法務部

「心理健康與人權：檢視兩人權公約的健康指標」

委託研究案

期末報告

（審查通過）

案號：S1020319

廠商：社團法人中華心理衛生協會

研究主持人：張珏

日期：102 年 12 月 31 日

目錄

摘要 viii

Abstract ix

第一章　緒論 …… 1

第一節　研究背景與研究動機…… 1

一、聯合國人權體系與我國兩人權公約之立法施行 1

二、我國兩人權公約初次國家報告及相關人權研究尚缺少心理健康內容 4

三、落實心理健康人權，需要國家機制來保障 5

第二節　研究目的與研究問題…… 7

第三節　重要名詞解釋…… 8

一、 心理健康的定義…… 8

二、 國家心理健康…… 9

三、 心理健康東西方比較…… 12

第二章　研究方法…… 13

第一節　研究架構與研究步驟流程…… 13

第二節　研究材料與方法…… 14

一、 文獻檔案收集…… 14

二、 焦點團體…… 14

三、 焦點團體訪談大綱及對象..... 14
第三章 文獻探討..... 18
第一節 健康是基本人權—與心理健康不可分割..... 18
一、 健康與人權：瞭解心理健康與人權緊密的相關聯..... 18
二、 心理健康作為人權國際法法源..... 22
第二節 兩人權公約的人權構面與健康權闡釋..... 37
第三節 我國人權初次國家報告中的健康權內涵..... 52
第四章 研究結果..... 53
第一節 兩人權公約及相關國際公約之心理健康人權內容分析 53
一、 心理健康人權國際法法源..... 53
二、 兩人權公約之心理健康人權內容分析..... 56
三、 CEDAW 公約婦女人權與心理健康人權檢視..... 58
四、 兒童權利公約與心理健康人權內容分析..... 61
五、 身心障礙者權利公約的心理健康人權檢視..... 68
六、 勞動權益之國際公約的心理健康人權檢視..... 73
第二節 聯合國及附屬機構對心理健康人權的建議..... 79
一、 心理健康作為人權的相關定義..... 79
二、 心理健康作為人權的規範向度..... 86
第三節 其他國家人權報告之心理健康人權內容及其國家機制 104

一、 加拿大國家人權報告之心理健康人權檢視..... 105

二、 芬蘭國家人權報告之心理健康人權檢視..... 116

三、 澳洲國家人權報告之心理健康人權檢視..... 120

四、 日本國家人權報告之心理健康人權檢視..... 124

五、 韓國國家人權報告之心理健康人權檢視..... 127

六、 中國香港國家人權報告之心理健康人權檢視..... 131

七、 我國國家人權報告之心理健康人權檢視..... 139

第四節 心理健康人權指標建議..... 142

一、 以人權標準及人權指標規範定義心理健康人權的指標類型 142

二、 參照心理健康綜合行動計畫之全球具體目標（2013 年 WHA）設計心理健康人權的指標基準 147

三、 採用 OHCHR（2012）健康權的指標架構界定各項心理健康人權的指標內容 151

四、 特別考慮心理健康人權易遭受歧視或忽略的特定群體 162

五、 由研究焦點訪談結果交叉檢視心理健康人權指標 166

第五節 實證為基礎的心理健康人權案例..... 186

一、 人權倒退的政府組織再造..... 186

二、 心理健康政策中遭邊緣化之多元性別群體..... 193

三、 心理健康服務欠缺身心障礙者需求敏感度..... 199

第五章　結論與建議..... 208

第一節　我國人權報告之心理健康人權指標建議..... 208

第二節　我國需要獨立完整的「心理健康司」..... 219

第三節　我國需要《心理健康基本法》作為人權基本保障..... 221

第四節　推動跨部會與全民學習的「心理健康人權教育」..... 223

參考文獻..... 225

附表、心理健康與人權－中英對照表 233

圖目錄

圖 1.1 促進心理健康的核心價值、行動策略與效益（WHO, 2004） 10

圖 1.2 心理健康兩種動態性模式（AMJPH, 2010）……. 11

圖 1.3 國家層級的心理健康（Harvard Report, 1995）……. 11

圖 2.1 研究架構圖…… 13

圖 2.2 研究步驟流程圖…… 13

圖 3.1 健康與人權的範疇（WHO/HHR）…….. 21

圖 4.1 心理健康與人權的範疇…… 54

圖 4.2 影響心理健康的個人、社會及環境因素…….. 87

圖 4.3 貧窮與心理不健康相互作用、惡性循環…….. 92

圖 4.4 國家實現健康權的四要件…….. 96

圖 4.5 將心理健康服務整合進初級保健……. 100

圖 4.6 人權標準及交叉規範…… 143

圖 4.7 概括性的人權指標規範……. 146

圖 5.1 從預防到照護都需要心理健康促進……. 209

圖 5.2 持續的心理健康狀況與持續的心理健康照護……..... 209

表目錄

表 1.1　核心國際人權公約及其監督機構　1

表 1.2　心理健康的定義　8

表 3.1　國家保障健康權的義務內涵　45

表 3.2　聯合國人權架構下有關健康權的指標說明（OHCHR, 2012）　48

表 4.1　心理健康權國際法法源　55

表 4.2　CEDAW 公約心理健康人權檢視　59

表 4.3　兩公約中與兒童及少年心理健康相關之條文　64

表 4.4　兒童權利公約與心理健康條文檢視　65

表 4.5　身心障礙者權利公約規定與國家義務　69

表 4.6　身心障礙者心理健康權之基本面向及其權利指標內涵　72

表 4.7　職場社會心理之決定因素及其心理健康風險　74

表 4.8　職業安全及健康相關公約　75

表 4.9　職場心理健康相關公約的規定、定義及其義務內容　77

表 4.10　各種描述心理不健康（mental unhealthy）用語之比較　84

表 4.11　影響心理健康的個人、社會及環境因素　88

表 4.12　心理健康促進及保護策略　94

表 4.13　心理健康權的基本決定因素　97

表 4.14　各國人權報告（經社文公約報告）遞交次數（年）　104

表 4.15　加拿大國家人權報告之心理健康人權檢視…… 105

表 4.16　芬蘭國家人權報告之心理健康人權檢視…… 116

表 4.17　澳洲國家人權報告之心理健康人權檢視…… 120

表 4.18　澳洲的心理健康政策聯邦與州政府兩個層級…… 122

表 4.19　日本國家人權報告之心理健康人權檢視…… 124

表 4.20　韓國國家人權報告之心理健康人權檢視…… 127

表 4.21　中國香港國家人權報告之心理健康人權檢視…… 132

表 4.22　我國國家人權報告之心理健康人權檢視…… 139

表 4.23　2013-2020 年心理健康綜合行動計畫既定具體目標指標 149

表 4.24　參考 OECD 之我國「幸福指標系統」…… 156

表 4.25　心理健康政策評估檢核表…….. 158

表 5.1　可能達到最高標準之心理健康權之指標建議…….. 210

心理健康與人權：檢視兩人權公約的健康指標

作者姓名及服務單位：張珏（中華心理衛生協會）
Chueh Chang
(Mental Health Association in Taiwan)

中文摘要：

為了解國家保障心理健康人權實質提升成效如何，本研究以文獻檔案分析及焦點團體訪談為方法，論述心理健康做為人權的規範向度，回顧心理健康定義的演變與心理健康人權指標建構，提出心理健康作為人權之指標基準。綜合相關國際公約內容分析、各國國家報告之心理健康人權檢視等研究結果，以人權標準及人權指標規範定義心理健康人權的指標類型，參照心理健康綜合行動計畫之全球具體目標（2013 年 WHA）設計心理健康人權的指標基準，採用 OHCHR（2012）健康權的指標架構界定各項心理健康人權的指標內容，特別考慮心理健康人權易遭受歧視或忽略的特定群體（包含婦女、兒少、老年人、精神障礙及各種障礙者、各種少數群體等）來界定結構指標、過程指標及結果指標等三種類型各項心理健康權指標內容，最後用三次焦點訪談的結果分析與文獻檔案分析的結果交叉檢視，提出包含「全民心理健康」、「與性及生育相關之心理健康」、「兒童與青少年之心理健康」、「自然、居家與職場環境中的心理健康」、「精神疾病之預防、治療與控制」及「精神醫療照護與其他重要藥物之可近用性」等六項我國心理健康人權的指標內容建議。

期待本研究提出之心理健康人權指標內容能涵攝全民及各群體的心理健康基本決定因素及健康照護等健康權利中兼具自由權及福利權的內涵，並建議我國應成立獨立完整的「心理健康司」、研擬《心理健康基本法》作為心理健康人權的基本保障，也以我國推動「性別主流化」和過去人權教育推廣各階段學習，將心理健康基本精神融入人權平等各面向中，推動跨部會和全民學習的「心理健康人權教育」，以公共心理衛生主流化（Public Mental Health Mainstream），從「心理健康融入健康政策」（Mental Health in Health Policy, MHiHP）到「心理健康融入各公共政策」（Mental Health in All Policy, MHiAP）來逐步落實我國心理健康人權。關鍵詞：心理健康、健康權指標、健康權基準

Mental Health and Human Rights:
Examining the Right to Health Indicators in ICCPR and ICESCR

Chueh Chang (Mental Health Association in Taiwan)

Abstract:
In order to understand to what extent our State has substantially promoted the right to mental health, this study adopts the methodologies of literature analysis and focus group interview to elaborate on the normative dimensions of "mental health as a human right", to review the evolutionary development in definition and structure of the right to mental health and the indicators thereof, and to submit a set of benchmarks for the right to mental health thereafter. Observing from relevant contents of international human rights instruments, such as multilateral conventions and State reports and so on, along with referring to WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan and OHCHR's Guide of Human Rights Indicators to Measurement and Implementation, and particularly taking the vulnerable groups that are easily discriminated and neglected into account, including women, child and adolescents, elderly, mentally disabled, physically disabled and other minorities, this study aims to identify the human right indicators for the right to mental health, respectively in categories of structural, process and outcome indicators. At the last stage, after cross-examining the results of those interviews of focus groups and the literature analysis, this study propose a series of titles and contents of the right to mental health indicators in six main sections, which are "mental health of general population," "sexual and reproductive mental health," "mental health of child and adolescents," "mental health in natural, household and occupational environment, "prevention, treatment and control of mental illness," "accessibility to mental health care and essential medicines."

This study wishes to propose a set of the right to mental health indicators which comprehensively include mental health care and underlying determinants of everyone and all the population groups in Taiwan, encompassing the right to freedoms and entitlements. Thus, the study recommends our government to establish an independent and authoritative "Department of Mental Health ," to adopt "Basic Mental Health Act" as the fundamental basis for the protection and promotion of mental health, and to facilitate intersectoral training and learning for "education of mental health and human rights", in order to mainstream public health mental health, from Mental Health in Health Policy (MHiHP) to Mental Health in All Policy (MHiAP) and progressively realize the right to the highest attainable standard of mental health nation-wide.

keywords: mental health, right to health indicator,
right to health benchmark

第一章　緒論

第一節 研究背景與研究動機

本節簡短回顧聯合國人權體系各層次的公約與兩人權公約在台灣國內法化的歷程，以及兩人權公約施行後我國初次國家報告缺少心理健康內容的省思，提出本研究的必要性。

一、聯合國人權體系與我國兩人權公約之立法施行

1945 年 6 月 26 日二次大戰後，各國代表在聯合國國際組織會議結束後於美國舊金山簽署《聯合國憲章》(United Nations Charter)，並據以成立聯合國，憲章序言即重申基本人權、人格尊嚴與價值，以及男女與大小各國平等權利之信念。1948 年 12 月 10 日聯合國大會第 217 號決議通過並發布《世界人權宣言》(The Universal Declaration of Human Rights, UDHR)。據此，聯合國人權條約體系（包括各條約議定書及其監督機構）[1]逐年依次發展，茲整理如下表。

表 1.1 核心國際人權公約及其監督機構[2]

公約／議定書	通過日期	生效日期	監督機構
聯合國憲章 (United Nations Charter)	1945 年 6 月 26 日	1945 年 10 月 24 日	聯合國國際組織據以設立
世界人權宣言 (The Universal Declaration of Human Rights, UDHR)	1948 年 12 月 10 日	1948 年 12 月 10 日	聯合國大會第 217 號決議（A/RES/217）
消除一切形式種族歧視公約（International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD）[3]	1965 年 12 月 21 日	1969 年 1 月 4 日	消除種族歧視委員會（Committee on the Elimination of Racial Discrimination）

[1] *See* OHCHR, Fact Sheet No. 30 (Rev.1): The United Nations Human Rights Treaty System (2012), p. 4

[2] *See* The Core International Human Rights Instruments and Their Monitoring Bodies, OHCHR, official website: http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx

[3] See International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination [ICERD], adopted by GA Resolution 2106 (XX), 21 December 1965, 660 UNTS 195.

公民與政治權利國際公約（International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR）[4]	1966 年 12 月 16 日	1976 年 3 月 23 日	人權委員會（Human Rights Committee）
經濟社會暨文化權利國際公約（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR）[5]	1966 年 12 月 16 日	1976 年 1 月 3 日	經濟社會暨文化權利委員會（Committee on Economic, Social and Cultural Rights）
消除對婦女一切形式歧視公約（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW）[6]	1979 年 12 月 18 日	1981 年 9 月 3 日	消除對婦女歧視委員會（Committee on the Elimination of Discrimination against Women）
禁止酷刑公約（Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CAT）[7]	1984 年 12 月 10 日	1987 年 6 月 26 日	禁止酷刑委員會（Committee against Torture）
兒童權利公約（Convention on the Rights of the Child, CRC）[8]	1989 年 11 月 20 日	1990 年 9 月 2 日	兒童權利委員會（Committee on the Rights of the Child）
保護所有遷徙工人及其家庭成員權利國際公約（International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, ICPMW）[9]	1990 年 12 月 18 日	2003 年 7 月 1 日	遷徙工人委員會（Committee on Migrant Workers）

[4] *See* International Covenant on Civil and Political Rights [ICCPR], adopted by GA Resolution 2200A (XX1), 16 December 1966, 999 UNTS 171.
[5] *See* International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [ICESCR], adopted by GA Resolution 2200A (XX1), 16 December 1966, 993 UNTS 3.
[6] *See* Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [CEDAW], adopted by GA Resolution 34/180, 18 December 1979, 1249 UNTS 13.
[7] See Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [CAT], adopted by GA Resolution 39/46, 10 December 1984, 1465 UNTS 85.
[8] *See* Convention on the Rights of the Child [CRC], adopted by GA Resolution 44/25, 20 November 1989, 1577 UNTS 3.
[9] *See* International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families [ICPMW], adopted by GA Resolution 45/158, 18 December 1990, 2220 UNTS 3.

保護所有人免遭強迫失蹤國際公約（International Convention for the Protection of All Persons from Enforced Disappearance, ICPED）[10]	2006 年 12 月 20 日	2010 年 12 月 23 日	強迫失蹤問題委員會（Committee on Enforced Disappearances）
身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）[11]	2006 年 12 月 13 日	2008 年 5 月 3 日	身心障礙者權利委員會（Committee on the Rights of Persons with Disabilities）

聯合國之人權體系以《國際人權法典》(International Bill of Human Rights）為核心，其內涵可包括宣言、公約與實施方法三部分。第一部分為 1948 年 12 月 10 日聯合國大會第 217 號決議通過之《世界人權宣言》；宣言通過後，由於東西方世界意識形態的分歧，聯合國大會於是在 1952 年決定分別制定兩個人權公約：《公民與政治權利國際公約》及其（第一）任擇議定書（於 1966 年通過，1976 年生效，由人權委員會監督）及《經濟社會文化權利國際公約》(於 1966 年通過，1976 年生效，由經濟社會暨文化權利委員會監督)。至此，完成一般所熟知的《國際人權法典》。這二項國際公約除了權利內容本身的差異外，實施方法也是全然不同。(教育部人權教育諮詢暨資源中心，2009[12])。《國際人權法典》對每一個人所應享有的基本人權訂有周詳之規範，是最具綱領性的國際人權規範，在國際人權法規中具有母法的地位，當今許多國際人權公約都是由此法典所衍生而來，為國際人權保障體系最重要的法源。

而以聯合國為中心的國際人權體制 (international human rights mechanism)可以分為四個層次（OHCHR, 2012[13]；張文貞，2009）：

(1)第一層是 1945 年通過生效的《聯合國憲章》(Charter of the United Nations)。

(2)第二層是 1948 年聯合國大會決議通過的《世界人權宣言》(Universal Declaration of Human Rights, UDHR)。

[10] *See* International Convention for the Protection of All Persons from Enforced Disappearance [ICPED], adopted by GA Resolution 61/177, 20 December 2006.
[11] *See* Convention on the Rights of Persons with Disabilities [CRPD], adopted by GA Resolution 61/106, 13 December 2006, 2515 UNTS 3.
[12] 教育部人權教育諮詢暨資源中心，2009/9/30. *http://hre.pro.edu.tw/zh.php?m=8&c=1254275091*
[13] *See* OHCHR, 2012. Fact Sheet No. 30 (Rev.1): The United Nations Human Rights Treaty System

(3)第三層是 1966 年通過、1976 年生效的《公民與政治權利國際公約》(International Covenant on Civil and Political Rights, 以下簡稱 ICCPR)與《經濟社會文化權利國際公約》(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 以下簡稱 ICESCR)。

(4)第四層是由五個針對特定領域的人權議題所規範之五大人權公約 (human rights conventions)所構成，例如：種族、婦女、兒童、移工、身心障礙者，《消除對婦女一切形式歧視公約》(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 以下簡稱 CEDAW)、《兒童權利公約》(Convention on the Rights of the Child, 以下簡稱 CRC)等即是屬於國際人權體制的第四層。

中華民國於 1967 年即由常駐聯合國代表劉鍇簽署《公民與政治權利國際公約》(ICCPR)及《經濟社會文化權利國際公約》(ICESCR)，並同時簽署《公民與政治權利國際公約》第一任擇議定書。但在 1971 年 10 月 25 日聯合國大會通過第 2758 號決議，使得中華民國失去代表權之後，我國就一直未就此三份文件進行批准的程序。

然為提升我國之人權標準、促進人權發展，馬英九總統重視國內法化精神，督促行政院於 2008 年將兩公約送請立法院審議，立法院則 2009 年 3 月 31 日審議通過《公民與政治權利國際公約》與《經濟社會文化權利國際公約》，以及《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》。馬總統於 2009 年 4 月 22 日公佈《兩公約施行法》，於 2009 年 5 月 14 日正式簽署《兩公約》中英文版批准書，並於 2009 年 12 月 10 正式施行。兩公約施行法第二條明定，兩公約「具有國內法律之效力」。自此，兩公約的內容正式成為我國國內法的一部分（陳俊宏，2011）。

二、我國兩人權公約初次國家報告及相關人權研究尚缺少心理健康內容

我國《公民與政治權利國際公約》及《經濟社會文化權利國際公約》初次國家人權報告歷經多場次的會議討論，已於 2012 年 4 月 20 日公布，但在其內容或討論過程中觀察到各參與民間組織或各部會政府與跨機關間呈現忽視或不瞭解心理健康是基本人權，會侷限在精神醫療服務上，甚至在目前正在進行我國政府組織再造的過程，非但沒有將心理健康是人權，有必要有專責單位負擔全國規劃的全球理念落實，反而視組織設置如兒戲，或專業競爭，完全忽視全民的心理健康人權，故有進行研究之必要（張珏，2013）。

兩人權公約之內涵與心理健康人權關連甚深，然過往之研究甚少述及兩人權公約與心理健康人權之關係，亦未以心理健康人權之角度檢視兩人權公約之健康指標。在落實兩人權公約之程序推動、制度設計、政策研擬及法規改善過程中，進一步以心理健康人權角度檢視與探討兩人權公約之健康指標，有其重要性與必要性。也能為第二次人權報告提供明確方向。

心理健康是人權、健康的基礎；追求平、安、幸福，是普世的價值，也是全民的期待。心理健康跟生活各層面息息相關。國家層級的機制需要意識到各種社會、經濟、文化及政治因素都可能影響或阻礙一個人獲得心理健康。

三、落實心理健康人權，需要國家機制來保障

心理康是人權需要被檢視，因此也需有獨立專責機制來規劃與推動全民心理健康。有鑑於心理健康人權被忽視，張玨等秉持從 921、SARS、八八水災、精神醫療品質提昇所成立的「心理健康行動聯盟」，不只進行國家心理健康城市建構的芻議，也倡議國家要有專責機制（張玨，2005, 2011c, 2012, 2013）。

先進國家如美國、英國，甚至如鄰近的東南亞國家如泰國、印尼等，都有心理健康一級獨立單位，才得以全面、整合並推動各項心理健康政策。（張玨，2013）我國政府組織再造，將合併衛生署與內政部的社會司成為「衛生福利部」，民間團體倡議應設置獨立的「心理健康司」，才能展現政府落實全民的心理健康人權的決心，為全體國民制定明確的國家制度，來照顧每一個人的心理健康，包括兒少、青年、成年、婦女、老年、勞工與企業、各種職業、各種場域（家庭、學校、職場、社區）、身心障礙者及各類病人（精神疾病、罕見疾病、癌症等等慢性、重大疾病）與照顧者等；心理健康政策的落實與各機關局處的連結和合作，提供心安的場所，以及無性別、無城鄉差異，以及無文化歧視的社會環境。（張玨，2012；張玨，2013）

「心理健康，人人應當擁有」是普世的價值和民主國家人權發展的重要指標，遠超過任何個人、團體利益或專業分化角力。目前卻看到立法院組織再造的亂象（心理健康行動聯盟，2013/1/8[14]），罔顧心理健康人權，只將其變成專業的競爭，因此急需有研究，不只探討心理康人權在我國已有國家施行法的《兩人權公約》與《消除對婦女一

[14] 心理健康行動聯盟新聞稿，2013/1/8。精神和心理健康界怒吼—捍衛「心理健康司」獨立誓師大會「心理健康司獨立，第一次就要做對！心理健康百分百，國民健康又幸福！」

切形式歧視公約》（CEDAW）的呈現，以及其他我國目前也被提出的《兒童權利公約》（CRC）、《身心障礙者權利公約》（CRPD）等相關國際公約一併檢視。

第二節 研究問題與研究目的

基於前文所述研究動機，漠視心理健康將使我國人權遭受損害於無形，政府組織和相關國家機制將有侵害心理健康基本人權之虞，與國際追求人權進步的方向脫節。為使我國落實心理健康人權與世界先進國家並駕齊驅，本計畫研究目的為：

（一）分析聯合國人權公約、兩人權公約、消除對婦女一切形式歧視公約及兒童權利公約等與心理健康人權的關聯。
（二）分析聯合國、世界衛生組織、國際勞工組織、聯合國婦女地位委員會等,所提出的有關心理健康人權內涵與政府各部會合作現象，違反心理健康人權的案例討論。
（三）檢視其他國家兩人權公約國家報告與各政策在心理健康人權的展現，及相關國家機制。
（四）提出我國人權報告中,各種健康指標如何加入心理健康人權的建議，作為人權評鑑的基準。

為達成上述研究目的，本計畫欲探究之研究問題如下：

（一）兩人權公約及其他相關國際公約條文有哪些健康權內容？
（二）聯合國相關組織、世界衛生組織等相關國際機構對於健康權的分析架構為何？其中心理健康的內容為何？
（三）其他國家人權報告書中有關心理健康人權的內容為何？相關的國家機制為何？
（四）適合我國人權報告之健康權指標參採的心理健康基準為何？

希望透過本研究，能提出心理健康人權在幾個重要的國際公約中呈現與涵蓋發展層面，以及疏漏和挑戰，包括已在我國內法化的國際公約，如《兩人權公約》、《消除對婦女一切形式歧視公約》，也包括在我國已被提出的國際公約，如《兒童權利公約》、《身心障礙者權利公約》等，也同時探究健康權與心理健康權的異同，提出幾個不同國家人權報告在心理健康的討論及違反心理健康人權的處理案例等，俾使政府各部會在提出各種政策或方案時，能重視心理健康人權，使兩人權公約健康權之國內落實及對心理健康人權的行動,能有跨部會的連結，也能明瞭為何各國都設有專責單位的重要性。

第三節　重要名詞解釋

本節將世界衛生組織（WHO）在心理健康定義的演變，從個人到國家的心理健康，作一簡要說明。

一、心理健康的定義

世界衛生組織（WHO，2004）對「健康」定義為「生理、心理、與社會，達到和諧安寧狀態」，甚至強調：「離開了心理健康，就不能稱之為健康」。在此，「健康」的定義即包含生理、心理與社會的安適狀態，不是只指沒有疾病。而「心理健康」的定義從個體的安適狀態，到社區國家的心理健康，有其不同定義。

回顧國際上廣為認同的「心理健康」的重要定義，需要從個體心理自我發展到社會、文化和環境層面才算是完備。心理學個體發展取向由臨床診斷和心理學的發展理論來定義個體的「心理健康」（Vaillant, 2003），個體有愛的能力、工作和休閒的能力、有效解決問題的能力、生活探索的能力、自主、高度的自我效能、積極面對壓力和處理、具有抗逆／復原能力、成熟的情緒與社會智商（理解自我與他人）、社會心理人格發展成熟、主觀的幸福安適感受等等。

歐盟也是將心理健康視為整體健康不可或缺的一部分，並進一步連結個體與環境，承認心理、生理因素及社會互動、社會結構、資源及文化價值相互關連及影響（EU commission , 2005）。

2010 年更具體提出心理健康與精神疾病是橫軸與縱軸關係（圖 1.2）。

表 1.2 心理健康對個人的定義（張玨整理，2012）

WHO 世界衛生組織（2004）	是一種安適狀態，個體瞭解自己的能力、可以處理一般生活壓力，在工作上有效率有生產力，對於所屬社區／社群能夠有貢獻。包括主觀安適，察覺到自我效能、自主、有能力、個人智能與情緒潛能的實踐。
EU commission (2005)	是整體健康不可或缺的一部份，反應出個體與環境之間的狀況。受到個體心理跟生理因素、社會互動、社會結構與資源以及文化價值影響。
Vaillant (2003) Mental Health. Am J Psychiatry	DSM IV 第 V 軸正常以上：有能力去愛、工作、休閒，有效解決問題，生活探索與投入、自主。 **正向心理學：** 用擴大正向品質呈現心理健康。例如：自我效能（愛、氣質、智慧、勇氣、正義、轉化），對壓力之處理為

	選擇承認面對與正確方向。 **成熟與整合的社會心理發展：**Erikson 社會心理發展階段　認同、親密、生產力、整合。Vaillant 生涯發展落實、維持意義有能力去愛，在問題解決上少偏見與歧視，有現實感與接受時空變化，適當的期待，積極保持希望的能力。 **情緒智商或社會智商：**有能力去瞭解自我與他人的情緒　（調適、表達、安撫焦慮、協商、情緒與動機/等待達成目的）。 **主觀安適狀態：**氣質、創造無傷環境、快樂無私。 **復原力（抗逆能力）**：因應機制、調適的價值

心理健康定義，隨時間的進展、科學探究、醫療發展、社會經濟變化、民主思維等，有所改變，從過去只是提供醫療照顧，進展到提昇所有國人的心理健康，也才有本計畫所提出的心理健康人權。

二、國家心理健康

國家層面的「心理健康」，包含從個體身心靈健康到社會群體和國家的和諧安寧與幸福。由國家保障民眾的心理健康，須提供包容、免歧視、零暴力、參與的社會與物理環境，設計符合心理健康人權的政策與方案，讓人人免除恐懼與暴力，就不會像目前大量經費都放在問題發生後的補救，例如：學校霸凌出現、家暴性侵出現、各種疾病出現，都需要大量人力來諮商輔導與醫療，導致學校問題學生出現，導致健保的財務危機，要解決健保的財務危機就是要推動預防醫學，與心理健康促進。又如，社區中始終存在但一直缺乏處理模式的精神疾病防治、物質濫用防治、自殺防治、災害心理衛生處遇、弱勢者與精神障礙者生活困境、各種歧視（如性別、年齡、身心障礙、族群等）心理及精神健康問題，需要一個明確的機制，培育社區專業服務人才，逐步發展全民的心理健康促進服務。由此觀點，所有國家政策必須進行心理健康影響評估，以達到「心理健康主流化」的世界趨勢。

國家心理健康擔負提昇全國人民的心理健康，即是「心理健康促進」（mental health promotion），泛指促進正面心理健康相關的活動，關注個人和社區最大的參與，致力於改善與保護生活品質和幸福安適感（well-being）；目標是增加健康的平等、預防導致健康的危險性、維持環境對健康的保護、和促使個人與社區的充權，並提出良好的心理健康政策、對心理健康倡導，使民眾能發展技能和充權心理衛生知能 (Worley, 1997)。不只對民眾與社區提昇其心理健康，也重視身心連結，瞭解並能檢視心理狀況會導致其他疾病發生，以及因為生病或生活中發生重大事件會導致情緒失調或心理不適應情況的早期覺察與轉化。如圖 1.1 為心理健康促進的框架。

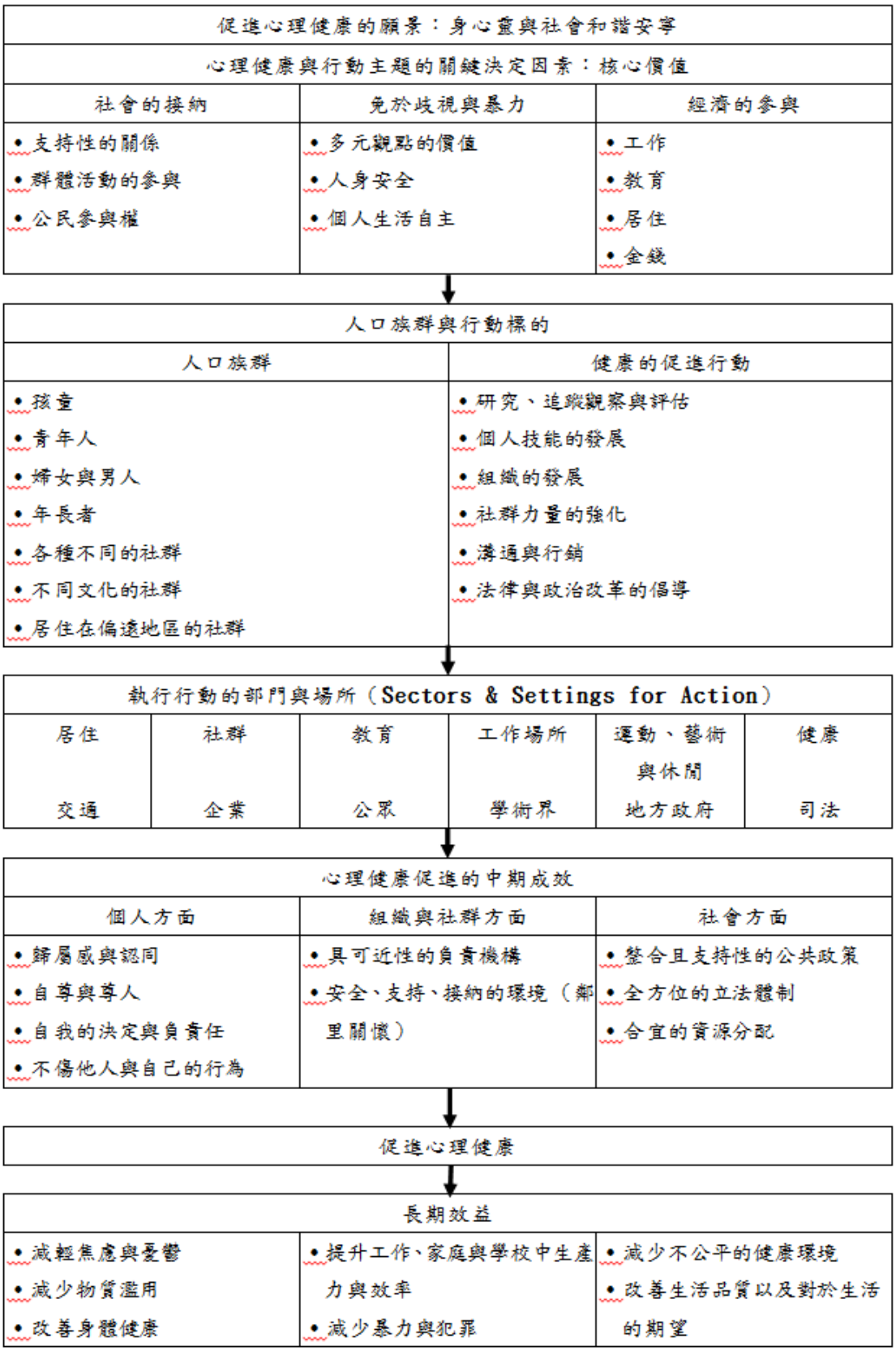


圖 1.1 促進心理健康的決定因素、行動策略與效益（WHO, 2004）

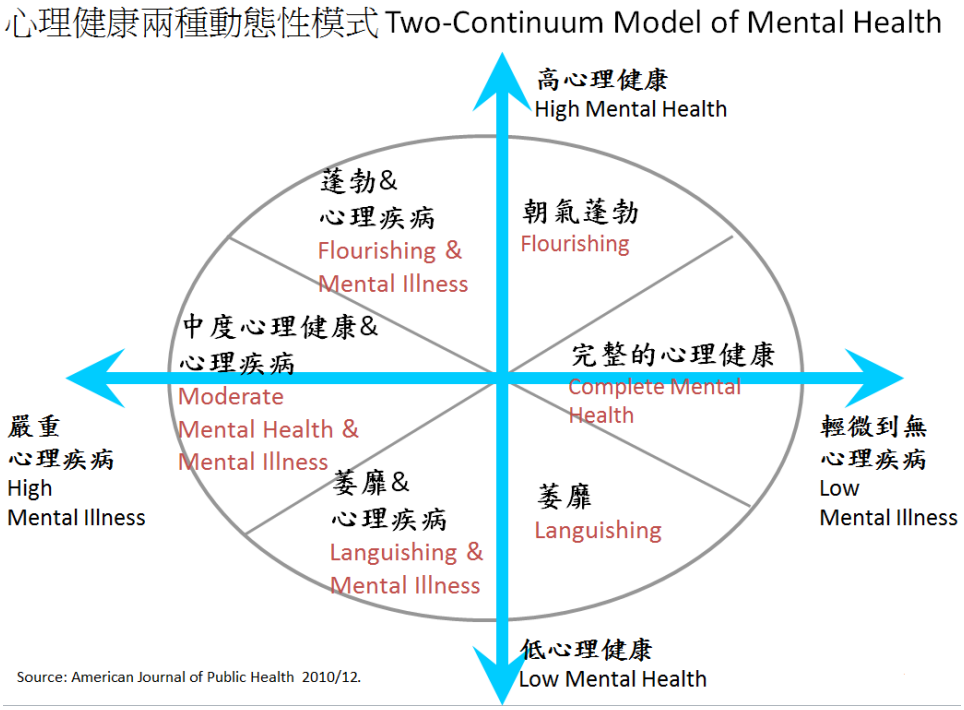


圖 1.2 心理健康兩種動態性模式（AMJPH, 2010）

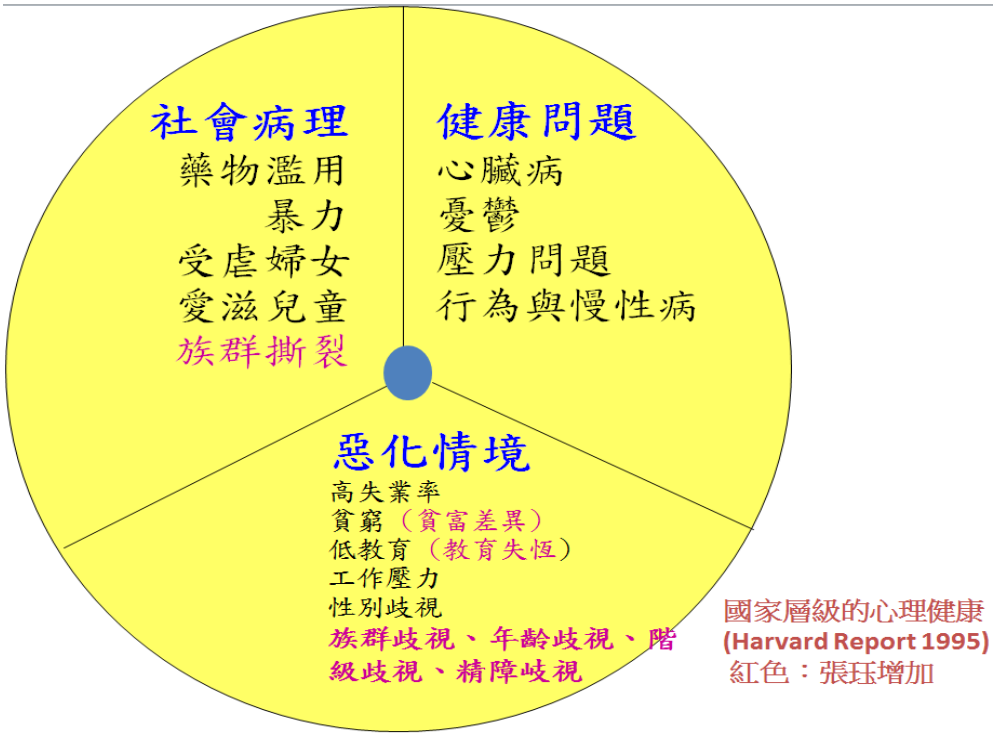


圖 1.3 國家層級的心理健康（Harvard Report, 1995）

過去心理健康的議題比較重在提供醫療服務，甚至只侷限在精神醫療的的設置，但是隨時代變遷，對心理健康定義，已經由沒有精神疾病提昇到促進心理健康，個人心理健康與精神疾病是橫軸縱軸的關係，一個生病的人（不論是急性、慢性、或精神疾病、癌症等），病人一樣需要有不被歧視、被社會包容、能有受教育、工作機會等，而國家社會中的每個人民，也都有權利享有不歧視免於恐懼的生活環境的權利，所以需要有國家心理健康。

就如同圖 1.3，「哈佛報導」在 1995 年早已提出「國家心理健康」，一個不心理健康的國家不是只看其精神疾病的有無，還有其他疾病都與心理健康有關，例如：心臟血管疾病、高血壓、憂鬱、壓力 z 相關身體反應等等，而且不只看疾病的有無，也要知悉齊備照顧的合宜性（絕非用藥或住院而已），更甚是惡質的社會條件（失業、貧窮、歧視等），與病理的社會狀態（暴力、兒虐等）。國家需提供減少惡質的環境（如歧視、貧富不均、教育缺乏等）、改善病態的社會（如暴力、兒虐等）、提昇少生病的機制（心臟病、行為導致疾病、憂鬱、壓力等）。（Harvard Report, 1995）。心理健康的定義改變從疾病治療到身心健康促進，心理健康不是只有精神醫療，或醫療權，其實它是人權，包含一套價值觀、基本要求，也是幸福感、社會參與等。（WHO，2004；2005；2010；張珏，2007, 2012）

三、心理健康東西方比較

一般而言，會認為心理健康是西方產物，與東方文化不同，其實心理健康是中華文化的特色，字典中「心」是人生一切的主宰，是一種態度；「理」是事物的緣由（道理），對發生的現象、心情都能追根究底，了解原因，從根本解決也可以預防問題發生，心理健康的定義是「心平氣和」、「安居樂業」。這也是人權的基本精神，能免於恐懼、能沒有不平等。心中無不平，就不會有怨氣，也不致於產生自傷傷人的暴力行為。和諧就是中庸，無過與不及，自然就能安，平安就有喜樂與幸福感。

推動心理健康促進就是「平」與「安」，不只對個人自我學習處理，也能以「平」與「安」態度面對周圍環境，能愛惜環境，不會濫砍伐，大地也不會因為被過度使用而反撲，產生各種災難。大自然能「和諧」與「安」，社會才會幸福與快樂！因此沒有心理健康，健康家庭、社區、城市、國家便難以安寧，國民就無法有幸福！

第二章　研究方法

第一節　研究架構與研究步驟流程

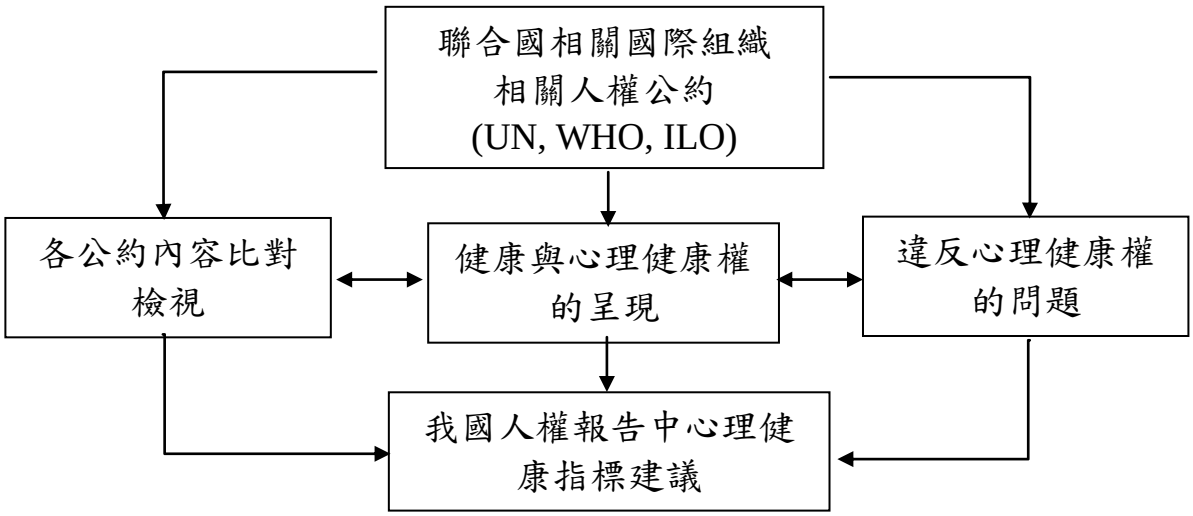


圖 2.1 研究架構圖

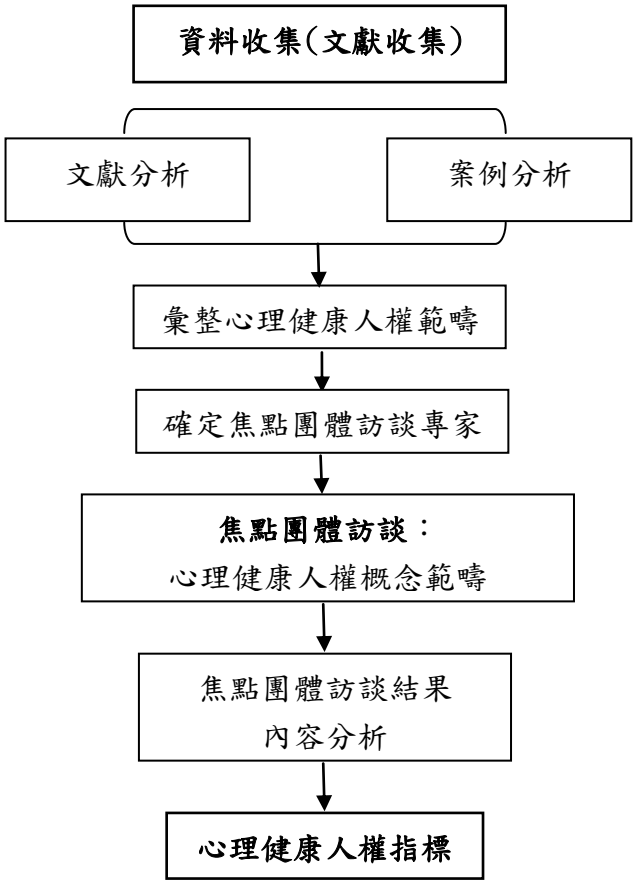


圖 2.2 研究步驟流程圖

第二節　材料與方法

一、 文獻檔案收集

（一） 文獻收集：包括聯合國人權網站、UN Women、世界衛生組織、國際勞工組織、消除對女性一切形式歧視委員會與網站資訊、及兒童權利公約。

（二） 檔案分析：做為一種分析的工具，在質性研究上為具有重要價值之方法。透過有系統的查閱、組織和解釋各種文獻資料，可以在各自分立事件或活動中，尋找因果關係，以便瞭解現在和預測未來。

（三） 案例分析：各公約健康權相關案例探究。

二、 焦點團體：是一種團體訪問的質性研究方法，這種訪談法與一對一式的深度訪談法最大的差異在於焦點團體法為團體成員的互動和討論。焦點團體法用於本研究計畫的優勢：可以根據受訪成員的經驗洞察來瞭解目前需要改善與補強之處。另外，也可以激發出成員的各種不同反應，和進一步的討論，為未來台灣人權的發展與策略提出具體建議。本計畫邀請相關學者專家、或與心理健康人權有關的群體（或曾受害者）進行深度訪談，瞭解其對相關議題之看法與建議。本案將針對國內民間非政府組織與專家代表共完成兩次的焦點團體訪談；以及一次政府單位攸關人權委員的焦點團體。

三、 焦點團體訪談大綱及對象

（一） 焦點團體及訪談大綱包含：

1. 心理健康人權概念的範疇；
   討論問題：

   (1) 心理健康的定義：公共衛生領域的心理健康定義（圖1-1、1-2、1-3，包含促進與預防，個人、群體和國家層面的心理健康），不同專業領域如何界定心理健康的範疇？特別在心理健康與人權的關係中，國家必須關注的「心理健康」應該為何？
   (2) 心理健康的指標（indicator）：為追求「全民可能達到的最佳心理健康」人權，國家必須參照的心理健康指標應該包含哪些？如何含括不同群體的心理健康需求？是否具備性別和文化敏感度？

(3) 心理健康的基準（benchmark）：根據所訂定的各項「心理健康指標」，應該如何設定「達到心理健康」或者「未達到心理健康」的基準？

2. 案例討論（暴力防治與心理健康、消除歧視與心理健康等），討論問題：

本次案例組討論，透過提出的案例，我們探討涉及心理健康人權的範疇，與人權公約有哪些關連。

透過分析心理健康在不同群體或場域，無法被照顧到面向，政府應加強哪些作為以提昇心理健康人權：尊重、保護、實踐（促進）。

以您所代表的團體，基於您對於這個社群（精神障礙者、身心障礙者、本國勞工或外籍勞工、同志、兒童、婦女、老人、原住民等等，基於本身的社會角色、身分、處境、條件、狀態等等的特性而形成的社群）的了解，以您所知道的個案為例，說明他／她（們）的心理健康議題。特別在以下兩個方面：

(1) 您所知道的個案，因為身為這個社群的關係，曾否在就醫或接受**心理健康服務**而遭受差別待遇？那是甚麼樣的經驗？
針對這個群體，有無**心理健康促進方案**（提升心理健康）？
或者，您認為這個群體需要甚麼樣的心理健康服務？

(2) 您所知道的個案，因為身為這個社群的關係，在**一般生活**中遭受差別待遇而導致心理不健康？
例如：在家庭、學校、職場或其他社區環境之中遭受歧視或邊緣化的待遇而心理不健康？

3. 心理健康人權的危害與國家責任（尊重、保護、實現），討論問題：

第三個議題的討論，透過分析心理健康在不同群體或場域，無法被照顧到的面向和議題來看，政府應加強哪些作為，以提昇心理健康人權：達到尊重、保護、實踐（促進）全民心理健康人權的責任和義務。

(1) 我國《公民與政治權利國際公約》(ICCPR)及《經濟社會文化權利國際公約》(ICESCR)（下稱兩人權公約）初次國家人權報告（101 年 4 月 20 日公布）的內容普遍缺少心理健康人權概念，甚至在「健康權」的報告內容中也完全無心理健康。心理健康應包含促進與預防，個人、群體和國家層面。在心理健康與人權的關係中，國家必須關注的「心理健康」應該為何？為追求「全民可能達到的最佳心理健康」人權，國家必須參照的心理健康指標應該包含哪些？如何涵括不同群體的心理健康需求？是否具備性別和文化敏感度？根據所訂定的各項「心理健康指標」，應該如何設定「達到心理健康」或者「未達到心理健康」的基準？

(2) 國家對於尊重、保護、實現各項人權負有立即義務（immediate obligations, 包含立法、分配必要的資源及提供司法或有效的救濟辦法、免於任何形式的歧視及性別平等）以及逐漸實現的義務（progressive obligations, 包括國家在公約生效後合理的短時間內，必須盡其資源能力所及，採取周密、具體、針對目標履行的步驟，以行政、財務、教育和社會措施等中長期實現權利；即使在嚴重資源困難的情況下，國家的監督實現或未實現權利的義務以及制定促進權利的策略和方案的義務仍不得有任何減損，必須通過耗資相對較少的專門方案保護社會中各種易受損害的目標群體）。由勞工、婦女、兒童、老人、同志（LGBTI 等）、精神障礙者及身心障礙者等的心理健康人權被危害等案例來看，國家的心理健康人權的立即義務為何 ？以及應逐漸實現的心理健康人權的義務為何？

（二） 專家代表：

(1) 心理健康人權：

心理學
社福及社工
醫療人權倫理
健康行為及兒童發展等

(2) 暴力防治與消除歧視：各種群體在社會歧視、承受家庭或社會的暴力，如兒童、婦女、老人、勞工、身心障礙者（

含精障、罕見疾病等）、原住民、新住民等在心理健康指標的案例討論，包括專家學者、團體代表：

精神障礙者團體代表
身心障礙者團體代表
勞工代表
LGBTI 代表
兒少團體代表等

(3) 心理健康人權與國家責任：

立法委員
人權律師
醫學倫理代表等

研究限制

本研究期程表訂於六個月內完成。由於研究時間的限制，收集和分析以兩人權公約及相關國際公約條文中之「健康權」的指標架構內容為主，提出其中的心理健康人權的建議。相關公約所關注之群體的特殊現象及廣義的各項人權內容的心理健康影響評估僅在部分案例說明。

第三章　文獻探討

本章由健康與人權的範疇及國際人權法的法源探討心理健康與人權的關聯。

世界衛生組織（WHO）指出「人人有權利享有身體和心理健康能達到的最高標準」；《經濟社會文化權利國際公約》第十二條確認了「人人有權享受可能達到之最高標準之身體與精神健康」。（本處條文 mental health 一詞中譯，「精神健康」與「心理健康」是交互使用。）而心理健康的基本決定因素，取決於公民、政治、經濟、社會和文化權利的實現和享有。「健康」就應包含身體健康與心理健康，只是心理健康長期被忽視，因此文獻探討從健康與人權來探討，以俾研究結果分析時「心理健康」與人權可參考。

第一節　健康是基本人權—與心理健康不可分割

一、　健康與人權：瞭解心理健康與人權緊密的相關聯

日常生活裡，我們會在各個場域中與任何人討論並關心「快不快樂」或「幸不幸福」這件事，從私人生活到公共議題、從國內政策到全球治理。因為「幸福快樂」的感受，無論依其定義或要件，都與個人的尊嚴、生活方式及生活條件密切相關。做為個人發展的基礎，「幸福快樂」的維繫和保障更是與所謂的「心理健康」緊密相關，而後者更一直以來為國際人權法所承認的基本人權之一，從《世界人權宣言》裡的「適當生活標準的權利」（the right to a standard of living adequate for the health）到《經濟社會文化權利國際公約》中的「享受可達到最高標準生理及心理健康的權利」（the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health），《世界衛生組織憲章》的前言更開宗名義地表示「享受可能達到最高標準的健康，為基本人權之一。」事實上，目前世界上已有超過 60 個國家的憲法中包含了健康權或健康照護權，超過 40 國的憲法承認與健康有關之基本權利，包括生產照護權、身心障礙者物質協助權、健康環境權等。[15]

儘管如此，但因為心理健康牽涉的層面如此廣泛，因此其作為一項人權對於國家或其他行為者的規範意義為何？這也是各國在締結

[15] *See* Paul Hunt, UN Human Rights Council, Report on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, 13 February 2003, E/CN.4/2003/58, p 8

相關人權公約時或締結後最常提出的疑慮。縱然承認了心理健康權的存在及其必要性，但「具體的法律義務為何？」、「相關義務應當如何履行？」且「如何監督或評估國家履行義務的狀況？」以確保個人的健康權不受侵害，或受到侵害時獲得救濟。在經濟社會文化權利委員會（CESCR）於 2000 年做出第 14 號的一般性評論（general comment）後，關於模糊抽象的「健康」似乎獲得釐清，且相關研究大多亦以此為依歸解釋健康權的規範內涵，但事實上，關於健康的「心理」面向，委員會的討論是極少，幾乎是沒有的。然而，「健康權」在國際人權法下要求國家履行以「指標暨基準評量機制」（right to health indicators-benchmarks assessment）的方式監督其是否善盡國際法義務，因此「心理健康」的內涵就需要透過其他文獻和方法進一步釐清，政府始得以界定其權利指標。

因此，除了在本研究案中有一個重要的前提是為健康之「全人觀點」（holistic view），即身體與心理健康不可分原則。另一個重要的前提係出於國際人權法中，健康權的義務內涵所包含的「不歧視原則」（principle of non-discrimination）、「不退步原則」（principle of non-retrogression）及「漸進發展原則」（principle of progressive realization）。這些原則在在都突顯出「健康權」的實現須同時考慮個人尊嚴（human dignity）與社會正義（social justice），因此，近十幾年來不論公、私部門都不斷提出「以健康權保障為基礎之衛生政策」（right to health-based health policies），或是聯合國及學者已經承認健康與所有其他人權間的「不可分割性」（indivisibility）意指一方面健康權應作為國家政策規範化的法律基礎，另一方面政府所制訂的各項政策亦為健康權保障提供實踐上的可行性，而這個邏輯也將呈現在本研究案中。

在探討心理健康（mental health）與人權（human rights）間的關係之前，應先從「健康與人權」之間的關係著手，而其在文獻及方法論上應有兩種探討方式。其一係視健康本身為一項人權（health as a human right），事實上從國際人權法及國際衛生法的法源中（如 UDHR 第 25 條、ICESCR 第 12 條、WHO 憲章前言等）都能證明能取得之最高標準的生理與心理健康（the highest attainable standard of physical and mental health）是一個同時包含自由權（freedoms）及受益權（entitlements）兩種性質的基本人權。[16]「健康」作為一項人權，固然同時具有保全人之尊嚴（safeguarding human dignity）及維護社會正義（maintaining social justice）的核心功能；依據人權規範的理論，

[16] *See* also CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraph 8

健康權的普遍性（universality）中包含平等原則（principle of equality）和不歧視原則（principle of non-discrimination），即「人人皆健康」（Health For All）的目標。至於健康權與其他權利之間的關係當然包括人權三大特性，即不可分割性（indivisibility）、相互依賴性（interdependence）及相互關聯性（interrelatedness）。[17]

進一步而言，依據全人的觀點（holistic view），健康的概念中，生理健康（physical health）與心理健康（mental health）係相互依賴且不可分的，如 WHO 憲章前言及 ICESCR 第 12 條規定所揭櫫之「健康權」的用語，即「能取得之最高標準的生理及心理健康」（the highest attainable standard of physical and mental health）。因此，從健康作為人權（health as a human right）的角度來看，無論生理健康或心理健康都與其他所有人權不可分割、相互依賴且相互關聯，故其是否達到能取得之最高標準，當然也取決於其他權利及自由之實現。

其二是從 WHO 所提出的健康與人權是緊密的正相關關係（positive correlation），譬如（一）違反人權所造成的健康危害，包括性別暴力、奴役、凌虐、有害的傳統及文化等造成健康權的侵害；（二）提昇人權以改善造成健康不佳的脆弱因素，包括安全飲用水、食物與營養、受教育、獲得資訊的權利等；及（三）藉由健康政策發展提昇人權，或改正違反人權的健康政策，諸如參與健康決策權、免於歧視、遷徙自由、隱私權等。如圖所示。[18]

世界衛生組織非常重視健康與人權的議題，特別在其倫理、公平、貿易與人權處其下組成一個「健康與人權」小組(Health and Human Rights Team, Department of Ethics, Equity, Trade & Human Rights/ Innovation, Information, Evidence and Research (IER/ETH), World Health Organization)，透過研究、教育、出版及倡議來提升國際健康人權的實踐。

「健康與人權」小組（簡稱 HHR）發展各種易懂可及的資訊與實證研究，也特別以圖示簡單易懂健康與人權所涵蓋範疇，如圖 3-1。

HHR 所列舉健康與人權的範疇至少包含三個面向：

[17] *See* World Conference on Human Rights, Vienna Declaration and Programme of Action (1993), Part I，paragraph 5; also cited in The Declaration of Montreal; Yogyakarta Principles; and Convention on the Rights of Persons with Disabilities

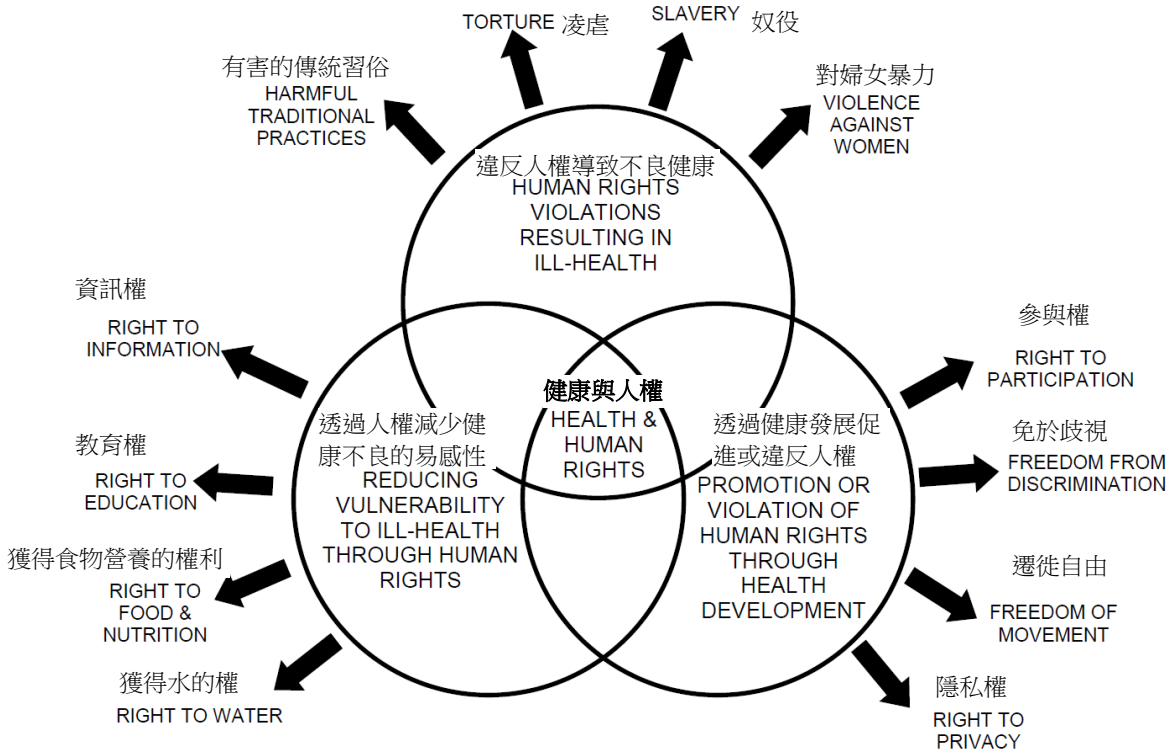
[18] *See* WHO, Linkages between Health and Human Rights, available at: http://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf

（一）違反人權所造成的健康危害：包含性別暴力、奴役、凌虐、有害的傳統及文化等造成健康權的侵害。

（二）提昇人權以改善造成健康不佳的脆弱因素：包含安全飲用水、食物與營養、受教育、獲得資訊的權利等。

（三）藉由健康政策發展提昇人權，或改正違反人權的健康政策：參與健康決策權、免於歧視、遷徙自由、隱私權等。

HHR 長期關注、發展及倡議的國際健康人權議題包含：各國健康政策與人權的關聯（免於歧視、決策參與權、資訊與隱私權）、監控健康權的指標、以人權觀點檢視國家健康部門的施政、改善原住民健康與人權、消除 HIV 感染的烙印及歧視以改善預防及治療、消除仇外（Xenophobia and Related Intolerance）等文化歧視、縮減貧窮增進健康計畫（Poverty Reduction）、健康政策的性別平等與人權等。



與人權的範疇（HHR/WHO）

圖 3.1 健康與人權的範疇（WHO/HHR）

國內探究健康人權（吳全峰等，2007; 2012），從各種醫療科技、藥品風險、全民健保給付、醫療權、分配正義等議題剖析，但是在心理健康部分顯見是缺乏的。

本研究進一步發現人權與健康之間的關係包含了三個面向，分別是（一）自由人權（the liberty rights）的實現與否對個人健康的影響；（二）福利人權（the welfare rights）的滿足與否對個人健康的影響，及（三）個人健康與否對其他人權內涵的影響。從人權理論來看，其中（一）與（二）分別是以個人完整性（personal integrity）和生活適當性（living adequacy）為權利規範核心，因此前者多半指涉的政府的消極義務，而後者則大多為政府的積極義務。至於（三）則是指個人無論健康狀況如何，其基本人權與自由（包括上述（一）、（二）中所舉例的權利）皆應受到尊重、保護及滿足。這個面向顯然是出於現實世界裡，不健康的人（無論生理或心理層面）除了本身的脆弱性（vulnerability）外，其自主性和生活條件都容易遭受制度上、社會上或經濟上的壓迫與威脅，造成相較於健康之人的不利性（disadvantageousness）。

二、心理健康與人權：心理健康作為人權國際法法源

「心理健康」作為一項人權，在國際人權法中最重要的法源不外乎是世界衛生組織憲章及相關的核心人權公約。在這個部分，除「心理健康權」的條約法源外，其他被國際社會所承認為習慣國際法的國際文件中與心理健康有關的內容亦相當重要，且除了直接使用「心理健康」用語外之其他「與心理健康相關的權利」（mental health-related rights）也需要特別留意，因其對於「心理健康權」的定義、內涵、規範向度，無論解釋上或適用上都應被加以考量，始得進一步界定出心理健康的基本決定要素（underlying determinants）及其權利指標（rights indicators）。

（一）有關健康權的條約法源及其他國際文件

國際人權法中，與心理健康最為密切的當然是「可能達到最高標準之心理健康的權利」（right to the highest attainable standard of mental health），其中包括免於出自各種理由（如性別、宗教、族裔、政治或社會因素）等不正當歧視的權利，但這裡不包括因心理不健康或精神狀態不適所生之原因。以下是關於普世且全人的健康權之條約法源及其他國際文件。

1946 年《世界衛生組織憲章》前言
本憲章締約國，依據聯合國憲章，宣告下列各原則為所有民族幸福、

和諧及安全之基礎：

（第一段）健康不僅為疾病或羸弱之消除，而是身體、心理與社會的完全安適之狀態。

（第二段）享受可能達到最高標準之健康，是每個人的基本權利之一。不因種族、宗教、政治信仰、經濟或社會情境各異，而分軒輊。

1965 年《消除一切形式種族歧視國際公約》第 5 條第 5 項第 4 款（亦參見消除一切形式種族歧視委員會 1996 年第 20 號一般性建議）：[19]

締約國依本公約第二條所規定之基本義務，承諾禁止並消除一切形式種族歧視，保證人人有不分種族、膚色或民族或人種在法律上一律平等的權利，尤得享受經濟、社會及文化權利，而其中尤著者為：享受公共衛生、醫藥照護、社會保障及社會服務之權利。

1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條（亦參見經濟社會文化權利委員會 1995 年第 6 號及 2000 年第 14 號一般性評論）：[20]

一、 本公約締約國承認人人有權享受可能達到最高標準之身體與心理健康。

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；

（二） 改良環境及工業衛生之所有方面；

（三） 預防、療治及撲滅各種傳染病、風土病、職業病及其他疾病；

（四） 創造環境，確保人人患病時均能享受醫藥服務與醫藥護理。

1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 11 條第 1 項第 6 款（亦參見消除對婦女一切形式歧視委員會 1990 年第 15 號、1992 年第 19 號、1999 年第 24 號及 2010 年第 27 號一般性建議）：[21]

[19] *See* International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, adopted by GA Resolution 2106 (XX), 21 December 1965, 660 UNTS 195.

[20] *See* International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted by GA Resolution 2200A (XX1), 16 December 1966, 993 UNTS 3.

[21] *See* Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [CEDAW], adopted by GA Resolution 34/180, 18 December 1979, 1249 UNTS 13.

締約各國應採取一切適當措施，消除在就業方面對婦女的歧視，以保證她們在男女平等的基礎上享有相同權利，特別是：在工作條件方面享有健康和安全保障，包括保障生育機能的權利。

第 12 條：

一、 締約各國應採取一切適當措施以消除在保健（health care）方面對婦女的歧視，保證她們在男女平等的基礎上取得各種包括有關計劃生育的保健服務。

二、 儘管有本條第 1 項的規定，締約各國應保證為婦女提供有關懷孕、分娩和產後期間的適當服務（appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period），必要時予以免費，並保證在懷孕和哺乳期間得到充分營養。

第 14 條第 2 項第 2 款及第 8 款：

締約各國應採取一切適當措施以消除對農村婦女的歧視，保證她們在男女平等的基礎上參與農村發展並受其益，尤其是保證她們有權：利用充分的保健設施（access to adequate health care facilities），包括計劃生育方面的知識、輔導和服務；及享受適當的生活條件，特別是在住房、衛生、水電供應、交通和通訊等方面。

1989 年《兒童權利公約》第 24 條（亦參見兒童權利委員會 2003 年第 3 號、第 4 號一般性評論，及 2013 年第 15 號一般性評論）：[22]

一、 締約國承認兒童享有可能達到最高標準之健康，並獲得治療疾病以及恢復健康之權利。締約國要保證所有兒童利用保健服務之權利不會遭到剝奪。

二、 締約國為促使這些權利完全實現，應特別針對左列事項採取適當之措施：

（一） 降低嬰兒與兒童之死亡率。

（二） 把重點放在基本健康照護（primary health care）上，並保證提供所有兒童所必需之醫療協助和保健服務。

（三） 隨時注意環境污染之危險性，並在基本衛生照顧之體系下，特別利用可能之技術，提供兒童具有充分營養價值之食物，和乾淨之飲用水，藉以防止疾病與營養不良之情事發生。

（四） 保證母親獲得產前產後之適當保健服務。

（五） 提供所有社會成員，尤其是父母和兒童，有關兒童健康和營養：母乳營養之好處保健衛生和環境衛生；以及防止意外事故之基本知識。除施行有關之教育外，並協助利用有關之資訊。

[22] *See* Convention on the Rights of the Child, adopted by GA Resolution 44/25, 20 November 1989, 1577 UNTS 3.

（六） 發展預防保健以及對父母之指導和家庭計畫之教育等服務。

三、 締約國應採取一切有效之適當措施，革除對兒童健康有害之傳統習慣。

四、 締約國為使本條文所認定之權利能夠逐漸達成，要鼓勵並促進國際合作。尤其應特別考慮開發中國家之需要。

1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 25 條第 1 項第 1 款[23]
移徙工人在工作報酬和以下其他方面，應享有不低於適用於就業國國民的待遇（treatment not less favourable than that which applies to nationals of the State of employment）：其他工作條件，即加班、工時、每週休假、有薪假日、安全、衛生（health）、雇用關係的結束，以及依照國家法律和慣例，本詞所涵蓋的任何其他工作條件。
第 28 條：
移徙工人及家庭成員有權按與有關國家國民同等的待遇接受維持其生命或避免對其健康的不可彌補的損害而迫切需要的任何醫療。不得以他們在逗留或就業方面有任何不正常情況為由，而拒絕給予此種緊急醫療（emergency medical care）。
第 43 條第 1 項第 5 款
移徙工人在以下方面應享有與就業國國民同等的待遇（equality of treatment）：享受社會及醫療保健服務（access to social and health services），只要其符合參加各該種計劃的規定。
第 45 條第 1 項第 3 款：
移徙工人的家庭成員在就業國內在以下方面應享有與該國國民同等的待遇：享受社會服務和保健服務，只要其符合參加各該種計劃的規定。

2006 年《身心障礙者權利公約》第 25 條：[24]
締約國承認，身心障礙者有權享有可達到的最高健康標準，不受基於身心障礙之歧視。締約國應當採取一切適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別因素（gender-sensitive）的醫療保健服務，包括與健康有關的復健服務。締約國尤其應當： 一、 向身心障礙者提供其他人享有的，在範圍、品質和標準方面相同的免費或費用低廉的醫療保健服務和方案，包括性健康

[23] *See* International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, adopted by GA Resolution 45/158, 18 December 1990, 2220 UNTS 3.

[24] *See* Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted by GA Resolution 61/106, 13 December 2006, 2515 UNTS 3.

