

國際人權法與心理健康權

張 珏 李柏翰 溫桂君 張菊惠

研究目的：有鑑於「離開了心理健康就不能稱之為健康」的普世概念，以及回應我國組織再造理應成立「心理健康司」，卻被政治運作與不了解心理健康真諦，導致成為將口腔併入專司之不恰當結果。提出本文，目的在於分析心理健康作為人權之基本要求與規範內涵，考量其應與生理健康齊重，而不得以資源限制為由，恣意併入其他醫學專業變成應急的大雜燴般的設計，供作心理健康界、精神醫療界、法界參考之出發點。**研究方法：**透過國際法律文件及國際組織相關宣言之闡釋及分析，將聯合國成立以來從人權宣言開始到其他幾個重大與特定對象的國際人權公約，了解這些相關的公約中對心理健康的詮釋，釐清心理健康作為人權之依據和內涵。**研究結果：**發現心理健康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，不論生理或心理的健康之維繫和保障更是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》到《經濟社會文化權利國際公約》中的「健康權」，以及《世界衛生組織憲章》，再再都強調了健康的概念繫於一個「全人觀點」，而心理安適的狀態係其中不可或缺的要素之一。證明心理健康係國際人權法所承認之基本權利，並應用「健康與人權」的理論探討心理健康權與其他人權間互相依賴且不可分割的關係。**研究結論：**建議國家實踐上，若不從人權的角度出發，心理健康很容易在政府制訂健康或福利政策時被邊緣化，並使得政府容易忽略各項國際法下之義務。自立法院於2009年批准兩公約並通過施行法，政府從未認真思考過人民之心理健康權應如何滿足，而心理衛生界或精神醫學界除針對汙名化和強制醫療等議題外，亦鮮少從國際人權法的角度來看心理健康之本質，故本文之探討因此更顯重要，期收拋磚引玉之效。

關鍵詞：心理健康、國際人權法、健康權

張 珏：國立臺灣大學健康政策與管理研究所、健康行為與社區科學研究所兼任副教授；美國約翰霍普金斯大學公共衛生學院健康教育暨行為科學研究所，理學博士；專長領域與研究興趣為心理健康、公共衛生政策、婦女健康。(通訊作者；E-mail: chueh@ntu.edu.tw)

李柏翰：英國薩塞克斯大學法律研究博士班；東吳大學法學院暨法律學系研究所碩士；專長領域與研究興趣為國際法、國際人權法。

溫桂君：中華心理衛生協會副秘書長；國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士；專長領域與研究興趣為憂鬱研究、心理健康、園藝治療。

張菊惠：國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商系兼任助理教授；國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士；專長領域與研究興趣為婦女健康、心理健康、性別影響評估。

收稿：2014年07月25日；接受：2015年4月28日。

一、前言

心理衛生界，雖然經常在討論如何早期發現心理或精神疾病、早期治療、社區復健回歸生活，也運用三段五級的公共衛生概念，但目前為止，都較侷限在疾病處理或預防上，比較忽略心理健康作為一項人權的基本精神的論述，心理健康(mental health)¹是人人都應擁有，提昇並維護心理健康是個人和國家責任(張珪，2015)。尤其經歷2010-2013年衛生署和內政部社會司合併的衛生福利部組織再造，在最後時刻卻被立委要求將口腔健康併入原先規劃多年的心理健康司，衛生署也未具備「離開心理健康就不能稱之為健康」的觀念，貿然接受組織改變，變成一個全世界組織架構中都沒有的單位—心理及口腔健康司(張珪、滕西華，2014)，凸顯大家對於心理健康是基本人權的陌生，因此即使組改後的衛生福利部雖有專司掌理心理健康，更需要國家高度關注全民的心理健康人權。加上我國已在2009年通過國內法化²人權兩公約(《公民與政治權利國際公約》(International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR)、《經濟社會文化權利國際公約》(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR)，且於2012年通過《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)，2014年通過《兒童權利國際公約》(Convention on the Rights of Child, CRC)、《身心障礙者權利國際公約》(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)。惟人權的概念對大多數人而言，仍屬陌生，故透過本文目的在於分析心理健康作為人權之基本要求與規範內涵，考量其應與生理健康齊重，而不

