

調 查 報 告

壹、案由：據訴：聯合國資料顯示，雙性人（天生性器官或染色體等性特徵不符合典型之男性或女性）人口約占0.05%到1.7%，如以上限值推估，臺灣可能有40萬雙性人，但政府並無雙性人人權措施。究我國雙性人有多少人口？多少兒童雙性人被迫接受不當手術、治療及教育？雙性人受歧視情形是否嚴重？我國法規及政策對於雙性人的保護有無漏洞或缺失？政府應該採取何種措施以保護雙性人等？均有深入瞭解之必要案。

貳、調查意見：

一、衛福部及內政部對於雙性人群體並無任何有意義之資料統計，亦未主動進行相關研究，忽視雙性人群體真實的存在。對於雙性人於生活上所面臨之各類困境例如出生後性別登記問題、是否需要醫療手術問題等均視而不見，更遑論有相關政策推行，已構成人權侵害，不符憲法第7條平等原則及兩公約之精神。

(一)世界人權宣言第1條、第2條、公民與政治權利國際公約 (International Covenant on Civil and Political Rights) 及經濟社會文化權利國際公約 (International Covenant on Economic Social and Cultural Rights) 第2條均規定，人人均不因其性別、身分等因素而受歧視。經濟社會文化權利國際公約第20號一般性意見第32段更具體提及：「第2條第2項所承認的『其他身分』包括性傾向……性別認同也被認定為禁止的歧視理由；例如：變性人、換性人或兩性人（按：即雙性人）的人權往往遭受嚴重侵害。」依我國98年4月22日公布之「公民與政治權利國際公約及經

濟社會文化權利國際公約施行法」第2條及第4條規定，兩公約所揭示保障人權之規定具有國內法律之效力，各級政府機關行使其職權，應符合兩公約有關人權保障之規定，避免侵害人權，保護人民不受他人侵害，並應積極促進各項人權之實現。我國憲法第7條規定：「中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等。」司法院釋字第748號解釋理由書則明白揭示：「本條明文揭示之5種禁止歧視事由，僅係例示，而非窮盡列舉。是如以其他事由，如身心障礙、性傾向等為分類標準，所為之差別待遇，亦屬本條平等權規範之範圍。」因此，雙性人如果因為其出生時或出生後因其身體性徵的改變，因與傳統二元性別有所差異，而遭受到歧視的待遇，即不符合兩公約及我國憲法所揭示之平等原則與人權概念。

- (二) 依據聯合國人權事務高級專員辦事處 (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) 官方網站內就雙性人之概況文件 (UNFE_Factsheet_Intersex) 指出，雙性人 (intersex，或有稱陰陽人、間性人、兩性人等，以下因視各文獻內容或組織主張或有混用，惟原則上均指同一概念) 係指生來身體或生理之性徵 (包括生殖器、性腺或染色體模式) 並不符合男性或女性之典型定義。雙性人的性徵有些在出生時即顯現，或是之後在青春開始出現，甚至有可能完全不明顯，而雙性人可能有任何性傾向及性別認同。另研究顯示，生來具有雙性特徵之人口可能有0.05%到1.7%，其上限值與紅髮發生率相近¹，如以上限值

¹原文：According to experts, between 0.05% and 1.7% of the population is born with intersex

為推估，我國可能有高達40萬雙性人。另依據北美雙性人協會（The Intersex Society of North America, ISNA）網頁所引用布朗大學教授 Anne Fausto-Sterling 的文章摘要顯示，經由44年至87年的醫學文獻進行廣泛回顧，對新生兒性別變化的原因及頻率進行數字估計，該研究結論顯示，新生兒屬非傳統二元性別之比率恐高達新生兒的1%，曾接受性器官修正手術者恐每千名新生兒即有1至2名（0.1至0.2%），新生兒性別變化的原因可能包含性染色體、性腺及性器官之變化所引起，如：遲發性腎上腺增生症（late onset adrenal hyperplasia）每66名新生兒即有1名，克氏症候群（Klinefelter syndrome）每千名即有1名等，各類性別變化原因及人數推估如表1。

表1 Anne Fausto-Sterling對新生兒性別變化原因估計

症狀	占新生兒比例推估
Not XX and not XY 非XX、XY	1：1,666
Klinefelter（XXY）克氏症候群	1：1,000
Androgen insensitivity syndrome 雄激素不敏感症候群	1：13,000
Partial androgen insensitivity syndrome 部分雄激素不敏感症候群	1：130,000
Classical congenital adrenal hyperplasia 先天性腎上腺增生症 ²	1：130,000
Late onset adrenal hyperplasia 遲發性腎上腺增生症	1：66
Vaginal agenesis 陰道發育不全	1：6,000
Ovotestis 卵睾症	1：83,000
Idiopathic（no discernable medical cause）特發性（無法分辨病因）	1：110,000

traits- the upper estimate is similar to the number of red haired people. 引自 UNFE_Factsheet_Intersex。

²以我國而言，目前國內發生率約為1/10,000~1/15,000，以每年30萬名新生兒計算，至少存在有20多名個案，然而實際被發現的個案卻不多，乃因男性有些症狀不顯著而常被忽略，男性女性的比率約為19:16。據臺灣91至95年的統計發生率為1/20,800。資料來源：罕見遺傳疾病中文資料庫。

症狀	占新生兒比例推估
Iatrogenic (caused by medical treatment, for instance progestin administered to pregnant mother) 醫源性 (因醫學治療所引起, 例如給予孕婦注射黃體素)	無推計
5 alpha reductase deficiency 5 α 還原酶缺乏症	無推計
Mixed gonadal dysgenesis 混合性性腺發育不良	無推計
Complete gonadal dysgenesis 完全性性腺發育不良	1 : 150,000
Hypospadias (urethral opening in perineum or along penile shaft) 尿道下裂	1 : 2,000
Hypospadias (urethral opening between corona and tip of glans penis) 尿道下裂	1 : 770
Total number of people whose bodies differ from standard male or female 與正常男女性身體相異者	1 : 100
Total number of people receiving surgery to "normalize" genital appearance 曾接受生殖器外觀「正常化」手術者	1 : 1,000 或 2 : 1,000

資料來源：The Intersex Society of North America 網頁。

(三)經本院函請相關機關函復有關雙性人之性別出生登記、性別變更登記、兵役檢查紀錄、醫療就醫或手術紀錄情形，惟並無系統化且具意義統計數據：

1、行政院：

- (1) 自93年迄104年出生通報性別不明者共計13人。(查詢內政部統計資料，93年至104年總出生人數為243萬7,277人，則出生通報性別不明者核算比率約0.0005%)
- (2) 自87年至106年4月30日止，性別變更登記計有693件，但統計包含跨性別及雙性人，並無單純就雙性人部分之統計。

2、內政部：

- (1) 目前並無男、女以外之性別認定標準及認定機關，故無雙性人相關統計資料。
- (2) 96年至105年因徵兵檢查發現外性徵異常人數為8人(經以該期間徵兵檢查人數核算比率約0.0005%)。

(3) 96年至105年間申請性別變更人數，男變女計271件，女變男計165件，總計436件（此亦同行政院所函復包含跨性別及雙性人）。而被不受理部分則無統計資料。

3、衛福部：

- (1) 有關全國各醫療機構於96年至105年各年度間，就新生兒曾判定為雙性兒之案例數、曾進行性徵矯正/性別指定手術之案例數，及受術者未成年而進行前開手術之案例數部分，該部並無相關數據。
- (2) 依全民健康保險法第62條規定，保險醫事服務機構依法提供醫療服務，並依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報費用。另依同法第51條第3款規定，變性手術不列入全民健康保險給付範圍，爰該部中央健康保險署（下稱衛福部健保署）無相關數據。
- (3) 至於該部健保署105年特約院所申報資料，依據前開表1 Anne Fausto-Sterling對新生兒性別變化原因分類，105年度新生兒因性別變化而就醫之人數共34人，就醫次數共88次，曾就醫原因有腎上腺增生症、陰道發育不全、性腺發育不良等，主要就醫原因集中於腎上腺素增生症，計有31人，共就醫84次（詳見下表2）。如以105年嬰兒出生人口數20萬8,440人計算，新生兒性別變化比率僅有0.16%，遠低於Anne Fausto-Sterling的推估，且對於曾接受性別指定手術者亦無相關統計。