和生產健康及全民公共衛生方案方面；

二、 向身心障礙者提供其障礙特別需求之醫療健康服務，包括酌情提供早期診斷和干預，並提供旨在儘量減輕殘疾和預防殘疾惡化的服務，包括向兒童和老年人提供這些服務；

三、 儘量就近在身心障礙者所在社區，包括在偏遠地區，提供這些醫療保健服務；

四、 要求醫護人員，包括在徵得身心障礙者自由表示之知情同意的基礎上，向身心障礙者提供與其他人所得品質相同之照護，尤其是透過提供培訓和頒布公、私營醫療保健服務職業道德之標準，提高對身心障礙者人權、尊嚴、自主和需要之意識；

五、 在提供醫療保險和國家法律允許的人壽保險方面禁止歧視身心障礙者，這些保險應當以公平合理之方式提供；

六、 防止基於身心障礙而歧視性地拒絕提供醫療保健或醫療衛生服務，或拒絕提供食物和飲用品。

（二）與「不受歧視」相關的條約法源及其他國際文件

再者，對於心理狀態經醫學專業評估不健康之人，更應受到若干特殊待遇或保障，因此與「精神疾病、疾患、遲緩、功能不足、障礙或不健全者等權利」（rights of persons with mental illness, disorders, retardation, incapacity, disabilities, or unsoundness of mind）相關（包括法律上及事實上不受歧視）之條約法源及其他國際文件亦是至關重要。

1985 年《有關公民與政治權利國際公約中的權利限制及克減規定之錫拉庫扎原則》（Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights）[25]

1988 年人權委員會第 16 號一般性評論

1995 年經濟社會文化權利委員會第 5 號一般性評論

有關兒童的：

1989 年《兒童權利公約》第 23 條（亦參見兒童權利委員會 2006 年第 9 號一般

[25] *See* United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985)

性評論)：

一、 締約國承認身心障礙兒童（mentally or physically disabled child)，應在確保其尊嚴，促進自立與積極參加社區生活之環境下，享受充分適宜之生活。

二、 締約國承認殘障兒童有受特別照顧之權利，並應獎勵在可能利用之資源範圍內，針對有資格接受資助之兒童，以及負有養育兒童責任者所申請之援助，給予適合其狀況之協助。

三、 承認殘障兒童之特別照顧，並依據第二項中規定之協助項目，在考慮父母或其他照顧兒童人士之財力情況下，盡可能給予完全免費之服務。其協助應以保障殘障者能夠全面參加社會活動，並有效利用教育、訓練、保健服務、復健服務、職業訓練以及休閒機會，以達成個人在文化與精神上之發展為原則。

四、 締約國須遵照國際合作之精神，針對殘障兒童之預防保健，以及醫學上、心理學上和功能之治療等領域有關資訊。作適當之交換。其中應包括簽約國為提升殘障兒童之能力與技術，擴大其經驗所需要之復健教育以及就業服務有關資訊之普及。對開發中國家之需要，尤其應特別加以考慮。

第 25 條：

締約國承認兒童為身體或精神之養護、保護或治療為目的，被有權限之機構收容時，對其所受之待遇，以及收容有關之其他一切情況，有要求定期審查的權利。

有關婦女的，主要是《CEDAW 公約》及聯合國消除對婦女一切形式歧視委員會對公約的一般性建議（General Recommendations)：根據《公約》第 1 條界定對婦女的歧視。歧視的定義包括基於性別的暴力（GR19/6)，相關的《CEDAW 公約》一般性建議：

1989 年第八屆會議第 12 號一般性建議：對婦女的暴力行為

《CEDAW 公約》第 2、5、11、12 和 16 條規定各締約國採取行動，保護婦女不受發生在家庭、工作崗位或其他社會生活領域內的任何暴力行為之害。考量經濟及社會理事會第 1988/27 號決議，建議各締約國在其提交委員會的定期報告中列入以下情況：

1. 關於保護婦女在日常生活中不受各種暴力行為之害的現行立法(包括性暴力、家庭內的虐待、工作地點的性騷擾等)；

2. 為根除這些暴力行為而採取的其他措施；

3. 為遭受侵犯或虐待的婦女所提供的支持服務；

4. 關於各種侵害婦女的暴力行為發生率，以及暴力行為受害婦女的統計資料。

1989 年第八屆會議第 13 號一般性建議：同工同酬

1990 年第九屆會議第 14 號一般性建議：女性割禮，及
第 15 號一般性建議：各國防治後天免疫缺乏症候群(愛滋病)的策略避免對婦女造成歧視

1991 年第十屆會議第 16 號一般性建議：城鄉家庭企業中的無酬女工，及
第 17 號一般性建議：婦女無償家務活動的衡酌與量化及其在國民生產總值中的確認
第 18 號一般性建議：身心障礙婦女

消除對婦女歧視委員會顧及《消除對婦女一切形式歧視公約》第 3 條等，審議 60 多份締約國定期報告，認為很少提及身心障礙婦女，關注身心障礙婦女因其特殊生活條件而遭受的雙重歧視，回顧《奈洛比提升婦女前瞻策略》第 296 段，其中在「應特別關注的領域」標題下，將身心障礙婦女視為一個脆弱的群體，申明支持《關於身心障礙者的世界行動綱領》(1982 年)，建議締約國在定期報告中提供資料，介紹身心障礙婦女的情況和為解決其特殊情況所採取的措施，包括為確保其能同樣獲得教育和就業、保險服務和社會保障，及確保其能參與社會和文化生活等各方面所採取的措施。

1992 年第十一屆會議第 19 號一般性建議：對婦女的暴力行為

《公約》第 1 條界定對婦女的歧視。歧視的定義包括基於性別的暴力，即針對其為女性而施加暴力或不成比例地影響女性。包括身體、心理或性的傷害、痛苦、施加威脅、壓制和剝奪其他行動自由。

基於性別的暴力可能違犯《公約》的具體條款，不論這些條款是否明文提到暴力。基於性別的暴力，損害或阻礙婦女享有基於一般國際法或具體的人權公約所載列的人權和基本自由，符合《公約》第 1 條所指的歧視。該等權利和自由包含：(a)生命權；(b)不受酷刑、不人道或有辱人格的待遇或懲罰的權利；(c)在國際或國內武裝衝突時享有人道主義所規範之平等保護的權利；(d)自由和人身安全權利；(e)基於法律受平等保護權；(f)家庭中的平等權；(g)可達成的最高標準身心健康權；(h)工作條件公平有利的權利。（GR19/6,7）

1994 年第十三屆會議第 21 號一般性建議：婚姻和家庭關係中的平等

1997 年第十六屆會議第 23 號一般性建議：政治和公共生活

1999 年第二十屆會議第 24 號一般性建議：《公約》第 12 條（婦女和保健）

委員會認為婦女獲得健康照顧，包括生育健康，是《公約》所規定的基本權利。要求各國消除對婦女獲得終生健康照顧服務的歧視，尤其是在計畫生育、懷孕、分娩以及產後期間。過往關於女性割禮、愛滋病毒／愛滋病、身心障礙婦女、對婦女施行暴力和家庭關係中平等問題的一般性建議，全部都涉及充分履行《公約》第 12 條所必須處理的事項。有部分社會性的因素，對男女的健康

狀況產生決定作用；這些因素在婦女相互之間也可能有所差別。因此，對於弱勢和處境不利的婦女群體，應特別重視其保健需求與權利，如：移徙婦女、難民和國內流離失所的婦女、女童和高齡婦女、賣淫婦女、原住民婦女，以及身心障礙婦女。唯有透過安全、充足營養和因地制宜的食物供應，從而達成尊重、保護和促進婦女終生獲得營養福址的基本人權時，才有可能充分實現婦女的保健權利。為此，締約國應採取步驟，以便利實惠的方式取得生產資源，尤以農村婦女為之。基於本一般性建議的目的，「婦女」包括女孩和少女。（GR24/1,2,5,6,7,8）
2008 年第四十二屆會議第 26 號一般性建議：女性移工
2010 年第四十七屆會議第 27 號一般性建議：高齡婦女及其人權

有關精神疾病者：

1991 年《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》：[26]
原則 1：基本自由和基本權利
原則 2：未成年人的保護
原則 3：在社區中生活的權利
原則 4：精神疾病依醫療診斷確定依據之原則
原則 5：不得強迫健康檢查的權利
原則 6：保密原則
原則 7：社區與文化治療的權利
原則 8：心理健康照護之標準
原則 9：治療環境的標準
原則 10：藥物使用之原則
原則 11：治療同意權
原則 12：患者權利的通知原則
原則 13：精神病院內的權利和條件
原則 14：精神病院的資源分配
原則 15：住院原則
原則 16：非自願性住院之原則
原則 17：複查／評估機構等制度設計之原則
原則 18：司法救濟及訴訟保障的權利
原則 19：患者知情的權利
原則 20：刑事罪犯之保障
原則 21：控告或起訴的權利
原則 22：監督和救濟機制
原則 23：執行政策之制訂
原則 24：與精神病院有關的原則及範圍
原則 25：既有基本人權及自由權利之保留條款

[26] *See* United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, adopted by GA Resolution 46/119, 17 December 1991

1996 年《世界衛生組織心理健康立法十大基本原則》（WHO Mental Health Care Law: Ten Basic Principles）（亦參見世界衛生組織 1995 年關於提升精神疾患者人權之指導方針）：[27]
原則 1：提升心理健康及預防心理疾患的原則 原則 2：利用心理健康基礎照護的權利 原則 3：心理疾病評估應符合國際公認診斷標準的原則 原則 4：提供最低限制之心理健康照護的原則 原則 5：疾患者自決暨自主的權利 原則 6：接受協助行使自主權的權利 原則 7：代理人或監護人決定審查程序的原則 原則 8：自動且定期的監督暨審查機則之設置 原則 9：有權為受代理或受監護者作最大利益考量的原則 原則 10：法治原則

有關身心障礙者：

1971 年《聯合國心智遲緩者權利宣言》（United Nations Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons）
1975 年《聯合國身心障礙者權利宣言》（United Nations Declaration on the Rights of Disabled Persons）
1993 年《身心障礙者機會平等標準規則》（Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities）
2006 年《身心障礙者權利公約》第 2 條第 3 項：
為本公約的目的，「基於身心障礙的歧視」（Discrimination on the basis of disability）是指基於身心障礙而作出的任何區別、排斥或限制，其目的或效果是在政治、經濟、社會、文化、公民或任何其他領域，損害或取消在與其他人平等的基礎上，對一切人權和基本自由的認可、享有或行使。基於身心障礙的歧視包括一切形式的歧視，包括拒絕提供合理便利。
第 3 條：
本公約的原則為： 一、 尊重固有尊嚴和個人自主，包括自由作出自己的選擇，以及個人之自立； 二、 不歧視； 三、 充分且有效地參與和融入社會； 四、 尊重差異，接受身心障礙者為人的多樣性的一部分和人類的一份子； 五、 機會均等； 六、 無障礙、資源可及性； 七、 男女平等； 八、 尊重身心障礙兒童漸進發展的能力，並尊重身心障礙兒童保

[27] *See* WHO, Mental Health Care Law: Ten Basic Principles, WHO/MNH/MND/96.9 (1996); WHO Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders, WHO/MNH/MND/95.4 (1996)

持其身份特性的權利
第 4 條：
一、 締約國承諾確保並促進充分實現所有身心障礙者的一切人權和基本自由，使其不受任何基於身心障礙的歧視。為此目的，締約國承諾： （一） 採取一切適當的立法、行政和其他措施實施本公約確認的權利； （二） 採取一切適當措施，包括立法，以修訂或廢止構成歧視身心障礙者的現行法律、法規、習慣和實踐； （三） 在一切政策和方案中考慮保護和促進身心障礙者的人權； （四） 不實施任何與本公約不符的行為或做法，確保政府當局和機構遵循本公約的規定行事； （五） 採取一切適當措施，消除任何個人、組織或私營企業基於身心障礙之歧視； （六） 從事或促進研究和開發本公約第二條所界定的通用設計[28]之貨物、服務、設備和設施，以便僅需盡可能小的調整和最低的費用即可滿足殘疾人的具體需要，促進這些貨物、服務、設備和設施的提供和使用，並在擬訂標準和指引方面提倡通用設計； （七） 從事或促進研究和開發適合殘疾人的新技術，並促進提供和使用這些新技術，包括資訊和通信技術、助行器具、用品、輔助技術，優先考慮價格低廉的技術； （八） 向身心障礙者提供無障礙資訊，介紹助行器具、用品和輔助技術，包括新技術，並介紹其他形式的協助、支助服務和設施； （九） 促進培訓協助身心障礙者的專業人員和工作人員，使他們瞭解本公約確認的權利，以便更好地提供這些權利所保障的協助和服務。
二、 關於經濟、社會和文化權利，各締約國承諾儘量利用現有資源並於必要時在國際合作框架內採取措施，以期逐步充分實現這些權利，但不妨礙本公約中依國際法立即適用的義務。
三、 締約國應當在為實施本公約而擬訂和施行立法和政策時以及在涉及身心障礙者問題的其他決策過程中，通過代表身心障礙者的組織，與身心障礙者，包括身心障礙兒童，密切協商，使他們積極參與。
四、 本公約的規定不影響任何締約國法律或對該締約國生效的國際法中任何更有利於實現身心障礙者權利之規定。對於根據法律、公約、法規或習慣而在本公約任何締約國內獲得承認或存在的任何人權和基本自由，不得以本公約未予承認或未

[28] "Universal design" means the design of products, environments, programs and services to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design. "Universal design" shall not exclude assistive devices for particular groups of persons with disabilities where this is needed. *See* CRPD, article 2, paragraph 5

予充分承認這些權利或自由為藉口而加以限制或減損。 五、 本公約的規定應當無任何限制或例外地適用於聯邦制國家各組成部分。
第 5 條以降： 第 5 條：平等且不受歧視的權利 第 9 條：無障礙的權利 第 10 條：生命權 第 11 條：危難情況和人道主義緊急情況受保護及安全之權利 第 12 條：在法律面前獲得平等承認的權利 第 13 條：獲得司法救濟的權利 第 14 條：自由和人身安全 第 15 條：免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰的權利 第 16 條：免於剝削、暴力和凌虐的權利 第 17 條：保護人身完整性的權利 第 18 條：遷徙自由和國籍權利 第 19 條：獨立生活和融入社區的權利 第 20 條：個人行動遷徙能力之保障 第 21 條：表達意見的自由及獲得資訊的機會 第 22 條：隱私權 第 23 條：居家及家庭權 第 24 條：教育權 第 26 條：適應訓練及復健的權利 第 27 條：工作和就業的權利 第 28 條：適當的生活水準和社會保護的權利 第 29 條：參與政治和公共生活的權利 第 30 條：參與文化生活、娛樂、休閒和體育活動的權利

（三）與「免於恐懼」相關的條約法院及其他國際文件

此外，國際人權法中亦有規定，係與「免於精神虐待，或殘忍、不人道或侮辱等之處遇的權利」相關的，這項免於恐懼的權利對於個人的身心發展與尊嚴的維護當然尤其關鍵，而其中同時包括身體上或精神上的惡意對待，故為人權公約所嚴厲禁止的，以下為其條約法源及其他國際文件。

1966 年《公民與政治權利國際公約》第 7 條（亦參見人權委員會 1992 年第 20 號一般性評論）：[29]

任何人不得施以酷刑，或予以殘忍、不人道或侮辱之處遇或

[29] *See* International Covenant on Civil and Political Rights, adopted by GA Resolution 2200A (XX1), 16 December 1966, 999 UNTS 171.

懲罰。非經本人自願同意，尤其不得對任何人作醫學或科學試驗。

1982 年《關於醫療照護人員（尤其是外科醫生）在保護受刑人及被拘禁者免於酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰中扮演之角色的醫學道德原則》

1984 年《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰公約》第 1 條：[30]
一、 為本公約之目的，酷刑係指為了向某人或第三者取得情報或供狀，為了他或第三者所作或涉嫌的行為對他加以處罰，或為了恐嚇或威脅他或第三者，或為了基於任何一種歧視的任何理由，蓄意使某人在身體或精神上（whether physical or mental）遭受劇烈疼痛或痛苦的任何行為，而這種疼痛或痛苦是由公職人員或以官方身分行使職權的其他人所造成或在其唆使、同意或默許下造成的。純因法律制裁而引起或法律制裁所固有或附帶的疼痛或痛苦不包括在內。 二、 本條規定並不妨礙載有或可能載有適用範圍較廣的規定的任何國際文書或國家法律。

1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 10 條：

移徙工人或其家庭成員不應受到酷刑或殘忍、不人道、有辱人格的待遇或處罰。

2006 年兒童權利委員會第 8 號一般性評論

（四）與「心理健康發展與促進有關之其他權利」相關條約法源及其他國際文件

最後，是與「心理健康發展與促進有關之其他權利」（other rights related to the development and promotion of mental health），由於影響心理健康或造成心理不健康的決定因素很複雜，又人權規範對於像「健康」這種包容性權利（inclusive right）之保障是要求制訂優先順序（priority-setting）並允許漸進滿足的（progressive realization），而下列為其相關之條約法源及其他國際文件。

[30] *See* Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, adopted by GA Resolution 39/46, 10 December 1984, 1465 UNTS 85.

1948 年《世界人權宣言》第 25 條第 1 項：

人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。

1978《世界衛生組織阿拉木圖初級衛生保健宣言》（Alma-Alta Declaration on Primary Health Care）[31]

1986 年《關於健康促進之渥太華憲章》（亦參見 1988 年《關於健康的公共政策之阿德雷建議文》、1997 年《關於將健康促進引入 21 世紀之雅加達宣言》、2005 年《關於全球化下的健康促進之曼谷憲章》、2010 年《關於健康融入所有公共政策中之阿德雷聲明》）[32]

1989 年《兒童權利公約》第 27 條：

一、 締約國承認所有兒童有為其身體、心理、道德以及社會之正常發展（child's physical, mental, spiritual, moral and social development），獲得相當水準之生活之權利。

二、 父母或其他對兒童負有責任者，應在其能力與財力許可範圍內，保證兒童成長發展所必需之生活條件。

三、 締約國應依照國內條件，在財力許可範圍內，支援父母及其他對兒童負有責任者，完成此項責任所必需之適當措施。必要時，特別對營養、衣服以及住所，提供必要之物質援助與支援措施。

四、 締約國為使父母以及其他對兒童負有財務責任者償還兒童之養育費，不管其居住國內或國外，應採取一切適當之措施。對兒童負有財務責任者居住在與兒童不同國家時，締約國尤須要透過參加並締結國際協定，或訂定其他適當之協議，使其償還養育費。

第 32 條：

一、 締約國承認兒童有免受經濟剝削之權利，和避免從事妨礙其接受教育機會，或對兒童健康與身體上、精神上（mental）、心靈上（spiritual）、道德上與社會發展上有害之勞動之權利。

二、 締約國為確實保證本條文之實施，應採取立法、行政、社會和教育措施。因此，締約國應參照其他國際文件中之有關條款，

[31] *See* International Conference on Primary Health Care, *Declaration of Alma-Ata* (1978)

[32] *See* First International Conference on Health Promotion, Ottawa Charter for Health Promotion (21 November 1986); Second International Conference on Health Promotion, Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (9 April 1988); Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (25 July 1997); Sixth Global Conference on Health Promotion, Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005); and International Meeting on Health in All Policies, Adelaide Statement on Health in All Policies (2010)

並特別從事下列工作：

（一） 規定單一或兩個以上之最低就業年齡。

（二） 訂定有關工作時間和工作條件之適當規則。

（三） 為保證本條款之有效實施，要規定適當罰則和其他制裁方法。

有關婦女，消除對婦女一切形式歧視委員會對《CEDAW 公約》的一般性建議：

1979 年《CEDAW 公約》第 10 條第 8 項

締約各國應採取一切適當措施以消除對婦女的歧視，以保證婦女在教育方面享有與男子平等的權利，特別是在男女平等的基礎上保證有：接受特殊知識輔導的機會，以有助於保障家庭健康和幸福，包括關於計劃生育的知識和輔導在內。

1990 年第九屆會議第 14 號一般性建議：女性割禮

1989 年第八屆會議第 12 號一般性建議：對婦女的暴力行為

及 1989 年第十一屆會議第 19 號一般性建議：對婦女的暴力行為

1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 70 條：締約國應採取不亞於適用于本國國民的措施，確保身份正常的移徙工人及其家庭成員的工作和生活條件符合強健、安全、健康的標準（the standards of fitness, safety, health）和人之尊嚴的原則（principles of human dignity）。

有關身心障礙者：

2006 年《身心障礙者權利公約》第 8 條：

一、 締約國承諾立即採取有效和適當的措施，以便：

（一） 提高整個社會，包括家庭，對身心障礙者的認識，促進對身心障礙者權利及尊嚴之尊重；

（二） 在生活中各方面消除對身心障礙者的刻板印象、偏見和有害做法，包括基於性別和年齡的刻板印象、偏見和有害做法；

（三） 提高對身心障礙者的能力和貢獻的認識。

二、 為此目的採取的措施包括：

（一） 發起和持續進行有效的宣傳運動，提高公眾認識，以便：

1. 培養接受身心障礙者權利的態度；
2. 促進積極看待身心障礙者，提高社會對身心障礙者的瞭解；
3. 促進承認身心障礙者的技能、才華和能力以及他們對工作場所和勞動力市場的貢獻；

（二） 在各級教育系統中培養尊重身心障礙者權利的態

	度，包括從小在所有兒童中培養這種態度；
（三）	鼓勵所有媒體機構以符合本公約宗旨的方式報導身心障礙者；
（四）	推行瞭解身心障礙者及其權利的培訓方案。

第二節　兩人權公約的人權構面與健康權闡釋

本節內容連結兩人權公約與「健康權」相關的各條文，檢視其與健康權相關的內容。

兩人權公約與「健康權」相關的條文

國際人權架構的核心文件，《世界人權宣言》(Universal Declaration of Human Rights, UDHR）第二十五條第一項「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障」。

《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第一款「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」。第二款「本公約締約國為求充分實現此種權利所採取之步驟，應包括未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；(二）改良環境及工業衛生之所有方面；(三）預防、療治及撲滅各種傳染病、風土病、職業病及其他疾病；(四）創造環境，確保人人患病時均能享受醫療服務與醫藥護理。」。「聯合國經濟社會文化權利委員會」2000 年第 22 屆會議第 14 號一般性意見（以下括註處簡稱 ICESC GC14）提出第十二條「享受可能達到之最高健康標準的權利」健康權的闡釋，第一段即指出「健康是行使其他人權不可或缺的一項基本人權」(ICESC GC14/1)。

其他健康權相關的國際文件，如：《消除一切形式種族歧視公約》（ICERD）第五條第五款第四目；《消除對婦女一切形式歧視公約》（CEDAW）第十一條第一項第六款、第十二條；《兒童權利公約》（CRC）第二十四條第一項；「精神病患者委員會」(1991）關於身心障礙者第 5 號一般性意見；《人口與發展國際會議行動綱領》(1994，開羅）及第四次《世界婦女大會宣言和行動綱領》(1995，北京）所載之生育健康與婦女健康的定義等等，皆將健康視為重要人權，強調保健或醫療服務可近性的重要性、經濟上可負擔得起、健康問題的信息可近性、尊重醫學倫理和保密的權利、不受歧視的自由、以及人民的參與。

兩人權公約與「健康權」相關的條文內容檢視

檢視兩公約的具體內容方面，《公民與政治權利國際公約》包括

序言及六個部分，共五十三條，針對各項公民和政治權利作了具體規定。公約序言明確指出，這些權利是源於個人的固有尊嚴，並遵循《世界人權宣言》之精神，強調只有在創造了人人可以享有其公民和政治權利，正如享有其經濟、社會和文化權利一樣的條件下，才能實現自由人類享有公民及政治自由以及免於恐懼和匱乏的自由的理想。

該公約規定的權利有：（一）生命權，判處死刑只能是作爲對最嚴重的罪行的懲罰，並不得對未滿十八歲的人判處死刑，禁止對孕婦執行死刑；（二）禁止酷刑或施以殘忍的、不人道的或侮辱性的處遇或刑罰；（三）禁止奴隸或強制勞動；（四）人身自由和安全權；（五）被剝奪自由者受人道及尊重其固有的人格尊嚴的處遇；（六）不得僅因無力履行契約義務為由而監禁人民；（七）遷徙和選擇住居所之自由；（八）不得非法驅逐外僑；（九）法律之前一律平等、保障公正的審判、無罪推定、刑法不溯及既往；（十）、承認人人有法律人格；（十一）私人生活、家庭、住宅或通信自由；（十二）思想、良心和宗教或信仰自由；（十三）表現自由；（十四）和平集會權和結社自由；（十五）保護家庭、婚姻自由，兒童有權享受家庭、社會和國家因其未成年地位給予的必要保護；（十六）參與公共事務的權利，選舉和被選舉權，以及平等擔任本國公務的權利；（十七）平等權；（十八）少數民族權。（行政院研究發展考核委員會，2002）

《經濟社會文化權利國際公約》則包括序言及五個部分，共三十一條。其序言同樣明確地指出，依照《世界人權宣言》，只有在創造了使人可以享有其經濟、社會及文化權利，正如享有其公民和政治權利一樣的條件下，才能實現自由人類享有免於恐懼和匱乏的自由的理想。〈經濟社會文化權利國際公約〉還規定各締約國應保障個人的下列權利：（一）工作的權利；（二）享受公正和良好的工作條件的權利；（三）組織和參加工會的權利及罷工權；（四）享受包括社會保險的社會安全之權利；（五）獲得相當的生活水準、免於饑餓的權利，享有身體和心理健康達到最高可能標準的權利；（六）受教育的權利；（七）參加文化生活的權利；享受科學進步及其應用所產生的利益，以及對個人的任何科學、文學或藝術作品所產生的精神和物質的利益予以保護的權利。（行政院研究發展考核委員會，2002）

《公民與政治權利國際公約》要求國家對於公民與政治權利，負有即刻實現的義務，人民也可以直接向法院訴訟主張救濟。《經濟社會文化權利國際公約》則要求國家負有『盡其資源能力所及』，來『逐漸實現』權利的義務。此由《經濟社會文化權利國際公約》第 2 條第

1 款之規定:「本公約締約國承允盡其資源能力所及(to the maximum of its available resources)，.....務期以所有適當方法，尤其包括通過立法措施，逐漸使本公約所確認之各種權利完全實現。」可明確得知。

此外，於 1997 年在荷蘭馬斯垂克舉行的國際法專家會議所編寫的《關於侵犯經濟、社會、文化權利行為的馬斯垂克準則》(The Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights)中之第 6 段中明確指出：和公民與政治權利一樣，經濟社會文化權利使國家承擔著三種不同類型的義務：即尊重（respect）的義務、保護（protect）的義務和落實（fulfill）的義務。未能履行這三類義務中的任何一類義務，即構成對此種權利的侵犯。「尊重」的義務要求國家不要干涉經濟、社會、文化權利的享受。因此，如果國家作出任意迫遷行為，住房權就遭到侵犯。「保護」的義務要求國家防止協力廠商侵犯此類權利。因此，未能確保私人雇主遵守基本勞工標準，就可能構成工作權或享受公正、合理工作條件的權利遭受侵犯的情況。「落實」的義務要求國家採取恰當的立法、行政、預算、司法措施和其他措施，爭取充分落實此種權利。因此，國家未能向有需要者提供基本的初級衛生保健，可能構成一種侵權情況。」《關於侵犯經濟、社會、文化權利行為的馬斯垂克準則》第 9 段亦明確指出「最低限度核心義務」:如果一國未能履行經濟社會文化權利委員會所稱的「確保各項權利在最低水平得到落實」這項最低限度核心義務，就說明存在違反《公約》的情況。

締約國必須尊重、保護、落實公約條文內容的人權規範，聯合國人權事務委員會及經濟社會文化權利委員會也不定期發表「一般性意見（general comments）」，是條約機構對特定條文所作之解釋，有助於了解公約所確認之權利，及其延伸闡述之意涵與對各締約國落實執行情形之評述。目前《公民與政治權利國際公約》共有 34 號意見、《經濟社會文化權利公約》共有 21 號意見。

綜上所述，就如同保障公民與政治權利一般，若國家未能履行「經濟社會文化權利委員會」就《公約》各項權利作出之一般性意見中，所解釋之（1）、尊重、保護、實現義務，或（2）、最低核心義務者，就是違反《公約》，構成侵害經濟社會文化權利。

由兩人權公約之具體內容可知，兩人權公約大多數之內容與規範，均和廣義之心理健康息息相關，除《經濟社會文化權利國際公約》第十二條明確規範「享受最高的身體和心理健康之權利」:「本公約締約各國承認人人有權享有能達到的最高的身體和心理健康的標準」

外，其餘包括《公民與政治權利國際公約》所闡明正義及和平係人類之基本權利，不分種族、膚色、性別、語言、宗教、政治理念、社會階層、財富、出生背景等，所有人民在公民、政治權利方面人人平等；禁止販奴、種族集體屠殺、嚴刑拷打或任何非人道之刑罰，死刑不應行之於孕婦或 18 歲以下之少年等；以及《經濟社會文化權利國際公約》所訴求之締約國應尊重人民之自決權、工作權以及男女平等、組織公會、罷工、免除飢餓、恐懼、教育、工作等權利，提供人民適當之勞工保護、社會安全保險、家庭福利、參與文化、科學生活等平等機會，均和廣義之心理健康息息相關、密不可分。

此外，在前述國際人權體制中，不管是《聯合國憲章》、《世界人權宣言》或二大人權盟約，對不同群體已經有程度不等的保護，然國際社會仍視需要對特定對象簽訂公約。以 CEDAW 為例，雖提出對兩性平權以及婦女人權有程度不等的保護，但是仍被排斥在文化或政治體制外，對女性只是採取福利救濟心態，出現對現有國際人權體制「邊緣化」(marginalize)婦女權利，只以保護為之，因為有這些憂慮與警覺，正是 CEDAW 成立的一個最重要原因 （婦權基金會，2012）。此外隨著時間的變遷，社會、政治、經濟等不同價值觀的展現，人權的普世價值已經不是只侷限在少數群體，因此累積各種觀察與發現的問題，才會特別提出不同被歧視或忽視的群體的人權。

根據《世界人權宣言》第 25 條提出：「人人有權享受適合他自己和家屬的健康與福利所需的生活標準，包括食物、衣著、住屋、醫療和必要的社會服務等...」。在此健康只是歸類於醫療人權，重要的心理健康人權，則是近二十年才開始被提出與重視。

根據《世界衛生組織憲章》序言一：「健康是一種整體的身體、心理和社會的健康狀態，不只是沒有疾病或虛弱。」序言二：「享受最高可達到的健康標準是基本人權之一，沒有種族、信仰、政治信念、經濟或社會狀況的差異。」第一條：「世界衛生組織的目標是達到人人享有最高可能的健康水準。」

根據《經濟社會與文化權國際公約》第十二條：「簽署這項公約的國家承認人人有權享受最高可達到的身體和心理健康標準。」另外，該公約第十一條則是接近《世界人權宣言》裡的陳述：「簽署這項公約的國家承認人人有權享受適合他自己和家屬的生活標準，包括食物、衣著和住房，及生活標準的持續改善。簽署這項公約的國家將採取適當的步驟以確認這權利的達成.....」

《經濟社會文化權利國際公約》第 14 號一般性意見對「健康權」的闡釋

此部分檢視《經濟社會文化權利國際公約》第 14 號一般性意見（以下括註簡稱 ICESCR GC14）對「健康權」的闡釋，分析其中的心理健康人權。

《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第一項「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」，將健康與精神健康並列。足見心理健康與健康權實不可切分。此處精神健康定義即是心理健康。

（一） 《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第二項「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」第一至四款所列舉的產婦及兒童和生育健康權、自然環境及工業衛生、疾病防治與醫療照顧等的締約國義務只是部分，並非全部。（ICESCR GC 14/7）

（二） 婦女健康權：《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第二項第一款「設法減低死產率及嬰兒死亡率，並促進兒童之健康發育」，為改善兒童和母親的健康、性和生育的健康，須採取措施，包括計畫生育、產前和產後保健、緊急產科服務和獲得資訊以及根據獲得的資訊採取行動所需的資源。婦女應有性和生育的自主權。但婦女的健康權不限於生育健康，以性別觀點發現並改善健康不平等非常重要，消除對婦女的歧視，必須制定和執行國家策略，在婦女整個一生中促進他們的健康權，減少婦女健康危險，保護婦女免受家庭暴力、清除所有影響婦女獲得健康服務、教育和資訊的障礙，保護婦女免受那些使她們不能享受健康權的有害傳統文化習俗和規定的影響。（ICESCR GC 14/14, 20, 21）

（三） 兒童和青少年健康權：與《兒童權利公約》第二十四條第一項要求相呼應，要求各國保證為兒童和他們的家庭提供基本健康服務。落實不歧視與平等待遇，男孩、女孩享有平等健康的機會，得到充分營養、安全環境、身體和精神的健康服務。特別是廢除有害女童健康的傳統習俗（早婚、偏袒男孩等）。給 1 予身心障礙兒童機會，享受有意義和尊嚴的生活，參與群體生活。為實現兒童及青少年的健康權，所有政策和方案上，兒童和青少年的最大利益應為首要考慮，包含提供所有兒童及青少年安全和有幫助的環境，參與影響他們健康的決定，有機會

學習生活技能，獲得資訊、得到諮詢、健康行為的選擇權、尊重保密和隱私、友善的健康照顧制度、適當的性和生育健康服務（ICESCR GC 14/22, 23, 24）

（四） 老人的健康權：綜合預防、治療和康復性的健康治療，男女老年人定期健康檢查，保持活動能力和自主，免除慢性病和不治之症可以避免的痛苦，尊嚴的死亡等。（ICESCR GC14/25; GC6/34, 35）

（五） 身心障礙者健康權：重申提供健康服務和設施的公民營部門都必須遵守對身心障礙者的不歧視。（ICESCR GC14/26; GC5/34）

（六） 原住民健康權：健康服務應具有文化敏感度，提供資源，安排、提供、管理原住民傳統的護理、復健和醫學服務。承認個人健康和群體健康的連結其集體的影響，保障原住民免於違反意願被迫離開傳統的土地和環境，打破與土地的共生關係，保存原住民為享有身心健康所需的營養來源、傳統醫用植物、動物、礦物等自然環境。（ICESCR GC14/27）

（七） 享受健康的自然環境和工作場所環境的權利。《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第二項第二款「改良環境及工業衛生所有方面」，主要包括對職業事故和疾病採取預防措施，在合理可能的範圍內，盡量減少工作環境中危害健康的原因；防止和減少人民接觸有害物質（例如：放射線物質、有害化學物質或其他直接、間接影響人類健康的有害環境條件）的危險；保證充分供應安全潔淨的飲水、食物和適當的營養、適當的住房和安全、健康的工作條件；也包括勸阻酗酒、吸菸、使用其他有害藥物等（ICESCR GC14/15）

（八） 預防、治療和控制疾病的權利。《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第二項第三款「預防、治療及控制各種傳染病（流行病）、風土病（地方性的疾病）、職業病及其他疾病」。預防方面，要求關注行為方面的健康，建立預防和教育計畫（例如：性傳播疾病，特別是 HIV／愛滋病，有害性健康、生育健康的行為）；改善健康的社會要素（例如：環境安全、教育、經濟發展和性別平等）。得到治療的權利方面，包括建立醫療保健制度，在事故、流行病及類似的健康危險情況，提供緊急情況的救災和人道主義援助等。控制疾病方面，改善流行病學監測及資料收集工作，執行預防接種計畫和其他傳染病控制策略等（ICESCR GC14/16）

（九） 享受健康設施、商品和服務的權利。《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第二項第四款「創造環境，確保人人患病時

均能享受醫藥服務與醫藥護理」，在此「享有健康權」是指「享受可能達到之最高標準之身體與精神健康所必需的各種設施、商品、服務和條件的權利」（ICESCR GC14/17），但不限於得到健康照顧的權利。

健康服務應包括身體和精神兩個方面，平等和即時地提供基本預防、治療和復健的健康服務以及健康教育，包括定期檢查計畫、群體層級的流行病、一般疾病、外傷和身心障礙適當的預防與治療，提供必要藥品，適當的精神保健治療和護理。

也包括民眾參與有關健康權的政治決定，特別是群體和國家層級的健康政策，例如：衛生部門的組織、健康保險系統等。

健康權與多方面社會經濟因素（安全潔淨的飲水、充足的安全食物與營養、住房供應、衛生條件、有益健康的工作及環境、獲得健康相關的教育和資訊以及人民能夠參與所有健康相關的決策等）密切相關，也應該考慮資源分配、性別差異、暴力、武裝衝突等社會方面的健康決定因素和 HIV 病毒感染、癌症等阻礙。（ICESCR GC 14/9, 10,11）

（十） 健康權包含多方面的社會經濟因素，與自由、其他人權（食物、住房、工作、教育、人的尊嚴、生命權、不受歧視、平等、禁止使用酷刑、隱私權、獲得資訊的權利、結社、集會和行動自由等）密切相關又相互依賴。自由包括掌握自己健康和身體的權利，包括性和生育上的自由，以及不受干擾的權利，如未經同意強行治療和試驗的權利，參加健康保護制度的權利。（ICESCR GC 14/3, 4, 8）

（十一） 健康權的各種形式和層次，包含以下基本要素：可提供性（國家發展水準，需有足夠數量、有效的公共衛生和健康照顧等）、易取得性（不歧視、經濟上可支付、資訊可獲得等）、可接受（尊重個人及少數群體文化、對性別和生活週期敏感、保密等）、科學和醫學上高品質。（ICESCR GC 14/12）

（十二） 參與健康相關決策的權利。健康資源分配不當是隱形的歧視。例如，投資偏重於昂貴的治療健康服務，往往只有少數享有特權的人能夠得到；初級和預防性的健康照顧才能使更大多數的人受益。（ICESCR GC 14/19）

（十三） 國家保障健康權的一般法律義務及具體法律義務：國家有義務保證行使健康權不得有任何歧視，有義務採取充分措施實現健康權；國家在尊重、保護、實現三個層面的義務摘述整理如下表（ICESCR GC14/30-45; ICESCR GC3/9）。

國家的國際義務則是提請注意各國有義務採取措施，單獨或透過

國際援助和合作，特別是經濟和技術合作，充分實現公約承認的健康權。核心義務是指各國保證公約提的每一項權利至少要達到最低基本水準的根本義務（ICESCR GC14/38; 43, 44）。國家違反健康權的義務包含：國家的行為或不當行為，可以是國家直接所為或委任行為，國家違反遵守、保護和實現健康權的義務。（ICESCR GC14/46-52）

（十四） 國家層級的執行:國家制定和執行健康政策應遵守不歧視的原則和人民參與的原則，透過一套法律綱要，作為實施健康權的國家策略，並建立健康權指標，分別列出各種禁止歧視的基本要求，相對於每一個指標的國家基本水準，定出下一期國家報告應實現的目標。健康權受到侵害的任何受害個人或團體都應有機會在國家和國際上得到有效的司法或其他適當救濟，得到適當賠償。（ICESCR GC14/53-62）

（十五） 衛生專業組織和其他非政府組織對國家健康權義務的作用和效果。特別是世界衛生組織的技術援助與合作，締約國應利用世界衛生組織的廣泛資訊（收集資料、分類、制定健康權指標等）和諮詢服務。其他聯合國系統內的有關機構，諸如：聯合國兒童基金會、國際勞工組織、聯合國開發計畫署、聯合國人口基金、世界銀行、國際貨幣基金、世界貿易組織等均應發揮各自專長，在國家層級落實健康權方面與締約國進行有效合作，採取以人權為基礎的方針，將大大有利於健康權的落實（ICESCR GC14/63, 64, 65）。

各項健康權的闡述分別與心理健康促進之社會接納、免於歧視與暴力、經濟參與等核心價值相互呼應；也與各人口群體（婦女、兒童與青少年、老年人、身心障礙者、原住民等）與健康促進行動，執行行動的各部門與場所（教育、職場、居住等）、健康照顧的制度與政策參與、改善社會經濟文化因素，與各種影響心理健康的因素互相連結。

惟對於精神疾病照顧的闡釋，僅囊括於「身心障礙」，將身體與精神兩方面的健康服務並列，在國家實現層面的具體法律義務方面提到應注意精神健康服務機構的資源分布，但對於提供適當的精神照顧治療等的內涵，未有更明確、深入的段落論述精神疾病患者的心理健康權。

表 3.1 國家保障健康權的義務內涵
（ICESCR GC14/30-37; ICESCR GC3/9）

義務層面	一般義務	具體法律義務
尊重	國家不得直接或間接的干預享有健康權	國家有義務尊重健康權，(1)特別不能剝奪或限制所有人（包含受刑人、被拘留者、少數團體、尋求庇護者、非法移民）得到健康服務的平等機會；(2)國家政策不得採取歧視性作法；(3)不得對婦女的健康狀況和需要推行歧視性作法。(4)不得禁止或阻撓傳統的預防、治療和護理。(5)不得銷售不安全藥品、採用帶有威脅性的治療方法。(6)特殊情況下為治療精神病，或預防控制傳染病，必須符合「保護精神疾病患者和改進精神保健的整套原則」（聯合國大會第 46/119 號決議，1991）。(7)不應限制避孕或其他保持性健康、生育健康手段的途徑，(8)不應審查、扣押或故意提供錯誤健康資訊（包括性教育及有關資訊），(9)不得阻止人民參與健康方面的事務。(10)不得違法汙染空氣、水和土壤等（如國有設施的工業廢料），(11)不得在可造成釋放有害人類健康物質的情況下使用或試驗核武、生化武器，(12)不得以限制得到健康服務作為懲罰性措施（如在武裝衝突期間違反國際人道主義做法）。
保護	採取措施，防止第三者干預各項健康權的保證	各國有責任透過法律或採取其他措施，(1)保障有平等機會得到第三方提供的健康照顧和相關服務，(2)保證衛生部門民營化不會威脅提供和得到健康設施、商品和服務，及其可接受程度和品質，(3)控制第三方營銷的醫療設備和藥品；(4)保證開業醫師和其他健康專業人員滿足適當的教育、技能標準和職業道德準則。(5)必須保證有害的社會或傳統習俗不能干預獲得產前和產後護理和生育計畫；(6)阻止第三方脅迫婦女接受傳統習俗（如女性割禮）；(7)採取措施保護社會各種脆弱和邊緣群體，特別是婦女、兒童、青少年和老人免於性暴力。(8)應保證第三方不得限制人民得到健康相關的資訊和服務。
實現	提供、便利和促進的義務，為全面實現健康權採取適當的法律、	締約國在國家的政治和法律制度中充分承認健康權，最好是透過法律實施，並透過國家健康政策，制定實現健康權的詳細計畫。(1)保證提供健康照顧，包括主要傳染病的免疫計畫，(2)保證所有人平等地獲得基本健康要素，如營養安全食物、潔淨飲水、基本衛生條件、適當住房和生活條件。(3)於公衛基礎設施提供性和生育健康服務，特別是農村地區。(4)保證醫生和其他醫務人員經過適當培訓，提供足量的醫院、診所和其他健康相關的設施，促進和支持建立提供諮詢和精神健康服務的機

	行政、預算、司法、促進和其他措施	構，並充分注意在全國均勻分布。(5)提供所有人都能支付得起的公共、民營、或混合健康保險制度，(6)促進醫務研究和衛生教育，展開宣傳運動（特別是 HIV 感染／愛滋病、性和生育健康、傳統習俗、家庭暴力、酗酒、吸菸、使用毒品和其他有害藥物等方面）。(7)採取措施防止環境和職業健康危險，和流行病資料顯示的任何其他威脅。(8)制定和執行減少或消除空氣、水和土壤汙染的國家政策，包含重金屬汙染（例如汽油中的鉛）。(9)制定、執行和定期審查協調的國家政策，特別在職業安全和健康服務方面，儘量減少職業事故和疾病危險。 另，有關促進、提供、提倡的實現義務：(1)**實現的促進義務**是國家採取積極措施幫助個人和群體享有健康權。 (2) 在無法控制的原因而不能依靠自身力量實現健康權利的情況下，需要依靠國家掌握手段，**實現提供**此項權利的義務。 (3) 而各國採取行動，創造、保持和恢復人民健康的**實現提倡義務**則包括：(a) 促進了解有利健康的因素（如研究和提供資訊）；(b) 確保健康服務文化的適當性，培訓健康照顧工作人員，以能夠對脆弱或邊緣團體的具體需要作出回應；(c)傳播適當資訊（有益健康的生活方式和營養、有害的傳統習俗和提供的服務）的義務；(d)支持人民在了解情況作出的健康選擇。

人權體系中健康權的指標架構可供心理健康人權參考

聯合國人權事務高級專員辦事處(OHCHR) 出版"Human Right Indicators—a guide to measurement and implementation"，即以結構面、過程面和結果面來分析、測量各項人權施行情況，其中有關「如何達到最高標準的身體和心理健康」的健康權指標，我國在建國百年政府組織再造之前即以此指標系統來檢視我國相關部會健康權的關聯，除摘譯如下表外，OHCHR 所採用結構、過程與結果的方法等，則在研究結果一併提出。

為了實現兩公約人權，達到全體國民的健康，國家必須特別關注的議題或群體，包含：

（一） 性別平等：確認女孩及婦女在社會中地位和機會的平等，消除性別暴力、教育、勞動、家庭、婚姻、政治、法律等領域等一切形式的歧視。

（二） 未成年人之兒童及少年權益、老年人及各種認知能力、文化、政治和法律地位的少數及弱勢群體（原住民、新住民、外籍移工等）。

（三） 消除對身心健康障礙的各種歧視：身心障礙者及罹患精神疾病的人、HIV 感染者等，消除對患者和家屬的歧視和能力剝奪，使其融入社會，並保障其獲得疾病治療與復健的必要資源及充分的支持，以從疾病中恢復過來。

（四） 消除經濟弱勢造成的健康不平等：消除貧窮、主動協助長期無業、失業者、各種經濟弱勢的群體（街友、被迫遷移他鄉的人等等）及其家屬，提供社會福利服務及心理健康支持。

表 3.2 聯合國人權架構下有關健康權的指標說明(OHCHR, 2012[33])
(right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health) (UDHR Art.25) (OHCHR, 2012)

健康權內容 / 指標類型	性與生殖健康（Sexual and reproductive health）	孩童死亡率與健康照護（Child mortality and health care）	自然與職業環境（Natural and occupational environment）	疾病的預防、治療與控制（Prevention, treatment and control of diseases）	醫療設施與必備藥物的可近用性（Accessibility to health facilities and essential medicines）
結構指標 (Structural)	・國家所批准的有關達到最高可達標準之身心健康權的國際人權條約**(外交部、法務部)** ・憲法或其他形式的高位階法律對達到最高可達標準之身心健康權的涵蓋範圍及其生效之日期**(衛生福利部)** ・其他國內法涵蓋對達到最高可達標準之身心健康權之實行的涵蓋範圍及其生效之日期，包括禁止女性割禮的法律**(衛生福利部)** ・從事健康權之保護與促進已登記的與/或活動中的非政府組織每十萬名人口中的數目**(內政部、衛生福利部)** ・透過生命統計系統之記錄估算的出生率、死亡率及婚姻率 **(內政部、主計總處)**				
	・國家政策對性與生殖健康的涵蓋範圍及其時程**(衛生福利部)** ・國家政策對墮胎與胎兒性別決定的涵蓋範圍及其時程**(衛**	・國家政策對兒童健康與營養的涵蓋範圍及其時程**(內政部、衛生福利部)**	・國家政策對身體與精神健康的涵蓋範圍及其時程 **(衛生福利部)** ・國家政策對身心障礙者的涵蓋範圍及其時程 **(內政部、衛生福利部)** ・國家政策對醫藥，包含對必備藥物清單及學名藥替代措施的涵蓋範圍及其時程 **(衛生福利部)**		

[33] OHCHR, Report on Indicators for Promoting and Monitoring the Implementation of Human Rights (HRI/MC/2012/3).

	生福利部)				
過程指標 (Process)	・接獲有關健康權的申訴而由國家人權機構、人權調查員或其他機制進行調查和判決的比例，與政府對之給予有效回應的比例**(監察院人權保障委員會)** ・為促進衛生部門所接受或提供的官方開發援助淨值（net official development assistance, net ODA）佔衛生公共支出或者國民總收入的比例。**(衛生福利部、主計總處)**				
	・經由具專業技能的醫護人員協助而出生的比例**(衛生福利部)** ・產前護理的普及率（包含至少一次與至少四次）**(衛生福利部)** ・生育年齡女性或其伴侶使用避孕措施的增加率**(衛生福利部)** ・家庭計畫的未滿足需求**(內政部)** ・出生率中藥物終止懷孕所佔比例**(衛生福利部)**	・學齡孩童接受健康與營養議題教育的比例**(教育部、衛生福利部)** ・在人權報告期間，兒童被納入定期醫療檢查計畫的比例**(衛生福利部)** ・嬰兒在初生六個月內完全哺餵母乳的比例**(衛生福利部、勞動部)** ・兒童被納入公共營養提供計畫的比例**(衛生福利部、教育部)** ・兒童對可經由疫苗	・標的人口受普及使用改良的飲用水源的比例**(經濟及能源部、環境資源部)** ・標的人口受普及使用改良的公共衛生設施的比例**(衛生福利部)** ・每人平均二氧化碳排放量**(環境資源部)** ・被提出訴訟的水源惡化案件數量**(環資源部、經濟及能源部)** ・居住或工作於或接近危險環境的人口	・被涵蓋在提升關於疾病傳染（例如HIV/ AIDS） 知識計畫中的人口比例**(衛生福利部)** ・對可經由疫苗預防的疾病免疫的（一歲以上）人口比例**(衛生福利部)** ・針對疾病（例如HIV/ AIDS 或瘧疾）採取有效預防措施的人口比例**(衛生福利部)** ・疾病案例被診斷與治癒的比例（例如結核病）**(衛生福利**	・政府於主要健康照護與藥品開支的每人平均數額**(衛生福利部)** ・醫事人員與其他醫療從業人員、醫院病床數及其他主要健康照護機構之密集度的改善**(衛生福利部)** ・受普及而得以近用保持一定水準的可負擔的健康照護，包含必備用藥的人口比例**(衛生福利部)** ✓公、私立衛生機構

	・割禮、強姦及其他限制女性性與生殖自由的被通報案件受政府有效回應之比例**(衛生福利部、法務部)**	預防的疾病（例如麻疹）免疫的比例**(衛生福利部)**	或家戶受到改善的比例**(勞動會、環境資源部、內政部)** ・在本國法下關於自然或工作環境被提起訴訟之數量**(勞動部、環境資源部)** ・因違反道路規則而受吊銷駕駛執照之比例**(交通及建設部)**	**部)** ・因藥物濫用如毒品、化學藥劑或精神藥物而接受特別治療的人口比例**(衛生福利部)** ・在人權報告期間，精神衛生機構接受查驗的比例**(衛生福利部)**	30個選定基本藥物的平均可用率和平均消費價格比。（**衛生福利部**） ・被納入健康保險的人口比例**(衛生福利部)** ✓標的人口（鑑別測試調查）的醫療諮詢拒絕率（**衛生福利部**） ・身心障礙人士使用輔助設備的比例**(衛生福利部、內政部)** ・接受國際援助而滿足必備用藥公共開支的比例**(衛生福利部)**
結果指標 (Outcome)	・嬰兒出生時體重不足的活產率**(衛生福利部)** ・周產期死亡率**(衛生**	・嬰兒與五歲以下孩童死亡率**(衛生福利部)** ・五歲以下孩童體重	・因不安全的自然與職業環境造成死亡、傷害、疾病或身心障礙的普遍率	・與傳染性或非傳染性疾病（例如HIV / AIDS 、瘧疾、結核病）的流行相關的死亡率**(衛生福利部)** ・濫用有害藥品的人口比例**(衛生福利部)**	

	福利部) ・孕產婦死亡率**(衛生福利部)**	不足的比例**(衛生福利部)**	**(環境資源部、勞動部、經濟及能源部、衛生福利部、內政部)**	・出生時或一歲時的預期壽命以及健康調整後的預期壽命**(衛生福利部)** ・自殺率**(衛生福利部)**
備註	1. 「✓」為2012年新增之過程指標。 2. 各項指標後括註之單位為本研究建議相關之主責中央部會。			

第三節　我國人權初次國家報告中的健康權內涵

檢視中華民國做為兩人權公約簽約國的初次報告，其健康權的指標，羅列七項：（一）孕產婦死亡率。未來改善重點常向延伸照護期程，包含產前照護到產後 2-3 個月，納入友善生產、產後憂鬱預防與照護、周產期全人照護；強化醫療自主權和醫病夥伴關係、醫護團隊全方位訓練及認證等。（二）出生嬰兒死亡率。（三）家庭與生育力。（四）十大死因死亡人數—按性別分。（五）癌症篩檢率：子宮頸抹片、乳房攝影、大腸癌篩檢、口腔癌、吸菸率、嚼檳榔率等。（六）愛滋病毒感染及愛滋病個案性別統計。及（七）法定傳染病統計（登革熱、桿菌性痢疾、境外移入瘧疾、急性病毒性 A 型、B 型、C 型肝炎、多重抗藥性肺結核、肺結核、梅毒、淋病、腸病毒感染併發重症、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、流感併發重症等）。

而初次國家報告中的健康權執行情形，羅列衛生行政單對相關的業務報告，包含：（一）依照「2020 健康國民白皮書」制定全國性的健康政策。（二）醫療服務及資源分配：全民健康保險納保率、診療服務、健康權受侵害的民法賠償、老人健康促進四年計畫（2009 年起）、提升醫療資源不足地區之醫療服務品質、罕見疾病防治及藥物法等措施。（三）長期照顧十年計畫（2008 年起）。（四）身心障礙者牙科服務、早期療育、預防保健等身心障礙者的健康醫療與照護服務模式。（五）弱勢族群醫療補助。（六）醫事人員教育。（七）青少年性教育。（八）飲用水安全。（九）疫苗預防接種。（十）嬰幼兒死亡率。（十一）結核病防治。（十二）愛滋病防治，減少汙名化和歧視。（十三）毒品。（十四）藥品給付。（十五）職業災害防治等。

簡述以上初次國家報告的內容，初步瞭解尚缺少和心理健康的連結。例如：對法定傳染病的預防衛教資訊、醫療照顧及可提出運用哪些具體、分級的介入策略，減少人民對健康危機的恐慌心理。報告中也未列出各種免於歧視（性別、身心障礙、文化、暴力等）、接納包容、關注不同群體等的心理健康基本要求。本研究僅以報告內容分析，建議可由報告撰寫的過程紀錄再進一步分析其原由。

第四章 研究結果

第一節　兩人權公約及相關國際公約之心理健康人權內容分析

本節以心理健康人權國際法的相關法源分析為引導，分別針對兩人權公約、CEDAW 公約、兒童權利公約、身心障礙者權利公約及國際勞工公約等條文進行心理健康人權內容分析。

一、心理健康人權國際法法源

心理健康的概念或人權規範的要件等分析，都將融合這兩項基本設定，即（一）心理健康即人權（mental health as a human right），及（二）心理健康與其他人權密不可分（inextricable linkage between mental health and human rights）。因此可得而知，心理健康與人權保障必然所存在的正相關關係亦為「互為因果的關係」（reciprocal causal relationship），且關係應亦包含上述三個面向，分別為（一）自由人權受侵害時，易造成心理不健康，如酷刑、奴役、暴力、宗教不自由、言論箝制、心理健康狀態以外因素所生之歧視或汙名等。（二）福利人權被滿足時，心理健康得已提升，如適當住居權、飲用水暨衛生權、糧食暨營養權、教育權、工作權、社會安全權、家庭團聚權、文化生活參與權等。（三）心理不健康時，易遭致其他人權受侵害，如個人自主性、公民參與的權利、隱私權、人身或遷徙自由、基於心理健康狀態所生之歧視或汙名（stigmatization）等。

其中，第（三）種情況中最常見且最嚴重的即為「對於精神疾患者之歧視」（discrimination against whom of mental disorders / discrimination on the grounds of mental illness），即任何武斷否定精神疾患者享有其他公民所擁有權利的行為，包括作為及不作為。法律本身或許並未主動歧視精神疾患者，但卻可能課以不恰當（improper）或不必要（unnecessary）之妨礙（barriers）或負擔（burdens）。[34]根據 1991 年《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》（MI Principles），這裡的「歧視」係指足以損害任何人平等享有權利（nullifying or impairing equal enjoyment of rights）之區別（distinction）、排除（exclusion）或偏頗（preference），但任何僅具保障精神疾病患者權利或確保其復健之進展等目的之特別措施，不得

[34] *See* WHO, Mental Health Legislation and Human Rights, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2003), p. 47

視為歧視。

心理健康與人權的關係密不可分。當人權被侵犯時，心理健康會產生破壞性的有害影響；當極端形式的虐待、侵權、人道危害（如種族滅絕），會對心理健康造成長期負面的影響；有辱人格的懲罰或治療、針對婦女生理心理的虐待，會造成心理跟身體的傷害，並使受害者及其家庭、社區的心理健康狀態欠佳；失業、低教育程度、缺乏食物等因素，是人民獲得心理健康服務的障礙；公民擁有自由的權利去投票、參與公共事務、表達自己的意見，也是獲得心理健康的因素；被歧視的受害者較容易受到限制，難以融入社會，並影響一個人的尊嚴和自尊，不利於心理健康和福祉。本研究根據健康權及心理健康之相關國際法源探討（如前文及表 4.1 整理），以 WHO 健康與人權小組（HHR）所界定之「健康與人權的範疇」為模型，提出「心理健康與人權」範疇（如下圖）。[35]

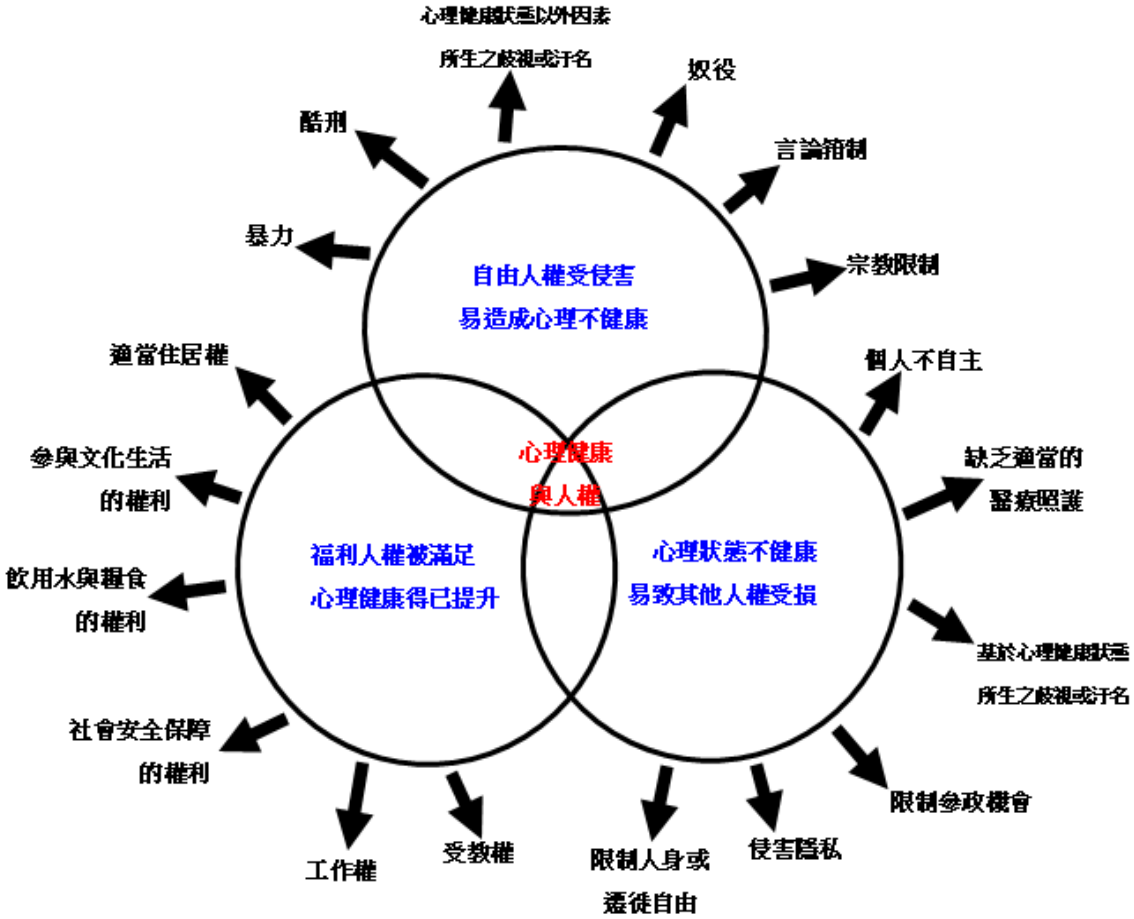


圖 4.1 心理健康與人權的範疇

[35] *See* UNGA resolution 46/119, Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, 17 December 1991, Principle 1.4

表 4.1　心理健康權國際法法源

可能達到最高標準之心理健康的權利	與精神疾患、遲緩、障礙或功能不健全者相關之權利	免於精神虐待，或殘忍、不人道或侮辱等之處遇的權利	與心理健康發展與促進有關之其他權利
• 1946 年《世界衛生組織憲章》前言第一、二段 • 1965 年《消除一切形式種族歧視國際公約》第 5(5)(4)條 • CERD：1996 年第 20 號一般性建議 • 1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條 • CESCR：1995 年第 6 號、2000 年第 14 號一般性評論 • 1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 11(1)(6)、12、14(2)(2)、14(2)(8)條 • CEDAW：1990 年第 14、15 號、1992 年第 19 號、1999 年第 24 號、2010 年第 27 號一般	• 1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 3、6-15 條 • CESCR：1995 年第 5 號一般性評論 • 1966 年《公民與政治權利國際公約》第 17 條 • HRC：1988 年第 16 號一般性評論 • 1971 年《聯合國心智遲緩者權利宣言》 • 1975 年《聯合國身心障礙者權利宣言》 • 1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 6-15 條 • CEDAW：1991 年第 18 號一般性建議 • 1985 年《有關公民與政治權利國際公約中的權利限制及	• 1966 年《公民與政治權利國際公約》第 7 條 • HRC：1992 年第 20 號一般性評論 • 1982 年《關於醫療照護人員（尤其是外科醫生）在保護受刑人及被拘禁者免於酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰中扮演之角色的醫學道德原則》 • 1984 年《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰公約》 • 1989 年《兒童權利公約》第 19、28(2)、37 條 • CRC：2006 年第 8 號一般性	• 1948 年《世界人權宣言》第 25(1)條 • 1978《世界衛生組織阿拉木圖初級衛生保健宣言》 • 1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約》第 10(8)條 • 1986 年《關於健康促進之渥太華憲章》 • 1988 年《關於健康的公共政策之阿德雷建議文》 • 1989 年《兒童權利公約》第 27、32 條 • 1997 年《關於將健康促進引入 21 世紀之雅加達宣言》 • 2005 年《關於全球化下的健康促進之曼谷憲章》

性建議 • 1989 年《兒童權利公約》第 24 條 • CRC：2003 年第 3 號、第 4 號、2013 年第 15 號一般性評論 • 1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 25(1)(1)、43(1)(5)、45(1)(3) • 2006 年《身心障礙者權利公約》第 25 條	克減規定之錫拉庫扎原則》 • 1989 年《兒童權利公約》第 23、25 條 • CRC：2006 年第 9 號一般性評論 • 1991 年《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》 • 1993 年《身心障礙者機會平等標準規則》 • 1996 年《世界衛生組織心理健康立法十大基本原則》 • 2006 年《身心障礙者權利公約》第 2(3)、3-5、9-24、26-30 條	評論 • 1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 10 條	• 2010 年《關於健康融入所有公共政策中之阿德雷聲明》 • 2011 年《關於健康社會決定因素之里約政治宣言》 • 2013 年《將健康納入所有公共政策之赫爾辛基聲明》 • 1990 年《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》第 70 條 • 2006 年《身心障礙者權利公約》第 8 條

二、兩人權公約的心理健康權檢視

從「國際人權憲章」(International Bill of Human Rights)，包括 1948 年的《世界人權宣言》(Universal Declaration of Human Rights)及 1966 年那兩份《公民權利和政治權利國際公約》(International Covenant on Civil and Political Rights) 和《經濟、社會及文化權利國際公約》(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 來看心理健康人權是最基本的國際人權法律依據。做為個人人格完整發展

及健康全人照護之基礎，「幸福快樂」之維繫與「心理健康」緊密相關，故後者一直以來都是國際人權法所承認的基本人權之一，從 UDHR 裡的「適當生活標準的權利」（right to a standard of living adequate for the health）到 ICCPR 中「免於精神虐待，或殘忍、不人道或侮辱等處遇的權利」（right to be free from mental torture, or cruel, inhumane or degrading treatment）及 ICESCR 中的「享受可達到最高標準生理及心理健康的權利」（right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health），在在都是以個人「心理健康」之尊重、保護，進而促進為核心規範價值。《WHO 組織憲章》的前言更開宗名義地表示「享受可能達到最高標準的健康，為基本人權之一。」事實上，目前世界上已有超過 60 個國家的憲法中包含了健康權或健康照護權，超過 40 國的憲法承認與健康有關之基本權利，包括生產照護權、身心障礙者物質協助權、健康環境權等。[36]

縱然承認了心理健康權的存在及其必要性，但「具體的法律義務為何？」、「相關義務應當如何履行？」且「如何監督或評估國家履行義務的狀況？」以確保個人的健康權不受侵害，或受到侵害時獲得救濟。在經濟社會文化權利委員會（CESCR）於 2000 年做出第 14 號的一般性評論（general comment）後，關於模糊抽象的「健康」似乎獲得釐清，且相關研究大多亦以此為依歸解釋健康權的規範內涵，但事實上，關於健康的「心理」面向，委員會的討論是極少，幾乎是沒有的。然而，「健康權」在國際人權法下要求國家履行以「指標暨基準評量機制」（right to health indicators-benchmarks assessment）的方式監督其是否善盡國際法義務，因此「心理健康」的內涵就需要透過其他文獻和方法進一步釐清，政府始得以界定其權利指標。

因此，除了在本研究案中有一個重要的前提是為健康之「全人觀點」（holistic view），即身體與心理健康不可分原則。另一重要前提係基於關於健康權的國家義務包含了「不歧視原則」（principle of non-discrimination）、「不退步原則」（principle of non-retrogression）及「漸進發展原則」（principle of progressive realization）等內涵，而這些原則都突顯了「心理健康權」之實現須同時考慮個人尊嚴與社會正義之價值，故如前所述，最近無論國際組織或人權、公共衛生等公民團體都提出了「以健康權保障為基礎之衛生政策」（right to health-based health policies），透過承認心理健康與所有其他人權間之「不可分性」（indivisibility）、相互依賴性（interdependence）及相互

[36] *See* Paul Hunt, UN Human Rights Council, Report on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, 13 February 2003, E/CN.4/2003/58, p 8

關聯性（interrelatedness），進而指出健康權中之心理健康應作為國家政策規範化的法律基礎，而政府所制訂的各項政策（尤以健康政策）須為心理健康保障或促進提供實現的可行性。

從國際人權憲章（包含兩公約）檢視心理健康，不外乎係以「免於欲望」（free from want）及「免於恐懼」（free from fear）等自由概念出發，故心理健康作為人權必然同時包含自由權與受益權的概念。具體而言，與心理健康最為密切的是「可能達到最高標準之心理健康的權利」及「免於精神虐待，或殘忍、不人道或侮辱等處遇的權利」，而這兩個權利組中當然也包括「免於因心理或精神狀況受到不正當歧視之權利」，因為後二者出於免於恐懼的精神，對於個人身心發展與尊嚴之維護尤其關鍵，其中同時包括禁止對任何個人身體上或精神上的惡意對待或羞辱，甚至汙名與偏見，故係為國際人權法所嚴厲禁止的，各項與心理健康相關權利之內涵詳如下表：

三、CEDAW 公約婦女人權與心理健康人權的分析

CEDAW 發展簡述

《消除對婦女一切形式歧視公約》(**C**onvention on the **E**limination of All Forms of **D**iscrimination **A**gainst **W**omen, CEDAW)，係聯合國大會於 1979 年 12 月 18 日正式通過，並於 1980 年 9 月 18 日正式生效。截至 2010 年初為止，全球有 186 個國家簽署、批准或加入此一公約。全球將近百分之九十以上的國家，都是 CEDAW 的會員國，使 CEDAW 成為聯合國體制之下第二大的人權公約。有其專責委員會。 從 1986 年以來到 2010 年迄今共通過 28 項一般性建議。

CEDAW 的具體目標，是希望超越一般人權公約對於性別平等保護的空泛宣示，而能直接針對落實實質兩性平等婦女所須之權利保護，作最完整、全面與有效的規定。公約內容：1. 定義「婦女歧視」, 2. 為婦女在政治參與權的改善, 3. 保障婦女在教育、工作、健康、經濟與社會方面的平等權利, 4. 規範婦女在法律上的平等地位, 5.訂定負責監督公約實施狀況之消除歧視婦女委員會之規範。健康部分在第十二條，但是對工作權、受教權中一樣有心理健康的元素。

我國的發展先由民間團體在 2004 年帶回台灣，2006 年 7 月 12 日：行政院院會通過「推動我國加入聯合國 CEDAW 公約」一案，2007

年 1 月 5 日立院通過，15 日咨請總統批准，完成國內法定程序，2009 年 3 月 發表第一次 CEDAW 國家報告書，2010 年行政院提出國內施行法草案，2011 年 5 月 20 日在立法院通過，目前在準備 2013 年第二次國家報告。（婦權基金會，2012）

