

\*\*\*\*\*  
**目 錄**  
\*\*\*\*\*

**調 查 報 告**

**一 般 法 規**

一、監所衛生、醫治與毒品戒治問題之檢討專案調查報告（二）……1

一、銓敘部令：公務人員依公務人員任用法第 28 條第 2 項規定應予免職者，其免職應溯自各該款情事發生之日起生效…… 54



\*\*\*\*\*  
**調 查 報 告**  
\*\*\*\*\*

一、監所衛生、醫治與毒品戒治問題  
之檢討專案調查報告（二）

貳、問題背景與現況分析

五、監所現行醫療衛生業務執行情形

（一）收容人醫療照護與利用方式

依監獄行刑法、保安處分執行法、少年輔育院條例、少年矯正學校設置及教育實施通則與羈押法之規定，係由國家設置監所醫療體系，由收容機關提供收容人醫療與健康照護、保外醫治及自費延醫等。另依全民健康保險法第十一條規定，在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者，除應執行期間在二個月以下或接受保護管束處分之執行者外，非屬全民健保保險對象。對於收容人之醫療照護方式有

1. 在內門診：

由監院所專任醫師、特約、兼任或支援醫師至監所為收容人看診，有公費看診及自費延醫兩種方式，前者經費係法務部編列預算支應。

2. 戒護外醫：

在戒護人員戒護下外出就醫，原則上由收容人自行負擔費用，若無力負擔可向法務部申請重病醫療補助。

3. 病監治療：

法務部所屬監所中臺北監獄桃園分監、臺中監獄、新竹監獄業已

完成標準負壓隔離病房之設置，臺中女子監獄、臺北看守所亦規劃於機關內設置標準負壓隔離病房。其中法務部中區醫療專區及臺北監獄桃園分監均設有肺結核隔離專區，分別收治男性（八十床）及女性（十八床）肺結核收容人。

法務部於法務部中區醫療專區中設有男性精神病療養區（三五〇床）、臺北監獄桃園分監設有女性精神病療養區（三十八床）專責收治精神病收容人。

4. 保外醫治：

經監院所許可保釋外出，自行就醫，可參加全民健保。

法務部所屬監院所目前由十四家衛生署署立醫院及十二家國軍醫院支援，提供門、急診、住院治療、精神鑑定、毒品觀察勒戒及妨害性自主診斷篩選及治療等服務項目。另各監所亦視需求，逕與鄰近醫療機構約二百三十家簽訂契約，提供受刑人一般醫療服務，以補不足。

（二）收容人疾病醫療及轉診之程序

1. 疾病醫療程序：

（1）週一至週五一般上班期間：

<1> 非急症者，由收容人以口頭或書面報告，經衛生單位彙整後，再由專人提帶至衛生單位看診，或由醫師至各教區或工場看診。

<2> 急症者，由專人提帶至衛生單位看診，或採戒護外醫方式辦理。

（2）夜間及例假日：

若有醫師駐診則提帶至衛

生單位看診，若無醫師駐診則由戒護科人員通知特約（兼任）醫師到監（所）應診，或戒送至醫院看診。

2. 收容人疾病轉診程序：

除星期例假日及緊急情形戒送醫院治療外，收容人於監所內接受特約（兼任）醫師之診治後，如認為有進一步檢查或治療之必要時，由醫師出具證明或登載於收容人病歷，再由衛生單位相關人員安排轉診事宜。

(三) 各監所專任、特約、兼任醫師人數，及假日、夜間駐診情形

據法務部九十三年三月調查統計，各監所現有專任醫師二名，一任職於臺中監獄（精神科），另一任職於基隆看守所（胸腔科）；特約醫師八十九名，兼任醫師一〇三名。因目前坪林戒治所尚未正式收容受戒治人未列入調查對象內，其餘四十七所監所目前有夜間駐診者計有臺北監獄、臺中監獄、高雄監獄、臺北看守所等十二所監所（含部分時段駐診），假日駐診部分則有十八所監所（含部分時段駐診）。詳如下表：

附表九、各監所醫師專任、特約、兼任人數暨有無夜間、假日駐診情形一覽表

機關名稱	專任醫師	特約醫師	兼任醫師	夜間駐診	假日駐診	備註
基隆監獄	0	1	3	無	無	
臺北監獄	0	5	20	有	有	
桃園監獄	0	3	2	19:00~21:00	9:00~12:00 19:00~21:00	
桃園女子監獄	0	4	3	無	無	
新竹監獄	0	4	3	無	星期六	
臺中監獄	1			有	有	
臺中女子監獄	0	0	9	無	無	
彰化監獄	0	4	1	無	無	
雲林監獄	0	4	0	無	無	
雲林第二監獄		3	0	每週二、四 18:00~21:00	無	
嘉義監獄	0	1	4	無	13:00~18:00	
臺南監獄	0	3	1	有 18:00~8:00	星期六 8:00~8:00 星期日 18:00~8:00	
明德外役監獄	0	4	0	6:30~7:30	8:30~9:30	
高雄監獄	0	6	1	三人， 21:00~8:00	8:00~18:00 21:00~8:00	
高雄第二監獄		5	0	有	有	

機關名稱	專任醫師	特約醫師	兼任醫師	夜間駐診	假日駐診	備註
高雄女子監獄	0	1	2	無	無	
屏東監獄	0	3	1	19:00~21:00	19:00~21:00	
臺東監獄	0	0	4	每週一次 18:00~22:00	無	
武陵監獄	0	0	4	無	無	
綠島監獄	0	0	2	無	無	
花蓮監獄	0	0	7	無	無	
自強外役監獄	0	1	0	無	無	
宜蘭監獄	0	1	9	無	雙週日上午	
澎湖監獄	0	1	4	有	有	
福建金門監獄	0	0	3	無	無	
泰源技能訓練所	0	2	7	星期二、四、五	有（三人輪流）	
岩灣技能訓練所	0	2	4	無	無	
東成技能訓練所	0	1	4	無	無	
綠島技能訓練所	0					
桃園少年輔育院	0	1	1	無	無	
彰化少年輔育院	0	6	0	無	無	
誠正中學	0	0	6	無	無	
明陽中學	0	1	0	無	無	
基隆看守所	1	1	0	無	週六日上午	
臺北看守所	0	3	6	有（每日）	全天	
士林看守所	0	8	0	無	無	
新竹看守所	0	3	0	無	無	
苗栗看守所	0	4	0	無	隔週日上午	
臺中看守所	0	2	6	無	週六上午	
南投看守所	0	2	10	無	無	
彰化看守所	0	2	3	無	無	
雲林看守所	0					
嘉義看守所	0	2	1	無	星期六 13:00~18:00	
臺南看守所	0	2	0	無	無	
屏東看守所	0	3	0	無	無	
臺東看守所	0					
花蓮看守所	0	2	2	無	無	
臺北少年觀護所	0	3	0	無	每月一次義診	
臺中少年觀護所	0	1	1	無	無	
臺南少年觀護所	0	1	0	無	無	
合計	2	89	103	18		

(四) 病舍日間、夜間及假日管理方式

1. 各監所非經醫師診斷不得收治於病舍，收容於病舍期間，應敦請醫師隨時察看收容人病況，若病情已獲控制，應即送回原場舍。收容病舍期間，場舍主管應對收容人行狀嚴予考核，禁止有欺弱凌新或黑道把持之情事，各監所並應將收治病舍收容人按月造冊備查。
2. 收治於病舍之收容人如因病情變化，遇有醫師看診時，即迅予提帶至診間看診，若適逢無醫師看診時段，則依照該部函頒之「收容人戒護外醫流程」辦理。

(五) 對於罹患一般性疾病及傳染病收容人之醫療衛生照護情形

1. 對一般性疾病收容人之照護

依現行矯正法規之規定，收容人收入監所時須進行健康檢查，其內容包含身高、體重、血壓、視力、重大病史等一般檢查項目，若發現收容人身體不適或罹患特殊疾病或有重大病史等情況，即速延醫診治或戒送就醫治療，如有必要，並得收容於病舍，給予妥善之醫療照顧。

2. 對患肺結核傳染病收容人之篩檢與照護

- (1) 各監所均定期、不定期聯繫各縣市慢性病防治院指派巡迴 X 光車至監所為收容人拍攝胸部 X 光，若發現胸部 X 光異常者，則再行採驗痰液，並將收容人暫時隔離收容，若經痰液培養確認為開放性肺結核者，則依法務部九十二年六月二十六

日法矯字第 0920901818 號函頒之「各監獄技能訓練所戒治所肺結核收容人移送臺中監獄臺北監獄桃園分監治療注意事項」規定，報請法務部核准移送肺結核專區治療。

- (2) 迄九十三年十月，法務部所屬監所中臺北監獄桃園分監、臺中監獄、新竹監獄業已完成標準負壓隔離病房之設置，臺中女子監獄、臺北看守所亦規劃於機關內設置標準負壓隔離病房。其中法務部中區醫療專區及臺北監獄桃園分監均設有肺結核隔離專區，分別收治男性（八十床）及女性（十八床）肺結核收容人。

- (3) 法務部前於九十一年十月二十一日以法矯字第 0910902482 號函行文各監所運用社會資源，強化夜間及假日收容人醫療服務，並注意改善肺結核收容人居住環境及醫療照護。對於無法移禁肺結核專區收治之收容人，應聘請特約或兼任醫師入監（所）或戒送至醫療院所診治，確認渠等收容人按時服藥，以控制病情，避免傳染他人。

3. 對患精神病收容人之照護

- (1) 法務部於九十二年八月一日以法矯字第 0920902215 號函頒訂「各監獄技能訓練所戒治所精神疾病收容人移送臺中監獄或臺北監獄桃園分監治療注意事項」。目前（九十三年十月

）該部於法務部中區醫療專區中設有男性精神病療養區（三五〇床）、臺北監獄桃園分監設有女性精神病療養區（三十八床）專責收治精神病收容人。

(2) 以法務部中區醫療專區精神病療養區為例，該專區針對精神病收容人之醫療處遇，採醫療團隊模式，由醫師、心理師、社工師、職能治療師、護理師組成診療小組，共同對病人進行診療評估，其分類處遇及診療模式如下：

- <1> 急性期精神病患收容人或新收精神病患收容人：以服藥治療及約束保護為主，積極進行患者背景資料之蒐集及密切觀察、追縱病情，並由醫師定期診視及視狀況安排患者個別評估。
- <2> 須高度管理或違規之精神病患收容人：考量其病狀，施以戒護處遇或約束保護。如實施戒護處遇時，應注意情緒狀態及病況之發展，必要時轉介個別晤談輔導。
- <3> 併發生理疾病之精神病患收容人：視其生理疾病狀況，有危急或傳染之虞時，以處理生理疾病優先，否則應於生理狀況許可下，配合精神病狀予以分期處遇。
- <4> 觀察期精神病患收容人：以衛生教育、職能治療與心理治療為主，並得於病情許可下，安排簡易作業，進行職

能作業治療。

- <5> 穩定期精神病患收容人：以較具安全性之職能作業治療為主，或合併施以衛生教育、職能活動治療、心理治療等處遇。
  - <6> 將出監所收容人應安排後續治療或聯繫相關單位追蹤輔導（假釋或期滿出監者，通知戶籍所在地衛生單位、警察機關及更生保護會；病情穩定移送他監者，通知各該監所衛生科），於出監所前，並應協助及增強其生活適應能力。
  - <7> 穩定期或觀察期之病患，若有急性發作之暴力或危急情形，應由戒護人員支援、協助處理。
  - <8> 訂定精神病患分期活動課程，妥善安排作業、職能活動治療、衛生教育、團體心理治療等。
  - <9> 必要時應召開病情討論會、個案研討會及治療評估會議、工作團隊會議等，以規劃及改善醫療照顧計畫，達到地區醫院精神科運作方式與標準。
- (3) 其他監所精神病收容人如因病症輕微或因案繫屬，無須或無法移禁精神病醫療專區者，則由收容人所在機關提供適當之精神醫療處遇措施，以寬解其症狀。目前精神醫療院所支援監所現況：

<1> 監所開設精神科門診：據九十三年三月調查資料顯示，全國四十八所監所，扣除目前尚未正式收容之坪林戒治所外，四十七所之中有三十五所於機關內開設精神科門診（每週一診或每兩週一診），以提供精神病收容人適當之醫療處遇，部分未開設精神科門診之監所，經分析其原因，可概分為三大類，一為機關人數過少（如臺南少年觀護所、明陽中學）、二為機關性質特殊，收容人係經過特別遴挑，身強體健（如明德外役監、自強外役監）、三為機關採行戒護外醫方式辦理（如雲林監獄、新竹監獄、新竹看守所等）。

<2> 選定精神病收容人戒護就醫之醫療院所：據九十三年三月份調查顯示，全國四十八所監所，扣除目前尚未正式收容之坪林戒治所外，四十七所監所除臺南少觀所、明德外役監獄、臺東監獄、自強外役監獄等未指定精神病收容人戒護就醫之醫療院所外，其餘監所均與醫療院所所有醫療合作關係，合作之醫療院所計有四十二家。法務部業已指定於臺北監獄桃園分監、臺中監獄草屯分監及彰化監獄設立精神病分監（專區），委請衛生署桃園醫院、衛生署草屯療養院與彰

化秀傳醫院精神科醫師，給予精神病受刑人妥善之治療與照顧。

#### 4. 對愛滋病收容人之篩檢與照護

(1) 法務部所屬四十八所監所，九十三年十月中旬計有愛滋病收容人二五三名，散佈於十四所監所。

(2) 監所對新收收容人入監所後即實施健康檢查，並定期舉行「性傳染病血清免疫檢驗」。

(3) 凡報告中發現（或經醫師診斷）呈陽性反應之疑似傳染病病症（如愛滋病、梅毒、淋病等）之收容人，監所隨即對該收容人再次採集檢體送衛生局複驗，同時將其配住病舍予以隔離保護。並針對該病症施予衛生教育（如加強宣導愛滋病及性傳染病之防治、發給宣導手冊等），要求注意個人行為，並對其身心情況隨時給予關懷；同時請當地衛生主管機關派員協助及提供醫療（事）服務（即針對該收容人給予特殊個案衛教），並對戒護管教人員給予衛生教育宣導等，以預防傳染病擴大發生。

(4) 監所於將檢體送至醫療檢驗機關之同時並告知該檢驗單位，儘速以電話告知檢驗結果，以確認收容人有無罹患該病症，並做預防措施。如有患疾，俾便該收容人儘速延醫診治或戒送就醫，事先防止傳染病之疫情擴大。如無患疾，則仍與一



般收容人之配業程序一樣，配至一般場舍收住。

- (5) 收容人未經確定罹患傳染病防治法中之傳染病或感染愛滋病前，為避免其情緒激動，監所之醫事人員與管教人員均相當注意其情緒、身心狀況之變化並隨時加以安撫、勸慰，以疏導其情緒。
- (6) 經檢驗結果確認為愛滋病感染者，除即依衛生署頒訂「HIV 個案管理方案」配合衛生醫護人員處理外，均收容於病舍，並由專業醫療人員、輔導人員給予妥適之醫療與輔導。
- (7) 基於整體戒護安全之考量，疑似傳染病之病患及傳染病患者之生活作息均與收住病舍收容人享有相同之處遇，如應有相同之運動時間（每日至少三十分鐘），均可正常接見、接受同樣之教誨與輔導等。
- (8) 法務部於八十七年起編列感染愛滋病收容人醫療藥品及檢驗費用之預算經費。
- (9) 該部並已商請衛生署疾病管制局指定二十五家醫療院所協助愛滋病收容人之醫療事宜，並同意酌予補助感染科醫師每三個月（或定期訪視時）至監所看診時之交通費用，俾利妥善照顧監所內之收容人。另該局亦同意將相關法定傳染病之宣導影片及手冊贈與（或出借）監院所校，由監院所校醫事人員以播放影片或發放手冊方式

進行衛教，落實執行預防愛滋病及法定傳染病宣導與教育工作，另該局將定期安排當地衛生主管機關之醫事人員至監所內向收容人及戒護管理人員作愛滋病防治宣導及衛生教育。

#### 5. 其他傳染病之篩檢防制

##### (1) 登革熱部分

登革熱（俗稱天狗熱）是由蚊子傳播的急性病毒性熱病。登革熱病媒蚊之防治，目前無特效藥，亦無疫苗，故各監所均從斷絕傳染源之面向下手，採行策略以清除積水容器、杜絕病媒蚊孳生、加強環境清潔與消毒及增加收容人對登革熱症候之認識等方式著手。

