



**台灣社會與社區精神醫學會 繼續教育訓練
挑戰和契機：
社區緊急精神醫療的關鍵因素
2025.10.04 @ 台中烏日集思會議中心**

台灣社會與社區精神醫學會繼續教育課程

挑戰和契機：社區緊急精神醫療的關鍵因素

Topic		演講人/與談人	引言人
13:30-13:35	Opening	台灣精神醫學會 藍祚鴻 常務理事	台灣社會與社區精神醫學會 歐陽文貞 理事長
13:45-14:30	從危機到轉機：國際社區緊急精神醫療(CIT)模式到台灣的創新實踐 國內外危機處理小組簡介	報告人: 李俊宏 醫師 與談人: 楊蕙年 醫師	
14:30-15:20	CIT精神醫療緊急處置暨護送就醫諮詢中心的建立與運作服務	報告人: 草療 林俊媛 醫師 與談人: 藍祚鴻 常務理事	草療 丁碩彥 醫師
15:20-15:30	Coffee Break		
15:30-16:20	守護社區第一道防線：區域醫院整合跨域資源，快速介入社區精神危機	報告人: 花總 許崇智 醫師 與談人: 嘉療 汪俊年 醫師 凱旋 劉潤謙 醫師	玉里榮民 鄭淦元 醫師 (線上)
16:20-17:10	高壓下的臨床決策：醫學中心緊急精神醫療的挑戰與新契機	報告人: 彰基 陳力源 醫師 (預錄影片) 三總北投 孔繁璇 醫師 與談人: 中榮 張庭綱 醫師 桃療 詹佳祥 醫師	台灣社會與社區精神醫學會 楊蕙年 主任委員
17:10-17:30	Discussion & Closing		



Opening

台灣精神醫學會

藍祚鴻 常務理事

台灣社會與社區精神醫學會

歐陽文貞 理事長

**從危機到轉機：國際社區緊急精神醫療(CIT)模式
到台灣的創新實踐**

國內外危機處理小組簡介

13:45-14:30

引言人

台灣社會與社區精神醫學會 **歐陽文貞** 理事長

演講人

衛生福利部桃園療養院 **李俊宏** 副院長

回應人

台灣社會與社區精神醫學會 **楊蕙年** 主任委員

國內外危機處理小組簡介

Introduction to the Taiwan & International Crisis Intervention Team

Lee Chun Hung

Deputy Superintendent of Taoyuan Psychiatric Center, MOHW, Taiwan
MSc of Addiction Science, Institute of Psychiatry (IoP), King' s College London
PhD of Information Engineering, I-Shou University, Taiwan
Executive Committee of Taiwanese Society Addiction Science
Executive Committee of Taiwan Academy of Psychiatry and the Law



E-mail: yuhsinliu87@gmail.com

<https://www.facebook.com/chlee11>

<https://www.linkedin.com/in/chun-hung-lee-758419243/>

臺灣危機處理小組的發展緣起



訓練篇

台南殺警案背後，警察訓練出了什麼問題？



10月，新北市警局在訓練中心裡進行常訓裡的組合警力訓練，模擬執勤中警員遭到持刀攻擊的狀況。（攝影／余志偉）

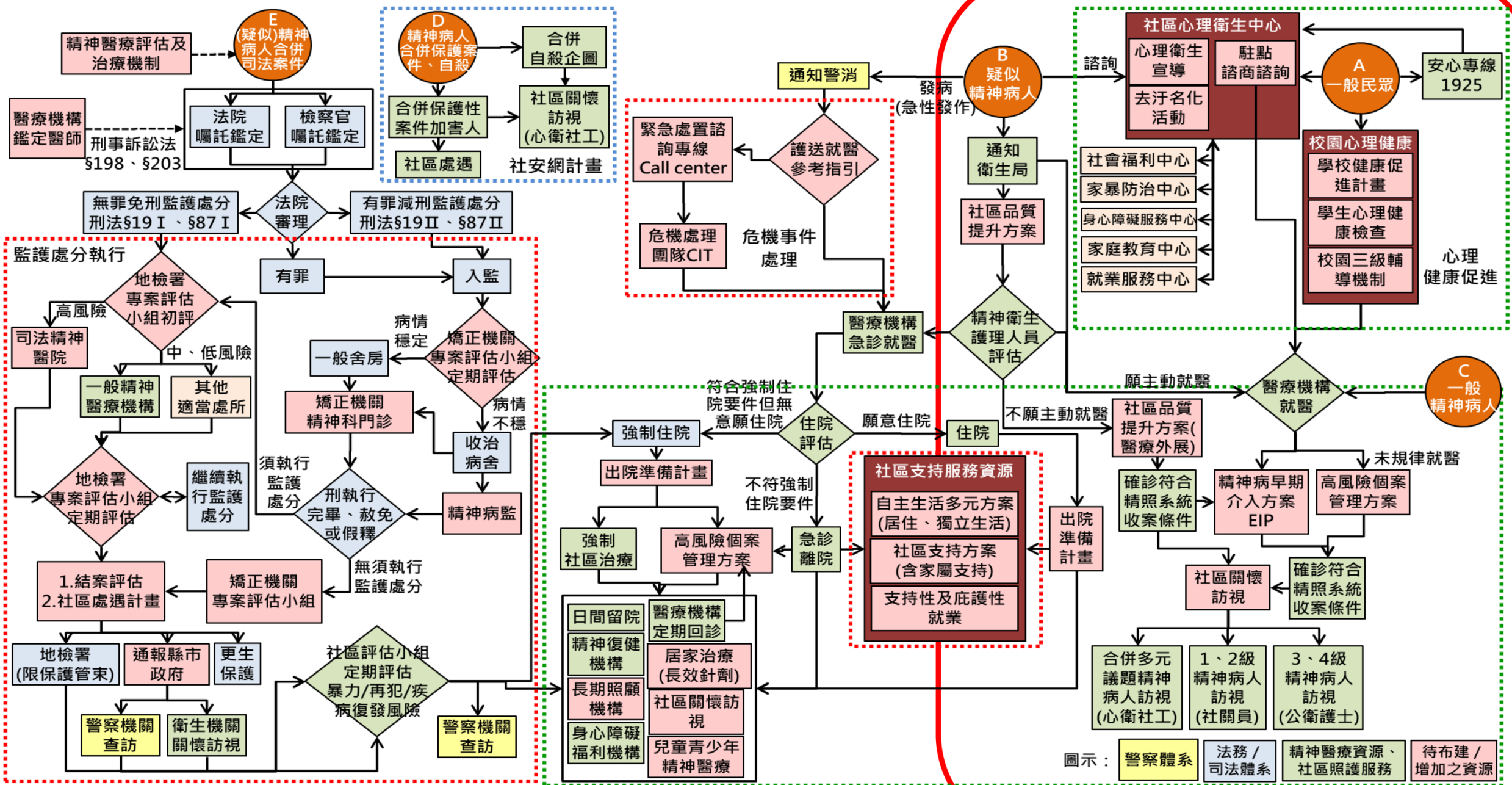
現代社會與犯罪型態改變・警消第一線處理民眾情緒頻率上升



長期關注警方執法與第一線精神疾病處遇，衛福部嘉南療養院成癮暨司法精神科主任李俊宏表示，從嘉義鐵路殺警案開始，他就被警政單位諮詢是否可引進對精神疾病的辨識方式到警察訓練中，但最後卻不了了之，僅停留在一日講習的型態。

「人民的生活型態改變，可想而知犯罪的型態也會跟著改變，當然警員執勤的生態就改變，」李俊宏以歐美國家的經驗指出，1980年代以前，警方訓練都著重在對黑道組織的犯罪打擊，但之後開始教導警方面對不同樣態的犯罪，例如怎麼去處理情緒障礙的民眾比例愈來愈高。

警察每月透過常訓，模擬日常執勤中遭遇民眾衝突的危機處理；然而這些情境設定裡，幾無探討如何辨識和處理有情緒障礙的民眾。（攝影／余志偉）



精神衛生法修法理由

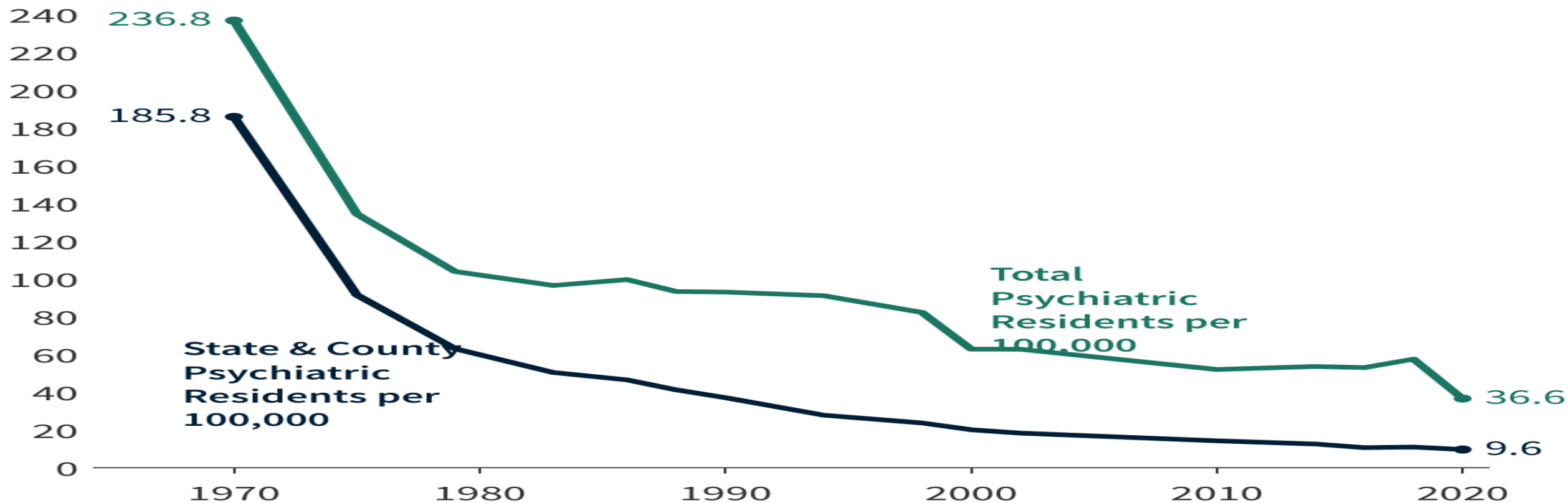
中華民國 111 年 1 月 13 日第 3786 次行政院院會決議

- 精神衛生法（以下稱本法）於七十九年十二月七日公布施行，其後歷經四次修正，最近一次修正公布日期為一百零九年一月十五日。鑑於近年來，社會狀況與相關法規多有變遷，過去心理健康促進比重不高，造成前端預防與社區支持服務網絡合作不足，另尊重人權之政策已成國際趨勢，為因應實務執行之需要，亟需建立多層次、多面向與多專業合作之精神衛生照顧網絡，本法有參酌身心障礙者權利公約（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 以下稱CRPD）及兒童權利公約(The Convention on the Rights of Children, 以下稱CRC) 相關規定，就有關精神疾病病人與身心障礙者自由、自主權、就醫權、安全保障、平等對待及社區融合之理想等面向重新檢視之必要。
- 為建置完善精神照護機構管理與加強跨機關社區精神病人照顧及合作並配合個人資料保護法規定，爰修正各機關權責之規定，另以合乎病人知情同意原則之通知、治療及出院準備，由精神衛生照顧人員與病人、家屬及保護人共同合作，提供治療及支持，並協助病人相關資源連結，進而提升社區融合及生活品質。又為強調推動心理健康促進、積極布建社區心理衛生中心、精進病人協助及前端預防、建立危機處理機制、強化病人通報、多元社區支持、強制住院改採法官保留、殺人或傷人案件刑事優先原則及防止汙名化，爰擬具本法修正草案。

Figure 2

As Mental Health Services Shifted Toward Outpatient Care During Deinstitutionalization, Residents in Psychiatric Beds Declined Sharply

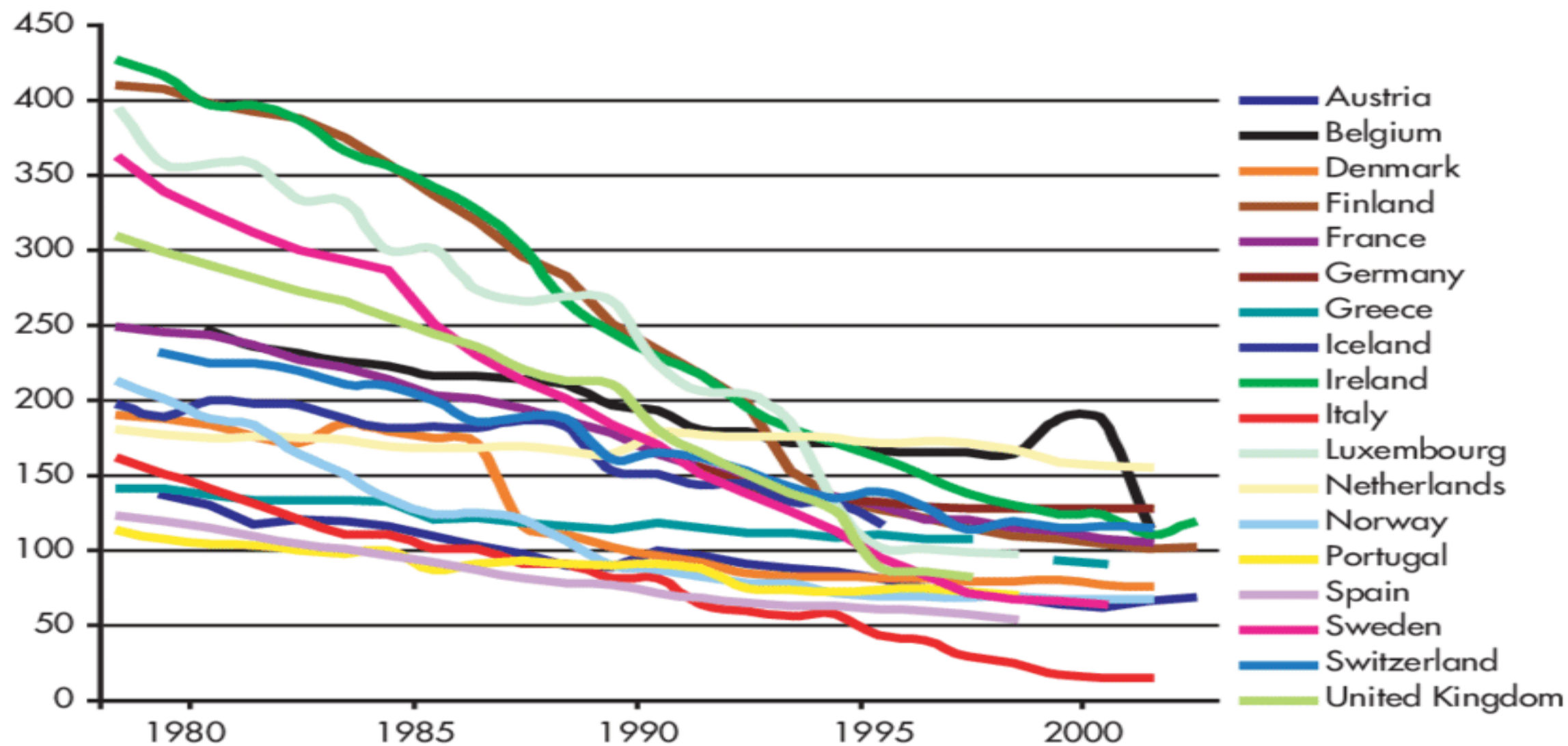
Time trends in residents in psychiatric inpatient and other 24- hour treatment beds per 100,000 population, 1970-2020



Note: The figure shows the number of residents or clients in hospital inpatient or residential beds specifically designated for mental health treatment services per 100,000 U.S. population. Data for 1970–2014 are from state mental health director reports; 2016, 2017, and 2020 data are from SAMHSA’s National Mental Health Services Survey. The 2020 decline may partly reflect temporary COVID-19 effects.

Source: KFF analysis of data from National Association of State Mental Health Program Directors report and 2016, 2018, and 2020 National Mental Health Services Survey (N-MHSS)

Number of psychiatric beds per 100 000





林皓陽——在 Los Angeles County Sheriff's Department

8月10日 · 🌐



十分幸運 LASD (The Los Angeles County Sheriff's Department) 的特殊編組 MET (Mental Evaluation Team) 接受了我們的申請，今天半天的參訪真的收穫良多！

MET 是一個警察局的特殊單位，主要負責的業務是精神危機的出勤支援、照護和醫療資源的轉銜，以及負責全警察局關於精神急症的教育訓練。MET 的任務編組包含行政、派遣、現場出勤小組、風險評估小組 (RAMP)、退伍軍人 MET 小組，以及 FOCIS 教育訓練小組。雖然該單位是由 LASD 的預算支應，但團隊中的「衛生人員」（包涵諮商師、護理師、社工等）則是由 DMH (Department of Mental Health) 支薪。

MET 由巡警 (patrol officer) 直接請求啟動，MET 也只接受來自 patrol officer 的電話（或是一些有簽合約的單位），算是一種特化的二線單位。如果巡警在任何情況下懷疑對象可能是精神危機個案時就可以啟動。派遣台成案後，MET 員警會向同一個辦公室內的衛生人員詢問是否有病患相關資料，而衛生人員查詢後會將必要的資訊轉報給員警。

這時候派遣台會指派在外蹲點的現場出勤小組（現共有34組）的一車兩人前往現場。這一車兩人一位是 MET 警官，一位則是他/她的衛生單位夥伴（可能是心衛、諮商師或是護理師）。這兩人一組在組織內是固定的，幫我們介紹的 Bobby 警官跟他的夥伴已經共同出勤七年。

LASD MET 的規模實在是讓人歎為觀止！從剛成立時只有3組 Response Unit，到現在已經有34組。我問他們是什麼樣的契機或是政治遊說才可以讓長官 buy-in？Sergeant Ernie（忘記 last name 嗚嗚...）說「很簡單，郡政府被告怕了，輸官司花了太多錢。每年投入 MET 比較省。」

Well... quite reasonable...

Court order required in restraint of psychiatric patients

07/24/2018

Germany's Constitutional Court has ruled that psychiatric patients cannot be restrained for more than 30 minutes without a court order. Judges have ordered German states to change laws to conform to federal guidelines.



如果送醫院急診越來越難是社區精神醫療危機的首要選擇？如果隔離約束，的使用考量越來越多，如果針劑注射病人自主的重視越來越高，那我們應該要怎麼擘劃社區精神醫療的未來？



© picture-alliance/AP Photo/T.S. Warren

Medical cabinet containing restraints

Image: picture-alliance/AP Photo/T.S. Warren

歐美危機處理小組的發展簡介

危機處理小組簡介

Introduction for CIT

- 1988年於Memphis基於病患與執勤人員安全開始導入的訓練機制，並逐漸形成專業認證。
- 危機處理小組的訓練係以社區實務(community-based)為基礎，共同提升警消衛社對於社區精神危機(mental health crisis)的反應與處理。
- 除了上述人員，也需要包含與病患同住的家屬或鄰里間的重要關係人。
- 以解決問題為導向，建構共同合作、信任與尊重的環境。



資料來源: crisis intervention team programs

(<https://www.citinternational.org/bestpracticeguide?fbclid=IwAR0cFDPYhHoX1gSuvXwDD69uUzMRCdiyLjnQqroLrBVq5XVtUwaXZfpCUKU>)

危機處理小組的目標

Goals of CIT

- 增進警消、以及相關人等在處理精神危機時的安全性。
- 有效並即時形成各系統與精神醫療衛生系統的連結。
- 對於警消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，並增加彼此間的支持。
- 降低在處理精神危機經歷創傷事件的可能性，並連結協助警消同仁復原的資源。



資料來源: crisis intervention team programs

(<https://www.citinternational.org/bestpracticeguide?fbclid=IwAR0cFDPYhHoX1gSuvXwDD69uUzMRCdiyLjnQqroLrBVq5XVtUwaXZfpCUKU>)

危機處理小組不只是事件議題

資料蒐集、定期檢視、檢討改善

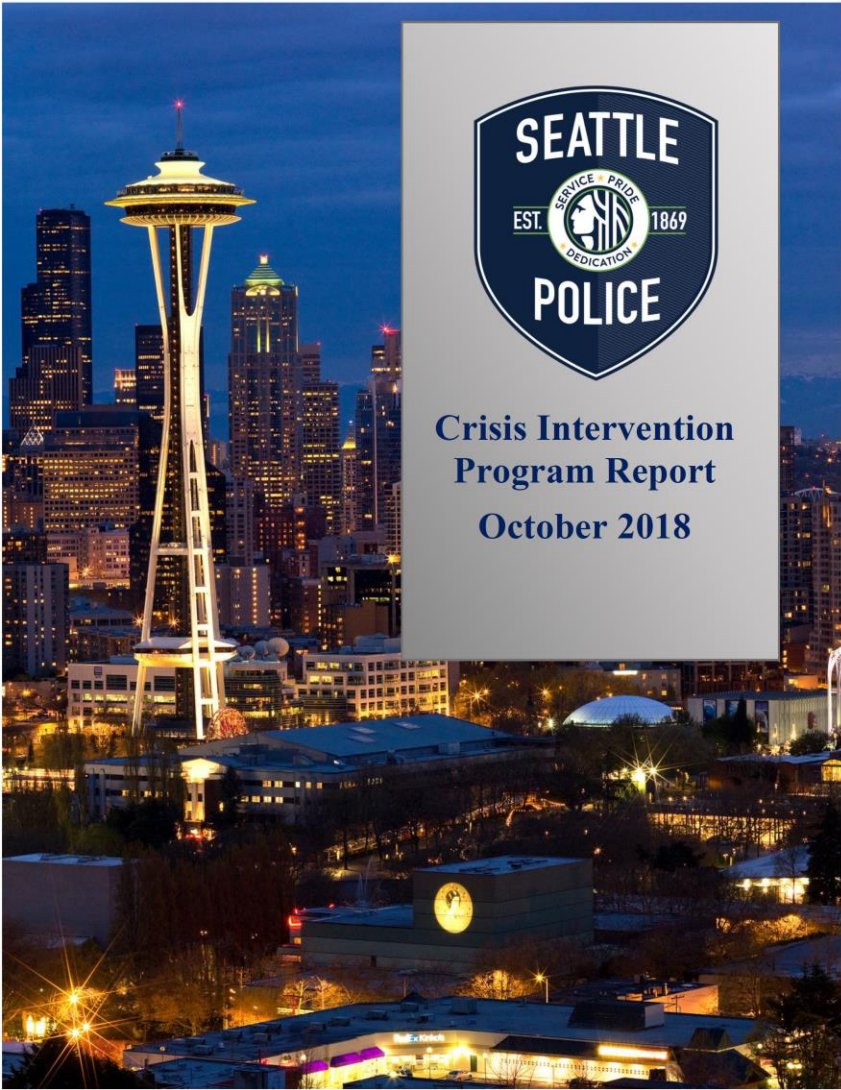


Table 1: Training Delivery and Attendance

Course	Required Attendees	Completed Course	Referred to OPA
RideAlong Application (e-learning)	All Sworn	1,346	0
Alzheimer's and Dementia Awareness (e-learning)	All Sworn	1,290	2
Family Intervention and Referral Services (e-learning)	All Sworn	1,381	0
Small Team Tactics	Sworn Employees Below Rank of Lt.	1,141	7
Care Under Fire	Operations Officers/Sergeants	818	0

Figure 16: Distribution of Crisis Responses by Initial Call Type

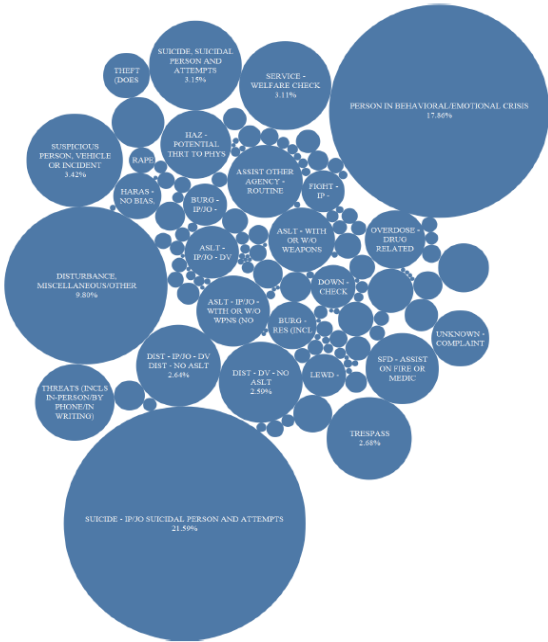
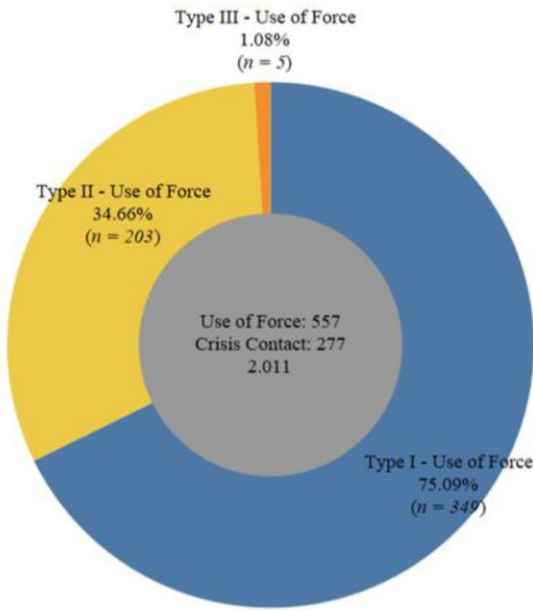


Figure 23: Force By Type Across Crisis Incidents



以西雅圖警方的持續訓練為例

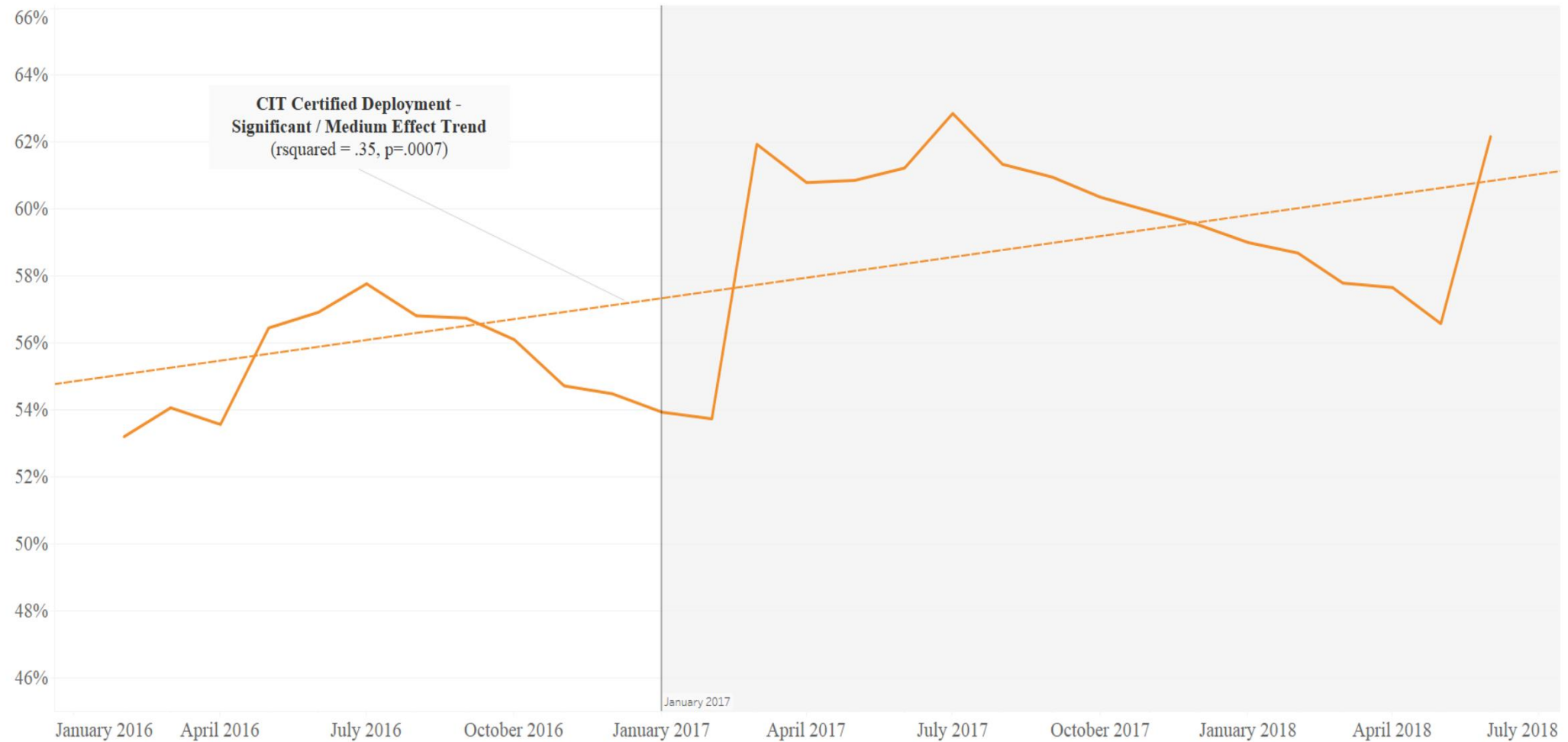
獨立作業應用、失智症、家庭介入與轉介資源、小組技巧、危機照護 + Full CIT

Table 1: Training Delivery and Attendance

Course	Required Attendees	Completed Course	Referred to OPA
RideAlong Application (e-learning)	All Sworn	1,346	0
Alzheimer’s and Dementia Awareness (e-learning)	All Sworn	1,290	2
Family Intervention and Referral Services (e-learning)	All Sworn	1,381	0
Small Team Tactics	Sworn Employees Below Rank of Lt.	1,141	7
Care Under Fire	Operations Officers/Sergeants	818	0

人員訓練比例定期列管

Figure 11: CIT Certified Staffing Over Time – Operations Bureau



值勤技巧的檢討與改善

值勤人員與病患的損傷都需要檢討

Use of Force - Type III - Officer-Involved Shooting

During the year reported here, one reported crisis incident involved an officer-involved shooting of a subject armed with knives. That incident is separately reported on the Department's OIS Dashboard (see Fig. 12, <https://www.seattle.gov/police/information-and-data/use-of-force-data/officer-involved-shootings-dashboard>); a redacted copy of the Force Investigation Report in its entirety is attached as Appendix A to this report.

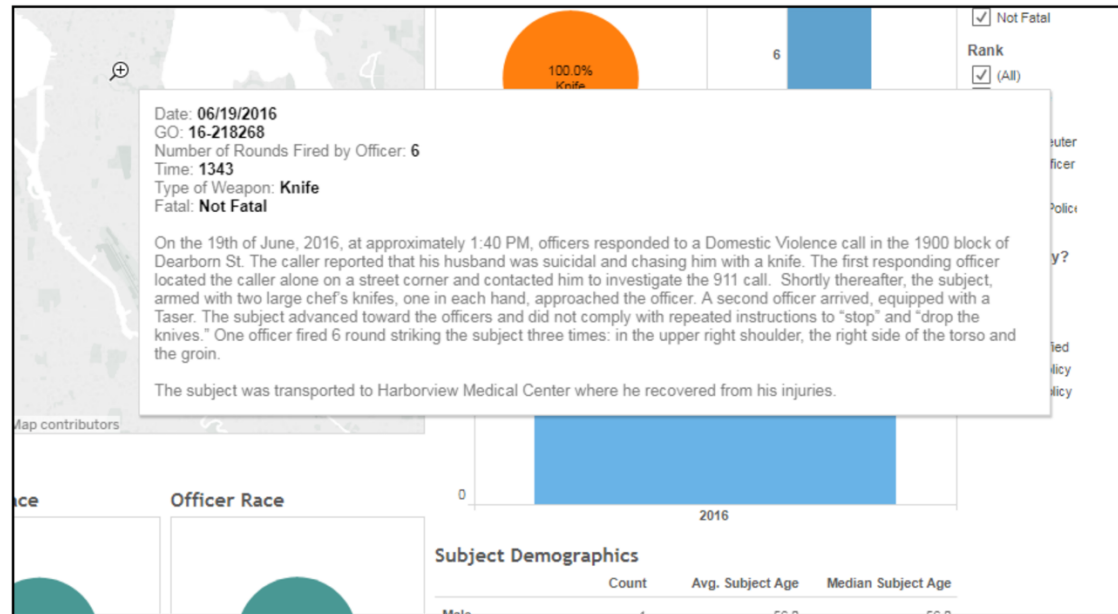


Figure 12: Screenshot from Officer-Involved Shooting Dashboard

Figure 11 shows a breakdown of the physical distribution of force applications on subjects. Complaints of injury were most frequently reported near the wrists, consistent with complaints of pain associated with handcuffing or restraint. With Type II applications, injuries to the face and knees were most common, as would be associated with a take-down; of the 3 Type III force counts, 2 resulted in a shoulder dislocation.

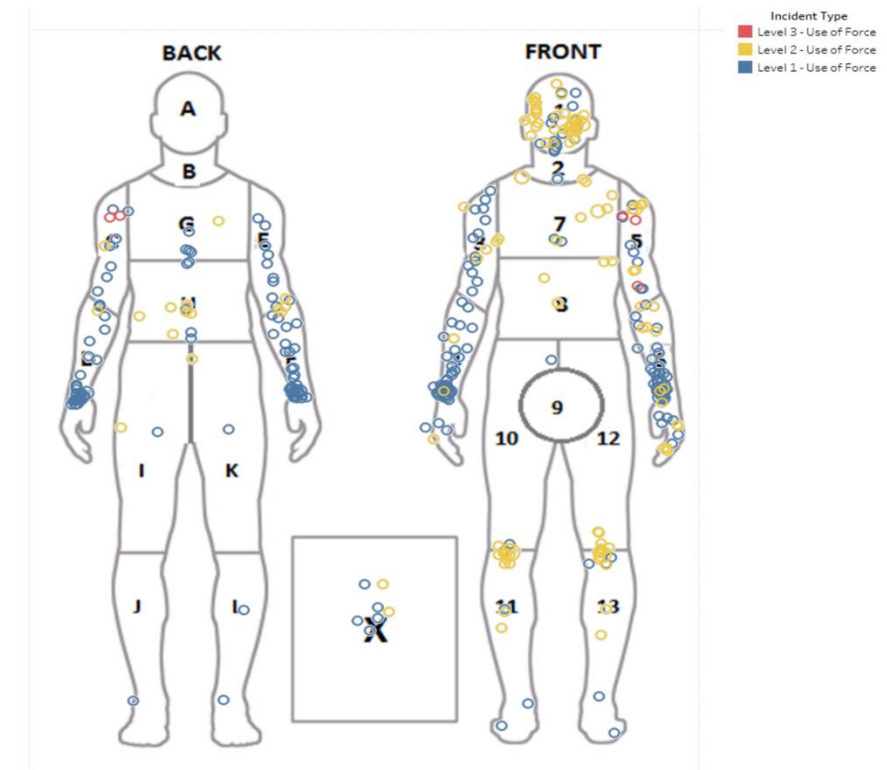


Figure 11: Physical Distribution of Force Applications

SPD will continue and expand its tracking of information regarding SPD's interactions with individuals in crisis and provide this data to SPD's current CI Team. SPD will consult with the CIC to determine what interactions result in data collection, and the types of information to be collected based on the level of interaction. Subject to the CIC's review and recommendations, and applicable law, SPD should gather and track the following data:

派遣紀錄與分析

- a) Date, time and location of the incident;*
- b) Subject's name, age, gender and address;*
- c) Whether the subject was armed, and the type of weapon;*
- d) Whether the subject is a U.S. military veteran²⁹;*
- e) Complainant's name and address;*
- f) Name and badge number of the officer on scene;*
- g) Whether a supervisor responded to the scene;*
- h) Techniques or equipment used;*
- i) Any injuries to officers, subject, or others;*
- j) Disposition; and*
- k) Brief narrative of the event (if not included in any other document).*

轉歸選擇與事後追蹤

Figure 20: Disposition Options

DISPOSITION (Check all that apply)

- ☐ Unable to Contact 無法聯絡
- ☐ Chronic Complaint 長期性的抱怨
- ☐ Social Service / Alcohol and Drug / Treatment Referral 轉介社福、藥酒癮服務、治療
- ☐ Resources Offered / Declined 資源提供與減少
- ☐ MCT (Mobile Crisis Team) 行動危機團隊
- ☐ GRAT (Geriatric Regional Assessment Team) 高齡長照評估團隊
- ☐ Shelter 庇護住所
- ☐ No Action Possible / Necessary 暫不需要介入
- ☐ Case Manager / MH Agency Notified 轉介個案管理
- ☐ DMHP / Referral 轉介區域心衛計畫: District Mental Health Programme
- ☐ Crisis Clinic 轉介危機門診
- ☐ CSC / CDF (Crisis Solution Center / Crisis Diversion Facility) 危機解決中心
- ☐ CCORS (Childrens Crisis Outreach Response System) 兒童危機反應系統
- ☐ Courtesy Transport 關懷轉銜
- ☐ Detox 戒斷症狀處理
- ☐ Spruce Street 緊急住院

CIT Core Elements

Partnerships: Building Sustainability

- ***Ongoing Elements***

- Partnerships: Law Enforcement, Advocacy, Mental Health 執法者、倡議者、心理衛生專業
- Community Ownership / Identity: Planning, Implementation & Networking 計畫、執行與網絡
- Policies and Procedures 政策與執行步驟

- ***Operational Elements***

- CIT: Officer, Dispatcher, Coordinator 警、消、協力者
- Curriculum: CIT Training CIT訓練
- Mental Health Receiving Facility: Emergency Services 心理衛生緊急服務機構

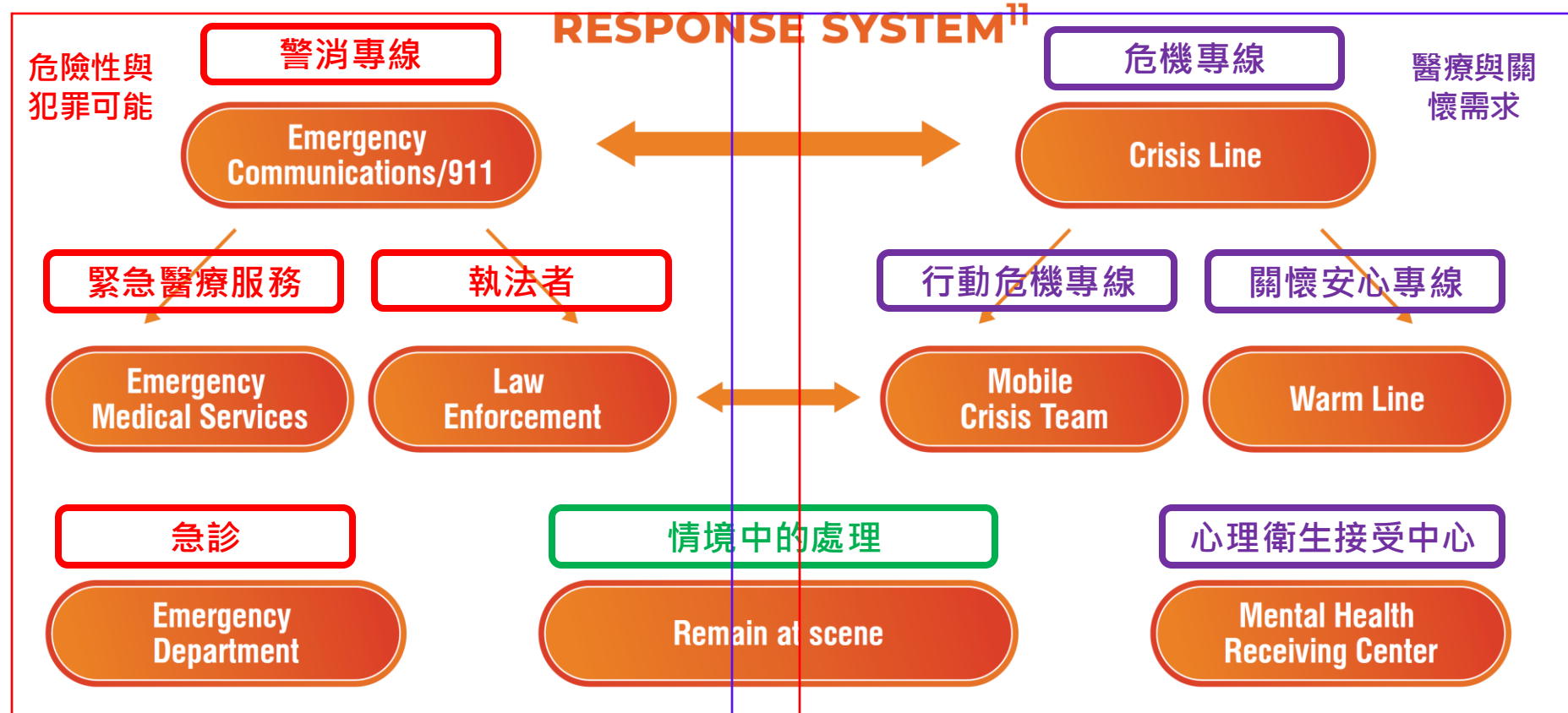
- ***Sustaining Elements***

- Evaluation and Research 評估與研究
- In-Service Training 服務內訓練
- Recognition and Honors 組織認同與榮譽
- Outreach: Developing CIT in Other Communities 發展到其他社群的CIT



<http://citinternational.org/Memphis-Model-Core-Elements>

COMPONENTS OF AN INTEGRATED CRISIS



In an integrated crisis response system, an emergency communications center (911) call-taker would decide whether a mental health crisis call warranted an immediate law enforcement response due to the level of danger or criminal activity. If so, the call-taker would dispatch CIT officers and possibly emergency medical services (EMS). If not, the call-taker would initiate a three-way call, to hand off the call to their local crisis line for a possible resolution. The crisis line could transfer the call back to the emergency communications center if, at any time, it deemed law enforcement or emergency medical services were needed.

相關人員應該要有的知識工具

Toolkit of Partners

- 執法人員(Law enforcement): 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。
- 緊急醫療人員(EMS): 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。
- 社區心衛人員(CMHP): 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。

行前評估、現場溝通、事後檢討、隨時演練

CIT TRAINING BUILDING BLOCKS

基本知識

經驗、敏感性、
建構同理心

練習與實務應用

KNOWLEDGE	EXPERIENCING, SENSITIZING, BUILDING EMPATHY	EXPERIENTIAL, PRACTICAL APPLICATION
Understanding Mental Illness 了解精神疾病 Medications 藥物的作用與重要性 Suicide Risk Assessment/Suicide Prevention 自殺危險評估與預防 Substance Abuse/Co-occurring 物質濫用與共同疾病 Developmental Disabilities 發展遲緩 Commitment Laws & Legal Issues 相關法規介紹 Special Populations - Children and Adolescents - Older Adults - Veterans Local Resources 區域資源介紹	Hearing Voices exercise 如何傾聽病患的聲音 Community Site visits – Meeting with individuals with lived experience/local resources 社區精神照護資源訪視 Family and People with Lived Experience – their perspectives 家庭與同住者的經驗 Communication Skills 溝通技巧訓練	De-escalation 降低衝突技巧 Scenario-based training 情境演練 Coaching and Feedback 教範與回饋 Graduation! 恭喜你，畢業了

CIT NATIONAL CURRICULUM MATRIX²²

TIME	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY
800	Administration: Welcome and Overview	Mental Health Topics: Personality Disorders	Mental Health Topics: Autism and Developmental Disabilities	Mental Health Topics: Posttraumatic Stress Disorder	De-Escalation: Scenario-Based Skills Training
830	Administration: Pre-Training Evaluation				
900	Mental Health Topics: Serious Mental Illness	Mental Health Topics: Cognitive Disorders (Dementia, Delirium, and TBI)	Mental Health Topics: Medications	Mental Health Topics: Suicide	
930					
1000		Site Visits: Facilitated Conversations with People with Lived Experience	Mental Health Topics: Assessment and Commitment	Community Support: Panel of Community Resources	
1030					
1100	Mental Health Topics: Thought Disorders and Mood Disorders	Law Enforcement: Policy and Procedure	Law Enforcement: Question and Answers		
1130		Law Enforcement: Liability			
1200	Lunch 1200-1300				
1230					
1300	Mental Health Topics: Substance Use Disorders and Co-occurring Disorders	Site Visits: Facilitated Conversations with People with Lived Experience	Community Support: Advocacy Perspectives, Veterans Issues, Homeless Issues, Cultural Awareness ²³	De-Escalation: Scenario-Based Skills Training	Community Support: Advocacy Perspectives
1330					
1400			De-Escalation: Scenario-Based Skill Training		Administration: Post-Training Evaluation
1430					
1500	Mental Health Topics: Children, Youth, and Adolescents			Administration: Graduation	
1530					
1600	Community Support: Advocacy Perspectives				
1630					
1700					

臺灣危機處理小組的發展思考

危機處理小組臺灣簡式訓練課程大綱



1

危機小組(Crisis Intervention Team)簡介

2

在接觸病患前應有的準備

3

精神病患暴力行為的簡易辨識

4

危機處理相關技巧

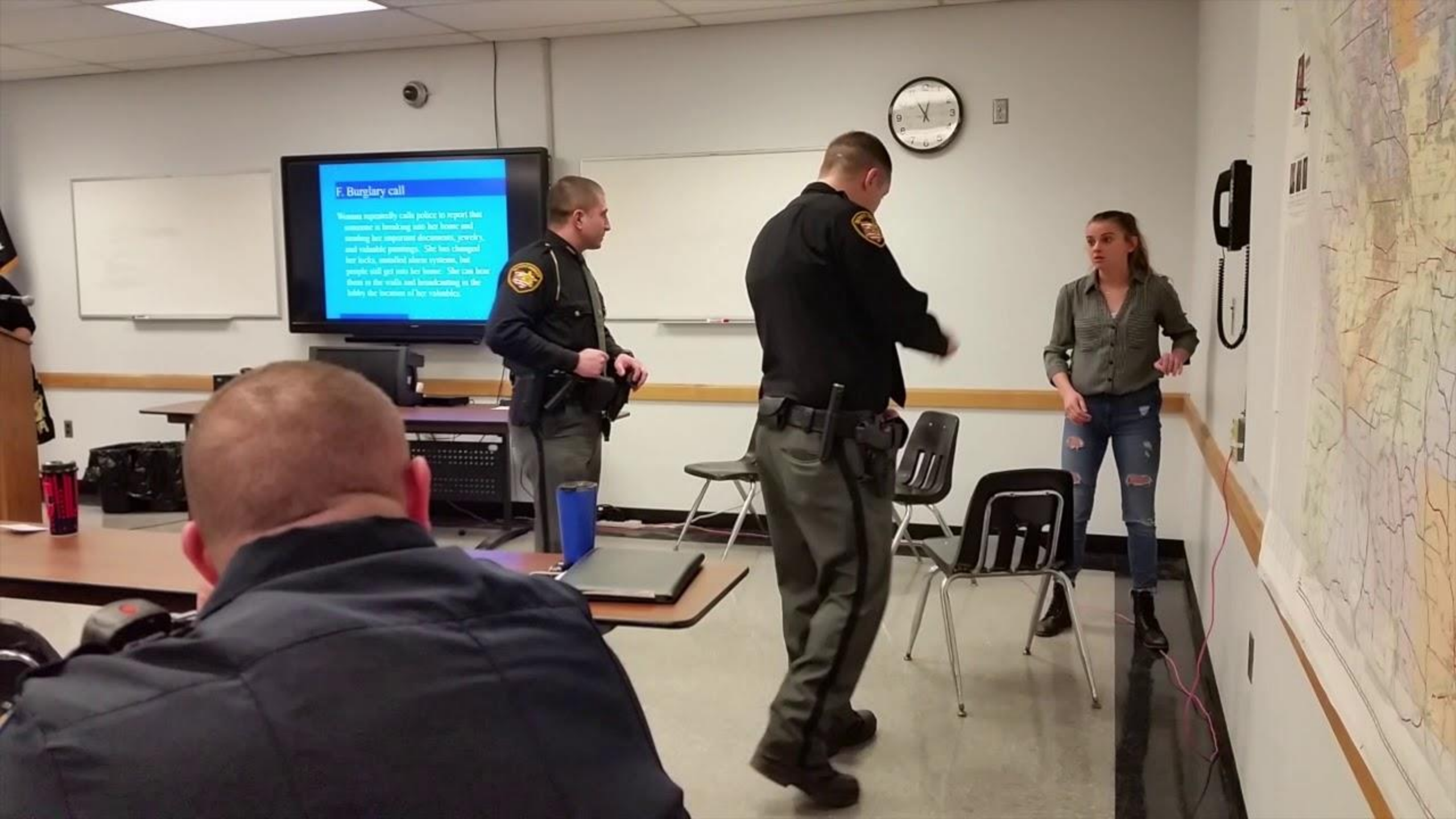
5

法令規範與教案介紹

在接觸病患前應有的準備

Preparation for encountering patients

- **系統層次：人力、設施、設備、流程**
 - 誰要進到團隊來參與，臨時遇到、緊急呼叫、網絡連結所需要的都不一樣
 - 區域網絡醫療設施的分布
 - 辣椒水、盾牌、警棍、警槍就夠了嗎
 - 針對精神病患暴力行為的處理流程是甚麼
- **個別層次：知識、態度、技巧、訓練**
 - 對精神疾病與暴力行為的理解
 - 面對精神疾病患者的態度
 - 聆聽、溝通、降溫、同理心、危機處理的技巧
 - 反覆的演練與訓練

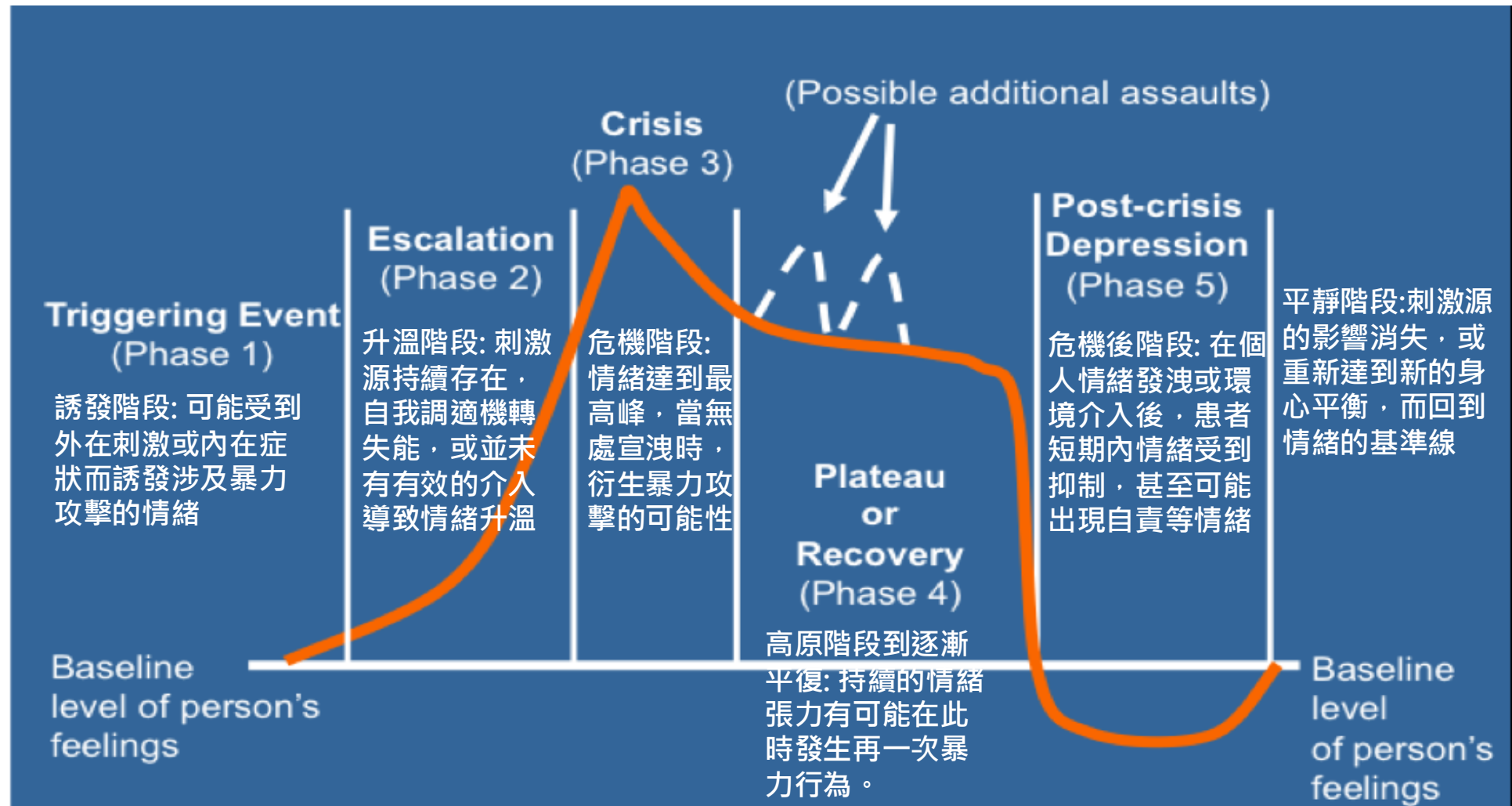


F. Burglary call

Woman repeatedly calls police to report that someone is breaking into her home and stealing her important documents, jewelry, and valuable paintings. She has changed her locks, installed alarm systems, but people still get into her home. She can hear them in the walls and broadcasting in the lobby the location of her valuables.