在兩公約國家報告中，性別平等的議題也持續被提出，心理健康如何在此三個國內已經法化的人權報告中具體呈現，需要有較深入的探究。（張玨，2011ab；2012）

CEDAW 公約心理健康人權檢視

CEDAW 公約指出「雖然男女的生物差異可能導致健康狀況的差別，但也有部分社會性的因素，對男女的健康狀況產生決定作用；這些因素在婦女相互之間也可能有所差別。因此，對於弱勢和處境不利的婦女群體，應特別重視其保健需求與權利，如：移徙婦女、難民和國內流離失所的婦女、女童和高齡婦女、賣淫婦女、原住民婦女，以及身心障礙婦女。」在第 28 號健康一般性建議第 5、6、12、15、24、25、29、31 段，以及第 27 號高齡婦女及其人權一般性建議中，提及與心理健康人權部分如下表。

表 4.2　CEDAW 公約心理健康人權檢視

性別心理健康需求	「締約國應匯報其如何按照對於保健政策和措施的理解，從婦女的需要和利益出發，正視婦女的健康權利，以及有別於男性的以下顯著特點和因素：男女之間存在差別的社會心理因素包括抑鬱，特別是產後抑鬱所引起的厭食或暴食等症狀」CEDAW GR24/12(c) 「委員會對老年婦女的保健服務狀況表示關切，不僅是因為婦女比男性更長壽也更容易罹患身心障礙和慢性病，如骨質疏鬆和高齡癡呆症，還因為她們往往有責任照料年事已高的配偶。 因此，各締約國應採取適當措施，確保高齡婦女能享受保健服務，以應付與老齡化有關的各種身心障礙」CREDAW GR24/25
身心障礙婦女的健康人權	「患有身心障礙的婦女，不論年紀多大，往往因身體條件所限而難以獲得保健服務。精神疾患婦女，處境尤其不利。一般大眾對心理健康受到的各種危險所知有限。由於性別歧視、暴力、貧窮、武裝衝突、流離失所和其他形式的社會困境，婦女遭受該等危險者，人數多得不成比例。締約國應採取適當措施，確認保健服務能照顧身心障礙婦女的需求，並尊重其人權和尊嚴。」CEDAW GR24/25
女性生育有關心理	「各締約國應在報告中說明，如何在必要時提供免費服務，以確保婦女在懷孕、分娩和產後的安全。許多婦女在產前、分娩和產後因沒有錢取得必須的服務，面臨懷孕所造成死亡或身心障礙的

健康人權	危險。委員會指出，締約國有義務確保婦女安全孕產和獲得緊急產科服務的權利。締約國應為此類服務挹注最大程度的資金。」CEDAW GR24/27 第 16「第 16 條第 2 項：禁止兒童訂婚和結婚，防止過早生育而引起身心傷害的重要因素。」CEDAW GR24/28
高齡婦女心理健康人權尊重	「高齡婦女所經歷的歧視往往是多方面的，年齡因素使基於性別、族裔、身心障礙、貧困程度、性取向和性特徵、移民地位、婚姻和家庭狀況、文化程度及其他原因的歧視更加複雜化。」CEDAW GR27/13 婦女的暴力，涵括家庭暴力、性暴力和體制環境下的暴力。締約國有義務調查、起訴和懲罰所有對高齡婦女的暴力行為，包括由於傳統習俗和信仰所為者。」CEDAW GR27/37 「締約國在處理性暴力、被迫流離失所，和武裝衝突期間的難民狀況，應充分考量高齡婦女的處境。締約國在處理該等問題時，應考慮關於婦女與和平安全問題的相關聯合國決議，包括且特指安理會第 1325 號(2000 年)、1820 號(2008 年)和 1889 號(2009 年)決議。」CEDAW GR27/38 「高齡婦女針對性別身心狀況和疾病往往被研究、學術、公共政策機構和服務提供者所忽視。」CEDAW GR27/21 「按年齡和性別分列的資料，以便瞭解身心障礙高齡婦女的狀況。」CEDAW GR27/32 「高齡婦女，經常面臨歧視、虐待和忽略。被迫流離失所或無國籍狀態影響的高齡婦女，可能受創傷後壓力綜合症之苦，而又不受醫療保健提供者所承認或治療。」CEDAW GR27/18 「締約國應採取專門針對高齡婦女的身心、情緒和健康所需的特別方案，關注少數群體和身心障礙婦女」CEDAW GR27/46
高齡身心障礙婦女	「締約國有義務消除消極的刻板印象，改造對高齡婦女存有偏見和有害社會的文化行為模式，減少高齡婦女，包括高齡身心障礙婦女，由於消極的刻板印象和文化慣例，而遭受的肢體、性、心理、言語和經濟的虐待。」CEDAW GR27/36 「衛生政策亦必須確保為高齡婦女、包括高齡身心障礙婦女提供醫療保健，係建立在相關人員的自由、知情同意的基礎上。」CEDAW GR27/45 「必須使高齡的身心障礙婦女得以平等瞭解和獲得資訊、法律服務、有效的補救措施和補償。」CEDAW GR27/33 「對於高齡婦女、特別是身心障礙高齡婦女的生活各方面皆產生有害影響，包括家庭關係、社區角色、媒體形象、雇主態度、醫療和其他服務的提供者等，造成肢體暴力及心理、言語和經濟方面的虐待。」CEDAW GR27/16 「貧困的高齡婦女，特別是身心障礙和生活在農村者，被剝奪受教育的權利，將嚴重限制其充分參與公共和政治生活、經濟、獲得一系列的服務、權利和參與娛樂活動。」CEDAW GR27/19

四、兒童權利公約與與心理健康人權的分析

《兒童權利宣言》(The Convention on the Rights of the Child)– 適於 1959 年根據《聯合國憲章》與 1948 年通過的《世界人權宣言》的原則與精神訂定，強調基本人權和人性尊嚴的重要性，延伸出「兒童權利宣言」，其首先將兒童定位為權利的主體，強調兒童的身心未臻成熟階段，因此無論在出生之前或出生之後，均應受到包括法律的各種適當的特別保護。其中公約的條例明定：在身體上、心理上以及社會上有障礙的兒童有受到特別的治療、教育與保護之權利。然而，兒童權利宣言雖有崇高的理念與充分的內容，但卻不具法律的約束力，以致無法發揮有效的力量來維護、實現兒童人權，且更由於缺乏實現保障兒童權利的機構，使得效能受限而只停留在宣示的階段（李園會，2000）。

《兒童權利公約》在 1989 年 11 月 20 日聯合國第四十四屆大會中決議通過，並於 1990 年 9 月 2 日正式產生效力，成為一項國際法，將保護兒童權利的形式由不具約束力的宣言提升至對締約國具有法令約束力的公約，並訂每年 11 月 20 日為「國際兒童人權日」。

台灣兒童人權法制發展，則礙於政治因素無法成為「公約」簽約國或加入國，但在 1993 年修正兒童福利法時，即已將該公約若干條文的精神與內容落實在修正條文中。政府視兒童為準公共財，主要是宣示政府保護兒童決心，但在兒童托育議題方面，則主張雙親與家庭責任，視兒童是家庭的私人財產，兒童照顧以家庭責任為主。2003 年通過的兒童與少年福利法更以「公約」為法制藍本，將未滿十八歲之人的權益促進由一部法律統籌規範。基於保護弱勢族群的生存、維護社會公平與正義的立場，給予以保護與提供相關福利服務（馮燕，1998）。

（一）兒童人權與心理健康

談及我國健康權，就不能不先講到憲法，在兩公約正式國內法化前，健康權是憑據中華民國憲法第 15 條生存權與第二十二條人格權作為保障基礎，釋字第 664 號解釋理由書：「（摘錄）人格權乃維護個人主體性及人格自由發展所不可或缺，亦與維護人性尊嚴關係密切，是人格權應受憲法第 22 條保障（陳衍均，2010）。為保護兒童及少年之身心健康及人格健全成長，國家有特別保護之義務，應基於兒童及

少年之最佳利益，依家庭對子女保護教養之情況，社會及經濟之進展，採取必要之措施，使符憲法保障兒童及少年人格權之要求。」我國憲法第 156 條之規定國家負有特別的保護義務（中華民國憲法）；憲法第 23 條也解釋維護國民健康是為公共利益的增長，但亦未對健康權的保障基礎做出解釋（陳衍均，2010）。比對我國兒童及少年福利法諸多構面為「保護」兒童與少年（見表 5-2）即因訂定法律之依據法源為中華民國憲法。

早自 1948 年，世界人權宣言 (UN Declaration of Human Rights, UNDHR)就已說明「母親和小孩有得到特殊保護 (protection) 與照護 (care) 的需求」，聯合國對婦女有消除對婦女一切形式歧視公約 (CEDAW)；1989 年，世界兒童公約終於被聯合國大會 (UN General Assembly) 採用，為第一個國際保障兒童的有效公約。其中，兒童權利公約最重要的四個基本精神如下：「第二條：消匿歧視 (Non-discrimination)」、「第三條：兒童的最佳利益 (Best Interests of the Child)」和「第六條：生命、生存與發展權 (The Right to life, survival and development)」以及「第十二條：尊重兒童的觀點 (The views of the child)」(Child Rights Coalition, 2013)。究竟聯合國如何界定兒童的年齡？世界兒童權利公約第一條：「本公約所稱之兒童依其得為適用之法律較早達到成年者外，係指 18 歲以下之自然人。」(UNICEF, 1989)，可知公約可能因各國定義的兒童而保障年齡有所不同。我國兒少法第 2 條：「本法所稱之兒童及少年指未滿十八歲之人；所稱兒童，指未滿 12 歲之人；所稱少年，指十二歲以上未滿十八歲之人。」，此外，我國少年事件處理法、民法、勞動基準法對兒童與成年的年齡定義皆不同（賴月蜜，2013），以下兒童皆以聯合國兒童權利公約的定義為依據。

兒童健康權自 19 世紀末到 20 世紀初英美工業化過程中，往往成為成人的附屬品，若父母或監護人能力不足，常伴隨貧窮、健康問題、教育受限的情況，破壞身心與情感上的發展，也因為兒童未達法定獨立行使權利義務的能力，故需仰賴父母的養育，年齡不僅成為實現人權的障礙，且在此生命週期裡無論身體或精神上都最容易受支配與掌控(Parassram, 1999)。二十五年後的今天，全球各地的兒童仍然遭受各種虐待、成為人口販賣的犧牲品與經濟與社會成長下的奴役。我國的兒童健康問題在生理上包括傳染性疾病如：禽流感、腸病毒的威脅，以及飲食安全（毒奶粉、毒澱粉）的威脅；心理健康則受到如：天災人禍、校園霸凌、體罰、家庭暴力和多種媒體（網路、電視、報紙）對性、情色與暴力的不當資訊傳播與過度暴露（兒童局，2012）。

台灣在退出聯合國後投遞締約聯合國兒童權利公約的申請，但由於參與聯合國正當性被中華人民共和國施壓的政治緣故下而沒被接受成為締約國。即便如此，我國於 1973 年制定了《兒童福利法》，並於 1989 年制定《少年福利法》，其後參考國外法律一改以往以家庭處遇為重的法律，經多次修法後於 2003 年合併為《兒童及少年權益保障法》（以下簡稱兒少法），因應新的兒少議題，並以大大改善為兒童人權爭取保護的立基。我國兒少法修法後的總則強調：(1) 依兒少心智成熟程度權衡其意見，(2) 跨部門增加法務、通信、金融、經濟、體育與文化的權責機關；(3)增兒少委員會單一性別不得少於三分之一列席，與(4)每四年就兒少身心發展、社會參與、生活及需求現況為調查、統計、分析（賴月蜜，2013）。我國遵行兒少法已有十年，除了監督兩公約是否有監督促進心理健康的條文實踐，亦於本次計畫增添檢視兒童權利法（CRC）與兒少法裡是否有心理健康的保護、促進與實現，針對國內弱勢群體之健康保護做回顧與建議。

表 4.3 兩公約中與兒童及少年心理健康相關之條文

條文	條文內容	檢視建議
十	本公約締約各國承認：三、應為一切兒童和少年採取特殊的保護和協助措施，不得因出身或其他條件而有任何歧視。兒童和少年應予保護免受經濟和社會的剝削。僱傭他們做對他們的道德或健康有害或對生命有危險的工作或做足以妨害他們正常發育的工作，依法應受懲罰。各國亦應規定限定的年齡，凡僱傭這個年齡以下的童工，應予禁止和依法應受懲罰。	本條約強調保障兒童與少年勞動條件，我國應尊重兒童的最佳利益(Best interest of the child)，檢視偏遠地區與弱勢家庭(低收入戶、單親家庭、新移民家庭等)的父母或監護人的就業情形，輔導就業以減少兒童輟學率，避免兒童過早參與勞動；推動成年性工作者登記合法化，藉由性工作者人口調查以減少我國未成年男女成為性工作者的人數；並以法律效益保障並勸導未成年性工作者重新入學或進行就業輔導。
十二	一、本公約締約各國承認人人有權享有能達到的最高的體質和心理健康的標準。 二、本公約締約各國為充分實現這一權利而採取的步驟應包括為達到下列目標所需的步驟： (1)減低死胎率和嬰兒死亡率，和使兒童得到健康的發育； (2)改善環境衛生和工業衛生的各個方面； (3)預防、治療和控制傳染病、風土病、職業病以及其他的疾病； (4)創造保證人人在患病時能得到醫療照顧的條件。	公約第十二條第一項提及達到最高體質和心理健康的標準，第二項卻沒有建議締約國為促進心理健康的策略，我國應針對第一項做進一步的詮釋和推廣。

表 4.4 兒童權利公約與心理健康條文檢視

檢視構面	條文	兒童權利公約
尊重兒童心理健康發展的條文	2-1	締約國應尊重本公約所載列的權利，並確保其管轄範圍內的每一兒童均享受此種權利，不因兒童或其父母或法定監護人的種族、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他見解、民族、族裔或社會出身、財產、傷殘、出生或其他身份而有任何差別。
	12-1	締約國應確保有主見能力的兒童有權對影響到其本人的一切事項自由發表自己的意見，對兒童的意見應按照其年齡和成熟程度給以適當的看待
	13-1, 2	兒童應有自由發表言論的權利，此項權利應包括通過口頭、書面或印刷、藝術形式或兒童所選擇的任何其他媒介，尋求、接受和傳遞各種信息和思想的自由，而不論國界。(13-2)此項權利的行使可受某些限制約束，但這些限制僅限於法律所規定並為以下目的所必需：(b)保護國家安全或公共秩序或公共衛生或道德(public health or morals)。
	17	締約國確認大眾傳播媒介的重要作用，並應確保兒童能夠從多種的國家和國際來源獲得信息和資料，尤其是旨在促進其社會、精神和道德福祉和身心健康(his or her social, spiritual, moral wellbeing)的信息和資料。
	24-1, 24-2(b), 24-2(d)	締約國確認兒童有權享有可達到的最高標準的健康(highest attainable standard of health)，並享有醫療和康復設施，締約國應努力確保沒有任何兒童被剝奪獲得這種保健服務的權利：[24-2(b)]確保向所有兒童提供必要的醫療援助和保健，側重發展初級保健。(d)確保母親得到適當的產前和產後保健。(e) 確保向社會各階層、特別是向父母和兒童介紹有關兒童保健和營養、母乳育嬰優點、個人衛生和環境衛生(hygiene and environmental health)及防止意外事故的基本知識，使他們得到這方面的教育並幫助他們應用這種基本知識。
	25	締約國確認在有關當局為照料、保護或治療兒童身心健康(physical and mental health)的目的下受到安置的兒童，有權獲得對給予的治療以及與所受安置有關的所有其他情況進行定期審查
	27-1	締約國確認每個兒童均有權享有足以促進其生理(physical)、心理(mental)、精神(spiritual)、道德(moral)和社會發展的生活水平。
	29-1(a)	締約國一致認為教育兒童的目的應是：(a) 最充分地發展兒童的個性、才智和身心能力(mental and physical ability)。
保護兒童心理健康的條文	6-2	締約國應最大限度地確保兒童的存活與發展。
	9-1	締約國應確保不違背兒童父母的意願使兒童與父母分

		離，除非主管當局按照適用的法律和程序，經法院審查，判定這樣的分離符合兒童的最大利益而確有必要。在諸如由於父母的虐待或忽視、或父母分居而必須確定兒童居住地點的特殊情況下，這種裁決可能有必要。
	9-4	如果這種分離是因締約國對父母一方或雙方或對兒童所採取的任何行動，諸如拘留、監禁、流放、驅逐死亡（包括該人在該國拘禁中因任何原因而死亡）所致，該締約國應按請求將該等家庭成員下落的基本情況告知父母、兒童或適當時告知另一家庭成員，除非提供這類情況會有損兒童的福祉。締約國還應確保有關人員不致因提出這類請求而承受不利後果。
	14-3	締約國應尊重兒童享有思想、信仰和宗教自由的權利，表明個人宗教或信仰的自由，僅受法律所規定並為保護公共安全、秩序、衛生或道德(heath or morals)或他人之基本權利和自由所必需的這類限制約束
	7-2	締約國應確保這些權利按照本國法律及其根據有關國際文書在這一領域承擔的義務予以實施，尤應注意不如此兒童即無國籍之情形。
	10-2	父母居住在不同國家的兒童，除特殊情況以外，應有權同父母雙方經常保持個人關係和直接聯係。為此目的，並按照第 9 條第 2 款所規定的締約國的義務，締約國應尊重兒童及其父母離開包括其本國在內的任何國家和進入其本國的權利。離開任何國家的權利只應受法律所規定並為保護國家安全、公共秩序、公共衛生或道德(public health or morals)、或他人的權利和自由所必需且與本公約所承認的其他權利不相抵觸的限制約束。
	15-2	締約國確認兒童享有結社自由及和平集會自由的權利，對此項權利的行使不得加以限制，除非符合法律所規定並在民主社會中為國家安全或公共安全、公共秩序、保護公共衛生或道德或保護他人的權利和自由所必需。
	19-1	締約國應採取一切適當的立法、行政、社會和教育措施，保護兒童在受父母、法定監護人或其他任何負責照管兒童的人的照料時，不致受到任何形式的身心摧殘(physical or mental violence)、傷害或凌辱(injury or abuse)，忽視或照料不周(maltreatment)，虐待或剝削，包括性侵犯。
	19-2	這類保護性措施應酌情包括採取有效程序以建立社會方案，向兒童和負責照管兒童的人提供必要的支助，採取其他預防形式，查明、報告、查詢、調查、處理和追究前述的虐待兒童事件，以及在適當時進行司法干預
	24-3	締約國應致力採取一切有效和適當的措施，以期廢除對兒童健康(child health)有害的傳統習俗。
	32-1	締約國確認兒童有權受到保護，以免受經濟剝削和從事任何可能妨礙或影響兒童教育或有害兒童健康(health)或身體(physical)、心理(mental)、精神(spiritual)、道德或社會發展的工作。

	34 (a) 34 (b) 34 (c)	締約國承擔保護兒童免遭一切形式的色情剝削和性侵犯之害，為此目的，締約國尤應採取一切適當的國家、雙邊和多邊措施，以防止：(a)引誘或強迫兒童從事任何非法的性活動；(b)利用兒童賣淫或從事其他非法的性行為；(c)利用兒童進行淫穢性表演和充當淫穢題材。
	37 (a)	締約國應確保：(a) 任何兒童不受酷刑或其他形式的殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰。對未滿 18 歲的人所犯罪行不得判以死刑或無釋放可能的無期徒刑
	2-2	締約國應採取一切適當措施確保兒童得到保護，不受基於兒童父母、法定監護人或家庭成員的身份、活動、所表達的觀點或信仰而加諸的一切形式的歧視或懲罰(discrimination and punishment)。
實現與成就心理健康促進的條文	29-1(d)	培養兒童本著各國人民、族裔、民族和宗教群體以及原為土著居民的人之間諒解、和平、寬容、男女平等(equality of sexes)和友好的精神(in the spirit of friendship)，在自由社會裏過有責任感的生活
	18-2	為保證和促進本公約所列舉的權利，締約國應在父母和法定監護人履行其撫養兒童的責任方面給予適當協助，並應確保發展育兒機構、設施和服務。
	23-1	締約國確認身心有殘疾(mentality or physically disabled child)的兒童應能在確保其尊嚴、促進其自立、有利於其積極參與社會生活的條件下享有充實而適當的生活
	23-3	鑒於殘疾兒童的特殊需要，考慮到兒童的父母或其他照料人的經濟情況，在可能時應免費提供按照本條第 2 款給予的援助，這些援助的目的應是確保殘疾兒童能有效地獲得和接受教育、培訓、保健服務、康復服務、就業準備和娛樂機會，其方式應有助於該兒童盡可能充分地參與社會，實現個人發展，包括其文化和精神方面的發展(cultural and spiritual development)。
	23-4	締約國應本著國際合作精神，在預防保健以及殘疾兒童的醫療、心理治療(psychological treatment)和功能治療領域促進交換適當資料，包括散播和獲得有關康復教育方法和職業服務方面的資料，以期使締約國能夠在這些領域提高其能力和技術並擴大其經驗。在這方面，應特別考慮到發展中國家的需要
	39	締約國應採取一切適當措施，促使遭受下述情況之害的兒童身心得以康復(physical and psychological recovery)並重返社會：任何形式的忽視、剝削或凌辱虐待；或武裝衝突。此種康復和重返社會應在一種能促進兒童的健康(health)、自尊(self-respect)和尊嚴(dignity)的環境中進行。

綜觀目前《兒童權利公約》締約國的兒童心理健康困境 (The Atlas Project, 2005)有以下七點：

1. 兒童權利公約的締約國眾多，但兒童心理健康的相關條約的實現在全球卻乏人問津。
2. 兒童心理健康需求與精神疾病診斷與治療特異性大，但是全球僅 1/3 的國家將兒童心理健康與成人心理健康分為兩門專科處置。
3. 開發中國家和未開發國家注重生理疾病的衛教，但是對兒童心理健康教育嚴重缺乏。
4. 全球兒童心理與精神醫療專業人員短缺，有將近 2/3 需要諮商與輔導者無處可求。
5. 校園心理諮商人員的專業能力參差不齊且雇用不穩定，導致兒童和青少年原本可預防情緒狀況等和早發性精神疾病無法在第一時間被處理。
6. 民間組織在倡議兒童權利和心理健康的業務和政府政策銜接困難且因為經費不穩定而缺乏持續性。
7. 有 55%的締約國對兒童服用的藥物沒有特殊管制，兒童因為就醫不可即和社會歧視而缺乏自由選擇就醫或接受諮商的機會(Remschmidt and Belfer, 2005)。

我國有實現《兒童權利公約》的義務，以上國家的案例分析可見兒童心理健康在實務上操作有其困境，如果有效量化國內針對公約制定的策略，將能在保護兒童的前提下，促進我國兒童心理健康並將成功的經驗與締約國分享。

五、身心障礙者權利公約的心理健康人權檢視

關於《身心障礙者權利公約》中之心理健康人權之分析目的，係為確保相關權利的指標中都能符合「不歧視」之原則，根據《身心障礙者權利公約》第 2(3)條之規定，「基於身心障礙的歧視」（discrimination on the basis of disability）是指基於身心障礙而作出的任何區別、排斥或限制，其目的或效果是在政治、經濟、社會、文化、公民或任何其他領域，損害或取消在與其他人平等的基礎上，對一切人權和基本自由的認可、享有或行使。基於身心障礙的歧視包括一切形式的歧視，包括拒絕提供合理之便利；而更具體的內容亦可參酌聯合國大會於 1993 年通過的《身心障礙者機會平等標準規則》（Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities）。此外，《身心障礙者權利公約》第 3 條之規定亦開宗名義表示，該公約的核心價值立基於下列八大原則：

（一） 尊重固有尊嚴（inherent dignity）和個人自主（individual autonomy），包括自由作出自己的選擇，以及個人之自立；
（二） 不歧視；
（三） 充分且有效地參與和融入社會（participation and inclusion in society）；
（四） 尊重差異，接受身心障礙者為人的多樣性的一部分和人類的一份子；
（五） 機會均等（Equality of opportunity）；
（六） 無障礙（Accessibility）；
（七） 男女平等；
（八） 尊重身心障礙兒童漸進發展的能力，並尊重身心障礙兒童保持其身份特性的權利（the right of children with disabilities to preserve their identities）。

表 4.5 《身心障礙者權利公約》規定與國家義務

公約規定	國家義務
第 8 條	（第一項）立即採取有效和適當的措施，以便： （四） 提高整個社會，包括家庭，對身心障礙者的認識，促進對身心障礙者權利及尊嚴之尊重； （五） 在生活中各方面消除對身心障礙者的刻板印象、偏見和有害做法，包括基於性別和年齡的刻板印象、偏見和有害做法； （六） 提高對身心障礙者的能力和貢獻的認識。 （第二項）為此目的，應採取措施包括： （一） 發起和持續進行有效的宣傳運動，提高公眾認識，以便： （二） 培養接受身心障礙者權利的態度； （三） 促進積極看待身心障礙者，提高社會對身心障礙者的瞭解； （四） 促進承認身心障礙者的技能、才華和能力以及他們對工作場所和勞動力市場的貢獻； （五） 在各級教育系統中培養尊重身心障礙者權利的態度，包括從小在所有兒童中培養這種態度； （六） 鼓勵所有媒體機構以符合本公約宗旨的方式報導身心障礙者； （七） 推行瞭解身心障礙者及其權利的培訓方案。
第 25 條	（前段）承認身心障礙者有權享有可達到的最高健康標準，不受基於身心障礙之歧視。 （後段）締約國應當採取一切適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別因素之醫療保健服務，包括與健康有關的復健服務，尤其應當： 七、向身心障礙者提供其他人享有的，在範圍、品質和標準方面相同的免費或費用低廉的醫療保健服務和方案，包括「性健康」和「生產健康」及「全民公共衛生」方案方面； 八、向身心障礙者提供其障礙「特別需求」之醫療健康服務，包括酌情提供早期診斷和干預，並提供旨在儘量減輕殘疾和預防殘疾惡化的服務，包括向「兒童」和「老年人」提供這些服務；

	九、儘量就近在身心障礙者所在社區，包括在「偏遠地區」，提供這些醫療保健服務； 十、要求醫護人員，包括在「徵得身心障礙者自由表示之知情同意」的基礎上，向身心障礙者提供與其他人所得品質相同之照護，尤其是透過提供培訓和頒布公、私營醫療保健服務職業道德之標準，提高對身心障礙者人權、尊嚴、自主和需要之意識； 十一、　在提供醫療保險和國家法律允許的人壽保險方面「禁止歧視」身心障礙者，這些保險應當以公平合理之方式提供； 十二、　防止基於身心障礙而歧視性地拒絕提供醫療保健或醫療衛生服務，或拒絕提供食物和飲用品。
第 4 條	（第一項）確保並促進充分實現所有身心障礙者的一切人權和基本自由，使其不受任何基於身心障礙的歧視，且為此目的承諾： （一）採取一切適當的立法、行政和其他措施實施本公約確認的權利； （二）採取一切適當措施，包括立法，以修訂或廢止構成歧視身心障礙者的現行法律、法規、習慣和實踐； （三）在一切政策和方案中考慮「保護」和「促進」身心障礙者的人權； （四）不實施任何與本公約不符的行為或做法，確保政府當局和機構遵循本公約的規定行事； （五）採取一切適當措施，消除任何個人、組織或私營企業基於身心障礙之歧視； （六）從事或促進研究和開發本公約第二條所界定的「通用設計」之貨物、服務、設備和設施，以便僅需盡可能小的調整和最低的費用即可滿足身心障礙者的具體需要，促進這些貨物、服務、設備和設施的提供和使用，並在擬訂標準和指引方面提倡通用設計； （七）從事或促進研究和開發適合殘疾人的新技術，並促進提供和使用這些新技術，包括資訊和通信技術、助行器具、用品、輔助技術，優先考慮價格低廉的技術； （八）　向身心障礙者提供無障礙資訊，介紹助行器具、用品和輔助技術，包括新技術，並介紹其他形式的協助、支助服務和設施； （九）促進培訓協助身心障礙者的專業人員和工作人員，使他們瞭解本公約確認的權利，以便更好地提供這些權利所保障的協助和服務。 （第二項）關於經濟、社會和文化權利（包括心理健康權），各締約國承諾儘量利用現有資源並於必要時在國際合作框架內採取措施，以期逐步充分實現這些權利，但不妨礙本公約中依國際法立即適用的義務。 （第三項）締約國應當在為實施本公約而擬訂和施行立法和政策時以及在涉及身心障礙者問題的其他決策過程中，通過代表身心障礙者的組織，與身心障礙者，包括身心障礙兒童，密切協商，使他們「積極參與」。 （第四項）本公約的規定不影響任何締約國法律或對該締約國生效的國際法中任何更有利於實現身心障礙者權利之規定。對於根據法律、公約（除兩公約外，亦包括 1989 年《兒童權利公約》第 23 條）、法規或習慣（得參酌 1971 年的《聯合國心智遲緩者權利宣言》、1975 年的《聯合國身心障礙者權利宣言》、1991 年的《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》、1993 年的《身心障礙者機會平等標準規則》及 1996 年的《世界衛生組織心理健康立法十大基本原則》）而在本公約任何締約國

	內獲得承認或存在的任何人權和基本自由，「不得以本公約未予承認或未予充分承認這些權利或自由為藉口而加以限制或減損」。 （第五項）本公約的規定應當無任何限制或例外地適用於聯邦制國家各組成部分。

實際上，關於身心障礙者之心理健康權兩項主要的規定，包括第 8 條關於「身心障礙者去汙名化及心理健康促進的權利」及第 25 條關於「享有可達到最高健康標準之心理健康的權利」，及第 4 條關於國家對身心障礙者所有人權與基本自由之一般義務中，皆看得出上述八大原則的精神已融合在相關國家義務之規範內涵中。

國家應特別關注精神障礙者的心理健康權

以下將再分別以精神障礙者（persons with mental disabilities）及肢體障礙者（persons with physical disabilities）分別檢視，因為其對於心理健康服務或保障之需求，在本質上其實非常不同。關於提升精神障礙者（包括精神疾患者）的心理健康人權，WHO 依據《身心障礙者權利公約》相關規定，呼籲各國政府應至少做到：[37]

（一） 發展且實施提升其人權之政策、計畫、法規及服務措施；
（二） 改善良好品質之精神治療及照護內容的可取得性；
（三） 保護精神心智狀態不穩定者免於受到不人道及有辱人格之待遇；
（四） 充權並支持精神照護使用者及其家庭成員；且
（五） 改變社會對精神疾患者的態度，及提高其人權意識。

本研究將精神障礙者與肢體障礙者區分為不同的族群，是因為精神障礙者其心理健康的素質及風險因素其實其他身心障礙者大相逕庭。一般肢體障礙者可能遭受的威脅主要係源自生活不便利（inconvenience），而精神障礙者則是容易直接受到汙名化（stigmatization）等社會性之惡意威脅。此外，尤其關於精神醫療照護的內容、設置、利用門檻等是否受到足夠民意之正當檢視，有時候並非透過代議的立法機關之背書即為已足，更需要目標族群（如長期照護需求家庭、身心障礙者、精神疾患者等）的意見與認同。

然而，這兩個群體的人們皆應受到妥善之心理健康權的保障卻不因此有所差別，例如不論對於精神障礙或肢體障礙者的心理健康，國際

[37] *See* WHO, *Promoting the Rights of People with Mental Disabilities*, Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet (2007), Sheet 1; WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse (2005), Annex 1; WHO, Mental Health Atlas (2005), available at: http://globalatlas.who.int/globalatlas/default.asp

人權文件不斷重申提供相關健康服務和設施的公私營部門都必須遵守對身心障礙者的不歧視。[38]因此，WHO 根據《身心障礙者權利公約》第 25 條關於身心障礙者享有可達到最高標準的之心理健康權所為的概括性解釋，其提出了這項權利中的五個基本面向及其權利指標所應涉及之內容，詳如下表：[39]

表 4.6　身心障礙者心理健康權之基本面向及其權利指標內涵

身心障礙者心理健康權之基本面向	權利指標之內涵
將設施提供給任何有需要治療和支持的人	（一）沒有任何人得被拒絕享用設施提供的治療和服務，不因他或他的經濟條件、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他見解，甚至是國籍、種族、原著民身份、傷殘、身世、年齡或其他身分。 （二）任何人在相關設施中，都可以要求享有心理治療或被轉介到其他適當設施接受服務。 （三）任何治療和服務都不應設限，不因他或他的經濟條件、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他見解，甚至是國籍、種族、原住民身份、傷殘、身世、年齡或其他身分。
設施中應有專業的工作人員以提供高品質維護心理健康的服務	（一）相關設施的工作人員有能力提供心理輔導、心理復健、資訊、教育與服務使用者和家屬以促進獨立生活和社區的融入。 （二）工作人員應清楚社區服務的角色及資源的可用性來促進獨立生活及協助融入社區。 （三）當有需要時，使用者有權諮詢精神科醫師或其他專業的心理健康工作者。 （四）相關設施內的工作人員接受訓練並獲得許可，始得開立及審查精神疾病藥物。 （五）給予工作人員培訓及精神疾病人權之相關書面資料，以熟悉包括 CRPD 在內之國際人權指標。 （六）使用者應被告知有機會表達意見並提供改善服務的機制。
治療、心理復健及支持網路和其他服務的連接，以服務使用者為導向的計畫，目的希望讓使用者在社區有能力獨立生活	（一）每一位使用者用有一個全面、各別化的復健計畫包含其社會、醫療、職業和教育及復健目標。 （二）復建計畫必須由使用者來主導，反映其所選擇、照顧之偏好，並由使用者和一位工作人員定期的檢討與更新。 （三）作為復健計畫的一部分，鼓勵使用者提前清楚說明治療和復建選擇的偏好，以利未來在面臨抉擇上可做為參考依據。

[38] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraphs 26; General Comment No. 5, paragraphs 34
[39] *See* WHO, *WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities* (2012), pp. 77-80

	（四）使用者得參與心理社會促進的課程以協助辦演社會角色或發展職業、學業上所需的技能。技能的發展是依據個人的復健偏好，其中也包含提升生活品質和自我照顧能力。 （五）鼓勵使用者建立一個社會支持網絡及，或與會員們抱持聯繫以利引導在社區獨立生活，而相關設施應在符合當事人意願下提供連接使用者與家人和朋友的援助。 （六）相關設施應協助使用者了解服務與醫療保健系統，及包含次級和社區等各級心理健康服務，如補助金、房子、就業機構、日間護理中心、居家服務等。
精神疾病藥物之可近性、可負擔性及適當使用性	（一）依國家基本藥物目錄所列之適當的精神疾病藥物，可在設施中獲得或可遵從醫囑。 （二）充裕的基本精神疾病藥物以滿足使用者的需求。 （三）藥物的種類和劑量必定一直為臨床診斷並定期檢討。 （四）使用者應被告知藥物的作用和任何潛在的副作用。 （五）使用者被告知治療方案，以及可能替代或可配合藥物的方法，例如心理治療等。
提供綜合的心理健康服務，包括性及生育健康	（一）在進入設施前或之後定期提供使用者的心理健康檢查，或針對特定疾病的評估或篩檢。 （二）相關設施應提供一般健康的問題之治療，包含疫苗、輕度症狀或轉診服務。 （三）當需要進行手術或其他醫療程序卻無法在設施提供時，有轉介系統以確保使用者及時接受醫療服務。 （四）在設施進行定期的心理健康促進教育。 （五）提供使用者有關性、生育心理健康與家庭計畫等相關資訊。 （六）在免費和知情的同意下，提供一般或與性及生育健康相關資訊之諮商和服務。

六、勞工權益之國際公約的心理健康人權檢視

按《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條之規定，可知為實現人民可能達到最高標準之心理健康，國家應採取之必要步驟，包括「改良環境及工業衛生之所有方面」（第 2 項第 2 款）及「預防、治療及控制各種職業病及其他疾病」（第 2 項第 3 款），並「創造確保人人患病時均能享受到醫藥服務與照護之環境」（第 2 項第 4 款）。從這幾款規定中都能確認「健全的職場環境」對於個人滿足心理健康的重要性，

即便是從公共心理衛生的角度切入，都可以發現在「社會與經濟情境之層次」亦相當重視工作環境的風險因素，且「生命歷程方法論」（life-course approach）中在成年人的階段中，更強調了對於個人心理狀態最重要之決定要素是為「工作與生活間的平衡」。進一步而言，事實上《經濟社會文化權利國際公約》第 7 條第 2 項即規定，「人人有權享受公平與良好之工作條件」（just and favourable conditions of work），其中包括安全健康之工作環境（safe and healthy working conditions）。

再按 WHO 對於心理健康促進及保護策略的理論及證據基礎，其中關於「協助家庭與社區環境」之策略目標，其認為得以滿足基本決定因素（underlying determinants）的一項重要之干預手段，即是協助提高就業機會，並提倡建立一個安全且支持性的工作環境，包括壓力管理與諮商機制、無障礙工作空間等。[40]由此可知，不論係從人權規範或公共衛生的理論來看，「職場或工作環境深刻地影響受僱者或勞工心理健康安適與否之狀態」這個結論都是相同的。這裡所謂「心理健康安適與否之狀態」，依實證研究之結果，職場社會心理之「決定因素」及其附隨之「心理健康風險」（risk factors），應如下表：

表 4.7　職場社會心理之決定因素及其心理健康風險

職場社會心理之決定因素	心理健康風險
● 失業（包括聘雇不穩定） ● 低收入（包括收入不穩定） ● 長工時 ● 工作量負荷大 ● 輪班制度 ● 夜間工作 ● 出差 ● 工作缺乏自主性 ● 職場人際關係 ● 職場暴力與霸凌 ● 工作與家庭間之衝突	● 行為改變（抽菸、提神物質、藥物、飲食行為） ● 睡眠障礙及剝奪 ● 心因性消化系統問題 ● 心因性生殖功能損害 ● 焦慮或憂鬱 ● 過度疲勞 ● 其他因精神不濟或精神不集中所生之職業災害

關於職場安全及健康之權義關係及其規範內涵，必然得參考 ILO 關於職場衛生及安全之規定，依《國際勞工組織憲意》附件之《關於國際勞工組織目標及目的宣言》（Declaration Concerning the Aims and Purposes of the International Labour Organisation），即《費城宣言》

[40] *See* WHO, *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*, Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan (27 August 2012), pp. 10

（Declaration of Philadelphia）第三條之規定，即確認 ILO 的一項鄭重義務係為達到充分保障各行各業勞動者之生命與健康（adequate protection for the life and health of workers in all occupations）（第 g 項）。事實上，自 ILO 建立以來，到目前總共通過了 190 個國際公約，其中包括 8 個為基本公約（fundamental Conventions），不論批准與否即自動拘束所有會員國，及其他 71 個目前仍然有效之公約。

這些國際勞動公約處理的議題非常廣泛，依主題分類包括：（一）個人勞動權（individual rights at work），主要涉及職場安全、薪資標準、工時、社會保障、免除奴役及童工禁止；（二）集體勞動權（collective labour rights），主要涉及參加工會、集體談判、罷工及組織管理中之直接代表權；（三）公平待遇權（rights to equal treatment），包括在可比較的情境中每個人的工作條件，以及對原住民社群及移民之特殊保障；（四）提升職業安全（promotion of job security），透過制訂資遣標準、保護破產員工、規範就業機構及促進就業機會；以及（五）6 個要求政府透過行政機制以執行並提升勞動標準（enforcement and promotion of labour standards）的公約，諸如檢驗措施、資料統計、發展職訓計畫，以及相關立法前諮詢工會和受雇者的意見。此外，還有（六）12 份關於海員權益的公約，出於海上工作的跨國界性質，以及（七）另外 6 份公約係關於漁業、林業、旅館業、護理、家務勞動等特別脆弱領域之勞動者。其中，與「職業安全及健康」（occupational safety and health）直接相關的公約（共 20 個），詳如下表：

表 4.8　職業安全及健康相關公約

仍然有效	第 115 號公約（1960 年）：輻射防護公約（Radiation Protection Convention）
	第 120 號公約（1964 年）：商業與辦公處所衛生公約（Hygiene (Commerce and Offices) Convention）
	第 139 號公約（1974 年）：有關預防及控制因致癌物質與觸媒造成之職業危險公約（Occupational Cancer Convention）
	第 148 號公約（1977 年）：關於空氣污染、噪音及震動工作環境公約（Working Environment (Air Pollution, Noise and Vibration) Convention）
	第 155 號公約（1981 年）：職業安全與衛生公約（Occupational Safety and Health Convention）
	第 161 號公約（1985 年）：職業健康設施公約（Occupational Health Services Convention）
	第 162 號公約（1986 年）：石棉公約（Asbestos Convention）
	第 167 號公約（1988 年）：營造業安全與衛生公約（Safety and Health in Construction Convention）
	第 170 號公約（1990 年）：化學物品公約（Chemicals Convention）

	第 174 號公約（1993 年）：預防重大工業意外事件公約（Prevention of Major Industrial Accidents Convention）
	第 176 號公約（1995 年）：礦場安全與衛生公約（Safety and Health in Mines Convention）
	第 184 號公約（2001 年）：農業安全與衛生公約（Safety and Health in Agriculture Convention）
	第 187 號公約（2006 年）：促進職業安全與衛生架構公約（Promotional Framework for Occupational Safety and Health Convention）
	第 155 號議定書（2002 年）：職業安全與衛生公約議定書（Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention of 1981）
暫時有效	第 45 號公約（1935 年）：禁止僱用婦女於任何地下礦場工作公約（Underground Work (Women) Convention）
修訂失效	第 13 號公約（1921 年）：油漆業禁用白鉛公約（White Lead (Painting) Convention）
	第 119 號公約（1963 年）：機器防護公約（Guarding of Machinery Convention）
	第 127 號公約（1967 年）：最大重量限制公約（Maximum Weight Convention）
	第 136 號公約（1971 年）：有關防護因苯而生毒害危險公約（Benzene Convention）
過期失效	第 62 號公約（1937 年）：建築業安全設備公約（Safety Provisions (Building) Convention）

其他可能影響心理健康的相關的公約主題，尚包括「強制勞強」（共 2 份）、「童工及青少年保護」（共 15 份）、「就業機會與待遇平等」（共 3 份）、「促進就業及降低失業」（共 7 份）、「適當工資」（共 6 份）、「工時」（共 23 份）、「社會安全保障」（共 22 份）及「生產保障」（共 3 份）等，在在都與上述「職場社會心理之決定因素」中之失業問題、低收入、長工時、夜間工作、缺乏自主性、職場霸凌等密切相關。然而，這些主題雖然和心理健康具有相當關聯性，但從 ICESCR 的規範架構來看，它們又更符合第 6、7 條的「工作權」（right to work）及「與工作相關之權利」（rights at work）、第 9 條的「社會保障權」（right to social security）、第 10 條第 2、3 項的「婦女生產時之工作保障」及「兒童及青少年免受經濟剝削暨童工禁止」等規定所欲維護之核心價值，於是心理健康權在這些面向中則毋須過多置喙。

至於與「職業安全及健康」有關之國際勞動權益公約中，與心理健康最直接相關且主要的條約法源，包括 1981 年的第 155 號公約《職場安全與衛生及工作環境公約》（Convention concerning Occupational

Safety and Health and the Working Environment）、[41]1985 年的第 161 號公約《職業健康設施公約》（Convention concerning Occupational Health Services）[42]及 2006 年的第 187 號公約《促進職業安全與衛生架構公約》（Convention concerning the Promotional Framework for Occupational Safety and Health）。[43]其中，第 155 號公約第 3 條第 5 項之規定即參酌 WHO 對一般健康之規定，定義「與工作相關之健康」（health , in relation to work），不僅指疾病或羸弱之消除，亦包括與工作安全及衛生直接相關（directly related to safety and hygiene at work），會影響個人健康之身體與心理要件（physical and mental elements affecting health）。其他規定及其相關定義與義務如下表：

表 4.9　職場心理健康相關公約的規定、定義及其義務內容

第 155 號公約		第 161 號公約		第 187 號公約	
條約規定	**義務內容**	**條約規定**	**義務內容**	**條約規定**	**義務內容**
第 4 條	1. 有關職業安全、健康，及工作環境之國家政策。 2. 以減低工作環境中所有有害因素，及預防工作過程中有損健康之意外事故與傷害等為目的。	第 1 (1) 條	「職業健康設施」係指負責向各企業主、員工及其代表就下述事項提供建議，而以「預防」為其主要任務之服務設施： 1. 建立並維持安全而健康之環境，以促進與工作相關之理想身體與心理健康所需之條件（facilitate optimal physical and mental health in relation to work）； 2. 按照員工之身體與心理健康狀態（state of physical and mental health），使工作適合其能力。	第 1 (1) 條	「國家政策」係指根據 1981 年《第 155 號》第 4 條之原則，所制訂的「國家職業安全與健康和工作環境政策」。

[41] *See* Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment, adopted in 1981 (No. 155), entry into force in 1983

[42] *See* Convention concerning Occupational Health Services, adopted in 1985 (No. 161), entry into force in 1988

[43] *See* Convention concerning the Promotional Framework for Occupational Safety and Health, adopted in 2006 (No. 187), entry into force in 2009

第5(2)條	為實現上述政策，應主要考量會影響職業安全、健康及工作環境之活動，包括：關於工作之物質要素，與執行或監督工作等人員間之關係，及機器、設備、工作時間、工作組織及工作過程對勞工身心能力之影響（adaptation to the physical and mental capacities of the workers）。	第2條	有關職業健康設施之國家政策。	第1(2)條	「國家職業安全與健康系統」（national system for occupational safety and health）係指為實施國家職業安全與健康政策和計畫，所提供主要架構的基礎設施。
第8條	立法，以實現上述政策所需之措施。	第3(1)條	逐步發展職業健康設施，為所有勞工服務（for all workers）；其所提供之服務應適切配合各企業所具有之特定危險。	第1(3)條	「國家職業安全與健康計畫」（national programme on occupational safety and health）係指包括須在事先確定的時間架構內實現的目標、為改善職業安全與健康，而制定之優先事項和行動手段，以及評估進展的方法等在內的任何國家計畫。
第4章	企業責任	第6條	職業健康設施設立之依據，得為： 1. 制定法律或規章； 2. 簽訂團體協約或經有關雇主與員工雙方之協議；或 3. 主管機關於諮商具有代表性之雇主團體與勞工團體後，所同意之任何其他形式。	第1(4)條	「國家預防性安全與健康文化」（national preventative safety and health culture）係指一種文化，即享有安全與健康之工作環境的權利，在所有層面都得到尊重，且政府、雇主和勞工皆積極參與(透過一套限定權利、責任和義務的制度)，確保安全與健康的工作環境，而且預防原則（principle of prevention）在所有這些層面被賦予最高優先地位。

第二節　聯合國及附屬機構對心理健康人權的建議

本節由聯合國附屬機構（主要是世界衛生組織）的專業與職責範圍，提出國家層面落實心理健康的建議，包含心理健康作為人權的定義（心理健康權內涵、目標群體界定等）與其規範向度。

簡述世界衛生組織在「心理健康」的發展

二十一世紀一開始，世界衛生組織（WHO）在 2001 年的世界衛生日正式發佈對精神疾病的重視，提出「停止排斥勇於關懷」(stop exclusion, dare to care)，並發佈以心理健康為主題的世界衛生報導（WHO，2001ab），爾後在 2003 年提出心理健康的國家政策，包括各個面向，包括政策制訂、倡議、財務、用藥、資訊、立法、青少年等。更於 2004 年正式要求世界各國重視促進心理健康，並提出「離開了心理健康就不能稱之為健康」，正式宣告健康包括身體、心理的健康，缺一不可。先進國家如歐盟部長會議 2005 心理健康行動計畫，包括心理健康促進政策。澳洲、加拿大等國都推出心理健康促進法令與行動方案。此外在提出心理健康與心理不健康(mental ill health)，以及嚴重精神疾病的縱與橫軸的新模式。

2013 年 WHO 積極在推動「健康融入各種政策中」(Health in All Policies, HiAP)。心理健康仍是與健康一起呈現未專門提出。但有發展空間。

一、 心理健康作為人權的相關定義

依《世界衛生組織憲章》前言定義：「『健康』是身體、心理與社會的完全安適之狀態，而不僅為疾病或羸弱之消除。」由此可知，「心理健康」是健康不可或缺的重要組成部分（integral and essential component of health），且對於「心理健康」的認知，應超出沒有精神疾患或心智障礙的範疇（more than the absence of mental disorders or disabilities）。

再依 1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條第 1 項之規定：「本公約締約國承認人人有權享受『可能達到最高標準之身體與心理健康』。」故「健康」作為一項人權（health as a human right）時，係同時指稱全人觀點中的「身體健康」及「心理健康」。所謂「健康權」，依上述分析及 CESCR 的第 14 號一般性評論，應更精確地定義為：「一項『兼具自由權（freedoms）及受益權（entitlements）性質』的權利，以確保『每個人』都能享受到『為實現最高標準的身體與心理完全安適之狀態所必要』（necessary for the realization of the highest attainable

standard of a state of complete physical and mental wellbeing）之各種設施（facilities）、商品（goods）、服務（services）及條件（conditions）。」[44]

心理健康作為人權，包含自由權及受益權

「心理健康」作為一項人權（mental health as a human right）時，應依據世界衛生組織賦予「心理健康」的定義作為構成要件較為妥適（事實上，這個定義亦被 2001 年之後所有世衛組織關於心理健康的文件所採用），即指「個人在一種安適的狀態（state of well-being）中，能夠理解自己的能力所在（realizes his or her own abilities），能夠應付正常的生活壓力（cope with the normal stresses of life），能夠有生產力地從事工作（work productively and fruitfully），並能夠對其生活週遭有所貢獻（make a contribution to his or her community）。」[45]

因此，對於「可能達到最高標準之心理健康權」（right to the highest attainable standard of mental health）最適當的法律定義應為「一項兼具自由權及受益權性質的權利，以確保每個人都能享受到為實現最高標準的心理安適狀態所必要之各種設施、商品、服務及條件，使其能夠理解自己的能力所在，能夠應付正常的生活壓力，能夠有生產力地從事工作，並能夠對其生活週遭有所貢獻。」故從積極的意義來說，心理健康是個人保持健康和社區有效運作的基礎（foundation for individual well-being and the effective functioning of a community），而不只是精神疾患或心智障礙之消除；且從上述這個定義而言，「心理健康權」因兼具自由權及受益權的性質，故政府在國際人權法下同時被課予了「消極不侵害」與「積極去滿足」等面向的義務。

國家應同時關注心理健康促進與精神疾病防治

然而，除了「健康促進」(mental health promotion)以外，從消極的意義來看，心理健康權當然也包括了「疾病防治」（prevention and treatment of mental disorders）這個面向。事實上，在各國立法例中，甚至是國際組織的決議文件，不健康的心理狀態從來都沒有固定之用語，進而影響其法律適用的範圍及權利義務的內涵都有所不同，如精神疾病（mental illness）、精神疾患（mental disorders）、心智發展遲緩

[44] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraph 9

[45] *See* WHO, *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*, WHO Fact Sheet No. 220 (2001); WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, A Report of the World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and The University of Melbourne, Herrman H, Saxena S & Moodie R. (2005)

（mental retardation）、心智能力欠缺（mental incapacity）、心智障礙（mental disabilities）或心智不健全（unsoundness of mind）等。事實上，要定義精神疾病是困難的，因為它總是許多複雜的狀況共同呈現的心智狀態，因此對於什麼狀態或表徵應該被列入所謂的「精神疾病」及其應該受到什麼樣的治療方式和醫藥服務，總是引發許多爭議與辯論。

相較於「精神疾病」（mental illness）和「精神病患者」（mental patient），國際社會及醫衛專家越來越傾向使用「精神疾患」（mental disorder）這個用語，例如 WHO 編製的第 10 版《國際疾病分類》（The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10）第五章〈精神與行為疾患分類：臨床描述及診斷指南〉（Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines）包含超過 300 種以上各種精神、心理及行為疾患的分類。美國精神學會出版的第四版《精神疾患診斷與統計手冊》（Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders，DSM-IV）都迴避使用「疾病」一詞，而使用「疾患」這個用語，原因是為避免「疾病」（disease 和 illness）的用語造成更混淆的問題或負面的影響，至於「疾患」雖非準確的名稱，但卻能指涉「臨床上存在著一組可識別的症狀或行為，在大多數的案例中與患者的痛苦感與個人功能受到干擾相關聯」（existence of a clinically recognizable set of symptoms or behavior associated in most cases with distress and with interference with personal functions），因此排除了社交偏差（social deviance）或社交衝突（social conflict）的情況，因其與個人功能缺陷（personal dysfunction）無關。[46]

「精神疾患」這個用語亦可包含「精神疾病」（mental illness）、「心智發展遲緩」（mental retardation）、「人格障礙」（personality disorders）與「物質依賴」（substance dependence），但也並非所有人都同意這些狀況都應視為達到了精神疾患的程度，但為達到促進人權保障與消除汙名與歧視的目的，採取廣義之解釋應較為妥適，但在國內立法或政策中，心智發展遲緩（people with mental retardation）跟重大精神疾病（people with severe mental illness）兩者間仍應在定義上明確地區別，因其可能分別需要不同的照護與特殊待遇。

把「人格障礙」包含在精神疾患的定義中也有爭議，因為對人格障礙許多亞型（subtypes）的診斷效度與信度仍存在著疑問，儘管有越來越多證據顯示許多人格障礙是可以被有效治療的（amenable to treatment），但若某特定情況對治療無反應或者缺乏治療方法時，則難

[46] *See* ICD-10 (1992)

以合理化或正當化將有這種問題的人非自願性要求住進精神醫療照護機構（involuntary admission to a mental health facility），甚至進行法律保留的保護性管束（protective custody）。此外，人格障礙的診斷也已經被用來對付弱勢族群，尤其是女性、同性戀者、持不同政治意見者或少數民族，只要他們不符合占支配地位的社會、文化、道德和宗教的標準，就容易被診斷為人格障礙。至於是否應把「物質依賴」納入精神障礙中，是另一個很大的爭議，儘管物質依賴也被包括進大多數國際通用的精神健康分類系統中，如 ICD-10，但臨床經驗也證明，濫用酒精和藥物者一般不是非自願住院及治療的適當人選。[47]

精神疾病認定時應遵守的原則

值得注意的是，雖然 1991 年的《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》並未提供「精神疾病」的定義（definition of mental illness），但卻提出了精神疾病在認定（determination of a mental illness）時應該遵守的原則，包括：（一）精神疾病之認定絕不能建立在政治、經濟或社會狀態的基礎上，也不應建立在是否某個文化、種族或宗教團體成員或者任何與心理健康狀態沒有直接關係的原因的基礎上（any reason not directly relevant to mental health status）；（二）家庭或專業衝突，或者與個人所處社會中的主流道德、社會、文化或政治價值，或者宗教信仰不一致時，都不應被當成診斷精神疾病的認定因素；（三）既往因病治療或住院的背景，都不應被用來認定任何當前或將來的精神疾病的原因；（四）除非是出於與精神疾病本身或其後果直接相關之目的，任何人或權威機構都不應逕自將某人認定或暗示某人患有精神疾病；且（五）確定某人患有精神疾病應當依照國際社會所接受的醫學標準（internationally accepted medical standards）。

「精神疾患」有一個替代的概念是「心智障礙」，依「功能、障礙暨健康國際分類」（International Classification of Functioning, Disability and Health，ICIDH-2）之定義，障礙係包含了「缺損、行動限制和參與社會活動受限的一種概括性用語」（umbrella term for impairments, activity limitations, and participation restrictions），這個定義突顯了存在健康問題（with a health condition）的個人與其背景因素（contextual factors），包括環境和人的因素之間互動關係的消極面向。[48]然而，心智障礙並非精神疾患的同義詞，而是包括了精神疾患者以及已經從精神疾患中復健的人但繼續存在障礙者，而許多仍然患有精神疾患者也可

[47] *See* WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse (2005), pp. 20-22

[48] *See* WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2), Final draft, full version

能因其疾患而致心智障礙。使用「心智障礙」一詞的優點是，「障礙」這個概念直接指涉了人們對其生命、週遭環境、需求與侷限的直接感知（immediate perceptions），且醫衛領域外的專業人員也更容易理解。但該用語的一個顯著缺點是其廣泛的特性（broad nature），這使得更多的人被納入了精神衛生立法（mental health legislation）的範圍之內。[49]

定義目標群體的另一個選擇是「心智能力欠缺」（mental incapacity）的概念。情況之認定係由醫學和其他專業工作者針對個人能力的決定（ability of the individual, as determined by medical and other professional staff）為判斷之基礎，而所謂「能力」係指對當前問題性質（如關於治療或住院等決定）的理解能力（understand the nature of the issue at hand）、對該問題利害關係的評估能力（evaluate the benefits of this issue）、及作出選擇並表達該選擇的能力（make a choice and communicate that choice）。「心智能力欠缺」在概念上較「精神疾患」限縮，故其可能更適合用在限制人民自由權利的法規上，但卻不適合用在涵蓋廣泛的心理健康問題之法規，因其狹義的範圍可能會將排除到大多數心理健康服務的使用者的重要權利，諸如保健之獲得（access to care）、在精神醫療照護機構中應享用之權利和條件（rights and conditions in mental health care facilities）、隱私保密（confidentiality）及資訊取得（access to information）等。

事實上，這個用語的另一個優點是它使得精神疾患（mental disorder）和無能力（incapacity）這兩個概念無法互相取代，即縱然精神疾患的範圍和嚴重性是被接受的，但在允許法律干涉個人的生活前，必須清楚地確定被干涉之人是心智能力欠缺的（lack of capacity has to be expressly established before the law is allowed to intervene in a person's life），不然就會產生一個風險，即若司法解釋上對心智能力之認定不夠嚴謹，則只要當精神疾患被診斷確定後，極有可能就直接被推定為欠缺行為能力者（incapacity may be presumed when mental disorder alone has been established）。為了解決上述這個情況，相關法規應明示，欠缺行為能力之認定不應以精神疾患作為推定之依據，而應當被分別證明。

此外，也有條約，在法律上係使用「心智不健全」（unsoundness of mind）這個用語取代「精神疾患」一詞，如《保護人權與基本自由歐洲公約》（European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms），其假設是「所有人都是心智健全的（of sound

[49] *See* WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse (2005), pp. 22-23

mind），除非有反證（unless proved otherwise）」。「心智不健全」被定義為心智健全之相反情況，然而這其中會產生循環論證（circularity）的風險。心智不健全的概念雖與「心智能力欠缺」並不完全相同，但兩者是密切相關的，而在多數情況下，「心智能力欠缺」也包含到了不一定可歸為精神疾患的狀態，因此按照歐洲法院（European Court）先前的判決顯示，由於該用語的不穩定性（fluidity），不應當賦予其一個確定的解釋（definitive interpretation）。

表 4.10　各種描述心理不健康（mental unhealthy）用語之比較如下：[50]

用語	精神疾病 mental illness	精神疾患 mental disorders	心智障礙 mental disabilities	心智能力欠缺 mental incapacity	心智不健全 unsoundness of mind
適用範圍	非常限縮	限縮	廣泛	極度限縮	依情況不同但傾向廣泛
優點	1. 定義明確。 2. 普遍使用且所有人都能理解（儘管偶有指涉不同意義）。	1. 與醫藥分類系統一致。 2. 技術上容易操作。	1. 範圍廣泛，有利於保障嚴重程度不一的所有障礙人士之權利。 2. 與社會大眾及利害關係人認為心理健康問題對生活易造成不利影響的觀念更為貼近。	1. 醫學與法學背景的人對定義可以有類似的理解與解釋。 2. 不會把精神疾患或疾病與無行為能力劃上等號。 3. 當最嚴重的精神疾患或疾病者的權利受到排擠時，可以提供更為集中且更多的保護。	可變的定義，使得在個案中，可採取依個人的最佳利益所為之解釋。
缺點	加化了「醫學模式」（medical model）。	1. 包含了從最良性到最嚴重的狀態；當目標是限制適用於最嚴重的精神狀態時，這個用語本身可能成為一種限制。	1. 未有明確且公認之定義。 2. 內涵太過廣泛，可能會導致許多人被納入非自願入院和治療（involuntary admission and treatment）的	範圍狹窄，可能會限制了積極促進精神疾患者權益方面的有效性。	1. 作為一個法律上的概念，與特定之醫藥分類不同。 2. 有被濫用之風險。 3. 可能不利於醫學與法律背景專業人

[50] *See* WHO, WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation (2005), pp. 20-26

		2. 包含了一系列之狀態，其中有些反而可能並非精神衛生立法的目標，例如心智發展遲緩（mental retardation）。	範圍內。		員之間的對話與溝通。

至於我國目前現行的《精神衛生法》，其立法目的係「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」。（第一條）可知我國是以精神疾病（mental illness）作為判斷標準，定義為「指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病（psychotic disorders）、精神官能症（neurotic disorders）、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病」，但「不包括反社會人格違常者」。（第三條）至於我國其他法規中，如 2005 年修訂《刑法》第 19 條之規定，將「因精神障礙或其他心智缺陷」，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，及致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，取代原條文中第一項「心神喪失」及第二項「精神耗弱」等用語。爾後，《民法》在 2008 年亦以「因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者」取代「心神喪失或精神耗弱致不能處理自己事務者」，修訂第 14 條。

然而，根據美國精神醫學會（the American Psychiatric Association, APA）《精神疾病診斷與統計手冊》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV[51]），第四版的 DSM-IV（1994 年）在修訂版中（DSM-IV-TR，test reversion）（2000 年）將精神病學的診斷系統化為五個軸向。第一軸包括指精神或心理疾患在內之「臨床疾患」（all diagnostic categories except mental retardation and personality disorder）、第三軸「與一般醫學狀況產生相關性之與精神疾患」（general medical condition, acute medical conditions and physical disorders）、第四軸「現行患者的心理社會及環境問題」（psychosocial and environmental factors contributing to the disorder）與第五軸「利用全球

[51] *See* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)http://allpsych.com/disorders/dsm.html

功能評估所為對社會功能之整體評估」（Global Assessment of Functioning or Children's Global Assessment Scale for children and teens under the age of 18），第二軸即被定義為「人格疾患及智能不足」（personality disorders and mental retardation），其中常見的違常情況包括邊緣型人格異常、分裂型人格異常、反社會型人格異常、自戀型人格異常，和心智遲緩智能障礙。於是，現行的《精神衛生法》排除了反社會人格違常者是缺乏法理上或醫衛專業上之正當性的。而參考《國際健康功能與身心障礙分類系統》（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF）架構之功能評估，DSM-V[52]月已於 2013 年 5 月 18 日在美國出版。

二、 心理健康作為人權的規範向度

「心理健康照護的權利」與「滿足心理健康基本決定因素的權利」

「可能達到最高標準之心理健康權」（right to the highest attainable standard of mental health）同時包含了「心理健康照護的權利」（mental health care）及「滿足心理健康基本決定因素的權利」（enjoyment of the underlying determinants of mental health）兩種類型的權利內容。[53]因此，呼應 WHO 對於「心理健康」的詮釋，所謂的「心理健康人權」對國家來說，應該至少具有兩個履行面向，即「心理健康促進與精神疾患預防」（promotion of mental health and prevention of mental disorders）及「接近利用基礎心理健康醫療照護」（access to basic mental health）。[54]

此處在討論心理健康人權的規範向度時，將依循 CESCR 第 14 號一般性評論中對健康權解釋的邏輯作為分析心理健康人權相關權義關係的方法論，即首要任務應先界定出「心理健康的決定因素」（determinants of mental health），然後分辨其中哪些是「與健康權直接相關（directly related）的決定因素」或「與其他人權直接相關的決定因素」（即與健康權僅係間接相關的），接著再從直接相關的決定因素中定義何為心理健康權的「基本決定因素」（underlying determinants）及「其他決定因素」（other determinants）。如前文 WHO（2004）（圖 1.1）提出心理健康促進的行動框架，心理健康應包含全民，每一個人的心

[52] 精神疾病診斷與統計手冊，維基百科。
http://zh.wikipedia.org/wiki/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%96%BE%E7%97%85%E8%A8%BA%E6%96%B7%E8%88%87%E7%B5%B1%E8%A8%88%E6%89%8B%E5%86%8A

[53] *See* also CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraph 8; OHCHR, *Fact Sheet No. 31: Right to Health* (2008), p. 3

[54] *See* WHO, *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles* (1996), WHO/MNH/MND/96.9

理健康，其社會決定因素包含社會的融入、免於歧視與暴力、經濟參與等。

事實上，社會、心理和生物方面的多重因素決定著人們在任何時間點的心理健康狀況，例如：持續存在的社會經濟壓力（persistent socio-economic pressures）被視為個人和社區的心理健康危險因素。最明顯的指標就是包括低教育程度（low levels of education）等「貧窮指標」（indicators of poverty）。可能導致心理健康狀況不佳的因素，尚包括社會的快速變革、壓力大的工作環境（stressful work conditions）、性別歧視（gender discrimination）、社會排斥（social exclusion）、不健康的生活方式（unhealthy lifestyle）、面臨暴力和身體不健康的風險（risks of violence and physical ill-health）以及人權侵害（human rights violations）。某些特定的心理與性格因素（psychological and personality factors）也使人們容易罹患精神疾患，當然有的精神疾患也具有某些生物學病因（biological causes），包括遺傳因素（genetic factors）以及大腦中的化學失衡（imbalances in chemicals in the brain）。此處呼應前文哈佛報導指出（圖 1.3），大環境因素包含健康因素、社會病理和各種社會政治經濟文化等惡化情境將導致國家心理不健康。

全面檢視並改善「心理健康的基本決定因素」

值得注意的是，WHO 亦特別不斷重申：「尊重和保護基本公民、政治、社會、經濟及文化權利的環境（a climate that respects and protects basic civil, political, socio-economic and cultural rights）是促進心理健康的基礎。若是欠缺這些基本人權所帶來的安全（security）與自由（freedom），保持高水準的心理健康狀態會十分困難。」所謂「心理健康」通常係指「個人在一種安適的狀態中，能夠理解自己的能力所在，能夠應付正常的生活壓力，能夠有生產力地從事工作，並能夠對其生活週遭有所貢獻。」[55]根據這項定義，可知「心理或精神之安適狀態（mental or psychological well-being）不僅受到個人的性格或特質所影響，亦受到其所生活之社經及自然環境所影響。值得注意的是，以下這些不同層次的決定因素都是動態地相互作用的，且其可能對於一個人的心理健康狀態產生支持或打擊的效果。[56]

[55] *See* WHO, *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*, WHO Fact Sheet No. 220 (2001); WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, A Report of the World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and The University of Melbourne, Herrman H, Saxena S & Moodie R. (2005)

[56] *See* WHO, *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*, Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan (27 August 2012), pp. 3-5

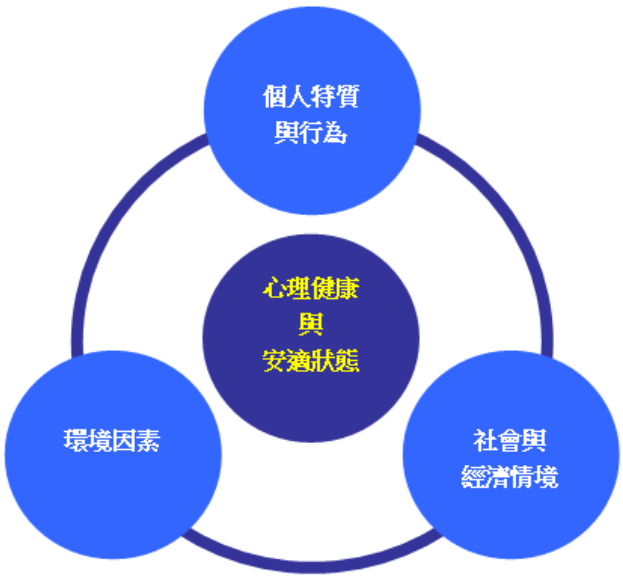


圖 4.2 影響心理健康的個人、社會及環境因素

（一） 個人特質與行為（individual attributes and behaviors）：這組分類因素係關於個人天生固有及後天學習而來的能力以處理其思想與情緒，並於日常生活中進行自我管理，即所謂的「情緒智商」（emotional intelligence），也包括應對或參與社會生活、負責及尊重他人意見的能力，即所謂的社交智商（social intelligence）一個人的心理狀態亦會受到基因和生物因素（genetic and biological factors）所影響，即該個人天生就具有的特質，包括染色體異常（chromosomal abnormalities），如唐氏症（Down's syndrome），和因生育時受酒精或缺氧影響所致之智能障礙（intellectual disability）。

（二） 社會與經濟情境（social and economic circumstances）：這組分類因素是指個人發展與養成之能力，深受其生活週遭立即發生的社會情境（immediate social surroundings）所影響，包括他們積極參與家庭生活、同儕事務和工作職場，並自食其力且養家活口的機會，而這項能力也會受到個人在其生活的社經環境中自我定位之影響。因此，「受限制或被剝奪的受教及與工作機會」是尤其重大的社經因素。

（三） 環境因素（environmental factors）：這組分類因素係指更廣泛的社會文化及地域政治的環境（socio-cultural and geopolitical environment）也會影響個人、家庭或社區的心理健康狀態，包括取得基本日常用品和服務的程度（如飲用水、基礎保健服務、依法治理等）、受制於主流文化思想、態度或習俗，及其於國內社會中所因此形成的社會及經濟政策，比如正在發生的全球金融危機就被認為會對心理健康產生重大影響，包括自殺率和酒精濫用之增加。[57]此

[57] *See* WHO, *Impact of Economic Crises on Mental Health*, WHO Regional Office for Europe (2011)

