



人权理事会

第四十届会议

2019年2月25日至3月22日

议程项目3

促进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会及文化权利，包括发展权

残疾人权利

残疾人权利问题特别报告员的报告

概要

残疾人权利问题特别报告员在本报告中概述 2018 年开展的活动，并参照《残疾人权利公约》规定的标准，对针对残疾的剥夺自由形式进行了专题研究。报告审查了针对残疾的拘留形式、其根本原因和不利后果，并提出了基于权利的替代模式。报告载有建议，可帮助各国制定并实施改革措施，以终止以残疾为由剥夺自由的做法。这些措施包括废除允许以残疾为由剥夺自由的法律和条例，执行去机构化政策和开展宣传活动。



目录

	页次
一. 导言	3
二. 特别报告员的活动.....	3
A. 国别访问.....	3
B. 与利益攸关方的接触.....	3
C. 来文	4
三. 剥夺残疾人的自由.....	4
四. 针对残疾的剥夺自由形式的根本原因.....	7
五. 残疾人的自由和安全权.....	10
A. 普遍承认人身自由权.....	10
B. 《公约》第十四条的规范内容.....	11
C. 《公约》对国际和区域标准的影响.....	13
六. 终止以残疾为由剥夺自由.....	15
A. 法律改革.....	15
B. 去机构化.....	15
C. 终止精神卫生领域的胁迫性做法.....	16
D. 获得司法保护.....	16
E. 社区支持.....	17
F. 参与	17
G. 能力建设和提高认识.....	18
H. 资源调动.....	18
七. 结论和建议.....	18

一. 导言

1. 残疾人权利问题特别报告员卡特丽娜·德班达斯—阿吉拉尔根据人权理事会第 35/6 号决议向理事会提交本报告。本报告介绍特别报告员在 2018 年开展的活动，并对针对残疾的剥夺自由形式进行了专题研究。这项研究旨在就如何保障残疾人的人身自由和安全权向各国提供指导，同时特别关注终止以残障为由剥夺自由的进程。
2. 特别报告员在编写研究报告的过程中，委托开展了两项研究¹并分析了会员国、各国人权机构、联合国系统各机构、民间社会组织和残疾人及其代表组织对调查问卷做出的回复。特别报告员共收到 40 份回复。²

二. 特别报告员的活动

A. 国别访问

3. 特别报告员于 2018 年 11 月 26 日至 12 月 5 日访问了科威特(报告将提交至理事会第四十三届会议)。特别报告员感谢科威特政府在访问前后和期间的配合。
4. 特别报告员已同意访问博茨瓦纳、加拿大、中国和挪威。特别报告员要求访问贝宁、柬埔寨、萨尔瓦多和越南，并赞赏地注意到阿尔及利亚、埃及和阿拉伯联合酋长国发出的邀请。

B. 与利益攸关方的接触

5. 特别报告员在这一年里多次参加各类会议和专家会议，其中包括：社会发展委员会第五十六届会议；人权理事会关于残疾人权利的年度互动辩论；为老龄化问题不限成员名额工作组第九届会议提供投入的欧洲专家和利益攸关方会议；人权理事会关于人权与精神卫生问题的协商；第十一届《残疾人权利公约》缔约国会议。特别报告员还与其他联合国专家、机构、国际民间社会组织、残疾人组织和学术界共同举办了关于健康权、公证机构和司法部门在执行《公约》方面的作用的专家磋商活动。
6. 报告员继续与秘书长办公厅和《残疾人权利公约》机构间支助小组协调，积极推动采取全系统办法，将残疾人权利纳入整个联合国系统的工作。报告员在这项工作中开展了基线研究，将依据研究结果制订将残疾问题纳入联合国全系统的办法。

¹ P. Gooding and others, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review* (University of Melbourne, 2018); and M. Gómez-Carrillo, E. Flynn and M. Pinilla, *Global Study on Disability-Specific Forms of Deprivation of liberty* (National University of Ireland Galway, forthcoming).

² 见 www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx。

7. 报告员根据大会规定的任务，与联合国统计司、可持续发展目标指标机构间专家组以及其他一些联合国机构接触，倡导收集有关残疾人的数据并加以分类。

8. 特别报告员于3月6日向人权理事会提交了关于法律能力和辅助决定的年度报告(A/HRC/37/56)。10月22日，她向大会提交了关于残疾人健康权的年度报告(A/73/161)。两份报告均以无障碍形式提供。³

9. 特别报告员继续与特别程序系统、条约机构和其他联合国专家和机构(包括国际劳工组织、联合国人权事务高级专员办事处、联合国人口基金、世界卫生组织和联合国促进残疾人权利伙伴关系)密切合作。

10. 特别报告员还与各国人权机构、残疾人代表组织、其他非政府组织、大学和外交界等多个利益攸关方进行了接触。

C. 来文

11. 本报告所述期间发送来文和收到答复的情况概述，可查阅特别程序来文报告(A/HRC/37/80、A/HRC/38/54和A/HRC/39/27)。

三. 剥夺残疾人的自由

12. 剥夺残疾人的自由是令人关切的主要的全球性人权问题。虽然没有全面数据说明有多少残疾人被剥夺自由，但各国现有的统计数据 and 行政资料表明，残疾人在全球各地受到系统性拘禁、监禁、拘留或受到其他人身限制，无论国家的经济状况或法律传统如何。

13. 在监狱和移民拘留中心等主流剥夺自由环境中，残疾人所占比例明显过高。据估计，残疾人在人口中的比例为15%；但在许多国家，监狱犯人中残疾人的比例高达50%。⁴ 同样，已经确认的是，在孤儿院、社会照料场所和小型寄宿院等少年拘留设施和儿童寄宿机构中，残疾儿童的人数也过多。⁵

14. 此外，残疾人广泛遭遇专门针对残疾的剥夺自由形式。如果有法律、条例和(或)做法规定或允许以表象残障或实际残障为由剥夺自由，或存在专门或主要为残疾人设计的拘留场所，则属于针对残疾的剥夺自由。针对残疾剥夺自由的常见形式包括非自愿收入精神病院、安置在机构中、由刑事司法系统转送拘留、在“祈祷营”被迫接受治疗和家庭禁闭。所有形式都具有共同的特点、理由和依据，源于以医疗手段处理残疾的模式。

15. 短期或长期非自愿收入精神病院是以残障为由剥夺自由最广为人知的形式。遗憾的是，这种认识并未使这种做法得以废除，反而导致颁布立法来规定拘留的

³ 见 www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx。

⁴ J. Bronson, L. Maruschak and M. Berzofsky, “Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12, special report” (United States of America, Department of Justice, 2015); and Australia, Australian Institute of Health and Welfare, *The Health of Australia’s Prisoners* (Canberra, 2015).

