

矯正機關身心障礙收容人生活適應 及特殊需求之實證研究

(研究成果報告書)

受委託單位：中央警察大學

研究主持人：孟維德教授

協同主持人：黃翠紋教授、蔡田木教授

研究顧問：孟顯珍醫師

研究員：溫翎佑、周坤寶

研究助理：黃國僥

研究期程：中華民國110年2月20日至110年12月16日

研究經費：新臺幣94萬8,561元

研究計畫編號(GRB)：PG11003-0270

法 務 部 矯 正 署 委 託 研 究

中 華 民 國 1 1 0 年 1 1 月 3 0 日

(本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為委託機關之意見)

摘要

《身心障礙者權利公約》強調身心障礙是障礙者與社會環境互動遭遇各種障礙的結果，政府應該積極消除身心障礙者一切形式歧視，對象含括矯正機關的收容人。而《禁止酷刑公約》及其相關國際文件亦揭示，人權適用於所有人，收容人與其他任何人一樣，有做為人的基本權利，國家只能剝奪被拘留或監禁者的自由。但另一方面，身心障礙收容人因人身自由受限，無法全數享有國家對身心障礙者的服務，必須有獨特的需求評估與處遇作為。然而針對各類型身心障礙收容人矯正機關應如何合理調整？我國迄今則未有完整相關指引，爰有執行本實證研究之必要性。

本研究經由蒐集與分析美國、英國、加拿大、挪威、澳洲、日本等國家之身心障礙者收容於矯正機關的相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料；在質化資料之蒐集方面，則經由訪談 5 位精神科醫師、8 位教化與處遇人員、4 位戒護人員，以及 15 位領有身心障礙證明之收容人，並舉辦二場次焦點團體座談會；在量化問卷調查方面，以收容人為研究對象，有效樣本數為 2128 位。經由前述資料蒐集方法，盤點我國身心障礙收容人盛行率、生活適應情形、面臨問題以及需求等議題。研究結果發現：

- 一、我國矯正機關身心障礙盛行率：身體功能障礙為 3.27%，認知功能障礙則為 7.77%，兩者合計為 11.04%；鑒於我國矯正資源不足，現階段我國矯正機關收容人身心障礙盛行率之估算應比先進國家低；各國矯正機關不僅使用社區身心障礙標準，且另有評估工具以篩選潛在個案。
- 二、身心障礙收容人生活適應情形：矯正機關身心障礙收容人有共症情形；女性收容人的精神障礙比率較男性為高，尤其是嚴重精神障礙；多數身心障礙收容人仍保有生活獨立性、高齡與長期刑收容人是入監繼發性身心障礙發生的高危險群，包括失智、體能退化的預防是關懷重點；以及有處遇需求但無身心障礙證明的收容人對矯正機關處遇措施不滿意度較高。
- 三、身心障礙收容人處遇需求：多數身心障礙收容人認為矯正機關提供的處遇措施已足夠；最重視醫療處遇措施；為避免病情惡化，身心障礙者出入監前的治療照護有延續性需求；認知功能障礙收容人被辨識需求高、身心障礙收容人希望有經濟上的協助、聽力障礙收容人最希望增加可參與的文康教化活動、精神障礙收容人對矯正機關放寬管理有較高需求。
- 四、矯正機關處遇困境：各矯正機關資源不一，無法提供足夠個別化處遇措

施；以持有身心障礙證明為主要識別方式，導致部分有身心障礙處遇需求者易被忽略；矯正機關跨單位網絡合作執行困難；處遇人員人力不足；矯正人員有關身心障礙認識之培訓內容及時間不夠；硬體設施及經費有待加強須行政院重視此一問題；老化及多重障礙者處遇困難；矯正機關尚未與社區長照資源結合。

經由前述研究發現，本研究提出以下研究建議與侷限性：

- 一、近程建議：應注意收容人於矯正環境中產生的障礙情形，且疑似身心障礙者應比照持有身心障礙證明者之處遇；每位身心障礙收容人都應有能夠參加的文康或教化活動；盤點所需身心障礙資源並整合各項處遇計畫以簡化行政負擔；提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識；落實轉銜會議並建置資源資料庫；矯正機關應盤點收容人所需之醫療資源適度進行調整；以及，現行「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」之調整建議。
- 二、中長程建議：修改相關法律將社區身心障礙資源導入矯正機關；建構身心障礙收容人跨網絡協助平台；應有政府部門作為連接矯正機關與社區身心障礙協助機關的橋樑；協助身心障礙收容人取得身心障礙證明；建置身心障礙收容人個案管理系統；開發簡易身心障礙篩檢工具，並定期對所有收容人進行身心障礙狀況評估；以及，矯正人員應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練。
- 三、未來研究建議：持續發展及建構我國收容人身心障礙初篩量表並建構適用於矯正機關的身心障礙鑑定模式；關注年長收容人處遇需求；應針對未成年身心障礙收容人處遇需求進行調查；探討設置我國司法醫療機關可能性；以及，其他司法機關亦應做身心障礙者處遇需求相關之研究。
- 四、研究限制：受限於研究期程僅能建構矯正機關收容人身心障礙評估工具之初稿；國外身心障礙收容人處遇資料蒐集限制；及，僅以成年身心障礙收容人為研究對象，未及於少年之身心障礙收容人。

關鍵詞：矯正機關、身心障礙者權利公約、禁止酷刑公約、處遇需求評估、合理調整。

Abstract

The Convention on the Rights of Persons with Disabilities emphasizes that physical and mental disabilities are the result of various obstacles encountered by the disabled in interacting with the social environment. The government should actively eliminate all forms of discrimination for the physically and mentally handicapped, and the targets include those in correctional institutions. The Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment and its related international documents also reveal that human rights apply to everyone. The inmate in correctional agency has the same basic rights as any other person. The state can only deprive the detained or imprisoned of their freedom. But on the other hand, because of the limitation of personal freedom, inmates with physical and mental disabilities cannot fully enjoy the state's services for the physically and mentally handicapped, so they must have unique needs assessment and treatment. However, how should the correctional agency make reasonable treatment adjustments for inmates with various types of physical and mental disabilities? So far, the relevant and complete guideline has not been established in Taiwan, and that is reason why this empirical study needed to conduct.

This research collects and analyzes the date of legal system, organizational structure, operation status, adaptation needs and reasonable treatment adjustment of the physically and mentally disabled people in correctional institutions in the United States, the United Kingdom, Canada, Norway, Australia, and Japan. In terms of qualitative data collection, we interviewed 5 psychiatrists, 8 rehabilitation officers, 4 guards, and 15 inmates with proof of disability, and organized two focus-group-interviews. In terms of quantitative questionnaire survey, the respondents are inmates, and the number of valid samples is 2,128. Through the aforementioned data collection and analysis, we explore the issues such as the prevalence of inmates with disabilities in correctional agencies, life adaptation and problems of inmates with disabilities, and their needs. The findings of this study include:

1. The prevalence of inmates with physical and mental disabilities in correctional institutions: The prevalence of inmates with physical dysfunction is 3.27%, the prevalence of inmates with cognitive dysfunction is 7.77%, sum of the two is 11.04%.
2. Life adaptation of inmates with physical and mental disabilities: Inmates with physical and mental disabilities usually have comorbidity problem; the female inmates have a higher rate of mental disabilities than male; most of the physically and mentally disabled inmates still have life independence; the elderly inmates

and long-term prisoners are high-risk groups of secondary physical and mental disability; and inmates who have needs but do not have proof of physical and mental disability are more dissatisfied with the treatment measures of the correction agency.

3. Treatment needs of inmates with disabilities: Most inmates with disabilities reveal that the treatment measures provided by correction agencies are sufficient, but their most attention is paid to medical measures. Inmates with disabilities have continuous needs for treatment and care before entering and leaving prison. Inmates with cognitive impairments have high demand being identified. Physically and mentally handicapped inmates wish financial assistance. Hearing-impaired inmates most hope to increase the cultural, recreational and educational activities that can participate in. Mentally handicapped inmates have a high demand for deregulation of correctional institutions.
4. Difficulties encountered by correctional agencies: Different correctional agencies have different resources and cannot provide sufficient individualized treatment measures. Inmates who have physical and mental disabilities treatment need but do not have the proof of disabilities are easily overlooked. Correctional agencies have difficulties to implement cross-unit network cooperation. The human resource and training of awareness of physical and mental disabilities in correctional agencies are not sufficient. The hardware facilities and funding need to be strengthened, the Executive Yuan must pay attention to this issue. Correctional agencies have not yet integrated with community long-term care resources.

Based on the aforementioned research findings, this research proposes the following research recommendations and limitations:

1. Short-term suggestions: People who are suspected of being physically and mentally handicapped in correctional institutions should compare the experience of those who have a certificate of physical and mental disability. Each inmate with disabilities should have cultural, recreational or educational activities that they can participate in. Taking inventory of the resources needed for physical and mental disabilities, and integrate various treatment plans to reduce the administrative burden. It is needed to improve the correctional officers' awareness of the disabled inmates. The transition meeting for the physically and mentally disabled inmates

should be implemented completely. The Disabled Inmates Treatment Plan in Correctional Institutions should be adjusted in according to recommendations of this research.

2. Mid and long-term recommendations: Community resources for disabled inmates should be integrated. The cross-network assistance platform for disabled inmates should be established. The specific government agencies should serve as a bridge connecting correctional agencies and community assistance agencies. The disabled inmates need help in obtaining physical and mental disabilities certificates. The case management system for disabled inmates is also needed to set up. The simplified physical and mental disabilities screening tool should be developed, and used for regular physical and mental disability assessments for all inmates.
3. Future research recommendations: The preliminary screening scale is needed to develop continuously for the physical and mental disabled inmates. The correctional agencies should pay attention to the needs of elderly inmates, and conduct investigations on the needs of juvenile inmates with disabilities.
4. Research limitations: Limited by the research time, it is only possible to construct the first draft of screening tool for the disabled inmates in the correctional agency. To some extent, collection of data on the treatment of the disabled inmates in foreign countries is limited. The prevalence of disability and the treatment needs of juvenile inmates are not included in this study.

Keywords: Correctional Agencies, CRPD, CAT, Evaluation of Treatment Need, Reasonable Adjustment.

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 問題背景與緣起.....	1
第二節 本研究之主旨.....	2
第三節 重要名詞解釋.....	5
第二章 相關研究文獻回顧.....	9
第一節 身心障礙者權利發展歷程及身心障礙盛行率.....	10
第二節 身心障礙者需求調查及其評估工具.....	40
第三節 身心障礙者收容人之處遇需求與相關處遇作為.....	92
第三章 研究設計與實施過程.....	113
第一節 研究設計與資料蒐集方法.....	113
第二節 資料處理與分析.....	127
第三節 研究倫理.....	127
第四章 各國矯正機關身心障礙收容人處遇現況.....	129
第一節 美國.....	129
第二節 英國.....	140
第三節 加拿大.....	150
第四節 挪威.....	159
第五節 澳洲.....	164
第六節 日本.....	171
第七節 我國與各國資料比較與綜合討論.....	177
第五章 質性資料分析與討論.....	185

第一節	認知障礙評估工具之建構.....	185
第二節	不同障礙別收容人生活適應與需求情形.....	198
第三節	矯正機關身心障礙收容人處遇執行概況.....	209
第四節	焦點團體座談資料分析.....	231
第五節	質性資料綜合分析.....	251
第六章	收容人問卷調查結果分析與討論.....	255
第一節	矯正機關身心障礙收容人盛行率.....	255
第二節	身心障礙收容人生活適應、處遇需求及面臨問題....	276
第三節	收容人對矯正機關強化身心健康措施之建議.....	313
第四節	收容人問卷調查結果綜合分析.....	315
第七章	結論與建議.....	323
第一節	研究發現與結論.....	323
第二節	研究結論.....	329
第三節	研究限制.....	336
參考書目		337
一、中文參考書目		337
二、外文參考書目		341
附錄：本研究工具		365
附錄一	精神科醫師訪談題綱.....	365
附錄二	處遇與戒護人員訪談題綱.....	373
附錄三	收容人訪談題綱.....	379
附錄四	焦點團體座談綱要.....	381
附錄五	收容人調查問卷.....	387

表次

表 2-1	身心障礙者權利公約制訂歷程.....	12
表 2-2	收容人待遇相關國際文件一覽表.....	16
表 2-3	我國身心障礙者權利重要發展歷程.....	29
表 2-4	我國身心障礙法規宗旨發展歷程.....	31
表 2-5	身心障礙者人權指標.....	33
表 2-6	身心障礙者盛行率及其需求之數據來源.....	37
表 2-7	我國 2019 年身心障礙者人數.....	38
表 2-8	我國矯正機關身心障礙收容人概況(2021 年 4 月止)...	40
表 2-9	執行需求評估需蒐集的資料.....	44
表 2-10	身心障礙鑑定相關重要法規一覽表.....	48
表 2-11	我國身心障礙鑑定類別之演變.....	49
表 2-12	身心障礙鑑定制度舊制與現制差異對照表.....	50
表 2-13	我國身心障礙需求評估工具編制歷程.....	53
表 2-14	K6 中文版題目與計分.....	65
表 2-15	K10 中文版題目與計分.....	66
表 2-16	Hayes 能力篩檢指數評估項目及內容.....	69
表 2-17	學習障礙篩檢問卷(LDSQ)評估項目及內容.....	71

表 2-18	收容人評估系統篩選工具(OASys ST) 評估項目及內容	74
表 2-19	簡短式智能評估內容 (MMSE).....	77
表 2-20	HASI、LDSQ 及 MMSE 評估項目比較表.....	79
表 2-21	矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表.....	82
表 2-22	矯正機關男性收容人心理健康篩檢表.....	84
表 2-23	矯正機關女性收容人心理健康篩檢表.....	86
表 2-24	CORE-10 題項一覽表.....	87
表 2-25	病人健康問卷(PHQ-9).....	88
表 2-26	我國身心障礙收容人法律規範.....	108
表 2-27	我國現行法令規定身心障礙者處遇措施.....	110
表 3-1	本研究深度訪談對象基本資料一覽表.....	116
表 3-2	本研究焦點團體座談會對象基本資料一覽表.....	120
表 3-3	本研究問卷調查施測情形一覽表.....	121
表 3-4	調查樣本性別分布狀況.....	121
表 3-5	調查樣本年齡分布狀況.....	122
表 3-6	調查樣本已被收容期間分布狀況.....	122
表 3-7	調查樣本入監所的主要罪名分布狀況.....	123
表 3-8	調查樣本刑期分布狀況.....	123

表 3-9	調查樣本是否曾經領取身心障礙證明分布狀況.....	123
表 3-10	領有身心障礙證明調查樣本之障礙類別分布狀況.....	124
表 3-11	本研究智能障礙測量題項信、效度一覽表.....	126
表 3-12	本研究精神障礙測量題項信、效度一覽表.....	126
表 4-1	英國皇家倫敦內科學會研發之智能障礙初步評估表...	144
表 4-2	加拿大矯正署收容人心理健康策略規劃表.....	155
表 4-3	日本收容人分類等級一覽表.....	175
表 4-4	各國身心障礙收容人盛行率.....	179
表 4-5	各國身心障礙收容人醫療照護主管機關.....	179
表 4-6	各國新收初篩評估工具.....	180
表 4-7	各國收容人年預算.....	181
表 4-8	各國收容人處遇措施比較.....	182
表 5-1	本研究精神障礙評估量表訪談意見彙整表.....	193
表 5-2	本研究精神障礙評估量表.....	195
表 5-3	本研究智能障礙評估工具意見彙整表.....	197
表 5-4	本研究智能障礙評估量表.....	198
表 5-5	不同障礙別收容人生活適應與需求情形.....	208
表 5-6	矯正機關身心障礙收容人處遇執行概況.....	229

表 5-7	矯正機關身心障礙收容人處遇計畫修正建議.....	245
表 5-8	深度訪談及焦點團體座談會意見綜合分析.....	251
表 6-1	整體樣本視力狀況分布情形.....	255
表 6-2	整體樣本聽力狀況分布情形.....	255
表 6-3	整體樣本下肢行走能力分布情形.....	256
表 6-4	整體樣本上肢功能分布情形.....	256
表 6-5	整體樣本身體功能障礙分布情形.....	256
表 6-6	整體樣本智能障礙各題項分布情形.....	257
表 6-7	整體樣本智能障礙分布情形.....	258
表 6-8	整體樣本精神障礙各題項分布情形.....	258
表 6-9	整體樣本精神障礙分布情形.....	260
表 6-10	未領有身心障礙證明樣本視力狀況分布情形.....	261
表 6-11	未領有身心障礙證明樣本聽力狀況分布情形.....	261
表 6-12	未領有身心障礙證明樣本下肢行走能力分布情形.....	261
表 6-13	未領有身心障礙證明樣本上肢功能分布情形.....	262
表 6-14	未領有身心障礙證明樣本身體功能障礙分布情形.....	262
表 6-15	未領有身心障礙證明樣本智能障礙各題項分布情形...	262
表 6-16	未領有身心障礙證明樣本智能障礙分布情形.....	263

表 6-17	未領有身心障礙證明樣本精神障礙各題項分布情形...	264
表 6-18	未領有身心障礙證明樣本整體精神障礙分數分布情形.....	266
表 6-19	視力障礙與基本人口變項交叉分析.....	267
表 6-20	聽力障礙與基本人口變項交叉分析.....	269
表 6-21	下肢障礙與基本人口變項交叉分析.....	270
表 6-22	上肢障礙與基本人口變項交叉分析.....	272
表 6-23	智能障礙與基本人口變項交叉分析.....	273
表 6-24	精神障礙與基本人口變項交叉分析.....	275
表 6-25	有處遇需求收容人數統計表.....	276
表 6-26	矯正機關醫療處遇需求一覽表.....	277
表 6-27	矯正機關無障礙設施需求一覽表.....	277
表 6-28	矯正機關管理協助需求一覽表.....	277
表 6-29	身心障礙收容人最常使用處遇措施一覽表.....	278
表 6-30	身心障礙收容人認為最有幫助處遇措施一覽表.....	278
表 6-31	身心障礙收容人希望增加之處遇措施一覽表.....	278
表 6-32	身心障礙收容人認為矯正機關最缺乏之協助或處遇措施一覽表.....	279
表 6-33	身心障礙收容人希望可以增加協助資源一覽表.....	279
表 6-34	視力障礙與處遇狀況及需求之交叉分析.....	280
表 6-35	聽力障礙與處遇狀況及需求之交叉分析.....	283

表 6-36	下肢障礙與處遇狀況及需求之交叉分析.....	285
表 6-37	上肢障礙與處遇狀況及需求之交叉分析.....	289
表 6-38	智能障礙與處遇狀況及需求之交叉分析.....	292
表 6-39	精神障礙與處遇狀況及需求之交叉分析.....	295
表 6-40	性別與處遇狀況及需求之交叉分析.....	298
表 6-41	年齡與處遇狀況及需求之交叉分析.....	301
表 6-42	犯罪類型與處遇狀況及需求之交叉分析.....	304
表 6-43	犯罪類型與處遇狀況及需求之交叉分析.....	307
表 6-44	是否領有身心障礙證明與處遇狀況及需求之交叉分 析.....	310
表 6-45	未持有身心障礙證明者身心障礙分布情形綜合分析...	316
表 6-46	基本人口變項與身心障礙分布情形綜合分析表.....	317
表 6-47	處遇需求收容人對矯正機關提供處遇措施滿意程度綜 合分析.....	318
表 6-48	有處遇需求收容人處遇措施使用現況綜合分析.....	318
表 6-49	各類別身心障礙收容人生活適應與處遇需求交叉分析 達顯著差異一覽表.....	319
表 6-50	身心障礙收容人生活適應、處遇需求與基本人口變項 交叉分析達顯著差異一覽表.....	320

圖次

圖 2-1 ICF 概念框架圖.....	23
圖 2-2 身心障礙者服務的雙軌措施.....	46
圖 3-1 本研究之研究設計示意圖.....	114
圖 4-1 日本法務省組織架構.....	173

第一章 緒論

第一節 問題背景與緣起

馬斯洛 (A. Maslow) 需求層次理論指出，能夠「安全」生存是人類最基本需求，人權遭受侵害不只是個人的悲歌，更是形成社會、政治動盪不安的源頭。而世界人權宣言(Universal Declaration of Human Rights)第 2 條也揭示：「人人有資格享受本宣言所載的一切權利和自由，不分種族、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他見解、國籍或社會出身、財產、出生或其他身分等任何區別。…」，第 25 條第 1 項「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭遇失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制情況下，喪失謀生能力時，有權享受保障。」身心障礙者的權利和自由不應受到障礙者的狀況而有區別。1966 年《公民與政治權利國際公約》(International Covenant on Civil and Political Rights) 與《經濟社會文化權利國際公約》(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 也強調政府應積極消除一切形式歧視。但是在許多國家仍充斥著身心障礙者的社會適應障礙及生存障礙。¹在早期常將他們視為「實驗研究對象」，晚近則被視為「受照顧者」，生存、教育、醫療等權利往往無法自我保障，依附家庭照顧者、非營利組織或國家的保護。

而 2006 年 12 月 13 日聯合國大會制訂通過《身心障礙者權利公約》(Convention on the Rights of Persons with Disabilities，簡稱 CRPD)，歷經數十年的公共倡議終於開花結果，是 21 世紀第一個人權公約。本公約強調身心障礙者與其他群體享有一樣的權利，不再將身心障礙者權益視為只是公益團體的職責，政府應該積極保障身心障礙者與一般社會大眾同樣平等擁有人權與基本的自由。而「身心障礙」是障礙者與社會環境互動遭遇各種障礙的結果，政府應致力於消除這些障礙，保障身心障礙者在社會、政治、經濟、文化等各方面的參與，能與其

¹ 1965 年的《消除一切形式種族歧視國際公約》和 1990 年的《保護所有移徙工人及其家庭成員權利國際公約》是對殖民化和種族主義的回應，1979 年的《消除對婦女一切形式歧視公約》(CEDAW) 是對性別歧視的回應，1989 年的《兒童權利公約》(CRC) 是對成人主義的回應，《身心障礙者權利公約》則是對能力主義的回應。這些主題性人權條約的發展被稱為人權的人格化和多元化。之所以制定這些條約，是因為據以制定兩公約的人權理論主要基於西方、白人、男性，以及非障礙成年人的經驗，而忽略了其他個人的經驗(Degener, 2016: 9)。

他人平等地享有所有人權及基本自由，促進固有尊嚴受到尊重，降低身心障礙者在社會之不利狀態(立法院，2014)。

迄今，先進國家對身心障礙者權益相關議題的努力方針，包括：一、提高認識；二、無障礙；三、生命權；四、危難情況和人道主義緊急情況時受到保障；五、在司法上獲得平等承認；六、獲得司法保護；七、保障自由和人身安全；八、免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰；九、免於遭受剝削、暴力和虐待；以及，十、保護人身完整性(United Nations Development Group, 2011)。其中，第8項議題規範於本公約第15條第2項：「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。」而其保障對象，適用於在矯正機關的收容人。另依據聯合國《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰公約》(The United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment，以下簡稱《禁止酷刑公約》)，「酷刑」不僅是故意摧殘個人肉體和精神的健康，在某些情況下會進而阻礙社會整體的尊嚴和意志，危害人類生存意義及對美好未來的憧憬。而不對收容人提供適當醫療照護，也屬於酷刑型態之一。在我國，依據「身心障礙者權益保障法」第85條規定：「身心障礙者依法收容於矯正機關時，法務主管機關應考量矯正機關收容特性、現有設施狀況及身心障礙者特殊需求，作必要之改善。」另監獄行刑法第6條第3項亦規定：「監獄應保障身心障礙受刑人在監獄內之無障礙權益，並採取適當措施為合理調整。」因此，矯正機關有責任確保身心障礙收容人在與其他人平等的基礎上，享有人權與基本保障。至於「合理調整」則包括：設施設備、處遇、管理內容或程序，以及流程上的調整。然而我國矯正機關針對各類型身心障礙收容人應如何合理調整？雖然矯正署已訂定「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」，並自2020年11月1日生效，惟本份指引之實施狀況如何？有無需要改進之處？殊值進一步探討。

第二節 本研究之主旨

人權發展是衡量民主國家社會進步與發展的重要指標，維護身心障礙者的人性尊嚴，即使是身處在矯正機關中亦不應有差別對待。有關身心障礙收容人的基本權益，《身心障礙者權利公約》、《禁止酷刑公約》均要求矯正人員必須提供適

當處遇措施，協助障礙者在矯正機關的生活，並發展出監後的生活技能，以利日後轉銜與復歸社會。然而根據國際身心障礙聯合會(Handicap International Federation, 2015: 4-5)研究顯示²：相較於一般人，當危機發生時，身心障礙者受到更加嚴重的影響：接受調查的實務工作者中，有 85%認為在危機時期身心障礙者更容易受到傷害，92%的人認為當在提供協助時，沒有考慮身心障礙者的實際需求。就身心障礙者而言，有 54%受訪者表示，他們除經歷直接的身體影響，有時也因此造成新的障礙；有 38%的受訪者表示，增加心理壓力和/或神智不清是危機帶來的額外後遺症；3/4 受訪者表示，他們沒有獲得基本援助，例如：乾淨飲用水、食物、住房或健康照顧。顯示：由於人們經常忽視身心障礙者在自然災害或衝突事件的需求，包括：缺乏優質醫療服務，甚至由於基本服務不足，因而除為身心障礙者帶來新的傷害外，也可能導致身心障礙的人數增加，而此種現象，在矯正機關尤其嚴重。在臺灣也有類似現象，根據黃兆志(2015)研究指出，目前社會並未針對矯正人員做出完善的教育訓練，亦沒有灌輸他們即使障礙者為收容人，亦須尊重其基本人權之概念，已讓許多身心障礙收容人在矯正機關中因遭受歧視而加深監禁之痛苦。翁栢萱(2019)亦建議，為維護身心障礙收容人在矯正機關權益，應針對收容人之障礙處境擬定個別化處遇計畫，結合社會福利、醫療、教育、就業等相關單位，提供身心障礙收容人持續性的個別化整體措施，並加強矯正人員的特教知能。

近年來，雖然矯正機關針對收容人的醫療人權已做出許多努力和改善，然而過去我國矯正機關針對各類型身心障礙收容人處遇作為未有完整相關指引，導致法務部在回應《身心障礙者權利公約施行法》國家報告國際審查結論性意見時，對於認知障礙收容人的醫療照護，仍以增加精神科的門診數量，及依照醫囑報請移送病監或保外醫治。再者，不同類型身心障礙收容人的需求不同，所需之處遇方向與作為亦有差異，例如：很多時候矯正人員無法在一開始就辨識出精神障礙者，未能體察醫療需求，而是以一般違紀處理方式以求矯正其行為。因此，監察院於 2019 年 11 月對法務部矯正署提出糾正，認為矯正機關對身心障礙收容人出現嚴重「漏接」情形，往往無法提供適切的診斷、醫療與支持，且逕以一般違紀懲罰方式處理，違背《身心障礙者權利公約》，甚至有可能構成「殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰」之疑慮(趙婉淳，2019)。矯正機關為高度封閉性機構，身心障礙收容人因人身自由受限，而無法全數享有政府對身心障礙者之服務。然

² 本研究對象為身心障礙者、身心障礙者組織和人道主義行動者，共計 769 位研究樣本。

於收容期間仍面臨生活、處遇及人際互動等課題，爰矯正機關如何確保身心障礙者之基本權益，備受各界關注。

我國監獄行刑法、羈押法於 2020 年 7 月 15 日大幅修正施行，將《身心障礙者權利公約》精神入法，明定監督機關應配合相關法令規定，因應矯正機關情境之特殊性因素，逐步訂定合理調整之指引，以保障身心障礙者之無障礙與不受歧視權益。針對身心障礙者在收容期間的處遇，矯正機關必須提供無障礙輔助措施，協助身心障礙者在矯正機關中的生活，並發展出監後的生活技能，以利日後的轉銜與重新復歸社會。矯正機關若缺乏必要的協助措施，或對其施以歧視，恐將嚴重違反《身心障礙者權利公約》禁止對身心障礙者施以酷刑及其他殘忍、不人道或有辱人格待遇之規定。雖然矯正署已訂定「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」，並自 2020 年 11 月 1 日生效，惟本份指引之實施狀況如何？有無需要改進之處？殊值進一步探討。為協助矯正機關落實相關指引，本研究擬經由整理國內、外相關研究文獻以及蒐集質化與量化實證資料，期能達成以下研究目的：

- 一、按現行我國通用之身心障礙類別，參採國內、外普遍使用之需求評估量表，檢視矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率(不以持有身心障礙證明者為限)，並就不同身心障礙類別與程度、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情况等)，進行分析及評估。
- 二、瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，並就不同身心障礙類別、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情况等)，進行分析及評估，合理調整處遇之方向，據以作為改善的方向。
- 三、蒐集與分析美國、英國、加拿大、挪威、澳洲、日本等國家之身心障礙者收容於矯正機關的相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括：設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信等)，作為我國處遇之參考。
- 四、盤點我國身心障礙收容人盛行率、生活適應情形、面臨問題以及需求等面向之分析，並就我國實務現況和相關法規與前述國家進行比較分析。
- 五、根據相關文獻與實證資料之研究結果，進行具體措施分析，並參考國外矯正機關針對身心障礙者之各項處遇措施，建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引。

第三節 重要名詞解釋

一、處遇需求評估

「需求」源自心理學詞彙，係指：促發個體行為的內在動力，與「動機」和「驅力」常視為同義詞，能引發個體維持活動的持續性，並引導活動朝向特定的目標(張春興，2009)。有關身心障礙者的需求，雖然有少數學者主張障礙者的需求和一般人相同，只是需要更多的協助而已。但大多數學者則認為，政府相關福利服務部門若要為身心障礙者或是其照顧者提供適切服務，那麼瞭解他們的需求就變得非常重要(Gilbert, Lankshear, & Petersen, 2008:55)。其次，不同障礙群體的文化、環境或支持系統會形成其獨特需求，如：障礙者的年齡、障礙發生時間、障礙別、居住型態、照顧者等因素之不同，其需求也會有所差異(Gilbert, Lankshear, & Petersen, 2008: 55; Werner, 2012: 567; 邱滿艷，2011:15)。因此，對於身心障礙者進行「需求評估」，在相關服務、協助提供的成效，扮演非常重要角色。「需求評估」除瞭解受評估者的身心健康狀況外，並可作為障礙者及其照顧者之個別需求量身制定治療或處遇方案的基礎。由於障礙者的需求除自身因素外，還受到其所身處環境，甚至文化影響，因此為維持或恢復障礙者的社會獨立性或生活質量的要求，除評估障礙者身心狀況外，還需要評估其社會和個人生活領域所面臨的不利條件(Werner, 2012: 267; de Weert-van Oene et al., 2009: 221)。

在身心障礙者人權保障的基礎上，他們的基本需求包括一切對有尊嚴生存必不可少的需求，為達成此目標，必須將身心障礙者需求主流化。換言之，如果不考慮身心障礙者所面臨的風險和障礙，就無法在人道主義行動中實現有意義的行動策略，確保他們的安全和尊嚴(Lange, Mitra & Wood, 2019: 6; Handicap International Federation, 2015: 30)。在制定身心障礙者適切服務方案前，需要先完成一些基礎工作，包括(一)確認受影響人口面臨哪些風險以及哪些人面臨特定或更高的風險；(二)確認造成風險的因素(這些因素可能包括獲取人道主義協助的障礙或作出明智決定所需的訊息)，以及(三)瞭解受影響人群維護自身和社區安全的能力(Lange, Mitra & Wood, 2019: 7)。同樣地，就身心障礙收容人處遇需求評估而言，應先瞭解矯正機關應該提供哪些處遇方案給身心障礙收容人？目前矯正機關為身心障礙收容人提供哪些處遇方案？身心障礙收容人接受這些處遇方案服務的情形？利用率為何？無法使用(尋求協助的障礙)的原因為何？目前矯正機關缺乏那些身心障礙收容人所需要的處遇方案？

二、身心障礙者

《身心障礙者權利公約》序言指出：「身心障礙」是一個不斷發展的概念，身心障礙源於身心障礙者與態度和環境障礙之間的相互作用，阻礙他們在與他人平等的基礎上充分和有效地參與社會。從這個概念出發，「身心障礙」不僅是身體與認知功能有障礙者個人問題，身心障礙是身心障礙者與環境中的障礙之間相互作用的結果，這些障礙阻礙他/她充分有效地融入和參與社會(Lange, Mitra & Wood, 2019: 6)。然而依照我國「身心障礙者權益保障法」第 5 條第 1 項規定：「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。」顯然我國現階段有關身心障礙者之認定與《身心障礙者權利公約》有所落差。再者，雖然我國於 2007 年通過「身心障礙者權益保障法」，導入由世界衛生組織所制訂的「國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)」，期望讓我國身心障礙法制面能由醫療模式轉變成人權模式。然而自 2012 年正式實施的 ICF 架構雖然經過本土化設計，卻仍停留在醫療模式，因而出現不少批判聲浪。從相關規定以及目前的實施狀況，我國有關身心障礙者之認定，仍然以是否領有身心障礙證明(手冊)者為認定標準，導致漏接許多個案。再者，對照國際社會有關身心障礙之分類，我國於引進 ICF 架構時將身心障礙類別從過往的 16 類改為 8 大類，但分類仍過於繁複，且忽略身心障礙常存在共症現象。鑒於本研究目的旨在瞭解矯正機關身心障礙收容人之盛行率以及應有的處遇方向。因此，本研究依照世界衛生組織以及各國普遍的評估狀況，將身心障礙收容人區分為身體功能障礙者以及認知功能障礙者。前者係指因身體功能障礙加上環境的因素，導致在聽力、視力、肢體功能有障礙者。至於「認知功能障礙」係指：因智能障礙、後天性腦損傷、精神疾病、酒精或藥物濫用引發的認知功能障礙和損傷，又可以進一步區分成精神障礙與智能障礙二類(Gray, Forell & Clarke, 2009: 9)。

三、合理調整

「合理調整」此一概念分別規範在《身心障礙者權利公約》第 2 與 5 條。第 2 條有關「合理對待」此一名詞之定義是指：「根據具體需要，於不造成過度或不當負擔之情況下，進行必要及適當之修改與調整，以確保身心障礙者在與其他人平等基礎上享有或行使所有人權及基本自由。」這是一種必要及適當的修改或調

整，在特定情況下需要以此確保身心障礙者可以享有或行使自己的權利。其次，第 5 條第 3 項也指出：「為促進平等與消除歧視，締約國應採取所有適當步驟，以確保提供合理之對待。」這項責任確保所需的調整不會對責任承擔方造成不成比例或不當的負擔。而公約第 6 號一般性意見則旨在澄清公約第 5 條所載的締約國有關平等與不歧視的義務。根據本項一般性意見第 25 段指出：「合理調整」是指其對身心障礙者的相關性、切合性及有效性。因此，如果一項調整達到它的目的，並且能修改到滿足身心障礙者的要求時，即屬合理的調整；同時「不成比例或不當負擔」則是「提供合理調整責任」的界限。綜合這兩個用語：提供合理調整的要求，必須受限於不對提供調整方可能造成不成比例或不合理負擔。再者，「合理調整」也不應與「具體措施」(包含「優惠性差別待遇」相混淆)。前者是一項不歧視的責任，而後者則意味著要提供身心障礙者比其他人更優惠的待遇，以解決身心障礙者在歷史上及(或)系統性地被排除在行使權利所獲得之利益以外的情況。

公約第 6 號一般性意見(第 26 段)進一步說明，指導提供合理調整責任的關鍵要素包括：(一)與相關的身心障礙者進行對話，查明及移除影響身心障礙者享有人權方面的阻礙；(二)評估某項調整(在法律上或實踐中)是否可行？若是在法律上或實質上不可能提供的調整，即屬不可行；(三)評估該項調整對於確保實現系爭權利是否相關(即必要與適當性)或是否有效；(四)評估修改是否對責任承擔方造成不成比例或不當負擔；要確定合理調整是否不成比例或過於沉重，便需要評估所採用的手段與其目標——即享有相關權利——之間的比例關係；(五)確保合理調整適合實現促進平等，以及消除對身心障礙者歧視的主要目標。因此，需要在與負責提供合理調整的有關機構及有關人員諮詢的基礎上，採取依個案具體分析的方式。需要考慮的潛在因素有：財務成本、可用資源(包括公共補貼)、提供調整方的規模(全部規模)、修改對機構或企業的影響、第三人的利益、對其他人的負面影響以及合理健康及安全方面的要求。換言之，對整個締約國及私營部門實體而言，必須考慮到整體資產，而不僅僅是組織結構內一個單位或部門的資源；(六)確保身心障礙者在廣泛的情況下，不自行負擔代價；(七)確保聲稱負擔不成比例或不當的責任承擔方負有舉證責任。為公約第 6 號一般性意見(第 27 段)進一步強調：拒絕提供合理調整的任何理由都必須以客觀標準為基礎，經過分析並及時通知相關的身心障礙者。不提供合理調整的合理性評估，視責任承擔方與權利擁有者之間關係的長度而定。

爰此，本研究將分別針對矯正機關處遇和戒護人員進行深度訪談，以及針對矯正機關身心障礙收容人進行深度訪談與問卷調查，並進行綜合分析，藉以瞭解矯正機關身心障礙收容人之需求，以及矯正機關應該如何針對身心障礙收容人的特殊需求進行合理調整。

第二章 相關研究文獻回顧

《身心障礙者權利公約》(CRPD)是國際法領域中一個相對較新的人權公約，在 2006 年通過之前，很少有公約提及身心障礙者權利，縱然有，也沒有關注身心障礙者全部的權利。而有關收容人基本人權保障，最先出現的是聯合國預防犯罪和收容人待遇大會於 1955 年通過《收容人待遇最低限度標準規則》(UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, SMRs；2015 年 12 月通過第 A/RES/70/175 號決議修訂該規則，同時為了紀念南非已故總統納爾遜·曼德拉，長期為矯正機關收容人人權的推廣，並將該規則更名為《曼德拉規則》(Nelson Mandela Rules)，因此《收容人待遇最低限度標準規則》又稱《曼德拉規則》，是全世界公認的收容人待遇最低限度標準。《SMR》的規則 1 規定：「所有收容人都應受到尊重，因為他們固有的尊嚴和作為人的價值。」政府須為收容人提供健康、運動、飲用水、個人衛生，以及舍房應有窗戶或足夠光線。《公民與政治權利國際公約》第 10 條第 1 款也重申此概念：「所有被剝奪自由者都應受到人道待遇，並應尊重人的固有尊嚴。」而《CRPD》在第 13 條也規範身心障礙者應獲得司法保護，依據第 1 項：「締約國應確保身心障礙者在與其他人平等基礎上有效獲得司法保護，包括透過提供程序與適齡對待措施，以增進其於所有法律訴訟程序中，包括於調查及其他初步階段中，有效發揮其作為直接和間接參與之一方，包括作為證人。」第 2 項「為了協助確保身心障礙者有效獲得司法保護，締約國應促進對司法領域工作人員，包括警察與監所人員進行適當之培訓。」儘管如此，直接或間接歧視經常影響身心障礙收容人受到不人道待遇，而各國仍持續有意或無意地持續侵害身心障礙者的基本人權(Arzani, 2019)。

一個人是否可以正常生活並進行必要的例行活動，以履行其在家庭、學校、工作或其他社會領域中的角色？除本身的狀況外，外在環境是否友善？是否有足夠支持系統？這些因素也同樣影響一個人的適應能力與功能。亦即：一個人的生活適應能力不單單受到疾病或自身功能所影響，還必須衡量其他因素。儘管醫療保健的進步降低死亡率，但與之相關壽命的增加，卻導致患有慢性疾病而需要終身治療的人口群相應增加；而人口老化，進一步造成老年族群的照顧出現特殊需求。公共衛生在當代社會必須超越死亡率並考慮到身心障礙問題，確定優先重點，衡量成果並評估衛生系統的有效性和績效。因此，醫療和社會服務專業人員必須共同合作，評估在特定生活領域中的客觀表現與身心障礙有關的功能。雖然定義

死亡和疾病很容易，但由於長期以來，缺乏一致的身心障礙定義和測量工具，導致要確認某人是否有身心障礙，或是某個社會的身心障礙盛行率則相對困難(Üstün et al,2010: 4)。

為了提高身心障礙者參與社會的程度，並消除使其平等參與社會的障礙，《CRPD》要求各國政府「蒐集適當的訊息，包括統計訊息和研究數據」(第 31 條第 1 款)，俾能夠制定政策和落實本公約對身心障礙者權益保障的訴求。然而用於識別身心障礙者的方法、所使用的定義、抽樣程序均存在很大的差異，導致識別何者為身心障礙者存在落差，更遑論對其需求之瞭解。此種情形，對於智能與精神障礙者尤其明顯。同樣地，過去由於刑事司法系統缺乏準確識別身心障礙者的工具，導致未提供身心障礙收容人所需的處遇或治療(Herrington, 2009: 298)。而近年來，在 WHO 以及先進國家的努力下，已經開始使用調查工具進行篩選，藉以提供相關處遇作為。

以下將分別就「身心障礙者權利發展歷程及身心障礙盛行率」、「身心障礙者需求調查及其評估工具」，以及「身心障礙收容人之處遇需求與相關處遇作為」等單元進行探討，建構本研究之理論基礎並作為後續研究工具建構之依據。

第一節 身心障礙者權利發展歷程及身心障礙盛行率

身心障礙收容人基本人權保障，是一條漫漫長路。雖然有許多國際人權法在強調收容人和被拘留者享有人權，例如《SMR》和《CRPD》都強調身心障礙收容人有權在與其他收容人平等的基礎上享有人權。但許多國家或是社會均系統性地忽視，甚至剝奪身心障礙者的人權，尤其是世界各地的刑事司法系統均具有懲罰性，更會加劇，甚至虐待身心障礙收容人(Arzani,2019)。

在本節中，將分別就「與身心障礙收容人有關之國際人權公約制定歷程」、「身心障礙者權益模式發展歷程」、「身心障礙者權利公約有關平等權之概念」以及「我國身心障礙者權利重要發展歷程」等文獻進行整理與分析，最後就身心障礙盛行率進行探討，藉以瞭解我國身心障礙收容人的權利保障現況，以及與國際社會之間的落差。

一、與身心障礙收容人有關之國際人權公約制定歷程

《CRPD》具有明確的社會發展意義，是國際社會對身心障礙者權益保障的

重要里程碑，它代表並認可過去幾十年來對身心障礙者的態度和轉變。本《公約》強調：身心障礙是由身心障礙者與外在環境的障礙（包括態度和環境）之間相互作用造成的，這些障礙阻礙他們在與他人平等的基礎上，充分和有效地參與社會；亦承認身心障礙者之間的廣泛差異，並重申各類身心障礙者均應享有每一項人權和基本自由。更具體地說，《公約》的一般原則包括身心障礙者的充分和有效參與，以及融入社會、不歧視、無障礙獲取均等的生存與發展機會 (Madans, Loeb & Altman, 2011: S4)。

第二次世界大戰結束後，在聯合國主導下簽訂的多項人權公約都可能與身心障礙者權益保障有關，聯合國也提出各種人權公約適用於身心障礙者之必要性。現有的人權規章多指出：身心障礙者享有與一般民眾同等的權利，這些人權公約展現出更廣泛、跨領域的議題。如《消除對婦女一切形式歧視公約》(CEDAW)就提出「跨領域」(cross-cutting)主題的一般性意見，聯合國 1991 年所發布 CEDAW 第 18 號一般性意見，關注身心障礙婦女處境。《兒童權利公約》(CRC)在 2006 年發布第 9 號一般性意見，強調「身心障礙兒童的權利」，意見書指出：身心障礙者所經歷的障礙，是在日常生活中所遇到的各種社會、文化、觀念和實際障礙之總和。同時，國際社會亦已發展出許多與身心障礙領域有關的宣言或準則，如《身心障礙者權利宣言》(Declaration on the Rights of Disabled Persons)及《慢性精神病患保護以及增進健康照護準則》(the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)。尤其聯合國在 1982 年通過「身心障礙者行動綱領」(the World Programme of Action concerning Disabled Persons)將 1983 年到 1992 年之間訂為「身心障礙者十年」(Decade of Disabled Persons)，促使許多國家對身心障礙者權利的重視(United Nations, 1982)。

根據世界衛生組織的估計，身心障礙者約佔世界人口的 15%，其中至少 80% 的人(約有 10 億人)生活在發展中國家。他們經常遭受歧視，在參與社會各個活動時面臨障礙，例如，在獲得教育、就業、保健和交通方面。若再加上來自於其他方面的歧視，包括：種族、膚色、性別、語言、宗教、政治或其他人口變項等因素，部分身心障礙者會面臨多重障礙。如此惡性循環，會使許多身心障礙者陷入更為貧窮的處境，並可能產生新的障礙 (United Nations Development Group, 2011: 11)。鑒於身心障礙者具有多重成因與樣貌，其需求及權益各具獨特性，身心障礙者的權益需要一個全面性的人權公約，以確實保障身心障礙者權利。1987 年，一個集結許多專家的全球性會議建議聯合國大會應起草一項國際人權公約來

消除對身心障礙者的歧視。該國際聲明大綱最初由義大利提出，隨後由瑞典接續工作，可惜沒有達成共識。許多國家代表認為，當時的人權公約或文件就已經足夠處理身心障礙者的需求。因此，倡議性質的《身心障礙者機會平等準則》（Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities）於 1993 年在聯合國大會上提出。2000 年，5 個國際身心障礙者非政府協會發表一份聲明，呼籲所有國家支持該公約。2001 年，墨西哥在聯合國大會上提出請求，希望成立非常設委員會，用以整合出一個容易理解的公約，全面性推廣並保障身心障礙者的權利與尊嚴。經過多年努力，直到 2006 年 12 月 13 日聯合國大會第 61/106 號決議通過《身心障礙者權利公約》及其《任擇議定書》，2007 年 3 月 30 日提供各國簽署，並於 2008 年 5 月 3 日生效。截至今(2021)年為止，已有 164 個締約國，任擇議定書則有 94 個締約國(Department of Economic and Social Affairs Disability, 2021)。聯合國身心障礙者權利委員會則在 2009 年成立，由 18 名獨立專家組成，其中 17 名為身心障礙者(Degener, 2016: 2)。有關本公約制訂歷程，參閱表 2-1。

表 2-1 身心障礙者權利公約制訂歷程

年度	重要工作進展	內涵
1945~1955	確認聯合國秘書處 (Secretariat) 及「經濟社會會議」(Economic and Social Council) 是身心障礙議題的主要機構	聯合國著重傷殘預防及傷殘復健，促進機能障礙者(如視障及聽障)的權利。
1950	發表「視障者的社會重建」及「身心障礙者的社會重建」報告	「經濟社會會議」(Economic and Social Council) 附屬的「社會委員會」於聯合國提出二份報告：「視障者的社會重建」及「身心障礙者的社會重建」，並在日內瓦討論障礙及傷殘復健。「社會委員會」同意成立身心障礙者教育、待遇、訓練及安置之國際標準。
1952	討論肢體障礙的國際復健議題	聯合國「社會委員會」討論肢體障礙的國際復健議題，認可的計畫包括：障礙的新取向、公眾教育、完整的傷殘復健方案、復健服務的擴展、復健人員的訓練、復健服務的組織與財務、聯合國及特殊機關的貢獻、非政府組織的貢獻、協調方式等。

年度	重要工作進展	內涵
1969	批准社會進步與發展宣言 (Declaration on Social Progress and Development)	批准聯合國憲章內明言的基本自由與和平原則。聯合國憲章第十九條幫助身心障礙者融入社會，例如：健康、社會安全、所有人民的社會福祉服務、身心障礙復健設備等。
1971	發表智能障礙者權利宣言 (Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons)	強調身心障礙者權利基礎，成為保護身心障礙權利的起源與主要架構
1975	發表身心障礙者權利宣言 (Declaration on the Rights of Disabled Persons)	指出身心障礙者享有基本公民權利，包括公民權、政治權和社會權等。
1981	國際身心障礙年(International Year of the Disabled)	提出「完全參與」與「平等」兩個概念
1982	公布世界身心障礙者行動綱領 (World Program of Action Concerning Disabled Persons)	分析與探討各國身心障礙人口的近況與權利，具體陳述文化與社會環境、住宅與交通、教育工作機會和社會與醫療服務體系等領域的友善性。並宣布 1983~1992 年為「聯合國身心障礙者十年」
1987	舉辦身心障礙者的世界行動綱領執行成果全球專家評估會議 (The Global Meeting of Experts to Review the Implementation of the World Programme of Action concerning Disabled Persons)	在瑞典斯德哥爾摩舉辦，以認同身心障礙者的權利為主軸，訂定出行動優先次序。會議建議聯合國大會起草一份國際公約，以消除對於身心障礙者各種形式的歧視
1991	公布慢性精神病患保護以及增進健康照護準則 (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)	界定慢性精神病患者的基本自由及權利基礎。
1992	確認每年 12 月 3 日為「國際身心障礙者日」	聯合國強調身心障礙者融入社會之全面平等機會的重要性。
1993	發表身心障礙者機會均等準則 (Standard Rules on Equalization of Opportunities for People with Disabilities)	就平等參與社會事務的先決條件、平等參與社會事務的目標、落實制度及監督機制，並且涵蓋所有與身心障礙者生活相關的各個層面，列出醫療、教育、工作、就業、無障礙環境等促進身心障礙者參與社會的各式政策，積極促進身心障礙者全面且平等的參與社會生活。建立追蹤身心障礙者權利的法制體系，並且藉此消除身心障礙者參與社會的

年度	重要工作進展	內涵
		外部障礙，確立「預防、復健及機會均等」，強調三權利原則，
2000	發表北京新世紀身心障礙者權利宣言(Beijing Declaration of Rights of People with Disability in the New Century)	世界身心障礙民間團體高峰會(World NGO Summit on Disability)倡議簽訂有法律拘束力之身心障礙者權利保障條約
2001	聯合國大會(United Nations General Assembly)56/168 號決議成立非常設委員會草擬公約	著重全球之社會發展、人權保障及反歧視趨勢，成立一非常設委員會(Ad hoc Committee)，草擬一完整公約，以保障身心障礙者之尊嚴與權利。
2006	通過身心障礙者權利公約(International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities)身心障礙者權利國際公約任擇議定書(Optional Protocol to the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities)	聯合國大會於 2006 年 12 月 13 日以全體一致(consensus)之方式同時通過二十一世紀第一個國際人權條約，於 2007 年 3 月 30 日開放給各國簽署及批准，並於 2008 年 5 月 3 日生效。強化公眾對權利之認識、使民間團體及政府得以建構知識基礎、促使各種相關計畫透明化，以有效地收集相關資訊等，保障身心障礙者之權利。
2009	聯合國身心障礙者權利委員會則在 2009 年成立	由 18 名獨立專家組成，其中 17 名為身心障礙者。

資料來源：整理自黃翠紋、蔡田木等(2019)。性別平權與警察實務(2 版)，頁 20-22。

在矯正機關的收容人當然也是《CRPD》所保障的對象。然而監禁的普遍特徵是它將收容人置於異常環境中，脫離他們日常生活環境，並承受完全不同的壓力和命令。對收容人的完全控制是 Sykes(2007:41-45)所定義的五個「監禁之痛」的核心，包括：(一)自由的喪失：對收容人行動的嚴格限制，以及與家人、朋友和外界的隔離；(二)物質和服務的剝奪：基本生活所需物質以及日常生活便利性和服務的減少；(三)剝奪性關係：透過剝奪性關係，使收容人感到痛苦；(四)剝奪自主權：對於絕大多數事情自由選擇的限制；和，(五)安全感的剝奪：受監禁者不只要遠離與他/她有親密關係的人，被拘禁在一個全然陌生環境，且其中許多人有暴力行為史。雖然監禁效果因人而異，但對於身心障礙者或是部分易受傷害人口群，監禁可能會產生有害而持久的變化，而且會加劇惡化他們的身心健康狀況。雖然監禁的目的不應包括傷害收容人，但監禁對收容人卻會帶來許多有害的狀況，則是不容忽視的事實(WHO, 2007: 6)。此外，矯正機關環境越惡劣或越極端，對收容人帶來的痛苦就越大，損害就越深。惡劣的待遇、單獨監禁和人滿為患都可能加劇監禁的負面影響。反之，矯正機關積極的氛圍，鼓勵尊重、人道和

公正，則可以減少收容人遭受暴力、性虐待和酷刑的風險(Modvig, 2014: 19-20)。

世界上大多數國家的監禁率持續上升，導致許多國家矯正機關人滿為患，進而導致監禁條件越加惡劣，是造成對收容人不人道處遇的主要因素之一（Penal Reform International, 2018: 7-8）。自 2000 年以來，世界受監禁總人口增加近 24%，儘管各大洲與各國之間存在巨大差異，但這一數字與同一時期世界總人口的增長幅度大致相同。以 2018 為例，「世界監獄摘要」(World Prison Brief)的報告指出，全世界有超過 1,074 萬人被拘禁在矯正機關中(Walmsley, 2018: 1-2)。人滿為患不只威脅到矯正機關無法滿足收容人最基本需求的能力，例如：營養、衛生設施、醫療保健以及拘禁環境，更遑論對身心障礙者應有的協助以及特殊活動需求的滿足。矯正機關人滿為患更可能導致內部緊張局勢加劇、違序、暴力與暴動、傳染病和嚴重的健康問題、收容人自殘和自殺，而帶來獄政管理的重大挑戰（Coyle, Heard & Fair, 2018: 761）。此外，過度擁擠帶來的資源與收容人生活空間不足，則又會影響收容人矯正方案的提供和有效性，以及收容人復歸社會和獲得教育與職業培訓的機會。以美國為例，大規模監禁造成政府、受監禁者及其家庭每年損失超過 1820 億美元(Wagner & Rabuy, 2017: 1-2)。

為了緩解前述問題，近年來，在聯合國的帶領下，國際社會做出巨大努力，改革矯正機關的問題，為收容人發展出有效、符合道德和人道標準的國際準則，以協助矯正機關制定相關指引。獄政改革者和國際社會早就有共識：收容人是人，因此必須被賦予相同的基本權利和自由。正如 Coyle 等人(2016:778-779)指出：不論被指控或定罪的罪行有多嚴重，國家只能剝奪被拘禁者的自由，而不是他們的人性尊嚴。人權適用於所有人，與其他任何人一樣，收容人有做為人的基本權利。除《CRPD》外，自第二次世界大戰結束以來，已經出現與預防犯罪和刑事司法有關的大量國際標準和規範。主要的國際人權文件，例如《世界人權宣言》(Universal Declaration of Human Rights)（大會第 61/295 號決議）、《公民與政治權利國際公約》(International Covenant on Civil and Political Rights)（大會第 2200A（XXI））、《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰公約》(Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment or Punishment)（大會第 39/46 號決議），以及《兒童權利公約》(Convention on the Rights of the Child)（大會第 44/25 號決議）均提及對所有被剝奪自由者的待遇。而有關收容人待遇相關國際文件，列如表 2-2 所示。

表 2-2 收容人待遇相關國際文件一覽表

公布年	文件名稱
1955/2015	聯合國預防犯罪和收容人待遇大會於 1955 年通過《收容人待遇最低限度標準規則》(UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, SMRs) 後來在 2015 年 12 月通過第 A/RES/70/175 號決議修訂該規則，且為紀念南非已故總統納爾遜·曼德拉，長期為矯正機關收容人人權的推廣，並將該規則更名為《曼德拉規則》(Nelson Mandela Rules)，因此《收容人待遇最低限度標準規則》又稱《曼德拉規則》。
1982	與醫務人員，特別是醫生在保護收容人和被拘留者免遭酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格待遇或處罰中作用有關的醫學道德原則 Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (大會第 37/194 決議)
1984	死刑犯權利的保障措施 Safeguards guaranteeing protection of the rights of those facing the death penalty(大會第 1984/50 號決議)
1985	少年司法最低限度標準規則(北京規則) Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (Beijing Rules) (大會第 40/33 號決議)
1988	保護在任何形式的拘留或監禁中所有人的原則體系(Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment) (大會第 43/173 號決議)
1990	收容人待遇基本原則(Basic Principles for the Treatment of Prisoners) (大會第 45/111 號決議)
1990	非拘禁措施標準最低限度規則(東京規則) Standard Minimum Rules for Non-Custodial Measures (Tokyo Rules)(大會第 44/110 號決議)
2010	女收容人待遇規則和女罪犯非拘禁措施(曼谷規則) Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules) (大會第 2010/16 號決議)
2015	保護被剝奪自由的少年規則(Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty) (大會第 45/113 號決議)

資料來源：研究團隊自行整理。

然而在許多國家縱然已經制定身心障礙收容人的處遇措施，但未必能夠落實實施。例如，Flynn、de Castro 和 Fhlatharta (2020: 3-4)以愛爾蘭矯正機關收容人

為對象，探討處遇措施執行情況，研究結果發現：各機關在執行上有很大的落差，他們被拒絕提供特定的輔助工具，如視障者使用的導航設備；聽障收容人使用手語翻譯的機會極為有限，幾乎無法與監獄工作人員和其他收容人進行溝通；遭受來自其他收容人或是矯正人員的歧視，無法順利提出申訴；由於矯正人員缺乏對認知障礙和聽障的瞭解，導致在監獄內溝通困難，並引發身心障礙收容人和矯正人員或其他收容人的相處問題；沒有接收到有關監獄規則和制度的無障礙訊息，導致他們比其他收容人更可能違反監獄紀律；假釋或其它社區處遇計劃往往是以收容人在矯正機關的表現作為評估的基準，但由於身心健康狀況而往往無法參與勞動，導致他們無法獲得這些機會；一旦要出獄，則將面臨缺乏無障礙住房，支持系統和醫療保健的障礙。

二、身心障礙者權益模式發展歷程

身心障礙程度的認定與評估，對法律和政策具有重要意義。然而不同時期與國家，有不同的社會背景，對於身心障礙者也就有不同的理解與定義，所採取的行動亦有所不同(Palme & Harley, 2012:357)。Smart (2004: 25-29)的研究指出，瞭解身心障礙模式有許多重要目的：(一)不同身心障礙模式對於身心障礙的定義不同；(二)不同身心障礙模式有不同的因果關係和責任歸因的解釋；(三)不同的身心障礙模式對於身心障礙者的需求有不同的認知；(四)身心障礙模式是指導政策制定和實施的基礎；(五)身心障礙模式不是價值中立；(六)身心障礙模式是決定應該學習哪些學科以及如何瞭解身心障礙者的指引；(七)身心障礙模式塑造了身心障礙者的自我認同；(八)身心障礙模式可能導致偏見和歧視。根據學者的研究，可以將身心障礙者權益模式進展，區分成五個階段：從慈善模式(Charity model)、醫療模式(Medical model)、社會模式(Social model)到以《身心障礙者權利公約》為基礎的人權模式(Human rights model)，繼而轉換成互動模式(Interactional models)，將身心障礙視為是障礙者與環境互動的結果。相關模式的內涵概述如下：

(一)慈善模式(Charity Model)

身心障礙的慈善模式側重於個人，並且傾向於將身心障礙者視為被動的受害者，是需要旁人照料與憐憫的對象，障礙則是他們的主要標誌(Al Ju'beh, 2015: 20)。

(二)醫療模式(Medical Model)

身心障礙的醫療（或生物醫學）模式認為：「身心障礙是由疾病、傷害或其他健康狀況直接引起的個體問題，且造成身體和社會功能的喪失，需要以治療和康復的形式進行醫療處遇，以使他/她盡可能接近一般人的生活模式（Al Ju'beh, 2015: 20; Mitra, 2006: 237）。Olkin（1999: 26）指出：身心障礙醫療模式的基本特徵是將身心障礙視為個人的醫療問題，它是身心功能的缺陷或障礙，本質上是異常和病理的。干預的目標是治癒，並在受過培訓專業人員的幫助下，希望身心障礙者能夠利用各種服務，儘可能改善身心狀況以及康復，使身心障礙者適應外在環境。Carlson（2010: 5）也指出，身心障礙被認為是可悲的狀況：對個人及其家庭而言都是悲劇，應該加以預防，如果可能的話，應該予以治癒，而這種對身心障礙的消極觀念促成對身心障礙者進行的一些有違醫學倫理的治療，包括非自願絕育和安樂死。整體而言，本模式將身心障礙視為個人問題，透過治療方法以及醫療干預手段，包括康復和機構護理，以及社會援助計劃，例如特殊教育、職業培訓和社會福利。本模式賦予醫學專業人員巨大的力量，而用於診斷的標準則是從社會「正常」的角度發展而來，往往沒有考慮到與人類社會有關的生活各方面的障礙（Thomas & Woods, 2003:15）。換言之，本模式將身心障礙者視為被動患者，並根據疾病或障礙的嚴重程度進行歸類（Palmer & Harley, 2012: 358; Colombetti et al, 2012: S155）。該模式受到批評的原因相當多，包括：未考慮環境和社會障礙（壁壘）的重要作用（Rimmerman, 2013:27；Mitra, 2006: 82, 237）。更重要地，本模式的干預措施主要係由專業醫療人員進行障礙類別、程度以及處遇需求評估，導致相關政策推動需投入非常高的成本，而處遇效果又極其有限的窘境（Coe, 2012: 402）。

（三）社會模式（Social Model）³

1960 年代至 1970 年代，受激進身心障礙權益保障運動的啟發，身心障礙的社會模式因對醫療模式的侷限性而發展起來（D'Alessio 2011: 44）。身心障礙的社會關係模式，雖然認為有障礙的個體會跟社會環境產生交互影響，但身心障礙主要是由社會條件所造成，是社會組織不良和文化偏見的結果。此模式支持者認為，身心障礙者和非身心障礙者之間不平等的主要原因，是障礙者遭受壓迫與歧視的結果，因此它的重點是社會而不是個人（Colombetti et al, 2012: S156; Reindal, 2009: 157）。在此模式下，身心障礙被理解為：受到社會態度以及個體損害綜合影響所造成，假定身心障礙者幾乎是沒有生存能力。而由於認知到：是社會使身心障礙

³ 本模式也被稱為少數群體模式， minority model。

者失去能力，其重點在於：減少身心障礙者的社會障礙上，任何有意義的解決方案都必須針對社會變革，而不是針對個人的適應和康復(Reindal, 2008:135-156; Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010: 163)。

本模式是植基在對慈善和醫療模式等個人障礙的批評，認為身心障礙是由社會環境造成，由於態度、環境和體制缺失而讓身心障礙者無法充分參與社會 (Al Ju'beh, 2015: 20; Rimmerman, 2013: 28; Woodburn, 2013:85; Mitra, 2006: 237)。社會模式支持者認為，「身心障礙者」一詞能夠更貼切地反映身心障礙者每天面臨的社會壓力，它著重強調經由改變社會大眾對身心障礙者的態度，政府應該制定政策來回應身心障礙者的需求 (Al Ju'beh, 2015, pp:20-21, 83)。例如 Purtell (2013: 26) 指出，「身心障礙者」是指：因其所生活的社會以及社會結構和態度的影響而「產生障礙的人」。例如，學習困難的人是學習障礙的「身心障礙者」，他們因學習障礙而被貼上障礙的標籤。因此，社會模式特別關注解決身心障礙者由於社會中各種環境因素而經歷的「參與障礙」(O'Connell, Finnerty & Egan, 2008: 15)。

從醫療模式轉變到社會模式的貢獻，催生了身心障礙者權利公約。另一方面，在公約起草過程中，雖以身心障礙的社會模式為參照標準，但過分強調社會所造成的障礙，可能導致我們一方面忽視相關的醫學因素，另一方面也會忽略重要的個人因素，尤其沒有區分人為損傷和障礙之間的差異(Colombetti et al, 2012: S156)。因此，本模式所遭受的批評是：它忽視身心障礙者的個人因素，而僅強調個人賦權，這可能與許多發展中國家更集體的社會習俗和做法背道而馳(Al Ju'beh, 2015: 83-86; Rimmerman, 2013: 30)。

(四)人權模式(Human Rights Model)

社會和人權模式是許多身心障礙政策和實踐的基礎 (Kett & Twigg, 2007: 88)。同時，身心障礙人權模式係以社會模式為基礎，試圖改變不公平的制度和做法，它主張：應該將身心障礙者視為決策者和公民權利持有者的中心角色 (Al Ju'beh: 2015:20-21, 87)。然而這兩種模式卻也存在諸多差異。例如，Degener (2017:43-54) 指出：1.雖然社會模式可以幫助我們理解影響身心障礙的潛在社會因素，但人權模式不但可以解釋，還可以為身心障礙政策提供理論框架，強調身心障礙者的人性尊嚴。2. 雖然社會模式支持反歧視政策的民權改革，但人權模式在某種意義上融合了第一代和第二代人權，它強調身心障礙者應該享有公民、政治、經濟、社會和文化等全面性的權利，有效參與及融入社區，是社區自立生活與融合的權

利基礎，不僅是全球人類生活的基本概念，也適用於身心障礙者。例如，《CRPD》第 19 條確認所有身心障礙者享有自立生活與融合社區的平等權利，可自由選擇及掌控自己的生活。本條款的基礎是人權核心原則，即在尊嚴及權利上，人人生而平等，而且所有生命價值平等。而在其第 5 號一般性意見更進一步強調⁴：經由強制性措施造成隔離，而使身心障礙者與社會孤立的作法，即是歧視。委員會提出與 11 條的關聯，所謂「適足生活權利」不僅包括獲得食物、無障礙設備與住宅、其他基本物質的平等權利，也包括在完整尊重身心障礙者權利前提下，提供支持性服務、輔具與相關科技支持等。³身心障礙的社會模式忽略了以下事實：身心障礙者可能必須面對疼痛、生活品質下降，以及因障礙而健康狀況不佳和依賴他人照顧等狀況，但人權模式則尊重這樣一個事實，因此也承認醫療專業人員的作用，即：部分身心障礙者確實面臨著非常具有挑戰性的生活狀況。考慮到這些因素，《CRPD》第 3 條的多樣性原則是對人權理論的寶貴貢獻，因為它闡明障礙不應被視為損害人性尊嚴的因素。因此，人權模式不僅建立在身心障礙是一種社會建構的前提下，而且還將障礙視為人類多樣性和人性尊嚴的一部分，而國家則有責任解決社會造成的障礙，以充分尊重所有人的尊嚴和平等權利。⁴社會模式過於強調解放主義的重要性，而沒有充分注意「身份認同政治」(identity politics)的重要性⁵，但人權模式則為少數族群和文化認同提供空間，尤其特別重視歧視的交叉性問題。⁵雖然社會模式主要批評倡導預防損傷的公共衛生政策，但人權模式承認以下事實：制定適當的預防政策可以視為身心障礙者人權保護實例。但值得注意者，人權模式強調：為預防障礙所採行的初級預防應該是《經濟社會文化權利國際公約》第 12 條所載健康權的重要政策，但措施不能列入對身心障礙者人權保障的範圍，這對締約國是重要訊息：當締約國提交報告時，聲稱該國投入很多經費在身心障礙者身上，但大部分預算卻用於預防身心障礙政策，並非正

⁴第 5 號一般性意見在 2017 年 8 月 31 日發布，旨在協助締約國執行第 19 條及履行公約義務，主要涉及確保人人享有自立生活與融合社區的權利義務，同時也涉及公約的其他條款。本項一般性意見重申：世界人權宣言第 29 條第 1 項強調個人的個性發展與人作為社群一員的社會性之間的相互依存關係：「人人對社群負有責任，因為只有在社群中，他的個性才可能得到自由及完整的發展。」第 19 條既源於公民與政治權利，也源於經濟、社會及文化權利——遷徙自由及自由選擇住所的權利(公民與政治權利國際公約第 12 條)、獲得適足的生活水準包括適足的衣著、食物及居住的權利(《經濟、社會及文化權利國際公約》第 11 條)以及基本的通訊權利。這些權利構成了自立生活與融合社區的權利基礎。遷徙自由、適足生活水準及理解能力及讓人了解自己偏好、選擇及決定的能力，是個人尊嚴與自由發展不可或缺的成分。

⁵「身份認同政治」(identity politics)可以定義為：在社會上，人群因性別、人種、民族、宗教、性取向等，集體的共同利益而展開的政治活動。重視和關心人與人之間的差異，並允許人們以社會上不尊重的特徵積極地認同自己的政治(Degener, 2016: 9)。

確的做法⁶。雖然社會模式注意到：貧困與身心障礙之間的緊密關聯性，可以幫助理解為什麼有 2/3 的身心障礙者生活在相對貧困生活中，但人權模式為改善身心障礙者的生活狀況提供建設性的建議。《CRPD》第 11 條要求各國採取適當行動，在自然災害或人道主義緊急情況下保護身心障礙者。而第 32 條則要求國際合作應具有包容性，並為身心障礙者提供便利性與可及性服務。這兩項規範都為社會發展和人權政策帶來了至少三個重要貢獻：(1)以人權為基礎的社會發展和人道主義援助方針；(2)將身心障礙問題納入主流，作為國際合作的主題；(3)揭示國際身心障礙組織參與的重要性。

人權模式有關身心障礙者的定義，是根據《CRPD》第 1 條第 2 項：「身心障礙者包括肢體、精神、智力或感官長期損傷者，其損傷與各種障礙相互作用，可能阻礙身心障礙者與他人於平等基礎上充分有效參與社會。」公約第 1 條第 1 項揭示本公約的宗旨是「促進、保障與確保所有身心障礙者充分及平等享有人權及基本自由，並促進對身心障礙者固有尊嚴之尊重。」這是第一個宣示所有身心障礙者都是權利擁有者的國際人權文件，障礙或損傷不得用以剝奪或限制人權的理由；讓身心障礙者不再是非營利組織、醫療與社會的被保護者，主張身心障礙者的人權保障與女性、少數種族等群體具有相同特殊性，身心障礙者的人權應合理地受到保障。本公約視身心障礙者為具有權利的「主體」，有權參與決策過程，依自己的自由意志決定自己的生活。同時，政府應結合預防、康復與機會平等改善措施，讓身心障礙者融入社會，提升社會參與；並採取措施以確保身心障礙者發展與自立，公平享有人權及基本自由和參與社會，增進身心障礙者之社會歸屬感，並促進社會之人性尊嚴、社群關係及經濟發展。

(五) 互動模式 (Interactional Models)

透過將「身心障礙」定義為是一種互動的結果，可以清楚地表明，身心障礙不應侷限在個人的屬性 (WHO & World Bank, 2011:5)。正如 Al Ju'beh (2015, p.13) 所指：如果存在一個完全包容和全面可及的環境，個體本身的損傷就不一定會導致身心障礙，其中包括解決刻板印象、偏見和任何形式歧視的行為。互動模式(又稱混和模式 influential model)認識到，身心障礙不應被視為純粹的醫療議題，但也不應該是純粹的社會議題，因為身心障礙者可能會遇到健康狀況與環境

⁶ 但並非意味所有的健康預防政策都是不好的，而且大多數身心障礙者實際上需要這種公共衛生政策。《身心障礙者權利公約》第 25 條是在人權背景下制定身心障礙者健康權的一個例子。它要求身心障礙者平等獲得一般和專門的保健服務。服務必須以社區為基礎，並且對自由權利和身心障礙者的尊嚴具有敏感度，必須禁止和防止經由提供或拒絕提供醫療服務的歧視。

相互作用而產生的問題（WHO & World Bank, 2011: 4; Schulze, 2010: 27）。廣被重視互動模式的實例，是由世界衛生組織制訂的「國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)」，是綜合醫療和社會模式，從生物學、個人和社會全面的角度看待身心障礙議題（WHO, 2001:20）。ICF 既是分類系統，亦是完整的身心障礙模式。⁷ICF 是 WHO 的健康分類系統之一⁸，提供了一種通用語言，該語言旨在確保一個國家內各個部門之間以及各國之間的身心障礙數據的可比較性(World Health Organization, 2008: 5)。

鑑於國際社會有關身心障礙認定之多樣性，為了讓世界各國有關身心障礙的認定可以趨於一致，世界衛生組織提出 ICF 概念框架，根據人體功能和結構、活動以及參與的可能性和能力、環境因素（在個人和社會環境的水平）以及個人因素對人的功能進行分類(Colombetti et al, 2012: S156)。ICF 對於身心障礙的核心概念是：身心障礙是多方面成因形成，是個體身心的狀況(損傷或障礙)與外在社會環境或態度之間相互作用的產物。ICF 的生物心理社會模式拓展對身心障礙成因的視野，從醫療、個人、社會和環境等因素探求對身心功能和障礙的影響。它認為身心障礙是個體的疾病或/和損傷等健康狀況，而造成個體身心功能障礙、個體因素（例如年齡、性別、動機和自尊）以及環境不友善之間的負面相互作用而引起的障礙，例如：輔助設備的可用性、家庭支持和社區支持服務，以及社會政策和社區民眾對於身心障礙的態度等多個因素，而導致個體對環境不適應（WHO & World Bank, 2011: 5; World Health Organization, 2008: 8）。如果環境是為不同功能程度的人所設計，並包含適當的住宿和支持，那麼具有功能限制的人就不一定有障礙，因為他們有能力充分參與社會活動。因此，處遇或治療不能侷限在個體層面（例如，醫療康復），而需擴及社會層面，例如，基礎設施設備若是適用於所有人，則將更易於使用，同時也要搭配更具包容性的教育體系以及反歧視的社區意識計畫等(Altman et al, 2010:3)。ICF 被認為代表醫療和社會模式之間的折衷，因為它更深入認識到環境和結構性因素對身心障礙的影響（WHO & World Bank, 2011: 4; Al Ju'beh, 2015:84；Woodburn, 2013: 86）。ICF 於 2001 年公布，將

⁷ 但也有學者持不同觀點，例如 Mont(2007a: 1658) 即認為：ICF 並不是一種概念模式，而是一種結合多種概念的健康狀態分類系統，它是被廣泛認為身心障礙模式遠離生物醫療觀點的重要措施。

⁸ 另一個常見的系統是「國際疾病與相關健康問題統計分類」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Conditions, ICD)，常簡稱為國際疾病分類 (International Classification of Diseases)。是一個提供編號，以對疾病與許多徵兆、症狀、異常、不適、社會環境與外傷等所做的分類(World Health Organization, 2008: 5)。2018 年，世界衛生組織公布第 11 版國際疾病分類 (ICD-11)。

1980 年和 1997 年的版本更新，將對損傷的生物學理解與身心障礙的社會影響相結合，認為身心障礙是損傷、活動限制或參與限制，而此限制在個人和環境因素內發揮作用，並經由分類方案來整合社會互動模式，該分類方案可以說明個人的功能限制如何受到周遭環境所影響。同時，周遭環境的概念是多面向的。

ICF 是用於分類和評估健康狀況和對生活各層面影響的概念框架，其目的很多，而主要目的之一，是指導有關身心障礙研究和數據收集，WHO 強烈建議世界各國將其用於所有健康和身心障礙統計中(Palme & Harley, 2012:360; World Health Organization, 2008: 10)。有關 ICF 概念框架如圖 2-1 所示。

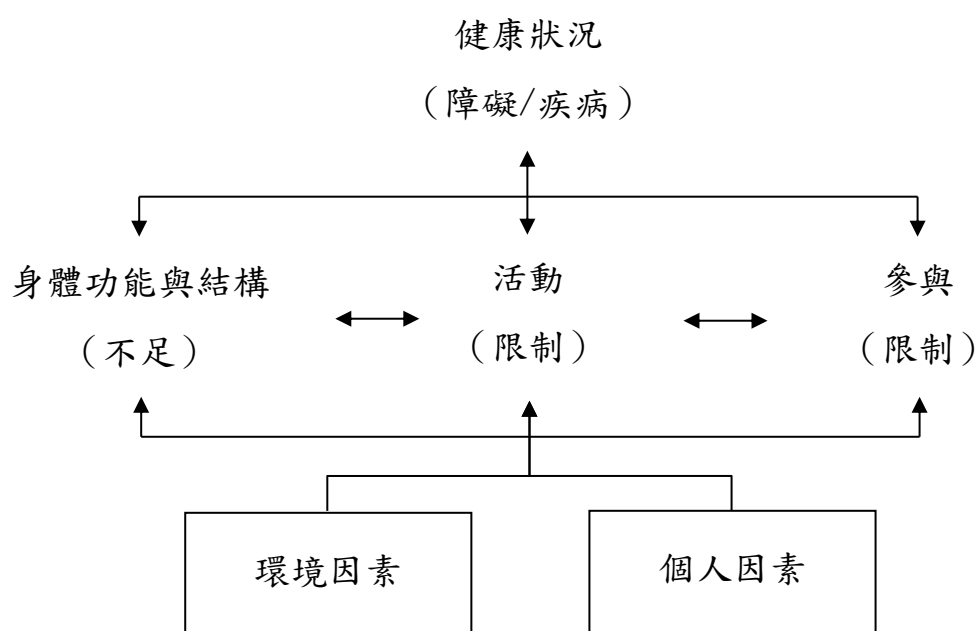


圖 2-1 ICF 概念框架圖

資料來源：Altman, B., Black, K., Loeb, M., Madans, J., Maitland, A. et al. (2010). *Results of the Testing of the ESCAP/WG Extended Question Set on Disability*. Bangkok, Thailand: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, P3.

由於認識到：不承認公民身份的嚴重後果，忽略這項權利可能會導致或增加某種形式的身心障礙。因此，ICF 強調擁有該權利的重要性，必須認知到：疾病和身心障礙是公共領域的重要問題，而且每一個人都可享有不被社會排斥的權利 (Colombetti et al, 2012: S157)。互動模式的影響是巨大而深遠的，身心障礙不再被視為純粹的醫療議題。此模式影響 WHO 對身心障礙的分類制度，以及為制定具有國際可比性的身心障礙措施所做的努力(Palme & Harley, 2012:362)。但另一方面，它也受到身心障礙者權益運動者的嚴厲批評，認為它並沒有真正分析社會對

身心障礙者的排斥和歧視(Al Ju'beh, 2015: 84)。大多數社會模式支持者都反對 ICF 概念框架中損傷的生物學概念。例如，Shakespeare (2006:35) 認為，ICF 概念框架將身心障礙定義為社會性的，而損傷被定義為生物的，則存在將「損傷認定為來自個體因素」的風險。同樣的，因為 ICF 概念框架將身心障礙的概念侷限在有障礙的人身上，沒有意識到一個人的身心障礙經歷，也是他們生活環境的功能(或障礙)所形成。如果經由 ICF 概念框架評估身心障礙者是天生的障礙，那麼消除歧視的政策無論多麼有效，都無法消除身心障礙者的內在生物學缺陷(Palme & Harley, 2012:359)。

身心障礙的另一個互動模式是能力方法(capability approach)。它是根據 Sen 的經濟學能力方法進行改編⁹ (Mitra, 2006: 236、238；WHO & World Bank, 2011: 10-11)。能力方法使研究人員能夠在能力水平上，從二個層面分析身心障礙者：1.身體與認知功能障礙：是否因為個體身體或認知功能的損傷，而被剝奪現實生活的生存機會；2.功能層面的身心障礙：個體是否因為身體與認知功能而無法執行或沒有能力做他們珍視或需要做的事情 (Mitra, 2006: 236, 241-242)。在這個框架中，身心障礙可以被理解為：由於個人基本人口特徵（例如，障礙、年齡、種族、性別）、個人的資源（資產、收入），以及個人的環境（身體、社會、經濟、政治）等因素相互作用，而導致能力或功能上的剝奪。本模式強調個人因健全發展的生存資源被破壞，將可能進而產生障礙 (Mitra, 2014: 268; Mitra, 2006: 236-237, 239, 241)。

根據身心障礙國際聯合會(Handicap International Federation)研究顯示，當危機發生時，相較於非身心障礙者，身心障礙者會受到更為嚴重的不利影響：當面對危機時，54%的身心障礙受訪者表示，他們經歷直接的身體不利影響，也可能進一步造成新的障礙；27%的人報告說他們受到了心理、身體或性虐待，對於 38%的身心障礙受訪者來說，危機的影響是增加心理壓力和/或神智不清。該研究也進一步發現，身心障礙者經常無法獲得所需要的協助，3/4 的受訪者指出，他們沒有足夠的機會獲得基本協助，如乾淨的飲用水、住房、食物或健康照護；有高達 1/2 的身心障礙受訪者沒有獲得社會工作者協助或告知相關可用的資源，而阻礙其接受援助的機會。另一方面，接受調查的實務工作者有 85%的受訪者認為在危機時期，身心障礙者更容易受到傷害；有 92%的人承認在提供協助時沒

⁹ 「能力方法」由印度經濟學家和哲學家 Amartya Sen 於 1980 年代首次提出，並受到廣泛的重視。他認為，幸福感受包括功能和能力，「功能」係指某人要完成或要做的事情，而「能力」則是個人可用的功能的潛在組合(Karimi, Brazier & Basarir, 2016)。

有從人道主義適當考慮身心障礙者的需求；有 63%的實務工作者表示他們已經制定具體的方案或政策以應對身心障礙者的需求，但他們所提供的服務只有 30%到 45%的身心障礙者使用，在努力讓援助能真正具有包容性以符合身心障礙者的需求方面，他們仍然面臨著巨大的挑戰，包括：提供給身心障礙者的諮詢不足、協助身心障礙者的技術專長不足，以及來自財務方面的障礙(Handicap International Federation, 2015: 4-5)¹⁰。

綜上，認知和適應行為的評估不僅是需確認一個人是否為障礙者，適應能力也會進一步影響其處境，因此需要同時評估其適應能力與支持系統。例如，智能障礙（例如推理、問題解決和規劃等能力）和適應性功能缺陷，與一個人是否能達到獨立性和承擔社會責任有高度相關性(Tasse, Luckasson & Schalock, 2016: 381)。

三、身心障礙者權利公約之平等權概念

Arnadottir(2009: 47-60)將國際人權法有關平等權概念的發展，區分成三個時期：(一)形式平等時期：從 1950 到 1970 年代這段時期，形式平等概念盛行，重視普遍性的人權，而忽略特殊族群的需求。(二)從 1970 到 1990 年代，實質平等概念興起，重點放在特定的歧視理由上，在這一個階段，人權概念除了原有形式平等原則外，擴及到需要視所保障對象的差異而有所調整。《消除一切形式種族歧視公約》和《消除對婦女一切形式歧視公約》屬於這個時期的代表，Arnadottir 將第二個時期的平等模式命名為實質差異模式。第三個時期稱為變革平等時期¹¹，從 1990 年代迄今，結構性不利的概念，塑造這個時期對歧視的思考，而國家則應該在改變與消除歧視性的社會和政治結構發揮更加積極的作用。

而 Broderick (2015: 33)則指出，形式平等的時期可以與身心障礙醫療模式相對應，身心障礙者不被肯認為權利擁有者，而是被「貶抑」到損傷地位，身心障礙者被排斥在平等和歧視辯論之外。在身心障礙的醫療模式下，對身心障礙者的歧視性待遇或差別待遇及排除被視為常態，並透過醫療驅使的「喪失能力即身心障礙」的方法使其正當化。換言之，身心障礙的醫療模式與形式上的平等有關，

¹⁰ 本研究由身心障礙國際聯合會所執行，旨在提交世界人道主義高峰會(World Humanitarian Summit)討論。本研究進行期間為 2015 年 4 月至 6 月；調查範圍含括世界不同地區，包括拉丁美洲、加勒比海、非洲、亞洲和歐洲；在調查對象方面，包括 484 位身心障礙者，以及 400 名身心障礙者組織負責人和實務工作者(Handicap International Federation, 2015: 6)。

¹¹ 《CRPD》則將此時期的平等權概念稱為「融合式平等」。

身心障礙的個人模式或醫療模式阻礙平等原則被適用於身心障礙者。另外兩個平等概念與身心障礙模式的關係，似乎存在各種意見。Arnadottir(2009: 59-60)認為身心障礙的社會模式與平等權的第二及三個時期歸屬於實質平等及變革平等，因為她認為：《CRPD》是以身心障礙的社會模式為基礎。相反地，Broderick (2015: 146-149)則認為，身心障礙者的普遍主義模式以及人權的身心障礙者模式都與平等法的第三個時期-變革性平等概念相關聯。最後，Degener (2016: 15)則在平等權演變的三個階段基礎上，將身心障礙的醫療模式歸屬於第一個時期的形式平等；身心障礙的社會模式則可歸屬於第二個時期的實質平等；而人權模式則因為提供改變的路徑因此應該歸屬於變革平等。不過 Degener 也強調，就身心障礙者的人權而言，將人權區分成三個時期僅適合用於理解對身心障礙模式之變遷，而就身心障礙者人權而言，如果排除形式或實質平等的適用是錯誤的。因為《經濟社會文化權利國際公約》在第 20 號一般性意見中認可了平等和歧視的不同概念，其中包括形式平等和實質性平等，唯有如此，才能消除一切形式歧視。同樣地，《身心障礙者權利公約》第 5（2）條要求打擊「一切基於身心障礙的歧視」，身心障礙者經常有遭到直接歧視的危險，而形式平等有助於針對直接歧視。由於歧視是一個過程並且採取不同的形式，因此，《CRPD》贊同廣泛的平等權概念，並考慮個人差異以及集體的平等權。

綜上，平等與不歧視是國際人權法中最基本的原則及權利之一，《CRPD》尤其重視這二項原則，公約中每一項實質性條款都論及平等或不歧視的概念，而最典型的用語是「與他人平等」。平等和不歧視原則除出現在序言第(a)、(c)、(e)、(h)、(f)、(k)、(p)、(r)和(y)；《CRPD》的一般原則（第3(b)、(e)和(g)條）和定義條款（第2條）。此外，第5和6條更是專門規範平等權和不歧視原則的條款。在《CRPD》中特別強調平等和不歧視至少有兩個原因：論者一致認為，《CRPD》無須為身心障礙者創造新的人權或特殊權利，目標應放在與每個成員國總人口平等的基礎上，保障身心障礙者的人權。其次，期待以非歧視和平等來取代醫療模式與社會模式，使人們將注意力集中在社會上建構身心障礙有所影響的要素上，而歧視無疑是主要因素之一。《CRPD》除了接受不歧視和平等原則，並將其具體化為身心障礙的原則外，它在國際人權法中引入新的平等和不歧視概念，並提出新的歧視定義。「基於身心障礙的歧視」被定義為：「是指基於身心障礙而作出之任何區別、排斥或限制，其目的或效果損害或廢除在與其他人平等基礎上於政治、經濟、社會、文化、公民或任何其他領域，所有人權及基本

自由之認可、享有或行使。」基於身心障礙之歧視除包括所有形式之歧視，也包含拒絕提供合理之對待。至於「合理之對待」是指「根據具體需要，於不造成過度或不當負擔之情況下，進行必要及適當之修改與調整，以確保身心障礙者在與其他平等基礎上，享有或行使所有人權及基本自由；在特定情況下，進行適當的修改和調整，但不會造成不成比例或不適當的負擔，以確保身心障礙者在與他人平等的基礎上享有或行使所有人權和基本自由。」因此，《CRPD》經由包括所有平等權的概念，並增加國家義務以進行調整和修改，從而消除妨礙身心障礙者平等享有人權的障礙。國家需承擔消除一切形式歧視的義務，是基於以下事實：社會中存在結構性、環境性、互動性或其他障礙，構成對身心障礙者的歧視。為了消除歧視，僅僅避免「區別、排斥或限制」是不夠的，政府需要採取一些積極措施以使社會能夠進入公約第 3 條規定的一般原則，特別強調機會的均等，標誌著從形式平等模式到實質平等模式的重大發展。形式平等尋求透過類似情況、類似對待來防止直接歧視。它可能有助於打擊消極的刻板印象及偏見，但它不能為「差異困境」提供解決方案，因為它沒有考慮及接受人與人之間的差異。相反，實質的平等則力圖解決結構性歧視及間接歧視的問題，並考慮到權力關係。它承認，為了實現平等，面對「差異困境」，既要忽略人與人之間的差異，又要承認這種差異。

鑒於許多國家的法律及政策，使得身心障礙者遭受揮之不去的排除、孤立、歧視及暴力。這類法律及政策往往缺乏對多重及交織歧視或連帶歧視的肯認；不肯認拒絕提供合理調整即構成歧視；缺乏有效的法律救濟及賠償機制。這類的法律及政策通常不會被視為對身心障礙者的歧視，因為會被合理化係在保護或照顧身心障礙者，甚至是滿足身心障礙者之最佳利益。因此，在公約第 6 號一般性意見(2018)特別提到：「融合式平等」是整個公約制定或想要達到的平等模式。它接受實質的平等模式，並在以下方面對平等的內容進行擴展及闡述：1.公平的再分配面向，以解決社會經濟不利條件；2.肯認面向，以對抗社會烙印、刻板印象、偏見、歧視，甚至是暴力，肯認人的尊嚴及人的相互交織；3.參與面向，重申作為社會群體成員的社會性，並透過融入社會完整肯認人性；4.調節面向，作為人的尊嚴問題，為差異留出空間。

四、我國《身心障礙者權利》重要發展歷程

人權是社會進步的最重要象徵，我國有關身心障礙者權利保障之發展亦可如是觀。綜合國內過去研究，可以將我國身心障礙者權利重要發展歷程分為：慈善

模式(1979 年以前)、醫療模式法制期(1980 年至 2006 年)、社會模式期(2007 年至 2014 年)及人權模式轉型期(2014 年迄今)等四個階段，分述如下：

(一)慈善模式(1979 年以前)

自 1911 年到 1980 年「殘障福利法」立法以前，身心障礙被視為家庭與社會的負擔，亦即，國家為防止「新貧戶」發生，所執行之社會救濟措施。障礙者在臺灣早期社會被視為是一種「疾病」，不僅是「殘」，且是以「廢」視之，與老、貧窮、病、孤、獨皆視為被救濟對象（周月清、朱貽莊，2011：3、6）。此時期身心障礙者的教養，大多依靠私人、家庭、宗教團體或是慈善團體的力量（張恆豪、顏詩耕，2011：403）。在 1970 年代末期為響應國際趨勢，紛紛通過社會福利法規，也促成了「殘障福利法」問世（林萬億，2006：412）。

(二)醫療模式法制期(1980 年至 2006 年)

1980 年「殘障福利法」通過¹²，開啟我國身心障礙法制，然而此時期殘障福利法並沒有施行細則，宣示意味大於實質用處（張恆豪、顏詩耕，2011：403）。此後隨著國內政治環境改變，在人權團體對身心障礙者人權訴求下，前後歷經 18 次修法工作。在 1990 年到 1997 年第一階段修法，擴大障礙等級，由最初的 6 類，3 次修法擴大到 11 類；也從「殘障福利法」更名為「身心障礙保護法」，由「殘障」改為「身心障礙」，由「福利法」改為「保護法」。此階段福利政策偏向醫療模式，強調醫療診斷，身心障礙者被視為是生理上弱勢及功能受限的一群人，政策重點放在提供治療及支持性服務，醫療專業人士成為福利身分守門員，經濟補助只提供給經醫師證明無法工作的身心障礙者（簡慧娟、尤詒君、吳宜珊，2019：6）。在 1997 年「身心障礙保護法」明定醫療復健、教育權益、促進就業、福利服務、福利機構及罰則等專章，政府角色由消極被動轉向積極承擔（王國羽，2018：127）。但身心障礙者仍被視為需要社會保護的群體，屬於社會的依賴者。後續研究指出，在 2007 年「身心障礙者權益保障法」修法以前，我國衛生主管機關認定的「重大傷病」種類雖然不下百種，但納入成為「障礙類別」的種類卻一直被限縮，而相關服務措施的取得，不是障礙者是否有該項服務的需要，而是取決於是否具有「身心障礙手冊」（周月清、朱貽莊，2011：8）。

(三)社會模式期(2007 年至 2014 年)

為配合環境變遷，積極保障身心障礙者之權益，並使身心障礙分類與國際接

¹²本法於 1980 年 6 月 2 日總統（69）台統（一）義字第 3028 號令制定公布，全文 26 條，至最後一次修正公布，期間歷經 18 次修正。

軌，我國在 2007 年將「身心障礙者保護法」更名為「身心障礙者權益保障法」，該次修法引進 ICF 概念框架，對於身心障礙者的認定有著重大轉變，除顯示政府與民間組織對身心障礙者權益的重視外，也代表將引領社會整體觀念的轉變（周月清、張恒豪，2016:3；簡慧娟、宋冀寧，2015：7）。

(四)人權模式轉型期(2014 年迄今)

為落實《CRPD》維護身心障礙者權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進自立及發展，《CRPD 施行法》在 2014 年 8 月 20 日公布，並自同年 12 月 3 日施行，第 2 條「公約所揭示保障身心障礙者人權之規定，具有國內法律之效力。」第 4 條「各級政府機關行使職權，應符合公約有關身心障礙者權利保障之規定，避免侵害身心障礙者權利，保護身心障礙者不受他人侵害，並應積極促進各項身心障礙者權利之實現。」隨著《CRPD 施行法》的施行，我國正式邁向身心障礙者人權國家(黃翠紋、蔡田木等，2019：25；張恆豪、顏詩耕，2011：407、412)。有關我國身心障礙者權利重要發展歷程，參見表 2-3。

表 2-3 我國身心障礙者權利重要發展歷程

年度	重要工作進展	內涵
1920	國父孫中山社會政策思想	國父孫中山手擬之綱領指示：「地方之人，有能享受權利不必盡義務者，...殘疾之人，有享受地方醫治供養之權利。」
1946	中華民國憲法	第 155 條「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度，人民老弱殘廢及受非常災患者，國家應予以適當之救助與救濟。」
1954	民生主義育樂兩篇補述	「育幼、養老、濟災、醫病與夫種種公共之需」、「聾啞殘廢院以濟大造之窮，公共花園以供暇時之戲」。
1964	民生主義現階段社會政策	擴大對殘廢疾之救助與重建，並積極收容精神病患者。
1969	現階段社會建設綱領	增進農民、漁民、勞工、山胞、退除役軍人、軍眷及遺族之福利措施，對貧苦之鰥、寡、孤、獨、廢疾者及不幸婦女，予以積極救助，對貧民施醫擴大辦理。
1980	殘障福利法	立法目的在維護障礙者之生活，舉辦各項福利措施，並扶助自力更生。 7個障礙類別，包括視覺、聽覺或平衡機能、聲音機能或言語機能、肢體、智能不足、多重障礙及其他經中央主管機關認定之障礙。
1990	殘障福利法第 1 次修正	權益概念列入宗旨；將「殘障」用語改為「障礙」；「智能不足」改為「智能障礙」。 身心障礙類別增加到11種類別，將重要器官失去功能、顏面傷殘、植物人、老人痴呆症、自閉症等納入障礙者範圍。

年度	重要工作進展	內涵
1994	殘障福利法第 2 次修正	將慢性精神病患者納入身心障礙者範圍。
1997	身心障礙者保護法	將法案名稱修正為「身心障礙者保護法」。明定身心障礙者之醫療、教育、就業、福利服務、交通、無障礙環境及稅賦優惠等權責機關，明列醫療復健、教育權益、促進就業、福利服務、福利機構及罰則等專章身心障礙類別增加到14款。
1999	中華民國憲法增修條文	增修條文第10條第6項「國家對於身心障礙者之保險與就醫、無障礙環境之建構、教育訓練與就業輔導及生活維護與救助，應予保障，並扶助其自立與發展。」
2001	身心障礙者保護法第 2 次修正	將「痴呆症者」改為「失智症者」。身心障礙類別增加到16款。增列「頑性（難治型）癲癇症者」及「因罕見疾病而致身心功能障礙者」。
2004	身心障礙者保護法第 4 次修正	對導盲犬的保護列入法規，強調視覺障礙者在合格導盲犬陪同或導盲犬專業訓練人員於執行訓練帶同導盲幼犬時，得自由出入公共場所、公共建築物、營業場所、公共交通工具及其他公共設施。
2007	身心障礙者權益保障法	分為保健醫療權益、教育權益、就業權益、經濟安全、支持服務、保護服務等章。 明定各目的事業主管機關應辦事項，規定相關權利、責任。明列警政主管機關權責劃分：身心障礙者人身安全保護與失蹤身心障礙者協尋之規劃、推動及監督等事項。 宣示身心障礙者之保障，身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、應考、進用、就業、居住、遷徙、醫療等權益，不得有歧視之對待。 強調不得使用歧視性之稱呼或描述；身心障礙者涉及相關法律事件，未經法院判決確定其發生原因可歸咎於當事人之疾病或其身心障礙狀況，不得將事件發生原因歸咎於當事人之疾病或其身心障礙狀況。本次修法將身心障礙類別，採取世界衛生組織於 2001 年大會通過的國際健康功能與身心障礙分類系統 (International Classification of Functioning, Disability and Health, 簡稱 ICF)，做為判定身心障礙狀態的依據，分為 8 大類別。
2015	身心障礙者權益保障法第 9 次修正	為保障聽覺功能障礙者、肢體功能障礙者之權益以及平等參與社會、政治、經濟、文化生活之機會，增列聽覺障礙者、肢體障礙者及導聾犬、肢體輔助犬與導盲犬同等對待。
2015	身心障礙者權益保障法第 10 次修正	保障身心障礙者的司法權益。法院或檢察機關於訴訟程序實施過程，身心障礙者涉訟或須作證時，應就其障礙類別之特別需要，提供必要之協助。 刑事被告或犯罪嫌疑人因精神障礙或其他心智缺陷

年度	重要工作進展	內涵
		無法為完全之陳述時，直轄市、縣（市）主管機關得依刑事訴訟法第 35 條規定，聲請法院同意指派社會工作人員擔任輔佐人。 依刑事訴訟法第 35 條第 1 項規定得為輔佐人之人，未能擔任輔佐人時，社會福利機構、團體得依前項規定向直轄市、縣（市）主管機關提出指派申請。」

資料來源：黃翠紋、蔡田木等(2019)。性別平權與警察實務(2 版)，頁 25-27。

對比其他發展歷程較為長久與明確之人權先進國家，雖然我國相關法制變動快速，但實際施行狀況則呈現慈善模式、醫療模式、社會模式和人權模式四種模式並存現象。有關我國身心障礙法規宗旨發展歷程，參見表 2-4。

表 2-4 我國身心障礙法規宗旨發展歷程

年度	法規宗旨
1980	政府為維護殘障者之生活，舉辦各項福利措施，並扶助其自力更生，特制定本法。
1990	為維護殘障者之生活及合法權益，舉辦各項福利及救濟措施，以扶助其自力更生，特制定本法。
1997	為維護身心障礙者之合法權益及生活，保障其公平參與社會生活之機會，結合政府及民間資源，規劃並推行各項扶助及福利措施，特制定本法；本法未規定者，適用其他法律之規定。
2007	為維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展，特制定本法。

資料來源：黃翠紋、蔡田木等(2019)。性別平權與警察實務(2 版)，頁 28。

分析目前衛生福利部社會及家庭署(2021)有關身心障礙相關政策與福利之推動重點，主要包括：

(一)研擬身心障礙者福利與權益保障政策：

參採 WHO 頒布的 ICF 概念框架，定義身心障礙者，推動身心障礙鑑定與需求評估新制，並促使各相關機關據以研修（訂）相關子法，促進法制落實。

(二)落實身心障礙者權益保障白皮書：

我國於 2009 年 5 月 26 日經行政院社會福利推動委員會第 14 次委員會核定「身心障礙者權益保障白皮書」，就身心障礙者在福利服務、醫療、教育、就業、無障礙環境、經濟安全及綜合性議題等七大面向需求，規劃近、中、長程之達成

期程，作為政府推動身心障礙權益保障工作之願景及依據。

(三)身心障礙福利服務主要措施包括：

1.經濟安全：(1)發放身心障礙者生活補助費：訂定「身心障礙者生活補助費發給辦法」對家庭總收入及財產符合之身心障礙者，每月核發生活補助費。(2)身心障礙者參加社會保險保險費補助：訂定「身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法」，按照其障礙等級予以保險費補助。(3)提供身心障礙者維生器材及必要生活輔具用電補助：為因應電價上漲造成使用維生器材身心障礙者家庭經濟壓力，2013年9月23日由經濟部及衛生福利部會銜公告訂定身心障礙者家庭之資格、適用範圍及電費計算方式。

2.辦理各項生活照顧：(1)身心障礙者居家服務：由各直轄市、縣(市)政府辦理身體照顧服務、家務服務、友善訪視、送餐到家等居家服務。(2)身心障礙者社區式照顧服務：為促進身心障礙者生活品質及社會參與，辦理身心障礙者社區式日間照顧服務、社區日間作業設施服務、社區居住、自立生活支持、生活重建、家庭托顧等服務。(3)身心障礙者家庭支持服務：為協助減輕家庭照顧負荷並給予照顧者支持，辦理身心障礙者臨時及短期照顧、照顧者訓練及研習、家庭關懷訪視等家庭支持服務。(4)機構式照顧：賡續補助身心障礙福利機構並辦理身心障礙福利機構評鑑及身心障礙福利機構聯繫會報，另針對未立案機構清查取締，更積極輔導地方社政主管機關籌設慢性精神障礙者專責機構。

3.辦理輔具資源服務整合：(1)訂定「身心障礙輔具資源整合與研究發展及服務辦法」，亦定期辦理輔具整合聯繫會議。(2)身心障礙者輔具費用補助：訂定身心障礙者輔具費用補助基準表，並結合輔具評估機制，以促使民眾購置適切之輔具。(3)設置中央級輔具資源推廣中心，補助各縣(市)設置輔具資源中心，提供輔具回收、維修、租借、展示、諮詢等服務。(4)補助辦理輔助器具維修服務，延長輔助器具使用年限。

4.辦理個別化專業服務：積極培訓各障礙類別專業人員，並依據「身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法」及「身心障礙者服務人員訓練課程」遴用及培訓專業人員辦理身心障礙福利服務業務。

5.辦理各項福利服務活動：(1)補助財(社)團法人機構或團體辦理各項身心障礙者福利服務活動，並充實其設施設備。(2)辦理傑出身心障礙者表揚等大型宣導活動，並響應國際身心障礙者日，結合各級政府與身心障礙團體辦理各項系列

活動。(3)辦理「身心障礙福利機構秋節產品聯合促銷活動」。

然而就我國現階段身心障礙者之權益保障而言，則尚有長足的改善空間。根據中華人權協會的調查研究顯示(參閱表 2-5)，我國身心障礙者各項人權指標均有改善的空間，其中又以「工作權」最需改善，在所調查的 10 年中，每年均呈現普通傾向待改善，其次則是「生存權」與「社會參與權」。

表 2-5 身心障礙者人權指標

年度	生存權	健康權	教育權	工作權	司法權 (公共事務 參與權)	社會參與權	
2007	2.62	2.75	2.64	2.89	2.81	2.84	
2008	2.54	2.75	2.61	2.65	2.65	2.80	
2009	2.56	2.88	2.83	2.64	2.73	2.63	
2010	2.53	2.98	2.98	2.78	2.63	2.51	
2011	2.87	3.29	3.00	2.68	2.94	2.92	
2012	3.01	3.21	3.04	2.93	3.05	3.06	
2013	2.91	3.12	2.95	2.76	3.07	2.96	
2014	2.80	3.01	2.86	2.59	3.01	2.86	
						行動及 資訊權	社區融 合及居 住權
2015	2.81	2.91	2.78	2.67	2.96	2.74	2.61

資料來源：整理自中華人權協會人權指標。

註：1.本指標以 5 分為滿分，3 分為普通，若低於 3 分表示普通傾向差。

2.2015 年的調查，將社會參與權進一步區分成行動及資訊權、社區融合及居住權。

由上述我國身心障礙政策發展之脈絡可發現，相較於 1980 年代，在歷經數次修法後，我國有關身心障礙者的認知由「殘障福利」、「障礙保護」到「權益保障」，已有顯著的進展，尤其在 2007 年「身心障礙者權益保障法」通過，導入了 ICF 架構，期望讓我國身心障礙法制面能由醫療模式轉變成社會模式與人權模式。然而 ICF 架構經過本土化之新制實施已逾十載，對於這個眾所期待的身心障礙新制，實際上卻出現不少批判。從本研究前述分析，ICF 的架構並未區分障礙者和非障礙者，而是以整體人口為對象的分類系統。但是在臺灣的發展脈絡下，ICF 成為資格鑑定與需求評估的工具。有些身心障礙福利主管官員認為身心障礙的需求評估，應該與其他評估制度（如長期照護或早期療育）合併以節省成本。然而這個問題不能僅由行政成本或效率來考量，還需要考慮到我們是怎麼看待身心障礙在生涯發展過程的位置。「障礙角色」會隨著年齡和性別的不同而有所差異，

一個人是否是被視為障礙者，不全然是當事人的個人因素 (邱大昕，2011:208)。周月清、張恒豪(2016：19)對現行制度提出批判，該研究指出：ICF 架構在臺灣的應用過於強調客觀、科學評估，實行新制目的是要讓資源更有效分配，然而中央政府預設的客觀制度與資源分配議題對地方政府、障礙者有不一樣的想像，區域差異、資訊不足、工作人員配置等因素，讓中央治理鑑定邏輯到地方操作個別差異大。特別是現階段身心障礙者權益保障法第五、六、七條，並未落實，我國仍然是持醫療模式觀點定義障礙，將「人」分類成四個損傷程度的等級，和舊制只關心資源分配並無差別。因此，王育瑜、謝儒賢(2015：129)的研究也指出，由於資源結構面性之限制，常使得需求評估變成僅是白忙一場而無實質意義與價值，不少縣市的臨時暨短期照顧服務往往需求高於供給，服務量能不足，讓確認有需求者仍無法取得服務，反之則是有限資源沒有被有效運用。前述種種現象顯示：雖然政府致力推動身心障礙者權利之法制化，然而在政策面及相關執行配套措施不足，致使流於形式，並無法達到真正實質的平等，更遑論融合式平等的落實。

五、身心障礙盛行率

健康訊息具有廣泛的用途，並為健康系統的不同層次和環境中基於證據的決策提供基礎。在臨床醫學上，健康訊息會定期記錄在患者病歷中，以追蹤患者健康狀況的變化情形，決定對病患最適當的干預或治療方案。而在醫療衛生服務研究中，蒐集健康訊息可以進行調查處遇措施和計劃的效果。在公共衛生領域中，經由蒐集健康訊息可以識別健康狀況的決定因素，檢查健康狀況對人們生活的影響，追蹤民眾的健康以及制訂和實施健康政策。為了匯總和整合來自不同來源的訊息，健康訊息的可比較性是先決條件。蒐集健康訊息的方法和內容通常會因環境而異，而且不同時間、個人或人群的健康訊息可能有差異，導致健康訊息的可比性存在相當大的挑戰。在過去，各國所蒐集國民健康訊息的內容和方式上存在許多差異，這對可比性構成挑戰。甚且在同一個國家，由於使用資料蒐集工具的差異性，也可能出現健康訊息內容的變化。ICF 概念框架包含詳盡的訊息類別集，建構人體功能統一且一致的語言，適合作為比較各國國民健康訊息的參考(Cieza, Fayed, Bickenbach, & Prodinger, 2019: 574-575)。

傳統上，身心障礙統計被認為是對屬於「盲人」、「聾人」、「使用輪椅」等特定人群的人數進行統計所得出的數量，據以確認哪些人有資格獲得福利補助。傳統分類方法是在身心障礙者可以清楚區分成幾個類型的前提下所進行的，然而事實上，身心障礙並無明確的界限，依照傳統分類方式所得出的身心障礙者人數將

會嚴重漏接很多需要協助的個案，而且也忽略「預防重於治療」的重要性。鑒於身心障礙統計數據可以提供有關身心障礙者完整生活經歷的大量訊息，包括障礙程度、從事和參加活動的困難以及他們生活中遇到的障礙。同時，可以將訊息從個人擴展到社區整個人口群，例如透過在人口統計訊息(例如年齡、性別、種族和社會經濟地位)或其他人口調查統計中，經由確認身心障礙者的盛行率，可以進一步發展相關的社會政策。換言之，身心障礙統計數據可以在各個領域的社會政策制定、實施過程，成效評估和執行成果監測的每個階段中發揮關鍵作用。若是沒有有效和可靠數據蒐集策略，可能會造成昂貴且浪費資源的決策，此種狀況在發展中國家特別明顯。由於欠缺有效、完整的身心障礙數據，不只浪費有限的社會資源，更使需要幫助者沒有獲得實質的支持與協助(World Health Organization, 2008: 2-3)。誠如 Leonardi 等人(2006:1220)的研究指出，如果無法就如何識別因身心障礙經歷而處於不利地位的人達成共識，就無法進行比較，也無法發現、衡量或改正不平等現象。而且除非在不同的環境下我們能夠識別、分類和評估一個人的表現，否則無法辨識環境中有哪些方面會構成障礙而進行改善(Palme & Harley, 2012:359)。

因此，WHO 所制定的 ICF 概念框架縱然仍存在問題，但也確實為「身心障礙」概念化提供通用語言和參考基準。然而要實現以 ICF 為基礎的身心障礙評估方法，就需要開發新的測量工具用來進行社區調查。早期以身心損傷的醫療模式著重於醫學狀況評估，在評估時使用「您有身心障礙嗎？」此一具有歧視的概念和用語。而現今評估的焦點已經轉移到基本行動是否遇到困難。尤其近年來，「華盛頓身心障礙統計小組」(Washington Group on Disability Statistics)以 ICF 概念框架為基礎，致力於提供國際社會可比較的數據，並藉以滿足《CRPD》要求締約國監測政策落實的規定(Madans, Loeb & Altman, 2011: 2)。就目前被廣為使用的調查工具而言，鑒於身心障礙群體比其他人口群更加貧窮和邊緣化，因此 WHO 呼籲各國應該蒐集更準確的數據，並深入瞭解這一個人口群的需求，也促成許多國家對準確的身心障礙統計產生進一步的興趣(Sabariego et al., 2015: 10330)。

在「國際身心障礙者年」(1981 年)、《世界身心障礙者行動綱領》、《身心障礙者機會均等標準規則》以及最近的《CRPD》之後，身心障礙數據的蒐集和統計訊息大量增加。這些數據大部分來自高收入國家。由於定義、數據蒐集系統、年齡和所涉人口的不同，國家之間和國家內部的身心障礙盛行率存在差異(Palme & Harley, 2012:359)。在聯合國的身心障礙統計綱要(United Nations

Disability Statistics Compendium) (1990) 中指出，不同國家(高收入與低收入)身心障礙者盛行率與預期的身心障礙者盛行率之間存在差異。該統計綱要對 55 個國家/地區的 63 個調查進行了匯整發現，使用障礙或功能篩選是身心障礙盛行率的重要決定因素，並且與國家收入的增加呈正相關。相較於歐洲和北美國家，在發展中國家障礙篩檢通常只針對嚴重身心障礙者，並優先提供醫療和社會服務。換言之，迄今非洲、亞洲和南美洲的國家，更常經由生物與心理上的障礙篩選，來衡量身心障礙程度(Palme & Harley, 2012:359)。

雖然很難估算出身心障礙者的真正人數以及在一個國家人口所占比率，但身心障礙並不罕見。各國定義和衡量身心障礙的方式存在很大差異；數據蒐集的質量和方法；來源的可靠性；以及由於家庭可能擔心污名化和孤立化造成高漏報率 (Al Ju'beh, 2015: 12；WHO & World Bank, 2011: 21-24)。在低收入國家，由於使用較嚴格的定義或較不嚴謹的調查方法，因此身心障礙盛行率通常很低。迄今為止，2011 年《世界身心障礙報告》被視為最可靠的身心障礙數據和統計資料來源 (Al Ju'beh, 2015: 12)。報告發現，全球有十億多人(約佔世界人口的 15%) 患有某種形式的身心障礙 (WHO & World Bank, 2011: 44)。Mitra 和 Sambamoorthi (2014: 940) 的研究則指出，全球身心障礙人數佔總人口數的 14%；該研究還發現，身心障礙者的盛行率在低收入和中等收入國家比在高收入國家更高；65 歲以上人口 (39%) 比成年就業年齡層 (12%) 比率更高；婦女 (18.5%) 比男性 (12.1%) 更高 (Mitra & Sambamoorthi, 2014: 940, 944)。面對全球人口高齡化和慢性疾病 (例如糖尿病、心血管疾病、癌症和精神疾病) 的增加，可能導致身心障礙盛行率上升(WHO & World Bank, 2011: xi)。鑒於身心障礙盛行率及其評估可能存在諸多黑數，因此 Lange、Mitra 和 Wood (2019: 11) 提供有關身心障礙者數據的可能輔助量化數據來源，以及使用這些數據來源時的注意事項，相關內容整理如表 2-6 所示。

表 2-6 身心障礙者盛行率及其需求之數據來源

所需訊息	可能的量化數據來源	注意事項
身心障礙者有哪些？	政府相關部門數據庫：例如，教育系統、健康統計、兒童就學數據。	1.在解讀政府有關身心障礙統計資料時應該謹慎，會因為所使用的方法而存在很大的差異。 2.健康統計通常會更狹隘地聚焦於損傷，但仍可能獲得某些資訊。 3.政府部門的統計數據系統，依賴跟政府相關部門有接觸的個人，可能存在很多黑數而導致許多身心障礙者可能被排除在外。而這些被排除的人口群反而可能是最需要協助的人口群(例如，未就學的兒童)。
	聯合國統計司。	涉及國家中央政府層級身心障礙的數據彙編資料庫的正確性。
	家庭調查； 人口與健康調查； 現場評估調查； 身心障礙者組織或非政府組織的數據。	1.政府相關部門的調查統計，可能已經針對一些特殊情況進行評估，並可能已經對危機發生地的家庭或個人進行了系統調查，但仍需謹慎對待。 2.近年來許多國家在其相關的人口調查中，加入華盛頓身心障礙統計小組所設計的簡短問題集，隨著越來越多國家使用，有助於理解世界各地身心障礙人口群的盛行率。
身心障礙者獲得協助的障礙是什麼？	輔助功能審核。	部分國家/地區的身心障礙者組織或 NGO 會進行設施、場所和服務提供的利用率和安全性評估。
	評估執行成果。	如果按身心障礙分類，則可以分析身心障礙者所面臨的障礙，以及透過提供協助的效益評估，可以瞭解服務的障礙以及是否存在其他風險情況。
	反饋和投訴機制。	可以深入瞭解身心障礙者所面臨的障礙以及對協助的滿意度，但是身心障礙者通常無法獲得回饋機制。此外，回饋機制通常也是匿名或保密的，特別是在涉及敏感問題的情況下，因此對於服務障礙的瞭解效果有限。
身心障礙者的需求或面臨哪些風險而惡化他們的處境？	分析性別暴力以及兒童保護案例。	儘管這些案例無法瞭解身心障礙盛行率，但此類數據可以瞭解服務的障礙與落差。因為一般社會的通念、信仰以及污名化，身心障礙者若遭受此類被害通常也會惡化他們的處境。
	需求評估 / 參與式評估。	參與性/需求評估可能沒有系統地包括身心障礙者，從而導致可靠數據有限。例如，身心障礙者可能更隱蔽，評估過程可能無法接觸到真正有需求的身心障礙者，或者在需求評估時，可能沒有特別注意某些特定風險因素（例如獲得協助的障礙）訊息。

資料來源：Lange, K., Mitra, G. & Wood, G.(2019). Guidance on strengthening disability inclusion in Humanitarian Response Plans. UK Department for International Development, P11.