外，歧視、社會或性別不平等和衝突，對於心理健康來說也絕對是負面的結構因素。

表 4.11 影響心理健康的個人、社會及環境因素

層次	負向因素	正向因素
個人特質與行為	低度自尊感	自尊、自信
	認知／情緒發展不成熟	解決問題和應付壓力或困境的能力
社會與經濟情境	溝通困難	社交及溝通能力
	醫學上之疾病、物質濫用	身體健康狀態良好
	孤寂感、喪親之痛	家庭與朋友的社會支持
	被忽略感、家庭衝突	適當養育、家庭互動
	暴力或剝削對待	身體安全且受到保護
	低收入及貧窮狀況	經濟上的安全感
	學習困難或效果不佳	學習上的成就感
	工作壓力、失業	工作上所獲得之自我滿足與成就
環境因素	基礎服務之取得困難	基礎服務之公平取得
	不公義及歧視等現象	社會正義、包容、融合
	社會與性別不平等	社會與性別平等
	身處戰爭或災難當中	身體安全且受到保護

生命歷程影響心理健康的風險

除了從影響因素來看心理健康外，利用「生命歷程方法」（life-course approach）來觀察人的一生中在各階段或年紀可能會遭遇到的「心理健康風險」（risks to mental health）也是一個重要的方法論。[58]然而，除了年齡這個切面外，其他觀察面向亦能作為分析的根據，例如性別、社經地位或收入分布等，因為並不是所有的風險因素都與某個特定年齡層的族群有關，諸如性別、種族和居住地則都是獨立於年齡之外的因素。至於「生命歷程」包括下列各個階段，即（一）受孕前及產前時期（preconception and prenatal period）、（二）嬰兒及幼童時期（infancy and early childhood）、（三）兒童時期（childhood）、（四）青少年時期（adolescence）、（五）成人時期（adulthood）、（六）老年時期（older age）及（七）影響各年齡層族群的其他風險原因（other risks affecting any age

[58] *See* The Government Office for Science, *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project*, Final Project report: Executive Summary (2008); Fisher JRW, et al., *Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings: A Review of the Evidence of the Nature, Prevalence and Determinants of Common Mental Health Problems and Their Management in Primary Health Care*, International Journal of Social Psychiatry (2011), 57: Supplement 1; Kieling C, et al., *Child and Adolescent Mental Health Worldwide: Evidence for Action*, Lancet (2011), 378: 1515-1525

group）。[59]

其中，（一）關切的是若懷孕或生產係非自願或發生於青少年時期，可能會增加從事對懷孕過程中或兒童心理健康方面不利之高風險行為的機率。同樣地，對懷孕的不良適應也被視為對兒童心理及身體健康狀態之一項潛在風險。另外，已經被證實的是營養不良、出生時體重不足、其他微量營養素（例如碘）之缺乏，還有懷孕時從事對健康不利之行為（特別是香菸、酒精和藥物），都會嚴重地危及大腦發育。

當然，更有大量的證據顯示新生兒與其生母或其他初級看護間之聯繫，對其日後的社會及情緒發展是非常重要的。與初級看護的分開，例如因為雙親缺席或拒絕教養等原因，都會導致焦慮、壓力和不安全感。此外，（二）也關注新媽媽的產後憂鬱症，可能會造成母子間的關係和發展欠佳。若是父母在建立親密關係中有困難、擁有有限的能力或展現消極的態度，都可能會使他們的孩子曝露在壓力和行為問題之高風險中，而其他對於嬰兒及幼童身體和認知發展的重要風險因子，包括受到父母和其他看護之虐待及忽略、營養不良及傳染性或寄生性等疾病。

兒童時期，對於生活技能之培養是關鍵階段。（三）係指在家裡或學校裡的負面經驗，可能是出於家庭衝突或校園霸凌，都將對發展核心的認知及情緒技能產生破壞性的影響。支持性的父母教養、安全的家庭生活和學校裡正向的學習環境，都是對於這個階段建立及保護心理安適狀態或精神資本的關鍵保護性要素。至於風險性要素，則包括家庭暴力或衝突、負面的生活事件、對學校或其他學習環境之低度連結感，故諸如不間斷的體罰、嚴重的霸凌、失親或虐童事件，都可能會在那個人的餘生留下無法磨滅的心理創傷。此外，兒童生長的社經條件也可能對於其日後於青少年或成人階段時之行為、選擇或機會產生影響，諸如糟糕的居家或生活條件可能會使兒童感到羞恥或難堪、可能會減少其積極學習與社交互動的機會，或者可能增加他們生病和受傷的機率。而若是精神疾病者或物質濫用疾患者的孩子，也是家庭不和與精神病問題的高風險群，隔代遺傳的精神疾患可能好發於懷孕和嬰兒時期父母子女間基因性、生物性、心理性及社會性之相互作用。

接著是（四）的青少年時期，也是人生中重要的養成階段，因為它連結了兒童和成人時期。事實上，會影響兒童精神狀態的負面經驗、條件或環境，對於青少年也都有同等的效果。此外，有些特別容易發

[59] *See* WHO, *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*, Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan (27 August 2012), pp. 5-9

生在此階段的風險要素，包括菸草、酒精、藥物之接觸，而通常在兒童時期經歷家庭動盪或呈現行為異常者，在青少年時期更容易使用提神物質，而物質濫用對於青少年的影響是尤其危險且有害的，因為他們的大腦和身體都正好處於積極發育的階段。青少年不僅容易受到同儕壓力的影響，同時，媒體的影響也可能會間接鼓勵了藥物使用，而通常都會導致低迷的學習成果、危險性行為和暴力升 mnj 高的結果。

事實上，(五）更明確表示若個人是在安全且支持的兒童及青少年發育背景中成長，他們在成人階段時更能做到情緒控制和社會適應，且更有能力處理生活中的選擇與挑戰。在這個階段中，對於個人心理狀態最重要的決定要素是「工作與生活間的平衡」，即生產（無論有給或無給）與消費（包括與家庭和朋友共同從事休閒活動的時間）各自的時間分配，而失衡的情況絕對會對個人形成壓力與焦慮。此外，「失業」也可能使個人需要更多的健康照護，且導致較高的死亡率，反之亦然，不良的心理健康狀態也可能成為個人失業的原因，然後接著造成負債與貧窮的情況。除了工作環境以外，保持心理健康的一項關鍵來源，也包括參與其所居住的社區生活和活動，而基於欠缺參與機會、鄰居暴力、社區犯罪、公民信任與尊重之崩壞，或缺乏暫托照護等排除個人參與相關活動的機會，都會對個人的健康狀態及社區的社會成本造成負面的影響。

全人觀點的健康，與心理健康不可切分

關於個人幸福狀態的另一個核心面向係「健康」本身，不僅出於它的發揮價值（以進行工作和休閒活動），也包括它的固有價值，即比起生病，人們都喜歡健康的狀態。因此，不健康的狀態或身心障礙本身即會對平時的心理狀態，特別是憂鬱情緒，構成重大的風險要素；具有慢性病或身心障礙的個人（無論是否與憂鬱症併發），都可能會提高個人被社會或社區邊緣化的風險，特別患有被汙名或遭歧視的病症者（如 HIV/AIDS）。雖然有的疾病本身會對大腦造成影響，例如腦性瘧疾、HIV/AIDS、心肌梗塞與物質濫用疾患，但也有一些疾病可能會因為造成生活中的挑戰（如生活方式之改變，或形成長期持續的疾病或早死等情況）而產生嚴重的心理負擔。

最後是（六）的老年時期，其本身即為認知退化和癡呆症狀的重要預測指標，老年人也特別容易受到社會孤立，當他們退出勞動市場而缺乏穩定收入時，且容易罹患慢性病而降低其活動力、獨立性與認知能力。孤立感也可能是出於配偶或朋友的逝世或生病，或因為其他家庭成員的漠不關心或怠慢疏忽所造成。事實上，老年人本來就特別容

易遭受忽視或虐待，而這種情況肯定會對其心理健康狀態產生負面影響，故老年憂鬱的風險要素包括社會及家庭孤立（如喪偶）、慢性疾病等。

跨年齡的社會人口特質影響因素

除了上述的生命歷程外，（七）係探討可能發生在各年齡族群的風險原因，主要取決於個人出生或成長的社會文化及地域政治之背景。因為個人最基本的社會人口特質會受到社會規範或風俗所形塑，其性別、種族或居住地可能會影響其發展心理健康條件的機會。[60]種族主義或對於社會中特定族群之歧視，例如使其遭受或面對社會排除及經濟壓迫等情況，都可能使他們成為壓力、焦慮及其他精神疾患的高危險群，諸如婦女、兒童與青少年、貧窮人口與失業者、受教程度較低者、遊民等。這些負面的情況條件不論在富國或窮國都看得到，而精神疾患與貧窮因素被視為相互作用之惡性循環，即不僅精神疾患者可能更有可能處於貧窮中，而處於貧窮中的人也具有罹患精神疾患的高風險。

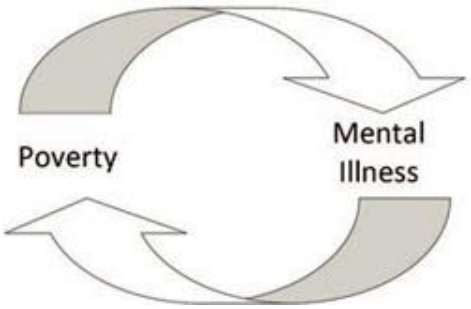


圖 4.3　貧窮與心理不健康相互作用、惡性循環

心理健康／精神醫療照護權

所謂「心理健康照護」（或稱作「精神醫療照護」）包括對於一個人心理狀態之分析和診斷（analysis and diagnosis of a person's mental condition），及對於一個心理疾病或疑似有心理疾病之治療、照護及復健（treatment, care and rehabilitation for a mental illness or suspected mental illness）。[61]其中，與心理健康照護相關的主觀要件，包括「心理健康工作人員」（mental health workers）係指一系列提供心理健康照護服務的從業人員，包括心理健康護士（mental health nurses）、精神科醫師（psychiatrists）、心理學者（psychologists）、職業治療師（occupational

[60] *See* WHO, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, Michelle Funk et al. (2010), pp. 7-31

[61] *See* UNGA resolution 46/119, Principles for the Protection of Persons with mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, 17 December 1991, Definitions

therapists）和社工人員（social workers）等所有被賦予治療、照護及復健人民心理健康義務者。[62]而所謂的「心理健康之利害關係人」（mental health stakeholders）係指與改善人民心理健康有立即且直接利害關係之個人與組織，包括心理疾患者（people with mental disorders）、其家庭成員（family members）、專業人員（professionals）、決策者（policy-makers）、投資人（funders）及其他利害關係方（other interested parties）。這其中涉及了「專業人力資源」、「財務規劃」等權利指標，因此是相當重要的。

至於與心理健康照護相關的客觀要件，包括「心理健康倡議」（mental health advocacy）係指為了改變主流架構及態度上之障礙，以達到人民積極的心理健康為目的（aimed at changing the major structural and attitudinal barriers to achieving positive mental health outcomes in populations）的各種行動。[63]

「心理健康政策」（mental health policy）係指一系列有組織的價值、原則、目標及領域所建構之活動，以改善全體人民的心理健康。所謂「心理健康計畫」（mental health plan）則是一個事先規劃細節的方案（detailed pre-formulated scheme），以執行促進心理健康（promotion of mental health）、預防精神疾患（prevention of mental disorders）及治療與復健（treatment and rehabilitation）等策略。「心理健康方案」（mental health program）是指一個具有特定目的的干預行為（targeted intervention），通常是短期的，且具有促進心理健康、預防精神疾患及治療與復健等高度聚焦之目標。至於具體的作為，如「心理健康干預」（mental health intervention），則是指以促進心理健康（promote mental health）、預防精神疾患（prevent mental disorders）、提供治療（provide treatment），或支持復健（favor rehabilitation）為目的的一項活動。[64]

因此，從心理健康人權要求國家立即處理最低標準（minimum standard）之義務的角度來看，任何有需求的人都應該有「利用基礎心理健康照護」（access to basic mental health care）的權利，[65]而正在接受心理健康照護之商品或服務者，當然應該享有原本的基本自由與權利，其中與「健康權」本身直接相關的權利要件，至少包括（一）「適當且專業服務之近用」（access to appropriate and professional services），

[62] *See* WHO, Human Resources and Training in Mental Health, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2005), p. 120
[63] *See* WHO, Advocacy from Mental Health, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2003), p. 51
[64] *See* WHO, Mental Health Policy, Plans and Programmes (updated version 2), Mental Health Policy and Service Guidance Package (2005), p. 99
[65] *See* WHO, *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*, Eric Rosenthal & Clarence J. Sundram (2004)

如接受客製化的治療、接受加強自主能力之復健計畫等權利；(二)「個人獨立暨社會融合的機會」(opportunities for personal independence and social integration)，如接受對自由限制最低的服務內容、接受儘量以不脫離社區為原則之照護、提升社區融入之兒童及青少年的諮商或照護服務；(三)「尊重知情同意及拒絕治療的權利」(respect for informed consent and the right to refuse treatment)；(四)「個人尊嚴之保障」(protection of human dignity)，尤其是「不歧視」(non-discrimination)及「禁止不人道或有辱人格之處遇方式」(prohibition of inhuman and degrading treatment)兩大原則的遵守，前者包含了優惠措施(affirmative action)及合理設備(reasonable accommodation)之提供、立法保障精神疾患者免於歧視等作為，而後者包含了對於精神疾患或心智障礙者之生活條件所需之額外的注意義務、保護其免於自傷及傷人、禁止醫藥或科學實驗、保護其不受到不正當之強制治療、隔絕或限制、保護其不受到體罰、保障其隱私權；及(五)針對個人之自由與安全等權利，「比例原則」(rule of proportionality)和「正當程序保障」(due process protections)之嚴格遵守。[66]

綜上所述，可見為確保每個人基本的心理健康發展與維護，端賴許多「基本決定因素」(underlying determinants)能否被滿足，包括個人層次的認知與行為、社會層次的生活與工作，及大環境層次的機會與權利。因此，在找出了若干的決定因素之後，除了與其他人權(如工作權、適當住居權等)直接相關的以外，政府能透過公共心理健康(public mental health)的政策或立法工具，直接回應全民(包括健康、不健康之人)的基本需求，以達到「心理健康促進」及「精神疾患預防」等目的的，都是心理健康人權所關注的範疇。這些措施的實際性質與內容取決於其所處理的特定目的及目標族群而言，但大致上可分為「促進或保護全民的心理健康」和「透過適當的治療與照護，回復或改善精神疾患者的健康」這兩類的健康干預(health interventions)行為，而事實上，WHO 近十年來也累積了不少關於心理健康促進及保護策略的理論及證據基礎。[67]雖然這些策略都可以透過廣義的公共衛生架構來實現，但由於心理健康的決定因素相較於身體健康而言是更複雜的，因此同時需要整合社會、經濟、文化、政治等系統中與其相關

[66] *See* UNGA, *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care*, GA Res. 46/119, 46 UN GAOR Supp. (No. 49) Annex at 188-192, UN Doc. A/46/49 (1991); ECOSOC, *United Nations Standard Rules on Equalization of Opportunities for People with Disabilities*, ECOSOC Res. 2000/10, UN Doc. No. E/RES/2000/10, 27 July 2001; and "WHO, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (1993)

[67] *See* WHO, *Prevention and Promotion in Mental Health* (2002); WHO, *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options* (2004); WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice* (2005)

的部分，故相關策略之執行也會經常涉及到教育、居住環境、勞動、社會福利等其他部門，所以通常最被建議的作法是：一個跨領域且跨部門的心理健康機構。[68]

表 4.12 心理健康促進及保護策略

策略目標	滿足基本決定因素之干預手段
發展並保護個人特質	● 母親與嬰幼兒：增強早期依附關係（early attachment）、提供適當的家長訓練及生產照護（包括產後憂鬱照護）、發展兒童與家長或其他照護者間安全穩定之教養關係； ● 兒童與青少年：確保充足的營養和精神上之鼓勵； ● 年長者：健康的老化政策（ageing policies）及社區活動； ● 不分年齡：宣導規律的身體活動和健康的飲食、防止或限制使用菸草、酒精及其他提神物質（other psychoactive substance）。
協助家庭與社區環境	● 家庭：確保兒童及青少年安全的生活環境、針對行為異常（behavioral disorders）者及雙親中有精神疾病者進行目標性干預、防止親密夥伴間之暴力行為； ● 勞工／受僱者：協助提高就業機會，並提倡建立一個安全且支持性的工作環境，包括壓力管理與諮商機制、無障礙工作空間等； ● 低收入戶：確保基本的生活條件（至少包括庇護所、飲用水及衛生設備）、提供與健康相關的社會及財務上之保障（如免費的初級保健、公醫制度、健康保險費用減免或補助、基礎藥物取得之能力與機會等）； ● 社區：確保鄰里安全、提升市民資產（civic assets）及社會網絡（social network）、限制酒精、毒品及菸草之可取得性。
支持社會中的弱勢族群	● 研擬並實施社會包容政策（social inclusion policies）； ● 施行反歧視法規與相關政策； ● 確保每個人都有獲得正確的心理健康教育之機會與方法； ● 提升婦女的權益及自由、制訂性別平等政策（gender-equity policies）； ● 為難民或災民提供創傷後早期心理干預（包括災後心理重建服務）； ● 推行「心理健康人權」之意識提升運動（awareness-raising campaigns）； ● 監督媒體負起真實報導的責任，並應促進去汙名化（de-stigmatization）。

[68] *See* WHO, *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*, Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan (27 August 2012), pp. 10-11

國家實現健康權的四要件與心理健康權的基本決定因素

回顧《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條之規定，第 1 款要求「締約國確認人人有權享受可能達到之『最高標準』(highest attainable)之身體與心理健康」，因此無論係以「提供基礎心理健康照護」或「滿足心理健康之基本決定因素」為目的的任何國家措施，都應符合下列要件，分別為（一)「可取得性」(availability)，即公平分配且適當的量；(二)「可近用性」(或者便利性)(accessibility)，包括不歧視、交通便利、經濟便利及資訊便利等方面；(三)「可接受性」(acceptability)，包括醫衛人員的職業道德、保密要求及文化適當性，即尊重個人和少數族群的文化，且對性別和生命週期敏感；及（四）符合科學與醫學要求之適當「品質」(quality)，包括熟練且敏銳的醫護或社工人員、科學上認可且有足夠證據的治療方式、藥物跟醫療器材與適當的社會秩序等。[69]

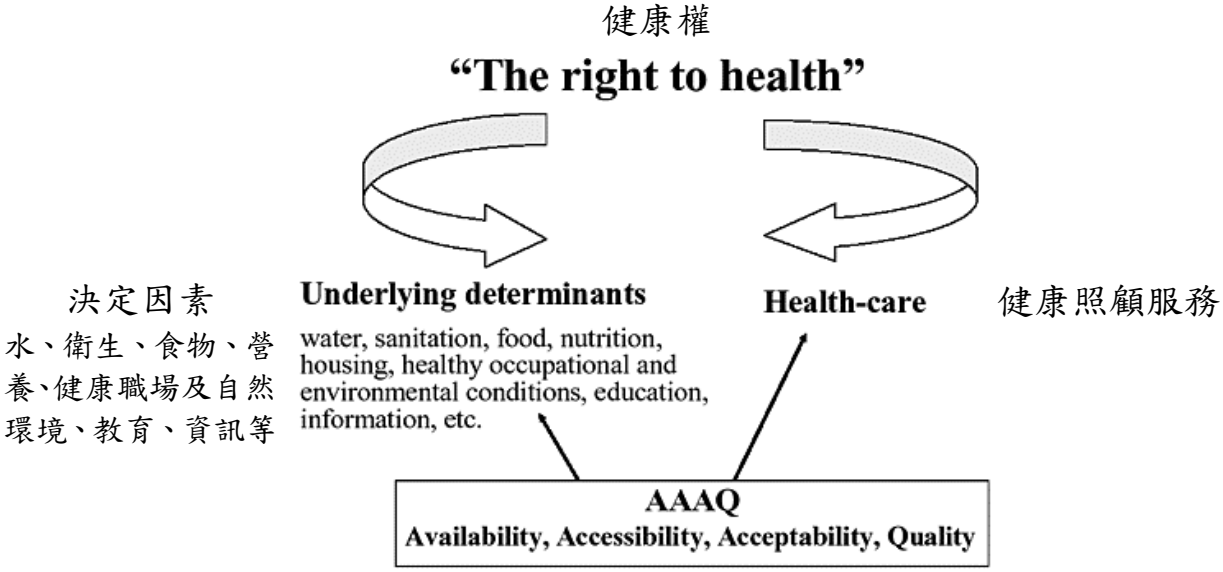


圖 4.4 國家實現健康權的四要件

具體而言，(一）主要在檢視「心理健康（或精神醫療）之服務、商品和設施的數量與分配，以該國之發展狀況及經濟條件而言是否足額適當？」這個問題。(二）主要問四個問題，即心理健康（或精神醫療）的服務、商品和設施之取得，「依法且事實上，是否涵蓋每個人，包括最窮困的人口和最弱勢的族群？」；[70]「是否對全國各地分佈之人

[69] *See* CESCR GC No. 14, paragraph 12
[70] *See* CESCR GC No. 14, paragraphs 18-19

口皆能安全且容易地到達，包括偏遠地區、原住民、老年人、兒童跟青少年、身心障礙者及愛滋病帶原者等？」;「是否對每個人而言，都是財務上負擔得起的，且當需求者因消費者付費時，其所負擔之醫療照護或其他健康決定因素服務等費用符合衡平原則（principle of equity）？」;「是否每個人都有機會獲得相關資訊，且參與相關議題的討論？」[71]等。（三）所要檢視的問題，可能包括「是否所有關於心理健康（或精神醫療）的服務、商品和設施之提供，係符合人權標準與醫藥倫理的？」;「病患或消費者之個人尊嚴和隱私是否受到妥善保護及尊重？」;「相關措施在文化風情上，是否符合每個接受者或使用族群之需求？」。（四）就是關注「所有與心理健康（或精神醫療）相關之服務、商品和設施，是否已經是該國能力範圍內所能提供之最高品質的項目？」

再者，看到同條第二款之規定，「為求充分實現此種權利所採取之步驟，應（至少）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；（二）改良環境及工業衛生之所有方面；（三）預防、治療及撲滅各種傳染病、風土病、職業病及其他疾病；（四）創造環境，確保人人患病時均能享受醫療服務與醫藥護理。」由此可知，從《經濟社會文化權利國際公約》來看心理健康權的話，分別以（一）「與性及生育相關之心理健康」（sexual and reproductive mental health）、（二）「兒童與青少年之心理健康」（mental health of child and adolescents）、（三）「自然、居家與職場環境中之心理健康」（mental health in natural, household and occupational environment）、（四）「精神疾病之預防、治療與控制」（prevention, treatment and control of mental illness）、（五）「精神醫療照護與基礎藥物之可近用性」（accessibility to mental health care and essential medicines）等五大基本領域來分析，亦為妥適。[72]將這五大領域相對應先前「生命歷程」中各階段所存在之決定或風險要素，即可找出所謂的「基本決定因素」。

表 4.13 心理健康權的基本決定因素

基本領域	心理健康之基本決定因素（underlying determinants）
與性及生育相關之心理健康	• 產婦的心理健康照護（包括產後憂鬱照護） • 嬰幼兒的心理健康照護（以遺傳因子為主） • 適當的家長訓練 • 正確的性知識

[71] *See* also ICCPR, article 19(2)
[72] *See* OHCHR, *Human Rights Indicators: A Guide to Measurement and Implementation*, HR/PUB/12/5 (2012), p. 90

	• 家庭計畫與輔導
兒童與青少年之心理健康	• 充足的飲食與營養 • 精神上之鼓勵 • 安全的生活環境 • 兒童與家長間安全穩定之教養關係
自然、居家與職場環境中之心理健康	• 建立一個安全且支持性的工作環境，包括壓力管理與諮商機制、無障礙工作空間等 • 基本的生活條件，包括庇護所、飲用水及衛生設備 • 鄰里治安 • 防止物質濫用
精神疾病之預防、治療與控制	• 規律的身體活動和健康的飲食 • 酒精、毒品及菸草之管制 • 針對行為異常者及雙親中有精神疾病者進行目標性干預 • 防止親密夥伴間之暴力行為 • 社會包容及社會支持網絡 • 老年人關懷 • 反歧視，特別是精神疾患與身心障礙者 • 正確的心理健康教育 • 性別平等 • 災後心理重建 • 心理健康人權意識
精神醫療照護與基礎藥物之可近用性	• 免費的初級保健 • 公醫制度 • 健康保險費用減免或補助 • 基礎藥物之取得 • 偏鄉地區之醫療院所 • 醫療照護之人力資源 • 人民參與與其相關之心理健康政策的機會

「有權利，即有義務。」國際人權法下，國家對於心理健康權所負之義務主要有三種類型，包括（一）「尊重」（respect）之義務，即要求國家不否定或限制任何人平等接近利用預防性、治療性或緩和性的醫療服務，包括受刑人或受羈押者、少數族群、政治庇護尋求者、非法移民，並應貫徹不歧視政策；（二）「保護」（protect）之義務，包括國家藉由立法或採行其他措施，以確保平等接近利用由第三者所提供的醫療服務及與健康相關的服務，國家亦應確保第三者不得限制人民接近利用與健康有關的資訊和服務；及（三）「實現」（fulfill）之義務，即國家應於其國家政策及法律體制中，承認健康權，且國家應採積極的措施「助益」（facilitate）、「提供」（provide）與「促進」（promote）個人健康權之滿足，分別係指協助與教育、在必要時合理干預、維持和回復對心理健康的大環境。依據《經濟社會文化權利國際公約》，國家有三種履行公約人權義務的方式，取決於該義務相對於權利之內涵而定，分別為（一）對該權利中最核心、普遍且最低標準之義務，國

家須「立即達成」(immediate effect);(二)就應訂出優先順序但不得倒退之義務,國家應「逐步實現」(progressive realization);以及(三)包括技術援助、發展合作或全球衛生治理等義務,國家得「國際協作」(international collaboration)。

關於心理健康權之保障,第 14 號一般性評論認為應同時參酌其他國際宣言或文件,如 1978 年的《阿拉木圖宣言》(Alma Ata Declaration)、1991 年《聯合國保護精神疾病者與改善心理健康照護原則》(UN MI Principles)、1998 的《世界衛生組織基礎藥物行動計畫》(WHO Action Program on Essential Drugs)及其發展至今(最新修訂於 2013 年 10 月)之《第 18 版世界衛生組織基礎醫藥範本名單》(WHO 18th Model List of Essential Medicines)與《第 4 版世界衛生組織兒童基礎醫藥範本名單》(WHO 4th Model List of Essential Medicines for Children)等,才能優先確認國家應負有哪些核心義務為滿足心理健康權最為基本且迫切,例如(一)初級心理保健(primary mental health care)、(二)與心理健康相關服務之不歧視(non-discrimination in mental health-related provisions)、(三)範本名單第 24 章所定義之心理暨行為異常所需之藥物(medicines for mental and behavioral disorders)、(四)適當生活條件(adequate standard of living)之滿足,及最重要的(五)制訂並執行國家心理健康政策暨行動計畫,包括心理健康權之法律承認;此外,相關政策應基於科學證據(evidence-based)、應對於弱勢或邊緣族群人口給予特別關注,且應定期接受公眾之監督(participatory and transparent process),故(六)發展出一套「關於心理健康權的指標基準評量機制」(right to mental health indicators-benchmarks assessment)也是國家的立即義務之一。

特別需要再深入討論的是如何將「心理健康服務整合進初級保健中」(integrating mental health services into primary health care)?根據《阿拉木圖宣言》,「初級保健」(primary health care)係關於「基礎健康照護」(essential health care)之提供,而這項措施應為個人及家庭於其居住的社區中皆能普遍取得,故其供給應距離人民生活和工作的場所越近越好。初級保健之概念指涉的是基於人民需求所給付之照護服務,是地方區域化的(decentralized),才能針對不用地區人民之需求而設計,且需要社區跟家庭之積極參與。[73]至於在初級保健中提供「心理健康服務」(mental health services),包括診斷與治療精神疾患者、在地方落實精神疾患預防策略,即確保初級保健工作者有能力運用重要的社會心理學及行為科學等知識技能(例如訪視、諮商及人際互動等)

[73] *See* WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September1978

於其日常工作內容中，以改善初級保健中之整體健康結果（overall health outcomes）。初級心理健康服務（primary mental health services）係為補充如綜合醫院（包含短期住院及從會診到聯繫其他醫藥部門等服務）等第二級（secondary）與第三級（tertiary）之心理健康服務，因為它們雖有能力處理精神疾病之急性發作（acute episodes of mental illness），卻無法解決慢性疾患者（people with chronic disorders）住院又出院再入院的「旋轉門現象」（revolving door syndrome），除非獲得全面性的初級保健或社區服務的支持與協助。[74]

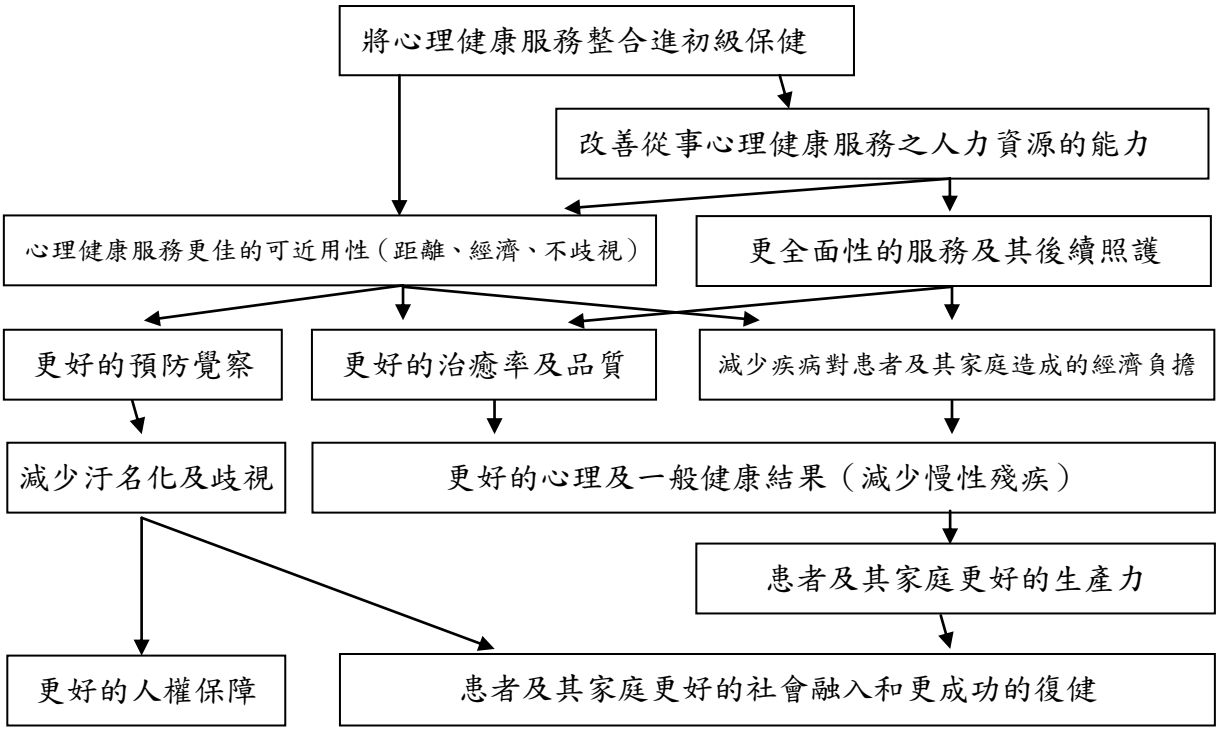


圖 4.5 將心理健康服務整合進初級保健

WHO 認為將心理健康服務整合進初級保健裡有許多優點：[75]（一）減少精神疾患者及其家庭成員之汙名化，並使心理健康服務更為大眾接受與利用；（二）改善精神醫療照護取得之機會、一同處理其他身體合併症（comorbidity）以獲得更佳的健康結果、增加精神疾患防止或及早發現的機會、由於社區化（better physical accessibility）、費用節省（better financial accessibility）且服務在地化（better acceptability）等原因，可提供精神疾患者更容易取得之治療；（三）減少精神疾病慢性化（chronicity），並促使患者及其家人更容易重新融入社會（social integration）；（四）避免心理健康服務需求者輕易地被要求強制治療或入院、減少汙名更能使醫療服務接受者及其家人受到不正之社會歧

[74] *See* WHO, *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope* (2001)
[75] *See* WHO, *Integrating Mental Health Services into Primary Health Care*, Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet (2007), Sheet 3, pp. 1-3

視，如此都能確保人權受到更多保障；（五）根據大部分常見精神疾患接受治療的臨床經驗，初級保健所能提供的關懷與照護絕對比精神病院（psychiatric hospitals）好太多了；且（六）改善從事心理健康專業的人力資源，並增強基層護理人員應對精神疾患之能力。

而 WHO 對於初級心理保健之重要建議內容，包括（一）初步的情勢分析（preliminary situational analysis）、（二）建立現行網絡（networks）／結構（structures）及人力資源（human resources）、（三）資金挹注（funding）、（四）對於精神疾患提供明確的描述（delineation of mental disorders）、（五）人力資源之培訓（training and competencies）、（六）新進初級保健人員之招募和教育（recruitment and education）、（七）藥品之可取得性（availability of medicines）、（八）新進初級保健人員之監督和支持（supervision and support）、（九）透過合作網絡（collaborative network）運作有效的轉診及調整系統（effective referral and coordination system）、（十）跨部門途徑（intersectoral approach）及其與社區服務間正式與非正式之連結（links with community services），及（十一）評鑑及監督之記錄系統（recording systems for evaluation and monitoring）等。[76]因此，這些都應該是國家在建立「初級心理健康服務機制」時，應同時納入政策及立法考量的重要因素。

至於，所謂逐步實現之義務，係指國家負有特定且持續性的義務，充分利用國家所能取得的最大資源，並且採取審慎且目標明確的步驟，以儘快且有效地朝向人民心理健康權的完全實現，其中最重要的仍是心理健康權之實現不得有倒退的情形。其中，第 14 號一般性評論認為應優先處理的是（一）確保生產前後，母親與胎兒的心理健康因素被照護；（二）兒童的人格養成與心理健康照護尤其重要；（三）調查全國中最主要且常發生之精神疾患或行為異常，並研擬應對計畫；（四）提供全民正確且容易取得之心理健康資訊及教育，及（五）提供相關專業人員之適當訓練，其中應包含人權教育之意識。總的來說，國家為確保心理健康人權實現而應盡之義務，得見於表國家在尊重、保護和實現三個層面的一般義務和具體法律義務[77]。

因此，關於「心理健康人權」在國際人權法下之規範向度應可歸納如以下：一個國家應基於「不歧視原則」，透過所有方式（必要時，包括爭取國際合作和國際援助），立即或漸進（但不得倒退）地承認、尊

[76] *See* WHO, *Organization of Service*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2003); WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programme (updated version)*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2005)

[77] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraph 30-37; and General Comment No. 3 (1990), paragraph 9

重、保護、助益、提供並促進人民享有「完全之心理安適狀態」的權利，其中應優先處理（一）與性及生育相關之心理健康、（二）兒童與青少年之心理健康、（三）自然、居家與職場環境中之心理健康要素，（四）精神疾病之預防、治療與控制、及（五）精神醫療照護與基礎藥物之可近用性等問題，並使各項現行或政策中預計提供之心理健康服務、商品和設施充足的份量、更容易為人民（包括每個弱勢或偏遠地區之族群人口）所取得、更為人民（包括傳統上經常透過宗教、文化或其他群體支持方式等族群）所接受，且品質越來越好，而以上作為及不作為是否已立即實現或漸進發展的情況應持續受到國際社會及公民團體之監督，透過「心理健康指標暨基準之評量」的方式，以認定權利侵害、國家或第三人之歸責及適當的救濟與補正措施。

至於，值得再提的是關於「促進最可達到最高標準的心理健康權」（promoting the right to the highest attainable standard of mental health），WHO 更進一步地呼籲各國政府在很大程度上採取「跨部門的策略」（intersectoral strategies），而其至少包括下列之特定方法：[78]

（一） 兒童期早期干預（early childhood interventions），例如對孕婦進行家訪、學前的心理暨社會干預（pre-school psycho-social activities）、對弱勢族群開展營養與心理社會相結合之協助干預（combined nutritional and psycho-social help）；
（二） 向兒童提供支持（support to children），例如，技能養成計畫（skills building programmes）、兒童與青少年發展計畫；
（三） 賦權於婦女以改善其社經地位（socio-economic empowerment of women），例如提升受教機會及改善小額貸款的方案；
（四） 向老年人提供社會支持（social support for elderly populations），例如幫助行動（befriending initiatives）、老年人社區和日託中心；
（五） 針對包括少數民族、原住民、移民和受到衝突與災難影響的人民在內的脆弱族群之規劃，例如災後心理社會干預；
（六） 學校內的心理健康促進活動，例如支持學校生態變化的規劃、對兒童友好的學校；
（七） 工作中的心理健康干預，例如壓力預防計劃；
（八） 住居政策（housing policies），例如改善住居；
（九） 暴力防治規劃（violence prevention programs），例如社區治安行動（community policing initiatives）；

[78] *See* WHO, *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*, WHO Fact Sheet No. 220 (2001)

（十） 社區發展規劃（community development programs），例如社區關懷行動，整合性的農村發展（integrated rural development）。

第三節　其他國家人權報告之心理健康人權內容及其國家機制

本節檢視不同國家不同次數的國家人權報告（經社文公約報告），心理健康呈現情形，可以瞭解不同年代或國家對心理健康人權議題重視的變化，可供未來我國在提出人權報告中心理健康權的參考。心理健康權所檢視的面向包含「綜合性或整合性法律框架或政策架構」、「有關性或生育之心理健康保障及促進」、「兒童與青少年之心理健康保障及促進」、「自然、居家或職場之心理健康促進」、「精神疾患與疾病之預防、治療及控制」、「精神醫療照護與基礎藥物之可近用性」等。

選擇最早開始加入人權報告的國家，如加拿大、芬蘭、澳洲，可以看到逐次的報告，出現對弱勢群體的關心，以及兒童成長的重視，從精神疾病的照顧，到心理健康之提昇。其中，加拿大較為特別，是各省自行發展，有的很積極，有得很緩慢；澳洲也是各州自行發展，但人權報告是呈現國家整體狀態。輔以日本、韓國、香港等鄰近國家或地區的報告，以瞭解東亞發展之趨勢。最後也以此指標架構，檢視我國初次報告的心理健康人權內容。

本節依序檢視各國人權報告（經社文公約報告）遞交次數（年），如下表。

表 4.14　各國人權報告（經社文公約報告）遞交次數（年）

國家	人權報告遞交次數（年）
加拿大	第一次（1978）、第二次（NA）、第三次（1997）、第四次（2004）、第五次（2005）、第六次（2012）
澳洲	第一次（1978）、第二次（NA）、第三次（1998）、第四次（2008）
芬蘭	第一次（1978）、第二次（NA）、第三次（1995）、第四次（1999）、第五次（2006）、第六次（2013）
日本	第一次（NA）、第二次（1998）、第三次（2011）
韓國	第一次（1993）、第二次（1999）、第三次（2007）
香港	第一次（1999）、第二次（2003）、第三次（2010）
台灣	第一次（2012）

一、 加拿大國家人權報告之心理健康人權檢視

加拿大是一開始即參與，所以第一次人權報告 1978 與其他國家都只著重 6 到 9 條，本處僅就最近四次國家報告來分析。加拿大為聯邦制國家，由十個省和三個地區組成。前者是根據憲法條約所設立，由各省所立的政府管轄；而後者是依聯邦法律所設立，由聯邦政府直接管轄。女王在各省之代表稱副總督（Lieutenant-Governor），在特區的代表稱專員。省政府實施內閣制且在醫療保險、教育及社會福利等方面擁有相當大的自治權，而地區多數事務則由聯邦政府直接管理。十個省分別為亞伯達省（Alberta）、英屬哥倫比亞省（British Columbia）、馬尼托巴省（Manitoba）、紐芬蘭與拉布拉多省（Newfoundland and Labrador）、新伯倫瑞克省（New Brunswick）、新斯科舍省（Nova Scotia）、安大略省（Ontario）、愛德華王子省 （Prince Edward Island）、魁北克省（Québec）及薩克其萬省 （Saskatchewan），而三個地區分別是努納武特（Nunavut）、西北地區（Northwest Territories）和育空（Yukon）。

如上所述，由於加拿大特性是中央是聯邦，地方有十個省，三個特別行政區，各省行政是獨立作業，故各自有自己的人權委員會或類似的組織架構，也因此可以發現各省之間或聯邦與地區之間的發展落差，也因此各地的心理健康政策或《精神衛生法》的進步與落後是一覽無遺的，而這也是聯邦國家最大的危機，所幸加拿大聯邦政府本身會作為領頭羊的角色提出示範性立法或相關的試驗性措施，以供各地方政府參考，也可以瞭解到加拿大政府對於人權保障及健康促進等價值是十分重視的。以下透過列出逐年改變，可以看到因保護對象越來越細緻、保護標的越來越明確的發展，且由於有了早年的基礎，因此第五次、第六次已由原本著重在治療與康復及精神病患保護措施，逐漸移轉到早期干預及全民心理健康促進，如此立法與政策的增進，可見心理健康方案之多元化且主流化的趨勢，真不愧是《渥太華健康促進憲章》（Ottawa Charter for Health Promotion）及「國際健康促進會議」（International Conference on Health Promotion）的發起國。

表 4.15 加拿大國家人權報告之心理健康權檢視

	報告（年份）／具體內容
綜合性或整合性法	第 3 次（1997）：[79] ● 薩斯喀徹爾省於 1992 年發起了一項重大的衛生改革，基於三項主

[79] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Third periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Canada, E/1994/104/Add.17, 20 January 1998

律框架或政策架構	要原則採取所謂的「良好健康方法」（wellness approach）：擴大社區對衛生系統的參與和管制；改善各項衛生服務的協調一致，以便形成更具針對性和更有效的衛生體制；並增進強調對疾病和事故的預防、健康的生活方式、基於社區的方案、服務的實效和公共政策。衛生改革的第一階段，即結構改革（structural reform），涉及建立新的政府機構、新法或修訂原本的立法、改變為保健服務的投資辦法，並創建許多區域衛生委員會，承擔起管理和提供應急照管、長期護理、救護車和家庭服務的初步責任，及執行該區所有年齡層的居民之公共衛生、心理健康及戒治服務等任務。 ● 在「魁北克人權委員會訴教育委員會的 St. Jean-sur-Richelieu 案」（ Quebec (Commission des droits de la personne) v. St. Jean-sur-Richelieu, Commission scolaire），魁北克上訴法院認定，「St. Jean-sur-Richelieu 對就讀於發育不全兒童班級（class for children with developmental disorders）中的一名自閉症兒童（autistic child），拒絕為他在普通班就學提供全時陪讀人員，違反了魁北克《人權和自由憲章》（Quebec Charter of Human Rights and Freedoms）第 10 條之規定。」該條規定保障個人的權利和自由，得到全面、平等的承認和行使，不因身心障礙而有任何差別。法院表示，第 10 條並沒有要求身心障礙兒童完全融入普通學校，但要求學校董事會在不特別為難的情況下，應提供在教學法上和行政方面皆現實可行之措施。 ● 1993 年修訂了《英屬哥倫比亞學校法案》（British Columbia School Act），增列一項關於學校任務的說明，即「英屬哥倫比亞省的教育制度之目的在於使所有學習者開發其個人的潛力，掌握知識、技能和應有的態度以便為健康，民主和多元社會和繁榮持久的經濟作出貢獻。」因此，為每個學生訂出了三個目標：智力發展、人文與社會發展，以及生涯規劃。目前針對個人計畫教學方案，設計了學會生活（Learning for Living）這門課，以鼓勵學生重視並尊重自己和他人，學會作出負責任的決定，並爭取過健康且平衡的生活，其主要內容包括職涯說明、防止虐童、家庭生活教育、健康生活、心理健康，安全和事故防治，以及物質濫用之預防。 ● 新伯倫瑞克省於 1994 年修訂了《精神衛生法》，擴大新伯倫瑞克省精神病患者的權利，若干修正限縮了管理人、法庭、復審委員會和員警的權力，且新法在以下方面有所變化，包括自願和非自願住院及獲得同意的政策和方式、設立三人患者辯護團（three patients' advocates）；增加精神病患者的隱私權和獲得資訊的權利。 ● 艾德華王子島省新修訂之《精神衛生法》於 1995 年生效，比 25 年前頒佈的舊法大大地促進了病人權利之保障，改進方面包括同意治療、通訊權利、保密等，以及關於社區治療取代醫療機構護理（community treatment instead of institutional care）的規定。 ● 西北地區議會於 1988 年通過《精神衛生法》（Mental Health Act），管理精神病患者提供了法律框架，該法律並於 1994 年又再增訂，以便賦予精神疾病患者更完善的公民權利之保障，相關措施包括「須以他們的原住民語言向他們提供資訊」，於必要時提供口譯人員服務，以及交由法院決定，當病患不自願地被留置超過兩個月，以保證其申訴救濟的權利。

	第 4 次（2004）：[80] ● 加拿大建立了一個跨域性之「聯邦／省／地區心理健康諮詢網」（Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health）。 ● 英屬哥倫比亞省提出了使心理健康系統恢復活力和平衡：1998 年心理健康計畫（Revitalizing and Rebalancing British Columbia's Mental Health System: the 1998 Mental Health Plan）。 ● 魁北克省的衛生暨社會服務部於 1998 年通過魁北克省對付自殺行動戰略（Stratégie québécoise d'action face au suicide），旨在動員衛生和社會服務系統及其合作夥伴為預防自殺做出更大努力。 ● 新斯科舍省的心理健康服務為區域衛生委員會（Regional Health Boards）挹注資金，以實施六項關於心理健康的核心計畫（Core Programs related to Mental Health），分別為兒童和青年、對成年人心理健康之社區支持、急性住院病人、成人門診病人／外展服務、專業培訓計畫、預防及提升。
	第 5 次（2005）：[81] ● 英屬哥倫比亞省於 2001 年開展健康指導計畫（HealthGuide Program），向該省所有居民提供健康資訊並接受諮詢，包括四部分：健康指導手冊（HealthGuide Handbook）、健康指導網站（HealthGuide OnLine）、護士專線（NurseLine）及健康檔案（HealthFiles）。其中，護士專線甚至提供聾人／聽力受損者之服務，及包括 17 種原住民語等 130 多種語言的同步翻譯；而健康檔案以易於民眾理解之 170 多種關於公共和環境衛生與安全等廣泛問題之介紹。 ● 薩克其萬省於 2001 年所公佈的薩克其萬省醫療保健行動計畫（Action Plan for Saskatchewan Health Care）中承認初級醫療保健之重要性，除促進更普遍之保健服務，於 2003 年開通了一條全省範圍之 24 小時免費健康專線（HealthLine），以提供民眾迅速獲得健康知識的機會。
	第 6 次（2010）：[82] ● 加拿大於 2007 年成立了一個心理衛生委員會（Mental Health Commission of Canada），作為重組心理衛生政策和促進服務的觸媒，協助全國性心理衛生議題探討，減少對精神疾病病人的烙印與歧視，並傳播有關心理健康、精神疾病之實證資訊給政府、相關單位及社會大眾。 ● 薩克其萬省的健康專線（HealthLine）於 2006 年啟動了「回應心理健康與成癮危機」（Mental Health and Addictions Crisis Response）的新部門，其中包括心理健康、藥物／酒精專家、社工或心理護士等專業服務。此外，針對聯邦政府所建立之原住民健康轉化基金（Aboriginal Health Transition Fund Adaptation Envelope），採取關於

[80] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Fourth periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Canada, E/C.12/4/Add.15, 20 October 2004

[81] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Fifth periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Canada, E/C.12/CAN/5, 30 August 2005

[82] *See* Canada's Sixth Report on the United Nations' International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Covering the period January 2005 - December 2009

	心理健康之計畫係提供各種心理衛生服務，包括物質濫用問題、家庭暴力、自殺防治、自信建立及增進社區教育等。
有關性或生育之心理健康保障及促進	第 5 次（2005）： ● 薩克其萬省於 2004-2005 年度間，針對四個社區為一項「認知障礙戰略」（Cognitive Disability Strategy）挹注新的資金，優先要件包括加強胎兒酒精紊亂症（Fetal Alcohol Spectrum Disorder）之預防和幹預、改進獲得評估和診斷的機會、加強基於需求之直接協助，也將有更多人能獲得臨時託護、家長協助及獨立生活支持等服務。 ● 新斯科舍省在處理弱勢群體利用機會的問題時，於 2005 年採用了新的省級產前教育及援助標準（prenatal education and support standards）及青少年健康中心標準（youth health center standards），且「健康開端家訪倡議」（Healthy Beginnings Enhanced Home Visiting initiative）也加強了對早期需要額外支援的家庭之援助。
兒童與青少年之心理健康保障及促進	第 3 次（1997）： ● 「聯邦－省－地區之兒童和青少年心理健康問題工作小組」（Federal-Provincial-Territorial Working Group on the Mental Health of Children and Youth）作出一份標題為「建設未來：加拿大兒童和青少年心理健康服務綱要」（Building the Future: A Framework for Mental Health Services for Children and Youth in Canada）的報告中承認，家庭是向兒童和青少年提供照料、扶養和支持的關鍵，社區的優先事項應為提高家庭教養兒童之能力。 ● 聯邦政府於 1992 年公布一項「兒童發展主動行動」（Child Development Initiative (CDI)），為期五年，價值 5 億加元之系列方案，目的在處理威脅兒童（尤其是 0-6 歲）健康的危險情況，包括投資社區計畫，如社區兒童行動方案（Community Action Programme for Children）和第一民族方案（First Nation projects），此外尚包括一項由 33 個方案組成的跨部會行動，針對處於貧困、健康和營養不良、心理健康和發展問題、身心障礙或受傷、受虐和被忽視之風險的兒童。CDI 是以早期干預為原則，執行各種戰略以處理這些危險情況，進而促進兒童健康及福祉。對於 CDI 所涉及之層面、成果及成本效益之實證評估，這項行動運作良好，且已達到了初步方案之執行和落實目標。 ● 英屬哥倫比亞省於每年 10 月發行《領養家庭月刊》（Foster Family Month）載文表彰領養家庭對兒童作出的貢獻，並頒發副總督領養家庭獎（Lieutenant-Governor’s Foster Families' Awards）。關於家庭支持服務，透過提供諮詢、父母培訓、臨時住所和賑濟資助，以促進和保持家庭之完整，並使之於其所在社區內盡可能獨立發揮自身功能，也因此政府於 1990 年在溫哥華市開辦了第一家原住民家庭和兒童服務所（Native Family and Children’s Services Unit）。此外，在社會幫助方案（Social Assistance programme）下，有扶養子女之家庭可領取一年一度的開學補助金（back-to-school supplies），以幫助支付開學後的各種用品費用，而身心障礙的兒童可領取夏令營補助（Camp fees）以便參加各種活動。1994 年時，政府為紀念「國際家庭年」（International Year of the Family），在維多利亞市舉辦了以「更健康的兒童、更健康的家庭」（Stronger Children, Stronger Families）

	為主題的國際會議。 ● 薩斯喀徹爾省的《註冊臨床心理師法》修正案（Registered Psychologists Amendment Act）於 1994 年生效，凡被區衛生委員會或區域大學作為心理醫生雇用的人，均被增列入而免除依《註冊臨床心理師法》（Registered Psychologists Act）之規定之註冊人員名單。透過評估、追蹤、諮詢和公共教育服務，為患有發育或行為問題的兒童提供早期兒童臨床心理服務（early childhood psychologist services）。 ● 安大略省兒童的心理健康屬於社區和社會服務部（Ministry of Community and Social Services）的職權範圍。1983 年進行了針對全省範圍內 4-16 歲的兒童心理健康（psychiatric health）所為之「安大略兒童健康研究」（Ontario Child Health Study），普遍認為該研究結果迄今仍然具有重要的意義，而其發現有些兒童群體由於不同形式的童年問題而被視為處境危險。在危險指標中，最普遍的是單親家庭，然後是社會援助和補貼住房，而這些危險指標又是相互密切關聯的。 ● 安大略省兒童援助協會有權強制帶離並安置符合《兒童和家庭服務法》（Child and Family Services Act）所定義之「需要保護的兒童」，包括（以下為例示而非列舉）遭受身體傷害或有上述情況之虞者；遭受性騷擾或性剝削或有上述情況之虞者；兒童需要治療、防止或減輕身體傷害或痛苦，而無法受到治療者；兒童遭受情緒傷害，表現出嚴重焦慮、憂鬱、孤僻、或自傷或粗野行為，而無法接受克服或減輕損害之服務或治療者；兒童智力、情緒或發育條件如果不加以糾正就會嚴重損害其健全發育，而無法接受治療或緩解者等。 ● 安大略省政府所提供的各種兒童心理健康服務是為緩解兒童及其親屬遇到的一系列情緒、行為和精神問題，有的是根據跨領域專業辦法的計畫，有的是在精神科醫生的監督下提供之，此外亦資助了一系列對處境危險兒童提供之預防性社區措施，包括向少年母親提供的嬰兒發育服務、支助和住房服務、家長救助方案、社區和家庭資源中心。這些方案旨在問題出現之前進行排解。報告期間，安大略針對了「好的開始、好的未來」（Better Beginnings, Better Futures）之預防模型（model of prevention）進行了調查，該模型旨在防止兒童發育不良，並著眼於遇到情緒、行為、社會、身體和認識問題的 0-8 歲的兒童。該模型為 7 個城市貧民區和 5 個第一民族社區起了示範作用，而試驗專案中包括一個旨在滿足康沃爾市（Cornwall）法語兒童（Francophone children）具體需要的計畫。 ● 新斯科舍省於 1991 年生效的《兒童和家庭服務法》（Children and Family Services Act），取代了原有的《兒童服務法》。新法明確規定，在作出影響到兒童的決定時，應考慮到兒童的最大利益，其中更特別提到了兒童與家長建立一種積極的關係與確立家庭成員地位對其成長的重要性、兒童照料連續性的重要性和這種連續性中斷對兒童的可能影響，以及兒童的身體、心理和情緒等發展面向（physical, mental and emotional level of development）。

	第 4 次（2004）： ● 馬尼托巴省於 1998 年建立了青少年緊急危機穩定系統（Youth Emergency Crisis Stabilization System），向處於危機之中的青少年及其家庭提供每週七天、每天 24 小時的各種不同心理健康服務。 ● 安大略省強調改善兒童身心健康之措施，包括 1999 年的四項倡議及「健康嬰兒、健康兒童」（Healthy Babies, Healthy Children）之計畫。
	第 5 次（2005）： ● 英屬哥倫比亞省於 2003 年批准了五年的兒童和青少年精神健康計畫（Child and Youth Mental Health Plan）正大力加強為具有精神障礙的兒童和青少年及其家庭提供之服務，並大幅增加了相關資金之預算。 ● 亞伯達省於 2003 年批准了跨部會的「特殊與複合需求之兒童和青少年及其家庭之服務政策框架」（Policy Framework for Services for Children and Youth with Special and Complex Needs and Their Families），相關部會透過兒童和青少年倡議（Alberta Children and Youth Initiative）承認具有特殊或複合需求之兒童和青少年需要跨部門和區域之的服務與協助。此外，於 2003-2004 年，亞伯達省也協助擬定了預防原住民青少年自殺之戰略（Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy），著重與原住民社區協作，以促成青少年自殺之社區預防聯網。 ● 薩克其萬省當時正在制定一項兒童心理健康服務全面計畫（comprehensive plan for children's mental health services）。 ● 新斯科舍省於 2003 年開始集中管理在矯正設施中的青少年之醫療保健服務，透過一個由護士、心理學者、社會工作者、醫生所組成之跨領域醫療小組，IWK 醫療中心(Izaak Walton Killam Hospital for Children Health Center）向新斯科舍青少年中心（NS Youth Centre）裡的青少年提供醫療服務和精神疾病方面的服務，也矯正中心或社區裡的青少年啟動了一項性侵犯傾向青少年治理方案（Sexually Aggressive Youth Treatment program），以根據青少年的實際需要，在社區、醫院或青少年中心為法院進行精神病學和心理學評估或鑑定。
	第 6 次（2010）： ● 英屬哥倫比亞省發展出一項標準化之「早期發展評鑑工具」，以評估兒童早年之發展，此非用來作為個別兒童之診斷工具，而是用來評估兒童在五項領域中之發展，包括身體健康、社交能力、情緒成熟度、語言及認知發展、溝通技巧等。此外，亦針對原住民兒童及其家庭保障，省政府與第一民族（加拿大境內數個原住民族之通稱，但不包括因努伊特族與梅蒂族）共同簽署了「關於第一民族兒童、青少年及家庭之承認及協調議定書」（Recognition and Reconciliation Protocol on First Nations Children, Youth and Families）以提供並加強對原住民兒童特別需求之關照。 ● 亞伯達省提出一項包括 17 個部會和加拿大公共衛生署等之跨部會倡議「亞伯達的健康孩子」(Healthy Kids Alberta!)，是為 2007-2017 為期十年之省級框架，旨在促進未來兒童及青少年之健康，主要成

	果包括提升低收入懷孕婦女之健康，增進嬰幼兒、兒童、青年及其家庭利用心理健康服務之機會，並提升處於危機中的兒童與青少年之關照服務。2006 年，省政府又擬訂了「正向未來－極大化亞伯達兒童與青少年之心理健康：行動框架」(Positive Futures—Optimizing Mental Health for Alberta's Children and Youth: A Framework for Action)及始自 2008 年為期 3 年之「兒童心理健康計畫」(Children's Mental Health Plan)，增加了校園及社區中關於兒少心理健康促進之經費預算。此外，於 2009 年將「原住民青少年自殺防治戰略」（Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy）修訂為「原住民青少年及社區賦權戰略」(Aboriginal Youth and Community Empowerment Strategy)，包括採取社區回復、賦權及全人安適等方法，使其與降低原住民青年風險因素之目的更為一致。
自然、居家或職場中之心理健康促進	第 3 次（1997）： ● 根據「聯邦－省不營利住房方案」(Federal-Provincial Non-Profit Housing Program)，自 1990 年以來政府已經建造了五千多個住房單位，提供給某些特定群體，包括無家可歸者和「有無家可歸之虞之人」，如因酗酒或毒品濫用接受醫療者、身心障礙者、家庭暴力倖存者以及從前進過精神病院治療者。此外，依「避風港專案」(Project Haven）及「下一步方案」(Next Step programmes)，亦自 1988 年至 1995 年建造了將近八百個應急和第二階段住房單元，以援助為逃避家庭暴力而離家之婦女和兒童。 ● 加拿大衛生部長於 1994 年宣布一項新的原住民健康戰略，定名為「建設健康社群」(Building Healthy Communities)，主要針對第一民族部落和因努伊特人組織在心理健康、酗酒和家庭護理方面等優先問題。儘管取得了重大進步，保留地上的原住民兒童和因努伊特人仍被認為是全加拿大中健康狀況最受威脅的群體，其中印第安人和因努伊特部落居民因無故受傷、暴力和自殺造成的死亡和疾病比例都偏高，「貧困」與「隔絕」被認為是最主要的因素。因此，由「健康加拿大組織」(Health Canada）出資，與各省和地區合作實施「光明未來」計畫（Brighter Futures programmes)，旨在改善因努伊特人和保留地上印第安人的身心健康和社會福祉。 ● 阿爾比省高等教育和職業發展部（Alberta Advanced Education and Career Development）根據「身心障礙者職業恢復方案」(Vocational Rehabilitation of Disabled Persons (VRDP) programme)，旨在透過提供設備和其他所需資源協助心智或肢體障礙者參加定期機構培訓並逐漸過渡至能夠獨立工作。 ● 艾德華王子島省於 1991 年修訂了該省《家庭和兒童服務法》(Family and Child Services Act)，擴大了關於報告虐待兒童行為和收留需要保護兒童的規則的範圍，且考慮到嚴重的家庭暴力問題，在 1992 年為遭受到家庭暴力的個人制定了一項「社會住房優先安置」政策（priority placement policy for social housing)。 ● 在育空地區，聯邦政府提供的一項連續照護方案（continuing care programme）該區的老年人和身心障礙者提供全面的護理服務，並試圖將這些服務與各社區的社會服務協調並結合起來。在其他諮詢服務中，尚包括就業和培訓服務，以及財政援助，以便幫助人們參

	加正式的職業培訓或成年教育計畫以及康復服務。此外，育空地區的住房服務部門（Residential Services）通過各種方案和服務，包括「在自家獨立生活支持計畫」（In Own Home Supported Independent Living programme），向有精神障礙的成年人提供住房支助和生活技能培訓，並向患有嚴重身心障礙或慢性疾病的人，而沒有私人保險且每年用於藥品、手術和其他醫療必需品超過 250 加元提供財政資助。
	第 4 次（2004）： ● 安大略省於 1999 年制訂安大略省「打擊虐待老人行為戰略」（Ontario's Strategy to Combat Elder Abuse），目的在防止虐待老人行為並及時協助受虐老人或處於受虐危險中的老人。 ● 魁北克省人權暨青少年權利委員會於 1994 年做出一份關於對男女同性戀者之暴力和歧視的公開諮詢報告（report on a public consultation concerning violence and discrimination against gay men and lesbians），為回應其中之建議，衛生暨社會服務部於 1997 年採取了一項使社會和衛生服務更適於他們生活之現實的政策（a policy to adapt social and health services to the realities of their lives）。
	第 5 次（2005）： ● 英屬哥倫比亞省於 2004 年公佈《社區照護及援助生活法》（Community Care and Assisted Living Act）取代了《社區照護機構法》（Community Care Facility Act），以簡化、更新居民社區關照系統與兒童日托設施之管理及現代化。
	第 6 次（2010）： ● 英屬哥倫比亞省透過社區協助方案（Community Assistance Program），提供適於個人之客製化服務，以協助精神疾患者住屋、心理衛生服務、藥物治療、法律扶助、兒童照顧、家庭服務等相關內容。此外，並推動原住民社區之健康促進計畫，要求社區領袖帶領社區、家庭、個人之健康生活。針對年長者，推動「年長者獨立社區行動計畫」（Community Action for Seniors' Independence program），以促進非醫療之家庭支持服務（non-medical home support services）。 ● 馬尼托巴省指出低收入者之心理健康問題主要與住居和相關支持服務有關，故於 2009 年公佈了一項「街友康復之家安置策略」（Homeless Strategy with a Focus on Mental Health Housing），以協助無家可歸或有無家可歸之風險者適合且負擔得起的住居支持服務。
精神疾患與疾病之預防、治療及控制	第 3 次（1997）： ● 英屬哥倫比亞省政府於 1992-1993 年修訂了衛生部的 13 項部級行政規定，並通過了新的《醫療暨衛生保健服務法》（Medical and Health Care Services Act），以緩解新指令所帶來的轉型階段，該省為此在各區域均實施了「將精神衛生中心、醫院和其他各種服務單位的服務結合起來」的聯合專案（joint projects）。此外，於 1991 年成立了一個預防資源中心（prevention resource centre），提供有關防止麻醉品濫用和酗酒方面的資料，並於 1992-1993 年，在弗雷澤谷地區（Fraser Valley region）擴大了酒精及毒品預防服務，將問題意識帶入中學校園，並要求學校的預防工作人員（school-based prevention

	workers）提供促進生活技能和健康等生活方式相關知識。「預防酗酒和吸毒方案診療委員會」（Alcohol and Drug Programme (ADP) Clinical Committee）已開始執行省級婦女委員會（Provincial Women's Committee）關於改進對婦女服務之建議，且在 ADP 五個地區其中三個開辦了對高風險青年（high-risk youth）服務。 ● 阿爾比省的《精神健康法》（Mental Health Act）於 1990 年生效，它對由指定的精神病醫院接受和收留非自願病人所必須遵守之條件作出了規定，例如病患有權瞭解羈留他們的理由，並有權向獨立的審查小組（independent review panel）提出上訴，且該法設置了精神健康病患獨立辯護律師（independent Mental Health Patient Advocate）代表受到認可之病人監督該法案之施行。 ● 薩斯喀徹爾省在 1993-1994 年間修訂了《精神衛生服務法及條例》（Mental Health Services Act and Regulations），其中一個重大的新趨勢是規定了「強制性社區治療命令」（mandatory community treatment orders）。精神衛生服務採取了一系列廣泛地基於社區的方案和住院精神護理服務，包括與綜合醫院聯合經管的精神病房。此外，大型精神病醫院提供了一系列住院治療服務，且新增開設了一項中期治安法院鑑定方案（medium-security forensic programme）。1992-1993 年期間，與薩斯喀徹爾省北區酗酒和濫用毒品問題委員會（Northern Region of Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission）合作，在薩斯喀徹爾省北部實施了一項行動康復方案（mobile health-recovery programme），由精神衛生服務工作人員和戒毒問題諮詢者共同組成。除薩斯喀徹爾省北部的一些服務外，薩斯喀徹爾省衛生部提供的精神衛生服務將從 1995 年 3 月 3 日起轉交給各區衛生委員會負責。
	第 4 次（2004）： ● 亞伯達省精神健康委員會（Alberta Mental Health Board）：對社區心理健康服務的資助在過去 7 年中增加了 142%，而對機構服務的資助只增加了 14%。建立了亞伯達省精神疾患暨心理健康聯盟（Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health），其中身心障礙者狀況總理委員會（Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities）亦參與其中。 ● 馬尼托巴省進行心理健康改革（1995-1999），通過新法《精神衛生法》（Mental Health Act），並陸續設立機動危急病情單位（mobile crisis units）、危機穩定單位（crisis stabilization units）等作為。 ● 安大略省分別於 1995、1996 年頒佈了《替代決策法》（Substitute Decisions Act）及《保健同意法》（Health Care Consent Act），以增進因心理疾患或障礙而易受權利侵害的成年人之保護。此外，於 1999 年開加拿大先河，宣佈了一項關於阿茲海默症之綜合性多層面戰略（comprehensive and multi-faceted provincial strategy on Alzheimer disease），以提高阿茲海默症患者的生活品質及提供患者家庭實際援助，並培訓保健提供者以擴大服務。
	第 5 次（2005）： ● 英屬哥倫比亞省於 2004 年推出「每一扇門都是合理的：英屬哥倫比亞省解決物質使用與成癮問題之規劃框架」（Every Door Is The

	Right Door: A British Columbia Planning Framework to Address Problematic Substance Use and Addictions)，並推動心理健康及物質成癮資訊之夥伴關係（Partners for Mental Health and Addictions Information)，以向存在精神障礙或成癮問題的人及其家庭、各類服務部門之專業人士與公眾提供具實證基礎之健康資訊。此外，亦發展出新的第三級精神照護設施，在全省用現代化且家庭式設施取代過時的機構式設施，以提供更貼近家庭氛圍之新的照護形式。 ● 艾德華王子島省於 2000 年開放了一個省戒毒治療設施（Provincial Addictions Treatment Facility)，並整合了所有區域方案和服務。自那時起開始提供專業服務以應付吸毒者之新挑戰，目前提供評估、諮詢、住院和門診戒毒、早期介入方案、康復、癒後治療與照護、大眾衛生教育、家庭支持、青少年方案及住院和門診等戒賭方案，並在每個醫療區提供門診戒毒和門診復健、家庭諮詢、戒菸和學生協助方案及其他青少年服務。
	第 6 次（2010)： ● 亞伯達省於 2010 年宣佈了《精神衛生法修正法案》(Mental Health Amendment Act)，包括引進了社區治療處方（community treatment orders）以協助嚴重且長期的精神疾患者必要之支持，並增加相關機構或機制之預算。
精神醫療照護與基礎藥物之可近用性	第 3 次（1997)： ● 馬尼托巴省在 1990-1995 期間，對心理健康服務提供系統（mental health service delivery system）作出了許多改革，擬訂計畫以改善該省八個保健區域中社區服務，主要辦法是對現有資源作出了調整，目前正處於各不同的落實階段，且將原本以市鎮醫院為基地的照管制度，不分城鄉均改為社區照護為主的作法，因此大大地增加了區域和社區結構中之規劃責任。相關之重大改革項目，包括（以下為例示而非列舉）撤銷了許多成年人精神病床位，以便發展全面實施的社區方案；設立了一個協調委員會（Coordination Committee）以確保馬與西部的溫尼泊緊急照護與危機回應系統（Winnipeg Acute Care and Crisis Response System）之間正在實施的各項合作服務計畫；撥款資助憂鬱症和躁鬱症協會(Society for Depression and Manic Depression)、馬尼托巴精神分裂症協會（Manitoba Schizophrenia Society）和馬尼托巴精神疾患協會社團（Society for Disorders Association of Manitoba)；馬尼托巴省衛生部正與兩間綜合醫院合作制訂一項住院病人服務計畫（plan for in-patient services)，從而使馬尼托巴省北部的居民能得到所有各類精神保健的全面服務；要求為成年人、兒童和青春期少年人口廣泛地發展一系列基於社區的應付危急病情及輔助性的服務等。 ● 馬尼托巴省關於對從事精神衛生服務者的專業培訓，亦正擬訂改善精神衛生服務技能的專案，目前精神醫療培訓班(psychiatric training courses）已招收了本省各地區，主要是鄉村地區的六名家庭醫生和一般行醫者，且已經受訓畢業了。對精神護理人員的培訓工作已經轉交給了布蘭登大學（Brandon University)，且在馬尼托巴大學（University of Manitoba）醫學院的臨床健康心理學系（Department of Clinical Health Psychology）負責管理下，業已發起了一項北部鄉