##### (2) S A R S（嚴重急性呼吸道感染症候群）

<1> 法務部於九十二年三月三十一日以法矯決字第 0920901037 號函，行文各監所加強環境整潔及收容人飲食衛生，注意 SARS 之疫情，並預為因應。

<2> 九十二年四月二十九日該部以法矯字第 0920901334 號函訂頒「法務部所屬矯正機關嚴重急性呼吸道症候群（SARS）預防暨應變計畫」、九十二年五月二十七日以法矯字第 0920901498 號函訂頒「法務部因應矯正機關發生嚴重呼吸道症候群疫情緊急處理及演習計畫」、九十二年十一月三日以法矯字第

0920903100 號函訂頒「法務部所屬矯正機關 SARS 防治衛教及政策溝通動員計畫」，並責由各機關配合機關特性，訂定機關自屬之 SARS 防治衛教及政策溝通動員計畫。

- <3> 九十二年五月五日該部以法矯決字第 0920901374 號函行文衛生署轉知對於矯正機關戒送疑似嚴重急性呼吸道症候群收容人就醫時，予以妥適之協助。衛生署於九十二年五月十五日以衛署醫字第 0920026310 號函，行文各縣市政府衛生局，請各縣市衛生局對監所戒送疑似嚴重急性呼吸道症候群收容人就醫時，予必要之協助。
- <4> 九十二年六月十八日該部以法人字第 0921302148 號函陳報行政院，爭取直接戒護感染嚴重急性呼吸道症候群之管理人員每日新台幣二千元之特別津貼，經奉行政院九十二年九月十五日院臺法字第 0920043718 號函核可。
- <5> 法務部已責由各監所隨時登入衛生署疾病管制局網站，擷取 SARS 疫情與防治策略等相關訊息，並配合轉知各監所衛生署相關防疫措施與宣傳品。
- <6> 各監所每日均量收容人體溫一次，並將檢測結果登錄於衛生署疾病管制局網站，如

發現異常不明原因發燒者，除儘速戒送就醫外，並依程序通報衛生署管機關。

### (3) 流行性腦脊髓膜炎

流行性腦脊髓膜炎傳染方式為直接接觸病人或帶菌者喉嚨和鼻腔的呼吸飛沫，潛伏期約二至十天，通常為三至四天，病徵包括發燒、劇烈頭痛、噁心、嘔吐、頸部僵硬、出血性皮疹、粉紅斑，也常有譫妄和昏迷的現象。針對該病症之傳染途徑與病徵，各機關已加強房舍通風，設置獨立隔離病房及進行收容人每日體溫檢測等措施，若發現有疑似個案即迅予戒送就醫治療，曾與其接觸過之收容人則列冊暫時隔離，以避免疫情擴大。

### (4) 流行性感冒與禽流感

- <1> 流行性感冒部分：法務部曾向衛生署疾病管制局爭取將監所六十五歲以上收容人納入施打流感疫苗之對象，惟未獲採納。但部分監所為免流感疫情擴大，乃辦理收容人自費施打疫苗。另該部亦多次轉發流感宣導單張至監所供收容人參閱。
- <2> 禽流感部分：法務部各駐區視察於九十三年二月份視察各監所後，即在宜改進事項中提及：「為防止禽流感，影響收容人生活健康，各監院所校宜做好防範措施，諸如減少食用雞鴨肉之次數，

炊煮前先用試劑檢驗，試劑可洽地方政府衛生單位領取，檢驗處理時務必戴手套，炊煮時務必煮熟。」該部已核定將於近日內通函各監所注意辦理。

(5) 其他

各監所平日已對收容人施以相當之衛教宣導，並定期舉辦環境清潔競賽，以預防病原滋生，另改善舍房通風、增設隔離舍房，添置滅菌設備（如紫外線殺菌燈等）等。為防止出現收容人集體感染傳染病，機關醫護人力無法予以適當處置，各監所積極尋求醫療院所簽訂緊急醫療支援協定，以備不時之需。法務部將依疫情流行狀況，通函各監所注意相關防疫措施，請各監所加強收容人之環境清潔衛生，主動與鄰近衛生機關聯繫，索取毒餌，以杜鼠患，避免漢他病毒擴散。

(六) 對於吸毒犯之觀察勒戒及戒治方式

1. 八十七年五月毒品危害防制條例施行之前，監所對於吸毒犯之治療情形

- (1) 在八十七年五月毒品危害防制條例施行之前，有關吸毒犯之處置係依「肅清煙毒條例」辦理，該條例計二十二條文，與吸毒犯處置有關之條文為第九條：「施用毒品或鴉片者，處三年以上七年以下有期徒刑。施用麻煙或抵癮物品者，處一年以上三年以下有期徒刑。犯

前二項之罪有癮者，應由審判機關先行指定相當處所勒戒，不適用刑法第八十八條第三項之規定。法院或檢察官於前項裁定勒戒前，得先將犯罪嫌疑人送勒戒處所觀察。其期間不得逾一個月。第三項、第四項之勒戒處所由地方政府設立或就公立醫院內附設之。」於八十七年之前，地方政府依法設有四家醫院附設勒戒處所，分別是臺北療養院、草屯療養院、高雄凱旋醫院、花蓮醫院，病床共計一五〇床。

- (2) 吸毒犯被發覺犯罪之後，除因認定有癮由審判機關先行指定相關處所勒戒者外，其餘吸毒犯之司法處置程序（偵查、交保候傳、審判、執行）與一般刑事案件被告無異，並非全數吸毒犯在發覺犯罪後均需觀察勒戒（無羈押必要者尚可交保），與毒品危害防制條例施行後，吸毒犯只要被發覺犯罪均必須接受觀察勒戒處分之規定，有很大不同。另外，「肅清煙毒條例」關於吸毒犯判刑確定後，亦無所謂「戒治」之規定，其徒刑之執行與一般受刑人無異，均適用「監獄行刑法」及相關法規，入監服刑後，除特別加強其管理措施（如尿液篩檢、送入物品檢查等），以防杜毒品流入外，其餘處理亦與一般受刑人相同。
- (3) 為因應毒品危害防制條例完成

立法，監所先期採取相關準備措施，因應吸毒犯處遇制度的變動，例如：

- <1> 為強化吸毒犯之管理與教化，法務部原本已指定雲林、澎湖為煙毒犯專業監獄，八十三年一月調整修正收容標準，將雲林、嘉義、屏東、宜蘭、澎湖監獄規劃為「吸毒犯專業監獄」。
- <2> 八十三年九月頒訂「吸毒犯專業監獄處遇計畫」，八十三年十二月底各吸毒犯專業監獄陸續完成移監作業，八十四年一月正式實施「吸毒犯專業監獄處遇計畫」。首次將吸毒犯處遇計畫分為「調適期」、「治療期」、「評估期」，成為日後「戒治處分執行條例」關於受戒治人分階段處遇之藍本
- <3> 八十三年十二月二十七日臺南監獄明德戒治分監第一期工程完工啟用。
- <4> 八十四年一月九日通函所屬各監獄及少年輔育院規劃成立戒毒班，並於八十四年三月一日正式運作。
- <5> 八十四年八月臺南監獄明德戒治分監第二期工程完工啟用。
- <6> 八十四年八月函令所屬看守所及技能訓練所附設之分監成立戒毒班，於八十四年十一月正式運作。

## 2. 八十七年五月毒品危害防制條例施

行之後，監所對於吸毒犯之治療情形

- (1) 在八十三年六月召開「八十三年全國反毒會議」前，經過醫療界與司法界多次協商，達成共識，戒毒工作應針對吸毒犯兼具病患特質（即目前所謂「病犯」），採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之概念，因此在吸毒犯戒毒工作上，乃發展為「生理勒戒」—「心理戒治」—「追蹤輔導」三階段之戒毒體系，並於毒品危害防制條例納入規定。
- (2) 前述三階段之戒毒體系，「生理勒戒」著重於毒癮發作之治療，此部分規劃由勒戒處所負責，俟其毒癮發作癥狀解除後，如有繼續施用毒品傾向，再送戒治處所施以「心理戒治」。「心理戒治」則著重於吸毒者之心理輔導工作及對毒品心理依賴之解除。俟心理戒治完成，復歸社會後，乃進入「追蹤輔導」階段，配合相當程度的監管、觀護、更生輔導，以防止再犯。
- (3) 依照毒品危害防制條例（九十三年一月九日修正施行之前）規定，施用毒品者應先送勒戒處所觀察勒戒（最長不得超過一個月），如經觀察勒戒後，認有繼續施用毒品傾向者，由檢察官聲請法院或少年法庭裁定令入戒治處所，施以強制戒治（期間一年，執行滿三個月

可評估個案戒治處遇成效據以報請停止戒治；另戒治處遇成效欠佳者可報請延長戒治一次）。停止戒治期間應付保護管束，由地檢署定期或不定期驗尿，保護管束期滿或戒治期滿出所以後，則交由警察機關繼續實施定期或不定期強制驗尿約二年，以避免再犯。

- (4) 觀察勒戒業務部分：毒品危害防制條例於八十七年五月二十二日施行後，該部除配合制訂「觀察勒戒處分執行條例」外，並於所屬看守所及少年觀護所全面附設勒戒處所，以應實際需要。所需醫療業務方面，由衛生署精神醫療網臺北、北部、中部、南部、高雄、澎湖、東部等七責任區域之核心醫院，協調其責任區域內之醫療機構支援，各看守所及少年觀護所則分別與支援醫院簽訂醫療合作契約辦理。至於「有無繼續施用毒品傾向」判定事宜，則由衛生署邀集相關機關及專家、學者共同研訂「有無繼續施用毒品傾向評估標準」乙種據以實施（該標準曾於八十九年間進行檢討修正，並於九十年三月一日實施）；另外，該部亦研擬觀察勒戒業務作業流程（原訂為十日作業流程，嗣為因應實際需要，修正為十五日作業流程），俾利遵循辦理。
- (5) 戒治業務部分：毒品危害防制

條例施行後，該部除配合制訂「戒治處分執行條例」外，並於所屬十六所監獄、一所少年觀護所設立戒治所，辦理吸毒犯戒治業務，另訂頒「受戒治人處遇成效評估實施要點」及「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」，以實施戒治處遇課程。

- (6) 上述觀察勒戒及戒治業務，除依實際需要逐年於該部年度預算案編列相關經費外，八十七年間為應戒治業務推動需要，專案請增戒治人員編制員額一三六名，投入戒治工作。
- (7) 對監所而言，觀察勒戒及戒治業務為新增業務，受觀察勒戒人、受戒治人與一般被告、受刑人所適用之執行法源亦不同，增加各看守所、少年觀護所、監獄業務的複雜性，而該二業務除戒治人力獲增部分員額外，其餘行政業務等因限於員額精簡政策，均由原機關內人員兼辦，施行之初，對監所影響頗大，惟施行迄今，業務辦理已趨純熟，相關規定亦趨完備，各項制度逐漸穩定運作。
3. 九十三年一月毒品危害防制條例修正施行之後，監所對於吸毒犯之治療情形
- (1) 有關戒毒部分新修正規定
- 新修正毒品危害防制條例係於九十二年七月九日公布，依據第三十六條規定，於九十三年一月九日施行。此次該條

例共計刪除三條，修正二十三條，新增九條，共三十五條，其中關於戒毒部分之修正重點如下：

- <1> 簡化吸毒犯之刑事處遇程序：針對吸毒犯簡化其刑事處遇程序，僅區分為初犯（含五年後再犯）及五年內再犯。初犯，經觀察勒戒或強制戒治後，應為不起訴之處分或不付審理之裁定；觀察勒戒或強制戒治執行完畢釋放後五年內再犯，即依法追訴或裁定交付審理。
- <2> 修正勒戒處所設置之規定：因限於醫療人力、經費等相關問題，短期內無法全面於醫院內附設，爰修正為勒戒處所由法務部及國防部於（軍事）看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設，或委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、衛生署、直轄市或縣（市）政府於指定之醫院內附設之雙軌制規定。
- <3> 修正觀察勒戒期間之規定：為強化觀察勒戒功能，新修正該條例第二十條第一項觀察勒戒期間，由原來之不得逾一個月修正為不得逾二個月。
- <4> 修正強制戒治期間之規定：為提升戒治處遇成效，新修正該條例第二十條第二項強制戒治期間，由原來之一年（三月以上經評估成效合格

後可報請停止戒治），修正為六個月以上，至無繼續強制戒治必要之時為止，最長不得逾一年；另外亦取消延長戒治及停止戒治期間應付保護管束之規定。

- (2) 修正「戒治處分執行條例」：配合新修正毒品危害防制條例規定，檢討實務需求，擬具「戒治處分執行條例」部分條文修正草案，計修正十二條、刪除三條。
- (3) 研訂「戒治處遇成效評估辦法」：「戒治處分執行條例」部分條文修正案於九十三年一月九日施行，依該條例第十七條之授權規定，爰研擬「戒治處遇成效評估辦法」，以作為辦理受戒治人處遇成效評估及陳報停止戒治之依據。該要點已於九十三年二月二十四日發布。
- (4) 修正「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」：為增強戒治處遇之多元、豐富性，該部將「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」課程類別由原七大類增訂為十大類，並配合各階段處遇重點具體規定課程類別時數，使戒治處遇課程更有益於受戒治人學習成長，並自九十三年二月二十六日實施。
- (5) 研訂「戒治所師資遴聘評鑑要點」：該部為確保戒治處遇課程授課師資之品質，爰訂定「戒治所師資遴聘評鑑要點」，由戒治所管教小組負責教學評

鑑之實施，每年就教師之授課內容、表達能力、教學方法及出勤紀錄實施教學評鑑一至三次，作為是否續聘之參考。該要點已於九十三年二月二十六日實施。

(七) 對於性侵害之強制治（診）療方式

1. 強制診療：

監獄診療小組係由外聘之精神科醫師、臨床心理師、社工師人員組成，其中再犯危險與犯罪史評估由社工師負責，心理衡鑑與心性史評估由臨床心理師負責，精神醫學診斷（鑑定）由精神科專科醫師負責，實驗室性心理生理檢查，則由醫師或臨床心理師負責。診療分為個別診療及團體治療，個別診療以三個月為一期，團體治療以九個月為一期，由精神科醫師、心理師、社工師分別治療，先接受個別診療，再依實際需要接受團體治療，每週一次，每次九十至一百二十分鐘，評估治療成效之標準應依據個案在治療期間之順從性、相關危險因子之降低情形及重返社會或適應社會生活之可能性等方面作成高度、中度、低度等三種不同等級之再犯可能性報告書，並將個案從精神或心理患者之類型區分為智能不足、精神病、酒癮、藥癮、性異常、人格違常、反社會人格等類型，依照既定流程執行治療業務。

2. 強制治療：

目前實施方式除省略篩選過程（強制治療之受保安處分宣告人業經鑑定必須進入診療流程，毋須再

行篩選），直接讓個案進入治療階段之外（強制診療須經層層篩選後始能確定個案是否進入診療療程），其與強制診療業務以專業精神科醫師為主軸之診療方式並無太大差異。

(八) 對需隔離者及廢棄物之管理方式

1. 對需隔離者之管理方式：

為因應 SARS 疫情，各監所目前均設有隔離舍房區或隔離病房，部分機關則設有標準負壓隔離病房，針對醫囑需隔離治療者，均收治於前述房舍中，或採獨居或採雜居，依狀況不同而異。

2. 醫療廢棄物之處理：

據法務部九十三年三月間調查資料顯示，除坪林戒治所外之四十七所監所，其醫療廢棄物之處理方式如下：交由專業醫療廢棄物處理廠商處理（三十五所）或交由醫療院所處理（十二所）。

(九) 各監所監內門診、戒護外醫與住院人次情形

1. 九十年各監所監內門診九三四、三二五人次，戒護外醫一一、四六九人次，住院一、五八一人次。
2. 九十一年各監所監內門診八一五、七八四人次，戒護外醫一一、〇七八人次，住院一、四九八人次。
3. 九十二年各監所監內門診六三七、〇六〇人次，戒護外醫九、九六七人次，住院一、四三八人次。

(十) 收容人醫療費用負擔情形

1. 收容人自費延醫所需費用由受刑人自行負擔。
2. 收容人於監所內看診所需費用由機

關支應。

3. 收容人於戒護醫院診治或住院治療所需費用，原則上由收容人自行負擔，若收容人貧困無力負擔或屬單身無眷者，可由收容人所在機關向法務部申請重病醫療補助。

4. 據法務部九十三年三月調查資料顯示，九十年至九十二年間各監所收容人住院醫療費用支出及該部清寒重病醫療補助預算編列狀況如下：

(1) 九十年收容人住院醫療支出六四、九六八、〇二七元，重病醫療補助編列一八、三六〇、〇〇〇元。

(2) 九十一年收容人住院醫療支出六一、七五三、〇四六元，重病醫療補助編列一七、三一五、〇〇〇元。

(3) 九十二年收容人住院醫療支出六四、九六八、〇二七元，重病醫療補助編列一七、二五一、〇〇〇元。

(十一) 辦理健康檢查情形

法務部所屬各監院所為收容人進行健康檢查項目，可概分為兩大類：入監（所）健康檢查及在監（所）健康檢查兩項。入監（所）健康檢查：包含身高、體重、血壓、視力、重大病史等一般檢查項目。在監（所）健康檢查，包含愛滋病、梅毒血液檢查、胸部 X 光檢查、子宮抹片檢查、每季定期健康檢查等項目。各監所九十二年辦理健康檢查情形如下表：

