



精神病人護送就醫 指引手冊



衛生福利部

司長序

我國精神病人的治療與照護，從醫院到社區、警政、消防及衛政跨領域合作，越來越受到民眾的期待，也是政府必須承擔的責任。然而，過去除醫療機構發展較為完整外，社區精神醫療相對上仍有發展的空間。

本部近年規劃推動精神病人社區關懷訪視計畫、自殺關懷訪視計畫及精神疾病病人社區照護品質提升計畫，投入專業人力到社區，藉由家訪與電訪，銜接病人醫院與社區照護上的斷點。

強化社會安全網第二期(110-114年)，積極布建社區心理衛生中心據點，補充關懷訪視員與心衛社工人力，針對精神病人與高風險個案有更完整個案管理與轉介措施；計畫中也為了提升警察及醫護人員處理社區危機事件，擬參照美國國家精神健康聯盟所推動危機介入小組(Crisis Intervention Team, CIT)計畫試辦危機處理團隊，透過精神醫療團隊前往現場，協助警消處理疑似精神病人護送就醫，並協助家屬處理精神病人危機狀況。

危機介入小組的兩個核心任務，就是電話檢傷(telephone triage)及護送就醫。民國109年7月，本部委託草屯療養院試辦「精神醫療緊急處置線上諮詢服務與留觀服務」，提供基層警、消、公衛護理與社工，有關社區精神病人緊急狀況的24小時電話諮詢服務。

多年來警察與消防機關反映對於精神衛生法第 32 條護送就醫的判斷，囿於精神醫療專業訓練較不足，頗為困擾。爰此，民國 110 年，本部特別規劃「護送就醫指引手冊」編撰，希望藉由簡明扼要的說明，提供精神醫療與法律規範，讓基層同仁處理社區精神病人時，有方便快捷查閱遵循的手冊。

本部草屯療養院承接此重任，邀請國內目前對於精神衛生法護送就醫相關議題，學有專精的學者或政策規劃執行經驗豐富的專家，共同討論撰寫。針對常見疑慮，援引國內外精神與司法的相關文獻探討，並以實際案例的說明，讓讀者在面對社區中複雜多樣的個案，能夠掌握重要的處理判斷原則，順利完成護送就醫的任務。

在此感謝本部草屯療養院團隊，以及所有參與撰寫的專家與學者，讓國內第一本專為精神病人護送就醫的指引手冊面世，意義重大。也祈望未來本手冊的讀者，都能從中獲益，護送就醫的工作更安全圓滿順利，也願我們所有的精神病人的治療，也都適得其所。

衛生福利部心理健康司 司長 

民國 111 年 6 月

院長序

隨著我國全民健康保險大幅提升民眾的身心健康，國民所得增加使得民眾衣食無虞，社會大眾對於心理健康與精神疾病更加重視。同時，因為台灣的治安逐年改善，已成為全世界最安全的國家之一，近年發生的幾起精神病人傷人事件，在多元媒體的報導下，因此更加凸顯而受到社會矚目。

5

精神病人的傷害風險來自於急性發作期的妄想幻覺與情緒易怒，如果沒有接受治療，這些症狀與隨之而來的風險，會持續長達數週甚至更久。精神疾病的症狀，有著較為抽象難以客觀測量的特性，一般人並不易察覺或判斷。加上可能造成自傷傷人風險的妄想或幻覺等症狀，精神病人會信以為真，甚至深信不疑，導致病人不認為自己生病，也因此有不願意就醫的缺乏病識感的情形。

精神病人的就醫治療，除了病人人權以外，也越來越被視為是社會安全的一部分。精神衛生法的立法初衷，除了保障精神病人的權益之外，也有強制送醫與強制治療的設計。在社區中急性發作的精神病人，也恰是最缺乏病識感的時候。針對不願意主動就醫的個案，就有賴警察消防與衛生體系的人，聯合將病人護送就醫到適當的醫療機構。身為民眾保姆的警察人員，以及對民眾緊急醫療需求快速反應的消防人員，就成了民眾最仰賴的守護神。然而警消人員對於精神疾病判斷的困難，以及精神病人暴力的不可預測性，多年來成為他們執行此類任務的壓力來源。

衛生福利部心理健康司，為了協助基層警消與公衛人員有關於社區精神病人護送就醫的困難，於民國 109 年 7 月先成立了全國性的「精神醫療緊急處置線上諮詢」服務，提供全天候 24 小時的專線電話，由受過訓練的精神專業人員接聽來自於警消公衛與社工人員的諮詢。根據來電資料的統計，來電最多的專業人員類別是警察，來電原因最高的比例是「不確定是否需要護送就醫」。衛福部心理健康司在 109 年底因應這個需求，再提出編撰「精神病人護送就醫指引手冊」的企劃，由衛福部草屯療養院承接此計畫的任務。

本指引手冊撰寫的專家群，由衛福部、警政署與消防署推薦，都是這個領域學有專精，或長期實務經驗豐富的專家。專業領域涵蓋衛生行政、警政、消防、精神醫療、社工、法律以及健康政策，希望能涵容各個不同的觀點與角度，讓本指引手冊能夠切合護送就醫相關單位的需要。

在適逢百年一遇的新冠肺炎大流行的艱難時刻，本手冊歷經數次的線上視訊與實體的專家會議，以及與基層警消公衛多場次的說明會，以凝聚指引手冊內容的共識。在衛福部心理健康司長官的指導下，本指引手冊即將付梓印刷，廣發給全國衛政警政與消防的夥伴。個人代表草屯療養院團隊，除了感謝衛福部長官在本計畫經費與業務的支持，也特別感謝參與撰寫的專家群，在忙於疫情與本職工作以外，仍然貢獻自己寶貴的專業與心力，讓本手冊的內容更具專業與參考價值。

衛生福利部草屯療養院 院長 藍祚鴻

民國 111 年 6 月

109 年度精神病人護送就醫指引手冊計畫

專家、作者群(依姓氏筆畫排序)

- 丁碩彥 | 衛生福利部草屯療養院副院長
- 李俊宏 | 衛生福利部嘉南療養院成癮暨司法精神科主任
- 李世凱 | 衛生福利部草屯療養院護理科主任
- 杜仲傑 | 新北市政府衛生局心理衛生科科长
- 巫淑君 | 衛生福利部草屯療養院社工科主任
- 何建忠 | 高雄市政府衛生局心衛社工督導
- 林聰吉 | 南投縣政府消防局局长
- 馬維芬 | 中國醫藥大學健康照護學院教授
- 翁萃芳 | 中央警察大學行政警察學系警監教官
- 章光明 | 銘傳大學犯罪防治學系教授
- 黃聿斐 | 衛生福利部草屯療養院一般精神科主治醫師
- 黃俊翰 | 南投縣政府消防局緊急救護科科长
- 景瀚儀 | 衛生福利部草屯療養院一般精神科主治醫師
- 廖哲宏 | 高雄市政府衛生局視察
- 劉蓉台 | 台北市康復之友協會理事長
- 簡鈺純 | 消防署緊急救護組科長
- 藍祚鴻 | 衛生福利部草屯療養院院長
- 蘇淑芳 | 高雄市政府衛生局社區心理衛生中心主任

目 錄

- 3 司長序
- 5 院長序
- 9 第一章 國內精神病人護送就醫之法源依據及流程
 - 10 第一節 社區精神病人護送就醫的相關法源依據
 - 14 第二節 社區（疑似）精神病人護送就醫作業流程
- 17 第二章 護送就醫的準則
 - 18 第一節 護送就醫的目標
 - 20 第二節 精神病人護送就醫的判斷要件
 - 22 第三節 自傷傷人的風險評估
 - 26 第四節 精神病人的症狀、支持系統、病識感與暴力的相關性
 - 33 第五節 護送就醫不必然須滿足住院或強制住院的條件
 - 35 第六節 常見護送就醫困難個案類型探討
- 43 第三章 精神病人護送就醫之實務操作與實際做法
 - 44 第一節 護送就醫團隊的組成與準備
 - 48 第二節 護送就醫過程病人的情緒變化過程與簡易評估
 - 52 第三節 護送就醫現場個案處理的技巧
- 59 第四章 從精神病人與家屬觀點談護送就醫
 - 60 第一節 認識家屬處理精神病人的歷程
 - 62 第二節 家屬的角色與功能
 - 62 第三節 醫病家屬共同決策對護送就醫的影響
 - 63 第四節 精神病人護送就醫的人權議題
 - 65 第五節 精神病人護送就醫的主觀經驗
- 67 附 錄

第一章

國內精神病人護送就醫之 法源依據及流程

第一節 社區精神病人護送就醫的
相關法源依據

第二節 社區（疑似）精神病人護送就醫
作業流程

第一章 國內精神病人護送就醫之法源依據及流程

本章重點：

1. 了解精神病人護送就醫之法源依據
2. 社區精神病人(含疑似)護送就醫之流程簡介

1. 如果精神病人或疑似病人已經殺人或傷人，則由警察依司法程序處理。
2. 社區滋擾案件的行為若構成違法，建議依行政處罰程序處理。
3. 查詢精神照護系統，有登錄在案的個案，可協助警消確認是精神病人。

