

# 監獄醫療：一張為時已晚的保外醫治同意書

顏思妤

台灣人權促進會北部辦公室主任

## 摘要

監獄作為國家執行刑罰的場域，固然具懲罰性質，也賦予教化的重責。無論各方所持的正義觀為何，多數的受刑人終將回到社會，協助復歸的工作無可避免。在監內施以有意義的教化，前提在於人類基本生理需求獲得支持。台灣自 2013 年將矯正機關收容人納入全民健康保險，引入社區醫療於監內開設日間門診，配合緊急外醫、保外醫治等就醫管道。惟實務上，超額收容環境、戒護與醫護人力不足、保外醫治審酌門檻的透明性不足、在監及保外醫治死亡率偏高等監所面臨之困境，民間除了持續倡議刑事政策的修繕，更有賴公共衛生措施作為前端預防，提升監所整體的衛生保健與疾病防治能力。

## 關鍵字

受刑人、監所管理員、矯正機關、緊急外醫、保外醫治、衛生及醫療

---

在加護病房見到我哥哥的第一句話，說他在監獄裡面已經吐血多天，如果今天再沒有送出來可能就會死在裡面，還有說不要靠近他，像知道他的病情會傳染一樣，他還說前兩天也有一個跟他一樣的病情出來，第二天就往生了。

我哥雖然有錯，但也不至於死。監獄是封閉性的，裡面到底藏了多少不為人知的祕密？受刑人納入健保，但為何保外就醫死亡人數還是偏高？為什麼要讓七十幾歲年邁的父親，白髮人送黑髮人，這叫家屬情何以堪？監獄的長官們，如果你們能夠再關心點、再關心點、再關心點，受刑人或許、或許他們不會死，還能夠為社會奉獻。

——民間監督落實司改國是會議決議聯盟，2018

2018年2月，花蓮監獄（以下稱監方）發生徐姓、蘇姓兩名受刑人疑似呼吸道感染死亡事件，監察院調查結果（以下稱花蓮監獄案調查報告）做出糾正（張武修等，2018），認為監方未能適時安排戒護外醫、隔離感染受刑人，因而導致疫情在監獄內傳播，並直指相關人員有疏失。徐姓受刑人遭延誤醫療時機達1.5天；蘇姓受刑人咳有血絲至戒護外醫，延誤醫療時機長達7天，再次顯示監獄醫療制度亮起紅燈。

## 壹、受刑人的就醫管道

監獄受刑人自2013年1月1日起納入全民健康保險制度的一環，引入社區醫療資源在監內開設門診。受刑人在監所如有就診需求，必須先填寫看診單，先由非醫療背景的戒護人員做初步篩選，再轉交衛生科或相關人員的評估、掛號看診，屬於日間、常態性的醫療處遇。

若受刑人有戒護外醫的需求，依《監獄行刑法》第58條規定：「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。監獄長官認為有緊急情形時，得先為前項處分，再行報請監督機關核准。」由監方人員戒送至附近合作醫療院所治療。

惟夜間及例假日多數監所並無門診（鍾雄光，2016：65），受刑人是否應緊急外醫，法務部矯正署在 2013 年 10 月通函各矯正機關緊急外醫判定參考原則（法矯署醫字第 10206001070 號函），揭示戒護外醫流程（見圖 1），其中緊急外醫羅列了 15 項生命徵象，作為是否轉送醫院的依據。