而在臺灣，根據衛生福利部的統計，2019年我國身心障礙者佔總人口 5.03%，男性身心障礙者佔男性總人口 5.65%，女性身心障礙者佔女性總人口 4.41%，人數到達 1,186,740 人，其中以肢體障礙者最多(見表 2-7)。然而此一數據明顯低於國際社會的 10%~15%人口群。有學者指出，雖然我國自 2012 年採行 ICF 概念架構評估身心障礙者的狀況及其需求，可惜在翻譯與使用過程中，卻未能展現這套系統的基本精神與原則。尤其是在評估誰是障礙者時，仍然以醫療模式為主要觀點來理解身心障礙，導致容易漏接很多有需求的個案，建議應該使用「華盛頓身心障礙統計小組」所研發的工具進行調查(周宇翔、李宜靜，2017)¹³。

表 2-7 我國 2019 年身心障礙者人數

性別	男	661,690	合計
	女	525,050	
視覺障礙者		56,209	1,186,740
聽覺機能障礙者		124,485	
平衡機能障礙者		3,322	
聲音機能或語言機能障礙者		15,274	
肢體障礙者		360,234	
智能障礙者		102,127	
重要器官失去功能者		154,258	
顏面損傷者		4,666	
植物人		3,002	
失智症者		61,705	
自閉症者		15,439	
慢性精神病患者		129,885	
多重障礙者		133,764	
頑性癲癇症者		4,753	
因罕見疾病而致身心功能障礙者		1,763	
其他障礙者		4,149	
新制類別無法對應舊制類別者		11,705	

資料來源：衛生福利部統計處，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2976-13823-113.html>。

¹³聯合國統計委員會下的「華盛頓身心障礙統計小組」以 ICF 的框架為基礎，發展出「6 個障礙問題題組」(6-question disability measure) 來初步調查一國的身心障礙人口比例。該小組是一個自願工作組，由聯合國統計司主持下組織的 100 多個國家統計局以及國際、非政府和身心障礙人組織的代表組成。其所開發的 6 個問題包括：(1)即使戴著眼鏡，您是否有視力上的困難？(2)即使戴著助聽器，您是否有聽力上的困難？(3)您是否有走路或爬樓梯上的困難？(4)您是否有記憶或集中精神的困難？(5)您是否有自我照護的困難(例如洗澡、穿衣)？(6)當使用慣習的語言時，您是否有溝通上的困難(例如理解他人或被他人理解)？前述每個問題都有 4 個選項，依序為：(1) 不，沒有困難，(2) 是，有些困難，(3) 是，很多困難，(4) 根本無法做到，最後綜合出受試者的障礙程度評估。根據世界衛生組織(WHO)的估計，身心障礙者約佔全球人口的 10%，而英國與美國認定的障礙人口則約佔其國家總人口約 19% 至 20%(Madans,Loeb, & Altman, 2011;周宇翔、李宜靜，2017)。

至於有關身心障礙收容人盛行率方面，WHO 以 12 個西方國家的 23,000 名收容人進行研究，並據此推估全世界有數百萬名收容人可能患有嚴重的精神疾病。根據 WHO 估計，歐洲多達 40% 的收容人患有某種形式的精神障礙，並且自殺的可能性比社區一般民眾高 7 倍(Atabay, 2009)。在美國，Schlanger(2017)研究指出，10% 的收容人為肢體障礙、6% 為聽障障礙、7% 為全盲或無法矯正之弱視者，4%-10% 為智能障礙者，超過 50% 收容人的症狀符合精神疾病標準，並以躁鬱症為主。而在臺灣，依據法務部矯正署 2021 年 4 月 26 日統計資料顯示，我國矯正機關收容人有 5 萬 7,291 人，不分障礙別持有身心障礙證明者計有 2,600 人，持有身心障礙證明收容人約占收容人總數的 4.54%。障礙類別最多者為神經系統構造及精神、心智功能，包括智能障礙、自閉、過動、失智等障礙，計有 1,095 人；次多者為神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能障礙，這類障礙導致行動不便者，計有 1,061 人。顯示：心智障礙及行動不便收容人為矯正機關最大宗，兩者合計占 8 成以上，相關障礙類別人數，整理如表 2-8 所示。

而觀諸同期衛生福利部所公布 2021 年第 1 季持有身心障礙的人數比例，約為 5.09%(衛生福利部，2021)，較法務部的身心障礙收容人比例稍高，主因可能是因為我國矯正機關目前有關身心障礙收容者人數之統計，係以是否持有衛生福利部所核發之身心障礙證明，導致身心障礙收容人比率低於本研究所比較之國家。然矯治機關是特殊的環境，與社區環境並不相同，因此許多國家會針對收容人的身心狀況特別做評估，觀察是否對其身心適應狀況提供額外的協助。因此，我國矯正機關有身心障礙的收容人可能存在黑數。此外，許多國家因過度使用監禁刑，導致矯正機關擁擠不堪，因而嚴重侵犯人權，收容人忍受著不人道和有辱人格的監禁條件，無法充分獲得基本服務或符合個人需求的矯正方案(UNODC, 2013)。我國矯正機關過度擁擠問題，近年雖已努力改善中，整體收容人數雖未超額，然部分矯正機關仍存在超額收容問題。更重要地，管理人員與收容人的戒護比仍達 1:10，遠高於美國的 1:4.54、英國的 1:1.63 及鄰近日本的 1:2.75(孟維德、黃翠紋、蔡田木等人，2020: 116)，顯示：我國可能沒有足夠的矯正人力可以提供身心障礙收容人個別化之處遇措施。身心障礙收容人相對於一般收容人，更加無法適應收容期間之生活管理、自由剝奪及人際參與等課題，矯正機關若無法及時回應需求、給予支持，將致其身心健康加速惡化。未來我國矯正機關如何篩選、評估身心障礙收容人之需求，進而給予適切之處遇作為，實殊值得關注的議題。

表 2-8 我國矯正機關身心障礙收容人概況(2021 年 4 月止)

總收容人數	收容人領有身心障礙證明人數	身心障礙者比率	神經系統構造及精神、心智功能	眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	涉及聲音與言語構造及其功能	循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及功能	泌尿與生殖系統相關構造及其功能	神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	皮膚與相關構造及其功能
57,291	2600	4.54%	1095	212	68	109	60	76	1061	25
障礙類型所佔比率		100%	40.47%	7.83%	2.51%	4.03%	2.22%	2.81%	39.21%	0.92%

資料來源：研究者整理自矯正署 2020 年 4 月 26 日統計資料。

第二節 身心障礙者需求調查及其評估工具

越來越多研究顯示，身心障礙與貧窮高度相關，貧窮與身心障礙會相互影響，尤其是多重貧窮問題，進而加劇身心障礙者及其家庭的脆弱性和社會排斥(Mitra, 2013: e178 ; Trani & Loeb, 2012: 19)。然而並非所有身心障礙者都處於同樣的弱勢地位，身心障礙者的處境是個人因素和社會不平等或歧視交互影響的結果。漠視身心障礙者的需求，會造成生產力和人類潛能喪失，並帶來巨大的經濟和社會成本；反之，若能正視身心障礙者的需求，提供必要協助，讓其有相同的發展機會並融入生活環境，則可降低可能的障礙風險(Morgon Banks & Polack, 2014 ; WHO & World Bank, 2011)。研究也顯示，這些不平等是障礙的結果，而不是身心障礙者的任何固有侷限性(Groce, Loeb & Murray, 2014: 4)。因此，身心障礙盛行率及其需求評估至關重要。鑑於世界上 15%的人口在日常生活中存在嚴重的身心障礙，身心障礙是公共衛生問題，健全的數據對於制定政策和公共衛生干預措施非常重要。此外，根據《CRPD》第 11 條「締約國應依其基於國際法上之義務，包括國際人道法與國際人權法規定，採取所有必要措施，確保於危險情況下，包括於發生武裝衝突、人道緊急情況及自然災害時，身心障礙者獲得保障及安全。」以及第 31 條第 1 款「締約國承諾蒐集適當之資訊，包括統計與研究資料，以利形成與推動實踐本公約之政策。」第 2 款「依本條所蒐集之資訊應適當

予以分類，用於協助評估本公約所定締約國義務之履行情況，並查明與指出身心障礙者於行使其權利時面臨之障礙。」因此，國家有義務在人權模式背景下蒐集和使用數據，以促進和強化身心障礙者的權利，並定期報告有關身心障礙可靠而全面的數據。

為了蒐集社區人口的健康狀況及其影響的數據，WHO 提供兩種分類制度，即國際疾病分類（International Classification of Diseases, ICD）和「國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）。迄今為止，大多數國家已經分別應用了 ICD 和 ICF，而這兩個制度具有關聯性(Kostanjsek, 2011: 1475-1476)。ICD 可以根據身體狀況和症狀或病因對健康狀況進行分類，主要是以生物醫學的觀點衡量疾病和相關的健康狀況。然而 ICD 對於障礙的篩檢係起源於醫療模式而受到批評，因為它忽略障礙對個體活動或社會參與功能的影響以及個人或環境因素的影響(Palme & Harley, 2012:359)。由於此制度篩檢所得出的障礙對象，通常具有嚴重或極度嚴重的障礙而容易漏報許多個案（Moura et al., 2017:2-3; Mont, 2007b: 3-4）。因此，晚近先進國家多以 ICF 概念架構為基礎進行調查。

一、身心障礙者生活品質與需求評估

讓身心障礙者參與社會生活，提供身心需求相異個體不同的支持，使其能擁有和一般人相同的生活品質，是基本人權而不是國家的施捨。「生活品質」(quality of life)強調生活的「全面性」，透過對身心障礙者生活品質的瞭解，可以協助服務人員評估需求，評鑑轉銜與相關服務的成果，藉此發展和執行政策，以確保和提升身心障礙者的生活品質(鈕文英，2016：94-95)。因此，在探討身心障礙者需求評估前，將就身心障礙者生活品質相關概念進行探討，藉以瞭解身心障礙者之需求評估應有內涵。

（一）生活品質的內涵及其重要性

隨著時代變遷、社會與經濟發展，以及醫療水準提升，公共衛生中有關「健康」的內涵，已不再侷限於死亡率以及罹病率，尚擴及生活品質的程度(莊曜鎰，2015：20)。「生活品質」概念最早是由亞里斯多德(Aristotle)所定義，本概念跟「幸福感」(Happiness)為同義詞，是由上帝恩賜之一種純潔的心靈活動，一般而言指的是個人對於幸福的主、客觀感受(黃松林，2009：153)。而幸福感（well-being）自1950年代起，成為探討生活品質的指標，以此檢視社會變遷與提升社會政策(曾文志，2007：417)。近代，有關生活品質的定義，則以WHO所做的定義最廣

為採用，WHO (1998: 3)將生活品質定義為：「個體在所生活的文化和價值體系中，所感知自己人生的目標、期望、標準等程度。」此概念不能簡單地用生活滿意度、與健康相關的生活品質或幸福感之類的狹義概念來表達，而是涉及以下六大範疇：生理範疇(physical domains)、心理範疇 (psychological domains)、獨立程度(level of independence)、社會關係(social relationship)、環境(environment)，以及個人信念(Personal Beliefs) (姚開屏，2002: 193)。就身心障礙者而言，根據Schalock等人(2002: 457)對身心障礙者生活品質的研究中，亦將影響身心障礙者生活品質的核心領域區分成生理、心理、個人信念、社會關係和環境因素。從1980年代開始，伴隨著身心障礙者相關權利政策之發展，「生活品質」這個概念亦已在身心障礙者服務領域中被政府及社會所重視，並期藉由各式各樣服務措施提升身心障礙者生活品質(張千惠、鄭永福、金慧珍、李昕寧，2013: 521；蔡佳穎、陳政智，2010: 516)。

近年來，在健康護理評估中非常重視生活品質評估工具之使用(Quality-of-Life Scale)。WHO於1995 年及1997 年分別開發長篇版WHOQOL-100及其簡明版的WHOQOL-BREF生活品質問卷，它評估許多主觀的生活品質面向。目前本工具已經翻譯成40多種語言，並已在美國、荷蘭、波蘭、孟加拉國、泰國、印度、澳大利亞、日本、克羅地亞以及其他國家/地區採用，因此得以進行跨文化的比較(Vahedi, 2010: 140)。在臺灣，WHO所開發的兩個問卷則由姚開屏教授(2002: 198)所帶領的研究小組於1999 年及 2000 年分別發展完成，其中簡明版問卷已經被超過750 個研究所使用。

Diener 和 Seligman (2002: 81) 研究指出，幸福感受非常高的人有一項共同的關鍵特徵——能夠與他人建構積極而充實的社會關係，顯見社會關係對於個人生活品質具有顯著相關性。這樣的論點在身心障礙者之生活品質評估研究方面，亦得到相關研究支持。例如許嘉純、姚開屏、胡海國和熊秉荃(2005:40-44)以臺灣版思覺失調症患者生活品質量表(LQOLP)驗證國內此類患者生活品質，研究發現：思覺失調症患者在工作、經濟、健康和社交關係等層面的主、客觀生活品質均普遍不佳，除疾病本身造成病人社會功能障礙，加上社會對於精神疾病的烙印，經常是造成病人生活及就業適應上的困難。Haigh 等人(2013: 26)使用定性方法試圖找出是什麼因素讓認知障礙者對自己的生活感到滿意，研究發現重要因素包括：能夠有獨立生活的能力、參與活動的機會、與他人建構積極的關係，以及獲得他人積極的支持；該研究也發現，這些因素與一般人口群的幸福感受影響因素相似。

Haigh 等人並進一步指出，幸福感的影響因素，與 O'Brien (1987: 43-44) 所提出的個體五個重要成就感類似，包括個人享有社區存在的權利、與他人建立珍貴的關係、能夠對自己的生活做選擇、學習新技能，以及參與有意義活動的權利，這五項成就感代表人類經驗的重要面向——即受到他人的重視和尊重。而在過去 40 年中，這五個成就感也與正常生活、社會角色評估和賦權原則密切相關，這些原則成為指導提供認知障礙者服務的精神。

身心障礙者有權獲得與其他公民一樣的尊嚴和尊重，並享有與其他公民相同的願望和生活機會，提供健康和社會護理支持的範圍應集中在讓障礙者有機會享受與沒有障礙者類似的幸福感和生活品質(Raczka, Theodore & Williams, 2020: 178)。鈕文英(2016: 104)更具體提出，提升身心障礙者生活品質的技術包括：1. 增進個體的角色功能；2. 建構友善環境，提供社會支持網絡；3. 提供正向行為支持；4. 改變個體的生活型態，提供自我決策的機會，如：參與決定生活型態和作息的決策；5. 為個體建立社會關係；6. 安排個體參與社區/休閒活動，而這六項技術須以尊重、選擇和優勢等三個原則為基礎。

(二)需求評估內涵與實施步驟

根據身心障礙國際聯合會(Handicap International Federation)研究指出：身心障礙的診斷和需求評估同等重要，因為一個人的適應功能，無法僅藉由醫學診斷，確認患者是屬於哪種障礙及其程度為何，還需要評估生活適應的其他面向。有關身心障礙程度之認定標準相當重要，因為從政策角度來看，有必要以有限的資源為目標。只有透過使用適當的調查方式，從社區人口中衡量身心障礙的盛行率和程度，才能實現這一目標(Palme & Harley, 2012: 357)。換言之，採用醫療方法（例如，依賴醫療報告或衡量損傷程度的方法）無法全然識別身心障礙者，因為它們不包括外在環境障礙對身心障礙者功能的影響。再者，身心障礙也不是簡單的二元指標，它是一個程度的問題。由於身心障礙是非常複雜的概念，二元分類無法完全解釋身心障礙程度，在制定符合身心障礙者需求的計畫或處遇方案之前，需要蒐集多個面向的資料，方能進行完整的需求評估。此種對於身心障礙概念的定義，顯示蒐集數據並進行適切分析，在規劃干預或處遇措施和方案時扮演著舉足輕重的角色。Lange、Mitra 和 Wood(2019: 6)提出所需蒐集資料的類型與內容之建議，如表 2-9 所示。

表2-9 執行需求評估需蒐集的資料

資料類型	所應該蒐集的資料內容
個人/家庭層面	1.瞭解身心障礙者如何經歷危機、面臨的風險以及造成脆弱性的因素，以便設計出一種包容性的干預或處遇措施。換言之，評估時應確認那些人處於危機之中？危機來自何處？為什麼出現這些危機？ 2.從死亡率、健康狀況、受保護狀況或其他方面瞭解危機對身心障礙者的影響。 3.瞭解身心障礙者的需求和優先改善事項，以確保干預或處遇措施具有包容性和適當性。 4.篩選出風險較高的個人，告知有符合其需求的干預或處遇措施。 5.為瞭解身心障礙者是否能獲得適當協助以及風險因素是否有改善？應該有適當的成效評估機制。
基礎架構/程序層面	1.確認身心障礙者可能面臨的各種障礙，包括態度和溝通障礙，可以設計出考慮到各種需求的干預或處遇措施或方案，並解決可能存在的差距。 2.在預算編列過程，應該思考哪些方案是最迫切需要，以提高方案的利用率，同時也可以做為預算編列的基礎。
人口水平	1.蒐集身心障礙者人數（比例），以提高決策層對身心障礙者及規劃干預或處遇措施必要性的瞭解。 2.經由人口統計調查，持續蒐集相關人口數據，確認優先順序和確定目標，並支持制定適當的規劃，以利監測身心障礙者獲得服務和參與的情況。 3.經由受影響人口規模和人口統計的數據支持，可作為預算規劃的基礎。

資料來源：Lange, K., Mitra, G. & Wood, G.(2019). Guidance on strengthening disability inclusion in Humanitarian Response Plans. UK Department for International Development, P7.

在評估身心障礙者的需求，據以執行進一步規劃干預或處遇措施與方案時，有以下幾個重要步驟：1.評估並確認需求；2.擬定治療和干預措施；3.評估結果及其有效性；4.確定優先事項及有效分配資源。需要特別注意的實施要項，分述如下 (Lange, Mitra & Wood, 2019: 8-24;Palme& Harley, 2012:357)：

1.評估並確認需求

(1)將與身心障礙相關的問題整合到方案規劃中俾能作為決策之依據：在規劃方案時，應該先回答以下問題：身心障礙者有哪些需求和可能面臨哪些風險？身

心障礙者在獲得協助方面面臨哪些障礙？

- (2) 確認回答這些問題所需的數據、指標和訊息，做為規劃決策提供依據。
- (3) 確認數據、訊息和指標的來源。
- (4) 定義並就機關的角色和責任達成共識。
- (5) 審查現有數據、指標和其他訊息藉以分析關鍵問題。
- (6) 若有嚴重差距，應該審查數據、指標和其他訊息，亦應該設法填補關鍵數據和空白訊息。
- (7) 就現有數據、指標和訊息進行跨部門間的分析。
- (8) 確認有關身心障礙者所面臨的風險，及導致他們容易受到這些風險影響的因素。
- (9) 決定應優先從哪些子群體以及迫切需要投入資源的區域導入干預方案。

2. 擬定治療和干預措施

- (1) 確認應該優先解決的問題。
- (2) 制定治療和干預措施所欲達成的策略目標。

3. 評估結果及其有效性

- (1) 確認成效指標，以監測策略目標落實情形。
- (2) 審查並批准策略、目標並要求監控。

4. 確認優先事項並有效分配資源

- (1) 確認干預措施之實施方式：干預措施不但應該包括旨在改善身心障礙者獲得協助的機會，也應針對身心障礙者本身的資源，讓身心障礙者能夠在與他人平等的基礎上獲得協助。更重要的是應將身心障礙者納入決策中使其變成主流，是所有部門都應考慮的跨領域問題，而不是侷限於某一個部門的責任（例如保護服務）。
- (2) 詳細說明實現策略目標所需的活動/項目。
- (3) 估算實施方案所需要投入的成本。
- (4) 確認可能的實施障礙並制定應對計劃，尤其是針對風險特別高的子群體。

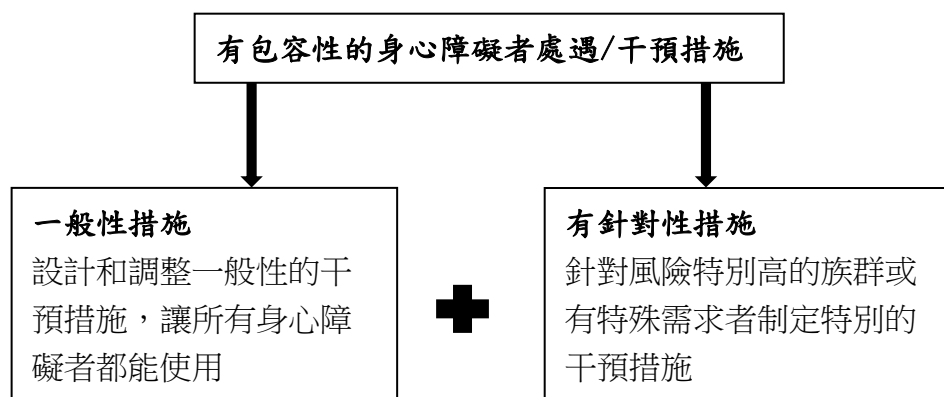


圖2-2 身心障礙者服務的雙軌措施

資料來源：Lange, K., Mitra, G. & Wood, G.(2019). Guidance on strengthening disability inclusion in Humanitarian Response Plans. UK Department for International Development, P21.

研究顯示，身心障礙者在取得服務方面存在許多障礙。因此，除進行前述需求評估外，亦須進行結果評估，藉以瞭解服務供給所存在的落差與障礙，方能提升服務效能。例如，根據國際身心障礙聯合會(Handicap International Federation, 2015: 14-16)調查顯示，阻礙身心障礙者獲得協助的來源主要有三個方面：1.缺乏可提供協助資源的訊息：身心障礙者在獲得服務方面，有 30%的受訪者不知道在哪裡可以找到可用的服務，而 32 %的受訪者不知道存在哪些類型的服務。2.可協助資源的可及性不足：有 22%的受訪者表示缺乏接觸服務資源的能力，例如：服務距離所在地點太遠，和/或獲得協助的交通費用太高。3.缺乏訓練有素的身心障礙實務工作者：若是實務工作者缺乏對服務對象的敏感度，將可能對所需協助的對象無法進行適當回應或溝通，因此對工作人員進行身心障礙相關知識培訓將可以讓他們有能力識別身心障礙者，並為身心障礙者提供更好的協助和服務。同樣地，根據美國密西根州的肯特郡社區健康需求評估調查顯示受訪者認為尋求精神衛生服務的最常見障礙，依序為：1.費用（44.7%）；2.感到尷尬或羞愧（34.4%）；3.不知道跟誰求助（27.3%）；4.對醫療保健系統的恐懼或不信任（27.2%）；5.關於健康的文化信仰（19.6%）(Kent County Health Department, 2017: 5)。

而在進行成效評估方面，則應該將環境因素(包含人文與自然因素)納入調查面向。例如，在 Sabariego 等人(2015: 10337)的調查中使用以下題項¹⁴來表示環境所可能存在的障礙：1.針對您需要或想要做的事情，您的工作場所或學校環境是

¹⁴ 他們所使用的問卷調查說明與內容為：「本研究想請教您有關環境的一些問題，這些問題旨在了解您所需做或想要做的事情，是否因為環境的因素而導致您碰到困難。」1分代表：非常容易，5分代表：非常困難。

否存在障礙？或沒有提供所需協助？2.就您經常需要使用的醫療設施，您是否容易使用它們？3.您想要或需要進行社交和參與社區活動的地方，您是否容易到達那些地方？4.當您需要到商店、銀行和郵局做您需要或想做的事情時，是否很便利？5.您是否方便到達定期需要參加宗教活動(禮拜)的場所？6.您所需或想要使用的交通工具，您在使用時是否便利？7.您住所（包括衛浴設備和所有房間）的設備，在您完成日常起居所需從事的事情便利性為何？8.您居住地方的自然環境（溫度、地形和氣候），對於您做自己需要或想要做的事情是否造成不便？9.你所身處環境的燈光、噪音和人群，對於您在完成自己需要或想要做的事情是否造成不便？

(三)臺灣身心障礙鑑定與需求評估沿革與實施狀況

身心障礙鑑定制度所反應者，是一個國家對身心障礙的想像以及公共資源能夠投入的程度。身心障礙的鑑定與調查，在我國施行已有百年歷史。1905 至 1925 年日本據臺時期，在臺灣舉行第一次臨時戶口調查，當時調查的「不具」（即現今身心障礙）分為盲、聾、啞、白癡、瘋癲五大類。此後，隨著 1980 年公布實施「殘障福利法」，才首次開始大規模動員醫療人員進行鑑定，並發放殘障手冊作為各項現金給付以及福利措施的依據。直到 2007 年「身心障礙者權益保障法」修訂前，臺灣身心障礙者的障別與等級，便一直由公立醫療院、所或復健機構的診斷書來認定(邱大昕，2012: 190-196)。在「身心障礙者權益保障法」修訂時，決定採用 WHO 之 ICF 架構。舊制有關身心障礙者福利服務之提供，係由身心障礙者取得身心障礙手冊後，依其申請項目個別進行審查及核定，而新制實施後身心障礙各項福利與服務，改由地方政府指派社工員主動辦理需求評估，並依據身心障礙者生涯發展需求，納入生涯轉銜及個案管理服務概念(簡慧娟、宋冀寧，2015: 13)。但另一方面，新制身心障礙鑑定制度，不僅鑑定方式有許多爭議，連鑑定目的本身也頗為分歧。以下將先介紹身心障礙鑑定沿革與實施狀況，繼而探討身心障礙需求評估實施現況與挑戰。

我國有關身心障礙者權益與福利法規包括：身心障礙者權益保障法、身心障礙者權益保障法施行細則、身心障礙者鑑定作業辦法、身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法(取代身心障礙手冊核發辦法)、身心障礙者輔具資源整合與研究發展及服務辦法、身心障礙者個人照顧服務辦法、身心障礙者家庭照顧者服務辦法等，分屬在衛生福利部社會及家庭署和護理及健康照護司二個單位所主管，有關重要法規之名稱與內涵，如表 2-10 所示。

表2-10 身心障礙鑑定相關重要法規一覽表

權責機關	衛生福利部社會及家庭署		衛生福利部護理及健康照護司	
法規名稱及 內涵	法規名稱	內涵	法規名稱	內涵
	身心障礙者權益保障法；身心障礙者權益保障法施行細則	身心障礙者人格維護、經濟安全、照顧支持與獨立生活機會等相關權益，及八類身體系統構造或功能。	身心障礙者鑑定作業辦法（附表一：身心障礙鑑定人員之資格條件、鑑定方法及鑑定工具；附表二：身心障礙類別、鑑定向度、程度分級與基準；附表三：身心障礙無法減輕或恢復之基準）	身心障礙鑑定作業方式及身心障礙鑑定向度、程度分級與基準；設計有身心障礙者鑑定表。
	身心障礙者輔具費用補助辦法；身心障礙者輔具費用補助基準表；輔具評估報告書	1.協助身心障礙者改善或維護身體功能、構造，促進活動及參與，或便利其照顧者。2.172項生活輔具，與醫療輔具合併計算，每人每二年補助四項；另有專案補助。	身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法附表：1.醫療費用及醫療輔具補助標準表；2.輔具評估報告書	1.促進身心障礙者恢復身體構造、生理功能或避免併發症。2.16項醫療輔具及3項醫療費用，與生活輔具合併計算，每人每二年補助四項；另有專案補助。
	身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法	地方政府社會局(處)辦理身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發之作業方式及流程等；設計有身心障礙證明申請表。		

資料來源：衛生福利部(2020a)。2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計，2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計，頁6。

1997 年所公布施行的「身心障礙者鑑定作業辦法」係依據「身心障礙者保護法」(目前法規名稱為：身心障礙者權益保障法)第 10 條第 2 項所訂定，期間歷經 7 次修正，最近一次修正日期為 2020 年 12 月。本次修正係因應實務運作需要，並為符合實務運作流程、提升行政作業效率及消弭實務運作疑義，相較於 2017 年 1 月所修正公布的内容¹⁵，修正要點包括(衛生福利部護理及健康照護司，2020)：1.考量實務運作需要，明定身心障礙鑑定機構應設有單一服務窗口；2.為符合實務運作流程，修正現行條文第 5 條至第 13 條順序；3.明定鑑定機構得免重複診察、診斷或檢查之情形；4.修正本法有關鑑定相關附表，如「身心障礙類別、鑑

¹⁵部分條文最後生效日期為 2022 年 01 月 01 日。

定向度、程度分級與基準」；5.修正未滿 6 歲兒童，申請身心障礙鑑定之規定；6. 明定因障礙情況改變，申請變更身心障礙類別、鑑定向度或障礙程度者之規定；7.修正申請人居住處所鑑定之情形；8.增訂未完成鑑定報告之情形；9.明定不得有虛偽不實之情事。

再者，有關身心障礙者之鑑定，於 2007 年 7 月 11 日公布身心障礙者權益保障法，實已明訂將施行身心障礙鑑定及需求評估新制。但實施日期則延後至 2012 年 7 月 11 日起全面實施。在 1997 年所公布施行的「身心障礙者鑑定作業辦法」將身心障礙等級分成 16 類，各類並區分障礙等級為輕、中、重度。為維護身心障礙者權益，保障其平等參與社會，在 2012 年 7 月 11 日身心障礙鑑定與需求評估新制上路後，由專業團隊針對個案之身體功能、結構、活動，以及社會參與限制等面向進行鑑定，並由社政部門進行福利與服務需求評估，再依據評估結果，核發身心障礙證明，提供各項福利措施，以促進其自立及發展。相較於舊制，新制有 2 項重點：1.修正身心障礙鑑定基準：將身心障礙類別從過往的 16 類改為 8 大類，並以「身體功能與結構」(BS 碼)和「活動參與及環境面向」(DE 碼)2 大層面的編碼，取代臺灣過去 20 年來自行摸索的鑑定工具。2.改變福利需求評估方式：身心障礙的福利需求高度認同「外在環境」對障礙程度的影響，以及障礙者參與社會活動的需求，將身心障礙的討論從慈善(依賴救助)與醫療(身體損傷)模式，轉向至社會模式與人權模式(外在環境讓障礙者無法平等參與社會)(衛生福利部，2020b；葉靜倫，2020)。

綜合過去我國有關身心障礙鑑定類別之演變，可以列如表 2-11 所示。

表 2-11 我國身心障礙鑑定類別之演變

年度	1970年	1980年	1990年	1994年	1997年	2001年	2012年
類別數	6類	7類	11類	12類	13類	16類	8類
類別	1.視障、 2.聽障、 3.語障、 4.肢障、 5.智障、 6.多障	1.視障、 2.聽障、 3.語障、 4.肢障、 5.智障、 6.多障、 7.其他	1.視障、 2.聽覺、 3.語(聲) 障、4.肢 障、5.智 障、6.多 障、7.重	1.視障、 2.聽覺、 3.語(聲) 障、4.肢 障、5.智 障、6.多 障、7.重	1.視障、 2.聽覺、 3.語(聲) 障、4.肢 障、5.智 障、6.多 障、7.重	1.視障、2. 聽覺、3.語 (聲)障、4. 肢障、5.智 障、6.多 障、7.重器 障、8. 顏	1.神經系統構造及精神、心智功能；2.眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛；3.涉及聲音與言語構造及其功能；4.循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功

年度	1970年	1980年	1990年	1994年	1997年	2001年	2012年
			器障、8.顏損、9.植物人、10.老人痴呆症、11.自閉症	器障、8.顏損、9.植物人、10.老人痴呆症、11.自閉症、12.慢性精神病	器障、8.顏損、9.植物人、10.老人痴呆症、11.自閉症、12.慢性精神病、13.平衡機能障礙	損、9.植物人、10.老人痴呆症、11.自閉症、12.慢性精神病、13.平衡機能障礙、14.頑性癲癇症、15.罕見疾病、16.其他	能；5.消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能；6.泌尿與生殖系統相關構造及其功能；7.神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能；8.皮膚與相關構造及其功能

資料來源：衛生福利部(2020a)。2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計，2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計，頁5。

有關身心障礙鑑定制度舊制與現制差異，如表2-12所示。

表2-12 身心障礙鑑定制度舊制與現制差異對照表

指標	舊制(2012年7月10日前)	現制(2012年7月11日起)
身心障礙定義及分類	由醫師依據鑑定標準進行鑑定後，將鑑定報告交由縣市政府社政單位依鑑定結果製發身心障礙者手冊，再由民眾依個人需求自行向各縣市政府申請各項福利服務。	由鑑定團隊依據鑑定標準進行鑑定後，將鑑定報告交由縣市政府社政單位進行評估，並依評估結果核發身心障礙證明，如有福利服務需求則另派員進行需求訪談及提供服務。
鑑定工具	我國自行發展，使用約20餘年：主要係評估身體功能（類似bs碼）。	以WHO發展之ICF為架構重新建立，評估有二個面向：1.身體構造及功能（bs碼）；2.活動參與及環境因素（de碼）。
鑑定等級	依身體功能鑑定結果，合併計算鑑定等級(輕度、中度、重度、極重度)。	鑑定醫院專業團隊鑑定（醫師鑑定＋鑑定人員專業評估）。

指標	舊制(2012年7月10日前)	現制(2012年7月11日起)
鑑定人員與流程	由醫師依據鑑定標準進行鑑定後，將鑑定報告交由縣市政府社政單位依鑑定結果製發身心障礙者手冊，再由民眾依個人需求自行向各縣市政府申請各項福利服務。	由鑑定醫師與鑑定人員(11類) 組成鑑定團隊，依據鑑定標準進行鑑定後，將鑑定報告交由縣市政府社政單位進行評估，並依評估結果核發身心障礙證明，如有福利服務需求則另派員進行需求訪談及提供服務。
鑑定方式	指定醫療機構並由符合資格之專科醫師 1 人依身心障礙等級標準辦理鑑定（第 10 條）。	由醫事、社會工作、特殊教育等相關專業人員組成專業團隊依 ICF分類架構辦理鑑定(第5條)。
特性	1.主要以疾病型態鑑定分類，所獲得之福利服務皆相同；2.衛生單位以鑑定醫院鑑定醫師為主要鑑定人員。	1.依個案之身體構造及功能評估，作為獲得福利服務之依據；2.強調個別化，衛生單位籌組鑑定專業團隊及社政單位籌組福利與服務需求評估團隊。
需求評估	未規範。	1.由專科醫師依專業進行個案認定。2.身心障礙證明有效期限最長 5 年，惟障礙類別等級為無法減輕或恢復者得免辦重新鑑定(第 14 條)。
重新鑑定通知	直轄市及縣市主管機關須於身心障礙手冊有效時間屆滿 30 日前主動通知身心障礙者或其監護人辦理重新鑑定（施行細則第 6 條第 2 項）。	直轄市及縣市主管機關須於身心障礙證明有效時間屆滿 60 日前主動通知身心障礙者或其監護人辦理重新鑑定及需求評估。
異議申請	身心障礙者對鑑定結果有異議時，應於收到鑑定結果次日起 30 日內，以書面向鑑定小組提出申請複檢，並以一次為限，逾規定期限則無法提出複檢申請（第 11 條第 2 項）。	身心障礙者對鑑定或需求評估結果有異議，應於收到結果通知次日起 30 日內提出複評申請，但逾規定期限時仍可提出，並需自行全額負擔相關作業費用（第 13 條）。

資料來源：整理自衛生福利部(2020a)。2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計，2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計，頁6；簡慧娟、宋冀寧(2015)。我國身心障礙新制之規劃歷程--建構需求評估與服務建置之模式，頁11-12。

我國自 2012 年 7 月 11 日正式施行的新制「身心障礙鑑定及需求評估制度」，

進行四大面向鑑定：針對個人的「身體功能」(b 碼)、「身體構造」(s 碼)、「活動及參與」(d 碼)、「環境因素」(e 碼)，並加入需求評估機制，期能依身心障礙者個別化需求，提供適當的福利服務(衛生福利部，2020a)。

有關需求評估之規定，依據「身心障礙權益保障法」第 7 條第 1 項：「直轄市、縣（市）主管機關應於取得衛生主管機關所核轉之身心障礙鑑定報告後，籌組專業團隊進行需求評估。」至於「需求評估內容」規範於第 7 條第 2 項是指：「依身心障礙者障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之。」而直轄市、縣（市）主管機關對設籍於轄區內依前項評估合於規定者，應核發身心障礙證明，據以提供所需之福利及服務。另，本法第 11 條也規定：「各級政府應至少每五年舉辦身心障礙者之生活狀況、保健醫療、特殊教育、就業與訓練、交通及福利等需求評估及服務調查研究，並應出版、公布調查研究結果。」

因應新制實施所需之身心障礙需求評估工具，前後歷經 7 次之修訂始定稿。在初期使用之版本，係以「WHO 障礙評估手冊 2.0 版」(WHO Disability Assessment Schedule II, 簡稱 WHODAS 2.0)³⁶ 題為基礎，而完成「身心障礙鑑定功能量表成人版」第一版之設計。至有關身心障礙鑑定功能量表兒童版，則是以國外之「兒童與家庭追蹤調查表」(Child and Family Follow-up Survey)為基礎(Bedell, 2004; WHO, 2010; 廖華芳、嚴嘉楓、黃靄雯、劉燦宏、紀彥宙，2015：79)，經原作者同意後編製及增修，蒐集 6 至 18 歲特殊兒童在過去六個月內之活動、參與及環境因素狀況。此後，為提升工具之信、效度，歷經多次試用與修正，於 2015 年 1 月 12 日所公布之第 8 版始定稿。有關我國身心障礙需求評估工具編制歷程，參閱表 2-13。

表2-13 我國身心障礙需求評估工具編制歷程

實施日期	評估工具版本
2010年至2011年04月進行培訓，並選取4個縣市試辦	ICF d/e評估成人試用版（參考WHO ICF檢核表之代碼設計）
2011年6-9月，全國均參與試辦	身心障礙鑑定功能量表成人第1版－第3版（參考WHODAS 2.0, 8領域，d分表現/能力面向－團隊設計）
2011年9月，全國均參與試辦	身心障礙鑑定功能量表成人與兒童第5版（參考CFFS，4部分，d分獨立性與頻率面向－團隊設計），分開培訓
2012年7-12月，全國正式實施	身心障礙鑑定功能量表成人第六版與兒童第六版兩本操作手冊，一起培訓
2013年11月4日，全國正式實施	身心障礙鑑定功能量表第7.0版（成人與兒童合併為一本操作手冊），初步信效度資料
2015年1月12日，全國正式實施	身心障礙鑑定功能量表第7.1版，桌曆型晤談本，動作活動先施測，信效度資料含因素分析
2015年1月12日，全國正式實施	身心障礙鑑定功能量表第8.0版，更完整之信效度資料，各題項連結ICF代碼

資料來源：廖華芳・嚴嘉楓・黃靄雯・劉燦宏・紀昶宙(2015)。身心障礙鑑定功能量表之發展與應用，頁80。

觀察 ICF 架構在臺灣實施迄今已超過 10 年，然而就本制度實施成效而言，卻始終存在諸多爭議，實施成效相當有限。張桓豪(2015:98)研究指出，在建制新的障礙鑑定體制同時，必須檢討殘補、慈善式的福利制度。社會福利政策面對障礙的認定改變應該避免只重視重新鑑定、分類，卻沒有提供相對應的福利服務。如果只把資源放在重新鑑定，卻沒有改變現行福利服務資源的分配方式，違背 ICF 制度設計的原意；且臺灣在引進 ICF 架構的同時，多著重在與國際接軌、編碼細節與鑑定方式與人員，少有對資源整合與再分配的探討。而王育瑜、謝儒賢(2015：123) 亦對臺灣實施 ICF 架構提出批評，渠等認為從身心障礙鑑定評估新制的設計，以及實施的經驗可發現，這套新制的「社會控制」意涵極高。更值得關注者，監察院王幼玲、楊芳婉二位監察委員耗時一年半，於 2019 年 5 月完成臺灣身心障礙鑑定作業、需求評估、服務佈建與資訊整合之全面性調查，於 2020 年 3 月 23 日舉辦記者會，發表長達 280 頁的報告，列舉 10 大缺失糾正

衛生福利部。在該糾正案文中，指出衛生福利部未能貫徹 2007 年身心障礙者權益保障法修法目的，身心障礙鑑定新制自 2012 年 7 月 11 日實施迄今，衛福部對於身心障礙者資格及等級判定，仍僅依醫師就「身體功能及結構」所作鑑定結果為依據，未如修法預期納入鑑定人員所進行之「活動參與及環境因素」評估結果，補助與服務的提供又未與身心障礙鑑定結果脫勾，造成有實質需求的身心障礙者因無法跨過鑑定門檻或囿於障礙等級，而無法取得所需之福利資源或接受適當之支持協助。顯示，我國修法後所採行的身心障礙鑑定制度，依然未脫離以「損傷」為焦點的醫療模式，亦凸顯本制度之施行有待改善之處甚多(王幼玲、楊芳婉，2020)。

本研究綜合監察院的調查報告以及相關學者研究，初步將台灣實施 ICF 架構的問題與面臨挑戰歸納如下：

- 1.偏重於醫療模式的身心障礙鑑定情形仍未改善：周月清、朱貽莊(2011：14) 研究指出，從法條的語意即可看出，身心障礙的定義及分類系統雖然參採ICF的重要概念，然而對於「身體系統構造或功能」和「活動及參與社會生活」兩個要素仍然視為是一種因果關係，並未將環境因素及個人因素等納入考量。換言之，迄今仍以「醫療模式」的觀點來看待「障礙」的問題，整體障礙政策的發展與後續福利與服務的推動，難以跳脫出舊有的框架。邱大昕(2011: 206)的研究亦指出，我國有關身心障礙者資源的分配，長期以來經由醫療手段解決，而醫療鑑定則將身心障礙當作個人身體損傷的問題，忽略外在環境與制度影響。在政策方面，臺灣身心障礙補助與服務，並非提供給「功能不足者」，而是提供給「有損傷者」，需求評估結果僅止於改變個人的方式為主。
- 2.評估工具未能顯示障礙者真正的需求，或現行的福利服務項目未必能回應障礙者的需求：若提供福利服務時視所有身心障礙者為同一群體，則往往會犧牲掉少數族群的需求，因而在提供服務時就無法滿足服務對象的需求。再者，由於資源無法共享、整合與銜接，在評估過程中，身心障礙者、主要照顧者與障礙家庭往往面臨各單位的各式評估，同樣的問題在社政、勞政、教育、輔具、長照、需求訪談中一再出現，讓申請者窮於應付，需求卻經常遭到片面切割處理。例如：監察院糾正衛福部對身心障礙者的認定，仍沿襲過去僅依醫師就「身體功能及結構」所作之鑑定結果，未依法納入鑑定人員所進行之「活動參與及環境因素」評估結果；且對於身心障礙者福利服務之需求評估作業，流於形式，造成無法充分掌握及發掘身心障礙者及其家庭的實際處境與需要，需求確認及

評估結果亦未反映其切身處境及真正需求。邱滿艷等人(2010:3)研究也呼應上述觀點，該研究發現：職業訓練的過程，不同障別學員所表達的需求不同，但職業訓練前並未充分評估學員的需求。此外，蕭尹芝(2019:131)研究發現，因部分政策評估存在準則模糊不清狀況，導致評估人員無法順利使用評估準則執行業務。

3. 欠缺督導機制確保障礙鑑定品質：不同專業人員工作量能與評估量能有落差，卻缺乏整合與監督機制，導致實施效果大打折扣。在監察院的糾正報告中指出，新制打破過去僅憑一名醫師便能決定是否核發障礙證明的鑑定流程，要求各縣市主管機關必須籌組多元評估團隊，其中應包括醫事、特教、社工、心輔、職評等專業人士，依障礙類別、程度、家庭經濟等面向評估障礙者的真實狀況，並需考量是否有照顧服務、家庭生活、社會參與等需求，然而在實施上，卻欠缺對鑑定品質的監督。葉肅科(2019)則指出，目前CRPD的推動主責單位分散於法務部、行政院性平處、衛生福利部社會及家庭署等單位，在橫向整合與縱向規劃的推動上出現制度的限制，應建構更有效的監督機制。而就實際服務提供面，根據姚奮志(2016:83-84)的研究指出：政府在身心障礙者服務管理的系統零亂不一，早期療育個案管理、成人個案管理、長期照顧管理三個系統之間的轉銜機制未能切實銜接，且可能導致服務切割而無法滿足障礙者的「全人」需求。最後，蕭尹芝(2019:131)的研究發現，評估人員與其他專業人員判斷的差異，或需求評估人員的判斷與服務使用者期待產生落差，也造成評估人員與其他單位在合作或在執行業務上出現意見不同之狀況。
4. 嚴重低估障礙者人數：臺灣獲認定的身心障礙人數僅占總人口的 5%，遠低於國際平均15%盛行率，很大程度在於身心障礙鑑定流程長久以來存在諸多疑慮。除鑑定標準嚴苛，後續的福利需求評估亦障礙重重，嚴重影響障礙者的福利資源取得。在監察院的糾正報告中指出，依目前的身心障礙福利申請流程，身心障礙者或其照顧者需要在區公所自行勾選需要的服務，然而許多民眾根本不理解需求表上的項目意含，需求流程設計讓新制流於形式。
5. 人力與資源不足：在 ICF 架構下，改變過去一直以來習慣的鑑定方式與服務流程，面臨由原來一個專科醫師為主的鑑定模式，成為「專業團隊」進行的模式，是否有足夠的專業人力(包括了其他專科醫師、治療師、特教老師、社工員、職評員等)來處理新增的評估人力，成為立即面臨的困境。而身心障礙資格的取決因素，往往是考量資源是否足夠分配的結果。特別是1999年「地方制度法」

通過，社會福利劃屬於地方自治事項，因此許多原來由中央政府統一規劃辦理的社會服務工作，都改由地方政府依據當地的需要自行規劃，這也形成了雖然有一個全國一致的法令規定，卻受限於各縣市財政狀況、專業能力與地域條件落差極大，許多地方政府欠缺資源，或僅將服務佈建在都會區，導致整體服務既患寡又患不均(周月清、朱貽莊，2011：14)。此外，臺灣每年需進行家訪的需求評估量達到 2.5 萬至 3.6 萬人，然而根據監察院的糾正報告指出，各地方社政主管機關現行的評估人力總計僅 210人，對照每年的身心障礙證明核發人數，平均每人案量負荷從2015年的 1291 案攀升至 2018 年的 1,837 案，每人每日至少需服務 7 人。再者，有勾選服務需求，真正的服務使用率也偏低，且各縣市落差甚大。例如，2018年有使用居家照顧、生活重建、社區式日間照顧、自立生活支持服務、社區居住、家庭托顧等「個人照顧及支持服務」項目的總人數，僅占有身心障礙者的 13.57%。無獨有偶，蕭尹芝(2019：131)研究亦指出，由於資源不足、宣導不足及課程訓練不足等因素，導致評估人員執行福利服務評估遭遇諸多困難。

綜上，ICF 架構在臺灣的推動結果，雖然改變了殘補式的政策，卻仍然透過醫療化的國家治理把資源放到「鑑定專業」，顯示我國身心障礙者之需求評估與福利提供仍有很大的進步空間(張桓豪，2015: 124)。而針對需求評估所使用的工具而言，有學者建議：未來政府在進行人口普查時應採用國際社會通用的6個障礙問題題組，對於臺灣人口的「障礙盛行率」進行瞭解，並據此規劃整體資源配置，以及瞭解政府是否確實逐步落實 CRPD 的義務(周宇翔、李宜靜，2017)。

(四)矯正機關身心障礙收容人需求評估

在矯正機關中，對疑似身心障礙收容人進行需求評估的目的，是為了確保收容人能夠獲得必要的治療與適切的處遇計畫、防止可能的危害、預防矯正機關中的戒護事故，並確保所有收容人的基本人權。為了實現這些目標，Gonzales、Martin 和 Lopez-Howard(2018: 8-9)指出，需求評估旨在回答以下研究問題：1.當與疑似有身心障礙(尤其是認知功能障礙)收容人進行互動時，什麼樣的工具或程序可以指導矯正人員進行適切評估？2.矯正人員是否理解並使用這些工具，並且所執行的評估是否準確？3.矯正人員是否願意發覺收容人身心健康危機的跡象？4.矯正機關是否有資源可以處理疑似身心障礙收容人的問題？這些資源是否能發揮功能，存在那些使用上的障礙？5.當矯正機關沒有足夠的資源可以處理收容人的健康問題時，可以採取什麼措施將收容人轉移其他部門接受治療或處遇？這些外部

資源是否能發揮功能，存在那些使用上的障礙？6.收容人在入監前是否曾因身體功能障礙或認知功能障礙而接受治療的經驗？在先前治療過程中，收容人的家庭或支持系統的參與程度為何？收容人目前是否使用這些策略和資源？存在哪些使用上的障礙？

二、身心障礙盛行率評估工具

每個人都可能在生命中的某個時刻，永久或暫時地經歷身心障礙，它的成因是複雜、動態、具有多重面向。從聯合國有關各國身心障礙者數據的分析顯示，身心障礙發生率各國數據不同，從敘利亞、孟加拉和突尼西亞等國不到 2%，到澳洲和紐西蘭約 20%。如此廣泛的盛行率落差，顯然是對身心障礙抱持不同概念和措施引起，因測量方法的差異性會產生不同的盛行率 (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008: 61)。由於身心障礙對不同的人意味著許多不同的意義，即使在專家中，將評估身心障礙的不同方法結合到數據蒐集工具中，也可能產生非常相異的盛行率數據。使得要清楚定義「何謂身心障礙？」並不容易 (WHO & World Bank, 2011: 3)。換言之，蒐集身心障礙盛行率數據工作面臨巨大的挑戰：如何設計盡可能避免有關身心障礙的完全不相關的信念或誤解的問題 (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008: 53)。

所幸在 WHO 以及先進國家的努力下，已經逐步發展出身心障礙盛行率評估工具。接續，本研究有關身心障礙盛行率評估工具之探討，將就調查工具所涉及內容之類型、國際通用之身心障礙盛行率調查工具，以及矯正機關常見之認知功能障礙初篩工具等三個部分，分述如下：

(一)調查工具所涉及內容類型

就調查工具所涉及的内容而言，約略可以區分成以下 4 類 (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008: 61-70)：

1.僅評估障礙狀況

如果數據蒐集的目的是蒐集有關疾病、失調和傷害等直接後果的健康數據，那麼僅評估障礙狀況將是適當的。但另一方面，若是調查目的是在瞭解身心障礙盛行率，則僅評估障礙的狀況，盛行率有可能被低估。輕度聽力障礙的人可能認為該障礙不值得一提，甚至可能忘記他們有問題。再者，即使能夠獲得準確的身心障礙盛行率數據，也無法告訴我們障礙狀況如何影響人們的生活。即使存在嚴

重損害，我們也無法直接推斷出該人的生活實際上受到該損害的影響程度有多大？兩個有不同需求和不同環境背景的人，遭受相同程度的傷害可能會導致完全不同的身心障礙程度。身體機能的下降不僅會影響人執行不同動作的能力，而且在不同的環境中，人的表現可能會完全不同。

2.評估從事日常活動是否有困難

ICF 架構中，活動和參與的分類範圍涵蓋行動、任務，簡單和複雜的活動以及構成一個人積極生活的全部範圍。與 ICF 架構一致的觀點是，身心障礙本質是關注一個人的健康與其個人和環境之間的相互作用，如何影響該人的生活及其面臨的問題。因此，為了蒐集有關身心障礙的訊息，必須詢問有關這些生活領域的問題。這就是運用「活動和參與」方法衡量身心障礙的重要性。活動和參與問題提供有關與健康相關的功能限制的數據，這些功能限制是個人在不同領域中執行操作的能力。由於活動和參與領域會限制個人對身心障礙的直接體驗，因此這些資料對於評估輔助設備、環境修改、培訓或康復服務以增加能力的需求程度非常重要。雖然人們可能並不完全瞭解自己的損傷，但人們通常會很清楚自己在這些領域中遇到的困難。因此，與僅評估障礙狀況相比，活動和參與問題產生更高的身心障礙盛行率。至於參與活動是否有困難此類問題，通常涉及簡單行動或涉及感知、學習、溝通、行動力、自我照顧和其他日常生活的簡單行動。測量內容包括兩個領域：首先，要求受訪者考慮自己的行為能力（能力），接著要求他們在實際環境中考慮自己固有的能力，是否比預期的行動難度更大或更小。

使用這個方法無法為我們提供足夠的資訊來說明困難種類和程度，即便能夠瞭解從事障礙的程度，仍然無法瞭解造成困難的原因。在理想情況下，應該對足夠多的項目進行廣泛的現場測試，以指導數據蒐集人員構建用於數據蒐集目的的基本活動和參與域的簡約列表。然而，找到這樣的列表既昂貴又是高技術的工作，遠遠超出許多國家能夠投入的資源。這個方法所面臨的第二個挑戰是設計活動和參與問題分數的加權總和，以便可以根據對問題回答來確認身心障礙狀況。減值方法僅將積極回應加在一起，平等對待任何減值的發生。對於活動和參與問題，情況可能並非如此，因為對於身心障礙狀況，某些困難（例如，被雇用）可能比其他困難（例如，難以掌握）更為重要。

3.評估環境因素

評估環境因素的問題不是針對身心障礙本身，而是針對構成人們生活的物質、社會和態度環境的因素，環境因素可以促進身心功能運作（從而減輕或消除功能

困難)，也可以阻礙功能運行（因此加劇功能問題或製造功能問題）。此類評估有很多用途。他們提供有關輔助設備或住宿需求的訊息；有各種障礙的人們在日常生活中面臨的各種身體和態度障礙；以及引入障礙消除政策（例如，反歧視法）或促進對參與該領域的政策（例如，在工作場所或學校環境中提供住宿的政策影響）。

這些問題通常不會用於估計身心障礙者的盛行率，但是它們可以提供有關身心障礙者經歷的非常有用訊息。環境問題的最常見形式與協助的需求和接受有關，包括來自產品和技術、支持和關係與服務、系統和政策等方面的協助。與前述種類相比，環境因素問題不那麼常見，但是越來越多的國家調查正在使用它們。儘管不能用它們來估計身心障礙盛行率，但從 ICF 架構中我們知道，個體所身處的環境是他們所面臨的參與限制和嚴重性的重要因素。

4.綜合評估方法

很顯然地，前述各種方法都將無法充分提供有效測量身心障礙盛行率所需數據的蒐集方法，只有綜合方法（包括環境因素在內的所有身心障礙影響因素）可以提供有效的測量數據。有效的身心障礙盛行率數據必須來自有關個人在實際身體、社會以及該人所居住的態度環境等方面問題的綜合評估。因此，為了瞭解身心障礙的盛行率，一方面蒐集個體由於健康狀況而從事活動和任務的能力方面的缺陷和侷限性的數據，另一方面也要蒐集關於個人情況的便利性或障礙性的數據，亦即：無論是個人因素還是環境因素等方面數據的蒐集都是必要的。在設計身心障礙調查工具之內容時，應該以活動和參與問題為核心，並結合障礙和環境因素問題。綜合方法的一個例子是將 WHO 身心障礙評估表第二版（WHO Disability Assessment Schedule II, WHO DAS II）的活動和參與問題與 WHO 世界健康調查（WHO World Health Survey）使用的一系列身體健康或功能問題結合起來。

（二）國際通用之身心障礙盛行率調查工具

為了改善全球身心障礙調查數據的準確度，世界衛生組織提供下列調查工具供各國(地區)使用，包括：1. WHO 身心障礙評估表；2. 華盛頓身心障礙統計小組（Washington Group on Disability Statistics）調查問項；3. K10 和 K6 量表¹⁶。

¹⁶在過去 40 年中，心理學研究和流行病學的有一項重大進步是建立了結構化的訪談表，可以對社區民眾的心理疾病患病率進行標準化估計，研究結果發現將近一半的人一生中有一種或多種心理疾病的資格；在這些調查之前的一年中，幾乎有五分之一的人至少診斷出一種疾病。如此高的失調率至少會引起兩個重要的公共政策問題：我們如何最有效地發現患有心理失調症的人，一旦被發現，我們如何在資源有限的情況下，治療那些有嚴重精神疾病者？可以使用的評估工具，如國際綜合性診斷訪談量表（Composite International Diagnostic Interview Scale, CIDI-Scale），

1. WHO 身心障礙評估表(WHO Disability Assessment Schedule)

鑑於國際社會有關身心障礙認定之多樣性，WHO 制定 ICF 模式，為「身心障礙」概念化提供了通用語言和參考基準。ICF 為人類功能的各個方面提供了一個完整的描述性框架，從公共衛生的角度來看，晚近「功能」的重要性正在逐步提高，除死亡率和發病率外，還有關於將其用作第三種健康指標的討論。在臨床上，功能評估可以根據患者的功能概況，為患者提供以患者為中心的醫療保健和特定臨床介入措施的資訊。甚至在一個擁有良好醫療衛生系統的國家中，瞭解人口功能狀況可能比瞭解該人口中疾病的發生及其死亡更為重要。只有掌握了有效的資訊，我們才能知道他們真正的醫療衛生或其他服務需求(Castro et al, 2019: 2)。

然而要實現以 ICF 為基礎的身心障礙評估方法，就需要開發新的測量工具以用於普查和調查。早期以身心損傷的醫療模式方法著重於醫學狀況評估，在評估時使用「您有身心障礙嗎？」此一具有歧視的概念和用語。而現今評估的焦點已經轉移到基本行動是否遇到困難。聯合國在 2001 年公布《身心障礙統計發展指南和原則》(Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics) 提出了身心障礙調查問項，包括 (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008: 83)：(1)視力狀況(包括是否戴著眼鏡)；(2)聽力(包括是否配戴助聽器)；(3)口語表達能力；(4)移動能力(包括：步行、爬樓梯、站立)；(5)肢體動作（包括：舉手、蹲下、跪下）；(6)身體動作(伸展與下蹲)；(7)手指抓握東西功能(用手指抓握或處理物體)；(8)學習能力(是否有智能上的障礙)；(9)認知功能行為（心理、情緒問題）；(10)自我照顧能力(洗澡、穿衣、吃東西)；(11)其他障礙(請說明)¹⁷。

到了 2010 年，世界衛生組織的身心障礙部門與世界銀行合作開發和推廣「WHO 身心障礙評估表第二版」(WHO Disability Assessment Schedule 2, WHODAS 2.0)問世，旨在提供一種衡量跨文化的健康和身心障礙的標準化方法。它是根據 ICF 架構開發而成的，希望提供給各國參考的通用評估工具。本工具用於調查評估一般人口群的健康和身心障礙狀況，以及衡量治療或處遇措施。WHODAS 2.0 是一種通用工具，完整的調查版本計有 294 個問題，作答時間需要

但使用本工具進行評估非常耗時。再者，除了要有效地篩檢疾病外，確定疾病影響的嚴重程度也很重要。因此需要經由嚴重程度評估來加強處遇需求的估計。對於篩檢社區嚴重精神疾病及其嚴重程度而言，最廣泛使用的衡量方法之一是由 Kessler 及其同事開發的 K6 及 K10 嚴重心理困擾篩檢量表(Mitchell & Beals, 2011: 752)。

¹⁷這些問項，均使用：在過去六個月(或更長時間)，您的身體(或認知狀況)持續存在那些困難？

120-150 分鐘，計分範圍從 0 到 100。本評估表有以下重要的目的，包括：(1)瞭解受評估者需要哪些服務需求？(2)瞭解受評估者所需的照護程度，包括受評估者是否應接受初級照護、專業護理、康復或其他照護環境？(3)預估可能的處遇以及預後的結果？(4)瞭解受評估者需要住院多長時間？(5)評估是否需要領取身心障礙福利津貼或是獲取退休金？(6)評估是否可以照常工作？(7)瞭解受評估者能否重返社區，並像往常一樣生活(Garin et al, 2010: 14)？然而本工具卻因為存在以下缺點而不適合用於人口普查：(1)本調查模式雖是全面的評估，但評估時間過長且成本高；(2)由於內容很複雜，所需要的分析技術超越部分國家統計局的技術能力，儘管可以向 WHO 申請協助，但卻不一定能夠核准；(3)由於所需時間和費用昂貴，若要用於人口普查，建議每 5 到 10 年使用一次，但往往無法進行比較，因此無法放到一般的人口普查中使用(Groce, 2018: 4-5)。

有鑑於此，簡短版本因應而生，並已在 2018 年開始推廣，本工具包含 36 個問題，旨在透過 ICF 架構並使用以下六個功能域來評估受訪者的功能：認知有 6 個題項；移動性有 5 個題項；自我照顧有 4 個題項；與人相處有 5 個題項；日常生活活動有 8 個題項；和社會參與有 8 個題項。此外，WHO 還提供包含 12 個問題的版本和混合版本（12 + 24），其中問題的範圍從最少 5 個到最多 36 個不等。這些功能域適用於 18 歲及以上的人口群，由受評估者或其代理人回答。本工具具有以下優點：(1)完整的身心障礙調查模式，可以讓國家/地區深入瞭解社區中身心障礙者的狀況。(2)採行跟完整版本一樣的計分方式(從 0 到 100 分)，可確認臨界點以及障礙的嚴重程度；(3)可用於與《CRPD》有關的監測和評估(Castro et al, 2019: 4-7)。整體而言，儘管本工具存在一些侷限性，但由於 WHODAS 是一種通用的、國際性的、跨學科的衡量殘疾的工具，且是以 ICF 概念架構為基礎的評估工具，因此具有特殊的意義，同時本工具在幾個國家的實施情形頗具效度，並有助於消除制定政策的障礙(Garin et al, 2010: 14)。自 2010 年發布以來，WHODAS 已翻譯成多種語言，並經由 WHO 批准，目前已有超過 47 種語言(方言)的翻譯版本，如希伯來文、中文、波蘭語、日本與、挪威與和葡萄牙語(Castro et al, 2019: 4)。WHODAS 具有以下優點：(1)與 ICF 相結合，因為它是根據 ICF 框架開發的。與 ICF 核心集一樣，WHODAS 是一份問卷，涵蓋了 ICF 框架和分類中定義的領域；(2)跨文化可比性，WHODAS 經過開發和測試，可在世界範圍內使用，以確保其跨文化可比性；(3)具有頗佳的信度與效度，驗證研究中進行了廣泛測試和批准。(4)易於使用，相對較短的數據蒐集時間；(5)適用範圍廣泛，提

供 30 多種語言版本，在世界範圍內均可免費使用；(6)可以量化，範圍從 0（無障礙）到 100（完全障礙）(Castro et al, 2019: 4)。

綜上，ICF 的優勢之一，在於它的全面性，也是受到批評的地方。為了促進 ICF 的使用並縮短其耗時的應用，WHO 開始制定並建立策略，以方便且省時的方式支持 ICF 的使用和應用。為此，ICF 核心集，針對特定健康狀況人群的特定需求量身定制的 ICF 類別的簡短列表，以及基於 ICF 的評估工具(例如世界衛生組織障礙評估時間表 2.0（WHODAS 2.0）已經被編制出來(Castro et al, 2019: 3)。

2.華盛頓身心障礙統計小組(Washington Group on Disability Statistics)調查問項

由於衡量身心障礙的一系列問題涉及的領域太多，即使在最高級別的類別中，ICF 也會提供活動和參與組合的九個領域。然而在絕大多數調查中，因評估項目過多，無法用於數據蒐集，更不用說在普查方面。但關於覆蓋範圍的決定是必不可少，也是不可避免的，並且對數據結果的適用性產生深遠的影響。這些決定應取決於數據蒐集目的，也會受到障礙者需求的影響(Department of Measurement and Health Information Systems, 2008: 55-56)。

鑒於缺乏國際社會有關身心障礙數據的不足，以及各國數據品質普遍不佳，特別是在發展中國家，2001 年 6 月，聯合國在紐約舉辦身心障礙測量國際研討會(United Nations International Seminar on the Measurement of Disability)中，確認了：在編制有關身心障礙者的統計數據時需要有共同的定義、概念、標準和方法。另外還決議需要對身心障礙問題有更清晰的瞭解，包括身心障礙者的人數、他們的特徵以及他們獲得所有主流政策、系統和服務（例如教育、衛生、社會包容和交通）的機會。為瞭解決這一迫切需求，遂成立華盛頓身心障礙統計小組(Washington Group on Disability Statistics) (以下簡稱華盛頓小組)。華盛頓小組是一個自願工作小組，由聯合國統計司主持下的 135 個國家統計局以及國際、非政府和身心障礙者組織的代表組成。華盛頓小組的目的是期待在聯合國成員國中，實現文化中立和合理標準化的身心障礙定義以及測量，評估各國身心障礙的狀況（Madans, Loeb & Altman, 2011: 1）。這項工作自 2001 年開始，且隨著《CRPD》的通過和批准而更加重要，依據本公約第 31 條第 1 款，為監測各締約國是否給予身心障礙者與非身心障礙者一樣，有平等的社會參與機會，而必須確認身心障礙者人數繼而瞭解其需求(Washington Group on Disability Statistics, 2018: 1-2)。

WHO 制定的 ICF 雖然為身心障礙概念化提供了框架，但要實現以 ICF 為基

礎的身心障礙評估，就需要開發用於人口普查和調查的測量工具。華盛頓小組以 ICF 概念框架為基礎，致力於提供國際社會可比較的數據，並藉以滿足《CRPD》要求締約國監測政策落實的規定(Madans, Loeb & Altman, 2011: 2)。因此，本小組主要的功能是促進和協調健康統計領域的國際合作，重點是發展出適合用於人口普查中有關身心障礙測量的工具，藉以蒐集必要的基本數據，並提供世界各國可比較的身心障礙資訊(Groce, 2018: 2-3)。換言之，華盛頓小組的首要任務是指導制定可以合併在人口普查時使用的身心障礙調查問項，藉以衡量有身心障礙人口群是否與一般人口群有相同的平等機會之政策資訊。第二優先事項是推薦一組或多套擴展的調查項目，這些項目應詳細說明與身心障礙相關的多個概念的測量，以用作人口調查的組成部分，作為調查的補充或作為身心障礙調查的核心問項。在 WHO 和世界銀行的支持下，為能使世界各地的身心障礙數據能夠一致，華盛頓小組開發調查問項來進行調查身心障礙盛行率，並期能進一步監測與瞭解各國政府執行身心障礙者權益保障工作之推動狀況（UN, 2014: 6, 10）。華盛頓小組開發多種工具，但最著名的是「華盛頓小組簡短調查問項組」（Washington Group Short Set, WG-SS），計有 6 個問題集包括衡量：視覺、聽覺、活動能力、溝通、認知和自我照顧方面的困難，可以由受調查者報告個人的功能，前 5 個題項是關於個體功能限制，而最後 1 個則是有關自我照顧能力的限制。這些問題施測時間僅約需 1.5 分鐘，因此適合於用於國家普查，被許多國家、非政府組織、身心障礙者組織廣泛使用，聯合國並已納入其《人口與住房普查原則和建議》中 (Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses) (Groce, 2018: 1-2 ; Madans, Loeb & Altman, 2011: 2-3)。

「華盛頓小組簡短調查問項組」可與就業或教育等一般福利問題結合在一起，也可以用於評估平等參與的機會。這是確定環境中的康復或障礙需求的替代方法，這需要更長的問題集或專門的身心障礙調查（United Nations , 2014: 19 ; Mitra, 2013: e178 ; Madans, Loeb & Altman, 2011: 3）。例如，美國在 2017 年所進行的身心障礙統計年度調查報告中及使用這 6 個身心障礙問題，內容包括：(1)是否聽不到或聽力有嚴重困難？(2)看得見嗎？即使戴著眼鏡也很難看清嗎？(3)由於身體、精神或情感狀況，在注意力集中、記憶或決策方面是否存在嚴重困難？(4)走路或爬樓梯有困難嗎？(5).自己穿衣或洗澡有困難嗎？(6)由於生理、心理或情緒狀況，在獨自做一些日常事情，如購物或看醫生等事情上有困難嗎？(Kraus et al, 2018: 34)

「華盛頓小組簡短調查問項組」顯示出良好的特異性，可以清楚地反映調查區域身心障礙盛行率並且適合進行國際比較，但本工具有關認知和人際互動領域題項的效度相當低，主要係因為它是一項針對普查目的而設計的廣泛功能篩檢。本工具可以確認多數身心障礙者，但某些特殊族群的篩檢則有其極限。由於文化和調查成本的考量，本工具排除對高階認知功能（例如學習、決策能力）的篩檢，尤其針對那些患有認知障礙的人，本工具的精細度不足，在運用上要非常小心。而此一缺點也可能會影響國際上，有關認知功能障礙程度的可比較性(Palme & Harley, 2012: 360-361)。為瞭解決前述問題，華盛頓小組擴增調查問項至 35 題，稱為「華盛頓小組調查問項擴增集」(Washington Group Extended Set, WG-ES)，施測時間約需 10-12 分鐘才能完成。

觀察人類歷史，由於對身心障礙的定義或污名化，讓受訪者不願承認自己或家庭成員為身心障礙者，很難測量一個國家的身心障礙者人數，而人口普查中通常也不會包括身心障礙問題，因此縱然蒐集統計數據亦相當不準確(Mont & Groce, 2017: E650)。經由華盛頓小組的努力，目前許多國家使用「華盛頓小組簡短調查問項組」或「華盛頓小組調查問項擴增集」蒐集身心障礙數據，截至 2018 年，總共有 60 個國家/地區在人口普查中使用這二項工具，而隨著聯合國統計委員會(UN Statistical Commission)和聯合國歐洲經濟委員會歐洲統計委員會(UN's Economic Commission for Europe's Council of European Statistics)建議各國於 2020 年新一輪的人口普查調查問項中納入「華盛頓小組簡短調查問項組」，藉以蒐集身心障礙資訊，因此使用的國家將會持續增加(Mont & Groce, 2017: E649)。而世界銀行在對其所補助的 70 個國家所進行的生活水平衡量研究(Living Standards Measurement Studies, LSMS)中，也建議將「華盛頓小組簡短調查問項組」納入調查問項中(Groce, 2018: 8)。

3.K10 和 K6 量表(6-item Kessler&10-item Kessler scales)

K10 和 K6 量表是 Kessler 的研究團隊在美國國家健康統計中心支持下開發，以「精神疾病診斷與統計手冊」第 4 版(DSM-IV)為基礎，設計簡短的嚴重精神疾病篩檢工具，並取代美國原本的國家健康問卷調查(National Health Interview Survey, NHIS)(Kessler et al., 2002: 959)。而許多研究證實，這二份量表用於篩檢嚴重精神疾病均有其信、效度¹⁸。例如，Kessler 等人(2003: 189)使用三種類型

¹⁸美國第一項以全美具有代表性的心理健康調查是「國家綜合調查」(National Comorbidity Survey)。第一次調查期間是在 1990 年秋季至 1992 年春季，使用結構化的訪談工具來評估 DSM-III 的患病率和與疾病相關性(National Comorbidity Survey, 2021)。

嚴重精神疾病評估表驗證 K10 和 K6 量表的信、效度，分別是綜合診斷簡易評估表(Composite International Diagnostic Interview Short-FormScale, CIDI-SF scale)、WHO 身心障礙評估架構(World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHO-DAS)，以及 K10 與 K6 等三種評估量表，研究結果顯示：K10 和 K6 量表對於篩選嚴重精神疾病具有頗佳的信度與效度。此後，WHO 建議其他國家可以使用本工具進行全國性的心理健康調查，截至目前為止，已翻譯成 35 種不同的語言，並在全球 30 個以上的國家/地區施測，總計已有超過 25 萬人接受調查。例如 Furukawa 等人(2008)將 K6 和 K10 翻譯成日語版本，並納入《日本世界精神健康調查》(World Mental Health Survey Japan, WMH-J)，在日本 7 個社區進行的精神疾病流行病學研究，共有 2,436 名參與者。研究結果顯示，這二分量表在檢測 DSM-IV 情緒和焦慮症方面有非常好的靈敏度，K6 與 K10 均為 0.94。因此，日文版的 K6 和 K10 表現出與原始英文版基本相同的篩選性能。計分方法是將 K6 的 6 題加總後，轉換為 0-24 分，而 K10 的分數轉換亦同，可以轉換成 0-40 分(National Comorbidity Survey, 2021)。有關 K6 與 K10 的中文版題目與計分，參閱表 2-14 以及表 2-15。

表 2-14 K6 中文版題目與計分

題目		選項	沒有	偶爾	部分時間	大部分時間	全部時間
1	過去 30 天中，您經常會感到緊張？		0	1	2	3	4
2	過去 30 天中，您經常會感到絕望？		0	1	2	3	4
3	過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁？		0	1	2	3	4
4	過去 30 天中，您經常會感到太沮喪以至於什麼都不能讓您快樂起來？		0	1	2	3	4
5	過去 30 天中，您經常會感到做每一件事情都很費勁？		0	1	2	3	4
6	過去 30 天中，您經常會感到無價值？		0	1	2	3	4

註：在填完前述 6 題後，還會接續問受評估者「過去 30 天中出現的這些情緒，對您來說是比平時多見、跟平時差不多、還是比平時少？」

資料來源：National Comorbidity Survey (2021). K10 and K6 Scales. https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php.

表 2-15 K10 中文版題目與計分

題目		選項	沒有	偶爾	部分時間	大部分時間	全部時間
1	過去 30 天中，您經常會感到無法解釋的筋疲力盡？		0	1	2	3	4
2	過去 30 天中，您經常會感到緊張？		0	1	2	3	4
3	過去 30 天中，您經常會感到太緊張以至於什麼都不能讓您平靜下來？		0	1	2	3	4
4	過去 30 天中，您經常會感到絕望？		0	1	2	3	4
5	過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁？		0	1	2	3	4
6	過去 30 天中，您經常會感到不安以至於連靜坐都沒辦法？		0	1	2	3	4
7	過去 30 天中，您經常會感到沮喪？		0	1	2	3	4
8	過去 30 天中，您經常會感到太沮喪，以至於什麼都不能讓您快樂起來？		0	1	2	3	4
9	過去 30 天中，您經常會感到做每一件事情都很費勁？		0	1	2	3	4
10	過去 30 天中，您經常會感到無價值？		0	1	2	3	4

註：在填完前述 10 題後，還會接續問受評估者「過去 30 天中出現的這些情緒，對您來說
是比平時多見、跟平時差不多、還是比平時少？」

資料來源：National Comorbidity Survey (2021). K10 and K6 Scales.
https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php.

有關本工具臨界值的設定方面，儘管用途廣泛，但仍沒有明確的標準來確認最佳的臨界值。Kessle 等人(2010: 10)研究則建議，可以根據臨床上已經確認的精神病患為對象，或是社區中已知的盛行率據以確認最佳的截止分數。同樣地，其他學者也建議，最佳截止分數之設定應該取決於篩檢的目的、研究群體的患病率以及成本效益等因素而有所不同(Sakurai et al., 2011: 439)。但大多數國家的研究，多仿效美國的研究，將 K6 的最佳截止分數設為 12 至 13 分，而 K10 則為 20 至 21 分。例如，Kanga 等人 (2015: 106)使用 K6 用於評估中國一所綜合大學的大學生是否罹患嚴重精神疾病，總計隨機抽取 8,289 位大學生進行檢測，發現具有頗佳的信、效度：內部一致性係數 α 值為 0.84，再測信度為 0.79，靈敏度為 0.83，特異性為 0.79，最佳截止分數是 12 至 13 分。Won 與 Hae(2015: 264)的研究建議，韓國老年人口的截止分數被提議為 K6 為 12/13，K10 為 20/21。這項研究表明，K6 和 K10 可以作為韓國老年人心理困擾的有效且可靠的篩檢工具，截止分數建

議 K6 為 12~13 分，K10 為 20~21 分。Chan 和 Fung (2014)以香港 12 至 19 歲的 2,325 名中學生為研究對象，鑑於中國人對精神疾病有很強的羞辱感，學校教師、家長，甚至受評估的青少年可能對某些評估項目感到不舒服，而影響調查結果，因此他們建議 K6 的最佳截止分數應該設為 17 分，而 K10 則應設為 27 分。

本工具的外在效度頗佳，可適用在不同年齡層、性別與族群。例如，Mitchell 和 Beals (2011: 753, 760)以美國兩個印第安人保留區的民眾為對象，探討印地安人的精神疾病患病率和相關處遇需求。首先，在這兩個部落人口中，K6 是否是適當的篩查措施？研究結果顯示，它可以用在兩階段採樣過程的第一階段，該過程在進行冗長的診斷性評估之前對潛在病例進行篩檢，或者提供初級保健醫師或臨床醫生辦公室助理進行篩檢。第二個問題側重於 K6 在其他診斷措施的有效性和潛在的臨床實用性。研究結果顯示，K6 可以提供有關心理困擾嚴重性和個人痛苦的資訊，這些訊息是情緒、物質和身體疾病以外的唯一資訊，因此對於臨床醫師而言很重要。而 Ferro (2019: 647, 656)則使用 K6 進行加拿大社區健康調查，研究對象為 2010 位年齡介於 15 至 19 歲的青少年，以及 2010 位年齡介於 20 至 64 歲的成年人為對象，並搭配使用 WHO 綜合國際診斷訪談評估表 2.0 (World Health Organization Composite International Diagnostic Interview, WHO-CIDI)。研究結果顯示，K6 的項目相關性很強 (0.31-0.78)，內部一致性很高 ($\alpha = 0.86$)，而且不同年齡層與性別間沒有明顯差異，顯示測量穩定性高。因此，K6 是嚴重憂鬱症 (AUC = 0.848)、廣泛性焦慮症 (AUC = 0.847) 和雙相情感障礙 (AUC = 0.853) 的有力預測指標。換言之，K6 是對青少年心理困擾的有效和可靠測量工具，可用於識別需要進行全面精神疾病評估的青少年。但另一方面，也有學者提出不同意見。例如，Stolk、Kaplan 和 Szwarc (2014: 181)的研究提醒：迄今很少研究針對 K6 / K10 是用在不同群體的靈敏度進行探討，因此 K6 與/ K10 運用在評估不同文化背景的人口群的準確度為何？仍有持續探討之必要性。

三、矯正機關常見之身心障礙初篩工具

礙於矯正機關收容人的複雜性，經常無法進行密集且費時的精準評估(van Esch, de Vries & Masthoff, 2020: 2)。如何篩選出有身心障礙的收容人，並提供必要處遇和協助，是政府應有的職責。然而在許多國家身心障礙調查中，都沒有包括收容在監獄或其他監護機構中的人，而低估身心障礙盛行率(Department of Measurement and Health Information Systems, 2008: 57)。矯正機關中的身心障礙收容人因其犯罪行為而須承擔國家法律制裁，導致對其需求評估與社區中的身心障

礙者需有差別，但政府仍應提供最低待遇的需求，因此如何篩選出有需要協助的身心障礙收容人，近年來也開始受到一些先進國家的重視，進而開發出適用於矯正機關的篩選評估工具。這些篩檢工具具有以下特色：首先，大多數刑事司法環境中的時間壓力，該工具需要易於理解，並且必須快速、易於管使用；其次，所有第一線實務工作者都應該能夠方便使用，不論其資歷如何，而且幾乎不需要任何培訓(Ali & Galloway, 2016: 162)。至於評估工具的發展多聚焦在智能障礙及精神障礙的篩檢，主因是這兩類認知障礙者在矯正機關所佔比例高且不容易識別，但他們在面臨法律議題時，特別容易遭受一系列不利的對待(Gray, Forell & Clarke, 2009: 9-12)。因此，本研究有關矯正機關常見的身心障礙初篩工具介紹，將聚焦於智能障礙及精神障礙的評估工具。

(一)智能障礙評估工具

觀察人類歷史，刑事司法系統中智能障礙者遭受嚴重不公平的待遇，遠遠超過任何其他類別罪犯所遭受的不公平待遇。Santamour (1986: 4)指出，領有智能障礙證明的犯罪者比起其他犯罪者「更有可能被逮捕、定罪、被判入獄、在監獄中受害……以及接受緩刑和假釋的機會相對較少。」時至今日，這些不公平現象仍然存在，從被捕、訊問，審判到定罪和判刑的各個階段，領有身心障礙證明的人更有可能處於不利的地位(Smith, 2016: 68)。因此，針對矯正機關收容人進行適應障礙與處遇需求評估，篩選出有處遇需求的收容人，可以做為處遇計畫的規劃和執行對象，維持矯正機關良好秩序的程序依據，並協助收容人尋找支持性服務為重返社會預作準備(Talbot & Riley, 2007: 154)。但就實務面，需要使用簡短的評估工具進行測量，並且應在矯正人員的臨床能力範圍內，可以簡便而廣泛的確實可行(Catalano et al., 2020: 201)。以下就簡短智能障礙評估工具簡介如下：

1.Hayes 能力篩檢指數(Hayes Ability Screening Index, HASI)

近年來逐漸關注到，如何在精神醫療以及刑事司法系統中，以快速、準確的方式檢測智能障礙者，俾能對那些因智能不足而導致需求未被發現的人提供適當的支持，快速篩檢工具因應而生。其中，HASI 即是為此目的而開發的評估工具，HASI 被證明在精神醫療及刑事司法系統中都具有效性(To et al, 2015: 498)。HASI 旨在提供非心理測驗專業人士使用，測驗時間大約需要 5-10 分鐘，評估後會得出一個分數或指數，當與適合年齡的切截分數(cut-offpoint)進行比較時，可得出個案是否有必要進行進一步專業之評估。

經彙整相關研究，HASI 的測驗內容包括：背景資訊(Background information)、倒拼字(Backwards Spelling)測驗、拼圖(Puzzle)測驗和時鐘繪圖(Clock Drawing)等

四個子測試。在「背景資訊」部分，包含受試者對學業困難之敏感度、受試者對於學習困難之自我認知、經濟以及社會地位等四個問題，該問題都以「是」或「否」二分法設計。「倒拼字測驗」要求參與者以相反的順序拼寫出一個含五個字母的單字，測驗所使用的單字為「WORLD」，這個測驗需要將單字倒轉，並集中注意力，才能將完成。「拼圖測驗」之設計，是要求參與者以交替的升序將帶有數字和字母的圓圈連接起來，係改編自神經心理學測驗－路徑描繪測驗¹⁹(Trail Making Test)之 B 部分，經稍加變化後作為測驗題項，以評估視覺概念及視覺動作任務，這個測驗在於評估注意力及大腦損傷之狀況。「時鐘繪圖」²⁰通常被當作神經學評估程序的一部分，需要視覺空間和構造能力，該測驗要求受試者繪製一個鐘面，並將時針放在 3 時 40 分處。HASI 對於 13 至 18 歲受測者之分數切截點(cut-offpoint)訂為 90；而 18 歲以上的受測者則定為 85 分，分數低於切截分數之受試者應轉診至專業人員進一步評估(Young et al., 2015: 1056; Søndena, Bjørgen & Nøttestad, 2007: 1025)。有關 Hayes 能力篩檢指數評估項目及相關內容整理如表 2-16。

表 2-16 Hayes 能力篩檢指數評估項目及內容

評估項目	評估內容
背景資訊	1.受試者對學業困難之敏感度 2.受試者對於學習困難之自我認知 3.受試者經濟問題 4.受試者社會地位 以「是」或「否」二分法之問題設計
倒拼字	將「WORLD」這個單字倒著拼出來
拼圖	以交替的升序將帶有數字和字母的圓圈連接起來，改編自路徑描繪測驗 B (Trail Making Test B)。

¹⁹路徑描繪測驗 (Trail Making Test)是用來評估執行功能障礙的神經心理測驗之一，測量視覺搜尋、數字排序、字母排序、數字與字母的轉換、動作速度的能力。該項測驗包含 A、B 兩部分，A 部分由 25 個內有數字（由 1 至 25）的圓圈散亂組成，受試者要依數字先後次序串聯起來。B 部分則是由 13 個數字（1 至 13）與 12 個英文字母（A 至 L）的圓圈散亂組成，受試者在連接圓圈時，必須將數字與字母交替串聯，並依數字/字母的先後次序進行，測驗計分以完成的速度計分，受試者完成時間越長，表示注意力愈差（莊琇惠，2007：13、24）。然而該測驗的 B 部分使用英文字母做為刺激材料，使其無法應用在不熟悉英文字母、文盲、或低教育程度的個體。彩色路徑描繪測驗（Color Trails Test）是根據路徑描繪測驗之原理而設計，但以顏色取代字母的使用，使該測驗較不易受到語言的限制，擴展其適用族群範圍（郭曉燕，2008：4）。

²⁰畫鐘測驗為臨床上廣泛使用之認知功能篩選工具，具有測驗時間短、施測步驟簡單，以及施測之信、效度皆高的優點。在操作和計分有許多不同版本，較常見的採用曼諾斯氏十點計分法(10-point scale, Manos)，原始設計是給受試者一張以畫好圓圈的紙，評分時將時鐘分成八等分，鐘面數字 1、2、4、5、7、8、10、11 等 8 個數字各應位於正確的等分上，若數字的位置正確則各得 1 分；另外 2 分是看長針短針位置是否正確（莊閔妃，2007：10、13）。

評估項目	評估內容
時鐘繪圖	要求受試者繪製一個鐘面，並將時針放在 3 時 40 分處
13 至 18 歲受測者低於 90 分、18 歲以上的受測者則低於 85 分者應轉診至專業人員進一步評估。	

資料來源：Young, J. T., van Dooren, K., Lennox, N. G., Butler, T. G. & Kinner, S. A. (2015). Inter-rater reliability of the Hayes Ability Screening Index in a sample of Australian prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 1055-1060.

HASI 並非用於明確診斷出受測者是否存在智能障礙，而是篩選出需要轉診進行進一步診斷評估者。本工具最初是提供給警察人員使用，目前已應用到所有刑事司法體系人員。HASI 業經過多次修正，目前相關研究顯示，HASI 似乎是一種合適且有效的評估工具 (Van Duijvenbode. & VanDerNagel, 2019: 263, 276)，同時還可以識別患有精神疾病或藥物濫用疾病，並提供不會說英語者使用。例如，Hayes(2002)對 567 名的受試者進行測驗，使用 HASI 得分預測智商和適應行為的結果，與其他簡短的智力測驗相比，HASI 在檢測出真陽性時準確率可以達到 82.4%，在排除真陰性時準確率達到 71.6%。但由於其測驗目的為提供給實務人員進行初篩，若搭配智力測驗工具，則大約 20%的樣本為偽陽性(Hayes, 2002: 126-127)。Sondenaa 等人(2008: 1129)以 6 個矯正機關收容人為研究對象發現，HASI 與韋氏智力量表(WASI, $r = 0.717$; $p < 0.001$)和接管者的工作與大效應量之間存在顯著關係。HASI 切截分數為 85 的靈敏度為 93.3%，特異性為 72.4%。在荷蘭，To 等人(2015: 502-504)以精神療養院接受治療的 90 位藥物濫用使用者為對象，驗證 HASI 的靈敏度和特異性（以 85 分為臨界值），研究結果顯示，HASI 可以有效地用於一般精神保健服務中有濫用藥物問題的人，有足夠的靈敏度可以辨識受檢測者是否屬於智能障礙者，更重要的研究發現：不論受檢測者是否患有精神疾病者或藥物治療，都不會影響到 HASI 的評分結果。整體而言，本工具雖由澳洲學者所開發，但目前本工具之使用範圍，已經擴及到歐洲許多國家(Sondenaa, Bjørgen & Nøttestad, 2007: 1023 ; Hayes, 2002: 120-125)。

2.學習障礙篩檢問卷(Learning Disability Screening Questionnaire, LDSQ)

學習障礙篩檢問卷 (Learning Disability Screening Questionnaire, LDSQ)是由英國學者 McKenzie 與 Paxton (2006)所開發的學習障礙快速篩選評估工具，開發 LDSQ 的目的是為了提供一種更快、更有效的方法，協助不具專業知識或受過培訓的各類專業人士使用，讓社會服務工作者可用以評估智能障礙者，施測對象為 16 歲以上者，以確保提供適當的服務(McKenzie & Paxton, 2006: 17)。本工具現已

在歐洲許多國家、加拿大、美國、日本和澳洲各國廣泛使用。McKenzie 和 Paxton(2006)指出，以往智能障礙評估只能由訓練有素的心理師進行，導致受評估者需要耗費很多時間等待才能接受評估，用途有限。而 LDSQ 開發的目的是為了提供受服務對象是否具有智能障礙之初步判斷指標，用以篩選可能具有智能障礙者，其目的不在做出正確的障礙診斷。該評估工具可由非心理專業背景者完成，並且可以準確地區分具有智能障礙者和非智能障礙者(Smith, 2016: 4 ; McKenzie & Paxton, 2006: 18)。

LDSQ 共有 7 個問題，分別由「學業技能」、「獨立性」及「生活得到支持之經驗」等三個構面進行智能障礙評估。在「學業技能」指標計有 3 題，分別為：對時鐘功能之理解、閱讀以及寫作能力等；「獨立性」指標計有 2 題，分別為：是否能獨立生活及有無就業；「得到支持經驗」指標計有 2 題，分別是在學校或在家中是否曾獲得支持的經歷。該工具答題設計係請評估者填答「1」或「0」，其中「1」表示無障礙情形，而「0」則表示有障礙，施測答題數至少須完成 5 題。將前揭各題所得分數相加後，除以已回答問題之總數，所獲得之百分比分數值為評估值，其切截分數(Cut-off Score)低於 46%者，則具有智能障礙可能性(Björge, Gimse&Søndena, 2016: 110- 111)。有關學習障礙篩檢問卷(LDSQ)評估項目及相關內容整理如表 2-17：

表 2-17 學習障礙篩檢問卷(LDSQ)評估項目及內容

評估項目	評估內容
學業技能	1.對時鐘功能之理解。 2.閱讀能力。 3.寫作能力。
獨立性	1.是否能獨立生活。 2.有無就業。
支持經驗	1.在學校是否有獲得支持的經歷。 2.在家中是否有獲得支持的經歷。
施測答題數至少須完成 5 題。請評估者填答「1」或「0」，其中「1」表示無障礙情形，而「0」則表示有障礙。各題所得分數相加後，除以已回答問題之總數，所獲得之百分比分數值為評估值，其切截分數 (Cut-off Score)低於 46%者，則具有智能障礙可能性	

資料來源：Björge T.G, Gimse R, Søndena E. (2016). Selective samples and the accuracy of screening for intellectual disabilities: learning disability screening questionnaire. *Open Journal of Social Sciences*, 4, 109–113.

在 LDSQ 之信、效度方面，英國已有許多研究驗證。例如，根據 McKenzie

和 Paxton(2006: 20) 研究，LDSQ 得分與 WAIS-III(VIQ: $r = .723$ ，PIQ, $r = .699$ ，FSIQ: $r = .751$)和適應功能測量值(VABS 或 ABAS)密切相關。智能障礙者的 LDSQ 得分($M = 16.38$ ， $SD = 20.21$)明顯低於非智能障礙者($M = 66.87$ ， $SD = 19.95$)。Murray 與 McKenzie (2014: 370, 374)研究指出，LDSQ 僅能評估有無智能障礙狀況，並無法提供智能障礙嚴重程度之判斷。然而 LDSQ 評估工具在跨國使用上，似乎仍有需要克服文化之挑戰。Björge 等人(2016: 112-113)選取智商介於 67 至 100 分之男、女性受試者各 18 位進行 LDSQ 對挪威當地評估之適用性，研究發現 LDSQ 無法辨別出挪威智商得分 100 以下者，因此需要更進一步之研究才能推行使用。渠等指出 LDSQ 題目設計之效度，可能會受到各國社會、教育及福利系統之影響。由於挪威福利體系之設計較英國完整，因此可能會無法突顯出英國(或其他國家)社會中，普遍存在較大之社經地位及社會照護模式的差異。

3.收容人評估系統篩選工具(OASys Screening Tool, OASys ST)

有別於上揭介紹的智能障礙評估工具，多由學界開發進行驗證後推廣，收容人評估系統篩選工具(OASys Screening Tool, OASys ST)是由英國國家收容人管理服務局(National Offender Management Service, NOMS²¹)在 2011 年開發的工具。該工具係緣於英國矯正機關對於智能障礙性侵害加害人處遇計畫的發展歷程，當時該國矯正機關面臨性侵害收容人處遇執行極大的困境，因這些處遇方案是為智商正常的收容人設計，並未考量到對智能障礙收容人之侷限性。以性侵害收容人處遇計畫(Sex Offender Treatment Programme, SOTP)為例，其處遇設計大多依賴書面和口語表達能力，然而智能障礙收容人沒有足夠的能力接受處遇計畫，導致即便接受過處遇仍無法解決再犯問題，導致許犯罪者沒有真正解決或改變其行為模式即被釋放回社區，或是無法滿足假釋的條件仍留在矯正機關繼續服刑(Rawlings, 2008: 5)。此種處遇計畫的漏洞，除處遇計畫無法確實解決性侵害累犯問題，更凸顯矯正機關處遇計畫未能為身心障礙收容人提供合適的處遇調整。因此，英國國家收容人管理服務(NOMS)制定「性侵害收容人處遇調整計畫」(Adapted Sex Offender Treatment Programme, ASOTP)，後改編為「成為嶄新的我」(Becoming New Me, BNM) 處遇計畫，以滿足智能障礙性侵害收容人的處遇需求。在 BNM 計畫中，需求評估包含對收容人智力(IQ)及適應性功能進行評估，IQ 高於 80 分者，將直接進入性侵害收容人處遇計劃(SOTP)進行處遇；IQ 低於 80

²¹ 英國收容人管理服務局(National Offender Management Service, NOMS)成立於 2004 年，於 2017 年將部分業務移交於司法部，並更名為矯正與緩刑服務局(HM Prison and Probation Service, HMP)

分者，則提供 BNM 計畫 (Smith, 2016: 19)。當時設計使用魏氏智力測驗簡版 (WASI) 進行初篩，若得分低於 80 分者，則進行完整的魏氏智力測驗第四版 (WAIS-IV) 評估。然而 WASI 施測時間需 30 分鐘，並要求使用者須完成心理評估方面的正式培訓後方能使用，不論 WASI 或是 WAIS-IV 在應用上皆被詬病為耗時且需要投入很多資源的評估工具 (Smith, 2016: 19)，在矯正機關施測之普及率相當有限。因此，英國國家收容人管理服務 (NOMS) 在 2009 年著手開發收容人評估系統篩選工具 (OASys Screening Tool, OASys ST)，用以取代 WASI。

OASys ST 是由收容人評估系統 (Offender Assessment System, OASys) 中的部分項目組成，收容人評估系統 (OASys) 是一個經結構化的臨床風險、需求評估和管理工具，用來提供收容人風險和需求之評估標準 (Smith, 2016: 101)，除可運用在收容人分類作業，諸如：住宿條件不足、教育和就業技能差、藥物濫用、思考和態度，以及對公眾構成的風險評估和刑期規劃工具，並可於制定解決這些風險需求之計畫 (Home Office, 2004: 4)。收容人評估系統篩選工具 (OASys ST) 之原理在於透過對於收容人背景資訊之蒐集，如教育及複雜、高技能工作之經驗，詢問過去是否有智能障礙之證明、教育背景和工作經歷，以進行智能障礙評估，此方式比起實施智力測驗將更具效果。OASys ST 開發人員使用 OASys 評估中的 29 個潛在項目，他們認為這些項目理論上可以預測受評估者是否屬於智能障礙者 (Wakeling, 2018: 3)。經研究後，最終篩選出 7 個最具有效度的項目形成工具，這些項目分別是收容人是否：A. 有閱讀、寫作和/或計算能力問題；B. 有特定的閱讀問題；C. 有特定的算術問題；D. 有學習困難；E. 教育相關的問題；F. 有工作技能問題；G. 居無定所。這些項目總和得出最終分數為 0 至 11 分，總分越低表示智能程度越高，總分越高表示智能程度越低。總分 3 分以上表示智商低於 80；總分 5 分以上表示智商低於 70。

NOMS 指出，OASys ST 的主要優勢在於善用現有的 OASys 資料，因此使用人員對相關資料內容進行評分並不會增加太多的負擔，也因此不論使用人員是否接受過培訓或專業背景如何，均可完成 (Wakeling, 2018: 1)。Smith (2016: 122) 對 OASys ST 進行驗證後發現，OASys ST 可有效將智商 80 以下的收容人篩選出來，其成果與耗時的 WAIS-IV 效果一樣好。然而這份工具的可靠度及靈敏度取決 OASys 資料之完整性，另在對女性收容人之適用上，尚未經過相關驗證，因此有待進行更多研究。有關收容人評估系統篩選工具 (OASys ST) 評估項目及相關內容整理如表 2-18：

表 2-18 收容人評估系統篩選工具(OASys ST) 評估項目及內容

評估項目	評估內容	得分
一、有閱讀、寫作和/或計算能力問題(得分為 0、1 或 2 分)	1.在基本技能評估證明，以及對收容人先前的經驗或面談過程中獲得的資訊證明，他們在上述任何方面都存在嚴重問題。	符合左列者，評為 2 分
	2.收容人承認他們在填寫表格、看時刻表和地圖或閱讀報紙方面有困難。	
	1.您有任何來源的證據證明該收容人在閱讀、寫作或計算能力方面存在中等困難。 2.收容人可能對自己的能力表現出一定的信心，但可能在拼字、文法或心算等方面存在問題，嚴重到足以影響日常生活。	符合左列者，評為 1 分
	1.收容人有任何學歷。 2.基本能力評估未發現任何不足。 3.收容人說他們在閱讀、寫作或計算上沒有困難，也沒有相反的證據。	符合左列者，評為 0 分
二、有閱讀困難(得分為 0 或 1 分)	1.收容人承認他們在閱讀報紙方面有困難。 2.在基本技能評估證明，以及對收容人先前的經驗或面談過程中獲得的資訊證明，他們在閱讀方面存在嚴重問題，或者您有任何證據來源證明收容人在閱讀方面有中等困難。	符合左列者，評為 1 分
	1.收容人有任何學歷。 2.基本能力評估未發現任何不足。 3.收容人說他們在閱讀上沒有困難，也沒有相反的證據。	符合左列者，評為 0 分
三、有計算困難(得分為 0 或 1 分)	1.收容人承認他們在算術方面存在問題。 2.在基本技能評估證明，以及對收容人先前的經驗或面談過程中獲得的資訊證明，他們在計算方面存在嚴重問題，或者您有任何證據來源證明收容人在計算方面有中等困難。	符合左列者，評為 1 分
	1.收容人有任何學歷。 2.基本能力評估未發現任何不足。 3.收容人說他們在閱讀上沒有困難，也沒有相反的證據。	符合左列者，評為 0 分
四、有學習困難(得分為 0、1 或 2 分)	1.他們曾因行為（即過動或嚴重破壞行為）或學習困難（例如智商低於 60 表示智力低下）而就讀特殊學校。 2.曾拿過教育需求證明。 3.他們無法完成自我評估。	符合左列者，評為 2 分
	1.他們可能在學校遇到了問題（但不夠嚴重，無法送	符合左列者，評

評估項目	評估內容	得分
	到特殊學校就讀) 並且參加了資源班。 2.他們難以完成自我評估。 3.有證據證明難以應付日常情況。	為 1 分
	沒有學習困難的證據	符合左列者，評為 0 分
五、具 GCSE(英國中等教育考試)或更高程度的教育或職業資格(得分為 0 或 2 分)	未取得資格	符合左列者，評為 2 分
	取得資格以下資格者: •GCSE, GCE, CSE •City & Guilds •BTEC •NVQ •大學、高等教育學院或開放大學授予的任何學位或文憑。	符合左列者，評為 0 分
六、工作相關技能(得分為 0、1 或 2 分)	1.沒有使他們能夠就業的技能或資格。 2.沒有在同一行業工作的歷史。 3.沒有完成任何學徒機制。 4.沒有職業資格。	符合左列者，評為 2 分
	1.具可以幫助收容人找到工作的技能。 2.有工作經驗，但性質很有限。 3.完成部分的職業培訓。 4.過時且不能直接轉換的技能，這可能適用於從事不再存在的工業工作的人員。	符合左列者，評為 1 分
	1.完成學徒制。 2.具有用的職業資格。 3.如果沒有正式資格，則具有可轉換的技能。 4.具有學歷，這將有助於找到工作。 5.在目前的工作中使用他們的技能。	符合左列者，評為 0 分
七、目前居無定所或暫居(得分為 0 或 1 分)	沒有固定居所或居住在中途之家。	符合左列者，評為 1 分
	有永久住所，如有自己的家、與人共住或父母家。	符合左列者，評為 0 分
將一至七題得分加總後最終得分為 0 至 11 分，總分越低表示智力功能程度越高，總分越高表示智力功能程度越低。總分 3 分以上表示智商低於 80；總分 5 分以上表示智商低於 70。		

資料來源：Smith, L. (2016). *Improving the assessment of intellectual disability (ID) within the UK prison service (who define using an IQ below 80)* (Doctoral dissertation). Nottingham Trent University.

4.國內簡短式智能障礙快篩工具

智力測驗對於個體的認知能力可以提供全面性的測量，並且常常被用來預測個體在許多神經心理測量上的表現。「魏氏成人智力測驗」(Wechsler Adult Intelligence Scale)是目前國內最盛行的成人智力測驗之一，目前最新版本為第四版 (Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition, WAIS-IV)，中文版於 2015 年 9 月於臺灣出版發行，共包含 15 個分測驗，其中 5 項屬交替分測驗。全量表智商(FSIQ)及 4 項組合分數測驗約需時 70-80 分鐘，若欲同時全量表智商(FSIQ)、4 項組合分數及 5 項因素測驗則約需 80-90 分鐘。4 項組合分數包括語文理解、知覺推理、工作記憶及處理速度等，測驗適合年齡為 16 歲至 90 歲。然而施測時間冗長，造成實務上使用不便，簡式量表之需求因應而生。Beaton、Wright 和 Katz(2005：35)認為短式（或稱簡化）量表較為吸引受試者，而且具有省時、容易實施、作答反應時的負擔最小，以及能降低遺漏值的出現等，然而簡化後的量表卻也因而必須付出總特徵值降低的代價 (林本源，2010：118)。因此，後續為節省估計智商的時間，已有許多魏氏智力量表的簡式版本發展出來，現應用在臨床個案上的 WAIS-III 的簡式，包括 2 個分測驗組成的版本、4 個分測驗組成的版本和 7 個分測驗組成的版本，雖然省時的效果達到了，但也會有更大的誤差、臨床可用訊息減少和智能分類錯誤等問題出現 (蔣世光、譚偉象、潘能靜、張勤金、陳永誠、平烈勇、林知遠，2007：26)。陳心怡、花茂琴、朱建軍 (2007：305) 在編製簡式的臺灣魏式成人智力量表第三版 (WAIS-III) 研究中，是以在語文理解與知覺組織二因素內各選一個分測驗的方式進行測驗的組合，該研究考量的因素除了包括心理計量特性、臨床意義性，及施測計分之省時便易性等多項因素外，亦比較文獻中常見 3 種全量表智商估計方法 (比例分配法、線性等化法與迴歸預測法) 之估計準確度，最後提出詞彙(vocabulary)及矩陣推理(matrix reasoning)組合提供最佳估計確度，施測時間約 21 分鐘上下，若時間有限，則可考慮類同(similarities)及矩陣推理(matrix reasoning)或常識 (Information) 及矩陣推理組合(matrix reasoning)，此二版本也具相當之估計正確性，且僅需 12 分鐘左右的施測時間。雖然 WAIS-III 簡式版本在對於受試者之全量表智商(FSIQ)預測上，經研究驗證具有相關之信、效度。然而 WAIS-III 簡式版本仍需經由臨床或專業之訓練人員進行操作，倚賴臨床人員之專業判斷方能減少測量偏誤這個缺點，也使得本研究進行身心障礙盛行率調查使用上，有著極大之限制。

目前國內較廣泛使用之臨床與研究上常用於評估失智症患者之認知功能的

工具，係用於評估失智症患者的「簡短式智能評估」(Mini-Mental State Examination; MMSE) (王佳玉等人，2003：23)。MMSE 是由 Folstein 等人(1975) 所提出，包含 7 大項施測內容，即定向感、注意力、記憶、語言、口語理解、行動力及建構力。由於 MMSE 施測容易，為廣泛被使用之認知功能篩檢測驗工具（蘇靖雯，2020：12）。這份測驗總共 11 個問題，整個施測過程僅需 5 到 10 分鐘。最高得分 30 分，得分越高，表示能力越好。MMSE 的決斷分數和教育程度有關係，受試者教育程度為國中以上者，其決斷分數為 25 分；教育程度為國小者則為 21 分；未受教育者則為 17 分，不達決斷分數者，則視為具認知障礙之可能性（林光華，2018：30）。雖然過去部分研究指出，MMSE 這類篩選性智能評估測驗具有對早期認知缺損之偵測不夠敏銳、無法區辨嚴重程度之失智、易受教育程度而影響低估或高估患者實際智能狀態，以及無法充分瞭解整體認知功能狀態等缺點，然而其使用則具有簡便、不需接受臨床神經心理學專業訓練即可施測等優點(王佳玉等人，2003：23-24)，迄今在國內臨床上仍廣泛使用。有關簡短式智能評估(MMSE) 評估項目及相關內容整理如表 2-19：

表 2-19 簡短式智能評估內容 (MMSE)

評估項目	評估內容	得分
定向感(10)	1.時間(5)： 「您能告訴我今天的日期嗎？」詢問任何漏掉的部分： 年(1)，月(1)，星期(1)，季節(1) 2.地方(5)： 「您在哪裡？」詢問略掉的部分：省(1)，市(1)， 鎮(1)，醫院(1)，樓(1)	
注意力(8)	1.訊息登錄(3)： 清楚而緩慢的說出三個不相關物件的名稱，然後請個案複述一次，如：蘋果(1)，手錶(1)，筆(1)。 2.系列減七(5)： 請個案做一系列的減 7，共 5 次，答對一個給 1 分(如：100-7-7-7-7-7)。或換個方法，請病人順著或倒著念「家和萬事興」或 5 個不連續的數字。	
記憶(3)	請個案複述剛才那三樣物件的名稱，如蘋果(1)，手錶(1)，筆(1)。	
語言(5)	1.命名(2)： 給個案看一支錶，然後問他這物品叫什麼名字(1)。 以原子筆重複一次(1)。 2.複誦(1)： 請個案複述：「有錢能使鬼推磨」 3.理解(1)： 給個案看一張上面用大字印著「閉上眼睛」的紙，請	

	個案讀出來，然後照做。 4.書寫造句（1）： 請個案自己寫一句話。	
口語理解及 行為能力(3)	給個案一張空白無圖樣的紙，並且說「用你的右手拿紙（1），對摺（1），然後放在地板上（或再交給我）（1）」。	
建構力（1）	請個案將下列交疊的五角形描繪到一張白紙上。 	
總分		

參考資料：李世代（2004），長期照護需求的評估，於陳惠姿總校閱，長期照護實務（二版，頁 5-16~5-17）。台北：永大。

5.小結

隨著智能障礙評估之變遷，晚近國外矯正機關在收容人智能障礙評估方針亦隨之轉變。後續多數學者將「適應能力」(Adaptive Functioning，或譯「適應功能」)定義為：「個體能夠適應外界環境賴以生存的能力」。在此定義下，包括個體為滿足自身需求並能夠應對其環境中的社會和自然需求而具備所需要的技能，諸如：能夠獨立地照顧自己的個人健康和安全、日常生活技能(穿衣和洗澡)、溝通與社交技能、採取可以被接受的方式行事、有效地從事學術技能，娛樂和工作以及參與社區生活方式。而適應能力有缺陷者則被描述為「需要大量協助以維持自己的日常生活（飲食需求和自我照顧能力（他/她自己的衣服清潔，溫暖和穿著），以及/或保持他/她的社會/社區適應能力（例如，解決社會問題和社會推理）」。換言之，個人適應能力包括他們在其環境中進行自我照顧所表現出的技能，尤其是在自我照顧和安全生活等方面（Ross, Hocken & Auty, 2020: 37; Price, Morris & Costello, 2018: 1; Smith, 2016: 281）。在矯正機關中，適應能力評估工具的內容需要能顯示矯正機關的環境特性，並包括評估其間的特殊日常活動。在進行此類評估的過程中，還必須仰賴矯正人員透過觀察和互動藉以熟悉收容人的適應能力（Ross, Hocken & Auty, 2020: 35）。

研究顯示，智商與適應能力之間存在高度關聯性。目前我國在刑事司法程序的任何階段，都沒有進行常規的篩檢或評估來確認具有身心障礙的人數。而國外有關刑事司法系統中具有智能障礙所占比率的估算，範圍從 2%到 40%。這種不精確的數值，可能是由於智能障礙診斷不一致的結果。盛行率估計值的廣泛差異是由多種因素所造成，包括使用哪些篩檢和評估工具，進行篩選或評估的刑事司

法程序階段，評估是單獨進行？還是分組進行？以及評估人員是否接受過培訓等（Ross, Hocken & Auty, 2020: 36）。由於智能障礙者在刑事司法各階段程序中，處於極度不利的處境，加上矯正機關應該對身心障礙收容人處遇提供必要的調整，避免身心障礙者遭受不當對待，至此拉開了各國矯正機關發展身心障礙收容人個別化處遇之序幕，亦帶動了以適應功能為取向之評估工具發展。

綜和前述文獻，由於 HASI 及 LDSQ 為目前國外文獻常用以測量矯正機關內收容人之智能障礙盛行率之調查工具，因其測量工具內容涉及版權問題，僅能經由蒐集相關實證文獻資料探求工具之編制內容及測量方式，尚無法窺見整個測量工具內容之全貌。本研究經整理上開相關文獻資料內容，並藉由目前國內廣泛使用之簡短智能評估量表(MMSE)的評估內容為基礎，與 HASI 及 LDSQ 等二項工具之評估內容進行歸納分析如下：(1)使用對象方面，HASI 使用者為刑事司法人員，後在臨床醫學使用上亦得到驗證；LDSQ 一開始設計使用者為社政人員，後來推廣至矯正機關使用，施測對象為一般人，並可應用至矯正機關收容人；而 MMSE 主要使用者為醫療人員，施測對象主要為評估年長者或有腦損傷者使用。(2)評估項目方面，MMSE 為醫療人員用於評估受試者由正常智力逐漸退化至輕度認知障礙的狀態，包括：記憶、學習、注意力、語言、推理、計算、組織、規劃、視覺空間動作整合等執行功能或社交認知功能等（衛生福利部，2017：10）。(3)相較於 HASI、及 LDSQ 而言，MMSE 測量面向較廣。LDSQ 係是由受試者對於時鐘之理解以及讀、寫能力，搭配支持經驗與獨立生活能力來評估障礙程度，然而支持經驗與獨立生活能力，則會隨著社會及教育福利系統發展之良窳，影響其測量之顯著性，因此有跨國使用上的研究限制。HASI 則使用改編自神經心理學中有關注意力之倒拼字測驗、路徑描繪測驗 B 部分，以及篩選認知能力之時鐘繪圖測驗工具等，用以測量大腦損傷狀態，同時結合受試者之背景因素來評估智能障礙情況，因經過臨床驗證，因此累積較多跨國有效性之驗證。茲將 HASI、LDSQ 以及國內常見的 MMSE 等三項工具進行比較，如表 2-20：

表 2-20 HASI、LDSQ 及 MMSE 評估項目比較表

工具	HASI	LDSQ	MMSE
使用對象	刑事司法人員、醫療人員	社政人員，後應用於矯正人員	醫療人員
施測對象	刑事司法程序之相關人員	一般人	年長者或有腦損傷者
測量標的	篩選智能障礙者	篩選智能障礙者	篩選認知功能障礙者

評估項目	1.注意力： (1)倒拼字測驗：將「WORLD」這個單字倒著拼出來。 (2)拼圖測驗：以交替的升序將帶有數字和字母的圓圈連接起來，改編自路徑描繪測驗 B (Trail Making Test B) 2.認知能力：時鐘繪圖。 3.背景資訊： (1)受試者對學習困難之敏感度。 (2)受試者對學習困難之自我認知。 (3)是否有經濟問題。 (4)是否有社會地位問題。	1.學術知能： 對時鐘功能的理解、閱讀及寫作能力。 2.支持經驗： (1)過去在學得到支持之經驗。 (2)過去在家得到支持之經驗。 3.獨立生活： (1)是否能獨立生活。 (2)有無就業。	1.定向感：請個案敘述時間及地方。 2.注意力： (1)訊息登錄：清楚而緩慢的說出三個不相關物件的名稱，然後請個案複述一次。 (2)系列減七：請個案做一系列的減 7，共 5 次。或換個方法，請病人順著或倒著念「家和萬事興」或 5 個不連續的數字。 3.記憶：請個案複述剛才那三樣物件的名稱。 4.語言： (1)命名：給個案看一支錶，然後問他這物品叫什麼名字。以原子筆重複一次。 (2)複誦：請個案複述：「有錢能使鬼推磨」 (3)理解：給個案看一張上面用大字印著「閉上眼睛」的紙，請個案讀出來，然後照做。 (4)書寫造句：請個案自己寫一句話。 5.口語理解及行為能力：給個案一張空白無圖樣的紙，並且說「用你的右手拿紙，對摺，然後放在地板上（或再交給我）。 6 建構力：請個案將下列交疊的五角形描繪到一張白紙上。

資料來源：本研究自行整理。

本研究綜合上述相關資料發現，國外矯正機關對於智能障礙之判定，已從過去的醫療壟斷模式，以及以 IQ 作為智能障礙評估之標準，逐漸朝向適應能力評估發展。鑒於本研究身心障礙盛行率之調查，側重收容人在矯正機關收容期間適應能力是否有障礙情形，並非取代主流醫學上障礙鑑定。因此，綜合考量矯正機

關收容人群體適用之特殊性，及本研究之目的，國外簡短智能障礙工具多應用於新收階段初篩轉介評估之用，除需版權購買外，更需經過雙向翻譯程序，不符本研究所需。另現行國內簡短智力測驗工具，仍以魏氏智力測驗中文版為主流，應用於國內社會福利資源分配對象之篩選，其耗時且須經過專業培訓始能進行施測，並無法在短時間內進行大規模施測，亦難符本研究所需。因此，經彙整上述文獻資料，發現目前英國矯正機關有關收容人之適應能力評估工具，其測量指標著重評估收容人在閱讀、寫作、計算及理解能力方面是否有障礙情形，雖原始設計是由矯正人員對收容人進行之行為觀察量表，然經驗證與收容人智商具有相關性，爰可參採其測量指標作為本研究調查工具的編制基礎。此外，雖 HASI 及 LDSQ 等二項工具為經驗證有效之智能障礙快篩評估工具，在國內適用上，尚需經過翻譯及驗證程序，緩不濟急。然而仍可參考這些工具指標，作為評估矯正機關收容人智能障礙篩選工具之基礎。

(二)精神障礙評估工具

鑒於精神疾病成因與類型繁多，精神障礙評估工具內容尚未一致，以美國而言，迄今還沒有標準化心理健康篩檢工具²²。在對各種工具進行研究的系統回顧後，Martin、Colman、Simpson 和 McKenzie (2013: 8) 得出結論：儘管全美使用 20 多種工具，但研究最多和最常用的工具是：「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」(Brief Jail Mental Health Screen, BJMHS)、「矯正機關男性收容人心理健康篩檢表」(Correctional Mental Health Screen for Men, CMHS-M)、「矯正機關女性收容人心理健康篩檢表」(Correctional Mental Health Screen for Women, CMHS-W)，以及「監獄篩檢評估工具」(Jail Screening Assessment Tool, JSAT)。但另一方面，儘管這些工具已經改善了矯正機關對精神疾病收容人的篩檢，可惜各種工具的信、效度仍有待提升。鑒於「監獄篩檢評估工具」²³的使用時間約需 20 分鐘，且使用不似前三種廣泛，因此本研究將略而不介紹。此外，在英國的矯正機關廣泛使用 CORE-10 此一評估工具，因此一併介紹。

1. 矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表(Brief Jail Mental Health Screen, BJMHS)

²²截至 2000 年，美國有將近 70% 的州矯正機關制定了正式政策，要求對入獄的收容人進行篩查，其中其中有近 2/3 進行了精神病評估，還有 90% 的監獄為收容人提供了心理健康服務，因此各項評估工具乃因運而生(Ford, Trestman, Wiesbrock, & Zhang, 2009: 842)。

²³本工具包括八個部分，每個部分都包含以下幾個問題：識別訊息、法律狀況、暴力問題、社會背景、藥物使用、心理健康治療、自殺和自殘問題以及心理問題健康狀況。它沒有評分，因此沒有摘要分數，也沒有決策規則。使用人員詢問受評估者，根據其自我報告答案，再依據每個部分提供的一般指導方針做出轉診決定。使用上，篩檢人員對於如何使用數據做出評斷具有相當大的裁量權。因此，使用者不一定是精神衛生專業人員，但他們對精神障礙必須有一定的了解，並且在評估收容人時必須對精神障礙患者時具有敏感性；換言之，篩檢人員應該接受一定時數的培訓，這也導致其使用上不如其他工具普及的原因(Grisso, 2006: 1050)。

美國司法研究所(National Institute of Justice ,NIJ)在 2002 年開發出「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」(以下簡稱「心理健康狀況簡要篩檢表」,或本工具)供矯正人員使用,協助篩選出有心理健康服務需求(如精神分裂症、躁鬱症和重度憂鬱症)的收容人,作為進一步進行專業評估和治療之依據(Gagnon, 2009: 23-24)。本工具自開發以來,除已在美國至少 30 個州的監獄中進行初步篩選外,並已經擴及到加拿大、瑞士、荷蘭、紐西蘭、澳洲和瑞士等國家,進行許多驗證研究(Bramham,2020: 1)。本工具共分為三個部分:A.收容人基本資料;B.收容人自陳問題,共計 8 題;C.由矯正人員評估(印象),當收容人有指定的心理健康狀況時,則需要轉介進一步專業心理評估,具體評估項目如表 2-22 所示(Dietzel, Synnott & Ioannou, 2017: 27; Gagnon, 2009: 23-26)。本工具的效度,經 Steadman、Scott、Oshe、Agnese 和 Robbins (2005)等人以美國四個監獄(兩個在馬里蘭州,兩個在紐約)中的 10,330 名被拘留者為對象進行評估研究發現,評估一位收容人平均所需時間為 2.5 分鐘,能正確診斷男性收容人具有精神疾病的比率為 73.5%,而對女性收容人的正確率僅達 61.6%,顯示本工具對男性收容人具有較高的預測率(Steadman,Scott,Oshe,Agnese&Robbins, 2005: 816)。而 Zottola 等人(2019)以美國某大型城市監獄使用本工具的再測信度,他們分析 12,531 名被拘留者的行政和醫療記錄,分析重複入獄者使用本工具之信度,研究結果發現:受測樣本每次入獄時,篩檢總體陽性機率都會增加,而由於其他任何原因被轉介的機率也會增加,但對於精神疾病藥物篩檢呈陽性的機率則沒有變化。整體而言,本工具之再測信度尚可,但無法檢測心理健康狀況的真實變化情形(Zottola et al, 2019: 1009-1010)。但值得注意者,本工具對焦慮症或人格障礙的關注不足,使其用於評估矯正機關收容人心理健康篩檢的實用性(Ford, Trestman, Wiesbrock & Zhang, 2009: 843)。

表 2-21 矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表

第一部分			
姓名：_____	收容人#：_____	日期：__/__/__	時間：_____
第二部分			
問題	否	是	備註
1.您認為某人可以經由在您腦海中放進想法或是移除想法,來控制您的思想?			
2.您現在是否覺得有人知道您的想法,而且可以讀出你想法?			
3.雖然您最近幾周沒有特別做什麼事,但每周體重就減少或增加 0.9 公斤(2 磅)以上?			
4.您或您周遭的人(家人/朋友)是否注意到你現在比過去更容易激動?			

問題	否	是	備註
5.您是否覺得現在說話速度比過去緩慢？			
6.您最近是否經常覺得自己沒用或是有罪惡感？			
7.您現在是否因為情緒或心理健康問題，而正在服用醫生開的藥？			
8.您過去有沒有因為情緒或心理健康問題而住過院？			

第三部分

矯正人員評估/印象(檢視各方面)		
☐ 語言障礙	☐ 受藥物/酒精影響	☐ 不合作
☐ 對談話內容理解困難	☐ 其他：_____	
轉介建議：如果以下有情形之一，應該作進一步心理健康評估：1.第 7 題回答「是」；2.第 8 題回答「是」；3.第 1 至 6 題，有 2 題以上回答「是」；4.其他任何您覺得需要轉介心理評估的理由		
☐ 不須轉介		
☐ 在___/___/___已轉介至_____		
評估人員：_____		

資料來源：Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K. & Robbins, P. C.(2005). Validation of the Brief Jail Mental Health Screen. *Psychiatric Services*, 56(7): 820-822.

2.矯正機關收容人心理健康篩檢表（Correctional Mental Health Screen）

為了協助矯正機關及早發現罹患精神疾病收容人，在美國國家司法研究所（National Institute of Justice）的資助下，由康乃狄克大學健康中心的 Julian D. Ford 和 Robert L. Trestman 二位博士帶領下，研發二種「矯正機關收容人心理健康篩檢表」，其中用於篩選男性收容人的「矯正機關男性收容人心理健康篩檢表」（Correctional Mental Health Screen for Men, CMHS-M）計有 12 題，而用於篩選女性收容人的矯正機關女性收容人心理健康篩檢表（Correctional Mental Health Screen for Women, CMHS-W）計有 8 題²⁴。該研究對象為收容在康乃狄克州的一所監獄中 2196 名成年人，年齡為 18-76 歲，平均為 32.2 歲，中位數為 31 歲；性別方面，男性為 1526 人，女性為 670 人(Ford,&Trestman, 2005: 1)。

相較於「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」，「矯正機關男性收容人心理健康篩檢表」的評估範圍更廣一些，評分也更為直接。它主要用於評估收容人是否罹患憂鬱症、焦慮症、創傷後壓力症候群、邊緣性人格障礙，和/或反社會人格障礙，因此實用性有所提高(Dietzel, Synnott & Ioannou, 2017: 27-28)。Ford、Trestman、

²⁴ 「矯正機關收容人心理健康篩檢表」是根據 DSM-IV 臨床診斷結構化評估項目、創傷後壓力症候群篩檢 (Primary Care PTSD) 和愛荷華州人格障礙篩選工具 (Iowa Personality Disorder Screen, IPDS) 等工具共計 55 個項目，而得出的簡短、快速篩檢工具(Ford, Trestman, Wiesbrock, & Zhang, 2009: 843-844)。

Wiesbrock 和 Zhang(2007: 285-290)評估本工具在評估男性收容人罹患「精神疾病診斷與統計手冊」第一軸與第二軸任何一種精神疾病的準確率從 75%至 80%之間，而且無論是用於評估白人還是非裔男性收容人都優於「心理健康狀況簡要篩檢表」，但在評估男性收容人是否罹患焦慮症的準確度較差。後續 Ford 等人 (2009: 843-845)研究本工具的測量信度，發現其內部一致性係數 α 值為 0.78；Pearson 值為 0.84；Kendall 等級相關係數值為分別為 0.73。至於效度方面，準確性可達 73%，若是排除反社會人格障礙則可提升至 79%。有關「矯正機關男性收容人心理健康篩檢表」預測收容人具有至少一種精神疾病的準確度為 75.0%，若是勾選「是」的題目在 6 題以上則應該進一步轉介專業人員進行評估(Gonzales, Schofield & Hagy, 2005: 6-7)。根據 Dietzel、Synnott 和 Ioannou(2017: 27)的研究，使用本工具的臨界值訂為 6 分(有 6 題勾選「是」者)，則會有 60.80%的人需要接受進一步的心理評估，而當將臨界值從降低到 4 分(有 4 題勾選「是」者)，則需要評估者會增加到 71.6%。同樣地，Martin、Colman、Simpson 和 McKenzie(2013: 5)的研究也指出，若是不考慮假陽性率，而是考量可能需要協助的收容人，則可以將臨界值降為 4 或 5 題，因為這些臨界值的靈敏度為 80%。

表 2-22 矯正機關男性收容人心理健康篩檢表

是否	1.對於過去，您是否曾經擔心無法擺脫或放手？
是否	2.有些人會發現自己的情緒變化起伏很大，例如，他們可能會從暴怒沒多久心情就轉變成鬱悶，請問您會這樣嗎？
是否	3.當朋友或家人抱怨他們的問題/或是人們抱怨您不贊同他們的問題時，您會感到煩惱嗎？
是否	4.假如和他人或周圍環境相距遙遠或與外界隔絕，您是否曾經感到自己沒有任何感覺？
是否	5.您是否曾經因為自己感到煩躁不安，而對別人大喊大叫或打人嗎？(如果不清楚這是由受訪者的煩躁引起的，請舉一個簡短的例子)
是否	6.在工作或與朋友互動時，您是否經常因為剛開始時表現得很興奮，但隨後對工作或朋友失去了興趣而遇到麻煩？
是否	7.您對待別人，是否曾經連續好幾天懷恨在心或不跟他/她講話？
是否	8.您是否曾經嘗試過避免回想自己所經歷或見證的事情？
是否	9.您是否曾經連續兩週，一天中大部分時間心情感到沮喪嗎？(是=大部分時間中大部分時間沮喪的情緒)
是否	10 您是否曾經反覆回想自己經歷過或目睹過的不幸事情，而感到困擾或做噩夢？

是否	11.您是否曾因非身體方面病痛的原因而去看過醫生，例如去精神科診所或醫院就醫？（如果您沒有住院，則不包括去急診室。）
是否	12.您是否曾經在沒有任何理由的情況下，內心感到急躁或是容易被嚇到？
以上問題，如果被拘留者對 6 個以上的項目的回答「是」則需要轉介。	

資料來源：Ford, J. & Trestman, R. L.(2005). *Evidence-Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in the Correction Systems*. U.S. Department of Justice, P32.