第一節 社區精神病人護送就醫的相關法源依據

有關社區精神病人護送就醫的法源依據，首先需從精神病人定義開始說明，根據精神衛生法第3條，其中法律用詞定義如下：

(一) **精神疾病**：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精

神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。

- (二) **病人**：指罹患精神疾病之人。
- (三) **嚴重病人**：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行爲，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

而護送就醫的法令依據，首要是精神衛生法，同時有警察職權行使法及社會秩序維護法，乃至緊急醫療救護法，包括如下：

(一) 精神衛生法第 32 條

1. 警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款所定狀態之人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。
2. 民眾發現前項之人時，應即通知當地警察機關或消防機關。
3. 第一項醫療機構將病人適當處置後，應轉送至直轄市、縣（市）主管機關指定之精神醫療機構（以下簡稱指

- 定精神醫療機構) 繼續接受治療。
4. 依第一項規定送醫者，其身分經查明為病人時，當地主管機關應立即通知其家屬，並應協助其就醫。
 5. 第三項之指定精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、專科醫師指定及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

(二) 警察職權行使法 (保護管束)

1. 警察職權行使法第 19 條

警察對於有下列情形之一者，得為管束：

- (1) 瘋狂或酒醉，非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身體之危險。
- (2) 意圖自殺，非管束不能救護其生命。
- (3) 暴行或鬥毆，非管束不能預防其傷害。
- (4) 其他認為必須救護或有危害公共安全之虞，非管束不能救護或不能預防危害。

警察為前項管束，應於危險或危害結束時終止管束，管束時間最長不得逾 24 小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬或其他關係人，或適當之機關（構）或人員保護。

警察依第一項規定為管束時，得檢查受管束人之身體及所攜帶之物。

2. 警察職權行使法第 20 條

警察依法留置、管束人民，有下列情形之一者，於必要時，得對其使用警銬或其他經核定之戒具：

- (1) 抗拒留置、管束措施時。
- (2) 攻擊警察或他人，毀損執行人員或他人物品，或有攻擊、毀損行為之虞時。
- (3) 自殺、自傷或有自殺、自傷之虞時。

警察對人民實施查證身分或其他詢問，不得依管束之規定，令其供述。

(三) 社會秩序維護法 (第 68 條、第 72 條)

1. 社會秩序維護法第 68 條

有下列各款行為之一者，處三日以下拘留或新臺幣一萬二千元以下罰鍰：

- (1) 無正當理由，於公共場所、房屋近旁焚火而有危害安全之虞者。
- (2) 藉端滋擾住戶、工廠、公司行號、公共場所或公眾得出入之場所者。
- (3) 強買、強賣物品或強索財務者。

2. 社會秩序維護法第 72 條

有下列各款行為之一者，處新臺幣六千元以下罰鍰：

- (1) 於公共場所或公眾得出入之場所，酗酒滋事、謾罵喧鬧，不聽禁止者。
- (2) 無正當理由，擅吹警笛或擅發其他警號者。

(3) 製造噪音或深夜喧嘩，妨害公眾安寧者。

(四) 緊急醫療救護法第 1 條

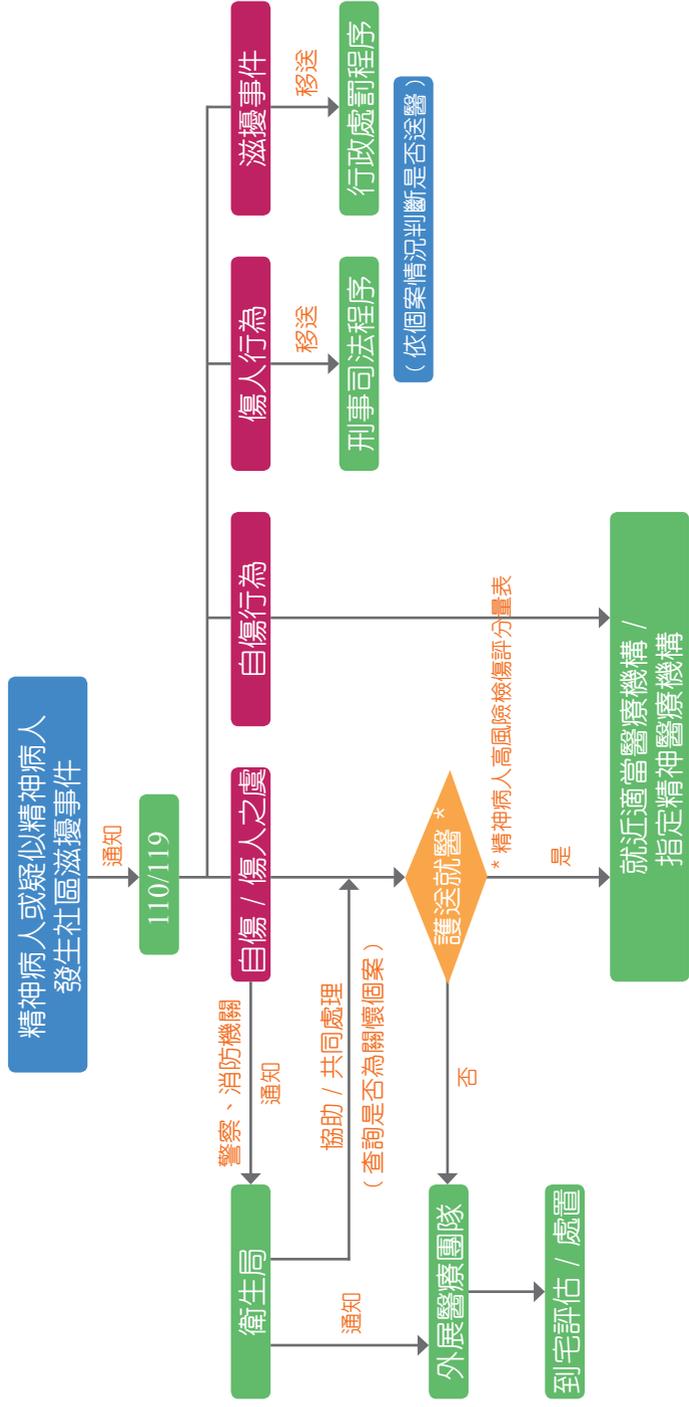
健全緊急醫療救護體系，提昇緊急醫療救護品質，以確保緊急傷病患之生命及健康，特制定本法。

第二節 社區（疑似）精神病人護送就醫作業流程

各縣市在強化社區緊急精神醫療處理機制，皆有訂定精神病人或疑似病人送醫處理機制及流程，然因地制宜而略有差異。



社區精神病人（含疑似）護送就醫流程圖（參考範例）



註：各縣市跨局處合作模式，依資源幅員大小因地制宜考量，本流程圖謹供參考。

第二章

護送就醫的準則

- 第一節 護送就醫的目標
- 第二節 精神病人護送就醫的判斷要件
- 第三節 自傷傷人的風險評估
- 第四節 精神病人的症狀、支持系統、病識感與暴力的相關性
- 第五節 護送就醫不必然須滿足住院或強制住院的條件
- 第六節 常見護送就醫困難個案類型探討

第二章 護送就醫的準則

本章重點：

1. 了解精神病人護送就醫的目標
2. 了解精神病人護送就醫的判斷要件
3. 了解精神病人自傷傷人評估的重點
4. 了解護送就醫與住院無必然關係
5. 常見護送就醫困難個案類型探討

第一節 護送就醫的目標

1. 護送就醫的目標：確保精神病人或疑似精神病人自身與他人的安全。
2. 個案在社區等待精神醫療介入之前，若無法確保自身與他人的安全，建議護送就醫。

■ 護送就醫的目標：確保精神病人或疑似精神病人自身與他人的安全

考慮是否護送就醫，最主要的目標就是確認精神疾病

的個案，在社區能夠維持對自己跟他人安全無虞。這有賴於個案自傷傷人風險的評估，以及社區精神醫療能夠承擔的緊急外展服務能力。

■ 個案在社區等待精神醫療介入之前，若無法確保自身與他人的安全，建議護送就醫

精神症狀不穩定的個案，如果沒有送到醫院住院，在社區能接受到的精神醫療就是以居家訪視及門診治療為主。因此，若接獲有精神病人需要協助護送就醫，抵達現場的警消公衛人員，最後沒有將個案送醫，則個案在社區內能夠接受到的醫療介入，最快可能是隔天的門診或醫院派出的居家治療團隊赴個案家庭訪視。護送就醫與否的風險判斷，就是確保在社區中個案與他人的安全。如果個案在等待接受門診或居家訪視之前，無法確保自身與他人的安全，則建議護送就醫。



第二節 精神病人護送就醫的判斷要件

1. 精神病人或疑似精神病人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。
2. 護送就醫的要件，無需確立個案罹患精神疾病。
3. 預判符合疑似精神病人，即可進入精神衛生法第 32 條的護送就醫流程。