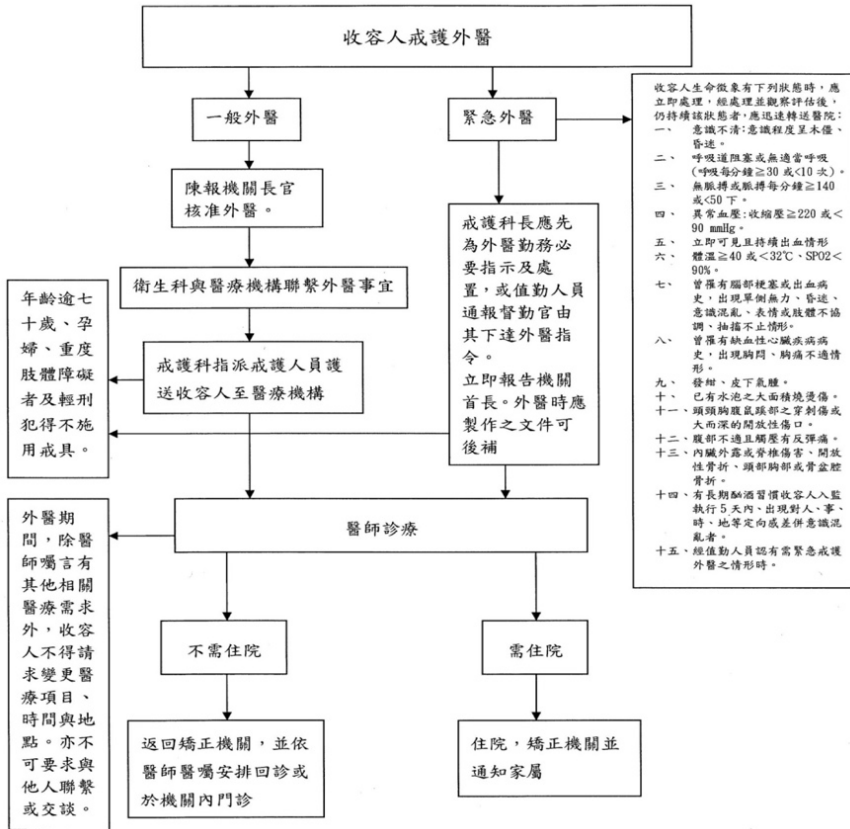


圖 1 矯正機關收容人戒護外醫流程

然而，戒護外醫實務上的判斷，若現場無醫療人員，非醫護專業的監所管理員恐難以做出適當評估，甚至出現檢測數據皆正常，最後卻撒手人寰的案例。獄政工作者林文蔚曾對此提出基層管理員面臨的困境，2015 年 2 月撰文描述宜蘭監獄患有心臟疾病之受刑人，全身盜汗於所內勤務中心病床觀察，檢測數據皆未達緊急外醫流程的標準，最終於到院前死亡（林文蔚，2015）。

## 貳、緊急外醫：受刑人與一般急診患者的距離

根據 2017 年《兩公約第二次國家報告》之部分核心文件，矯正署提供的在監死亡資料，2012 年至 2015 年（1—10 月）送醫途中死亡之收容人占總計的 20%—30%（表 1）。該次國家審查之《結論性意見與建議》第 52 點也指出在監死亡率偏高的問題（中華民國，2016b），再次凸顯了重新檢視緊急外醫判斷標準的必要性。

表 1 2012-2015 年 10 月中華民國收容人在監死亡率

年 別	在監死亡	送醫途中死亡	戒護住院死亡	總 計
2012	4	21	74	99
2013	6	30	65	101
2014	6	28	109	143
2015 (1-10)	13	18	89	120

資料來源：法務部

說 明：保外醫治死亡者不列入統計。

註：作者保留原資料醒目標示，說明此份統計未計入保外醫治死亡數。截圖取自《作為簽約國報告組成部分的核心文件——〈兩公約第二次國家報告〉》（中華民國，2016a：33 表 45）。

對照由行政院衛生署委託台灣急診醫學會、中華民國急重症護理學會共同制（修）訂的「台灣急診檢傷急迫度分級量表」（衛福部，2016），現行緊急外醫流程之檢測基準恐已過於嚴苛，符合者多已達到必須立即急救的程度。然而，矯正署對此曾於 2018 年 7 月 20 日《監獄行刑法》修法公聽會後回應：「『台灣急診檢傷急迫度分級量表』係供醫院之醫護人員決定到院病患的檢傷級數，以決定醫院處置之先後順序；二者對於使用對象及使用時點分屬不同情形」（法務部矯正署，2018：18）。

從矯正署的回應中，必須慎重思考的問題是：（1）受刑人緊急外醫與一般急診患者之醫療水平，目前存有多大的差距？（2）國家可否依身份的不同，適用不同標準的緊急就醫評估？

