兒少機構承辦人員知能。</p> <p>三、關鍵績效指標：</p>	<p>針對【回應 4-1】</p> <p>部份參採並修正本點次行動回應表，說明如下：</p> <p>一、有關落實評鑑提升服務品質之建議，本部社會及家庭署業於 2019 年委託專業團隊辦理兒童及少年安置及教養機構評鑑指標優化研究計畫，依據 2018 年兒少安置機構聯合評鑑分數，分析各評鑑指標鑑別力，並參考聯合國兒童權利公約及替代性照顧準則內容，據以研議完成 2022 年機構評鑑指標及模式。另增加遴聘歷次評鑑表現績優之機構代表擔任實地評鑑委員，期使評鑑委員所提改善建議，更貼近實務現場需求。有鑑於評鑑指標方重新修正完成，且評鑑之辦理與後續改善追蹤業已列入行動回應表，爰不參採本項建議。</p> <p>二、有關地方政府應提升負責管理輔導兒少機構承辦人員知能之建議，參採並修正本點次行動回應表。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>(一)2023 年兒少安置機構評鑑後，衛福部進行 2-3 年產官學合作研究，提出評鑑增能計畫。</p> <p>(二)六個月內由衛生福利部與各地方政府共商評鑑後，制定機構輔導之辦法與相應預算。</p> <p>(三)地方政府管理輔導兒少機構之主管與承辦，每年至少接受 6 小時以上兒少機構管理與輔導知能培訓。</p> <p>【回應 4-2】</p> <p>一、行動：影響安置機構服務品質的因素，不只是私立機構財務穩定，地方政府安置費與相關資源提供均屬於第 37、39 點「政府應配置適當的資源」。故建議審計部應查核地方政府之社會局(處)依兒少權法提供之家外安置法定委託預算是否充足，以符合審查委員的建議，並應每年公告之。</p> <p>二、關鍵績效指標：</p> <p>(一) 審計部每年向行政院兒童及少年福利與權益推動小組提供調查報告。</p> <p>(二) 各地方政府應逐年提升多元兒少替代照顧預算(安置費)，三年內至少提升比率達前述督促衛福部公告之替代照顧成本的 90%。</p>	<p>針對【回應 4-2】</p> <p>部份參採並修正本點次行動回應表，說明如下：</p> <p>一、有關請審計部查核地方政府家外安置法定委託預算是否充足之建議，因審計部係獨立行使監察權，爰由審計部向行政院兒童及少年福利與權益推動小組提供調查報告，與憲政體制不符，爰不參採。</p> <p>二、另有關地方政府應提升安置費之建議，其屬地方自治事項，後續將透過業務聯繫會議及納入社福考核指標，引導地方政府逐步調增安置費用。</p> <p>衛福部（保護司）</p> <p>一、有關委員提出 37-40 點次建議，因提及點次內容與「團體家庭」、「去機構化」及「住宿型機構服務品質」等議題相關，此應屬社會及家庭署權管業務，本部(保護服務司)不另針對指標內涵提出參採與否之意見。</p> <p>二、針對各界民間團體就上述點次提出與親屬安置相關之議題，本部補充內容相關說明，如下：</p> <p>(一)親屬安置費用：有關親屬安置費用補助標準，本部頒定「直轄市、縣(市)政府辦理兒童及少年親屬安置服務工作指引」，針對親屬安置費用補助標準應參考兒童及少年家庭寄養服務費用(前一年度最低生活費用)訂定。又為鼓勵各直轄市、縣(轄)市落實以「親屬安置」為優先之政策，本部補助地方政府辦理「兒少保護親屬安置費用補助計畫」，透過額外補助 1 萬元，以增加親屬家庭照顧安置兒少之意願，進而提升親屬安置比例。</p> <p>(二)辦理親屬安置聯繫會議、實地督導會議、研</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
	<p>討會等：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為能掌握各縣市辦理親屬安置服務之執行狀況，本部111年度委託國立臺灣大學辦理「親屬安置專業人員訓練及服務精進計畫」，透過本案計畫，由研究團隊分區辦理實地督導會議，以解決兒保護社工辦理親屬安置服務之實務困境。 2. 本部預計於本(112)年度辦理兒少保護親屬安置聯繫會議及親屬安置實務研討會，並將請各直轄市、縣(轄)市政府及受託辦理親屬安置服務之民間團體社工人員參與，以討論親屬安置服務之相關議題。 <p>(三)布建親屬安置家庭服務資源：為增強親屬家庭照顧安置兒少之意願，本部於111年起刻正辦理「兒少保護親屬安置家庭媒合與支持計畫」，透過補助各直轄市、縣(轄)市政府及民間團體，以提供親屬家庭多元化的支持資源(如：房屋租金補助、辦理親子團體、喘息服務、訪視輔導服務、家事服務等)，以增加親屬家庭照顧兒少之意願，進而提升親屬安置之比例。</p> <p>(四)另有關「親屬安置比例增加 9.02%」說明如下：此指標由本部社會及家庭署訂定，其統計方式係採當年度最後一日，兒少安置個案中(即含保護安置及委託安置)中親屬安置個案數所佔之比例；2020年安置於親屬家庭比率為 5.02%，預計 2024 年新增至 9.02%，預計每年新增 1%。</p>
	<p>監察院審計部</p> <p>針對【回應 4-2】有關一、行動；二、關鍵績效指標(一)，回應說明如次：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、不參採。 二、衛生福利部為提升安置機構及寄養家庭之照顧品質，認有調增兒少委託安置費用之必要，於108年8月26日函請各市縣政府依下列補助標準調增委託安置費：(一)0至12歲兒童：1. 一般個案：機構委託安置費調增至 22,000 元、寄養家庭委託安置費調增至 23,000 元；2. 特殊個案：機構委託安置費調

