

衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理
「全國自殺防治中心計畫」案
103 年度期末成果報告



珍愛生命，希望無限
Saving Lives, Restoring Hope

受委託單位： 社團法人台灣自殺防治學會

計畫主持人： 李明濱

地 址 : 台北市中正區博愛路 63 號 6 樓

中華民國一〇三年十二月十九日

目 錄

計畫執行成果檢核表	i
執行結果摘要	1
前言	15
壹、全國自殺防治中心組織	19
貳、強化心理健康促進工作	
一、編製心理健康促進衛教手冊	20
二、自殺防治網通訊之發行與推廣	24
參、防治相關統計分析資料	
一、2013 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告	30
二、前一年再自殺個案及生前被通報相關分析	43
肆、自殺防治之實證研究	
一、非開架方式販售木炭成效分析	47
二、農藥儲藏箱防治成效分析報告	60
三、全國各縣市「30 天再自殺率」之分析報告	67
四、自殺未遂者之通報與關懷追蹤	72
伍、強化自殺防治策略	
一、強化自殺防治策略及具體實施方案	
1. 老人養護機構自殺防治專案	85
2. 青少年校園自殺及具體因應策略建議	88
二、2013 年度強化縣市自殺防治策略討論會辦理情形	95
三、2014 年全國自殺防治計畫年度工作說明之建議事項辦理情形	99
四、強化縣市自殺防治策略	107
五、社群網站 facebook 之運用與推廣	145
六、與媒體互動、新聞監測及因應	150
七、教唆自殺網站之監測與處置	157
八、教育文宣之發行與推廣	161
九、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣	170
十、「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣	176
十一、持續珍愛生命義工之推動	180
陸、研修相關工作規範	
一、自殺防治通報關懷作業現況及改善建議	185
二、拒訪個案介入處置措施及評估成效	194
柒、教育訓練及宣導規劃	
一、大型宣導活動	
1. 世界自殺防治日系列活動	207
2. 其他宣導活動	215
二、自殺防治中心網站之維護及宣導	220

三、雲端數位學習平台之維護與推廣	225
四、自殺通報關懷訪視員訓練	238
捌、召開聯繫會議	
一、全國自殺防治中心計畫年度工作說明會	249
二、行政院心理健康促進及自殺防治會報	251
玖、創新專案	
一、心情溫度計應用程式(APP)設計與推廣	256
二、網路成癮之評估與轉介	262
壹拾、其他規劃辦理事項	
一、國際合作與交流	268
二、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查	271
三、衛生福利部其他交辦事項	283
四、期中審查意見建議辦理事項	
1. 強化情感/人際因素之因應策略	300
2. 高雄氣爆事件之自殺防治策略建議	309
壹拾壹、全國自殺防治中心重要工作要覽及紀實	317

計畫執行成果檢核表
(期間：2014年1月1日至2014年12月31日)

工作項目	執行結果
一、 設置全國自殺防治中心組織： 聘請專責人力 15 人，辦理本案所訂各項工作，得依實際業務需求，分配適當人力，聘用人員以具有自殺防治實務工作經驗者為佳，尤主任、副主任及組長等職務，其人員至少需具備 3 年以上之公共衛生、心理衛生或精神醫療等經驗，建議人員配置如下： 1. 管理階層(2 人)：主任、副主任各 1 人。 2. 業務推動(13 人)：置組長、組員共 13 人(含駐部人員 1 人)。	已完成。 詳見壹、全國自殺防治中心組織章節。
二、 強化心理健康促進工作： 1. 依生命週期，針對學齡期(5~14 歲)、青年期(15~24 歲)、壯年期(25~44 歲)、中年期(45~64 歲)、老年期(65 歲以上)等各年齡層，分別編製心理健康促進衛教手冊計 5 冊。 2. 針對原住民、新住民、慢性病患者及其家屬、身心障礙者及多元性別者等特殊族群，分別編製心理健康促進衛教手冊計 5 冊。	已完成。 詳見貳之一、編制心理健康促進衛教手冊章節。
三、 提供自殺防治相關統計分析資料： 1. 定期向本部資訊處撈取自殺防治通報系統資料，並做相關統計分析，且定時寄發自殺通報關懷月報表、自殺防治網通訊等資訊。 2. 配合本部要求，進行自殺通報檔、自殺死亡檔及跨部會資料比對串連等統計分析作業，並提供分析結果報告及相關因應策略，如涉及運用本部統計處「健康資料加值應用協作中心」之資料，請按其規定辦理。 3. 配合本部發布 2013 年度國人死因統計結果，於 2014 年 10 月底前分析完成 2013 年度各縣市自殺死亡及通報相關資料，並提報「102 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告」乙份，以作為趨勢分析及規劃次年度工作計畫之參考。	已完成。 詳見貳之二、自殺防治網通訊。 詳見肆之四、自殺未遂者之通報與關懷追蹤章節。 已完成。 詳見肆之四、自殺未遂者之通報與關懷追蹤章節。 已完成。 詳見參之一、2013 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告章節。

工作項目	執行結果
4. 前一年度通報個案之再自殺死亡率及自殺死亡個案生前有被通報之比例，應列為定期(1 年)提報之統計分析項目，並加強分析各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因。	已完成。 詳見參之二、前一年再自殺個案及生前被通報相關分析章節。
四、 辦理自殺防治之實證研究：	
1. 採用可被國際學刊所接受研究方法，結合新北市、台南市政府衛生局，進行非開架方式販售木炭成效分析，並提出報告及建議。	已完成。 詳見肆之一、非開架方式販售木炭成效分析章節。
2. 進行農藥儲藏箱防治成效分析。	已完成。 詳見肆之二、農藥儲藏箱防治成效分析章節。
3. 監測全國各縣市「30 天再自殺率」，加強分析重複企圖自殺(自傷)個案資料，提供個案樣態及再次企圖自殺(自傷)原因，並針對「30 天再自殺率」高於全國平均之縣市提出分析報告及進行輔導。	已完成。 詳見肆之二、全國各縣市「30 天再自殺率」之分析報告章節。
五、 強化自殺防治策略：	
1. 以青少年、女性、老人或殘障、貧病、功能不佳之弱勢或高風險家庭為重點對象，規劃自殺防治策略及具體實施方案。	已完成。 詳見伍之一之 1、老人養護機構自殺防治專案章節。 詳見伍之一之 2、青少年校園自殺及具體因應策略建議章節。 詳見伍之五、社群網站 facebook 之運用與推廣章節。 詳見伍之八、教育文宣之發行與推廣章節。 詳見伍之九、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣章節。 詳見伍之十、「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣章節。
2. 追蹤 2013 年度強化縣市自殺防治策略討論會之苗栗縣、澎湖縣、花蓮縣、南投縣、雲林縣、宜蘭縣等 6 縣市衛生局對訪視建議事項辦理情形。	已完成。 詳見伍之二、2013 年度強化縣市自殺防治策略討論會辦理情形章節。
3. 追蹤 2014 年度全國自殺防治計畫年度工作說明會議之建議事項辦理情形。	已完成。 詳見伍之三、2014 年全國自殺防

工作項目	執行結果
	治計畫年度工作說明之建議事項辦理情形章節。
4. 根據 2013 年度自殺死亡統計發布結果，辦理 2014 年度縣市自殺防治業務輔導訪查。	已完成。 詳見伍之四、強化縣市自殺防治策略章節。
5. 進行媒體監測(網路及報紙)，監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守世界衛生組織所建議的六不、六要原則，以避免模仿效應，必要時採取適當處理與回應；若網路上有教唆自殺及教導使用自殺工具進行自殺等內容，則需向國家通訊傳播委員會(NCC)所屬「網路贏家單 e 窗口」(https://www.win.org.tw/)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。	已完成。 詳見伍之六、與媒體互動、新聞監測及因應章節。 詳見伍之七、教唆自殺網站之監測與處置章節。
六、研修自殺防治相關工作規範：	
1. 定期檢討現行自殺防治相關之個案通報(含系統)、關懷、作業規劃等，並提出具體改善建議事項。	已完成。 詳見陸之一、自殺防治通報關懷作業現況及改善建議章節。
2. 研提「拒訪個案」之介入處置措施並評估成效。	已完成。 詳見陸之二、「拒訪個案」之介入處置措施並評估成效章節。
七、教育訓練及宣導規劃	
1. 配合世界自殺防治日辦理大型宣導活動 1 場次，及配合國人十大死因發布，協助辦理記者會事宜。	已完成。 詳見柒之一之 1、世界自殺防治日系列活動章節。
2. 維護全國自殺防治中心網站資料，定期更新及提供自殺防治相關統計數據及民眾所需之自殺防治宣導、教育訓練等資料。	已完成。 詳見柒之三、雲端數位學習平台之維護與推廣章節。
3. 辦理「自殺通報個案關懷訪視員」共識營 1 場次，邀請各縣市自殺通報個案關懷訪視員參加，針對拒訪個案及關懷訪視技巧，進行經驗分享及專座講授，強化訪視員訪視技巧，減少自殺個案再自殺率。	已完成。 詳見柒之四、自殺通報關懷訪視員訓練章節。
八、召開相關聯繫會議：	

工作項目	執行結果
1. 為強化擔任全國性自殺防治工作平台，於3月底前邀集各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院及相關自殺防治機關(構)等，召開全國自殺防治計畫年度工作說明會議1場次，建議內容包括：最新自殺統計資料趨勢分析與說明、全國自殺防治中心計畫成效報告及年度工作重點、請各機關配合事項、邀請自殺防治有成效或特色之縣市分享其辦理經驗，本會議議程需先經本部核定。	已完成。 詳見捌之一、全國自殺防治計畫年度工作說明會章節。
2. 配合「行政院心理健康促進及自殺防治會報」每3個月開會1次為原則，研提相關會議議題，並協助幕僚事務作業。	已完成。 詳見捌之二、行政院心理健康促進及自殺防治會報章節。
九、 除以上指定工作外，請自提2項創新工作：	
1. 心情溫度計APP設計	已完成。 詳見玖之一、心情溫度計應用程式(APP)設計與推廣章節。
2. 網路成癮使用者之初步評估與轉介	已完成。 詳見玖之二、網路成癮之評估與轉介章節。
十、 其他規劃辦理事項：	
1. 國際合作與交流	已完成。 詳見壹拾之一、國際合作與交流章節。
2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查	已完成。 詳見壹拾之二、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查章節。

期中報告綜合審查意見	
意見	說明
一、 對於執行成果之年度數據變化，應以最新資料進行分析，另說明文字應周延完整，正確表達統計意義。	已遵照辦理。
二、 請強化青少年與校園自殺防治策略，納入「破除自殺迷思」、「保命 VS 保密衝突處理」、「自殺危險度辨識評估及相對應危機處理技	已遵照辦理。 詳見伍之一之2、青少年校園自殺及具體因應策略建議章節。

巧」。	
三、 請強化「情感/人際關係」事件之因應策略。	已遵照辦理。 詳見壹拾之四之1、情感/人際因素之因應策略章節。
四、 請補充針對高雄氣爆事件之自殺防治建議。	已遵照辦理。 詳見壹拾之四之2、高雄氣爆事件之自殺防治策略建議章節。
五、 全國自殺防治中心網站之相關統計數據，請更新至最新數據。	已遵照辦理。
六、 請說明經費運用狀況，並針對中心歷年來之成果，提出未來展望。	<p>經費運用：</p> <p>2014 年度採購(預算)金額為 \$14,130,000，決標(契約)金額為 \$12,000,000，本案之契約金額係依總包價法結算。其中，人事費執行數為\$7,868,353(原預算\$7,858,108，執行率為 100.13%)、業務費執行數為 \$4,334,572(原預算\$3,581,892，執行率為 121.01%)、管理費執行數為\$648,367(原預算 \$560,000，執行率為 115.78%)，故經費執行率為 107.09% ($\\$12,851,292 \div \\$12,000,000$)，不足\$851,292。(本年度第三期款 \$3,600,000 尚未支領)。</p> <p>展望：</p> <p>目前全國自殺防治體系已有架構，策略和具體措施已底定，各縣市針對特殊屬性族群（如老年、燒炭自殺、農藥...等）均有因地制宜之策略，唯中央補助僅只集中齊頭式在關懷訪視上之補助，建議中央能考慮給予各縣市某些因地制宜之特殊專案補助；更重要的，期待自殺防治法能順利制定及實施，以確立自殺防治中心角</p>

色、定位及經營預算，以確保
自殺防治業務推展能永續經
營。

執行結果摘要

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異，本學會秉持防治作為基本概念，即依據公共衛生三段五級架構之全面性、選擇性與指標性三大策略為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，承接衛生福利部之「自殺防治中心計畫」。2014 年主要工作結果摘要如下：

一、強化心理健康促進工作

1. 編製心理健康促進衛教手冊

有鑑於自殺防治與心理健康促進環環相扣，今年中心針對各年齡層及特殊族群編製心理健康促進之衛教手冊，共 11 冊，包含基礎篇、學齡期、青年期、壯年期、中年期、老年期、原住民及新住民、慢性病患者及其家屬、身心障礙者及多元性別者，讓民眾了解並重視心理健康促進的重要性。

2. 自殺防治網通訊之發行與推廣

集合國內外各個領域專家學者之專業，持續向大眾推廣自殺防治守相關概念。今年度出版自殺防治網通訊第九卷，共四期，主題文章共計 4 篇、自殺防治新視野共 7 篇、自殺防治經驗分享及服務心得共 8 篇，其內容淺顯易讀，以藉此宣導及教育民眾有關自殺防治之資訊。每期發行量電子 8,169 份、紙本 500 份，未來為因應智慧行動裝置更加普及，且為響應環保及減少印製資源，將朝向電子報型式發行，邁向智慧雲端概念。

二、自殺防治相關統計分析資料

1. 2013 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含遠端因子以及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒時期及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾病、身體疾病、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。本計畫持續配合衛生福利部心理及口腔健康司，作為全國自殺防治工作平台，辦理自殺防治之統計分析、實證研究、策略擬訂等工作。

2013 年自殺死亡人數 3,565 人(男性 2,388 人、女性 1,177 人)，自殺

粗死亡率每十萬人口 15.3 人(男性每十萬人口 20.4 人、女性每十萬人口 10.1 人)。自殺死亡人數及自殺粗死亡率皆較 2012 年(自殺死亡人數：男性 2,430 人、女性 1,336 人／自殺粗死亡率：男性每十萬人口 20.8 人、女性每十萬人口 11.5 人)減少。青少年族群(15-24 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 5.2 人，較 2012 年下降 13.3%，老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 32.1 人，較 2012 年下降 1.5%。死因為「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之佔率為 18.6%，較 2012 年增加 6.6%，以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之佔率為 1.9%，較 2012 年減少 3.0%，以「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自殺死亡之佔率為 13.7%，較 2012 年減少 13.7%。女性以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之佔率為 20.1%，較 2012 年增加 14.0%，女性以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之佔率為 10.4%，較 2012 年增加 14.4%。

2. 前一年再自殺個案及生前被通報相關分析

針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略，而本章節藉由自殺企圖通報資料及自殺死亡檔之分析，確認自殺通報及關懷訪視作業落實情形。通報個案再自殺死亡率分析，2013 年自殺企圖通報個案計 24,621 人，其中 7.4% 為第一次通報時即死亡個案，1.0% 為再自殺死亡個案，91.7% 無死亡紀錄。自殺死亡個案生前通報分析，2013 年自殺死亡個案 3,565 人，其中 22.7% 個案於自殺死亡前曾經被通報過，39.7% 個案為自殺死亡後通報，37.6% 則沒有通報紀錄。

三、自殺防治之實證研究

1. 非開架方式販售木炭成效分析

有鑑於燒炭自殺之嚴重性，全國自殺防治中心今年針對已實施非開架方式販售木炭之新北市及台北市進行調查，以瞭解新北市及臺南市在燒炭自殺防治上之措施、推動方式和投入資源等實際執行狀況，並確立評估方法。

綜觀新北市及臺南市之執行與研究分析結果，可粗略判定非開架方式販售木炭在新北市有所成效，但就臺南市則是初期有效，後期則否。

影響成效因素眾多，除地理區域及賣場的型態之不同外，如實施及管理制度方面兩縣市極為不同。新北市在策略落實上，以規定方式要求場家配合，並將稽查納為重要事項，並由稽查人員協助辦理；而臺南市則以柔

性勸導方式拜訪，雖亦有訪查措施，較沒有強制力。

為此，若未來需執行非開架方式販售木炭之策略，除政策方向需建立完整的執行及稽查制度，以徹底落實木炭非開放陳列外，亦需針對販售商和零售商等給予守門人訓練，並進行自殺防治宣導，在政策下監督和宣導雙管齊下，才能達到其降低自殺率之目的。

2. 農藥儲藏箱防治成效分析

近年臺灣自殺死亡男性為女性兩倍以上，且年齡愈高，自殺死亡率愈高。自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域、以及臨床特性差異，都會區青壯年以燒炭方式為眾，鄉村及老年人口以上吊及農藥為主。

根據調查結果，雖可初步判斷農藥儲藏箱在自殺防治上或許有些成效，但仍建議可依照各縣市農藥使用量來分配儲藏箱之數量，未來在發送箱子時，加強箱子的使用率及安全使用宣傳，並可在箱子外側貼上求助資源以及衛教訊息，加以宣導。

此外，而守門人訓練的強化亦不可或缺，除各地方政府主管人員外，加強各鄉鎮鄰里長、販售商等相關單位之守門人概念，落實稽核與管理也是降低農藥自殺的重要防治策略之一。

3. 全國各縣市「30 天再自殺率」之分析報告

根據國外研究指出：有 50% 以上之自殺企圖者有一次以上的企圖，且 20% 的再次企圖，發生在第一次企圖後 12 個月內，重複自殺者，較單一企圖者，增高 2.24 倍之自殺死亡率。

以 2006 年至 2012 年自殺通報關懷系統資料進行分析，定義「30 天再自殺率」為自殺企圖後 30 天內再自殺之比例(自殺通報月報分析一致)整體而言，女性 30 天再自殺率較男性高，但男性再自殺死亡率為女性的兩倍，需特別留意。「65 歲以上」族群 30 天再自殺死亡率高於其他年齡層，雖然可能與其生理機能有關，但仍不容忽視。使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」等方式再自殺的機率高，自殺原因則以「精神健康／物質濫用」有較高機率再自殺。關懷訪視本人受訪之再自殺死亡率最低，且 BSRS-5 分數越高，無論再自殺死亡率及再自殺企圖(未遂)率亦越高，因此，建議於關懷訪視時多加留意高危險群個案個案，並落實以 BSRS-5 進行評估，加強精神醫療之轉介，減少再自殺之行為發生。

4. 自殺未遂者之通報與關懷追蹤

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。

全國通報比 2006 年為 4.3 至 2013 年 10 月的 8.2，呈現逐年上升趨勢（因 2014 年自殺死亡數據尚未公布，故以 2013 年同期自殺死亡人數估算）。分案率及分案關懷率亦逐年上升，自 2006 年的 71.9% 與 95.8% 上升至 2014 年 10 月之 99.9% 與 99.8%。2014 年 1 至 10 月全國自殺通報期 24,822 人次，其中女性共 15,838 人次（占率 63.8%）；男性共 8,984 人次（占率 36.2%），女性通報人次為男性的 1.76 倍。年齡層中占率最高之族群為 25-44 歲（占率 48.9%），其次為 45-64 歲（占率 26.8%），占率排序第三位的是 15-24 歲族群（占率 13.7%）。自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」（54.7%）仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」（27.0%）次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。殺原因除了「不願說明或無法說明」以外，無論男女前三位依序為「情感／人際關係」、「精神健康／物質濫用」及「工作／經濟」；女性因「情感／人際關係」原因自殺之占率（55.9%）為男性的 1.4 倍；男性因「生理疾病」原因自殺之占率（11.7%）為女性（5.8%）的 2.0 倍，而男性因「工作／經濟」原因自殺之占率（15.5%）為女性（9.2%）的 1.7 倍。

四、強化自殺防治策略

1. 強化自殺防治策略及具體實施方案

1) 老人養護機構自殺防治專案

我國老年族群（65 歲以上）自殺死亡率一向高於其他年齡層，為全國自殺死亡率之 2 倍。因時代變遷，台灣高齡人口持續增加，未來安養機構之需求將會越趨龐大，而老人在得知要被送進安養機構時，可能會感到被遺棄、焦慮、失落等負面情緒，嚴重者甚至導致憾事發生，因此，安養機構之自殺防治實為重要。

為減少老人自殺並強化安養機構老人自殺防治之措施，提升其照護品質，中心特蒐集相關資料，擬定及提供安養機構強化心理健康照護及自殺

防治策略建議方案，並協助辦理自殺防治/守門人講座。

2) 青少年校園自殺及具體因應策略建議

自殺在青年族群(15-24 歲)之死因排名，從 2003 年起由第三名上升至第二名，在今年 6 月衛生福利部公布之 2013 年國人十大死因中，自殺仍高居青年族群第二大死因。雖青少年自殺率有逐年下降之趨勢，但青少年為國家之未來，自殺防治應予以重視，刻不容緩。為此，中心特彙整過去針對青少年自殺防治之相關資料，並結合國外之文獻，研擬自殺防治策略建議。

2. 102 年度強化縣市自殺防治策略討論會辦理情形

自殺防治的工作必須「思考全球化、策略國家化、行動在地化」，為協助地方持續推動自殺防治工作，中心於 2013 年由衛生福利部長官及計畫主持人李明濱教授帶領團隊至自殺死亡率前六名之六縣市辦理強化自殺防治策略討論會，並彙整相關建議摘要供六縣市參考，並於今年追蹤各縣市之辦理情形；追蹤結果，各縣市針對各項建議，除盡力採納執行外，但仍有其需協助之困難，故中心針對六縣市之辦理結果及困難，彙整相關建議，提供中央卓參，以利縣市推動自殺防治相關業務。

3. 2014 年全國自殺防治計畫年度工作說明之建議事項辦理情形

自殺防治工作得以順利推行，需各相關單位之資源投入與協助配合。故為瞭解各縣市自殺防治相關業務辦理情形，及給予未來自殺防治業務之策略與方向，中心於「103 年度全國自殺防治計畫年度工作說明會」後，以問卷調查方式追蹤全台 22 縣市其自殺防治業務辦理情形。

經回收資料統整後，發現各縣市之自殺防治業務推動均有涵蓋說明會之自殺防治策略方針，包括高風險族群之自殺防治、關懷訪視員督導與訓練、辦理在地守門人講座、宣導心理健康促進，且亦將地方特色及資源予以納入考量，形成因地制宜之防治策略，例如連江縣和澎湖縣針對沿海岸之自殺防治、連江縣推廣軍中自殺防治、花蓮縣針對酒藥癮之自殺防治等。

4. 強化縣市自殺防治策略

自殺防治的工作必須「行動在地化」，為協助地方持續推動自殺防治工作，今年度除召開「全國自殺防治計畫年度工作說明會」外，亦由衛生福利部長官及計畫主持人李明濱教授帶領團隊至自殺死亡率前六名縣市：苗

栗縣、雲林縣、南投縣、嘉義縣、臺東縣、基隆市辦理強化自殺防治策略討論會，進行交流並給予建議。

5. 社群網站 facebook 之運用與推廣

因應網路社群型態的興起，各社群網絡中尤其以 facebook(臉書)為青少年與上班族最常使用的社群網站，中心成立 facebook「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念；截至 12 月 5 日止，今年度新增粉絲 931 人、共發布 529 則貼文、獲得 15,390 個讚、530 則留言及 1376 次公開轉載、瀏覽人次共有 192,712 人。2010 年 10 月成立至 2014 年 12 月 5 日止，粉絲人數累計共 5,874 人。

6. 與媒體互動、新聞監測及因應

中心每日蒐集網路四大報自殺相關新聞，依據 WHO 公佈之自殺新聞報導「六不六要」原則，進行媒體監測、針對重大新聞事件適時提出回應，並不定期召開記者會、主動建構正向議題。截至 12 月 5 日止，媒體監測業務統計共 884 起個案事件被報導，並因應重大新聞，推動老人養護機構之自殺防治。分析媒體六不六要原則遵守情形部分，共蒐集及統計 517 則自殺新聞報導。記者會及新聞發布部分，共計發佈 5 篇新聞稿、活動消息稿 1 篇，總計共 50 則媒體露出相關報導。

7. 教唆自殺網站之監測與處置

有鑑於網路教唆自殺訊息影響之嚴重性，及抑制網路上相關之訊息傳播，本中心依衛生福利部保護服務司所訂定之「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則」，建立網站監測及舉報流程，並以發函及自殺防治網通訊的方式，將監測及舉報流程進行宣導，藉此呼籲大家重視網路自殺防治，全民一起投入，人人皆是網路自殺防治守門人。

截至 2014 年 11 月底，整體檢舉網頁累計共 82 則，其中網站 IP 位於國內有 31 則，已下架為 28 則(下架率 90%)。而網站 IP 位於境外有 51 則，但因受限於國際法規以及國對國公權力的限制，國外網站部分不易有效移除，但透過各種管道舉報後，已有 22 則被下架(下架率 43%)。期待未來透過政府及全民的共同參與，能消弭網路上不當訊息的傳播，預防更多不幸事件的發生。

8. 教育文宣之發行與推廣

持續推廣國人對自身及他人心理健康的覺察，宣導「自殺防治守門人」的概念。手冊方面，完成「自殺防治系列手冊 25 老人自殺防治—自殺新聞事件的省思」、「自殺防治系列手冊 26—殺子後自殺事件之防治」、「自殺防治系列手冊 27—雨過天晴心希望」及自殺防治系列手冊 28—擁抱生命逆轉勝」電子書之出版，共 4 冊，並再版手冊 3 至 24 之電子書，共 22 冊，置於中心網站及合作之平台，供民眾隨時線上瀏覽，達不受時間地域限制廣泛流通，並提供最新資訊版本之效。相關宣導品之授權部分，共計 27 個政府部門及民間機構單位。

9. 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

截至 11 月 25 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 33 場，已完成的場次為 32 場，參與訓練的學員共 2,258 人，對象包含有各級學校師生、醫療人員、居家照顧服務員、木炭販售業者、各矯正機關戒護科長、法務部行政人員、社工員等。依據回收之課後講座問卷分析結果，顯示多數學員皆相當肯定珍愛生命守門人課程，認為受益良多；九成以上的學員對於整體守門人課程內容表示滿意。

主辦單位回饋多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格分別有幽默、風趣、活潑和輕鬆等，且講師的授課方式淺顯易懂，以實際例子及搭配圖片或照片讓學員容易理解，邀請台下學員分享，課程中與學員互動頻繁。

10. 「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣

2011 年「自殺防治」被列為 PGY 社區醫學訓練必修課程，又依自殺死亡前之就醫情形之分析，臨床醫師的重要性不可言喻。本年度中心仍持續辦理 PGY-社區醫學訓練之「自殺防治」課程，截至 12 月中共辦理 18 場次，311 位醫師參與，而透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，並認同珍愛生命守門人的理念，對於課程之滿意度為 96.5%，未來在臨牀上會推廣心情溫度計的比例為 100%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 99.6%。另中心於今年 5 月更新資料重新錄製課程 DVD，寄送至全國社區醫學訓練醫院供參，協助辦理自殺防治課程教學。

11. 珍愛生命義工之推動

本中心持續招募對自殺防治工作有興趣之社會大眾加入珍愛生命義工

行列，並期盼每位義工能於平日推廣心情溫度計及發揮守門人精神，主動關心身邊的親友。截至 12 月 5 日前，今年義工新增 59 人，義工人數達 651 人，電郵訊息寄發 41 則。義工服務部分，中心行政庶務服務總計 98 人次、時數總計 186.5 小時；支援講座、研討會、宣導活動計 35 人次。今年度推動義工線上學習。

五、研修相關工作規範

1. 自殺防治通報關懷作業現況及改善建議

指標性策略的防治對象為具高自殺風險之個人，其中最主要的是曾經自殺過的人(自殺企圖者)。世界衛生組織(2000)表示，每一自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自企圖的發生；曾有自殺行為的人，再自殺之機率較一般人高。因此如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。衛生福利部基於上述原因，於 2006 年起推動自殺防治通報關懷服務，並於「衛生局所網路便民服務計畫」(現名：公共衛生資訊入口網)中建置「自殺防治通報系統」。

本學會積極協助衛生福利部規劃推動自殺防治通報關懷服務，2014 年持續檢討現行自殺防治相關之個案通報、關懷及作業規劃，依管理者、通報者及關懷訪視者三方角色，評估整體系統修正方向。透過與各縣市討論會議及 3 月份辦理之工作說明會與衛生局人員溝通管理之權限與問題，並於 8 月份進行系統使用者意見回饋調查，以及持續反應系統資料問題，進行檢討，提出具體改善建議，以利系統及整體作業之改善。

2. 「拒訪個案」之介入處置措施並評估成效

本專案彙整分析拒訪相關資料，以問卷收集訪視員實務經驗，進行拒訪個案介入處置措施焦點團體會議，舉辦自殺通報個案關懷訪視員訓練，並編製成課程，上傳於珍愛生命數位學習網供線上學習，另整理訪視員常見問題與解答供參，進一步將拒訪個案處置措施課程及資料，編製成光碟，送予各縣市訪視員學習與運用。

評估成效方面，拒訪個案介入處置調查結果顯示，「參加共識營並閱覽課程光碟」者，及「僅閱覽課程光碟」者感到改善之成效明顯可見，尤以「訪視整體作業之改善」及「溝通能力之提升」2 項，感受到有改善者更接近九成或以上。

本年度自殺通報個案受訪狀態分析結果指出，個案本人接受訪視之比

率增加之幅度明顯高於前兩年，而個案家屬拒絕接受訪視之比率降低，且與前兩年相比下降幅度較多。由調查結果及資料分析顯示，不管是主觀的感受或是客觀的數據，關懷訪視員在親身參加訓練或自我學習均有助益。

六、教育訓練及宣導規劃

1. 大型宣導活動-世界自殺防治日系列活動、其他活動

國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(WHO) 從 2003 年開始便共同推動，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性。

今年舉行「攜手關懷 "網"救生命 傳遞希望」世界自殺防治日記者會，公佈最新自殺統計數據，共約 300 人到場。本中心特舉辦系列活動響應世界自殺防治日，系列活動則包含辦理自殺防治四格漫畫徵件活動，以「攜手相連 "網"救生命」為主題，以及「單車繞世界」活動，另外與電台合作進行自殺防治相關主題專訪和公益廣播播出，透過電台廣播的力量，呼籲各階層民眾關懷周遭親友，另外於台北捷運站放置宣導摺頁供民眾自由索取，推廣心情溫度計的運用。

此外，今年度也參與「台灣國際銀髮族暨健康照護產業展」、「心所愛的文夏 YUAN 原音再獻」致敬演唱會」、「貢寮海洋音樂祭」、「憶起愛相隨防治失智症」主題展、「南台灣生物技術展」及「社團法人台灣快樂列車協會舉辦之「熱愛生命・讓愛飛揚」愛心園遊會」共六場推廣活動，藉由設立心情檢測站向民眾推廣珍愛生命理念。

2. 自殺防治中心網站之維護及宣導

持續定期更新自殺防治相關宣導資訊，今年增設英文版簡介頁面，促進國際交流；設置自殺防治圖書館，收錄中心出版之手冊及通訊，引用 Issuu 提升宣導品線上閱讀之便利性，供民眾線上閱讀；新增網路使用與身心健康檢測頁面，提供網路成癮線上檢測服務及健康使用網路指引；建立心情溫度計介紹頁面，提供心情溫度計簡介與線上檢測服務；使用 Google Analytics 了解進入網站的訪客使用情況。

中心網站流量統計至 2014 年 12 月 5 日，累計訪客總數為 36,556 人次，參觀次數為 48,178 人次，瀏覽網頁數為 70,257 頁；網站電子報目前累積訂閱人數為 8,169 人；今年度處理的求助信件共 17 件。

3. 雲端數位學習平台之維護與推廣

近年因網際網路使用率逐漸普及，加上雲端時代的來臨，數位學習科技之快速發展，逐漸影響教學的觀念認知及資訊科技的素養，現今的學習模式將面臨新一波改變的契機。2009 年籌建「珍愛生命數位學習網」，於 2011 年引進中華電信 Hicloud 雲端伺服器服務，並陸續推出公務人員修課學分認證及醫事人員，含護理師、醫師、藥師、家醫科醫師及諮詢心理師之繼續教育積分認證，且認證課程亦持續擴增中。

目前學員累計人數共 29,131 人；今年度因陸續推出全新專業人員認證課程，加上護理人員換照潮，帶動整體點閱次數有明顯上升之趨勢，整年度課程總點閱次數為 478,803 次，累計課程總點閱次數共 718,506 次。此外，與 7 個不同單位之數位學習平台合作，進行課程連結，總計課程點閱次數共 57676 次。2013 年起持續將中心文宣手冊電子化，並推廣至各電子書平台，合作單位共計 8 家。

凱擘大寬頻合作，於 2012 年底跨業結盟，推出「國民健康雲」，2013 年擴大辦理，充實影音課程，民眾只要利用行動裝置或安裝在家中電視之 SMOD 即可隨選隨看，目前雙方合作延長至 2015 年底。此外，透過 YouTube 品牌頻道功能，成立了「珍愛生命影音頻道」之平台網站，並持續活化此通路，供民眾觀賞並分享，提升影音的能見度。目前於凱擘大寬頻可收看之影音共 34 部。而 YouTube 珍愛生命影音頻道累計共分享了 97 部影片，累計總點閱次數為 65,708 次。

4. 自殺通報關懷訪視員訓練

為使關懷訪視品質及專業知能持續提升，以有效醫療及社會介入措施讓個案走出逆境，減少個案再自殺率，進行自殺通報個案關懷訪視員之訓練。

本年度於 5 月辦理「自殺通報個案關懷訪視員共識營」，共 55 人參加。課程內容著重於強化其訪視溝通技巧、危機處理、轉介資源利用及壓力管理等基本知能。另於 10 月辦理「自殺通報個案關懷訪視研討會」進階課程，共有 43 人參加。內容包含再自殺個案及拒訪個案介入處置之議題，藉由演講及分組討論，更強化關懷訪視相關專業實務。

除辦理訓練營外，並製作課程光碟、宣導並鼓勵運用「關懷訪視員專區」，專區可提供訪員間互動交流、回饋意見及分享經驗；包括關懷訪視答

客問、相關課程資料等，中心隨時提供協助。

七、召開聯繫會議

1. 全國自殺防治中心計畫年度工作說明會

為讓各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院瞭解自殺防治之現況，特於3月27日假衛生署地下一樓會議室辦理2014年度「全國自殺防治計畫年度工作說明會」。藉由本次會議，說明中心計畫辦理成效及本年度工作重點，邀請縣市衛生局、社會局及相關單位等分享、交流辦理之經驗，並請各參與單位提出需互相配合及協助事項，進行溝通討論，以強化合作機制。本次會議參與人員為衛生福利部社政單位、各縣市衛生局承辦人員、社會局人員、精神醫療網核心醫院、衛生局所委託自殺關懷訪視單位相關人員及長官等共57人參加。

2. 行政院心理健康促進及自殺防治會報

由於自殺成因相當複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此重要關鍵在於防治工作的整合，有賴跨部會及不同機構間之協調與合作。為有效統整政府及民間力量，2011年起重新召開跨部會之「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，邀集相關部會首長、副首長、相關領域之專家學者以及民間團體代表擔任委員。

於今年「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第3次會議後，會報將改為每六個月召開一次，其討論議題仍橫跨心理健康、家暴、性侵、自殺、社會及經濟問題等。今年度共召開2次會前會議及2次委員會議。中心提供4次會報幕僚之提案共7案及協助2次會報相關資料提供、分析及記錄事宜。

八、創新專案

1. 心情溫度計應用程式（APP）設計與推廣

為讓心情溫度計更有利於民眾使用，本會發展心情溫度計應用程式（APP），以智慧型裝置作為媒介，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。截至11月底，共召開8次專家討論會議，建立Google開發者帳號與Apple帳號，完成IOS系統之開發及Android系統之初步程式設計，IOS系統APP已登錄146個會員帳號並持續增加中。將於12月底完成Andriod系統APP。

2. 網路成癮之評估與轉介

隨著資訊時代的來臨，智慧型手機、平板、電腦的普及，網路已是現代人生活不可或缺的一環。網路如水，可載舟亦可覆舟；網路過度使用所造成的身心健康問題層出不窮，網路成癮即為其中一項問題。故為了瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，以進行相關防治策略之規劃，本案延續進行「網路沉迷與心情檢測」問卷推廣，並於首頁設置連結圖標及珍愛生命打氣網上增加網路成癮檢測站宣導頁面進行擴大宣導，以吸引更多人進行線上檢測。

今年度於 5 月底進行問卷簡化，截至 12 月 5 日共有 1222 人，寄出問卷結果之郵件 427 封，並針對「網路成癮量表」(CIAS-R)64 分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)15 分以上之施測對象以電子郵件形式進行關懷，，共寄出 32 封關懷電子郵件，並於 11 月針對問卷高風險施測者再次寄發關懷郵件，關心其網路使用近況。

九、其他規劃辦理事項

1. 國際合作與交流

在國際合作與交流方面，自殺防治中心多年來持續以台灣自殺防治學會之名義成為國際自殺防治協會 (IASP) 團體會員之身份，隨時獲得國際自殺防治最新訊息。截至 11 月底，參與國際自殺防治協會(IASP)之訊息推展、協助翻譯文字、取得巴拉刈相關資料、架設中心英文介紹網頁，以及主、協辦國際學術研討會、接待外賓參訪，並參與台日韓三邊自殺防治國際聯盟交流，並活躍響應世界自殺防治日相關活動。

2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

為瞭解全國民眾對自殺防治認知及檢測國人情緒困擾問題概況，每年規劃執行「民眾對自殺防治認知調查」，用以做為自殺防治策略規劃之依據。今年度於 7 月 1 日至 7 月 12 日間，訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾。調查結果重點如下：

心情溫度計(BSRS-5 量表)檢測出有情緒困擾的民眾高達 35.5% 曾認真想自殺，15.7% 近一年曾認真想自殺，9.6% 近一月曾認真想自殺，25.3% 近一週有自殺想法；11.9% 曾有自殺行為，2.1% 近一年曾有自殺行為；年度比較顯示，今年調查表示一生中及近一年曾認真想過自殺比率皆低於往年，且近四年皆低於 3% 表示一生中有過自殺行為。

雖然自殺退出國人十大死因，但整個大環境景氣不好、薪資停滯，有一成七民眾有生活經濟壓力，加上媒體對自殺新聞過度渲染等因素都是影響民眾對自殺問題的觀感。自殺問題嚴重性雖逐年降低，但仍有六成七認為嚴重，自殺防治工作不能掉以輕心。多數民眾認為自己對自殺防治工作幫得上忙，若能善用電視媒體宣導「自殺防治守門人」相關資訊，讓民眾對自殺防治有正確的認知，進而協助週遭有自殺想法的親友，應能顯著降低自殺死亡的發生。

3. 衛生福利部交辦事項

辦理衛生福利部臨時交辦事項，並及時性協助辦理相關需求資料，今年度共 28 件。

4. 期中審查意見建議辦理事項

1)情感/人際因素之因應策略

近期情殺後自殺新聞事件頻傳，引起社會大眾的關注，然而情感問題在不同年齡層、不同的人生階段中都是重要的議題，可能是因憂鬱、壓力、情緒管理或其他因素造成情感問題的產生，它是由多重因素間相互影響的。根據自殺通報系統之資料分析，2006 年至 2014 年 8 月通報之自殺原因以情感/人際關係因素為大宗，可見其問題的重要性是不容忽視的，為此中心特蒐集相關資料，擬定相關因應防治策略。

2)高雄氣爆事件之自殺防治策略建議

在 2014 年 7 月 31 日 23 時至 8 月 1 日凌晨於高雄市前鎮區與苓雅區發生氣爆事件，在這場意外中，民眾工作及家庭可能因此受到影響，而親友若不幸罹難，更容易產生憂鬱情緒，嚴重者甚至會有自殺的念頭。而在其他非直接受災區域的人，看到破壞性及傷亡的情形，情緒也可能受到影響，氣爆事件災後之防治刻不容緩，此事件除高雄市政府已進行心理衛生及自殺防治相關行動，中心亦搜集災後心理因應相關文獻，並依據全國自殺防治策略，分三層面提出各項強化建議。

前 言

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含遠端因子以及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒時期及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾病、身體疾病、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等，其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。自 1997 年起，自殺已連續 13 年進入國人十大死因之列，自 2003 年至 2006 年，自殺死亡率逐年上升，並於 2006 年達到高峰，每十萬人口自殺粗死亡率達 19.3 人，當年度共有 4406 位國人不幸自殺身亡，全國性之自殺防治工作刻不容緩。

為有效降低國人自殺死亡率，行政院於 2005 年 5 月核定「全國自殺防治策略行動方案」第一期計畫，計畫期程為 2005 年至 2008 年，計畫期間完成全國自殺防治中心設立，開辦安心專線，建置自殺通報關懷系統，擇定 11 個縣市試辦先導區及推廣區計畫，推動自殺防治守門人訓練等重點工作，推動「自殺防治、人人有責；網網相連、繼往開來」之理念。經檢討評估第一期計畫執行成效，第二期計畫期程為 2009 年至 2012 年，計畫重點包括：配合修正後精神衛生法於 2008 年 7 月正式施行後，自殺防治業務業已為各縣市政府衛生局社區心理衛生中心之業務項目，故將強化各縣市社區心理衛生中心功能，以落實推動第一期計畫於先導區及推廣區之試辦經驗。

國內自殺防治工作，在民間與跨部會間持續擴大社會救助與關懷下，國人自殺粗死亡率已由 2006 年每十萬人口 19.3 人之高峰，降至 2007 年之 17.2 人，為過去十三年來首度下降；2010 年則為自 1997 年以來首度掉出國人十大死因之外，居第 11 位。2011 年更持續下降至 15.1 人，標準化死亡率每十萬人口 12.3 人，與 2006 年相比下降 21.7% 人。2012 年及 2013 年雖有些許波動，整體仍呈現下降趨勢。2013 年持續退出國人十大死因，居第 11 位，粗死亡率 15.3，標準化死亡率為 12.0。(圖 1) 根據世界衛生組織標準，臺灣已從標準化自殺死亡率在每十萬人口 13 人以上的自殺高度盛行率區域，再次降為中度盛行率區域。若是以性別來看，男性與女性之自殺死亡率均也呈現下降趨勢，男性為女性之 2 倍。(圖 2) 自殺防治是永續重要工作，仍須持續努力並積極因應。

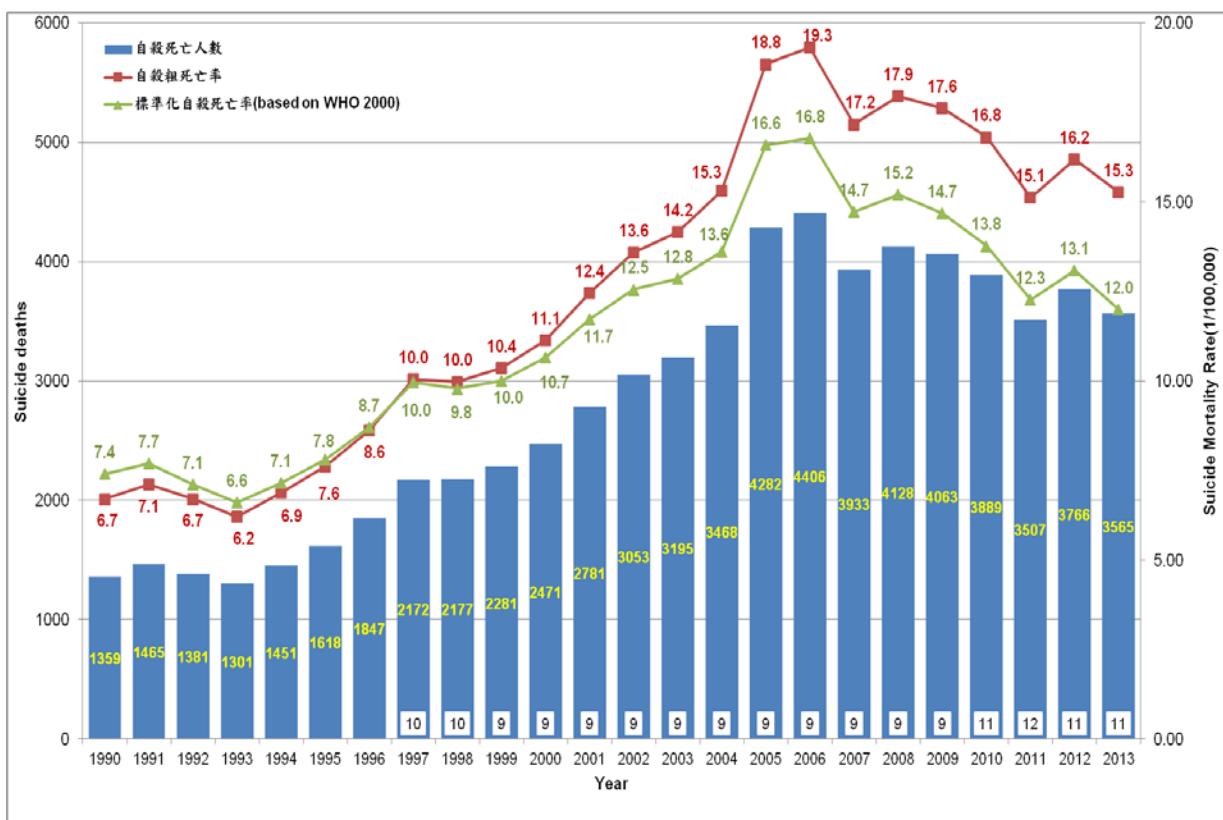


圖 1、全國 1990-2013 年自殺死亡率

全國1994-2013年自殺死亡率-性別

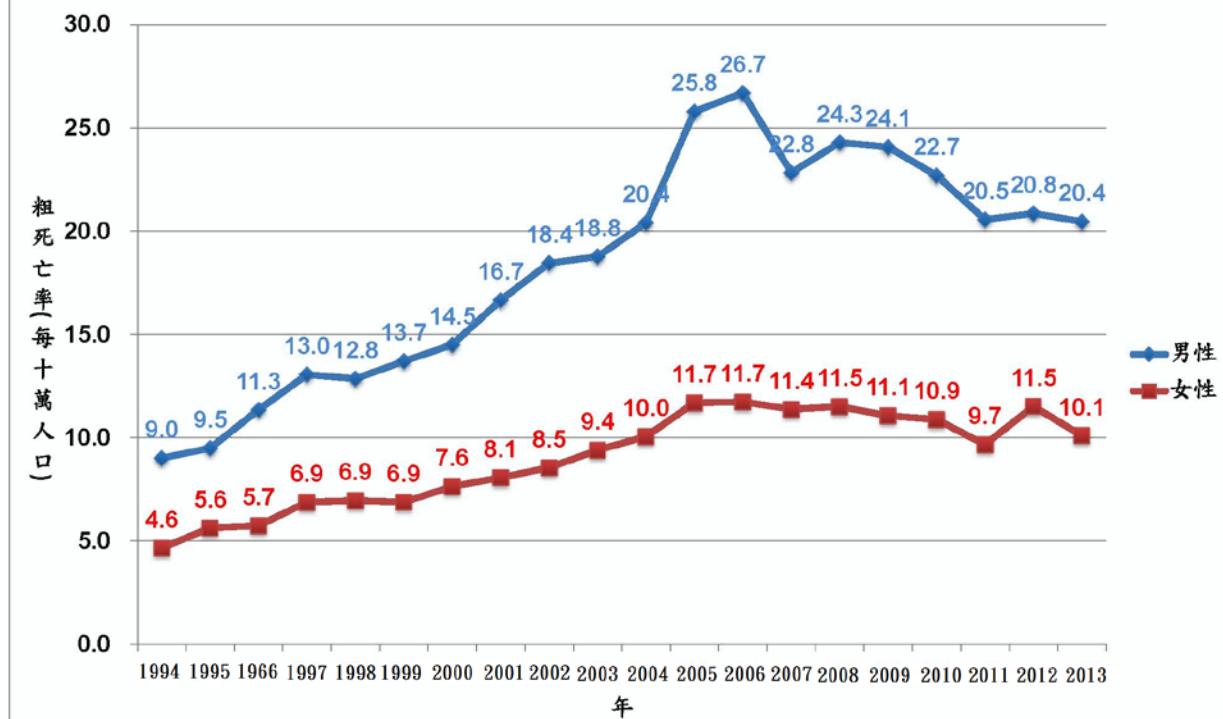


圖 2、全國 1994-2013 年性別自殺死亡率

2014 年臺灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，以作為全國自殺防治工作平台，結合醫事專業、心理學、衛生教育、社會工作、流行病學、統計資訊、健康傳播等專業人員及該領域之意見領袖，並與其他自殺防治相關專業學協會共同合作，並秉持著「思維全球化」，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據。

而依據自殺防治三大策略中的「指標性策略」所建置的關懷通報系統，自 2006 年至 2012 年的數據顯示自殺通報比呈現持續上升，並且資料分析發現有接受關懷訪視者三年內再企圖自殺率較未接受者減少 32%，有接受關懷訪視者三年內的再自殺死亡率較未接受過關懷訪視者降低 48%，足見防治工作之成效。此外由歷年全國之大樣本電話調查顯示：社會大眾對於投入自殺防治工作的意願逐年升高、也有越來越多的機會接觸到自殺防治相關訊息，而藉由「心情溫度計」之推廣與使用，以及積極拓展「自殺防治守門人」之教育訓練，逐步落實自殺防治、人人有責、全民參與之理念。

本年工作重點依當今自殺防治重要議題，在「策略國家化」的前提下，探討了網路成癮議題及網路自殺防治，並針對青少年（校園）之自殺防治予以強化，亦深入討論農藥自殺防治，及研議巴拉刈之禁用等；並進行自殺防治之統計分析、實證研究、強化和促進心理健康、設計心情溫度計之應用程式(APP)及協助召開相關聯繫會議等為重點工作，另辦理強化縣市自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

2014 年期末報告撰寫乃依照規格書工作項目之次序編排，期能清晰表達需求項目之執行進度和成果。包含之工作內容：(一) 設置全國自殺防治中心組織；(二) 強化心理健康促進工作：內容包含針對不同年齡層及不同族群分所撰寫的 10 本心理健康促進手冊。(三) 提供自殺防治相關統計分析資料：內容包含自殺防治月報以及出版自殺防治通訊等。(四) 辦理自殺防治之實證研究：包括針對新北市、台北市、臺南市及高雄市其木炭防治之報告，以及農藥儲藏箱之成效分析等等。(五) 強化自殺防治策略：分別針對青少年、老人、各縣市和網路教唆自殺進行策略之研擬和落實。(六) 研修自殺防治相關工作規範：內容包含通報系統之檢討與改善以及拒訪個案之介入與處置。(七) 教育訓練及宣導規劃：配合世界自殺防治日辦理記者會，各式宣導活動及辦理自殺關懷訪視員訓練。(八) 召開相關聯繫會議：協