¹ 同樣是英文mental health，在中文卻出現不同的翻譯，在我國早期不論是成立的民間團體與政府單位都是用心理衛生，代表對全民的心理健康與行政的業務，80年代後，精神醫療網啟動，重點關注在精神疾病防治；此外也隨時代演變，「衛生」變成「健康」，爾後呈現心理健康，精神衛生、或精神健康等，都相互通用，當然也各有其代表的特色。相對出現疾病類別時，則就是精神疾病或心理疾病稱之。詳細說明各意涵，可參考下列文獻(張珪，2015；張珪、張菊惠，2013；張珪、滕西華，2014)，我們尊重各團體使用文字上的彈性，在我國「心理」與「精神」目前是常交錯使用。且目前衛生福利部在組織規劃過程也一直以「心理衛生」和「心理健康」稱之。

² 我國因從1973年退出聯合國，因為非聯合國正式會員，所以各種國際公約需要本國國內法化才適用。

得以資源限制為由，恣意併入其他醫學專業變成應急的大雜燴般的設計，供作心理健康界、精神醫療界、法界參考之出發點。

研究方式則係透過國際法律文件及國際組織相關宣言之闡釋及分析，將聯合國成立以來從人權宣言開始到其他幾個重大與特定對象的國際人權公約，了解這些相關的公約中對心理健康的詮釋，釐清心理健康作為人權之依據和內涵。

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個人「心理健康的狀態」有關。事實上，若不從人權觀點去思考心理健康，則心理健康容易被邊緣化，而成為可選擇的(optional)福利政策，但國際人權法早已闡明人民心理健康需求之滿足係一項具有義務性質的(obligatory)法律規定。依法而言，「心理健康」一直以來都是國際人權法所承認的基本人權之一，與其他人權的保障更是存在了互為因果的關係，因此政府在這件事上是責無旁貸的。

從1948年《世界人權宣言》(Universal Declaration of Human Rights)裡的第25條「適當生活標準健康和福祉的權利」(right to a standard of living adequate for the health and well-being)到1966年《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」(right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health)，以及1948年《世界衛生組織憲章》(Constitution of the World Health Organization)前言便開宗名義表示「享受可能達到最高標準的健康，為基本人權之一。」事實上，目前世界上已經有超過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、健康環境權等(Hunt, 2003)，其中「心理要素」亦包含在內。儘管如此，由於心理健康牽涉的層面非常廣泛，因此究竟哪些是「國際人權法下的心理健康權包含規範法源」便是本文將要分析討論的結果。

二、心理健康與人權間之關係

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)³於2000年做出第14號的一般性評論(general comment)⁴後(CEDCR No. 14, 2000)，關於模糊抽象的「健康」似乎獲得釐清，且相關研究大多以此為解釋健康權規範內涵之依歸，然其關於健康中的「心理」面向，委員會的討論卻極少，幾乎是沒有的。不過，「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」⁵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。

根據現代公共衛生理論對於「健康」之理解，身體、心理與社會等要素不可分之「全人觀點」(holistic view)係有其規範意義的，再加上國際人權法中關於經濟社會權利(socio-economic rights)所要求之「不歧視原則」(principle of non-discrimination)、「漸進發展原則」(principle of progressive realization)及其衍生之「不倒退原則」(principle of non-retrogression)，突顯了「健康權」之實現應同時考慮個人尊嚴(human dignity)與社會正義(social justice)兩項主要的規範目的。因而近十幾年來不論公、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之不可分割性(indivisibility)、相互依賴性(interdependence)及相互關聯性(interrelatedness)(VDPA,