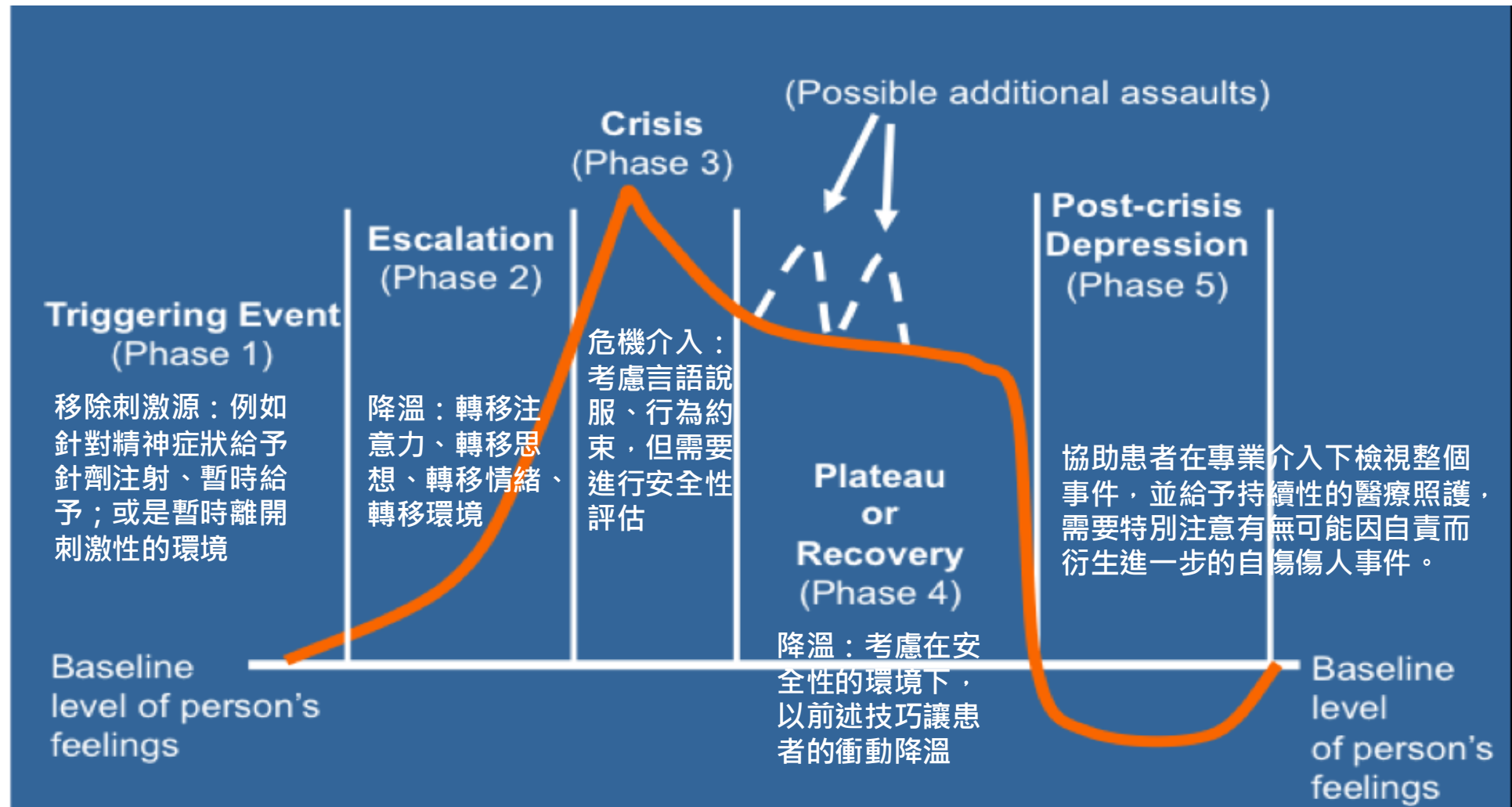
暴力患者的情緒變化過程

Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour



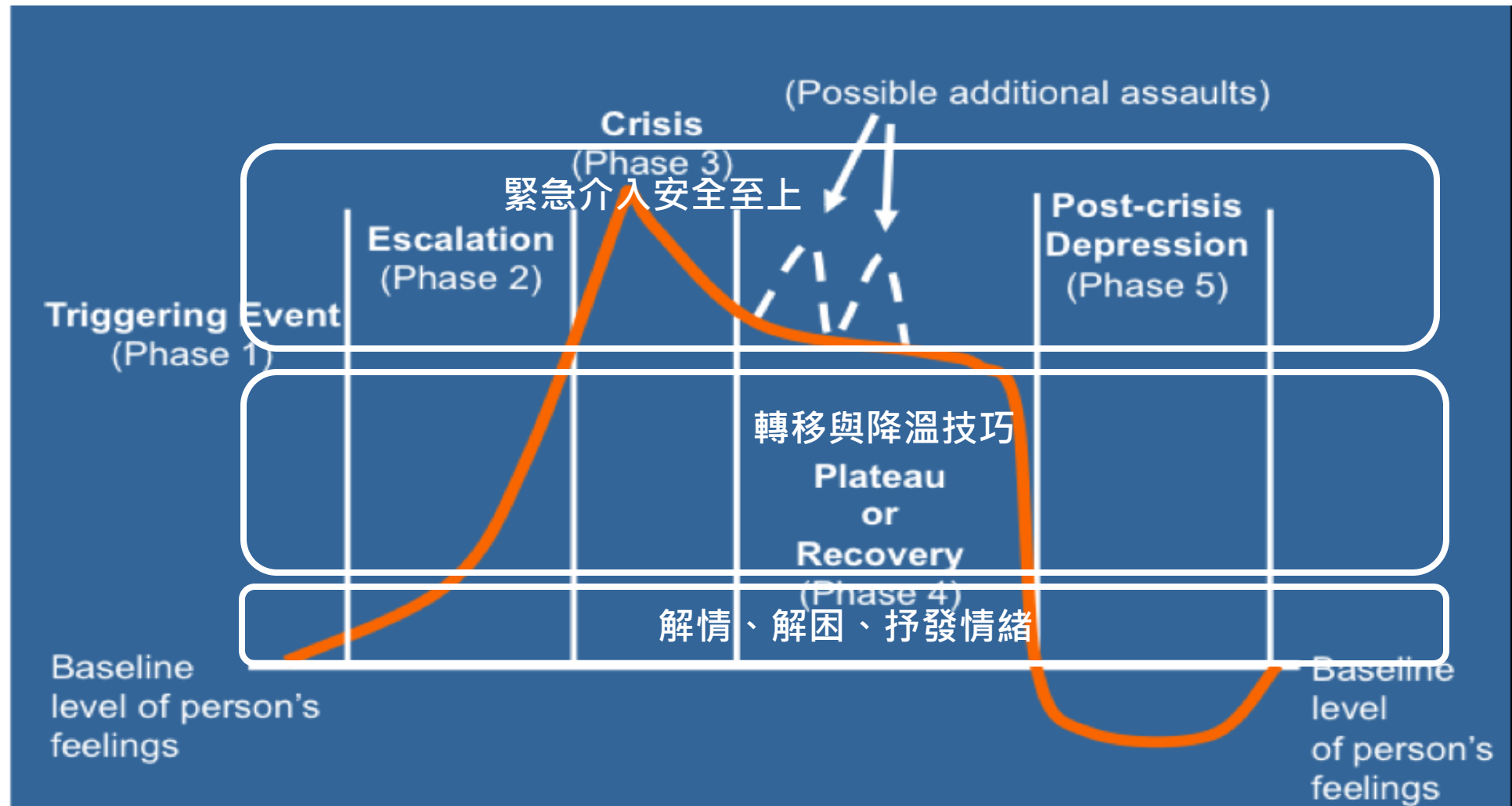
暴力患者的介入時機與方式

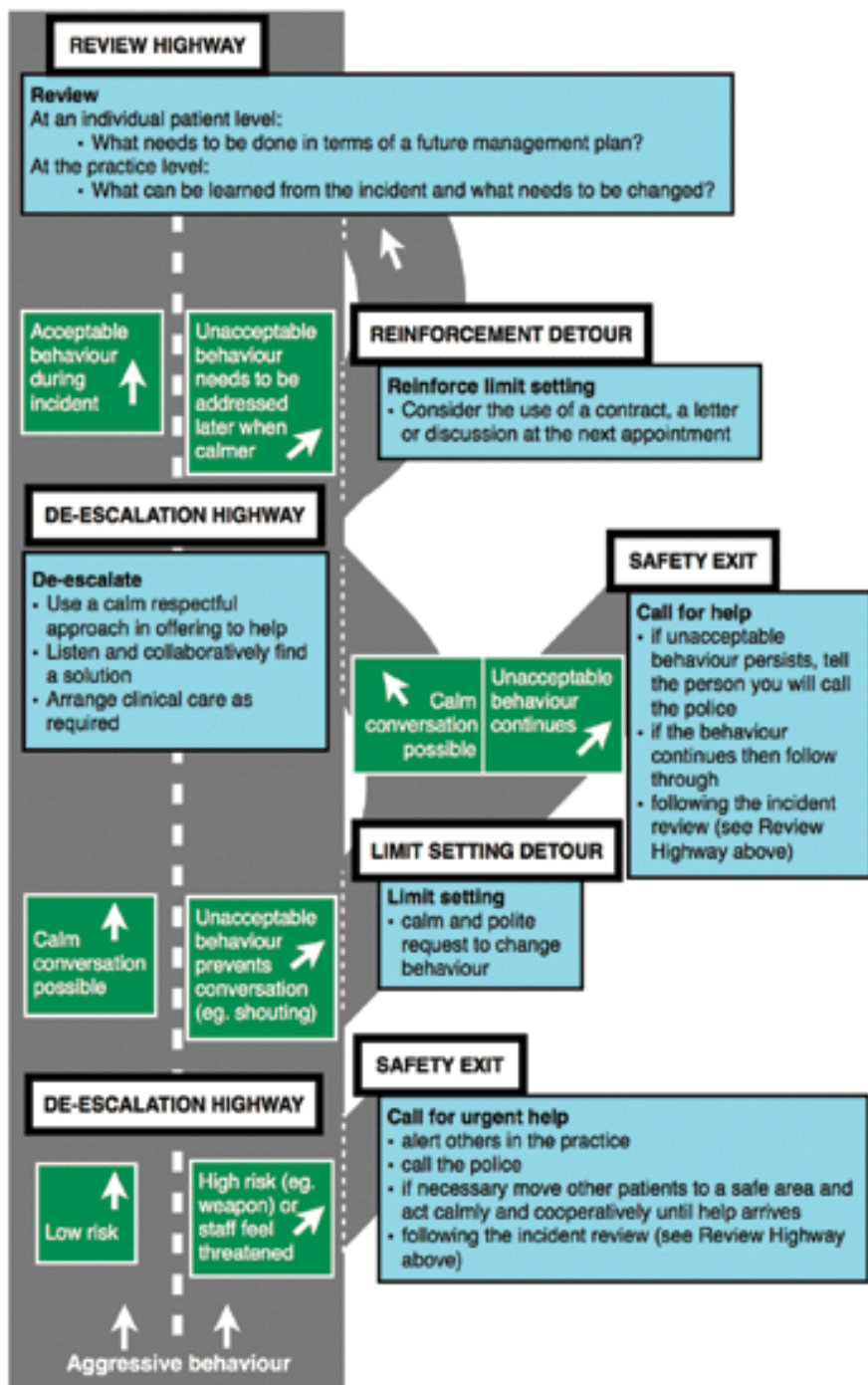
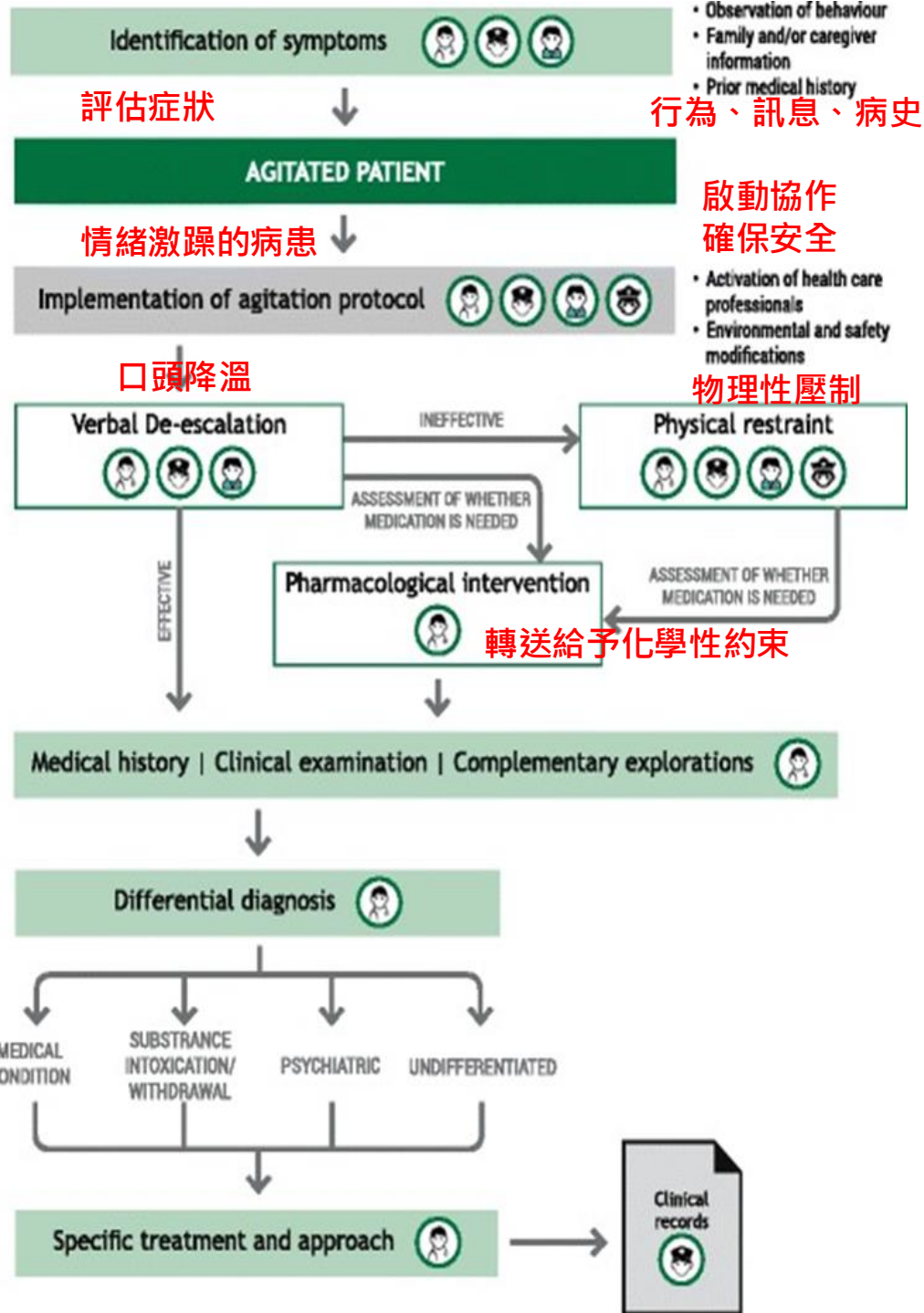
Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour



暴力患者的介入時機與方式

Phases of incidents involving aggressive & potentially violent behaviour





簡易精神病患評估原則

Brief Rules for Psychotic Patient Evaluation

- **SAFE GARDS**
- **S**afety: 先確保自己與周遭人的安全再評估
- **A**fraid: 相信自己的直覺
- **F**amily & **F**riends: 來自於重要關係人的訊息(患者近日的狀態如何，是否會使其害怕恐懼)
- **E**nvironment、**E**mergency plan :環境評估、緊急計畫(包括疏散周遭人與戰術性撤退)



簡易精神病患評估原則

Brief Rules for Psychotic Patient Evaluation

- **SAFE GARDS**
- **G**un at home: 患者是否持有危險物品
- **A**lcohol or Drug Abuse: 是否有物質濫用
- **R**elationship with others: 患者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**epression of Mania: 憂鬱或躁鬱
- **S**chizophrenia or Psychosis: 精神症狀



簡易精神病患評估原則

如何進行精神病患的評估

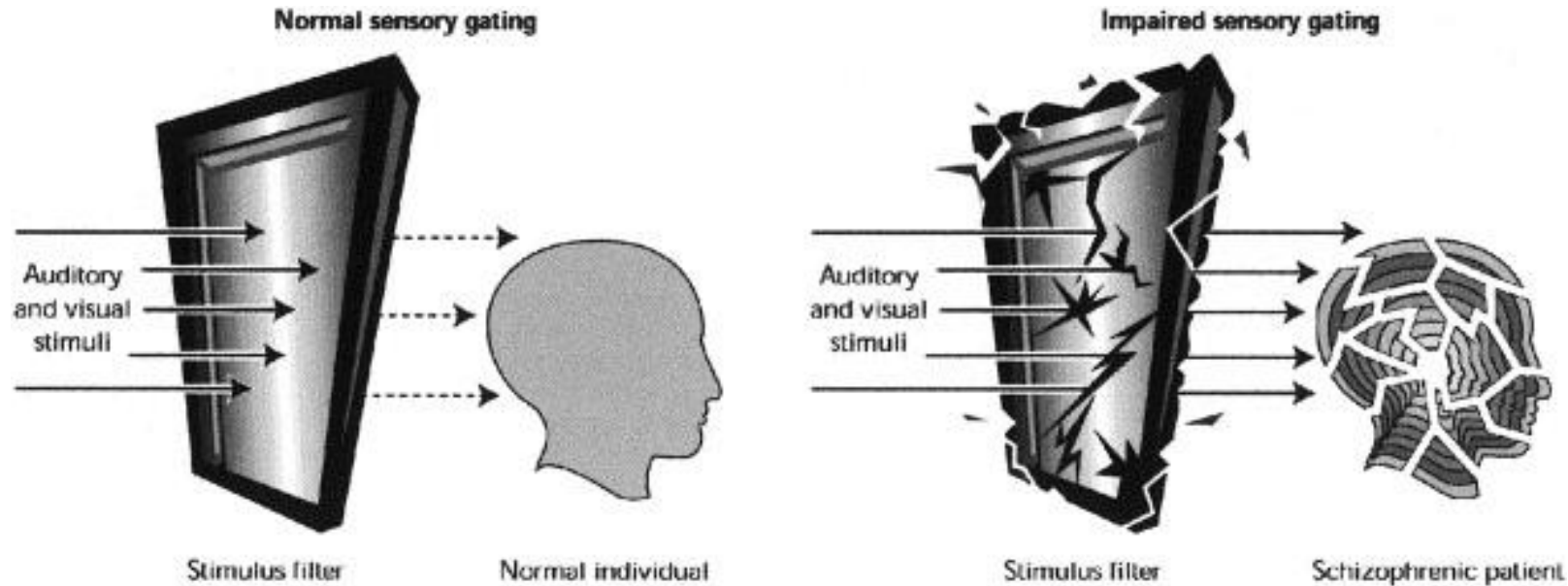
- **Cognition:** 認知、想法、意識
 - 有脫離現實的怪異思考，如果你是正常人，你覺得跟你不一樣的想法就是怪異思考，我們不需要精準診斷，只要評估風險就好。如被害妄想、關係妄想、誇大妄想、忌妒妄想。
 - 想法會表現在言語，語無倫次、注意力不佳，就代表患者認知有問題。
 - 精神狀態的突然改變、定向感缺乏，需要特別注意。
- **Affect:** 情緒，情緒會表現在表情與肢體，例如說話的音量、語速、臉部身體肌肉的緊繃，以及情緒衍生的相關行為。
 - 表情面容緊張、目露兇光、進逼、大叫、抖顫、不尋常的安靜或暴躁、恐懼、憤怒、敵意、焦慮、易被激怒等。
- **Behavior:** 行為，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。

精神科也有叫CAB



患者面對嚴重症狀干擾的世界

以思覺失調症的聽幻覺為例



- (1) 心智狀態被精神症狀強烈影響，思考被聽幻覺所盤據
- (2) 對於外在世界的訊息屏蔽困難，此時若身處於吵雜、易受激擾的環境，容易被誘發情緒。反之，若維持冷靜、保持距離，患者因沉浸在精神症狀中，反而不容易注意到外在事物。



精神病患暴力行為的危險因子

Risk Factors of Aggressive Behaviours among Psychiatric Patients

TABLE

RISK FACTORS FOR VIOLENCE²⁹

- A past history of repetitive violence 過去有暴力攻擊史
- Agitation, anger, disorganized behavior 激躁、憤怒、混亂行為
- Poor compliance during the interview 藥物順從性不佳
- A detailed or planned threat of violence 暴力行為已有計畫甚至預告
- Available means for inflicting injury, such as ownership of a weapon 持有危險物品
- History of childhood physical or sexual abuse 兒童時期有被虐經驗
- Presence of organic disorder 如腦傷、癡妄等生理性疾病
- Presence of psychotic psychopathology, especially delusions or command hallucinations 急性精神症狀干擾
- Presence of borderline or antisocial personality disorder 邊緣性、反社會性人格
- Presence of alcohol or drug use 飲酒、施用毒品
- Belonging to a demographic group with an increased prevalence of violence: young, male, lower socioeconomic group 社經地位的特殊因子

Level and behavior	N	%
Level 1 Inflicted serious harm requiring medical care	37	3
Level 2 Inflicted low-grade harm requiring no medical care	543	42
Level 3 Made a verbal threat with a plan to inflict harm	144	11
Level 4 Touched another in a threatening way	28	2
Level 5 Made a verbal threat without a plan to inflict harm	112	9
Level 6 Approached another in a threatening way	138	11
Level 7 Was loud and demanding	168	13
Level 8 Exhibited low-grade hostility	119	9
Total	1,289	100

¹ Morrison (26)

約有3%的攻擊行為會產生較為嚴重的醫療後果，其實，絕大部分的受害者是家屬

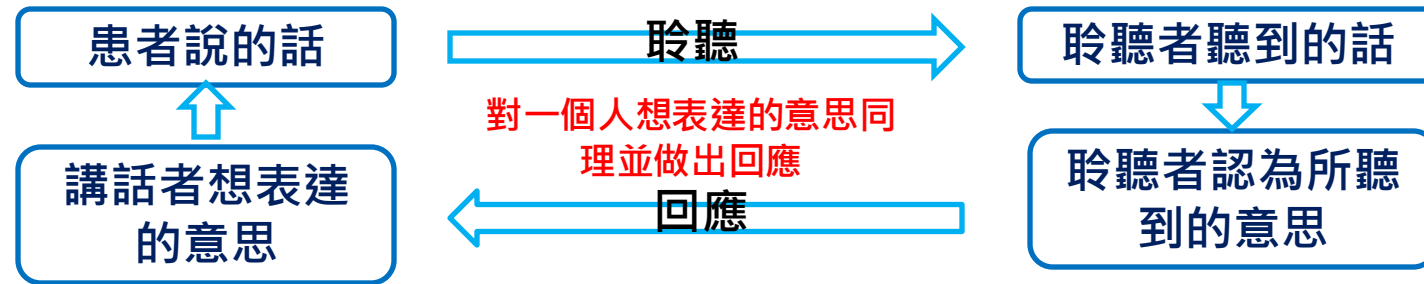


Novitsky MA, Juliu RJ, Dubin WR. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 9. 2009.



同理心傾聽

了解一個人的困境



- 非語言性傾聽: 眼神、表情、姿勢。
- 簡單回應: 針對患者的陳述，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?
- 複雜回應: 針對患者的陳述，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?



轉移的技巧

Techniques of Emotional Transfer

- 從症狀轉移到現實
 - 小姐您好，我是OOO，是來幫忙你的，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病患的談話，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，是不是先請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)
- 不要嘗試跟對方爭辯或過度言語防衛

記得肯定患者的努力

• 非語言

- 維持冷靜
- 保持距離
- 維持非威脅性的眼神接觸
(眼神不要離開病患，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)



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病患(確認人力、設備、流程)。
 - 叫叫CAB: 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)、叫裝備(確認環境與裝備是否適當)、叫周邊(和緩疏散周邊人等)、評估風險性與想法(crisis & cognition)、評估患者情緒(affect)、評估患者當下的行為(behaviours)
 - 先保障周邊人與自身的安全。
 - 注意力要全時放在病患身上，保持距離，利用降溫技巧與雙備勤分散注意力，趁機解除病患的武裝，或使用適當的裝備予以壓制。
- 患者出現的攻擊行為除了拳腳、武器、還包括掐脖子、抓頭髮、啃咬等一般打架不大容易出現的行為，以及較不常見的危險物品



緊急醫療的孫子兵法

- 故上兵伐謀，其次伐交，其次伐兵，其下攻城。
 - 最好用謀略鼓勵就醫(行為治療計畫)
 - 有狀況的時候，靠同理心傾聽、靠降溫技巧讓患者能降低情緒張力，減少暴力攻擊的風險。
 - 得動用強制力的時候，要盤點好團隊、裝備、確保周邊安全，叫叫CAB，隨時以SAFE GARDS、STAMP進行評估。
 - 進入患者私領域要特別小心，攻城的損失最為可觀，需要做好完全的準備。

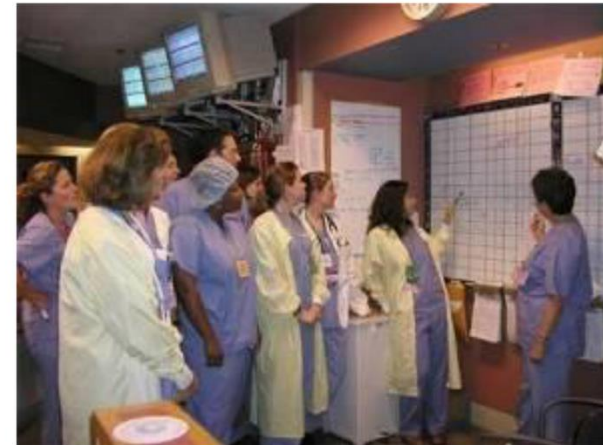


領導: Brief 事前簡報

任務開始前，針對角色分配、
建立期待、預期結果及可能
發生的突發狀況作討論。

Brief 任務說明查檢表

- ☐ 團隊成員有誰？
- ☐ 是否都瞭解與同意目標？
- ☐ 是否都瞭解角色與責任？
- ☐ 治療計劃？
- ☐ 有那些可以求助的人員？
- ☐ 成員的工作量如何？
- ☐ 有那些資源可運用？



是節省時間，不是浪費時間



領導: Huddle 叫暫停

- 重新掌握最新的情境
- 討論新浮現的問題
- 預期事件的新發展
- 再分配資源
- 表達組員所關心的議題



領導: Debrief 解除簡報

在任務結束後的檢討，
以改善團隊的表現與效率。

Debrief 任務檢討查檢表

- ☐ 溝通是否清楚？
- ☐ 是否都瞭解角色與責任？
- ☐ 是否維持情境警覺？
- ☐ 工作分配是否均勻？
- ☐ 協助的提供與需求？
- ☐ 是否產生或避免失誤？
- ☐ 有那些資源可運用？
- ☐ 哪些做的不錯？
- ☐ 哪些需要改變？
- ☐ 哪些需要改善？



CPR後 相互取暖

Situation Monitoring

病人狀態
團隊同仁
周遭環境
前進目標的進展

STEP



守望四方 STEP

✓ Assess **Status** of Patient

- ☐ Patient History
- ☐ Vital Signs
- ☐ Medications
- ☐ Physical Exam
- ☐ Plan of Care
- ☐ Psychosocial

病人

✓ Assess Level of **Team** Members'

- ☐ Fatigue
- ☐ Workload
- ☐ Task Performance
- ☐ Skill
- ☐ Stress

同仁

Assess **Environment**

- ☐ Facility Information
- ☐ Administrative Information
- ☐ Human Resources
- ☐ Triage Acuity
- ☐ Equipment

環境

Assess **Progress** Towards Goal

- ☐ Status of team's patient(s)?
- ☐ Established goals of team?
- ☐ Tasks/Actions of Team?
- ☐ Plan Still Appropriate?

進展



情境演練四階段

- 情境：快速瞭解情境，領導協助簡報，還沒接觸患者前，要先蒐集訊息，想清楚接下來要怎麼做，如何分工
- 準備：叫團隊、叫裝備、叫周邊
- 評估：CAB、SAFE GARDS、STAMP、VOICES ☐ 已經知道有 ☒ 已經知道沒有 ☐ ? 尚待評估
- 介入：同理心傾聽、轉移技巧、降溫技巧、危機介入

S T A M P

S A F E G A R D S



案例情境介紹(1)

緊急呼叫

你的評估是？

- 仁德分隊於107年05月08日05時48分接獲派遣，仁德區太子路589號有民眾欲跳樓自殺，出動15、41及91車並請復興31支援。到達現場後員警告知帶隊官，患者目前於3樓前陽台房間內，情緒異常激動以鐵槌敲擊牆壁整晚，母親報案後員警到達，患者揚言跳樓自殺。

S T A ~~M~~ P

S? A F? E? G A? R? D S?

跳樓自殺

3樓陽台

情緒激動

鐵槌

母親



案例情境介紹(1)

任務需要簡報

緊急呼叫

跳樓自殺

3樓陽台

情緒激動

鐵鎚

母親

- S: 這個情境有哪些人的安全需要先確保?
- A: 你擔心甚麼?
- F: 這個情境需要哪些進一步的訊息?
 - 有武器/ 危險物品在家嗎? 有無酒精藥物濫用?
周邊人的關係? 情緒問題? 精神症狀? (GARDS)
- E: 這個環境(3樓陽台)需要擬定怎樣的計畫?

S? A F? E? G A? R? D S?

S T A ~~M~~ P



案例情境介紹(1)

你想要問甚麼?

緊急呼叫

- 到達三樓與患者溝通並要求開門進入，但患者情緒激動要求所有人員離開現場，員警表示必須破門將患者強制就醫。消防人員以撬棒破門後，患者情緒激動手拿鑷刀揮舞鐵槌表示將同歸於盡，人員見狀立即退出房門。

S T A ~~M~~ P
S? A F? E? G A? R? D S?

要求開門

情緒激動

破門強制

鑷刀

鐵槌



案例情境介紹(1)

緊急呼叫

需要叫暫停

- S: 這個情境有哪些人的安全需要先確保?
- A: 你還擔心甚麼? **叫叫CAB** 叫團隊、叫裝備、叫周邊、認知、情緒、行為
- F: 這個情境需要哪些進一步的訊息?
 - 有多種危險物品? 有無酒精藥物濫用? 周邊人的關係? 情緒問題? 精神症狀? (GARDS)
- E: 這個情境需要擬定怎樣的緊急計畫?

S **T** **A** **~~M~~** **P**

S? **A** **F?** **E?** **G** **A?** **R?** **D** **S?**

要求開門

情緒激動

破門強制

鑷刀

鐵鎚



案例情境介紹(1)

需要叫暫停

緊急呼叫

叫叫CAB

叫團隊、叫裝備、叫周邊、認知、情緒、行為

- 如果患者有精神症狀(特別是被害妄想)，侵入他的領域，相當容易被當作迫害他的對象，而暴起攻擊 → 保持距離、同理心傾聽(我是來幫助你的)，或是請家人或較親近的人讓他走出房門或屋外。
- 若無法誘出門外，可以考慮用降溫技巧，隔門對話，以拖待變，但需要隨時評估患者的情緒是否持續升溫。
- 患者至少有鐵鎚跟鑷刀，代表他已經儲存武器一段時間，或是有很強烈的意圖保衛自己或傷害別人，要先確保自己與周遭的安全，重新盤點團隊與裝備，重新擬定計畫。

獸急則鬥(狗急跳牆)，人急則戰



案例情境介紹(1)

你想要問甚麼?

緊急呼叫

- 員警表示待第二次破門會先以辣椒水噴灑患者，待失去攻擊性再前往壓制。消防人員第二次破門後，員警以辣椒水噴灑患者，更加激怒患者情緒，隨即向員警及消防人員潑灑不明液體，消防人員因著消防衣故遭潑灑未受傷，隨即退往三樓另一側房間、員警則向下撤離，患者手持不明液體追擊員警並持續潑灑。

S T A ~~M~~ P

S? A F? E? G A? R? D S?

破門強制

辣椒水噴灑

患者激怒

潑灑不明液體



案例情境介紹(1)

緊急呼叫

Soft Hand

Hard Hand

Impact Weapon

- S: 這個情境有哪些人的安全需要先確保?
- A: 你還擔心甚麼? **叫叫CAB** 叫團隊、叫裝備、叫周邊、認知、情緒、行為
- F: 這個情境需要哪些進一步的訊息?
 - 有多種危險物品? 有無酒精藥物濫用? 周邊人的關係? 情緒問題? 精神症狀? (GARDS)
- E: 這個情境需要擬定怎樣的緊急計畫?

S **T** **A** **~~M~~** **P**

S? **A** **F?** **E?** **G** **A?** **R?** **D** **S?**

破門強制

辣椒水噴灑

患者激怒

患者追逐員警



案例情境介紹(1)

需要叫暫停

緊急呼叫

叫叫CAB

叫團隊、叫裝備、叫周邊、認知、情緒、行為

- 辣椒水對情緒過於激躁的患者，由於沉浸於精神症狀，或因為藥物或酒精使用導致情緒高亢，在痛覺會較常人更不敏感，使用上需要特別注意是否會更激怒患者。
- 在美國，若個案有具體威脅動作(特別是持有武器)，可以使用更進階的裝備。
- 若已經到了需要攻堅，要討論使用相關裝備的可能性。而攻堅的目的不在於馬上完成強制住院，而在於預防自傷、傷人，但前提必須要保障自身與周邊的安全。



案例情境介紹(1)

緊急呼叫

- 一樓待命之消防人員立即以生理食鹽水沖洗受傷同仁並移除同仁之衣物。指揮官見狀立即以無線電回報勤務中心有員警及消防同仁遭不明液體潑灑受傷要求增派救護車及警車支援；因現場情況相當混亂當支援警網及消防救護車到場時患者已由後門逃脫。受傷之消防同仁及員警則分別送往成大醫院急診室。
- 您還想到甚麼？



緊急救護醫療指導醫師學會參與後的深化

臺灣危機處理小組的深化

- 更貼近臨床運用，經過訓練後，可以更快速的運用系統性的思考，保護個案、自身，以及周遭人等的安全。
- 蒐集本土化的教案，編纂成為演練的教材，成為持續性模組改善的一部分。
- 比照ACLS，建構訓練機制，從指導醫師到EMT開始佈建訓練人員，為日後持續性的教育訓練建立基礎。
- 推動修法，讓危機處理小組訓練常態化。
- 應該要去仔細了解，究竟其他國家是怎麼進行相關訓練的。

危機處理小組 CIT (Crisis Intervention Team) 始於 1990 年代美國田納西州曼菲斯市的警察局，旨為結合警察、消防、衛生、社政等體系，優化第一線人員在行為及精神危機的處遇。除了針對精神急症的知識教育之外，CIT 同時也關注不同職類人員的安全、合作、品管和當責文化。在曼非斯市，CIT 的教育訓練要求 40 個小時的訓練計畫，其中涵蓋的主題包含：精神健康的臨床議題、藥物及副作用、酒精及用藥評估、共病情境、發展障礙、自殺防治、人格疾患、創傷後壓力症候群、家屬處遇、公民權及社會契約、精神健康的光譜、常用設備介紹、相關法律，以及社區資源等。其課堂形式十分多元，除了課堂課之外，還有情境演練、焦點團體、機構參訪、機構實習、VR 訓練等等。

2022 年三月，台灣緊急救護醫療指導醫師學會邀請嘉南療養院成癮暨司法精神科主任－李俊宏主任－為台灣各地的醫療指導醫師授課，介紹了精神衛生網、CIT 架構以及務實經驗等。同年七月，消防署委託台灣緊急救護醫療指導醫師學會針對救護技術員設計了一套八小時的簡式 CIT 課程，希望 CIT 的概念在台灣緊急醫療系統中可以扎根發展。礙於課程時間限制，Taiwan CIT 的課程濃縮了曼菲士 CIT 課程以及李俊宏主任過去在台南舉辦 CIT 相關課程等內容，設計出適合台灣 EMS 情境的授課內容。課程中分為「知識和技能」以及「演練和應用」兩部分，以每堂半小時的課程搭配分組討論，將 CIT 的概念融入到日常出勤當中（附表一）。此課程設計並非完美，豐富度和完整性亦不及美國原始 CIT 課程萬一。然而，千里之行始於足下，期待這份教材及課程規劃可以打開緊急救護危機處理小組的新視野，也為 Taiwan CIT 的訓練課訂下一個標準。未來 Taiwan CIT 團隊將致力於 CIT 教育訓練、政府部門 CIT 小組之倡議與實踐、橫向連結精神衛生網的成員，以及品管追蹤緊急救護同仁在行為急症及精神危機之處遇。

在此要特別感謝催生本教材的先進同仁，以及協助授課的老師、教官們：
台灣緊急救護醫療指導醫師學會
台灣緊急救護醫療指導醫師學會
台灣緊急救護醫療指導醫師學會
衛生福利部嘉南療養院成癮暨司法精神科
衛生福利部嘉南療養院成癮暨司法精神科
台北市政府消防局緊急救護學院
台北市政府消防局醫療指導醫師
台北市政府消防局醫療指導醫師
台中市政府消防局醫療指導醫師
嘉義市消防局醫療顧問
國立台灣大學醫學院附設醫院教學部
內政部消防署緊急救護組
內政部消防署緊急救護組
111 年內政部消防署高級救護技術員複訓

林志豪理事長
侯勝文常務委員
劉英國副秘書長
李俊宏主任
郭宇恆醫師
楊文碩小隊長
林皓陽醫師
許昕璘醫師
黃泰霖醫師
陳璿羽醫師
劉政亨醫師
簡鈺純科長
簡明克科員
教官群

點開技能樹：知識和應用

知識

- 認識精神疾病
- 酒藥癮
- 拆解暴力曲線
- 相關法規
- 在地資源連結

應用

- 精神危機的初評
叫叫CABD
- 精神危機的次評
居安思危 + 枕戈待旦
- 暴力行為評估
STAMP
- 降階技巧：嘴上柔道
DEFUSE
- 現場資源盤點 + 接觸策略擬定



居：居住環境評估。是否有空間執行介入，是否有撤離路線，是否為狹小環境。

安：確保自己與周遭人的**安全**

思：病患是否**思**想怪異，或是有急性精神症狀

危：若您感到**危**險或害怕，相信自己的直覺，不要冒然動作。

枕(診)：患者是否曾被診斷過精神疾患，如：憂鬱症、躁鬱症、思覺失調症等。

戈：患者是否持有**危險物品**，如：槍砲彈藥、刀械、火源、不明液體等。

患者是否曾有**物質濫用**。

待：患者近日如何對待**待**重要關係人、鄰里。是否令家人朋友感到害怕或危險行為。

旦：一**但**狀況升溫的緊急計畫(包括疏散周遭人與戰術性撤退)

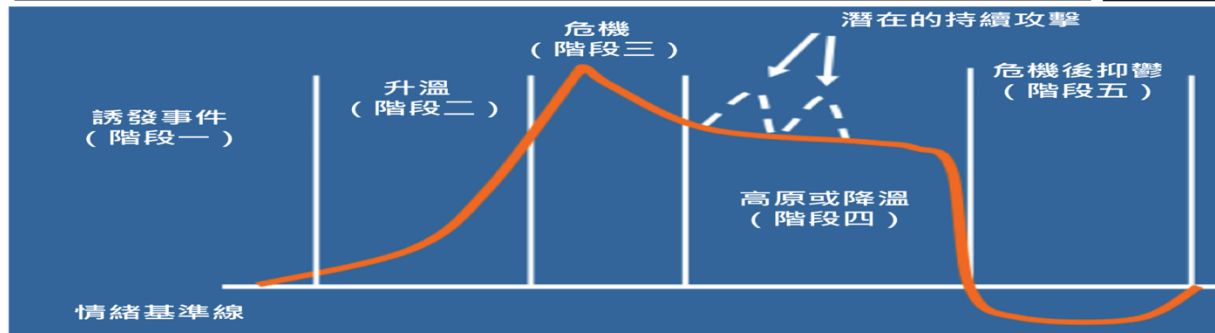
STAMP

1. **S**taring and eye contact (**瞪視與眼神接觸**)
2. **T**one and volume of voice (**音調、音量**)
3. **A**nxiety (**焦躁、情緒**)
4. **M**umbling(**喃喃自語**)
5. **P**acing(**姿態**)

DEFUSE化解高張情境

- D: Decide **決定** 此情境是否適合使用言語降階
E: Ensure safety 確保**安全**
F: Form relationship 建立**關係**
U: Use interest 善用**需求**
S: Set limits 設下**界線**並提供選擇
E: Evaluate 重新**評估**

注意：六個面向不必然有順序性，亦時常反覆出現。



Case 1

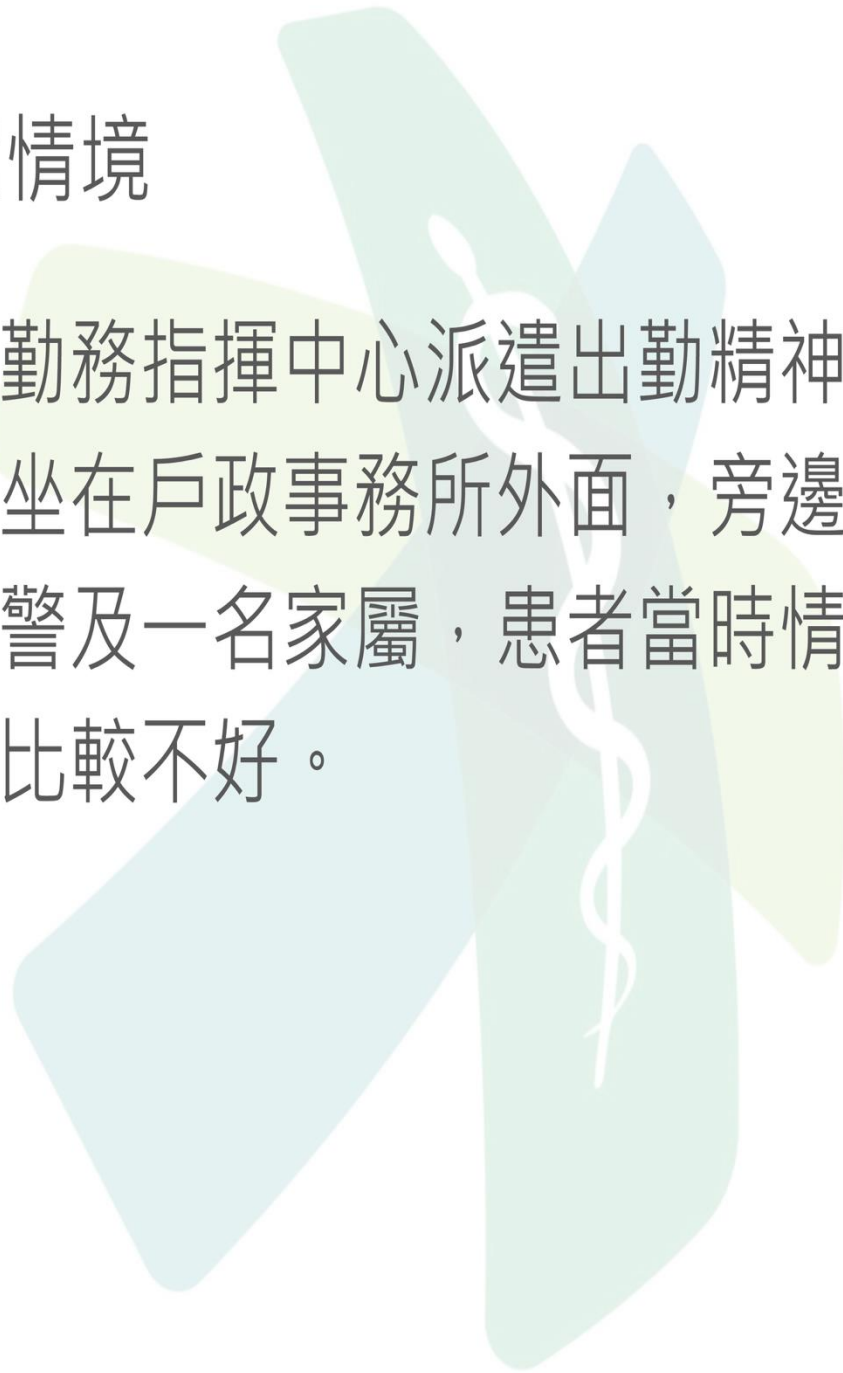
暴力情境



本教材內容由消防署、台灣緊急救護醫療指導醫師學會、台北市消防局共同設計編寫

派遣情境

接獲勤務指揮中心派遣出勤精神異常救護，到達現場後，患者坐在戶政事務所外面，旁邊有一名衛生所護理師、兩名員警及一名家屬，患者當時情緒沒有很激動，只是講話口氣比較不好。



環境示意圖

鄉戶政事務所



叫叫C A B D / 居安思危 / 枕戈待旦

居：這個環境（戶政事務所 / 救護車上）需要擬定怎樣的計畫？

安：這個情境有哪些人的安全需要先確保？

思：思想怪異？精神症狀？

危：你擔心甚麼？

診：思覺失調症

戈：有武器/ 危險物品在家嗎？有無酒精藥物濫用？周邊人的關係？情緒/ 精神症狀？

待：這個情境需要哪些進一步的訊息？

旦：撤退計畫？強制計畫？

“由下往上”方法: 調節—連結—再說理

精神科醫師Bruce Perry提出3R: Regulate, Relate, Reason

幫助對方穩定
需要由下往上

說理 (Reason)
當對方能夠使用上層腦
後，我們才能跟對方談

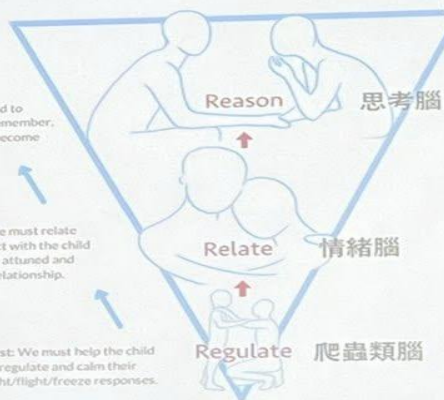
連結 (Relate)
同理對方，提供對方
安全的連結

調節 (Regulate)
幫助對方調節身體，
離開壓力反應

Third: We can support the child to reflect, learn, remember, articulate and become self-assured.