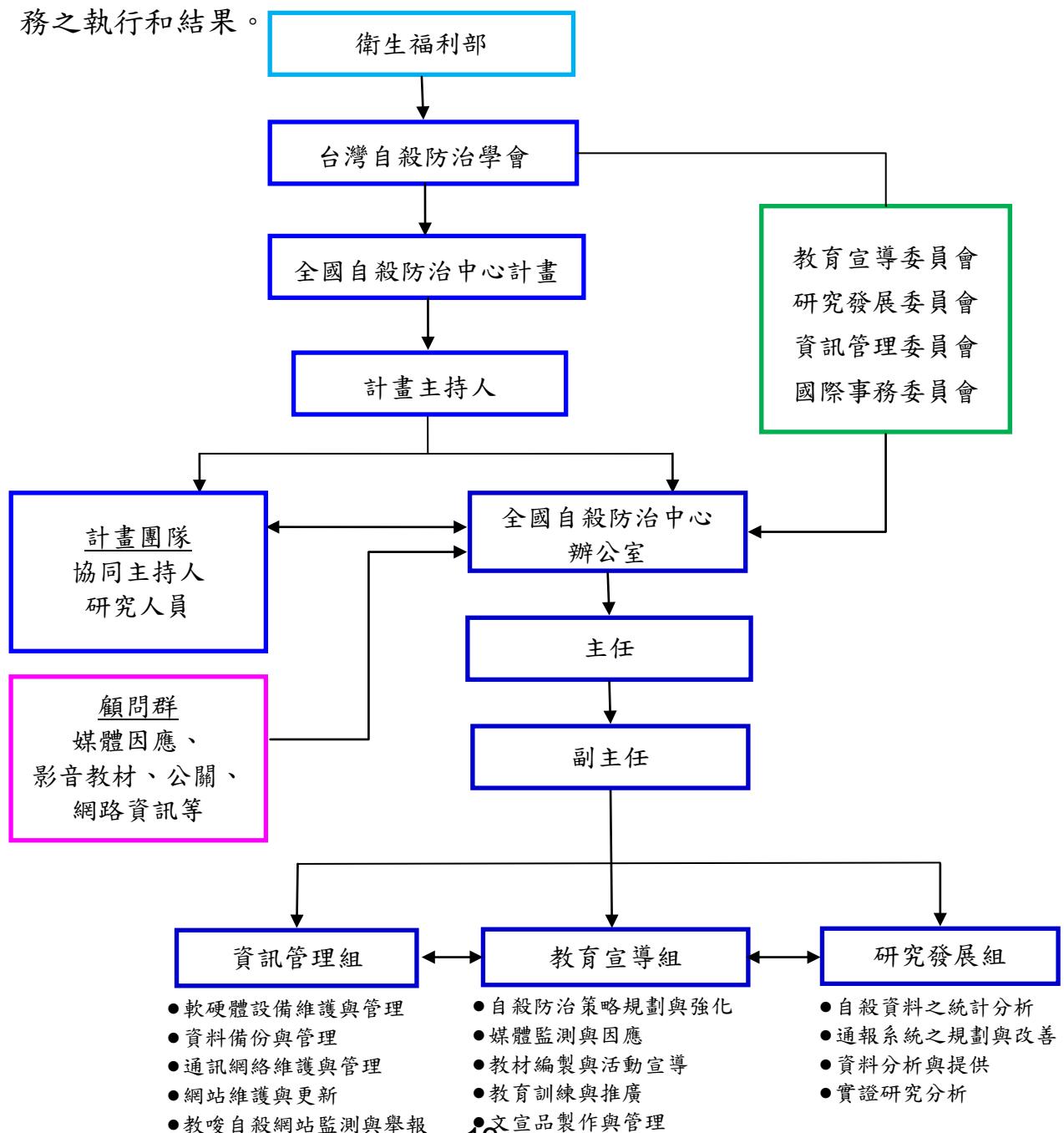
助召開行政院會報，針對禁用巴拉刈、校園自殺防治等相關議題進行討論。(九)創新專案：心情溫度計應用程式（APP）設計與推廣及網路成癮之評估與轉介：為推廣心情溫度計，將於今年推出心情溫度計之APP，鼓勵民眾使用。此外，對於網路成癮之部分，也有線上測驗供民眾使用。(十)國際合作與交流：內容包括參加台日韓三邊自殺防治國際聯盟交流、澳洲beyondblue機構前來參訪等，以及持續籌辦以網路自殺防治為主軸之國際會議等。

整體而言，自殺防治工作可謂人人有責，需要政府與民間的共同參與，策略的制定與宣導應涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將更有利於政策的推行。展望未來，臺灣與其他國家相同，不可避免地遭逢社會變遷以及景氣循環衝擊，使得自殺防治工作之挑戰更為艱鉅。有國外文獻指出：撙節政策可能伴隨失業率與自殺率升高，而經濟衰退可能深化社會不均衡及心理衛生問題，凡此皆為臺灣自殺防治工作之借鏡與警惕。面對此一局勢，未來除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，各級長官發揮優質領導力以化解本位主義藩籬，藉由實證資料引領不同專業力量的投入與增能，透過立法將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，促進全國民眾的共同努力迎接挑戰，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，共同達成、「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

全國自殺防治中心組織

依據衛生福利部服務需求說明書內容，持續設置全國自殺防治中心組織(詳見組織圖如下)，專責人力包含主任、副主任各1人，組長、組員共13人(含駐部人員1人)等職務，主任、副主任及組長至少具備3年以上之公共衛生、心理衛生或精神醫療等經驗。(人力名冊現況詳見附件1.1)

本會內部管理措施乃針對各專案計畫予以規劃、執行及評估。業務之分派採任務導向，並以團隊方式或輪值進行合作。除一般共同行政和常規外，各組間會相互支援及協調，以促進專案業務之推動與宣導。各項業務及專案含相關之規劃、評估、執行及評值等。每週定期由計畫主持人召開業務會議，每日並與主任及相關專案人員召開討論會議，定期督導各項業務之執行和結果。



編製心理健康促進衛教手冊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺是世界性嚴重的議題，根據世界衛生組織(WHO)估計，在 2000 年全球有一百萬人可能自殺身亡，平均每 40 秒就有一人在地球的某處自殺身亡，每 3 秒就有一人試圖結束自己的生命，預估 2020 年自殺身亡將高達一百五十多萬人。而每一個自殺事件至少為週遭六個人帶來嚴重的影響，自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是無法估計的。

自殺防治策略分為三個主要層面，分別為全面性、選擇性和指標性策略，其中全面性策略之目標為全體民眾，旨在促進全民之心理健康。而所謂的心理健康促進乃是一種提升心理健康與幸福的積極行動，其目標對象包括心理病患或學校、鄰里、職場、縣市等所有人口，期待藉由活動或方案的介入，皆能促進社會、情緒、心靈的安適程度與生活品質。

所謂「自殺防治，人人有責」，在自殺防治艱鉅的工作中，除了全民參與、彼此關懷的理想境界外，各種專業社群成員的積極參與也是十分重要的事情。心理健康常被認為是著重在心理有病的人，主要因為目前大部分心理衛生相關服務皆較關注在精神疾病的預防，而忽略了心理健康促進的重要性。有鑑於自殺防治與心理健康促進環環相扣，中心特別編撰涵蓋心理健康促進之自殺防治手冊，共 11 冊，包括：基礎篇、學齡期篇、青年期篇、壯年期篇、中年期篇、老年期篇、原住民篇、新住民篇、身心障礙者篇、多元性別者篇及慢性病患者及其家屬篇，讓民眾了解並重視心理健康促進的重要性。

2. 業務或方案的目的與目標

由手冊編製，介紹不同年齡層及不同族群的心理健康促進方針，以提升民眾對於心理健康的重視，進而達到全面性自殺防治之目的。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開討論會議：邀請專家進行討論
- 2) 收集資料與撰寫手冊。
- 3) 進行討論及修正。
- 4) 完成初稿並函送衛生福利部。

- 5) 依衛生福利部意見，交由專家外審機制審查後再進行修正，修正版再函送。
- 6) 為響應節能減碳及考量現今網路資訊的發達及全面性，手冊擬改由電子書形式發行。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺大醫院陳宜明醫師、臺大醫院陳俊元醫師、臺大醫院高維治醫師、臺大醫院張立人醫師、臺大醫院杜恩年醫師、臺大醫院簡意玲醫師、臺大醫院徐志雲醫師、臺大醫院陳錫中醫師、臺大醫院蔡哲文醫師、臺北市康復之友協會戴傳文理事長、臺北醫學大學公共衛生系呂淑妤教授、臺北醫學大學公共衛生學系陳叡瑜副教授、和信治癌中心醫院林帛賢醫師、衛生福利部朴子醫院蘇柏文醫師、財團法人仁愛綜合醫院小兒科林建亨醫師、國立成功大學醫學院護理系徐畢卿教授、社團法人國際生命線臺灣總會顏育德副秘書長、花蓮縣生命線李沛珊社工、花蓮縣政府原住民行政處輔導行政科馬嘉彥書記、花蓮縣吉安衛生所孔吉文主任、臺灣原住民族企業人協會塗裕盛秘書長、原住民族委員會衛保科廖怡珊專員。
- 2) 資源連結內容及形式：專題演講、專家諮詢、意見交流。

三、過程(Process)

1. 召開討論會議

- 1) 1月22日召開「心理健康促進」討論會。
- 2) 1月24日召開「慢性病患者及其家屬之心理健康促進」討論會。
- 3) 1月29日召開「學齡期(5-14歲)之心理健康促進」討論會。
- 4) 2月5日召開「青年期(15-24歲)之心理健康促進」討論會。
- 5) 2月7日召開「身心障礙者之心理健康促進」討論會。
- 6) 2月14日召開「壯年期(25-44歲)之心理健康促進」討論會。
- 7) 2月26日召開「中年期(45-64歲)之心理健康促進」討論會
- 8) 3月5日召開「新住民之心理健康促進」討論會。
- 9) 3月7日召開「老年期(65歲以上)之心理健康促進」討論會及「多元性別者之心理健康促進」討論會。
- 10) 3月17日召開「原住民之心理健康促進」討論會。

2. 依期程蒐集相關資料，編輯內容及修正。

3. 2月底函送「心理健康促進基礎篇」及「學齡期(5-14歲)之心理健康促進」手冊至衛生福利部。
4. 3月底函送「慢性病患者及其家屬之心理健康促進」手冊至衛生福利部。
5. 4月底函送「青年期(15-24歲)之心理健康促進」手冊至衛生福利部。

6. 5月底函送「身心障礙者之心理健康促進」手冊至衛生福利部。
7. 6月底函送「壯年期(25-44 歲)之心理健康促進」手冊至衛生福利部。
8. 7月底函送「多元性別者之心理健康促進」手冊至衛生福利部。
9. 8月底函送「中年期(45-64 歲)之心理健康促進」手冊，並依 8 月 8 日衛生福利部意見修正，並再次檢送「多元性別者之心理健康促進」手冊。
10. 9-10 月依衛生福利部意見，將手冊送外部專家審查，回收意見並進行修正。
11. 9月底函送「新住民之心理健康促進」手冊至衛生福利部。
12. 10 月底函送衛生福利部所有手冊修正版，共 8 冊，含 10 月交付資料「老年期(65 歲以上) 之心理健康促進」及「多元性別者之心理健康促進」再修正版。
13. 11 月底函送「原住民之心理健康促進」手冊至衛生福利部。

四、成果(Product)

執行結果

- 1)邀請外部專家進行審查，回收意見表共 10 份。
- 2)完成手冊共 11 本，簡述如下：

【心理健康促進衛教手冊系列】

- (1) 心理健康促進基礎篇：介紹精神疾病與心理健康之間的關係，並以不同的角度、層面、影響因素及理論讓大家認識心理健康（詳見附件 2.1.1）。
- (2) 學齡期(5-14 歲)之心理健康促進：透過個人、家庭及校園等不同的層面，正視心理健康管理之重要性，以全面性及綜觀的角度，提供促進學齡期心理健康的基本方向（詳見附件 2.1.2）。
- (3) 青年期(15-24 歲)之心理健康促進：在青年期時的心理困擾與自殺風險若沒有適時獲得紓解，或及早正視心理健康管理之重要性，其影響恐將延續至成年後的生活與適應，本手冊將提供促進青年期心理健康的 basic 方向（詳見附件 2.1.3）。
- (4) 壯年期(25-44 歲)之心理健康促進：以家庭、職場等層面切入，帶入心理健康促進概念，並輔以實務研究驗證，期能傳達壯年期心理健康促進之重要性（詳見附件 2.1.4）。
- (5) 中年期(45-64 歲) 之心理健康促進：從個人生理與心理狀態的變化，到家庭、工作中所面臨的壓力及外在環境的變遷，探討其心理健康促進的方式（詳見附件 2.1.5）。
- (6) 老年期(65 歲以上)之心理健康促進：介紹老年人心理社會問題之成因、相關研究及注意事項等，藉此希望能增進老年人本身及其家屬正確的心

理健康促進觀念(詳見附件 2.1.6)。

- (7) 慢性病患者及其家屬之心理健康促進：針對慢性病患者及其家屬，由宏觀到微觀，建立促進心理健康的衛生政策與支持環境，聚焦到協助建立個案與家屬的正向思維 (詳見附件 2.1.7) 。
- (8) 身心障礙者：由認識心理健康促進開始，逐步談到身心障礙者及周遭的親友可能面臨的壓力，並提供促進身心障礙者其心理健康之策略、方向與資源 (詳見附件 2.1.8) 。
- (9) 多元性別者之心理健康促進：由非異性戀 (同性戀、雙性戀及其他)、性別不安的方向來介紹多元性別族群，並認識與了解家人與環境所給予的壓力，以建立促進心理健康的公共衛生教育(詳見附件 2.1.9)。
- (10) 新住民之心理健康促進：聚焦在新住民適應新環境的過程，透過個人、家庭、社區、文化等不同的層面，正視其心理健康管理之重要性，並以全面性及綜觀的角度，提供促進新住民心理健康的基本方向(詳見附件 2.1.10)。
- (11) 原住民之心理健康促進：針對影響原住民族心理健康促進的重要議題進行探討，並提出心理健康促進之推動方向，和對於原住民族之特性，在推動時應注意的相關事項以及可善用的多元管道(詳見附件 2.1.11)。

五、附件

- 附件 2.1.1 心理健康促進衛教手冊系列：心理健康促進基礎篇
- 附件 2.1.2 心理健康促進衛教手冊系列：學齡期(5-14 歲)之心理健康促進
- 附件 2.1.3 心理健康促進衛教手冊系列：青年期(15-24 歲)之心理健康促進
- 附件 2.1.4 心理健康促進衛教手冊系列：壯年期(25-44 歲)之心理健康促進
- 附件 2.1.5 心理健康促進衛教手冊系列：中年期(45-64 歲) 之心理健康促進
- 附件 2.1.6 心理健康促進衛教手冊系列：老年期(65 歲以上)之心理健康促進
- 附件 2.1.7 心理健康促進衛教手冊系列：慢性病患者及其家屬之心理健康促進
- 附件 2.1.8 心理健康促進衛教手冊系列：身心障礙者之心理健康促進
- 附件 2.1.9 心理健康促進衛教手冊系列：多元性別者之心理健康促進
- 附件 2.1.10 心理健康促進衛教手冊系列：新住民之心理健康促進
- 附件 2.1.11 心理健康促進衛教手冊系列：原住民之心理健康促進

自殺防治網通訊之發行與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，因此本中心自 2005 年成立後，即規劃於每季定時發行「自殺防治網通訊」刊物，其內容淺顯易讀，以藉此宣導及教育民眾有關自殺防治之資訊，有助於全民瞭解自殺防治專業知識，亦可提升民眾對於自殺防治工作的認識；並提供全國各個領域關心自殺問題、參與自殺防治工作的朋友們，一個即時而豐富的互動平台。因應智慧行動裝置更加普及，響應環保及減少印製資源，更朝向電子報型式發行，邁向智慧雲端概念。

自殺防治除需要從事相關工作者的努力，期望藉由全國民眾的關心，共同達成「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治，人人有責」的理想境界，期使全民瞭解自殺防治之重視性外，也提昇國人對自殺防治守門人之正確認知。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 定期傳達自殺防治新知、相關數據分析以及探討自殺問題之現況。並提供交流平台，讓各地從事自殺防治工作的相關機構，得以藉此平台進行自殺防治工作新知或基層心聲之交流，而熱心的珍愛生命義工們亦有機會將平日在社區中擔任守門人的親身經歷與大家分享。
- 2) 宣揚「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治：網網相連，面面俱到」之理念，期使人人都是珍愛生命守門人。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 自殺防治網通訊
 - (1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會。
 - (2) 召開年度自殺防治網通訊編輯委員會會議，規劃與評估主題，並由助理編輯依期程確認及執行邀稿動作，中心同仁共同協助。
 - (3) 每年 3、6、9、12 月出刊，一年發行四期，為季刊形式。
 - (4) 編輯過程視需要召開通訊編輯委員會進行討論或修訂或以電話會議、視訊會議方式召開。
 - (5) 稿件收集後，進行初步校正及順稿後，委外廠商排版美編，之後進行再

校稿。

(6) 出版後，以紙本或響應環保以電子郵件方式寄送至相關單位及對象，並將電子報上傳中心網站，供自由瀏覽與宣導。

(7) 同步更新於合作之電子書平台。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、中華民國護理師護士公會全國聯合會、各縣市衛生局暨社區心理衛生中心、各縣市生命線協會、吉興印刷品事業有限公司、珍愛生命義工、珍愛生命服務學習學生、各縣市大專院校諮商心理師、各縣市自殺關懷訪視員、臺大醫院精神醫學部陳宜明醫師、臺灣大學護理學系張榮珍助理教授、香港大學香港賽馬會防止自殺研究中心張書森醫師、臺灣大學護理學系吳佳儀助理教授、楊聰才診所院長楊聰財醫師。

2) 資源連結內容及形式：邀稿、撰稿及排版印刷。

三、過程(Process)

1. 組織建立：

1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會，邀請自臺灣自殺防治學會理、監事及各領域專長會員擔任委員；另外，由中心助理擔任助理編輯，追蹤各期通訊主題、邀稿細節、排版大綱等內容完成進度。

2) 自殺防治網通訊編輯委員名單：

(1) 總編輯：廖士程

(2) 副總編輯：張家銘、陳偉任

(3) 編輯委員：李朝雄、杜家興、吳佳儀、黃敏偉、黃鈞蔚、蘇柏文

(4) 執行編輯：張家銘、陳偉任

(5) 助理編輯：余曉艷

(6) 編輯顧問：周元華、周煌智、邱南英、陳映輝、張秀如、劉珣瑛、賴德仁、戴傳文

2. 架構及資訊蒐集：

1) 主題文章：依各期主題分別邀請專家撰稿，由助理編輯統籌追蹤。

2) 自殺防治新視野：由通訊編輯委員們協助搜尋並總結國內、外研究論文，由編輯人員協助邀稿。

3) 自殺防治經驗分享：邀請各地衛生局、社區心理衛生中心、相關民間團體之工作人員及校園輔導老師撰寫自殺防治工作上的相關經驗分享；內容為自殺防治工作最新消息、活動訊息或基層心聲，作為資訊交流、消息互通之專欄。

- 4)自殺統計解析：由中心研究發展組協助製作以季、半年及全年分析通報個案之特性、及年度自殺死亡個案統計、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查分析，每期皆提供最新自殺數據分析概況。
- 5)自殺防治工作要覽：為全國自殺防治中心所推展之業務/活動進行擇要介紹，請各專案負責人協助撰寫。
- 6)交流園地：邀請珍愛生命義工與服務學習學生分享推廣自殺防治的感想與親身經歷。
- 7)其他：若遇辦理大型宣導活動或研討會等時，預告相關訊息，並公布相關成果。

3. 工作期程：

- 1)2月11日召開自殺防治網通訊編輯委員會議討論本年度通訊主題，本年度通訊主軸建議為心理健康促進、致命工具限制與其成效、網路與青年自殺的關係，及世界自殺防治日專題。各期依照主軸之方向可作略微之修正，於3月、6月、9月以及12月出刊。
- 2)3月發行自殺防治網通訊第九卷第一期(大綱如下表)：

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	何謂心理健康促進
自殺防治視野	雙極性疾患與自殺
自殺防治經驗分享	大專院校專任輔導老師之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2013年通報個案統計
自殺防治工作要覽	中心推展之業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命服務學習學生心得

- 3)6月發行自殺防治網通訊第九卷第二期(大綱如下表)：

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	致命工具可得性的限制
自殺防治新視野	2013年青少年自殺防治認知與行為電話調查 網路使用與身心健康調查之初步解析 全國自殺防治中心—教唆自殺網站檢舉之成效 青年期心理健康促進重點
自殺防治經驗分享	大專院校專任輔導老師之自殺防治經驗分享、關懷訪視員之經驗分享

自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2014 年 1-5 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	中心推展業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

4) 9 月發行自殺防治網通訊第九卷第三期(大綱如下表)：

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	2014 年世界自殺防治日專題：自殺防治 全球串連
自殺防治新視野	自殺篩檢工具之效果：掌握先機防治自殺，活化網絡挽救生命
自殺防治經驗分享	大專院校專任輔導老師之自殺防治經驗分享、關懷訪視員之經驗分享
自殺統計解析	2013 年自殺死亡數據 2014 年度電話調查 自殺通報關懷系統—2014 年 1-6 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	中心推展業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

5) 12 月發行自殺防治網通訊第九卷第四期(大綱如下表)：

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	從個人面向強化自殺保護因子
自殺防治新視野	學者專家如何與媒體互動之淺見
自殺防治經驗分享	大專院校專任輔導老師之自殺防治經驗分享、關懷訪視員之經驗分享
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2014 年 1-10 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	中心推展業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

4. 工作內容：

- 1) 根據編輯委員會議決議，依該期主題進行各專欄之邀稿。
- 2) 收稿後，進行初步校正、順稿、統整與編排，再委外廠商排版美編。
- 3) 助理編輯校稿完成後，再請總編輯等給予總校正，以提升稿件內容整體性

與正確性，於總校正後確認出版。

4) 宣導通路：

- (1) 紙本寄發通路：為響應環保，寄送對象調整為社團法人臺灣自殺防治學會會員，第九卷各期總計紙本寄發數量為 160 份。
- (2) 電子報寄發通路：強化電子化後，各期電子報寄發數量總計為 32,676 份。
- (3) 數位推廣：
 - a. 各期電子報皆可在中心網站的宣導品專區免費下載。
 - b. 於 5 月開始，各期電子報皆可於中心網站「自殺防治圖書館」，以圖像連結方式線上閱讀。
 - c. 另提供出版電子報共計 37 期至中心合作電子書平台(詳見 5.8 教育文宣之發行與推廣)。
 - d. 提供文章無償轉載授權。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治網通訊第九卷各期皆依季刊期程出版，除常規的自殺統計解析與中心簡介外，主題文章共計 4 篇、自殺防治新視野共 7 篇、自殺防治經驗分享及服務心得共 8 篇。
- 2) 自殺防治網通訊第九卷各期印製份數分別為 500 份、寄發份數分別為 160 份。為因應環保及寄發便利性，從 2013 年始著重於電子報通訊之推廣，透過電子郵寄方式傳送給各界人士，分別寄發 8,169 份，總計 32,676 份。
- 3) 持續上傳中心網站，供有興趣之相關工作人員或民眾可隨時隨地下載或線上閱讀。
- 4) 除寄發給訂閱對象外，更利用學術研討會以及宣導活動現場發放給參加的學員或民眾，8 月 31 日辦理自殺防治學術研討會暨記者會時發放第九卷第三期共 252 份，截至 12 月中共舉辦 18 場「PGY 畢業後一般醫學訓練」共發放第八卷第一期 55 份、第八卷第二期 167 份、第八卷第三期 20 份及第九卷第二期 38 份。

2. 檢討與建議

- 1) 自殺防治工作經驗分享稿件，均採無償方式，經擴大邀稿範圍及層面後，邀稿上仍有困難度。
- 2) 持續增加宣導管道，如與更多電子書平台合作，讓更多人能接觸自殺防治相關訊息及新知。
- 3) 建議與改善：

希望未來在資源許可下，可增設獎勵機制，強化投稿意願，以利出刊。

2013 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告

一、背景 (Context)

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含遠端因子以及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒時期及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾病、身體疾病、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等，其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

為有效防治國人自殺問題，衛生福利部於 2005 年底開始推動「全國自殺防治行動策略第一期計畫」(期程：2005 年至 2008 年)，委託辦理「全國自殺防治中心計畫」，成立國家級自殺防治中心，透過此一全國性自殺防治工作之整合平台，工作內容，包括：(一)協助擬訂全國自殺防治中長程計畫；(二)依據全體民眾、高風險群及自殺未遂者不同對象，推動全面性、選擇性及指標性自殺防治策略；(三)試辦先導區及推廣區計畫，並將其自殺防治個案關懷模式經驗，推展至各縣市；(四)辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，做為政策研擬之參考；(五)自殺危險性評估工具發展；(六)自殺遺族及志工組織建立；(七)資源及衛教手冊編訂；(八)專業人員教育訓練；(九)辦理社區心理衛生中心輔導及協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；(十)促成國際交流合作等。

第一期計畫在各級政府、相關部會局處及民間團體之協力合作下，近年來臺灣自殺死亡率已出現下降趨勢，衛生福利部於 2009 年度持續推動「全國自殺防治行動策略第二期計畫」(期程：2009 年至 2012 年)，繼續以全面性、選擇性及指標性之策略，配合行政院建置社會安全網絡，推動「關懷生命、防治自殺」網，委託辦理「全國自殺防治中心計畫」，根據 2012 年度國人死因統計結果，自殺死亡人數計 3,766 人，與最高峰 2006 年自殺死亡人數 4,406 人，減少 640 人(降低 14.5%)；並自 86 年起，連續 13 年名列 10 大死因後，於 2010 年首度退出 10 大死因，現已連續 3 年退出十大死因。

2013 年配合衛生福利部心理及口腔健康司，作為全國自殺防治工作平臺，辦理自殺防治之統計分析、實證研究、召開相關聯繫會議等為重點工作。在「思維全球化」的前提下，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，俾利有效降低

國人自殺死亡率。另外，為協助地方持續推動自殺防治工作，辦理強化自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 組織建立：研究發展組。
- 2) 資料蒐集：
 - (1) 自殺死亡資料檔
 - a. 資料來源：衛生福利部統計處。
 - b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。
 - c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因。
 - (2) 自殺未遂通報資料檔
 - a. 資料來源：公共衛生資訊入口網自殺通報系統。
 - b. 資料說明：自殺未遂通報個案之相關資料。
 - c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、居住所在地、訪視情形、訪視方式等。
 - 3) 資料清檔：進行資料清檔與串聯彙整。
 - 4) 統計分析：

建立評估指標及分析企圖者特性，包含自殺粗死亡率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺死因占率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺通報比(全國、各縣市)、自殺通報占率(性別、年齡層、自殺方式、自殺原因)、分案率、分案關懷率、結案率、通報單位類型分布、關懷方式類型比例、全國及各縣市個案關懷次數(平均值、標準差、中位數、最大值、最小值)、關懷後處遇計畫比例、全國及各縣市 30 天再自殺率等。監測全國自殺死亡及自殺通報概況，並對全國自殺防治策略進行評估，藉以作為修正的參考。

2. 資源連結合作：

- 1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：提供分析報表及數據、系統使用回饋問題蒐集、縣市訪查、跨部會會報等。

三、過程 (Process)

1. 組織建立

延續籌組研究小組的規劃，由李明濱計畫主持人親自督導，小組成員專長涵蓋精神醫學、心理學、社會學、流行病學、生物統計、衛生政策及醫療保健等領域，持續進行老人相關議題、疾病與自殺、燒炭自殺、自殺風險評估量表工具及巨觀的自殺防治等研究；並定期召開會議討論，由本案協同主持人陳珍信教授及政大統計所江振東老師共同協助指導自殺防治中心研究發展組，以不同的統計方式整合中心現有的資訊，找出自殺高風險防範的介入點，並評估目前施行策略之成效性。

2. 資料蒐集

1) 死因登記檔(2013 年以前)

(1) 資料期間：2002 年至 2012 年。

(2) 說明：目前取得死亡資料為衛生福利部資料。自 2010 年衛生福利部「健康資料加值應用協作中心」成立後，改由中心向衛生福利部統計處進行申請，並於繳費後始得使用。

2) 死因登記檔(2013 年以前)

(1) 資料期間：2013 年

(2) 說明：

3) 自殺未遂通報資料檔

(1) 資料期間：2006 年至 2014 年 10 月。

(2) 說明：研究發展組每月定期填寫「衛生福利部全國醫療資訊網服務中心系統資源申請表」透過駐部人員，向衛生福利部申請自殺未遂通報相關資料，包含自殺通報單、派遣資料表、個案基本資料表、訪視單、結案單、轉介單等資料。(詳見「自殺未遂者之通報與關懷追蹤」章節)

3. 研究分析

1) 自殺死亡特性分析

2) 自殺未遂個案特性分析

四、成果 (Product)

1. 執行結果

1) 自殺死亡資料分析：詳見附件 3.1.1。

臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人(男性 977 人、女性 474 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人(男性 9.0 人、女性 4.6 人)，性別比 2.06。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人(男性 2,977 人、女性 1,305 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人(男性 25.8 人、女性 11.7 人)，性別比 2.28。2006 年持續上升，自殺死亡人數達

到 4,406 人(男性 3,088 人、女性 1,318 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，性別比 2.34。其後則呈現下降趨勢至 2013 年。

2013 年自殺死亡人數 3,565 人(男性 2,388 人、女性 1,177 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 15.3 人(男性 20.4 人、女性 10.1 人)，性別比 2.03。與最高峰 2006 年相比，自殺粗死亡率減少 20.7%，較 2012 年減少 5.6%，以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。2013 年自殺粗死亡率最高之五縣市為嘉義縣(每十萬人口 24.6 人)、南投縣(每十萬人口 24.5 人)、基隆市(每十萬人口 21.0 人)、臺東縣(每十萬人口 19.5 人)及雲林縣(每十萬人口 18.6 人)。另外自殺粗死亡率男女皆上升的縣市為嘉義縣、基隆市、臺東縣及彰化縣。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率逐年增加，於 2005 年大幅上升(粗死亡率為每十萬人口 25.8 人)，至 2006 年達高峰(每十萬人口 26.7 人)，其後皆呈現下降趨勢，2013 年男性自殺粗死亡率每十萬人口 20.4 人，與最高峰 2006 年相比降幅達到 23.6%。女性則成微幅上升趨勢，自殺粗死亡率在 2005 年達到最高峰每十萬人口 11.7 人，其後持平至 2013 年(每十萬人口 10.1 人)，與 2012 年相較降幅為 12.2%，與最高峰 2005 年相比降幅為 13.7%。以縣市來看 2013 年自殺粗死亡率男性上升較明顯的是南投縣、新竹縣、屏東縣、臺南市及桃園縣。女性上升較明顯的為金門縣、新竹市。

以年齡分層來看，1994 年以來各年自殺粗死亡率皆隨著年齡老化而上升，且由標準化自殺死亡率自 2000 年後逐年低於粗死亡率可得知臺灣年齡層人口分佈趨向高齡化，突顯針對老年人口自殺防治策略的重要性。以縣市來看 2013 年自殺死亡人口老化現象最明顯的為嘉義縣、南投縣、臺東縣、宜蘭縣、彰化縣及新竹縣。以性別分析全國年齡層死亡率，男性「14 歲以下」2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.2 人，歷年變化不大。男性「15-24 歲」逐年上升於 2005 年達到最高點每十萬人口 9.2 人，於 2007 年呈現逐年下降趨勢至 102 人降至每十萬人口 6.0 人，與 2005 年相比，降幅 34.8%，較 2012 年減少 14.3%。男性「25-44 歲」於 2005 年大幅增加(每十萬人口 32.7 人)，與 93 年相比增幅達到 30.8%，至 2006 年(每十萬人口 35.3 人)為最高峰，其後呈現下降趨勢至 2013 年每十萬人口 21.6 人，與 2006 年相比降幅為 38.8%，與 2012 年相比減少 8.1%。

男性「45-64 歲」於 2005 年大幅上升至每十萬人口 39.3 人(與 93 年

相比增幅達到 29.6%）。2006 年起呈現下降趨勢，2013 年又微幅上升至每十萬人口 28.4 人，較 2012 年增加 3.3%。男性「65 歲以上」亦於 2006 年達到高點每十萬人口 51.1 人，其後呈現下降之趨勢，2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 43.9 人，與 2006 年相比下降 14.1%，較 2012 年減少 1.8%。女性「14 歲以下」2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 0 人，歷年變化不大。女性「15-24 歲」於 92 至 2013 年間上下起伏，其中在 2005 年達到最高點(每十萬人口 5.8 人)，2010 年大幅下降(每十萬人口 3.4 人)，較 2009 年減少 35.8%，2013 年微升至每十萬人口 4.3 人，以三年移動平均來看，近年有下降後微幅上升趨勢。女性「25-44 歲」自殺粗死亡率至 2005 年為最高點每十萬人口 13.9 人，95 至 2011 年間呈現下降趨勢，於 2012 年上升至每十萬人口 13.3 人，與 2010 年相比增幅為 24.3%，2013 年又下降至每十萬人口 10.5 人，與 2012 年相比降幅為 21.1%。女性「45-64 歲」自殺粗死亡率逐年上升，至 2005 年達到最高點每十萬人口 15.8 人，之後逐年下降至 2011 年(每十萬人口 11.7 人)，2012 年上升至每十萬人口 13.9 人後於 102 下降至每十萬人口 12.3 人，較 2012 年減少 11.5%。女性「65 歲以上」自殺粗死亡率逐年上升，2006 年達到最高點每十萬人口 27.6 人之後逐年下降，2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 21.7 人，與 2012 年相同，近三年變動不大。

2013 年全國自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(占率 32.4%)、「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(占率 23.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(占率 18.6%)。其中「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」1994 年之占率為 47.5%，其後逐年下降，最低點為 2012 年之 30.2%，降幅達到 36.4%。2013 年微幅上升，較 2012 年增加 7.3%。以縣市來看 2013 年「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」上升較為明顯的是臺東縣、新竹縣、屏東縣、南投縣、雲林縣及嘉義市。

「固體或液體物質自殺及自為中毒」於 2006 年達到最低點占率 14.9%，其後呈現逐年上升趨勢。2013 年之占率為 2005 年以來之最高峰，與最低點相較增加 24.8%，與 2012 年相比增加 6.6%。以縣市來看 2013 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」上升較為明顯的是新竹市、金門縣、臺中市、嘉義市、雲林縣及屏東縣。另外「溺水(淹死)自殺及自傷」於 2005 至 2009 年間上升幅度較小，自 2010 年起逐年呈現明顯上升趨勢，2013 年占率達到 7.5%，為近年來最高點，與 2012 年相比增幅 5.6%。以縣市來看 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」上升較明顯的縣市為澎湖縣、基隆市、

花蓮縣、嘉義縣、屏東縣及南投縣。

以性別來看全國自殺方式，2013 年女性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(占率 26.3%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(占率 21.2%)及「高處跳下自殺及自傷」(占率 20.1%)；其中「高處跳下自殺及自傷」占率呈現逐年上升趨勢，以縣市來看 2013 年「高處跳下自殺及自傷」上升較明顯的是新竹市、新竹縣、臺中市、基隆市及臺北市。「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率近三年呈現逐年上升趨勢，以縣市來看「固體或液體物質自殺及自為中毒」上升較明顯的是新竹市、苗栗縣、臺中市、臺東縣、彰化縣及臺南市。另外以「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 10.4%)方式自殺死亡之占率亦呈現逐年上升之趨勢，以縣市來看 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」上升較明顯的是基隆市、宜蘭縣、南投縣、嘉義縣、澎湖縣及屏東縣。而「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」之占率自 2006 年高峰之後就呈現逐年下降之趨勢，但以縣市來占率上升明顯的為花蓮縣、彰化縣、桃園縣、雲林縣及南投縣。

2013 年男性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(占率 35.4%)、「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(占率 26.7%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(占率 17.3%)；其中「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率逐年呈現下降趨勢，但 2013 年有微幅增加，較 2012 年上升 9.9%，以縣市來看 2013 年上升較明顯的是臺東縣、澎湖縣、雲林縣、新竹縣、南投縣、高雄市及苗栗縣。「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自殺死亡之占率自 2006 年高峰後與女性同樣呈現逐年下降之趨勢，但以縣市來率上升明顯的為嘉義市、臺南市、彰化縣、嘉義縣、屏東縣及基隆市。「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率自 2006 年至 2013 年呈現逐年微幅上升趨勢，2013 年較 2012 年增加 8.0%，以縣市來看增幅較明顯的是新竹市、金門縣、桃園縣、南投縣、新竹縣及臺中市。

2) 自殺通報資料分析：詳見附件 3.1.1。

全國自殺通報人次及通報比自 2006 年起皆呈現持續上升之趨勢，通報人次自 2006 年(19,162 人次)逐年上升至 2012 年(28,471 人次)為最高峰，增幅達 48.6%；2013 年(28,083 人次)則較 2012 年略微降低，降幅為 1.4%，與 2006 年相較仍增加 46.6%。通報比則由 2006 年(4.3)逐年攀升至 2013 年(7.9)，為歷年新高。以縣市別來看，2006 年至 2010 年自殺通報人次前五位之縣市皆為新北市、高雄市、桃園縣、臺中市及臺北市，然而 2011 年臺南市自殺通報人次首次超過臺北市；其中臺北市通報人次占率自 2006

年 11.6%逐年下降至 2013 年 6.1%，新北市自 2006 年 15.9%逐年上升至 2011 年 19.6%，2012 年下降至 19.2%，2013 年再下降至 18.7%，臺南市則自 2006 年 4.5%上升至 2013 年 9.0%。

性別分析，歷年女性通報人次皆高於男性，但以男性增幅(2013 年較 2006 年增加 58.2%)較女性(2013 年較 2006 年增加 40.8%)為高。2013 年女性自殺通報人次為男性的 1.8 倍，各縣市則以澎湖縣(5.0)、基隆市(2.4)、臺中市(2.3)、新竹市(2.2)、臺北市(2.1) 及花蓮縣(2.0)，女性為男性 2 倍以上；另以彰化縣(1.2)、嘉義縣(1.2)、南投縣(1.3)、苗栗縣(1.5)、連江縣(1.5)、臺南市(1.6)、宜蘭縣(1.6)及屏東縣(1.6)，男性自殺通報相較其他縣市嚴重。

各年齡層別分析，歷年占率皆以「25 至 44 歲」最高(2013 年占 50.1%)，但年齡層越高，增加幅度越大，以「45 至 64 歲」(2013 年通報人次較 2006 年增加 99.4%)及「65 歲以上」(2013 年通報人次較 2006 年增加 87.0%)最多，「15 至 24 歲」則呈持平趨勢(2013 年通報人次較 2006 年減少 1 人)。男性「15 至 24 歲」占率自 2006 年 18.4%逐年下降至 2013 年 12.8%，男性「45 至 64 歲」則自 2006 年 21.2%逐年上升至 2013 年 29.1%；女性「15 至 24 歲」則由 2006 年 20.9%逐漸下降至 2013 年 14.2%，女性「45 至 64 歲」則由 2006 年 18.1%逐年上升至 2013 年 24.3%，顯示不論男女「15 至 24 歲」通報人次占率皆有逐年下降趨勢，「45 至 64 歲」則皆呈現逐年遞增之情形。各縣市年齡層趨勢與全國一致，但「15 至 24 歲」通報人次以 2013 年與 2006 年相比呈上升趨勢之縣市為新北市(增幅 6.1%)、桃園縣(增幅 32.9%)、臺中市(增幅 29.9%)、彰化縣(增幅 16.7%)、雲林縣(增幅 68.2%)、嘉義市(增幅 46.2%)、嘉義縣(增幅 21.8%)及臺南市(增幅 141.7%)，需持續觀測，預防該族群持續增加。

歷年自殺通報個案無論男女，自殺方式前三位依序皆為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2013 年全國通報 15,727 人次，占率為 56.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(2013 年全國通報 7,692 人次，占率為 27.4%)及「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(2013 年全國通報 1,971 人次，占率為 7.0%)，其中男性「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(2013 年全國通報 1,197 人次，占率 11.8%)相較女性(774 人次，4.3%)嚴重。各縣市與全國分布一致，但 2013 年略有差異：新竹縣(占率 4.2%)及連江縣(占率 20.0%)自殺方式第三位為「由高處跳下自殺及自傷」，澎湖縣(占率 4.5%)及臺東縣(占率 4.9%)自殺方式第三位為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」。歷年趨勢，「固體

或液體物質自殺及自為中毒」之占率有逐漸下降之趨勢(2013 年較 2006 年減少 4.6%)；「切穿工具自殺及自傷」(2013 年較 2006 年增加 13.2%)、「由高處跳下自殺及自傷」(2013 年較 2006 年增加 87.5%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(2013 年較 2006 年增加 56.5%)及「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2013 年較 2006 年增加 31.0%)呈現增加趨勢。各縣市趨勢大致與全國一致，其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」以臺中市(2013 年占率為 59.9%，較 2006 年增加 7.2%)、高雄市(54.6%，較 2006 年增加 12.8%)、南投縣(59.6%，較 2006 年增加 13.3%)、澎湖縣(59.1%，較 2006 年增加 16.6%)及臺東縣(58.1%，較 2006 年增加 2.8%)有增加趨勢；「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」以新北市(2013 年占率為 9.1%，較 2006 年增加 37.9%)、嘉義市(10.1%，較 2006 年增加 110.4%)、桃園縣(8.5%，較 2006 年增加 26.9%)、宜蘭縣(4.9%，較 2006 年增加 28.9%)、苗栗縣(4.7%，較 2006 年增加 62.1%)、南投縣(6.5%，較 2006 年增加 32.7%)、屏東縣(5.6%，較 2006 年增加 14.3%)及花蓮縣(5.7%，較 2006 年增加 78.1%)。

歷年自殺通報個案無論男女，自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2013 年全國通報 14,394 人次，占率為 51.3%)、「精神健康／物質濫用」(9,608 人次，34.2%)及「工作／經濟」(3,420 人次，占率 12.2%)，其中男性「工作／經濟」(2013 年全國通報 1,710 人次，占率 16.9%)相較女性(1,710 人次，占率 9.5%)為高，「情感／人際關係」(2013 年全國通報 3,991 人次，占率 39.5%)則相較女性(10,403 人次，占率 57.9%)為低。各縣市與全國分布類似，其中南投縣(占率 9.2%)、雲林縣(占率 12.2%)、嘉義縣(占率 19.4%)、澎湖縣(4.3%)及臺東縣(7.1%)以「生理疾病」為自殺原因第三位；臺北市(2013 年占率 36.6%)、基隆市(占率 33.7%)、彰化縣(占率 37.0%)及嘉義縣(占率 42.2%)以「精神健康／物質濫用」為男性自殺原因第一位。歷年趨勢全國與各縣市一致，各項原因占率自 2006 年逐年增加，至 98、2010 年以後變動趨緩，2011 年以後「情感／人際關係」則逐年減少。

3) 實施結果摘要：

2012 年建議應加強女性、青少年、老人及職場等族群自殺防治工作之推展。在自殺方式應注意「固體或液體物質自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」、「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」，另外女性「高處跳下自殺及自傷」及「溺水(淹死)自殺及自傷」也應列為自殺防治策略中之重要項目之一。

- (1) 2013 年自殺死亡人數 3,565 人(男性 2,388 人、女性 1,177 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 15.3 人(男性每十萬人口 20.4 人、女性每十萬人口 10.1 人)。自殺死亡人數及自殺粗死亡率皆較 2012 年(自殺死亡人數：男性 2,430 人、女性 1,336 人／自殺粗死亡率：男性每十萬人口 20.8 人、女性每十萬人口 11.5 人)減少。自殺粗死亡率下降較為明顯的縣市為澎湖縣(下降 51.0%)、臺北市(下降 22.4%)、宜蘭縣(下降 21.7%)、花蓮縣(下降 20.2%)、雲林縣(下降 18.1%)及高雄市(下降 12.9%)。
- (2) 男性與女性 2013 年自殺粗死亡率皆增加之縣市為嘉義縣(增加 40.6%)、基隆市(增加 16.7%)、臺東縣(增加 13.4%)及彰化縣(增加 8.0%)。男性自殺粗死亡率明顯增加的縣市為南投縣(增加 46.8%)、新竹縣(增加 12.5%)、屏東縣(增加 11.0%)、臺南市(增加 8.6%)及桃園縣(增加 5.8%)。女性自殺粗死亡率明顯增加的縣市為金門縣(增加 10.8%)及新竹市(增加 4.3%)。
- (3) 2013 年青少年族群(15-24 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 5.2 人，較 2012 年下降 13.3%，此族群與 2012 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為花蓮縣(增加 202.0%)、新竹縣(增加 147.5%)、嘉義縣(增加 51.8%)、臺北市(增加 37.5%)及彰化縣(增加 35.3%)。
- (4) 老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 32.1 人，較 2012 年下降 1.5%，此族群與 2012 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為金門縣(增加 59.3%)、嘉義縣(增加 58.1%)、新竹縣(增加 41.9%)、新竹市(增加 33.6%)、南投縣(增加 20.5%)及臺東縣(增加 16.7%)。
- (5) 全國 2013 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之佔率為 18.6%，較 2012 年增加 6.6%。以縣市來看增加較明顯之縣市為新竹市(增加 259.0%)、金門縣(增加 40.6%)、臺中市(增加 37.2%)、桃園縣(增加 29.5%)及雲林縣(增加 12.5%)。
- (6) 全國 2013 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之佔率為 1.9%，較 2012 年減少 3.0%。以縣市來看較 2012 年增加明顯的為苗栗縣(增加 211.7%)、嘉義縣(增加 187.0%)、新北市(增加 62.5%)、屏東縣(增加 25.0%)及桃園縣(增加 19.6%)。
- (7) 全國 2013 年以「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自殺死亡之佔率為 13.7%，較 2012 年減少 13.7%。以縣市來看較 2012 年增加明顯的為彰化縣(增加 18.7%)、花蓮縣(增加 14.5%)及臺南市(增加 13.4%)。
- (8) 全國 2013 年女性以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之佔率為 20.1%，較 2012 年增加 14.0%。以縣市來看較 2012 年增加明顯的為新竹市(增

加 138.1%)、新竹縣(增加 110.5%)、臺中市(增加 51.6%)、臺北市(增加 49.7%)、花蓮縣(增加 47.4%)、澎湖縣(增加 28.6%)、宜蘭縣(增加 22.6%)、高雄市(增加 21.3%)及基隆市(增加 13.1%)。

- (9) 全國 2013 年女性以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之佔率為 10.4%，較 2012 年增加 14.4%。以縣市來看較 2012 年增加明顯的為基隆市(增加 223.1%)、宜蘭縣(增加 206.5%)、南投縣(增加 129.3%)、屏東縣(增加 98.5%)、澎湖縣(增加 92.9%)、嘉義縣(增加 54.5%)、臺中市(增加 29.7%)、桃園縣(增加 18.2%)、高雄市(增加 17.7%)、新北市(增加 16.3%)及臺北市(增加 12.2%)。

4) 策略及建議：

各縣市應依據其不同地區性、人口特性等針對高危險群擬定因地制宜之自殺防治措施與方案，充分運用轄內資源，發揮協調統合之力，促進落實各網絡之間的努力與合作。

- (1) 由於自殺未遂者之再度自殺危險性高，必須將其納入自殺防治通報系統，因此自殺死亡率上升而通報比較低之縣市應強化自殺未遂者之通報關懷作業，以鎖定特定對象後積極追蹤關懷，評估其個別狀況協助轉介相關資源，以降低再自殺率。
- (2) 自殺通報系統面由於 2013 年自殺原因分類異動，造成「不詳及不願說明或無法說明」大幅增加，顯示仍有部分因個案狀況無法獲知其自殺原因，建議將加強關懷訪視員教育訓練，於關懷訪視後進行資料更新。部分縣市「其他及未明示之方式自殺及自傷」有大幅增加的趨勢，建議加強通報單位的教育訓練，或後續由關懷訪視員於訪視時詢問後進入系統修正。
- (3) 老年族群自殺未遂者，其主要自殺原因為疾病因素，加上自殺死亡者生前大部份皆曾就醫，相關老年族群之自殺防治策略如下供參：
- a. 強化基層醫療的自殺防治網：65 歲以上自殺未遂者主要自殺原因為疾病因素，加上自殺死亡者生前大部份皆曾就醫，建議能強化基層醫療的自殺防治網，加強基層醫師的自殺防治相關概念。如：
- a) 提供各基層診所轉介資源小卡，並連結精神科資源，若有高危險群時應轉介或照會精神科。
- b) 推廣醫院或診所於看診時，若病患為老人則先量測 BSRS-5，分數高則轉介相關單位。可與在社區中服務且對心理健康有興趣的醫師合作。

- b. 可針對高齡縣民在醫院住院者(特別是高齡及有重大傷病)，運用 BSRS-5 等提供心理健康的服務。
- c. 各相關網絡及接觸高風險族群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念，如：針對能接觸高風險老人之族群(如：老人社會福利服務機構員工、社工、照顧服務員、送餐服務者、外勞等)進行相關訓練，提高相關人員敏感度。與老人社福團體合作，透過社區關懷接觸篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。獨居老人的部份，建議應加強公務體系(如社政)內可接觸此族群的守門人訓練(如居家服務員)，並訓練參與活動的老人或藉由義工協助，關懷在家中的老人。
- d. 養護、安養機構及醫院等機構內之自殺防治：對於居住於機構內之有自殺傾向個案(特別是高齡及有重大傷病)，除加強環境介紹與在職教育，使照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備，並定期檢視使用之狀況，危險性較高者，經評估可行性後，予以移除或改用有安全設計的設備。另外，也建議照護團隊增加探視頻率密切觀察，並留下觀察記錄，以掌握個案情緒狀況；在許可的情況下，可鼓勵情況較好的個案與情緒低落的個案加強互動、相互支持，以降低自殺行為的發生。

(4) 農業縣市仍應強化以農藥自殺之相關策略。有關農藥之自殺防治策略如下供參：

- a. 與農業局、植物保護公會及農會合作，針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員，辦理「珍愛生命守門人」課程，將「珍愛生命 希望無限」之自殺防治概念納入農藥安全使用宣導內容。
- b. 推動「落實」販賣業者販售劇毒性農藥管理之登記。依據農藥管理法第 32 條規定，販賣劇毒性成品農藥，應遵守下列事項：
 - a) 備置簿冊，登記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式及購買數量，並保存三年。
 - b) 不得販賣予未滿十八歲之兒童及少年或未符合依前條第一項規定所公告資格規定之購買者。
 - c) 詢問購買者之用途，非為核准登記之使用方法或範圍者，不得販賣。
 - d) 以專櫥加鎖貯存於安全地點。
- c. 安全存放：除於民眾購買劇毒性農藥時，詢問其用途並提醒民眾剩餘農藥應妥善保存，勿放在隨意取得之處，以避免誤食等。並透過農會系統

共同宣導在家中儲存時應妥善保管(安全存放農藥，例如上鎖等)。

d. 宣導資訊：

- a) 於農會及農藥販售等據點，張貼或放置自殺防治相關宣導資料。
- b) 於農藥商品外包裝，加印關懷警語、求助資訊，或貼上相關資訊貼紙等。
- c) 透過媒體宣導安全存放農藥(如巴拉刈)及誤食之中毒症狀和後遺症等。
- d) 過農會、農改場及農藥販售通路，向農民宣導壓力管理及珍愛生命守門人之概念，呼籲人人互相關懷，並推廣簡式健康量表(心情溫度計)，促進農民進行自我心理健康管理。
- e) 化緊急醫療救護，加強急診對於常見農藥中毒之處理及急救。
- f) 過農會、四建會系統，關懷探視區內孤獨老農民。