³ CESCR是ICESCR(經濟社會文化權利國際公約)的主管委員會。

⁴ 一般性建議，則是因為公約通過年代較早，隨時間改變，有不少與時俱精條文解釋，在後續召開ICESCR大會時，被大多人權學者及國際組織視為具有權威性之解釋。

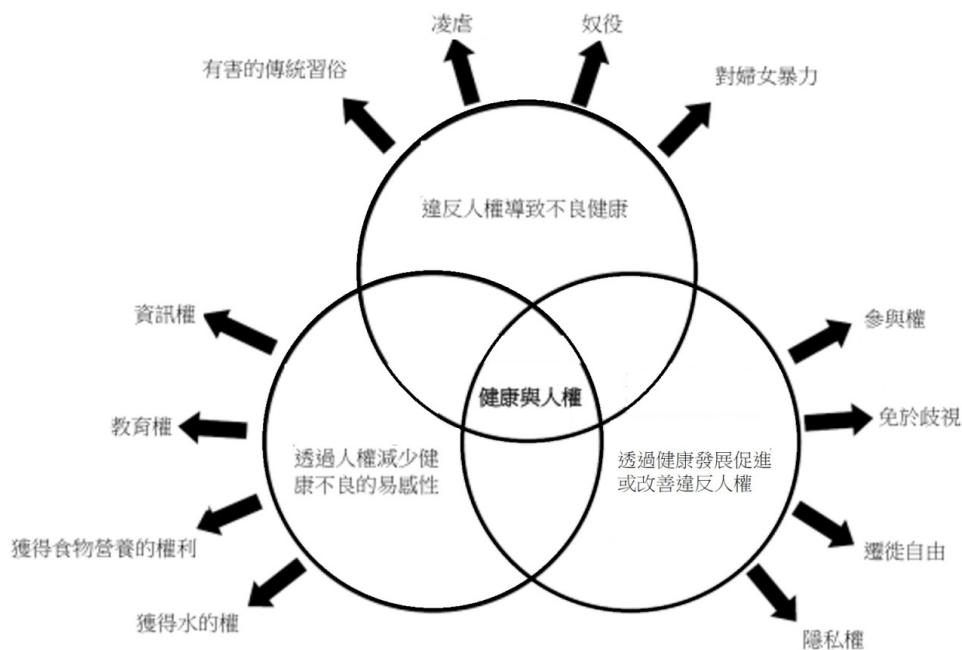
⁵ 心理健康的定義，WHO(2010)指出對個人而言心理健康是一種安適狀態，個體瞭解自己的能力、可以處理一般生活的壓力，在工作上有效率有生產力，對於所屬社區／社群能夠有貢獻。此外心理不健康(mental ill health)乃指日常生活會出現一些情緒反應心情變化，但尚未達到嚴重影響生活或產生幻聽幻覺等狀況；心理或精神疾病，則較偏向精神醫學病理狀況分析性的定義診斷，即心理健康乃指從精神醫學診斷手冊中沒有反社會行為、精神病、人格異常、身心症病理狀況；若被診斷則可稱之為精神或心理疾病。此外國家心理健康，則指加強或提昇導致全民心理健康，以及消除導致心理不健康或疾病的個人與環境因素(張珏，2015；Department of Health, 2011)。

1993)，即一方面健康權應作為國家政策規範化的法律基礎，而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。

在探討心理健康與人權間的關係前，應先從「健康與人權」之間的關係著手，這在文獻及方法論上有兩種探討方式。其一，視健康本身為一項人權(health as a human right)。事實上，國際人權法和國際衛生法的成文規定都能證明能取得之最高標準的生理與心理健康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(CESCR GC 14, 2000)。「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。依據人權規範理論，健康權的普遍性(universality)中包含「平等原則」(principle of equality)和「不歧視原則」，即「人人皆健康」(Health For All)的目標。因此，健康的概念下，生理與心理健康彼此間不僅相互依賴且密不可分，且個人是否能取得最高標準之健康亦取決於其他權利及自由的滿足程度。

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(human rights violations resulting in ill-health)，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(Reducing vulnerability to ill-health through human rights)，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(Promotion or violation of human rights through health development)，諸如參與健康決策權、免於歧視、遷徙自由、隱私權等(Mann et al., 1994)，WHO⁶將其變成圖示(圖一)，很清楚。

⁶ 參考Linkage between Health and Human Rights(World Health Organization, n.d.)
<http://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf>.



