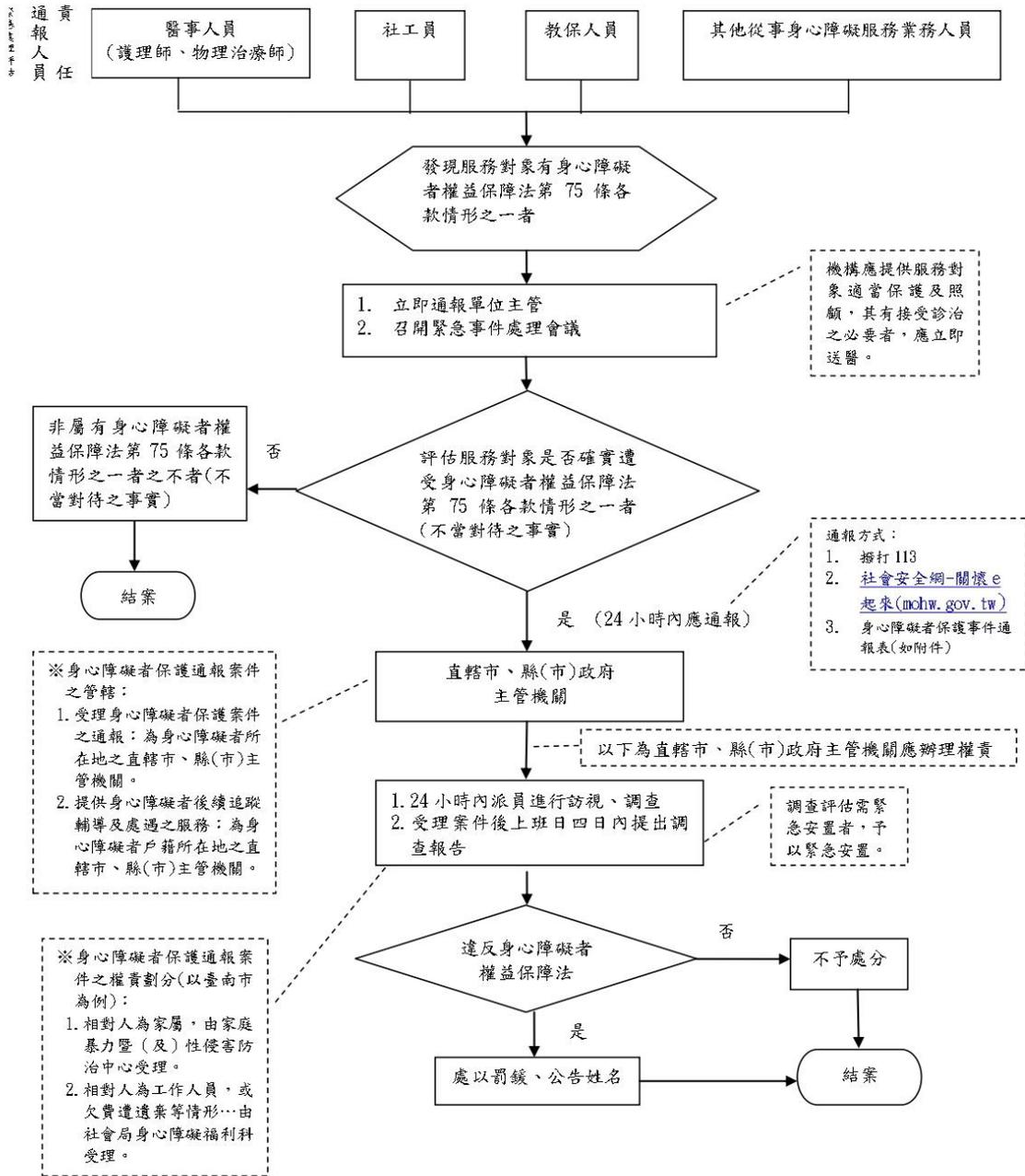


# 衛生福利部臺南教養院服務對象遭受不當對待保護事件 通報處理要點

中華民國 110 年 7 月 30 日南教社字第 1100000946 號簽核定

- 一、為處理衛生福利部臺南教養院(以下稱本院)內服務對象發生身心障礙者權益保障法第 75 條各款情形之一者，特訂定本要點。
- 二、本要點所稱不當對待保護事件，係指身心障礙者權益保障法第 75 條規定，對身心障礙者不得有下列行為：一、遺棄。二、身心虐待。三、限制其自由。四、留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境。五、利用身心障礙者行乞或供人參觀。六、強迫或誘騙身心障礙者結婚。七、其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當行為。
- 三、本要點規定之責任通報人員，係指依身心障礙者權益保障法第 76 條第 1 項規定之各類人員，本院包含醫事人員(護理師、物理治療師)、社工員、教保人員、其他執行身心障礙服務業務人員。
- 四、本院前述人員於執行職務知悉服務對象遭受不當對待時，應立即通報單位主管，並由社工科召集各科室主管及相關人員召開緊急事件處理會議，提供處遇服務並建立統一窗口對外發言。
- 五、經緊急評估會議後，倘服務對象確實遭受身心障礙者權益保障法第 75 條各款情形之一者，有不當對待之事實，應由責任通報人員於 24 小時內通報臺南市政府社會局。通報方式可以電話撥打 113、使用「社會安全網-關懷e起來」線上通報、填具「身心障礙者保護事件通報表」(如附件)等方式辦理。
- 六、為強化工作人員對服務對象遭受不當對待保護事件認識與處遇能力，於院內各項會議或教育訓練課程加強宣導責任通報機制並辦理通報訓練，納入內部工作流程並落實執行。
- 七、本院僱用之工作人員，應遵守機構之工作守則，包括不得對服務對象有不當對待之相關情事。
- 八、各科室於處理服務對象遭受不當對待之過程，應妥予保密並維護服務對象之名譽及隱私權；對於通報人之身分資料並應予保密，應避免服務對象遭受二度傷害。
- 九、本要點奉院長核定後實施之，修正時亦同。