■ 護送就醫的要件，無需確立個案罹患精神疾病

護送就醫的要件則無需確立個案罹患精神疾病。精神疾病的診斷需經由精神科醫師的診治，基層警消與公衛護理師並無此專業能力與責任。

社區民眾或家屬會求助於警、消、公衛，顯然個案的言行舉止表現已經明顯異於正常人的範圍，而為非專業的一般民眾所察覺或造成困擾，幾乎都符合精神衛生法第 3 條所述精神病人的定義，即：思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙。

預判符合疑似精神病人 即可進入精神衛生法第 32 條的護送就醫流程

加拿大安大略省的警察，有被賦權可以將他們相信 (believe) 有精神疾病，有自傷傷人風險或者無法自我照顧的人帶到醫院。台灣護送就醫的法律規定，根基於只要是具備正常成年人的共同生活經驗與常識判斷能力，可以察覺個案的精神狀態表現異常。具體可以從思考、情緒、知覺、認知與外顯的行為等幾個面向，做為判斷是否有精神異常的狀況，無須探究個案表現何種精神症狀，更無需釐清個案的精神科診斷，才能符合精神病人的定義。我國各縣市訂定的社區疑似精神病人護送就醫的流程，多數只要預判符合疑似精神病人，即可進入精神衛生法第32條的護送就醫流程。

▮ 常被忽略的精神疾病急性發作

部分精神病個案急性發作期，表現衝動易怒，經常讓周邊的人不察個案其實已經精神病發作，以為只是個性衝動或者心情不好容易發怒。

例如躁症的個案，對於隨機碰到的陌生人都可以侃侃而談，推心置腹，這也超出一般個性活潑外向的人所為的範疇。

第三節 自傷傷人的風險評估

1. 自傷傷人之虞風險的面向：危險性、支持系統、病識感。
2. 自傷傷人風險的檢傷量表介紹。

1 自傷傷人之虞風險的面向：危險性、支持系統、病識感

自傷傷人之虞的風險，在於將自傷傷人的意念想法，付諸於實現的可能性。除了類似譫妄或酒精藥物中毒的意識混亂狀態下所為無法預測之外，個案的自傷傷人想法的強度，到付諸行動之間有沒有緩衝阻隔的因子，甚至是惡化因子，都要列入是否最終會付諸行動的考慮。

澳洲新南威爾斯省的精神檢傷指引 (Mental Health Triage Policy) 風險評估，除了個案直接的自傷傷人行爲外，也有納入個案居無定所，四處遊蕩可能讓個案自身暴露在潛在受到傷害的危險。縱火與居家安全的因素，也被列入個案的風險考量，這些都不是源於個案直接傷害自己或他人的企圖，但是可能因爲精神症狀，間接造成自己受傷或他人與公共安全的傷害，這些也都列入該精神檢傷指引的風險因素。

支持系統的強度，可以列入自傷傷人風險評估與後續處置的建議考慮。支持系統的評估納入精神醫療決策的考量，不只是台灣特有東方文化如此，在澳洲新南威爾斯省

頒布通用的 Crisis Triage Rating Scale，危機檢傷評分量表中，三個評估面向中，就有支持系統一項。英國的 UK Mental Health Triage Scale Guidelines，精神健康檢傷量表指引中，整體風險評估也有納入支持系統一起考慮。

由以上可知，有當責且勝任的支持系統，仍然可以部份降低風險等級。

病識感不足，無法完整配合治療，導致疾病惡化或者症狀無法改善，是導致自傷傷人風險的根本因素。加拿大安大略省發展出一個可以供社區警察使用的簡易版風險評估表 Brief Mental Health Screener，針對建議警察護送就醫的個案風險評估，除了包含個案的精神症狀惡化、自傷傷人的想法與企圖、對於身邊的人可能造成傷害，還有包括對於自身精神問題的病識感。

綜合以上，針對有自傷傷人之虞風險的個案，護送就醫的考慮因素，除了直接的危險性以外，支持系統的保護因素，以及精神症狀惡化源頭的病識感不足，都需要納入考慮。

■ 自傷傷人風險的檢傷量表介紹

衛福部精神醫療緊急處置線上諮詢專線計畫採用的「精神病人高風險檢傷評分量表」

衛福部精神醫療緊急處置線上諮詢專線計畫中，採用 Crisis Triage Rating Scale 中文化的量表，命名為「精神病

人高風險檢傷評分量表」，作為該專線提供社區第一線警、消、衛政與醫療單位人員，有關個案是否護送就醫之風險評估與處置建議的主要量表。

內容主要有三題，分別評估危險性 (Danger)、支持系統 (Support System) 與合作能力 (Ability to cooperate) 三個面向。危險性面向，主要評估個案自傷傷人的想法企圖到付諸實現的風險。支持系統則評估，親朋鄰居可提供個案有關治療與預防自傷傷人協助的能力與意願。合作能力則評估個案的病識感與願意配合就醫治療的能力。每一題的計分，從最安全或最完整的 1 分，到最危險或最缺乏的 5 分，總分從最低 3 分 (風險最低，或無風險) 到最高 15 分 (極度高風險)。總分大於或等於 8 分即建議護送就醫 (除了危險性 1 分以外)。



精神病人高風險檢傷評分量表

評分 A：危險性 = 分	
5	清楚表現或幻覺（聽到命令）出現有自殺或殺人的念頭，或在這次發病期，已經有過一次認真的嘗試，存在難以預測、衝動、暴力的行為表現。
4	表現或幻覺（聽到命令）出現有自殺或殺人的念頭，這念頭並不是很堅定，或這些對應行為多少因環境壓力才起。過去曾有暴力或衝動行為，但是目前沒有這些徵兆。
3	表現出有自殺或殺人的念頭，但猶豫不決，或只出現無效的作態行為，對衝動的控制能力仍有疑問。
2	出現一些自殺或殺人的念頭或行為，或者曾經有過，但顯然希望能夠控制，且有能力控制這些行為。
1	沒有自殺或殺人的念頭或行為。過去亦沒有暴力或者衝動行為的紀錄。
評分 B：支持系統 = 分	
5	沒有家人、朋友或其他的人。所待機構沒有辦法提供所需的立即支持。
4	有一些可利用的支持系統，但是效果可能是有限的。
3	有潛在可用的支持系統，但是動員它們有明顯的困難。
2	有關心的家人、朋友或其他人，但在提供所需的支持的能力或意願上，仍有些問題存在。
1	有關心的家人、朋友或其他人，而且有能力跟意願提供需要的支持。
評分 C：合作的能力 = 分	
5	無法合作，或出現強烈的拒絕。
4	對於別人為個案所做的努力，表現出一點也不感興趣或不理解。
3	對所提供的治療措施能被動接受。
2	想要被幫助但是猶疑不決，或者動機不強。
1	主動尋求治療，願意且有能力合作。
量表總分：A+B+C = 分	
量表： <input type="checkbox"/> ≥ 8 分 立即送醫	
總分 <input type="checkbox"/> 5-7 分 門診或居家治療或社區精神病人照護優化計畫	
<input type="checkbox"/> 3-4 分 公衛護理師或關訪員或心理衛生社工訪視	

第四節 精神病人的症狀、支持系統、病識感與暴力的相關性

1. 精神症狀惡化與暴力的相關性。
2. 精神疾病的急性發作期內，自傷傷人風險的延續性。
3. 自傷傷人的企圖在本次精神疾病發作期間內出現，仍然必須視為再發生高風險。
4. 精神病人的自傷傷人風險，受情境因素誘發而出現。
5. 支持系統對自傷傷人風險評估，可以列入參考。
6. 支持系統能否降低個案自傷傷人風險的評估。
7. 個案的病識感與合作能力。

精神症狀惡化與暴力的相關性

精神病人的自傷傷人風險 主要來自於精神疾病的症狀惡化

精神疾病相關的自傷傷人風險，主要來自於疾病的症狀惡化所影響，例如妄想、幻覺、情緒激躁或自殺意念等。精神病與暴力不能劃上等號，只有沒有規則治療，病情惡化不穩定的個案，暴力風險會增加。

妄想、幻覺與情緒激動是高風險症狀

精神症狀中，妄想、幻覺以及情緒激動易怒，跟自傷傷人風險的關係較高。例如被害妄想，除了時時擔心被加害的恐懼害怕外，也會對於假想中的加害者心存不滿怨恨，甚至於尋思先下手為強的反擊，而造成傷人行為。人聲命令式的聽幻覺，會命令個案去做傷害自己或他人的行為，因為個案處於精神病的現實感嚴重障礙，對於幻聽的命令通常深信不疑，或者難以抗拒，可能會去執行幻聽的指示。

精神疾病的急性發作期內，自傷傷人風險的延續性

精神疾病急性發作期 時間可持續數週甚至數個月

包含思覺失調症與俗稱躁鬱症的情感性精神病，這兩大重大精神疾病，在發病病程的前幾年，通常會經歷數次症狀活躍明顯的急性發作期，與症狀減輕的緩解期。精神疾病的急性發作期，如果在尚未接受治療時，活躍的症狀通常可以持續數週甚至數個月。即便開始接受藥物等治療，療效通常也要數週的時間才會明顯改善穩定。