附表十、九十二年度各監所健康檢查罹傳染病人數

機關名稱	開放性肺結核人數	非開放性肺結核人數	愛滋病人數	梅毒人數
基隆監獄	1	2	0	3
臺北監獄	10	18	35	94
桃園監獄	0	5	0	45
桃園女子監獄	0	1	2	44
新竹監獄	3	11	0	24
臺中監獄	12	33	7	52
臺中女子監獄	2	3	0	27
彰化監獄	0	0	0	38
雲林監獄	2	5	2	23
雲林第二監獄	0	3	0	11
嘉義監獄	0	7	0	11
臺南監獄	2	0	25	28
明德外役監獄	0	0	0	1
高雄監獄	0	38	5	18
高雄第二監獄	2	7	5	36



機關名稱	開放性肺結核人數	非開放性肺結核人數	愛滋病人數	梅毒人數
高雄女子監獄	0	1	0	25
屏東監獄	2	11	2	30
臺東監獄	0	6	0	0
武陵監獄	0	1	0	15
綠島監獄	0	0	0	2
花蓮監獄	1	12	0	22
自強外役監獄	0	1	0	3
宜蘭監獄	0	4	0	23
澎湖監獄	0	0	0	0
福建金門監獄	0	0	0	4
泰源技能訓練所	0	14	1	20
岩灣技能訓練所	0	4	0	14
東成技能訓練所	0	4	0	11
綠島技能訓練所	—	—	—	—
桃園少年輔育院	0	0	0	0
彰化少年輔育院	0	1	0	0
誠正中學	0	0	0	0
明陽中學	0	0	0	0
基隆看守所	0	2	0	2
臺北看守所	18	14	56	83
士林看守所	0	3	4	7
新竹看守所	0	2	0	13
苗栗看守所	1	3	0	16
臺中看守所	5	8	4	20
南投看守所	2	11	1	3
彰化看守所	4	135	2	34
雲林看守所	—	—	—	—
嘉義看守所	0	7	0	23
臺南看守所	0	14	21	14
屏東看守所	0	10	0	11
臺東看守所	—	—	—	—
花蓮看守所	4	2	2	6
臺北少年觀護所	0	0	1	1
臺中少年觀護所	0	0	0	1

機關名稱	開放性肺結核人數	非開放性肺結核人數	愛滋病人數	梅毒人數
臺南少年觀護所	0	0	1	0
合計	71	403	176	858

(十二) 監所人員醫療衛生常識及急救訓練情形

法務部所屬各監所除於常年教育課程中安排相關醫療急救常識、愛滋病防治與照護等課程外，該部所屬矯正人員訓練所亦曾於八十七年間由各監所中遴挑管教人員進行 C P R 種子教官訓練，該部亦於八十九年九月二十七日以法八九矯字第〇〇一七五〇號函，行文各監所指派人員學習心肺復甦術，目前各監所刻正積極辦理相關管教人員急救訓練中，截至九十三年三月底止，監所管教人員取得 C P R 證照之平均比率已達六七%，該部並將此項指標列入各監所年終考評重點項目之一。除此，部分監所甚至薦送人員參與更進階之初級救護技術員訓練（如臺中監獄、新竹監

獄）。另法務部亦於九十三年二月十一日以法矯決字第 0930900708 號函，責由各監所安排收容人學習心肺復甦術及異物梗塞處理法等急救課程。

(十三) 各監所因病死亡人數及死亡爭議案件數

八十五年至八十九年間，收容人死亡人數合計三二〇人、有爭議者共三十五件，均以臺北監獄為最高。九十年迄今（九十三年四月一日止），各監所收容人因病死亡（不含保外醫治死亡）人數計一九〇人（不含保外就醫死亡），死亡爭議案件計有十七件，其中家屬認有爭議之案件計有十七件，家屬質疑之重點多在於是否延誤就醫、遭不當凌虐、未予妥適照護等。各監所因病死亡人數及爭議案件，詳如下表：

附表十一、各監所收容人因病死亡人數及死亡爭議案件數

機關名稱	八十五年至八十九年死亡收容人人數	死亡有爭議案件數	九十年迄九十三年四月一日	死亡有爭議案件數及處理情形
基隆監獄	一	〇	〇	〇
臺北監獄	八二	四	四一	五 （一件家屬質疑延誤就醫提告訴，經法院不起訴處分；一件法院審中；餘二件檢察官偵查中）
桃園監獄	一一	三	〇	〇
桃園女監	〇	〇	五	
新竹監獄	七	二	七	一

機關名稱	八十五年至八十九年死亡收容人 人數	死亡有爭議 案件數	九十年迄九十三年 四月一日	死亡有爭議案件數及 處理情形
				(補助喪葬費六萬六千元)
臺中監獄	三二	二	○	○
臺中女監	○	○	○	○
彰化監獄	○	○	○	○
雲林監獄	四	一	○	○
雲林第二監獄	二	○	○	○
嘉義監獄	三	○	○	○
臺南監獄	三五	○	○	○
明德外役監獄	○	○	二	一 (發給作業慰問金三十萬元)
高雄監獄	二○	一	○	○
高雄第二監獄	○	○	一一	三 (其中一件家屬訴請 高院更一審中；餘二 件經解剖複驗後，家 屬無異議)
高雄女監	○	○	○	○
屏東監獄	三	一	三	一 (經解剖複驗後，家 屬無異議)
臺東監獄	○	○	○	○
武陵監獄	一	○	○	○
綠島監獄	二	○	○	○
花蓮監獄	七	一	三	一 (補助喪葬費五萬四 千五百元)
自強外役監獄	三	一	○	○
宜蘭監獄	二	一	○	○
澎湖監獄	八	○	○	○
金門監獄	○	○	○	○
泰源技能訓練所	六	一	○	○
岩灣技能訓練所	一	一	○	○
東成技能訓練所	○	○	○	○
綠島技能訓練所	二	○	○	○
桃園少輔院	○	○	○	○
彰化少輔院	○	○	○	○
誠正中學	○	○	○	○
明陽中學	一	一	○	○
基隆看守所	○	○	○	○
臺北看守所	二五	二	一○	一 (檢察官解剖複驗調 查中)

機關名稱	八十五年至八十九年死亡收容人人數	死亡有爭議案件數	九十年迄九十三年四月一日	死亡有爭議案件數及處理情形
士林看守所	二	一	一	一 (補助喪葬費用八萬元)
新竹看守所	二	○	○	○
苗栗看守所	一	○	六	一 (補助醫藥費用二萬一千七百零二元)
臺中看守所	一一	二	○	○
南投看守所	一	○	○	○
彰化看守所	六	○	○	○
嘉義看守所	三	一	○	○
臺南看守所	二	一	○	○
高雄看守所	二四	四	○	○
屏東看守所	五	三	○	○
臺東看守所	○	○	○	○
花蓮看守所	三	○	○	○
臺北少觀所	○	○	○	○
臺中少觀所	一	○	一	一 (家屬提國家賠償，調查處理中)
臺南少觀所	一	一	○	○
高雄少觀所	○	○	○	○
合計	三二○	三五	一九○	一七

#### 六、監所共同面臨之一般醫療衛生問題與因應對策之檢討

##### (一) 各監所共同面臨醫療衛生資源嚴重不足

##### 1. 遴聘醫師不易：

過去監所之醫療業務多仰賴軍方退役之軍醫維持，惟近年來該等人員多已屆退休年齡，現僅有二名專任醫師在職，幾乎已達真空狀態。刻逢監所醫師青黃不接之際，奈何監所專任醫師待遇偏低，雖經多次爭取提高專任醫師待遇惟迄無下文，在待遇偏低之狀況下，羅致不到醫師乃必然之情事，監所之醫療品質自然無法提昇。

究監所醫療問題之主要癥結，在於缺乏專任醫師，而遴聘專任醫師不易之原因，在於醫師待遇偏低。監所專任醫師待遇偏低（薦任八職等三級月支待遇為八九、九一五元），與外界醫師每月二、三十萬薪資相較之下，致幾乎無醫師願意至監所服務，法務部雖曾多次向行政院人事行政局積極爭取提高專任醫師、特約醫師及兼任醫師之待遇並編列夜間門診費，惟除兼任醫師之應診費由原先每月八、三〇〇元改為依照「中央健康保險局所屬聯合門診中心醫師應診費支給標準表」按次支給酬勞外，餘行政院回覆

請法務部考量其實際需要後，另行專案陳報該院核處，監所醫療業務迄今仍處於醫療專業人員不足之窘境。

另監所醫師升遷管道狹窄，除專任醫師之職缺外，僅有衛生科長之職缺得以升任，致使外界醫師對於擔任監所專任醫師之興趣缺缺。法務部亦曾委託高雄醫學院代為培訓公費監所專任醫師，希渠等於畢業後能返回監所服務，惟該等人員於畢業後多以賠償就學期間所領公費或希以門診診次折抵服務年限之方式，規避擔任監所專任醫師，培訓成果不佳。

#### 2. 設備老舊、經費短絀：

由於社會經濟繁榮，人民生活水準提高，對於衛生保健，增進身心健康益形重視；即使是監所之收容人，其身體健康及衛生保健亦同樣受重視。就監所本身而言，對收容人提供更清潔之環境及高品質醫療保健，以確保其身體之健康，免受於疾病之痛苦，實為責無旁貸之事。然由於監所工作性質特殊，加以待遇微薄，在長期延攬不到醫生、醫護人力不足、醫療設備老舊及收容人醫療經費偏低之情況下，監所之醫療保健水準，一直無法有效提升。

#### 3. 醫護人力編制不足：

法務部所屬四十八個監所核定收容人數五二、二三二人（九十三年二月），現約收容五四、六三二名收容人，醫師預算員額上限為八十九名，現僅有專任醫師二名，其

他醫護人員（含藥師、藥劑生、護理師、護士、醫事檢驗師（生）等）編制二八三名，現有人員一七四名。該等一百多名醫護人員難以應付五萬四千餘收容人之日常醫療業務，更遑論兼辦一般行政業務。除此，依新修正公布之監獄組織通則及看守所組織通則之規定，部分機關竟無藥劑師（生）之編制，如機關收容人因病需調劑藥品時，勢必違反藥事法及藥師法之規定，爰此，各監所醫護人力之編制，實須進行全盤之檢討與調整。

#### 4. 醫療資源分配不均：

目前監所之醫療業務多賴特約醫師及兼任醫師辦理收容人門診醫療業務。惟因各監所散佈各地，部分偏遠及離島之監所遴聘特約及兼任醫師殊為不易，而行政院核定之兼任醫師酬勞費係比照中央健康保險局聯合門診中心按次支付，定有上限之規定（每診次三小時，二、三三〇元至二、六六〇元），致部分兼任醫師不願前往該等監所看診。

#### 5. 收容人醫療費用龐大，機關無力負擔：

現行法令並未明訂收容人戒護外醫之醫療費用係需自費或由公家給付，因現行全民健康保險法第十一條將監所中執行徒刑、保安處分、管訓處分，執行期間在二月以上之收容人排除於全民健保之門檻外，故遇有收容人戒護外醫、開刀等情事，須由收容人全額負擔該筆醫療費用，收容人或因拒絕繳納或因清寒或因家屬置之不理等因素，該

等醫療費用多由機關先行墊付，法務部雖編列有受刑人、被告急、重病送醫治療補助費專款，以九十二年為例，編列重病醫療補助預算一、七三一萬五千元，實際支出金額達二七、三六九、五五八元，早已不敷所需。

6. 收容人數暴增，醫療品質低落：

法務部所屬四十八個監所核定收容人數五二、二三二人，九十三年三月收容五四、九八一名收容人，超收比率達五·二六%，整體而言似乎尚不嚴重，惟深入探究，坪林戒治所尚未開始收容，部分監獄及看守所超收達二十%以上，早已超出各監所原先規劃編制之醫護人力所能承擔之工作負荷量，影響醫療品質之提升。

7. 傳染病收容人隔離設備簡陋：

依監獄行刑法第五十二條第三項、監獄行刑法第五十三條、監獄行刑法第五十四條、監獄行刑法第五十五條及監獄行刑法施行細則第七十二條之規定，收容人罹傳染病、肺病時，應與一般收容人隔離或移送適當處所進行治療。惟各監所因收容人數激增，房舍空間早已不敷使用，遑論普設隔離專區收容罹傳染病收容人，對罹病收容人醫療權益影響甚大，亦增加一般受刑人感染傳染病之機率。

(二) 法務部為改善監所醫療衛生業務品質，研提之因應方案與成效

1. 培養學士後專任監院所醫師

鑑於專任醫師延聘不易，該部乃朝向委託國立成功大學代招學士

後醫學系法醫（監院所醫師）公費生，共計十名（均已畢業，一名於臺中地檢署服務，一名於臺中監獄服務、一名於基隆看守所服務，兩名未考上醫師執照），培育其取得家庭醫學專科醫師資格後，分發監院所服務，惟查培訓之學士後醫師，因監院所醫師待遇偏低（薦任八等五級約九萬一千七百一十五元），至監所擔任專任醫師之意願不高，希以賠償就學期間公費方式，規避至監院所服務（前述公費生之中，另三名將自九十四年一月起以特約醫師但延長服務期間方式於監所服務，其他二名尚在聯繫）；惟成功大學表示無意願繼續接受法務部委託繼續辦理代訓監院所公費醫師，另徵詢高雄醫學院，據該學院表示其目前並無辦理醫學系公費生之培訓，不代辦監所公費醫師之培訓。

2. 研擬「建立監院所醫療體系試辦計畫」

該部陳報行政院之「建立監院所醫療體系試辦計畫」於八十五年六月三十日奉行政院核定，該計畫中擬將法務部監院所醫師員額移撥公立醫院，並由各試辦醫院增編員額所需人事費（包含主治醫師薪俸、一般專業加給、基本獎勵金及服務獎勵金）由法務部編列預算支應。惟本案經會相關司處，關於醫師薪資、一般專業加給、基本獎勵金，因員額已移撥醫院，至法務部無從編列醫師待遇之經費，且醫療院所因實派醫師不足，空缺原即甚多，若再由法務部移撥空缺至醫療院

所，對醫療業務之實際推行並無實益。另醫師因不願掛名監所醫師，故配合意願低落，而使本計畫礙難執行。

### 3. 擬定「改善監院所醫療業務計畫」

法務部於八十七年二月六日陳報行政院「改善監院所醫療業務計畫」中，建議調高專任醫師、特約醫師、兼任醫師待遇並專案編列夜間醫師應診費，建議增加監院所醫師特別診療職務加給五萬元、將八十四年以後即未調整之特約醫師津貼提高一倍（現特約醫師津貼為九、四八〇至三九、八二〇元）、兼任醫師比照全民健保局聯合門診中心支給之應診費等，惟行政院於八十七年五月二十五日復函法務部，除兼任醫師待遇得以比照健保局聯合門診中心支給之應診費外，專任醫師之特別診療職務加給、特約醫師津貼調整及夜間應診費等行政院皆答覆請法務部考量其實際需要後，另行專案報院核處，法務部於八十七年三月二十三日函文行政院，建議調高監所醫師之專業加給比照檢察官專業加給之百分之七十六計算，惟未獲行政院核准。另查「醫師人員人事條例」將監院所校醫事人員納入適用範圍，其專業加給改按通案之醫事人員專業加給標準支給，至其改支數額較原支數為低，對延聘專任醫師無異為雪上加霜，該部已積極爭取維持渠等人員原支之待遇。

### 4. 惠請國防部支援領有醫師執照之預備軍官役軍官至各監院所駐診

該部曾依行政院指示行文國防部協調具醫師執照之預備軍官至監院所駐診之可行性，惟據國防部軍醫局初步表示，其國防醫學院之畢業生分發至國軍各單位已顯不足，目前似無法支援各監院所醫療業務。

### 5. 徵詢大型醫療機構是否有意願以統包方式辦理監院所醫療業務

法務部曾於八十七年九月十七日由謝次長率矯正司黃司長及相關人員造訪中華民國醫院協會張理事長錦文說明該部需求，會中並作成建議案，即聯合地區性監院所洽請當地大型醫院辦理，並以每年每人一萬一千元計算之經費，徵詢大型醫院是否有意願辦理。該部並先行指定高雄監獄代表高雄地區監院所以一年經費七千七百二十三萬一千元（高雄監獄、高雄女監、高雄看守所、高雄少年觀護所合計約七〇二一人，每一名收容人醫療費用一年以一萬一千元計），與高雄地區大型醫院洽商，惟經高雄監獄回報，並無醫療院所有意願辦理。