Second: We must relate and connect with the child through an attuned and sensitive relationship.

First: We must help the child to regulate and calm their fight/flight/freeze responses.



面對壓力威脅時的大腦反應:

From Dr. Bruce Perry
<https://www.childtrauma.org/>

院總第 1503 號 委員提案第 28311 號

案由：本院委員葉毓蘭等 20 人，有鑑於 108 年 7 月 3 日嘉義鐵路警察執勤遭刺身亡、109 年 6 月 8 日高雄 4 名員警協助護送精神障礙者強制就醫，遭病患刺傷割傷……等事件。政府針對警消執勤面臨（疑似）精神障礙者危機事件，實應參酌比照「曼菲斯模式（Memphis Model）」的「危機處理團隊（Crisis Intervention Team, CIT）」，建立警察、醫療、病人、家屬四方夥伴關係聯繫機制，並積極提升警政體系相關教育訓練，以及危機處理之能力。爰擬具「精神衛生法部分條文修正草案」。是否有當？敬請公決。

5. 公權力需適時介入、訓練警消危機反應力

針對疑似有精神疾病狀態者，修法明定內政主管機關在必要時，應行使公權力，協助護送就醫或強制社區治療的執行過程，以及維護現場人員的安全。

延伸此項亦有附帶決議指出，當社區發生精神危機事件（如自傷傷人）時，警消往往首當其衝。為增進警消等人員處理過程的安全性，要求內政部應比照美國危機處理團隊（CIT）的完整教育訓練計畫，提升警消人員面對社區危機的反應，降低執勤風險。



今年 10-11 月，立法院針對精神衛生修法進行了 5 次協商會議。圖／取自立委吳玉琴臉書貼文

北市率全國之先 警消合作CIT訓練提升執勤安全

臺北市政府消防局新聞稿

發稿單位：緊急救護科

發稿日期：112年4月2日

聯 絡 人：科長 黃鳴毅

聯絡電話：27297668轉6400

北市率全國之先 警消合作CIT訓練提升執勤安全

臺北市市長蔣萬安於今年3月主持治安會報時，體認警察及消防人員過往執行精神危機或行為急症案件時，往往首當其衝、相當辛苦及危險，過去案例如眾人熟知的台鐵列車殺警事件造成1名員警死亡，去（111）年12月份汐止瓦斯氣爆導致2名警消受傷送醫等。蔣萬安市長表示市府將全力給予第一線同仁協助，全力改善警消人員執勤困境，並責請消防局及警察局務必加強教育訓練及採購防護裝備，以提升第一線執法人員之安全。

消防局表示，經統計每年消防局出勤執行精神疾病護送案件2千餘件，每天平均高達6趟次，另鑒於精神衛生法於111年12月14日修正公布，附帶決議內政部應比照美國推動警察、消防人員危機處理團隊CIT（Crisis Intervention Team）教育訓練計畫，危機處理小組CIT始於美國田納西州曼菲斯市的警察局，旨為結合警察、消防、衛生、社政等體系，優化第一線人員在行為及精神危機的處遇。除了針對精神急症的知識教育之外，同時也關注不同職類人員的安全、合作、品管和當責文化。

南台灣首場精神疾病危機處理訓練 警消衛跨局處演訓應變



南台灣首場精神疾病危機處理訓練高雄登場，警消、衛生跨局處演訓應變，模擬有民眾到餐廳用餐稱食物中有毒，情緒高張大鬧，警消維護環境安全及使用降階技巧讓民眾情緒趨於和緩。（高市衛生局提供）

2024/04/09 18:25

〔記者黃良傑／高雄報導〕高雄市政府衛生局今聯合警察、消防人員，舉辦南台灣首場精神疾病危機處理訓練降低第一線人員風險，依據「精神衛生法」附帶決議內政部應比照美國推動警察、消防人員危機處理團隊CIT（Crisis Intervention Team）教育訓練計畫，強化跨局處合作，應對及預防可能產生的社區滋擾或暴力攻擊事件，共同完成到院前精神健康危機處遇。

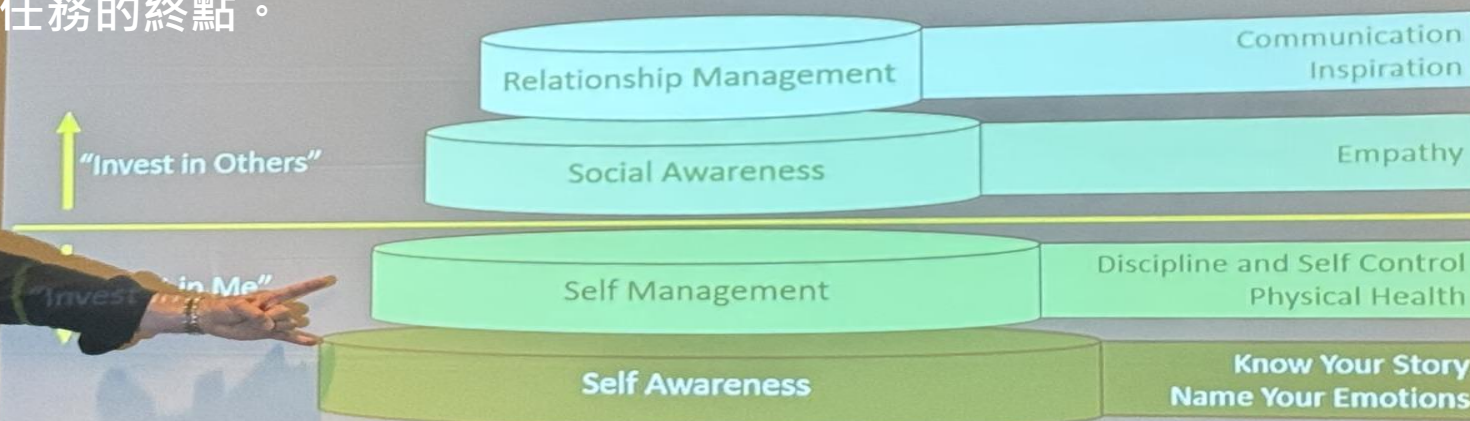




EXIT

1. Self Regulation (自我調適) 很重要，需要練習。需要引導學員實際練習呼吸、利用生理機制察覺自己身體和情緒的狀態。尤其是在高壓的情境下。降階不能只講劍招，重要的是劍訣，還是要帶到神經生理和神經認知的基礎。
2. Strategic Empathy (戰略性的同理心) 降階的時候不要掉入次要問題的陷阱。只需要辨識情緒、辨識「情緒需求」、然後為個案和團隊創造空間、雕琢(craft)並框架(frame)滿足情緒需求的路徑。
3. 練習降階時需要誘發高壓模擬，並且也要讓學員練習如何當active bystander (ABLE, <https://www.law.georgetown.edu/cics/able/>)。接觸與掩護(contact and cover)的概念在降階時也要持續執行
4. 降階是理想，不是現實:每一次降階的情境不一定像你所想的那麼完美，成功降階也不會每次都是任務的終點。

EMOTIONAL INTELLIGENCE



Emotional
Intelligence
+

BH Verbal
Tactics
+

De-Escalation

SUM Safety /
Engagement

Agreement on
Outcomes

We shape perception

Their cognitive and
intellectual level
Our agenda and shaping

*agreement presented as comprehension
or
endorsing vs holding space*

Subject's
Mindset

Law
Enforcement

BEHAVIORAL THREAT ASSESSMENT AND MANAGEMENT (BTAM)

1. 精神醫療的住院介入往往只能暫時緩解危險行為，但無法徹底解決問題的根源。因此，必須仰賴持續性的專業介入、有效的威脅評估與管理（BTAM），以及針對藥物依從性的進一步支持。
2. 大多數對加害者行為表達過關切的人，與加害者之間其實有一定程度的密切關係，尤其以 家庭成員（87%）與 熟識對象（70%）為主。這顯示出 早期介入 與 建立支持性社交網絡 在預防危機中的重要性。
3. 有效的阻止行動通常與及早回報（即使不是向執法單位）有關；相反地，什麼也沒做 的比例顯著增加了事件演變得更嚴重的風險。
4. 旁觀者會在心裡經過一連串的評估：從「知道訊息」→「是否嚴重」→「我該做什麼」→「怎麼幫助」→「再評估」→「行動」，這彰顯了系統內應該要有提供幫助管道的重要性。
5. 將近一半（49%）的壓力事件 發生在事件前的0-30 天內，顯示近期壓力事件與危機行為的關聯極高。若有精神醫療診斷者，約有67%並未接受治療或治療不規律。

當遇到發展遲緩或智能不足的個案

- 摘自林皓陽醫師的CIT年會分享

- 一般人日常周遭就很容易遇到IDD，因為這群人佔了人口 2.6%，卻有**兩倍以上的機率被警消遇到**，甚至在司法系統裡的青少年，60%都有IDD診斷；同時，他們遭遇性剝削的風險比一般人高出 7 倍，往往需要我們的協助與保護。
- 訓練能讓所有人員（從接線開始）學會辨識有智能及發展障礙的人。鼓勵與倡議者、專家，以及具備親身經驗的司法警消等系統當事人合作。透過建立共同理解與專業知能，支持系統性的改變。
- 訓練能幫助緊急應變人員認識身心障礙者的獨特需求。提供對溝通、行動、認知與感官差異的洞察，確保更有效且更具同理心的應對。
- 現場不需要精確診斷，**只要辨識出這些人需要我們特別的應對技巧就好**。

當遇到發展遲緩或智能不足的個案

- 摘自林皓陽醫師的CIT年會分享

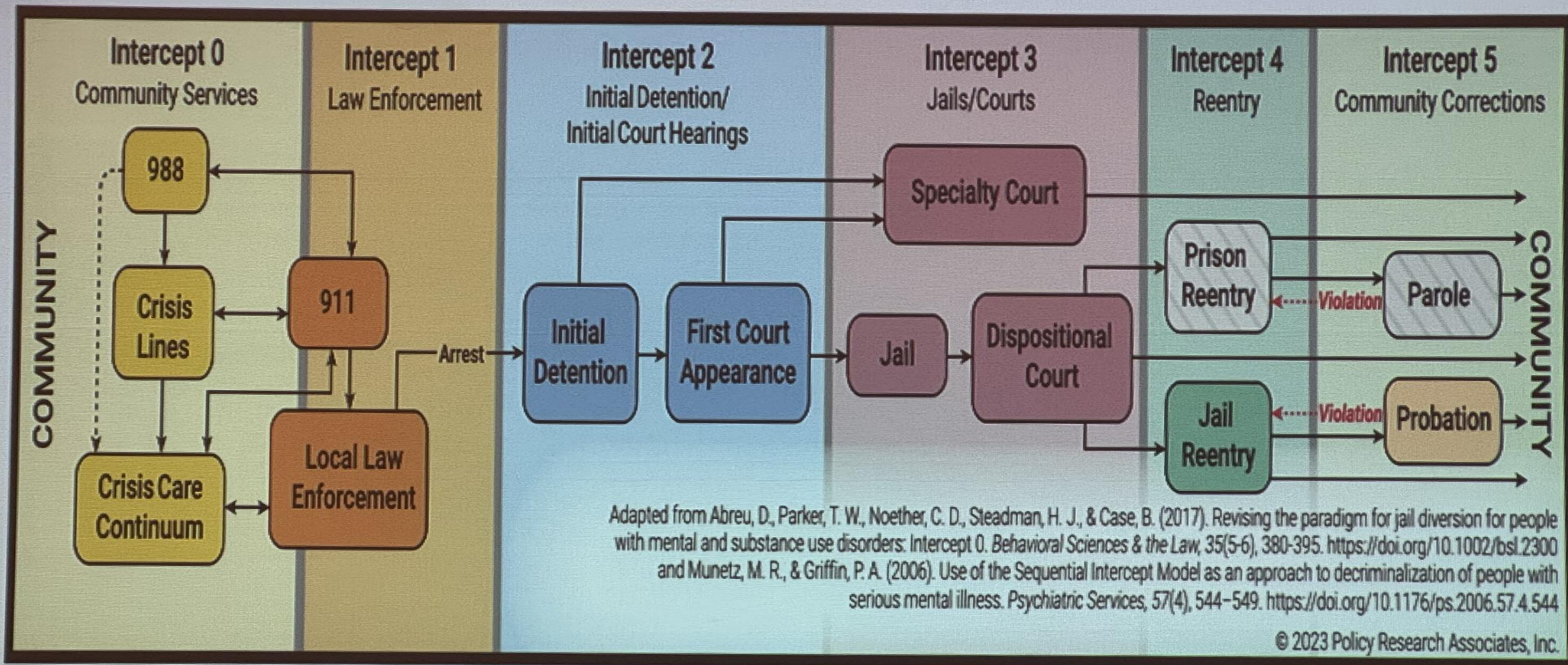
- 態度直接，但是不強勢
 - 他們雖然有障礙但是不笨，可以敏感察覺到你的態度。若是帶著憐憫、輕視、把對方當成三歲小孩的方式互動，只會拉高現場張力。
- 言語簡單，越少越好
 - 一次只給一個清楚的指令，不要試圖跟他協商，只用白話文表達明確的行為，避免隱喻或雙關語。溫和的姿態、放鬆的音調、都更容易讓對方接收到你的心意。
- YES注意力轉移法
 - 個案容易很固執，當陷入「不要不要」的迴圈，對什麼問題都會說「不要、不要、不要」。轉移話題可以打斷固著思維「你好啊，今天是不是很熱？我喜歡你的衣服耶，這是橘色的嗎？」
- 移除刺激物，提供安撫
 - 拿掉任何可能的刺激源（例如警笛、閃燈），並且提供日常可以安撫個案的元素（例如信任的人、常抱的玩具等）

Best Practice in Emergency Response for People with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD) and Other Diverse Populations

(CIT) International Conference
August 2025

刺激情境:感官或處理過載 (過多的噪音、光線或刺激同時發生)。日常作息的突然變化 (意料之外的改變容易引發壓力)。焦慮與挫折: 常源於感到不堪負荷或被誤解。溝通困難 (無法有效表達需求或感受)。
風險行為: 自我刺激行為增加 (重複的動作或聲音加劇)。來回踱步。仿語 (重複他人說過的詞句)。失去語言表達 (沉默、不說話)。眼神交流減少或沒有; 眼神快速閃爍 (顯示焦慮升高)。動作技能退化 (動作笨拙、掉東西、顫抖)。

The Sequential Intercept Model



預防醫學模式

Lancet Psychiatry 2018; 5: 601-604

初級預防

次級預防

三級預防

心理健康促進

亞臨床症狀

教養因素
照顧者因素
社經因素
兒童虐待



15-27%
曾使用
精神醫療
服務

特殊防護

早期介入

治療與復健



積極性社區治療
及強勁社區治療



45%
受刑人
有情緒困擾

假釋/監管

攔截點0:
社區治療

攔截點1:
執法

攔截點2:
初步拘留

攔截點3:
法庭/監獄

攔截點4:
回歸

攔截點5:
社區矯治

系統化攔截模式

Psychiatric Services. 2008; 57: 544-549.

Resources in Wayne County

社區服務

執法與緊急服務

初步拘留 / 初始法院聽證

監禁與法院

Intercept 0 – Community Services

Mobile Crisis
Services
Crisis Care Centers
24/7 Access Center &
Helpline
Mental Health Text
Line
Suicide Prevention
initiatives
Community outreach
Veteran Navigator

Intercept 1 – Law Enforcement & Emergency Services

Crisis Intervention
Team (CIT) Training
Co-Response Teams
DPD Behavioral
Health Unit
collaboration
Specialized Law
Enforcement Mental
Health Protocols
MH Training for 911
call-takers and
dispatchers

Intercept 2 – Initial Detention / Initial Court Hearings

Jail diversion
screening at intake
for behavioral health
needs
Jail Navigator
Program
Integration of jail and
mental health data
Coordination with
public defenders and
courts

Intercept 3 – Jails & Courts

Mental Health Court
and Veterans
Treatment Court
Court-based
behavioral health
coordination
Assistance with
transport orders and
AOT orders
Peer support in court
settings

HOW MICHIGAN COURTS WORK WITH LAW ENFORCEMENT

Police are involved in the pathway of care for almost one-third of people with mental illness in the United States

Courts participate in Crisis Intervention Training

Courts train law enforcement on the new standard for intervention

Provide AOT information and training to law enforcement to provide to community

Train jail staff on utilizing AOT for incarcerated individuals



WEST COVINA OFC
626 404 0320 / 0322

SCT MET OFC
661 287 3670

HELP DESK
8214 / 0050

TRIAGE INTAKE
(626) 258-3000
(626) 258-3020
OVMC PSYCH
747 210 4344
LAG-USC JAIL
823 409 4500
CSB HARBOR /
424 306 4455
FITBED-600 2017
VA LONG BE
562 826 5800
VA WEST LA
310 268 4500
(TARASOFF FORN
ET-RAMP TARAS
RELATION @ LASD

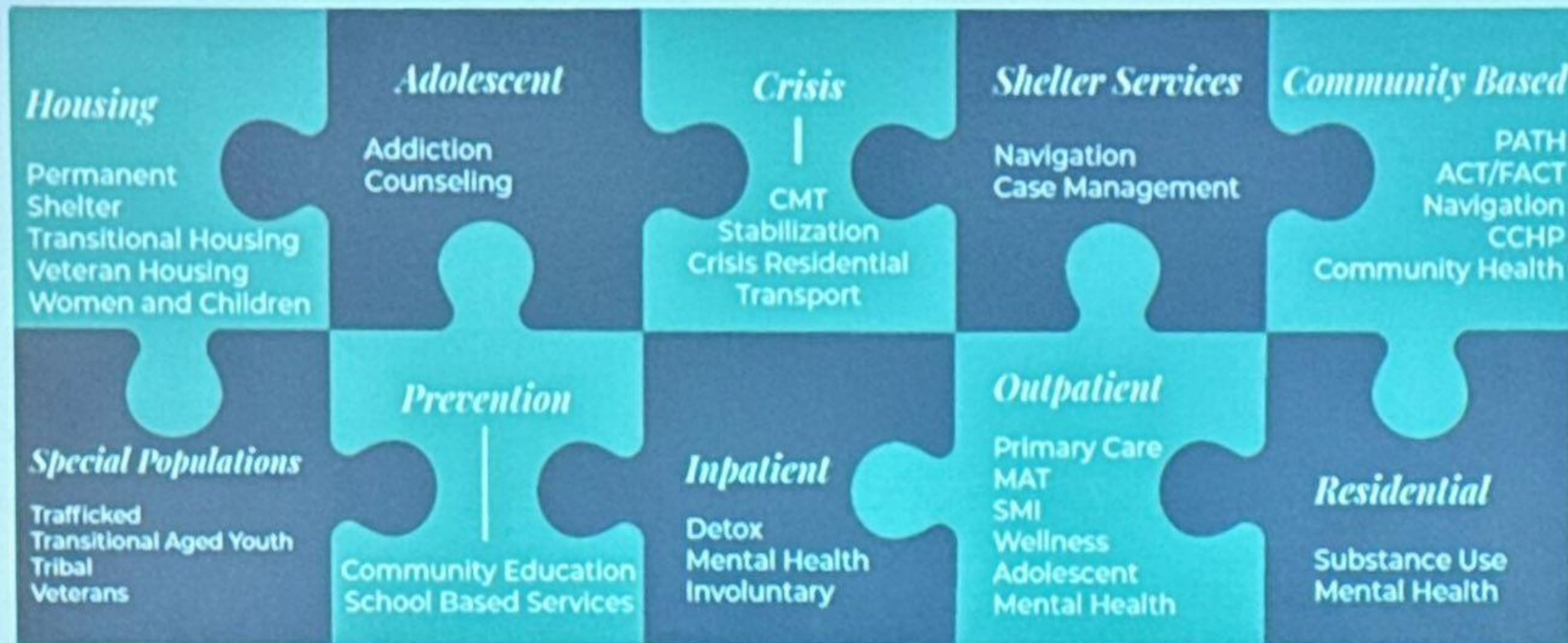
超越護送就醫的危機服務

- 摘自侯勝文主任的CIT年會分享

- 「沒有錯的門」(No Wrong Door) : 當一個人正經歷精神健康危機時，無論他們最先接觸到的是哪一個系統入口- 警察、急救醫療、急診室、社會服務、收容所，或是社區心理健康機構，都應該能夠獲得適當的協助，而不是被拒絕、被不同單位來回推託，或被迫進入刑事司法系統。
 - 普遍可及: 任何第一接觸點都可以啟動危機服務，當事人不需要透過特定的「正確管道」或先符合嚴格條件才能獲得協助。
 - 溫暖轉介: 不是「轉介後就希望一切順利」，而是由第一接觸點主動將當事人連結到下一步服務（例如：警察直接帶人到行為危機中心/ 診所；直接致電行動危機小組並留在現場等候）。
 - 整合式夥伴關係: 警政、精神健康機構、急救系統、住房單位、藥癮治療中心與社區組織相互協調，避免服務斷層。制定資訊共享規範與合作備忘錄（MOU），避免重複作業或漏接個案。
 - 降低刑事化風險: 優先考慮治療而非逮捕，確保當事人不會因為「找不到正確的服務入口」而被送進監獄。
 - 全年無休的可用性: 危機服務（如：臨時收容中心、行動危機小組、危機穩定單位）必須 24 小時可用，確保任何時間都能獲得協助。

Continuum of Care

— ROOTED IN THE PRINCIPLES OF RECOVERY



✱ TRAUMA INFORMED

✱ CLINICALLY GUIDED

✱ COMMUNITY FOCUSED

✱ PEER DRIVEN

如果新制精神衛生法的社區支持，24小時的服務只有志工專線或是醫院急診，那肯定是失敗的。

Clarifying the Confusion: 988 or 911?

988 and 911: Getting the Right Help at the Right Time



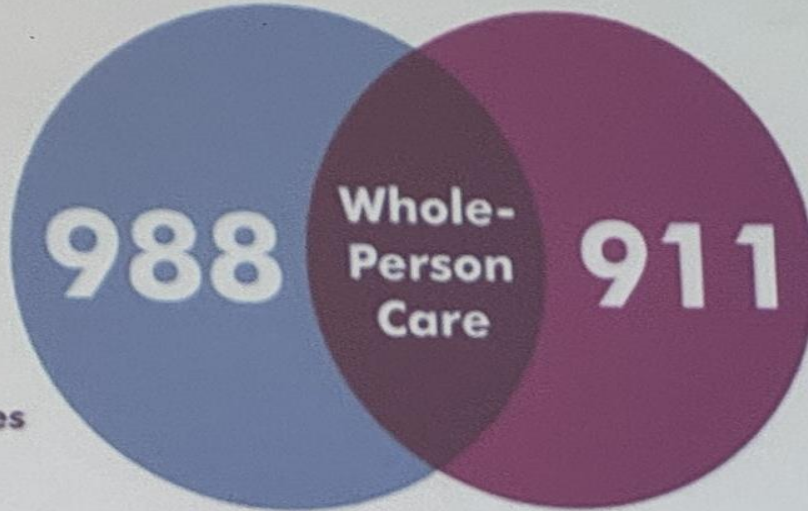
**Mental Health and
Substance Use
Crisis Response**



**Suicide Prevention and
Crisis De-escalation**



**Linkage to Local Care
and Treatment Resources**



**Medical
Emergency**



Fire



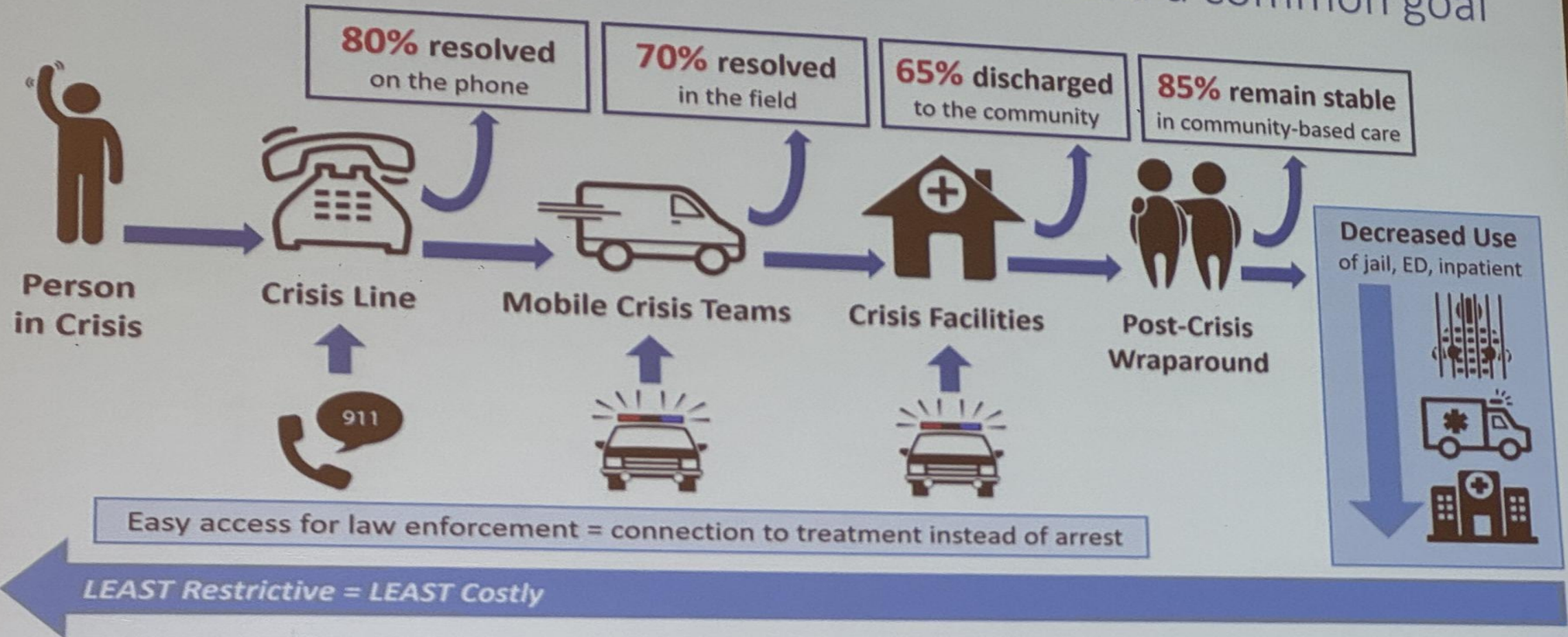
**Crime in
Progress**



**Life-Threatening
Situations**

- 80%的進線案件希望在988就解決 (不管是進線988或是由911轉988)
- 剩餘案件中70%希望可以由機動危機處理小組在現場解決。
- 送到crisis facilities的希望可以再處理65%

Crisis System: Alignment of services toward a common goal



Balfour ME, Hahn Stephenson A, Winsky J, & Goldman ML (2020). *Cops, Clinicians, or Both? Collaborative Approaches to Responding to Behavioral Health Emergencies*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2020paper11.pdf>

設計情境演練的十個重點

- 摘自陳璿羽醫師的CIT年會分享

- **用真實情境:** 真實的情境比較讓學員能夠進入狀況，不會隨意應對。製作一個有標準化細節的情境書，讓未來帶課程的講師可以隨便從中挑選。裡面要有學習目標，最終情境、需要的演員、參演者、道具。
- **選擇情境:** 確定情境適合不同等級的學員，要能在時限內演完，要強調之前學過的知識和技巧。
- **要是能解決的情境:** 要讓學員在可努力的範圍內成功，不要設定絕對失敗的方案。不要留下被羞辱和失敗的感覺。講師回饋時要從演練裡面找出「值得教學的瞬間」，無論是正向或負向的行動。
- **確保每個人都有參與:** 確保整個場合是正向的，強調這是強制性的。相對的，要先營造沒有羞辱、批判、不容忍錯誤的環境。對於上台恐懼症的學員，如果完全僵住，就休息，手把手的教，告訴她第一句第二句要怎麼講，要怎麼做。第一是不要因為演練留下創傷經驗，第二才是學習。
- **一開始要有示範:** 說明這個演練會怎麼進行，要進行一個示範演練，讓大家知道概念，而且不能只是示範演練，還要示範回饋的部分，否則最讓人緊張的會是回饋，大部分的人會想「哼 你就是要抓我哪裡做錯」，然後就造成群體焦慮。壓力下的學生不適合學習，因為頭腦關機。

設計情境演練的十個重點

- 摘自陳璿羽醫師的CIT年會分享

- **不要忽略安全:** 跟大家說明武器使用，演員安全。一開始就要說好底線，例如不能轉介，否則可能會需要中斷演練。
- **不能一個情境用到底:** 情境隨著同一組演練進行到第二第三次要變複雜，你教的是技巧，而不是情境。這種技巧隨時都可以使用：可以用在日常生活中。
- **使用幽默:** 幽默可以緩解焦慮，但絕對不要拿安全開玩笑，還是要維持專業，也要尊重他人(laughing with them, but not at them)。不要捨本逐末，我們是去教學的，不是去搞笑的，要讓學員記得學習點，而不是只記得「好好笑」。
- **時間管理:** 找一個人專門控場，也控制回饋的時間，但要有一點彈性，如果時間不夠，參演者快成功了，還是要讓她成功。
- **建設性的回饋:** 所有參加者只給自己專業領域的意見，不要讓警察回饋EMT，EMT回饋衛生局。有專業標準病人，可以有一致性，但是可能比較不知道如何針對學員的程度作調整。為了讓所有人可以學習，同學也應該是觀察者。不要跟學員爭執，讓他們最後帶著正向的感覺回家。

後續還需要發展的課堂課：辨識、溝通技巧、機構參訪、資源轉介
後續還需要發展實作課：安檢的做法、降階的做法、談判、化學約束等。

介紹網絡資源後，一定要告訴學員
「在現場可以怎麼做」
「返隊後可以怎麼做」
以及最重要的「對他有什麼好處」。

勤務安全，平安下班，
與心愛的人共度日常。

PARAMEDIC
參 照 醫 生

接下來，還應該做甚麼？

- 摘自陳璿羽醫師的CIT年會分享

- 增加說服力：讓參與的一線人員，知道自己為什麼要這麼作。讓執政者跟民眾知道他們為什麼要繼續投入資源。當你知道「為什麼要這麼做」的時候，變得更有影響力。中間需要有各種的理論支持：腦神經科學、認知行為治療、創傷理論、依附理論、動機式晤談、成人學習理論等等。也有研究去檢視學員上完CIT課程是否有用，以及對後續執勤安全和病人福利有助益。
- 更多夥伴拉進來：拉近各種利益團體：病友 / 家屬團體、警察 / 消防單位等；各種單位（榮民、獄政、青少年、派遣員）等等都需要CIT。請來「過來人」（病人又是教官、復原者）等等，實際上有live experience的人來分享。
- 身心健康的文化：CIT不只是一種技術，而是一種態度。有效降階第一要有效的自我照顧；成功接住病人之前要先接住自己。

當CIT不再只是一種技術，變成一種態度...

大家慢慢發現：

有效的降階取決於有效的自我照顧

成功的接住病人之前要先接住自己

一線人員一個月目睹的
「創傷事件」
比一般人一生的總和還多

耗竭自己在照顧別人的人
會失去對工作的熱情
容易憂鬱、倦怠、離職

統計發現
一線人員更容易陷入
「精神危機狀態」

當CIT不再只是一種技術，變成一種態度...

大家慢慢發現：

有效的降階第一要有效的自我照顧

成功的接住病人之前要先接住自己

沒有察覺自我狀態的人
不知道自己很緊繃，
連帶地會影響現場氛圍

忘記自我照顧的人
在高壓的場景
容易進入情緒反應
採取非理性的行動

臺灣危機處理小組的未來發展建議

法制的因應與展望未來

Reform of Mental Health Act & the Future of CIT

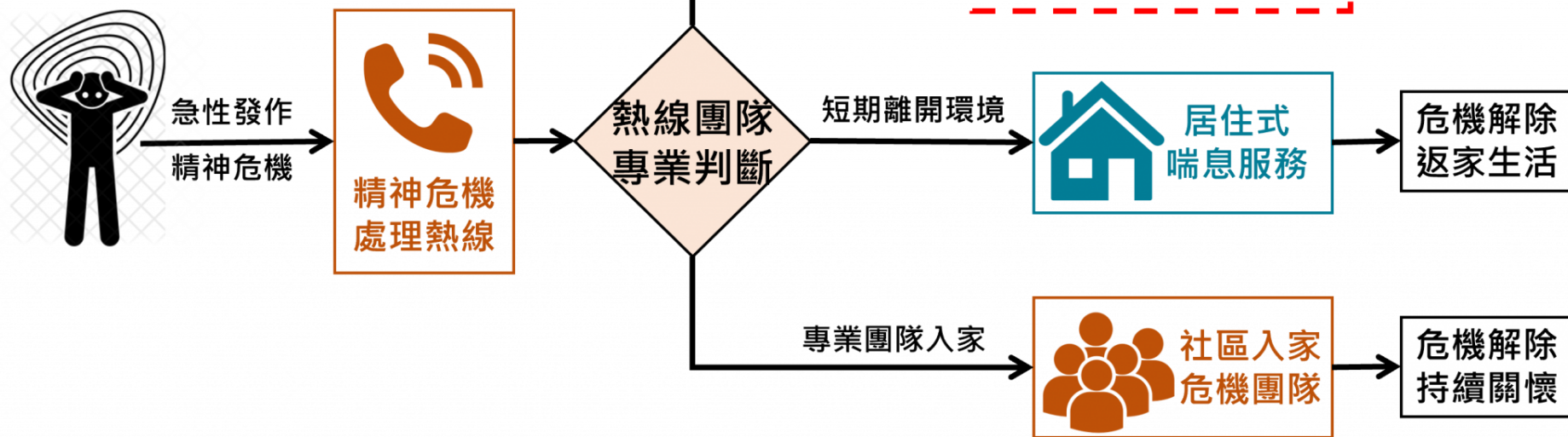
- 隨著台灣的法令逐步向CRPD靠攏，未來長期留置病患於精神病院逐漸變得不可行，而法官保留原則將使得強制住院的困難度增加。
- 社區支持與社區治療系統的布建，若可逐步趕上先進國家之林，在轉送或協助轉銜業務上，或可形成分級、分流的系統。
- 若系統的布建跟不上強制端縮減的腳步，將回形成未治療病患於社區的問題，CIT的訓練將更形重要。
- 而，在這個過程中，CIT的持續滾動式調整與網絡夥伴的協作討論 (例如，未來社區心理衛生中心的角色是甚麼?) 是需要持續關注與投入的。

Santa Cruz County Behavioral Health Crisis Services

Service	Walk-in Crisis Services	Mobile Emergency Response Team	Mental Health Liaisons to Law Enforcement	Crisis Stabilization Program	Psychiatric Health Facility
Description	Crisis Assessment & Intervention Services for adults and children. Also provides linkage & referrals for follow-up care	Mobile Crisis Team responding in the field to secure sites for individuals experiencing a serious mental health crisis	Mental Health Clinicians embedded with Santa Cruz Police Department, Santa Cruz Sheriff's Office, & Watsonville Police Department	Crisis assessment, intervention and referral services in a locked setting for up to 24 hours for adults and children. Dispositions to locked inpatient care or community resources	Locked 16-bed psychiatric inpatient treatment facility for adults experiencing a serious mental health crisis. Twenty-four hour treatment and care.
Hours of Operation	Monday – Friday, 8:00 am – 5:00pm (non holidays)	Monday – Friday, 8:00 am – 5:00pm (non holidays)	Monday – Friday, 8:00 am – 5:00pm (non holidays)	24 – hours/day 365 days/year	24 – hours/day 365 days/year
Location	1400 Emeline Ave, Santa Cruz	Field-based	Field-based	2250 Soquel Avenue, Santa Cruz	2250 Soquel Avenue, Santa Cruz
Access Process	Self-refer	Call (800) number to reach a Triage Worker	Law Enforcement Dispatch	Self- refer or 5150	Self-refer or 5150
Telephone Number	1 (800) 952-2335	1 (800) 952-2335	911 – dispatch; 1 (800) 952-2335	(831) 600-2800	(831) 600-2800

社區危機處理機制

民間建議版本



臺灣危機處理小組的未來

Future of TW-CIT

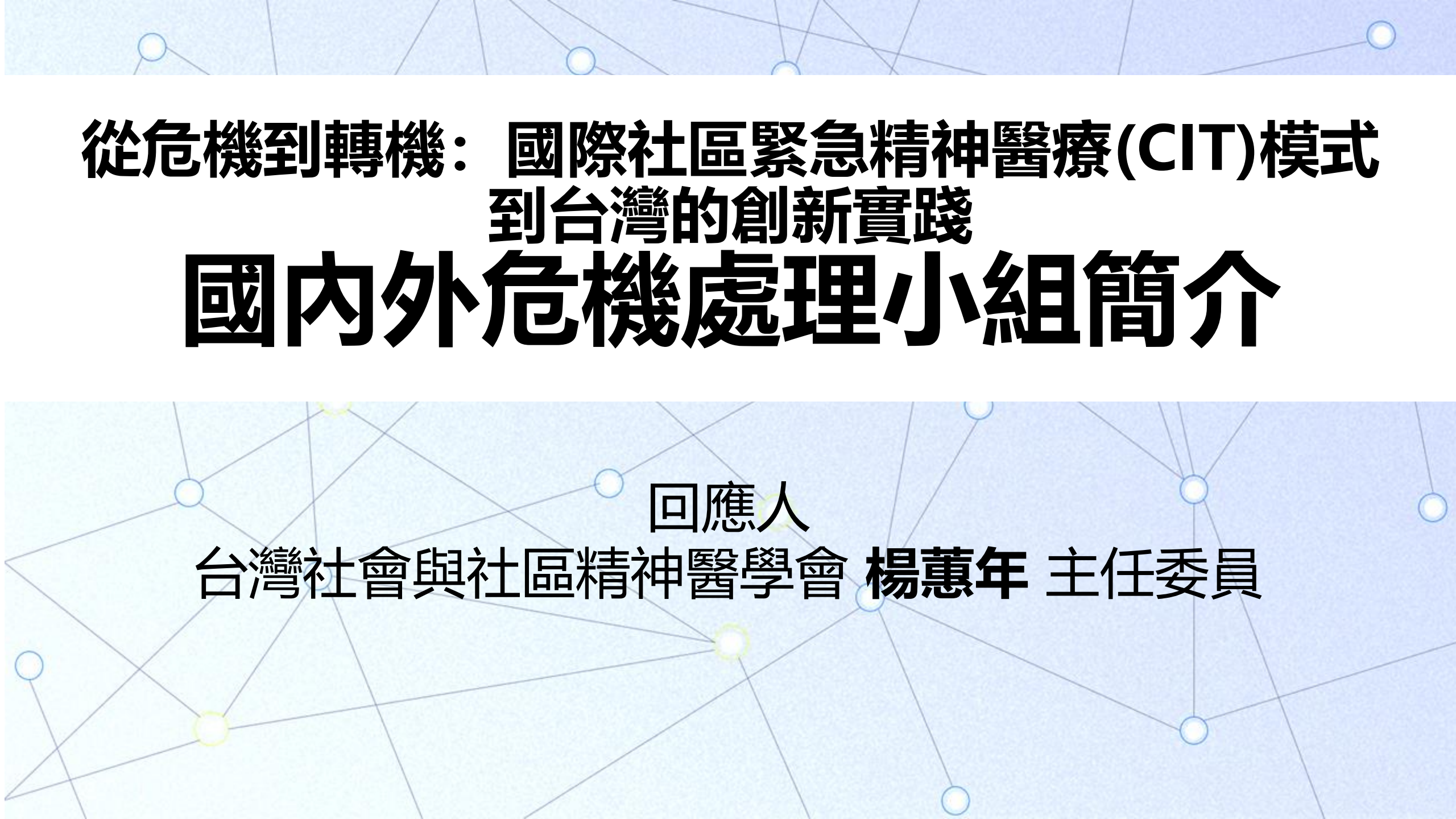
- 警消衛社 + 其他的訓練模組與內容的持續調整，以求能符合臺灣跨專業、跨團隊的合作需求，病患樣態的多樣性，以及對於病權要求的日益增加。
- 期待能定期針對相關資料進行檢視，如美國就統計研究發布報告，持續精進。
- 從Crisis Intervention Team到Mobile Crisis Response Team。
- 當我們的夥伴對於行為急症越來越熟悉以後，我們的角色是甚麼？



真正能做到預防的，是願意接受與協助的社會

其實，本來處理人的事情，就只有愛心、細心、耐心才能改善，從來就沒有捷徑。





從危機到轉機：國際社區緊急精神醫療(CIT)模式 到台灣的創新實踐 國內外危機處理小組簡介

回應人
台灣社會與社區精神醫學會 楊蕙年 主任委員



危機處理機制的觀察與展望

三軍總醫院北投分院 楊蕙年醫師



Agenda

- ① 法制轉型下的社區危機處理網絡
- ② 從個人技能到網絡合作的專業訓練
- ③ 訓練深化與本土化發展
- ④ 2025 CIT 研究摘要

法制轉型下的社區危機處理網絡

精神衛生法修法要點與重大變革：

- 因應國際趨勢(CRPD/CRC)，強調人權、自主權、安全保障。
- 強制住院改採法官保留，提升強制門檻。

危機與挑戰：

- 系統/資源布建跟不上修法、強制端縮減。
- 未治療病人於社區的問題。

機制與對策：

- 不只積極布建社區心理衛生中心，還有行動危機團隊，建立多層次、多面向與多專業合作的網絡。

提問：關於「沒有錯的門」(No Wrong Door)，國內如何達到「超越護送就醫」的理想，避免當事人被拒絕/推託？或減少因缺乏病識感拒訪？



從個人技能到網絡合作的專業訓練

- 危機處理的核心：知識 + 評估工具 + 介入技巧
- 叫叫CAB，SAFE GARDS
- 同理心態度、轉移技巧、降溫技巧
- 孫子兵法
- 特殊族群
- 延伸至家暴處遇、安置機構、校園特教等(專業)人員教育訓練

訓練深化與本土化發展

- 制度化：比照 ACLS，建構訓練機制
- 系統性訓練：蒐集本土化教案，編纂教材，情境演練
- CIT文化：身心健康(自我調適練習)，擴大夥伴(社區網絡、團體、「過來人」)
- 國際標竿學習與國內資料研究
- 提問：

如何有效協助受訓人員有效運用「自我調適」的技巧，避免專業耗竭？



2025文獻摘要

- 主旨：探討**精神健康危機回應(Responses to mental health crises)**的最佳做法，特別關注服務不足群體的需求，並考量非醫療化與社會決定因素的支持模式。
- 方法：針對社區組織、急救、警察及醫院前線人員及服務使用者的質性研究。
- 結論：
 - 「**危機前、危機、危機後**」三階段的框架。
 - **核心九大元素**：1. 關係式照護 2. 選擇權 3. 可近性 4. 照護空間 5. 健康社會決定因素 6. 協作 7. 社區參與 8. 創傷知情 9. 持續性照護。

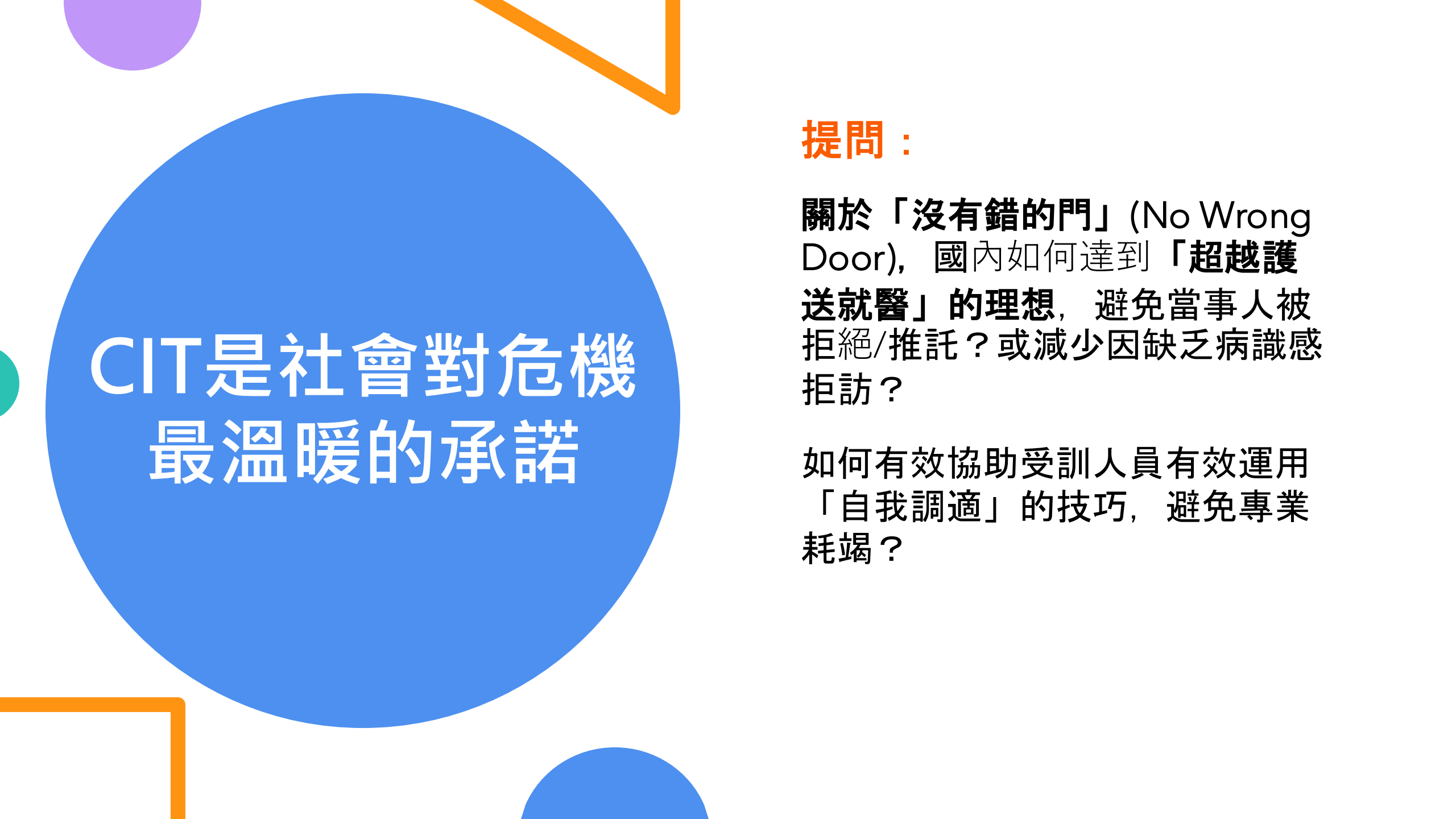
Ford-Jones, P. et al. (2025). A community informed, integrated approach to crisis care response. International Journal of Integrated Care.

