

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：法務部及所屬矯正署。

貳、案由：法務部所屬監所設備老舊，超收嚴重，缺乏無障礙環境及設施，對於肢體障礙者、聽障者及認知障礙者欠缺協助資源；而由於精神醫療團隊人力缺乏，非但無法協助精神障礙者復健，監所的環境反讓其身心狀態惡化，而管理人員亦無法分辨其病情變化，常被視為違抗規範遭到違紀處分，甚至單獨監禁、使用戒具，嚴重違反身心障礙者權利公約（CRPD）第14條、第15條等相關規定；又疑似精神障礙者在司法偵辦審理期間，並未均經過精神鑑定，在監所收容後亦缺乏專職心理師精神鑑測評估並分類，無法立即分辨收容人的精神症狀，急性期才轉送矯正署臺中監獄附設培德醫院，造成管理人員戒護及照顧之壓力。且監所精神醫療資源有限，多僅有藥物治療，對病情治療、復歸社會無積極功能。另對於不能自理生活確實符合拒絕收監之身心障礙者，亦未依法落實執行，以減輕監所負擔；此外，矯正機關對收容人具身心障礙者，未善盡查詢病史權責，進而予以詳細分類並提供合理調整，入監前之醫療病歷未有轉介機制，司法審查階段之精神鑑定資料亦未確實轉銜至監所，以致未能及時進行和緩處遇的評估，迄至病發始能發現收容人患精神疾病，與身心障礙者權利公約及我國人權報告等相關規範意旨有悖，均核有違失。

參、事實與理由：

為了身心障礙者（下稱身障者）能有和一般人一樣的平等機會以及防止各種權利受到侵犯，聯合國在2006年立法宣示「聯合國身心障礙者權利公約」，或稱「國際身心障礙者權利公約（CRPD）」。中華民國亦在2014年通過身心障礙者權利公約施行法，同年8月在臺灣正式施行，彰顯政府單位逐步重視身障者的基本人權；公約當中明文規範所有關於身障者的一切權利。

監所為社會的縮影，日常生活有特殊需求之身障者，一旦觸法受刑即成為監所矯正對象。因其身體或心智上的限制，在監所內會面臨許多生活適應之障礙，甚或受到不公平之待遇。是以，矯正機關應考量其特殊需求，提供較妥善適當的保護及矯正處遇措施，使其能順利適應監所生活，確保其獲得最大程度之自立及各項處遇上的權益。

為符合身心障礙者權利公約施行法之意旨，對於身心障礙者新收入所執行時，即進行新收調查及健康檢查，依個別化處遇原則，合理調整配業配房，並在衛生醫療、教化輔導、戒護安全、作業訓練及後續轉介安置等面向，規劃適合之處遇措施及環境設施，避免侵害身心障礙者權利，保護身心障礙者不受他人侵害，俾能積極促進各項身心障礙者權利之實現，協助其適應在監所的生活，並發展生活技能，以利日後轉銜復歸社會，達到預防再犯之目的，爰立案調查。

近年來身心障礙收容人人數激增，因此矯正機關對於身心障礙收容人之處遇與適應之情形，包括配業與作業內容對受刑人的謀生技能效應、對教化內容之認同程度與影響如何、戒護是否成為受刑人在所生活適應性因素、受刑人接受醫療治療的成效等各個面向之處遇，如何積極落實執行，均為法務部的重要課題與使命。

本案經調閱法務部、法務部矯正署（下稱矯正署）、法務部檢察司、矯正署臺北監獄（下稱臺北監獄）、臺灣臺北地方檢察署、臺灣桃園地方檢察署、臺灣桃園地方法院、臺灣高等法院、臺灣臺東地方檢察署、矯正署雲林監獄（下稱雲林監獄）、矯正署臺南監獄（下稱臺南監獄）、矯正署臺南第二監獄（下稱臺南第二監獄）、矯正署臺北看守所（下稱臺北看守所）、矯正署綠島監獄（下稱綠島監獄）、文化部、衛生福利部等機關卷證資料，並於民國（下同）108年1月21日起至同年5月6日止，赴矯正署所屬18個矯正機關現地履勘訪查，並於同年7月1日及8日約請法務部、矯正署、臺北看守所、綠島監獄及衛生福利部等機關主官（管）及相關戒護管理人員到院說明，已調查竣事，茲臚列調查意見如下：

- 一、自107年7月24日法務部的統計資料，全國51個監所共有2,674位身心障礙收容人，其中心智障礙1,130人，神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能障礙1,042人，107年8月診斷為精神病有2,842人。目前監所設備老舊，超收嚴重，缺乏無障礙環境及設施，對於肢體及感官障礙者，限制活動範圍在療養房或病舍，且未能提供聽障者溝通協助，對於認知障礙者缺乏協助資源；由於精神醫療團隊人力缺乏，非但無法協助精神障礙者復健，監所的環境反讓其身心狀態惡化，而管理人員無法分辨其病情變化，常被視為違抗規範遭到違紀處分，甚至單獨監禁、使用戒具，嚴重違反CRPD第14條、第15條及禁止酷刑及其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰公約等相關規定：

（一）相關規定：

1、身心障礙者權利公約（CRPD）相關規定：

- （1）第3條明列身心障礙者人權保障之八大基本原則：（1）尊重生而具有之尊嚴、包括自由作出自

己選擇之個人自主及個人自立；(2) 不歧視；(3) 充分有效參與及融合社會；(4) 尊重差異，接受身心障礙者是多樣及多元社會之一份子；(5) 機會均等；(6) 無障礙/可及性；(7) 男女平等；(8) 尊重身心障礙兒童具有逐漸發展之能力，並尊重身心障礙兒童保持其身分認同之權利¹。

(2) 第14條第2項規定：「締約國應確保，於任何過程中被剝奪自由之身心障礙者，在與其他人平等基礎上，有權獲得國際人權法規定之保障，並應享有符合本公約宗旨及原則之待遇，包括提供合理之對待。」

(3) 第15條第2項規定：「締約國應採取所有有效之立法、行政、司法或其他措施，在與其他人平等基礎上，防止身心障礙者遭受酷刑或殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰。」

(4) 第25條規定：「締約國確認，身心障礙者有權享有可達到之最高健康標準，不因身心障礙而受到歧視。締約國應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別敏感度之健康服務，包括與健康有關之復健服務。」

2、身心障礙者權益保障法第5條規定：「本法所稱身心障礙者，指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：一、神經系統構造及精神、心智功能。二、眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。三、涉

¹ 孫迺翊，概念定義、一般原則與無障礙/可及性之保障，收錄於孫迺翊、廖福特主編，身心障礙者權利公約，台灣新世紀文教基金會，2017，頁26。

及聲音與言語構造及其功能。四、循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。五、消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。六、泌尿與生殖系統相關構造及其功能。七、神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。八、皮膚與相關構造及其功能。」

- 3、按曼德拉規則第1條、第36條規定：「任何時候都應確保囚犯、工作人員、服務提供者及探訪者之安全」、「維持紀律和秩序時不應實施超過確保安全看守、監獄安全運轉和有秩序之集體生活所需的限制」，矯正機關有實施戒護管理、維護內部安全秩序及保障相關人員安全之權責，惟應遵循比例原則之規定。矯正機關實施戒護管理等行政措施，例如使用警械、施用戒具、獨居監禁、實施懲罰等，均屬依法行政，倘符合比例原則，應不致構成凌虐或酷刑。

(二)媒體相關報導：

- 1、「【精障哀歌】病監直擊！1秒爆炸 護理師1人顧80人」²。

²107年11月29日蘋果日報：「【精障哀歌1】病監直擊！1秒爆炸 護理師1人顧80人」：「中監精神病療養專區 收全臺監所急症病發人犯。根據矯正署統計，至今年8月底，全臺矯正機構罹患精神疾病的收容人共2842人，其中男性2446人、女性396人，人數有逐年增加的趨勢，其中急症發作或嚴重的男女受刑人會分別移監至臺中監獄和臺北監獄桃園分監的精神病療養專區治療。臺中監獄精神病療養專區，收容來自全國各監獄精神急症發作的男性收容人，可收容人數129人，目前收容85人，其中有70人是急症發作從他監轉入，患者以思覺失調症占54%最多。臺中監獄前衛生科長黃俊雄表示，急症發作的收容人在各監所是少數，卻是管理上的大負擔，.....。狹隘是監獄不變特色。我們走進舍房，近2坪的空間擠住4個人，為了配合美化法務部一人一床的數字，狹窄的空間還得放進一張不成比例的上下雙人床，另2名收容人挨著門邊打地鋪，彷彿用「狹隘」提醒著——這裡是監獄。撞牆吞異物 唱歌、種菜、強迫吃藥3年終穩定。.....黃俊雄表示，能離開舍房唱歌、拔草，都算病症穩定，有自傷傷人的不穩定收容人，「連房舍都不能出來，必須安置在四週全是保護棉的舍房任憑吼罵滾打，甚至還得用束帶控制」。多年在精神療養專區的管理科員高章群形容專區的日常：『隨時發病、隨時對抗，前一秒ok、後一秒鐘不ok，我們認為平常，他不認為，可能一句話就刺激他，無法預防，尤其是人格違常，你講東他扯西，還會被他們告.....。』而護理師張瓊心則是1人要關照7、80

2、「是監獄也是病院，當精神犯免死後得到的是『好一點的藥』」³

位收容人，1天4次用藥，除了管理員協助之外，她親自給藥、盯著受刑人把藥吃下肚，詳實記錄收容人服藥依順性、情緒變化，讓團隊能夠掌握治療計畫，她表示，這也是收容人在監獄比在外穩定的最主要原因。……對於病監護理師1個人要照顧7、80名病患，矯正署坦承，病監的護理師因人力不足，負擔較重，也盼行政院能鬆綁員額並編列預算增加護理師人力。」

³ 「《監所行刑法》第1條，清楚的定義徒刑、拘役之執行，是為了『使受刑人改悔向上，適於社會生活』……『教化』不是醫療名詞，國內醫界對於這樣的詞，沒有可用的衡量標準。……醫師提供法院資訊時，只能依其專業判斷受刑人「有無治療潛力」，而基於醫師倫理考量，『不會有醫師跟你講無治療可能』……臺灣一般監所裡，沒有常駐的精神科醫生，通常是和外部醫院簽約，讓精神科醫師定期進監所看門診，目前只有臺中監獄、臺北監獄（桃園分監）這2個監所有專門治療精神疾病的『精神醫療專區』，而且配額有限：臺中監所容額上限350人、桃園分監38人，並不是每個精神病犯都能進到這些專區，而是依照一定的移送順序，優先收容比較嚴重的病犯（如患有精神分裂、躁鬱、妄幻想型精神病等）。……臺北大學犯罪學系周教授在『我國矯正政策與管理機制之研究』（2011）就指出，國內教化經費羞澀，作為公務員的教誨師不僅人數『異常稀少』，每天又都忙於處理犯人假釋等的文書作業，根本沒有餘裕從事教誨工作，在這種情形下，教誨工作幾乎都交予外部的志工（監所最普遍、覆蓋率最高的『教化活動』是宗教教誨）。……宜蘭監獄監所管理員也表示，每個監所情況不同，以他服務的宜蘭監獄來說，一個教誨師通常要輔導500到600個受刑人，大部分的時間還要處理提報假釋、辦理懇親等行政業務，『真正做輔導的時間很有限啊，尤其收容人又是精神疾患，他沒有相關的專業背景，他也不會想自找麻煩。』『我們要有一個認知，監獄不作治療，監獄也不是醫院，（裡面）資源其實非常稀少。』……玄奘大學心理系陳助理教授目前在臺北看守所服務，和教誨人員情況很像，在人力有限的情況下，監所內的心理治療也常要借用外部人力。陳建安每周到專門關押重刑犯的忠、孝二舍進行2個小時的個別晤談，他與另1個外聘心理師，卻要輔導80到90位受刑人，而這還不是每個監所都有的「福利」（監所內的心理治療，主要是針對毒癮犯、性侵犯、酒駕與家暴這類的受刑人做「集體治療」，並無特殊規定要給精神病犯做個別輔導）。……長期在監所服務的翁臨床心理師指出，長遠來看，精神疾患如果能接受2到3年的治療，也許可以恢復部分的能力，因為從醫療經驗來看，約有1/3的精神疾患是可以治療的、1/3是可以控制的。曾在臺中某監所精神科門診服務的李醫師指出，精神患者有在治療，其實狀態會差非常多……李醫師不諱言的指出，監所和醫院最大的不同，是在『約束或隔離的方便』……所謂的『好』，對他們來說只是『好管理』，在那裡睡覺不要亂講話不要亂動，不是比較好管理嗎？鎮定的作用比較強，讓他們不要那麼容易躁動。……宜蘭監獄監所管理員指出，部分精神疾患者在團體裡，沒有辦法和別人有好的互動，很容易就被列到『嚴重影響團體生活』或是『顯對他人有不良影響』而被關獨居，如果情緒過度激動的受刑人，會再被送到鎮靜室。鎮靜室也是獄中俗稱的『泡棉房』，四邊包括天花板和地板都貼泡棉，再貼一層隔水帆布。……『宜蘭這邊可能有全臺灣獨居最久的人吧，24年。當年是因為精神疾患犯罪，進來之後我們沒有給予精神醫療方面的積極協助，用最簡單的方式，把他獨居起來、不讓他和其他人接觸，他的精神狀況不會比剛進來的時候好，而且會更差。』……這次訪談6名曾在監所服務過的教化人員，都不約而同的指出，這些病犯待在這裡，其實又是監所又是病院，除了戒護、鐵窗之外，應該需要一套完整的醫治療程介入，包括精神科醫師、心理師、社工師、護理師、職能治療師的照護團隊，不只給犯人藥吃，也評估他的身心狀況、就業準備、與家人社會的連結，協助當事人復歸社會。……劉姓收容人（已出獄）認為，臺灣目前監所

(三)監所身心障礙收容人的現況及統計⁴：

1、各矯正機關身心障礙收容人相關統計：

截至107年10月16日止，全國計有2,675名身心障礙收容人，其中第1類有1,130名最多，第7類有1,042名次之。各矯正機關中，臺中監獄收容354名最多，臺北監獄175名、高雄第二監獄166名、臺南監獄152名、高雄監獄140名、彰化監獄129名、臺北看守所124名、雲林第二監獄120名，計有9所矯正機關收容身心障礙者人數超過100名。

表1 各矯正機關身心障礙收容人相關統計表（統計至107年7月24日）

編號	機關名稱	人數	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第7類	第8類
1	宜蘭監獄	39	19	6	1	1	1	0	10	1
2	基隆監獄	17	6	3					8	
3	臺北監獄	175	76	11	8	8	6	0	64	2
4	桃園監獄	41	16	3	1	2	1	0	19	0
5	八德外役監獄	7							7	
6	新竹監獄	86	24	11	4	4	0	2	40	1
7	臺中監獄	354	147	25	6	14	6	25	128	5
8	彰化監獄	129	43	14	8	7	3	1	52	1
9	雲林監獄	42	14	1	1	0	0	2	24	
10	雲林第二監獄	120	50	5	3	2	1	0	59	0
11	嘉義監獄	79	26	8	1	2	0	0	0	42
12	臺南第二監獄	38	21	2	1			1	16	1
13	臺南監獄	152	30	13	11	9	7	3	77	2
14	高雄監獄	140	67	4	6	3	1		59	
15	高雄第二監獄	166	77	7	3	5	3	1	70	
16	屏東監獄	92	28	10	0	7	2	1	44	
17	花蓮監獄	110	46	7	2	2	2	0	51	0
18	臺東監獄	39	11	3	0	1	0	0	23	1
19	桃園女子監獄	54	30	4	2				18	

的教化工作，缺乏一個國家型的目標計畫，人們希望受刑人經由矯正機構能改變自己，變成社會一個穩定的力量、不要再犯罪，『那他的處遇計畫是什麼？我們該怎麼協助他能夠回歸社會？』……中央警官大學沈教授表示，去看看守所看曾姓收容人的時候發現病況又更差了：『整個環境沒有提供他一個好的教育的過程，所以他認知或能力會慢慢地一直被剝奪，退化下去。』……」

⁴ 法務部108年3月20日法矯字第10802002390號函。

編號	機關名稱	人數	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第7類	第8類
20	臺中女子監獄	52	36	1	0	3	0	1	10	1
21	高雄女子監獄	23	14	1				1	6	1
22	明德外役監獄	4				2	1		1	
23	自強外役監	1				1				
24	綠島監獄	1							1	
25	金門監獄	10	5		1				4	
26	澎湖監獄	36	11	5				1	18	1
27	誠正中學	22	22							
28	明陽中學	8	7						1	
29	基隆看守所	3	2			1				
30	臺北看守所	124	63	13	3	7	3	1	35	2
31	新竹看守所	5	2	1	0	0	0	1	1	0
32	苗栗看守所	41	16	1	3	1	0	1	18	1
33	臺中看守所	48	25	3	3	1		1	15	
34	南投看守所	19	10						9	
35	彰化看守所	11	6				1		4	
36	嘉義看守所	54	26	3	2	1	2	0	20	0
37	臺南看守所	78	34	7	4	4	1	2	30	
38	屏東看守所	14	9						5	
39	花蓮看守所	11	5					1	5	
40	臺北女子看守所	17	17							
41	新店戒治所	20	11						9	
42	臺中戒治所	14	4				1		9	
43	高雄戒治所	45	24	0	1	1	0	0	19	0
44	臺東戒治所	25	8	3	0	2	0	0	11	1
45	岩灣技能訓練所	20	4		1				15	
46	東成技訓所	36	11						25	
47	泰源技能訓練所	38	16	3		1	1	17		
48	臺北少年觀護所	2	1	1						
49	臺南少年觀護所	0								
50	桃園少年輔育院	5	4						1	
51	彰化少年輔育院	8	6	1					1	
總計		2675	1130	180	76	92	43	63	1042	63