根據歐洲理事會反酷刑委員會（Europe Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT）早於 1993 年出版的《監獄醫療服務》（*Health Care Service in Prisons*）指出，受刑人有權享

有與其所在之社區一致的醫療照顧水準，並提出「醫師的可近性」、「同等的照顧」、「病患的同意與保密原則」、「預防性健康照護」、「人道協助」、「專業的獨立性」與「專業的稱職性」七項基本原則。

同樣如此肯認受刑人醫療權益的，可見於 2015 年聯合國大會決議（A/RES/70/175）通過的《聯合國囚犯待遇最低限度標準規則》（又稱納爾遜·曼德拉規則，以下稱曼德拉規則）。曼德拉規則第 24 條指出：「為囚犯提供醫療保健是國家的責任。囚犯應享有的醫療保健標準應與在社區中能夠享有的相同，並應能夠免費獲得必要的醫療保健服務，不因其法律地位而受到歧視」。

### 參、保外醫治：一張為時已晚的同意書

當監內門診與緊急外醫的醫療處遇，都無法讓罹病受刑人獲得適當的治療時，《監獄行刑法》第 58 條亦規範保外醫治的管道。保外醫治與監內門診或緊急外醫的差異在於，保外醫治不計入服刑期間，有就醫選擇權，依自身意願至希望的醫療院所就醫，待痊癒後返回監所繼續服刑。

保外醫治的審酌條件，法務部矯正署訂有《保外醫治審核參考基準》，若符合下列各款情形之一者，監獄得報請法務部矯正署核准其保外醫治：（1）罹患致死率高疾病，預料短期內將因而死亡、（2）身心障礙嚴重，無法自理生活，在監難獲適當照護、（3）病情嚴重必須長期監外住院治療、（4）肢體障礙嚴重，必須長期在監外復健、（5）病情複雜，難以控制，隨時有致死之危險、（6）罹患法定傳染病，在監難以適當隔離治療。

各矯正機關如何評估受刑人提報保外醫治，舉例而言，台中監獄細部自訂之審酌標準為：（1）癌症末期、（2）重症經醫師評估後建議需施行器官移植或骨髓移植者、（3）慢性病經積極治療後仍無好轉趨勢且病情加劇者、（4）器官衰竭無法自理生活者、（5）經醫師詳細評估後，其病情在數個月或近期內可能惡化而危及生命之虞者（盧映潔，2012：168）。

然而，是否通過保外醫治的審查與准駁依據，從 2015 年高雄大寮監獄事件 6 名受刑人的聲明可知透明性不足之爭議。此外，通過保外醫治門檻的受刑人，實務上竟有近乎過半以上的死亡率，直言之便是「快死了才能保外」。如此評論是否有失公允？根據法務部矯正署 2015 年 9 月公布之「近十年受刑人保外醫治概況分析」（表 2），保外醫治死亡率長期偏高，2014 年更高達

51.3%，在在顯示目前保外醫治的審酌與運作，存有相當大的疑義與修繕空間。

表 2 中華民國近十年受刑人保外醫治結束原因

項目別		94年-103年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	
總計	計	人	2,005	147	195	208	150	190	204	222	220	241	228
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	男	人	1,398	96	123	136	106	125	121	164	161	181	185
	女	人	607	51	72	72	44	65	83	58	59	60	43
保外醫治選監	計	人	805	68	81	91	62	88	81	95	73	91	75
		%	40.1	46.3	41.5	43.8	41.3	46.3	39.7	42.8	33.2	37.8	32.9
	男	人	432	34	32	41	25	45	39	57	44	60	55
	女	人	373	34	49	50	37	43	42	38	29	31	20
保外醫治期間死亡	計	人	883	64	76	77	71	73	81	102	111	111	117
		%	44.0	43.5	39.0	37.0	47.3	38.4	39.7	45.9	50.5	46.1	51.3
	男	人	826	56	66	72	70	68	75	96	105	105	113
	女	人	57	8	10	5	1	5	6	6	6	4	
保外醫治期間棄保逃匿	計	人	135	13	26	9	7	9	25	13	12	10	11
		%	6.7	8.8	13.3	4.3	4.7	4.7	12.3	5.9	5.5	4.1	4.8
	男	人	59	5	15	3	2	1	5	6	6	9	7
	女	人	76	8	11	6	5	8	20	7	6	1	4
其他	計	人	182	2	12	31	10	20	17	12	24	29	25
		%	9.1	1.4	6.2	14.9	6.7	10.5	8.3	5.4	10.9	12.0	11.0
	男	人	81	1	10	20	9	11	2	5	6	7	10
	女	人	101	1	2	11	1	9	15	7	18	22	15