至於「矯正機關女性收容人心理健康篩檢表」的信、效度方面，相較於「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」對於女性收容人的篩檢效果，「矯正機關女性收容人心理健康篩檢表」表現出較佳的靈敏度，主要是因為它是第一個專門開發用以評估女性收容人心理健康的快速篩檢評估工具，在所設定的 5 項以上勾選「是」的臨界值，本工具能準確預測女性收容人罹患至少一種精神疾病的準確預測力為 75.5 % (Gonzales, Schofield & Hagy, 2005: 7)。Ford、Trestman、Wiesbrock 和 Zhang(2007: 285-290)評估本工具在識別受評估的收容人患有「精神疾病診斷與統計手冊」第一軸與第二軸任何一種精神疾病的準確率從 70%到 80%不等，而且相較於「心理健康狀況簡要篩檢表」除了具有心理完整性和預測功能外，失策時間也相同。但另一方面，本工具用於評估非裔女性而言，準確則相似，甚至在第二軸有關人格疾患的準確度不如「心理健康狀況簡要篩檢表」。後續 Ford 等人(2009: 843-845)持續探討本工具的信度，發現：其內部一致性係數 α 值為 0.76；Pearson 值為 0.82；Kendall 等級相關係數值為分別為.70。至於效度方面，則可達到 80%（焦慮症除外）；假陽性率為 8%–16%（焦慮症略高）。Ford、Trestman、Wiesbrock 和 Zhang（2009: 842）對 206 名收容人進行研究，以驗證「矯正機關女性收容人心理健康篩檢表」的預測力，研究發現本工具可以準確識別出約 80% 的精神疾病女性，與「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」相比有很大的提高。然而 Sakai(2018: 8)的研究則發現，本工具雖然提高了整體上檢測出患有精神疾病的婦女的準確性，但它在黑人婦女中具有很高的假陽性率。最後，Martin、Colman、Simpson 和 McKenzie(2013: 5-6)的研究則指出，若是基於受評估者的福祉而不考慮有較高的假陽性率，則可以將臨界值降低至 3 題。

表 2-23 矯正機關女性收容人心理健康篩檢表

是否	1.當朋友或家人抱怨他們的問題/或是人們抱怨您不贊同他們的問題時，您會感到煩惱嗎？
是否	2.您是否曾經嘗試過避免提醒或不去回想您所經歷或見證的事情？
是否	3.有些人會發現自己的情緒變化起伏很大，例如，他們可能會從暴怒沒多久心情就轉變成鬱悶，請問您會這樣嗎？
是否	4.您過去幾週您是否覺得自己沒用或有罪惡感？
是否	5.在一天的大部分時間裡，您有多少時間感到沮喪？（是=大部分時間中大部分時間沮喪的情緒）
是否	6.您是否發現，如果讓大多數人對您瞭解太多，大多數人會利用您嗎？
是否	7.您是否對自己所經歷或見證的事情而感到困擾，或做噩夢？
是否	8.您是否曾因非身體方面病痛的原因而去看過醫生，例如去精神科診所或醫院就醫？（如果您沒有住院，則不包括去急診室。）
以上問題，如果被拘留者對 5 個以上的項目的回答「是」則需要轉介。	

資料來源：Ford, J. & Trestman, R. L.(2005). *Evidence-Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in the Correction Systems*. U.S. Department of Justice, P31.

3.CORE-10

CORE-10 是 CORE-OM 的簡要版²⁵，計有 10 個評估項目，用於評估英國基層精神衛生機構中常見的心理困擾者，尤其是針對憂鬱症的患者。CORE-10 具有良好的內部一致性，相當簡單的心理測驗結構，不僅涵蓋了憂鬱症和焦慮症，還涵蓋了廣泛的問題，包括一般功能、社會和親密關係以及自我傷害風險。CORE-10 的計分方式與 CORE-OM 計分方法一致，當所有項目都已完成，則將各項目得分予以加總，得分範圍為 0 至 40 分(Barkham, Mellor-Clark, Connell&Cahill, 2006: 13-14)。經 Barkham 等人(2013: 3)等人評估發現，CORE-10 的內部一致性係數(α)為 0.90，CORE-10 的得分與臨床樣品和非臨床樣品中的 CORE-OM 相關，分別為 0.94 和 0.92。評分結果可以區分為以下幾類：A.得分小於 10 分，非

²⁵CORE-OM 是一項評估精神障礙的通用工具，計有 34 個題項，包括四個方面：主觀幸福感（4 個項目）、症狀（12 個項目，包括憂鬱、焦慮、創傷症候群等項目）、功能（12 個項目，包括一般功能、社會關係和親密關係等項目）和風險（6 個對自我傷害風險和對他人構成風險的項目），但由於時間和資源的限制，導致需要非常快速且易於使用的簡短形式的 CORE-OM，以評估存在一系列精神障礙困擾者的需求和變化情形，因而開發出 CORE-10(Barkham, Mellor-Clark, Connell&Cahill, 2006: 3)。

屬臨床關注的範圍；B.得分為 11 至 14 分者，代表個案有輕微的心理困擾；C.得分為 15 到 19 分者，代表個案有中度心理困擾；D.得分為 20 至 24 分者，代表個案有中度至重度心理困擾；E.得分為 25 分以上者，代表個案有嚴重的心理困擾。可靠變化指數（90%CI）為 6。對於憂鬱症，CORE-10 的截止評分為 13，敏感性和特異性值為 0.92（CI .83 1.0）和 0.72（CI .60 .83）。因此，CORE-10 是一種可接受且可行的評估工具，具有良好的心理測量特性，對於在基層醫療機構中遇到常見精神健康問題的人來說是實用的。此後，有二項研究，將 CORE-10 用於評估威爾斯矯正機關收容人的心理健康狀況，均認為 CORE-10 是篩檢收容人常見和嚴重精神健康問題的適當評估工具。首先，Lewis (2016: iii)的研究發現，CORE-10 與所有心理健康指標之間具有顯著正相關，就初級心理健康保健而言，可將臨界值訂在大於 6 分，就次級心理健康而言，則可將臨界值訂在大於 10 分，敏感性分別為.88 和.83；特異性分別為 .64 和.61；內部一致性係數 α 值分別為 0.84 及 0.89，間隔兩週的再測信度 ICC 值為 0.83，屬中等，顯示 CORE-10 是篩檢收容人常見和嚴重精神健康問題的適當評估工具。其次，O'Connor 和 Morris (2018: 1-4)以威爾士 150 名自願接受評估的收容人為對象，研究發現，CORE-10 在區分有無精神健康問題具有中等以上的準確，並且相對於矯正機關中所使用的其他篩檢工具更為敏感（0.88），而特異性則相似（0.64）；本評估工具也表現出適度的再次信度。研究顯示，在識別任何問題（AUC 0.85）和嚴重精神疾病（AUC 0.76）時，CORE-10 工具得分與更詳細的評估之間存在密切關係。靈敏度分別為 0.88 和 0.83，特異性分別為 0.64 和 0.61。再測信度為中等（ICC = 0.83）。顯示，CORE-10 具有簡短、簡單、使用者無需特別培訓，並且可免費使用。它可用於初入監後的前 6 個月中，對輕度和重度精神健康問題收容人進行篩檢，並可以確定篩檢未被發掘的病例，藉以預防出現更嚴重的精神問題。

表 2-24 CORE-10 題項一覽表

題項	一點也不會	偶爾會	有時會	經常會	大多數或所有時間
1 我感到緊張、焦慮或緊張	0	1	2	3	4
2 當我感到有需要時，有人可以尋求支持	4	3	2	1	0
3 發生問題時，我有能力獨自應付	4	3	2	1	0
4 與人交談，對我來說是沒必要的東西	0	1	2	3	4
5 我感到恐慌或恐懼	0	1	2	3	4
6 我制定了結束生命的計劃	0	1	2	3	4
7 我很難入睡或入眠	0	1	2	3	4

題項	一點也不會	偶爾會	有時會	經常會	大多數或所有時間
8 我感到絕望	0	1	2	3	4
9 我感到不開心	0	1	2	3	4
10 有我不需要的影像或回憶，一直困擾著我	0	1	2	3	

資料來源：Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A CORE approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 12-14.

4.我國矯正署所使用之「病人健康問卷」(PHQ-9)

目前我國矯正署在其「矯正機關收容人自殺防治處遇計畫」中，使用「病人健康問卷」(PHQ-9)作為篩選評估工具。病人健康問卷(Patient Health Questionnaire, PHQ)是翻譯自初步心理診斷工具量表(Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD)的自陳式問卷，用於初步判斷憂鬱或其他心理疾病的有效測量工具(李政洋、陳虹汶、李玉嬋、唐婉如、方俊凱，2011: 340)。該量表與第五版精神疾病診斷與統計手冊(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V)的診斷標準相近，其分數可做為診斷及追蹤治療效果(林孟屏、陸鳳屏，2019: 4)。PHQ-9計分從0分(完全沒有)至3分(幾乎每天)，總分0至27分，當測量分數大於等於10分者，建議進行重鬱症轉介。Liu、Yen、Huang、Sun、Tjung、Hwang、Shih及Yeh(2011: 96)以1954位病人進行中文版PHQ-9量表的信效度測試發現，當PHQ-9大於或等於10分時，對於DSM-IV重鬱症(Major Depressive disorder)診斷有86%的敏感性(Sensitivity)和93.9%的特異性(Specificity)。

表 2-25 病人健康問卷(PHQ-9)

身分： ☐ 受刑人 ☐ 其他身心障礙者： ☐ 是(類型)_____ ☐ 否					
編號：_____ 入監/所/校日期：_____年_____月_____日					
姓名：_____ 刑期：年月日					
在過去兩個星期，有多少時候您受到以下任何問題所困擾？		完全沒有	幾天	一半以上的天數	幾乎每天
1	做事時提不起勁或沒有樂趣	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮喪或絕望	0	1	2	3
3	入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	0	1	2	3
4	感覺疲倦或沒有活力	0	1	2	3
5	食慾不振或吃太多	0	1	2	3
6	覺得自己很糟—或覺得自己很失敗，或讓自己或家人失望	0	1	2	3

7	對事物專注有困難，例如閱讀報紙或看電視時	0	1	2	3
8	動作或說話速度緩慢到別人已經察覺，或正好相反—煩躁或坐立不安、動來動去的情況更勝於平常	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭	0	1	2	3
總分					
調查日期： 年 月 日					
施測人員：					
有無需要轉介： ☐ 有，轉介 <u>(專輔人員職稱姓名)</u>					
☐ 無					

評分說明：總分 9 分以下：正常值 10-14 分：輕度憂鬱；15-19 分：中度憂鬱；20 分以上：重度憂鬱。

資料來源：矯正機關收容人自殺防治處遇計畫。

四、身心障礙盛行率調查工具編製涉及問題

雖然華盛頓小組的簡短問題集在過去幾年中已被廣泛用於身心障礙調查，但是各國也傾向於根據自己的需要和特定數據蒐集工作的目標（例如針對社會福利資格的調查）來選取適合的調查或篩選工具。但不管調查的目的為何，以下問題是制定調查問項時，共同需要注意的問題。

(一)身心障礙持續時間

在進行調查或普查時，身心障礙持續時間是必須謹慎思考的問題。例如是否應該將暫時性狀況或健康問題（例如意外事故導致斷腿）而完全無法從事某種活動(如上學或工作)的人列為身心障礙者？由於持續時間顯然會影響數據的可靠性以及在不同國家之間的可比性產生重要影響。雖然國際上沒有明確規範持續時間應該多長，有些國家會將損傷或障礙存在超過一年，但大部分的調查將持續時間標註為持續 6 個月以上(Sabariego et al., 2015:10330-10331; Department of Measurement and Health Information Systems,2008:55-56)。然而前述所介紹之篩選工具所使用的持續時間，則多為 2 週，比較特殊的是 K6 與 K10 將持續時間列為 1 個月，而未來本研究針對收容人障礙之調查則將以持續時間為進入監獄後 1 個月作為認定的期間。

(二)有關輔助設備的使用

若是在使用輔助設備或輔助工具（例如老花鏡，隱形眼鏡或助聽器）的使用

下而移除對其活動限制的人，是否應該被視為有身心障礙者？如果不能移除輔助設備，而只是減少活動限制，例如在拐杖，拐杖或輪椅的情況下，如何評估身心障礙的嚴重程度？有關輔助設備的使用是否應成為身心障礙操作的一部分？在統計數據蒐集中沒有國際標準的做法。係取決於數據蒐集工具的目的和數據用戶的需求：如果蒐集數據的目的是獲得障礙者的普遍性數據，那麼顯然包括使用輔助設備的對象非常重要。如果戴眼鏡使人的視覺處於正常範圍內，這並不意味著潛在的一種或多種障礙已得到糾正。但如果調查者想要瞭解輔助設備的潛在市場（例如，對子人群的需求評估），那麼已經擁有和使用輔助設備的人就不應成為數據蒐集活動範圍的一部分。再者，旨在檢測是否存在障礙或活動受限的問題，則多未提及使用輔助設備或技術輔助工具。有關普查問題尤其如此，因為普查問題幾乎沒有詳細的限定條件或定義和術語的解釋。無論使用哪種輔助設備，以及是否打算對使用輔助設備移除或減輕損傷嚴重程度的人員列為障礙的人數，都應在調查的任何報告中明確記錄該決定 (Department of Measurement and Health Information Systems,2008:58-59)。鑒於矯正機關環境之特殊性，本研究將不會特別詢問受訪者是否有使用輔助工具或設備。

(三)有關障礙程度閾值(臨界值)的決定

盛行率取決於閾值決定，這些決定涉及確認是否為身心障礙者的界限。由於政治、社會和經濟原因，不同的國家會選擇不同的閾值。閾值決策代表分析過程中的單獨決策，並且數據本身並不強制或強制使用特定閾值。由於有關閾值的決定具有很高的政治性，將直接帶來財務後果。政策制定者需要知道問題的嚴重程度（即盛行率），並可以運用盛行率決策來評估獲得社會福利或其他身心障礙處遇計劃的需求。閾值決定必須獨立合理，而不是盛行率的簡單後果。這些決定在決策上很重要，應根據社會條件，經濟狀況或應由公眾瞭解和辯論的其他問題透明地做出。換言之，決定閾值始終存在爭議，閾值係劃定障礙者身分的界限，將直接影響人們的生活。(Department of Measurement and Health Information Systems,2008:71-72)。政策制定者必需意識到，那些輕度和中度狀況身心障礙者的需求亦應受到關注，這些人有發展為更程度的身心障礙風險，他們的需求與那些被識別為嚴重身心障礙者的需求一樣重要(Sabariego et al., 2015: 10332)。另一方面，嚴重身心障礙的估計對於設計和評估健康與社會政策至關重要。這尤其與資源和有針對性的身心障礙計劃受到限制的發展中國家有關(Palme& Harley, 2012:362-363)。鑒於矯正機關資源之有限性以及參考國內外之數據，本研究未來

有關閾值之決定，將先計算出調查分數之百分等級，並選取前 10%~15%者為截止分數。

(四)有關調查/評估工具之信度與效度

為了確定評估工具是否能夠正確識別樣本的患病率，統計學家使用術語「靈敏度」，「特異性」和「準確性」等三個概念，來判斷其信度與預測值(Trevethan, 2017: 2-4)：

1.靈敏度(Sensitivity)：是指正確識別受檢測者實際為陽性的樣本中，判斷為陽性的比例（例如真正有生病的人中，被判斷為有生病者的比例）。其數學公式如下： $TP/TP+FN$ ，TP 為真陽性且 FN 為假陰性。在檢測真正陽性樣本時，靈敏度為檢測將得到 100%的陽性結果。靈敏度為 90%檢測將在 10%時間內產生假陰性結果，依此類推。

2.特異性(Specificity)：是指實際為陰性的樣本中，判斷為陰性的比例（例如真正未生病的人中，被醫院判斷為未生病者的比例）。其數學公式如下： $TN/TN+FP$ ，TN 為真陰性，FP 為假陽性。在檢測真正陰性樣本時，預期特異性為會得出陰性結果達 100%的檢測。具有 90%特異性的檢測將在 10%內產生假陽性結果，依此類推。

3.預測值(Predictive Value)：是結合靈敏度和特異性二種數據，無論是陽性還是陰性反應，檢測得到正確結果能力的衡量標準。用於此計算的公式為： $TP+TN/TP+TN+FP+FN$ ，TP 為真陽性時，TN 為真陰性，FP 為假陽性，FN 為假陰性。可以進一步區分為陽性預測值（Positive Predictive Value, PPV）以及陰性預測值（Negative Predictive Value, NPV），前者係指檢驗陽性者有病的比例，後者則指檢驗陰性者沒病的比例。

再者，有關評估工具的使用，高靈敏度比高特異性更為重要。但是，靈敏度越低，則必須更多評估成本才能達到預估成本。通常認為靈敏度值介於 70.0%和 80.0%之間是可以接受的(Glascoe, 2005: 174)。而就本研究所使用之評估工具，鑒於尚無國內外通用之工具可以使用，而必須重新編製工具，故將以國內外有關身心障礙評估指標配合常用的評估工具，建構評估工具，再針對專業人員進行訪談，藉以提升工具之專家效度。但因為本研究為一次性測量，無法得知所建構工具之「靈敏度」，「特異性」和「準確性」。

(五)有關調查題目的型式

調查題項可以採取簡單回答、列表或多項選擇（或綜合）問題的形式。而有關題目的結構則以採用封閉式題型為宜，由於開放式問題是那些邀請受訪者在不提供選擇或確認選項的情況下答覆的問題。開放式問題最常用於定性研究中，在該研究中，讓被調查者使用自己的話語來回答問題和進行探究。在調查或人口普查背景下，則不可能採用此種題型而是採用封閉的問題，讓受訪者選擇其中的一個或多個項目(Department of Measurement and Health Information Systems,2008:73-74)。

(六)有關調查題目的用語

調查題目的用語有幾個需特別注意的事項：首先，應中立避免歧視性或侮辱性用語，避免使用「身心障礙」一詞，即使受訪者並沒有因此而感到不適。第二，應有性別觀點，應檢查身心障礙問題是否存在性別偏見。在詢問身心障礙問題時，身心障礙百分比的男女比例接近 1，這表明相同比例的男性和女性自我認同為身心障礙者。相比之下，當使用障礙問題時，結果通常是身心障礙比率的男女比例大於 1.0，這表明有更多的男性自我認定為身心障礙。之所以會發生這種情況，是因為這種減損方法通常側重於更嚴重的減損，而男性往往有較高的患病率。第三，應有文化敏感度，身心障礙觀念的文化差異影響報告方式。對於國際統計，這是一個非常重要的問題。如前所述，ICF 架構在開發過程中進行了廣泛的跨文化適用性研究，以確保身心障礙的概念在文化上可及，並通過翻譯保留特定類別的障礙，活動和參與的含義和意義(Department of Measurement and Health Information Systems,2008:78-79)。因此，調查題目用語若是使用：「您長期有身心上的障礙嗎？」並不恰當，而建議使用「由於長期的身體或精神狀況（持續六個月或長時間）而在日常活動遭遇困難」。而本研究所使用之題項用語，則將以現有工具所使用題目為依據，並透過專家訪談修訂用語。

第三節 身心障礙者收容人之處遇需求與相關處遇作為

評判一個國家的好壞不應看它如何對待自己最高等的公民，而要看它如何對待其最低等的公民。

--Nelson Mandela

監禁是最簡單明瞭的刑罰，能夠用時間長短來量化處罰的輕重。刑事監禁從

19世紀初起，包括剝奪自由和對收容人的教化，帶有壓迫性和懲罰性色彩。收容人與戒護人員間，以及收容人與收容人之間互動的社會關係，在高牆的阻隔及少數人管理多數人的情形下，有嚴格的紀律與制度，存在著不同於普通社會的特殊文化與環境。矯正機關收容人由不同人口特徵群體所組成，但所有國家的收容人都有共同特徵：他們大多數是貧窮、易受傷害，以及生存與社會適應能力不佳的人，且經常具有嚴重的健康問題。在各個司法管轄區，矯正機關收容人精神健康狀況差的比率，遠超過普通人群的比率，使得自殺是許多國家收容人死亡的主要原因。誠如Fuller 和colleagues (2017:1)所言：「現今社會對患有嚴重精神疾病的審前和定罪的刑事犯進行監禁非常普遍，以至於看守所和監獄通常被視為另一種形式的庇護所。」

不僅如此，由於重刑化的刑事政策導致世界各地長期和終身監禁的收容人數增加，許多國家矯正機關成為越來越多衰老和體弱多病者的療養院。聯合國主張為，當一個國家剝奪人民的自由時，就有責任依據個別收容的情形來照顧他們的健康，矯正機關中老年人口的增加，使與年齡有關的醫療問題跟著增加。現在，很多國家的矯正機關面臨身體孱弱或患有失智症的老年收容人照護問題(Coyle& Fair, 2018:50)。例如，老年收容人數目已成為美國矯正機關的重要問題。根據美國公民自由聯盟（American Civil Liberties Union, ACLU）2012年的一份報告，在1995年至2010年之間，年齡在55歲以上的收容人數增加三倍，並且估計到2030年，州監獄中有三分之一的收容人將超過55歲。此外，收容人的生理年齡比一般社區人口的年齡增長快得多，這是由於先前存在的健康不良問題，也可能因為矯正機關缺乏適當的醫療保健而惡化健康狀況，以及生活在監獄中的沉重壓力所造成（ACLU, 2012:v ; Rembis, 2014:147）。在此情況下，矯正機關中收容人的身心障礙判斷變得更加困難，除了收容人本身是否有接受鑑定問題外，尚還需考量是否由於矯正機關的不良環境所引發，例如監禁過久或作業傷害所導致的障礙，以及長期監禁的收容人因老化而產生身體障礙。此外，並非僅醫療措施可以協助收容人，矯正機關生活環境的改善或處遇措施的支援，有時反而是身心障礙收容人更為需要的。因此，矯正機關除了讓收容人享有健保照護外，是否有足夠的資源或措施，讓身心障礙收容人與社區中的身心障礙者一樣享有相關的權益保障？聯合國「經濟社會文化權利國際公約」第12條規定：「人人有權享受可能達到之最高標準之身體與精神健康。」同樣地，收容人亦應享有身心健康的基本權利，並有權享有與一般民眾標準相當的醫療服務。

綜上所述，身心障礙收容人的需求，相較一般身心障礙民眾，因矯正機關環境特殊，顯然有不同的需求。其中，精神障礙、智能障礙及老年收容人這三類收容人的照護是各國矯正機關面臨的最大挑戰，本節第一部分先討論身心障礙收容人國際處遇原則，做為上位的概念，其次則探討矯正機關身心障礙收容人需求，最後則是介紹身心障礙收容人共同及特殊性處遇措施分別有哪些，我國又是如何？為避免與本研究第四章探討美國等6國的相關處遇作為產生重複問題，因此一方面除聚焦上述三類特殊需求收容人的處遇作為，另一方面將以共同且較為普遍的處遇做法為主。

一、身心障礙收容人國際處遇原則

世界衛生組織指出：矯正機關是解決醫療不平等現象和改善低社會地位人群健康狀況的重要場所，對於大多數收容人而言，矯正機關只是他們一生中的過渡環境，這些收容人會出入社區和矯正機關，解決矯正機關中收容人的健康問題會更廣泛影響一般社會大眾的健康，例如傳染病的預防和控制。因此，解決矯正機關的醫療問題，可為社會大眾帶來更健康的益處。此外，許多犯罪行為的驅動因素，例如物質使用成癮和心理健康，都與健康因素有關，因此針對這些與健康相關的狀況採取處遇行動可以減少再犯，透過及早解決收容人的醫療需求，就有機會降低之後在衛生保健和社區安全方面的成本(WHO, 2020:1)。

為維護收容人健康，除「經濟社會文化權利國際公約」強調應保障收容人基本健康人權外，另外有數項國際人權規範要求矯正機關應採行基本的保障措施，例如聯合國的「收容人最低限度待遇準則(The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners)」，122條規則中涵蓋9個主題，包括：醫療和衛生服務、人員培訓、矯正機關中的弱勢群體、死亡案件調查，以及維護矯正機關中收容人的基本尊嚴。而針對女性收容人，聯合國訂有「女性收容人待遇準則和女性嫌疑人的非拘禁措施(The United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders)」，從性別的角度出發，特別考量女性收容人的具體需求。而歐洲委員會(Council of Europe)訂有「歐洲矯正機關規則(European Prison Rules)」，特別強調矯正機關在提供健康照護方面應有的良好措施和原則。上述這些國際標準為矯正機關中的收容人提供健康基本人權的基礎，強調個人的重要性及對人性尊嚴的維護，收容人有權利獲得與一般民眾相同標準的醫療照顧。2019年世界衛生組織發表「矯正機關健康(2019 WHO Health in Prisons)」觀察報告，就世界衛生組織中歐洲各會員國的國家概況和矯正

機關收容人健康狀況報告，顯現各國收容人口存在巨大差異和嚴重的醫療資源不平等。世衛組織認為：應該要對矯正機關的醫療治理進行強而有力的安排，以減少醫療資源不平等現象，國家還要確保矯正機關醫療服務的有效性，並將其納入國家政策和政府的系統中。在世衛組織的「21世紀矯正機關醫療的良好治理(WHO policy brief Good governance for prison health in the 21st century)」政策簡報中，特別強調政府施政方面的安排，並指出各國對特殊收容人的照顧以及醫療獨立的重要性(WHO,2020:1)。

為確保矯正機關中身心障礙收容人的基本人權，建構良好處遇模式變成當務之急。事實上，WHO對於國家就身心障礙者可採取的行動，曾提出9項具體建議，包括：(一)與現行所有的主流政策、系統和服務相連結；(二)開發適合不同處境身心障礙者的特定計畫與服務；(三)採行國家層級的身心障礙者服務策略和行動計畫；(四)開發方案時，讓身心障礙者共同參與討論；(五)增加人力資源；(六)提供足夠的資金與改善的能力；(七)增加社會大眾對身心障礙的認識；(八)改善身心障礙者相關數據的蒐集；以及(九)強化並支持身心障礙相關研究(Wilbur, 2013)。WHO在2020年，進一步針對改善矯正機關收容人的健康，提出各國政府應採行的五大點方向，包括：(一)制定矯正機關衛生政策和立法框架；(二)監測矯正機關收容人的健康情形；(三)對收容人的照顧採國家級的醫療照護；(四)指導和支持矯正機關醫療研究的能力，支持矯正機關的醫療衛生政策是以實證研究及收容人需求評估為基礎，從而有助於提高服務效率並得到更好的效果；(五)支持矯正機關的醫療與社區醫療的融合，加強矯正機關醫療系統與國家醫療系統之間的聯繫，以強化對收容人照護的連續性 (WHO,2020:2)。據此，若遵照上述WHO的建議，我國在國家政策上應該就收容人的健康醫療提出國家政策，而矯正機關應先蒐集身心障礙收容人相關數據，包括身心障礙盛行率、障礙者需求、不同障礙類別、年齡或性別的身心障礙收容人是否有不同需求等數據後，擬定策略與行動計畫，並增加資金與人力資源投入提升身心障礙收容人的人權措施，也必須提升矯正人員對身心障礙收容人的認識。另外，有關矯正機關身心障礙收容人的醫療照護，應該交由負責國民醫療照護的機關負責，而在我國則應該由衛生福利部提供相關照護。再者，與矯正機關身心障礙收容人的相關本土化研究應該得到支持，並且擴大研究範圍與規模。

但對身心障礙收容人來說，矯正機關仍然是一個不利的環境，因此，儘管有種種的國際規範，但WHO仍提醒，減少矯正機關人滿為患的狀況，並採取替代

性監禁政策，即採行社區處遇政策應成為政府整體獄政醫療政策考量的重要部分，另一方面則應提升矯正機關醫療衛生的能量，並在相關單位之間建立合作網絡，以協調處遇措施，產生協同效果，以確保醫療處遇之持續性 (WHO,2020:1)。

二、矯正機關身心障礙收容人需求

若沒有評估和建構符合身心障礙收容人需求的處遇方案，將影響其參與處遇和矯正活動的機會，而要求其遵循矯正機關規定和控管傷害風險的工作也將變得困難，亦將浪費矯正計畫或處遇措施的資源，因此瞭解收容人的需求有其重要性。本研究綜整相關文獻，將矯正機關身心障礙收容人需求區分成以下六大面向。

(一)被識別需求

現今身心障礙盛行率的評估焦點，主要在於瞭解為身心障礙者所提供的處遇措施執行效果及其執行上的障礙。同樣地，在矯正機關環境中，辨識出有適應困難者並瞭解其需求，從而提供身心需求相異的個體不同的支持，使其擁有與一般收容人一樣的生活品質，是對矯正機關中身心障礙者人權的基本保障。換言之，針對矯正機關收容人進行適應障礙與處遇需求評估，篩選出有處遇需求的收容人，可以做為處遇計畫的規劃和執行，以及維持矯正機關良好秩序的程序依據，並可協助收容人尋找支持性服務為復歸社會預作準備(Talbot & Riley, 2007: 154)。但相較肢體與身體器官損傷造成的身體功能障礙，識別認知功能障礙者的需求更為迫切，因為識別此類型障礙者更具有挑戰性。

在智能障礙方面，根據Baroff、Gunn和Hayes（2004: 63）的研究指出，刑事司法體系通常漠視或侵犯智能障礙者的權利，他們經常遭受不公平、不公正，甚或嚴厲的對待。因此，近年的研究逐漸關注到，需在精神醫療以及刑事司法系統中，以快速、準確的方式檢測智能障礙者，才能對那些因智能障礙而導致需求未被發現的人們提供適當的支持，因此快速篩檢智能障礙的工具因應而生。另外，英國研究進一步指出，在成人矯正機關中，有相當比例的收容人屬輕度至邊緣性智能障礙者（mild to borderline intellectual disability, MBID²⁶），其智力測驗的分數

²⁶根據世界衛生組織有關智能障礙的定義，輕度智能障礙的智商為 50-69，中度為 35-49，嚴重智能障礙為 20-34，智商水平低於 20 則屬極度嚴重身心障礙。而邊緣性智能障礙，智商分數介於 70 到 79 之間 (McBrien, 2003:397-398)。然而值得注意者，對於智能障礙的分類必須滿足三個標準，智商或標準得分只是其中之一，另外兩個則是適應性行為(或稱適應性功能)的嚴重缺陷和兒童時期即有心智障礙(Saleem, Beail & Roache, 2019: 1158; Lindsay & Taylor, 2008: 6)。至於適應性行為包括三種類型：概念性、實用性以及社會性，三類型中若有一種與智商同時存在缺陷，則屬智能障礙(Saleem, Beail & Roache, 2019: 1160)。然而適應性行為的測量相對困難，尤其是在刑事司法環境中，因此要在刑事司法系統中篩選出有智能障礙者相當困難 (McBrien, 2003: 398)。在臺灣，根據《身心障礙者權益保障法》，智能障礙是屬於身心障礙的其中一種類

大約介於70至80分間，在少年犯中，此種邊緣性智能障礙者的比例更高。邊緣性智能障礙收容人經常不會被當成有智能障礙，因此沒有資格獲得智能障礙收容人的支持服務，然而他們仍可能在溝通和其他日常事務方面遇到困難，並難以理解正在發生的事情，及矯正人員對他們行為的期望，這會引起其焦慮、憂鬱或憤怒，進而造成其行為變得更為煩躁或退縮 (Betts, 2015:9)。

在精神障礙方面，根據美國精神醫學會2014年出版的『精神疾病診斷準則手冊第五版』(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)，定義精神疾病為「一種症候群，病人在認知、情緒調控或行為上有顯著的障礙，且這些障礙反應精神現象內在所本的心理、生理與發展過程的功能異常。」符合定義的精神疾病包括：知覺失調、憂鬱症、躁鬱症、焦慮症、創傷壓力症候群、物質成癮、認知障礙等。有精神障礙者，面臨法律議題特別容易遭受一系列不利的遭遇，尤其他們特別容易遭到法律的追訴而成為犯罪者(Gray, Forell & Clarke, 2009: 9-12)。但因為精神疾病範圍廣泛，表現症狀各異，不同精神疾病在醫療上各有其評估工具，精神障礙收容人的辨識與需求，是目前許多矯正機關面臨的難題。

從被捕、偵查、審判到定罪和判刑的各個階段，領有身心障礙證明的人更有可能處於相對不利的地位，因此若能夠在刑事司法程序的各個階段，對身心障礙者提供適當的干預、保護措施和處分，即時並準確地識別當事人是否為身心障礙者，不僅對犯罪者、被害人和證人之權益，或是刑事司法系統本身都很重要(Hayes, 2005: 97、Smith, 2016: 68)。

(二) 醫療需求

獲得醫療和心理保健服務是每個收容人的基本人權。但矯正機關因長期刑的收容人老化所帶來的問題，加上智能及精神障礙收容人比例偏高等原因，醫療護理需求日益增加，造成戒護管理面臨重大挑戰。Chiles等人(1990)早已發現，在矯正機關環境中，收容人共病症的終生流行率高達84%。Ogloff等人(2004)以司法精神醫療機構收容人為對象的研究則發現，有74%收容人合併二種以上障礙。Dias等人(2013)以1,279名收容人為對象，評估智能障礙收容人中同時發生精神障礙的

別，其認定的標準在「身心障礙及資賦優異鑑定標準」中有所規定，必須是智能發展比同年齡之人相較明顯遲緩，或在日常生活、學校生活的適應上有嚴重困難，才會被認定為智能障礙，但必要時還是須經由所在地區的衛生主管機關(例如：衛生局)邀集醫生、臨床心理人員、社工人員、特殊教育等人員等進行鑑定。也可由當事人或其代理人自行申請鑑定^[2]。檢測時會使用一些公認的標準或工具來進行，例如標準化智力測驗，通常幼兒或兒童的測驗結果分數若低於70，並且在日常與學校生活有嚴重適應困難，就是有可能是出現智能障礙的徵兆。鑑定後確認者在法律上受到就業、醫療、教育等的補助和保護。

患病率，並探討智能障礙與精神障礙之間的關聯性，研究發現：與非身心障礙的同齡收容人相比，智能障礙收容人更容易合併精神障礙，而且往往無法得到符合其需求的治療，也更容易遭受到其他收容人的傷害。另外，Betts (2015:13)的研究則發現，有智能障礙者罹患以下疾病的比率比較高：癲癇、視力或聽力問題、腸胃疾病、高血壓、呼吸系統疾病、過動症、焦慮症、恐慌症、憂鬱症、思覺失調症等。

對精神障礙收容人而言，重視其醫療需求有其必要性，矯正機關不是治療精神障礙的理想場所，對多數矯正機關而言，安全仍然是首要目標，因此許多措施並非旨在滿足患有精神障礙收容人的需求，縱然收容人在矯正機關中應享有醫療保健權，但少有矯正機關認真為精神障礙收容人提供治療。Moore(2020:1-4)的研究指出，憂鬱症、躁鬱症、創傷後壓力症候群和思覺失調症是矯正機關中最常見的精神障礙。與沒有精神障礙者相比，患有精神疾病收容人更容易有物質濫用的問題，而有物質濫用問題者，大約一半的人在一生中有罹患精神疾病的可能。根據美國精神疾病全國聯盟(National Alliance on Mental Illness)的統計指出，5.2%的美國成年人患有嚴重精神疾病，而收容人當中，約有五分之二的人有精神疾病史，其中州和聯邦監獄為37%，地方監獄則高達44%，有將近15%的男性收容人和30%的女性收容人有嚴重的精神疾病(NAMI, 2021)，顯示：矯正機關幾乎成為精神疾病替代收容機構。Moore (2020:20)的研究也指出，與醫院相比，矯正機關中患有嚴重精神疾病的人數更多，這些機關沒有相關處遇計畫與措施以照顧患有嚴重精神疾病者，甚至因監禁的痛苦反而會加劇症狀。對於有精神障礙的收容人，矯正機關實有責任提供心理健康服務，滿足其醫療需求以保護他們免受傷害。然而有研究者發現，許多矯正機關僅依靠本身的力量去面對這些挑戰，而非引進社會醫療保健系統來處理收容人健康照護問題，此種模式會造成矯正機關的收容人沒有得到與一般社會大眾相同的身心評估、醫療與照護，許多有社會福利與醫療需求的收容人，在離開矯正機關後仍沒有得到其所需要的支持(Health Services Management Centre,2007:3)。而這將不利於其復歸社會，淪為遊民、滋擾社會秩序或再度犯案之比率甚高。

(三) 收容環境需求

矯正機關過度擁擠帶來收容人人身安全危害，是最常受到關切的基本人權議題。研究顯示，許多國家矯正機關中收容人間的暴力、騷動和權力濫用可能相當普遍(Penal Reform International, 2018; Subcommittee on Prevention of Torture,

2012:13)。其他類型的暴力行為尚包括：自殺或未遂，以及自我傷害也非常普遍，在許多國家，矯正機關中的暴力行為往往比社區中普遍得多，這通常反映出許多國家特殊族群收容人的脆弱性和心理健康問題者比率相當高，而監禁的痛苦和影響也會加劇身心健康狀況的惡化（WHO, 2007:4）。此外，根據衛生福利部2017年調查，造成我國國民有身心障礙最主要原因以「後天疾病或老年退化」占最多數，達58.80%，有近2成的人需要無障礙設施，又以「衛浴設備」及「室內扶手」需求比例較高，其中失智症、重要器官失去功能、平衡機能障礙等幾類障礙別，因「後天疾病或老年退化」所致比率較其他障別高(衛生福利部，2018:12)。雖然身心障礙收容人對收容環境需求明顯，但矯正機關在考量照護成本與效益之間衡平，及存有資源競爭壓力下，改善環境的腳步往往難以符合收容人需求。再者，由於各矯正機關文化、收容人情況、收容人環境、年齡層和領導管理風格的不同，幾乎沒有兩所矯正機關是相同的(Health Services Management Centre,2007:3)。整體而言，矯正機關若要改善收容環境以適應身體功能障礙收容人，則需要進行更具體的需求檢視。

(四) 人際關係需求

與他人進行有意義的互動，已被視為收容人的基本人權，而有溝通困難的身心障礙收容人進行人際互動，仰賴矯正機關提供有效的服務，這類收容人透過輔助工具和相關的服務措施來接收和理解訊息，並在矯正機關中的任何場合及活動中與他人進行溝通。造成視障、聽障、認知障礙者溝通障礙的主要原因通常不同，因此需要矯正機關依不同收容人的需求，提供不同的協助(Southwest ADA Center at ILRU,2019:16)。

而過去研究也顯示，精神障礙收容人除了藥物濫用和/或心理健康相關的治療問題外，還包括與他人關係的維持、教育與就業需求。女性物質成癮戒治的相關研究文獻還特別強調：人際關係支持的重要性，提高人際互動能力對這類精神障礙者的治療特別有成效。Sacks(2004:457-460)的研究指出，需要在包括矯正機關在內的刑事司法體系中，整合心理健康治療，並需要針對個別收容人增加其他協助，如育兒指導、家庭暴力處遇、轉銜支持配套措施等；在矯正機關中參加轉銜服務的女性收容人，比僅參加精神治療的女性收容人，有較低的再犯率。顯示：人際關係需求的滿足，對身心障礙收容人的重要性。

(五) 矯正人員提供支持需求

對多數矯正機關而言，結構性和日常的權威性與壓迫性對於維持矯正機關秩

序是必須的，但許多具有創傷、被虐待，吸毒和精神病史的人，在矯正機關的禁閉環境中很可能會加劇其病況(孟維德、黃翠紋、蔡田木等人，2020:33)。Moore(2020:1-4)的研究指出，2/3的矯正機關精神障礙盛行率超過10%收容人口，且光是監禁環境就可以引起收容人的恐懼或產生攻擊性，甚至加劇精神疾病的症狀。收容人每天可能要在舍房裡度過23個小時以上，如果其疾病發作，通常與其互動的只有幾乎沒有受過精神醫療訓練的戒護人員，或者必須等到多日後才能見到精神科醫生。患有精神障礙的收容人容易受到其他收容人的虐待，而具有攻擊傾向的精神障礙收容人容易被施以隔離處分，這種旨在監視收容人的措施，例如隔離和脫去所有衣服以避免藏匿危險物品的作法，往往弊大於利，對精神障礙者而言，更會加劇他們的症狀。

而英國司法部聯合稽查小組對於智能障礙收容人需求的調查同樣發現，智能障礙收容人於矯正機關中生活不易，有很高比率的智能障礙收容人在矯正機關中曾因不良的行為而受到懲罰，但收容人往往認為矯正人員並不瞭解他們的需求，顯示矯正人員缺乏對智能障礙收容人相關知識的培訓內容。再者，智能障礙收容人對閱讀、書寫與理解的障礙，使他們難以提出申請或投訴，常常需要靠其他收容人或矯正人員的幫忙，也使得他們無法自行向別人提出基本生活需求，或在某些情況下，對不公平待遇難以提出質疑或提請矯正機關注意(HMI Probation, 2015:9)。

再者，矯正人員是第一線的接觸者，但輕度智能障礙者可能難以識別，其可能不願或羞於向其他人或陌生者透露智能障礙的情形，甚至可能不知道自己患有智能障礙。Betts(2015:23)以矯正機關輔導人員為對象，根據研究對象的工作經驗發現，這些不願意透漏的智能障礙收容人常常以模仿他人的回答及行為來試著適應收容機關的生活。例如使用冗長或複雜的詞彙（通常是錯誤的），以使其看起來更正常，這些都有賴矯正人員加以識別。因此，矯正人員提供是當的支持，對身心障礙者是重要的。

(六)重視性別差異需求

當考慮精神障礙和收容人之間關係時，性別因素變得很重要，與男性收容人相比，女性收容人更有可能被判定為精神障礙者。1999年和2006年美國司法部的報告顯示，女性收容人的心理健康問題多於男性收容人。州立監獄中約有29%的白人女性、20%的黑人女性和22%的西班牙裔女性收容人被確診為精神疾病。24歲以下的白人女性收容人約40%患有精神疾病，2006的人權觀察組織(Human

Rights Watch) 甚至報告，州立監獄中73%的女性收容人有心理健康問題 (Human Rights Watch 2003:38；Rembis,2014:146)。在矯正機關中，藥物成癮的女性收容人心理健康問題比男性更加明顯和普遍，女性收容人更容易有憂鬱、焦慮、自我評價低及使用處方藥物治療心理問題等情形。與沒有精神障礙的女性收容人相比，有精神障礙的女性收容人更容易合併物質濫用行為。因此，在設計針對女性收容人的處遇方案時，需要考慮這些狀況。根據Sacks(2004:451-453)的研究發現，被收容於矯正機關的女性，比接受藥物濫用治療的女性更容易出現藥物依賴和犯罪情形，但對於男性而言則沒有顯著的差異性。再者，女性精神障礙收容人的需求與男性不同，且更為複雜，為矯正機關男性收容人設計的藥物濫用治療計畫，往往無法有效治療女性收容人。原因是女性收容人普遍有童年創傷經驗，特別是那些物質成癮者，及與創傷史有關的心理社會功能障礙問題。Robertson等人(2020:2)的研究也指出，如果精神障礙的女性收容人接受針對創傷的評估及治療計畫，並施以加強治療和矯正的處遇措施，能使其改善。相比之下，男性的犯罪行為似乎較少受成癮和精神病理學所驅動，更多是由反社會人格和其他犯罪風險因素左右，這導致男性犯罪發生率總體上高於女性。

女性精神障礙收容人的處遇，需刑事司法、精神衛生和社會服務機構建立強而有力的合作網絡，這比男性精神障礙收容人的處遇需求更為複雜。Robertson等人(2020:15)對矯正機關不同性別收容人的比較研究發現，將男性和女性精神障礙者都歸入同一類型的群體，意味著兩個性別的需求都無法滿足，因為所做出來的處遇計畫，並不是針對女性或男性面臨的獨特問題，其中女性精神障礙收容人的需求對矯正機關而言更加困難，撫養孩子使轉銜服務變得更加複雜。因此，在探討收容人的需求時，需要特別注意性別的差異。

三、身心障礙收容人處遇作為

在矯正機關環境中，收容人的障礙盛行率可能會受到多種因素影響。例如，當嘗試從獲得福利措施多寡去評估盛行率或處遇需求時，如果矯正機關有較嚴格的資格與標準，則輕度智能障礙者就會阻礙其被評估為障礙者及獲得服務。另外，較為不明顯的問題還有收容人選擇隱藏自己的身心障礙情形，在矯正人員缺乏相關的培訓與知識背景，或受到收容人酒精或毒品濫用問題的掩蓋下，收容人的障礙被識別出的機率也會大減。再者，精神障礙或是智能障礙的收容人，也可能從未接觸過任何醫療照護，而沒有意識到自己的障礙情形，這些困境凸顯了為服務有特殊需求的收容人，矯正機關與外部單位建立聯繫與合作的重要性，應將社區

的醫療與照護資源整合到收容人的基本醫療支持和處遇措施中(Betts,2015:18-19)。

矯正機關收容人共病情形的普遍，不同身心障礙類型收容人彼此間的需求並不能夠截然劃分，共同需求點不少，但身心障礙的型態又落差甚大，即使是同種障礙類型的收容人因障礙程度不同，在處遇需求上仍有差異。由於需求的個別性高，處遇規定通常僅做原則性的規範，更為細緻的具體措施，還是必須視個別收容人的實際需求做相關調整，以下參考身心障礙者服務的雙軌措施分類方式，將身心障礙收容人處遇措施歸納整理，分為適用所有身心障礙收容人的一般性處遇措施，及針對有特殊需求者制定的個別性處遇措施兩類，並在第三部分整理我國的身心障礙收容人現行處遇措施。

(一) 一般性處遇措施

1.矯正機關新收收容人應有初步篩檢

辨識出有特殊需求的收容人是最重要的第一步，因此在收容人初進入收容所的健康檢查中，應對其進行疾病的初步篩檢。誠然，這樣的初步篩檢多數由矯正人員執行，若要確診疾病則需要專業醫療人員診斷。但這樣的初步篩檢可以辨識出誰可能需要協助，因此即使供矯正人員使用的簡易初篩工具可能有較高的偽陽性，也值得矯正機關對所有新入矯正機關收容人施測。英國的調查報告就闡明，矯正機關應該在所有的收容人剛進入矯正機關時即實施初步篩檢，包括篩檢智能障礙在內的收容人，以確保矯正機關能為其制定支持計畫。考量這些弱勢收容人的潛在脆弱性，需要矯正人員在生活管理上提供協助，並確保其在矯正機關中能獲得充分的醫療及健康護理、教育和培訓等各種機會(HMI Probation ,2015:11)，英國已有矯正機關對新收的每名收容人都進行篩檢，以查明收容人所具備的所有潛在易受傷害因素，並僱用多名專門的精神及智能障礙護理人員，積極為有障礙的收容人提供支持 (Betts,2015:22)。有研究者認為，應該努力讓那些精神障礙者，從監禁的環境轉移到醫療的環境中，因此篩檢出潛在身心障礙收容人有其必要性，美國幾個司法管轄區都設立精神衛生法院，以試圖將患有精神疾病的罪犯轉移出矯正機關。如果無法轉移，則必須向仍被監禁的收容人提供適當的生活環境、醫療和處遇服務。即使在釋放後，也要銜接社區照護系統，繼續提供社會資源協助復歸社會(Moore,2020:50)。英國學者進一步指出，矯正機關應讓每所矯正機關都提供下列的服務：(1)剛進入矯正機關時的初步醫學檢查；(2)定期門診諮詢；(3)緊急治療；(4)配備適當的房舍，以便收容人進行處遇；(5)由合格的藥劑師發放足夠且適當的藥品；(6)物理治療後的復健設施；(7)任何可能被確定為醫學上必需

的特殊飲食；以及(8)確保在任何緊急情況下，都可以隨時獲得專科醫療服務(Coyle& Fair,2018:52)。此外，收容人的障礙與生活需求可能會隨著年齡及收容的時間拉長而產生變化，因此有研究建議收容人在矯正機關的期間，至少要接受三個階段的評估：(1)在新收前或新收後；(2)在矯正機關收容期間；(3)為釋放和轉銜做準備期間(Health Services Management Centre ,2007:15)。而司法系統中的任何篩選或評估的資訊都應該適當地共享，例如法院與矯正機關能夠共享評估資訊(Betts,2015:19)。

2.培訓矯正人員辨識及瞭解身心障礙收容人

矯正人員通常是第一線接觸收容人者，多數的戒護與處遇措施，都需要靠矯正人員的協助。許多文獻都顯示，在篩檢時辨識出特殊需求收容人工作中，對於矯正人員的培訓相當重要(Health Services Management Centre ,2007:15；Betts,2015:22；HMI Probation ,2015:11；The Southwest ADA Center at ILRU,2019:10；Moore,2020:50)，只有在矯正人員對特殊需求收容人有正確的認識，才能夠施以適當的管理措施，而在初步篩檢所遺漏的身心障礙收容人，也需靠矯正人員對疾病症狀的瞭解，才能夠正確識別，避免矯正機關不當措施對身心障礙收容人造成戕害。

在美國，危機處理小組(Crisis Intervention Team ,CIT)是由精神醫療和藥酒癮專家、執法人員、患有精神疾病和或藥物成癮者、患者家人、其他支持團體等不同角色的人員組成，該小組的功能之一是辦理教育及培訓課程，協助警察、矯正人員等刑事司法系統人員識別精神疾病的症狀、教導有用的處理技巧(Moore,2020:50)。英國的獄政監督委員會也提出多元化的策略，其中一項是對矯正人員進行培訓，隨著矯正人員對身心障礙收容人的需求辨識能力增強，矯正機關才能夠為收容人提供更適合的醫療處遇措施。身心障礙收容人應該由經過培訓且合格的矯正人員照護，這類的矯正人員須接觸過各種身心障礙的培訓，才能在提供相關的服務時考量身心障礙者的人權，這些服務包括：進出圖書館、職業訓練、藥物濫用防制計畫、通訊、飲食、生活技能課程、社會服務、性犯罪處遇、宗教活動、醫療和心理健康檢查、情緒管理、娛樂活動、舍房和浴廁的無障礙空間、非用餐時間的供餐等(The Southwest ADA Center at ILRU,2019:10)。

英國有一些矯正機關會僱用專門處理智能障礙或精神障礙的護理人員，矯正機關所有的醫護人員被要求必須對上述兩類者的需求有基本的瞭解。但如果矯正機關沒有僱用專門護理人員或其他專業醫療人員來治療患者，則矯正人員的辨識

能力就變得極為重要。對於有溝通與閱讀障礙的收容人，英國矯正機關有提供「易讀」的系統性服務，為能提供更好的服務，矯正人員和輔導員都接受關於智能與精神障礙的培訓，矯正機關若有系統性的服務來滿足那些具有脆弱性的特殊需求收容人要求，將可減少收容人挑釁的違規行為，以及降低隔離處分的次數(Betts,2015:22)。

3.導入社區醫療資源

矯正機關有責任向收容人提供與一般社會大眾相同的醫療質量，這通常需要與衛生醫療機關建立合作關係，目的是確保包括身心障礙收容人在內的特殊需求收容人，有持續的健康和醫療照護，並能夠充分獲得所需要的服務。為了適當解決社會上和刑事司法系統內精神障礙患者的需求，必須建立資金充足與全面的照護系統(Health Services Management Centre ,2007:10；Moore,2020:50)。在英國矯正機關中的醫療團隊，不僅提供24小時醫療服務，還可以為有明確需求的收容人提供個人的生活護理協助，包括為行動不便者的如廁、洗澡、穿衣提供協助(Health Services Management Centre ,2007:19)。而部份矯正機關僱用智能障礙與精神障礙收容人的專責護理人員，除了協助這類收容人生活獨立外，通常這類護理人員也是矯正機關中的醫療保健或心理健康小組成員，為矯正人員提供支持與訓練，並幫助矯正機關制定各種處遇措施，以治療或管理已知或疑似有智能或精神障礙收容人，並促進矯正機關與其他社區相關組織的合作(Betts,2015:21)。研究者認為，在矯正機關內建立醫療團隊仍是有益的(Betts ,2015:32)

4.跨機關合作

有許多特殊需求收容人在進入矯正機關前，已經接受社福機構的照護，社福機構是矯正機關可能需要與之聯繫合作的單位，而在出監前的轉銜服務時，更需要社福機構的介入。英國獄政監督單位建議矯正機關應該指定一名專業人員來評估老年收容人的需求，以及採取一些措施來支持智能障礙及精神障礙的收容人，其提出的具體作法之一，就是在釋放前應該要與當地的社福機構聯繫，以確定社區有哪些資源可提供給老年或身心障礙者。而部份老年或身心障礙收容人在離開矯正機關後，可能需要社區醫療護理評估，矯正人員一旦發現收容人有這樣的需求，應該相關資料轉給醫療保健中心或觀護人。矯正機關有責任與其他機關合作，確保對特殊需求收容人的協助，在離開矯正機關後仍不會中斷(Health Services Management Centre ,2007:10)。

近年來，收容人醫療照護的連續性也漸受重視，收容人從羈押、進入矯正機關到被釋放，在各個轉移過程中，相關的個人資訊，包括特殊照護需求應隨之轉

移(Health Services Management Centre ,2007:10)。政府應該為這些障礙者制定健康行動計畫 (Health Action Planning,HAP)，此類計畫是個別化的，針對維持個人健康措施所提出的評估建議，確保其獲得所需的服務和制訂相關的支持策略。更重要的，支持策略的內容應讓被服務者充分瞭解，並讓其參與策略的訂定 (Betts ,2015:24)。

5.其他收容人協助支持

英國矯正機關會鼓勵收容人彼此間的互助，例如：取餐、清潔舍房、推輪椅等(Health Services Management Centre,2007:4)，這些由收容人提供的大量非正式支持有其重要性，有時由收容人承擔照護的工作，可能做得比矯正人員更好。因此，部分英國矯正機關會對收容人進行培訓，這些負責照護的收容人可能是有酬的看護角色，也可能是無酬的。收容人對彼此的支持至關重要，英國矯正機關調查，與一般收容人相比，老年和身心障礙收容人的處境較差，矯正機關為其做出的調整有限，顯示有必要考慮由其他收容人協助支持特殊收容人。同份研究針對矯正人員看法做調查，發現有84%的矯正人員認為經過培訓的收容人在提供身心障礙者生活照護上較為積極，且收容人本身也較為認同擔任照料者的工作是一種貢獻(Health Services Management Centre ,2007:30)。

(二)個別性處遇措施

身心障礙收容人的需求多樣，很多是需要個人化的服務，矯正機關應該體察其個別需求，在能力與資源所及範圍內盡力提供協助，使其在監禁環境中能夠與一般收容人一樣，參與各項的活動與計畫。一般的身體功能障礙因為顯見，多數的矯正機關多有提供處遇措施，譬如為視障收容人提供音響和有聲書，或提供具有視障輔助功能的電腦，以便讓其完全參與各種處遇計劃；為聽障收容人提供輔助系統設備，以便他們可以聽從並遵循指示或參與活動，或提供合格的手語翻譯員，讓其能夠與其他人進行溝通、醫療預約、參與課程和處遇計畫等；為認知障礙收容人制定較易達成的處遇目標，並多花一些時間說明政策方向和基本資訊；必要時，對智能障礙收容人朗讀並解釋收容人手冊和相關官方資料；電視節目內容應有字幕 (Southwest ADA Center at ILRU,2019:17-18)等。但是認知功能障礙，包括精神障礙與智能障礙者，矯正機關較難以去辨識及察覺其特殊需求，因此以下將分別就國外有關精神障礙及智能障礙收容人所提供的個別處遇，整理如下。

1.精神障礙收容人

在矯正機關和精神療養院，通常使用束縛之類的手段來管理對自己或他人構

成安全威脅，或過於激動至無法管理的收容人或患者，可能的方式包括：使用束縛床，甚至強迫用藥等。雖然使用這些方法可以幫助維持安全性，但並未考量對那些曾經遭受過創傷的人會產生更多的影響和傷害。研究顯示，與沒有創傷史的人相比，創傷症候群患者更容易遭到束縛(Moore,2020:23)，沒有獲得適當協助的精神障礙收容人更像住在「監獄中的監獄」，長期缺乏溝通可能會導致收容人不可逆的溝通障礙和社交能力的喪失，讓收容人成為矯正機關中暴力的受害者(Southwest ADA Center at ILRU,2019:19)。因此，在刑事司法系統中管理患有嚴重精神障礙收容人，需要刑事司法和心理健康醫療兩個機關的合作，是確保其基本人權的關鍵因素(NAMI,2020)。但由於這兩個領域在價值、目標和方法上差異甚大，使得矯正機關內的醫療系統難以有效的作為獨立部門並為精神障礙者提供適當的處遇和治療。鑒於社區精神醫療服務通常是以一般民眾為主，因此刑事司法和精神醫療機構必須制定合作計畫，以改善精神障礙收容人的健康狀況，並減少再犯。在沒有與醫療機關合作的矯正機關中，無法為精神障礙收容人提供適當的治療和處遇，更容易發生再犯的情形，收容人的心理健康情形可能更加惡化，刑事司法和精神醫療機構的合作成效，直接影響精神障礙收容人處遇的有效性(Han,2017:10)。因此，相對於其他收容人，應盡量避免對精神障礙者使用隔離或束縛的管理手段，矯正機關並應格外注重與精神醫療機關的合作，才能有效管理精神障礙收容人(Moore,2020:38)。此外，患有精神障礙的收容人許多需求不同於其他身心障礙收容人，矯正機關要能夠與健康、教育和藥物成癮的治療機關間更密切合作(Health Services Management Centre ,2007:10)。

精神障礙收容人的症狀不同，有時需要更為個別化的服務，譬如允許有焦慮症的精神障礙收容人在安靜的區域會客，這樣的個別處遇措施能夠維護其接見訪客的權利(Southwest ADA Center at ILRU,2019:12)。而自閉症或癲癇症收容人可能會因某些感官刺激，如閃爍的燈光或噪音，變得非常煩躁，肇生違反管理規定的行為，適當的因應個人需求可以經由調整舍房布置或資訊傳達的方式，但這些調整的合理性，都需要與精神障礙收容人共同討論(Betts ,2015:27-28)。

矯正機關管理部門有責任確保監禁條件不會損害身體和心理健康，嚴酷的監禁條件會對精神障礙收容人造成嚴重影響。為減少影響程度，應建立程序來監測其對個別收容人的影響。並採取措施辨別可能有自殘或自殺風險的收容人，應特別對矯正人員進行適當的培訓，使其認識到潛在的自我傷害指標，不過Coyle和Fair(2018:56)從人權途徑探討監獄管理策略後認為，被診斷為精神障礙的收容人

不應關押在矯正機關中，而應轉移到配備適當設施的精神醫療機關中。歐洲議會的指引(European Parliament,2017:10)也建議，目前矯正機關常採行的建立精神障礙者專責收容機關的策略既昂貴又無效，因為這樣並不是有效的治療方式，比較好的策略應該是將精神障礙者從刑事司法系統轉移到精神衛生系統，並為在矯正機關的收容人提供適當的治療，包括社會與心理支持、藥物治療以及急性發病者進入綜合醫院的精神病科就診等，以及對矯正人員進行完整的培訓。

2.智能障礙收容人

英國矯正機關的一份調查顯示(HMI Probation,2015 :41)，超過一半的智能障礙受訪收容人認為，本身所處的環境不安全，而感覺不安全的主因是智能障礙所導致。當負責管理的矯正人員對智能障礙收容人有一定的瞭解，並承認他們可能更易受傷害或剝削，且無法應對焦慮或壓力時，才能夠理解他們的需求。然而該份報告發現，矯正機關在處理那些涉及自殘或暴力行為的收容人時，沒有探究這些人是否有智能障礙，而教育或醫療保健部門也沒有與矯正人員共享資訊，無法正確且即時採取預防措施。有智能障礙者可能需要額外的支持才能獨立生活和應付日常活動，他們可能需要：協助填寫表格、解釋規定或其他應注意事項、清潔房舍、理財、預約醫療日期、閱讀和寫作等(Betts,2015:8)。英國部分矯正機關會僱用智能與精神障礙專責護理人員協助收容人，經研究證實這樣的互動對智能障礙收容人很有幫助，這些專責人員能夠擔任智能障礙收容人與矯正人員的中介者，還能有效支持智能障礙收容人提高適應能力。最常見的協助是讓智能障礙收容人閱讀、理解和遵守矯正機關的規則與程序(HMI Probation,2015 :36)。另有教育部門的人員組成學習支持小組，在矯正機關的學習場合幫助智能障礙收容人，這些人可能專職、兼職或是志工，矯正機關也有培訓其他收容人，在訓練及上課的場合協助智能障礙收容人(HMI Probation,2015 :55)。

由於智能障礙收容人普遍有閱讀與理解的問題，有研究者建議矯正機關在提醒智能障礙收容人時間方面，應該使用數字顯示的時鐘(電子鐘)，而不是有刻度的時鐘，或是在藥物上使用太陽或月亮符號，來解釋何時應該服用藥物。而英國矯正機關推行「輕鬆閱讀(Easy Read)」計畫，將書面資訊改以簡單的文字和圖檔顯現，也是為了讓智能障礙收容人更容易理解與閱讀。並在其官方網站上提供各式的範例供矯正機關下載使用。另外標準程序的更改，如額外提醒或允許多給一點時間之類的措施，將有助於確保智能障礙者更有能力參與處遇活動。這些措施中，最重要的是要保留所有曾採行必要合理調整措施的詳細記錄，包括患者需要

協助的地方和溝通能力如何等。此外，還需要對這些支持措施進行風險評估，並與相關人員合作，以確保智能障礙收容人可以安全地適應這些更改(Betts, 2015:27-28)。

(三)我國現行處遇作為

為回應外界對收容人處遇措施的檢視，矯正署在2018年提出矯正白皮書，並在2020年訂定「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」，包括「假釋審核參考基準」，針對年長、病弱者從寬核准，另外於不造成矯正機關過度或不當負擔之情況下，對身心障礙收容人個別需要進行必要及適當之修正與調整。這些「合理調整」措施，包括：設備設施、處遇、管理內容或程序、流程上的調整，甚至得考慮不同關係人之間的利害平衡。矯正署強調，實務上的「合理調整」多為收容人與矯正機關及矯正人員共同協商的結果，因此對身心障礙收容人之教化或生活輔導相關事宜，矯正機關得依收容人身心狀況採個別晤談或其他適當方式行之(法務部矯正署，2020:1)。矯正署參照衛生福利部社會及家庭署2020年5月編訂之身心障礙者融合式會議及活動參考指引有關身心障礙之分類方式，將身心障礙收容人分為聽覺、視覺、肢體、心智及精神障礙五類(法務部矯正署，2020:2)，此後參考身心障礙者鑑定作業辦法，2021年該指引已將身心障礙改分為八大類別。另外於2021年4月間，進一步發布「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」，對於矯正機關內的處遇流程及單位分工進行更為具體的規劃。綜整我國有關身心障礙收容人相關規範如下：

表2-26 我國身心障礙收容人法律規範

類別	名稱	條(點)次
法令 規範	監獄及看守所辦理使用通訊設備接見辦法	7、9、20
	外界對受刑人及被告送入金錢與飲食及必需物品辦法	6
	監獄受刑人移監作業辦法	8
	外役監受刑人遴選實施辦法	9
	監獄行刑法	6、45
	羈押法	4、38
計畫	矯正機關收容人自殺防治處遇計畫	
	矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引	
	矯正機關身心障礙收容人處遇計畫	

以下將以上述相關規定為本，探討我國身心障礙收容人的處遇作為。

1. 認知障礙收容人

矯正署有關身心障礙收容人的篩選，主要是在新收健康調查時，口頭詢問其健康狀況及有無身心障礙手冊或證明，另外由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗，使用工具包括：簡式健康量表、病人健康問卷等，主要是希望針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解(法務部矯正署，2021:2)。在矯正署的「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」中，並未單獨針對精神障礙收容人及智能障礙收容人分別作處遇措施的訂定，而是將其列為其中兩類身心障礙的樣態，視情況採取該指引中的措施。依據矯正署2020年版本的「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」的定義，精神障礙收容人係指：思考、情緒、知覺、認知或行為等精神損傷，專注力及持續力較差。而智能障礙收容人係指：語言表達困難、注意力及記憶力較弱，缺乏抽象思考能力，需要較容易理解用語。依據矯正署規定，矯正機關得以手語、點字、通譯或其他適當方式讓身心障礙收容人瞭解攸關其自身權益之法規。另外，對於身心障礙收容人，得依其障礙類別、障礙程度及個人實際需要，安排適當舍房或同住的收容人，以協助其適應生活，及避免遭受其他收容人欺凌或歧視(法務部矯正署，2020:3)。智能、精神障礙收容人如有違反機關規定之行為，機關除應衡酌客觀事證、違規行為情節以外，亦應綜合收容人對該行為違反規定之認知及意圖等，綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行(法務部矯正署，2021:4)。

2. 身體功能障礙收容人

在視覺、聽覺、肢體或器官損傷所造成的身體功能障礙收容人方面，最主要的協助措施有三個面向：(1)提供輔具或專人照護：協助身體功能障礙收容人生活適應與各種場合的參與，如在新收講習、接見會客時，以有聲書、點字、筆談、代讀、手語等方式協助其溝通；(2)放寬戒具的使用：如對於嚴重肢體障礙，顯無施用戒具之必要時，可不施用戒具；(3)改善硬體設施：如收容於專門改建的舍房與工場，提供坐式馬桶、扶手等無障礙設施(法務部矯正署，2021:5)。

3. 小結

本研究目的之一，係探討包括：矯正機關有關設備設施、管理、作業、教化、醫療、接見及通信等面向在內之各項處遇措施，能有哪些合理調整？而目前矯正署針對我國現行法令規定所採取的處遇措施，整理如下表2-27。

表2-27 我國現行法令規定身心障礙者處遇措施

障礙類別	設施	管理	作業	教化	醫療	接見	通信
聽覺障礙	1.得依矯正機關實際空間與其他收容人分別監禁	1.新收講習時，透過手語或其他方式，使其瞭解生活手冊之內容 2.以手語、手寫式筆談、通譯或其他適當方式，協助是類收容人充分瞭解並認識攸關其自身權益之法令規定。 3.提高收容人身體檢查之頻率、安排適當之舍房或同住之收容人	1.依身心健康狀況參加作業，並斟酌其實際狀態得減輕其作業、安排適合之作業 2.於病舍療養者，無需作業 3.技訓名額得提列保障額度 4.培育照顧服務人員，受過訓練或取得證書的照服員，可協助是類收容人的特殊照護	1.適當之集體教誨、生命教育及適性團體等教化課程 2.和緩處遇	1.醫師定期門診及相關衛教服務外，亦得適時調配及供給合宜之飲食 2.得於機關病舍或病監收容，以提昇醫療可近性	1.援助收容人家屬獲致各項資源之挹注，協助其參與懇親活動，並使其與收容人會面溝通時，給予適當之輔助支持 2.得使用手語、手寫式筆談、圖卡或其他適當輔助資源之協助。 3.接見申請方式、接見方式、通訊方式及接見處所之調整，提出申請期間及接見時間之延長、接見次數之增加、放寬接見人數限制等機制	1.得徵得其同意代讀信件、收容人因故不能書寫信件者，得徵得其他收容人或適當之人同意後代為書寫、送達訴訟相關文書時，協助是類收容人瞭解文書之字義
視覺障礙	1.得依矯正機關實際空間與其他收容人分別監禁	1.新收講習時，透過有聲書或其他方式，使其瞭解生活手冊之內容 2.以代讀、點字卡、有聲書或其他適當方式，協助收容人瞭解攸關其自身權益之法令規定 3.提高收容人身體檢查之頻率、安排適當之舍房或同住之收容人	1.依身心健康狀況參加作業，並斟酌其實際狀態得減輕其作業、安排適合之作業 2.於病舍療養者，無需作業 3.技訓名額得提列保障額度 4.培育照顧服務人員，受過訓練或取得證書的照服員，可協助是類收容人的特殊照護	1.提供輔具，如點字卡、影音設備、有聲書、圖卡或其他溝通輔具等多媒體 2.和緩處遇 3.適當之集體教誨、生命教育及適性團體等教化課程	1.醫師定期門診及相關衛教服務外，亦得適時調配及供給合宜之飲食 2.得於機關病舍或病監收容，以提昇醫療可近性	1.援助收容人家屬獲致各項資源之挹注，協助其參與懇親活動，並使其與收容人會面溝通時，給予適當之輔助支持 2.得使用點字卡、其他適當輔助資源之協助。 3.接見申請方式、接見方式、通訊方式及接見處所之調整，提出申請期間及接見時間之延長、接見次數之增加、放寬接見人數限制等機制。	1.得徵得其同意代讀信件、收容人因故不能書寫信件者，得徵得其他收容人或適當之人同意後代為書寫、送達訴訟相關文書時，協助是類收容人瞭解文書之字義
肢體功能障礙	1.得依矯正機關實際空間與	1.提高收容人身體檢查之頻率、安排適當之舍房或同住之收容人	1.依身心健康狀況參加作業，並斟酌其實際狀態得	1.適當之集體教誨、生命教育及	1.醫師定期門診及相關衛教服務外，亦	1.援助收容人家屬獲致各項資源之挹注，協助其參與懇親活動，並使其與	1.得徵得其同意代讀信件、收容人因故不

障礙類別	設施	管理	作業	教化	醫療	接見	通信
	他收容人分別監禁。 2.得依身心障礙收容人之障礙類別，依實際資源提供坐式馬桶或增設適當之輔具	2.顯無施用戒具之必要時，不施用戒具	減輕其作業、安排適合之作業 2.於病舍療養者，無需作業 3.技訓名額得提列保障額度 4.培育照顧服務人員，受過訓練或取得證書的照服員，可協助是類收容人的特殊照護	適性團體等教化課程 2.和緩處遇	得適時調配及供給合宜之飲食 2.得於機關病舍或病監收容，以提昇醫療可近性	收容人會面溝通時，給予適當之輔助支持 2.接見申請方式、接見方式、通訊方式及接見處所之調整，提出申請期間及接見時間之延長、接見次數之增加、放寬接見人數限制等機制。	能書寫信件者，得徵得其他收容人或適當之人同意後代為書寫、送達訴訟相關文書時，協助是類收容人瞭解文書之字義
智能障礙	1.得依矯正機關實際空間與其他收容人分別監禁	1.新收講習時，透過圖表或其他方式，使其瞭解生活手冊之內容 2.提高收容人身體檢查之頻率、安排適當之舍房或同住之收容人 3.以CRPD 易讀版、圖卡、有聲書或其他適當方式，協助收容人瞭解攸關自身權益之法令規定。 4.有違反機關規定之行為綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行	1.依身心健康狀況參加作業，並斟酌其實際狀態得減輕其作業、安排適合之作業 2.於病舍療養者，無需作業 3.技訓名額得提列保障額度 4.培育照顧服務人員，受過訓練或取得證書的照服員，可協助是類收容人的特殊照護	1.適當之集體教誨、生命教育及適性團體等教化課程 2.和緩處遇	1.醫師定期門診及相關衛教服務外，亦得適時調配及供給合宜之飲食 2.得於機關病舍或病監收容，以提昇醫療可近性	1.援助收容人家屬獲致各項資源之挹注，協助其參與懇親活動，並使其與收容人會面溝通時，給予適當之輔助支持 2.接見申請方式、接見方式、通訊方式及接見處所之調整，提出申請期間及接見時間之延長、接見次數之增加、放寬接見人數限制等機制	1.得徵得其同意代讀信件、收容人因故不能書寫信件者，得徵得其他收容人或適當之人同意後代為書寫、送達訴訟相關文書時，協助是類收容人瞭解文書之字義
精神障礙	1.得依矯正機關實際空間與其他收容人分別監禁	1.提高收容人身體檢查之頻率、安排適當之舍房或同住之收容人 3.有違反機關規定之行為綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行	1.依身心健康狀況參加作業，並斟酌其實際狀態得減輕其作業、安排適合之作業 2.於病舍療養者，無需作業	1.教誨師個別教誨 2.和緩處遇 3.專業心社人員、志工心理支持	1.醫師定期門診及相關衛教服務外，亦得適時調配及供給合宜飲食 2.得於機關病舍或病監收容，	1.援助收容人家屬獲致各項資源之挹注，協助其參與懇親活動，並使其與收容人會面溝通時，給予適當之輔助支持 2.接見申請方式、接見方式、通訊方式及接見處所之調	1.得徵得其同意代讀信件、收容人因故不能書寫信件者，得徵得其他收容人或適當之人同意後代為

障礙類別	設施	管理	作業	教化	醫療	接見	通信
			3.技訓名額得提列保障額度 4.培育照顧服務人員，受過訓練或取得證書的照服員，可協助是類收容人的特殊照護		以提昇醫療可近性 3.如需醫療照護或轉介醫療單位者，應即時辦理或轉介專業精神科醫師進行治療	整，提出申請期間及接見時間之延長、接見次數之增加、放寬接見人數限制等機制	書寫、送達訴訟相關文書時，協助是類收容人瞭解文書之字義

註1：目前我國有關新收收容人有關身心障礙之認定，包括：

- 1.是否領有身心障礙手冊
- 2.心理測驗(簡式健康量表、病人健康問卷)

第三章 研究設計與實施過程

第一節 研究設計與資料蒐集方法

一、研究設計

《身心障礙者權利公約》強調「障礙」是身心障礙者與社會環境互動遭遇各種障礙的結果，政府應該積極消除身心障礙者一切形式歧視，其對象含括在矯正機關的收容人。而《禁止酷刑公約》及其相關國際文件亦揭示：人權適用於所有人，與其他任何人一樣，收容人有做為人的基本權利，國家只能剝奪被拘留或監禁者的自由。但另一方面，身心障礙收容人因人身自由受限，無法全數享有國家對身心障礙者的服務，因此我國「身心障礙者權益保障法」第 85 條規定：「身心障礙者依法收容於矯正機關時，法務主管機關應考量矯正機關收容特性、現有設施狀況及身心障礙者特殊需求，作必要之改善。」另，「監獄行刑法」第 6 條第 3 項亦規定：「監獄應保障身心障礙受刑人在監獄內之無障礙權益，並採取適當措施為合理調整。」然而矯正機關針對各類型身心障礙收容人應如何合理調整？則現有指引尚嫌不足，爰有執行本實證研究之必要性。具體而言，本研究議題包括：我國矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率為何？身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形、處遇需求、面臨問題及矯正機關資源有哪些不足之處？美國、加拿大、英國、挪威、澳洲、日本等國家對其身心障礙者收容於矯正機關之相關法制、組織架構、運作現況以及各項處遇措施，有哪些可供我國借鏡之處？前述議題涉及之層面相當廣泛，本研究將採質、量並重之研究設計，並從下列研究途徑蒐集研究所需資料：(一)文獻與次級資料蒐集；(二)深度訪談與焦點團體座談法；(三)問卷調查法。期能經由盤點我國身心障礙收容人盛行率、生活適應情形、面臨問題以及需求等面向之分析，並就我國實務現況和相關法規與美國、加拿大、英國、挪威、澳洲、日本等國家進行比較與分析，進而根據研究所得之相關文獻與實證資料，進行具體措施與困境分析，並參考國外矯正機關針對身心障礙者之各項處遇措施，建置符合我國國情身心障礙收容人之合理處遇指引及具體建議。

本研究之研究設計如圖 3-1 所示：

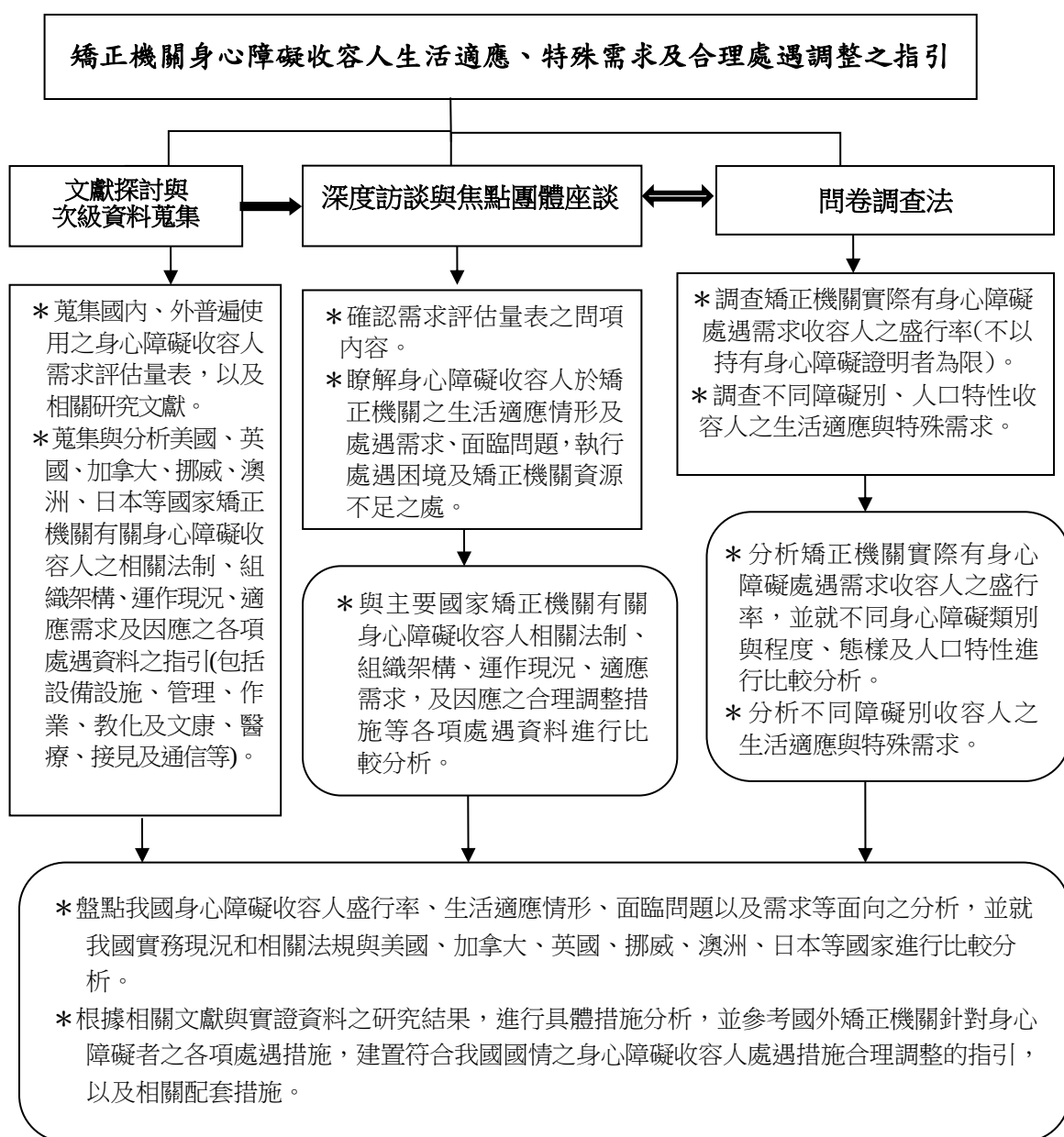


圖 3-1 本研究之研究設計示意圖

綜上，本研究之主要方向及預期效益包括：

- 一、按現行我國通用之身心障礙類別，參採國內、外普遍使用之需求評估量表，檢視矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率(不以持有身心障礙證明者為限)，並就不同身心障礙類別與程度、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情况等)，進行分析及評估。
- 二、瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，並就不同身心障礙類別、態樣及基本

資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情況等)，進行分析及評估，合理調整處遇之方向，據以作為改善的方向。

三、蒐集與分析美國、英國、加拿大、挪威、澳洲、日本等國家之身心障礙者收容於矯正機關之相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信等)，作為我國處遇之參考。

四、盤點我國身心障礙收容人盛行率、生活適應情形、面臨問題以及需求等面向之分析，並就我國實務現況和現行相關法規與前述國家進行比較分析。

五、根據相關文獻與實證資料之研究結果，進行具體措施分析，並參考國外矯正機關針對身心障礙者之各項處遇措施，建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引。

二、資料蒐集方法

為能達成本研究目標，擬以下列方法蒐集所需資料：

(一) 文獻探討法

本研究擬透過文獻探討法，蒐集二部份資料進行內容分析：1.蒐集國內、外普遍使用之身心障礙收容人需求評估量表，以及相關研究文獻；2.蒐集與分析美國、英國、加拿大、挪威、澳洲、日本等國家矯正機關有關身心障礙者收容人之相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信等)。除作為本研究的概念架構與理論基礎，並作為擬定研究工具內容(深度訪談表、焦點團體座談會及需求評估量表等工具)。亦將進一步檢視我國與各國相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信等)，作為我國身心障礙收容人處遇之參考。

(二) 深度訪談與焦點團體座談法

為建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引，有必要瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處。除了身心障礙收容人、政策規劃與執行的決策單位外，法律學、刑事政策、社會工作與社會福利、身心障礙領域，以及公共政策等相關領域之專家學者，以及法務、司法、身心障礙者福利團體實務工作與民

間社團等人員對於我國現行身心障礙收容人之生活適應、機關環境、面臨問題與處遇需求之意見，均是達成本研究主旨非常重要的訊息來源。因此，本研究在實證資料蒐集方面，將以前述人員為主要的研究對象。

本研究有關質性研究資料之蒐集方法，期能使討論議題能夠聚焦，並擬具共識，將以深度訪談法為主，並以焦點團體座談會為輔。研究期程之規劃，則採行二階段，第一階段質化資料蒐集以深度訪談法為主，除將瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題、執行處遇困境及矯正機關資源不足之處外，亦期能建構用於調查矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率，以及不同障礙別收容人之生活適應與特殊需求之問卷。有關訪談對象之選取，係採立意抽樣方式，請矯正署推薦對矯正機關身心障礙收容人特性與處遇需求非常瞭解的專家為訪談對象，以提升研究效度。在本研究撰寫期中報告前已經完成相關人員之訪談，有關受訪者之基本資料，參閱表 3-1。其中，完成訪談之精神科醫師計有 5 位；參與訪談之教化與處遇人員計有 8 位，戒護人員計有 4 位，至於身心障礙收容人則成功訪談 15 位。另進行收容人問卷調查，以及舉辦二場次之焦點團體座談會以補訪談之不足。

表 3-1 本研究深度訪談對象基本資料一覽表

參與訪談之精神專科醫師			
編號	性別	職稱	主要經歷
A1	男	科主任	教學醫院精神醫學部部主任、醫學院精神學科教授、台灣精神醫學會常務理事
A2	男	部主任	教學醫院精神醫學部部主任、醫學院醫學系部定副教授、台灣精神醫學會常務理事
A3	女	主治醫師	矯正機關附設醫院主治醫師、教學醫院精神醫學部主治醫師
A4	男	主任醫師	衛生福利部醫院身心科主治醫師
A5	男	主任	教學醫院精神部專科醫師、臺灣心理治療學會秘書長
參與訪談之教化與處遇人員			
編號	性別	職稱	機關特性
B1	女	心理師	收容對象主要為觸犯刑法判處徒刑、拘役的女受刑人，核定收容額是 1,027 名，收容人數經常維持在 1,260 人至 1,300 人之間，超額收容約 23%，收容人犯罪類型以毒品罪占 4 成。
B2	男	科長	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名，收容人數

			約在 5,300 人至 5,500 人之間。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
B3	男	科長	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名，收容人數約在 5,300 人至 5,500 人之間。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
B4	男	科長	目前以收容刑期未滿十年之累、再犯男性受刑人，核定容額 1,057 名，收容人數約在 900 人至 1,000 人之間，為中型接收監獄，毒品罪犯占六成，目前身心障礙收容人人數為 36 名，身心障礙收容人種類以肢體障礙收容人人數最多，精神障礙收容人次之。
B5	男	心理師	收容人數約在 2,200 人至 2,400 人之間，毒品罪犯占五成，目前身心障礙收容人種類以器官損傷者最多。目前有與地區醫院合作，監內設置有 X 光室及負壓隔離病房。
B6	男	心理師	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。
B7	女	心理師	收容對象主要為女受刑人，及違反毒品危害防制條例之成年女受戒治人。核定收容額是 1,267 名，收容人數約 1,250 至 1,270 名間，收容人犯罪類型以毒品罪為大宗。目前身心障礙收容人人數為 52 名，種類以精神障礙收容人人數最多。
B8	女	心理師	收容重刑及普通累、再犯收容人，核定容額為 3,401 名，收容人數約 3,600 至 4,100 名間，目前身心障礙收容人人數為 83 名，以肢體障礙及精神障礙收容人人數最多。
參與訪談之戒護人員			
編號	性別	職稱	機關特性
C1	女	主任管理員	收容對象主要為觸犯刑法判處徒刑、拘役的女受刑人，核定收容額是 1,027 名，收容人數經常維持在 1,260 人至 1,300 人之間，超額收容約 23%，收容人犯罪類型以毒品罪占 4 成。
C2	男	秘書 ²⁷	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名，收容人數約在 5,300 人至 5,500 人之間。因設有精神醫

²⁷ 秘書一職非屬戒護人員，雖受訪者現職為秘書職務，然借重其過去對身心障礙收容人之戒護管理經驗，爰將其分類為戒護管理人員。

			療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
C3	男	主任管理員	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病人、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名，收容人數約在 5,300 人至 5,500 人之間。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前收容之障礙種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
C4	男	戒護科科長	收容重刑及普通累、再犯收容人，核定容額為 3,401 名，收容人數約 3,600 至 4,100 名間，目前身心障礙收容人人數為 83 名，以肢體障礙及精神障礙收容人人數最多。
參與訪談之身心障礙收容人			
編號	性別	障礙別	收容機關
D1	男	重度精神障礙	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病人、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
D2	男	輕度視覺障礙	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病人、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
D3	男	重度肢體障礙	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病人、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
D4	男	重度聽覺障礙	國內唯一附設醫院之矯正機關。目前以收容累、再犯男性受刑人為原則，兼收身心障礙、精神病人、肺病、受戒治人、罹患急重症之受刑人，核定收容額為 4,439 名。因設有精神醫療專區，主責收容國內嚴重精神障礙收容人，目前身心障礙收容人種類以精神障礙人數最多，器官損傷者次之。
D5	女	輕度精神障礙	收容對象主要為觸犯刑法判處徒刑、拘役的女受刑人，核定收容額是 1,027 名，收容人數經常維持在 1,260 人至 1,300 人之間，超額收容約 23%，收容人犯罪類型以毒品罪占 4 成。

D6	男	中度精神障礙	目前以收容刑期未滿十年之累、再犯男性受刑人，核定容額 1,057 名，收容人數約在 900 人至 1,000 人之間，為中型接收監獄，毒品罪犯占六成，目前身心障礙收容人人數為 36 名，身心障礙收容人種類以肢體障礙收容人人數最多，精神障礙收容人次之。
D7	女	輕度智能障礙	收容對象主要為女受刑人，及違反毒品危害防制條例之成年女受戒治人。核定收容額是 1,267 名，收容人數約 1,250 至 1,270 名間，收容人犯罪類型以毒品罪為大宗。目前身心障礙收容人人數為 52 名，種類以精神障礙收容人人數最多。
D8	女	重度肢體障礙	收容對象主要為女受刑人，及違反毒品危害防制條例之成年女受戒治人。核定收容額是 1,267 名，收容人數約 1,250 至 1,270 名間，收容人犯罪類型以毒品罪為大宗。目前身心障礙收容人人數為 52 名，種類以精神障礙收容人人數最多。
D9	男	輕度視覺障礙	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。
D11	男	輕度肢體障礙	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。
D12	男	其他(癲癇)	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。
D13	男	中度智能障礙	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。
D14	男	輕度精神障礙	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。
D15	男	重度聽覺障礙	收容累、再犯男性受刑人為原則，核定容額為 2,863 名，收容人數約在 1,600 人至 1,800 人之間。目前身心障礙收容人人數為 49 名，種類以肢體障礙收容人數最多，超過半數。

本研究質化資料蒐集之第二階段，則為舉辦焦點團體座談會，依照研究目的之不同，分為二場次焦點團體座談會。第一次焦點團體座談會邀請矯正機關政策規劃與執行的決策單位相關人員，以及刑事政策相關學者參與座談。目的在於聚焦身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，並參考各主要國家制度比較之結果，期能建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引，以及相關配套措施。第二次焦點團體座談會則係邀請醫學、法律學、社會工作與社會福利，以及身心障礙政策領域相關專家學者參與座談，就我國矯正機關身心障礙收容人盛行率以及未來相關處遇規劃進行研討。

表 3-2 本研究焦點團體座談會對象基本資料一覽表

第一場次			
編號	性別	職稱	所屬機關類型
E1	女	所長	戒治所
E2	男	副典獄長	外役監
E3	男	秘書	監獄
E4	男	科長	監獄
E5	男	主任	學校
第二場次			
編號	性別	職稱	所屬機關類型
F1	男	副署長	勞政機關
F2	女	科長	社政機關
F3	女	科長	社政機關
F4	男	科長	法務部所屬機關
F5	男	主任	醫療機關
F6	男	心理師	矯正機關
F7	女	主任	社政機關
F8	女	理事長	身心障礙社福團體

(三) 問卷調查法

本研究問卷調查之目的，旨在探求矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率，以及不同障礙別收容人之生活適應與特殊需求。因此，本研究將在期中報告後接續進行問卷調查，研究對象除已經領有身心障礙證明之收容人外，將擴及一般收容人。在抽樣方面，考量矯正機關內女性收容人人數較少，而從文獻了解，男性收容人與女性收容人在很多方面均有差異，為能對女性收容人的狀況進行瞭解，故擴大女性收容人問卷調查人數。因此，女性與男性之抽樣，係按照比例分開抽樣，俾利後續推估。而為提升問卷調查之信度，問卷施測方式將採行集體施測之方式進行。有關問卷調查之施測方式，為能讓本研究調查之樣本，可以涵括各類型矯正機關，藉以提升調查效度，因此本研究有關問卷調查之填寫，在抽取調查之矯正機關後，先由矯正署代為聯絡每一矯正機關協助問卷調查之人員，再由研究團隊與協助問卷調查之人員接觸，說明本研究問卷調查之目的，

在取得其同意後，將問卷寄交各監所協助問卷施測人員，於信封中亦附加一封問卷調查說明表。總計發出 2,168 份問卷，回收之有效樣本數為 2,128 份(含 560 位領有身心障礙證明收容人)，最大抽樣誤差為正負 2.1%。而為讓研究對象能安心作答，在施測前除取得其同意並請矯正機關相關處遇人員協助進行問卷調查外，所回收之問卷將以信封個別彌封，確保作答者隱私與意見不會被揭露。鑑於許多身心障礙收容人閱讀問卷內容之能力非常有限，為提升盛行率及需求評估之準確度，擬請矯正機關中之教化或心理、社工人員協助問卷調查。本研究問卷調查時間為 110 年 6 月至 7 月，而最終問卷回收情形，則如表 3-3 所示。

表 3-3 本研究問卷調查施測情形一覽表

受測機關	有效問卷			無效問卷	未回收問卷	總計	有效百分比
	有身障 手冊	無身障 手冊	小計				
臺北監獄	10	187	197	4	0	201	98%
臺北分監 (臺北看守所)	9	76	85	3	0	88	97%
新竹監獄	11	89	100	0	0	100	100%
臺中監獄	19	174	193	3	4	200	97%
彰化監獄	85	46	131	0	1	132	99%
雲林第二監獄	78	70	148	1	0	149	99%
嘉義監獄	15	114	129	0	3	132	98%
臺南監獄	12	100	112	0	0	112	100%
高雄監獄	15	118	133	2	0	135	99%
高雄第二監獄	42	46	88	0	0	88	100%
屏東監獄	13	119	132	0	0	132	100%
花蓮監獄	81	7	88	0	0	88	100%
宜蘭監獄	120	15	135	0	0	135	100%
臺南分監 (臺南看守所)	11	73	84	3	1	88	95%
臺中女子監獄	13	108	121	3	0	124	98%
桃園女子監獄	10	121	131	1	0	132	99%
高雄女子監獄	16	105	121	0	11	132	92%
總計	560	1,568	2,128	20	20	2,168	98%

表 3-4 調查樣本性別分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
男生	1734	81.52%	81.52%
女生	390	18.34%	99.86%
其他	3	0.14%	100.00%
總和	2127	100.00%	

註：本題有 1 人漏未填寫。

接續分析本研究樣本特性。首先，從表 3-4 顯示，本研究樣本的性別比率，男性占 81.52%，女性占 18.34%，而其他性別則占 0.14%。

表 3-5 調查樣本年齡分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
20-29 歲	324	15.29%	15.29%
30-39 歲	490	23.12%	38.41%
40-49 歲	728	34.36%	72.77%
50-59 歲	394	18.59%	91.36%
60 歲以上	183	8.64%	100.00%
總和	2119	100.00%	

註：本題有 9 人漏未填寫。

表 3-5 顯示本研究樣本年齡的分布，以 40-49 歲此一年齡層所占比率最高，為 34.36%，其次依序為：30-39 歲，占 23.12%；50-59 歲，占 18.59%；20-29 歲，占 15.29%；最後則是 60 歲以上，占 8.64%。

表 3-6 調查樣本已被收容期間分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
未滿 1 年	493	23.28%	23.28%
1 年以上未滿 2 年	450	21.25%	44.52%
2 年以上未滿 3 年	312	14.73%	59.25%
3 年以上未滿 4 年	200	9.44%	68.70%
4 年以上未滿 5 年	146	6.89%	75.59%
5 年以上未滿 6 年	90	4.25%	79.84%
6 年以上未滿 7 年	74	3.49%	83.33%
7 年以上	353	16.67%	100.00%
總和	2118	100.00%	

註：本題有 10 人漏未填寫。

表 3-6 顯示本研究樣本迄今已經被收容時間分布狀況，以未滿 1 年者所占比率最高，占 23.28%，其次依序為：1 年以上未滿 2 年者，占 21.25%；7 年以上者，占 16.67%；2 年以上未滿 3 年者，占 14.73%；3 年以上未滿 4 年者，占 9.44%；4 年以上未滿 5 年者，占 6.89%；5 年以上未滿 6 年者，占 4.25%；最後則是 6 年以上未滿 7 年者，占 3.49%。

表 3-7 調查樣本入監所的主要罪名分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
暴力犯罪	312	14.78%	14.78%
財產犯罪	299	14.16%	28.94%
毒品犯罪	1147	54.33%	83.28%
公共危險	125	5.92%	89.20%
其他案類	228	10.80%	100.00%
總和	2111	100.00%	

註：本題有 17 人漏未填寫。

表 3-7 顯示本研究樣本入監主要罪名分布狀況，以毒品犯罪者所占比率最高，為 54.33%，其次依序為：暴力犯罪者，占 14.78%；財產犯罪者，占 14.16%；其他案類者，占 10.80%；最後則是公共危險者，占 5.92%。

表 3-8 調查樣本刑期分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
有期徒刑	2020	96.37%	96.37%
無期徒刑	59	2.81%	99.19%
其他	17	0.81%	100.00%
總和	2096	100.00%	

註：本題有 32 人漏未填寫。

表 3-8 顯示本研究樣本入監刑期分布狀況，以有期徒刑者所占比率最高，為 96.37%，其次依序為：無期徒刑者，占 2.81%；其他者，占 0.81%。

表 3-9 調查樣本是否曾經領取身心障礙證明分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
沒有	1568	73.68%	73.68%
有	560	26.32%	100.00%
總和	2128	100.00%	

表 3-9 顯示本研究樣本是否曾經領取身心障礙證明的分布，沒有領取身心障礙證明者所占比率為 73.68%，有領取身心障礙證明者所占比率為 26.32%。

表 3-10 領有身心障礙證明調查樣本之障礙類別分布狀況

	次數	有效百分比	累積百分比
神經系統構造及精神、心智功能	210	37.50%	37.50%
眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	46	8.21%	45.71%
涉及聲音與言語構造及其功能	21	3.75%	49.46%
循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	6	1.07%	50.54%
消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	33	5.89%	56.43%
泌尿與生殖系統相關構造及其功能	6	1.07%	57.50%
神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	230	41.07%	98.57%
皮膚與相關構造及其功能	8	1.43%	100.00%
總和	560	100.00%	

註：本題有 7 人漏未填寫。

表 3-9 顯示本研究樣本領有身心障礙證明調查樣本之障礙類別分布狀況，以神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能者所占比率最高，為 41.07%，其次依序為：神經系統構造及精神、心智功能者，占 37.50%；眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛者，占 8.21%；消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能者，占 5.89%；涉及聲音與言語構造及其功能者，占 3.75%；皮膚與相關構造及其功能者，占 1.43%；最後則是循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能及泌尿與生殖系統相關構造及其功能者，各占 1.07%。

三、研究工具

由於本研究兼採質、量並重的資料蒐集方法。故在研究工具之制訂上，乃包括質化研究工具(包括深度訪談表、焦點團體座談會題綱)與問卷量表二大類：

(一) 質化研究工具

為期深度訪談盡可能一致，以避免訪談過程中所造成的差異，本研究在進行訪談之初，係採開放式之訪談法，惟為求研究主題能夠聚焦，乃使用預先編制的

訪談題綱，待所蒐集資料逐漸飽和後，進行歸納分析。

而二個階段的質化研究重點與方法皆不同，第一階段將採行深度訪談方式，目的在於建構矯正機關身心障礙收容人盛行率及處遇需求評估量表之問項內容初稿，並針對矯正機關身心障礙收容人以及處遇、戒護領域相關實務工作人員進行深度訪談，瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處。本研究有關深度訪談之進行，計訪談三類人員：1.精神專科醫師：訪談目的在建構精神障礙盛行率評估工具，訪談題綱請參閱附錄一；2.矯正人員：包括教化與處遇人員以及戒護人員等二類與身心障礙收容人有實際接觸之矯正人員，訪談目的除瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處外，並確認身體功能障礙與智能障礙盛行率調查工具之內容，訪談題綱請參閱附錄二；3.身心障礙收容人：訪談目的在瞭解各類型身心障礙收容人在監執刑之生活適應情形、處遇需求及面臨問題，訪談題綱請參閱附錄三。

至於第二階段質化資料蒐集之重點，則是舉辦二次的焦點團體座談會。第一次焦點團體座談會之目的，係為聚焦身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，並與各主要國家制度比較之結果，期能建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引以及相關配套措施。第二次焦點團體座談會則在收容人問卷調查結束後舉辦，就我國矯正機關身心障礙收容人盛行率以及未來相關處遇規劃進行研討，兩次焦點座談會的訪談題綱請參閱附錄四。

（二）收容人問卷調查表

本研究所進行的問卷調查，旨在瞭解矯正機關有身心障礙處遇實際需求收容人之盛行率，以及不同障礙別收容人之生活適應與特殊需求等議題。因此，在問卷量表之編訂上，將分為三大部分：1.受調查者目前的健康狀況，藉以估算矯正機關身心障礙收容人的盛行率；2.若存在障礙，則處遇需求有哪些？以及對於目前接受處遇的觀感；3.基本人口變項，包括性別、年齡、刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情形等變項。有關問卷內容方面，考量收容人答題能力，不宜使用評估項目過多的工具，因此在第一部份有關身體功能障礙之測量，採用華盛頓小組開發之「華盛頓小組簡短調查問項組」(Washington Group Short Set, WG-SS)，本工具被許多國家、非政府組織、身心障礙者組織廣泛使用，且顯示出良好的特異性，並且適合進行國際比較。而考量認知功能障礙之測量不易，本研究先參考國內外相關工具，分就精神障礙與智能障礙編制問卷初稿，再經由針

對學者專家的深度訪談中，抽取適合我國收容人之題項，有關收容人調查問卷，請參閱附錄五。同時為提升本研究問卷施測信度，問卷調查採用集體施測方式進行，在施測過程若收容人對問卷內容有疑問，由施測者予以解說。在收容人完成問卷填寫事宜後，則放入信封中收回。

有關本研究智能障礙測量題項的因素負荷量、因素解釋變異量與 Cronbach's Alpha 係數，分列如表 3-11 所示，顯示本量表具有相當良好的信、效度。

表 3-11 本研究智能障礙測量題項信、效度一覽表

變項	因素負荷量
閱讀信件或書籍是否需要協助	0.821
填寫表格是否需要協助	0.824
是否可以聽懂管理員的指令	0.68
在記得工場作業程序方面是否有困難	0.737
解釋變異量	58.985%
內在一致性 Cronbach's Alpha 係數	0.77

有關本研究精神障礙測量題項的因素負荷量、因素解釋變異量與 Cronbach's Alpha 係數，分列如表 3-12 所示，顯示本量表具有相當良好的信、效度。

表 3-12 本研究精神障礙測量題項信、效度一覽表

變項	因素負荷量
過去 30 天中經常會感到自己很糟糕(或/沒用/有罪惡感)	0.820
過去 30 天中經常會感到不安或煩躁	0.829
過去 30 天中經常會感到沮喪且感覺什麼事情都不能快樂起來	0.849
過去 30 天中時常出現不如死掉或傷害自己的念頭	0.799
過去 30 天中是否覺得自己情緒經常很亢奮(high)	0.606
過去 30 天中是否會聽到別人聽不到的聲音或看到別人看不到的東西	0.740
過去 30 天中是否覺得某人可以在腦海中控制思想	0.776
解釋變異量	60.518%
內在一致性 Cronbach's Alpha 係數	0.89

第二節 資料處理與分析

本研究在設計上兼採質化與量化研究途徑，故在實證資料分析上亦分別就質的資料與量的資料進行分析工作。二種資料分析途徑說明如下：

一、質的資料分析

就質的資料而言，本研究所蒐集的主要是深度訪談與焦點團體座談會資料。在資料分析上，本研究除在研究過程中持續蒐集資料，另一方面則將所得資料歸類並將之排序與分組，同時運用比較及交叉比對的方式來評估資料的可信度，俾便於改進研究人員對資料組型的理解，以及撰寫抽象的綜合性論題或概念。資料分析較傾向採用歸納方式，但本研究在適當時機，同時亦採用演繹思考的方式。換言之，研究人員在撰寫抽象的綜合性論題或概念時，思路在分析原始資料以及改寫暫時性分析之間來回檢視。以期綜合各種研究法所蒐集之資料，並參考國、內外研究文獻，作為瞭解矯正機關身心障礙收容人生活適應、特殊需求及合理調整處遇指引等具體建議的參考。

二、量的資料分析

量的資料主要是透過問卷調查的途徑獲得，對於此等資料的分析，本研究將採取如下的分析方式：

- (一)次數分配與百分比：以次數分配法、平均數及百分比瞭解樣本特性，以及各調查變項之分配情形。
- (二)卡方檢定：使用卡方檢定法來分析受試樣本基本人口變項在本研究各變項之差異情形。

第三節 研究倫理

社會科學係以人作為研究對象，研究者必須掌握學術自由和研究倫理的尺度。研究倫理是學術社群對學術研究行為之自律規範，依據臺灣社會學會研究倫理守則，基本原則是保護研究者從事研究的自由，同時確保研究對象不受任何傷害，是社會科學研究倫理的基本原則(臺灣社會學會，2020)，只有如此，研究才能合宜有效進行，並獲得社會的信賴與支持。研究倫理指引研究者進行研究時必須遵守的研究行為規範。隨著人權意識的高漲，個人資料保護法之立法通過，以及社會研究的普及，研究者確切瞭解研究倫理，除了可以避免與研究對象及相關人員

發生衝突外，並可以提升學術研究的品質。本研究的研究人員於進行研究前均接受一定時數以上的學術研究倫理教育課程，並取得證書。

本研究的研究對象除焦點團體專家學者外，主要研究對象是矯正署所屬教化人員及收容人，其中收容人屬因所處環境、身份或社會經濟狀況而容易遭受不當影響、脅迫或無法以自由意願做決定者的「易受傷害族群」，因此本研究於進行實證研究前，除謹遵「以誠實且尊重的態度對待研究參與者」、「取得研究參與者的知情同意」、「尊重研究參與者的隱私及注意匿名保密原則」、「讓研究參與者受惠並避免受到傷害」、「確保研究參與者擁有資料和得知研究結果的權利」及「適當處理和研究參與者間關係」等六項倫理守則外，相關的研究計畫、訪談大綱、問卷內容等研究工具，均依照委託機關法務部矯正署之規定，提出研究倫理自律審查評估表供該機關審查，同時也經過中央警察大學倫理審查會之專家審查通過，確保本研究不會侵害受訪者之權益與安全，符合學術倫理之規範。

此外，在對研究倫理守則上，本研究從「採取適當的研究方法和程序」、「確實的呈現研究方法和結果」及「注意論文寫作倫理」三方面遵守，鈕文英(2013)認為，研究者不只須具備足夠的知識能力，應選擇適當的方法和程序進行研究，也該謹守倫理原則，不為迎合預期目的，而任意選擇最方便的方法和程序。本研究係以科學研究的態度，審慎選擇研究者認為最適合的研究方式，包括焦點團體座談、深度訪談及問卷分析方法，並於研究進行前提出相關計畫，包括研究方法和程序，經委託機關審查同意後，始進行實證資料蒐集。且在資料蒐集前，未預設研究結論，而以資料分析結果為依歸。再者，研究者應要真實且正確的呈現研究方法和結果，並詳細的描述研究的缺失及限制，以供讀者了解研究得可信程度(鈕文英，2013)，本研究為達到上述要求，除在本節詳細說明研究方法及相關的研究工具外。研究對象的資料收集均由本研究的研究人員輸入與分析，另外深度訪談及焦點團體受訪者部分則做成逐字稿以貼近受訪者原意，資料分析上力求真實呈現受訪者的回答，不刻意修改或隱瞞資料，研究成員對本研究資料的真實性負完全的責任。最後在論文寫作倫理方面，謹遵循尊重他人智慧財產權原則，本研究於研究中引用他人研究資料部分，均載明出處，力求正確引注他人資料，避免有嫖竊或抄襲之嫌。

第四章 各國矯正機關身心障礙收容人處遇現況

鑒於我國監察院於 2019 年對矯正機關提出糾正，認為矯正機關對於精神障礙收容人並未採取適當的處遇措施，致使身心障礙收容人的健康狀況在收容期間惡化，因此國外矯正機關近年對身心障礙收容人採取的處遇措施與策略，應可供我國參酌。在本章中，將針對美國、英國、加拿大、挪威、澳洲及日本等六國身心障礙處遇現況進行分析，在各節中，分別由法制概況為發軔，簡介相關法律規定、組織架構及矯正經費之概況，進而介紹身心障礙收容人之盛行率及身心障礙評估工具與流程，接著簡述現行運作狀況，後續則呈現有關身心障礙處遇措施之現況。本章最末將統整各國資料與我國現況進行比較分析，以供我國後續相關政策推動之參考借鏡。

第一節 美國

一、法制概況

(一)法律規定

美國「憲法」(Constitution of the United States)和兩項主要的聯邦身心障礙者反歧視法案—「美國身心障礙者法案」(Americans with Disabilities Act, ADA)與「復健法案」(Rehabilitation Act, RA)，為保障身心障礙者權益的主要法律²⁸。因此，矯正人員必須避免歧視、對身心障礙收容人應盡量整合各方面的資源，執行相關的計畫、服務和活動以及個別化處遇，並對具嚴重醫療和心理健康需求之收容人提供合理的治療(Schlanger, 2017:323)。美國對於身心障礙收容人相關之規範，主要在美國法規標題 18 的犯罪和刑事訴訟程序第三部分，包括：第 307 章就業(第 4121–4130 條)、第 313 章—患有精神疾病或缺陷的犯罪者(第 4241–4248 條)、第 317 章—婦女機構(第 4321–4322 條)及第 319 章-國家矯正協會(第 4351–4353 條)等(The Legal Information Institute, 2020)。在「美國身心障

²⁸ 美國在 1990 年通過「美國身心障礙者法案」(Americans with Disabilities Act, ADA)，並於 2008 年進行法案修正(ADA, 2018)。ADA 的目標是美國社會的各個層面都應該積極保障身心障礙者的人權，要求相關部門，不管身心障礙者是身處社區或是矯正機關中，皆可以獲得所需的支持服務。若是無法保障身心障礙收容人基本人權，將使矯正機關面臨相當大的法律風險，並為收容人和矯正人員帶來安全隱憂。根據 ADA 的規定，矯正機關可以透過以下策略讓身心障礙收容人獲得公平待遇：(1)對新入監收容人進行身心障礙需求評估；(2)保留對身心障礙收容人所有服務的紀錄；(3)對身心障礙收容人提供個別化需求服務；(4)提供適當的人員培訓課程(Bryant, 2019)。

礙者法案」(ADA)中規定，身心障礙者不得因其具身心障礙而被排除或剝奪參與公共服務、計畫或活動，以及受到任何歧視。美國最高法院(The U.S. Supreme Court)在1998年Yeskey控訴賓州矯正局之判例中，確立了ADA第二章規定適用於州矯正機關中的身心障礙收容人；另該院在2006年喬治亞州遭到身心障礙收容人控訴之判例中，將ADA第二章對收容人之保障範圍擴及至「美國憲法第八修正案」(Eighth Amendment to the United States Constitution)中有關酷刑和其他形式虐待的懲罰條款之規定。而美國「復健法案」(Rehabilitation Act, RA)第504節則適用於聯邦、州矯正機關，以及民營化矯正機關(Ballinger & Nguyen, 2019:2)。

(二)組織架構

美國矯正機關的發展可以追溯到18世紀，1776年國會通過決議，規定被指控犯下聯邦罪行的罪犯，可將其關押到郡監獄或州監獄服刑，第一個重罪監獄是費城的胡桃街監獄(Walnut Street Prison)，成立於1790年，不久後頒布聯邦刑事法令，明確規定聯邦矯正系統收容人關押至胡桃街監獄。後來奧本監獄、西部重刑監獄等聯邦監獄相繼建立，而紐約州、密西根州、賓州也陸續建立該州矯正系統。1891年國會批准「三監獄法案」(Three Prison Act)，授權在堪薩斯州的利文沃斯(Leavenworth)、喬治亞州的亞特蘭大(Atlanta)以及華盛頓州的麥克尼爾島(McNeil Island)三處設立聯邦重刑監獄，聯邦矯正系統從此建立。1930年5月30日，國會通過議案批准成立聯邦矯正局(Federal Bureau of Prisons)，負責管理聯邦矯正機關，各州的矯正機關則由各州矯正部門管轄(Federal Bureau of Prison, 2020)。目前美國矯正機關係由聯邦政府和州政府共同管理，但聯邦及各地方矯正機關的處遇方式不盡相同。

(三)矯正經費

依據美國司法部(The United States Department of Justice, DOJ)在2019年預算審查報告書內容指出，在2017年12月聯邦矯正機關之收容人人數為184,402名，2019年收容人照護之預算編列為2,665,426,000美元，該預算執行事項包括：收容人之伙食、醫療、設施、衣物、福利服務，交通、酬金、人事費以及提供收容人照護直接相關之運作成本，並包含收容人教化和職業培訓、藥物治療、人際關係、宗教和心理服務等費用。以美國聯邦矯正署2017年收容人照護費用決算金額進行分析，該年度投入收容人醫療費用總數為1,178,957,000美元、伙食為394,908,000美元、管理費用為473,178,000美元、藥物治療為117,014,000美元，

教化費用為 137,171,000 美元、心理服務為 73,762,000 美元、宗教服務為 47,838,000 美元。由前述金額可得，收容人之醫療費用約占聯邦矯正署當年度經費之半數(The United States Department of Justice, 2017: 19)。

由上述資料對應即將介紹之美國矯正機關收容人身心障礙盛行率，不難看出聯邦矯正署在收容人醫療照護上，必須投入相當大量經費之理由。除了收容人慢性疾病之醫療成本外，收容人自殺問題向來是矯正機關所面臨最大問題之一，而收容人在矯正機關內自殺身亡乃為矯正機關遭到控訴的常見原因，訴訟衍生之費用亦進一步增加矯正機關成本。因此，矯正機關必須對新入監的收容人進行詳細的自殺意念評估，同時需要一個監督系統，額外指派人員專責監測具自殺意念風險之收容人，因此照顧精神障礙收容人之費用比其他收容人高。依據德州監獄(Texas prisons)在 2003 年的統計資料顯示，每年花費在精神障礙收容人的金額為 30,000 至 50,000 美元，而其他收容人則為 22,000 美元；佛羅里達州的布勞沃德縣監獄(Florida's Broward County Jail)在 2007 年的統計數據指出，照顧精神障礙收容人每天的花費為 130 美元，而其他收容人每日則為 80 美元；華盛頓州監獄(Washington State prisons)在 2009 年之統計數據，病況最為嚴重的精神障礙收容人每人每年花費約 101,653 美元，而其他收容人每年約為 30,000 美元，而且這些費用還不包括矯正機關日益增加的訴訟費用。由於在矯正機關中，精神障礙收容人比其他收容人更需要妥善之處遇措施，重返社會前亦需要更為周延之轉銜計畫。由於收容期間更長，花費自然較其他收容人高(Fuller, Zdanowicz, Sheriff, Richard, Eslinger, Biasotti & Doris, 2014:7)。

二、身心障礙盛行率及身心障礙評估工具與流程

(一)美國矯正機關身心障礙盛行率

鑒於美國政治體制為極度分權國家，矯正機關亦分由聯邦、州及地方政府各自管轄，過去雖然已有諸多研究探討矯正機關收容人之身心障礙盛行率，然而以全國矯正機關收容人為對象進行大規模之調查研究，卻猶如鳳毛麟角。Bronson 等人(2015:1)以美國司法統計局(Bureau of Justice Statistics,BJS)在 2011 年至 2012 年進行之全國收容人調查 (National Inmate Survey,NIS-3)數據資料進行分析，提出矯正機關收容人身心障礙盛行率報告，據估計在聯邦及州矯正機關約有 32% 收容人至少有一種身心障礙類別。以性別進行分析，矯正機關女性收容人身心障礙盛行率相較於男性收容人較高：在聯邦及州矯正機關收容人身心障礙盛行率，

女性與男性收容人之比率分別為 40%及 31%；在地方矯正機關，女性與男性收容人之比率則分別為 49%及 39%。

然而 Bronson 等人(2015:2)同時在報告中指出：上揭數據有幾個侷限性，諸如：1.該調查並非用於評估收容人身心障礙之成因，無法瞭解身心障礙和監禁之間的相關性，亦無法用以推斷身心障礙狀況與犯罪之間的因果關係。2.該調查並未詢問身心障礙症狀發生之頻率或限制、削弱收容人工作能力之程度，且該數據並未經醫療記錄或診斷數據驗證。3.身心障礙者可能會因周遭的環境或社會條件因素，影響個人看待身心障礙對自己生活的影響，例如透過適當的醫療和居住條件將某些障礙的影響降至最低，收容人可能會認為自己在生活上並無影響太多，因此該統計資料之結果可能因此而被低估。4.部分收容人可能礙於嚴重的認知限制，從而使他們無法完全理解調查程序或問題。5.部分身心障礙（如聽力障礙）類別之收容人，可能比其他收容人更難完成調查。Schlanger (2017:295)參考 Bronson 等人所提出之研究成果，提出上述統計數據僅針對判決確定之收容人進行統計，若將審前被拘留者納入統計對象，矯正機關內身心障礙收容人之比率要高得多。

美國司法統計署(Bureau of Justice Statistics)在 2006 年發表全國矯正機關收容人精神障礙盛行率之研究報告，該報告資料彙整自該署於 2004 年對聯邦和州矯正機關收容人(包括聯邦矯正機關 70,200 名；州矯正機關 705,600 名)，以及 2002 年對地方矯正機關收容人(479,900 名)進行結構化之個別問卷調查成果。研究指出，截至 2005 年中期為止，矯正機關收容人約半數以上有精神健康問題，各級矯正機關收容人之精神障礙盛行率分別為：州立矯正機關約為 56%、聯邦矯正機關約為 45%，以及地方矯正機關約為 64%(James& Glaze, 2006:1)。Mulvey 與 Schbert (2017:232)援引上揭資料指出，美國地方矯正機關約 10%至 20%之收容人罹患嚴重的精神疾病，州立或聯邦矯正機關則有 25%之收容人患有嚴重精神疾病，是一般人口的 3 至 6 倍。此外，Baillargeon 等人(2009:103)研究 2006 年 9 月 1 日至 2007 年 8 月 31 日在德州矯正機關服刑收容人，共 79,211 人，回溯研究對象被監禁前 6 年之病史及犯罪史，發現矯正機關中近 10%收容人罹患精神疾病，這些精神障礙收容人重複被監禁，而再犯率最高的犯罪類型為財產犯罪。

此外，就智能障礙而言，美國目前雖無矯正機關收容人智能障礙盛行率之全國調查資料可稽，然而矯正機關內收容人之智能障礙盛行率仍是許多研究者所試

圖探究的議題。Schalock 等人(2010:117)對總人口與矯正機關收容人之智能障礙盛行率進行比較研究發現，智能障礙分類的關鍵決定因素之一，是智商得分低於 70，大約有 2%人口的智商得分低於 70；第二個關鍵決定因素是適應性行為（即日常生活能力）缺陷，而第二個因素被認為可將總人口中，智能障礙者之盛行率降到 0.5%至 1%。過去許多研究試圖推算矯正機關中智能障礙收容人之盛行率，研究結果呈現極大的落差，然而多數研究估算在司法系統中，智能障礙收容人之盛行率大致落在 4%至 10%之間，若以平均值 7%對應前述總人口數中智能障礙者的盛行率（0.5%至 1%），則得出矯正機關智能障礙收容人之盛行率，相較一般社區人口達 7 倍之多（Scott, 2020:3）。例如：賓州精神健康與司法中心（Pennsylvania Mental Health and Justice Center of Excellence, CoE）報告指出，在 2006 年至 2011 年間，從賓州矯正機關所釋放的 61,491 名收容人資料顯示，其中有 5%智商得分在 70 以下(CoE, 2012:4)。

（二）身心障礙評估工具與流程

1. 身心障礙評估工具

在 Bronson 等人 (2015:2)所提出 2011 年至 2012 年全國收容人調查 (National Inmate Survey, NIS-3)身心障礙收容人之盛行率調查工具，係採用美國人口普查局（U.S. Census Bureau）在 2012 年進行的美國社區調查（American Community Survey, ACS）所建構之工具，包含 6 個問題來衡量是否有身心障礙狀況²⁹，包含：(1)聽力-您是聾人還是聽力有嚴重困難？(2)視力-您是盲人還是戴著眼鏡時看東西仍覺得困難？(3)認知-由於身體、精神或情感方面的問題，您在注意力集中、記憶或決策方面是否存在嚴重困難？(4)行動—您走路或爬樓梯有嚴重困難？(5)自我照護—您在穿衣或洗澡方面有困難？(6)獨立生活-由於身體、精神或情感上的問題，您是否難以獨自進行各種活動，例如：進餐、外出、在該設施內或外工作、上課或參加課程？

基於矯正機關收容人精神障礙問題之嚴重性，為防止收容人自殺情況發生，及早評估收容人心理健康狀況、識別收容人自殺風險，矯正機關逐漸推展心理健

²⁹American Community Survey (ACS) 所使用之問題題項雖與「華盛頓身心障礙統計小組」(Washington Group on Disability Statistics, WGDS)所發展之「6 個障礙問題題組」(6-question disability measure)相似，然而 ACS 並沒有進一步評估受訪者之障礙程度，僅以「是」、「否」了解受訪者是否有身心障礙情形（美國人口普查局 <https://www.census.gov/topics/health/disability/guidance/data-collection-ac.html>，瀏覽日期:2021.3.15）。

健康管理措施。在過去十幾年來，美國各矯正機關使用各種不同的心理健康評估工具(Henry,2020:4 ; Teplin, 1990)，而「The Brief Jail Mental Health Screener (BJMHS)」是美國司法部在 2002 年委託研發之簡要心理健康初篩工具，截至 2018 年，大約有 30%美國矯正機關使用(Callahan & Noether, 2018:2)。