精神疾病的急性發作期內 任何時間的自傷傷人風險都可能持續存在

在這個發作期間，多數個案的精神症狀在一天之內或數天之內可能會有起伏，因為每個個案都有其獨特的生理、

心理與環境因素，使其精神病症狀表現有其個別化與不可預測性。例如命令個案去傷人的人聲命令幻聽，可能不會 24 小時持續出現，但是何時再出現無法預測，除非個案的病情明顯改善為止。也就是妄想幻覺或情緒激躁並不會持續 24 小時不間斷，但是就風險評估的角度而言，仍然會被視為是一種持續存在的狀態。

精神病人仍有部分正常的日常生活舉止 可與自傷傷人的高風險同時並存

精神病人不是百分之一百的時間都處在妄想幻覺等精神症狀控制之下，也不是對於自身與周圍事務，百分之一百都喪失理解與判斷的能力。個案仍然會去銀行領錢，會煮飯做家事，會坐交通工具外出，也完全知道自己的個人資料，但是同時自傷傷人的風險非常高。只要個案仍然處在精神病急性發作的症狀活躍期，片段時刻的言行似乎合宜，是因為沒有觸及其暴力風險產生的核心症狀。也只能視為颱風眼中的暫時寧靜，自傷傷人的風險仍然沒有過去。

自傷傷人的企圖在本次精神疾病發作期間內出現，
仍然必須視為再發生高風險

同一次精神疾病急性發作期內
在未經適當治療，自傷傷人風險仍高

絕大部分出現暴力自傷或者傷人行為的個案，家屬

或鄰里都在事發後幾小時內至一兩天內，請求警消公衛協助送醫。這類個案，即便基層同仁到達社區現場，個案當時沒有再出現暴力行爲或情緒激動，仍然建議應該護送就醫，到醫療院所再由醫師進一步診治評估。

急性精神病人，一週內曾有自傷傷人 建議評估再發生自傷傷人風險基本相同

至於多久以前內發生的自傷傷人企圖，才需納入有再次發生自傷傷人的高風險範圍？建議過去一週內有自傷傷人企圖者，應該被視爲高風險個案，需護送到醫院去。

如果個案在評估時間點之前一週內曾有自傷傷人的行爲，且個案的急性精神症狀在這期間沒有改善，即便到達個案現場的當下，個案沒有正在企圖自傷傷人，建議仍然需視爲有相同的風險，護送就醫。

過去精神疾病的急性發作期內 有自傷傷人史，建議列爲高風險

不是每一位處於急性發作期的精神病人都會有自傷傷人行爲出現，但是如果個案過去急性發作期的症狀表現，曾經有情緒激躁或自傷傷人情況出現，仍然必須列入高風險評估，慎重以對。

精神病人的自傷傷人風險，受情境因素誘發而出現

個案因不願配合治療起爭執或 精神症狀表現遭到阻止時出現暴力行爲

有些精神病人在做精神狀態評估時，會否認有傷害自己或他人的意圖，但是因為發病時容易情緒激動不穩，仍然可能有個別的情境因素，使精神病人暴力風險突然惡化。例如躁症病人的暴力行爲，可能在其誇大妄想的行爲被阻止時出現；或者沒有病識感拒服藥的病人，在家屬勸說服藥或就醫時，產生爭執時勃然大怒而出現暴力。

這種在某些情境下會出現情緒激躁，甚至暴力的行爲，通常都可在病史詢問過程得知，特別是在本次疾病發作期曾出現過的，都必須被列入風險的考慮。

支持系統對自傷傷人風險評估，可以列入參考

社區現場的緊急狀況下，支持系統難以完整評估

支持系統相關的資訊，在面臨社區緊急精神個案處理的狀況，時間緊迫下，通常難以能夠完整正確的評估，許多案例甚至沒有家屬在現場可以收集資訊。因此，除非有很明確的把握，個案有強而有力的支持系統可以保護甚至降低其自傷傷人的風險，加上個案有相當的病識感，願意求助且配合醫療，否則在整體風險評估上，仍應慎重。

支持系統能否降低個案自傷傷人風險的評估

同住家屬能夠影響個案不自傷傷人的意願與能力是評估的重點

良好的支持系統，當然是自傷傷人風險評估的保護因子，然而在評估個案的支持系統中，特別是同住家屬或同居者的意願與能力這兩者是重點，而不只是家人關係好壞與資源的充分與否。家屬是否能夠投入相應的時間與作為，來預防個案自傷或傷人，例如隨時陪伴個案度過危機，機巧的移除自傷傷人的工具，有能力安撫或說服個案放棄自傷傷人的企圖，影響與監督個案確實遵從醫囑治療服藥，這些能力至為關鍵。如果家屬無力阻止個案自傷傷人的企圖，則支持系統的評估須更為保守。

病識感不足的個案

家屬是否能夠勸服個案接受服藥治療是評估重點

就護送就醫的風險考量，如果家屬在家中並無法影響個案能夠完全依照醫囑服藥與門診回診，則支持系統仍未臻完善，尚有不足之處。



I 個案的病識感與合作能力

精神疾病病識感的定義

是否考慮護送就醫的第三個面向，是個案的病識感與合作能力。個案是否能夠打從內心認同自己罹患這個疾病，願意配合醫囑治療，來改善症狀，是評估的重點。

重大精神病人，缺乏足夠的病識感，是普遍存在的現象

病識感是精神疾病很獨特的一個症狀表現，其他身體疾病除了醫療資訊不足以及個人的理解能力所限以外，幾乎沒有病識感的問題。思覺失調症有超過九成的個案都有程度不等的病識感障礙，這導致他們常常否認自己生病的事實，也經常拒絕服用藥物治療，使得病情反覆不定，甚至慢性化。

個案病識感不足，影響規則接受治療，是自傷傷人的源頭

更常見的是，個案不認為自己有病需要就醫，對於家人軟硬兼施都完全抗拒。缺乏病識感而使得治療無法開始，則個案的精神病症狀就必須走完整個發作期，持續數個月甚至到數年。在這段期間，只要活躍的妄想幻覺或者情緒激動易怒存在，隨之而來的自傷傷人風險就會持續存在。因此病識感的評估，在自傷傷人之虞的風險評估，是個間接但是重要的因素。

第五節 護送就醫不必然須滿足住院或強制住院的條件

1. 護送個案就醫與最終個案是否住院無必然關係。
2. 護送就醫不必然須滿足強制住院的條件。

■ 護送個案就醫與最終個案是否住院無必然關係

護送就醫的目的在於確保在社區中的個案自身與他人的安全，與個案被送到醫院後，醫師是否將個案收住院並無必然關係。

無須以個案最後是否被收住院
來檢視護送就醫決定的正確與否

加拿大的一篇研究顯示，警察將精神病人護送到醫院的主要考慮是自傷傷人的風險，然而醫師收住院的考量是精神科診斷與症狀的嚴重度。醫師的治療目標，在於改善那些導致個案自傷或傷人的精神症狀，而不是風險本身。另外，在台灣有些到達急診室的病人沒有被收住院，可能囿於病床資源不足，或其他非風險考量的因素。但這並不代表醫師評估個案自傷傷人的風險安全無虞，甚至用來否定前端護送就醫的必要性。

護送就醫不必然須滿足強制住院的條件

個案沒有強制住院的理由不一 不適合被拿來檢視護送就醫的決定正確與否

強制住院審查對於自傷傷人的風險評估要求比較嚴謹，除非已經有自傷傷人或暴力破壞的行為出現，如果僅有自傷傷人的意念，這類案件不易通過審查會審查。有些精神科醫師會以過去申請這類案件送審不通過的經驗，來自我審查評估強制住院可能無法通過，而放棄申請，改為安排門診或居家治療。這也顯示，不是只有最後被強制住院的個案才是高風險個案，不能因此而否定前端護送就醫的必要性。



第六節 常見護送就醫困難個案類型探討

■ 案例：精神病人拿武器威脅傷人，警察據報到場時，個案表現無暴力

個案是 52 歲未婚男性，同居人向衛生所公衛護理師求助，稱近 2 星期個案情緒起伏大，亂花錢，買昂貴汽車，到處送禮，自覺神鬼上身，有超能力等。同居人和女兒帶個案至 C 醫院精神科門診時，個案不願就醫，當場逃跑。個案曾在醫院精神科看診，診斷為躁鬱症。

公衛護理師到個案家訪視時，個案手拿刀揮舞威脅抗拒，公衛護理師當場報警請警員前來協助就醫。警員到場後，感覺個案尚合作無異樣，不符合護送就醫條件！

35

/// 建議：

1. 個案曾就醫，確定為精神病人，且處於急性發作期，又拒絕就醫，預期在未經治療下，症狀會持續數週。在本次發作的期間，都具有相當的風險。
2. 個案在抗拒就醫的情形下，威脅拿刀傷人，且僅發生在警察到場幾個小時之前。判斷仍應該有相同的風險存在建議應該立即護送就醫。
3. 高自傷傷人風險的個案，在警察消防夥伴到達現場時，突然表現態度合作，不代表其精神症狀與自傷傷人風險大幅減少。