## 衛生福利部臺南教養院處理服務對象遭受不當對待保護事件通報處理流程



**身心障礙者保護事件通報表**

通 報 人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構 <input type="checkbox"/> 其他					
	通報人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 司法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構人員 <input type="checkbox"/> 其他					
	單位名稱				受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	姓名	職稱			電話		
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間
受 保 護 被 害 人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日
	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		有同住之未成年(孫)子女	<input type="checkbox"/> 有, ___人, 關係: __ <input type="checkbox"/> 無		
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍, 原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 拉阿魯哇 <input type="checkbox"/> 卡那卡那富 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 ( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳					
	領有身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 第___類 ICD 診斷_____ (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷) <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者					
職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳						
戶籍地址	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓						
聯絡地址	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓						
電話	【宅】		【公】		【手機】		
方便聯絡時間				方便聯繫方式：			
安全聯絡人姓名	電話：【宅】		【公】		【手機】		
與受保護(被害)人關係							
相 對 人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍, 原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 拉阿魯哇 <input type="checkbox"/> 卡那卡那富 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 ( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳					
	領有身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明第___類 ICD 診斷_____ (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷) <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者					
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳					

有無下列情事？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 施用毒品 <input type="checkbox"/> 自殺意念 <input type="checkbox"/> 自殺行為（倘有自殺意念或行為請併傳自殺高風險個案轉介單） <input type="checkbox"/> 公共危險行為（倘相對人有開瓦斯、預備汽油桶、縱火等行為，請立即報警） <input type="checkbox"/> 其他） <input type="checkbox"/> 不確定							
戶籍地址：	縣（市）	鄉（鎮、市、區）	村（里）	鄰	路（街、道）	段	巷 弄 號之樓
聯絡地址：	縣（市）	鄉（鎮、市、區）	村（里）	鄰	路（街、道）	段	巷 弄 號之樓
電話：【宅】		【公】		【手機】			
其他可聯絡之親友：		電話：【宅】		【公】		【手機】	

### 身心障礙者保護事件

具體事實	
被害人/受保護人姓名：	
一、發生時間： 年 月 日 時	
二、發生地點： <input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構 <input type="checkbox"/> 工作場所 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 其他：（請說明）	
三、案情陳述：	
1.案件類型：對身心障礙者有下列行為之一：	
<input type="checkbox"/> 遺棄：_____	
<input type="checkbox"/> 身心虐待： <input type="checkbox"/> 身體虐待 <input type="checkbox"/> 精神虐待 <input type="checkbox"/> 疏忽 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
<input type="checkbox"/> 限制其自由：_____	
<input type="checkbox"/> 留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境	
<input type="checkbox"/> 利用身心障礙者行乞或供人參觀：_____	
<input type="checkbox"/> 強迫或誘騙身心障礙者結婚：_____	
<input type="checkbox"/> 其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為： <input type="checkbox"/> 財務侵占／搾取 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
2.被害人受傷程度： <input type="checkbox"/> 未受傷 <input type="checkbox"/> 無明顯傷勢 <input type="checkbox"/> 有明顯傷勢：_____（敘明部位） <input type="checkbox"/> 重傷需住院治療：_____（敘明原因） <input type="checkbox"/> 死亡	
3.加害人施暴時是否使用武器或工具： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：（請敘明物品名）	
4.被害人是否有自殺意念： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請併傳自殺高風險個案轉介單）	
5.被害人是否有自殺行為： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請併傳自殺高風險個案轉介單）	
6.其他補充內容（如案發經過、曾求助對象或單位、相關評估意見等）：	
協助事項及相關意見	
一、被害人後續是否願意社工介入協助？ <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意，理由：	
二、已協助事項： <input type="checkbox"/> 緊急送醫 <input type="checkbox"/> 協助報案 <input type="checkbox"/> 保護安置 <input type="checkbox"/> 與被害人討論安全計畫 <input type="checkbox"/> 提供相關福利資源 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）	
三、被害人後續需要協助事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 就醫診療 <input type="checkbox"/> 協助報案 <input type="checkbox"/> 安置服務 <input type="checkbox"/> 經濟扶助 <input type="checkbox"/> 法律扶助 <input type="checkbox"/> 協尋家屬 <input type="checkbox"/> 聲請監護宣告或輔助宣告 <input type="checkbox"/> 心理治療與輔導 <input type="checkbox"/> 就業協助 <input type="checkbox"/> 家屬協調 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）	
四、需立即聯繫社工案件：有下列情形之一者，除傳真本通報表或以網路（網址： <a href="http://ecare.mohw.gov.tw/">http://ecare.mohw.gov.tw/</a> ）通報外，建議立即以電話聯繫當地受理身心障礙者保護事件業務窗口評估處理。	
<input type="checkbox"/> 經評估被害人處於高危險情境者	
<input type="checkbox"/> 被害人有受暴事實，經認無其他安全支持網絡可協助，需緊急安置或擬定其他安全計畫	
<input type="checkbox"/> 其他（請敘明）：_____	

<b>填表說明</b>	一、依身心障礙者權益保障法第 76 條規定，各相關人員在執行職務時知有身心障礙者保護事件，應立即以任何方式通報當地主管機關，並於 24 小時內填具本通報表送當地主管機關。 二、通報單位應主動確認受理單位是否收到通報，通報單位須自存乙份。 三、通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩露或公開。
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------