智能障礙者在進入刑事司法系統時，因其囿於對法律規定和流程瞭解有限，加上不熟悉刑事程序之運作，導致他們不瞭解後果而放棄權利，促使他們面臨被錯誤定罪之風險；若經他人增強暗示，又被想要取悅他人的動機所驅動，將增加身心障礙者認罪風險(Scheyett, Vaughn, Taylor& Parish, 2009:13 ; Brodsky & Bennett, 2005:4)。因此，在刑事司法系統中，及早識別智能障礙者是非常重要的。然而 Scheyett 等人(2009: 21)研究發現，在某州的矯正機關中，僅有 6%使用經過驗證之智能障礙者評估工具，53%則依賴矯正管理員的觀察及報告，有些矯正機關則根本無對收容人進行身心障礙分類之程序，顯見整體在實踐上，仍仰賴各級政府的重視與支持。

賓州精神健康與司法中心（Pennsylvania Mental Health and Justice Center of Excellence, CoE）在 2012 年提出智能障礙者在刑事司法系統中之處遇研究報告指出，智能障礙的診斷由三部分組成：智力測驗（例如：WAIS、Stanford-Binet）、適應性行為測試及訪談或先前智能障礙相關的診斷記錄，而這些評估通常由訓練有素的心理學家或其他經過特殊培訓的專業人員完成(McKenzie et al., 2012:791)。鑒於矯正機關環境之特殊性，若沒有專門為矯正機關收容人設計適應功能的評估內容與標準，則無法就收容人智能障礙進行評估(Tasse, 2009:5 ;Brodsky & Galloway, 2003: 6)。在 2012 年，賓州已有部分矯正機關已設計智能障礙收容人的初篩程序。目前在美國刑事司法體系中使用之經過驗證的簡短智能障礙篩選工具包括：英國學者 McKenzie 等人(2012)研發的 Learning Disability Screen Questionnaire（LDSQ）以及澳洲學者 Hayes (2002)開發之 Hayes Ability Screening Index(CoE, 2012:8)。綜上，美國聯邦及州矯正機關已然關注到收容人之身心障礙盛行率，並為及早辨識身心障礙收容人設計相關評估工具及流程。

2.身心障礙評估流程

在身心障礙評估流程部分，美國聯邦矯正署在 2017 年訂頒之身心障礙收容人處遇計畫(management of inmates with disabilities)內容中規定，矯正機關在收管新進收容人前，會先行在所有資料庫搜尋、進行收容人初步篩選分析，對疑似為身心障礙收容人進行編碼程序，疑似有身心障礙之收容人，分別編以：SCRN DIS

C—表示收容人曾接受過個別化教育、接受特殊教育、智商低於 70、被診斷為身心障礙者或被認為有智能障礙影響學習之情形者；SCRN DIS P—係指有視覺或聽覺等感官障礙、身體功能障礙導致影響日常生活活動或獨立生活之能力；SCRN DIS O—則為疑似身心障礙者。矯正機關可依上述編碼結果作為身心障礙收容人個別化處遇及指派收容機關之參考。在收容人抵達指定矯正機關後，由健康、心理和教化部門對收容人進行逐案評估，由健康服務人員對標註為 SCRN DIS P 和 SCRN DIS O 之收容人進行評估；而教化人員則負責所有標註為 SCRN DIS C 之收容人執行更精確地篩選，並記錄調查結果；任一部門發現收容人有身心障礙的徵兆，即轉診至醫療或心理專業門診進行評估(Federal Bureau of Prisons, 2017:4-6)。

三、現行運作狀況

在身心障礙者人權提升之背景下，各界亦關注矯正機關身心障礙者在收容期間之處遇狀況，渠等收容處遇需求亦逐漸受到重視。人權意識之提升，除了對刑事政策造成衝擊，並對矯正機關形成嚴峻的挑戰。美國矯正機關取代精神療養機構成為精神障礙者之收容處所，晚近多認為與美國在 1960 年代推動「去機構化」³⁰有關，該政策造成精神醫療機構大幅減少，同時對精神病人之自由意志尊重提高，使強制治療更難以執行；加上精神醫療財政支出減少，部分病患對疾病無病識感，間接增加被逮捕的機會，矯正機關取代醫療機構成為大型精神療養院。因此，Baillargeon 等人(2009:107)建議，應該將嚴重精神疾病犯罪者轉移到以社區為基礎的精神衛生服務系統代替監禁。無獨有偶，去機構化運動同樣使居住在特教機構中的智能障礙者數量急劇減少，在 1967 年約有 194,650 人在特教機構，至 2004 年大幅下降為 41,653 人，但卻直接促使智能障礙者進入刑事司法系統的人數增加，反而造成更嚴重的人權侵犯(Scheyett et al., 2009:21)。

美國精神疾病犯罪者的社區治療是屬於刑事司法系統管轄，由法院裁定緩刑，精神疾病犯罪者強制接受治療，其中包括強制性門診治療或由觀護人轉介治療，不遵守強制治療將可能導致假釋被撤銷。另一些犯罪者是被法院從刑事司法系統轉移到精神衛生系統，完成指定治療方案將可取消刑事處分。社區治療需要精神衛生處遇人員和刑事司法系統人員之間密切聯繫，評估精神病人病情進展和需求。

³⁰ 「去機構化」是指：將被診斷出患有精神障礙或智能障礙者安置於社區精神衛生機構，取代長期在精神療養機構的過程。在 20 世紀晚期，由於許多精神病醫院倒閉，致使越來越多的身心障礙者在家中、中途之家、診所或醫院中(<https://en.wikipedia.org/wiki/Deinstitutionalisation>，搜尋日期:2021.3.9)。

現行美國精神疾病犯罪者除入監服刑、接受強制社區治療之外，另一個精神衛生服務為司法精神醫療機構，以伊利諾州為例，這些司法精神醫療機構的等級分別為：低度安全戒護、中度安全戒護及最高安全戒護。低度安全戒護環境包括：門禁管制、全天候有工作人員監督，通常為輕罪、非暴力犯罪及低風險的收容人於此接受治療。中度安全戒備的司法精神醫院環境有：門禁、監控設備，訪客限制及個人物品使用的限制。最高安全戒護為：限制性環境、專門設備持續監控觀察，主要安置有高度攻擊危險病患及具有實質潛逃能力的收容人（林詩韻，2019:9）。

相較於精神障礙者因政策被迫排擠至刑事司法系統之末端－矯正機關，美國對智能障礙者提供較多的支持服務，在社區中投注較多的資源和支持服務（Conroy & Bradley, 1985: 186）。理論上，智能障礙者得到社會較多資源挹注之下，應可獲得較為妥善之照護，然而相關研究發現，智能障礙者進入刑事司法系統之人數仍超出預期。根據非營利身心障礙者社區支持團體「美國社區選擇及資源網絡」(American Network of Community Options and Resources, ANCOR) 在 2020 年提出的報告指出，美國有 40 萬智能障礙者正在等候社會福利團體提供支持服務，且人數持續增加中。部分個案在等待過程中，因未能得到及時的支持服務，導致無家可歸、流落街頭，成為犯罪的被害者(Savage, 2015)，而部分智能障礙者則從事犯罪行為，以解決他們缺乏支持而導致生活陷入困境的情況。智能障礙者囿於智能的限制，以及取悅他人的人格特徵（Scott, 2020:4），加上對刑事訴訟程序缺乏瞭解，一旦被捕，比其他人更有可能被定罪和判刑。當智能障礙收容人在矯正機關收容期限屆滿須轉介至中途之家時，經常會因為中途之家資源不足無法入住，迫使其繼續留在矯正機關內（Weiss, 2013）。

綜上，過去美國由於政策失當，加上社會福利系統資源不足，致使身心障礙者最終淪落至刑事司法系統中，導致刑事司法系統雖試圖在前端將身心障礙犯罪者分流至社區處遇或司法精神醫療機構，然而當該二機構資源不足情況下，迫使矯正機關擔負收容身心障礙者之責任。儘管 ADA 已多次對矯正機關之收容條件提出相關建議，然部分研究者對此提出批判，認為矯正機關對於需要結合跨領域團隊穩定地提供治療、支持及服務之身心障礙者而言，其能力及責任十分有限。整體而言，矯正機關對需要治療、大量支持和服務才能生活的身心障礙者而言，並非一個理想的處所（Scott, 2020:7）。然而誠如相關文獻所指陳，若矯正機關未能正確識別身心障礙收容人、評估身心障礙收容人之個別需求、給予適切之個別化處遇，往往會造成身心障礙收容人無法適應矯正機關內之生活管理，造成身心

無法負荷，甚而惡化身心健康狀況。因此，美國聯邦、各州及地方矯正機關為確保矯正人員正確識別身心障礙收容人，並落實追蹤管理及提供服務，發展出對身心障礙收容人之處遇規範。

四、身心障礙收容人處遇措施

矯正機關的收容環境並不適合身心障礙收容人，且相關處遇措施亦難以符合身心障礙收容人之需求，因此提供身心障礙收容人個別化處遇相形重要。部分研究指出，智能障礙與精神障礙收容人，在矯正機關中的表現通常較差，加上懼於暴露自己的身心障礙情況而削弱參加教化課程之意願，因此在矯正機關中更易受到懲罰，且容易成為受虐者，或向其他收容人習得暴力及反社會行為，以及被判處較重之刑責(CoE, 2012:5)。因此，為保護這兩類身心障礙收容人，矯正機關除了訂定全面性身心障礙收容人處遇方案外，亦有部分矯正機關鑒於精神障礙及智能障礙收容人之獨特性，特別擬訂專門之處遇計畫。以下就身心障礙收容人處遇計畫、有效的矯正心理健康服務－擴大改善處遇指南、美國身心障礙者法案對收容人相關權利指南，以及智能障礙收容人計畫等簡介如下：

(一)身心障礙收容人處遇計畫

美國聯邦矯正署在 2017 年製作「身心障礙收容人處遇計畫」(management of inmates with disabilities)，在該計畫中，除包含身心障礙相關定義、中央及地方的權責及任務分工、員工之培訓規定外，更包含矯正人員對身心障礙收容人之工作指引，以及提供身心障礙收容人心理、文康、教化、醫療及居住的服務：

1.心理服務

矯正機關除轉介醫療或提供教化服務外，可對認知或肢體障礙收容人提供個別心理治療，並針對身心障礙收容人之情緒困擾、精神障礙等，制定治療計畫，若機構內有多名身心障礙收容人，並可成立支持小組。

2.文康與教化

在文康與教化方面，除提供收容人在收容期間之文康活動外，由教化人員提供教化及職業訓練，並制定義務教育計畫。參加義務教育計畫之收容人，將經由能力測驗作為評估之基礎，在初篩程序中被標註為 SCRN DIS C 者或經判斷疑似有精神或智能障礙者，則轉介進一步評估。除了物理設施上的考量外，尚含括輔助設備及技術、口譯員、完成處遇額外需要的時間，或是特殊的標示（如提供較大字體）等。

3.醫療服務

醫療服務方面，在收容人入監時，皆由醫療人員對收容人進行身心障礙功能評估，並建立醫療職責及收容人所使用的醫療設備資訊記錄。

4.舍房服務

在舍房服務方面，美國司法部規範各級矯正機關之設施須符合 ADA 無障礙設計之標準。矯正機關可主動或經由收容人請求，提供身心障礙收容人適合的居住設施，由於居住設施需求因人而異，因此必須考量個別化的使用需求。

5.衣著及物品

矯正機關有通用之制式衣著及物品，除為身心障礙收容人量身修改衣物外，亦應根據醫療人員之建議，購置適合身心障礙收容人使用之物品。

6.復歸社會前的準備

當身心障礙收容人復歸社會前，矯正機關須將收容期間之轉診資料送交居所之社區身心障礙支持部門；當身心障礙收容人獲釋之時，矯正機關將通知社工及復歸事務協調員，為身心障礙者提供當地的資源、專業服務或直接安置。

此外，有些身體功能障礙或行動不便之收容人可能需要使用輔助技術（例如助聽器、輪椅及義肢）。在某些情況下，收容人可能不需要一直使用這些設備。因此在計畫中特別提醒矯正人員，收容人不使用這些設備並非違紀行為，亦非不需要該設備之意。除非緊急情況發生，否則在從收容人身上移走設備之前，應諮詢臨床醫生或適當的醫療服務提供者；如果要卸下設備，則應在適當、安全的地方進行。同時，矯正機關應考量身心障礙收容人在收容期間獲得同伴支持的需求（Federal Bureau of Prisons, 2017: 5-8）。

(二)有效的矯正心理健康服務－擴大改善處遇指南

美國司法部(U.S. Department of Justice, DOJ)在 2004 年委託美國矯正研究所(National Institute of Corrections, NIC)制定「有效的矯正心理健康服務－擴大改善處遇指引」(Effective Prison Mental Health Services—Guidelines To Expand and Improve Treatment)，該指引提出矯正領域與精神疾病有關的歷史、法律和道德問題。另包括確定哪些收容人需要治療以及如何處遇；如何管理收容人的行為和症狀；有效利用藥物戒治服務和專門的精神衛生部門為特殊收容人(高齡、女性及性犯罪者)制訂適合之處遇方案。該手冊詳細研究矯正醫療保健計劃，由篩選評估工具、精神健康和物質濫用之治療、強制約束及隔離服務、自殺之預防、藥物

及處方之治療護理、重返社區前處遇治療之轉介等面向，分別提出計劃實施機制，包括國家標準、政策、程序、計劃方法、預算制定、人員培訓模式以及成功的矯正醫療保健計劃所必需的監測和評估工具(Hills, Siegfried & Ickowitz, 2004: 75-81)。

(三)美國身心障礙者法案對收容人相關權利指引

為使聯邦、各州及地方政府矯正機關和各級政府所資助之民營化矯正機關，瞭解有關「美國身心障礙者法案」(ADA)規範矯正機關(構)對於身心障礙收容人人權之義務，西南 ADA 中心(The Southwest ADA Center)於 2019 年開發「美國身心障礙者法案對收容人相關權利指引」(Americans with Disabilities Act Disability Related Access for Inmates and Visitors Guide)，該指引中說明建立矯正機關身心障礙收容人處遇標準是至關重要的，其中包括身心障礙收容人之分類和安置程序，身心障礙收容人在收容期間與一般收容人獲得相同的服務方案和機會，身心障礙收容人必須可以使用相同的程序和服務。除了相關計畫及程序外，尚含括矯正機關建築通道之設計，以及交通的便利性。該指引中並指明矯正機關提供身心障礙收容人處遇之義務、矯正人員必須經過專業的訓練，以及身心障礙收容人對矯正機關之處遇不滿時，提起申訴的方法與管道，包含受理申訴須通知 ADA 之義務與流程、對身心障礙收容人進行權利告知及向美國司法部投訴或是經由法院提出訴訟。為了對身心障礙收容人提供公平的處遇，應將其安置於經過整體考量，並整合所需資源的處遇方案中，該方案得以使身心障礙收容人與其他收容人進行最大程度的互動 (Ballinger & Nguyen, 2019: 5-8)。

(四)智能障礙收容人計畫

智能障礙收容人相較於一般收容人，認知行為處遇對其效果較差，而透過對其適當行為給予正增強、不良的適應行為給予負增強，並授予專業技能之行為處遇，則對智能障礙收容人處遇效果較佳(CoE, 2012)。是以，為保障智能障礙收容人在刑事司法系統中之權益，矯正機關宜制定適合智能障礙收容人之個別化處遇計畫。在美國德州(Texas)「智能障礙收容人處遇計畫」(Mentally Retarded Offender Program)中，提出矯正機關應提供智能障礙收容人個別化需求之舍房、生活及工作條件，該計畫之特色亦包含保護智能障礙收容人、身心健康照護、特殊教化及職業培訓等。儘管大量研究皆表明，未能對智能障礙收容人提供個別化處遇計畫對其造成明顯不利之影響，然而由於美國矯正事務由聯邦、州及地方政府各自主管，未有一致性的規範。諸如賓州矯正局至 2012 年止，仍尚未針對智能障礙收容人提供專門的舍房服務或處遇計畫，而是將具有智能障礙的收容人與精神障

礙收容人一起安置於「特殊需求舍房」(special needs units)中(CoE, 2012:18-19)。甚而有研究指出，部分矯正機關實際上並未持續使用有效、可驗證的篩選工具，且矯正人員亦未接受適當及持續的培訓 (Scheyet, 2009:21)。在未能確實辨識智能障礙收容人，且矯正人員亦不具相關專業知能的前提下，顯見在該矯正機關中的智能障礙收容人，甚難獲得適合其所需之處遇。

第二節 英國

英國(United Kingdom)是由英格蘭 (England)、蘇格蘭 (Scotland)、威爾斯 (Wales) 及北愛爾蘭 (Northern Ireland) 四個聯合王國組成。在法律管轄權的劃分上，英格蘭及威爾斯在共同的英格蘭法律制度下，另蘇格蘭及北愛爾蘭則各自有本身的法律制度。為避免敘述混亂，本研究以下有關英國現況的描述，主要是指英格蘭及威爾斯地區的制度。

一、法制概況

(一)法律規定

英國身心障礙權利原由身心障礙反歧視法(Disability Discrimination Act)規範，但現在主要規範在 2010 年公布施行的平等法(The Equality Act)，相關的聯合國公約亦是遵守的標的。英國平等法對身心障礙的定義，是指：身體或精神上的障礙，其對進行日常活動之能力產生「重大」和「長期」的負面影響，其中長期係指負面狀態超過 12 個月。而英國現行精神衛生法以 1983 年制訂之法條(The 1983 Mental Health Act) (Hamilton, 1983)為基礎，經歷三次修法，最新版本為 2007 年修訂，其中包括重新定義精神疾病為任何心理健康的疾病或障礙、引入精神病患者強制社區治療、修改司法精神醫療機構治療精神疾病犯罪者無時間限制等，及修改「精神衛生法庭」(Mental Health Review Tribunals)運作等(Bowen, 2007)，該法並規範政府須向矯正機關或法庭上的精神疾病犯罪者提供特殊心理健康治療(Rutherford & Duggan, 2008； Department of Health and Social Care, 2009； GOV.UK, 2021a)。被羈押或監禁者的醫療護理需求過去是收容人所屬地區的地方政府責任，但 2014 年後，英國照護法(Care Act)規定收容人的醫療照護責任改由矯正機關所在地的地方政府負責。該法案指導並鼓勵矯正機關與地方相關當局的社會服務部門建立伙伴關係，以幫助有社會服務與醫療需求（包括智能障礙）的收容人(Betts, 2015:31)。

另外，根據英國收容人健康與獄政改革基金會(Offender Health and Prison

Reform Trust)在 2009 年出版的身心障礙者收容資訊手冊 (Information book for prisoners with a disability) 中提到，矯正機關收容人患有長期無法正常活動的疾病(如哮喘)、對一般事物難以理解(如學習障礙或自閉症)、長期有嚴重精神疾病(如憂鬱症)、或是在看、聽、說或行動方面遇到困難者，可以視為身心障礙者。而矯正機關應遵守法律規定，幫助身心障礙收容人參與矯正機關的各項活動、使其參與和自身有關的決策，及鼓勵其他收容人對身心障礙者抱持積極協助的態度。當身心障礙收容人反映其有身心障礙時，矯正機關必須對其採取合理的處遇來滿足其特殊需求，包括轉移到其他的矯正機關。倘若身心障礙者不願意透漏身體健康狀況，也可保留無須告知矯正人員(Offender Health and Prison Reform Trust,2009:1)。

(二)組織架構

英國的矯正主管機關為司法部(Ministry of Justice)，2017 年 3 月前，原由國家罪犯管理署(National Offender Management Service ,NOMS)負責矯正機關的管理與運作，後由司法部所屬的英國皇家矯正機關與緩刑署(Her Majesty's Prison and Probation Service ,HMPPS)負責。矯正機關依安全性分為 3-4 個等級(Prison Insider,2021)。英國在 1980 年代因應矯正機關過於擁擠的情況，開始設置民營化矯正機關，統計至 2019 年 7 月止，英國共有 121 所的矯正機關，其中 15 間，約佔 12.4%為私人經營，其他仍為公營(GOV.UK, 2021b)。

另外，英國的衛生福利部和內政部聯合工作小組(A joint Department of Health and Home Office Working Party)於 1999 年在「矯正機關醫療組織的未來(The Future Organisation of Prison Healthcare)」這份研究報告中建議，應該對矯正機關中的醫療組織做改革。因此，對矯正機關收容人提供醫療服務的責任，自 2006 年 4 月起，從原來由內政部(Home Office)提供，轉移至由衛生福利部(Department of Health)提供(Royal College of Psychiatrists, 2007:4)。包括矯正機關的醫護人員也由衛生福利部門視機關屬性，由地區醫院負責，除提供收容人一般科別、精神科、眼科及牙科等服務外，收容人服藥也由護理人員負責，對於藥酒癮者也開辦相關門診及治療課程。

(三)矯正經費

2016 至 2017 年度，英格蘭成人矯正機關每名收容人的年經費是 50,675 美元，其中包括花在身體和心理醫療保健的 6714 美元，在醫療保健上的總支出約為 5 億 6 千萬英鎊，醫療保健經費約佔總經費的 9% (National Audit

Office, 2017 :22)。

二、身心障礙盛行率及身心障礙評估工具與流程

(一)英國矯正機關身心障礙盛行率

智能障礙者溝通困難和健康概念低落是其遭受健康上不平等的主要決定因素之一，由於智能障礙者理解和使用醫療保健資訊的能力不足，影響其對自身健康狀況的決策和遵循醫療指示的能力(Betts ,2015:27)。英國成年收容人智能障礙患病率的平均估計被認為在 2%到 10%之間。就少年犯而言，其比率相對要高很多，約有 25%左右智商低於 70(Betts ,2015:9)，而有智能障礙者比起沒有智能障礙，有較高的機率罹患精神疾病。英國司法部(Ministry of Justice)於 2012 年利用「減少收容人犯罪調查 Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR)」所蒐集到的 1,435 名成年收容人樣本資料做分析，發現身心障礙盛行率約為 36%，其中患有焦慮或憂鬱的精神病人約有 18%，11%的人有某種程度的身體功能障礙，另有約 8%的收容人同時有身體及認知功能障礙，另外有 15%的收容人在進入矯正機關前已領有身心障礙補助(Incapacity Benefit)、17%的收容人在入監前 1 年曾接受過心理健康或情緒問題的治療或輔導，其中收容人在罹患精神障礙上，女性所佔的比率較男性高。不過相對於同時間的矯正系統記錄中，卻只有 5%的收容人註記為身心障礙，推測其原因，可能是矯正系統所記錄的身心障礙盛行率，是依據收容人初入矯正機關時的自述，但部分收容人，尤其是有精神障礙者，可能並沒有意識到自己的障礙問題，導致調查結果與矯正系統紀錄產生落差(Ministry of Justice, 2012:1)。

精神障礙盛行率的評估，是較身體功能障礙評估更為困難的部分，英國大約 1/4 的成年人一生中被診斷出患有精神疾病，更多的人會經歷心理健康的變化，範圍從憂鬱等常見疾病，到嚴重但較不常見的精神疾病。大多數的研究顯示，矯正機關收容人比起一般人更容易受到精神健康問題的困擾，複雜的社會和個人問題，例如失業史，毒品濫用或心理創傷在收容人中更為普遍，而矯正機關的環境可能會加劇心理健康不良情形。上述英國司法部 2012 年研究雖針對矯正機關的精神障礙盛行率做出推估，然而主要是以有焦慮及憂鬱症狀者為主，但反社會人格、思覺失調症候群等部分精神疾病，則沒有涵蓋在內(Ministry of Justice, 2012:1)。其他的研究對於精神障礙盛行率的估計落差很大，英國在 1998 年用了比多數臨床標準更廣的精神疾病定義去測量矯正機關的收容人，認為 90%收容人患有某種精神疾病，包括人格障礙或藥物濫用等問題，40%的男性收容人和 63%的女

性收容人有精神障礙。但國家衛生局(National Health Service ,NHS)蒐集各收容機關接受精神疾病治療的人數資訊，盛行率則為 10% (National Audit Office,2017:22)。

近年的研究則有 Bebbington 等人 (2017:221) 研究發現，英國矯正機關收容人有 12%符合精神疾病的標準，其中罹患憂鬱症者為 53.8%、焦慮症者為 26.8%、33.1%的人有酒癮問題、57.1%的人有毒癮問題、34.2%的人有某種程度的人格障礙、69.1%患有兩種或兩種以上的精神疾病。在進入矯正機關前 1 年內，有 25.3%的人有接受過精神治療。另外根據英國獄政改革信託基金會(Prison Reform Trust,2018) 的調查，超過 16%的男性收容人自陳在進入矯正機關前 1 年間接受過心理健康問題的治療，15%的男性收容人自述有精神障礙的症狀。不過在 2016 年至 2017 年間，英格蘭和威爾士的矯正機關平均收容人數為 84,674 人，當年度卻有 120 起自殺死亡案件，和 40,161 起自殘案件(Dyer et.al,2020:2)，凸顯英國矯正機關收容人的精神障礙問題可能比過去官方的統計資料更為嚴峻。

(二)身心障礙評估工具與流程

英國國家統計局(Office for National Statistics)曾於 1990 年代針對英格蘭和威爾斯地區的矯正機關，以相對複雜的心理評估方式，對該地區各個矯正機關收容人抽樣進行調查，發現精神疾病的患病率約 10%(Bebbington. et.al,2017:221)，該調查分成兩階段，第一階段自矯正系統資料庫中，以所有收容人為母群體，隨機抽樣 3563 名收容人，由受過訓練的國家統計局人員(Office for National Statistics,ONS)進行初步調查，再邀請其中 1/5 樣本(661 位收容人)進行第二階段的詳細訪談。第二階段的評估以世界衛生組織的「神經精神醫學臨床評估表 1.0 版」(Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry,SCAN version 1.0,World Health Organization, 1992)作為評估工具，由具有證照的醫療人員進行，發現約有 10%的收容人有精神障礙問題，其中男性收容人盛行率為 8.4%，女性收容人盛行率為 13.8%，與社區中的精神障礙盛行率相比，矯正機關的盛行率是 10 倍以上(Farrell et.al,2002:393-395)。另外，英國皇家倫敦內科學會鑒於警察和觀護人對智能障礙者的識別能力非常差，則有自行開發智能障礙者初步篩檢工具，供第一線刑事司法人員使用，如下表所示。

表 4-1 英國皇家倫敦內科學會研發之智能障礙初步評估表

早期發展 狀況	1.你幾歲了？您的教育程度？你重讀幾年？
	2.您是否被告知您在學校有特殊的教育需求？您是否需要其他幫助或上特殊學校？您是否有接受過特教人員的服務？他們說了什麼？
目前狀況	3.您能說出時間嗎？（提供鐘錶）
	4.你一個人能夠外出嗎？你能單獨一個人坐公共汽車或火車嗎？（讓受檢測者描述他最近進行的旅程。）
	5.假使您要去一個新地方，是否需要有人向您展示如何到達那裡？
	6.你能閱讀報紙嗎？你喜歡什麼部分？你最近有看過哪些書？你能描述最近看過的電視皂劇/電影的情節嗎？
	7.你日常生活費是由自己賺取？還是他人提供？你的甚麼人？
	8.你知道一般生活用品所需要的費用？（列舉一般生活物資所需要的費用，如一罐可樂多少錢？本題項旨在評估受檢測者的理財技巧以及是否能夠正確計算金錢的能力。）
	9.你有工作嗎？你做什麼工作？您需要就業服務嗎？

資料來源：Faculty of Forensic & Legal Medicine(2017).*Assessment of People with Learning Difficulties and Disabilities in Police Custody*. London: Royal College of Physicians of London, p.3.

而 2012 年英國的「減少收容人犯罪調查 Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR)」是一項由司法部與內政部(Home Office)共同委託民間調查公司(Ipsos MORI)，針對 18 歲以上成年收容人所做的大型縱貫性調查研究，以 2005 至 2010 年間英格蘭與威爾斯地區被判刑的收容人為對象，在進入收容機關前、釋放前和釋放後 2 個月內、6 個月後，由受過訓練的訪員各進行數次的調查，收容人會被問及以前和刑事司法系統接觸的情況、居住、人際關係、身體健康、就業、學歷及毒品與酒精使用情形等。該研究主要目的，是想要藉由蒐集可靠數據來評估矯正機關處遇對於減少收容人犯罪的影響(Andrew et.al,2012:1)。該調查參考身心障礙反歧視法規定內容，如果收容人在回答是否有長期患病或障礙的問題時，若回答其患有至少一種障礙者：難以看清、聽力困難、學習困難、癲癇、癌症、愛滋病、神經系統疾病，則歸類為身體障礙。或是表示有下列疾病，且在另一個自評身體狀況的單獨題目回答「差」或「非常差者」，也歸類為身體障礙：手腳、背部、脖子出現問題（包括關節炎或風濕病）、皮膚過敏狀況、呼吸困難，包括氣喘，支氣管炎、心臟，血壓或血液循環問題、胃，肝，腎或消化系統疾病及糖尿病等（Ministry of Justice, 2012: 3-4）。在精神障礙判定上則使用 Maudsley

Addiction Profile 工具來評估心理健康狀況，以詢問精神疾病程度的問卷題目回答情形做為估算，而不是以正式診斷為準，至於反社會人格和部分精神疾病則沒辦法測量。上述用來測量焦慮的題目是詢問受訪者是否感覺到：1.持續的緊張感；2.突然無緣故的感到害怕；3.覺得恐懼；4.內心不安；以及 5.恐慌感；測量憂鬱的題目則是詢問受訪者是否感覺到：1.對未來感到絕望；2.覺得自己毫無價值；3.對事物毫無興趣；4.覺得孤獨；及 5.有自殺意念，每個題目均以「不曾有過」為 1 分、「很少出現」為 2 分；「有時出現」為 3 分、「經常出現」為 4 分，「總是如此」為 5 分，若收容人同時存在有焦慮及憂鬱的狀況時，則採計為精神障礙(Ministry of Justice , 2012:5)。

Bebbington 等人(2017: 221)則以專業心理師，利用 The Revised Version of the Clinical Interview Schedule (CIS-R)為評估工具，評估收容人神經系統常見症狀，平均每名受評估對象約需進行 2 小時，所得精神障礙盛行率約為 12%。英國的國家收容人管理服務局(National Offender Management Service, NOMS)為矯正人員設計篩檢工具，其在案件管理系統中開發一系列問題和回報的功能，使矯正人員更容易瞭解哪些收容人可能患有潛在的身心障礙、可能需要進行怎樣的合理調整。調整措施包括：提供簡易閱讀的訊息；經過調整的違規行為處分；或在閱讀、寫作和理解方面的生活幫助。NOMS 開發的系統管理工具，可以識別哪些收容人需要支持，且能與醫療照護相互連結，以確保收容人一旦成為病患就可以適用相關措施。值得注意者，英國政府提醒任何有關身心障礙收容人病情的問題或書面評估，都必須以收容人能夠理解的形式進行，以免受評估者不瞭解問題的真正內容，在感到壓力下隨便作答(Betts,2015:23)。此外，所有的收容人在初入監時都必須接受健康檢查，包含心理健康評估，心理健康評估使用標準化格式，包括先前病史、心理健康與智能評估，和發育障礙、濫用藥物、社會心理因素，自我風險評估等，這些評估使用標準的心理健康評估工具(NHS England Health & Justice Commissioning,2018:20)。這是正式程序的一部分。

英國矯正機關雖以收容人的健康需求評估來規劃處遇內容，但根據國家統計署(National Audit Office)實地考察後發現，這些評估經常不是在正確的時間進行，評估的品質也難以達到標準。以該署訪問的 10 所矯正機關中，均以目前正在接受治療的收容人數做為需求水平的基準，不包括其他尚未被發掘出的收容人，且其中有 2 所收容機關在近期沒有重新進行身心健康需求評估，本實地考察認為：矯正機關收容人健康需求評估不能準確反映需求，且矯正機關的醫療服務經常是發包給某個團體，這個團體負責該收容機關所有的身體及精神醫療服務(National Audit Office,2017:8,30)。

三、現行運作狀況

英國司法部以「減少收容人犯罪調查 Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR)」所蒐集的數據分析身心障礙收容人的需求發現，相較於非身心障礙收容人，他們更需要醫療、精神健康或情緒問題的協助，及藥物或酒精成癮的治療和支持。此外，也較為需要協助解決被釋放後的居所和工作。再者，有效的雙向溝通對於確保平等獲得醫療服務和保持健康至關重要，收容人需要能夠理解所收到的資訊，以便做出有關自己健康的決定，且需要能夠表達及解釋自己的症狀並提出問題 (Betts, 2015:27)。在每位收容人進入矯正機關時，會先經由醫療人員評估其健康狀況，看其是否適合工作或接受處遇活動，身心障礙收容人如果在收容期間中有特殊需求，可申請與配置於各矯正機關中的身心障礙聯絡官(disability liaison officer, DLO)討論。身心障礙聯絡官的主要工作是與身心障礙收容人討論、瞭解其需求並記錄、向收容人及矯正人員提供資訊、向主管機關提出需求、為身心障礙收容人安排活動，及確保其可以參與矯正機關各項活動等。

身心障礙收容人初入收容所的情況也較非身心障礙收容人更需要關心，其過去有較高比率的自殺或自殘紀錄，也較易在收容機構中感到孤獨、擔心和困惑。身心障礙收容人其各異的問題和需求影響矯正機關的政策，包括對收容機關的環境、矯正方案、處遇措施等均須做的合理調整(Ministry of Justice, 2012:6-7)。因此，矯正人員應該要接受相關的培訓，培訓內容須至少包括：1.如何保護易受傷害的成年人和兒童；2.高自殺風險和自我傷害者的評估與管理；3.預防和管理侵略性和暴力性(NHS England Health & Justice Commissioning, 2018:26)。

另外，身心障礙收容人進入矯正機關時，矯正人員會提供權利手冊供其參考，該手冊另有 CD 版本，以供視障人員瞭解；若有閱讀或理解障礙者，也可要求矯正人員解釋。在空間方面，身心障礙收容人若不適合與他人共同居住者，矯正機關會為其尋找適合的舍房。然而由於英國矯正機關超過 1/4 的建築建於 1900 年之前，大多數建築物的設計規劃，並未考慮到醫療服務，而部分較新的建築設計亦也未考慮現代醫療保健，因此，在這些矯正機關中，醫療服務空間是臨時規劃的(National Audit Office, 2017:8,30)。同時，受限於矯正機關的老舊及結構問題，對於嚴重行動障礙的收容人，仍無法設置完全符合其需求的無障礙空間。雖然英國現行矯正機關中約有 2/3 設有專為身心障礙者設計的無障礙房舍，然而多建置於較高安全性之矯正機關，造成部分身心障礙收容人囿於身心障礙之狀況，而被關押到較高安全性的矯正機關中(HM Inspectorate of Prisons, 2009:39)。

針對需提供特殊心理健康治療的精神障礙收容人，英國設有不同等級的司法精神醫院，分別為高度戒備、中度戒備及普通精神醫院(Coid et al., 2007:223)。中度戒備機構的設置是為了減緩過度擁擠的高度戒備機構，及提供精神疾病收容人復健、出院後銜接社區精神醫療服務。經過中度戒備司法精神醫療處遇的精神障礙收容人有四種不同轉介，分別是回到矯正機關、轉院到高度戒備醫療機構或低度戒備醫療機構及回到社區 (Doyle et al., 2014:S20)。

四、身心障礙收容人處遇措施

合理的調整是矯正機關為避免身心障礙收容人與其他收容人相比處於不利地位，而做的更改措施，提升身心障礙收容人在收容環境的適應能力，讓其能夠與一般收容人處於相同的狀況而接受法律制裁。根據法令，矯正機關各部門均有責任根據身心障礙收容人的需求進行合理調整，使所有收容人都能合理有效的行使各種權益。合理的調整可以採取任何形式，例如輪椅使用坡道、採用某種書寫或說話方式以確保收容人瞭解內容，或允許在規定的時間外提供醫療服務等 (Betts, 2015:26)。

(一)心理服務

嚴重精神疾病者通常處理一般事務和工作的能力受到嚴重損害，精神健康護理計劃 (Care Programme Approach, CPA) 是一種為患有精神疾病或複雜疾病的收容人提供服務的計畫，該計畫會進行評估、計劃、協調和審視學習障礙問題，或其他一系列的複雜需求。矯正措施重點關注在跨領域治療和護理計畫，CPA 應該成為矯正機關為收容人提供有效醫療照護的基礎(NHS England Health & Justice Commissioning, 2018:29)。

英國矯正機關管理嚴重精神疾病收容人的最新回應方式，是建立專門處理的單位。例如英格蘭東北監獄精神衛生部門(North East of England prison mental health unit)於 2017 年 10 月成立「綜合支持單位(Integrated Support Unit, ISU)」。ISU 的成立是一種新的護理方案模式，由司法與衛生單位共同合作，為患有嚴重精神疾病的男性收容人提供服務（但不包括高度安全戒護收容人）。該單位有 11 間收容精神病人的舍房，及 1 間提供給負責該單位清潔及協助工作的一般收容人之雙人舍房。該單位配置精神衛生工作人員，包括 3 名精神科護理師、0.5 名語言治療師，0.2 名心理醫生，工作時間為周一至週五的上午 8 點至晚上 8 點、周六至週日的上午 8 點至下午 4 點，其他編制人員還有具學習障礙專業知識的主管人員及 2-3 名輪班的矯正人員。採用的處遇措施例如分配一名主要負責人員與收

容人共同商定個人護理和治療計劃，包括促進健康教育訓練、結構化的一對一會議、初級保健診療、藥物濫用審查、與情感理解或幻聽治療之類的小組合作，也有包括專業治療、電影欣賞、手工藝品製作、運動訓練、閱讀書報等在內的其他活動。接受 ISU 住院治療的收容人診斷由精神科醫生執行，並在與該部門其他工作人員於每週的會議上討論。英國設立 ISU 的目的是在精神障礙收容人等候住院治療前持續提供專業處遇，並負責收容經治療情況好轉可轉回普通矯正機關之收容人，可以說是在矯正機關和醫院之間的轉介單位。進入 ISU 的收容人中，以思覺失調症候群或其他妄想症是最常見的病因(Dyer et.al,2020:5-7)。不過，在精神障礙收容人的處遇方面仍極難執行，Doyle 等人(2014)的研究發現，由矯正機關轉入中度戒備醫療機構的精神疾病收容人經治療後再轉回矯正機關的比例高於其他的轉介方式，經診斷為人格障礙者也有較高比例返回矯正機關，此研究顯示即使在英國經過中度戒備司法醫療機構治療的病患仍有許多需要追蹤介入。

(二)文康教化

智能障礙主要外顯症狀是溝通障礙，可能需要各種形式的額外支持處遇，以使他們能夠完整地聽、說、寫，或是理解其他人正在交談的內容與肢體語言，及解釋或表達自己的想法和感受。矯正機關為有智能障礙的收容人制定行動計畫，詳細結合有關智能障礙收容人的所有相關資訊，並將醫療資訊與一般性支持和矯正資訊結合，包括給收容人參考的「易讀」訊息；另身心障礙收容人與其他收容人相同，享有每周一次至圖書館的權利，如因障礙關係無法親至，矯正機關應主動提供適合的書籍，因此在圖書方面亦購置身心障礙收容人易於閱讀的書籍，譬如大字體或音訊朗讀。英國矯正機關的「輕鬆閱讀(Easy Read)」計畫，有些矯正機關在收容人生活範圍內的各處都有以輕鬆閱讀形式顯示的資訊，包括牆上的海報、傳單、表格、調查問卷、處方簽、用藥說明或醫療訊息，這些都有以簡單閱讀的方式傳達資訊。從 www.EasyHealth.org.uk 網站上可以獲得包括涵蓋大多數健康狀況的簡易閱讀衛教傳單、部分藥物的簡易閱讀傳單，另外一些更常用的藥物還有音頻版本的傳單(Betts,2015:27-28)。

(三)醫療服務

研究顯示，與非身心障礙收容人相比，身心障礙收容人有以下幾個現象：身心障礙收容人更可能需要治療或支持以解決酒精或藥物成癮問題、幼年更可能受過虐待或暴力傷害、有住宿寄養家庭的經驗、收容前可能已在外流浪、釋放後更需要協助找工作及住居，而釋放後頭 2 年再被定罪的可能性更高(Charles

et.al,2012: 1; Rembis,2014:148)。而英國的皇家精神科醫學院建議，應考慮為有特殊需求的族群在矯正機關中提供服務。這些對象包括 1.腦損傷患者；2.聽障並有精神健康問題的患者；3. 性別認同障礙者；及 4.多重障礙者(Royal College of Psychiatrists,2007:35-36)。英國矯正當局要求矯正機關內醫療服務提供者應與服務的矯正機關保持聯繫，並至少提供以下的服務：1.基礎醫療服務；2.性健康教育；3.臨床綜合評估與治療服務（Integrated Clinical Assessment & Treatment Service,ICATS）；4.牙科和口腔保健服務；5.物理治療服務；6.物質濫用治療服務；7.配鏡驗光服務；8.給藥服務；9.社會關懷服務；10.其他專業服務等(NHS England Health & Justice Commissioning,2018:48)。

(四)舍房服務

由於身心障礙收容人同樣需要接受教育、工作及處遇，但在進行前須對其做健康和安全性評估。在設施方面，除了為身心障礙者設計無障礙空間外，部分矯正機關會設置專門供身心障礙收容人使用的健身房。若身心障礙收容人需要接見親人或探訪者，矯正機關會提供專人協助其進入接見場所，若通信有困難，亦會指定專人幫助。另若為聽障收容人，矯正機關亦應提供專屬電話供其使用(Offender Health and Prison Reform Trust,2009:32)。近年來，英國政府設立一批有新「社會照護(social care)」部門的矯正機關，例如英格蘭地區 Dorset 郡的 Verne 監獄，該單位是專門為有社會照護需求的收容人建造設立的，收容環境被設計成完全適合輪椅使用者使用，配置上也不像傳統的舍房，而更像是學生宿舍，方便身體障礙收容人進行社交活動(Burrows & Crowley,2019)

此外，考量智能障礙或有溝通理解障礙之收容人需求，矯正人員使用簡單的句子和避免使用術語，並在說下一件事情前，先確保他們已經理解。包括溝通信託基金會(Communication Trust and Nacro)等團體，都有製作相關指南供矯正人員參考，例如 2011 的 Speech, Language and Communication Difficulties' guidance。均旨在促進有效的溝通，提出的建議包括使用灰白色或柔和色調的紙張更易於閱讀、先詢問收容人喜歡什麼樣的圖片表示（如線條圖、照片、圖表、地圖、流程圖、卡通或符號等）(Betts, 2015:39)。

矯正機關鼓勵收容人間的同儕支持，因此設有身心障礙收容人代表，提供身心障礙收容人協助，並代為向矯正人員轉達身心障礙收容人的需求。若是身心障礙收容人需要幫助，如需協助淋浴、使用衛浴設備、穿衣，或是感到沮喪需要有人傾聽輔導，可以尋求經過特殊訓練的收容人給予支持及協助，經過訓練的收容

人通常會穿著足以辨識的衣服。

第三節 加拿大

一、法制概況

(一)法律規定

在加拿大，聯邦矯正機關負責收容被判處 2 年以上徒刑者，省和地區矯正機關則收容被判處未滿 2 年徒刑者，或在判刑之前被拘留者(Talisman& Zinger, 2020:134)。而加拿大醫療保健統由聯邦政府和地方政府共同負責，根據加拿大健康法(Canada Health Act,CHA)規定，地方政府負責管理地方醫療組織，以向地區居民提供醫療衛生服務，包括在省和地區矯正機關的收容人及正接受社區處遇者。由於省及地區矯正機關中的收容人照護屬於地方自治範疇，適用加拿大衛生法等聯邦法之規定，或省和地區自訂的自治法規，例如「安大略省健康照護和促進法」(Ontario Health Protection and Promotion Act)等。聯邦矯正機關的收容人不在健康法規範的範圍內，該法規定應由加拿大矯正署(Correctional Service of Canada ,CSC)提供聯邦矯正機關收容人基本的醫療保健，包括疾病治療、牙科和精神保健等(Ontario Ministry of the Solicitor General, 2016:6)。聯邦矯正機關收容人之醫療保健標準，規範於「矯正和假釋法案」中(Coactions and Conditional Release Act, CCRA)，該法案第 86 條明定，加拿大矯正署(Correctional Service of Canada ,CSC)有義務提供收容人「基本」醫療服務，並確保收容人能夠獲得「合理」的醫療服務。CCRA 並定義健康和精神保健所指為何，例如衛生保健是指由領有證照之專業人員或在其監督下，提供之醫療保健、牙科保健和精神衛生保健。其中精神照護是指對思考、情緒、認知，或記憶障礙的照護，這些障礙會嚴重損害判斷力、行為、現實感的能力，或滿足生活普通需求的能力(Talisman& Zinger, 2020:134)。

從廣義上講，加拿大矯正署的目標是提供易於獲得，負擔得起並適合矯正環境的醫療服務，必須在所有決策中考慮收容人的健康狀況和醫療保健需求，包括安置、轉移、管理和紀律等事項，及與釋放計劃有關的決策和社區監督。但法律雖規定加拿大矯正署必須為每個收容人提供符合專業的基本醫療及合理之精神衛生保健，以幫助收容人康復和成功復歸社會，但加拿大矯正署有權判定什麼屬於基本醫療服務、什麼不是基本醫療服務(Talisman& Zinger, 2020:134)。

加拿大政府於 2010 年加入聯合國的身心障礙人權公約，2019 年 7 月除了原有身心障礙權益保障法，為增加身心障礙者的社會參與及行動方便性，更進一步公布施行加拿大無障礙法(Accessible Canada Act)，該法規要求聯邦政府應打造無障礙環境。在矯正機關身心障礙收容人人權方面，加拿大近年來注意到矯正機關及精神療養機構中精神疾病收容人人數攀升，因此提高矯正機關精神衛生醫療的預算，期望對精神障礙收容人提供更好的醫療服務(Employment and Social Development Canada,2021)。

(二)組織架構

加拿大的矯正主管機關為該國公共安全局(Public Safety Canada)所轄的加拿大矯正署(Correctional Service of Canada,CSC)，聯邦和省或地區政府對矯正機關有共同的管轄權。一般而言，收容人相關醫療保健主要由公部門機構提供，但部分地區政府則外包給民間負責辦理。在 CSC 所屬的矯正機關中，均有配置一個由約聘醫師、精神科醫生、牙醫、護士及心理健康專業人員（包括臨床心理師、諮商師等）組成的基礎健康照護中心，該中心提供多樣的醫學服務，包含緊急、慢性病和精神醫療保健服務(Kouyoumdjianet.al,2016:216)。2017 年加拿大矯正署成立了國家醫療諮詢委員會(National Medical Advisory Committee, NMAC)，由各地區矯正機關之基礎健康照護中心的醫師、精神科醫生以及高階行政人員組成，委員會對矯正機關所有收容人進行全面性的健康評估，包括藥物篩檢、傳染病檢查、精神健康檢查和評估、自殺風險評估，以及簡單的健康教育。

(三)矯正經費

依據加拿大統計處(Statistics Canada)網站資料顯示，加拿大 2019 年成人矯正總預算為 26 億 92,706 萬加幣，每人每日預算金額為 254 元加幣。與 2014 相比，總預算金額增加 18%，其中在監禁預算部份的金額增加最多，成長幅度達 20%，另外收容人的每日預算金額也從 199 元成長至 254 元，達 21.7%。矯正預算金額在 5 年內大幅成長的原因之一，是 2017 年至 2018 年間，該國依據獄政監察專員的建議，用於改善矯正機關的收容條件，並與衛生福利部相關單位合作聯繫，提供醫療保健資源，確保收容人維持基本尊嚴，特別是弱勢群體收容人的權益保障，例如精神障礙收容人、原住民收容人等。另外也改善懷孕收容人的環境(Statistics Canada,2021)。

此外，CSC 於 2014 年開始，在其五個治療精神病患的區域醫院中，重新盤點資源，對精神病床空間重新利用並調整支出，使這些同時具有監獄與醫院性質

的治療醫院，可以收治約 700 名病患。並用節省下來的開支建立中級的精神醫療單位。目前來看，聯邦矯正機關有約 200 床的急診床位，及分布在各矯正機關的 600 床中級精神醫療保健床。2019 至 2020 年 CSC 在的醫療保健預算約為 2.6 億加幣 (Talisman & Zinger, 2020 :135)。

二、身心障礙盛行率及身心障礙評估工具與流程

(一)加拿大矯正機關身心障礙盛行率

加拿大矯正機關收容人大約有 40,000 人，其中約 15,000 人收容在聯邦矯正機關中，24,000 名收容於省/地區的矯正機關(Murphy et.al, 2018:1)。和一般人口相比，收容人有較高比率的慢性或嚴重疾病，包括高血壓、氣喘、肝炎、糖尿病、愛滋病和關節炎等。根據加拿大就業與社會發展處的統計，相較於非身心障礙者，輕度身心障礙者的平均收入是非身心障礙者的 88%，重度者則 49%，因此，身心障礙者比起非身心障礙者更可能生活在貧困之中(Employment and Social Development Canada,2021)。但各國的身心障礙盛行率不同，與定義和評估工具有關，Kouyoumdjian 等人回顧 1993 年至 2014 年與加拿大收容人身心健康相關文獻後發現，儘管被判處有期徒刑的收容人中，半數的年齡小於 35 歲，但收容人的健康狀況卻較普通民眾更差(Kouyoumdjian et.al,2016:216)，不過也有學者認為，在加拿大，貧困、原住民身分、缺乏教育、童年創傷、身心障礙等，較容易被矯正機關監禁(Ware et.al .,2014:169)。

精神障礙者較身體功能障礙更難讓人評估其健康狀況，無論是一般社區中，還是在矯正機關中，精神障礙的檢測和治療仍然是一個挑戰。患有可診斷性精神疾病的收容人中只有約 25%至 50%的人在被監禁期間接受過治療。其中，過去曾接受過治療的收容人比沒有治療紀錄的收容人更有可能獲得矯正機關的注意與處遇(Martin,2017 :2)。以加拿大收容人為對象的研究均顯示，無論是聯邦或是地方矯正機關的收容人，其自殺率都較一般國民為高，且精神疾病收容人在監禁環境中可能加劇其病況，收容人罹患精神疾病的盛行率是一般人口的 2 至 4 倍(Martin ,2017:2；Ware et.al ,2014:170；Kouyoumdjian et.al ,2016:217；Whittingham et.al ,2020 :1375)。這些精神障礙的收容人，其破壞力(自殘、自殺、暴力、被害、逃脫和其他破壞性的行為)是其他人的兩倍，在攻擊其他收容人的風險方面，僅次於有幫派背景的收容人，而企圖自殺、自殘和因此死亡的風險最高。Murphy 等人(2018 :1-2)以 2015 年新入監的 1,100 名加拿大成年男性收容人為對象的研究顯示，在聯邦矯正機關中，不包含藥酒癮及反社會人格，有 40%的男性收容人符合

至少一種精神障礙的標準，而普通人群中這一比例為 12.4%。另外有藥酒癮比例有 49.6%、反社會人格比例有 44.1%、超過三分之一的收容人有共病的情形。加拿大矯正署(Correctional Service Canada, CSC,2009) 的統計資料顯示，有 13% 的男性收容人和 29% 的女性收容人在初入矯正機關時自稱有精神健康問題，是 1996 年的兩倍。Brown 等人(2018 :1)以近年必須入矯正機關服刑的加拿大收容人為研究對象，認為罹患重大精神疾病，如反社會人格障礙、重度憂鬱和知覺失調等，男性盛行率約為 12.4%，女性盛行率約為 17%(Beaudette & Stewart,2016:629)。也有研究發現，79.2% 的女性收容人，和 95.6% 的原住民女性收容人，符合至少一種精神障礙的標準。最後，Archdisabilitylaw 等人(2017:20)研究發現，13% 的男性收容人和 24% 的女性收容人被確診為有極嚴重的精神健康問題。

在智能障礙盛行率調查部分，Stewart 等人對 4396 名男性和 292 名女性收容人所做的調查顯示，有 2.8% 的男性收容人智力標準化測量中得分低於 70 分，符合智能障礙標準，這比率大致與加拿大智能障礙人口相似。另有 7.3% 的智能障礙者屬邊緣性智能障礙(70-79 分)。但是女性收容人的比率較高，約有 6% 的女性收容人智商在 70 分以下，符合智能障礙標準，12.7% 則為邊緣性智能障礙(70-79 分) (Stewart et.al ,2015 :34)。而 Whittingham 等人針對 2010 年安大略省矯正機關的出獄收容人與一般人口群做比較後也發現，收容人的智能障礙盛行率約為 2.2%，但一般人口群只有 0.7%(Whittingham et.al ,2020 :1371)，且智能障礙的收容人相較於無智能障礙的收容人，被關押的期間較長，且同時患有精神疾病的比率也較高，因此在矯正機關收容期間使用醫療服務的頻率高過一般收容人 (Whittingham et.al ,2020 :1373)。顯示加拿大矯正機關中，收容人智能障礙盛行率較一般人口群高，健康狀況也較為不佳。

(二)身心障礙評估工具與流程

有效的篩檢和評估，可以確保及時識別需要協助的收容人，除能為矯正人員及收容人建立更安全的收容環境外，適當的轉介也可以在收容的初期協助收容人解決健康問題，使矯正機關能夠積極應對，而不是消極處置身心障礙收容人所產生的危機。因此，加拿大收容人在進入矯正機關 3 到 14 天之間會實施電子心理健康篩查系統 (Computerized Mental Health Intake Screening System, CoMHISS) 做評估，以識別需要進一步實施心理健康評估或醫療干預的收容人，儘早發現收容人的健康問題，有助於矯正機關及時提供醫療衛生服務，並協助在收容期間制定醫療介入策略，並根據收容人的精神健康需求和優先順序，在 3 個月內進行需

求評估。CoMHISS 為標準化的國家健康篩檢系統，包括四個評估表，分別是簡式症狀量表(Brief Symptom Inventory,BSI)；憂鬱、絕望和自殺量表(Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form,DHS)；成人通用能力評測(General Ability Measure for Adults ,GAMA)；成人注意力不足過動症檢核表(Adult Self-Report ADHD Screener,ASRS)和九個精神健康指標(Stewart et.al,2015:7)。

三、現行運作狀況

在 2016 至 2017 年間，CSC 開始實施電子病歷，並採行遠端視訊醫療策略。CSC 認為這是一項重要的措施，除可讓收容人健康獲得較為全面、專業的醫療照護外，亦不會因收容人保外就醫的過程而增加戒護風險，讓 CSC 兼顧及時提供收容人照護和增強社區安全的目標。利用遠端視訊醫療系統，收容人可以透過電話或視訊與醫療院所的專科醫生聯繫，同時醫療專業人員也能藉由此系統遠端監控收容人的健康狀況。因此，當矯正機關中沒有醫療人員時，該區域醫院之醫療人員仍可使用該系統立即對收容人狀況進行醫療評估(Correctional Service Canada, 2012)。

另外 CSC 為了管理越來越多有精神健康問題的收容人，並在控制成本與提供更好的服務之間做平衡，近年實施新的政策，包括對有自殺、自殘行為之收容人加強干預策略，同時增加資金挹注等措施。在心裡健康照護上採連續性照護模式，該模式主要包含六個部分：(一)進入矯正機關時的篩選與評估；(二)基礎精神健康照護（矯正機關）；(三)中級精神健康醫療（慢性或亞急性疾病）；(四)精神醫院護理（區域治療中心的急性/臨床護理）；(五) 釋放前的轉銜性照護（支持重返社會的過渡服務）；以及(六)社區心理健康醫療（社區風險管理）。但與矯正機關有關係的是前五個部分，這五個部分須配合收容期程進行整體規劃，另須經透過培訓矯正人員的專業能力、建立第一線矯正人員的應用工具、以及研究和績效評估，提高矯正人員應對收容人精神健康問題的能力(Correctional Service Canada, 2012；Ontario Ministry of the Solicitor General, 2016:20)。相關政策執行如表 4-2 心理健康策略規劃表。

表 4-2 加拿大矯正署收容人心理健康策略規劃表

階段	進入矯正機關時	收容期間	釋放前準備	社區監督準備	移轉
執行重點	精神健康篩檢和評估，以便及時識別精神健康需求。	正規醫療體系的基礎和中級精神健康照護服務。有嚴重急性精神健康需要的收容人送治療中心入院	制定回歸社會計劃，為有精神健康需求的收容人做好準備，使其返回社區。	加強收容人精神衛生支持並與網絡機構建立聯繫，為後續轉診至社區醫療機構做準備。	將健康照護移轉到省/地區衛生服務部門。

資料來源：Correctional Service Canada(2012), Correctional Service Canada Mental Health Strategy, 網址：
https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-2000-eng.shtml#_Toc267041272

加拿大的基礎精神健康照護(Primary Mental Health Care) 是整合更廣泛的矯正計劃和監督架構，同時留意精神障礙收容人的多重需求，例如健康、就業、藥物濫用、教育等。有鑒於身心障礙收容人的需求涉及跨部門職責，因此精神健康照護團隊需跨領域與其他機構之資源相互合作，以回應精神障礙收容人的需求。這部分提供收容人一系列的精神衛生服務，包括以團體或個別形式進行促進精神衛生健康活動、預防和早期介入、評估和個別化的治療計劃、實證治療和以尊重的態度對少數族群（例如原住民及女性收容人）提供支持服務。精神健康照護小組同時對其他機構在管理精神障礙收容人需求方面，提供有效作法及策略之諮詢與建議。經由團隊成員與治療中心、社區精神衛生人員以及社區間之聯繫，促進照護的連續性(Talisman & Zinger, 2020 :138; Ontario Ministry of the Solicitor General, 2016:15)。

而中級精神健康醫療單位（Intermediate mental health care units, IMHCUs）和綜合需求單位(Complex Needs Units, CNU) 是用以補足基礎精神健康照護和治療中心服務對象之落差。目標是解決一般機構無法處理的精神障礙收容人，然而其精神健康問題又不至嚴重到需要轉送精神療養院（即區域治療中心）照護。而加拿大每個地區都有一個區域治療中心(Regional Treatment Centres, RTCs)，在 CSC 共有五個 RTC，主要做為精神醫療及住院醫院，可為急性和亞急性精神健康需求之收容人提供治療。重症精神照護服務人員與矯正機關人員間的溝通合作是滿足急性和亞急性精神健康需求收容者之關鍵。經臨床評估收容人精神狀況穩定時，

將收容人轉回原矯正機關，同時持續提供照護。不過近來加拿大有研究顯示，雖然 RTC 的醫病比已經較一般精神病院為佳，但是仍有一半以上的 RTC 員工表示工作負擔繁重，另外收容於 RTC 的收容人近 2/3 不滿意院方沒有安排足夠的活動(Talisman& Zinger, 2020 :138)，顯示即使投注較多的資源，在嚴重精神障礙收容人的照護上仍然不是一件易事。

四、身心障礙收容人處遇措施

矯正機關中的精神障礙收容人，如果沒有足夠的穩定治療，其再犯的風險更大，加拿大本土研究顯示，合併有精神病症的收容人，在矯正機關與社區處遇中，有最差的矯正效果，患有精神障礙的患者更可能參與收容機關不當的行為和暴力事件、被隔離處分和因違反假釋條件而被取消假釋等。研究發現，有智能障礙的男性收容人不僅需要教育和就業培訓方面的援助，各個方面均需要幫助(Stewart et.al,2015 :37)，且應該要將其從刑事司法系統及矯正機關中移出，轉移到以社區為基礎的處遇計畫會更適合(Whittingham et.al,2020 :1376)。身心障礙收容人對矯正機關的管理產生巨大的挑戰，在矯正機關中需要較多的支持，以下就加拿大的處遇協助措施，說明之。

(一) 身心障礙收容人處遇

加拿大矯正機關沒有為眼盲的收容人特別設計的收容環境，也沒有培訓矯正人員如何對待視障的收容人，導盲犬也無法進入矯正機關。提供住宿的政策，沒有為容納視障收容人提供人員培訓的經驗。此外，對於聽障的收容人並沒有提供手語翻譯人員，因此有人權觀察團體發現，聽障的收容人很難或無法與其他收容人和矯正人員進行溝通，聽障收容人無法平等的參與收容機關中的活動(Archdisabilitylaw.ca,2017 :21)。不過和英國類似，加拿大有訓練其他收容人為身心障礙者，尤其是老年身心障礙收容人提供服務，這些提供協助的收容人也能夠藉由照護身心障礙收容人的機會學習相關技能，有利於習得一技之長。(UNODC,2009:138)。

在釋放收容人之前和釋放之後提供轉銜性照護，可以進行病例管理和臨床監督。矯正機關中的精神醫療人員透過制定釋放後的照護計畫以確保服務不中斷，為身心障礙收容人回歸社區做更好的準備。此外，尚需選定收容人社區地點之精神醫療專家接續提供身心障礙收容人專業支持，包括直接醫療的提供（例如風險干預和諮詢）及聯繫、協調和支持（例如陪伴支持等）。在收容人釋放之前，矯正人員應該致力與省或地區級衛生服務機構及社區機構建立聯繫，以免中斷精神

障礙收容人的精神醫療服務。矯正機關及社區有效的資訊共享及協力合作，確保在收容人移轉的過程中，醫療服務仍能無縫接軌(Correctional Service Canada, 2012)。

(二) 心理健康服務

收容人的心理健康需求是一個廣泛且複雜的問題，不單單是加拿大獨有，事實上各國的矯正機關都面臨心理障礙收容人處遇的問題，收容機關在很多地方代替了精神醫院成為精神障礙者的收容場所。加拿大近年來為因應精神障礙收容人的處遇問題，除訂定專屬流程與計畫外，在矯正經費上也大量的投入，如前段所述，自 2014 年以來矯正總預算增長 18%，而在 2017 年至 2018 年之間更曾為收容人的精神醫療保健項目，額外提供 2.28 億加幣的預算(Talisman&Zinger, 2020 :138)。加拿大於 2019 年 6 月通過 C-83 號法案，其參考曼德拉規則，希冀對加拿大的矯正系統有革命性的改變。C-83 號法案主要是在修正加拿大的「矯正和假釋法案」，其在收容機關的處遇措施上，主要產生以下四個改變：

1.禁止隔離或單獨監禁

曼德拉規則所定義的單獨監禁，是指將收容人監禁 22 個小時以上，監禁期間沒有讓收容人擁有「有意義的人際交往」。C-83 號法案禁止將精神障礙者置於上述的禁閉條件下，並以結構化的干預單位（Structured Intervention Units ,SIU）取代行政和紀律處分中對收容人隔離的做法。亦即當收容人可能，或已經危及自己、其他人或機關的安全，或者可能干擾調查，則這些收容人會被移轉到 SIU。SIU 與傳統的禁閉隔離不同，其目的不是處罰收容人，而是提供他們需要的幫助，使其盡快返回團體，並預防其返回到 SIU。在作法上須針對 SIU 收容人的特定需求量身訂做結構化的措施。再者，SIU 收容人有機會每天在自己的舍房外度過至少 4 個小時，包括與人進行有意義的接觸 2 個小時，另外對矯正人員進行更嚴格和定期的審查(CSC,2020)。

2.有意義的人際互動

有意義的人際互動是指透過以下的活動與他人互動至少 2 個小時，建立良好關係的人際互動的機會：(1)鼓勵收容人參與各種矯正計畫、措施和服務，讓收容人對矯正計劃的目標取得進展，或支持收容人重返主流群體；(2)休閒時間，包括社交網絡，或加強與家人或其他支持者的聯繫。不過，由於現在加拿大在相關措施上尚屬初步實施，上述概念應該如何落實還有待近一步的觀察。例如在舍房裡

和他人一起看電視算不算是有意義的接觸等?收容人本身對「有意義」的看法是否要重視，還是任何跟外界有聯繫的情況都算是有意義?等等。目前加拿大的矯正機關會以手機的應用程式計算 SIU 的收容人在舍房外的時間，就目前而言，進行原定的矯正方案、措施、教育、文化活動和休閒機會都計算在時間內(Talisman & Zinger, 2020 :139-140)。

3.醫療人員獨立性和自主性

隨著 C-83 法案的通過，矯正部門有義務維持醫療人員的專業自主性和臨床獨立性，包括在其不過度影響矯正工作的情況下，可自由行使病患護理和治療方面的專業判斷力。C-83 法案為上述原則提供法律基礎，使矯正系統的醫療保健服務與國際標準能夠更保持一致。新的規定包括醫療人員若認為出於收容人的身體或心理健康因素，應中止或改變 SIU 的監禁條件，並向矯正機關主管人員提出建議。不過，以現行加拿大法律來看，矯正人員仍然有權力決定是否接受醫療人員的建議，且臨床醫師的建議仍受到不同程度的審查和延遲，矯正機關的醫療人員時常面臨「雙重忠誠」的問題，而有角色衝突或道德困境，導致醫療人員的獨立性與自主性受到阻礙，或者是醫療人員的醫囑被迫遵循矯正機關的權威意見，而非醫療標準，例如要求醫生對其約束以防止自殘行為、為了紀律目的，對收容人進行醫學或心理評估，使其延長禁閉期、強迫收容人同意治療等。因此有研究者認為，為維持醫療人員的獨立性與自主性，應該有嚴格的監督與究責規定，以確保醫療人員對患者的忠誠性。但有研究者認為，除非矯正機關的醫護人員是衛生醫療部門僱用，而非由矯正機關雇用，不然醫療人員的獨立性和自主性仍然很難達到標準(Talisman& Zinger.,2020 :141)。

4.收容者權益倡導團體

在矯正機關中提供精神衛生服務不僅是良好的公共衛生政策，也是人權問題。自由，自願和知情同意及醫療獨立性的問題在矯正環境中會被放大，並且影響到有精神健康問題的收容人。即使像 CSC 這樣擁有較多資源的矯正機關，雖然實施改革，但在遵守國際標準及人道關懷的基本原則方面仍然存在挑戰。為確保收容人能夠獲得優質、及時的醫療保健，C-83 法案要求應該要有團體來替身心障礙收容人發聲與爭取權益，幫助身心障礙收容人探索所有可用的方法，並確保他們完全理解自己的決定，不被強迫或誘導。此外，加拿大勞工局認為，這類的倡導團體應該是外部的，獨立於 CSC，這樣的模式才能夠落實 C-83 的立法精神(Talisman& Zinger.,2020 :142)。

第四節 挪威

一、法制概況

(一)法律規定

挪威簽署聯合國禁止酷刑公約的時間相當早，於 1985 年 2 月 4 日即簽署，與芬蘭、瑞典等國，是首批簽署之國家，且該公約於國內生效的時間亦相當早，簽署條約的隔年(1986 年)即生效，是北歐五國中最早生效的國家。其憲法及法律均明文禁止酷刑，其將收容機關本身即視為對犯罪的懲罰 (The Prison and Probation Service, 2013)。挪威為福利國家，其對於收容人的基本人權相當重視，認為收容人雖因犯錯收容於矯正機關，但其基本人權不應因此受到損害，對於身心障礙收容人的種種措施，主要是為了讓身心障礙者在收容期間正常生活。

挪威在 2009 年訂定旨在防止對身心障礙歧視的《反歧視和無障礙法》(Anti-Discrimination and Accessibility Act)規定，「禁止基於身心障礙的直接和間接歧視」，矯正機關的條件應該盡可能接近外面的生活 (Pratt, 2008:123)，而歐洲監獄規則 (European Prison Rules)在挪威也已國內法化，只要不與挪威矯正機關的法律發生衝突，就能將其當作矯正機關中衛生和護理服務的基礎法規。

在 1970 年代和 1980 年代，挪威矯正機關採用所謂的「挪威式導入模型 (Norwegian Import Model)」原本社區依舊照顧收容人收容期間的醫療、教育和其他社會服務項目，這被稱之為挪威式導入模型 (Norwegian Import Model)。過去是授權矯正機關管理部門提供服務，現在則是將收容人涵蓋在一般公民所屬的社福單位下，形成所謂無縫接軌，無論是服刑前後，都歸屬地方政府管理服務，也能確保醫療和護理服務獨立於矯正機關以外獨立作用。從任務分工上來看，衛生福利部(Norwegian Directorate of Health,挪威文：Helse- og omsorgsdepartementet)全權負責衛生保健服務，醫療人員應獨立於監獄管理部門，提供收容人醫療保健，矯正當局不能夠指揮醫療衛生人員。根據挪威「健康與護理服務法(helse- og omsorgstjenesteloven)」規定，從 2012 年 1 月 1 日起，地方政府衛生部門有義務確保矯正機關的收容人可以獲得全面的健康與護理服務，包括藥物濫用治療、身體和心理健康等(Helsedirektoratet 2013:14)。

依照法國各國矯正機關觀察網站 Prisons Insiders(2021)的報告，挪威的矯正機關反映了挪威的福利模式，在該國的矯正理念中，收容人即使失去了自由，但仍然是國民，也是國家福利照護的一部份。在挪威監禁受刑人有兩個目的，一是

對已被判有罪者進行懲罰，因此有宵禁、安全措施和控制機制限制收容人的自由；但另外一個目的是為使犯罪者康復以防止再犯，因此收容人應該被持續關注，予其機會參與教育，工作和其他活動，且這些活動的執行方式應類似一般人的日常活動。此外這些活動的目的還在於避免收容人因為矯正機關的孤立、嚴格限制與監視，而可能遭受到的精神和身體傷害(Haualand,2014:74)。

(二)組織架構

挪威有大量的小型收容矯正機關，通常只有 100 名以下的收容人，由於地廣人稀，除非屬於最高安全級別，這類的收容機關允許大多數的收容人與家庭和社區依舊維持緊密的關係(Pratt,2008:120)。挪威的矯正工作管理和設施並沒有外包給私人公司，而是由司法和公共安全部(Ministry of Justice and Public Security)下屬的挪威矯正署(The Prison and Probation Service,挪威文：Kriminalomsorgen)負責，但收容人的福利，如教育、保健、社會服務等，一樣是由市或州立機構負責。挪威矯正機關等級依安全性分為三級，從低度安全性、高度安全性到特別高度安全性，另外有安全居留矯正機關針對嚴重犯行或有高度再犯可能性者。主管收容人健康的是衛生福利部，但每個矯正機關都有醫療部門，矯正機關的醫療團隊主要由專科醫師和護理師組成，部分矯正機關醫療團隊另有心理學家、精神病醫師和成癮專家。根據矯正機關的規模，醫療團隊可能由 2 至 17 人組成。衛生機關負責在矯正機關中提供醫療健康服務，這種導入模式，其部分理由是要將保護和服務收容人的機關與負責懲罰的當局分開，矯正機關在對收容人進行個人評估和專業評估後，根據個人需要為他們提供健康和醫療的服務。對於有藥癮的收容人，一般矯正機關也提供成癮治療計畫，另有專門治療藥癮的收容機關(Haualand, 2014:83)

(三)矯正經費

挪威政府於矯正機關的金額投入極高，以 2018 年為例，若以矯正機關總預算金額除以當年度收容人數，作為計算每名收容人的支出，則挪威矯正機關每名收容人花費為 14 萬 3,953.歐元(Kruze, E.& Priede J,2020:73)，折合美元約為 17 萬 1,189 元。與其他西歐國家相比，挪威矯正系統每年每名收容人的花費幾乎是其兩倍，更是美國各州的兩倍至四倍 (World Economic Forum,2019)。

二、身心障礙盛行率及身心障礙評估工具與流程

(一)挪威矯正機關身心障礙盛行率

挪威統計局(2015)抽樣 520 位矯正機關成年收容人作為訪談對象，以問卷方式請受訪者自我評估具有各種身心疾病症狀的情形，並將情形與其他針對一般民眾所調查的結果做對照，發現與對照組相比，55%的收容人表示包含先天性疾病或因為受傷之故，患有永久性的疾病，而對照組只有 37%有上述情形。另外 20%的收容人認為自己的健康狀況很差或非常差，但對照組只有 10%，且有各種身體和精神障礙症狀的情形更為普遍。該份調查報告將受訪者分為 18 至 24 歲、25 歲至 39 歲、及 40 歲以上三組，其中 40 歲以上這組，有最高比例表示患有永久性疾病或障礙，達 64%，25 至 39 歲組比例為 52%，24 歲以下組比例為 43%。但是，將上述三組分別與對照組的同齡組別做比較，24 歲以下收容人這組比同齡的對照組報告健康情形不佳的比例多 13%、40 歲以上收容人相對於同齡的對照組，則多 31%。同一份調查也顯示，收容人的心理健康情形也不佳，25%的收容人有正在接受治療的精神疾病，37%的收容人在入矯正機關前曾接受過治療，而問及最近三個月內的症狀時，39%的收容人常感到沮喪，26%的收容人覺得煩躁或好鬥，而 25%的收容人患有焦慮症或恐懼症。另有 24%的人說，在監禁期間精神障礙有所惡化情形(Statistisk sentralbyrå,2015:5)。收容人除了健康情形不佳外，進一步分析其身心障礙盛行率，在該份報告中，18-24 歲組身心障礙盛行率是 14%，與對照同齡組的 17%差距不大，至於 25-39 歲這組的盛行率是 36%，同齡對照組是 24%，高出 12 個百分點，而 40 歲以上組身心障礙盛行率攀升至 49%，但同齡對照組卻只有 31%，高出 18 個百分點。平均來看，挪威矯正機關的收容人，身心障礙盛行率約為 37%(Statistisk sentralbyrå,2015:36-39)

智能障礙人口中，精神健康疾病的患病率高於普通人群，根據過去的研究，精神疾病與藥物濫用問題的關聯性也很高，例如，毒癮可能會導致認知障礙，引發情緒變化、精神錯亂、失智，而被判定有智能障礙症狀等。挪威國家智能障礙與社區研究中心(National Institute on Intellectual Disability and Community ,NAKU, 2010)依照國際疾病分類標準手冊(International Classification of Diseases ,ICD-10)，推估挪威總人口中約有 1%-3%的人口符合智能障礙標準(Juberg et al.,2017:178)，但 Søndena(2008)等人卻發現挪威收容人智能障礙盛行率約 10%(Søndena et.al,2008:1)。挪威衛生局 2013 年針對矯正機關收容人心理健康情形調查發現，和一般社會大眾相比，收容人受到精神疾病困擾的情形更為普遍，收容人有 35%有較為嚴重的精神疾病，但在一般人口中這個比例只有 10%，其中許多收容人有焦慮症及嚴重的憂鬱症，男性收容人有精神障礙的情形，比率是一般男性的 3 倍，

女性則是 4 倍，在美國和英國，同樣有研究顯示在收容人當中，精神疾病和嚴重憂鬱症的發生率是普通人口的 2 至 4 倍，人格障礙的發生率則是 10 倍 (Helsedirektoratet, 2013:11)。另外依據挪威議會公共管理監察專員 (Sivilombudsmannen) 發表關於卑爾根(Bergen)矯正機關精神障礙患者狀況調查報告，約有 15%至 20%的收容人患有精神疾病 (Sivilombudsmannen,2019)。顯示挪威與其他國家一致，矯正機關收容人之精神障礙盛行率，比在一般人口高。

(二)身心障礙評估工具與流程

在挪威，會在收容人入所後的短時間內即進行訪談，包括瞭解其藥物使用情況。收容人新收入所時，除非檢查對其有明顯不利影響，醫生或合格的護士必須在 24 小時之內與收容人見面，對其進行進一步的檢查。該新收檢查是維護收容人必要的衛生保健權利的一部分，包括由專業醫療人員進行的牙齒健康檢查 (Helsedirektoratet ,2013:33)。

挪威對於智能障礙的標準是依照國際疾病分類標準手冊 (International Classification of Diseases,ICD-10)做判定(Juberg et al.,2017: 175)，在矯正機關收容人智能障礙盛行率調查研究方面，Søndenaa 等人曾以韋氏簡化智力量表 (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence,WASI)，來驗證海耶斯能力篩選指數 (Hayes Ability Screening Index ,HASI)對矯正機關收容人的適用性，發現智商低於標準的收容人約占 10.8%(Søndenaa et.al,2008:1)。另外挪威衛生局曾使用 Hopkins Symptom Check list-25 (HSCL-25) 量表比較收容人和一般人的心理狀態，發現收容人在 HSCL-25 指數上的得分比對照組更高，顯示收容人更容易受到精神疾病症狀的困擾。其中收容人對量表上每個問題的平均得分為 1.6，而對照組的平均得分為 1.3，另 35%的收容人平均得分為 1.75 或更高，相對於對照組，只有 10 %的人口高於 1.75 分，顯示收容人有較高比例有精神障礙症狀(Helsedirektoratet , 2013:11)。

三、現行運作狀況

在 1980 年代，挪威的矯正系統強調的重點是「安全」，與現今的矯正系統理念完全不同，在那之後的 10 年間，挪威政府進行各項改革，將矯正機關帶往「教化」的方向，並向收容人提供不同的教育計劃和活動。時至今日，挪威收容機關沒有人滿為患的問題，矯正人員接受的訓練是如何協助收容人接受處遇。矯正人員幾乎都有大專以上的學歷，相較於多數的國家，矯正機關中的社會教育工作者和矯正人員是兩個不同的職業類別，但在挪威矯正系統中，卻是同一種類的

人員，因此矯正人員這一職業在社會上具有吸引力(Pratt,2008:121)。由於挪威矯正系統堅信收容人應予治療，因此創造收容機關的環境條件，無論屬於開放式或封閉式，收容人的生活都盡可能地類似於外界，在挪威的開放式收容機關中(例如 Bastøy Prison)，收容人住在沒有高牆限制的木屋中，可以自由使用刀鋸做一般的活動，甚至與社區之間也沒有距離，例如托兒所就近在咫尺(Pratt,2008:123)。故向收容人提供小學和中學教育，與各種不同課程的額外培訓，收容人甚至有機會參加高等教育課程。挪威收容人可以參加音樂課程、欣賞音樂會和戲劇，且他們每天必須在戶外度過至少 1 小時，在戶外的時間裡，可以與矯正人員一起做各類體育活動，但並不會被逼迫一定要參加特定的活動。收容人自己也可以申請轉移矯正機關。挪威矯正系統透過建立一種所有收容人都參與教育、工作和其他計畫的制度，讓再犯率降低到只有 20%(Helsedirektoratet, 2013:14)。在健康照護方面，由衛生主管機關負責收容人的健康，需要長期照護的收容人有權要求制訂個別化的醫療照顧計畫。然而矯正機關內的醫護人員僅提供醫療服務，藥物的分配及收容人的日常健康照護仍由矯正人員處理，在矯正人員人力有限下，有時對需要大量藥物治療或在辦公時間以外需要使用藥物的收容人造成影響(Haualand, 2014:78)。

另外該國於 2019 年 5 月，依據聯合國人權理事會（HRC）會議決議，於收容較多精神障礙者的奧斯陸艾拉矯正機關(Ila Detention and Security Prison)建立精神病部門。並分配了大約 1000 萬克朗的額外預算，以僱用額外的精神科醫生或心理師和專門的矯正人員來處理患有精神健康問題的收容人（HRC,2018）。除了心理專業人員治療患有精神疾病的收容人外，矯正人員也接受相關之培訓。收容人可以要求轉移到精神療養機構，但該轉移請求會經由現行負責治療的醫療機構負責人及主治醫師，並同精神療養機構之負責人進行審核(Haualand, 2014)。

四、身心障礙收容人處遇措施

挪威在 2010 年以後建造的矯正機關中，配備了適合輪椅使用的房舍，也建置壁掛式呼叫系統，身心障礙收容人可以使用該系統呼叫矯正人員。在沒有獨立浴廁的房舍中，身心障礙者有需要也可以尋求矯正人員的協助。對於失聰的收容人，除了壁掛式的呼叫系統外，並設置燈光信號讓收容人知道其呼叫信號確實有發出。另外，為使收容人能參加矯正機關的活動，所以除了舍房外，部分矯正機關也採取了一些改建措施來改善公共區域環境(包括休閒活動場所、用餐、烹飪、電視間和健身房，以及教育和工作區域)，增加身心障礙收容人的可及性，同時

讓矯正人員接受照顧身心障礙收容人的訓練。對於聾啞與聽障的收容人，為使其在公共活動空間能與其他人交流，地方政府的衛生當局會指派手語翻譯人員，這類受指派的口譯人員，必須是有國家證照的人員，以減少收容人與團體之隔離感所造成的精神傷害(Haualand, 2014:81)。

總括來看，依據挪威衛生福利部的建議，矯正主管機關要為身心障礙收容人提供便利性，因為無論收容人的生活能力如何，都應該都要能夠得到平等的待遇，缺乏實質上的平等可能會成立該國《反歧視和無障礙法》的間接歧視。因此矯正主管機關有責任讓收容人參與收容機關內的日常活動，無論是在舍房中，或是聯合活動上。促進實質性平等的手段包括改建過並有無障礙衛浴設備的舍房、改造的呼叫系統和火災警報器、日常瑣事的協助，如舍房清潔、公共區域設置聽障專用電話、提供手語翻譯溝通交流等(Helsedirektoratet, 2013:47-48)。當身心障礙收容人因疾病、受傷或生理缺陷導致能力顯著且永久受損(超過 2 年)，輔助手段對於改善功能必要且適當時，可另外透過國家保險計劃來提供個別的援助物品，例如專屬的個人化輪椅、助行器、助聽器等(Helsedirektoratet, 2013:60)。

不過挪威社會仍然認為很少有矯正機關能提供身心障礙收容人與非身心障礙收容人一樣的條件下服刑，雖然每個區域都至少有一個矯正機關設置有輪椅專用的房舍，但這些無障礙房舍大多位於高度安全性的矯正機關，在低度安全性矯正機關者很少。

第五節 澳洲

一、法制概況

(一)法律規定

澳洲首都領地 (Australian Capital Territory, ACT) 在 2004 年通過「人權法」(Human Rights Act, HR Act)，該法第 19 條規定：「任何被剝奪自由的人都必須受到人道待遇，並尊重人的固有尊嚴」，乃為澳洲第一個頒布人權立法的司法管轄區(ACT Inspector of Correctional Services, 2019: 4)。此後，各州隨之制定相關人權立法措施，如：在 2019 年「昆士蘭州人權法」(Queensland's Human Rights Act)中，通過推動各部門身心障礙服務計畫及州政府身心障礙處遇計畫，確立該州對收容人人道管理之目標(Queensland Government, 2020)。在身心障礙者權益之核心立法方面，最為重要的乃是澳洲在 2006 年批准《身心障礙者權利公約》，並推動「2010-2020 年國家身心障礙策略(National Disability Strategy)」(Australia

Government Department of Social Service, 2019: 12)。澳洲並於 2017 年 12 月，批准了《聯合國禁止酷刑公約任擇議定書》(The Optional Protocol to the Convention against Torture, OPCAT)，在該議定書中，除了保障身心障礙收容人在矯正機關內之處遇，同時並要求每個司法管轄區在三年之內所有剝奪自由的地方建立或指定一個預防性監督系統(ACT Inspector of Correctional Services, 2019: 7)。

(二)組織架構

澳洲為聯邦制國家，共有 6 個州與 2 個領地。聯邦犯罪矯正機關為矯正署 (Department for Correctional Services)，當犯罪行為經過澳洲刑事法院判決確定後，便須進入矯正機關或是接受社區處遇（假釋、緩刑或保護管束、社區服務等非拘禁性處罰）進行矯治。澳洲的犯罪矯治已經廢除死刑以及體罰，在澳洲矯正機關的矯正工作通常由州政府執行，一般係依據收容人危險性，區分為低度、中度、重度和超重度，拘禁在不同矯正機關中（江振亨、黃天鈺，2015：16）。澳洲共有 111 個矯正設施，其中 85 個是由政府經營，9 個是交由私人經營，4 個中途之家，1 個是定期拘留所，還有 12 個看守所(World of Prison, 2020)。澳洲有幾座超大型矯正機關，負責監禁極高風險的收容人，然而對於輕刑犯，澳洲與美國可說是最早有私人矯正機關的國家。

(三)矯正經費

Bushnell (2017: 8)對各國矯正機關 2014 年經費進行比較分析，澳洲每名收容人每年所使用之矯正經費為 109,500 美元，為該樣本國家中，投注最多矯正費用的國家之一，依該經費數額排序為第五位，僅次於瑞典、挪威、荷蘭及盧森堡等四國。

二、身心障礙盛行率及身心障礙評估工具與流程

(一)澳洲矯正機關身心障礙盛行率

依據澳洲統計局(Australian Bureau of Statistics, ABS)在 2019 年的統計資料顯示，該國有將近三分之一(18%)的人為身心障礙者，與其他身心健康者相比，身心障礙者在就業、收入、教育程度和生活參與率較低(Australian Institute of Health and Welfare, 2020: 18)。據澳洲健康與福利研究院(Australian Institute of Health and Welfare, AIHW)研究收容人健康情形報告指出：澳洲矯正機關的新進收容人中，經專業衛生醫療人員判斷罹患精神障礙(包括吸毒和酗酒在內)之比例

高達 49%；另有 23%的收容人因精神健康問題而接受藥物治療(Australian Institute of Health and Welfare, 2018: 78)。

除了澳洲健康與福利研究院(AIHW)之年度調查資料外，部分研究亦有提出對各州矯正機關進行智能障礙收容人之盛行率調查，諸如：Holland 等人(2011: 17)則針對維多利亞州(Victoria)2003 年 7 月 1 日至 2006 年 6 月 30 日間，自矯正機關獲釋之 7,805 名男性收容人進行調查研究發現，其中有 102 位收容人經公共服務部(Department of Human Services, DHS)確認為智能障礙者，智能障礙之盛行率約為 1.3%。而 Dias 等人(2013: 938)針對昆士蘭州(Queensland)在 2008 年至 2010 年間，自該州 7 所矯正機關，共 1,279 位獲釋之收容人進行調查研究發現，約有 9%收容人有智能障礙情況；另 Bhandari 等人(2015: 573)研究指出，在智能障礙收容人中，同時併發精神障礙之盛行率為 52.5%。

(二)身心障礙評估工具與流程

1.身心障礙評估工具

在澳洲的身心障礙者政策中，一個重要目標即是確保核心服務和計劃滿足身心障礙者需求。然而，提高核心服務品質的關鍵，即是能夠正確評估身心障礙者，這對於評估身心障礙者與其他澳洲人民在健康和社會成果方面的差距非常重要，該項資訊還能由更多面向去瞭解提供的服務與身心障礙者需求之間的落差(Australian Institute of Health and Welfare, 2016: 1)。鑒於評估身心障礙者需求之必要性，澳洲健康與福利研究院(AIHW)開發了「標準障礙標誌」(Standardised Disability Flag)，用來識別資料庫中身心障礙者之記錄。該標誌是參採國際健康功能與身心障礙分類(ICF)之題項進行評估的結果，用以評估個體身心健康功能程度以及日常活動中需要支持的需求，經由自我判斷損傷和限制程度，而不是經由醫學診斷(AIHW, 2017: 3)，與澳洲統計局(ABS)進行多項社會調查中所使用的簡短身心障礙題目大致相同。澳洲全國收容人健康資料庫(The National Prisoner Health Data Collection, NPHDC)即使用 AIHW「標準障礙標誌」(Standardised Disability Flag)的部分項目進行收容人身心健康資訊之蒐集。澳洲健康與福利研究院在 2018 年收容人身心健康報告指出，近 1/3(29%)的收容人反應患有慢性病或具有身心障礙的情形，影響他們在矯正機關參與日常活動、教化或作業；另有近 1/2(46%)收容人認為他們的身心障礙程度為中度，參加矯正機關的活動受限，但不需要幫助或監督。大約有 2/5(39%)的收容人認為參加活動受到限制或限制的

程度為嚴重或嚴重，而 1/7(15%)的收容人認為輕微（Australian Institute of Health and Welfare, 2018: 80-81）。

除了使用上述評估工具之外，過去澳洲對於智能障礙者之盛行率研究多以取得身心障礙資格者進行評估（Holland et al., 2011: 17），而 Dias 等人（2013: 938）調查昆士蘭州（Queensland）在 2008 至 2010 年間，1,279 名獲釋收容人之智能障礙情形，則使用 Hayes 能力篩檢指數(Hayes Ability Screening Index, HASI)作為研究工具。

2.身心障礙評估流程

在西澳矯正服務局(Department of Corrective Services, WA)的「身心障礙收容人工作指引」(Operational Instruction10- Prisoners with Disabilities)中規定，當矯正人員接觸到智能障礙收容人，或懷疑收容人可能有智能障礙之情形時，應聯繫身心障礙者服務部(the Disability Services Unit)，由該部將身心障礙收容人相關資訊轉介至身心障礙者服務委員會（Disability Services Commission, DSC）。若收容人為青少年，則須徵得父母、監護人或照顧者的書面同意(Department of Justice WA, 1993: 1)。

在新南威爾斯州(New South Wales, NSW)，身心障礙收容人之評估係由州立身心障礙者服務(Statewide Disability Services, SDS)配置於矯正局內特殊需求單位的編組人員負責。較具特色的是，該州建置了犯罪者整合管理系統(Offender integrated management system, OIMS)，由矯正人員及州立身心障礙者服務(SDS)人員共同操作管理資訊。當收容人疑似為身心障礙者時，由矯正人員轉介予州立身心障礙者服務(SDS)人員進行評估流程，相關評估結果由州立身心障礙者服務(SDS)人員於 OIMS 系統中直接設定編輯。經州立身心障礙者服務(SDS)人員評估為身心障礙之收容人，SDS 將同時於系統中設定身心障礙警示，同時提供相關照護之建議，以作為各矯正機關處遇之參考(Corrective Service NSW, 2017: 4-5)。

澳洲健康與福利研究院(Australian Institute of Health and Welfare, AIHW)在收容人身心健康報告(The health of Australia's prisoners 2018)則指出，當收容人進入矯正機關初始，均會詢問其是否有會影響日後在矯正機關內接受日常管理、工作或接受教化之相關疾病史或身心障礙情況(AIHW, 2018: 78)。

三、現行運作狀況

近年來隨著收容人數增加，澳洲矯正機關亦面臨內部過度擁擠之窘境，更加劇收容條件之惡化。維多利亞州監察辦公室 (Victorian Auditor-General's Office, VAGO) 強調：為確保矯正人員具有足夠的彈性來充分維護收容人的康復、人權和福利，矯正機關的容納率上限為 95%，若容納率超過 95% 會損害矯正人員的執勤安全，以及對收容人實施人道處遇的能力。依據 Morgan(2016: 10) 對西澳矯正機關進行調查研究指出，按澳洲 1990 年訂定之標準，配有衛浴設備之舍房地面空間至少應為 8.75 平方公尺，然而西澳較為老舊的矯正機關，如哈卡 (Hakea) 和班迪普 (Bandyup) 監獄的舍房面積僅有 5.1 至 6.4 平方公尺，不符合該標準，且新的設施亦不足。Mackay(2015: 37-38) 比較澳洲與北歐國家矯正機關內收容人之人權現況後提出，澳洲矯正機關內人滿為患之情形比北歐國家嚴重，在人滿為患的情況下，除迫使收容人共享空間毫無隱私外，遭受暴力侵害之風險亦隨之提高。同時，隨著收容人口增加，公共區域、健身器材、相關處遇計劃資源和設施，與家人和朋友聯繫等資源未隨之增加，造成整體收容條件漸趨惡化。

除上述矯正機關內人口擁擠之問題外，收容人口老化亦是澳洲矯正機關所面臨之隱憂。在澳洲矯正機關中，老化及高齡收容人占極大部分，且人數仍不斷地增加中 (Courtney & Vicki, 2015: 1)。Trotter 和 Baidawi(2015: 200) 研究發現，年齡較大的收容人相較年輕的收容人，更容易感受到障礙對其收容期間生活之影響。在矯正機關中廣泛使用的上、下床鋪、浴室設施以及樓梯等，是高齡收容人在收容處遇中面臨的最大困難。由於收容人的身心障礙情況可能會對其他方面的健康狀況產生影響，進而使矯正機關面臨收容人日漸複雜之醫療資源需求。例如：Barry 等人(2017: 1141) 對 50 歲以上的收容人進行研究發現，在收容期間生活障礙的程度，將會影響到收容人憂鬱和自殺傾向，甚而嚴重影響其精神健康狀況之惡化。

四、身心障礙收容人處遇措施

澳洲在「身心障礙者權利公約初次國家報告書」(Australia's Initial Report under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) 中，說明為滿足身心障礙收容人的特定需要，該國推動相關政策，包含在矯正機關設施中建置無障礙設施，方便肢體障礙收容人進出，同時提供視覺或聽覺障礙之收容人取得資訊的協助。在各州矯正機關部分，亦配合推動身心障礙收容人友善措施。以下就身心障礙收容人工作指引、基礎健康照護標準、拘留業務政策與程序、澳洲矯正原則指引，以及澳洲矯正機關健康服務標準等簡介如下：

(一) 身心障礙收容人工作指引

西澳州政府(Government of Western Australia)矯正服務局(Department of Corrective Services, DCS)依「1993 年西澳大利亞州身心障礙服務法」(The Western Australian Disability Services Act 1993)要求，制訂並實施身心障礙收容人工作指引(Operational Instruction10- Prisoners with Disabilities)，以確保身心障礙收容人可以獲得服務。在該指南中，主要分為智能障礙及其他身心障礙收容人處遇之指引：

1.對智能障礙收容人之處遇指引

當身心障礙者服務單位(the Disability Services Unit)確認收容人為智能障礙者，將協助與相關案件管理員聯繫，提供轉介身心障礙者服務委員會³¹ (Disability Services Commission, DSC) 資訊，或提供社區服務部之專業計劃和支持資訊。此外，當矯正機關、司法部門及身心障礙者服務委員會在個案管理之意見分歧時，必要時將召開會議以達成共識，該會議之成員包含矯正機關副首長、身心障礙者服務部長及身心障礙者服務委員會主管等(Department of Justice WA, 1993: 1-2)。

2.對其他身心障礙收容人之處遇指引

其他身心障礙之定義，包括：肢體、視覺、聽覺障礙等。矯正人員對其相關處遇須特別注意事項，包含：身心障礙收容人可能無法立即鑑定出結果、其他身心障礙收容人不一定同時併發智能障礙等。當身心障礙收容人求助時，矯正人員應耐心、簡單而精準回答問題。遇有狀況時，應先由該矯正機關內健康服務人員處理，若無法處理，則應聯繫矯正局健康服務處，由健康服務處確認該收容人是否為身心障礙者服務委員會服務之對象，並進行通報轉介(Department of Justice WA, 1993: 3)。

(二) 基礎健康照護標準

維多利亞州(Victoria)在 2009 年通過「基礎健康照護標準」(Primary Health Care Standards)，規定收容人初進入矯正機關時，矯正人員應根據相關證明文件將身心障礙收容人分類標註，讓矯正人員注意到身心障礙收容人的風險因素和具體需要。此外，對矯正人員進行適當的教育和培訓，以協助提供正確之照護。維多利亞矯正局並為心智障礙收容人設立一個專門的矯正機關，對該機關之矯正人

³¹ 西澳州身心障礙者服務委員會 (Disability Services Commission, DSC) 隸屬於西澳州社會服務部 (Department of Communities)，該部掌管西澳州有關身心障礙者服務、兒童保護及家庭支持、住宅、社區倡議和區域服務改造等。資料來源：<https://www.communities.wa.gov.au/services/> 瀏覽日期:2021.3.17

員提供身心障礙收容人處遇方案，以及專門針對身心障礙收容人需求之培訓，更為收容人設計一套有關申訴程序之無障礙資訊(Attorney-General's Department, 2010: 19)。

(三) 拘留業務政策與程序

新南威爾斯州(New South Wales, NSW)為滿足身心障礙者的特殊需求，由州立身心障礙者服務局(Statewide Disability Services, SDS)專責服務全州的身心障礙者。州立身心障礙者服務局(SDS)在該州矯正局(Corrective Services NSW)之特殊需求單位中，設置了一個結合跨網絡的專業團隊，以提供身心障礙收容人相關支持與需求。州矯正局(Corrective Services NSW)中的 SDS 是評估和轉介身心障礙收容人的主要聯絡點，負責向矯正機關人員提供有關之服務、提供適當的管理和計劃建議、培訓和諮詢、提供身心障礙收容人相關設備，以及協助轉介收容人至老年身心障礙和家庭照護計畫 (Ageing Disability and Home Care, ADHC)、ADHC 社區司法計劃 (Community Justice Program, CJP)，或取得國家身心障礙者保險計劃 (National Disability Insurance Scheme, NDIS) 的幫助(Coreective Service NSW, 2017: 4)。

該州矯正局(Corrective Services NSW)於 2017 年製作「拘留業務政策與程序」(Custodial Operations Policy and Procedure)，結合該州州立身心障礙者服務局(Statewide Disability Services, SDS)，以確保對身心障礙收容人進行安全、公平的處遇，並根據相關的州和聯邦法律提供滿足其需求的服務和計劃，包含對身心障礙收容人之辨別和轉介、獲得該州身心障礙之服務、對於身心障礙收容人的處遇程序等。特別是該州建置了犯罪者整合管理系統(Offender integrated management system, OIMS)，在犯罪者整合管理系統(OIMS)中，具備資訊管理功能，可接收收容人在警察、法院階段，所被建立有關身心障礙之相關資訊。在接管新進身心障礙收容人前，矯正機關應告知相關單位人員留意其身心障礙狀況及需求，安排收容人至適合其身心障礙狀況之矯正機關，並告知舍房管理人員給予個別化之處遇措施。指引中尚包含設備之提供單位 (身心障礙服務部門)、身心障礙收容人之資料管理等事項(Coreective Service NSW, 2017: 10)。此外，在該指引中，尚包含提供身心障礙收容人在接受調查或訪談時，矯正機關需透過州立身心障礙者服務局(SDS)安排一位專業人員陪同，以協助收容人瞭解問題。當身心障礙收容人須以視訊方式出庭前，矯正人員須先行查閱犯罪者整合管理系統(OIMS)中，州立身心障礙者服務局(SDS)對該收容人所提出的輔助建議，包含事先為聽覺障礙收容

人安排手語翻譯、將肢體障礙收容人移至可方便輪椅進出之視訊室，並告知視訊室人員應給予之協助(Coreective Service NSW, 2017: 11)。

(四) 澳洲矯正原則指引

矯正事務管理協會(Corrections Services Administrators' Council, CSAC)在2018年頒布澳洲矯正原則指引(Guiding Principles for Corrections in Australia)，該指引中明確規定矯正機關應建置適當的系統，以轉介患有惡化或急性精神障礙者接受專門的心理健康治療(CSAC, 2018: 16)。

(五) 澳洲矯正機關健康服務標準

澳洲皇家醫師專家委員會(Royal Australian College of General Practitioners National Expert Committee, RACGP)在2012年出版澳洲矯正機關健康服務標準(Standard for health services in Australian prisons)，特別提出健康服務應依據身心障礙者人權相關法令，除不得對身心障礙收容人實施歧視性的治療外，更明訂健康服務處所應符合無障礙空間之規定，以及服務人員需經過身心障礙相關之培訓，並具備相關能力。

除了上揭各州所訂頒有關身心障礙收容人處遇之指引外，澳洲司法部(Attorney-General's Department)亦提出各州矯正機關對於身心障礙收容人處遇相關措施，如：昆士蘭州(Queensland)矯正局對矯正人員進行面對認知功能受損收容人之專門訓練、聘僱協助身心障礙者的專業工作人員，並邀請非政府組織提供強化身心障礙收容人重新復歸社區的支持計畫，同時並試行一個專門提供心智功能障礙的收容人服務。西澳矯正局(Department of Corrective Services, WA)提供解決身心障礙收容人人際溝通需求之服務，包括：對口語或聽力障礙者提供申訴管理方案、針對被拘留在西澳少年矯正機關的身心障礙收容人的處遇計畫，以及將犯下輕罪的智能障礙少年嫌疑人，從法院轉移至社區處遇機制的「智能障礙者轉移方案」(Intellectual Disability Diversion Program)等(Attorney-General's Department, 2010: 19)。

第六節 日本

一、法制概況

(一)法律規定

日本在平成五年（1993 年）制定「障害者基本法」，平成 14 年訂定新的「障害者基本計畫」，作為平成 15 年（2003 年）至平成 24 年（2012 年）十年間推動身心障礙者各項措施之依據(孫碧霞等人，2004：6)。在 2013 年至 2017 年，推動「障害者基本計畫」第三版，至 2018 年推動計畫第四版，以作為推動該國身心障礙政策措施之基礎（內閣府，2018）。此外，在 2007 年日本批准《身心障礙者權利公約》，在身心障礙者權利方面與世界接軌。日本矯正制度法源為《刑事收容設施及被收容人處遇法》（舊名為監獄法），該國監獄法與刑法均於 1908 年開始施行，至 2005 年 5 月日本提案通過刑事設施及受刑人處遇法（2006 年 5 月施行），後因監獄法處遇對象僅剩下判決未確定前之被拘禁者及死刑判決確定者，次於 2006 年 6 月將原保留在收容刑事被告法之監獄法對判決未確定前之被拘禁者及死刑判決確定者之處遇等相關規定併入受刑人處遇法，並易名為刑事收容設施及被收容人等處遇法(李傑清，2012：1-4)。

(二)組織架構

如圖 4-1 法務省組織圖所示，日本法務部下設有監獄管理局(懲教局)，該局始設於 1879 年（明治 12 年）最早的名稱為監獄局，後雖曾更名為行刑局、刑政局及矯正保護局等，但自 1952 年（昭和 27 年）以來即被稱為監獄管理局，負責矯正機關（刑務所、少年刑務所、拘留所、少年院、少年分類所及婦女輔導所）之保安警備，監獄工作以及對被收容人進行適切之分類保護、作業、教育、醫療，衛生等指導及處遇。全面的教養管理，包括對收容人安全，評估和社會康復等。矯正局內設有總務課、成人矯正課、少年矯正課及矯正醫療管理官（課長級）等部門（Ministry of Justice, 2020）。日本刑事設施分為三種類型：監獄、少年監獄和看守所，目前共計 75 個矯正機關（包含 61 所監獄、6 所少年監獄及 8 個看守所），以及 107 處分支機構（法務省，2021）。日本各矯正機關設置視察委員會，對於矯正機關的各項業務運作有實質的審查與監督權限，範圍幾乎涵蓋了所有矯正機關內部運作的事務（黃昭正等，2013：32）。值得注意的是，日本視察委員會非屬刑事設施監督機關，亦不擔負處理收容人陳情、申訴之任務，讓視察委員會確實聚焦於改善建議之提出（黃景逸，2020：88）。晚期日本由於國家財政惡化、受到外國矯正機構民間投資提案（Private Finance Initiative, PFI）的影響，加上面臨超額收容問題，因此開始推動矯正機構導入 PFI 模式（林淑馨，2012：9-10）。

法務省の組織図

(令和3年4月1日現在)

(注)機関名の次の数字は組織体の数を示しています。

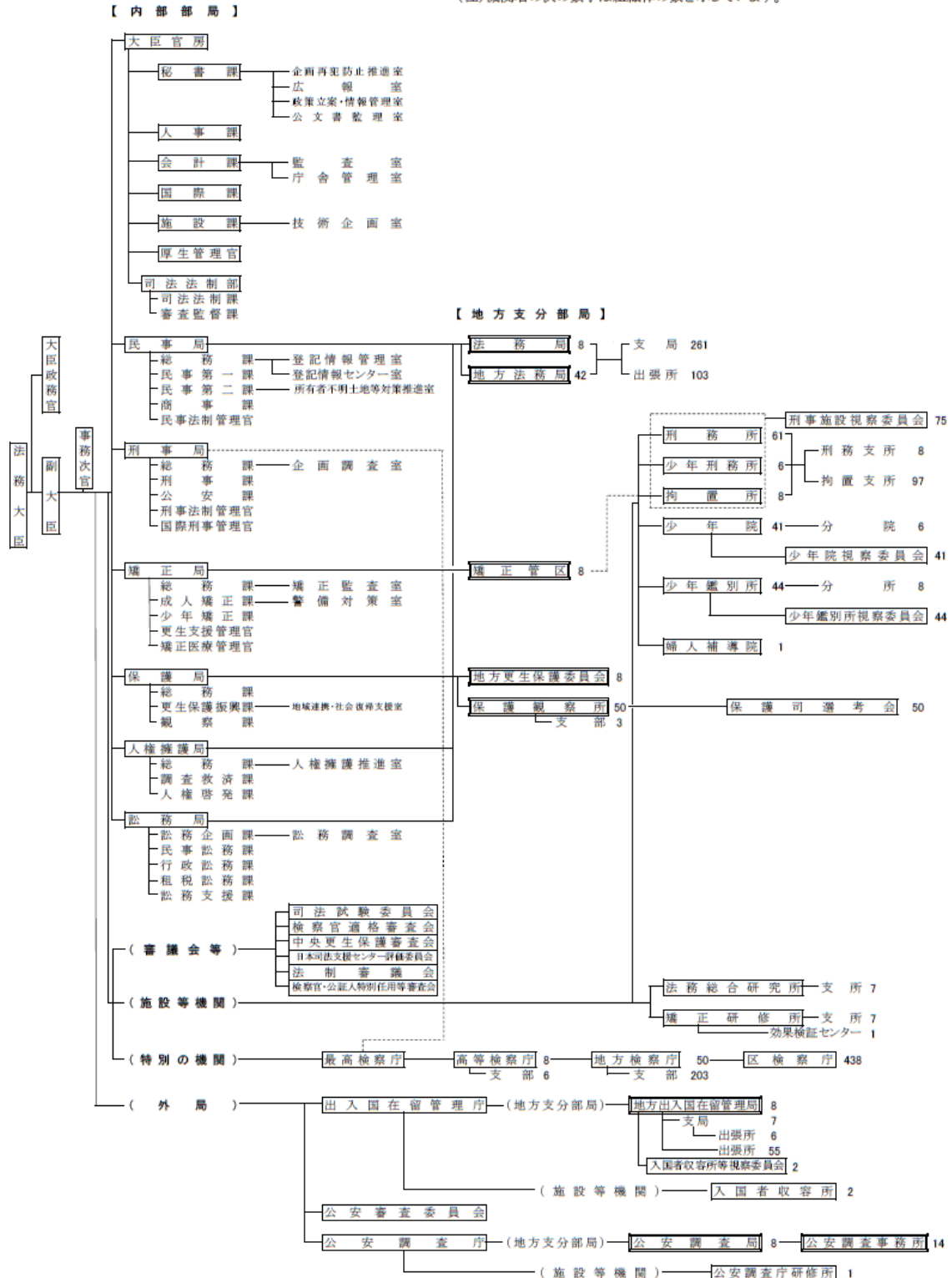


図 4-1 日本法務省組織架構図

資料來源:法務省 <https://www.moj.go.jp/hisho/soshiki/sosiki.html>.

