

消除一切形式種族歧視國際公約（ICERD）

首次國家報告國際審查

中華心理衛生協會

平行報告

聯絡人：陳彥勻計畫專員、溫桂君副秘書長

聯絡電話：886-2-2557-6980；mhat.tw2@gmail.com

執筆人：李柏翰^{1,2}、楊浩然^{1,3}、張珏¹、劉蓉台^{1,4}、謝佳容^{1,5}

本報告涉及 ICERD 第 1, 2, 5 條

中 華 民 國 1 1 2 年 7 月

¹ 中華心理衛生協會 國際事務委員會

² 臺大公共衛生學院

³ 中山醫學大學 公共衛生學系

⁴ 臺灣精神康復者社區服務行動聯盟

⁵ 國立臺北護理健康大學 護理系

目錄

前言	2
第一章、共同核心文件	3
健康權指標（涉第 31-38 段）	3
第二章、條約專要文件	3
第 1 條：種族歧視之定義	3
F. 國籍、公民身分和歸化規定（涉第 34 與 143 段）	3
第 2 條 消除種族歧視（涉第 55 段）	4
第 5 條 各項權利的保障措施	4
C. 司法通譯制度（涉第 112-117 段）	4
F. 人身安全權（涉第 125 段）	4
G. 選舉權及參與政策之權利（涉第 128-131 段）	5
U. 獲得公共衛生、醫療保健、社會保障和社會服務的權利（涉第 203-211 段）	5

前言

消除一切形式種族歧視國際公約（**ICERD**）首次國家報告目前關於健康權之討論雖得以描述多元族群在臺灣之健康圖像，但多集中於一般疾病防治之描述，而仍缺乏精神不適服務與心理健康促進等資料與政策。根據消除種族歧視委員會（**CERD**）之第二十號一般性意見：《公約》第五條，任何立法與政策無論就意圖或效果而言，皆應達致不歧視之目的，因此 **CERD** 建議國家「逐一報告《公約》第五條提到的每項權利及自由的非歧視性落實情況」（第 4 段），包括經濟社會及文化權利，尤其是「享受公共衛生，醫藥照顧社會保障及社會服務之權」（**ICERD** 第 5（e）（iv）條）。

有鑑於 2022 年 5 月國際審查委員會針對兩公約執行狀況第三次報告審查所通過之結論性意見與建議，針對健康權（第 12 條）處，在臺灣，「心理健康問題主要以心理醫學的方法來治療，著重於預防自殺及對有精神狀況的人進行干預」（第 54 段），因此建議「採取更全面的方法...透過心理健康教育促進健康」（第 55 段），以及「制定指標及基準來衡量心理健康權的實現情況...除了精神疾病的診斷及住院情況外，還應以年度為基礎，按性別、年齡、種族及其他相關標準分類並建立更多的統計資料，以便更清楚地評估及評價各項改進或失敗的情況」（第 56 段）。

合併該建議及 **ICERD** 首次國家報告內容共同觀之，目前相關資料在臺灣付之闕如，更難見關於多元族群之心理健康資訊、心理健康教育、心理健康促進策略等描述。聯合國種族歧視當代形式議題特別報告員（**Special Rapporteur on contemporary forms of racism**）於 2005 年（**E/CN.4/2005/18**）與 2013（**A/68/333**）的報告中探討種族歧視在健康照護中之樣貌，以及種族歧視（包括醫護專業人員缺乏文化敏感度、主流社會中涉及種族歧視之仇恨性言論）對包括健康權在內之其他社會權利之影響，並在其他報告中亦提及種族歧視與其他因性別、性傾向、障礙、特殊疾病與社經狀況等原因導致之社會邊緣處境如何交織。

此外，近十年來關於「種族歧視與（心理）健康不平等」（**racism and mental health inequalities**）研究發表眾多——如針對移工之不當對待、對難民與尋求庇護者之危殆處遇、對移民不友善的公共政策、原住民族與少數族群承受之跨代創傷（**intergenerational traumas**）等。今（2023）年世界心理健康日更將主題設定為「心理健康為一項普世人權」（**mental health is a universal human right**），即強調心理健康之規範面向與平等享有之意涵。因此，實難想像 ICERD 國家報告對原住民族、移民、移工、在臺尋求庇護者、國際學生等群體之心理健康毫無著墨。

