

內政部消防署 105 年度緊急救護業務主管工作
第 1 次聯繫會議紀錄

壹、時間：105 年 5 月 31 日(星期二)14 時

貳、地點：大坪林聯合開發大樓 4 樓會議室

參、主持人：江副署長濟人

記錄：張淳復

肆、出（列）席者及單位：詳簽到表

伍、主席致詞：略。

陸、業務單位報告：略。

柒、議題討論：

議題一：精神疾病患者救護案件處置事宜。

一、劉醫師越萍意見：

（一）依據精神衛生法處理嚴重病人時，各單位執行上不會有疑慮；惟「護送就醫」及「之虞」之判定具法律不確定性的問題，造成各單位執行上之困擾。

（二）臺北市政府處理護送病人就醫，為衛生機關與現場消防、警察同仁溝通，請現場人員協助判斷病人留在現場較好或到醫院接受評估較好，若判斷就醫較好時，則發揮溝通協調的能力勸說病人護送至醫院。

（三）精神疾病救護案件中，多數病人為經常救護患者，消防、警察知其狀況得迅速送醫，但病人非衛生機關列管對象時，其自傷傷人之虞的「之虞」認定，若由醫師或衛生局人員到現場處理需耗時較長，故衛生局依狀況判定是否派員到場或以電話聯繫，至諮詢專線或委託醫院電話無法接通，可由衛生機關在行政管理上處理。

（四）臺北市緊急醫療網及精神醫療網交集部分為具有處理精

神科及內外科能力之綜合醫院，各縣市資源不同，其他縣市若欲比照辦理，需由消防與衛生機關先行溝通，才能減少後續遭遇問題，精神科醫師相對較少者，短期內可由保持專線電話暢通進行改善。

- (五)精神疾病患者社區治療照顧情況較佳者，理論上就醫次數會減少，至衛生機關若發現病人經常送醫，則需考量是否增加列管強度或訪視頻率。

二、侯醫師勝文意見：

- (一)有關精神疾病患者認定問題，依據精神衛生法第 32 條構成要件可分為「罹患精神疾病之人且有自傷或傷人或有傷害之虞者」或「有精神衛生法第 3 條第 1 款所定狀態者且有自傷或傷人或有傷害之虞者」。
- (二)對自傷傷人之虞之認定，可先由警察、消防或雙方共同進行認定，如此可先解決構成要件一半的問題；至是否為精神疾病患者，可向衛生機關查詢是否為列管病人、家屬提供病史或里長提供病人等資料等進行確認，符合構成要件即可護送就醫。
- (三)病人是否符合精神衛生法第 3 條第 1 款樣態，可以電話諮詢是否符合精神衛生法第 3 條第 1 款的樣態，並現場填寫書面紀錄，將諮詢對象及病人樣態詳細記錄，除減少認定疑慮外，亦可供平時檢核救護紀錄時，確認同仁處理過程有無問題。

三、社團法人台灣急診醫學會意見：

- (一)急診醫學會辦理救護技術員教育訓練及考評業務，依據救護技術員管理辦法，中級救護技術員訓練課程基準中，精神疾病患者評估、處置、情境操作與相關法規時數占 2 小時；高級救護技術員訓練課程基準中，精神及行為急症概論、處置原則與情境操作占 4 小時。

- (二)對急診醫學會而言，訓練出來的中、高級救護技術員能力到達何種程度需要考慮，若各單位認為需加強訓練，讓救護技術員在現場有足夠判斷能力，則課程內容及時數需再考量。

四、衛生機關意見：

- (一)因各縣市資源條件、運作模式及遭遇問題不同，未由中央要求統一做法，唯有透過警察、消防、衛生、社政間互相協調，設立固定窗口、召開協調會議，以達成共識，有困難隨時支援，才能解決問題、減少爭議。
- (二)部分財政或人力資源不足的縣市，因為當地的精神科醫師不足，精神疾病患者送醫為具有精神科醫師值班之醫院，在這種狀況下如果要 24 小時都有精神科醫師來協助判斷是有困難的。
- (三)警消在執行勤務上只要到了醫院，醫院一定會承接後續的處理，但有時候醫師、護士因疲憊或其他因素造成態度不佳，醫院會再予以檢討。
- (四)精神衛生法將參考實務狀況並徵詢警察及消防機關意見進行修訂。
- (五)若消防機關因業務需要欲取得精神疾病患者列管名單，須以正式公文方式進行個案申請。