- 主旨：探討社區精神健康危機事件，由執法機關與精神健康專業人員共同介入的「**共應(co-response)**」模式的歷史、運作與成效。
- 方法：文獻回顧涵蓋 2015 至 2025 年(含多元研究方式)。
- 結果：
 - 共應模式建立時間自 2004年開始，其中 **67%** 在過去十年間設立。
 - **社區型計畫**(包含社區精神健康機構參與)占 56%，非社區型 8.2%，多計畫混合型 31%，6% 未明示。
 - 國際差異顯著：加拿大、英國、澳洲與紐西蘭以國家/社區層級推動，且有統籌管理；美國則以州或市級計畫為主。
- 結論：共應模式高度多樣化，無統一標準與最佳實務指南，建議未來依計畫結構/層級分析成效，形成操作準則或政策依據。

Reynolds, J. et al. (2025). Evaluation of Mental Health Co-Response Models: A Scoping Review. Annals of Emergency Medicine.



**CIT是社會對危機
最溫暖的承諾**



CIT是社會對危機 最溫暖的承諾

提問：

關於「沒有錯的門」(No Wrong Door)，國內如何達到「超越護送就醫」的理想，避免當事人被拒絕/推託？或減少因缺乏病識感拒訪？

如何有效協助受訓人員有效運用「自我調適」的技巧，避免專業耗竭？

精神醫療緊急處置暨護送就醫 諮詢中心的建立與運作服務

14:30-15:20

引言人

衛生福利部草屯療養院 **丁碩彥** 院長

報告人

衛生福利部草屯療養院 **林俊媛** 副院長

回應人

台灣精神醫學會 **藍祚鴻** 常務理事

精神醫療緊急處置暨護送就醫諮詢中心 的建立與運作服務



衛生福利部草屯療養院
林俊媛 副院長 114/10/04

報告大綱

- 壹、計畫緣起
- 貳、計畫策略
- 參、109年-113年執行成果
- 肆、114年度執行概況
- 伍、建議



壹、計畫緣起

- 社區精神病人或疑似精神病人緊急送醫服務，每年多達5,000餘件，其中包含社區滋擾案件及社區關懷訪視困難個案（有症狀、無法帶去就醫、持續拒訪及未規則服藥狀況不穩定……等），造成家屬送醫困難或警察、消防單位難以判斷協助就醫、送醫，需有專業及單一窗口提供精神醫療緊急處置專業諮詢及協助評估後續醫療處置。

- 衛生福利部參考美國社區機動危機處理小組與澳洲機動支持團隊及危機處理團隊之**線上諮詢服務功能**，109年起由草屯療養院辦理「精神醫療緊急處置線上諮詢服務與留觀服務計畫」，成立緊急處置線上諮詢服務。

- ❑ 針對警察、消防、社工、公共衛生與醫療人員等，發現或接獲通報疑似精神病人有滋擾行為（自傷、傷人等之虞）及精神病人緊急突發狀況，提供24小時線上諮詢服務。
- ❑ 專線人員透過「高風險檢傷評分量表」進行標準化評估，並根據評分結果，分3級擬定建議處置方案，線上立即協助家屬、警察、消防解決就醫、送醫疑義。

- 考量社區高風險精神病人送醫後之醫療評估需更為周延，本計畫提供送醫後個案留院觀察服務，規劃3個分區試辦，由線上諮詢服務醫療機構與精神醫療機構合作辦理「留觀服務計畫」。
- 此服務屬於社會安全網的一部分，目的是提升社區精神病人高風險事件的處置效能，避免送醫延誤及社區滋擾事件，強化跨部門協作與後續醫療處置評估。

貳、計畫策略

策略一：建立24小時精神醫療緊急處置中心（ Call center ）

策略二：提供24小時精神醫療緊急處置線上諮詢專線及落實精神醫療留觀服務計畫

策略三：廣邀全國醫院簽屬合作意向書及建立急診留觀合作

策略一：精進24小時精神醫療緊急處置中心



1.諮詢服務：

- ✓ 建置諮詢專線電話（**049-2551010**代表號，共**三****支**專線電話），乙支傳真電話049-2551515。

2.服務時間：

- ✓ 自109年7月16日開始，即提供全天候**24小時**諮詢服務。人員採三班輪值，白班、小夜班各都至少2人，大夜班至少1人輪值的全天候多線服務。

3.人員招募

- ✓ 中心諮詢專員共10名。
- ✓ 諮詢專員以國內外大學以上社工、護理、心理諮商、心理輔導科系畢業者(從事精神科或相關工作經驗至少1年)，以及國內大專以上護理科系畢業者(從事精神科或相關工作經驗至少2年)，為招募條件。
- ✓ 現任諮詢專員資歷符合且有接受職前相關訓練。

4.辦理教育訓練：

- ✓ 職前教育訓練已錄製成線上課程如表，可供不同時間到職人員觀看。
- ✓ 114年計畫針對精神衛生法修法，深化同仁在職教育訓練。

12小時新進人員教育訓練

課程內容	時數
精神疾病診斷與治療	2
社區精神病人特徵及護送就醫機制	1
社區精神病人危險行為評估與送醫留觀	2
精神病人緊急危險線上評估技巧	2
精神醫療緊急處置線上諮詢技巧	1
心理諮商或心理治療轉介資源	1
社會安全網介紹	1
精神病人離院後追蹤技巧(含表單)	2

5.行政會議：每日召開晨會，因應諮詢電話後續事務處理與追蹤。隔週召開行政暨督導會議，追蹤及處理本計劃之執行進度。

6.在職教育訓練：每月召開乙次個案督導會議，內容包含個案討論、讀書會或電話接案訓練。

7.合作醫院聯繫會議：每季至少乙次，合作聯繫協調會議。

8.招募及結盟機構：持續邀請醫療機構共同參與本計畫分三區(分北區、中區及南區)，協助提供24小時精神醫療緊急處置留觀計畫服務，簽訂合作「精神醫療留觀服務計畫」**合作備忘錄**。

9. 警消、社政、衛政單位宣導：辦理精神病人緊急護送就醫教育訓練每年至少召開三場次，邀請在地衛生局所、社政福利單位、警察單位、消防單位及精神醫療機構等參加。
10. 辦理試辦計畫成果發表會：每年底辦理成果發表會1場次，邀請各縣市衛生局所、警察、消防及合作精神醫療機構及記者媒體、長官等出席成果發表會。

11.滿意度調查：
對來電使用的諮
詢者，於來電諮
詢後2-3天，即
進行滿意度調查。

1.請問您是藉由哪種管道得知專線電話？

☐網路搜尋引擎 ☐專業人員(醫護警消社福等)推薦
☐相關宣導文宣 ☐其他人推薦 ☐其他

2.專線能夠回答到您的來電需求與問題？

5分(非常滿意)4分(滿意)3分(普通)
2分(不滿意)1分(非常不滿意)

3.諮詢專員能仔細聆聽您的問題且解說清楚有條理？

5分(非常滿意)4分(滿意)3分(普通)
2分(不滿意)1分(非常不滿意)

4.整體而言，您對本專線的滿意度，1-5分您會給幾分？

5分(非常滿意)4分(滿意)3分(普通)
2分(不滿意)1分(非常不滿意)

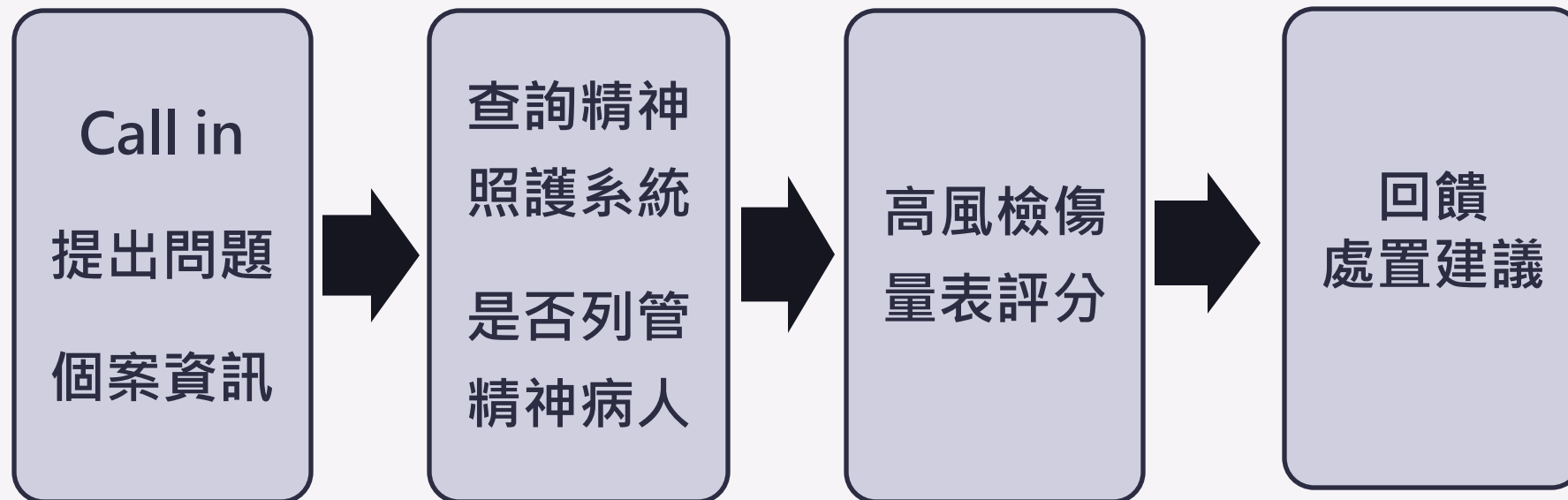
5.若此專線為付費電話，會影響您再次進電諮詢的意願嗎？

☐是 ☐否

6.對本專線有哪些建議？

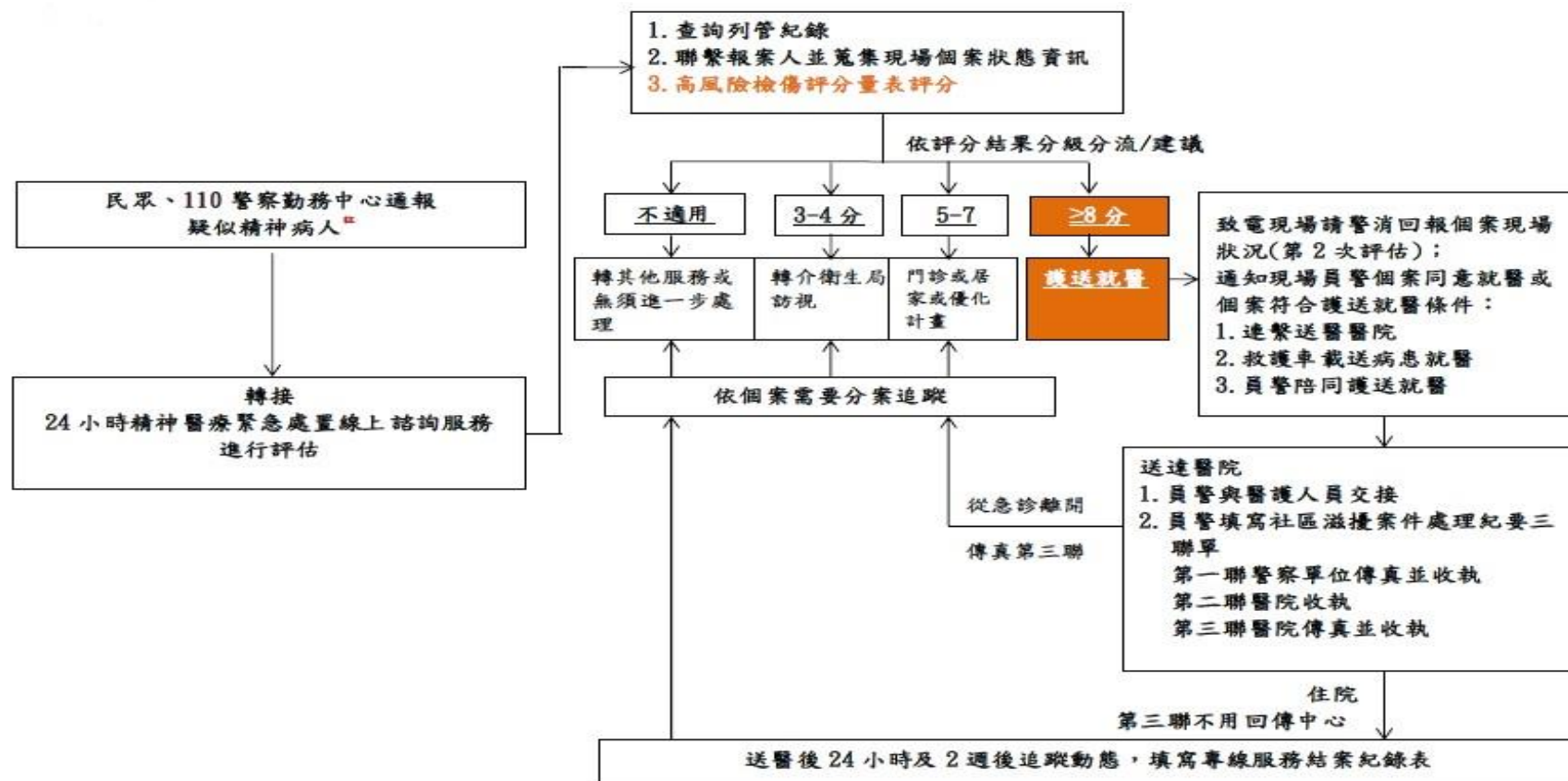
策略二：精進24小時精神醫療緊急處置中心運作

精神醫療緊急諮詢專線服務諮詢流程



24小時精神醫療緊急處置線上諮詢服務流程圖

24 小時精神醫療緊急處置中心線上諮詢服務建議處理流程圖



精神醫療緊急處置專線中心諮詢服務個案接案單

來電者 (A)	1.姓名：_____ 2.電話：_____		案號：____-____-____ 日期：____年____月____日
	3.縣市：_____市/縣 4.鄉鎮：_____區/鄉/鎮		
個案資料 (B)	5.性別： ☐ 男 ☐ 女 6.單位：_____消防隊/派出所/分局/衛生所/其他		
	7.職業別： ☐ 警察 ☐ 消防 ☐ 警衛 ☐ 社工 ☐ 公共衛生人員 ☐ 醫師 ☐ 護理師 ☐ 自殺關懷訪視員 ☐ 精神社區關懷訪視員 ☐ 民政(鄰里長等) ☐ 其他(家屬)_____		
	8.來電位置： ☐ 個案住處 _____ ☐ 社區戶外 _____ ☐ 醫療機構內 _____ ☐ 警察單位內 _____ ☐ 公共場所內 _____ ☐ 其他 _____		
	9.個案狀況： ☐ 自殺 ☐ 自殺之虞 ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 與家人起衝突 ☐ 破壞物品 ☐ 其他 _____		
	10.諮詢原因： ☐ 不確定是否精神疾病 ☐ 不確定是否需要強制送醫 ☐ 不確定是否留觀或住院 ☐ 協助查詢精神照護系統 ☐ 後續資源轉介 ☐ 其他 _____		
個案資料 (B)	1.姓名：_____ 2.身分證字號：_____ 3.年齡：_____歲		
	4.性別： ☐ 男 ☐ 女 5.聯絡人：_____ 5-1.關係：_____		
	6.電話：_____ 7.地址：_____市/縣 _____區/市/鄉/鎮		
	8.精神照護系統查詢： ☐ 非精神病人 ☐ 精神病人(☐ 已追蹤個案 ☐ 非追蹤個案)		
	9.婚姻狀況： ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 10.職業： ☐ 無 ☐ 有		
	11.精神科就醫史： ☐ 無 ☐ 有(診斷_____；曾就診醫院名稱_____)		
	12.精神科急性病房住院史： ☐ 無 ☐ 有(物質使用史 ☐ 無 ☐ 酒精 ☐ 毒品_____)		
	13.身體疾病史： ☐ 無 ☐ 有_____ 13.精神疾病家族史： ☐ 無 ☐ 有_____		
	14.居住狀態： ☐ 獨居 ☐ 與家人同住 ☐ 與朋友同住 ☐ 住在機構中 ☐ 無固定住所		
	15.現場陪同親友： ☐ 無 ☐ 同住家人 ☐ 親戚朋友 ☐ 社區民眾(鄰里長) ☐ 其他_____		
檢傷評估 (C)	16.精神症狀(正負性症狀、情緒異常等)： ☐ 無 ☐ 有		
	17.過去強制送醫： ☐ 無 ☐ 有(時間_____) 18.自殺自傷風險： ☐ 無 ☐ 未知 ☐ 有		
	19.傷人殺人風險： ☐ 無 ☐ 未知 ☐ 有 20.暴力破壞風險： ☐ 無 ☐ 未知 ☐ 有		
	21.目前支持系統： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 22.合作的能力： ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高		
	1.A危險性： ☐ 1分 ☐ 2分 ☐ 3分 ☐ 4分 ☐ 5分 2.B支持系統： ☐ 1分 ☐ 2分 ☐ 3分 ☐ 4分 ☐ 5分 3.C合作的能力： ☐ 1分 ☐ 2分 ☐ 3分 ☐ 4分 ☐ 5分		4.總分
檢傷評估 (C)	5.處置建議： ☐ ≥8分送醫住院或留觀 ☐ 5-7分轉介門診或居家治療或優化計畫(衛生局) ☐ 3-4分衛生局訪視 ☐ 不適用本表，請諮詢人或求助人員尋求其他資源		

備註	接案人員
隔日追蹤 (D1)	追蹤日期：____年____月____日____時 接電話人：_____ 電話：_____ 1. 原先諮詢處置建議：☐ ≥8分送醫住院或留觀 ☐ 5-7分轉介門診或居家治療或優化計畫（衛生局） ☐ 3-4分衛生局訪視 ☐ 不適用本表，請諮詢人或求助人員另尋求其他資源 2. 處置結果：☐ 警消、衛生局強制送醫 ☐ 未送醫 ☐ 轉門診 ☐ 居家 ☐ 優化計畫 ☐ 關懷員或公衛訪視 ☐ 其他____（可複選） 3. 後送情形：☐ 送達醫療機構 _____ ☐ 否 4. 醫院處置情形：☐ 留院觀察 ☐ 一般住院 ☐ 強制住院 ☐ 急診留觀 ☐ 返家 ☐ 門診追蹤 ☐ 轉科 ☐ 家屬拒絕就醫 ☐ 轉院 ☐ 其他 _____ 5. 精神照護資訊管理系統完成護送就醫通報單登錄：☐ 未完成（☐ 已通知衛生局）☐ 已登錄 6. 個案位置：☐ _____（醫院或機構）☐ 家中 ☐ 不明 ☐ 其他 _____ 追蹤人員：_____
滿二週第二次追蹤 (D2)	追蹤日期：____年____月____日____時 接電話人：_____ 電話：_____ 1. 原先諮詢處置建議：☐ ≥8分送醫住院或留觀 ☐ 5-7分轉介門診或居家治療或優化計畫（衛生局） ☐ 3-4分衛生局訪視 ☐ 不適用本表，請諮詢人或求助人員另尋求其他資源 2. 住院：☐ 本次未住院 ☐ 已出院 ☐ 再急診 ☐ 住院中 ☐ 其他 _____ 3. 病情：☐ 暫無法獲得 ☐ 穩定 ☐ 稍不穩定 ☐ 惡化 ☐ 拒返診 ☐ 不詳 4. 遵囑性：☐ 暫無法獲得 ☐ 完全 ☐ 部分 ☐ 拒藥 ☐ 不詳 5. 備註：☐ 無法找到病人、家屬或拒談 ☐ 失蹤/失聯 ☐ 其他 _____ 6. 精神照護資訊管理系統完成護送就醫通報單登錄：☐ 未完成（☐ 已再通知衛生局）☐ 已登錄 7. 個案位置：☐ _____（醫院或機構）☐ 家中 ☐ 不明 ☐ 其他 _____ 追蹤人員：_____

精神病人風險檢傷評分量表

評分A: 危險性	
5	清楚表現或幻覺(聽到命令)有自殺或他殺的念頭, 或此次發病期已經有一次嚴重難以預測、衝動、暴力的行為。
4	表現或幻覺(聽到命令)有自殺或他殺的念頭, 但是並不確信, 或者這些行為是因環境壓力引起。過去曾有暴力或衝動行為, 但是目前沒有這些徵兆。
3	表現有自殺或傷人的念頭, 但是猶豫不決, 或者只有無效的作態行為。不確定足夠的自我控制能力。
2	有一些自殺或傷人的念頭或行為, 或者曾經有過, 但是清楚表明想要控制且有能力控制這些行為。
1	沒有自殺或傷人的念頭或行為。過去沒有暴力或者衝動行為。
評分B: 支持系統	
5	沒有家人、朋友或其他可依靠的人。機構沒有辦法可以提供立即的需求支持。
4	有一些支持系統可以被動員, 但是效果有限。
3	支持系統有機會可以被運用, 但是動員它們有明顯的困難存在。
2	有關心的家人、朋友或其他人, 但不確定是否能提供協助或有意願支持。
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	
5	無法合作, 或主動表示拒絕。
4	合作意願不高。
3	被度接受協助介入措施。
2	希望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	
量表總分: ☐ ≥8分送醫住院或留觀 ☐ 5-7分轉介門診或居家治療或優化計畫 ☐ 3-4分衛生局訪視 ☐ 不適用本表, 請諮詢人或求助人另尋求其他資源	

策略三：辦理精神醫療留觀服務計畫

1.分區:

依計畫全國劃分區北區、中區及南區三個分區，於每個分區，至少尋找5家精神醫療機構合作。

分區	責任區域
北區	臺北市、宜蘭縣、金門縣、連江縣、新北市、基隆市、花蓮縣、臺東縣
中區	桃園市、新竹縣、新竹市、苗栗縣、臺中市、南投縣、彰化縣
南區	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、高雄市、屏東縣、澎湖縣

114年全國38家合作醫院

北區	臺灣大學醫學院附設醫院(臺北市) 臺北榮民總醫院(臺北市) 臺北市立聯合醫院松德院區(臺北市) 衛生福利部八里療養院(新北市) 衛生福利部基隆醫院(基隆市) 衛生福利部玉里醫院(花蓮縣) 衛生福利部臺東醫院(臺東縣) 臺北榮民總醫院蘇澳分院(宜蘭縣) 臺北榮民總醫院員山分院(宜蘭縣) 計9家	中區 衛生福利部桃園療養院(桃園市) 臺大醫院竹東分院生醫醫院(新竹縣) 臺大醫院新竹分院(新竹縣) 國軍桃園總醫院新竹分院(新竹市) 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院(苗栗縣) 衛生福利部苗栗醫院(苗栗縣) 光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區(台中市) 衛生福利部臺中醫院(台中市) 衛生福利部豐原醫院(台中市) 臺中榮民總醫院(台中市) 中山醫學大學附設醫院(台中市) 衛生福利部草屯療養院(南投縣) 衛生福利部南投醫院(南投縣) 敦仁醫院(彰化縣) 衛生福利部彰化醫院(彰化縣) 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院(彰化縣) 計16家	南區 臺中榮民總醫院嘉義分院(嘉義市) 衛生福利部朴子醫院(嘉義縣) 臺中榮民總醫院灣橋分院(嘉義縣) 衛生福利部臺南醫院(台南市) 衛生福利部嘉南療養院(台南市) 高雄榮民總醫院(高雄市) 衛生福利部旗山醫院(高雄市) 高雄市立凱旋醫院(高雄市) 財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院(高雄市) 衛生福利部屏東醫院(屏東縣) 屏安醫療社團法人屏安醫院(屏東縣) 迦樂醫療財團法人迦樂醫院(屏東縣) 衛生福利部澎湖醫院(澎湖縣) 計13家
----	---	---	--

2.補助費用

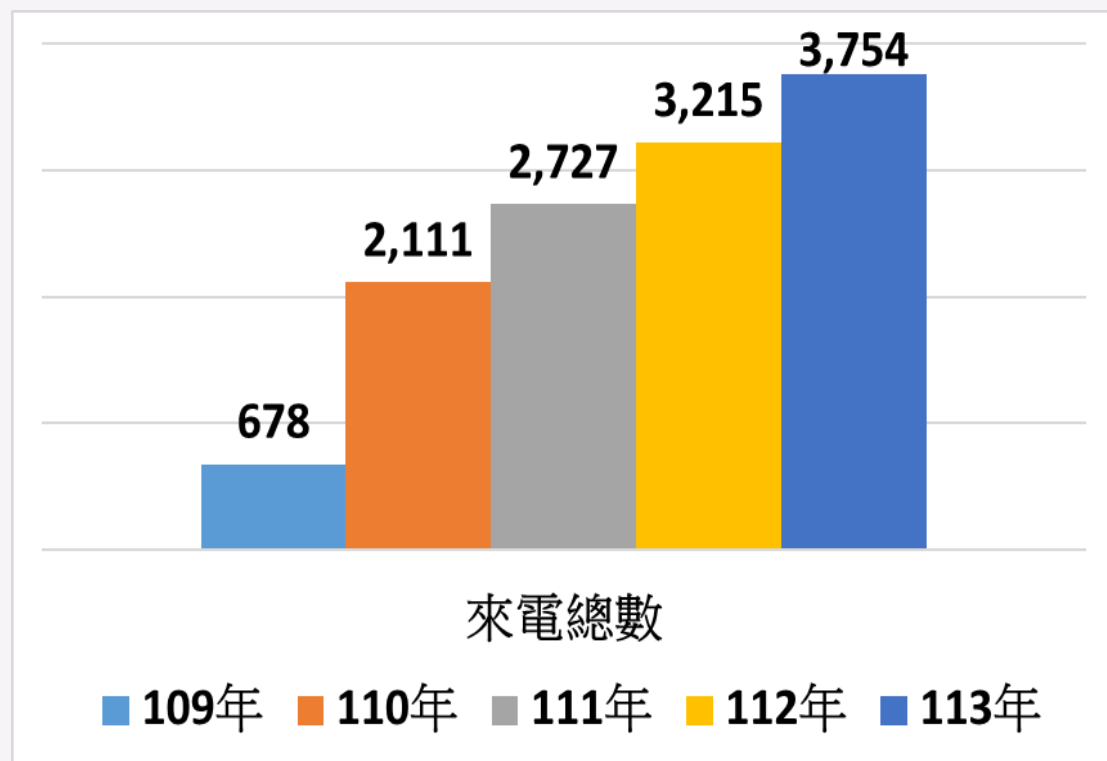
留院觀察服務計畫，每名病人每次收治申請收治醫療每人以2日為限，每日金額為1,500元。

與合作醫院與在地衛生局所合作，後續追蹤個案動態，針對個案的需求，提供必要的轉介服務建議。

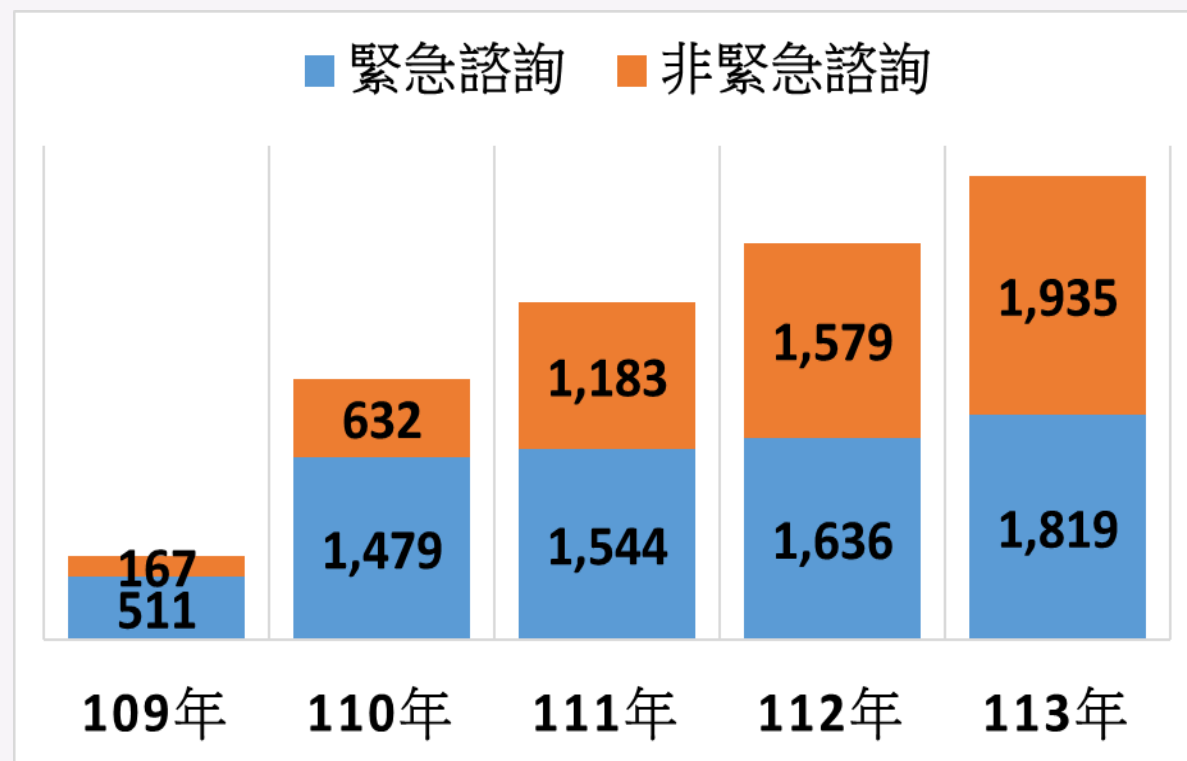
參、109年-113年執行成果

統計資料:109年7月16日開辦至113年12月31日止

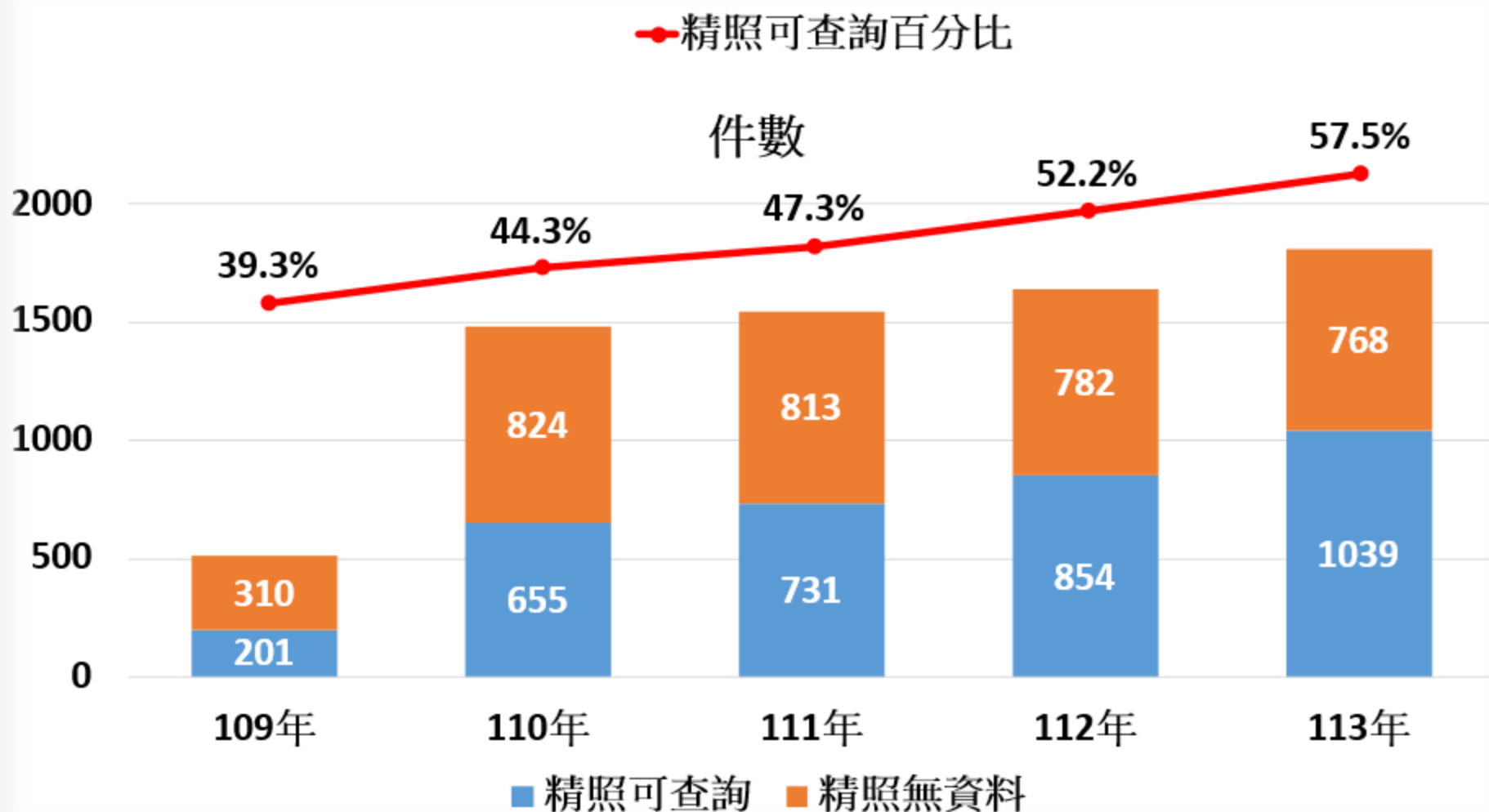
1. 來電數



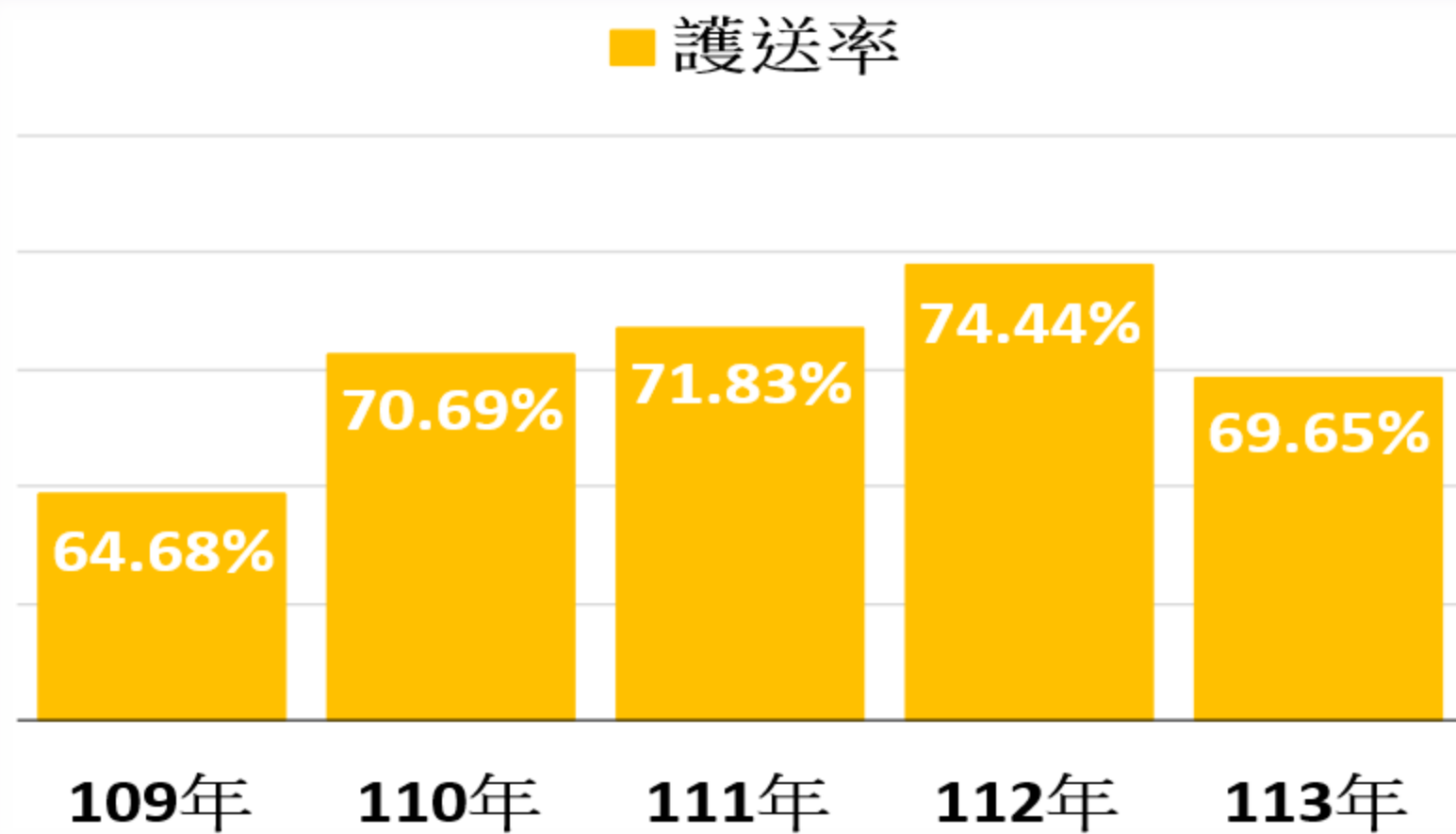
2. 來電諮詢情形



3.精神照護系統個案比例：列管之ICD碼F20、F31精神病人不規則就醫、不規則用藥、無病識感或合併多元議題列管之個案



4.緊急諮詢後建議護送就醫，且由警消護送就醫率



- 5. 經中心諮詢後建議送醫個案且於急診後轉住院(含留觀後轉住院)。

109年	110年	111年	112年	113年
67.7%	61.7%	51.3%	63.7%	55%

- 6.個案離院後，須皆有做後續追蹤：達成率為100%。
- 7.滿意度調查，回覆非常滿意加上滿意者比例。

109年	110年	111年	112年	113年
97%	94%	99%	97%	97%

肆、114年度執行概況

組織架構與人員

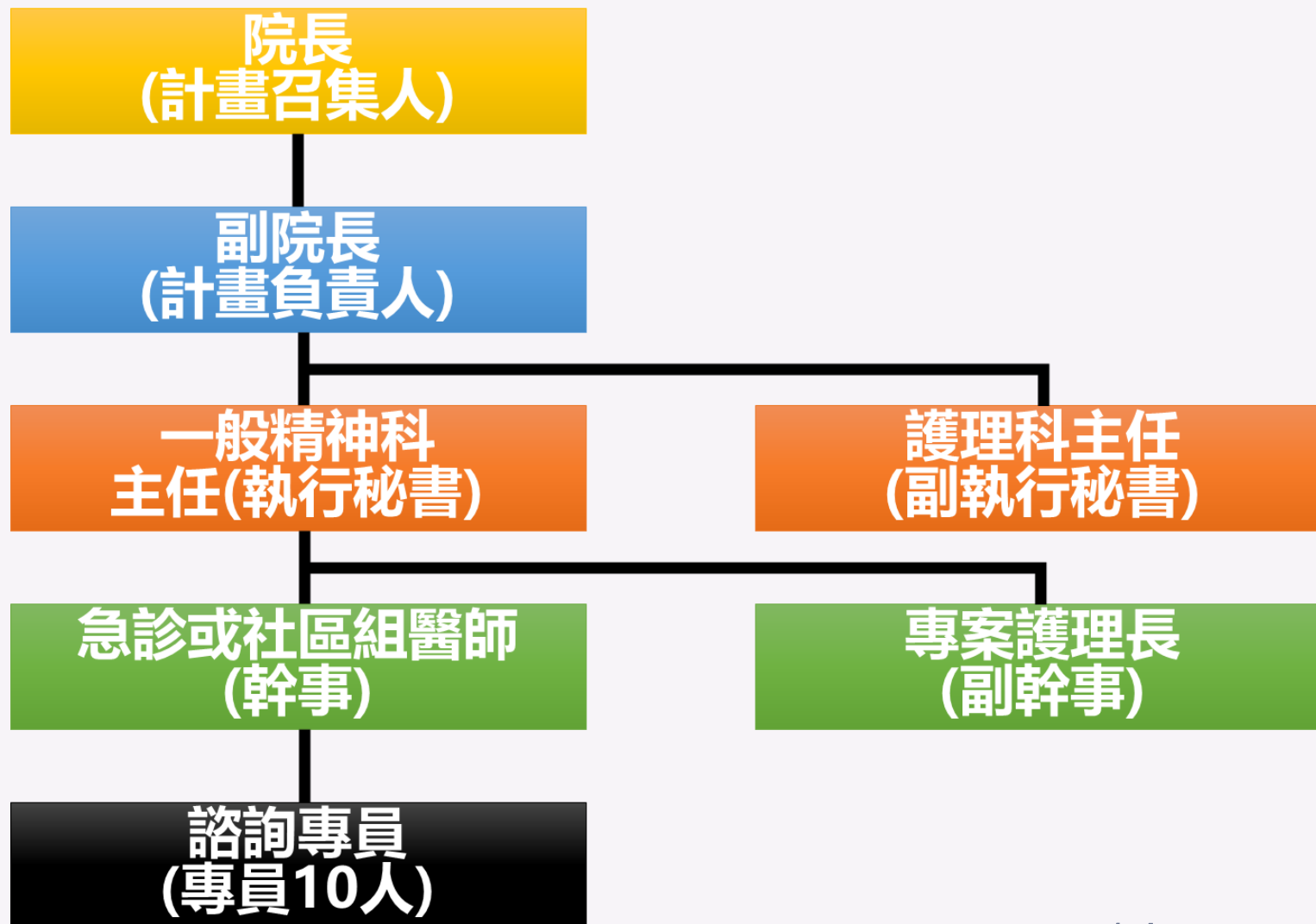


表1

人力配置表

姓名	現職		執行本計畫之具體工作 項目、範圍
	機構	職稱	
丁碩彥	草屯療養院	院長	1. 與相關醫療機構簽訂合作計畫，包含24小時危機處置中心與留觀服務。 2. 定期召開24小時危機處置中心與留觀醫院之聯繫協調會議及個案討論會議。 3. 辦理警察、消防等人員精神病人緊急或護送就醫教育訓練至少3場次。 4. 辦理「精神醫療緊急處置線上諮詢服務與留觀服務試辦計畫」成果發表會1場次。 5. 24小時諮詢服務 6. 本案之經費核銷及相關行政作業
林俊媛	草屯療養院	副院長	
李世凱	草屯療養院	主任	
黃耀輝	草屯療養院	護理督導長	
劉力元	草屯療養院	醫師	
李依玲	草屯療養院	護理長	

工作期程進度規劃

項目	指標	目標值
1	處理全國精神醫療緊急處置線上諮詢服務，每年進線量達2,500案。	≥2500
2	針對電話諮詢案件，進行檢傷評估後提供處置建議率100%。	100%
3	針對電話諮詢案件，隔日追蹤個案動態，追蹤率達90%。	90%
4	每季至少召開 Call Center 與留觀醫院之聯繫協調會議及個案討論會議至少1場。	4
5	年度內辦理「精神醫療留觀服務計畫」合作縣市之警察、消防等人員精神病人緊急或護送就醫教育訓練。	3
6	辦理成果發表會。	1
7	轉介留觀後，個案轉住院率。	≥70%