⁵ G. Mulheir (2012), “Deinstitutionalisation – a human rights priority for children with disabilities”, *Equal Rights Review*, vol. 9, pp. 117–137; and C.A. Mallett (2014), “The ‘learning disabilities to juvenile detention’ pipeline: a case study”, *Children & Schools*, vol. 36, No. 3, pp. 147–154.

标准和程序性保障措施。事实上，大多数国家都通过精神卫生法来规范非自愿入院。2017年，111个国家报告称本国拥有独立的精神卫生法。⁶除了需被诊断患有“精神疾病”或“精神障碍”这一门槛标准外，惯常标准还包括经专业医疗人员确定，据称对本人或他人构成风险和(或)据称需要护理和治疗。在大多数司法管辖区，非自愿入院会导致强制用药或其他干预手段。

16. 非自愿入院的初衷通常是在万不得已时采用例外手段，但证据显示事实并非如此。尽管全球精神卫生机构的住院床位总数在减少，但各地区的强制入院率似乎都在上升，高收入国家尤其如此。例如，据报告几个欧洲国家的强制入院率大幅上升。⁷美洲、中东和东亚许多国家的非自愿入院人数也在增加。⁸即使是正式自愿入院，大多数国家的“急性住院精神病房”也是封闭的，个人无法随意离开。此外，自愿入院也许无法真实反映个人的自由和知情同意，因为当事人有可能是在受到非自愿入院的威胁下才表示自愿入院。12个月或更久的长期入院治疗在一些国家仍很普遍。⁹

17. 机构化是另一种普遍的针对残疾人的剥夺自由形式。这种安置做法的理由往往是残疾人需要“专门护理”。一项涵盖欧洲25国的大规模研究估计，近120万残疾人生活在机构中，其中大多数人没有表示同意，也没有机会质疑这种安置。¹⁰残疾人的社会照料机构在非洲、亚洲和拉丁美洲的许多国家也仍然十分普遍。没有公共机构的地方，还有慈善机构和传统或宗教中心在运作。例如，由传统和信仰治疗师组织的“祈祷营”在一些非洲国家十分常见。这些中心里面的残疾人往往生活在极不卫生的环境中，经常带着镣铐或受到隔离，完全听凭“信仰治疗师”处置。¹¹

18. 尽管各种机构环境的规模、名称和结构不尽相同，但都具有某些决定性要素。其中包括：与社区内的独立生活隔绝和隔离；对日常决定缺乏控制权；无法选择与何人同住；日常安排僵硬死板，不顾个人意愿和偏好；某一当局管理下同一地方人群的活动雷同；服务的提供具有家长式作风；生活安排受到监督；有义务与他人共用协助人员，以及无法影响协助提供者的选择或影响力有限；而且在

⁶ 世界卫生组织，《2017年精神卫生地图集》(2018年)，第18页。

⁷ A. Turnpenny and others, *Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices across Europe* (Mental Health Europe and University of Kent, 2017).

⁸ M. Lebenbaum and others, “Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study”, *British Journal of Psychiatry Open*, vol. 4, No. 2 (2018), pp. 31–38; J.A. Bustamante Donoso and A. Cavieres Fernández, “Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos”, *Revista Médica de Chile*, vol. 146 (2018), pp. 511–517; A. Bauer and others, “Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991–2000”, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 30, No. 1 (2007), pp. 60–70; and A. Kim (2017), “Why do psychiatric patients in Korea stay longer in hospital?”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 11, No. 2.

⁹ Turnpenny and others, *Mapping and Understanding Exclusion*, p. 41.

¹⁰ J. Mansell and others, *Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs: Report of a European Study, Volume 2: Main Report* (Canterbury, University of Kent, 2007).

¹¹ Human Rights Watch, “‘Like a death sentence’: abuses against persons with mental disabilities in Ghana”, 2 October 2012.

同一环境中生活的残疾人人数通常也不成比例。¹² 若残疾人未经自由和知情同意而被安置在机构中，或无法自由离开，他们便被剥夺了自由。

19. 儿童尤其容易被以残障为由送入机构。许多司法管辖区允许以儿童和(或)其父母或监护人的残疾为由，强迫残疾儿童离开家庭，并将其安置在机构中。数百万残疾儿童因此被关在机构中，与外界隔绝并远离其社区。¹³ 他们在这些机构中通常被关起来，被迫服药，还常常遭受酷刑、虐待和忽视。将儿童安置在任何寄宿机构，哪怕是小型寄宿院或“类似家庭”的机构，都会对儿童的发展产生不利影响，这已得到广泛证明。¹⁴ 儿童被安置在家庭之外的任何寄宿场所，均须视为机构安置，并应受到保护以免被剥夺自由。

20. 由刑事司法系统转送至机构从而剥夺自由，也是各司法管辖区的普遍做法(A/HRC/37/25)。当患有智力或社会心理残疾者被认为不适合受审，或被宣布对其刑事相关行为不承担责任时，通常被转到法医设施或民事机构。相较于刑事司法系统的其他设施，他们在这些设施中往往更难以获得程序性保障，并受到强迫干预、单独监禁和限制。在这种设施中，他们还受到更严格的制度约束，获得娱乐、教育和保健服务的机会少于主流监狱，可用的程序性保障也较少。通常采用“危险”这项标准来评估是否有必要实施这些安全措施。警察部门和社会服务部门也可充当转送者，而且在许多情况下有权启动非自愿入院。

21. 许多情况下，即使机构收容或非自愿入院的做法不存在或者使用有限，许多残疾人在社区内仍然被剥夺自由。例如，据报告有些国家存在将社会心理障碍者捆绑起来的做法。¹⁵ 在这种情况下，残疾人被家人及传统和宗教治疗师用铁链或绳索捆绑，和(或)被关在房间、棚屋或笼子等密闭的空间里。许多情况下，他们赤身裸体地待在户外数日甚至数年之久。这些做法通常源自根深蒂固的污名和陈规定型观念，同时也是缺乏社区支助服务的结果。

22. 在家中剥夺残疾人自由的做法并不只存在于低收入的环境。在世界大多数地区，许多残疾儿童被关在家里，与社区极少互动或根本没有互动。¹⁶ 许多生活在支助性住房中的残疾成年人实际上也被剥夺了自由，因为他们不能自由离开。同样，老年痴呆症患者常被禁止离家，据称是为了他们本人的安全。¹⁷

¹² 关于独立生活和融入社区的第5号一般性意见(2017年)。

¹³ 联合国儿童基金会，《2013年世界儿童状况：残疾儿童》(2013年5月，纽约)，第46至47页。

¹⁴ M. Dozier and others, “Consensus statement on group care for children and adolescents: a statement of policy of the American Orthopsychiatric Association”, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 84, No. 3 (2014), pp. 219–225; A.E. Berens and C.A. Nelson, “The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?”, *Lancet*, vol. 386, No. 9991 (2015), pp. 388–398; and K. Maclean, “The impact of institutionalization on child development”, *Development and Psychopathology*, vol. 15, No. 4 (2003), pp. 853–884.