	村心理學培訓方案（rural northern psychology training programme），將為 Norman、Thompson 和 Interlake/Eastman 等區域培訓臨床心理師。
	第 4 次（2004）： ● 安大略省的健康暨長期照護部為心理健康增加預算，用於街友心理健康倡議（Mental Health Homelessness Initiative），並開展維護社區治療小組（Assertive Community Treatment Teams）之服務，且增加三種抗精神病藥物納入安大略省藥物處方集（Ontario Drug Formulary）。
	第 5 次（2005）： ● 艾德華王子島省於 2000-2004 年實施了一項新的心理健康服務提供計畫（service delivery plan for mental health），並提供了將各心理健康方案擴大到全省範圍之機會，旨在為省級系統反應確定並公佈服務優先事項及專門方案、加強追蹤具有嚴重和長期心理疾病的服務物件、平衡社區和醫院的資源，及連結初級、強化和專業治療等介入措施。典型的做法強調危機應變系統和擴大基於社區的服務，包括初步評估、教育、支助、與其他服務提供者之聯繫以及諮詢、治療與持續的支助，惟該省各項方案同時包括兒童精神病理學、精神疾病諮詢、老年精神醫學、與醫生共同照料，以及為新生兒到 18 歲子女及其家庭建立的增強兒童心理健康網。
	第 6 次（2010）： ● 馬尼托巴省於 2009 年建立了一個獨立於其他部會之心理健康危機應變中心（mental health crisis response centre），以提供所有有心理健康需求者對相關服務之可近用性，加強監督與評估危機介入及治療服務，以及提供心理諮商等。 ● 安大略省於 2009 發動了「健康照護連結」（Health Care Connect）的機制，以幫助病患尋找其社區中之家庭醫師或護理人員，登入者可透過超過 120 種語言之網路或電話等方式，故相關計畫已考量了可近用性、社會及文化接受度等因素，並依照不同優先性及包括精神疾病在內等健康問題，依危險程度及問題性質分別給予協助。 ● 魁北克省於 2008 年實施了一項計畫，以協助身心障礙者（包括肢體或智慧障礙，或廣泛性發展障礙）使用服務的機會，其企圖確保使用者能及時獲得各項協助，且根據一項為期五年的心理健康行動計畫（2005-2010 Action Plan on mental health），該省發展了更容易取得的前線之精神醫療照護，該計畫提供對具有嚴重精神疾患的青少年與成年人使用醫療措施，且將有高度自殺風險者列為優先對象。

二、 芬蘭國家人權報告之心理健康人權檢視

芬蘭第一次國家報告在 1978 年完成。與其他國一樣，1978 年正式出現各國家的第一次人權報告中，只要求大家提出 6-9 條，即工作權、享受公平的和良好的工作條件的權利與組織和參加工會及罷工權利、享受包括社會保險的社會保障之權利等。關於安全健康的環境，會以環境的硬體設備的安全性，或是環境中是否有致癌物等暴露會對身體健康的危害，會提出職場健康維護為主，較偏向勞安督導、檢查員等設置，對於心理健康則沒有提出。大都著重在相關工作保障與福利提供，和相關立法條文，例如：育嬰假、各項津貼、補助、年金、機會均等、要有休閒、限制工作時數、放假有給等等。至於第二次報告（1984 年）則未公告，因為分三次才將條文審議完畢，分別是 1984 年（6-9 條）、1986 年（10-12 條）及 1991 年（13-15、11、12 與 16 條）。至於最近一次（第六次）的報告中，關於健康權，不再如前幾年只提到國民的疾病狀況，其標題直接提出國家健康政策與普及可近的初級健康照護（universal access to primary health care），並明確將「健康促進」（health promotion）視為一個重要的環節。

表 4.16 芬蘭國家人權報告之心理健康人權檢視

報告（年份）／具體內容	
有關性或生育之心理健康保障及促進	第 6 次（2011）：[83] ● 芬蘭針對「兒童及母親健康之措施」（measures to improve child and maternal health），強調其產前健康之措施相較於歐洲其他國家是較好的，因政府提供了高品質且易取得之產婦服務。關於未來的挑戰，可能包括過重產婦之增加、酒精和藥物之錯誤使用、懷孕時抽菸行為、越來越多社會背景及健康需求不同的移民、高齡產婦（尤其是高齡第一次生產者）、產科服務高度集中在城市，使偏遠地區婦女不易取得緊急醫療，以及對於產後憂鬱（postnatal depression）情況之認識與敏感度不足。 ● 自 2001 年，根據《基本教育法》（Basic Education Act）的一個政府命令（Government Decree (1435/2001)）納入了性健康為芬蘭初級學校體系中國家課程的一個強制項目，且國家學校健康促進研究（National School Health Promotion Study）也自 1995 開始每兩年監督一次青少年的性知識與行為。
兒童與青少年之心	第 3 次（1995 年）：[84] ● 芬蘭政府規定對兒童實施之健康檢查，除身體狀況外，特別注意

[83] *See* ECOSOC, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Consideration of the sixth periodic report of States parties due in 2010 under articles 16 and17 of the Covenant, Finland, E/C.12/FIN/6, 14 March 2013

[84] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Third periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Finland, E/1994/104/Add.7, 14 August 2005

理健康保障及促進	兒童的精神活動與社會心理成長，且規定學校所提供之保健服務，即保健中心中應具有臨床心理學、精神科醫師、語言治療師等專業服務。此外，已提出應重視孩童心理問題須有醫療照顧等需求。
	第 4 次（1999）：[85] ● 芬蘭關於免費基本教育之支持性措施，根據《職業教育法》，要求政府應向因身心障礙、疾病、發育遲緩、心理疾患或其他某種原因而需要教學或學生福利服務的學生提供特殊教育。
	第 5 次（2006）：[86] ● 兒童保健醫院（child health clinics）和學校保健服務（school health services）對於加強和支援兒童的健康發展是至關重要的，芬蘭已特別採取措施，為地方當局提供有關推動兒童在心理和社會方面發展的具體辦法。 ● 除了國家的健康政策以外，其他旨在推動兒童健康發展的政策，例如在政府的運動政策的框架內，特別注意了青年的體育活動，或為了增加青年一代對於健康問題的知識，又重新在學校課程中增加了健康教育的內容。
	第 6 次（2011）： ● 芬蘭國家健康暨福利研究院（National Institute for Health and Welfare）發展了一項新的觀察兒童健康之市級系統，將把心理健康、酒精使用與吸菸行為等情況都納入兒童青少年地區資料系統中。此外，芬蘭也分別就酒精濫用、菸草濫用和性傳染病等相關心理健康問題，提出了回應以符合 WHO 全民健康的原則，重視質與量在日常生活環境中的健康。包括孕產照顧、兒童門診、學校健康、職場健康、各種診斷服務等。
自然、居家或職場中之心理健康促進	第 3 次（1995 年）： ● 芬蘭於 1989 年和 1993 年提交 ILO《關於聯業安全及健康之第 155 號公約》執行情況報告中列舉了有關職業健康及安全法規之修訂。根據 ILO 關於職場安全及健康公約和建議，勞動部的職業安全及健康委員會制訂了「國家職業健康計畫」，旨在已知造成各種問題和使工作人員健康受到威脅的職業中，實現有效之職場保健，而依 1988 年《職業安全法》所確立之職業保健制度，提出政府、健康專業人員及雇主應特別注意會影響安全和健康之心理健康。
	第 5 次（2006）： ● 關於芬蘭的社會福利措施，針對精神或者身體殘疾的人、酗酒或者其他方面有嚴重問題的人在住房設施方面的需要提供住房設施。並提出需滿足處於弱勢地位的尋求庇護者的特殊需要，例如兒童最高利益及兒童特殊需要皆應為首要考慮，或為了適當照顧

[85] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Fourth periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Finland, E/C.12/4/Add.1, 9 December 1999

[86] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Fifth periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Finland, E/C.12/FIN/5, 8 February 2006

	弱勢人士，就必須提供更為有效的諮詢、康復以及心理健康服務。 ● 芬蘭除確保全體國民提供初級、二級和三級醫療體系之平等服務（equal access to services）外，「職業健康服務體系」（occupational health service system）幾乎涵蓋了所有的勞動人口，主要任務是增強職工健康及監測健康風險因素的影響，同時也包括全科醫生或者專科醫生的醫療服務。
精神疾患與疾病之預防、治療及控制	第 4 次（1999）： ● 芬蘭提出近年來在其國內主要的流行疾病控制之報告，包括循環系統疾病、肌肉骨骼疾病、癌症及各種精神疾患。特別是在 1987-1996 十年間，精神疾患大多發生在工作年齡階段之人口，且女性的發生率高於男性，深受過勞、憂鬱與疲勞症之苦。總計約有 20%的成人人口有心理健康的問題，其中精神型疾患（psychotic disorders）佔 2%、神經官能症（neuroses）佔 13%，且心理健康的問題好發於接近退休年齡之工作人口，而較少發生在老年人身上。至於關於精神疾患所致之障礙，自七零年代開始亦越來越頻繁；此外，在芬蘭自殺也是造成早亡的重大原因之一，特別是在年輕人口之中，自 1940 至 1990 年為止，自殺的相對和絕對頻率持續上升，在這以後出現稍有下降的趨勢。
	第 5 次（2006）： ● 關於芬蘭國民之身體及心理健康，大多數資料顯示，文化水準越低，就越容易在身體和精神方面患上慢性病。男子愛喝酒，因此同酒精有關的問題也較多。而婦女則往往易患抑鬱症。惟有關全體國民或其類別的精神健康的資料十分有限。然而，精神疾病已經成為領取「疾病養老金」的主要原因。這種情況不應被解釋為國民的精神健康狀況已經發生變化，而是對於精神病的看法和做法有所改變，不過濫用麻醉藥品和酗酒的情況的確日益嚴重，且在過去十年中，所使用的抗憂鬱症的藥品日益增多，可能意味著藥品的治療面擴大。 ● 在過去若干年中，因為自殺而死亡的人數有所減少，這也是治療抑鬱病取得成效之一。將 1978 年至 1980 年國民健康狀況調查同 2000 年的調查相比，症狀值沒有發生任何變化。此外，藥物濫用替代療法有些成效，故將再增加青少年藥物濫用防治之經費。 ● 加強醫療服務體系之有效性，包括預防、加強各個地區合作、資訊和通信技術發展以及在醫生和護士的分工方面進行試驗。心理健康服務之發展（包括推動、預防和治療服務）是這個專案的優先事項之一。 ● 近年來議會監察員（Parliamentary Ombudsman）收到許多有關醫療服務的投訴，大多數涉及確保《憲法》第 19 條第 3 項所規定的「適足醫療服務」（adequate health care services）方面的問題。其他由議會監察員所監督的重要問題包括自願接受精神病醫院的治療以及兒童和青年人享受精神病醫生服務的基本權利。有關向兒童和青年提供精神治療服務之新規定見於《精神衛生命令》（Mental Health Decree (1247/1990)）之規定。除非醫療或照護實證上認為有該原則之例外證據，否則考慮到治療的緊迫性，須於 3 個月內提供必要之醫療服務。

	第 6 次（2011）： ● 關於確保精神疾病患者適當治療及照護之措施（measures to ensure adequate treatment and care for mental health patients），芬蘭提出精神疾患的數量在過去幾年並未增加，但因為職場精神疾病造成憂鬱症發病之請假率和傷殘補助津貼之增加幾乎是九零年代末期的兩倍。為避免憂鬱症及減少與憂鬱症相關之工作失能的情況，社會事務暨健康部（Ministry of Social Affairs and Health）啟動了 Masto 計畫（2008-2011）。 ● 為了確保精神病機構中適當之治療及照護，社會事務暨健康部於 2009 年發布了國家心理健康及物質濫用工作方案，其聚焦於加強患者之地位、提升為促進心理健康和麻醉戒除及為避免社會問題和負面影響之努力，以及發展著重門診服務與基礎服務之醫療體系。 ● 芬蘭國家健康暨福利研究院（National Institute for Health and Welfare）於 2009 年預備了一項執行方案，在許多訓練課程、合作會議及計畫中，推動心理健康與物質濫用之國家級方案。 ● 「國會監督系統」持續確保年輕人快速得到可及性的精神疾病的服務、診斷與治療，但對躁動或暴力病人的身體健康照顧有強制處理之必要性進行評估，以確保他／她本身及其週遭民眾的安全與健康。雖然對於全國性的心理健康促進行動並未明確指出，但針對不同族群之措施散佈在各國促進平等和消弭歧視及初級健康照護等項目中。
精神醫療照護與基礎藥物之可近用性	第 6 次（2011）： ● 關於這部分，芬蘭分別提出了關於「預防性、治療性及康復性醫療設施、適品及服務」（access to preventive, curative, and rehabilitative health facilities, goods and service）、「健康照護服務之可負擔性及健康保險」（affordability of health-care services and health insurance）、「藥品之有效性及科學之許可」（effectiveness and scientific approval of drugs）等三部分，其中，根據其《初級健康照護法》（Primary Health Care Act (66/1972)），地方政府應特別提升老年人及身心障礙者之健康。此外，《病患地位及權利法》（Act on the Status and Rights of Patients (785/1992)）定義了病人的健康暨醫療照護權利，並強調「不歧視原則」適用於所有永久定居於芬蘭者。

三、 澳洲國家人權報告之心理健康人權檢視

澳洲也是一開始就參與了經濟、社會及文化權利的國家報告，其第一次國家報告報告只有第 6-9 條，第二次報告未公告。本處係就 1998 年第三次的報告開始觀察，那是澳洲首次特別提及對精神病患之照顧，和特殊群體如婦女或原住民等提出心理健康相關狀況。澳洲雖然也是聯邦和州政府分權制訂及實施相關政策，但其國家報告並未如加拿大那樣就聯邦與省級措施分別仔細提出。

表 4.17 澳洲國家人權報告之心理健康人權檢視

報告（年份）／具體內容	
綜合性或整合性法律框架或政策架構	第 3 次（1998）：[87] ● 聯邦、州和地區三級政府共同批准了關於改善國家五個健康優先領域狀況的國家指標，這五個領域是：癌症預防、心理健康、傷害預防和控制、心血管疾病、糖尿病。其中「全國心理健康戰略」（National Mental Health Strategy），反映了州、地區和聯邦三級政府改善精神疾病患者的生活狀況的決心，目的是為促進澳洲社會的心理健康，預防心理健康問題和精神失調現象的出現。心理健康方面的政策指導已經從陳舊過時的精神病「處理方法」，如關押和送入病院等，向提倡建立社區為基礎的治療和支援系統這一方向發展。 ● 心理健康立法中的連貫一致性是澳大利亞心理健康改革工作的一個組成部分。在澳大利亞衛生部長諮詢委員會全國心理健康工作組（Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group）的主持下，制定了《心理健康示範性立法》（Model mental health legislation），以便協助各州和地區實現擬定連貫一致的立法這項目標。這項策略最終將爭取使社會全體成員共同努力，消除精神病患者受到的虐待、不公正待遇、詆毀和歧視，並消除人們對精神疾病的誤解和缺乏瞭解這一狀況，以便堅決制止對精神病患者的人權的侵犯行為。 ● 新南威爾斯州政府於 1997 年對《心理健康法》（Mental Health Act）作了重要修改，以便政府能夠儘早介入，向需要得到照料的精神病患者提供援助。這次修訂對精神病患者（mentally ill person）的定義作了修改，規定必須照料身體可能受到傷害的人、可能遭受財務損失的人、以及其密切的人際關係和名譽可能受到損害的人；並採取了另一些措施，包括因應 2007 年《新州精神衛生法》（NSW Mental Health Act 2007）修改「官方探望員方案」（Official Visitors Program）等，以確保該方案切合精神病患者的需要。以上修改是在廣泛徵求社區、消費者及專業團體的意見之後作出的，目的是改善為精神病患者提供的服務。州政府認識到，為了精神病患者的需要，立法框架和心理健康服務這兩者必須相互配合。除了進行重要的立法改革

[87] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Third periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Australia, E/1994/104/Add.22, 23 July 1998

	外，1995 年以來，心理健康服務的經常性經費又增加了 2,700 萬澳元，且將繼續努力，確保整個全州的精神病患者都得到協調一致的服務和照料。
有關性或生育之心理健康保障及促進	第 3 次（1998）： ● 澳洲是制定了婦女健康政策的為數不多的國家之一。制定這項政策之前曾徵求個人和代表了全國 100 多萬婦女的組織的意見，其目的是改善所有年齡層中女性的健康和福利狀況。這項策略明確指出了婦女的特殊的健康問題，特別是生產健康、高齡婦女健康、對婦女的暴力、作為照料者之婦女的健康需求、心理和情緒健康、職業、健康與安全以及性別角色刻板印象對健康之影響（health effects of sex role stereotyping）等。
自然、居家或職場中之心理健康促進	第 3 次（1998）： ● 聯邦政府一項「原住民和托雷斯海峽島人情緒健康暨社會福利行動計畫」（Action Plan on Aboriginal and Torres Strait Islander Emotional and Social Well-Being）得到 2,000 萬澳元的撥款，這項計畫旨在滿足原住民社區心理健康照料方面極大的尚未得到滿足的需求。計畫的重點是減輕創傷和痛苦諮詢服務、培訓活動、完善注重文化特性的心理健康服務以及一項預防青少年自殺計畫（National Youth Suicide Strategy），方案並對影響到原住民心理及情緒健康的因素進行研究。 ● 新南威爾斯州制訂了一項「原住民衛生保健資訊戰略」（Aboriginal Health Information Strategy），目的是擴大該州的原住民健康照顧服務使用情況資料庫，該州還同聯邦政府合作，正在擬定績效指標，以幫助改進向原住民提供服務的狀況，故該州公佈了一項原住民心理健康策略（Aboriginal mental health strategy）和一項家庭健康策略（family health strategy）。

另外，在 2007 年澳洲始提出第四次的報告，因為內容只列出一些相關法令，因此研究團隊更進一步地整理了近十幾年來澳洲「心理健康促進」相關政策之發展：澳洲聯邦政府於 1991 年首先發表《心理健康：權利與責任聲明》（Mental health: Statement of rights and responsibilities），文中清楚說明服務使用者、家屬、倡導者、服務提供者、社區等相關權利與責任。1992 年推出第一期五年的全國心理健康計畫，其提供具體的政策架構與聯邦經費，並立基在「主流化」與「整合性」的共同目標。1998 年開始第二期的全國心理健康計畫，此擴展至心理健康促進與心理疾病的預防及早期介入等重點方向，並且持續改革心理衛生服務的結構，以及發展心理健康促進的實證模式。2003-2008 年間為第三期的全國心理健康計畫，而目前已經進入第四期的計畫階段（2009-2014）。澳洲的心理健康政策分為聯邦與州政府兩個層級。如下表：

表 4.18　澳洲的心理健康政策之聯邦與州政府兩個層級

層級	政策別	期程	相關促進與預防的內容
聯邦政府	澳洲政府理事會之全國心理健康行動計畫	2006-2011	此政府整體計畫將努力透過促進、預防、早期介入與增加服務的可及性，以改善民眾心理健康狀況與提昇疾病復原能力。
	第四期國家心理健康計劃	2009-2014	採用一種群體健康的策略，此項國家整體計畫的對像是所有經驗不同階段心理衛生問題與心理疾病的民眾，包括其照顧者與家人。這項計畫的重點部份在於 社會融合（social inclusion）與復原、預防與早期介入、服務可及性、協同合作與照護連續性、品質改善與創新、責任（過程評估與報告）。
	全國心理健康促進、預防與早期介入之行動計畫	2000	此項行動計畫提供一個能夠有效提昇心理健康、預防、早期介入等群體介入之策略架構。
州政府（以新南威爾斯為例）	投資一個更美好未來計畫	2009	此項長期計畫主要目標在傳遞最佳的服務給新南威爾斯民眾，其中重要的優先項目有藉由提供額外的社區心理衛生方案來有效改善心理健康的結果；擴展原住民部落相關服務；增加社區復健方案；改善年輕人相關早期介入與支持性的服務；新增心理衛生相關硬體設施；新的自殺防治策略。
	心理健康的新方向	2006	跨生命歷程(life span)的促進、預防與早期介入相關服務；改善與整合照護系統；加大社區參與；增加職場適應，使有較佳的勞動力。
	跨機構致力更佳心理健康計畫	2005	提供心理疾病發展風險或已屆心理疾病早期階段的民眾相關預防與早期介入服務；提供生活在社區中的心理疾病患者相關社區支持性的服務。
	社區心理健康策略：從預防與早期介入到復原	2007-2012	提昇心理健康與幸福；在服務傳輸的過程中，嵌入有關復原的策略方式；防止或較早介入心理疾病的初始或復發。
	原住民心理健康與幸福政策	2006-2010	政策目標在透過增進有文化敏感與回應的心理健康服務之可及性，進而提昇澳洲原住民人口的心理健康與幸福感。此目標之達成須建立在穩固的工作關係、可接觸與能回應的心理健康服務、不同年齡層的心理健康服務、具支持與技巧的人力等條件。

	多元文化心理健康計畫	2008-2012	此省級的計畫重點在改善文化與語言多元的社區民眾之心理健康狀況，其優先策略聚焦在教育、預防、早期介入與具文化包容及回應性的心理衛生服務。

四、 日本國家人權報告之心理健康人權檢視

日本第一次關於經濟、社會及文化權利的國家報告並未公布，故本節係整理自其於 1998 年的第二次國家報告及 2009 年的第三次國家報告，亦可發現關於心理健康人權的部分散落許多條文之報告內容中，主要是「家庭保障權」及「健康權」等，且特別著重於兒童權利之保障，但也可發現日本為增加人民平均壽命和生活品質（QOL）亦有許多基於全人觀點（holistic view）所為與健康促進（health promotion）相關之措施。

表 4.19 日本國家人權報告之心理健康人權檢視

報告（年份）／具體內容	
綜合性或整合性法律框架或政策架構	第 3 次（2009）：[88] ● 自 2000 年開始，日本政府啟動了一項稱為「健康日本 21 世紀」（Health Japan 21）的活動，旨在減少中年人之死亡、延長健康的壽命、改善生活之品質。該活動含括九大領域，分別為營養及飲食、身體活動與運動、休息及心理安適、菸草控制、酒精控制、口腔健康、糖尿病、循環系統疾病、癌症等。日本爾後於 2003 年通過了《健康促進法》（Health Promotion Act），旨在以「健康日本 21 世紀」為核心政策，更積極鼓勵人民改善健康等措施提供法律基礎。
有關性或生育之心理健康保障及促進	第 3 次（2009）： ● 日本為確保產婦與嬰幼兒之健康，依其《生產及兒童健康法》（Maternal and Child Health Law），政府為產前婦女或產婦及胎兒提供健康檢查、健康教育、早產照護，以及其他必要之諮商服務。此外，根據《身心障礙者服務與支持法》（Services and Supports for People with Disabilities Law），政府更應提供精障兒童醫療費用上之財務協助，以助其健康發展並獲取自立生活之能力，且代為負擔使用相關復原設備（prosthetic devices）所需之費用。

[88] *See* ECOSOC, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Third periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Japan, E/C.12/JPN/3, 16 May 2011

兒童與青少年之心理健康保障及促進	第 2 次（1998）：[89] ● 日本於 1994 年已批准了《兒童權利公約》，故正加強措施，以預防、早期診斷和早期治療精神障礙兒童，並將其妥適安置於專屬兒童之精神療養機構、專門學校等措施中。此外，也積極促進家庭福利措施，如在兒童指導中心及福利辦事處提供諮詢、派遣家庭助手等，而在「撫養子女之經濟援助」的部分，提及依據《兒童津貼法》（Child-Rearing Allowance Law）及《提供特別兒童津貼法》（Law Concerning the Provision of the Special Child-Rearing Allowance），針對照顧和撫養或監護精神障礙之兒童的父母或監護人，提供特別之撫養補助。
自然、居家或職場中之心理健康促進	第 2 次（1998）： ● 日本政府自 1998 年以來，推動了「活躍 80 健康計畫」（Active 80 Health Plan）中之「國民促進健康運動」（National Health Promotion Movement），著重在營養、鍛煉和休息等方面建立健康的生活習慣，並在現在措施上增加運動與休閒成分，以改善人民生活。以上與 1999 年旨在改善人民生活質量之「促進健康及預防疾病中長期計畫」（Medium- and Long-term Plan Concerning Health Promotion and Disease Prevention）相輔相成。
	第 3 次（2009）： ● 日本為防治職業傷害或疾病，政府自 1953 年採取了許多種措施，如制訂工業傷害預防計畫（Industrial Injury Prevention Programs），而第 11 期（跨 2008-2012 之財政年度）決定採取包括「維護心理健康」（safeguard mental health）及「創造更愉快的工作環境」（make work places more pleasant）等措施。 ● 日本的心理健康暨福利措施總署（Headquarters of Mental Health and Welfare Measures）於 2004 年制訂了一項「心理健康及福利服務之改革視野」（Reform Vision for Mental health and Welfare Services）的計畫，主要內容包括加深人民對心理健康議題之認識、精神衛生照護之改革、加強回歸社會生活之支持。此外，根據 2006 年生效之《身心障礙者服務與支持法》，要求地方政府提供整合性服務，而不特別就肢體、智能或精神障礙區別其身份，以減少適用上之歧視。

[89] See ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Second periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant in accordance with the programmes established by Economic and Social Council resolution 1988/4 (Addendum), Japan, E/1990/6/Add.21, 15 October 1998

精神醫療照護與基礎藥物之可近用性	第 2 次（1998）： ● 日本政府為確保適當的醫療服務，根據有關精神障礙的心理健康及福利之法規，政府為出具縣知事命令（orders of the prefectural governors）之住院病人和門診病人支付醫療費用，而相關政策正從「精神病院住院治療」到「社區照護」的階段性變化，如 1988 年頒佈的《心理健康法》（Mental Health Law）取代了《精神衛生法》（Mental Hygiene Law），為精神疾患者提供更多保護及康復機會。1995 年再次修訂該法，改善相關福利措施與地方精神衛生措施，故更名為《精神疾患者心理健康及福利法》（Law Concerning Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled）。
	第 3 次（2009）： ● 為確保適足之醫療服務，日本政府透過監督專業人員數量、財務狀況等方法，於其醫療照護體系中，為個別具有身體或心理不同狀況之病患提供了有效、高品質且適當之醫療照護，且自 1977 年開始重視為地方居民（尤其是偏遠地區）提供「不分日夜、不論假日之緊急醫療服務」。 ● 日本在其醫療保險制度中，根據《關於精神疾患者心理健康及福利法》（Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mentally Disordered），政府為確保精神疾患者享有公共心理健康及福利（public mental health and welfare）全額負擔了具有縣知事命令之住院病人和門診病人的醫療費用，而這項發展主要是延續著「從以醫院為中心之照護到以社區為中心之照護」（From Hospital-Centered Care to Community-Centered Care）的計畫方針。

五、 韓國國家人權報告之心理健康人權檢視

韓國第一次的國家報告是在 1993 年。從其歷次報告來看，可以觀察到韓國關於心理健康的部分，特別強調青少年族群在工作環境中心理健康之促進、重視患有精神疾病或精神障礙兒童接受特殊教育之需求，以及該國國民日益嚴重之精神物質濫用的問題。因此相關內容主要集中在「與工作相關之權利」、「享有最高標準心理健康之權利」及「受教育權」等部分。

表 4.20 韓國國家人權報告之心理健康人權檢視

報告（年份）／具體內容	
綜合性或整合性法律框架或政策架構	第 2 次（1999）：[90] ● 由於韓國社會經濟環境和人口家庭結構產生巨大變化，預計社會心理疾患者人數將增加，故政府正在制訂「國民心理健康長期服務計畫」（long-term service system plan for national mental health）。根據 1995 年通過的《精神衛生法》（Mental Health Act），精神衛生政策的總體方向已從長期住院治療改變為社區精神衛生療養，且韓國政府尚在研擬一套社區心理健康服務系統（community mental health service system），以便實施早期介入等措施。
	第 3 次（2007）：[91] ● 韓國在 2000 年將《藥物法》（Drug Act）、《鴉片管理法》（Opium Management Act）和《致幻精神藥物管理法》（Mental Hallucination Drug Management Act）合併為《藥物管理法》（Act on Drug Management），並指定了二十幾家醫院免費治療吸毒。於 1992 年，韓國禁毒運動總署（Korea Anti-Drug Movement Headquarters）成立，積極開展禁毒運動，如宣傳活動等。為了積極參與並穩固與其他國家和國際組織在消滅非法毒品方面之合作方案，韓國政府亦出席了聯合國藥物管制規劃署（UNDCP）組織的遠東各國禁毒執法機構負責人會議（Conference for the Heads of National Drug Law Enforcement Agencies (HONLEA) of the Far East）、禁毒聯絡官員的國際合作會議（Anti-Drug Liaison Officials' Meeting for International Cooperation (ADLOMICO)）、可倫坡計畫（Colombo Plan）等。
有關性或生育之	第 1 次（1993）：[92]

[90] See ECOSO, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Second periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Republic of Korea, E/1990/6/Add.23, 12 October 1999

[91] See ECOSO, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Third periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Republic of Korea, E/C.12/KOR/3, 4 February 2008

[92] See ECOSO, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Initial reports submitted by States Parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), Republic of Korea, E/1990/5/Add.19, 5 January 1994

心理健康保障及促進	● 關於婦幼保健方案（MCH Programmes），除透過 1973 年頒布之《婦幼保健法》（Maternal and Child Health Act）提供法律基礎，尚包括自 1991 年起，政府對低收入家庭的新生兒就六種先天性代謝疾病（congenital metabolic diseases）進行檢查，以預防智能發育不全或遲滯的情況（mental retardation）。
	第 2 次（1999）： ● 韓國政府自 1997 年起對所有新生兒進行先天性甲狀腺機能減退（congenital hypothyroidism）和苯酮尿症（phenylketonuria）之免費健康檢查，以預防智力發展遲鈍的問題（1991-1996 年時，只有低收入戶之新生兒能享有這項待遇）。
	第 3 次（2007）： ● 根據韓國於 1999 年修訂之《母嬰保健法》（Mother and Child Health Act），從 2000 年起為早產或弱智嬰兒提供支助以及產後護理。此外，為所有新生嬰兒進行的先天智力遲鈍（natural retardation）測試從 2005 年的兩種擴大到 2006 年的六種。假如測試結果顯示為不正常，則提供專用嬰兒配方奶粉並支付醫療費用，以防止心智障礙並將失常發生率降到最低。 ● 韓國根據 1998 年推行的《母嬰保健十年計畫》（Ten-year Plan for Mother and Child Health），母嬰保健專案把青年和中年婦女納入了生命週期保健管理系統。韓國政府為此實施了詳細的方案（共十四種），這些方案可滿足當地居民的需要，大幅促進了地方母嬰的健康，尤其制定了「兒童發育和成長檢查方案」（Infant Growth and Development Screening Programme）以便及早發現嬰兒出現的失常或疾患之癥狀。
兒童與青少年之心理健康保障及促進	第 1 次（1993）： ● 為促進學齡前兒童身心協調發展，韓國政府依《教育法》（Education Act）及《學前教育促進法》（Preschool Education Promotion Act）成立了許多結合照料與教育性質之日託機構。
	第 2 次（1999）： ● 韓國政府依《初等及中等教育法》（Primary and Secondary Education Act）和《促進特殊教育法》（Special Education Promotion Act）及其他施行細則，為身心障礙的兒童設立特殊教育學校，並提供相當之資助。此外，在一般學校實施特殊教育的現狀為若干身心障礙兒童需要上特殊教育班，但有更多具有視力、聽力或精神障礙的同學是上通常班級且接受一般教育，出於促進其社會融合和去標籤化等考量。
	第 3 次（2007）： ● 韓國政府為了對虐童問題做出積極回應，在 2000 年修改了《兒童福利法》（Child Welfare Act），明確了虐待兒童的概念，並分為身體虐待、心理虐待和性虐待或忽視（physical, mental and sexual abuse or neglect）。對虐待兒童者實施的處罰措施也更加嚴格。此外，開通了應急聯繫號碼（1391），並建立了「預防虐待兒童中心」，以及時通報虐童案件。為防止兒童遭受性暴力，韓國政府於 2004 年在首爾為遭受性虐待的兒童建立了一個保護機構「向日葵中心」（Sunflower Centre），目的是為性

	暴力受害者及其家庭提供治療、心理諮詢、調查和法律支助。2005 年在永南（Youngnam）和賀南（Honam）也建立了這樣的機構。
自然、居家或職場中之心理健康促進	第 1 次（1993）： ● 韓國政府認為由於青少年在體力及心智上都不如成年人成熟，且技術上亦不如成年人熟練，因此有必要格外保護青少年的安全及健康。依其《勞動標準法》（Labour Standards Act），基於道德及健康之考慮，雇主對青少年之工作環境負有許多相關法律義務。政府亦為在青年工人聚集的區域內提供社會教育和娛樂活動，建造並管理「青年工人中心」，其中包括教育機構、福利機構、體育運動機構等；且為促進青年工人進一步接受文化教育之機會，政府每年都舉辦了文化藝術節（festival of culture and art）等相關活動。 ● 韓國自 1989 年起向所有人提供國家健康保險，且對 65 歲以上之老年人和接受生活補助（livelihood-assistance）提供免費或只收取小部分費用之醫療服務。再者，根據《老年人福利法》（Aged Welfare Act）第 9 條之規定，政府對 65 歲以上的年長者進行每年一次的免費健康檢查，並提供保健教育、諮詢和早期治療。再依同法第 11 條，老年人有身體上或精神上障礙者，得在其住所接受社會工作者、保健工作者和家務工作者在自願基礎上所提供之協助，旨在使國民的晚年生活更加安樂。
	第 2 次（1999）： ● 韓國政府主張由於參與志工活動（volunteer activities）能提升年長者身心方面之生活品質，故考慮透過鼓勵民間活動和提供交通費等辦法，促進老年人參與各種志工或社會活動。
	第 3 次（2007）： ● 由於韓國社會中流行一種觀念認為「一個人能否成功在很大程度上取決於這個人所接受的教育程度而不是其個人能力，故在爭相進入『一流大學』方面存在激烈之競爭。」私人教育收費不同導致出現教育差距，且私人教育支出過高為家庭經濟帶來沉重負擔，而這一直是中產階層家庭生活品質下降的主要原因，且競爭過於激烈和私立教育機構常要學生學習到深夜，這往往為學生們帶來不穩定感（sense of instability）和缺乏自主權（lack of self-autonomy），進而影響其心理和生理成長。為因應這個情況，韓國政府於 2004 宣布了一項行動計畫，透過標準化公共教育的費用，以遏止私立教育機構的成本，並加強正規學校教育的計畫，包括致力於基礎設施建設，提供更多替代教育的機會（alternative education opportunities），以淡化高等教育中的排名結構（college ranking structure）。
精神疾患與疾病之預防、治療及控制	第 1 次（1993）： ● 關於精神疾病之防治，韓國政府為因應「患者多半需要長期治療與照護，且治癒率很低」等情況，因此認為有必要建立一套綜合防治體系（comprehensive control system），以便能早期發現、治療並採取後續措施。除了增加專門醫院和病床外，綜合防治體系更包括建立公共精神病醫院和非政府醫療機構問

	之聯繫與職責分工、預計於 1993 年完成自閉症患者的康復中心（rehabilitation centre for autistic patients）之建造，且預計頒佈一部新的《精神衛生法》。 ● 韓國政府於 1957 年頒布了《麻醉藥品法》（Narcotics Act）、1976 年通過《大麻管制法》（Cannabis Control Ac）及 1979 年再頒佈《精神藥物管制法》（Psychotropic Substances Control Act），旨在為保健社會部（Ministry of Health and Social Affairs）建立一套統一的管制體系，以防止危險物質之濫用。保健社會部亦指定了二十個公立精神病醫院為治療暨康復中心（treatment and rehabilitation centres），且於 1993 年設立了「特別專科治療康復中心」（Special Expertise Treatment and Rehabilitation Centre）。為保障相關人權，政府宣布了一項《保護正在治療和康復的毒品成癮者之總統命令》（Presidential Decree on Protection of Drug Addicts in Treatment and Rehabilitation），依規定成立了「保護接受治療毒品成癮者之裁判委員會」（Judgment Committee on Protection for Drug Addicts in Treatment），以防止在醫療設施中侵害毒品成癮者之人權，並為確保對這些病人健康人權及自主性之保障與促進。

六、 中國香港國家人權報告之心理健康人權檢視

關於香港提交國家人權報告之沿革，有其歷史與法制上之特殊性，故在其第一次（1999 年）的初步報告中，即合先敘明其與中國間之政治關係及履行人權公約之特殊安排。自 1997 年中華人民共和國政府恢復對香港行使主權，則成立了「香港特別行政區」（Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR)），惟依《中華人民共和國香港特別行政區基本法》（Basic Law of the Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China）第 12 條即明訂香港特別行政區在一國兩制的原則下，不施行社會主義之制度和政策，且原有的資本主義制度和生活方式將維持至少五十年不變。

根據《基本法》第 39 條之規定，「ICCPR、ICESCR 和國際勞工公約適用於香港的有關規定繼續有效，通過香港特別行政區的法律予以實施。」再依《關於香港問題之中英聯合聲明》（Sino-British Joint Declaration on the Question of Hong Kong）和《基本法》等規定，並考慮到中國還不是 ICCPR 和 ICESCR 的締約國，中國政府於 1997 年將有關香港依兩公約規定向聯合國提交報告之安排通知聯合國秘書長。爾後，中國政府於 1998 年時通知聯合國「香港特區將依兩公約相關規定提交其國家人權報告，其中所涵蓋的期間為 1997 年 7 月 1 日至 1998 年 6 月 30 日」。

在 2001 年，「經濟、社會及文化權利委員會」就香港提交的初步報告公佈了審議觀察之結論，並要求香港特區「按原訂日期」（prescribed dates）提交第二次報告；惟由於之後情況有改變，委員會原訂之日期已不適用，因為中國在 2001 年 3 月 27 日向聯合國秘書長存放了 ICESCR 的批准書，故三個月後（即 6 月 27 日）公約對中國生效。復根據聯合國經濟社會理事會第 1984/88 號決議（該決議修訂了公約第 16 條之規定），中國須在公約生效當日起兩年內提交初步報告，基於上述原因，香港特區的第二份報告則納入中國的首份報告之中。

觀察香港政府所提之報告，可見其對於心理健康之強調與著重，每次都佔了很大的篇幅。雖然絕大多數的內容係關於消弭對精神疾患者之歧視與精神疾病之早期干預和防治，且較少提及關於「健康促進」的內容，但總是可以發現一次比一次更完備的內容（尤其是第三次報告中有針對不同群體提出相關的心理健康政策），且香港政府針對特定較為嚴重的情況應對之決心。此外，香港政府也是少數會在定期報告中指出不同意或質疑前次委員會所作出之結論性意見的，關於這點相當罕見，可見香港政府十分重視委員會（或國際社會其他成員）對香

港社會的意見和看法，也因此其報告內容總是盡可能鉅細靡遺。

表 4.21　中國香港國家人權報告之心理健康人權檢視

報告（年份）／具體內容	
綜合性或整合性法律框架或政策架構	第 1 次（1999）：[93] 香港政府與公平機會委員會（Equal Opportunities Commission）為消除對精神疾患者之歧視，採取若干積極措施，包括自 1993 年大力推行各項公民教育活動及宣傳，以促進身心障礙者融入社會，並鼓勵社會接納，例如：增加精神病康復者（the ex-mentally ill）、精神障礙者（the mentally handicapped）和唐氏症及慢性病患者（persons with Down's Syndrome and the chronically ill）等之就業機會。每年十月，政府會舉辦「心理健康月」（Mental Health Month），且在每年十二月舉行「身心障礙者獨立日」（Disabled Persons Independence Day）的慶祝活動。此外，勞工處的展能就業科也為肢體或精神障礙者跟精神病康復者，提供免費的就業輔導並安排就業服務。 ● 自 1996 年起，香港「康復諮詢委員會」（Rehabilitation Advisory Committee）屬下的康復服務公眾教育小組委員會（Sub-Committee on Public Education on Rehabilitation）正式取代了康復服務公眾教育委員會（Committee on Public Education on Rehabilitation），負責監督、統籌相關活動並評估其成效，包括減少造成身心障礙之意外、盡可能發揮身心障礙者之體能、智能及社交能力、提高大眾對身心障礙者的認識。
	第 2 次（2003）：[94] ● 香港於 1999 年根據《精神健康條例》（Mental Health Ordinance）成立監護委員會（Guardianship Board），旨在為統稱為「精神上無行為能力之人」（mentally incapacitated persons），包括成年的精神疾患者和智能不足者，提供更佳的法律保障。委員會係由一名全職主席和超過 50 名非公務員所組成，當中包括律師、執業醫生、社會工作者和曾經照顧精神上無行為能力人士的人，其對精神上無行為能力而無法自理個人、醫療或財政事務的成年人，具有法定管轄及裁量權。 ● 香港法院在 K 及其他人士訴律政司司長案（K and Others v. the Secretary for Justice）及馬碧容訴高泉案（Ma Bik Yung v. Ko Chuen）中，分別重新闡釋了精神疾患者或精神障礙者無論是在職場或生活環境中，皆不應受到歧視之規定及內涵。

[93] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Initial reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), CHINA: REPORT OF THE HONG KONG SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA, E/1990/5/Add.43, 20 September 1999

[94] *See* ECOSOC, IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: Initial reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant (Addendum), People's Republic of China, E/1990/5/Add.59, 4 March 2004, Part Two: HONG KONG SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION

	第 3 次（2010）：[95] ● 自 2008 年 8 月 31 日起，聯合國《身心障礙者權利公約》（United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities）中國（包括香港特區）生效。為推廣《公約》精神和核心價值，政府提高了相關公眾教育活動的撥款，除籌辦多項全港性大型宣傳活動外，政府亦撥款資助非政府機構和區議會籌辦相關推廣活動，務求深入社會各層面推廣《公約》內涵。在 2009 年，多個政府和非政府機構以「全方位推廣《身心障礙者權利公約》精神，跨界別齊建平等共融社會」（All-round promotion of the spirit of the CRPD and cross-sectoral collaboration towards building an equal and inclusive society）為主題，舉辦了 34 項公眾教育活動。政府亦舉辦了全港性的宣傳活動，以響應世界心理健康日（World Mental Health Day）和國際身心障礙者日（International Day of Disabled Persons）。此外，政府亦加強公務員培訓，以加深公務員對如何在日常工作中應用《公約》之瞭解。 ● 香港勞工及福利局（Labour and Welfare Bureau）和康復諮詢委員會（Rehabilitation Advisory Committee）為積極在地方層級鼓勵公眾接納精神病康復者和推廣支援精神病康復者融入社會的訊息，包括與 18 區區議會合作，舉辦宣傳活動，並資助地方社區團體舉辦以「心理健康」和「為身心障礙者締造共融和無障礙的社會」（working towards an inclusive and barrier-free society for PWDs）為題之各類公民教育活動，從而促進社區共融。
有關性或生育之心理健康保障及促進	第 1 次（1999）： ● 關於家庭健康及為生育年齡婦女和五歲以下兒童提供之健康照護（統稱為 Family Health Service），香港政府建立了 50 個母嬰健康中心（maternal and child health centres）為市民提供全面生育健檢服務，且為婦女提供產前產後服務，包括綜合兒童體能智力觀察服務（Comprehensive Observation Service）。兒童在關鍵歲數時會再進行成長觀測檢驗，倘發現有發育異常之虞時，便會轉介至專科診所和兒童體能智力測驗中心（child assessment centres）接受後續治療及追蹤。
	第 2 次（2003）： ● 平等機會委員會就女性作為心理健康較為脆弱之群體的現象，提出一項重要觀察是來自於「產後憂鬱症」（post-natal depression），並指出其為香港一個主要的精神健康問題，在華裔產婦中，約超過一成在產後患上此病，因而約有半數懷孕婦女及 95%新生嬰兒到母嬰健康中心求診。母嬰健康院為提供一個理想的環境，進行以下工作，包括提高市民對精神健康狀況的瞭解和對治療方法的認識、儘快找出影響健康之因素並及早確認病情，以及增加前線醫護人員以支援有需要之應診者。

[95] *See* ECOSOC, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Third periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Hong Kong, China, E/C.12/CHN-HKG/3, 6 July 2012

	第 3 次（2010）： ● 關於母親方面，由於香港衛生署轄下的母嬰健康中心為香港約 90%的新生嬰兒提供服務，兒童身心全面發展服務以這些健康中心和其他服務單位（包括醫管局管轄之醫院、綜合家庭服務中心、綜合服務中心和學前教育機構）為平台，識別高危孕婦、患有產後憂鬱症的母親、有心理社會需要的兒童及其家人，以及有健康、發展及行為問題的學前兒童。
兒童與青少年之心理健康保障及促進	第 1 次（1999）： ● 香港政府多來年相當關注兒童自殺的問題，已採取之措施包括透過傳媒宣傳愛惜生命的觀念並強調家長與子女間溝通之重要性、為教師提供所需判斷技巧之訓練、為學校提供一套了解學生自殺問題之指引，以及為學生說明有關心理健康的問題和應付壓力的方法。兒童及青年福利服務統籌委員會（Coordinating Committee for the Welfare of Children at Risk）延請了專業人員進行研究，以制訂一套檢視方法及早發現有自殺傾向的兒童和青少年，內容包括人際溝通、親子關係和社區服務等面向。此外，該委員會並致力於各項相關工作，包括要求社會福利署（Social Welfare Department）資助新的青少年熱線服務（youth hotline services）、推廣同儕群體支援網路（peer group support network）的概念，且於 1997 年建議更新兒童及青年中心(Children and Youth Centre)之設備與服務。
	第 2 次（2003）： ● 香港政府為因應青少年不斷轉變且日益複雜的需要，福利服務單位通過數個途徑提供發展、支援和轉導服務，包括兒童及青年中心、學校社會工作服務、外展工作，以及整合性兒童及青少年服務中心（integrated children and youth services centres），主要目標之一是培養青少年的生活技能和抗逆能力，俾能應付問題和面對困難。 ● 為因應青少年自殺數目增加，香港政府推出了「成長的天空計畫」(英文定名為 Understanding the Adolescent Project)，以進行一系列的試驗研究，並根據研究結果，制定一套及早識別青年人發展需要的辨別方法和為及早介入而設計之基本輔助活動，旨在提高青少年的能力、培養他們的歸屬感，使他們樂觀面對逆境，從而面對生命中各項挑戰。因此，在 2001-2002 學年，政府開始向全港中學推行這項為期三年的計畫，並以試驗性質把計畫推廣至小學。
	第 3 次（2010）： ● 香港當局在 2005 年為五歲及以下的兒童推出兒童身心全面發展服務（Comprehensive Child Development Service），旨在及早識別及滿足五歲及以下的兒童及其家庭在健康及社會方面的各種需要。通過衛生署、醫管局、教育局、社福署和非政府機構於地方與不同部門領域合作，及時為有需要的兒童及家庭提供全面的支援。 ● 為了識別並協助那些在學業、社交和情緒發展上有困難的學生，使他們能夠發展潛能，為成年作好準備，香港社福署自

	2000 年下半年起在各中學實施「一校一社工」的政策（policy of one school social worker）。學校社工與學校人員及社區中各服務單位和利害相關人密切溝通和合作，透過適時的輔導及各類型的預防及發展性活動，幫助學生建立正面及積極的價值觀。 ● 自 2005-2006 學年度起，香港賽馬會慈善信託基金（Hong Kong Jockey Club Charities Trust）共撥款將近八億元，在中學推行「共創成長路：賽馬會青少年培育計畫」（英文定名為 Positive Adolescent Training through Holistic Social Programme to Adulthood: A Jockey Club Youth Enhancement Scheme (PATHS)）。此計畫由教育局、社福署及五所大學合辦，為初中學生提供全面培訓活動，培育他們正面的價值觀及提升他們面對逆境的抗壓力，從而協助學生健康成長。 ● 關於青少年自殺問題，香港撒瑪利亞防治自殺會（Samaritan Befrienders Hong Kong）營運的「自殺危機處理中心」（Suicide Crisis Intervention Centre）和「生命教育中心」（Life Education Centre），自 2002 年起為有需要人士提供服務。自殺危機處理中心自 2009 年底起，每年使用來自政府補助之額外資源擴展其業務，包括為自殺死亡者的家屬提供外展服務和短期輔導服務，以及執行網上巡邏，以便在社群網站或個人部落格中辨識有自殺念頭的人。此外，非政府機構和社福署亦提供了數條專門熱線，為有意圖自殺或正承受各種壓力的人士提供服務。 ● 香港政府於 2006 年委託香港大學進行一項為期兩年，有關自殺的流行病學和原因論及在香港防止自殺的最佳方法之研究，並認為該研究之結果有助於香港當局增進對自殺問題的認識，以進一步改善各項預防自殺的工作。
自然、居家或職場中之心理健康促進	第 2 次（2003）： ● 香港的中央健康教育單位（Central Health Education Unit）成立了一個跨領域的團隊，以確保針對所有校園中之全體學生，用一個更全面和更有效的方式推廣健康教育。優先推廣的健康教育項目包括營養、體育、預防受傷、心理健康及吸菸控制等。 ● 平等機會委員會提出「在罹患精神疾病的香港人之中，女性較男性多。」事實上，男女病患者人數的比例並不平衡。在 2002 年年底，女性與男性病患者比例約為 55 比 45，與 2001 年的世界衛生報告（World Health Report）發現「女性受到憂鬱和焦慮所困擾的機會比男性高」的結論類似。委員會認為是因為「傳統女性的角色令她們承受更大的壓力，且較難有能力改變她們困苦的環境」且「家庭和性暴力的事件中，發生在女性身上的比率較高」。
	第 3 次（2010）： ● 香港「安老事務委員會」（Elderly Commission）由 19 名非官方專業人士組成，其近年來專注於推廣「積極樂頤年」（active ageing）以及就如何進一步加強長者的長期照護服務提出建

	議。其中，積極樂頤年相關活動係為鼓勵長者終身學習、參與社區活動及過健康生活。當局鼓勵長者積極參與社會事務，如加入義工行列及履行公民責任。主要措施包括「社區支持服務」（community support services）、「長者學苑計畫」（Elder Academy Scheme）、「左鄰右舍計畫」（Neighborhood Active Ageing Project）、「老有所為活動計畫」（Opportunities for the Elderly Project）及「長者義工服務」（senior volunteerism）。 ● 關於老人受虐問題，香港目前已有妥善法例以保障所有市民（包括年長者）免受虐待。老人年受到《刑事罪行條例》（Crimes Ordinance）及《侵害人身罪條例》（Offences against the Person Ordinance）保障，免受虐待，且不論任何年齡，老年人皆可申請由政府提供的法律援助計畫（Legal Aid Scheme），亦可根據《家庭及同居關係暴力條例》（Domestic and Cohabitation Relationships Violence Ordinance）向法院申請強制令，免受其配偶、子女或該條例所指明的其他親屬之騷擾。 ● 香港也通過了《家庭崗位歧視條例》（Family Status Discrimination Ordinance），額外保障了負有責任照顧「直系家庭成員」者，透過儘量減少照顧年長者之責任但又符合直系家庭之精神，以平衡他們在工作與照顧家中長者責任間的矛盾，從而提供保障。因此近年來，政府推出了多項新計畫，目的是支援家屬照顧者履行他們的責任並減輕他們的壓力，諸如「護老培訓地區計畫」（District-based Scheme on Carer Training），旨在教授參加者基本護老知識，包括照顧體弱或精神不濟的老年人之技巧，目的是透過培訓提升照顧者的能力，從而紓緩他們的壓力。計畫自 2007 年實施以來，反應良好。政府已決定擴展計畫的覆蓋範圍至社區層級，以期訓練更多護老者。
精神疾患與疾病之預防、治療及控制	第 1 次（1999）： ● 香港政府為精神障礙者所提供之服務和設施，包括醫院管理局（Hospital Authority）轄下之住院服務、門診診所和日間醫院均提供精神科治療服務，且該局亦提供多項社區照顧和外展服務，以協助精神病康復者提高適應社會的能力並得以重新融入社會，其他尚包括庇護工場（sheltered workshops）、支持性／輔助就業（supported employment）、後續關懷服務（after-care services）以照顧離開中途之家重返社會的人、及諮詢與體恤安置服務（counseling and compassionate re-housing）。 ● 如同世界各地的醫療機構，香港的公立醫院也為患有嚴重憂鬱症、躁鬱症或精神分裂症患者（patients with severe depressive illness, mania or schizophrenia）施行電痙攣療法（electro-convulsive treatment），因對於有強烈自殺傾向和對藥物治療反應欠佳的病人而言，香港相信這項方法被視為一種安全且有效之治療方式，亦可作為安定神經的輔助治療。香港提到這部分主要也是為了回應 1995 年「禁止酷刑委員會」就英國提交相應公約（Convention against Torture and Other

	Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment）之報告時，曾詢問香港醫院使用電痙攣療法的情況。在香港，這種療法只被允許在公立醫院所中施行，並由受過適當訓練且合格之醫護專業人員（包括精神科醫師、麻醉師和護士）主導，且應用時須遵守符合國際標準且由醫院管理局精神科統籌委員會（Coordinating Committee (Psychiatry)）品質保證小組委員會（Quality Assurance Sub-Committee）所認可之方針。
	第 2 次（2003）： ● 香港社會福利署基於保護精神病康復者，資助提供住院及日間服務之非政府機構，協助增加中途宿舍名額、長期護理院名額、訓練和展能中心名額，幫助他們重新適應社會。其他服務尚包括庇護工廠、支持性／輔助就業、後續關懷輔導服務及諮詢和體恤安置等個案工作服務，且以上措施皆包括「社區精神健康聯網」計畫（Community Mental Health Link）內之外展探訪工作（outreach visits）和建立資源網絡（networking resource）。 ● 香港醫管局順應國際趨勢，現正從提供院舍護理服務，轉向集中發展社區精神健康服務，以及加強為康復者提供的外展支援服務。在 2001-2001 年度間，醫管局與其他基層護理、教育和福利機構合作推行一項試驗計畫，為有精神問題的青年及早診斷和治療。在 2002-2003 年度間，醫管局再推行另一項試驗計畫，安排精神病患者在一個仿真家居的環境下，進行密集的康復及治療計畫，以幫助他們早日重新融入社會生活。
	第 3 次（2010）： ● 隨著精神衛生在國際社會中之發展趨勢，香港醫管局亦加強發展日間及社區醫護服務，以降低市民對住院服務之依賴並協助離院病人在社區內康復。醫管局亦繼續加強培訓家庭醫生和其他社區醫療人員，以改善社區醫護服務，其中包括家庭訪視（home visits）及其他外展照料（outreach attendances）等服務。 ● 關於物質濫用問題，除菸草或毒品外，衛生署自 2004 年起每年均透過行為風險因素監測系統（Behavioral Risk Factors Surveillance System）來監督市民使用酒精的行為模式。衛生署亦備存酒精相關死亡個案和住院人次的記錄，在那些住院個案中，因使用酒精而導致精神和行為障礙的患者占了絕大部分（約七成三）。有關治療、輔導和康復服務方面，香港境內有許多醫院、酗酒專門診療所和一些非政府組織，包括戒酒無名會（Alcoholics Anonymous）等，都為有酗酒問題的人提供相關照護服務。 ● 根據衛生署參考世界衛生組織有關預防疾病和促進健康的指導原則（WHO's guiding principles in disease prevention and health promotion），於 2008 年所提出之《促進健康：香港非傳染病防控策略框架》（Promoting Health in Hong Kong: A Strategic Framework for Prevention and Control of Non-communicable Diseases），為加強預防及控制非傳染病，

	建立了一個「預防控制非傳染病督導委員會」（Steering Committee on Prevention and Control of NCDs），其下再成立了「損傷及酗酒工作小組」（Working Group on Injuries and Alcohol Misuse），就推廣理性飲酒及切忌酗酒作討論及提出建議行動，並制訂目標和行動計畫。 ● 香港醫管局近年來亦推行多項新措施，以加強精神科社區康復服務，包括「毅置安居計劃」（Extending Care Patients Intensive Treatment）、試驗計畫（Early Diversion and Rehabilitation Stepping Stone (EXITERS) project）、「社區復原支持計畫」（Recovery Support Programme）以及加強老人精神科外展服務。為進一步加強精神衛生服務，醫管局於 2010-2011 年度針對嚴重精神疾病和一般精神疾病等兩類患者，分別推出兩項新的措施以加強支持，即「個案管理計畫」（case management programme）及加強專科門診診所（psychiatric specialist outpatient clinics）和初級保健服務（primary care settings）。 ● 香港當局要求醫務社工亦為精神病康復者及其家人提供心理社會教育跟輔導服務，使其瞭解接受精神科治療的重要性，並協助解決因被歧視而產生的心理障礙問題。社福署和醫管局亦透過各項社區計畫向市民推廣心理健康之意識，例如社區心理健康聯網（Community Mental Health Link）和「兒童及青少年心理健康社區支持計畫」（Child and Adolescent Mental Health Community Support Project）。此外，亦於 2001-2002 年度推行「思覺失調服務計畫」（Early Assessment and Detection of Young Persons with Psychosis），目的是為及早識別和治療患有精神病的年輕人。在該計畫下，各個地區設有服務小組為懷疑患有精神健康問題的年輕人提供治療，務求把嚴重精神病病發和提供治療之間的時間縮短。
精神醫療照護與基礎藥物之可近用性	第 2 次（2003）： ● 針對前次報告之審議結論中，CESCR 表示「對於香港特區為精神病患者提供的護理服務表示遺憾，理由是香港特區並未允許醫療當局為病者處方一些成本較高但效能較佳、副作用證實較小的新藥。」香港就此回應「就相關情況而言，根據既定之醫務慣例，...，有臨床需要的病人是不會被拒服用新藥。事實上，醫管局已獲政府額外撥款，以應對新的精神抑制藥物（new anti-psychiatric drugs）持續增加之需要。」
	第 3 次（2010）： ● 香港針對「修訂現行資助藥物名單」之建議，以切合長期病患者和精神病患者之需要，醫管局的藥品政策係透過實施藥物名冊（Drug Formulary）統一所有醫管局醫院和診所的用藥及藥物政策，以確保病人可公平地獲得具成本效益，並經驗證安全和有效的處方藥物；此外，醫管局依既定機制，透過由醫生、臨床藥理學家和藥劑師組成的專家委員會，包括藥品諮詢委員會（Drug Advisory Committee）和用藥評估委員會（Drug Utilization Review Committee），定期評估新進藥品和

	檢討藥物名冊之藥品名單，以及按情況適時修訂。香港在2010-2011年間預留將近2億之額外經常性撥款予醫管局，並將六種罕有遺傳疾病和兩種癌症藥物納入名冊，以擴大藥品名冊的保障範圍，且有九類包括慢性病和精神疾病之藥品亦在該年度擴大至臨床應用。

七、 我國初步人權報告之心理健康人權檢視

前文指出我國初步人權報告之健康權缺少心理健康內容。此部分以心理健康權的指標向度重新檢視全報告，下表列舉其他各項權利與心理健康相關之處，可略見我國「心理健康融入健康政策」和「心理健康融入各公共政策」可能的機制及尚有不足之處。

表 4.22 我國初步人權報告之心理健康人權檢視

報告（年份）／具體內容[96]	
綜合性或整合性法律框架或政策架構	● 有鑑於修正前民法成年監護制度，僅有宣告禁治產一級制，缺乏彈性，無法周延保護受監護人，爰增訂「成年監護制度」及「輔助宣告」以保護判斷能力不足之成年人（如痴呆性高齡者、智能障礙者及精神障礙者等）。 政府於 1980 年將身心障礙福利法制化，制定《殘障福利法》，1997年更名為《身心障礙者保護法》。惟早期大眾對於身心障礙者的認知，仍停留於殘障、需要被保護或不同於正常人等各種受偏見、污名、標籤化或歧視的態度，為消除社會大眾對於身心障礙者不當歧視態度，政府透過法規修正，於 2007 年再修正為《身心障礙者權益保障法》，其中包含支持服務、經濟安全、保護服務、職業重建服務、定額進用及提早退休等。 ● 內政部於 2009 年 7 月 30 日函頒「身心障礙者權益保障白皮書」，訂定身心障礙者之福利服務與權益維護、醫療權益、教育權益、就業權益、無障礙環境、經濟安全及綜合性議題等七大面向之具體策略及短、中、長程工作項目，作為政府未來十年推動照顧身心障礙者全生涯發展的重要依據。為降低身心障礙者福利服務落差，內政部推展「社會福利補助作業要點」針對各級身心障礙福利團體辦理身心障礙福利活動，以確保各地方身心障礙者，皆可獲得所需之福利服務。 ● 為受理身心障礙者權益受損協調事宜，內政部已設置「身心障礙者權益保障推動小組」，並設置「身心障礙者居住服務及社區服務權益遭民眾抗爭處理注意事項」，以避免身心障礙者遭社區不當歧視。
有關性或	● 為有效降低孕產婦之死亡率，衛生署未來改善重點將朝向延伸照護

[96] 參見中華民國，《作為簽約國報告組成部分的核心文件》及《經濟社會文化權利國際公約》執行情形－簽約國根據《公約》第 16 條及第 17 條提交的初次報告，2012 年 4 月，http://www.humanrights.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=283638&ctNode=32921&mp=200。

生育之心理健康保障及促進	期程，使產前照護延伸到產後二至三個月，並將納入友善生產、產後憂鬱之預防與照護等，重新檢視及制定完整的周產期全人照護內容，並強化醫療上的自主權與醫病夥伴關係，加強醫護團隊全方位訓練，並考慮進行認證，提升照護品質。
兒童與青少年之心理健康保障及促進	● 全面提供 7 歲以下兒童預防保健服務，項目中亦包括發展診察及衛教指導等，以早期篩檢出兒童潛在性問題，及早確診及治療，以減少後續醫療支出。為使疑似發展遲緩兒童儘速接受聯合評估，除了在各地方政府至少各委託設置一家「兒童發展聯合評估中心」之外，另依各地方政府 6 歲以下兒童人口數、鄉鎮幅員及就醫可近性，自 2010 年起分別增設二至四家之聯合評估中心。 ● 《勞基法》中有規範童工之保護措施，15 歲以上未滿 16 歲之受僱從事工作者為童工，且童工不得從事繁重及危險性之工作。於演藝界從事表演之人員或模特兒，若未滿 15 歲，除國民中學畢業，其工作性質及環境應經各縣市政府勞工或社會局（處）認定無礙其身心健康，始得受僱從事工作，有關其受僱之勞動條件準用《勞基法》第五章童工保護之規定。 ● 《教育基本法》規定為保障學生之學習權、受教育權、身體自主權及人格發展權，並使學生不受任何體罰，造成身心之侵害。遭受學校或主管教育行政機關不當或違法之侵害時，政府應提供有效及公平之救濟管道。 ● 為保障處境不利及邊緣化學生，訂定《國民教育法》，規定國民小學及國民中學應實施常態編班以兼顧學生適性發展之需要，在施行教學正常化中對教學、師資、受教資源的分配不因種族、膚色、性別、語言、宗教、政見或其他主張、民族本源或社會階級、財產、出生或其他身分不同而有所差別，確實保障處境不利及邊緣化學生的平等受教權，以避免等級化、標籤化學生，不論學生聰明才智一律施教，讓孩子尊嚴受教及養成健全的身心靈。 ● 為保障身心障礙學生受教育權益，2009 年修正之《特殊教育法》規定，應提供身心障礙國民接受適性教育之權利，明定各級學校及試務單位不得以身心障礙為由，拒絕學生入學或應試。對於經濟弱勢之身心障礙學生家庭，各級主管機關應依學生之家庭經濟條件，減免其就學費用。此外，高級中等以下各教育階段學校，應以團隊合作方式對身心障礙學生訂定個別化教育計畫，訂定時應邀請身心障礙學生家長參與，必要時家長得邀請相關人員陪同參與。有關特殊教育之課程、教材、教法及評量方式，應保持彈性，適合特殊教育學生身心特性及需求。 ● 為增加身心障礙學生升學大專校院之機會，每年委託一所學校為身心障礙學生辦理升學大專校院甄試，並設置大專校院資源教室提供身心障礙學生輔導與支持服務，亦委託設置視障、聽語障及肢障學習輔具中心，提供學生學習輔具。
自然、居家或職場中之心理健康促進	● 蒙藏委員會將台蒙衛生醫療交流平台會議制度化，結合非政府組織團隊推動義診、衛教、資訊教育、中文教育、職業訓練及弱勢關懷等工作。2009 年至 2011 年重要成果，包括辦理台蒙職業訓練班，150 人接受職業訓練，包括蒙古身心障礙人士，協助其弱勢族群就業。 ● 為保障失業勞工經濟安全，《就業保險法》自 2009 年起擴大保障範

	圍，針對中高齡及身心障礙失業勞工，延長失業給付請領期間。 ● 為因應高齡與失能人口成長帶來長期照顧需求的增加，訂定我國「長期照顧十年計畫」提供跨社會、衛生部門服務項目，逐步建構長期照顧服務體系，給予失能民眾及其家庭適切支持。而為促進社區老人身心健康，落實在地老化及社區營造精神，自 200 年起推動建立「社區照顧關懷據點實施計畫」，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，以延緩長者老化速度，發揮社區自助互助照顧功能。 ● 有鑑於身心障礙者購買商業保險常被拒絕或要求增加保費，《保險法》已排除精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為人壽保險的被保險人，但沒有相關認定機制。為協助經濟弱勢開辦的微型保險，亦有部分保險公司拒絕身心障礙者投保，因此政府將明確規範合理的限制投保對象，輔導業者根據風險評估核算保險費率，開發輔助工具及多功能語音提款機等，去除身心障礙者使用金融商品的差別待遇。 政府依《身心障礙者權益保障法》等法令提供多項服務措施，如牙科服務、早期療育、成人預防保健、生活補助、社會保險保險費補助、身心障礙者居家服務、身心障礙者社區照顧、推展多元社區服務實驗計畫、補助生活及復健輔助器具購置或維修計畫、提供復康巴士之相關服務、提供醫療輔具之諮詢、評估及個別化設計研發等專業服務。 ● 考選部為彰顯政府照顧身心障礙者政策內涵，於 2007 年公布「國家考試身心障礙人員考試制度白皮書」，並送請相關機關參考。
精神疾患與疾病之預防、治療及控制	● 嚴重精神疾病病人常因無病識感或缺乏適當就醫管道而出現傷人或自傷行為，為確保嚴重病人安全，使其獲得妥善照顧，同時確保精神病人人權，業於 2008 修正施行《精神衛生法》，對於限制人身自由之強制住院，已明文規定其要件、審查程序及救濟機制，即經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。

整體而言，若仔細檢視我國的初次人權報告中，與其他六國比較，我國的確有相關法案存在，但是並未正式提出這屬於心理健康人權的意義。這是也可看到心理健康權被瓜分，散在各地。需進一步研擬出將心理健康融入健康政策以及各公共政策的國家機制，以落實心理健康人權。

第四節　心理健康人權的指標建議

本節綜合前文之相關國際公約內容分析、各國國家報告之心理健康人權檢視等研究結果，以人權標準及人權指標規範定義心理健康人權的指標類型，參照心理健康綜合行動計畫之全球具體目標（2013 年 WHA）設計心理健康人權的指標基準，採用 OHCHR（2012）健康權的指標架構界定各項心理健康人權的指標內容，特別考慮心理健康人權易遭受歧視或忽略的特定群體（包含婦女、兒少、老年人、精神障礙及各種障礙者、各種少數群體等），最後由本研究焦點訪談結果交叉檢視心理健康人權指標，據以提出本研究有關我國人權報告之心理健康人權的指標建議。

一、以人權標準及概括性人權規範定義指標類型

在監督國家是否確實履行其人權條約義務時，應評估其對於保障各項權利所為之承諾、作為與成效（commitments-efforts-results），因此國際人權法要求政府應定期提出人權指標暨基準之評量（indicators-benchmarks assessment）以接受國際和國內社會的審視。特別是對於經濟、社會及文化權利，因為公約接受國家在受限於資源不足的情況下得以漸進實現其義務，因此實現進程之監督（monitoring of progress）就顯得格外重要。

權利屬性與結構指標、過程指標及結果指標

上述評量機制通常會用來評估國家對於履行人權條約義務之接受度、意向或承諾內容、為使承諾實現所為之作為，及若干作為經過一段時間後對於人權保障（本案中為心理健康人權）實質提升的成效如何，因此分別需要「結構指標」（structural indicators）、「過程指標」（process indicators）及「結果指標」（outcome indicators）等三種類型的指標。[97]

[97] *See* OHCHR, *Human Rights Indicators: A Guide to Measurement and Implementation*, HR/PUB/12/5 (2012), pp. 33-38