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
	<p>增至25,000元、寄養家庭委託安置費調增至26,000元。(二)12至18歲少年：1. 一般個案：機構委託安置費調增至24,000元、寄養家庭委託安置費調增至25,000元；2. 特殊個案：機構委託安置費調增至26,000元、寄養家庭委託安置費調增至27,000元。</p> <p>三、另依衛生福利部社會及家庭署110年7月16日修訂之兒童及少年寄養家庭服務工作指引八、(一)安置費用規定，寄養安置費用標準以當地區前一年度最低生活費用之N倍計(一般：兒童為1.8倍以上、少年為2倍以上；身心障礙或發展遲緩：兒童為2倍以上、少年為2.2倍以上；特殊情形由主管機關自行訂定加碼金額)。衛生福利部社會及家庭署各年度考核市縣政府辦理社會福利績效時，亦就各市縣政府編列寄養家庭安置費用是否達到前述參考標準，作為考核給分之依據。</p> <p>四、本部各地方審計處室111年度辦理「地方政府推動強化社會安全網計畫成效之查核」專案調查結果，有關市縣政府強化社會安全網計畫預算編列情形之相關查核意見，除已送請衛生福利部作為業務規劃及督導考核之參考，另由本部各地方審計處室分別函請轄審市縣政府檢討改善，並均擇要揭露於110年度中央政府、地方總決算審核報告。</p> <p>五、為促請地方政府提升施政效能，本部各地方審計處室係依轄審地方政府重要施政計畫，擇選攸關社會安全、環境永續、食品安全、地方政府長期未能改善之關鍵審計議題，綜整其中具共通性者，審酌各地方審計處室人力及查核時間，妥慎規劃辦理地方政府財務共同性審計事項專案調查，以期查核面向均衡並重。</p> <p>六、有關地方政府社會局(處)依兒童及少年福利與權益保障法提供之家外安置法定委託預算是否充足，本部各地方審計處室將持續瞭解市縣政府是否依衛生福利部所訂相關標準編列委託安置費，並適時研提審計處理意見。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣全國兒少安置機構聯盟</p> <p>【第 37 點】</p> <p>一、背景/問題分析：</p> <p>(一)CRC 及兒少權法均明確指出，替代照顧兒少乃政府法定責任。</p> <p>(二)第 37 點委員會建議「政府應配置適當的資源」以執行這項目標。</p> <p>二、行動：</p> <p>(一)回應行動一團體家庭從實驗計畫到現在執行已近十年，照顧量能仍維持在 10 間左右難以提升，現行團體家庭定位不明團體家庭是安置兒少最後的選擇還是最好的選擇？及補助不足可能是民間團體不願投入的原因。建議在廣布團體家庭前，應確定團體家庭的收案標準及在替代性照顧資源中的定位，並檢視經費補助配置的適當性以能支持「高品質」的團體家庭服務運作。</p> <p>(二)關於設置團體家庭，建議以「提升民間團體承辦意願」、「建立網絡合作模式」以及「降低照顧障礙」三個方向出發。建議在政府現有的資源中增加具體行動策略以支持民間團體設置團體家庭，如結合社會住宅資源提供住宿空間、在醫療、教育、住宅相關法規中佈建家外安置兒少需要之相關資源，以能具體、有感的支持團體家庭的建置，方能提升各地民間團體承辦之意願及降低照顧之障礙。</p> <p>(三)請訂定有關積極布建家庭式照顧資源中，有關增加「親屬安置」及「寄養安置」的具體做法及配套措施。</p> <p>一、關鍵績效指標：建議說明有關行動三：積極布建家庭式照顧資源中，親屬安置比例增加至 9.02%、及寄養安置家庭之比率增加至 36.6%的目標訂定的研究基礎，可在背景與脈絡中加以說明。</p> <p>【第 38 點】</p> <p>一、背景/問題分析：</p> <p>(一)請說明有關「去機構化」的操作性定義以及台灣政府期待的目標，以釐清去機構化是「概念上」降低集體照顧如全控機構的管理</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>針對【第 37 點】</p> <p>參採並修正本點次行動回應表，說明如下：</p> <p>一、為使團體家庭有明確定位，政府資源能穩定挹注，爰擬研修《兒童及少年福利與權益保障法》，將團體家庭納入法定安置資源。此外，透過經費補助，增加民間單位承辦意願，並建立輔導團隊，提升專業知能，降低其照顧困難，並定期與地方政府召開業務聯繫會議；對於需跨網路合作的個案議題，地方政府應結合相關單位，建立合作機制。</p> <p>二、在背景/問題分析欄位補充各安置類型之安置比率，並酌修行動欄位，補充增加親屬家庭及寄養家庭安置比率之方式。</p> <p>針對【第 38 點】</p> <p>一、部分參採並修正本點次行動回應表。修正背景/問題分析內容，說明政策方向係具體規劃為一面積極布建家庭式安置資源，以符合國際公約之精神，另一方面則協助仍為重要</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>模式，或是實質上減少兒少安置「機構數量」或安置於機構之「兒少數量」，前者應有助於所有家外機構式安置照顧模式的建立與優化，後者則應聚焦在預防性服務以及其他替代性照顧資源的佈建。</p> <p>(二)請說明兒少安置機構「去機構化」的照顧模式與具體指標，以能讓各地政府承辦單位與全國兒少安置機構有一致的操作性定義，以能基此規畫後續的具體行動。</p> <p>(三)問題/背景分析提到約有 6 成兒少安置於機構式照顧處所，社家署擬研修相關法規及爭取資源，發展多元安置資源。由於安置機構的服務占比大，建議應輔導安置機構轉型之具體策略納入行動管考，透過通盤考量各縣市安置供需落差及依據兒少安置需求後，規劃期程輔導安置機構轉型，一則可以現有資源建立合適家外安置需求的服務，不僅能運用現有場地及過去經驗，二來更可免於出現特殊需求或困難安置兒少無處安置的情形。</p> <p>二、行動：</p> <p>(一)請針對去機構化的策略訂定行動與目標，例如需常備的安置床位數、照顧人力數量或區域的資源分配。</p> <p>(二)針對仍需存有的兒少安置機構，須訂定具體的照顧及營運指引。在監督之外須配置相關的輔導資源，以能有效協助兒少安置機構以兒童人權為核心、非全控機構的方式進行照顧。</p> <p>【第 39 點】</p> <p>一、背景/問題分析：</p> <p>(一)第 39 點次中說明「政府應確保私立住宿式照顧設施的品質」。「確保」除了消極的「確認」狀況之外，仍應包括積極的「保護」如配置適當之資源以確保兒少安置機構執行政府法定照顧責任時有足夠的資源運作。</p> <p>(二)有關兒少安置機構的財務狀況說明，應於背景與問題分析中說明脈絡。須說明兒少安置機構服務收費主要來自政府 給付 安置費用，故若來自政府的安置費用不足以維持兒</p>	<p>安置資源之兒少安置機構轉型，提升專業與品質，為特殊需求兒少提供妥適照顧。</p> <p>二、針對兒少安置機構最適照顧模式，增訂研議修正《兒童及少年福利機構設置標準》，使機構規模與人力配比，符合實務需求。另本部社會及家庭署 2022 年業已修訂兒少安置機構聯合評鑑指標，其中透過權益保障指標，導引兒少安置機構，以兒少最佳利益為核心，確保安置照顧均符合其權益。</p> <p>針對【第 39 點】</p> <p>部分參採並修正本點次行動回應表，說明如下：</p> <p>一、修正背景/問題分析內容，補充兒少安置機構經營困境。</p> <p>二、有關地方政府應提升安置費之建議，其屬地方自治事項，後續將透過業務聯繫會議及納入社福考核指標，引導地方政府逐步調增。</p> <p>三、有關機構人力缺乏及排班問題，將研議修正《兒童及少年福利機構設置標準》，期使相關規定與勞基法要求達成一致，並增訂兒少安置機構照顧人員留任比率。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>少安置機構照顧運作及兒少生活所需，機構則需另闢財源或恐因此影響照顧配置（如硬體、人力），是故由委託單位提供足額之安置費用是必要的，也才能基此發展行動計畫。</p> <p>(三)關於住宿式照顧設施的服務品質與營運經費、人力聘用之間的關係應在本點次問題分析中有更充分的說明。</p> <p>(四)背景與問題分析中未針對兒少安置機構照顧工作人員難以聘用及留任的因素說明，建議須針對人力聘用與留任困境脈絡加以說明分析，以利後續擬定相對應的行動計畫。</p> <p>二、行動：</p> <p>(一)精算兒少安置服務成本，可以衛生福利部轄下兒少安置機構年度決算計算人均安置成本作為基準，並公告每位兒少平均安置成本。其中有關照顧人事費計算應以勞基法約聘雇員為參照，避免因勞動法規不同而造成人事成本計算誤差。本項公告建議建議可作為結論意見作為結論意見「配置適當的資源—「配置適當的資源—安置費部分」的參照指標。</p> <p>(二)要求各縣市政府委託單位基於上述安置成本提供足額安置費用以確保兒少受照顧資源穩定，不因機構財源而影響服務品質，亦不因兒少安置於公私立機構或地區而造成資源分配上的差異。</p> <p>(三)針對照顧人力配比，需以安置兒少一般兒少、特殊兒少「實際生活照顧所需」如照顧時長及照顧難度以及照顧工作者生輔、保育員的勞動法規來訂定人力配比，並分別針對「總額照顧比例」及「隨時照顧比例」分別訂定標準，以能確保兒少照顧品質不會因機構因勞動相關法規排班或遇夜間、假日而缺乏照顧人力。</p> <p>(四)針對聘用及留任兒少安置機構照顧人員須提出具體因應行動，包括養成機制、薪酬、勞動條件等，以能解決照顧人力質量雙缺的困境。</p> <p>【第 40 點】</p> <p>一、背景/問題分析：</p>	<p>針對【第 40 點】</p> <p>參採並修正本點次行動回應表，本部社會及家庭</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>(一)第 39 點「委員會強烈敦促政府應確保私立住宿式照顧設施的品質」，第 40 點「委員會強烈建議對此類報告進行調查」，第 41 點「委員會鼓勵政府對現行的服務成效進行深度的評估」，相關行動均未提及或建議我國以現行兒少安置機構評鑑作為提升品質之機制，反而於 CRC 第一次國際審查結論結論性意見書提及「我國現行評鑑制度，可能無法有效保障服務品質」的擔憂。</p> <p>(二)須完整研究及說明機構發生不適當的監視與管教措施之背景脈絡，究竟是因人力不足、照顧資源不足、社會文化影響或是兒少安置服務意識形態需要做根本的重建？後續才能立基於問題分析與需求評估擬訂相對應的行動策略。在沒有完整研究背景與脈絡之下僅訂定「監督」、「查核」做為問題解決策略，無疑是緣木求魚。</p> <p>二、行動：</p> <p>(一)機構發生不適當的監視與管教措施為果，但若無法了解造成之「因」，狀況仍會不斷發生，故建議透過焦點團體或實務研究來分析造成的原因，並依照原因建立相應的協助方案—例如相關的訓練或輔導機制。</p> <p>(二)建議增加更積極、非僅以監視及查核為策略的輔導機制，協助兒少安置夠建立符合兒童權利公約精神的照顧模式。</p> <p>(三)由中央組成分區輔導小組，針對個別機構照顧模式提供積極性的協助，以能讓機構有更具體的方向進行實務現場的照顧。</p>	<p>署自 2019 年起每年辦理家外安置兒少替代性照顧資源強化輔導團計畫，執行迄今已督導各地方政府組成跨專業在地評估小組，有關特殊需求兒少之照顧計畫、安置期程與所需專業資源，或安置機構照顧人員所面臨之照顧困難、所需之專業支持與指導，均可經在地評估小組透過會議或實地進入照顧場域的方式，提供意見及連結資源予以處理，後續將持續精進在地評估小組之功能與角色，以協助機構提升服務品質與專業。</p> <p>衛福部（保護司）</p> <p>同「社團法人中華民國身心障礙聯盟」之回應說明。</p>