(5) 2013 年由高處跳下自殺死亡之占率排名第四，近年呈現逐年上升趨勢，建議增加率較高之縣市應持續加強。有關高處跳下之相關自殺防治策略如下供參：

a. 硬體安全裝置及監測：

- a) 頂樓標示：於高樓頂樓以張貼海報或噴漆方式，標示關懷警語、求助資訊等。
- b) 安全裝置：加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置等。
- c) 巡守防治：由住宅大廈保全人員或社區巡守隊，加強頂樓監視器監測及巡視。
- d) 對自殺熱點(常發生自殺行為)建築物，建議管委會加強監視系統管理，及盡量避免無關人員出入頂樓安全門。
- e) 建築管理處於建築物之停車場設置三樓以上(含三樓)及建築物之頂樓為商業用途者，未來使用執照核發時，副知衛生局相關負責單位，以提供相關宣導訊息。

b. 珍愛生命守門人推廣：將「珍愛生命、希望無限」之自殺防治概念導入社區

- a) 推行「珍愛生命守門人」訓練，提升對自殺防治的認識：
 - (a) 與公寓大廈科教育訓練合作辦理，對象可為社區管委會、區公所公寓大廈業務承辦人。
 - (b) 與社區區分所有人權大會或講座合作辦理，對象可為社區居民及物業管理保全人員。

- b) 社區活動宣導：社區舉辦大型聯誼活動，可派人或義工參與設置宣導攤位或發放宣導資料。
 - c) 宣導資訊：於社區布告欄或電梯內，張貼自殺防治相關文宣，管理櫃台放置防治資料或訊息，例如社區守門人海報、心情溫度計等。
 - d) 社區內建立通報關懷流程：
 - (a) 依據現有之通報關懷流程，社區依其內部實務運作制訂在地化自殺防治措施，包含轉介資源及流程等。
 - (b) 建議可招募社區內關懷義工，針對高風險族群(如獨居老人、高風險家庭等)問候協助。
 - e) 擇定熱點進行試辦，參考都市化高樓居多及自殺死亡相關數據，擇重點防治區。
 - (a) 透過主管科室發布公文，周知各社區管理委員會相關資訊。
 - (b) 主管機關如建築管理處內各科室亦可印製各類文宣，建議於明顯處加列自殺防治相關訊息。
 - (c) 衛生局設有專責人員，因應相關問題之處理。
 - (d) 建議衛生局可製作社區版守門人海報並發放。
 - (e) 建議結合縣市社區營造評鑑/督考活動，將自殺防治推廣/訓練納入評分項目，如優良公寓大廈評選活動。
 - (f) 建議縣市政府警察局，將珍愛生命守門人概念納入保全人員之職前訓練。
- (6) 2013 年由溺水(淹死)自殺死亡之占率雖排名第五，但自 91 年以來呈現逐年持續上升趨勢，建議增加率較高之縣市應持續加強相關措施。有關溺水(淹死)之相關自殺防治策略如下供參：找出各地溺水(淹死)之自殺熱點，建立水邊與橋樑之安全措施，於現場設立明顯可見之關心警語與求助資源，架設監視設備，或加強巡守隊、志工定期巡邏以即時發現即時防範。

2013 年全國自殺死亡率雖然下降，但各縣市之自殺防治工作仍需依據自殺防治之全面性、選擇性及指標性三大策略持續落實。各縣市依其自殺相關數據之分析及趨勢變化，擬出因地制宜之防治策略與措施，同時亦需要中央長官提供支持與資源，中心之協助與合作，以促進自殺防治之最大成效。

五、附件

附件 3.1.1 2013 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告書

前一年再自殺個案及生前被通報相關分析

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高，而最後死於自殺者也高出一般人達 40 倍之多。因此，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。本章節藉由自殺企圖通報資料及自殺死亡檔之串聯分析，評估自殺通報及關懷訪視作業之落實現況。

2. 業務或方案的目的與目標

藉由通報個案再自殺及自殺死亡個案通報與否之分析，瞭解通報關懷相關特性及落實情況，以協助強化策略之執行，達自殺防治之功效。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

- (1) 2013 年自殺死亡檔。
- (2) 2006 年至 2013 年自殺企圖通報檔。

2) 資料分析

- (1) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算自殺企圖通報個案再自殺死亡率。
- (2) 以自殺死亡檔串聯自殺企圖通報檔，計算自殺死亡個案生前曾被通報之比例。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部統計處、衛生福利部資訊處、新陽電腦。
- 2) 資源連結內容及形式：提供資料及專家諮詢等。

三、過程 (Process)

1. 6 月 25 日衛生福利部統計處召開記者會公布 2013 年國人十大死因。
2. 8 月 4 日衛生福利部健康資料加值應用協作中心進行資料申請表單修正，

始開放 2013 年死因統計檔申請。

3. 8 月 6 日寄送資料申請表單、IRB 計畫書及審核通過公文，向衛生福利部健康資料加值應用協作中心進行資料更新申請。
4. 8 月 20 日健康資料加值應用協作中心回覆資料填寫修正，並需補上 IRB 申請書。
5. 9 月 1 日健康資料加值應用協作中心網站公告：2014 年以前免附 IRB 之案件，若欲申請新增檔案，則應檢附 IRB 核可證明及送審文件。
6. 9 月 4 日取得原 IRB 申請資料，並再次寄送統計處進行申請。
7. 9 月 5 日統計處來電釐清資料需求及其他表單填寫問題，並告知 IRB 申請書僅說明將攜入檔案於健康資料加值應用協作中心進行檔案勾稽分析，未註明將攜入之檔案名稱及資料內容，需進行 IRB 變更，並重新提送。經與健康資料加值應用協作中心溝通後，同意資料申請案先進行，但需進行 IRB 資料補件，並於補件後始得申請分析結果攜出。
8. 10 月 9 日簽署 IRB 證明文件補件切結書，聲明將於 11 月 30 日前提供 IRB 證明文件進行審核，
9. 10 月 20 日取得健康資料加值應用協作中心申請審核通過公文，並寄送繳費通知。
10. 10 月 21 日完成繳費並傳真收據證明。
11. 10 月 24 日健康資料加值應用協作中心通知提供攜入資料。
12. 10 月 30 日健康資料加值應用協作中心通知死因統計檔整備完成。當日預約分析時間，由於承辦人休假，預約未果。
13. 11 月 3 日健康資料加值應用協作中心通知完成攜入資料 ID 加密，並告知 11 月份分析時間預約已額滿，需等待候補。
14. 11 月 11 日健康資料加值應用協作中心通知 12、13 日有空位進行分析。
15. 11 月 13 日進行資料分析。
16. 11 月 19 日提供 IRB 補件並進行分析結果攜出申請。
17. 11 月 21 日取得資料分析結果。

四、成果 (Product)

1. 執行結果(報告詳如附件 3.2.1)

1) 自殺企圖通報個案之再自殺死亡率

以 2013 年自殺企圖通報資料串聯自殺死亡檔，分析其特性差異。定義自殺死亡日期於企圖日期後 7 天內之個案為自殺死亡個案；若自殺死亡日期於企圖日期 7 天後則為再自殺個案，其當次自殺死亡為再自殺死亡個案。

依此定義，計算通報個案之再自殺死亡率。

2013 年自殺企圖通報個案計 24,621 人，其中 7.4% 為第一次通報時即死亡個案，1.0% 為再自殺死亡個案，91.7% 無死亡紀錄。分析性別，男性第一次通報即死亡(13.0%)及再自殺死亡的比例(1.4%)相對於女性(4.1% 及 0.7%)較高。以年齡進行分析，年齡層越高之族群，第一次通報即死亡及再自殺死亡率也越高，「65 歲以上」族群第一次通報即死亡占 19.4%，再自殺死亡率為 2.0%。以方法別分析，超過半數使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(58.8%) 之個案第一次通報即死亡；使用「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(2.0%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1.8%) 及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(1.7%) 之個案再自殺死亡比例相對較高。分析自殺原因，「生理疾病」(2.0%)、「工作／經濟」(1.2%) 及「精神健康／物質濫用」(1.2%) 通報後再自殺死亡率相對較高。居住地方面，則以彰化縣(1.8%)、嘉義市(1.5%)、高雄市(1.4%)、宜蘭縣(1.4%) 及雲林縣(1.4%) 通報後再自殺死亡的比例相對較高。

2) 自殺死亡個案生前曾被通報之比例

以 2013 年自殺死亡個案串聯 2006 至 2013 年自殺企圖通報資料，分析其特性差異。定義自殺企圖通報日期小於自殺死亡日期者為自殺死亡個案生前曾經被通報過，若通報日期大於或等於死亡日期則定義為未通報，用以評估通報系統是否落實。

2013 年自殺死亡個案 3,565 人，其中 22.7% 個案於自殺死亡前曾經被通報過，39.7% 個案為自殺死亡後通報，37.6% 則沒有通報紀錄。以性別分析，男性自殺死亡前有通報(18.2%) 的比例相對女性(31.9%) 來的低。年齡層方面，各年齡層皆有 20% 以上的自殺死亡個案生前曾被通報過，其中以「25-44 歲」族群相較於其他年齡層自殺死亡前曾被通報(25.0%) 的比例高。以方法別分析，使用「固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.6%)、「切穿供具自殺及自傷」(26.9%) 及「由高處跳下自殺及自傷」(24.0%) 自殺死亡者生前曾被通報的比例相對較高。戶籍地方面，除離島(14.3%)、新竹市(15.4%)、桃園縣(16.0%) 及臺北市(18.8%) 外，其餘縣市皆有二成以上曾被通報過，其中又以彰化縣(31.4%)、宜蘭縣(31.3%) 及臺東縣(29.5%) 自殺死亡者生前曾被通報的比例相對較高。

2. 檢討與建議

1) 資料勾稽需於健康資料加值應用協作中心進行，申請資料程序較為繁瑣耗

時。由於健康資料加值應用協作中心表示，每年死因統計檔需於國人十大死因公布後一個月後始開放申請。今年十大死因公布較晚，又因 IRB 規定變動，資料申請未能於 10 月前完成。

- 2) 健康資料加值應用協作中心規定：如有人數小於 2 或可能回推人數小於 2 的情形皆無法擋出。在分析表格資料時，14 歲以下個案、自殺方式及縣市等人數較少之資料時，需採合併方式進行分析，將無法呈現該族群之特性與問題。
- 3) 由於健康資料加值應用協作中心之擋出規定，分析資料需視數據情況進行表格彙整，每年合併的條件、方式不一致，無法進行歷年比較。

五、附件

附件 3.2.1 自殺企圖通報個案再自殺死亡率及自殺死亡個案生前曾被通報之比例分析

非開架方式販售木炭成效分析報告

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異。自殺防治的工作必須「思考全球化、策略國家化、行動在地化」，而縣市之自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。臺灣自殺防治策略之基本概念，與世界先進國家相近，即依據公共衛生三段五級架構之全面性 (universal)、選擇性 (selective) 與指標性 (indicative) 三大策略為主軸執行自殺防治工作，而針對自殺方式進行防治，如：限制自殺工具之可得性為眾多防治方式中之一項。

燒炭自殺自 1998 年起在香港發生，經媒體報導影響，逐漸成為增加最快的自殺死亡方式，受到影響特別明顯的地區是臺灣、日本與韓國。

臺灣郭千哲醫師等(2008)將臺北市 2004-2005 年自殺企圖通報的 5,261 人追蹤到 2005 年底的死亡資料，總共有 72 人死於自殺。利用存活分析比較通報時自殺方式與自殺死亡的差異性，結果發現通報後一年內的自殺死亡發生率是 1.7% (男性 2.6%，女性 1.3%)。自殺企圖通報時的自殺方法為燒炭者，與之後的自殺死亡顯著相關。以燒炭為自殺方法的自殺企圖者，也常用燒炭作為自殺死亡方式，而有 59% 以燒炭為自殺方法的自殺死亡者，之前是企圖用其他方法自殺。結論是企圖燒炭自殺者為自殺死亡的高危險群；企圖燒炭自殺者，之後同樣選擇燒炭自殺死亡的機會高。燒炭自殺死亡者，也是之前企圖以其他自殺方式自殺後常用的自殺死亡方式。建議燒炭自殺應該是自殺防治目標之一。

潘怡如醫師與本中心李明濱主任(1998 年)分析 1999-2006 年臺灣媒體報導母親攜子自殺的方法別事件特徵，發現燒炭自殺為母攜子自殺最常用的方法。母攜子自殺事件與 25-44 歲的女性燒炭自殺死亡率同步增加。而其他自殺方式沒有顯著改變。媒體報導燒炭自殺的容易取得與沒有痛苦，可能與母攜子自殺採取燒炭為自殺方式有關。建議限制炭的取得應該是自殺防治策略的優先項目。

林進嘉醫師與呂宗學教授等(2009 年)分析 1971-2005 年臺灣自殺死亡的年齡別、性別與方法別的自殺率。發現 1971-1993 年兩性自殺死亡率皆

下降，自 1993 年起上升。整體而言年紀大於 65 歲者自殺死亡率最高，而 25-64 歲的男性增加幅度最大。以跳樓為自殺死亡方法者自 1990 年起每年增加，而以其他氣體(主要為燒炭)為自殺死亡方法者從 1998 年起增加。結論是燒炭與跳樓成為臺灣重要的公共衛生問題，預防此趨勢的上升是非常重要的。

林進嘉醫師與呂宗學教授(1998 年)利用 2001-2005 的自殺死亡檔分析，整體而言四年間以燒炭為自殺方法的自殺死亡者有 3,961 人、服藥自殺死亡 2,996 人、上吊自殺 6,596 人。25-44 歲的男性且居住在都會區者，為燒炭自殺的最高危險群，佔了所有燒炭自殺的 1/4。而年紀大於 65 歲以上自殺死亡者，居住在都會區容易以上吊方式自殺，居住在鄉村地區主要是服藥自殺。以燒炭為自殺方法的自殺死亡者未有顯著城鄉差異。他們的分析也發現年齡是預測自殺方式最重要的因素，年紀越大越容易服藥或是上吊自殺，25-44 歲是最容易燒炭自殺的年齡層，這與香港的研究類似。

陳映輝醫師與廖士程醫師、李明濱計畫主持人共同發表的論文(2009 年)分析 2001-2004 年自殺死亡檔與健保就醫檔的連結，比較燒炭、上吊與服藥三種自殺死亡方式的就醫利用。結果發現以燒炭為自殺方法的自殺死亡者較上吊及服藥自殺死亡者，有較少的醫療利用。燒炭自殺死亡者在生前一年內只有 18% 曾看過精神科醫師，而上吊自殺者有 25%、服藥自殺者有 23%。燒炭自殺者有 40% 曾經有任何精神疾病的診斷，但是上吊自殺者有 57%，服藥自殺者有 59%。而生前一年內身體疾病住院比例也較少 (18%, 35%, 58%)，控制年齡後仍是如此。這樣的結果與香港的發現類似，代表燒炭自殺死亡者可能有較少的精神或身體疾病，或較少的醫療利用，於是傳統利用醫療方法來預防自殺的策略，可能較無法接觸到燒炭自殺者。新的方法(燒炭自殺)對於原本不會考慮到自殺者提供新的選擇，急性像是經濟壓力，可能促發了這一類可能燒炭自殺族群的危險。以人口為基礎的策略包括降低精神疾病的恥辱感、鼓勵適當就醫求助的行為、限制炭的可取得性、媒體報導限制，可能是有用的。

自殺死亡資料中之死因分類為：「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「溺水(淹死)自殺及自傷」、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」、「切穿工具自殺及自傷」、「由高處跳下自殺及自傷」、「其他及未明示之方式自殺及自傷」，由於燒炭自殺歸類在"由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒"中，又佔其中最大比例，故以下皆以"由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒"分析。

以自殺死亡人數之年度趨勢來看，圖 4-1-1 顯示「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」死亡人數自 1998 年的 37 人持續上升，2002 年時大幅增加至 632 人(增幅 187.3%)，2003 年稍微降至 589 人(降幅 6.8%)，2004 年又持續上升至 785 人(增幅 33.3%)，2006 年到達 1994-2013 年間之最高峰 1,489 人。2007 年(1,161 人)至 2010 年(1,222 人)間變化較平緩，2011 年降至 947 人(降幅 22.5%)，2012 年又上升至 1,044 人(增幅 10.2%)，2013 年下降至 853 人(降幅 18.3%)。

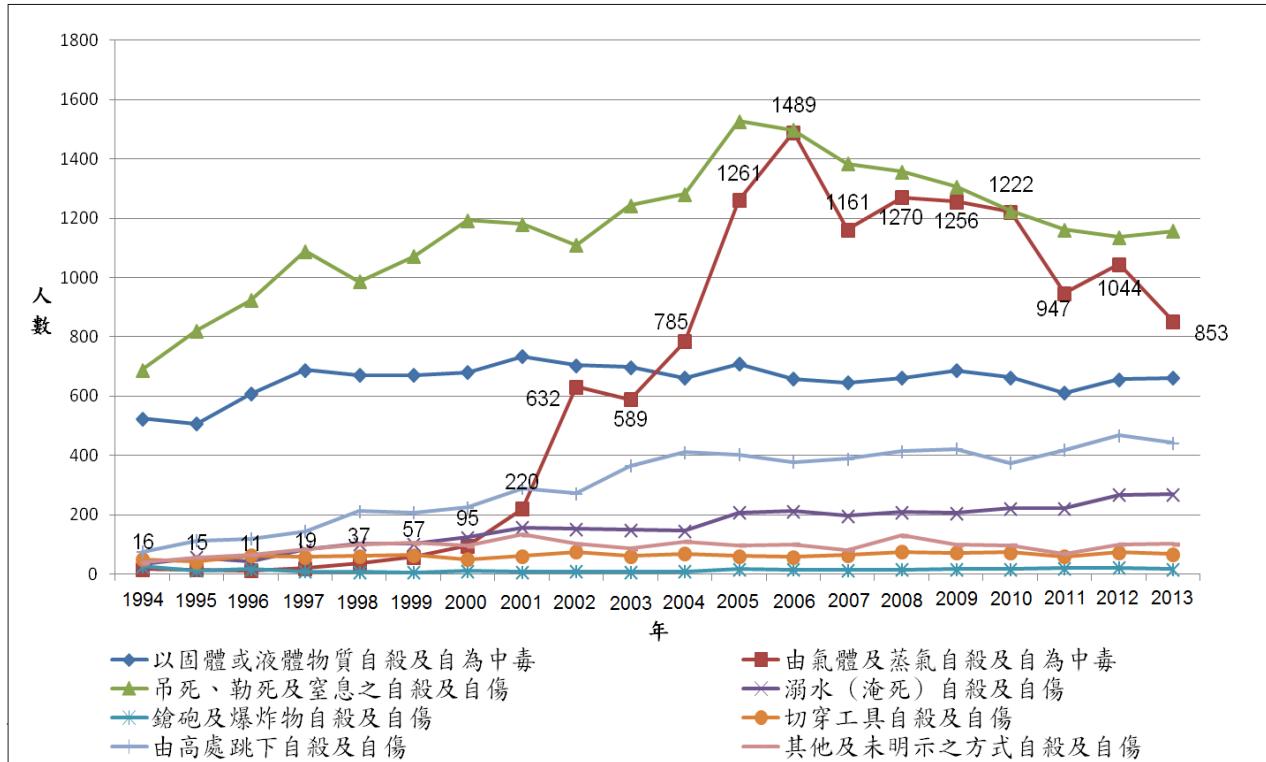


圖 4-1-1、1994 年至 2013 年自殺死亡人數-自殺方式

以自殺死亡方式佔率之年度趨勢來看，圖 4-1-2 顯示「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」之佔率自 1999 年的 1.7% 持續上升，2002 年時大幅增加至 20.7%，2003 年稍微降至 18.4%，2004 年又持續上升至 22.6%，2006 年到達 83-102 年間之最高佔率 33.8%。2007 年(佔率 29.5%)至 2010 年(佔率 31.4%)間變化較平緩，2011 年降至 27.0%，2012 年又上升至 27.7%，2013 年則下降至 23.9%。

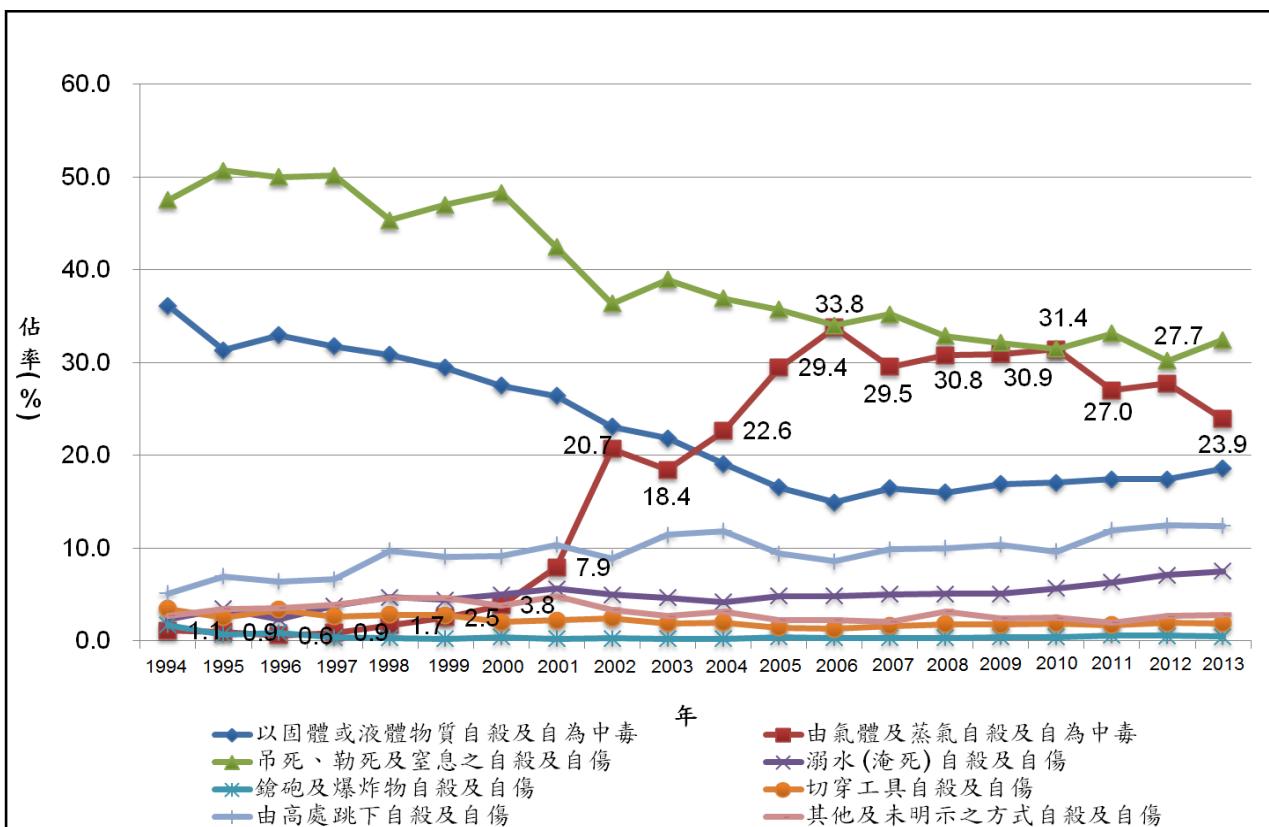


圖 4-1-2、1994 年至 2013 年自殺死亡人數-自殺方法佔率

有鑑於此嚴重性，自 2006 年起全國自殺防治中心積極與木炭製造、進口商及通路商合作，努力推動燒炭自殺防治，除每年持續推動並追蹤木炭製造商及進口商業者於木炭外包裝上印製現況(內容含「珍愛生命標語」，及求助專線等相關資源，如衛生福利部自殺防治安心專線 0800-788-995、生命線 1995、張老師 1980 等)，更透過隨機抽驗通路商販賣之木炭商品，監測木炭外包裝印製警語現況，針對在外包裝有印製警語之廠商寄發感謝函，如發現未標示之商品，將致電廠商進行柔性勸導，邀請正視自殺議題，支持珍愛生命理念。另外，也將持續與通路商合作，張貼標語並進行員工教育訓練，以提高店員對於民眾自殺之警覺性。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解新北市及臺南市在燒炭自殺防治上之措施、推動方式和投入資源等實際執行狀況，並確立評估方法。
- 2) 分析兩縣市燒炭自殺之相關數據以評估木炭管制之成效。
- 3) 依據分析之結果給予未來實施燒炭自殺防治之策略與方向。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)與新北市及臺南市衛生局聯繫，並召開會議。
- 2)函文至新北市、臺北市、臺南市、高雄市四縣市之衛生局。
- 3)回收上述四縣市之間卷。
- 4)回收問卷進行初步概況分析。
- 5)召開內部會議進行相關資料討論。
- 6)彙整資料函送衛生福利部。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：衛生福利部、新北市衛生局、臺北市衛生局、臺南市衛生局與高雄市衛生局。
- 2)資源連結內容及形式：自殺死亡及自殺通報檔案資料分析、問卷分析與會議討論。

三、過程(Process)

1. 4月份與新北市衛生局及臺南市衛生局聯繫相關討論時間。
2. 4月17日至臺南市衛生局針對木炭自殺防治推動概況及策略進行討論和交流。
3. 4月30日新北市衛生局至中心針對木炭自殺防治推動概況及策略進行討論和交流。
4. 5月20日函文至新北市、臺北市、臺南市、高雄市四縣市之衛生局，以瞭解該縣市燒炭自殺通報個案之燒炭及購炭行為。
5. 7月25日回收上述四縣市之間卷，共37份，並進行初步概況分析。
6. 8月進行內部會議，針對新北市及臺南市燒炭自殺之相關數據及問卷回收之概況進行討論。
7. 彙整最終分析結果並提供建議，於9月30日函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 新北市及臺南市之執行方法

2012年，新北市及臺南市率先規劃輔導商家進行木炭非開放式陳列，而為瞭解新北市及臺南市其在燒炭自殺防治上之執行方法和行政模式，本中心以實證方法為基礎，進行兩縣市之成效分析，並派代表分別與新北市衛生局及臺南市衛生局之長官與燒炭自殺防治執行人員，進行燒炭自殺防治推動概況及策略討論會，於會中詳細瞭解兩個縣市執行的方式，如下所描述：

1. 研究成果

1) 新北市

- (1) 新北市衛生局自 2012 年 5 月 1 日起，木炭採「非開放式陳列」販售作業，與日常用品零售業、超級市場業、綜合零售業、便利商店業、五金零售業，共 13169 家配合實施。
- (2) 請店家配合以「非開放式陳列」方式販售木炭，例如：需向服務人員洽購、上鎖等方式。
- (3) 當消費者購買木炭時，店家主動表達關心，必要時提供轉介或諮詢管道。
- (4) 請各店家配合宣導單張之張貼。
- (5) 稽查方式分為兩種，一種是年度稽查，是由稽查科的稽查員來執行，均為正職人員。若是發現有店家將木炭上架，則是會採勸導的方式請店家配合。而衛生局亦會要求稽查科每月固定稽查店家數量，且要以小商店為主。稽查的目的主要是在教育和宣導。另一種是與警消合作，若於案發現場發現燒炭自殺個案之購買木炭發票，則會請警消保存發票，爾後衛生局在派員依據購買地點來進行稽查。

2) 臺南市

- (1) 臺南市自 2011 年開始實施燒炭防治宣導，對象為超商店長。
- (2) 自 2012 年開始實施「珍愛生命店家」計畫，以連鎖型店家為主，木炭販售之通路商業者、經理、主管、店長、店員等辦理珍愛生命守門人課程共 24 場次，共 1295 人，願意加入有 700 多家。而加入計畫之店家業者及販售人員每年需接受至少 1 小時自殺防治教育訓練，且需將所販售之木炭進行『安全上架』。臺南市更於 2012 年 9 月 4 日召開記者會，宣布木炭非開放式陳列之措施開始施行。
- (3) 2013 年度「珍愛生命店家」計畫則以輔導非連鎖型店家為主(含柑仔店)。輔導木炭賣場及販售業者加入臺南市珍愛生命店家將木炭放置於倉庫，共 215 多家，願意加入有 120 家。
- (4) 2014 年度「珍愛生命店家」計畫除持續輔導非連鎖型店家為主，亦加入珍愛生命店家之訪查及宣導，以徹底落實木炭非開放式陳列的措施。訪查方式則是請臺南市各區的衛生所協助抽查未加入珍愛生命店家的零售業者，如五金行或柑仔店等，每年需抽查 6 間，而有加入珍愛生命店家，則每年由臺南市衛生局派員訪查。

2. 新北市及臺南市之研究分析與結果

1) 新北市

新北市於 2012 年 5 月(2012 年第二季)開始實施木炭非開架方式販

售，第三季由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒之死亡人數(39人)明顯比第2季之62人下降(降幅37.1%)，在第四季更持續下降至31人(降幅20.5%)。102年第一季雖有小幅上升(40人,29.0%)，但在第二與第三季皆持續下降(31人、30人)，第四季雖有微幅上升(48人)，但仍較未實施前為低(圖4-1-3)。

以2012與2013年比較，2013年由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒之死亡人數明顯較2012年為低，減少34人(18.6%)(圖4-1-4)

以由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡之佔率季趨勢分析，自2012年第二季(34.6%)呈現下降之趨勢，雖2013年第四季上升(38.1%)，但在人數上仍少於實施之前(圖4-1-5)。

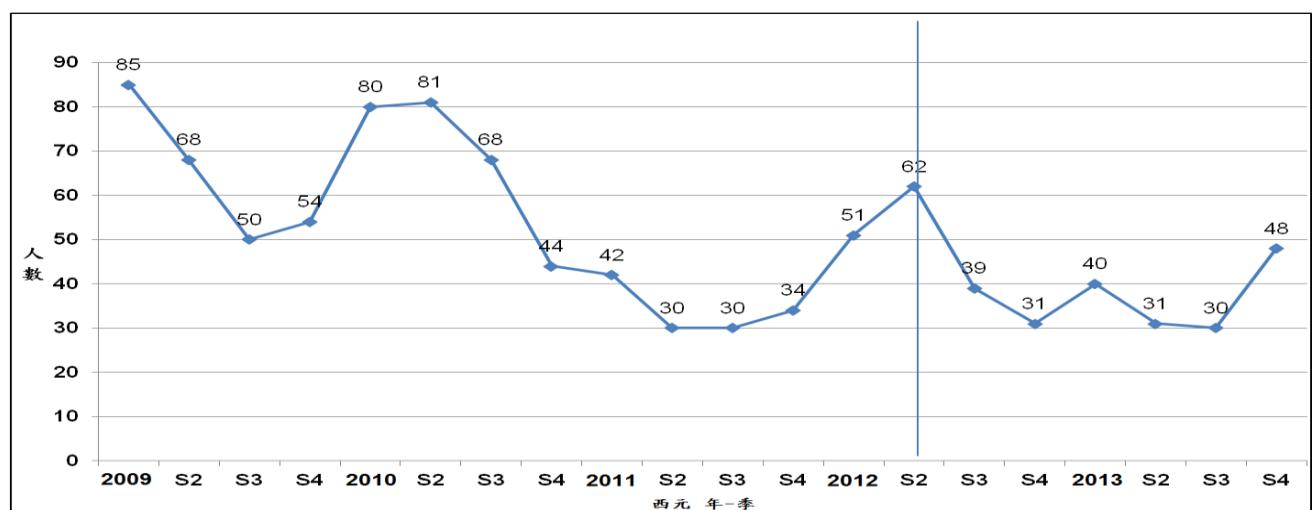


圖4-1-3、新北市由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數-季趨勢

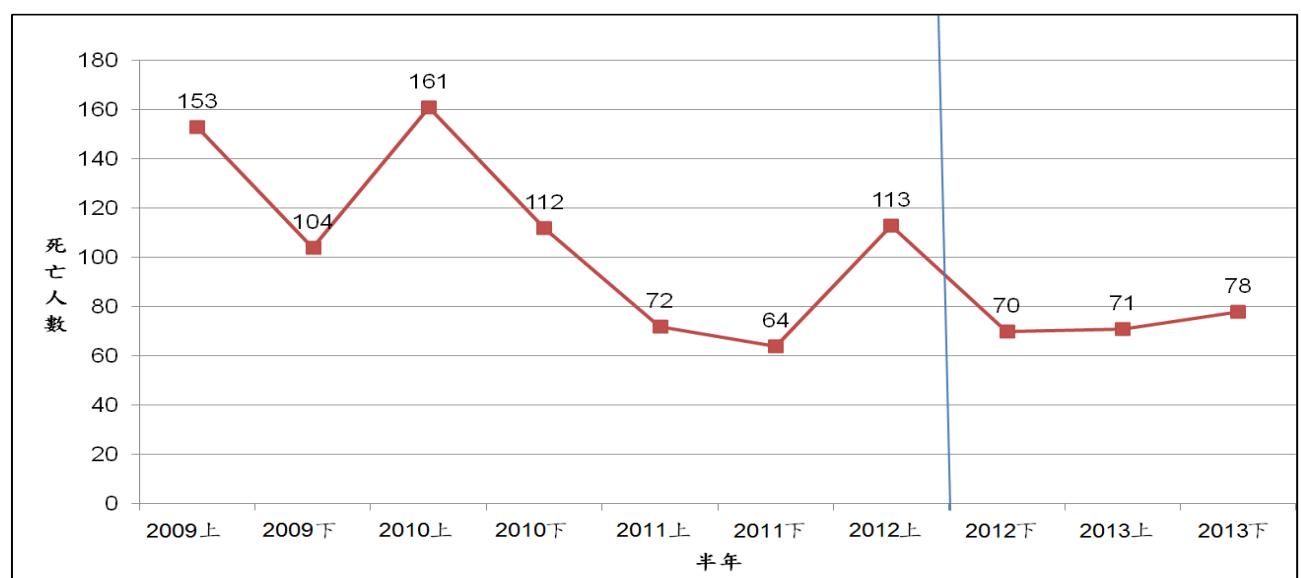


圖4-1-4、新北市由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數-半年趨勢

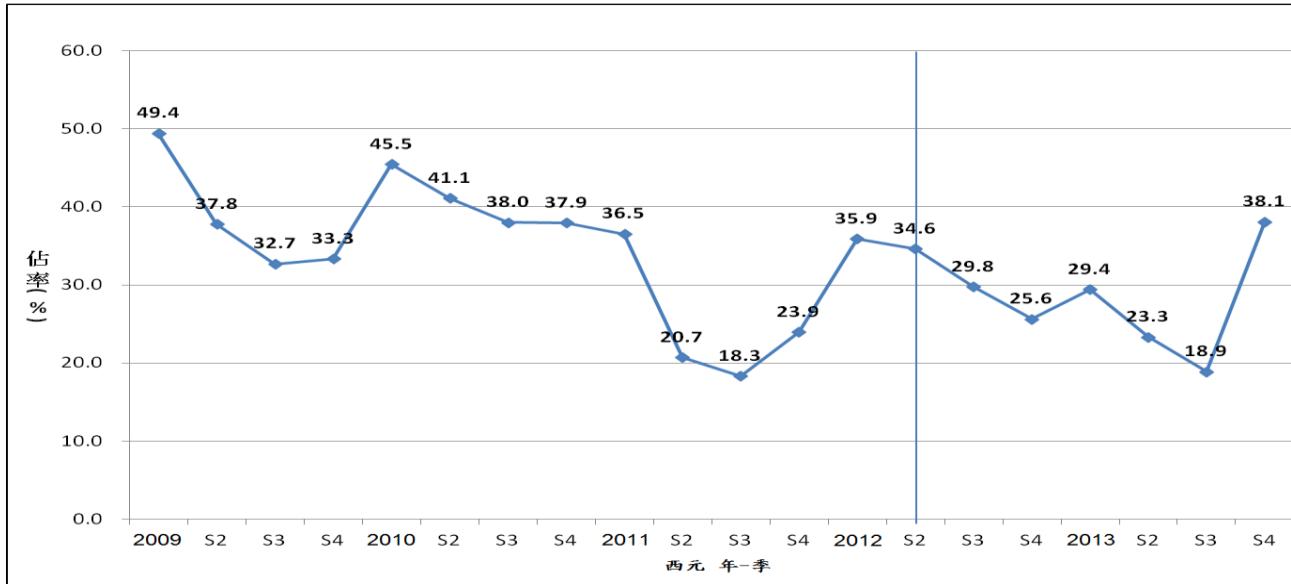


圖 4-1-5、新北市由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡佔率-季趨勢

2)臺南市

臺南市由 2012 年 9 月(101 年第三季)開始實施木炭非開架方式販售，第四季由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數為 15 人與第三季相同。2013 年第一季則上升至 22 人(增幅 46.7%)，第二季下降至 13 人(降幅 40.9%)，與實施之前相比減少 2 人(降幅 13.3%)，第三季上升至 18 人(增幅 38.5%)，第四季又上升至 26 人(增幅 44.4%)(圖 4-1-6)。

雖然以 2012 與 2013 年比較，2013 年由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒之死亡人數較 2012 年上升，增加 8 人(增幅 11.3%)(圖 4-1-7)，但實施木炭非開架方式販售短期內由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數有下降之趨勢，因此宣導與稽查方面應長期推動與落實。

以由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡之佔率季趨勢分析，2012 年第三季施實後至 2013 年第二季出現下降之趨勢，但在第三季又呈現上升趨勢。(圖 4-1-8)。

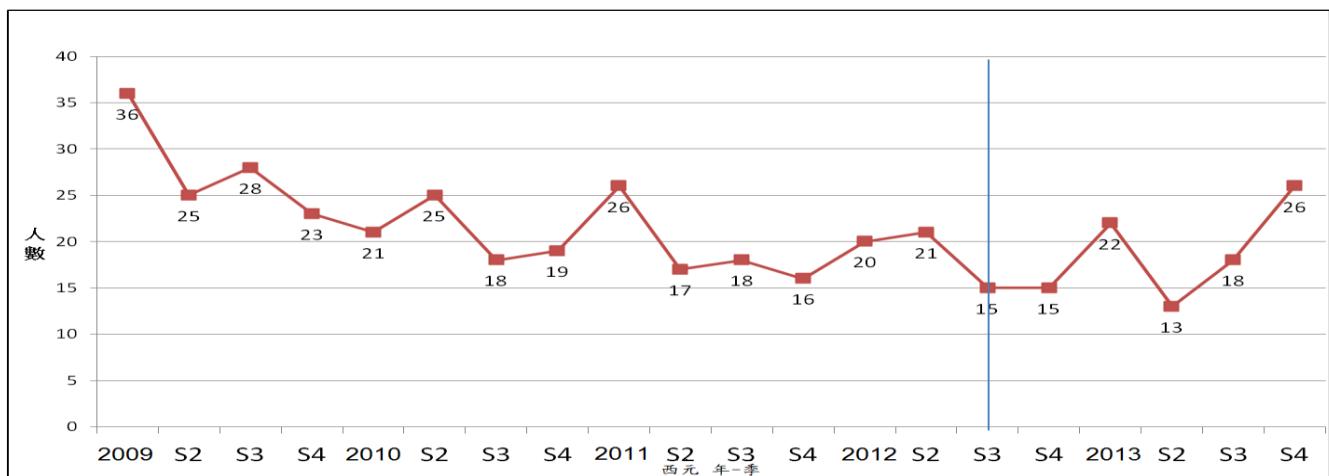


圖 4-1-6、臺南市由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數-季趨勢



圖 4-1-7、臺南市由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數-半年趨勢



圖 4-1-8、臺南市由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡佔率-季趨勢

3. 購炭行為之調查

為實際瞭解現階段燒炭自殺個案之購炭行為及與地理環境之關係，中心嘗試採用問卷模式，請臺北市、新北市、臺南市和高雄市之關懷訪視員針對新通報之燒炭自殺未遂個案、自 2013 年 10 月 1 日起且目前仍進行關懷訪視之燒炭自殺通報個案及重複自殺個案最近一次為燒炭自殺被通報者，進行訪問填寫，用以瞭解現階段情況。使用問卷如表 4-1-1。

四個縣市共回收 40 份問卷，除去填寫不完整的問卷，共有 37 份進行分析。根據分析結果，「為何選燒炭這個自殺方法？」中有 16.7% 是因最致命、最不痛苦和受大眾傳播媒體影響；而「主要燒炭的原因」，有 47.4% 是因為最不痛苦。至於「自殺時的木炭怎麼來的？」，有 63.2% 表示是外面商店買來，最多是五金行、其次是中小型量販。大多在距家步行 15 分鐘處購買。另，發現 64.9% 的個案表示在使用燒炭自殺時，是完全沒有合併酒精藥物，進一步詢問，如果無法用燒炭自殺的話，有 80.6% 的個案表示會再選擇其他方式自殺，像是服用藥物(31.6%)或是跳樓(25%)等。

表 4-1-1、燒炭自殺企圖者訪談指引

通報單編號# _____
燒炭自殺企圖者訪談指引
<p>謝謝您願意跟我們分享過去您傷害自己的經驗，接下來的問題將會談到您燒炭自殺的經歷。整個訪談過程中，如果您覺得不太舒服或者讓您想到一些讓您難過的事，必須先中斷這樣的談話，請您不要客氣，隨時告訴我，我們可以先暫停。</p> <p>選擇燒炭方法來自殺的原因</p> <p>Q1：您為何選擇燒炭這個自殺方法？（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>1. 使用這個方法所需要的材料跟環境最容易取得 <input type="checkbox"/>2. 使用這個方法自殺最致命 <input type="checkbox"/>3. 使用這個方法自殺最不痛苦 <input type="checkbox"/>4. 使用這個方法自殺最不會影響別人 <input type="checkbox"/>5. 使用這個方法自殺會讓遺體最完整或漂亮 <input type="checkbox"/>6. 知道有人曾經用過這個方法自殺 [<input type="checkbox"/>A. 親戚（關係：_____） <input type="checkbox"/>B. 朋友 <input type="checkbox"/>C. 鄰居 <input type="checkbox"/>D. 網友 <input type="checkbox"/>E. 名人（說明：_____） <input type="checkbox"/>F. 其他（說明：_____）]</p>

表 4-1-1、燒炭自殺企圖者訪談指引(續)

8. 有幻聽建議或命令自己用這種方法自殺

9. 其他 (說明：_____)

Q2：以上選擇燒炭的原因，哪一個對你而言是最主要選擇燒炭的理由？_____

木炭取得的管道

Q3：您燒炭自殺當時使用的木炭是怎麼來的？

1. 家裡本來就有

2. 從外面商店買回來的

2-1 這個店家的規模是

A. 雜貨店

B. 五金行

C. 便利商店（如：7-11, 全家）

D. 中小型量販店（如：全聯、頂好、美廉社、松青、地方連鎖賣場……）

E. 大型量販店（家樂福、愛買、大潤發、好事多、特力屋……）

2-2 為何選擇這個地點來購買木炭？

A. 離家近（請將所使用之交通工具換算成步行時間）

a. 步行 5 分鐘內可以抵達

b. 步行 5—15 分鐘內可以抵達

c. 步行 16—30 分鐘內可以抵達

d. 步行需超過 30 分鐘才能抵達

B. 離上班／上學地點近（請將所使用之交通工具換算成步行時間）

a. 步行 5 分鐘內可以抵達

b. 步行 5—15 分鐘內可以抵達

c. 步行 16—30 分鐘內可以抵達

d. 步行需超過 30 分鐘才能抵達

C. 離自殺地點近（適用於挑選過地點的自殺者，例如挑選在汽車旅館）

a. 步行 5 分鐘內可以抵達

b. 步行 5—15 分鐘內可以抵達

c. 步行 16—30 分鐘內可以抵達

d. 步行需超過 30 分鐘才能抵達

D. 故意遠離平時活動地點

D. 因為其他原因選擇購買地（說明：_____）

表 4-1-1、燒炭自殺企圖者訪談指引（續）

3. 從網路購物平臺買來的（說明：_____）

4. 與他人一起燒炭，木炭由他人購買

4. 其他（說明：_____）

合併酒精或其他藥物使用情形

Q 4：您在使用燒炭方法自殺時，是否合併使用酒精跟藥物？

1. 完全沒有

2. 使用酒精

3. 使用藥物

4. 合併酒精與藥物使用

Q 5：如果沒有辦法使用燒炭自殺，會選擇其他方式嗎？ 0. 不會 1. 會，

填「會」者續答下列問題

將會考慮使用：

1. 藥物過量

2. 農藥

3. 其他化學物質

4. 割腕、自殘

5. 跳樓、高處墜落

6. 汽車廢氣

7. 上吊、窒息、勒頸

8. 其它方式，請註明：_____

4. 檢討與建議

綜觀新北市及臺南市之執行與研究分析結果，可粗略判定非開架方式販售木炭在新北市有所成效，但就臺南市則是初期有效，後期則否。

影響成效因素眾多，除地理區域及賣場的型態之不同外，如實施及管理制度方面兩縣市極為不同。新北市在策略落實上，以規定方式要求場家配合，並將稽查納為重要事項，並由稽查人員協助辦理；而臺南市則以柔性勸導方式拜訪，雖亦有訪查措施，較沒有強制力。

為此，若未來需執行非開架方式販售木炭之策略，除政策方向需建立

完整的執行及稽查制度，以徹底落實木炭非開放陳列外，亦需針對販售商和零售商等給予守門人訓練，並進行自殺防治宣導，在政策下持續管理和宣導雙管齊下，才能達到其降低自殺率之目的。

五、附件

附件 4.1.1 非開架方式販售木炭成效分析報告

農藥儲藏箱防治成效分析報告

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異。自殺防治的工作必須「思考全球化、策略國家化、行動在地化」，而縣市之自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。臺灣自殺防治策略之基本概念，與世界先進國家相近，即依據公共衛生三段五級架構之全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)三大策略為主軸執行自殺防治工作，而針對自殺方式進行防治，如：限制自殺工具之可得性為眾多防治方式中之一項。

日本的研究表示，自 1998 年至 2002 年，在 Japanese Association of Rural Medicine 附屬醫院中可以觀察到，巴拉刈中毒占 345 起農藥中毒案件 20%，死亡率高達 70%；在所有農藥中毒個案中，70%為自殺個案。在 1990 初期，據報導每年超過 1000 起巴拉刈中毒個案，但目前未證實為何占這樣的比重。

而在南韓巴拉刈的使用已超過三十載，過去每年會造成 2000 起中毒案例，死亡率為 40-50%，1999 年一項研究顯示，在 154 起個案中(其中死亡率為 34%)，73.3%為蓄意服用巴拉刈；另外從 1996 年至 2005 年統計出的農藥中毒死亡為 25,360 人，其中 84.8%為蓄意服用。使用巴拉刈在韓國是最常見的例子，1999 年，Korean Agricultural Promotion Agency 統計一年有 800 人死於巴拉刈中毒，到了 2005 年則下降到 9 個月內 256 起死亡個案。2011 年，南韓政府管制 Gramoxone(巴拉刈)的銷售及儲存，據報導到 2012 年，南韓的高死亡率下降 11%。南韓政府於 2012 年 11 月禁用巴拉刈。

放眼國際，因巴拉刈其高劇毒性，近年來世界各國逐漸禁止使用，目前至少已有四十八個國家禁用，不僅所有歐盟國家已禁用，某些非洲國家、亞洲國家，甚至和臺灣發展程度相近的韓國也在 2012 年禁用。

目前完全禁用的國家有非洲地區：象牙海岸。亞洲地區：柬埔寨、印度、科威特、敘利亞、阿拉伯聯合大公國、斯里蘭卡、南韓。歐洲地區：歐盟國(奧地利、比利時、賽普勒斯、愛爾蘭、義大利、義大利、西班牙、

丹麥、芬蘭、匈牙利、希臘、法國、德國、葡萄牙、斯洛文尼亞、瑞典、英國等)、挪威、瑞士

而有管制巴拉刈農藥的國家：德國、馬來西亞、美國、印尼、荷蘭、沙烏地阿拉伯、紐西蘭、哥倫比亞、烏拉圭、貝里斯、智利、哥斯大黎加、多明尼加共和國。

近年臺灣自殺死亡男性為女性兩倍以上，且年齡愈高，自殺死亡率愈高。自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域、以及臨床特性差異，都會區青壯年以燒炭方式為眾，鄉村及老年人口以上吊及農藥為主。墜樓身亡與重大精神疾病相關。「由其他氣體及蒸氣自殺」(主要為燒炭自殺)的比例自2001年起大幅上升(圖 4-2-1)，至2004年已超越「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(主要為農藥中毒)成為第二位，至2013年「由其他氣體及蒸氣自殺」之佔率已降至23.9%，「吊死、勒死及窒息」(32.4%)為國人第一位之自殺死亡方法，此外17.4%以農藥為主的「固體或液體物質自殺」，12.4%為「由高處跳下自殺及自傷」，7.5%為「溺水(淹死)自殺及自傷」，而性別因素與年齡別自殺方法選擇無顯著差異。

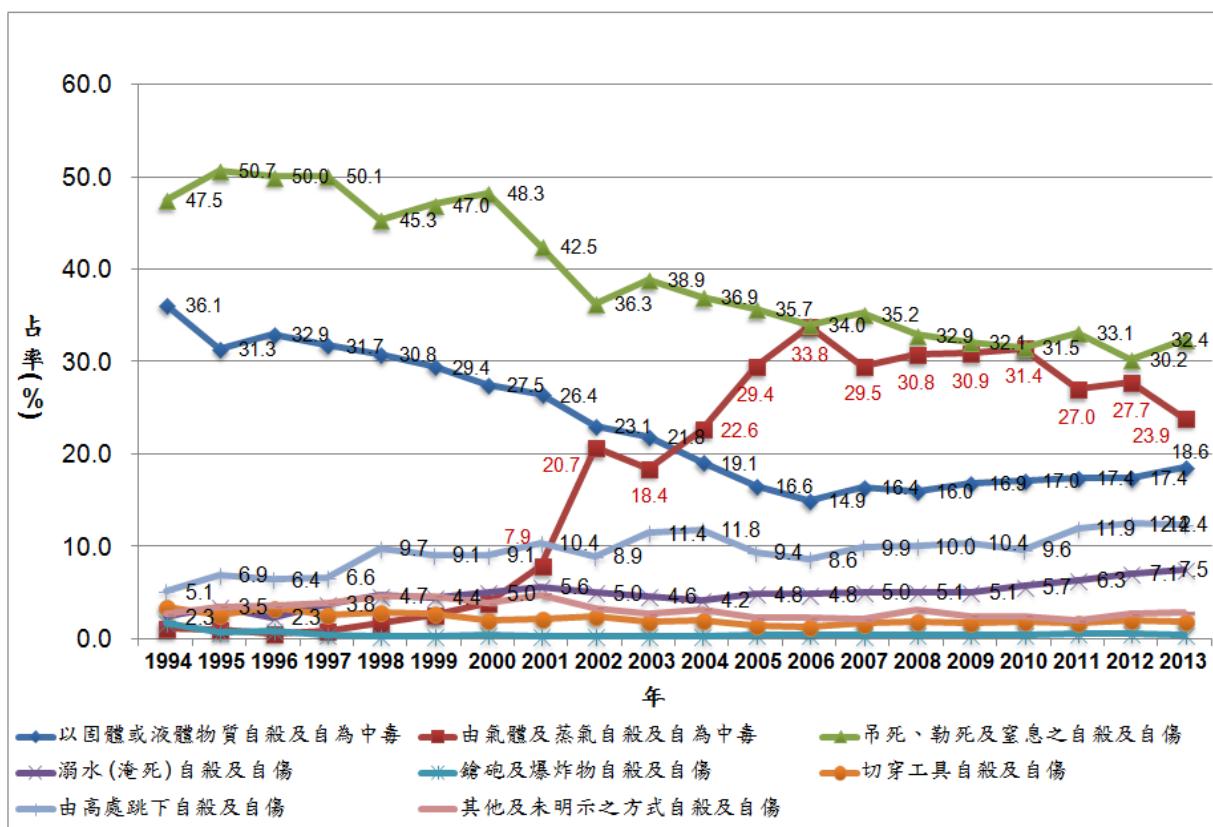


圖 4-2-1、1994 年至 2013 年自殺死亡分析-自殺方法佔率

臺灣自 1972 年開始實施「農藥管理法」，基於保護人體健康和環境等

理由，已陸續公告禁用 126 種農藥，顯示禁用危險農藥並非沒有先例，管制或禁用劇毒農藥更是於法有據。此外，巴拉刈列名在農委會的「劇毒性農藥」名單中，理應是首要的禁用目標，此外，農委會許可的除草劑共有 67 種，巴拉刈並非無可取代。