114年來電分析



114年1月1日至
114年8月30日止

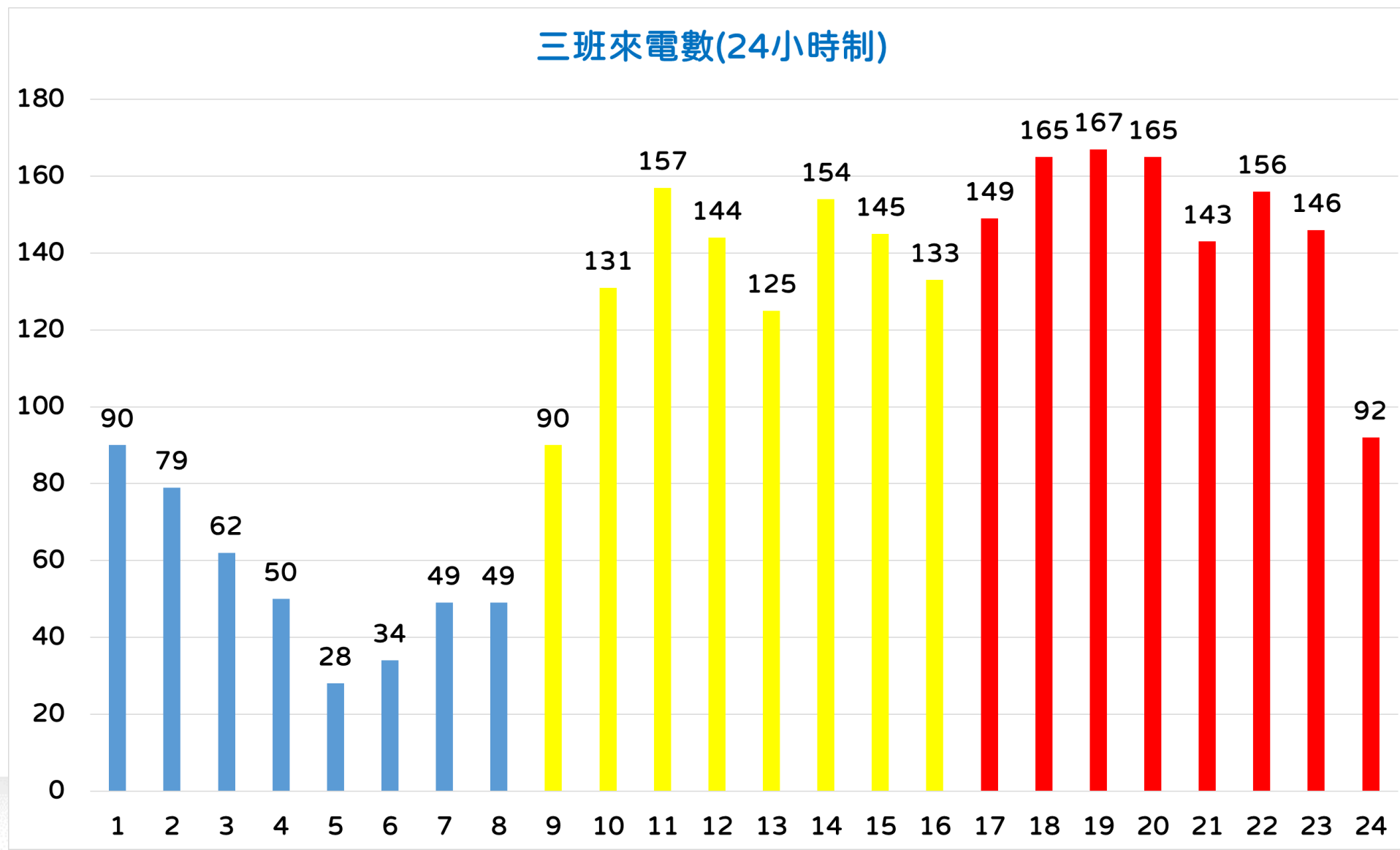
總來電數**2702**

收案數**1634**

非緊急諮詢**1068**

平均每月**337**

114年 三班來電數統計(24小時制)

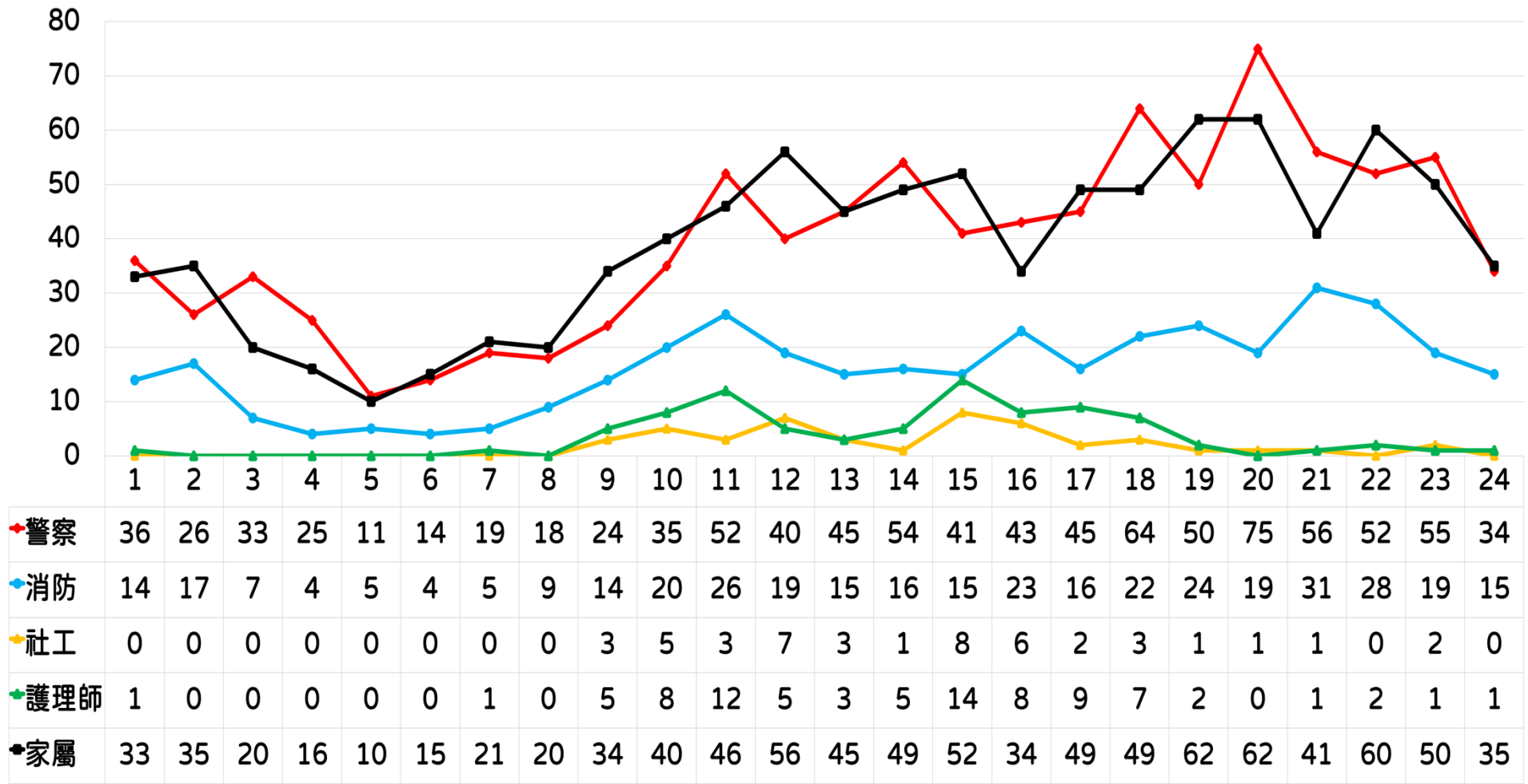


來電職業分析表(統計至114年8月30日止)

職業	收案		非緊急諮詢		總計	百分比%
	案次	百分比%	案次	百分比%		
警察	710	43.4	239	22.4	949	35.1
家屬	435	26.6	500	46.8	935	34.6
消防	313	19.1	74	6.9	387	14.3
民眾(鄰居/朋友/親戚/警衛)	70	4.3	67	6.3	137	5.1
護理師	39	2.4	46	4.3	85	3.1
不提供	1	0.1	59	5.5	60	2.2
社工	18	1.1	28	2.6	46	1.7
關懷員/心理衛生社工	24	1.5	11	1	35	1.3
醫院、長照(人員、機構)	11	0.7	15	1.4	26	1
民眾(同事、路人、公司行號等)	5	0.3	11	1	16	0.6
民政(鄰里長等)	5	0.3	4	0.4	9	0.3
學校人員	2	0.1	5	0.5	7	0.3
公共衛生人員	1	0.1	5	0.5	6	0.2
法院、司法人員	0	0	2	0.2	2	0.1
醫師	0	0	1	0.1	1	0
國軍職人員	0	0	1	0.1	1	0
總計	1634	100.0	1068	100.0	2702	100.0

114年 三班來電數與職業別統計(24小時制)

三班職業別來電數(24小時制)



來電諮詢原因分析表

職業	詢問	協助查詢 是否為精 神疾病 是否需護 送就醫 是否須留 觀或住院 後續資源 轉介 精神醫療 詢問(用藥 住院、安 置、資源 等) 去規詢問、 行政流程 詢問、行 政協助 希望現場 評估 警消評估 標準諮詢 心理支持 協助 事後諮詢 (案件處 理完或已 送醫) 內外科醫 療諮詢											總計	
		是否為精 神疾病	是否需護 送就醫	是否須留 觀或住院	是否為精 神照護個 案	後續資源 轉介	精神醫療 詢問(用藥 住院、安 置、資源 等)	去規詢問、 行政流程 詢問、行 政協助	希望現場 評估	警消評估 標準諮詢	心理支持 協助	事後諮詢 (案件處 理完或已 送醫)		內外科醫 療諮詢
警察		7	781	5	262	72	48	63	22	22	1	11	4	1298
家屬		30	374	22	5	284	143	95	7	29	54	5	9	1057
消防		5	345	1	80	10	10	18	3	0	0	1	0	473
民眾(鄰居/朋友/親戚/警衛)		6	60	1	0	62	22	19	0	8	1	0	1	180
護理師		2	52	0	3	9	15	19	2	7	1	2	0	112
社工		1	20	0	1	11	18	16	6	4	0	0	0	77
不提供		1	3	0	0	20	13	14	3	4	12	0	0	70
關懷員/心理衛生社工		0	26	0	1	3	4	4	1	1	0	0	1	41
醫院、長照(人員、機構)		0	16	0	0	7	1	2	0	1	0	0	0	27
民政(鄰里長等)		1	7	0	1	3	0	2	0	2	0	1	0	17
民眾(同事、路人、公司行號等)		0	8	0	0	4	3	1	0	0	0	0	0	16
學校人員		0	6	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	9
公共衛生人員		0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	5
醫師		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
法院、司法人員		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
國軍職人員		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
總計		53	1700	30	356	486	278	255	44	79	69	20	15	*3385

註：諮詢原因為複選題，故非以案件數計次。

收案個案檢傷分類統計表

處置建議	疑似精神病人		精神病人 (已追蹤)		精神病人 (非追蹤)		未知		總計	
	案次	百分比 (%)	案次	百分比 (%)	案次	百分比(%)	案次	百分比 (%)	案次	百分比 (%)
≥8分送醫住院或留觀	354	32.7	376	23	269	16.5	67	4.1	1246	76.2
5-7分門診或居家治療或優化計畫	12	0.7	7	0.4	4	0.2	0	0.0	23	1.4
3-4分公衛護理師訪視	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.1
非緊急諮詢(不適用本量表)	61	3.7	52	3.2	39	2.4	212	13	364	22.3
總計	607	37.1	435	26.6	312	19.1	280	17.2	1634	100

專業人員&一般民眾 - 處置建議與隔日就醫行為分析表(N=1634)-收案

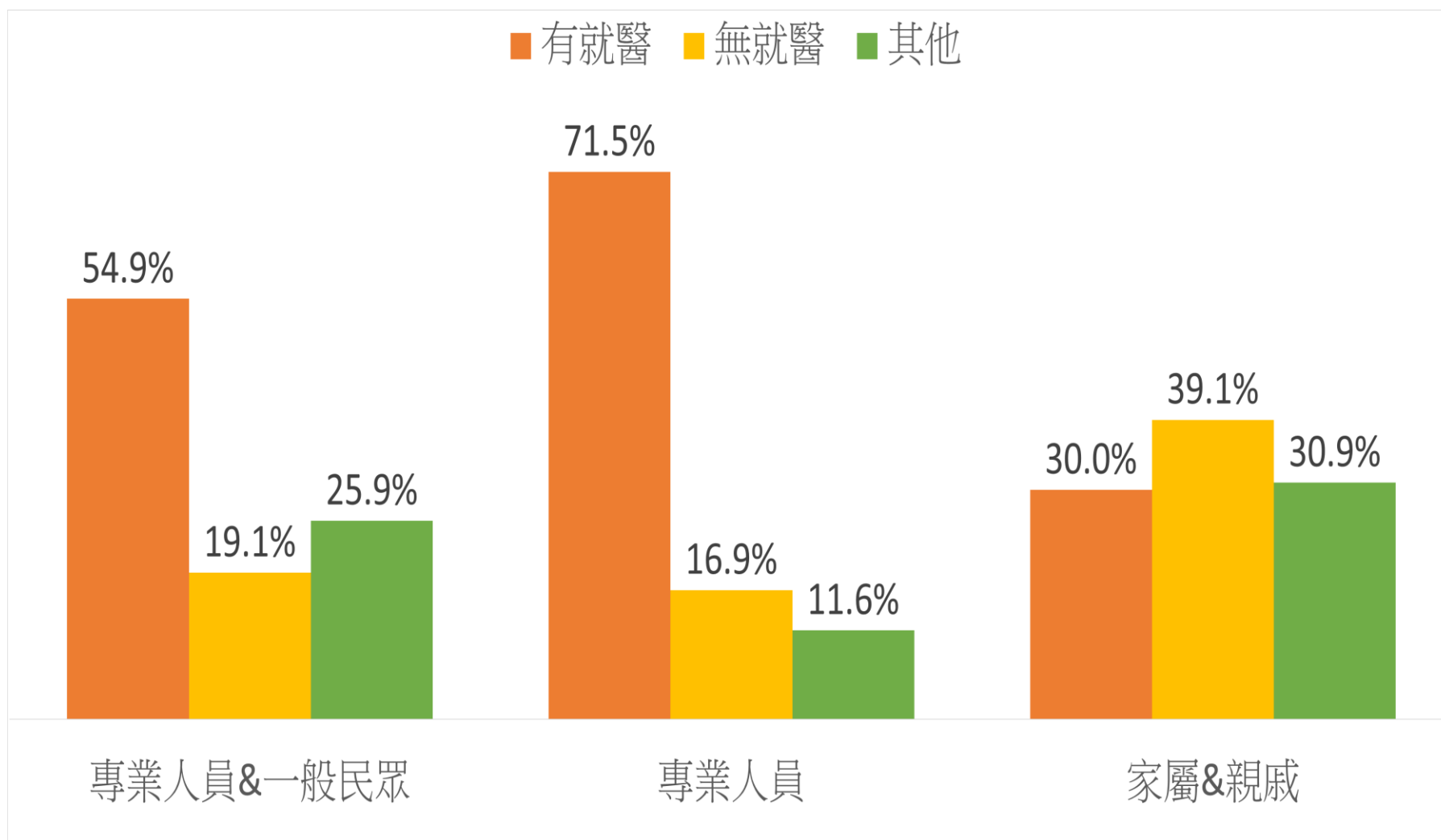
處置建議	有就醫(註一)		無就醫(註二)		其他(註三)		總計	
	案次	百分比(%)	案次	百分比(%)	案次	百分比(%)	案次	百分比(%)
≥8分送醫住院或留觀	894	54.7	312	19.1	40	2.4	1246	76.2
5-7分門診或居家治療或優化計畫	3	0.2	1	0.1	19	1.2	23	1.4
3-4分公衛護理師訪視	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1
非緊急諮詢(不適用本量表)	0	0.0	0	0.0	364	22.3	364	22.3
總計	898	54.9	313	19.1	423	25.9	1634	100.0

註一：警消或公衛護理師護送就醫、家屬自行送醫

註二：警消評估不須送醫、警消擔憂被告、家屬拒絕送醫、個案不在現場、家屬來電後未通報警消。

註三：失聯中、無法得知、後續案件依刑事或民事方向處理、臺北市及新北市衛生局自行追蹤、重複進案以併案處理。

114年 來電者職業別，有無送醫統計



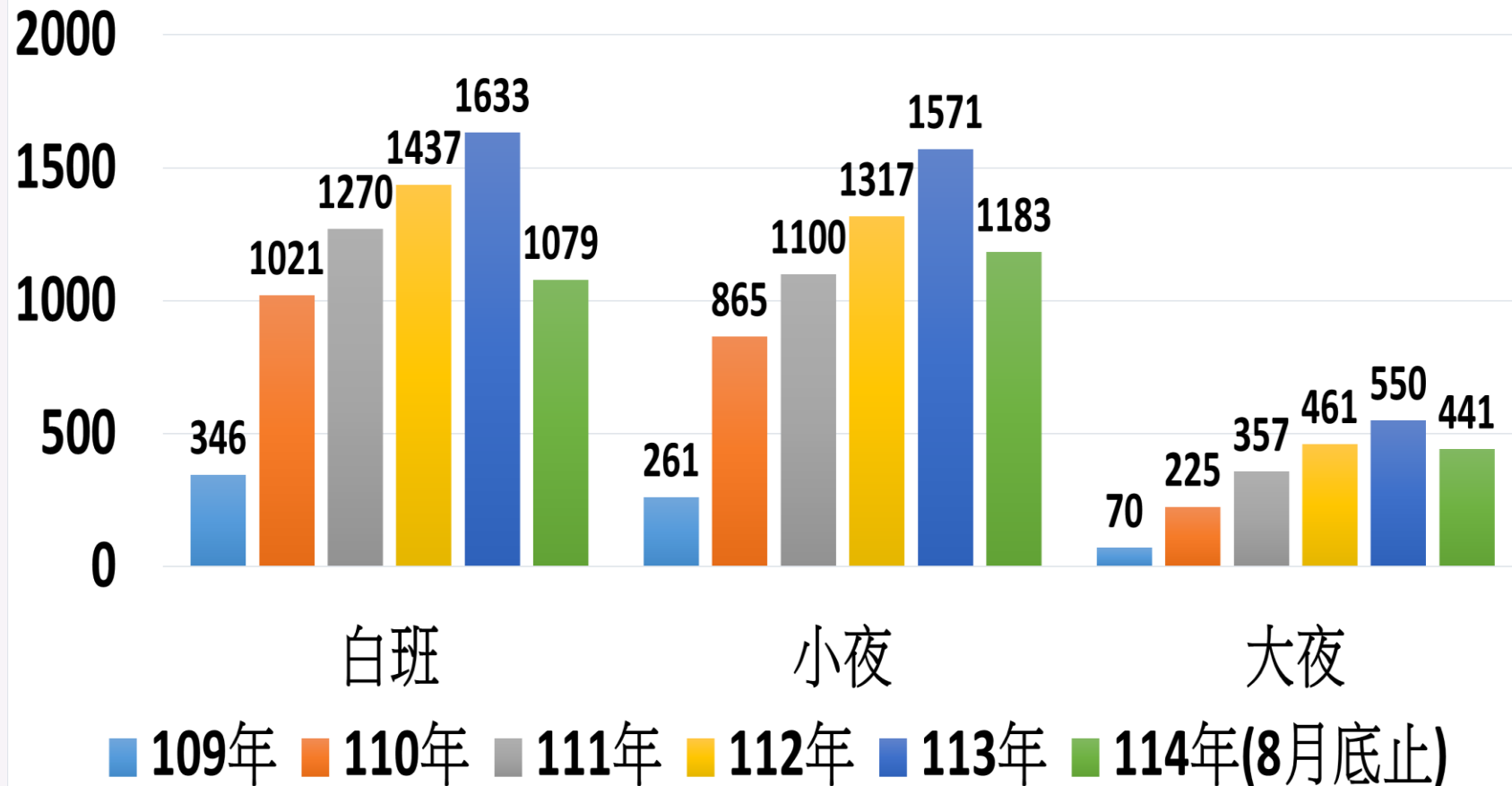
未送醫原因-隔日與兩週後追蹤分析表

隔日追 兩週後	危險性 $\leq$ 1分	未通報警消	警消未送醫	家屬拒絕送醫	個案不在場	其他(註一)	總計
病情-穩定	28	24	29	21	4	1	107
病情-不穩定	27	23	22	9	6	2	89
病情-惡化	7	8	8	3	3	0	29
病情-不詳	16	9	21	6	10	2	64
再度進案，續追新案	3	10	6	3	3	1	26
總計	81	74	86	42	26	6	315

註一：社工或公衛評估未送(或帶門診)、法辦優先(保護管束、民刑事處理、羈押中)、家庭糾紛、個案已在醫院、個案已自行就醫、諮詢精神醫療相關資源等。

109-114年 各縣市 - 三班來電數

三班-來電數

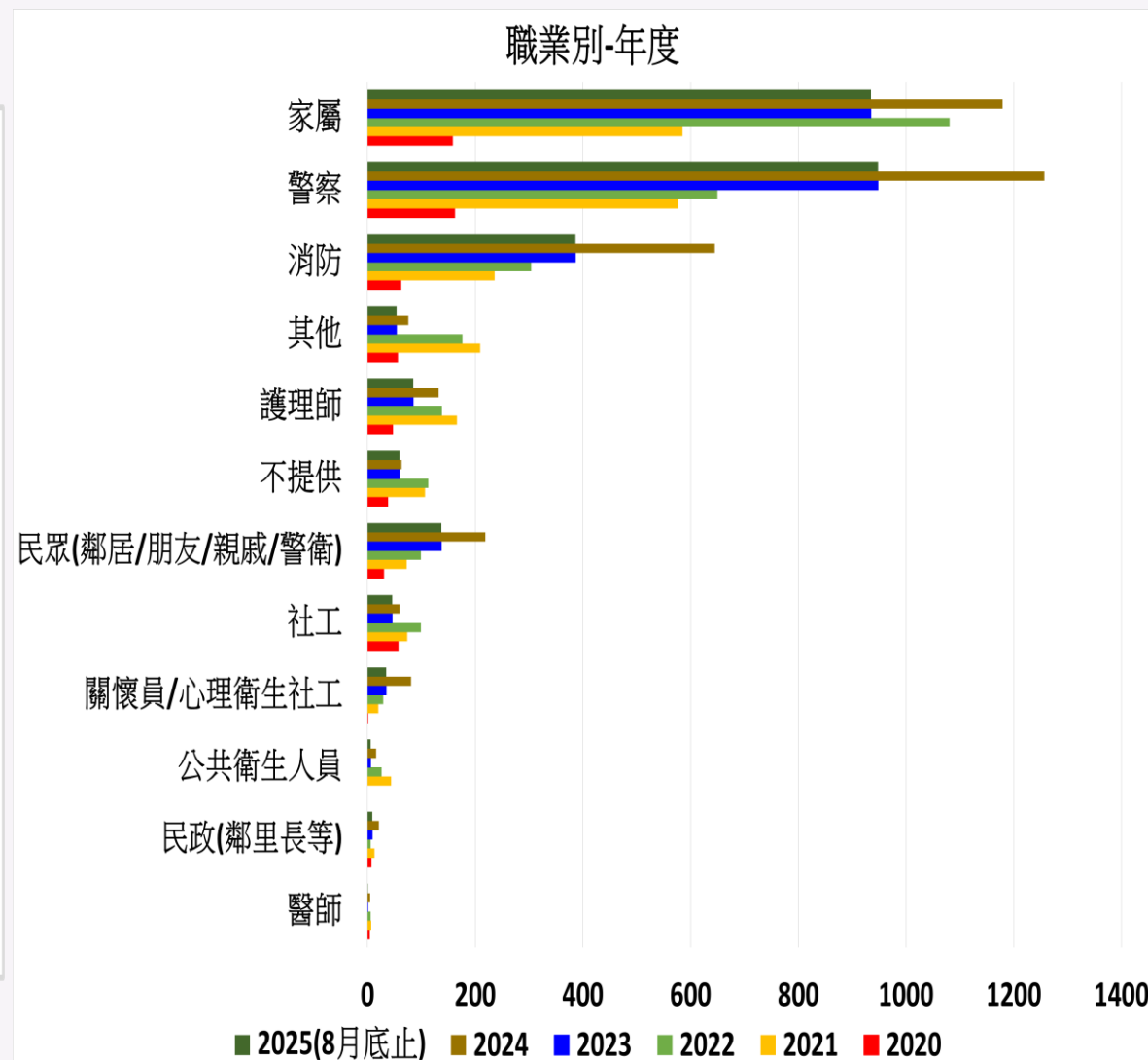
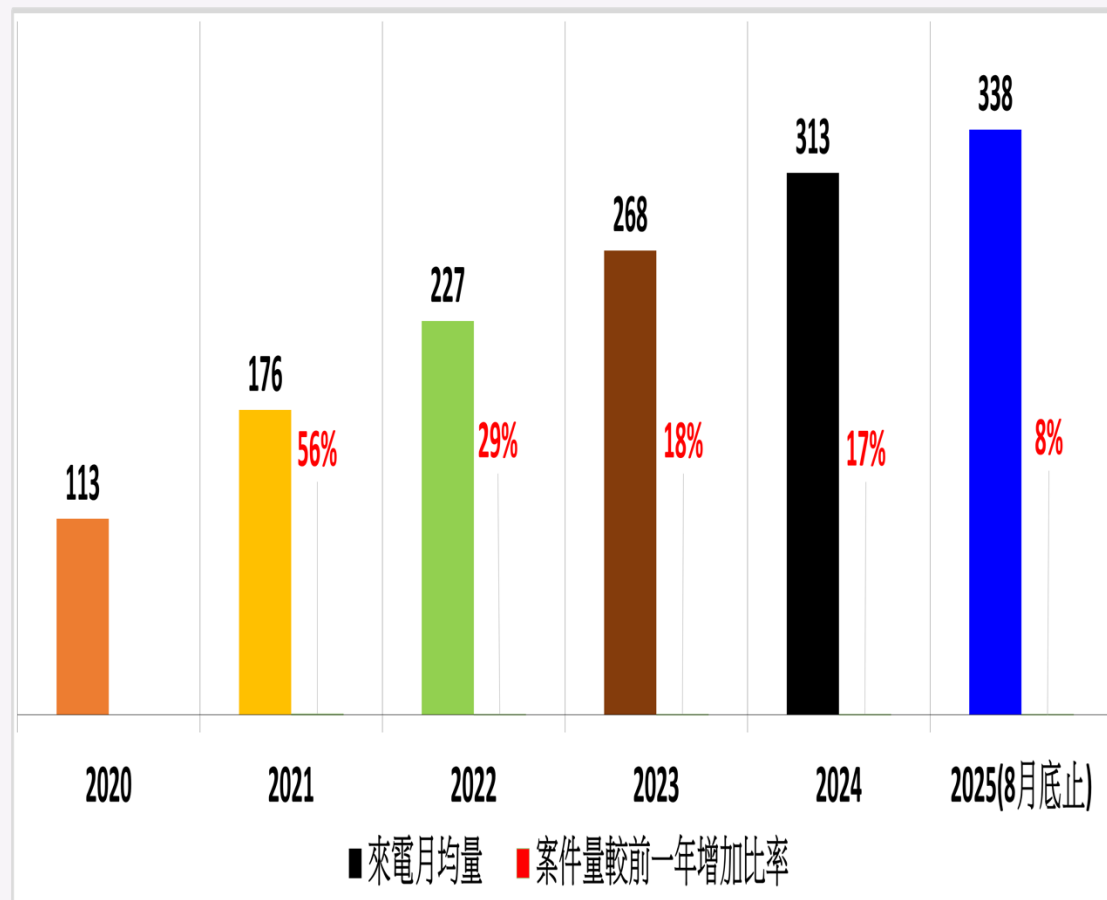


送至合作醫院回覆單-個案診斷前10名

ICD10	中文診斷	人數	百分比
F20	思覺失調症	37	27
F31	雙相情緒障礙症	22	16
F29	物質或已知生理狀況引起的非特定精神病症	16	11
F25	情感思覺失調症	10	7
F10	酒精相關障礙症	10	7
F28	其他非物質或生理狀況所致之精神疾患	8	5
F15	其他興奮劑相關障礙症	6	4
F06	已知生理狀況引起的其他精神疾病	6	4
F03	失智症	5	3
F23	短暫精神病症	5	3

伍、建議

109-114年 來電數與職業別統計



敬請指教



精神醫療緊急處置暨護送就醫 諮詢中心的建立與運作服務

回應人
台灣精神醫學會 藍祚鴻 常務理事

A background graphic consisting of a network of light blue lines connecting small circular nodes. Most nodes are light blue, but several are highlighted in yellow, creating a sense of connectivity and focus.

團體照拍攝

請與會醫師共同參與入鏡

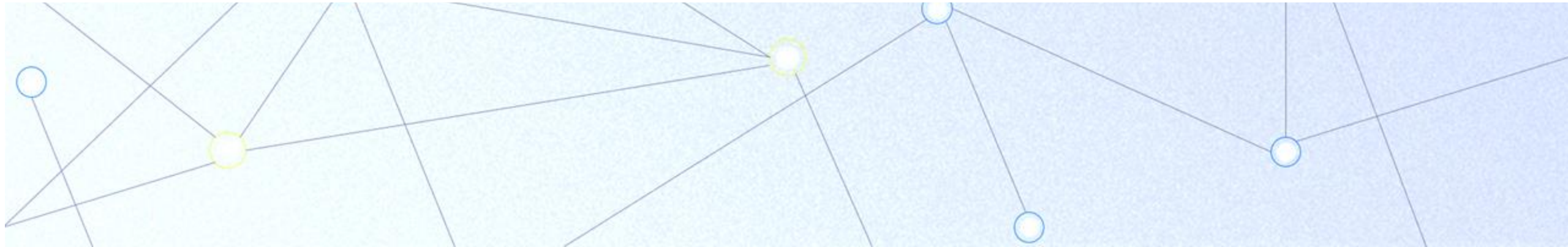


台灣社會與社區精神醫學會 繼續教育訓練 挑戰和契機：社區緊急精神醫療的關鍵因素 2025.10.04 @ 台中烏日集思會議中心



Coffee Break

15:20-15:30



守護社區第一道防線：區域醫院整合跨域資源， 快速介入社區精神危機

15:30-16:20

引言人

台北榮民總醫院玉里院區 **鄭淦元** 主任

報告人

國軍花蓮總醫院 **許崇智** 醫師

回應人

衛生福利部嘉南療養院 **汪俊年** 醫師

高雄市立凱旋醫院 **劉潤謙** 醫師

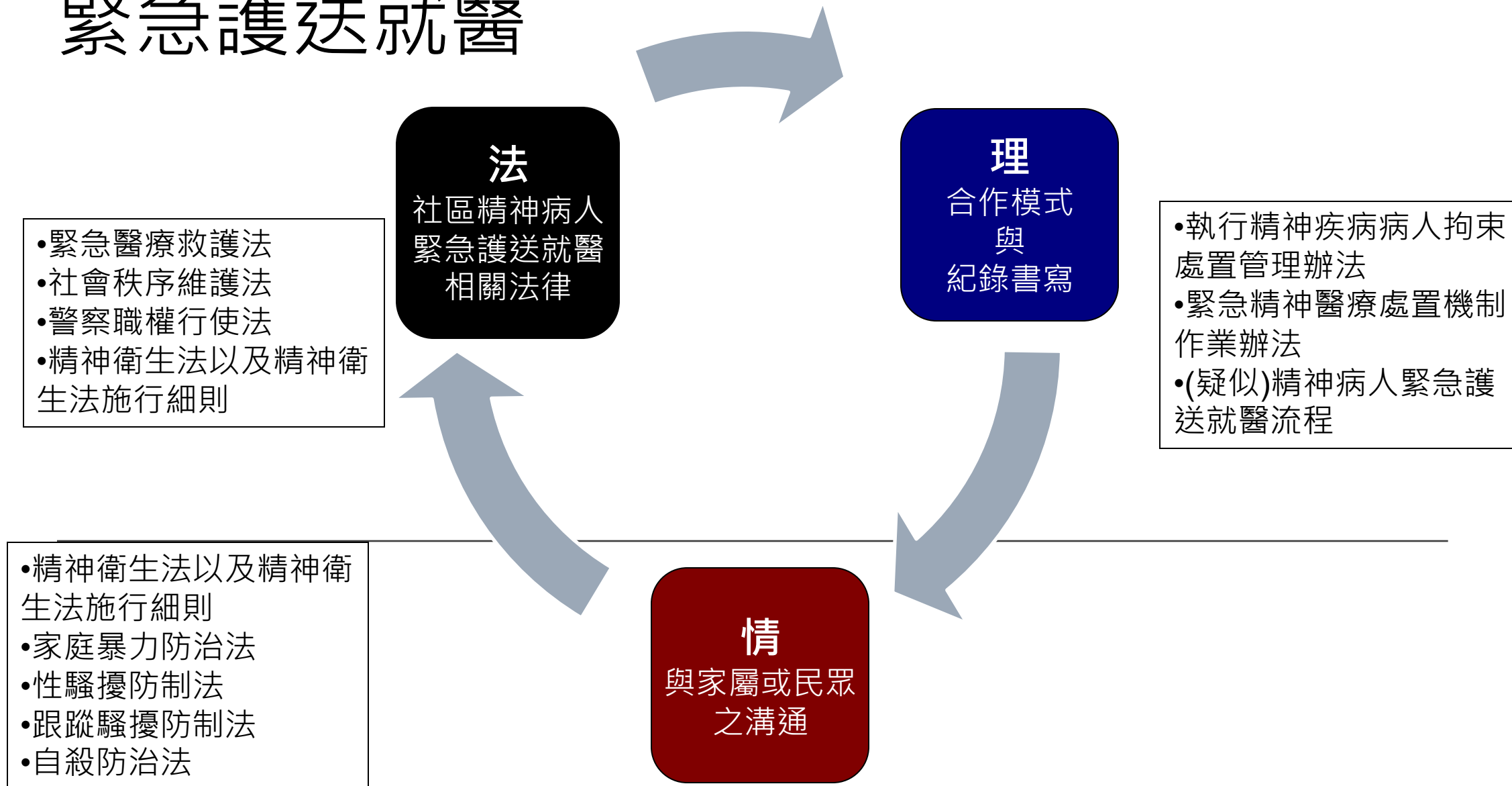


精神病人的緊急護送就醫 (CIT)與創傷知情(TIC)

台北榮總玉里分院 精神部

鄭淦元醫師

緊急護送就醫



緊急精神醫療處置機制作業辦法

第二條本辦法用詞，定義如下：

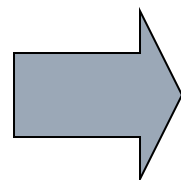
- 一、疑似精神疾病病人：指疑似本法第三條第一項第一款所定狀態之人，或未經查明為本條第二款之人。
- 二、精神病人：指罹患本法第三條第二項第一款精神病之人。
- 三、現場人員：指發生本法第四十八條第二項所定情況時，於現場處理之警察、消防、衛生或其他機關所屬之人員。
- 四、護送就醫：指現場人員將第一款及第二款之人護送至就近適當醫療機構就醫。

緊急精神醫療處置機制作業辦法

第三條直轄市、縣（市）政府（以下簡稱地方主管機關）應依本法第四十九條第一項規定，由各該政府首長或首長指定之高級人員，整合所屬衛生、警察、消防及其他相關機關，於轄區內建置二十四小時緊急精神醫療處置機制。

前項處置機制之項目如下：

- 一、風險程度分級及相應處置措施。
- 二、護送就醫諮詢及處置建議。
- 三、後續處置追蹤。
- 四、其他中央主管機關公告之項目。



- 1.風險評估量表
- 2.緊急護送就醫流程
- 3.個案管理機制

緊急護送就醫與創傷知情

我知道您很受傷，也不想再經歷任何一次了

創傷知情

創傷是什麼？

- 當一個事件讓人「**感受到**」有劇烈威脅危險，並且，人在當下沒有能力去處理這個事件時，就可能讓人受創（不管是自己經歷或是目睹他人經歷）
- 創傷是很**主觀**的感受，會根據年紀、生命經驗、擁有的資源、自身氣質等等而有不同

「創傷知情照護」 TIC-4R (Trauma-Informed Care)

理解創傷 (Realize)

了解創傷的普遍性和影響，以及它如何影響人們的行為和反應。

辨認創傷 (Recognize)

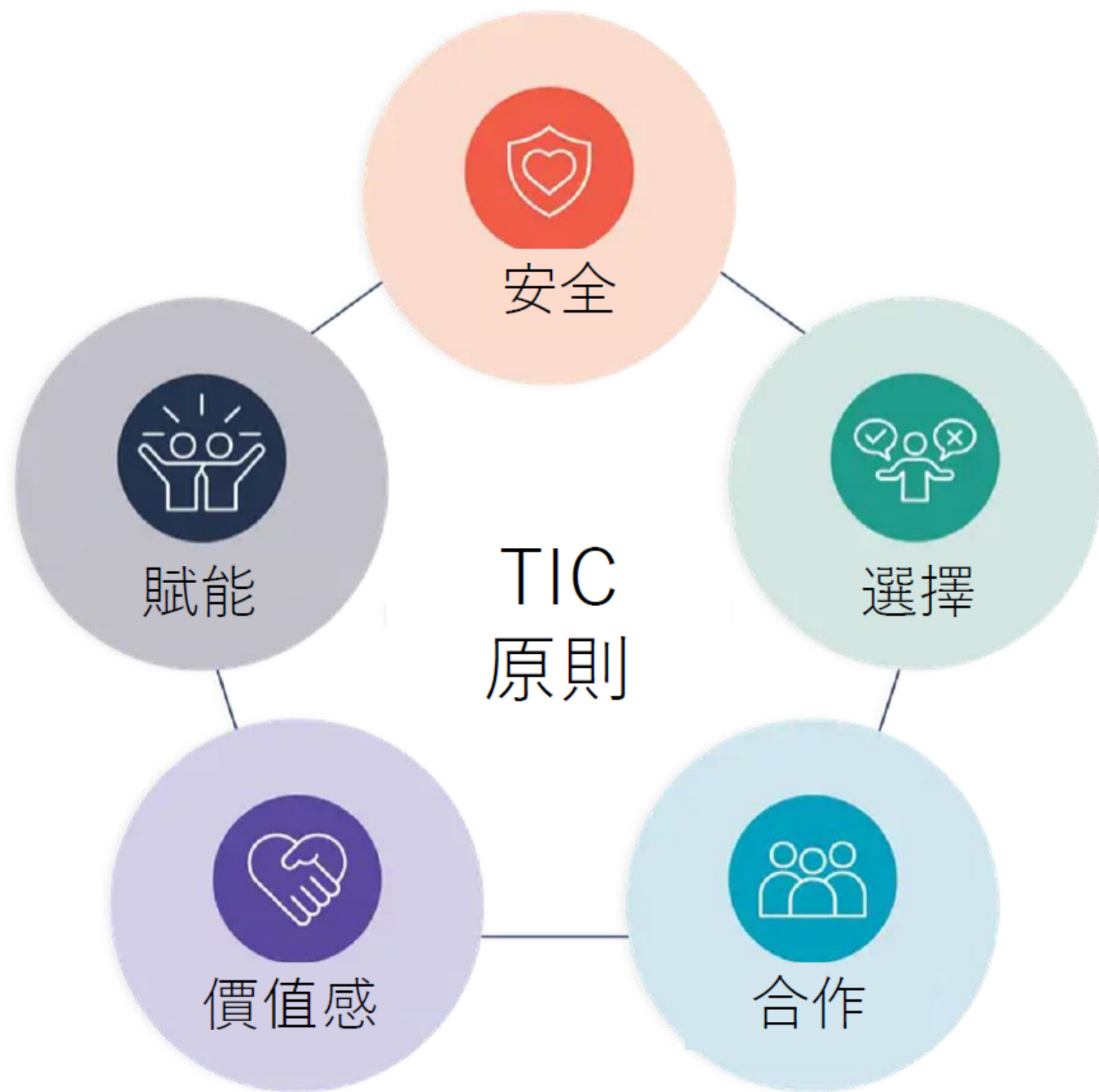
能夠識別出可能存在的創傷痕跡和反應，並意識到它們可能對個人產生影響。

利用創傷知識做回應 (Respond)

在提供服務時，運用對創傷的理解，採取適當的回應和支持方式，避免再次引發創傷。

防止再度受創 (Resist Re-traumatization)

創造安全和支持性的環境，避免再次傷害，並協助個人建立復原力。



陪伴緊急就醫之同儕工作經驗

同儕工作者 (Peer support worker)

- 親臨經驗 (lived experiences)
- 共同決策 (decision under mutual agreement)
- 服務倫理 (service ethics)

傾聽(Listen)
保護(Protect)
連結(Connection)

1. 避免並減少精神疾病(提供服務)本身造成之創傷
2. 降低服務系統可能造成的二度創傷
3. 同理創傷，支持並回應，重塑治療(工作)關係

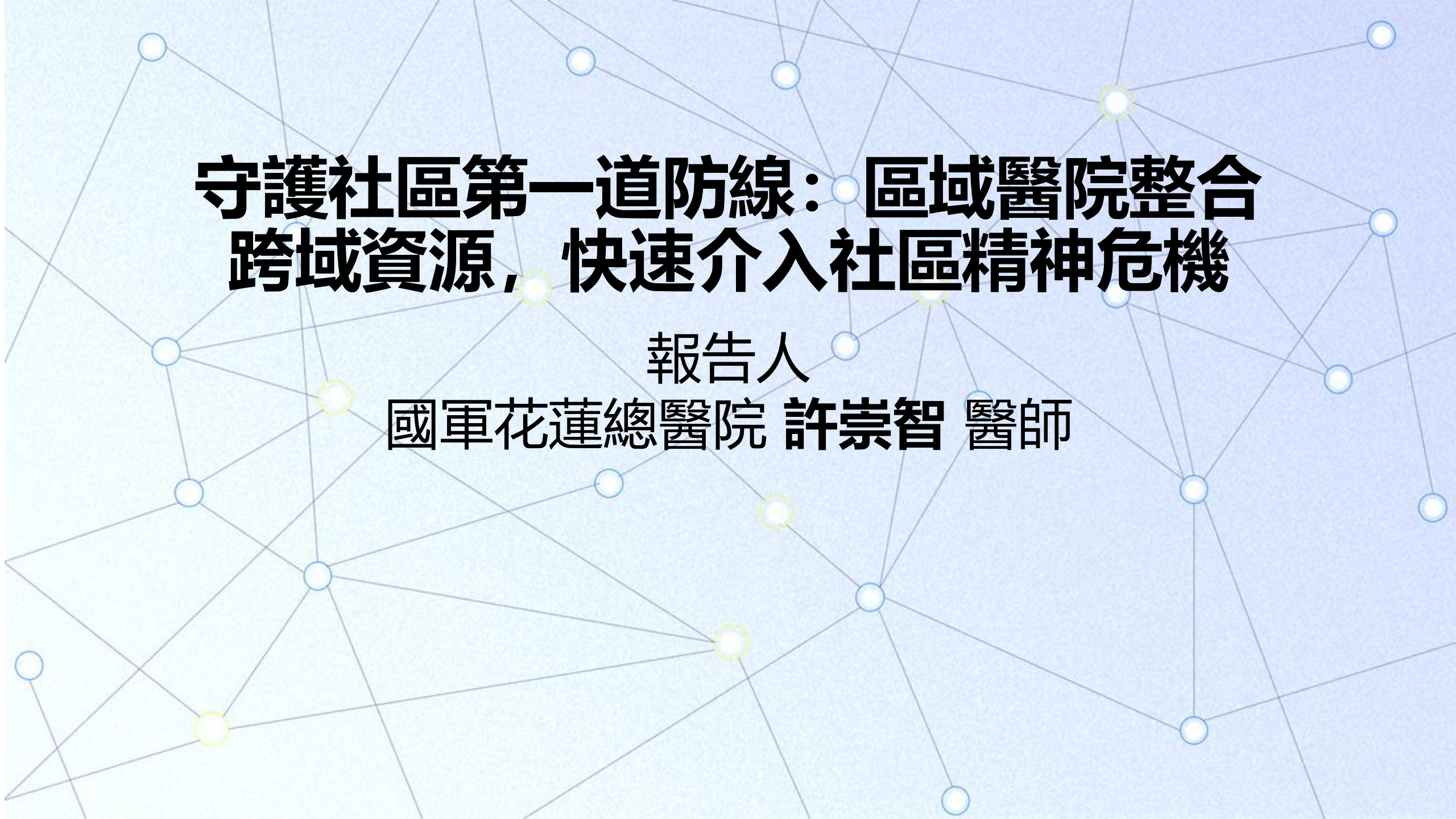
危機處理之連續性

精神症狀復發、精神危機→緊急護送就醫、嚴重病人之診斷、執行非自願住院治療、緊急安置、申請強制住院治療→住院中改為自願治療或出院安排門診或居家治療、強制社區治療或展延強制住院治療

攜手合作 分擊並進

謝謝大家

因為生命有限，才顯得美好



守護社區第一道防線：區域醫院整合 跨域資源，快速介入社區精神危機

報告人

國軍花蓮總醫院 許崇智 醫師

守護社區第一道防線-區域醫院整合跨 域資源、快速介入社區精神危機

以人為本
健康尊嚴
仁心仁術



Guardians of Community Mental Health: Integrating Resources
and Rapidly Intervening in Community Mental Health Crisis