<p>財團法人台灣兒童暨家庭扶助基金會</p> <p>關鍵績效指標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關我國兒少替代性照顧政策「布建家庭式照顧資源」，請說明布建團體家庭所占整體家外安置比例，而非民間團體單位增加比例。 2. 就整體家外安置各種類型之布建，其比例調整之依據與具體作為，建議應更清楚敘明於「背景/問題分析」處，方能確認「行動」與「關鍵績效指標」之布建比例是否合宜。 	<p>衛福部（社家署）</p> <p>部分參採並修正本點次行動回應表，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、目前團體家庭係透過公私協力方式，委託或補助民間團體/機構辦理，為擴充團體家庭之多元性，期待能與不同民間團體/機構合作，爰訂定辦理團體家庭之民間團體單位數增加比率，另依照兒少替代性照顧政策，訂定團體家庭布建數至 2024 年應達 35 處。 二、修正背景/問題分析內容，補充安置兒少在各類安置資源分布比率。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
	<p>衛福部（保護司）</p> <p>同「社團法人中華民國身心障礙聯盟」之回應說明。</p>
<p>基督教芥菜種會</p> <p>一、行動：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 回應「行動」一：團體家庭從實驗計畫到現在執行已近十年，數量仍維持在 10 間左右，現行團體家庭定位不明及補助不足可能是民間團體不願投入的原因。建議在廣布團體家庭前，應確定團體家庭的收案標準及在替代性照顧資源中的定位，並檢視經費補助配置的適當性以足夠支應團體家庭服務。 2. 問題/背景分析提到約有 6 成兒少安置於機構式照顧處所，社家署擬研修相關法規及爭取資源，發展多元安置資源。由於安置機構的服務占比大，建議應輔導安置機構轉型之具體策略納入行動管考，透過通盤考量各縣市安置供需落差及依據兒少安置需求後，規劃期程輔導安置機構轉型，以免出現特殊需求或困難安置兒少無處安置的情形。 3. 針對行動三、積極布建家庭式照顧資源第（二）、（三）點行動。建議說明增加親屬安置及寄養安置的具體做法。 <p>二、關鍵績效指標：建議說明如何訂出三、積極布建家庭式照顧資源第（二）點親屬家庭增加至 9.02%、及（三）點寄養家庭之比率增加至 36.6%的目標，這樣的數字是如何計算出來的。</p> <p>三、時程：短期。</p> <p>四、管考建議：繼續。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>參採並修正本點次行動回應表，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、為使團體家庭有明確定位，政府資源能穩定挹注，爰擬研修《兒童及少年福利與權益保障法》，將團體家庭納入法定安置資源。 二、本部社會及家庭署自 2019 年起每年辦理家外安置兒少替代性照顧資源強化輔導團計畫，執行迄今已督導各地方政府組成跨專業在地評估小組，有關特殊需求兒少之照顧計畫、安置期程與所需專業資源，或安置機構照顧人員所面臨之照顧困難、所需之專業支持與指導，均可經在地評估小組透過會議或實地進入照顧場域的方式，提供意見及連結資源予以處理，後續將持續精進在地評估小組之功能與角色，以協助機構提升服務品質與專業。 三、在背景/問題分析欄位補充各安置類型之安置比率，並酌修行動欄位，補充增加親屬家庭及寄養家庭安置比率之方式，至關鍵績效指標係依據 2020 年親屬安置及寄養家庭安置比率為基期，每年增加 1%。 <p>衛福部（保護司）</p> <p>同「社團法人中華民國身心障礙聯盟」之回應說明。</p>
<p>財團法人勵馨社會福利事業基金會</p> <p>一、審查會議時雖然政府宣稱「一個兒少放在公立與私立機構獲得的資源沒有差異」，但委員會還是發現政府給予公立機構及私立機構不一樣的支持程度(資源)不同，有可能會影響到機構的服務品質；因此在結論性意見第 39 點中委員會明確指出「政府應確保私立住宿式照顧設施的品質，『包括透過聘用及留任足夠數量的合格工作人員，且不因機</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>部分參採並修正本點次行動回應表，為給予私立兒少安置機構更多支持與資源以提升服務品質，本部社會及家庭署業已持續調增兒少安置機構之專業服務費及相關補助規定，爰增訂提高機構照顧人員之留任率，另透過業務聯繫會議及納入社福考核指標，引導地方政府逐步調增安置費用。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>構無法從政府以外的資源獲得適當的資金而受到影響』.....」。從上述文字中可明顯看出，對於安置機構—特別是私立機構—的服務品質，政府是有義務進行監督與"支持"的。但就目前的行動計劃當中，並無看到政府檢視對於機構的支持(進行資源的盤點，費用補助的盤點)；而只看到監督(輔導、評鑑、財務查核)。</p> <p>二、背景/問題分析：為了減少非必要的家外安置及「確保安置服務的品質」</p> <p>三、行動：對於私立機構的補助不應只有活動費及零星人事費，而應依據安置服務能量給予充足的專業人力費用。</p> <p>四、關鍵績效指標：私立機構的專業人力補助比例提高。</p> <p>五、時程：中期</p> <p>六、管考建議：自行</p>	
<p>梁○勛</p> <p>一、背景/問題分析：建議衛生福利部協同其他部會確認是否屬實、研議中低收入家庭「福利依賴」(生小孩維持福利身份)，造成的兒少安置案件增加的現況、社會住宅布建對此議題的影響。甚至研議提供給兒少購買生活物品、學用品的費用是否受到照顧者不當使用，社工於此類案家或為該兒少法定監護人的定位等，此與「預防非必要之安置」及兒少是否受到原生家庭失能的不當對待、發展限制相關。</p> <p>二、行動：建議思考「居住正義」人權行動下的兒少權利影響、研究社工之於中低收入家庭裡兒少安置、發展的介入定位、時機等(尤其生活費補助)。</p> <p>三、關鍵績效指標：辦理實務工作者焦點座談、研議相關法規是否應修正。</p> <p>四、時程：中程。</p> <p>五、管考建議：自行。</p>	<p>衛福部(社家署)</p> <p>經查 2023 年底安置兒少總人數 4,588 人較 2022 年 4,855 人減少 267 人，爰安置人數逐年減少，且兒少替代性照顧政策明定其制定原則係「貧窮不得為安置、出養兒少之唯一理由」，爰不參採。</p> <p>衛福部(社工司)</p> <p>本項「不參採」，說明如下：</p> <p>有關委員詢問中低收入戶福利依賴問題，雖然各地方政府皆有提供相關育兒經濟支持措施，惟因育兒需負擔相當金額之扶養成本，應較少有只為維持中低收入福利而生育小孩之情事。另為協助低收入戶及中低收入戶家庭脫貧，降低福利依賴問題，依《社會救助法》第 15 條及第 15 條之 1 規定地方政府提供相關就業服務措施，並授權地方政府得自行或運用民間資源規劃辦理脫離貧窮相關措施，協助低/中低收入戶擺脫貧窮困境，減少福利依賴。又為增加誘因及鼓勵低/中低收入戶就業及加入脫貧方案，特別導入「福利緩衝期」設計，亦即於一定期間及額度內因措施所增加之收入及存款，不列入家庭總收入及家庭財產計算，以避免其喪失福利資格，採漸進輔導方</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
	<p>式協助累積家庭資產，逐步脫離貧窮困境。</p> <p>內政部</p> <p>本項部分參採，惟無涉本點次行動回應表之修正，說明如下：</p> <p>一、有關社會福利及社工業務相關規定，主管機關為衛生福利部，相關議題宜由衛生福利部回應為妥。</p> <p>二、另社會住宅之興辦，皆依據《住宅法》第 4 條規定「主管機關及民間興辦之社會住宅，應以直轄市、縣（市）轄區為計算範圍，提供至少百分之四十以上比率出租予經濟或社會弱勢者，另提供一定比率予未設籍於當地且在該地區就學、就業有居住需求者」，提供一定比例予相關弱勢者，並配合社會輔導機構需求辦理。</p>
<p>鄭○宏</p> <p>委員會指出：「從可靠的報告中注意到有相當數量的安置機構對兒少採取不適當的監視及管教措施，甚至可能過度限制兒少的隱私及日常生活。委員會強烈建議對此類報告進行調查，主管機關應要求其許可設立的私立安置機構系統性地遵守聯合國兒童替代照顧準則的相關規定，尤其是第 89、92、94 及 96 點規定。」惟查，衛生福利部回應僅為：「透過輔導查核與機構評鑑制度，確保安置機構服務品質，查有缺失或損害安置兒少權益者，地方政府應予以輔導改善及追蹤列管。」委員會指出，現行制度下已有相當數量安置機構限制兒少權益。若衛生福利部仍依現行制度評鑑點卯，並未依委員會建議就此項問題特別調查，問題難期顯著改善。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>為提升兒少安置機構評鑑指標鑑別度，並透過評鑑指標的政策引導，有效確保機構服務品質，本部社會及家庭署業於 2019 年委託專業團隊辦理兒童及少年安置及教養機構評鑑指標優化研究計畫，評鑑指標參考聯合國兒童權利公約與替代性照顧準則修正，訂定有關兒少表意權、平等權、生命生存及發展權、隱私與保密權及受有效保護之權利等，下次評鑑預計於 2023 年 7 月至 10 月辦理，該次評鑑亦增加遴聘歷次評鑑表現績優之機構代表擔任實地評鑑委員，期使評鑑委員所提改善建議，更貼近實務現場需求。綜上，因評鑑指標與方式已進行檢討修正，爰不參採本項建議。</p>