圖一 健康與人權

易言之，可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)。(在此是指精神疾患、遲緩、功能障礙等)

這兩種方法論都包含了「心理健康」在國際人權規範中兩項基本假設，即(一)心理健康即人權，及(二)心理健康與其他人權密不可分。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，經分析後將其結果呈現在表一，將前述健康人權的

表一 心理健康與人權關係

健康與人權	一、違反人權所造成的不良健康與危害	二、提昇人權以改善造成健康不佳的脆弱因素 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	
心理健康與人權	一、自由人權受侵害所造成的心理健康危害	二、福利人權被滿足，心理健康得以提昇(藉由心理健康政策發展提昇人權，或改正違反人權的心理健康政策)	三、心理狀態不健康易致其人權受損(保護人權)
內容	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不良的傳統習俗、凌虐	如參與健康決策權、免於歧視、遷徙自由、隱私權等 適當居住權、參與文化生活權、飲用水與糧食、社會安全保障、工作權、受教權	個人無自主性、缺乏適當的醫療照顧、心理健康狀態所生之歧視或汙名等、限制參政機會、侵害隱私、限制人身或遷徙自由

二與三合併，特別將精障者列為第三項，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(指精神疾患或其他心智功能受損者等)，易遭致其他人權受侵害，如個人自主性、公民參與權、隱私權、人身或遷徙自由、基於其心理健康狀態所生之歧視或汙名(stigmatization)等，如表一。

其中，第(三)種情況中最常見且最嚴重的即為「對於精神患者之歧視」(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) (WHO, 2003)。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(preferance)，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，不得視為歧視。

三、心理健康權之國際法法源

我國近幾年從2009年開始，陸續將國際等多個人權法在國內法化，包括在2009年的人權兩公約《公民與政治權利國際公約》、《經濟社會文化權利國際公約》，2012年的《消除對婦女一切形式歧視公約》，2014年的《兒童權利國際公約》、《身心障礙者權益國際公約》，也陸續在撰寫國家報告，這方面的新知識，心理衛生界不能不注意，尤其在進行研究時要能加上國際公約提出的重要性，或諮商輔導時，要能檢視是否符合國際要求，是未來須重視的地方。所以在本節提出國際法源的整理結果，供其他研究者與諮商輔導者的參考。

因為「心理健康」作為一項人權，在國際人權法中最重要法源不外乎是世界衛生組織憲章及相關的核心人權公約。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)。

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。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。

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」(right to be free from mental torture, or cruel, inhumane or degrading treatment)相關的，這項免於恐懼(free from fear)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。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」這種包攝性權利(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)。所以國家政府都應秉持此項原則與精神，發展各種政策時都須考量。

有關心理健康與人權三面向，整理出的法源依據如表二。

表二 心理健康權之國際法源

心理健康權	國際法源
可能達到最高標準之心理健康的權利	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
	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

表二 心理健康權之國際法源(續)

心理健康權	國際法源
與精神疾患、遲緩、障礙或功能不健全者相關之權利	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》(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) 2006年《身心障礙者權利公約》第2(3)、3-5、9-24、26-30條
免於精神虐待，或殘忍、不人道或侮辱等處遇的權利	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

表二 心理健康權之國際法源(續)

心理健康權	國際法源
與心理健康發展與促進有關之其他權利	1948年《世界人權宣言》第25(1)條
	1978年《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》
	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	

以上說明各年代在聯合國或世界衛生組織通過的公約、憲章、法令、規章，其中將健康融入所有公共政策中(WHO, 2014)，我國國民健康署也在2013年主辦大型健康論壇，邀請國際知名專家，一起討論如何將健康融入政策中，但是其中仍缺心理健康的融入。

四、各種群體國際法源與心理健康

對前節提出法源涵蓋相關群體或場域，則可發現聯合國其他組織也都在著力於心理健康融入其他政策中。例如，從「國際人權憲章」(International Bill of Human Rights)，包括1948年的《世界人權宣言》及1966年人權兩公約《公民權利和政治權利國際公約》和《經濟、社會及文化權利國際公約》來看心理健康人權是最基本的國際人權法律依據，其中最主要係以「免於欲望」及「免於恐懼」為權利內容的核心。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」，因為後二者出於使個人免於恐懼之目的，對於個人身心發展與尊嚴之維護尤其關鍵，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，皆為國際人權法所嚴厲禁止的。我國人權兩公約也在2009年通過國內施行法，有法源依據可進行監督與實踐之實。未來也需要有《心理健康促進法》作為更直接的行動依據。