資料來源：截圖取自〈近十年受刑人保外醫治概況分析〉（法務部矯正署，2015：4表3）。

後來主治醫師告訴我，哥哥只有一半的機會，如果再繼續惡化下去可能就要裝葉克膜，要轉至其他醫院。2月8號，我哥哥就已昏迷不醒，2月9號轉至花蓮慈濟醫院，在兩個小時內，慈濟醫院醫師告知我說，你哥哥得了B型流感，非常嚴重，為什麼這麼嚴重了才送來醫院，醫師還叫我向花蓮監獄拿哥哥的病歷資料，以方便追蹤他的病情，搶救黃金時間。

我向花蓮監獄戒護員說，要我哥哥在花蓮監獄的病歷資料，但他們遲遲都不拿出來，後來醫院拿了一包我哥哥的東西給家屬帶回來，打開看裡面的衣服，全部都被撕爛，像是讓他出來就不讓他回去的意思。後來，我哥哥病情嚴重，醫生說要裝葉克膜，結果隔天花蓮監獄知道我哥哥病情嚴重，花蓮監獄衛生科員一早就打電話給我，還追到花蓮慈濟醫院，要求我補簽保外就醫，最後我哥哥還是不幸往生了。

當家屬希望了解最初罹病時在監內的醫療處置過程，除了監內門診紀錄、病歷可至監方合作的醫療院所申請取得之外，其他舉凡舍房及工場的日誌簿、外醫門診（急診）及住院日誌簿中紀錄親友探視情形、裝備檢查及交接、有關戒護勤務交接等業務而記載的資訊、急診外醫過程影像，以及受刑人輔導紀錄簿等，這些有助於釐清受刑人病況變化及監方處置的文件或紀錄，監方均拒絕提供。也因此，從個案的視角而言，花蓮監獄受刑人家屬看見的保外就醫是服刑的家人身體狀況到了敗血性休克、病危的地步，才被當成燙手山芋般送回家屬，和一張為時已晚的保外醫治同意書。

#### 肆、難解困境：超額收容下的監獄醫療

監獄醫療的常態運作，除了適當的物理環境配合，也有賴戒護管理員與醫護人員二者間的專業合作。截至 2018 年 7 月底，我國約 62,000 名受刑人口，超出核定容額的 10.1%（法務部，無日期）。人滿為患的現實下，以戒護外醫而言，1 名受刑人緊急外醫，平均需要 2-3 名戒護人力，實務上若夜間有 2 名以上的受刑人需要外醫，夜勤人力便會相當吃緊。根據法務部於 2017 年 4 月 10 日公布之《矯正機關醫療制度與需求評估報告》顯示，2012 年至 2016 年間矯正機關戒護外醫（含外醫門診、外醫檢查、外醫住院及外醫血液透析）看診人次日趨增長（見圖 2）。而醫護人員長期不足的問題，花蓮監獄案調查報告也指出了嚴峻現況：

矯正署現有衛生科科长、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，現有員額 186 名，編現比約為 95%。現有醫師 2 名置於臺中戒治所、臺南看守所，其他醫事人員與收容人數之比例，以 2018 年 3 月底總收容人數 61,275 人計算為 1：329，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 1：1156，醫事檢驗師比為 1：4085。

國外收容人與醫事人員之比例，美國加州每 100 位收容人配置 1 名護理人員，澳洲每 100 名收容人配置 4.4 位醫療專業人員，德國柏林監獄醫療專業人力（含護理師與醫師）之比例為 1：19，皆與我國醫事人員與收容人數之比例 1：329 有間，……。 （張武修等，2018：13-14）