在 2011 年 9 月 5 日的 行政院心理健康促進及自殺防治會報第 3 次會議中，農委會針對「加強推動農藥自殺防治，並研議禁用巴拉刈討論案」一案，提出配套措施：短程內由公會或業者提供農民加鎖之劇毒農藥儲藏箱；研發安全包裝，以延長打開包裝的時間，降低衝動飲用之機率；加強宣導教育，且在標示加註緊急中毒急救方法及警語。而在中程方面則是加強研發安全劑型，最後長程部分則是持續舉辦代噴業者訓練課程，朝向推動代噴制度。

而農藥儲藏箱發放之部分，於 2012 年 3 月 19 日之會報中，農委會表示已依照衛生福利部提供之相關統計資料，將農藥儲藏箱依順序發送給雲林縣、南投縣、屏東縣、彰化縣等縣市如尚有餘，其他依序包括：嘉義縣、苗栗縣、花蓮縣、臺東縣、新竹縣、宜蘭縣及臺南市部分地區(原臺南縣)、臺中市部分地區(原臺中縣)等縣市，此外，農委會除請業者監測及追蹤農藥儲藏箱實際使用情形，也應主動建立監測及抽查機制。

為此，本次研究將針對農藥儲藏箱使用狀況和成效等部分進行分析，以瞭解其推動之成效。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解各縣市農藥儲藏箱發放現況
- 2) 進行相關之自殺資料分析，並評估農藥儲藏箱對自殺防治之成效。
- 3) 依據相關數據分析之結果給予未來實施農藥儲藏箱之策略與方向。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 與衛生福利部聯繫已取得行政院農業委員會提供之農藥儲藏箱發放概況。
- 2) 與先正達公司召開討論會議，並取得儲藏箱發放相關數據。
- 3) 召開中心內部會議進行相關資料討論。
- 4) 彙整資料函送衛生福利部。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、行政院農業委員會與臺灣先正達公司。
- 2) 資源連結內容及形式：自殺死亡及自殺通報檔案資料分析、資料提供、討

論會議。

三、過程(Process)

1. 6月與先正達公司針對現階段農藥儲藏箱發放進行討論會議。
2. 7月由先正達公司提供農藥儲藏箱之相關數據及樣品。
3. 8月進行內部會議，針對各縣市農藥自殺及儲藏箱發放情形之相關數據進行討論。
4. 8月再請先正達公司提供最新之農藥儲藏箱發放數量及縣市分布。
5. 9月彙整最終分析結果並提供建議，於9月30日函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 執行結果

劇毒農藥儲藏箱發放情形部分，經由農委會委託之農藥儲藏箱製作廠商(先正達公司)所提供的數據顯示，發放數量及優先發放之城市依據乃依照衛生福利部提供給農委會之資料及建議，而目前自2012年至2014已發放給農民且有紀錄之數量共計3,132個，加上興農公司自2013年開始所發放的，總計約4,099個。各縣市至2014年所發放總數如表4-2-1。

表4-2-1、各縣市自2012年至2014年7月儲藏箱發放總數

縣市	2012.2月開始 (先正達)	2013 (先正達)	2013 (興農)	2014(至7 月17日) (先正達)	TOTAL
臺中市	155	15	80	24	274
臺東縣	16				16
臺南市	85	9	100	102	296
宜蘭縣	12	7	60	4	83
花蓮縣	9	17	90	19	135
南投縣	112	195	70	186	563
屏東縣	92	52	252	81	477
苗栗縣	19			2	21
桃園縣				28	28
高雄市	31	24	95	24	174
雲林縣	247	254	160	463	1,124
新北市	1			1	2

表 4-2-1、各縣市自 2012 年至 2014 年 7 月儲藏箱發放總數（續）

嘉義市				1	1
嘉義縣	15	47	20	59	141
彰化縣	182	214	40	328	764
TOTAL	976	834	967	1,322	4099

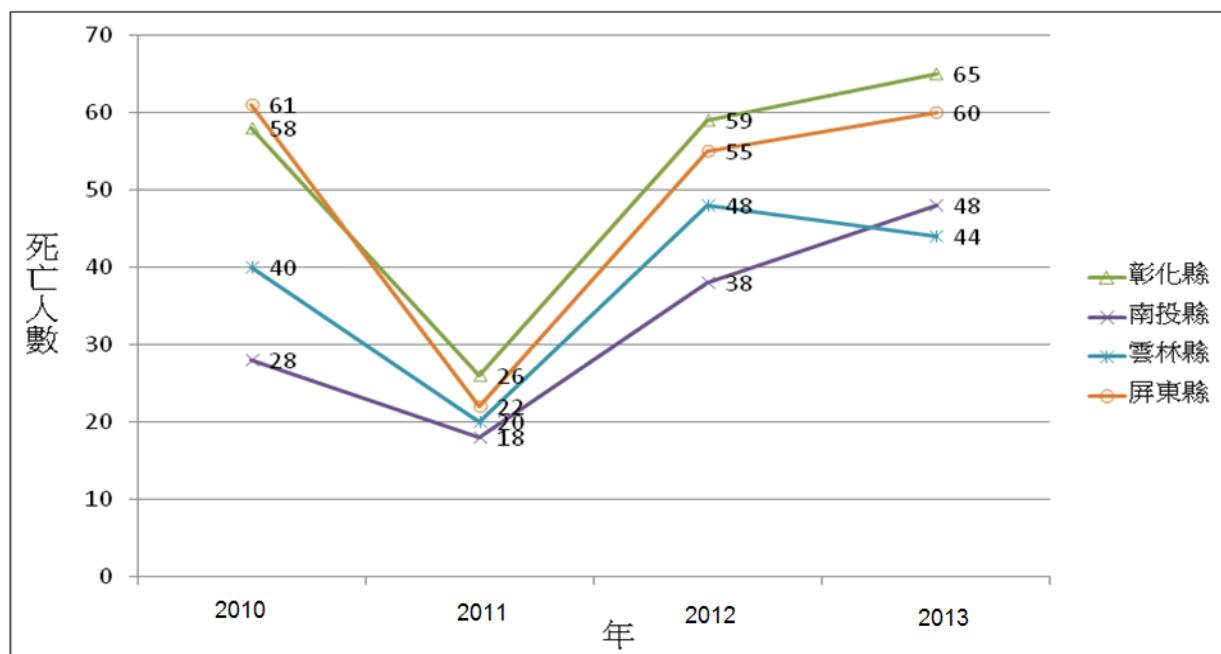


圖 4-2-2、以固體液體自殺死亡人數趨勢-雲林縣、彰化縣、南投縣、屏東縣

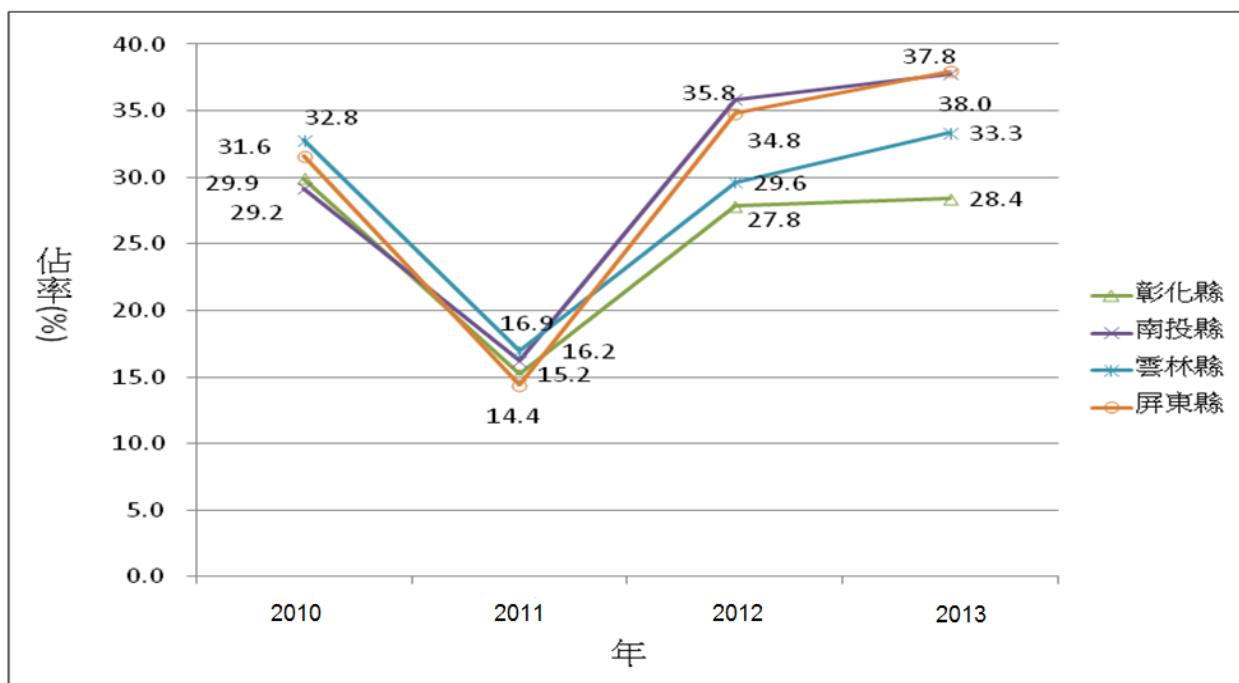


圖 4-2-3、以固體液體自殺死亡佔率趨勢-雲林縣、彰化縣、南投縣、屏東縣

農藥儲藏箱發放至今，以發放最多之四縣市來看，雲林縣發放數量最多，共有 1,124 個，而若就 2012 年發放後之死亡人數來看，雲林縣在 2013 年是有明顯下降(圖 4-2-2)。其他彰化縣(發放數量第 2)、南投縣(發放數量第 3)、屏東縣(發放數量第 4)，其死亡人數就 2012 年至 2013 年間，雖有微幅上升，但上升幅度相較於 2011 年至 2012 年之陡直上升，幅度緩和許多。

依研究數據分析來看，可初步無法直接判定農藥儲藏箱對於農藥自殺之防治之成效。影響農藥自殺率之因素繁多，如地方政府對於自殺防治策略之監督和落實，亦是重要的因素之一。像是發放數量較少之宜蘭縣，在加強稽核、落實管理及宣導下，但其農藥死亡人數自 2012 年至 2013 年確有所下降，可顯示箱子數量多寡並非絕對因素，但可為間接因素。但就箱子數量越多的地區(雲林縣)之農藥自殺率確實有降低。

而在農藥儲藏箱發放部分，依農委會在 2014 年 3 月 3 日行政院心理健康促進及自殺防治會報第 2 屆第 3 次會議中亦表示，經協請各地方政府監測調查農藥儲藏箱之結果使用率約為 60%，餘為遺失及未使用，顯示農藥儲藏箱普遍使用情形並未良好。

但經農藥箱製作廠商先正達公司表示，其農藥箱的發放是依優先順序(以農藥死亡人數之縣市)及販售量分配，先寄放於各縣市的經銷商，再分發給需要之一般小賣店。而先正達公司亦會針對農民舉辦年度講習會，每場約 20 位農民，內容包括農藥安全使用和廢容器回收、上鎖免誤食等安全概念，於講習後均會發放儲藏箱，各縣市辦理場次依業務量亦有不同；公司目前每月派出業務代表，依據前批發放數量的 5% 進行稽查，拜訪農民，了解儲藏箱使用情形，而目前回報統計約 95% 的使用率，與農委會提供之稽查數據不盡相同。

為此，雖可初步判斷農藥儲藏箱在自殺防治上或許有些成效，但仍建議可依照各縣市農藥使用量來分配儲藏箱之數量，未來在發送箱子時，加強箱子的使用率及安全使用宣傳，並可在箱子外側貼上求助資源以及衛教訊息，加以宣導。

此外，而守門人訓練的強化亦不可或缺，除各地方政府主管人員外，加強各鄉鎮鄰里長、販售商等相關單位之守門人概念，落實稽核與管理也是降低農藥自殺的重要防治策略之一。

五、附件

附件 4.2.1 農藥儲藏箱防治成效分析報告

全國各縣市「30 天再自殺率」之分析報告

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺企圖者是眾多自殺高危險族群中，較容易與醫療體系發生關聯，且明顯呈現其介入需求的族群。過去國外文獻指出，自殺企圖者，是為自殺身亡之高危險族群，日後自殺身亡之標準化死亡比可高達 39 倍。根據國外研究指出：有 50%以上之自殺企圖者有一次以上的企圖，且 20%的再次企圖，發生在第一次企圖後 12 個月內，重複自殺者，較單一企圖者，增高 2.24 倍之自殺死亡率。

臺灣自 2006 年 1 月起全面實施自殺企圖未遂者通報關懷系統，已見初步成效，通報後續關懷服務輸送，與 40%以上之再企圖風險或再企圖自殺死亡風險之降低相關。為了評估並精進通報關懷系統，於 2008 年衛生署(現為衛生福利部)訂立各項評估指標供各縣市參考，其中「30 天再自殺率」一直受到各級主管機關之重視，與通報系統中之重複自殺個案問題，以及系統推行之短期成效(proximal impact)有一定程度理論與實務之關聯，為進一步探就此一指標之實務意義，以及依據此一指標規劃縣市自殺防治業務之輔導。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 完備自殺防治通報關懷網絡。
- 2) 監測自殺通報系統並進行資料分析。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

本次研究分三部分進行分析，第一部分與自殺通報月報分析一致，以 2006 年至 2012 年自殺通報關懷系統資料進行分析，定義「30 天再自殺率」為自殺企圖後 30 天內再自殺之比例。

考量各縣市、各單位通報條件不一致，可能造成再自殺率之計算基準不同，本次研究亦進行死亡檔資料串聯分析，調整再自殺率之計算方式，分母為自殺企圖通報人數扣除通報即死亡人數，分子為再自殺通報人數加上自殺死亡但未通報之人數；並在 30 天內的計算方面，第二部份自企圖日起算、第三部份自訪視日起算之 30 天再自殺死亡及再自殺企圖(未遂)情形。

由於需串聯死亡檔資料，故此部分僅以 2006 年至 2011 年個案進行分析。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：資料統計分析、策略建議。

3. 過程(Process)

- 1) 1 月 14 日召開 2014 年中心計畫「實證研究」項目規劃討論會議。
- 2) 1 月期間進行資料分析。
- 3) 1 至 2 月擬定輔導規劃。
- 4) 1 至 2 月討論及修正。
- 5) 2 月函送衛生福利部。
- 6) 3 月 14 日進行通報指標相關討論。
- 7) 10 月 24 日辦理「重覆自殺通報個案處置訓練」
- 8) 11 月份將「重覆自殺通報個案處置訓練」討論摘要與綜合建議以電子郵件方式提供給所有關懷訪視員，並將內容上傳至關懷訪視員專區。另外將課程影片上傳至珍愛生命數位學習網，方便大家隨時線上學習。

三、 成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 完成 30 天再自殺率分析報告及 30 天再自殺率統計比率高於全國平均之縣市之規劃輔導建議乙份。
- 2) 報告摘要如下：(詳見附件 4.3.1)
 - (1) 以通報關懷訪視資料分析 30 天再自殺率

2006 年至 2012 年全國及各縣市 30 天再自殺分析，全國以 2006 年再自殺率(3.2%)為最低，但考量 2006 年通報系統甫啟用，資料尚未穩定，恐有低估之情形，其餘各年度皆約為 4%，96 年至 101 年平均 30 天再自殺率為 4.2%。各縣市單年度比較，以宜蘭縣、新竹縣、高雄市、花蓮縣高於全國之情形較多；以 2007 年至 2012 年平均計算，高於全國(4.2%)之縣市則依序為花蓮縣(5.3%)、宜蘭縣(5.1%)、高雄市(5.1%)、新竹縣(4.9%)、基隆市(4.3%)、雲林縣(4.3%)。

2006 年至 2012 年全國總計通報 132,090 人，其中 30 天內再自殺人數計 5,725 人，再自殺率為 4.3%。各族群 30 天再自殺率以性別分析，男性 30 天再自殺個案計 1,729 人，再自殺率為 3.5%；女性再自殺人數為 3,996 人，再自殺率為 4.8%。以年齡層分析，「0-14 歲」再自殺人數為 30 人(再

自殺率為 2.9%），「15-24 歲」再自殺人數為 886 人(4.2%)，「25-44 歲」再自殺人數為 3,483 人(5.3%)，「45-64 歲」再自殺人數為 1,174 人(3.6%)，「65 歲以上」再自殺人數為 192 人(1.5%)。

以自殺方式分析，30 天再自殺率前三位依序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，再自殺人數計 3,749 人，再自殺率為 4.9%、「切穿工具自殺及自傷」，再自殺人數計 1,502 人，再自殺率為 4.8%、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」，再自殺人數計 62 人，再自殺率為 3.7%。自殺原因分析，「精神健康／物質濫用」(1,946 人，6.4%)有最高之 30 天再自殺率，其次依序為「校園學生問題」(28 人，4.6%)、「工作／經濟」(407 人，4.5%)、「情感／人際關係」(3,157 人，4.3%)及「生理疾病」(155 人，2.1%)。

(2) 自企圖日起算並排除當次通報及死亡之 30 天再自殺率分析

同時考量通報即死亡及自殺死亡未通報之個案，並自企圖日起算之再自殺死亡率及再自殺企圖(未遂)率，全國再自殺死亡率為 0.7%，再自殺企圖(未遂)率為 4.7%。各縣市分析，再自殺死亡率以臺東縣(1.1%)、澎湖縣(1.0%)、屏東縣(1.0%)、彰化縣(1.0%)為最高；再自殺企圖(未遂)率則以花蓮縣(6.2%)、高雄縣(6.0%)、高雄市(5.7)、宜蘭縣(5.5%)、新竹縣(5.3%)、臺南市(5.1%)及新竹市(5.0%)較高。

各族群 30 天再自殺死亡率及 30 天再自殺企圖(未遂)率，男性再自殺死亡率(1.1%)高於女性(0.5%)，但再自殺企圖(未遂)率(3.9%)則較女性(5.1%)為低。年齡層分析，再自殺死亡率以「65 歲以上」(1.8%)最高，再自殺企圖(未遂)率則以「25-44 歲」(5.5%)族群較高。自殺方式以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2.9%)及「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(2.6%)再自殺死亡率最高；「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(5.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(4.9%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(4.2%)之再自殺企圖(未遂)率較其他方式高。自殺原因分析，再自殺死亡率以「生理疾病」(1.8%)為最高，再自殺企圖(未遂)率則以「精神健康／物質濫用」(6.9%)為最高。

(3) 自訪視日起算並排除當次通報及死亡之 30 天再自殺率分析

同時考量通報即死亡及自殺死亡未通報之個案，並自訪視日起算之再自殺死亡率及再自殺企圖(未遂)率，全國再自殺死亡率為 0.6%，再自殺企圖(未遂)率為 3.5%。各縣市分析，再自殺死亡率以臺東縣(0.9%)、澎湖縣(0.8%)、彰化縣(0.8%)、苗栗縣(0.8%)及臺南縣(0.8%)為最高；再自殺企圖(未遂)率則以高雄市(4.8)、高雄縣(4.5%)、花蓮縣(4.6%)、宜蘭縣(4.2%)、

澎湖縣(4.1%)及新竹市(4.1%)較高。無論再自殺死亡率或再自殺企圖(未遂)率，自訪視日起算之再自殺率皆與自企圖日起算之再自殺率一致，並低於自企圖日起算之再自殺率。

分別以關懷訪視情形分析 30 天再自殺死亡率及 30 天再自殺企圖(未遂)率，「訪視未遇」之再自殺企圖(未遂)率(6.1%)最高，「他人受訪」之再自殺死亡率(0.9%)高於其他受訪情形，「本人受訪」之再自殺死亡率(0.2%)最低。訪視方式則以門診晤談之再自殺企圖(未遂)率(4.3%)及再自殺死亡率(0.6%)皆較高；訪視關懷之 BSRS-5 分數顯示，BSRS-5 分數越高，其再自殺企圖(未遂)率級再自殺死亡率皆越高，BSRS-5 分數 15 分以上之再自殺企圖(未遂)率(6.7%)及再自殺死亡率(0.6%)皆為最高。

整體而言，女性 30 天再自殺率較男性高，但男性再自殺死亡率為女性的兩倍，需特別留意。「65 歲以上」族群 30 天再自殺死亡率高於其他年齡層，雖然可能與其生理機能有關，但仍不容忽視。使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」等方式再自殺的機率高，自殺原因則以「精神健康／物質濫用」有較高機率再自殺。關懷訪視本人受訪之再自殺死亡率最低，且 BSRS-5 分數越高，無論再自殺死亡率及再自殺企圖(未遂)率亦越高，因此，建議於關懷訪視時多加留意高危險群個案個案，並落實以 BSRS-5 進行評估，加強精神醫療之轉介，減少再自殺之行為發生。

(4) 整體相關措施建議：

- a. 落實自殺個案通報。
- b. 通報資料盡量詳實。
- c. 落實與醫院之合作連結。
- d. 強化教育訓練。
- e. 定期個案討論會。
- f. 落實轉介及後續追蹤。
- g. 委、承辦單位間定期召開實務討論會議。
- h. 增加補助經費及計畫之連續性。
- i. 建立監督機制。

(5) 辦理「重覆自殺通報個案處置訓練」乙場：

- a. 由於個案再自殺議題之重要性，故針對所有自殺關懷訪視員辦理「重覆自殺通報個案處置訓練」乙場，以強化自殺關懷訪視員之相關專業實務，以降低自殺通報個案之再自殺企圖。

- b. 本次訓練透過研討會方式，以主題演講及分組討論方式進行。
- c. 針對現場訪員之間問題、討論摘要與綜合建議匯整後以電子方式提供給所有自殺關懷訪視員作為參考，同時公布於網站之關懷訪視員專區，另外亦將當日課程上傳至珍愛生命數位學習網，以方便未上課之訪視員能隨時上線觀看，已受訓之訪視員亦能利用複習。

2. 檢討與建議

- 1) 經由「重覆自殺通報個案處置訓練」之學員回饋得知整體滿意度近 9 成、課程應用於實務之滿意度為 8 成 6，學員認為最有幫助的前三堂課為重複自殺個案之樣態分析與處置建議、關懷訪視個案之危機處理與轉介以及拒訪個案之處置與成效評估。
- 2) 因學員反應熱烈，未來課程之辦理可繼續以分組討論模式，有助於關懷訪視員實務經驗分享及互相學習。

四、附件

附件 4.3.1 30 天再自殺率分析報告與輔導建議

自殺未遂者之通報與關懷追蹤

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。

衛生福利部基於上述原因，於 2006 年起積極推動自殺通報關懷服務，並於「衛生局所網路便民服務計畫」(現名為公共衛生資訊入口網)中建置「自殺防治通報系統」，期達到下列六項目標：協助各縣市推動自殺防治關懷網絡、促進標準化自殺防治通報及介入流程、多方面提升我國心理衛生與精神醫療、活絡社區支持網絡、落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療及有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖。綜言之，自殺防治通報關懷系統的三項主要目的為：

- 1) 落實自殺行為者之通報。
- 2) 建立個案輔導轉介關懷之網絡。
- 3) 促進相關服務資源之整合。

過往對於自殺的瞭解，主要透過自殺死亡者，大致分為兩種方式：一是從自殺死亡登記檔，可以得知自殺死亡者的基本資料(如性別、年齡、戶籍地)及自殺方式，但該資料原始目的乃用於戶籍登記，與自殺行為相關的資料並未登錄；二是透過「心理解剖(psychological autopsy)」的方式，訪談接觸過自殺死亡者的人，包括親友及照護者(包括醫師、心理諮商師或社工人員)等。但自殺防治目的要挽救活著的人，透過分析自殺防治通報關懷系統資料(即自殺通報資料)，將有助了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

目前自殺通報資料用途包括：提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視需求轉介相關單位提供自殺企圖者之服務及衛教宣導，以及進行自殺企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 完備自殺防治通報關懷網絡。
- 2) 監測自殺通報系統並進行資料分析。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 完備自殺防治通報關懷網絡：
 - (1) 強化關懷訪視人員之能力。
 - (2) 檢討現行自殺通報關懷系統，並建議系統功能增修。
- 2) 監控通報系統，進行資料分析與判讀：
 - (1) 資料取得：系統資料存放於衛生福利部資訊室中，需向資訊中心申請，方可取得所有資料之明細檔，但自殺通報之明細檔在線上即可取得。
 - (2) 進行資料清檔。
 - (3) 定期進行統計分析，並提供給相關單位進行討論及修正。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：
 - (1) 自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局所、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、新陽電腦科技股份有限公司。
 - (2) 自殺通報資料分析：中研院統計所陳珍信教授、政治大學統研所江振東教授。
- 2) 資源連結內容及形式：製作報表與資料分析、提供統計資料、系統維護及專家諮詢等。

三、過程(Process)

1. 持續強化關懷訪視員之能力

蒐集各縣市最新關懷訪視員名單，建立聯絡網，並於網站建立「關懷訪視員專區」作為經驗交流與分享之平台，藉以即時了解及協助相關現行問題。辦理關懷訪視員教育訓練如共識營與研討會，並製作教學光碟寄送至關懷單位，以使未能出席之關懷訪視員亦可於方便時進行課程觀看，詳見 7.4 自殺通報關懷訪視員訓練。

2. 檢討現行自殺通報關懷系統，進行系統功能增修

- 1) 針對各縣市衛生局所及關懷訪視相關人員進行意見蒐集。
- 2) 召開會議進行修正系統功能討論。
- 3) 向衛生福利部提出改善與建議。

3. 自殺通報資料分析：

1) 資料蒐集：

- (1) 資料建置：由通報單位及關懷訪視員將資料輸入自殺通報關懷系統。
- (2) 資料撈取：每月 10 日申請撈取當年 1 月 1 日至當月 10 日之通報資料。

2) 資料清檔：進行資料清檔。

3) 資料提供：

- (1) 每月中旬製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市之個案分析資料」。
 - a. 「自殺未遂通報關懷月報表」：包含當月全國自殺防治通報關懷系統概況分析(通報單位、性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因、個案關懷及處遇計畫等)與縣市重要指標的呈現(通報人次、通報比、分案率、分案關懷率、平均關懷次數、關懷後處遇計畫、30 天再自殺率等)。
 - b. 「各縣市自殺通報個案特性分析表」：包含當月該縣市自殺通報個案概況分析(性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因等)與各通報單位通報件數表；以回饋各縣市衛生局作為督導本身自殺通報業務之參考。
- (2) 每月下旬函送衛生福利部及各縣市衛生局「自殺未遂通報關懷月報表」及「各縣市自殺通報個案特性分析表」。
- (3) 依業務需求，不定期提供衛生福利部與各縣市衛生局統計與分析資料：

日期	需求單位	需求內容
1/8	屏東縣政府衛生局	2011-2013 年屏東縣： 通報比、自殺死亡率、自殺通報之自殺方式、年齡層、自殺原因分析 2011-2013 年全國： 通報比、自殺死亡率
1/10	新北市政府衛生局	2012 年 12 月新北市自殺未遂通報人次、自殺原因、自殺方式分析
2/11	衛生福利部 心理及口腔健康司	自殺通報中與被家暴相關數據分析
2/12	高雄市政府衛生局	2012-2013 年高雄市各區自殺通報結案個案人數
3/14	臺南市政府衛生局	2002-2012 年臺南市各區自殺死亡： 1.各區男女死亡人數 2.各區各年齡層死亡人數 3.各區自殺死亡方法分析
4/8	衛生福利部心理及口	2006 年至 2014 年 2 月自殺通報系統中自

	腔健康司	殺未遂通報、結案仍列管之未遂通報人次人數。
4/8	衛生福利部 心理及口腔健康司	2012-2013 年各縣市自殺通報 30 天及 180 天再自殺率
4/15	衛生福利部心理及口腔健康司	2011 及 2012 年自殺防治期末報告，及 180 天「全國」再自殺率之公式
4/21	衛生福利部	全國及屏東縣「農藥」自殺通報及死亡數據分析
4/29	臺中市政府衛生局	2011-2013 年臺中市各區自殺死亡及自殺未遂數據分析
5/9	南投縣政府衛生局	2013 年自殺通報統計分析
5/28	衛生福利部 心理及口腔健康司	李桐豪立法委員需求： 2013 年 1 月-2014 年 4 月自殺通報數據，依月分、縣市、性別、年齡層分類。
6/23	衛生福利部 心理及口腔健康司	2012-2013 年全國年度自殺通報人次、分案率、關懷人次。
7/17	臺南市政府衛生局	臺南市 2013 年各月份自殺死亡數據： 1.男女自殺死亡人數 2.各年齡層自殺死亡人數 3.各自殺死因人數 2013 年全國及臺南市自殺粗死亡率及標準化自殺死亡率(Based on WHO 2000)
7/30	新北市政府衛生局	2013 年 6 月份新北市自殺通報個案尚未關懷名單
9/4	衛生福利部 心理及口腔健康司	2013 年全國及各縣市自殺通報個案 180 天再自殺率
9/4	衛生福利部 心理及口腔健康司	2008-2013 年間各年全國男女數據： 1.每十萬人口自殺粗死亡率 2.自殺通報個案 30 天再自殺率 3.自殺通報個案 180 天再自殺率
9/10	衛生福利部 心理及口腔健康司	2008-2013 年間各年全國男女數據： 1.自殺通報人數 2.自殺標準化死亡率
9/11	澎湖縣政府衛生局	臺灣自殺防治學會網站/通報資料專區：

		帳號及密碼
9/12	臺北市政府衛生局	臺灣自殺防治學會網站/通報資料專區： 帳號及密碼
9/15	衛生福利部 心理及口腔健康司	2012 年全國自殺通報數據： 1.總人次 2.性別人次及占率 3.女性/男性比
9/30	衛生福利部 心理及口腔健康司	2004 至 2012 年全國自殺死亡趨勢簡報： 更新數據至 2013 年(共 32 頁)
10/2	高雄市政府衛生局	2013 年 8 月份高雄市自殺通報個案尚未 關懷名單
10/2	高雄市政府衛生局	2013 及 2014 年高雄市依鄉鎮分兩區及全 國每月 30 天再自殺數據： 1.1-7 月再自殺企圖人數 2.1-7 月 30 天再自殺率
10/3	衛生福利部 心理及口腔健康司	將自殺未遂通報關懷月報表中提醒每月 十日上線登錄之文字刪除
10/13	衛生福利部 心理及口腔健康司	2013 及 2014 年 1-8 月自殺防治通報系統 相關數據： 1.自殺通報總人次 2.關懷訪視總人次 3.分案率
11/3	高雄市政府衛生局	2013 及 2014 年高雄市依鄉鎮分兩區及全 國每月 30 天再自殺數據： 1.1-8 月再自殺企圖人數 2.1-8 月 30 天再自殺率
11/21	屏安醫院	屏東縣自殺死亡率： 僅告知衛福部下載位置
11/24	屏東縣政府衛生局	屏東縣 2014 年 1-10 月自殺通報個案尚未 關懷名單
11/24	高雄市政府衛生局	2013 及 2014 年高雄市依鄉鎮分兩區及全 國每月 30 天再自殺數據： 1.1-8 月再自殺企圖人數

		2.1-8月 30天再自殺率
12/10	嘉義市政府衛生局	97-102年自殺通報數據 1.年齡 2.性別 3.自殺方式 4.通報比 97-102年自殺死亡數據
各月	各月分案率、關懷率 未達100%之衛生局	該縣市未分案及未關懷個案表單

(4) 不定期與自殺通報系統維護廠商就撈取通報資料進行聯繫與資料校正。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 完成每月「自殺通報關懷月報表」及「各縣市之個案分析資料」，每月小計20份，總計200份。
- 2) 2006年1月至2014年10月統計分析如下(資料擷取日期：2014年11月10日)：

(1) 通報人次：

全國通報比自2006年的4.3逐年上升至2014年10月之8.2(如圖4-4-1)，由於2014年1-10月自殺死亡人數資料尚未取得，僅以2013年同期之自殺死亡人數做初步估算。

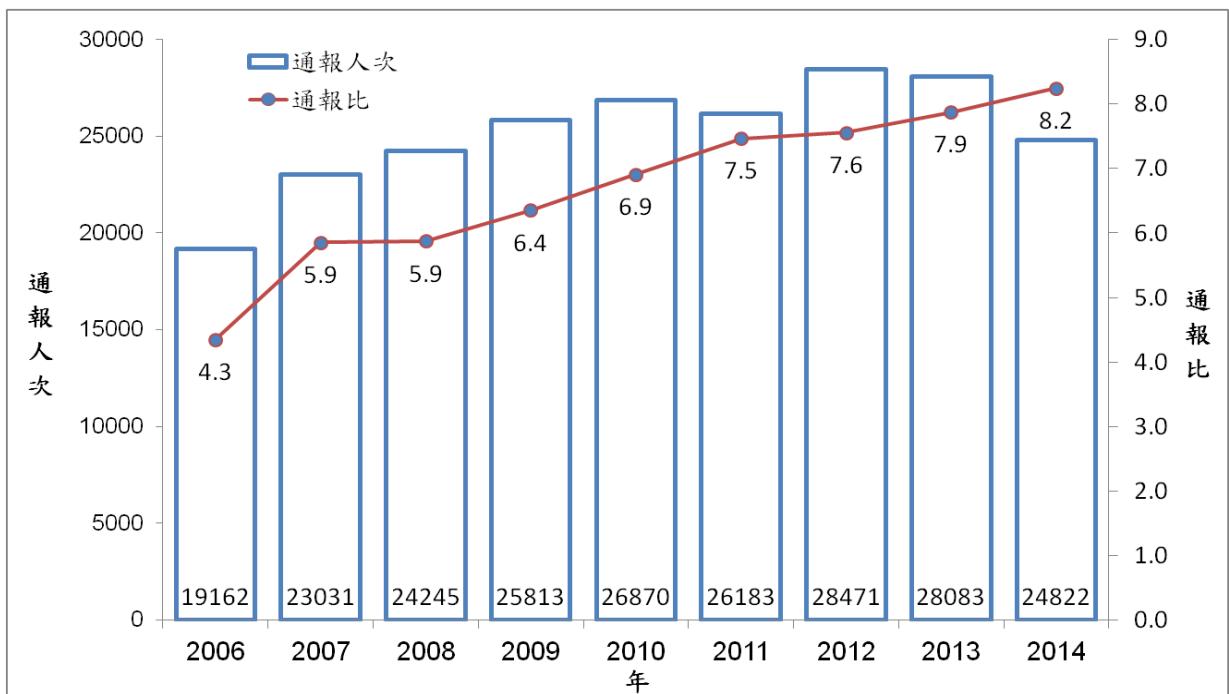


圖 4-4-1、2006年至2014年10月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 自殺通報月趨勢

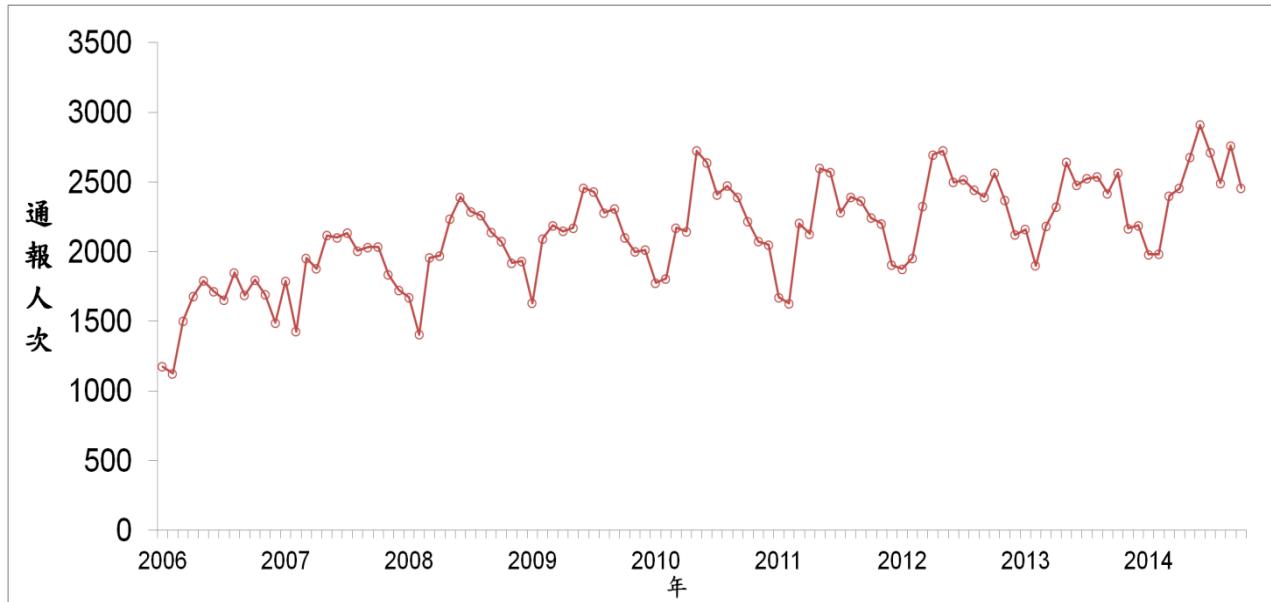


圖 4-4-2、2006 年至 2014 年 10 月全國自殺通報月趨勢

(3) 通報單位類型(如圖 4-4-3)：

由 2006 年至 2014 年 10 月各類型通報單位資料顯示，通報單位主要來自醫療院所，其占率由 2006 年之六成增加至 2008 年已達九成以上，顯示醫療院所通報已為例行工作，不再經由衛生局所協助。由警消單位通報之占率自 2006 年至 2014 年 10 月，有逐年增加的趨勢，自 2010 年起平均占率已超越衛生局所，而其他社政、民政、勞政等單位也有陸續增加的趨勢，顯示通報的宣導已深入各地方單位。

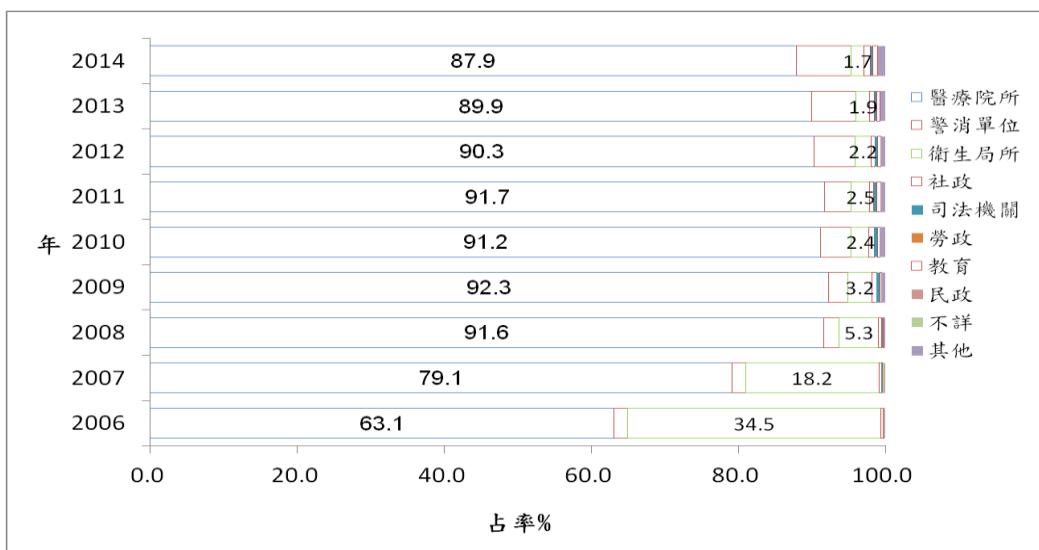


圖 4-4-3、2006 年至 2014 年 10 月各類型通報單位通報人次占率

(4) 通報指標

各項通報指標(如表 4-4-1)，通報比、分案率及分案關懷率自 2006 年起皆有逐年上升之趨勢，自 2009 年起分案率與分案關懷率已達到 99% 以上。

表 4-4-1、2006 年至 2014 年 10 月通報指標

指標 年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ^{註 1} (1~10 月)
通報人次	19,162	23,031	24,245	25,813	26,870	26,183	28,471	28,083	24,822
通報比	4.3	5.9	5.9	6.4	6.9	7.5	7.6	7.9	8.2 ^{註 2}
分案率(%)	71.9	95.1	98.2	99.8	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
分案關懷率(%)	95.8	97.5	99.1	99.7	99.9	99.9	99.9	98.9	99.8
通報個案 30 天 ^註 再自殺率(%)	3.2	4.2	4.3	4.4	4.0	4.0	4.5	4.7	4.7 ^{註 3}

註：由於每位自殺企圖者因自殺行為而進入通報系統的時間不一，為避免時間間隔較遠發生再自殺行為的可能性也增加，因此將時間間隔做了限制，目前再自殺率的計算方式為：針對自殺企圖個案在一定的期限內有無再次自殺企圖的行為發生。

註 1：2014 年 1 至 10 月之資料，擷取日期：2014 年 11 月 10 日。

註 2：由於 2014 年自殺死亡資料尚未取得，故以 2013 年同期自殺死亡人數進行通報比估算。

註 3：30 天再自殺率之期間為 2014 年 1 至 9 月。

(5) 自殺企圖者之特性：

2014 年 1 至 10 月通報共 24,822 人次中，女性通報 15,838 人次占 63.8%，男性通報 8,984 人次占 36.2%，女性為男性 1.76 倍；從年齡層看，通報人次占率由高至低依序為 25 歲至 44 歲(占率 48.9%)、45 歲至 64 歲(占率 26.8%)、15 歲至 24 歲(占率 13.7%)、65 歲以上(占率 9.4%)、14 歲以下(占率 1.2%)。以性別的年齡層結構來看，男性及女性族群的年齡層分配與整體皆十分相似，但男性 65 歲以上族群(占率 13.1%)為女性(占率 7.3%)的 1.8 倍，男性 45-64 歲族群(占率 29.6%)為女性(占率 25.3%)的 1.2 倍；女性 25 歲至 44 歲族群(占率 52.2%)近乎為男性(占率 42.9%)的 1.2 倍。(如表 4-4-2)。

表 4-4-2、2014 年 1-10 月性別年齡層別分析

性別 年齡層	男性		女性		總計	
	人次	占率%	人次	占率%	人次	占率%
14 以下	111	1.2	184	1.2	295	1.2
15-24	1178	13.1	2223	14.0	3401	13.7
25-44	3856	42.9	8273	52.2	12129	48.9
45-64	2655	29.6	4003	25.3	6658	29.8
65 以上	1178	13.1	1149	7.3	2327	9.4
不詳	6	0.1	6	0	12	0
總計	8984	100	15838	100	24822	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(54.7%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.0%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。(如表 4-4-3)。

表 4-4-3、2014 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺方式性別分析

性別 自殺方式	男		女		總計	
	人次	占率%	人次	占率%	人次	占率%
以固體或液體物質自殺及自為中毒	4221	47.0	9346	59.0	13567	54.7
以家用瓦斯自殺及自為中毒	109	1.2	69	0.4	178	0.7
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	958	10.7	740	4.7	1698	6.8
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	568	6.3	373	2.4	941	3.8
溺水(淹死)自殺及自傷	230	2.6	369	2.3	599	2.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	14	0.2	2	0.0	16	0.1
切穿工具自殺及自傷	1956	21.8	4750	30.0	6706	27.0
由高處跳下自殺及自傷	568	6.3	661	4.2	1229	5.0

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

以年齡層分析自殺方式，14 歲以下及 15 歲-24 歲兩族群自殺方式占率排序第一位為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，第三位為「由高處跳下自殺及自傷」；25-44 歲及 45-64 歲則是以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為第一順位，其次為「切穿工具自殺及自傷」，第三位為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」；65 歲以

上年齡層自殺方式占率排序前兩位與 25-64 歲相同，排序第三位則為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」（如表 4-4-4）。

表 4-4-4、2014 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺方式年齡層別占率分析

自殺方式	年齡層	14 以下	15-24	25-44	45-64	65 以上
以固體或液體物質自殺及自為中毒		22.4	41.0	54.2	61.4	62.2
以家用瓦斯自殺及自為中毒		0.3	0.5	0.7	1.0	0.6
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒		2.4	6.1	7.8	7.6	1.8
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		1.7	1.7	2.3	5.4	10.5
溺水(淹死)自殺及自傷		1.7	1.8	2.1	3.0	3.3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷		0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
切穿工具自殺及自傷		44.1	42.2	30.3	17.8	12.0
由高處跳下自殺及自傷		20.7	6.5	4.8	4.0	4.2

自殺原因除了「不願說明或無法說明」以外，無論男女前三位依序為「情感／人際關係」、「精神健康／物質濫用」及「工作／經濟」（如表 4-4-5）；女性因「情感／人際關係」原因自殺之占率(55.9%)為男性的 1.4 倍；男性因「生理疾病」原因自殺之占率(11.7%)為女性(5.8%)的 2.0 倍，而男性因「工作／經濟」原因自殺之占率(15.5%)為女性(9.2%)的 1.7 倍。

表 4-4-5、2014 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺原因性別分析

自殺原因	性別		男		女		總計	
	人次	占率%	人次	占率%	人次	占率%	人次	占率%
情感／人際關係	3546	39.5	8860	55.9	12406	50.0		
精神健康／物質濫用	2463	27.4	4298	27.1	6761	27.2		
工作／經濟	1396	15.5	1456	9.2	2852	11.5		
生理疾病	1047	11.7	925	5.8	1972	7.9		
校園學生問題	118	1.3	174	1.1	292	1.2		
迫害問題	25	0.3	95	0.6	120	0.5		
不願說明或無法說明	1838	20.5	2433	15.4	4271	17.2		
其他	389	4.3	443	2.8	832	3.4		

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

以年齡層分析自殺原因，除「不願說明或無法說明」以外，14 歲以下自殺原因占率排序第一位為「情感／人際關係」(61.0%)、第二位為「校園學生問題」(25.4%)、第三位為「精神健康／物質濫用」(17.3%)。15-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」、「精神健康／物質濫用」及「工作／經濟」。而 65 歲以上自殺原因占率排序第一位則是「生理疾病」(38.3%)、第二位為「情感／人際關係」(27.8%)、第三位為「精神健康／物質濫用」(22.3%)。（如表 4-4-6）。

表 4-4-6、2014 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺方式年齡層別占率分析

年齡層 自殺原因	14 以下	15-24	25-44	45-64	65 以上
情感／人際關係	61.0	60.0	54.2	44.6	27.8
精神健康／物質濫用	17.3	18.5	28.5	31.7	22.3
工作／經濟	0.3	9.5	13.4	12.6	2.3
生理疾病	2.0	1.4	2.6	10.6	38.3
校園學生問題	25.4	5.6	0.2	0.0	0.0
迫害問題	1.7	0.6	0.5	0.4	0.2
不願說明或無法說明	10.5	15.8	16.9	18.0	19.6
其他	7.1	4.1	3.1	2.8	4.6

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(6) 各縣市訪視次數

依衛生福利部訂定之自殺通報個案關懷次數指標規定為 4.5 次，以 2014 年 1-10 月之關懷情況來看，未達標準之縣市僅有金門縣(平均 3.8 次)。（如表 4-4-7）。

表 4-4-7、2014 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表

縣市	2014 年 1-10 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.2	4.2	6	65	0
臺北市	4.1	2.3	5	28	0
新北市	7.4	4.6	8	30	0
基隆市	4.7	2.8	4	28	0
宜蘭縣	6	3.1	6	16	0
桃園縣	6.6	3.5	7	26	1

表 4-4-7、2014 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表(續)

關懷次數 縣市	2014 年 1-10 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
新竹市	6.8	5.1	5	43	1
新竹縣	5.5	3.1	5	19	1
苗栗縣	4.8	2.7	4	17	1
臺中市	5.5	3.3	6	18	1
彰化縣	5.3	3	6	19	1
南投縣	7.7	3.4	8	23	0
雲林縣	4.9	2.3	5	14	1
嘉義市	5.1	5.4	4	50	0
嘉義縣	6.4	4.1	6	35	1
臺南市	6.8	3.9	7	37	0
高雄市	6.9	5.9	6	65	0
屏東縣	5	3.3	5	27	0
臺東縣	7.2	4.2	7	25	1
花蓮縣	5.8	3.7	6	37	0
澎湖縣	5.5	3.3	5	16	1
金門縣	3.8	2.9	3	12	1
連江縣	5	1	5	6	4

- 3)不定期提供衛生福利部及各縣市衛生局相關統計與分析資料，1-10 月共計 31 件。
- 4)持續檢測系統相關問題(含撈取資料)，進行討論後，與系統公司聯繫及建議改善，1-10 月共計 17 件，詳見 6.1 自殺防治通報關懷作業現況及改善建議。

2. 檢討與建議

- 1)衛生福利部時有臨時索取分析資料，鑑於死亡、精神疾病等相關資料僅能至衛生福利部健康資料加值應用中心進行資料串聯及分析，無法在給定時間內提供資料，只能利用中心現有資料，將有可能導致提供之資料無法及時更新、資料不全或產生資訊誤判之現象。
- 2)持續檢測自殺通報撈取資料之正確性及與系統維護廠商溝通。
- 3)持續監測自殺通報個案特性之異常現性，如針對新興自殺方式等。
- 4)持續蒐集使用者對自殺通報系統相關之問題與建議，提供改善意見予衛生福利部。

5)建議與改善：

撈取自殺通報資料時常發生欄位不全或資料有誤之情事，導致分析報表產出期程延宕。建議系統維護廠商能夠提高撈取欄位與資料之正確性，以利時效。

五、附件

附件 4.4.1 自殺未遂通報關懷月報表 103 年 10 月

強化自殺防治策略及具體實施方案 -老人養護機構自殺防治專案

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

據 4 月新聞報導，發生老人因適應問題，於養護中心破窗跳樓自殺身亡。老人在得知要被送進安養機構時，可能會感到被遺棄、焦慮、失落等負面情緒，嚴重者甚至導致憾事發生，而其他與老人自殺相關之危險因子，包括疾病因素、缺乏支持系統、重大壓力事件等。

根據世界衛生組織(WHO)定義，65 歲以上老年人口比例超過總人口數 7% 的國家稱為高齡化社會(aging society)、達 14% 稱為高齡社會(aged society)、達 20% 則稱為超高齡社會(hyper-aged society)。據內政部統計處資料顯示，臺灣於 2013 年底老年人口已達 11.5%，朝向高齡社會前進。