備註 身心障礙者權益保障法第5條規定：本法所稱身心障礙者，指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：

- 一、神經系統構造及精神、心智功能。
- 二、眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。
- 三、涉及聲音與言語構造及其功能。
- 四、循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。
- 五、消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。
- 六、泌尿與生殖系統相關構造及其功能。

編號	機關名稱	人數	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第7類	第8類
	七、神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。 八、皮膚與相關構造及其功能。									

資料來源：法務部 107 年 10 月 16 日以電子郵件提供。

2、105至107年各矯正機關對身心障礙者施以獨居監禁之情形：

另查據法務部108年3月20日更新之數據，全國身心障礙收容人數計3,037名，5個月左右之期間內增加362名，依然係臺中監獄344名最多，收容超過100名身心障礙收容人之矯正機關包括，高雄戒治所214名；花蓮看守所211名；臺北監獄181名；高雄第二監獄168名；彰化監獄153名；雲林第二監獄136名；臺北看守所118名；高雄監獄114名；花蓮監獄102名。

表2 105至107年各矯正機關對身心障礙者施以獨居監禁之情形一覽表 單位：人

機關名稱	身心障礙收容人數	身心障礙收容人獨居人數	機關名稱	身心障礙收容人數	身心障礙收容人獨居人數
臺北監獄	181	6	新竹看守所	33	0
桃園監獄	50	1	苗栗看守所	43	2
桃園女子監獄	63	3	臺中看守所	32	1
新竹監獄	69	2	彰化看守所	10	0
臺中監獄	344	4	南投看守所	17	0
臺中女子監獄	37	2	嘉義看守所	44	1
彰化監獄	153	2	臺南看守所	57	1
雲林監獄	39	4	屏東看守所	25	0
雲林第二監獄	136	8	基隆看守所	5	0
嘉義監獄	97	1	花蓮看守所	211	0
臺南監獄	97	5	新店戒治所	14	2
明德外役監獄	4	0	臺中戒治所	10	0

機關名稱	身心障礙收容人數	身心障礙收容人獨居人數	機關名稱	身心障礙收容人數	身心障礙收容人獨居人數
高雄監獄	114	6	高雄戒治所	214	1
高雄第二監獄	168	4	臺東戒治所	77	1
高雄女子監獄	34	1	岩灣技能訓練所	31	4
屏東監獄	41	2	東成技能訓練所	31	2
基隆監獄	14	1	泰源技能訓練所	45	4
宜蘭監獄	84	0	誠正中學	11	3
花蓮監獄	102	0	明陽中學	9	1
自強外役監獄	0	0	桃園少年輔育院	5	1
臺東監獄	30	4	彰化少年輔育院	11	0
澎湖監獄	36	2	臺北少年觀護所	30	0
綠島監獄	1	1	臺南少年觀護所	0	0
金門監獄	6	3	八德外役監獄	3	0
臺北看守所	118	2	臺南第二監獄	29	0
臺北女子看守所	22	0	合計	3,037	88

資料來源：監察院依據法務部108年3月20日法矯字第10802002390號函復資料製表。

3、105年至107年身心障礙收容人違規受懲罰情形：

表列持身心障礙證明之收容人違規受懲罰情形中，各矯正機關共計有285名身心障礙收容人違規受減輕、中止或不予懲罰、761名違規受一般懲罰，比例約為1：2.67。除彰化監獄、臺南監獄、臺南看守所、雲林監獄、高雄監獄之「減輕、中止或不予懲罰之次數」比例較高，其餘矯正機關違規受懲罰次數中，「受一般懲罰之次數」較多，與CRPD規定給予合理調整，依照障礙著的狀況調整相關懲罰之意旨未盡相符。

表3 105年至107年身心障礙收容人違規受懲罰情形一覽表

單位：人

法務部矯正署所屬矯正機關持身心障礙證明之收容人違規受懲罰情形一覽表

機關名稱	身心障礙收容人				違規態樣統計
	收容人數	違規受懲罰次數	受一般懲罰之次數	減輕、中止或不予懲罰之次數	
合計	3,037	1,046	761	285	
臺北監獄	181	137	131	6	1、鬥毆打架類31次 2、擾亂秩序類79次 3、私藏違禁品類4次 4、賭博財物類2次 5、違抗管教類13次 6、紋身猥褻類2次
桃園監獄	50	47	39	8	1、鬥毆打架類11次 2、擾亂秩序類29次 3、違抗管教類5次 4、私藏違禁品類2次
桃園女子監獄	63	4	4	0	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類3次
新竹監獄	69	14	7	7	1、鬥毆打架類8次 2、擾亂秩序類5次 3、賭博財物類1次
臺中監獄	344	150	116	35	1、鬥毆打架類83次 2、擾亂秩序類46次 3、紋身猥褻類9次 4、違抗管教8次 5、私藏違禁物品類3次 6、賭博財物類1次
臺中女子監獄	37	4	2	2	1、鬥毆打架類2次 2、擾亂秩序類2次
彰化監獄	153	82	47	35	1、鬥毆打架類19次 2、擾亂秩序類49次 3、紋身猥褻類2次 4、違抗管教類7次 5、私藏違禁品類4次 6、賭博財物類1次
雲林監獄	39	28	0	28	1、鬥毆打架類5次 2、擾亂秩序類23次
雲林第二監獄	136	54	40	14	1、鬥毆打架類7次 2、擾亂秩序類45次 3、私藏違禁物品類1次 4、其他類1次
嘉義監獄	97	73	61	12	1、鬥毆打架類20次 2、擾亂秩序類31次 3、私藏違禁品類7次 4、違抗管教類15次
臺南監獄	97	37	16	21	1、鬥毆打架類1次

法務部矯正署所屬矯正機關持身心障礙證明之收容人違規受懲罰情形一覽表

機關名稱	身心障礙收容人				違規態樣統計
	收容人數	違規受懲罰次數	受一般懲罰之次數	減輕、中止或不予懲罰之次數	
					2、擾亂秩序類25次 3、私藏違禁物品類9次 4、其他類2次
明德外役監獄	4	0	0	0	
高雄監獄	114	32	8	24	1、鬥毆打架類17次 2、擾亂秩序類13次 3、違抗管教類1次 4、脫離戒護視線、意圖脫逃類1次
高雄第二監獄	168	17	12	5	1、鬥毆打架類6次 2、擾亂秩序類5次 3、私藏違禁品類2次 4、違抗管教類3次 5、紋身猥褻類1次
高雄女子監獄	34	4	1	3	擾亂秩序類4次
屏東監獄	41	8	5	3	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類5次 3、私藏違禁品類1次 4、違抗管教類1次
基隆監獄	14	2	2	0	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類1次
宜蘭監獄	84	19	19	0	1、鬥毆打架類3次 2、擾亂秩序類14次 3、私藏違禁品類2次
花蓮監獄	102	41	35	6	1、鬥毆打架類15次 2、擾亂秩序類20次 3、違抗管教類1次 4、紋身猥褻類1次
自強外役監獄	0	0	0	0	
臺東監獄	30	5	3	2	擾亂秩序類5次
澎湖監獄	36	18	15	3	1、鬥毆打架類2次 2、擾亂秩序類10次 3、違抗管教類2次 4、私藏違禁品類4次
綠島監獄	1	3	2	1	擾亂秩序類3次
金門監獄	6	1	1	0	鬥毆打架類1次
臺北看守所	118	43	43	0	1、鬥毆打架類18次 2、擾亂秩序類24次 3、違抗管教類1次
臺北女子看守所	22	2	0	2	鬥毆打架類2次

法務部矯正署所屬矯正機關持身心障礙證明之收容人違規受懲罰情形一覽表

機關名稱	身心障礙收容人				違規態樣統計
	收容人數	違規受懲罰次數	受一般懲罰之次數	減輕、中止或不予懲罰之次數	
新竹看守所	33	6	6	0	1、鬥毆打架類2次 2、擾亂秩序類4次
苗栗看守所	43	4	3	1	1、賭博財物類1次 2、擾亂秩序類3次
臺中看守所	32	5	1	4	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類4次
彰化看守所	10	0	0	0	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類1次
南投看守所	17	2	1	1	
嘉義看守所	44	24	18	6	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類21次 3、私藏違禁品類2次
臺南看守所	57	28	0	28	1、鬥毆打架類12次 2、擾亂秩序類9次 3、私藏違禁品類2次 4、違抗管教類5次
屏東看守所	25	0	0	0	
基隆看守所	5	1	0	1	鬥毆打架類1次
花蓮看守所	211	9	9	0	1、鬥毆打架類3次 2、擾亂秩序類5次 3、違抗管教類1次
新店戒治所	14	2	0	2	1、鬥毆打架類1次 2、擾亂秩序類1次
臺中戒治所	10	0	0	0	
高雄戒治所	214	19	19	0	1、鬥毆打架類6次 2、擾亂秩序類13次
臺東戒治所	77	5	5	0	擾亂秩序類5次
岩灣技能訓練所	31	8	7	1	1、違抗管教類2次 2、擾亂秩序類4次 3、私藏違禁品類1次 4、紋身猥褻類1次
東成技能訓練所	31	9	6	3	1、鬥毆打架類3次 2、擾亂秩序類5次 3、私藏違禁品類1次
泰源技能訓練所	45	28	22	6	1、鬥毆打架類8次 2、擾亂秩序類17次 3、私藏違禁品類2次 4、違抗管教類1次
誠正中學	11	3	3	0	鬥毆打架類3次
明陽中學	9	10	10	0	1、鬥毆打架類7次 2、擾亂秩序類2次

法務部矯正署所屬矯正機關持身心障礙證明之收容人違規受懲罰情形一覽表

機關名稱	身心障礙收容人			違規態樣統計	
	收容人數	違規受懲罰次數	受一般懲罰之次數		減輕、中止或不予懲罰之次數
					3、私藏違禁品類 1 次
桃園少年輔育院	5	5	5	0	1、鬥毆打架類 1 次 2、擾亂秩序類 2 次 3、脫離戒護視線、意圖脫逃類 1 次 4、紋身猥褻類 1 次
彰化少年輔育院	11	20	12	8	1、鬥毆打架類 7 次 2、擾亂秩序類 9 次 3、違抗管教類 3 次 4、私藏違禁品類 1 次
臺北少年觀護所	30	10	10	0	1、鬥毆打架類 6 次 2、擾亂秩序類 4 次
臺南少年觀護所	0	0	0	0	
八德外役監獄	3	0	0	0	
臺南第二監獄	29	23	15	8	1、鬥毆打架類 13 次 2、擾亂秩序類 5 次 3、違抗管教類 5 次

註：本表調查範圍係 107 年 12 月 31 日在監持身心障礙證明之收容人於 105 年至 107 年之違規懲罰紀錄。

資料來源：法務部 108 年 3 月 20 日法矯字第 10802002390 號函。

4、105 年至 107 年各矯正機關辦理和緩處遇情形：

依據監獄行刑法施行細則第 26 條規定收容人得予和緩處遇之要件，查 105 年至 107 年各矯正機關辦理和緩處遇調查表，入監時攜帶身心障礙證明人數 3 年分別為 813 人、2175 人、3403 人，受到和緩處遇人數 3 年則分別為 138 人、191 人、265 人，比率 16.97%、8.78%、7.79%，呈逐年下降趨勢，領有身心障礙證明且機關辦理和緩處遇人數僅占入監時攜帶身心障礙證明人數之 77.87%。

表4 105年至107年各矯正機關辦理和緩處遇調查表

序號	機關	和緩處遇人數	入監時攜帶身心障礙證明人數	入監後，已達身心障礙要件(但無證明)，收容人主動申請身心障礙證明(件數)	入監後已達身心障礙要件(但無證明)，機關主動幫收容人申請身心障礙證明(件數)	領有身心障礙證明且機關辦理和緩處遇人數	在監領有身心障礙證明，符合不堪作業人數
105年							
1	臺南少觀所	0	0	0	0	0	0
2	臺北少觀所	0	7	0	0	0	0
3	誠正中學	0	5	0	0	0	0
4	明陽中學	1	2	0	0	-	0
5	金門監獄	1	1	0	0	1	0
6	綠島監獄	3	0	0	0	0	0
7	桃園監獄	0	22	0	0	0	1
8	臺中女監	31	14	0	0	4	0
9	高雄第二監獄	46	50	0	0	3	13
10	臺中看守所	10	7	0	0	3	1
11	臺南看守所	6	10	0	0	0	0
12	桃園少輔院	0	2	0	0	0	0
13	彰化少輔院	0	8	0	0	0	0
14	八德外監	2	0	0	0	0	0
15	明德外監	0	0	0	0	0	0
16	自強外監	0	2	0	0	0	0
17	基隆看守所	0	1	0	0	0	1
18	新店戒治所	0	4	0	0	0	0
19	臺北女子看守所	18	61	0	0	0	0
20	臺中戒治所	0	6	0	0	0	0
21	高雄戒治所	4	0	0	0	0	0
22	臺東戒治所	1	2	0	0	0	0
23	泰源技訓所	26	5	0	0	5	7
24	岩灣技訓所	11	4	0	0	2	0
25	東成技訓所	8	7	0	0	3	0
26	基隆監獄	27	23	0	0	12	0
27	桃園女監	21	11	0	1	0	0
28	雲林監獄	44	29	0	0	6	0
29	嘉義監獄	11	66	0	0	1	4
30	臺南監獄	112	16	0	0	3	10
31	臺南第二監獄	7	15	0	0	1	0
32	高雄女監	11	16	0	0	0	0
33	高雄監獄	111	9	0	0	5	2

序號	機關	和緩處遇人數	入監時攜帶身心障礙證明人數	入監後，已達身心障礙要件(但無證明)，收容人主動申請身心障礙證明(件數)	入監後已達身心障礙要件(但無證明)，機關主動幫收容人申請身心障礙證明(件數)	領有身心障礙證明且機關辦理和緩處遇人數	在監領有身心障礙證明，符合不堪作業人數
34	屏東監獄	48	11	0	0	3	0
35	花蓮監獄	23	48	0	0	4	5
36	花蓮監獄	31	26	0	0	11	0
37	新竹看守所	0	8	0	0	0	0
38	彰化看守所	0	2	0	0	0	0
39	南投看守所	0	20	0	0	0	6
40	花蓮看守所	0	73	0	0	0	0
41	新竹監獄	46	12	0	0	6	2
42	臺中監獄	121	54	0	2	7	15
43	彰化監獄	61	55	0	0	3	0
44	雲林二監	63	22	0	1	8	0
45	臺東監獄	1	5	0	0	1	0
46	宜蘭監獄	62	5	0	0	0	2
47	臺北看守所	28	27	0	0	1	0
48	苗栗看守所	0	17	0	0	0	1
49	嘉義看守所	8	6	0	0	0	1
50	屏東看守所	0	0	0	0	0	0
51	臺北監獄	149	17	60	0	45	2
	合計	1153	813	60	4	138	73
106年							
1	臺南少觀所	0	0	0	0	0	0
2	臺北少觀所	0	14	0	0	0	0
3	誠正中學	0	5	0	0	0	0
4	明陽中學	2	1	0	0	-	0
5	金門監獄	1	7	0	0	1	0
6	綠島監獄	3	1	0	0	1	1
7	桃園監獄	0	184	0	0	0	7
8	臺中女監	31	52	0	0	5	1
9	高雄第二監獄	54	245	0	0	13	46
10	臺中看守所	22	75	0	0	3	6
11	臺南看守所	3	86	0	0	0	3
12	桃園少輔院	0	5	0	0	0	0
13	彰化少輔院	0	14	0	0	0	0
14	八德外監	2	1	1	0	0	0
15	明德外監	0	1	0	0	0	0
16	自強外監	0	5	0	0	0	0

序號	機關	和緩處遇人數	入監時攜帶身心障礙證明人數	入監後，已達身心障礙要件(但無證明)，收容人主動申請身心障礙證明(件數)	入監後已達身心障礙要件(但無證明)，機關主動幫收容人申請身心障礙證明(件數)	領有身心障礙證明且機關辦理和緩處遇人數	在監領有身心障礙證明，符合不堪作業人數
17	基隆看守所	4	6	0	0	0	3
18	新店戒治所	0	5	0	0	0	0
19	臺北女子看守所	11	63	0	0	0	0
20	臺中戒治所	0	2	0	0	0	0
21	高雄戒治所	1	7	0	0	1	0
22	臺東戒治所	1	7	0	0	0	0
23	泰源技訓所	31	6	0	0	6	7
24	岩灣技訓所	15	8	0	0	1	2
25	東成技訓所	12	16	0	0	1	0
26	基隆監獄	29	30	0	0	6	0
27	桃園女監	25	45	0	2	2	0
28	雲林監獄	48	41	1	0	6	0
29	嘉義監獄	28	10	1	0	5	3
30	臺南監獄	121	23	0	0	3	7
31	臺南第二監獄	3	20	0	0	0	0
32	高雄女監	26	54	0	0	2	0
33	高雄監獄	95	25	0	1	15	1
34	屏東監獄	58	32	0	0	6	1
35	花蓮監獄	34	60	0	0	11	7
36	花蓮監獄	29	30	0	0	11	0
37	新竹看守所	0	32	0	0	0	0
38	彰化看守所	1	17	0	0	0	0
39	南投看守所	0	64	0	0	0	18
40	花蓮看守所	0	89	0	0	0	0
41	新竹監獄	49	17	0	0	6	3
42	臺中監獄	176	174	0	2	7	21
43	彰化監獄	41	63	0	0	3	2
44	雲林二監	70	98	0	0	13	4
45	臺東監獄	2	20	0	0	2	0
46	宜蘭監獄	66	14	0	0	2	0
47	臺北看守所	63	243	0	0	1	0
48	苗栗看守所	4	84	0	0	0	1
49	嘉義看守所	11	48	0	0	0	1
50	屏東看守所	1	0	0	0	0	0
51	臺北監獄	150	26	67	0	58	6
	合計	1323	2175	70	5	191	151