■ 案例：精神症狀可能引發他人危險

個案為 61 歲已婚女性，因個案昨天在外燒野草，案夫今天請求警消協助欲送醫治療。

個案曾看過精神科，1 年前曾遭護送就醫，已經數個月未返診。過去發病時也曾經放火燒野草，波及鄰居的財產。

消防員稱到場時，當下個案在家自言自語，言語內容異常，情緒平穩，但是不知為何她要燒野草。消防員覺得個案無明顯自傷傷人的行為，不知是否應該護送就醫。

/// 建議：

1. 個案明確是精神病人，之前發病症狀也有放火燒野草波及他人財產安全，本次發作也是有放火燒草的行為。因為其理由難以澄清，家屬也無法制止，未來繼續發生放火的風險很高。警察可以依社會秩序維護法處理。
2. 個案雖無直接傷人的意圖，然而其發病時特定的精神病行為表現，可能因為放火而不慎傷害他人跟自己的生命財產，仍然符合傷人之虞的情況，建議立即護送就醫。

■ 案例：因精神症狀影響，無法判斷自身安危，可能讓自己陷於意外受傷

消防隊來電詢問，有一個案裸體躺在街上，自言自語，態度自閉，情緒淡漠，不理會旁人的關心問候。無法澄清為何躺在馬路上，雖然看似沒有自傷傷人之風險，詢問是否需要強制送醫。

個案為 40 歲單身男性，目前獨居沒有家屬。查詢精神照護系統後，發現個案為精神列管及追蹤個案，診斷為思覺失調症，曾經在精神科急性病房住院。

/// 建議：

個案為精神病人，因為過度沉浸在內在世界，態度自閉，對於身處的環境安危渾然不覺，因此有躺在馬路上的危險行為。雖然無明顯自傷或影響他人的直接意圖，但是因為無視於自己可能被車撞到的判斷力障礙，且無法自我照顧，仍可視為有傷害自己之虞，而建議立即護送就醫。

■ 案例：疫情期間，居檢、居隔或確診之精神病人護送就醫

警消獲報防疫旅館內有檢疫民衆情緒激動，打開窗戶咆嘯。經工作人員提醒防疫規定，個案依然不顧規定，擅自離開房間，欲衝出大門離開防疫旅館。

/// 建議：

1. 被居家隔離、居家檢疫者，他們可能患有精神疾病，或可能因壓力而不配合。就風險性而言，傳染病處理優先於精神病，精神病發病雖可能會自傷傷人，但是傷害有侷限性。而傳染病可以由一人傳染給很多人，一旦個案私自離開隔離或檢疫處所，便是整個社區及工作人員都可能有被傳染的風險。
2. 在家中居家隔離或檢疫所集中檢疫，若因疑似精神疾病導致的不配合時，都可以要求衛生局將個案護送至指定應變醫院或隔離醫院。護送個案至醫院急診時，再會診精神科醫師評估。流程依據是參考疾管署公布的「精神醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引」。

■ 案例：個案因精神病症狀頻打電話或言語騷擾

個案女兒來電表示個案為躁鬱症患者，已生病十幾年，過去於多家醫院就醫，疑似僅服用安眠藥，病情反覆不穩定。近兩日個案頻致電案女工作場所索討金錢，要求自行在外租房。個案對於女兒的安撫及說明接受度有限，密集時每隔幾分鐘就打一通電話，主訴：「你不接我就打到你接為止，你不孝把我一個人丟在這裡！」。澄清下目前無自傷傷人情形，需求未獲滿足時顯情緒波動。

/// 建議：

1. 因為個案行為雖然干擾，然而僅限於反覆電話言語要求，並無威脅傷人或自傷，因此並不符合護送就醫的條件。
2. 建議可將被陳情人轉介衛生局所的公共衛生護理師或社區關懷訪視員，請訪員針對被陳情人及其家屬提供關懷訪視，並協助連結社政單位之社會福利等相關資源。另，追蹤其就醫情形並與主治醫師討論。

■ 案例：在公共場所妨害安寧，自身不潔製造環境髒亂，影響公眾使用空間

某公立圖書館主任電話反映，一女性個案，長期到圖書館自修室，身體不潔有異味、穿著怪異不適當。攜帶瓶瓶罐罐及便當，佔據數個座位及桌面。情緒不穩，常自語自語及對空謾罵，導致其他讀者害怕。個案因館員勸阻曾在圖書館櫃臺吵鬧過。

公衛護理師與案父聯絡，案父表示個案約3年前曾至精神專科醫院就醫一個月，之後拒絕回診，近期症狀越趨嚴重，無法帶其就醫。

/// 建議：

1. 公共場所如圖書館有圖書館的管理辦法，如果個案在圖書館大吼大鬧或脫光衣服，可通知警察處理，依社會秩序維護法或刑法做處理。
2. 另外可就個案目前之所在地或事發處，請當地轄區衛生局先行至現場評估其精神狀況。衛生局可考慮派遣醫療團隊評估後續轉銜之醫療資源（門診追蹤、居家治療等）。
3. 若家屬態度較不積極，病人也無病識感時，可啟動強制社區治療。

■ 案例：警察護送就醫，被病人提告而獲法院不起訴

原告親自報案與頂樓住戶發生糾紛，經警員與巡佐前往現場處理，發現原告情緒不穩定，不斷辱罵警員，並欲跳樓輕生，同時尋求另一警網協助，通知衛生所人員、消防局救護車及原告母親到場。

原告有精神病史，警員獲報後前往處理，發現原告情緒不穩、有自殺傾向，予以護送就醫，個案事後對警員提出告訴。

/// 建議：

經原告母親陳述原告有精神病史，長期未吃藥控制，致精神病經常發作，要求警方協助將原告送醫治療，並經衛生所人員判斷，原告須護送就醫等情形。

法院審理認為，被告係依據原告母親之陳述、衛生所人員之判斷，依精神衛生法規定，協助將原告送請醫院治療，被告警員並無不法執行職務而妨害原告之自由，準此，被告公務員既為依法執行職務，原告依據前揭規定，請求被告賠償損害，自無理由，應予駁回。

第三章

精神病人護送就醫之 實務操作與實際做法

- 第一節 護送就醫團隊的組成與準備
- 第二節 護送就醫過程病人的情緒變化過程與簡易評估
- 第三節 護送就醫現場個案處理的技巧

第三章 精神病人護送就醫之 實務操作與實際做法

本章重點：

1. 了解護送就醫團隊的組成與事前準備
2. 了解護送就醫精神病人的情緒變化過程與簡易評估
3. 了解精神病人護送就醫之安全措施與技巧

第一節 護送就醫團隊的組成與準備

1. 護送就醫團隊的知識工具。
2. 接觸病人前的準備。
3. 到達社區時的注意事項

(一) 目標與目的 (Goals & Achievements)

對於護送就醫與介入的場合，包含安全上的威脅、犯罪的考量進行訓練，並增加與其他單位的合作，增加彼此間的支持。降低在處理精神危機經歷創傷事件的可能性，並連結協助同仁夥伴復原的資源。若在可能的範圍內，也應該納入社區資源，如鄰里與同住家屬、重要關係人做為團隊的資源。

(二) 相關夥伴應該要有的知識工具 (Toolkit of Partners)

在前往發生地點前，應該做好行前評估，到場後與相關夥伴隨時進行現場的溝通，事後透過檢討定期演練，增加熟悉的程度。其應該具備的知識與工具，分點概述如下：

1. **執法人員**：精神症狀與相關樣態（如藥酒影響、自傷傷人）的簡易評估、環境評估與自我防護、降溫與同理心、攻堅與壓制技巧、團隊合作。
2. **緊急醫療人員**：精神症狀與相關樣態的評估與緊急處置（包括約束技巧）、生理狀態的評估與緊急處置、環境評估與自我防護、降溫與同理心、團隊合作。
3. **社區心衛人員**：精神症狀與相關樣態的評估、系統與資源的轉銜、相關因子的檢視與了解、環境評估與自我防護、進階的談話技巧（降溫、同理心、危機介入、支持性心理治療）、團隊合作。