再者，從《消除對婦女一切形式歧視公約》(CEDAW)看女性的心理健康。這份被稱為「婦女人權法典」，係聯合國大會1979年所通過之關於婦女權益保障及促進兩性平等之國際公約，開放所有國家簽署加入且不限於聯合國會員國，隨後在1981年正式生效。公約內容主要闡明男女平等享有一切權利，締約國應採取立法及一切適當措施消除對婦女之歧視。「消除對婦女一切形式歧視委員會」曾透過多次一般性建議指出雖然男女的生物差異可能導致健康狀況的差別，但不少部分是來自社會性的因素，對男女的健康狀況產生決定作用(包括特別提醒國家留意國內家庭暴力、婦女產後憂鬱等情況，甚至處理了生理性別以外的問題，包括性傾向與性別認同等)，而這些因素也在不同群體的婦女間亦可能有所差別。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，比如移徙婦女、難民和國內流離失所的婦女、女童和高齡婦女、女性性工作者、原住民婦女及身心障礙婦女。我國在2012年也通過CEDAW的國內施行法，甚至在行政院下成立[性別平等處]的專責高階機制。

接著，透過《身心障礙者權利公約》(CRPD)看心理健康人權，係為確保相關權利的指標中都能符合「不歧視」之原則，根據公約第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。事實上，公約第3條已明示該公約之核心價值係基於八大原則，其中與心理健康相關的是「尊重固有尊嚴(inherent dignity)和個人自主(individual autonomy)」、「不歧視」、

「充分且有效地參與和融入社會(participation and inclusion in society)」、「尊重差異」，及「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)」。我國也於2014年6月通過國內施行法的身心障礙者權益保障法。

若再分別以精神障礙者及肢體障礙者分別檢視，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CRPD相關規定，呼籲各國政府應至少做到(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)賦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(WHO, 2005a; 2005b; 2007)。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汗名化(stigmatization)等社會性之惡意威脅。我國則有精神衛生法與身心障礙者權益保障法為依歸。

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)之意見與認同。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，例如不論對於精障或肢障者的心理健康，提供相關健康服務和設施的公私營部門都必須遵守不歧視的原則(CESCR GC 14, 2000; GC 5, 1995)。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之概括性解釋，提出了這項權利之權利指標所涉及之五個基本面向，包括(一)將設施提供給任何有需要治療和支持的人；(二)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；(三)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；(四)精神疾病藥物之可近性、可負擔性及適當使用性；及(五)提供綜合的心理健康服務，包括性及生育健康(WHO, 2012a)。

最後，按《經濟社會文化權利國際公約》第12條第2項之規定，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款)及「預防、治療及控制各種職業病及其他疾病」(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，而「生命歷程方法論」(life-course approach)中在成年人的階段中，更強調「工作與生活間的平衡」對於個人心理狀態的影響。復依公約第7條第2項之規定，「人人有權享受公平與良好之工作條件」也包括安全健康之工作環境。再按WHO對於心理健康促進及保護策略的理論與證據基礎，「協助家庭與社區環境」的策略目標主張滿足基本決定因素(underlying determinants)的一項重要介入手段即係協助提高就業機會，並建立一個安全且支持的工作環境(WHO, 2012b)。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」的結論是相同的。

關於勞動者的心理健康權，必然會援引《國際勞工組織憲章》(Constitution of the International Labor Organization)附件《費城宣言》(Declaration of Philadelphia)第三條第g項之規定，確認國際勞工組織(ILO)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)。在ILO的規範架構下，與「職業安全及健康」有關的國際勞動公約中與心理健康最直接相關的，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)、1985年的第161號公約《職業健康設施公約》(Convention concerning Occupational Health Services)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)。其中，第155號公約第3條第5項即參考了WHO對健康的全人觀點，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而會影響個人健康之身體與心理要素。我國在2013年通過勞工安全衛生法修法並更名為職業安全衛生法，此外1990年是台灣健康促進職