報告人: 許崇智

中華民國114年10月04日

內容大綱

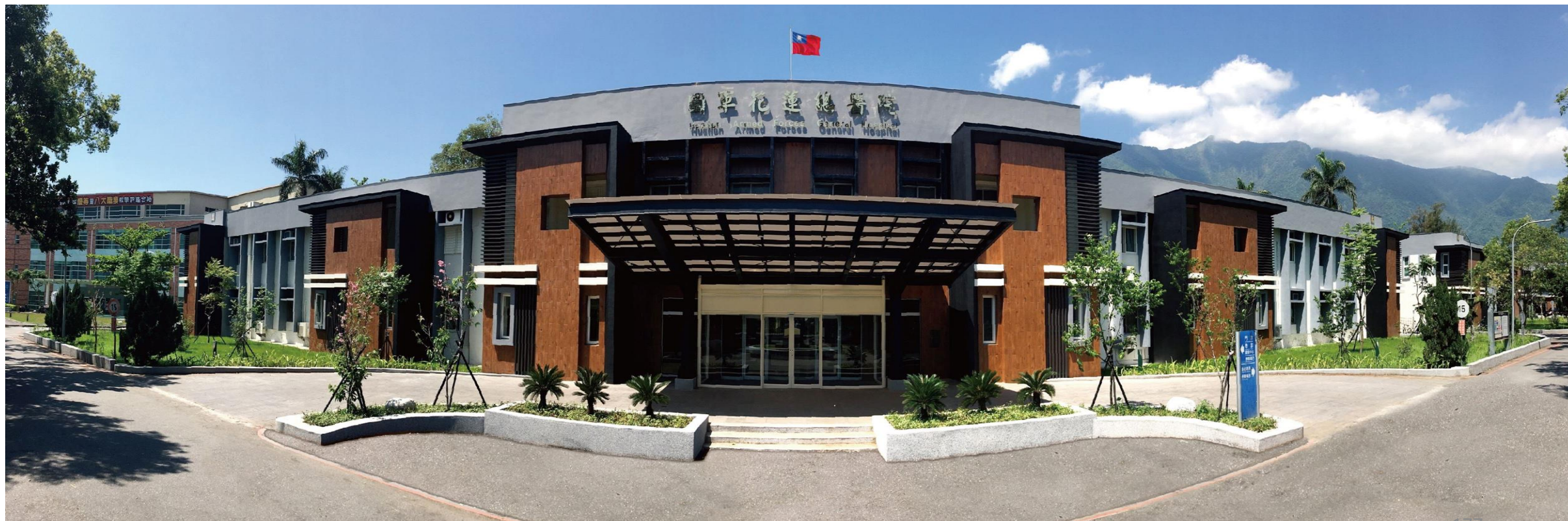
1 團隊基本資料

2 特色項目簡介

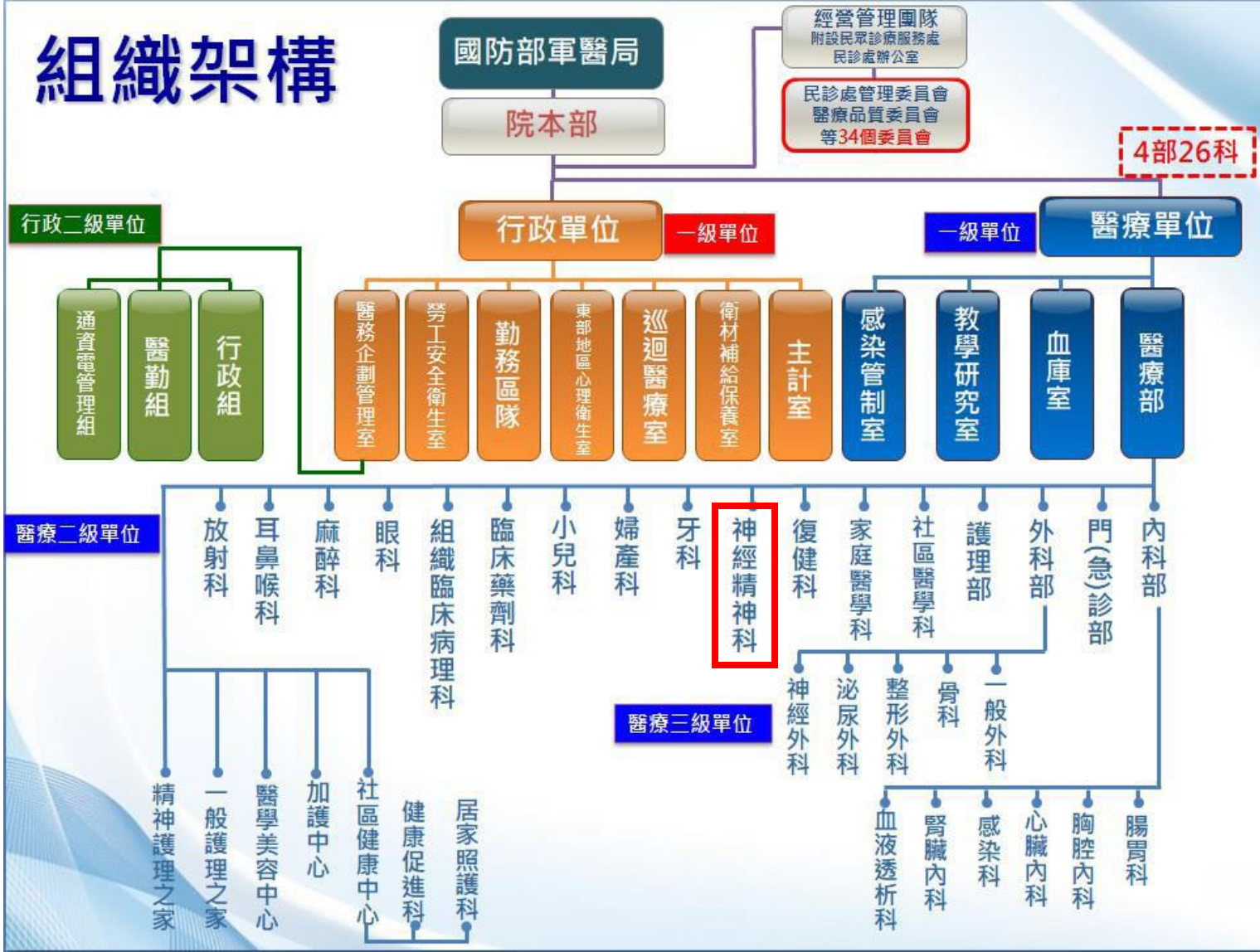
3 未來規劃

院所基本資料

院所名稱：國軍花蓮總醫院
北埔總院、進豐及太魯閣門診中心
創立日期：中華民國42年5月1日



院所經營管理團隊組織與人力



醫院平面配置圖

Floor plan



A 醫療大樓	5F	52病房	52 Ward
	3F	31病房 32病房 33病房 通資室 體適能中心 奇萊堂	31 Ward 32 Ward 33 Ward Information Technology Dept. Physical Fitness Center Sika Lecture Room
	2F	加護病房 手術室 呼吸照護病房 血液透析中心(洗腎中心) 招待室	Intensive Care Unit Operating Room Respiratory Care Ward (RCW) Hemodialysis Center Reception room
	1F	門診區 (內科、外科、精神科、家醫科、小兒科、婦產科) 牙科	Outpatient Clinic Medicine Division Surgery Division Psychiatry Division Family Medicine Division Pediatrics Division Obstetrics/Gynecology Division Dentistry Division
B 行政大樓		社工室 批掛櫃台 醫學美容中心 眼科 復健科 耳鼻喉科 藥局	Social Workers Office Registration Medical Cosmetic Center Ophthalmology Division Rehabilitation Division Otorhinolaryngology Division (ENT) Pharmacy
		放射科 電腦斷層室 生理功能檢查室 急診室 檢驗科 核磁共振室	Division of Radiology Computer Tomography Physiology Examination Room Emergency Room Division of Laboratory Magnetic Resonance Imaging Laboratory
	B1	感官室 病歷室 健檢中心(體檢報到處) 國軍福利站 衛保室 總機房	Sensory Room Medical Records Department Physical Examination Center (Physical Examination Reporting Center) Military Welfare Station Medical Supplies and Maintenance Office Phone Operator's Room
		營養室 供應中心 藥衛材儲藏室	Diet and Nutrition Department Supply Center Drugs and Medical Supplies
C D E F G H I	2F	院史室 圖書館 護理部 內外科辦公室 院本部 民診處 專業教室	History Exhibition Room Library Department of Nursing Internal Medicine Surgery Division Office Headquarters Public Clinic Division Professional Classroom
	1F	第一會議室 第二會議室	Conference Room I Conference Room II
	1F	醫勤室 教員室 心理諮商室 監察官室 政戰綜合辦公室 東部地區心理衛生中心 主計室	Medical Service Office Teaching Staff Room Mental Health Office Ethics Office Political Warfare Department Mental Hygiene Center Controller's Office
	1F	媒體接待室 文卷室 檔案室 教研室 家醫科辦公室 居家護理室 行政室	Media Press Room Documental and Archives Office Archives Teaching and Research Section Department of Family Medicine Office Home Care Office Administration Office
	1F	動員管制室 工程管制室 研究助理辦公室 圖研室 職安室 軍民網交換區	Mobilization Control Room Construction Management Unit Research Assistant Office Legend Research Meeting Room Occupation Safety Office Military and civilian networks, Sina Weibo
	1F	精神科辦公室 勤務區隊	Psychiatry Division Office Service Platform
	1F	一般護理之家	General Nursing Home
	1F	精神護理之家	Psychiatry Nursing Home
	2F	一般護理之家 日間照護中心	General Nursing Home Day Care Center
	1F	精神護理之家	Psychiatry Nursing Home
	1F	餐廳	restaurant
	1F	11病房	Ward 11
	1F	12病房	Ward 12



團隊組織與人力-專業人員

成 員	姓 名	學 歷	專 長	專案計畫
精神科主任	許崇智	國防醫學大學醫學系 陽明交通大學腦科學 研究所博士	身心症、創傷後壓力症候群、焦慮/憂鬱症、軍陣 精神醫學、社區精神醫學、災難精神醫學	1.疑似或社區精神病人照護優化計 畫 2.精神衛生機構團體獎勵計畫 3. 精神科居家治療
精神護理之家主任	莊奇憲	國防醫學大學醫學系 義守大學資訊管理系 碩士	失眠、焦慮症、精神官能症、憂鬱症、躁鬱症、 思覺失調症	1.矯正機關整合性藥癮治療服務暨 質提升計畫 2.精神科居家治療
精神科主治醫師	李嵩濤	國防醫學大學醫學系	一般生活身心調適、疼痛、失眠、焦慮、憂鬱、 躁鬱症、思覺失調症、兒童與青少年心理、情緒、 人際、行為、親子困擾、注意力不足過動症	1.嚴重情緒行為身心障礙者精神醫 療就醫障礙改善計畫 2.精神科居 家治療 3.精神科居家治療
精神科主治醫師	歐璿	國防醫學大學醫學系	老年精神醫學、一般精神醫學、成癮醫學、壓力、 疼痛、失眠、焦慮、憂鬱等情緒困擾	1.緩起訴處分第二級毒品戒癮治療 2.美沙冬治療品質提升試辦計畫 3.精神科居家治療
精神科主治醫師	鄒黃龍	國防醫學大學醫學系	失眠、焦慮疾患、憂鬱症、躁鬱症、精神官能症、 一般精神疾病	精神科居家治療
精神科主治醫師	李彥瑋	國防醫學大學醫學系	一般精神醫學、老年精神醫學、一般生活身心調 適、壓力、疼痛、失眠、焦慮、憂鬱等情緒困擾、	精神科居家治療
社區居家 護理師	陳韋蓁	慈濟科技大學護理系	外科、身心科急慢性護理、社區居家護理	精神科居家治療
社區居家 護理師	宗麗英	慈濟科技大學護理系	身心科急慢性護理、日間復健、社區居家護理	精神科居家治療
專案計畫心理師	王鈺寧	中原大學臨床心理所	心理衡鑑評估、心理治療、行為治療、生理回饋、 心理狀況評估、行為輔導技巧諮詢及親職教育	嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療 就醫障礙改善計畫

團隊組織與人力-助理及行政人員

成 員	姓 名	學 歷	專 長	專案計畫
專案計畫個管師	江吳敏慧	美和技術學院護理系	個案管理、整體照護需求評估、危機處理計畫、婦女保健護理、精神護理、急診護理	嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療就醫障礙改善計畫
專案計畫職能治療師	曾珮晴	1.義守大學職能治療學系 2.慈濟科技大學護理系	個案管理、統計資料整體照護需求評估、危機處理計畫及治療目標	嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療就醫障礙改善計畫
專案計畫行政專員	詹歲嬪	大漢技術學院四技國際企業貿易	評估個案狀況、制定規劃、協調團隊、整合資源	疑似或社區精神病人照護優化計畫
專案計畫助理	范姜芷儀	台北商業技術學院二技部應用商學系	行政文書、財務會計整理、會議統籌規劃、物流管理、學校飛修科主任、維安顧問、護理師公會幹事	疑似或社區精神病人照護優化計畫
社區治療醫務行政員	羅春光	大漢技術學院電腦工程科	醫務行政、駕駛	精神科居家治療



內容大綱

1

院所基本資料

2

特色項目簡介

3

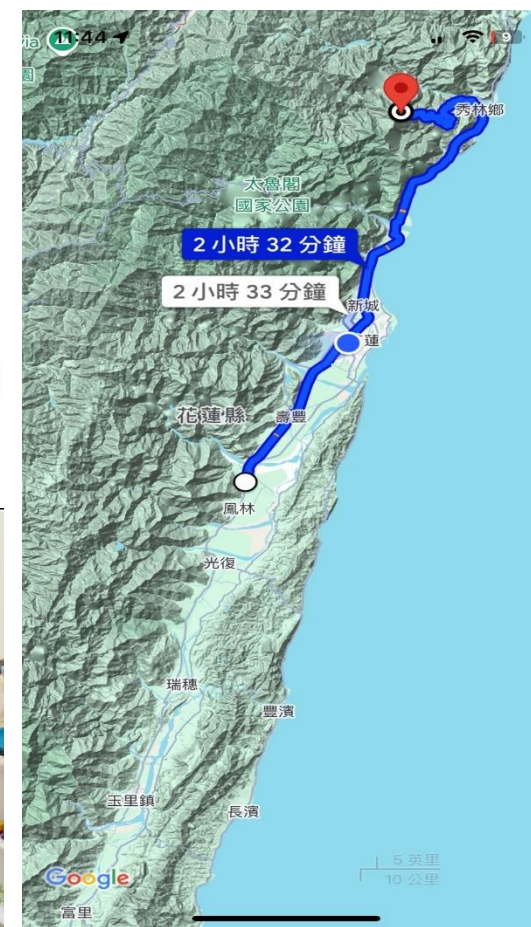
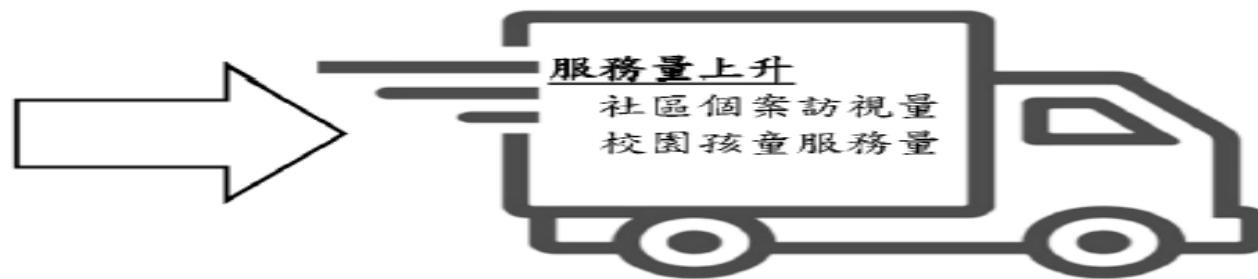
未來規劃

硬體設備改善

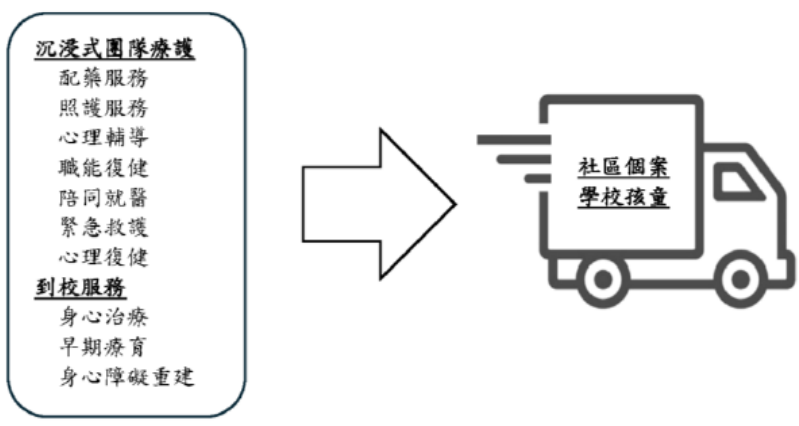
新增交通車
訪視路徑優化
精神辦公室整合

收案流程改善

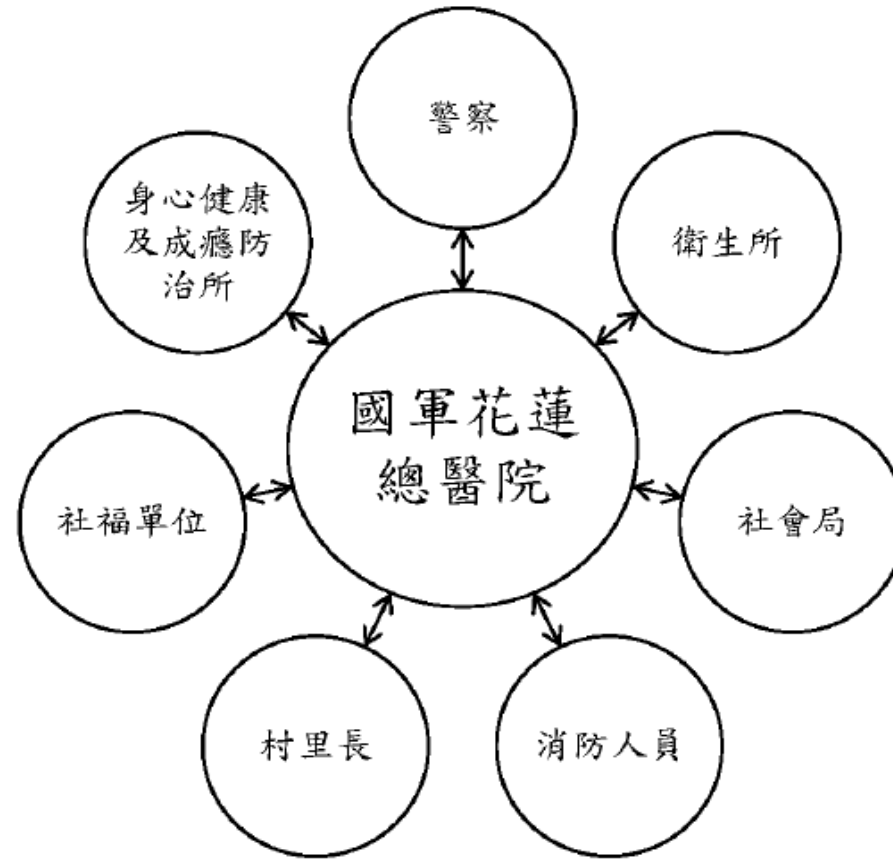
資訊優化
團隊整合
拓展路線



特色一：醫療宅配最及時，
社區健康好安心



特色二：家裡學校面面罩，
沉浸醫療好周到



特色三：健康網絡齊協作，
社區健康無死角

特色一

醫療宅配

特色二

沉浸醫療

特色三

健康網絡

健康團隊合作
多元文化學習

偏遠地區個案
克服天然災害
多元族群交流



特色四：醫療照護無阻礙，
多元族群無障礙



特色五：精神照護一站化，
居家住院一條龍

國軍花蓮總醫院『居家治療』捐贈物資後台管理表單

聯絡方式	捐贈日期	捐贈類別	捐贈名稱及數量	捐贈對象	食品有效日期	簽收人員
8266694	20240603	衣(穿的物資)	衣服褲子*20			陳掌基
8266694	20240603	食(吃的物資)	泡麵*10		20250115	宗麗英
8266694	20240603	食(吃的物資)	蘇打餅乾*10		20250115	宗麗英
8266694	20240605	食(吃的物資)	冷泡茶*2		20250214	宗麗英
8266694	20240612	住(生活用品類物資)	酒精乾洗手液*15			宗麗英
8335330	20240614	食(吃的物資)	八寶粥*3		20251123	宗麗英
8335330	20240614	食(吃的物資)	飲料*1		20241125	宗麗英
8335330	20240614	住(生活用品類物資)	水壺*1			宗麗英
8266694	20240619	育(文具書籍類物資)	學習雜誌*27			陳掌基



國軍花蓮總醫院『居家治療』捐贈物資-進貨



國軍花蓮總醫院『居家治療』捐贈物資-出貨



創新 1

物資募集送愛心

Check list

- ✓ 掃描物資QR code
- ✓ 即時存量
- ✓ 存入紀錄
- ✓ 接收端簽收
- ✓ 收支表單管理
- ✓ 存量報表匯出



創新 2

官方群組好貼心



LINE VOOM



國軍花蓮總醫院嚴重情緒行為 障礙

175位

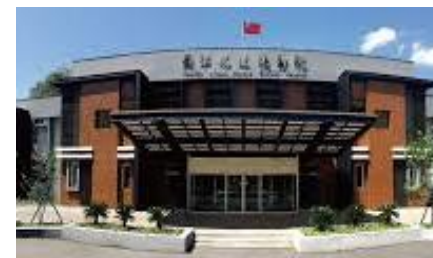
62
好友

24
追蹤者

0
貼文



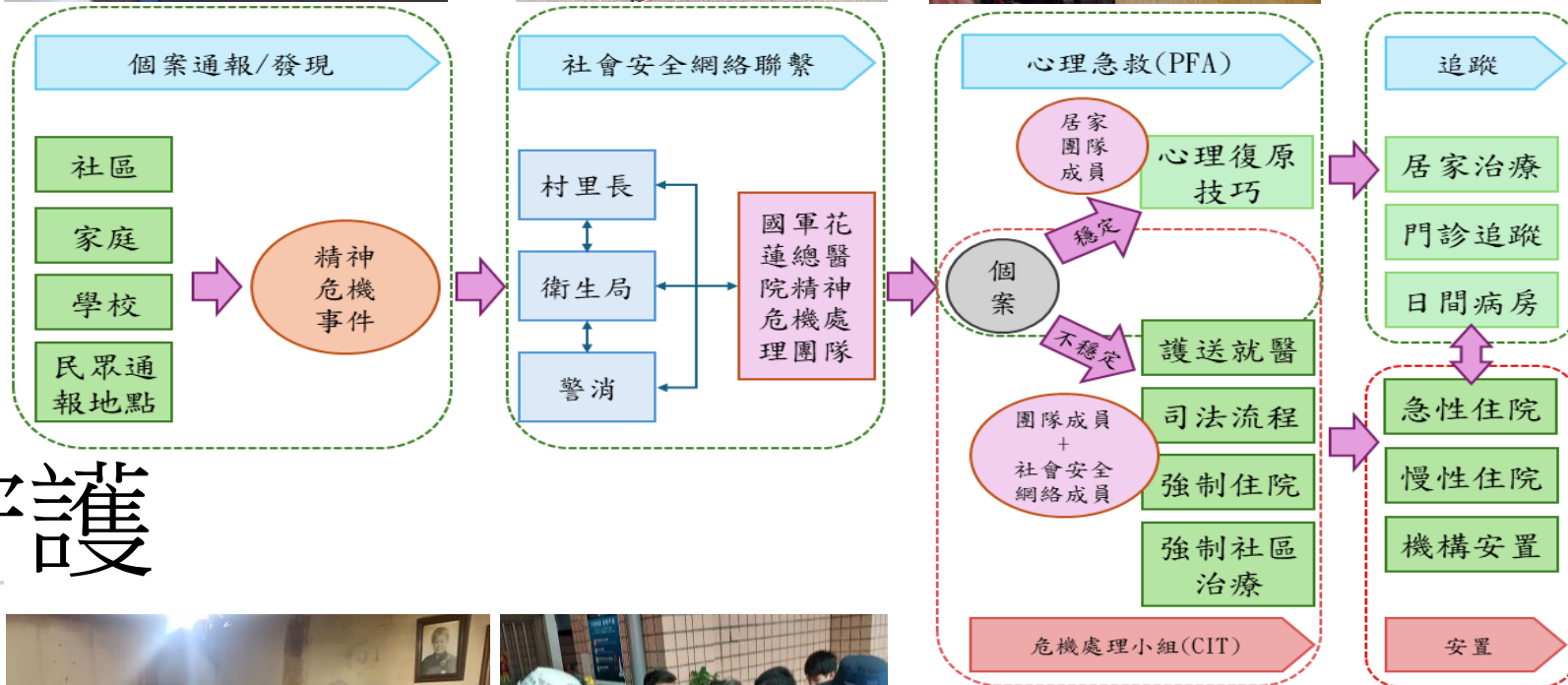
老師，我好累，我鼓起勇氣來密妳了，因為我不知道怎麼辦，我不知道怎麼搞的好累，覺得心很煩、很累，其實我很想去住院，但是家人不同意加上我自己的原因，我總覺得...我無法自救，也沒辦法被其他人救。
負面情緒好多，我不知道我該怎麼辦...



18:49



創新 3 團隊網絡共守護



普及度

與花蓮縣**衛政、教育、醫療、警消、社福**單位協作，形成連結網絡



110年團隊成立後，累計出勤服務人數總計達2,271人；訪視人次3,951人次

團隊合作



與社區互動機制



品管機制



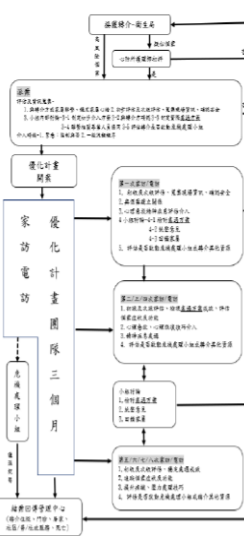
113年度國軍花蓮總醫院居家治療8月份業務報表												
月份	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
累計總收案人數	547	552	559	568	573	575	582	592				
累計已退出人數	477	480	483	484	488	489	497	498				
居家目前個案數	65	61	77	85	86	87	93	92				
居家訪視個案數	65	61	69	77	81	79	80	81				
居家訪視入次數	112	81	118	122	122	110	130	121				
新收案人數	1	5	7	9	5	2	7	10				
結案人數	5	3	3	1	4	1	8	1				
訪視次數	17	13	19	20	20	17	22	20				
收案追蹤(未訪)	6	12	8	8	5	8	5	14				
申辦延長個案人數	13	7	5	9	13	6	10	8				
實習生人數	14	0	0	0	0	0	22	14				



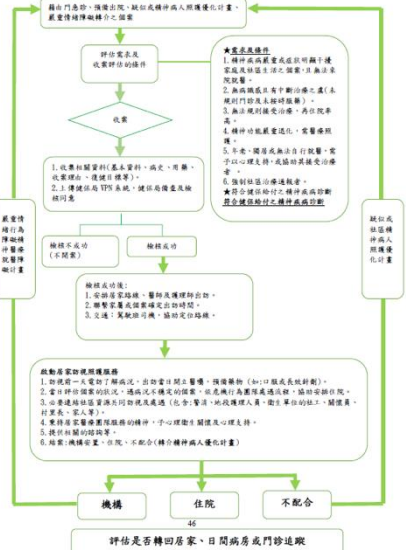
113年度國軍花蓮總醫院居家治療8月份業務報表					
月份	一月	二月	三月	四月	五月
累計總收案人數	547	552	559	568	573
累計已退出人數	477	480	483	484	488
居家目前個案數	65	61	77	85	86
居家訪視個案數	65	61	69	77	81
居家訪視入次數	112	81	118	122	122
新收案人數	1	5	7	9	5
結案人數	5	3	3	1	4
訪視次數	17	13	19	20	20
收案追蹤(未訪)	6	12	8	8	5
申辦延長個案人數	13	7	5	9	13
實習生人數	14	0	0	0	0

資源整合

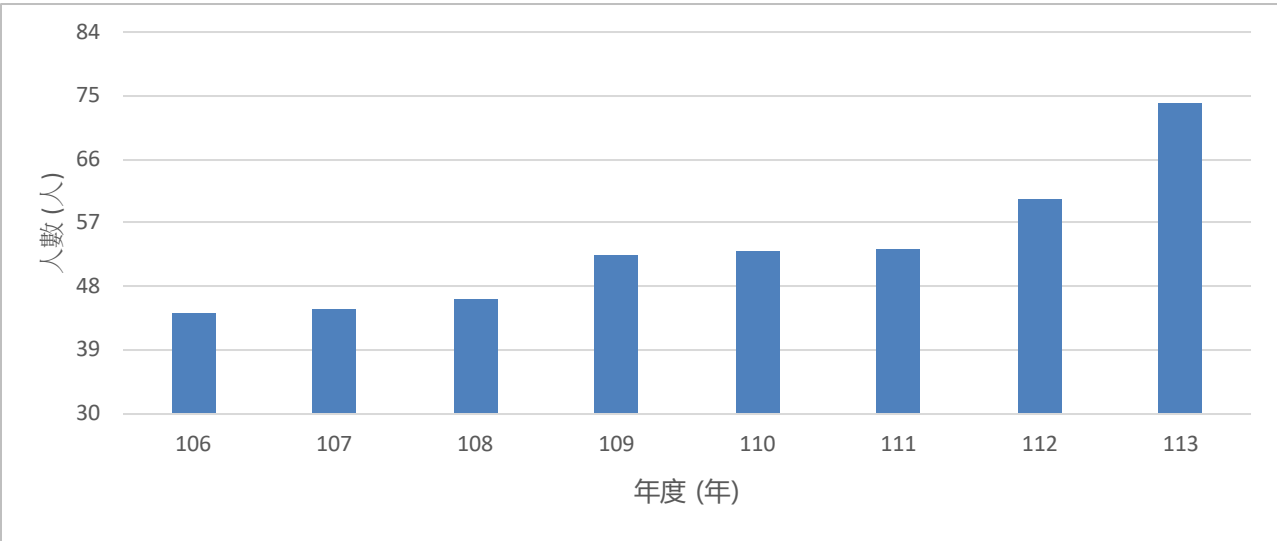
疑似或社區精神病人照護優化計畫個案處理流程圖



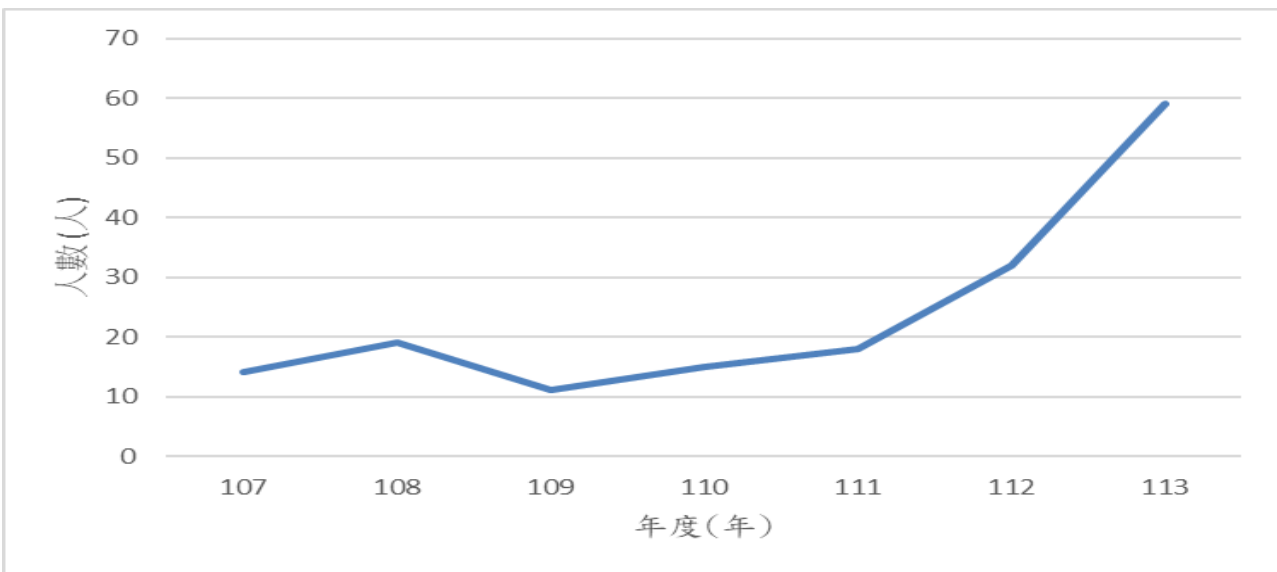
居家護理行為身心障礙者精神醫療服務計畫流程圖



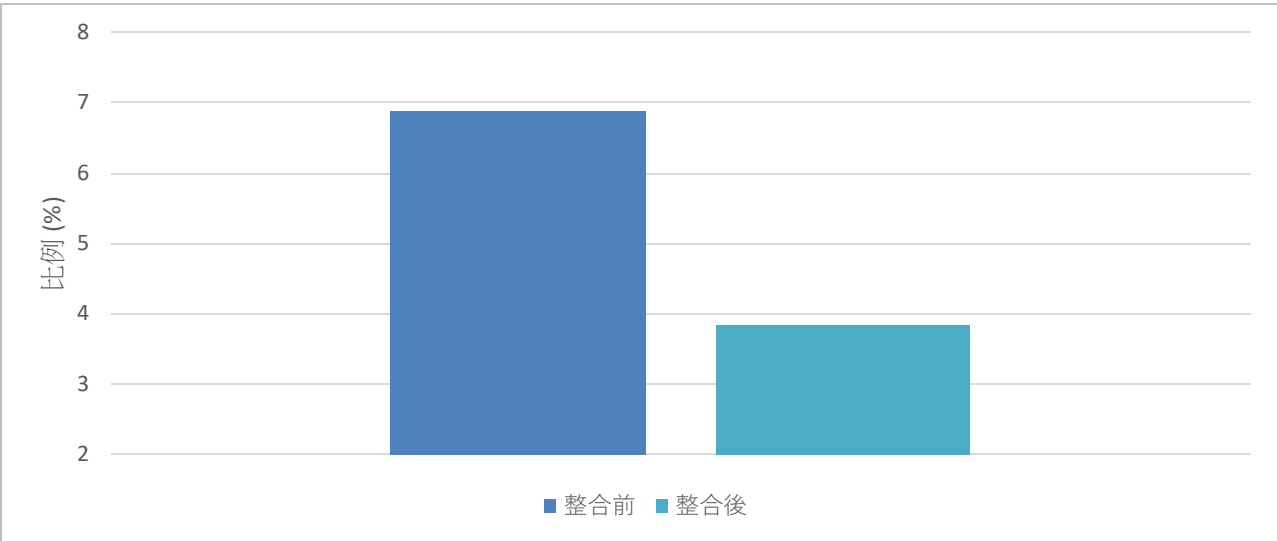
執行率



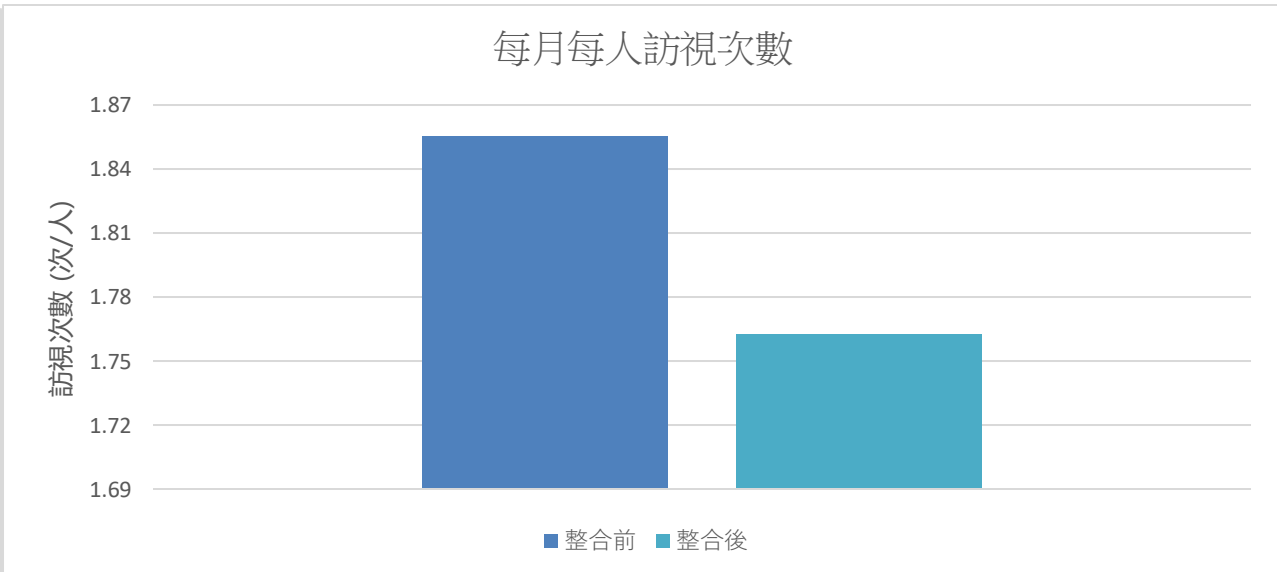
服務人數106年44.1人/月到113年5月70.6人/月



新收案人數整合前約15人/年到113年59人/年

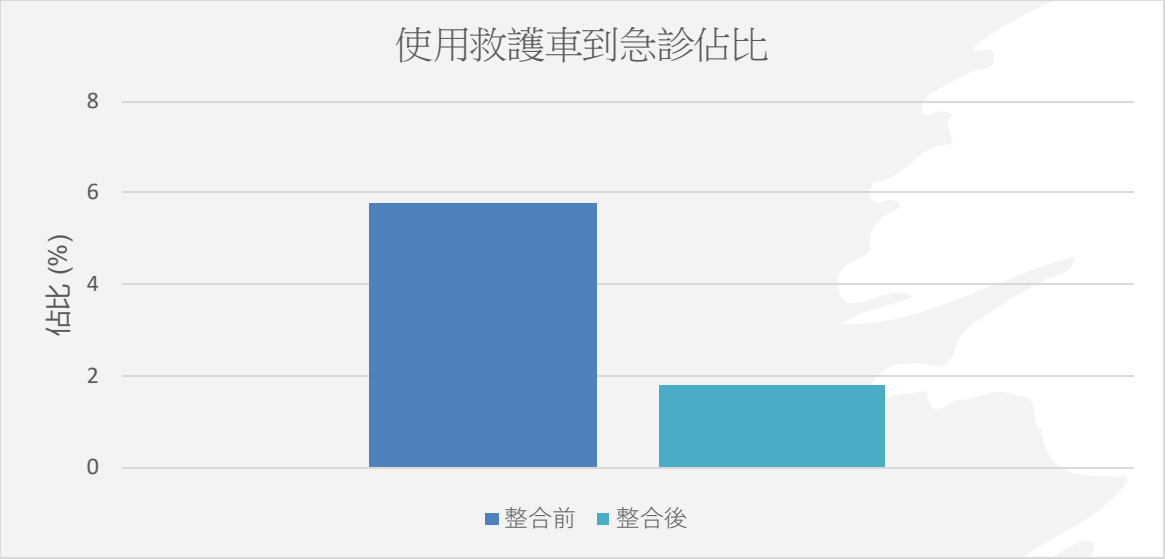


每月無法兩週內訪視人數整合前6.88%到整合後3.83%

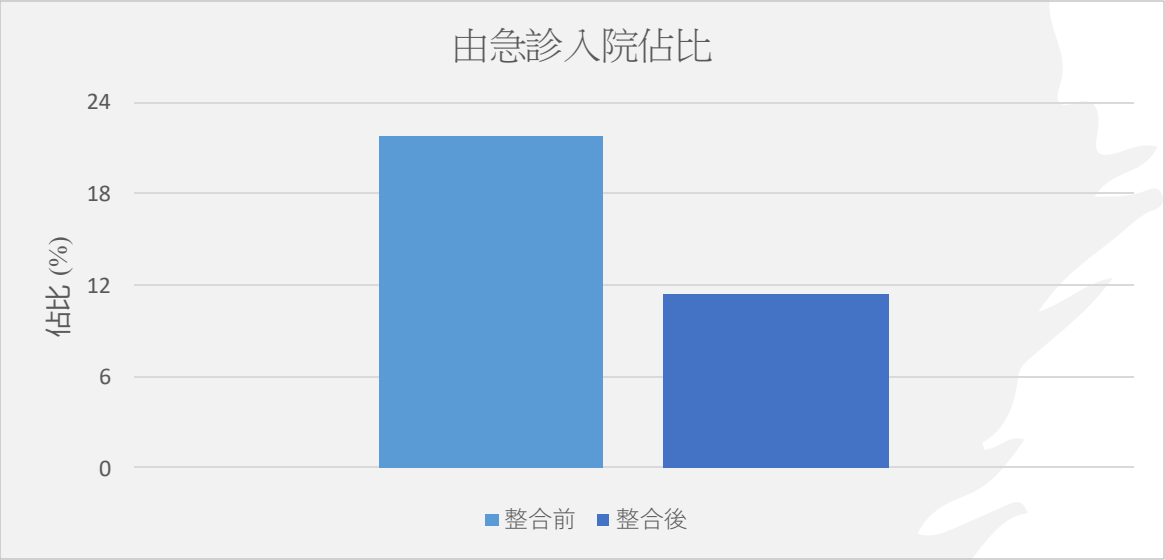


整合前後每月每人訪視次數自1.86次到1.76次

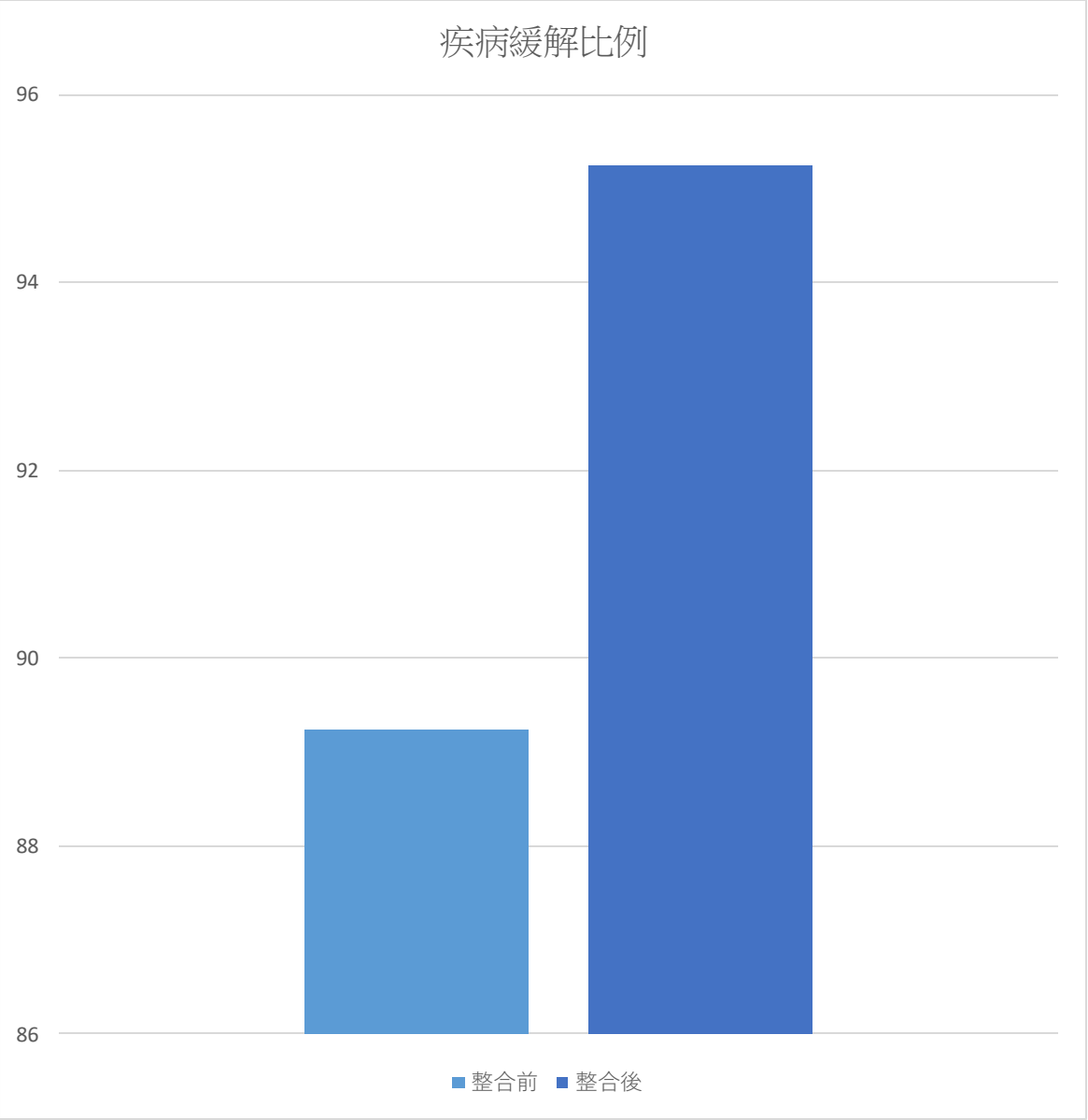
服務質量



每年使用救護車比例整合前後自5.78%下降到1.81%



整合前後每年經急診處置須住院自21.8%下降到11.4%



達一年以上不需住院佔比自89.2%上升到95.2% 195

服務效益

職業類別	次數	百分比
消防	559	31.26
警察	549	30.70
衛政	464	25.95
社福機構	125	6.99
民政社政	91	5.09
合計	1,788	100.00

項目	次數	百分比
擔心病人抗拒不從	1,365	76.34
擔心發生意外或傷害	1,355	75.78
擔心會被投訴或控告	1,102	61.63
擔心無法確認是否達護送就醫標準	1,003	56.10
擔心執行護送就醫是否都合乎法令規範	956	53.47
擔心無法確認是精神病人	883	49.38
擔心與其他偕同處理人員意見不一	726	40.60
其他	53	2.96

百分比: (次數/總填答筆數)*100



社區滿意度

許崇智醫師您好：

我是 [] (您的病患 [] 的姊姊)，[] 於13年8月18日已蒙主恩召，我想藉中秋節這節日也向您和您的團隊獻上感謝，祝你們中秋節快樂。

去年6月因優化計畫，弟弟長年的精神疾病得到對症下藥的治療，這是我直期待和禱告的方向，很感謝您們在我對精神疾病患者強利就醫流程失望的同時，幫助到我弟和我家，近半年我更是看到弟弟的轉變，性情不再暴躁，也懂得知足感恩，雖然短暫卻實質幫助到我們關係的恢復，千言萬語說不盡，感謝您和團隊。

[] 2

身心靈創意市集 為您帶來不一樣的體驗

攝影：[] 2013年10月11日



為支持社會大眾對於心理疾病的標籤化，提升民眾的心理、身體健康，花蓮縣衛生局攜手國華花蓮醫院，特於13年10月11日上午於國華花蓮醫院後門廣場舉辦「身心靈創意市集」，有傳統手作、舒壓芳療、二手小物、美味甜點、各項精神衛生治療專業諮詢等攤位，希望忙碌的平日能抽空來參與活動的民眾，能夠療癒一下心靈與放鬆身體的負擔，身心靈創意市集希望為您帶來不一樣的體驗。

花蓮縣衛生局朱家祥局長表示，身心靈主要涵攝身體、心理及靈性三方面，舉例來說，像是工作壓力大、生活疲憊或是從小生長環境不理想等，都有可能讓人長期處在煩悶、失眠及焦慮等負面情緒，過去社會風氣比較鼓勵表達，更加傾向壓抑情緒，這些因素加深現代人追求身心靈平衡的重要性，提醒民眾「有心理健康才有真正的健康」，衛生福利部將每年10月訂為「世界心理健康月」，目標在於提高民眾對心理健康問題的認識，促進心理健康的重視和相關資源的可獲得性，邀請民眾一同響應身心靈創意市集活動，促進社會對心理健康的關注與支持。

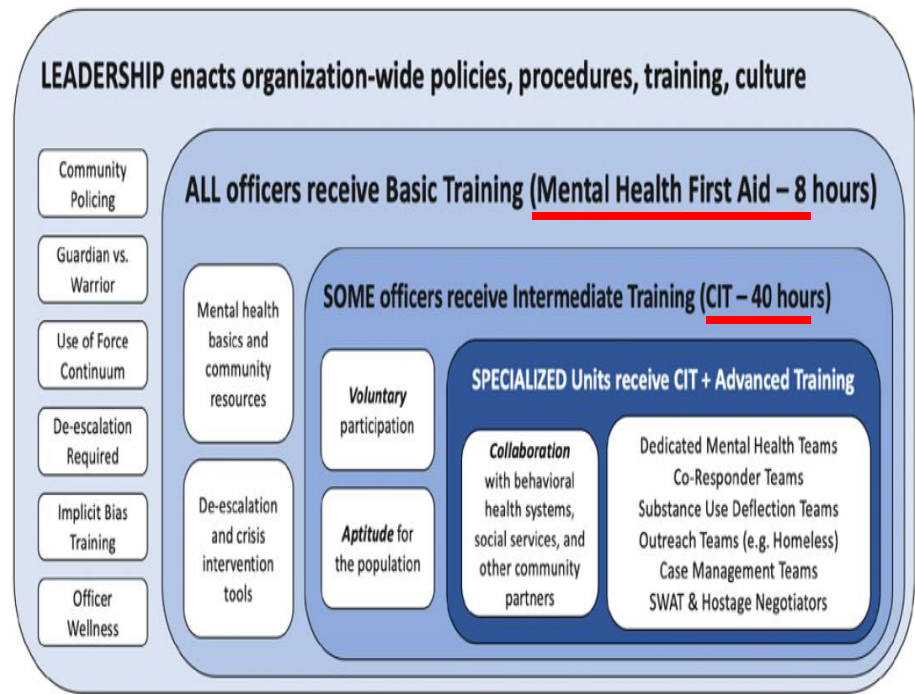
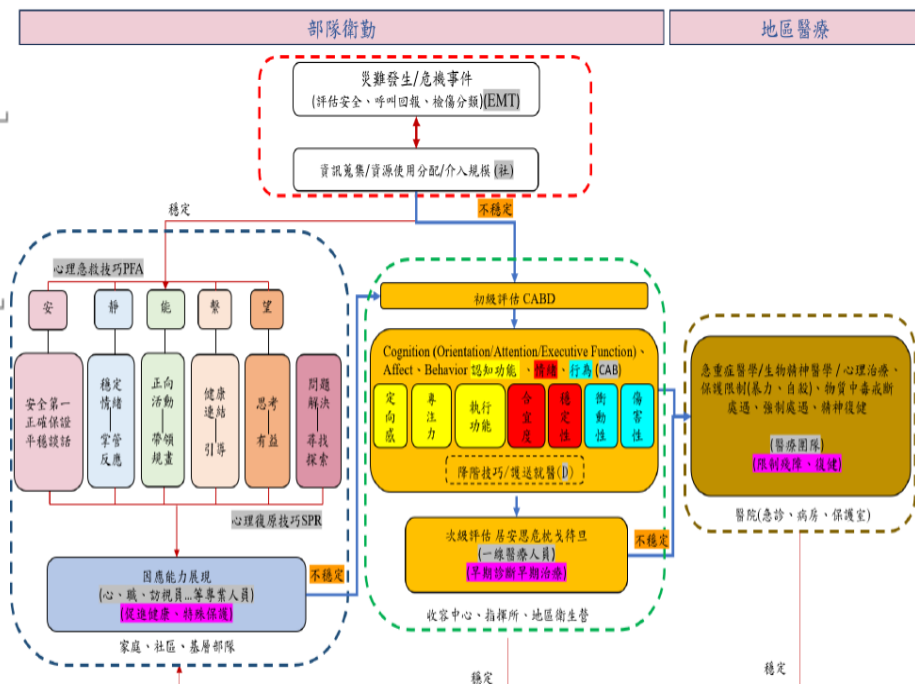