五、警察機關意見：

- (一)經彙整各警察單位意見，多數認為警察以駕駛警車跟隨救護車方式執行護送就醫，有關不贊成上救護車護送，分析原因如下：
1. 查精神衛生法第 32 條第 1 項規定，警察單位權責以「協助」或「維護現場秩序及安全」為主，並未明文授權警察或消防機關於協助護送精神病患就醫時，得以強制或管束

方式執行，且護送精神病患究與人犯有別，基於人權考量不宜使用警銬。

2. 因城鄉差異，且外勤女警增加，勤務危險性增加，各分駐（派出）所員警人數差異甚大及人力不足等問題。
3. 精神病患有自傷或傷人之虞時，經衛生單位判定具攻擊性時，應以使用保護裝置設施（保護衣、束帶）約束病患為必要，或強化強制送醫相關護具與器材設備，而非增加隨行人員之數量，以免造成更多危安狀況。
4. 消防單位為救護之行政機關，遇有暴力攻擊之精神病患護送就醫，自得依行政執行法（第 36、37 條）規定，視個案狀況衡量是否進行即時強制。
5. 病患不論配合就醫或經強制管束後上救護車，即進入「車內救護」流程，消防人員具有急救上之專業，警察人員並未具有該項專業。
6. 警察人員因執勤時配帶手槍，救護車內空間狹小，基於空間及安全考量，使用強制力或警械亦難以發揮功效，對防範病患之突發攻擊行為並無助益。
7. 執行精神病患護送就醫時，救護車上除消防救護人員外，部分衛服單位人員、家屬等亦會上車陪同就醫，救護車上空間恐不足。
8. 員警上救護車護送，機動性不足，另消防單位常因後續救護任務需要，送達後即離開醫院，造成警察人員無交通工具返回駐地，另巡邏車停置於事故地點，無人戒護保管，易遭竊或遭破壞之虞。

（二）警政署建議事項：

1. 依據「精神衛生法」規定，主管機關中央為衛生福利部；在地方為直轄市、縣（市）政府（衛福單位）。警察及消

防單位為協助機關，警察是否上救護車護送部分，該法並未明文規定。由於目前大多數警察局均未贊成上救護車護送，各警察單位處理是類案件應視現場狀況協調處理為宜，且該案係屬各直轄市、縣（市）政府中之警察局、消防局及衛福單位間協調聯繫事項，不宜由中央律定，建議宜由各直轄市、縣（市）政府相關權責單位協調律定，或授權現場處理人員協調處置。

2. 依據「精神衛生法」第 32 條第 1 項規定：「警察機關或消防機關…應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理。」依該法第 38 條第 3 項規定：「直轄市、縣（市）主管機關應於轄區內建置 24 小時緊急精神醫療處置機制，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。」且衛生福利部於 102 年 9 月份修正之「全國心理健康促進與精神醫療服務資源手冊」中並敘明，該部已輔導各直轄市、縣（市）衛生主管機關依精神衛生法規定，建置轄區內 24 小時緊急精神醫療處置機制，指派醫療專業人員至現場處理個案。惟多數警察局反映轄內衛福單位均以人員不足或深夜無人上班為由，並未確實建立 24 小時緊急精神醫療處置機制，造成警察及消防單位困擾而無法處理，建議衛生福利部督請各直轄市、縣（市）政府衛福單位確實依法成立 24 小時聯繫及處理平臺。

六、消防機關意見：

- （一）消防機關協助精神疾病患者救護送醫，較無爭議者為衛生機關或家屬主動報案，此部分只需將救護紀錄表等相關程序完備，由警察、消防和衛生協助護送就無爭議。惟當患者身分無法確認，也無相關資料可供查詢，且報案人與患者亦無關係時，僅靠患者本身的行為是否異常等做為判斷依據，則較困難，因此需要 24 小時的聯繫機制據以處置。
- （二）現階段臺北市、新北市等都會型地區資源較多，高級救護技術員、專責救護人員較多，若要加強訓練、加強判斷，