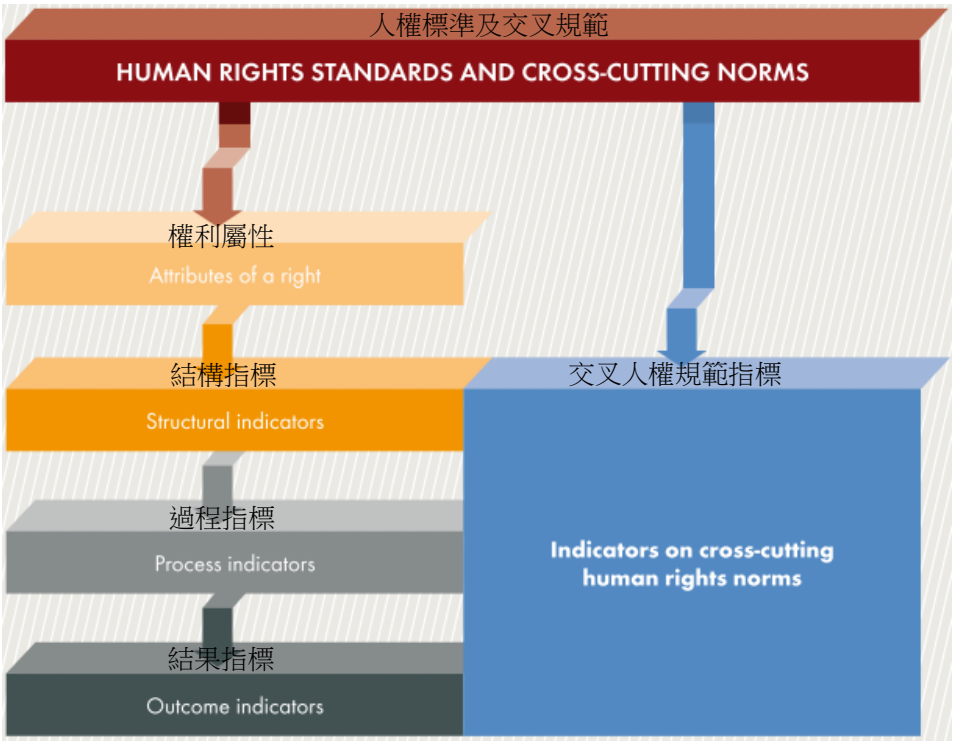


圖 4.6 人權標準及交叉規範

首先，「結構指標」係為掌握國家採取措施以實現人權義務之意願與承諾，通常至少包括：

（一） 國家簽署與批准與「心理健康人權」相關之國際人權公約的情況；
（二） 關於「心理健康人權」的國家政策之時間表（time frame）及適用範圍（coverage）；
（三） 關於「心理健康人權」的立法架構及其配套措施之生效日期（date of entry into force）及適用範圍（coverage）；及
（四） 關於上述情況，是否有獨立的監督或審查機關。

再者，「過程指標」係透過政策措施之實施（implementation of policy measures）和行動規劃（programs of action）來評估國家針對上述人權承諾之作為，通常至少包括：

（一） 與「心理健康人權」相關之政策或計畫，關於預算分配（budget allocations）的指標；
（二） 公共政策中，是否特別考量到若干特定的族群人口（coverage of targeted population groups），與「心理健康人權」相關的特定族群可能包括精神疾患者在內等「心理狀態不穩定的人」（people with mental health conditions）與「其他具有

心理狀態不健康高風險之弱勢族群」（other vulnerable groups having high risk of mental health conditions），[98]如婦女（women）、少數族群（minors），包括種族少數（ethnic minorities）、原住民（indigenous people）及性別少數（sexual minorities）等、兒童及青少年（child and adolescents）、災難生還者（people who have been exposed to life-threatening situations），包括難民（refugees）或境內迫遷者（internally displaced persons）等、移民或移工（migrants or migrant workers）、貧窮人口（people living in poverty）、老年人口（elderly people）、失業者（unemployment）、慢性病患（people living with chronic diseases）、愛滋感染者（people living with HIV）、物質濫用者（people of substance abuse）等；[99]

（三） 接受「心理健康人權」侵害之申訴機制，及獲得救濟的比例；

（四） 所有與「心理健康人權」義務相關之人（包括公、私部門）針對特定的心理健康議題所為之正面導向及意識培養等措施（incentive and awareness measures），包括職場壓迫、校園霸凌、家暴、自殺等防治工作中之各級角色；及

（五） 與特定機構運作情況相關的指標，例如國家人權機構（NHRI）、法律系統（legal system）、衛生系統（health system）、福利系統（welfare system）等。

最後，「結果指標」係為評估國家的作為對於人民享有人權的情況是否有所改善且更臻完備，通常會因權利內容及其基本決定因素（underlying determinants）而有所不同，例如：

（一） 參與與「心理健康人權」保障相關機制之人力資源有多少；

（二） 精神疾患者或疑似疾患者的比例如何，而其受到妥善照護的比例又是如何；及

（三） 與「心理健康人權」相關之教育、宣導及資訊等指標。

概括性的人權指標規範

有的橫向交叉概括性指標包含在所有的人權規範或原則中，因此並

---

[98] *See* WHO, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, Michelle Funk et al. (2010), pp. 7-31

[99] *See* WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice* (Report of the WHO Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2005), pp. 84-87; WHO, *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options* (Report of the WHO Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, 2004)

非專屬於某項特定人權之滿足，而應呈現在各項人權評量中所有實踐尊重、保護與提升該人權的過程中，例如不歧視及平等原則、公民參與原則、獲得救濟及責任歸屬原則等。[100]

（一） 欲分別在結構、過程及結果指標中確保「不歧視及平等原則」，首要任務就是提出依人權法所禁止之基礎作為分類之資料（disaggregated data by prohibited grounds of discrimination），諸如性別（sex）、身心障礙（disability）、種族（ethnicity）、宗教（religion）、語言（language）、社會地位（social status）或地域性（regional affiliation）等。就「心理健康人權」而言，初級心理保健（primary health care）應為全民皆能免費取得（available free of charge for all）。然而，若是以「初級心理保健利用率」（proportion of use of primary mental health care）作為指標，再以全民利用率（enjoyed by all the population）和各種族人口或少數族群利用率（enjoyed by ethnic group or minority）分別觀之，可能將揭露不同的族群人口之間發生健康不平等（health disparities）的情況，而這個結果應再進一步透過質性分析（qualitative analysis）去評估是否已經構成歧視。此外，關於不歧視及平等原則的指標裡，除了「可取得性」（availability）外，與心理健康有關的服務及商品之「可近用性」（accessibility）對於個人享有其心理健康人權也是相當重要的。

（二） 人權規範中，每項權利除了其實體法上所指涉的權利內容外，當中也包涵了許多必然存在的「程序性權利」（procedural rights），以確保該項特定權利之實現。例如在「心理健康人權」中，國家基於保護義務（obligation to protect）應避免每個人心理健康受到他人之侵害，因此至少應界定出所有可能會使個人心理健康受到侵害的直接原因（如性侵害、家暴、虐童等），並確保受害人能夠獲得必要之救濟，這裡的救濟不僅指司法上之救濟（judicial remedies），更包括適當的醫療與社會心理面向之服務（access to appropriate medical and psychosocial services）。

（三） 至於人權法中的「參與原則」，主要係為反映出是否所有人都有機會參與與其自身權益相關的任何措施之通過與施行，例如目標族群人口對於與其心理健康相關之決策程序（decision-making）的涉入程度是如何？政府為各項措施提供了哪些溝通管道或公聽程序？資訊是否透明？目標族群

[100] *See* UN OHCHR, *Human Rights Indicators: A Guide to Measurement and Implementation*, HR/PUB/12/5 (2012), pp. 38-

又是否滿意這樣的安排？此外，當政府在界定與目標族群相關之「心理健康人權指標」時，是否曾先諮詢過他們的需求及意見？事實上，關於精神醫療照護（mental health care services and facilities）的內容、設置、利用門檻等是否受到足夠民意之正當檢視，有時候並非透過代議的立法機關之背書即為已足，更需要目標族群（如長期照護需求家庭、身心障礙者、精神疾患者等）的意見與認同。

（四） 最後是關於「責任歸屬」的問題，負責（無論是法律或行政責任）絕對是一項賦予權利規範內涵實質意義的關鍵，而其同時包含量化（quantitative）和質性（qualitative）的權利指標。關於各項與人權相關之資訊的可取得性，及上述資訊之蒐集與傳播是否是由獨立的機制透過透明的程序而為之（collection and dissemination of information sensitive to human rights through independent mechanisms using transparent procedures）等要求都係為加強可歸責性。其中，「過程指標」依其定義更是為了確保所有義務承擔者（duty bearers）履行其人權義務，因此針對責任機關之運作也應該要有特定的指標，如國家人權機構（NHRI）、衛生福利部、法務部等。

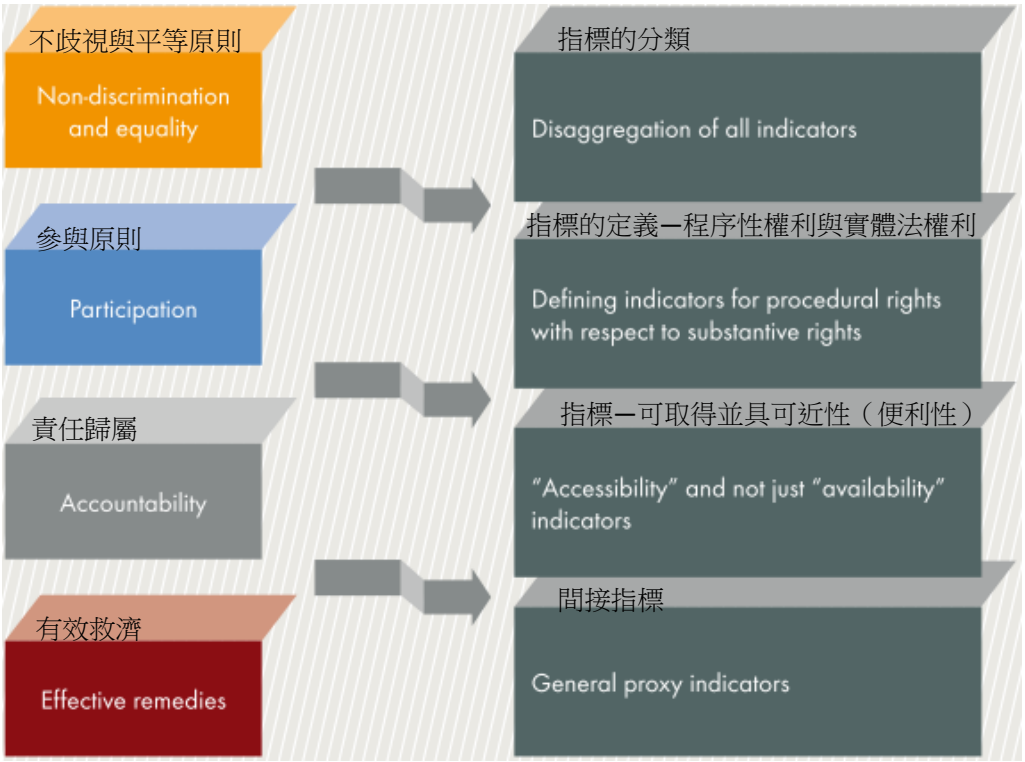


圖 4.7　概括性的人權指標規範

更進一步而言，在所有的心理健康權利指標中，關於心理健康照護

之「品質」(quality),係指評估各項照護服務是否提升了預期心理健康結果的可能性(whether services increase the likelihood of desired mental health outcomes),且評估服務內容是否符合現行以證據為基礎之臨床實務(whether they are consistent with current evidence-based practice)。對於精神疾患者、其家屬和一般社會大眾而言,這項定義強調照護服務應產生實質的正面效果;而對於提供照護者、服務計畫者及政策制訂者而言,其強調的是是否能做到現有知識及技術之最佳利用。[101]關於提供心理健康照護之服務,「結果指標」即為服務干預後,病患或使用者在心智功能、發病率和致死率等方面之變化;而「過程指標」則是相關的心理健康照護提供的方式,即提供者之實踐與方法,因此這裡也會涉及心理健康人權中關於「可接受度」(acceptability)的要求,包括專業人員是否遵守職業道德(compliance with professional ethics)及文化適當性(cultural appropriateness)。[102]

二、參照心理健康綜合行動計畫(2013 年 WHA)之全球具體目標設計心理健康人權基準

至於,關於心理健康人權基準(right to mental health benchmarks)之設計,對於其規範力要求「立即發生效果」者,多半為「是/否」之敘事性問答,而對於容或「漸進穩定發展」者,則仍應將國內現行制度與整體發展納入考量,並進一步提出有把握在下一個階段達成之目標,通常這樣的基準之界定即會被視為向國際和公民社會作出一個自我拘束之法律承諾,故不容許欠缺可允許之正當理由而未達成之情況,否則即為人權之侵害。舉例來說,今(2013)年世界衛生大會(WHA)透過一項階段性的心理健康綜合行動計畫(Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020),進而提出一系列關於「精神疾病或疾患者之人權促進與保障」的全球指標暨基準。[103]當然這並非心理健康所指涉之全部內涵,但它至少是第一份與心理健康基本決定因素之一相關的國際性目標。

2013-2020 年綜合行動計畫的結構如下,即行動計畫的願景(vision)是這樣一個世界:心理健康受到珍視、促進和保護,精神疾患得到預防,受這些疾患影響的人能夠全範圍地履行人權並及時獲得高品質、

[101] *See* WHO, *The Mental Health Context*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2003), p. 36; WHO, *Quality Improvement for Mental Health*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2003), p.10

[102] *See* WHO, *Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2003), p. 101; WHO, *Mental Health Information Systems*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2005), p. 95

[103] *See* 66th World Health Assembly, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, WHA66.8, 27 May 2013

文化上適當之衛生保健和社會照護以促進復健。所有這一切都是為了達到最高可能的健康水準，並在不受汙名和歧視的情況下充分參與社會和工作活動。其整體目標（overall goal）是促進心理健康，預防精神疾患，提供照護，加強恢復，促進人權並降低精神疾患者的死亡率、發病率和殘疾發生率；而行動計畫的目標（objectives）如下：

這些基準之設計係為每項目標確立的全球具體目標，並為衡量會員國在全球目標方面的集體行動和成就提供了基礎，但不應反對制定更有雄心的國家具體目標，尤其是對已達到全球具體目標的國家而言，而行動計畫立基於六種跨領域原則和做法（cross-cutting principles and approaches:）：

（一） 全民健康覆蓋（universal health coverage）：無論其年齡、性別、社會經濟地位、種族、民族或性傾向並根據衡平原則，心理疾患者應當能夠在不造成貧窮風險的情況下獲得必要之衛生和社會服務，使他們能夠實現復健並獲得最高可能之健康標準。

（二） 人權為基礎的策略（human rights）：心理健康策略、行動以及治療、預防和促進的干預措施必須符合身心障礙者權利公約及其它國際和區域人權法案。

（三） 實證為基礎之實踐（evidence-based practice）：心理健康策略以及治療、預防和促進的干預措施，須以科學依據和/或最佳做法為基礎，並考慮到文化風俗。

（四） 生命歷程方法（life-course approach）：心理健康政策、計畫和服務需要考慮到嬰兒期、兒童期、青春期、成年期和老年期等生命過程中各階段的衛生和社會需求。

（五） 跨部門的方法（multisectoral approach）：綜合且協調之心理健康應對措施需要與眾多公立部門形成夥伴關係，根據國情可酌情包括衛生、教育、就業、司法、住房、社會及其它相關部門與私立部門等。

（六） 充權於精神疾患者及社會心理障礙者（empowerment of persons with mental disorders and psychosocial disabilities）：應當充權於精神疾患者及社會心理障礙者並使他們參與心理健康宣導、政策、計畫、立法、服務提供、監測、研究及評估。

WHA 提出衡量實現 2013-2020 年心理健康綜合行動計畫既定具體

目標方面進展情況的指標，詳如下表：[104]

表 4.23　2013-2020 年心理健康綜合行動計畫既定具體目標指標

目標 1：加強心理健康的有效領導和管理

全球具體目標 1.1	80%的國家將根據國際和區域人權公約或其他制訂和更新心理健康政策／計畫（到 2020 年）。
心理健康指標	是否具備符合國際人權文書的國家心理健康政策和／或計畫。
檢驗方式	是否具體存在政策／計畫並確認其符合國際和區域人權標準。
註解／假設	已存在十年以上的許多政策和計畫可能無法體現國際人權標準和以證據為基礎的做法方面的最近發展情況。 心理健康方面的政策或者計畫可獨立存在，或者被納入其他方面的一般保健或身心障礙之政策或計畫中。

全球具體目標 1.2	50%的國家將根據國際和區域人權公約或其他制訂和更新心理健康法律（到 2020 年）。
心理健康指標	是否具備符合國際人權文書的國家心理健康法律。
檢驗方式	是否具體存在法律並確認其符合國際和區域人權標準。
註解／假設	已存在十年以上的法律可能無法體現國際人權標準和以證據為基礎的做法方面的最近發展情況。 心理健康方面的法律可獨立存在，或者被納入其他方面的一般保健或者身心障礙者權利相關之法律。

目標 2：在以社區為基礎的環境中提供全面、綜合且符合需求的心理衛生與社會照護服務

全球具體目標 2	嚴重精神疾患的醫療保健服務覆蓋將增加 20%（到 2020 年）。
心理健康指標	使用服務的嚴重精神疾患患者之比率，例如精神病（psychosis）、雙相情感障礙（bipolar affective disorder）、中度和重度憂鬱症（moderate-severe depression）。
檢驗方式	分子：得到服務的嚴重精神疾患病例數。 病例數通過常規資訊系統得來，或者在不具備這一條件時，通過對某國的一個或多個劃定地理區域所做的衛生設施基線和追蹤調查得來。 分母：抽樣人群的嚴重精神疾患總病例數。 病例數通過國家調查得來，或者在不具備這一條件時，通過次區域性全球流行率估計數得來。
註解／假設	需要獲得針對所有精神疾患的服務覆蓋面估計數，但為了減少評估工作過於複雜，這裡僅限定為嚴重精神疾患。

[104] *See* 66th World Health Assembly, *Indicators for Measuring Progress towards Defined Targets of the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, WHA66.8, Appendix 1, 27 May 2013

	衛生機構的範疇從初級保健中心到普通和專科醫院不等；他們可能採用門診或者住院方式提供社會關照和支援，以及心理或藥物治療。為了減少評估上的工作，在需要時，各國可將調查侷限於醫院系統或長照機構，但由於去掉了初級保健和其他服務提供者，準確性方面必然會有落差。 將在 2014 年實施基線調查，2020 年進行追蹤調查（最好在 2017 年的中間點也做調查）；可以補充提供調查問卷，以便在希望時，也能對服務準備情況和品質進行調查。

目標 3：實施心理健康促進及精神疾患預防之策略

全球具體目標 3.1	全球具體目標 3.1：80%的國家將至少具有兩個正常運行的政府間跨部門心理健康促進及精神疾患預防之規劃（到 2020 年）。
心理健康指標	是否具備正常運行之政府間跨部門心理健康促進和預防規劃。
檢驗方式	當前已實施的規劃清單或按專案分列的情況介紹。
註解／假設	規劃可以並最好應該涵蓋人口層面上普遍的促進或預防策略，如反對歧視的大眾媒體宣傳運動，以及針對當地確認之脆弱人群（locally identified vulnerable groups），如面臨不利生活事件的兒童的策略。

全球具體目標 3.2	各國自殺率將下降 10%（到 2020 年）。
心理健康指標	每 10 萬人口每年自殺死亡人數。
檢驗方式	對自殺死亡進行的常規年度登記（基線年度：2012 年或 2013 年）。
註解／假設	針對這一具體目標採取的有效行動需要公共衛生／心理健康／社會福利等部門及其他政府部門共同行事。 由於難以得到準確的監測資料，且由於更準確的自殺情況報告、人口老齡化及其它可能因素，有些國家記錄的自殺總人數可能不會減少；但是，自殺比率（與總自殺數相反）可更充分地反映預防工作的改進。

目標 4：加強心理健康資訊系統、證據和研究

全球具體目標 4	80%的國家透過其國家衛生和社會資訊系統，將規律地每兩年收集並報告至少一套核心的心理健康指標（到 2020 年）。
心理健康指標	每兩年定期收集和報告確認及商定的一套心理健康核心指標。
檢驗方式	每兩年向 WHO 報告及提提心理健康核心指標。
註解／假設	心理健康核心指標包括與本行動計畫規定的具體目標相關的指標，以及衛生和社會系統行動的其他關鍵指標，例如培訓和人力資源水準（training and human resource levels、精神藥物可得性（availability of psychotropic medicines）及住院人數（admissions to hospital）。資料需要按性別和年齡組分類（disaggregated）。在需要時，也可採用調查方式對常規資訊系統的資料做出補充。 WHO 秘書處將與會員國協商，就需要收集的核心指標向各國提出建議，也將以全球和區域為基礎，收集、分析並報告資料。

惟須注意的是，儘管 WHO 於 WHA66.8 中提供了全球性的心理健康指標（indicators）與目標（goals），但其與國際人權法中對於「心理健康權」（right to the highest attainable standard of mental health）的權利指標及基準（rights indicators and benchmarks）之要求是不同的，原因大致有二。其一，因為心理健康權指標（right to mental health indicators）係為評估國家是否履行或實現其對於國際社會及人民在 ICESCR 下所為之承諾，故人權指標係以該人權相對之義務內涵而設計，而心理健康指標（indicators）無法完全表徵心理健康人權的內容，亦無法明確指稱其與國家人權義務間的對應關係，不過其所得之結果或數據當然將是人權指標在設計上之重要參考，亦可作為人權指標在界定時所需之證據基礎（evidential basis）。再者，因 WHO 作為全球性公共衛生及健康政策的國際組織，故其推展供全世界各國參考之目標，通常為因應各國情況不一而訂定最低的標準（minimum standard），如同 2000 年聯合國提出的「千禧發展目標」（Millennium Development Goals）一樣，然而 ICESCR 中對於心理健康權基準（right to mental health benchmarks）之界定，是希望各國針對其自身國家的內部情況訂出目標，因此仍應依各國條件作出調整。

三、採用 OHCHR（2012）健康權的指標架構界定三種類型各項心理健康人權的指標內容

根據 OHCHR 針對「人權指標基準評量」這項機制之設計所提出的方法論，心理健康人權在前述分析中，依 CESCR 的第 14 號一般性評論之要求得分為「核心義務指標」（core obligations indicators），所指涉的都是締約國須立即達成之義務，包括（一）初級心理保健之供給、（二）心理健康照護服務之不歧視、（三）心理暨行為異常所需基礎藥物之供給、（四）包括水及衛生、糧食及營養、住居及庇護等適當生活條件之滿足、（五）全國性心理健康政策暨行動計畫之制訂並執行，及（六）心理健康權指標基準評量機制之建立。然後為「優先義務指標」（prioritized obligations indicators），即 ICESCR 第 12 條第 2 項規定中要求各國應採取立法、行政及教育等措施，針對以下各項目優先應對和處理，包括（一）與性及生育相關之心理健康、（二）兒童與青少年之心理健康、（三）自然、居家與職場環境中之心理健康，（四）精神疾病之預防、治療與控制、及（五）精神醫療照護與其他重要藥物之可近用性等五項應逐步滿足人民需求之必要步驟。

從「核心義務指標」及「優先義務指標」這兩組指標中去涵攝上述關於心理健康的「基本決定因素」（underlying determinants）及「健康

照護」(health care)等健康權利中兼具自由權及福利權的內涵。依分類，各項指標都應能夠呈現出政府對於心理健康權保障所為之承諾、作為與成效，即每個類別都應同時包含「結構指標」、「過程指標」與「結果指標」之檢驗。[105]其中，「結構指標」是形式最簡單的指標，幾乎都是以「是／否」問句呈現，而其答案所需之資訊也通常是最容易取得的。簡而言之，結構指標組經常是透過一個可以快速檢視（rapid-assessment）且簡省成本（cost-effective）的問卷方式進行評估、報告。廣義來說，結構指標組係為表達對於心理健康重要的政策結構、系統或機制是否存在，進而判斷心理健康權實現之可能與否。[106]舉例而言，關於心理健康權的結構指標可能提出的問題包括（一）國家是否以憲法保障心理健康權？（二）國家是否有國家人權機構？且處理心理健康權的議題？（三）政府是否有採取一項全國性策略及行動計畫，以減少精神疾患之發生？（四）政府是否有一項關於精神疾患基礎藥品的名單？（五）哪些藥品在初級心理健康保健服務中是免費提供的？

至於「過程指標」與「結果指標」之設計應係為協助國家自我監察心理健康權不同面向的決定因素，是否符合逐步實現的理論，因此兩組指標的特色都是「因時制宜」。應用上，單看兩組指標是無法獲得任何有效的資訊，因此隨之搭配的基準（benchmarks）或目標（targets）就相當重要了。舉例來說，接受自殺防治服務的機率是個結果指標，但若是與配套政策或特定措施欠缺必要的關聯性，或缺乏從過去到未來持續性地觀察，其實任何數字都是沒有意義的。此外，大部分的過程指標和結果指標及其基準，都應再依人權法所禁止之歧視基礎（prohibited grounds of discrimination）提出更細緻的分類資訊。[107]

進一步而言，過程指標組所提供的資訊顧名思義即為一項心理健康政策實施的過程，其評估的是為達到特定目標所為之行動的必要性與實踐程度，以及那些行動與時俱進的進度，惟應注意的是，過程指標組監督的是投入的資源和努力，而不只是最終結果。[108]關於心理健康權的過程指標可能包括（一）婦女在懷孕過程中至少接受一次專業的心理健康諮商與教育的比率為何？（二）有經驗的心理健康專業人員參與產後心理健康服務的比率為何？（三）HIV 被感染者在治療過程中接受心理健康輔導或諮商服務的比率為何？至於結果指標組所欲評估的是「與健康相關之政策」(mental health-related policies）所達到的

[105] *See* also Paul Hunt, UNGA, *Interim Report on the Right of Everyone to Enjoy the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, 10 October 2003, A/58/427, paragraphs 14-17
[106] *See ibid*, paragraphs 18-20
[107] *See ibid*, paragraphs 22-23
[108] *See ibid*, paragraphs 26-27

成效如何，故其呈現的資訊大多為人民健康的「狀態事實」（circumstantial facts），諸如精神疾患檢出率、精神疾患者回歸社區的比例、性暴力降低之比例、職場過勞的發生率、職場精神壓迫獲得救濟的比例等。因此，結果指標通常應該反映許多相關聯且集體政策共同引發結果的過程，包括生產健康照護、衛生設備、教育政策等。[109]舉例來說，關於心理健康權的結果指標可能包括（一）精神疾患導致自殺的比例？（二）幼童先天罹患精神或心智疾病的比例？（三）產後憂鬱症發生的比例？（四）職場過勞發生的比例？

由此可知，不管哪個類型的指標組都可能同時包括國家「尊重」、「保護」及「實現」等三個層次的義務內容，大致上前兩者係屬必須立即履行的義務，惟後者因同時包含「助益」、「提供」及「促進」等積極作為之內涵，且經常需要一併考量一國國內資源及可獲得之國際支持等因素，大多並非一蹴可幾的，但這種應逐步實現的義務不應以資源侷限或目標困難等理由而拒絕接受評估，尤其係與關鍵步驟相關決定因素之滿足，且因此始得檢視國家關於心理健康之發展是否符合「不倒退原則」（principle of non-retrogression）之要求。以下將分別以（一）「與性及生育相關之心理健康」暨「兒童與青少年之心理健康」、（二）自然、居家與職場環境中之心理健康、（三）「精神疾病之預防、治療與控制」暨「精神醫療照護與其他重要藥物之可近用性」，以及（四）心理健康權容易遭受歧視或忽略的特定族群等，分析各分類指標組應該包含之內容並提出附表（表 5.1）之建議。

（一）「與性及生育相關之心理健康」暨「兒童與青少年之心理健康」

《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條第 2 項第 1 款「設法減低死產率及嬰兒死亡率，並促進兒童（兒童依其得為適用之法律較早達到成年者外，係指 18 歲以下之自然人）之健康發育」，為改善兒童和母親的健康、性和生育的健康，須採取措施，包括計畫生育、產前和產後保健、緊急產科服務和獲得資訊以及根據獲得的資訊採取行動所需的資源，最重要的是，婦女應享有性和生育的自主權，因此國家應保護婦女免於受到性暴力或強制墮胎等侵害其性自主或生育自由之霸凌行為。[110]依同款之規定，這裡亦應特別參酌《兒童權利公約》的內容，包括「尊重兒童心理健康發展」、「保護兒童及青少年之身心發展」，及得以逐步發展的「實現兒童及少年之心理健康促進」等三大義務面向。

[109] *See ibid*, paragraphs 28-29
[110] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraph 14

依《兒童權利公約》,「尊重兒童及青少年心理健康」之義務係第2(1)條之尊重兒童不受歧視的自主存在；第 12(1)、13(1)及 13(2)條之意見及言論自由；第 14(3)條之宗教信仰自由；15(2)：集會結社自由；第 17 條之獲得促進兒童社會、精神和道德福祉和身心健康身心健康（social, spiritual, moral wellbeing）的資訊；第 24 條之專屬兒童的初級心理健康保健及防止意外事故的基本知識；及第 25 條之因身心健康（physical and mental health）緣故接受妥善照護及安置的權利等。

依《兒童權利公約》,「保護兒童及青少年心理健康」之義務係第2(2)條之保護兒童免於遭受任何不正歧視之對待；第 6(2)條之確保兒童的存活與發展；第 9(1)、9(4)及 10(2)條之在符合兒童最佳利益的考量下，儘量確保兒童與其父母共同生活或團聚的權利；第 19 條之保護兒童不受到任何形式的身心暴力、傷害或凌辱、忽視或照料不周、虐待或剝削等情況；第 24(3)條之保護兒童不受到對健康有害之傳統習俗的影響；第 32(1)條之護兒童不受到經濟剝削和從事任何可能妨礙或影響兒童教育或有害兒童健康或身體、心理、精神、道德或社會發展的工作;第 34 條之保護兒童不受到任何形式之色情剝削和性侵害;及第 37(1)條之保護兒童不受到酷刑或其他形式的殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰。

依《兒童權利公約》,「實現兒童及青少年心理健康」之義務係第18(2)條之發展育兒機構、設施和服務；第 23 條之促進身心障礙兒童有尊嚴自立之生活條件，包括適當之教育、治療、復建、娛樂等；第 27(1)條之促進兒童身體、心理、精神、道德和社會發展之生活水平；第 29(1)條之接受適於兒童個性、才智和身心能力健全發展之教育;及第 39 條：注重創傷事件後之兒童與青少年重返社會之能力，並予以適當之身心康復（physical and psychological recovery）之照護。

（二） 自然、居家與職場環境中之心理健康

依 1966 年《經濟社會文化權利國際公約》第 7 條第 2 項之規定，人人有權享受公平與良好之工作條件（just and favourable conditions of work ），其中包括安全健康之工作環境（ safe and healthy working conditions）。再參酌國際勞工組織（ILO）關於職場衛生之規定，最主要的法源是 1981 年的第 155 號的《職場安全與健康及工作環境公約》,其中第 3 條第 5 項所定義與工作相關之「健康」，亦採 WHO 的規定，即不僅指疾病或羸弱之消除，亦包括與工作安全及衛生直接相關（directly related to safety and hygiene at work）,會影響個人健康之身體與心理要件（physical and mental elements affecting health）。

依實證研究之結果，關於「職場社會心理」之決定因素，包括失業、聘雇不穩定、低收入、收入不穩定、長工時、工作負荷大、輪班、夜間工作、出差、工作缺乏自主性、職場社會關係、職場正義、職場暴力與霸凌、工作與家庭間之衝突；而可能導致之健康風險（risk factors），則可能是行為改變（抽菸、提神物質、藥物、飲食行為）、心腦血管疾病、肌肉骨骼傷害、肥胖、睡眠障礙及剝奪、消化系統問題、生殖功能損害、焦慮、憂鬱或疲勞、職業災害等。因此，同公約的第 5 條第 2 項，更規定為實現有關職場安全及衛生及工作環境之國家政策，除了立即得達成之「預防工作過程中，有損健康之意外事故與傷害」，亦應及於「關於工作之物質要素，與執行或監督工作等人員間之關係，及機器、設備、工作時間、工作組織及工作過程對勞工身心能力之影響（adaptation to the physical and mental capacities of the workers）」。[111]

至於自然或居家環境中的心理健康權之保障，即係以「符合心理健康的自然環境」（mentally healthy natural environment）及「與心理健康相關之適當住居的要素」（mental health-related determinants of adequate housing）為主軸，而這裡係以「國民幸福指數」（National Well-being Indicators）為參考依據。由於影響幸福與福祉的因素多元，概念不易衡量且各人感受不同，主要國際組織及世界各國均投入龐大經費且費時數年發展衡量福祉之指標，其中較全面且綜合之評比為經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Cooperation and Development，OECD）於 2011 年首次公布之「美好生活指數」（Your Better Life Index），不僅採用客觀統計指標呈現社會實況，亦結合意向性問卷調查衡量民眾的主觀感受與認知，例如對生活、環境品質的滿意度、健康認知等。不過，擬訂這樣的幸福指數應該要有全民參與的實證過程（process of evidence-based public participation），可善用研究機構或在地組織的力量，並儘量做到完全透明且資訊公開。

基於 OECD 之「美好生活指數」歷經多年嚴謹研究及國際間充分討論，發展較為成熟，故國民幸福指數乃確立以之為遵循架構，區分物質生活條件（居住條件、所得與財富、工作與收入）及生活品質（社會聯繫、教育與技能、環境品質、公民參與及政府治理、健康狀況、主觀幸福感、人身安全、工作與生活平衡）等 11 個領域，並分別建構了 24 項「國際指標」（international indicators）及 38 項「在地指標」（domestic indicators）。所謂的「幸福指標系統」須能證明幸福指標的變化能告知國人「民眾感覺的快樂幸福之變化」。所以幸福指標的選擇，不是只從現有的社會福祉指標中隨意選取一些就能以其變化說明

[111] *See* Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment [C155-OSHC], adopted in 1981 (No. 155), entry into force in 1983

人民是快樂的。相關原則至少包括（1）以民眾主觀快樂幸福感為依歸；（2）指標訂定過程公開、民眾參與；（3）發展互動式的國家幸福指標系統，以隨時掌握或有效預測民眾快樂幸福的現況或趨勢等。其中，與「職場安全與心理健康」、「符合心理健康的自然環境」及「與心理健康相關之適當住居的要素」相關之部分，主要摘要如下表。

表 4.24　參考 OECD 之我國「幸福指標系統」

領域	指標		定義內容
1a. 居住條件（國際）	客觀	無基本衛生設備的比率	住宅無室內沖水馬桶之人口百分比
1b. 居住條件（在地）	主觀	居住房屋滿意度	對目前居住的房屋感到滿意的比率
	主觀	住宅週邊環境滿意度	對目前住宅週邊環境感到滿意的比率
2a. 所得與財富（國際）			
2b. 所得與財富（在地）	客觀	相對貧窮率	等值化可支配所得中位數 50%以下之人口比率
3a. 工作與收入（國際）	客觀	工作保障性不足之比率	受僱者中工作任期低於 6 個月者所占比率
3b. 工作與收入（在地）	主觀	工作滿意度	對個人目前整體工作感到滿意的比率
4a. 社會聯繫（國際）	主觀	社會網絡支持	遇到困難時，有親戚或朋友可在任何需要時給予幫助的比率
4b. 社會聯繫（在地）	客觀	與朋友接觸頻率	過去一年中，與未同住的朋友平均每週至少聚會一次的比率。
	客觀	與親人接觸頻率	過去一年中，與未同住的親人平均每週至少聚會一次的比率
	客觀	志工服務時間	平均每天花在志工服務的時間
	主觀	對他人的信任	認為大多數人可被信任的程度
	主觀	家庭關係滿意度	對目前與父母、伴侶及子女等關係的滿意程度
5a. 教育與技能（國際）			
5b. 教育與技能（在地）			
6a. 環境品質（國際）	客觀	空氣污染	以 10 萬以上居民的城市人口加權之空氣微粒（PM10）平均濃度
	主觀	水質滿意度	自述對當地水質感到滿意的比率
6b. 環境品質（在地）	客觀	接近綠地	都市計畫區現況人口每人享有已闢建公園綠地面積
7a. 公民參與及政府治	客觀	法規制訂諮商指數	反映政策規劃諮詢過程中公開性及透明度之綜合指數，依據 OECD RMS 調查之選項加權計算

理（國際）			
7b. 公民參與及政府治理（在地）	主觀	對政府的信任	對立法院、中央政府、地方政府及社會保障制度的信任程度
	主觀	對法院的信任	對司法制度及法院的信任程度
	主觀	對媒體的信任	對媒體的信任程度
8a. 健康狀況（國際）	客觀	零歲平均餘命	假設一出生嬰兒遭受到某一時期每一年齡組所經驗的死亡風險後，所能活存的預期壽命
	主觀	自評健康狀態	受訪者自我認知一般健康狀況為「好」或「很好」之百分比
8b. 健康狀況（在地）	主觀	自述日常生活功能受限	15 歲以上成人因健康問題而使日常活動受限的比率
	主觀	失能者對主要照顧者的負擔程度	主要照顧者因照顧失能者而感到有負荷的比率
	客觀	健康平均餘命	指身體健康不需依賴他人的平均期望存活年數，由疾病、功能障礙及死亡的存活曲線，分別計算各年齡別健康生命之存活率與未罹患慢性疾病狀況下之平均餘命
9a. 主觀幸福感（國際）	主觀	自評生活狀況	依據坎特里爾階梯量表（Cantril Ladder），相對自己認為最差（0 分）和最佳（10 分）的生活，評估自己目前生活之得分
9b. 主觀幸福感（在地）	主觀	生活滿意度	自述對目前生活的滿意程度
10a. 人身安全（國際）	客觀	故意殺人致死案件被害人口率	每 10 萬人口中，故意殺人致死案件被害人數
	主觀	自述暴力受害比率	自述過去一年內曾被人身攻擊或強盜搶奪之比率
10b. 人身安全（在地）	客觀	家庭暴力被害人口率	每 10 萬人口中通報家庭暴力案件被害人數
	主觀	安全感	夜晚獨自走在居住的城市或鄰近地區覺得安全的比率
11a. 工作與生活平衡（國際）	客觀	受僱者工時過長比率	受僱者主要工作平均每週經常工時達 50 小時以上的比率
	客觀	每日休閒及生活起居時間	全時工作者通常每日分配在休閒及生活起居（睡眠、用餐及梳洗等）的時間
11b. 工作與生活平衡（在地）	客觀	通勤時間	全時工作者每日通勤分鐘數
	主觀	時間分配滿意度	就業者覺得自己分配在家人、社會聯繫、工作及嗜好等四方面的時間剛好的比率

（三）「精神疾病之預防、治療與控制」暨「精神醫療照護與其他重要藥物之可近用性」

依據公共心理衛生之理論，在結構與過程指標組中，心理健康「政

策」(policy)和「計畫」(plan)是對國家而言係緊密相關的要素。前者提供的是全國性或全球性之展望，而後者提供的是如何使展望成真的執行細節，意即一項缺乏策略性計畫的政策只是個夢想，而一個欠缺政策目標的計畫也只是若干沒有組織的作為之集合罷了。[112]在心理健康(包含健康促進及疾患預防兩個面向)這個領域，WHO 已經發展出兩個檢核表，包括「心理健康政策評估檢核表」(Checklist for Evaluating a Mental Health Policy)和「心理健康計畫評估檢核表」(Checklist for Evaluating a Mental Health Plan)，其目的係為評估一個國家政策或草案被提出時其後之發展，包括(一)是否依循特定過程，以達成目的？(二)不同議題的內容是否有被強調？及(三)是否因此採取適當的行動，並納入政策。因此，這兩份檢核表彼此間的關係應係相輔相成的，即「政策檢核表」應要能呈現國家對於心理健康之整體目標，而「計畫檢核表」則應要能用來監督各項政策是否符得以有效地被執行，故二者皆可能會呈現關於心理健康權的結構及過程指標。

雖然檢核表是有限的，無法評估政策過程與內容的「品質」(quality)，但還是鼓勵評估者在完成檢核時考量一下政策過程與內容的「充足性」(availability)，尤其那些評估結果是「有些符合」或「不是／完全不符合」等項目，但 WHO 建議至少提供一個行動計畫或一些簡易評論來解決，以作為接下來結果指標設計的方針與內容依據。此外，這兩份檢核表應由跨領域(intersectoral/interdisciplinary)的獨立評估小組來進行監督工作，雖然這是份檢核心理健康政策的檢核表，但也要注意回顧其他相關部門之資料，因為有些項目可能因為已經被完全包含在其他部門的業務職掌中，因此雖然與心理健康有相關，也不會被正式地列在心理健康政策中，而這也是為什麼界定出「基本決定因素」是重要的。[113]

表 4.25　心理健康政策評估檢核表

心理健康政策評估檢核表

請用以下分數去計算各個問題： 1＝是／完全符合；2＝有些符合 3＝不是／完全不符合；4＝不知道	評分	如果回答「是」或「有點同意」請描述現況。如果不是請說明原因。	需要採取什麼行動？

[112] *See* WHO, *Mental Health Policy and Action Plans* (2007), Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet 1

[113] *See* WHO, *Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans*, Mental Health Policy and Service Guidance Package (2007)

過程議題（Process Issues）			
1a. 是否有高層授權發展此項政策？（例如：衛生部長）			
1b. 政策在哪個層級被正式批准與採用？（例如：心理健康署、衛生部、內閣、衛生部長）			
2. 政策是否依據相關資料：			
● 從現況評估？			
● 從需求評估？			
3. 與國內其他地區，或相近文化及人口組成國家之心理健康相關政策是否被檢視與整合進本政策？			
4. 是否曾在以下群體進行完善的諮詢？			
● 衛生部門代表，包含企劃、藥事、人力資源發展、兒童健康、愛滋、流行病學與疫情監測系統、災害準備部門			
● 財政部門代表			
● 社會福利與住宅部門代表			
● 司法部門代表			
● 消費者或消費者團體代表			
● 家庭成員與其代表			
● 其他非政府部門組織？			
● 私人部門？			
● 其他任何利害關係族群？若是，請列出			
5. 是否曾與其他國家交流心理健康政策與經驗？			
6. 是否有正在進行中的相關研究影響政策發展？（例如：前導研究？）			
內容議題（Content Issues）			
1. 是否有實際可達成的願景描述？			
2. 是否有納入可能影響政策的價值與原則？			
3. 這些價值與原則著重或促進：			
● 人權？			
● 社會融入？			
● 社區照護？			
● 整合？			
● 實證作為（evidence-based practice）？			
● 跨部會整合與協作？			
● 生理性健康照護之公平性（equity）？			
4. 是否有定義明確的目標（goals）？			
5. 這些目標是否具有一致性：			
● 與願景一致？			
● 與價值與原則一致？			
6. 行動領域是否清楚地描述指引主要的政策走向以及應完成之具體事項？			
7. 行動領域是否以課予政府義務的方式書寫？（例如：寫政府「將會」做什麼，還是寫政府「應該」做什麼？）			
8. 行動領域是否有全面性地提及協調與管理？			

(a) 在衛生部內是否有專責職務者負責協調心理健康政策？			
(b) 政策是否建立或提及一個跨部門單位來監督主要的心理健康政策決定？			
9. 行動領域是否有全面性地提及財務？			
(a) 政策是否有指出資金如何提升公平的心理健康服務			
(b) 政策是否有描述資金公平分配予生理與心理健康？			
(c) 如果在這個國家有實施健康保險，政策是否有指出心理健康將如何成為其中之一部份？			
10. 行動領域是否有全面性地提及立法與人權？			
(a) 政策是否提倡人權？			
(b) 政策是否提倡人權導向立法的發展與實施？			
(c) 是否有設立審查單位負責監測不同層面的人權？			
11. 行動領域是否有全面性地提及組織的服務？			
(a) 政策是否提倡將心理健康服務整合至一般健康服務？			
(b) 政策是否提倡社區導向之心理健康途徑？			
(c) 政策是否提倡去機構化？			
12. 行動領域是否有全面性地提及健康促進、預防與復健？這個政策提供：			
(a) 精神疾患之預防？			
(b) 介入以提升心理健康？			
(c) 精神疾患者之復健介入？			
13. 行動領域是否有全面性地提及政策倡議？			
(a) 政策是否對於消費者與家族組織有支持性？			
(b) 是否著重於提升對於心理疾病的警覺與有效的治療？			
(c) 政策是否為了心理疾病患者之利益倡議？			
14. 行動領域是否有全面性地提及品質促進？這個政策有：			
(a) 承諾會提供更高品質、實證的介入？			
(b) 包含測量與促進服務品質的程序？			
15. 行動領域是否有全面性地提及資訊系統？			
(a) 心理健康資訊系統將會被建立用於未來政策的決策和規劃以及服務發展？			
16. 行動領域是否有全面性地提及人力資源與訓練？			
(a) 政策是否有承諾將提供心理健康服務提供者適當的工作環境？			
(b) 是否有合宜地討論管理策略以提升心理健康服務提供者的徵召與維持？			
(c) 人力發展是否重視核心能力與技術的訓練？			
17. 行動領域是否有全面性地提及研究與評估？			
(a) 政策是否著重研究的需求、服務評估以及政策與策略性計畫評估？			

18. 行動領域是否在健康部門中全面性地提及跨部門內的跨單位協作（intra-sectoral collaboration）？這個政策有：			
(a) 著重於與健康部門中企劃、藥事、人力資源發展、兒童健康、愛滋、流行病學與疫情監測系統、災害準備部門的協調合作？			
(b) 包含清楚地闡述行動領域中各部門所扮演的角色？			
19. 行動領域是否有全面性地提及跨部會協作？這個政策有：			
(a) 著重與其他相關政府部門的協調合作？			
(b) 著重與其他相關非政府組織的協調合作（包含消費者與家族群體 family group）？			
(c) 包含清楚地陳述行動領域中每個角色定位？			
20. 是否考慮以下群體？			
● 重度精神疾病患者？			
● 孩童與青少年？			
● 老年人？			
● 精神失能者？			
● 物質依賴者？			
● 一般精神疾病患者？			
● 創傷患者（people affected by trauma）？			
21. 對於現今給予資源中，以上族群的資源分布是否均勻？			
22. 心理健康政策的主要議題在國內是否被整合或認同：			
● 心理健康法規？			
● 一般健康法？			
● 病人權利憲章？			
● 身心障礙保護法？			
● 健康政策？			
● 社會福利政策？			
● 減少貧窮政策？			
● 發展政策？			
請將國家的財務與人力考慮在內，評價這政策的實施可行性。			

心理健康計畫評估檢核表（補充政策評估檢核表的部分）

操作議題（Operational Issues）			
8. 是否在每個行動領域（areas for action）都有辨別出全方位的行動策略？			
檢視行動策略（strategies）			
9. 時間架構（time frames）：			
● 每個行動策略是否有建立時間架構？			
● 若有，該等時間架構是否合理且可行？			
10. 指標（indicators）：			
● 每個行動策略是否有建立指標架構？			

● 若有，該等指標能否合適地測量行動策略？			
11. 目標（targets）：			
● 每個行動策略是否有建立目標？			
● 若有，該等目標實際可行嗎？			
檢視行動作為（activities）			
12. 是否清楚定義出每個行動策略包含之作為？			
13. 是否辨別出該為每個活動負責之個人、團體或組織？			
14. 作為開始和結束的時點是否清楚？			
15. 是否有描繪出作為之產出（outputs）？			
16. 是否有辨別出潛在的障礙？			

四、特別考慮心理健康權容易遭受歧視或忽略的特定族群

- 婦女

婦女的健康權當然不限於生育健康，以性別觀點發現並改善健康不平等非常重要，消除對婦女的歧視，必須制定和執行國家策略，在婦女整個一生中促進他們的健康權，減少婦女健康危險，保護婦女免受家庭暴力、清除所有影響婦女獲得健康服務、教育和資訊的障礙，保護婦女免受那些使她們不能享受健康權的有害傳統文化習俗和規定的影響。[114]

- 兒童及青少年

關於兒童之心理健康，由於其身心未臻成熟階段，因此無論在出生之前或出生之後，均應受到包括法律的各種適當的特別保護，而在身體上、心理上以及社會上有障礙的兒童有受到特別的治療、教育與保護之權利。尊重兒童的最佳利益（best interest of the child），檢視偏遠地區與弱勢家庭（低收入戶、單親家庭、新移民家庭等）的父母或監護人的就業情形，輔導就業以減少兒童輟學率，避免兒童過早參與勞動；推動成年性工作者登記合法化，藉由性工作者人口調查以減少我國未成年男女成為性工作者的人數；並以法律效益保障並勸導未成年性工作者重新入學或進行就業輔導。與《兒童權利公約》第 24 條第 1 項要求相呼應，要求各國保證為兒童和他們的家庭提供基本健康服務。落實不歧視與平等待遇，男孩、女孩享有平等健康的機會，得到充分營養、安全環境、身體和精神的健康服務。特別是廢除有害女童健康的傳統習俗（早婚、偏袒男孩等）。給予身心障礙兒童機會，享受

[114] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraphs 20-21

有意義和尊嚴的生活，參與群體生活。為實現兒童及青少年的健康權，所有政策和方案上，兒童和青少年的最大利益應為首要考慮，包含提供所有兒童及青少年安全和有幫助的環境，參與影響他們健康的決定，有機會學習生活技能，獲得資訊、得到諮詢、健康行為的選擇權、尊重保密和隱私、友善的健康照顧制度、適當的性和生育健康服務。[115]

- 少數族群（包括少數民族及原住民等）

關於少數族群之心理健康，相關的健康服務應具有文化敏感度，提供資源，安排、提供、管理原住民傳統的護理、復健和醫學服務。承認個人健康和群體健康的連結其集體的影響，保障原住民免於違反意願被迫離開傳統的土地和環境，打破與土地的共生關係，保存原住民為享有身心健康所需的營養來源、傳統醫用植物、動物、礦物等自然環境。[116]

- 老年人

有關老年人的心理健康，回顧 1991 年聯合國大會通過之《聯合國老年人原則》（United Nations Principles for Older Persons）及其附件《高齡及其相關活動之國際活動計畫之執行》（Implementation of the International Plan of Action on Ageing and Related Activities），其中強調老年人之「獨立性」、「參與感」、「照護權」、「自我滿足」及「自尊心」等五大面向，全部都與其心理健康之保障都密切相關。此外，老年人的健康權之保障，更應全面性地著重預防、治療和復健性等健康照護，亦包括男女老年人定期健康檢查，保持活動能力和自主，免除慢性病和不治之症可以避免的痛苦，尊嚴的死亡等。[117]

- 精神障礙者及肢體障礙者

關於提升精神障礙者（亦包括精神疾患者）的心理健康人權，WHO 呼籲各國政府應（1）發展且實施提升其人權之政策、計畫、法規及服務措施；（2）改善良好品質之精神治療及照護內容的可取得性；（3）保護精神心智狀態不穩定者免於受到不人道及有辱人格之待遇；（4）賦權並支持精神照護使用者及其家庭成員；並（5）改變社會對精神疾患者的態度，及提高其人權意識。[118]關於肢體障礙者之心理健康，國

[115] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraphs 22-24
[116] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraphs 27
[117] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraphs 25; General Comment No. 6, paragraphs 34-35
[118] *See* WHO, *Promoting the Rights of People with Mental Disabilities*, Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet (2007), Sheet 1; WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse (2005),

際人權文件不斷重申提供健康服務和設施的公民營部門都必須遵守對身心障礙者的不歧視。[119]事實上，之所以將肢體障礙者與精神障礙者分別為兩個族群，是因為其心理健康的素質及風險因素其實大相逕庭，因前者可能遭受的威脅主要係源自生活不便利（inconvenience），而後者則是容易直接受到汙名化（stigmatization）等社會性的惡意威脅。

然而，這兩個族群應受到心理健康權之保障不因此有所差別，根據 WHO 對於 CRPD 第 25 條關於身心障礙者享有可達到最高標準的生理與心理健康之權利所為之概括性解釋，其提出了五項基本標準，包括（1）將設施提供給任何有需要治療和支持的人；（2）設施中應有專業的工作人員以提供高品質維護心理健康的服務；（3）治療、心理復健及支持網路和其他服務的連接，以服務使用者為導向的計畫，目的希望讓使用者在社區有能力獨立生活；（4）精神疾病藥物之可近性、可負擔性及適當使用性；以及（5）提供綜合性與生育健康之服務。[120]

首先，（1）包含三項指標，即「沒有任何人得被拒絕享用設施提供的治療和服務，不因他或他的經濟條件、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他見解，甚至是國籍、種族、土著和非土著、傷殘、身世、年齡或其他身分」；「任何人在相關設施中，都可以要求享有心理治療或被轉介到其他適當設施接受服務」；且「任何治療和服務都不應設限，不因他或他的經濟條件、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他見解，甚至是國籍、種族、土著和非土著、傷殘、身世、年齡或其他身分」。

接著，（2）包含六項指標，即「相關設施的工作人員有能力提供心理輔導、心理復健、資訊、教育與服務使用者和家屬以促進獨立生活和社區的融入」；「工作人員應清楚社區服務的角色及資源的可用性來促進獨立生活及協助融入社區」；「當有需要時，使用者有權諮詢精神科醫師或其他專業的心理健康工作者」；「相關設施內的工作人員接受訓練並獲得許可，始得開立及審查精神疾病藥物」；「給予工作人員培訓及精神疾病人權之相關書面資料，以熟悉包括 CRPD 在內之國際人權指標」；且「使用者應被告知有機會表達意見並提供改善服務的機制」。

再者，（3）包含六項指標，即「每一位使用者用有一個全面、各別

Annex 1; WHO, Mental Health Atlas (2005), available at: http://globalatlas.who.int/globalatlas/default.asp

[119] *See* CESCR, General Comment No. 14 (2000), paragraphs 26; General Comment No. 5, paragraphs 34

[120] *See* WHO, *WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities* (2012), pp. 77-80

化的復健計畫包含其社會、醫療、職業和教育及復健目標」;「復建計畫必須由使用者來主導，反映其所選擇、照顧之偏好，並由使用者和一位工作人員定期的檢討與更新」;「作為復健計畫的一部分，鼓勵使用者提前清楚說明治療和復建選擇的偏好，以利未來在面臨抉擇上可做為參考依據」;「使用者得參與心理社會促進的課程以協助辦演社會角色或發展職業、學業上所需的技能。技能的發展是依據個人的復健偏好，其中也包含提升生活品質和自我照顧能力」;「鼓勵使用者建立一個社會支持網絡及，或與會員們抱持聯繫以利引導在社區獨立生活，而相關設施應在符合當事人意願下提供連接使用者與家人和朋友的援助」; 及「相關設施應協助使用者了解服務與醫療保健系統，及包含次級和社區等各級心理健康服務，如補助金、房子、就業機構、日間護理中心、居家服務等」。

然後，(4) 包含五項指標，即「依國家基本藥物目錄所列之適當的精神疾病藥物，可在設施中獲得或可遵醫囑」;「充裕的基本精神疾病藥物以滿足使用者的需求」;「藥物的種類和劑量必定一直為臨床診斷並定期檢討」;「使用者應被告知藥物的作用和任何潛在的副作用」; 及「使用者被告知治療方案，以及可能替代或可配合藥物的方法，例如心理治療等」。

最後，(5) 包含六項指標，即「在進入設施前或之後定期提供使用者的身體健康檢查，或針對特定疾病的篩檢」;「相關設施應提供一般健康的問題之治療，包含疫苗或轉診服務」;「當需要進行手術或其他醫療程序卻無法在設施提供時，有轉介系統以確保使用者及時接受醫療服務」;「在設施進行定期的健康促進教育」;「提供使用者有關生育健康與家庭計畫相關資訊」; 且「在免費和知情同意下，提供一般與生育健康相關資訊的服務」。

其他心理健康權亦可能遭受歧視或忽略的特定族群，尚包括性別／性傾向弱勢者（包括同性戀者、雙性戀者、跨性別者、雙性別者等）、災難（包括天然與人為災害）生還者、新住民或外籍勞工、低收入戶或貧窮者、失業者(unemployment)、慢性病患(people living with chronic diseases)、愛滋病患（people living with HIV）、物質濫用者（people of substance abuse）等，國家得依各族群不同需求或特定情境中可能與心理健康相關的指標項目，另外提供分類資料，以供國際或國內社會更完備之監督，而這些考量皆係為確保心理健康人權在實現並滿足的過程中，符合國際人權法中最關鍵之「平等及不歧視原則」(principle of

equality and non-discrimination）。[121]

五、由研究焦點訪談結果交叉檢視心理健康人權指標

本處以研究方法中之焦點團體訪談結果與前文進行交叉檢視（trianguration）。本研究採多元方法收集資料，前述結果主要皆由文獻檔案分析而來，藉由檢視、分析和比較兩人權公約及各國際公約內容、各國國家人權報告及公共心理衛生等相關文獻檔案，而獲得初步結果。為求提升研究的客觀性，本處特以焦點訪談結果分析，由受訪者提供資訊，增加資料的多元並用以檢證研究所提有關心理健康人權的指標。

本研究三場次焦點團體分別以「界定心理健康人權範疇」、「特定群體的心理健康需求」及「心理健康人權的國家責任」為主題，參與者共 26 人次，三場次團體的發言摘要作成會議記錄並編碼。

段落編碼說明：三篇團體紀錄依照團體代表發言流程依序編輯段落。依發言脈絡順序，第一位發言代表編碼為 A，其餘發言者類推；發言內容段落編號為所有內容段落流水順序，團體第一段發言流水編碼 1，第二段發言流水編碼為 2，其餘發言段落編碼類推，一次團體的所有發言者共用流水號，段落單位以意義闡述為原則，由紀錄者編輯。編碼前數字為該次會議舉辦日期。三次團體各有 8~9 名代表，共記錄 213 段發言段落。（詳見附錄）

三場次焦點團體的訪談記錄稿，經研究團隊內容分析後，獲得以下主要結論。

（一）心理健康人權範疇

目前 WHO 還是全球健康議題的標竿。由 WHO 提出心理健康促進架構，心理健康應包含促進與預防，個人、群體和國家層面的心理健康。

1. 從公共衛生領域和人權規範看心理健康的定義

[121] *See* WHO, *Prevention and Promotion in Mental Health* (2002); WHO, *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options* (2004); and WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice* (2005); WHO, *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope* (2001)

心理健康政策的確應該要包含常態分布中的多數人，也必須顧及少數的群體，特別要考慮人口群的差異需求。

心理衛生界仍以 WHO2004 年提出的心理健康促進框架作為努力的方向（2013/10/21A37）心理健康議題，不只是關心憂鬱、傷害賠償，心理健康中，培力、正向心理也需要受關注。（2013/10/21A1）

從心理健康定義中，兩向度的動態圖（健康與疾病、蓬勃與萎靡）看，第一象限是要加強的。從心理統計上，鐘型常態分布來看，60%都是在中間，你要把政策放在哪裡？政策應該要考量到多數人。政策介入後，你要把人往哪裡拉？（2013/10/21B15）…心理健康的兩動態圖是更細緻的，即便有疾病，也可以追求心理更健康。這樣政策變複雜。（2013/10/21D16）

以 WHO2004 年在對人口族群的界定方面，如果運用在台灣，要看定義、界定報告是站在誰的立場，是從下往上，還是上往下（bottom up or top down）？指標部分，表上所列只是概括性外，應再深入真正指出還需要被關注的群體，人口族群是否在增加，哪些新的族群和心理健康人權議題有關。例如：遊民、未成年懷孕少女，都需特別探討。台彎特殊群體還有新住民、外勞、原住民、偏鄉農村女性等等。（2013/10/21B38）例如：偏遠地區的社群、農村婦女，在父權結構下，鄰里之間被虐待、家暴，有很多的案例是隱含在偏遠地區的。在人口族群中，台灣特色是甚麼？需要特別去關注群體有哪些？城鄉差異的另一議題是平均餘命（2013/10/21B47、B48）

在心理健康與人權的關係中，國家必須關注的「心理健康權」，其內涵可以倫理為依歸，逐步修正法律，落實人權，成為實踐心理健康的重要機制。

以台灣這個國家簽屬兩人權公約（作為聯合國之準 state）…中央級政府各級單位要符合公約內涵。（2013/10/21G28）透過人權讓心理健康被實踐是重要的機制。（2013/10/21G30）

人權公約，視為一種倫理，比較容易推動。權利實質內涵和倫理很接近。…人權落實，與其他法律干戈之處，要去修正，太多工作要做。（2013/10/21C3、C5）

從人權角度看，要訂定心理健康指標應該怎麼看？要看特定群體的，也看全民的；要看精神疾病的，也要看預防、心理健康促進的。（2013/10/21A14）

2. 心理健康的指標（indicator）

回到心理健康的指標，是否要關注全民？還是某些特定對象就好？設定基準點，就如同找到預測變項（predictor，依變項中用來預測結果的變項）和效標變項（criterion，依變項中被預測為結果的變項）。（2013/10/21B10）

追求「全民可能達到的最佳心理健康」人權，國家必須參照的心理健康指標應有以人為基礎的政策思維，而非以制度或者行政效率為單位。因此，心理健康政策的目前和其指標都必須檢視不同群體的心理健康需求的性別和文化敏感度。跨部會合作並不是事後的要求，一個政策的出現本身就應該是基於一個人民問題的共同解決之道，不只是政府跨部門來做，也是民間力量和公民社會可以參與、合作的。

關於訂定心理健康指標的政策思維。蒲慕蓉教授也特別指出，政策所以為政策，政策是以人為基礎，制度非常支離破碎，人不是分裂，政策改革是以人為單位。若只在提行政效率，卻失去它最重要目標。談政策很抽象，但是，大家覺得與政策無關認為只要做好自己的是即可。政策影響全面，前進或後退對臨床都影響深遠，絕對不是遙遠抽象的東西。第三點政策看法就是政府政策真正是針對問題建立一個處理方法，來解決策畫，這就是政策，政府可做，民間也能做。（2013/10/21B36）

全民或者任一群體的心理健康需求或者說問題，是由個人行為心理與社會環境共同建構的，理所當然地與政治、經濟條件、法規、文化等相互關聯。例如：青年失業與全球化經濟有關，甚至是早期療育、特殊教育、職業訓練、行為心理障礙等等環環相聯；婦女心理健康（婚育婦女的自殺率）與勞動市場友善、家庭照顧責任、社會支持體系、文化上的性別平等，甚至育嬰假等的性別差異有關。又如：吸菸盛行率與心理健康等。

因此，化約的、單一的、直線的解決方式都不是負責任的政策規劃。而以 WHO2004 年心理健康促進的框架，或者人權的架構，必須考慮的指標要涵蓋政策法規的結構面與資源投入的作為如何回應到不同群體的需求。此部分回應到心理健康指標和人權規範一致，列舉出結構面、過程面和結果面三個類型的指標。

（以美國常見的行為及心理問題為例，由文獻統計圖）可知先天疾病平穩沒變化，持續增加的是後天疾病，協助他們到底是排除還是融入？例如：ADHD 排除他們讓他們去上資源班，無法與同輩互動，學習成長，又如何參與社會環境？過動症、學習障礙、青年失業（尼特族）最大問題有 48 萬，是沒工作的宅男，長期失業（超過一年），要給就業訓練，但又不符合其要求，歐洲議題嚴重可參考他們作法。不一定提升 GDP 就可以提昇失業率。
（2013/10/21B41）…需要不同專業的多元化整合。例如：失業者，心理師只能給支持，可是他需要工作的問題需要別的專業。
（2013/10/21D12）

心理健康不宜使用單一、化約的政策來解決問題。（2013/10/21H40）
（以菸稅政策為例）若政府只是抽稅，採用高壓的方式，對人權是不當的。…（2013/10/21B42）了解吸菸行為的心理面、社會面、經濟環境面等因素，以及衛生教育的資訊和管道、服務也很重要，政策要考量的是一個系統，預測投入後對系統的變化影響是同時要考量的。菸稅如何投入到吸菸人口的健康促進？提供甚麼服務（諮詢專線、門診等，足夠嗎？）可以具備群體的敏感度？如果是單以菸稅來禁菸，整個政策實在太片段、思維太直線了。（2013/10/21H43）

依照發展或者權力平衡來說，女性和小孩，福利、政策上資源偏少，女性賦予的家庭照顧責任和勞工角色並行，但支持還是太少。工作上的支持，例如：哺乳室、育嬰假等。環境的支持要多著墨。
（2013/10/21F20）對於新手媽媽、育嬰假鼓勵家庭共同照顧孩子等，如果環境有一些支持，對心理健康一定有幫助。…
（2013/10/21F22）例如：鼓勵男生也可以請育嬰假（2013/10/21A21）

公民參與和平等正義是心理健康和人權的核心議題。以環境正義和「弱勢」群體（街友、性別、社區住民等）的福利和服務設計等，必須同時考量當事人的參與權，在解決問題的同時，讓當事人能夠獲得自我掌控權，這也就是增進當事人的心理健康。因此，可能的指標包含：在社區中活動的社團數、相關政策舉辦的公聽會（至少包含政策的受眾參與）、由民意發起或經過社區參與的相關立法件數等。

在一開始的社會決定因素之核心價值，需要秉持 People power 的想法與作法。因為會走至這類群體變成這種群體，因為他背後無權力，有一個社會壓制的系統，若從個人系統出發是無法改變，但是若以「充權」概念，從個人能力的提昇，能參與決策，就比較能發揮影響力。（2013/10/21B39）

一個政策要考慮的不是只提供服務（使之更為弱勢？），也要提供機會讓當事人可以自己改變，去走他的路。核心的心理健康與人權的議題是不同社群都能達到性別平等。**如何讓不同社群都有機會，讓他們自己組織、透過平等的管道，參與相關決策權。**例如：老人遊民、LGBT 及心智障者（2013/10/21B44、B45）

環境正義問題也是和參與的人權議題有關。例如：日月光案。...環境問題與心理健康的關係在於，掌控人生才能解決自己困境，面對人生。在解決問題中獲得自我掌控權。這個延伸就是公民參與。可能的指標是在社區中社團數（內政部統計）社區發展團體等、相關政策舉辦的公聽會、經過社區參與、發起的相關立法件數等。（2013/10/21B46）

加強醫療不等於更佳的健康。同樣的，心理健康權的指標不只關注醫療機構的分布；而心理健康教育的長期投入需要有相對應的指標可以評量。

但是葉金川等（曾任）衛政首長都說偏遠地區需要加強醫療，但加強醫療並不代表更佳的健康。...公共衛生是行政和服務體系結合，預防重於治療。但組改後的衛福部施政只說要蓋大醫院。...（2013/10/21B48）

公衛護士對民眾做完體檢後的衛教，需要人力也需要錢，才能落實到社區。這需要相關的指標才會看的到。…自覺健康和一些客觀指標，將身心連結，例如：在衛教過胖時，順便作心理健康的衛教。例如：大一身體健檢報告，由護理人員說明，如果過程中有心理狀況是可以介入的。這也需要錢與人力長期的投資，長期效益。（2013/10/21B48）

人民有權利要求政府分階段，接受心理健康教育。…家庭、人際、進入職場準備等的心理健康教育。（2013/10/21E25）

那教育？有甚麼介入？例如：大學生，男性尊重、了解女性，對未來婚姻觀念的影響等。（2013/10/21F22）例如：大學生對於交往、情感、情緒問題的處理都很不足，即便是被認為是國立大學的年輕菁英。（2013/10/21D23）…教育是否提供很好的資源，以便未來能夠更有能力處理自己的心理健康。（2013/10/21F24）

推動心理健康人權教育的建議，要從政府各部會開始，且要普及全民，視為教育權的一部分。

到底我們政府是真的不知道，還是不能落實？（2013/10/21D7）是真的不知道，或者行政便利，便宜行事。…當政府要做一些事，就有某些對象被影響，但是主事者真的就是不知道。（2013/10/21C8）就如對性別平等的推動一樣，不能太樂觀。以前我相信性別平等沒有人反對，但有人就是仍沒有性別意識，無法覺察，當然就不能改變。（2013/10/21E9）

3. 心理健康的基準（benchmark）：

心理健康指標的基準可以是關鍵性的是與否；在國家逐漸實現的義務層面，可以由首次報告設定基準線，以在後續報告中持續追蹤心理健康權進步的程度。這個基準線應考量台灣現況，並以國際衛生組織的政策目標（例如：2013 年 WHA）基準為底線，逐年或者按照既定的檢核時間點，才能呈現出台灣心理健康人權概況如何與國際趨勢同步或者進步、落後。

心理健康成立一高層級的專責單位（如我們的心理健康司）已經是一個重要基準。…法案通過也是基準。（2013/10/21A29、A21）

WHO 2004 健康促進架構，WFMH 2014 年精神分裂症與心理健康，MDGs 每五年回顧等。其實應該不限於衛福部，而是各部會都要重視心理健康。（2013/10/21A29）

指標確定後才能確定甚麼是 baseline。例如：聯合國解決極端貧窮問題，中程 10、20 年，30 年後的目標等。反觀，台灣的家暴問題，如果完全沒有 baseline，怎麼知道有沒有成效，家暴是否降低？黑數？從 80 幾年到現在都是黑數嗎？例如：兒虐，基準點通報 10000 多件……等。（2013/10/21B10）

而基準的檢核還是重在正面敦促的意義，心理健康人權是跨部會機關的事，能夠在指標建立後，同時由專業智庫以各部會的大資料庫當作研究基礎，去分析心理健康促進、心理健康人權進步的小標竿，持續反映，就能促進各部會協調、合作，逐漸實現全民的心理健康。對於改善現況，並且以前瞻性的、預防性的政策實現心理健康權，政府責無旁貸。

指標的基準設計是可以去檢核現況，即使是小小的進步、改變，都能夠去了解政策上做對了甚麼，要持續做甚麼（如同 Harvard Business Review 的文章 ”the power of small wins”[122] 蔚為風潮）。政