第 41 點：衛生福利部（社家署）/衛生福利部（保護司）

結論性意見

第 41 點

委員會鼓勵政府對現行的服務成效進行深度的評估，以達到：

- (1) 確保在家庭式及機構式替代性照顧中的兒少成功回到原生家庭的照顧中；
- (2) 協助離開安置系統卻無法返家者能轉銜至合適且安全的環境，包括在有督導及支持的環境下盡可能自立地生活。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣兒童權利公約聯盟</p> <p>一、有關行動，建議增加：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 關於結論性意見 41(1)點確保在家庭式及機構式替代性照顧中的兒少成功回到原生家庭的照顧中，最關鍵的行動應該是相關單位落實執行兒少法 64 條規定之安置兒少的家庭處遇(家庭重聚)計畫，及中央與地方主管機關之兒童及少年保護個案安置期間會面探視處理原則中所述之會面探視計畫，於兒少安置期間確實推動親子關係維繫、會面探視、漸進式返家、加害人處遇、親職功能提升等工作，以提高兒少返家的可能性。 2. 依兒少法 57 條申請繼續安置及延長安置之個案，應於申請時，透過地方社會局(處)兒少委員會等機制，確實檢視延長安置時間之理由、家庭處遇計畫、會面探視執行之情形，以適時調整家庭處遇計畫內容。 3. 中央與地方主管機關之兒童及少年保護個案安置期間會面探視處理原則，(3)幾乎均採取申請制，恐不利安置兒少與家庭關係之修復與聯繫。另針對嬰幼兒，應於原則中加入增加會面探視頻率之建議，以促進安置嬰幼兒與家庭之聯繫。 <p>二、有關關鍵績效指標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應納入：減少長期安置兒少的比例(本次國家報告附件 6-26)、提高安置兒少成功返家的比例(本次國家報告附件 6-27)、降低安置兒童返家後追蹤一年內，再被安置或再進入兒少保護服務的比例、建立檢視安置兒少家庭處遇、會面探視計畫落實之機制。 2. 於兒少保護個案安置期間會面探視處理原 	<p>衛福部（社家署）</p> <p>部分參採，參考兒少替代性照顧政策目標二—積極協助安置兒少重返原生家庭所訂策略及行動計畫，修正本點次行動回應表，關鍵績效指標增加提升於 2 年內離開安置系統之兒少比率。</p> <p>衛福部（保護司）</p> <p>一、部分參採，已修正本點次行動回應表。</p> <p>二、為督導各地方政府確實辦理兒少保護家外安置及家庭重聚服務，本部刻正辦理「提升兒少保護家外安置及家庭重聚服務品質計畫」，發展兒少保護個案家庭重聚服務品質評核指標，並導入民間外部督導與獎勵機制，以評核各地方政府辦理情形，以提升服務品質。</p> <p>三、為督導各地方政府確實落實兒少保護安置個案之會面探視，本部由作業程序、教育訓練、業務督導三方面加強辦理：</p> <p>(一) 作業程序：本部業督請各地方政府修正兒童及少年保護個案安置期間會面探視處理原則，其中為積極維護兒少與原生家庭之親情維繫，除由原生家庭申請會面探視外，另新增各直轄市、縣(市)政府得主動安排父母、親友、重要他人等定期與安置兒少會面。另亦規定直轄市、縣(市)主管機關應評估兒少個別需求，評估會面探視頻率及時間，以至少每月皆有接受會面探視為原則。</p> <p>(二) 教育訓練：本部籌劃於 112 年製作兒少保護個案安置期間會面探視數位教材，以提升社工人員執行會面探視之工作知能。</p> <p>(三) 業務督導：本部定期召開聯繫會議，督導</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>則中，納入積極促進家庭重聚的工作原則和建議。</p>	<p>各地方政府積極落實安置個案之會面交往。</p>
<p>社團法人中華民國身心障礙聯盟</p> <p>有關背景/問題分析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身心障礙兒少具有雙重弱勢，特別因保護案件進入到替代性照顧之身心障礙兒少，如何協助其成功回到原生家庭照顧或是進入自立準備，涉及不同障礙及程度，應有不同需求之服務需求。 2. 背景/問題分析三提及截至 2022 年底，全國設置 16 處自立宿舍，提供 98 個床位，續上本聯盟第 37-40 點意見，請主辦機關說明目前自立宿舍及床位，是否有無障礙設施或相關支持服務？目前是否有身心障礙兒少接受自立生活適應協助服務？其人數及概況為何？返家之後對家庭的支持服務？或轉銜至障礙者自立生活服務的規劃為何？ 	<p>衛福部（保護司）</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、參採，已修正本點次行動回應表。 二、有關身心障礙兒少安置之家庭重整服務，本部督導各地方政府確依作業程序辦理安置及家庭重整服務，含強化家庭參與、團隊決策模式、會面交往漸進式返家、返家準備及早啟動，如經評估兒少無返家之可能，則提出長期輔導計畫，辦理自立生活準備、穩定的居住處所、就學、就業輔導及心理諮商等。 <p>衛福部（社家署）</p> <p>第 2 點回應如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、按自立宿舍係運用社區住宅（非屬公共建築物）設置，現 16 處自立宿舍計 7 處設有電梯，4 處設有坡道。截至 111 年底止，計 18 位接受自立生活適應協助服務者領有身心障礙證明，其中有 17 位為智能障礙，1 位為輕度肢體障礙，經評估尚無輔具或無障礙設施需求。 二、現行兒少結束安置返家後，地方政府會進行追蹤輔導至少 1 年，定期進行家庭關懷訪視，並視需求連結適當資源（如經濟扶助、就學或就業輔導、親職教育……等）提供支持服務，以穩定其生活，使其得以順利復歸家庭與社會。兒少倘有身心障礙，社工另可循既有體系轉介當地身心障礙者自立生活支持服務資源，由專業社工及同儕支持員協助擬定自立生活計畫並執行，以促進其自立生活、社會參與。
<p>台灣全國兒少安置機構聯盟</p> <p>行動：</p> <ol style="list-style-type: none"> （一）背景/問題分析第三點提到現行後追及自立服務，然於行動策略中僅有針對服務量的提升指標，未有針對目前後追自立服務優化之相關行動。 （二）第三點提到現行自立宿舍服務狀況，但並無進一步評估量能是否足夠及服務內容是否符合兒少需求。建議可以「提升承辦意願」、 	<p>衛福部（社家署）</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、本署為提升兒童及少年結束家外安置後續追蹤輔導與自立生活服務專業人員知能，依少年實務議題邀請網絡單位講授專精課程，促進司法、衛生與社政單位實務交流，提升第一線服務人員服務能力，進而協助少年在社區中穩定成長，111 年計辦理教育訓練 6 場次，312 人次參與。第 1 點意見同意採納，行動回應表將增列相關行動作法。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>「降低辦理障礙」兩個方向擬定行動策略與民間單位合作，以能增加服務量能並回應後追及自立兒少的多元需求。</p>	<p>二、按「自主性」為少年階段之重要發展需求，實務發現結束安置少年多喜好在外自行租屋，入住自立宿舍意願較低，致自立宿舍床位閒置情形時有所聞。依據本署評估，111年多數縣市自立宿舍均未滿額入住，空床率高，服務量能原則上尚有餘裕，應暫無擴增服務量能需求。又自立宿舍係透過「低度管理、高度陪伴」之照顧模式，支持少年未來順利轉銜自立生活，經查現行自立宿舍服務內容係由承辦單位依據少年就業、就學、心理支持等方面發展相關服務措施，已可彈性回應少年多元及個別性需求，綜上，第2點意見擬不採納，惟將於背景/問題分析補充服務現況。</p>
<p>基督教芥菜種會</p> <p>一、行動：背景/問題分析第三點提到現行後追及自立服務，然而未有任何與後追自立服務相關之「行動」。第三點提到現行自立宿舍服務量能，但沒有進一步評估量能是否足夠，及服務內容是否符合兒少需求。建議各縣市可委託多間民間單位成立自立宿舍，增加多元服務，以增加服務量能並回應兒少的多元需求。</p> <p>二、關鍵績效指標：安置機構自立結案數及自立宿舍設置之比例。</p> <p>三、時程：短期。</p> <p>四、管考建議：繼續。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>一、有關自立宿舍服務量能及服務內容不同部分，同前項回應說明二。</p> <p>二、另該會所提以安置機構自立結案數及自立宿舍設置之比例為關鍵績效指標之意見，係以自立兒少均有入住自立宿舍需求為前題設計，惟結束安置少年居住資源非僅有自立宿舍單一選擇，該指標與服務需求及量能無涉，爰所提意見擬不採納。</p>