¹⁵ Human Rights Watch, “Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia”, 20 March 2016.

¹⁶ F. Ellery, G. Lansdown and C. Csáky, “Out from the shadows: sexual violence against children with disabilities” (Save the Children and Handicap International, 2011), p. 14.

¹⁷ J. Askham and others, “Care at home for people with dementia: as in a total institution?”, *Ageing & Society*, vol. 27, No. 1 (2007), pp. 3–24.

23. 尽管针对残疾的剥夺自由形式在智力障碍或社会心理障碍者中最为普遍，但是影响到所有类型的残疾人。有些国家的聋哑儿童和盲童仍然只为接受教育而被安置在机构中。脑瘫患者经常进行为了“治疗”和“康复”的目的而被安置在机构中。白化病人有时在庇护所和保护中心被事实上剥夺自由。麻风病患者被送到疯人院度过余生。

24. 被剥夺自由的残疾人总是处于极为脆弱的地位。他们特别容易遭受性暴力和人身暴力、绝育和贩运。他们还更容易遭受酷刑、不人道和有辱人格的待遇，包括强迫用药和电击、束缚和单独监禁。他们甚至得不到医疗照顾，因此丧命。¹⁸ 此外，被剥夺自由的残疾人往往也被正式剥夺法律能力，没有机会对剥夺自由提出质疑，并最终被广大的社区忽视和遗忘。事实上，这些做法常被误认为是仁慈和善意的，并不构成剥夺自由，因此被剥夺自由的残疾人的状况几乎没有受到国家防范机制或国家人权机构的监督。

四. 针对残疾的剥夺自由形式的根本原因

25. 产生针对残疾的剥夺自由形式的原因受到普遍误解。虽然大多数人认为这是由残障引起的，但其根本原因主要来自社会。

26. 残疾人遭受的各种形式的剥夺自由，其根源往往在于污名。在大多数国家，残疾人由于广泛存在的误解而被严重污名化。例如，一种普遍观点认为，有些残疾人无法在社区中生活，需要接受机构提供的“专门护理”。文化或宗教信仰也可能助长污名。认为残疾人被恶魔附身或残障是罪恶或巫术所致，这种观念使家人感到恐惧和(或)羞耻，致使残疾人受到社会排斥和隔离。还有些人认为，残障具有传染性，因此残疾人应与社会隔离。

27. 对社会心理障碍者怀有的最主要的偏见是毫无根据地认为他们有暴力倾向。这种想法已经被证明是错误的。事实上，证据表明他们更有可能成为暴力的受害者。¹⁹ 然而，近几十年来，社会心理障碍者很危险这一定型观念甚嚣尘上，而媒体的负面报道又推波助澜，过度放大犯罪者的精神病史，或者臆测其在诊断后“未接受治疗”。²⁰ 这种观念还影响到服务提供者和广大公众在涉及社会心理障碍者时做出的反应，导致社交上的疏远、歧视行为或胁迫性做法的使用。²¹

28. 此外，有证据表明，精神卫生专业人员也持有负面看法，认为被诊断患有精神分裂症的人具有危险性，这反过来为精神病院采取限制性更强的政策提供了理

¹⁸ Disability Rights International, *Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia* (2013).

¹⁹ S. Desmarais, “Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses”, *American Journal of Public Health*, vol. 104, No. 12 (2014), pp. 2,342–2,349.

²⁰ J.P. Stuber and others, “Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public”, *Psychiatric Services*, vol. 65, No. 4 (2014), pp. 490–497.

²¹ K. McAleenan, “Perceptions of mental illness and mental health policy”, *Psychology Honors Papers*, No. 34 (2013), available at <http://digitalcommons.conncoll.edu/psychhp/34>.

由。²² 同样，许多国家的专业医疗人员和社会护理人员鼓励残疾儿童的父母将儿童安置在机构中，错误地声称他们会得到比家中更好的护理(见 A/HRC/37/56/Add.2)。儿童保护当局也可以因父母具有实际或表象残疾将儿童从家中带走，而不提供抚养子女所需的支持。

29. 有时候是因为缺乏适当的社区支持，才声称残疾人需要治疗和护理，这为将残疾人非自愿送入精神病院或其他形式的机构提供了借口。无论一国的收入水平如何，所有残疾人都在获得保健、教育、就业机会和财政支持方面面临重大障碍。此外，总体而言，残疾人获得支助服务的机会有限，这些服务包括个人帮助、辅助决策和沟通支助、非医疗危机支助、行动支助和住房安排服务(A/HRC/34/58)。排斥和歧视长期积累，往往导致剥夺自由。

30. 残疾人常常要被剥夺自由才能获得本应在社区内提供的服务。例如，许多家庭将残疾儿童送入机构(如特殊教育寄宿学校、社会机构、职业中心)，因为没有其他办法确保他们获得教育。还有许多残疾人被安置在寄宿机构，以便获得社会保障福利。另一个原因是缺乏认识，因为人们通常以为社区无法提供残疾人所需的专门护理。

31. 此外，若国家未能向家庭提供必要的支持，家中的残疾人便有可能被安置在机构中。有些家庭缺乏社会和财政支持，难以向残疾人提供适当的帮助，或者无法承受提供全天候支持的紧张和压力，那么选择就极为有限，只能将他们送入机构或医院。

32. 直至不久前，精神卫生服务主要是在住院环境中提供，而且许多国家至今依然如此。虽然有些国家正在从机构照料转向社区干预，但对剧烈的痛苦和危急状况(通常被称为“急性紧急状况”)做出反应，仍然是以非自愿方式在住院病房进行，使个人遭受更大的痛苦和创伤。然而，有证据表明，基于社区的危机服务可以帮助人们应对紧急状况，并达到预期效果。²³ 精神病学需要做出转变并采取基于人权的办法。

33. 贫困、无家可归和残疾之间的联系众所周知。²⁴ 无家可归的人群中智力或社会心理残疾者的比例过高。在国家无法保障这些人获得收入和住房援助时，他们很可能被非自愿地收容到机构中。此外，无家可归的残疾人不断面临被剥夺自由的风险，因为依照将无家可归定为犯罪的法律，他们赖以生存的手段(如乞讨、在公共场所睡觉、坐在人行道上、游荡)被视为犯罪活动。²⁵

34. 事实上，将残疾列为罪行这种趋势令人担忧。许多司法管辖区的立法越来越多地处罚非典型行为(如发狂、发怒、叫嚷或自伤)，以及公开显示贫困和缺少支

²² J.F. Sowislo and others, “Perceived dangerousness as related to psychiatric symptoms and psychiatric service use – a vignette based representative population survey”, *Scientific Reports*, vol. 7, No. 45716 (2017).