以下，就 ICERD 國家報告之內容，中華心理衛生協會提出回應與建議：

第一章、共同核心文件

健康權指標（涉第 31-38 段）

本處以前言所列之各項狀況為基礎，故不再贅述。

建議：增加全國心理健康資料與相應政策，並應以年度為基礎，按性別、年齡、種族、障礙、收入、教育程度及其他相關標準分類並建立更多的統計資料。

第二章、條約專要文件

第 1 條：種族歧視之定義

F. 國籍、公民身分和歸化規定（涉第 34 與 143 段）

我國外籍人士之歸化以新住民為最大宗，因此國籍歸化之統計應納入所有新住民之數據。本專要條約文件雖於 143 條說明中國（大陸地區）人民申請在臺定居與一般其他國家適用之規定有所不同，但一般認為中籍配偶亦屬於新住民，自不應將其排除於歸化人士之外，有違本報告消除一切種族歧視之精神（包括國籍歧視）。

建議：表 7 至表 9 以及表 21 等涉及國籍歸化人數之統計，應納入中國（大陸地區）之數據。

第 2 條 消除種族歧視（涉第 55 段）

建議：應將歷次新住民生活需求調查報告之結果簡要說明，以支持本條之內容。

第 5 條 各項權利的保障措施

C. 司法通譯制度（涉第 112-117 段）

目前臺灣之通譯人員服務對象包含新住民與移工潛在目標族群超過百萬人，但通譯人數僅約 200 多人，數量明顯不足。由於通譯僅需完成 22 小時之教育訓練課程，就必須面對複雜而專業的司法用語，以至於通譯人員素質良莠不齊之說時有耳聞，此一現象若不加以改善，將持續造成新住民與移工人權之剝奪。

此外，當移工發生重大案件時，於精神科進行司法精神鑑定時，即使透過通譯，仍無法完整了解該人之成長發展過程，造成精神司法鑑定的困難。

建議：

1. 由公正第三方機構辦理司法通譯人員之認證，以控管通譯人員之數量，並確保通譯人員之品質，以確保新住民與移工的公正審判權，否則語言阻礙亦對應訴者造成過大心理與社會壓力。
2. 針對移工之司法精神鑑定，如果可以用視訊配合通譯訪談其家人，了解與鑑定有關之資訊，可以完整的了解案件發生的整體脈絡，有助於鑑定診斷，並給予更人性化的對待及權益維護。

F. 人身安全權（涉第 125 段）

國家報告中，表 17 說明外籍人士受盤查比例僅佔全體盤查數量 1.1%，因此員警盤查並非有國籍、種族、身分之特定。然而此表以占比進行說明顯然有誤，因為本國人數與外籍人士人數有明顯之差距。

建議：應將本國盤查人次除以當年度本國總人數，而將盤查外籍人次除以當年度外籍總人數，二個數值相比較為宜。

G. 選舉權及參與政策之權利（涉第 128-131 段）

中央研究院執行之「臺灣社會變遷基本調查」，長期的追蹤結果發現，臺灣民眾在過去 20-30 年的公民容忍度雖有小幅提升，但對於新住民之工作權、醫療權和公民權的取得態度，仍然十分保守。這顯示，政府雖然在一些法規制度上有所作為，民眾端的政治族群對立、社會價值迥異、經濟利益威脅仍然是新住民在享有參政權利一事上的障礙。

建議：關於上述類型之隱形／間接歧視不僅在公民權上顯現，在工作權與醫療權及教育權上也同樣存在，應該受到各級政府重視，因此政府應提出具體工作目標與時程以克服此廣泛的歧視性社會現象。