序號	機關	和緩處遇人數	入監時攜帶身心障礙證明人數	入監後，已達身心障礙要件(但無證明)，收容人主動申請身心障礙證明(件數)	入監後已達身心障礙要件(但無證明)，機關主動幫收容人申請身心障礙證明(件數)	領有身心障礙證明且機關辦理和緩處遇人數	在監領有身心障礙證明，符合不堪作業人數
107年							
1	臺南少觀所	0	0	0	0	0	0
2	臺北少觀所	0	11	0	0	0	0
3	誠正中學	0	11	0	0	0	0
4	明陽中學	1	4	0	0	-	0
5	金門監獄	1	10	0	0	1	0
6	綠島監獄	4	1	0	0	1	1
7	桃園監獄	1	206	0	0	1	10
8	臺中女監	28	48	0	1	3	1
9	高雄第二監獄	111	347	0	0	23	56
10	臺中看守所	9	149	0	0	5	9
11	臺南看守所	42	152	0	0	1	5
12	桃園少輔院	0	7	0	1	0	0
13	彰化少輔院	0	11	0	0	0	0
14	八德外監	0	3	0	0	0	0
15	明德外監	0	4	0	0	0	0
16	自強外監	0	1	0	0	0	0
17	基隆看守所	4	12	0	0	0	2
18	新店戒治所	1	20	0	0	0	0
19	臺北女子看守所	10	77	0	0	4	0
20	臺中戒治所	0	10	0	0	0	0
21	高雄戒治所	13	30	0	0	13	0
22	臺東戒治所	2	22	1	0	1	0
23	泰源技訓所	34	11	0	0	11	6
24	岩灣技訓所	24	10	1	0	0	1
25	東成技訓所	12	32	0	0	3	2
26	基隆監獄	12	23	0	0	2	1
27	桃園女監	45	80	0	0	5	0
28	雲林監獄	45	45	3	0	7	0
29	嘉義監獄	9	20	0	0	1	4
30	臺南監獄	140	17	0	0	4	8
31	臺南第二監獄	7	29	0	2	0	2
32	高雄女監	30	70	0	0	5	1
33	高雄監獄	58	28	0	1	13	1
34	屏東監獄	64	49	0	0	15	6
35	花蓮監獄	36	101	0	1	12	9

序號	機關	和緩處遇人數	入監時攜帶身心障礙證明人數	入監後，已達身心障礙要件(但無證明)，收容人主動申請身心障礙證明(件數)	入監後已達身心障礙要件(但無證明)，機關主動幫收容人申請身心障礙證明(件數)	領有身心障礙證明且機關辦理和緩處遇人數	在監領有身心障礙證明，符合不堪作業人數
36	花蓮監獄	36	101	0	1	12	9
37	新竹看守所	0	33	0	0	0	0
38	彰化看守所	0	86	0	0	0	0
39	南投看守所	0	57	0	0	0	15
40	花蓮看守所	0	106	0	0	0	0
41	新竹監獄	67	29	0	3	6	1
42	臺中監獄	260	289	0	6	11	31
43	彰化監獄	49	86	2	0	3	0
44	雲林二監	74	166	0	0	13	2
45	臺東監獄	7	58	0	0	7	8
46	宜蘭監獄	45	35	0	0	4	3
47	臺北看守所	57	448	0	0	8	0
48	苗栗看守所	5	91	0	0	0	3
49	嘉義看守所	8	104	0	0	0	1
50	屏東看守所	1	0	0	0	0	0
51	臺北監獄	124	63	94	0	70	8
	合計	1476	3403	101	16	265	206

資料來源：法務部108年3月20日法矯字第10802002390號函附件12；法務部107年7月1日約詢書面說明資料附件6。

5、105年至107年矯正機關身心障礙者未下工場作業人數及原因：

查據105年至107年矯正機關身心障礙者未下工場作業人數及原因彙總表，領有身心障礙證明在舍房作業人數，107年高雄第二監獄有167名，次為彰化看守所73名、臺北看守所41名、臺東監獄36名、新竹看守所33名、臺北女子看守所32名。領有身心障礙證明，未達不堪作業且無參與舍房作業，因其他理由未下工場作業人數，則以桃園監獄111名最多，次為臺中看守所97名、臺中女子監獄48名、花蓮看守所35名、臺中監獄30名。

領有身心障礙證明且下工場作業人數、領有身心障礙證明，不堪作業人數、領有身心障礙證明在舍房作業人數占領有身心障礙證明人數之比率，於105年分別為70.21%、8.29%、15.07%；106年分別為66.08%、6.78%、13.70%；107年分別為68.28%、5.90%、14.53%。

表5 105年至107年矯正機關身心障礙者未下工場作業人數及原因彙總表

序號	機關名稱	領有身心障礙證明人數	領有身心障礙證明且下工場作業人數	領有身心障礙證明，不堪作業人數	領有身心障礙證明在舍房作業人數	領有身心障礙證明，未達不堪作業且無參與舍房作業，因其他理由未下工場作業人數	
						人數	原因
105年							
1	臺北監獄	77	69	2	6	0	
2	桃園監獄	22	13	1	0	8	違規、新收、被告、療養
3	桃園女子監獄	12	11	0	1	0	
4	新竹監獄	12	10	2	0	0	
5	臺中監獄	56	36	15	2	3	違規、新收、療養
6	臺中女子監獄	14	0	0	0	14	新收
7	彰化監獄	55	55	0	0	0	
8	雲林監獄	29	28	0	1	0	
9	雲林第二監獄	23	19	0	5	0	
10	嘉義監獄	66	33	4	26	3	療養
11	臺南監獄	16	0	10	6	0	
12	臺南第二監獄	15	15	0	0	0	
13	高雄監獄	9	4	2	0	3	療養
14	高雄第二監獄	50	16	13	21	0	
15	高雄女子監獄	16	16	0	0	0	
16	屏東監獄	11	6	0	3	2	療養、違規
17	臺東監獄	5	5	0	0	0	
18	花蓮監獄	48	42	5	1	0	
19	宜蘭監獄	5	3	2	0	0	
20	基隆監獄	23	23	0	0	0	
21	澎湖監獄	26	25	0	1	0	
22	綠島監獄	0	0	0	0	0	
23	金門監獄	1	1	0	0	0	
24	八德外役監獄	0	0	0	0	0	
25	明德外役監獄	0	0	0	0	0	
26	自強外役監獄	2	2	0	0	0	
27	臺北看守所	27	22	0	5	0	
28	臺北女子看守所	61	26	0	35	0	
29	新竹看守所	8	0	0	8	0	

序號	機關名稱	領有身心障礙證明人數	領有身心障礙證明且下工場作業人數	領有身心障礙證明，不堪作業人數	領有身心障礙證明在舍房作業人數	領有身心障礙證明，未達不堪作業且無參與舍房作業，因其他理由未下工場作業人數	
						人數	原因
30	苗栗看守所	17	15	1	1	0	
31	臺中看守所	7	2	1	1	3	療養
32	南投看守所	20	7	6	3	4	被告、新收、戒護安全、療養
33	彰化看守所	2	0	0	2	0	
34	嘉義看守所	6	5	1	0	0	
35	臺南看守所	10	10	0	0	0	
36	屏東看守所	0	0	0	0	0	
37	花蓮看守所	73	70	0	0	3	被告、勒戒
38	基隆看守所	1	0	1	0	0	
39	泰源技能訓練所	5	0	5	0	0	
40	東成技能訓練所	7	6	0	1	0	
41	岩灣技能訓練所	4	4	0	0	0	
42	新店戒治所	4	0	0	0	4	輔導課程
43	臺中戒治所	6	0	0	0	6	輔導課程
44	高雄戒治所	0	0	0	0	0	輔導課程
45	臺東戒治所	5	2	0	0	0	
合計		856	601	71	129	53	
106年							
1	臺北監獄	93	84	6	3	0	
2	桃園監獄	184	78	7	3	96	違規、新收、被告、療養、外醫住院、收容
3	桃園女子監獄	47	45	0	2	0	
4	新竹監獄	17	14	3	0	0	
5	臺中監獄	176	138	21	4	13	
6	臺中女子監獄	52	0	1	0	51	新收
7	彰化監獄	63	61	2	0	0	
8	雲林監獄	42	42	0	0	0	
9	雲林第二監獄	98	86	4	8	0	
10	嘉義監獄	11	0	3	0	8	空大上課、療養
11	臺南監獄	23	0	7	16	0	
12	臺南第二監獄	20	20	0	0	0	
13	高雄監獄	26	17	1	3	5	病舍、療養
14	高雄第二監獄	245	61	46	138	0	
15	高雄女子監獄	54	54	0	0	0	
16	屏東監獄	32	24	1	3	4	療養、違規
17	臺東監獄	20	14	0	6	0	
18	花蓮監獄	60	50	7	3	0	
19	宜蘭監獄	14	14	0	0	0	
20	基隆監獄	30	30	0	0	0	
21	澎湖監獄	30	29	0	1	0	

序號	機關名稱	領有身心障礙證明人數	領有身心障礙證明且下工場作業人數	領有身心障礙證明，不堪作業人數	領有身心障礙證明在舍房作業人數	領有身心障礙證明，未達不堪作業且無參與舍房作業，因其他理由未下工場作業人數	
						人數	原因
22	綠島監獄	1	0	1	0	0	新收
23	金門監獄	7	7	0	0	0	
24	八德外役監獄	2	2	0	0	0	
25	明德外役監獄	1	1	0	0	0	
26	自強外役監獄	5	5	0	0	0	
27	臺北看守所	243	228	0	15	0	
28	臺北女子看守所	63	31	0	32	0	
29	新竹看守所	32	0	0	32	0	
30	苗栗看守所	84	82	1	1	0	
31	臺中看守所	75	10	6	10	49	療養
32	南投看守所	64	30	18	3	13	被告、新收、戒護安全、療養
33	彰化看守所	17	2	0	15	0	
34	嘉義看守所	48	31	1	0	16	寄押、被告、療養、刑期過短、違規
35	臺南看守所	86	80	3	3	0	
36	屏東看守所	0	0	0	0		
37	花蓮看守所	89	63	0	0	26	被告、勒戒、寄禁
38	基隆看守所	6	1	3	0	2	被告、借提
39	泰源技能訓練所	6	0	6	0	0	
40	東成技能訓練所	16	16	0	0	0	
41	岩灣技能訓練所	8	6	2	0	0	
42	新店戒治所	5	0	0	0	5	輔導課程
43	臺中戒治所	2	0	0	0	2	輔導課程
44	高雄戒治所	7	0	0	0	7	輔導課程
45	臺東戒治所	7	5	0	2	0	
合計		2,211	1461	150	303	297	
107年							
1	臺北監獄	157	135	8	14	0	
2	桃園監獄	206	85	10	0	111	違規、新收、被告、療養、和緩處遇、外醫住院、收容少年、觀察勒戒
3	桃園女子監獄	80	79	0	1	0	
4	新竹監獄	32	20	1	2	9	精神疾病、技能障礙
5	臺中監獄	295	222	31	12	30	
6	臺中女子監獄	49	0	1	0	48	新收
7	彰化監獄	88	88	0	0	0	
8	雲林監獄	48	47	0	1	0	
9	雲林第二監獄	166	152	2	12	0	
10	嘉義監獄	20	9	4	7	0	療養
11	臺南監獄	17	0	8	9	0	

序號	機關名稱	領有身心障礙證明人數	領有身心障礙證明且下工場作業人數	領有身心障礙證明，不堪作業人數	領有身心障礙證明在舍房作業人數	領有身心障礙證明，未達不堪作業且無參與舍房作業，因其他理由未下工場作業人數	
						人數	原因
12	臺南第二監獄	31	28	2	0	1	新收
13	高雄監獄	29	24	1	2	2	並設、療養
14	高雄第二監獄	347	124	56	167	0	
15	高雄女子監獄	70	68	1	1	0	
16	屏東監獄	49	29	6	4	10	療養、違規
17	臺東監獄	58	14	8	36	0	
18	花蓮監獄	102	88	9	5	0	
19	宜蘭監獄	35	32	3	0	0	
20	基隆監獄	23	21	1	1	0	
21	澎湖監獄	36	34	0	2	0	
22	綠島監獄	1	0	1	0	0	
23	金門監獄	10	7	0	3	0	
24	八德外役監獄	3	3	0	0	0	
25	明德外役監獄	4	4	0	0	0	
26	自強外役監獄	1	1	0	0	0	
27	臺北看守所	448	407	0	41	0	
28	臺北女子看守所	7	45	0	32	0	
29	新竹看守所	33	0	0	33	0	
30	苗栗看守所	91	85	3	3	0	
31	臺中看守所	149	33	9	10	97	療養
32	南投看守所	57	23	15	4	15	被告、新收、戒護安全、療養
33	彰化看守所	86	13	0	73	0	
34	嘉義看守所	104	81	1	2	20	被告、刑期太短
35	臺南看守所	152	142	5	5	0	
36	屏東看守所	0	0	0	0	0	
37	花蓮看守所	106	71	0	0	35	被告、少年、勒戒、寄禁
38	基隆看守所	12	1	2	0	9	被告、少年、借提、療養
39	泰源技能訓練所	11	5	6	0	0	
40	東成技能訓練所	32	28	2	2	0	
41	岩灣技能訓練所	11	10	1	0	0	
42	新店戒治所	20	0	0	0	20	輔導課程
43	臺中戒治所	10	0	0	0	10	輔導課程
44	高雄戒治所	30	0	0	0	30	輔導課程
45	臺東戒治所	23	22	0	1	0	
合計		3,339	2,280	197	485	447	

資料來源：法務部107年7月1日約詢書面說明資料附件8。

(四)監所對於新收監的身心障礙者標準作業程序：

- 1、身心障礙者之調查、分類、處理機制係依「受刑人調查分類辦法」第3條規定：「對受刑人之分類，應依其身心狀態定其戒護管理方法，性向技能定其作業科別，知識程度定其教育班次，並按個別情形為左列之區分：一、第一類：生理或心理欠健全者。二、第二類：智力特別低下者。三、第三類：道德觀念特別薄弱者。四、第四類：不屬於前三類之情形者。(第1項)關於受刑人平時在監之起居活動，應參酌前項分類為適當之管理。此項分類祇為監獄人員執行處遇之標準，不得公開。(第2項)」辦理，合先敘明。
- 2、另依「監獄行刑法施行細則」第26條規定：「依本法第20條第3項得為和緩處遇者，以下列受刑人為限：一、患有疾病經醫師證明須長期療養者。二、心神喪失、精神耗弱或智能低下者。三、衰老、身心障礙、行動不便或不能自理生活者。四、懷胎或分娩未滿2月者。五、依調查分類之結果認為有和緩處遇之必要者。(第1項)前項和緩處遇之受刑人應報請法務部備查。(第2項)。」，對於心神喪失、精神耗弱或智能低下者，矯正署各監獄經審查後提報和緩處遇，予以寬鬆之處遇。
- 3、目前矯正機關於收容人入矯正機關之新收調查時，即針對收容人之身心狀況、家庭背景、犯罪過程等進行全面性了解，若發覺有聽覺障礙、言語溝通障礙或其他身心障礙等情事，即詢問病史或看診，以了解情形；並依監獄行刑法及其施行細則暨相關矯正法規規定等，對於

身心障礙收容人訂定妥適之處遇，並保障其權益。

4、策進作為：為落實個別化處遇之精神，矯正署於監獄行刑法草案第11條第3項明定「監獄應於受刑人入監後3個月內，依第1項之調查資料，訂定其個別處遇計畫，並適時修正。」，未來矯正署將就各類收容人研訂「個別處遇計畫」，精進處遇內容。

5、法務部⁵對監所環境擁擠不良及醫療資源不足之策進作為：

(1) 我國於102年實施二代健保後，矯正機關內之醫療水平已有所提升，收容人於矯正機關即與一般民眾接受相同健保服務，由合作之健保醫院提供門診，依一般民眾相同的標準對收容人提供健康照護。收容人如有醫療需求時，由矯正機關依醫囑協助其接受醫療。尚應無醫療資源不足造成喪失基本權利等情。

(2) 另為解決矯正機關超收問題，矯正署業積極推動矯正機關新擴及遷建計畫，除臺北監獄及宜蘭監獄外，目前尚有八德外役監獄、雲林第二監獄以及彰化看守所等新擴及遷建計畫刻辦理中，各計畫期程分別將於109年至112年間陸續完成，期能有效紓緩超額收容問題，提供收容人合宜之生活環境。