第 43 點：衛生福利部（社家署）

結論性意見

第 43 點

委員會瞭解，與許多其他國家一樣，國內都不太願意收養身心障礙兒少，因此許多身心障礙兒少都被國外收養。委員會相信，透過以家庭為基礎的照顧，使這些兒少能夠留在台灣，才符合他們的權利及最佳利益。委員會建議政府向收養身心障礙兒少者提供適當的物資、實際及其他形式的持續協助，包括推動養父母互助支持團體。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣兒童權利公約聯盟</p> <p>有關行動：行動二，政府應承擔促進特殊兒少國內收養之責任，提出相關政策或法案，改善社會收養風氣，促進特殊需求兒少國內收養機會；另政府應針對無法於國內外收養之兒少提出後續相關措施。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>本項「不參採」，且「無涉本點次行動回應表之修正」，說明如下：</p> <p>一、為提升國人收養特殊兒少之意願，本部持續透過補助、評鑑機制等方式鼓勵機構辦理辦理收養特殊需求兒少服務方案，加強辦理宣導，引導民眾建立收養新思維觀念。另本項建議亦與整體性國內對於收養家庭支持措施相關聯，已併同第 44 點次行動回應表處理。</p> <p>二、針對無法於國內外收養之兒少，現行地方政府依《兒少法》第 18 條第 2 項規定應提供兒童及少年必要之訪視，並依其需要提供寄養家庭、安置機構等適當之替代性照顧資源。</p>
<p>社團法人中華民國身心障礙聯盟</p> <p>一、有關背景/問題分析：</p> <p>1. 有關「多元收養家庭及特殊需求兒少服務計畫」係屬公益彩券回饋金補助計畫項目，共分成 3 項：促進多元收養家庭融合、適應與支持服務(單身、原住民、新住民、身心障礙)；收養特殊需求兒少服務方案；其他創新之收養家庭服務方案。</p> <p>2. 建議除說明補助計畫內容外，請敘明近 3 年與身心障礙或特殊需求兒少相關之申請計畫數及補助金額，以瞭解協助概況，是否與本點國際審查委員建議之推動養父母互助支持團體相符，或瞭解須進一步協助之其他需求。</p> <p>二、有關行動：本點建議提及推動養父母互助支持團體，依現行背景/問題分析一說明 2016</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>本項「參採」，且「已修正本點次行動回應表」。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>年至 2021 年出養兒少有身心障礙狀況共有 45 位(跨國際收養有 39 位，國內收養有 6 位)，續上述意見，建議針對委員建議「推動養父母互助支持團體」擬定相關行動及關鍵績效指標。</p>	

第 44 點：衛生福利部（社家署）

結論性意見

第 44 點

委員會關切到國內終止收養比率很高。雖然理解部分終止收養案件可用社會文化因素解釋，但委員會建議政府改進現行措施，並檢視其能減少這類問題的程度，尤其是選擇、準備、媒合及（或）收養後給予養父母的支持，以及確保在收養前後都聽取並適當考慮兒少的意見。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣兒童權利公約聯盟</p> <p>一、有關背景/問題分析：政府檢討現行機制及措施應給予收養家庭更多支持，並應考量兒少表意權。</p> <p>二、有關行動：行動二，兒少意見應納入法院認可收養或終止收養流程，以及收出養服務流程中。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>本項「部分參採」且「已修正本點次行動回應表」，說明如下：有關政府檢討現行機制及措施應給予收養家庭更多支持業於背景/問題分析第 2 段說明。另有關兒少表意權部分，現行法院認可或終止收養事件時，依《家事事件法》第 108 條第 1 項規定，已可提供被收養兒少表達意願或陳述意見之機會，上述內容補充於背景/問題分析。</p>
<p>中華兒童暨家庭守護者協會</p> <p>一、背景/問題分析：終止收養程序明顯較收養程序容易，且過程中缺乏輔導機制，收養家庭缺乏互助支持團體，被棄養兒少缺乏程序與實際權益保障機制。</p> <p>二、行動：</p> <p>(一) 法務部應於一年內檢視終止收養相關法規與判例，研究歸納我國廿年內終止收養判例，提供相關法規修正意見，避免兒少被輕易棄養。</p> <p>(二) 衛福部應於一年內檢視終止收養程序與收養程序輔導與支持資源差異，兩年內制定終止收養前收養家庭應接受之關懷輔導、親職教養溝通、支持互助團體等相關制度，減少兒少棄養。</p> <p>三、關鍵績效指標：</p> <p>(一) 法務部於一年內檢視終止收養相關法規與判例，提供相關法規意見，供立法院修正。</p> <p>(二) 衛福部於一年內檢視終止收養程序與收養程序差異，兩年內制定終止收養前收養家庭應接受之輔導制度草案，第三年進行相關辦法修訂。</p>	<p>衛福部（社家署）</p> <p>本項「不參採」，且「無涉本點次行動回應表之修正」，說明如下：</p> <p>一、有關終止收養程序，依《民法》第 1080 條至 1083 條之 1 規定，未成年子女收養之終止須由法院判斷該行為是否符合養子女之最佳利益，經法院認可後方生效力。爰現行法院針對未成年子女之終止收養案件須審酌其最佳利益後判斷。</p> <p>二、《兒童及少年收出養媒合服務者許可及管理辦法》第 2 條、第 22 條明訂收出養媒合服務者（下稱機構）於收養服務完成後，提供收養家庭至少追蹤輔導 3 年，並提供支持性服務，另本部透過補助機制鼓勵機構針對法定追蹤輔導 3 年後仍有需要之家庭，持續提供訪視輔導、心理輔導、團體及活動等支持服務。爰現行如有欲終止收養之收養家庭，可透過追蹤訪視或適時提供相關支持服務機制即早介入輔導，以避免終止收養事件發生。</p> <p>法務部</p> <p>本項「不參採」，且「無涉本點次行動回應表之修正」，說明如下：</p> <p>一、按《民法》規定，未成年子女之收養及終止</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
	<p>收養由法院依養子女之最佳利益裁定(民法第 1079 條之 1、第 1080 條第 3 項規定參照)。又本點次國際審查委員所關切之重點在於建議政府改進「選擇、準備、媒合及(或)收養後給予養父母的支持,以及確保在收養前後都聽取並適當考慮兒少的意見」等現行措施,並非上開民法規定之法規範面之問題;又對於兒少之收出養之相關評估是規範於《兒童及少年福利與權益保障法》,合先敘明。</p> <p>二、次按《兒童權利公約第二次國家報告》條約專要文件第 174 點「有關終止收養」:(b) 2017 年研究發現,終止收養原因主要為離婚、原生家庭狀況好轉、管教議題、生父要求子女回復姓氏等。查上開所稱「2017 年研究」應係指「台灣未成年終止收養研究」,該研究從我國法院終止收養裁判書、兒童及少年收養資訊中心所存放的終止收養事件檔案,分析探究未成年終止收養之危險因子,並建議將該研究報告提供衛生福利部社會及家庭署為施政之參考。</p> <p>三、綜上,本點次關切之重點在於現行措施之強化改進,且已有對於終止收養裁判之研究分析,爰無納入修正本點次行動回應表之必要。</p>