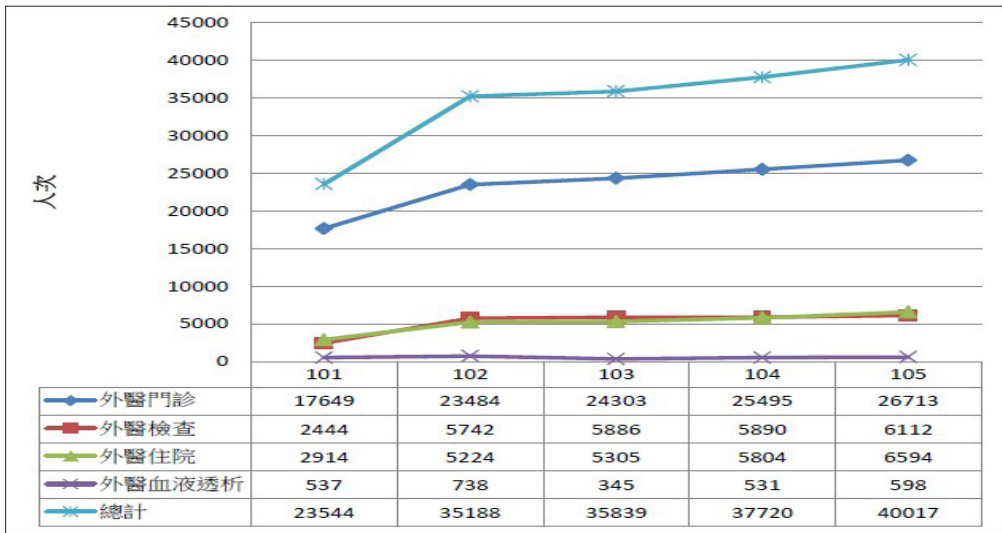


圖 2 2012–2016 中華民國受刑人納入二代健保前後各類外醫勤務人次變化情形  
資料來源：截圖取自《矯正機關醫療制度與需求評估報告》（法務部，2017：6 圖 2）。

## 伍、前端預防：修繕基本生活條件

若從公共衛生的角度而言，提升監所整體的衛生保健與疾病預防能力，相較於受刑人罹病後再來做醫療照顧、戒護外醫或保外醫治，甚至後續的國家賠償爭訟，二者耗損的經費與人力，孰輕孰重不言而喻。

攸關矯正機關衛生條件的因素之一，便是用水的供應。法務部矯正署（2018：47）《監獄行刑法》修正草案第 53 條擬進一步調整為：「為維護受刑人之健康及衛生，應依季節供應冷熱水，並要求其沐浴及理剃鬚髮。」而目前矯正署統一規定每年 12 月至次年 2 月底之每一開封日供應適當溫度之熱水沐浴，另 3 月至 11 月每周供應二次，前述期間如遇氣溫低於攝氏 20 度時，亦應供應之；基於女性收容人、65 歲以上老人及收容於病舍病人之特殊情形，全年每一開封日均供應熱水沐浴。然而，冬季熱水量不足的問題，再一次於花蓮監獄案調查報告中被提及：

矯正署實應嚴肅看待花蓮監獄收容人反映冬季熱水供應不足僅能擦澡情事，恐將降低其身體對抗疾病之抵抗力，亦不符寒冬沐浴禦寒需求；而其他監所收容人有無類似情事，亟待一併查明妥處，故該署允



應督飭各監所先行通盤檢視評估今年冬季熱水可供應容量與輸送計畫，並預為因應整備，方能確保屆時可提供充足的沐浴熱水，以維護收容人之基本生活與健康權益。(張武修等，2018：20)

舍房日常用水亦受到相當的限制，司改國是會議第五組委員劉北元先生曾指出，舍房限水條件十分嚴格，為避免沒水可用，受刑人在舍房上廁所都必須配合供水時間(吳政峰，2017)，建議應調整開放讓受刑人有更適當合理的用水環境。而在通風條件不佳、抽水馬桶付之闕如的空間環境下，衛生保健與傳染病防治的課題愈加艱困。