6、目前矯正機關心理師、社工師（員）、教誨師及醫事人員等專業人力情形：

(1) 矯正署現有衛生科科長、醫師、護理師、藥師及醫事檢驗師等醫事人員編制員額為196名，現有

⁵ 法務部108年7月1日約詢書面說明資料。

員額186名，編現比約為95%。現有醫師2名分置於臺中戒治所、臺南看守所。其他醫事人員與收容人數之比例，以107年12月底總收容人數63,317人計算為1:340，依專業人員分列與收容人比例，護理人員比為1:851，藥師比為1:1,156，醫事檢驗師比為1:4,085。

- (2) 以矯正機關近3年（105年至107年）毒品、酒駕、性侵、家暴及少年平均收容人數計41,882人，目前矯正機關僅有43名臨床心理師與38名社會工作師（員），人力比高達970至1,100，專業人力顯有不足。矯正署爰持續爭取補充專業人力經費，於108年度獲編66名心理、社會專業處遇人員經費並辦理進用。
- (3) 醫事人員部分，於二代健保施行後，矯正機關已結合社區醫療醫源，醫事人員之資源，直接由承作之合作健保醫療院所提供收容人所需之醫療處遇，於醫療品質上與一般民眾並無差別。矯正署將視矯正機關之醫事人力配置，如有醫事人力不足之機關人員，視情況裁改，以補足醫事人力之需求。
- (4) 另為因應超額收容導致人力不足之需求，行政院於106年同意核增矯正署所屬矯正機關預算員額400名，其中教化人力20名。另為應矯正機關辦理心理及社工處遇業務所需，行政院108年2月25日院授人組字第1070059517號函同意核增矯正署所屬矯正機關聘用人員預算員額19名。我國戒護管理人力與收容人數之戒護比與世界先進國家之比較如下：

表6 我國戒護人力與世界各國比較比較表

我國戒護人力與世界各國比較	
國家（地區）	戒護人力比 （戒護人員：收容人比率）
西澳	1：1.8（2014年）
香港	1：1.9（2015年）
英國	1：3（2016年）
日本	1：5.4（2015年）
新加坡	1：5.8（2017年）
臺灣	1：10.8（2019年）

資料來源：法務部108年7月1日約詢書面說明資料。

7、我國收容人醫療經費情形及策進作為：

符合全民健康保險法第10條第1項第4款第3目之收容人，其保險費依照同法第30條第1項第4款規定，係由中央矯正主管機關應補助，應自行負擔部分門診、急診或住院費用則係由收容人自行支應。現行健保費用係每半年1次於1月底及7月底前依衛生福利部中央健康保險署之來函核實撥付款項，於108年度已執行（撥付）12億4,758萬8仟元，尚無經費不足等情。

8、矯正署提升監所人員對身心障礙者認知相關教育訓練之規劃及策進作為：

- (1) 矯正署每年定期調訓矯正機關醫事人員，安排訓練課程，除提升其衛生醫療法令與實務知能外，課程亦包含身心障礙者權益保護法及身心障礙福利服務之講解，俾利矯正機關醫事人員了解身心障礙者之權益，矯正署亦將持續辦理相關課程，使矯正機關醫事人員更加了解身心障礙者之需求，展現矯正機關人權關懷之面向。
- (2) 為提供精神疾病收容人管理之相關專業知

能，學習精神病患特殊行為之處理技術，以減少戒護事故的發生，矯正署例行辦理矯正機關精神疾病收容人戒護管理人員專業訓練。107年度業於12月17日辦理，由各矯正機關指派從事精神疾病收容人戒護管理人員參加，參訓人員共計66名。課程為精神病常見症狀、精神症狀監測與處理，已包含思覺失調症及其他精神疾病之認識課程，由臺北榮民總醫院桃園分院徐立仁醫師講解精神病常見症狀、精神症狀監測與處理，臺北榮民總醫院桃園分院高琳雅臨床心理師講解自殺防治及危機處理，並進行實務討論。另108年度之精神疾病收容人戒護管理人員專業訓練已於5月31日辦理。

(五)精神障礙者被認為違規，給予獨居的處境：

1、目前全國監所內精神病人的人數，以及目前監所針對精神病人的處遇措施：

(1) 全國監所內精神病人的人數至107年10月31日為2,811人。

(2) 矯正機關內經醫師診斷為精神病之收容人數及診斷之病名：107年8月底精神疾病收容人數，男2,446人，女396人，共計2,842人。其中以診斷「F30-F39情緒障礙」人數最多為1,094人，其次為診斷「F20-F29思覺失調症、分裂型障礙和妄想型障礙」人數737人，再次為診斷「F40-F49焦慮症、解離症、壓力相關障礙症」人數498人。

2、監獄在新收時，全面篩檢收容人精神狀態：矯正機關對於新入監收容人於新收調查時即進行心理健康篩檢，對於長刑期或高風險個案（如罹患精神疾病、長期罹病、家逢變故、違規考核等）則至少每半年或認有必要時隨時施

測，並依結果提供情緒支持、輔導或醫療轉介服務，經篩選為疑似精神病者（領有身心障礙手冊或證明、重大傷病卡、精神科醫師診斷書等），即由矯正機關造冊列管，並安排精神科醫師評估、診治，依醫囑服藥控制病情，並視病情追蹤看診或戒送外醫。

3、矯正機關對於精神疾病收容人之處遇：

- (1) 對於病情輕微且穩定精神疾病收容人，通常與一般收容人同處一處，以提升其生活適應能力，有助於其病情改善。若屬於急重症者，經醫師評估後，得依病監移送規定移至臺北監獄桃園分監及臺中監獄醫療專區收治。
- (2) 自二代健保實施後，健保合作醫院醫護人力（包括醫師、護理師、藥師等）全面進駐矯正機關，提供更專業完整的醫療服務，矯正機關亦可考量收容人醫療需求，持續請收容人健保醫療承作院所提供適當量能之醫療服務，以提供收容人更完善之醫療與健康照護處遇。目前各矯正機關提供精神疾病收容人精神科醫療服務每週診次至少1次，平均每次看診人數約45名以下，尚屬合理看診數量範圍。由於健保費用係以公務預算支應，對於無力繳納醫療費用者，亦可透過健保醫療提供妥適醫療服務。

4、精神疾病療養專區現況：

- (1) 精神疾病收容人執行機關檢具個案相關病歷紀錄送請專區精神科醫師審核、評估，並將評估結果陳報該署核定後，移送病監收治。臺北監獄桃園分監收治容額為38名，現收治24名；臺中監獄收治容額為129名，現收治85名。
- (2) 醫療專區對於精神疾病個案均造冊、列管，定

期門診治療，依醫囑規律性服藥控制。並配有專管之醫事人員，每日區內巡訪，實地瞭解病徵及服藥情形，隨同醫師看診，提供病情訊息，以供醫師診斷、用藥之參考。如遇病人有攻擊、暴力、自殺（殘）行為或特殊怪異行為時，採醫療優先處理原則，儘速安排醫師看診、處置。另定期實施衛教宣導及教化輔導，引入社會資源，積極辦理各類文康、懇親、家庭日等相關活動。

(3) 對於列管個案建立適切之移返機制，定期由精神科醫師就其病情審查、評估，並將評估結果詳為記錄，以作為後續移返原監或賡續治療之參據。若經評估認已治癒、病情減輕、穩定，或有智能低下、人格違常無須繼續治療必要者，機關即檢具個案評估報告書及診斷證明書，經報請該署核准後，由原機關提回接續執行。

(4) 臺中監獄106年新收治個案40名、移返原監10名，107年新收治個案32名、移返原監5名；桃園分監106年新收治個案26名、移返原監22名，107年新收治個案16名、移返原監12名。

5、精神病患違規之處理：矯正機關對於精神疾病收容人違背紀律之行為，並非均施以懲罰，亦有衡酌其違規原因，改採醫療照護、加強輔導、調整舍房、或收容於鎮靜室等管教措施。

6、監所將精神障礙者關入獨居房未能立即先經醫事人員等專業之評估：

(1) 按行政執行法第36條第1項：「行政機關為阻止犯罪、危害之發生或避免急迫危險，而有即時處置之必要時，得為即時強制。」，現各矯正機關尚無醫師之專業編制，係由承作收容人醫療健保業務之醫院，指派醫師入矯正機關執行診療，實務

上多數矯正機關例假日及夜間未有醫師或醫事人員執行緊急情況之診療或評估；又收容人有脫逃、自殺、暴行或其他擾亂秩序行為之虞需隔離保護、惡性重大顯有影響其他收容人之虞、疑似罹患傳染疾病、收容人身分類別上之限制等，需儘先獨居監禁或收容於鎮靜室之情，多為緊急狀態，機關應為即時之處置，俾達保護、隔離及預防危害之效，恐未能立即先經醫事人員等專業之評估。然為保障收容人身心理健康，目前矯正機關於收容人實施獨居監禁或收容於鎮靜室，均有會請衛生科人員評估，並觀察注意有無不適合獨居或收容於鎮靜室之機制，對於罹病之收容人，亦安排看診、追蹤，並依醫囑服藥。

(2) 矯正署為避免獨居監禁影響收容人身心理健康，業以106年8月2日法矯署安字第10604006580號函提示所屬機關應注意辦理之事項，有關醫療照護部分，略以：可運用「簡式健康量表(BSRS-5)」進行心理健康篩檢，視情形提供情緒支持、輔導或醫療等適當處置，倘機關編制有臨床心理師者，得轉介個案由其協助。對於罹患疾病之獨居收容人，各機關應評估其病情，除依醫囑予以服藥控制外，並視個案病情安排看診、追蹤，若在機關內不能為適當之醫治時，應安排戒送外醫治療或陳報移送病監收治，如醫事人員認為收容人不宜繼續獨居者，應即配轉為群居。

(3) 矯正署安全督導組科長詹麗雯表示，受刑人如罹患精神疾病，是不能移送綠島的，各機關符合個要件者本署會加以審查，如移送綠島監獄後罹患或發現精神疾病，可報請矯正署移送一般監獄執行。目前移送臺中監獄，有男性收容人精神病

監，收治後如果評定病況穩定，也不會移回原監，就近移送至彰化等監獄執行。很多收容人沒有病識感，不知道要看診，經過新收健康檢查，衛生科醫師做評斷，我們屬於嚴密戒護管理方式，從收容人行為表現或人際互動，或對於管教的服從性考量；歷年評估醫療資源顯然不足，本署前端將審查收容人有無精神疾病，日後定位將綜整所有資料做研判。

- 7、另本案履勘綠島監獄亦發現有陳姓精神障礙收容人遭單獨監禁5年6月25日；雲林第二監獄罹患思覺失調症之沈姓收容人未下工廠作業。
- 8、各矯正機關工作人員有關精神病與精神病犯處遇的在職訓練：矯正署自103年起委託臺北、高雄及臺中女子監獄，採年度分區方式辦理「矯正機關精神疾病收容人戒護管理人員專業訓練」，希藉與精神醫療網合作及經驗交流，加強第一線管教同仁對精神疾病認識、預防、處理等專業知識，提升精神疾病敏感度及警覺性，並進一步區辨潛在者警訊，並請各矯正機關積極辦理精神疾病衛教宣導，以充實精神疾病相關專業知能。

(六)聽覺障礙者缺乏溝通與協助：

- 1、為保障羈押被告之訴訟權，法務部業於98年5月13日修正羈押法相關條文，明定被告與其辯護人接見時，除法律另有規定外，看守所管理人員僅得監看而不與聞。另為維護看守所秩序及安全，除法律另有規定外，看守所得對被告與其辯護人往來文書及其他相關資料以開拆而不閱覽之方式檢查有無夾藏違禁物品，以保障收容人與辯護人自由溝通之權利。

- 2、所述「辯護人至看守所要與聽障者溝通，卻遭看守所人員禁止使用筆書交談」之情形，查現行法令或函示並無聽障收容人與辯護人或親友接見時不得用筆書交談之規定，復按身心障礙者權利公約之宗旨，機關應基於身心障礙者之具體需要，進行必要及適當之修改及調整，以確保其等機會均等且無障礙。基此，機關自應依聽障收容人之個別需求，調整其接見方式並提供必要之協助，以排除其所遇之溝通障礙。
- 3、所述禁止聽障者筆談之情形，可能為個別機關對執勤人員教育訓練之不足，或係因提帶人員未確實與現場監看人員交接接見收容人有身心障礙之情形，致生聽障者筆書交談被制止之情形。為避免再發生前揭情形，矯正署將囑矯正機關加強執勤人員之教育訓練，並落實個別收容人動、靜態情形之交接，以維護聽障收容人自由溝通之權利。

(七)行動不便的障礙收容人缺乏無障礙設施：

- 1、我國矯正機關建築多老舊，且興建年代已逾40、50年，既有空間設計及規劃實與現今理念未盡相符，此外，因收容人別複雜，既有收容空間有限，況超額收容問題亦尚未解決，目前實難以依不同特殊收容人之障礙別，另行規劃完整適於個別障礙收容人之設施與空間。
- 2、考量身心障礙收容人之收容需求及生活照顧，目前各機關均尚能依收容情形規劃並設置基礎無障礙設施以及提供相關輔具供用；而對於行動不便者以及障礙者，亦多收容於病舍或低樓層區域之舍房，以便利其行動。

(八) 諮詢專家學者的意見：

1、現行精神病犯之照顧未能妥適

(1) 據臺灣人權促進會會長翁國彥陳訴，監所及看守所對精神障礙者缺乏認知，相關作為易導致其病情惡化：

- 〈1〉 監所及看守所人員缺乏對身心障礙者之認知與教育訓練，甚至辯護人至看守所要與聽障者溝通，卻遭看守所人員禁止使用筆書交談。管理人員常視身心障礙者為問題製造者，未能體恤其問題所在。
- 〈2〉 監所環境的擁擠不良，特別是醫療資源的不足，而監所內的精神衛生問題，已使心智障礙者在監禁環境內喪失基本權利。
- 〈3〉 看守所將精神障礙者關入獨居房應有規範，避免使其病情惡化。
- 〈4〉 是否收監應考量身心障礙者之障礙情況。
- 〈5〉 Z原本只是人格疾患，卻因為看守所將他長期監禁在高壓的獨居房內，病情急速惡化到接近思覺失調症的程度。
- 〈6〉 實際上看守所對於被告的病情可謂毫無同理心，也對精神疾病的認識非常薄弱。對於Z不斷出現違規行為、與室友產生衝突，完全未察覺可能是精神病情逐漸在惡化中（當然也有可能是明知而有意忽略），只會不斷將Z視為違反紀律的trouble maker，最後再將他丟到對精神狀態威脅最大的獨居房內。對正在接受審判的被告而言，若處於羈押狀態，已經讓他們比一般被告受到更多阻隔，接觸與閱覽卷證、與律師討論、研究案情都受到限制；而一旦他們原有的心智障礙

無法獲得良好治療或控制，反而讓病情惡化，更會直接影響他們獲得有效而公平司法保護的機會，包括實質參與審判、正確理解案情與檢察官指控、有效為自己辯護等權利。

- (2) 矯正機關並非醫院，惟應會以最有限的人力、物力進行努力，精神病犯需穩定的回診治療，才會好轉。
- (3) 監所人員對病犯人權的認識，可能認為病犯裝病，部分研究認為反社會人格占五至九成，就算進行分類，也可能是不精確的。理想上得建構病房模式的狀態，病人同時有監所人員與醫療人員照顧，可考慮重新規劃病犯生活行程，常規設置醫療人員在內，加長心理師輔導時間，與病犯、以及團隊無時無刻的溝通。行為表現如何連結到疾病，需長時間瞭解。有關教育訓練，若只是以上課方式進行，僅會造成監所人員負擔。
- (4) 重罪病患在監所裡都在等待結束生命，精神病患者需要藥物治療、深度心理諮商、職能治療，走向一般生活跟大家相處，目前矯正機構只能提供醫師及心理師等最基本的服務，患者倘併有自殺問題，將長期遭受監視，精神障礙的環境在我國建構不足，國家對此部分尚未重視，在矯正體系、審判體系，就會被擴大，矯正署監獄工作人員不知如何處理，警察亦不知如何處理。
- (5) 有關認知障礙患者，如智能障礙、自閉症等教化，是目前較為缺乏的，從特殊教育學校畢業後，沒有任何資源可以協助他。
- (6) 監獄之環境會讓身心狀態惡化，應平常就不斷評估，惟經費可能無法負擔，還有自閉症、學習

障礙、失智症等症狀。

- (7) 可參考曼德拉公約（規則），提及懲罰部分，監所不得因為精神疾病為理由懲罰受刑人，精神疾病跟違規間的連結，需要監所人員判斷。

2、運用科技協助並參照國外制度進行個案管理

- (1) 美國有20%以上受刑人為精神病患，大多數國家監獄有15%至30%精神病患受刑人。專業人力、心理衛生專業人員應強化。監所精神門診來診人數很多，醫師需要長時間診療，倘有嚴重精神病，應建立病識感，很難有很多時間可以評估，應增加醫療人力。監所內一般戒護人員亦很重要，要靠戒護人員平時的觀察才會轉介，或在健檢時才能察覺。