八、基本健康與福利

第 46 點：衛生福利部（醫事司）/衛生福利部（心健司）

結論性意見

第 46 點

委員會仍然關心，在兒少有能力同意接受醫療的情況下，仍需徵得其父母（監護人）的同意，例如當兒少尋求墮胎時。委員會建議政府考慮實施聯合國兒童權利委員會第 12 號一般性意見第 101 點的建議，透過立法確定一個將醫療同意權轉移給兒少的固定年齡。

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>台灣兒童權利公約聯盟</p> <p>有關行動：衛生福利部應重新瞭解第 12 號一般性意見第 101 條之建議內容，並重新提出行動方案。</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「不參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群，但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關兒少對於病情知情權及醫療同意權，已於《病人自主權利法》第4條、第5條訂有相關規範，且已將《病人自主權利法》納入修法研議。惟各界對於病人醫療自主權之認知尚須加強，故為強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知，本部將持續辦理相關宣導活動。</p>
<p>財團法人台灣兒童暨家庭扶助基金會</p> <p>一、背景/問題分析：</p> <p>1. 《病人自主權利法施行細則》第 3 條即說明，病人為無行為能力（含 7 歲以下兒少）或限制行為能力者（含 7 歲至未滿 18 歲兒少），其法定代理人就不受《病人自主權利法》第四條第二項不得妨礙醫療選項決定之限制。《病人自主權利法》並未為兒少醫療自主權做保障，建議政府應依委員會意見，透過立法保障固定年齡兒少的醫療同意權。</p> <p>2. 有關兒少接受心理衛生醫療服務，建議政府針對兒少心理健康的醫療自主權進行修法，讓 18 歲以下兒少考量成熟度能行使心理健康醫療與輔導諮詢同意權，保障無法取得家長同意的兒少能接受心理健康服務，以回應兒少心理健康問題的發生率情況與兒少需求。</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「不參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群，但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關未成年兒少醫療自主權，將提案納入 112 年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷對策分析」研究計畫探討，並於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗，及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p> <p>三、又本項涉心理衛生醫療服務部分，應請心理健康司依權責卓處。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>二、行動：請依委員會建議規劃立法保障固定年齡兒少的醫療同意權，及行使心理健康醫療與輔導諮詢同意權，提出可行之未來作為。</p> <p>三、時程：中期。</p> <p>四、管考建議：繼續。</p>	
<p>社團法人中華民國身心障礙聯盟</p> <p>一、依據 CRC 實施手冊(Implementation Handbook For The Convention on The Rights of The Child, 2007)，針對第 12 條尊重兒童的意見 (Respect for the views of the child)一章中，說明在不同環境中落實第 12 條，其中「個人健康決定、計畫及提供健康服務」是一個重要領域，意即在落實 CRC 的路上，兒少醫療同意權為政府有責任面對的議題。CRC 第 12 條也闡明國家有責任確保兒少可以有權對自己本身有影響的所有事物表達其意見，且該意見需要依據年齡及成熟度予以權衡，這是國家無可迴避的責任。據此，建議衛生福利部針對兒少醫療同意權有更積極的規劃及規定。特別是第 12 號一般性意見第 101 點直接指出，締約國需要制定立法和規章，不論兒童年紀，須確保兒童在有安全和福祉需要時，能夠在未經父母同意的情況下獲得祕密的醫療諮詢和意見。</p> <p>二、而《病人自主權利法》第 4 條僅是就所有病人有知情權利及有醫療選擇與決定的權利，但實務上，兒少為特殊群體，而作為一位病人，其醫療選擇與決定往往被忽視，更遑論第 4 條第 2 項指稱病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人，不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫選項決定之作為。衛生福利部須正視此議題，應針對兒少該群體，規劃友善兒少的知情權及醫療同意權，並依委員建議，針對兒少醫療同意權的年齡，就國際經驗及與各界討論如何規劃相關機制。</p> <p>三、目前行動規劃僅有宣導場次，且管考建議為「自行」，顯見對該議題並無具體規劃及行動，為回應委員建議，有關兒少醫療同意權</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「部分參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群，但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關未成年兒少醫療自主權，將提案納入 112 年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷對策分析」研究計畫探討，並於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗，及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p> <p>三、各界對於病人醫療自主權之認知上須加強，故為強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知，本部將持續辦理相關宣導活動。</p> <p>四、已於衛生福利部友善就醫資訊網公告 3 式適用身心障礙者(含兒童)之易讀版、手語版及有聲版教材就醫相關之公用版無障礙資源，其中包含就醫知情同意書、釐清主訴內容及醫病共享決策等相關資料。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>固定年齡，建議可先進行不同先進國家針對醫療同意權年齡之研究，進而評估如何設定我國兒少醫療同意權之年齡。另有關於本議題除參考 CRC 第 12 號一般性意見第 98 點至 104 點外，亦可參考第 4 號一般性意見第 26 點至第 33 點，特別是第 32 點及第 33 點。</p> <p>四、惟目前針對現行知情權及醫療同意權，建議先設計友善兒少(含身心障礙兒少)知情程序及詢問意見的程序，是否每個就醫的兒少或身心障礙兒少均可知道自己的權利及可以表達醫療選擇的意見？相關程序是否有易讀版或兒少版等，均請主辦機關再擬定具體行動及關鍵績效指標。</p>	
<p>聖吉安娜生命維護中心</p> <p>本中心二點主張：</p> <p>(1)兒少未成年，依法須要受家長保護與照顧。</p> <p>(2)不應推廣墮胎使女性身心陷於更大的風險中。</p> <p>理由一：國家法律肯認父母親權已久</p> <p>衛福部援引《病人自主權利法》第 4 條，指出有關兒少對於病情有知情權及醫療同意權，非常不妥，因為接續的病主法第 5 條提及病人為無行為能力人、限制行為能力人(即兒少)…時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人；故知，該法並未排除其父母。另外，醫療法第 63、64 條皆明文規定同意書之簽具，病人為未成年人…得由其法定代理人…簽具。民法第 1086 條指出，父母為其未成年子女之法定代理人。更何況墮胎是一種對受術女性身體的大手術，有無數的研究證明，墮胎對受術女性造成身心重大的傷害，此外，墮胎也是結束另一個新生命，這牽涉到兩個生命的對待，衛福部怎可為了促進墮胎，直接剝奪父母的親權，而讓兒少獨自面對如此重大攸關身心議題？</p> <p>理由二：墮胎不是未成年懷孕的唯一選擇</p> <p>法令假設面臨未預期懷孕，墮胎是唯一選擇，這是不智的，其實有更好的選項。曾經有一個嘉義縣的案例，高中生懷孕，經學校輔導機制介入，男生女生皆要生下孩子，雙方父母也給予</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「不參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群。但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關未成年兒少醫療自主權，將提案納入 112 年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷對策分析」研究計畫探討，並於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗，及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p> <p>三、各界對於病人醫療自主權之認知上須加強，故為強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知，本部將持續辦理相關宣導活動。</p> <p>衛福部（健康署）</p> <p>針對第二點主張「不應推廣墮胎使女性身心陷於更大的風險中」，不參採且無涉本點次行動回應表之修正，說明如下：</p> <p>我國實施人工流產需符合優生保健法第 9 條規定，經診斷或證明具醫學上理由、因被性侵而受孕或因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活，始得依婦女之自願施行。施行人工流產手術之醫師，應為婦產科專科醫師或登記執業科別為婦產科者，醫師應於手術前後，給予適當之諮詢服務，以確保婦女之健康安全，並未有所稱推廣</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>支持，繼續完成學業。女孩懷孕過程也受到整個班級的保護，誕生新生兒全班同學都跟著欣喜不已。更有許多案例，她們表示：“如果當初了解更多，會想改變決定。”</p> <p>雖然社會價值普遍在聽到未成年青少年懷孕，立即反應是：自己還是小孩怎麼生小孩、小孩生下來自己前途毀了也可憐這個小孩、一定是家庭不正常單親在外面亂搞才會闖禍…等等，幾乎一面倒的負面思維，但上面這個案例沒有犧牲任何一個生命，同時讓大家共同成長，造成多贏的結果，與墮胎因結束生命所帶來的陰霾，形成強烈的對比！</p> <p>理由三：墮胎會提高婦女身心健康的風險</p> <p>不論成年或未成年，都應對生命負責。依研究顯示，以墮胎處置腹中，一個跟自己血脈相連的小生命，會造成『墮胎後創傷症候群』，導致婦女心裡永遠有此烙印，一生無法也不會忘記，也難以啟齒。曾經有一個個案，從未成年到成年，已經墮胎六次，歷任男友在聽到她懷孕時的反應都是去拿掉，她自己也覺得好像就是這樣處理最快，後來造成不孕，已無法生育。如今的她時常處在懊悔自責中，惶惶度日。從她的例子也可以看到，墮胎越是容易，最終受害的還是女性。</p>	<p>墮胎之情事。</p>