### 6. 整併醫療資源，試辦醫療人力委外，籌設醫療專區

為提昇監所醫療品質，確保收容人醫療權益，將醫療資源作最有效之運用，經法務部檢討各監所現有醫療資源，將臺中監獄草屯分監（原精神病監）及彰化監獄肺結核專區裁撤，並於臺中監獄規劃精神病療養專區及肺結核隔離區安置收容渠等收容人，除此，亦專案行文衛生署核准籌設血液透析中心，另參酌聯合門診中心模式，開辦門診

業務。

為收治住院病患，該部爰依醫療法之規定，申請籌設培德醫院，場地及醫療設備由臺中監獄提供，該醫院運作所需醫療人力則委由中國醫藥大學附設醫院辦理，全案已於九十三年一月十九日經臺中市政府核發醫院開業執照，正式收治住院病患。

7. 落實男女平權理念，籌設女性精神病暨肺結核專區

配合法務部中區醫療專區之籌設，將男性精神病犯移禁醫療專區中之精神病療養區，並將臺北監獄桃園分監改制專責收容女性肺結核暨精神病犯，配置標準負壓隔離病房，強化支援醫療資源，合計可收治三十八名女性精神病及十八名肺結核病犯，以保障女性收容人之醫療權益，落實男女平權觀念。

8. 爭取收容人全面納入全民健保

「全民健康保險法」研訂之初，有關監所收容人宜否全面納入全民健保問題，業已由相關部會會商討論，因考量收容人無法自由就醫，且納保方式及保費負擔之歸屬等施行面之困難點，迄未獲致有效解決，故決議暫不予全面納入。為提昇監所之醫療品質，衛生署爰於九十一年六月，邀集法務部、國防部及行政院相關單位，召開研商會議，並擬訂「監院所收容人醫療照護改善計畫」，內容分「全面提昇監院所醫療服務」及「收容人納入全民健康保險」二大策略方案，期能達成確保收容人健康權益之計畫目

標。由於受刑人之醫療照護，大多數國家均採行異於一般民眾之方式，而由政府以專案編列預算支應；其次，監所醫療問題之癥結在於醫師人力不足，收容人納入全民健保並非正本清源之道，反有招致「有保險、無醫療」之質疑，甚至嚴重衝擊健保原本脆弱之財務現況，實不如妥善規劃運用既有資源，積極建構一套完善之監院所醫療體系，故行政院已責成法務部於九十二年五月，研提「全面提昇矯正機關醫療服務計畫」，將朝提高兼任醫師應診費及配置醫療替代役男、籌設血液透析中心及負壓標準隔離病房、試辦遠距醫師諮詢及醫療業務委外等方向努力，以提昇監所之診療服務品質，確保收容人之醫療權益。

(三) 法務部關於監所醫療衛生業務之努力方向

1. 加強辦理遴聘特約、兼任醫師，解決監所醫師不足之窘境

據法務部九十三年三月調查顯示，全國各監所編制專任醫師八十九名，雖僅有二名專任醫師在職，但業已遴聘特約及兼任醫師（一九二名）、收容人自費延醫醫師（九十五名）及運用社會資源辦理義診之醫師（十三名），共計三〇〇名，以補醫師人力不足之窘境。

2. 爭取提高兼任醫師待遇，比照觀察勒戒業務支援醫師或酌予補助交通費用

(1) 經查目前各監所兼任醫師應診費支給標準係參照中央健康保險局所屬聯合門診中心醫師應



診費支給標準表之標準支給（二、三三〇至二、六六〇元），惟依毒品危害防制條例規定支援看守所及少年觀護所附設勒戒處所之醫師應診費支給標準為三、六一五元（刑前強制治療及刑中強制診療亦比照該標準），現已有部分監所兼任醫師表示同為醫療行為，均係為收容人看診，每診次工作時數相等（三小時），何以同工不同酬？建議法務部能酌予調整。另監所多位於郊區或偏遠山地，距醫療院所所在之都會區仍有一段距離，兼任醫師於往返看診須花費相當之交通時間，非有相當之熱誠，實無吸引醫師至監所看診之誘因，適度調整監所兼任醫師應診費支給標準或依路途遠近酌予補助交通費應可提高醫師至監所看診之意願。

- (2) 目前監所醫療業務之支援醫師主要來自於兼任及特約醫師，共計一九二名，據該部九十三年三月間調查顯示，除雲林監獄等十五所監所未聘請兼任醫師外（聘請特約醫師），其餘三十二所監所表示於專款補助之前提下，均同意提高兼任醫師之應診費，比照觀察勒戒支援醫師之應診費（三、六一五元）。
- (3) 政府資源有限，運用現有社會醫療資源，引入監所，實較監所編制之專任醫師功用為大，

蓋因兼任醫師應診費係以診次計算，費用不高，且各監所可依收容人醫療需求，遴聘各別之醫師至監所看診，除充分滿足收容人醫療需求之外，亦節省政府公帑之支出，顯具經濟效益。

- (4) 依該部調查統計顯示，所有聘請兼任醫師之監所合計每月支出之應診費為二、四八六、六四六元，若將兼任醫師應診費調整比照觀察勒戒支援醫師（每診次三、六一五元），合計每月不足一四一萬六、三〇四元，扣除各機關原先編列之預算，每年尚不足一、二八八萬三、三四一元。
3. 賡續推動醫療業務電腦化，全面建立收容人電子病歷：
- (1) 為因應電子化政府時代之來臨，減輕監所醫護人員工作負荷，並有效管控藥品之使用及建立收容人病歷資料，法務部乃於八十八下半年及八十九年度規劃重新建置獄政資訊系統時，新增醫療子系統，將收容人醫療資訊如：門診掛號、診間管理、病歷表、藥品庫存等事項納入，期能提升監所之醫療品質，並充分掌控藥品用量、庫存，以防止弊端之發生。
  - (2) 為減輕醫護人員之工作負擔，提昇醫療服務品質，各大醫療院所早已實施業務電腦化，而各監所因醫師及醫療資源向即缺乏，故而遲遲以致無法進行

醫療業務電腦化。藉由本系統之建置，可將現行獄政資訊系統中之收容人資料與衛生科（或保健室）之電腦連線，組成區域網路，並建立收容人醫療資料庫，使醫師能迅速瞭解收容人之病史及用藥，俾利於危急病況之診斷，進而採取必要之救治措施，確保病犯之健康權益。

- (3) 囿於預算有限，本案乃採分階段建置之方式，截至九十二年度止，計建置完成臺北監獄等四十所監所，並分別由派員至各該機關辦理上線輔導及操作訓練完竣。另九十三度計畫再推展武陵監獄、金門監獄、綠島監獄、基隆看守所、新竹看守所、彰化看守所及臺南少年觀護所等七所監所，全案預計於九十三年四月底完成建置。未來亦將於法務部開設工作站，可將各機關有關愛滋病篩檢人數、尿液篩檢人數、每月各診科開診次數及合計總數、門診人次及合計總數、戒護就醫人次、戒護住院人次、保外醫治（註記新增或展延）人數、保外待產（註記新增或展延）人數、支援看診醫師人數（註記兼任、特約及看診科別）及藥品庫存或其他報表等，透過法務部資訊處電腦主機，自動彙集成月報表，俾利即時掌控各監所醫療資源之使用現況。

#### 4. 汰換醫療設備，提昇醫療水準

- (1) 「工欲善其事，必先利其器」，監所診療服務品質之提昇，不僅須有醫療技術精湛之醫師，完善之醫療設備，亦為不可或缺之一環，否則亦將陷入「巧婦難為無米之炊」之窘境。為此，法務部已於八十七年研擬「改善監院所醫療業務計畫」，並報經行政院核定。該部已進行各監所醫療設備需求之全面性普查及現有重要醫療器材需求調查，並於九十一年度編列五千零九十九萬四千元，汰換各監所醫療設備及器材。
- (2) 該部於九十二年十二月間通函調查各監所汰換醫療設備需求情形，並依地區、機關特性、輕重緩急程度加以衡酌，共計有桃園監獄等二十三所監所亟需汰換或新增醫療設備，共計需三、三二三萬七、六一二元，經法務部第三十四次作業基金管理委員會審核後，同意桃園監獄等二十三所監所運用作業基金歷年提存基金數額二、四二八萬二、一〇〇元，用以購置醫療設備。全案業已陳報行政院審核中。

#### 5. 納入緊急醫療體系，培訓自有救護技術員

- (1) 依緊急醫療救護法之規定，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定緊急醫療救護實施計畫。並規範救護運輸工具及救護技術員培訓等相關事宜，

審酌監所之地理位置及型態，多數位於郊區或偏遠山地離島，欲借重消防單位之緊急救護體系，實有遠水救不了近火之憾，因此，培訓自有之救護技術員實乃當務之急。

- (2) 爰此，法務部規劃與初級與中級救護技術員訓練單位（如中央警察大學），廣為薦送基層管理人員（管理員、主任管理員、科員）進行初級救護技術員之訓練（六十小時以上），再於其中遴挑精明幹練者進行中級救護技術員之訓練（二六四小時以上），並於兩年內進行復訓，以延長合格證書之效期。
  - (3) 強化監所救護車醫療設備，以符合鈞院衛生署頒訂之「救護車裝備標準」。且於培訓急救技術員之同時，責由各監所應與鄰近合作之醫療院所建立通暢之緊急聯繫管道（如無線電），於緊急戒送收容人外醫時，即可由自行培訓之救護技術員迅速將收容人病況迅速告知醫院以預作準備，爭取救護時效。
  - (4) 經費概算：有關開辦救護技術員及加強監所救護車醫療設備乙節，擬由法務部循年度預算程序編列。
6. 爭取醫療替代役，強化緊急應變處理能力
- (1) 據衛生署表示每年醫學院畢業生服替代役者約有數百名，渠

等役男經醫學院多年之專業訓練，已有相當之醫學素養，雖尚未取得正式醫師資格，惟用於協助監所夜間判斷收容人戒護外醫、配合自行培訓之救護技術員進行緊急救護、戒送外醫或協助駐診醫師當有一定之助益。

- (2) 除醫學院畢業之醫療替代役外，監所對於醫事檢驗、藥劑調理、護理、復健、食品營養及臨床心理等均有需求，法務部將積極與衛生署、內政部協商，儘速將醫療替代役役男分發各監所服務，強化各機關醫療緊急應變之能力。
- (3) 經費概算：有關開辦救護技術員及加強監所救護車醫療設備乙節，擬由法務部循年度預算程序編列。

7. 開辦收容人看護訓練班，強化收容人照護措施

- (1) 目前各監所醫護人力不足，遇夜間及假日多無醫護人員在勤，管理人員亦因須巡房之故，無法兼顧每一位罹病收容人，故常遭收容人家屬質疑未於第一時間施行急救，而屢遭非議。爰此，法務部乃配合培德醫院之成立，規劃委託中國醫藥大學附設醫院（得核發看護執照之醫療機構）開辦收容人看護訓練班，由各監所遴選符合視用作業資格之收容人，集中於培德醫院進行學科與術科訓練（每期三個月），結訓後即

取得看護執照，並回原執行機關擔任收容人看護。

- (2) 目前規劃每班約三十人，學科六十小時、術科六十小時及其他二小時，共計一二二小時。
8. 檢討醫事人員編制，修正相關組織法規

- (1) 參酌目前醫療院所運作模式均採醫療團隊模式進行病患診療，法務部所屬四十八個監所核定收容人數五二、二三二人，現（九十三年三月）約收容五四、九八一名收容人，醫師預算員額上限為八十九名，現僅有專任醫師二名，其他醫護人員（含藥師、藥劑生、護理師、護士、醫事檢驗師（生）等預算員額一二一名，現有人員一一〇名。以該等區區一百多名醫護人員難以應付五萬六千餘收容人之日常醫療業務，更遑論兼辦一般行政業務。除此，依新修正公布之監獄組織通則及看守所組織通則之規定，部分機關竟無藥劑師（生）之編制，如機關收容人因病需調劑藥品時，勢必違反藥事法及藥師法之規定，爰此，各監所醫護人力之編制，實須進行全盤之檢討與調整。

- (2) 監所組織法規如監獄組織通則、看守所組織通則，應配置基本之團隊醫護人力（藥劑師（生）、護理師（士）、醫事檢驗師（生）），如看守所附設勒戒處所即應普遍配置醫事檢驗師

（生），俾利辦理尿液檢驗事宜。各監所亦應配置藥劑師（生），方得配合醫師門診調劑藥品。（以目前臺北少年觀護所為例，編制並無藥劑生，目前藥品調劑係由護士辦理，有違反藥事法及藥師法之虞）

- (3) 本案推動時機擬俟中央政府總員額法暨中央政府機關基準法通過後，由法務部就分配員額中再行檢討辦理。
- (四) 法務部及衛生署等機關研商監所收容人加入全民健保有關情形
1. 法務部與衛生署協商監所收容人納入全民健保過程：

監所醫療品質不佳迭遭質疑，法務部於「全民健康保險法」擬議之初，建議衛生署及中央健康保險局將收容人全面納入，多次開會研商，均未獲採納。衛生署則表示：全民健康保險法第十一條第一項第一款之立法意旨，係認監所收容人「應由監獄或保護管束機構提供醫療服務，且由於無法定期繳納保險費，或因受囚禁服刑之限制不能自由就醫，乃明定不參加本保險。」法務部曾有將是類人員納入健保，以期改善監院所收容人醫療照護之芻議。近年來，法務部並曾多次協調將收容人全面納入全民健保未果，相關過程如次：

- (1) 八十八年五月三日法務部再度行文衛生署，希將監院所收容人全面納入全民健保，以嘉惠收容人；八十八年六月十日衛生署復函法務部，指出在下列

問題釐清後可進一步研議將收容人納入全民健保之可行性：

- <1> 收容人參加全民健保之保險費問題：目前收容人之醫療係由監所醫療體系免費提供，未來是類人員參加全民健保之保險費如何負擔？
- <2> 收容人投保問題：目前全民健保對象係以其職業或身分加以分類，並依其所屬公司、團體等為投保單位，辦理加、退保及保險費收繳事宜，未來是類人員之投保單位應為何處？
- <3> 收容人每次就醫之部分負擔問題：依據全民健康保險法規定，保險對象就醫皆須自行負擔部分醫療費用，此費用未來由誰負擔？
- <4> 收容人外出就醫問題：全民健保之醫療給付，係由保險對象持就醫憑證自行前往特約醫療院所就醫，未來除監所之醫療單位依醫療法規定登記設置，並合於健保特約醫事服務機構之相關辦法規定者，可申請為特約醫療院所外，收容人如有至其他醫療院所就醫時，是否會受到限制？
- <5> 收容人住院期間戒護問題：目前設有戒護設施之醫療院所極少，加之醫療院所多配合醫療作業規劃病房設施，難以針對監院所收容人予以區隔治療，收容人於住院期

間之戒護問題是否能有效解決？

- (2) 法務部針對衛生署所提問題，於八十八年十二月二十四日再函衛生署，並研擬意見如下：
  - <1> 因目前全民健康保險法第十一條第一項第二款將監所中執行徒刑、保安處分、管訓處分收容人期間在二月以上者，排除於全民健保納保人範圍之外，故依現行全民健康保險法中並無一適當之類別可供為該等收容人納保計算保險費之依據，有關監院所收容人全面納入全民健保，仍待貴署先行修訂全民健康保險法中之相關規定，法務部再依修正後之全民健康保險法依法編列相關之預算。
  - <2> 若監所收容人可全面納入全民健保，渠等收容人之投保單位應可以其已納保家屬之眷屬身分納入全民健保，若該等收容人因無家屬或其他因素無法納保時，則可再以監所為投保單位納入全民健保。
  - <3> 基於使用者付費之原則，若未來監所收容人得以全面納入全民健保，渠等每次就醫所需負擔之部分醫療費用仍以收容人自行負擔為原則，因清寒無力負擔者，則以現行一般清寒民眾處理方式或由法務部編列相關預算補助方式辦理。