[122] The Power of Small Wins by Teresa M. Amabile and Steven J. Kramer May 2011 Harvard Business

府就是要把曾經講對了、做對了的，日常發生的小成功讓大家可以看到，可以仿效、可以鼓勵大家繼續做。這也可以成為心理衛生政策的指標。...不管是中央的或者各縣市的，接下來不同時期的檢核點，每十年發展不同可以去檢核，才能去檢視政策做對了嗎。（2013/10/21B53）

發展正向的、縱向持續的、前瞻的、在地的指標基準，使國家關注未來和預防性的心理健康工作。

指標不應只看疾病結果，也可以看**正面的**。例如：情緒健康是個人層面的指標，不只減輕憂鬱，提昇因應壓力能力、抗逆能力也是重要的。團體或城市層級的幸福指標，主計處增加的在地指標等。例如：性別（不）平等與失業率，是落後指標；**正向的指標**是否應改成就業率，這是另類的思考。例如：最快樂是什麼？東部對生活最滿意，高出台北兩到三倍，可以去探討那是什麼，透過客觀數據，讓人民快樂的因素可以在政策作參考。（2013/10/21A49）

日前看到的蓋洛普的調查，包含個人目前處境艱難，努力打拼程度，生活美滿程度及對未來四、五年後看法等等。這讓我們想到，現行所有服務幾乎都是方在目前狀況改善，但對未來從不好到好，也就是**縱向發展**的樂觀程度是缺少關注的。要改變，需要政府系統的改造才可能。例如：老人的心理健康政策。如果不早點做，培養自處能力、因應能力，大部分人到老人也不會快樂。**政府要做的是預防工作，應該把時間拉前（或者看未來趨勢），政府有責任，因為他掌握資源。政府要往前，做普遍性的工作。**（2013/10/21A50）

由國家智庫檢驗心理健康政策，呈現各部會的施政成果，彰顯心理健康人權指標的意義。

一個政策需要智庫來檢驗。需要實證研究回應、分析社會變化。國民幸福指數 2013 年八月公布第一次[123]，每年都公布。如果能結合專家分析結果，智庫對主計處作調查更詳細分析，給政策作建議，將可更彰顯指標意義。（可參考 OECD 出版一次 what is life 出來後出第二版）（2013/10/21B51）

各部會都有大資料庫，如何讓他有意義，去分析，作為研究基礎，作為規畫服務的證據，能夠根據這個證據去發覺、規劃哪些服務能

Review. http://hbr.org/2011/05/the-power-of-small-wins/

[123] 行政院主計總處，2013/8/30。國民幸福指數調查。
http://www.dgbas.gov.tw/public/Attachment/39311373BYSDYTB1.pdf

促進心理健康，有哪些做得很好的方案內容和成效，什麼方案的業務承辦人，可以在資料庫鍵入字串，哪些人做過、做對的事，可以被知道，在各部會中都可以找出來是如何做心理健康促進的：例如，教育部推動學齡兒少；勞委會職場心理健康從哪部分著力；內政部照顧家庭和弱勢群體的心理健康，和攸關全民的心理健康受到甚麼施政影響等。這個需要獨立的心理衛生組織，專責單位才能在這部分清楚建置，去跨部門協調。（2013/10/21A52）

另，以美國去機構化的經驗為借鏡，也是嚴肅的警告，台灣心理健康工作，機構和社區化不可偏頗；發展心理健康人權的指標，在精神醫療機構方面及社區化方面，兩方面的資源盤點和成本效益的估算必須併行。誠如我國《精神衛生法》第一條「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」明言立法的目的。但現況是，政府的心理健康政策和人力、業務職掌、資源分配上，明顯的側重精神醫療機構化，非常輕忽社區化的預防和促進的工作。

美國的心理健康政策在甘迺迪總統時期有一個轉折點，就是去機構化。一個國家心理健康政策沒做好，代價是非常大的。如同經濟學人報導[124]指出的美國 70 年的經驗，當精神醫院銳減，入監人數大大攀升。這是去機構化的慘痛成本，也指出在去機構化的同時，社區資源建置的重要性。（2013/10/21A54）

目前台灣說監獄醫院是培德，人滿為患就隨意將性侵者放入社區，是不對的。監獄對毒犯，預算是一個人一個月成本是 6 萬，且只涵蓋 30 人。所以衛福部毒品預算是二千萬 這種方式師都說治療無效，但人滿為患。必須要有新的治療方式或社區照顧方式。台灣也需要嚴肅看到成本的問題，也需要正視社區化的問題，讓社區有心人士的一起參與，把社區資源連結起來。（2013/10/21A55）

（二）特定群體的心理健康需求

本次會議出席者所代表的團體，包含精神障礙者、身心障礙者、勞工、同志、兒童、婦女，並提出在心理健康照顧服務權利和不利心理健康的決定因素（因而遭受歧視或差別待遇而導致心理不健康）的相

[124] Justice: Locked in The costly criminalisation of the mentally ill. Aug 3rd 2013| http://www.economist.com/news/united-states/21582535-costly-criminalisation-mentally-ill-locked

關案例。並在討論中提出性健康與心理健康、身心障礙者自立生活與心理健康的議題。

衛福部的心理健康不應只包含自殺、精神醫療和物質濫用者，要包含所有人。如何涵括全民？首先，人權公約中關注的群體，婦女、兒童、身心障礙者、精神疾病者、同志等多元性別、勞工、原住民等案例應該先被提出。（2013/10/18H70）

1. 心理健康照顧服務權利方面

此次會議提出的案例包含精神疾病患者、身心障礙者等在就醫或接受心理健康服務而遭受差別待遇；並提出針對性別認同和多元性別群體、不同障別的身心障礙者心理健康促進方案或心理健康服務，需要具備需求差異的敏感度。

精神疾病汙名化妨礙當事人自我選擇

精神疾病汙名化問題。當個案被診斷為精神疾病問題，被隔離、汙名化的問題隨之而來。精神障礙者有否權利拒絕藥物治療？社會恐懼來自未知。社會有沒有權利去侵犯他精神醫療的選擇。有些精神病人，寧願自殘發病，不願意被關起來、吃藥治療。這和緩和治療同意書的意義一樣嗎？但我們社會不允許。（2013/10/18I64）

精神醫院病人和家屬要被搜身。可以被允許？guardianship 是否是人權的戕害？倖存者組織 CRPD 12 監治在某些國家是違反人權。而完全禁止監治對某些人又是違反人權。法院是剝奪人權的組織，我的健康不需要法官告訴我，為什麼法官可以決定我要接受強制治療。我的情況可以適應社區生活，為什麼我一定要接受社區治療（服藥）？通常社區治療是 assign 給家人，為了維持共同生活品質。某些特定精神疾病在某些狀況下監護機制是必要的，但可以在個人清醒的時候討論、約定，或者不是由個人，而是由某個機構、機制來監督，到底是個人最佳利益或者社群最低損害。治療的例子。（2013/10/18I66）

精神疾病診斷問題：精神疾病 600 多項，太多，世界醫學會把成癮行為診斷太寬鬆。用診斷創造病人。血壓值、BMI、腹臀比等，人只要走進醫院，醫院就有辦法你變成病人。在這種診斷標準下，新移民適應不良也是病！文化的某種狀態不是病！還有，悲傷多久是病？把悲傷用診斷為病，這會讓人去隱藏悲傷。（2013/10/18I68）

健保給付規定限制服務使用者個別需求差異

健保給付限制個別差異需求被滿足。某些病人，醫藥需求不一樣，但健保給付一樣。（2013/10/18I65）

心理健康服務需要克服障礙

聽障者找精神科醫生的經驗，無法和醫生溝通。無法諮商，筆談有限。聽障者要自己帶手語老師去，但不想，因為手語老師認識他，他不一定想被知道秘密，雖然費用可以申請補助。應該是醫生要有配備的。聽障者遭受家暴尋求協助也有相近的處境。就診時，醫生戴口罩，看不到唇語。且筆談和口語文字不同，也是理解障礙。

案例：聽障者心理有問題要如何尋求協助？想自殺，沒有聽障者的自殺專線。正式醫療體系沒有考慮到。手語要很專業。聽障者要被教育，看醫生有甚麼資源可以用？如何協助聽障者求診，例如：圖卡輔助等。在這方面，肢障比較容易被照顧到。（2013/10/18C17）

視障者看不到，連服藥都有問題。（2013/10/18C14）

身心障礙者接受精神醫療服務急需要消除障礙！…（2013/10/18C18）

性別認同和多元性別群體需要加強助人專業的性別敏感度

認同議題去求助心理專業工作者，普遍的專業知識不足，求助者要跳出來先教育專業人員，才能回到求助角色。…美國小兒醫師誓詞，支持性傾向多元。台灣的誓詞並無。有否被討論。這些是同志助人體系和醫療體系遭遇的問題。（2013/10/18E32）…同性伴侶如何面對原生家庭？…同志親密關係暴力，社工有否能理解？能知道資源的匱乏？（2013/10/18E31）

在諮商輔導系統中覺得被歧視，或標籤？（2013/10/18F45）通常是諮商師個人的宗教信仰高於專業素養，真正說歧視是少，但絕大多是諮商師根本缺少對同志伴侶的敏感度，讓當事人不被理解。如果不容易被聽、被理解，那要花更多時間去建立關係。（這樣的求助經驗很累）…（2013/10/18E46）

2. 不利心理健康的決定因素

此次會議提到勞工面臨職場霸凌或職業災害、離婚單親兒童、身心障礙兒童、多元性別群體、同志愛滋感染者、受刑人等案例，顯示其在一般生活中，在家庭、學校、職場或其他社區環境之中遭受歧視或邊緣化遭受差別待遇而導致心理不健康。

職場霸凌、職業災害及不利的職場環境直接導致勞工心理不健康。

職場霸凌是心理健康本身應該要重視到的。（2013/10/18B5）

去年（2012）勞保職災給付只有一件。麥寮維修工程師，快結婚了，跳樓，被認定是職場影響。（2013/10/18A3）

工作權沒有被滿足，對健康權的影響一定是有。…健康權之中，也包含工作環境健康。為什麼只有麥寮這個案件國家認為值得賠償？相信有很多隱藏的個案。救濟管道、認定標準不明確也是人權受到侵犯。（2013/10/18B5）

保全，長時間盯著螢幕，看久會有幻想。無形壓力，工時長，人際關係改變，家庭、朋友等都有。（2013/10/18A2）

勞工心理健康需要重視就業環境，改善勞工就業環境才能提升心理健康。

整個就業環境營造，窮忙、窮苦、窮累，工時過長、職場歧視、霸凌、排擠問題，及最後賠償，每一個階段都是人權問題。法律救濟管道、支持系統等都應該包括在內。（2013/10/18A4）

台灣的兒童權，孩子的聲音並不被聽到。由《兒童及少年福利與權益保障法》的各條文可見，側重保護和福利，缺少對兒童人權的尊重（2013/10/18H53、2013/10/18H57）。但，對於危及兒童心理健康的兒童虐待問題，法規卻缺少罰則，這是嚴重侵害兒童的心理健康權！身心障礙及特殊處境的兒童心理健康權需要特別的關注。

目前對兒虐的五個向度（疏忽、虐待、遺棄…）沒有罰則，只有接受再教育。（2013/10/18I67）

身心障礙兒童有免於歧視的受教權益，才能有身心健康發展。

身心障礙、特殊兒童在學校去上資源班、特教課，即使政策是回歸主流，但其他孩子並沒有被教育要尊重、接受各種的孩子。（2013/10/18H55）

離婚單親兒童的權益應受保護和尊重。父母離婚的兒童心理健康容易在關係衝突、監護權戰爭、司法體系和助人專業兒童主體性的漠視下，遭受嚴重衝擊。

離婚商談，離婚單親孩子的輔導。自從父母離婚後，孩子沒有機會再見到另一方。為什麼台灣社會有這麼多孩子父母離婚，孩子不能見父母？（2013/10/18G47）

台灣法律上離婚有兩條途徑，協議離婚或法院離婚。戶政事務所，如果你有孩子，要看如何減少孩子傷害。（2013/10/18G48）

孩子要經過司法系統去認證孩子歸屬？為何禁止孩子探視權？是違法的。即使兩悅協議離婚也應該納入孩子歸屬和探視。（2013/10/18G49）

很多父母在監護權戰爭中捲入孩子。法官如果在第一次審理時應聽看看，孩子有無會面交往。（2013/10/18G50）

兒童的主體性被漠視：

如果父母在高衝突狀態，是否能有社工陪同，孩子也可能被忠誠洗腦的狀態，不願意被探視。但如果有社工陪同，安全狀態，孩子可能會願意。（2013/10/18G51）…也有孩子對酗酒父親的害怕沒有被處理，不願意父親探視，被社工勸導為不孝順。（2013/10/18H54）

甚至利用兒童，讓兒童身心狀態被醫療化的標籤；但兒童在父母離婚中真正受創的心理卻未得到應該有的服務和照顧。

案例：父母雙方各帶孩子去名醫院開證明（因為父、母…不當對待，而遭受身心困擾等）…孩子被利用，過度醫療化的現象。（2013/10/18G52）

曾遇過一個大男生，互動時硬對硬的溝通，突然哭起來，說出國一父母離婚，至今完全不理解怎麼內心脆弱的部分完全沒有被照顧過。他說曾在輔導室有不愉快經驗。這個部份（父母婚變的孩子），應該有體制建立起來，因為對當事人影響深遠。（2013/10/18F59）

多元性別的群體的社會接納議題，性、性別和自我認同、家庭溝通、老年安養、死亡尊嚴等，從生到死都有，其個別需求需要被注意（2013/10/18E33）

家庭是最大避風港，但（也可能使人情緒毫無出口…）案例：青少年同志來聚會還是要說去散步。家，還是要防備。從小就知道自己（同志）的身分管理和風險評估。要對誰講？講了會有甚麼風險？不講有甚麼風險？（2013/10/18E37）

案例：一百多歲的男性老同志的老年照顧問題，住在護理之家，還是要張貼年輕女星海報（掩人耳目），無法出櫃。目前同志無法結婚，沒有兒女，要仰賴社會服務。（2013/10/18E34）

案例：喪禮也是，一個女 T，幾乎是女跨男，死時還是被家人穿戴化裝成小鳳仙裝…對死者極不尊重。而她的親密伴侶也通常是最後才能祭拜。有權利先祭拜的人卻是不接納死者的人。
（2013/10/18E35）

跨性別者受到更嚴苛的社會性別框架的歧視

同志可以選擇出不出櫃，但跨性別者，連走在路上都被檢視，上廁所，要被叫先生還是小姐，看身分證照片、找工作等。性「認同障礙者」被社會期待要變性、換證，社會期待你不是男，就是女。到底是誰有障礙？社會不知道如何對待他或她？如果跳脫男或女的框架，就沒有人有障礙。透過同志諮詢熱線的經驗看到許多跨性議題，還有跨的團體。（2013/10/18E44）

同志愛滋感染者面臨雙重汙名問題

沒有人質疑洗腎浪費國家資源；但卻指責愛滋感染者健康管理不好。疾病，和個人性汙名本來該是沒有關係的。但性汙名讓許多感染者不敢被篩檢，或者就消失不見。**同志感染者**承受雙重汙名。被認為是蓄意傳染？自己沒有做健康管理？希望可以照顧愛滋感染者的心理健康，讓感染者可以繼續在社區過正常生活。
（2013/10/18E40）

許多國家的性知識都是包含性多元、性傾向，但台灣著重安全性行為戴保險套。性健康必定不是只包含安全性行為。HIV 感染者目前有個管師，只提醒定期治療、吃藥等，不管感染者的個人狀態、心理狀態，而且不是很尊重隱私。（2013/10/18B41）

受刑人和執法人員的心理健康

羈押受刑人的心理健康服務是沒有的。監獄的工作人員當然也是沒有心理健康服務，長期在暴力、恐懼中工作。…空間本身就是健康。難民營中因為空間引起的暴力、憂鬱等。（2013/10/18I69）

3. 性健康與心理健康

在焦點團體的意見中，性需求議題一再被提出。性健康與身心健康、自我認同密不可分，是心理健康人權的重要一環。特別是身心障礙者的性需求常被忽略；同志或多元性認同者，其社會接納和親密關係的發展受到嚴峻挑戰，這些歧視和差別待遇導致了心理不健康。這是心理健康權受到侵犯。

身心障礙者的性需求仍被忽略、視為禁忌或違規的行為。

肢體障礙者，有人可以教他們用甚麼姿勢做愛，怎樣有安全的性。重度肢體障礙者怎麼做？性交易不合法，那如何？（2013/10/18C24）

身心障礙者性的需要。重度肢體障礙者，連自慰都沒有辦法，如何滿足性的需要。自閉症、唐氏症等，沒有表達的能力，有親密的需要，不只是性，就會被認為是騷擾。案例：有孩子，性衝動控制不了，碰觸了別人，就被當成性騷擾，吃官司。（2013/10/18C9）又，某教養院，露鳥院生被打。但他的性需求沒有辦法被滿足，也沒有被教育。只有被打。（2013/10/18C15）

同志面臨青少年認同危機：

整個精神分析都在談性沒有被滿足，如何轉化成各種問題。同志，某些女性，終其一生不知道自己怎麼被對待，因而終生鬱鬱寡歡。其實是社會對待的問題。（2013/10/18E30）當性對象不同，有甚麼可以提供？為什麼同志青少年要上網找朋友，或跨班集結。為什麼？學校性別教育不是已經變友善嗎？但為什麼同志青少年仍然繼續和大家格格不入？當性，可以談、可以被理解，對青少年是重要的。（2013/10/18E38）

性健康的資源和資訊嚴重缺乏；應該與性傳染病問題區分。

關於性健康。國家如何介入提供？政府如何協助？
（2013/10/18B23）…性的資源很重要。…但每一個人都有性需求，資源在哪裡？（2013/10/18E27）…案例再次顯出：性資源嚴重不足。如果有足夠的性資源，…就不需要壓抑…。孤單，親密感的匱乏，影響心理健康。親密感的匱乏，導致將救贖都壓在伴侶上。

（2013/10/18E31）以上案例皆提到性資源的重要。性的資源應該是要提供，不應該是被管制，只因為愛滋感染問題。（2013/10/18E39）

4. 身心障礙者自主生活與心理健康

身心障礙者自立生活的需求，在社會支持不夠的情況下，需要家人協助或志工，必須有求於人。如果社會資源、人脈發展好才有，也需要取決於別人。（2013/10/18C8）

難道健康只有醫療？應該也有社會面，障礙者也希望可以在社區自主生活過得很快樂。（2013/10/18C20）

即使肢體障礙或可見的障礙比較容易被了解，但協助障礙者自立生活的服務仍然嚴重不足。

人口老化，主事者比較容易注意到老人行動不便的問題（推動高齡友善城市等政策）。其他障別還是很困難。…但目前對身心障礙者自立生活的服務大概只有就業服務比較完整（職業重建服務）。（2013/10/18C18）

使用輪椅者無法自行搭乘公車到醫院就醫。目前醫療主管機關已經覺得自己做得很好，也會推到社政。很多醫院有接駁車，但接駁車幾乎都沒有輪椅空間。輪椅使用者沒有交通工具。（2013/10/18C16）

許多障礙者甚至連緊急就醫、飲食、日常生活起居等基本生存權益和尊嚴都受到一再受到威脅和打擊。政府需要重視並提供協助，以弭平障礙，保障其尊嚴與心理健康。

案例：乘坐電動輪椅障礙者突然緊急腮腺炎，無法吃洞悉，無法晚上去急診。沒有計程車、低底盤公車等可以去，終於自己到處在社區找診所，可以進得去的診所幾乎沒有，找到一家吃了抗生素才緩解。復康巴士需要預約，晚上沒有。颱風天，無法外出買東西，這是生存問題，還要拜託大廈管理員去 7-11 幫忙買東西。（2013/10/18C12）

案例：肌肉萎縮症，單身、獨居的女性。肢體障礙者，不想去機構，因為身體已經不便，不想要連靈魂也被拘束。居服員也只能一天去 3 小時。24 小時都在長板凳，睡覺是低頭曲著。過年、放假，居服員不在，便利超商幫忙送餐。她有心理健康嗎？有一次跌下，無法爬起來，被電熱器烤傷，連生存權都受到威脅。沒有辦法吃、沒有辦法睡。一個很維持尊嚴的人，要訪視要預約，他會請居服員幫他

打理儀容。但她現在連生活都沒有辦法。身心障礙者自立生活遊行的訴求就是，要活得有尊嚴，政府要給我們助理，幫助我們生活。（2013/10/18C13）

障礙者社交邊緣化，諸如：聽障者溝通的落差、視障者行動自由的受限。

環境的障礙，想去哪裡，無法去，11 月 3 日是資訊和文化平權日。案例：聽障個案想去參加別人婚禮、喪禮是一般人常做的事。但聽障者無法去，因為不知道別人在講甚麼，也被認為是自己的事。除非有志工幫忙。聽障者資訊和表達的落差造成社交困擾、邊緣化。（2013/10/18C10）

案例：視覺障礙者，想聚餐，但找不到可以去的餐廳，因為視障者無法在陌生環境定向。障礙造成生活困擾，也造成就醫、就診，包含心理諮詢都有問題。（2013/10/18C11）

身心障礙者的自主生活遭受挑戰是關係到人權規範問題，包含可及性和可近性（便利性）的規範（ACCESSIBILITY& AVAILABILITY）。

不可使用、無障礙空間、輔具都不夠。有法規，但執行不夠。有結構，過程不夠，最後，結果就不行。（2013/10/18B19）。

而這些問題呈現出和人權規範以及心理健康權的結構、過程和結果三種類型的指標都相關。

（三）心理健康人權的國家責任

我國已簽署兩人權公約，表示國家承認公約中各個人權，然也包含健康權的義務，根據憲法，增進國民健康是基本國策，但其他法令看不到健康的保障。因此，提出我國需要有「心理健康基本法」。

為何要推動心理健康基本法，政府組織再造、災難、精神疾病照顧、自殺等議題，要有一個基本法才能。心理健康促進與精神疾病防治，《精神衛生法》幾乎等於是「精神醫院管理法」，加上一小部分的「社區精神復健」。（2013/10/25A2）

2013 年初第一次國家報告，把健康看成 progressive obligations，因此是把健康當成慢慢達到即可。（2013/10/25B3）和性別平等的經驗相

似，心理健康若沒有法源依據，很難爭取具體的經費或政策，很難有進展。（2013/10/25C4）

心理健康問題或者精神疾病的爭議很多，應該都是人權的議題，其中受到醫療化，或者醫療專業霸權的影響。

心理疾病的治療，包括強制治療，有人權的問題，心理健康和生理健康有不一樣的地方，心理不健康的人會被認為和正常人的意志的價值被視為不相等，這等於是一種歧視。…自殺防治，可以說服，可否用強制的方法？心理健康從醫學、專業角度如何下定義？從國家講人權的醫療，是否尊重當事人的決定，他的決定應不應該被尊重？如果反歧視是心理健康人權核心；那強制治療就是違反人權。（2013/10/25D5）…今天有人罹患癌症，病人可以全權決定治療與否。精神病人強制治療也有此自由意志？意義是一樣的嗎？（2013/10/25D7）

又如，

憂鬱病人，輕躁—狂躁狀態，跟醫生溝通要調藥無效；雙極性病人拒絕吃鋰鹽，病人沒有手冊，因此沒有辦法參加病友團體；反社會人格被診斷手冊拿掉，因為無法醫療。……基本法應該涵蓋健康促進和醫療照顧。美國近一半孩子被視為過動，因為診斷的關係，這是醫療化。（2013/10/25A8）

更前端的問題，醫生可否決定他和一般人心理狀態不一樣，需要被治療？（2013/10/25D9）誰來判斷風險？醫生的意見？或者病人的意見？（2013/10/25B10）…家屬和病患聽不懂醫療解釋，怎麼做決定？（2013/10/25C82）

西方醫學的排他性，成為霸權：

西醫真的比較排斥其他醫療方式，卻有很多盲點，只要evidence-based 只相信看的到的。但看不到的更多。卻用醫療權威在做最大的決定。（2013/10/25F81）

具人權爭議的精神醫療議題，尚包含性侵犯治療、「監護宣告」或「輔助宣告」制度、強制介入的自殺防治措施等。

…精神衛生這一塊，跟一般身體健康的定義上，強制治療已經是歧視。例如：性侵害者被監禁應否強制治療？健保給付是否有差別？心理疾患，已經排除和一般人不同。（2013/10/25D14）

各種疾病罹患者面對疾病的恐慌的協助應有給付。（2013/10/25A15）

精神疾病病房，有許多犯人也是精神病患，但現在司法精神鑑定都是在脫罪，並沒有治療。例如：性侵害者，先天的，或者後天的？治療後回到社區再犯，表示治療無效，那應否繼續強制監禁？例如：亞斯伯格症學生在圖書館摸自己。又如：台灣「禁治產」從來沒有被解除過。（2013/10/25A27）

目前法律上稱「禁治產」為「監護宣告」（或「輔助宣告」制度），這是一件一刀兩命的事，怕當事人亂用；或者家人決定了，自己無法決定。一般人很難覺察。（2013/10/25G28）

自殺者也是解決他的問題。大家都在挑戰甚麼是自主選擇。（2013/10/25F50）命是誰的？由誰決定？要解決的是讓人去自殺的問題。不是自殺本身。例如：富士康跳樓，不是架安全網就是解決。（2013/10/25D51）

心理或精神疾病不也應當享有國家提供健康照顧的權利？然而，未達「強制就醫」的規範，病患及家屬就未能享有免費的醫療。解決心理不健康或者精神疾病問題，醫療是必要的協助資源，但不應該是唯一的對策。

如果是傷人，可以做的是防衛，不一定是治療。刑事責任的傷害，關起來限制自由。或者是治療？（2013/10/25D11）

先天或後天，醫學還有很多未知。被醫學認可的就被納入正式醫療資源提供。這樣國家是否是以提供基金，鼓勵研究等，讓大家更了解，來保障人權。（2013/10/25A20）

但，

精神醫學專業研究會有把人物化的陷阱。（2013/10/25D26）心理健康的用詞有一些演變，survivor （從各種傷害性的制度、社會的生存者）或 consumer（醫生應該尊重我們），都是提出對醫療權威或專業的反省。（2013/10/25A21）全球性的 NGO CCHR（公民權利委員會）的心理健康宣言：完全的知情同意，有權討論、駁斥任何精神診斷、治療。反對各種標籤異常疾病化。（2013/10/25A25）

前一場次的會議提到，聽障者接受心理諮商，醫院沒有提供手語翻譯者，反而要求聽障者要自己找。（2013/10/25C30）

國家還要提供的很多。不夠細緻。還需要更文明、更細膩的去規劃。很多現在被政府視為疾病的人，可以不被當成疾病。病友支持團體，就不會覺得自己是奇怪的人；不致被家屬視為奇怪的人。（2013/10/25F31）…家屬自己也是照顧者，也會被歧視。

心理健康基本法的立法目的和作用

基本法最大的實質意義在於引導資源分配和反歧視，並且成為政府和民間落實心理健康的法律依據。

基本法的實質意義在哪裡？法律制裁？引導？資源配置的實現？還是資源配置在引導。用預算配置就是在引導。行為引導是會落空的。最大的實質意義是資源配置。另一個實質效果是反歧視。（2013/10/25D76）

但有基本法不必然導致資源配置，但有基本法可以有法律根據去要求政府，要民間的壓力繼續推動。（2013/10/25F77）訂定一定比沒有好。制定的過程就會引起關注。訂定法律可以要求政府。（2013/10/25G79）

心理健康有基本法的位階，就可以規範國家不歧視，也能向下要求各方面的法律規章（例如：精神衛生法、就業歧視、暴力防治等等）逐一修正，以與人權規範相當。《精神衛生法》（Mental Health Act）也可以正名為「心理健康法」，除了原本精神醫療的規範，也能將自殺防治、心理健康促進和預防等含括全民的心理健康在條文中被看到。

基本法是規範政府、社會不能歧視。…（2013/10/25D14）

CEDAW 規定國家、社會、任何人不得性別歧視。職場就業歧視。職場霸凌，因素很多，有病患問題，有互動問題。就業歧視法；職業安全衛生法處理霸凌是在造成傷害之後才處理。基本法要涵蓋多細？（2013/10/25G33）

基本法規範國家不歧視，禁止歧視，國家就要發動位階下面的法去處理。（2013/10/25G35）就如 CEDAW 立法已經不是要求國家禁止歧視，已經到社會大眾的進展。…（2013/10/25G37）精神病患社會生活不被歧視，應該要往下發展。（2013/10/25G39）國家要扮演一定的角色，採取一定作為，才能改變樣態。（2013/10/25G43）如同 CEDAW 條約採取一切適當措施去消除歧視，包括對國家、企業、個人等。（2013/10/25G66）

勞動檢查應該含括職場霸凌。（2013/10/25C63）…如果已經造成職業病，就必須處理。雇主必須處理前端問題。職安法第六條，注意勞工的精神和身體健康，就業平等及條件。（2013/10/25G64）

若以人權規範政府，在採取適當措施這部分，要注意個人和政府是的角色、義務是不同的，對政府和人民的標準應該是不一樣的。（2013/10/25D69）

要求政府和要求一般人要謹慎作區別。例如：躁鬱病人可否可以當老師？不被學生選擇？因為被選擇與否而離開，就不是政府規定。（2013/10/25D34）憲法層級人權，要求國家尊重人權；立法層級人權，國家要求大家要互相尊重。要求國家比較容易。立法要求社會尊重，這會讓國家權力擴張，要求別人不可這樣、不可那樣。（2013/10/25D36）

…其實大眾對於心理或精神疾病並不了解。（2013/10/25F22）
…除了法律途徑，民眾透過娛樂媒體也是可以了解心理創傷和心理治療等專業的問題（2013/10/25D78）

但，心理健康或精神疾病的資訊由誰來提供或規範？由此可見，提升大眾的心理健康素養是重要的。（2013/10/25A32）

第五節　實證為基礎的心理健康人權案例

透過國際文獻分析與焦點團體專家與民間代表的觀察與建議，在此提出三個實證為基礎的案例，分別是為全民的心理健康福利人權、身心有障礙群體的心理健康人權（就醫和生存權等）、以及被忽視群體自由人權被侵害易導致心理不健康的案例（LGBT）的心理健康權。其實還有其他案例，尤其對不同弱勢群體，如原住民、新住民、兒童、罕見疾病等群體，未來都可以就本研究方式逐一檢視，提出其心理健康人權的需求

一、 人權倒退的組織再造：衛生福利部

（一）組織再造未基於人權，也罔顧民意

中華民國建國百年的行政院政府組織再造，衛生福利部在民國 102 年 7 月 23 日正式掛牌上路，經歷上百民間團體及心理專業團體數度倡議「心理健康司應獨立完整」，在立法院幾個會期的發聲，主責規劃衛生福利部組改的衛生署仍執意不按行政院版本《衛生福利部組織法》設置獨立「心理健康司」，反將目前全國最高層級的心理健康專責單位貿然與口腔健康合併，成立「心理及口腔健康司」，全國譁然，貽笑國際。衛生署和院會向利益團體傾倒，出賣人民健康權益，來掩飾衛生行政無能的問題。而這只是全無章法的組改其中一隅。

國家對於尊重、保護、實現各項人權，包含心理健康人權，負有立即義務及逐漸實現的義務。立即義務，包含立法、分配必要的資源及提供司法或有效的救濟辦法、免於任何形式的歧視及性別平等。而逐漸實現的義務（progressive obligations）包括國家在公約生效後合理的短時間內，必須盡其資源能力所及，採取周密、具體、針對目標履行的步驟，以行政、財務、教育和社會措施等中長期實現權利；即使在嚴重資源困難的情況下，國家的監督實現或未實現權利的義務以及制定促進權利的策略和方案的義務仍不得有任何減損，必須通過耗資相對較少的專門方案保護社會中各種易受損害的目標群體。

為了尊重、保護並實現人權，國家必須在立法、公正資源分配、司法和有效救濟上盡其義務（立即義務）；國家也必須採取行政、財務、教育和社會策略實現權利的義務，監督實現或未實現權利的義務，制定策略和方案以促進權利的義務（逐漸實現義務）。由各項國家義務來檢視，組織再造行政院各部會機關的組織職能將令人堪憂，決策過程諸多本位主義競合和利益私相授受，缺少民意監督的機制，國家機器的結構如此，何來政府效能？廉能？政府組織再造所顯示的亂象，國家社會將付出巨大成本，

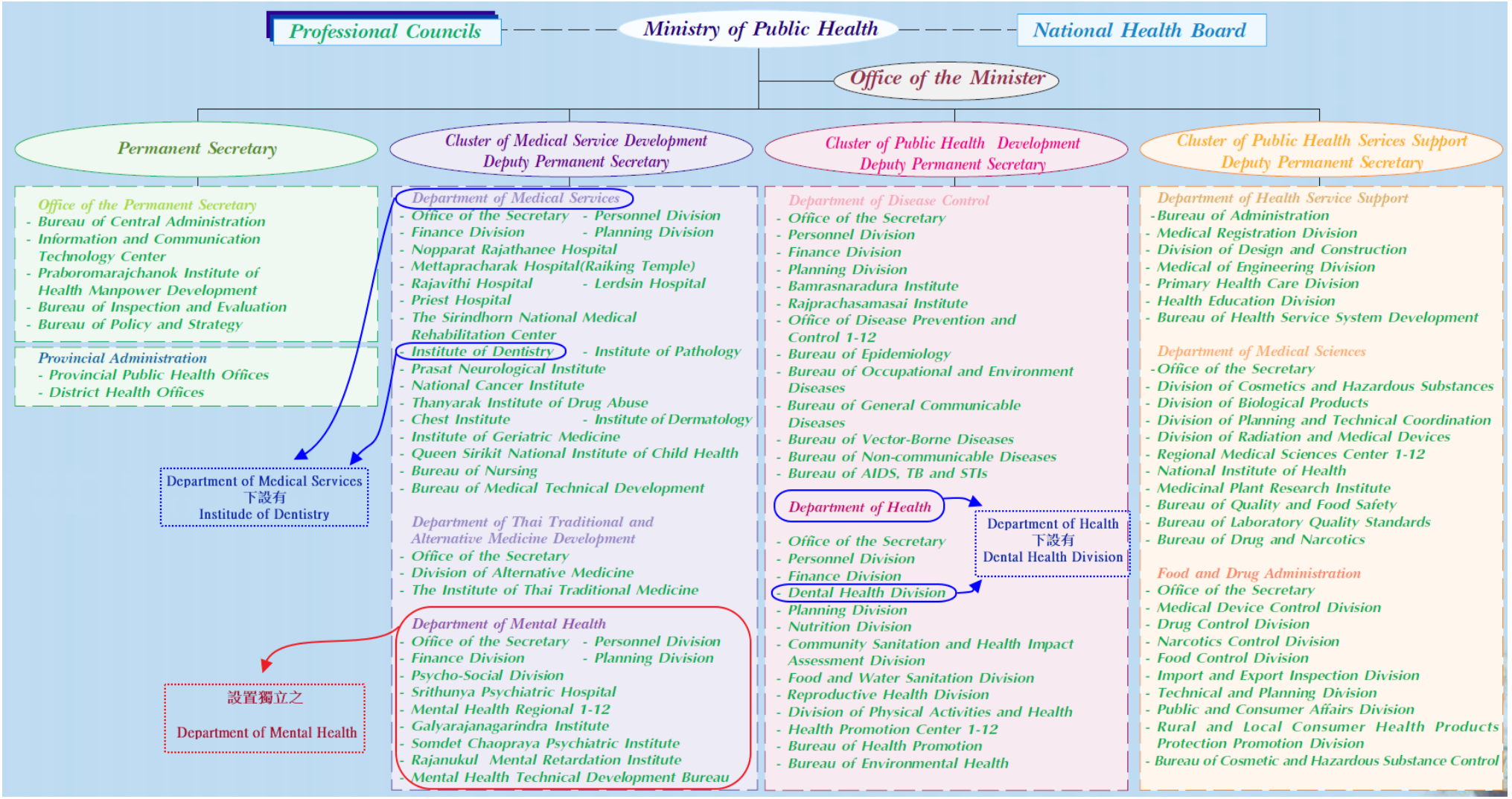
比貪瀆更為可觀，比貪瀆更為可惡。

（二）不同國家的政府衛生中央單位在口腔與心理健康的組織建構

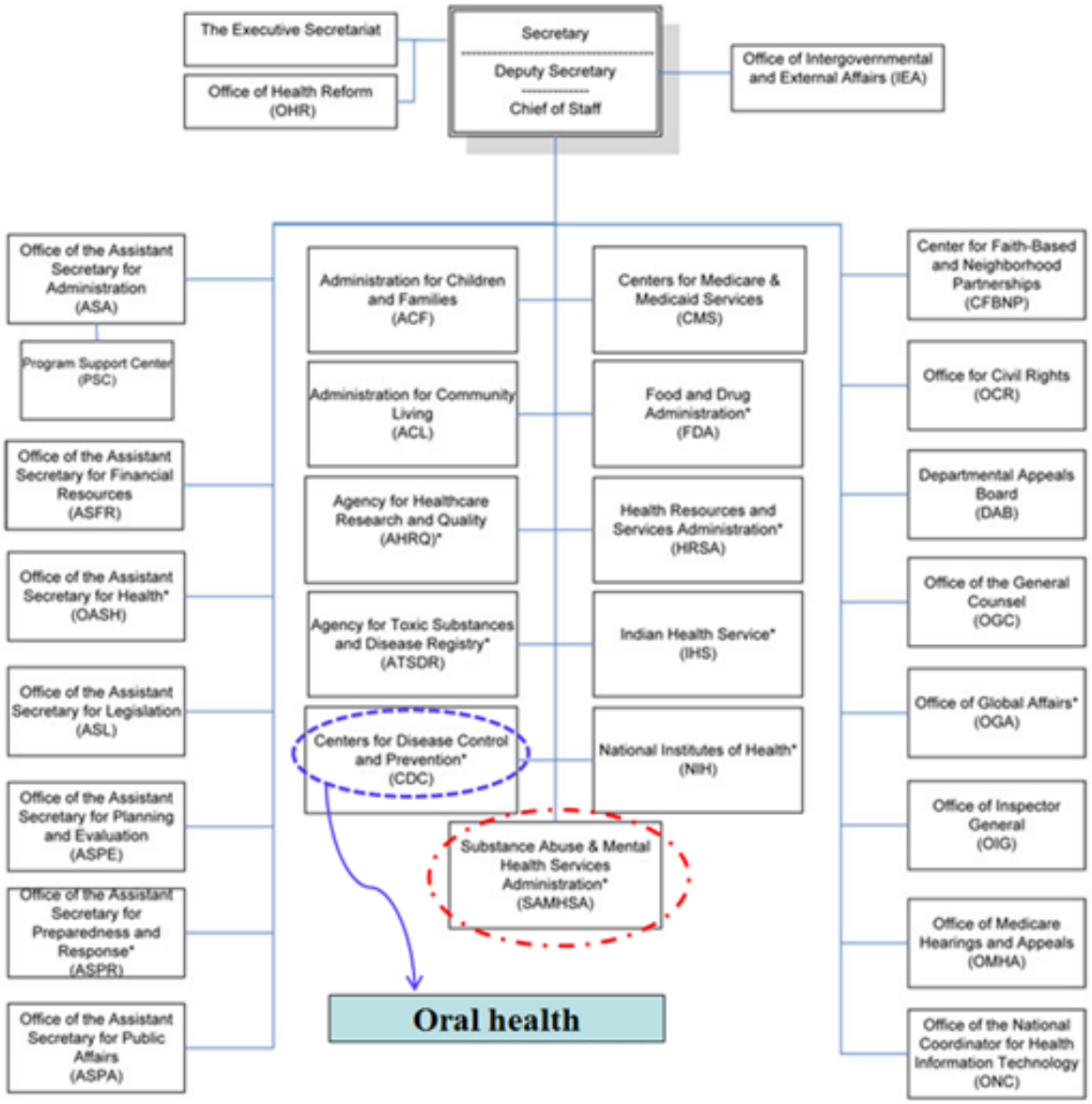
有鑑於各國政府逐漸注意到心理健康對大眾日益重要，各國之趨勢均為設置專責獨立單位，進行整體性之政策規劃與研擬、以推動並提升其國民之心理健康。此趨勢於不同經濟開發程度之國家均同，在此以英國、泰國、美國、日本為檢視對象，發現心理健康與口腔健康都是分開在不同單位中央政府單位中。

以美國為例，心理健康一級獨立單位以全面、整合並推動各項心理健康政策，心理健康與毒癮防治（SAMHSA）是直屬衛生與人類服務部（圖）；以泰國為例，公共衛生部下，設有心理健康署，掌管全國精神醫療與心理健康業務，而心理健康署底下有四千五百名人力的編制，其口腔健康在醫療服務署之下，另外在健康署下另設立國際口腔健康中心（圖）。在在顯示心理與口腔是屬於兩個完全不同單位。

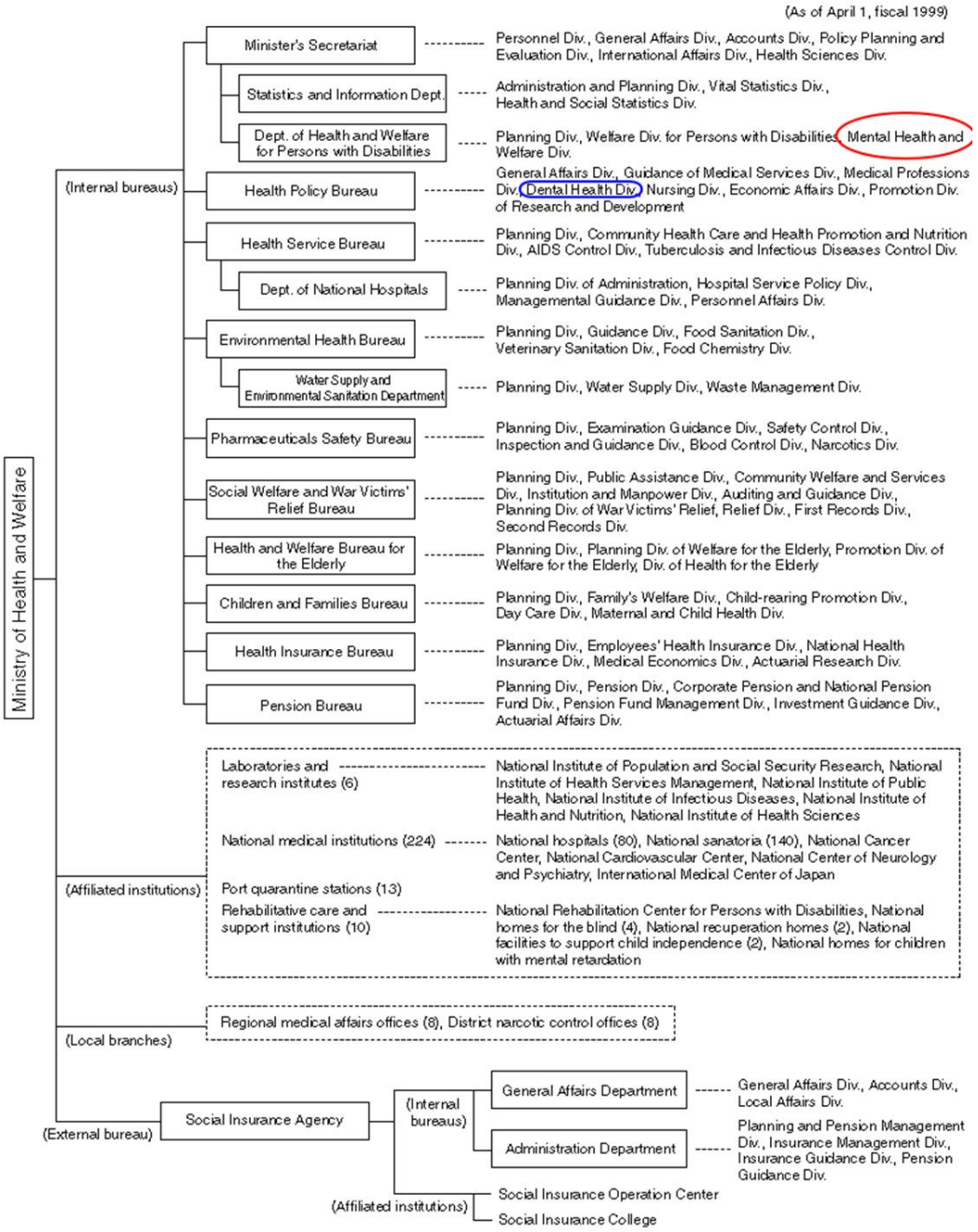
泰國:公共衛生部下設置醫療服務署(牙科是其一)、心理健康署、健康署（口腔保健)，心理健康是獨立的一署。



美國：健康部，其中心理健康是獨立一單位，而牙科/口腔是屬於疾病管制與預防中心。

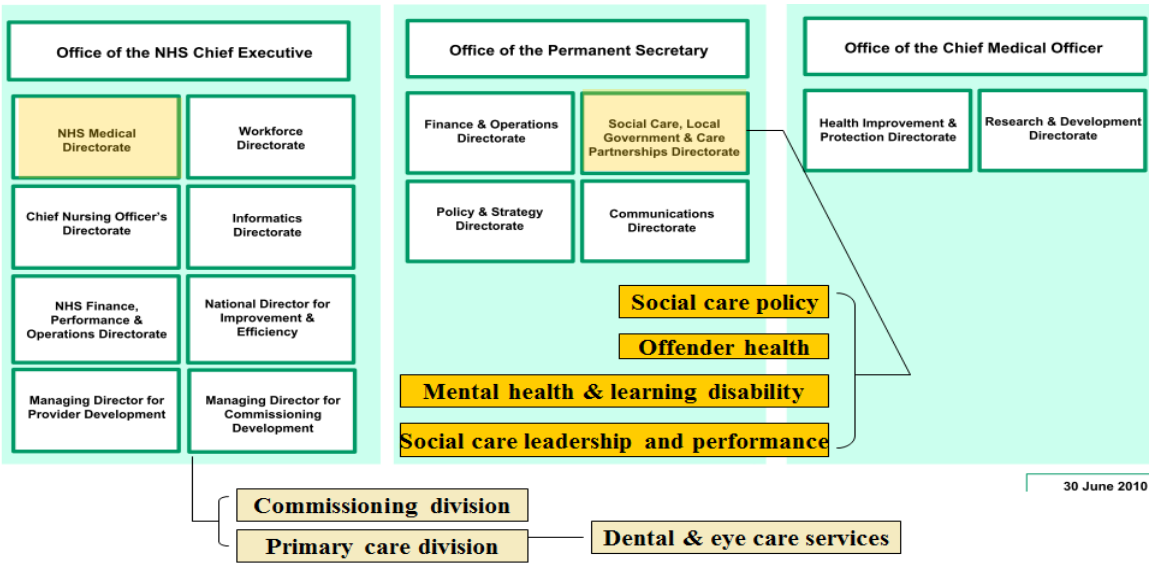


日本: 心理健康屬於衛生與福利署，而口腔健康屬於健康政策局。



資料來源：http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol2/p3c4.html

英國衛生部
Department of Health



資料來源：各國精神心理衛生組織，鄭若瑟整

（三）以公共衛生立場看衛生福利部的組織架構

近年來國際陸續提出心理健康主流化(mental health mainstream)，其實重點在強調精神醫療(psychiatric medicine) 需要被普及，同樣英文用詞的mental health，若將心理健康促進一併加入，應稱之為「公共心理健康主流化」(public mental health mainstreaming)，將心理健康促進融入於國家政策制定、融入於各部會全民心理健康促進、全民心理健康素養提升等，也是公共衛生宏觀視野下能有全民心理健康的機制（張玨, 2005, 2006, 2007）。根據 C.E.A Winslow 指出，公共衛生的五大工作範疇裡，除了環境衛生、疾病防治、衛生教育、醫療制度，最高等的層級便是社會制度的改建(江東亮，2010)。心理健康司成立的目的即為建構跨部門的橋樑，不只強化各級衛生單位與民間組織合作整合人力物力與政治資源，更需要跨部會間建立合作協力機制。「公共心理健康主流化」指的是要有獨立心理健康的國家機制、心理健康統計、心理健康分析、心理健康影響評估、心理健康預算等，也只有如此，全民心理健康才得提升，不是只停留在精神疾病治療與復健上面(VicHealth，2012)。

此次衛生福利部之組織再造中，造成爭議之口腔健康原先並不在次級單位之規劃中，而是立委受遊說後才出現之編制。口腔健康的內部業務與醫事處主掌之醫事業務相同，且口腔健康本質上為身體之生理健康一部分，與心理健康性質迥異，若合併於同一單位，恐會亂象叢生，後患無窮。

而立法院以附加決議之方式，要求行將「口腔健康」併入「心理健康司」，亦有爭議。若以行政權與立法權之分際而言，依中華民國憲法第 53 條，行政院為國家最高行政機關。憲法增修條文第 3 條第 4 項亦明訂，行政院各機關之組織、編制及員額應基於政策或業務需要決定之。另依「中央行政機關組織基準法」（下稱基準法）第 4 條之規定，衛生福利部之組織以法律定之（即衛生福利部組織法），然組織法主要規範掌理事項及所屬之署、局等各次級機關（包括疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國民年金局等）之名稱及業務，而衛生福利部部本部內部業務單位之組設未定於組織法律之條文中。依基準法第 8 條第一項前段之規定：「機關組織以法律制定者，其內部單位之分工職掌，以處務規程定之。」在衛生福利部組織法通過後，其內部單位之分工執掌，應以衛生福利部處務規程定之。然規範內部單位之處務規程，屬行政命令層級，為行政權之一部分。立法院以附加決議之方式，強行要求更改屬行政權範疇之處務規程中各司之名稱與設置，恐有不當。

此外，基準法第 22 條亦明訂：「機關內部單位應依職能類同、業務均衡、權責分明、管理經濟、整體配合及規模適中等原則設立或調整之」。由此觀之，「口腔健康」屬生理健康之一部分，理應設置於其餘生理健康相關之單位內，若強行併入「心理健康司」，兩者性質迥異且分屬不同領域，無法符合職能類同、業務均衡、權責分明、管理經濟、整體配合等各項要求，已明顯違反基準法第 22 條之規定，衛生署未據理陳述，明顯失職！

此外，心理健康日益重要，全球各國之趨勢均為設置專責獨立單位，進行整體性之政策規劃與研擬、以推動並提升其國民之心理健康。此趨勢於不同經濟開發程度之國家均同，以美國為例，心理健康一級獨立單位以全面、整合並推動各項心理健康政策，心理健康與毒癮防治（SAMHSA）是直屬衛生與人類服務部（圖）；以泰國為例，公共衛生部下，設有心理健康署，掌管全國精神醫療與心理健康業務，而心理健康署底下有四千五百名人力的編制，其口腔健康在醫療服務署之下，另外在健康屬下另設立國際口腔健康中心（圖）。在在顯示心理與口腔是屬於兩個完全不同單位。

世衛組織在提倡用政策推動心理健康促進時，即利用聯合國人權公約與國際人權公約的內文呼籲政府重視以建構儒家以關懷與社會民主的精神為本的健康政策，以全人觀點協助弱勢族群參與策略推行時進行對話(WHO，2005)。心理健康的基本建構需要有人權與法律的支持，社會建構才有可能設置保障心理健康的政策；當人民生活中缺乏了安全與自由，也

代表心理健康人權受損，成為次要的政策(Gostin, 2001)。遵照國際人權法令可以接軌國際，當推行心理健康法令在受到政治角力與政黨更替而變更時，這些法令的正當性與公正性不會因上述因素受到阻礙或因為與短期的經費刪減有停滯或被質疑其重要性(Drew et al., 2010)。

我國需要有獨立設置之心理健康專責單位，以進行我國心理健康政策之整體規劃、研擬與推行。於前端之心理健康相關預防與促進部分，應規劃各項心理健康促進與提升之相關政策；於中後端之治療部分，應完備目前還缺乏的精神社區服務制度，根本解決社區中始終存在但一直缺乏處理模式的精神疾病防治、物質濫用防治、自殺防治、偏差行為、校園霸凌、災害心理衛生處遇、弱勢者與精障者生活困境、各種歧視（如性別、年齡、身心障礙、族群等）心理及精神健康問題，進一步還需對全民各種族群或場域提出各種心理健康知能，才是減少身體疾病或意外導致心理疾病的基礎，急需要培育社區專業公共心理衛生服務人才，逐步發展全民的心理健康服務。

二、心理健康政策中遭邊緣化之多元性別群體

近來我國沸沸湯湯地討論「同性婚姻合法化」這個議題，許多偏頗且指涉其本體存在不自然或不道德等言論，在在都突顯出在我國社會中多元性別群體（包括同性戀者、雙性戀者、跨性別者、雙性別者等群體）所受到的汙名與歧視仍相當明顯。從這個面向來看多元性別群體的心理健康，科學實證上也的確證明了多元性別群體的心理健康素質較為脆弱、心理健康狀態也比較不穩定，因此非異性戀者或性別重置者在統計上更容易罹患各種社會心理疾病，包括憂鬱症、藥物濫用等，也更可能產生自殺之意念。[125]以 1973 年美國精神醫學會（American Psychiatric Association）將同性戀去精神病化為例，其當時在《同性性傾向及公民權利立場聲明》（Position Statement on Homosexuality and Civil Rights）之決議文中確認「同性性傾向（homosexuality）本質上（per se）並不會損及一個人的判斷力（judgment）、穩定性（stability）、可靠性（reliability）或整體的社會或職業能力（general social or vocational capabilities）」，並公開呼籲社會停止對非異性者不正當之歧視，自此將同性戀自 DSM-III 移除（原本一、二版時

[125] See S. E. Gilman et al., *Risk of Psychiatric Disorders among Individuals Reporting Same-Sex Partners in the National Comorbidity Survey*, 91 AJPH 6 (2001), pp. 933-939; Susan Cochran & Vickie Mays, *Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results From NHANES III*, 90 AJPH 4 (2000), pp. 573-578; A. Chakraborty et al., *Mental Health of the Non-Heterosexual Population of England*, 198 BJP 2 (2011), pp. 143-148; Theo Sandfort et al., *Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric DisordersFindings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, 58 AGP 1 (2001), pp. 85-91

曾列入）。

事實上，美國精神醫學會於 1998 年發表了一則《精神治療及性傾向之立場聲明》（Position Statement on Psychiatric Treatment and Sexual Orientation），表示目前沒有科學證據指出改變個人性傾向之「治療」係有效或有必要的，而這類療法事實上對個人心理健康的風險是很大的。隨後於 2000 年，其又做成另一項《針對試圖改變性傾向療法（恢復或轉換療法）之立場聲明》（Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies)）提出更深入之見解，申明迄今，沒有精確的科學研究證實所謂「恢復療法」（reparative therapies）確實之成效和傷害...而所謂的「轉換療法」（conversion therapies）更是與精神醫學會自 1973 年維持至今的科學立場不符，因為同性戀本質上並非一種心理疾病...而這兩種療法更是混合了同性戀疾病化之過時的心理分析觀點，及傳統宗教譴責同性性行為的態度，這樣的作法與見解本身即欠缺科學支持。因此，2011 年時，美國精神醫學會又發表了另一項正式決議，呼籲全世界的健康、精神病組織及精神病理學家致力於去除其本國針對同性戀之刑罰及汙名。

另外，美國心理學會（American Psychological Association）於 1975 年發表《關於同性戀歧視宣言》（Declaration on Discrimination against Homosexuals），表示贊同精神醫學會於 1973 年將同性性傾向去病化之立場。心理學會認同同性戀絕非一種社會心理疾病，並同時也推動同性戀者公民權利之保障，請求去除對同性戀者之歧視。故心理學會在 1997 年又發表正式決議，質疑改變性傾向治療之風險與違反倫理性，並於 2009 年通過了另一個決議，其中申明「同性間的性和浪漫（romantic）之吸引、感覺及行為是正常且積極的人類性變異，而無論其性認同如何。...因此，其反對基於個人性傾向，而將同性戀少年或成人描述成病態。...鼓勵心理健康專業人士在協助為自己或其他人性傾向感到困擾的個人時，避免以鼓勵改變性傾向而誤導改變性傾向是有效之作為。」最後心理學會建議父母、監護人、青少年及其家人應避免將同性戀描繪成心理疾病或發展失序，而應尋求提供正確性傾向和性知識的心理諮商、社會支持及教育服務。應該增加家庭和學校的支持，減少對性少數青少年之拒絕。

至於 WHO 的《國際疾病分類》（ICD-10）中的第五章「精神與行為疾患分類：臨床描述及診斷指南」亦曾將同性戀列為疾病之一，但在 1990 年的 WHA 中已決議將其自疾病分類列表中刪除，從此通過決議的 5 月 17 日那天成為「國際不再恐同日」（International Day against Homophobia）。WHO 美洲地區辦公室（Pan American Health Organization）之後於 2012

年時發表了一份措辭強烈的《停止治療不存在疾病之聲明》（No Cures for Illness that Does Not Exist），表示「同性戀是一種自然（natural）、非病態（non-pathological）的性變異（sexual variation）現象，強迫改變性傾向之努力在醫學上是沒有意義的，在倫理上更是無法被接受的。」此外，英國皇家精神科醫學院（Royal College of Psychiatrists）、皇家澳洲及紐西蘭精神科醫學院（Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists）同在 2010 年的正式聲明中，分別向社會大眾澄清同性戀並非精神疾病，且同性戀與雙性戀者具有正常的心理健康及社會適應力，並表示「沒有合理的科學證據支持個人性傾向是可以被改變的，故對同性戀者進行所謂的治療只會增加對同性戀者的偏見及歧視」。

在亞洲，學界特別積極的是中國香港地區，其香港心理學會（Hong Kong Psychological Society）及精神學會（Hong Kong College of Psychiatrists）分別於 2011、2012 年發表公開聲明，宣稱同性性傾向是人類正常的性變異，故改變性傾向之作為是無效且有害的，呼籲心理學家及精神科醫生應致力於消滅基於性傾向的歧視。因此，主流學術界認為目前多元性別群體得到心理疾病的可能性會高於主流性別群體這項客觀事實，並非其同性性傾向或性別不明所致，而是社會歧視導致之結果。126反觀台灣，在我國國內仍有許多教會或宗教團體在進行「同性戀治療」，並試圖以聖經解釋或道德訴求支持其合理性，惟 2000 年時，美國的國家社工協會（National Association of Social Workers）即針對這項行為及如此社會現象，發表了一項正式說帖，表示性向是無法改變的，認為這類嘗試改變之作法有嚴重造成心理傷害的風險，並點名某些特定宗教團體或人士就是汙名化同性戀者的推手，正是他們造成的社會壓力促使同性戀者尋求這類治療。

根據 PAHO 於 2012 年所發表的研究報告指出「意圖改變非異性性傾向的作為缺乏醫學上之合理性，因為同性戀並不被視為一種病態，且專業人士已共識認為同性戀代表一種正常的人類性變異，且對個人健康沒有任何本質上之傷害。同性性傾向對個人並非一種失序或疾患，因此毋須接受任何治療。」至於所謂的轉換和恢復療法的無效及傷害（ineffectiveness and harmfulness of conversion and reparative therapies）除了因為缺乏醫學上之支持，更因為臨床上顯示個人雖然可能可以控制其性行為之表達，但性傾向本身整體而言係「構成人格不可或缺的一部分」而無法且不應被改變。與此同時，社會上已發生太多關於壓抑個人性傾向所造成心理上及身體上

126 *See* Ilan H. Meyer, *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*, 129 PB 5 (2003), pp. 674-697; Michael King et at., *A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People*, 8 BMC Psychiatry (2008)

傷害的案例。之後，美國醫學會（American Medical Association）宣示了一項政策（H-160.991 Health Care Needs of Homosexual Population）反對並駁斥「同性戀為心理疾病之推定，或認為同性戀者應接受轉換和恢復療法之診斷行為」。於 2007 年，美國校園輔導員協會（American School Counselor Association）即發表了一項聲明，表示同性性傾向並非疾病，因此毋須接受治療，但輔導員應該提供青少年適當之協助，以支持其適應個人之性傾向。

有鑒於美國及其他國家仍有許多個人或團體從事改變性傾向之治療，因此美國眾多學術組織（包括美國兒科學會、美國學校行政人員協會、美國諮商協會、美國教師聯盟、美國心理學會、美國校園輔導員協會、美國校園健康協會、多元信仰聯盟基金會、國家校園心理學會、國家次級學校校長協會、國家社工協會、國家教育協會及美國校園社工協會等）於 2008 年發表了一項以《關於性傾向及青少年的事實：給校長、教育者及學校人員之入門說明》（Just the Facts about Sexual Orientation and Youth: A Primer for Pincipals, Educators and School Personnel）為題之聯名著作，內容澄明「同性性傾向並非疾病，因此毋須接受治療」係學術界之共識，尤其係針對青少年族群，因為任何此類嘗試或作法對其心理健康或人格發展都有極大的風險，並指出提供這類療法之宗教團體係基於其偏頗的宗教觀，而這類的宗教團體對於疾病化之宣傳增加了全體社會的恐同態度。

美國心理學會在 2009 年時檢視了 83 個接受轉換干預的個案，不僅指出受干預者的性傾向改變係不可能的，研究更顯示改變性傾向的意圖與個人沮喪、焦慮、失眠、罪惡感和羞愧的感受，甚至是自殺的意念及嘗試係密切相關的。基於這些證據，使受干預者認為其本身是有缺陷的而需要被改變，這件事本身已經違背了醫學倫理的首要信條，即「切勿造成傷人或自傷的意念或行為」。這件事牽涉到個人心理健康相當重大，因為相關案例的當事人之人格完整性及其他人權（personal integrity and other human rights）已受到威脅或侵害，尤甚是當療程係在違背當事人意願下所進行，或實施對象為青少年時，或在某些案例中，受干預者被監禁且被剝奪行動及通訊自由，有時候療程需要持續數月始宣佈無效。在某些個案中，當事人遭受到人格貶低、極端羞辱、身體暴力、利用電擊或催吐進行「嫌惡制約」，甚至強迫從事異性性行為和主要針對女同性戀者的「恢復性強暴」等嚴重違反人性尊嚴及人格自主性之作為，尤有甚者，研究指出有些干預效果被宣稱為有效的，是因為當事人出現幻覺及思想壓迫的緣故，對於個人的精神及心理狀況根本是具有破壞性的。

另一方面，最近一個版本的 DSM-V（2013）甚至也已經把「性別認同

障礙」（gender identify disorder）移除了，而目前僅保留了「性別焦慮症」（gender dysphoria）。事實上，DSM-V 係以「性別不一致」（gender incongruence，GI）的概念取代性別認同障礙，因為此疾患最主要的核心問題就是個體所感受到或所展現的性別與法定性別之間的不一致。雖然 GID 的診斷是涵蓋變性慾(trans-sexualism)，但在實際的應用上幾乎是等同，[127]診斷的目的只是為了找出適合賀爾蒙療法或變性手術的「真正的變性慾者」。此外，性別認同和性別角色乃是二分法（男性或女性），而不是多元類別或光譜的概念（multi-category concept or spectrum）。128原本所謂的性別認同障礙係指「對自己所屬之生理性別無法認同，因此倍感困擾，甚至有變性之慾望與需求」，現階段將跨性別者（transgendered）去疾病化當然可以協助降低其汙名，惟仍須考慮到一項後續可能產生的問題是許多國家就是因為性別認同障礙為一種疾病，才願意以醫療補助的方式支持性別重置之手術，但去病化之後，未來跨性別者是否因此需要自行負擔龐大的手術費用，如此亦可能造成性別重置需求變成健康權中非核心決定因素，而成為人權規範上政治正確但卻嚴重影響人權的弔詭後果。

由上述可知，整體而言多元性別群體的心理健康明顯較主流性別群體差，且患有社會心理疾患與意圖自傷或自殺的比例較高，但學術界及醫學實務界大抵都認為這是因為社會歧視的結果，且已經有越來越多的實證研究顯示制度性歧視（institutional discrimination）是如何嚴重影響多元性別群體的心理健康。依過往研究顯示，「婚姻」對於一個人的身心健康及個人發展係有正面作用的，已婚者較單身、同居、喪偶、離婚的人更能感受到快樂及幸福感，某部分而言是因為能夠維持一段長期關係的人本身身心狀況就比較好，另一部分是因為婚姻對個人的健康狀態確實有保護的功能，婚姻可以維繫親密關係，而穩定的親密關係對個人的身心健康有益。129因此，公衛學界或醫學專業人士通常支持多元性別婚姻合法化，並認為如此對多元性別群體的心理健康能發揮相當的正向保護作用（亦有論者認為如此亦能實際促進性病或 HIV 之防治，然這部分非本研究重點，因此不加以贅述）。130然而，雖然多元性別婚姻合法化在統計上，的確可以改善同性戀者及其他群體之心理健康，但不代表一旦完成制度性補救即能達成促進相關群體心理健康之目標，畢竟針對多元性別群體的偏見和歧視無法

[127] *See* M. Sohn & HA Bosinski, *Gender Identity Disorders: Diagnostic and Surgical Aspects*, 4 JSM (2007), pp. 1193-1207

[128] *See* RICHARD EKINS & DAVE KING, THE TRANSGERDER PHENOMENON, SAGE Publications Ltd (2006)

[129] S. Hope et al., *Does Financial Hardship Account for Elevated Psychological Distress in Lone Mothers?*, 49 SS&M (1999), pp. 1637-1649

[130] *See* ED Riggle et al., *Psychological Distress, Well-being, and Legal Recognition in Same-Sex Couple Relationships*, 24 JFS 1 (2010), pp. 82-86; ML Hatzenbuehler et., *The Impact of Institutional Discriminationon Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: A Prospective Study*, 100 AJPH 3 (2010), pp. 452-459

一蹴可幾，例如丹麥（1989 年制訂伴侶註冊制度）和美國佛蒙特州（允許同性民事結合）的案例中可以發現締結類似婚姻關係的同性戀者的自殺率仍遠高過於異性戀者，原因可能是同性伴侶自原生家庭所獲得的支持遠低於其異性戀已婚之兄弟姐妹。[131]

根據性／別平權運動的脈絡，通常係從廢除「基於性／別之顯性歧視立法或制度」，進步到「經濟、社會及文化等權利之平權」階段，即同性性行為或非陰道性交除罪化，並廢除所有無法達到繁衍生殖目的之性行為的禁止或刑罰規定，如雞姦法（sodomy law），再來是合性法行為同意之年齡（age of consent）一般化，然後是校園（受教權）及職場（工作權）中之反歧視保障，最後進而擴大為法律制度中各層面的平等保障（equal protection），諸如婚姻、伴侶及家屬關係。目前我國已進展到校園及職場中的反歧視之制度性保障，如《性別平等教育法》及《性別工作平等法》之立法。前者起源於早期社會對兩性平等教育的追求，婦女新知基金會於 1988 年檢視中小學語文與人文社會學科教科書，認為其中充滿性別刻版印象，並且出版《兩性平等教育手冊》，即性別平等教育之先聲。1996 年底，因為彭婉如命案影響而快速通過之《性侵害犯罪防治法》中即規定，中小學須有「兩性平等教育」，隨後教育部於 1999 年通過行政命令《大專院校及國立中小學校園性騷擾及性侵犯處理原則》。爾後，2001 年立法院的兩性平等教育委員會完成《兩性平等教育法草案》之研擬，內容包括學習環境與資源、課程、教材與教學法、師資培育與聘任，以及性侵害與性騷擾之防治等項目。

這段期間，又由於葉永鋕事件，委員會更為注重性傾向、性別特質與性別認同的部分，故在 2002 年將《兩性平等教育法》更名為《性別平等教育法》，並於 2003 年完成草案之研擬，2004 年立法院三讀通過。其中，立法目的即闡明該立法係為「促進性別地位之實質平等，消除性別歧視，維護人格尊嚴，厚植並建立性別平等之教育資源與環境」。「性別平等教育」係指以教育方式教導尊重多元性別差異、消除性別歧視，並促進性別地位之實質平等，故嚴厲禁止校園「性騷擾」，及透過語言、肢體或其他暴力，對他人之性別特徵、性別特質、性傾向或性別認同進行貶抑、攻擊或威脅之「性霸凌」。即便如此，當教育部於 2008 至 2010 年間依第 17 條第 2 項及該法施行細則第 13 條規定欲將「性別平等教育」中之情感教育、性教育、同志教育等課程列入中小學課程綱要，以提昇學生之性別平等意識時，受到保守宗教團體之大力抨擊與反對，以致至今仍無法落實多元

[131] *See* Robin Mathy et al., *The Association between Relationship Markers of Sexual Orientation and Suicide: Denmark (1990-2001),* 46 SPPE 2 (2011), pp. 111-117; Sondra E. Solomon et al., *Three-Year Follow-Up of Same-Sex Couples Who Had Civil Unions in Vermont, Same-Sex Couples Not in Civil Unions, and Heterosexual Married Couples,* 44 Developmental Psychology 1 (2008), pp. 102-116

性別之教育，而難以提前營造性別友善之校園與生活環境。至於《性別工作平等法》係於 2008 年自《兩性工作平等法》修正更名，其立法目的係為「為保障性別工作權之平等，貫徹憲法消除性別歧視、促進性別地位實質平等之精神」，內容包括就業歧視及不正差別待遇之禁止、職場性騷擾防治及相關申訴與救濟制度。