表2 105年新生兒因性別變化而就醫之申報資料統計-依Anne

Fausto-Sterling對新生兒性別變化原因分類

單位：人、次、點

項目	國際疾病分類標準 ³	就醫人數	就醫次數	醫療費用
總計		34	88	107,051
非XX、XY	-	-	-	-
克氏症候群	O98.4、O98.0	-	-	-
雄激素不敏感症候群	E34.50、E34.51	-	-	-
部分雄激素不敏感症候群	E34.52	-	-	-
先天性腎上腺增生症	E25.0	31	84	96,252
遲發性腎上腺增生症	E25.0			
陰道發育不全	Q52.0	1	1	9,455
卵畢症	Q56.0	-	-	-
特發性（無法分辨病因）	-	-	-	-
醫源性	-	-	-	-
5 α 還原酶缺乏症	E29.1	1	1	312
混合性性腺發育不良	Q96.9、Q99.1	1	2	1,032
完全性性腺發育不良	Q96.9、Q99.1			
尿道下裂	Q54	-	-	-
與正常男女性身體相異者	-	-	-	-
曾接受生殖器外觀「正常化」手術者	-	-	-	-

註：

- 1、資料來源：健保署二代倉儲系統門診清單明細檔。
- 2、擷取日期：106年11月14日。
- 3、新生兒（1歲以下）係出生年度等於就醫年度之個案。
- 4、人數依身分證加生日歸戶。
- 5、醫療費用為申請點數加部分負擔。

（四）對於目前雙性人並無納入相關性別統計部分，行政院說明：

- 1、為落實「消除對婦女一切形式歧視公約」（The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women，下稱CEDAW）第2次國家報告國際審查專家提出總結意見與建議第33點「建議採取措施以收集和整理未經登記的結合之統計數據」，及第34點「關切到缺乏對跨

³國際疾病傷害及死因分類標準第10版(The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision，ICD-10)。

性別者的統計數據」，行政院性別平等處於104年6月召開「性傾向/性別認同調查分類研商會議」，討論我國政府機關統計調查對性傾向、性別認同之分類方式，會議決議定期於「CEDAW第2次國家報告總結意見與建議」辦理情形追蹤管考。

- 2、現行性別統計係以性別二元區分方式進行統計。有關雙性人性別欄位選擇，106年9月4日由行政院林萬億政務委員召開「研商內政部函報『性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告』相關事宜會議」，會議決議為：為落實保障性別人權，身分證等文件採增列第三種性別選項為方向處理，於3個月內由該院性別平等處會同各部會先行盤點涉及之相關法令及表件，其可推動之時程、困難及配套措施等，再行召開會議協商推動策略、作法及期程。該院性別平等處刻正進行資料彙整，後續召開會議協商推動策略，未來將依會議結論，請各權責機關評估建立雙性人之性別統計。

- (五)就上開行政院所屬機關之作法及說明可知，有關雙性人之相關統計數據可謂向來缺乏，更沒有任何有系統或有意義的研究統計，此部分固然囿於現行性別統計係以性別二元區分方式進行統計所致。然而102年提出之CEDAW第2次國家報告，其中第16.26點次提及跨性別身分登記相關內容明載：「2012年召開『研商跨性別身分登記議題會議』，針對性別登記制度及變性議題進行研議，為改善陰陽人（按：即雙性人）、跨性別及性別不確定者之社會處境，會議決議研究跨性別登記制度，已委託進行『各國跨性別登記制度』研究報告，蒐集各方意見評估其影響後，作為未來登記制度相關政策之參

考。」可知有關雙性人之議題，實已被提升到國家報告之層次，況且過往各類雙性人之遭遇尚可見諸於新聞報導，除了我國最早因軍人謝○○腹痛送醫被發現性徵不明致動了多次變性手術成為女性，被稱為「空前創舉」⁴，其他文獻上可查詢到之案例例如：45年報導陳○以女性活了21年，18歲時其生理完全傾向男性方面發育，當事人請求改變為男性，卻必須切除原有女性器官，手術完成後，原先女性友人也由親友變戀人而結婚；52年19歲洪○○在役男體檢時發現沒有陰莖、有陰囊睪丸、兩陰囊間有鼓起肉阜比女性陰唇大，而被建議趁年輕予以矯正為女性，被父親拒絕，至於當事人意願不得而知；55年彰化基督教醫院將國三男生變為女性，因為「胸部逐漸漲大」是半陰陽人，經當事人同意後手術；65年宜蘭縣礁溪鄉，出生時兩性徵皆有，被登記為女性，但愈來愈像男人，醫生開刀後「頗富男子氣概」，與女友熱戀結婚，女友「因為他的男人味十足」而覺得很幸福等⁵。近者則如本院訪談之臺灣首位現身的雙性人丘愛芝，以及來自香港的細細老師等均是值得注意的例證。自上開新聞案例及文獻記載，可知有關雙性人被大眾關注或發現的事件並非少數，但是這些案例的發現，最終也僅成為醫學個案中的案例，在過往仍舊是被當成「罕見」、「驚異」的「奇聞」，政府機關既沒有將其作為群體性的問題，也沒有考量到這些雙性人在手術前面對的是什麼樣不同於凡人的成長困境，以及在新聞渲

⁴自由時報，陰陽人醫學討論 性別應長大決定，97年4月19日，網址：
<http://news.ltn.com.tw/news/local/paper/205079>

最後查閱日期：107年4月10日。

⁵參見陳薇真(105)，台灣跨性別前史：醫療、風俗誌與亞際遭逢。

染、手術過後又將面對什麼樣的人生改變，都只是著眼在現狀的解決，且欠缺整體性的研究及統計，主事者之心態及作法既是如此，更遑論如何喚起一般大眾的注意與理解。

(六)參考上開國外學者Anne Fausto-Sterling對新生兒性別變化原因的分類，雙性人在醫療上的成因係極其多元的，涉及的醫療科別可能包含精神科、泌尿科、婦產科、內分泌科、整形外科、遺傳或基因醫學科等。如果以現行的國際疾病分類系統第10版⁶，可能涉及的原因亦散見各章，例如第4章內分泌、營養和代謝疾病、第15章妊娠、生產與產褥期或是第17章先天性畸形、變形與染色體異常等，我們可以瞭解這樣的情況的確是不利於數據的統計。雖然有主張以性別發育異常（disorders of sex development，下稱DSD）⁷來統稱這些性別變化的原因，但是也有不認同以「disorder」這類字眼而主張去病化的呼聲。事實上，如果不要緊守二元性別區分的立場，不要過度解讀「disorder」的意涵，例如參考自閉症類群障礙（autism spectrum disorders,

⁶參見中文版ICD-10-CM(106年7月19日更新)，衛福部健保署網站：

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=20443564F26622DC&topn=D39E2B72B0BDFA15

最後查閱日期：107年4月19日。另在此是以醫療的角度來看統計，但是必須注意不能純然以病人的角度來看待雙性人的問題，否則仍會掉入以往純醫學探討之窠臼，另國際上亦有雙性人團體要求去疾病化的呼聲，此點併予指明。

⁷94年在芝加哥舉辦的「中性人共識會議」上，維蘭（Eric Vilain）當著50位遺傳學家、外科醫師、心理學家與其他專家面前指出，像是「陰陽人」（hermaphrodite）、雄性或雌性「假陰陽人」（pseudohermaphrodite）以及「中性人」（intersex）等用語的字義不明且傷感情。與其專注在新生兒混淆不清的外生殖器與性腺上頭，維蘭力勸同行，不如讓激增的遺傳新發現指引一條更科學的明路。例如他建議不要用「陰陽人」這個字眼，而是改用「性別發育異常」（disorders of sex development, DSD），並使用更為精確的「卵睪性別發育異常」，這個論點不只說服了在場人，也獲得了北美雙性人協會（ISNA）執行長蔡斯（Cheryl Chase）的認同，但並非所有人都喜歡這個名詞，某些喜歡「中性人」這個名詞的人就認為「異常」這個字眼太傷人。在美國夏威夷大學研究性別認同的戴蒙（Milton Diamond）就抱怨說，新名詞侮辱了那些身體沒有問題的人。參見科學人雜誌，科學人剪影-超越XY染色體，勒曼（Sally Lehrman）著，黃榮棋翻譯，網址：<http://sa.ylib.com/MagArticle.aspx?Unit=columns&id=1040>最後查閱日期：107年4月19日。

ASD) 的社交能力光譜概念，亦將雙性人這樣的情況視為傳統男女性別兩端中一種光譜，每個人可能或多或少都有偏向某一方向，而不應將其視為一種異常。上開爭執雖然可以理解為雙性人概念或意涵在醫療領域與人權領域描述上的差異，但也說明了這樣爭執讓統計數據成為一件困難的事。然而如同前開由本院要求衛福部健保署依照國外學者Anne Fausto-Sterling整理的性別變化原因所製作的表2，即可統計出相關就醫人數及次數，可見這樣的統計並非無從完成，差別僅在於政府機關有沒有去用心研究或察覺雙性人作為人之權利主體，及關注其等在社會所會面臨到各類問題。本院諮詢多數專家學者亦稱：目前我國有關雙性人之相關統計人數過於低估且不全，甚至在公共衛生方面亦無數據，導致雙性人常被籠統認為是少數，政府亦便宜行事。政府不應漠視雙性人的生命，應加強落實雙性人的權益保護等語。