- <4> 若監所收容人得以全面納入全民健保，則監所將可延聘具健保特約醫療院所資格之醫師入監（院、所）辦理收容人門診事宜，若收容人因病情特殊或需特殊之醫療儀器治療，則可以戒護外醫之方式辦理。
- <5> 目前各監所如遇有收容人因病需住院時，各監所皆派遣人員予以戒護，若監所納入全民健保後，亦可比照該方式辦理。
- (3) 八十九年四月二十六日衛生署再函復法務部略以：
- <1> 衛生署認為監所收容人，係被強制收容，與社會隔離，且自由受限，故其一旦發生傷病，監所均應有義務對之提供適當醫療服務。但按法務部對未來收容人參加健保之費用負擔所擬意見，並非全額負擔收容人之保險費，且收容人就醫時尚須自付部分醫療費用，此種作法，對於無法就業、缺乏收入之收容人，恐將造成相當程度之就醫障礙，以致引起各界責難非議。另清寒無力之認定工作，在實務上亦非易事，誠宜衡量監所之行政負擔能力。
- <2> 關於貴部建議收容人以眷屬身分參加全民健保乙事，經就執行實務檢討結果，認為如此，勢將造成監所必須先行逐一確認收容人有無家屬可供依附投保、家屬是否為其投保等問題，且若收容人因家庭因素未能依附投保或未予依限繳費時，更將衍生是否暫行拒絕給付、如何落實強制加保等困難。
- <3> 有關延聘全民健保特約院所醫師到監所為收容人看診之作法，必須考量特約院所醫師之意願，若其意願不高，或者誘因不足，未來，監所內依然可能發生無法提供足夠醫療服務之困境。如此，收容人納入全民健保，不但未能改善其就醫之現況，更將讓人產生同樣義務、不同權利之不平感受。
- <4> 鑑於全民健保乃強制性之社會保險，具民眾自助互助、風險分攤之精神，且健保制度除消極提供保險對象疾病治療外，尚有積極促進健康及預防保健之目的，其內容已超過保障收容人醫療權益之範圍，加之前開執行面之問題亦待商榷，基此，監所收容人宜否納入全民健保，事涉廣泛，建請再酌。
- (4) 八十九年七月二十八日法務部三度去函衛生署，針對該署八十九年四月二十六日函文所提問題，研議回復意見如下：
- <1> 有關收容人負擔保費部分：基於公平正義原則，一般社會大眾參加全民健保尚需自

行負擔部分之健保保費，監所收容人若得以加入全民健保，亦應比照一般社會大眾繳交一定比率之保費，而非由政府全額負擔保費。另基於使用者付費之原則，收容人每次就醫仍宜以收容人自行負擔較為妥適。至於收容人無能力給付之部分，可由收容人所在機關編列預算補助。

- (5) 有關建議監所收容人以眷屬身分參加部分：若監所收容人得以其家屬之眷屬身分參加全民健保，則政府將可大幅減少預算支出，不致造成政府龐大之經費負擔，亦可減輕監所收取保費、辦理加保、退保等繁複之行政手續，減輕工作負荷。另查現行看守所羈押之被告依法係得以參加全民健保，渠等收容人之保費亦由其自行（家屬）繳納，看守所並未負責相關保費之收取事項。至於確認收容人是否有無家屬可供依附投保、家屬是否為其投保及其衍生之問題部分，此情形非僅發生於監所內，現今一般社會大眾亦有此情形，自不能據此為理由而排除監所收容人全面納入全民健保被保險人範疇中。
- (6) 有關監所醫療資源不足及收容人自由就醫部分：監所收容人之就醫原則上以監所約聘之公醫或聘請健保特約醫師入監所為收容人看診，若經醫師診斷

須戒送至醫療院所診治時，再行戒送就醫。另收容人得否自由就醫部分，建議於修訂全民健康保險法時酌為調降收容人保費負擔比率，惟附帶渠等收容人就診須由其所在執行機關安排之條件，應可解決此一問題。

- (7) 全民健康保險法第一條立法目的規定：「為增進全體國民健康，辦理全民健保，以提供醫療保健服務，特制訂本法；本法未規定者，適用其他有關法律。」，亦如同貴署復文所提：「全民健康保險乃強制性之社會保險，具民眾自助互助、風險分攤之精神，且健保制度除消極提供保險對象疾病治療外，尚有積極促進健康及預防保健之目的……」，監所收容人除少部分外國籍收容人外，均係中華民國之國民，均應有平等之權利參加全民健保，分攤醫療風險，而不能因其收容於監所而將其排除於全民健保被保險人門檻之外。
- (8) 八十九年十月三日衛生署再次復函法務部，該函略以：
- <1> 對於貴部所提收容人應享有平等權利參加全民健保之見解，衛生署前已說明社會保險具有民眾自助互助、風險分攤之精神，經強制監禁隔離之收容人，雖基本醫療人權必須予以保障，但考量其特殊性，由矯治機關提供監

所內之醫療服務方屬良策，並不宜將權益保障之責，經由社會保險制度分攤至全體國民。經洽詢日本、加拿大、荷蘭等實施全民健保多年之先進國家獲知，各該國均未將監所收容人納入健康保險體系，而係由政府編列預算，提供與一般民眾相同，甚至更優之醫療服務。

- <2> 基於將收容人納入全民健保，並無法確保收容人可獲致更妥善之處遇，反易衍生諸多非議與行政困擾，爰建請參酌其他國家經驗處理監所收容人之健康照護問題。
- <3> 收容人若經核准保外醫治，衛生署早於八十四年間，即已函示納入全民健保之保險對象範圍，對於人身自由者之醫療權益已予保障。
- <4> 因衛生署與法務部對於監所收容人是否全面納入全民健保，立場各異，多次會議及公文往返皆無進展，故經法務部研議後，認以陳報行政院，由行政院針對監院所校收容人是否全面納入全民健保體系形成一決策，方為解決之道。故法務部於九十年一月三十日以法九十矯字第〇〇〇一二六號函，陳報行政院建議將監院所校收容人全面納入全民健保，行政院於九十年二月八日台九十衛字第〇〇六四五〇號函復函

法務部略以：「有關貴部所提所屬矯正機關收容人全面納入全民健康保險體系中一節，本院已於八十九年十二月十二日審查全民健康保險法修正草案有所討論，因執行有其困難，業已獲致結論，本次修法暫不列入考慮，維持原送立法院之條文。至有關法務部所提監所收容人就醫人權問題，正本清源應提高監所專任醫師之待遇，請該部邀集人事行政局、衛生署及有關機關，通盤考量。」

- (9) 立法院第五屆第一會期衛生環境及社會福利委員會第二十八次全體委員會議提出臨時提案，請衛生署、主計處及法務部就受刑人納入全民健保，共同研商提出相關配套方案，於下次審議全民健康保險法前，向該委員會提出書面報告，並分送該委員會各委員。爰此，衛生署乃於九十一年六月二十四日假該署召開「監院所收容人納入全民健康保險計畫（草案）」會議，並決議：

- <1> 為因應立法院衛生環境及社會福利委員會決定，請衛生署、法務部及行政院主計處就受刑人納入全民健保，共同研商相關配套方案，並須於下次審議全民健康保險法前，向該會提出書面報告乙事，本案應於七月底前彙整



完成，由衛生署陳報行政院，俟行政院裁示後，向立法院提出報告。

- <2> 前開陳報行政院之計畫內容，應以改善監所收容人之醫療照護為前提，分為「繼續加強改善監院所醫療照護方式」及「將收容人納入全民健康保險」之甲乙二案，分別就利弊得失詳盡分析。乙案中有關收容人參加健保之保險費負擔部分，並應將法務部與國防部所提「由收容人自付」之建議，及衛生署與健保局所提「由收容人所屬主管機關全額補助」之建議，納入併陳。

- <3> 計畫內容請參考各機關代表之發言，予以修正或補充，並請各機關於會後就業務主管部分，提供相關之更新內容及參考資料，俾使本計畫更為周延完整。

- (10) 衛生署前揭會議決議爰於九十一年八月三十日以衛署健保字第〇九一〇〇五四三一號函，陳報「監院所收容人醫療照護改善計畫」至行政院。九十一年十月二十八日行政院秘書長以院臺衛字第〇九一〇〇五二四二二號函核復法務部及衛生署，該函略以：「本院衛生署，所陳『監院所收容人醫療照護改善計畫』一案，奉示：請貴部會商本院衛生署、主計處、人事局及研考會等，參照

本案所擬『全面提升監院所醫療服務』方案為架構，研提具體實施計畫報院核定。」該部依行政院函示，於九十一年十二月十六日邀集相關部會代表開會研商，並將會議決議由法務部納入「全面提升矯正機關醫療服務計畫」陳報行政院。

- (11) 行政院對於收容人納入全民健保之立場：為杜該部與衛生署對於收容人是否納保之爭議，衛生署爰於九十一年六月，邀集法務部、國防部及行政院主計處等相關單位，召開研商會議，並擬訂「監院所收容人醫療照護改善計畫」，內容分「全面提升監院所醫療服務」及「收容人納入全民健康保險」二大策略方案，期能達成確保收容人健康權益之計畫目標。全案於九十一年八月三十日以衛署健保字第〇九一〇〇五四三一號函，陳報「監院所收容人醫療照護改善計畫」至行政院。九十一年十月二十八日行政院秘書長以院臺衛字第〇九一〇〇五二四二二號函核復法務部及衛生署，該函略以：「本院衛生署，所陳『監院所收容人醫療照護改善計畫』一案，奉示：請貴部會商本院衛生署、主計處、人事局及研考會等，參照本案所擬『全面提升監院所醫療服務』方案為架構，研提具體實施計畫報院核定。」，即行政院經審酌後認

為監所收容人不宜納入全民健保，而責由法務部研提「全面提昇矯正機關醫療服務計畫」，將朝提高兼任醫師應診費及配置醫療替代役男、籌設血液透析中心及負壓標準隔離病房、試辦遠距醫師諮詢及醫療業務委外等方向努力，以提昇監所之診療服務品質，確保收容人之醫療權益。

## 2. 法務部與衛生署對於收容人納入全民健保作法之看法差異

### (1) 承保作業方式

#### <1> 收容人投保類別

由於收容人遭強制監禁後已脫離家庭生活，基於其投保作業之簡便，並避免家庭因素影響其就醫權益，衛生署建議其單獨以第四類第三目被保險人身份投保，且無眷屬依附投保。但法務部基於保險費負擔方式之考量，建議收容人比照一般無職業眷屬，仍依附其直系血親或配偶，以眷屬身份投保；無被保險人可依附時，則以第六類被保險人身份投保。

#### <2> 收容人投保單位之選定

配合收容人單獨以被保險人身份投保，衛生署建議由收容人所屬主管機關指定一個投保單位或分別以收容之監院所為投保單位辦理投保相關事宜。但若依該部之建議，則收容人將各自以其所依附被保險人之投保單位

為投保單位，自行以第六類被保險人身份投保者，則應以戶籍所在地之鄉鎮市區公所為投保單位。

### (2) 保險費計繳方式

#### <1> 保險費計算

基於收容人無固定收入且不具受僱者身分，衛生署認為其保險費計算應比照現行全民健康保險第四、五、六類非工作群體被保險人之保險費計算方式，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之（目前平均保險費為一、〇〇七元）。若依法務部建議收容人以眷屬身分參加全民健保，則其保險費以其所依附之被保險人之保險費計算。

#### <2> 負擔比例

衛生署認為現行監獄行刑法及監獄組織條例，主管機關依法有負擔監院所內收容人醫療照護之責任，查目前經濟弱勢群體及義務役及替代役役男等屬國家負照顧義務者，其保險費皆由相關業務主管機關編列預算予以全額補助。為避免因收容人無力繳納或家屬未為其繳納保險費，造成暫行拒絕給付之困擾，屆時仍須由主管機關編列預算代償，方不致有違監所應給予醫療照顧之法定責任；另亦為簡化作業程序以免除監所向收容人收取

或催繳保費之困難，衛生署建議比照現行第四類被保險人之保險費負擔方式（服兵役及替代役者之保險費由國防部及內政部全額補助），由主管機關（法務部及國防部）全額補助，每年需經費六・九七億元。

但法務部基於保險費補助金額龐大，預算編列不易，及考量使用者付費原則，建議收容人之保險費應由其家屬負擔或自行以每月獲取之勞作金繳納。倘有收容人確實無力繳納時，再由該部編列預算予以補助。

### (3) 醫療服務部分

#### <1> 醫療服務提供方式

衛生署持不宜限制收容人選擇就醫權利之主張，法務部則認為醫療提供方式維持以現有全民健保特約院所為醫療服務提供體系，並配合現行收容人就醫方式，採「監內門診」、「戒護外醫」及「病監治療」等三種方式，分別說明如下：

- 監內門診：包含專任醫師（如監院所內可自行提供醫療服務，經依醫療法規許可設立診所後，即得依規定申請全民健保特約，提供保險對象醫療服務）及支援醫師（如監院所收容人納保後，監院所之醫師人力仍顯不足，可考量比照現行提供身心障

礙福利機構內保險對象醫療服務之方式，允許全民健保特約院所派遣醫師至監院所內為保險對象提供服務）。

- 戒護外醫：依現行作法，由監所自行戒護收容人至保險醫事服務機構就醫，若因緊急傷病須至非保險醫事服務機構就醫，則可依規定申請費用核退。
  - 病監治療：比照軍醫院納入全民健保特約之方式辦理，亦即病監之醫療設備仍應符合醫療機構設置標準且取得開業執照，始得申請納入全民健保特約。
- <2> 全民健保就醫部分負擔及不給付項目

依法務部及國防部提供之資料分析發現，監院所收容人之就醫需求高於一般保險對象，年平均每人門診（監所內就醫及戒護門診）次數約十七・七次（1,020,122次/57,655人=17.7次/人/年），為使其有摺節醫療之意識，似宜要求就診時應依全民健保相關規定自行負擔部分負擔費用，以抑制醫療濫用，惟該部考量其就醫選擇權受限，將編列預算補助收容人就醫所應自付之部分負擔費用。至於依法全民健保不給付之項目，因目前收容人享有免費醫療，此等費用究應由收容人自行負擔或由所

屬主管機關編列預算支應，  
仍待主管機關自行研議。  
<3> 醫療費用支付部分，依現行  
全民健保醫療費用支付方式

辦理，似無差異。  
3. 法務部與衛生署對於收容人納保建  
議之比較，詳下表：

附表十二、法務部與衛生署對於收容人納保建議比較表

比較分析項目		衛生署建議	法務部建議
承保	投保身分	獨立以第四類第三目被保險人身分參加	按現行法令依適當身分參加
	眷屬	無眷屬依附	可依附為眷屬，亦可有眷屬依附
	投保單位	由主管機關於指定之單一投保單位或由各監所為投保單位	現行各類投保單位
財務	保費計算	比照其他無工作群體，按平均保險費計收	按所依附之被保險人保險費計算，或以第六類被保險人之保險費計算
	負擔比例	由主管機關全額補助	由家屬或收容人負擔其應自付部分之保險費
醫療	部分負擔	尊重主管機關意見	由法務部全額補助
	不給付項目	尊重主管機關意見	尚待研議

資料來源：法務部

4. 法務部對於監所收容人全面納入全民健保之經費負擔分析：

(1) 加入收容人全面納入全民健保所需保費估算：

<1> 健保第六類保費，被保險人自付百分之六十，政府補助百分之四十

<2> 該類保費每月為 1,007 元，收容人每月需自付 604 元，政府每月需補助 403 元。收容人每年需繳納之健保保費  $604 \times 12 = 7,248$  元；政府每年補助收容人健保保費

$403 \times 12 = 4,836$  元。

<3> 以收容人五萬六千人計算，收容人每年繳納保費總金額  $7248 \times 56000 = 405,888,000$ ；政府每年補助總金額  $4836 \times 56000 = 270,816,000$ ，合計 676,704,000（約六億七千六百萬）。

<4> 若以收容人總數之四成為清寒對象， $56000 \times 0.4 = 22,400$  人，合計政府每年須補助收容人應繳納保費之總金額為  $405,888,000 \times 0.4 = 162,355,200$

；合計政府每年需補助  
 $162,355,200+270,816,000=$   
 $433,171,200$  元。

<5> 以上經費不含補助收容人就醫時之部分負擔預算。

附表十三、加入收容人全面納入全民健保所需保費估算

基本數據	收容人人數	收容人自付額	政府補助額	合計
		56,000	604	403
衛生署版／ 全年所需經費	56,000	405,888,000	270,816,000	676,704,000
法務部版／ 預估清寒人數	22,400 (40%)	162,355,200	270,816,000	433,171,200

資料來源：法務部

附表十四、法務部九十三年度醫療費用編列概況表

科目名稱	預算數（千元）	備註
聘請兼任、特約醫師	30,272	
南部戒護病房	1,200	
醫療專區	42,665	
辦理及督導監所醫療業務	73,150	
醫療材料費	70,693	
合計	217,980	

資料來源：法務部

附表十五、衛生署、法務部預估收容人加入健保每年所需增加之經費概算表

版本	所需經費（元）	已編列預算（元）	不足預算數（元）
衛生署版	676,704,000	217,980,000	458,724,000
法務部版	433,171,200	217,980,000	215,191,200

資料來源：法務部

附表十六、法務部預估收容人加入健保，每年就醫之部分負擔與政府補助金額概算表

年度	監內門診 人次	戒護外醫 人次	部分負擔 金額	預估清寒 人數	收容人每年平 均就診次數	預估政府需 補助金額
九十	934,325	11,469	100	22,400	17.7	39,648,000
九十一	815,784	11,078				
九十二	637,060	9,967				
平均	806,561 人次					