而我國老年族群(65 歲以上)自殺死亡率一向高於其他年齡層，自殺死亡率從每 10 萬人口 25 人(1995 年)上升至 33 人(2012 年)，自殺死亡的人數從 408 人(1995 年)上升至 835 人(2012 年)，為全國自殺死亡率之 2 倍。在國內的調查也發現，65 歲以上老人，自殺死亡前 1 個月就醫達 89.2%，可見在醫院院所推動自殺防治之重要，而中心亦出版了「以醫院為基礎之自殺防治」及「基層醫療人員與自殺防治」手冊供參，更推動醫師畢業後一般醫學訓練之自殺防治課程，期待醫師成為重要的守門人。

另為強化老人自殺防治，中心也出版了「老人自殺防治：自殺新聞事件的省思」，今年更編製「心理健康促進衛教手冊-老年期(65 歲以上)之心理健康促進」手冊，供民眾參考。

時代變遷，臺灣高齡人口持續增加，未來安養機構之需求將會越趨龐大，安養機構之自殺防治更是不容忽視的一環。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 減少老人自殺事件。
- 2) 強化安養機構老人自殺防治之措施，提升其照護品質。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 蒐集相關老人自殺報導及相關數據資料。

- 2) 蒐集安養機構之區分及現況。
- 3) 撰擬策略及討論修訂建議方案。
- 4) 函送養護機構相關建議。
- 5) 視需要可邀請相關安養機構召開討論會議，中心提供諮詢及協助。
- 6) 協助辦理自殺防治/守門人講座。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心口司、衛生福利部社會及家庭署及 824 家養護機構等。
- 2) 資源連結內容及形式：意見交流、發函、電話及電子郵件聯繫等。

三、過程(Process)

1. 4月7日於業務會議報告-老人因不習慣安養中心而跳樓自殺之新聞報導。
2. 4月14日於業務會議提案討論老人安養機構自殺案件及安養機構之分類，並決議擬訂安養機構之自殺防治策略，並發函予養護機構。
3. 5月6日完成安養機構強化心理健康照護及自殺防治策略建議。
4. 5月8日發函予衛生福利部心口司、衛生福利部社會及家庭署及 824 家養護機構，並加強相關參考資料之宣導。
5. 6月30日協助臺北市私立仁群老人養護所辦理「高齡者心理關懷與溝通技巧」訓練，對象為居家照顧服務員，講師為陳碧霞顧問。
6. 9月3日協助財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心辦理「淺談老人福利機構工作人員及住民自殺防治」，對象為護理人員、照服員、社工員、行政人員，講師為黃鈞蔚醫師。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 完成「安養機構強化心理健康照護及自殺防治策略建議方案」並寄送予全臺養護機構參考，並協助安養機構辦理自殺防治守門人講座。
- 2) 安養機構強化心理健康照護及自殺防治策略建議內容如下：
 - (1) 全面性策略
 - a. 環境安全：機構內不宜擺放危險物品，如尖銳物、易拿起之重物，並可在窗戶、陽台等加裝安全措施，如護欄、安全鎖、防撞玻璃等，減少致命性自殺工具的可近性。
 - b. 衛教宣導活動：透過宣導活動，加強自殺防治及心理衛生教育，傳達珍愛生命理念。
 - c. 提供實地參觀及試住：提供老人於入住機構前參觀，並建立試住機制，

降低其不安全感，並可提前認識同機構其他老人，協助老人適應。

(2) 選擇性策略

- a.辦理珍愛生命守門人訓練：推展守門人概念，強化心理衛生教育，以提高相關人員之敏感度。
- b.推廣心情溫度計：各機構推廣心情溫度計，鼓勵定期篩檢與運用，及早發現、及早因應。
- c.入住老人之評估：照護人員須讓老人被告知及參與入住決策，面對面溝通，並運用心情溫度計(BSRS-5)進行評估，確認照顧足以滿足老人需求。
- d.針對高風險個案之措施與管理：
 - a) 傾聽老人感受並減低不舒服感：讓老人述說自己的感受，了解老人對於入住的想法，並引導其以不同的角度看待事情，減低老人不舒服的想法。
 - b) 協助解決立即性問題：老人在面對新環境時，可能感到難以適應機構內之生活模式，可了解老人想法並協助解決。
 - c) 老人飲食需求：若老人因飲食產生不適，可依需求篩選菜單，必要時請家屬協助。
 - d) 建立家屬與機構間之合作夥伴關係：可將家屬納入照顧計畫中，請家屬定期前往探視，若無法探視時，請他們至少定期電話關懷。
 - e) 資源連結及轉介：各機構訂定因地制宜之相關自殺防治流程，關切老人適應情形，視情況調整及因應，並建立與醫療資源合作之網絡，必要時會同社工員、醫院協助，共創持續關懷環境。

(3) 指標性策略

針對自殺未遂個案之措施：

- a.確認個案通報，持續給予關懷，預防個案再自殺。
- b.與個案關懷訪視員保持聯繫及合作，持續進行個案關懷追蹤。
- c.與家屬及醫師協商，建立合作密切觀察個案之流程。
- d.掌握個案動態，適時採取因應措施。

2. 檢討與建議

- 1) 由於養護機構眾多，並為私人經營，僅有部分回應，有縣市社會局卓參本策略建議，因地制宜修改後推廣；希縣市藉跨局處之合作，持續推動養護機構老人之自殺防治。
- 2) 建請相關主管機關能將守門人課程列入養護機構照護人員必要之在職教育，並將自殺防治納入考查輔導項目，以收更大成效。

強化自殺防治策略及具體實施方案

-青少年校園自殺及具體因應策略建議

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺在青年族群(15-24 歲)之十大死因排名，從 2003 年起由第三名上升至第二名，在今年 6 月衛生福利部公布之 2013 年國人十大死因中，自殺仍然高居青年族群第二大死因；而十大死因中之佔率以 2012 年為最高，達到 14.6%。以自殺粗死亡率來看，2002 年至 2013 年有逐年下降之趨勢，其中 2005 年之自殺粗死亡率為每十萬人口中有 7.6 人，2012 年為每十萬人口中有 6.0 人，至 2013 年已降至每十萬人口中有 5.2 人，如圖 5-1-2-1。但因青年族群為國家之未來，仍需持續加以關注，防患未然。

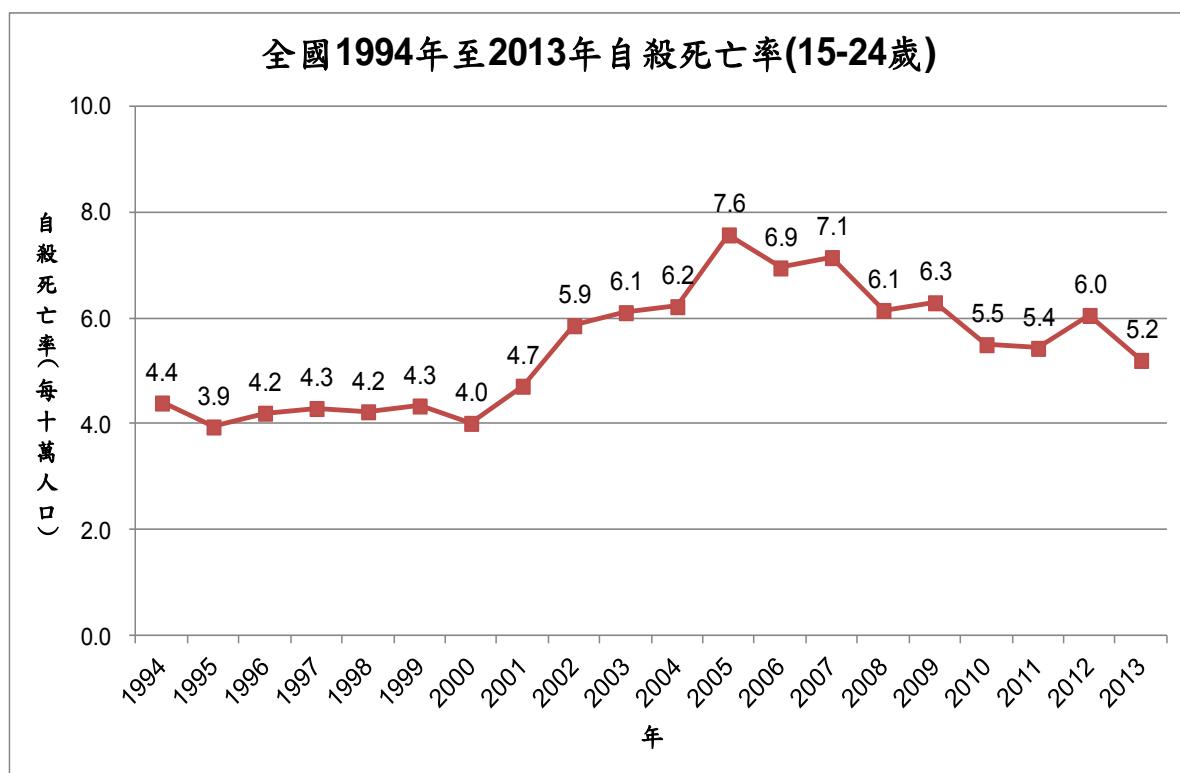


圖 5-1-2-1、全國 1994 年至 2013 年自殺死亡率(15 至 24 歲)

而 2013 年全國自殺未遂通報個案資料顯示，15-24 歲的族群中，無論男女，其自殺原因皆以「人際間感情因素」占最多(38.6%)，其次為「家人間情感衝突因素」(18.4%)，第三名則為「憂鬱傾向」或「有憂鬱症病史」(17.2%)，顯示人際情感問題是青年族群情緒困擾的主要原因。

根據 WHO 的資料，每年全球超過 80 萬人自殺身亡，平均每 40 秒就有 1 人自殺身亡，占總死亡人數的 1.45%，居重大死因中的第 15 位。在 2012 年的資料中顯示，不論性別與國籍，15 歲以下的自殺率為最低，而 70 歲以上為最高，顯示出自殺率隨著年齡增高而增加。而 15-29 歲的死亡方式中，自殺占了 8.53%，位居該年齡層死因第 2 位，僅次於交通意外；而在高收入國家，則是有 17.43% 的青少年為自殺身亡，如表 5-1-2-1。而若以性別來分，除中國是女高於男之外，其他大部分國家皆是男性青少年自殺率大於女性，如圖 5-1-2-2。

表 5-1-2-1、他國 15-29 歲不同性別之自殺資料

全球 (197 個國家): 15-29 歲						
	自殺率	排名	所有自殺人數 (占率)	排名	所有死亡人數 (占率)	排名
全部	13.53	3	30.20%	2	8.53%	1
男	15.58	4	27.70%	2	8.58%	1
女	11.37	2	34.60%	1	8.46%	1
高收入國家 (56 個國家): 15-29 歲						
全部	12.52	4	16.30%	4	17.43%	1
男	19.28	4	16.90%	3	18.67%	1
女	5.3	4	14.10%	4	13.84%	1
中低收入國家 (140 個國家): 15-29 歲						
全部	13.7	3	34.70%	1	7.92%	1
男	14.97	4	32.10%	2	7.69%	1
女	12.37	2	38.60%	1	8.23%	1

*排名為與其他 4 個年齡層比較：(5-14；30-49；50-69；70+)

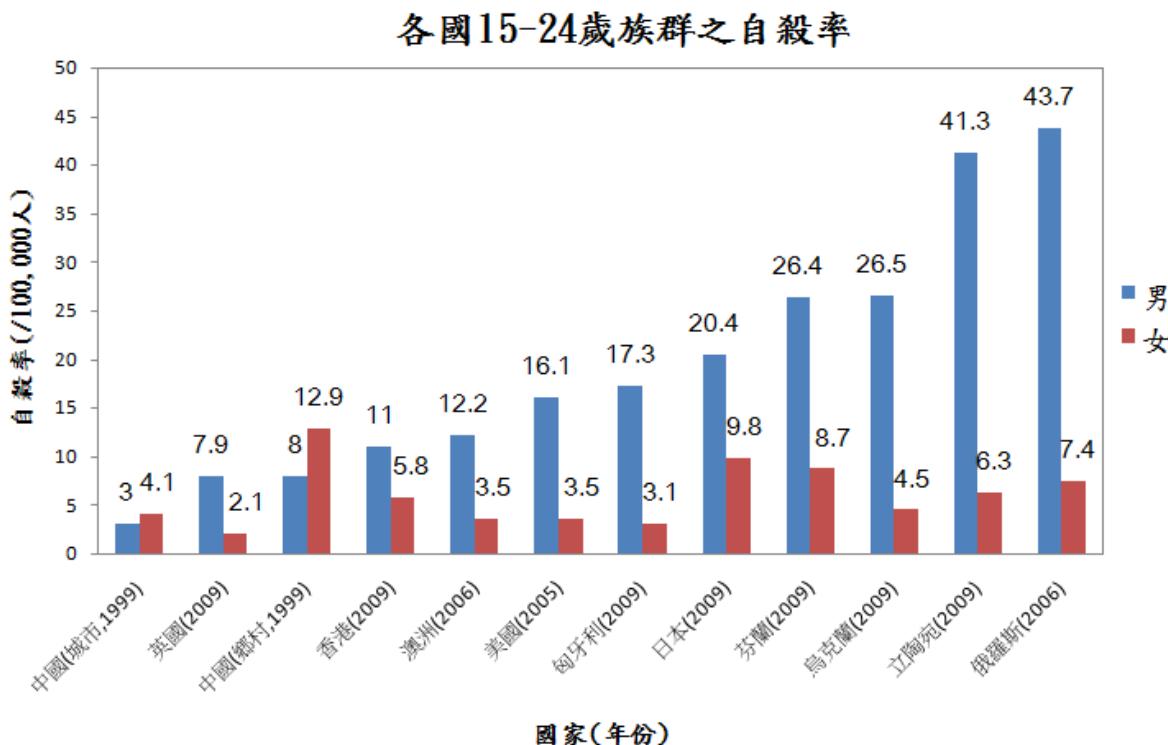


圖 5-1-2-2、各國 15-24 歲族群之自殺率(WHO)

2008 年中心與慈明高中合作，除開辦學校教職員的守門人訓練課程外，並以心情溫度計針對全校約 4,000 名學生進行施測，將有高度情緒困擾者由學校輔導室進行個別會談與關懷，高風險個案則轉介至醫療或心理衛生相關資源，也在後續的檢測中發現，學生在心情溫度計中的得分有下降，足見學校用用心情溫度計篩檢與後續關懷之成效。

有關青少年之自殺防治，主要在於校園的推動。教育部推動校園學生自我傷害三級預防工作計畫，除加強校園安全通報，各級學校訂定學生自我傷害防治計畫，各教育主管機關定期實施督導，三級預防為：

- 1)初級預防：目標為增進學生心理健康，免於自我傷害，其策略主要為增加保護因子，降低危險因子。
- 2)二級預防：目標在於早期發現、早期介入，減少自我傷害發生或嚴重化之可能性，其策略為篩檢高關懷學生，即時介入。
- 3)三級預防：目標為預防自殺未遂者與自殺身亡的周遭朋友或親友模仿自殺，及自殺未遂者的再自殺，其策略主要為建立自殺與自殺企圖者之危機處理與善後處置標準作業流程。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1)針對青少年之自殺方式擬定自殺防治因應策略。
- 2)強化青少年自殺防治之措施，提升並推動各網絡對青少年自殺之重視，以降低青少年之自殺死亡率。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)彙整中心過去針對青少年之相關策略和建議。
- 2)蒐集國內、外青少年相關策略及數據資料。
- 3)撰擬策略及建議方案，進行討論及增修。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：衛生福利部心口司、教育部等。
- 2)資源連結內容及形式：意見交流、會議討論等。

三、過程(Process)

1. 6月彙整中心過去相關資料及文獻。
2. 6月底至7月初討論並修改相關資料，撰寫成報告。
3. 7月11日於衛生福利部心口司召開「青少年自殺防治策略會議」，提供策略建議。
4. 10月3日彙整增修青少年防治資料，交付衛福部，回應黃昭順立委之質詢。
5. 9月協助會報提案之討論事項「各部會間有關校園自殺防治資源之整合」。

四、成果(Product)

1. 執行結果

完成「青少年自殺及具體因應策略建議書」，內容除建議教育部加強落實推動之「校園學生自我傷害三級預防工作計畫」外，強化校園之自殺防治策略及方案如下：

1)指標性策略

- (1)針對自殺高風險群(例如：遭家暴、性侵之學生、生活困頓之學生等)，進行關懷通報，予以持續性關懷，並提供資源轉介，以降低自殺風險。
- (2)針對自殺未遂個案或自殺死亡者家屬進行危機處置與事件處理，並強化對學生的哀傷輔導與治療，避免造成陰影與模仿效應。
- (3)建置自殺事件發生後的危機處理機制，落實標準作業通報流程與因應措施。
- (4)加強教育體系與衛生體系之資源連結。如學校需要與外部在地資源進行合作連結，定期更新社區資源，並在成立危機處置小組時，也可邀請資

源連結單位一同參與商討彼此合作的方式以建構一個迅速、便利和有效的危機處置流程，提供電話及人員方面的諮詢。

- (5) 當個案進入通報系統後，即啟動關懷訪視員之關懷機制，校方應保持密切聯繫與合作。

2) 選擇性策略

- (1) 提供「珍愛生命數位學習網」，便於線上學習自殺防治相關知識。

- (2) 辦理守門人訓練：針對學校教師及學生辦理珍愛生命守門人課程，提高對身邊朋友的敏感度。

a. 學校：要提供一個充沛資源的環境，用以供應和教導師生在面臨問題時該如何處理。根據教育部所編制的「校園自我傷害防治處理相關手冊」，學校應設置有校園自我傷害危機處置小組。

b. 教師與導師：要隨時留意學生的自殺威脅警訊，當教師或導師發現學生有自殺意念或行為時，更要馬上啟動校園危機處理模式，成立危機小組並聯絡各相關人員，像是學生家長、輔導老師或校醫等。

c. 輔導老師：可以與家長保持溝通與聯繫，提醒家長注意，並視情況或是持續給予個人或團體輔導。而對於較為嚴重者，輔導老師可連繫外部心理衛生資源，將學生轉介至醫療院所或精神科醫師等。

d. 家長：時時留心孩子的狀況，一旦有異常的情緒，語言或行為時就該積極處理。家長還要了解孩子學校的支持服務系統，並和學校的人員像是老師、輔導老師、社工等保持密切聯繫，以利察覺孩子在學校時的表現。若發現孩子有相關問題時，可尋求學校老師或輔導老師的幫助，一同探詢孩子問題的癥結，或是聯絡各縣市心理衛生中心和醫療院所，尋求更專業的幫助。

e. 學生：可多留心周遭同儕是否有出現身心或行為異常的訊息，像是寫有想自殺的字條、計畫許多方法或管道想要自殺、憂鬱、沮喪、自傷、注意力不專心、日常行為的改變等。若是真發現同儕有自殺意念或行為，也不要答應替同儕保密，因為你無法真正保證當事情嚴重時，能夠不告訴任何一個人。唯有選擇誠實的將同儕想要自殺的事情告訴師長，千萬不要想自己一人解決事情，才能夠真正的幫助到想自殺的同學。

- (3) 心情溫度計之使用篩檢：校方針對新生及轉學生，於入學、學期開始初期及期中考前後施測心情溫度計，或由導師提高敏感度，針對時常常請假或無故曠課之學生，成績突然全面性退步，過度的抽煙、飲酒、或藥物不當使用或是有情感問題、憂鬱、自殺高危險群等，進行早期篩檢，隨即追蹤的預防介入。

a. 針對高危險群定期心理諮詢與晤談，並隨時評估其情緒狀態；透過晤談，讓同學對於情緒困擾有比較好的因應與調適。

b. 若評估憂鬱程度高，同時轉介至精神科治療，藥物與心理治療雙管齊下。

c. 協同班上或系上老師、同學或是該系的小張老師，一起給予關心與支持，避免其復發，但過程中亦應顧及學生之隱私。

(4) 連結學校與家長，建立溝通平台，合力協助處理學生之情緒困擾。

(5) 連結學校輔導人員與精神醫療網，加強合作及相互轉介，建立綿密的自殺防治網絡。

(6) 學校可建立學生高憂鬱傾向與自殺高危險群的資料庫，可由輔導中心開辦成長團體或人際關係團體或團體心理治療，以憂鬱與自殺高危險群為主，希望透過團體增加同學的成熟度、人際網絡、社會支持度以及人際溝通技巧。

3) 全面性策略

(1) 推動生命教育課程，並將「珍愛生命 希望無限」之自殺防治概念及尊重生命納為生命教育課程中。

(2) 健康教育須包含心理健康促進，開辦如人際交友、兩性相處、愛情觀點、面對分手、正向思考、接受挫折、衝突管理、情緒管理、壓力調適及危機管理等相關課程。

(3) 運用學生意見領袖及社團幹部，帶頭擔任守門人，發起關懷運動。

(4) 青少年多因為感情因素而有自殺行為，校園可發揮創意，辦理情感會談、戲劇、講座或活動等，增進學生之敏感度，並鼓勵勇於求助。

(5) 於學校輔導室、布告欄等地方，放置及張貼自殺防治相關宣導文宣資料及求助資源。

(6) 輔導室/輔導中心可舉辦講座或活動，吸引學生主動前往，以去除對輔導室/輔導中心的標籤化。辦理正向情緒知識與提升教學方面的研習，提供學校教師及學生家長一同參與，讓學校及家庭都能成為協助學生成長的重要關鍵。

(7) 辦理網路諮詢，建立相關流程，鼓勵學生勇於求助。

(8) 善用教官：與學生間的關係密切，也是為唯一24小時在學校待命，當學生發生問題時，第一線聯繫及處理皆是教官，如有需要可將學生立即轉介至醫療院所或其他相關資源單位等。

(9) 自殺方法-跳樓之防治：

a. 校園內應注意危樓修復。

b. 頂樓標示：於高樓頂樓以張貼海報、布條或噴漆方式，標示關懷警語、

求助資訊等。

- c. 安全裝置：加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置等。
- d. 校園巡守：校內保安人員及校園志工可加強頂樓監視器監測及巡視，對自殺熱點(常發生自殺行為)建築物加強監控。
- e. 電梯內，張貼自殺防治相關宣導、求助電話等。

2. 檢討與建議

青少年的自殺行為背後有著錯綜複雜的因素，但是，自殺行為非常有可能是青少年採取的一種無奈的溝通與表達想法的方式，藉由這樣激烈的做法，讓外界知道他需要幫助。因此，青少年自殺行為是不容忽視的。也唯有透過家庭、學校與社會共同努力，在日常生活中多關心青少年的需求、傾聽他們的心聲，落實學校教育，規劃適當的生命教育課程、教導學生尊重生命，提供情緒管理相關的課程、提昇學生的挫折容忍力，如此，方能協助他們順利渡過這段青澀的歲月。

2013 年度強化縣市自殺防治策略討論會辦理情形

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。為了發展並試行各種可能模式，本中心於 2006 年進行自殺防治介入之先導計畫，由基隆市、桃園縣、彰化縣及高雄市做為執行地區。四個先導區由當地衛生局或特定醫院負責統籌轄區內工作之規劃與推動，各自成立辦公室並提出防治方案，主要目標在於建立有效的通報關懷防治體系，規劃體系及機構之個案管理，以及標準化作業流程，做為推廣到全國之基礎。

在自殺防治「先導計畫」推動兩年之後，為進一步積極落實自殺防治工作在地化與社區化精神、擴大推動自殺防治策略至地方縣市，並協助縣市心理衛生中心在精神衛生法施行後，能順利銜接並延續地方自殺防治工作；遂於 2007 年底提出自殺防治介入之推廣計畫，由宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、嘉義市及臺南市衛生局提出縣市自殺防治工作計畫後，納入自殺防治工作體系，以先導區自殺防治工作經驗及模式為主軸，發展「因地制宜」之自殺防治策略，以符合地方特色之自殺防治工作。另於 2007 年中起試辦以高雄縣大寮鄉為社區基礎，結合鄉內相關衛生及醫療單位、勞政、社政、警政消防單位與民間團體等一同致力於自殺防治工作之推廣，配合鄉內地理、文化與人文環境特色，由縣市再往下細推至鄉鎮，強化鄉鎮處理自殺防治工作之應變能力，達到「自殺防治在地化」，與落實「因地制宜」之概念，由社區開始維護居民心理健康，並建構自殺防治網絡與自殺防治守門人機制。

而各縣市社區心理衛生中心自 1992 年起到 1995 年 6 月底，全國 25 縣市完成了每一縣市均設有社區心衛中心之目標，衛生福利部希望能進一步瞭解社區心理衛生中心的現況。因此 2010 年為瞭解各社區心理衛生中心之現況與困境，及自殺關懷訪視計畫辦理現況，並協助各縣市衛生局針對各縣市自殺死亡等特性，擬訂因地制宜之自殺防治策略，故進行全國 25 縣市社區心理衛生中心輔導訪查暨自殺防治策略討論會。

2010 年 12 月底五都成立，部份縣市合併及人事更迭，為協助地方持續推動自殺防治工作，避免自殺防治業務因人員及組織轉換，發生業務銜接問題，特於 2011 年辦理強化五都自殺防治策略討論會。2012 年則繼續

2011 年之方針，針對自殺死亡率前五名之縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。2013 年則是以自殺死亡率前五名之縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。除針對特定縣市召開討論會外，亦會追蹤該縣市之辦理情形，以加強其自殺防治策略和技巧。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解各縣市衛生局於推動自殺防治之現況與困境及自殺關懷訪視計畫辦理現況，提供改善建議與實質支援。
- 2) 協助各縣市衛生局針對各縣市自殺死亡等特性，擬訂因地制宜之自殺防治策略，並提供各縣市衛生局推動自殺防治業務的專業支持及業務諮詢。
- 3) 針對不同族群、年齡層和自殺方式等擬定全面性自殺防治因應策略。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 6 月份於衛生福利部公告十大死因後，確認自殺死亡率前五名縣市，並進行聯繫相關討論時間。
- 2) 分析全國及選取縣市之自殺死亡及通報資料。
- 3) 至該縣市召開「強化自殺防治策略討論會議」，由中心進行報告及說明該縣市自殺死亡特性等，並由當地衛生局簡報當地自殺防治相關策略、今年度工作重點、目前業務推動現況等，並進行討論。
- 4) 撰擬縣市知相關趨勢分析說明及因應策略建議報告書，提供衛生福利部及縣市衛生局參考。
- 5) 追蹤和彙整建議事項之最終辦理情形，並針對結果再次提供專業建議。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、社會局(處)、警察局、消防局、教育局、勞工局、民政局、文化局、醫師公會、生命線協會、張老師基金會、臨床心理師公會、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等。
- 2) 資源連結內容及形式：自殺死亡及自殺通報檔案資料分析、會議討論。

三、過程(Process)

1. 依衛生福利部要求，於 2013 年 7 月至 8 月前往 2012 年自殺死亡率前五名之六縣市(苗栗縣、澎湖縣、花蓮縣、南投縣、宜蘭縣、雲林縣)召開強化自殺防治策略討論會議。
2. 2013 年 10 月 16 日依照衛生福利部指示函送強化自殺防治策略討論會會議記錄(內容詳見附件 5.2.1)至六縣市，並請其回覆針對建議事項之辦理情形。
3. 2013 年 11 月至 12 月陸續回收六縣市第一階段強化縣市自殺防治策略討論

會之辦理結果。

4. 2月召開內部會議並分析六縣市第一階段所回覆之結果。
5. 3月再次發文至各縣市，請其回覆半年後之辦理情形。
6. 3月底陸續回收六縣市針對「強化縣市自殺防治策略討論會」會議記錄之綜合建議摘要事項，其最終辦理情形。
7. 彙整最終辦理情形並提供建議，於3月31日函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 2013年度強化自殺防治策略討論會建議事項辦理情形，其內容包含苗栗縣、花蓮縣、南投縣、宜蘭縣、澎湖縣及雲林縣之訪視建議與辦理情況(詳見附件5.2.2)。而中心彙整六縣市之辦理結果提出綜合建議，如下：
 - (1) 針對農藥自殺防治部分，建議落實劇毒農藥之列冊管理機制，且宣導家中安全存放之重要。並建請農委會徹底監督，以落實農藥儲存箱之分配、管制及使用，並積極由上層向下(農業處)強化相關管制措施。
 - (2) 針對燒炭自殺之防治策略，除強化守門人訓練外，雖有縣市提出制訂木炭使用管制機制之意見，例如制特定販售商登記營業項目和控制販售量等，但在執行上實有困難，故中心建議先行以非開放木炭陳列之措施，藉由限制自殺工具之可得性，以降低燒炭自殺。
 - (3) 加強落實相關推廣單位第一線服務人員之自殺防治概念及輔導和轉介技巧，以能及早辨識自殺企圖者並給予協助。
 - (4) 針對醫療院所雖然未規範必須成立自殺防治中心，建議加強落實醫院之自殺防治業務之推行及相關督考。
 - (5) 各縣市推動辦理守門人課程時，若有課程規劃或講師等相關問題，(如資源較貧乏之縣市)，可結合鄰近縣市相關單位之協助，亦可洽詢全國自殺防治提供建議與推薦。
 - (6) 有關經費問題為縣市之普遍困境，中央經費逐年縮減，地方政府未能提供經費，建請中央考量如何增加補助經費及強化縣市政府之相對經費編列。
 - (7) 關於各局處及單位之自殺防治業務在連結仍有困境。由於目前無「自殺防治法」之法源依據，在執行自殺防治業務上較無法要求其他單位之配合之意見，中心建議除推動自殺防治法，建立法源外，針對局處合作，仍需爭取縣市政府首長之支持及投入，強化跨局處委員會之功能。
 - (8) 中央目前已升格為衛生福利部，但各縣市之衛生局相關組織架構尚未跟

著提升，因此在自殺防治議題之規劃、執行與推展上仍處被動配合的狀態，因此建議由中央統一進行組織修編，以利資源管理及協調。有關此組織架構議題之建議，茲事體大，建請 中央卓參。

2. 檢討與建議

在討論的過程中，縣市均有表達在資源方面的限制，不論是經費或人力，這連帶影響自殺防治之運作與推展，建請未來中央規劃相關預算時，可考量給予穩定之經費和適當人力，以促進地方政府能真正落實在地化行動，以強化自殺防治之成效。

五、附件

附件 5.2.1 2013 年「強化縣市自殺防治策略討論會」建議摘要

附件 5.2.2 2013 年度強化自殺防治策略討論會建議事項之辦理情形

2014 年全國自殺防治計畫年度 工作說明會議之建議事項辦理情形

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治工作得以順利推行，需各相關單位之資源投入與協助配合。為讓各縣市衛生局瞭解自殺防治之現況、中心計畫之辦理成效及自殺防治業務之目標與策略，中心於 2014 年 3 月 27 日辦理「103 年度全國自殺防治計畫年度工作說明會」。會議中邀請衛生福利部、各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院及相關機關(構)之相關人員參與。當日會議中除報告全國自殺現況及過去全國自殺防治工作成果外，亦說明 2014 年度工作重點方向，並針對業務執行上需要互相協助之事項提出說明，期盼藉此機會讓參與者進行實務經驗交流，而提供全國自殺防治工作人員有互相學習之機會，同時共同檢討與溝通現行策略執行之困難點，並讓參與單位同仁有機會提出需互相配合及協助事項，藉此強化合作機制，並建立更綿密的自殺防治網絡，期使自殺防治工作能發揮最大功效。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解各縣市自殺防治相關業務辦理情形。
- 2) 依據相關彙整之結果給予未來自殺防治業務之策略與方向。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 會議之進行以國家自殺防治三大策略「全面性策略」、「選擇性策略」及「指標性策略」為主軸，其提出之報告均涵蓋在這三大策略之下，故本文所擬訂之建議事項，亦將依本三大策略之方向來進行。
- 2) 召開專家會議，討論並擬訂追蹤之項目，包括強化心理健康促進工作、世界自殺防治日系列活動宣導、因地制宜自殺防治策略、召開相關跨局處聯繫會議、守門人教育訓練及宣導規劃、針對在地高風險族群之防治措施與行動、加強關懷訪視員之訓練與督導及召開個案督導討論會等，並將建議項目函文至全臺 22 個縣市衛生局。
- 3) 回收各縣市之報告並進行統整後，針對少部分回覆較為簡略之項目，再次以電子郵件方式，請各縣市協助補充。最終再針對最後彙整之結果，提出策略實施之建議。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：資料提供、討論會議、公文、電子信箱聯繫、電話溝通等。

三、過程(Process)

1. 6月召開相關會議討論及擬訂追蹤項目。
2. 7月函文至各縣市衛生局。
3. 10月回收各縣市之回覆報告並進行彙整。
4. 11月初針對回覆較為簡略之項目，再次以電子郵件方式請各縣市補充。
5. 11月底彙整各縣市最終回覆，進行彙整撰寫成報告，並提出策略實施建議。
6. 11月底函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 執行結果

根據各縣市回覆資料(詳如附件)，進行歸納與統整，辦理情形如下：

1) 全面性策略

(1) 心理健康促進之工作

a. 心理衛生教育宣導工作(含跨局處之合作)

辦理情形：22個縣市均回報有辦理，辦理情形為100%。

簡要說明：各縣市大多以辦理講座方式來進行心理衛生教育宣導工作，其主題除和自殺防治有關外，亦含青少年情緒管理、憂鬱症防治、職場心理衛生等。

b. 免費性心理諮詢服務

辦理情形：22個縣市中除連江縣外，均有辦理免費性心理諮詢服務，辦理情形為95.5%。

簡要說明：除臺北市的1999轉8858免費諮詢專線較為人知，其他縣市則考量在地特色，設置地方化心理諮詢服務，例如桃園縣，則是在人口較多的桃園市、中壢市和平鎮市設置心理諮詢住點服務，民眾可致電或上網預約諮詢時間。

c. 特殊族群、場域之心理健康促進

a) 原住民

辦理情形：22個縣市中除基隆市、連江縣、新竹市和雲林縣外，均有針對原住民進行心理健康促進活動。辦理情形為81.8%。

簡要說明：原住民心理健康促進方面，縣市作法亦以舉辦心理健康促進宣導活動為多，例如新北市是與原住民行政局合作，辦理原住民憂鬱篩檢及心理健康促進宣導，

b) 身心障礙者

辦理情形：22 個縣市中除連江縣、桃園縣、新竹市、高雄市、澎湖縣和臺東縣外，均有針對身心障礙者族群進行心理健康促進活動。辦理情形為 72.7%。

簡要說明：針對身心障礙者部分，亦是舉辦心理健康促進宣導活動，其中如雲林縣所舉辦之心理健康促進活動，更包含身心障礙者就業、就養、就學、就醫等部分。

c) 男性

辦理情形：22 個縣市中除連江縣、雲林縣、屏東縣和臺東縣外，均有針對男性族群進行心理健康促進活動。辦理情形為 81.8%。

簡要說明：大多以辦理講座為主。

d) 婦女

辦理情形：22 個縣市中除連江縣外，均有針對婦女進行心理健康促進活動。辦理情形為 95.5%。

簡要說明：除舉辦宣導活動外，亦有其他在地化之措施，如新北市與婦產科醫療院所合作，發送憂鬱症檢測單張、苗栗縣加強獨居老人女性之追蹤訪視等。

e) 老人

辦理情形：22 個縣市均有針對老年族群進行心理健康促進活動。辦理情形為 100%。

簡要說明：除推廣宣導活動外，亦會加強推廣老人憂鬱症之篩檢，以求早期發現早期介入和協助。

f) 職場

辦理情形：除連江縣外，其他縣市均有針對職場推動心理健康促進，辦理情形為 95.5%。

簡要說明：除舉辦宣導活動外，縣市衛生局亦會和勞工局合作，如基隆市進行職場心理衛生促進。而其他縣市如臺南市則是將職場心理衛生納入公教人員政策學習內，苗栗縣則是與企業合作推動員工協助方案(EAP)來促進企業員工的心理健康。

g) 校園(含青少年及兒童)

辦理情形：除連江縣外，其他縣市均有針對校園或青少年等推動心理健

康促進，辦理情形為辦理 95.5%。

簡要說明：校園心理健康促進部分，除與教育處合作外，如新北市，亦會針對校園老師和學生給予訓練，已強化師生在面對事件時的危急反應。

(2) 世界自殺防治日系列活動宣導

辦理情形：22 縣市均有配合世界自殺防治日進行宣傳活動。辦理情形為 100%。

簡要說明：各縣市為響應世界自殺防治日，所舉辦的活動有徵文比賽、電影賞析、講座等，亦有利用大眾傳播媒體，如宜蘭縣，來進行自殺防治推廣和宣傳。

(3) 因地制宜之自殺防治策略

a. 社區/藥局/醫院自殺防治推廣

辦理情形：除屏東縣和澎湖縣外，其他縣市均有與社區、藥局或醫院合作，推廣自殺防治策略。辦理情形為 90.9%。

簡要說明：縣市間針對社區、藥局或醫院之自殺防治執行方式多以提供宣傳單張或是張貼海報，並加強藥師和醫師之守門人概念為主。

b. 軍人/港口海岸之自殺防治

辦理情形：22 縣市中，有強化軍中自殺防治之縣市為臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣、桃園縣、臺南市和花蓮縣。辦理情形為 40.9%。離島縣市四面環海，因此在港口沿海岸之自殺防治為其重點，22 個縣市中有新北市、連江縣、彰化縣、臺南市和澎湖縣提及此方面之自殺防治。

簡要說明：就偏遠離島縣市，如金門縣、連江縣、澎湖縣等而言，強化軍人、港口海岸之自殺防治相形重要，也凸顯因地制宜之特色。

c. 燒炭自殺之防治策略

辦理情形：22 個縣市中除金門縣、嘉義縣、嘉義市、屏東縣、澎湖縣和臺東縣外，均有燒炭自殺之防治策略，辦理情形為 72.7%。

簡要說明：各縣市大多進行宣導活動、守門人訓練和木炭外包裝上印製警語等措施，而新北市和臺南市仍持續實施非開架方式販售木炭。

d. 高處跳下自殺防治

辦理情形：22 個縣市中有 8 個縣市回報有辦理，約 36.4%，包含臺北市、

新北市、基隆市、宜蘭縣、臺中市、彰化縣、臺南市和高雄市。

簡要說明：針對高處跳下之自殺防治，除在大樓上張貼警示標語外，較特別乃臺北市與臺北市建築管理工程處以及建築專業人員合作，出版「建築物防墜安全宣導手冊」，提供民眾防墜知識，而臺南市則是針對公寓大廈保全人員進行守門人訓練。

e. 農藥自殺之防治策略

辦理情形：22 個縣市中除金門縣、連江縣、桃園縣和新竹市外，有 17 個縣市回報有辦理，約 77.3%。

簡要說明：農藥自殺防治為各縣市自殺防治另一重點，故在所有防治策略中，農藥自殺防治有最多縣市提及。其防治方法有針對農藥販售商之守門人訓練；針對農藥自殺通報個案，進行農藥訪查；辦理宣導講座等。

f. 安眠藥自殺之防治策略

辦理情形：22 個縣市中有 13 個縣市回報有辦理，包含臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、連江縣、新竹縣、新竹市、臺中市、彰化縣、南投縣、嘉義縣、雲林縣和臺南市。辦理情形為 59.1%。

簡要說明：除張貼宣傳海報外，較特別的乃新竹縣在安眠藥自殺防治部分，是函請各醫療院所合作，每月與各院討論如何針對安眠藥自殺之個案更有效介入關懷與轉介。嘉義縣更結合歌仔戲，縣長親自宣導用藥安全。

(4) 相關跨局處之聯繫會議

辦理情形：22 個縣市均有召開相關跨局處聯繫會議，辦理情形 100%。

簡要說明：自殺防治網網相連，方能面面俱到，故各縣市均有召開跨單位之聯繫會議，內容包含自殺防治、心理健康促進、精神衛生等。

2) 選擇性策略

(1) 守門人教育訓練及宣導規劃

辦理情形：22 個縣市均有召開相關跨部會聯繫會議，辦理情形 100%。

簡要說明：辦理守門人教育訓練及宣導已為各縣市自殺防治業務之例行公事，故所有縣市均有針對此一部份執行，唯獨基隆市和苗栗縣在回覆報告上漏掉此一項目。

(2) 針對高風險族群之防治措施與行動

a. 老人之自殺防治(含老人憂鬱症篩檢)

辦理情形：22 個縣市均有進行老人自殺防治及憂鬱症篩檢，辦理情形為 100%。

簡要說明：老人為自殺防治重點，執行的策略多為舉辦銀髮族講座，老人憂鬱症篩檢，照護者、關訪員和社工等在職訓練等，期能早期發現早期介入關懷和轉介。

b. 酒藥癮之自殺防治

辦理情形：22 個縣市中，除新竹市、雲林縣、嘉義市、高雄市、屏東縣、澎湖縣和臺東縣外，有 15 個縣市回覆有辦理，辦理情形為 68.2%。

簡要說明：根據回覆情形，酒藥癮之自殺防治也是相關縣市重點之一，尤其宜花地區。由於有原住民部落居住，因此以酒藥癮之自殺防治為重點，實施方向為加強社區飲酒問題個案轉介，改善酒後家暴、自傷等行為，期盼藉此能間接降低自殺的風險。

3) 指標性策略

(1) 關懷訪視員之訓練與督導

辦理情形：22 個縣市均回報有辦理，辦理情形為 100%。

簡要說明：為加強關懷訪視員之技巧與能力，各縣市均會要求關懷訪視員接受訓練，以提升自己能力，方能協助更多有需要之個案。

(2) 個案督導討論會

辦理情形：22 個縣市均回報有辦理，辦理情形為 100%。

簡要說明：關懷訪視員為自殺防治之第一線，固定召開個案督導會議除能瞭解和協助關訪員目前的困境外，亦可讓關訪員彼此交流和經驗分享。各縣市均有定期召開個案督導討論會，以協助關懷訪視員。

(3) 自殺遺族之關懷

辦理情形：22 個縣市中除桃園縣、新竹市、南投縣和嘉義市外，均有針對遺族進行關懷。辦理情形為 81.8%。

簡要說明：自殺者遺族亦為自殺高風險之族群，高雄市對於自殺者遺族則是會給予後續關懷、追蹤和輔導諮商服務。

2. 檢討與建議

自殺防治策略之實施和推廣，並非獨立可及，乃需全國各縣市和各部會、局處間互相配合及協助，方能建立更綿密的自殺防治網絡，使自殺防治工作能發揮最大功效。

而經回收資料統整後，發現各縣市之自殺防治業務推動確實涵蓋說明會之自殺防治策略方針，包括高風險族群之自殺防治、關懷訪視員督導與訓練、辦理在地守門人講座、宣導心理健康促進，且亦將地方特色及資源予以納入考量，形成因地制宜之防治策略，例如連江縣和澎湖縣針對沿海岸之自殺防治、連江縣推廣軍中自殺防治、花蓮縣針對酒藥癮之自殺防治等。

各縣市自殺防治業務繁多，除了全面性的一般防治業務外，建議應針對各地特性，落實在地化的自殺防治措施。茲提出部分建議如下：

1)自殺通報系統面：

由於 2013 年自殺原因分類異動，造成「不詳及不願說明或無法說明」大幅增加，顯示仍有部分因個案狀況無法獲知其自殺原因。目前雖 22 縣市均有加強關訪員之訓練，但仍可加強通報單位的教育訓練，或由關懷訪視員於訪視時詢問修正。

2)老人自殺防治及篩檢：

此一項目為各縣市之重點，而老年族群自殺未遂者，其主要自殺原因为疾病因素，加上自殺死亡者生前大部份皆曾就醫，故建議應持續強化醫院及基層醫療的自殺防治網及，強化醫師的自殺防治相關概念。此外，衛生主管機關及相關權責單位可提供各基層診所轉介資源小卡，並連結心理衛生與精神科資源，若有高危險群時應轉介或照會精神科，或可與在社區中服務且對心理健康有興趣的醫師合作，加強推廣醫院或診所於看診時，若病患為老人則先以心情溫度計 BSRS-5 初步篩檢，分數高則轉介相關單位。

此外，針對養護所、安養機構及醫院等加強其機構內自殺防治及照護者之守門人訓練，如對於居住於機構內有自殺傾向個案(特別是高齡及有重大傷病)，除加強環境介紹與在職教育，使照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備，並定期檢視使用之狀況，危險性較高者，經評估可行性後，予以移除或改用有安全設計的設備。建議照護團隊增加探視頻率密切觀察，並留下觀察記錄，以掌握個案情緒狀況；在許可的情況下，可鼓勵情況較好的個案與情緒低落的個案加強互動、相互支持，以降低自殺行為的發生。

3)農藥自殺之防治：

此為諸多縣市實施重點，尤以中南部農業地區為多，建議更加強化與農業局、植物保護公會及農會合作，針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員，辦理「珍愛生命守門人」課程；徹底推動「落實」販賣業者販售劇毒性農藥管理之登記；透過農會系統共同宣導在家農藥之安全存放；強化緊急醫療救護，急診對於常見農藥中毒之處理及急救。

4)燒炭自殺之防治：

燒炭自殺比率以北部及中部之縣市居多，建議在燒炭自殺防治上，除針對木炭販售之通路商業者、店員、旅館業者等辦理珍愛生命守門人課程，亦可輔導大賣場或商店(連鎖量販店、便利商店)成為自殺防治示範商店，如將木炭放置明顯處、或設立木炭儲放櫃加強管制或上鎖、或置於櫃臺附近，由店員協助方可取得等，限制其易取得性。

5)青少年之自殺防治：

就防患未然之角度而言，學校除應加強學生之生命教育及心理健康促進概念及珍愛生命守門人課程外，亦需強化家長之相關自殺防治概念，並與家長保持溝通與聯繫。此外，仍須再強化校安通報及三級預防，如針對新生及轉學生，於入學、學期開始初期及期中考前後施測心情溫度計之篩檢等；對於自殺未遂個案或自殺死亡者家屬則進行危機處置與事件處理，並強化對學生的哀傷輔導與治療，避免造成陰影與模仿效應，加強與精神醫療院所連結與合作。

總而言之，在資源部分不一之情況下，仍可見到各縣市對於自殺防治之工作的努力，但是鑑於自殺是多重因素造成，更需持續規劃並落實因地制宜之自殺防治措施，加強跨單位之合作及有效之資源整合，以期提高自殺率降低之成效。

五、附件

附件 5.3.1 追蹤 103 年度全國自殺防治計畫年度工作說明會議之建議事項辦理情形

強化縣市自殺防治策略

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。為了發展並試行各種可能模式，全國自殺防治中心於 2006 年進行自殺防治介入之先導計畫，由基隆市、桃園縣、彰化縣及高雄市做為執行地區。四個先導區由當地衛生局或特定醫院負責統籌轄區內工作之規劃與推動，各自成立辦公室並提出防治方案，主要目標在於建立有效的通報關懷防治體系，規劃體系及機構之個案管理，以及標準化作業流程，做為推廣到全國之基礎。

在自殺防治「先導計畫」推動兩年之後，為進一步積極落實自殺防治工作在地化與社區化精神、擴大推動自殺防治策略至地方縣市，並協助縣市心理衛生中心在精神衛生法施行後，能順利銜接並延續地方自殺防治工作；遂於 2007 年底提出自殺防治介入之推廣計畫，由宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、嘉義市及臺南市衛生局提出縣市自殺防治工作計畫後，納入自殺防治工作體系，以先導區自殺防治工作經驗及模式為主軸，發展「因地制宜」之自殺防治策略，以符合地方特色之自殺防治工作。另於 2007 年中起試辦以高雄縣大寮鄉為社區基礎，結合鄉內相關衛生及醫療單位、勞政、社政、警政消防單位與民間團體等一同致力於自殺防治工作之推廣，配合鄉內地理、文化與人文環境特色，由縣市再往下細推至鄉鎮，強化鄉鎮處理自殺防治工作之應變能力，達到「自殺防治在地化」，與落實「因地制宜」之概念，由社區開始維護居民心理健康，並建構自殺防治網絡與自殺防治守門人機制。

而各縣市社區心理衛生中心自 1992 年起到 1995 年 6 月底，全國 25 縣市完成了每一縣市均設有社區心衛中心之目標，衛生福利部希望能進一步瞭解社區心理衛生中心的現況。因此 2010 年為瞭解各社區心理衛生中心之現況與困境，及自殺關懷訪視計畫辦理現況，並協助各縣市衛生局針對各縣市自殺死亡等特性，擬訂因地制宜之自殺防治策略，故進行全國 25 縣市社區心理衛生中心輔導訪查暨自殺防治策略討論會。

2010 年 12 月底五都成立，部份縣市合併及人事更迭，為協助地方持續推動自殺防治工作，避免自殺防治業務因人員及組織轉換，發生業務銜

接問題，特於 2011 年辦理強化五都自殺防治策略討論會。而 2012 至 2014 年則延續 2011 年之方針，針對自殺死亡率前五名或前六名之縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。會議中亦會追蹤該縣市之辦理情形，以加強該縣市之自殺防治策略和技巧。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解縣市衛生局於推動自殺防治之現況與困境及自殺關懷訪視計畫辦理現況，提供改善建議與連結資源。
- 2) 協助縣市衛生局針對縣市自殺死亡等特性，擬訂因地制宜之自殺防治策略，並提供縣市衛生局推動自殺防治業務的專業支持及業務諮詢。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 根據 2013 年衛生福利部公告國人死因資料，依自殺死亡率及標準化自殺死亡率最高之前五名縣市，扣除離島地區(人數少)，再以順序排列考量，選取苗栗縣、雲林縣、南投縣、嘉義縣、臺東縣、基隆市等 6 縣市為對象。
- 2) 函知衛生福利部選定之縣市，並請協助轉知訪查縣市，後聯繫及確認「強化自殺防治策略討論會」時間，邀請部內長官及縣市各相關網絡人員出席。
- 3) 準備訪查縣市之自殺死亡及自殺通報統計分析資料，進行討論並製作簡報。
- 4) 實地至縣市召開「強化縣市自殺防治策略討論會」，會議進行依序如下：
 - (1) 長官及與會代表致詞。
 - (2) 全國自殺防治中心針對該縣市之歷年之自殺死亡及通報之特性，包括性別、年齡層、方法、原因及其趨勢變動等進行報告。
 - (3) 縣市衛生局報告該縣市推動自殺防治之具體措施及檢討。
 - (4) 針對問題及實施困境等進行專業意見交流及討論建議。
- 5) 彙整報告及建議函送衛福部。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、社會局(處)、警察局、消防局、教育局、勞工局、民政局、文化局、醫師公會、生命線協會、張老師基金會、臨床心理師公會、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等。
- 2) 資源連結內容及形式：會議討論。

三、過程(Process)