(七) 綜上，衛福部及內政部對於雙性人群體並無任何有意義之資料統計，亦未能主動有效進行相關研究，忽視雙性人群體真實的存在。對於雙性人於生活上所面臨之各類困境例如出生後性別登記問題、是否需要醫療手術問題等均視而不見，更遑論有相關政策推行，使雙性人長期如化外之民，已構成人權侵害，不符世界人權宣言、兩公約、我國憲法第7條平等原則及保障人權之精神。

二、出生時性徵不明或不符合傳統兩性區分之雙性兒童，其父母時囿於出生登記之壓力，再加上醫療指引欠缺，常有令兒童被過早進行「正常化」手術之情形。衛福部未能制定相關醫療指引或家長手冊給予協助，恐致雙性兒童有過早接受非必要手術之虞，侵害雙性兒童

身體健康權及基於人性尊嚴之個人主體權，違反經濟社會文化權利國際公約、兒童權利公約及憲法第22條規定，核有重大違失。又目前全民健康保險法第51條第3款規定「變性手術」對先天上有需求之雙性人卻認不屬健保給付範圍，該規定未能區分先天與後天之情形，實有違平等原則；且部分雙性人個案有自費補充荷爾蒙之情形，及雙性人看診不易找到專門科別等問題，恐不利雙性人之健康照護，事涉健保醫療權益，應請一併研議修法。

- (一)經濟社會文化權利國際公約第12條規定：「一、本公約締約國確認人人有權享受可能達到之最高標準之身體與精神健康。二、本公約締約國為求充分實現此種權利所採取之步驟，應包括為達成下列目的所必要之措施：(一)設法減低死產率及嬰兒死亡率，並促進兒童之健康發育。……」依我國98年4月22日公布之「公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法」第2條及第4條規定，兩公約所揭示保障人權之規定具有國內法律之效力，各級政府機關行使其職權，應符合兩公約有關人權保障之規定，避免侵害人權，保護人民不受他人侵害，並應積極促進各項人權之實現。另兒童權利公約第6條第2項規定：「締約國應盡最大可能確保兒童之生存及發展。」第12條第1項規定：「締約國應確保有形成其自己意見能力之兒童有權就影響其本身之所有事物自由表示其意見，其所表示之意見應依其年齡及成熟度予以權衡。」第23條第4項規定：「締約國應本國際合作精神，促進預防健康照顧以及身心障礙兒童的醫療、心理與功能治療領域交換適當資訊，包括散播與取得有關復健方法、教育以及就業服務相關資料，以使締約國能夠

增進該等領域之能力、技術並擴大其經驗。」第24條第2項規定：「締約國應致力於充分執行此權利，並應特別針對下列事項採取適當之措施：……（f）發展預防健康照顧、針對父母與家庭計畫教育及服務之指導方針。」同條第3項規定：「締約國應致力採取所有有效及適當之措施，以革除對兒童健康有害之傳統習俗。」106年5月17日總統令公布兒童權利公約，並依據我國兒童權利公約施行法第10條規定，溯自103年11月20日生效。依兒童權利公約施行法第3條規定，適用公約規定之法規及行政措施，應參照公約意旨及聯合國兒童權利委員會對公約之解釋。另依兒童權利公約第12號一般性意見第101段：「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。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。」⁸又我國憲法第22條亦規定，凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障，而基於人性尊嚴之個人主體權亦為司法院釋字第689號所肯認。106年兩公約第2次國家報告國際審查會議結論性意見與建議第50點明載：審查委員會建議政府針對

⁸原文：States parties need to introduce legislation or regulations to ensure that children have access to confidential medical counselling and advice without parental consent, irrespective of the child's age, where this is needed for the child's safety or well-being. Children may need such access, for example, where they are experiencing violence or abuse at home, or in need of reproductive health education or services, or in case of conflicts between parents and the child over access to health services. The right to counselling and advice is distinct from the right to give medical consent and should not be subject to any age limit.

雙性人處境進行研究，並擬訂包括禁止以醫學上不必要的手術切除健康生殖器官在內的政策方針。另CEDAW第2次國家報告審查委員會總結意見與建議第34點亦提及「性別認同是基本人權，且無必要強迫或要求摘除生殖器官，個人傾向應該得到尊重」等建議。

- (二)戶籍法第6條規定：「在國內出生未滿12歲之國民，應為出生登記。無依兒童尚未辦理出生登記者，亦同。」依戶籍法施行細則第13條規定，出生登記申請人應於申請時提出證明文件正本。另戶籍法第4條規定戶籍登記事項，並不包含性別登記。然依據行政院提供本院之說明，有關戶籍資料民眾之性別記載，係戶政機關辦理出生登記時，依出生證明文件記載之「性別」、「胎別」、「同胎次序」之相關資料登載於「出生別」欄，如長男、長女，非僅顯示「性別」。有關新生兒性別不明時，其出生別之登記，依內政部63年2月11日台內戶字第564047號函，凡醫院出具「男性假性半陰陽」登記為男性、「女性假性半陰陽」登記為女性，未寫明為「男性假性半陰陽」或「女性假性半陰陽」者，應由婦產科或泌尿科醫師鑑定，必要時可用染色體判定。是以，實務作業上，如新生兒為性別不明者，依性染色體檢查結果，決定其性別。
- (三)有關辦理出生登記時，雖係以出生證明書所載性別為準，但就出生時外性徵不明或不符傳統兩性性別之雙性兒童，一般醫療院所開立之出生證明上固然可以登載為「不明」，但是在戶政事務所辦理出生登記時，即被要求須依性染色體檢查結果，決定其性別記載。面對這樣的情況，一般父母不只單純面臨出生登記之問題，同時也要面對親友間的詢問等

社會壓力，往往在沒有足夠資訊下，必須去決定新生兒的性別，或被過早進行性別指定或矯正手術。本院訪談雙性人個案丘愛芝稱：「我6歲就接受了手術，把大陰蒂除去，而手術其實是一個美容手術，對健康沒有影響，這些是從我小時候的病歷讀出來的，我相信我父母應該知道這個事是重要的事，所以有把我的病歷留下來。雖然我出生時出生證明是寫女，當時進行剖腹探查，但是他們可見是看不出來，那時候或許是沒有超音波，也沒有染色體檢查，探查後就發現有子宮、有卵巢，但就是比較發育不全，他們就這樣把我判斷成是女生，就認為我的陰蒂（他們判斷為是陰蒂）太大，就割除了。我小時候有提早發育的現象，有男性激素的問題，我猜他們那時候也沒什麼激素治療，但我到10歲就停止發育，到了國中的時候和大家發育的情況不一樣，沒有乳房也沒月經，反而是長鬍子和喉結，所以後來才要求父母看醫生，也都有打針，但就不了了之了。」可知過早進行非必要手術，對於未來可能有不利的影響。另經訪談其他雙性人個案，亦指出80年代中即已出現醫師發現幼時性別選擇錯，長大尋求再變性的痛苦個案，因而建議長大再做性別決定的呼籲。媒體也曾報導因幼時性別選擇錯誤而痛苦不已的案例。然到了104年仍有醫院發表對小女嬰的生殖器重建整形術的報導，似乎並未廣受醫界普遍聆聽與採納。過去缺乏人權觀念的醫療協助，值得政府重新省思，協助醫界建立規範。

(四)本院諮詢專家學者意見時，江盛醫師提及：「醫院在做這些手術也是很多，很多家長往往在國小、國中做女性的人造陰道。……但是家長的代理主權會不會凌駕小孩的主權，這個部分醫院並不是很常討

論。……過去後悔的案例太多了，為避免悲劇產生，除非危害身體生命健康，現在都不太去動這種性別指定手術。」陳沛隆醫師亦表示：如果雙性嬰兒在幾年內會發生病變問題，在醫學專業上應該傾向動手術。但雙性兒過早被決定要以男或女身分存在之必要性為何？雙性兒性別屬不確定狀態或提早決定其性別，對其影響應由小兒精神科或兒童心理學專家參與評估等語。王珍玲教授亦提出根據其研究，101年瑞士即有決議禁止對性別不明兒童進行強制性別指定手術，除非因疾病而有手術之必要性，是否進行手術除疾病外應為性別議題。

(五)國際間對於雙性兒童被迫過早接受「正常化」手術問題之作法：

- 1、瑞士人道醫學國家倫理委員會（Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, NEK）於101年11月發表聲明，認為以往對性別不明之兒童強迫進行矯正手術之醫學和社會觀點，已經不符合現代價值觀。立法單位有必要研商制定雙性人的相關權益的法規⁹。
- 2、馬爾他（Malta）於104年4月通過了「性別認同、性別表現以及性徵法案」（Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act），該法中規定，未來雙性人想要改換法律上的性別身分，不再需要經過變性手術、絕育手術，也不需要經由精神科醫師診斷。這項法律同時禁止對具有雙性性徵的嬰兒進行不必要的生殖器手術¹⁰。
- 3、國際特赦組織（Amnesty International）基於其研