11.此次活動中令您印象最深刻的是...？	12.整體而言，對於本次活動參予的回饋意見
醫師很用心的推動計畫	社工們熱心的參與計畫
演講	辛苦了
與計畫的合作單位都不吝發言	建議半年一次的交流
家屬代表分享，理解當事家屬的困境	完整呈現疑似或社區精神病人照護優化計畫，工
家屬分享	讓社區的民眾網絡更瞭解計畫的執行方式
優化計畫說明	
團隊對優化計畫的認同與熱忱	優化計畫對社區網絡與社區穩定，確實有很多的
講師課程	很用心
辛苦工作人員	有食物有理論很棒。
	內容紮實，收穫許多
對於復元歷程的瞭解！	感謝承辦人員及講師用心完成這場專題講座

針對教育訓練內容滿意度	92分
針對家屬及個案所接收的團隊服務滿意度	94分
針對醫事人員滿意度	96分

研究成果 及應用

1. Hsu, C. C., Liang, C. S., Tai, Y. M., & Cheng, S. L. (2016). Incongruent changes in heart rate variability and body weight after discontinuing aerobic exercise in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 109, 132-137.
2. Hsu, C. C., Tai, Y. M., Yang, L. K., & Yang, S. N. (2018). The combined treatment of foot bath and antidepressant reduces the depressive symptoms and suicidal ideation. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 32(3), 217-224.
3. Lin, M. W., Tsai, C. W., Hsu, C. C., Kao, L. C., Tai, Y. M., & Yang, S. N. (2020). Critical Incident Stress Debriefing for Frontline Military Rescuers in a Helicopter Crash Disaster in Taiwan : A preliminary Report. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 34(3), 128-133.
4. 孔繁璣、蔡昕皓、林明瑋、戴月明、楊斯年、許崇智 (2022). 住院憂鬱年輕男性接受雙側刺激與生活品質研究 國防醫學中心國軍軍醫學術研討會海報發表, 台北市, 台灣
5. Hsu, C. C. (2022.11) . Repeated Measurement of Continuous Performance Test-Related Heart Rate Variability in Healthy Young Men. Oral presentation : 61th annual meeting of the Taiwanese psychiatry society, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan
6. Hsu, C. C. (2022.11) . Introducing EMDR Lite : An empirically modified EMDR protocol for brief treatment Poster presentation : Academic Congress of Military Medicine, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan
7. Kung, F. H., Tai, Y. M., Kao, Y. C., Yang, S. N., & Hsu, C. C. (2024) . Analysis of Heart Rate Variability in Young Male Adults with Depression and Anxiety during Warm-water Footbath. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 38 (1) , 25-30.
8. Hsu, Chung-Chih, Tien-Yu Chen, Jia-Yi Li, Terry BJ Kuo, and Cheryl CH Yang. Differential Analysis of Heart Rate Variability in Repeated Continuous Performance Tests Among Healthy Young Men. *Psychiatry Investigation* 22, no. 2 (2025): 148.
9. Chung-Chih Hsu, Tien-Yu Chen, Hsun Ou, Terry B.J. Kuo, Cheryl C.H. Yang. Interactions Between Depression, Autonomic Dysfunction, Inhibitory Control and Reaction Time: Insights From Heart Rate Variability During Continuous Performance Test. *Psychiatry Investig.* 2025;22(8):921-929



災難發生/危機事件
(評估安全、呼叫回報)(社安網絡)

資訊蒐集/資源使用分配/介入規模(社)

穩定

不穩定

心理急救技巧PFA

安

靜

能

繫

望

安全第一
正確保證
平穩談話

穩定情緒
掌管反應

正向活動
帶領規畫

健康連結
引導

思考
有益

問題解決
尋找探索

心理復原技巧SPR

因應能力展現
(心、職、訪視員...等專業人員)
(促進健康、特殊保護)

家庭、學校、社區、基層部隊

不穩定

初級評估 CABD

Cognition (Orientation/Perception/Delusion/Executive Function)、Affect、Behavior 認知、情緒、行為 CAB)

定向感

幻覺/妄想

專注力/調適能力

合宜度

穩定性

衝動性

傷害性

降階技巧/護送就醫(D)

次級評估 居安思危枕戈待旦
(一線醫療人員)
(早期診斷早期治療)

不穩定

衛生營/醫療前支團隊、CIT、地區心理衛生中心

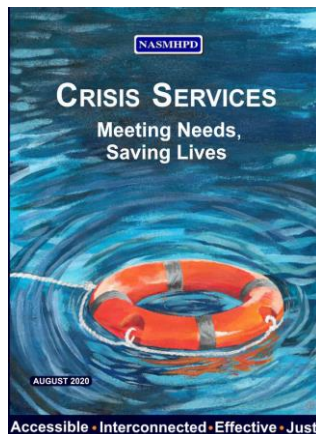
急重症醫學/生物精神醫學/心理治療、
保護限制(暴力、自殺)、物質中毒戒斷
處遇、強制處遇、精神復健

(醫療團隊)
(限制殘障、復健)

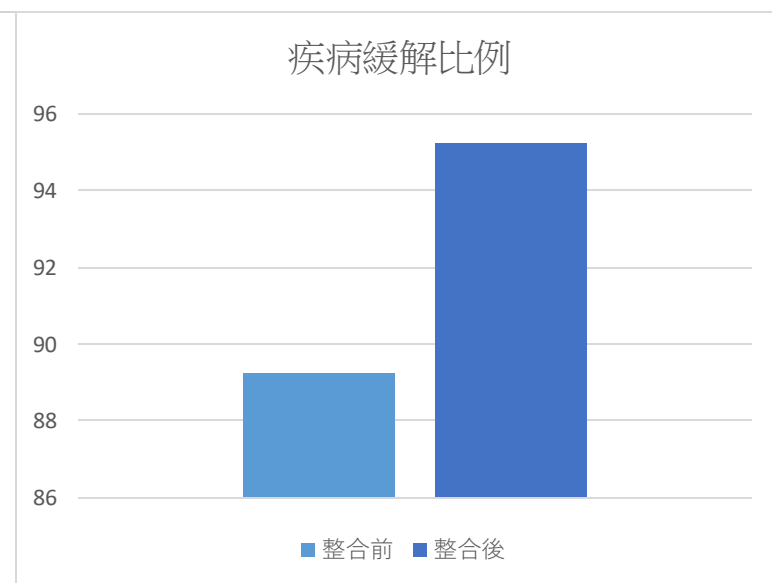
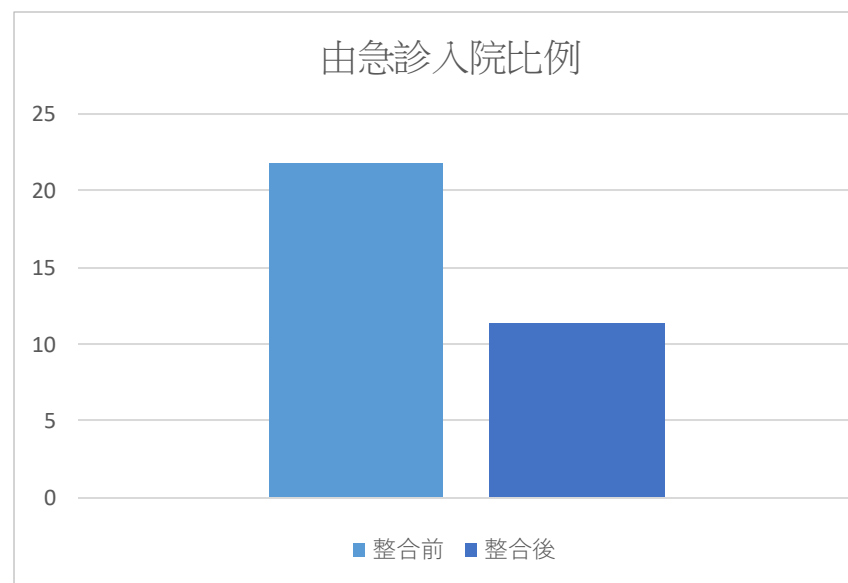
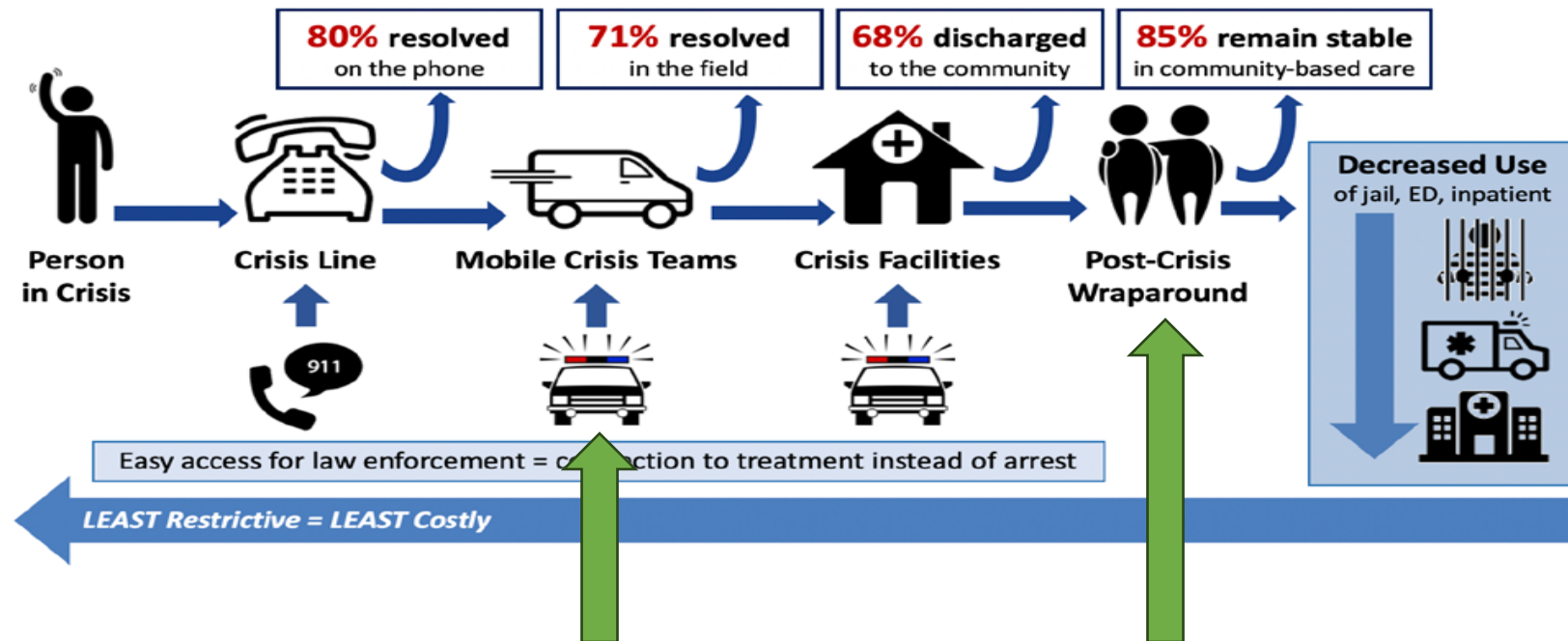
醫院(急診、病房、保護室)

穩定

穩定



特色、專業
 與國內、世
 界水準相較
 之客觀數據



內容大綱

1

院所基本資料

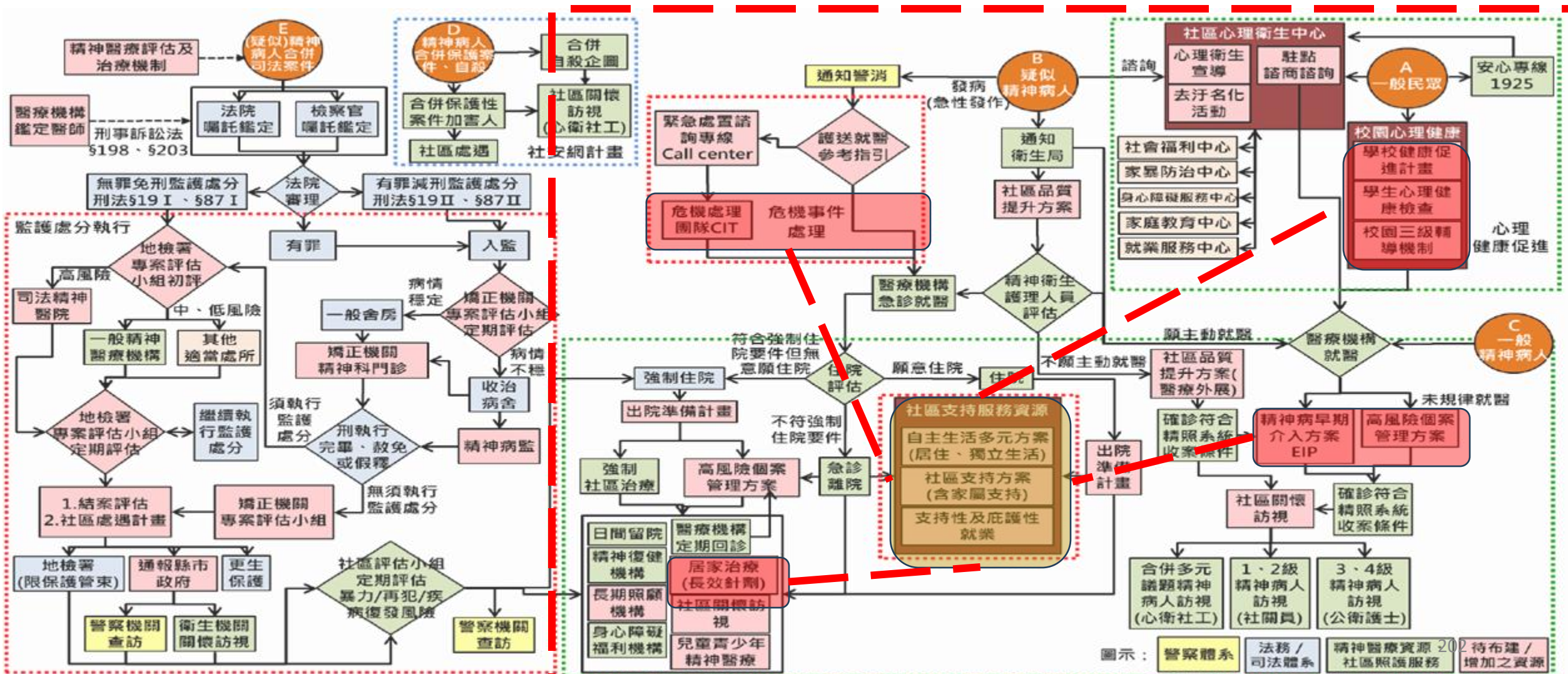
2

申請項目簡介

3

未來規劃

- 一、持續深化心理急救技巧、CIT緊急精神醫療介入技巧於社區及校園，向下紮根心理衛生。
- 二、加入成癮社區危機處遇，完善社區安全網。
- 三、藉由社區精神醫療-社區支持服務資源，開啟社區心理健康新篇章。



在這片土地上，
人人都是鏟子超人



守護社區第一道防線：區域醫院整合跨域資源， 快速介入社區精神危機

回應人
衛生福利部嘉南療養院 汪俊年 醫師

汪俊年 William Chun-Nien Wang M.D.,

主治醫師

衛生福利部嘉南療養院

社區精神精神科

地址：717台南市仁德區裕忠路539號

電話：06-2795019分機1057/1058 0972 312 203

e-mail: watchname@mail.cnpc.gov.tw



精神科醫師，任職於衛生福利部嘉南療養院，為台南地區規模最大的精神病專科醫院。在醫院裡的社區精神科擔任主治醫師，目前的工作內容為台南區偏遠衛生所精神科門診巡迴，幾家精神病教養機構及老人之家巡迴門診，並與醫院裡的居家護理師共同進行精神科居家治療。服務對象多為精神科重大傷病患者，其中多為社會經濟弱勢的一群，許多人需依靠低收入福保、殘障補助等資源才能持續接受醫療照顧。

守護社區第一道防線：區域醫院整合跨域資源， 快速介入社區精神危機

回應人
高雄市立凱旋醫院 劉潤謙 醫師

由實例看外展的重要

高雄市立凱旋醫院
劉潤謙醫師



案例

- 53歲男性，過去病史不明。
- 多次報警表示有飆車族在追殺自己。
- 警方不堪其擾，告訴他再亂報就要罰錢。

腰間掛一整杯鐵釘...高雄「撒釘怪客」害多車爆胎被起訴



▲高雄「撒釘怪客」邊騎車邊撒鐵釘遭逮。(圖／記者陳宏瑞翻攝，下同)

記者陳宏瑞／高雄報導

高雄市林園、小港區日前出現「撒鐵釘怪客」，一名53歲陳姓男子騎乘機車到處撒鐵釘，警方獲報後將人逮回依妨害往來公眾安全罪送辦，檢方複訊向高雄地方法院聲請羈押，但法院裁定陳男無保請回。消息曝光一度引起民眾恐慌，由於陳男脫序行為不斷，警方會同衛生局將陳男強制送醫，檢方後續偵辦後，今（19）日偵結依公共危險罪將陳男起訴。



發布時間：2024/10/22 12:31 更新時間：2024/10/22 15:16

王柔婷 陳顯坤 / 採訪報導

結論先講

高雄林園區沿海路上，近來常有人沿途撒鐵釘造成許多用路人受害，週日警方逮到現行犯，就是曾在小港區亂撒鐵釘的陳姓男子，檢方複訊後向法院聲請羈押，法官認為無羈押原因讓嫌犯無保請回，也引起當地居民不滿。法院回應，嫌犯雖坦承撒釘，但涉犯的妨害公眾往來安全罪，不列入《刑法》中得以羈押的罪名之中，證據也難認定他罪嫌重大，才無保請回，檢方不排除要提抗告。

規則治療的重要(治療後)



案例

- 49歲女性，診斷為思覺失調症，多次住院。
- 長期以來自我照顧能力不佳，在家隨地大小便，食物亂丟。
- 話量多，常常自言自語，干擾度高，晚上不睡覺，吵別人。
- 醫師囑咐要抹一個月的藥膏，隨意亂塗藥膏在牆壁上。

如果你是家屬，你該怎麼辦???

報警???

高雄人倫悲劇！23歲男刺死鬧事母喊「我解脫了」 父一度欲頂罪

2024-09-30 14:29 / 作者 社會中心



高雄前鎮區瑞忠街一處民宅，昨天傍晚發生一起人倫悲劇。翻攝自Google Map

高雄市前鎮區昨（29日）傍晚發生一起人倫悲劇，1名23歲鄭姓男子，疑似不堪母親長期精神狀況不佳，一時情緒

高雄前鎮爆弑親案！母遭「水果刀刺頸」亡 23歲逆子無保請回原因曝

周刊王CTWANT | 謝佳娟

2024年10月1日



高雄市前鎮區一名23歲鄭姓男子因不滿精神狀況不佳的母親，在家中四處亂抹藥膏，一時情緒失控下竟拿起水果刀朝母親猛刺，導致母親頸動脈破裂，大量失血身亡。（圖／民眾提供）

[周刊王CTWANT] 高雄市前鎮區29日發生駭人弑親案，一名無業23歲鄭姓男子因不滿精神狀況不佳的母親，在家中四處亂抹藥膏，雙方爆發激烈口角，鄭男一時情緒失控，竟拿起水果刀朝母親猛刺，導致母親頸動脈破裂身亡，但法官卻因「2理由」裁定鄭男無保請回。

據了解，患有思覺失調症的49歲葉姓母親因精神狀態不穩，經常拿藥膏塗牆，29日晚間6時許鄭男看見母親又亂抹，隨即出聲勸阻，見母親屢勸不聽，鄭男一氣之下拿出水果刀作勢威脅，怎料勸說過程中鄭男竟失去理智，朝母親的頸部狂刺3刀，不久鄭男的父親與姐姐剛好返

熱

1.

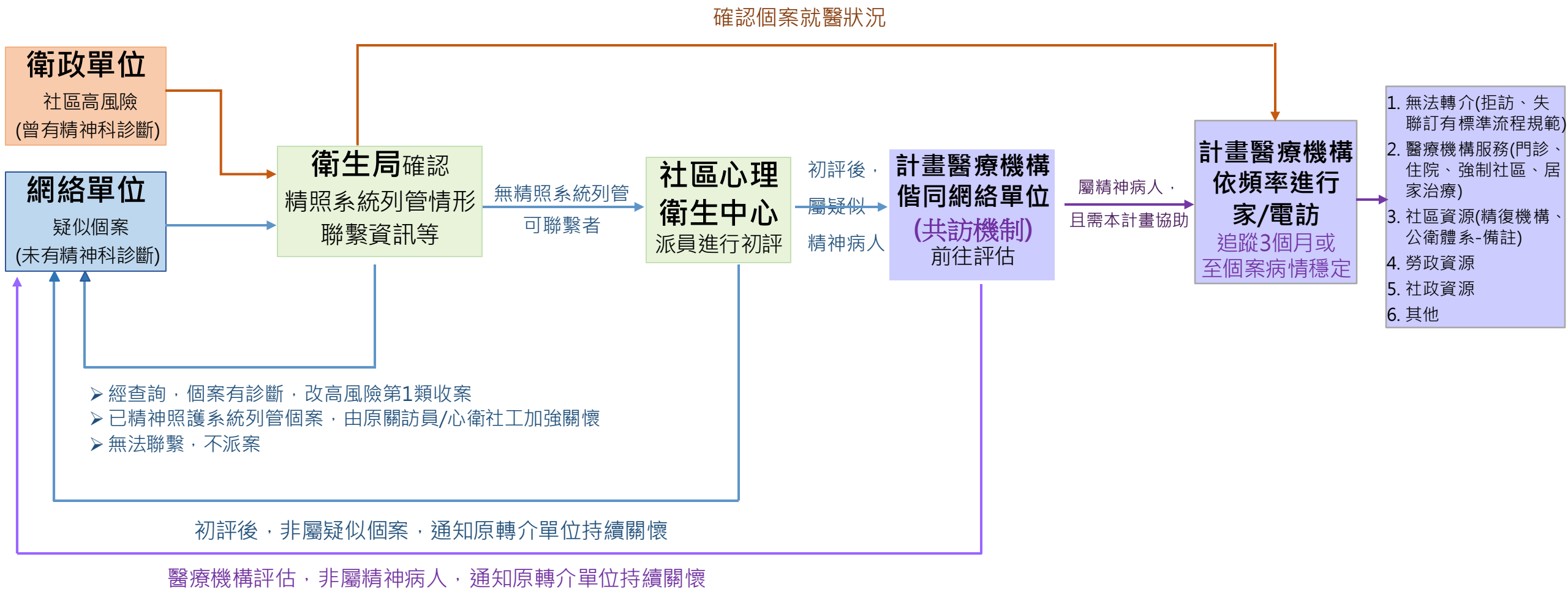
2.

3.

4.

5.

通報後，計畫服務流程總覽-高雄市



備註：

符合診斷者由社區心理衛生中心關訪員/心衛社工追蹤：F20、F25、F30、F31、F22、F06.0、F06.1、F06.2、F06.33、F06.34、F06.8

疑似精神病人通報轉介單填寫

附件 5

個案轉介單

114 年度疑似精神病人個案轉介及回覆單/第 4 類轉介單 *為必填

請傳真至 (07)7229480		聯絡電話： (07)713-4000#5418 高雄市政府衛生局 聯絡人-謝小姐		轉介注意事項： 1. 請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2. 必須配合醫療機構共訪機制，且個案/家屬可聯繫。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」。	
*身分證字號		*姓名			
*連絡電話		*訪視地址			
*性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲		
*教育程度	☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職/專科 ☐ 大學 ☐ 碩士或以上 ☐ 不詳				
*婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 ☐ 不詳				
*計畫轉介告知	☐ 已告知主要照顧者 ☐ 無法告知，原因 _____ *請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。				
*主要照顧者/重要關係者	姓名/ _____ 關係/ _____ 電話/是否同住： ☐ 是、 ☐ 否 可協助訪視事宜者，關係：太太/兒子/鄰里長/社工				
*主要問題內容	☐ 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 自傷 ☐ 自傷之虞 ☐ 2. 社區干擾/破壞： ☐ 公共危險 ☐ 公共危險之虞 ☐ 預期性傷害危險(○未曾發生過 ☐ 曾經發生過) ☐ 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)： _____ ☐ 4. 其他(請描述)： _____				
*個案篩檢表	☐ 有，請摘錄說明篩檢結果： _____ ☐ 無				
第 4 類個案轉介機構/單位					
*轉介來源	☐ [社政]保護體系【 ☐ 家暴通報(☐ 相對人 ☐ 被害人) ☐ 性侵害通報(☐ 相對人 ☐ 被害人) ☐ 兒少虐待通報】 ☐ [社政]社福體系(☐ 脆弱家庭通報 ☐ 其他： _____) ☐ [衛政]自殺通報 ☐ [衛政]毒防中心(☐ 酒癮 ☐ 藥癮 ☐ 其他： _____) ☐ [衛政]Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 ☐ 勞政體系 ☐ 教育體系 ☐ 警政、消防體系 ☐ 社區民政體系(☐ 鄰里長或里幹事 ☐ 社區民眾) ☐ 其他： _____				
*轉介目的	☐ 協助精神狀況評估 ☐ 協助轉介醫療機構 ☐ 提供精神心理社會處置及衛生教育 ☐ 危機處理及提供短期就醫資源 ☐ 提供個案社區關懷追蹤 ☐ 其他： _____				

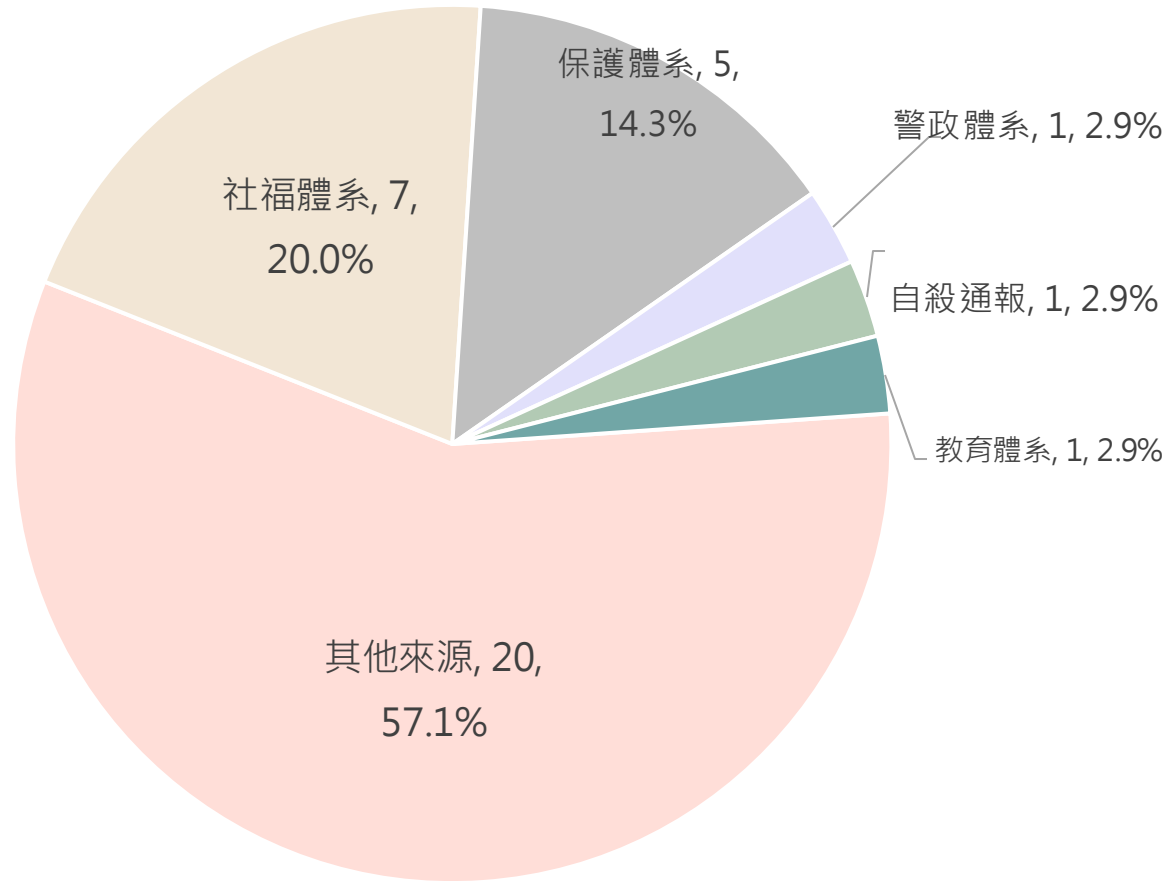
*個案概況描述	最近一次家訪日期：____年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 〔轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視〕				
備註					
*轉介單位	☐ 可配合共訪 ☐ 無法配合共訪		電子信箱		
*電話	電話： _____ 分機 _____		傳真 _____		
*轉介日期		*轉介人核章		*主管核章	
114 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單					
*衛生局家訪紀錄	訪視日期： _____				
*衛生局家訪人員核章		*單位主管核章			
☐ 轉介醫療機構，由 _____ 提供評估服務 ☐ 個案有診斷，改為高風險第 1 類收案，由 _____ 提供服務 ☐ 為衛生局服務個案，由 ☐ 公共衛生護理師 ☐ 社區關懷訪視員 ☐ 心衛社工 ☐ 自殺防治關懷員關懷中。請聯繫 _____，電話： _____ 分機 _____。 ☐ 暫不轉介： ☐ 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 ☐ 個案主要需求非衛生機關服務項目，不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 ☐ 其他原因(請簡述)： _____ 〔註：已住院/門診/居家治療、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介〕					
衛生局派案日期	114 年__月__日	評估人員		單位主管	
114 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單					
已於 年 月 日，進行聯繫 ☐ 住院，入住 _____ 醫院 ☐ 門診/居家治療 ☐ 失聯(已依失聯 SOP 處理) ☐ 搬遷 ☐ 拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理)			☐ 已____年__月__日前往，但無法成功接觸個案 ☐ 羈押中 ☐ 生理疾病住院 ☐ 死亡 ☐ 其他原因(請簡述)： _____ 其他補充事項：		
*醫院回覆日期	114 年 月 日	*經辦人員核章		*單位主管核章	
*衛生局回覆日期	114 年 月 日	*衛生局人員核章		*衛生局主管人員核章	



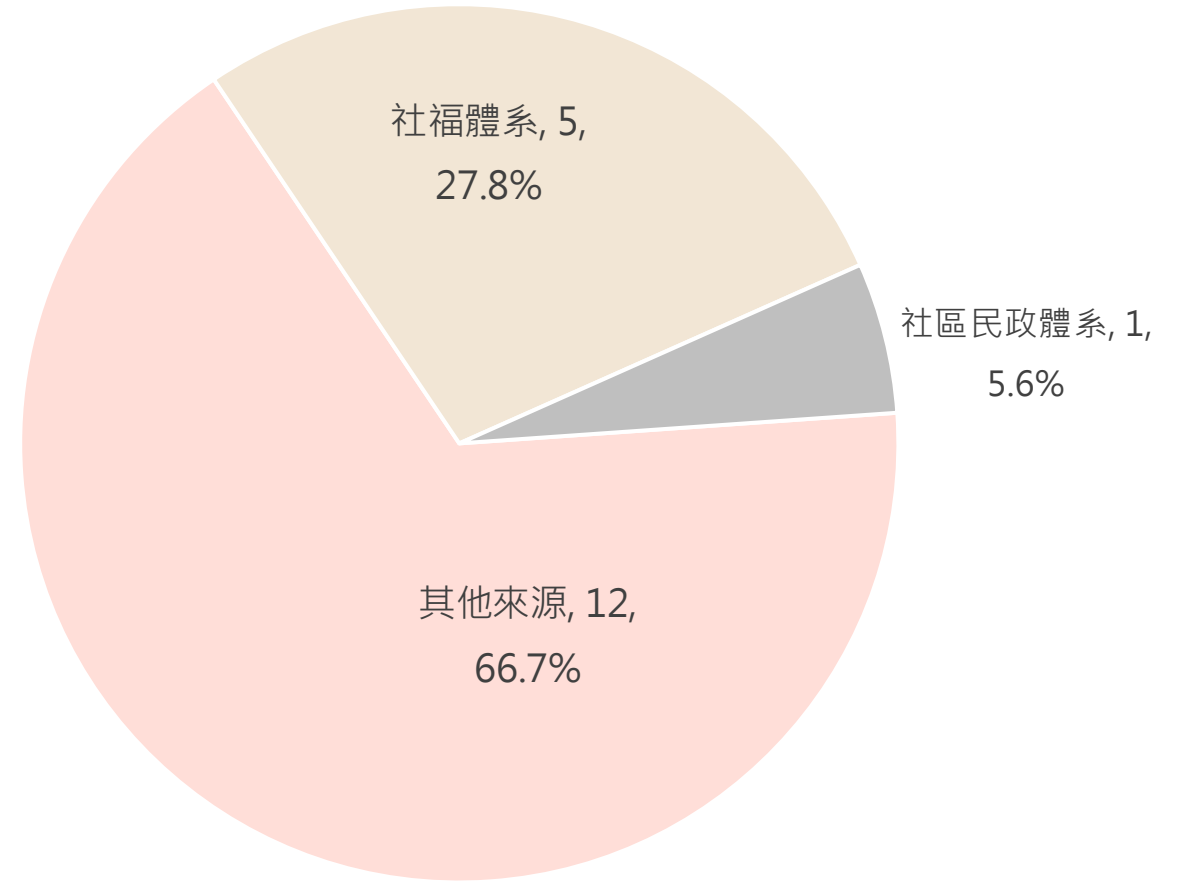
開案後續服務



凱旋醫院疑似個案轉介來源



113年受派人數：35人



114年1-9月受派人數：18人

凱旋醫院高風險服務案量

	第1類	第2類	第3類	第4類	第5-1類	第5-2類	第5-3類	總計
113年度	27	33	0	18	37	27	0	142
114年1-9月	17	18	0	5	31	12	0	83

收案類別：

第1類：非追蹤關懷之護送就醫病人

第2類：衛生局追蹤保護中之困難精神病個案

第3類：社區危機處理後之精神病個案

第4類：網絡轉介疑似個案經評估確診後，需積極醫療處置之精神病個案

第5類-其它：

(1)門診或急診醫師建議住院，但不願意住院個案

(2)警、消人員協助送醫精神病個案

(3)強制住院送審後，未住院精神病個案

凱旋醫院服務案量

	疑似個案 評估人次	電話訪視 人次	居家訪視 人次
113年	14	275	138
114年1-9月	15	144	307

	醫師訪視次數	專業人員訪 視次數
113年	106	259
114年1-9月	67	159

高壓下的臨床決策： 醫學中心緊急精神醫療的挑戰與新契機

16:20-17:10

引言人

台灣社會與社區精神醫學會 **楊蕙年** 主任委員

報告人

彰化基督教醫院 **陳力源** 主任 (影片)

三軍總醫院北投分院 **孔繁璇** 醫師

回應人

台中榮民總醫院 **張庭綱** 主任

衛生福利部桃園療養院 **詹佳祥** 主任

高壓下的臨床決策 醫學中心緊急精神醫療的 挑戰與新契機

彰化基督教醫院 精神醫學部 陳力源

2025.10.04



醫學中心五大任務

- 提供重、難症醫療服務與品質改善
- 發展卓越特色醫療服務
- 落實全人照護教育
- 創新研發與科技發展
- 配合國家衛生醫療政策



社區精神醫療觸角－以彰基為例

- 精神科居家治療
 - 衛生局、家暴防治中心、社會處、生命線、張老師...etc.
 - 「疑似或社區精神病人照護優化計畫」
 - 「嚴重情緒行為者精神醫療就醫障礙改善及精神病早期介入計畫」
-
- 支援鄰近友院嘉義長庚醫院之兒童心智科門診
 - 支援馬祖地區精神醫療門診(2025.10~)



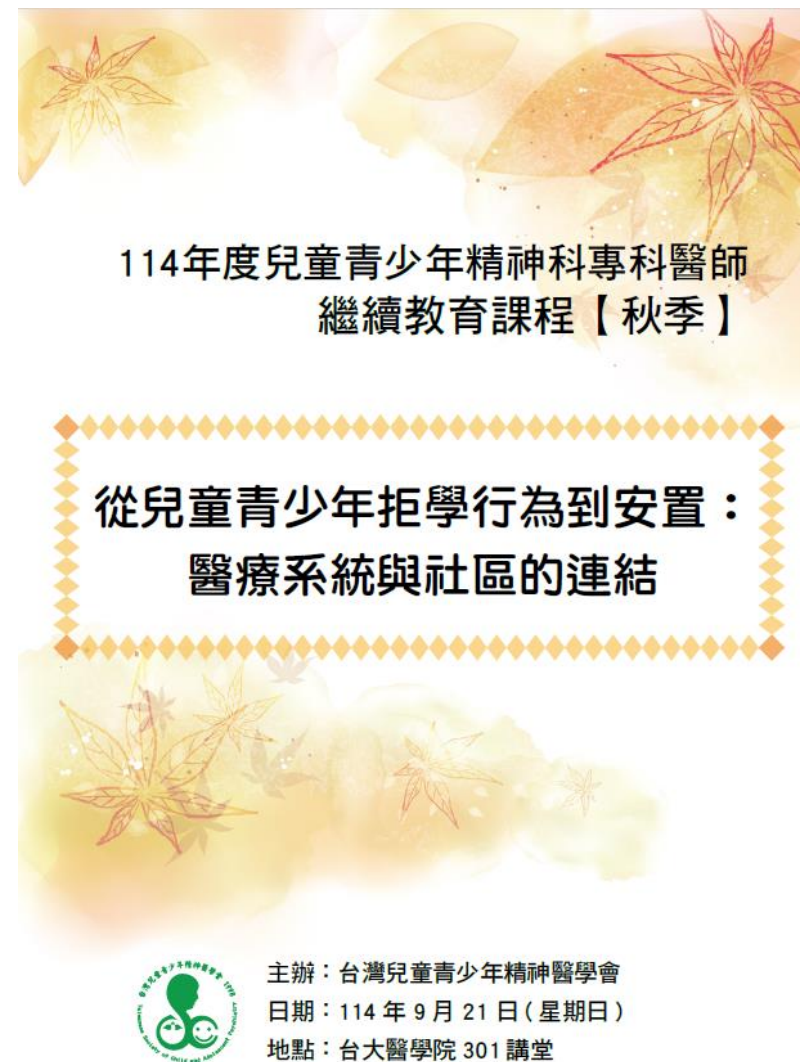
高壓

- 臨床情境
- 網絡合作
- 人力調配
- 整合資源



臨床樣態的改變

- 多重困境的個案量增
- 兒童青少年精神健康惡化
- 從拒學衍生的家庭衝突與暴力



114年度兒童青少年精神科專科醫師
繼續教育課程【秋季】

從兒童青少年拒學行為到安置：
醫療系統與社區的連結



主辦：台灣兒童青少年精神醫學會
日期：114年9月21日(星期日)
地點：台大醫學院 301 講堂



精神醫療緊急處置CIT

- **跨單位合作**：結合警察、消防、衛生、社工及急診醫護等專業人員，共同處理院前精神健康危機。
- **線上諮詢專線**：由精神醫學專業人員（如心理師、具急性精神病房經驗的護理師）提供**24** 小時諮詢服務，協助第一線人員判斷個案情況並提供處置建議。
- **教育訓練**：對警察、消防、社工等第一線人員進行精神疾病的基礎認識、辨識能力及危機處理技巧訓練。
- **現場評估與護送**：當現場人員評估後，若有必要，則在精神醫療專業人員的指導下，將個案護送至醫療機構接受診治。



人力調配

- 居家治療人力
- 住院醫師的即時補位
- 非典型時間的治療需求

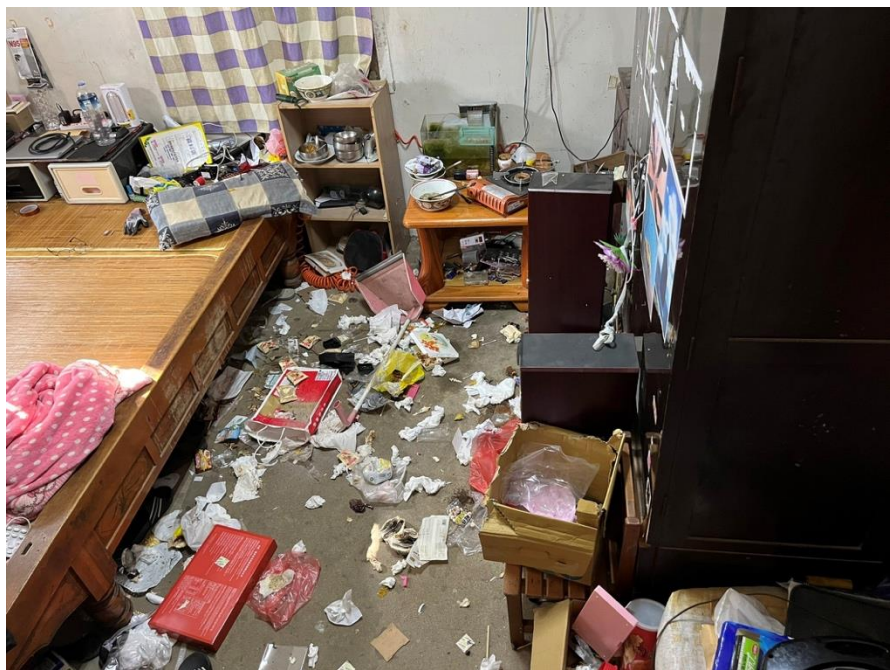
整合與爭取資源

- 區域聯防以節約急診/值班人力
- 長效針劑的品項
- 使用長效針劑的獎勵措施
- 部分醫療機構的給付抽成
- 納入新的網絡合作



社會安全網

- 網絡的擴張與對話
- 裝備能力, 例如家族治療



新契機

- 計劃案給付與設計優化
- 網絡合作機制精進
- 長效針專款專用
- 多角化資源灌注，幫助醫學中心留住人才



網絡合作機制精進 法令

5坪大孝親房窗戶封死 21歲女遭母囚禁3年

2022年高中休學
遭關一樓孝親房 長達3年
房間僅5坪大 窗戶封死形同囚室
虎媽規定作息按表操課 不達標剝奪食物
犯錯關廁所.寫悔過書 長期一天一餐

陳女

台視新聞HD

虎媽

戴手套整理物品
疑刻意滅證
銷毀悔過書

阻止先生報案

香港恆生
▲ 0.00
26855.56

12:10:53

0:00 / 1:47

台中虎媽關女兒長達3年 5坪孝親房如囚室

自降藥價 川普藥價戰首勝 輝瑞降藥價換關稅緩徵



網絡合作機制精進 安全



長效針劑專款專用



長效針劑作為思覺失調症與雙向情緒障礙症的治療利器，在健保專款專用政策下，使用率逐漸提升。台北區精神醫學專家齊聚交流長效針劑現況及未來展望，期待進一步優化治療。



兒童心智病房



▲全台首座「兒少心智病房計畫」已在台大兒醫動工，預計設置12床，可望年底正式收案。
(記者邱芷柔攝)





廢墟少年二部曲：凝視深淵

被排除的少年與救贖的協力者們

2025.7.14 最後更新



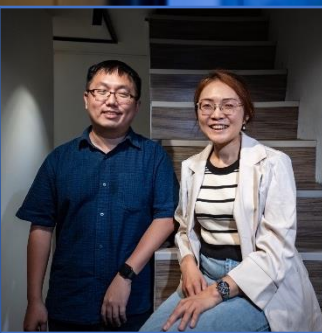
走進脆家兒少心理廢墟：用創傷知情，療癒家庭帶來的傷

近10年，「家庭會傷人」的觀念被更多人理解。除了社工，有醫師、心理師試著踏進脆弱家庭、安置機構、矯正學...