(三) 在接觸病人前，應該要有的準備

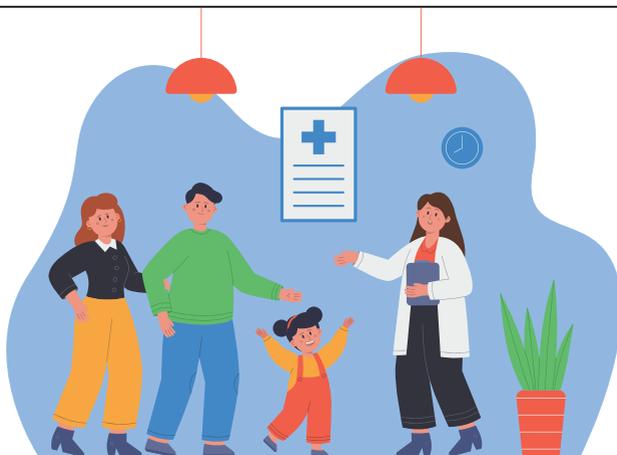
在接觸病人前，應該從兩個層次分別來考量如何進行相關的準備。

1. **系統層次**：可就人力、設施、設備、流程四個構面來進行盤點。此外，亦需要考慮區域的精神醫療資源分布、以及針對病人自傷傷人的處理流程。

◎ 若是執行法定業務時遭遇，需要先確定好自身以及周遭人等的安全，再考量如何近身與病人溝通，協助護送就醫。

◎ 而若是非臨時遭遇，如網絡共同訪視，則需要加上對於病人資料收集的相關分析，例如，病人平常是否有隨身攜帶刀械的習慣、是否近期有購買危險物品、是否近期曾經有過攻擊家人或鄰居的情形，是在怎樣的情境、受到怎樣的影響（包含症狀以及外在刺激），產生怎樣的攻擊行為、過去是否有過暴力攻擊他人的病史。

2. **個別層次**：此部分，包括知識、態度、技巧、訓練四個面向。特別是對於精神疾病與自傷傷人行為的理解、面對精神病人的態度、聆聽、溝通、降溫、同理心、危機處理的技巧等。



(四) 到達社區時的注意事項

(一) 到家時，建議關閉蜂鳴器，避免引起病人的警惕，與鄰居的異樣眼光與非議，造成送醫的阻礙。
(二) 不要當病人面直接詢問家屬病情，易引發家屬與病人間之衝突。
(三) 可請家屬事先說明狀況，或避開病人，詢問病人狀況，減少病人抗拒與懷疑。
(四) 務必詢問家屬，病人有無攜帶危險物品或暴力行為，以事先預防危險發生，做好保護工作。
(五) 如為鄰居或其他社區單位報請求助，亦請注意家屬的隱私，及可能否認或拒絕協助。如時間許可，可先與在地里鄰長，衛生所公共衛生護理師，或社區關懷訪視員討論了解，共同協處理。
(六) 發揮同理心，對希望他們配合處理，不要有過高的期待。
(七) 對家屬採用同理、充權與使用非犯罪的對待方式是重要的。
(八) 由於護送就醫的過程，病人因害怕或拒絕而反抗時，可能會有意外的肢體受傷，造成家屬的誤會或告訴，建議務必事先告知家屬，如有可能也應簽署書面文件，以保護雙方。

第二節 護送就醫過程病人的情緒變化過程與簡易評估

1. 護送就醫病人的情緒變化過程。
2. 護送精神病人就醫的簡易評估原則。

(一) 護送就醫過程中，病人的情緒變化過程

一般而言，針對心理衛生危機的病人，其情緒變化的過程，以暴力行為而言，大概可以分為五個階段。而在這幾個不同的階段，就可以利用不同的介入方式，來協助病人降低衍生暴力行為的可能性。



	情緒變化過程	介入方式
階段一 誘發階段 (Triggering Event, Phase 1)	病人可能會受到外在環境刺激（如與家人爭吵、吵雜混亂的環境等）或內在症狀（如聽幻覺、被害妄想等）的影響，而誘發涉及暴力攻擊的情緒。	移除刺激源、給予藥物協助，或勸說他暫時離開刺激性的環境。
階段二 升溫階段 (Escalation, Phase 2)	由於持續受到刺激源的影響，再加上精神疾病病人的思考彈性與自我調適機轉失能，若沒有有效的介入，則有可能會導致上述的情緒升溫。	協助病人轉移注意力、思想與情緒等。
階段三 危機階段 (Crisis, Phase 3)	此時，累積的情緒達到高峰，當無處宣洩的時候，就會衍生暴力攻擊的可能。	在危機產生時，除了言語說服外，也可能要考慮行為約束，但在這個過程中，需要進行完整的安全性評估，以避免造成病人或相關人員人身安全的問題。
階段四 高原或恢復 階段 (Plateau or Recovery, Phase 4)	病人的情緒逐漸平復，但在這個階段，由於病人仍經歷持續性的情緒張力，因此需要提高警覺，有再一次衍生暴力行為的可能性。	高原或復原階段，亦需要在安全的環境下，使其衝動情緒降溫。
階段五 危機後憂鬱階 段 (Post-Crisis Depression, Phase 5)	當病人在情緒發洩或經過介入後，情緒逐漸平復，但隨之而來的，則由可能因為其行為造成的後果，出現自責、焦慮、憂鬱等情緒，甚至有可能因此而有自我傷害的行為，最後漸趨平靜。	建議能讓病人在專業介入下檢視整個事件，並給予持續性的醫療照護。

攻擊與潛在暴力行為事件階段 (Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour)，出處：[Being aware of the phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour | YouthAOD Toolbox](#)

攻擊與潛在暴力行為事件階段處遇 (Management of Different Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour)，出處：<https://www.youthaodtoolbox.org.au/managing-aggression-potentially-violent-situations>

(二) 護送精神病人就醫的簡易評估

我們可以利用幾個簡易的口訣，如 SAFE GARDS 來歸納整理護送精神病人過程中，必要的評估原則，包括：

S.	Safety: 先確保自己與周遭人的安全再評估。
A.	Afraid: 相信自己的直覺，若情境已經讓你害怕了，務必要特別小心。
F.	Family & Friends: 來自於重要關係人如家屬的訊息，可以詢問病人近日的狀態如何，是否會使其害怕恐懼。
E.	Environment、Emergency plan：環境評估、緊急計畫（包括疏散周遭人與戰術性撤退）。
G.	Gun at home: 病人是否持有危險物品，如刀械、強酸強鹼、易燃物等。
A.	Alcohol or Drug Abuse: 病人是否有物質濫用，如酒精、毒品施用的問題，通常有物質濫用史的個案，自傷傷人的風險也較高。
R.	Relationship with others: 病人近日與其他重要關係人、鄰里的關係如何，有哪些危險行為。
D.	Depression of Mania: 病人是否有憂鬱或躁鬱等情緒症狀。
S.	Schizophrenia or Psychosis: 病人是否有幻覺、妄想等精神症狀。

在快速評估過個案的相關資料後，針對其是否有疑似精神病人症狀的表現，我們也可以透過認知、情緒、行為三個面向來進行了解。

1. 認知 (Cognition)：病人是否有脫離現實的怪異思考，以及這樣的怪異思考是否會產生風險，由於我們判斷的是需不需要護送就醫，並不是在這個時候要給予診斷與用藥，因此重點在於評估風險。想法會表現在言語，語無倫次、注意力不佳，就代表患者認知有問題。而精神狀態的突然改變、定向感缺乏，需要特別注意。
2. 情緒 (Affect)：情緒會表現在表情與肢體，例如說話的音量、語速、臉部身體肌肉的緊繃，以及情緒衍生的相關行爲。表情面容緊張、目露兇光、大叫、抖顫、不尋常的安靜或暴躁、恐懼、憤怒、敵意、焦慮、易被激怒等。
3. 行爲 (Behavior)：來回踱步、不能靜坐、握拳或用拳擊物、下頷緊繃、呼吸加快，突然停止正在進行的動作、瞪視對方、出現威脅攻擊的姿態等。

根據相關研究，精神病人涉及暴力行爲的風險因子包括：過去有暴力攻擊史、目前的情緒顯得激躁，憤怒，或有混亂行爲、藥物順從性不佳、針對暴力行爲已有計畫或預告、持有危險物品、兒童時期曾有被虐的經驗、有腦傷，膽妄等生理疾病、急性精神症狀干擾、較爲衝動的人格障礙症、飲酒或施用毒品等。

第三節 護送就醫現場個案處理的技巧

1. 同理心傾聽的技巧。
2. 轉移個案情緒的技巧。
3. 降溫的技巧。
4. 危機介入的技巧。

(一) 同理心傾聽的技巧

我們要了解個案是正苦於受精神症狀干擾，因此，在護送就醫過程中，如果我們能夠站在個案的角度去思考，自己在這樣症狀影響下，可能會產生怎樣的情緒與行為，並試著運用中立的言語，告知其想要協助的意願，或許可以降低部分個案的防備心，也能讓護送就醫過程更加順利。同理心傾聽的技巧包括：

1. 非語言性傾聽：眼神、表情、姿勢。
2. 簡單回應：針對個案的陳述，以類似的話語與同理的情感表達回應給對方。例如：所以你覺得周邊有人在監控你讓你很困擾？
3. 複雜回應：針對個案的陳述，將消化過後的情感與情境回饋給對方。例如：這段時間，看起來你跟很多單位反映過，但是都沒有獲得很好的解決，所以很無助？