(三)矯正經費

依據法務省矯正局(2019: 5)資料顯示，日本 2019 年矯正機構預算為約 2,018 億日元，每位收容人每日花費為 1,924 日元。另依日本財務省主計局(2020: 26)提出令和元年(2019)年度各單位歲出報告指出，法務省矯正機關單位成本，每位收容人 1 日花費成本則為 14,007 日元。

二、身心障礙盛行率及身心障礙評估工具與流程

(一)日本矯正機關身心障礙盛行率

鑒於日本在刑事政策中，有關智能障礙者再犯預防方面，已採取了相關措施，因此過去日本對於刑事設施中智能障礙收容人之盛行率亦進行相關之調查研究。法務省矯正局(2007)公開資料指出，截至 2006 年 10 月 31 日止，在全國 15 個廳矯正機關的 27,024 名犯罪嫌疑人及收容人中，有智能障礙者約 410 名，佔 1.5%。此外，厚生勞動科學研究報告書(2009)以矯正統計年報資料為基礎，提出智商 69 以下之收容人比率為 22.8%。而 Misaki 和 Takeshi (2009)研究指出，在日本矯正機關中，智能障礙收容人的數量約佔所有收容人人數之 10%至 15%，與挪威智能障礙收容人盛行率 10.8%相符(Sndera, Rasmussen, Palmstierna & Nøttestad, 2008: 1134)。然而從上開數據資料顯見，調查結果有相當之落差，究其原因，上開矯正統計年報所用之調查工具，僅統計智力測驗成績不足 70 者進行統計，並未考量除了智力以外的相關因素；另一方面矯正局之統計對象中，並未含括所有矯正設施，而是排除專門收容智能障礙者之醫療矯正機關，因此該調查結果並無全國智能障礙收容人盛行率之代表性。因此，為應日本新版身心障礙需求評估工具之實施，日本法務省在 2012 年 12 月至 2013 年 1 月間，對全國 77 個矯正機關 56,039 位(男性 51,671 位、女性 4,368 位)收容人進行智能障礙收容人之盛行率調查，調查研究發現，有智能障礙情形之收容人共計 1,274 位(男性 1,207 位、女性 67 位)，盛行率約為 2.4%，每個矯正機關平均有 16.5 位智能障礙收容人，共有 5 個矯正機關智能障礙收容人數超過 50 人(法務省，2014: 3, 5, 109)。

(二)身心障礙評估工具與流程

1.身心障礙評估工具

上開日本矯正機關身心障礙收容人之盛行率調查工具，乃使用該國財團法人矯正協會所編制的「矯正協會心理評估系列」(Correctional Association Psychological Assessment Series, CAPAS)。在 2009 年矯正統計年報智能障礙之盛行率調查工具，亦是以 CAPAS 作為評估工具進行調查。但當時 CAPAS 仍以「知

能指數（相當值）」，亦即智力測驗之分數作為障礙之判斷，部分研究指出未考慮到其他的因素，其評估結果不夠全面。然而隨著國際對於障礙之評估發展，CAPAS 亦隨之將「知能指數（相當值）」，更為「能力檢查值」（法務省，2014：3）。

2. 身心障礙評估流程

日本矯正機關對於判決確定的受刑人，無論係羈押中的被告或自行報到執行者，均先於拘留所中接受 1 至 3 月的調查分類處遇，再依專業評估結果分類(黃昭正等，2013：30)。依法務省矯正局(2019：13)資料顯示，該調查分類主要為提供收容人待遇所需的基礎知識，包含收容人之身心狀況、成長史、犯罪特徵、家庭/生活環境和未來生活規劃等。同時運用醫學、心理學、教育學、社會學等專業知識和技能，透過面試、體檢以及專為收容人開發之風險評估工具。接著根據調查結果指定處遇的指標，後依據處遇指標制定處遇要領，接著進行處遇。處遇指標分類如下表 4-2（古川隆司，2018）。

表 4-3 日本收容人分類等級一覽表

符号	性，国籍，刑名，年齢及び刑期による收容分類等級
W級	女子
F級	日本人と異なる処遇を必要とする外国人
I級	禁錮に処せられた者
J級	少年
L級	執行刑期8年以上の者
Y級	26歳未満の成人
符号	精神障害又は身体上の疾患若しくは障害による收容分類等級
M級	精神障害者
P級	身体上の疾患又は障害のある者

資料來源：法務省，用語の解説。網址：<http://www.moj.go.jp/content/000076896.pdf> 搜尋

日期：2021.3.30

三、現行運作狀況

依據日本 2018 年犯罪白書資料數據顯示，日本矯正機關收容人數在 2006 年為 8 萬 1,255 名，是自 1956 年來的最高峰。2007 年以降逐年減少，截至 2017 年底，該國矯正機關收容人數為 53,233 名（古川隆司，2018）。

日本在重刑化政策之下，除了造成矯正機關人滿為患之外，亦顯現出日本矯正機關擔負整體社會福利系統失靈之重責。由於景氣惡化且步入高齡化社會，許多高齡者、失業者甚至部分身心障礙者反覆性犯罪，以及其在司法程序上無法維護自身的權益，致使重複入獄。然而這類收容人非但無法從事職業工作以獲取生活所需，甚至需要耗費國家資源照顧，造成監所極大負擔（周悛嫻、李茂生、林育聖、Hebenton, 2011：63）。以日本 1990 年代為例，收容人之人數低於 4 萬人，然而矯正機關作業收入卻高達 170 億日元；反之，在 2010 年代，收容人數已近逼 7 萬人，但作業收入卻僅有 60 億日圓（山本讓司，2010：18）。顯示高齡及身心障礙收容人人數激增之下，並影響到整體收容人之工作產能，由於人力素質每況愈下，造成矯正機關沉重之負擔。日本在 2003 年引入精神障礙犯罪者強制住院治療制度，精神障礙收容人在回歸社會前，經矯正機關通報有自傷或其他傷害風險者，將在獲釋後銜接入院治療。因此大部分觸法精神障礙者，除收容於矯正機關外，多數在指定之精神醫療機構中。在日本精神療養院之去機構化，以及精神醫療區域化成為主流，大量強制入院之精神障礙犯罪者造成醫院極大的負擔。同時精神障礙犯罪者之治療系統在一般醫院中普遍不足夠，因此致使精神障礙犯罪者在出院後，仍會犯罪並威脅到公共安全，這樣的結果導致了公眾對精神疾病及精神障礙者之誤解。2001 年發生精神障礙者殺害 8 名學童案件後，日本國會通過「醫療觀察法」（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律），該法中制定犯下六項重大傷害行為之精神障礙者，經審判確認後，至指定醫院接受治療（佐藤誠，2008：60）。

為解決高齡化長者及身心障礙者被排擠到矯正系統，日本自 2006 年以來，開始推動對於身心障礙收容人在矯正機關收容期間相關之政策措施，因此亦使整體刑事程序上急速發展。該國在 2012 年犯罪對策內閣會議所策定之「預防累犯整合對策」中，對於高齡者或身心障礙者給予指導及支援被列為預防累犯的優先措施之一，透過結合醫療及福利等系統共同合作，預防該類人員再次犯罪（法務省，2014：i）。

四、身心障礙收容人處遇措施

在刑事收容設施及被收容人等處遇法修正後，日本公布收容人實施矯正處遇要領，要求戒護人員依據收容人資質及環境之調查結果，考量收容人個別之需求，並善用各項專門知識及技術。在進行處遇調查確定收容人處遇之指標後，即進行個別化處遇，包含作業及教化處遇，並對收容人定期或不定期進行處遇調查，進行處遇調整（古川隆司，2018）。矯正機關依據調查分類採行各項專業化處遇，包含作業事項分配、處遇課程規劃，以及基本學科教育等。微罪者施以低度安全管理，俾使不至因短暫的執行而與社會網絡產生隔閡，導致執行完畢後的復歸困難（黃昭正等，2013：30）。因此，為了促進收容人行為改善和康復，以及對社會生活適應，經由處遇調查所得結果，以作業、改善指導和教科指導等三大支柱，為收容人量身制定矯正處遇。針對高齡及身心障礙收容人，尤其需要即早提供福利支持，或藉由相關課程幫助其改善和康復，以為未來順利回歸社會準備（法務省，2021）。

除了上揭處遇措施外，為培養收容人的自發性和自主性，在維持矯正機關紀律和秩序方面，對收容人的生活和活動方面提供放寬限制、累進處遇、監外作業、外出、外宿等矯正處遇措施（法務省矯正局，2019：16）。放寬限制之意旨乃對收容人待遇目標（改善、康復的動力和適應社會生活能力）進展，進行定期和不定期之評估，逐步放寬限制，按照限制放寬的先後順序，分為第一類到第四類。原則上為第四類者進行舍房內之矯正治療，第三類主要在矯正機關舍房樓外（工廠等）進行處遇，第二類可以在矯正機構外進行處遇，第一類則是在開放式場所進行處遇。累進處遇則是為了激勵收容人改過遷善，矯正機關定期評估其行為及態度，按照良好程度從一等到五等分類，給予收容人增加與外界接觸、擴大自費物品使用範圍等優惠待遇（法務省矯正局，2008:30）。同時，刑事設施所採之醫療及保健措施，須達到相當於一般社會之保健衛生或醫療之水準為原則，且刑事設施均有讓受刑人接受醫師診斷的義務（李傑清，2012：8-11）。

第七節 我國與各國資料比較與綜合討論

在本節，將就我國與美國、英國、加拿大、澳洲、挪威、日本等 6 國，在矯正機關現況、身心障礙收容人處遇措施等進行比較分析，並在本節最末進行綜合分析討論。

一、矯正機關現況比較分析

我國監獄行刑法第 6 條規第 2 項：「監獄對受刑人不得因人種、膚色、性別、語言、宗教、政治立場、國籍、種族、社會階級、財產、出生、身心障礙或其他身分而有歧視」。同條第三項進一步明定：「監獄應保障身心障礙受刑人在監獄內之無障礙權益，並採取適當措施為合理調整。」有關身心障礙收容人權益的保障，同法第 45 條：「監獄對身心障礙受刑人應考量收容特性、現有設施狀況及身心障礙者特殊需求，提供視、聽、語等無障礙輔助措施」。另羈押法第 4 條及第 38 條也有相類似的規定，以規範看守所身心障礙收容人的人權。另外法務部矯正署於 2020 發布的「監獄及看守所辦理使用通訊設備接見辦法」、「外界對受刑人及被告送入金錢與飲食及必需物品辦法」及「監獄受刑人移監作業辦法」等，內容均特別要求矯正機關須對身心障礙收容人提供協助。觀諸立法內容所保障之收容人權益，與美國、英國、加拿大、澳洲、挪威與日本等國相較，尚稱周延。然而進一步從各國對身心障礙收容人的照顧現況來看，在我國是由矯正署負大部分的責任，但在英國、挪威及澳洲等國，身心障礙者收容人之專業處遇及醫療照護方面，已導入社區主管機關負責，並在矯正機關中配置身心障礙者聯絡單位，負責協調聯繫各項身心障礙者資源。在每位收容人的矯正預算上，我國顯然與上述各國落差巨大，顯見我國矯正機關在比其他 6 國為少的經費下，要負擔更全面、更重的責任。即使我國現行法規力求完善，但在只有矯正機關獨立作戰及窘迫的資源下，能夠落實多少？成效如何？實為本研究關心的議題之一。

(一)身心障礙盛行率

綜合前述各國身心障礙收容人盛行率，彙整如表 4-3 所示。由於各國身心障礙盛行率的評估方式不盡相同，從身心障礙的定義、評估時機、研究設計、研究方法或工具使用的不一致，因而影響盛行率的估計。值得一提，從文獻上所得的盛行率數據，難以視為等同並加以比較，在解釋上仍應謹慎。至於所採盛行率的資料來源，均於前節各國盛行率探討中有提及，在本節分析評估上也再次特別備註資料來源。不過可以確定的是，和各國一樣，我國矯正機關在收容人新收時會做健康檢查，並使用自殺防治量表評估身心狀態，但我國對身心障礙收容人的統計，係以是否持有衛生福利部發放的身心障礙證明為主要判斷依據，與其他國家不同，導致盛行率之估計較其他國家低。再者，雖然身心障礙盛行率的估計，與處遇需求的提供不一定能劃上等號，過高的身心障礙盛行率可能會造成矯正機關龐大的負擔，但過低的盛行率則可能會讓矯正機關容易忽略實際有特殊需求的收容人，而影響其權益，甚至對其身心造成戕害。

表 4-4 各國身心障礙收容人盛行率

國家	盛行率估計	盛行率評估使用之方式或資料來源
臺灣	4.2%	2018 年持有身心障礙證明者
美國	32%	2012 全國收容人調查 (National Inmate Survey, NIS-3) 數據資料分析
英國	36%	2012 減少收容人犯罪調查 Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) 樣本分析
加拿大	男性 40%(不包含物質濫用及反社會人格的其他精神障礙)	2015 年 1100 位加拿大矯正署聯邦監獄男性收容人
挪威	37%	2015 挪威統計局以問卷方式由收容人自我評估具有各種身心疾病症狀
澳洲	29%(包含身心障礙及慢性病)	2018 澳洲健康與福利研究院(AIHW)調查資料
日本	2.4%(智能障礙)	日本法務省 2013 年調查

資料來源：本研究自行整理

(二)醫療機關介入情形

在身心障礙者人權提升之背景下，各界亦關注到矯正機關身心障礙者在收容期間之處遇狀況，矯正機關中的身心障礙收容人是弱勢中的弱勢，在分析各國資料中，可以看到各國精神障礙的盛行率在矯正機關中都比在一般社區中來的高。批評者認為這顯現矯正機關取代了醫療機構成為大型精神療養院，應該將嚴重精神疾病者轉移到以社區為基礎的精神衛生服務系統，來代替於矯正機關的監禁。就人權角度觀之，身心障礙收容人雖被監禁，但仍是本國的國民，國民應享有的醫療保障與權益，即使身為收容人也不該被忽視。而收容人的醫療照護工作，從分析上來看主要有兩類模式，一為由矯正機關負責，與醫療系統合作，例如我國收容人雖然享有健保，也有醫生至矯正機關駐診，但收容人的醫療照護責任仍由矯正署負大部分的責任。另一種是如英國、挪威等國，將收容人的醫療視同一般國民，由負責醫療體系的衛生醫療部門主管機關負責。

表 4-5 各國身心障礙收容人醫療照護主管機關

國家	收容人醫療照護主要負責機關	備註
臺灣	法務部矯正署	
美國	聯邦矯正署(Federal Bureau of Prisons)及各級地方政府矯正局	
英國	衛生署	

	(Department of Health)	
加拿大	聯邦矯正機關為矯正署 (Correctional Service of Canada)、 各省及地區則為衛政單位或自行 訂定	各省及地區授權可依加拿大 衛生法規定，或自行訂定。
挪威	衛生局 (Norwegian Directorate of Health)	
澳洲	各州矯正局	
日本	法務部懲教局	

資料來源：本研究自行整理

(三)新收身心狀況評估

我國矯正機關使用快速篩檢工具對新收者進行篩檢，主要目的是評估自殺的風險。依據法務部矯正署 2020 年訂定之「矯正機關收容人自殺防治處遇計畫」規定，甫進入矯正機關之收容人，以簡氏健康量表(BSRS-5)初篩，初篩分數達 10 分以上(或自殺意念 1 分以上)者，再以病人健康問卷(PHQ-9)複篩，複篩分數達 15 分以上者，若管教小組認其有需要者，均須轉介專業輔導人員晤談或以其他專業量表施測後，提自殺防治評估會議審議是否為自殺高風險者(法務部矯正署，2020：4)。觀諸各國雖然對於新收者的身心狀況都有使用評估工具做初篩，但初篩所測試的項目不同，總括來看，較多國家使用的工具是 LDSQ 與 HASI，不過這兩個工具主要是用來評估智能障礙的可能性，而美國矯正機關使用的 BJMHS 則是可以做精神障礙的快速評估。但如同我國矯正機關，收容人在以簡易工具做初篩評估後，若有身心障礙的可能性，均須送專業醫療人員做進一步的評估。

表 4-6 各國新收初篩評估工具

國家	新收是否有初篩	身心障礙篩查使用之評估工具
臺灣	V	是否有身心障礙證明
美國	V	BJMHS、LDSQ、HASI 等
英國	V	LDSQ、CIS-R 等
加拿大	V	CoMHIS(BSI、DHS、ADHD、ASRS)
挪威	V	HASI 等
澳洲	V	HASI 等
日本	V	CAPAS

資料來源：本研究自行整理

(四)收容人矯正經費比較

本研究所指矯正經費，係指該國當年度矯正經費總預算，除以當年度平均收容人數，來計算每名收容人每年預算，為統一顯示，均換算成美元，換算匯率以 2021 年 4 月間為主。我國 2019 年法務部統計矯正機關收容人全年經費為 122.26 億，同年度平均每日收容人數為 62,988 人，兩者相除，我國收容人一年分配的預算約為 19 萬 4,100 元，換算美元約為 6,750 元。

經表 4-7 可以觀察到，各國矯正經費落差很大，7 國中矯正經費最高的是挪威，一年預算高達 17 萬美元，是美國的 13 倍。我國分配予每名收容人的矯正經費，又是上述國家中最低的，每名收容人每年僅 6,750 美元，是美國的 51%，更是挪威的 0.4%。因此，在檢討我國矯正機關對於身心障礙收容人之處遇措施，為何無法達到與先進國家同樣的水準時，必須先正視我國矯正經費過低、資源缺乏的事實。從矯正人員與收容人之戒護比過高，到矯正經費過低，我國矯正機關長期存在資源嚴重不足，但所負的責任卻日漸增重，且面臨單打獨鬥的窘境。

表 4-7 各國收容人年預算

國家	每名收容人每年預算(美元)
臺灣	6,750
美國	13,139
英國	50,675
加拿大	74,426
挪威	171,189
澳洲	109,500
日本	46,918

資料來源：本研究自行整理。

二、身心障礙收容人處遇措施分析

我國身心障礙收容人於矯正機關的處遇措施主要見於「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」、「矯正機關收容人自殺防治處遇計畫」及「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」等文件中。相較於其他各國，在提供輔具、無障礙環境設計、訂定身心障礙收容人個別處遇計畫，及特殊需求收容人復歸時的轉銜服務上，我國均有相關規定，只是規定的內容多為原則性的概括規定，相較於美國、加拿大等國，在上述事項上有較多細節與具體規定。以無障礙環境設計為例，從前述相關章節中可以看到，美國矯正機關建議收容機關的舍房及環境需符合美國身心障礙者法案(ADA)的無障礙設計之標準，而英國則要求包括健身房在內，都必須有無障礙使用設計、挪威要求改造呼叫系統和火災警報器以供聽力及視力障

礙的收容人使用等。因此，我國身心障礙收容人處遇措施雖然有框架，但實質的內容與具體的做法為何？是否落實在身心障礙收容人的平時生活中？目前看來仍授權各矯正機關及管理人員，視其機關資源及個別收容人的狀況提供。

表 4-8 各國收容人處遇措施比較

國家	提供輔具	無障礙環境設計	訂定個別處遇計畫	特殊需求收容人轉銜服務
臺灣	V	V	V	V
美國	V	V	V	V
英國	V	V	V	V
加拿大	V	V	V	V
挪威	V	V	V	V
澳洲	V	V	V	V
日本	V	V	V	V

資料來源：本研究自行整理。

三、綜合分析討論

綜合上述比較，本研究主要歸結以下五點：

(一)我國處遇措施指引多為抽象性、原則性規範

我國矯正署近年來因應監察機關的檢視及民間團體的挑戰，對於身心障礙收容人的權益日漸重視，加上刑事政策的改變，長期監禁收容人的增加，造成收容人老化及精神障礙照護問題，也慢慢地浮現。與國外相較，我國身心障礙處遇計畫內容較為原則性之規範，例如對於智能障礙收容人理解表達的問題，在「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」中，僅說明應採適當方式使身心障礙收容人瞭解攸關其自身權益之法規。本研究以為，縱使需視各收容人實際情況討論適合的處遇措施，但建議仍應提出具體的措施供矯正人員選擇。例如英國的「輕鬆閱讀(Easy Read)」計畫，將書面資訊改以簡單的文字和圖檔顯現，並將各類範本置於網站上，提供矯正人員下載使用，又如自閉症或癲癇症的收容人可能會對聲光刺激過度反應，則建議應有舍房重新布置以適合這類收容人，這些具體作為，在我國法規上並沒有明確的規範。

(二)有關收容人身心狀況之評估相對較少

身心障礙收容人的篩檢是重要的環節，國外對於新收入矯正機關者，原則上會由矯正人員或矯正機關內的醫療人員以簡易篩檢工具做篩檢，除了可以找出有治療需求的收容人外，並可及早發覺需要特別協助的收容人。我國矯正機關針對

新收及高風險的收容人以簡氏健康量表(BSRS-5)初篩，初篩分數達 10 分以上(或自殺意念 1 分以上)者，再以病人健康問卷(PHQ-9)複篩，但這兩項工具在矯正署的計畫中主要用於自殺防治，無法涵蓋身心障礙收容人需求評估之用。目前我國並無使用快速篩檢之評估工具供矯正人員使用，難免令人擔心是否漏接了實質上需要協助的收容人。此外，老年收容人因老化產生各類身心障礙症狀，在國外矯正機關定期對這類收容人進行障礙評估。而我國矯正機關對於老年收容人雖有每半年進行精神狀況評估，但其餘障礙部分則賴矯正人員平時觀察，目前我國對於收容人身心狀況評估之密度不足，也是值得重視的問題。建議矯正署應該開發評估面向更廣的結構化篩檢工具，提供第一線矯正人員使用。

(三)應加強矯正人員對身心障礙收容人的認識

在國外針對身心障礙收容人處遇指引當中，多會提及對矯正人員的培訓是相當重要的配套措施(Health Services Management Centre, 2007: 15; Betts, 2015: 22; HMI Probation, 2015: 11; The Southwest ADA Center at ILRU, 2019: 10; Moore, 2020: 50)。矯正人員是第一線接觸與觀察收容人者，是否需要轉介醫療機關，第一時間主要由矯正人員察覺判斷，因此矯正人員對身心障礙者相關的症狀認識與情形瞭解是非常重要的。特別是第一線執行之戒護人員與教化人員，均是直接面對與管理收容人，尤其是精神障礙及智能障礙收容人的障礙情形，不容易察覺，甚至這類型的收容人常因障礙，易被當成不服管教者，因而受到懲罰。然而目前在我國矯正機關制定的相關指引中，有關矯正人員對障礙類別之認識、訓練課程內容應包含哪些項目，尚無一致性的規範。鑒於瞭解才能創造同理心並轉化成實際行動，各類別矯正人員都應接受相關的教育訓練課程。

(四)硬體設施及經費仍待加強與爭取

我國矯正機關建築大多年久，硬體設施亦多老舊，囿於經費之故擴建改善牛步；加上我國刑事政策變遷，矯正機關超額收容情形嚴重，使得矯正成效屢受質疑。雖然矯正署致力符合「聯合國收容人待遇最低限度標準規則」：訂定收容人生活空間最低標準、推動擴改遷建矯正機關方案、設置一人一床等，但亦須配合擴遷改建方案完成，才能逐步將收容人基本空間坪數由每人 0.7 坪上調為每人 1 坪(法務部矯正署，2018:12)。不過依據歐洲矯正機關規則(The European Prison Rules)的建議，矯正機關中個人生活空間的最低標準建議為單人舍房含衛浴設施生活空間應該為 6 平方公尺(相當於 1.85 坪)，每名收容人應該有 4 平方公尺(相當於 1.2 坪)(European Parliament, 2017: 3)，顯現我國的收容人生活空間遠遠不及

歐盟建議標準，矯正機關中人滿為患的情形仍待改善。目前矯正機關難以在各個休閒、教化、作業場所及舍房都增設無障礙措施，提供無障礙設施的範圍有限，因此僅能集中收容。此外，在文康活動課程安排上，部分障礙別之收容人數目較少，也難以特別開設適合其障礙的課程，以讓其享有與一般收容人相同的權利與參與機會。事實上，硬體設施改善牛步化與矯正經費捉襟見肘難脫關係，然而我國矯正經費與先進國家落差巨大，要改善身心障礙收容人的處境，仍有長遠的路要努力。

(五)社區資源應導入矯正機關之趨勢

經整合六國矯正機關身心障礙收容人之專業處遇與醫療照護現況，在身心障礙收容人專業處遇方面，目前英國、澳洲及挪威等三國現已有將社區身心障礙資源直接導入矯正機關之措施，由身心障礙者主管機關配置於矯正機關內之單位及專業人力，負責提供身心障礙收容人全面性之專業處遇，包含與社區身心障礙資源連結，以及依據收容人障礙情形提供矯正人員處遇之建議；另在醫療照護方面，大致上多由矯正機關全權負責，僅英國及挪威等二國，由衛政機關直接將醫療資源導入矯正機關，負責收容人之醫療照護。就臺灣現況而言，身心障礙收容人專業處遇由矯正機關自行負責；另醫療照護部分，目前雖然各監均有專任醫師之編制，惟多呈懸缺狀態，實際上多由各矯正機關視需求逕與鄰近醫療機構簽訂契約（陳志強，2009：445）。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，經篩選為疑似精神病者及領有身心障礙證明、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，使其能獲得妥善照護(法務部，2020)。雖然近期我國矯正機關對於身心障礙收容人處遇進行大幅的調整，並將收容人納入健保的保障範圍，逐步改善收容人接受醫療權益。然而依相關人權公約規範要求，未來我國要真正落實將收容人視同「穿著囚服的國民」，完善其平等待遇，則挪威等國將社區主管醫療及社政系統的主管機關導入矯正機關的方式殊值我國參考，未來應朝向由社區身心障礙及醫療資源主管機關(我國為衛生福利部)負責收容人照護的政策方向發展。因此我國現行做法是否有改進之處？應如何改善？同時，收容人自 2013 年 1 月起正式納入健保實施至今，收容人醫療人權與品質是否獲得改善？也是本研究重點之一。

第五章 質性資料分析與討論

本研究質性研究資料蒐集分為兩階段，第一階段的深度訪談共有二大重點，分別是確認身心障礙盛行率評估工具以及研析身心障礙收容人處遇需求現況與困境。鑒於國內尚無用以評估身心障礙盛行率工具，研究團隊乃藉由蒐集國外評估工具為基礎，其中有關身體功能障礙的評估項目將參採華盛頓身心障礙統計小組的問項，已在第二章及第三章說明理由。至於認知障礙則因國外現行評估工具之內容不一，本研究除參考相關工具編制評估工具初稿，再據以進行精神專業醫師、處遇人員之深度訪談，以提升本研究評估工具之專家效度，據以作為接續的我國矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人盛行率調查工具。此外，為深入瞭解不同類型身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，除以現行矯正機關內部負責處遇以及戒護之相關人員為對象進行深度訪談外，並以各障礙別身心障礙收容人為訪談對象，根據訪談所得資料做為本研究矯正機關收容人調查問卷編製基礎。

第二階段質性資料蒐集採用焦點團體座談法，由於收容人問卷調查結果為座談會中討論項目之一，故焦點團體座談會於收容人問卷調查後實施。焦點團體共計舉辦兩場次，一場次的研究對象以矯正人員為主，另一場次則為相關領域專家學者。然因焦點團體座談內容所占篇幅不大，乃將焦點團體分析內容置於本章第四節，致有關收容人問卷調查結果的分析與討論則置於下一章，但在焦點團體座談會的訪談資料分析，亦討論收容人問卷調查分析結果。

第一節 認知障礙評估工具之建構

本研究有關認知障礙評估工具之建構分為兩大部分，分別為精神障礙評估及智能障礙評估，就訪談資料整理分析如下。

一、精神障礙評估指標與問項內容

本研究彙整國內、外普遍使用之精神障礙評估量表為藍本，並以國內 5 位就矯正機關收容人有研究之資深精神科專科醫師進行訪談，盼藉由其專業及臨床經驗，給予本研究工具建議。本研究經由文獻整理所得之精神障礙評估量表(共 14 題)，第 1~6 題係引自 Kessle 等人(2002)所編製之 K6，其中第 3 題題目用詞參考

現行矯正機關收容人自殺防治處遇計畫所使用之「病人健康問卷 (PHQ-9)」予以修改；第 7-8 題係引自美國司法研究所(National Institute of Justice,NIJ)在 2002 年開發出之「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」；第 9-10 題係引自英國基層精神衛生機構中常見的心理健康評估表 CORE-10；而第 11 至第 14 題係引自現行矯正機關收容人自殺防治處遇計畫所使用之「病人健康問卷 (PHQ-9)」。有關訪談結果彙整分析如下：

(一) 精神障礙之臨床評估指標

經訪談精神專科醫師在臨床對於精神障礙評估，彙整主要指標包括：

1.功能影響程度

臨床上在評估精神障礙的程度，受訪者皆提到功能影響程度對於精神障礙評估的重要性。

詢問「日常生活自我照顧能力」十分重要。(A2-3-1)

(角色)功能是否有退化、受影響，…是否影響目前生活。(A3-3-1)

會先就生活功能適應、自我照顧及社會功能進行評估。(A4-3-1)

再問…對功能的影響(包含職業功能及人際關係)。(A5-3-1)

2.持續長度與困擾程度

受訪者指出，一般在評估精神障礙症狀，必須參酌相關症狀延續的時間，以及對於患者的困擾程度，衡量是否為障礙狀態，因此一般精神障礙診斷，至少需要延續半年以上的就診評估。

就症狀強度、頻率…做整體判斷評估。(A4-3-2)

後詢問持續時間的長短，再問困擾程度。(A5-3-2)

3.病識感

對於受訪者而言，患者的病識感是非常重要的判斷指標，除了後續配合治療的意願外，亦會影響治療效果。

會先詢問患者的「情緒狀態」是否有異常…有沒有跟別人不一樣的/不尋常的經驗或想法。(A2-3-3)

再就病識感、藥物副作用及工作能力做整體判斷評估。(A4-3-3)

最後會將病識感作為診斷考量面向之一。(A5-3-3)

(二) 精神障礙評估工具指標

經受訪者檢視本研究所提供之精神障礙評估量表初稿，認為題項內容主要是評估有關憂鬱、焦慮症狀之指標，較少涵蓋其他類型精神障礙之症狀，因此受訪者對於精神障礙評估工具指標，認為除了憂鬱症指標外，建議新增其他指標以全面含括可能的精神障礙狀況。

1. 思覺失調類群和其他精神病症 (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders) 指標

受訪者 A1、A2、A4 及 A5 一致認為應新增思覺失調類群指標。受訪者 A1 建議以幻聽、怪異言行及被害妄想作為指標，A1 特別指出：由於視幻覺通常為毒癮或腦傷者會出現之症狀，因此特別強調應測量幻聽症狀。A2、A4 及 A5 亦均提出應增加幻聽作為評估之指標。

知覺障礙指標…聽幻覺：特別需要強調為幻聽症狀，係由於視幻覺通常為毒癮或腦傷者會出現之症狀，建議應新增幻聽，…被害、被跟蹤或被監視，當出現被害、幻聽症狀，就要考慮有知覺和思考障礙的問題。 (A1-2-2)

來測試幻視聽，但要注意收容人是否裝病。 (A2-2-1)

我覺得應該要再增加幻聽的題目及被害妄想的題目。 (A4-2-1)

幻聽…是思覺失調很重要的觀察指標。 (A5-2-1)

雖然 A1、A4 均提出應該增加被害妄想症狀指標，但 A2 認為對矯正機關收容人而言，並無須特別強調被害妄想症狀。綜合上述意見，本研究新增「幻聽」作為精神障礙評估工具指標。

對象為監獄收容人…其實並不需特別測量被害妄想。 (A2-2-2)

2. 雙極性情緒障礙 (bipolar disorder，簡稱躁鬱症) 之躁症指標

經彙整訪談資料，受訪者 A1、A3、A4 及 A5 均建議新增躁症指標。依衛生福利部定義，雙極性情緒障礙症就是一般所稱的躁鬱症。與單純的憂鬱症不同，雙極性情緒障礙症的病人於憂鬱症發作外，還會有躁症或輕躁症發作的情況。躁症發作的特色是情緒高昂、易怒、自尊膨脹、思緒飛躍、多話、睡眠需求減少、過多的目標導向活動，以及衝動魯莽的行為。A1、A4 及 A5 認為研究團隊提供之評估工具可測得憂鬱狀況，惟缺乏躁症指標；而受訪者 A3 建議可針對研究團隊提供量表中的第 11 題酌作調整修改，改為「周邊的人已經察覺動作或說話速度緩慢或快速跳躍」，可同時測量憂鬱跟躁鬱。然而考量本量表已包含多項測量憂鬱指標，且為符任一題項僅得測量單一指標之原則，因此本研究認為宜新增躁

症指標題目，不宜就原始第 11 題進行修改。

躁症指標：…題項建議詢問「過去三天是否沒有原因想法多、很感到快樂？」(A1-2-1)

第 11 題，可以改成動作或說話速度緩慢到或「快速跳躍到」別人已經察覺，這樣可以同時測量憂鬱跟躁鬱。(A3-2-1)

整份工具看起來都是以憂鬱為主…好像沒有測量到躁鬱的部分…。(A4-2-1)

沒有躁鬱症中躁症的部分…。(A5-2-1)

(三) 精神障礙評估量表建議題項

在建立精神障礙評估指標後，針對本研究未來用以調查矯正機關收容人身心障礙盛行率評估工具之題項方面，需考量簡短、精準及快速之評估工具設計原則，經請訪談對象評估精神障礙測量題目之重要性並逐一檢視研究團隊提供之各問項後，相關建議彙整如下：

1. 精神障礙評估題項建議

(1) 建議刪除題項

綜合 5 位受訪者意見，本研究刪除原題庫 9 題，分別為第 1、2、6、7、9、10、11、13 及第 14 題，逐題分析如下：

a.刪除第 1 題

A1、A2 認為研究團隊提供量表中的第 1 題為重要的精神障礙評估指標，然而 A3 則認為收容人在新收適應階段，容易會有緊張狀態，不見得與精神障礙有關，A4 及 A5 則認為本題及第 4 題皆為測量焦慮症之指標，然相較於本題，第 4 題指標鑑別效果更佳。

最重要之問項：包含第 1、2、4 及第 7 題。(A1-1-2)

第 1、4 題都是測量焦慮症的題目，但比較起來第 4 題會更好。(A5-1-2)

此外，A1、A3 同時有提及收容人在新收適應階段會產生緊張情緒之評估偏誤情形，因此 A1 建議研究團隊將施測對象設定為入所一個月以上之收容人，除了可以減少適應期間之測量偏誤外，並可避免收容人因藥、酒癮造成之短暫性障礙所造成的偏誤。因此，研究團隊整合相關意見，將施測對象排除看守所收容人，以監獄收容人為主。綜合考量多數意見，刪除本題。

收容人適逢入所，容易因適應不良致使憂鬱指數偏高，因此建議對入所後一個月以

上的收容人進行施測，可避免收容人因藥、酒癮所產生障礙症狀，以及新收適應不良，致使障礙評估偏誤。(A1-2-1)

很多收容人剛入監都會感到緊張，是否感到緊張不見得跟精神障礙有關。(A3-1-1)

b.刪除第 2 題

A1、A3 認為研究團隊提供量表中的第 2 題指標為重要的精神障礙評估指標，然而 A2、A4、A5 則認為較為次要的評估指標，A4 並提出本項指標為憂鬱症指標，考量本題與第 3 題均為測量憂鬱症狀指標，因此建議可刪除。A5 則認為本題與第 12 題測量內容指標相似，惟第 12 題更為顯著，建議刪除本題保留第 12 題。綜合考量多數意見，刪除本題。

第 2 題及第 3 題都是測量憂鬱的，這兩題我建議保留第 3 題，第 2 題可以刪除。

(A4-1-2)

第 2 題跟第 12 題都是測量憂鬱症的題目，第 12 題的測量程度更強，因此第 2 題可以刪除。(A5-1-2)

c.刪除第 6 題

A2、A4 及 A5 為研究團隊提供量表中的第 6 題指標為重要的精神障礙評估指標，然而 A1、A3 則認為是較次要的評估指標，A5 指出本題及第 5 題均為測量憂鬱症的重要指標。綜合相關意見，考量第 5 題為重鬱症重要指標，爰刪除本題。

第 5 題跟第 6 題都是測量重度憂鬱症的指標，因此建議保留。(A5-1-3)

另相較而言較不嚴重之指標的題項包含：第 6、9、10、11、13、14 題。(A1-1-1)

可以刪除的題項：1、3、4、6、9、13、14…。(A3-1-1)

d.刪除第 7 題

A1、A2 及 A3 認為研究團隊提供量表中的第 7 題為思覺失調指標，為重要的精神障礙評估指標，然而 A1 認為應新增幻聽題，A2 則就原題修改，並新增幻聽題。A4 認為雖然本題為思覺失調的典型症狀，然而考量避免單一測量症狀影響整體量表評估，第 8 題亦是測量思覺失調的題目，用來評估收容人題意更加簡明，建議刪除本題。考量 A1、A2 及 A4 都建議改以幻聽以作測量，因此本研究刪除本題改以新增有關幻聽題目。

特別需要強調為幻聽症狀，係由於視幻覺通常為毒癮或腦傷者會出現之症狀，建議應新增幻聽…(A1-4-2)

7 跟 8 都是測量思覺失調的題目，但是第 8 題會比第 7 題的題目更清楚…(A4-1-3)

e. 刪除第 9 題

A2 及 A5 認為研究團隊提供量表中的第 9 題睡眠指標為重要的精神障礙評估指標，A5 指出有精神障礙者，多有睡眠問題，然而入睡僅是睡眠障礙的一個階段，然而 A1、A3 及 A4 則認為較為次要的評估指標，建議可刪除。綜合相關意見，刪除本題。

精神障礙鑑定我個人的臨床做法，順序是先問「情緒狀態」，是否有異常，第 2 是問「睡眠」(A2-6-1)

另相較而言較不嚴重之指標的題項包含：第 6、9、10、11、13、14 題。(A1-1-1)

可以刪除的題項：1、3、4、6、9、13、14…。(A3-1-1)

f. 刪除第 10 題

A3 認為研究團隊提供量表中的第 10 題為測量創傷壓力症候群題型，建議可保留以增加測量向度。然而 A1、A2、A4 及 A5 則認為較為次要的評估指標，A2 並指出第 10 題旨在測量創傷壓力症候群，對矯正機關收容人精神障礙測試方面較不顯著。A4 認為既然是簡短的工具，實際上會有創傷壓力症候群的人數相對起來較少，為避免符合這題障礙人數較少，A5 則指出該指標為焦慮症的指標之一，焦慮症已有第 4 題作測量，且本題臨床上較為少見，因此刪除。

我認為最不需要的題項是 2、4、10、11、13、14，第 10 題主要是測量創傷壓力症候群。(A2-1-1)

如果以整體工具來考量，會有這樣症狀的人比較少見，為避免這個題項把大多數的障礙症狀篩選掉，建議把這題刪除。(A4-1-4)

臨床上創傷壓力症候群的確是比較少見的…(A5-1-5)

g. 刪除第 11 題

A3 認為可就第 11 題題目酌作修改以同時測量憂鬱及躁症，而 A1、A2、A4 及 A5 則認為較為次要的評估指標，建議可刪除。然而如同本研究上述意見，考量本量表已包含多項測量憂鬱指標，且為符任一題項僅得測量單一指標之原則，將以新增躁症指標題目，並將本題刪除。

第 11 題，可以改成動作或說話速度緩慢到或「快速跳躍到」別人已經察覺，這樣可以同時測量憂鬱跟躁鬱。(A3-2-1)

相較而言較不嚴重之指標的題項包含：第 6、9、10、11、13、14 題。(A1-3-2)

h.刪除第 13 題

研究團隊所提供的精神障礙評估量表中，受訪者一致認為第 13 題為較不重要的題項，建議可刪除。

另相較而言較不嚴重之指標的題項包含：第 6、9、10、11、13、14 題。(A1-1-1)

我認為最不需要的題項是 2、4、10、11、13、14，第 10 題主要是測量創傷壓力症候群。(A2-1-1)

然而受訪者 A5 提及第 13 題有關注意力指標問題，雖然不一定是精神障礙顯著的指標，然而過去其接觸的經驗，有這樣情況的收容人常因為無法達成矯正機關管理之要求，容易被誤解不遵從管理規定。

很多收容人會有注意力不足的問題沒有被發現，所以會常常違規...(A5-1-2)

i.刪除第 14 題

研究團隊所提供的精神障礙評估量表中，受訪者一致認為第 14 題為較不重要的題項，建議可刪除。

另相較而言較不嚴重之指標的題項包含：第 6、9、10、11、13、14 題。(A1-1-1)

我認為最不需要的題項是 2、4、10、11、13、14...(A2-1-1)

(2) 建議保留較為重要題項

綜合 5 位受訪者意見，保留原題庫 5 題，分別為第 3、4、5、8 及第 12 題，逐題分析如下：

a.保留第 3 題

A1、A2 及 A4 認為研究團隊提供量表中的第 3 題指標為重要的精神障礙評估指標，然而 A3 則認為本題可以跟第 2 題合併，用語可以參考精神科面談(MINI)臺灣版的標準用語，A5 則認為這項指標普遍收容人都會有此情緒表徵，用於測量收容人之情緒障礙情狀之顯著性可能不高，建議刪除。綜合考量多數意見，保留本題。

第 2 題及第 3 題都是測量憂鬱的，這兩題我建議保留第 3 題，第 2 題可以刪除。

(A4-1-2)

b.保留第 4 題

A1、A4 及 A5 認為研究團隊提供量表中的第 4 題指標為重要的精神障礙評估指標，然而 A2、A3 則認為較為次要的評估指標。A5 認為本題與第 1 題同為焦慮障礙指標，然本題指標情緒程度較為顯著，建議保留本題，刪除第 1 題。綜

合相關意見，保留本題。

最重要之問項：包含第 1、2、4 及第 7 題。(A1-1-2)

第 1、4 題都是測量焦慮症的題目，但比較起來第 4 題會更好。(A5-1-2)

c.保留第 5 題

研究團隊所提供的精神障礙評估量表中，受訪者一致認為第 5 題為重要的指標，A3 並認為第 5 題是測量憂鬱的重要題目。

第 5 題跟第 12 題都是測量憂鬱的重要題目。(A3-1-2)

d.保留第 8 題

研究團隊所提供的精神障礙評估量表中，受訪者 A1、A2、A3 及 A4 一致認為第 8 題為重要的指標，而 A5 則認為本題與第 7 題均是測量幻覺，建議刪除。綜合相關意見，本研究擬保留本題。

第 8 題是測量思覺失調症，建議保留。(A4-1-3)

第 8 題與第 7 題同是測量幻覺，建議刪除。(A5-1-4)

e.保留第 12 題

研究團隊所提供的精神障礙評估量表中，受訪者一致認為第 12 題為重要的指標，A3 並認為第 12 題是測量憂鬱的重要題目。

第 5 題跟第 12 題都是測量憂鬱的重要題目。(A3-1-2)

2. 症狀調查區間之設定

A2 及 A3 皆認為研究團隊提供量表問項中，詢問受測對象過去 30 天之症狀發生頻率過於冗長，分別建議以過去一周或是兩周作為時間設定。

一般我們都是問過去一週，問過去 30 天好像有點太久。(A2-1-1)

一般是用過去兩個禮拜內，用 30 天稍嫌長了些。(A3-2-2)

然而本研究認為，精神障礙或症狀的存在時間仍然建議維持為 30 天，理由如下：(1)仿效 K6、10 調查區間。(2)監禁的痛苦會惡化精神狀況，需要有適應期。(3)本研究主要是要瞭解身心障礙盛行率而不是轉介治療，因此需採行比較嚴格的標準。

綜上，經彙整最終結果保留 5 題，並新增上述重要指標 2 題，有關本研究精神障礙評估工具意見彙整如表 5-1，最終形成本研究精神障礙評估量表如表 5-2 所示

表 5-1 本研究精神障礙評估量表訪談意見彙整表

受訪對象 題目	A1	A2	A3	A4	A5	評估結果
1.過去 30 天中，您經常會感到緊張?(焦慮指標)	○		X(新收適應期收容人普遍有緊張情緒)	X 認為與第 4 題相近，但第 4 題更佳	X 認為與第 4 題相近，但第 4 題更佳	刪除
2.過去 30 天中，您經常會感到絕望?(憂鬱)	○	X		X	X 與第 12 題測量指標相似，第 12 題較佳。	刪除
3.過去 30 天中，您經常會感到自己很糟糕(或/沒用或是有罪惡感)? (憂鬱)			X 建議可跟第 2 題合併		X	保留
4.過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁?(焦慮指標)	○	X	X		○	保留
5.過去 30 天中，您經常會感到太沮喪以至於什麼都不能讓您快樂起來?(重鬱症指標)		A2 建議太沮喪可以改成過於沮喪	○		○	保留
6.過去 30 天中，您經常會感到做每一件事情都很費勁(很疲倦或沒有活力)?(憂鬱指標)	X		X		○	刪除
7.過去 30 天中，您是否覺得某人可以經由在您腦海中放進想法或是移除想法，來控制您的思想?(思覺)	X 建議修改為幻聽題	建議修改「您是否覺得某人可以在您腦海中放進一些本來不是您的想法，或是把您本來的想去除掉，可以控制您的思想?」		X 與第 8 題同是測量幻覺，然而本題較適合專業心理人員施測，第 8 題問題較適合收容人。	建議修改本題為是否有被控制的感覺?或是被有外在力量控制的感覺?	刪除
8.過去 30 天中，您是否覺得有人可以讀出你想法?(思覺)					X 與第 7 題同是測量幻覺，建議刪除	保留

受訪對象 題目	A1	A2	A3	A4	A5	評估結果
9.過去 30 天中，您經常很難入睡或入眠？	X		X	X	建議修改為您經常睡不好嗎？	刪除
10.過去 30 天中，經常有您不需要的影像或回憶，一直困擾著您？(創傷)	X	X		X	X	刪除
11.過去 30 天中，您的動作或說話速度緩慢到別人已經察覺？(憂鬱)	X	X	改成動作或說話速度緩慢到「快速跳躍到」別人已經察覺，這樣可以同時測量憂鬱跟躁症	X	X	刪除
12.過去 30 天中，您有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭？			○			保留
13.過去 30 天中，您無法專注在做某一件事情上，例如閱讀報紙或看電視？	X	X	X	X	X	刪除
14.過去 30 天中，您食慾不振或吃太多？	X	X	X	X	X	刪除
新增	1.躁症:過去三天是否沒有原因想法多、感到很快樂?	1.幻覺：「您是否會看到別人看不到的東西？」	1.躁症	1.躁症	1. 躁症是否覺得自己常常很high?或是變得更容易生氣?	新增
	2.幻聽：過去一段時間，是否有旁邊沒有人仍然感覺有人在跟您說話?	2. 幻聽:「您是否會聽到別人聽不到的聲音？」		2.聽幻覺及視幻覺	2.幻聽	新增
	3.是否有被			3.被害妄		刪除

受訪對象 題目	A1	A2	A3	A4	A5	評估結果
	害、被監視 或被跟蹤的 感覺?			想及關係 妄想		

表 5-2 本研究精神障礙評估量表

題項	評估題目內容
1	過去 30 天中，您經常會感到自己很糟糕(或/沒用或是有罪惡感)?
2	過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁嗎?
3	過去 30 天中，您經常會感到沮喪且感覺甚麼事情都不能讓您快樂起來?
4	過去 30 天中，您會出現不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭嗎?
5	過去 30 天中，您是否覺得自己心裡有很多想法且情緒經常很亢奮(high)?
6	過去 30 天中，您是否會聽到別人聽不到的聲音或看到別人看不到的東西?
7	過去 30 天中，您是否覺得某人可以在您腦海中控制您的思想?

二、智能障礙評估量表

為確保後續智能障礙盛行率調查問項之信、效度，本研究彙整國外普遍使用之智能障礙評估工具為藍本，並對矯正機關內 5 位心理師進行訪談，盼藉由其在面對矯正機關內智能障礙收容人教化之經驗及臨床專業，給予本研究工具建議。本研究在進行訪談前，經由文獻整理所得之智能障礙評估量表(共 6 題)，第 1~3 題係改編自 Wakeling (2018) 所編製之英國收容人評估系統篩選工具(OASysScreeningTool, OASys ST)；本題庫第 4 題引自 McKenzie 與 Paxton (2006) 所開發的(學習障礙篩檢問卷(Learning Disability Screening Questionnaire, LDSQ)；本題庫第 5、6 題係引自世界衛生組織(2010)所開發之「世界衛生組織身心障礙評估表第二版」(World Health Organization Disability Assessment Schedule 2, WHODAS 2.0)。經彙整訪談結果如下：

(一) 矯正機關收容人適應能力指標

經受訪者檢視本研究所提供之智能障礙評估量表內容，認為題項內容依據收容人的收容現況，建議新增其他指標以完整本研究工具測量效度如下：

1. 記憶指標

受訪者 B1 認為以矯正機關收容人在監執刑之生活現況，應可由對於收容期間的相關規定是否能夠記住作為測量的指標。B8 則認為可將文字修正為是否記得住監規；B6 則認為法規的部分較為抽象，且會因為國文程度而異，不見得與

智能障礙有直接的相關性。

…問適應的話會問監獄中很多大大小小的規定你記得起來嗎?(B1-12-1)

是因為法規比較抽象，而且會因為國文程度而異，不見的跟智能有關係。(B6-12-1)

2.操作能力指標

針對日常打掃工作是否有執行能力的困難？亦是一個可以評估智能障礙的指標。

另外這裡很多打掃工作，像洗碗、擦地、打掃廁所，可以問你對這邊的環境清掃工作執行上有沒有困難…。(B1-12-3)

B1 認為可由收容人在作業程序的熟悉程度作為測量的指標，而 B6 及 B7 皆認為作業程序其實就結合記憶與操作能力，同時 B6 進一步指出記得工場作業程序，除需要有記憶能力外，更需具有操作的能力，因此建議以本題作為測量題目。

如果是比較操作的，像工場作業程序你記得起來嗎?(B1-12-2)

記得工場作業程序就可以涵蓋另外兩題了…這題最有鑑別度，作業程序是收容人每天需執行的東西，部分包含指導語與理解、做不做的出來。(B6-12-2)

(二) 智能障礙評估量表建議

1.建議刪除題項

研究團隊提供的工具題目中，受訪者一致建議刪除第 3、4 題，矯正機關內沒有位置圖及時鐘，對施測對象而言較不顯著，因此建議可以做修改。

位置圖跟時鐘監獄沒有，問適應的話會問監獄中很多大大小小的規定你記得起來嗎?(B1-12-1)

再者，B1、B5、B7 及 B8 認為研究團隊提供量表中的第 6 題測量表達能力可作為評估智能障礙的評估指標，B6 則認為表達能力不一定是認知功能不好或是有障礙，建議刪除，因此刪除本題。

第 6 題可以刪除，因為每個人的溝通能力本來就不同，溝通能力差不見的是認知功能不好或有障礙。(B6-12-2)

2.建議保留較為重要題項

研究團隊提供的施測題目中，受訪者一致建議保留第 1、2 及 5 題。

第 1、2 及 5 題都是一般智力測驗用來測量智商的指標。(B6-12-1)

綜上，經彙整最終結果保留 3 題，並新增上述重要指標 1 題，有關本研究精神障礙評估工具意見彙整如表 5-3，最終形成本研究精神障礙評估量表如表 5-4

所示。

表 5-3 本研究智能障礙評估工具意見彙整表

受訪對象 題目	B1	B5	B6	B7	B8	評估結果
1.您閱讀報紙或書籍需要協助嗎?(閱讀指標)					修正為閱讀判決書或是書信有需要協助嗎?	保留
2.您填寫表格需要協助嗎?(寫作)						保留
3.您看位置圖時需要協助嗎?(邏輯)	X	X	X	X	X	刪除
4.您看得懂有刻度的時鐘(非電子鐘)嗎?(時間)	X	X	X	X	X	刪除
5.您可以聽懂管理員的話嗎??(理解)					○	保留
6.別人聽得懂您說的話嗎?(表達)			X		○	刪除
新增	對機關內的規定您記得起來嗎?(記憶)					刪除
	您在記得工場作業程序上有無困難?(記憶及操作能力)		○本題除可測量記憶外，並可連結操作能力	○本題除可測量記憶外，並可連結操作能力		保留
	您在執行環境清掃工作上有無困難?(操作)					刪除

表 5-4 本研究智能障礙評估量表

題項	評估題目內容
1	您閱讀報紙或書籍需要協助嗎?
2	您填寫表格需要協助嗎?
3	您可以聽懂管理員的話嗎?
4	您在記得工場作業程序上有無困難嗎?

第二節 不同障礙別收容人生活適應與需求情形

在不同障礙別收容人生活適應與需求上，本研究依據有關身心障礙之定義，在處遇作為上亦區分成兩大類別的定義，一為身體功能障礙，另一為認知功能障礙，其中認知功能障礙又可進一步區分為精神障礙與智能障礙。本節將先探討身心障礙收容人的現行生活適應情形，次就前述兩大類的收容人分別探討其一般性需求及不同障礙別收容人的特殊需求。

一、身心障礙收容人生活適應現況

依據監獄行刑法第 13 條規定：「有客觀事實足認其身心狀況欠缺辨識能力，致不能處理自己事務」、「現罹患疾病，因執行而不能保其生命」、「懷胎五月以上，或生產未滿二月」、「罹患法定傳染病，因執行有引起群聚感染之虞」及「衰老、身心障礙，不能於監獄自理生活」者，矯正機關應拒絕收監。而進入收容機關後，收容人若罹病，則有保外醫治、移送病監或醫院等處遇作為。考量本研究的研究目的，所訪談的收容人均非屬前述被拒絕收監、保外醫治及收容於病監或醫院的收容人。經訪談分析後發現，身心障礙收容人生活適應現況區分成以下四點：

(一)收容於監獄受刑人多為尚有基本自理能力者

就現況而言，收容於舍房的身心障礙者大致都具有基本自理能力，尚能獨立生活自理。即使是精神障礙收容人在症狀和緩時，也會收容在一般的舍房，若是身心障礙程度嚴重者，如精神障礙者嚴重發作期、雙眼完全不能視物的重度視覺障礙者，則收置於病監當中。若是靠他人的協助即能夠自理者，則會收容於一般舍房中。

我是重度精神障礙，目前在症狀比較和緩時，我能夠幫助其他同學。(D1-1)

我是視覺輕度，我生活起居都很正常，可以行動自如，只是動作比較慢。(D2-1)

我是重度肢障，我起身的時候會有指定的看護同學會幫忙洗澡跟穿衣服。(D3-1)

視覺障礙(嚴重者)一定會放在病舍。(B5-3-1)

(二)身心障礙收容人對於矯正機關內的生活無太多的期待

大部分身心障礙收容人對於目前生活上並無太多的需求意見，多表示目前在監所各方面適應並無太多的問題。當研究者進一步探究其原因，是否是因為在收容機關內受到的照顧較社區生活來的週全，因此沒有需求意見？但從受訪者的肢體語言、說話口氣與面部表情，發現多數身心障礙收容人只希望將剩餘刑期儘速執行完畢，抑或是希望能夠早日得到假釋機會重返社會，對收容期間的生活就當成是短暫停留，因此對於矯正機關提供的生活，只要能過得去，都沒有太多的期待。

我覺得在裡面各方面都很好(D1-1)。

工場活動對我來說等於是復健…這部分我認為是沒問題。(D2-8)

我覺得這裡生活起居都沒有問題，裡面長官都很熱心幫忙。(D2-9)

監獄說幫助也沒有幫助，我就跟著監獄的規矩，不要去生事就好了。(D2-10)

我目前是沒有想到，就現在這樣子就可以了。(D3-3)

(三)獨立性與社區生活情形類似

對於許多身心障礙收容人而言，在收容機關內的生活，其獨立性與在收容機關外相似，換句話說，身心障礙程度較輕微，或進入收容機關前非正式系統較佳者，其在收容機關內的獨立性亦較佳。以有肢體障礙的 D3 為例，其在過去有看護照顧生活，進入矯正機關後獲指派專人照顧，因此 D3 認為在生活上並沒有太大的差異，甚至認為政府的社會福利措施對其也沒有什麼幫助，頂多是給予津貼。

對我來講是跟外面生活都一樣，只是自由受到限制。(D2-6)

我固定都會看內科跟家醫科，我以前在外面的時候有請外籍看護照顧我平常的生活，現我在裡面跟外面的興趣還有生活模式都差不多。(D3-8)

(四)保護性處遇方式不見得迎合需求

在社區當中，身心障礙者生活獨立性的訓練是很重要的一環，但是在矯正機關內，這並不是主要的處遇目標，加上管理者擔心身心障礙者「出事」，許多受訪者都表示，指定其他收容人專門照護身心障礙者，以保護及協助他們不受傷及適應矯正機關的生活，是目前矯正機關最常採取之身心障礙收容人處遇作為。不過也有過豐富社區工作經驗的受訪者 B1 直言，這樣的保護性處遇措施有時候並非符合身心障礙收容人的實質需求，除了讓身心障礙收容人失去獨立性的機會外，這樣置入性的「協助」，有時還會增加身心障礙收容人情感上的負擔。

但是矯正機關真的被打怕了，所以就會無微不至的照顧他們…但是每次遇到監察院、其他的質詢時，我們好像就只能走呵護路線 (B4-4-5)。

監獄其實是保護性的環境…收容人會有自尊問題，因為他們在外面常是自主管理，他們會覺得我們指派專人給他不是我想要的。（B1-5-2）

照顧太多可能長遠沒有幫助。（B1-9-5）

B6 也表示，經常遇到身心障礙收容人拒絕關懷協助。而 B4 以過去接觸身心障礙者權利課程的經驗，指出針對身心障礙收容人應該是要提供跟一般收容人一樣的生活，但是礙於外界對矯正機關所施加的壓力，只能無微不至的照顧身心障礙收容人，實際上收容人出監後，會面臨社區生活與收容生活的巨大落差。

在監獄裡面跟出監後落差太大，…我們要努力的方向是身心障礙者要跟一般人的生活一樣。（B4-4-5）

身心障礙的收容人會跟我們說你不要一直來關心我，不想要讓人家知道他是殘障人士。（B6-7-1）

二、身體功能障礙收容人需求情形

我國身心障礙收容人以身體功能障礙者占多數，除了肢體及聽、視覺障礙外，內部臟器的功能損傷者也為數不少。一般而言，內部臟器的損傷主要需求為醫療保健，其餘作息飲食多能與一般收容人無異，本研究在前節各國資料比較中也發現，在探討矯正環境中的身心障礙者時，臟器類損傷障礙者較少有特殊處遇需求。但是在懲罰的矯正環境中，肢體、視聽覺障礙所帶來的不便，則容易影響收容人的生活適應，需要矯正機關的協助，確保他們能與一般收容人一樣在監執刑。因此，本節在分析上，除探討身體功能障礙收容人的一般需求外，在特殊需求部分，將聚焦在肢體障礙、聽覺障礙及視覺障礙者上。

（一）一般需求

1. 無障礙空間的設計

由於肢體障礙收容人數較多，相對於其他障礙別，各矯正機關對於無障礙設施的建置較為周全。除了身體功能障礙收容人多配置於一樓的舍房及活動區域安排在一樓外，行動不便的收容人在移動時，還需要有坡道、扶手等無障礙設施。在舍房上也需要不同於一般舍房的設計，例如床鋪、座式馬桶、防滑墊等。

肢障都會收容在 1 樓，不論他要接見或是看診，現在也有升降梯等。（B1-2-6）

因此肢體障礙所需的坡道、扶手、馬桶及防滑墊、助行器、輪椅，我們都會準備（B4-4-1）。

我的舍房是在 1 樓的小房…同寢室友互相照顧。（D2-3）

我可以睡床，一般都是睡地板，那對我們肢障不方便，也有坐式馬桶。（D3-2）

我自己都要人家照顧了，沒有辦法再參加工場作業，文康就參加看書心得那類的比較

靜態的，戶外活動就算有我也不會參加，行動不方便。(D3-4)

上 2、3 樓因為要同學推輪椅去坐電梯，安排在那些地方的活動我就不會參加。(D3-7)

以往我們會認為棍子是比較危險的物品，如果他有使用導盲杖的需求，我們也會准許他們使用。(C2-3-1)

2. 適合身體功能障礙者之作業環境或類別之需求

雖然目前各矯正機關中，普遍有提供無障礙硬體設施，讓身體功能障礙收容人在生活行動上減輕不便。然而 B7 進一步提到，其服務機關中的肢體障礙收容人雖有進入工場作業賺取作業勞作金(以下簡稱勞作金)之需求，然而工場即使有無障礙設計，仍無法配合其障礙之狀況，因此建議需要職務再設計³²。

肢體障礙收容人作業環境方面，外面都有所謂的職務再設計。(B7-8-2)

B7 之建議主要是呼應收容人 D8 的期盼，受訪者 D8 是重度肢體障礙者，刑期尚有 10 餘年，因手足同時入監服刑，加上母親年邁已送安養中心，無家人可倚靠。入監前在社會上有獨立工作的經驗，因此很希望能夠至工場參加作業，自食其力。然而因工場無障礙設計仍無法減輕對其障礙之限制，經矯正機關評估有受傷之風險，無法讓其參與作業。因此，針對身心障礙收容人勞動場域，由專業人員協助進行職務再設計輔導評估，也是有作業需求與意願之身心障礙收容人重要的需求。

我沒有家人可以幫忙，所以我很希望我可以去工場作業賺取勞作金，但因為我的障礙狀況，獄方擔心我會跌倒發生危險，我去了兩個禮拜後，就還是回來了。(D8-8)

3. 社會福利補助持續性需求

部分受訪者指出，過去在社會時，所獲得的身心障礙福利補助，在進到矯正機關後都被取消，當他們的身分轉換為收容人時，過去所得到的身心障礙社會福利補助旋即被排除在外。部分收容人非正式系統缺乏，無家人探視幫助，且因障礙狀況無法進入工場作業賺取勞作金，因而無法購置日常所需物品，致發生困難。因此收容人 D1 跟 D6 都表達希望能夠保有身心障礙社會福利的需求。

我的父母已經亡故，家人又很少來探視，因此沒有錢可以購買日用品，都是機關幫忙我。(D1-4)

以前在外面有減稅、看病也不用錢，進來裡面看病都是要錢，在外面可用的，在裡面都沒有了。在外面的身心障礙福利進來裡面都沒有了，只能靠監獄這邊幫忙我們。(D6-

³² 「職務再設計」是配合作業員之特性條件，如體力、感覺、能力、職業經驗及期望，以改變作業方法與調整職務內容等方式，使工作不會對作業員產生負擔（紀佳芬，2003：7）。

9)

以現行身心障礙證明申請規定，須由家屬代為辦理相關手續，如無家屬可代辦者，目前僅戶籍遷移至矯正機關之收容人，方可由矯正機關代為申請。然而 B7 指出過去在詢問身心障礙收容人是否需要幫其申請身心障礙證明時，收容人認為收容期間申請並沒有任何用處，婉拒申請。

符合者，家屬若同意辦理才能，否則除非戶籍設在本監，我們才能幫他申請。(B6-1-2)

還有申請下來，依然沒有相關補助，那他可能還有 10 幾或 20 幾年才要出監，那這個時候申請的意義為何？何況期限到還要重新鑑定。(B7-1-2)

4. 急重症醫療需求

其他器官或是疾病障礙別的身心障礙收容人處遇需求，以醫療為主，通常也因為重病或是身體狀況，相對其他處遇，側重於醫療方面的處遇。

其他障礙別的處遇比較偏醫療。(C1-7-3)

受訪者 D7 對於目前醫療方面提供的服務有負面的觀感，起因於其過去治療的不良印象。雖目前每日都有各科別門診可供掛號，但超音波門診每周僅此一次，其餘時段僅有一般性診療。D7 因腹痛原因不明，經一週後超音波門診才確認病灶，並轉診開刀。因此，在急症醫療檢查方面，未來希望能夠再增加頻率，在矯正機關中的醫療門診安排，仍偏重一般的科別，較難安排特殊的醫療門診。

之前我肚子疼痛，醫生開止痛藥給我吃還是痛了一個禮拜，後來等到一周一次的腸胃超音波後，後來才說要開刀。(D7-4)

(二)特殊需求

1. 肢體障礙收容人

從受訪者分析來看，肢體障礙收容人特殊需求主要是輔具提供，及引進社區長照資源，以下敘述之。

(1)輔具提供

輔具部分由於肢體障礙人數較多，原則上各機關都有現成輔具提供給收容人使用，若欲自行添購，也可配合家屬提供必要協助。

義肢損壞了，我們有協助他向社會局申請補助。公司還有來監所幫他丈量。(C2-4-1)
有些輔具是公家提供…無障礙空間上，都會去盤點，像扶手、斜坡、警示鈴。(B2-7-2)

除了常見的輪椅、拐杖等輔助措施，肢體障礙收容人若有需求也應該提供一

些額外的輔具，例如 D8 是小兒麻痺患者，特別提到浴室內應該提供洗澡椅，若能提供對她的障礙影響幫助最大。因此輔具的提供不一定是制式化，應依照個人的需要調整。

我覺得在生活上都有給我很多幫助，最有幫助的我認為是洗澡椅。(D8-4)

(2) 引進社區長照資源

重度肢體障礙的受訪者 D8 現收容於矯正機關的療養舍中，其指出目前療養舍內多位高齡收容人，無法參加矯正機關日常安排之活動，終日在療養舍中虛度光陰。D8 認為社區長照資源對於矯正機關內日漸增加的高齡收容人，是迫切所需，建議未來能夠加入。

現在裡面有越來越多年紀大的收容人，希望讓外面的長照資源應該引進來，可以設計一些像我這種老年行動不便的收容人可以參加的活動，現在我們都只能待在療養舍中，每天都很無聊。(D8-9)

受訪者 C1 及 B7 亦注意到肢障收容人及老年收容人肌肉退化問題。收容人高齡化的趨勢，在第二章文獻資料中，由採行兩極化刑事政策的國家當中窺知一二。隨著長期刑收容人人數逐漸攀升，收容人年齡增長所帶來的身體功能退化照護問題，是我國矯正機關必須面臨的議題。

老人監所在所難免，希望不管是醫療也好、長照也好社區資源可以進來。(C1-9-2)
社區的長照資源如何引進來照護他們…希望可以配置物理治療師，協助相關體適能課程，或協助長者維持肌肉發展，避免跌倒等情形發生。(B7-8-2)

2. 聽覺障礙收容人

聽覺障礙收容人在生活適應上重要且特殊的需求，是能與他人溝通。因此無論是開辦手語課程或由手語志工協助，都是屬於這類的處遇措施。我國矯正機關中目前手語課程並不普遍，聽覺障礙收容人多以筆談方式溝通。

(1) 與他人溝通需求

大部分機關聽障收容人人數多為個位數，加上障礙程度落差，以及資源分配問題，對於少部分聽覺障礙收容人，收容生活仍有障礙。保有部分聽力的收容人，可藉由助聽器輔助溝通，並輔以筆談以協助瞭解其意思，但嚴重程度的聽覺障礙收容人，若無法以手語溝通，僅能以筆談方式與他人溝通。B6 提及使用筆談會有文字解讀的落差，造成實際溝通上的嚴重障礙。

目前來說瘖啞收容人只有 1 位，溝通是個很大問題，寫字無法取代手語，甚至有時候文字解讀也是個問題。(B6-9-1)

目前所有聽障收容人都能用助聽器溝通，輔助筆談，在接見時，也可以讓他們攜帶紙筆…社工師、心理師跟教誨師等每月都會跟收容人對談1次。(B3-2-3)

要看同學的嚴重情況…聽障的話用筆談或圖文傳遞訊息，比較嚴重的就要請志工來協助溝通，一般志工大概兩周來一次。…特殊的狀況就給予蠻個別化的處遇。(B1-3-1)

(2)手語課程普及化需求

聽覺障礙收容人有溝通的需求，矯正機關常會指派同舍房的收容人擔任照顧員，衍生而來，是矯正機關為其他收容人與管理人員開設手語班的需求，目前僅有少數矯正機關有辦理相關課程，但大多數的矯正機關受限於經費及聽覺障礙收容人數不多，尚未開辦手語班。

我們指派同一舍房收容人擔任身障收容人擔任照顧員，每年都會商請啟聰學校師資開辦兩期手語班。負責照顧的收容人、工場等至少都要有一名參加手語課程。(B3-2-4)
手語班開辦對象是收容人。(B2-7-5)

我們這兩年有開辦手語班，除了聽障同學外，其他協助照顧他的同學也要學。(C2-2-1)

3. 視覺障礙收容人

視覺障礙收容人與聽覺障礙收容人相同，在矯正機關中都屬於較少數的群體，因此較少有為他們量身訂做的文康教化活動，甚至醫療資源也較為不足。

(1)增加適合的文康教化活動需求

由於視障收容人人數為少數，加上輕中度視覺障礙者，其生活尚能自理，因此一般而言較少提供足夠的資源，尤其是在文康教化方面的課程，這類收容人也較少參加需要其他人協助的活動。

視障目前沒有給他上課，兩個人也沒辦法開課。(B5-3-2)

我的是義眼，在外面就沒有特別看醫生…小說沒有在看，怕眼睛壞，對我來說看書是很疲勞，我都看電視、聽收音機。(D2-4)

肢體障礙、聽障或視障這類障礙人數比較少的，小團體教化課程不會特別報名。(B1-8-1)

(2)重度者專人協助需求

視覺障礙收容人除了需要導盲磚、閃光、警示設備等無障礙設施外，在矯正機關中時常需要專人協助，例如幫忙代寫信件等，在無提供視覺障礙者無障礙設施的矯正機關中，專人協助更顯迫切，不過每位收容人視覺障礙的程度不同，嚴重的視覺障礙收容人，B5表示常會將此類收容人安置於病舍。

據我所知，目前本監沒有提供視障人員無障礙設施，若真的影響到生活，只有找同學

幫忙協助(B4-3-2)。

視障的話會有一些閃光、警示設備…。(B1-3-1)

遇到收容人不能自己寫字，徵得他的同意會幫忙代寫信。(B4-3-3)

視障就著重在生活照顧，由專人照顧。(C2-3-1)

視障都收容於病舍。(B5-3-1)

(3)眼科醫療資源需求

儘管目前各機關都有提供每週定期診療的措施，然而經訪談發現，少數障別收容人所需要的專門醫療資源，可能相對比較不容易取得，眼科就是其中一種。

收容人醫療多是處理緊急危害生命的，不是第一線要處理的專科，像眼科可能就比较少。(B1-2-5)

三、認知功能障礙收容人

認知功能障礙收容人包括精神障礙及智能障礙者，這兩類的身心障礙收容人從外表並不能夠辨識出障礙情形，更有甚者，反而被當成不服管教者施以處罰，因此其對處遇的需求與身體功能障礙者並不相同。而對認知功能障礙者的管理與處遇，近年越來越受到各國矯正機關的重視。本部分先探討認知功能障礙收容人共同的一般性需求，進而就精神障礙及智能障礙者的特殊需求分別探討。

(一)一般需求

1. 被辨識及被認識之需求

矯正機關中主要由教化科負責各項專業處遇，然而該科除了身心障礙收容人外，尚包含毒癮、酒癮及性侵害等為主的專業處遇工作。目前各機關教化單位主要由教誨師、編制內正職的心理師及社工師組成，然而除了社工師接受過較完整的身心障礙者訓練外，其他人員對於認知功能障礙者的理解有限。例如邊緣性智能障礙收容人因為與一般收容人的落差不易被發現，因此有時會被認為是佯裝不願配合，經實地訪談發現，矯正人員對邊緣性智能障礙者的瞭解也並不多。B5身為資深的心理師，他認為在矯正機關中最主要的工作之一，就是讓管理員辨識出認知功能障礙者，一旦這類的障礙者被辨識出，管理人員也認識其特性，就可以改善認知功能障礙者的處境。

在監獄裡面最麻煩的是邊緣性的智能障礙，他就看起來正常，但像是裝的。(B5-5-2)

對身心障礙比較瞭解的就是社工…如果我遇到身心障礙的個案，我對他的狀況真的很陌生，我就會去問社工、請教他。(B4-9-1)

精神障礙認識的課程不是所有的人都參加，其實如果每個戒護人員都有機會參與這類的課程當然會更好。(C1-11-1)

2. 管理人員及其他收容人的包容

經評估有智能障礙的收容人，通常教化人員會提供個別化處遇的建議給場舍主管，讓場舍主管的管理態度改變，適度體諒與放寬，進行個別調整。也可以讓場舍主管進一步跟同舍房的收容人溝通，讓其他人瞭解障礙對此收容人的影響，以體諒此類別的收容人，建構友善的收容環境。D7 是被辨識出的智能障礙者，就提到常聽到其他舍房同學間爭吵，但是自己的同舍同學卻與其相處融洽。

我的同學都不錯啦！大家都會幫忙，相處很好。(D7-2)

就會跟他場舍主管說要安排一個人重複說給他聽，對他們也比較寬限…放寬管教，讓同房同學也瞭解這個情形。(B1-5-1)

其實智能不足你不要跟他硬碰硬，就是柔性一點，工場主管一改變態度，他就變好，衝突情形就減少。(B5-5-1)

3. 作業依障礙嚴重程度調整放寬

受訪者 D1 是精神障礙醫療專區的收容人，由於患有嚴重的精神障礙，因此無法從事其他積極爭取累進處遇責任分數的作業，在達成責任分數方面，較其他收容人緩慢。D1 認為其對於責任分數依嚴重程度適度放寬有需求。而智能障礙收容人也需要給予較為簡單的作業項目與內容。

我覺得在行刑累進處遇設計上，對我們有些困難，因為我在醫療專區無法作業，另外也因為病情比較嚴重，難以累積分數，相對也較難獲得處遇方面的各項福利。(D1-5)

我在裡面各項活動都會積極去參加，但是怎麼都無法得到假釋的機會。(D13-9)

在工場技能方面，針對弱智收容人會給予比較簡便的作業。(C3-9-1)

會配置殘障工場，給他們比較輕的作業，看看他們能不能適應。(B2-5-1)

(二)特殊性需求

在矯正機關中，共病是普遍的現象，許多智能障礙收容人同時合併有精神障礙，而且往往無法得到符合其需求的治療，也更容易遭受其他收容人的傷害。(Betts, 2015: 13)，因此在處遇上兩者的共同需求比特殊需求還多。但是彼此之間仍有一些差別，以下分述之。

1. 精神障礙收容人

本研究歸納整理訪談資料發現，精神障礙收容人特殊處遇需求包括放寬通信限制及足夠的心理治療課程。

(1)放寬通信限制

D1 為精神障礙者，其提到精神障礙收容人在通信方面，由於病情之故，容

易對記憶力造成影響，致使漏未能在通信階段完整表述。因此，希望能夠酌情考量他們的需求，給予協助放寬限制。

最需要提供的幫助是通信，因為每周常常因為病情的關係，記憶沒有那麼好，常常在寫信時漏未交代，等到寄信後才記起，希望未來可以放寬。(D1-4)

(2) 足夠的心理治療課程需求

矯正機關不是治療精神障礙的理想場所，對多數矯正機關而言，戒護安全仍然是首要目標，因此許多措施並非旨在滿足患有精神障礙收容人的需求，縱然收容人在矯正機關中應享有醫療保健權，但少有矯正機關認真為精神障礙收容人提供治療。B5 身為心理師，就直言：精神障礙收容人一般在社區會接受到的治療，有時會與矯正機關的監禁目的與收容環境產生衝突，而難以提供足夠的治療課程。

精神障礙狀況不好的，我們會安排認輔制志工，再不好的我們這邊會治療…精神疾病人數太多了，很難開到足夠的治療課程。(B1-6-3)

比較麻煩的是精障，精障他可能比較需要團體治療，社交功能訓練，譬如返家，但我們就不是這樣的環境，就不是個治療的環境，因為是個監禁的環境。(B5-6-1)

2. 智能障礙收容人

智能障礙收容人在特殊處遇需求方面，就訪談資料之分析，可區分成有特殊教育資源及邊緣性智能者應比照智能障礙者處遇兩種需求：

(1) 特殊教育資源需求

智能障礙者需要特殊教育方面的資源，然而矯正機關卻很難提供這方面的專業資源。受訪者雖然希望這方面資源可以增加，但是矯正機關的環境並非特教中心，有較為豐富的人力與物力，加上有些身心障礙的狀況是藥酒癮或精神疾病造成的，複雜性更高。但是受訪者 B3 跟 B6 都同意智能障礙收容人有這方面的處遇需求。

未來希望可以針對智能障礙收容人增加生活技能的學習跟維持，教導其生活技能維持一定的程度(B3-9-2)。

認知功能不好或是原本是精神疾病的個案因長期使用藥物，導致理解能力不好…很難像類似特教中心提供較細緻的服務…現在情況是心有餘而力不足。(B6-9-2)

(2) 邊緣性智能者應比照智能障礙者處遇需求

國外研究發現，邊緣性的智能障礙收容人不易被察覺有智能障礙情形，因此無法獲得適當的支持服務。然而，他們仍可能在溝通和其他日常事務方面遇到困難，並難以理解正在發生的事情，及矯正人員對他們行為的期望，這會引起其焦

慮、憂鬱或憤怒，進而造成其行為變得煩躁或退縮 (Betts, 2015: 9)。本研究受訪者認為，智能障礙的收容人必須經由重複的練習，安排一個收容人全程協助、帶領著做，讓其做久了進入狀況是有必要的。而 B5 的觀察也與前述國外的研究發現相似，認為對於邊緣性智能障礙者，應比照智能障礙者處遇為宜。

智能障礙者會安排比較耐心者同房，讓他慢慢適應得比較好。(B1-5-3)

智能障礙也是要有一個人全程帶領他，其實人都有一個學習過程，久了就會。(C1-5-1)

在監獄裡面最麻煩的是邊緣性的智能障礙，他就看起來正常，但像是裝的。(B5-5-2)

三、小結

本研究的研究目的之一，是瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求，並就不同身心障礙類別、態樣進行分析及評估，據以作為改善的方向，因此在第二節部分，本研究綜合收身心障礙收容人、處遇人員及戒護人員的意見，進行分析探討。在生活適應上，身心障礙收容人若收容於舍房內者，多尚有基本的自理能力，且其獨立性與其社區中生活的情況類似，對於追求獨立性的收容人來說，矯正機關內過度保護的處遇作為，可能並不符合其需求。但總體而言，身心障礙受訪者對於矯正機關內的生活並無太多的期待，主要原因是其最主要的目標放在離開矯正機關，收容機關內的生活只要能符合基本需求即可，在改善環境的態度上顯得較為消極。

而在處遇需求方面，本研究依據障礙類別，並分就一般性需求與特殊性處遇需求，歸納分析整理如表 5-5：

表 5-5 不同障礙別收容人生活適應與需求情形

障礙類別 項目	身體功能障礙收容人	認知功能障礙收容人
(一)生活適應情形	1. 收容於舍房內的多為尚有基本自理能力者 2. 身心障礙收容人對於矯正機關內的生活無太多的期待 3. 獨立性與社區生活情形類似 4. 保護性處遇方式不見得迎合需求	
(二)一般性需求	1. 無障礙空間的設計 2. 職務再設計需求 3. 福利持續性需求 4. 急重症醫療需求	1. 被辨識及被認識之需求 2. 管理人員及其他收容人的包容 3. 作業依障礙嚴重程度調整放寬
(三)特殊性需求	1. 肢體障礙 (1)輔具提供 (2)社區長照資源	1. 精神障礙 (1)放寬通信限制 (2)足夠的心理治療課程需求
	2. 聽覺障礙	

障礙類別 項目	身體功能障礙收容人	認知功能障礙收容人
	(1)與他人溝通需求 (2)手語課程普及化需求	
	3. 視覺障礙 (1)增加適合的文康教化活動需求 (2)重度者專人協助需求 (3)眼科醫療資源需求	2. 智能障礙 (1)特殊教育資源需求 (2)邊緣性智能者應比照智能障礙者處遇需求

第三節 矯正機關身心障礙收容人處遇執行概況

接續上節分析，可知身心障礙收容人有基本的共同處遇需求，也有因應障礙特性的特殊性處遇需求。本節則探討矯正機關身心障礙收容人處遇執行概況，除從執行現況，包括身心障礙收容人篩查及處遇措施執行情形外，並將進一步瞭解矯正機關目前在執行上面臨的困境，及未來改善建議。不過值得注意的是，國外研究發現，各矯正機關文化、收容人情況、收容人環境、年齡層和領導管理風格的不同，幾乎沒有兩所矯正機關是相同的(Health Services Management Centre, 2007: 3)，我國各矯正機關也有相同的狀況，在資源多寡、機關特性、收容人狀況等方面都有差異，礙於本研究資源與期程而無法一一走訪每一個矯正機關，這是在本節分析前，應該特別提出的說明。本節在分析上雖然盡量顧及各矯正機關的差異性，但僅能做原則性及概略性的通盤探討，因此各矯正機關應該如何改善收容環境以適應身心障礙收容人，研究團隊認為需要進行更具體的需求盤點。

一、矯正機關執行現況

有關矯正機關執行現況，主要分為兩大部分，一為現行矯正機關如何篩檢身心障礙收容人，二為矯正機關現有處遇措施，其中在處遇措施方面，將就設施、管理、作業、教化、文康、醫療、接見及通信等八大面向進行探討。

(一)身心障礙收容人篩檢

1. 新收收容人健康調查以持有身心障礙證明(手冊)為主要識別方式

目前矯正機關在新收階段會進行收容人的健康調查，調查時會詢問收容人是否有身心障礙的證明，通常是由收容人自行提供，如未攜帶，由家屬協助提供。現行矯正機關對於身心障礙收容人之認定，則以是否持有證明為主。

一般而言都是在新收調查時，衛生科會問收容人有沒有證明，如果有的話就會請他們

提供(B4-1-1)。

我們會做新收調查，除了身心障礙證明外，也會做詢問。(C2-1-1)

大部分都是以身心障礙證明判別。(B2-1-1)

2. 潛在認知功能障礙收容人多由戒護人員依經驗判斷發現

對於無證明之身心障礙收容人如何察覺方面，目前都是由戒護主管發現收容人異狀後通報相關單位進行評估，以 B1、B4 機關之辦理現況而言，通常是工場主管觀察收容人有異常狀況反應給教化人員，經轉介心理師評估發現有問題者，再轉介看診。B4 指出有些收容人在新收調查時不一定會如實以告，有時候是當收容人認為有需要出示證明的需要時，例如就醫想要費用減免時才會主動告知。

在工場主管部分會反映出來，大部分會有不適應狀況。(B1-1-4)

他不見得會照實講，因此也有超過三個月才發現有身心障礙的情形。(B4-1-3)

後續就看他與人相處情況再做處理，在我們戒護科主要是靠經驗觀察。(C1-1-2)

但更多的是收容人本身雖未持有身心障礙證明，經場舍主管觀察後發現，轉介看診時確定，例如受訪者 B2 及 C3 都有指出這樣的情形，其中 C3 為精神障礙醫療專區新收主管，其過去經驗遇到無證明但後續被發現有精神障礙狀況的收容人為數不少。B2 則表示這類在矯正機關中被發現的身心障礙收容人雖然沒有身心障礙證明，但矯正機關仍會將其當成身心障礙者處遇。

發現沒有手冊但有異狀的個案不少。(C3-1-3)

觀察一段時間跟人家的相處，譬如晚上不睡覺阿、有異常狀況等，我們主管會交接，有些同仁比較有經驗就會判斷轉介去看診。(C2-1-4)

在我們專區的收容人不一定有身心障礙證明，他進來是表現很躁動、或是很憂鬱，或是違規跟人家衝突，處理這件事情的主管會詢問需不需要看精神科，那他如果進到醫療裡面，醫生就會看狀況，場舍主管也會注意他的狀況。(B2-1-3)

這類收容人多屬於精神或智能障礙者，因戒護人員在管理過程中發現收容人頻頻違規，或是有脫序行為及怪異言行，有經驗的戒護人員會因此發覺收容人有身心障礙情形。

譬如碎念或是要攻擊人，很奇怪的行為。(B1-1-4)

脫序、胡言亂語、講話天馬行空、與同學互動不良、有暴力傾向都是徵兆(C3-1-4)

3. 潛在認知功能障礙收容人通報作業程序

上述由戒護人員在管理中發現疑似認知功能障礙收容人，仍然需要經過處遇人員及醫療人員的評估後始確定。目前多數矯正機關會交由心理師先做會談評估，

同時協助收容人看診。是否有身心障礙的情形，主要是由醫生進行判定。

(1) 心理師會談評估

一般矯正機關發現行為異常者，通常由戒護主管轉介教化科心理師進行會談評估，心理師皆領有專業證照，因此可對身心障礙收容人進行初步判斷。B4 指出，通常是教化科同仁在進行定期輔導或是戒護主管發現異常後，通報心理師進行評估。而 B1 為資深心理師，指出矯正機關收容環境特殊，因此與矯正機關外的個案接觸的情形會有落差，進行會談時必須配合收容人的特性詢問，特別是收容人較會有酒癮跟毒癮的情形，在會談時亦會考量。

主管轉出來就由我們教化科這裡做評估，…我們評估是用會談方式…監獄環境跟外面狀況不同，…大部分會有酒跟毒的問題，是比較需要去考量的。 (B1-1-6)

教誨師發現收容人狀況有異常，除了外顯的障礙外，如果覺得有智能、精神障礙方面會請心理師協助評估。 (B4-1-4)

(2) 轉介就醫並由醫生認定

除了和心理師會談，多數機關會再由衛生科協助安排看診。另由於受訪者 C3 所在機關有附設醫院，因此通常都由戒護主管直接戒護收容人至醫院由醫生看診評估。

也會讓同學去看身心科，除非他堅決不願意看診，但我們還是盡量會讓他去就診跟吃藥。 (B1-1-5)

會請衛生科協助安排看診。 (B4-1-4)

由主管帶去精神科醫師門診。 (C3-1-5)

(二) 現有處遇措施

1. 設施

(1) 各矯正機關普遍具無障礙措施

肢體障礙收容人佔矯正機關身心障礙收容人數較多，因此各矯正機關對於無障礙設施的建置較為周全，基本的坡道、扶手、舍房內的坐式馬桶、架高床舖等，在本研究所訪談的矯正機關中，均有相關的設置。

坡道、扶手、馬桶及防滑墊、助行器、輪椅，我們都會準備 (B4-4-1)。

無障礙空間上，都會去盤點，像扶手、斜坡、警示鈴。 (B2-7-2)

(2) 各障礙別主要協助措施為其他收容人專門照顧

目前各矯正機關對於身心障礙收容人之照顧，多藉由挑選合適的收容人與身心障礙收容人同舍房，協助相關生活起居照料。針對負責照顧者，部分矯正機關更開辦長照服務證照訓練供收容人參訓考照，除了減輕戒護及處遇人員負擔外，

更可協助一般收容人擁有一技之長，進一步提升其榮譽感與同理心。以 B3 機關為例，具有執照者均指派進入住院區及醫療專區從事服務工作，經過受訓者則安排進入有身心障礙者之工場協助身心障礙收容人生活；另每年均會商請某啟聰學校師資開辦兩期手語班，請有需要的收容人及其照顧者共同參訓。然而在障礙人數相對沒那麼足夠的機關而言，並無提供這樣的訓練。

我們比較多的方式是用同房關照…主管會安排在舍房跟工場都有專人協助。(B1-2-1)

如果本身都不方便，也會有提供受過訓練的同學當看護。(B2-7-3)

一般身心障礙收容人均會與一般收容人混和，由具耐心、愛心的收容人同舍房，擔任照顧員。(B3-4-1)

…我們有讓一些同學去學習，如果有越來越多的收容人都有這些知識，可以去協助這些收容人我覺得是不錯的，我覺得可以增加長照訓練。(C1-9-1)

2. 管理

(1) 身體功能障礙者集中管理，舍房多有特殊安排

目前受訪機關都設有符合高齡及身心障礙者需求之工場，將高齡者、具有身體功能障礙收容人集中管理，輔以部分其他一般收容人協助，並在舍房安排上做特殊考量，包括同房收容人的選擇也會一併考量，相關的作業及處遇亦較為簡便。不過這類集中管理區域，多以身體功能損傷的障礙類別為主，認知障礙者較不會以這種方式處理。

目前也有設老弱工場，將老弱、殘障疾病，輔以少數一般收容人，作業及處遇都較為簡便。扶手、馬桶、輔具的部分都有提供。(B3-4-1)

我們會將身障的集中。(B5-6-2)

(2) 認知功能障礙者傾向分散管理

由於目前全國矯正機關附屬醫院僅有一處，雖然集中管理能夠給予專業的處遇，然而在認知功能障礙上，全國嚴重精神障礙的收容人皆集中一處，服務於該矯正機關的受訪者 C3 表示，因為精神障礙收容人常有暴力傾向或攻擊別人，造成該機關在管理與戒護上沉重的壓力，未來在醫療方面若能挹注資源，這類收容人應該適度分區收治，除可避免收容人親屬接見不易，並可減輕專監戒護人力上的沉重負荷。

精神障礙收容人集中管理，然而實際上過多的員額是無法負荷，在醫療資源夠的前提下，希望可以分為北、中、南三區管理(C3-8-2)

除了專門收治精神障礙收容人的專監希望能夠分散管理外，在同一個矯正機關中，也有將認知功能障礙收容人分散管理的情形，受訪者 B5 直言，認知功能

障礙者的情形不同於其他障礙者，若將這類收容人都集中設置專區，該專區的管理員會不堪負荷，因此在該矯正機關的管理中會做分散。

我們會將身障的集中，但精神障礙不能集中，一定會分散開來，集中的話工場主管會瘋掉。(B5-6-2)

(3)對認知功能障礙者以理解代替處罰

研究顯示，相對於其他收容人，應盡量避免對精神障礙者使用隔離或束縛的管理手段，矯正機關並應格外注重與精神醫療機關的合作，才能有效管理精神障礙收容人(Moore, 2020: 38)。英國政府的指引也指出，當負責管理的矯正人員對智能障礙收容人有一定的瞭解，並承認他們可能更易受傷害或剝削，且無法應對焦慮或壓力時，才能夠理解他們的需求(HMI Probation, 2015: 41)。身為心理師的受訪者 B1 跟 B5 都提到，對認知功能障礙的收容人必須要瞭解及採取柔性的勸導方式，而非將其當作不服管教的鬧事份子懲罰，其在工作上也會盡量讓其他的戒護人員知道這點。戒護人員 C2 也表示，若是因為病況發作的違規，也會停止或減輕處罰。

對他們也比較寬限…放寬管教，讓同房同學也瞭解這個情形。(B1-5-1)

其實智能不足你不要跟他硬碰硬，就是柔性一點，工場主管一改變態度，他就變好，衝突情形就減少。(B5-5-1)

精神障礙管理我們會看病情，若是因為病況發作，可能會停止違規處分的執行或減輕。(C2-7-2)

要遴選資深、有愛心經驗的管理員。(B2-7-11)

3. 作業

(1)給予減輕作業

針對身心障礙收容人作業部分，大多數的受訪者都有提到會視障礙情況給予減輕作業，但除了收容人自己提出申請要減輕外，B5 表示主要由作業老師跟工場主管觀察收容人狀況予以判斷。

減輕作業一年二次申請，如果真的做不到的話，會再請他再申請…作業老師跟主管自己會去斟酌。(B5-7-1)

在工場技能方面，針對弱智收容人會給予比較簡便的作業。(C3-9-1)

給他們比較輕的作業，看看他們能不能適應。(B2-5-1)

(2)扶助有經濟困難之身心障礙收容人

針對無勞作金支付自費醫療費用，或是購買生活用品之身心障礙收容人，C1 跟 C3 都表示矯正機關內有編列特定項目的補助預算，予以協助。例如 C1 所服

務的矯正機關會編列醫療補助預算，C3 則是直接跟機關內相關單位申請日常生活用品發給。

有編列醫療補助預算，針對貧困者去補助…如果家庭支持薄弱的時候，我們不管是醫療的補助或貧困救濟的部分都會去做協助。(C1-7-2)

有些同學真的保管金都沒錢，買日常生活用品都沒辦法…通常都會給協助。(C3-9-3)

4. 教化

(1)降低累進處遇標準

目前受訪機關都設有符合高齡及身心障礙者需求之工場，將高齡者、具有身心障礙收容人分配過去，輔以少數一般收容人協助，符合和緩處遇資格者，會替他們提出申請，相關的作業及處遇都較為簡便。觀諸監獄行刑法第 19 條和緩處遇的規定，和緩處遇的對象不以身心障礙證明為限，受訪者 B5 及 B6 也指出，基於收容人申請身心障礙鑑定程序之不易，和緩處遇不是以具身心障礙證明者為判斷標準，會再參考醫囑及其實際狀況；另外 B2 則表示針對長期刑身心障礙收容人證明過期，仍會註記並視同為具身心障礙身份之收容人。

目前也有設老弱工場…作業及處遇都較為簡便。(B3-4-1)

長刑期收容人即使身心障礙證過期，但我們有註記還是會將他視同身心障礙收容人。(B2-7-17)

和緩處遇不見得要有身障手冊。(B6-10-1)

有身心障礙證明還是要看實際狀況才會決定是否給他和緩處遇。(B5-8-2)

累進處遇方面，相較其他收容人，身心障礙收容人僅須完成部份的責任分數，標準會較一般的收容人低，然而標準並不是依障別或是障礙程度明訂，各矯正機關還是視個別收容人的情形判斷。

身心障礙收容人或老弱收容人會有和緩處遇，包括在累進處遇上會考量調整。(C2-7-5)

報和緩處遇的話，責任分數可以打八折，累進處遇部分不會因為障別而有差異，但若是生活上的，會有些差異。(B4-5-1)

我們會用刑法的角度去思考他適不適合執行…如果不適合由矯正機關執行，還有保安機制如監護處分或責付適當之人。(C4-2-1)

(2)處遇或適性課程

目前矯正機關針對身心障礙收容人，已著手設計身心障礙者適性課程活動，例如 B2 及 B3 均提及該機關在針對身心障礙收容人的教化處遇方面，會使用身心障礙收容人較能理解的方式進行處遇措施或課程。

目前是採用藝術療愈的方式，如合唱團、繪畫及纏繞畫，按照年度逐量逐批進行(B3-6-2)。

我們會以精神障礙比較能夠理解的模式來進行教化活動，譬如畫圖、拔草、看看魚等。
針對不同的需求去做安排。(B2-7-14)

5. 文康

(1)以一般收容人為對象規劃，身心障礙收容人依本身狀況選擇參加

多數機關每月皆規劃一次全監的文康活動，動、靜態交替。實際上訪談發現，目前文康活動仍以一般收容人為規劃對象，身心障礙收容人實際參與活動有限。B4 直言，須規劃出符合所有障礙收容人可以參加的活動，實際上是具有難度，導致只能以大原則規劃課程，提供活動資訊，鼓勵收容人視自己狀況自由參加，但若是特別為某個障別的收容人舉辦一場適合的文康活動，有時候可能不符合效益成本，而難以舉辦。

健康操也是會讓肢障收容人動動上身，盡量讓他們參與，依照其障別，像聽障者可能就沒辦法參與演講活動，只能看 PPT。(B1-2-2)

以機關的立場，很難規劃一個文康活動只有身心障礙可以參加，規劃的難度在於規劃出考量所有障礙別，面面俱到，難度有點高(B4-4-5)。

一般還能夠溝通的身心障礙收容人能夠上課，但完全沒辦法跟人家溝通的，像聽障、視障可能就沒有這麼多教化課程可以選擇。(C2-8-2)

不過受訪者 B6 仍認為針對身心障礙收容人之文康、教化和技訓等各項處遇，應該分別就障礙別做規劃。

其實在文康、教化及技訓等，應該分別就障礙的類別做適合的規劃。(B6-6-2)

(2)精神障礙收容人較有專門為其設計之教化活動

矯正機關雖然試圖針對身心障礙收容人，安排適性課程及文康活動，但整體而言，仍以行動較為方便之精神障礙收容人有較多機會參加為其設計之教化活動，例如 B2、B3 所在機關設有精神障礙專區，因此在身心障礙收容人的教化處遇方面，主要使用精神障礙收容人較能理解的方式進行個別化的處遇措施。

我們會以精神障礙比較能夠理解的模式來進行教化活動，譬如畫圖、拔草、看看魚等。
針對不同的需求去做安排。(B2-7-14)

因本監有精神障礙專區，因此針對這個障別有比較完整的處遇…。(B3-6-1)

6. 醫療

(1)不同矯正機關間資源落差大

在訪談過程發現，不同矯正機關彼此間的資源落差很大，尤其在醫療方面，

有的矯正機關有附設醫院，能夠處理的醫療能量堪比地區醫院，但大部分的矯正機關只以跟附近醫院合作的方式，由醫生至矯正機關內看診，但受限於矯正機關內醫療設備的不足，好一些的矯正機關因為醫院的協助，在收容區內設置有 X 光室跟牙科診療床，但多數只能進行簡易的治療，且在專科的診別上有許多也無法安排，或做到較高的診數，受訪者 B1 表示，收容機關內的醫療多是緊急、會危害到生命的醫療科別，其他如眼科等，是否接受治療雖然會對收容人生活品質有很大的影響，但往往不是資源有限的矯正機關第一時間會安排的。

收容人醫療多是處理緊急危害生命的，眼科不是第一線要處理的專科。(B1-2-5)

我們這邊的醫療資源算相對充足，北部下來的收容人都會覺得說看醫生怎麼這麼容易，他們在北部看個醫生都要排好久。(B5-7-4)

(2)設置精神障礙收容人醫療專區

一般而言，由於各矯正機關精神障礙收容人危險度相較其他障礙別收容人高，因此目前矯正署設有一處專門收治嚴重性精神障礙收容人之機關。相較於其他機關，該機關設有精神障礙收容人專區，因此該機關的人員對精神障礙收容人較有豐富的經驗，也因為人數眾多，因此針對精神障礙收容人有比較完整的處遇措施。另在精神障礙收容人管理方面，戒護屬於高密度巡邏、投入較多人力，舍房配置不同，內有防暴網、保護墊、不銹鋼馬桶等，避免收容人病情發作期自傷傷人。

要遴選資深、有愛心經驗的管理員…尤其是我們在精神科有專區。(B2-7-11)

我們這邊有醫療，還有長期下來同仁有豐富經驗，所以在管教上比較有瞭解。(C2-6-1)

(3)精神障礙者出監轉銜通報

由於目前衛生福利部訂有精神病人社區關懷訪視之規定，因此衛生局對於出監的精神疾病收容人須進行列管，符合列管要件之收容人出監時，矯正機關調查科會依規定通報當地衛生局。不過雖然通報對象以躁鬱症跟思覺失調症為最大宗。但受訪者 B5 表示，有些人是適應障礙，離開矯正機關就可以好轉，但法律規定應該要通報，因此儘管無奈，也會依規定通報。

我們會列管精神障礙者，若由精神科醫生評估確診出獄會報衛生局，以躁鬱症跟思覺失調症最大宗，憂鬱也有，精神障礙我們不一定會以手冊，還是以列管為主。(B1-6-1)

現行規定是有看過精神科的就要轉，所以那種看失眠的我們也要轉，有些是適應障礙的我們也要轉，但他出監獄後哪有什麼適應障礙。(B5-6-1)

7. 接見

(1)放寬申請限制

接見方面，收容人皆可提出接見需求申請，然而機關也會考量管理方面，評估個案狀況後給予適度的協助。如果收容人有特殊的情況需要家人支持，矯正機關甚至會主動跟家人聯繫，適度安排電話接見。

像三大節的懇親，我們也會特別安排專區的專屬活動，顧慮到身心障礙收容人更需要家庭支持。(C2-7-3)

現在接見是有需求的話會比較彈性，如果收容人有需求提出來，我們覺得病情狀況或有家屬安撫的力量是 OK 的，也會同意他。(B2-7-10)

但放寬接見的實際執行，目前由矯正機關視需求自行決定。

可以依需求提出申請…若是放太寬會造成管理上的困擾。我們會去評估，視個案狀況。(B1-6-3)

(2)可採用遠距方式

另外針對身心障礙收容人，B5 表示若其不方便至接見室會客，或家屬不方便前來會客，矯正機關也會視其需要採行遠距離的視訊會客方式，彈性調整。

要接見的話我們也會帶他去視訊接見不適合走到接見室的，我們就會用視訊或遠距的方式去做行動接見。(B5-7-4)

8. 通信

(1)由管理人員主動詢問

對於身心障礙收容人，B5 表示管理人員通常會主動關心，對於像是視覺障礙的收容人，管理員有時會不待其申請，主動詢問是否要寫信給親友。

寫信的話主管就會問他要不要寫信。(B5-7-3)

(2)請專人代寫

除了主動詢問是否需要寫信外，認知功能障礙、視覺障礙或肢體障礙的收容人，若是不方便親自寫信，矯正機關也會指派專人代寫。

基本上各矯正機關遇到收容人不能自己寫字，徵得他的同意會幫忙代寫信。(B4-3-3)
他要的話主管就會請人幫他寫。(B5-7-3)

二、執行困境

從前節身心障礙收容人的需求，到矯正機關實際提供的處遇措施，可以發現還是有落差，本研究進一步分析矯正機關面臨的執行困境，發現目前由矯正機關獨力負擔所有身心障礙收容人需求，對照現行社區資源狀況，實質上孤掌難鳴，有心無力。主要原因是矯正機關身心障礙資源不足，包括：鑑定資源、戒護人力、

長照資源都不足，在資源有限下只能分配予障別多數者，人數較少的障礙別分配的資源較少。然而若想要引進社區資源，跨單位網絡連結卻很困難。再者，處遇人員行政負擔過大、多重障礙收容人處遇困難、戒護安全與身心障礙者需求目標相互衝突、身心障礙收容人技能訓練幫助有限，及現行矯正人員身心障礙認識培訓內容及時間均不足等，也是矯正機關目前所面臨的困境，以下敘述之。

(一)矯正機關無法獨力負擔所有身心障礙收容人需求

矯正機關為我國獄政主體，負責我國矯正工作，主要擔負全般收容管理、教化之責任，編制以矯正專業人力為主。由於矯正機關並非我國身心障礙福利提供之行政主體，配置人力自非由身心障礙相關專業之人力組成，亦無相關經費與各項資源，因此矯正機關須自行跨機關接洽醫療及社會福利資源，並由既有的矯正人力、經費及相關資源中，分配予身心障礙收容人。相對於目前衛生福利部與縣市政府投入在身心障礙者的資源，顯然不成比例。

大法官有說收容人只是穿著囚服的國民，所以他的一些基本需求都要照顧到，矯正署背負太多醫療跟社會福利的責任，都要我們主動去聯絡。像收容人提出個別需求要透過我們去聯繫…像現在健保有納入收容人，每個機關都有跟醫院合作，像這個醫院也是我們自己要去招標，更早期合作的診所，都要自己去找相關單位起他們來協助。(C2-9-2)

就覺得我們做的再怎麼多，都沒有完善應有的照顧(B4-4-5)。

(二)矯正機關身心障礙處遇資源嚴重不足

1. 收容人接受身心障礙鑑定意願不高

遇到身心障礙證明過期，或是未經鑑定但高度疑似身心障礙者，多數的矯正機關並不會替收容人申請身心障礙證明，而以用協助就醫方式處理，但少數有附設醫院的矯正機關，則可協助收容人辦理鑑定申請。探究其原因，主要是現行之規定，身心障礙鑑定申請須由當事人或其委託人提出申請，其發動權仍在個案身上，矯正機關僅為協助角色。況且收容人在矯正機關收容期間，不能享有相關的社會福利，若經醫師診療發現收容人有身心障礙之情況，矯正機關亦多會依醫囑給予協助。總之，收容人在監執行期間，申請身心障礙鑑定之意願不高。

不會由矯正機關送評估，替其申請身心障礙證明，因為這個是社會局負責的。(B1-1-2)

本來不是身心障礙要變身心障礙，還是要依醫生診斷。(B2-1-2)

若無身心障礙證明，則需看診後視狀況鑑定申請 (B3-1-2)。

如果收容人有申請身心障礙證明的需求，衛生科也會協助處理。(B4-1-5)

另外，在較難判定的認知功能障礙收容人評估方面，矯正署所推動的「矯正機關收容人自殺防治處遇計畫」中，使用「病人健康問卷（PHQ-9）」作為具自殺意念收容人之列管評估工具。該工具內容主要為憂鬱指標之評估，經檢視該工具使用狀況，B3 所服務的機關設置有精神障礙醫療專區，依其過去經驗，該機關經自殺防治處遇計畫篩選進入到第二級以上的收容人，通常具身心障礙之證明；而長期在該計畫的列管名單者，通常都是有精神障礙證明的收容人。而 B4 則提出該服務機關未有經列管具自殺傾向的收容人，後續有被診斷有精神障礙的情況。顯示該工具僅是評估有自殺意念，但無法評估其他精神障礙者，因此無法拿來做為矯正機關內認知功能障礙鑑定的評估工具。相較於美國、英國等國家使用 BJMHS、LDSQ、HASI 等簡易量表供矯正人員判斷收容人是否可能有認知功能障礙，並需要進一步就醫做參考，我國在各類身心障礙鑑定資源上可說是乏善可陳。

基本上會進到 2.3 級的收容人通常都已經有手冊，長期在名單上基本上都會是精神障礙的收容人。（B3-6-7）

我們從去年的五月到今年的四月，被列管在 2.3 級加起來大概 25 位，有身障證明的是 7 位。沒有聽說有後續被診斷有精神障礙的狀況。（B4-6-7）

2. 精神障礙者戒護人力資源不足，管理壓力大

有別於社會福利系統，矯正機關在對於身心障礙收容人提供個別化處遇時，面臨到在安排課程時，仍需由戒護人力在場維護安全，然而現行各機關普遍面臨戒護人力極度短缺，特別是 B3 及 C3 服務機關為矯正署特別用以收治精神障礙收容人之病監，戒護精神障礙收容人須更高強度、更高密集的人力進行戒護工作，也致使在安排處遇課程時，面臨戒護人力不足、適合場地不夠之困境。同時，現行將精神障礙收容人集中治療管理的做法，未考慮到精神障礙收容人不穩定性高、自傷及傷人危險程度較高，需要更密集的戒護人力，收治人數過多，致使收容機關人力難以負荷。

規劃全面實施處遇時所遇到的困境主要是在於人力的部分，…師資上課時，須由戒護人力戒護，目前戒護人力非常不足，沒有戒護人力跟場地…（B3-2-5）。

由於精神障礙收容人過多，舍房多、動線長，精神障礙收容人急症期狀況多，造成戒護人力不足（C3-9-2）

3. 老化及多重障礙者處遇困難，惟矯正機關尚未結合社區長照資源

我國矯正機關收容人高齡化及老化問題已逐漸顯現，未來矯正機關對於長照資源的需求上亦會逐漸增加。Trotter 和 Baidawi(2015: 200)研究發現，年齡較大的收容人相較年輕的收容人，更容易感受到障礙對其收容期間生活之影響。在矯

正機關中廣泛使用的上、下床鋪、浴室設施以及樓梯等，是高齡收容人在收容處遇中面臨的最大困難。由於收容人的身心障礙情況可能會對其他方面的健康狀況產生影響，進而使矯正機關面臨收容人日漸複雜之醫療資源需求，我國矯正機關每年雖定期規劃收容人參加長照技能訓練課程，但訓練的人數與量能是否足以因應未來收容人高齡化之現象，仍有待後續評估。本研究受訪者對於長照資源需求，不僅限於對高齡收容人生活起居之照護，更甚進一步希望能夠得到現行社區推動之長照計畫服務，特別是延緩收容人認知及身體等各項官能之退化照護預防，是目前矯正機關內十分欠缺的資源，因此希望社區長照資源能夠引進。

另外，還有老齡化失智的問題，都需要相關的專業協助。(B6-9-1)

老化…如果病況沒嚴重到可以保外就醫，社區的長照資源如何引進來照護他們。…希望可以配置物理治療師，協助相關體適能課程，或協助長者維持肌肉發展，避免跌倒等情形發生。(B7-8-1)

4. 少數障礙別資源分配較少

多數受訪者皆不諱言，目前機關所提供的處遇仍以障礙別人數最多的收容人為主，在資源分配的成本及效益前提下，僅能考量收容人人數及發生問題的危險性。以 B3 所服務的矯正機關中，以精神障礙收容人的比例佔最大宗，在資源有限的前提下，將大部分的資源放在問題危險度較高的精神障礙收容人。包括智能障礙收容人在內的其他障礙別收容人，獲得的資源相對較少。

未能從智能障礙的角度去訓練他們獨立生活…對智能障礙訓練並不足夠。(B3-9-1)

機關在執行上考量成本和效益，就會以比較大宗的障礙別收容人做處理(B4-9-1)。

目前由於監獄收容大量的精神障礙收容人，因此也沒有額外的資源可以提供智能障礙相關的技能及教育。(C3-9-1)

視障、聽障收容人的處遇這方面比較欠缺，雖基本生活照顧不成問題，因為他們人少，我們對他們的瞭解也比較少。(C2-7-4)

受訪者 B3 指出，目前服務機關主要以收容精神障礙者的矯正服務機關，由於機關內其他障別收容人人數較少，因此是以小團體的方式進行。然而綜合其他機關實際處遇狀況，大多數機關雖有規劃身心障礙收容人為主的小團體，但事實上多以提供有心理支持需求的收容人，並非提供個別化的處遇措施。

其他障別的方式就用小班主題式處遇 (B3-5-1)。

肢體障礙、聽障或視障這類障礙人數比較少的，小團體教化課程不會特別報名，出來上課的比例較少，專業處遇參與較多是智能跟精神障礙者。(B1-8-1)

心理師有規劃身障小團體，但偏向心理層面需要支持者使用。(B4-8-1)

(三)跨單位網絡連結困難

在挪威，矯正機關採用所謂的導入模型(Norwegian Import Model)，原本社區照顧國民的醫療、教育和其他社會服務項目，在收容人收容期間仍持續。換言之，收容人涵蓋在一般公民所屬的社福單位下，形成所謂無縫接軌，無論是服刑前後，都歸屬地方政府處遇服務，也能確保醫療和護理服務獨立於矯正機關以外。根據挪威「健康與護理服務法(Health and Care Services Act)」規定，從 2012 年 1 月 1 日起，地方政府衛生部門有義務確保矯正機關的收容人可以獲得全面的健康與護理服務，包括：藥物濫用治療、身體和心理健康等，挪威衛生福利部全權負責衛生保健服務，醫療人員獨立於監獄管理部門，提供收容人醫療保健(Norwegian Directorate of Health, 2013:14)。依照相關國際人權規範，包括 WHO 建議支持矯正機關的醫療與社區醫療做融合，加強矯正機關醫療系統與國家醫療系統之間的聯繫，以強化對收容人照護的連續性(WHO, 2020: 2)，顯示收容人即使失去自由，但仍應該視同國民，則挪威的導入模式頗值得我國參考。然而觀察現況，矯正機關跨單位網絡合作執行上困難重重，包括矯正機關大多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制、社政單位與矯正機關保外就醫安置責任分工未明，及社會支持系統不足之弱勢收容人出監後社政系統服務無法銜接等。

1. 矯正機關大多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制

受訪者 B7 提及，一旦身心障礙收容人進入矯正機關後，相關的社會福利身分均不存在，因此在過去有關身心障礙收容人的各項扶助措施，均由矯正單位提供。然而從本研究前述的分析來看，為保障身心障礙收容人權益，單靠矯正機關恐難以達到目標，而從前節的國外現況及人權規範來看，引進社區資源進入矯正機關是趨勢的做法。不過我國矯正機關現多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制，以 B7 為例，過去曾聯繫過無障礙之家及輔具資源中心，希望能前來提供一些建議或評估，比如需要哪些輔具，或是生活上需要提供哪些協助，但是對方卻很猶疑，因為過去沒有這樣的合作模式，且這些機關承辦人員因身心障礙收容人福利身分於收容期間不存在，多認為收容人進入矯正機關後，應該由矯正機關全權照顧。但事實是矯正機關的資源並不足，僅依賴心理師或社工師打電話詢問相關資訊，因此 B7 認為應該增加專責人力。

與外面資源的銜接問題…實際上我們監所並沒有這方面的專業人員來處理身障相關事務。(B7-12-1)

受訪者認為，基本上身心障礙收容人在收容期間，就其障礙個別生活需求部

分，監內都已盡量提供，但在整體大範圍家庭支持、社會、就業面項部分，仍需要其他機關能夠主動提供，但目前似乎都無這方面資源的連結。

基本上在收容期間身心障礙個別生活需求部分，監內都已盡量提供，但在整體大範圍家庭支持、社會、就業面項部分，真的有需要整合(B3-8-3)。

部分同學家庭支持比較弱(C3-9-2)。

矯正機關對跨單位網絡合作的陌生，使得矯正機關常常單獨面對資源不足的情況，從本研究分析來看，已成為身心障礙收容人處遇的執行困境。

2. 社政單位與矯正機關保外就醫安置責任分工未明

目前法令規定保外就醫之收容人應由社政單位負責安置，然而 B2 及 C2 都提到，因為保外就醫收容人即停止自由刑之執行，屬一般國民身分，不過所接觸的社政單位往往不願意主動接收安置，B2 表示，因為社政單位認為收容人是由矯正機關負責，雖然願意協助機構安置，但是如果跟一般國民一樣，全由社政單位負全責，即使法律已有明文規定，社政單位仍然拒絕，則將嚴重影響身心障礙者的權益。

去年開始明文規定家屬拒保的收容人要轉給社會局，但社會局一直不願意。(B2-9-1)
我們去尋求社會局幫助，社會局好像還是有困難…社會局認為不是他們的責任…雖然修法後有明訂轉介社會福利機構安置。(C2-8-1)

像我們有一個精神疾病的我覺得應該要有人來接他，但我們只能請家屬來接他，我們也叫不動社區。(B5-6-3)

3. 社會支持系統不足之弱勢收容人出監後社政系統服務無法銜接

目前身心障礙收容人出獄時，由調查科視收容人個別情況，通知家屬或是住家所轄的社會局安置。至於要不要轉介衛生局，現是由場舍主管根據身心障礙收容人的身體狀況、出去後有沒有地方住等做評估，矯正機關內的調查科瞭解後做是否通知社會局安置的決定，但並不是所有的身心障礙收容人復歸社會時都要通知社會局。

安置一定會通報社會局介入，但不是身心障礙個案出獄都會通報。(B2-7-13)

然而法務部保護司掌理更生保護業務之策進、規劃、指揮，並指導監督臺灣更生保護會，該協會並由高等檢察署檢察長兼任董事長，從該協會服務內容包括更生人的輔導就業、就學、急難救助、短暫性安置等，而從該會服務流程圖來看，各監獄可以將出獄之受刑人通知該協會保護(財團法人臺灣更生保護會，2021)。從受訪者 B3 的訪談中可以發現，確實有身心障礙收容人離開矯正機關時，因為

本身社會支持系統不足，社區的社政系統又無法立刻銜接，致使其很容易再犯後又回到矯正機關。本研究認為，由法務部監督指導的更生保護會，擔任連結起矯正機關與社政系統間的橋梁，是值得考慮的方向。

一些收容人出獄後，不符合社會局安置的規定者，又沒有家屬有沒辦法安置者，問題就會出來(B3-8-1)

(四)行政負擔過大

矯正機關對身心障礙收容人訂有處遇指引，做原則性規定，給各矯正機關較多的彈性空間，受訪者認為矯正署訂定的身心障礙收容人處遇計畫是基礎的要求，基本上不會讓各機關無法達成。

本監對於教化方面都有提供，我們提供更多(B3-2-2)

我認為目前矯正署的這些指引，以現在機關對身心障礙收容人的瞭解都不算難做…當初署訂指引時，也會考量機關到底做不做得得到。(B4-4-2)

但是受訪者 B5 直言，目前矯正的各項計畫太多，處遇指引雖然訂的很好，但實際執行的資源卻不夠，縱然計畫的立意良善，但是否能夠達到目標，對第一線的資源缺乏的執行人員來說卻困難重重。

計畫是好的，寫的也不錯，但如果要落實我真的覺得專業人員不夠用，這些東西利益都很好，但麻煩就是你明知道是對的事情，但做不到就會很無力感。(B5-12-1)

(五)戒護安全與身心障礙者需求目標相互衝突

矯正機關是實踐刑法應報思想與懲罰的環境，社會大眾對於矯正機關的任務期待是戒護安全零事故，但社區醫療對身心障礙者的治療方式，有些與矯正機關的安全目標與戒護現行做法相衝突，當身心障礙收容人的處遇需求發生前述情形時，矯正機關仍須以維持戒護安全為首要目標。因此對於身心障礙收容人的處遇，許多矯正機關主要的目標是提供照顧而已，若要進一步教化、處遇，受訪者認為很困難，甚至有受訪者認為提供照顧協助的效益有限，對收容人長遠生活來看，這些照護不見得是他們所需要。

我們對身心障礙收容人的合理調整是調整到一般收容人的照護品質而已，我覺得收容人的獨立應該要被考量進去。(B1-9-2)

照顧就變成最簡單的做法，不需要瞭解那麼多。(B4-9-1)

社會輿論在沒出事時都覺得收容人比較弱勢，一旦出事又希望戒護零事故，我覺得這會有點衝突…社會又無法接受，我覺得是有很多觀念上要去改變。(B2-9-3)

(六)多重障礙收容人處遇困難

多重障礙者處遇上的困難度，尤以精神障礙共病智能障礙的收容人挑戰最高，受訪者 C3 認為可藉由藥物治療及控制精神障礙的情況，然而智能障礙卻無法由藥物去治療，相較而言，更需要進行生活獨立之訓練。

其實單一障礙別都比較好調整，困難的是多重障礙者。(B1-2-4)

弱智收容人在生活上比較脫序，精神障礙可以藥物治療，但弱智無法治療。(C3-6-6)

此外，由於輕度智能障礙或是邊緣性智能障礙者受限於智力發展，表現上不一定有顯著的障礙狀態，加上又容易合併精神及情緒問題，這類收容人的違規會讓場舍主管誤認為不服從管教或是故意佯裝閃避管理。同時，智能障礙者若無接受過自理能力的訓練，生活習慣不佳，亦會造成管理上的困擾。

邊緣性智能障礙者不一定會被發現，有些合併精神及情緒問題。(B1-5-1)

精神障礙合併弱智，或是內科疾病，會造成一些管理上的困擾(C3-6-6)。

(七)身心障礙收容人職業技能培訓效果有限

矯正機關中對於收容人技能訓練也是處遇中重要的一環，對於未來收容人回歸社會有很大的幫助，因此對身心障礙收容人也是有正面的幫助。

他們有一些技能訓練的經驗，他們出監後跟社會接軌是會比較好，機關有這樣做的話，是比較能幫助到身障收容人。(B4-4-3)

雖然處遇計畫中，要求各機關提供身心障礙收容人參加技能訓練之保障名額，然經實際訪談發現，目前矯正機關內開辦的職業技能訓練課程較偏重一般收容人之技職訓練，諸如為長照服務、電腦、木工、製陶及烘焙等一般性課程，實際上身心障礙收容人參加技訓的比率偏低。

肢障的部分參加技訓，本監開辦的技訓就無法參與。目前技訓都由一般收容人參加(B3-4-5)。

肢障收容人要看他們的狀況，只是行動上沒有其他收容人方便，有興趣的話也可以去做。但我的確沒看過身障收容人參加技訓(B4-4-4)。

加上多數機關的身心障礙收容人在生活上比較脫序，且穩定性不佳，會有安全性的問題。然而技訓調整受限於空間安排及設備添購，因此調整上困難度較高。

技訓調整受限於空間安排、設備添購，因此較無法調整。(B3-7-3)

勞工局的就業服務中心會進來參與宣導，但我實際說同學們回去會運用這些資源的真的很少。(B5-9-1)

(八)矯正人員有關身心障礙權益與認知培訓不足

矯正人員所受之專業訓練，與身心障礙專業相異，致使須花費時間瞭解。受

訪者 B4 指出：由於矯正人員本身的訓練並非身心障礙之專業，因此面對身心障礙者時，往往需要跟社政單位接洽詢問，慢慢摸索瞭解身心障礙者的需求。

…以教化來講，我們全科都蠻陌生的，若有收容人有需求，可能需要一些時間摸索，需要花一些時間跟社政機關聯繫詢問怎麼做(B4-8-1)

事實上矯正工作是以戒護安全為首要目標，加上處遇人力不足，雖然會在矯正機關內向戒護人員做宣導教育，但實際上效果有限，推動矯正人員大量身心障礙培訓有相當的困難。

覺得效果有限，只能給一些基本概念，遇到還是透過轉介給專業人員來處理，畢竟他們工作很忙、人力不足。(B6-13-1)

目前各機關並沒有針對職員進行常規性的身心障礙相關訓練，參加相關的訓練都是有關公約方面比較生硬的學習時數，對於實務上的幫助不大。因此，目前都是由矯正人員在實務上的工作經驗，慢慢去累積如何面對身心障礙收容人。雖然受訪者 B5 認為，這種從實務中直接面對案例，做中學的方式幫助最多，但是必須要有專業人員，例如心理師引導矯正人員認識。

目前並無常規性的身心障礙進行訓練，多由個別與收容人相處的經驗(B3-11-1)。

從跟身障收容人相處的經驗發展出自己一套因應的模式(B4-11-1)。

你看多了智能不足的個案，你就知道這個就是智能不足的，這個就是你要有人 CASE BY CASE 教他，沒辦法把他們集中起來上課。(B5-5-3)

三、改善建議

(一)引入跨網絡資源

WHO 指出，矯正機關是解決醫療不平等現象和改善低社會地位人群健康狀況的重要場所，這些收容人會進出社區和矯正機關，解決矯正機關中收容人的健康問題會更廣泛影響一般社會大眾的健康，例如傳染病的預防和控制。因此，解決矯正機關的醫療問題，可為社會大眾帶來更健康的益處。此外，許多犯罪行為的驅動因素，例如物質使用成癮和心理健康，都與健康因素有關，因此，針對這些與健康相關的狀況採取行動除可減少再犯外，透過及早解決收容人的需求，就有機會降低之後在衛生保健和社區安全方面的成本(WHO, 2020: 1)。如同前段所述，考量資源的擁有，矯正機關難以獨力負責身心障礙收容人所有的照護，許多受訪者都建議應該讓社區身心障礙資源進入矯正機關，以更加周全的維護身心障礙收容人的權益，以下敘述之。

1. 改變身心障礙收容人處遇工作應全由矯正機關負責觀念

目前矯正機關在接洽身心障礙者各項資源時發現，相關主管單位對於身心障礙收容人之資源服務方面，尚未能破除迷思及成見，未來須提升身心障礙者權利相關之主管機關，正視身心障礙收容人亦應享有等同一般國民之身障者權利服務，將身心障礙收容人納入服務的範圍。

剛剛說的社福、醫療資源引進，但是現在連法律明文規定的都要去協商…我覺得社會的觀念、經費、人員上都要改變。(B2-9-2)

他們是有點猶豫的，因為以前並沒有這樣的合作模式，以及有進了監所應該由我們來照顧等固有觀念。(B7-12-2)

2. 社區身心障礙資源宜速整合挹注

受訪者認為社會福利系統中掌握身心障礙所有的經費及專業人力，同時醫療及職業訓練的資源亦掌握在不同的部會中，如果以對身心障礙收容人最好的照顧，應該是比照英國、加拿大及澳洲等國的作法，要將現有的專業人力及資源引進矯正機關中，B4 認為國家若真的關心身心障礙收容人之權利議題，比起要求矯正機關自行單打獨鬥，應積極推動各單位主動提供矯正機關資源協助。若只是僅要矯正機關自己想辦法，對身障收容人的權益沒有什麼幫助。

探討身心障礙更細緻化的措施，還是社會局會更清楚，我們原本沒有這方面的經費及專業人員。(B1-9-2)

資源比較豐富的社政單位比較不會主動跟我們聯絡想要關心身心障礙的收容人…如果他們有人來主動協助我們，我覺得速度會比較快。(B4-9-2)

3. 社政單位身心障礙專業人力應該與矯正機關有良好合作關係

矯正人員的專業知識與身心障礙專業知識不同，而受訪者亦認為社政人員會比較瞭解身心障礙者的需求，鑒於矯正機關並沒有這方面的人力及經費，社政單位身心障礙專業人力應該與矯正機關有良好的合作關係，可以採每周固定時間駐點方式，到矯正機關提供諮詢服務。例如，B7 即提到：目前有關身心障礙收容人相關處遇工作，在矯正機關內並沒有這方面的人員能夠專責處理身心障礙者相關事務，針對身心障礙各方面之資源負責接洽、聯繫，現由心理師及社工師自行打電話詢問，目前社政單位分工細緻，致電至社政單位詢問時，常常找不到主政單位，或須經過層層轉接等待，卻又無功而返，因此希望能夠有正式的專責人力進駐，負責聯繫各項資源。而 B1 則認為諸如聽覺障礙者的手語服務，如果社政單位能夠能進入矯正機關，矯正機關就不需要自行尋覓，甚至是輔具評估，在社會局有專門的承辦單位，但卻非矯正機關專長。

因為身障福利在外面分工很細，時常找不到主政單位，也找不到個管，希望能有專責人員進駐來協助這部分事宜。(B7-12-2)

希望社會局的身障科那邊能給我們一些資源，除了錢那塊外，他們也有人力。(B1-9-1)

B6 亦指出，若能增設一位具身心障礙專業之個案管理師，負責身心障礙收容人處遇工作，針對收容人的障礙別及程度提供不同的處遇，並由個案管理師與外界資源連結會更佳，畢竟矯正機關現有的教化師、心理師專責的領域與個案管理師還是有所不同。

建議就身障收容人增設 1 位個管師，專業人員可以針對不同障別的收容人提供不同的需求，還可以藉由他們與外面資源銜接。(B6-11-1)

4. 社政、醫療、長照及職訓資源應該導入矯正機關

許多身心障礙收容人經常存在非正式系統支持薄弱之問題，且相較於一般收容人，其獨立生活的挑戰較大，因此受訪者普遍認為，社政、醫療、長照及職業訓練等資源應導入矯正機關。尤其是社會支持薄弱者，當其離開矯正機關後，應該要讓社政系統立即介入協助。

在整體大範圍家庭支持、社會、就業面項部分，真的有需要整合。(B3-8-3)。

部分同學家庭支持比較弱(C3-9-2)。

回歸社會還是要看家庭支持度，如果沒有的人是不是政府要介入比較好。(C1-10-2)

此外，矯正機關身心障礙收容人以及高齡收容人之保健問題，儼然亦是未來矯正機關面臨的重要挑戰。然而在規劃上卻面臨人力及經費受限問題，未來希望能夠導入醫療及長照資源。除醫療及長照外，一般對於身心障礙者就業方面之職務再設計的資源，亦是身心障礙收容人得以在矯正機關內獨立生活迫切所需的資源。

醫療跟社會福利，還是職業訓練資源是可以增加引入的。(C2-9-3)

受訪者 B1 直言，目前在社會福利系統中，對身心障礙者生活重建這一部分是讓身心障礙者能夠達到一般人生活的重要環節，然而這一部分是矯正機關無法提供。

應該訓練收容人獨立生活，照顧太多可能長遠沒有幫助，衛生福利部的生活重建是矯正機關無法提供的，轉銜應提早進入。(B1-9-5)

(二)盤點並整合各項處遇計畫簡化行政負擔

受訪者 B5 及 B7 均提及目前矯正署推動的計畫太多，雖然立意良好，然而

內涵上疊床架屋，加上專業人力不足，致使落實有困難。同時，各項計畫均提報執行成果列入檢討，亦使各機關承辦人員須耗時整理簿冊提報執行成果，將使各項處遇流於形式，造成處遇人員的無力感。因此，應該要盤點目前施行的各種計畫，將疊床架屋者做整理，並應該先瞭解目前矯正機關有哪些資源，才能夠在合理的範圍內做規定，且對於計畫結果的呈現不應該追求數字績效，應該以實際效益做評估，B5 認為重要的是，應該讓處遇人員去做他原本職務角色應該做的事，而不是讓行政工作變成工作目標。

現在收容人填的表單已經很多了…每天都要花很多時間整理計畫考核的檢查資料，一本本的簿冊，然後這樣還覺得做得不夠好…還要被檢討。(B7-12-2)

我們要報成果，就要有數字，而不是改變處遇對象的觀念…被行政工作壓垮…不管是研究也好或幫助同仁，這才是我們心理師應該要做的…你能提供的資源就這些，如果有單位做不到，也不要苛責他。(B5-12-2)

(三)建置身心障礙收容人個案管理系統

現行「身心障礙者權益保障法」採用世界衛生組織之「國際健康功能與身心障礙分類系統」，最大特色之一，是對身心障礙者進行需求評估。身心障礙各項福利與服務，改由地方政府指派社工員主動辦理需求評估，並依據身心障礙者生涯發展需求，納入生涯轉銜及個案管理服務概念(簡慧娟、宋冀寧，2015：13)。B5 指出，對於收容在矯正機關的身心障礙收容人來說，雖然目前矯正系統可以看到收容人在之前收容單位的資料，然而收容人如果出獄後，又再度收監，就看不到前一次執行收容的相關資料，希望未來能夠針對系統再去做一些強化。最好能夠跟社政單位的資料做連結，將該位收容人曾接受過何種治療、處遇措施與醫療狀況等，都有電子化系統可以管理。矯正機關自今(2021)年 4 月起頒行「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」的處遇流程圖中雖有明示「建立個案管理機制」，將過去散在各科業管的資訊，可經申請在矯正人員內部系統查看收容人相關紀錄。但這樣的個案管理仍與上述的系統相距甚遠，受訪者認為可以更為精進。

我一直很希望有這個系統可以去做註記，包括他接受過什麼的處遇、疾病的狀況。(B5-6-2)

署今年 4 月開始試行個案管理，整合原各科詢問內容。(B1-1-3)

(四)提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識

目前受訪機關中，大致上對於身心障礙者比較有瞭解的多是有機會參加多元訓練的主管或是心理師，部分教化人員大多是以實務接觸為主，也較無機會參加有關身心障礙者相關的培訓課程，因此未來希望在身心障礙培訓部分能夠深入到

所有矯正人員，提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識。

瞭解身心障礙困難點可以透過培訓。(B1-11-1)

人權公約法條生硬沒有實質的幫助，未來希望能夠在實務上面多給我們一些訓練。
(B4-11-2)

三、小結

總結來看，矯正機關對身心障礙收容人識別，主要是以有無身心障礙證明為主，對於認知功能障礙的收容人，有時也會由經驗豐富的矯正人員主動發現，經通報再由心理師介入及醫師評估後確定。現有處遇措施，在設施、管理、作業、教化、文康、醫療、接見及通信上，均依照矯正署處遇計畫，針對各個身心障礙收容人需要給予，然而由於各矯正機關擁有的資源不一樣，有些身心障礙者的需求並不能夠被滿足。在矯正機關面臨的困境上，訪談發現：現行矯正機關資源難以負擔所有類別身心障礙收容人需求，各種資源非常缺乏，然而社區中的身心障礙資源卻沒有被導入矯正機關中，矯正機關想要進行跨單位網絡資源連結非常困難。現行網絡合作困境包括：矯正機關大多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制、社政單位與矯正機關保外就醫安置責任分工未明；非正式社會支持系統不足之弱勢收容人出監後，社政系統服務無法銜接等；矯正機關與社政系統間的銜接，除矯正機關與社政機關建制合作機制外，也可考慮由更生保護協會在內的社團法人做兩者間的連結，這些都是未來可以努力的方向。此外，處遇人員行政負擔過大、戒護安全與身心障礙者需求目標相互衝突、多重障礙收容人處遇困難、身心障礙收容人技能訓練效果有限，以及矯正人員有關身心障礙認識之培訓內容及時間不足等困境。至於受訪者針對現行矯正機關身心障礙執行的改善建議，則包括：最需要引入跨網絡資源、可立即改善之盤點各項處遇計畫簡化行政負擔，另外建置身心障礙收容人個案管理系統，以及提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識等措施，均是未來可以努力的方向。

表 5-6 矯正機關身心障礙收容人處遇執行概況

執行概況	項次	內容
一、矯正機關執行現況	(一)身心障礙收容人篩檢	1. 新收收容人健康調查以持有身心障礙證明（證明）為主要識別方式
		2. 潛在認知功能障礙收容人多由戒護人員依經驗判斷發現

		3. 潛在認知功能障礙收容人通報作業程序 (1) 心理師會談評估 (2) 轉介就醫由醫生認定
	(二) 現有處遇措施	1. 設施 (1) 各矯正機關普遍有無障礙措施 (2) 各障礙別主要協助措施為其他收容人專門照顧
		2. 管理 (1) 身體功能障礙者集中管理，舍房多有特殊安排 (2) 認知功能障礙者傾向分散管理 (3) 對認知功能障礙者以理解代替處罰
		3. 作業 (1) 給予減輕作業 (2) 扶助有經濟困難之身心障礙收容人
		4. 教化 (1) 降低累進處遇標準 (2) 適性處遇或課程
		5. 文康 (1) 以一般收容人為對象規劃，身心障礙收容人依本身狀況選擇參加 (2) 精神障礙收容人較有專門為其設計之教化活動
		6. 醫療 (1) 不同矯正機關間資源落差大 (2) 部分矯正機關對精神障礙收容人設有醫療專區 (3) 精神障礙者出監轉銜通報
		7. 接見 (1) 放寬申請限制 (2) 可採用遠距方式
		8. 通信 (1) 由管理人員主動詢問 (2) 請專人代寫
二、執行困境	(一) 矯正機關獨力負擔所有身心障礙收容人需求，負擔過大	
	(二) 矯正機關身心障礙資源不足	1. 收容人接受身心障礙鑑定意願不高 2. 精神障礙者戒護人力資源不足，管理壓力大 3. 老化及多重障礙者處遇困難，矯正機關尚未與社區長照資源結合 4. 少數障礙別資源分配較少
	(三) 跨單位網絡連結困難	1. 矯正機關大多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制 2. 社政單位與矯正機關保外就醫安置責任分工未明 3. 社會支持系統不足之弱勢收容人出監後社政系統服務無法銜接
	(四) 矯正人員行政負擔過大	
	(五) 戒護安全與身心障礙者需求目標相互衝突	
	(六) 多重障礙收容人處遇困難	
	(七) 身心障礙收容人職業技能培訓效果有限	
	(八) 矯正人員有關身心障礙權益與認知培訓不足	
三、改善建議	(一) 引入跨網絡資源	1. 改變身心障礙收容人處遇工作應全由矯正機關負責觀念