場的啟動年，而2005年勞動部與國民健康署都在推動職場心理健康。心理健康權已在執行，政府本身卻不自覺。

五、心理健康權的權利基礎與實踐機制

「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)「實踐」(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)個人心理健康權之滿足，分別係指協助與教育、在必要時合理介入、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)。

此外《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，以上簡單表示為AAAQ。

因此國家可以因其不同關注領域提出心理健康權的基本決定因素，心理健康人權將不再是空泛的陳述，其實是有法源實踐的機制。對於心理健康人權與國家義務，在各法源依據下，且以AAAQ為行動方向，政府單位需有更多投入分析並進行各項政策的制定，能有專責單位而各部會也能有心理健康的對口單位目的與功能即在此。

六、結 語

本文目的在於透過各項國際人權法律文件之分析，提供心理衛生界於戮力工作之際，更能有宏觀知能，讓心理健康普及至個人、社區、國家。因此盡量透過第三節整理之表格來呈現心理健康權之國際法源，以及第四節各群體在國際法源下與心理健康權的關係，此外第五節提出「可取得性」、「可近用性」、「可接受性」、適當「品質」(AAAQ)四種的國家保障心理健康的實質內容的概念，提供心理衛生界了解心理健康作為人權之基本要求與規範內涵，離開了心理健康就不能稱之為健康的概念，在討論健康時應與生理健康齊重，而不得以資源限制為由，或認為心理健康不屬於其業務範圍。

甚至在我國已經做過兩次國家報告，佔一半人口的女性人權的推動，在2012年成立專責機制[行政院性別平等處]，有40位專責人力。對比於心理健康是全民都應擁有的重要性，成立獨立的專責機制，有充分的人力支持，是絕對的必要性。此外勞動部與國民健康署也在積極推動職場心理健康促進，WHO甚至提出慢性病與心理健康相關聯，國民健康署怎能在討論健康時排除心理健康的推動。

因此，我國組織再造費時多年，卻因立委與衛生單位的官員不了解心理健康是一項基本人權，且政府對人民負有國際法下之義務，貿然將口腔健康加入心理健康司的整體組織架構中，完全漠視心理健康應是獨立且跨領域之單位，口腔健康是身

體器官，照顧口腔健康包括身體層面也包括心理層面，但是站在行政體系而言，對心理健康必須要更有宏觀的高度與深度(張珏、滕西華，2014)。本文就「有權利，即有義務」的概念下，提出心理健康既然在國際人權法下是為一項人權，政府依法也應負有滿足人民心理健康基本要求之義務，故本文以各公約茲證明心理健康在國際法下之法源，一方面以本文作依據，督促衛生福利部儘快改變組織架構，以免貽笑國際，另一方面也提供心理衛生與公共衛生界的專家學者或民間團體，在持續推動全民心理健康之尊重、保護、實現等工作時，能有國際法上之依據，以敦促我政府持續進步而免於違背國際人權法之規定。更期待有更多國內公共衛生與心理衛生界的學者能進一步針對台灣現狀有更多相關研究，並提出適當之作法，且能更具體提出我國的「指標暨基準評量機制」。再方面對2014年通過的身心障礙者權利公約，與兒童權利公約，目前正在寫國家報告，也需提到健康時需身心並重。此外也期待國內法學界注重健康人權的學者專家，能有更多研究在關注維護心理健康人權的訴訟依據。

謝 詞

感謝法務部提供研究補助，計畫編號：S1020319。也謝謝各參與焦點團體的專家學者和民間團體代表。更對林蒲慕容教授教導研究者心理健康政策與人權概念，致上對她的尊敬與懷念。

參考文獻

- 張珏(2015)：〈公共心理衛生〉，見陳拱北預防醫學基金會(編)：《公共衛生學》(第五版)(385-431頁)。臺北：臺大出版中心。
- 張珏、張菊惠(2013)：〈心理健康與人權：檢視兩人權公約的健康指標〉。法務部委託研究計畫成果報告，計畫編號：S1020319。
- 張珏、滕西華(2014)：〈衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究〉。國家發展委員會委託研究計畫成果報告，計畫編號：NDC-DSD-102-023。