資料來源：法務部

附表十七、法務部預估收容人加入健保後，該部仍須維持編列之醫療預算

科目名稱	預算數
聘請兼任特約醫師（新增夜間駐診）	93,206,400
醫療專區委辦費及行政費	62,881,000
辦理及督導監所醫療業務	41,942,000
合計	198,029,400

資料來源：法務部

附表十八、收容人加入全民健保後，政府須為此編列之預算總額估算表

項目	金額
收容人保費（如由政府全額負擔）	676,704,000
補助收容人就醫部分負擔	39,648,000
法務部維持編列之預算科目	198,029,400
合計	914,381,400

資料來源：衛生署「監院所收容人醫療照護改善計畫（草案）」

(2) 加入全民健保之優劣分析：

<1> 優點部分：

- 全體收容人均可獲得全民健保之庇護，尤以需戒護住院或身罹重大疾病，均可獲健保給付大部分之醫療費用，減輕收容人及其家屬之經濟負擔。
- 解決矯正機關專任醫師延聘的困難，增加聘任特約醫師的報酬誘因，可延聘各科別之醫師入監診療，對於收容人醫療權益更有保障。
- 符合憲法增修條文第十條第四項之精神，彰顯政府人權立國之理念。
- 保費的繳納由家屬及各投保單位負擔，法務部及矯正機關只要專注於醫療服務的提供與管理。

- 重建收容人的責任心：使用者付費是現今社會生活的規範，收容人觸犯法律接受制裁，限制其人身自由後，已由全民的稅負提供其生活所需，維護個人的健康是自己的義務也是責任，在教育刑的目標下，更應由其自己承擔。
- 收容人未加入全民健保，法務部為維護收容人的健康，而編列的醫療人員人事費、藥品材料費、重病補助費、傳染病防治費、觀察勒戒費、醫療專區運作等相關醫療費用來支應，但每年均捉襟見肘度過，尤其後天免疫不全症感染者的暴增，平均每人每月兩萬元以上的醫藥費用，一年要耗費五千萬元以

上的預算（以兩百名感染者計算）。收容人若以第六類保險人身份加入健保，每月 1,007 元的保險費，政府負擔百分之四十，只要 403 元，一年 4,836 元，五萬五千名收容人一年僅 266,000,000 元。

- 教育刑的政策落實執行：收容人若以第六類保險人身份加入健保，每月 1,007 元的保險費，收容人需負擔百分之六十，為 604 元，收容人的作業勞作金、獎勵金的收入或許不足（以台中監獄為例，本年六月收容人勞作金平均五六四元），在國家供應食、衣、住的生活條件下，收容人以家屬寄入之保管金，仍在各監所的合作社平均消費金額達兩千元（以台中監獄為例），故雖有真正貧困收容人無法繳納，可由修法比照低收入戶由作業基金或預算支付，落實責任與榮譽，有助於教育刑政策的推動。似不宜以每月 1,007 元的保險費概括由政府全額負擔的方式，計算加入健保的經費。

<2> 缺點部分：

- 易遭收容人質疑，未能自由就醫。
- 短期間內有造成健保財務負擔之虞，必須管控浪費。
- 收容人夜間及假日醫療問題仍未能充分解決。

- 因健保係以論件計酬方式計價，看診人數少之科別，恐難羅致醫師入監看診。
- 政府財政負擔增加。
- 若由政府負擔收容人全額保費，恐遭質疑不符社會公平正義。
- 增加監所行政業務負擔。

(3) 監所收容人自辦保險（如勞保、軍屬眷保）之可行性？

<1> 開辦收容人專屬保險，需先由政府撥充一大筆保險安全準備金（數十億甚至於百億），以目前政府財政狀況恐有困難。

<2> 次查目前全民健保之保險安全準備金來源，有從保費來之，亦有菸酒社會健康捐或彩券收益及投資公債、庫券或公司債之收入。若開辦收容人專屬保險，其並無其他保險安全準備金來源，勢必須由政府每年編列預算補助，以現今財政狀況，恐難施行。

<3> 開辦收容人專屬保險，收容人夜間及假日之醫療問題仍無法獲得解決。

5. 結論：就經濟效益觀點，開辦收容人專屬保險，並未節省政府之開支，與參加全民健保相較下，並未較為經濟。

(五) 衛生署對於監所醫療衛生之問題、因應及改善途徑之說明

1. 監所醫療業務受限於環境及待遇不佳等因素，無法遴聘專任醫師導致

醫療人力及設備普遍不足，應協同合作醫療院所指派醫師到監所支援看診，並提供設備及病床供監所急重症收容人戒護外醫時使用。

2. 另應於各監所中成立小型醫療站，提供初步之醫療診治，並加強疾病之分類與轉介；另建請法務部依「中區醫療專區設置計畫」模式，推廣至各區域（如北、南），俾提供較完整之醫療設備或例假日及夜間之醫療服務。例如臺中監獄已於九十三年一月成立醫療專區－臺中監獄附設培德醫院，設置一般病房六十八床，醫療業務委外由中國醫藥大學附設醫院辦理，大部分醫事人力由該院支援。
3. 另為提升醫療專區之服務品質，法務部可請醫療院所協助規劃該區之醫事人員相關之訓練或進修教育。

#### 七、監所關於吸毒及性侵害等特定犯罪治療問題與因應對策之檢討

(一) 對於吸毒犯觀察勒戒及戒治業務，法務部與衛生署之支援聯繫

##### 1. 觀察勒戒業務

吸毒犯觀察勒戒業務係法務部主政，其任務有二，一是對吸毒犯進行勒戒，也就是生理解毒工作，二是對吸毒犯進行觀察（戒斷症狀、行為問題），並判定有無繼續施用毒品傾向。由於上開任務與精神醫療業務有關，法務部推展過程與衛生署之聯繫至為密切。毒品危害防制條例施行之前，透過與該署之聯繫與研商，確立勒戒處所醫療業務由精神醫療網七責任區域之核心醫院協調其責任區域內之醫療機構

支援之原則，並共同舉辦北、中、南區勒戒業務支援研商座談會議。衛生署針對「有無繼續施用毒品傾向」邀集相關機關、專家學者研訂評估標準，作為判定準則，並持續檢討。觀察勒戒作業流程則由法務部邀集衛生署人員與專家學者共同研訂訂定，以利各看守所、少年觀護所附設勒戒處所遵循辦理。醫院附設勒戒處所規劃事宜，由衛生署規劃並協助協調相關醫療院所。

##### 2. 戒治業務

吸毒犯戒治業務亦由法務部主政，其任務在於施以多元化之戒治處遇課程，以祛除其對毒品之心理依賴，強化戒毒決心。關於戒治處遇之實施，由各戒治所配置之戒治專業人力（輔導員、臨床心理師、社會工作人員）依據「戒治處遇成效評估辦法」、「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」辦理，並依據「戒治所師資遴聘評鑑要點」規定遴聘師資協助相關課程之實施，由於戒治處遇偏重於輔導性課程處遇（包括諮商輔導、生涯輔導、成癮概念、衛生教育、人文教育、法治教育、生活適應、工作與休閒、體育活動、宗教教育、專業處遇等課程），由戒治所自行辦理或覓請相關社會團體或人士實施即可，尚不至於在與政府機關或民間機構間之聯繫、互動上產生問題。至於醫療部分，由於吸毒犯經觀察勒戒後進入戒治處所，其醫療性質及需求已不若觀察勒戒時期強烈，多屬一般性醫療（如內外科、牙科、皮膚科



等)之處置,目前各戒治所已多方遴聘特約或兼任醫師入所診治。

## (二) 法務部關於監所觀察勒戒業務共同面臨問題與因應情形之檢討

### 1. 設施

法務部依據毒品危害防制條例規定,先行於看守所及少年觀護所內附設勒戒處所,利用現有設施劃分區域加以收容。惟毒品危害防制條例八十七年施行之初,規定施行前因毒品案件偵查中及審理中之吸毒犯均適用新法,致使各看守所及少年觀護所受觀察勒戒人人數呈現高度成長,最多時在所人數達四千餘人,致使超收情況更為嚴重。所幸目前受觀察勒戒人人數成長情形已趨穩定,依據九十二年各月底在所人數平均統計為一、三五八人。九十三年一月九日新修正毒品危害防制條例施行後,九十三年二月底再降至一、〇八二人,較收容人數最高時之四千多人,已有明顯減緩,對各看守所、少年觀護所設施方面的影響已大為降低(如受觀察勒戒在所人數在一百人以上者,僅有臺北看守所一九〇人、臺中看守所一四五人、高雄看守所一七七人等三所)。

### 2. 人力

勒戒處所設於看守所、少年觀護所內,僅為附設性質,非獨立設置機關,無法定員額編制問題,無法請增人力,故該業務所需戒護管理人力及一般行政人力均由看守所、少年觀護所現有人員兼辦。毒品危害防制條例施行初期,由於案件

量較多且屬新增業務,各項規定及制度雖預為準備,惟在施行過程仍待逐步建立,是以當時造成相關兼辦人員業務量大幅成長。目前受觀察勒戒收容人數已大幅減少,制度面已建立,另與醫療支援人員之分工亦已確立,是以,目前以看守所、少年觀護所現有人力辦理觀察勒戒業務已能因應。

### 3. 醫療院所支援工作

依毒品危害防制條例第二十七條(未修正前)規定,看守所、少年觀護所附設勒戒處所之醫療業務,係由衛生署、省(市)政府衛生處(局)或國防部指定之醫療機構負責,因此,經衛生署統籌協商後,由該署精神醫療網臺北、北部、中部、南部、高雄、澎湖、東部等七責任區域之核心醫院,協調其責任區域內之醫療機構支援,各看守所及少年觀護所則分別與支援醫院簽訂醫療合作契約辦理。以九十二年間該部之調查,共計有三十二所醫療院所參與支援工作,支援方式係由各醫療院所視機關運作狀況,依議定時段調派相關醫護人力(包括醫師、護士、臨床心理師或社工員)支援,並依支援時間核發醫師應診費及醫療人員支援工作費。毒品危害防制條例施行初期,由於案件量較多,法定觀察勒戒期間不得超過一個月,加上「觀察勒戒處分執行條例」亦規定「有無繼續施用毒品傾向」判定結果必須於觀察勒戒期滿七日前陳報檢察官或法官,致使觀察勒戒標準作業流程壓縮在

十日至十五日間，緊湊之下，影響觀察勒戒功能之發揮；惟新修正毒品危害防制條例已將觀察勒戒期間由原訂不得超過一個月延長為不得超過二個月，觀察勒戒標準作業流程亦配合由十五日適度延長至二十一日，在觀察勒戒業務的運作上較為充裕。惟該部仍希望衛生署於新修正毒品危害防制條例施行一段時日，俟受觀察勒戒人收容量穩定後，就部分看守所實際收容情形協調酌增支援次數，此節已向衛生署反應。

#### 4. 戒護管理人員專業訓練

為因應觀察勒戒業務推動的需要，毒品危害防制條例未施行前，該部於八十四年間即曾委託臺北市立療養院、草屯療養院及高雄凱旋醫院協助辦理監所人員觀察勒戒講習事宜，受訓學員約八十名，該批學員嗣於毒品危害防制條例施行之後，成為首批運用於觀察勒戒業務之人力。另衛生署自八十三年度起推動之藥癮治療人員訓練工作，亦將法務部監所人員納入參訓對象，持續進行。基本上，在觀察勒戒的作業過程中，屬醫療及「有無繼續施用毒品傾向」判定部分之事務，均係交由支援之醫療人員進行，看守所、少年觀護所人員之任務僅限於提供資料，包括一般行政作業的犯罪前科資料提供、基本資料填寫、「有無繼續施用毒品傾向證明書」之陳報，以及進行判定時所需之「受觀察勒戒人戒斷徵狀觀察記錄表」及「受觀察勒戒人行為及情緒

問題觀察記錄表」之填寫等，以供醫療人員評估及判定。是以，戒護管理人員之工作內容尚稱單純，觀察的內容經表格化設計後，項目亦頗為明確，惟該部仍注重相關人員之訓練工作，以提升觀察勒戒品質。

#### 5. 「有無繼續施用毒品傾向」之評估標準

「有無繼續施用毒品傾向」之判定標準係由衛生署邀集相關機關及專家學者研商，確立評估項目、具體內容及使用說明手冊後完成制訂。毒品危害防制條例施行後即行應用；所採評估之項目包括人格特質（毒品犯罪及其他犯罪相關紀錄、短期內再犯加重計分）、臨床徵候（戒斷症狀、多重藥物使用、注射使用、使用期間、情緒與態度）、環境相關因素（社會功能、支持系統）等，用得分方式計算，得到分數越高，有繼續施用毒品傾向越高。由於該判定係屬首創，國外亦無類此前例可供參考，實施之後，各界反應不一，經衛生署委託精神醫學會研究，並邀集相關機關及專家學者研商後，曾於九十年三月一日完成修正並實施，沿用至今。該署認為仍有必要持續針對該標準之施行情形進行檢討修正，以力求公正客觀。

#### (三) 法務部關於監所戒治業務共同面臨問題與因應情形之檢討

##### 1. 設施不足且資源分散

法務部依據毒品危害防制條例規定，先行於監獄或少年矯正機關內設立戒治所，並依據「法務部戒

治所組織通則」規定請增戒治所編制員額計一三六名。目前總計共有十六所監獄及一所少年觀護所設立戒治所，另外尚有獨立設置之坪林戒治所一所（已成立但仍在進行設施改善工作中，未收容受戒治人），因毒品危害防制條例施行之初，受戒治人數大量增加（收容人數於八十九年十一月底達到最高峰之一〇、六八〇人），且必須顧慮各縣市檢察署解送人犯交通問題、收戒治人區域性收容量及各監獄收容設施運用情形，是以選定十七所監所設立戒治所；戒治所數量多，則預算員額分散後人力無法集中運用，另亦增加大部分監獄業務複雜性。九十二年底受戒治人數為八、五八六人，較施行之初，已稍有減緩。九十三年一月九日新修正毒品危害防制條例施行之後，五年內再犯吸毒罪者，不再適用觀察勒戒、戒治之規定，而逕由地檢署依法追訴，故在新修正條例施行當日，因新舊法適用原因，有大量受戒治人釋放出所或因另案轉執徒刑、接續羈押，致使各戒治所受戒治人數驟降（據統計，有二、三〇四人逕予釋放，另案執行者有四、四四六人，另案偵審羈押者一二一人），依九十三年二月底統計，在所人數減為一、七一八人，惟此屬過渡時期，未來俟新收案件指揮執行後，受戒治人數將再成長，惟預估收容量應不致超過五千人，與之前之八千餘人相較，規模將為原來之六成左右，故俟新修正毒品危害防制條例施行

一段時日後，該部將重新檢討戒治所設立問題，適度減少戒治所數量，將戒治人力集中配置。另該部近年亦積極推動設置獨立戒治所工作，九十三年一月一日已利用國防部移撥該部之新店軍事監獄坪林分監成立坪林戒治所，雖尚在進行設施改善中，無法即時收容受戒治人，惟改善工作完成開始收容業務後，一方面能再行簡併戒治所設置情形，以減輕其他監獄之負擔外，另一方面亦能達到戒治業務專業化、專責化之目標。

## 2. 專業醫療團隊

吸毒犯戒治業務之任務在於施以多元化之戒治處遇課程，已如前述，其實施，由各戒治所配置之戒治專業人力（輔導員、臨床心理師、社會工作人員）依據「戒治處遇成效評估辦法」、「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」辦理，並依據「戒治所師資遴聘評鑑要點」規定遴聘師資協助相關課程實施，由於戒治處遇偏重於輔導性課程處遇，故應無由專業醫療團隊進駐戒治所之必要。

## 3. 戒治處遇成績評估

依毒品危害防制條例第二十二條（未修正前）規定，強制戒治執行已滿三月，戒治處所認無繼續戒治之必要者，得檢具事證，報由檢察官聲請法院或由少年法庭裁定停止戒治。「戒治處分執行條例」第十七條規定，戒治所對受戒治人各階段之處遇成效應予評估，作為停止戒治之依據。為此，該部乃研訂

「受戒治人處遇成效評估實施要點」，採核給成績方式辦理，各階段之處遇成績必須經所務會議審核通過後，方能進階或辦理停止戒治。九十三年一月九日新修正毒品危害防制條例及「戒治處分執行條例」施行，依「戒治處分執行條例」第十七條之授權規定，該部爰邀集專家學者針對原成效評估實施要點內容，檢討研擬「戒治處遇成效評估辦法」，以作為辦理受戒治人處遇成效評估及陳報停止戒治之依據。該要點已於九十三年二月二十四日發布。