- (2) 過去20年來，性侵害犯受刑人，人犯結構是最低的，與美國比較，我國在性侵害矯正具有效益，各地設有侵害防治中心，搭配電子腳鐐，倘有再犯之虞，再到培德醫院進行強制治療，性侵害案件與10年前比起來已有控制，毒品犯係目前大宗，有關其刑前觀察、勒戒及治療，目前都在新店戒治所進行。回應黃律師所提，現階段可做的，得引進專業資源，並對新收受刑人做全面性的篩檢，我國的精神病患受刑人目前僅統計有5%至10%，可能有許多黑數。

3、有關監所對精神障礙收容人投入資源

- (1) 受刑人有犯罪紀錄，又無良好的家庭資源，需要社福系統協助，社福系統資源、人力不足，風險高，係目前投注較少的，很難請目前的社福資源幫忙，需要投注更多資源。
- (2) 本院107年12月7日舉辦身心障礙者研討會會議相關論述：

〈1〉「身心障礙者如何獲得平等且有效之司法保護⁶。」

〈2〉「淺論身心障礙者獲得司法保護之內外在障礙限制(CRPD§13)⁷。」

⁶「3.2、監察院可以為障礙者做些什麼？

障礙者人權主流化應該是個主要政策，障礙者獲得司法保護權利是其中一項子政策，請求監察院可以使用上開公約標準去導正及管考政府是否符合公約標準。

3.2.1、行政、立法、司法部門可以怎麼做：

3.2.1.1、教育訓練與實地演練

司法院、法務部、內政部、衛福部等所屬人員，結合身心障礙者及其代表組織，視不同障別、不同環境、不同階段所面臨的需求，如果同意的話，由已經發生過的案件當事人現身說法，來逐一實地演練，找出現行制度與實務上的障礙何在，特別是下列各種情況：

各機關、辦公室等硬體設施，例如建築物出入動線、廁所、休息室、拘留室、監獄、看守所等，是否符合無障礙需求，或是如何依個別障礙者需求提供程序調整，有無訂定標準作業程序。

如何依不同障別需求、搭配案件的不同階段，而提供所需資訊、服務與協助，特別是在例如現有法律規定不足的情況，如何使同樣需要協助的障礙者獲得依CRPD應有的權利。由於公約特別要求要對在（公營或民營）機構、監所內的障礙者提供司法保護的權利，而這些障礙者往往可能受到酷刑、殘忍或不人道處遇或對待，因此，實在有必要就此部分實施高密度的定期或不定期監督。

如何在確認障礙之後，為了排除既有障礙、避免再度出現障礙，主管機關在法律修正以前，適合直接以CRPD為依據，制定、修正標準作業程序、行政規則、函釋、各項工作需知等，以利適用及教育訓練。

4、結論：

4.1、請求總統親自處理障礙者的人權議題，把人權價值講清楚並堅定捍衛。

4.2、請求監察院妥善監督政府落實CRPD。

4.3、請求中央與地方政府將障礙者人權予以主流化，讓障礙者及其代表組織共同參與CRPD的落實與監測。

「障礙者人權主流化應該是個主要政策，障礙者獲得司法保護權利是其中一項子政策，請求監察院可以使用上開公約標準去導正及管考政府是否符合公約標準。」

資料來源：臺灣臺北地方法院法官郭銘禮：「身心障礙者如何獲得平等且有效之司法保護(CRPD第13條)」，頁90-95，監察院107年身心障礙者研討會會議手冊，107年12月7日。

⁷「三、實體上障礙(Physical barriers)-無障礙設施與訴訟上相應通用設計輔助用具、輔助人員的提供：

(一) 無障礙設施的提供

※依據身心障礙者權益保障法第57條、建築技術規則第10章（無障礙建築物，167條以下）及建築物無障礙設施設計規範，就無障礙設施之設置、規格標準訂有規定，故現行法院或檢察署或其他廣義司法體系機關，亦應於符合合理調整及通用設計的規範下，建立相對應之無障礙設施。

參、結論-宜促成CRPD應與我國法律制度之雙邊平衡，於符合身心障礙者之權利保護同時，亦不致公私益之失衡：

而相關機關亦應在符合CRPD合理調整、適齡與程序調整暨通用設計之基礎，並符合本國憲法暨相關法令規範的大原則下，於預算、人力的困境之下，盡最大努力嘗試使身心障礙者之司法保護，獲得更大保障，方為CRPD施行法之立法本旨。」

資料來源：監察委員楊芳婉：「淺論身心障礙者獲得司法保護之內外在障礙限制(CRPD§13)」，頁96-103，監察院107年身心障礙者研討會會議手冊，107年12月7日。

〈3〉「身心障礙者之融合且有品質之教育權（CRPD第24條）⁸。」

〈4〉「CRPD第13條身心障礙者如何獲得平等且有效之司法保護。⁹」

⁸ 「CRPD將『合理調整』與『基於身心障礙之歧視』加以連結，課以國家保護義務，回應身心障礙者於具體個案中之合理調整請求權。」

資料來源：國立中正大學法律學系教授兼台灣法律資訊中心主任施慧玲：「身心障礙者之融合且有品質之教育權（CRPD第24條）」，頁135，監察院107年身心障礙者研討會會議手冊，107年12月7日。

⁹ 「我國監所環境的擁擠、惡劣與不良，長期遭人詬病，特別是醫療資源的貧乏不足，迭有爆發大規模皮膚病傳染的疫情；而監所內的精神衛生問題，更是其中最黑暗的一環，也就影響心智障礙者在監禁環境內的ICCPR與CRPD等基本權利，能否真正落實。

我個人幾年前實際承辦震驚社會、喧騰一時的臺南「湯姆熊割喉殺人案」，協助這位具有精神障礙的被告進行辯護，直到法院判處無期徒刑定讞為止。該位被告Z在犯案後遭到羈押前，就已經有相當長的精神病史與就診紀錄，但也因為精神疾病的關係，讓他無法配合監所內的生活作息，不斷被管理人員認定違規、故意找麻煩，最後在一審審理中段，被看守所關到獨居房內。不幸的是，他的個性與精神疾病，也因為長期關在獨居房內的關係，很快地急速惡化，到一審宣判後、上訴二審時，已經到了無法與外界溝通的程度，更無法實質參與二審的審判。後來二審法院囑託精神醫療機構對Z進行精神鑑定，更直接指出Z原本只是人格疾患，卻因為看守所將他長期監禁在高壓的獨居房內，病情急速惡化到接近思覺失調症的程度。好在二審法院相對重視被告在監所內的精神衛生問題，正式發文提醒看守所必須注意被告病情、不要再持續關押在獨居房內，才讓Z的精神狀況稍稍回穩。

在此一案件中，因為法院發文調閱Z在看守所內的生活作息紀錄，我們才能一窺目前監所是如何對待一位涉及重大刑事案件的精神病人。實際上看守所對於被告的病情可謂毫無同理心，也對精神疾病的認識非常薄弱。對於Z不斷出現違規行為、與室友產生衝突，完全未察覺可能是精神病情逐漸在惡化中（當然也有可能是明知而有意忽略），只會不斷將Z視為違反紀律的trouble maker，最後再將他丟到對精神狀態威脅最大的獨居房內。對正在接受審判的被告而言，若處於羈押狀態，已經讓他們比一般被告受到更多阻隔，接觸與閱覽卷證、與律師討論、研究案情都受到限制；而一旦他們原有的心智障礙無法獲得良好治療或控制，反而讓病情惡化，更會直接影響他們獲得有效而公平司法保護的機會，包括實質參與審判、正確理解案情與檢察官指控、有效為自己辯護等權利。就此，郭法官指出國家應針對獄政人員實施訓練並提升意識，讓他們有能力落實障礙者受到CRPD保護的權利，當然是正確的處理方向之一。

從最後這個案件中，我也想要特別提出需要大家思考的一個問題：要讓身心障礙者獲得平等有效的司法保護，我們需要的究竟是「蘿蔔」（透過教育訓練與獎勵，鼓勵公務人員落實CRPD第13條的精神）？還是「棒子」（針對執行公權力違反CRPD的機關、人員進行監督、糾正甚至懲處）？心智障礙者在司法程序中遭到歧視、霸凌、汙名化與當作代罪羔羊，相關案例早已血淚斑斑、成篇疊牘，反映的只是人的惡性與惰性：法院若不落實證據禁止、排除檢警以不法方式取得的證據，只會容許檢警繼續抱持投機、僥倖心理，大膽嘗試違法蒐證；同樣地，若徒有獎勵，卻不去揪出執行公務時嚴重違反CRPD、侵犯身心障礙者權益、惡意進行歧視的公務人員，就一定還是會有身心障礙者無法在程序中獲得平等有效的司法保護。」

資料來源：臺灣人權促進會會長翁國彥：「CRPD第13條身心障礙者如何獲得平等且有效之司法保護。」，頁1-5，監察院107年身心障礙者研討會會議手冊，107年12月7日。

〈5〉臺灣人權促進會會長翁國彥：「CRPD第13條身心障礙者如何獲得平等且有效之司法保護。」¹⁰

(九)本案之檢討及策進作為：

- 1、精神鑑定於刑事方面之用途，主要為鑑定刑事案件被告犯行當時之精神狀態（有無責任能力），其中可能探討至被告之精神病史，可能得協助了解被告病情。惟精神病鑑定資料為法院判決使用之專業資料，實際仍需由精神科醫師判讀與治療為宜。
- 2、經電詢司法院，目前鑑定資料尚無建立資訊系統，僅有書面資料，難以數位化方式介接至獄政系統。如司法院願提供精神病犯鑑定報告，且提供此報告符合個人資料保護法相關規定。矯正機關可於監內看診時，提供醫師參考。
- 3、為維護矯正機關之安全及秩序，並達成監獄行刑矯治處遇之目的，同時兼顧身心障礙收容人平等不受歧視、無障礙、有效參與、機會均等等權利，法務部研修監獄行刑法及羈押法修正草案（下稱修正草案）第一章總則參照身心障礙者權利公約第2條、第9條規定，制定機關應保障身心障礙收容人無障礙權益，並採取適當措施為合理調整之規定。所稱「無障礙」屬整

¹⁰ 具有精神障礙的被告進行辯護，直到法院判處無期徒刑定讞為止。該位被告Z在犯案後遭到羈押前，就已經有相當長的精神病史與就診紀錄，但也因為精神疾病的關係，讓他無法配合監所內的生活作息，**不斷被管理人員認定違規、故意找麻煩**，最後在一審審理中段，**被看守所關到獨居房內**。而一旦他們原有的心智障礙無法獲得良好治療或控制，反而讓病情惡化，更會直接影響他們獲得有效而公平司法保護的機會，包括實質參與審判、正確理解案情與檢察官指控、有效為自己辯護等權利。就此，郭法官指出**國家應針對獄政人員實施訓練並提升意識，讓他們有能力落實障礙者受到CRPD保護的權利，當然是正確的處理方向之一**。

資料來源：臺灣人權促進會會長翁國彥：「CRPD第13條身心障礙者如何獲得平等且有效之司法保護。」，頁1-5，監察院107年身心障礙者研討會會議手冊，107年12月7日。

體之規劃，「合理調整」指根據收容個別需求，於不造成機關過度或不當負擔之情況下進行必要及適當之修改與調整，包括設備設施、處遇、管理內容或程序、流程調整。

4、除身心障礙收容人之無障礙權益及合理調整外，本次修正草案亦就收容人人身自由等權利之限制、禁止事項訂定更周延完善之程序，以下分述：

- (1) 有關施用戒具部分，明訂施用戒具不得作為懲罰之方法、戒具種類、施用時限及陳報程序、安排醫事人員評估身心狀況等規範。
- (2) 有關獨居監禁部分，考量獨居監禁實際執行上可能有伴隨單獨監禁之現象，爰於修正草案明定監獄不得對受刑人施以逾15日之單獨監禁、15日以內之單獨監禁仍應由醫事人員持續評估受刑人身心健康狀況，醫事人員認為不適宜繼續單獨監禁者，應停止之，並規定相關備查程序。
- (3) 有關違規懲罰部分，明訂無法律規定不得施以懲罰、同一事件不得重複懲罰，並酌修懲罰之種類，刪除停止接見、停止戶外活動等懲罰項目。

(十)綜合所得：

- 1、我國矯正機關之建築均屬老舊，空間配置亦不符合現代行刑觀念，復因目前我國矯正機關仍超額收容，使收容空間受壓縮，致監所環境的擁擠不良，亟待主管機關重視。
- 2、認知障礙，是一種腦部的疾病，通常患者的記憶、理解、語言、學習、計算和判斷能力都會受影響，部分且會有情緒、行為及感覺等方侷的變化，嚴重的甚至喪失自理生活能力。矯正機關管教人員因對認知障礙症未具專業知能，僅能於收

容人出現異常或脫序行為時（如溝通困難、情緒抑鬱、焦慮不安、性格的改變、妄想、幻覺等精神問題或咒罵他人、擾亂秩序、隨地便溺、暴力等脫序行為時）適時轉介，但對收容人這些脫序行為時，因難辨真偽，僅能依所規處理，但往往令管教人員感到無措及壓力。爰此，法務部允應重視現行監所人員缺乏對身心障礙者之認知與教育訓練，以提升戒護管理知能；另醫療資源不足，亦應謀求解決。

3、監所將精神障礙者關入獨居房應有規範，避免使其病情惡化。監獄行刑法及羈押法修正草案明定監獄不得對受刑人施以逾15日之單獨監禁，應儘速促使完成立法程序。

4、根據法監獄行刑法施行細則第26條規定，查105年至107年各矯正機關辦理和緩處遇調查表，入監時攜帶身心障礙證明人數3年分別為813人、2,175人、3,403人，受到和緩處遇人數3年則分別為138人、191人、265人，比率16.97%、8.78%、7.79%，呈逐年下降趨勢。法務部允應積極評估身心障礙收容人辦理和緩處遇之現況，以符CRPD意旨。

(十一)綜上，自107年7月24日法務部的統計資料，全國51個監所共有2,674位身心障礙收容人，其中心智障礙1,130人，神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能障礙1,042人，107年8月診斷為精神病有2,842人。目前監所設備老舊，超收嚴重，缺乏無障礙環境及設施，對於肢體及感官障礙者，限制活動範圍在療養房或病舍，且未能提供聽障者溝通協助，對於認知障礙者缺乏協助資源；由於精神醫療團隊人力缺乏，非但無法協助精神障礙者復健，監所的環境

境反讓其身心狀態惡化，而管理人員無法分辨其病情變化，常被視為違抗規範遭到違紀處分，甚至單獨監禁、使用戒具，嚴重違反CRPD第14條、第15條及禁止酷刑及其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰公約等相關規定。

二、疑似精神障礙者在司法偵辦審理期間，並未都經過精神鑑定；在監所收容後亦缺乏專職心理師精神鑑測評估並分類，無法立即分辨收容人的精神症狀，急性期才轉送矯正署臺中監獄附設培德醫院，造成管理人員戒護及照顧的壓力。且監所精神醫療資源有限，多僅有藥物治療，對病情治療、復歸社會無積極功能。學者建議參採國外做法，設專責醫院，法務部和衛福部允應積極面對，妥善評估；對於不能自理生活確實符合拒絕收監之身心障礙者，亦應督導所屬各檢察機關依法落實執行，以減輕監所負擔：

(一)相關法令

1、中華民國刑法

(1) 第18條規定：

未滿十四歲人之行為，不罰。

十四歲以上未滿十八歲人之行為，得減輕其刑。

滿八十歲人之行為，得減輕其刑。

(2) 第19條規定：

行為時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，不罰。

行為時因前項之原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，得減輕其刑。

2、監獄行刑法第11條第1項規定：「受刑人入監時，應行健康檢查；有下列情形之一者，應拒絕收監：1、心神喪失或現罹疾病，因執行而

有喪生之虞。……。4、衰老、身心障礙，不能自理生活。」；同條第2項規定：「前項被拒絕收監者，應由檢察官斟酌情形，送交醫院、監護人或其他適當處所。」同法第56條規定：「受刑人心神喪失時，移送於精神病院，或其他監護處所。」同法第58條第1項規定：「受刑人現罹疾病，在監內不能為適當之醫治者，得斟酌情形，報請監督機關許可保外醫治或移送病監或醫院。」

3、監獄行刑法施行細則

- (1) 第10條規定：「受刑人入監時之收監程序如左：……3、實施健康檢查……。」
- (2) 第11條第1項規定：「受刑人入監時，如無指揮執行書，應拒絕收監。」
- (3) 第12條第1項規定：「監獄監禁之受刑人，以該管法院檢察署檢察官指揮執行者為限。其他地區檢察署檢察官移送者，應經法務部核准或法令另有規定，始得收監執行。」
- (4) 第15條規定：「本法第11條第1項第1款所稱心神喪失，指精神發生障礙，對於外界事務全然缺乏知覺、理解及判斷作用，無自由決定意思之能力者而言。」
- (5) 第26條規定：「依本法第20條第3項得為和緩處遇者，以下列受刑人為限：1、患有疾病經醫師證明須長期療養者。2、心神喪失、精神耗弱或智能低下者。3、衰老、身心障礙、行動不便或不能自理生活者。4、懷胎或分娩未滿二月者。5、依調查分類之結果認為有和緩處遇之必要者。……」
- (6) 第27條規定：「前條受刑人之和緩處遇，依左列方法為之：一、教化……二、作業……三、監