⁹參見內政部委託研究報告，各國跨性別登記制度之研究，102年9月，頁42。

¹⁰參見：<http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=12312&l=1>
最後造訪日期：107年4月19日。

究報告「首要原則是不要傷害」(FIRST, DO NO HARM)¹¹，對於丹麥及德國存在過早對雙性兒童「正常化」手術而侵害雙性兒童的人權，於106年5月提出譴責。報告指出，父母並沒有得到足夠的醫療資訊來決定子女的醫療程序，孩子受到治療後亦沒有得到任何心理上的支持。且依該報告，丹麥衛生當局沒有任何治療雙性兒童的指導綱領¹²，而德國雖定有指導原則，但國際特赦組織認為不足以防止侵犯人權¹³。

4、另摘錄前開國際特赦組織於報告第7章的一般性建議如下：

- (1) 各國應制定和實施針對性別特徵各異的個人的基於權利之醫療照護方案，以保證其身體完整性、自主性和自主性，並確保沒有任何兒童遭受非緊急、侵入性和不可逆轉的手術或有利的治療效果¹⁴。
- (2) 各國應採取措施對醫療保健服務機構進行管理，目的是延緩對性別特徵不同的嬰兒和兒童

¹¹該報告下載網址：

<http://www.amnesty.ie/wp-content/uploads/2017/05/FINAL-REPORT-FOR-LAUNCH-Do-No-Harm.pdf>

最後查閱日期：107年4月19日。

¹²丹麥部分可參見該報告之，6.1.3醫療指導方針部分提及，丹麥針對性徵改變之議題並無具體官方指導方針。……丹麥奧胡斯大學醫院的指導方針，將DSD嬰兒定義為：「需要立即性治療之緊急狀況」。該方針指出：「儘速建立兒童的性別很重要」。奧胡斯大學醫院的醫生表示，從97年開始，指導方針已過時，目前正在對其進行重新審查，並遵循最新的國際指南。例如，奧胡斯大學指導方針提出建議，對於真性兩性畸形和/或性腺發育不全的兒童於12-15個月時提供生殖器手術，並注意到兒童的心理影響和後續需求。「國際對於手術進行時間的問題開始出質疑。並認為任何干預和性別指定，應等到患者能夠自行決定，但在丹麥是不可思議的，因為我們認為沒有兒童在沒有明確的外生殖器的情況下可以心理發展。因此，我們的建議不變，應根據染色體及外性徵進行治療。兒童應在適時瞭解其治療及後果。」

¹³德國部分可參見該報告之6.2.6德國105年指南部分提及，在105年7月，德國泌尿學會、德國兒科外科學會和德國兒科內分泌學等學會制定了一套新的醫療指導方針。然而這些準則並不具備一定的拘束力，並非所有醫生都遵守。

¹⁴原文：States should develop and implement a rights-based healthcare protocol for individuals with variations of sex characteristics to guarantee their bodily integrity, autonomy and self-determination and to ensure that no child is subjected to non-emergency, invasive and irreversible surgery or treatment with harmful effects.

進行非緊急、侵入性和不可逆轉的性器官手術或荷爾蒙治療，直至他們能夠有意義地參與決策並給予其知情同意，符合兒童和青少年能力發展的原則¹⁵。

- (3) 各國應該考慮成年人和未成年人的能力發展，提供平易近人的流程，以使其能獲得法律上承認的性別¹⁶。
- (4) 對於性別特徵不同的兒童及家庭，應該提供長期的心理支持¹⁷。
- (5) 經歷過手術的個人應能獲得長期的心理支持¹⁸。
- (6) 在反歧視立法中應明確承認性別特徵為歧視的禁止理由¹⁹。
- (7) 應該在雙性人團體、運動者、家長及同儕支持小組的積極參與下，制定有關性別特徵不同者的治療指引方針，並確保有問責機制。在制定這些指引方針時，應考慮具有不同性徵兒童的意見²⁰。
- (8) 醫療專業人員應接受有關性別特徵變化的教

¹⁵ 原文：States should take steps to regulate healthcare providers with the intent of postponing non-emergency, invasive and irreversible genital surgery or hormone treatment on infants and children with variations in sex characteristics until they are able to meaningfully participate in decision making and give their informed consent, in line with the principle of evolving capacities of children and adolescents.

¹⁶ 原文：States should make legal gender recognition available through an accessible and smooth process to adults and to minors, taking under consideration their evolving capabilities.

¹⁷ 原文：Long-term psychological support should be available to families and children with variations in sex characteristics.

¹⁸ 原文：Individuals who have undergone surgeries should be able to access long-term psychological support.

¹⁹ 原文：Sex characteristics should be explicitly recognized as a prohibited ground of discrimination in anti-discrimination legislation.

²⁰ 原文：Guidelines on the treatment of individuals with variations in sex characteristics should be developed with the active participation of intersex organizations, activists, parents and peer support groups, and ensure accountability mechanisms. The views of children with variations of sex characteristics should be taken into account when developing these policies.

育和培訓²¹。

(9) 應蒐集每年有關性別特徵變異之診斷與這些診斷相關手術的分類數據²²。

(10) 各國應採取措施履行其義務，消除基於性別刻板印象的有害做法²³。

5、歐洲理事會議會（Parliamentary Assembly of the Council of Europe, PACE）於106年10月12日通過了一項決議案「Resolution 2191（2017）」²⁴，該決議呼籲歐洲理事會成員國禁止對雙性兒童進行「醫學上不必要的、性別正常化的手術」，以及在沒有知情同意的情況下對雙性兒童和年輕人實施其他治療方法。該議案的基礎調查報告中承認，父母常常面臨著壓力，而在沒有獲得任何關於手術可能產生的長期後果的訊息下同意進行「性別正常化」手術。為了保護兒童身心健康和自決的權利，需要採取以患者為中心和整體性的方法與雙性人組織協商。該決議並強調提高公眾認識及增加公眾對雙性人群體（特別是教師，社會工作者和醫學界）議題理解的重要性，以去除不必要的污名及歧視。

6、另於Accord Alliance組織網頁內，有由北美雙性人協會所編輯有關DSD的「臨床治療指南」及「家長手冊」二種出版品²⁵，其中包含對DSD患者的

²¹原文：Medical professionals should receive education and training on variations in sex characteristics.

²²原文：Disaggregated data should be collected on diagnoses of variations of sex characteristics, and operations linked to these diagnoses, that are taking place annually.

²³原文：States should take steps to uphold their obligations to eliminate harmful practices based on gender stereotypes.

²⁴網址：<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24232&lang=en>
最後查閱日期：107年4月19日。

²⁵網址：<http://dsdguidelines.org/>
最後查閱日期：107年4月19日。

照護、手術時機 (Timing of Surgeries)、父母應如何告知雙性人兒童等指南資料，其中亦提到過去曾為了生殖器美觀或因為與選擇性別，而將不符的器官移除，但現在建議延遲選擇性別的手術，直到患者可以自己參與決策。

- 7、聯合國禁止酷刑委員會在中國第5個定期報告，有關香港最新的總結觀察中，對香港雙性兒童幼年時期經歷非必要性及不可逆轉性的手術表示關注。此外，該委員會對這種為雙性人帶來長期生理和心理痛苦的做法關注更甚。報告指出，香港政府應該保證所有雙性兒童和家長得到輔導服務，在決定孩童的性別方面，就非必要性且非緊急的手術及其他醫療方法給予足夠的資訊；延遲做醫療或手術決定的可能，嗣孩童長大後自行決定；確保得到雙性人全面、自主及獲充分資訊下同意進行醫療和手術治療，並將非緊急及不可逆轉性的手術，延後至兒童足夠成熟去參與決定，並給予全面、自主及獲充分資訊下的同意；提供足夠措施紓解雙性人因該等做法而引起的生理和心理痛苦²⁶。

(六)據行政院查復，由於醫學上將雙性人病理化，予以早期矯正、進行不可逆之手術，加上傳統對雙性人歧視及污名化等，目前國際雙性人運動即反對以醫學進行非必要且未經本人同意的性別矯正手術，訴求消除對雙性人的歧視，確保其身體的完整權、自主權及自決權等，並可透過簡單的行政程序，在本

²⁶孫耀東、黃慧貞、黃怡美、黃妙賢、麥穎思、蔡寶瓊、林靜雯、劉德輝(105)，有關立法禁止性傾向、性別認同及雙性人身分歧視研究，參見網址：
<http://www.legco.gov.hk/yr15-16/chinese/panels/ca/papers/ca20160215-rpt201601-c.pdf>。