		2. 社區身心障礙資源宜速整合挹注 3. 社政單位身心障礙專業人力應該與矯正機關有良好合作關係 4. 社政、醫療、長照及職訓資源應導入矯正機關
	(二)盤點並整合各項處遇計畫簡化行政負擔	
	(三)建置身心障礙收容人個案管理系統	
	(四)提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識	

第四節 焦點團體座談資料分析

本研究焦點團體座談會不同於深度訪談，係於收容人問卷調查後，就本研究尚未釐清之研究目的或問卷調查發現之相關議題，召開兩場焦點團體座談會，請與會矯正人員與專家學者提供意見。有關焦點團體之重要研究發現，分析如下：

一、矯正機關身心障礙者處遇需求多元

身心障礙者的障礙程度及障礙情況不同，所需要的處遇亦不一樣，嚴重者需要長照機構的安養，或者是保外就醫，可能不適合收容於矯正機關。輕微障礙者保有部分自理能力，對於他人生活的協助需求並不是這麼迫切，反而是相關特教資源或社政資源的協助幫助較大，而認知障礙者與身體功能障礙者彼此間的需求亦可能完全不同，受訪者 E5 認為，身心障礙者的無障礙設施有外在的也有心靈上的無障礙設施，外在的無障礙設施矯正署已經做了許多的改善，但心靈上的無障礙設施則是較易被忽略的，對於身心障礙收容人的多元處遇需求，本研究主要分為以下三點，分別敘述之：

在監所端比較注意的是應該是無障礙環境，包括外在物理環境，像輔具或設施的改善，署過去也爭取很多經費做改善，另外一部分我認為是心靈的無障礙(E5-1)

(一)輕度障礙者現行社政或特教資源導入不足

受訪者 E1、E2 及 E4 都為矯正機關的實務工作者，其在第一線觀察到：相較於醫療照護資源，許多身心障礙收容人更迫切需要的是特殊教育資源，但教育單位對於矯正機關內的收容人，特教資源的支持是比較欠缺的。E4 舉例而言，國教署對需要特教資源的身心障礙收容人採用巡迴訪查與電話通話的協助方式，不見得能夠滿足身心障礙收容人的特殊教育需求。

視力聽力或是智能障礙…不一定需要的是醫療，更需要的是教育或社政資源。(E2-1)
實務過去針對這些身障者提供支持服務是比較欠缺。舉例來說，國教署用巡迴訪查的方式提供特教服務，甚至是電話關懷，不利於提供建設性、情感性的支持。(E4-6)

再者，E1 認為輕度身心障礙者除了醫療處置與社會福利之外，還要考量其就業問題，以協助其生活保持獨立性，因此應有相關資源或輔導機制讓其找到合適的工作。

輕者應該要考量未來就業問題，要有輔導機制協助他們未來有合適的工作，證明其價值性。(E1-4)

(二)需長照安養者對矯正機關是極大負擔

輕度身心障礙收容人有醫療之外的需求，但對於重度障礙者，需要專門機構安置的身心障礙收容人，由於矯正機關的機關屬性，照護資源並不足以負擔這類收容人，因此會以保外就醫的方式處理。然而，對於無家屬能夠負擔其保外就醫的收容人，對矯正機關而言是一大難處。現行規定可交由社政單位協助尋找安置機關，但仍有諸多權責問題，將於下部分詳細敘述，對於這些無社政單位協助處理的個案，若由矯正機關自行負擔，E1 以自己過去的經驗表示，只要遇到一個個案，就足以讓矯正機關處理得人仰馬翻。

我之前遇過 70 歲的女性收容人，為了他的保外就醫花了很大的時間…包括從醫院到安養中心，一波三折。(E1-2)

受訪者 F5 是醫療人員，就其對矯正機關的觀察，嚴重的精神障礙者雖然看似身體健全，但其處遇超過矯正機關所能負擔。因其無法送到一般的醫療單位，但矯正機關受限於法規及資源，對嚴重的精神障礙者能夠使用的處遇方式並不多，如果收容人本身的意願、家屬及醫療機關沒有達成共識，矯正機關夾在三方之間，卻要承擔照護的全責，就會變得相當辛苦。

許多重症個案，都是超過監所可以負擔的範圍…監所人員能使用的手段跟武器不多，但又無法送到一般醫療單位。加上受刑人、家屬、醫療端合作上沒有共識，監所就會很辛苦。(F5-1)

因此，研究者認為，無論是身體功能障礙抑或是認知功能障礙，障礙程度太過於嚴重者，應考量矯正機關的主要功能為實現國家刑罰，而將這類收容人改安置在醫療安養機構，而非繼續收容於矯正機關。

(三)精神障礙者處遇需求複雜

從文獻中可以發現，精神障礙收容人的處遇是各國面臨比較棘手的問題，以加拿大為例，近年的身心障礙者處遇措施聚焦在精神障礙者，且投入大量的經費與人力。在焦點團體座談中，受訪者提到我國矯正機關的精神障礙者處遇較一般的身心障礙者複雜，以下敘述之。

1. 無病識感者施以處遇不易

不少受訪者認為，精神障礙者是身心障礙收容人當中，需花較多心力處理的障礙類別，尤其矯正機關當中許多收容人有毒癮或酒癮的狀況，容易引發器質性精神障礙，但卻沒有病識感，更造成矯正機關施予處遇的困難度。

精神障礙收容人很多都是因為藥酒癮造成精神疾病，同時常常無病識感，因此當我們安排處遇時，或是請他們就醫、吃藥時，收容人常常會跟我們抱怨。(F6-1)

2. 醫療需求落差大

精神障礙者彼此間的障礙情形也不一致，許多有發作的週期，有些經過團體治療後，可以靠自己的認知改變並有所好轉，不一定需要醫療協助，但有些處於急性發作期的精神障礙者，則需要較多的干預性醫療。

醫療部分協助會比較聚焦在精神障礙，不過我之前有組織過精神障礙的支持團體，效果很不錯，甚至不需要看醫生。(E2-6)

精神障礙收容人在監時我們都會安排治療，有些經過治療後並不會符合身心障礙要件。(F6-6)

3. 出監者矯正機關有通報義務

除了在矯正機關內的處遇需求外，精神障礙者出監的銜接服務也比其他的身心障礙收容人較為不同，對於在矯正機關內有看身心科的個案，E3 及 F6 都表示需要依據相關規定通報社區，且監所內的心理師與醫師對於收容人的狀況會在通報內容中予以註記。

在出監前我們會依據監獄行刑法 142 條去通報…若有需要通報，心理師也會讓監內醫師做收容人狀況勾選，讓通報資料更完整。(E3-1)

即將出監的精神疾病收容人，會依據精神衛生法第 31 條通報，但身心障礙並沒有規定要通報。(F6-5)

4、出監就業難度高

以專家學者為主的焦點座談會中，不少受訪者都提到精神障礙收容人出監後的就業問題。F1 表示，更生人若有立即就業需求，勞政單位都有一條龍的輔導就業機制，但若是遇到更生人有心理上的狀況，若是沒有受到良好的治療或輔導，勞政單位很難有介入的空間。

跟法務部合作是一條龍服務…收容人有心理狀況，還是需要矯正機關輔導好。(F1-2)

對於更生人輔導有經驗的 F4 則直言，身體功能障礙的收容人較易處理，只

是需要職場環境再設計與職業媒合，但精神障礙更生人的就業則較為棘手，F4 並舉最近發生的社會案件為例，表示在監所輔導的精神障礙收容人，甫一出監就立刻再犯案，即使矯正機關在出監前欲協助其安置，但只要收容人不願意也無可奈何，不料沒幾天就因為該名收容人希望可以從回矯正機關收容，就再度觸犯刑案，F4 表示有些身心障礙收容人即使更生保護協會幫助其找到安置處所，但這類收容人卻不見得願意配合安置，並會對安置處所管理者與其他更生人造成困擾，F4 認為這類人員恐怕很難用一般的更生保護措施協助其復歸社會。

精神障礙比較棘手，像有更生人一出獄沒幾天就去搶銀行，目的就是為了可以回去監獄，我們去了解這就是一個精神障礙個案…他的輔導已經超過我們更生保護能夠處理，即便安置在安置處所，他還會有攻擊人的行為，更生協會已經無路可走。(F4-2)

F5 也表示，精神障礙收容人回到社區後，因為不像矯正機關是一個控制的環境，反而出監後的服藥情形不佳，病況難以控制，更不要說能夠接受社政與勞政系統等相關單位協助，並穩定就業。

我也有遇過以前在監所的老病患…其實收容人在出監後，回到社區其實服藥的情形不佳，更不要說他回到社區要怎麼去跟社政系統作連結，好好去就業。(F5-3)

5、精神障礙者不易取得身心障礙證明

此外，我國身心障礙鑑定因仍以醫療鑑定身體功能障礙為主，因此精神障礙者並不容易取得身心障礙證明。但身心障礙扶助資源的給予，往往與是否有身心障礙證明有密切的關係。受訪者 F6 以他在矯正機關輔導精神障礙收容人的經驗發現，有精神障礙者擁有身心障礙證明的比例非常低，原因多元，除了收容人本身因種種因素沒有去做鑑定之外，在矯正機關中取得身心障礙證明也沒有辦法享有社區的身心障礙福利資源，還需要另外自行支付相關費用，因此收容人的意願並不高。甚至矯正機關想要協助申請時，若無家屬配合，由矯正機關直接接觸申請單位時，在行政程序上也遇到種種的障礙，因此 F6 認為精神障礙收容人要申請身心障礙證明實有種種的困難。

目前我們監獄內大概有 60 來位列管的收容人，但持有身障手冊只有 3 個。原因是很多精神障礙收容人沒有病識感…或是被通緝、跑路中，不可能去鑑定申請手冊。…對收容人而言辦身障證明並沒有誘因。其次是需要支付額外的費用。(F6-2)

有時候要重新辦理證明，遇到家屬沒辦法協助申請，獄方要幫忙申請需要空表表格，收容人戶籍又不在監獄，戶籍所在地機關拒絕代辦，導致沒有辦法申請。(F6-3)

二、矯正機關對引進身心障礙社區網絡資源需求度高

目前身心障礙收容人一旦進入矯正機關，則各種處遇多均由矯正機關全權負責。不過如前所述，身心障礙收容人的處遇需求多元，單靠矯正機關難以全部滿足，因此矯正機關對引進社區資源有迫切需要，以下敘述之。

(一)目前較為完整的處遇資源為醫療資源

自 2013 年開始，收容人已經納為全民健保的對象，因此多數受訪者認為，矯正機關的身心障礙資源中，在醫療資源上是較為完整的，收容人與一般民眾所接受的醫療並不會有太大的差異，且矯正機關內的醫事人員能藉由查詢健保卡，得知收容人過去的醫療紀錄，對於有需要協助的身心障礙收容人，矯正機關較容易得知。

矯正機關收容人醫療部分有健保系統的資料還算可以(E2-2)

醫療人員可以透過健保雲端系統看收容人過去的紀錄…若有異常，矯正機關會立刻安排衛生科去安排就醫。(E4-1)

收容人納入健保後跟一般民眾接受的醫療資源差異性已經所剩不多。(E2-8)

(二)人數較少的障礙別亟需社政及特教資源引進

如前所述，多數矯正機關提供的身心障礙資源均是以人數較多的障礙別為主，對於障礙人數較少障礙別，基於資源有限，多數在監內沒有相關的資源。E3 就直言，對於那些成本較高、使用人數又較為稀少的身心障礙資源，矯正機關究竟應該要投入多少？受訪者 E2 則認為，矯正機關附近是否有相關的資源，以及矯正機關的首長是否有正確的認識，都直接影響矯正機關內身心障礙資源的充足性。如果矯正機關必須花費很高的成本才能夠取得相關資源，則矯正機關可能無法提供這類的資源予需要的身心障礙收容人。

機關附近的資源夠不夠、典獄長本身有沒有概念…如果首長缺乏意識，或像綠島本身在地資源就很缺乏，可能要花很大的力氣，花更多的經費的話，可能就做不到。(E2-9)

無形的資源類別很多元…但他的輔教比較特別，是矯正機關比較缺乏，但他人數又比較少，那矯正機關應該要投入多少資源？(E3-3)

此外，有些身心障礙者所需的資源專業性較高，非矯正機關所能處理，這些都需要引進社區資源予以補充。受訪 E2 與 E3 就同時提到，特教資源是矯正機關中較難提供者，希望只要矯正機關提出需求，相關單位就有義務提供並進駐。

個人認為最重要的是特教資源，如果能夠透過機制，在矯正機關有需要時，可以向國教署等單位申請資源，他就一定要立即派人進駐的話，會是最有幫助的。(E2-11)

我們也發現一些比較特別的，在矯正機關數量是比較少，他需要的特教需求又是矯正

機關不一定有資源提供。(E3-2)

而 F7 服務於社政機關，提醒矯正機關收容人在自由權剝奪的情況之下，所產生的障礙，如何在有限的資源中去提供協助，以確保不會漏接需要幫助的個案是非常重要的。研究者以為，基於政府機關資源共享，及矯正機關少數障礙別的資源有限的情況，社區的身心障礙資源確有引進矯正機關的必要性。

我們可以思考的是自由權的剝奪之後，會在不同情境中產生一些障礙，特別是在有限的環境有限資源的提供下，可以確保不漏接個案。(F7-1)

(三)就業資源需求

從問卷調查中發現，身心障礙收容人對於經濟補助及就業需求也有很高的需求，因此在身心障礙收容人就業方面，本研究請服務於勞政單位的專家學者提供意見。F1 表示，勞動部其實已將更生保護者與收容人納入勞政的特定保護對象，因此與法務部矯正署間也有合作的就業輔導計畫，而矯正機關本身若有自辦的職業訓練，需由勞動部專業協助的話，也有相關的合作管道與機制。另外在證照考取方面，若矯正機關內有相關的設施，勞動部亦會派人協助收容人於矯正機關內直接測驗，通過者可以取得證照，相關的費用支出也由勞動部吸收，另也會輔導更生人準備相關的就業資料，對於身心障礙者的職務再設計，也有就業輔導員協助去除職業障礙，如果需要到職業訓練處所的身心障礙收容人，勞動部也會與矯正署合作，由專車接送到特定的地點，提供職業訓練。因此 F1 認為，勞動部與矯正機關其實已有合作的管道，以協助包括身心障礙收容人在內的職業訓練。但是若收容人本身有家庭問題或是心理問題，很難單由勞政單位提供就業協助即可解決的。

發展署已經在 104 年將更生保護跟收容人納入特定的保護對象。以跟法務部合作的計畫進去輔導，監所本身訓練如果有需要勞動部協助，就循上述管道與監所合作。(F1-1)…但有家庭問題的，絕對不是只有就業服務就能解決的，如果遇到身心障礙者需要職務再設計，我們會透過就業輔導員，協助去除職業障礙。…身心障礙者就業需求很多元，監所不一定能夠提供，因此發展署也會跟矯正署合作，由他們派專車接送到地方的職業訓練處所，提供相關就業訓練。(F1-3)

F4 則表示，更生人的職業媒合，包括身心障礙收容人就業需求，更生保護協會都有提供服務，對於單純的身體功能障礙收容人而言，除了透過勞政單位提供職業訊息外，若有立刻就業的職業需求，更生協會都有合作的廠商可以立即提供工作，並有短期安置處所與技能訓練可以協助身心障礙的更生人。

身障的部分問題比較小…回歸到辦一些就業諮詢輔導、職業媒合…若更生人比較緊急，我們可以在他出獄的第一天就立刻轉到協力廠商…另外我們也有安置處所，提供半年到一個月的短期安置，甚至有技能訓練。(F4-1)

(四)身心障礙收容人社區服務紀錄

在身心障礙收容者的處遇方面，從文獻中可以看到，許多國家已開始注意到服務的連續性，強調收容人無論是在社區或矯正機關中，相關的協助不應中斷。而在焦點團體中亦可發現，矯正人員也期待身心障礙收容人在社區中的相關資訊，能隨之轉移至矯正機關中，方便矯正人員能夠瞭解其所需要的協助有哪些，才能就其需求擬定相關的處遇措施。受訪者 E1 表示，雖然現在使用收容人的健保卡可以得知其部分就醫資訊，但仍然有所不足。而 E2 則認為，矯正機關會主動在身心障礙收容人出監後將資料轉給社區相關單位，但相關單位卻不會在收容人入監前，將資料主動轉給矯正機關，只是被動的在矯正機關認為有需要時，才會被動提供，E2 認為為維護身心障礙收容人權益，社區的社福單位應該更主動些。

身心障礙收容人其實就醫的時間大多很長，實務的醫療單位卻只能看得到部分資料，往前溯及的時間是有限的，但對於治療的療程，很需要得知他之前的資訊。(E1-1)

社政機關資料不會主動轉資料給我們…他入監前接受社工師的輔導內容，在入監後要矯正機關主動去要，我認為社區資料主動轉給矯正機關的機制可以再建立。(E2-3)。

(五)整合性資源

矯正人員認為，對於每個身心障礙收容人都應該依其狀況給予全面的處遇措施，身心障礙者需由各機關團體共同合作，才能夠按照身心障礙者個別特殊需求給予協助，無法單靠矯正機關能達成此目標。受訪者 E2 就舉例，身心障礙者的輔具訂製就非矯正機關現有的資源，矯正機關常設的身心障礙資源通常是針對較為普遍的障礙別。因此，矯正機關對引進社區中的身心障礙資源，實有迫切的需求，受訪者 E3 及 F1 都認為，身心障礙者的協助其實需要各單位的整合性服務，難靠單一單位全部提供。

在社區時，勞政資源、社政資源、教育資源等都會主動去協助，但是進到矯正機關卻全改由法務部承擔…譬如輔具的提供訂製等，不是矯正機關現有的資源。(E2-4)…收容人進來監獄不是全部都給監獄包了，監獄的設備設施應該主要針對普遍性，像精障的是最多的(E2-7)

實務機關同仁在輔導個案中，都有提到家庭支持度比較低、智能障礙的個案等，常需要整合性的服務方式。(E3-3)

其實一個身心障礙者需要許多部會共同協助，不是只靠一個單位。(F1-5)

三、矯正機關網絡合作問題

研究發現，身心障礙收容人有多元需求，矯正機關也有引進社區身心障礙資源的迫切需要，但是在實際的運作上，從前述的深度訪談中可以發現，矯正機關在與其他身心障礙者服務機關的合作上，是非常薄弱的，從焦點團體中，對於矯正機關現行的網絡合作問題，主要有以下幾個面向。

(一)網絡資源對口不明

從矯正人員的角度來看，雖有心要進行網絡合作，但連最基本應該接洽的單位及窗口都不清楚，遑論後續的合作。受訪者 E2 直言，矯正機關收容人常是社會安全網漏接的對象，因為矯正機關過去的網絡合作模式，都是依靠典獄長自身的資源，去尋求其他機關的協助，並沒有長久合作的機制。目前僅有醫療資源是在收容人納入健保系統後，矯正機關對於收容人的醫療需求才有明確的對口與負責單位，但在其他方面，並沒有如醫療資源上有明確的資源對口單位，使得矯正機關有需求卻不知道可以找誰求助。或是應該負起責任的單位，卻認為收容人應該由矯正機關負全責，若該機關不願意提供協助，矯正機關也無法強迫。目前僅有保外就醫可以要求社會局應該負起安置責任，但在其他方面還是缺乏規定，導致網絡對口不明確的困境。E2 認為，若能強迫社會資源必須進入矯正機關中去協助身心障礙收容人，對於其權益保障有很大幫助。

現在納入健保後，健保署某種程度已經負起責任，我們現在去找醫師或醫療資源有很清楚的對口，但目前跟社政與勞政等，卻沒有清楚對口，建議這部分可以改善。(E2-6)…像保外就醫有法律規定，可以強迫社會局負起這個責任…監獄收容人是社會常漏接的對象，若能夠強迫社會資源進來，就可以讓國家承擔這個責任。(E2-10)

而 F4 與 F8 則從另外一個角度來看，F4 認為以精神障礙收容人為例，雖然有規定這類更生人的輔導流程，嚴重者須回歸到社政醫療，但是社政單位並沒有落實相關流程，而 F8 也表示，矯正署的身心障礙者處遇計畫當中，沒有明確的網絡資源對口，相關的處遇措施很難落實。

針對精神病收容人有輔導流程…在流程最終他還是必須回歸到社政醫療部分，目前面臨的是這個流程沒有這麼順暢，是不是要去落實？(F4-3)

矯正署身心障礙處遇計畫書寫得非常好，但是問題一樣，就是沒有對口跟接口。(F8-1)

(二)矯正機關處遇人力不足

矯正機關一直存在人力不足問題，不僅是外界常討論的戒護人力，矯正機關

的處遇人力是造成身心障礙收容人處遇措施無法落實的重要因素之一。矯正人員 E1 表示，即使矯正機關有心協助身心障礙收容人生活適應，但是因為人力不足的問題，各種處遇措施都會造成矯正機關很大的負擔。而 F3 則表示：各矯正機關的資源不一，不見得每個矯正機關都可以負擔所有的處遇措施。另外受訪者 F8 亦直言，矯正機關的處遇人員對收容人的比例極高，自然無法做細緻化的服務，應該儘早引進社區的身心障礙者協助資源。研究者認為，引進社區的身心障礙網絡資源，一方面可以分擔矯正機關處遇人員的工作負擔，也更為專業。

我要說的是人力的問題，雖然有心協助，但是對矯正機關會是很大的負擔。(E1-3)

實務上各監所的情況不一樣，要看監所有沒有編制或人力可以做這樣的事。(F3-5)

監所裡面的醫師、社工師及心理師非常缺乏，除了教誨師外，監獄內的社工師跟心理師人員配置永遠不夠，他們人很少但很忙，目前比例是 1 比 5 百多人。(F8-2)

(三)網絡間權責不明

除了網絡對口不明外，對身心障礙收容人服務而言，各網絡應負責的工作並不是這麼清楚，主要是因為多數的社區網絡，在過去的觀念中都認為收容人的一切都應由矯正機關負責，使得矯正機關現在雖然想要將社區的身心障礙資源導入矯正機關中，但相關網絡單位卻可能認為不必要。以需要保外安置的收容人而言，雖然目前有相關規定，在無家人可以保外安置的情形下，監所所在地的社政機關需要提供安置，但在實務運作上，若該名收容人的戶籍地不在監所所在地，社會局可能會因為種種原因而不願意提供協助，使得矯正機關要自行想辦法安置個案，受訪者 E3 與 E4 認為，這對矯正機關來說是很大的困擾。在有法律依據的情況下尚且如此，其他沒有明確賦予應負協助責任的事項，要求社區服務身心障礙者的單位負起協助矯正機關之責，就更為困難。

法規規定監獄所在地的社福機關要提供安置，但如果他的戶籍不在監獄所在地，社會局往往不願意或不能夠提供協助，我們有遇到因而不能夠保外的個案。雖然法條有規定，但社福端礙於本身種種規定認為無法提供服務。(E3-4)

是矯正機關遇到一個個案需求，要分別去找相關單位，但他們往往說不能夠提供服務，他們會以種種困難推諉，最後就變成矯正機關自己要去想辦法。(E4-3)

(四)社區資源難接觸

網絡資源的對口及權責不明，造成的結果之一，就是收容人很難接觸到相關的身心障礙服務資源。於社政單位服務的 F3 就坦言，很多的社區資源對矯正機關的身心障礙者而言較難使用，要由矯正機關主動去聯繫。而受訪者 F8 則認為，各政府部門有何種資源屬於公開資訊，要如何把這些資源連接起來，就是要努力

的方向。

社政方面很多的資源的確是以社區身心障礙者使用為主，矯正機關身心障礙者的確比較難使用，所以在矯正機關部分的確就需要聯繫社區。(F3-4)

我自己在做身心障礙機構評鑑的時候，發現很多身心障礙者家庭支持不足，各個部門有什麼資源大家都知道，但如何把資源連接起來，就是我們要去努力的地方。(F8-5)

四、網絡合作改善建議

有關矯正機關身心障礙收容人相關處遇部門的網絡合作，究竟應該如何去改善，整理相關的焦點團體座談會訪談資料，提出以下幾點建議：

(一)身心障礙收容人整合性網絡服務應有主責單位

受訪者 E4 參考性侵害案件的網絡合作模式，認為身心障礙收容人的服務，也應該要有主要負責的單位，去整合相關資源。因為身心障礙收容人的處遇往往有連續性，應參考其在社區中的相關需求情形，才能夠為其於矯正機關的生活適應訂定更周全的協助措施。

性侵害案件加害人本身也需要服務，有性侵害防治中心主責這件事…應有整體性的了解後再去連結相關資源，也呼應剛剛說的個案管理追蹤的情況。(E4-4)

至於網絡服務的主責單位應為何機關?歸納受訪者意見，有衛生福利部或是更生保護協會兩者，以下敘述之。

1、衛生福利部

受訪者 E4 從各項資源的連結性來看，認為主責單位應由社政單位擔任為宜，因為社區中所有相關的處遇資源皆集中在衛生福利部的社政與衛政單位，因此能夠掌握收容人出監之後的各項社會資源連結，故認為應由衛生福利部做為身心障礙收容人網絡的整合單位，由其召集相關主管單位，就現有資源去提供給矯正機關的身心障礙收容人。

整合性系統應該要有一個主辦單位，我認為最好是衛生福利部。(E4-2)

2、更生保護協會

更生保護協會負責收容人的社政、勞政等資源連結，受訪者 F4 認為，要由更生保護協會作為矯正機關與社政單位的橋樑，原則上沒有問題，但是因為在各網絡資源端方面，對口及權責並不是很明確，即使更生保護協會願意負責，但如何落實，恐怕也是問題之一，還需要其他配套措施。

上述這些其實都是更生保護會的服務範圍。(F4-1)……由更生保護會作為矯正機關與社政單位的橋梁，當然是沒問題，但是要有人跟我們接，目前後續沒有人接手。(F4-3)

(二)落實出監前後的轉銜會議

受訪者 E2 表示矯正機關於收容人出監前，會舉行出監轉銜會議，若有需要會邀請相關單位與會，受訪者 F2 表示，針對矯正機關對身心障礙收容人有社區服務資料的需求，他認為落實轉銜會議即可解決；只要在身心障礙收容人出監前，邀請相關的社政、勞政等單位與會，共同討論其出監服務即可。受訪者 F3 及 F4 也建議，矯正機關應該在身心障礙收容人出監前，提前讓社區身心障礙輔導人員進入矯正機關內，以協助身心障礙收容人出監後的社會銜接。

出獄的時候，我們甚至會邀請相關單位來開會協助，矯正機關很努力在做這塊(E2-5)在收容人還沒出獄之前，也用不到社區內的資源，因此我個人立場還是落實出監前的轉銜會議，就個案情況去做規劃，提前讓社政單位知道比較重要。(F2-10)

有些障礙很嚴重，需要去做安置者，提早讓社政單位知道，可以去做協助銜接。(F3-3)

如果社政單位進入矯正機關協作時，若更保同仁也能同時進去。我覺得轉銜會議是一個很好的機制，特別是一些在矯正機關內長期刑收容人。(F4-5)

不過研究者認為，除了出監前的轉銜會議外，收容人入監前，社政單位應該也要有相關的轉銜會議，可將身心障礙收容人的需求讓矯正機關知曉。受訪者 F3 即舉例，曾有在社區協助的身心障礙個案將入監服刑，社政單位因知道其需要多元協助，因此在服刑前即召開會議，並讓矯正機關知道其需要繼續做輔導，也同意讓社工人員進到矯正機關中做輔導。此案例可以提供各縣市參採。

有一個身心障礙案例，知道他即將要進入監所服刑，我們在個案服刑前就開一個會議，他需要多元的協助，矯正機關也同意社工以公務接見的方式去做多元輔導。(F3-2)

此外，F4 另外提醒，矯正機關內的收容人相關資料，除了轉交給法律規定的相關單位之外，希望也能夠轉給如更生保協會等單位，讓其有機會能夠及早服務與協助收容人，適度為其引進相關資源。

矯正機關做一些身心障礙收容人的醫療紀錄跟狀況，有沒有可能當在出監前可以適時轉給後端的單位。(F4-7)

(三)注意身心障礙收容人的社會支持需求

除了有形的無障礙設施與管理措施外，受訪者 E5 提醒要注意身心障礙收容人的家庭與社會支持。E5 認為，身心障礙收容人需要同儕的同理支持、家人的支持與矯正處遇人員的支持。E5 舉美國德州監獄為例，身心障礙收容人集中管

理可以有同儕團體，且身心障礙收容人專區有專屬的會客區與一般收容人分開，也有獨立的醫療、心理師或社工人員。而 F5 也表示，精神障礙收容人能否復歸社會，仰賴家屬照顧的心力。從本研究問卷調查分析發現，不少收容人希望能增加與家人相處或聯絡的機會；而從本研究的深度訪談分析發現，其實矯正機關對身心障礙收容人的會客、通信或連繫上也有放寬規定，譬如專為身心障礙收容人辦理專門的會客場次、採用遠端視訊方式等，都是值得持續辦理的方式。

德州監獄將身心障礙者集中起來，變成一個專區，跟一般受刑人是分開的，像藥局、醫生都跟本監不同，接見室也有額外的窗口。(E5-2)……家人的接納也很重要……除了政府資源，家人的支持應該要能夠進來。(E5-4)……其實精神障礙收容人回歸社區，很仰賴受刑人自己跟家屬的心力，很多精神病患需要長期服藥(F5-2)我認為收容人所需的社會支持可以分為兩個，一個是身心障礙同儕的同理心支持，另一個是外部支持性，包括社工。(E5-3)

(四)社區身心障礙服務單位提前入監輔導

身心障礙收容人服刑期間的社會福利身分會被暫停，受訪者 F2 及 F3 服務於社政機關，雖限於目前規定與實務做法，矯正機關服刑中的收容人不一定應由社政機關派人予以協助輔導，但是認為矯正機關可以在出監前提前通知，俾便於其派員入監進行評估，這樣一出監就能夠銜接。F2 認為矯正機關若發現身心障礙者，應由矯正機關主動通知聯繫。

如果收容人在監所裡面被發現疑似身心障礙，矯正機關可以事先通知我們，我們會進去矯正機關去做評估，在他出監時就可以立刻給予服務，只要監所能夠跟我們社政作聯繫。(F2-2)

實務上的確會接到轉接通報，一般我們社會局會希望在收容人出監前一兩個月就接到通知，可以提前作準備。(F3-1)

然而在現行對口及權責均不明的情況下，矯正機關該如何主動與相關單位聯繫呢？受訪者主要提出兩大方向，一為由社會局整合相關聯絡窗口名單，提供給矯正機關，另一則不以現行監所所在地之社政單位負責，改由收容人戶籍地之社政人員負責，以下敘述之：

1、社會局提供相關聯絡窗口名單

受訪者 E1 是矯正機關的主管，認為社區資源的引進與矯正機關的在地資源有關係，若矯正機關所在地附近沒有可提供資源的單位，會造成資源引進的困難，因此若要不因地域而有資源上的落差，各身心障礙服務資源應有與矯正機關的專

責對口，以提供身心障礙收容人服務。服務於社政單位的 F2 則坦言，社政單位已在調查各地方身心障礙服務的窗口，調查後會提供給矯正署做聯繫使用。

我認為引進資源的部分要考量可得性、可近性跟在地性，各資源的對口最好有專人可以提供服務，但這要跟各部會做協調。(F1-5)

最近我們也有著手調查各地方身心障礙服務的各個窗口，我們調查後會提供給矯正署作聯繫使用。(F2-3)

2. 應改以收容人戶籍地所在之社政單位負責

目前許多身心障礙收容人的服務，是以監所所在地的社政機關為主，然而這樣的方式會造成監所所在地的身心障礙者服務機關困擾，且收容人出監後若離開監所所在地，還有服務轉銜的問題，因此無論是矯正機關的受訪者或是專家學者，都認為應以收容人戶籍地的社政機關負責。受訪者 F2 表示，通常身心障礙收容人不會只有單一問題，需要相關單位共同協助，因為社會福利屬於地方政府辦理事項，即使經費編列不足，社工也會媒合相關資源單位，因此若是社政單位內部的轉銜會議，會以身心障礙收容人戶籍所在地的社政機關為主。

我們目前在出監前會有個轉銜會議，會議通常都會以收容人的戶籍為主，跟監所所在地不同。(F2-1)……社會福利本來就是地方政府的事項，政府編列的預算會有不足，所以地方政府的社工就會去媒合資源單位…每個案子需要個別處理。(F2-4)

而 F1 則認為，若直接由戶籍地的相關機構承接個案，就不需要在收容人回到戶籍所在地時，還要再另外轉換服務人員。

如果收容人一出監就要由監獄所轄的縣府社福單位接手，他們也受不了，因此是不是有個機制，能夠分散這些個案，譬如由戶籍地社政單位直接接手個案。(F4-6)

另外，受訪者 F4 則指出，若以收容人的戶籍地社政機關為負責單位，可以分散監所所在地社福機關的個案量負擔。

像精神障礙的，我們都是以監所所在地區去通知…希望以後是直接轉銜到收容人的戶籍地，讓就服員可以直接跟收容人建立輔導關係，不然還要再換。(F1-4)

(五)矯正機關應協助身心障礙收容人取得身心障礙證明

臺灣雖引進 ICF 制度，但事實上還是以 ICD 進行醫療鑑定的模式，依據身心障礙權益保障法第 5 條，身心障礙者之福利提供，必須先經過醫療鑑定，取得身心障礙證明後，才能夠獲得社區的身心障礙資源。因此受訪者建議，未來矯正機關應能夠協助身心障礙收容人直接於監所內實施鑑定，且於出監前取得身心障礙

證明，以下敘述之：

1、監所內實施鑑定

目前身心障礙證明的申請，都須至矯正機關外作鑑定評估。受訪者 F2 表示在向區公所申請身心障礙鑑定文件上，統一由矯正機關出具名冊申請並非無法克服。而身為醫事人員的 F3 則認為在醫療端部分，由醫院主動至矯正機關內實施身心障礙鑑定，在流程上亦有可行性，只是矯正機關是否有相關的人力可以負責的問題。而因為身心障礙證明的鑑定除了由醫生做身體功能評估外，還要做需求評估，受訪者 F8 則建議矯正署成立專責小組，至各矯正機關辦理身心障礙鑑定相關事宜，並在身心障礙收容人出監時負責通報戶籍地的地方政府，俾便提供服務。

申請身心障礙手冊是要到外面的醫療單位做評估，矯正機關比較難做這件事。(E4-8)
如果矯正機關用出具名冊給地方政府部分，我們也會去跟地方政府去做溝通協助。(F2-8)

其實流程都可以討論，我們醫院如果主動出擊，在出監前讓其取得證明以利收容人出監取得福利身分也可以。(F3-4)

是不是能夠在監獄裡面拉出一組人專門做身心障礙的鑑定…可以直接到監所去做鑑定，同時在他出監的時候，通報各個縣市可以掌握。(F8-4)

2、出監前取得證明

如前所述，身心障礙相關的資源導入都須以持有身心障礙證明為基礎，由矯正機關協助身心障礙收容人取得身心障礙證明，有助於其出監後能夠立即與社區的身心障礙資源做銜接。

隨著年歲增長產生障礙情形的收容人，矯正機關確實也需要協助其取得身心障礙手冊，因為在未來遇到需要安置時狀況時，也要搭配使用。(E3-7)

然而過去矯正機關在協助身心障礙收容人取得區公所的鑑定空白表格部分，因為依規定主要是向戶籍地之區公所申請，所以還需要由家屬代為出面申請，身為矯正機關內部處遇人員的受訪者 F6 就表示，若收容人沒有可協助的家屬，會造成矯正機關作業上的困難。但受訪者 F2 認為，在實務上也有矯正機關直接向所在地申請的案例，且鑑定費用地方政府亦有編列經費補助，收容人在申請身心障礙證明上應不需要花費太多。顯示在身心障礙證明的申請程序上，社政與矯正系統需要更多的配合與互相溝通，現行兩者的網絡合作關係有待強化。

我建議由矯正機關統一代為辦理身心障礙申請，矯正機關出具名冊就好，不需要特地

回去戶籍地申請。(F6-4)

協助受刑人在做鑑定空白表格取得部分是沒有問題，實務上的做法也都有…只要監所證明就會提供，可能由於地方上業務人力的流動，所以造成誤解…另外，鑑定費用其實地方政府是有補助的。(F2-7)

(六)個案管理系統

受訪者 E5 認為，身心障礙者基於服務連續性的原則，無論是否其收容於矯正機關或在社區中，應有個案檔案的建立，讓矯正機關，或當收容人復歸社會，轉銜的機關都能夠藉由檔案紀錄，及時的規畫處遇或服務措施，不會因為其身處於司法系統內而有資源上的差別待遇。

有沒有可能針對身心障礙收容人，建立一個個案管理…進來監獄後因為檔案已經建立好，監獄就可以看資料紀錄，處遇措施就去滿足他，等他出去後監獄就將檔案轉出去，讓社區知道他服務的需求，不會因為他身處司法單位內外而有改變。(E5-3)

(七)盤點所需資源

受訪者 F8 認為，近年針對身心障礙收容人陸續有投入社區資源，其實有許多地方團體可以提供矯正機關做身心障礙收容人的服務連結，但受訪者 E3 同時認為，矯正機關對於所需的資源應該先做盤點，避免當外界貿然提供不實用的資源後，監督機關會據此檢視矯正機關在資源投入後的工作成效，反而造成困擾。

確實衛福部心口不一過去沒有注重到收容人的部分，但近期已經有投入經費在這一塊…其實我們地方的 NGO 團體都可以給矯正機關去做連結，提供服務。(F8-6)

技能訓練與出獄就業身心障礙收容人如果沒有辦法結合，監督單位可能回過頭來檢討矯正機關，所以我覺得要做整合性的盤點，再決定要給矯正機關什麼樣資源上的支持。(E3-5)

(八)矯正機關處遇計畫修正建議

有關矯正署於 110 年 4 月頒訂之「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」的內容，經焦點團體受訪者建議，修訂如下：

表 5-7 矯正機關身心障礙收容人處遇計畫修正建議

原指引內容	原建議修正內容	受訪者建議	最後修正內容
肆、處遇對象 處遇對象仍依據 WHO 所頒布「國際健康功能與身心障礙分類系統	肆、處遇對象 處遇對象仍依據 WHO 所頒布「國際健康功能與身心障礙分類系統(簡稱 ICF)」	身心障礙認定標準…由誰來認定也要規定清楚，矯正機關要透過什麼機制來認定、費用誰	來自矯正機關的受訪者多希望採用現有社區身心障礙標準即可，不另外設置標準，由矯正機關自行認

(簡稱 ICF)」之八大分類。	之八大分類，<u>及經收容機關權責單位認定有身心障礙之情形者。</u>	來支出等，也要做操作性的認定。(E3-6) 矯正評估建議由醫事或專業人員來做比較合適。(E2-14)	定。然社區身心障礙者分類方式並不能夠完全適用於矯正機關的特殊環境，參考國外及人權公約建議作法，身心障礙收容人應不以持有為衛生福利部核發之身心障礙手冊為限。爰仍維持原建議修正內容。
三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。	三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。<u>另身體功能障礙收容人輔助設備(如助聽器、輪椅及義肢)，除非緊急情況發生，否則從收容人身上移走設備之前，應諮詢醫生建議。</u>	另外移走設備部分，建議醫生改成醫事人員(E2-15)	依照受訪者建議，調整如下： 三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。<u>另身體功能障礙收容人輔助設備(如助聽器、輪椅及義肢)，除非緊急情況發生，否則從收容人身上移走設備之前，應諮詢「醫事人員」建議。</u>
三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (五) 心智、精神障礙收容人如有違反機關規定之行為，機關除應衡酌	三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (五) 心智、精神障礙收容人如有違反機關規定之行為，機關除應衡酌客觀事證、違規行為情節以外，亦	隔離跟束縛管理措施，實務操作會有問題，建議刪除。(E3-7) 施用戒具標準都訂在相關法規當中，既然法規都容許了，在指引當中建議不另做規定，建議刪除。(E4-10) 像精神障礙者給他安全空間讓他自己去大吼大	依照受訪者建議，本條不做修正。

客觀事證、違規行為情節以外，亦應綜合收容人對該行為違反規定之認知及意欲等，並注意其中是否涉及遭受欺凌、歧視等情事，綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行。	應綜合收容人對該行為違反規定之認知及意欲等，並注意其中是否涉及遭受欺凌、歧視等情事，綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行。 <u>另對於精神障礙者應避免隔離或束縛的管理手段。</u>	叫，算不算隔離？我建議這句不要加。(E2-16)	
二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗(簡式健康量表、病人健康問卷等)，針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解；並得從其曾接受過社區服務之社工或個管師，取得相關治療與服務評估等資料。	二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗(簡式健康量表、病人健康問卷等)，針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解； <u>若為身心障礙者，應主動了解過去醫療紀錄，及從其曾接受過社區服務之社工或個管師，取得相關治療與服務評估等資料，並安排於收容期間做接續性治療。</u>	在新收階段只能知道有無身心障礙手冊，我覺得這樣寫上去會給矯正機關很大壓力，若是3個月後才發現他有身心障礙狀況怎麼辦？不就要去追究當初沒有了解的責任？我也倡議社福單位主動聯繫。(E2-17)	參考受訪者建議，修改如下： 二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗(簡式健康量表、病人健康問卷等)，針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解； <u>若「持有身心障礙證明或疑似為身心障礙者」，應主動了解過去醫療紀錄，及從其曾接受過社區服務之社工或個管師，取得相關治療與服務評估等資料，並安排於收容期間做接續性治療。</u>
伍、篩選與調查	伍、篩選與調查 <u>三、收容機關應定期對所有收容人做身心障礙評估</u>	建議將定期評估改成對疑似有身心障礙者。(E1-8) 所有收容人做身心障礙評估，實務上不太可行，	身心障礙收容人有被辨識之需求。而從問卷調查發現，無身心障礙證明之身心障礙收容人，相較於有身

		我是建議刪除，主要考量沒有人力去做這麼龐大的事情。(E3-8) 若是肢體障礙個案應該不用每年定期，智能障礙也有不可恢復性，只有精神障礙有這個可能，但這部分應該用 ICD 去處理就好了。(E2-18)	心障礙證明者，對於矯正機關的協助措施認為不足夠或非常不足夠者占多數。為避免無法及時給予隱性身心障礙收容人協助，有定期對收容人做身心障礙評估之需求，然考量我國矯正機關資源與人力缺乏現況，依受訪這建議修改如下。 <u>三、收容機關應定期對「疑似身心障礙者」做身心障礙評估</u>
陸、處遇之合理調整	陸、處遇之合理調整 <u>七、文康：每位身心障礙收容人每個月應該參加一次以上與其他收容人接觸之文康活動。</u>	文康活動改成定期，但不一定要接觸其他收容人。(E1-8) 我們對文康的定義會比較限縮，建議這句話修正為「身心障礙收容人每月至少一次與其他收容人共同參與教化活動，但有不適合者不在此限；前項教化活動得由教化人員評估後實施。(E3-9) 假如是靜態活動不一定會與其他收容人接觸，我倒覺得是保障每位身心障礙者文康活動權利比較重要。(E2-19)	參考受訪者建議，修改如下： <u>陸、處遇之合理調整</u> <u>七、文康：身心障礙收容人每月至少一次與其他收容人共同參與教化活動，但經教化人員評估不適合者不在此限。</u>
拾、計畫實施與修正	拾、教育訓練 <u>身心障礙收容人場舍主管，應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練；另收容機關定期亦應舉辦戒護人</u>	矯正機關不見得有這麼多資源，是不是改成辦理課程就好?(E1-9) 身心障礙收容人場舍主管建議改為教輔人員及	本建議係為增進戒護人員對身心障礙者的了解，且應定期與處遇人員交換意見，參考受訪者建議，在語意上做修改如下：

	員與處遇人員應共同參加的身心障礙收容人研討會。 拾壹、計畫實施與修正	戒護人員(E2-20)	拾、教育訓練 身心障礙收容人「 <u>教輔人員及戒護人員</u> 」，應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練；另收容機關定期亦應舉辦戒護人員與處遇人員應共同參加的 <u>身心障礙收容人「座談會」</u> 。

五、矯正機關身心障礙收容人盛行率調查意義

本研究的研究目的之一，是不以持有身心障礙證明者為限，以國內外適合之調查工具評估我國矯正機關身心障礙收容人的盛行率。本研究經問卷調查，並考量矯正機關資源作合理調整後，在身體功能障礙部分採行比較嚴格的情形計分，加計矯正機關原有身心障礙證明者，最後估算出矯正機關身體功能障礙盛行率是3.27%，認知功能障礙盛行率為7.77%。而前述的盛行率調查結果，經焦點團體座談會討論，研究者發現盛行率調查應是為保障身心障礙收容人權益之重要基礎，但矯正機關資源不足，加上目前社區的相關福利與協助措施，侷限在領有身心障礙證明者，因此身心障礙認定標準不宜太寬鬆，應予合理調整。從本研究深度訪談與問卷調查中亦可發現，收容人因種種因素不一定會去做障礙鑑定，致無法取得身心障礙證明，為利身心障礙收容人出監後可以與社區的身心障礙處遇系統連結，矯正機關應協助身心障礙收容人取得證明，以下敘述之。

(一)盛行率調查為身心障礙收容人權益保障之基礎

為了保障收容人權益，矯正機關應辨識出潛在的身心障礙者，並協助其取得身心障礙證明。受訪者E5就表示，國外矯正機關有收容人身心障礙評估工具，且因為矯正機關的環境特殊，特別針對精神障礙部分有較多的評估工具，且經由評估工具發現之身心障礙收容人，還需進一步經過醫療系統的治療及評估，矯正機關實有必要發展自己的評估工具，以發掘相關個案予以協助。且根據文獻，國外身心障礙收容人的精神障礙盛行率較一般民眾為高，然而我國矯正機關在認知功能障礙類別上的人數上並不比身體功能障礙者為多，恐跟我國對於認知功能障礙證明的核發較為嚴格有關。而本研究經問卷調查後發現，我國矯正機關的認知功能障礙盛行率應該高於身體功能障礙盛行率應是較為合理的數據。

國外收容人新收入監都有使用身心障礙評估工具，比較一般性的評估工具是精神障礙部分…他們都有自己的認定標準，將身心障礙評估標準寬估後，對其權益保障其實也是一個指標…我是贊成矯正機關發展自己的評估工具，去發掘相關的個案給予幫助。

(E5-5)

CRPD 的內涵根本不需要手冊就能獲得服務。我們去看盛行率這個議題時，監所中精神障礙收容人占很大部分…監所都說有給他們很好的保護，我是不清楚。(F8-3)

(二)正視矯正機關資源不足問題，身心障礙標準與處遇做合理調整

從深度訪談及文獻探討中都可以發現，我國矯正機關的各種資源不足，從收容人經費、人力、網絡合作等，相較於各國矯正機關落差甚大，因此我國矯正人員對於放寬身心障礙標準在態度上相對謹慎。E1 及 E4 就坦言，身心障礙收容人需要個別化處遇，不同障礙別及不同障礙程度所需要的資源也不同，若矯正機關放寬匡列標準，擔心會增加過多身心障礙者，而社區身心障礙資源卻無法進來協助時，矯正機關將無法負擔。因此在資源不足的情形下，現行收容人身心障礙標準宜採較嚴格認定標準，並應視我國矯正機關現有資源，對身心障礙收容人的處遇措施做合理調整。

如果矯正機關要有別於社會給予這些如果放寬，福利支出是不是也會隨之膨脹。(E1-8)

我比較擔心的是說會造成之後身心障礙福利資源給予問題…矯正機關在現在的資源下，去做擴張我覺得是有一個困難度。(E4-7)

(三)應有矯正機關專屬初篩工具，疑似身心障礙者應協助其鑑定

我國因採嚴格的身心障礙標準，且以醫療鑑定身體功能障礙為主，因此社區的身心障礙人數比例低，而身心障礙收容人更因種種因素可能並未申請身心障礙鑑定，造成後續難以導入社區身心障礙服務資源，故矯正機關發現疑似有身心障礙狀況的收容人，應協助其作鑑定評估。再者，矯正機關是特殊的環境，為保障收容人人權，多數的先進國家對於矯正機關收容人於新收時及定期，會以矯正機關收容人身心障礙調查工具對收容人做身心障礙的篩檢，且將身心障礙標準放寬，以期發現更多疑似身心障礙者，以便在矯正機關中提供所需協助與治療。

其實從健保系統內註記 ICD 去認定也可以…要用自己的工具，但我們只是當作監內的協助參考工具，當然是可以…我比較建議是去落實 ICF 系統，並協助收容人取得身心障礙證明。(E2-13)

我認為最好是以醫療人員去做認定，比較經得起考驗，若由矯正機關去認定，會比較有疑慮。(E4-8)

這些經由矯正機關篩檢發現的疑似身心障礙收容人，仍要經過相關醫療鑑定程序始能確診新關病症。國外矯正機關常使用自行研發的盛行率調查工具，而這些工具不同於社區的身心障礙標準，我國矯正機關應協助這些無身心障礙證明，但有身心障礙情形者，取得相關證明，以利後續出監後社區身心障礙協助機關可以接手協助工作。

華盛頓小組工具比較偏向是自我判斷，在國外多作為公共衛生政策的指標，但在國內身心障礙證明會是比較作為福利的依據。(F2-6)

第五節 質性資料綜合分析

綜合上述各節分析，本研究參考研究目的，從身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形、處遇需求、面臨問題、矯正機關執行身心障礙收容人處遇困境、資源不足之處、身心障礙收容人處遇改善建議等幾個面向，綜合分析如下：

表 5-8 深度訪談及焦點團體座談會意見綜合分析

研究問題	深度訪談及焦點團體座談會意見
一、身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形	(一)收容於舍房內的多為尚有基本自理能力者 (二)身心障礙收容人對於矯正機關內的生活無太多的期待 (三)獨立性與社區生活情形類似 (四)保護性處遇方式不見得迎合需求宜。
二、身心障礙收容人處遇需求	(一)一般性需求 1. 身體功能障礙收容人 (1)無障礙空間的設計 (2)職務再設計需求 (3)福利持續性需求 (4)急重症醫療需求 2. 認知功能障礙收容人 (1)被辨識及被認識之需求 (2)管理人員及其他收容人的包容 (3)作業依障礙嚴重程度調整放寬 (二)特殊性需求 1. 肢體障礙 (1)輔具提供 (2)社區長照資源 2. 聽覺障礙 (1)與他人溝通需求

研究問題	深度訪談及焦點團體座談會意見
	(2)手語課程普及化需求 3. 視覺障礙 (1)增加適合的文康教化活動需求 (2)重度者專人協助需求 (3)眼科醫療資源需求 4. 精神障礙 (1)放寬通信限制 (2)足夠的心理治療課程需求 5. 智能障礙 (1)特殊教育資源需求 (2)邊緣性智能者應比照智能障礙者處遇需求
三、身心障礙收容人面臨問題	一、矯正機關身心障礙者處遇需求多元 (一)輕度障礙者現行社政或特教資源導入不足 (二)需長照照護者對矯正機關是極大負擔 (三)精神障礙者處遇需求複雜 1. 無病識感者施以處遇不易 2. 醫療需求落差大 3. 出監者矯正機關有通報義務 4、出監就業難度高 5、精神障礙者不易取得身心障礙證明
四、矯正機關執行身心障礙收容人處遇困境	(一)矯正機關獨力負擔所有身心障礙收容人需求，負擔過大 (二)矯正機關身心障礙資源不足 1. 收容人接受身心障礙鑑定意願不高 2. 精神障礙者戒護人力資源不足，管理壓力大 3. 老化及多重障礙者處遇困難，矯正機關尚未與社區長照資源結合 4. 少數障礙別資源分配較少 (三)跨單位網絡連結困難 1. 矯正機關大多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制 (1)網絡資源對口不明 (2)網絡間權責不明 (3)矯正機關處遇人力不足 (4)社區資源難接觸 2. 社政單位與矯正機關保外就醫安置責任分工未明 3. 社會支持系統不足之弱勢收容人出監後社政系統服務無法銜接 (四)矯正人員行政負擔過大

研究問題	深度訪談及焦點團體座談會意見
	(五)戒護安全與身心障礙者需求目標相互衝突 (六)多重障礙收容人處遇困難 (七)身心障礙收容人職業技能培訓效果有限 (八)矯正人員有關身心障礙權益與認知培訓不足
五、矯正機關資源不足之處	(一)目前較為完整的資源為醫療資源 (二)人數較少的障礙別急需社政及特教資源引進 (三)就業資源需求 (四)身心障礙收容人社區服務紀錄 (五)整合性資源
六、身心障礙收容人處遇改善建議	(一)引入跨網絡資源 1. 改變身心障礙收容人處遇工作應全由矯正機關負責觀念 2. 社區身心障礙資源宜速整合挹注，且該網絡應有主責單位 3. 社政單位身心障礙專業人力應該與矯正機關有良好合作關係 4. 社政、醫療、長照及職訓資源應導入矯正機關 5. 落實出監前後的轉銜會議 6. 注意身心障礙收容人的社會支持需求 7. 社區身心障礙服務單位提前入監輔導 8. 矯正機關盤點所需資源 (二)盤點並整合各項處遇計畫簡化行政負擔 (三)建置身心障礙收容人個案管理系統 (四)提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識 (五)矯正機關應協助身心障礙收容人取得身心障礙證明
七、我國身心障礙收容人盛行率	(一)多數矯正人員對收容人身心障礙盛行率調查有疑慮 (二)主要擔心矯正機關身心障礙資源不足問題 (三)對身心障礙採取較寬鬆標準，矯正機關擔心無法與外界銜接 (四)盛行率調查應是為保障身心障礙收容人權益

第六章 收容人問卷調查結果分析與討論

本研究有關收容人問卷調查，旨在瞭解矯正機關身心障礙收容人盛行率？是否因基本人口變項(性別、年齡、犯罪類型、刑期以及進入矯正機關前是否即有障礙情況)而有差異？有身心障礙狀況之收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處為何？有身心障礙狀況之收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足等議題和障礙類別與程度、以及其他基本人口變項是否存有差異？因此，本章將分別針對矯正機關身心障礙收容人盛行率，以及身心障礙收容人生活適應、處遇需求和面臨問題進行分析，最後再進行綜合討論與分析，從而瞭解我國矯正機關有關身心障礙收容人處遇合理調整之方向，並據以提出改善的方向。

第一節 矯正機關身心障礙收容人盛行率

本節將先以次數分配法探求我國矯正機關身心障礙收容人盛行率，繼而使用卡方檢定探求是否因基本人口變項，包括性別、年齡、犯罪類型、刑期以及進入矯正機關前是否即有障礙情況等變項而有差異。

一、收容人身心狀況分析

(一) 整體樣本身心障礙盛行率

表 6-1 整體樣本視力狀況分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
非常清楚	1347	63.30%	63.30%
還算清楚	630	29.61%	92.90%
不太清楚	128	6.02%	98.92%
非常不清楚	22	1.03%	99.95%
根本看不到	1	0.05%	100.00%
總和	2128	100.00%	

表 6-1 顯示整體樣本的視力狀況，可以發現：有嚴重視力障礙者占總樣本的 0.05%，有障礙的樣本占 1.03%；沒有障礙者合計占 98.92%，有障礙者占 1.08%。

表 6-2 整體樣本聽力狀況分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
非常清楚	1282	60.24%	60.24%
還算清楚	681	32.00%	92.25%
不太清楚	139	6.53%	98.78%
非常不清楚	11	0.52%	99.30%
根本看不到	15	0.70%	100.00%
總和	2128	100.00%	

表 6-2 顯示整體樣本的聽力狀況，可以發現：有嚴重聽力障礙者占總樣本的 0.70%，有障礙的樣本占 0.52%；沒有障礙者合計占 98.78%，有障礙者占 1.22%。

表 6-3 整體樣本下肢行走能力分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
完全沒有困難	1409	66.21%	66.21%
不太困難	376	17.67%	83.88%
有點困難	261	12.27%	96.15%
非常困難	70	3.29%	99.44%
根本沒辦法走路	12	0.56%	100.00%
總和	2128	100.00%	

表 6-3 顯示整體樣本的下肢行走能力狀況，可以發現：有嚴重行動障礙者占總樣本的 0.56%，有障礙的樣本占 3.29%；沒有障礙者合計占 96.15%，有障礙者占 3.85%。

表 6-4 整體樣本上肢功能分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
完全沒有困難	1767	83.07%	83.07%
不太困難	257	12.08%	95.15%
有點困難	84	3.95%	99.10%
非常困難	16	0.75%	99.85%
根本沒辦法自理	3	0.14%	100.00%
總和	2127	100.00%	

註：本題有 1 人漏未填寫。

表 6-4 顯示整體樣本的上肢功能狀況，可以發現：有嚴重上肢功能障礙者占總樣本的 0.14%，有障礙的樣本占 0.75%；沒有障礙者合計占 99.10%，有障礙者占 0.9%。

表 6-5 整體樣本身體功能障礙分布情形

	次數	百分比	觀察百分比
功能非常好	5805	68.20%	272.80%
功能還好	1944	22.80%	91.40%
功能不太好	612	7.20%	28.80%
功能不好	119	1.40%	5.60%
功能非常不好	31	0.40%	1.50%
總和	8511	100.00%	400.00%

註：本題有 1 人漏未填寫。

當合併觀察受試樣本各項身體功能，從表 6-5 可以發現，有 68.20%的受試

者各項身體功能都非常好；有 22.80%的受試者身體功能還好；有 7.20%的受試者不太好；有 1.04%的受試者身體功能不好；有 0.40%的受試者身體功能非常不好。整體而言，具有身體功能障礙者，所占比率為 1.8%。

表 6-6 整體樣本智能障礙各題項分布情形

		次數	有效百分比	累積百分比
閱讀信件或書籍是否需要協助	完全不需要	1564	73.50%	73.50%
	不太需要	352	16.54%	90.04%
	有點需要	141	6.63%	96.66%
	非常需要	49	2.30%	98.97%
	根本看不懂	22	1.03%	100.00%
	總和	2128	100.00%	
填寫表格是否需要協助	完全不需要	1634	76.82%	76.82%
	不太需要	319	15.00%	91.82%
	有點需要	110	5.17%	96.99%
	非常需要	45	2.12%	99.11%
	根本看不懂	19	0.89%	100.00%
	總和	2127	100.00%	
是否可以聽懂管理員的指令	完全聽得懂	1710	80.36%	80.36%
	偶爾聽不懂	310	14.57%	94.92%
	有時聽不懂	82	3.85%	98.78%
	聽常聽不懂	13	0.61%	99.39%
	完全聽不懂	13	0.61%	100.00%
	總和	2128	100.00%	
在記得工場作業程序方面是否有困難	完全沒有困難	1456	68.45%	68.45%
	不太困難	414	19.46%	87.92%
	有點困難	194	9.12%	97.04%
	非常困難	53	2.49%	99.53%
	根本記不住	10	0.47%	100.00%
	總和	2127	100.00%	

表 6-6 顯示整體樣本智能障礙各題項分布情形，每個題項並依其選擇給予 0 分至 4 分的不同的分數，完全無障礙為 0 分，嚴重程度則為 4 分。在「閱讀信件或書籍是否需要協助」有 3.33%的人有障礙情形，1.03%障礙情形非常嚴重；在「填寫表格是否需要協助」，有 3.01%的人有障礙情形，0.89%障礙情形非常嚴重；在「是否可以聽懂管理員的指令」有 1.22%的人有障礙情形，其中 0.61%障礙情形非常嚴重；在「記得工場作業程序方面是否有困難」，有 2.96%的人有障礙情形，其中 0.47%障礙情形非常嚴重。

表 6-7 整體樣本智能障礙分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
0 分	1175	55.27%	55.27%
1 分	246	11.57%	66.84%
2 分	197	9.27%	76.11%
3 分	138	6.49%	82.60%
4 分	132	6.21%	88.81%
5 分	79	3.72%	92.52%
6 分	42	1.98%	94.50%
7 分	42	1.98%	96.47%
8 分	39	1.83%	98.31%
9 分	22	1.03%	99.34%
10 分	8	0.38%	99.72%
11 分	2	0.09%	99.81%
12 分	2	0.09%	99.91%
13 分	2	0.09%	100.00%
總和	2126	100.00%	

註：本題有 2 人漏未填寫。

本研究有關智能障礙的評估，計有 4 個題項，經信度分析良好，因此將此 4 個題項的分數加總。表 6-7 顯示整體樣本智能障礙分布情形，受試者的智能狀況分數從 0 分至 16 分，若是分數在 12 分以上，代表非常需要協助；若是在 8-11 分，代表(有時)需要協助；是在 4 分以下，代表完全不需要協助。因此，有 0.18% 的樣本非常需要協助；3.33% 的樣本(有時)需要協助；96.47% 的樣本完全不需要協助。

表 6-8 整體樣本精神障礙各題項分布情形

		次數	有效百分比	累積百分比
過去 30 天 經常會感到自己很 糟糕	非常不同意	1090	51.25%	51.25%
	不同意	437	20.55%	20.55%
	普通	407	19.13%	19.13%
	有點同意	141	6.63%	6.63%
	非常同意	52	2.44%	2.44%
	總和	2127	100.00%	
過去 30 天 經常會感到不安或 煩躁	非常不同意	899	42.33%	42.33%
	不同意	401	18.88%	61.21%
	普通	543	25.56%	86.77%
	有點同意	203	9.56%	96.33%
	非常同意	78	3.67%	100.00%
	總和	2124	100.00%	
過去 30 天	非常不同意	898	42.28%	42.28%

		次數	有效百分比	累積百分比
經常感到沮喪且任何事都感到不快樂	不同意	423	19.92%	62.19%
	普通	527	24.81%	87.01%
	有點同意	185	8.71%	95.72%
	非常同意	91	4.28%	100.00%
	總和	2124	100.00%	
過去 30 天時常出現不如死掉或傷害自己的念頭	非常不同意	1461	68.75%	68.75%
	不同意	399	18.78%	87.53%
	普通	171	8.05%	95.58%
	有點同意	60	2.82%	98.40%
	非常同意	34	1.60%	100.00%
	總和	2125	100.00%	
過去 30 天是否感覺自己情緒經常很亢奮(high)	非常不同意	1024	48.28%	48.28%
	不同意	498	23.48%	71.76%
	普通	511	24.09%	95.85%
	有點同意	56	2.64%	98.49%
	非常同意	32	1.51%	100.00%
	總和	2121	100.00%	
過去 30 天是否會聽到別人聽不到的聲音或看到別人看不到的東西	非常不同意	1520	71.50%	71.50%
	不同意	352	16.56%	88.05%
	普通	163	7.67%	95.72%
	有點同意	63	2.96%	98.68%
	非常同意	28	1.32%	100.00%
	總和	2126	100.00%	
過去 30 天是否覺得某人可以在腦海中控制思想	非常不同意	1475	69.35%	69.35%
	不同意	386	18.15%	87.49%
	普通	179	8.42%	95.91%
	有點同意	58	2.73%	98.64%
	非常同意	29	1.36%	100.00%
	總和	2127	100.00%	

表 6-8 顯示整體樣本精神障礙各題項分布情形，每個題項並依其選擇給予 0 分至 4 分的不同的分數，非常不同意為 0 分，依序增加至非常同意的 4 分。在「過去 30 天經常會感到自己很糟糕」有 9.07%的人有障礙情形，2.44%障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天經常會感到不安或煩躁」，有 13.23%的人有障礙情形，3.67%障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天經常感到沮喪且任何事都感到不快樂」有 12.99%的人有障礙情形，其中 4.28%障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天時常出現不如死掉或傷害自己的念頭」，有 4.42%的人有障礙情形，其中 1.60%障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天是否感覺自己情緒經常很亢奮(high)」，有 4.15%的

人有障礙情形，1.51%障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天是否會聽到別人聽不到的聲音或看到別人看不到的東西」有 4.28%的人有障礙情形，其中 1.32%障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天是否覺得某人可以在腦海中控制思想，有 4.09%的人有障礙情形，其中 1.36%障礙情形非常嚴重。

表 6-9 整體樣本精神障礙分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
0 分	635	30.11%	30.11%
1 分	73	3.46%	33.57%
2 分	140	6.64%	40.21%
3 分	122	5.78%	45.99%
4 分	120	5.69%	51.68%
5 分	102	4.84%	56.52%
6 分	111	5.26%	61.78%
7 分	135	6.40%	68.18%
8 分	125	5.93%	74.11%
9 分	65	3.08%	77.19%
10 分	95	4.50%	81.70%
11 分	66	3.13%	84.83%
12 分	63	2.99%	87.81%
13 分	46	2.18%	90.00%
14 分	72	3.41%	93.41%
15 分	30	1.42%	94.83%
16 分	32	1.52%	96.35%
17 分	21	1.00%	97.34%
18 分	14	0.66%	98.01%
19 分	7	0.33%	98.34%
20 分	11	0.52%	98.86%
21 分	2	0.09%	98.96%
22 分	8	0.38%	99.34%
23 分	2	0.09%	99.43%
24 分	2	0.09%	99.53%
25 分	2	0.09%	99.62%
26 分	3	0.14%	99.76%
27 分	1	0.05%	99.81%
28 分	4	0.19%	100.00%
總和	2109	100.00%	

註：本題有 19 人漏未填寫。

本研究有關精神障礙的評估，計有 7 個題項，經信度分析良好，因此將此 7 個題項的分數加總。表 6-9 顯示整體樣本精神障礙分布情形。受試者的精神狀況

分數從 0 分至 28 分，若是分數在 22 分以上，代表精神狀況非常不好；若是 15-21 分，代表精神狀況不好；在 8-14 分，代表精神狀況有時不好；是在 7 分以下，代表代表精神狀況還好。因此，有 1.03%的樣本非常需要關懷或接受治療；5.54%的樣本需要關懷或協助；93.41%的樣本情緒或精神狀況穩定。

(二)未領有身心障礙證明之樣本身心障礙盛行率

為瞭解有多少收容人雖未領有身心障礙證明，但在矯正機關中有需要協助的功能障礙情形，因此進一步針對未領有身心障礙證明的樣本群做分析。

表 6-10 未領有身心障礙證明樣本視力狀況分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
非常清楚	1049	66.90%	66.90%
還算清楚	428	27.30%	94.20%
不太清楚	79	5.04%	99.23%
非常不清楚	12	0.77%	100.00%
總和	1568	100.00%	

表 6-10 顯示未領有身心障礙證明樣本群視力狀況，可以發現：有障礙的樣本占 0.77%；沒有障礙者合計占 99.23%。

表 6-11 未領有身心障礙證明樣本聽力狀況分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
非常清楚	988	63.01%	63.01%
還算清楚	484	30.87%	93.88%
不太清楚	80	5.10%	98.98%
非常不清楚	8	0.51%	99.49%
根本看不到	8	0.51%	100.00%
總和	1568	100.00%	

表 6-11 顯示未領有身心障礙證明樣本群聽力狀況，可以發現：有嚴重聽力障礙者占總樣本的 0.51%，有障礙的樣本占 0.51%；沒有障礙者合計占 98.98%，有障礙者占 1.02%。

表 6-12 未領有身心障礙證明樣本下肢行走能力分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
完全沒有困難	1098	70.03%	70.03%
不太困難	257	16.39%	86.42%
有點困難	160	10.20%	96.62%
非常困難	52	3.32%	99.94%
根本沒辦法走路	1	0.06%	100.00%
總和	1568	100.00%	

表 6-12 顯示顯示未領有身心障礙證明樣本群的下肢行走能力狀況，可以發現：有嚴重行動障礙者占總樣本的 0.06%，有障礙的樣本占 3.32%；沒有障礙者合計占 96.62%，有障礙者占 3.38%。

表 6-13 未領有身心障礙證明樣本上肢功能分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
完全沒有困難	1370	87.43%	87.43%
不太困難	157	10.02%	97.45%
有點困難	32	2.04%	99.49%
非常困難	7	0.45%	99.94%
根本沒辦法自理	1	0.06%	100.00%
總和	1567	100.00%	

註：本題有 1 人漏未填寫。

表 6-13 顯示未領有身心障礙證明樣本群的上肢功能狀況，可以發現：有嚴重上肢功能障礙者占總樣本的 0.06%，有障礙的樣本占 0.45%；沒有障礙者合計占 99.49%，有障礙者占 0.51%。

表 6-14 未領有身心障礙證明樣本身體功能障礙分布情形

	次數	百分比	觀察百分比
功能非常好	4505	71.84%	287.30%
功能還好	1326	21.14%	84.60%
功能不太好	351	5.60%	22.40%
功能不好	79	1.26%	5.00%
功能非常不好	10	0.16%	0.60%
總和	6271	100.00%	399.90%

註：本題有 1 人漏未填寫。

當合併觀察受試樣本各項身體功能，從表 6-14 可以發現，有 71.84%的受試者各項身體功能都非常好；有 21.14%的受試者身體功能還好；有 5.60%的受試者不太好；有 1.26%的受試者身體功能不好；有 0.16%的受試者身體功能非常不好。整體而言，具有身體功能障礙者，所占比率為 1.42%。

表 6-15 未領有身心障礙證明樣本智能障礙各題項分布情形

		次數	有效百分比	累積百分比
閱讀信件或書籍是否	完全不需要	1238	78.95%	78.95%
	不太需要	229	14.60%	93.56%
	有點需要	72	4.59%	98.15%

		次數	有效百分比	累積百分比
需要協助	非常需要	27	1.72%	99.87%
	根本看不懂	2	0.13%	100.00%
	總和	1568	100.00%	
填寫表格是否需要協助	完全不需要	1298	82.83%	82.83%
	不太需要	202	12.89%	95.72%
	有點需要	48	3.06%	98.79%
	非常需要	14	0.89%	99.68%
	根本看不懂	5	0.32%	100.00%
	總和	1567	100.00%	
是否可以聽懂管理員的指令	完全聽得懂	1282	81.76%	81.76%
	偶爾聽不懂	228	14.54%	96.30%
	有時聽不懂	44	2.81%	99.11%
	聽常聽不懂	6	0.38%	99.49%
	完全聽不懂	8	0.51%	100.00%
	總和	1568	100.00%	
在記得工場作業程序方面是否有困難	完全沒有困難	1139	72.69%	72.69%
	不太困難	288	18.38%	91.07%
	有點困難	110	7.02%	98.09%
	非常困難	25	1.60%	99.68%
	根本記不住	5	0.32%	100.00%
	總和	1567	100.00%	

表 6-15 顯示未領有身心障礙證明樣本智能障礙各題項分布情形，每個題項並依其選擇給予 0 分至 4 分的不同的分數，完全無障礙為 0 分，嚴重程度則為 4 分，在「閱讀信件或書籍是否需要協助」有 1.85%的人有障礙情形，0.13%障礙情形非常嚴重；在「填寫表格是否需要協助」，有 1.21%的人有障礙情形，0.32%障礙情形非常嚴重；在「是否可以聽懂管理員的指令」有 0.89%的人有障礙情形，其中 0.51%障礙情形非常嚴重；在「記得工場作業程序方面是否有困難」，有 1.92%的人有障礙情形，其中 0.47%障礙情形非常嚴重。

表 6-16 未領有身心障礙證明樣本智能障礙分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
0 分	968	61.81%	61.81%
1 分	177	11.30%	73.12%
2 分	135	8.62%	81.74%
3 分	87	5.56%	87.29%
4 分	85	5.43%	92.72%

	次數	有效百分比	累積百分比
5 分	44	2.81%	95.53%
6 分	23	1.47%	97.00%
7 分	15	0.96%	97.96%
8 分	17	1.09%	99.04%
9 分	10	0.64%	99.68%
10 分	3	0.19%	99.87%
12 分	2	0.13%	100.00%
總和	1566	100.00%	

註：本題有 2 人漏未填寫。

最後將 4 個題項的分數加總，如表 6-16 顯示未領有身心障礙證明樣本智能障礙分布情形。受試者的智能狀況分數從 0 分至 16 分，若是分數在 12 分以上，代表非常需要協助；若是在 8-11 分，代表(有時)需要協助；是在 4 分以下，代表完全不需要協助。因此，有 0.13%的樣本非常需要協助；1.92%的樣本(有時)需要協助；97.96%的樣本完全不需要協助。

表 6-17 未領有身心障礙證明樣本精神障礙各題項分布情形

		次數	有效百分比	累積百分比
過去 30 天 經常會感到自己很 糟糕	非常不同意	859	54.82%	54.82%
	不同意	318	20.29%	75.11%
	普通	276	17.61%	92.72%
	有點同意	88	5.62%	98.34%
	非常同意	26	1.66%	100.00%
	總和	1567	100.00%	
過去 30 天 經常會感到不安或 煩躁	非常不同意	715	45.72%	45.72%
	不同意	290	18.54%	64.26%
	普通	383	24.49%	88.75%
	有點同意	127	8.12%	96.87%
	非常同意	49	3.13%	100.00%
	總和	1564	100.00%	
過去 30 天 經常感到沮喪且任 何事都感到不快樂	非常不同意	714	45.59%	45.59%
	不同意	306	19.54%	65.13%
	普通	375	23.95%	89.08%
	有點同意	115	7.34%	96.42%
	非常同意	56	3.58%	100.00%
	總和	1566	100.00%	
過去 30 天	非常不同意	1135	72.48%	72.48%

		次數	有效百分比	累積百分比
時常出現 不如死掉 或傷害自 己的念頭	不同意	263	16.79%	89.27%
	普通	116	7.41%	96.68%
	有點同意	36	2.30%	98.98%
	非常同意	16	1.02%	100.00%
	總和	1566	100.00%	
過去 30 天 是否感覺 自己情緒 經常很亢 奮(high)	非常不同意	804	51.41%	51.41%
	不同意	341	21.80%	73.21%
	普通	359	22.95%	96.16%
	有點同意	39	2.49%	98.66%
	非常同意	21	1.34%	100.00%
	總和	1564	100.00%	
過去 30 天 是否會聽 到別人聽 不到的聲 音或看到 別人看不 到的東西	非常不同意	1196	76.37%	76.37%
	不同意	237	15.13%	91.51%
	普通	88	5.62%	97.13%
	有點同意	33	2.11%	99.23%
	非常同意	12	0.77%	100.00%
	總和	1566	100.00%	
過去 30 天 是否覺得 某人可以 在腦海中 控制思想	非常不同意	1142	72.88%	72.88%
	不同意	263	16.78%	89.66%
	普通	114	7.28%	96.94%
	有點同意	33	2.11%	99.04%
	非常同意	15	0.96%	100.00%
	總和	1567	100.00%	

表 6-17 顯示未領有身心障礙證明樣本精神障礙各題項分布情形，每個題項並依其選擇給予 0 分至 4 分的不同的分數，非常不同意為 0 分，依序增加至非常同意的 4 分。在「過去 30 天經常會感到自己很糟糕」有 7.28% 的人有障礙情形，1.66% 障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天經常會感到不安或煩躁」，有 11.25% 的人有障礙情形，3.13% 障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天經常感到沮喪且任何事都感到不快樂」有 10.92% 的人有障礙情形，其中 3.58% 障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天時常出現不如死掉或傷害自己的念頭」，有 3.32% 的人有障礙情形，其中 1.02% 障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天是否感覺自己情緒經常很亢奮(high)」，有 3.83% 的人有障礙情形，1.34% 障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天是否會聽到別人聽不到的聲音或看到別人看不到的東西」有 2.88% 的人有障礙情形，其中 0.77% 障礙情形非常嚴重；在「過去 30 天是否覺得某人可以在腦海中控制

思想，有 3.07%的人有障礙情形，其中 0.96%障礙情形非常嚴重。

表 6-18 未領有身心障礙證明樣本整體精神障礙分數分布情形

	次數	有效百分比	累積百分比
0 分	528	33.95%	33.95%
1 分	47	3.02%	36.98%
2 分	105	6.75%	43.73%
3 分	93	5.98%	49.71%
4 分	97	6.24%	55.95%
5 分	78	5.02%	60.96%
6 分	79	5.08%	66.05%
7 分	90	5.79%	71.83%
8 分	94	6.05%	77.88%
9 分	41	2.64%	80.51%
10 分	68	4.37%	84.89%
11 分	48	3.09%	87.97%
12 分	37	2.38%	90.35%
13 分	24	1.54%	91.90%
14 分	51	3.28%	95.18%
15 分	15	0.96%	96.14%
16 分	22	1.41%	97.56%
17 分	10	0.64%	98.20%
18 分	9	0.58%	98.78%
19 分	4	0.26%	99.04%
20 分	4	0.26%	99.29%
21 分	2	0.13%	99.42%
22 分	3	0.19%	99.61%
23 分	1	0.06%	99.68%
24 分	2	0.13%	99.81%
25 分	1	0.06%	99.87%
27 分	1	0.06%	99.94%
28 分	1	0.06%	100.00%
總和	1555	100.00%	

註：本題有 19 人漏未填寫。

表 6-18 顯示整體精神障礙分數，可以發現：未領有身心障礙證明樣本精神障礙分布情形。受試者的精神狀況分數從 0 分至 28 分，若是分數在 22 分以上，代表精神狀況非常不好；若是 15-21 分，代表精神狀況不好；在 8-14 分，代表精神狀況有時不好；是在 7 分以下，代表代表精神狀況還好。因此，有 0.56%的樣本非常需要關懷或接受治療；4.24%的樣本需要關懷或協助；95.18%的樣本情緒或精神狀況穩定。

二、有處遇需求身心障礙收容人盛行率與基本人口變項交叉分析

接續將進行各障礙類別收容人盛行率與基本人口變項交叉分析。但在分析之前，必須先將原始題目之障礙程度重新編碼，考量我國矯正署資源有限，每一個障礙類別均區分成以下三個等級：(一)視力障礙、聽力障礙、上肢障礙，以及下肢障礙等題項，將「非常清楚(沒有困難)」、「還算清楚(不太困難)」、「不太清楚(有點困難)」等選項歸類為「沒有障礙」；「非常不清楚(非常困難)」歸類為「有障礙」；「根本看不到(根本聽不到、根本沒辦法走路、根本沒辦法自理)」，歸類為「嚴重障礙」。(二)智能障礙：原始分數為 0 分至 16 分，若是分數在 12 分以上，代表「嚴重障礙」；若是在 5-11 分，代表「有障礙」；是在 4 分以下，代表「沒有障礙」。(三)精神障礙：原始分數為 0 分至 28 分，若是分數在 22 分以上，代表「嚴重障礙」；若是 15-21 分，代表「有障礙」；在 14 分以下，代表「沒有障礙」。

表 6-19 視力障礙與基本人口變項交叉分析

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有視力障礙	有視力障礙	嚴重視力障礙	總和
性別	男生	個數	1717	16	1	1734
		百分比	99.00%	0.90%	0.10%	100.00%
	女生	個數	385	5	0	390
		百分比	98.70%	1.30%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2102	21	1	2124
		百分比	99.00%	1.00%	0.00%	100.00%
	$\chi^2=0.644$ ；df=2；p>0.05					
年齡	20-29 歲	個數	323	1	0	324
		百分比	99.70%	0.30%	0.00%	100.00%
	30-39 歲	個數	485	5	0	490
		百分比	99.00%	1.00%	0.00%	100.00%
	40-49 歲	個數	723	5	0	728
		百分比	99.30%	0.70%	0.00%	100.00%
	50-59 歲	個數	387	7	0	394
		百分比	98.20%	1.80%	0.00%	100.00%
	60 歲以上	個數	179	3	1	183
		百分比	97.80%	1.60%	0.50%	100.00%
	總和	個數	2097	21	1	2119
		百分比	99.00%	1.00%	0.00%	100.00%
$\chi^2=16.088$ ；df=8；p<0.05						
犯罪類型	暴力犯罪	個數	311	1	0	312
		百分比	99.70%	0.30%	0.00%	100.00%
	財產犯罪	個數	297	2	0	299
		百分比	99.30%	0.70%	0.00%	100.00%
	毒品犯罪	個數	1135	11	1	1147

基本人口變項			障礙程度	沒有視力障礙	有視力障礙	嚴重視力障礙	總和
	公共危險	百分比	99.00%	1.00%	0.10%	100.00%	
		個數	122	3	0	125	
	其他案類	百分比	97.60%	2.40%	0.00%	100.00%	
		個數	224	4	0	228	
	總和	百分比	98.20%	1.80%	0.00%	100.00%	
		個數	2089	21	1	2111	
		百分比	99.00%	1.00%	0.00%	100.00%	
$\chi^2=6.460$; df=8 ; p>0.05							
刑度	短期刑	個數	492	4	0	496	
		百分比	99.20%	0.80%	0.00%	100.00%	
	中期刑	個數	861	8	0	869	
		百分比	99.10%	0.90%	0.00%	100.00%	
	長期刑	個數	750	10	1	761	
		百分比	98.60%	1.30%	0.10%	100.00%	
	總和	個數	2103	22	1	2126	
		百分比	98.90%	1.00%	0.00%	100.00%	
$\chi^2=0.349$; df=4 ; p>0.05							
入監前曾領有身心障礙證明	沒有	個數	1556	12	0	1568	
		百分比	99.20%	0.80%	0.00%	100.00%	
	有	個數	549	10	1	560	
		百分比	98.00%	1.80%	0.20%	100.00%	
	總和	個數	2105	22	1	2128	
		百分比	98.90%	1.00%	0.00%	100.00%	
$\chi^2=7.016$; df=2 ; p<0.05							

註：雖然使用卡方檢定，在交叉表中的方格不宜有數值為 0 存在，但另一方面，為瞭解各變項之分配情形，以及分析之一致性，故保留原始方格中的數值，不進行其他處理。以下所有卡方檢定亦同。

表 6-19 顯示視力障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，視力障礙與年齡($\chi^2=16.088$; $df=8$; $p<0.05$)，以及入監前是否曾領有身心障礙證明($\chi^2=3.233$; $df=2$; $p<0.05$)二個變項的關聯性分析，達到統計上的顯著水準。顯示年齡與入監前是否曾領有身心障礙證明二個變項在視力障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：(一)在年齡變項方面，會隨著收容人年齡之增加，有視力障礙的比率也會隨之增加，其中在 60 歲以上的收容人，有視力障礙的比率為 2.2%；(二)在入監前是否曾領有身心障礙證明變項方面，入監前曾經領有身心障礙證明者有視力障礙的比率高於未曾領有身心障礙證明者，前者占 2.0%，後者為 0.8%。

表 6-20 聽力障礙與基本人口變項交叉分析

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有聽力障礙	有聽力障礙	嚴重聽力障礙	總和
性別	男生	個數	1709	10	15	1734
		百分比	98.60%	0.60%	0.90%	100.00%
	女生	個數	389	1	0	390
		百分比	99.70%	0.30%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2098	11	15	2124
		百分比	98.80%	0.50%	0.70%	100.00%
	$\chi^2=4.095$; $df=2$; $p>0.05$					
年齡	20-29 歲	個數	322	0	2	324
		百分比	99.40%	0.00%	0.60%	100.00%
	30-39 歲	個數	484	1	5	490
		百分比	98.80%	0.20%	1.00%	100.00%
	40-49 歲	個數	725	2	1	728
		百分比	99.60%	0.30%	0.10%	100.00%
	50-59 歲	個數	387	4	3	394
		百分比	98.20%	1.00%	0.80%	100.00%
	60 歲以上	個數	176	4	3	183
		百分比	96.20%	2.20%	1.60%	100.00%
	總和	個數	2094	11	14	2119
		百分比	98.80%	0.50%	0.70%	100.00%
	$\chi^2=22.015$; $df=8$; $p<0.01$					
犯罪類型	暴力犯罪	個數	308	1	3	312
		百分比	98.70%	0.30%	1.00%	100.00%
	財產犯罪	個數	297	1	1	299
		百分比	99.30%	0.30%	0.30%	100.00%
	毒品犯罪	個數	1135	5	7	1147
		百分比	99.00%	0.40%	0.60%	100.00%
	公共危險	個數	121	2	2	125
		百分比	96.80%	1.60%	1.60%	100.00%
	其他案類	個數	225	1	2	228
		百分比	98.70%	0.40%	0.90%	100.00%
	總和	個數	2086	10	15	2111
		百分比	98.80%	0.50%	0.70%	100.00%
	$\chi^2=6.242$; $df=8$; $p>0.05$					
刑度	短期刑	個數	490	3	3	496
		百分比	98.80%	0.60%	0.60%	100.00%
	中期刑	個數	858	4	7	869
		百分比	98.70%	0.50%	0.80%	100.00%
	長期刑	個數	752	4	5	761
		百分比	98.80%	0.50%	0.70%	100.00%
	總和	個數	2100	11	15	2126
		百分比	98.80%	0.50%	0.70%	100.00%
	$\chi^2=0.349$; $df=4$; $p>0.05$					
入監前曾	沒有	個數	1552	8	8	1568
		百分比	99.00%	0.50%	0.50%	100.00%

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有聽力障礙	有聽力障礙	嚴重聽力障礙	總和
領有身心障礙證明	有	個數	550	3	7	560
		百分比	98.20%	0.50%	1.20%	100.00%
	總和	個數	2102	11	15	2128
		百分比	98.80%	0.50%	0.70%	100.00%
	$\chi^2=3.233$; df=2 ; p<0.05					

表 6-20 顯示聽力障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，聽力障礙與年齡($\chi^2=22.015$ ；df=8；p<0.01)，以及入監前是否曾領有身心障礙證明($\chi^2=3.233$ ；df=2；p<0.05)二個變項的關聯性分析，達到統計上的顯著水準。顯示年齡與入監前是否曾領有身心障礙證明二個變項在聽力障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：(一)在年齡變項方面，會隨著收容人年齡之增加，有聽力障礙的比率也會隨之增加，其中在 60 歲以上的收容人，有聽力障礙的比率為 3.8%；(二)在入監前是否曾領有身心障礙證明變項方面，入監前曾經領有身心障礙證明者有聽力障礙的比率高於未曾領有身心障礙證明者，前者占 1.8%，後者為 1.0%。

表 6-21 下肢障礙與基本人口變項交叉分析

基本人口變項			障礙程度	沒有下肢障礙	有下肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
性別	男生	個數	1657	66	11	1734	
		百分比	95.60%	3.80%	0.60%	100.00%	
	女生	個數	386	3	1	390	
		百分比	99.00%	0.80%	0.30%	100.00%	
	總和	個數	2043	69	12	2124	
		百分比	96.20%	3.20%	0.60%	100.00%	
	$\chi^2=10.231$ ；df=2；p<0.01						
年齡	20-29 歲	個數	319	5	0	324	
		百分比	98.50%	1.50%	0.00%	100.00%	
	30-39 歲	個數	470	18	2	490	
		百分比	95.90%	3.70%	0.40%	100.00%	
	40-49 歲	個數	706	20	2	728	
		百分比	97.00%	2.70%	0.30%	100.00%	
	50-59 歲	個數	369	19	6	394	
		百分比	93.70%	4.80%	1.50%	100.00%	
	60 歲以上	個數	175	7	1	183	
		百分比	95.60%	3.80%	0.50%	100.00%	
	總和	個數	2039	69	11	2119	
百分比		96.20%	3.30%	0.50%	100.00%		
$\chi^2=17.688$ ；df=8；p<0.05							
犯罪	暴力犯罪	個數	294	17	1	312	

基本人口變項			障礙程度	沒有下肢障礙	有下肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
類型		百分比	94.20%	5.40%	0.30%	100.00%	
	財產犯罪	個數	292	7	0	299	
		百分比	97.70%	2.30%	0.00%	100.00%	
	毒品犯罪	個數	1100	41	6	1147	
		百分比	95.90%	3.60%	0.50%	100.00%	
	公共危險	個數	120	2	3	125	
		百分比	96.00%	1.60%	2.40%	100.00%	
	其他案類	個數	223	3	2	228	
		百分比	97.80%	1.30%	0.90%	100.00%	
	總和	個數	2029	70	12	2111	
百分比		96.10%	3.30%	0.60%	100.00%		
χ ² =19.329；df=8；p<0.05							
刑度	短期刑	個數	489	4	3	496	
		百分比	98.60%	0.80%	0.60%	100.00%	
	中期刑	個數	842	24	3	869	
		百分比	96.90%	2.80%	0.30%	100.00%	
	長期刑	個數	713	42	6	761	
		百分比	93.70%	5.50%	0.80%	100.00%	
	總和	個數	2044	70	12	2126	
		百分比	96.10%	3.30%	0.60%	100.00%	
χ ² =23.777；df=4；p<0.001							
入監前曾領有身心障礙證明	沒有	個數	1515	52	1	1568	
		百分比	96.62%	3.32%	0.06%	1568	
	有	個數	531	18	11	560	
		百分比	94.82%	3.21%	1.96%	100.00%	
	總和	個數	2046	70	12	2128	
		百分比	96.15%	3.29%	0.56%	100.00%	
χ ² =26.588；df=2；p<0.001							

表 6-21 顯示下肢障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現下肢障礙與性別($\chi^2=10.231$ ；df=2；p<0.01)、年齡($\chi^2=17.688$ ；df=8；p<0.05)、犯罪類型($\chi^2=19.329$ ；df=8；p<0.05)、刑度($\chi^2=23.777$ ；df=4；p<0.001)，以及入監前是否曾領有身心障礙證明($\chi^2=26.588$ ；df=2；p<0.001)五個變項的關聯性分析，達到統計上的顯著水準。顯示性別、年齡、犯罪類型、刑度與入監前是否曾領有身心障礙證明五個變項在下肢障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：(一)在性別變項方面，男性有下肢障礙的比例比女性高，前者占 4.4%，後者為 1.0%；(二)在年齡變項方面，隨著收容人年齡之增加，有下肢障礙的比率趨勢上也會隨之增加，其中在 50-59 歲這組的收容人，有下肢障礙的比率最高，達 6.3%；(三)在犯罪類型方面，暴力犯罪收容人有下肢障礙的比率最高，有 5.8%；(四)在

刑度方面，隨著刑期增加，下肢障礙的比率也會隨之增加，其中在長期型的收容人下肢障礙的比率有 6.3%；(五)在入監前是否曾領有身心障礙證明變項方面，入監前曾經領有身心障礙證明者有下肢障礙的比率高於未曾領有身心障礙證明者，前者占 5.17%，後者為 3.38%。

表 6-22 上肢障礙與基本人口變項交叉分析

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有上肢障礙	有上肢障礙	嚴重上肢障礙	總和
性別	男生	個數	1715	15	3	1733
		百分比	99.00%	0.90%	0.20%	100.00%
	女生	個數	389	1	0	390
		百分比	99.70%	0.30%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2104	16	3	2123
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
	$\chi^2=2.626$ ；df=2；p>0.05					
年齡	20-29 歲	個數	324	0	0	324
		百分比	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	30-39 歲	個數	483	6	1	490
		百分比	98.60%	1.20%	0.20%	100.00%
	40-49 歲	個數	724	3	0	727
		百分比	99.60%	0.40%	0.00%	100.00%
	50-59 歲	個數	389	3	2	394
		百分比	98.70%	0.80%	0.50%	100.00%
	60 歲以上	個數	179	4	0	183
		百分比	97.80%	2.20%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2099	16	3	2118
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
$\chi^2=15.664$ ；df=8；p<0.05						
犯罪類型	暴力犯罪	個數	309	2	0	311
		百分比	99.40%	0.60%	0.00%	100.00%
	財產犯罪	個數	297	2	0	299
		百分比	99.30%	0.70%	0.00%	100.00%
	毒品犯罪	個數	1136	8	3	1147
		百分比	99.00%	0.70%	0.30%	100.00%
	公共危險	個數	123	2	0	125
		百分比	98.40%	1.60%	0.00%	100.00%
	其他案類	個數	226	2	0	228
		百分比	99.10%	0.90%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2091	16	3	2110
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
$\chi^2=3.881$ ；df=8；p>0.05						
刑度	短期刑	個數	494	2	0	496
		百分比	99.60%	0.40%	0.00%	100.00%
	中期刑	個數	858	9	1	868
		百分比	98.80%	1.00%	0.10%	100.00%

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有上肢障礙	有上肢障礙	嚴重上肢障礙	總和
	長期刑	個數	754	5	2	761
		百分比	99.10%	0.70%	0.30%	100.00%
	總和	個數	2106	16	3	2125
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
	$\chi^2=3.385$; df=4 ; p>0.05					
入監前曾領有身心障礙證明	沒有	個數	1559	7	1	1567
		百分比	99.50%	0.40%	0.10%	100.00%
	有	個數	549	9	2	560
		百分比	98.00%	1.60%	0.40%	100.00%
	總和	個數	2108	16	3	2127
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
	$\chi^2=9.990$; df=2 ; p<0.01					

表 6-22 顯示上肢障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，上肢障礙與年齡($\chi^2=15.664$; $df=8$; $p<0.05$)，以及入監前是否曾領有身心障礙證明($\chi^2=9.990$; $df=2$; $p<0.01$)二個變項的關聯性分析，達到統計上的顯著水準。顯示年齡與入監前是否曾領有身心障礙證明二個變項在上肢障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：(一)在年齡變項方面，會隨著收容人年齡之增加，有上肢障礙的比率也會隨之增加，其中在 60 歲以上的收容人，有上肢障礙的比率為 2.2%；(二)在入監前是否曾領有身心障礙證明變項方面，入監前曾經領有身心障礙證明者有上肢障礙的比率高於未曾領有身心障礙證明者，前者占 2.0%，後者為 0.5%。

表 6-23 智能障礙與基本人口變項交叉分析

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有智能障礙	有智能障礙	嚴重智能障礙	總和
性別	男生	個數	1669	60	4	1733
		百分比	96.30%	3.50%	0.20%	100.00%
	女生	個數	379	10	0	389
		百分比	97.40%	2.60%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2048	70	4	2122
		百分比	96.50%	3.30%	0.20%	100.00%
	$\chi^2=1.705$; $df=2$; $p>0.05$					
年齡	20-29 歲	個數	324	0	0	324
		百分比	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	30-39 歲	個數	483	6	1	490
		百分比	98.60%	1.20%	0.20%	100.00%
	40-49 歲	個數	724	3	0	727
		百分比	99.60%	0.40%	0.00%	100.00%
	50-59 歲	個數	389	3	2	394
		百分比	98.70%	0.80%	0.50%	100.00%

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有智能障礙	有智能障礙	嚴重智能障礙	總和
	60 歲以上	個數	179	4	0	183
		百分比	97.80%	2.20%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2099	16	3	2118
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
	$\chi^2=15.664$; df=8 ; p<0.05					
犯罪類型	暴力犯罪	個數	309	2	0	311
		百分比	99.40%	0.60%	0.00%	100.00%
	財產犯罪	個數	297	2	0	299
		百分比	99.30%	0.70%	0.00%	100.00%
	毒品犯罪	個數	1136	8	3	1147
		百分比	99.00%	0.70%	0.30%	100.00%
	公共危險	個數	123	2	0	125
		百分比	98.40%	1.60%	0.00%	100.00%
	其他案類	個數	226	2	0	228
		百分比	99.10%	0.90%	0.00%	100.00%
	總和	個數	2091	16	3	2110
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
$\chi^2=3.881$; df=8 ; p>0.05						
刑度	短期刑	個數	494	2	0	496
		百分比	99.60%	0.40%	0.00%	100.00%
	中期刑	個數	858	9	1	868
		百分比	98.80%	1.00%	0.10%	100.00%
	長期刑	個數	754	5	2	761
		百分比	99.10%	0.70%	0.30%	100.00%
	總和	個數	2106	16	3	2125
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
	$\chi^2=3.385$; df=4 ; p>0.05					
入監前曾領有身心障礙證明	沒有	個數	1559	7	1	1567
		百分比	99.50%	0.40%	0.10%	100.00%
	有	個數	549	9	2	560
		百分比	98.00%	1.60%	0.40%	100.00%
	總和	個數	2108	16	3	2127
		百分比	99.10%	0.80%	0.10%	100.00%
$\chi^2=9.990$; df=2 ; p<0.01						

表 6-23 顯示智能障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，智能障礙與年齡($\chi^2=15.664$; $df=8$; $p<0.05$)，以及入監前是否曾領有身心障礙證明($\chi^2=9.990$; $df=2$; $p<0.01$)二個變項的關聯性分析，達到統計上的顯著水準。顯示年齡與入監前是否曾領有身心障礙證明二個變項在上肢障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：(一)在年齡變項方面，會隨著收容人年齡之增加，有智

能障礙的比率也會隨之增加，其中在 60 歲以上的收容人，有智能障礙的比率為 2.2%；(二)在入監前是否曾領有身心障礙證明變項方面，入監前曾經領有身心障礙證明者有智能障礙的比率高於未曾領有身心障礙證明者，前者占 2.0%，後者為 0.5%。

表 6-24 精神障礙與基本人口變項交叉分析

障礙程度 基本人口變項			沒有精神障礙	有精神障礙	嚴重精神障礙	總和
性別	男生	個數	1613	92	14	1719
		百分比	93.80%	5.40%	0.80%	100.00%
	女生	個數	353	25	8	386
		百分比	91.50%	6.50%	2.10%	100.00%
	總和	個數	1966	117	22	2105
		百分比	93.40%	5.60%	1.00%	100.00%
	χ ² =5.683；df=2；p=0.05					
年齡	20-29 歲	個數	307	11	4	322
		百分比	95.30%	3.40%	1.20%	100.00%
	30-39 歲	個數	457	24	8	489
		百分比	93.50%	4.90%	1.60%	100.00%
	40-49 歲	個數	677	35	6	718
		百分比	94.30%	4.90%	0.80%	100.00%
	50-59 歲	個數	367	23	2	392
		百分比	93.60%	5.90%	0.50%	100.00%
	60 歲以上	個數	155	22	2	179
		百分比	86.60%	12.30%	1.10%	100.00%
	總和	個數	1963	115	22	2100
		百分比	93.50%	5.50%	1.00%	100.00%
χ ² =22.754；df=8；p<0.01						
犯罪類型	暴力犯罪	個數	291	15	6	312
		百分比	93.30%	4.80%	1.90%	100.00%
	財產犯罪	個數	273	20	3	296
		百分比	92.20%	6.80%	1.00%	100.00%
	毒品犯罪	個數	1083	47	7	1137
		百分比	95.30%	4.10%	0.60%	100.00%
	公共危險	個數	108	13	2	123
		百分比	87.80%	10.60%	1.60%	100.00%
	其他案類	個數	203	20	2	225
		百分比	90.20%	8.90%	0.90%	100.00%
	總和	個數	1958	115	20	2093
		百分比	93.50%	5.50%	1.00%	100.00%
χ ² =21.581；df=8；p<0.01						
刑度	短期刑	個數	450	27	8	485
		百分比	92.80%	5.60%	1.60%	100.00%

基本人口變項 \ 障礙程度			沒有精神障礙	有精神障礙	嚴重精神障礙	總和
	中期刑	個數	796	57	10	863
		百分比	92.20%	6.60%	1.20%	100.00%
	長期刑	個數	722	33	4	759
		百分比	95.10%	4.30%	0.50%	100.00%
	總和	個數	1968	117	22	2107
		百分比	93.40%	5.60%	1.00%	100.00%
	$\chi^2=7.846$ ；df=4；p>0.05					
	入監前曾領有身心障礙證明	沒有	個數	1480	66	9
百分比			95.20%	4.20%	0.60%	100.00%
有		個數	490	51	13	554
		百分比	88.40%	9.20%	2.30%	100.00%
總和		個數	1970	117	22	2109
		百分比	93.40%	5.50%	1.00%	100.00%
$\chi^2=32.342$ ；df=2；p<0.001						

表 6-24 顯示精神障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現精神障礙與性別($\chi^2=5.683$ ； $df=2$ ； $p=0.05$)、年齡($\chi^2=22.754$ ； $df=8$ ； $p<0.01$)、犯罪類型($\chi^2=21.581$ ； $df=8$ ； $p<0.01$)，以及入監前是否曾領有身心障礙證明($\chi^2=32.342$ ； $df=2$ ； $p<0.001$)四個變項的關聯性分析，達到統計上的顯著水準。顯示性別、年齡、犯罪類型與入監前是否曾領有身心障礙證明四個變項在精神障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：(一)在性別變項方面，女性有精神障礙的比率比男性高，前者占 8.5%，後者為 6.2%；(二)在年齡變項方面，隨著收容人年齡之增加，有精神障礙的比率趨勢上也會隨之增加，其中在 60 歲以上這組的收容人，有精神障礙的比率最高，達 13.4%；(三)在犯罪類型方面，公共危險收容人有精神障礙的比率最高，有 13.2%；(四)在入監前是否曾領有身心障礙證明變項方面，入監前曾經領有身心障礙證明者有精神障礙的比率高於未曾領有身心障礙證明者，前者占 11.5%，後者為 4.8%。

第二節 身心障礙收容人生活適應、處遇需求及面臨問題

本研究樣本中領有身心障礙證明者計有 560 位；雖未領有身心障礙證明，但有身心障礙狀況者計有 150 位，兩者合計 710 人，如表 6-25 所顯示。在本節中，將針對這些收容人的處遇需求進行分析。

表 6-25 有處遇需求收容人數統計表

	次數	有效百分比	累積百分比
未領有身心障礙證明	150	21.13%	21.13%
領有身心障礙證明	560	78.87%	100.00%
總和	710	100.00%	

一、身心障礙收容人生活適應與處遇需求狀況

本部分旨在瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處。問卷調查結果分述如下：

表 6-26 矯正機關醫療處遇需求一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
非常不足夠	93	13.10%	13.10%
不足夠	210	29.58%	42.68%
足夠	357	50.28%	92.96%
非常足夠	50	7.04%	100.00%
總和	710	100.00%	

表 6-26 顯示有處遇需求的收容人醫療處遇需求狀況，可以發現：認為足夠者占樣本的 50.28%，比例最高，認為非常不足夠與不足夠者合計占 42.68%。

表 6-27 矯正機關無障礙設施需求一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
非常不足夠	71	10.04%	10.04%
不足夠	196	27.72%	37.77%
足夠	382	54.03%	91.80%
非常足夠	58	8.20%	100.00%
總和	707	100.00%	

註：本題有 3 人未作答。

表 6-27 顯示有處遇需求的收容人無障礙設施需求狀況，可以發現：認為足夠者占樣本的 54.03%，比例最高，認為非常不足夠與不足夠者合計占 37.46%。

表 6-28 矯正機關管理協助需求一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
非常不足夠	67	9.45%	9.45%
不足夠	150	21.16%	30.61%
足夠	421	59.38%	89.99%
非常足夠	71	10.01%	100.00%
總和	709	100.00%	

註：本題有 1 人未作答。

表 6-28 顯示有處遇需求的收容人管理協助需求狀況，可以發現：認為足夠者占樣本的 59.38%，比例最高，認為非常不足夠與不足夠者合計占 30.61%。

表 6-29 身心障礙收容人最常使用處遇措施一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
沒有需要協助	173	24.82%	24.82%
看醫生	265	38.02%	62.84%
無障礙設施	27	3.87%	66.71%
輔具提供	16	2.30%	69.01%
減輕作業	90	12.91%	81.92%
同學協助	38	5.45%	87.37%
放寬管理	77	11.05%	98.42%
其他	11	1.58%	100.00%
總和	697	100.00%	

註：本題有 13 人未作答。

表 6-29 顯示有處遇需求的收容人最常使用處遇措施狀況，可以發現：醫療需求比例最高，有 38.02%，另有 24.82%的受訪者認為沒有需要協助的地方，再次之的是減輕作業跟放寬管理，各佔 12.91%和 11.05%。另外選擇其他的自填內容，包括有每日運動、購買藥品、宗教教化、教育、營養品補助、輔導老師、特定處所安置等。

表 6-30 身心障礙收容人認為最有幫助處遇措施一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
沒有需要協助	160	22.82%	22.82%
看醫生	239	34.09%	56.92%
無障礙設施	26	3.71%	60.63%
輔具提供	22	3.14%	63.77%
減輕作業	107	15.26%	79.03%
同學協助	53	7.56%	86.59%
放寬管理	82	11.70%	98.29%
其他	12	1.71%	100.00%
總和	701	100.00%	

註：本題有 9 人未作答。

表 6-30 顯示有處遇需求的收容人認為最有幫助的處遇措施，可以發現：看醫生比例最高，有 34.09%，另有 22.82%的受訪者認為沒有需要協助的地方，再次之的是減輕作業跟放寬管理，各佔 15.26%和 11.70%。另外選擇其他的自填內容，包括有輔導老師、開放自購藥品與保健食品、提供符合現代科技的訓練班、開放戶外運動、宗教教化等。

表 6-31 身心障礙收容人希望增加之處遇措施一覽表

	次數	百分比	觀察值百分比
沒有需要協助	173	15.10%	24.50%
無障礙設施協助	59	5.10%	8.30%
生活管理協助	121	10.50%	17.10%

工場作業協助	115	10.00%	16.30%
經濟補助協助	206	17.90%	29.10%
照護資源協助	76	6.60%	10.70%
會客協助	149	13.00%	21.10%
通信協助	109	9.50%	15.40%
看醫生協助	140	12.20%	19.80%
總數	1148	100.00%	162.40%

註：本題有 3 人未作答。

本題為複選題

表 6-31 顯示有處遇需求的收容人希望增加的處遇措施，可以發現：經濟補助協助比例最高，有 17.90%，另有 15.10%的受訪者認為沒有需要協助的地方，再次之的是會客協助跟看醫生協助，各佔 13.00%和 12.20%。

表 6-32 身心障礙收容人認為矯正機關最缺乏之協助或處遇措施一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
沒有需要協助	197	27.98%	27.98%
無障礙設施	39	5.54%	33.52%
放寬管理	124	17.61%	51.14%
工場作業	40	5.68%	56.82%
經濟補助	138	19.60%	76.42%
照護資源	29	4.12%	80.54%
會客	43	6.11%	86.65%
通信	23	3.27%	89.91%
看醫生	60	8.52%	98.44%
其他	11	1.56%	100.00%
總和	704	100.00%	

註：本題有 6 人未作答。

表 6-32 顯示有處遇需求的收容人認為最缺乏之協助或處遇措施，可以發現：沒有需要協助比例最高，有 27.98%，另有 19.60%的受訪者認為是經濟補助，再次之的是放寬管理跟看醫生，各佔 17.61%和 8.52%。另外選擇其他的自填內容，包括有運動、缺乏一技之長訓練、作業薪資低、復健治療、與精神病患分流、教化活動等。

表 6-33 身心障礙收容人希望可以增加協助資源一覽表

	次數	有效百分比	累積百分比
沒有需要協助	162	23.21%	23.21%
更多醫療專科	195	27.94%	51.15%
更多文康活動	123	17.62%	68.77%
可參與的工場作業	40	5.73%	74.50%
更多教化活動	94	13.47%	87.97%
長照資源	42	6.02%	93.98%

輔具訂製	10	1.43%	95.42%
其他	32	4.58%	100.00%
總和	698	100.00%	

註：本題有 12 人未作答。

表 6-33 顯示有處遇需求的收容人希望可以增加協助資源部分，可以發現：更多醫療專科比例最高，有 27.94%，另有 23.21%的受訪者認為沒有需要協助的地方，再次之的是更多文康和動跟更多教化活動，各佔 17.62%和 13.47%。另外選擇其他的自填內容，包括有經濟補助、運動、勞作金增加、假釋放寬或公平化、手語老師、復健科門診與心理諮商、增加與家人見面與通信機會等。

二、各類型身心障礙收容人之生活適應與處遇需求交叉分析

本部分將就各類型身心障礙收容人之生活適應與處遇需求進行交叉分析，藉以瞭解各類身心障礙程度和生活適應與處遇需求之關聯程度，並進一步評估合理調整處遇之方向，進而作為改善方向之參考。

表 6-34 視力障礙與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有視力障礙	有視力障礙	嚴重視力障礙	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	87	6	0	93	
		百分比	12.70%	27.30%	0.00%	13.10%	
	不足夠	個數	204	6	0	210	
		百分比	29.70%	27.30%	0.00%	29.60%	
	足夠	個數	348	8	1	357	
		百分比	50.70%	36.40%	100.00%	50.30%	
	非常足夠	個數	48	2	0	50	
		百分比	7.00%	9.10%	0.00%	7.00%	
	總和	個數	687	22	1	710	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=5.506$ ；df=6；p>0.05							
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	68	3	0	71	
		百分比	9.90%	13.60%	0.00%	10.00%	
	不足夠	個數	190	6	0	196	
		百分比	27.80%	27.30%	0.00%	27.70%	
	足夠	個數	370	11	1	382	
		百分比	54.10%	50.00%	100.00%	54.00%	
	非常足夠	個數	56	2	0	58	
		百分比	8.20%	9.10%	0.00%	8.20%	
	總和	個數	684	22	1	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=1.231$ ；df=6；p>0.05							
在「管理」所提供的	非常不足夠	個數	63	4	0	67	
		百分比	9.20%	18.20%	0.00%	9.40%	
	不足夠	個數	143	7	0	150	
		百分比	20.80%	31.80%	0.00%	21.20%	
	足夠	個數	414	6	1	421	

生活適應與處遇需求		障礙程度	沒有視力障礙	有視力障礙	嚴重視力障礙	總和
協助是否足夠	非常足夠	百分比	60.30%	27.30%	100.00%	59.40%
		個數	66	5	0	71
		百分比	9.60%	22.70%	0.00%	10.00%
	總和	個數	686	22	1	709
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
$\chi^2=11.309$ ；df=6；p>0.05						
在哪方面提供的協助措施是最常用	沒有使用需求	個數	171	2	0	173
		百分比	25.40%	9.10%	0.00%	24.80%
	看醫生	個數	254	10	1	265
		百分比	37.70%	45.50%	100.00%	38.00%
	無障礙設施	個數	26	1	0	27
		百分比	3.90%	4.50%	0.00%	3.90%
	輔具提供	個數	16	0	0	16
		百分比	2.40%	0.00%	0.00%	2.30%
	減輕作業	個數	86	4	0	90
		百分比	12.80%	18.20%	0.00%	12.90%
	同學協助	個數	37	1	0	38
		百分比	5.50%	4.50%	0.00%	5.50%
	放寬管理	個數	73	4	0	77
		百分比	10.80%	18.20%	0.00%	11.00%
	其他需求	個數	11	0	0	11
		百分比	1.60%	0.00%	0.00%	1.60%
	總和	個數	674	22	1	697
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
$\chi^2=6.716$ ；df= 14；p>0.05						
何者是收容機關提供最有助的措施	沒有使用需求	個數	157	3	0	160
		百分比	23.10%	14.30%	0.00%	22.80%
	看醫生	個數	231	7	1	239
		百分比	34.00%	33.30%	100.00%	34.10%
	無障礙設施	個數	26	0	0	26
		百分比	3.80%	0.00%	0.00%	3.70%
	輔具提供	個數	19	3	0	22
		百分比	2.80%	14.30%	0.00%	3.10%
	減輕作業	個數	103	4	0	107
		百分比	15.20%	19.00%	0.00%	15.30%
	同學協助	個數	52	1	0	53
		百分比	7.70%	4.80%	0.00%	7.60%
	放寬管理	個數	79	3	0	82
		百分比	11.60%	14.30%	0.00%	11.70%
	其他需求	個數	12	0	0	12
		百分比	1.80%	0.00%	0.00%	1.70%
	總和	個數	679	21	1	701
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
$\chi^2=12.927$ ；df= 14；p>0.05						
何者是收容機關最缺乏	沒有使用需求	個數	193	4	0	197
		百分比	28.30%	18.20%	0.00%	28.00%
	無障礙設施	個數	38	1	0	39
		百分比	5.60%	4.50%	0.00%	5.50%
	放寬管理	個數	120	4	0	124

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有視力障礙	有視力障礙	嚴重視力障礙	總和
的協助措施		百分比	17.60%	18.20%	0.00%	17.60%	
	工場作業	個數	39	1	0	40	
		百分比	5.70%	4.50%	0.00%	5.70%	
	經濟補助	個數	131	6	1	138	
		百分比	19.20%	27.30%	100.00%	19.60%	
	照護資源	個數	29	0	0	29	
		百分比	4.30%	0.00%	0.00%	4.10%	
	會客	個數	40	3	0	43	
		百分比	5.90%	13.60%	0.00%	6.10%	
	通信	個數	21	2	0	23	
		百分比	3.10%	9.10%	0.00%	3.30%	
	看醫生	個數	59	1	0	60	
		百分比	8.70%	4.50%	0.00%	8.50%	
	其他協助	個數	11	0	0	11	
		百分比	1.60%	0.00%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	681	22	1	704	
百分比		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%		
χ2=11.867；df=18；p>0.05							
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	158	4	0	162	
		百分比	23.40%	19.00%	0.00%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	187	7	1	195	
		百分比	27.70%	33.30%	100.00%	27.90%	
	更多文康活動	個數	120	3	0	123	
		百分比	17.80%	14.30%	0.00%	17.60%	
	可參與的工場作業	個數	38	2	0	40	
		百分比	5.60%	9.50%	0.00%	5.70%	
	更多教化活動	個數	91	3	0	94	
		百分比	13.50%	14.30%	0.00%	13.50%	
	長照資源	個數	41	1	0	42	
		百分比	6.10%	4.80%	0.00%	6.00%	
	輔具訂製	個數	10	0	0	10	
		百分比	1.50%	0.00%	0.00%	1.40%	
	其他協助	個數	31	1	0	32	
		百分比	4.60%	4.80%	0.00%	4.60%	
	總和	個數	676	21	1	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=4.042；df=14；p>0.05							

註：1. 由於有視力嚴重障礙者，在矯正機關中本來就比較少，導致部分方格中的數值為0，或方格數值少於5的數量多於20%，違反卡方檢定之要求。惟為呈現本調查樣本原本之分布狀況，因此在分析時未作方格之合併。2. 以下變項之分析亦可有相同狀況，將不再特別說明。

表 6-34 顯示視力障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，視力障礙與處遇需求狀況及需求交叉分析，均沒有達到差異顯著性。

表 6-35 聽力障礙與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有聽力障礙	有聽力障礙	嚴重聽力障礙	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	89	0	4	93	
		百分比	13.00%	0.00%	26.70%	13.10%	
	不足夠	個數	205	4	1	210	
		百分比	30.00%	36.40%	6.70%	29.60%	
	足夠	個數	340	7	10	357	
		百分比	49.70%	63.60%	66.70%	50.30%	
	非常足夠	個數	50	0	0	50	
		百分比	7.30%	0.00%	0.00%	7.00%	
	總和	個數	684	11	15	710	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =9.558；df=6；p>0.05							
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	68	1	2	71	
		百分比	10.00%	9.10%	13.30%	10.00%	
	不足夠	個數	191	3	2	196	
		百分比	28.00%	27.30%	13.30%	27.70%	
	足夠	個數	366	7	9	382	
		百分比	53.70%	63.60%	60.00%	54.00%	
	非常足夠	個數	56	0	2	58	
		百分比	8.20%	0.00%	13.30%	8.20%	
	總和	個數	681	11	15	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =3.002；df=6；p>0.05							
在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足夠	個數	64	0	3	67	
		百分比	9.40%	0.00%	20.00%	9.40%	
	不足夠	個數	144	2	4	150	
		百分比	21.10%	18.20%	26.70%	21.20%	
	足夠	個數	404	9	8	421	
		百分比	59.20%	81.80%	53.30%	59.40%	
	非常足夠	個數	71	0	0	71	
		百分比	10.40%	0.00%	0.00%	10.00%	
	總和	個數	683	11	15	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =6.808；df=6；p>0.05							
在哪方面提供的協助措施是最常用	沒有使用需求	個數	167	4	2	173	
		百分比	24.90%	36.40%	14.30%	24.80%	
	看醫生	個數	255	4	6	265	
		百分比	37.90%	36.40%	42.90%	38.00%	
	無障礙設施	個數	27	0	0	27	
		百分比	4.00%	0.00%	0.00%	3.90%	
	輔具提供	個數	16	0	0	16	
		百分比	2.40%	0.00%	0.00%	2.30%	
	減輕作業	個數	86	1	3	90	
		百分比	12.80%	9.10%	21.40%	12.90%	
	同學協助	個數	37	1	0	38	

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有聽力障礙	有聽力障礙	嚴重聽力障礙	總和
	放寬管理	百分比	5.50%	9.10%	0.00%	5.50%	
		個數	74	1	2	77	
		百分比	11.00%	9.10%	14.30%	11.00%	
	其他需求	個數	10	0	1	11	
		百分比	1.50%	0.00%	7.10%	1.60%	
	總和	個數	672	11	14	697	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=7.990$ ；df= 14；p>0.05							
何者是收容機關提供最有幫助的措施	沒有使用需求	個數	152	4	4	160	
		百分比	22.50%	36.40%	26.70%	22.80%	
	看醫生	個數	234	2	3	239	
		百分比	34.70%	18.20%	20.00%	34.10%	
	無障礙設施	個數	25	1	0	26	
		百分比	3.70%	9.10%	0.00%	3.70%	
	輔具提供	個數	20	0	2	22	
		百分比	3.00%	0.00%	13.30%	3.10%	
	減輕作業	個數	103	2	2	107	
		百分比	15.30%	18.20%	13.30%	15.30%	
	同學協助	個數	52	1	0	53	
		百分比	7.70%	9.10%	0.00%	7.60%	
	放寬管理	個數	78	1	3	82	
		百分比	11.60%	9.10%	20.00%	11.70%	
	其他需求	個數	11	0	1	12	
		百分比	1.60%	0.00%	6.70%	1.70%	
	總和	個數	675	11	15	701	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=14.169$ ；df= 14；p>0.05							
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數	191	3	3	197	
		百分比	28.20%	27.30%	20.00%	28.00%	
	無障礙設施	個數	38	1	0	39	
		百分比	5.60%	9.10%	0.00%	5.50%	
	放寬管理	個數	116	2	6	124	
		百分比	17.10%	18.20%	40.00%	17.60%	
	工場作業	個數	39	1	0	40	
		百分比	5.80%	9.10%	0.00%	5.70%	
	經濟補助	個數	136	1	1	138	
		百分比	20.10%	9.10%	6.70%	19.60%	
	照護資源	個數	28	0	1	29	
		百分比	4.10%	0.00%	6.70%	4.10%	
	會客	個數	41	2	0	43	
		百分比	6.00%	18.20%	0.00%	6.10%	
	通信	個數	21	0	2	23	
		百分比	3.10%	0.00%	13.30%	3.30%	
	看醫生	個數	57	1	2	60	
		百分比	8.40%	9.10%	13.30%	8.50%	
其他協助	個數	11	0	0	11		

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有聽力障礙	有聽力障礙	嚴重聽力障礙	總和
		百分比	1.60%	0.00%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	678	11	15	704	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	χ ² =19.013；df=18；p>0.05						
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	156	2	4	162	
		百分比	23.20%	18.20%	26.70%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	189	2	4	195	
		百分比	28.10%	18.20%	26.70%	27.90%	
	更多文康活動	個數	119	4	0	123	
		百分比	17.70%	36.40%	0.00%	17.60%	
	可參與的工場作業	個數	40	0	0	40	
		百分比	6.00%	0.00%	0.00%	5.70%	
	更多教化活動	個數	92	2	0	94	
		百分比	13.70%	18.20%	0.00%	13.50%	
	長照資源	個數	40	1	1	42	
		百分比	6.00%	9.10%	6.70%	6.00%	
	輔具訂製	個數	10	0	0	10	
		百分比	1.50%	0.00%	0.00%	1.40%	
	其他協助	個數	26	0	6	32	
		百分比	3.90%	0.00%	40.00%	4.60%	
	總和	個數	672	11	15	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =52.069；df=14；p<0.001							

表 6-35 顯示聽力障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，聽力障礙與最希望未來可以增加何種資源($\chi^2=52.069$; $df=14$; $p<0.001$)達到統計上的顯著水準。顯示最希望未來可以增加何種資源變項在聽力障礙程度上具有差異。當進一步觀察，可以發現：沒有聽力障礙者，以希望更多醫療專科佔最多數，為 28.10%，有聽力障礙者以希望更多文康活動佔最多數，達 36.40%，嚴重聽力障礙者以其他協助佔最多數，佔 40.00%。