禁……四、接見及通信……五、給養……六、編級……。」

4、受刑人調查分類辦法第3條規定：

對受刑人之分類，應依其身心狀態定其戒護管理方法，性向技能定其作業科別，知識程度定其教育班次，並按個別情形為左列之區分：

一、第一類：生理或心理欠健全者。

二、第二類：智力特別低下者。

三、第三類：道德觀念特別薄弱者。

四、第四類：不屬於前三類之情形者。

關於受刑人平時在監之起居活動，應參酌前項分類為適當之管理。……

5、聯合國囚犯待遇最低限度標準規則（曼德拉規則）

(1) 第87條規定：「刑期完畢以前，宜採取必要步驟，確保囚犯逐漸恢復正常社會生活。按具體情形，可在同一監獄或另一適當監所內制定出獄前的辦法，亦可在某種監督下實行假釋，來達到此目的；但監督不可委之於警察，而應與社會援助有效結合。」

(2) 第89條第1項規定：「要實現以上原則，需要對囚犯施以個性化待遇，並因此需要制訂富有彈性的囚犯分組制度。所以，宜把各組囚犯分配到適於實行各組不同待遇的不同監獄中去。」

(二)有關「是否適於收監的評估」議題

1、諮詢學者建言

(1) 關於行為問題之精神鑑定，在歐盟國家，為了安全及健康問題，在入監有評估機制，原就有診斷的人，如果是強制性之評估，也是要詢問收容人心理狀態是否瞭解，歐洲有些國家會嚴格執

行。矯正署也有初評，無法詳盡攸關人力不足問題。

- (2) 精神疾病很廣，基本上依刑法第19條判決就不應該送監獄，很有可能是判決的時候不願意送鑑定或沒有辯護人等情形，然後在監所內發病，有關認知障礙（包括精神障礙、智力障礙、學習障礙、注意力欠缺過動障礙、自閉症、失智症等）之症狀，相對適當之鑑測篩選評估（表格式問卷）機制、診療方式，比較高檔的監所每週安排2個半天的身心科，請監所附近的醫生到監所，矯正署目前只有1個醫生。
- (3) 刑法第87、19條之情形，以第19條判決的不多，法院表示這是行為當時的狀態，他們就是硬要把病人抓進去關，明明就是精神病人，結果卻不能刑後監護。很多精神病患在刑事審判過程，變成精神病犯，到底是精神病患還是精神病犯。
- 〈1〉培德病監有一小部分精神病床，規劃有129床，目前收容數為85床培德病監有一小部分精神病床，規劃有129床，目前收容數為85床。
- 〈2〉日本在2003年通過醫療處遇及監護法，在70年代，主張病人權益，反精神醫療，回歸社區去機構化。逮捕嫌犯之後，檢察官進行起訴前精神鑑定，判斷是否符合要件。
- 〈3〉如果確定是刑法第19條規定之情形，無論是減刑或是其他情形，還是要啟動監護法第87條之程序，再進入審理小組，日本有3個標準，要符合監護法：一是現在的精神狀況；二是可治療性；三是再犯危險性。
- (4) 對於為何不先將個案治療好後再入監執行，醫

院可能會表示沒有戒護人力，會認為矯正署是較為安全的。

- (5) 基層檢察官遭遇的問題是，要做精神鑑定很難，偵查中欲進行鑑定須簽到高檢署，會有經費的問題，法院只要有做精神鑑定，基於社會輿論考量，假設法院依刑法第19條規定判決，檢方則會予以尊重。
- (6) 解決方式可朝建立刑事精神障礙之處遇機構方向進行。有關刑事精神衛生處遇、精神衛生法庭等，人人都想做但沒有人想接這業務，監護宣告、輔助宣告、受刑能力等，在國外是分別處理的，有專庭、社區個案管理師進行合作，司法人員亦需進行受訓，精神障礙及物質濫用之分流，建議不要分到重刑，目前證明是有成效的，目前我國較少將眼光放在此部分。

2、詢問法務部之說明

- (1) 有關矯正機關辦理拒絕收監之相關規定、實際辦理情形、執行之困境及策進作為。

按監獄行刑法第11條規定，受刑人於健康檢查後，經監獄評估認有符合監獄行刑法第11條第1項所列「一、心神喪失或現罹疾病，因執行而有喪生之虞。二、懷胎5月以上或分娩未滿2月。三、罹急性傳染病。四、衰老、身心障礙，不能自理生活。」情形時，即由矯正機關辦理拒絕收監，此部分係屬矯正機關審酌辦理，矯正機關認有辦理拒絕收監之必要時，即通知指揮執行之檢察官，續由檢察官辦理後續送交醫院、送交監護人、適當處所等作業，近3年拒絕收監人數列如下表：

表8 近3年拒絕收監人數統計一覽表

年度	依第11條第1項第1款規定辦理拒絕收監人數	依第11條第1項第2款規定辦理拒絕收監人數	依第11條第1項第3款規定辦理拒絕收監人數	依第11條第1項第4款規定辦理拒絕收監人數	總人數
105年	208	13	1	58	280
106年	227	13	4	60	304
107年	188	12	0	53	253

資料來源：法務部108年7月1日約詢書面說明資料。

近3年拒絕收監人數中，106年最高，計有304名收容人遭拒絕收監，次為105年之280名、107年之253名。

(2) 現行矯正機關辦理拒絕收監之實際辦理情形為何、執行之困境及策進作為。

〈1〉拒絕收監係按監獄行刑法第11條規定，於健康檢查後，受刑人經監獄評估認有符合監獄行刑法第11條第1項所列各款情形之一時，即辦理拒絕收監，經監獄拒絕收監者另由檢察官斟酌情形送交醫院、監護人或其他適當處所，爰無監獄辦理拒絕收監後，仍須進行收監之情形，亦無無法拒絕仍須收監之人數統計。

〈2〉受刑人之健康檢查係依監獄行刑法、監獄行刑法施行細則及全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法之規定辦理，由醫師進行受刑人之健康檢查，倘於監內不能為適當檢查時，由矯正機關依醫囑安排至醫院進行，執行尚無窒礙難行之處，矯正署所屬各矯正機關將持續依照相關規定，辦理受刑人拒絕收監事宜。

(三)本院赴各監所履勘發現之困境：

- 1、患有思覺失調症之收容人如無服藥意願，無法強迫其服藥，倘有拒絕就醫情形，更易導致病情惡化。
- 2、患有AIDS（後天免疫缺乏症候群）、精神疾病……等之收容人，亟需要陪伴與心理輔導。
- 3、監所精神科之性侵犯之輔導功能，包括個別心理治療及團體心理治療作為亦極待加強。
- 4、監所精神科用藥與收容人入監服刑前用藥不同，產生反應變慢、嗜睡等不適應情形。

（四）「關於對新收監的收容人進行篩檢、診療及分類」
諮詢專家學者意見

- 1、目前針對新收犯，並不會進行心理測驗，惟會留意是否領有身心障礙證明，監所將進行妥善的安排，或經過一段時間，發現收容人異常疑似有精神疾病，再進行後續處理，精神病犯病並不會有刑罰感，有必要將安排外醫至精神科看診。有關精神病專監，臺北監獄桃園分監專收女性精神病患，臺中監獄培德院區收容各監獄送來之重症病犯，一般監獄收容精神病犯係屬常態性，屬服用藥物可以控制之病犯。
- 2、現在監所對認知障礙的各種患者，並未分類，極少數會依不同障礙別而購買相對應的心理測驗工具，較多為魏氏成人智力量表、自陳式之量表，如：BDI、BAI等，極少對受刑人，進行適配之測驗原因為：缺乏心理師施測（各監所最多2名專職心理師，多以行政業務為主），心理測驗需花費時間、人力，以目前的狀況幾乎不可能對身心障礙之受刑人進行鑑測篩選評估。
- 3、無專職心理師，僅有教誨師，相關測驗業務由

衛生科負責，少數由科員負責，無法應付目前超過一千人以上之收容者，因此，極少進行鑑測評估。所有的心理測驗非由心理師處理，而是調查科處理，通常只做興趣量表及瑞文氏測驗，用以篩選能在工場工作之受刑人。

(五) 「監獄的精神醫療團隊資源」諮詢專家學者意見

- 1、矯正機關會進行新收健康檢查，後續安排門診治療，長刑期、高風險、自述精神疾病、領有身心障礙證明者，篩選後就醫將造冊列管，有關就醫、用藥、突發狀況，都有醫生進行看診，配合服藥或送外醫，102年矯正機關配合二代健保實施，矯正機關與醫院進行合作，精神科醫師都是醫院的精神科醫師，考量收容人需求，特殊的診別、科別，將會與健保署進行協調開設，儘量控制在1診次30至40位，配合醫生時間、專業，對病人進行診斷、諮商。矯正機關並非醫院，惟將會以最有限的人力、物力進行努力，精神病犯需穩定的回診治療，才會好轉。王○○案係未進行穩定治療，且未定時服藥導致病情惡化，目前在矯正機關除安排醫師看診外，另已對渠輔導18次，在監獄作息正常，病況好轉，精神病雖無痊癒之說法，惟目前經穩定回診及規律服藥已穩定許多。
- 2、心理師完全與測驗無緣，長官多要求其去處理性侵及家暴受刑人，身心障礙受刑人在此皆是完全被忽略的，精神疾病受刑人最後是無一技之長的，在監所不可能受到任何訓練，受刑人有認知上的障礙。建議法務部可建構簡單的測驗，瞭解受刑人是否有認知或智能不足的障礙，監所人員認為測驗工具的使用上是有困難

的。

3、有關個案評估及矯治輔導資源之銜接

- (1) 監所會依所需服務招募心理師，評估病犯犯罪行為，心理師受邀進行協助（類似徵才訊息），惟並無法參與個案評估。
- (2) 透過心理師公會或心理師直接接到，通常是專案執行，較為偏向監所需要的東西，非個案需要的東西。
- (3) 精神障礙病犯矯治、治療，目前缺乏連貫的協助，造成資源的斷裂。
- (4) 如果妄想症狀還在，除了服藥之外，大概都沒有其他處遇方式；到病舍通常是急性發作，也都還要猶豫，因為還有其他症狀的病人，很少受刑人能轉到培德監獄，急性發作後監所人員才會找到有合約的醫院，醫生會診斷、開藥給他服藥，如果干擾到其他受刑人才轉到病舍。
- (5) 躁鬱症、邊緣性人格違常、反社會人格也不是藥物能控制的，是人格的問題。宜蘭監獄資源已經算蠻多的，配置2位專職心理師還不錯。建議可以有一些宗教團體、音樂治療、舞蹈治療等資源配合，才符合實需。
- (6) 專業人員能用的手段極少，因精神病人的量太多了，1個診可能有上百位病人，後續處理也要看委外單位是否有資源可以帶進來，將標案做的完整一點，包括提供心理測驗等，後續也需要做協調與溝通。有關認知障礙，在監所中受刑人可能發病或隱藏的人沒有被發現，可能有學習障礙、注意力缺陷、過動症、自閉症等受刑人，「發展性疾病」在診斷上需要花一點時間才能做的完整，有些病人可能會重複某些行為，例如暴力等，事

實上是一個契機，假如在監所的人能夠觀察到行為模式固定，而且不太像一般人的反應，可以有一些觀察或記錄之後送到醫護所做一些評估。

4、精神病患也很少到培德醫院進行治療。目前矯正機構只能提供醫師及心理師等最基本的服務，有關刑事精神衛生處遇、精神衛生法庭等，人人都想做但沒有人想接這業務。

(六)「國外治療精神障礙收容人現況」諮詢專家學者意見

1、依世界衛生組織（World Health Organization）所發表監獄健康報告書可知，監獄及公共衛生改革者認為將獄政醫療與公共衛生連結還不夠，而主張應該把監獄健康照護交由國家一般健康照護體系來負責。此外，我國分別於102年及106年曾進行2次兩公約國際審查，2次之結論性意見（60點及66點）均提及將收容人醫療責任移交至衛生福利部，改善矯正機關衛生服務。爰如有設立專門醫院之政策方向，為加強醫療量能，建議由衛福部主責辦理，於醫療機構中擴大設置戒護病房，毋須將矯正機關之醫療獨立於社區醫療系統。

2、以國外為例，有專責處遇處所，專門做治療，並非做處罰，沒有經過治療及進行矯正較為困難，鑑定後到審判前，我國並未有專責處理單位，分散在所有監獄裡面就會有很大的障礙，以目前監所情形，重刑犯、輕刑犯等所有精神病人，公共危險罪、竊盜犯、傷害罪受刑人亦可能有精神疾病，服刑期間亦可能因適應、受欺負等問題發病，是需要精神醫療來處理的，現在標案或委外辦理，有專業人員到監所服

- 務，醫療機構到監所做處遇的話，是一個機會。
- 3、監所內的處遇情形，WHO有嚴格的要求，醫療是基本人權，監所內受刑人應有與所外人員享有相同之醫療處置，如果不是坐牢，應轉到司法醫院或教養院等處所，這是基本人權，聯合國表示，戒治所是違反人權的，會造成更不理想的情形。
 - 4、身心科是很麻煩的，只看門診是沒有辦法的，日本有喜連川，喜連川就是老的、長期的，與社區精神醫療配合，過去的資源一半是用在受刑人身上，一半是用在一般，社區就不會反對，日本有4個社會復歸中心，大家都去山口縣參觀，民營監獄規劃有社會復歸中心，法務部亦有派人參訪過。
 - 5、在1970年代前，有很多精神病患醫院陸續關閉，後續監獄的受刑人數開始成長、擁擠，承接了以前精神病患的部分，監獄的功能不只有矯正，還有保衛社區，我國監獄行刑法第1條，是要讓受刑人回歸社會，精神疾病者對矯正署來說是麻煩製造者，惟相對美國（30%），我國精神病患比率不高（5%至10%），中部有培德醫院，北部、南部則無相關資源，檢察官、法官無相關知識，監所管理員雖有進行相關訓練，倘有精神病患受刑人，亦僅能進行隔離。
 - 6、也可到德國進行參訪，德國的精神醫療、人道處遇，可進行借鏡，矯正署人力困難部分除醫師外，監所裡面社工、心理師不足，醫療處遇模式也有差異、無法提供完整輔導。至於精神科的用藥，也曾擔心病人藏藥，這之前曾到矯正署報告過。德國對於犯人不得監禁超過睡眠

時間。醫院目前有保護室不得關超過8小時之規定。

- 7、有關社區強制治療部分，衛生福利部已有進行推動，國外同樣的模式不可能搬到某個國家就有用，有關錢、經費、人力問題，美國的ACT模式，搬到英國也不一定能用，衛福部目前終於有要成立這種小組。在新北市也有緊急介入的狀況，礙於精神衛生法規定，被強制狀況較少發生，社區強制治療人數非常少。
- 8、有關困難治療之個案，美國研究有1.2%是反社會人格者，無同理心，唯一能做的是後天引導，教育非常重要，應及早治療（學齡前就要治療），提供正向教育，當前監所制度是一大規模人體試驗（社會學實驗）場所。
- 9、暴力的監獄受刑人出獄後仍會有暴力傾向，挪威與美國監獄之比較即有落差。美國的戒毒所一天要3,000元美金，規格才與挪威的監獄相似。負面東西可能引發負面能量，美國食用毒品或賣淫等輕罪，起訴後將先做治療，有做與沒做有很大的差別，再犯罪機率降低40%，進行團體治療後，減少監所負擔。監所內的處遇情形，WHO有嚴格的要求，醫療是基本人權。

（七）其他本案諮詢專家學者意見重點摘要：

- 1、有關設立身心障礙收容人專責醫院（病監）
 - （1）衛生福利部抗拒的原因是因為沒有戒護人力，以日本為例，係以保全公司配合，如朝此方向規劃，應有辦法進行。我國監獄行刑法第1條，是要讓受刑人回歸社會，精神疾病者對矯正署來說是麻煩製造者，惟相對美國（30%），我國精神病患比率不高（5%至10%），中部有培德醫院，

北部、南部則無相關資源，檢察官、法官無相關知識，監所管理員雖有進行相關訓練，倘有精神病患受刑人，亦僅能進行隔離。」

- (2) 國外制度重要的精神，應該是有專責處理單位、分流、環境設施人性化等特徵，建議本案可增加專業人員，假設專業人員無法增加，在委外方案可增加一些項目（治療等），輕、重症亦應分流，在某一時間集中，最好是有專責單位處理，但涉及刑期、移監等問題，回歸社區後有無更好的社會防護網，假設沒辦法改變，應該有外控的力量可以將受刑人框住，不要讓他再犯，醫療是一過程，終究是要回到社區。
- (3) 監所的壓力也會小很多，對付猛獸要給他很好的環境，否則連馴獸師都會被咬。精神科醫療臺灣是做得非常好的，建議有好的措施鼓勵醫院進行此項工作。
- (4) 國立臺灣大學社會工作學系吳慧菁教授表示，病監的事情講了很多年，從我剛回國就開始講，北、中、南都要做，最後只有一個培德分監。一定要有專業的人做評估。有精神疾病患者，法務部與衛生福利部應一起合作。今天談的議題，衛生福利部本應一起合作。許多更生人表示，外界的要求跟監所內的要求（就業）是不一樣的。」
- (5) 應轉為醫院系統，由醫院進行處置。
- (6) 在精神科治療上有不同的專業，醫師、護理師、心理師、職能治療師等每天進行開會，對住院中之個案進行病況的討論，例如由社工師（家庭）、心理師（心理輔導）、醫師（藥物治療）等進行不同面向治療的進行。每位主治醫師團隊都有這5種職業的人員組成，由成人精神科負責，決