人的要求下修正生理性別或出生文件上性別標記、提供雙性人及家屬支持友善環境，及透過立法或大眾媒體宣導，去除社會大眾的歧視等。基於保障人權，及因應國際趨勢，該院建議衛福部針對醫護人員及家長進行宣導，禁止對雙性人新生兒/兒童進行非必要不可逆之器官摘除手術，使當事人擁有身體完整性、自主權與自決權。

(七)惟經本院詢問，有關全國各醫療機構於96年至105年各年度間，就新生兒曾判定為雙性兒之案例數、曾進行性徵矯正/性別指定手術之案例數，及受術者未成年而進行前開手術之案例數部分，衛福部保護服務司稱無相關數據，應請該部國民健康署就新生兒出生通報之記載狀況及內政部性別登記資料予以提供等語。復經本院再度詢問，對於雙性新生兒（包含但不限於有男女性生殖器外觀不明、生殖器發育不全等外顯情況及染色體性腺發育上的情況）的治療，是否定有相關準則，及對於雙性兒童是否進行早期手術的時機是否有任何指南或手冊等問題，衛福部則稱：事涉醫療專業，衛福部並未訂定相關綱領或原則等語。此等消極不作為之舉，恐將致許多雙性兒童有過早接受非必要手術之虞，侵害雙性兒童身體健康權及基於人性尊嚴之個人主體權，違反經濟社會文化權利國際公約、兒童權利公約及憲法第22條規定，核有重大違失。

(八)其他有關雙性人健保醫療權益之問題：

- 1、依全民健康保險法第1條規定，保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依該法規定給與保險給付。全民健康保險法第62條規定，保險醫事服務機構依法提供醫療服務，並依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目

及支付標準，向保險人申報費用。另依同法第51條第3款規定，變性手術不列入全民健康保險給付範圍，而衛福部健保署亦未針對該手術訂定相關規範。

- 2、依據衛福部說明，有關全民健康保險法第51條第3款之立法理由一節，經查此條文為82年行政院提報立法院審議之內容，明定「變性手術」不屬該保險給付範圍之項目（未具其他理由），雖有委員提案刪除，刪除之理由為：「顧及非異性戀者之醫療消費權益，並將相關之治療，視為合理之醫療需要，藉此宣示所有的異質性身體，其先天之缺陷，應為社會之集體負擔，而不應委由個體或家屬承受。」惟最後立法院83年7月19日三讀通過之條文（當時為第39條第3款），仍將變性手術列為健保不給付之項目，即不認為變性手術屬合理之醫療需要。
- 3、另一方面，本院訪談雙性人個案時，其稱：看診時最大問題在於沒有專科科別，或是只能看小兒遺傳科等，另如克氏症候群（Klinefelter syndrome），因其登記性別為男性，惟患者對男性荷爾蒙會排斥，則必須自費補充女性荷爾蒙等問題。對此本院諮詢臨床治療醫師陳沛隆提出3點建議：
 - (1) 在雙性人的荷爾蒙補充治療上，健保未有給付，每月收費幾千元，對於學生或弱勢族群而言仍造成經濟負擔，建議在醫療支出上應給予支持，對於雙性人相關醫療權益不應含混待之。
 - (2) 建議有關雙性人相關治療或藥物的使用應考量納入健保給付項目，或將性別相關治療納入健保事前審查給付項目，由個別醫師提出申

請。並建議政府責成醫院評鑑項目納入性別友善門診提供誘因。

(3) 目前針對變性手術，醫院通常組成委員會進行，包含精神科、內分泌科、泌尿科、婦產科及精神科等，但直到手術前才會集體開會，故建置全程完整的討論或輔導諮詢機制有其難度。

4、綜據上開建議，雙性人個案在健保醫療之需求，實如同立法委員欲提案刪除有關變性手術不給付之理由，雙性人基於先天之缺陷，應為社會之集體負擔，而不應委由個體或家屬承受。然則目前全民健康保險法第51條第3款規定並未區分先天性與後天之問題而一律不予給付，衛福部亦未制定相關規定，實難符平等原則。另有關荷爾蒙補充治療及專科或友善門診之問題及建議，亦屬雙性人之醫療需求，應併予研議。

(九) 綜上，出生時性徵不明或不符傳統兩性區分之雙性兒童，其父母時囿於出生登記之壓力，再加上醫療指引欠缺，常有令兒童被過早進行「正常化」手術之情形。衛福部未能制定相關醫療指引或家長手冊給予協助，恐致雙性兒童有過早接受非必要手術之虞，侵害雙性兒童身體健康權及基於人性尊嚴之個人主體權，違反經濟社會文化權利國際公約、兒童權利公約及憲法第22條規定，核有重大違失。又目前全民健康保險法第51條第3款規定「變性手術」不屬給付範圍，對先天上有需求之雙性人卻認不屬健保給付範圍，該規定未能區分先天與後天之情形，實有違平等原則；且部分雙性人個案有自費補充荷爾蒙之情形，及雙性人看診不易找到專門科別等問題，恐不利雙性人之健康照護，事涉健保醫療

權益，應請一併研議修法。

三、雙性人因出生登記制度之要求，致有必須決定性別之問題，但就身分證件等部分，適逢內政部研議身分證改版事宜，實可參照其他國家作法及本院諮詢專家學者意見，適度修改給予第三性、其他註記或無性別註記。

(一)依戶籍法第4條、第6條及戶籍法施行細則第13條規定，出生登記上雖無性別登記，然而實務上就出生證明文件未有記載性別或記載「不明」時，仍會要求提出證明文件或進行染色體檢驗以登記性別，且目前並無男、女以外之性別認定標準及認定機關，故內政部亦無第三性登記之作法，前已敘及。

(二)對於性別登記事項，得否採行男、女性別以外之登記模式，各機關之研議情形：

1、據內政部查復，於104年召開3次研商會議中，與會代表並無提出登記「第三性別」之主張，且小兒科專業醫師認為登記「第三性別」不利兒童人格發展。

2、105年10月24日行政院性別平等會第13次委員會議林千惠等委員提案「有關研議各式文件增列性別欄位選項的可行性」案，會議決議為：本案影響層面廣泛，先請內政部研議國民身分證等各項文件性別欄位，增列其他選項之可行性及配套措施，另邀集行政院主計總處共同研商公務統計調查增列其他性別選項之可行性，內政部業於106年1月10日邀集司法院、考試院及行政院相關機關會商，並依會商結論請各機關針對權管涉民眾填寫之相關表件進行性別欄位檢視評估，並於106年8月彙整報院，106年8月22日提報行政院性別平等會衛生、福利及家庭組第15次會議，會議

決議：請行政院性別平等處參酌內政部整理之資料及委員意見，針對其他性別選項之可行性，研議整體政策方向以供各部會依循辦理。

- 3、因雙性人可能外生殖器官、內生殖器官、性腺、染色體不一致，無法適用性別二分，行政院於106年9月4日林萬億政務委員召開「研商內政部函報『性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告』相關事宜會議」建議內政部會同相關機關，研議出生登記、駕照、護照或身分證等文件增加第三性別或性別未定等欄位選項之可行性。
- 4、然據內政部107年4月22日新聞稿「新式身分證欄位尚未定案 持續蒐集各界意見」²⁷，內政部表示，為讓新式身分證能擁有多元創新的設計思考，這次活動僅規範身分證版面至少要有姓名、身分證字號、照片、出生年月日等4個欄位，其餘欄位可由設計者自由增減，主要是因身分證欄位是個人資訊的揭露，重在識別個人身分，配偶欄及性別欄等欄位是否要列在版面上，各界意見不一，故可由設計者依理念自行增減，內政部也可瞭解各界對版面放置各項欄位的意見。

(三)另依據104年5月6日內政部研商性別變更認定及登記程序相關事宜第3次會議所附資料(「英國等22國性別變更認定要件、程序及相關法令規定彙整表」)，對於身分證明文件有無第三性之情形，德國自102年11月起，父母可在新生兒出生證明上登載為X，爾後再決定，但身分證及證照仍僅登載男女(和我國類似)²⁸。然而，其餘日本、韓國、泰國、越

²⁷參見網址：https://www.moi.gov.tw/chi/chi_news/news_detail.aspx?type_code=11&sn=13780
最後查閱日期：107年4月29日。

²⁸德國憲法法庭106年11月8日裁定，未來出生證明的性別欄除男性及女性外，「第三性」(third

南、奧地利、比利時、丹麥、法國、荷蘭、冰島等20個國家，似尚無官方登記第三性作法。另經查詢還有在各類官方文件或證照登記第三性別之國家如：

- 1、澳洲：於100年9月15日宣布，護照性別欄可使用X性，代表性別未定。
- 2、紐西蘭：自101年12月開始，護照上可用X（未確定、未聲明），並不需要更改出生證明及公民文件上的性別紀錄。
- 3、尼泊爾：自102年1月開放變性人申請公民身分，於同年8月9日對跨性別人士發出首本「第三性別」護照。
- 4、加拿大：106年6月，通過新法修正人權法案，加入「性別認同和表達」不得加以歧視，並於同年7月發給了幼兒第一張無性別健保卡，上面僅寫U，代表未決定（undetermined），另自同年8月31日起於護照之性別註記中增加X，代表不明確（unspecified）。
- 5、巴基斯坦²⁹、孟加拉、印度基於海吉拉³⁰（Hijra）文化，有第三性護照等官方文件。