²³ Gooding and others, *Alternatives to Coercion*, pp. 67–81.

²⁴ C. Mercier and S. Picard, “Intellectual disability and homelessness”, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55 (2011), pp. 441–449; and K. Salkow and M. Fichter, “Homelessness and mental illness”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 16, No. 4 (2003), pp. 467–471.

²⁵ National Law Center on Homelessness and Poverty, *No Safe Place: the Criminalization of Homelessness in U.S. Cities* (2014).

助(如财产维护不当)的做法。²⁶ 如果残疾人违反此类行为守则,可能面临罚款、社区服务甚至逮捕等刑事处罚。轻罪叠加也可能导致剥夺自由。²⁷ 此外,残疾人一再因警方将其违规行为视为威胁而获罪。²⁸ 癫痫或耳聋患者也被误认为不守规矩。²⁹

35. 预防自杀和自残是强制送入精神病院的常见理由。然而,医学文献无法提供有力证据,说明非自愿治疗后自杀的风险是否降低。³⁰ 此外,若干研究报告称,住过精神病院后的自杀率更高。³¹ 强制入院的负面主观体验会进一步造成病人寻求或使用精神卫生系统服务的比率降低。此外,有令人信服的证据表明,即使自杀并非完全不可能预测,但要预测自杀也十分困难。³² 预防自杀需要采取全面的多部门战略,包括有安全和支持性的场所来讨论自杀和自残,避免任何潜在的强制干预。

36. 事实证明,促使剥夺自由的一个因素是漠视责任和与之相伴的风险管理理念。在许多司法管辖区,防止人们伤害自己是服务提供者和家庭的责任。越来越大的责任风险使得服务提供者出于谨慎考虑而采取错误做法,使用强制措施。此外,当潜在的过错责任扩大到包括精神卫生专业人员时,自杀率会上升,因为面临潜在在责任的人可能会选择不与被认为有高自杀风险的个人合作。³³

37. 残疾和其他身份特征之间产生相互作用,造成享有个人自由权方面进一步的不平等。由于关于性别和残疾的陈规定型观念,残疾妇女有可能被视为“负担”,被安置在精神病院或其他机构,她们还被认为无法履行母亲和护理者的传

²⁶ A. Fang, “Hiding homelessness: ‘quality of life’ laws and the politics of development in American cities”, *International Journal of Law in Context*, vol. 5, No. 1 (2009), pp. 1–24.

²⁷ Australia, Parliament of Victoria, Law Reform Committee, *Inquiry into Access to and Interaction with the Justice System by People with an Intellectual Disability and their Families and Carers* (2013).

²⁸ S. Krishan and others, “The influence of neighbourhood characteristics on police officers’ encounters with persons suspected to have a serious mental illness”, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37, No. 4 (2014), pp. 359–369; and K. Gendle and J. Woodhams, “Suspects who have a learning disability: police perceptions toward the client group and their knowledge about learning disabilities”, *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 9, No. 1 (2005), pp. 70–81.

²⁹ S. Nevins, “The US prison system perpetuates ‘the criminalization of disability’”, 14 November 2014.

³⁰ D. Giacco and S. Priebe, “Suicidality and hostility following involuntary hospital treatment”, *PLOS One*, vol. 11, No. 5 (2016); C. Katsakou and S. Priebe, “Outcomes of involuntary hospital admission – a review”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 114, No. 4 (2006), pp. 232–241.

³¹ D. Chung and others, “Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis”, *JAMA Psychiatry*, vol. 74, No. 7 (2017), pp. 694–702.

³² M. Chan and others, “Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales”, *British Journal of Psychiatry*, 209 (4) (2016), pp. 277–283.

³³ S. Dillbary, G. Edwards and F.E. Vars, “Why exempting negligent doctors may reduce suicide: an empirical analysis”, *Indiana Law Journal*, vol. 93, No. 2 (2018).

统角色。同样，由于有关年龄和残疾的偏见，许多残疾老人被安置在机构中或被关在家里。有许多报告称，少数民族人口在精神病院中的比例过高。³⁴

五. 残疾人的自由和安全权

A. 普遍承认人身自由权

38. 国际和区域文书中广泛承认自由和安全权是最基本的权利之一。人身自由是指身体免受监禁，人身安全涉及身心免于伤害。³⁵ 因此，这项权利与其他人权的享有密不可分，其中包括人格完整权、隐私权、健康权、行动自由权以及集会、结社和表达自由权。此外，被剥夺自由者总是处于极其脆弱的地位，更易于遭受酷刑和不人道及有辱人格的待遇或处罚。

39. 国际人权法中规定的人身自由权不是一项绝对权利，可依法加以限制，例如为执行刑法或为公共安全或公共健康的利益加以限制。然而，人身自由和安全权充当着实质性保障，确保剥夺自由不会构成非法或任意行为。剥夺自由若违反国内或国际人权法，则属非法；若以不适当、不公正、不相称、不可预测、歧视性或未经正当程序的方式强行实施，则属任意。这两项禁令时常重叠。³⁶

40. 剥夺自由不仅是干预行动自由，而是对人身自由的更严厉限制。个人被限制在一个有限的空间内或被安置在机构或环境中，不能自行离开，也未经自由和知情同意，便属于被剥夺自由。³⁷ 剥夺自由的例子包括警方拘留、审前拘留、定罪后监禁、软禁、行政拘留、非自愿住院以及将儿童安置在照料机构中。剥夺自由还包括对自由的某些进一步严格限制，例如单独监禁或使用束缚器械。

41. 人权的普遍性意味着，不能基于被禁止的理由，如种族、性别、年龄、残疾、宗教、民族、族裔、土著或社会出身、或其他身份而剥夺自由和安全权。这种剥夺自由是歧视性的，因此具有非法和任意性。然而，长期以来，因实际或表象残障而剥夺自由被广泛认为是合理行为。如上所述，在大多数司法管辖区，行政、民事和(或)刑事立法准许以残障为由或结合其他因素(例如，当个人显示出所谓“对自己或他人的风险”或需要治疗或护理时)而剥夺人身自由。

42. 此外，尽管并没有核心人权条约规定残疾可以作为剥夺自由的正当理由，但国际和区域人权机构的判例历来支持这些例外。因此，上述所有做法都已成为常态，导致全球的残疾人过度遭受从针对残疾的剥夺自由形式到主流环境中的拘留等各种形式的非法和任意剥夺自由。

³⁴ R. Gajwani and others, “Ethnicity and detention: are Black and minority ethnic (BME) groups disproportionately detained under the Mental Health Act 2007?”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 51, No. 5 (2016), pp. 703–711; L. Snowden, J.F. Hastings and J. Alvidrez (2009), “Overrepresentation of black Americans in psychiatric inpatient care”, *Psychiatric Services*, vol. 60, No. 6 (2009), pp. 779–785.