(二) 轉移的技巧

針對因為症狀干擾而產生風險行為的個案，可以透過轉移的技巧，來協助緩和個案情緒，在這個過程中，口氣保持和緩與適度的音量，維持中性的言語，不批評或因為覺得症狀荒謬而打斷個案談話，試著理解他想要表達的內涵。不與其爭辯或強行指出他的病態行為。而在轉移注意力的部分，可以

- (1) 將個案的注意力從症狀轉移到現實。
- (2) 將個案的注意力從激躁的情緒，轉移到事件的描述。
- (3) 試著勸慰個案協助轉移到不同的情緒狀態。
- (4) 有些防衛性的姿勢容易會導致情緒的激化，可以透過姿態或環境上的變化，讓個案轉移情緒。

(三) 降溫的技巧

降溫的技巧，分為語言與非語言兩個部分，語言的部分要注意的是 (1) 不要提高音量，使用輕柔的語調表達意見 (2) 表達我們對於個案的關懷與尊重，並且勸慰個案能放慢速度陳述，或坐下來好好表達訴求 (3) 嘗試理解對方的世界，以不批判、中性的態度，聆聽個案的訴求，並給予現實生活上的建議 (4) 不要嘗試跟對方爭辯或過度的言語防衛；而在非語言的部分，首重要維持冷靜，在未仔細評估個案狀態前，要保持適當距離，接觸個案時，要維持非威脅性的眼神接觸、把手放在對方

看得到的地方、避免微笑或笑聲(以免被個案認為是在嘲諷)、維持警覺，並相信自己對於危險的直覺，若真的覺得風險很高，可以考慮暫時離開這個情境，重新評估，調集必要的資源，再來進行介入。

(四) 危機介入的技巧

當個案有強烈的自傷傷人風險或行爲時，已經是心理衛生危機 (mental health crisis) 了，在這個部分，則建議需要進行情境分析與資源盤點，詢問家屬、鄰居或通報者，了解個案近期生活狀況、病情干擾情形、是否持有具殺傷力的武器等，確認必要的人力、設施、設備，與護送就醫的流程後再來接觸個案。在護送就醫過程中，可以用【叫叫 CAB】口訣來做一些自我提醒，包括叫團隊(讓團隊知道自己在哪裡、要處理甚麼事情)、叫裝備(確認環境跟裝備是否適當)、叫周邊(和緩疏散周邊人等，避免其他人受到傷害)。CAB則是評估當下的風險性與個案的想法(crisis and cognition)、評估患者的情緒狀態(affect)、評估當下的行爲(behaviours)。先保障周邊人與自身的安全，而在護送就醫時，注意力要全時放在個案身上，利用轉移、降溫的技巧分散注意力，並透過人力、裝備上的優勢來協助就醫。

這些知識與技巧，應該要納入日常的教育訓練，並且比照急救加護的模式定期演練，讓團隊對於護送就醫能更加熟悉，較能減少後續可能產生的傷害。

轉移的技巧

(Techniques of Emotional Transfer)

● 從症狀轉移到現實

- 小姐您好，我是○○○，是來幫你的，有沒有甚麼我可以幫上忙的。

● 轉移情緒到事件描述

- 我是來瞭解你的，讓我們把情緒先放下來，你好好說一遍。
- 先生，你慢慢說，這樣我才能好好聽到你說的。

● 不同情緒間的轉移

- 我知道你覺得很生氣，但是你這麼生氣，我沒辦法好好瞭解。

● 透過姿態或環境的變化轉移情緒

- 這樣站著不好講，要不要坐下來說說看。
- 在這裡不好說，是不是換個地方。

不要因其荒謬的思維而隨便打斷個案的談話，更不要與之爭辯或強行指出其病態，否則將會阻礙其表述，甚至被納入妄想對象。認真傾聽、給予同情與安慰，注意自己的言語、表情與行動舉止，當不知道如何回答時，可以以聆聽的技巧因應。

降溫的技巧

(De-escalation Techniques)

● 語言

- 不要提高音量，
使用輕柔的語調
- 表達你的關心與尊重
(例如，先生你說的我有聽到，
是不是請先坐下來我們好好處理)
- 嘗試理解對方的世界
(例如，這樣聽起來蠻委屈的，
是不是坐下來我們好好瞭解)
- 不要過度嘗試跟對方爭辯或
過度言語防衛

● 非言語

- 維持冷靜
- 保持距離
- 維持非威脅性的眼神接觸
(眼神不要離開個案，特別在優勢人力未到前)
- 把手放在對方看得到的地方
- 避免微笑或笑聲
- 維持警覺，並相信你的直覺
(該撤則撤)

記得肯定個案的努力。

危機處理的技巧 (Crisis Intervention)

- 辨識到危機時，先做好相關的準備再去靠近個案
(確認人力、設備、流程)
- 叫叫 CAB：
 - (1) 叫團隊 (讓別人知道自己要去處理了、確認有人可以作為後援或正前來支援)
 - (2) 叫裝備 (確認環境與裝備是否適當)
 - (2) 叫周邊 (和緩疏散周邊人等)
 - (4) 評估風險性與想法 (crisis & cognition)
 - (5) 評估個案情緒 (affect)
 - (6) 評估個案當下的行為 (behaviours)
- 先保障周邊人與自身的安全
- 注意力要全時放在個案身上，保持距離，利用降溫技巧及至少以雙備勤警力執行勤務(不要單獨處理)，並可採交替掩護分散注意力策略，再趁機解除個案的武裝，或使用適當的裝備予以壓制。

個案出現的攻擊行為除了拳腳、武器、還包括掐脖子、抓頭髮、啃咬等一般打架不容易出現的行為，以及較不常見的危險物品。

第四章

從精神病人與 家屬觀點談護送就醫

- 第一節 認識家屬處理精神病人的歷程
- 第二節 家屬的角色與功能
- 第三節 醫病家屬共同決策對護送就醫的影響
- 第四節 精神病人護送就醫的人權議題
- 第五節 精神病人護送就醫的主觀經驗

第四章 從精神病人與家屬觀點談護送就醫

本章重點：

1. 認識家屬處理精神病人的歷程
2. 了解家屬的照顧角色與功能
3. 醫病家屬共同決策對護送就醫的影響
4. 了解精神病人護送就醫時之權益
5. 精神病人護送就醫的主觀經驗

第一節 認識家屬處理精神病人的歷程

依據國外的研究，有 25% 的社區嚴重精神病人有暴力行爲，而這些暴力有 50% 是發生在家裡（Desmarais et al.,2014），因此家屬常是暴力的對象，在危機處理中他們是“受害者“的角色。

謝詩華（2021）指出，一般家庭面對精神疾病有以下幾個反應過程：

（一）疾病初期的慌亂與茫然

1. 對精神疾病全然的陌生

2. 對藥物的疑慮
3. 對醫療權威與專業的懼怕

（二）疾病的長期照顧壓力

有專家學者從 5 千多篇文獻中檢視家屬在危機中的反應 (Lavoie, 2018)，分析出 5 個主要的有關照顧者的危機經驗議題：

1. 危機的漸進形成。
2. 衝突矛盾的情緒。
3. 警察的理解：指家屬對警察如何看待精神病人危機的理解。
4. 不被看見的專家：在治療過程中，家屬們是自家病人病情的專家。照顧者想要被賦能，被認可，被支持，在治療過程與出院計畫中，他們都能參與決策的過程。
5. 知的需求：家屬想要從專業人員處得到更好的資訊及心理疾病的教育。

（三）角色失落與家庭解體的危機

家中有身心障礙的成員，對家庭其他成員會帶來影響，同時也使得整個家庭功能起了變化。因疾病造成的家庭內部功能與角色的變化，是需要被理解、給與外部資源及支持的。

第二節 家屬的角色與功能

基本上家屬對生病的反應約可分為 7 個階段：從開始的不安到尋求再保證，到否認忽視、生氣責備，到罪惡、羞恥、悲傷，再到改變的混亂，進而接受事實。

劉蓉台 (1986) 指出 Intagliata(1986) 提出家屬有 6 種功能，他們是病人的個案管理者，在照顧病人上與專業人員同樣扮演著重要的角色，在我們的文化裡，他們決定了病人的何去何從：

1. 評估的功能：家屬的觀察可以提供專業人員最正確的資訊。
2. 聯結的功能：協助病人連結他們所需要的服務。
3. 監督的功能：家屬可以近距離觀察病人治療計畫的執行情形。
4. 協助處理日常生活的功能。
5. 危機處理的功能：家屬要學會早期發現病人生活上的危機而預防。
6. 倡導的功能：為病人及整個體系的缺失倡議。

第三節 醫病家屬共同決策對護送就醫的影響

(一) 家屬拒絕讓個案護送就醫的樣態

實務上，家屬高估自己的照顧能力，或者對病人住

院心生不捨，或者擔心送醫後引起病人事後報復，而最後不同意護送就醫的情況，仍然常見。衛福部的精神醫療緊急處置線上諮詢專線 (call center) 在 110 年 1-6 月的統計資料，建議護送就醫的案例中，有 12.7% 最後是因為家屬拒絕送醫而仍然留在社區中。