表 6-36 下肢障礙與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有下肢障礙	有下肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足	個數		63	27	3	93
		百分比		10.00%	38.60%	25.00%	13.10%
	不足	個數		176	30	4	210
		百分比		28.00%	42.90%	33.30%	29.60%
	足夠	個數		342	11	4	357
		百分比		54.50%	15.70%	33.30%	50.30%
	非常足夠	個數		47	2	1	50
		百分比		7.50%	2.90%	8.30%	7.00%
	總和	個數		628	70	12	710

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有下肢障礙	有下肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	$\chi^2=66.668$; $df=6$; $p<0.001$						
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足	個數	50	18	3	71	
		百分比	8.00%	26.10%	25.00%	10.00%	
	不足夠	個數	160	31	5	196	
		百分比	25.60%	44.90%	41.70%	27.70%	
	足夠	個數	361	19	2	382	
		百分比	57.70%	27.50%	16.70%	54.00%	
	非常足夠	個數	55	1	2	58	
		百分比	8.80%	1.40%	16.70%	8.20%	
	總和	個數	626	69	12	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=51.001$; $df=6$; $p<0.001$							
在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足	個數	47	18	2	67	
		百分比	7.50%	25.70%	16.70%	9.40%	
	不足夠	個數	117	30	3	150	
		百分比	18.70%	42.90%	25.00%	21.20%	
	足夠	個數	395	20	6	421	
		百分比	63.00%	28.60%	50.00%	59.40%	
	非常足夠	個數	68	2	1	71	
		百分比	10.80%	2.90%	8.30%	10.00%	
	總和	個數	627	70	12	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=57.097$; $df=6$; $p<0.001$							
在哪方面提供的協助措施是最常使用	沒有使用需求	個數	170	3	0	173	
		百分比	27.60%	4.30%	0.00%	24.80%	
	看醫生	個數	238	23	4	265	
		百分比	38.70%	32.90%	33.30%	38.00%	
	無障礙設施	個數	19	6	2	27	
		百分比	3.10%	8.60%	16.70%	3.90%	
	輔具提供	個數	10	4	2	16	
		百分比	1.60%	5.70%	16.70%	2.30%	
	減輕作業	個數	76	14	0	90	
		百分比	12.40%	20.00%	0.00%	12.90%	
	同學協助	個數	33	3	2	38	
		百分比	5.40%	4.30%	16.70%	5.50%	
	放寬管理	個數	60	15	2	77	
		百分比	9.80%	21.40%	16.70%	11.00%	
	其他需求	個數	9	2	0	11	
		百分比	1.50%	2.90%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	615	70	12	697	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

障礙程度 生活適應與處遇需求			沒有下肢 障礙	有下肢障 礙	嚴重下肢 障礙	總和
	χ ² =59.510；df= 14；p<0.001					
何者是收容機關提供最有幫助的措施	沒有使用需求	個數	158	1	1	160
		百分比	25.50%	1.40%	8.30%	22.80%
	看醫生	個數	212	25	2	239
		百分比	34.20%	36.20%	16.70%	34.10%
	無障礙設施	個數	20	5	1	26
		百分比	3.20%	7.20%	8.30%	3.70%
	輔具提供	個數	17	4	1	22
		百分比	2.70%	5.80%	8.30%	3.10%
	減輕作業	個數	94	12	1	107
		百分比	15.20%	17.40%	8.30%	15.30%
	同學協助	個數	48	3	2	53
		百分比	7.70%	4.30%	16.70%	7.60%
	放寬管理	個數	63	16	3	82
		百分比	10.20%	23.20%	25.00%	11.70%
	其他需求	個數	8	3	1	12
		百分比	1.30%	4.30%	8.30%	1.70%
	總和	個數	620	69	12	701
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	χ ² =44.551；df= 14；p<0.001					
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數	191	5	1	197
		百分比	30.60%	7.40%	8.30%	28.00%
	無障礙設施	個數	27	8	4	39
		百分比	4.30%	11.80%	33.30%	5.50%
	放寬管理	個數	93	30	1	124
		百分比	14.90%	44.10%	8.30%	17.60%
	工場作業	個數	36	3	1	40
		百分比	5.80%	4.40%	8.30%	5.70%
	經濟補助	個數	127	10	1	138
		百分比	20.40%	14.70%	8.30%	19.60%
	照護資源	個數	24	5	0	29
		百分比	3.80%	7.40%	0.00%	4.10%
	會客	個數	40	3	0	43
		百分比	6.40%	4.40%	0.00%	6.10%
	通信	個數	22	0	1	23
		百分比	3.50%	0.00%	8.30%	3.30%
	看醫生	個數	55	3	2	60
		百分比	8.80%	4.40%	16.70%	8.50%
	其他協助	個數	9	1	1	11
		百分比	1.40%	1.50%	8.30%	1.60%
	總和	個數	624	68	12	704
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	χ ² =81.827；df=18；p<0.001					

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有下肢障礙	有下肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	155	6	1	162	
		百分比	25.00%	9.10%	8.30%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	173	21	1	195	
		百分比	27.90%	31.80%	8.30%	27.90%	
	更多文康活動	個數	110	11	2	123	
		百分比	17.70%	16.70%	16.70%	17.60%	
	可參與的工場作業	個數	37	3	0	40	
		百分比	6.00%	4.50%	0.00%	5.70%	
	更多教化活動	個數	88	6	0	94	
		百分比	14.20%	9.10%	0.00%	13.50%	
	長照資源	個數	31	9	2	42	
		百分比	5.00%	13.60%	16.70%	6.00%	
	輔具訂製	個數	6	2	2	10	
		百分比	1.00%	3.00%	16.70%	1.40%	
	其他協助	個數	20	8	4	32	
		百分比	3.20%	12.10%	33.30%	4.60%	
	總和	個數	620	66	12	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =76.982；df=14；p<0.001							

表 6-36 顯示下肢障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，下肢障礙各變項間均達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在醫療方面所提供協助是否足夠($\chi^2=66.668$; $df=6$; $p<0.001$)變項上，沒有下肢障礙者以足夠者佔最多數 54.50%，有下肢障礙跟嚴重下肢障礙者都以不足夠佔最多數，分別為 42.90%和 33.30%。(二)在無礙設施所提供協助是否足夠($\chi^2=51.001$; $df=6$; $p<0.001$)變項上，沒有下肢障礙者以足夠者佔最多數 57.70%，有下肢障礙跟嚴重下肢障礙者都以不足夠佔最多數，分別為 44.90%和 41.70%。(三)在「管理」所提供的協助是否足夠($\chi^2=57.097$; $df=6$; $p<0.001$)，沒有下肢障礙者及有嚴重下肢障礙者以足夠者佔最多數，分別為 63.00%和 50.00%，有下肢障礙者以不足夠佔多數，達 42.90%。(四)在哪方面提供的協助措施是最常使用($\chi^2=59.510$; $df=14$; $p<0.001$)沒有下肢障礙、有下肢障礙及嚴重下肢障礙，都以看醫生佔最多數，比例分別為 38.70%、32.90%和 33.30%。(五)在何者是收容機關提供最有幫助的措施($\chi^2=44.551$; $df=14$; $p<0.001$)，無下肢障礙及有下肢障礙者，以看醫生佔最多數，比例為 34.20%及 36.20%，嚴重下肢障礙者則以放寬管理比例最高為 25.00%。(六)在何者是收容機關最缺乏的協助措施($\chi^2=81.827$; $df=18$; $p<0.001$)，無下肢障礙者以沒有使用需求佔最多數，為 30.60%，有下肢障礙者以放寬管理

佔最多數，為 44.10%，有嚴重下肢障礙者，以無障礙設施佔最多數，為 33.30%。

(七)最希望未來可以增加何種資源($\chi^2=76.982$ ； $df=14$ ； $p<0.001$)，無下肢障礙與下肢障礙者，都以更多醫療專科佔最多數，分別為 27.90%及 31.80%，嚴重下肢障礙者以其他佔最多數，為 33.30%。

表 6-37 上肢障礙與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			障礙程度	上肢沒有障礙	上肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	86	5	2	93	
		百分比	12.40%	31.20%	66.70%	13.10%	
	不足夠	個數	203	7	0	210	
		百分比	29.40%	43.80%	0.00%	29.60%	
	足夠	個數	352	4	1	357	
		百分比	50.90%	25.00%	33.30%	50.30%	
	非常足夠	個數	50	0	0	50	
		百分比	7.20%	0.00%	0.00%	7.00%	
	總和	個數	691	16	3	710	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =16.445；df=6；p<0.05							
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	65	4	2	71	
		百分比	9.40%	26.70%	66.70%	10.00%	
	不足夠	個數	190	6	0	196	
		百分比	27.60%	40.00%	0.00%	27.70%	
	足夠	個數	376	5	1	382	
		百分比	54.60%	33.30%	33.30%	54.00%	
	非常足夠	個數	58	0	0	58	
		百分比	8.40%	0.00%	0.00%	8.20%	
	總和	個數	689	15	3	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =18.593；df=6；p<0.01							
在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足夠	個數	62	4	1	67	
		百分比	9.00%	25.00%	33.30%	9.40%	
	不足夠	個數	142	7	1	150	
		百分比	20.60%	43.80%	33.30%	21.20%	
	足夠	個數	415	5	1	421	
		百分比	60.10%	31.20%	33.30%	59.40%	
	非常足夠	個數	71	0	0	71	
		百分比	10.30%	0.00%	0.00%	10.00%	
	總和	個數	690	16	3	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =14.740；df=6；p<0.05							
在哪方面提供的協助	沒有使用需求	個數	173	0	0	173	
		百分比	25.50%	0.00%	0.00%	24.80%	
	看醫生	個數	258	7	0	265	
		百分比	38.00%	46.70%	0.00%	38.00%	

生活適應與處遇需求			障礙程度	上肢沒有障礙	上肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
助措施是最常使用	無障礙設施	個數	24	2	1	27	
		百分比	3.50%	13.30%	33.30%	3.90%	
	輔具提供	個數	13	3	0	16	
		百分比	1.90%	20.00%	0.00%	2.30%	
	減輕作業	個數	89	1	0	90	
		百分比	13.10%	6.70%	0.00%	12.90%	
	同學協助	個數	35	1	2	38	
		百分比	5.20%	6.70%	66.70%	5.50%	
	放寬管理	個數	76	1	0	77	
		百分比	11.20%	6.70%	0.00%	11.00%	
	其他需求	個數	11	0	0	11	
		百分比	1.60%	0.00%	0.00%	1.60%	
何者是收容機關提供最有助的措施	總和	個數	679	15	3	697	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	χ ² =59.917；df= 14；p<0.001						
	沒有使用需求	個數	157	3	0	160	
		百分比	23.00%	20.00%	0.00%	22.80%	
	看醫生	個數	234	5	0	239	
		百分比	34.30%	33.30%	0.00%	34.10%	
	無障礙設施	個數	23	2	1	26	
		百分比	3.40%	13.30%	33.30%	3.70%	
	輔具提供	個數	20	2	0	22	
		百分比	2.90%	13.30%	0.00%	3.10%	
	減輕作業	個數	104	3	0	107	
		百分比	15.20%	20.00%	0.00%	15.30%	
	同學協助	個數	51	0	2	53	
百分比		7.50%	0.00%	66.70%	7.60%		
放寬管理	個數	82	0	0	82		
	百分比	12.00%	0.00%	0.00%	11.70%		
其他需求	個數	12	0	0	12		
	百分比	1.80%	0.00%	0.00%	1.70%		
何者是收容機關最缺乏的協助措施	總和	個數	683	15	3	701	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
	χ ² =35.154；df= 14；p=0.001						
	沒有使用需求	個數	194	2	1	197	
		百分比	28.30%	13.30%	33.30%	28.00%	
	無障礙設施	個數	33	5	1	39	
		百分比	4.80%	33.30%	33.30%	5.50%	
	放寬管理	個數	120	4	0	124	
		百分比	17.50%	26.70%	0.00%	17.60%	
	工場作業	個數	40	0	0	40	
		百分比	5.80%	0.00%	0.00%	5.70%	
	經濟補助	個數	137	1	0	138	
		百分比	20.00%	6.70%	0.00%	19.60%	
	照護資源	個數	28	0	1	29	
百分比		4.10%	0.00%	33.30%	4.10%		

生活適應與處遇需求			障礙程度	上肢沒有障礙	上肢障礙	嚴重下肢障礙	總和
	會客	個數	43	0	0	43	
		百分比	6.30%	0.00%	0.00%	6.10%	
	通信	個數	23	0	0	23	
		百分比	3.40%	0.00%	0.00%	3.30%	
	看醫生	個數	57	3	0	60	
		百分比	8.30%	20.00%	0.00%	8.50%	
	其他協助	個數	11	0	0	11	
		百分比	1.60%	0.00%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	686	15	3	704	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=42.626$ ；df=18；p=0.001							
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	162	0	0	162	
		百分比	23.80%	0.00%	0.00%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	185	10	0	195	
		百分比	27.20%	66.70%	0.00%	27.90%	
	更多文康活動	個數	123	0	0	123	
		百分比	18.10%	0.00%	0.00%	17.60%	
	可參與的工場作業	個數	40	0	0	40	
		百分比	5.90%	0.00%	0.00%	5.70%	
	更多教化活動	個數	93	1	0	94	
		百分比	13.70%	6.70%	0.00%	13.50%	
	長照資源	個數	38	2	2	42	
		百分比	5.60%	13.30%	66.70%	6.00%	
	輔具訂製	個數	9	1	0	10	
		百分比	1.30%	6.70%	0.00%	1.40%	
	其他協助	個數	30	1	1	32	
		百分比	4.40%	6.70%	33.30%	4.60%	
	總和	個數	680	15	3	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=47.010$ ；df=14；p<0.001							

表 6-37 顯示上肢障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，上肢障礙各變項間均達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在醫療方面所提供協助是否足夠($\chi^2=16.445$ ；df=6；p<0.05)變項上，沒有上肢障礙者以足夠佔最多數，為 50.90%，有上肢障礙者以不足夠佔多數，為 43.80%，有嚴重上肢障礙者以非常不足夠比例佔最多數，為 66.70%。(二)在無礙設施所提供協助是否足夠($\chi^2=18.593$ ；df=6；p<0.01)變項上，沒有上肢障礙者以足夠佔最多數，為 54.60%，有上肢障礙者以不足夠佔多數，為 40.00%，有嚴重上肢障礙者以非常不足夠比例佔最多數，為 66.70%。(三)在「管理」所提供的協助是否足夠($\chi^2=14.740$ ；df=6；p<0.05)，沒有上肢障礙者以足夠佔多數，為 60.10%，有上肢障礙者以不足夠佔多數，為 43.80%，有嚴重上肢障礙者以不足夠及非常不足夠比

例佔最多數，均為 33.30%。(四)在哪方面提供的協助措施是最常使用($\chi^2=59.917$ ； $df=14$ ； $p<0.001$)，沒有上肢障礙者及有上肢障礙者，都以看醫生佔最多數，分別為 38.00%及 46.70，有嚴重上肢障礙者，以同學協助佔最多數，為 66.70%。(五)在何者是收容機關提供最有幫助的措施($\chi^2=35.154$ ； $df=14$ ； $p=0.001$)沒有上肢障礙者及有上肢障礙者，都以看醫生佔最多數，分別為 34.30%及 33.30%，有嚴重上肢障礙者，以同學協助佔最多數，為 66.70%。(六)在何者是收容機關最缺乏的協助措施($\chi^2=42.626$ ； $df=18$ ； $p=0.001$)，無上肢障礙者以沒有使用需求佔最多數，為 28.30%，有上肢障礙者以無障礙設施佔最多數，為 33.30%，有嚴重上肢障礙者以沒有使用需求無障礙設施及照護資源占多數，各為 33.30%。(七)最希望未來可以增加何種資源($\chi^2=47.010$ ； $df=14$ ； $p<0.001$)，無上肢障礙與上肢障礙者，都以更多醫療專科佔最多數，分別為 27.20%及 66.70%，嚴重上肢障礙者以長照資源佔最多數，為 66.70%。

表 6-38 智能障礙與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有智能障礙	智能障礙	嚴重智能障礙	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	77	15	1	93	
		百分比	12.10%	21.10%	25.00%	13.10%	
	不足夠	個數	190	18	2	210	
		百分比	29.90%	25.40%	50.00%	29.60%	
	足夠	個數	324	32	1	357	
		百分比	51.00%	45.10%	25.00%	50.30%	
	非常足夠	個數	44	6	0	50	
		百分比	6.90%	8.50%	0.00%	7.00%	
	總和	個數	635	71	4	710	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=6.857$ ；df=6；p>0.05							
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	55	14	2	71	
		百分比	8.70%	19.70%	50.00%	10.00%	
	不足夠	個數	177	19	0	196	
		百分比	28.00%	26.80%	0.00%	27.70%	
	足夠	個數	348	32	2	382	
		百分比	55.10%	45.10%	50.00%	54.00%	
	非常足夠	個數	52	6	0	58	
		百分比	8.20%	8.50%	0.00%	8.20%	
	總和	個數	632	71	4	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=16.785$ ；df=6；p=0.01							
在「管理」所提	非常不足夠	個數	53	14	0	67	
		百分比	8.40%	19.70%	0.00%	9.40%	
	不足夠	個數	128	19	3	150	
		百分比	20.20%	26.80%	75.00%	21.20%	

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有智能障礙	智能障礙	嚴重智能障礙	總和
供的協助是否足夠	足夠	個數	387	33	1	421	
		百分比	61.00%	46.50%	25.00%	59.40%	
	非常足夠	個數	66	5	0	71	
		百分比	10.40%	7.00%	0.00%	10.00%	
	總和	個數	634	71	4	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =20.120；df=6；p<0.01							
在哪方面提供的協助措施是最常用	沒有使用需求	個數	164	8	1	173	
		百分比	26.30%	11.40%	25.00%	24.80%	
	看醫生	個數	238	26	1	265	
		百分比	38.20%	37.10%	25.00%	38.00%	
	無障礙設施	個數	20	6	1	27	
		百分比	3.20%	8.60%	25.00%	3.90%	
	輔具提供	個數	13	2	1	16	
		百分比	2.10%	2.90%	25.00%	2.30%	
	減輕作業	個數	79	11	0	90	
		百分比	12.70%	15.70%	0.00%	12.90%	
	同學協助	個數	31	7	0	38	
		百分比	5.00%	10.00%	0.00%	5.50%	
	放寬管理	個數	68	9	0	77	
		百分比	10.90%	12.90%	0.00%	11.00%	
	其他需求	個數	10	1	0	11	
		百分比	1.60%	1.40%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	623	70	4	697	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =29.161；df= 14；p=0.01							
何者是收容機關提供最有助的措施	沒有使用需求	個數	149	10	1	160	
		百分比	23.80%	14.10%	25.00%	22.80%	
	看醫生	個數	212	25	2	239	
		百分比	33.90%	35.20%	50.00%	34.10%	
	無障礙設施	個數	23	3	0	26	
		百分比	3.70%	4.20%	0.00%	3.70%	
	輔具提供	個數	16	6	0	22	
		百分比	2.60%	8.50%	0.00%	3.10%	
	減輕作業	個數	96	10	1	107	
		百分比	15.30%	14.10%	25.00%	15.30%	
	同學協助	個數	46	7	0	53	
		百分比	7.30%	9.90%	0.00%	7.60%	
	放寬管理	個數	73	9	0	82	
		百分比	11.70%	12.70%	0.00%	11.70%	
	其他需求	個數	11	1	0	12	
		百分比	1.80%	1.40%	0.00%	1.70%	
	總和	個數	626	71	4	701	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =12.159；df= 14；p>0.05							
何者	沒有使用	個數	181	15	1	197	

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有智能障礙	智能障礙	嚴重智能障礙	總和
是收容機關最缺乏的協助措施	需求	百分比	28.80%	21.10%	25.00%	28.00%	
	無障礙設施	個數	35	3	1	39	
		百分比	5.60%	4.20%	25.00%	5.50%	
	放寬管理	個數	109	15	0	124	
		百分比	17.30%	21.10%	0.00%	17.60%	
	工場作業	個數	36	4	0	40	
		百分比	5.70%	5.60%	0.00%	5.70%	
	經濟補助	個數	124	13	1	138	
		百分比	19.70%	18.30%	25.00%	19.60%	
	照護資源	個數	25	4	0	29	
		百分比	4.00%	5.60%	0.00%	4.10%	
	會客	個數	38	5	0	43	
		百分比	6.00%	7.00%	0.00%	6.10%	
	通信	個數	17	5	1	23	
		百分比	2.70%	7.00%	25.00%	3.30%	
	看醫生	個數	55	5	0	60	
		百分比	8.70%	7.00%	0.00%	8.50%	
	其他協助	個數	9	2	0	11	
		百分比	1.40%	2.80%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	629	71	4	704	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =17.730；df=18；p>0.05							
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	149	12	1	162	
		百分比	23.90%	17.10%	25.00%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	175	18	2	195	
		百分比	28.00%	25.70%	50.00%	27.90%	
	更多文康活動	個數	112	11	0	123	
		百分比	17.90%	15.70%	0.00%	17.60%	
	可參與的工場作業	個數	32	8	0	40	
		百分比	5.10%	11.40%	0.00%	5.70%	
	更多教化活動	個數	87	7	0	94	
		百分比	13.90%	10.00%	0.00%	13.50%	
	長照資源	個數	38	4	0	42	
		百分比	6.10%	5.70%	0.00%	6.00%	
	輔具訂製	個數	7	2	1	10	
		百分比	1.10%	2.90%	25.00%	1.40%	
	其他協助	個數	24	8	0	32	
		百分比	3.80%	11.40%	0.00%	4.60%	
	總和	個數	624	70	4	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =34.509；df=14；p<0.01							

表 6-38 顯示智能障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，智能障礙在無礙設施所提供協助是否足夠、「管理」所提供的協助是否足夠、哪方

面提供的協助措施是最常使用及最希望未來可以增加何種資源四個變項間達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在無障礙設施所提供協助是否足夠($\chi^2=16.785$ ； $df=6$ ； $p=0.01$) 變項上，沒有智能障礙、智能障礙與嚴重智能障礙者均以足夠佔多數，分別為 55.10%、45.10%及 50.00%。(二)在「管理」所提供的協助是否足夠($\chi^2=20.120$ ； $df=6$ ； $p<0.01$) 變項上，沒有智能障礙與智能障礙均以足夠佔多數，分別為 61.00%及 46.50%，嚴重智能障礙者以不足夠佔多數，為 75.00%。(三)在哪方面提供的協助措施是最常使用($\chi^2=29.161$ ； $df=14$ ； $p=0.01$)，沒有智能障礙者及有智能障礙者，都以看醫生佔最多數，分別為 38.00%及 46.70，有嚴重智能障礙者，分別以沒有使用需求、看醫生、無障礙設施及輔具佔最多數，分別為 25.00%。(四)最希望未來可以增加何種資源($\chi^2=34.509$ ； $df=14$ ； $p<0.01$)，無智能障礙者、智能障礙者與嚴重智能障礙者，都以更多醫療專科佔最多數，分別為 28.00%、25.70%及 50.00%。

表 6-39 精神障礙與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有精神障礙	精神障礙	嚴重精神障礙	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足	個數	63	23	4	90	
		百分比	11.20%	19.70%	18.20%	12.80%	
	不足	個數	149	52	9	210	
		百分比	26.40%	44.40%	40.90%	29.80%	
	足夠	個數	309	39	6	354	
		百分比	54.70%	33.30%	27.30%	50.30%	
	非常足夠	個數	44	3	3	50	
		百分比	7.80%	2.60%	13.60%	7.10%	
	總和	個數	565	117	22	704	
百分比		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%		
χ ² =33.826；df=6；p<0.001							
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足	個數	50	16	3	69	
		百分比	8.90%	13.80%	13.60%	9.80%	
	不足	個數	143	47	6	196	
		百分比	25.40%	40.50%	27.30%	28.00%	
	足夠	個數	324	45	9	378	
		百分比	57.50%	38.80%	40.90%	53.90%	
	非常足夠	個數	46	8	4	58	
		百分比	8.20%	6.90%	18.20%	8.30%	
	總和	個數	563	116	22	701	
百分比		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%		
χ ² =20.427；df=6；p<0.01							
在「管理」所提	非常不足	個數	49	15	2	66	
		百分比	8.70%	12.80%	9.10%	9.40%	
	不足	個數	95	45	9	149	
		百分比	16.80%	38.50%	40.90%	21.20%	

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有精神障礙	精神障礙	嚴重精神障礙	總和
供的協助是否足夠	足夠	個數	358	52	7	417	
		百分比	63.50%	44.40%	31.80%	59.30%	
	非常足夠	個數	62	5	4	71	
		百分比	11.00%	4.30%	18.20%	10.10%	
	總和	個數	564	117	22	703	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=41.906$ ；df=6；p<0.001							
在哪方面提供的協助措施是最常用	沒有使用需求	個數	161	7	3	171	
		百分比	29.00%	6.10%	14.30%	24.70%	
	看醫生	個數	212	43	8	263	
		百分比	38.20%	37.40%	38.10%	38.10%	
	無障礙設施	個數	19	5	3	27	
		百分比	3.40%	4.30%	14.30%	3.90%	
	輔具提供	個數	12	3	1	16	
		百分比	2.20%	2.60%	4.80%	2.30%	
	減輕作業	個數	61	27	2	90	
		百分比	11.00%	23.50%	9.50%	13.00%	
	同學協助	個數	31	7	0	38	
		百分比	5.60%	6.10%	0.00%	5.50%	
	放寬管理	個數	52	21	2	75	
		百分比	9.40%	18.30%	9.50%	10.90%	
	其他需求	個數	7	2	2	11	
		百分比	1.30%	1.70%	9.50%	1.60%	
	總和	個數	555	115	21	691	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=56.534$ ；df= 14；p<0.001							
何者是收容機關提供最有助的措施	沒有使用需求	個數	146	8	3	157	
		百分比	26.20%	6.80%	14.30%	22.60%	
	看醫生	個數	190	40	6	236	
		百分比	34.10%	34.20%	28.60%	34.00%	
	無障礙設施	個數	20	5	1	26	
		百分比	3.60%	4.30%	4.80%	3.70%	
	輔具提供	個數	16	6	0	22	
		百分比	2.90%	5.10%	0.00%	3.20%	
	減輕作業	個數	79	25	3	107	
		百分比	14.20%	21.40%	14.30%	15.40%	
	同學協助	個數	43	8	2	53	
		百分比	7.70%	6.80%	9.50%	7.60%	
	放寬管理	個數	54	24	4	82	
		百分比	9.70%	20.50%	19.00%	11.80%	
	其他需求	個數	9	1	2	12	
		百分比	1.60%	0.90%	9.50%	1.70%	
	總和	個數	557	117	21	695	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=41.297$ ；df= 14；p<0.001							
何者	沒有使用	個數	177	14	3	194	

生活適應與處遇需求			障礙程度	沒有精神障礙	精神障礙	嚴重精神障礙	總和
是收容機關最缺乏的協助措施	需求	百分比	31.60%	12.10%	13.60%	27.80%	
	無障礙設施	個數	30	6	2	38	
		百分比	5.40%	5.20%	9.10%	5.40%	
	放寬管理	個數	88	32	4	124	
		百分比	15.70%	27.60%	18.20%	17.80%	
	工場作業	個數	32	8	0	40	
		百分比	5.70%	6.90%	0.00%	5.70%	
	經濟補助	個數	103	29	6	138	
		百分比	18.40%	25.00%	27.30%	19.80%	
	照護資源	個數	23	5	0	28	
		百分比	4.10%	4.30%	0.00%	4.00%	
	會客	個數	35	7	1	43	
		百分比	6.20%	6.00%	4.50%	6.20%	
	通信	個數	16	5	1	22	
		百分比	2.90%	4.30%	4.50%	3.20%	
	看醫生	個數	46	10	4	60	
		百分比	8.20%	8.60%	18.20%	8.60%	
	其他協助	個數	10	0	1	11	
		百分比	1.80%	0.00%	4.50%	1.60%	
	總和	個數	560	116	22	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =34.799；df=18；p=0.01							
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	149	9	4	162	
		百分比	26.80%	7.80%	19.00%	23.40%	
	更多醫療專科	個數	151	36	7	194	
		百分比	27.10%	31.30%	33.30%	28.00%	
	更多文康活動	個數	95	24	2	121	
		百分比	17.10%	20.90%	9.50%	17.50%	
	可參與的工場作業	個數	30	9	0	39	
		百分比	5.40%	7.80%	0.00%	5.60%	
	更多教化活動	個數	66	22	5	93	
		百分比	11.80%	19.10%	23.80%	13.40%	
	長照資源	個數	34	7	1	42	
		百分比	6.10%	6.10%	4.80%	6.10%	
	輔具訂製	個數	6	3	1	10	
		百分比	1.10%	2.60%	4.80%	1.40%	
	其他協助	個數	26	5	1	32	
		百分比	4.70%	4.30%	4.80%	4.60%	
	總和	個數	557	115	21	693	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =28.191；df=14；p<0.05							

表 6-39 顯示精神障礙與基本人口變項交叉分析結果，從本表可以發現，精神障礙各變項間均達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在醫療方面所提供協助是否足夠($\chi^2=33.826$; $df=6$; $p<0.001$)變項上，沒有精神障礙

者以足夠佔大多數，為 54.70%，有精神障礙者及嚴重精神障礙者以不足夠佔多數，分別為 44.40%及 40.90%。(二)在無礙設施所提供協助是否足夠($\chi^2=20.427$ ； $df=6$ ； $p<0.01$)變項上，沒有精神障礙者及嚴重精神障礙者以足夠佔大多數，分為 57.50%及 40.90%，有精神障礙者以不足夠佔多數，為 40.50%。(三)在「管理」所提供的協助是否足夠($\chi^2=41.906$ ； $df=6$ ； $p<0.001$)，沒有精神障礙者及精神障礙者以足夠佔多數，分別為 63.50%及 44.40%，有嚴重精神障礙者以不足夠佔多數，為 40.90%。(四)在哪方面提供的協助措施是最常使用($\chi^2=56.534$ ； $df=14$ ； $p<0.001$)，沒有精神障礙者、有精神障礙者及嚴重精神障礙者，都以看醫生佔大多數，分別為 38.20%、37.40%及 38.10%。(五)在何者是收容機關提供最有幫助的措施($\chi^2=41.297$ ； $df=14$ ； $p<0.001$)沒有精神障礙者、有精神障礙者及嚴重精神障礙者，都以看醫生佔大多數，分別為 34.10%、34.20%及 28.60%。(六)在何者是收容機關最缺乏的協助措施($\chi^2=34.799$ ； $df=18$ ； $p=0.01$)，無精神障礙者以沒有使用需求佔大多數，為 31.60%，有精神障礙者以放寬管理佔大多數，為 27.60%，有嚴重精神障礙者以經濟補助佔多數，為 27.30%。(七)最希望未來可以增加何種資源($\chi^2=28.191$ ； $df=14$ ； $p<0.05$)，無精神障礙、精神障礙者與嚴重精神障礙者，都以更多醫療專科佔大多數，分別為 27.10%、31.30%及 33.30%。

三、身心障礙收容人之生活適應、處遇需求與各基本人口變項之交叉分析

本部分將就身心障礙收容人之生活適應、處遇需求與各基本人口變項進行交叉分析，瞭解其間的關聯性，並藉以評估合理調整處遇之方向，進而作為改善方向之參考。

表 6-40 性別與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			性別	男性	女性	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足	個數	84	9	93	
		百分比	13.40%	10.70%	13.10%	
	不足夠	個數	184	25	209	
		百分比	29.40%	29.80%	29.50%	
	足夠	個數	311	46	357	
		百分比	49.80%	54.80%	50.40%	
	非常足夠	個數	46	4	50	
		百分比	7.40%	4.80%	7.10%	
	總和	個數	625	84	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=1.499$ ；df=3；p>0.05						
在「無障礙	非常不足	個數	64	7	71	
		百分比	10.30%	8.30%	10.10%	
	不足夠	個數	171	25	196	

生活適應與處遇需求			性別	男性	女性	總和	
設施」所提供的協助是否足夠	足夠	百分比		27.50%	29.80%	27.80%	
		個數		337	44	381	
	非常足夠	百分比		54.20%	52.40%	54.00%	
		個數		50	8	58	
	總和	百分比		8.00%	9.50%	8.20%	
		個數		622	84	706	
	在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足夠	個數		59	8	67
			百分比		9.50%	9.50%	9.50%
不足夠		個數		130	20	150	
		百分比		20.80%	23.80%	21.20%	
足夠		個數		372	49	421	
		百分比		59.60%	58.30%	59.50%	
非常足夠		個數		63	7	70	
		百分比		10.10%	8.30%	9.90%	
總和		個數		624	84	708	
		百分比		100.00%	100.00%	100.00%	
在哪方面提供的協助措施是最常使用	沒有使用需求	個數		157	16	173	
		百分比		25.60%	19.50%	24.90%	
	看醫生	個數		238	27	265	
		百分比		38.80%	32.90%	38.10%	
	無障礙設施	個數		26	1	27	
		百分比		4.20%	1.20%	3.90%	
	輔具提供	個數		14	2	16	
		百分比		2.30%	2.40%	2.30%	
	減輕作業	個數		81	9	90	
		百分比		13.20%	11.00%	12.90%	
	同學協助	個數		35	3	38	
		百分比		5.70%	3.70%	5.50%	
	放寬管理	個數		55	21	76	
		百分比		9.00%	25.60%	10.90%	
	其他需求	個數		8	3	11	
		百分比		1.30%	3.70%	1.60%	
	總和	個數		614	82	696	
		百分比		100.00%	100.00%	100.00%	
	何者是收容機關提供最	沒有使用需求	個數		157	16	173
			百分比		25.60%	19.50%	24.90%
看醫生		個數		238	27	265	
		百分比		38.80%	32.90%	38.10%	
無障礙設		個數		26	1	27	
		百分比		4.20%	1.20%	3.90%	

生活適應與處遇需求			性別	男性	女性	總和
有幫助的措施	施	百分比		4.20%	1.20%	3.90%
		輔具提供	個數	14	2	16
		百分比	2.30%	2.40%	2.30%	
	減輕作業	個數	81	9	90	
		百分比	13.20%	11.00%	12.90%	
	同學協助	個數	35	3	38	
		百分比	5.70%	3.70%	5.50%	
	放寬管理	個數	55	21	76	
		百分比	9.00%	25.60%	10.90%	
	其他需求	個數	8	3	11	
		百分比	1.30%	3.70%	1.60%	
	總和	個數	614	82	696	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=14.779$ ；df=7；p<0.05						
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數	176	20	196	
		百分比	28.40%	23.80%	27.90%	
	無障礙設施	個數	37	2	39	
		百分比	6.00%	2.40%	5.50%	
	放寬管理	個數	110	14	124	
		百分比	17.80%	16.70%	17.60%	
	工場作業	個數	33	7	40	
		百分比	5.30%	8.30%	5.70%	
	經濟補助	個數	113	25	138	
		百分比	18.30%	29.80%	19.60%	
	照護資源	個數	26	3	29	
		百分比	4.20%	3.60%	4.10%	
	會客	個數	40	3	43	
		百分比	6.50%	3.60%	6.10%	
	通信	個數	21	2	23	
		百分比	3.40%	2.40%	3.30%	
	看醫生	個數	54	6	60	
		百分比	8.70%	7.10%	8.50%	
	其他協助	個數	9	2	11	
		百分比	1.50%	2.40%	1.60%	
	總和	個數	619	84	703	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=10.348$ ；df=9；p>0.05						
最希望未來可以增加何種資	沒有使用需求	個數	152	10	162	
		百分比	24.60%	12.30%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	171	24	195	
		百分比	27.70%	29.60%	27.90%	
	更多文康活動	個數	115	8	123	
		百分比	18.60%	9.90%	17.60%	

生活適應與處遇需求			性別	男性	女性	總和
源	可參與的 工場作業	個數	30	10	40	
		百分比	4.90%	12.30%	5.70%	
	更多教化 活動	個數	77	17	94	
		百分比	12.50%	21.00%	13.50%	
	長照資源	個數	34	8	42	
		百分比	5.50%	9.90%	6.00%	
	輔具訂製	個數	9	1	10	
		百分比	1.50%	1.20%	1.40%	
	其他協助	個數	29	3	32	
		百分比	4.70%	3.70%	4.60%	
	總和	個數	617	81	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=21.167$ ；df=7；p<0.01						

表 6-40 顯示在性別基本人口變項與處遇狀況及需求交叉分析結果，可以發現：性別在在哪方面提供的協助措施是最常使用、何者是收容機關提供最有幫助的措施及最希望未來可以增加何種資源三個變項間達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在哪方面提供的協助措施是最常使用($\chi^2=25.155$; $df=7$; $p<0.001$)變項上，男性跟女性均以看醫生佔大多數，分別為 38.80%及 32.90%。(二)在何者是收容機關提供最有幫助的措施變項上，男性跟女性均以看醫生佔大多數，分別為 38.80%及 32.90%。(三)在最希望未來可以增加何種資源變項上，男性跟女性均以共多醫療專科佔多數，分別為 27.70%及 29.60%。

表 6-41 年齡與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			年齡	20~29 歲	30~39 歲	40~49 歲	50~59 歲	60 歲以 上	總和
在「醫 療」 方面 所提 供協 助是 否足 夠	非常不 足夠	個數	9	27	28	17	11	92	
		百分比	14.10%	20.50%	11.70%	9.70%	11.30%	13.00%	
	不足夠	個數	14	38	71	55	30	208	
		百分比	21.90%	28.80%	29.70%	31.40%	30.90%	29.40%	
	足夠	個數	33	57	124	93	50	357	
		百分比	51.60%	43.20%	51.90%	53.10%	51.50%	50.50%	
	非常足 夠	個數	8	10	16	10	6	50	
		百分比	12.50%	7.60%	6.70%	5.70%	6.20%	7.10%	
	總和	個數	64	132	239	175	97	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =14.324；df=12；p>0.005									
在「無	非常不 足夠	個數	5	19	25	15	7	71	
		百分比	7.80%	14.50%	10.50%	8.60%	7.40%	10.10%	

生活適應與處遇需求			年齡	20~29 歲	30~39 歲	40~49 歲	50~59 歲	60 歲以 上	總和
障礙 設施」 所提供 協助是 否足夠	不足夠	個數	14	32	67	53	29	195	
		百分比	21.90%	24.40%	28.00%	30.30%	30.50%	27.70%	
	足夠	個數	30	65	131	102	53	381	
		百分比	46.90%	49.60%	54.80%	58.30%	55.80%	54.10%	
	非常足 夠	個數	15	15	16	5	6	57	
		百分比	23.40%	11.50%	6.70%	2.90%	6.30%	8.10%	
	總和	個數	64	131	239	175	95	704	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=36.037；df=12；p<0.001									
在 「管理」 所提供 的協助 是否足夠	非常不 足夠	個數	7	22	19	16	3	67	
		百分比	10.90%	16.70%	7.90%	9.10%	3.10%	9.50%	
	不足夠	個數	6	27	55	31	28	147	
		百分比	9.40%	20.50%	23.00%	17.70%	29.20%	20.80%	
	足夠	個數	36	71	140	120	54	421	
		百分比	56.20%	53.80%	58.60%	68.60%	56.20%	59.60%	
	非常足 夠	個數	15	12	25	8	11	71	
		百分比	23.40%	9.10%	10.50%	4.60%	11.50%	10.10%	
	總和	個數	64	132	239	175	96	706	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=41.064；df=12；p<0.001									
在哪 方面 提供的 協助措 施是最 常用	沒有使 用需求	個數	20	33	63	40	17	173	
		百分比	31.70%	25.80%	26.70%	23.00%	18.30%	24.90%	
	看醫生	個數	15	52	80	71	45	263	
		百分比	23.80%	40.60%	33.90%	40.80%	48.40%	37.90%	
	無障礙 設施	個數	3	5	7	8	4	27	
		百分比	4.80%	3.90%	3.00%	4.60%	4.30%	3.90%	
	輔具提 供	個數	1	2	6	4	3	16	
		百分比	1.60%	1.60%	2.50%	2.30%	3.20%	2.30%	
	減輕作 業	個數	10	12	31	24	13	90	
		百分比	15.90%	9.40%	13.10%	13.80%	14.00%	13.00%	
	同學協 助	個數	2	6	13	11	5	37	
		百分比	3.20%	4.70%	5.50%	6.30%	5.40%	5.30%	
	放寬管 理	個數	9	17	30	15	6	77	
		百分比	14.30%	13.30%	12.70%	8.60%	6.50%	11.10%	
	其他需 求	個數	3	1	6	1	0	11	
		百分比	4.80%	0.80%	2.50%	0.60%	0.00%	1.60%	
	總和	個數	63	128	236	174	93	694	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=28.589；df=28；p>0.05									
何者 是收 容機 關提	沒有使 用需求	個數	19	32	58	34	17	160	
		百分比	30.20%	24.80%	24.50%	19.50%	17.90%	22.90%	
	看醫生	個數	12	39	75	72	40	238	
		百分比	19.00%	30.20%	31.60%	41.40%	42.10%	34.10%	

生活適應與處遇需求			年齡	20~29 歲	30~39 歲	40~49 歲	50~59 歲	60 歲以 上	總和
供最有幫助的措施	無障礙設施	個數	1	7	6	6	6	26	
		百分比	1.60%	5.40%	2.50%	3.40%	6.30%	3.70%	
	輔具提供	個數	2	4	7	3	5	21	
		百分比	3.20%	3.10%	3.00%	1.70%	5.30%	3.00%	
	減輕作業	個數	7	23	36	27	14	107	
		百分比	11.10%	17.80%	15.20%	15.50%	14.70%	15.30%	
	同學協助	個數	8	7	16	15	7	53	
		百分比	12.70%	5.40%	6.80%	8.60%	7.40%	7.60%	
	放寬管理	個數	11	16	34	15	5	81	
		百分比	17.50%	12.40%	14.30%	8.60%	5.30%	11.60%	
	其他需求	個數	3	1	5	2	1	12	
		百分比	4.80%	0.80%	2.10%	1.10%	1.10%	1.70%	
	總和	個數	63	129	237	174	95	698	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =38.119；df= 28；p>0.05									
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數	24	37	64	45	27	197	
		百分比	37.50%	28.00%	27.10%	26.00%	28.10%	28.10%	
	無障礙設施	個數	3	6	12	11	7	39	
		百分比	4.70%	4.50%	5.10%	6.40%	7.30%	5.60%	
	放寬管理	個數	12	32	44	26	10	124	
		百分比	18.80%	24.20%	18.60%	15.00%	10.40%	17.70%	
	工場作業	個數	0	9	15	11	5	40	
		百分比	0.00%	6.80%	6.40%	6.40%	5.20%	5.70%	
	經濟補助	個數	13	28	44	32	19	136	
		百分比	20.30%	21.20%	18.60%	18.50%	19.80%	19.40%	
	照護資源	個數	0	0	11	11	7	29	
		百分比	0.00%	0.00%	4.70%	6.40%	7.30%	4.10%	
	會客	個數	8	4	20	5	6	43	
		百分比	12.50%	3.00%	8.50%	2.90%	6.20%	6.10%	
	通信	個數	3	4	7	7	1	22	
		百分比	4.70%	3.00%	3.00%	4.00%	1.00%	3.10%	
	看醫生	個數	1	11	15	21	12	60	
		百分比	1.60%	8.30%	6.40%	12.10%	12.50%	8.60%	
	其他協助	個數	0	1	4	4	2	11	
		百分比	0.00%	0.80%	1.70%	2.30%	2.10%	1.60%	
	總和	個數	64	132	236	173	96	701	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =53.142；df=36；p<0.05									
最希望未來可以增加何	沒有使用需求	個數	18	30	59	36	19	162	
		百分比	29.00%	23.10%	25.20%	20.60%	20.00%	23.30%	
	更多醫療專科	個數	12	32	63	62	26	195	
		百分比	19.40%	24.60%	26.90%	35.40%	27.40%	28.00%	
	更多文	個數	16	22	35	31	18	122	

生活適應與處遇需求			年齡	20~29 歲	30~39 歲	40~49 歲	50~59 歲	60 歲以 上	總和
種資 源	康活動	百分比	25.80%	16.90%	15.00%	17.70%	18.90%	17.50%	
	可參與 的工場 作業	個數	1	6	19	10	4	40	
		百分比	1.60%	4.60%	8.10%	5.70%	4.20%	5.70%	
	更多教 化活動	個數	10	20	31	16	17	94	
		百分比	16.10%	15.40%	13.20%	9.10%	17.90%	13.50%	
	長照資 源	個數	1	13	13	9	6	42	
		百分比	1.60%	10.00%	5.60%	5.10%	6.30%	6.00%	
	輔具訂 製	個數	0	1	3	3	3	10	
		百分比	0.00%	0.80%	1.30%	1.70%	3.20%	1.40%	
	其他協 助	個數	4	6	11	8	2	31	
		百分比	6.50%	4.60%	4.70%	4.60%	2.10%	4.50%	
	總和	個數	62	130	234	175	95	696	
百分比		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%		
χ2=31.635；df=28；p>0.05									

表 6-41 顯示在年齡基本人口變項與處遇狀況及需求交叉分析結果，可以發現：年齡在「無障礙設施」所提供協助是否足夠、在「管理」所提供的協助是否足夠及何者是收容機關最缺乏的協助措施三個變項間達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在「無障礙設施」所提供協助是否足夠($\chi^2=36.037$; $df=12$; $p<0.001$)變項上，各年齡層均以足夠佔最多數，分別為 46.90%、49.60%、54.80%、58.30%及 55.80%。(二) 在「管理」所提供的協助是否足夠，各年齡層均以足夠佔最多數，分別為 56.20%、53.80%、58.60%、68.60%及 56.20%。(三) 在何者是收容機關最缺乏的協助措施變項上，各年齡層均以沒有使用需求佔最多數，分別為 37.50%、28.00%、27.10%、26.00%及 28.10%。

表 6-42 犯罪類型與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			犯罪類型	暴力犯 罪	財產犯 罪	毒品犯 罪	公共危 險	其他罪 類	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	11	10	50	11	10	92	
		百分比	11.80%	10.90%	14.00%	16.90%	10.50%	13.10%	
	不足夠	個數	35	27	99	24	23	208	
		百分比	37.60%	29.30%	27.70%	36.90%	24.20%	29.60%	
	足夠	個數	40	48	188	26	51	353	
		百分比	43.00%	52.20%	52.70%	40.00%	53.70%	50.30%	
	非常足夠	個數	7	7	20	4	11	49	
		百分比	7.50%	7.60%	5.60%	6.20%	11.60%	7.00%	
	總和	個數	93	92	357	65	95	702	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =13.484；df=12；p>0.05									
在	非常不	個數	9	5	37	9	9	69	

生活適應與處遇需求		犯罪類型	暴力犯罪	財產犯罪	毒品犯罪	公共危險	其他罪類	總和
「無障礙設施」所提供協助是否足夠	足夠	百分比	9.80%	5.40%	10.40%	14.10%	9.50%	9.90%
	不足夠	個數	35	26	98	18	19	196
		百分比	38.00%	28.30%	27.50%	28.10%	20.00%	28.00%
	足夠	個數	40	49	199	33	57	378
		百分比	43.50%	53.30%	55.90%	51.60%	60.00%	54.10%
	非常足夠	個數	8	12	22	4	10	56
		百分比	8.70%	13.00%	6.20%	6.20%	10.50%	8.00%
	總和	個數	92	92	356	64	95	699
$\chi^2=16.878$; $df=12$; $p>0.05$								
在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足夠	個數	9	8	32	8	8	65
		百分比	9.70%	8.70%	9.00%	12.50%	8.40%	9.30%
	不足夠	個數	26	22	69	16	16	149
		百分比	28.00%	23.90%	19.30%	25.00%	16.80%	21.30%
	足夠	個數	52	52	224	37	53	418
		百分比	55.90%	56.50%	62.70%	57.80%	55.80%	59.60%
	非常足夠	個數	6	10	32	3	18	69
		百分比	6.50%	10.90%	9.00%	4.70%	18.90%	9.80%
	總和	個數	93	92	357	64	95	701
$\chi^2=17.477$; $df=12$; $p>0.05$								
在哪方面提供的協助措施是最常使用	沒有使用需求	個數	15	22	96	13	24	170
		百分比	16.50%	23.90%	27.40%	21.00%	25.50%	24.60%
	看醫生	個數	41	36	129	22	35	263
		百分比	45.10%	39.10%	36.80%	35.50%	37.20%	38.10%
	無障礙設施	個數	2	4	14	4	3	27
		百分比	2.20%	4.30%	4.00%	6.50%	3.20%	3.90%
	輔具提供	個數	4	3	8	0	1	16
		百分比	4.40%	3.30%	2.30%	0.00%	1.10%	2.30%
	減輕作業	個數	9	10	47	6	16	88
		百分比	9.90%	10.90%	13.40%	9.70%	17.00%	12.80%
	同學協助	個數	6	4	16	7	5	38
		百分比	6.60%	4.30%	4.60%	11.30%	5.30%	5.50%
	放寬管理	個數	13	11	34	9	10	77
		百分比	14.30%	12.00%	9.70%	14.50%	10.60%	11.20%
	其他需求	個數	1	2	7	1	0	11
		百分比	1.10%	2.20%	2.00%	1.60%	0.00%	1.60%
	總和	個數	91	92	351	62	94	690
$\chi^2=23.259$; $df=28$; $p>0.05$								
何者是收容機	沒有使用需求	個數	14	21	90	15	17	157
		百分比	15.20%	23.10%	25.60%	23.40%	17.90%	22.60%
	看醫生	個數	34	34	113	19	37	237

生活適應與處遇需求			犯罪類型	暴力犯罪	財產犯罪	毒品犯罪	公共危險	其他罪類	總和
關提供最有幫助的措施		百分比	37.00%	37.40%	32.10%	29.70%	38.90%	34.10%	
	無障礙設施	個數	5	5	10	1	5	26	
		百分比	5.40%	5.50%	2.80%	1.60%	5.30%	3.70%	
	輔具提供	個數	3	4	5	5	4	21	
		百分比	3.30%	4.40%	1.40%	7.80%	4.20%	3.00%	
	減輕作業	個數	14	12	60	10	11	107	
		百分比	15.20%	13.20%	17.00%	15.60%	11.60%	15.40%	
	同學協助	個數	7	5	30	4	6	52	
		百分比	7.60%	5.50%	8.50%	6.20%	6.30%	7.50%	
	放寬管理	個數	13	9	37	9	14	82	
		百分比	14.10%	9.90%	10.50%	14.10%	14.70%	11.80%	
	其他需求	個數	2	1	7	1	1	12	
		百分比	2.20%	1.10%	2.00%	1.60%	1.10%	1.70%	
	總和	個數	92	91	352	64	95	694	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=24.941；df=28；p>0.05									
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數	21	27	98	14	35	195	
		百分比	22.80%	29.30%	27.80%	21.50%	36.80%	28.00%	
	無障礙設施	個數	6	7	18	2	6	39	
		百分比	6.50%	7.60%	5.10%	3.10%	6.30%	5.60%	
	放寬管理	個數	21	16	63	9	15	124	
		百分比	22.80%	17.40%	17.90%	13.80%	15.80%	17.80%	
	工場作業	個數	3	4	22	4	6	39	
		百分比	3.30%	4.30%	6.20%	6.20%	6.30%	5.60%	
	經濟補助	個數	12	22	74	11	15	134	
		百分比	13.00%	23.90%	21.00%	16.90%	15.80%	19.30%	
	照護資源	個數	5	0	16	7	1	29	
		百分比	5.40%	0.00%	4.50%	10.80%	1.10%	4.20%	
	會客	個數	7	7	21	2	6	43	
		百分比	7.60%	7.60%	6.00%	3.10%	6.30%	6.20%	
	通信	個數	3	4	9	2	5	23	
		百分比	3.30%	4.30%	2.60%	3.10%	5.30%	3.30%	
	看醫生	個數	9	5	29	13	4	60	
		百分比	9.80%	5.40%	8.20%	20.00%	4.20%	8.60%	
	其他協助	個數	5	0	2	1	2	10	
		百分比	5.40%	0.00%	0.60%	1.50%	2.10%	1.40%	
	總和	個數	92	92	352	65	95	696	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=58.902；df=36；p<0.05									
最希望未來可以增	沒有使用需求	個數	20	18	82	12	28	160	
		百分比	22.20%	20.00%	23.20%	18.50%	30.10%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	28	25	92	24	25	194	
		百分比	31.10%	27.80%	26.10%	36.90%	26.90%	28.10%	

生活適應與處遇需求			犯罪類型	暴力犯罪	財產犯罪	毒品犯罪	公共危險	其他罪類	總和
加何種資源	更多文康活動	個數	17	18	64	10	13	122	
		百分比	18.90%	20.00%	18.10%	15.40%	14.00%	17.70%	
	可參與的工場作業	個數	5	4	26	1	4	40	
		百分比	5.60%	4.40%	7.40%	1.50%	4.30%	5.80%	
	更多教化活動	個數	10	14	45	9	16	94	
		百分比	11.10%	15.60%	12.70%	13.80%	17.20%	13.60%	
	長照資源	個數	5	6	25	2	4	42	
		百分比	5.60%	6.70%	7.10%	3.10%	4.30%	6.10%	
	輔具訂製	個數	2	1	3	2	1	9	
		百分比	2.20%	1.10%	0.80%	3.10%	1.10%	1.30%	
	其他協助	個數	3	4	16	5	2	30	
		百分比	3.30%	4.40%	4.50%	7.70%	2.20%	4.30%	
	總和	個數	90	90	353	65	93	691	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=20.734；df=28；p>0.05									

表 6-42 顯示在犯罪類型基本人口變項與處遇狀況及需求交叉分析結果，表可以發現：犯罪類型在何者是收容機關最缺乏的協助措施一個變項間達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：在「無障礙設施」所提供協助是否足夠 ($\chi^2=58.902$ ； $df=36$ ； $p<0.05$)變項上，暴力犯罪者以無使用需求與放寬管理佔最多數，各為 22.80%，財產犯罪、毒品犯罪、公共危險罪及其他罪類者，以無使用需求佔最多數，分別為 29.30%、27.80%、21.50%及 36.80%。

表 6-43 刑期與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			刑期分布	短期刑	中期刑	長期刑	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足	個數	17	32	44	93	
		百分比	9.40%	11.90%	16.90%	13.10%	
	不足	個數	55	75	80	210	
		百分比	30.60%	28.00%	30.70%	29.60%	
	足夠	個數	90	143	123	356	
		百分比	50.00%	53.40%	47.10%	50.20%	
	非常足夠	個數	18	18	14	50	
		百分比	10.00%	6.70%	5.40%	7.10%	
	總和	個數	180	268	261	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=9.648$ ；df=6；p>0.05							
在「無障礙設施」	非常不足	個數	13	27	31	71	
		百分比	7.20%	10.20%	11.90%	10.10%	
	不足	個數	52	67	77	196	
		百分比	28.90%	25.20%	29.60%	27.80%	
	足夠	個數	97	149	136	382	

生活適應與處遇需求			刑期分布	短期刑	中期刑	長期刑	總和
所提供協助是否足夠	非常足夠	百分比	53.90%	56.00%	52.30%	54.10%	
		個數	18	23	16	57	
		百分比	10.00%	8.60%	6.20%	8.10%	
	總和	個數	180	266	260	706	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ ² =5.838；df=6；p>0.05							
在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足	個數	15	22	30	67	
		百分比	8.30%	8.20%	11.50%	9.50%	
	不足	個數	32	57	61	150	
		百分比	17.80%	21.30%	23.40%	21.20%	
	足夠	個數	113	162	146	421	
		百分比	62.80%	60.70%	55.90%	59.50%	
	非常足夠	個數	20	26	24	70	
		百分比	11.10%	9.70%	9.20%	9.90%	
	總和	個數	180	267	261	708	
百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%			
χ ² =4.730；df=6；p>0.05							
在哪方面提供的協助措施是最常用	沒有使用需求	個數	46	62	65	173	
		百分比	25.80%	24.10%	24.90%	24.90%	
	看醫生	個數	73	91	101	265	
		百分比	41.00%	35.40%	38.70%	38.10%	
	無障礙設施	個數	6	12	9	27	
		百分比	3.40%	4.70%	3.40%	3.90%	
	輔具提供	個數	6	2	8	16	
		百分比	3.40%	0.80%	3.10%	2.30%	
	減輕作業	個數	18	36	35	89	
		百分比	10.10%	14.00%	13.40%	12.80%	
	同學協助	個數	12	19	7	38	
		百分比	6.70%	7.40%	2.70%	5.50%	
	放寬管理	個數	15	31	31	77	
		百分比	8.40%	12.10%	11.90%	11.10%	
	其他需求	個數	2	4	5	11	
		百分比	1.10%	1.60%	1.90%	1.60%	
	總和	個數	178	257	261	696	
百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%			
χ ² =15.119；df= 14；p>0.05							
何者是收容機關提供最有幫助的措施	沒有使用需求	個數	39	61	60	160	
		百分比	22.00%	23.10%	23.20%	22.90%	
	看醫生	個數	69	81	89	239	
		百分比	39.00%	30.70%	34.40%	34.10%	
	無障礙設施	個數	6	11	9	26	
		百分比	3.40%	4.20%	3.50%	3.70%	
	輔具提供	個數	4	7	10	21	
		百分比	2.30%	2.70%	3.90%	3.00%	
減輕作業	個數	26	40	41	107		
	百分比	14.70%	15.20%	15.80%	15.30%		

生活適應與處遇需求			刑期分布	短期刑	中期刑	長期刑	總和
	同學協助	個數	17	21	15	53	
		百分比	9.60%	8.00%	5.80%	7.60%	
	放寬管理	個數	15	39	28	82	
		百分比	8.50%	14.80%	10.80%	11.70%	
	其他需求	個數	1	4	7	12	
		百分比	0.60%	1.50%	2.70%	1.70%	
	總和	個數	177	264	259	700	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=12.492；df= 14；p>0.05							
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數	49	79	69	197	
		百分比	27.40%	29.70%	26.70%	28.00%	
	無障礙設施	個數	10	18	11	39	
		百分比	5.60%	6.80%	4.30%	5.50%	
	放寬管理	個數	25	50	49	124	
		百分比	14.00%	18.80%	19.00%	17.60%	
	工場作業	個數	11	19	10	40	
		百分比	6.10%	7.10%	3.90%	5.70%	
	經濟補助	個數	38	43	56	137	
		百分比	21.20%	16.20%	21.70%	19.50%	
	照護資源	個數	8	11	10	29	
		百分比	4.50%	4.10%	3.90%	4.10%	
	會客	個數	10	12	21	43	
		百分比	5.60%	4.50%	8.10%	6.10%	
	通信	個數	6	8	9	23	
		百分比	3.40%	3.00%	3.50%	3.30%	
	看醫生	個數	19	21	20	60	
		百分比	10.60%	7.90%	7.80%	8.50%	
	其他協助	個數	3	5	3	11	
		百分比	1.70%	1.90%	1.20%	1.60%	
	總和	個數	179	266	258	703	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
χ2=13.529；df=18；p>0.05							
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數	42	62	58	162	
		百分比	24.10%	23.50%	22.40%	23.20%	
	更多醫療專科	個數	51	68	76	195	
		百分比	29.30%	25.80%	29.30%	28.00%	
	更多文康活動	個數	29	46	48	123	
		百分比	16.70%	17.40%	18.50%	17.60%	
	可參與的工場作業	個數	11	17	12	40	
		百分比	6.30%	6.40%	4.60%	5.70%	
	更多教化活動	個數	30	36	28	94	
		百分比	17.20%	13.60%	10.80%	13.50%	
	長照資源	個數	6	17	19	42	
		百分比	3.40%	6.40%	7.30%	6.00%	
	輔具訂製	個數	1	3	5	9	
		百分比	0.60%	1.10%	1.90%	1.30%	

生活適應與處遇需求		刑期分布	短期刑	中期刑	長期刑	總和
	其他協助	個數	4	15	13	32
		百分比	2.30%	5.70%	5.00%	4.60%
	總和	個數	174	264	259	697
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	$\chi^2=16.262$ ； $df=14$ ； $p>0.05$					

表 6-43 顯示在刑期基本人口變項與處遇狀況及需求交叉分析結果，可以發現：刑期在各變項間達到統計上均未達到統計上的顯著水準。

表 6-44 是否領有身心障礙證明與處遇狀況及需求之交叉分析

生活適應與處遇需求			有無證明	沒有證明	領有證明	總和
在「醫療」方面所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	44	49	93	
		百分比	29.30%	8.80%	13.10%	
	不足夠	個數	59	151	210	
		百分比	39.30%	27.00%	29.60%	
	足夠	個數	44	313	357	
		百分比	29.30%	55.90%	50.30%	
	非常足夠	個數	3	47	50	
		百分比	2.00%	8.40%	7.00%	
	總和	個數	150	560	710	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=67.851$ ；df=3；p<0.001						
在「無障礙設施」所提供協助是否足夠	非常不足夠	個數	26	45	71	
		百分比	17.60%	8.10%	10.00%	
	不足夠	個數	58	138	196	
		百分比	39.20%	24.70%	27.70%	
	足夠	個數	58	324	382	
		百分比	39.20%	58.00%	54.00%	
	非常足夠	個數	6	52	58	
		百分比	4.10%	9.30%	8.20%	
	總和	個數	148	559	707	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=30.993$ ；df=3；p<0.001						
在「管理」所提供的協助是否足夠	非常不足夠	個數	31	36	67	
		百分比	20.70%	6.40%	9.40%	
	不足夠	個數	57	93	150	
		百分比	38.00%	16.60%	21.20%	
	足夠	個數	55	366	421	
		百分比	36.70%	65.50%	59.40%	
	非常足夠	個數	7	64	71	
		百分比	4.70%	11.40%	10.00%	
	總和	個數	150	559	709	
		百分比	100.00%	100.00%	100.00%	
$\chi^2=72.802$ ；df=3；p<0.001						
在哪	沒有使用	個數	12	161	173	

生活適應與處遇需求			有無證明	沒有證明	領有證明	總和
方面提供的協助措施是最常用	需求	百分比		8.30%	29.10%	24.80%
	看醫生	個數		59	206	265
		百分比		41.00%	37.30%	38.00%
	無障礙設施	個數		7	20	27
		百分比		4.90%	3.60%	3.90%
	輔具提供	個數		1	15	16
		百分比		0.70%	2.70%	2.30%
	減輕作業	個數		29	61	90
		百分比		20.10%	11.00%	12.90%
	同學協助	個數		6	32	38
		百分比		4.20%	5.80%	5.50%
	放寬管理	個數		28	49	77
		百分比		19.40%	8.90%	11.00%
	其他需求	個數		2	9	11
		百分比		1.40%	1.60%	1.60%
	總和	個數		144	553	697
百分比						
$\chi^2=42.293$; df= 7 ; p<0.001						
何者是收容機關提供最有幫助的措施	沒有使用需求	個數		20	140	160
		百分比		13.50%	25.30%	22.80%
	看醫生	個數		50	189	239
		百分比		33.80%	34.20%	34.10%
	無障礙設施	個數		3	23	26
		百分比		2.00%	4.20%	3.70%
	輔具提供	個數		8	14	22
		百分比		5.40%	2.50%	3.10%
	減輕作業	個數		27	80	107
		百分比		18.20%	14.50%	15.30%
	同學協助	個數		6	47	53
		百分比		4.10%	8.50%	7.60%
	放寬管理	個數		31	51	82
		百分比		20.90%	9.20%	11.70%
	其他需求	個數		3	9	12
		百分比		2.00%	1.60%	1.70%
	總和	個數		148	553	701
		百分比		100.00%	100.00%	100.00%
$\chi^2=29.604$; df= 7 ; p<0.001						
何者是收容機關最缺乏的協助措施	沒有使用需求	個數		21	176	197
		百分比		14.20%	31.70%	28.00%
	無障礙設施	個數		4	35	39
		百分比		2.70%	6.30%	5.50%
	放寬管理	個數		54	70	124
		百分比		36.50%	12.60%	17.60%
	工場作業	個數		6	34	40
		百分比		4.10%	6.10%	5.70%
	經濟補助	個數		27	111	138

生活適應與處遇需求			有無證明	沒有證明	領有證明	總和
	照護資源	百分比		18.20%	20.00%	19.60%
		個數		3	26	29
		百分比		2.00%	4.70%	4.10%
	會客	個數		13	30	43
		百分比		8.80%	5.40%	6.10%
	通信	個數		6	17	23
		百分比		4.10%	3.10%	3.30%
	看醫生	個數		12	48	60
		百分比		8.10%	8.60%	8.50%
	其他協助	個數		2	9	11
		百分比		1.40%	1.60%	1.60%
	總和	個數		148	556	704
		百分比		100.00%	100.00%	100.00%
	$\chi^2=59.045$; $df=9$; $p<0.001$					
最希望未來可以增加何種資源	沒有使用需求	個數		14	148	162
		百分比		9.70%	26.80%	23.20%
	更多醫療專科	個數		47	148	195
		百分比		32.40%	26.80%	27.90%
	更多文康活動	個數		31	92	123
		百分比		21.40%	16.60%	17.60%
	可參與的工場作業	個數		7	33	40
		百分比		4.80%	6.00%	5.70%
	更多教化活動	個數		25	69	94
		百分比		17.20%	12.50%	13.50%
	長照資源	個數		6	36	42
		百分比		4.10%	6.50%	6.00%
	輔具訂製	個數		1	9	10
		百分比		0.70%	1.60%	1.40%
	其他協助	個數		14	18	32
		百分比		9.70%	3.30%	4.60%
	總和	個數		145	553	698
		百分比		100.00%	100.00%	100.00%
$\chi^2=31.506$; $df=7$; $p<0.001$						

表 6-44 顯示在是否領有身心障礙證明人口變項與處遇狀況及需求交叉分析結果，可以發現：是否領有身心障礙證明在各變項間達到統計上均達到統計上的顯著水準，當進一步觀察，可以發現：(一)在醫療方面所提供協助是否足夠($\chi^2=67.851$; $df=3$; $p<0.001$)變項上，沒有身心障礙證明以不足夠佔最多數，為 39.30%，有身心障礙證明者以足夠佔多數，為 55.90%。(二)在無礙設施所提供協助是否足夠($\chi^2=30.993$; $df=3$; $p<0.001$)變項上，沒有身心障礙證明以不足夠及足夠佔最數，為 39.20，有身心障礙證明以足夠佔多數，為 58.00%。(三)在「管理」所提供的協助是否足夠($\chi^2=72.802$; $df=3$; $p<0.001$)，沒有身心障礙證明以以不足夠佔

多數，為 38.00%，有身心障礙證明以足夠佔多數，為 65.50%。(四)在哪方面提供的協助措施是最常使用($\chi^2=42.293$ ； $df=7$ ； $p<0.001$)，沒有身心障礙證明者與有身心障礙證明者，都以看醫生佔最多數，分別為 41.00%及 37.30%。(五)在何者是收容機關提供最有幫助的措施($\chi^2=29.604$ ； $df=7$ ； $p<0.001$)沒有身心障礙證明及有身心障礙證明者，都以看醫生佔最多數，分別為 33.80%及 34.20%。(六)在何者是收容機關最缺乏的協助措施($\chi^2=59.045$ ； $df=9$ ； $p<0.001$)，無身心障礙證明以放寬管理佔最多數，為 36.50%，有身心障礙證明者以沒有使用需求佔最多數，為 31.70%。(七)最希望未來可以增加何種資源($\chi^2=31.506$ ； $df=7$ ； $p<0.001$)，無身心障礙證明者以更多醫療專科佔最多數，為 32.40%，有身心障礙證明者以沒有使用需求與更多醫療專科佔最數，為 26.8%。

第三節 收容人對矯正機關強化身心健康處遇措施之期待

本研究於問卷第四部份為開放式題目，詢問「為維護我國監所收容人的身心健康，您是否有相關意見提供給監所參考？」共計有 361 位受訪者提供意見，經彙整分析，主要意見可分為以下幾個部分：

一、硬體設備

在硬體設備方面，主要整理三個部分，(一)許多受訪者建議的，認為應改善舍房擁擠程度，(二)較為個別受訪者提出的需求，研究者彙整認為均是希望提高生活品質的需求，(三)個別身心障礙者輔助借用的特殊需求，以下敘述之：

(一)希望改善舍房擁擠程度

約有 10 位受訪者都有提到舍房壅擠的問題，包括舍房太小、不通風覺得悶熱、床位太窄、廁所太小等，至收容人彼此間碰撞，加上夏天時易有汗味、排泄物等異味問題，故許多收容人希望生活空間可以增加。

(二)提高生活品質

在較為零星的建議中，有許多是收容人個人的需求，包括希望增加空調系統、改善餐飲口味與樣式、舍房內增設電視、收音機或書桌、增加用水量及水質改善、增加可以購買物品選項，如營養品等。研究者認為均為收容人欲增進生活品質的建議。

(三)輔具借用

目前矯正機關多有提供輔具的借用，例如拐杖、輪椅等類，但這類的輔具比較大眾化，較可供不同人使用，不過有 2 位收容人提及希望增加比較個人化的輔

具借用，例如助聽器等。

二、生活照護管理

在生活管理與照護上，主要有五個部分，包括希望可以放寬管理、增加身體活動量及與家人增加聯繫，是最多收容人提出的建議，另外還有長照需求及協助申請身心障礙證明等，以下敘述之。

(一)放寬管理

本研究調查對象當中，多數為非身心障礙收容人，有 32 位收容人希望戒護人員能以和顏悅色態度或收容人自主性的方式管理，包括能夠放寬不得抽菸的規定等。有關戒護人員管理態度，研究者以為雖然與收容人個人主觀感受有關係，但矯正機關的目標定位，究為維護安全，亦或是教化引導為重？也影響戒護人員的管理方式。

(二)增加身體活動量

在疫情期間，矯正機關為避免群聚感染，讓收容人多數時間待在舍房中，減少運動等群聚活動，因此高達 31 位收容人在意見中，明確提及希望能夠有增加活動量，例如戶外運動次數、競賽型運動等增加身體活動量的機會。

(三)增加與家人聯繫

目前的累進處遇制度，不同級別者在接見通訊上有不同的待遇，對於新收者而言，所受限制比較多，約有 30 位收容人希望能夠增加會客接見與通信次數、直接收到家人的照片、放寬打電話給家人限制等，此外，還有收容人希望能有與家人同住的機會，主要理由是想要藉與家人的接觸排解收容機關內的壓力、修復感情，以及擔心親人在家中的生活起居。也有家人一起進入矯正機關，希望能與收容在不同矯正機關的家人互相通信、彼此關心者。

(四)身心障礙者集中照護

在開放式問答中，對於身心障礙者的照顧，除了醫療需要外，收容人的主要意見是認為應該集中照顧與管理，包括認知功能障礙與身體功能障礙都建議集中同一區管理，並引進長照資源協助照顧。

(五)協助申請身心障礙證明

在我國，身心障礙社區資源的使用，常常都是以是否有身心障礙證明為依據，因此身心障礙收容人復歸社會時，若能夠有身心障礙證明，會較容易得到相關機關團體的協助。在本題項上，有 3 位收容人都提及矯正機關應該要協助有身心障礙情況之收容人取得衛生福利部核發之身心障礙證明，或協助已擁有身心障礙證

明者展延，以利其後續取得相關資源。

三、制度層面

本處分析所指之制度層面，是指現有的運行規定，經分析主要有以下四個部分，包括現行作業下再降低工作量、提高假釋機會、經濟協助、增加特定醫療措施等，以下敘述之。

(一)降低工作量

現行對於身心障礙者，矯正機關給予和緩處遇及減輕作業，並降低作業目標，但是在本研究調查中，除了身心障礙收容人外，包括沒有身心障礙情形者，有 38 位收容人提出減輕作業的希望，或是提及矯正機關內工作量及壓力過大、工作不實用，希望能夠降低工作量。

(二)提高假釋機會

在假釋制度方面，除了身心障礙收容人希望可以因為其障礙情況，提高其假釋機會，一般收容人則希望調整假釋門檻或放寬標準，約有 13 位收容人提及希望可以有機會盡早取得假釋的資格，離開收容機關。

(三)經濟協助

經濟是收容人非常關心的議題，雖然有許多收容人希望能夠降低作業量，但同時希望能夠提高作業金額，除了自給自足外，還能夠資助矯正機關外的家人。另外，約有 21 位受訪者在本題項上提及希望職訓的內容能夠與社會更為接軌，以及協助其取得職業證照，讓其一離開矯正機關就能夠投入就業市場。再者身心障礙收容人進入矯正機關後，相關補助津貼會隨之停發，因此有身心障礙收容人希冀社區中的福利措施在收容期間仍然可以持續，且有些身心障礙收容人受限於身體障礙狀況，無法賺取作業金，也無家人經濟支持，在收容機關中沒有金錢可以購買自費物品，因此希望能夠持續有金錢補貼。

(四)特定醫療措施

195 位有處遇需求的收容人在最希望矯正機關未來增加的處遇措施上，選擇增加更多醫療專科，而在本部分中，有收容人進一步指定增加專科的內容，其中有 6 位收容人提到增加中醫的門診，4 位收容人希望能有復健科門診，另外因為本研究調查期間新冠肺炎疫情較為嚴重，有 3 位收容人提到希望能夠施打疫苗。

第四節 收容人問卷調查結果綜合分析

本研究問卷調查在統計分為兩部分，第一部分為矯正機關收容人身心障礙盛

行率調查，另一部份為身心障礙收容人處遇需求調查。為了解身心障礙收容人需求，因此依據收容人是否領有身心障礙證明此一變項分別抽樣，領有身心障礙手冊證明者採配額抽樣，約占樣本數的 1/4，另外 3/4 的樣本則採隨機抽樣方式。依據前述問卷調查分析結果，綜合討論如下：

一、有關描述性統計分析結果

表 6-45 未持有身心障礙證明者身心障礙分布情形綜合分析

障礙別 \ 程度	輕度障礙		重度障礙	
	人數	百分比	人數	百分比
視力障礙	12	0.77%	0	0.00%
聽力障礙	8	0.51%	8	0.51%
下肢障礙	52	3.32%	1	0.06%
上肢障礙	7	0.45%	1	0.06%
智能障礙	30	1.92%	2	0.13%
精神障礙	66	4.21%	9	0.57%

備註：未持有身心障礙證明總樣本數為 1,568 人，其中 15 人為智能障礙合併精神障礙，但身體功能障礙者沒有認知功能障礙狀況。

我國衛生福利部對身心障礙採行標準較為嚴格，偏向於 ICD10 的醫療鑑定模式，注重身體功能的障礙情形，且許多障礙情形的判定需使用儀器檢測，在身體功能障礙上有較細的分類，因此我國持有身心障礙證明者占總人口數比例較國際低，且其中有較高比例的身體功能障礙。而本研究身體障礙工具採用「華盛頓小組簡短調查問項組」，該題組對身體功能障礙採取較寬鬆標準，且沒有包括臟器功能障礙，另在題組中沒有詢問障礙狀況的持續時間，因此若屬於輕度功能障礙者，可能是暫時性，或是受訪者個人的認知，但若是在該題組上選擇完全失去該項功能，本研究認為應較符合我國對身體功能障礙的定義。且審酌對於身體功能障礙極度嚴重者，矯正機關通常會予以保外就醫，另矯正機關身心障礙資源有限，對身心障礙者處遇措施應予合理調整，故在身體功能障礙認定上，本研究對於測量結果採取比較嚴格標準。故從表 6-45 未持有身心障礙證明者身心障礙分布情形綜合分析表中可得知，在未持有身心障礙證明者中，有 10 人有嚴重身體障礙情形，身體功能障礙者約占樣本數的 0.64%。

另本研究認知功能障礙部分，分為智能障礙與精神障礙兩部分，考量現行我國身心障礙鑑定偏重身體功能障礙，且矯正機關現行認知障礙測量上，僅有自殺傾向評估，故本研究在智能障礙與精神障礙的測試上採取多題項測試，題目內容

除參考國際測量工具外，另注意認知功能障礙發生的持續性，並經過精神科醫師及心理師審議，形成本研究認知障礙測量工具。在施測時，本研究考量我國矯正機關身心障礙資源有限，在認知功能障礙的閾值上已採取較高的標準，從表 6-45 未持有身心障礙證明者身心障礙分布情形綜合分析表中可得知，在未持有身心障礙證明者中，有 92 人有認知功能障礙，其中輕度認知功能障礙 96 人，重度智能認知功能障礙 11 人，有 15 人為智能障礙合併精神障礙，合計來看，認知功能障礙者占樣本數 5.86%。

表 6-46 基本人口變項與身心障礙分布情形綜合分析表

障礙程度 基本人口變項			有視力障礙	嚴重視力障礙	有聽力障礙	嚴重聽力障礙	有下肢障礙	嚴重下肢障礙	有上肢障礙	嚴重上肢障礙	有智能障礙	嚴重智能障礙	有精神障礙	嚴重精神障礙
性別	男生	百分比	0.90%	0.10%	0.60%	0.90%	3.80%	0.60%	0.90%	0.20%	3.50%	0.20%	5.40%	0.80%
	女生	百分比	1.30%	0.00%	0.30%	0.00%	0.80%	0.30%	0.30%	0.00%	2.60%	0.00%	6.50%	2.10%
年齡	20-29 歲	百分比	0.30%	0.00%	0.00%	0.60%	1.50%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	3.40%	1.20%
	30-39 歲	百分比	1.00%	0.00%	0.20%	1.00%	3.70%	0.40%	1.20%	0.20%	1.20%	0.20%	4.90%	1.60%
	40-49 歲	百分比	0.70%	0.00%	0.30%	0.10%	2.70%	0.30%	0.40%	0.00%	0.40%	0.00%	4.90%	0.80%
	50-59 歲	百分比	1.80%	0.00%	1.00%	0.80%	4.80%	1.50%	0.80%	0.50%	0.80%	0.50%	5.90%	0.50%
	60 歲以上	百分比	1.60%	0.50%	2.20%	1.60%	3.80%	0.50%	2.20%	0.00%	2.20%	0.00%	12.30 %	1.10%
犯罪類型	暴力犯罪	百分比	0.30%	0.00%	0.30%	1.00%	5.40%	0.30%	0.60%	0.00%	0.60%	0.00%	4.80%	1.90%
	財產犯罪	百分比	0.70%	0.00%	0.30%	0.30%	2.30%	0.00%	0.70%	0.00%	0.70%	0.00%	6.80%	1.00%
	毒品犯罪	百分比	1.00%	0.10%	0.40%	0.60%	3.60%	0.50%	0.70%	0.30%	0.70%	0.30%	4.10%	0.60%
	公共危險	百分比	2.40%	0.00%	1.60%	1.60%	1.60%	2.40%	1.60%	0.00%	1.60%	0.00%	10.60 %	1.60%
	其他案類	百分比	1.80%	0.00%	0.40%	0.90%	1.30%	0.90%	0.90%	0.00%	0.90%	0.00%	8.90%	0.90%
刑度	短期刑	百分比	0.80%	0.00%	0.60%	0.60%	0.80%	0.60%	0.40%	0.00%	0.40%	0.00%	5.60%	1.60%
	中期刑	百分比	0.90%	0.00%	0.50%	0.80%	2.80%	0.30%	1.00%	0.10%	1.00%	0.10%	6.60%	1.20%
	長期刑	百分比	1.30%	0.10%	0.50%	0.70%	5.50%	0.80%	0.70%	0.30%	0.70%	0.30%	4.30%	0.50%
入監前曾領有身心障礙證明	沒有	百分比	0.80%	0.00%	0.50%	0.50%	3.32%	0.06%	0.40%	0.10%	0.40%	0.10%	4.20%	0.60%
	有	百分比	1.80%	0.20%	0.50%	1.20%	3.21%	1.96%	1.60%	0.40%	1.60%	0.40%	9.20%	2.30%

從表 6-46 基本人口變項與身心障礙分布情形綜合分析上來看：

- (一)性別：女性收容人的精神障礙比例較男性為高，尤其是在嚴重精神障礙。
- (二)年齡：隨著年齡增長，有身心障礙比例有增加的趨勢，60 歲以上這組收容人，有障礙情形的比例普遍較其他年齡層高，尤其是在精神障礙部分，占該年齡層收容人比例一成以上。
- (三)犯罪類型：除了暴力犯罪者在一般下肢障礙有較高比例外，公共危險罪的收容人在其他障礙上均有最高的障礙比例，其中在精神障礙部份，有一成的公共危險罪收容人有精神障礙的情形。
- (四)刑度：從表 6-46 來看，長期刑的收容人以有下肢障礙的比例最高，短期刑及中刑期的收容人以精神障礙的比例最高。
- (五)入監前是否領有身心障礙證明：下肢障礙及精神障礙者，有較高比例在入監前未領有身心障礙證明。

表 6-47 有處遇需求收容人對矯正機關提供處遇措施滿意程度綜合分析

矯正機關處遇措施 收容人滿意程度	醫療處遇措施	無障礙設施	管理協助措施
非常不足夠	13.10%	10.04%	9.45%
不足夠	29.58%	27.72%	21.16%
足夠	50.28%	54.03%	59.38%
非常足夠	7.04%	8.20%	10.01%

從表 6-47 可以得知，有處遇需求的收容人，對矯正機關所提供的處遇措施以覺得足夠者佔大多數，但在醫療處遇、無障礙設施及管理協助上，有處遇需求的收容人，對於醫療處遇措施覺得不足夠或非常不足夠的比例高於另外兩者。顯見身心障礙收容人對於醫療處遇措施有較高的需求。

表 6-48 有處遇需求收容人處遇措施使用現況綜合分析

矯正機關處遇措施 收容人滿意程度	最常用處遇措施	最有幫助處遇措施
沒有需要協助	24.82%	22.82%
看醫生	38.02%	34.09%
無障礙設施	3.87%	3.71%
輔具提供	2.30%	3.14%
減輕作業	12.91%	15.26%
同學協助	5.45%	7.56%
放寬管理	11.05%	11.70%
其他	1.58%	1.71%

在有處遇需求收容人處遇措施使用現況上發現，還是以醫療需求佔大多數，

在最常使用與最有幫助的處遇措施上都是「看醫生」，其次為沒有需要幫助。另在於希望未來可以增加何種資源上，也有許多身心障礙收容人選擇增加更多醫療專科，顯示醫療對身心障礙者而言屬於重要的處遇。此外，在減輕作業上也是有一成以上的處遇需求收容人認為是最常使用與認為有幫助的處遇措施。而矯正機關對於身心障礙收容人常會請其他收容人予以協助，但僅有 7.56% 的有處遇需求收容人覺得這種處遇措施有幫助，也僅有 5.54% 的有處遇需求收容人會最常使用該項處遇措施。顯示多數身心障礙收容人仍保有生活獨立性，這也與深度訪談的研究結果相符合。

二、有關關聯性統計分析結果

表 6-49 各類別身心障礙收容人生活適應與處遇需求交叉分析達顯著差異一覽表

處遇狀況及 需求狀況 障礙類別	在「醫 療」方 面所提 供協助 是否足 夠	在「無 障礙設 施」所 提供協 助是否 足夠	在「管 理」所 提供的 協助是 否足夠	哪方面 提供的 協助措 施是最 常使用	何者是 收容機 關提供 最有幫 助措施	何者是 收容機 關最缺 乏的協 助措施	最希望 未來可 以增加 何種資 源
視力障礙							
聽力障礙							***
下肢障礙	***	***	***	***	***	***	***
上肢障礙	*	**	*	***	***	***	***
智能障礙		**	**	**			**
精神障礙	***	**	***	***	***	**	*

註：*代表 $p < 0.05$ ；**代表 $p < 0.01$ ；***代表 $p < 0.001$

表 6-49 為各類別身心障礙收容人生活適應與處遇需求交叉分析有達顯著差異者，有以下研究結論：

- (一) 視力障礙與各生活適應與處遇需求交叉分析結果，皆無顯著差異，顯示不同視力障礙程度的收容人在各變項的看法皆無明顯差異。
- (二) 聽力障礙與各生活適應與處遇需求交叉分析結果，僅有「最希望未來可以增加何種資源」題項上有顯著差異，有聽力障礙者以希望更多文康活動佔最多數，達 36.40%。
- (三) 下肢障礙與各生活適應與處遇需求交叉分析結果，與各題項均有達到統計上的顯著水準，有下肢障礙情形者相較無下肢障礙情形者，對於醫療、無障礙及管理協助等處遇措施，較為不滿意，以認為不足夠者占多數。其中有下肢障礙者認為矯正機關最缺乏的協助措施是放寬管理，有嚴重下肢障礙者則認為是無障礙設施。
- (四) 上肢障礙與各生活適應與處遇需求交叉分析結果，與各題項均有達到統計上的顯著水準，有上肢障礙情形者相較無下肢障礙情形者，對於醫療、無障礙及管理協助等處遇措施，較為不滿意，以認為不足夠者占多數。其中有上肢障礙者認為矯正機關最缺乏的協助措施是無障礙設施，嚴重上肢障礙者則認為是照護資源。

(五) 智能障礙與各生活適應與處遇需求交叉分析結果，僅在「在「無障礙設施」所提供協助是否足夠」、「管理所提供的協助是否足夠」、「哪方面提供的協助措施是最常使用」、「最希望未來可以增加何種資源」四個題項上達到統計上的顯著水準，其中相較於無智能障礙或輕度智能障礙者，嚴重智能障礙者對管理所提供的協助較不滿意，以認為不足夠者占多數。

(六) 精神障礙與各生活適應與處遇需求交叉分析結果，與各題項均有達到統計上的顯著水準，相較於沒有精神障礙者，有精神障礙者對於矯正機關在醫療方面的協助措施較不滿意，以認為不足夠者占多數。其中在矯正機關最缺乏的協助措施上，最多精神障礙者認為是放寬管理，嚴重精神障礙者則是以經濟補助占多數。顯現精神障礙者在矯正人員管理與醫療給予上有較高需求。

表 6-50 身心障礙收容人生活適應、處遇需求與基本人口變項交叉分析達顯著差異一覽表

處遇狀況及 需求狀況 基本人口 變項	在「醫 療」方 面所提 供協助 是否足 夠	在「無 障礙設 施」所 提供協 助是否 足夠	在「管 理」所 提供的 協助是 否足夠	哪方面 提供的 協助措 施是最 常使用	何者是 收容機 關提供 最有幫 助措施	何者是 收容機 關最缺 乏的協 助措施	最希望 未來可 以增加 何種資 源
性別				***	*		**
年齡		***	***			*	
犯罪類型						*	
刑期							
是否領有身 心障礙證明	***	***	***	***	***	***	***

註：*代表 $p < 0.05$ ；**代表 $p < 0.01$ ；***代表 $p < 0.001$

表 6-50 為身心障礙收容人生活適應、處遇需求與基本人口變項交叉分析有達顯著差異者，有以下研究結論：

(一) 性別與各題項交叉分析結果，僅在「哪方面提供的協助措施是最常使用」、「何者是收容機關提供最有幫助措施」及「最希望未來可以增加何種資源」三個題項上有顯著差異，然而男女的處遇需求雖均以醫療需求為主，但男性在最常使用「看醫生」的處遇上，相比於女性有較高的比例。而女性未來希望增加較多醫療專科的比例較男性的比例為高

(二) 年齡與各題項交叉分析結果，僅在「無障礙設施所提供協助是否足夠」、「管理所提供的協助是否足夠」及「何者是收容機關最缺乏的協助措施」三個題項上有顯著差異，雖然各年齡層都是以足夠或是沒有處遇需求占大多數，但年齡層越低者認為足夠或沒有需求的比例也越低，研究者以為，可能對於年紀較長者，矯正機關有較多的關心與照料。

(三) 犯罪類型與各題項交叉分析結果，僅在「何者是收容機關最缺乏的協助措施」題項上有顯著差異，各犯罪類類型都以無處遇需求佔多數，但暴力犯罪者以放寬管理佔次多數，財產費最、毒品犯罪及公共危險罪均以經濟補助佔次多數。

(四) 刑期與各題項交叉分析結果，皆無顯著差異，顯示不同刑期的收容人在各變項的看法皆無明顯差異。

(五) 是否領有身心障礙證明與各題項交叉分析結果，皆有顯著差異。各障礙別的收容人以在入監前已領有身攜障礙手冊者佔多數，顯示多數的身心障礙收容人在入監前已有身心障礙情形，不過值得注意的是，在各項處遇措施上，沒有身心障礙證明者的不滿意程度較有身心障礙證明者為高，認為不足夠者佔多數。無身心障礙證明者認為矯正機關最缺乏的處遇措施以「放寬管理」者佔最多數，但有身心障礙證明者以沒有需求佔最多數。推測其原因，可能是對於有身心障礙證明者則可能一開始就給予較多的協助與關照，對於無身心障礙證明但有處遇需求的收容人，因為第一時間並未發現其障礙情形，而給予一般收容人相同的對待，其身心障礙的處遇需求在初入監時較易為矯正機關所忽略。這也顯示讓身心障礙收容人在一開始就被辨識出來，是相當重要的事情，只有當矯正機關獲悉收容人有身心障礙情形，才能夠就其需求給予協助。

第七章 結論與建議

第一節 研究發現與結論

一、矯正機關身心障礙盛行率

(一)矯正機關內身心障礙盛行率，身體功能障礙約為 3.27%、認知功能障礙約為 7.77%

根據矯正署 2021 年 4 月統計，持有身心障礙證明(手冊)之身體功能障礙收容人佔 2.63%，認知功能障礙收容人佔 1.91%，明顯低於國際社會之盛行率，主因與我國衛生福利部對身心障礙採行標準較為嚴格，偏向於醫療鑑定模式有關。再就矯正機關收容人而言，可能因為種種因素沒有接受身心障礙鑑定，而未領有身心障礙證明。本研究目的之一，即是瞭解矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率，且不以持有身心障礙證明者為限。因此，本研究有關身心障礙盛行率的推估，分為二項來源，其一為前述已領有身心障礙證明者比率，另一個則是透過盛行率評估工具，發掘未領有身心障礙證明之個案。鑑於國內並沒有身心障礙盛行率評估工作，本研究乃參考國際社會之作法，將身心障礙者分為身體功能障礙與認知功能障礙兩大類，並使用國際常用的評估工具經本土化後，作為盛行率之評估工具。經調查顯示，有身心障礙情形但未持有身心障礙證明者，身體功能障礙者約佔總樣本數的 0.64%、認知功能障礙約佔總樣本數的 5.86%，加計前述持有身心障礙證明收容人比率，據此推估我國矯正機關身心障礙盛行率，身體功能障礙為 3.27%、認知功能智能障礙則為 7.77%，兩者合計為 11.04%。

(二)現階段我國矯正機關收容人身心障礙盛行率之估算應比先進國家低

《身心障礙者權利公約》序言指出：「身心障礙」是一個不斷發展的概念，身心障礙源於身心障礙者與態度和環境障礙之間的相互作用，阻礙他們在與他人平等的基礎上充分和有效地參與社會。」從這個概念出發，「身心障礙」是身心障礙者與環境中的障礙之間相互作用的結果。為使障礙者能充分有效地融入和參與社會活動，《公約》第 2 條特別強調「合理對待」此一名概念。就矯正機關而言，在不造成機關過度負擔情況下，針對有身心障礙狀況收容人之處遇，應進行必要及適當之修改與調整。考量我國矯正機關目前之資源明顯低於先進國家之矯正機關，現階段我國矯正機關收容人身心障礙盛行率之估算應比先進國家低。因此，本研究有關閾值之決定，先計算出調查分數之百分等級，並選取前 10%~15%

者為截止分數，據此推估有身體功能障礙之收容人約為 3.27%、而認知功能障礙者約為 7.77%。但值得一提者，審視英、美、澳、加及挪威等五國的盛行率均高於上述的比例。因此，未來實有必要持續進行收容人身心障礙盛行率之調查，並視矯正機關資源進行合理調整。

(三)各國矯正機關不僅使用社區身心障礙標準，且另有評估工具

我國矯正機關對身心障礙收容人的認定，主要是以是否持有衛生福利部核發之身心障礙證明為主，然檢視英美等 6 國的收容人身心障礙篩檢工具後發現，多數可由矯正人員或矯正機關內的醫療人員做篩檢的簡易篩檢工具，對於篩檢出有高身心障礙風險的收容人，再進一步由專業醫療人員執行鑑定，這樣做的好處是除了可以找出有治療需求的收容人外，並可及早發覺需要特別協助的收容人。惟我國目前做法，僅篩選有自殺風險之收容人，明顯不足。因此，未來應持續開發身心障礙評估工具，除做為調整處遇措施之依據外，並視收容人之意願，轉介醫療院所進行障礙評估。

二、我國身心障礙收容人生活適應情形

(一)矯正機關身心障礙收容人有共病情形

在國外矯正機關中，共病是普遍的現象，從本研究問卷調查中亦發現，未持有身心障礙證明但有身心障礙情形之收容人，有共病的情況，而受訪的矯正人員也提及多重障礙收容人在處遇的困難度高，其中尤以智能障礙合併精神障礙收容人的挑戰性最高。本研究有關盛行率之評估發現，有 15 人為「智能障礙合併精神障礙」，但身體功能障礙者，則沒有認知功能障礙狀況(參閱表 6-45)。

(二)女性收容人的精神障礙比率較男性為高，尤其是嚴重精神障礙

本研究有關盛行率評估發現，性別在下肢障礙與精神障礙上達到統計上的顯著水準，另從基本人口變項與身心障礙分布情形綜合分析，發現女性收容人在視覺障礙、精神障礙及嚴重精神障礙的比率高於男性。其中女性有精神障礙者為 6.5%、有嚴重精神障礙者為 2.10%，相較男性有精神障礙者為 5.40%、有嚴重精神障礙者為 0.8%，女性收容人有嚴重精神障礙的情形是男性收容人的 2.6 倍。從相關文獻探討中也發現，身心障礙處遇應重視不同性別者的需求。尤其是考慮精神障礙和收容人之間關係時，性別因素變得很重要，在設計針對女性身心障礙收容人的處遇方案時，需要考慮這些狀況。

(三)多數身心障礙收容人仍保有生活獨立性

矯正機關對於身心障礙收容人最常使用的處遇措施之一，是請其他無身心障礙情形的收容人予以協助，但從本研究問卷調查發現，僅 7.56%有處遇需求的收容人覺得此種處遇措施有幫助，也僅有 5.54%有處遇需求收容人認為最常使用該項處遇措施。另從本研究針對身心障礙收容人所做的深度訪談也發現，目前收容於矯正機關內的身心障礙者，其生活獨立性與在社區生活情形類似，矯正機關提供的保護性處遇方式不見得迎合其需求。因此，應視身心障礙收容人之需求，持續開發其他處遇措施。

(四)高齡與長期刑收容人是入監繼發性身心障礙發生的高危險群，包括失智、體能退化的預防是關懷重點

從文獻發現，在重刑化刑事政策下，長期刑人數增加，監獄人口老化及其照護問題，在英、美、澳等國成為矯正機關重要議題。另從本研究問卷調查發現，年齡是影響收容人身心障礙盛行率最顯著因子之一，隨著年齡增加，無論是身體功能障礙或是認知功能障礙的情形也會增多。因此，對於高齡與長期刑的收容人，包括失智或是體能退化問題等，是矯正機關未來在評估身心障礙收容人需求以及規劃處遇措施時，應一併考量的議題。

(五)有處遇需求但無身心障礙證明的收容人，對矯正機關處遇措施不滿意度較高

相較持有身心障礙證明收容人，沒有身心障礙證明者在各項處遇措施上，不滿意程度較有身心障礙證明者為高，其中又以認為「處遇措施不足夠」者占多數，認為不足夠或非常不足夠者合計比率在醫療方面的為 68.6%、在無障礙設施方面為 56.8%、在管理方面為 58.7%。推測其原因，可能為矯正機關缺乏身心障礙初篩工具，新收時僅以是否持有身心障礙證明作為判斷依據，無身心障礙證明但有處遇需求的收容人，由於第一時間並未被矯正人員發現其障礙情形，導致處遇需求易被忽略；再者，也可能在初入監時，障礙狀況不明顯，但因為服刑期間長，監禁的痛苦又惡化健康狀況，而導致出現障礙狀況。

三、矯正機關身心障礙收容人處遇需求

(一)多數身心障礙收容人認為矯正機關提供之處遇措施已足夠，最重視醫療措施

從本研究問卷調查中發現，有處遇需求的收容人，對矯正機關所提供的各項處遇措施以認為「足夠」者佔多數，其中在醫療處遇措施為 57.32%、無障礙設施為 62.23%、管理協助措施 69.39%。此外，矯正機關中的身心障礙收容人仍是以醫療需求為最大宗，有 38.02%的身心障礙收容人最常使用的處遇措施是看醫生，

34.09%的身心障礙收容人認為最有幫助的處遇措施是看醫生，在上述兩個項目中均為最高比例。另一方面，在「希望未來可以增加何種資源」上，也有 27.94%的身心障礙收容人選擇增加更多醫療專科。此外，在質性資料分析當中發現，由於矯正機關收容人已為健保納保對象，在矯正機關中資源相對完整，然在不同矯正機關間醫療資源落差大，且整體而言，在急重症醫療資源上仍較為缺乏。

(二)為避免病情惡化，身心障礙者出入監前的治療照護有延續性需求

為強化對收容人照護的連續性，WHO 建議，應該讓矯正機關的醫療與社區醫療融合，以加強矯正機關中的醫療系統與國家醫療系統之間的聯繫。而英國、加拿大近年來對收容人醫療照護的連續性相當重視，收容人從羈押、進入矯正機關到被釋放，相關措施包括特殊照護需求等個人資訊隨之轉移。本研究深度訪談發現，社區的身心障礙照護資源除沒有引進矯正機關外，身心障礙者的個人醫療與處遇資訊，相關機關亦未在收容人入監時主動提供，且我國收容人雖納入健保系統，但收容於矯正機關期間，所獲得的醫療照護，主要仍視收容機關的醫療資源，部分障礙別較少的收容人所需醫療資源，矯正機關可能沒有常設性的專科門診，在就醫上較為不便。

(三)認知障礙收容人被辨識需求高

本研究發現，有身心障礙情形但未持有身心障礙證明者中，身體功能障礙者佔總樣本數的 0.64%、認知功能障礙者佔總樣本數的 5.86%，認知功能障礙者未持有身心障礙證明的比例是身體障礙者的 9 倍之多，其中又以精神障礙者占多數。從文獻中也發現，由於精神疾病範圍廣泛，表現症狀各異，精神障礙收容人的辨識與需求，是目前許多矯正機關面臨的難題。從深度訪談也得到相同的結果，但從深度訪談中也發現，這類的障礙者一旦被辨識出，管理人員也認識其障礙特性，就可以改善認知功能障礙者的處境。

(四)身心障礙收容人希望有經濟上的協助

從文獻中發現，身心障礙者屬於較易陷入經濟弱勢的族群，而許多身心障礙收容人於入監前，即有經濟困難的情形，並具有福利身分。然依據我國現行相關福利法規規定，收容人於收容期間相關福利補助會暫停發放。本研究從問卷調查中發現，身心障礙收容人最希望矯正機關能夠給予的協助是經濟補助，因為其受限障礙情形，可能無法參加矯正機關內的工場作業。此外，部分身心障礙收容人對於出監後，如何維持經濟能力抱持高度憂心，因此希望能夠有工作技能訓練。

另從本研究深度訪談發現，現行矯正機關內的職業訓練，身心障礙收容人參與程度不高，原因之一是身心障礙收容人受限於障礙情形無法參與訓練，因此身心障礙收容人雖有職能訓練的需求，但現行提供的訓練項目亦恐難滿足。

(五)聽力障礙收容人最希望增加可參與的文康教化活動

深度訪談發現，矯正機關中的文康教化活動，以一般收容人為主要規畫對象，身心障礙收容人則依本身狀況選擇適合者參加。特別為身心障礙者設計的教化活動較少，若有，也是針對精神礙者居多。另外，經由問卷調查發現，聽覺障礙收容人相較於無聽覺障礙的收容人，最希望增加的處遇資源為文康教化活動，顯示聽覺障礙者在矯正機關中較缺乏這類的活動。事實上，包括挪威等國在內，對於聽覺障礙者，要求矯正機關應該提供手語通譯，以協助聽力障礙收容人參與活動，並協助與他人溝通。

(六)精神障礙收容人對矯正機關放寬管理有較高需求

從文獻中可以發現，精神障礙收容人需要矯正人員在管理上給予特殊的協助，例如相對於其他收容人，對於精神障礙者使用隔離或束縛的管理手段，可能會加劇其病情，矯正機關應格外注重與精神醫療機關的合作，才能有效管理精神障礙收容人。而本研究問卷調查亦發現，精神障礙收容人對於矯正機關各項管理措施以認為不足夠或是非常不足夠者居多，包括醫療措施 64.1%、管理措施 54.3%與無障礙設施 51.3%。另外，認為矯正機關最缺乏的處遇措施是放寬管理，占 27.6%。顯示：精神障礙收容人在矯正機關的管理協助上，有較高的處遇需求。

四、矯正機關處遇困境

(一)各矯正機關資源不一，無法提供足夠個別化處遇措施

矯正機關現有處遇措施，在設施、管理、作業、教化、文康、醫療、接見及通信上，均依照矯正署處遇計畫，針對各個身心障礙收容人需要給予，然而各矯正機關擁有的資源不一樣，有些身心障礙者的需求並不能夠被滿足。事實上，從訪談中發現，現行矯正機關資源難以負擔所有類別身心障礙收容人需求，縱使是資源較多的矯正機關，也很難為身心障礙提供足夠的個別化處遇。

(二)以持有身心障礙證明為主要識別方式，導致部分有身心障礙處遇需求者易被忽略

矯正機關識別有身心障礙處遇需求收容人，主要以是否持有身心障礙證明為主，對於認知功能障礙的收容人，有時也會由經驗豐富的矯正人員主動發現，經

通報再由心理師介入及醫師評估後確定。從本研究深度訪談與問卷調查都發現，現行的識別方式，無法完全辨識出有身心障礙處遇需求的收容人，因為矯正機關的環境與社區環境並不相同，且有身心障礙者可能因某種因素而沒有申請身心障礙證明，故在美、英等國會於入監時進行身心障礙評估。我國若按照現行方式，可能會造成部分有身心障礙狀況之收容人被漏接。

(三)矯正機關跨單位網絡合作執行困難

矯正機關現有資源缺乏，與其他網絡單位的合作並引進資源就顯得重要。然而深度訪談發現，矯正機關現行的網絡合作有許多困境，包括矯正機關大多未建置身心障礙跨單位網絡合作機制，因為網絡資源對口不明、權責不明，難以接觸社區資源，而矯正機關本身的處遇人力亦不足。尤其與社政機關的合作方面，存在：社政與矯正機關保外就醫安置責任分工未明；非正式社會支持系統不足之弱勢收容人出監後，社政系統服務無法銜接等。

(四)處遇人員人力不足

矯正署面對外界人權團體及監察院等單位的監督，近年積極推動各項計畫，但本研究深度訪談及焦點團體座談研究均發現，這些計畫雖然立意良好，然而內涵上疊床架屋，且計畫太多，致落實有困難。同時，各項計畫均提報執行成果列入檢討，亦使各矯正機關承辦人員須耗時整理簿冊提報執行成果，將使各項處遇流於形式，造成處遇人員的無力感。整體而言，現行矯正工作仍多以戒護安全為首要目標，加上處遇人員人力不足、且行政負擔過大，在落實身心障礙收容人的處遇上，面臨執行力不足的情形。

(五)矯正人員有關身心障礙認識之培訓內容及時間不夠

從文獻中發現，對身心障礙者的認識，可以增進一般人對其瞭解與體諒，現行我國矯正機關對於潛在身心障礙者的發現，多是第一線執行戒護的人員先察覺，進而轉介給醫療單位執行評估確認。但深度訪談發現，矯正機關中對於身心障礙者比較有瞭解的，多是有機會參加多元訓練的主管或是心理師，多數矯正人員則是以實務接觸為主，也較無機會參加有關身心障礙者相關的培訓課程。

(六)硬體設施及經費有待加強須行政院重視此一問題

文獻探討中發現，我國矯正機關建築大多年久，硬體設施亦多老舊，囿於經費之故擴建改善牛步；加上我國刑事政策變遷，矯正機關超額收容情形嚴重，使得矯正成效屢受質疑。我國矯正機關訂定收容人生活空間每人 4 平方公尺(相當

於 1.2 坪)標準,不及歐盟建議的每人 6 平方公尺(相當於 1.85 坪)。從本研究的開放式問卷調查中也發現,許多收容人希望改善舍房擁擠狀況。但深度訪談中發現,目前矯正機關難以在各個休閒、教化、作業場所及舍房都增設無障礙措施,提供無障礙設施的範圍有限,因此僅能集中收容。事實上,硬體設施改善牛步化與矯正經費捉襟見肘難脫關係,然而我國矯正經費從各國比較中可以得知與其他國家落差巨大,因此僅能就現有資源合理調整身心障礙收容人的處境。若要改善此一問題,有待行政院重視,編列專款才有辦法快速解決。

(七)老化及多重障礙者處遇困難,矯正機關尚未與社區長照資源結合

我國矯正機關收容人高齡化及老化問題已逐漸顯現,未來矯正機關對於長照資源的需求上亦會逐漸增加。文獻探討中發現,相較年輕的收容人,年齡較大的收容人更容易感受到障礙對其收容期間生活之影響。在問卷調查中發現,隨著年齡增加,收容人有身心障礙的比例也隨之增加。矯正機關中廣泛使用的上、下床舖、浴室設施以及樓梯等,是高齡收容人在收容處遇中面臨的最大困難。由於收容人的身心障礙情況可能會對其他方面的健康狀況產生影響,進而使矯正機關面臨收容人日漸複雜之醫療資源需求,我國矯正機關每年雖定期規劃收容人參加長照技能訓練課程,但訓練的人數與量能是否足以因應未來收容人高齡化之現象,仍有待後續評估。本研究受訪者對於長照資源需求,不僅限於對高齡收容人生活起居之照護,更進一步希望能夠得到現行社區推動之長照計畫服務,特別是延緩收容人認知及身體等各項官能之退化照護預防,是目前矯正機關內十分欠缺的資源,因此期待社區長照資源能夠引進。

第二節 研究建議

一、 近程建議事項

(一)應注意收容人於矯正環境中產生的障礙情形,且疑似身心障礙者應比照持有身心障礙證明者之處遇

身心障礙者因為種種因素,不見得會申請身心障礙證明,且在身心障礙情形中,環境影響因素亦為很重要的評估。因此,社區身心障礙者分類方式並不能夠完全適用於矯正機關的特殊環境,參考人權公約及國外作法,建議身心障礙收容人應不以持有衛生福利部核發之身心障礙證明為限。在矯正環境中,即使沒有身心障礙證明者,但如果有出現身心障礙的情形,則應該比照身心障礙者,施予個別化處遇措施。雖然矯正署在 2021 年所修定之「矯正機關身心障礙收容人處遇

計畫」適用對象不限於持有身心障礙證明者，還包括醫生認定適用該處遇計畫之收容人，但該計畫的身心障礙分類仍採照我國現行身心障礙分類，與國外做法相去甚遠。鑑於矯正機關環境之特殊性以及《身心障礙者權益保障法》第 85 條之規定，建議矯正機關應注意收容人在矯正環境中產生的障礙情形，並於計畫中有關身心障礙的分類上再為斟酌。

(二)每位身心障礙收容人都應有能夠參加的文康或教化活動

從相關研究文獻發現，提供健康和社會護理支持的範圍應集中在讓障礙者有機會享受與沒有障礙者類似的幸福感和生活品質，其中與他人進行有意義的互動，已被視為收容人的基本人權；深度訪談發現，部分障礙別收容人受限於障礙情形，無法參加文康活動；問卷調查也發現，聽力障礙者希望增加較多之文康或教化活動。為維護身心障礙收容人權益，本研究建議：每位身心障礙收容人每個月應該有參加一次以上與其他收容人互動之文康或教化活動之機會。

(三)盤點所需身心障礙資源並整合各項處遇計畫以簡化行政負擔

矯正機關立即可做的事情之一，是盤點目前矯正機關擁有哪些資源及缺乏何種身心障礙資源？才能夠在合理的範圍內做規定，俾便後續協調時可明確指出應優先引進那些社區身心障礙網絡資源。另外，為減輕處遇人員的龐大工作負擔，除了增加處遇人力外，矯正署現所施行的各種計畫中，是否有疊床架屋者，先做整理與簡化，且矯正機關各項資源有限，對於身心障礙收容人合理的處遇措施，並非是要求矯正機關需一步到位；各項處遇計畫結果的呈現，也不應該追求數字績效。為讓處遇人員踏實地做好處遇工作，建議應該簡化各項不必要的行政負擔，並以實際效益為評估標準。

(四)提升矯正人員對於身心障礙收容人的認識

國外研究顯示，增進矯正人員對身心障礙收容人的瞭解，能夠改善身心障礙收容人處境。另從深度訪談分析中發現，戒護人員常是第一時間發現潛藏身心障礙收容人者，且從問卷調查發現，戒護人員的管理方式對身心障礙收容人而言，是處遇措施成效的重要影響因素，因此實有必要增進戒護人員對身心障礙者的瞭解。參考國外做法，本研究建議：身心障礙收容人場舍主管，應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練，另外，矯正機關也應定期召開研討會，讓戒護人員與處遇人員討論身心障礙收容人收容和處遇情況，並交換意見。

(五)落實轉銜會議並建置資源資料庫

身心障礙收容人通常於入監前即有身心障礙狀況，矯正機關為提供照護和處遇，應該主動了解其過去在社區所接受的社政服務、醫療情形等相關個人資訊，而在收容人出監前，應該召集社區身心障礙者相關協助網絡單位，就該收容人復歸社會後應繼續給予何種協助進行研討，矯正機關亦應提供收容期間的處遇狀況。若有必要，應讓社政單位、更生保護協會等提前在收容人出監前，進入矯正機關先予輔導。另外，為落實上述的轉銜，矯正機關應蒐集相關網絡資訊，或協調衛生福利部或勞動部等部會，建置資源資料庫提供身心障礙者服務單位的窗口，以便矯正機關連繫。

(六)矯正機關應盤點收容人所需之醫療資源適度進行調整

本研究發現，雖然目前矯正機關有關收容人所需之醫療已有所改善，然部分身心障礙收容人所需之醫療項目仍有不足之處，且不同矯正機關間醫療資源落差大，尤以急重症醫療資源上仍較為缺乏。建議各矯正機關都應盤點收容人所需之醫療資源，並適度進行調整以滿足收容人之醫療人權。

(七)現行「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」調整建議

原指引內容	修正內容	說明
肆、處遇對象 處遇對象仍依據 WHO 所頒布「國際健康功能與身心障礙分類系統(簡稱 ICF)」之八大分類。	肆、處遇對象 處遇對象仍依據 WHO 所頒布「國際健康功能與身心障礙分類系統(簡稱 ICF)」之八大分類， <u>及經收容機關權責單位認定有身心障礙之情形者。</u>	社區身心障礙者分類方式並不能夠完全適用於矯正機關的特殊環境，參考國外及人權公約建議作法，身心障礙收容人應不以持有為衛生福利部核發之身心障礙手冊為限。爰仍維持原建議修正內容。
三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。	三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。 <u>另身體功能障礙收容人輔助設備(如助聽器、輪椅及義肢)，除非緊急情況發生，否則從收容人身上移走</u>	參考美國聯邦矯正署 2017 年的「身心障礙收容人處遇計畫」規定，並依據我國矯正機關實際情形調整。

原指引內容	修正內容	說明
	<u>設備之前，應諮詢醫事人員建議。</u>	
二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗(簡式健康量表、病人健康問卷等)，針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解；並得從其曾接受過社區服務之社工或個管師，取得相關治療與服務評估等資料。	二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗(簡式健康量表、病人健康問卷等)，針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解；<u>若持有身心障礙證明或疑似為身心障礙者，應主動了解過去醫療紀錄，及從其曾接受過社區服務之社工或個管師，取得相關治療與服務評估等資料，並安排於收容期間做接續性治療。</u>	問卷調查發現醫療需求是身心障礙收容人最常使用與認為幫助最大的處遇措施，且從相關國際人權公約及世界先進國家作法，有關身心障礙收容人的照護應該具有銜接性，爰建議收容機關應主動了解及安排身心障礙者醫療需求。
陸、處遇之合理調整 一、教化或輔導(二)教化事宜	<u>5.文康活動：身心障礙收容人每月至少一次與其他收容人共同參與教化活動，但經教化人員評估不適合者不在此限。</u>	一、本點新增 二、檢視學者觀點認為，提供健康和社會護理支持的範圍應集中在讓障礙者有機會享受與沒有障礙者類似的幸福感和生活品質，其中與他人進行有意義的互動，已被視為收容人的基本人權，深度訪談發現，部分障礙別收容人受限於障礙情形，無法參加文康活動，問卷調查也發現，聽力障礙者希望增加較多之文康或教化活動。綜上，為維護身心障礙收容人權益，爰建議新增。

二、 中長程建議事項

(一)修改相關法律將社區身心障礙資源導入矯正機關

我國身心障礙者若進入矯正機關後，多數全由矯正機關照護，與社區的身心障礙資源和福利措施脫鉤，因此降低收容人取得身心障礙證明的意願，這類無身心障礙證明的身心障礙收容人，在未來出監後身心障礙資源的銜接上易受影響。但包括挪威等國，是將社區的身心障礙資源導入矯正機關中，以確保收容人無論是入監前後，或是在出監的轉銜上不會中斷。但現行矯正機關在網絡合作上面臨許多困難，原因之一是礙於現行法令的限制，並未強制要求社區的身心障礙資源應挹注矯正機關以協助收容人。本研究建議，為了維護身心障礙者的基本人權，應整合社區的身心障礙資源並導入矯正機關，以延續身心障礙者在各面向照護的延續性，衛生福利部等主管機關應該修改相關法規以符需求。在法律修正之前，為避免造成空窗期，社政機關或許可以先採用指定專人負責的方式，與矯正機關合作，對其需求性予以追蹤，並將相關社區資源與收容機關相連結，俾利提供協助。

(二)建構身心障礙收容人跨網絡協助平台

為維護身心障礙者在矯正機關權益，應針對收容人之障礙處境擬訂個別化處遇計畫，結合社政、醫療、長照、教育、就業職訓等相關單位通力合作，提供身心障礙收容人持續性的個別化整體措施，且身心障礙者所需的協助通常涉及許多政府機關，因此建議，應建構跨網絡的協助平台以利合作。目前我國社政領域當中，對於跨網絡合作機制並不陌生，除目前行政院刻在推動的社會安全防護網之外，包括家庭暴力、性侵害等防治工作，都有類似的合作模式可供參考，有關身心障礙收容人所需之處遇措施，亦應建構跨網絡協助平台，藉以破現行單純仰賴矯正機關單打獨鬥給予的情況，朝跨網絡合作模式發展。

(三)應有政府部門作為連接矯正機關與社區身心障礙福利資源的橋樑

從相關國際人權公約及世界先進國家作法，有關身心障礙收容人的照護應該具有銜接性。除了上述於收容期間引進社區資源協助外，出監前的銜接與協助復歸社會，亦不能忽視。法務部指導之更生保護協會，以輔導出獄人自立更生，適於社會生活，預防再犯為目標，在全國各地設有分會，鄉、鎮(市)或區設置更生保護輔導區。本研究建議，應可以該協會為橋梁，作為矯正機關與其他社政單位的橋樑。

(四)協助身心障礙收容人取得身心障礙證明

本研究問卷調查發現，在矯正機關中仍有一定比率收容人未領有衛生福利部

核發之身心障礙證明。由於我國社區現有身心障礙者協助與照護資源，須以持有身心障礙證明為限，然矯正機關收容人在入監前常因各種因素未接受身心障礙鑑定，或因長期監禁而逐漸老化等因素致未取得相關證明。為利身心障礙收容人出監後的照護，矯正機關應與衛生福利部協調，可以將社區中有關身心障礙鑑定機制引入矯正機關中，讓收容人在矯正機關中即可接受相關鑑定。

(五)建置身心障礙收容人個案管理系統

現行《身心障礙者權益保障法》採用世界衛生組織之「國際健康功能與身心障礙分類系統」(ICF)，最大特色之一，是對身心障礙者進行需求評估。身心障礙各項福利與服務，改由地方政府指派社工員主動辦理需求評估，並依據身心障礙者生涯發展需求，納入生涯轉銜及個案管理服務概念。我國身心障礙者一旦入監，就幾乎與社政系統脫鉤，若是能夠建置身心障礙收容人個案管理系統，與社政單位的資料進行連結，將每位收容人曾接受過何種治療、處遇措施與醫療狀況等，都有電子化系統可以管理，並指定專業人員為個案管理師，負責身心障礙收容人處遇工作，針對收容人的障礙別及程度提供不同的處遇，並由個案管理師協助連結外界資源與系統管理。

(六)應開發簡易身心障礙篩檢工具並定期對所有收容人進行身心障礙狀況評估

國外研究發現，身心障礙收容人有被辨識之需求。而從問卷調查發現，相較於領有身心障礙證明者，未領有證明之身心障礙收容人，對於矯正機關的協助措施認為不足夠或非常不足夠者占多數。雖然以我國矯正機關現有資源及身心障礙評估工具，難以大規模的定期對所有收容人進行身心障礙情形評估，但參考世界先進國家作法，為避免無法及時給予隱性身心障礙收容人協助，建議矯正機關應持續發展本土的簡易身心障礙篩檢工具後，定期對所有收容人進行身心障礙評估，而對於篩檢出的疑似身心障礙者，在本人同意後進一步轉介醫療機關進行專業鑑定。

(七)矯正人員應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練

國外研究顯示，增進矯正人員對身心障礙收容人的了解，能夠改善身心障礙收容人處境。另從深度訪談分析中發現，戒護人員常是第一時間發現潛藏身心障礙收容人者，且從問卷調查發現，教輔與戒護人員的管理方式對身心障礙收容人而言是處遇措施中重要的影響因素。因此，實有必要增進教輔與戒護人員對身心障礙者的了解，且應定期與處遇人員召開座談會討論並交換意見。建議未來在身

心障礙收容人處遇指引中，應增加「教輔人員及戒護人員，應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練；另收容機關定期亦應舉辦戒護人員與處遇人員應共同參加的身心障礙收容人座談會。」

三、未來研究建議

(一)持續發展及建構我國收容人身心障礙初篩量表並建構適用於矯正機關的身心障礙鑑定模式

矯正機關是特殊環境，包括英、美等國對於矯正機關的收容人均有使用特殊量表來評估收容人的身心障礙情形，並非全然以社區的身心障礙標準作為矯正機關內身心障礙的標準。我國矯正機關現行是以衛生福利部核發之身心障礙證明來判定收容人有無身心障礙情形。然監察院曾糾正衛福部對身心障礙者的認定，未依法納入「活動參與及環境因素」評估結果，造成無法充分掌握及發掘身心障礙者及其家庭的實際處境與需要。因此矯正機關實可參考國內外收容人身心障礙評估量表，或以本研究所建構之身心障礙情形及處遇需求評估工具，持續發展本土化量表，以篩檢矯正機關收容人身心障礙情形。同時，為建構在矯正機關中即可協助收容人申請身心障礙證明，建議可應用所開發之評估工具與醫療鑑定相結合，初期可以選取數個矯正機關為試辦單位，研發適用於矯正機關的身心障礙鑑定模式。

(二)關注年長收容人處遇需求

在重刑化刑事政策下，長期刑人數增加，監獄人口老化及其照護的問題，在英、美、澳等國成為矯正機關重要議題。而隨著收容人年紀在長期監禁的環境下漸增，可能會產生初入監時所沒有的身心障礙症狀，在歐洲議會的指引中，也建議應定期對年長收容人進行健康篩檢 (Health Services Management Centre, 2007:31)。此外，研究顯示，收容人的生理年齡比一般社區人口的年齡增長快得多，原因之一可能是因為矯正機關缺乏適當的醫療保健而惡化健康狀況，以及生活在監獄中的沉重壓力所造成 (Chen, 2017; ACLU, 2012)。我國在年長收容人部分，60歲以上的收容人約佔全體收容人6%，從本研究問卷調查發現，隨著年齡增加，收容人在身體功能與認知功能障礙情形有增加的趨勢，目前矯正機關針對年長收容人雖有諸多照護與處遇措施，但應可進一步對其生活適應及處遇需求進行調查研究，比較其與身心障礙收容人相同或相異之處，以利在政策制定及資源分配上進行整體考量。