定個案是否立即進行治療，或後續再進行治療（例如有法定傳染病者）。

(7) 監所病舍並非專為精神病人設置，精神病人很嚴重才會轉進去，也有可能是裝病，急性期要有保護性的環境

2、有關重刑犯及高危險精神病犯精神鑑定

(1) 有關重刑犯鑑定、處遇、審判等會令人有些憂心，目前的法務體系，希望對受刑人有矯治可能，矯治就是改變，與精神醫療有點像，要改變一個人是非常困難的事情，社會復歸就是用一個結構讓他不要再犯，一個病人只要住院，一定會瞭解住院原因，經過評估、診斷、治療後，希望之後不要再發生這樣的事情，這是有難度的，剛開始很難預估是否再犯，治療係一連續性過程，可能用居家治療或其他方式防止再犯，受刑人除非死刑定讞，否則終將回歸社會，精神病人、認知障礙，將影響他的矯治。

(2) 自閉症等認知障礙，做了教育與訓練也聽不懂，無法吸收、內化做改變。一個犯案的人，重刑犯是我們最關注的，因為他危險性高，有時候他的犯案行為太詭異、超乎常人行為，故做精神鑑定，假如有精神疾病，希望能夠分流。

(3) 刑法第87、19條之情形，以第19條判決的不多，法院表示這是行為當時的狀態，他們就是硬要把病人抓進去關，明明就是精神病人，結果卻不能刑後監護。很多精神病患在刑事審判過程，變成精神病犯。

〈1〉培德病監有一小部分精神病床，規劃有129床，目前收容數為85床培德病監有一小部分精神病床，規劃有129床，目前收容數為85

床。

- 〈2〉日本在2003年通過醫療處遇及監護法，在70年代，主張病人權益，反精神醫療，回歸社區去機構化。逮捕嫌犯之後，檢察官進行起訴前精神鑑定，判斷是否符合要件。
- 〈3〉如果確定是刑法第19條規定之情形，無論是減刑或是其他情形，還是要啟動監護法第87條之程序，再進入審理小組，日本有3個標準，要符合監護法：一是現在的精神狀況；二是可治療性；三是再犯危險性。
- 〈4〉進入到監護處分審查小組前大約有百分之六十是強制住院，另有百分之十六左右是強制社區治療，另外有百分之十七左右是不付處遇治療，不付處遇的理由，包括智能障礙等，因不符合3個要件可治療性的人很多，還有反社會人格，都會排除，所以比例算是蠻高的，有關資源的問題，我國矯正預算，每一年每一個人醫療經費，本人預估是16萬，矯正署預估是19萬，日本採行此制度後，每年每人預算是570萬臺幣。
- 〈5〉日本經費涵蓋強制住院、強制社區治療，至2013年止監護處分強制住院處所有30多所，每處所大約5床至66床。
- 〈6〉強制住院治療每個社區幾乎都有處所。
- 〈7〉刑法第19條第1項、第2項規定沒有配套，社會產生誤解。

(八)詢據法務部¹¹及衛生福利部¹²對相關議題之說明：

1、法務部對設立身心障礙收容人專責醫院（病

¹¹ 法務部107年7月1日約詢書面說明資料。

¹² 衛生福利部108年8月16日衛授家字第1080701191號函。

監)，或將玉里療養院改制為身心障礙收容人專責醫院之看法。

- (1) 收容人納保後，集中醫療資源之需求已明顯降低，如係因身體器官所致之障礙，其障礙所致之損害非醫療所能回復，其對於醫療之需求性多係求穩定回診。於精神障礙部分，目前罹患精神疾病之收容人，得由機關協助安排精神科評估、診治，依醫囑服藥控制病情，並視病情追蹤看診、戒送外醫。另病情需密集觀察者，可經評估後移送至精神病醫療專區，亦得循健保機制評估調整門診科別。目前各矯正機關均得視收容對象之實際需要，提供其所需之醫療服務，爰尚無設立專責病監之需求。
- (2) 收容人納入全民健康保險後，各矯正機關均得使用當地之醫療資源，就醫療部分已降低專區收容集中處遇之依賴性，現行尚無設立專責醫院之需求。

2、衛生福利部對設立身心障礙收容人專責醫院（病監），或將玉里療養院改制為身心障礙收容人專責醫院之看法。

設立身心障礙收容人專責醫院涉法務部政策決定，如經評估有需增設專責醫院，本部將修正醫療機構設置標準，依法務部規劃之方向及提供內容，增訂「身心障礙收容人醫院」及設置標準。

3、現行監所對身心狀況異常收容人之鑑測、篩選、評估等辦理情形及策進作為。

現行矯正署所屬各機關對於新入監收容人於新收調查時，即進行心理健康篩檢，對於長刑期或高風險個案（如罹患精神疾病、長期罹病、家逢變

故、違規考核等)則至少每半年或認有必要時隨時施測簡氏健康量表。

4、法務部對於介接衛生福利部相關資料至矯正機關之獄政系統，有利矯正機關及早掌握受刑人之精神病情議題及策進作為為何。

(1) 經電詢衛生福利部，其精神照護系統僅就法務部認為需追蹤列管之精神病患者(例如有自傷、傷人之虞)建立相關資料，目前列案人數約14萬名，並非所有精神科門診紀錄均於系統列管。

(2) 矯正機關對於新入矯正機關收容人於新收調查時即進行心理健康篩檢，並詢問其健康情形，原則上於新收調查時已能掌握收容人之病情。惟少數收容人如刻意隱瞞，則難以得知其病情。如介接精神照護系統，或可得知前揭收容人是否有精神病診斷情況，並及早安排其精神科門診。

(九)法務部對於監獄之拒絕收監未作出更清楚的函釋、更具體的認定標準、更嚴謹的認定程序及更有效的督查機制，致使各矯正機關之拒絕收監認定標準及程序寬嚴不一；對於檢察官之後續處理未建立客觀審酌標準及訂立標準作業程序，亦無有效之稽核管考機制，致使各地檢署檢察官後續處理作法不一，形成執法一大漏洞，嚴重打擊司法威信，均有違失

¹³。

三、矯正機關對收容人具身心障礙者，未善盡查詢病史權責，進而予以詳細分類並提供合理調整；入監前之醫療病歷未有轉介機制，司法審查階段之精神鑑定資料亦未確實轉銜至監所，以致未能及時和緩處遇，迄至病發始能發現收容人患精神疾病，與身心障礙者權利

¹³ 監察院100年1月12日，100司正0001號糾正案，資料來源：<https://www.cy.gov.tw/sp.asp?xdURL=./di/RSS/detail.asp&ctNode=871&mp=1&no=3326>

公約及我國人權報告等相關規範意旨有悖，洵有未當：

(一)身心障礙者權利公約(CRPD)第14條第2項規定：「締約國應確保，於任何過程中被剝奪自由之身心障礙者，在與其他人平等基礎上，有權獲得國際人權法規定之保障，並應享有符合本公約宗旨及原則之待遇，包括提供合理之對待。」針對CRPD我國人權報告第106點指出：「收容人於入矯正機關時，即應針對收容人之身心狀況、家庭背景、犯罪過程等進行全面性瞭解，若發覺有身心障礙等情事，即詢問病史或看診；並依監獄行刑法、羈押法及戒治處遇成效評估辦法暨相關矯正法規規定，對於身心障礙收容人訂定妥適之處遇，並保障其權益。」

(二)履勘、座談關此重點摘要：

1、有幾個數據上的問題，心智障礙這一類應屬最大宗，現在南監收容人約2,880人，全國大概6萬多人，以全國的比率來說，身心障礙者大概占不到5%，這跟學者研究的結果，比率是偏低的。一般會犯罪的人，他在心智方面有一定程度的缺陷，包括無法治療的反社會人格等，心智障礙收容人在國外的比率大概是30%，那我們只有5%，這一方面可能嚴重低估了，低估當然有很多原因，以南監身心障礙者260名，其中入監攜帶身障證明的95名，這260名有些顯然是入監後才診斷出來的，像南監的數據就很清楚，260名減掉入監攜帶身障證明95名，剩下165名就是入監以後才發現的。這些人是入監後才變成這樣，還是之前就有問題沒有被發現，這也是一個需要去研究的課題。

(108年1月21日臺南監獄)



圖1 調查委員履勘臺南監獄工藝班瞭解身心障礙收容人參與自營作業與技能訓練情形

資料來源：本院108年1月21日履勘臺南監獄攝。

- 2、很多專家學者認為對於第一類的診斷與分類，在受刑人與被告方面有點太過粗糙，或許是時間不足，亦或是對收容人的基本資料背景不夠瞭解，造成低估的現象，這一方面也不是矯正機關的問題，就好像王○○個案，可能是入監前在社會防護網就有漏洞以至於沒發現，這可能要往前推，當然跟矯正機關無關，我們如何考慮讓診斷與分類更細緻一點。收容人入監所後會實訪問卷調查，但有專家學者認為太粗糙，這並不能真正診斷篩檢出有狀況的人，以受刑人而言，在入監後你們會去看他所有的判決並瞭解他的行為嗎？其實，有時候法院在判決的時候就已經做過精神鑑定，可是這一段資料後續是沒有再銜接上的，導致可能入監所後，矯正機關不知道他的狀況如何，等到

狀況出現才診斷出來，這一份鑑定報告若能及時銜接，可能監方會輕鬆許多，較易依據資料作更細緻的教化輔導或管理措施，建議法務部與司法院這邊做一個好的溝通，將這些鑑定報告資料銜接，培德也比較不會有拒收的理由，以減輕大家的負擔。(108年1月21日臺南監獄)

- 3、有關鑑定資料轉銜問題，少年法院及少年法庭移送的個案分析資料裡面中間落差有多少，監所看到的資料是未彰顯問題的，可是事實上最後卻發現是特殊生，就是少年法院或少年法庭漏掉的比率有多少？(108年2月22日彰化少年輔育院)



圖2 調查委員履勘彰化少年輔育院關懷身心障礙學生吳生適應情形

資料來源：本院108年2月22日履勘彰化少年輔育院攝。

- 4、依據特殊教育法第17條第1項規定，幼兒園及各級學校應主動或依申請發掘具特殊教育需求之學生，經監護人或法定代理人同意者，依前條規定鑑定後予以安置，並提供特殊教育及

相關服務措施。因此，學生於各教育階段求學過程中，即陸續透過校方於特教通報網進行通報，經鑑輔會鑑定後，不論結果為確認生或疑似生，皆錄列其資料於特教通報網，使學生於求學過程中能不斷被追蹤，而能及時提供學生就學需求與特教服務。目前於教育部特教通報網錄列之特教確認生計13名，疑似生計8名，疑似生中，有6名學生家長不同意鑑定，2名經家長同意，由特教教師協助申請特殊教育鑑定，正進行鑑定安置處理中。(108年2月22日彰化少年輔育院)



圖3 調查委員履勘彰化少年輔育院關懷身心障礙學生蘇生適應情形
資料來源：本院108年2月22日履勘彰化少年輔育院攝。

- 5、沒有帶著身心障礙證明進來的，外面新收的時候開始是正常的，但是在進來以後才急性發作或者是心理評估以後發病，可能發覺他有必要做心理評估，確診他有精神疾病的比率。
- 6、履勘臺北監獄履勘詢答重點：

有關「如何在新收流程得知收容人持有身心障礙證明？並得知其能否申請證明？」一節：

衛生科江科長麗莉答：新收流程除填具簡式量表外，安排醫師進行健康檢查，除詢問收容人病史外，並查詢原執行矯正機關病歷，同時由其自行攜入藥物瞭解罹患之疾病。對於持有身心障礙證明或監方認有特殊情形者，儘速安排監內門診；遇有身心障礙證明需展延或重新評估時，協助安排監內門診或依醫囑戒護外醫至醫院進行鑑定。
(108年3月11日履勘臺北監獄)

7、對於認知障礙收容人之鑑別診斷、醫療與支持行為-身心障礙證明協助換證：108年7月10日前須全面換證，故由本監社工協助身心障礙收容人進行後續醫療鑑定及換證等行政作業安排。(108年4月12日履勘嘉義監獄)

(三)詢據法務部對相關議題之說明¹⁴：

1、現行監所對身心狀況異常收容人之鑑測、篩選、評估等辦理情形是否妥當？策進作為為何？

(1)另經篩選為疑似精神病者及領有身心障礙手冊或證明、重大傷病卡、精神科醫師診斷書者，即造冊列管，並安排精神科醫師評估、診治，依醫囑服藥控制病情，並視病情追蹤看診、戒送外醫或移送病監，使其能獲致妥善之照護。相關新收入監辦理情形如下：

(2)身體狀況：收容人新收入監均進行健康檢查，了解收容人病史、身心障礙狀況及理學檢查，收容人如有不適得就診，如管教人員認收容人有身

¹⁴ 法務部107年7月1日約詢書面說明資料。

心異常狀況，亦可安排看診。

(3) 心理狀況：矯正機關對於新入監收容人於新收調查時即進行心理健康篩檢，亦定期針對高風險收容人及管教人員認有需要之收容人施測簡式健康量表BSRS-5檢視其心理狀態，依測驗結果作適當處置，包含教誨師輔導、安排就醫、專業心理諮商或其他合適處遇。

2、現行監所對身心狀況異常收容人，以簡式健康量表BSRS-5等予以篩檢之作業過程是否周全？策進作為？

(1) 矯正署前於104年5月8日以法矯署醫字第10406000620號函，函發所屬機關就(一)新進收容人；(二)徒刑10年以上個案；(三)高風險收容人(如罹患精神疾病、長期罹病、違規考核、家逢變故等)運用「簡式健康量表(BSRS-5)」篩檢，並依施作結果提供情緒支持、輔導或醫療轉介服務。現行簡式健康量表仍屬有信效度之量表，尚能符合篩選之目標。

(2) 對身心狀況異常收容人，矯正署刻正就高關懷收容人研議相關處遇規劃，並就現有評估機制，增加篩選量表，以完善保護身心狀況異常收容人。

3、矯正機關如何在新收流程得知收容人持有身心障礙證明？並得知其能否申請證明？

(1) 矯正機關對於新入監收容人於新收調查時即進行心理健康篩檢，經篩選為疑似精神病者及領有身心障礙手冊或證明、重大傷病卡、精神科醫師診斷書者，即造冊列管，並安排精神科醫師評估、診治，依醫囑服藥控制病情，並視病情追蹤看診、戒送外醫或移送病監，使其能獲致妥善之照護。

(2) 矯正機關對於新收入監收容人進行健康檢查，同時調

查收容人身心障礙類別及程度，以瞭解收容人身心障礙類別。另收容人於新收入監主動告知持有身心障礙證明，機關會註記於獄政系統，俾利後續關懷輔導。

- (3) 另按「身心障礙者權益保障法」第6條第1項規定，身心障礙之鑑定係由衛生主管機關指定相關機構或專業人員組成專業團隊，進行鑑定並完成身心障礙鑑定報告。爰收容人如有申請身心障礙證明需求，得提供相關資訊，由矯正署所屬各機關後續安排至醫療院所看診確認。

4、承上，矯正機關如何發覺新收沒有證明但有身心障礙收容人，甚或入監後產生身心障礙者之策進作為為何？

- (1) 收容人新收入監均進行健康檢查，了解收容人病史、身心障礙狀況及理學檢查，依據個別狀況合理調整其處遇，及提供輔具或服務滿足其所需，以協助身心障礙收容人達成最大程度之自立。
- (2) 為保障身心障礙者權利，矯正署於新收入監時除詢問是否持有身心障礙證明，機關會註記於獄政系統，俾利後續關懷輔導。

5、承上，法務部對於「審判階段精神病犯鑑定資料介接至矯正機關之獄政系統，有利矯正機關及早掌握受刑人之精神病情」議題之看法為何？策進作為為何？

- (1) 精神鑑定於刑事方面之用途，主要為鑑定刑事案件被告犯行當時之精神狀態（有無責任能力），其中可能探討至被告之精神病史，可能得協助了解被告病情。惟精神病鑑定資料為法院判決使用之專業資料，實際仍需由精神科醫師判讀與治療為宜。

(2) 經電詢司法院，目前鑑定資料尚無建立資訊系統，僅有書面資料，難以數位化方式介接至獄政系統。如司法院願提供精神病犯鑑定報告，且提

供此報告符合個人資料保護法相關規定。矯正機關可於監內看診時，提供醫師參考。

6、法務部對於「介接衛生福利部相關資料至矯正機關之獄政系統，有利矯正機關及早掌握受刑人之精神病情」議題之看法為何？策進作為為何？

(1) 經電詢衛生福利部，其精神照護系統僅就法務部認為需追蹤列管之精神病患者（例如有自傷、傷人之虞）建立相關資料，目前列案人數約14萬名，並非所有精神科門診紀錄均於系統列管。

(2) 矯正機關對於新入矯正機關收容人於新收調查時即進行心理健康篩檢，並詢問其健康情形，原則上於新收調查時已能掌握收容人之病情。惟少數收容人如刻意隱瞞，則難以得知其病情。如介接精神照護系統，或可得知前揭收容人是否有精神病診斷情況，並及早安排其精神科門診。

(四) 諮詢關此重點摘要：

1、有關精神病犯之鑑定與分類

(1) 法院通常會附上鑑定報告，從鑑定報告看個案之狀況。

(2) 「(監察委員問：有關病犯分類問題，分類困難、人數、執行地點、經費編列問題？如何進行分類？) 諮詢專家表示，在審判階段有接受過精神鑑定個案為優先，因為此類人員為高危險群。如何進行分類問題複雜，涉及『診斷學』，係1年的課程。」