(二) 家屬以讓個案護送就醫來解決家人衝突的樣態

相反的，有許多家屬堅稱個案精神病惡化，要求警消護送就醫。如果擔心同住家人與個案的愛恨情仇，或者家屬本身的主觀感受，導致陳述的事實可能有所偏頗，建議可以參考比較公正的第三方的意見，例如其他親人、在場的村里長或鄰里民眾的觀察意見。如果評估自傷傷人風險高，還是可以護送就醫，讓熟悉個案與家屬互動的醫療團隊評估。

第四節 精神病人護送就醫的人權議題

(一) 從專業倫理探討精神病人權益

學者針對醫學倫理原則在 1997 年便提出的四個原則：自主、行善、不傷害、公正等原則，以為醫學倫理之準則，沿至今日仍被使用來保護病人的權益。(Tom Beauchamp & James Childress, 2008)，

1. 自主原則：每位病人有權力決定自己要接受或不要接受某一個醫療處置，除非病人已經沒有自主行為能力，或是主動的放棄權利，乃其重點。

- (1) 行爲能力與病人自主：自主原則係指病人在理性狀態下有權決定自己的行爲，包括決定及選擇醫療專業人員及治療方式。
 - (2) 知情同意與病人自主：「知情同意」常用的表達方式爲同意書簽署，簽署同意書應視爲一動態「過程」，簽署的過程包含了資訊的提供、病人之充分瞭解、主動意願、同意簽署、醫事人員之教育患者而獲病人之主動同意。
2. 行善原則：乃執行對病人有益的醫療照護活動。行善原則與病人自主原則在實務中仍常見衝突，如在社區的精神病人出現行爲可能嚴重到無法照顧，甚至有自傷、傷人之虞，這時護送就醫到強制住院，這種非病人意志下的決定，是出自對病人之善意，而暫時剝奪其自由。
 3. 不傷害原則：應盡量做到隨時設想，以最小的限制或傷害的替代方案進行，例如用強制社區治療取代強制住院治療。
 4. 公平正義原則：維護病人接受預防保健和醫療照護的基本權利，資源分配的公平正義。

（二）以法規角度檢視病人權益

嚴重精神疾病與自傷的危險性考量，成爲許多國家強制罹患精神疾病患者進行非志願性治療的主要依據。對於欠缺意思能力的病人，需要剝奪他們的自由權以便接受治療及照護時，則必須符合法律保留原則亦即除非

嚴重精神病人，加上有自傷傷人之風險，才得以運用強制護送就醫的權利。

當執行精神病人護送就醫時，對於當事人無法獨立完成醫療決策時，對於其最佳利益，應提供其最大協助。依循此類原則時亦應考量病人自主權利法第5條2款病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。又護送時，倘遇有非管束不能預防其傷害，可依循警察職權行使法第19條、第20條得為管束措施，並以適當方法通知或交由適當之機關(構)或人員保護。

第五節 精神病人護送就醫的主觀經驗

被護送就醫的個案當時在症狀干擾中，對護送就醫的主觀感受多半是負面的，愛爾蘭針對強制住院病人的探討，72% 事後覺得治療是需要的，77.8% 是覺得有益的。研究亦發現超過一半的人在住院剛開始認為自己不需住院治療，但出院後幾個星期再被訪問時，卻認為當初住院是需要的。

加拿大一份研究對強制住院病人出院一年後進行病人感受的會談，75% 病人覺得當初強制住院是有益的，15% 病人覺得被傷害。

國內有專家針對護送就醫過程進行訪談，訪談結果，護送就醫一個月內的個案感受多為負面，印象鮮明的回饋均為不堪的過程，包括：1. 個案自認未被當作是人的人權受

辱感受、2. 自己的話不被重視、3. 在住院後相關衝突的爭議，仍需住院的醫療團隊協助，並進行出院準備服務，才能避免惡性循環讓個案反覆復發，造成社區及家庭以及個案本身疾病加重的困擾。



附 錄

參考資料

- Australian Government Department of Health and Ageing. EMERGENCY TRIAGE EDUCATION KIT TRIAGE WORKBOOK. Available at: <https://www.health.gov.au>
- Andrilla, C. H. A., Patterson, D. G., Garberson, L. A., Coulthard, C., & Larson, E. H. (2018). Geographic Variation in the Supply of Selected Behavioral Health Providers. *Am J Prev Med*, 54(6 Suppl 3), S199-S207. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29779543>. doi:10.1016/j.amepre.2018.01.004
- Desmarais SL., et al., (2014).Community Violence Perpetration and Victimization Among Adults With Mental Illnesses.
- Gardner W.,Lidz. C. W.,Hoge.S.K.,Monahan J.,Eisenberg, M. M.,Bennett ,N.S.,Mulvey E.P.,Roth ,L.H.,(1999)Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization *Am J Psychiatry* ,156(9),1385-1391
- Lavoie J.A.A.(2018).Relative invisibility: an integrative review of carer's lived experiences of family member's emergency mental health crisis.*Social Work in Mental Health*,16(5),601-626.
- Management of Different Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour. <https://www.youthadottoolbox.org.au/managing-aggression-potentially-violent-situations>
- Mental Health Triage Policy. Available at: <https://www.health.nsw.gov.au>
- Mental health triage tool. Available at: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/triageqrg~trriageqrg-mh>
- Morales, D. A., Barksdale, C. L., & Beckel-Mitchener, A. C. (2020). A call to action to address rural mental health disparities. *J Clin Transl Sci*, 4(5), 463-467. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33244437>. doi:10.1017/cts.2020.42

- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12). Retrieved from <https://doi.org//10.1002/14651858.CD001087.pub5>. doi:10.1002/14651858.CD001087.pub5
- O'Donoghue B., Lyne. J.,Hill.M.,Larkin.C. ,Feeney. L., O'Callaghan. E., O'Callaghan E.(2010). Involuntary admission from the patient's perspective, *Soc Psychiachat Epideminol* ,45(6) · 631-638.
- Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour. Being aware of the phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour |YouthAOD Toolbox. <https://www.youthaodtoolbox.org.au/3-being-aware-phases-incidents-involving-aggressive-potentially-violent-behaviour>
- P. M. Turner R.N. M.S.W., T.J. Turner, M.D. (1991). Validation of the Crisis Triage Rating Scale for Psychiatric Emergencies. *The Canadian Journal of Psychiatry*.
- Ron Hoffman a,b, John Hirdes c, Gregory P. Brown d, Joel A. Dubin e, Howard Barbaree.(2016). The use of a brief mental health screener to enhance the ability of police officers to identify persons with serious mental disorders. *International Journal of Law and Psychiatry* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.031>
- Sands, N., Elsom, S. & Colgate, R. (2015). UK Mental Health Triage Guidelines. UK Mental Health Triage Scale Guidelines January 2015
- Sands, Natisha, Elsom, Stephen, Colgate, Robert, Haylor, Helen and Prematunga, Roshani. (2016).Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale. *International journal of mental health nursing*, vol. 25, no. 4, pp. 330-336
- Statewide mental health triage scale Guidelines. Available at: Department of Health | Victorian Government (www.vic.gov.au)
- Ting SY, Lan TH, Shen LJ, Lin CY, Lee SK, Ma WF (2021). The Chinese Mandarin Version of the Crisis Triage Rating Scale for Taiwanese with

Mental Illness to Compulsory Hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 13392. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413392> (SCI/SSCI)

Tom. L.B.,James.F.C.(2008)Principle of Biomedical Ethics,6th ed..

Toews,J.,Ei-Guebaly , N.,Leckie,A.,(1981),Patient's reactions to their commitment ,*Can J Psychiatry*,26,251-254.

DSM-5 精神疾病診斷準則手冊 (修訂版)(Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5) 台灣精神醫學會 / 合記圖書出版社，2014。

李明濱 (1997)。病人自主與知情同意。醫學教育，1(4)，377-385。

周月清 (2001)。家庭社會工作—理論與方法。臺北市：五南。

唐宜楨、吳慧菁、陳心怡、張莉馨 (2011)。省思嚴重精神疾患強制治療概念—以人權為主軸。身心障礙研究季刊，9(1)，1-16。

劉蓉台 (1986)。病患家屬：治療過程中的關鍵人物。台北市立療養院 75 年年報，51-54。

蔡長哲 (2019)。強制住院及強制社區治療之倫理議題。強制住院及強制社區治療委員培訓訓練簡報，高雄市立凱旋醫院。

謝詩華 (2021)。精神疾病與家庭。顧美俐 (主編)，精神醫療社會工作 (頁 57-82)。臺北市：雙葉書廊。

精神病人護送就醫指引手冊

發行單位： 衛生福利部

編輯單位： 衛生福利部草屯療養院

地 址： 南投縣草屯鎮玉屏路 161 號

電 話： (049)2550800

網 址： <http://www.ttpc.mohw.gov.tw/>

初版一刷： 民國 111 年 6 月