³⁵ 人权事务委员会，关于人身自由和安全的第 35 号一般性意见(2014 年)，第 3 段。

³⁶ 同上，第 11 段。

³⁷ 同上，第 5 至 6 段。

43. 在这方面,《残疾人权利公约》的通过是承认残疾人享有人身自由权的一个里程碑。《公约》重申人权的普遍性,提醒缔约国有义务尊重、保护和实现所有残疾人的自由权。《公约》第十四条强调,残疾人必须在与其他人平等的基础上享有人身自由权,因此不能非法或任意剥夺其自由。第十四条进一步阐明,以残障为由剥夺自由³⁸是歧视性的,因此有悖于《公约》的文字和精神。这样《公约》从根本上质疑对残疾人自由权的普遍理解,取代了以前的标准和解释。

B. 《公约》第十四条的规范内容

44. 《公约》第十四条阐明了适用于残疾人的人身自由和安全权的内容。第十四条第一款第(一)项重申,所有残疾人在与其他人平等的基础上享有自由和安全的权利。第十四条第一款第(二)项规定,不得非法或任意剥夺残疾人的自由,并进一步阐明,在任何情况下均不得以残疾作为剥夺自由的理由。最后,第十四条第二款重申,所有被剥夺自由的残疾人都有权在与其他人平等的基础上获得程序性和实质性保障,包括无障碍和合理便利的条件。因此,缔约国有义务立即:(a) 避免采取任何非法或任意干涉自由权的行动,并不批准这种做法;(b) 保护这项权利不受私人行为者,如卫生专业人员以及住房和(或)社会服务提供者的侵害;(c) 采取积极行动,促进行使自由权。

45. 人身自由权与《公约》规定的其他人权和基本自由重叠并相互作用。这些权利包括但不限于:平等和不歧视(第五条)、生命权(第十条)、在法律面前获得平等承认(第十二条)、获得司法保护(第十三条)、免于酷刑或残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚(第十五条)、免遭剥削、暴力和凌虐(第十六条)、人格完整性(第十七条)、迁徙自由和国籍(第十八条)、独立生活和融入社区(第十九条)、表达意见的自由和获得信息的机会(第二十一条)、隐私(第二十二条)、健康(包括自由知情同意权)(第二十五条)、工作和就业(第二十七条)适足的生活水平和社会保护(第二十八条)以及参与政治和公共生活(第二十九条)。

46. 第十四条规定绝对禁止以残障为由剥夺自由。虽然残疾人可以在与其他人平等的基础上被合法逮捕或拘留,但第十四条第一款第(二)项不允许有任何例外情况,以残疾人的实际或表象残障而剥夺他们的自由。以这种理由剥夺自由具有歧视性,因而是非法和任意的。相关情况除其他外,包括将残疾人安置在机构中,非自愿收入精神病院,在宣布残疾人不适合受审、免除刑事责任或经其他机制转送后导致的拘留。

47. 残疾人权利委员会进一步规定,这一绝对禁令也适用于以其他因素为由剥夺自由的情况,通常是被认为“对自己或他人构成危险”或者需要治疗或护理。³⁹委员会就此回顾指出,在《公约》起草过程中,曾就是否需要列入限定语(“仅仅”或“单独”)进行过广泛讨论。⁴⁰各国反对这些提议,认为这些提议可能会导致误解,允许在存在其他因素时以残障为由剥夺自由。同样也没有采纳关于列

³⁸ 见残疾人权利委员会“关于《残疾人权利公约》第十四条——残疾人的人身自由和安全权的准则”(2015年),第6段。

³⁹ 同上。

⁴⁰ 同上,第7段。

入定期审查条款的提议，因为这样的条款将与绝对禁止以残障为由剥夺自由的规定相矛盾，并可能导致一种解释，即允许以残疾为由实施拘留，但是需要有保障措施。因此，《公约》的筹备工作证实，《公约》旨在确立绝对禁止剥夺自由。

48. 未经残疾人本人或其替代决策者同意而将其送入机构，侵犯了人身自由权和在社区独立生活的权利(第十九条)。国家未能向残疾人提供在社区独立生活的适当支持，不能构成剥夺自由的合法理由。同样，以儿童和(或)其父母或法定监护人的实际或表象残障为由将儿童安置于家庭之外的机构或寄宿院的做法具有歧视性，因此是任意和非法的。

49. 以据称有精神疾病或精神障碍为由非自愿收入精神病院，违反了人身自由和安全权以及自由和知情同意的原则(第二十五条第(四)项)。人人有权在自由和知情同意的基础上获得所需的精神卫生服务和(或)其他支持，并有权拒绝接受任何不想要的服务而不被剥夺自由，包括那些经历剧烈痛苦或极端精神状态的人。当入院导致非自愿治疗和强制用药时，非自愿入院也侵犯了人身安全、人格完整(第十七条)和免受酷刑和虐待的权利(第十五条)。

50. 宣布某人因“精神错乱”或“精神不健全”而不适合受审或不承担刑事责任，继而剥夺其自由，违反了人身自由和获得司法保护的权利(第十三条)。在这种情况下，当事人通常会脱离诉讼程序，受到安全措施的限制，因而被剥夺自由并受到有悖于本人意愿的待遇，时间往往无限期或远远长于按正常程序定罪后受到的限制，残疾人因而无法像其他人那样享有正当程序保障(A/HRC/37/25, 第 36 段)。各国义务确保用以保护被告人权利的司法和其他保障措施适用于所有残疾人，强调无罪推定、受审权和公平审判权，包括提供程序性便利及适合年龄和性别的便利。

51. 出于照料目的将残疾儿童安置在家庭之外的机构或寄宿院，构成任意剥夺自由，也侵犯了家居和家庭权(第二十三条)。因此，在直系亲属不能照顾残疾儿童的情况下，各国须在大家庭范围内提供替代性照顾，并在无法提供这种照顾时，在社区内提供家庭式照顾。应按照《残疾人权利公约》规定的更高标准对《儿童权利公约》第二十条和《儿童替代照料准则》中“适当机构”的概念进行审查。正如《儿童权利公约》第四十一条所述，《公约》的执行不应影响任何更有利于实现儿童权利的国际法条款。

52. 各国义务采取适当措施保护残疾人不被第三方剥夺人身自由和安全。⁴¹ 各国必须保护残疾人不被拘留在非政府或私人实体经营的机构或社区环境中。各国还应该保护残疾人免遭雇主、学校和医院不正当地剥夺自由。此外，各国必须保护残疾人不在家庭中被剥夺自由，形式包括家庭监禁、捆绑和囚禁。⁴²

53. 剥夺法律能力往往既是引发剥夺自由的原因，也是剥夺自由导致的后果；它可以作为机构收容或非自愿入院的诱因，而且与从刑事司法系统转送至法医服务

⁴¹ 人权事务委员会，第 35 号一般性意见，第 7 段。

⁴² “Pasung”的意思除带镣铐之外还涉及监禁和无人照看。见 N.H. Laila and others, “Perceptions about *pasung* (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: a qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, No. 35 (2018)。