#### 4. 追蹤輔導

對於吸毒犯，除經由機構內（勒戒處所、戒治所）之治療外，其釋放至機構外之社區戒毒措施，計有：實施尿液採驗以遏止其再犯、結合社會資源進行心理輔導，以戒除其心癮及建立社區監控網絡，避免施用毒品者同儕間之不良影響等；相關業務辦理情形如下：

##### (1) 辦理吸毒犯之保護管束工作

<1> 為有效預防吸毒犯受保護管束人再度施用毒品，該部所屬地檢署依據毒品危害防制條例、「保安處分執行法」、「刑事訴訟法」等規定，對其施以定期驗尿、不定期驗尿及強制驗尿措施。九十二年計辦理定期驗尿二六、八六四人次；不定期驗尿一、二二一人次；強制驗尿七五七人次。以上共計三八、八四二人次。

<2> 九十一年度因犯毒品危害防制條例之罪假釋及緩刑付保護管束案件計一、二八七件，經保護管束成功期滿者共五五〇件，九十二年該類案件計二、三二〇件，經保護管束成功期滿者共一、〇六二件；成功期滿率提升百分之三。

##### (2) 辦理吸毒犯之收容及心理輔導工作

<1> 該部為落實反毒政策，督導財團法人臺灣更生保護會結合具輔導經驗及熱忱之天主教及基督教等宗教團體，合作辦理吸毒犯出獄後之收容及追蹤輔導業務，除銜接監獄戒毒成果，徹底戒除其心癮外，並規劃為期一年半心理復健課程，以助其重新適應生活，預防再犯。凡依法得受保護且有心持續戒毒者，經自行申請或由觀護人、監所通知保護，通過專業人員篩選後，得入住機構接受戒毒輔導；個案離所後，並予以追蹤輔導。

<2> 九十二年一至十二月財團法人臺灣更生保護會與基督教晨曦會、沐恩之家、主愛之家及歸回團契於臺南、高雄、屏東、花蓮及板橋等地合作辦理更生人之收容及戒毒心理輔導業務，計收容輔導吸毒犯受保護人八一三人次。

<3> 該部為提昇更生保護功能，

督導財團法人臺灣更生保護會與福建更生保護會增聘宗教界的神父、牧師、法師以及社會公益善心人士擔任更生輔導員，加強辦理更生人之就業、就學、就養及就醫等各項保護業務，同時強化追蹤輔導業務，落實個案輔導，以預防再犯。

由於脫離監所之吸毒犯容易受到外界環境影響而再犯，該部認為應該結合觀護、更生、警政、社政及醫療單位，成為一追蹤聯繫網絡，作為矯正機構之延伸，透過積極輔導吸毒犯就學、就業及就養，配合不定期驗尿及監督，以及提供醫療系統之復健服務，使其受到有效監控，減少再犯機會。

#### 5. 戒治執行期間過短

依毒品危害防制條例第二十條、二十二條規定，戒治期間為一年，惟執行已滿三月，戒治處所認無繼續戒治之必要時，得陳報停止戒治。施行以來，實務運作上發現，受最短期間之限制，不得不以三個月為戒治課程規劃目標，惟欲在此期間內充分安排所有課程，誠屬不易，無法提升戒治成效。因此，九十三年一月九日施行之新修正毒品危害防制條例乃參酌各界意見，將強制戒治期間由原最短期間三個月，延長為六個月，並配合修正「戒治所實施階段處遇課程應行注意事項」之相關課程內容，以充分實施

戒治處遇課程，提升戒治成效。

#### 6. 被告或少年另因他案應予羈押、留置或移送執行，監獄代為執行保護管束

毒品危害防制條例施行之後，受戒治人經戒治處遇成績評定合格報請停止戒治後，停止戒治期間依法交付保護管束，惟部分受戒治人因有他案應移送繼續執行，即發生保護管束期間與繼續執行期間相互重疊之情形，其如何執行保護管束，經法務部研討後，於八十八年五月十三日訂定統一規定：「關於停止強制戒治付保護管束者因另案在監服刑，執行保護管束之地方法院檢察署囑託監獄代執行時，監獄僅負責尿液採驗工作，惟監獄於採驗尿液發現受保護管束人有陽性反應時，應立即通知原囑託之地方法院檢察署；受保護管束人保護管束期間屆滿前或刑滿釋放前，監獄應將其監獄尿液採驗結果併同其獎懲及考核等資料，一併函送原囑託之地方法院檢察署」。由於受保護管束人移送監獄繼續執行，並非回歸社會，實質上仍處於受監督及考核狀態，且監獄僅負責實施尿液採驗工作，故由監獄代執行保護管束，不致造成業務負擔。惟新修正毒品危害防制條例已針對此節檢討，取消停止戒治付保護管束之規定，因此，未來該類代執行情形將不再發生。

#### (四) 法務部關於監所吸毒犯治療業務共同面臨問題與因應情形之檢討

##### 1. 委託醫院附設勒戒處所方面

該部曾多次與衛生署、退輔會

、人事行政局、主計處、醫療院所代表開會協商，尋求員額及經費疑義解決之道，惟未獲共識，推動醫院附設勒戒處所面臨之困難分述如下：

(1) 醫事及戒護員額方面

<1> 依該部八十九年一月二十九日召開之「研商醫院附設勒戒處所所需員額、經費疑義協調會」決議，各醫療院所之醫事人力需求，由各醫療院所自行招聘醫事人力，費用由各醫療院所自行負擔，另戒護人力部分，法務部於八十九年三月八日函送人事行政局之法務部暨所屬機關「九十年中央各機關專案請增減預算員額調查表」，其中包含短期醫院附設勒戒處所所需戒護警力七十四名，惟全案經行政院核定免議。

<2> 依現行毒品危害防制條例及觀察勒戒處分執行條例規定，勒戒處所係屬附設性質，並未如戒治所組織通則有機關組織編制之規定，欲請增戒護人力，因無法源依據，恐難獲行政院同意，須由各看守所及少年觀護所中抽調戒護警力支援以茲因應，惟各監所戒護警力本已捉襟見肘，若再抽調部分警力支援附設勒戒處所，恐造成戒護空窗，進而衍生出戒護事故。

(2) 經費方面

依衛生署所定之觀察勒戒

標準治療模式，每人每日約需四千至四千五百元之勒戒費用，若以設置二四一床估算經估算每年所需編列之勒戒經費高達三億九千餘萬元。若依毒品危害防制條例第二十七條第四項之規定：「第一項受委託醫院附設之勒戒處所，其戒護業務由法務部及國防部負責，所需相關戒護及醫療經費，由法務部及國防部編列預算支應。」以國家現行之財政狀況，由該部獨力編列該筆預算，似仍有諸多困難。

(3) 觀察勒戒人數下降且分布不均，設置醫院附設勒戒處所恐造成資源閒置

<1> 有鑑於醫院附設勒戒處所執行困難重重，法務部爰提出毒品危害防制條例修正案，並經於九十三年一月九日開始施行，該修正案已賦予各看守所、少年觀護所附設勒戒處所之法源依據，惟亦將觀察勒戒受處分人限定於初次或五年後再犯之吸食毒品者，以致觀察勒戒人數驟降，加以各看守所、少年觀護所散布全島，於醫院內附設勒戒處所恐因病犯不足，造成醫療資源閒置。

<2> 該部已規劃於新毒品危害防制條例修正後六個月內，檢討各看守所、少年觀護所附設勒戒處所之收容人數，再行評估設置醫院附設勒戒處

所之可行性。

<3> 該部原委託衛生署草屯療養院附設勒戒處所，亦因戒護警力及觀察勒戒人人數銳減之故，故改採戒護住院之方式辦理，俾利草屯療養院靈活調度病房與醫事人員。

## 2. 勒戒及強制戒治費用之收取

毒品危害防制條例與肅清煙毒條例，甚至與其他如監獄行刑法等監所法規之最大不同處，在於勒戒及強制戒治之收費制度。依毒品危害防制條例第三十條規定：「觀察、勒戒及強制戒治之費用，由勒戒處所及戒治處所填發繳費通知單向受觀察、勒戒或強制戒治處分人或上開受處分少年之扶養義務人收取並解繳國庫。但自首或貧困無力負擔者，得免予繳納。前項費用經限期繳納，屆期末繳納者，由勒戒處所及戒治處所，依法移送強制執行」。依據各界共識，藥癮患者雖有其特定的疾病特質在，但一般而言仍是一種自我放縱的行為，站在不鼓勵的立場，醫療費用理應由藥癮患者或家屬支付。因此，毒品危害防制條例乃仿保安處分執行法第十七條第一項及臺灣地區與大陸地區人民關係條例第二十條第二項，訂定戒毒費用由被告、少年或其撫養義務人負擔，以及不獲支付時得檢具單據與計算書移送強制執行之規定。依九十三年度核定標準計算，受觀察、勒戒人每月所需繳納之勒戒費用約為四、一〇〇元（少年約為四、四〇〇元），受戒治人每月

所需繳納之戒治費用約為三、六二〇元（少年約為三、九二〇元）。收費制度實施以來，由於該費用之收取係屬新制，且收取對象為吸毒犯，與一般民眾不同，道德感較為低落，拒繳案件甚多（以當年度整體收取得比率而言，勒戒費用收取率約在七十五%至八〇%之間，戒治費用收取率約為三十五%至四〇%之間）。另由於收費業務由現有人力兼辦，費用之收取亦有一定之行政流程（如費用計算、預為扣繳、開立收據、帳務處理、開立繳費通知、催繳、移送強制執行等流程），增加看守所、少年觀護所及戒治所部分人員之工作負擔，惟此為法定應辦業務，各監所仍應確實依法辦理。

## 3. 觀察勒戒及戒治制度之周延性與協調性

毒品危害防制條例八十七年五月施行之後，觀察勒戒及戒治業務方面，除前述問題外，因許多制度係屬新創，與目前存在之制度難免在契合性方面有調和之必要，而為制訂之初所難以預見（如被告兼具受觀察勒戒人身分之處理，以及受刑人裁定受觀察、勒戒處分期間，原來刑期是否中斷、收容人處遇及戒護管理等問題），類此問題，均需透過行政規定方式加以解釋，雖均能獲得解決，惟部分業務運作上較為麻煩。另該條例依吸毒犯之犯次區分為一犯、五年內再犯或三犯以上而異其處置，其刑事處遇程序過於繁複，又一般刑事訴訟程序與

觀察勒戒、戒治執程序交錯複雜，法律適用上引發諸多爭議。因此，該部乃經過廣泛徵詢社會各界意見後，提出該條例修正案，並於九十二年七月九日公布，九十三年一月九日施行，對於條文不夠周延且繁複等問題，已獲得解決。

#### 4. 所需前科紀錄之取得

前科紀錄為判定受觀察勒戒人「有無繼續施用毒品傾向」之重要依據，依法務部八十七年九月三十日法八七檢決字第 003438 號函規定，被告移送勒戒處所觀察勒戒時，檢察署應填載「前科紀錄簡列表」，與資料室列印之「刑案資料查註紀錄表」及裁定書隨人併送勒戒處所，故有關前科紀錄資料取得問題已獲解決。

#### 5. 專任醫師長期出缺及醫療人員不足

醫院附設勒戒處所因屬附設性質，無組織法規，故並無醫事人員之組織編制，該項業務均仰賴醫療院所指派精神科醫師等醫事人員至各看守所、少年觀護所附設勒戒處所，進行受觀察勒戒人有無繼續施用毒品傾向評定。

#### 6. 觀察紀錄能否確實

勒戒處所主要任務之一即為判定受觀察勒戒人有無繼續施用毒品傾向，以作為是否令入戒治處所施以強制戒治之依據。依現行作業規定，有無繼續施用毒品傾向判定事宜，係由支援醫療院所之醫師負責判定，惟支援之醫療小組不可能二十四小時駐所進行觀察，因此，在分工上，醫療小組支援以外之時間

，由勒戒處所人員負責辦理觀察記錄工作，觀察記錄之結果再提供醫療小組作為判定時之參考資料。由於觀察記錄資料為判定過程之重要參考依據，因此，毒品危害防制條例推動立法之初，除前已述及之委託三所醫療院所代為訓練戒護管理人員，有助其瞭解觀察重點及內容外，法務部亦配合設計制式表格包括：「受觀察勒戒人戒斷症狀觀察紀錄表」及「受觀察勒戒人行為問題觀察紀錄表」等二種加以應用，該二表將受觀察勒戒人戒斷症狀及行為問題之各種情形以具體表列方式加以設計，戒護管理人員僅需依據其實際所見勾選，無須進行專業判斷，可避免戒護人員之主觀意見，亦使觀察記錄工作單純化，正確性相對提高。

#### 7. 尿液檢驗

因各看守所、少年觀護所附設勒戒處所醫事檢驗人力編制不足，面對龐大之尿液篩檢業務，深感吃力，爰此，除部分監所尿液篩檢業務委由其他醫療院所代為檢驗，以紓解業務壓力外，該部亦修正觀察勒戒有無繼續施用毒品傾向計分標準，將尿液篩檢結果改列為監所內部管理參考，不列入計分項目之中。

(五) 法務部對於毒品危害防制條例實施之後，觀察勒戒及戒治業務之成效說明

#### 1. 毒犯觀察勒戒及戒治處理量部分

自八十七年五月毒品危害防制條例施行迄九十二年底止，臺灣地區各看守所及少年觀護所附設勒戒



處所新收入所之受觀察勒戒人數，總計有一六〇、七五七人次，經觀察勒戒後出所者（包括釋放出所及移送戒治所者）有一五九、六六四人次，其中經判定有繼續施用毒品傾向者有五二、四八一人次，占三二·九%。自八十七年五月二十二日至九十二年底止，各戒治所入所（包含新入所及撤銷停止戒治再入所）之受戒治人，總計有八五、二〇九人次，已完成戒治處遇課程出所者計有七五、四八五人次。

## 2. 觀察勒戒及戒治再犯率部分

依據統計，自八十七年五月至九十二年十二月底止，觀察勒戒及戒治後再犯比率分別為四四·三%及三八·九%，就該百分比觀之，其再犯率超過四成。惟參諸世界各國之醫療經驗及醫學界之共識，咸認為施用毒品成癮者，其心癮甚難戒除，再犯率均偏高。

3. 影響吸毒犯再犯之原因，不宜僅質疑勒戒或戒治處所之處遇成效。吸毒犯於執行觀察、勒戒或強制戒治期間，身繫拘禁處所，無法接觸毒品，勒戒或戒治處所又儘可能提供多元化協助，以堅定其戒毒決心，惟出所後之社會及同儕團體因素，更是影響吸毒犯是否再犯之主要原因。屬於心理層面之評估原本難以量化，且吸毒犯復歸社會後，回到原有環境，影響其再犯之原因相當複雜，諸如逃避現實、受不良友朋引誘、提神、找刺激、受欺瞞脅迫等。事實上，根據美國研究指出，除了毒品犯戒治期間的長短外，其

他因素也會影響毒品犯離開戒治所後再度吸毒的機會，例如施用毒品的頻率、犯罪與職業特徵、毒品成癮與戒治處遇期間是否相符、戒治處遇之模式、離開戒治所後是否持續接受追蹤、治療、是否參與出所後的保護輔導以及專業人員的教育與職業訓練等。因此，毒品犯之再犯，實際上與出所後的社會環境以及是否繼續接受治療、照護與職訓有關，認為現行戒毒模式沒有成效才導致毒品犯罪率節節高升的說法，似與研究發現不符。

4. 毒品危害防制條例與「肅清煙毒條例」之最大差異就在於參酌各國對吸毒犯的處遇對策，重新研擬適合國情且符合潮流之吸毒犯刑事政策。該條例之立法意旨認為吸毒者是兼具「病人」與「犯罪人」特質的「病犯」，因此，對於渠等的刑事政策，應該採取「除刑不除罪」、「醫療先於司法」、「治療勝於處罰」的方式對其矯治，將戒毒工作內容規範為「生理治療與心理復健雙管齊下之戒毒矯治策略」。該部認為該立法理念之提出，與過去肅清煙毒條例相較，具下列特性：

(1) 由於吸食藥物成癮者，依據精神衛生法規定及醫療界的認知上，係屬精神疾病的一種。毒品危害防制條例之施行，正視吸毒犯在司法程序上的醫療屬性，法務部認為較過去消極不處理的作法，是更為進步的概念，符合刑事政策潮流。因此，以往將吸毒者純粹視為犯人

，而以傳統監禁、隔離方式對待之的處遇政策已改弦更張。

- (2) 毒品危害防制條例提出之「病犯」概念，有利於針對吸毒犯的特質，發展其具獨特性之矯治模式。
- (3) 毒品危害防制條例提出之「病犯」概念，使得吸毒犯瞭解吸毒係其自身之病態行為，提升其「病識感」，並知道接受治療在其戒毒過程中的重要性，而在監所收容時或出監所後願意尋求或接受適當協助。