U. 獲得公共衛生、醫療保健、社會保障和社會服務的權利（涉第 203-211 段）

眾多社會服務、保險與健康保健服務已開始增加多語資訊，原住民族委員會於全國原住民族地區及都會原住民族聚落設置文化健康站，然而：

一般情況

1. 專業人力之量能顯然不足以應付臺灣多文化、多語言之需求。
2. 專業人員（尤其醫護與教育場域中）文化敏感度與文化能力等訓練不足，且未著墨提升心理健康以去除有害環境及培力等措施。
3. 各項健康促進方案（如文化健康站、移工輔導、孕產婦手冊），欠缺心理健康之面向。

建議：

1. 提升社會、醫療與照顧服務專業人員之文化能力，確實執行 2023 年 6 月通過之《原住民族健康法》，並結合心理健康素養之提升，以確保「心理健康

融入各種政策中」(mental health in all policies)之大原則，提出整合性方案。

2. 針對所有在臺兒少（包括本國籍、外國籍與無國籍）發展心理健康教育政策、提供兒童心理健康養成，於政策、社會與媒體中主流化心理健康概念，使心理健康促進成為正式教育一部分，進而將相關行動普及於親師生。
3. 瞭解種族歧視在臺灣之現況（無論是直接或間接、顯著或隱微、制度性或日常生活中、公領域或私領域，包括歧視性言論），及其對所有人，尤其少數族群群體之心理健康之影響。

關於原住民健康

1. 針對原住民族各族族語之資訊亦有缺失，且未考慮融入原住民族健康事務之文化安全課程之服務、學習與研究需求。
2. 原住民可所接受的都會型與偏鄉型長照服務模式的差異性大，受限人力和醫療資源的匱乏，部落中高齡者、失能者和失智者可獲得的長期照護資源嚴重不足，無法就近滿足在地原住民的健康需求。
3. 原民部落居住地理交通位置的影響，醫療與福利資源可近性差，生活與文化的差異，提供的服務以主流社會思維無法滿足其需求。尤其是社會工作與心理諮商服務，似無法在原民文化脈絡下提供，甚至可能造成傷害。

建議：

1. 在大專院校培力社會工作及心理諮商相關科系原民學生，並發展以部落為主體的思考與工作方法。
2. 政府相關的社會服務補助計畫審核如為服務原住民之計畫，宜從原民主體文化思考，而非從漢人主流文化去定義。
3. 落實在地老化的長照政策，針對偏鄉、離島或部落的民眾之健康需求，除連結外部民間和政府資源之外，也宜向原民部落文化學習，長照服務可從傳統地方組織、教會、社區發展協會與傳統制度中催生出多元化的長期照護服務模式與據點，以支持發展在地資源深耕。

4. 目前培育部落人力投入長照，讓「部落人服務部落人」的做法有助信任度的展開，也可再促使已投長照服務的原民工作者，其照護知能更為充權，讓長照服務與文化復振，都成為部落服務的重點。

關於新住民健康

1. 現有的長期照護政策之宣導與資訊服務，缺乏資訊多元與多語化的翻譯服務，長期照顧服務資源推展到所有民眾的廣度不足。
2. 有關新住民遭受家庭暴力及罹患精神病的醫療與安置問題，限於其國籍身份取得之限制，及精神疾病之汙名，在醫療健康保險與福利補助（無法取得重大傷病與障礙證明）及受暴婦女庇護安置上均成為福利身分的弱勢，三重歧視造成其復元的困難。
3. 即使因精神病住院，新住民或移工也因翻譯人員進入精神病房之困難，語言溝通障礙，症狀混亂，亦造成治療困難。

建議：

1. 重視新住民對長期照護服務的認識與資源分布的瞭解，透過多元宣傳管道和資訊平臺，和衛福部多語翻譯的文宣資料，讓有長照需求的新住民獲得可近性和可及性資源。
2. 服務系統的整合，應有專案協助未取得身分證致無法獲得適當的醫療與福利服務的新住民，以保障其健康醫療與福利權益，且各縣市政府均應有充足的經費預算。
3. 在服務新住民人員的在職教育訓練加入對心理健康、韌性與心理不適，以及精神疾病認識的課程。