机构密切相关。剥夺自由也能导致对法律能力的限制。例如，在某些司法管辖区，个人被安置在机构中后，会自动因为法律上无行为能力而被正式剥夺法律能力，机构本身则成为此人的监护人。同样，非自愿入院在大多数情况下会导致被迫接受医疗干预。此外，被剥夺法律能力者对其安置或非自愿入院提出质疑的机会有限，因为他们经常丧失寻求法律代理和参与法律诉讼的能力。

54. 被剥夺自由的残疾人必须在与其他人平等的基础上享有国内法和国际法规定的所有程序性和实质性保障，包括被迅速告知逮捕理由的权利、对拘留合法性采取司法控制的权利，以及遭到非法或任意逮捕或拘留后立即获释和获得赔偿的权利。⁴³《公约》第十四条第二款阐明，所有这些程序性和实质性保障都适用于“在任何程序中”被剥夺自由的残疾人，即任何形式的刑事、民事或行政逮捕或拘留，包括与精神健康有关的剥夺自由。

55. 获得司法保护对于保护人身自由权至关重要。各国义务确保被剥夺自由的残疾人在与其他人平等的基础上有效获得司法保护，以便利他们参与审查其拘留合法性的所有法律程序，并获得补救和赔偿。这项义务包括确保警察局和法院设施无障碍、有效获取信息和通信以及提供程序性便利。

56. 《公约》中的“支持”理念可发挥作用，阻止针对残疾采用拘留制度和其他胁迫措施(见 A/HRC/34/58)。例如，虽然目前大多数管辖区在紧急状况下采取的默认应对措施是撤销个人的法律能力并授权非自愿入院，但《公约》的支持模式要求在卫生部门内外采取非强制性支持应对措施。然而，必须强调的是，终止以残障为由剥夺自由这项义务与提供支持无关。各国必须在履行消除以残障为由剥夺自由的义务的同时履行提供支持的义务。缺乏社区支持永远不能成为剥夺自由的理由。

C. 《公约》对国际和区域标准的影响

57. 《公约》绝对禁止以残障为由剥夺自由的这一范式转变，已经对联合国的工作产生了重要影响。不同实体、条约机构和特别程序，包括联合国人权事务高级专员办事处⁴⁴、世界卫生组织⁴⁵、消除对妇女歧视委员会(CEDAW/C/IND/CO/4-5, 第 37 段)、任意拘留问题工作组⁴⁶ 和人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员(A/HRC/35/21, 第 66 段)，都表示赞同《公约》第十四条规定的标准。

58. 然而，自《公约》通过以来，有三个人权机制对绝对禁止以残障为由剥夺自由提出了质疑：人权事务委员会⁴⁷、防范酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的

⁴³ 《公民权利和政治权利国际公约》，第九条。

⁴⁴ A/HRC/10/48, 第 43 至 47 段；A/HRC/34/32, 第 25 至 28 段；A/HRC/36/28, 第 32、40、42 和 50 段；A/HRC/39/36, 第 46 段。

⁴⁵ 世界卫生组织，质量权利指导和培训工具，可在网站 www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en 上查阅。

⁴⁶ 《联合国与任何被剥夺自由者向法院提起诉讼的权利有关的补救措施和程序的基本原则和准则》，第 38 和 103 段。

⁴⁷ 人权事务委员会，第 35 号一般性意见，第 19 段。

待遇或处罚小组委员会(CAT/OP/27/2, 第 5 至 11 段)及酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题前特别报告员胡安·门德斯(A/HRC/22/53, 第 69 段)。虽然他们排除了以需要医疗或护理为由剥夺自由的可能性,但仍然保留“对自己或他人构成风险”这一例外条件。

59. 在区域层面,自《公约》通过以来,美洲人权法院和非洲人权和人民权利法院都没有处理过以残障为由剥夺自由的问题。然而,新近通过的《非洲人权和人民权利宪章关于非洲残疾人权利的议定书》在《公约》第十四条的基础上,禁止任何以残障为由剥夺自由的做法(第 8 条第 5 款)。在美洲的人权制度中,美洲人权法院依据《公约》第十四条第二款,主张为残疾囚犯提供无障碍环境和合理便利措施,⁴⁸美洲人权委员会在与精神病院有关的预防措施和最近的一份国家报告中援引了《公约》第十四条第一款第(二)项。⁴⁹

60. 1950 年《保护人权与基本自由公约》是区域或全球层面唯一考虑到以残障为由对自由和安全权采取例外手段的人权文书(第 5 条第 1 款(e)项)。欧洲人权法院就此制定了一套标准,以确定何时可以“精神不健全”为由剥夺个人自由。⁵⁰这些标准不仅与《残疾人权利公约》第十四条相抵触,而且未达到上述国际人权机制制定的标准。

61. 在此背景下,特别报告员重申,以“对自己或他人的危险”、“需要护理”或“医疗必要性”为由拘留残疾人,属于非法和任意拘留。首先,这种做法具有歧视性,因为它仅适用于或过度适用于具有实际或表象残障的人,特别是智力或心理残疾者、自闭症患者和痴呆症患者。其次,这种做法剥夺了个人就护理、治疗和入院做出决定的法律能力,也侵犯了人格完整和免受酷刑和虐待的权利。第三,这种做法既不必要也不相称,违反了人身自由和安全权的基本内容,也没有实现立法者想要达到的目的。此外,这一做法还会妨碍人们的康复,并再次伤害那些曾经遭受虐待的人。而且越来越多的证据表明,卫生部门内外的非强制性支助做法具有积极价值。⁵¹

62. “对他人构成危险”这项标准本身就是任意和不公正的,因为它会导致没有犯下任何实际罪行的残疾人被剥夺自由,这违反了无罪推定的一般原则。犯有实际罪行者应有机会在与其他人平等的基础上诉诸司法,受益于相同的程序性保障和其他保障。尽管如此,仍需要对残疾人的刑事处罚采取完全不同的方法,以避免法律诉讼中的歧视和社会排斥造成监狱中残疾人的比例过高。恢复性司法的办法侧重于通过修复对受害者和整个社区造成的伤害来改造罪犯,这是一条有待探索的道路。

63. 《公约》177 个缔约国中只有 4 个曾发表声明,意图限制第十四条的执行。⁵²此外,还有些国家对第十二条和第十五条发表了可能会对实现人身自由权产生影

⁴⁸ *Chinchilla Sandoval et al. v. Guatemala, Preliminary Objections, Merits, Reparations, and Costs, Judgment of 29 February 2016*, para. 209.