1. 依衛生福利部要求，提前進行縣市訪查，於 6 月選出苗栗縣、雲林縣、南投縣、嘉義縣、臺東縣、基隆市等 6 縣市，後進行行程安排及相關統計分

析資料及討論。

2. 7月14日召開「苗栗縣強化自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部詹金月科長、衛生福利部廖姻如科員、苗栗縣政府衛生局羅財樟局長、苗栗縣政府衛生局張蕊仙科長、苗栗縣政府衛生局王寶慈技士、苗栗縣政府衛生局林欣儀個案管理員、苗栗縣政府衛生局謝郁倫個案管理員、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、全國自殺防治中心林素如主任、全國自殺防治中心陳貞伶副主任、北區精神醫療網吳恩亮執行秘書、寬心自在協會賴俊麟理事長、寬心自在協會李東峰顧問、財團法人為恭紀念醫院杜瑋峯社工師、苗栗縣生命縣協會吳聲偉社工、苗栗縣生命縣協會劉昌聰社工和苗栗縣生命縣協會劉佩璇社工等。
3. 7月16日召開「雲林縣強化自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部詹金月科長、衛生福利部廖姻如科員、雲林縣政府衛生局吳昭軍局長、雲林縣政府衛生局許淑雲科長、雲林縣政府衛生局廖振甫藥師、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、全國自殺防治中心林素如主任、全國自殺防治中心陳貞伶副主任、雲林縣政府勞工處蔡雅惠科員、雲林縣社會處吳哲偉社工師、雲林縣教育處康恩昕輔導員、雲林縣學生輔導諮商中心林吉城主任、雲林縣動植物防疫所許家嘉課長、嘉南療養院郭怡君助理、臺大醫院雲林分院及信安醫院等。
4. 7月18日召開「嘉義縣強化自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部陳快樂司長、衛生福利部廖姻如科員、嘉義縣政府衛生局鍾明昌局長、嘉義縣政府衛生局蔡淑真副局長、嘉義縣政府衛生局陳淑斐技正、嘉義縣政府衛生局趙紋華科長、嘉義縣政府衛生局林淑華技士、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、全國自殺防治中心林素如主任、全國自殺防治中心陳貞伶副主任、嘉義縣衛生局醫政科林怡秀、嘉義縣衛生局醫政科鞏郁雅個管師、嘉義縣衛生局醫政科侯芬婷個管師、嘉義縣衛生局醫政科朱玟娟個管師、彰化師範大學林淑玲實習心理師、嘉南療養院、臺中榮民總醫院嘉義分院等。
5. 7月25日召開「南投縣強化自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部詹金月科長、衛生福利部廖姻如科員、南投縣政府衛生局黃昭郎局長、南投縣政府衛生局趙聆惠科長、南投縣政府衛生局洪美吟技士、南投縣政府衛生局李育諭約聘人員、南投縣政府衛生局曾依亭個管師、南投縣政府衛生局陳倩如個管師、南投縣政府衛生局陳珮嫻個管師、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、全國自殺防治中心林素如主任、全國自殺防治中心陳貞伶副主任和南投縣政府社會處、消防局、警察局、行政處、農藥處、

學生輔導諮詢中心、衛生福利部草屯療養院、衛生福利部南投醫院、埔里基督教醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、南投縣榮民服務處、迦南精神護理之家、南投縣心理衛生協進會和南投縣生命線協會等。

6. 7月28日召開「臺東縣強化自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部廖姻如科員、臺東縣政府衛生局張鶯英副局長、臺東縣政府衛生局王珮樺稽查員、臺東縣政府衛生局李弦芳個管師、臺東縣政府衛生局王春惠個管師、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、全國自殺防治中心林素如主任、全國自殺防治中心張今菁助理和臺東醫院、臺東生命線、臺北榮民總醫院、教育處和社會處等。
7. 7月30日以電子郵寄提供衛生福利部苗栗縣、雲林縣、嘉義縣之訪查會議記錄初稿。
8. 8月01日召開「基隆市強化自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部廖姻如科員、基隆市政府衛生局吳澤誠局長、基隆市政府衛生局王瑛蘭科長、基隆市政府衛生局蔡慧鈺約僱人員、基隆市政府衛生局鄒觀宇個案管理師、基隆市政府衛生局黃思綺自殺關懷員、基隆市政府衛生局王智瑜自殺關懷員、基隆市政府衛生局范美玲自殺關懷員、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、臺灣大學護理系吳佳儀教授、全國自殺防治中心林素如主任、全國自殺防治中心陳貞伶副主任和北區精神醫療網等。
9. 10月30日函送衛生福利部「2014年度縣市自殺防治業務輔導訪查報告」。
10. 11月19日依衛福部來文將2014年「強化縣市自殺防治策略討論會」訪查縣市之建議摘要函送該縣市，請縣市卓參加入未來工作計畫。

四、成果(Product)

1. 執行結果

完成6縣市之實地訪查及其輔導訪查報告。縣市訪查建議摘要依時間排序如下：：

1.1 苗栗縣(訪查時間：2014年7月14日)

1) 中心報告重點

(1) 苗栗縣自殺死亡總述

- a. 苗栗縣去年2013年自殺粗死亡率較2012年下降。每十萬人18.2，較2012年下降4.2%，但仍高於全國(15.3)。
- b. 男性與女性自殺粗死亡率均在2012年上升後，2013年為下降。
 - a) 男性 -每十萬人26.1，2013年下降至25.0。
 - b) 女性 -每十萬人11.4，2013年下降至11.0。

c. 2013 年各年齡族群自殺粗死亡率呈下降，唯 25-44 歲自 2012 年起明顯上升，每十萬人 19.7 人，於 2013 年再上升到 22.6。而 15 歲以上各年齡層自殺粗死亡率皆高於全國。

d. 自殺方法前三名：

- a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(32.0%，全國 18.6%)
- b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(28.2%，全國 32.4%)
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(20.4%，全國 23.9%)

(2) 苗栗縣自殺通報總述

a. 自殺企圖 742 人次。

b. 性別：

- a) 男性 301 人次，女性 441 人次。
- b) 性別比(男/女)0.68，女性為男性的 1.47 倍。

c. 年齡分層：

- a) 以「25 至 44 歲」為最多，361 人次，佔 48.7%。
- b) 其次為「45 至 64 歲」，計 186 人次，佔 25.1%。
- c) 「15 歲至 24 歲」96 人次，佔 12.9%。

d. 自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 295 人次，佔 39.8%。
- b) 以「割腕」自殺，計 160 人次，佔 21.6%。
- c) 以「農藥」自殺，計 66 人次，佔 8.9%。

e. 自殺原因以憂鬱傾向、罹患憂鬱症、家庭成員問題、夫妻問題為主，老年人則以慢性化疾病問題為主。

f. 重點鄉鎮：頭份、苗栗、竹南。另注意：後龍、苑裡(農藥)，公館、三義、三灣、銅鑼(2013 年增多)等鄉鎮。

2) 縣市報告重點及困難

(1) 2013 年中央訪查建議事項

- a. 自殺死亡率分析探討(2012 年建議)
- b. 農藥自殺防治 (2012 年建議)

a) 針對中央建議苗栗縣 2012 年農藥自殺死亡之個案(32 人)直接去分析其特性

(a) 依據衛生福利部全國自殺死亡人數統計：

苗栗縣 2012 年自殺死亡以(ICD9)「固體或異體物質」方式(包含安眠藥、鎮靜劑及其它藥物；漂白水、清潔劑、鹽酸；農藥)死亡人數為 32 人。

(b) 2012 年苗栗縣由自殺通報系統分析以(自殺方式)「農藥、殺蟲劑、除草劑(巴拉刈)...」方式於通報時死亡 9 人；男性 7 位，女性 2 位；其中年齡層在 65 歲以上有 8 人佔 88.9%，另 1 人為 25-44 歲年齡層；

(c) 以農藥自殺未遂者 54 人。(顯示於通報時自殺未遂者中有 23 人之後死亡，無法獲得名單)

b) 苗栗縣農藥自殺個案分析統計

(a) 2012 年於通報時死亡 9 人當中，以竹南鎮占 2 位，其餘通霄、後龍、卓蘭、頭屋、造橋各 1 位(男性)；頭份、公館各 1 位(女性)。

(b) 2012 年以農藥自殺未遂通報人數：共 54 人，男性 32 人、女性 22 人；以頭份(11 人)竹南(9 人)通霄(6 人)為前三高鄉鎮；苗栗、卓蘭、銅鑼、頭屋各 5 人；西湖、三、獅潭無通報數。

(c) 因統計母數少，故較難分析。

(d) 2013 年顯示以「農藥、殺蟲劑、除草劑(巴拉刈)...」方式於通報時死亡 8 人，男性 4 位，女性 4 位；較 2012 年減少 1 人；以年齡群分析：65 歲以上(6 人)占 75%，另兩人為 46-64 歲，年齡層較 2012 年提高。

c) 該項目辦理情形

(a) 苗栗縣已將農業處納入心理衛生暨自殺防治委員會，並結合農業處，輔導農政單位加入農藥自殺預防的行列，加強劇毒農藥的管理。

(b) 農業處執行狀況：

- 有鑑於法規限制及販售農藥業者需登記購買人，2013 年訪視後顯示販售農藥業者家數及劇毒農藥種類皆下降，且政府不予補助劇毒農藥，皆有利於自殺防治業務推展。

(c) 辦理例行性行政檢查

- 2014 年度預定檢查 50 家；截至 6 月底已辦理 20 家販賣業者之行政檢查。
- 年度預計辦理兩場販賣業者及農民教育講習會；3 月份已完成一場農藥管理人員複訓講習，參訓人數 140 人(預計 10 月份再辦理一場)

c. 青少年及青壯年族群燒炭自殺防治及建置現代化的防治方式(2012 年建議)

a) 苗栗縣歷年通報燒炭自殺分析統計

性別年 度	男性		女性		全部	
	個數	百分比(%)	個數	百分比(%)	個數	百分比(%)
2009	45	4.97%	36	3.97%	81	8.94%
2010	48	4.58%	33	3.15%	81	7.74%
2011	30	3.42%	11	1.26%	41	4.68%
2013	27	3.07%	25	2.84%	52	5.91%
2013	18	6.00%	10	2.30%	28	3.80%

b) 該項目辦理情形

(a) 加強青壯年職場心理衛生：

- 2014 年推動心理健康網試辦計畫～心理健康促進亮點計畫：

將結合企業資源，將心理健康促進的概念透過企業中的員工協助方案 (employee assistance plan, EAP) 促進企業員工心理健康。進行方式：結合跨領域整合特殊專長的專家，導入多元媒材的元素，利用表達性藝術治療，提供企業員工多元活潑的宣導與探索活動，提高心理素質與內在復原力，及自我療癒的機轉。預計提供 4 個企業，每個企業辦理 3 場教育宣導及 6 次的心理諮商團體，預計 600 人次參與。

(b) 結合苗栗縣就業服務中心轉介個案進行生涯諮商輔導：

- 2014 年 1 至 5 月由就業服務中心受理苗栗縣衛生局自殺個案轉介服務 5 案。
- 配合勞動部「青年圓夢計畫」網站資訊，加強宣導提供失業、待業者之心理支持服務。(依據 2014.6.24 衛福部轉文)
- 配合促進青年就業方案規劃建置聯絡窗口及培訓計畫盤點。(依據 2014.7.4 衛福部轉文)
- 預計配合苗栗縣勞社處 9 月 27 日於巨蛋體育館辦理就業博覽會時加強宣導苗栗縣心理服務資源。

(c) 配合「世界自殺防治日」及「世界心理健康月」系列活動

- 結合臺北生命線總會/苗栗縣生命線協會辦理「路跑」擴大宣導活動，並於途中設置攤位結合多元心理諮商媒材如：攀爬、跳躍…冒險諮商、園藝治療及視覺圖卡、桌遊等藝術治療活動，提高年輕族群參與。
- 辦理系列性心理健康相關課程：藝術工作坊、心靈讀書會、電影賞析、團體諮商…等活動。

(d) 強化生命教育體驗課程

- 預計 2015 年結合苗栗縣仁德醫校生命關懷事業科，辦理生命體驗活動、系列講座等活動。透過體驗活動，讓參與者能從生命的重生賦予自我積極的意義，了解生命之可貴，更加珍惜有限生命的把握，以彰顯出生命的價值。

(e) 跨局處資源整合：

- 由苗栗縣工商發展處提供相關連鎖超商及木炭零售業者名單並於 2014.7.2 會議達成決議有關木炭業販售及管理，請工商發展科督導及協助辦理相關宣導。
- 由工發處提供縣內登記木炭零售業 53 家；將每半年提供新登記家數。
- 2014.6.23 行文至統一、全家便利商店、惠康、全聯總店、家樂福、大潤發公司苗栗店，協助輔導轄內木炭零售業木炭之販賣及管理。

d. 結合長期照護單位強化老年族群防治工作及執行 BSRS-5 篩檢(2012 年建議)

a) 該項目辦理情形：

(a) 苗栗縣為重視老人關懷訪視服務於 2013 年將長期照護管理中心納入心理衛生暨自殺防治委員會成員，加強苗栗縣高齡族群之關懷服務。

(b) 2014 年結合長期照護管理中心之老人居家關懷服務

- 1-5 月通報 1 位高風險送餐個案至心理衛生中心。
- 為加強獨居老人關懷訪視服務或高風險個案之管理，將「珍愛生命守門人」課程納入居服人員在職教育必修課程之一。
- 已辦理 2 場次，其中「衛生福利部苗栗醫院」場次有 52 人參加；「有限責任苗栗縣博愛照顧服務勞動合作社」場次有 41 人參加；合計有 93 人次受訓。
- 預計八月份針對居服員辦理自殺守門人教育訓練，預計參訓人員 50-55 人。

b) 跨局處整合業務執行成果：

(a) 勞動及社會資源處

- 2014 年度 1-4 月份社區照顧關懷據點提供縣內年長者關懷訪視服務 19,229 人次；電話問安服務 20,280 人次。

(b) 鄉鎮衛生所

- 依照衛生福利部 2014 年春節溫「心」送暖關懷社區民眾服務計畫，函請衛生所公共衛生護理人員或志工於春節前兩週針對 65 歲以上且 1 年內曾被通報為自殺及未遂個案及社區追蹤照護第 1 級精神病人，

進行電話關懷及居家訪視等服務；共計 88 人。

- 2014 年規劃於通霄、卓蘭、銅鑼、南庄、大湖、三灣、頭屋、三義、泰安辦理銀髮族心理衛生自殺防治宣導 9 場；1-6 月已完成 7 場，參與人數 317 人。

(c) 生命線

- 「安心樂開懷」-老年憂鬱關懷服務計畫
- 於社區活動中心、農會、老人養護中心、衛生所...等辦理五場次講座，參加人數 217 人。

e. 網絡資源整合與連結(2012 年建議)

- a) 每年辦理兩場心理衛生暨自殺防治推動委員會及跨局處相關網絡聯繫會議。

(a) 2014 年 7 月 2 日(星期三)上午 9 時於苗栗縣政府衛生局 3 樓大會議室召開心理衛生暨自殺防治業務第一次聯繫會議。

(b) 2014 年 7 月 11 日(星期五)下午 2 時於苗栗縣政府第二辦公大樓 B301 會議辦理苗栗縣心理衛生暨自殺防治第一次推動委員會

b) 相關提案

(a) 有關木炭業販售及管理，請工商發展科督導及協助辦理相關宣導。

(b) 提請教育處針對認輔教師，辦理自殺防治守門人 123 訓練活動，並達苗栗縣認輔教師累計 50% 以上。(自 2015 年起針對國小、國中、高中(職)及大學等各級學校人員(含教職員、輔導老認輔教師等)，辦理心理健康促進(含自殺防治)訓練活動至少各 1 場次。

(c) 提請教育處針對有關十二年國教高中職心理衛生服務之工作劃分、建置校安機制與自殺通報系統之整合。

(d) 請農業處協助聯繫相關同業公會，於舉行會議時配合心理衛生及自殺防治相關宣導。

(e) 提請醫師公會於會員大會時建議醫療院所將婦女(含孕產期)心理健康衛教納入基本課程、以及協助辦理醫療院所基層醫事相關人員自殺守門人教育訓練...等。

c) 召開自殺危機個案送醫處遇流程聯繫會：

(a) 2014 年 1 月 16 日(星期四)上午 10 時於苗栗縣政府衛生局 3 樓大會議室召開自殺危機個案送醫處遇流程聯繫會，以強化自殺風險個案橫向聯繫、及時處置機制及提供關懷服務，會中討論並重新檢視「苗栗縣自殺危機個案緊急送醫處理流程」。

(b) 2014 年 3 月 7 日參加跨局處「個案殺子後自殺」個案討論會，由縣

府勞社處處長主持，參加單位包括勞社處、教育處、警察局、學校單位…共 25 人，聘請資深社工、學者擔任委員。

d) 辦理自殺通報個案跨網絡單位個案討論會議：

(a) 2014.4.29 辦理第一季自殺防治個案研討會，邀請臺中市社會工作師公會何振宇理事長蒞臨指導。

(b) 2014.6.27 辦理第二季自殺防治個案研討會，邀請苗栗縣社會工作師公會孫保珍理事長蒞臨指導。

e) 2014 年承接衛生福利部委託辦理「推動心理健康網試辦計畫」計畫
(a) 進行縣內心理健康服務資源之盤點，建立心理健康服務網絡地圖。

f. 針對醫療人員辦理自殺防治守門人課程(2012 年建議)

a) 2014 年 7 月 2 日召開心理衛生暨自殺防治聯繫會議中決議：

(a) 結合醫師公會辦理苗栗縣基層醫療人員自殺守門人課程。

(b) 請醫師公會於會員大會時建議醫療院所規劃婦女(含孕產期)心理健康促進相關課程納入基本衛教。

g. 補助計畫(2012 年建議)

a) 苗栗縣已於 2013 年協商由苗栗縣生命線協會擬定相關計畫，加強苗栗縣燒炭自殺防治工作；結合仁德醫校生命關懷事業科，規劃因地制宜、創新策略，內容包含系列講座、生命體驗活動及團體輔導…等。

b) 有鑑於今年五月份北捷青少年傷人事件，預計於 2015 年繼續與該校合作，強化大專青年學生的心理健康促進。

h. 建置組織架構提升位階機制(2012 年建議)

a) 苗栗縣心理衛生暨自殺防治推動委員會目前由縣長擔任召集人、衛生局局長擔任副召集人。

b) 對心理健康業務重視度-執行心理健康促進及自殺防治業務專任人力情形：

c) 2014 年苗栗縣心理衛生中心設置專責辦理心理健康促進暨自殺防治業務：

(a) 技士 1 人

(b) 個案管理人員 2 名(含 2014 年新聘臨時人員 1 名)、心理健康網試辦計畫臨時人員 1 名。

(c) 委託苗栗縣生命線協會執行自殺關懷訪視，聘關懷訪視員 5 名

(d) 公彩補助

• 自殺危機個案現場處遇社工人員 4 名。

• 專職諮商心理師 1 名。

(2) 2014 年苗栗縣自殺防治行動方案辦理情形

- a. 建立「心理健康促進」服務網絡
 - a) 2014 年推動心理健康網試辦計畫～心理健康促進亮點計畫
 - (a) 將結合企業資源，將心理健康促進的概念透過企業中的員工協助方案 (employee assistance plan, EAP) 促進企業員工心理健康。
 - (b) 進行方式：將結合跨領域整合特殊專長的專家，在諮商專業中導入各項多元媒材的元素，利用表達性藝術治療，提供企業員工多元活潑的宣導與探索活動，探索自身議題，提高其心理素質與內在復原力，以及自我療癒的機轉。
 - (c) 預計提供 4 個企業，每個企業辦理 3 場教育宣導及 6 次的心理諮詢團體，預計 600 人次參與。計畫目前仍在審核中，預計 7 月開始實施。
 - b. 發展及整合心理健康促進方案，並評估辦理成效
 - a) 強化心理教育宣導工作：
以心理健康促進主題為亮點，辦理民眾宣導活動，運用大型宣導活動、區域型或社區型活動，加強推廣民眾心理健康知識。
 - b) 針對不同年齡別，發展在地、多元化之心理健康促進活動或方案：
2014 年 1-6 月針對學生、村里長、銀髮族、婦女、種子志工、原住民等特定族群心理衛生講座共 52 場次，參與人數約 2,572 人。
 - c) 諮詢、篩檢與轉介心理諮詢服務
統計 2014 年 1-6 月(統計至 12 日)心理諮詢會談申請個案數 21 人，共計諮詢案次 55 人次；目前諮詢站分別設置於苗栗、竹南、公館、苑裡四個衛生所，請協助加強宣導、提供資源轉介。
 - c. 落實多元族群與場域之心理健康促進，提升民眾幸福感
由十八鄉鎮市衛生所針對指定場域及族群對象規劃一場次(50 人以上)辦理心理健康促進教育宣導，依據宣導主題多元性、內容創新性及辦理成效，進行評分並於年底表揚。
 - d. 強化自殺防治服務方案
 - a) 針對特殊族群：
 - (a) 為防治高齡族群自殺，與長照中心協商，利用居家服務資源，加強 65 歲以上老人進行關懷訪視。
 - (b) 並加強年老獨居女性列為高自殺風險個案，定期追蹤訪視。
 - (c) 擬透過苗栗縣：大千慈善、紅十字、海青、幼安及苗栗醫院居服員到宅服務，進行「社區銀髮族心理衛生憂鬱量表」評估，篩選高關懷個案通報自殺關懷訪視員進行訪視關懷或轉介心理相關服務。

b) 針對防範致命性工具：

(a) 木炭防治：加強轄內木炭零售業、連鎖便利超商之木炭販售及管理；結合工發處商請統一、全家便利商店、惠康、全聯、家樂福、大潤發公司協助輔導轄內木炭零售業木炭之販賣及管理。

(b) 農藥防治：加強農會單位、里鄰長自殺守門人教育訓練。

e. 加強災難心理健康服務

a) 2014年4月17日於衛生福利部苗栗醫院國際會議廳辦理2014年苗栗縣災難心理演習及教育訓練。

3) 縣市回應

- (1) 高中職、大專院校之個案轉介對應窗口為何？政策執行管道不明確，使得衛生局難以處理和介入。
- (2) 苗栗縣目前在經費上仍是有所缺乏，有鑑於未來想進行之自殺防治策略非常多，可否請部內給予經費上的協助，以利未來自殺防治業務之推動。另亦可邀請在地企業主支持捐助。

4) 綜合建議

- (1) 在校園青少年自殺防治部分，目前各大專院校已有建立校園自殺／自傷機制(三段五級)，可針對自殺個案進行通報和轉介。另，衛生福利部將會再與教育部持續溝通，加強教育部個案轉介之部分，並且建立校方之對應窗口，以利衛生局和各校之間之溝通，及個案之諮詢和轉介等等。
- (2) 建議可嘗試將守門人概念融入各項青少年會從事之活動，善用不同資源來建立自殺防治之概念，如劇團之合作等。
- (3) 老人自殺防治方面可加強居服員之守門人概念；燒炭自殺方面則可針對零售商再強化進行守門人之訓練；而農藥自殺方面則可加強農藥販售商之守門人概念，此外在農藥儲藏箱部分可貼上心情溫度計和求助資源等，以利農民使用。
- (4) 苗栗縣委託生命線進行的危機處理模式和團隊成員之組成，建議可參考安心專線之應變流程並整合入原有之體系。
- (5) 善用現有各項資源及連結，如安心自在協會及政府已有規定企業須進行員工之安檢要求，可配合一同推動職場EAP，以降低職場及25-44歲之自殺率。可先擇1-2個在地友善企業試辦後再推廣。
- (6) 有關跨縣市精神病患個案之轉介及處理，相關機制建議可於精神醫學會內部進行討論，並加強自殺防治法之推動，以利於各項策略之推行。

1.2 雲林縣(訪查時間：2014年7月16日)

1) 中心報告重點

(1) 雲林縣自殺死亡總述

- a. 雲林縣去年自殺粗死亡率較 2012 年下降。2013 年每十萬人 18.6，較 2012 年(22.7)下降 18.1%，但仍高於全國(15.3)。
- b. 男性與女性自殺粗死亡率均在 2012 年上升後，2013 年為下降。
 - a) 男性 -2010 年後呈上升趨勢，2012 年達每 10 萬人 31.2，102 下降為 22.7。
 - b) 女性 -2010 年後上下起伏，2012 年上升至 13.5，2013 年下降至 13.2。
- c. 與 2012 年相比，25 歲以上群組粗死亡率雖皆高於全國，但各年齡族群均呈現下降，降幅最大之年齡層為 15-24 歲，其次為 25-44 歲，第三為 65 歲以上。
- d. 自殺方法前三名：
 - a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(35.6%，全國 32.4%)
 - b) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(33.3%，全國 18.6%)
 - c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(21.2%，全國 23.9%)

(2) 雲林縣自殺通報總述

- a. 自殺企圖 897 人次。
- b. 性別：
 - a) 男性 325 人次，女性 572 人次。
 - b) 性別比(男/女)0.57，女性為男性的 1.76 倍。
- c. 年齡分層：
 - a) 以「25 至 44 歲」為最多，427 人次，佔 47.6%。
 - b) 其次為「45 至 64 歲」，計 235 人次，佔 26.2%。
 - c) 第三為「15-24 歲」111 人次，佔 12.4%。
- d. 自殺方式：
 - a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 345 人次，佔 38.5%。
 - b) 以「割腕」自殺，計 201 人次，佔 22.4%。
 - c) 以「農藥」自殺，計 116 人次，佔 12.9%。
- e. 自殺原因：
 - a) 無論男女，自殺原因皆以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」排名第一，「家庭成員問題」排名第二。
 - b) 女性自殺原因排名第三為「感情因素」。
 - c) 男性自殺原因排名第三為「夫妻問題」。
- f. 重點鄉鎮：斗六、虎尾、西螺。另注意：二崙、北港、刺桐、古坑、土庫、臺西、崙背、四湖、水林、斗南、麥寮等鄉鎮。

2) 縣市報告重點及困難

(1) 2013 年訪查建議事項執行結果

a. 針對自殺率較高且尚未設立諮商站的城鎮是否能設置諮商站，並請中央給予支援和補助。(2012 年建議)

a) 辦理情形

為提供諮商服務之就近性，已分別於斗六、二崙、土庫、口湖及臺西設置 5 個諮商點，固定時間安排心理師駐點諮詢。2013 年 1 月 1 日至 12 月 31 日止共諮詢 895 人次。2014 年 1 月 1 日至 6 月 28 日止共諮詢 248 人次。

b) 遭遇之困難

2013 年致力於讓現有之諮商站發揮到極致，惟 5 個諮商點心理師人力不足(斗六 2 名、二崙 1 名、土庫 1 名、臺西與口湖共用 1 名)，但 2014 年仍依自殺熱點於北港及西螺衛生所增設諮商站。

b. 最需要注意的自殺防治項目：農藥自殺、65 歲以上老人；都會區需要注意的自殺防治項目：上吊自殺、燒炭。(2012 年建議)

a) 辦理情形

(a) 2013 年辦理老人簡式健康量表(BSRS-5)篩檢，篩檢數達雲林縣老年人口 25.5%，累計篩檢人數共 28,325 人。2014 年持續辦理老人簡式健康量表(BSRS-5)篩檢服務，預計累計達雲林縣老年人口數之 30%。

(b) 2013 年完成辦理促進老人心理健康活動 10 場次，參與人數共計 509 人；2014 年持續辦理 10 場次。

b) 遭遇之困難

(a) 65 歲以上老人以上吊方式自殺較難預防，將加強網絡人員辨識自殺意圖的能力，並提升家人的警覺性、環境的安全及關懷。對於上吊自殺的個案，其輔導和防治策略較難實踐，是雲林縣自殺防治之困難點之一。

c. 農藥自殺防治：針對農藥販賣商和幹部需加強自殺防治守門人訓練；儲存箱仍需廣為運用；醫療體系也需加強對農藥自殺者的解毒能力，以給予及時的救援。(2012 年建議)

a) 辦理情形

(a) 針對農藥販賣商等相關人員，2013 年於 20 鄉鎮共辦理 12 場珍愛生命守門人宣導活動，參與人數計 525 人次；針對農藥管理人員，辦理 2 場次珍愛生命守門人宣導活動，參與人數計 872 人次。

(b) 2014 年度持續針對農藥販賣商、農藥管理人員及醫療機構辦理相關

宣導及教育訓練；配合雲林縣農業處行政稽查，持續輔導 100 間安心店家之成立，並追蹤查核農藥儲藏箱的使用情形，並於販賣處所張貼心理衛生資源宣導。

b) 遭遇之困難

(a) 因喝農藥自殺者與實際購買農藥者，不一定是同一人，實為宣導防治上的盲點，農藥儲藏的安全性將是後端管控的重點。

d. 25-44 歲年齡層主要自殺方式：燒炭：針對燒炭自殺的防治部份，與大賣場之合作仍需加強。跳樓：跳樓自殺的防治部份，可分析目前跳樓之熱點為哪些，以加強宣導和防治。(2012 年建議)

a) 辦理情形

(a) 2013 年與木炭販售之通路商業者合作，於販售處或櫃檯等明顯處張貼或放置珍愛生命相關資訊，宣導於木炭外包裝印製或張貼警語、求助資訊，並針對木炭販售之通路商業者、店員等辦理 1 場次珍愛生命守門人教育訓練，參加人數計 46 人。

(b) 2014 年除家樂福、大潤發等大型量販店以外，更擴大至中型連鎖量販店及超商，如全聯、松青、7-11、全家、OK 超商等販售通路商業者進行合作與宣導。

b) 遭遇之困難

(a) 近兩年統計資料顯示(2012/01/01~2013/10/31)，雲林縣自殺通報個案，自殺方式為高處跳下僅佔 2.8% (52/1840)。依鄉鎮市統計，斗六市人數最高(11 人次)，其次分別為二崙鄉(8 人次)及斗南鎮(5 人次)。

(b) 現有通報單無欄位註明跳樓地點，僅可從通報單之補充描述蒐集相關資料。雲林縣跳樓地點包括自家頂樓、學校及醫院，可能是雲林縣自宅多為透天厝所致。跳樓熱點確實較難以掌握。

e. 從 25-44 歲自殺通報來看，其心理疾病和憂鬱症之防治為其重點，可從有限經費中增設心理衛生據點，以建立憂鬱症照護網和推動心理諮詢。(2012 年建議)

a) 辦理情形

(a) 2013 年針對 25-44 歲族群心理衛生及自殺防治相關議題之宣導，已辦理 157 場次。

(b) 2014 年持續針對兒童、青少年、中年、老人等，依年齡別發展在地多元化之心理健康促進活動或方案，並於 20 鄉鎮市衛生所設置憂鬱症篩檢站。

f. 具有藥、酒癮之青壯年男性，因容易造成社區的問題，所以在自殺防治

上較為困難，亟需配套措施來協助。(2012 年建議)

a) 辦理情形

- (a) 2013 年針對藥、酒癮等相關議題之宣導，已辦理 68 場次，參加人數計 7,541 人，並製作藥酒癮宣導單張與宣導品，於辦理宣導活動時發放，提供雲林縣醫療資源供民眾運用。
- (b) 2013 年接受酒癮戒治個案數較 2012 年增加 10%，2014 年預計穩定成長 10%，並持續規劃辦理藥、酒癮等相關議題之宣導。

b) 遭遇之困難

- (a) 自殺非單一因素造成，個案常涉及有感情問題婚姻破裂、負債或失業至經濟困難罹患重病或長期疾病、個人或家庭支持系統欠佳、有法律或司法糾紛等問題。衛生局將持續加強與警察、消防、社政、教育及勞政等機關的合作機制。

g. 有精神方面需求之兒童較不願意前往醫院尋求治療，建議可運用巡迴醫療或利用學生輔導中心等，以因應地方之需求。(2012 年建議)

a) 辦理情形

- (a) 2013 年雲林縣衛生局社區心理衛生中心已與雲林縣學校諮商輔導中心完成轉介流程制定及橫向聯繫對口人員聯絡資訊。2014 年持續合作。
- (b) 2013 年水林、東勢巡迴醫療分別服務 1087、768 人次；2014 年 1 月 1 日至 6 月 30 日，水林、東勢巡迴醫療各服務 998、709 人次。
- (c) 雲林縣水林鄉及東勢鄉兩處巡迴醫療，除水林鄉、東勢鄉之民眾前來就診外，使用服務之人口區域逐漸擴大至周遭之鄉鎮。服務人口群也由精神病患者逐漸擴及社區一般民眾。2014 年持續透過衛生所公衛護士及民眾互相宣導，把該服務充分加以推廣。

h. 雲林縣之通報量可再加強，不論醫療單位或是其他相關單位，均需加強其通報體系，以落實後續關懷。(2012 年建議)

a) 辦理情形

- (a) 雲林縣 2013 年通報比與去(2012)年數據相同，為 7.6。
- (b) 雲林縣 2014 年度 1 月至 5 月通報人次，與去(2013)年同期比較互有增減，整體而言平均上升 9.4%。
- (c) 有關醫院急診處理自殺未遂個案之流程，2014 年持續納入所轄醫院年度督導考核事項。

b) 遭遇之困難

- (a) 遭遇強烈拒絕醫療人員通報之民眾或家屬，實有介入關懷之難處。

- i. 各單位之內部業務及資源已具備，但仍須思考如何網網相連並善用，以加強自殺防治業務，降低自殺率。(2012 年建議)
 - a) 辦理情形
 - (a) 2013 年已召開四次聯繫會議，整合衛生、社政、勞政與教育機關之服務轉介系統，並於 3/13、10/29 召開兩次精神衛生及自殺防治推動小組委員會。
 - (b) 轄內 13 個醫事團體簽署加入珍愛生命守門人
 - (c) 2014 年已召開兩次聯繫會議，並於 4/7 召開精神衛生及自殺防治推動小組委員會，加強各局處單位之合作與聯繫。
 - (d) 針對精神科門診，加強開業醫自殺防治防護網
 - (e) 社區老人及縣府單位，心情溫度計篩檢
 - (2) 2014 年自殺防治行動方案
 - a. 全面性：全縣民眾
 - a) 促進社會大眾心理健康
 - (a) 宣導活動、演講之辦理，增進民眾心理衛生知識、拍攝自殺防治微電影
 - b) 降低自殺與精神疾病的社會污名化程度
 - c) 減少致命性物品之可近性
 - (a) 以雲林縣致死率較高之木炭、農藥，以及通報個案最常使用安眠藥物為首要目標
 - d) 自殺概況與相關資訊的有效監控
 - (a) 召開跨局處精神衛生及自殺防治推動小組會議
 - (b) 定期更新網站訊息供民眾諮詢
 - b. 選擇性：高風險族群
 - a) 高危險群之辨識：心理健康篩檢之推廣
 - (a) 老人簡式健康量表(BSRS-5)篩檢服務
 - (b) 憂鬱症的防治與轉介
 - (c) 憂鬱症篩檢站
 - b) 特殊族群與特殊場域之心理健康促進
 - c) 全面推動珍愛生命守門人教育訓練
 - (a) 各相關網絡及接觸高風險族群為主要目標，包括醫事人員、各局處、鄉鎮市公所、認輔教師、木炭及農藥之販賣商與管理人員、社區藥局等
 - c. 指標性：自殺企圖者

a) 自殺通報個案相關管理

(a) 追蹤自殺未遂、自殺意念、自殺威脅等自殺企圖者

(b) 關懷自殺已遂者之遺族

(c) 紿予有效的身心醫療及社會介入措施，防止其再度自殺

b) 強化關懷訪視人員自殺危機評估處理及輔導能力，辦理個案討論並提供在職訓練

c) 提升衛政醫療體系以外的通報效能

3) 縣市回應

目前雲林縣衛生局在自殺防治策略上有諸多方向想要實施，但在經費上，縣府財政困難，仍是不足，希望中央能給予更多經費。另，強化縣市自殺防治計畫經費之審查建議能否按照地方縣市之自殺狀況來作分配，以利自殺防治業務之推動。

4) 綜合建議

- (1) 針對資源不足，建議雲林縣先進行資源盤點，整合地方之資源，包含 NGO、民間機構等等，藉由善用地方所擁有的資源來推動自殺防治業務。
- (2) 建議成立府級委員會並定期開會，藉此彙整各部會之資源和處理各部會所面臨之困境及相互協調。
- (3) 精神醫療網主責醫院和在地區醫院合作，每月可以針對個案或關懷訪視員召開定期討論會，特別是困難、複雜個案，跨專業共同討論，期能給予個案最適切之協助。
- (4) 老人自殺防治仍要確認高風險族群之所在，如何篩檢及轉介，並落實醫院內老人之自殺防治。
- (5) 針對 15-24 歲青年族群，關懷訪視作業須與校園相互連結合作。

1.3 嘉義縣(訪查時間：2014 年 7 月 18 日)

1) 中心報告重點

(1) 嘉義縣自殺死亡總述

a. 自殺粗死亡率較 2012 年上升，排名全國第一。2013 年每十萬人自殺粗死亡率為 24.6，較 2012 年的 17.5 上升 40.6%

b. 性別：

a) 男性：2013 年由 2012 年之 21.5 上升至 31.4，女性 2011 年後持續上升，2012 年 13.3，2013 年再上升至 17.3。

b) 男性自殺粗死亡率為女性之 1.8 倍

c. 除 25-44 歲外，其餘各年齡層皆較 2012 年上升。升幅最大之年齡層為 65 歲以上，其次為 15-24 歲，第三為 45-64 歲。

d.自殺方法前三名：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」 (32.1%，全國 32.4%)
- b) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」 (32.1%，全國 18.6%)
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」 (12.2%，全國 23.9%)
- d) 「溺水(淹死)自殺及自傷」 (10.7%，全國 7.5%)

(2) 嘉義縣自殺通報總述

a.自殺企圖 597 人次。

b.性別：

- a) 男性 268 人次，女性 329 人次。
- b) 性別比(男/女)0.81，女性為男性的 1.23 倍。

c.年齡分層：

- a) 以「25 至 44 歲」為最多，250 人次，佔 41.9%。
- b) 其次為「45 至 64 歲」，計 174 人次，佔 29.1%。
- c) 「65 歲以上」104 人次，佔 17.4%。

d.自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 193 人次，佔 32.3%。
- b) 以「割腕」自殺，計 115 人次，佔 19.3%。
- c) 以「農藥」自殺，計 101 人次，佔 16.9%。

e.自殺原因：

- a) 無論男女，自殺原因皆以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」排名第一。
- b) 男性自殺原因排名第二為「慢性化疾病問題」、「家庭成員問題」；第三為「夫妻問題」。
- c) 女性自殺原因排名第二為「家庭成員問題」；第三為「夫妻問題」。

f.重點鄉鎮：民雄、水上、中埔。另注意：朴子、鹿草、新港、六腳、竹崎、梅山、大林等鄉鎮。

2) 縣市報告重點及困難

(1) 嘉義縣自殺防治策略

a.嘉義縣自殺概況及 SWOT 分析

優勢 (Strength)	劣勢 (Weakness)
<p>一、精神醫療資源充足 嘉義縣 4 家醫院分佈於山海各 2 處，擁有精神病急性床：127 床；慢性經神病床：457 床。</p>	<p>一、幅員廣闊照護不易 嘉義縣受到地形地勢之影響，共分為山、海、平原三大空間區塊，尤以山地處偏遠、幅員廣大，常造成民眾就醫不便，對於個案之照護訪視，不易提供完整且持續之追蹤。</p>
<p>二、中央補助專業關懷訪視人力</p>	

<p>1.精神疾病社區關懷訪視員 3 位。</p> <p>2.自殺防治關懷訪視員 4 位。</p> <p>3.精神病及自殺個案管理員各 1 名。</p>	<p>二、人口結構高齡化</p> <p>1.老年人口占全縣人口比率 16.38%</p> <p>2.老化指數 136.2%，高居全國之冠。</p> <p>3.轄內六腳鄉、鹿草鄉、義竹鄉、溪口鄉、東石鄉等老年人口高達 20% 以上。</p> <p>三、縣府財政困難</p>
<p>機會 (Opportunity)</p> <p>一、縣府長官的重視與支持</p> <p>2013 年起因縣府長官重視將相關經費，由原來的 50 萬，提升為 150 萬以上。</p> <p>二、過去防治經驗</p> <p>1.2006 年起即針對老人憂鬱症執行一系列防治措施(篩檢、宣導、電訪、家訪及老人團體輔導)</p> <p>2.2009 年完成嘉義縣「社區獨居老人憂鬱盛行率及健康照護需求之調查研究」，發現獨居老人憂鬱症盛行率高達 34.5%。</p> <p>3.計至 2013 年底共篩 25,491 人，其中高風險個案關懷共 769 人。</p> <p>4.發展一系列防治措施有跨局處防治網絡，防治 Logo、歌曲、電話關懷中心...等。</p>	<p>威脅 (Threat)</p> <p>一、自殺死亡率增加</p> <p>1.自殺死亡人數及自殺死亡率多數均高於全國平均值。</p> <p>2.2012 年嘉義縣自殺標準化死亡率每 10 萬人 12.7 人首度低於全國 13.1 人；2013 年高居全國第 2 位(16.5)。</p> <p>3.2013 年度全國自殺死亡人數較去年下降 201 人，嘉義縣 131 人，較去年增加 37 人。</p> <p>二、自殺死亡年齡偏高；以家庭感情因素為主因；以固體或液體物質為方式</p> <p>1.65 歲以上自殺死亡率高居各年齡層之冠，以久病不癒為主要原因。</p> <p>2. 嘉義縣自殺方式以以固體或液體物質及吊死、勒死及窒息最高，其次為以氣體及蒸氣方式、溺水。</p> <p>三、自殺因素以家庭情感因素為主；其次為憂鬱傾向、再者為久病不癒</p>

b. 嘉義縣自殺防治策略

a) 初級預防：

(a) 全面性自殺防治策略：一般大眾

- 促進社會大眾心理健康
- 減少致命性自殺方法之防護

b) 次級、三級預防：

(a) 選擇性自殺防治策略：高風險個案

- 加強憂鬱症及自殺防治宣導
- 加強相關網絡人員之自殺防治訓練

- 針對特定高風險群進行篩檢與轉介
- c) 指標性自殺防治策略：特定高風險族群
- 自殺通報個案追蹤輔導管理
 - 加強網絡處理自殺個案機制
- c.初級預防—嘉義縣自殺防治宣導方式：各項文宣、(紅布條、海報、單張、摺頁)、BSRS-5量表篩檢、宣導歌曲、宣導短片、在地化Logo、媒體傳播專屬網頁、心靈講座與影展、各場域宣導(社區、職場、校園)、各族群宣導(老人、學生、新移民、身心障礙者、婦女、原住民)、123守門人教育訓練等。
- d.次級預防：
- 對象：高風險個案老人輔導團體、志工電話關懷(關懷中心)、心理師電訪、面訪或家訪
 - 歷年 65 歲以上老人憂鬱篩檢成果
- | 年度 | 篩檢累計人數 | 目標比率 | 累計達成比率 | 憂鬱人數 | 後續處理 |
|------|--------|------|--------|----------|-----------------------------------------------|
| 2010 | 9375 | 6.5% | 11% | 721 | 24 人轉介心理諮詢輔導，其餘由心衛志工定期電訪。252 人經定期關懷後憂鬱分數改善結案。 |
| 2011 | 13313 | 10% | 15.69% | 746(+25) | |
| 2012 | 16886 | 15% | 19.88% | 769(+23) | |
| 102 | 25491 | 25% | 29.93% | 920(+24) | |

- e.三級預防—高風險個案防治策略
- 依據嘉義縣自殺通報個案管理流程進行自殺個案管理
 - 自殺通報個案或遺族，公衛護士及自殺委外機構於家庭訪視時發送，傳遞縣府關懷民眾心意
 - 高風險個案協助轉介自殺委外機構管理追蹤
 - 每月召開自殺個案研討會議
- (2) 2014 年嘉義縣自殺防治在地特色
- ～心亮透開，“嘉”家攏歡喜～心理健康促進宣導計畫
 - 依不同族群、場域規劃不同的宣導策略
 - ～ 嘉家”農”快樂～ 農藥防治在地自殺防治計畫
 - 農藥商認證原則
 - 為使縣民降低以農藥作為自殺的方式，提升嘉義縣自殺防治成效，特

定此辦法。

- (b) 由嘉義縣農藥商填具同意擔任嘉義縣珍愛生命守門人意願書，並協助珍愛生命守門人活動之推廣。
- (c) 參與認證之農藥商需完成至少1小時的珍愛生命守門人的教育訓練課程。
- (d) 由衛生局製作嘉義縣珍愛生命守門人認證標章及衛教單張，供農藥商於店家明顯處張貼或擺放。
- (e) 完成珍愛生命守門人認證之農藥商於販賣農藥時能發揮守門人角色
(1 問 2 應 3 轉介)多加關心，若發現情緒不穩或疑似自殺個案，能主動拒絕販賣農藥並通報當地衛生所
- (f) 對於主動通報或績優之認證商家，衛生局予以獎勵，必要時得於公開場合表揚，以茲鼓勵。

c. 縣長有約

- a) 戲說人生樂開懷
- b) 歡喜廣播站
- c) 心情紅綠燈
- d) 關懷我嘉
- e) 心靈“樂”章

(3) 業務困難及建議

- a. 自殺死亡以戶籍地進行統計，無法確實掌握居住外地者死因或介入措施(嘉義縣死亡 82 人、外地死亡 49 人)，影響分析與在地化策略執行，未符公共衛生之概念。
- b. 嘉義縣幅員廣大，社區自殺關懷員照護時程耗費，人員異動大，人才留置不易，建議中央補助人力及經費應考量城鄉差異。
- c. 老人族群自殺死亡率為各年齡層之冠，亦為全國共同性問題，建請中央整合高齡醫療照護及憂鬱症共同照護服務網。
- d. 自殺媒體報導效應影響，企圖自殺人數通報量增加，建請適時提供媒體專業資訊說明，非僅以顯示警語與求助專線。

3) 縣市回應

- (1) 目前嘉義縣衛生局在自殺防治之經費上仍是不足，希望中央能給予更多經費和資源，以利自殺防治業務之推動。
- (2) 強化縣市自殺防治計畫經費之審查建議能否按照地方縣市之自殺狀況來作分配，以利自殺防治業務之推動。

4) 綜合建議

- (1) 針對各縣市經費分配部分將會上呈衛福部長官，一同商討如何更有效分配經費，以利自殺防治業務之推動。
- (2) 建議定期召開自殺防治會議，針對目前業務推動上所面臨的困境進行討論，並整合現有資源，盤點心理衛生人力，以利業務之推動。
- (3) 農藥自殺防治建議以專案專責方式來處理，並可鎖定特定老人社區，推動以社區為基礎之防治，例如獨居老人或是農藥使用較多之鄉鎮，徹底落實在地化之自殺防治策略。
- (4) 嘉義縣獨居老人送餐服務屬於社會局所負責，建議可針對社會局辦理守門人訓練，配合跨部會之合作一同落實自殺防治策略。
- (5) 關懷訪視員須強化網絡聯繫，若是有疑問，亦可上全國自殺防治中心之關懷訪視員專區尋求協助。
- (6) 自殺防治並非僅是衛生局之問題，建議將自殺防治之相關議題提至跨部會商討，方能尋求更多協助。
- (7) 建議嘉義縣在推動健康嘉義的同時，不僅只是針對國人生理健康來推動，亦要促進心理健康部分。
- (8) 可在嘉義縣亮點專案上加入自殺防治。任何大型活動加入宣導。
- (9) 安眠藥之自殺防治，須強化藥局守門人。

1.4 南投縣(訪查時間：2014年7月25日)

1) 中心報告重點

(1) 南投縣自殺死亡總述

- a. 自殺粗死亡率較 2012 年上升，排名全國第二，每十萬人自殺粗死亡率為 24.5，較 2012 年(20.3)上升 20.7%。
- b. 男性死亡率為幾近女性之 2 倍。男性： 2013 年由每十萬人 22.0 上升至 32.3(+46.8%)。女性： 2013 年每十萬人 18.6 下降至 16.2(-12.9%)。
- c. 年齡層：
 - a) 15 歲以上各年齡層之自殺粗死亡率皆高於全國平均。
 - b) 2012 年相比，25-44 歲下降 12.1%、15-24 歲上升 37.5%、45-64 歲上升 47.3%、65 歲以上上升 20.6%。

d. 南投縣：

- a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(37.8%，全國 18.6%)
- b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(28.3%，全國 32.4%)
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(20.5%，全國 23.9%)

(2) 南投縣自殺通報總述

- a. 自殺企圖 632 人次。

b.性別：

- a) 男性 272 人次，女性 362 人次。
- b) 性別比(男/女)0.75，女性為男性的 1.33 倍。

c.年齡分層：

- a) 以「25 至 44 歲」為最多，293 人次，佔 46.2%。
- b) 其次為「45 至 64 歲」，186 人次，佔 29.3%。
- c) 第三為「65 歲以上」，79 人次，佔 12.5%。

d.自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 200 人次，佔 31.5%。
- b) 以「割腕」自殺，計 135 人次，佔 21.3%。
- c) 以「農藥」自殺，計 132 人次，佔 20.8%。

e.自殺原因：

- a) 自殺原因排名第一，男女皆為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」。
- b) 自殺原因排名第二，男性為「慢性化疾病問題」；女性為「家庭成員問題」。
- c) 自殺原因排名第三，男女皆為「夫妻問題」。

f.重點鄉鎮：南投、埔里、草屯。另注意：國姓、竹山、民間、水里、魚池、鹿谷等鄉鎮。

2) 縣市報告重點及困難

(1) 自殺防治策略及辦理情形

自殺通報關懷訪視，依據自殺暨高風險個案訪視流程。	<p>辦理 2014 年 1-6 月訪視人數：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 自殺通報人數 389 人。2. 自殺高風險個案 141 人。3. 自殺通報訪視人次 2325 人次，(家訪 641 人次、電訪 1595 人次、其他 89 人次)。4. 高風險關懷訪視 127 人次。
相關單位之合作連結。	<ol style="list-style-type: none">1. 參加各區社福中心每季聯繫會報，加強網絡之聯結並宣導珍愛生命守門員之宣導。2. 持續與警察局、學校老師、村里長、醫院、社會處、衛生所、居服員、社區發展協會、社區關懷據點、長照機構工作人員持續加強網絡連結即時發現高危險個案。

建立轄內資源名冊	建置南投縣轄內各公部門、民間單位、醫療單位、社區相關資源及服務提供項目及聯絡電話手冊。
召開個案討論會議、督導會議、跨局處個案討論會	1.每月於各鄉鎮衛生所召開個案討論會議及聘請醫師或心理師參與會議，2014 年度已辦理 7 場。 2.關懷訪視員內部督導會議 6 場次 3.參加高危機網絡會議，由各單位針對個案現況提出報告並討論，計 12 次。
關懷訪視員專業能力及建置轉介資源名冊	1. 關懷訪視員皆已接受 30 小時以上專業訓練。 2. 辦理訪視員督導會議(分為個別及團體督導)。 3. 如遇高風險性或疑義個案則請志工協助陪同訪視。 4. 提供相關資源聯絡管道，協助個案申請資源服務。
自殺者遺族親友關懷。	1. 提供自殺遺族之關懷，進行訪視關懷及必要之轉介。 2. 2014 年提供自殺遺族關懷計 34 案。
針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢並予提供資源轉介。	1.危險群個案轉介精神科門診或南投縣心理諮詢站服務或其他民間團體提供急難救助服務。 2.2014 年計提供相關資源連結計 70 名 (經濟扶助 17 名、就業服務 29 名、醫療照護 18 名、法律服務 1 名、社區關懷 2 名、心理諮商 29 名、其他 3 名)。
設置心理諮商站提供諮詢、篩檢與轉介服務	1.提供縣內諮詢服務站：計 4 站分別於南投縣社區心理衛生中心-心理諮商室(南投區)、竹山鎮衛生所(竹山區)、草屯鎮衛生所(草屯區)、埔里鎮衛生所(埔里區)。 2.服務人數計 29 人。
照護機構及醫院推動 BSRS-5 之檢測： a.照顧者應用 BSRS-5 了解個案之	1.BSRS-5 篩檢納入住院紀錄評估，醫院持續辦理 BSRS-5 篩檢藉以發現高風險個案，提供預防及支持性服務。 2.2014 年醫院篩檢人數為 5,276 人，篩檢出高危