童年創傷不斷重現的背後，是大腦的警報系統失靈？
第一線的醫師、心理師們，如何「走出診間」也真正走進孩子心裡？

The Real Story
by THE REPORTER



小 小 多 山 的 國 家





專科醫院 緊急精神醫療的挑戰

報告者： 三總北投 孔繁璇醫師



緣起

SINCE中華民國91年1月24日

臺北市政府衛生局
社區精神病患緊急醫療服務
「社區緊急個案醫療小組」

目的

於警察機關、消防機關對於執行精神衛生法及緊急醫療救法的相關規定有所疑義時，由精神醫療專業人員到社區中提供專業的協助，避免造成延誤病患就醫時效，因而使社區居民擔心害怕且多所怨言，並且耗費社會成本

「社區緊急個案醫療小組」 分南北兩區

主辦單位：臺北市政府衛生局

□ 北區：三軍總醫院北投分院
負責：士林區、北投區、大同區、
中山區、萬華區、中正區
電話：28962095或0965813818

□ 南區：臺北市立聯合醫院松德院區
負責：信義區、大安區、文山區、
南港區、內湖區、松山區
電話：27263141轉1266



服務對象

(一) 一一九、警察人員等無法決定是否為嚴重精神病患

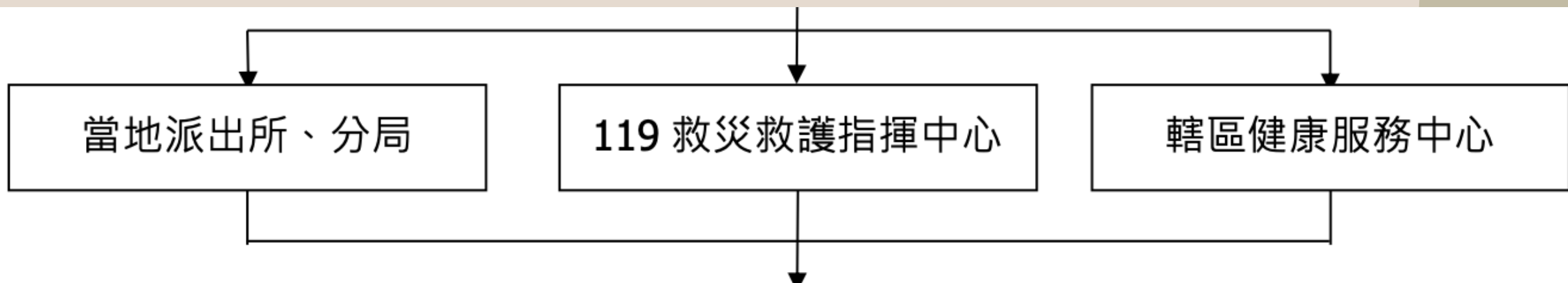
(二) 病患或家屬與協助送醫人員對疑似精神病患送醫有爭議時

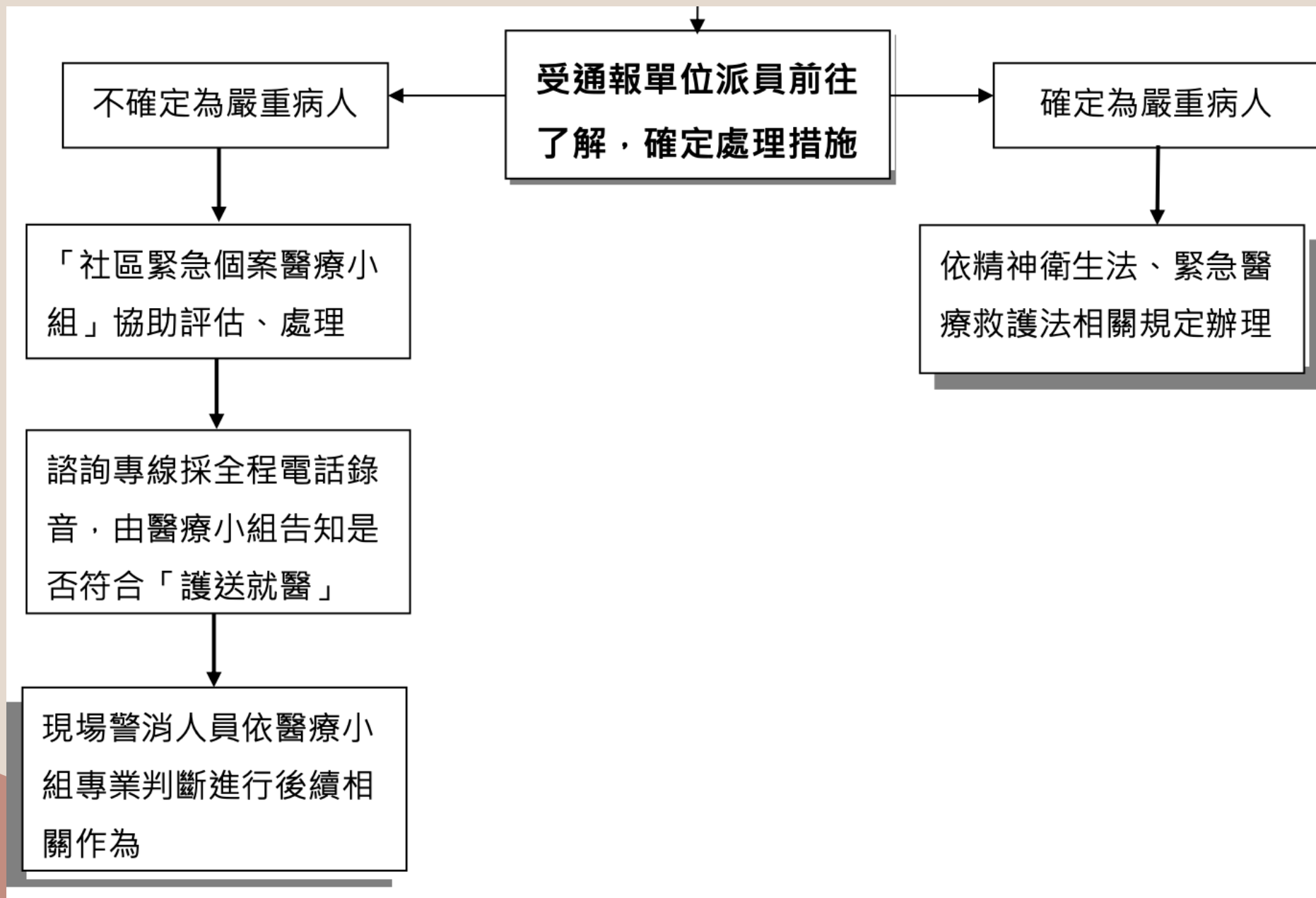
(三) 干擾社區或無病識感，需協助處置者



臺北市社區精神病患或疑似精神病患送醫作業流程

發現罹患或疑似精神病患
有自傷或傷人之虞或怪
異行為出現時，經民眾或地區行政人員通知報案





三總北投最便捷無阻的諮詢專線

●主治醫師分區專線：

衛政、社政等專業人員專用，直接向主治醫師諮詢；直接依分區拉群組討論社區個案狀況。

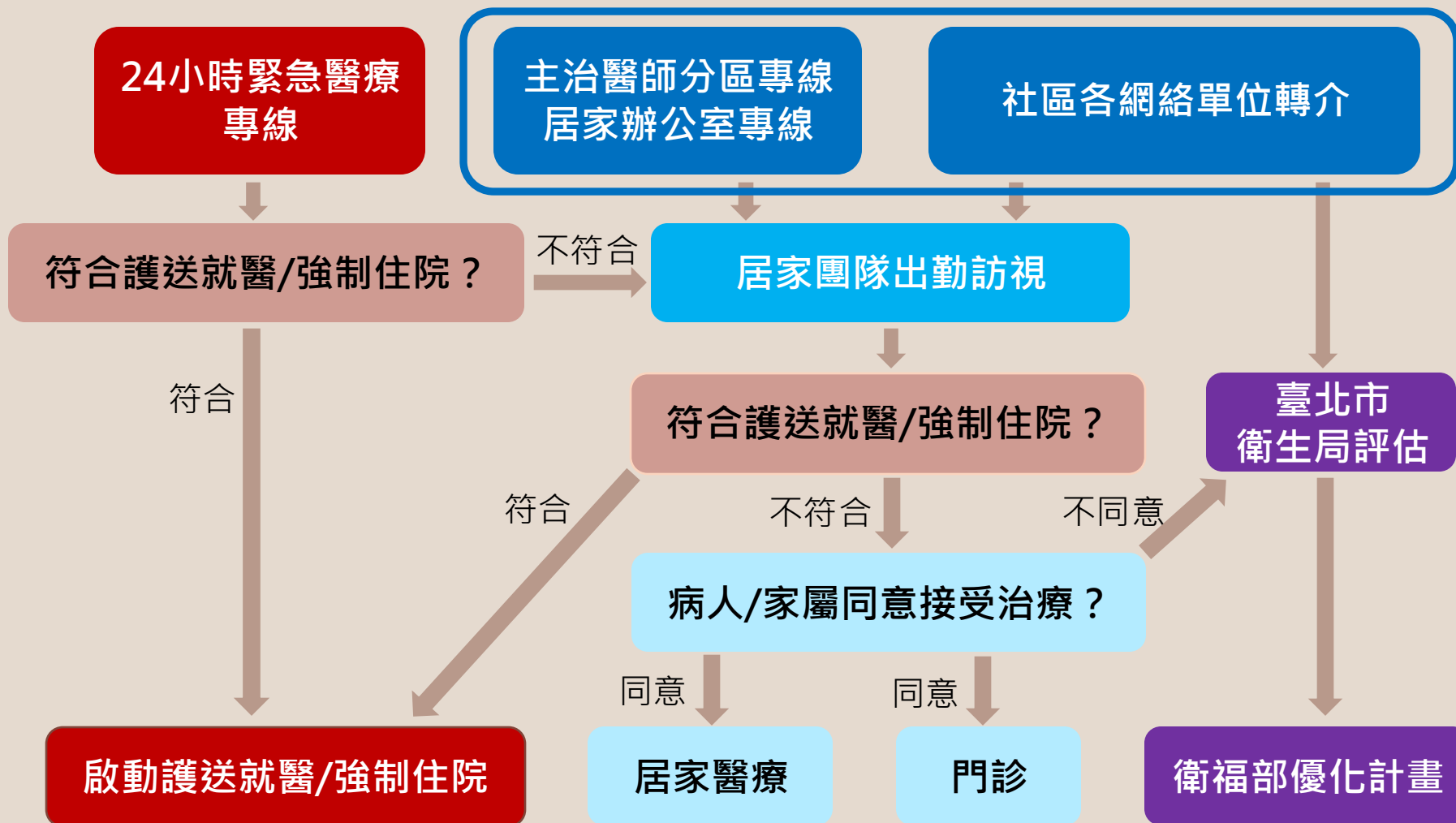
●24小時緊急醫療專線：

警察/消防專用，由主治醫師值勤接受諮詢，或由119勤務中心轉接專線（0965813818）。

●居家辦公室專線：

上班時間開放家屬/一般民眾諮詢（02-28962095）。

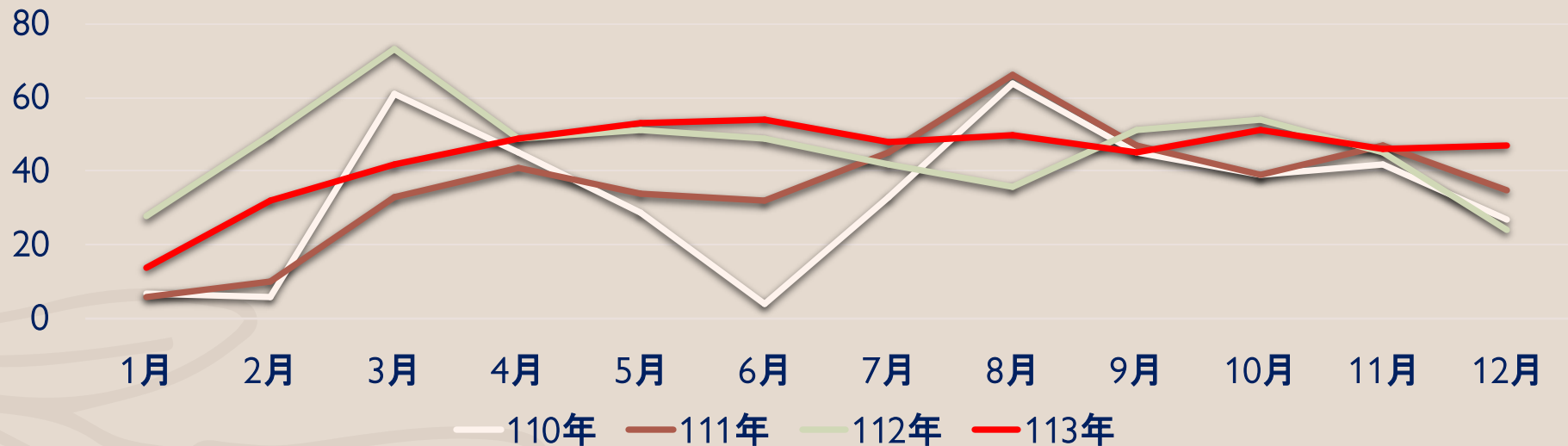
三總北投最完善的轉介後處理流程



社區緊急醫療小組出勤訪視人次

年度	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總人次
110年	7	6	61	45	29	4	33	64	45	39	42	27	402
111年	6	10	33	41	34	32	45	66	47	39	47	35	435
112年	28	50	73	49	51	49	42	36	51	54	45	24	552
113年	14	32	42	49	53	54	48	50	45	51	46	47	531

近年緊急醫療出勤訪視人次表



thank you



高壓下的臨床決策： 醫學中心緊急精神醫療的挑戰與新契機

回應人

台中榮民總醫院 張庭綱 主任
衛生福利部桃園療養院 詹佳祥 主任

專科醫院精神科急診的量 變與質變

桃園療養院/ 詹佳祥 醫師

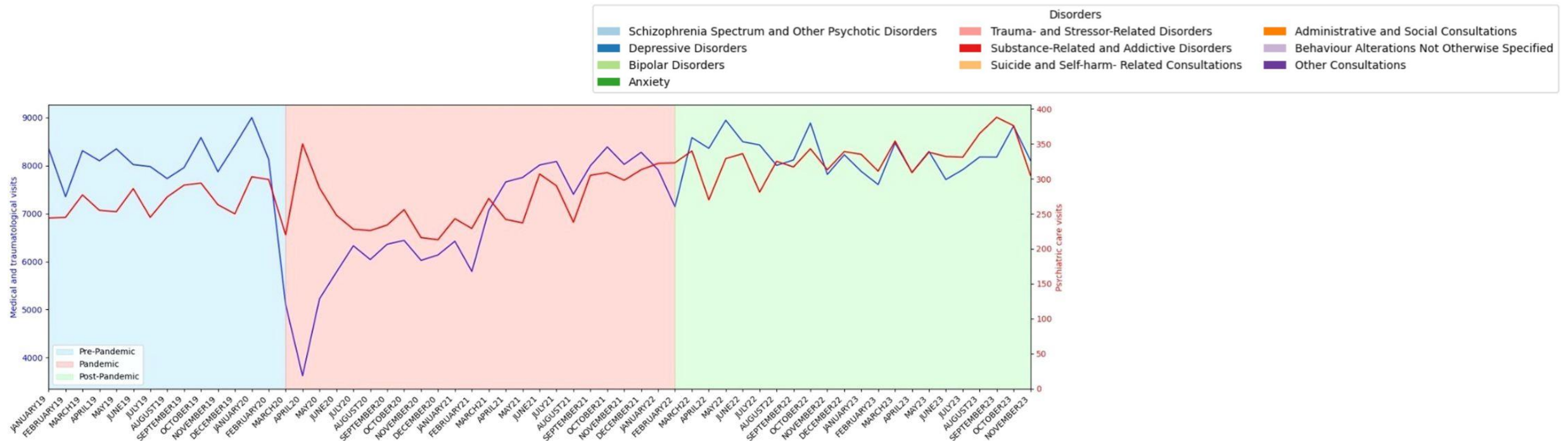
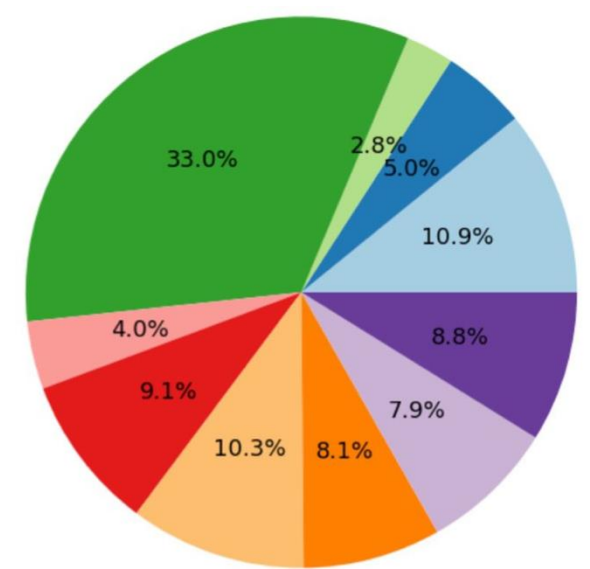
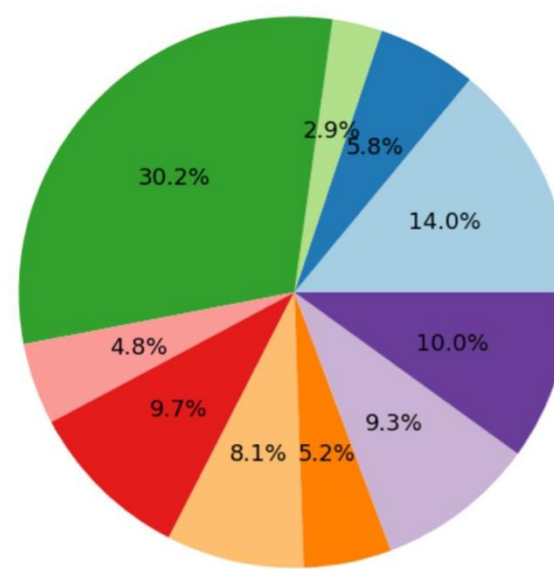
2025/10/04

量變：就診量成長

- 近十年精神健康相關急診就診佔比上升（國外資料）
- 專科醫院轉急診向綜合醫院樣態？
- 成人與兒少族群皆見增加；疫情後壓力負荷加劇更凸顯需求
- 衍生影響：急診滯留時間、留觀 / 住院率、轉銜負荷、風險事件管理壓力上升

Pre- vs. Post-pandemic

(Clàudia Aymerich et al., 2024)



質變：樣態由重症走向多元且複雜

- **【兒童青少年】**

- 自殺意念 / 自傷個案上升且具再就醫反覆性
- 需要常規化風險篩檢與校園 / 社政銜接

- **【成人常見精神疾患】**

- 焦慮、失眠、壓力相關症狀就診比例增加
- 民眾精神健康識能提升 + 社區心理資源不足 → 轉向急診求助

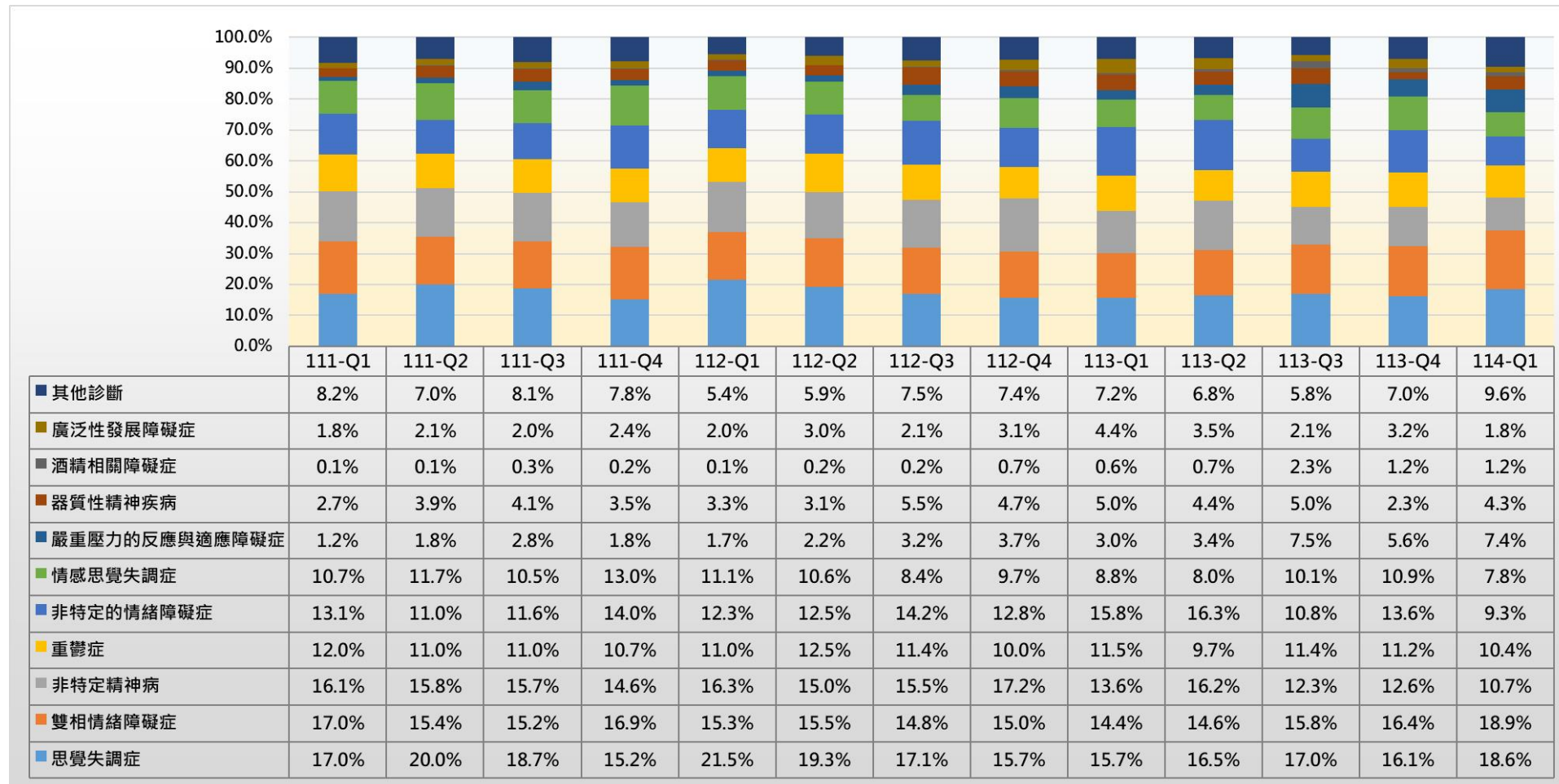
- **【新興物質 (NPS)】**

- 合成卡西酮 / 新型電子菸等導致躁動、精神病性症狀與多重毒性
- 需要偵測與處置路徑標準化、跨單位通報與衛教

- **【高齡失智 (BPSD)】**

- 行為干擾為常見就診主因，與鎮靜 / 抗精神病藥使用相關
- 顯示長照資源缺口，需強化社區支持與住院期行為管理

桃園療養院精神科急診-診斷別(%)



資料來源：疾病分析系統/2-1/4-1門診患者資料查詢表

『特殊狀態的醫療化』

- 醫療化：過去非醫療問題被定義為需醫療介入的狀態
- 社會 / 教育 / 長照等系統的功能缺口 → 急診成為『臨時安全網』
- 臨床端意涵：以危機處理為起點，建立跨系統轉介與追蹤機制

與過往樣態之對照

面向	過往（主導樣態）	近年（複合樣態）
主訴/診斷結構	以精神病性疾患與躁症等重性精神病為主	自殺/自傷、焦慮/壓力相關疾患、物質使用、BPSD等比例上升
年齡族群	以成人重性精神疾患為核心	兒少自殺就醫顯著成長；高齡失智者增加
物質樣態	傳統酒精與非法藥物為主	新興物質誘發的複雜精神症狀增多
醫療化現象	處理明確的精神疾病急性發作	承接社會、家庭與長照系統的危機，將多種「特殊狀態」框架為急性醫療問題

摘要

- 量變：精神 / 物質相關急診就診佔比持續上升，等候時間與系統壓力增加
- 質變：病患由「重性精神病為主」轉為「兒少自殺、自傷 / 焦慮失眠 / 新興物質 / 失智BPSD」的複合樣態
- 此轉變反映『特殊狀態的醫療化』— 社會、家庭、學校與長照的議題被轉譯為急性醫療事件
- 臨床與系統對策：流程標準化、人力與空間配置、跨部門連結、出院銜接與再入院預防

感謝聆聽

MEDICAL RESEARCH



TEACHING



高壓下的臨床決策： 醫學中心緊急精神醫療的挑戰與新契機

臺中榮民總醫院 精神部
成癮醫學科 張庭綱主任





NCBJ scientists among the Stanford/Elsevier Top 2% Scientists List 2025

22-09-2025

序號	姓名	單位
5	蔡世仁	北榮
11	蘇冠賓	中國醫
12	柯志鴻	高醫
12	顏正芳	高醫
14	陳牧宏	北榮
15	李正達	北榮
18	高淑芬	台大

鏟子超人 No 1.

精神醫學擁有一流的人才





張庭綱醫師



臺中榮民總醫院

Taichung Veterans General Hospital

- **精神醫學專科**
 - 專科第16年，主治醫師第15年
- **專科證書**
 - 成癮醫學專科
 - 司法精神專科
- **學歷**
 - 國防醫學院醫學士
 - 犯罪防治研究所碩士
- **教職**
 - 中興大學學士後醫學系兼任助理教授
 - 中山醫學大學心理系犯罪心理學講師
- **執業機構與專業經歷**
 - 2家醫學中心/區域醫院/醫學中心附設專科醫院(訓練醫院)
 - 中榮成癮醫學科主任
 - 彰基急性病房主任(含急診照會)、居家治療負責人
 - 彰基鹿東精神部、成癮司法主任、居家治療負責人
- **公衛體系委員**
 - 曾任衛福部強制治療審查會委員
 - 衛生局精神疾病、自殺、家暴、性侵案件專家督導
 - 衛生局督導考核委員

最好的時代 也是最糟的時代

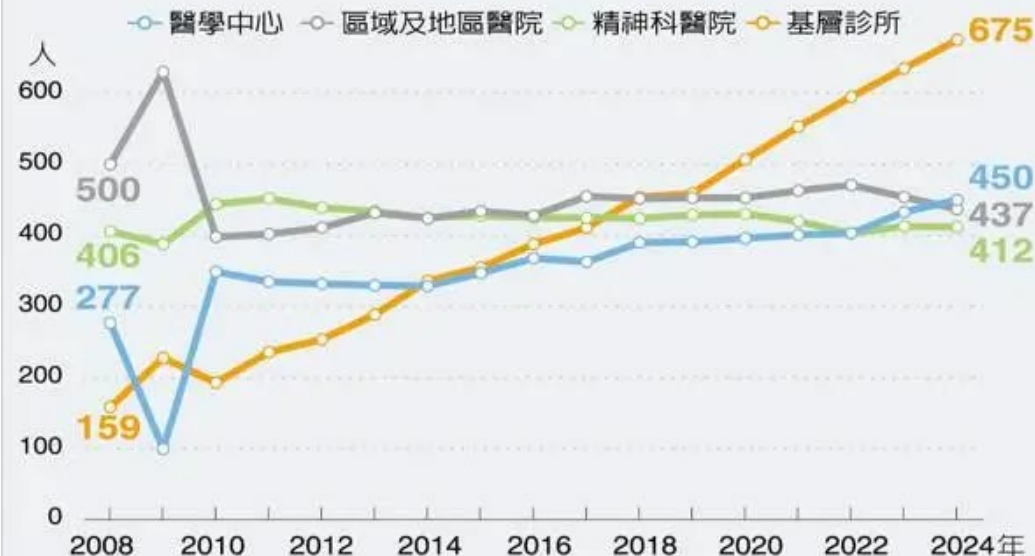
最好的時代

- **精神醫療需求增加**：基層診所精神科醫師人數快速上升（2024 年達 675 人），反映心理健康意識提高，求診民眾更多。
- **就醫更可近**：診所數量多，分布廣，患者可更容易獲得藥物治療、初步診斷與長期追蹤。
- **醫師生活型態改善**：診所執業讓醫師工時與收入更有彈性，也能兼顧家庭與生活品質。

最糟的時代

- **醫學中心壓力**：醫師外流至診所，醫院人力不足，影響重症、急性與複雜病例的臨床照護、研究與教學人力。
- **區域差距**：北部大城（台北 450 人）醫師集中，但東部與偏鄉（如連江 0 人）嚴重不足，造成健康不平等。
- **醫師生活型態改善**：診所執業讓醫師工時與收入更有彈性，也能兼顧家庭與生活品質。

精神科醫師走向診所



精神科醫師執業縣市



為什麼前進診所執業

- 民眾心理健康需求增
- 醫師盼工作生活平衡
- 開業門檻相對較簡單
- 可執行自費項目較多

Mission of Academic Medical Centers

Clinical Care

Education &
Training

Academic
Research

Community
Collaboration

Health Equity

High Quality
Ethics

Accessibility

Cross-disciplinary Collaboration

Innovation

Digital Health Strategies

2006年

- 成立臨床資訊研究發展中心

2018年4月

- 改組為品質管理中心臨床資訊科

2024年10月

- 成立數位醫學部納入臨床資訊科
- 新增人工智慧科



Riding the pulse of our era,
pioneering the future, and
fueling continuous innovation

排名	國家	2026入榜總間數	2025入榜總間數	排名變化
1	美國	103	104	0
2	德國	24	27	0
3	英國	22	22	0
4	法國	20	20	+1
5	義大利	18	21	-1
6	南韓	17	15	0
7	西班牙	16	15	-1
8	臺灣	13	8	+5
8	加拿大	13	14	0
10	瑞士	12	13	-1

2026全球最佳智慧醫院
全台醫院排名

85	台中榮民總醫院
116	高雄榮民總醫院
120	林口長庚紀念醫院
140	成功大學附設醫院
189	高雄長庚紀念醫院
228	中國醫藥大學附設醫院
262	高雄醫學大學中和紀念醫院
272	台北榮民總醫院
299	台大醫院
308	三軍總醫院內湖總院
328	台北醫學大學附設醫院
333	雙和醫院
339	台北市立萬芳醫院

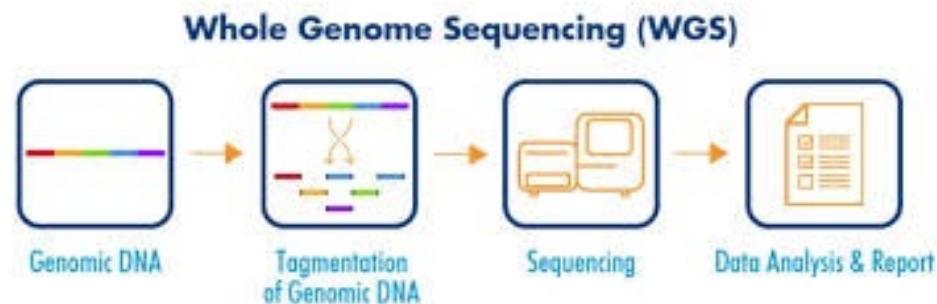
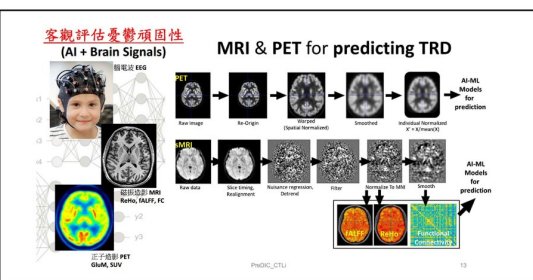
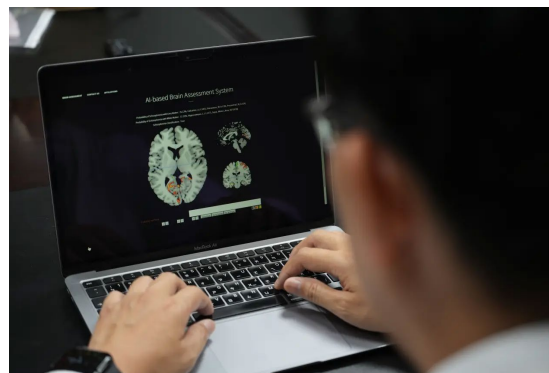
精神科醫療模式的智慧與創新

- 3P communication:

- Patients
- Peers
- Public

- 跨領域單位合作平台

- 快速轉介
- 個案管理
- 跨領域合作
- 強化社區資源



Cross-disciplinary Collaboration



您已離線。
請連上網路，然後再試一次。

趕快設立
錢錢專戶

精神科:今天有便當嗎?



台中榮總 遭健保新制『斷頭』公立醫院病患恐受影響

BY CHIANG MARK ON 2025 年 6 月 4 日

GENE

精神病房

Loading...

吃貨的鑒

畫的餅再完美 好吃才是關鍵

我們的奶黃流心月餅結合港式經典工藝與創新工法
搭配嚴選原料製成，並與香港老師傅及五十年底蘊老店配合

濃郁奶黃
口齒留香

金黃餅皮
鬆軟綿密

奶黃流心
絲滑柔順

上等特選
鴨蛋黃

泰國進口
天然椰漿

香港監製
純天然奶油

老闆畫的餅

分院人力匱乏，支援遙若天邊
急重難症摧心，司法成癮乏人問津。

精神部

體系單位

政府單位

醫療分級轉介

基層醫療

民間機構

急性病房 70

日間病房 90

居家業務

榮家

直屬分院

合作醫院

毒防中心

心衛中心

區域醫院

地區醫院

診所

合作診所

心理治療所

民間協會

學校

公司

Challenges in Psychiatric Emergency Care

Main Diagnostic Categories:

- **Suicide-Related** (ideation, attempts)
 - ↑ fastest growth
 - >20% annual increase in youth
- **Substance Use Disorders**
- Mood Disorders
- Psychotic
- Behavioral Disorders

Suicide ↑
Nonurgent ↑
Complexity ↑

System strain

ED boarding time ↑
policy pushes ↓
premature psychiatric admission
rushed decisions.

結合公共衛生與急診醫療的模式 Model integrating public health and emergency medicine

人格、物質、暴力等級 ↑

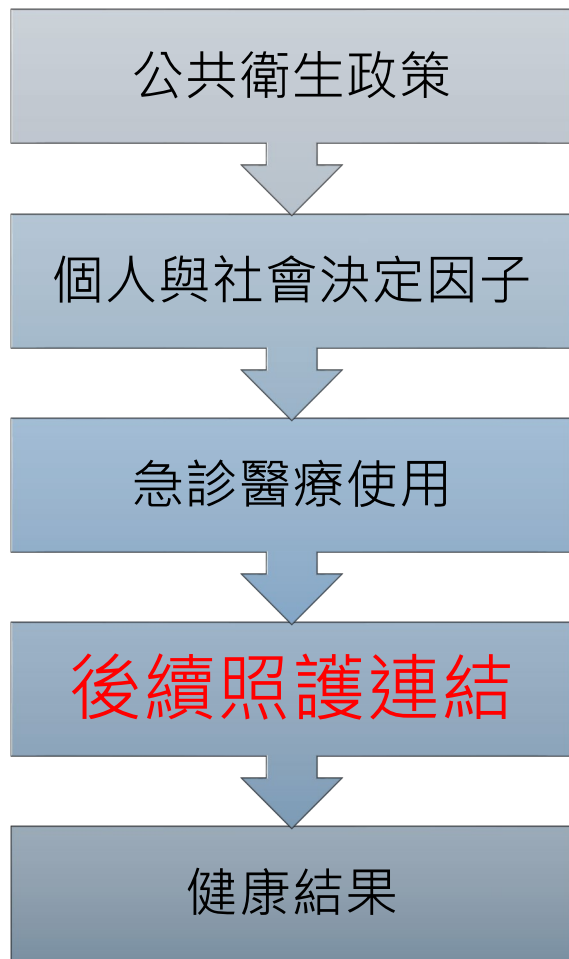
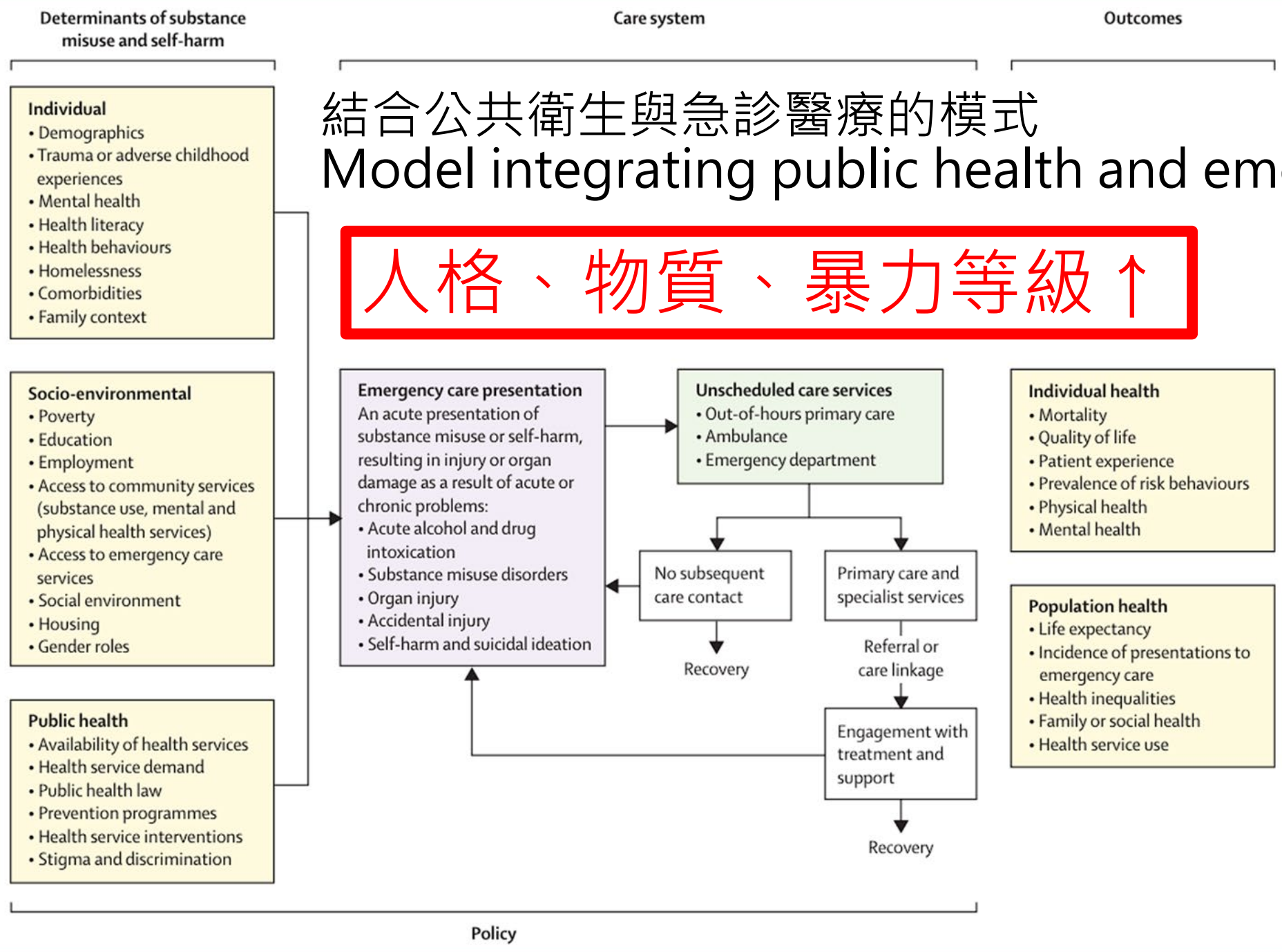


Figure: Model integrating public health and emergency medicine

持續追蹤 → 再入院率↓、自殺再企圖↓、臨床結局改善
照護斷裂 → 重複急診↑、住院↑、不良預後

- **高度異質性**：結局受診斷、嚴重度、社會支持、照護連結影響
- **追蹤不足**：僅 1/3–40% 病患能於 14–30 天內獲得門診追蹤，物質使用障礙最低
- **追蹤效益**：及時門診雖增加費用與住院率，但可減少重複急診使用，尤其是首次照會者
- **高風險群**：頻繁照會者（ ≥ 3 次/年）多為年輕、未婚、無家可歸、思覺失調或物質使用障礙 → 住院、死亡、自殺風險 ↑

- **台灣資料**

- **恐慌症**：精神科治療後 ED 使用率顯著下降
- **重度精神疾病**：住院費用佔比高，反覆住院是主要成本來源
- **強制住院**：比例低於西方，多與警政轉介、暴力風險相關；患者急診停留時間長 → 需多專業團隊介入

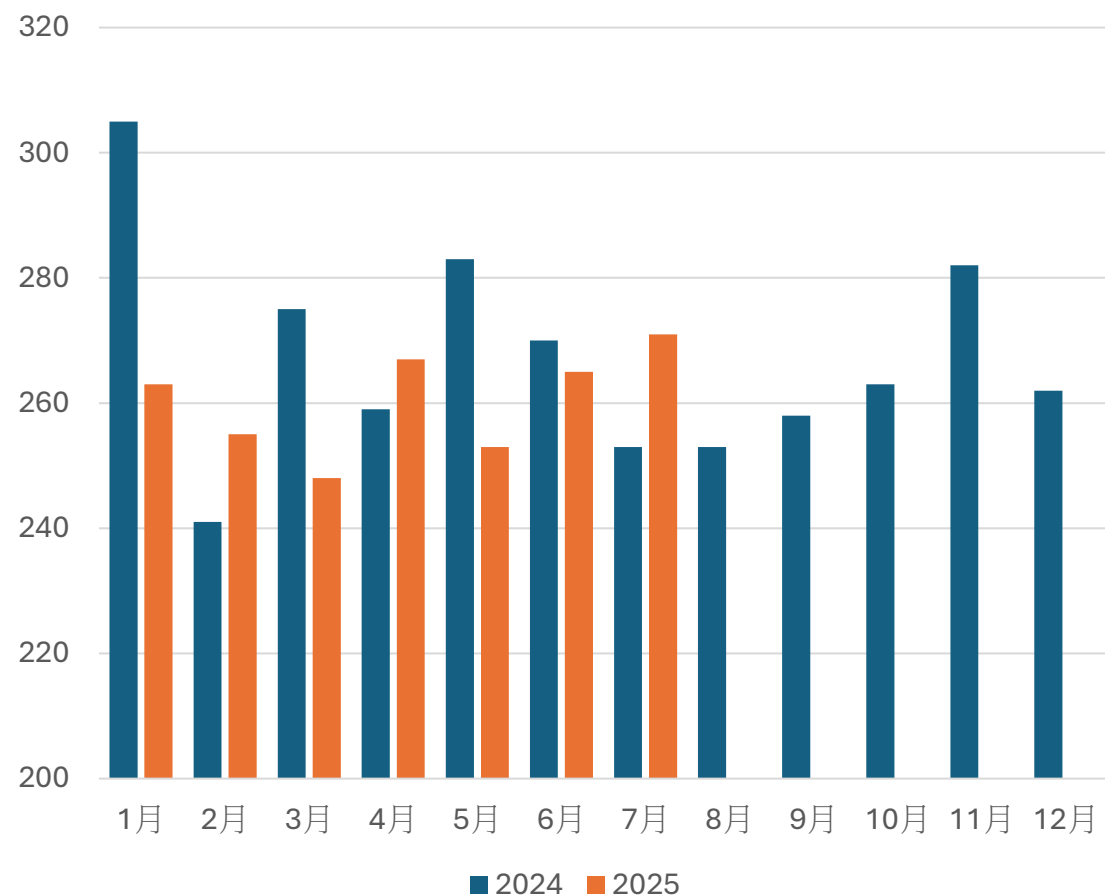
- **策略方向：**

- 快速轉介
- 個案管理
- 跨領域合作
- 強化社區資源

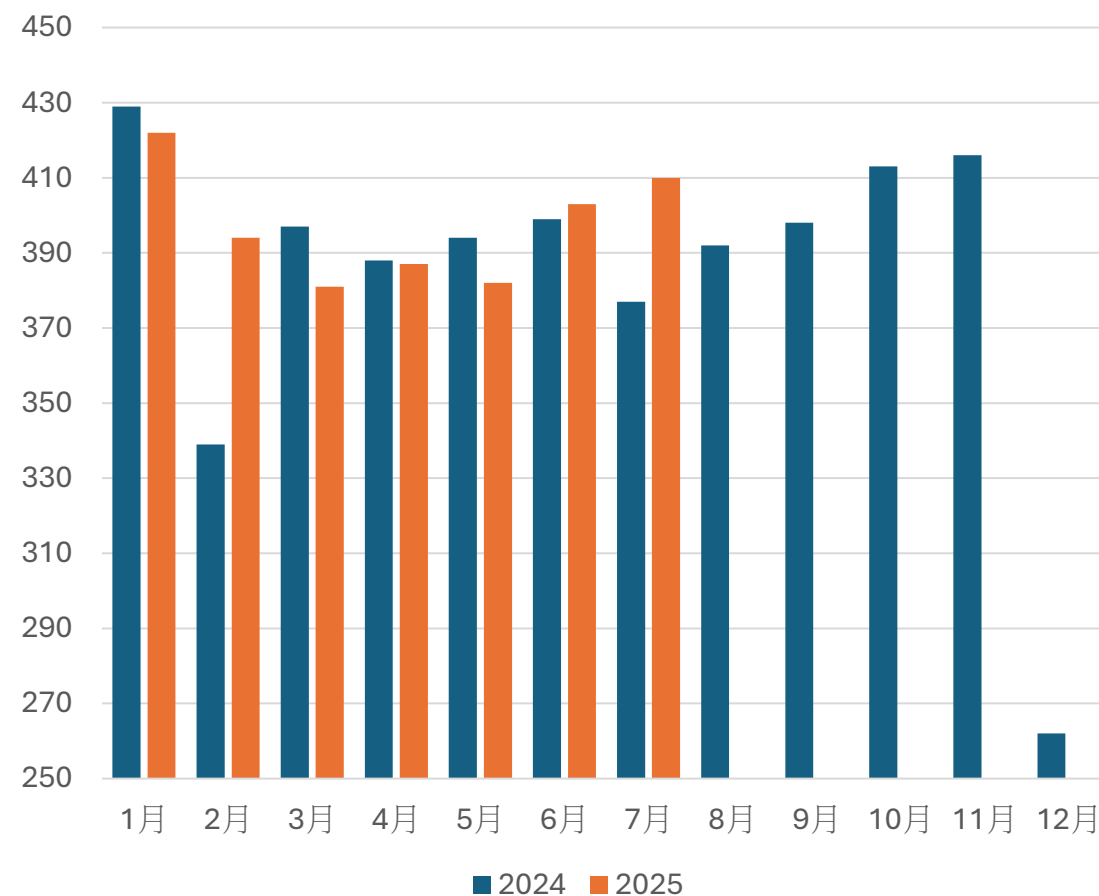
居家訪視業務



醫師居家訪視人次



個管師居家訪視人次



Hospital Responsibilities Strongly Encouraged by the Public Health Bureau

- 非警力介入的精神危機處置
已經上線?!

DANGER
安全防護

社區評估照護轉
介計畫

社區精神照護優
化計畫

強化精神病患緊
急送醫服務方案



醫療機構提供主動式社區照護
就醫評估
緊急處置
短期社區外展照護追蹤

精神科醫師 24 小時到場評估

(每案給付 **3,000 元**)

協助處理衛生單位通報之疑似精神疾病個案
提供即時醫療或安置。

主要服務模式

Hospital & Public Health system

- **Clinician-led crisis care** (Mobile Crisis Teams, Crisis Stabilization Units, Hotlines & Telepsychiatry, peer support) reduces reliance on police and criminalization.
- **Safety first**: de-escalation skills, team-based response, and clear escalation protocols.
- **Better outcomes**: fewer ED visits, hospitalizations, and repeat self-harm; improved follow-up.
- **System integration**: requires 24/7 staffing, supervision, and strong hospital–community–public health linkage.





臺中榮總遠距醫療中心

遠距會診

讓看診不再是長途跋涉

遠距會診透過視訊讓在地醫師與醫學中心專科醫師即時討論病情，提升診斷與治療準確性。



常見問題與服務現況



如何取得服務？

民眾可至與中榮配合的醫療衛生院所，由當地醫護人員協助進行會診。



隱私是否有保障？

遠距會診過程均依據醫療法規與資安規範進行。



服務地區？

- 雲林衛生局相關衛生所
- 彰化榮家
- 白河榮家
- 中彰榮家
- 埔里分院
- 雲林榮家
- 嘉義分院

有興趣合作的醫療衛生院所
歡迎聯絡中心洽談



聯絡方式



04-23592525分機3960

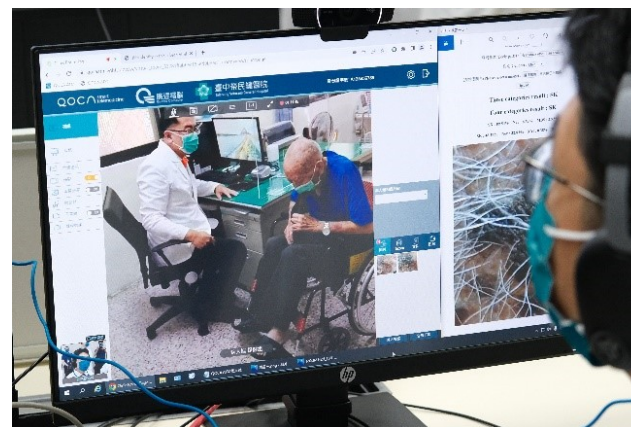


singiu366@vghtc.gov.tw



line@帳號: @thc.vghtc

若民眾對在家直接與中榮遠距門診有興趣(需曾經在中榮看過實體門診)，歡迎透過line@與中心預約。





- Cross-disciplinary Collaboration
- Innovation
- Digital Health Strategies

公共衛生政策

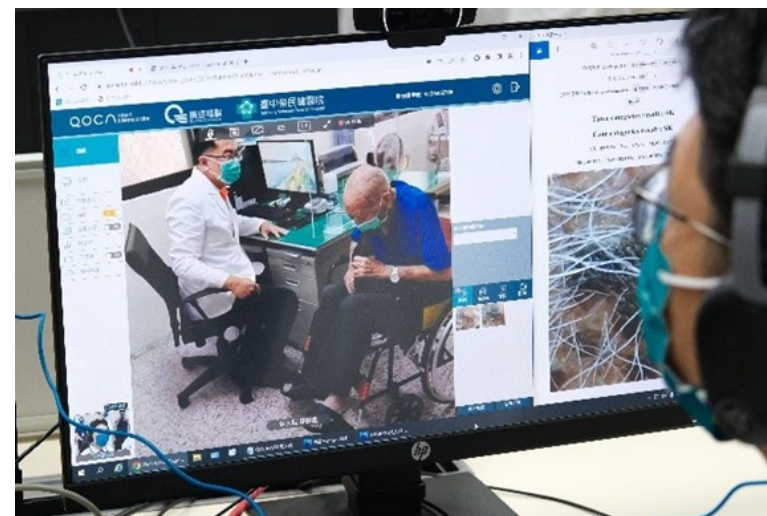
個人與社會決定因子

急診醫療使用

後續照護連結

健康結果

- 跨領域單位合作平台
 - 快速轉介
 - 個案管理
 - 跨領域合作
 - 強化社區資源



謝謝你們・鏟子超人和志工們!



©A2xPeople2