<p>社團法人台灣同志諮詢熱線協會</p> <p>一、有關行動：該點次內文為「建議……透過立法確定一個將醫療同意權轉移給兒少的固定年齡……」，目前的「行動」文字明顯未精準回應，建議修改。</p> <p>二、有關關鍵績效指標：延續上述，目前的「指標」文字也明顯未精準回應，建議修改。</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「不參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群。但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關未成年兒少醫療自主權，將提案納入112年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷對策分析」研究計畫探討，並於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗，及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p> <p>三、各界對於病人醫療自主權之認知上須加強，故為強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知，本部將持續辦理相關宣導活動。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>中華慕光生命關懷協會（籌備會）</p> <p>一、背景/問題分析：《病人自主權利法》是否有照顧和維護未成年兒童說不的權益，尊重未成年兒童對於新冠實驗疫苗具有高度危險意識的判斷力，《病人自主權利法》是否應該全力守護未成年兒童不願意接種實驗疫苗的選擇權，成年父母或監護人不可強迫或強制無意願接種實驗疫苗的未成年兒童去接種，尊重未成年兒童的選擇權，相關接種單位應詢問確認未成年兒童的真實意願，若未成年兒童表示不願意，接種單位不可為未成年兒童接種，以維護未成年兒童的自主權利。上述反之，若未成年兒童想要接種實驗疫苗，成年父母或監護人有權利拒絕未成年子女的要求，以維護未成年兒童長遠的身體健康權利。</p> <p>二、行動：增修《病人自主權利法》守護及維護未成年兒童面臨實驗疫苗的自身意願和選擇權。</p> <p>三、關鍵績效指標：明文增修《病人自主權利法》在兒童面臨實驗疫苗方面的選擇權益。</p> <p>四、時程：長期。</p> <p>五、管考建議：繼續。</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「不參採」，回應說明如下：</p> <p>一、《病人自主權利法》係透過「預先」經由「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，對於出現末期病人、不可逆轉昏迷、永久植物人、極重度失智及其他經主管機關公告的重症時，依預立醫療決定執行其所選擇之醫療，保障病人的自主意願都能獲得法律保障與貫徹。</p> <p>二、有關兒童接種實驗疫苗部分，依《醫療法》第79條規定略以：「醫療機構施行人體試驗時，應善盡醫療上必要之注意，並應先取得接受試驗者之書面同意；接受試驗者以有意思能力之成年人為限。但顯有易於特定人口群或特出疾病患者健康權益之試驗，不在此限。」爰此，如需接受人體試驗時，仍須取得接受試驗者同意。</p>
<p>臺灣汗青協會籌備處</p> <p>一、家長為兒少法定監護人，應針對家長進行宣導。</p> <p>二、有關行動：持續強化民眾、家長對病人自主及兒少醫療表意權之認知。</p> <p>三、有關關鍵績效指標：2023 年底前辦理相關宣導達 50 場以上、各級學校每年於家長會或其他場合，至少宣導兩次以上，並於各校官網公告周知。針對家長會參加的家長會列入宣導，並在各校官網公告周知。</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「部分參採」，回應說明如下：</p> <p>考量各類學校差異性，如學校有相關宣導需求，本部可配合進行活動宣導，並提供相關宣導資料，以供強化校園受眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知。</p>
<p>臺灣汗青協會籌備處（黃○中）</p> <p>一、背景/問題分析建議新增第二點：依《優生保健法》第 9 條第 2 項之規定，未婚之未成年人欲實施人工流產時應得法定代理人同意。然於此限制常導致未成年懷孕者尋求非正規人工流產途徑，造成其醫療安全問題。縱</p>	<p>衛福部（健康署）</p> <p>本項不參採且無涉本點次行動回應表之修正。</p> <p>一、有關《優生保健法》第 9 條第 2 項規定略以：未婚未成年人施行人工流產手術，應得法定代理人同意。所稱之未成年人，係依民法成年年齡認定。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>該法規系考量部分未婚之未成年人對人工流產同意能力有所不足而設此限制，政府亦宜考慮實施聯合國兒童權利委員會第 12 號一般性意見第 101 點的建議，透過立法確定一個將醫療同意權轉移給兒少的固定年齡。</p> <p>二、承上，行動建議新增：推動《優生保健法》未婚之未成年人進行人工流產法定代理人同意限制之相關修法，增設將人工流產同意權轉移給兒少的固定年齡。</p> <p>三、承上，關鍵績效指標建議新增：2024 年年底提出優生保健法修正草案送請立法院審議。</p>	<p>二、本項委員係建議透過立法確定將醫療同意權轉移給兒少的固定年齡，爰應就整體兒少醫療同意權進行通盤規範，而不僅限於人工流產。</p>
<p>尊重生命全民運動大聯盟</p> <p>自主權能如此氾濫嗎？</p> <p>如果給軍人自主權！可以自主行動，兩岸早就開打了，台灣成為一片廢墟！如果給公務員自主權！可以自主行動，可不需聽上命，自主行事，台灣政府體制早就崩潰了！如果給人民自願繳稅自主權！還有台灣政府存在嗎？如果給犯人自主權，其結果將是打殺搶，屍橫遍地的結局！如果給人民遵不遵守法律的自主權，將演化成無政府狀態的暴民局面！國家敢如此做？如此立法嗎？顯然不敢、不會！若以個人自主權凌駕一切的話，如上述，國將不成國，行政機能完全失效、軍隊瓦解、學校解體…！</p> <p>若國家不能解體、行政機能不能失效、軍隊不能瓦解、教育系統不能崩潰，那為什麼要瓦解社會的基礎組織——「家庭」？！「家庭」是社會最基本的單位；唯有健康的家庭，才能產生健康的公民；唯有愈穩定的家庭結構，才能形成愈健全的國家。然而，遺憾的是我國政府長期因國際公約的壓力而意圖侵害配偶權，致使妻子墮胎無須丈夫同意，今又試圖剝奪父母親權，好使得未成年者墮胎不必經過家長同意，這樣造成的結果往往使婚姻關係中的信任度瓦解，也帶來個人生命的創傷和家庭破碎！</p> <p>推動立法的政府、民意代表、學者們若真的關懷弱勢的懷孕者，就應該針對家庭有問題的，如：家暴的特別訂定例外條款即可；而非普遍性的通用法條，一體適用的普遍立法，不僅不符合法律的</p>	<p>衛福部（醫事司）</p> <p>本項「不參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群。但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關未成年兒少醫療自主權，將提案納入 112 年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷對策分析」研究計畫探討，並於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗，及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p> <p>三、各界對於病人醫療自主權之認知上須加強，故為強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知，本部將持續辦理相關宣導活動。</p> <p>衛福部（健康署）</p> <p>本項不參採且無涉本點次行動回應表之修正。</p> <p>說明：</p> <p>一、本項建議係反對「已婚者墮胎不必經過配偶同意」及「未成年者墮胎不必經過家長同意」，與聯合國兒童權利委員會第 12 號一般性意見第 101 點建議「締約國需要制定立法或規章，以確保兒童在有安全和福祉需要時，能夠在未經父母同意的情況下獲得秘密的醫療諮詢和意見，而不論兒童的年齡」，立場相左。</p> <p>二、有關墮胎後遺症之實證資料，經查美國國家學院（National Academies of Sciences,</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>比例原則，也違背國家維護人民基本權利之義務。</p> <p>墮胎產生的後遺症很多，成人都不能避免，何況未成年之兒少，關於墮胎後遺症數據，請參考如下：</p> <p>(一) 多數婦女因外在壓力施行人工流產：53%的墮胎婦女是在他人強迫之下接受墮胎。65%的婦女出於外在環境的壓力之下進行墮胎，如：經濟因素、未婚、因懷孕所帶來的社會問題困擾等壓力之下。將近83%施行墮胎的婦女表示，如果當時有一個至多個旁人從旁鼓勵，她們將願意繼續接受懷孕與生產的過程。84%施行墮胎的婦女也肯定：如果當時是在「經濟與情況較好」的情形下，她們將繼續為人母的懷胎階段。</p> <p>資料來源：Reardon, David C. 《Women at Risk of Post-Abortion Trauma》 Reardon, Aborted Women-Silent No More, (Chicago: Loyola University Press, 1987) Zimmerman, Passage Through Abortion (New York: Praeger Publishers, 1977. http://www.afterabortion.org/)</p> <p>(二) 將近70%墮胎婦女於墮胎後八週，會經歷到從掙扎抗拒到退縮生病的歷程。也是在一段很長的抗拒求助心理掙扎後，墮胎婦女才會開始尋求心理衛生機構或精神科的協助。44%的婦女有過度焦慮與失序的問題。36%的婦女有睡眠障礙的問題。11%婦女則需要醫師處方治療。另一項目來自加拿大兩個省長達五年的追蹤研究顯示：25%墮胎婦女需前往精神科就診。這個數字遠遠高於選擇繼續懷孕婦女只有3%需前往精神科就診的數字。</p> <p>資料來源：Reardon, David C 《Women at Risk of Post-Abortion Trauma》 Ashton, "The Psychosocial Outcome of Induced Abortion", British Journal of Ob&Gyn., 87: 1115-1122, (1980). 《A List of Major Psychological Sequelae of Abortion》 http://www.afterabortion.org</p> <p>(三) 罹患乳癌的危險性增加：美國一項研究報</p>	<p>Engineering, and Medicine) 2018年發表之「The Safety and Quality of Abortion Care in the United States」、世界衛生組織(WHO) 2012年發布之「Safe abortion: technical and policy guidance for health systems」及美國婦產科醫學會(ACOG)網站，均就「人工流產長期健康效應」相關迷思提出說明，包括回顧過往針對人工流產對未來生育和妊娠結果、乳癌風險、精神健康障礙和過早死亡的長期影響之流行病學證據發現：許多已發表文獻並不符合嚴格、公正研究的科學標準，經確認高質量之相關研究獲得結論指出：人工流產並未增加女性患不孕症、妊娠相關高血壓疾病、異常胎盤、早產、乳癌或其他心理健康問題(抑鬱、焦慮和創傷後症候群)，負面的心理後遺症發生在極少數的女性，且似乎多是延續先前即存在的情形，而不是因為經歷人工流產導致的結果，以及人工流產是一項安全的醫療介入措施，發生人工流產併發症之機率僅2%，且多數相當輕微。綜上，本項建議所提之相關文獻結論與前述結論相左。</p>