<p>情緒困擾程度 b.針對高齡縣民在 醫院住院者(特別是 高齡及有重大傷病)</p>	<p>險群人數計 28 人。</p>
<p>接觸高風險族群之 守門人訓練</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 美容美髮業 2. 農藥商 3. 社區藥局 4. 長照機構人員 5. 木炭販售商 6. 旅館業者 7. 村里長村里幹 事 8. 社區民眾 	<p>2014 年辦理自殺防治守門人訓練計 4967 人/37 場次：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 美髮、美容業者 77 人/1 場。 2. 旅館業者 83 人/1 場。 3. 農產產銷班人員 159 人/4 場。 4. 藥師、藥劑生公會 199 人/2 場。 5. 公衛護士 156 人次/3 場。 6. 長照機構工作人員 245 人/8 場。 7. 木炭販賣業者 55 家。 8. 中醫師公會 74 人/1 場。 9. 村里長及村里幹事 134 人/8 場。 10. 社區關懷據點 3822 人/8 場。 11. 長照中心 18 人/1 場。
<p>養護、安養機構等機 構內之自殺防治。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.辦理 BSRS-5 篩檢服務，藉以發現高風險個案，篩檢人數計 2,526 人。 2.加強住民環境安全(自殺工具-窗簾、拉繩、藥物蓄積及陽臺及窗戶安全防護設計) 3.安排高風險住民床位於護理站周圍以便工作人員就近照護。
<p>醫院及基層醫療之 自殺防治</p> <p>(1) 推廣醫院或診所 於看診時，若病患為 老人則先量測 BSRS-5，分數高則 轉介相關單位。</p> <p>(2)提供轉介資源小 卡，並連結精神科資 源。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.2014 年度完成 241 家基層診所推展(BSRS-5)篩檢服務，達成率 32%(76/241 家) 2.製作愛心關懷小卡、宣導單張、海報。 3.醫院針對高危險群個案於病歷註記或使用床頭卡、手圈顏色區分，提高工作人員警覺，密切觀察病人行為動態。

醫院自殺防治，加強 醫院病人安全及南 投縣常見自殺方式 農藥中毒及燒炭自 殺到院前救護課程	1.辦理轄內醫院自殺防治業務訪查計完成 11 家。 2.加強醫院病人安全及南投縣常見自殺方式農藥 中毒及燒炭自殺到院前救護課程。納入院內教育 訓練完成家數計 8 家。 3.針對農藥中毒南投縣衛生局辦理研習：2014 年 度辦理 1 場/38 人參加。
校園自殺防治	1.校園通報案件針對個案請學校輔導老師安排心 理諮商輔導，社區心理衛生中心亦提供必要時醫 療諮詢服務及轉介、追蹤訪視。 2.2014 年由校安通報及學校通報人數 13 人。
針對常用自殺方式 或工具：木炭	1.販賣木炭場所宣導家數計 55 家，達成率 28.2% 2.守門人訓練主動關懷及通報 3.木炭販賣以非開放式陳列。 4.宣導資訊：於木炭外包裝張貼警語、求助資訊、 與販售之通路商合作，宣導自殺防治概念、透過 新聞媒體及記者會宣導燒炭自殺或一氧化碳中毒 之後遺症等。
針對常用自殺方式 或工具：農藥	1.針對販賣農藥業者宣導家數計 82 家達成 35%(82/231)。 2.針對轄內鹿谷鄉、中寮鄉、國姓鄉、魚池鄉販 賣農藥業者或產銷班辦理守門人訓練 8 場/245 人。 3.配合約 9 月份農藥販賣業者員大會辦理宣導 4.宣導資訊： (1)於農會及農藥販售等據點，張貼或貼警語、求 助資訊。 (2)於農藥商品外包裝，張貼關懷警語(珍愛生命希 望無限)、安心服務專線 0800-788995 專線 (3)宣導安全存放農藥(如巴拉刈)及誤食之中毒症 狀和後遺症。 5.張貼關懷警語及分發 BSRS-5 量表。 6.中毒後就醫前處理。

針對常用自殺方式或工具： 安眠藥：	<p>1.社區藥局珍愛生命守門人宣導活動計 52 人/1 場。</p> <p>2.宣導資訊：</p> <p>(1)店內張貼自殺防治相關宣導海報。</p> <p>(2)發現高危險個案給予關懷並適時通報。</p> <p>(3)社區藥局設置愛心站提供評估。</p>
建立社區自殺防治資源網絡，提供高風險個案轉介資源。	<p>1.結合社區相關團體如：法鼓山社會福利慈善基金會、全聯慶祥慈善事業基金會、蘋果日報慈善基金會、本府社會福利服務中心、道濟寺愛心功德會、愚人之友基金會、慈濟基金會、張榮發基金會、仁愛之家...等提供經濟或物資支援。</p> <p>2.連結各鄉鎮公所食物銀行。</p> <p>3.參與社區關懷據點、社區發展協會、老人會活動。</p>
電子刊版、媒體、文宣宣導及呼籲媒體報導逆境向上之案例	<p>1. 各鄉鎮電子刊版宣傳 88 則。</p> <p>2. 媒體(自由時報、李氏新聞)及網路刊登計 16 則。</p> <p>3. 2014 年世界自殺防治日記者會擬辦理於 9-10 月份辦理自殺防治成功經驗分享記者會。</p>
加強全民心理衛生教育：藉由多層面及多元之教育來推動心理健康促進	<p>1.2014 年辦理多層面衛生教育議題如下：情緒管理、心理健康講座、青少年同儕觀念、更年期怎麼辦？正向思考、如何面對老化、疼惜自己關懷別人、銀髮族身心變化與調適、銀髮飛躍、健康人生、女性心靈成長與情緒管理、認識憂鬱症、情緒及壓力管理、藝術表達、芳香療法、紓壓課程..等主題。</p> <p>2.參加對象有青少年、老人、中年男性、婦女、兒童、新住民、原住民、身心障礙者等族群，計 80 場/4066 人。</p>

(2) 執行困境

- a.因經濟因素選擇自殺，在於經濟層面給予個案的支持有限，個案主要問題仍未解決，未達有效防治。
- b.使用農藥自殺人數居高佔自殺方法 35%，農藥取得容易未能阻擋使用農

藥自殺方式，降低農藥自殺人數

(3) 建議事項

- a. 中央補助經費逐年刪減，期許地方政府自行編列預算挹注於心理健康業務，囿於縣市政府財政拮据，公務預算不易爭取，建請中央針對持續性政策能考量全國縣市政府財力狀況不一，且資源分布不均之下，予全額補助經費，以避免業務執行困難。
- b. 本計畫中央補助人力配置名額，除考量各地人口數外，亦請將地方地理概況納入，南投縣地幅遼闊，在訪視偏遠地區個案交通往返至少需 2-3 小時方可完成 1 案，建請中央考量各縣市狀況適當調整人力配置，以達到自殺防治訪視關懷目的。

3) 縣市回應

南投縣政府在自殺防治上所投入之心力與人力，與過往並無不同，但今年卻出現高自殺率，針對這一點希望透過今日之會議能得到更多方面之解答。

4) 綜合建議

- (1) 針對自殺行為個案之通報，建議可多鼓勵其他單位，如急診單位等多通報，以利後續給予關懷訪視，進而降低自殺率。
- (2) 建議老人及農藥之自殺防治，以專案模式成立專案小組，以社區為基礎之模式來落實，結合精神醫療、社政和衛生等單位，一同研擬自殺防治策略，以達到自殺防治網網相連。
- (3) 是否能針對喝農藥自殺之個案來了解其是否真為農民及購買處，如此在與農藥商溝通時，才能更為有力。建議未來能針對自殺死亡個案建立資料庫，掌握第一時間個案之資料，進行分析。
- (4) 自殺是多重因素的結果，在個案發生自殺行為時，應當先針對其行為給予緊急處置，例如送醫或是請心理、精神相關單位協助，偶後待個案穩定後再進行轉介到其他相關單位尋求經濟或是其他的協助。轉介後仍須繼續給予關懷。
- (5) 可分析 45-65 歲之族群，了解該族群之類型為何，是否為失婚、失業或是其他等，接著鎖定會接觸這些特定族群的單位和機關加強關懷輔導之技能。

1.5 臺東縣(訪查時間：2014 年 7 月 28 日)

1) 中心報告重點

(1) 臺東縣自殺死亡總述

- a. 自殺粗死亡率較 2012 年上升，排名全國第四。每十萬人自殺粗死亡率為

19.5，較 2012 年(17.2)上升 13.4%。

b. 男性： 2013 年由 23.6 再上升至 27.3(增幅 15.7%)。女性： 2013 年再上升由 10.1 至 11.1(增幅 9.9%)。

c. 25 歲以上各年齡層自殺粗死亡率高於全國平均。自殺粗死亡率與 2012 年相比，15-24 歲下降 49.2%、25-44 歲上升 2.1%、45-64 歲上升 28.4%、65 歲以上上升 16.8%。

d. 自殺方法：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」 (47.7%)
- b) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」 (29.5%)
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」 (6.8%)
- d) 「切穿工具自殺及自傷」 (6.8%)

(2) 臺東縣自殺通報總述

a. 自殺企圖 329 人次。

b. 性別：

- a) 男性 122 人次，女性 207 人次。
- b) 性別比(男/女)0.59，女性為男性的 1.7 倍。

c. 年齡分層：

- a) 以「25 至 44 歲」為最多，119 人次，佔 53.2%。
- b) 其次為「45 至 64 歲」，46 人次，佔 24.6%。
- c) 第三為「15 至 25 歲」，28 人次，佔 12.8%。

d. 自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 122 人次，佔 37.1%。
- b) 以「割腕」自殺，計 78 人次，佔 23.7%。
- c) 以「農藥」自殺，計 56 人次，佔 17%。

e. 自殺原因：

- a) 自殺原因排名第一，男女皆為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」。
- b) 自殺原因排名第二，男性為「家庭成員問題」；女性為「夫妻問題」。
- c) 自殺原因排名第三，男性為「物質濫用」；女性為「家庭成員問題」。

f. 重點鄉鎮：臺東、成功、卑南。另注意：鹿野、關山、太麻里、延平等鄉鎮。

2) 縣市報告重點及困難

(1) 自殺防治之具體措施

a. 全面性防治策略：針對一般社會大眾

- a) 衛生福利部 24 小時安心專線：0800-788995

- b) 社區心理衛生中心單一窗口專線：336575
 - c) 特殊自殺行為防治：
 - d) 針對農藥自殺防治-與農業處合作針對農藥販賣商進行宣導
 - e) 民眾教育宣導一座談會、專題演講、職場講座等
 - f) 校園自殺防治宣導-針對學齡期至青少年期全面性宣導
 - g) 媒體、平面宣導
 - h) 印製資源手冊供民眾參考
 - i) 監測自殺相關資訊，強化自殺通報的功能
 - j) 針對高壓力職場辦理紓壓或強化心理健康之課程
- b. 選擇性防治策略：針對特定高風險族群
- a) 守門人訓練：社會工作人員、教師、校護、警消及醫護人員等
針對社會工作人員自殺防治-與社會處合作辦理教育訓練
針對國中小校園自殺防治-與教育處合作針對學校相關人員辦理教育訓練
針對 25-44 歲族群自殺防治-與臺東就業服務站合作辦理教育訓練
針對農藥自殺防治-與農業處合作針對農藥販賣商辦理教育訓練
針對第一線工作人員自殺防治-與警察局合作針對警消及醫護人員辦理教育訓練
 - b) 憂鬱症篩檢與追蹤
針對老人自殺防治-辦理 65 歲以上及獨居老人之憂鬱症篩檢與追蹤
 - c) 心理輔導及心理諮詢
 - d) 強化社區心理衛生中心功能
 - e) 組成跨處室的整合性服務團隊，定期召開跨局處自殺防治討論會及精神暨心理衛生諮詢委員會。
 - f) 結合精神、心理衛生工作加強專業人員的訓練
- c. 指標性防治策略：針對自殺企圖者及自殺死亡遺族
- a) 自殺防治通報系統
 - b) 自殺者親友的關懷
- (2) 自殺防治業務辦理現況
- a. 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視。
 - b. 自殺關懷訪視：
 - a) 共派案 157 人次，關懷 1095 人次，結案 61 人並針對自殺開案之個案進行關懷訪視及個案管理。

c.辦理自殺企圖個案之通報事宜。

d.辦理憂鬱症篩檢：

a) 20 歲以上 65 歲以下人口篩檢量共 321 人， 65 歲以上人口篩檢量共 2634 人。

b) 指數偏高個案轉至心理衛生中心追蹤輔導。

e.與教育處合作辦理教師、校護自殺防治守門人 123 訓練活動共 2 場。

f.與社會處合作辦理社會工作人員自殺防治守門人 123 訓練活動共 2 場。

g.建置自殺通報網絡、落實自殺通報及個案追蹤輔導：

a) 通報人數計 157 人次

b) 訪視人次計 1095 人次(電話訪 725 人次，家訪 335 人次)

c) 轉介其他單位(其他縣市衛生局等)：10 人

(3) 2012 年度建議事項辦理情形

a.組織架構及基礎建設

a) 辦理跨局處個案討論會。

辦理情形：自 2013 年起邀請醫院及生命線協會共同參與個案自殺研討會。

b) 自殺死亡個案分析。

辦理情形：目前針對自殺死亡個案及 30 天內再自殺死亡個案資料收集及分析，未來擬邀請專家學者共同探討並進一步分析原因。

c) 找尋重點防治區。

辦理情形：依據 2012 年資料分析後，2013 年重點防治區為臺東市及卑南鄉，加強關懷訪視及需求轉介，卑南鄉自殺死亡人數已下降；另依據 2013 年資料分析，2014 年重點區著重於延平鄉、觀山鎮及成功鎮。

b.選擇性防治策略

a) 針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

b) 辦理情形：將針對獨居者進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

c) 可針對高齡縣民在醫院住院者(特別是高齡及有重大傷病)，運用 BSRS-5 等提供心理健康的服務。

d) 辦理情形：目前已將「加強住院病人自殺防治」業務放入醫院督導考核項目內，並聘請專家輔導醫院使用篩檢工具加強住院者自殺防治業務。

- e) 能接觸高風險老人之族群：如老人社會福利服務機構員工、社工、照顧服務員、送餐服務者。
 - f) 辦理情形：2014 年已接洽提供居家服務之單位，將自殺防治守門員教育訓練排入照顧服務員之在職教育訓練，擬訂於 9 月 27 日辦理。
- c. 全面性防治策略
- a) 針對農藥自殺防治推動防治策略。如：推動「落實」販賣業者販售劇毒性農藥管理之登記，及安全存放。
 - b) 辦理情形：2013 年度與農業處共同舉辦農藥販賣業者之在職教育訓練，內容包含劇毒性農藥管理之登記及安全存放、自殺防治守門員等。
 - c) 針對安眠藥自殺防治推動防治策略。如：宣導資訊。
 - d) 辦理情形：擬針對醫護人員及藥師辦理自殺防治守門員之教育訓練，推廣使用心情溫度計(BSRS-5)。另與藥師公會及社區藥局合作，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃臺等明顯處張貼宣導海報、摺頁或小卡等宣導資訊，以加強宣導自殺防治概念。
 - e) 建立社區自殺防治網絡，如：結合社區關懷據點、社區宣導。
 - f) 辦理情形：2014 年請 16 個鄉鎮市衛生所辦理心理健康促進宣導教育，擬訂於 2015 年結合社區營造中心為社區據點辦理自殺防治守門員訓練，推廣自殺防治業務。
 - g) 辦理特殊族群—原住民自殺防治。
 - h) 辦理情形：擬與部落營造中心共同辦理自殺防治守門人教育訓練，以拓展資源。

(4) 成效檢討

- a. 臺東縣可提供個案轉介服務(經濟、安置問題)之民間資源較不足。
- b. 精神及心理專業人力(精神科專科醫師、諮商心理師等)不足。
- c. 臺東縣地形狹長及山地鄉多，訪視不易。
- d. 2013 年中央補助業務費刪減(較 2012 年刪減 5%)，加上臺東縣企業財團少、稅收不足財源短绌，致部份服務項目難以推展。
- e. 部份網絡單位未將精神疾病防治及自殺防治納入常規教育訓練課程內，課程出席率較低。

3) 縣市回應

- (1) 臺東由於總人口數低於其他縣市，自殺人數微幅的增加，均會影想到自殺死亡率，因此在分析自殺死亡數據時，可參照李教授意見，改以三年移動平均來分析。
- (2) 每月會定期邀請關懷訪視員回局內，針對訪視個案時所產生的問題、困

難和解決方法進行討論。

4) 綜合建議

- (1) 自殺防治要因地制宜，針對原住民朋友，可與瞭解原住民部落語言之協會合作，將守門人概念以部落之語言教導給原住民。分析死亡個案，如其分布、回部落原因等，並善用宗教、關懷據點、家婦服務中心及部落連結等，加強防治。
- (2) 人人都可以是守門人，並非只有專業的精神科醫師或是臨床心理師等才能成為守門人，網絡守門人訓練很重要，如社會局、處均可列為必修訓練。
- (3) 臺東目前最嚴重的即為老人自殺，因此如何鎖定此一族群是極為重要的議題。可從會接觸老年人之單位、機關或團體來著手，例如基層醫療團體、鄰里長、送餐服務員、居家照護員，或是巡迴醫療等，亦可結合社區關懷及社區醫療，整合地方資源，一同研擬老人之自殺防治。守門人概念之落實也是臺東縣目前需注意的。
- (4) 建議針對不同族群，如部落或是高風險族群等規劃完善的關懷系統，建立人與人間的聯繫，而系統內除資源盤點外，還要建立一個以人文關懷為基礎之科學方法，並建置口袋名單以利後續轉介。
- (5) 建議按月跨團隊針對自殺防治業務進行討論，除針對個案問題和困難進行討論外，轉介的技巧和資源之建立亦為重要。應邀請臨床醫師參與，善用精神醫療網資源。
- (6) 除需穩定關懷訪視員之人力外，集合關懷訪視員所召開之會議需著重在關訪員所遭遇之問題，並盡心給予協助、找尋資源，讓關訪員在第一線能有所依靠，更能全心投入關懷訪視。

1.6 基隆市(訪查時間：2014年8月01日)

1) 中心報告重點

- (1) 基隆市自殺死亡總述
 - a. 基隆市去年自殺粗死亡率較2012年上升，排名全國第三。
 - a) 2013年每十萬人自殺粗死亡率為16.3，較2012年的15上升8.7%。
 - b. 男性：2013年由24.7上升至28.0，增加13.4%。女性2013年為13.9較2012年的11.2上升24.1%。
 - c. 15-64歲各年齡層皆高於全國平均，65歲以上低於全國平均。除14歲以下，其餘各年齡層皆較2012年上升，增幅最多的為45-64歲($\uparrow 42.9\%$)，其次為25-44歲($\uparrow 5.6\%$)，第三為65歲以上($\uparrow 4.6\%$)。
 - d. 基隆市：

- a) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(32.9%)
- b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(29.1%)
- c) 「由高處跳下自殺及自傷」(17.7%)

(2) 基隆市自殺通報總述

- a. 自殺企圖 628 人次。
- b. 性別：
 - a) 男性 184 人次，女性 444 人次。
 - b) 性別比(男/女)0.4，女性為男性的 2.4 倍。
- c. 年齡分層：
 - a) 以「25 至 44 歲」為最多，277 人次，佔 44.1%。
 - b) 其次為「45 至 64 歲」，213 人次，佔 33.9%。
 - c) 第三為「15 至 24 歲」，81 人次，佔 12.9%。
- d. 自殺方式：
 - a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 274 人次，佔 43.6%。
 - b) 以「割腕」自殺，計 162 人次，佔 25.8%。
 - c) 以「其他藥物」自殺，計 44 人次，佔 7%。

- e. 自殺原因：
 - a) 無論男女，自殺原因皆以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」排名第一。
 - b) 男性自殺原因排名第二為「慢性化疾病問題」，第三為「家庭成員問題」。
 - c) 女性自殺原因排名第二為「夫妻問題」，第三為「家庭成員問題」及「情感因素」。

2) 縣市報告重點及困難

(1) 自殺防治策略暨工作報告

- a. 運作面
 - a) 辦理府級自殺防治資源網絡：聯結市府各局處及，民間團體與專家學者共同參與基隆市自殺防治業務推動
 - b) 推動常態性守門人宣導，1-6 月文化局已完成 3 場、警察局 2 場，共計 5 場 440 人次參與。
 - c) 2013 年 12 月 3 日公布施行「基隆市農藥販賣管理辦法」，要求販賣業者擔任自殺防治守門人、定期受訓，亦針對空瓶回收管理、強化農藥管理法規認識等，掌握農藥販售動態。
- b. 一般性
 - a) 辦理「社區高關懷會談服務」，受理一般民眾有家庭、學業、工作、情

感等問題之民眾諮詢，共服務 60 人，229 人次，滿意度程度達 91%。

- b) 針對特殊個案(如：自殺高風險、或有中長期諮詢需求民眾)，延長諮詢會談次數，以充分服務有特殊需求之民眾，計服務 16 人 42 人次。
- c) 利用大型活動園遊會場合，針對一般民眾進行心理健康促進宣導，介紹心理健康之認知

2014.2.15	2014 年基隆市七堵區「第三屆鐵道文化節」	600 人次
2014.6.21	「2014 年舞動紫絲帶嘉年華」園遊會	1200 人次

- d) 結合生命線協會合辦「活水人生系列講座」，提供社區民眾及各單位志工多元宣導主題，如：遠離憂鬱和焦慮、人際溝通藝術、享受漫活人生等。
- e) 跨單位成立「兒少婦女事務及輔導工作策略聯盟」，辦理全市國小、國中及高中校園宣導，結合生命線協會、張老師基金會辦理多元主題，共計 25 場次 2802 人次。
- f) 基隆市 2013 年 12 月 3 日公布實施農藥販賣管理辦法，由市府產業發展處針對各農會、漁會人員辦理「自殺守門人訓練」2 場次，農藥空瓶回收管理、有效增加農藥自殺防治。
- g) 辦理長者關懷：結合慢性防治所、長期照顧管理中心、長青身障科社工進行相關訓練，提供服務人員敏感度。
- h) 辦理職場關懷：6/23 針對基隆中油儲運處辦理『情緒紓壓心理促進宣導』活動，計 36 人參與。

c.特案性

- a) 比對警消處理民眾自殺事件與醫院線上系統通報，擴大關懷追蹤對象，以確實評估自殺企圖者後續風險評估，共計比對消防 37 件、警察 33 件。
- b) 增進自殺處遇專業技巧，以(每月)「訪視督導」及(每季)「外聘專家督導課程」方式，加強自殺關懷訪員專業能力。
- c) 針對重複自殺個案，及涉及嚴重情緒困擾、多元問題個案，由自殺關懷訪視員舉辦「減壓放鬆團體」，已辦理 3 場次共計 18 人次參與。
- d) 針對木炭販賣業者，行文大型超商通路，提供消費者購買木炭專用塑膠袋，並宣導店員成為自殺守門人，提供自殺意念者適時求助資源。

d.預期工作方向與成效

- a) 廣連並開發新防治資源，使更多民間團體投入自殺防治工作；讓更多有意擔任自殺防治守門人者，協助自殺防治活動。
- b) 擴大各資源網絡間之連結，使合作效能更加綿密而有效率。

- c) 推廣自殺防治守門人之宣導與教育訓練，提昇民眾敏感度，除體認自殺防治之重要性外，希使人人均是自殺防治守門人。
- d) 透過特案關懷策略，希再自殺率下降達 5-10%。並使同一自殺方式之人數下降 5-10%。
- e) 篩選出高危險群，並視個案，提供特案轉介服務，予以最切關懷。

(2) 自殺防治執行檢討

a. 困境探討

- a) 人口高齡化，高齡者自殺問題日益嚴重，如何有效統整社會資源，讓高齡者身心靈均健康。
- b) 兩性議題、家人關係、職場壓力、經濟弱勢等等問題糾結，自殺防治除衛政之最後防線外，從中央到地方，應形成資源最有效結合模式，方能以最切有效能方式推動防制工作。

b. 未來期待

- a) 持續基隆市自殺防治網絡運作，除排除本位化的思維，提升跨單位溝通效率，使既有服務得以整合，以服務多元化社會變化；地方資源有其侷限性，為達成效，希中央能多資源挹注。
- b) 透過公共衛生三段五級的策略，強化心理健康促進及預防工作，降低心衛中心越益沉重於三級預防的失衡。

3) 縣市回應

- (1) 基隆市在外縣市就業之人口眾多，若在外地自殺仍會歸於基隆市，以致基隆市自殺人數增加，自殺率上升。但自殺並非僅看單一因素，自殺率之上升是提醒該縣市是否還有能增進和加強之地方。
- (2) 基隆市在經費上仍有所不足，扣除人事和庶務方面之費用，已無太多經費來執行自殺防治，建議中央在經費分配上能因地制宜。

4) 綜合建議

- (1) 老人自殺防治已見成效，仍應繼續，並可應用老人推展模式於職場。
- (2) 壯年期自殺防治，可針對不同類型者來推動，如就業者可推動職場之自殺防治，失業者可從就業中心著手，或婦女可從家庭主婦方向著手等。
- (3) 燒炭自殺未遂者除了解自殺原因外，亦可了解其購炭方式為何，藉此掌控木炭之販賣來源，再針對來源推行自殺防治，達到限制自殺工具之取得。可參考新北市和臺南市之防治方法。
- (4) 針對跳橋自殺之防治，可參考國外方法架設警示標語或是增設防護儀器等。
- (5) 關懷訪視員除針對個案給予關懷和支持外，其轉介技巧之培養和增加也

是非常重要，而與個案關係之建立也是極為重要。

- (6) 定期召開跨部會會議，於會議上針對重複自殺之個案或關訪員所面臨之困境進行討論，並了解遭遇緊急事件和議題時，可利用之管道和資源為何，整個精神衛生團隊均可轉介，勿落入刻版概念。

2. 檢討與建議

- 1) 各縣市在地理環境及資源上均有所不同，但整合目前所面臨到的問題，可發經費上之運用及關懷訪視員之培訓均是訪視六縣市所遭遇之困難，為此，建請主管單位在進行資源分配及補助時，除依據全國性經費分配標準以外，可考量縣市特性、地形特點及資源分佈等面向，酌以不同補助標準以解縣市自殺防治業務推展之困境。
- 2) 有關關懷訪視員之培訓，則需各區精神醫療網之責任醫院積極介入協助，並資源連結，發揮在地支持的角色；亦可鼓勵訪員線上學習，中心珍愛生命數位學習網列有相關訓練課程，可供學習。
- 3) 針對農業縣市面對之老人及農藥的自殺防治，在資源較少之縣市，可成立老人自殺防治專案，給予特殊之補助或以專案方式補助，以利該縣市在老人自殺防治業務上之推動和落實。另外，中央及地方各局處均需更加強化落實不同年齡層和領域之守門人訓練，例如青少年、老人、校園和職場等。

自殺防治乃人人有責，並非單一部會即可有效執行自殺防治之措施，有賴政府投入更多心力和經費，並與民間團體之合作，以建立更綿密之網絡，共同推動自殺防治。

五、附件

附件 5.4.1 2014 年縣市訪查中心報告資料

附件 5.4.2 2014 年縣市訪查衛生局報告資料

社群網站 facebook 之運用與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

為將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，又鑑於網際網路之發達，而各社群網絡中尤其以 facebook(臉書)為青少年與上班族群最常使用的社群網站之一，中心期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平臺，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。因此中心於 2010 年底在 facebook 成立了「珍愛生命打氣網」粉絲專頁 (<http://www.facebook.com/tspc520>)，讓自殺防治不分你我，不分地區。

粉絲專頁上除推廣珍愛生命理念外，亦加強宣導自殺防治新知，及珍愛生命守門人概念，推動簡式健康量表之運用(BSRS-5，又稱心情溫度計)，促進民眾關心自身心理健康，進行自我健康管理，讓自殺防治能夠達到人人參與、網網相連、面面俱到之理想。

另外，中心於 2011 年 9 月與 facebook 公司專案合作，建立自殺意念者之轉介機制，推動網路自殺防治，更呼籲使用 facebook 的網友們共同擔任網路守門人，於 facebook 上也能發揮 1 問 2 應 3 轉介的守門人精神，建立更加綿密的自殺防治網絡。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 增加宣導管道，促進更多民眾對自殺防治的瞭解，認同珍愛生命理念。
- 2) 加強教育宣導、推廣簡式健康量表，增進民眾自我心理健康管理。
- 3) 針對於 facebook 上發表有關自殺意念訊息之個案，進一步關懷並提供相關求助資源。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁
 - (1) 持續經營「珍愛生命打氣網」。每日定期於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，內容包含「自殺防治」、「打氣小語」、「溫馨小品」、「紓壓小撇步」、「資訊分享」、「活動預告」、「衛教宣導」、「人物故事」、「討論時間」。
 - (2) 即時發布中心相關活動訊息，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關「中心訊息」。

(3) 依年度月份主題貼文規劃並於月初的業務會議中進行提案討論，必要時修正。

(4) 每週業務會議皆針對上週粉絲人數與貼文類型進行檢討。

(5) Facebook 網頁宣傳：運用中心各種宣傳管道，如電子書，PGY 課程，文宣品，YouTube 頻道，活動海報等。

2) 持續與 facebook 公司合作：若想自殺(自傷)之言論被人檢舉，facebook 團隊經確認內容屬實後，將以訊息方式向被檢舉人發出關懷訊息，並提供全球各地合作之求助資源，被檢舉人可依所在地區進行選擇及查看。關於 facebook 舉報個案之臺灣自殺防治資源，提供信息包括中心網站網址、安心專線 0800-788-995(請幫幫、救救我)及聯絡信箱等中英文資訊情況。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：facebook 公司、家樂福、大潤發、愛買、頂好、全家便利商店、萊爾富，另在 88 家粉絲專頁上露出。

2) 資源連結內容及形式：建立合作、網路連結、舉報關懷。

三、過程(Process)

1. 自 2010 年 10 月「珍愛生命打氣網」成立以來，定期於粉絲專頁塗鴉牆發布「自殺防治」、「衛教宣導」、「打氣小語」、「溫馨小品」、「紓壓小撇步」、「資訊分享」、「活動預告」、「保健訊息」等貼文，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關「中心訊息」，本年度持續辦理中。
2. 1 月 6 日業務會議針對 2013 年的整體數據進行檢討，並分析各類型貼文的瀏覽次數。另外，針對 1 月份主題貼文規劃，提案討論。
3. 1 月 27 日業務會議針對 2 月份主題貼文規劃，提案討論。
4. 2 月 10 日業務會議針對 1 月份整體數據進行檢討
5. 2 月 17 日業務會議，對今年 3 月份至 12 月份主題規劃，提案討論。
6. 2 月 24 日業務會議針對 3 月份主題貼文規劃，提案討論。
7. 3 月 24 日業務會議針對 4 月份主題貼文規劃，提案討論。
8. 4 月 7 日業務會議，對 facebook 後續推廣之方案，提案討論，決議後續文宣品製作可加入 facebook QR code，並於每週四張貼開放式討論貼文。
9. 4 月 14 日業務會議，針對 facebook QR Code 在文宣品上的擺放位置，提案討論。
10. 4 月 28 日業務會議針對 5 月份主題貼文規劃，提案討論。
11. 5 月 26 日業務會議針對 6 月份主題貼文規劃，提案討論。
12. 6 月 4 日收到網友舉報自殺意念個案，已與檢舉人及被檢舉人聯絡，進行

了解和關懷。

13.6月8日收到網友舉報自殺意念個案，已與檢舉人及被檢舉人聯絡，進行了解和關懷。

14.6月9日業務會議針對5月份整體數據進行檢討，並分析各類型貼文的瀏覽次數。另外，針對facebook參與度提升及貼文規劃，提案討論，決議將週四開放式討論貼文主題定為「上週自殺新聞相關之討論」，並請中心同仁加入留言。

15.6月16日業務會議針對facebook成立至今的粉絲成長過程，進行檢討。

16.6月30日業務會議針對7月份主題貼文規劃，提案討論。

17.8月4日業務會議針對8月份主題貼文規劃，提案討論。

18.8月25日業務會議針對9月份主題貼文規劃，提案討論。

19.9月29日業務會議針對10月份主題貼文規劃，提案討論。

20.11月3日業務會議針對11月份主題貼文規劃，提案討論。

21.11月24日業務會議針對12月份主題貼文規劃，提案討論。

22.12月8日業務會議針對粉絲專頁推廣事宜，提案討論。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至12月5日之統計如下：

(1)各月份貼文主題如表5-5-1：

表5-5-1 2014年各月份貼文主題表

月份	主題	月份	主題
一月	校園自殺防治	七月	網路使用
二月	職場自殺防治	八月	兩性關係
三月	憂鬱的好發時節	九月	人人都是珍愛生命守門人
四月	遺族的關懷	十月	過去創傷的處理
五月	親子關係	十一月	生理疾病
六月	財務問題	十二月	健康促進

(2)自2010年10月成立以來，至2014年12月5日，粉絲人數共有5,874人，今年共增加931人，粉絲持續攀升中，各月粉絲人數變化如圖5-5-1。

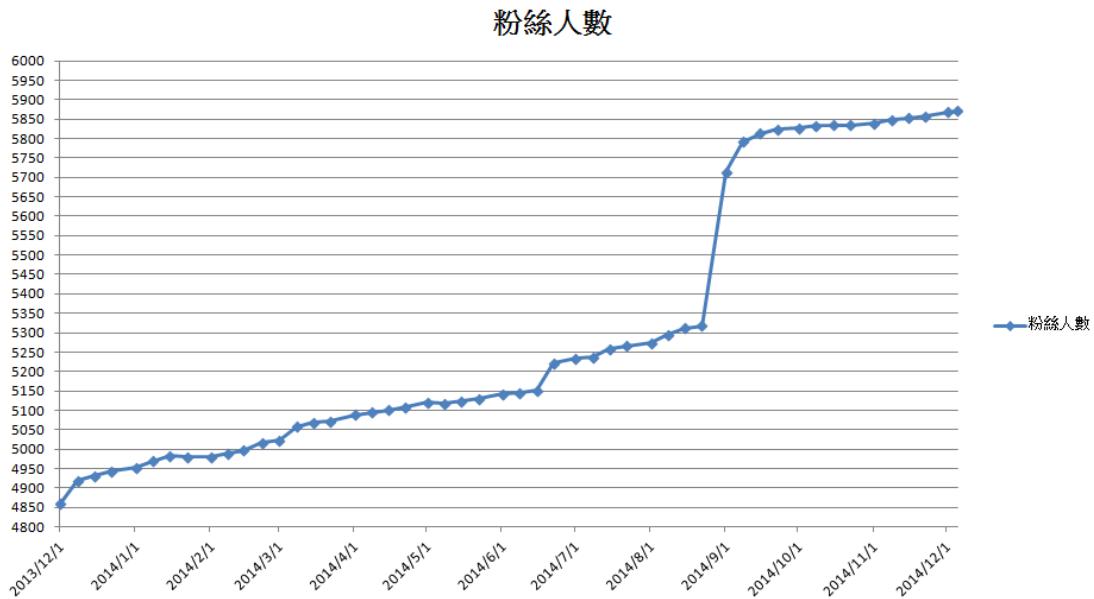


圖 5-5-1 粉絲人數變化圖

(3) 今年(截至 12 月 5 日)共發布 529 則貼文，共獲得 15,390 個讚、530 則留言及 1376 次公開轉載、瀏覽人次為 192,712，如表 5-5-2。

表 5-5-2 2014 年各月份貼文數據一覽表

月份	貼文 篇數	讚數	分享 人數	留言 人數	瀏覽 人數	平均每篇				粉絲 增加 人數
						讚數	分享 人數	留言 人數	瀏覽 人數	
1	50	1969	297	46	29930	39.4	6.1	1.8	598.6	37
2	43	1627	190	19	22447	37.8	5.0	1.3	522.0	47
3	44	1690	123	20	20624	38.4	3.1	1.5	468.7	61
4	41	1336	116	31	15765	32.6	3.7	1.8	384.5	33
5	53	1532	135	51	22370	28.9	3.8	1.8	422.1	24
6	41	1106	100	68	12437	27.0	2.4	1.7	303.3	82
7	56	1204	76	100	12237	21.5	1.4	1.8	218.5	47
8	43	987	48	50	12747	23.0	1.1	1.2	296.4	46
9	51	1349	63	46	17321	26.5	1.2	0.9	339.6	509
10	51	1246	94	46	13144	24.4	1.8	0.9	257.7	12
11	46	1170	102	45	11543	25.4	2.2	1.0	250.9	27
12	10	174	32	8	2147	17.4	3.2	0.8	214.7	9
共	529	15390	1376	530	192712	29.1	2.6	1.0	364.3	934

2)Facebook 網友舉報個案 2 件。

2. 檢討與建議

- 1)根據國外研究機構報告(Sysomos, 2009),facebook 平均粉絲人數約 4,600 人(安寧照顧基金會：3602 人/家扶中心：1779 人)，只有 4%的粉絲團人數超過一萬人，與一般社團相較，珍愛生命打氣網已超越平均水準(5,874 人)。
- 2)在數位化的現代，智慧型手機及行動通訊設備十分普及，網路著實為極重要的行銷通路之一，但目前粉絲人數達到平均水準，若欲再大幅提高，的確有其困難及瓶頸。
- 3)有關貼文類型，最受歡迎的有打氣小語、關懷問候及勵志故事，而自殺防治相關之貼文，粉絲反應相對不盡理想，雖粉絲的回響可做為評估指標，但中心仍應一本初衷，持續推動自殺防治之理念，並於必要時與專家研商。
- 4)每週固定貼文增加自殺相關新聞時事討論，增進民眾自殺防治相關知識，並與粉絲互動，提升觸及率，進而達到宣導「人人都是珍愛生命守門人」之目的。

5)建議與改善：

中心仍會持續強化與粉絲之互動，監測動態並於必要時，邀請相關專家顧問指導，以擴大推廣珍愛生命理念。

與媒體互動、新聞監測及因應

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

中心自 2006 年起每日閱讀自殺相關新聞報導，瞭解每日自殺新聞，並從中延伸出媒體監測之業務除執行相關媒體監測，並針對蒐集之新聞進行資料分析及資料整理，並因應重大新聞事件適時回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員處理自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連 面面俱到」之理念。

另外，在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，所引發自殺模仿效應確實存在，但適當的媒體報導有助於自殺防治工作的推展，根據 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197 : 234-243)登載一篇奧地利的研究發現：針對平面媒體報導而言，自殺死亡媒體報導的數量，與其後短時間內自殺死亡率增加相關。而針對個體處於逆境但有正向因應行為的報導數量，與之後自殺死亡率下降呈現有意義的相關。專家意見以及流行病學事實資料之揭露，其影響力不如處於逆境正向的因應行為報導大。

因此，本中心致力於推廣 WHO 所公佈的自殺新聞報導「六不六要」原則，如遇重大新聞事件時適時回應，並不定期召開記者會，主動建構正向議題，或透過與媒體合作等方式，與媒體進行溝通互動，期待能促進媒體自殺事件新聞報導方式的轉變，防止自殺模仿效應的產生，並進一步藉由媒體之影響力，將自殺防治「珍愛生命 希望無限」之理念深植人心。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 與新聞傳播實務工作者溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導。以增多正面報導的方式，逐漸取代負面訊息的傳播，藉以導正民眾對於自殺事件的認知。
- 2) 瞭解臺灣自殺新聞事件報導的報導方式與現況，導正自殺新聞事件媒體報導方式，提升國內媒體自殺新聞報導內容品質。
- 3) 針對重大事件進行媒體因應或與相關單位研商自殺防治策略。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)依中心標準作業流程，配合時事建構議題發佈相關新聞稿，並期望以主動出擊方式，提供媒體記者報導素材，藉以更準確的推廣自殺防治概念，期使記者能做出正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因素有所了解且適時防範。也促進新聞報導由原先著重於新聞事件深入探討，轉變為理性數據描述。
- 2)不定期與不同媒體合作，或接受媒體專訪，於不同主題之間散佈自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」之概念傳達至社會各角落，達到「自殺防治，人人有責」之目標。
- 3)將最新專訪及新聞稿均更新於中心網站最新消息及珍愛生命數位學習專區，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。
- 4)持續收集自殺新聞相關資料，並進行編碼及資料分析，了解每日重大自殺新聞。於每週業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論。
- 5)今年強化校園自殺防治，針對相關自殺案件，視需要向該單位表達中心關切及協助之意。
- 6)因應重大新聞事件適時進行因應，如在不隨媒體起舞之情況下，因應事件主動發布新聞稿，提供媒體其相關專業人員參考，或召開檢討會議與相關單位研商自殺防治策略，辦理原則如下：
 - (1) 透過網路，蒐集四大報每日自殺新聞，製作新聞摘要，並提供給自殺防治相關長官、專家、顧問等。
 - (2) 重大自殺新聞事件辨識：
 - a. 媒體大量報導：
 - a) 於當日四報中兩報(含)以上刊載於頭版頭條
 - b) 於當日四報中兩報(含)以上內頁半版(含)以上刊載
 - c) 事件連續被報導達 3 日(含)以上
 - b. 長官、顧問、專家之建議。
 - c. 多方反映、關切之事件。
 - (3) 蒐集新聞事件資訊：
 - a. 發生縣市。
 - b. 事件相關單位。
 - c. 相關新聞資料蒐集及中心現有參考資料彙整。
 - d. 需要時，與當地心理衛生中心聯繫了解。
 - (4) 呈報主管，經討論後，必要時可採取下列因應方式：
 - a. 與相關縣市召開個案討論會。
 - b. 研擬專案，供相關單位參考。(如安養機構老人等)

- c. 發布新聞稿。
- d. 報紙投書。
- e. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
- f. 其他適當措施。

(5) 執行因應方案。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、衛生福利部心口司、衛生福利部社會及家庭署、各縣市衛生局所、824 家養護機構、PChome 新聞、yam 蕃新聞、Yahoo 雅虎新聞、臺灣新生報、三立新聞網、青年日報、太平洋電子報、澳門日報、國語日報、大紀元、關鍵評論、東森新聞雲、中央日報網路報、新頭殼、新網新聞網、健康醫療網、大成報、新浪新聞、中華日報、蘋果日報、中國時報、聯合報、聯合晚報、自由時報、公視新聞、華視、原住民電視台、警察廣播電台、肯愛協會快樂電台及高雄廣播電台。
- 2) 資源連結內容及形式：蒐集自殺新聞摘要、周知自殺新聞摘要、媒體採訪、發佈新聞稿等。

三、過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

- 1) 1月 29 日發布「愛與關懷暖迎春 珍愛生命年年好」新聞稿，呼籲民眾在佳節期間可多陪伴家中長者或周遭親友，若家中長輩患有慢性疾病或有情緒困擾的親友，在過年期間切勿自行停藥。另更不可忽略年輕朋友的身心狀況，在與家人團聚、好友相聚的時後，多給予關心與支持就可避免憾事的發生（詳見附件 5.6.1）。
- 2) 4月 29 日發布「攜手相連 “網” 救生命」2014 年自殺防治四格漫畫徵件活動消息稿，為中心 2014 世界自殺防治日系列活動之徵件啟事，邀請民眾踴躍參與。（詳見附件 5.6.2）
- 3) 5月 9 日發布母親節「陪伴母親度佳節 社區串聯齊關懷」新聞稿，提醒民眾除了感謝母親的辛勞外，更不忘關懷社區鄰里間需要幫助的高風險媽媽們。（詳見附件 5.6.3）
- 4) 8月 31 日辦理「2014 世界自殺防治日」記者會，主題為「攜手關懷 “網” 救生命 傳遞希望」，本次記者會邀請到吳敦義副總統帶領現場近 300 位政府、地方及民間企業各界代表，現今手機與網路的普及化，在許多的社群網站、通訊軟體中都能看到個人的生活瑣事或心情訊息，這些訊息可能是他們的求救訊號，因此我們更應發揮守門人的精神，藉由網路給予即時的

關懷與協助。廖士程秘書長於記者會中報告電話調查結果及臺灣自殺防治工作現況，及長官訓勉、重要統計數據及報告重點皆收錄於會後新聞稿。(詳見附件 5.6.4)

- 5)9月4日因應中秋節發布「中秋團圓傳關懷 攜手相助防自殺」新聞稿，在充滿團圓氣氛之下，更不能忽略高風險族群，呼籲民眾此時更應該發揮守門人的精神，給予需要的人關懷與幫助。(詳見附件 5.6.5)
- 6)11月22日響應美國自殺防治基金會(AFSP)提倡之「世界自殺者親友關懷日」，發布「陪伴自殺者親友度過傷痛 需要你我一起伸出援手」新聞稿，自殺者親友是自殺的高危險群，更要勇於求助，藉此呼籲大家不忘關懷這群需要被關懷的人。(詳見附件 5.6.6)

2. 媒體合作

- 1)5月15日計畫主持人李明濱教授接受警察廣播電臺專題訪問，主題為「自殺防治」。
- 2)5月17日學會張家銘副秘書長接受自由時報專題訪問，主題為「失眠 憂鬱症主症狀 逾2周速就醫」。
- 3)8月31日安排吳佳儀助理教授接受肯愛協會快樂電台專訪，與民眾進行分享自殺防治守門人的概念，也介紹心情溫度計的使用及自殺危險因子評估量表。
- 4)9月份公益託播，共有25家電台共同響應自殺防治公益廣告播出，包含微笑廣播網9家電台、飛碟聯播網9家電台、臺北廣播電臺、內政部警政署警察廣播電臺、臺中廣播股份有限公司、國立教育廣播電台、大千廣播電台股份有限公司、漢聲廣播電台、大眾廣播股份有限公司。
- 5)9月9日李明濱計畫主持人接受臺北廣播電台「臺北好幸福」節目專題訪問，主題為「網路成癮與自殺防治」。
- 6)9月9日學會張家銘副秘書長接受高雄廣播電台專訪，與民眾分享自殺防治相關議題。

3. 媒體監測

- 1)每日製作網路四大報自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予長官及各衛生局相關人員參考。
- 2)持續進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體監測作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治策略。
- 3)持續蒐集四大報(中國時報、自由時報、聯合報、蘋果日報)自殺新聞報導。
- 4)重大/特殊新聞因應：推動老人養護機構自殺防治。

4月報導老人於養護機構跳樓自殺身亡事件，各家媒體大量刊登相關新聞，引發各界關切。中心特成立專案，蒐集老人安養機構相關資料，撰擬策略及建議方案，並函送各地之養護機構供參。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 記者會／新聞發布：

共發布 5 篇新聞稿、活動消息稿 1 篇，總計共 50 則媒體露出相關報導。

2) 媒體合作：共辦理 5 場次媒體合作，含 1 場平面媒體專訪及 4 家廣播電台專訪。共有 25 家廣播電台共同響應自殺防治宣導，協助播出自殺防治公益廣播。

3) 重大新聞因應：推動老人養護機構之自殺防治。

4) 媒體監測：

(1) 網路四大報自殺新聞統計，1 月至 12 月 5 日共製作 884 篇自殺新聞摘要，已遂個案共 471 位、未遂個案 392 位、自殺意念共 19 位、不詳共 2 位。

以下就已遂及未遂個案統計分析相關結果：

a. 報導個案統計(如表 5-6-1)：以個人自殺為大宗。

表 5-6-1、報導個案統計表

自殺結果	個人	相約	殺人後	殺家人	其他
	自殺	自殺	自殺	後自殺	
已遂 471	407(86.4%)	40(8.5%)	6(1.3%)	18(3.8%)	0(0.0%)
未遂 392	347(88.5%)	14(3.6%)	11(2.8%)	19(4.8%)	1(0.3%)

b. 報導個案之自殺原因(如表 5-6-2)：新聞報導個案自殺原因除其他外，已遂自殺原因排行前三項為憂鬱症病史、久病不癒及男女感情因素，未遂自殺原因排行前三項為男女感情因素、家人情感因素及夫妻問題。

表 5-6-2、新聞報導個案自殺原因前三項排序

自殺原因	第一項	第二項	第三項
已遂	憂鬱症病史 75 (15.9%)	久病不癒 71 (15.1%)	男女感情因素 61 (13.0%)
未遂	男女感情因素 81 (20.7%)	家人情感因素 69 (17.6%)	夫妻問題 39 (9.9%)

c. 報導個案之自殺方式(如表 5-6-3)：新聞報導個案自殺方式除其他外，已

遂自殺方式排行前三項為燒炭、高處墜落及上吊，未遂自殺方式排行前三項為高處墜落、利器自戕及投水溺水。

表 5-6-3、新聞報導個案自殺方式前三項排序

自殺方式	第一項	第二項	第三項
已遂	燒炭 122 (25.9%)	高處墜落 100 (21.2%)	上吊 82 (17.4%)
未遂	高處墜落 97 (24.7%)	利器自戕 74 (18.9%)	投水溺水 66 (16.8%)

(2)持續進行 2014 年自殺新聞資料蒐集，統計 1 月至 11 月四大報共 517 則自殺新聞報導，並進行媒體六不六要原則遵守情形分析(詳見附件 5.6.7)，結果簡述如下：

- a. 整體而言，相較於去年除在「不要刊登出照片或自殺遺書」、「不要過度責備」、「刊登在內頁而非頭版」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」極微下降外，其他報導原則均有改善。
- b. 近三年持續有進步之報導原則為「不要報導自殺方式的細節」、「不要簡化自殺的原因」、「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」、「凸顯不用自殺的其他解決方法」及「提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源」。
- c. 符合程度較高的報導原則為「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」、「不要過度責備」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」及「刊登在內頁而非頭版」，已高達八-九成。
- d. 符合程度偏低，比較需要改善的報導原則為「不要刊登出照片或自殺遺書」、「不要簡化自殺的原因」、「當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」。

2. 檢討與建議

- 1) 中心將持續每日監看媒體新聞，製作四大報自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予各衛生局相關人員參考，使各相關單位即時掌握每日自殺新聞事件，以期自殺防治網絡更加綿密，預防漏網之魚。
- 2) 媒體六不六要編碼作業已由專責同仁進行，保持一致性，並於當日完成編

碼。

- 3)持續呼籲義工一起加入媒體監測的行列，平時在閱讀報紙、觀看電視新聞、戲劇...等各式節目時，若發現有不當報導，可向該節目之電視台或主管機關投訴。
- 4)持續強化推廣報導原則。

五、附件

- 附件 5.6.1 「愛與關懷暖迎春 珍愛生命年年好」新聞稿
- 附件 5.6.2 「攜手相連“網”救生命」2014 年自殺防治四格漫畫徵件活動消息稿
- 附件 5.6.3 「陪伴母親度佳節 社區串聯齊關懷」新聞稿
- 附件 5.6.4 「攜手關懷“網”救生命 傳遞希望」新聞稿
- 附件 5.6.5 「中秋團圓傳關懷 攜手相助防自殺」新聞稿
- 附件 5.6.6 「陪伴自殺者親友走出傷痛 需要你我一起伸出援手」新聞稿
- 附件 5.6.7 2014 年媒體六不六要原則遵守情形分析