⁴⁹ Precautionary measure No. 440-16, Zaheer Seepersad regarding Trinidad and Tobago, 4 August 2017, para. 21; and *Situation of Human Rights in Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 208/17 (2017).

⁵⁰ *Stanev* 诉保加利亚(申诉号 No. 36760/06), 2012 年 1 月 17 日的判决, 第 153 段。

⁵¹ Gooding and others, *Alternatives to Coercion*.

⁵² 澳大利亚、爱尔兰、荷兰和挪威。

响的保留意见和声明。⁵³ 根据《维也纳条约法公约》第十九条和《公约》第四十六条的规定，不得有与条约的目的和宗旨不符的保留和声明。鉴于人身自由权对享有和行使《公约》规定的所有权利至关重要，此类保留和声明违背了《公约》的目标和宗旨。特别报告员敦促有关缔约国撤回所有保留和声明。

六. 终止以残疾为由剥夺自由

A. 法律改革

64. 各国有义务立即废除所有允许在公共或私人场合以实际或表象残障为由剥夺自由的立法。各国还必须废除对残疾人的自由权具有不相称和不利影响的明显“残疾中立”的立法。只要精神卫生法授权并规范以实际或表象残障(即诊断为“精神健康问题”或“精神错乱”)为由非自愿剥夺自由和强制治疗，均须予以废除。为此，各国应在残疾人及其代表组织的积极参与下，启动涵盖不同法律领域的全面的法律审查进程。

65. 各国必须认识到残疾人有权获得广泛的基于权利的支助服务，包括为遭受生活危机和精神痛苦的人提供的支助服务。立法必须确保这些支助安排：可用、可获得、充分而且负担得起；是自愿提供的；尊重残疾人的权利和尊严(A/HRC/34/58)。此外，各国必须建立一个有助于制定和执行此类支助措施的法律框架。

66. 各国应审查其民事和刑事立法，以确保关于服务提供者和家庭的法律责任和照料义务的条例不鼓励也不导致胁迫性做法。还须审查刑法，以消除将无家可归和(或)残疾定为犯罪的法律和做法。

B. 去机构化

67. 各国必须消除一切形式将残疾人送入机构的做法，并制定明确的去机构化进程。这个过程应当包括：通过一项带有明确时限和具体基准的行动计划；各机构暂停接收新成员；重新分配公共资金；由向机构供资改为向社区服务供资；以及发展适当的社区服务，如住房协助、居家支助、同伴支助和喘息服务等(A/HRC/34/58)。去机构化举措应涵盖包括精神病院在内的各种机构。已经证明，考虑不周和资源不足的去机构化进程会适得其反，损害残疾人的权利。去机构化战略必须避免简单地将个人重新安置到较小的机构、寄宿院或各种集体环境之中。

68. 需要采取多种战略终止将残疾儿童安置在机构中的做法。这些措施包括：培养家庭支助能力；在社区内提供儿童服务；儿童保护战略；全纳教育；发展基于家庭的包容残疾人的替代照料，包括外围亲属照料、寄养和收养。需要为上述所有形式的替代照料提供适当的培训、支持和监测，以确保这种安置做法的可持续性。各国应立即暂停将未满3岁的儿童安置在收容机构。

⁵³ 加拿大、埃及、爱沙尼亚、法国、格鲁吉亚、科威特、马来西亚、波兰、新加坡和委内瑞拉玻利瓦尔共和国。

69. 各国必须立即采取行动，终止在孤儿院、小型寄宿院、康复中心和祈祷营等私人(或)信仰机构内剥夺自由的现象。各国义务通过预防性体制框架、教育和监测等手段保护残疾人免遭第三方不正当地剥夺自由。各国必须立即采取行动，终止一切形式的家庭监禁和捆绑行为。

C. 终止精神卫生领域的胁迫性做法

70. 各国必须终止精神卫生领域一切形式剥夺自由和胁迫性的做法。为此，各国必须改革精神卫生系统，确保采取基于权利的办法，采取资金充足的社区应对措施，包括由病友主导的服务。证据表明，当政府、服务提供者、法院和社区采取一致行动放弃胁迫性做法时，很可能会取得成功。

71. 各国必须为遭受危机者建立支助服务。不使用武力或胁迫性做法的社区服务已经证明是有效的，对于确保采取基于权利的应对办法至关重要。全球有几个地方为情况十分危急者制定了非强制和非医疗的社区方案(例如危机或临时看护所、危机喘息服务、儿童寄宿家庭和紧急寄养所)，作为住院治疗的替代方案。⁵⁴与医院病房相比，这些场所的特点是住院人数较少、环境类似家庭、弱化药物治疗，以及与工作人员有更多接触。事实证明，提供这些方案减少了非自愿住院的情况，提高了满意度。⁵⁵

72. 预先规划能够帮助残疾人在危急情况下行使法律能力。⁵⁶预先指令能够让人们表达自己的意愿和偏好，说明希望在今后任何事件中获得怎样的待遇。指令还可包括拒绝某些治疗和(或)预先要求采取当事人曾认为有帮助的特定做法。要取得效果，关键是要确保预先指令是由个人自由选择的，确保此人完全掌控指令的生效时间，并且始终由此人决定是否改变意愿和偏好。

D. 获得司法保护

73. 残疾人应该在与其他人平等的基础上获得司法保护，对任何剥夺自由的做法提出质疑。为此，各国必须确保残疾人在审理期间和审理前后的所有法律诉讼程序中获得程序性便利和适合年龄及性别的措施，包括辅助决定。国家还须促进对司法领域的工作人员进行适当培训。

74. 各国必须保证，遭受任何形式的任意剥夺自由和(或)在此类做法中受到剥削、暴力或虐待的所有残疾人均有机会获得适当的补救和赔偿，包括酌情恢复原状、赔偿、抵偿和保证不重犯。当拘留被认定为任意拘留时，恢复原状必然意味着恢复自由。⁵⁷

⁵⁴ Gooding and others, *Alternatives to Coercion*, pp. 67–81.

⁵⁵ C. Obuaya, E. Stanton and M. Baggaley, “Is there a crisis about crisis houses?”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 106, No. 8 (2013), pp. 300–302.

⁵⁶ M.H. de Jong and others, “Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis”, *JAMA Psychiatry*, vol. 73, No. 7 (2016), pp. 657–664.