（四）本院諮詢專家學者，對於各式文件得否增列性別欄位選項之建議：

- 1、身分證可以再前進一點（指調整標註方式與內容），戶籍登記則要小心一點，因為這是第一次登記的原始資料，應以文字如實記載。基本上，在登記

gender）將列入合法的選項供人民登記。參見網址：

<http://www.seinsights.asia/article/3290/3282/5253?page=2>。最後查閱日期：107年5月28日。

²⁹107年5月8日巴基斯坦議會通過一項議案，公民無論其出生時的生理性別，都可在官方文件上(如身分證、護照、駕照等)，依個人意志選擇性別為男性、女性或第三性。參見網址：<https://dq.yam.com/post.php?id=9272>。最後查閱日期：107年5月28日。

³⁰參見維基百科條目：「海吉拉」在南亞地區通常被認為是第三性的成員，大多數的海吉拉屬生理男性或者雙性人，但也有部分為生理女性。

上配合雙性人做一定程度的調整，並不複雜。

- 2、他國目前有第三性制度，但目前我國戶政無法跟上國外腳步，仍為性別二元論，即便目前我國出生證明文件有「不明」欄位，但雙性人家庭在考慮性別登記問題時，仍多會選擇性別指定手術，尤其目前社會氛圍並非真正友善。
- 3、有關出生證明、戶籍登記、身分證登記文件中涉及性別註記問題，依照內政部委託研究參照國外立法例之結果，朝我國身分證登記文件中，不註記性別方向處理，該部亦認為不註記性別對於犯罪追查並不會產生問題。
- 4、我國目前出生登記就是爭執「X」的登記，政府應思考究竟戶籍登記的目的為何？尤其個人資料收集應有其立法目的，目前國外多採「X」的方式，不決定雙性人的性別。
- 5、身分證件增列第三性的選項有助於打破二元性別的傳統觀念。

(五)綜上，雙性人因出生登記制度之要求，致有必須決定性別之問題，但就身分證件等部分，適逢內政部研議身分證改版事宜，實可參照其他國家作法及本院諮詢專家學者意見，適度修改給予第三性、其他註記或無性別註記。

四、雙性人因前述出生登記制度之要求，或父母、社會氛圍之影響，時常過早被「決定」性別，致於青春期或成人後常有再行變更性別登記之需求。然而有關性別變更登記事項，行政院及所屬內政部、衛福部及法務部於相關會議一議再議，議而不決，交付研議後或無下文，實應切實檢討改進。

(一)戶籍法第21條規定：「戶籍登記事項有變更時，應為變更之登記。」依同法施行細則第13條規定，變更、

撤銷或廢止登記申請人應於申請時提出證明文件正本。

- (二)有關民眾之性別登記，戶政機關辦理出生登記時，係依醫療院所開立之出生證明上所載之性別辦理登記，該性別係屬「生理性別」。故民眾嗣因進行變性手術摘除原生理性別之性器官，手術後其「生理性別」與出生時之性別不同，就其手術後之性別應如何判定係屬醫療專業範疇。94年經前行政院衛生署（現衛福部）訂定進行變性手術須由兩位精神科醫師鑑定「心理性別」，女變男除摘除性腺器官外，尚須重建男性性器官。97年10月13日前行行政院衛生署（現衛福部）召集相關機關、醫療機構及性別團體開會研商性別變更認定要件³¹，後內政部以97年11月3日內授中戶字第0970066240號令，明釋性別變更者須檢附「2位精神科專科醫師評估鑑定之診斷書」，及合格醫療機構開具「已摘除性器官之手術完成診斷書」，辦理出生別之性別變更登記。至於申請人之資格（例如年齡或婚姻）及變更次數則尚無限制。
- (三)內政部雖於97年函頒性別變更要件之相關令釋，惟據民間團體提出：為改善雙性人、跨性別及性別不確定者之社會處境，仍期政府機關放寬性別登記變更要件。為此，行政院於101年8月17日召開「跨性別身分登記議題研商會議」，決議由內政部收集國外相關作法資料，並進行委託研究。內政部並於103年3月13日將「性別變更認定研析報告」函報行政

³¹前行政院衛生署（現衛福部）於97年10月13日召集相關機關、醫療機構及性別團體開會研商性別變更認定要件，針對「女變男之變性要件」、「男變女之變性要件」會中結論，變性者只需經兩位精神科醫師鑑定並完成摘除性器官即完成變性程序，無庸重建變性後之器官，即可變更性別。

院，建議性別變更認定要件及程序應予法制化。行政院103年4月25日請衛福部先行研擬性別變更登記可行之生理、心理與社會認定要件，並請內政部研議性別變更認定及登記程序之作法。歷經內政部召開3次研商性別變更認定及登記程序事宜會議³²，並於104年9月16日提報「性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告」³³至行政院。惟就該部相關建議報告，內政部、法務部及衛福部明顯相互推卸責任（詳見下表3），行政院亦放任各該機關互相推諉卸責。遲至106年1月兩公約第2次國家報告結論性意見與建議中，建議政府擬訂禁止醫學上不必要之手術切除健康生殖器官之政策，行政院始於106年9月4日召開研商「內政部函報『性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告』相關事宜會議」，惟該會議僅先針對增列第三性別處理，對於性別登記變更之認定要件及程序仍懸而未決。

表3 相關機關針對性別變更要件及程序之函復重點摘要

日期	相關機關函復重點摘要
104年9月16日	內政部函報行政院「性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告」，並建議：第一階段之推動為修正該部現行法律規範（按：97年令釋），第二階段之推動：訂定變性人專法，作為戶籍登記之依據，並宜由衛福部或法務部做為該法主政機關。
104年10月20日	衛福部查復，性別變更者於性別轉換過程中係屬醫療之專業範疇而非行政單位之業務範疇；性別為戶籍登記事項之所需，專法應為內政部之權責。
104年10月21日	法務部查復，第一階段之推動僅已修正內政部令釋

³²104年1月16日、104年4月13日、104年5月6日。

³³該報告建議將性別認定分為已摘除性器官者、不摘除性器官者及雙重性徵者。具雙重性徵者無庸提憑手術完成診斷書及精神科專科醫師評估鑑定之診斷書，僅須持最近6個月內由國內醫療機構開具雙重性徵之診斷書，自行決定變更性別。惟當事人事後再申請變更為另一性別，則依日後訂定之專法規定辦理。

日期	相關機關函復重點摘要
	規範性別變更登記之要件；第二階段之推動為該部不宜作為「變性人專法」之主政機關， <u>允宜由內政部或衛福部作為主政機關</u> 。
105年1月11日	行政院以該院秘書長函請內政部參考相關機關（單位）意見研處後再行報院。
105年3月30日	內政部復送前開報告補充說明： <u>性別變更之認定要件不宜於戶籍法規範，亦非該部權責</u> ；該部尚無法就人民性別予以認定或承認；變性人專法之立法目的係規範性別認定及性別變更認定要件，建議我國採行司法方式處理性別變更認定程序。
105年7月5日	內政部函復， <u>仍建議由衛生福利部或法務部依權責訂定專法</u> ，規範性別變更實體要件。
105年7月21日	法務部函復，專法尚無與民法產生衝突之處； <u>該部不宜作為變性人專法之主政機關</u> ，如性別認定改採多元類別或光譜之概念，涉及醫學專業及謝別登記範疇， <u>允宜由衛生福利部或內政部擔任專法之主政機關</u> 。
105年9月1日	衛福部表示該部主管醫療法規並未區分性別之概念，性別登記或變更均非該部權責範圍， <u>有關性別變更認定之實質要件不應由該部規範</u> 。
105年10月24日	行政院性別平等會第13次委員會議林千惠等委員提案「有關研議各式文件增列性別欄位選項的可行性」案，會議決議為：本案影響層面廣泛，先請內政部研議國民身分證等各項文件性別欄位，增列其他選項之可行性及配套措施，另邀行政院主計總處共同研商公務統計調查增列其他性別選項之可行性。
106年1月10日	內政部邀集司法院、考試院及行政院相關機關會商，並依會商結論請各機關針對權管涉民眾填寫之相關表件進行性別欄位檢視評估。
106年8月22日	106年8月22日提報行政院性別平等會衛生、福利及家庭組第15次會議，會議決議：請行政院性別平等處參酌內政部整理之資料及委員意見，針對其他性別選項之可行性，研議整體政策方向以供各部會依循辦理。
106年9月4日	林萬億政務委員召開「研商內政部函報『性別變更認定要件法制化政策方向之建議報告』相關事宜會