(三)應針對未成年身心障礙收容人處遇需求進行調查

不同年齡層之身心障礙者處遇需求不一，應分別評估其需求和盛行率。鑒於國內目前尚無身心障礙盛行率評估工具，本研究礙於研究期程，僅能就成年身心障礙收容人之盛行率及其處遇需求進行評估研究。建議未來應再就未成年收容人之身心障礙盛行率與處遇需求進行調查與評估，據以針對其需求進行合理調整。

第三節 研究限制

一、受限於研究期程僅能建構矯正機關收容人身心障礙評估工具之初稿

我國身心障礙證明之核發雖採 ICF 架構，但仍偏重醫療鑑定，忽略環境影響因素，且部分身心障礙者因各種因素未申請身心障礙鑑定而無從取得身心障礙證明。再者，我國並未如其它先進國家針對身心障礙盛行率進行調查，就此部分，曾有學者提出來批評，監察院也曾介入調查。因此，本研究為發掘未領有身心障礙收容人之處遇需求，乃參採 WHO 以及其它國家有關身心障礙盛行率之調查工具，藉以編制問卷對矯正機關收容人進行問卷調查。雖然本研究力求評估工具之品質並獲得良好的信度，但礙於研究期程，無法了解工具之穩定度；再者，在國內針對疑似身心障礙者須經由醫療單位鑑定通過，方能領取障礙證明，致亦無法了解本工具之效度為何？仍需更多實證研究驗證，此乃本研究限制之一。

二、國外身心障礙收容人處遇資料蒐集限制

本研究參考美國、英國、加拿大、澳洲、挪威、日本等六國的身心障礙收容人處遇制度，希望能藉由瞭解上述六國的法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括：設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信)等，做為我國處遇之參考。然而許多上述國家資料屬於庶務工作之內容，不見得會見諸於文獻資料，或是置於網站供公眾瀏覽，若要完整取得所有資料，尚須透過其他的管道蒐集，譬如請我國駐外人員與當地政府機關聯絡，以取得該國矯正機關內部資料。本研究以國內外文獻及網路瀏覽等方式蒐集上揭資料，但仍有部分資料無法蒐集到之遺憾。

三、僅以成年身心障礙收容人為研究對象，未及於少年之身心障礙收容人

鑒於不同年齡層身心障礙收容人的障礙狀況，以及處遇需求皆有所不同。本研究受限於研究期程，以及身心障礙盛行率評估工具之制定需要耗費龐大研究資源，故僅以成年身心障礙收容人為研究對象，未及於少年之身心障礙收容人之盛行率和處遇需求。

參考書目

一、中文參考書目

- 王幼玲、楊芳婉(2020)。109 內正 0011 號糾正衛生福利部案文。搜尋網址：
<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=17016>。
- 王育瑜、謝儒賢(2015)。需求評估的假象，社會控制的事實：身心障礙鑑定評估新制的批判。《社區發展季刊》，150，頁 123-133。
- 王佳玉、花茂琴、邱銘章、朱怡娟、陳獻宗、葉炳強、柯慧貞、陸汝斌、彭家勛(2003)。簡式智能評估(MMSE)與臨床失智量表(CDR)在評估阿茲海默型失智症之比較。《台灣精神醫學》，17(1)，頁 23-31。
- 王國羽(2012)。世界衛生組織分類系統與障礙測量議題。收錄於王國羽、林昭吟、張恆豪（合編）。《障礙研究：理論與政策應用》，頁 71-100。高雄：巨流出版社。
- 王國羽(2018)。人權取向之障礙模型對臺灣身心障礙政策與服務的運用。《社區發展季刊》，162，頁 125-136。
- 王雲東、陳秋蓉(2008)。身心障礙者職場壓力、社會支持與健康生活品質之關連性研究。《社區發展季刊》，121，頁 343-362。
- 立法院(2014)。第 8 屆第 5 會期第 9 次會議議案關係文書。
- 江振亨、黃天鈺(2015)。《澳大利亞矯正機關參訪紀實》。法務部矯正署 104 年出國報告。
- 自由時報(2021)。1 個月內 4 名受刑人死亡，澎監、矯正署被監院糾正。搜尋日期：2021.4.18。搜尋網址：
https://news.ltn.com.tw/news/politics/breakingnews/3499589?utm_medium=R&utm_campaign=SHARE&utm_source=LINE。
- 何展旭(2013)。《日本死刑制度現況之探討》。財團法人國家政策研究基金會國政評論。網址：<https://www.npf.org.tw/1/11940>。
- 李政洋、陳虹汶、李玉嬋、唐婉如、方俊凱(2011)。癌症照顧的自殺防治。《內科學誌》，22，頁 235-343。
- 李傑清(2012)。日本全面修正監獄行刑法的理念與實務。《犯罪、刑罰與矯正研究》，4(1)，頁 1-19。
- 周月清、朱貽莊(2011)。檢視台灣身心障礙福利政策與法案之歷史進行與變革。社會福利模式－從傳承到創新研討會。
- 周月清、張恆豪(2016)。新制身心障礙鑑定與需求評估(ICF)執行之探討：身心障礙服務使用者觀點。《東吳社會工作學報》，32，頁 1-34。
- 周宇翔、李宜靜(2017)。什麼是「障礙」？誰是「障礙者」？
<https://npost.tw/archives/36620>。

- 周憐嫻、李茂生、林育聖、Hebenton,B(2011)。我國矯正政策與管理機制之研究，行政院研究發展考核委員會委託研究。
- 孟維德、黃翠紋、蔡田木、溫翎佑、呂豐足、周坤寶(2020)。矯正機關性別平等與公務人力評估-監獄官與監所管理員考試性別設限之實證研究。法務部矯正署委託研究。
- 林本源(2010)。國小學生體育態度簡式量表編製研究。臺灣體育學術研究，48，頁 115-138。
- 林光華(2018)。長照社區個案的評估、介入與預防—失智與認知功能障礙者。107 年度長期照護物理治療 Level II訓練課程。
- 林孟屏、陸鳳屏(2019)。住院中周全性老年評估之應用與實證。內科學誌，30，頁 2-6。
- 林淑馨(2012)。日本矯正機構民營化之現況、課題與啟示。公共行政學報，43，頁 1-33。
- 林萬億(2006)。臺灣的社會福利—歷史經驗與制度分析。臺北：五南。
- 林詩韻(2019)。受監護處分男性精神疾病患者再犯因子分析。臺北大學犯罪學研究所碩士論文。
- 法 務 部 矯 正 署 (2018)， 矯 正 白 皮 書， 網 址：
<https://www.mjac.moj.gov.tw/4786/4905/4907/92698/post>
- 法務部矯正署(2021)，矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引。
- 邱大昕(2011)。誰是身心障礙者—從身心障礙鑑定的演變看「國際健康功能與身心障礙分類系統」(ICF)的實施。社會政策與社會工作學刊，15(2)，頁 187-213。
- 邱滿艷(2011)。從身心障礙者權益保障法探討身心障礙者需求與地方政府資源。特殊教育季刊，118，頁 13-23。
- 姚開屏(2002)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用。台灣醫學，6(2)，頁 193-200。
- 姚開屏(2010)。發展與驗證台灣版 WHOQOL-OLD 問卷。行政院國家科學委員會專題計畫。
- 姚奮志(2016)。身心障礙者個案管理及生涯轉銜服務：現況分析檢討與發展。臺灣社區工作與社區研究學刊，6 (1)，頁 77-138。
- 紀佳芬(2003)。身心障礙者職務再設計與工作改善。臺北：五南。
- 孫碧霞、邱樣、唐昌豪(2004)。考察日本身心障礙者就業服務制度報告。行政院勞工委員會職業訓練局出國考察報告。
- 翁栢萱(2019)。監所環境措施落實基本人權保障之研析，網址：
<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=5249&pid=184934>。
- 財團法人更生保護會(2021)。更生保護流程介紹。網址：<https://www.after-care.org.tw/cht/index.php?code=list&ids=27#.YK3LC7czbIU>
- 張千惠、鄭永福、金慧珍、李昕寧(2013)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問

- 卷 (WHOQOL-BREF)應用於重度視障成人樣本之信、效度考驗研究。教育心理學報，44，頁 521-536。
- 張恆豪、顏詩耕(2011)。從慈善邁向權利：臺灣身心障礙福利的發展與挑戰。社區發展季刊，133，頁 402-416。
- 張恆豪、蘇峰山(2009)。書評：Disability Rights and Wrongs。台灣社會福利學刊，7(2)，頁 191-205。
- 張春興(2009)。張氏心理學辭典(2 版 4 刷)。臺北：東華書局。
- 張桓豪(2015)。障礙的鑑定與再分配政治：以大臺北地區的「殘障」停車位爭議為例。社會政策與社會工作學刊，19(1)，頁 91-138。
- 梁美榮、姚奮志(2019)。身心障礙法定需求評估與個案管理服務整合之研究。台灣社區工作與社區研究學刊，9(2)，頁113-160。
- 莊閔妃(2007)。評估畫鐘測驗於辨識失智症患者行為精神症狀之適用性。花蓮：慈濟大學神經科學研究所碩士論文。
- 莊曜鎂(2015)。社區衛生工作人員健康生活方式與生活品質之相關性研究。國立台北健康護理大學護理系碩士論文。
- 許嘉純、姚開屏、胡海國和熊秉荃(2005)。臺灣版精神分裂症病人生活品質評量表：信度與效度之研究。台灣精神醫學，19(1)，頁 33-46。
- 郭乃文、劉秀枝、王珮芳、廖光淦、甄瑞興、林恭平、...徐道昌(1988)。簡短式智能評估之中文施測與常模建立。中華民國復健醫學會雜誌，(16)，頁 52-59。
- 郭曉燕(2008)。臺灣正常中老年人彩色路徑描繪測驗之常模研究。臺北：國立臺灣大學心理學研究所碩士論文。
- 陳心怡(1999)。「簡式」魏氏兒童智力量表之建立研究－四個分測驗之組合。測驗年刊，46(2)，頁 13-32。
- 陳心怡(2002)。台灣魏氏成人量表第三版(WAIS-III)施測時間估計及其響因素研究。測驗年刊，49(1)，頁 39-50。
- 陳志強(2009)。監所的醫療業務。家庭醫學與基層醫療，24(12)，頁 444-448。
- 曾文志(2007)。大學生對美好生活的常識概念與主觀幸福感之研究。教育心理學報，38(4)，頁 417-441。
- 鈕文英(2016)。生命無極限－身心障礙者生活品質的意涵與提升。南屏特殊教育，7，頁 95-112。
- 黃兆志 (2015)，身心障礙人權：司法及特別保護。網址：<http://20.enable.org.tw/iss/detail.php?id=271>。
- 黃松林(2009)。生活品質、社會資本、社會品質與社會資源的永續性－從弱勢人口群來看。社區發展季刊，126，頁 152-161。
- 黃昭正、李大竹、劉明彰等(2013)。「取鏡東洋~日本矯正機關參訪紀實」考察報告。法務部矯正署出國報告。
- 黃景逸(2020)。日本刑事設施視察委員會制度之探討。矯政期刊，9(2)，頁 62-91。

- 黃源協(2003)。從單一窗口到網絡建構－社區化老人長期照護模式。《長期照護雜誌》，7(2)，頁 103-111。
- 黃翠紋、蔡田木等(2019)。《性別平權與警察實務》(2 版)。桃園：中央警察大學出版社。
- 葉肅科(2019)。身心障礙者權利公約之後：人權保障落實了嗎？網址：<https://hre.pro.edu.tw/article/3898>。
- 葉靜倫(2020)。監院 280 頁報告糾正衛福部，列舉臺灣身心障礙支持網 10 大失職。網址：<https://rightplus.org/2020/03/23/323-icf/>
- 廖華芳·嚴嘉楓·黃靄雯·劉燦宏·紀彥宙(2015)。身心障礙鑑定功能量表之發展與應用。《社區發展季刊》，150，頁77-98。
- 臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組(2000)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展簡介。《中華公共衛生雜誌》，19(4)，頁 315 - 324。
- 趙婉淳(2019)。身障收容人病例嚴重「漏接」，法務部遭監察院糾正。中時新聞網，網址：<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20191212003741-260407?chdtv>。
- 蔡佳穎、陳政智(2010)。以「損傷」與「障礙」並重的社會模式探討身心障礙者生活品質。《社區發展季刊》，131，頁 516-529。
- 蔣世光、譚偉象、潘能靜、張勤金、陳永誠、平烈勇、林知遠(2007)。檢驗魏氏成人智力測驗第三版(WAIS-III)的 Blyler 和四個分測驗組成的簡式版本在住院慢性精神分裂症病患的適用性。《臺灣精神醫學》，21(1)，頁 26-36。
- 衛生福利部 (2014)。身心障礙新制實施現況及未來策進作為，行政院第 3412 次會議。瀏覽日期：2021 年 4 月 13 日，網址：<http://www.slideshare.net/OpenMic1/ss-38200103>
- 衛生福利部(2017)。失智症診療手冊。 <https://www.mohw.gov.tw/dl-27189-8993c3ad-0f47-45e0-a602-6a4362faae9a.html>
- 衛生福利部(2020a)。2019新制身心障礙鑑定介紹及相關統計。網址：<file:///C:/Users/Mon/Downloads/2019%E6%96%B0%E5%88%B6%E8%BA%AB%E5%BF%83%E9%9A%9C%E7%A4%99%E9%91%91%E5%AE%9A%E4%BB%8B%E7%B4%B9%E5%8F%8A%E7%9B%B8%E9%97%9C%E7%B5%B1%E8%A8%88.pdf>
- 衛生福利部(2020b)。衛生福利e寶箱：身心障礙。網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-88-235-1-45.html>。
- 衛生福利部(2021)。身心障礙者人數按類別及縣市別分。瀏覽日期：2021 年 5 月 16 日，網址 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-2976-61106-113.html>
- 衛生福利部社會及家庭署(2021)。身心障礙福利簡介，網址：<https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=349&pid=2435>。
- 衛生福利部金門醫院(2021)。<https://www.kmhp.mohw.gov.tw/public/ufile/1009e6fe018a262a55230236ddcae>

- 1eb.pdf。瀏覽日期：2021.3.25。
- 衛生福利部護理及健康照護司(2020)。身心障礙者鑑定作業辦法修正總說明。網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-57201-1.html>。
- 蕭尹芝(2019)。身心障礙新制需求評估執行現況之檢視--某地方縣市評估人員之經驗分析。政治大學社會工作研究所碩士論文。
- 賴兩陽(2010)。我國在國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)之福利需求評估作業試辦縣市實驗計畫。內政部委託研究報告。
- 賴俊帆(2018)。臺灣身心障礙需求評估與服務輸送圖像：脈絡中的制度化效果。台灣社區工作與社區研究學刊，8(2)，頁87-118。
- 簡慧娟、尤詒君、吳宜珊(2019)。身心障礙福利服務 10 年回顧及前瞻。社區發展季刊，168，頁 5-19。
- 簡慧娟、宋冀寧(2015)。我國身心障礙新制之規劃歷程--建構需求評估與服務建置之模式。社區發展季刊，150，頁6-16。
- 蘇靖雯(2020)。社區型心智篩檢測驗、中文簡短式智能評估及盧-尼神經心理測驗組篩檢測驗於創傷性腦傷患者之篩檢適用性比較。臺南：國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。

二、外文參考書目

- Abramsky, S. & Fellner, J (2003). *Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders with Mental Illness*. U S Human Rights Watch. Retrieved from: <https://www.hrw.org/report/2003/10/21/ill-equipped/us-prisons-and-offenders-mental-illness>.
- ACT Inspector of Correctional Services(2019). *ACT Standards for Adult Correctional Services*. Retrieved from : https://www.ics.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0016/1335013/ACT-ICS-ACT-Standards-for-Adult-Correctional-Services_final_web.pdf
- ADA National Network. (2018). *Detention & Correctional Facilities*. Retrieved 31 January 2021. Retrieved from: <https://adata.org/factsheet/corrections>
- Adams, K., & Ferrandino, J. (2008). Managing mentally ill inmates in prisons. *Criminal Justice and Behavior*, 35(8), 913-927.
- Al Ju'beh, K. (2015). *Disability inclusive development toolkit*. Bensheim: CBM. <http://www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM-DID-TOOLKIT-accessible.pdf>.
- Ali, S. & Galloway, S. (2016). Developing a screening tool for offenders with intellectual disabilities – the RAPID. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 7(3), 161-170.
- Altman, B., Black, K., Loeb, M., Madans, J., Maitland, A. et al. (2010). *Results of the Testing of the ESCAP/WG Extended Question Set on Disability*. Bangkok, Thailand: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.
- American Civil Liberties Union ,ACLU.(2012). *At America's Expense: The Mass*

- Incarceration of the Elderly*. Available online https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/elderlyprisonreport_2012_0613_1.pdf
- American Network of Community Options and Resources Foundation. (2019). *The case for inclusion*. Washington, DC: ANCOR.
- Andreoli, S. B., Dos Santos, M. M., Quintana, M. I. & Ribeiro, W. S. (2014). Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS ONE* 9(2): e88836. doi:10.1371/journal.pone.0088836.
- Andrew C, Ashley A, Katya K & Hayley M (2012). *Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) Wave 1 (Reception) Samples 1 and 2 Technical Report*. Available online <http://www.justice.gov.uk/publications/research-and-analysis/moj>
- Apolinario, H. (2018). *In Brazil, prison riots and killings expose the structural failures of mass incarceration*. London: Penal Reform International.
- Archdisabilitylaw.ca (2017). *Parallel Report for Canada*. CRPD Committee 16th Session. Retrieved from https://archdisabilitylaw.ca/wp-content/uploads/2017/02/CSPRG_Parallel_Report_for_Canada_Feb-2017-A.pdf
- Arnardottir, O. M. (2009). *A Future of Multimimensional Disadvantage Equality?* In O. M. Arnardottir & G. Quinn (eds.), *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Martinus Nijhoff: Leiden and Boston.
- Arzani, A. (2019). Justice Interrupted: The Erosion of Human Rights for Prisoners with Disabilities. Available online: <https://blogs.lse.ac.uk/humanrights/2019/06/19/justice-interrupted-the-erosion-of-human-rights-for-prisoners-with-disabilities/>
- Atabay, T. (2009). *Handbook on Prisoners with special needs*. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
- Attorney-General's Department (2010). *Australia's Initial Report under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. from: <https://www.ag.gov.au/search?keys=CRPD>.
- Australia Government Department of Social Service (2019). *National Disability Strategy 2010-2020*. from: <https://www.dss.gov.au/our-responsibilities/disability-and-carers/publications-articles/policy-research/national-disability-strategy-2010-2020>
- Australian Bureau of Statistics (2016). *Disability, ageing and carers, Australia: summary of findings*. Canberra: ABS.
- Australian Institute of Health and Welfare (2015). *The Health of Australia's Prisoners*. Retrieved from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129553682>.
- Australian Institute of Health and Welfare (2016). *Standardised Disability Flag for mainstream services: Data collection guide*. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare (2018). *The health of Australia's prisoners*. Retrieved from: <https://www.aihw.gov.au/reports/prisoners/health-australia-prisoners-2018/data#page2>.
- Australian Institute of Health and Welfare (2020). *People with disability in Australia*. Retrieved from: <https://www.aihw.gov.au/reports/disability/people-with-disability-in-australia/contents/summary>.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2021). *Disability in Australia: changes*

- over time in inclusion and participation factsheets: community living, education and employment, *Fact sheets*. Retrieved from <https://www.aihw.gov.au/reports/disability/disability-australia-changes-over-time-factsheets/fact-sheets>
- Ayala, G., Garay, J., Aragon, M., Decroo, T. & Zachariah, R. (2016). Trends in Tuberculosis Notification and Treatment Outcomes in Prisons: A Country-Wide Assessment in El Salvador from 2009-2014, *Pan American Journal of Public Health*, 39(1), 38-43.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.
- Baldry, E., McCausland, R., Dowse, L., and McEntyre, E. (2015). *A predictable and preventable path: Aboriginal people with mental and cognitive disabilities in the criminal justice system*. UNSW, Sydney.
- Ballinger, J. & Nguyen, V. (2019). *Americans with Disabilities Act Disability Related Access for Inmates and Visitors Guide*. Retrieved from <http://www.southwestada.org/html/publications/misc/correctional.html>
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A CORE approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 3-15.
- Barnes, C. & Mercer, G. (2005). *The Social Model of Disability*. Leeds: Disability Press.
- Baroff, G.S., Gunn, M., & Hayes, S. (2004). Legal issues. In W.R. Lindsay, J.L. Taylor & P. Sturmey (Eds.), *Offenders with developmental disabilities*, 37-66. Chichester: John Wiley.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E (2001) .The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high Autism Spectrum Disorders in Prisoners functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord*, 31, 5–17.
- Barry, L.C., Wakefield, D.B., Trestman, R.L. & Conwell, Y. (2017). Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 32(10), 1141-1149.
- Beaton, D. E., Wright, J.G., & Katz, J. N. (2005) Development of the QuickDASH: comparison of three item-reduction approaches. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 87, 1038-1046.
- Beaudette, J. N., & Stewart, L. A. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 624–632.
- Bebbington, P., Jakobowitz, S., McKenzie, N., Killaspy, H., Iveson, R., Duffield, G., & Kerr, M. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 221-229
- Bedell, G. M. (2004). Developing a follow-up survey focused on participation of children and youth with acquired brain injuries after discharge from inpatient rehabilitation. *NeuroRehabil*, 19(3), 191-205.
- Betts, N. (2015). *Equal Access, Equal Care; Guidance for Prison Healthcare Staff treating Patients with Learning Disabilities* (2015). NHS England Health and Justice Team: London

- Bjørgen T.G, Gimse R, Søndena E. (2016). Selective samples and the accuracy of screening for intellectual disabilities: learning disability screening questionnaire. *Open Journal of Social Sciences*, 4, 109-113.
- Blyler C.R., Gold J.M., Iannone V.N. & Buchanan R.W. (2000). Short form of the WAIS-III for use with patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 46, 209-215.
- Boer, Harm, Regi Alexander, John Devapriam, Julio Torales, Roger Ng, Joao Castaldelli-Maia, and Antonio Ventriglio.(2016). Prisoner mental health care for people with intellectual disability. *International Journal of Culture and Mental Health*, 9, 442-446.
- Bowen, P. (2007). *Blackstone's guide to the Mental Health Act 2007*(Vol. 11). Oxford: Oxford University Press.
- Bramham, H.(2020). *A Users as Agents of Technological Change Analysis of the Brief Jail Mental Health Screener*. Charlottesville, VA: Faculty of the School of Engineering and Applied Science University of Virginia.
- Brandt, A. L. (2012). Treatment of persons with mental illness in the criminal justice system: A literature review. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(8), 541-558.
- Broderick, A.(2015). *The Long and Winding Road to Equality and Inclusion for Persons with Disabilities*. Ph.D. Dissertation, The Netherlands: Maastricht University, Maastricht.
- Brodsky, S., & Bennett, A. (2005). Psychological assessments of confessions and suggestibility in mentally retarded suspects. *Journal of Psychiatry and Law*, 33, 359-366.
- Brodsky, S., & Galloway, V. (2003). Ethical and professional demands for forensic mental health professionals in the post-Atkins era. *Ethics and Behavior*, 13, p8.
- Brolan, C.E . & Harley, D.(2018). *Indigenous Australians, Intellectual Disability and Incarceration: A Confluence of Rights Violations*.<https://www.mdpi.com/journal/laws>.
- Bronson, J., Maruschak, L. M.and Berzofsky, M. (2015). *Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12*. U.S. Department of Justice, Report # NCJ249151. Retrieved from www.bjs.gov/content/pub/pdf/dpji1112.pdf
- Brooker, C., & Gojkovic, D. (2009). The second national survey of mental health in-reach services in prisons. *Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology*,20,S1,S11-S28.
- Brown, G., Barker, J., McMillan, K., Norman, R., Derkzen, D., & Stewart, L. (2018). National prevalence of mental disorders among federally sentenced women offenders: In custody sample (R-406). Ottawa, Ontario: Correctional Service of Canada.
- Brugha, T., McManus, S., Meltzer, H., Purdon, S., Scott, F., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Smith, S.& Bankart, J. (2009). *Development and testing of methods for identifying cases of Autism Spectrum Disorder among adults in the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007*. London.
- Bryant, L.(2019). *Accommodating Disabled Inmates: 4 Implementation Strategies*.<https://www.lexipol.com/resources/blog/accommodating-disabled-inmates-4-implementation-strategies/>.
- Burrows, B., & Crowley, J. (2019). *Disabled prisoners are being failed by the current*

- prison system* . Leigh Day , Available online <https://www.leighday.co.uk/latest-updates/blog/2019-blogs/disabled-prisoners-are-being-failed-by-the-current-prison-system/>
- Bushnell, A. (2017). *Australia's Criminal Justice Costs: An International Comparison*. Retrieved from <https://ipa.org.au/wp-content/uploads/2017/08/IPA-Report-AustralianCriminal-Justice-Costs-An-International-Comparison.pdf>
- Callahan, L. A., & Noether, C. D. (2018). Brief Jail Mental Health Screen Utilization in U.S. Jails. *Journal of Forensic Medicine Forecast*, 1(1), p1-3. Retrieved from <https://scienceforecastoa.com/Articles/JFMF-V1-E1-1006.pdf>
- Carlson, L., (2010). *The faces of intellectual disability*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Casella, J., Ridgeway, J. & Shourd, S. (2016). *Hell is a very small place: Voices from solitary confinement*. New York: The New Press.
- Castro, S., Leite, C. F., Coenen, M. & Buchalla, C. M. (2019). The world health organization disability assessment schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(7), DOI: 10.1590/0102-311X00000519
- Catalano, G., Mason, J., Brolan, C. E., Loughnan, S. & Harley, D. (2020). Screening prisoners for cognitive impairment – literature review. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 11(4), 201-210.
- Chan, S. M. & Fung T. C. T.(2014). Reliability and validity of K10 and K6 in screening depressive symptoms in Hong Kong adolescents. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 9(1), 75–85.
- Chen, M. (2017). *Our Prison Population Is Getting Older and Older*. California: The Nation.
- Chiles, J. A., Von Cleve, E., Jemelka, R. P., & Trupin, E. W. (1990). Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Psychiatric Services*, 41 (10), 1132-1134.
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B.(2019). Refinements of the ICF linking rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41(5),574-583.
- Coe, S. (2012).More practical lessons from five projects on disability-inclusive development. *Development in Practice*, 22(3), 400-408.
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 223-229.
- Colombetti, E., Osimani, B., Aluas, M., Pessina, A., & Musio, A. (2012).Revision of international classification of functioning, disability and health ethical guidelines. *American Journal Physical Medicine Rehabilitation*, 91(2), S155–S158.
- Coreective Service NSW (2017). 6.9 *Inmates with disabilities*. <https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/documents/copp/inmates-with-disabilities.pdf>
- Cornelius , B. L. R., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J. L. & Brouwer, S.(2013). The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants. *BMC Public Health*, 128, <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-128>.

- Correctional Service Canada (2009). The Changing Federal Offender Population: Highlights 2009. Ottawa: Author. http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/special_reports/sr2009/sr-2009-eng.shtml
- Correctional Service Canada (2012). Correctional Service Canada Mental Health Strategy. Retrieved from: https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-2000-eng.shtml#_Toc267041272
- Correctional Service Canada (2018). *Promoting Wellness and Independence of Older Persons in CSC Custody*. Retrieved from: <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-1601-en.shtml#6.3>
- Correctional Service of Canada.(2020).Infographic: Structured Intervention Units (SIUs). <https://www.csc-scc.gc.ca/acts-and-regulations/005006-3000-en.shtml?wbdisable=true>
- Corrections Services Administrators' Council(2018).*Guiding Principles for Corrections in Australia*. Retrieved from : https://www.corrections.vic.gov.au/sites/default/files/embridge_cache/emshare/original/public/2019/04/7f/88fc42ada/guiding_principles_correctionsaustrevised2018.pdf
- Courtney F.& Vicki A.(2018).Comparing health status, disability, and access to care in older and younger inmates in the New South Wales corrections system.*International journal of prisoner health*.
- Coyle, A. & Fair, H. (2018).*A Human Rights Approach to Prison Management*(3^{ed.}). London: Institute for Criminal Policy Research at Birkbeck, University of London.
- Coyle, A., Fair, H., Jacobson, J. & Walmsley, R. (2016). *Imprisonment Worldwide: The Current Situation and an Alternative Future*. Bristol: Policy Press Shorts Insights.
- Coyle, A., Heard, C. & Fair, H. (2018). Current Trends and Practices in the Use of Imprisonment. *International Review of the Red Cross*, 98(3), 761-781.
- Crews, W. D., Bonaventura, S., & Rowe, F. (1994). Dual diagnosis: Prevalence of psychiatric disorders in a large state residential facility for individuals with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 98(6), 724-731.
- Cummins, I.(2014). *Screening for mental health problems in the adult prison population*.<https://www.nationalelfservice.net/publication-types/systematic-review/screening-for-mental-health-problems-in-the-adult-prison-population/>.
- D'Alessio, S. (2011). *Inclusive Education in Italy: A Critical Analysis of the Policy of Integrazione Scolastica*, Rotterdam: Sense Publishers.
- Degener, T. (2017) A new human rights model of disability, in V. Della Fina, R. Cera& G. Palmisano (eds.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary*(pp. 41-60). Switzerland: Springer, Cham.
- Degener, T.(2016). Disability in a Human Rights Context .*Laws*, 5. Available online: <file:///C:/Users/Mon/Downloads/laws-05-00035.pdf>.
- Department of Economic and Social Affairs Disability(2021). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* .United Nations. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>.
- Department of Health and Social Care (2009). *Information book for prisoners with a disability*. Retrieved from: <http://www.prisonreformtrust.org.uk/portals/0/documents/disability%20pib.pdf>

- Department of Justice WA (1993). *Operational Instruction10-Prisoners with Disabilities*. Retrieved from :
https://www.correctiveservices.wa.gov.au/_files/prisons/adult-custodial-rules/operational-instructions/oi-10.pdf
- Department of Measurement and Health Information Systems (2008).*Training Manual on Disability Statistics*. World Health Organization & United Nations Economic and Social Commission
- Dias, S., Ware, R. S., Kinner, S. A. & Lennox, N. G (2013).Co-occurring mental disorder and intellectual disability in a large sample of Australian prisoners. *New Zealand College of Psychiatrists*, 47(10) ,938–944.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2002).Very happy people.*Psychological Science*, 13(1),81–84.
- Dietzel, D., Synnott, J. &Ioannou, M. (2017).Prison Mental Health Screening tools: choices and sensitivity. *Assessment and Development Matters*, 9 (4),26-29.
- Doyle, M., Coid, J., Archer-Power, L., Dewa, L., Hunter-Didrichsen, A., Stevenson, R.,Shaw, J. (2014). Discharges to prison from medium secure psychiatric units in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 177-182.
- Dyer, W., Cassidy, K., Ridley, L., Biddle, P., McClelland, N., & Brandon, T. (2020). The Development of a Prison Mental Health Unit in England: Understanding Realist Context(s).*International Journal Of Forensic Mental Health*, 1-17
- E. Fuller Torrey, Mary T. Zdanowicz, Sheriff Aaron D. Kennard, H. Richard Lamb, Donald F. Eslinger, Michael C. Biasotti & Doris A. Fuller(2014). *The Treatment of Persons with Mental Illness in Prisons and Jails: A State Survey*. Retrieved from:<https://nicic.gov/treatment-persons-mental-illness-prisons-and-jails-state-survey>
- Employment and Social Development Canada(2021). *Making an accessible Canada for persons with disabilities*.<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/accessible-canada>
- European Parliament(2017).*Prison conditions in the Member States:selected European standards and best practices*.
[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/583113/IPOL_BRI\(2017\)583113_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/583113/IPOL_BRI(2017)583113_EN.pdf)
- Faculty of Forensic & Legal Medicine(2017). *Assessment of People with Learning Difficulties and Disabilities in Police Custody*. London: Royal College of Physicians of London.
- Farrell, M., Boys, A., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., Marsden, J., Singleton, N. and Taylor, C., (2002). Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *British Journal of Psychiatry*,181(5),393-398
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 9769, 956-965.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Fazio, R.L., Pietz, C.A. and Denney, R.L., (2012). An estimate of the prevalence of autismspectrum disorders in an incarcerated population. *Open Access Journal of*

- Forensic Psychology*, 4, 69-80.
- Federal Bureau of Prisons (2017). *Management of Inmates With Disabilities*. Retrieved from: https://www.bop.gov/policy/progstat/5200_005.pdf
- Federal, Bureau of Prison (2020). 網址 : <https://www.bop.gov/about/history/>
- Ferro, M. A. (2019). The psychometric properties of the Kessler psychological distress scale (K6) in an epidemiological sample of Canadian youth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(9), 647-657.
- Flynn, E., de Castro, M. G. C. & Fhlatharta, M. N. (2020). *Making Rights Real for People with Disabilities in Prison*. Irish Penal Reform Trust.
- Ford, J. & Trestman, R. L. (2005). *Evidence-Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in the Correction Systems*. U.S. Department of Justice.
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V. H. & Zhang, W. (2009). Validation of a Brief Screening Instrument for Identifying Psychiatric Disorders Among Newly Incarcerated Adults. *Psychiatric Services*, 60(6), 842-846.
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V. & Zhang, W. (2007). Development and Validation of a Brief Mental Health Screening Instrument for Newly Incarcerated Adults. *Assessment*, 14(3), 279-299.
- Fuller, D., Sinclair, E., Lamb, H. R., Cayce, J. & Snook, J. (2017). *Emptying the 'new asylums': A beds capacity model to reduce mental illness behind bars*. Arlington, Virginia: Treatment Advocacy Center.
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., et al. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3), 152-158.
- Gagnon, N. C. (2009). *Mental Health Screening in Jail*. Doctoral Dissertation of Simon Fraser University.
- García-Guerrero, J. & Marco, A. (2012). Overcrowding in prisons and its impact on health. *Rev Esp Sanid Penit*, 114(3), 106-113.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J. et al. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 51, <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-51>.
- Gilbert, A., Lankshear, G., & Petersen, A. (2008). Older family-carers' views on the future accommodation needs of relatives who have an intellectual disability. *International Journal of Social Welfare*, 17(1), 54-64.
- Glascie, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 173-179.
- Gonzales, A. R., Schofield, R. B. & Hagy, D. W. (2005). *Mental Health Screens for Corrections*. U.S. National Institute of Justice.
- Gonzales, S., Martin, K. & Lopez-Howard, S. (2018). *Mental Health Needs Assessment: Diverting from the County Criminal Justice System Using the Sequential Intercept Model*. Georgia: Forsyth County Department of Public Health.
- Gonzalez, R. A., Gudjonsson, G. H., Wells, J., Young, S. (2016). The Role of Emotional Distress and ADHD on Institutional Behavioral Disturbance and Recidivism Among Offenders. *Journal of Attention Disorders*, 20 (4), 368-378.
- Gonzalez, R. A., Velez-Pastrana, M. C., Ruiz Varcacel, J. J., Levin, F. R., Albizu-Garcia,

- C.E.(2015). ChildhoodADHD symptoms are associated with lifetime and current illicit substance-use disorders and in-sitehealth risk behaviors in a representative sample of Latino prison inmates. *Journal of Attention Disorders*, 19 (4), 301-312.
- GOV.UK(2021a). Disability rights. Retrieved from: <https://sgn7omdfibvatbp7jk2jd2ajli--www-gov-uk.translate.goog/rights-disabled-person>
- GOV.UK(2021b). *Prisons overview*, Retrieved from: <https://data.justice.gov.uk/prisons>
- Gray, A., Forell, S. & Clarke, S. (2009). *Cognitive Impairment, Legal Needs and Access to Justice— Law and Justice Foundation of NSW Justice Issues Paper 10*. Law and Justice Foundation of NSW: Sydney.
- Grisso, T. (2006). Jail Screening Assessment Tool (JSAT): Guidelines for Mental Health Screening in Jails. *Psychiatric Services*, 57(7),1049-1050.
- Groce, N. E.(2018). *Which one to use? The Washington Group Questions or The Model Disability Survey*. <https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/which-one-use-washington-group-questions-or-model-disability-survey-0>.
- Groce, N., Loeb, M. & Murray, B. (2014).*The disabled beggar – A literature review: Begging as an overlooked issue of disability and poverty* (Gender, Equality and Diversity Branch Working Paper No. 1). Geneva: ILO. <http://www.shapingourlives.org.uk/documents/Begginganddisability.pdf>.
- Haigh, A., Lee, D., Shaw, C., et al. (2013). What things make people with a learning disability happy and satisfied with their lives: an inclusive research project. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1),26–33.
- Han, W. (2017). *Impact of Community Treatment and Neighborhood Disadvantage on Recidivism in Mental Health Courts*. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/250535.pdf>
- Handicap International Federation (2015).*Disability in Humanitarian Contexts: Views From Affected People and Field Organizations*. France: Handicap International Federation.
- Haney, C. & Lynch, M. (1997). Regulating prisons of the future: The psychological consequences of solitary and supermax confinement, *New York University Review of Law and Social Change*, 23: 477-570.
- Haney, C. (2003). Mental Health Issues in Long-Term Solitary and "Supermax" Confinement. *Crime and Delinquency*, 49(1): 124-156.
- Harrow Health and Wellbeing Board(2014). Harrow Joint Strategic Needs Assessment 2015-20.
- Haualand, H. (2014). Punished and isolated: disabled prisoners in Norway. *Scandinavian Journal Of Disability Research*, 17(sup1), 74-87.
- Hayes, S. (2002). Early intervention or early incarceration?Using a screening test for intellectual disability in the Criminal Justice System. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 116-174.
- Hayes, S. (2007) Missing out: offenders with learning disabilities and the criminal justice system. *British Journal of Learning Disabilities*, 35,146–53.
- Hayes, S. C. (2005). Diagnosing intellectual disability in a forensic sample: Gender and age effects on the relationship between cognitive and adaptive functioning.*Journal of Intellectual Disability*, 30, 97–103.

- Health Services Management Centre(2007). Adult Social Care in Prisons:A Strategic Framework. Retrieved from: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/prison-adult-social-care.pdf>
- Hellenbach, M., Karatzias, T. & Brown, M. (2017). Intellectual disabilities among prisoners: prevalence and mental and physical comorbidities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 230–241.
- Helsedirektoratet(2013).Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel , Retrieved from www.helsedirektoratet.no
- Henry, B.(2020).A Users as Agents of Technological Change Analysis of the Brief Jail Mental Health Screener. University of Virginia Charlottesville, VA.
- Herrington, V. (2009).Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53: 397–410.
- Hills, H., Siegfried, C., & Ickowitz, A. (2004). *Effective prison mental health services: Guidelines to expand and improve treatment*. Washington DC: U.S. Department of Justice.
- HM Inspectorate of Prisons. (2009). *Disabled prisoners. : A short thematic review on the care and support of prisoners with a disability* London.
- HMI Probation (2015). *A joint inspection of the treatment of offenders with learning disabilities within the criminal justice system* .Her Majesty’s Inspectorate of Probation.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin,A., Anckarsäter,H., Gillberg,C., Råstam M. & Leboyer M. (2009) Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* ,9(35).
- Holland, S. & P. Persson. (2011). Intellectual disability in the Victorian prison system: Characteristics of prisoners with an intellectual disability released from prison in 2003–2006. *Psychology, Crime & Law*, 17, 1: 25–41.
- Home Office. (2004). *Reducing Re-offending: National Action Plan*. London: Home Office Communications Directorate.
- House of Commons Library (2018).*Mental health in prisons*. Debate Pack: Number CDP-2017-0266,Retrieved from: <http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2017-0266/CDP-2017-0266.pdf>
- HRC.(2018). *Human Rights Committee examines civil and political rights in Norway*. Retrieved from: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/NewsDetail.aspx?NewsID=22835&LangID=E>
- Huey, M. & McNulty, T. (2005). Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding, *The Prison Journal*, 85(4), 490-514.
- James, D.J., and Glaze, L.E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*.Washington, DC: U.S Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- James, E. (2019). *Rory Stewart: I'll resign if prison violence doesn't improve*. London: The Guardian.
- Jansson, L., Sonnander, K., & Wiesel, F. (2005). Needs assessed by psychiatric health care and social services in a defined cohort of clients with mental disabilities. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 255(1), 57-64.

- Johnstone, E.C. (2012). Evaluation of a screening instrument for autism spectrum disorders in prisoners. *PLoS One*, 7, 1-8.
- Jones, J. (2007). Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system: Review of issues. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51,723-733.
- Juberg, A., Røstad, M., & Søndena, E. (2017). Substance use problems among people with mild/borderline intellectual disability. *Nordic Studies On Alcohol And Drugs*,34(2), 173-185.
- Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2013). *SCIL; Screener voor intelligentie en lichtverstandelijke beperking; Handleiding*. Amsterdam, the Netherlands: Hogrefe Uitgevers.
- Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2015). Identifying offenders with an intellectual disability in detention in The Netherlands. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 6,94-101.
- Kanga, Y. k., Guoa, W., Xu, H., et al. (2015). The 6-item Kessler psychological distress scale to survey serious mental illness among Chinese undergraduates: Psychometric properties and prevalence estimate. *Comprehensive Psychiatry*, 63,105-112.
- Karimi, M., Brazier, J. & Basarir, H. (2016). The Capability Approach: A Critical Review of Its Application in Health Economics, *Value in Health*, 19(6), 795-799.
- Kent County Health Department (2017). *Kent County Community Health Needs Assessment 2017*. Kent County, Michigan: Kent County Health Department.
- Kentucky Jails Model Policies and Procedures. (2021). Suicide Prevention. <https://kaco.org/insurance/loss-control-services/kentucky-jail-policies-and-procedures/>.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J. et al. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19, 4-22.
- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S-L.T., Manderscheid, R.W., Walters, E.E., Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Kett, M. & Twigg, J. (2007). Disability and disasters: Towards an inclusive approach. In *World disasters report – Focus on discrimination*. Geneva: IFRC. <http://www.ifrc.org/PageFiles/99876/2007/WDR2007-English-4.pdf>
- Kirk Makin (2010). *Mentally ill offenders swamping prisons*. The Globe and Mail. Retrieved from: <https://www.theglobeandmail.com/news/national/mentally-ill-offenders-swamping-prisons/article563605/>
- Kostanjsek, N., Rubinelli, S., Escorpizo, R., Cieza, A., Kennedy, C., Selb, M., Stucki, G. & U"STU" N, T. B. (2011). Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1475-1482.

- Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I., Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada: narrative review. *Can Fam Physician*, 62(3), 215-222.
- Kraus, L., Lauer, E., Coleman, R., and Houtenville, A. (2018). *2017 Disability Statistics Annual Report*. Durham, NH: University of New Hampshire.
- Kriminalomsorgen. (2013). Directorate of Norwegian Correctional Service. <http://www.kriminalomsorgen.no/english.293899.en.html>.
- Kruze, E., & Priede, J. (2020). Cost-effectiveness of prison system development - comparison of the European countries. *European Integration Studies*, 1(14), 69-79.
- Kumar V. & Daria U. (2013). Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 366-370.
- Kurki, L. & Morris, N. (2001). The Purposes, Practices, and Problems of Supermax Prisons. *Crime and Justice*, 28, 385-424.
- Lange, K., Mitra, G. & Wood, G. (2019). *Guidance on strengthening disability inclusion in Humanitarian Response Plans*. UK Department for International Development.
- Learning Disability Professional Senate (2016). *Rights and Equality Based Outcomes for Learning Disability Services*. London: Learning Disability Professional Senate.
- Lewis A, Pritchett R, Hughes C, Turner K. (2015). Development and implementation of autism standards for prisons. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*. 6(2), 68-80.
- Lewis, G. (2016). *Validating the CORE-10 as a mental health screening tool for prisoners*. PhD Thesis of Clinical Psychology at Cardiff University.
- Linaker, O. M., & Nitter, R. (1990). Psychopathology in institutionalized mentally retarded adults. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 522-525.
- Lindsay, W. & Taylor, J. (2008). *Assessment and treatment of offenders with intellectual and developmental disabilities*. In K. Soothill, P. Rogers & M. Dolan (Eds.) (2008). *Handbook on Forensic Mental Health*. Willan Publishing.
- Liu SI, Yen ZT, Huang HC, Sun FJ, Tjung JJ, Hwang LC, Shih YH, Yeh AWC (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Compr Psychiatry*, 52, 96-101.
- Loewen, P. J., Lyle, G., & Nachshen, J. S. (2010). *An eight-item form of the Empathy Quotient (EQ) and an application to charitable giving*. Retrieved from [crcee.umontreal.ca/pdf/Eight Question ES](http://crcee.umontreal.ca/pdf/Eight%20Question%20ES).
- Lurigio, A. J., & Swartz, J. A. (2006). Mental Illness in Correctional Populations: The Use of Standardized Screening Tools for Further Evaluation or Treatment. *Federal Probation*, 70(2), 29-35.
- Mackay, Anita. (2014). Human Rights Law Compliance in Prisons: What can Australia Learn from the Nordic Approach?. *Australian Journal of Human Rights*, 20(1), 31-65.
- Macpherson, R., Collins-Atkins, C., Gregory, N., Slade, M., & Lerescu, T. (2008). The relationships between user, carer and staff perception of need in an assertive outreach team. *Journal of Mental Health*, 17, 452-461.
- Madans, J. H., Loeb, M. E. & Altman, B. M. (2011). Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the

- work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health*, 11, S4. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S4>.
- Martin, M. S., Colman, I., Simpson, A. I. F., & McKenzie, K. (2013). Mental health screening tools in correctional institutions: A systematic review. *Biomed Central*, 13(275), 1-10.
- Martin,M.(2017). *Detection and treatment of mental illness among prison inmates: A validation of mental health screening at intake to Correctional Service of Canada*. (Ph.D). University of Ottawa.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., &Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436.
- Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G. & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(2),126-138.
- McBrien J. (2003). The intellectually disabled offender: methodological problems in identification. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 95–105.
- McCarthy J., Underwood L., Chaplin E., Hayward H., Sabet J., Young S., Asherson P., Mills R. & Murphy D. (2015) .Screening and diagnostic assessment of neurodevelopmental disorders in a male prison. *Journal of Intellectual Disability and Offending Behaviour*. 6(2), 102-111.
- McKenzie, K., & Paxton, D. (2006).Promoting Access to Services: The Development of a New Screening Tool.*Learning Disability and Practice*, 9 (9), 17-21.
- McKenzie, K., Michie, A., Murray, A., & Hales, C. (2012). Screening for offenders with an intellectual disability: The validity of the Learning Disability Screening Questionnaire. *Research in developmental disabilities*, 33(3), 791-795.
- McKenzie, K., Sharples, P. & Murray, A.L. (2015).Validating the Learning Disability Screening Questionnaire against the Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition. *Intellect Dev Disabil* 53 (4), 301-307.
- Ministry of Justice (2012) .*Estimating the prevalence of disability amongst prisoners: results from the Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) survey*, London: Ministry of Justice
- Ministry of Justice(2020). *Offender management statistics quarterly: July to September 2019*. Retrieved from : <https://www.gov.uk/government/collections/offender-management-statistics-quarterly>(accessed on 13 Jan 2020)
- Misaki MORIE & Takeshi MATSUSHI(2009). A research on mentally-disabled prisoners in Japanese prisons. Retrieved from: http://matsushilab.org/mentalretardationinprisonJ_EN.html
- Mitchell, C. M. &Beals, J.(2011). The utility of the Kessler Screening Scale for Psychological Distress (K6) in Two American Indian communities.*Psychological Assessment*, 23(3), 752–761.
- Mitra, S. &Sambamoorthi, U. (2014). Disability prevalence among adults: Estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disability and Rehabilitation*, 36(11), 940-947.
- Mitra, S. (2006).The capability approach and disability.*Journal of Disability Policy Studies*, 16(4), 236-247.

- Mitra, S. (2013). A data revolution for disability-inclusive development. *Lancet Global Health*, 1(4), 178-179.
- Mitra, S. (2014). Employment challenges and successes in low- and middle-income countries. In J. Heymann, M. Stein, & G. Moreno (Eds), *Disability and equality at work*. New York: Oxford University Press.
- Modvig, J. (2014). Violence, sexual abuse and torture in prisons. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea & C. Udesen, eds. *Health in Prisons*. Copenhagen, 19-26. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Mont D. (2007a). Measuring health and disability. *The Lancet*, 369, 1658-1663.
- Mont D. (2007b). *Measuring disability prevalence*. Social Protection Discussion Paper 0706. Washington, DC: The World Bank.
- Mont, D. & Groce, N. (2017). Counting disability: emerging consensus on the Washington Group questionnaire. *The Lancet Global Health*, 5(7), E649-E650.
- Moore, A. (2020) Addressing Mental Illness in the Criminal Justice System. University of Wisconsin – Platteville
- Morgan, N. (2016). *Western Australia's Prison Capacity*. Perth: Western Australia. Available online: [http://www.parliament.wa.gov.au/WebCMS/WebCMS.nsf/resources/file-tp---oics-wa-prisoncapacity/\\$file/OICS%20WA%20Prison%20Capacity.pdf](http://www.parliament.wa.gov.au/WebCMS/WebCMS.nsf/resources/file-tp---oics-wa-prisoncapacity/$file/OICS%20WA%20Prison%20Capacity.pdf).
- Morgan Banks, L. & Polack, S. (2014). *The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities: Evidence from low and middle income countries*. CBM, International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene & Tropical Medicine. <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/07/Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report.pdf>.
- Morris, J., Bush, A. & Bush, A. (2014). *Outcome Measures for Challenging Behaviour Interventions*. Leicester: British Psychological Society.
- Moura, L., Santos, W. R., Castro, S. S., et al. (2017). Applying the ICF linking rules to compare population-based data from different sources: an exemplary analysis of tools used to collect information on disability, *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2017.1370734
- Mulvey, Edward P., and Carol A. Schubert. (2017). *Mentally Ill Individuals in Prisons and Jails*. In Reinventing American Criminal Justice, edited by Michael Tonry and Daniel S. Nagin. Vol. 46 of Crime and Justice: A Review of Research, edited by Michael Tonry. Chicago: University Press.
- Murdoch, J. & Jiricka, V. (2016). *Combating Ill-Treatment in Prison: Handbook for Prison Staff with Focus on the Prevention of Ill-Treatment in Prison*. Council of Europe.
- Murphy, Y. Ali, F. Fischer, B. (2018). *Health and service access challenges for correctional offenders with mental health and substance use problems in transition from incarceration to community: A literature review*. (R298). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Murray, A.L. & McKenzie, K. (2014). The accuracy of the Learning Disability Screening Questionnaire (LDSQ) in classifying severity of impairment: A brief report. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 39, 370-374. DOI:10.3109/13668250.2014.936836

- Nacro, (2011).Speech, language and communication difficulties: young people in trouble with the law.
- Nancy, W. & Jing, S. (2011). Patterns of victimization and feelings of safety inside prison: the experience of male and female inmates. *Crime and Delinquency*, 57(1): 29-55.
- National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2020). *Jailing People with Mental Illness*.<https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Divert-from-Justice-Involvement/Jailing-People-with-Mental-Illness>
- National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2020). *Mental Health by the Numbers*. <https://www.nami.org/mhstats>
- National Audit Office(2017). *Mental health in prisons*, Available online <https://www.nao.org.uk/report/mental-health-in-prisons/>
- National Comorbidity Survey (2021).K10 and K6 Scales.https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php.
- NHS England Health & Justice Commissioning (2018).*Service Specification Integrated Mental Health Service For Prisons in England Service Specification*. NHS England.: London
- Nijman, H., Kaal, H., van Scheppingen, L., & Moonen, X. (2016).Development and testing of a screener for intelligence and learning disabilities (SCIL).*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(1),59–67.
- O'Brien, J. (1987) A guide to life style planning: using the activities catalogue to integrate services and natural support systems. In: Wilson, B. W. & Bellamy, G. T. (eds), *The Activities Catalogue: An Alternative Curriculum and Youth and Adults with Severe Disabilities*, 43–52. Baltimore, MD: Brookes.
- O'Connell, C., Finnerty, J. & Egan, O. (2008).*Hidden Voices*. Dublin: Combat Poverty Agency, Poverty Research Initiative.
- O'Connor,G. & Morris R.(2018). The CORE-10 in screening for current mental health problems and severe mental illness in prisoners. *Crime Behavior mental Health*. 2018,1–4. wileyonlinelibrary.com/journal/cbm.
- Ogloff, J. R., Lemphers, A., & Dwyer, C. (2004). Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: Prevalence and implications for services. *Behavioral Sciences & the Law*, 22 (4), 543-562.
- Ogloff, J.R.P. (2002). Identifying and Accommodating the Needs of Mentally Ill People in Gaols and Prisons. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 1-33.
- Olkin, R., (1999). *What Psychotherapists Should Know About Disability*. New York: Guilford Press.
- Ontario Ministry of the Solicitor General (2016).Mental Health Strategy For Corrections in Canada. Retrieved from : https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/publications/MCSCS_pubs_mental_health.html.
- Palmer, M. & Harley, D. (2012). Models and measurement in disability: An international review. Health Policy and Planning.*Health Policy and Planning*, 27, 357–364.
- Parliament of Australia (2013). *COMPLETED INQUIRIES 2010-13*,3. Retrieved from <https://translate.google.com/translate?hl=zh->

- TW&sl=en&u=https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Legal_and_Constitutional_Affairs/Completed_inquiries/2010-13/justicereinvestment/report/c03&prev=search&pto=aue.
- Penal Reform International (2012). *Ten-Point Plan to Reduce Prison Over crowding* . London: Penal Reform International. Also available in Turkish.
- Penal Reform International (2018). *Global Prison Trends 2018* . London: Penal Reform International.
- Pont, J., Enggist, S., Stöver, H., Williams, B., Greifinger, R., & Wolff, H. (2018). Prison health care governance: Guaranteeing clinical independence. *American Journal of Public Health*, 108(4), 472-476.
- Pratt, J. (2008). Scandinavian Exceptionalism in an Era of Penal Excess Part I: The Nature and Roots of Scandinavian Exceptionalism. *British Journal of Criminology* 48, 119–137.
- Price, J., Morris, Z. & Costello, S. (2018), *The application of adaptive behaviour models: a systematic review*. Behavioral Sciences, 8(1), <https://doi.org/10.3390/bs8010011>.
- Prison Reform Trust(2010). *Good practice with older people in prison - the views of prison staff*. Prison Reform Trust: London
- Prison Reform Trust.(2018). *Mental Healthcare in Prisons*. Available online <http://www.prisonreformtrust.org.uk/WhatWeDo/ProjectsResearch/Mentalhealth>
- Prouty, R., Smith, G., & Lakin, K. C. (Eds.). (2005). *Residential services for persons with developmental disabilities developmental disabilities: Status and trends through 2004*. Minneapolis: University of Minnesota, Institute on Community Integration, Research and Training Center on Community Living.
- Public Health England(2018). Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities. Gov.UK. Available online <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illnesssmi-physical-health-inequalities>
- Purtell, R. (2013). Music and the social model of disability, in J. Williams (ed.), *Music and the Social Model: An Occupational Therapist's Approach to Music with People Labelled as Having Learning Disabilities*, 26–32. London: Jessica Kingsley.
- Queensland Government(2020). *Human rights*. <https://www.qld.gov.au/law/your-rights/human-rights>.
- Quinn, G. & Degener, T.(2002). *Human Rights and Disability*. New York and Geneva: United Nations.
- Raczka, R., Theodore, K. & Williams, J.(2020). An initial validation of a new quality of life measure for adults with intellectual disability: The Mini-MANS-LD. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(2), 177-193.
- Ramsay, L., Wakeling, H., De Lucchi, R. & Gilbert, H. (2020). Learning disability screening: impact on prison programmes. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 11(3), DOI 10.1108/JIDOB-10-2019-0022.
- Rawlings, B. (2008). *Learning Disability and Treatment of Offending Behaviour in Prisons - A Review of the Literature*. In Press.
- Reindal, S. M.(2008). A social relational model of disability: a theoretical framework for special needs education. *European Journal of Special Needs Education*, 23,

- 135–46.
- Reindal, S. M.(2009). Disability, capability and special education: towards a capability-based approach.*European Journal of Special Needs Education*, 24, 155–168.
- Rembis,M.(2014).The New Asylums: Madness and Mass Incarceration in the Neoliberal Era. In: Liat Ben-Moshe, Chris Chapman and Allison C. Carey. *St. Disability incarcerated : imprisonment and disability in the United States and Canada*, 139-162 . Martin’s Press LLC: New York.
- Retief, M. (2018). Models of disability: A brief overview. *HTS Teologiese Studies / Theological Studies*, 74(1), Available online: <https://doi.org/10.4102/hts.v74i1.4738>
- Rimmerman, A., (2013). *Social Inclusion of People with Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robertson, A., Easter, M., Lin, H., Khoury, D., Pierce, J., Swanson, J., & Swartz, M. (2020). Gender-specific participation and outcomes among jail diversion clients with co-occurring substance use and mental health disorders. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 115, 108035. doi: 10.1016/j.jsat.2020.108035
- Robinson, L., Spencer, M.D., Thomson, L.D.G., Stanfield, A.C., Owens, D.G.C., Hall,J. & Johnstone, E.C. (2012). Evaluation of a screening instrument for autism spectrum disorders in prisoners. *PLoS One*, 7, 1-8.
- Rohwerder, B. (2015). *Disability inclusion: Topic guide*. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.
- Ross, G.E., Hocken, K. &Auty, J.M. (2020). The reliability and validity of the adaptive functioning assessment tool in UK custodial settings. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(1), 35-49.
- Royal Australian College of General Practitioners National Expert Committee(2012). *Standard for health services in Australian prisons*. Retrieved from:<https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-standards/standards-for-other-health-care-settings/view-all-health-care-standards/health-services-in-australian-prisons>.
- Rutherford, M., & Duggan, S. (2008). Forensic mental health services: facts and figures on current provision. *The British Journal of Forensic Practice*, 10(4), 4-10.
- Sabariego, C., Oberhauser, C., Posarac, A. et al.(2015). Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates, *Journal of Environmental and Public Health*, 12, 10329-10351.
- Sacks,J.Y.(2004) Women with Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders (COD) in the Criminal Justice System: A Research Review. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 449–466.
- Sakai, R. K.(2018). *Care for Inmates with Mental Illness: What Can Nurses Do?* Honors Projects, 76. <https://digitalcommons.spu.edu/honorsprojects/76>
- Sakurai, K., Nishi, A., Kondo, K. et al.(2011).Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5),434-441.
- Saleem, M., Beail, N. &Roache, S.(2019). Relationship between the Vineland Adaptive Behaviour Scales and the Wechsler Adult Intelligence Scale IV in adults with intellectual disabilities.*Journal of Intellectual Disability Research*, 63(9),

- 1158-1162.
- Santamour, M. (1986). The Offender with Mental Retardation. *The Prison Journal*, 66 (1), 3-18.
- Schalock, R. , Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. , Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, R. , Spreat, S., Tasse', M., Verdugo, M. -Alonso, Wehmeyer, M. , Yeager, M.. (2010). *Intellectual disability: Definition, Classification, and System of Supports*. Washington, D.C.: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R, et al. (2002) Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457–470.
- Schalock, R., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook of quality of life for human services practitioners*. American Association on Mental Retardation. Washington, DC.
- Scheyett, A., Vaughn, J., Taylor, M., & Parish, S (2009). Are we there yet? Screening processes for intellectual and developmental disabilities in jail settings. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(1), 13-23.
- Schlanger, M. (2017). Prisoners with Disabilities. *Criminal Justice: Punishment, Incarceration, and Release*, edited by E. Luna, 4, 295-323. Phoenix, AZ: Academy for Justice.
- Scott Spreat(2020). Persons with intellectual disability in prison. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 11(4) , 233-237.
- Shafer, A., Dazzi, F. & Ventura, J.(2017). Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale – Expanded (BPRS-E) in a large hospitalized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 79-86.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. London: Routledge.
- Shakespeare, T.(2014). *Disability Rights and Wrongs Revisited*. New York: Routledge.
- Shalev, S. (2014). Solitary Confinement. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea & C. Udesen(eds). *Health in Prisons*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella R.C., Andreucci. C.R., Ferreira E.C., Cecatti J.G. & COMMAG study group(2017). Validation of the 36-item version of the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) for assessing women's disability and functioning associated with maternal morbidity. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017, 39, 44-52.
- Simoes, C., Santos, S. & Claes, C. (2015). Quality of life assessment in intellectual disabilities: The Escala Pessoal de Resultados versus the World Health Quality of Life-BREF. *Research in Developmental Disabilities*, 37(2), 171-181.
- Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D (1998) Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. TSO : London
- Smart, J. (2004) Models of disability: The juxtaposition of biology and social construction, in T. Riggard & D. Maki (eds.), *Handbook of Rehabilitation Counseling*, 25–49. Springer: New York.
- Smiley, E. (2005). Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: An update. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 214–222.
- Smith, L. (2016). *Improving the assessment of intellectual disability (ID) within the UK*

- prison service (who define using an IQ below 80) (Doctoral dissertation). Nottingham Trent University.
- Søndenaa, E., Bjørgen, T.G., & Nøttestad, J.A. (2007). Validation of the Norwegian version of Hayes Ability Screening index for mental retardation. *Psychological reports*, 101, 1023-1030.
- Søndenaa, E., Rasmussen, K., Palmstierna, T., & Nøttestad, J. (2008). The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1129-1137.
- Sridhar S, Cornish R and Fazel S (2018) The Costs of Healthcare in Prison and Custody: Systematic Review of Current Estimates and Proposed Guidelines for Future Reporting. *Frontiers in .Psychiatry* , 9, 1-9
- Statistics Canada(2021). *Table 35-10-0013-01 Operating expenditures for adult correctional services*. <https://doi.org/10.25318/3510001301-eng>
- Statistisk sentralbyrå(2015). *Innsattes levekår 2014*. Retrieved from <https://translate.googleusercontent.com/>
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K. & Robbins, P. C.(2005). Validation of the Brief Jail Mental Health Screen. *Psychiatric Services*, 56(7), 816-822.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493.
- Stewart, L. A., & Wilton, G. (2017). *Comorbid mental disorders: Prevalence and impact on institutional outcomes (R-379)*. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Stewart, L. A., Gamwell, L., & Wilton, G. (2018). *Comorbid mental disorders: Prevalence and impact on community outcomes (R-404)*. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Stewart, L. A., Wilton, G., Nolan, A., Kelly, L, Talisman, E.(2015). *Intellectual Deficits among Incoming Federally-sentenced Men and Women Offenders: Prevalence, Profiles, Outcomes(R-367)*. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Stolk, Y., Kaplan, I. & Szwarc, J. (2014). Clinical use of the Kessler psychological distress scales with culturally diverse groups. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(2), 161-183.
- Subcommittee on Prevention of Torture (2012). Report on the visit of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment to Brazil. United Nations: Subcommittee on Prevention of Torture.
- Sykes, G. (1958). *The Society of Captives*. Princeton: Princeton University Press.
- Sykes, G. (2007). *The Society of Captives: A Study of a Maximum Security Prison*. Princeton: Princeton University Press.
- Talbot, J. (2008). *Prisoners' voices: Experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities and difficulties*. London, UK: Prison Reform Trust.
- Talbot, J., & Riley, C. (2007). No One Knows: Offenders with Learning Difficulties and Learning Disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35 (3), 154-161.
- Talisman, E & Zinger, I. (2020). Mental Health Service Delivery in Canadian Federal

- Prisons: A Prison Ombudsman's Perspective. *Advancing Corrections Journal*, 9, 133-144
- Tasse, M. J. (2009). Adaptive behavior assessment and the diagnosis of mental retardation in capital cases. *Applied Neuropsychology*, 16, 114-123.
- Tasse, M.J., Luckasson, R. & Schalock, R.L. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behaviour in diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(6), 381-390.
- Teplin, L. A. (1990). Detecting disorder: the treatment of mental illness among jail detainees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 233-236.
- The Civil Ombudsman (Sivilombudsmannen) (2019). *Bergen Prison*. Retrieved from: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=zh-TW&prev=search&pto=aue&rurl=translate.google.com.tw&sl=en&sp=nmt4&u=https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/03/Bergen-Prison.pdf&usg=ALkJrhg_bK2udFEQHQo0KbqV_vkBudSirA
- The Corrections Services Administrators' Council (2018). *Guiding Principles for Corrections in Australia*. Retrieved from: <https://www.corrections.vic.gov.au/guiding-principles-for-corrections-in-australia>
- The Huffington Post (2012). *Prison Overcrowding undermining Rehabilitation*, 6.
- The Legal Information Institut. (2021). *18 U.S. Code § 4122 - Administration of Federal Prison Industries*. Retrieved from <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/18/4122>.
- The Pennsylvania Mental Health and Justice Center of Excellence (2012). *Managing and Treating Justice-Involved Individuals with Intellectual Disabilities in Pennsylvania*. Retrieve from <http://www.pacenterofexcellence.pitt.edu/documents/ID%20and%20CJS%20in%20PA%2012%2013%2012%20-%20final%20copy%20sent%20to%20MHJAC.pdf>
- The Prison and Probation Service (Kriminalomsorgen) (2013). *Directorate of Norwegian Correctional Service*. Retrieved from <http://www.kriminalomsorgen.no/english.293899.en.html>
- The Southwest ADA Center at ILRU (2019). *Americans with Disabilities Act Disability Related Access for Inmates and Visitors Guide*.
- The United States Department of Justice (2017). <https://www.justice.gov/doj/fy-2019-congressional-budget-submission>.
- To, W. T., Vanheule, S., Vanderplassen, Audenaert, W., K. & Vandeveld, S. (2015). Screening for intellectual disability in persons with a substance abuse problem: Exploring the validity of the Hayes Ability Screening Index in a Dutch-speaking sample. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 498-504.
- Trani, J-F. & Loeb, M. (2012). Poverty and disability: a vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*, 24(S1), S19-S52. <http://dx.doi.org/10.1002/jid.1709>.
- Trevethan, R. (2017). Sensitivity, Specificity, and Predictive Values: Foundations, Plabilities, and Pitfalls in Research and Practice. *Frontiers in Public Health*, 5, 307. DOI: 10.3389/fpubh.2017.00307.
- Trömel, S. (2009). A personal perspective on the drafting history of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In G. Quinn & L.

- Waddington (eds.), *European Yearbook of Disability Law*, 115–138. Antwerpen: Intesentia.
- Trotter, C., & Baidawi, S. (2015). Older prisoners: Challenges for inmates and prison management. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 48, 200-218.
- Underwood, L., McCarthy, J., Chaplin, E., Forrester, A., Mills, R., & Murphy, D. (2016). Autism spectrum disorder traits among prisoners. *Advances in Autism*, 2(3), 106-117.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2013). *The State of the World's Children: Children with disabilities: From exclusion to inclusion*. <https://www.unicef.org/media/84886/file/SOWC-2013.pdf>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2015). *The State of the World's Children.2015: Executive Summary*. Retrieved from: <https://www.unicef.org/media/84891/file/SOWC-2015.pdf>.
- United Nations Development Group(2011). *Including the rights of persons with disabilities in United Nations programming at country level: A Guidance Note for United Nations Country Teams and Implementing Partners*.United Nations.
- United Nations Economic Commission for Europe (2013). *Survey Module for Measuring Health State: Developed by the Budapest Initiative Task Force on Measurement of Health Status*. United Nations.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization(UNESCO)(2015). *Reshaping cultural policies: a decade promoting the diversity of cultural expressions for development*. Retrieved from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000242866>.
- United Nations General Assembly(2020). *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. Available online: <http://www.un.org/esa/socdev/enab/dissre00.htm> (accessed on 3 March 2020).
- United Nations Human Rights Council (2018). *Report on the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* . New York: UN.
- United Nations Office on Drugs and Crime(2009). *Handbook on Prisoners with Special Needs*. New York: United Nations.
- United Nations Statistics Division (2009).*Washington Group on Disability Statistics*. homepage. Online at: <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>, accessed 14 December 2009.
- United Nations(1982). *World Programme of Action concerning Disabled Persons*, 37/52. 1/.
- United Nations(2014). *United Nations expert group meeting on disability data and statistics, monitoring and evaluation: The way forward- A disability-inclusive agenda towards 2015 and beyond*. New York: UN.
- UNODC(2009).*Handbook on Prisoners with special needs* .UNITED NATIONS:New York
- UNODC(2013). *Handbook on Strategies to Reduce Overcrowding in Prisons*. Criminal Justice Handbook Series, New York: United Nations.
- UNODC(2021).*World Drug Report 2020*. Retrieved from: <https://www.unodc.org/wdr2020>

- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. &Rehm, J.(2010). *Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule: WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4): 140–153.
- Van Duijvenbode, N. & Van Der Nagel, J. E. L. (2019).A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European Addiction Research*, 25,263-282.
- Van Duijvenbode, N., Didden, R., Van den Hazel, T., & Engels, R. C. M.E. (2016). Psychometric qualities of a tetrad WAIS-III short form for use in individuals with mild to borderline intellectual disability.*Developmental Neurorehabilitation*, 19, 26–30.
- Van Zyl Smit, D. & Appleton, C. (2019). *Life Imprisonment: A Global Human Rights Analysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Van Zyl Smit, D. (2010). Regulation of Prison Conditions. *Crime and Justice*, 39, 503-563.
- VanEsch, A. Y. M., de Vries, J. &Masthoff, E. D. M. (2020). Screening for intellectual disability in Dutch psychiatrically disturbed detainees: Assessing the psychometric properties of the Screener for Intelligence and Learning Disability (SCIL). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(3): DOI: 10.1111/jar.12769.
- Waddington, L & Broderick, A. (2018). Combatting disability discrimination and realising equality: A comparison of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and EU equality and non-discrimination law. European Union.
- Wagner, P. &Rabuy, B. (2017).*Following the Money of Mass Incarceration*. Northampton, MA: Prison Policy Initiative.
- Wakeling, H. (2018). *The development of a screen to identify individuals who may need support with their learning*. Retrieved from : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/740303/development-screen-identify-individuals-oasys-report.pdf.
- Walmsley, R. (2017). *World Pre-trial/Remand Imprisonment List (3^{ed})* . London: ICPR, World Prison Brief.
- Walmsley, R. (2018). *World Prison Population Lis(12^{ed})*. London: ICPR, World Prison Brief.
- Ware, S . ,Ruzsa, J .,Dias , G(2014) It Can't Be Fixed Because It's Not Broken: Racism and Disability in the Prison Industrial Complex . *Disability incarcerated : imprisonment and disability in the United States and Canada*, 163-184 . Martin's Press LLC: New York.
- Washington City Group(2009). Statement of rationale for the Washington Group general measure on disability. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Online at: <http://www.cdc.gov/nchs/citygroup/rationale.htm>, accessed 15 December 2009.
- Washington Group on Disability Statistics(2018). *The Washington Group on Disability Statistics Background Document*. 49th Session of the United Nations Statistical

- Commission, 6-9 March 2018. NY: New York.
- Weiss, R. (2013). *The Americans with Disabilities Act and Prison Conditions*. *Disabled World*, Retrieved 2019-03-06, from <https://www.disabledworld.com/disability/discrimination/ada/prisons.php>
- Werner, S.(2012). Needs Assessment of Individuals with Serious Mental Illness: Can It Help in Promoting Recovery? *Community Ment Health*, 48, 568–573.
- Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., Weil, L., & Wakabayashi, A. (2006). Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). *Brain Research*, 1079, 47-56.
- Whittingham, L, Durbin, A, L, E, Matheson, F. I., Volpe, T., Dastoori, P., Calzavara, A, Lunsky, Y. & Kouyoumdjian, F. J . (2020). The prevalence and health status of people with developmental disabilities in provincial prisons in Ontario, Canada: A retrospective cohort study. *Appl Res Intellect Disabil*, 33(6), 1368-1379.
- WHO(1998). *Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument – WHOQOL*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health :ICF*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2007). *Preventing Suicide in Jails and Prisons* . Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO(2008). *WHO/ESCAP Training Manual on Disability Statistics*. United Nations.
- WHO(2010). *World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2014). *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021: Better health for all people with disability*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2016). *WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2020). *Health in Prisons*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO(2020). *Prisons and health: Partnership for Health in the Criminal Justice System*. Prisons and health: Partnership for Health in the Criminal Justice System. WHO/Europe | Prisons and health: Partnership for Health in the Criminal Justice System.
- Wilbur , J (2013). *What the Global Report on Disability means for the WASH sector*. Retrieved from: <https://www.waterraed.org/globaldisabilityWASHreport>.
- Williams, F., & Mann, R. E. (2010). *The Treatment of Intellectually Disabled Sexual Offenders in the National Offender Management Service: The Adapted Sex Offender Treatment Programmes*. In L. A. Craig, W. Lindsay R. & K. Browne D. (Eds.), *Assessment and Treatment of Sexual Offenders with Intellectual Disabilities: A Handbook*, 293-315. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Wilton, G., Stewart, L. A., Power, J. (2015). *Agreement among Three Mental Health Screening Measures.(B58)*. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Wissenbach, L. (2014). *Pathways to inclusive development: How to make disability inclusive practice measurable?* (Discussion Papers on Social Protection). Bonn: GIZ. <http://www.giz.de/expertise/downloads/giz2014-en-pathways-to-inclusive-development.pdf>

- Won, M. J. & Hae, L. S.(2015).Validation of the K6/K10 Scales of Psychological Distress and Their Optimal Cutoff Scores for Older Koreans. *The International Journal of Aging and Human Development* , 80(3), 264–282.
- Woodburn, H. (2013). Nothing about us without civil society: The role of civil society actors in the formation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Political Perspectives*, 7(1), 75-96.
- World Economic Forum.(2019).*What the rest of the world can learn from Norway's prison system*. Retrieved from <https://www.weforum.org/agenda/2019/03/incarceration-can-be-rehabilitative>
- World Health Organization & World Bank (2017). *Brief Model Disability Survey (Brief MDS)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization & World Bank.(2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- Young, J. T., van Dooren, K., Lennox, N. G., Butler, T. G. &Kinner, S. A. (2015). Inter-rater reliability of the Hayes Ability Screening Index in a sample of Australian prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 1055-1060.
- Young, S., Gonzalez, R.A., Mullens, H., Mutch, L., Malet-Lambert, I. &Gudjonsson, G.H. (2018). Neurodevelopmental disorders in prison inmates: comorbidity and combined associations with psychiatric symptoms and behavioural disturbance. *Journal of Psychiatry Research*, 261, 109-115.
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., Hodgkins, P.(2015). A meta-analysis of the prevalence ofattention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations.*Psychological Medicine*, 45 (2) , 247-258.
- Zottola, S. A, Desmarais, S. L., Neupert, S. D., Dong, L., Laber , E., Lowder , E. M. & Van Dorn, R. A.(2019). Results of the Brief Jail Mental Health Screen Across Repeated Jail Bookings. *Psychiatric Services*, 70(11), 1006-1012.
- 山本讓司(2010)。刑務所内の現実に見る日本の社会。 *甲南法学*，51 (1) ， 1-37。
- 内閣府(2018)。網址：
<https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/wakugumi.html#kihonhou>
- 古川隆司(2018)。平成30年版犯罪白書「進む高齢化と犯罪」について。法務省，http://www.moj.go.jp/housouken/housou_hakusho2.html
- 佐藤誠(2008)。日本の触法精神障害者の処遇制度-主として刑事施設内の処遇を中心として。精神障害者による危害行為の対策 (第1回日中犯罪学術シンポジウム報告書), 59-73。
- 法務省(2014)。知的障害を有する犯罪者の実態と処遇，法務総合研究所研究部報告。
- 法務省（2021），令和2年版 犯罪白書。網址：
<http://hakusyo1.moj.go.jp/jp/67/nfm/mokuji.html>
- 法務省矯正局(2008)。日本の刑事施設。網址：
<http://www.moj.go.jp/ENGLISH/CB/cb-02.pdf>
- 法務省矯正局(2019)。日本の刑事施設。網址：
<http://www.moj.go.jp/content/001323824.pdf>
- 財務省主計局(2020)。令和元年度個別事業のフルコスト情報の開示(ダイジェスト版)https://www.mof.go.jp/budget/report/public_finance_fact_sheet/fy2019/fullcostdigest.pdf

附錄：本研究工具

附錄一 精神科醫師訪談題綱

訪談同意書

依據「身心障礙者權益保障法」第85條規定：「身心障礙者依法收容於矯正機關時，法務主管機關應考量矯正機關收容特性、現有設施狀況及身心障礙者特殊需求，作必要之改善。」另監獄行刑法第6條第3項亦規定：「監獄應保障身心障礙受刑人在監獄內之無障礙權益，並採取適當措施為合理調整。」因此，矯正機關有責任確保身心障礙收容人在與其他人平等的基礎上，享有人權與基本保障。

雖然近年來，矯正機關針對收容人的醫療人權做出許多努力與改善，但過去我國矯正機關針對各類型身心障礙收容人處遇作為未有明確相關指引。再者，不同類型身心障礙收容人的需求不同，所需之處遇方向與作為亦有差異。尤其，監察院在2019年11月對法務部矯正署提出糾正，認為矯正機關對身心障礙收容人出現嚴重「漏接」情形，往往無法提供適切的診斷、醫療與支持。

為探討我國矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率，並深入瞭解不同類型身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，特進行本研究。素仰您在精神醫療的專業，本研究擬就您接觸精神病人的經驗，建構本研究認知障礙評估工具，期待經由您提供個人之想法和經驗，作為本研究後續進行身心障礙收容人盛行率調查工具之重要參考依據。本次訪談約需30分鐘，期待經由您所提供的寶貴意見，以增加研究工具之信、效度。

在訪談期間您隨時有權利選擇退出，且沒有義務告知原因，我們將立即銷毀錄音檔；過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權利隨時中止錄音。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

再次感謝您的協助！敬祝

健康快樂！

中央警察大學外事警察學系孟維德教授

警察政策研究所黃翠紋教授暨全體研究成員 敬上

110年4月

同意書

經研究者說明後，本人同意參與本項訪問，研究人員對於訪問內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：

（簽名）

中華民國 年 月 日

壹、研究目的

- 一、按現行我國通用之身心障礙類別，參採國內、外普遍使用之需求評估量表，檢視矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率(不以持有身心障礙證明者為限)，並就不同身心障礙類別與程度、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情况等)，進行分析及評估。
- 二、瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，並就不同身心障礙類別、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情况等)，進行分析及評估，合理調整處遇之方向，據以作為改善的方向。
- 三、蒐集與分析美國、加拿大、英國、挪威、澳洲、日本等國家之身心障礙者收容於矯正機關之相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信等)，作為我國處遇之參考。
- 四、盤點我國身心障礙收容人盛行率、生活適應情形、面臨問題以及需求等面向之分析，並就我國實務現況和相關法規與前述國家進行比較分析。
- 五、根據相關文獻與實證資料之研究結果，進行具體措施分析，並參考國外矯正機關針對身心障礙者之各項處遇措施，建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引。

心理健康評估量表

一、在研判嚴重精神病人的症狀時，請依照您的臨床經驗，就以下題項之重要性，刪除您認為最不需要的題項，至少刪除 6 題。

1	過去 30 天中，您經常會感到緊張？	
2	過去 30 天中，您經常會感到絕望？	
3	過去 30 天中，您經常會感到自己很糟糕(或/沒用或是有罪惡感)？	
4	過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁？	
5	過去 30 天中，您經常會感到太沮喪以至於什麼都不能讓您快樂起來？	
6	過去 30 天中，您經常會感到做每一件事情都很費勁(很疲倦或沒有活力)？	
7	過去 30 天中，您是否覺得某人可以經由在您腦海中放進想法或是移除想法，來控制您的思想？	
8	過去 30 天中，您是否覺得有人可以讀出你想法？	
9	過去 30 天中，您經常很難入睡或入眠？	
10	過去 30 天中，經常有您不需要的影像或回憶，一直困擾著您？	
11	過去 30 天中，您的動作或說話速度緩慢到別人已經察覺？	
12	過去 30 天中，您有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭？	
13	過去 30 天中，您無法專注在做某一件事情上，例如閱讀報紙或看電視？	
14	過去 30 天中，您食慾不振或吃太多？	

二、除上述題目外，您認為還有哪些題目本研究沒有列出，可否麻煩補充：

1. _____
2. _____
3. _____

三、請問在進行精神障礙鑑定時，主要的評估指標有哪些？

1. _____
2. _____
3. _____

說明：

- 1.本題庫第 1~6 題係引自 Kessle 等人(2002)所編製之 K6，第 3 題題目用詞參考矯正署「病人健康問卷，PHQ-9」予以修改。
- 2.本題庫第 7-8 題係引自美國司法研究所(National Institute of Justice ,NIJ)在 2002 年開發出「矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表」。
- 3.本題庫第 9-10 題係引自英國基層精神衛生機構中常見的心理健康評估表 CORE-10。
- 4.本題庫第 11 至第 14 題題係引自矯正署「病人健康問卷，PHQ-9」。

參考資料

一、K6 中文版題目與計分

題目 \ 選項		沒有	偶爾	一部分時間	大部分時間	全部時間
1.	過去 30 天中，您經常會感到緊張？	0	1	2	3	4
2.	過去 30 天中，您經常會感到絕望？	0	1	2	3	4
3.	過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁？	0	1	2	3	4
4.	過去 30 天中，您經常會感到太沮喪以至於什麼都不能讓您快樂起來？	0	1	2	3	4
5.	過去 30 天中，您經常會感到做每一件事情都很費勁？	0	1	2	3	4
6.	過去 30 天中，您經常會感到無價值？	0	1	2	3	4

K10 中文版題目與計分

題目 \ 選項		沒有	偶爾	一部分時間	大部分時間	全部時間
1.	過去 30 天中，您經常會感到無法解釋的筋疲力盡？	0	1	2	3	4
2.	過去 30 天中，您經常會感到緊張？	0	1	2	3	4
3.	過去 30 天中，您經常會感到太緊張以至於什麼都不能讓您平靜下來？	0	1	2	3	4
4.	過去 30 天中，您經常會感到絕望？	0	1	2	3	4
5.	過去 30 天中，您經常會感到不安或煩躁？	0	1	2	3	4
6.	過去 30 天中，您經常會感到不安以至於連靜坐都沒辦法？	0	1	2	3	4
7.	過去 30 天中，您經常會感到沮喪？	0	1	2	3	4
8.	過去 30 天中，您經常會感到太沮喪，以至於什麼都不能讓您快樂起來？	0	1	2	3	4
9.	過去 30 天中，您經常會感到做每一件事情都很費勁？	0	1	2	3	4
10.	過去 30 天中，您經常會感到無價值？	0	1	2	3	4

註：在填完前述 10 題後，還會接續問受評估者「過去 30 天中出現的這些情緒，對您來說是比平時多見、跟平時差不多、還是比平時少？」

二、矯正機關心理健康狀況簡要篩檢表

第一部分			
姓名：_____	收容人#：_____	日期：__/__/__	時間：_____

第二部分

問題	否	是	備註
1.您認為某人可以經由在您腦海中放進想法或是移除想法，來控制您的思想？			
2.您現在是否覺得有人知道您的想法，而且可以讀出你想法？			
3.雖然您最近幾周沒有特別做什麼事，但每周體重就減少或增加 0.9 公斤(2 磅)以上？			
4.您或您周遭的人(家人/朋友)是否注意到你現在比過去更容易激動？			
5.您是否覺得現在說話速度比過去緩慢？			
6.您最近是否經常覺得自己沒用或是有罪惡感？			
7.您現在是否因為情緒或心理健康問題，而正在服用醫生開的藥？			
8.您過去有沒有因為情緒或心理健康問題而住過院？			

第三部分

矯正人員評估/印象(檢視各方面)	
☐ 語言障礙	☐ 受藥物/酒精影響 ☐ 不合作
☐ 對談話內容理解困難	☐ 其他：_____
轉介建議：如果以下有情形之一，應該作進一步心理健康評估：1.第 7 題回答「是」；2.第 8 題回答「是」；3.第 1 至 6 題，有 2 題以上回答「是」；4.其他任何您覺得需要轉介心理評估的理由	
☐ 不須轉介	
☐ 在__/__/__已轉介至_____	
評估人員：_____	

三、矯正機關男性收容人心理健康篩檢表

是否	1.對於過去，您是否曾經擔心無法擺脫或放手？
是否	2.有些人會發現自己的情緒變化起伏很大，例如，他們可能會從暴怒沒多久心情就轉變成鬱悶，請問您會這樣嗎？
是否	3.當朋友或家人抱怨他們的問題/或是人們抱怨您不贊同他們的問題時，您會感到煩惱嗎？
是否	4.假如和他人或周圍環境相距遙遠或與外界隔絕，您是否曾經感到自己沒有任何感覺？
是否	5.您是否曾經因為自己感到煩躁不安，而對別人大喊大叫或打人嗎？（如果不清楚這是由受訪者的煩躁引起的，請舉一個簡短的例子）
是否	6.在工作或與朋友互動時，您是否經常因為剛開始時表現得很興奮，但隨後對工作或朋友失去了興趣而遇到麻煩？
是否	7. 您對待別人，是否曾經連續好幾天懷恨在心或不跟他/她講話？
是否	8.您是否曾經嘗試過避免回想自己所經歷或見證的事情？
是否	9.您是否曾經連續兩週，一天中大部分時間心情感到沮喪嗎？（是=大部分時間中大部分時間沮喪的情緒）
是否	10 您是否曾經反覆回想自己經歷過或目睹過的不幸事情，而感到困擾或做噩夢？
是否	11.您是否曾因非身體方面病痛的原因而去看過醫生，例如去精神科診所或醫院就醫？（如果您沒有住院，則不包括去急診室。）
是否	12.您是否曾經在沒有任何理由的情況下，內心感到急躁或是容易被嚇到？
以上問題，如果被拘留者對 6 個以上的項目的回答「是」則需要轉介。	

四、矯正機關女性收容人心理健康篩檢表

是否	1.當朋友或家人抱怨他們的問題/或是人們抱怨您不贊同他們的問題時，您會感到煩惱嗎？
是否	2.您是否曾經嘗試過避免提醒或不去回想您所經歷或見證的事情？
是否	3.有些人會發現自己的情緒變化起伏很大，例如，他們可能會從暴怒沒多久心情就轉變成鬱悶，請問您會這樣嗎？
是否	4. 您過去幾週您是否覺得自己沒用或有罪惡感？
是否	5.在一天的大部分時間裡，您有多少時間感到沮喪？（是=大部分時間中大部分時間沮喪的情緒）
是否	6.您是否發現，如果讓大多數人對您瞭解太多，大多數人會利用您嗎？
是否	7.您是否對自己所經歷或見證的事情而感到困擾，或做噩夢？
是否	8.您是否曾因非身體方面病痛的原因而去看過醫生，例如去精神科診所或醫院就醫？（如果您沒有住院，則不包括去急診室。）
以上問題，如果被拘留者對 5 個以上的項目的回答「是」則需要轉介。	

五、CORE-10 題項一覽表

題項	一點也不會	偶爾會	有時會	經常會	大多數或所有時間
1 我感到緊張、焦慮或緊張	0	1	2	3	4
2 當我感到有需要時，有人可以尋求支持	4	3	2	1	0
3 發生問題時，我有能力獨自應付	4	3	2	1	0
4 與人交談，對我來說是沒必要的事情	0	1	2	3	4
5 我感到恐慌或恐懼	0	1	2	3	4
6 我制定了結束生命的計劃	0	1	2	3	4
7 我很難入睡或入眠	0	1	2	3	4
8 我感到絕望	0	1	2	3	4
9 我感到不開心	0	1	2	3	4
10 有我不需要的影像或回憶，一直困擾著我	0	1	2	3	

評分結果

可以區分為以下幾類：(1)得分小於 10 分，非屬臨床關注的範圍；(2)得分為 11 至 14 分者，代表個案有輕微的心理困擾；(3)得分為 15 到 19 分者，代表個案有中度心理困擾；(4)得分為 20 至 24 分者，代表個案有中度至重度心理困擾；(5)得分為 25 分以上者，代表個案有嚴重的心理困擾。

六、矯正署病人健康問卷(PHQ-9)

身分： ☐ 受刑人 ☐ 其他_____身心障礙者： ☐ 是(類型)_____ ☐ 否					
編號：		入監/所/校日期： 年 月 日			
姓名：		刑期： 年 月 日			
在過去兩個星期，有多少時候您受到以下任何問題所困擾？		完全沒有	幾天	一半以上的天數	幾乎每天
1	做事時提不起勁或沒有樂趣(題庫第 5 題)	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮喪或絕望(題庫第 2 題)	0	1	2	3
3	入睡困難、睡不安穩或睡眠過多(題庫第 9 題)	0	1	2	3
4	感覺疲倦或沒有活力(題庫第 6 題)	0	1	2	3
5	食慾不振或吃太多(題庫第 14 題)	0	1	2	3
6	覺得自己很糟—或覺得自己很失敗，或讓自己或家人失望(題庫第 3 題)	0	1	2	3
7	對事物專注有困難，例如閱讀報紙或看電視時(題庫第 13 題)	0	1	2	3
8	動作或說話速度緩慢到別人已經察覺，或正好相反—煩躁或坐立不安、動來動去的情況更勝於平常(題庫第 11 題)	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭(題庫第 12 題)	0	1	2	3
總分					
調查日期： 年 月 日					
施測人員：					
有無需要轉介： ☐ 有，轉介 (專輔人員職稱姓名) _____					
☐ 無					

評分說明

總分 9 分以下： 正常值 10-14 分： 輕度憂鬱
 15-19 分： 中度憂鬱 20 分以上： 重度憂鬱

附錄二 處遇與戒護人員訪談題綱

訪談說明書

雖然近年來，矯正機關針對收容人的醫療人權做出許多努力與改善，但過去我國矯正機關針對各類型身心障礙收容人處遇作為未有明確指引。然自監獄行刑法及羈押法自109年7月15日大幅修正施行，將《身心障礙者權利公約》精神正式入法(監獄行刑法第6條、羈押法第4條)，且明定監督機關應配合相關法令規定，因應監獄場域狀況等因素，逐步訂定合理調整之指引，以保障身心障礙者之無障礙權益。因此，法務部矯正署陸續制定「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」、「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」供矯正機關參採施行，惟在指引及計畫執行過程中，是否仍有需精進及強化部分，爰有待研究檢視。再者，不同類型身心障礙收容人的需求不同，所需之處遇方向與作為亦有差異。尤其，監察院在2019年11月對法務部矯正署提出糾正，認為矯正機關對身心障礙收容人出現嚴重「漏接」情形，往往無法提供適切的診斷、醫療與支持。

為探討我國矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率，並深入瞭解不同類型身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，特進行本研究。期待經由您提供個人之想法和經驗，作為本研究後續進行身心障礙收容人盛行率調查工具以及編製處遇指引之重要參考依據。期待經由您所提供的寶貴意見，提升本研究工具之信、效度，以及編修收容人處遇指引之參考。

在訪談期間您隨時有權利選擇退出，且沒有義務告知原因，我們將立即銷毀錄音檔；過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權利隨時中止錄音。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。

本次訪談記區分為二大題項：一、處遇執行現況、困境與改善建議；二、有關身心障礙盛行率評估工具。再次感謝您的協助！

敬祝

健康快樂！

中央警察大學外事警察學系孟維德教授暨全體研究成員 敬上

110年4月

同意書

經研究者說明後，本人同意參與本項訪問，研究人員對於訪問內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者：（簽名）

中華民國 年 月 日

壹、研究目的

- 一、按現行我國通用之身心障礙類別，參採國內、外普遍使用之需求評估量表，檢視矯正機關實際有身心障礙處遇需求收容人之盛行率(不以持有身心障礙證明者為限)，並就不同身心障礙類別與程度、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情況等)，進行分析及評估。
- 二、瞭解身心障礙收容人於矯正機關之生活適應情形及處遇需求、面臨問題，執行處遇困境及矯正機關資源不足之處，並就不同身心障礙類別、態樣及基本資料(包括：刑度、犯罪類型、進入矯正機關前是否即有障礙情況等)，進行分析及評估，合理調整處遇之方向，據以作為改善的方向。
- 三、蒐集與分析美國、加拿大、英國、挪威、澳洲、日本等國家之身心障礙者收容於矯正機關之相關法制、組織架構、運作現況、適應需求及因應之合理調整措施等各項處遇資料(包括設備設施、管理、作業、教化及文康、醫療、接見及通信等)，作為我國處遇之參考。
- 四、盤點我國身心障礙收容人盛行率、生活適應情形、面臨問題以及需求等面向之分析，並就我國實務現況和相關法規與前述國家進行比較分析。
- 五、根據相關文獻與實證資料之研究結果，進行具體措施分析，並參考國外矯正機關針對身心障礙者之各項處遇措施，建置符合我國國情之身心障礙收容人處遇措施合理調整的指引。

一、處遇執行現況、困境與改善建議

受訪者基本資料：性別、服務機關、經歷與年資？

研究目的	訪談題綱	
一、處遇 提供現況 與問題	處遇人員	戒護人員
	目前貴機關的身心障礙收容人人數大概有多少人，聽、視、肢體、智能、精神及其他障礙等六類收容人人數為何？所占比例最高的是哪一類？	
	1-a 貴機關如何篩查身心障礙收容人？目前收容於貴機關的身心障礙者，是在進入收容機關前即有身心障礙之情況嗎？您是否有接觸過收容人入所超過 3 個月後才發現有障礙情形？若有，如何發現的？後續如何處理？	1-b 您是否曾在管理時發現疑似身心障礙收容人？若有，是如何察覺？後續如何處理？
	2-a.貴機關對 聽覺 障礙收容人在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上分別提供何種處遇措施？與下表的處遇措施指引有何落差？在文康、技訓參與狀況如何？上述八大面向分別有遇到什麼困難？有何改善建議？	2-b 相較一般收容人，貴機關在 聽覺 障礙收容人的「戒護」及「管理」上，各會分別採取哪些不同的措施？是否有遇到什麼困難？有何建議？
	3-a.貴機關對 視覺 障礙收容人在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上各提供何種處遇措施？與下表的處遇措施指引有何落差？在文康、技訓參與狀況如何？上述八大面向分別有遇到什麼困難？有何改善建議？	3-b 相較一般收容人，貴機關在 視覺 障礙收容人的「戒護」及「管理」上，各會分別採取哪些不同的措施？是否有遇到什麼困難？有何建議？
	4-a.貴機關對 肢體 障礙收容人在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上各提供何種處遇措施？與下表的處遇措施指引有何落差？在文康、技訓參與狀況如何？上述八大面向分別有遇到什麼困難？有何改善建議？	4-b 相較一般收容人，貴機關在 肢體 障礙收容人的「戒護」及「管理」上，各會分別採取哪些不同的措施？是否有遇到什麼困難？有何建議？

	何改善建議?	
	5-a.貴機關對 智能 障礙收容人在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上各提供何種處遇措施?與下表的處遇措施指引有何落差?在文康、技訓參與狀況如何?上述八大面向分別有遇到什麼困難?有何改善建議?	5-b 相較一般收容人，貴機關在 智能 障礙收容人的「戒護」及「管理」上，各會分別採取哪些不同的措施?是否有遇到什麼困難?有何建議?
	6-a 貴機關對 精神 障礙收容人在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上各提供何種處遇措施?與下表的處遇措施指引有何落差?在文康、技訓參與狀況如何?上述八大面向分別有遇到什麼困難?貴機關實施「矯正機關收容人自殺防治處遇計畫(109.4.17)」經由二級預防以上之收容人，共篩選出多少位身心障礙者?檢測工具有無需要改進之處?有何改善建議?	6-b 相較一般收容人，貴機關在 精神 障礙收容人的「戒護」及「管理」上，各會分別採取哪些不同的措施?有遇到什麼困難?有何建議?
	7-a 貴機關對 非前述 5 類障礙類別 的身心障礙收容人在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上各提供何種處遇措施?與下表的處遇措施指引有何落差?在文康、技訓參與狀況如何?上述八大面向分別有遇到什麼困難?有何改善建議?	7-b 相較一般收容人，貴機關對 非前述 5 類障礙類別 的身心障礙收容人在「戒護」及「管理」上，各會分別採取哪些不同的措施?有遇到什麼困難?有何建議?
二、配套措施	8-a 您認為除了指引所列八大面向之外，就目前身心障礙處遇方面，最需要再增強的面向為何?您覺得可以再增加什麼樣的處遇措施?理由為何?	8-b 在戒護和管理面向上，對身心障礙收容人您覺得最需要再增加什麼樣的處遇措施?
	9.您認為目前在貴機關中，有哪些障礙別收容人的資源不足?您覺得可以再增加何種方面的資源?理由為何?	
	10.以您過去與身障收容人接觸的經驗，身障收容人在行刑累進	

	處遇上是否有達成的困難?有何建議?
	11.您認為矯正資源對於身心障礙收容人處遇是否足夠?若不足，您有何具體建議?
	12.整體而言，您對身心障礙處遇上有何困境?有何建議?
	13.對於身心障礙者的認識，貴機關目前有提供那些培訓課程給矯正人員?訓練頻率?每次訓練時間?您覺得可以再增加什麼(課程、頻率、每次培訓長短)?

二、有關身心障礙盛行率評估工具

依據矯正署 109 年 10 月「矯正機關對身心障礙收容人合理調整參考指引」分類，將身心障礙主要分為聽覺、視覺、肢體、智能及精神障礙五大類，故為瞭解矯正機關中有處遇需求的身心障礙收容人盛行率，本研究參考前述指引分類，將身心障礙盛行率評估工具分為有三大部分，第一部分是有關身體功能障礙評估問項；第二部分是智能障礙評估工具，請您仔細閱讀相關問項是否符合收容人矯正生活用語，並依您的專業提供相關建議。

(一)身體功能障礙評估問項

- 1.請問您**看得清楚**在您前面 1 公尺的物品嗎？☐⑥非常清楚 ☐①還算清楚☐②普通 ☐③不太清楚☐④非常不清楚☐⑤根本看不到
- 2.請問您**聽得清楚**這間房間的聲音嗎？☐⑥非常清楚 ☐①還算清楚☐②普通 ☐③不太清楚☐④非常不清楚☐⑤根本看不到
- 3.請問您如果在這間房間走路，會有困難嗎？☐⑥完全沒有困難 ☐①不太困難☐②普通 ☐③有點困難☐④非常困難☐⑤根本沒辦法走路
- 4.您平日生活作息(如清洗全身或穿衣)，會有困難嗎？☐⑥完全沒有困難 ☐①不太困難 ☐②普通 ☐③有點困難 ☐④非常困難☐⑤根本沒辦法自理

(二)智能障礙評估問項

為瞭解矯正機關內收容人之適應能力，進而對其智能障礙進行評估，請依照您在過去對智能障礙收容人進行處遇或管理服務之經驗，給予下列問項修改或補充建議：

	問項	評估指標
1	您閱讀報紙或書籍需要協助嗎?	智能障礙-閱讀能力
2	您填寫表格需要協助嗎?	智能障礙-寫作能力
3	您看位置圖時需要協助嗎?	智能障礙-邏輯能力
4	您看得懂有刻度的時鐘(非電子鐘)嗎?	智能障礙-時間概念

5	您可以聽懂管理員的話嗎?	智能障礙-理解能力
6	別人聽得懂您說的話嗎?	智能障礙-溝通能力
7	對機關內的規定您記得起來嗎?	矯正機關環境適應
8	您在記得工廠作業程序上有無困難?	矯正機關環境適應
9	您在執行環境清掃工作上有無困難?	矯正機關環境適應

除上述題目外，您認為還有哪些題目本研究沒有列出，可否麻煩補充：

- 1.
- 2.

說明：

1. 本題庫第 1~3 題係改編自 Wakeling (2018)所編製之英國收容人評估系統篩選工具(OASysScreening Tool, OASys ST)。
2. 本題庫第 4 題引自 McKenzie 與 Paxton (2006)所開發的(學習障礙篩檢問卷 (Learning Disability Screening Questionnaire, LDSQ)。
3. 本題庫第 5、6 題係引自世界衛生組織(2010)所開發之「世界衛生組織身心障礙評估表第二版」(World Health Organization Disability Assessment Schedule 2, WHODAS 2.0)。

附錄三 收容人訪談題綱

訪談說明書

您好！為瞭解我國領有身心障礙證明(手冊)收容人的在監執刑期間的健康狀況，以及在設備設施、管理、作業、教化、文康、醫療、接見及通信等方面的需求與使用狀況，特進行本項研究。

本研究誠摯邀請您參與並和我們分享您的看法與經驗!為妥善進行資料的整理與分析，會在取得您的同意後使用錄音器材，錄音內容僅作為研究者資料分析使用，且為保護受訪者，未來報告書中您的姓名與個資均將予以隱匿，並以代碼取代之。因此，期待您能提供真實的意見，以增加研究資料的真實性。在訪談期間您隨時有權利選擇退出，且沒有義務告知原因，我們將立即銷毀錄音檔；過程中有不想回答之問題您能選擇拒絕回答，亦有權利隨時中止錄音。若您對本研究有任何意見，亦歡迎隨時提供給研究者。非常感謝您的協助與合作！敬祝
健康快樂！

中央警察大學外事警察學系
孟維德教授暨全體研究成員 敬上
110 年 5 月

同意書

經研究者說明後，本人同意參與本項訪問，研究人員對於訪問內容及個人基本資料應負保密責任，以維護受訪者權益。且在研究過程中隨時有權利退出。

受訪者： (簽名)

中華民國 年 月 日

訪談題綱

- 一、就您的障礙情形，收容機關在「設施」、「管理」、「作業」、「教化」、「文康」、「醫療」、「接見」及「通信」上，各提供您何種處遇措施？
- 二、針對您在收容機關的各種活動參與，收容環境是否存在障礙？您覺得最大的障礙是什麼？為什麼？您覺得還需要收容機關提供哪方面的協助(具體需求措施)？
- 三、就您的障礙情形，收容機關提供的協助措施，您方便使用嗎？若不方便，原因為何？就您經常需要使用的醫療設施，您是否容易使用它們?為什麼？
- 四、就您的障礙情形，您覺得收容機關給你最大的協助措施是什麼？為什麼?最不足的協助是哪方面？為什麼？

附錄四 焦點團體座談會綱要

壹、第一次焦點團體座談綱要

- 一、就您在實務或研究經驗，我國矯正機關對於身心障礙收容人在入監前、服刑中與出獄後的醫療應如何延續，以防止收容人身心功能或病情惡化？
- 二、為維護身心障礙者權益，必須經由社政、醫療、長照、教育、就業職訓等相關單位通力合作，不能單純仰賴矯正機關。就您的看法，目前矯正機關最缺乏的身心障礙社區資源為何？何者是最應該先引進的？
- 三、我國身心障礙證明之核發雖採 ICF 系統，但仍偏重醫療鑑定，忽略環境影響因素，且部分身心障礙者因各種因素未申請身心障礙鑑定而無從取得身心障礙證明。再者，我國並未如其它先進國家針對身心障礙盛行率進行調查，就此部分，曾有學者提出來批評，監察院也曾介入調查。因此，本研究為發掘未領有身心障礙收容人之處遇需求，本研究乃參採 WHO 以及其它國家有關身心障礙盛行率之調查工具，藉以編制問卷對矯正機關收容人進行問卷調查。再者，國內現行有關身心障礙之分類方式不適合用於盛行率調查，本研究乃參考國際社會之作法，將身心障礙者分為身體功能障礙與認知功能障礙兩大類，另認知功能障礙包含智能障礙與精神障礙兩類，且斟酌國內現行矯正資源有限，採取較高的認定標準。據此，本研究兩大類身心障礙盛行率的推估，將有二大來源，其一為原本已經領有身心障礙證明（手冊者），另一個則是透過本研究工具所發掘之個案。以您的實務或研究經驗來看，本研究採取的調查方式，是否適合持續在矯正機關推動？有無建議？

備註：依據 110 年 4 月矯正署統計資料，有身心障礙證明之身體功能障礙收容人佔 2.63%，認知障礙收容人佔 1.91%，明顯低於國際社會之盛行率。本研究調查結果，有身心障礙情形但未持有身心障礙證明者，身體功能障礙者佔總樣本數的 0.64%、認知功能障礙佔總樣本數的 5.30%（含智能障礙 0.51%、精神障礙 4.78%），據此推歸估矯正機關身體功能障礙盛行率為 3.27%、認知功能障礙盛行率為 7.77%。

- 四、有關「矯正機關身心障礙收容人處遇計畫」的內容，本研究建議調整部分如下，請您就您實務或研究所得經驗提供寶貴意見

原指引內容	建議修正內容	說明
肆、處遇對象 處遇對象仍依據 WHO 所頒布「國際健康功能與身心障礙分類系統(簡稱 ICF)」之八大分類。	肆、處遇對象 處遇對象仍依據 WHO 所頒布「國際健康功能與身心障礙分類系統(簡稱 ICF)」之八大分類，及經收容機關權責單位認定有身心障礙之	社區身心障礙者分類方式並不能夠完全適用於矯正機關的特殊環境，參考國外及人權公約建議作法，身心障礙收容人應不以持有為衛生福利部核發之身心障礙手冊為限。

原指引內容	建議修正內容	說明
	<u>情形者。</u>	
三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。	三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (一)依障礙類別及實際資源，提供或增設無障礙設施及適當之輔具。<u>另身體功能障礙收容人輔助設備(如助聽器、輪椅及義肢)，除非緊急情況發生，否則從收容人身上移走設備之前，應諮詢醫生建議。</u>	參考美國聯邦矯正署 2017 年的「身心障礙收容人處遇計畫」規定
三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (五) 心智、精神障礙收容人如有違反機關規定之行為，機關除應衡酌客觀事證、違規行為情節以外，亦應綜合收容人對該行為違反規定之認知及意欲等，並注意其中是否涉及遭受欺凌、歧視等情事，綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行。	三、生活適應：得依身心障礙類別、障礙程度、個人實際需要及機關行政資源情形，適時予以調整處遇及提供協助。 (五) 心智、精神障礙收容人如有違反機關規定之行為，機關除應衡酌客觀事證、違規行為情節以外，亦應綜合收容人對該行為違反規定之認知及意欲等，並注意其中是否涉及遭受欺凌、歧視等情事，綜觀並審慎處理之，必要時得依法停止懲罰之執行。<u>另對於精神障礙者應避免隔離或束縛的管理手段。</u>	國外研究顯示，相對於其他收容人，對於精神障礙者使用隔離或束縛的管理手段，可能會加劇其病情，矯正機關應格外注重與精神醫療機關的合作，才能有效管理精神障礙收容人。
二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理	二、新收調查及個案管理機制 (一)新收調查：由調查小組、心理師或社工人員輔導並實施心理測驗(簡式健康	問卷調查發現醫療需求是身心障礙收容人最常使用與認為幫助最大的處遇措施，且從相關國際人權公約及世界先進國家作法，有關身心障礙收容人的照護應該具

原指引內容	建議修正內容	說明
測驗(簡式健康量表、病人健康問卷等), 針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解; 並得從其曾接受過社區服務之社工或個管師, 取得相關治療與服務評估等資料。	量表、病人健康問卷等), 針對收容人之個性、身心狀況、經歷、教育程度、家庭背景、犯罪過程、無障礙設施或是其他特殊需求等進行必要之瞭解; <u>若為身心障礙者, 應主動了解過去醫療紀錄, 及從其曾接受過社區服務之社工或個管師, 取得相關治療與服務評估等資料, 並安排於收容期間做接續性治療。</u>	有銜接性, 爰建議收容機關應主動了解及安排身心障礙者醫療需求。
伍、篩選與調查	伍、篩選與調查 <u>三、收容機關應定期對所有收容人做身心障礙評估</u>	一、本項新增 二、國外研究發現, 身心障礙收容人有被辨識之需求。而從問卷調查發現, 無身心障礙證明之身心障礙收容人, 相較於有身心障礙證明者, 對於矯正機關的協助措施認為不足夠或非常不足夠者占多數。參考世界先進國家作法, 為避免無法及時給予隱性身心障礙收容人協助, 爰建議收容機關應定期對所有身心障礙收容人做身心障礙評估。
陸、處遇之合理調整	陸、處遇之合理調整 <u>七、文康: 每位身心障礙收容人每個月應該參加一次以上與其他收容人接觸之文康活動。</u>	一、本項新增 二、檢視學者觀點認為, 提供健康和社會護理支持的範圍應集中在讓障礙者有機會享受與沒有障礙者類似的幸福感和生活品質, 其中與他人進行有意義的互動, 已被視為收容人的基本人權, 深度訪談發現, 部分障礙別收容人受限於障礙情形, 無法參加文康活動, 問卷調查也發現, 聽力障礙者希望增加較多之文康或教化活動。為維護身心障礙收容人權益, 爰建議新增。

原指引內容	建議修正內容	說明
拾、計畫實施與修正	拾、教育訓練 <u>身心障礙收容人場舍主管，應定期接受認識身心障礙者相關課程訓練；另收容機關定期亦應舉辦戒護人員與處遇人員應共同參加的身心障礙收容人研討會。</u> 拾壹、計畫實施與修正	一、本點新增，原第拾點遞移至第拾壹點，內容不變。 二、國外研究顯示，增進矯正人員對身心障礙收容人的了解，能夠改善身心障礙收容人處境。另從深度訪談分析中發現，戒護人員常是第一時間發現潛藏身心障礙收容人者，且戒護人員的管理方式，從問卷調查發現，對身心障礙收容人而言是處遇措施中重要的影響因素，因此實有必要增進戒護人員對身心障礙者的了解，且應定期與處遇人員召開研討會討論並交換意見。

貳、第二次焦點團體座談綱要

一、身心障礙收容人處遇措施

為維護身心障礙收容人在矯正機關權益，應針對收容人之障礙處境擬訂個別化處遇計畫，結合社會福利、醫療、教育、就業等相關單位，提供身心障礙收容人持續性的個別化整體措施，就您的專業領域，想請您提供以下的建議：

- (一)就業面向：更生人若有工作意願，多盼在監獄內即可獲得就業環境所需職業需求與完成媒合；勞動部現行對收容人及更生人復歸社會的就業需求有哪些協助措施？現行有什麼樣的措施或訓練項目是可以提供給矯正機關內的身心障礙收容人？
- (二)社政福利面向：本研究深度訪談與問卷調查結果發現，身心障礙收容人在服刑期間即會喪失福利身分，出獄時亦未能立即銜接，甚至沒有專人可以協助媒合社區資源，目前在社區是否有機制能夠協助改善上述狀況？社區身心障礙者照護資源如何引進矯正機關並協助收容人？另矯正機關收容人老化問題已逐漸顯現，社區的長照資源是否可以引進矯正機關並協助收容人？可以何種機制？
- (三)更生保護面向：對於身心障礙的更生人，目前是否有不同於一般收容人的協助措施？有無追蹤輔導機制？更生保護協會是否能夠做為連結矯正機關與社政系統間的橋梁？
- (四)醫療面向：醫療是基本人權，而我國亦實施全民健保制度多年，依照我國目

前規定，收容人亦享有健保身份。再者，WHO 建議矯正機關的醫療與社區醫療應該融合。但目前執行上顯有不足。為加強矯正機關醫療系統與國家醫療系統之間的聯繫，以強化對收容人照護的連續性，收容人入監前所接受的醫療應如何於收容機關延續？收容人出監後可以有何銜接機制以持續提供所需支持或協助？

- (五)復歸前準備：從相關國際人權公約及世界先進國家作法，有關身心障礙收容人的照護應該具有銜接性。除了上述於收容期間引進社區資源協助外，出監前的銜接與協助復歸社會，亦容不能忽視。社政、勞政、醫療、更生等面向，現行有何機制或措施能夠導入矯正機關以達到上述目的？或是未來能夠怎麼做？

二、身心障礙盛行率

我國有關身心障礙之認定與證明之核發，雖引進世界衛生組織的 ICF 系統，但未如此制度所採行的人權與互動模式，而是比較偏向於 ICD10 的醫療鑑定模式，因而忽略環境影響因素。其次，部分身心障礙者因各種因素未申請身心障礙鑑定而無從取得身心障礙證明。第三，我國並未如其它先進國家針對身心障礙盛行率進行調查，就此部分，曾有學者提出來批評，監察院也曾介入調查。本研究就上述部分參採 WHO 以及其它國家有關身心障礙盛行率之調查工具，藉以編制問卷對矯正機關收容人進行問卷調查，研究結果如備註可供參考。而以您的實務或研究經驗來看，想請您提供以下建議：

- (一)參考國外做法，矯正機關應該要能主動發掘身心障礙的個案，再轉介給相關醫事人員進行專業鑑定，我國是否應引進這樣作法？
- (二)若矯正機關引進上述做法，發現未持有衛服部核發身心障礙證明之身心障礙者，在身心障礙者協助資源上，包括社福單位、勞政單位等是否有機制能夠主動給予這類人員照護與協助？現行制度或法規有哪些部份可能需要配合修正？
- (三)對於收容人於收容期間發現或新發生障礙，醫療單位能夠如何協助鑑定？
- (四)研究發現更生人的社會支持度是影響其再犯的關鍵因素之一，就更生保護計劃而言，對這類人員的協助方式與資源連結上是否會有不同之處？

備註：依據 110 年 4 月矯正署統計資料，有身心障礙證明之身體功能障礙收容人佔 2.63%，認知障礙收容人佔 1.91%，明顯低於國際社會之盛行率。本研究調查結果，有身心障礙情形但未持有身心障礙證明者，身體功能障礙者佔總樣本數的 0.64%、認知功能障礙佔總樣本數的 5.30%（含智能障礙 0.51%、精神障礙 4.78%），據此推歸估計矯正機關身體功能障礙盛行率為 3.27%、認知功能障礙盛行率為 7.77%。

附錄五 收容人調查問卷

收容人身心健康狀況調查表

親愛的先生/小姐：

為瞭解我國收容人在監執刑期間的健康狀況，以及在設備設施等方面的需求與使用狀況，特進行本項研究。

您的意見對於我國監所收容人的健康維護相當重要，非常感謝您提供寶貴意見，並耐心填答。有關您所提供的問卷內容一律保密，請您依據自己的實際狀況，安心作答。

中央警察大學外事警察學系 孟維德教授暨全體研究成員敬上

一、請依您目前的健康狀況，就以下敘述在□勾選最符合您狀況的選項：

1. 您看得清楚在您前面 1 公尺的物品嗎？

☐①非常清楚 ☐②還算清楚 ☐③不太清楚 ☐④非常不清楚 ☐⑤根本看不到

2. 您聽得清楚舍房裡面其他人講話的聲音嗎？

☐①非常清楚 ☐②還算清楚 ☐③不太清楚 ☐④非常不清楚 ☐⑤根本聽不到

3. 您在舍房內走路，會有困難嗎？

☐①完全沒有困難 ☐②不太困難 ☐③有點困難 ☐④非常困難 ☐⑤根本沒辦法走路

4. 您自己洗澡或穿衣服，會有困難嗎？

☐①完全沒有困難 ☐②不太困難 ☐③有點困難 ☐④非常困難 ☐⑤根本沒辦法自理

5. 您閱讀信件或書籍需要協助嗎？

☐①完全不需要 ☐②不太需要 ☐③有點需要 ☐④非常需要 ☐⑤根本看不懂

6. 您填寫表格需要協助嗎？

☐①完全不需要 ☐②不太需要 ☐③有點需要 ☐④非常需要 ☐⑤根本看不懂

7. 您可以聽懂管理員的指令嗎？

☐①完全聽得懂 ☐②有些聽不懂 ☐③有點聽不懂 ☐④時常聽不懂 ☐⑤完全聽不懂

8. 您在記得工場作業程序方面，有困難嗎？

☐①完全沒有困難 ☐②不太困難 ☐③有點困難 ☐④非常困難 ☐⑤根本記不住

9. 過去30天中，您經常會感到自己很糟糕(或/沒用/有罪惡感)？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

10. 過去30天中，您經常會感到不安或煩躁嗎？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

11. 過去30天中，您經常會感到沮喪且感覺什麼事情都不能讓您快樂起來？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

12. 過去30天中，您時常出現不如死掉或傷害自己的念頭嗎？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

13. 過去30天中，您是否覺得自己情緒經常很亢奮(high)？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

14. 過去30天中，您是否會聽到別人聽不到的聲音，或看到別人看不到的東西？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

15. 過去30天中，您是否覺得某人可以在您腦海中控制您的思想？

☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③普通 ☐④有點同意 ☐⑤非常同意

二、以下請依您所感受的程度，在以下敘述□勾選最符合者：

- 1.針對您的健康需求情形，您覺得收容機關在「醫療」方面所提供的協助，是否已經足夠？☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③同意 ☐④非常同意
- 2.針對您的健康需求情形，您覺得收容機關在「無障礙設施」所提供的協助，是否已經足夠？☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③同意 ☐④非常同意
- 3.針對您的健康需求情形，您覺得收容機關在「管理」所提供的協助，是否已經足夠？☐①非常不同意 ☐②不同意 ☐③同意 ☐④非常同意
- 4.就您的健康需求情形，您認為收容機關在哪方面提供的協助措施，是您最常使用的(本題為單選)？☐①沒有使用需求 ☐①看醫生 ☐②無障礙設施 ☐③輔具提供 ☐④減輕作業 ☐⑤同學協助 ☐⑥長官放寬管理 ☐⑦其他(請說明) _____
- 5.就您的健康需求情形，您認為下列何者是收容機關提供最有幫助的協助措施(本題為單選)？☐①沒有使用需求 ☐①看醫生 ☐②無障礙設施 ☐③輔具提供 ☐④減輕作業 ☐⑤同學協助 ☐⑥長官放寬管理 ☐⑦其他(請說明) _____
- 6.就您的健康需求情形，您認為收容機關在哪方面需要比現在提供更多的協助措施(本題為複選)？☐①沒有使用需求 ☐①無障礙設施 ☐②生活管理 ☐③工場作業 ☐④經濟補助 ☐⑤照護資源 ☐⑥會客 ☐⑦通信 ☐⑧看醫生
- 7.就您的健康需求情形，您認為下列何者是收容機關最缺乏的協助措施(本題為單選)？☐①沒有使用需求 ☐①無障礙設施 ☐②放寬管理 ☐③工場作業 ☐④經濟補助 ☐⑤照護資源 ☐⑥會客 ☐⑦通信 ☐⑧看醫生 ☐⑨其他(請說明) _____
- 8.您最希望未來可以增加何種資源，來協助您(本題為單選)？☐①沒有使用需求 ☐①更多醫療專科 ☐②更多種文康活動 ☐③可參與的工廠作業 ☐④更多教化活動 ☐⑤長照資源 ☐⑥輔具訂製 ☐⑦其他(請說明) _____

三、個人基本資料

- 1.您的性別是？☐①男 ☐②女 ☐③其他(請說明) _____
- 2.您的年齡大約是？☐①20~29歲 ☐②30~39歲 ☐③40~49歲 ☐④50~59歲 ☐⑤60歲以上
- 3.請問您已被收容多久？☐①未滿1年 ☐②1年以上，未滿2年 ☐③2年以上，未滿3年 ☐④3年以上，未滿4年 ☐⑤4年以上，未滿5年 ☐⑥5年以上，未滿6年 ☐⑦6年以上，未滿7年 ☐⑧7年以上
- 4.請問您本次進入矯正機關的主要罪名是何種犯罪類型？☐①暴力犯罪 ☐②財產犯罪 ☐③毒品犯罪 ☐④公共危險 ☐⑤其他案類(請說明) _____
- 5.請問您本次入監的刑期多久？☐①有期徒刑(請明說 _____年 _____月) ☐②無期徒刑 ☐③其他(請說明) _____
- 6.您在入監前是否曾經領有身心障礙證明？☐①沒有 ☐②有(請說明障礙程度 _____度)
- 7.您身心障礙證明的類別是什麼？☐①沒有障礙證明 ☐②神經系統構造及精神、心智功能 ☐③眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 ☐④涉及聲音與言語構造及其功能 ☐⑤消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 ☐⑥消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 ☐⑦泌尿與生殖系統相關構造及其功能 ☐⑧神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 ☐⑨皮膚與相關構造及其功能

~~作答完畢，感謝您的協助~~