⁵⁷ 《与任何因逮捕或挽留被剥夺自由者向法院提起诉讼的权利有关的补救措施和程序的基本原则和准则》，第 26 段。

75. 国家防范机制、国家人权机构及促进、保护和监测《公约》实施情况的独立机制必须获得明确授权，负责调查残疾人被剥夺自由的情况，并协助残疾人获得法律代表和补救措施。必须有效监测针对残疾的剥夺自由环境，如精神病院和其他机构。准确掌握被剥夺自由的残疾人的人数也将有助于监测各时期的趋势和变化，从而能够制定更好的预防战略和去机构化战略。

E. 社区支持

76. 各国应实施综合制度，协调残疾人有效获得基于权利的支助，包括获得一系列家庭、寄宿和其他社区支持服务(A/HRC/34/58)。教育、保健、就业和住房等普通服务和方案及其他社区服务也必须包容残疾人，而且对残疾人无障碍。残疾人应当有机会选择在哪里生活，跟谁一起生活，而不应被迫生活在特殊环境中。

77. 残疾儿童及其家人须获得各类信息和支助服务，包括早期干预、日托、教育、儿童保护和社会服务，以避免儿童与家人分离及被安置在机构中。家人也可能需要帮助，学会以积极的方式看待残疾，并了解如何根据儿童的年龄和成熟程度给予支持。当家庭分离不可避免时，各国必须确保将儿童安置在符合其最大利益的适当的家庭替代照料安排中。小型机构、寄宿院或“类似家庭”的机构不能取代所有儿童与家人生活在一起的权利和需要。

78. 包容残疾人的社会保护制度可以确保他们获得收入保障和社会服务，从而极大减少残疾人被剥夺自由的现象。各国必须实施全面和包容性的社会保护制度，将残疾问题纳入所有方案和干预措施的主流，并确保提供满足残疾相关需求的具体方案和服务(A/70/297)。残疾福利必须促进残疾人的独立性和社会对他们的包容，而不是导致他们在机构中被不正当地剥夺自由。所有残疾人，包括有多种残疾和重度残疾者，都有权生活在社区中并获得所需支助。

F. 参与

79. 各国在为终止一切形式以残障为由剥夺自由而进行的法律和政策改革进程中，必须与残疾人及其代表组织密切协商并使他们积极参与，特别是包括残疾儿童在内的权利直接受到影响的群体。同样，残疾人及其代表组织必须参与与精神卫生系统的设计、实施、监测和评估有关的所有决策过程，包括关于发展非强制性社区应对措施决策过程。

80. 各国应建立外联和灵活机制，使特别容易因残障被剥夺自由的残疾人群体能够有效参与，因为现有的代表组织可能没有充分代表他们(A/HRC/31/62)。⁵⁸ 各国还应促进公共当局与民间社会组织(包括残疾人代表组织)在提供支助的领域进行合作和建立伙伴关系。

⁵⁸ 另见残疾人权利委员会，关于包括残疾儿童在内的残疾人通过其代表组织参与《公约》的执行和监测工作的第7号一般性意见(2018年)。

G. 能力建设和提高认识

81. 仅改革法律和政策框架是不够的，必须扭转关于残疾人的社会观念。各国必须在进行法律和政策改革的同时，为政府部门、公职人员、服务提供者、私营部门、媒体、残疾人、家庭和广大公众开展培训和提高认识活动。

82. 当务之急是改变公众对于暴力与心理残障者的印象。各国必须采取有效措施，消除对残疾人的陈规定型观念、负面态度以及有害的和非自愿的做法。高等教育中心应审查其课程，特别是医学院、法律院和社会工作学院的课程，以确保这些课程充分反映《公约》的创新理念。

H. 资源调动

83. 各国必须停止资助以残障为由剥夺个人自由的服务机构。非自愿入院和机构化不仅是错误的，而且是对公共资源的不当和无效使用。证据表明，相对于将残疾人安置在任何类型的机构中，为残疾人提供适当支助的做法效果更好，而且更具成本效益。⁵⁹ 此外，精神病院和其他机构强制入院的做法，使政府承受高额的保障支出以及旷日持久的昂贵诉讼。

84. 各国有义务立即采取步骤，充分利用其现有资源，包括通过国际合作获得的资源，确保残疾人的人身自由权得到尊重和保护。国家规划和预算中应该为面向残疾人的支助服务提供资金，并纳入监测工作。国际合作中应避免资助那些没有从人权角度出发处理残疾事务的做法(如机构收容或强制性精神干预措施)。

七. 结论和建议

85. 以残障为由剥夺自由属于严重侵犯人权的行为。因为身有残障或被认为有残障，残疾人被系统地安置在机构和精神病院中，或拘留在家里和其他社区环境中。在传统的剥夺自由场所，如监狱、移民拘留中心、少年拘留设施和儿童寄宿机构中，残疾人比例也过高。在所有这些场所，残疾人都遭受更多的侵犯人权行为，如强迫治疗、隔离和束缚。

86. 以残障为由剥夺自由并非“不可避免的坏事”，而是国家未能确保对残疾人履行人权义务所致。如本报告所示，剥夺残疾人自由的根源在于不容忍，以及各国没有采取行动落实人权，特别是享有法律能力、人格完整、获得司法保护、在社区独立生活、可达到的最高健康标准、适足生活水准和社会保护的权利。在缺乏适当支持和难以为生的情况下，残疾人被送入机构和精神病院，似乎别无选择。机构护理和精神卫生服务按其设计方式，只会加剧这种不断累积的结构性歧视。

87. 为协助各国制定和实施改革措施，以充分落实人身自由和安全权，特别报告员提出下列建议：

⁵⁹ D. Tobis, *Moving from Residential Institutions to Community-based Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union* (Washington, D.C., World Bank, 2000).

- (a) 在国内立法中承认残疾人在与其他人平等的基础上享有自由和安全权；
- (b) 开展全面的立法审查，废除所有允许因残障或结合其他因素剥夺自由的法律和法规；
- (c) 执行政策推动残疾人离开所有各类机构，包括通过一项有明确时限和具体基准的行动计划，暂停接收新成员进入机构，并发展适当的社区支持；
- (d) 终止一切形式的胁迫性做法，包括在精神卫生机构中的做法，并保证在任何时候都尊重个人的知情同意；
- (e) 保障所有被任意剥夺自由的残疾人能够获得有效补救，并立即采取行动恢复他们的自由；
- (f) 确保为遭受生活危机和精神痛苦的人提供支助服务，包括有安全和支持性的场所来讨论自杀和自残；
- (g) 积极推动残疾人及其代表组织参与所有决策过程并与其协商，以终止一切形式以残障为由剥夺自由的行为；
- (h) 提高公众特别是决策者、公职人员、服务提供者和媒体对残疾人的自由和安全权的认识，包括消除陈规定型观念、偏见和有害做法；
- (i) 避免为侵犯残疾人的自由和安全权的服务机构划拨资金，并逐步划拨更多资金用于研究和技术援助，以终止一切形式以残疾为由剥夺自由的行为，并确保残疾人能够获得基于社区的服务和社会保护方案；
- (j) 鼓励包括非营利组织在内的国际合作行为方不要资助针对残疾人的剥夺自由场所或环境。

88. 特别报告员还建议联合国系统加强能力，在所有工作中，包括在支持各国实行立法和政策改革时，充分考虑到《残疾人权利公约》所维护的人身自由和安全权方面的标准。