各界意見

機關參採及不參採之回應說明

告指出：全程懷孕不但降低婦女罹患疾病的比率，特別是乳癌（breast cancer）的危險性，並且能增進婦女的健康。美國每年將近有八分之一的婦女罹患乳癌，即約有 175,000 名婦女被診斷出罹患乳癌，42,500 名婦女因乳癌而過世。醫療界與媒體對乳癌的防治宣導，常提出乳癌早期自我檢查，卻很少指出全程懷孕與罹患乳癌之間危險性的關聯。

資料來源：T.Strahan, "Childbirth as Protective of the Health of Women in Contrast to Induced Abortion-I.Breast, Ovarian and Endometrial Cancer," Assoc. for Interdisciplinary Research Bulletin, 12 (2): 1, Jan./Feb.1998

（四）死亡的危險性增加：墮胎婦女於墮胎一年內死亡的比例是懷孕生產婦女的三倍。墮胎婦女於墮胎一年內自殺的比例是懷孕生產婦女的六倍。墮胎婦女於墮胎一年內遭遇致死性意外的比例是懷孕生產三倍。墮胎婦女於墮胎一年內遭遇他殺過世的比例是懷孕生產婦女十三倍。

資料來源：芬蘭政府國家財政與健康發展研究中心（簡稱為 STAKES）於 1997 年出版的研究報告。藉追蹤研究自 1987 年至 1994 年間，正值生育期（15 歲至 49 歲）在懷孕後一年內死亡，有醫療給付證明紀錄的 9,192 位婦女資料。這個生產與墮胎死亡之間的相關性研究，使我們對於生產或墮胎死亡間的關係，獲得一個較準確的面貌。

（五）美國研究墮胎學者，以類似方式，研究加州政府 173,279 低收入戶，申請生產與墮胎醫療福利給付的紀錄（California Medicaid records），也獲得類似的發現。

資料來源：David C.Reardon, Ph.D.Abortion Is Four Times Deadlier Than Childbirth, Gissler, M., et.al., "Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1944--definition problems and benefits of record linkage," Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 76: 651-657 (1997) Mika Gissler, Elina Hemminki, Jouko Lonnqvist, "Suicides after pregnancy in Finland: 1987-94:

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>register linkage study"British Medical Journal 313 : 1431-4, 1996</p> <p>(六) 墮胎對少女的傷害更為明顯：一項美國明尼蘇達州的研究顯示：少女墮胎在半年內自殺的比例是未墮胎少女的十倍。其它相關研究也指出，有多次墮胎紀錄的少女，在墮胎半年內，自殺的危險性與精神上失序的危險性更為提高，值得父母與老師注意與深思。</p> <p>資料來源：Age at First Birth and Breast Cancer Risk MacMahon ed al, Bulletin of the World Health Organization 43 : 209 1970</p> <p>總之，國家莫忘維護人民基本權利之義務，尤其是基本權利中的基本---人民的生存權與健康權。</p>	
<p>梁○勛</p> <p>一、背景/問題分析：建議檢視並說明使用藥物、侵入性治療、心理諮商等醫療服務的兒少自主同意權或表意權行使的法規、實務面現況、限制。而參考我國第一次CRC 審查提到下列兩點，建議政府需回應我國法制對於向下設定明確兒少「年齡」(如：16 歲)能有完整醫療同意的困境或者策進作為(如：研究、兒少群體意見徵詢)。</p> <p>101. 締約國需要制定立法或規章，以確保兒童在有安全和福祉需要時，能夠在未經父母同意的情况下獲得秘密的醫療諮詢和意見，而不論兒童的年齡。例如在遭遇家庭暴力或虐待，或需要生殖保健教育或服務，或是在父母與兒童就獲取保健服務的問題上意見不一時，兒童可能需要這樣的途徑。獲得諮詢和意見的權利不同於做出醫療同意的權利，不應受到任何年齡限制。</p> <p>102. 委員會歡迎有些國家引入了可將同意權轉交兒童的確定年齡，鼓勵締約國考慮引入此類立法。這樣，達到年齡的兒童即有權表示同意，不必在諮詢獨立和有能力的專家之後再進行單獨的專業能力評估。但是，委員會強烈建議締約國確保在幼兒表現出有</p>	<p>衛福部 (醫事司)</p> <p>本項「部分參採」，回應說明如下：</p> <p>一、醫療法未限制告知同意對象、族群。但涉及手術、侵入性檢查或治療等醫療風險較高之處置，需以書面簽署同意書，基於同意書之法律有效性，須由成年人簽署。</p> <p>二、有關未成年兒少醫療自主權，將提案納入112年「我國醫事管理及醫療服務模式因應環境變遷對策分析」研究計畫探討，並於兒童權利公約架構下及參考國內外醫療相關法規之兒童醫療自主權經驗，及是否納入固定年齡或區段用語等進行研究。</p> <p>三、各界對於病人醫療自主權之認知上須加強，故為強化民眾對病人自主及兒少醫療表意權之認知，本部將持續辦理相關宣導活動。</p> <p>四、又本項涉精神衛生、心理諮商部分，應請心理健康司依權責卓處。</p>

各界意見	機關參採及不參採之回應說明
<p>能力對其治療發表明智意見時，對其意見給予應有的重視。</p> <p>二、行動：建議納入辦理分區兒少、學生獲取特定醫療服務或資源（如：精神衛生、心理諮商、墮胎）現況、困境（與照顧者衝突、法規限制）之研究、焦點團體、分區座談，過程中應確保兒少意見獲得重視，持續釐清我國父母與子女管教和自主權的消長現況（社會民情、法制、他國趨勢），以研議向下在各法規「設定明確兒少年齡獲醫療自主權」的建議。</p> <p>三、關鍵績效指標：研究案、分區座談。</p> <p>四、時程：短期。</p> <p>五、管考建議：繼續。</p>	