- Department of Health (2011). *No health without mental health*. Retrieved September 28, 2015, from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf.
- Hunt, P. (2003). *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Retrieved April 4, 2013, from <http://www.un.org/womenwatch/ods/E-CN.4-2003-58-E.pdf>.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. V. (1994). Health and human rights. *Health & Human Rights*, 1(1), 6-23.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (1994). *General Comment No. 5: Persons with Disabilities (E/1995/22)*. Retrieved September 28, 2015, from <http://www.refworld.org/docid/4538838f0.html>.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (E/C.12/2000/4)*. Retrieved September 28, 2015, from <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.
- Vienna Declaration and Programme of Action (VDPA). (1993). Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993.
- World Health Organization. (n.d.). *Linkages between Health and Human Rights*. Retrieved July 25, 2014, from <http://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf>.
- World Health Organization. (2003). *Mental Health Legislation and Human Rights*. Retrieved March 8, 2013, from http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf.
- World Health Organization. (2005a). *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved March 8, 2013, from <http://www.amazon.com/Resource-Mental-Health-Rights-Legislation/dp/924156282X>.
- World Health Organization. (2005b). *Mental Health Atlas*. Retrieved May 25, 2014, from <http://globalatlas.who.int/globalatlas/default.asp>.

- World Health Organization. (2007). *Promoting the Rights of People with Mental Disabilities*. Retrieved March 8, 2013, from http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/1_PromotingHRofPWMD_Infosheet.pdf.
- World Health Organization. (2010). *UN (DESA)-WHO Policy analysis. Mental Health and Development: Integrating Mental Health into All Development Efforts including MDGs*. Retrieved March 8, 2013, from http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/mh_policyanalysis_who_undesa.pdf.
- World Health Organization. (2012a). *WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*. Retrieved May 25, 2014, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf.
- World Health Organization. (2012b). *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. Retrieved May 25, 2014, from http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf.
- World Health Organization. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Retrieved September 28, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1.

International Human Rights Law and the Right to Mental Health

CHUEH CHANG, PO-HAN LEE, KUEI-CHUN WEN, CHU-HUI CHANG

Purpose: Why did the WHO claim that there is “no health without mental health”? In its reform of the Ministry of Health and Welfare (MOHW), why did the Taiwan government add oral health into the Department of Mental Health? This paper explores normative accounts for the right to health which include physical and mental health as a highest state for everyone. Challenge the government should not excuse for inadequate resource to add oral to Department of mental health. **Methods:** We apply an analysis of international human rights law and international conventions to justify how mental health is a human right. **Results:** The right to the highest attainable standard of health is enshrined in the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, as well as the constitution of the World Health Organization. A person’s state of health is conceptualized with a holistic perspective. Mental health, by definition and elements, is critical to an individual’s personal dignity, lifestyle, and living condition. Thus, as the fundamental basis of personal development and functioning, physical and mental health are recognized as a human right in international human rights law. The governments need to take responsibilities to build a mental healthy environment to their people. **Conclusions:** We found that in practice, governments (including Taiwan) often ignore people’s mental health needs when initiating health or welfare policies, especially if mental health is not regarded as a human right by the government. In fact, some governments refuse to honor mental health as a right although it is a legal obligation under international law. We urge Taiwan’s government to return the structure of the MOHW back to include an independent Department of Mental Health. To influence governmental policies, a change is needed in the research community, because researchers and practitioners in mental health and psychiatry still rarely view mental health from an international human rights perspective as well as for all public not disease oriented. We hope to initiate a review of the basic requirements of the right to mental health in terms of its positive, rather than negative, aspects.

Key words: mental health, international human rights law, right to health

Chueh Chang: Adjunct Associate Professor, College of Public Health, Institute of Health Policy and Management & Institute of Health Behavior and Community Sciences, National Taiwan University. (Corresponding Author, e-mail: chueh@ntu.edu.tw)

Po-Han Lee: PhD Researcher in Law Studies, University of Sussex.

Kuei-Chun Wen: Deputy Secretary-General, Mental Health Association in Taiwan.

Chu-Hui Chang: Adjunct Assistant Professor, Department of Thanatology and Health Counseling, National Taipei University of Nursing and Health Sciences.