綜上，毒品危害防制條例針對未受司法機關發覺犯罪者，採取鼓勵其自動接受治療之作法，對初犯者則採取較以往為「寬和」的態度（外界如此認為），均有鼓勵其自新及減少國家資源浪費之本意。惟易造成吸毒犯錯誤的認知，而鬆懈其戒毒決心；要言之，即「嚇阻」之效果減低。對此，新修正毒品危害防制條例已在立法上作部分調整。

(六) 法務部關於監所性侵害強制治療業務面臨問題與因應情形之檢討

問題	因應方式	相關建議及意見
一、監所並非法定保安處分強制治療處所，刑前保安處分收容人處遇事宜尚無相關法令可供依循。	有關刑法、監獄行刑法及保安處分執行法等相關修正法案業於九十二年六月間送請行政院轉立法院審議，俟修正通過後將儘速配合修正現行「妨害性自主化罪受刑人輔導及治療實施辦法」，作為辦理依據。	一、建議強制治療處分宜由中央衛生主管機關，基於醫療專業立場，在軟、硬體設備齊全情況下，成立強制診（治）療執行專屬機構，或於醫療衛生機構執行，以落實治療之處遇效果。 二、監獄為刑罰執行機構，而保安處分強調治療，若將強制治療處分設於監獄內，除將面臨硬體設施、醫療資源及專業人力資源上之重重困境外，未來恐亦難祛除社會各界對於治療效果之疑慮。
二、監所醫療資源貧瘠，相關專業醫事人力（精神科醫師、臨床心理師、社會工作師等）明顯不足。	尋找當地可提供協助之相關醫療專業人員並以現有人力儘速安排收容人接受治療。	一、建請中央衛生主管機關訂定相關獎懲辦法，鼓勵各醫療院所醫事人員踴躍加入監獄強制診（治）療團隊，俾節約療程並強化療效。 二、妨害性自主鑑定及診（治）療，需有良好的醫療團隊及環境進行，監獄為刑罰執行機構，於硬體設備、組織架構與人員設置均不利於強制診（治）療處分之進行，此與保安處分強調治療非處罰之意義實屬不符，加上目前向其他醫療處所請求各種專業人才支援，尚受限於其醫院政策及現有

問題	因應方式	相關建議及意見
		<p>部內規定，診療人員尚不得以個人身分加入，目前來監診治療之醫療人員仍明顯不足等等各方面困境甚多，治療成效實難以彰顯。</p> <p>三、診療人力不足，而需接受強制診治療之收容人甚多，收容人被迫等待，無法立即或密集治療，診治療效果有限，也易出現間接拖延收容人出監、提報假釋之時間，造成收容人及其家屬不滿。</p>
<p>三、診（治）療所需評估評量工具尚無一套客觀、有效且具社會認可而有公信力之量表，難以落實及評估治療之成效。</p>	<p>該部基於統籌監獄內收容人及社區處遇更生人處遇性質連貫性考量，業已委託多位專家學者研製相關本土化評估量表，目前辦理本項業務之三所監獄均依參與診治之精神科醫師建議，採取相關所需評估量表。</p>	<p>一、由中央衛生主管機關基於醫療衛生專業立場，研製相關本土化之評估量表並提供現行監獄內、外及社區診療人員參酌使用，在個案出、入監診療均能銜接不致中斷的情況下，發揮最高整體療效。</p> <p>二、鑑於評估量表之研製係屬高度醫療專業，宜由中央衛生主管機關及本於職權研發辦理。</p>

(七) 衛生署關於監所吸毒犯治療業務共同面臨問題與因應情形之檢討

1. 該署參與情形：

- (1) 依毒品危害防制條例第二十七條規定，勒戒處所，由法務部、國防部於（軍事）看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設，或委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、衛生署、直轄市或縣（市）政府指定之醫院內附設。因此衛生署對監所毒品戒治業務係各監所之主管機關法務部委託單位之一。
- (2) 衛生署依毒品危害防制條例於八十八年五月十四日指定草屯療養院與法務部訂約，設置病

床五十床，收治看守所移送之病犯，協助法務部辦理觀察勒戒業務，惟因新修正之毒品危害防制條例於九十三年一月九日施行，賦予看守所、少年觀護所附設勒戒處所之法源，故法務部以九十三年三月十六日法矯字第○九三○九○一○○一號函示，不再續約並停止移送。

- (3) 對於監所毒品觀察勒戒及戒治業務，依法主要由法務部負責辦理，該署向來均採積極配合態度辦理該項業務，諸如提供醫院附設勒戒處所五十床，協助觀察勒戒業務，自八十六年五

月衛生署草屯療養院與法務部簽訂合約後迄今，法務部共移送一、二一一名；另目前計有十八家醫療機構與看守所簽約定期支援戒癮醫療，包括協助辦理觀察勒戒人之醫療處置、提供專業觀察紀錄、有無繼續施用毒品傾向評定，及其他相關之門診醫療措施，或毒品衛教宣導等（詳見本院出版品《監所衛生、醫治與毒品戒治問題之檢討專案調查研究報告》附件四「藥隱戒治醫療機構與監所合作情形一覽表」）。

附表十九、衛生署八十九至九十二年度收治看守所移送病犯人數一覽表

年度	89	90	91	92	總計
移送人數	595	497	76	43	1,121

- 目前戒治復健過程不足：毒品戒癮模式，一般可分為「生理勒戒」、「心理戒治」及「追蹤輔導」三階段，「生理勒戒」或稱「生理解毒」主要在於協助吸毒者解除戒斷症狀；「心理戒治」，則著重在吸毒者之心理輔導工作及對毒品心理依賴之解除；「追蹤輔導」則於心理戒治完成後，配合相當程度的監管、觀護、更生輔導，並協助復歸社會，以防止再犯。惟目前勒戒處所缺乏專職之醫療人員，無法針對吸毒者之戒斷症狀予以處理是一項問題，

而對吸毒者心理輔導，及出所後續追蹤等，也缺乏專業人員介入之輔導管道，致戒治復健過程不足。

- 建請法務部爭取擴增戒治專業人力編制，繼續加強延聘相關戒治專業人員：依毒品危害防制條例第二十八條規定，法務部應規劃籌設獨立戒治所專責辦理戒治業務，以使業務專責化。而對於脫離監所之吸毒犯，應結合觀護、更生、警政、社政、醫療等相關機構成為一追蹤網絡，研議個案管理之可行性，作為監所之延伸，減少再犯機會。

#### 八、法務部設置中區醫療專區及臺中監獄附設培德醫院有關情形及其利弊分析

##### (一) 醫療專區設置緣由

- 九十年四月廿三日監察院趙昌平委員、李伸一委員調查監所醫療問題，訪查履勘臺中監獄時建議以現行門診醫療網制度為雛型，擴充提升辦理收容人住院治療業務，籌設醫療監獄。
- 法務部長於九十年七月二十五日部務會報指示：「為加強對監所中精神病患收容人的醫療照護，除規劃籌設的醫療監獄應及早成立外，對於現未收容於三所精神病分監的精神病收容人，希盡量調整於精神病分監」。

##### (二) 醫療專區範圍

- 培德醫院（委外部分，包含重症住院服務區六十八床、血液透析中心十五床、加護病房四床、急診觀察床十床、手術室等，合計九十七床）。
- 門診區（每週五十二診次）。

3. 精神病療養區（三五〇床）。

4. 肺結核隔離區（八〇床）。

(三) 中區醫療專區辦理型態

1. 培德醫院所需醫護人力（醫師七名、護士二十五名、醫檢師二名、藥師二名、放射技師二名），依衛生署頒訂之「醫院評鑑標準」配置，除臺中監獄現有醫療人力外，全部委由中國醫藥大學附設醫院指派，硬體設備及醫療耗材由機關編列預算支應。（目前原屬中國醫藥大學附設醫院人員，但執業登記於培德醫院者計有醫師七名、護理人員十九名、醫檢師一名及放射技師二名，合計二十九名）
2. 中國醫藥大學附設醫院負責各科門診所需之醫師人力，護理人員部分則由臺中監獄就現有護理人力調派支應。
3. 精神病療養區：精神病收容人定期由中國醫藥大學附設醫院精神科醫師負責門診，護理人力、社工師、臨床心理師由臺中監獄（臺中戒治所）現有人力支援。
4. 肺結核隔離專區：設有二間標準負壓隔離病房，肺結核收容人由中國醫藥大學附設醫院醫師以門診方式治療，醫護人力部分由臺中監獄現有人力支援。
5. 藥品採購部分：醫療專區所需藥品部分，係由臺中監獄依實際需求以藥品聯合採購（中區）方式辦理，藥品底價係參採全民健保支付標準訂定，另藥品庫存管理部分則由獄政系統之醫療子系統中設定，原則進藥數量以使用三個月為原則。至

於醫師開立藥品名稱部分，臺中監獄已與中國醫藥大學附設醫院溝通，以使用臺中監獄現有藥品為主，若因特殊病症須使用特定藥品，則由臺中監獄依實際需求採購或以戒護外醫方式戒送收容人至醫療院所治療。

(四) 醫療專區設置計畫陳報行政院情形

1. 法務部前於九十一年三月二十五日以法矯字第 0090039563 號函陳報「法務部中區醫療專區設置計畫書」，並奉行政院秘書長於九十一年七月二十六日以院臺法字第 091003 4557 號函核復：請參照本院研考會審議意見重行檢討修正後再報院，原則同意。
2. 該部於接獲行政院秘書長函示旋即進行計畫修正事宜，本次修正重點含括研議培德醫院設立計畫書、辦理申請籌設醫院、新增精神病療養區及肺結核隔離區之醫護人力委外、檢討修正監所組織法規中有關醫護人力之編制及評估設置醫療專區之優缺點，並刪除原計畫遠程收容人納入全民健保等。
3. 該部於九十二年九月十二日以法矯字第 0920902671 號函再度陳報「法務部中區醫療專區設置計畫」到院，案經行政院審議後於九十二年十二月十一日以院臺法字第 0920 062313 號函核復，原則同意本案，並請法務部依研考會意見辦理。該會重要意見略以：
  - (1) 將培德醫院所提供門診服務與現行各監所門診業務加以區隔，並落實分級就醫及轉診制度。

- (2) 超額戒護人員之移轉或安置，請法務部具體規劃並據以執行；計畫草案內擬檢討增加醫護編制一節，宜再審慎考量。
- (3) 與中國醫藥學院（現為中國醫藥大學）契約期滿後，依「促進民間參與公共建設法」規範繼續辦理。
- (4) 收容人納入全民健保問題，請參照監察院司法委員會九十年視察臺中監獄時所提建議及本院九十年對監所醫療業務所做評鑑結論持續研議。
- (5) 本案九十三年所需經費請法務部於九十三年度預算案完成立法程序後，於年度預算相關科目經費項下調整支應。至以後年度經費需求，另循程序於行政院核定法務部主管未來年度中程歲出概算額度範圍內覈實檢討編列。

(五) 以醫院型態辦理之必要性

1. 符合醫療法之規定：依醫療法第十一條規定「醫療機構設有病房收治病者為醫院。」同法第二條「本法所稱醫療機構，係指供醫師執行醫療業務之機構。」同法第八條之二「醫師執業應在所在地衛生主管機關核准登記之醫療機構為之。」欲辦理住院業務須依程序申請成立醫院後方得辦理。
2. 行政院秘書長於九十一年七月二十六日核復法務部陳報之「法務部中區醫療專區設置計畫」中審議意見（五）：本案規劃時應依醫療法有關公立醫療機構設置之相關規定辦

理。

(六) 籌設培德醫院之利弊分析

1. 有利部分：

- (1) 參照醫院型態配置相關醫療設備與人力，除可提昇監所醫療品質外，亦可彰顯政府對人權之重視。
- (2) 以醫院型態經營，可明確參照衛生署頒訂之「醫院評鑑及教學醫院評鑑標準」所定之評鑑標準，購置相關設備，以確保未來接手之受委託醫療院所，能延續使用相關醫療設備及設施。
- (3) 鑑於「醫院評鑑及教學醫院評鑑標準」業已訂有相關醫療作業及品質管制之標準，故法務部爰採醫院型態管理，未來將可明確要求醫療院所應達一定之醫療水平，確保醫療品質，杜絕外界對監所醫療品質不佳之印象。
- (4) 將各監所重症收容人集中收容，強化專區醫療資源，依照醫院設置標準配置相關醫療設備與醫事人力，以確保渠等收容人醫療權益，亦可減輕其他監所收容重症收容人所面臨之壓力。
- (5) 透過集中重症收容人，並以醫院型態經營重症住院服務專區，達到醫院之醫療水平，可使未來保外醫治准駁之標準更具說服力與一致性，杜絕外界對保外醫治浮濫之錯誤觀感。
- (6) 雖重症住院服務區係以地區醫

院型態呈現，無法完全處理所有病症，惟收容人於戒護住院完成手術或重大檢查後，即可移回重症住院服務區，接續接受醫院醫療水平之治療，縮短在外天數，減輕脫逃或劫囚之風險，亦可節省戒護警力之負擔。

- (7) 經濟效益方面，與戒護住院相較下，醫療專區無需支付病房費，其相關檢驗費用亦以健保支付標準六折計價，加上省下之戒護警力人事費用，顯較經濟（以臺中監獄目前警力不足狀態下，對每日戒護住院的警力均以加班人力來支應，每日平均住院收容人六人需二十四名警力配置，每月需最低人事成本  $42,000 \times 24 = 1,008,000$  元，而設置重症服務區後，將可大幅節省此項支出。）。

## 2. 不利部分：

- (1) 以醫院型態經營醫療專區初期需投入相當之資本，進行整建及購置醫療設備，所費不貲。
  - (2) 加遽機關間醫療資源不均之現象，可能引發家屬及收容人之質疑。
  - (3) 需增加委外醫事服務費之預算，增加政府之負擔（戒護警力節省之人事費用，因戒護人員仍在職，無法於預算中呈現）。
- (七) 辦理合作醫療院所公開評選過程

法務部於九十年九月十四日以法九十矯字第〇〇一四九〇號函指示臺中監獄，籌設精神病療養專區

（醫療專區第一期），並依政府採購法相關規定，研議公開評選合作醫療機構，以便辦理住院醫療業務；臺中監獄爰依法務部核示意見組成採購評選委員會，並於九十年十一月七日與十二月十七日召開兩次委員會，研議法務部中區醫療專區委託與醫療機構合作案投標須知暨契約書。臺中監獄並於九十一年一月八日以中監總字第〇九一〇〇〇〇一三六號函請法務部准予依政府採購法及其相關法令公開評選合作醫療機構，案經會辦相關司處後，法務部九十一年二月六日法矯字第〇九一〇〇〇一三九五號函核示該監辦理公開評選合作醫院，臺中監獄於九十一年三月二十九日中監總字第〇九一〇〇〇一七九九號函陳報於九十一年三月二十日假臺中監獄會議室辦理公開評選，評選成績係採公開記名方式辦理，最後由中國醫藥學院附設醫院得標。

## (八) 培德醫院之屬性及其醫療糾紛責任歸屬：

1. 依醫療法第三條規定：「本法所稱公立醫療機構，係指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構。」故培德醫院係屬公立醫療機構。
2. 依醫療法第十三條之規定「醫療機構之開業，應依左列規定，向所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關申請核准登記，發給開業執照。公立醫療機構，由其代表人為申請人。」同法第十五條「醫療機構應置負責醫師一人，對其機構醫療業務

，負督導責任。」故培德醫院之申請人為臺中監獄典獄長，負責醫師為中國醫藥大學附設醫院醫師許○○（即為培德醫院院長，執業登記於培德醫院）。

3. 臺中監獄與中國醫藥大學附設醫院簽訂之委託醫療機構合作契約書第二十項規定，如遇有醫療糾紛時，受委託機構應負一切責任，臺中監獄得為必要之協助。第二十一項規定，受委託機構違反醫師法規，依法應由臺中監獄所負之行政責任悉由受委託機構負擔之。

\*\*\*\*\*  
**一 般 法 規**  
\*\*\*\*\*

- 一、銓敘部令：公務人員依公務人員任用法第 28 條第 2 項規定應予免職者，其免職應溯自各該款情事發生之日起生效

## 銓敘部 令

發文日期：中華民國 96 年 12 月 18 日  
發文字號：部法二字第 0962864756 號

- 一、公務人員依公務人員任用法第 28 條第 2 項規定應予免職者，其免職應溯自各該款情事發生之日起生效。本部民國 93 年 7 月 7 日部法二字第 0932370713 號令及本部歷次函釋與本解釋未合部分，均自即日起停止適用。
- 二、各機關（構）、學校對於所屬公務人員涉嫌刑事案件而繫屬司法機關審判中者，應與該管司法機關切實聯繫，了解訴

訟進行情況，俾於判決確定後，即依相關法令規定辦理。

部長 朱武獻