以使其在這方面具有更多的專業能力。惟其他大多數縣市資源較少，執行第一線的救護人員，並非專責救護工作，絕大部分也非高級救護技術員，相對執行是非常困難地。

- (三)第一線消防人員須處理工作事項繁重多樣且危險，因此其希望工作作業規定明確，毋需複雜判斷，最好為直覺反應執行之，相對處理時效及安全層面較有幫助。
- (四)屬於地方自治工作事項，地方警察、消防、衛生機關及醫療機構應事先進行溝通聯繫，就轄區內資源條件充分討論。臺北市現行做法已有不錯成效，若有條件相近的地方政府，可以向臺北市協調或取得相關資料做為參考。
- (五)精神衛生法第 32 條強制送醫規定，須依憲法第 8 條保障人民身體自由的嚴重限制，符合比例原則，法律規定也需要足夠明確，且須有正當法律程序，如此強制送醫才能被正當化。對照精神衛生法 41 條規定強制鑑定、強制住院，有特別敘明精神疾病患者不同意時候能強制執行，若警察、消防同仁依據精神衛生法第 32 條執行病人不同意時的強制送醫，首先就會遭遇合法、合憲性的質疑。
- (六)有關正當法律程序部分，不能僅因病人有自傷或傷人或有傷害之虞，就逕行強制送醫，而是要同時符合精神衛生法規定的精神狀態或罹患精神疾病才可執行，而對於病人是否符合精神衛生法所規定的精神狀態或罹患精神疾病，第一線執行緊急救護業務的同仁可能不具備足夠判斷的能力，就算同仁判斷認為符合，其他民眾可能也不信服，所以精神衛生法 38 條有規定轄區內需建置 24 小時緊急精神醫療處置機制，就是要強化強制送醫的正當法律程序。

七、決議：

- (一)為確保執勤人員安全及作業需求，消防機關平時依轄區特性擬定作業程序並進行教育訓練，於接獲疑似精神衛生狀況報案時，通知出勤人員備妥防護裝備，並視需要加派人

力，於確認病人有自傷傷人之虞且符合精神衛生法第 3 條第 1 款的樣態時協助護送就醫。

(二)消防機關於執勤時遇有精神衛生狀況無法認定時，應即通知當地衛生機關或指定專線進行諮詢；若有傷害行為涉及社會秩序與刑事案由亦應立即通知警察機關依警察職權行使法第 19、20 條為之，以維該等權益。

(三)建請衛生福利部督請各直轄市、縣(市)政府衛生局推動 24 小時緊急醫療處置機制，提供聯絡窗口予消防及警察機關，以協助確認病人精神疾病樣態，並協助聯繫收治醫院。

(四)地方自治事項部分，地方衛生、警察、消防機關及醫療機構應事先進行溝通聯繫，就轄區內資源條件充分討論。臺北市現在的做法已經有不錯的成效，若有條件相近的地方政府，可以向臺北市協調或取得相關資料。

(五)104 年消防機關救護出勤數達 110 萬件，精神疾病救護案件處理時程較長，針對不符合「緊急醫療救護法」及「精神衛生法」送醫認定之患者，建議當地衛生、警察、消防機關依所轄資源條件協調卓處。

(六)遇有自傷傷人情形且符合精神衛生法第 3 條第 1 款樣態者或精神疾病患者，警察、消防得依行政執行法第 36、37 條進行約束，至警察是否於救護車後座隨行戒護隨車，由地方衛生、警察、消防機關依權責溝通協調。

(七)有關召開是類精神病患護送就醫會議時，除了衛生、警察、消防外，建議邀請法制單位或法律專家與會提供意見。

議題二：推動派遣員協助提供心肺復甦術指引(DA-CPR)。

決議：請各直轄市、縣(市)政府消防局依計畫及期程配合辦理。

議題三：加強緊急救護品質管理。

決議：請各直轄市、縣(市)政府消防局研議，如有意見
儘快與本署緊急救護組反應，俾與社團法人台灣急診
醫學會研議。

議題四：研商署長盃救護技術評比

決議：預定 106 年辦理，請直轄市、縣(市)政府消防局
研議是否有承辦意願，辦理方式後續擇期討論。

捌、臨時動議：

一、105 年緊急救護類消防評鑑評核表修正事宜：

決議：各直轄市、縣(市)政府消防局將評核表（草案）
及修正說明攜回討論，會後若有修正意見請儘速
與業務單位聯繫。

玖、散會：18 時。