日期	相關機關函復重點摘要
	議」，會議決議為：為落實保障性別人權，身分證等文件採增列第三種性別選項為方向處理，於3個月內由行政院性別平等處會同各部會先行盤點涉及之相關法令及表件，其可推動之時程、困難及配套措施等，再行召開會議協商推動策略、作法及期程等。
106年9月30日	行政院性別平等處於106年9月30日以院臺性平字第1060189853號函請各機關檢視，如未來增列第三種性別選項，主管法令或表件是否須配合修正，內政部於106年10月3日以台內戶字第1060438402號函請各單位配合檢視，刻正彙整檢視結果，再函報行政院。

資料來源：行政院、內政部，本案彙整製表。

(四) 綜上，自內政部97年對於性別變更認定要件令釋至今已近10年，早於103年CEDAW第2次國家報告總結意見與建議中，建議政府採取衛福部在102年12月9日會議的意見，會中承認「性別認同是基本人權，且無必要強迫或要求摘除生殖器官，個人傾向應該得到尊重」，並採取措施以廢止前述歧視性的行政命令規定。該令釋對於性別變更要件並未區分雙性人及跨性別者，致使雙性人仍須持有2位精神科醫師之診斷書及摘除性器官之證明，始可申請變更性別。行政院及所屬相關機關長期忽視雙性人因前述出生登記制度之要求，或父母、社會氛圍之影響，時常過早被「決定」性別，致於青春期或成人後常有再行變更性別登記之需求。對於性別變更登記事項，行政院及內政部、衛福部、法務部等部會相關會議一議再議，議而不決，交付研議後或無下文，實應切實檢討改進。

五、行政院及所屬相關部會欠缺對於雙性人的社會支持，教育部、勞動部欠缺對雙性人議題認識及宣導，

致雙性人於教育、職場過程中時遭歧視，教育部體育署長期未能制定有關法令，以因應雙性人在體育競賽上參賽問題，相關社會支持措施均有不足，與憲法第155條及增修條文第10條第7項之扶助弱勢等意旨有違，應確實檢討改進。

- (一)對於弱勢族群之保障，外國立法例多有反歧視法規規定，在避免性別歧視上，我國雖有性別平等教育法、性別工作平等法，惟並無統一性規範，然而參照憲法第155條後段規定：「人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」憲法增修條文第10條第7項規定：「國家對於身心障礙者之保險與就醫、無障礙環境之建構、教育訓練與就業輔導及生活維護與救助，應予保障，並扶助其自立與發展。」均有保障弱勢群體之意旨，惟此不僅在救濟與扶助等資源分配，更重要的在於國家應積極教育宣導，強化民眾對性別弱勢族群人權的認知。
- (二)據本院訪談雙性人個案之丘愛芝表示：其父母並沒有受到很好的支持與協助，使過去認為陰陽人（按：即雙性人）是「掃把星」或不吉祥的印象及觀念持續壓迫其父母、自己甚至是醫師的判斷。其發現全世界的陰陽人（按：即雙性人）都以為自己是唯一的怪物，社會應該要解決這件事情。另外很無奈的是要不斷透過證件以證明自己的性別，且在使用廁所上還是會碰到問題。有陰陽人（按：即雙性人）朋友在改性更名後而中止升學。有些陰陽人（按：即雙性人）朋友因為性別選擇錯誤而在成長後漸往選擇與陶養性別相反方向發展，致產生校園受霸凌而不得不輟學的狀況。另應要求國家通訊傳播委員會主動審查禁止媒體產製並傳播以取笑、妖

魔化與歧視，包括雙性人、性別非二元者、性少數者的媒體作品與節目，杜絕歧視的傳播，未來應在國家反歧視法中明確規範等語。

(三)在教育問題上，教育部雖有相關宣導及措施，惟仍欠深入而顯不足：

- 1、教育基本法第4條規定，人民無分性別、年齡、能力、地域、族群、宗教信仰、政治理念、社經地位及其他條件，接受教育之機會一律平等。對於原住民、身心障礙者及其他弱勢族群之教育，應考慮其自主性及特殊性，依法令予以特別保障，並扶助其發展。
- 2、我國於93年制定性別平等教育法，該法第12條至第14條明定，學校應提供性別平等之學習環境，尊重學生與教職員工之不同性別、性別特質、性別認同或性傾向，並建立安全之校園空間，學校之招生、就學許可、教學、活動、評量、獎懲、福利及服務及不得有性別、性別特質、性別認同或性傾向之差別待遇。
- 3、據教育部函復教育部及各直轄市、縣（市）政府與各級學校，均依性別平等教育法成立性別平等教育委員會，分層負責推動性別平等教育，落實保障校園中雙性人的平等權；各級學校之性別平等教育委員會每學期應至少開會一次，以確認各項性別平等教育推動措施之執行情形，並依性別平等教育法第14條第2項規定，提供相關協助：「學校應對因性別、性別特質、性別認同或性傾向而處於不利處境之學生積極提供協助，以改善其處境。」
- 4、就具體措施而言，教育部委託國立高雄師範大學性別教育研究所編製「校園性霸凌防治手冊」，

第2頁「性別特徵」之說明：性別特徵通常指的是「生理性別」(biological sex)的特徵，我們常以第一性徵(例如生殖器官)、第二性徵(例如乳房、喉結、鬍子)來區別男女生理差異，也就是解剖學或生理學之男女分別。晚近有越來越多的研究結果與報導指出，即使是出生就具有的第一性徵，也不只有男和女兩種類別，雙性人(陰陽人)就同時擁有部分或全部男性和女性生殖器官；這種嬰兒的數量，比人們所想像的還要多。這樣的生物事實，挑戰了人類社會所建構的「性別只有兩種」-也就是「生理性別二分」-的概念。該部國民及學前教育署已配合將該手冊送學校參考運用。另教育部電子報國際視窗單元，曾刊登過2篇涉及「雙性人」(intersex)的報導。

- 5、綜上，教育部確有就雙性人部分進行宣導，然而考其宣導教材，只能說觸及最基本的概念，對於雙性人在教育、校園生活，甚至可能面對的霸凌問題仍顯不足。以日本漫畫家六花千代的原作同名漫畫「IS上帝的惡作劇」(IS～男でも女でもない性～)為例，其以漫畫的形式鉅細靡遺地描繪了雙性人兒童及家庭在教育、社會生活上所面臨的困境，建議教育部應避免教條式的文宣，而嘗試以更生活化的方式來進行宣導。

(四)在職場環境中，勞動部雖稱無接到雙性人個案之性騷擾申訴，惟本院訪談雙性人個案確有受職場性騷擾及申訴案例，勞動部顯然並無針對雙性人之相關統計，是該部對避免雙性人職場性騷擾之宣導及輔導之措施，顯有不足：

- 1、依據性別平等工作法第13條第2項規定，雇主知悉有性騷擾情形時，應採取立即有效之糾正措

施。而此項性騷擾並不區分性別，亦就男性、女性甚至雙性人，均應有所適用。

- 2、據勞動部表示，性別歧視態樣涵蓋性別、性傾向及性別認同，有關雙性人、同性戀及跨性別者等如因性別、性傾向或性別認同遭就業歧視，皆屬性別歧視之範疇。惟該部勞工行政資訊整合應用系統之「性別工作平等案件子系統」之查填項目，考量雙性人等之個人隱私，尚無要求申訴人須填報其身分資訊。故經本院詢問有無雙性人遭受職場性騷擾案例，該部回復則稱並無雙性人申訴案例。
- 3、惟據本院訪談雙性人個案表示：其登記性別雖屬男性，惟因雙性人身分，而有胸部隆起之特徵，惟某日竟遭同事摸胸，並說其胸部很大等語。案經雙性人個案提起申訴，經某縣市政府性別工作平等會決議雇主未善盡工作場所性騷擾防治義務，違反性別工作平等法第13條第2項規定，而在該決議書之事實及理由中，均有提及申訴人因天生染色體為47XXY（按：即克氏症候群Klinefelter syndrome）之關係，而屬雙性人身分。是以勞動部回復本院並無雙性人申訴個案，顯然係因無此相關統計所致，更遑論有任何避免雙性人職場性騷擾之宣導措施。
- 4、綜上，勞動部所稱並無雙性人職場性騷擾申訴個案顯非事實，顯然係因勞動部並無針對雙性人之相關統計，是該部對於避免雙性人職場性騷擾之宣導及輔導之措施，顯有不足。

(五)教育部體育署長期未能制定有關法令，以因應雙性人在體育競賽上參賽問題：

- 1、南非選手塞門雅（Caster Semenya）係里約奧運

女子800公尺金牌得主，其之前因為先天染色體異常而沒有卵巢和子宮，她體內的睪固酮量是普通女性的3倍，接近於男性，導致國際田徑總會（International Association of Athletics Federations, IAAF）曾於100年發布新規定要求運動員要服藥控制體內睪固酮量至一般女性水準，及至國際體育仲裁法庭（Court of Arbitration for Sport, TAS）以沒有證據能證實睪固酮能幫助女性運動選手表現更好，最後准許其出戰國際賽事而廢棄前開服藥控制之方式³⁴。