就心理健康人權的角度而言，可能遭受忽略或被邊緣化的特定族群，如多元性別群體之性別或性傾向弱勢者，國家應依其特定需求提供心理健康之服務，而這些考量皆係為確保心理健康人權在實現並滿足的過程中，符合「不歧視原則」（principle of non-discrimination），[132]其中最關鍵的即以政府的力量或教育宣導的方式，積極消除因社會標籤化（labeling）或汙名化（stigmitization）所致之歧視。再從心理健康權五大基本領域分別觀之，如同上述實證研究所示，家庭及學校的支持對於初認識自身性傾向的青少年而言是十分關鍵的，因此家長和老師等相關社會角色應給予正確的性別教育、性知識、認同建立等協助，以支持所有青少年（無論是少數或多數性別群體）適應其個人之性傾向、生理及社會性別及其個人特質，因此「多元性別教育」是至關重要的。再者，既已承認多元性別群體之心理健康狀態因社會角色而較為脆弱，而「性別」與「性傾向」本身又係人格構成及發展不可或缺的一部分，因此國家應提供與性別或性傾向弱勢者相關之心理健康照護措施，或許透過加強諮商或輔導的方法，並極力避免或救濟性／別霸凌或攻訐的受害者，甚或是積極改善對多元性別群體心理健康有害之法律規範，諸如各種包含歧視意味之制度，例如實施多元性別婚姻或伴侶制度等，以期制度上之平等能對消弭社會歧視發揮長遠之影響及功效。

三、心理健康服務欠缺身心障礙者需求敏感度

關於身心障礙者之人權保障，我國相關法制之沿革係濫觴於 1980 年通過的《殘障福利法》，惟該法內容簡陋，故於 1997 年全面修訂，並更名為《身心障礙者保護法》，該次修正增加許多政府作為義務，並依其事務性質，區分其目的事業主管機關。值得留意的是，以「身心障礙者」取代「殘障者」之用語，顯示立法者開始重視其人格尊嚴之問題。2007 年再次全面修法，並始正名為《身心障礙者權益保障法》，此次修正最大的意義在

132 *See* WHO, Prevention and Pro*motion in Mental Health* (2002); WHO, *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options* (2004); and WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice* (2005); WHO, *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope* (2001)

於採納 WHO 所頒布之《國際健康功能與身心障礙分類系統》(International Classification of Functioning, Disability and Health)，重新定義身心障礙。此項分類系統的精神在以「社會模式」的理念取代「醫療模式」的觀點來看待身心障礙。詳言之，「醫療模式」之定義係著眼於個人之疾病或身體功能缺損，立法政策上較著重以金錢給付或福利服務加以補償；相對而言，「社會模式」觀點下，身心障礙並不只是個人的問題，而是社會總體對身心障礙者結構性的排斥，阻絕其社會參與與自我發展之機會，導致其無法享有與常人相同程度之人權，因此身心障礙政策是以「參與」為導向，強調公、私領域之歧視禁止、教育與工作機會之平等以及創設全面無障礙環境。

若對照 2008 年修正前《身心障礙者保護法》第 3 條及修正後《身心障礙者權益保障法》第 5 條有關身心障礙者之定義 ，前者強調當事人「個人」生理或心理「病徵」致其參與社會或從事生產活動功能無法發揮，後者則捨去病徵或障礙部位之描述，以身體系統構造或功能之缺損以致「影響其活動與參與社會生活」為判準，二者文字上之差異，即可反映出基本價值立場的不同。除此之外，整部法律再細緻區分為保健醫療權益、教育權益、就業權益、支持服務、經濟安全、保護服務等章節，完整呈現出以身心障礙者為主體的立法精神。[133]如上所述，在心理健康層次，肢障者與精障者應分別探究，因兩者對於心理健康之需求並不全然相同。我國目前國內立法中與之最為相關的為《身心障礙者權益保障法》及《精神衛生法》。由於身心障礙者是心理健康較為脆弱且容易受到社會大眾忽視的，因此對於《身心障礙者權益保障法》之規範分析，應先評估須提供特殊保障等福利服務的項目，以便瞭解國內身心障礙者相關之需求情形與政府提供相對資源之狀況，經量化與質性分析後發現：[134]

（一） 大部分的身心障礙者對福利服務項目之需求偏高；
（二） 就三大類福利措施之需求而言，「家庭支持」係高於「個人支持」與「經濟安全補助」；
（三） 肢障者與精障者族群之需求的確有所差異；
（四） 呈顯出的需求樣態是全人化的；
（五） 服務提供者與服務使用者對福利服務項目需求的看法有差別；
（六） 就提供服務的質和量而言，各縣市間的差別頗大，但整體而言，均很缺乏；
（七） 在三大類型的服務項目中，以「經濟安全補助」最多，「個人

[133] 見孫迺翊(政治大學法律學系副教授，身心障礙者權益保障法之基本精神及相關爭議問題，法律扶助基金會部落格（http://blog.roodo.com/laf/archives/16287737.html），2011 年 8 月 11 日
[134] 見邱滿艷，從身心障礙者權益保障法探討身心障礙者需求與地方政府資源，特殊教育季刊，第 118 期(2011)，中華民國特殊教育學會，頁 13-23

支持」、「家庭支持」相對較少；且

（八） 各縣市提供較多的項目，多為中央政府有放入設算經費或政策上有補助的項目。

詳言之，例如「肢體障礙者」因其特質（如肢體功能受限、活動範圍受限、操作能力受限、學習能力受限、外貌和姿態的刻板印象、認知能力低的錯誤觀點），可能導致生理（如肢體功能漸進惡化）、心理（如低自尊、自卑、負面情緒）及社會（如人際關係受限、工作機會受限）等三個層面之負面結果，而政府為促進心理健康人權實現之因應方法包括反歧視立法、規劃無障礙環境、提供醫療復健及輔助器具等。再如「感官障礙者」（如聽語障或視障）因其特質（智力無損、行動與安全的困難、交友困難、閱聽困難），可能導致獲取資訊困難等社會面向的負面結果，而政府為促進心理健康人權實現之因應方法包括使用溝通輔具、提供適當的溝通方法、滿足無障礙需求、提供適當的生活或學習輔具等。

又如「心智障礙者」因其特質（有 8 成是不明原因造成，體力差、協調性差、缺乏時空概念、語言遲緩、智力限制、適應行為困難導致影響認知學習之表現、社會人際與實用技能表現不佳、缺乏自信、成就動機低），可能導致溝通或理解能力低落、無法獨立生活、缺乏交友、閱讀、判斷或表達等基本社交能力、金錢概念較差等負面結果，而政府為促進心理健康人權實現之因應方法包括協助激發潛能、制定詳細明確的工作流程和分析表、破除偏見等。以及「精神障礙者」因其特質（精神疾病不等於精神障礙，惟嚴重者可能會自我失調，或產生幻覺或妄想），可能導致自我退縮、人際關係不良、社會歧視或排斥等負面健康結果，而政府為促進心理健康人權實現之因應方法為確保穩定治療、復建及回歸社會之重要性，其中治療的服務型態可能包括門診治療、急性短期住院治療、慢性復健病房繼續治療、日間住院治療、社區復健中心、居家治療、養護機構等。

最後，其他障礙類別的特質尚包括：

（一） 「自閉症」，為一種廣泛性的障礙，合併認知功能、語言功能及人際社會溝通等方面障礙，以致在社會生活適應有顯著困難，常見的症狀包含嚴重感覺統合失常，情感障礙、語言發展障礙及認知障礙，無法與周遭的人（包括熟識的人）正常的眼光接觸，排拒他人，經常生活在自己的天地、出現鸚鵡式仿說、旋轉物品、嗅物來探索環境、特殊的潛在能力（如記憶力、物體拼裝能力）特別好等。

（二） 「顏面損傷」，可能導致嚴重的社會與人際適應困擾，常有遭遇排斥、嘲弄、拒絕聘用等問題，併有呼吸、吞嚥、皮膚排汗功能的困擾；「重要器官失去功能」，可能出於先天性或後天性的疾病，

在經過一段時間的治療無效後，器官機能遺存顯著障礙，將嚴重影響到個人生存、自我照顧的功能、社會適應、就學、就業等能力。

（三）「罕見疾病」，雖然不代表無藥可救，惟在家因受到周密的保護照顧，進入學校或社會環境往往面臨忽略特殊需求、同儕的誤解或排擠等問題，且有高度的醫療需求。

（四）「失智症」，在意識清醒狀態下，記憶力、思考、定向、理解、計算、學習、抽象思考、語言和判斷力極度喪失，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，導致自我照顧能力、社交能力、工作能力、語言溝通能力的減退或消失。

（五）「腦性麻痺」，嚴格來說這並不是一種疾病，而是一種症候群，而腦部運動中樞機能異常是此症之真正原因，最主要的症狀是運動障礙，至於具體的症狀，則依照患兒的年紀以及產生神經障礙的位置而各自不同。

（六）「運動神經元疾病」，即漸凍人，是一種神經退化性疾病，侵犯患者的神經元系統，若係上運動神經元發生問題，會產生肌肉僵直，反射增強，臨床上表現出來的症狀使得患者走路時，一跳一跳的，無法協調，而因為反射神經增強，有時患者的膝蓋會一直抖個不停，至於下運動神經元，則以肌肉萎縮的症狀為主，通常出現在手掌、指尖的肌肉萎縮、弧口萎縮，慢慢地，惡化到達肩膀、頸部、舌頭、吞嚥的肌肉萎縮，造成吞嚥困難及呼吸衰竭。

由於身心障礙者經常面對不利的社會條件，包括社會歧視氛圍和環境障礙，以致其心理健康之需求總是被忽略，從最基本的自立生活之需求，在家庭與社會支持不夠的情況下，經常需要外在協助而必須有求於人，也因此其人格發展與滿足往往需要需要取決於他人，諸如行動自由、性需求，甚至是生活中最基本的飲食起居等。以最容易被忽視的性需求舉例而言，重度肢體障礙者甚至無法獨立完成自慰行為，遑論滿足成熟的性生活；再如自閉症或唐氏症等患者，因為欠缺完整的表達能力，每當有親密的需要（不只是性），即經常會被視為性騷擾，但又因為其衝動異常難以控制，因此難以透過自我壓抑以避免侵害到他人之私領域。

此外，還有很多「環境障礙」所造成的就醫困擾，因為肢體障礙或器官機能喪失導致無法參與社會生活，進而影響其心理健康之素質，甚至產生危及心理健康之顯著風險，例如聽障者因為無法參加許多缺乏同步手語翻譯的社交場合，因為社交困擾而逐漸自人際關係中遭受邊緣化（marginalization），且醫療院所普遍缺乏輔具或欠缺醫病間適當的溝通方法，在無法諮商且筆談有限的情況下，醫護人員往往會因為理解障礙而延誤診斷；又如目前自殺防治的管道多半係以電話專線服務為主，惟聽障者

根本無從利用該服務。因此，若政府在提供心理健康服務時係具有肢體障礙者之需求敏感度的話，應會考慮到現場服務、圖卡輔助或手語訓練等促進可取得性（availability）及可近用性（accessibility）之必要措施。再如視障者因為無法在陌生的環境中定向，且台灣的無障礙空間仍有限，因此不僅造成其生活中嚴重之困擾，甚而無法順利就醫，遑論尋求心理諮詢之服務。此外，關於身心障礙者與性或生產相關之心理健康因素，政府或應考慮有專業人員或社工人員提供正確且健康的性教育，包括安全性行為、性行為的的方式或姿勢，且應否考慮開放性義工的可能性，社會的態度又是如何，都是應該進而考慮的，而非自始假設身心障礙者都是無慾者或可以接受無性生活等將其排除於一般人正常生活方式之外的錯誤推定。

再者，精神障礙者之社會處境亦亟需深入探究，「精神障礙者」一般係指罹患精神疾病者，然而由於精神疾病涵蓋範圍廣泛，包括臨床症狀與預後相對比較嚴重的「精神疾患」（psychotic disorders）與相對比較輕微的「精神官能疾患」（neurotic disorders）以及其他精神疾病，例如環境適應障礙、失眠等疾病，有人將前者精神疾患稱為狹義的精神疾病，後者與其他精神疾病，另稱為廣義的精神疾病，不論何者，皆為當代臨床精神醫學所涵蓋的範疇，但在我國《精神衛生法》自 1990 年公布實施以來，不論如何修訂，皆將反社會人格違常者排除在外，也因此對於一般經常作奸犯科等習慣犯之類者，在該法適用上並不包括在內。然隨著社會不斷變遷，精神疾病的定義與範圍也隨之修訂，但一般人對於精神疾病的認識，還停留在過去狹義的精神疾病範疇，容易與道德（天譴）、暴力（自殺、自傷）、犯罪等問題相連結，致使罹患精神疾病者經常蒙受「污名化」（stigmatization）而遭受歧視或不平等之處遇，也因此在就醫、就學、就業、就養等四大需求方面，受到有別於一般人的對待，而這個問題更將成為使其心理健康加劇惡化的原因，致使變成一種「病者越病」的惡性循環。

關於精神障礙者權益之保障，在我國立法架構中，主要有《精神衛生法》、《身心障礙者權益保障法》、《民法》與《民事訴訟法》（主要有關成年監護制度與行為能力相關的規定）、《刑法》（主要關於刑事責任能力之規定）、《刑事訴訟法》（主要有關刑事訴訟能力的規定）、《公務人員任用法》等涉及此類弱勢群體之權益保障。以上相關法律，其中以《精神衛生法》主要涉及精障者之就醫需求，而《身心障礙者權益保障法》第 16 條以降，雖然包括教育、應考、晉用、就業、居住、遷徙、醫療等權利，但主要係涉及其就養需求；《教育基本法》第 4 條等則涉及其受教育權；《就業服務法》第 5（1）條、《勞動基準法》第 54 條等、《公務人員任用法》第 28（1）（9）條等規定則主要與其就業及工作權相關。無論何項立法之目的皆係為表達「精神障礙者應有的能力與權利，不論何人就醫，都以該

人是否與一般人相同權利與對待，在平等權的概念下，人人處遇平等，並以該人的意思能力、行為能力作為基礎」。我國《憲法增修條文》第 10 條第 7 項即規定，「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。」也因此，在維持我國憲法第 7 條所彰顯之平等權之下，對於需要特別保護之身心障礙者，予以特別明文保障其權益，精神障礙者當然在受其保護之列中。

縱然如此，在受保護之列，精神障礙者，即便罹患精神疾病，凡只要年滿 20 歲為成年人，且具有意思能力與行為能力時，仍然得以依其個人的自由意思，來決定是否接受治療、在何處治療、接受何種治療，此即醫學倫理所稱的「自主原則」（autonomy）。參考英國於西元 2005 年所制定之《精神能力法》（Mental Capacity Act），該法在前言中即提出五大原則：

（一） 一個人應被推定為具有意思能力，除非被證明不是；
（二） 一個人不應該遭受不能做決定的對待，除非已經嘗試所有可實施的方法後，仍然無法成功；
（三） 一個人不應該僅僅做出不明智的決定，就遭受其無法做決定推定之對待；
（四） 依據本法或代理無能力的人，必須以該人的最佳利益行為或做決定；且
（五） 在行動或做決定前，必須考量所需要達成的目的，是否得以在最小限制該人的權利與行動自由的下有效達到。

確實應以這五大原則作為對待精神障礙者的基礎，破除過去「一旦一個人罹患精神疾病就被認為欠缺意思能力、行為能力，無法為自己作決定，必然是無行為能力人」的「迷思」。因此，在這原則的前提下，包括醫療等需求的決定權，一般而言，若無例外情況，應以病人的決定為依據，即使病人罹患精神疾患，甚至更嚴重的精神病亦應如此。過去在醫學界，沿襲傳統救人濟世的精神，在專業知識與地位的優勢下，往往以君父（paternalism）的立場與思維去協助病人及其家屬，雖然醫療結果大多符合病患最佳利益，但如此除了會取代病人本身去決定其最佳利益為何外，同時也會侵害其自由意思決定之自主權，實不符心理健康權所強調之「病人自主權」及「告知後同意」（informed consent）的人權規範與倫理原則。過去醫學界以「不傷害」（do no harm）為第一優先倫理原則之適用，惟因應時代變遷，也須調整為以病人自主權為優先適用之醫學倫理，但仍須在自主、行善（beneficence）、不傷害、公正（justice）等四大傳統醫學倫理中取得平衡與調和。然而，除此四大倫理原則外，Beauchamp 和 Childress

亦提出了「誠信」(veracity)及「保密」(confidentiality)等兩項原則，惟此二者在當年所獲得之重視遠不及前四者。135

雖然精神障礙者之能力及權利原則上與一般成年人並無差異，但依據英國 2008 年調查研究的文獻指出，據估計在英國有 200 萬人因為精神疾患、學習困難(learning difficulties)、失智症(dementia)、身體疾病(physical illness)、譫妄（delirium)、腦傷（head injuries）等原因而致使欠缺自主能力。同時發現，精神科住院病人，有 44%在決定是否做住院決定時係欠缺自主能力的；另外，在綜合醫院的急性病房中，有超過 30%病人欠缺自主能力。因此，在某些極度例外的情況下，針對精神障礙者自主權行使之限制似乎係屬可許且正當的，即以保護精神障礙者及其生活環境中之其他人為目的，而行使「行善」之醫學倫理原則。目前我國《民法》於 2008 年已大幅修訂過去民法 14 條有關「禁治產」之規定，改為「成年監護」制度，其主要內容除將原來禁治產僅一級之規定分為「監護」及「輔助監護」二級外，也對於監護人（輔助人）之選任過程，得由法院依受監護人（受輔助人)之最佳利益指定，排除過去僅以親屬關係擔任之規定。因此，成年的精神障礙者，若未受宣告禁治產或監護時，仍推定其自由意志作為其同意醫療與否的依據。

按內政部統計處資料顯示，截至 2000 年底領有身心障礙手冊者近 108 萬人，若依據障礙類別而分類，可發現肢體障礙者 38 萬 7，369 人（占 35.99%）最多，重要器官失能者 12 萬 776 人（占 11.22%）第二多，聽覺機能障礙者 11 萬 7，103 人（占 10.88%）位居第三，其他類別則依序為慢性精神病患者、多重障礙者、智能障礙者、視覺障礙者、失智症者、聲音或語言機能障礙者及自閉症者等，其實純粹的精神障礙者並非人數最多的類別，且依據統計，修法前禁治產聲請案件數從 1996 年每年 1000 件逐年成長到 2008 年每年約有 3000 至 4000 件。精神障礙者的法律能力，涉及意思能力、行為能力，故須予以特別法律保護的規定。

此外，在精神醫療中，基於保護精神障礙者之權益，另依《精神衛生法》第 3（4）條之規定，法定「嚴重病人」係指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。因此當嚴重病人有傷人或自傷之虞時，依該法而有緊急護送就醫、緊急處（安）置、推選（選任）保護人、強制鑑定、強制全日住院治療、強制社區治療等特別保護之規定，其程序應經由依該法第 15 條之規定特別設置之「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查，而該審查會的成員

135 *See* TOM BEAUCHAMP & JAMES CHILDRESS, PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS, Oxford University Press (1979)

應包括專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、法律專家及其他相關專業人士。審查成員若有利益迴避事項，在此必須迴避，以符合程序正義之要求，且其審查結果也能建立在公正客觀之基礎上，對於嚴重病人之權益保障亦最能符合其最佳利益及最小侵害之比例原則。

在精神障礙者接受精神醫療照護時，除非有嚴重病人的情形而需接受違反其意願的強制全日住院治療、強制社區治療外，惟應符合該法第 37 條第 2 項之特別規定「精神醫療機構為醫療之目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內，並應定時評估，不得逾必要之時間」者，另同條第 3 項復規定「精神醫療機構以外之精神照護機構，為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體，並立即護送其就醫。」由此明訂以精神醫療機構為主，可依法限制精神障礙者的人身自由，而達到保護其生命、健康的目的。雖然我國《精神衛生法》與相關醫療法中，已在事前或事中，設下許多保障精神障礙者在接受醫療的法律規定，諸如告知後同意（例如第 36 條等）、對於特殊治療需有書面的要式同意與審查機制（例如第 47 條至第 50 條等）、權益保障（例如第 3 章第 18 條至第 28 條等）等規定，亦對其在事中與事後進行救濟，包括嚴重病人本人或其保護人、甚至「經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體」，得向法院聲請裁定，以便停止緊急安置或強制住院。

事實上，現行《精神衛生法》雖已儘量完備接受精神醫療階段時之各項權益明文保障，惟關於「強制社區治療」的規定，對於精神障礙者不僅未盡保護，反而有害其權益，依該法第 46 條之規定「強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：一、藥物治療。二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。三、酒精或其他成癮物質篩檢。四、其他可避免病情惡化或提升病人適應生活機能之措施。（第 1 項）強制社區治療得以不告知嚴重病人之方式為之，必要時並得洽請警察或消防機關協助執行。（第 2 項）」本條第 2 項前段的規定，不僅嚴重侵害精障者的自主權，且不符醫學界所堅持之自主原則，更違反了法律所規定「告知後同意」之規定，尤其是強制社區治療項目涉及侵入性醫療行為，破壞身體完整性與個人隱私等權益，故本條規定完全與本法立法目的相悖，洵為有害精障者權益之規定。[136]

綜上所述，縱然我國關於身心障礙者權益保障之法規或政策，經常將

[136]見吳文正（行政院衛生署八里療養院社區精神科主任），以精神衛生法探討精神障礙者權益保護與相關法律議題，法律扶助基金會部落格（http://blog.roodo.com/laf/archives/15752903.html），2011 年 6 月 3 日

國際公約或其他決議文件納入考量，諸如《聯合國心智遲緩者權利宣言》（1971）、《身心障礙者人權宣言》（1975）、《關於身心障礙者之世界行動綱領》（World Programme of Action concerning Disabled Persons）、《關於身心障礙者機會平等手冊》（Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities）、《身心障礙者機會平等標準規則》（1993）、《亞太地區身心障礙者未來十年計畫》（Asian and Pacific Decade of Disabled Persons : 1993-2002），及最重要的《身心障礙者權利公約》（2006），台灣亦已制訂法律及其他措施，以提升身心障礙人士的權利，包括消除歧視之法令及風俗習慣、身心障礙者擁有免受剝削及虐待的自由，惟在許多方面雖仍有很大的進步空間，以促進身心障礙者健康權之實現，如無障礙空間之規劃、醫護社工人員之手語服務等措施，及更重要的是積極對抗社會大眾對身心障礙者（尤其是精障者）之負面刻板印象和偏見，並將身心障礙者的問題，從社會福利角度轉移至人權保障之面向，在考量本國之資源狀況下「逐步落實」全面平權以促進其心理健康，故一旦原屬社會弱勢群體之身心障礙者能夠受到平等且沒有歧視的對待之時，始為社會正義、心理健康人權實現之日，也才符合臨床倫理之「正義原則」。

第五章　結論與建議

「心理健康，人人應當擁有」是普世的價值和民主國家人權發展的重要指標，遠超過任何個人、團體利益或專業分化角力。

有鑑於漠視心理健康將使我國人權遭受損害於無形，政府組織和相關國家機制不當設置，將有侵害心理健康基本人權之虞，會與國際追求人權進步的方向脫節。

本研究透過文獻分析兩人權公約及其他相關國際公約條文有關健康權內容，以及聯合國相關組織、世界衛生組織等相關國際機構對於健康權的分析架構其中心理健康的內容。在文獻分析中我們採用 OHCHR 對健康指標的建構為參考，融入 WHO 2004 人權指標建議，與 WHO2013 政策檢核量表，並以焦點團體專家對指標的建議，彙整出心理健康指標的建構建議。並比較檢視我國與六個國家人權報告書中有關心理健康人權的內容後，我們在以下第一節提出適合我國人權報告之心理健康權指標參採基準與負責的政府單位。並在其他小節提出對未來行動的建議。

第一節　我國人權報告之心理健康人權指標建議

為了解國家保障心理健康人權實質提升成效如何，本研究以心理健康做為人權的規範向度，回顧心理健康定義的演變與心理健康人權指標建構，提出心理健康作為人權之指標基準，包含結構、過程和結果三個類型的指標（OHCHR，2012），並提醒一些影響心理健康人權落實的概括性指標（不歧視和平等原則、程序性權利、參與原則和責任歸屬等）；並參考世界衛生大會（2013 年 WHA）最新的「心理健康綜合行動計畫」（Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020）其中的四大「全球具體目標」（有效領導管理、社區為基礎的綜合性照護服務、促進與預防並重、強化資訊系統、證據和研究等）及六種「跨領域原則和做法」（涵蓋全民健康、人權為基礎、實徵研究為基礎、全生命歷程、跨部門合作及精神疾患與社會心理障礙者充權等）設計指標的基準，採用 OHCHR（2012）健康權的指標架構來界定三種類型各項心理健康權指標內容，特別考慮容易被邊緣化、被歧視的群體，最後用三次焦點訪談的結果分析與文獻檔案分析的結果交叉檢視，提出包含「全民心理健康」、「與性及生育相關之心理健康」、「兒童與青少年之心理健康」、「自然、居家與職場環境中的心理健康」（此部分參考 OECD 之我國國民幸福指標系統）、「精神疾病之預防、治療與控制」及「精神醫療照護與其他重要藥物之可近用性」等六項的心理健康人權指標內容的建議。（如表 5.1）期能涵攝全民及各群體的心理健康基本決定因素及健康照護等健康權利中兼具自由權及福利權的內涵，讓

我國落實心理健康人權的義務能有所依憑。

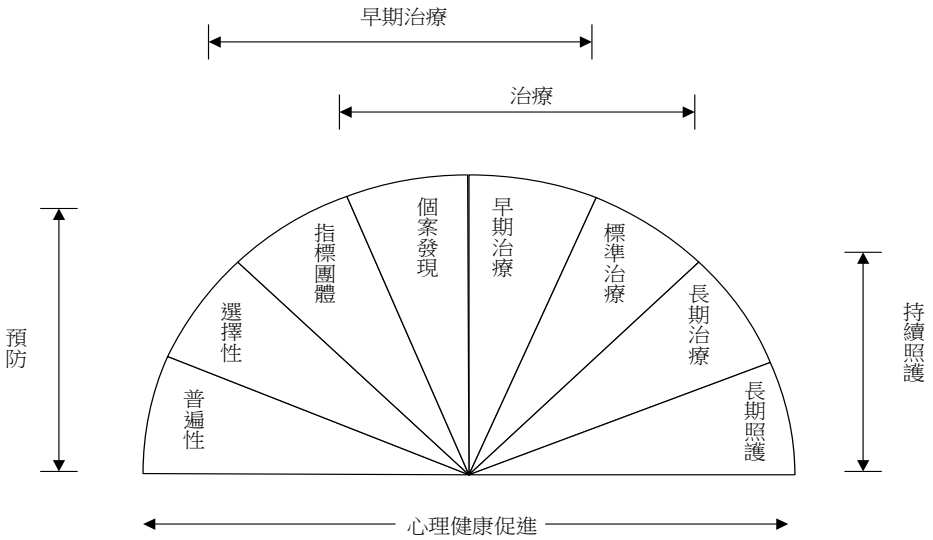


圖 5.1 從預防到照護都需要心理健康促進

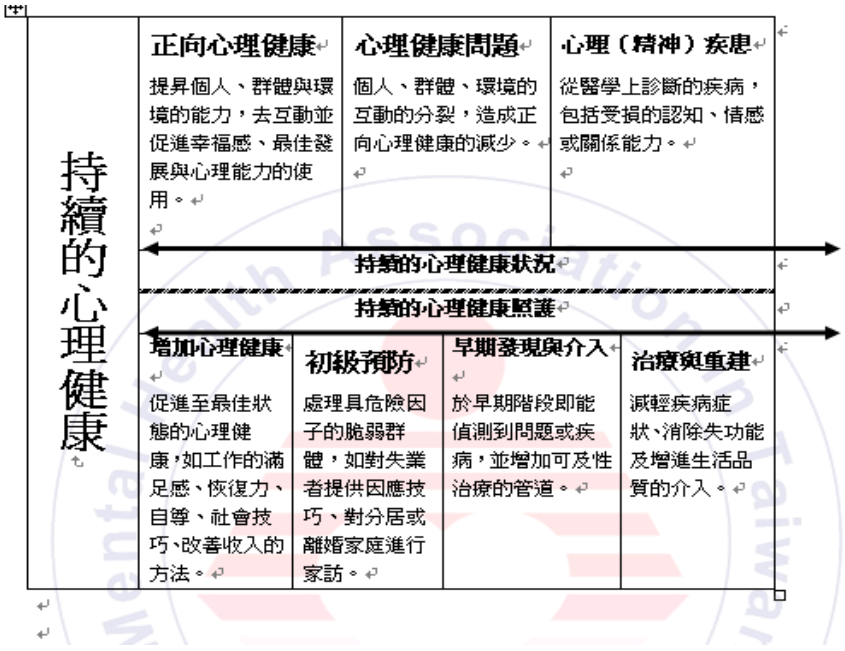


圖 5.2 持續的心理健康狀況和持續的心理健康照護

綜上，本研究提出我國人權報告之心理健康人權的指標建議，**如表 5.1。**

表 5.1 可能達到最高標準之心理健康權之指標建議

（Right to the Highest Attainable Standard of Mental Health Indicators／ICESCR 第 12 條）

心理健康指標 / 指標類型	全民心理健康之保障與促進	與性及生育相關心理健康之保障與促進	兒童與青少年心理健康之保障與促進	自然、居家與職場環境中心理健康之保障與促進	精神疾病（患）之預防、治療與控制	精神醫療照護與基礎藥物之可近用性
結構指標	1. 國家所批准的有關「心理健康權」之國際人權條約，包括： ● 是否具備符合國際人權公約的國家心理健康法規？（WHA66.8）（外交部、法務部、衛福部、教育部、勞動部、內政部、文化部、國防部等） ● 是否具備符合國際人權公約的國家心理健康政策或計畫？（WHA66.8）（衛福部、教育部、勞動部、內政部、文化部、國防部等） 2. 憲法或其他法律關於「心理健康權」保障之涵蓋範圍及其生效日期 （法務部、衛生福利部） 3. 全國性且綜合性之「心理健康政策暨行動計畫」之制訂及其法源依據（衛福部、教育部、勞動部、內政部、法務部），包括： ● 是否具備正常運行之政府間跨部門心理健康促進和預防規劃？（WHA66.8）（衛福部、教育部、勞動部、內政部、文化部、農委會、原民會） ● 是否有最高位階的專責機制？ （衛福部、教育部、勞動部、內政部、文化部、農業部、原民會） 4. 已登記或活動中與「心理健康權」相關的民間非營利組織或公民社會組織（每十萬名人口中）之數量 （內政部、衛福部、教育部、直轄市及地方縣市政府主管單位）					

	5. 各類別心理健康大型資料庫建立 （科技部、衛福部、國健署、教育部、勞動部） 6. 各健康政策或國家政策，是否有進行「心理健康影響評估」(衛福部、研考會、教育部、勞動部、環境資源部等）				
	國家政策對各群體（性別、年齡、職場、城鄉、族群等）的涵蓋範圍及其時程，包括： ● 不同群體的心理健康白皮書（衛福部、教育部、勞動部、國防部） ● 心理健康的促進行動（各人際能發展、組織發展、法律與政策倡議等）(衛福部、教育部、勞動部） ● 成立直屬部會首長的心理健康委員會（行政院、衛福部、教育部、國防部） ● 編列有心理健康促進預算（衛福部、教育部、勞	國家政策對「與性及生育相關之心理健康」之涵蓋範圍及其時程，包括： ● 孕產婦及家人的心理健康政策（衛福部） ● 未成年懷孕的身心健康照顧方案（教育部、衛福部） ● 遭受性侵害或其他形式暴力待遇的婦女之處置及心理健康照護政策 （衛福部）	國家政策對「兒童與青少年之心理健康」之涵蓋範圍及其時程，包括： ※ 兒童與青少年心理健康政策白皮書（教育部） ※ 生活形態與社會技能及抗能力訓練方案(教育部） ※ 中輟生處理方案（教育部） ※ 災後（不限天災人禍）兒童及青少年之處置及心理健康照護政策（衛福部、教育部、內政部） ※ 身心障礙的兒童或青少之安置及心理健康照護政策 （衛福部、教育部） ※ 曾受物質濫用行	1. 國家政策對「居家環境中之心理健康」之涵蓋範圍及其時程，包括： ● 飲用水及衛生設備之供給政策（包括針對偏遠地區或低收入戶等特定族群之補貼措施)(經濟及能源部、環境資源部） ● 糧食及營養供給之情況（包括針對偏遠地區或低收入戶等特定族群之補貼措施／以糧食權指標輔以證明之)(農業部、衛福部、內政部） ● 住居及庇護供	1. 國家政策對「精神疾病之預防、治療與控制」之涵蓋範圍及其時程（衛福部），包括： ● 初級心理保健之計畫（包括資金、人力資源、運作及監督機制） ● 其他級別（如綜合醫院）關於精神疾病防治之計畫 ● 關於心理健康照護服務之不歧視政策（全民覆蓋率） ● 心理暨行為異常所需基礎藥物之供給(包含對必備藥物清單及學名藥替代措施的涵蓋範圍及其時程） 2. 對「精神疾患者權利保障」法規或政策之涵蓋範圍及其時程（衛福部），包括： ※ 精神或心智障礙者之安置及心理健康照護政策

	動部、經濟及能源部）		為影響的青少年之安置及心理健康照護政策（法務部、教育部、衛符部社家署）	給之情況（包括針對偏遠地區或低收入戶等特定族群之補貼措施／得以適當住居權指標輔以證明之)(衛福部、) 2. 國家政策對「職場環境中之心理健康」之涵蓋範圍及其時程，包括： ● 遭受職業災害者（不限身體或心理上）之處置及心理健康照護政策（包括針對偏遠地區或低收入戶等特定族群之補貼措施／得以工作權指標輔以證明之） 3. 國家政策對「自然環境中之心理健	

				康」之涵蓋範圍及其時程，包括： ※ 災後（不限天災人禍）生還者及其家人之處置及心理健康照護政策	
過程指標	1. 依 WHO 所建議之「心理健康政策評估檢核表」及「心理健康計畫評估檢核表」所為之評量結果（衛福部、主計總處） 2. 接獲有關「心理健康權」侵害之申訴，而由國家人權機構或其他權責機關進行調查和有效救濟之比例（衛福部、監察院人權保障委員會） 3. 政府對上述情況，正面或有效回應之比例，包括： ● 每兩年定期收集和報告確認及商定的一套心理健康核心指標（WHA66.8）（衛福部、主計總處） 4. 為促進衛生部門所接受或提供的官方開發援助淨值（net official development assistance, net ODA）佔衛生公共支出或者國民總收入的比例（衛福部、主計總處） 5. 公眾（至少包括利害關係人）參與（包括公聽、心理健康影響評估、政策說明等）心理健康相關政策制訂之比例（各相關部會）				
	1. 對重大政策進行心理健康影響評估（衛福部、勞動部、教育部、研考會） 2. 家庭心理健康方案推動（教育部、衛福部、文化部） 3. 社區心理健康方	1 產前心理健康護理的普及率（包含至少一次與至少四次)(衛福部) 2 生育年齡女性或其伴侶接受與性或生育相關之心理健康教育的比	1. 學齡孩童接受心理健康教育的比例 (教育部) 2. 學齡孩童接受防止意外事故基本知識的比例（教育部、衛福部、內政部） 3. 在人權報告期	1. 標的人口受普及使用改良的飲用水源的比例 （環境資源部、經濟及能源部、勞動部） 2. 標的人口受普及使用改良的公共衛生設施的比例（內政部、環境資	1. 被涵蓋在提升關於精神疾患或其他社會心理疾病教育計畫中之人口比例（衛福部） 2. 針對精神疾病採取有效預防或介入措施之人口比	1. 政府於主要精神醫療照護與藥品開支的每人平均數額（衛福部、健保署） 2. 醫事人員與其他醫療從業人員、醫院病床數及其他主要健康照護機

	案推動（內政部、衛福部、文化部） 4. 職場心理健康推動（勞動部、衛福部） 5. 偏鄉與農村心理健康促進（農委會、內政部） 6. 特殊群體友善心理健康方案（新住民、原住民、老人、婦女等）（內政部、農委會、教育部、衛福部） 7. 進行心理健康資訊系統、實證研究（衛福部、內政部、教育部、勞動部）	例（衛福部） 8. 家庭心理健康（包含生育計畫）之需求是否被滿足（衛福部、教育部） 9. 性暴力、強制墮胎或其他限制女性性與生育自由的被通報案件，及受政府有效回應之比例（衛福部、內政部） 10. 與性別／性傾向弱勢者（包括同性戀者、雙性戀者、跨性別者、雙性別者等）相關之心理健康照護措施（衛福部、教育部）	間，兒童被納入定期心理健康評估的比例（教育部、法務部） 4. 初等學校是否提供專屬兒童之初級心理健康保護（教育部） 5. 兒童與其父母共同生活的比例，包括低收入戶、單親家庭、新移民家庭中之兒童接受心理健康或相關諮商服務之比例（內政部、教育部） 6. 虐童、剝削、家庭疏忽、校園霸凌或其他任何形式戕害兒少身心的被通報案件，及受政府有效回應之比例（內政部、衛福部、教育部） 7. 兒童受到任何形式的色情剝削（如雛妓）或性侵害的被通報案件，及受	源部、經濟及能源部、交通及建設部、勞動部） 3. 居住或工作於或接近危險環境的人口或家戶受到改善的比例（內政部、環境資源部、經濟及能源部、交通及建設部、勞動部） 4. 關於環保或食品安全等訴訟案件數量，及政府妥善回應之比例（衛福部、法務部、農業部、經濟及能源部） 5. 關於職業災害、職場憂鬱、過勞或就業歧視等申訴案件之數量，及政府妥善回應之比例（得以工作權指標輔以證明之）（勞動部、衛福部） 6. 關於危險駕駛、原	例，包括： ※ 與精神疾患者之家庭成員或其他照護者相關之心理健康照護措施（衛福部） 3. 因物質濫用如酒精、菸草、毒品、化學藥劑或精神藥物而接受特別治療之人口比例（衛福部、國健署、農業部、法務部） 4. 在人權報告期間，精神衛生機構接受查驗及通過審核之比例（衛福部） 5. 精神疾患案例被診斷與被治癒之比例（衛福部） 6. 精神疾患者回歸社區並自立者之比例（衛福部）	構之密集度的改善（衛福部） 3. 受普及而得以近用保持一定水準的可負擔的精神醫療照護，包含必備用藥的人口比例（衛福部） 4. 在人權報告期間，被納入全民健康保險的人口比例（衛福部、健保署） 5. 因精神疾患或心智障礙等原因享受到健保補助之比例（衛福部） 6. 接受國際援助而滿足必備用藥公共開支的比例（衛福部） 7. 公、私立衛生機構 30 個選定基本藥物的平均可用率和平均消費價格比。（衛生福利部） 8. 疑似精神病患（鑑別測試調查）的醫

			政府有效回應之比例（內政部、教育部）	因自由行為（如飲酒所致風險行為）、物質濫用而受法律裁罰案件之數量，及政府的因應計畫與其成效（交通及建設部、衛福部、警政署） 7. 每人平均得使用的綠地面積（交通及建設部、環境資源部、直轄市及各地方縣市政府） 8. 與其他特定族群有關居家、職場與環境之心理健康照護措施，包括： ※ 與肢體障礙者相關之心理健康照護措施（包括使用輔具及無障礙空間鋪設之比例）（衛福部、交通及建設部）		療諮詢拒絕率（衛福部）

				※ 與少數族群（包括原住民、新住民、外籍勞工等）相關之心理健康照護措施（衛福部、內政部、原民會、勞動部） ※ 與老年人相關之心理健康照護措施（衛政部、內政部） ※ 與失業者相關之心理健康照護措施（衛政部、勞動部） ※ 與慢性病患者（尤其是 HIV 感染者及愛滋病患）相關之心理健康照護措施（衛福部）		
結果指標	1. 重大政策進行心理健康影響評估的件數（衛福部、勞動部、教育部、	1 接受家庭教育人數（教育部、衛福部） 2 開設心理健康課	1. 青少年志工人數（教育部、內政部） 2. 青少年運動休閒	1. 與心理健康相關的「國民幸福指數」之調查結果（主計總處、衛福	1. 與精神或社會心理疾患所致死亡或受傷之發生率（衛福部、國健署） 2. 成人物質濫用及成功戒斷之人口比例（衛福部、國健署）	

	研考會） 2. 中央與地方政府成立專責單位比例（各部會與直轄市、地方縣市政府） 3. 中央與地政府成立跨部會心理健康委員會比例（各部會與直轄市、地方縣市政府） 4. 心理健康白皮書書（衛福部與直轄市、地方縣市政府） 5. 心理健康經費佔健康預算及總預算的比例（中央各部會與與直轄市、地方縣市政府） 6. 心理健康促進方案數（中央各部會與直轄市、地方縣市政府） 7. 心理健康推動人數（中央各部會與直轄市、地方縣市	程學校數（教育部） 3 兒虐或家暴通報人數（衛福部、內政部） 4 先天罹患精神或心智疾患的初生兒之比例（衛福部、內政部） 8. 產後憂鬱症之發生率（衛福部） 9. 家庭支持團體數（內政部）	參與人數（教育部、內政部） 3. 兒童或青少年罹患或疑似患有精神或社會心理疾患之比例（衛福部、教育部） 4. 兒童或青少年物質濫用之比例（法務部、教育部、衛福部） 5. 兒童或青少年之輟學率（教育部）	部） 2. 因不安全或不健康的居家環境造成個人罹患或疑似患有精神或社會心理疾患之比例（衛福部） 3. 因不安全或不健康的職場環境造成個人罹患或疑似患有精神或社會心理疾患之比例（衛福部、勞動部）	3. 對可事前預防之自殺或自傷行為，成功避免事件發生之比例，包括： ● 每十萬人口每年自殺死亡人數（WHA66.8）（衛福部）

	政府）				

說明：

1. 與心理健康相關的「國民幸福指數」（mental health-related NWIs），參照本文第四章。
2. WHO 所建議之「心理健康政策評估檢核表」及「心理健康計畫評估檢核表」，參照本文第四章。
3. 括號 WHA66.8 者，係指《2013-2020 年心理健康綜合行動計畫》，參照本文第四章。

※記號，表示針對心理健康權容易遭受歧視或忽略之特定族群的權利指標。

第二節　我國需要獨立完整的「心理健康司」

行政院組織再造，將心理健康與口腔健康合併為一司，衛生福利部組改違法！從前述國家侵害心理健康人權案例分析可見，我國政府組織再造違反國家人權義務。衛生福利部在民國 102 年 7 月 23 日正式掛牌上路，不按行政院版本《衛生福利部組織法》設置獨立「心理健康司」，反而因為立法院的堅持，將目前全國最高層級的心理健康專責單位貿然與口腔健康合併，成立「心理及口腔健康司」。可見組織再造的亂象是人權倒退，違反國家人權義務。衛生署和院會向利益團體傾倒，出賣人民健康權益，來掩飾衛生行政無能的問題，違反心理健康人權。

「心理健康權」因兼具自由權及受益權的性質，故政府在國際人權法下同時被課予了「消極不侵害」與「積極去滿足」等面向的義務。積極是「健康促進」外，從消極來看，心理健康權也包括了「疾病防治」與治療和復健，需要指標與基準，專責國家機制是履行國家義務，也是結構指標之一。國家政策與監督機關。過程指標終需涵蓋預算、特殊族群、內涵建立等，所以獨立的「心理健康司」的規劃應有全民的視野、全人的觀點，人權為基礎，才能與世界先進國家並進。此外研擬部會組織再造的過程應公開、透明。行政組織分門別類，應有業務之專業性及內部一致性，口腔衛生係屬生理衛生，與「心理健康」兩者性質大相逕庭，混為一司已成為成為國際笑話。反映出我國立院亂象，政治介入的問題。

尤其立法院以附加決議之方式，要求將「口腔健康」併入「心理健康司」，於法上亦有爭議。若以行政權與立法權之分際而言，依中華民國憲法第 53 條，行政院為國家最高行政機關。憲法增修條文第 3 條第 4 項亦明訂，行政院各機關之組織、編制及員額應基於政策或業務需要決定之。另依「中央行政機關組織基準法」（下稱基準法）第 4 條之規定，立法院只在審議衛生福利部之組織主要規範掌理事項及所屬之署、局等各次級機關之名稱及業務，而衛生福利部部本部內部業務單位之組設未定於組織法律之條文中。依基準法第 8 條第一項前段之規定：「機關組織以法律制定者，其內部單位之分工職掌，以處務規程定之。」在衛生福利部組織法通過後，其內部單位之分工執掌，應以衛生福利部處務規程定之。然規範內部單位之處務規程，屬行政命令層級，為行政權之一部分。立法院以附加決議之方式，強行要求更改屬行政權範疇之處務規程中各司之名稱與設置，其實已然違法。

此外，基準法第 22 條亦明訂：「機關內部單位應依職能類同、業務均衡、權責分明、管理經濟、整體配合及規模適中等原則設立或調整之」。由此觀之，「口腔健康」屬生理健康之一部分，理應設置於其餘生理健康

相關之單位內，若強行併入「心理健康司」，兩者性質迥異且分屬不同領域，無法符合職能類同、業務均衡、權責分明、管理經濟、整體配合等各項要求，已明顯違反基準法第 22 條之規定，衛生署未據理陳述，明顯失職！立法院強行要求，也違反國家與人民付託把關國家機制的任務，嚴重違反人權。

為了尊重、保護、實現人權，國家的立即義務是必須在立法、公正資源分配、司法和有效救濟上盡其義務；國家逐漸實現義務則是實現權利的義務（採取行政、財務、教育和社會策略）、監督的義務（實現或未實現權利）以及促進權利的義務（制定策略和方案）。對目前組織再造尤其是將心理健康與口腔健康合併成為一司的問題之補救，需要回到以人權為基礎來做組織職能評估，儘早回復國家主管全民心理健康政策的專責單位，「心理健康司」必須獨立且完整。

第三節　我國需要《心理健康基本法》作為人權基本保障

綜合本研究各層面探討，以及專家學者尤其是人權律師等建議，在此提出我國需要《心理健康基本法》。一方面是，有急迫需求；再方面，這是世界趨勢；三方面，我們需要「公共心理健康主流化」；四方面，以人權出發的心理健康基本法將超前世界不少國家。

憲法保障的各項人權當中，多數已有基本法或基本法草案予以保障，但健康權，包含心理健康人權，卻缺少相關法源，因此會散落在不同地方，財力、人力都會不足。

如同性別平等相關立法的經驗，基於對性別平等的重視，為了達到宣示落實的決心及宣傳的作用，也讓執法者有法可循，因而提出研擬「性別平等基本法」有其必要（陳芬苓，2010），並指出社會文化因素、宜將性別平等專責機構法制化、性別人才專業化等相關配套措施。欣見行政院性別平等處已於民 101 年 1 月 1 日成立，成為我國落實性別平等人權的一個重要里程。

其他相關法制化的經驗，如法務部研擬之《人權保障基本法草案》、2011 年 11 月 10 日通過之行政院《文化基本法草案》等等。以上，在在顯示，若各種議題都涵蓋心理健康的精神，與其散佈在不同法令中，實在需要有一個「心理健康基本法」，才能整體規劃、彙整資源。

為什麼需要基本法？《心理健康基本法》是為全民的健康福祉，目前已有的《精神衛生法》則在規範精神病人的強制住院、診斷、治療、或回到社區治療等等。其實我國在健康權，包含心理健康人權，尚缺少相關法源，僅是規範精神病人醫療的《精神衛生法》或者規範自殺防治業務的《自殺防治法》都不足以代表國家立法的立即性義務，以尊重、保護、實現全民心理健康人權。

本研究焦點訪談之三位人權律師一致同意推動《心理健康基本法》的立法有其必要性。基本法最大的實質意義是資源配置，反歧視以及促進民間與政府合作，推動心理健康人權的落實。因為即使有基本法，卻不必然導致資源配置妥適，但基於基本法的位階，可以有法律根據去要求政府，讓政府與民間一起來繼續推動國家落實心理健康的人權，甚至在制定的過程就會引起關注。基本法的立法可顯示國家重視人權的表現，政府落實人權的決心。

此外，我國在研擬中的「人權保障基本法草案」也必須將健康權的內

容（包括心理健康）加入。

在分析幾個不同國家不同年代的國家人權報告時,發現逐漸會出現精神疾病、藥物濫用等相關統計，但是在心理健康自由或福利人權影響方面，仍有很大空間須加強。本計畫能提供給世界一些國家，在人權報告中的心理健康議題可以如何呈現的參考，若能提出為世界各國人權報告參考，也是我國突破外交困境的另一成果。

第四節　推動跨部會與全民學習的「心理健康人權教育」

本研究結果可提供法務部在未來國家人權報告時，能提供政府各部會有關心理健康相關資料的完整呈現，讓大家了解到各種構面的必要性，所以未來需要參考本計畫的結果，進行各部會心理健康人權教育。國家人權報告中心理健康權應被提出。

我國在 2013 年完成第一次的國家人權報告，請國際人權專家審議，並提出需改變的建議，政府各機關也完成多次審議會議，訂出追蹤管考的方向，國際專家也提出我國要積極推動「人權教育」。其實，回顧黃默教授（2002）撰文指出我國人權教育的發展，從 1995 年東吳大學黃默教授連結其他大學開始，即已提出人權教育相關課程，同時進行國科會整合性研究；1998 年 9 月，教育部公佈「國民教育階段九年一貫課程總綱綱要」，已把人權議題納入課程中，但更需要詳細課程規劃，當時開始舉辦國際人權研討會至今；2000 年教育部設立「人權教育委員會」，同年東吳大學也設立「張佛泉人權研究中心」，促使大學人權研究與教學邁進一步；多位教授如湯梅英、周碧瑟等都投入甚多，柏楊也發起「人權教育基金會」等。2009 年，因應兩公約施行法已經完成國內法化工作，開始規劃「人權大步走計畫」，負責對國內兩公約公務人員宣導、教育，並設置網站專區等。其實聯合國教科文組織與人權事務高級專門委員會，都持續提出人權教育的四年一階段的行動計畫，先以學校老師等為對象，第二階段則擴及各類公務人員（包括執法者與軍事類）（OHCHR、UNESCO, 2006, 2012）。

即使如此龐大的訓練，心理健康人權在我國初次人權報告中，以本研究的回顧與檢視，不論是心理健康促進、或是精神疾病的預防或是疾病現況、甚至其他慢性病或受暴力人民，心理健康需要被照顧的方面，則都闕如，因此需積極的在未來辦理如同人權教育在民間或政府推動執行為參考，甚至「性別主流化」行動（行政院婦權會，2012），與「人權教育」與「心理健康教育」相互呼應，能將各種訓練都融入生活中，人權大步走訓練時，要將健康人權（包括心理健康人權）概念加入，性別主流化訓練時，也能將性別不歧視是心理健康人權觀念融入，讓政府單位與民間團體都能普及瞭解。

為落實我國心理健康人權，採取教育的策略有其必要。本研究回顧相關人權公約和本國相關法律時，發現心理健康散佈在不同條文內容，但並無完整的闡述，缺少心理健康的全貌。檢視《國民教育法》第一條及第七條以「培養德、智、體、群、美五育均衡發展的健全國民」為宗旨，以「學生身心健全發展」為目標；《教育基本法》第八條「學生之學習權、受教育權、身體自主權及人格發展權，國家應予保障，並使學生不受任何體罰

及霸凌行為，造成身心之侵害。」既然國家對全體國民的教育目的是培養「健全國民」、「身心健康發展」，保障「身體自主權及人格發展權」，免受體罰及霸凌造成身心侵害，我國教育基本大法承認「心理健康」是「健康」不可分割的一部分，身心都健康發展才能「健全」，尚符合全人教育的精神。但教育實踐上，並沒有明文的規範讓「心理健康」可以落實，這是尚有不足的部分，有賴心理健康人權教育的推動。

若全民與政府各部會的人權教育能夠被實踐，也就能實現心理健康人權教育，實現「公共心理健康主流化」（public mental health mainstreaming）的理念。公共心理健康的定義是「透過社區法令規章，致力於提升與維護全民心理健康，預防精神疾病、早期診斷治療、社區復健」，為眾人之心理健康把關。這就能夠符合近年來 WHO 在積極推動的「所有政策都要考量健康」（Health in All Policy, HiAP）；同樣的，所有的政策也都要考量到心理健康。

「公共心理健康主流化」將以目前在我國推動最落實的「性別主流化」政策做參考架構，我們需要將此一被長期忽視卻又是人權的心理健康，從邊緣到主流，需要有心理健康的統計資料（研究）、心理健康的分析（瞭解社會建構的原因）、心理健康預算（針對需求）、心理健康影響評估（結構、過程、結果）、心理健康專責機制(National Machinery)、心理健康教育等，以「心理健康融入健康政策」（Mental Health in Health Policy, MHiHP）到「心理健康融入各公共政策」（Mental Health in All Policy, MHiAP）來逐步落實我國心理健康人權。

茲將人權教育發展與性別主流化的行動結合，提出「心理健康人權教育」發展的基本配備，供未來執行時兩者合併進行教育的參考。

1. 民間和政府成立「心理健康」相關單位負責心理健康人權教育。
2. 依據心理健康需求調查進行課程設計。
3. 融入教育部課程綱要，將「心理健康人權教育」融入各階段教育課程。
4. 鼓勵各大專院校成立「心理健康促進研究室或研究中心」。
5. 鼓勵各大專院校開發「心理健康」通識課程、相關課程或學程。
6. 衛生福利部要依據 WHO 渥太華憲章的行動綱領，將「心理健康人權教育」整合健康的公共政策、支持的環境、社區的參與，才能加強個人心理健康人權的技能，以及政府要以人權理念改善對全民的服務措施。

參考文獻

心理健康行動聯盟新聞稿（2013/1/8）。精神和心理健康界怒吼—捍衛「心理健康司」獨立誓師大會「心理健康司獨立，第一次就要做對！心理健康百分百，國民健康又幸福！」

王國羽（2008）聯合國身心障礙者權利公約對我國的啟示。社區發展季刊，（123），106-116。

江明修、廖元豪、吳正中（2012）。政府施政措施落實多元族群主流化之研究。行政院研考會。

吳文正（2011/6/3），以精神衛生法探討精神障礙者權益保護與相關法律議題，法律扶助基金會部落格 http://blog.roodo.com/laf/archives/15752903.html

吳全峰（2012）〈健康人權與健康平等-從全民健康保險給付規範談起〉，發表於「接軌國際，深化民主：論我國批准聯合國兩權利公約可能的意義與影響」研討會，台北，台灣：台灣民主基金會。行政院（2002）人權立國與人權保障的基礎建設—2002年國家人權政策白皮書

吳全峰、黃文鴻（2007）〈論醫療人權之發展與權利體系〉,《月旦法學雜誌》,第148期，頁128-161。

李園會（2000）兒童權利公約。臺中市：內政部兒童局。

兒童及少年福利與權益保障法，民國 101 年 8 月 8 日修正。2013 年 6 月 25 日截自法務部網站：
http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=D0050001

兒童少年保護網頁 2013 年 7 月 1 日，截自新北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心網站：http://www.dvp.ntpc.gov.tw/_file/1198/SG/23981/D.html

兒童局內政記事本（2012）兒童及少年福利及權益保障法，許全國兒少一個彩色未來。2013 年 6 月 28 日，截自
http://www.moi.gov.tw/chi/chi_moi_note/moi_note_detail.aspx?sn=205

周志杰（2012）國際人權公約法國內法(Domestication of International Human Rights Instruments)。2013 年 7 月 1 日 摘自，
http://taiwanpedia.culture.tw/web/content?ID=100345

法務部（2012） 公民與政治權利國際公約 & 經濟社會文化權利國際公約:

一般性意見。法務部 編印

邱滿艷（2011）從身心障礙者權益保障法探討身心障礙者需求與地方政府資源，特殊教育季刊，第 118 期，中華民國特殊教育學會

孫迺翊，身心障礙者權益保障法之基本精神及相關爭議問題，法律扶助基金會部落格（http://blog.roodo.com/laf/archives/16287737.html），2011 年 8 月 11 日

婦權基金會（2011）我們的法律是否支持性別平等—以CEDAW為基準的法律檢視手冊 (翻譯自CEDAW 1998)

張文貞（2009）憲法與國際人權法的匯流－兼論我國大法官解釋之實踐，《憲法解釋之理論與實務》第六輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書

張文貞（2012）演進中的法：一般性意見做為國際人權公約的權威解釋。台灣人權學刊，第一卷第二期，25-43 頁。2013 年 6 月 10 日，截自 http://www.taiwanhrj.org/admin/uploadfiles/thrj_1_2_Chang.pdf

張玨（2005）衛生署再造：心理健康機制之建立。臺灣衛誌，24（3）：185-188。

張玨(2007)公共心理衛生，摘自陳拱北預防醫學基金會主編，公共衛生學（修訂四版），台北：健康。367-392。

張玨（2011a） CEDAW 與心理健康。心理健康與社會工作:台美對話國際研討會。2011/6/14。台北實踐大學。

張玨（2012）心理健康是人權，是達到[平]與[和]的基礎。台大健康促進研究中心暨心理治療與心理衛生年度聯合會，心理健康城市聯盟芻議研討會&論壇大會手冊。9-17。

張玨（2013）「心理健康主流化—全民需要的心理健康」論壇大會手冊。27-33。

張玨（2013/1/7）。我們不要疾病福利部。取自：自由時報電子報 http://www.libertytimes.com.tw/2013/new/jan/7/today-o13.htm

張玨（2011b）。國際身心健康促進模式概述--以 WHO 及 WFMH 為例。社團法人台灣社會心理復健協會主辦「慢性疾病與心理健康研討會」2011/11/22

張珏（2011c）如何建構一個身心靈平衡發展的全民心理健康網。2011心理治療與心理衛生年度聯合會 2011/12/3-4

陳芬苓（2010）。性別平等政策與法制之檢討及實施成效評估。行政院研究發展考核委員會委託研究報告（RDEC-PLN-098-029）。

陳俊宏（2012）落實兩公約施行法之政策研究(委託研究報告;RDEC-RES-099-034) 行政院研究發展考核委員會。

陳衍均 （2010）從經濟社會文化權利國際公約論兒童健康權之保障─以台灣兒童醫療問題為中心。國立中山大學法律學研究所，未出版之碩士論文。2013 年 6 月 20 日，截自 http://ccur.lib.ccu.edu.tw/handle/987654321/871。

馮燕（1997）制度化兒童少年福利政策探討。社會政策與社會工作學刊 1（2）：73-98。

黃默（2002）台灣人權教育的倡導、現況與展望 http://www.scu.edu.tw/hr/articles/mab/mab_hre_2002_1.doc

趙瑜婷（2011)兒童人權調查，健康權評價最高。國語日報，2013 年 6 月 28 日，截自國語日報網站：http://www.mdnkids.com.tw/info/news/content.asp?Serial_NO=76023

賴月蜜（2013)「兒童及少年福利與權益保障法」重點解析。空大學訊補充教材，第 483 號，68-75 頁。2013 年 6 月 20 日，截自 http://www.nou.edu.tw/~div05/news/26/1442908244514679 04e0c2c.pdf

謝東儒、黃琢嵩（2008）身心障礙者權利國際公約 5 月 3 日正式生效。

醫改會（2008）醫改會公布最新兒童用藥調查結果，樂見台灣兒童健康人權的提升。世界兒童人權日新聞稿。2013 年 6 月 20 日取自 http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=830

行政院性別平等會（2012/10/7）。性別平等政策綱領。取自：行政院性別平等會網站 http://www.gec.ey.gov.tw/cp.aspx?n=363DC330E476B467

英文資料

Beauchamp, T & Childress, J (1979). Principles of Biomedical Ethics, UK:Oxford University Press.

Chakraborty A. et al. (2011). Mental Health of the Non-Heterosexual Population of England, 198 BJP 2.

Child Rights Coalition Asia (2013). International Coalition for the OPCRC on a Communications Procedure. Retrieved on 2013/ 07/01 from http://www.childrightscoalitionasia.org/child-rights-issues/crc-communications-procedure/

Cochran, S. & Mays,V.(2000). Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results From NHANES III, 90 AJPH 4.

Convention on the Rights of the Child (1989). Retrieved on 2013/07/03, http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

Council of Europe (2012). Action programme "Children and violence". Retrieved on 2013/06/28 from http://www.coe.int/t/dg3/children/violence/Default_en.asp

Dudley M., Silove D. and Gale F. (2012). Mental Health and Human Rights: Vision, praxis, and courage. USA: Oxford University Press.

Ekins R. & King D. (2006). The Transgerder Phenomenon, SAGE Publications Ltd.

Gilman S. E. et al. (2001). Risk of Psychiatric Disorders among Individuals Reporting Same-Sex Partners in the National Comorbidity Survey, 91 AJPH 6.

Hatzenbuehler ML. et al.(2010). The Impact of Institutional Discriminationon Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: A Prospective Study, 100 AJPH 3.

Hodgkin R. and Newell P. (2012). Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child. UNICEF Publication. Retrieved on 2013/06/20 from http://www.unicef.org/publications/files/Implementation_Handbook_for_the_Convention_on_the_Rights_of_the_Child.pdf

Hope S.et al.(1999). Does Financial Hardship Account for Elevated Psychological Distress in Lone Mothers? Soc Sci Med. 1999 Dec;49(12):1637-49.

The Economist (2013/8/3). Justice: Locked in The costly criminalisation of the mentally ill.

http://www.economist.com/news/united-states/21582535-costly-criminalisation-mentally-ill-locked

Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior , 43 (2), 207-222.

King M.et al.(2008) A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People, 8 BMC Psychiatry.

Mathy R. et al.(2011) The Association between Relationship Markers of Sexual Orientation and Suicide: Denmark (1990-2001), 46 SPPE 2

Meyer, I.H. (2003) Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence, 129 PB 5.

Noel J-F., Atabekian V., Sidoti C. (2006) Making Children's Rights Work: Country Profiles on Cambodia, Indonesia, Sri Lanka, Timor Leste, and Viet Nam. International Bureau For Children's Rights. Retrieved on 2013/06/26 from http://ibcr.org/editor/assets/thematic_report/1/cp_asia_5countries.pdf

OHCHR(2012) Human Right Indicators—a guide to measurement and implementation.

OHCHR（2012）Fact Sheet No. 30 (Rev.1): The United Nations Human Rights Treaty System

OHCHR（2013）The Core International Human Rights Instruments and Their Monitoring Bodies. retrieved from official website: http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx

OHCHR, UNESCO（2006）行動計畫：世界人權教育方案 第一階段。New York & Geneva, UN.
http://www.ohchr.org/Documents/Publications/PActionEducationch.pdf

OHCHR, UNESCO（2012）世界人權教育方案第二階段行動計畫。UN New York & Geneva, UN.
http://www.ohchr.org/Documents/Publications/WPHRE_Phase_2_ch.pdf

Parassram N. (1999) The Convention on Rights of the Child After Ten Years: Success of Failure? Retrieved on 2013/06/20 from http://www.wcl.american.edu/hrbrief/v7i2/child10years.htm

Quisumbing, C.R.V (2010) International Collaboration for Children's Rights in Asia and the Pacific. High-level meeting on cooperation for child rights in the

Asia-Pacific Region – New opportunities for South-South Cooperation. Beijing, China,
http://www.unicef.org/eapro/South-South_Cooperation_for_Child_Rights.pdf

Remschmidt H., and Belfer M. (2005) Mental Health Care for the children and Adolescents Worldwide: a review. World Psychiatry 4(3), 147-153.

Riggle ED. et al.(2010) Psychological Distress, Well-being, and Legal Recognition in Same-Sex Couple Relationships, 24 JFS 1.

Rugkhla P. (2010) Women and tobacco. Women's Health Victoria - Melbourne: Women's Health Victoria, Gender Impact Assessment 14.

Sandfort T. et al.(2001) Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), 58 AGP 1.

Sohn M. &Bosinski HA. (2007) Gender Identity Disorders: Diagnostic and Surgical Aspects, 4 JSM.

Solomon S.E.et al.(2008) Three-Year Follow-Up of Same-Sex Couples Who Had Civil Unions in Vermont, Same-Sex Couples Not in Civil Unions, and Heterosexual Married Couples, 44 Developmental Psychology 1.

The Ministry of Social Affairs and Health in Finland(2010) Don't hit the Child! National action plan to reduce corporal punishment of children 2010-2015.

Teresa M. Amabile and Steven J. Kramer（May 2011）.The Power of Small Wins. Harvard Business Review.
http://hbr.org/2011/05/the-power-of-small-wins/

UNICEF (2009) 20 Years of the CRC. Retrieved on 2013/06/20 from http://www.unicef.org/rightsite/237.htm.

United Nationals International Children's Emergency Fund(2012) Vietnam child protection overview. Retrieved on 2013/06/28 on http://www.unicef.org/vietnam/protection.html.

United Nations Office of the High Commissioner for the Human Rights, (1941) Retrieved on 2013/07/03,
http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

Vaillant,G.E. (2003) Mental Health - American Journal of Psychiatry, 160:1373-1384.

WHO (2001) World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO.

WHO (2002) Prevention and Promotion in Mental Health .Geneva: WHO.

WHO (2004) Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options .Geneva: WHO.

WHO (2005) Mental Health Atlas , available at: http://globalatlas.who.int/globalatlas/default.asp

WHO (2005) Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice.Geneva: WHO.

WHO (2012) Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors, Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan.Geneva: WHO.

WHO (2012) WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities . Geneva: WHO.

WHO_____. LINKAGES BETWEEN HEALTH AND HUMAN RIGHTS http://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf

WHO（2012） QHO Quality rights tool kit:assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.

WHO（2004）Promoting Mental Health. Geneva: WHO.

WHO(2007) Promoting the Rights of People with Mental Disabilities, Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet.Geneva: WHO.

WHO（2010）UN(DESA)-WHO Policy analysis. Mental Health and Development: Integrating Mental Health into All Development Efforts including MDGs. UN Enable.

WHO（2011）Human Rights and Gender Equality in Health Sector Strategies: How to assess policy coherence. Geneva: WHO.

WHO（1999, 2000）Informal consultation on Health and Human right. Geneva.

WHO（2002）Human right Day: Advancing the dialogue on health & human right. Geneva.

網路資料

人權教育諮詢暨資源中心　http://hre.pro.edu.tw/

世界衛生組織健康與人權專區（Health and Human Right, WHO）
http://www.who.int/hhr/en/

加拿大衛生部網站 http://www.hc-sc.gc.ca/

各國人權報告（OHCHR）入口網站各國人權報告
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en

吳全峰中研院個人網頁 http://idv.sinica.edu.tw/cfw/

法務部人權大步走專區 http://www.humanrights.moj.gov.tw/mp200.html

婦權基金會 http://www.cedaw.org.tw/

總統府人權諮詢小組 2003.07.17「人權基本法」草案
http://nccur.lib.nccu.edu.tw/bitstream/140.119/38997/13/51041113.pdf

附表：心理健康與人權－中英對照表

A	
Addictions	成癮問題
B	
behavioral disorders	行為異常
best interests of the child	兒童最佳利益
C	
community support	社區支持
cultural appropriateness	文化適當性
D	
drug formulary	藥物名冊
E	
early intervention	早期干預
emotional intelligence	情緒智商
equality of opportunity	機會均等
evidence-based approach	實證方法
F	
female genital mutilation (FGM)	女性割禮
H	
health disparities	健康落差
Health in All Policies (HiAP)	健康融入各種政策中
health interventions	健康干預
I	
immediate effect	立即效力
informed consent	告知後同意
initial report	初步報告
intellectual disability	智能障礙
intersectoral approach	跨部門方法
mental incapacity	心智能力欠缺
mental retardation	心智發育遲緩
N	
National Well-being Indicators (NWI)	國民幸福指數
O	
occupational health	職場健康
outcome indicators	結果指標
outreach visits	外展探訪
P	
people living with HIV	愛滋感染者
periodic report	定期報告
physical and mental disabilities	身心障礙
postnatal depression	產後憂鬱
preliminary situational analysis	初步情勢分析
principle of non-discrimination	不歧視原則
principle of non-retrogression	不倒退原則
process indicator	過程指標
progressive realization	漸進實現
protective custody	保護管束
psychotic disorders	精神型疾患
Q	
qualitative analysis	質性分析
quantitative analysis	量化分析
R	
reproductive health care	生產照護
revolving door syndrome	旋轉門現象
right to health indicator	健康權指標

J	
just and favourable conditions of work	公平與良好之工作條件
L	
labeling	標籤化
lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI)	多元性別群體
life-course approach	生命歷程方法
livelihood-assistance	生活補助
M	
Marginalization	邊緣化
mental disability	精神障礙
mental disorder	精神疾患
mental health advocacy	心理健康倡議
mental health mainstreaming	心理健康主流化
mental health legislation	精神衛生立法
mental health policy	心理健康政策
mental health program	心理健康方案
mental health promotion	心理健康促進
mental illness	精神疾病

right to health benchmark	健康權基準
right to health care	健康照護權
risk factors of mental health	心理健康風險因子
S	
self-autonomy	自我意識
social intelligence	社交智商
socio-economic empowerment	社經地位充權
stigmatization	汙名化
structural indicators	結構指標
substance abuse	物質濫用
suicide crisis intervention	自殺危機處理
U	
underlying determinants of health	健康基本決定要素
universal access to primary health care	普及可近的初級健康照護
universal health coverage	全民健康覆蓋
unsoundness of mind	心智不健全
Y	
Your Better Life Index (BLI)	美好生活指數