(3) 如果做了鑑定，如何妥善利用？鑑定都是法院的經費。如果刑事偵查曾做過鑑定，可留到監所進行後續再利用。

(4) 法院審理中不願意使用刑法第19條，有3個主

要因素，一是在民意及輿論上有壓力；二是在審判上不好用（辨識能力跟控制能力難以判別），法官把問題丟給鑑定人，鑑定人也不知道如何處理，判決也無法進行大膽的判斷，目前我國對刑法第19條無法使用是事實；三是檢、警、調從偵辦開始到判決、執行，缺乏一貫的知識。

(5) 基層檢察官遭遇的問題是，要做精神鑑定很難，偵查中欲進行鑑定須簽到高檢署，會有經費的問題，法院只要有做精神鑑定，基於社會輿論考量，假設法院依刑法第19條規定判決，檢方則會予以尊重。

(6) 關於行為問題之精神鑑定，在歐盟國家，為了安全及健康問題，在入監有評估機制，原就有診斷的人，如果是強制性之評估，也是要詢問收容人心理狀態是否瞭解，歐洲有些國家會嚴格執行。矯正署也有初評，無法詳盡攸關人力不足問題。

(7) 當前刑事審判，重罪做精神鑑定比例很高，但用刑法第19條規定之判決比例很低。

(8) 依據刑事訴訟法第294條規定，沒有受審能力理論上需要進入強制住院或或審查機制，倘有刑法第19條第1項之情形，則是監獄外的事情。

(9) 受刑人入監後，就做60天或40天的評估，必須要反覆的問他。

2、有關精神病犯之司法處遇

(1) 目前有接近3千位確診之精神病犯，其中三分之一有情緒障礙，四分之一有思覺失調或其他障礙，疑似確診病患是較難分辨的，培德病監有一小部分精神病床，規劃有129床，目前收容數為85床，女生就送桃園分監，規劃有38床，目前收

容24床，急性住院不會讓你住很久，還是要移監回到原監所，各監所作法不同，有的分配到同工場，有的分配個性比較好的收容人照顧，以藥物、志工等方式治療。

- (2) 刑事訴訟法第294條及刑法第19條第1項、第2項之問題，是需要討論的地方。日本在2003年通過醫療處遇及監護法，在70年代，主張病人權益，反精神醫療，回歸社區去機構化，此法案類似我國刑法第87條規定，立法意旨為：如果是初犯嚴重犯罪之精神障礙(耗弱)，協助復歸社會適用本法；適用對象為有精神障礙或耗弱的人，初犯嚴重犯罪，殺人、放火、強盜、性侵、強制猥褻既遂或未遂犯，加上傷害的既遂犯(有時候沒殺成)，簡稱為MTSA(監護法)，有2個發動程序，還算周延，首先是逮捕嫌犯之後，檢察官進行起訴前精神鑑定，判斷是否符合要件。
- (3) 如果是精神耗弱的情形則會起訴，地方法院審理有3位職業法官及6位平民法官進行審理，再度進行精神鑑定，高院或最高法院定讞後，如果確定是刑法第19條規定之情形，無論是減刑或是其他情形，還是要啟動監護法第87條之程序，再進入審理小組，小組的組成包括職業法官及精神科醫師。資格的鑑定與我國現在就是勉強鑑定受起訴人行為時精神狀況不同，日本有3個標準，要符合監護法：一是現在的精神狀況；二是可治療性；三是再犯危險性。
- (4) 但當時面臨1970年代有反精神醫學主張，使用社會復歸性之名詞，這一組的鑑定人是具有精神衛生專業的觀護人，確認有無阻礙被告未來復歸社會或相似犯罪之因子存在，透過這個程序可能

有幾種類型的裁定：強制住院、強制社區治療、不付處分、駁回、撤回等，這些都是在社區外面做。

3、有關精神病犯在監所處遇

(1) 精神疾病很廣，基本上依刑法第19條判決就不應該送監獄，很有可能是判決的時候不願意送鑑定或沒有辯護人等情形，然後在監所內發病，有關認知障礙（包括精神障礙、智力障礙、學習障礙、注意力欠缺過動障礙、自閉症、失智症等）之症狀，相對適當之鑑測篩選評估（表格式問卷）機制。

(2) 有關各監所特約醫院對「思覺失調症」症狀之診療能量是否足夠？當一個人犯刑後，要做鑑定，假設真的是病人，應該做另外的安排，假設是中間才發現，還是要送到醫療單位評估，可增加一些專業人力，心理師可作微幅的增加，有一點像特殊教育，提供不一樣的模式幫忙他，目標是社會復歸，當受刑人受診斷確定後，要有另外的教育或處理方式，是否有專區，部分時段可能做一些特別處遇，較有改變效果，所以還是要分流。

(3) 有關重刑犯鑑定、處遇、審判等會令人有些憂心，目前的法務體系，希望對受刑人有矯治可能，矯治就是改變，與精神醫療有點像，要改變一個人是非常困難的事情，社會復歸就是用一個結構讓他不要再犯，一個病人只要住院，一定會瞭解住院原因，經過評估、診斷、治療後，希望之後不要再發生這樣的事情，這是有難度的，剛開始很難預估是否再犯，治療係一連續性過程，可能用居家治療或其他方式防止再犯，受刑人除非死

刑定讞，否則終將回歸社會，精神病人、認知障礙，將影響他的矯治。自閉症等認知障礙，做了教育與訓練也聽不懂，無法吸收、內化做改變。一個犯案的人，重刑犯是我們最關注的，因為他危險性高，有時候他的犯案行為太詭異、超乎常人行為，故做精神鑑定，假如有精神疾病，希望能夠分流，以國外為例，有專責處遇處所，專門做治療，並非做處罰，沒有經過治療及進行矯正較為困難，鑑定後到審判前，我國並未有專責處理單位，分散在所有監獄裡面就會有很大的障礙，以目前監所情形，重刑犯、輕刑犯等所有精神病人，公共危險罪、竊盜犯、傷害罪受刑人亦可能有精神疾病，服刑期間亦可能因適應、受欺負等問題發病，是需要精神醫療來處理的，現在標案或委外辦理，有專業人員到監所服務，醫療機構到監所做處遇的話，是一個機會。

(五)約詢重點摘要：

1、108年3月4日履勘臺北看守所約詢關此摘要

- (1) 有關「7026黃姓收容人未何未在名冊內」一節：
衛生科科長梁博政表示，表示，當時以持有身心障礙證明收容人為調查基準，該收容人因未持證明，故未在查調名冊內；收容人黃○○患有思覺失調症，曾服藥物一陣子目前停藥中，黃員未持有身障證明未列入本次查訪範圍，其精神病症仍屬本所列管個案)。
- (2) 有關「黃姓收容人在外無身障證明、在所內亦無身障證明，顯然屬妄想症狀，未列入身障名單」一節：
衛生科科長梁博政表示，黃員病因是思覺失調症，未持有身心障礙證明，故未列入此次查訪名單內，惟精神疾病部分仍由列管中。
- (3) 詢據法務部對「矯正機關如何發覺新收沒有證明但有

身心障礙收容人之策進作為」之書面說明：

- 〈1〉矯正機關對於新入監收容人於新收調查時即進行心理健康篩檢，經篩選為疑似精神病者及領有身心障礙手冊或證明、重大傷病卡、精神科醫師診斷書者，即造冊列管，並安排精神科醫師評估、診治，依醫囑服藥控制病情，並視病情追蹤看診、戒送外醫或移送病監，使其能獲致妥善之照護。
- 〈2〉矯正機關對於新收入監收容人進行健康檢查，同時調查收容人身心障礙類別及程度，以瞭解收容人身心障礙類別。另收容人於新收入監主動告知持有身心障礙證明，機關會註記於獄政系統，俾利後續關懷輔導。
- 〈3〉另按「身心障礙者權益保障法」第6條第1項規定，身心障礙之鑑定係由衛生主管機關指定相關機構或專業人員組成專業團隊，進行鑑定並完成身心障礙鑑定報告。爰收容人如有申請身心障礙證明需求，得提供相關資訊，由矯正署所屬各機關後續安排至醫療院所看診確認。

2、108年7月8日約請相關主管人員到院詢問關此內容摘要：

- (1) 有關「法務部及衛生福利部對於『介接衛生福利部相關資料至矯正機關之獄政系統，有利矯正機關及早掌握身心障礙收容人之病情，俾加強適當處遇』議題之看法及策進作為為何」：

衛生福利部健保署署長李伯璋表示，本部所推廣之國人健康存摺，有最近3年相關資料可供查詢運用。」

- (2) 有關「國家公法上基礎議題，允應找學者專家做專題研究，事涉特別法律關係，受刑人有特別服從關係，何種資訊由國家做主，應有堅強理論基礎，何種資訊不得拒絕，形成堅實論理基礎，特別法律關係取得資訊正當性，合法性，如何克服法令俾取得資訊，允應在監獄行刑法中修正列

入，先決條件是找學者專家提供理論基礎」。

(3) 有關「收容人入監後，何種資訊是國家一定要取得的，允應立法規範。」一節：

矯正署署長黃俊棠表示，監獄行刑法草案仍有修正的空間。」

(4) 有關「審判時精神鑑定資料，可否上雲端？目前6萬多名收容人，約2800至3000人精神病犯，約占5%，國外較寬認定，約30至40%，國內偏低，鑑定不易，病例銜轉問題，發監執行時未帶入監所，俟嚴重違規才發現異常，送門診、投藥，若病歷可以介接移轉查詢，將有利該等收容人之處遇」。

衛生福利部健保署署長李伯璋表示，委員指示將研究辦理，並協調法務部辦理。

(5) 法務部對於「審判階段精神病犯鑑定資料介接至矯正機關之獄政系統，有利矯正機關及早掌握受刑人之精神病情」議題之看法為何？策進作為為何？

〈1〉精神鑑定於刑事方面之用途，主要為鑑定刑事案件被告犯行當時之精神狀態（有無責任能力），其中可能探討至被告之精神病史，可能得協助了解被告病情。惟精神病鑑定資料為法院判決使用之專業資料，實際仍需由精神科醫師判讀與治療為宜。

〈2〉經電詢司法院，目前鑑定資料尚無建立資訊系統，僅有書面資料，難以數位化方式介接至獄政系統。如司法院願提供精神病犯鑑定報告，且提供此報告符合個人資料保護法相關規定。矯正機關可於監內看診時，提供醫師參考。

3、詢據衛生福利部對有關議題之書面說明：

- (1) 臚列健保醫療雲端資訊查詢系統目前登錄被保險人就醫資料欄位一覽表(含空白資料樣張)，又此系統開放查詢權限之對象為何？
- 〈1〉衛生福利部為提升病人就醫及用藥安全，同時使健保資源更有效率的使用，於102年7月建置健保雲端藥歷系統，將病人跨院所申報的藥品費用資料(近3個月內)提供特約院所查詢，可避免潛在重複處方的風險。
- 〈2〉105年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」(下稱本系統)，提供醫師於臨床處置、開立處方及藥事人員調劑或用藥諮詢時，可查詢病人過去的就醫資訊，查詢頁籤包含西醫、中醫用藥紀錄、檢查檢驗紀錄與結果、手術明細紀錄、牙科處置及手術紀錄、過敏藥物紀錄、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄、復健醫療紀錄、出院病歷摘要及CDC預防接種等12項頁籤。
- 〈3〉健保特約醫事服務機構之醫師及藥師，於健保資訊服網服務系統(VPN)，透過三卡認證(醫事機構安全模組卡、醫事人員卡及病人健保卡)可查詢本系統。
- (2) 衛生福利部建議矯正署如何改善各矯正機關收容人受刑前後病歷銜轉之相關缺漏不全問題？
- 〈4〉依醫療法第67條規定，病歷資料包含醫師依醫師法執行業務所製作之病歷，各項檢查、檢驗報告資料，及其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄，並依同法第70條規定由醫療機構保存；健保資料係健保特約醫事服務機構依法向本署申報醫療費用之資料，非屬於病歷。

〈5〉又依個人資料保護法（下稱個資法）第6條規定，病歷資料屬於特種個人資料，法務部矯正署蒐集、處理或利用矯正機關收容人受刑前後之病歷資料，應符合個人資料保護法規定。

（六）查據衛生福利部針對「介接衛生福利部相關資料至矯正機關之獄政系統，有利矯正機關及早掌握身心障礙收容人之病情，俾加強篩檢及適當處遇之看法為何？策進作為為何？」議題復稱¹⁵：

1、衛生福利部「毒品成癮者單一窗口服務系統」已與獄政系統介接，另「精神照護資訊管理系統」目前申請與獄政系統介接中，如矯正機關為掌握精神疾病病情或施用第一、二級毒品出監所個案，而需有「毒品成癮者單一窗口服務系統」或「精神照護資訊管理系統」追蹤個案資料之需求，本部可於符合個人資料保護法及精神衛生法之前提下配合提供。

2、衛生福利部中央健康保險署建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」（以下簡稱雲端系統），為符合個人資料保護法第6條之規定，已限制健保特約醫事服務機構之醫事及藥師於健保資訊服務網服務系統（VPN），透過三卡認證（醫事機構安全模組卡、醫事人員卡及病人健保卡）方可查詢。

3、現行矯正機關內收容人就醫資料保存方式如下：

（1）依全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫第七項（七）之1，特約醫療院所

¹⁵ 衛生福利部108年8月16日衛授家字第1080701191號函。

提供矯正機關內門診服務時，就醫資料應傳送至法務部指定之SFTP主機，交付矯正機關留存。

(2) 上開資料欄位依全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第10條附表2規定，包括保險對象基本資料(身分證號、生日)、健保資料(就醫類別、就診日期時間、醫事人員身分、主次診斷、醫療費用等)、醫療專區資料(門診處方箋、重要處方項目、過敏原或過敏藥物等)及衛生行政專區資料(預防接種資料)等資訊。

(3) 另依全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第10條規定，保險醫事服務機構至矯正機關內提供醫療服務時，應依醫療法規定製作病歷，並將收容對象之就醫紀錄，交付矯正機關留存。考量實務上收容人有移監之情形，矯正機關所留存之就醫紀錄宜併同移交，確保收容人就醫紀錄之完整性。

4、健康存摺之就醫資料與雲端系統相同，皆來自健保特約醫事服務機構申報之醫療費用資料，且資料區間為利當事人自我健康管理，較雲端系統為長，雲端系統原則為近3個月，健康存摺為近3年之就醫資料，為利矯正機關及早掌握身心障礙收容人之病情，建議請收容人申請本人健康存摺，並授權矯正機關專責人員代為管理健康存摺。

(七)經核，入監服刑前即持有身心障礙證明之收容人，矯正機關面臨的問題較少；相對而言，無證明確有身心障礙事實者，矯正機關如何發現及處理才是重點，現有身心障礙收容人人數明顯被低估，國外研究也證明如此。多數身心障礙收容人之入監關係有問題，在矯正機關內常以違規論處，忽略其病徵，

如何發覺是類沒有證明但有身心障礙收容人，應是未來的重點。

- (八)綜上，如何發現身心障礙收容人黑數，是矯正機關未來重要課題。既往，身心障礙收容人數明顯被低估，世界各國皆然，臺灣明顯偏高，該等收容人洵無法以正常矯正措施得以矯正，爰此，矯正機關如何發現無證明，但確有身心障礙事實者，允應發掘出來並予以適當處遇，以善盡矯正機關權責，並應研議將司法審查階段之精神鑑定資料確實轉銜至監所，進而提升收容人利益，俾符合身障公約有效予以篩檢、合理對待及監獄行刑法施行細則第2條保障其權益等規範之旨意。

綜上所述，法務部所屬監所設備老舊，超收嚴重，缺乏無障礙環境及設施，對於肢體障礙者、聽障者及認知障礙者欠缺協助資源；而由於精神醫療團隊人力缺乏，非但無法協助精神障礙者復健，監所的環境反讓其身心狀態惡化，而管理人員亦無法分辨其病情變化，常被視為違抗規範遭到違紀處分，甚至單獨監禁、使用戒具，嚴重違反身心障礙者權利公約（CRPD）第14條、第15條等相關規定；又疑似精神障礙者在司法偵辦審理期間，並未均經過精神鑑定，在監所收容後亦缺乏專職心理師精神鑑測評估並分類，無法立即分辨收容人的精神症狀，急性期才轉送矯正署臺中監獄附設培德醫院，造成管理人員戒護及照顧之壓力。且監所精神醫療資源有限，多僅有藥物治療，對病情治療、復歸社會無積極功能。另對於不能自理生活確實符合拒絕收監之身心障礙者，亦未依法落實執行，以減輕監所負擔；此外，矯正機關對收容人具身心障礙者，未善盡查詢病史權責，進而予以詳細分類並提供合理調整，入監前之醫療病歷未有轉介機制，司法審查階段之精神鑑定資料亦未確實轉銜至監所，以致未能及時進行和緩處遇的評估，迄至病發始能發現收容人患精神疾病，與身心障礙者權利公約及我國人權報告等相關規範意旨有悖，法務部及所屬矯正署未善盡職責，均核有違失，爰依監察法第24條提案糾正，移送行政院轉飭法務部確實檢討改善見復。

提案委員：王幼玲
高涌誠
楊芳婉