- 2、據報載，我國女子短跑選手姚○○於參加55年曼谷亞運會時，因首次接受性染色體檢查而被發現「非女性」而被拒賽，嗣後姚○○接受國立臺灣大學附設醫院變性手術後即退出田徑圈。另據教育部查復，有關姚○○參加55年曼谷亞運被發現非女性遭拒賽案，因距今年代久遠，且當時相關資料保存尚未電子化，致無法查得姚選手遭拒賽之詳細原因。經查媒體相關報導，姚選手為50年代初田徑名將，多次打破全國紀錄，堪稱亞洲頂尖名將，惟55年亞運會首度實施女性選手性別檢查，我國女選手先在醫院檢查，姚員未能通過性別檢查，故未隨代表團前往曼谷參賽，她的「雙性人」身分才曝光。
- 3、依55年第5屆曼谷亞運會報告書中，相關性別檢查事件之記載，有一位菲律賓女子田徑明星選手

³⁴惟在107年4月，國際田徑總會公布一項新規定「Female Classification(Athlete with Differences of Sexual Development)」，以女性身分參賽者必須在法律上被承認為女性或雙性人；血清內睪固酮數值至少持續6個月不得超過每升5納摩爾（nmol/L）；無論是否參賽，此後皆須維持血清內睪固酮數值不得超過每升5納摩爾（nmol/L），以保持資格。參見網址：<https://www.iaaf.org/news/press-release/eligibility-regulations-for-female-classifica>。最後查閱日期：107年5月28日。

蘇萊曼(Mona Sulaiman)，本來拒絕接受鑑別性別的體檢，後來雖在馬尼拉加納醫院通過此項體檢來到曼谷，但因無未參加大會體檢，所以不能參賽（蘇萊曼選手在第4屆亞運會獲得個人3面金牌）。

- 4、依據內政部104年5月6日「研商性別變更認定及登記程序相關事宜第3次會議」議程案由二、有關性別變更衍生之問題及因應之配套措施，就「運動競賽：性別變更者應以何種性別角色參與？」教育部表示該部體育署認為茲事體大，刻正參考國際作法進行完整專案研究中。該案備註並請教育部儘量在1、2個月內提出具體意見，惟嗣後並未見教育部或體育署制定相關法令或提出相關措施。
- 5、教育部體育署就此部分查復本院，有關變性人參加國際賽事規範，104年「國際奧林匹克委員會對性別重置及雄性激素過多症共識會議」(IOC Consensus Meeting on Sex Reassignment and Hyperandrogenism)之建議如下：
 - (1) 就跨性別者(transgender)，各運動組織在決定參賽組別時，可採用以下建議：
 - 〈1〉由女性轉變為男性的選手，在有資格參賽的情況下，可參與男子競賽項目。
 - 〈2〉由男性轉變為女性，並有資格參與女子競賽項目的選手，必須遵守以下規則：
 - 《1》選手必須聲明她現在的性別是女性。基於競賽目的，4年內不可更改此性別聲明。
 - 《2》參加第1場競賽前1年，血清內睪固酮數值不得超過每升10納摩爾(nmol/L)(時間長度可能因個案因素而增長)。

- 《3》在參加女子競賽項目比賽期間，選手血清內的睪固酮數值不得超過每升10納摩爾（nmol/L）。
- 《4》會以檢測方式評斷選手是否合乎規定，如果選手未達規定標準，在未來1年內將不得參加女子競賽項目。
- (2) 女性選手雄性激素過多症(hyperandrogenism):
- 〈1〉應制定保護女性參與運動，及推廣公平競爭的規範。
 - 〈2〉在其他國際單項總會、國際奧林匹克委員會及運動組織的支持下，國際田徑總會應向國際運動仲裁庭提出，支持雄性激素過多症管理規定之相關證據及說詞，並要求國際運動仲裁庭恢復此規範的效力。
 - 〈3〉為了避免歧視狀況發生，如選手未符合參加女子競賽項目的標準，應可參加男子競賽項目。
- 6、總之，教育部體育署雖然已知悉有相關雙性人參與競賽因未通過身體或雄性激素檢查之案例，然而該署除提出國際奧林匹克委員會共識會議之標準外，並未說明就本國選手曾予教育或宣導及是否制定相關法令之說明。有關體育競技，因視各類比賽賽事規模，可能有不同之身體、性別或激素檢查規範。而專業運動競技者往往畢生投入該項競技練習，如嗣後因體檢始發現身體有雙性人狀況致無法參賽，或因而只能參與無檢查之賽事，非僅對選手個人生涯屬嚴重打擊，更是國家投入資源之浪費，故對此類狀況實應早有因應作為，對於各單項協會、教練等，更應積極宣導以協助雙性人案例選手可能面臨之問題。

(六)綜據上述，行政院及所屬相關部會欠缺對於雙性人的社會支持，教育部、勞動部欠缺對雙性人議題認識及宣導，致雙性人於教育、職場過程中時遭歧視，教育部體育署長期未能制定有關法令，以因應雙性人在體育競賽上參賽問題，相關社會支持措施均有不足，與憲法第155條及增修條文第10條第7項之扶助弱勢等意旨有違，應確實檢討改進。

六、傳統二元性別區分造成雙性人在社會各方面適應問題，行政院除了應積極承認雙性人真實存在外，更建議應再深入研究其等在各方面之問題，宣導社會正視雙性人天生的多樣性，避免各種「正常化」的社會壓力，扼殺了只因天生與傳統價值想像不符者的人性尊嚴、生存需求及未來發展，以符世界人權宣言人人均生而自由平等之要求。

(一)世界人權宣言第1條前段規定：「人生而自由，在尊嚴及權利上一切平等。」但雙性人在這個性別二元的社會存在及生活，各方面都有其適應上的問題，舉凡前揭所述之出生登記、身分證件、醫療、健保給付、社會支持措施中的教育、職場、體育競技等，事實上可能還包括監所、入伍、入出境之檢身，甚至如戀愛、結婚、組成家庭等，但對於許多雙性人來說，好像是一個遙不可及的夢想。

(二)雙性人面對醫療上早期手術不合人權的處遇、就學及就業環境的歧視與騷擾、社會環境的污名，事實上都可導源於傳統二元性別區分下的問題，甚且甫一出生，其父母與家人馬上就要面臨性別登記如何處理的現實情況，這些都是因為不符合社會價值的「典型」所造成。然而自軍人謝○○腹痛送醫被發現性徵不明致動了多次變性手術成為女性，被稱為「空前創舉」，另一運動員姚○○案最終「回歸正

常」，及前開曾引用文獻新聞相關報導，最後報導內容似均強調當事人為符合傳統兩性區別，進行一定手術後「回歸幸福」之觀感。只要瞭解這一類大眾希望雙性人「回歸正常」的期待感有多深，就可以知道其等深藏不敢自我揭露的壓力有多大。

(三)性別二元區分是否突破，或要突破的範圍界限何在，固仍值探討。惟正如雙性人團體的宣言，雙性人是「真實」存在，國家應主動加以承認等。而在本院調查期間，亦面臨個案雙性人不敢發聲的困境，蓋其等一旦揭露發聲，社會價值的壓力立即會影響其等生活，但其等為了符合社會價值，又必須時時壓抑隱藏自己的狀況。囿於本院調查時程及尋求個案接受訪談意願等限制，調查意見內提出的問題僅係冰山之一角，亟待後續有能者進一步研究，也期待有更多有此困境者，在本報告提出後及社會改變後，勇於出面發聲，畢竟面對自我，實不應背負壓力。

(四)綜上，政府除積極承認雙性人的真實存在外，更應深入研究相關議題以為政策參考，並宣導社會正視雙性人天生的多樣性，避免各種「正常化」的社會壓力，扼殺了只因天生與傳統價值想像不符者的人性尊嚴、生存需求及未來發展，以符世界人權宣言人人均生而自由平等之要求。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一，提案糾正衛生福利部及內政部。
- 二、調查意見二，提案糾正衛生福利部。
- 三、調查意見三，函請行政院及內政部參考研議。
- 四、調查意見四，函請行政院、衛生福利部、內政部、法務部檢討改進見復。
- 五、調查意見五，函請行政院、教育部及勞動部檢討改進見復。
- 六、調查意見六，函請行政院、衛生福利部、內政部、法務部、教育部、勞動部參考研議。
- 七、調查意見送請總統府人權諮詢委員會參考。
- 八、調查意見，函復陳訴人。
- 九、調查報告送請本院人權保障委員會參考。

調查委員：孫大川

高鳳仙