## 陸、監獄醫療是社會生存的最後一道防線

在國家矯正預算匱乏的現況下，訴求修繕前端的重刑政策，抑或逐年補足專業人力，皆是相當艱難的倡議路徑，需要一段漫長的社會說服。尤其，在應報式正義的主流輿論下，將酒精或物質施用者列為社會排除的首要對象，忽略了不同群體在面對社會生存的本質，需要付出的代價自始之初便截然不同的事實。

然而，無論各方所持的正義觀為何，大多數的受刑人終將出獄，協助回歸社會無可避免，也因此監獄的教化功能更顯重要。而有意義的教化，前提在於作為人類的基本生理需求獲得支持，若受刑人不斷在監獄「生很基本的病」，醫療可近性變相淪為另一種懲罰手段時，懊悔向上的期待無異於緣木求魚。

監獄醫療，應是社會生存的最後一道防線，讓受刑人活得像個人，教化才能真正開始。

## 參考書目

- 維基百科。〈2015 年高雄監獄挾持事件〉。<https://goo.gl/Yf3dpL>。2018/08/27。
- 吳政峰。2017。〈司改會議 受刑人好慘……大便還要看時間〉。《自由時報》。2017 年 3 月 17 日。<http://news.ltn.com.tw/news/politics/breakingnews/2007074>。
- 林文蔚。2015。〈飼蠔兼吹風〉。《人本教育札記》308。
- 法務部。2017。《矯正機關醫療制度與需求評估報告》。<https://goo.gl/dATLmP>
- 法務部。2018。〈監獄行刑法修正草案條文對照表〉。<https://goo.gl/2ZqjoE>
- 法務部。無日期。〈矯正機關收容人數〉。矯正統計。<http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/>

- common/WebList3\_Report.aspx?list\_id=1216。2018/08/28。
- 中華民國。2016a。〈作為簽約國報告組成部分的核心文件《兩公約第二次國家報告》〉。
- 中華民國。2016b。〈兩公約第二次國家審查結論性意見與建議各點次權責機關表〉。  
<https://goo.gl/sSRB9q>
- 法務部矯正署。2015。〈近十年受刑人保外醫治概況分析〉。<https://goo.gl/4V5kfo>
- 法務部矯正署。2018。〈公共網路平台建議監獄行刑法修正草案意見及本署回應〉。<https://goo.gl/SjT1xe>
- 財團法人民間司改基金會。2018。〈司改拖拉三大症頭，監督聯盟公開處方箋～民間監督落實司改國是會議決議聯盟記者會〉。<https://www.jrf.org.tw/articles/1533>
- 張武修、王幼玲、蔡崇義、楊芳玲、高涌誠。2018。〈花蓮監獄受刑人服刑期間因病送醫死亡事件糾正報告〉。調查報告（107 司調 0022）。台北市：監察院。<https://goo.gl/LX5fQF>
- 衛生福利部醫事司。2016。〈台灣急診檢傷急迫度分級量表修正版〉。<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2710-38118-106.html>
- 盧映潔。2012。〈德國與我國監獄醫療相關問題探討——兼論前總統陳水扁保外就醫爭議之分析〉。《刑事政策與犯罪研究論文集》（15），法務部編，頁 149–182。法務部司法官學院。
- 鍾雄光。2016。〈受刑人的醫療人權〉。中興大學法律學系碩士在職專班學位論文。

# Medical Service in Prison: Delayed Out-of-prison Medical Treatment on Bail

Szu-yu Yen

North Office Director, Taiwan Association for Human Rights

## Abstract

Prisons are not only for retribution, but for reformation as well. The majority of inmates will someday be released. It is the responsibility of the authorities to assist in the rehabilitation and social reintegration of prisoners. Although prisoners have been enrolled in the National Health Insurance since 2013 and outpatient services in custody and out-of-prison medical treatment have been established, yet overcrowding, a lack of prison officers and medical personnel, a lack of transparency regarding the credentials and examination of out-of-prison medical treatment, and a high mortality rate both in custody and out-of-prison are all problems that correctional institutions confront. This is a result of previous harsh criminal policy that civil society now tries to mitigate. Public sanitation is another core component of preventive health care and disease control in prisons.

## Keywords

inmates, prison officers, correctional institution, out-of-prison medical treatment, sanitation and medical services

---