教唆自殺網站之監測與處置

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

近年來，由於網際網路訊息傳遞無遠弗屆的特性，以及資訊爆炸時代的來臨，造成網路上資訊的泛濫流竄，任何訊息發佈到網路上，都可能被成千上萬人閱讀、仿效、轉載，影響力甚至超越傳統媒體，而錯誤的訊息，如教唆自殺的訊息，也透過各種方式，被有心人士發佈至網路上的每個角落，甚至造成跨越國界的影響力。

有鑑於網路教唆自殺訊息影響之嚴重性，及抑制網路上相關之訊息傳播，中心持續進行新聞監測，近年也陸續發現有七起氯氣自殺案件，為避免透過網站發現自殺方式之訊息，及自殺之仿效作用，中心逐步規劃建立網站監測及舉報流程，期待能消弭網路上不當訊息的傳播，預防更多不幸事件的發生。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1)降低因教唆自殺網站訊息之不當影響，進而避免憾事發生。
- 2)推廣監測及舉報，呼籲大家重視網路自殺防治，全民一起投入，人人皆是網路守門人。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)針對教唆自殺及教導自殺網站監測流程進行規劃，先行試辦。
- 2)討論、修正並改善流程。
- 3)向 iWIN 網路內容防護機構(以下簡稱 iWIN)申訴。
- 4)網站 IP 位於境外者，另行透過網路上其它方式舉報。
- 5)全面進行平台檢舉或電郵反映。
- 6)確認網站下架否，進行結案、追蹤及列管。
- 7)推廣網路自殺防治。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：衛生福利部、衛生福利部保護服務司、Google 訂閱、Google 關鍵字搜尋、iWIN 網路內容防護機構、各縣市衛生局、香港撒瑪利亞防止自殺會。
- 2)資源連結內容及形式：監測方式、流程擬定、業務合作、宣導推廣等。

三、過程(Process)

1. 1月13日針對教唆自殺及相約自殺網站監測流程，進行討論。決議先行試辦兩週後檢討修正。
2. 監測流程之修正：
 - 1) Google 關鍵字查詢：
 - (1) 試辦期間以12組關鍵字進行搜尋。
 - (2) 經重覆檢討修正，選擇之關鍵字，分別為「無痛 自殺」、「完全自殺」。
 - (3) 於3月起新增關鍵字查詢「改造 槍枝 教學」。
 - 2) 搜尋頻率：
 - (1) 試辦期間，搜尋頻率為每週進行2次。
 - (2) 經檢討修正，因為網站重複率高之關係，最終修正為每2週進行1次。
3. 2月10日累計共向iWIN申訴30則，iWIN回覆處理情形共19則，但多為轉介至各縣市社會局及警政相關權責單位處理，不易及時下架。
4. 4月主動向iWIN詢問，後續轉送社政及警政相關權責單位之處理結果，得知網站IP位於境外者，因受限於國際法規以及國對國公權力的限制，無法促使網站下架。
5. 5月19日起中心針對境外網址，主動向該網站系統平台進行檢舉。無檢舉功能者，則尋找網站官方Email，以電子郵件方式向該網站反應。
6. 5月22日針對香港地區的網站，主動聯繫香港撒瑪利亞防止自殺會，協請幫助，該單位於5月27日回覆，中心可將查獲之疑似教唆自殺等網站轉知，雙方進行合作。
7. 5月26日起針對所有發現之網站，除向iWIN申訴外，全面(IP不分國、內外)進行該網站平台檢舉或以郵電方式向該網站反映。
8. 6月20日函送22縣市衛生局教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，邀請應用及推廣，共同強化網路之自殺防治。
9. 於6月討論並修正舉報流程，修正引用法源及補充流程之文字說明。
10. 特別於自殺防治網通訊第九卷第二期(6月)，簡介流程與成果，擴大宣導，期許全民可以一起參與。
11. 於11月針對境外IP未下架網站進行特性分析，尋求改善空間。
12. 向iWIN請教境外IP檢舉事宜，得知中國大陸官方不良訊息舉報平台網站(中國互聯網違法和不良訊息舉發中心、網絡違法犯罪舉報網站)，擬補註於流程。

四、成果(Product)

1. 教唆自殺及教導自殺網站 監測及舉報流程如圖 5-7-1。

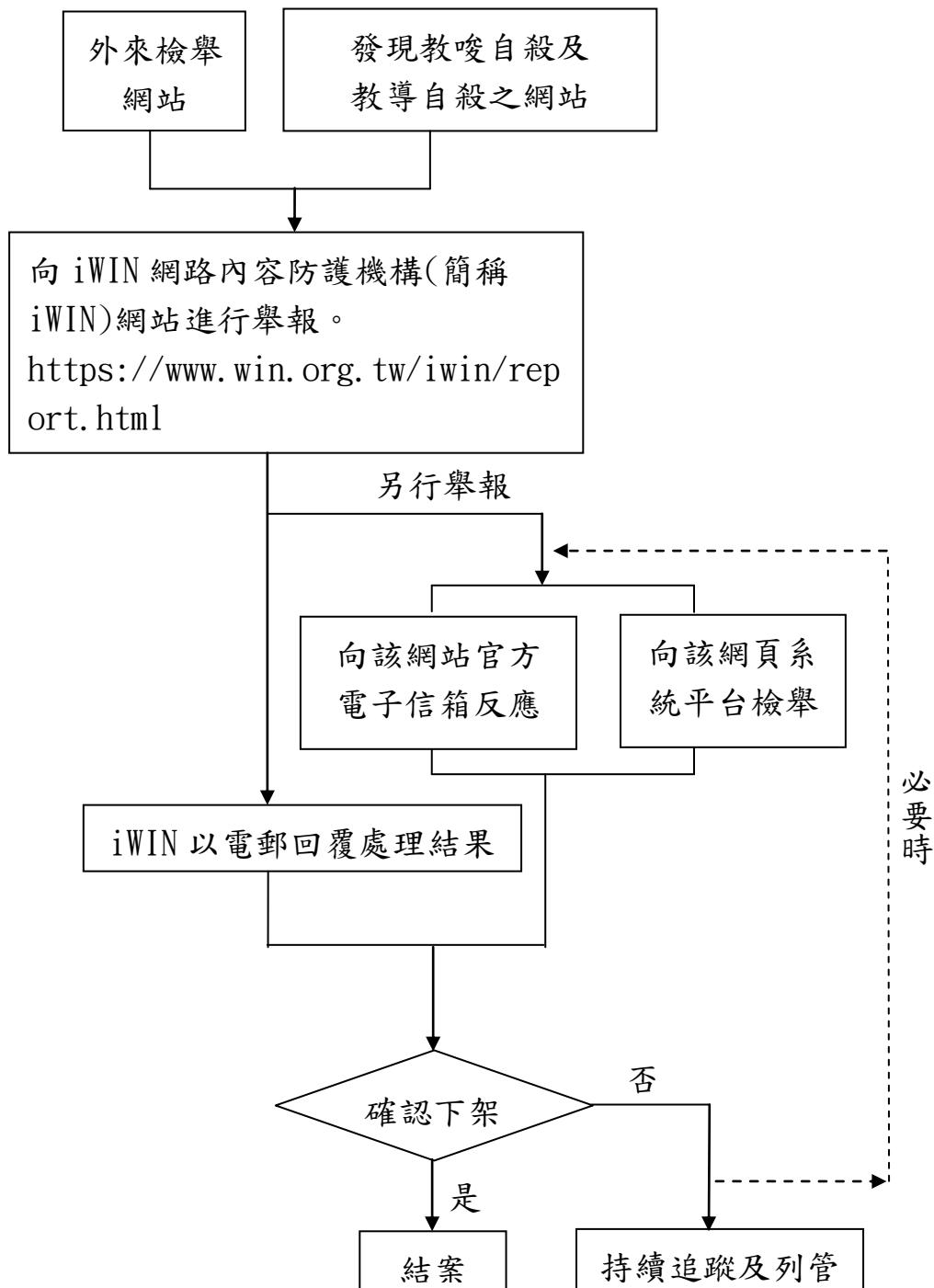


圖 5-7-1 監測及舉報流程圖

- 1) 發現教唆及教導自殺網站的方式，除外部舉報外，主要使用 Google 關鍵字搜尋及 Google 訂閱功能，主動進行搜尋。
- 2) 舉報動作為依據衛生福利部保護服務司之「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則」進行。引用法源根據違反兒少法第 46 條、第 49 條辦理。

3) 發現網站後，不論 IP 位於境內或境外，除透過 iWIN 舉報，全面另行舉報，此外，部落格平台則適用系統平台檢舉。若無檢舉功能，則可 Email 向該網站反應。

4) iWIN 舉報作業步驟：

(1) 進入 iWIN 「我要申訴」網頁，圈選「暴力血腥及自殺」填寫申訴資料後送出。

(2) iWIN 系統會自動寄出確認電郵>Email)，須依 Email 點選連結，回 iWIN 網站-確認民眾信件，填上「原申訴之電子信箱」，方完成舉報確認。

2. 截至 2014 年 11 月底，整體檢舉網頁累計共 82 則，已下架為 50 則，下架率為 61%。檢舉結果依 IP 位於國內及境外區分，結果如下所示：

1) 位於國內者共檢舉 31 則，已下架為 28 則，下架率為 90%。

2) 位於境外者共檢舉 51 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 22 則被下架，下架率為 43%。

3. 檢討與建議

1) 無論境內外全面進行舉報，除向 iWIN 申訴外，也另行舉報，在雙軌進行下，比起轉函請各縣市政府處置的方式，更為有效。

2) 針對境外檢舉未下架之 29 則網站類型進行歸類，發現占較多數的論壇性質網站多數來自於中國大陸，論壇規模較小者，管理機制不夠完善；而檢舉者、境外國家法規、網站管理者，三方在內容認知上的差異，都影響著下架的成效。

3) 雖然持續進行監測及 iWIN 舉報，境外網站仍不易有效移除，此部份只能透過另行舉報的方式，儘量讓網站管理者了解，進而下架。

4) 善用相關資源，利用已知中國官方不良訊息舉報平台網站及香港合作夥伴，多方進行檢舉。。

5) 另，有些網頁已無人管理，更是舉報無門。網際網路資訊傳播迅速，任何資訊可以迅速的被查詢及散佈，在監測及舉報上，這些都是要面臨的限制。

6) 建議與改善：正本清源，期望各網路平台能建立主動篩檢並下架之功能與機制，再輔以舉報，共同戮力於網路自殺防治，以收更大成效。

教育文宣之發行與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

教育宣導是全國自殺防治策略中很重要的一環，為持續推廣國人對自身及他人心理健康的覺察，在配合推動「自殺防治守門人」的教育訓練講座及相關宣導活動上，中心製作自殺防治系列相關宣導品，提供相關資料及訊息，藉以喚醒更多國人重視及認知，以達到「你我都是守門人」的目標。

根據本中心對臺灣地區 15 歲以上民眾進行自殺防治的認知調查顯示，對於自殺防治的工作，目前已有超過六成的民眾認為自己幫得上忙，顯示自殺防治的教育宣導已略有成效，但仍需持續努力，期使民眾瞭解自殺防治之重視性外，也提昇其對於自殺防治守門人之認知，共同達成「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治，人人有責」的理想境界。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣簡式健康量表(別名：心情溫度計)，提倡國人對自身及週遭的人正確心理衛生觀念的覺察，提升民眾對於自殺防治工作的認知，促進民眾心理健康，並建立求助資源連結網絡。
- 2) 宣揚「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治：網網相連，面面俱到」之理念，期使人人都是珍愛生命守門人。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 宣導品製作

- (1) 依據宣導品的發送通路及用途作規劃，並擬案討論其架構與內容。
- (2) 蒐集製作之相關資料並彙整。
- (3) 委外廠商設計，並進行校稿。另，目前手冊改以電子化，採自行設計。
- (4) 製作完成後函送或電子傳送周知相關單位進行宣導。

2) 宣導品推廣(含授權與實體宣導品之提供)

- (1) 因資源有限，目前宣導品之推廣多以授權印製為主，申請授權需來函或電子郵件洽商，說明其用途、宣導對象或刊登網址等。經中心評估後授權，會以回函告知同意並附上宣導品之印刷檔，並同時感謝該單位對自殺防治推動上的支持與努力，鼓勵回饋推廣結果。

(2) 於辦理各項相關講座、參訪活動及宣導活動時發送實體宣導品，以發揮宣導之效果。

(3) 數位宣導部份則與中華民國醫師公會全國聯合會及凱擘股份有限公司合作，提供相關教學或宣導影片，並由於多媒體傳輸平台 MOD 上播放。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、屏東縣政府衛生局、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院、國際護理榮譽學會中華民國分會、國立臺中科技大學老人服務事業管理系、大仁科技大學環境管理所、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、臺北榮總護理研發組、馬偕紀念醫院新竹分院、朝陽科大銀髮產業管理系、苗栗縣政府衛生局、財團法人臺灣省私立孝愛仁愛之家、大同大學、彰化縣生命線協會、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、涵美賞社區管理委員會、社團法人臺灣健康生產力管理學會、國立嘉義大學、玄奘大學、義守大學護理系、遠東科技大學、國立臺北商業大學、日創社文化事業有限公司、國家中山科學研究院、臺北榮民總醫院桃園分院、成功大學護理研究所、臺南市政府衛生局及立案之養護之家 824 處等。

2) 資源連結內容及形式：提供實體宣導品及授權、宣導品製作、數位課程。

三、過程(Process)

【宣導品製作】

1. 自殺防治系列手冊 25 老人自殺防治—自殺新聞事件的省思：

- 1) 2013 年 11 月，進行排版編輯階段。
- 2) 2014 年 1 月編製完成，以電子書形式發行，並於中心網站同步上線更新。
- 3) 為擴大宣導，於函送養護之家防治專案時，隨文周知推廣。
- 4) 視需要配合相關活動及宣導。

2. 自殺防治系列手冊 26—殺子後自殺事件之防治：

- 1) 2014 年 4 月設計完成，以電子書形式發行，並於中心網站同步上線更新。
- 2) 提供予合作之電子書平台，並廣為周知。

3. 自殺防治系列手冊 27—雨過天晴心希望

- 1) 2014 年 9 月設計完成，以電子書形式發行，並於中心網站同步上線更新。
- 2) 提供予合作之電子書平台，並廣為周知。
- 3) 視需要配合相關活動及宣導。

4. 自殺防治系列手冊 28—擁抱生命逆轉勝

- 1) 2014 年 9 月設計完成，以電子書形式發行，並於中心網站同步上線更新。
- 2) 提供予合作之電子書平台，並廣為周知。

3)視需要配合相關活動及宣導。

5. 自殺防治四格漫畫徵件活動紀念提袋

- 1)2014年7月完成中心宣導品項及剩餘數量盤點，其中環保提袋具高實用性與高推廣效益，但數量所剩不多，經提案討論評估後，決議配合自殺防治四格漫畫徵件活動之得獎作品進行製作。
- 2)8月8日確認將印製為提袋之得獎作品及排版，委請廠商製作。
- 3)8月25日請廠商先送400個提袋，用於學術研討會及世界自殺防治日記者會。
- 4)9月24日剩餘提袋進行盤點及驗收。
- 5)視各類活動需求配合發放予貴賓或民眾。

【電子化發行】

1. 更新手冊 3 至 24：

- 1)因應衛福部改制，更新手冊 3 至 24 封面，並就數據進行更新(至 2013 年)及全面性校正。
- 2)3 月底完成，於中心網站同步上線更新，提供最新版檔案予合作之電子書平台。
2. 4 月於中心網站設立電子書專區，名為「自殺防治圖書館」，並將圖標連結置於首頁以利推廣及宣導。
3. 配合衛生福利部改制，修正宣導品之電子檔之組織名稱，含海報 3 式、2010 年摺頁、2011 年摺頁、小卡、貼紙等共 5 項，供日後授權及印製使用。

【宣導品推廣】

1. 中心宣導品推廣活動：

- 1)自殺防治系列手冊 27、28 閱後意見回饋活動：為擴大推廣中心手冊，鼓勵大眾閱讀，於 10 月至 12 月辦理「珍愛生命 感動延續」意見回饋活動，活動共兩場次，線上回覆閱後感想及回饋意見，此活動並提供獎品進行抽獎。

2. 出版刊物電子書化

- 1)為因應網際網路數位出版品以及智慧型裝置的普及，並響應環保減少紙張印刷，評估將中心過去出版刊物陸續轉變成電子書格式，以達數位流通之便捷，也更方便編輯和保存。
- 2)有關中心手冊電子書化之公益宣導合作，2013 年 12 月已與凌網科技有限公司、遠通科技股份有限公司簽約合作。
- 3)持續與各電子書平台合作推廣自殺防治知識性資源，合作平台簡介如下：
 - (1) 電子科技廠商
 - a.凌網科技股份有限公司：成立於 1998 年 7 月，並於 2003 年 3 月上櫃，2009 年凌網科技創立 HyRead 電子書品牌，並於 2011 年第 19 屆臺北

國際書展中正式發表，除有自家電子書平台，亦提供全國 260 間學校、20 餘家公私立企業電子圖書館服務。

b.遠通科技股份有限公司：為遠流出版社自 2005 年發展 Koobe 閱讀系統，並於 2008 年創立遠通科技股份有限公司，開始發展電子書業務，提供書籍轉檔、加密管理，行動閱讀等技術與服務。目前客戶有 80 多家企業廠商、近 300 間學校、120 間醫院，並和金石堂、誠品、三民書局、遠流等網路書店簽約合作。

- (2) 國家圖書館—電子書刊送存閱覽服務系統及國立公共資訊圖書館電子書平台，持續提供日後出版之電子書以合作推廣。
- (3) 亞米多雲端圖書館與 Pubu 電子書城，採自行上傳方式，皆上傳中心電子書並更新至最新版本。

4) 2014 年 1 月與華藝數位股份有限公司簽約合作，公司簡介如下：

華藝(airiti)成立於西元 2000 年，2008 年推出電子書服務，陸續建構期刊、論文、電子書等產品；為臺灣首次且唯一躋身國際資料庫的平台。華藝數位具有華藝中文電子書、華藝線上圖書館 2 平台。華藝中文電子書服務以圖書館需求為規劃重點，收錄各式優質中文電子書，供學校(研究機關)或團體單位使用，主要客群為大專院校圖書館。華藝線上圖書館是唯一整合台灣、中國大陸兩岸學術資源之檢索平台，收錄內容涵蓋期刊論文、學位論文、會議論文集等全文內容。平台之有效會員數約 90 萬人，合作學校有臺大、清大、政大、臺科大等約 165 所學校。

5) 2014 年 7 月與漢珍數位圖書股份有限公司簽約合作，公司簡介如下：

漢珍成立於西元 1981 年，於 1990 年代開始提供電子出版品、資料庫建置等數位內容服務，並於 2000 年從事華文數位內容的開發。合作對象為國內外學術機構、企業集團及公共圖書館等上千家客戶，例如：臺大圖書館、銘傳大學、臺灣經濟研究院、天下雜誌等。

3. 本年度中心宣導品授權列表如下(表 5-8-1)：

表 5-8-1、宣導品授權一覽表

日期	單位	品項	說明
2/17	屏東縣政府衛生局	宣導貼紙 1、宣導貼紙 2、2010 心情溫度計小卡、2011 新版心情溫度計摺頁	為提供民眾所需心理衛生服務，推廣珍愛生命理念。

表 5-8-1、宣導品授權一覽表(續)

2/17	秀傳醫療財團法人 彰濱秀傳紀念醫院	簡氏健康量表	為推行民眾心理健康檢查，針對到院病人進行心理健康篩檢。
3/4	國際護理榮譽學會 中華民國分會	簡氏健康量表	配合雙和醫院 3 月走春活動，活動中將進行心理健康等量測。
3/19	國立臺中科技大學 老人服務事業管理 系	簡氏健康量表	該系教授結合物理治療師於臺中市各社區照顧關懷據點辦理長輩健康促進活動，預計使用簡式健康量表於活動前後進行測量。
3/28	大仁科技大學環境 管理所	簡氏健康量表	該系碩士生論文研究之需要，探討屏東縣消防人員心理壓力與生理指標之相關探討。
4/1	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	Q 版心情溫度計 摺頁	為提供住院癌症病患心理衛生服務，宣導珍愛生命理念。
4/1	臺北榮總護理研發 組	簡氏健康量表	該組人員研究之需要，探討士林北投地區老人憂鬱、失智、自殺意圖之盛行狀況與其相關因子。研究結果可提供社區醫療以及心理衛生促進之參考依據。
4/2	馬偕紀念醫院新竹 分院	簡氏健康量表	該院人員研究之需要，評估綠色自然景觀接觸對乳癌病患的生理及心理狀態影響。
4/8	朝陽科大銀髮產業 管理系	簡氏健康量表	該系講師編撰教科書「生死學概論」，提供予給授課老師及學生使用，希望能正向宣導自殺防治。

表 5-8-1、宣導品授權一覽表(續)

5/5	苗栗縣政府衛生局	自殺防治系列手冊 22—孕產期婦女之情緒管理	提供民眾所需心理衛生服務，落實自殺防治等助人行動。
5/23	財團法人臺灣省私立孝愛仁愛之家	自殺防治系列手冊 23—社會福利工作人員與自殺防治、24—重複自殺個案之關懷管理及 2011 新版心情溫度計摺頁	為提供家內長者、工作人員及社區民眾所需之心理衛生服務，推動自殺防治工作。
5/27	大同大學	宣導小卡片(2010 心情溫度計小卡)	提供校內學生所需心理衛生服務，利於隨身攜帶及檢測。
5/28	彰化縣生命線協會	簡氏健康量表	配合每年於機關團體、學校、社區等單位進行之心理衛生教育與自殺防治講座，若遇檢測分數較高之民眾可適時提供協助。
6/25	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	簡氏健康量表	為關懷員工造就健康職場，進行健康促進生活型態問卷調查。
7/3	涵美賞社區管理委員會	宣導貼紙	提供社區住戶所需心理服務，推動自殺防治。
7/10	社團法人臺灣健康生產力管理學會	簡氏健康量表	為輔導各事業單位推廣職場健康促進，協助評估職場員工心理健康狀況，提早發現心理問題及早處理防範，促進職場員工心理健康。

表 5-8-1、宣導品授權一覽表(續)

7/28	國立嘉義大學	簡式健康量表、宣導小卡片(2010 心情溫度計小卡)、自殺防治守門人海報-企業職場版、宣導貼紙、自殺防治系列手冊 3、11、13、16	為推行校園心理健康促進，將放置於校內學生輔導中心網頁、活動宣傳單張進行心理健康檢測。
8/12	玄奘大學	簡氏健康量表	為推行學生心理健康促進，將放至量表於學校網站系統，供學生進行檢測。
8/21	義守大學護理系	簡氏健康量表	該系教授論文研究之需要，探討肌肉放鬆技巧及健走運動對乳癌化療者憂鬱、自殺意念及生活品質之成效。
8/29	遠東科技大學	自殺防治系列手冊 3-24	為提供校內師生所須心理衛生服務，推行校園心理健康促進。
9/2	國立臺北商業大學	簡氏健康量表	為推行學生心理健康促進活動，量表將置放於活動手冊等相關文宣，供學生自我檢測。
9/30	日創社文化事業有限公司	簡氏健康量表	日創社承製衛生福利部中央健康保險署刊物「全民健康保險雙月刊」，為宣導民眾健康訊息，量表將置於第 111 期「聆聽自己 認識憂鬱症」一文。

表 5-8-1、宣導品授權一覽表(續)

10/7	國家中山科學研究院	簡式健康量表、自殺防治系列手冊、通訊、自殺防治守門人海報、摺頁、宣導小卡片等 27 項宣導品	為增進員工心理健康服務，推廣珍愛生命理念。
10/7	臺北榮民總醫院桃園分院	自殺防治系列手冊 3-28	為提供民眾所需心理服務，落實自殺防治等助人行動。
10/16	臺北榮民總醫院桃園分院	宣導小卡片(2010 心情溫度計小卡)、新版心情溫度計摺頁、守門人摺頁-企業版、守門人海報(企業版、大眾版、醫療版)	為推行職場健康促進、落實人人皆是自殺防治守門人理念，將針對院內員工、志工及轄區所屬榮家發放相關宣導海報與摺頁、文宣品等。
10/20	成功大學護理研究所	簡氏健康量表	該系碩士生研究探討社區居民輕度認知障礙與生活功能之關係，欲運用簡式健康量表於研究中評估個案之憂鬱傾向。
11/18	臺南市政府衛生局	簡氏健康量表英文版	配合臺南市政府推動「英語為第二官方語言計畫」。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1)完成「自殺防治系列手冊 25 老人自殺防治—自殺新聞事件的省思」、「自殺防治系列手冊 26—殺子後自殺事件之防治」、「自殺防治系列手冊 27—雨過天晴心希望」、自殺防治系列手冊 28—擁抱生命逆轉勝」電子書之出版，共 4 冊。
- 2)手冊 27、28 閱讀回饋活動：截至 12 月 5 日，共計 25 份回饋，讀者提出閱後感想及意見，並撰寫自身心路歷程，回饋之文章皆經過作者同意，將於中心網站、通訊、粉絲專頁等進行分享，傳達珍愛生命理念。
- 3)新增 2 家電子書平台簽約，共 5 家簽約平台。

- 4)再版手冊 3 至 24 之電子書，共 22 冊。
- 5)各式宣導品共授權予 27 個單位，而申請簡氏健康量表(BSRS-5)之授權今年多達 18 件，較去年(10 件)增加，心情溫度計運用之推廣持續提升，使用更為普遍。

2. 檢討與建議

- 1)因應數位化時代，中心已將過去出版品陸續電子書化，並於電子書平台持續更新，以達不受時間地域限制、廣泛流通，並提供最新資訊版本之優點。
- 2)更新手冊後，於中心網站特設立電子書專區，並於網站首頁建立「自殺防治圖書館」圖標連結，以強化且凸顯電子書之宣導。

珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

在貫穿全國三個層面的防治策略中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命守門人意指當接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做適當的回應或轉介，因此只要透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「珍愛生命守門人」，關懷與協助週遭的親友，預防憾事之發生。

透過珍愛生命守門人訓練課程，期使受訓人員可掌握「1問、2應、3轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及學習基礎的自殺干預技巧，給予關懷並懂得尋求適當資源協助有自殺意念者，對於自殺防治工作的成果會有很大的幫助，正是符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，你我都扮演重要的角色。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣守門人教育訓練，達到「自殺防治，人人有責」之理想。
- 2) 藉由不同的訓練對象，期待落實「網網相連，面面俱到」。
- 3) 為使更多專業人員及一般民眾隨時隨地方便的取得珍愛生命守門人的概念及實用知識。中心建立珍愛生命數位學習網，將課程講座錄製成影音並上傳，增進民眾學習的方便性。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 講座安排與講師推薦

- (1) 外部單位有意辦理守門人講座，主動洽詢本中心協助推薦授課講師。
- (2) 依守門人講座安排標準作業流程協助推薦當地講師，並提供講師課程綱要與該場次守門人課程相關注意事項。
- (3) 若主辦單位同意，中心將招募珍愛生命義工於現場服務，協助該講座之現場拍照、問卷回收或文宣發放。
- (4) 視講座對象、內容以及講師，中心派員前往現場錄影。
- (5) 為了解學員對此次守門人課程的了解與滿意度，於課程結束後，請受訓學員填寫講座課程評估問卷，回收後再行統計分析，以作為日後改進之參考。
- (6) 課程結束後，聯繫講座承辦人與現場服務義工，關心課程進行情況、講師與學員互動情形以及參與人數，並請針對課程填寫回饋表，同時提醒

將回收之講座課程評估問卷寄回中心，以進行後續之統計分析。

- (7) 寄送感謝函予參與現場服務的義工朋友，並請將意見回饋給本中心，以做為日後改進之參考。

2) 講座課程數位化

- (1) 專責人員錄製課程，剪輯製作數位影音教材，完成後將上傳至珍愛生命數位學習網。並視課程內容，申請公務人員學分認證，以鼓勵專業人員及民眾在吸收珍愛生命守門人的知識同時，亦能取得學分認證及獲得成就感。
- (2) 講座課程數位影音推廣，讓學習可隨時隨地不設限，故於本中心網站、自殺防治網通訊及本中心辦理各種活動皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：新北高工、健行科技大學、南榮科技大學、民生國小、建國中學、弘大醫院、東海大學、恩主公醫院、衛生福利部草屯療養院、黎明技術學院、德明財經科技大學、仁群老人養護所、經國管理暨健康學院、天主教永和耕莘醫院、新竹市衛生局、國立臺灣師範大學、財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心、法務部矯正署、法務部人事處、世新大學、佛光大學、臺中榮總醫院嘉義分院、宏恩綜合醫院、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院以及中心講師資料庫之講師。
- 2) 資源連結內容及形式：辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。

三、過程(Process)

講座安排與講師推薦如下：

- 1) 1月 03 日協助新北高工辦理「找到你的全「心」能量！」課程，對象為憂鬱指數高分學生，講師為黃麗碧護理長，人數 120 人。
- 2) 2月 14 日協助健行科技大學辦理「自殺防治守門人」課程，對象為大學導師，講師為劉昀玲心理師，人數 100 人。
- 3) 2月 19 日協助南榮科技大學「珍愛生命--校園學生自我傷害三級預防」課程，對象為全校教職員，講師為陳碧霞顧問，人數 160 人。
- 4) 3月 14 日協助民生國小辦理「自殺防治」課程，對象為教師，講師為黃雅芬醫師，人數 53 人。
- 5) 3月 17 日協助建國中學辦理「用心守護生命-自殺防治守門人」課程，對象為教師，講師為蘇聖傑醫師及林立人醫師，人數 35 人。

- 6)3月19日協助弘大醫院辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為醫護人員及行政人員，講師為馬大元醫師，人數為50人。
- 7)4月21日協助東海大學辦理「自殺防治守門員訓練」課程，對象為學生，講師為張清棋醫師，人數100人。
- 8)4月22日協助東海大學辦理「自殺防治守門員訓練」課程，對象為學生，講師為張清棋醫師，人數100人。
- 9)4月30日協助東海大學辦理「自殺防治守門員訓練」課程，對象為學生，講師為張清棋醫師，人數100人。
- 10)5月21日協助恩主公醫院辦理「自殺防制相關議題」課程，對象為院內PGY學員為主，院內同仁皆可來上課，講師為楊聰財醫師，人數約50人。
- 11)5月22日協助衛生福利部草屯療養院辦理「電話諮詢之實務技巧」課程，對象為院內同仁與中區醫療網，講師為黃湘雄醫師，人數100人。
- 12)5月22日協助黎明技術學院辦理「情緒管理與壓力調適」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數100人。
- 13)5月28日協助德明財經科技大學辦理「校園自殺防治守門人訓練」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數45人。
- 14)5月29日協助黎明技術學院辦理「憂鬱與自殺防治」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數100人。
- 15)6月18日協助黎明技術學院辦理「大專校院校園危機處遇及實務」講座，對象為全校輔導老師及各系老師代表，講師為張立人醫師，人數40人。
- 16)6月18日協助黎明技術學院辦理「學生危機事件處理」講座，對象為全校導師，講師為張立人醫師，人數150人。
- 17)6月30日協助經國管理暨健康學院辦理「珍愛生命守門人」訓練，對象為全校職員，講師為劉貞柏醫師，人數80人。
- 18)6月30日協助臺北市私立仁群老人養護所辦理「高齡者心理關懷與溝通技巧」訓練，對象為居家照顧服務員，講師為陳碧霞顧問，人數25人。
- 19)7月17日協助天主教永和耕莘醫院辦理「自殺防治課程」，對象為全院工作人員，講師為劉惠玲顧問，人數60人。
- 20)7月25日協助新竹市衛生局辦理「木炭販售業者自殺防治守門人教育訓練」，對象為木炭販售業者，講師為楊錚宜醫師，人數30人。
- 21)8月13日協助國立臺灣師範大學辦理「自殺防治守門人計畫—陽光校園守護人」課程，對象為師大專責導師〈教官、系導師、碩士畢業生〉、學輔中心專任心理師及兼職全職實習諮詢心理師，講師為劉惠玲顧問，人數50人。
- 22)9月3日協助財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧

- 中心辦理「淺談老人福利機構工作人員及住民自殺防治」，對象為護理人員、照服員、社工員、行政人員，講師為黃鈞蔚醫師，人數 30 人。
- 23)9 月 10 日協助法務部警政署辦理「自殺高風險個案篩選及防治實務」課程，對象為各矯正機關戒護科長，講師為鄭宇明醫師，人數 60 人。
- 24)9 月 12 日協助法務部人事處辦理「人人都是珍愛生命守門人」課程，對象為法務部同仁，講師為廖士程醫師，人數 150 人。
- 25)9 月 12 日協助臺中榮總嘉義分院辦理「自殺防治與社區處遇實務」、「自殺相關統計分析與各縣市自殺防治策略」課程，對象為精神/自殺社區關懷訪視員、公衛、醫院護士、醫師、社會處與社福機構社工，講師為林進嘉醫師，人數 30 人。
- 26)10 月 1 日協助國立臺灣師範大學林口校區僑生先修部辦理「自殺防治守門人計畫—陽光校園守護人」課程，對象為師大僑先部各班導師、學務&教務行政人員、校安人員，講師為陳震宇醫師，人數 50 人。
- 27)10 月 25 日協助世新大學辦理「辨識技巧與危機處理技巧」課程，對象為諮詢中心義工團，講師為鄭宇明醫師，人數 35 人。
- 28)10 月 25 日協助世新大學辦理「守門人自我照顧與調適」課程，對象為諮詢中心義工團，講師為劉惠玲顧問，人數 35 人。
- 29)10 月 29 日協助世新大學辦理「關愛生命：照顧自己，也關心別人！」課程，對象為諮詢中心義工團，講師為鄭宇明醫師，人數 100 人。
- 30)10 月 29 日協助佛光大學辦理「學務與輔導工作人員專業與管理知識講座」課程，對象為學務處工作人員、其他系、所、處室行政人員，講師為黃鈞蔚醫師，人數 30 人。
- 31)11 月 19 日協助佛光大學辦理「為生命打氣-高關懷學生的辨識與輔導策略」課程，對象為學務處工作人員、其他系、所、處室行政人員，講師為傅振輝心理師，人數 50 人。
- 32)11 月 25 日協助宏恩綜合醫院辦理「自殺防治與守門人實務教育訓練-珍愛生命守門人」課程，對象為院內同仁，講師為段永章醫師，人數 40 人。
- 33)擬定 12 月 24 日協助中心診所醫療財團法人中心綜合醫院心辦理「珍愛生命守門人」課程，對象護理人員、醫院各科室行政人員，講師為鄭宇明醫師，預計人數 60 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座安排

截至 11 月 25 日止，中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 33 場，已完成的場次為 32 場，參與訓練的學員共 2,258 人；單位包含：國小、高中、大專院校、醫療院所、養護機構及政府單位，對象包含：各級學校師生、醫療人員、居家照顧服務員、木炭販售業者、各矯正機關戒護科長、法務部行政人員、社工員等，如表 5-9-1。

表 5-9-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	校園			醫療衛生	長照機構	政府單位
	大學	高中	國小			
場次	18	2	1	6	2	3
人數	1425	155	53	330	55	240

2) 問卷分析

依據回收之課後回饋問卷分析結果：共回收 636 份問卷，回收率 28%；多數學員相當肯定珍愛生命守門人課程，認為受益良多。

a. 對於整體守門人課程內容，表示滿意平均有 90.24%，如表 5-9-2。

表 5-9-2、整體守門人課程內容滿意度

課程 滿意度	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	未填
佔率%	45.12	45.12	6.76	0	0	2.98

b. 將來遇到身邊有想要自殺的親友，願意運用守門人 123 的技巧去幫助者平均為 82.7%，如表 5-9-3。

表 5-9-3、願意運用守門人 123 技巧幫助親友者

願意運用守門人 123 技巧	佔率%
我願意	82.7
我不清楚	15.56
未填	1.72

c. 會推薦親友運用心情溫度計測量自己或他人的情緒者平均有 80.18%，如表 5-9-4。

表 5-9-4、推薦或自量心情溫度計

推薦或自量心情溫度計	佔率%
我會推薦	80.18
我不清楚	16.35
我不會推薦	1.1
未填	2.35

3) 講師推薦

主辦單位多數回饋表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格分別有幽默、風趣、活潑和輕鬆等，且講師的授課方式淺顯易懂，以實際例子及搭配圖片或照片讓學員容易理解，講師會邀請台下學員分享，課程中與學員互動頻繁。

2. 檢討與建議

1) 4月發生長者於老人養護機構自殺，中心針對老人安養機構擬訂自殺防治策略，5月函送衛生福利部心口司、衛生福利部設會、家庭署及全臺安養機構供參，並鼓勵辦理守門人訓練。共有9家機構來電詢問，僅有2家完成守門人講座。追蹤未辦理講座之機構，承辦人回覆誤將公文理解為需強制辦理講座、已安排其他類型之講座、沒有規劃講師經費等。

2) 建議與改善：

- (1) 為強化養護機構之自殺防治，建請主管機關能將珍愛生命守門人課程列為照護人員必要之在職訓練。
- (2) 鑑於守門人之重要性，仍建請各部會、縣市局處之各網絡人員持續推廣守門人之訓練。

「畢業後一般醫學訓練」-自殺防治之推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

因應新世紀的社會健康需求，訓練內容除了重視專科醫療技術之外，也必須強調執行一般性、整體性、人性化醫療的能力，發展有效的溝通，衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。而其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而獲得照護社區之醫療相關體系有完整的概念、具備社區醫療健康照護的技能及具備社區健康計畫之基本規劃與執行能力等基本能力(key competence)。而於 2011 年「畢業後一般醫學訓練(PGY)」之社區醫學訓練已將「自殺防治」列為特殊照護之必修課程，期使學員瞭解臺灣的自殺現況以及認識自殺的評估與防治方法。

又根據研究顯示，自殺死亡者在自殺身亡前 7 天內就醫的比例皆在 60 %左右，自殺身亡前 90 天更可達 80%，此一數據更凸顯醫師在自殺防治的重要性。因此，全國自殺防治中心特別規劃「自殺防治」課程，秉持著推廣「自殺防治，人人有責」之理想，加強受訓醫師之落實全人照顧理念，了解社區健康議題，具備社區醫療健康照顧技能，並強化臨床醫師守門人的重要。

2. 業務或方案的目的與目標

希望藉由此課程推廣，透過課程的內容，不僅促進臨床醫師對於自殺防治之認識，並期待能體認其重要之守門人角色，進而落實於臨床工作上，從人文關懷的角度出發，落實網網相連，以建立綿密牢固之自殺防治網絡。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 鑑於畢業後一般醫學訓練將自殺防治改為必修課程，中心於 2012 年曾規劃製作教學 DVD，寄送至全臺社區訓練醫院，作為辦理 PGY 自殺防治課程時運用，以增進可近性、便利性及基本訓練之一致性。
- 2) 為協助強化自殺防治之教學，於今年 5 月再次錄製及編製「PGY 自殺防治課程」，函送各訓練醫院，並提供雲端下載。

3) 中心持續推廣辦理自殺防治參訪訓練課程：

- (1) 與有合作訓練醫院之承辦人保持聯繫，並確認辦理日期。
- (2) 確認辦理日期，醫院承辦人會提供課程參加學員人數及聯絡電話。
- (3) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程相關資訊供預覽。
- (4) 課後統整課程評值及課後測驗結果。
- (5) 依各醫院提供之學員考評表進行評估，並將結果寄送回醫院。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院中興、忠孝、陽明、和平院區、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院及 103 年衛生福利部公告之社區醫學訓練醫院。
- 2) 資源連結內容及形式：資訊傳遞、連繫溝通、參訪訓練、網址連結。

三、過程(Process)

1. 本年度辦理參訪訓練課程場次如下，並由中心林素如主任擔任講師。

- 1) 1月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、中心診所，共 27 名學員參加。
- 2) 2月 7 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、宏恩醫院，共 23 名學員參加。
- 3) 3月 4 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平院區)、永和耕莘醫院，共 21 名學員參加。
- 4) 3月 28 日 PGY 課程參與醫院有新北市立聯合醫院、臺安醫院、博仁綜合醫院，共 9 名學員參加。
- 5) 4月 25 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、永和耕莘醫院、恩主公醫院、中心診所、博仁綜合醫院，共 23 名學員參加。
- 6) 5月 9 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、和平)、永和耕莘醫院、宏恩醫院，共 30 名學員參加。
- 7) 6月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院忠孝院區，共 12 名學員參加。
- 8) 6月 13 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)、宏恩醫院、博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、恩主公醫院，共 22 名學員參加。
- 9) 7月 4 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平、陽明院區)，共 11 名學員參加。
- 10) 7月 11 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)，共 17 名學員參加。
- 11) 8月 20 日 PGY 課程參與醫院有博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院，

共 6 名學員參加。

12)9 月 1 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院忠孝院區，共 10 學員參加。

13)9 月 2 日 PGY 課程參與醫院有臺安醫院，共 3 名學員參加。

14)9 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院中興院區、新北市立聯合醫院、永和耕莘醫院、中心診所，共 20 名學員參加。

15)10 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)，共 13 名學員參加。

16)10 月 9 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)、新北市立聯合醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院，共 23 名學員參加。

17)11 月 6 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、宏恩醫院，共 21 名學員參加。

18)12 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)、博仁綜合醫院、宏恩醫院、新北市立聯合醫院，共 20 名學員參加。

19)12 月 23 日已安排 PGY 課程，參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)及中心診所，預計共 19 名學員參加。

2. 4 月針對課後評估問卷之測驗題進行部分修正，以強化學員瞭解與運用，並落實自殺防治策略之理念。

3. 於 4 月 25 日之參訪訓練，特安排學會廖士程秘書長擔任講師，於現場錄製教學課程，包含核心課程：國際及臺灣自殺現況、全國自殺防治策略與實務，珍愛生命守門人等三堂課。

4. 5 月間製作光碟，內容包含：

1)除核心課程外，包括下列資料：

(1) 其他影片：談 PGY 自殺防治課程的重要性、PGY 學員課後心得與感想、認識全國自殺防治中心、長官代表的認同與期勉。

(2) 相關參考資料：自殺防治系列手冊 19-「全國自殺防治策略」、自殺防治系列手冊 21-「基層醫療人員與自殺防治」、自殺防範指引：臨床醫師使用須知、心情溫度計單張、課後評估問卷(範本)、光碟使用說明。

2)將上述資料燒錄成光碟，並增編「光碟運用推廣意見表」，以利回收相關意見。

3) 於 5 月 22 日隨文函送至衛生福利部公告之 79 家社區醫學訓練醫院。

5. 5 月 28 日臺安醫院召開「103 年度 PGY 社區課程聯繫會議」，邀請中心與會，會中臺安醫院羅佳琳主任表示學員反應良好，增加與其他醫院醫師交流

之機會。

6. 11 月將課後評估表之課程評值及課後測驗二部分分開，各單獨一張，課後測驗繳交同時進行課程完訓蓋章，以確保能完整回收課後測驗，以利學員之評分。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 參訪訓練

(1) 截至 12 月 12 日共辦理 18 場次，311 人參與，另有一場次已安排(12 月 23 日)。

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估結果，滿意以上為 96.5%，普通為 3.5%，詳如下表：

程度	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
百分比	41.3%	55.2%	3.5%	0%	0%

(3) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 100%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 99.6%。

(4) 願意加入義工行列的人數為 31 人。

2) 錄製核心課程 3 堂，編製教學光碟乙份。

3) 有關光碟使用，共收到 9 份意見表，皆表示將納入「PGY 自殺防治教學」。

2. 檢討與建議

1) 大部分的學員均表達獲益良多，並回饋多正向，除表達經由課程方瞭解自殺是嚴重的公共衛生議題，需要政府及各界的投入外；許多學員亦表示經過此課程，才瞭解許多高風險病人於自殺前會就醫，臨床醫師若能於執業時扮演守門人，提高警覺以及關懷，更能避免許多憾事發生。學員除表達瞭解自己在自殺防治中扮演相當重要的角色，並知道在生活中遇到有輕生念頭的人，要如何回應、關懷及轉介。

2) 由於學員忙碌，對於事前提供之資料，大都未能預覽。

3) 學員有時未繳回課後評估表，在考核評量上增添困難。

4) 建議與改善：

(1) 11 月將課程評值與課後測驗分開後，目前課後測驗回收率達 100%。

(2) 持續鼓勵問題討論與互動，加強與醫院溝通，鼓勵學員能在參訪前閱讀相關課程資訊(含新增連結數位學習網 PGY 課程)，以利互動。

持續珍愛生命義工之推動

一 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

聯合國訂定2001年為「國際志工年」，定義志願服務者是一種有組織、有目的、有方法，在調整與增進個人對環境的適應，其志趣相近、不計酬勞的人。聯合國的提倡，引發了世界各國政府對志願服務的支持與推動(Kenn, A., 2001)。臺灣的志願服務法(2001)定義志願服務為：「民眾出於自由意志，非基於個人義務或法律責任，秉誠心以知識、體能、勞力、經驗、技術、時間等貢獻社會，不以獲取報酬為目的，以提高公共事務效能及增進社會公益所為之各項輔助性服務。」由此可知，志願服務之意義為透過個人的自由意願，主動參與無償的服務，且不求任何利益或酬賞。至今，透過參與社會事務等志願服務工作，發揮奉獻與助人精神的民眾日漸增加，顯示志願服務者對於社會事務推動的重要性。

全世界有兩千多個自殺防治中心由志願服務者組成(林梅鳳、蔡佳辰、吳秀琴、張雅芳，2004)，各縣市譬如生命線、張老師基金會或是相關電話協談輔導等單位，都需要志願服務者的支持與貢獻，自殺防治工作更是亟需志願服務者的協助。因此，本中心基於「自殺防治，人人有責」和「網網相連、面面俱到」的核心理念，於2009年擴大招募珍愛生命義工，廣招對自殺防治工作有興趣之社會大眾加入義工行列，期盼每位義工能從生活周遭開始，主動關心身邊的親友，推廣心情溫度計及發揮守門人精神，爾後，再進一步以自身的專業能力進行志願服務。目前中心義工遍布全臺，並朝著「在地化」及「社區化」之目標前進，讓珍愛生命的理念散播在各鄉鎮里鄰、社區和家庭之中。

本中心推動珍愛生命義工方案之意義詳述如下：

- 1)自殺防治，人人有責：自殺防治工作為全民共同努力的永續工程，透過義工參與宣導自殺防治的行動，提醒更多人珍惜、守護生命，預防自殺憾事的發生。藉由全民攜手防自殺，將珍愛生命理念深植於心中，以達成「自殺防治、人人有責」的終極目標。
- 2)發揮守門人精神：義工藉由瞭解心情溫度計及守門人的任務，不僅能幫助自己調適身心狀況，也能對周遭親朋好友發揮守門人的精神，陪伴他人度過生命的低潮，以達到「在地化」與「社區化」之目標。
- 3)珍愛生命服務：義工服務內容主要為傳遞「珍愛生命」的信念和推廣自殺

防治的工作。此外，也鼓勵義工多加運用自己的專業能力與長才，為自殺防治工作盡一份力量。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣「人人都都是珍愛生命守門人」的概念，讓自殺防治工作進展到「網網相連，面面俱到」，並達到服務「在地化」及「社區化」之目標。
- 2) 推廣珍愛生命守門人的基本訓練，讓每位義工能推廣「珍愛生命、人人有責」的理念及發揮守門人的精神與任務。
- 3) 強化義工「在地化」和「社區化」的行動策略，並運用義工多元的專業能力、興趣與特長，為自殺防治業務盡一份心力。

二 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 持續招募義工及進行後續資料庫建檔，並依標準作業流程辦理。
- 2) 透過活化義工規劃方案，活絡義工參與自殺防治工作，落實守門人及在地服務精神，如：義工在地動起來提醒與回覆、訊息交流、新訊、電子賀卡等。
- 3) 辦理義工相關活動及訓練，包括活動及講座支援、珍愛生命數位學習網、網路通訊及義工互動、參訪訓練...等。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、義工、協助辦理講座單位。
- 2) 資源連結內容與形式：網站宣導、心情檢測站 BSRS-5 宣導、守門人講座等。

三 過程(Process)

1. 義工招募

- 1) 主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站和 facebook 珍愛生命打氣網等。義工基本資料表亦修改相關欄位，以方便作業。義工招募後依標準作業流程辦理相關作業。
- 2) 民眾報名義工方式，分為網路報名與現場報名，義工伙伴加入後將收到中心的歡迎信及中心各相關訊息。

2. 義工資料庫維護

- 1) 目前義工資料已全面採用電子化的方式建檔並定時備份。藉由電子化的方式有效地歸類相關欄位與特性等，以利管理與運用。
- 2) 1月份為推動珍愛生命義工活化，對全體義工進行電話聯繫，確認義工主動參與之意願。

3. 義工新訊

- 1)內容包含活動邀請、守門人課程資訊、活動花絮、網路新課程上架消息...等，藉以傳遞中心的最新消息與相關資訊給義工們。
- 2)運用生動的圖片連結，讓義工新訊更加豐富。
- 3)每月寄發一次為原則，但可依當月活動和消息作彈性調整。

4. 「義工在地動起來」方案

- 1)原「在地服務動起來」於 2010 年 7 月啟動，目的在於活化義工參與自殺防治工作。
- 2)為使義工對服務理念更加貼切，更名為「義工在地動起來」後重新啟動。目的為再次活化義工，闡述在地化之意涵及重要性，讓義工們清楚了解珍愛生命及守門人理念，再次燃起義工們在地服務的熱誠。
- 3)每月月初發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得，以及對於中心的建議、鼓勵與想說的話。
- 4)七月份響應義工意見，簡化回覆電郵，不需填寫推廣數量，使義工於在地化服務時，能更簡便的回覆推廣結果。

5. 義工支援活動

- 1)協助中心行政庶務：讓義工更加了解中心的業務及自殺防治工作，也藉此增進彼此的感情與交流，目前每週平均約 3~5 位義工至中心服務。
- 2)支援講座：中心訂有義工支援講座須知，讓義工預先了解服務內容，並於講座結束後主動連絡義工，請義工回報講座情形及講師授課方式。
- 3)支援活動。
 - (1) 6 月份銀髮族暨健康照護產業展活動：今年銀髮族暨健康照護產業展在世貿一館舉行，中心依往例設置心情檢測站，並請義工協助推廣心情溫度計和自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。
 - (2) 7 月份貢寮海洋音樂祭活動：參與臺北市政府於福隆海水浴場舉辦之「貢寮海洋音樂祭」活動，中心前往設置珍愛生命列車，並邀請義工一同參與推廣自殺防治。
 - (3) 9 月份失智症主題展活動：今年參與衛生福利部於臺北火車站一樓大廳舉辦之「憶起愛相隨 失智症主題展」，中心前往設置心情檢測站攤位，並請義工協助推廣心情溫度計與珍愛生命守門人，同時邀請參展者加入義工行列。
 - (4) 10 月份南臺灣生技展活動：今年南臺灣生技展在高雄展覽館舉行，中心與高雄市立凱旋醫院合作設置心情檢測站，並請當地義工一同參與推廣自殺防治。

6. 義工相關訓練

- 1) 在地講座：協辦各地講座時商請主辦單位開放供義工參與，提供義工服務與學習的機會。
- 2) 線上義工基礎課程：10月份於數位學習網設置義工基礎課程，課程內容為「珍愛生命守門人」及「善用心情溫度計助己又助人」，透過網路課程遠距教學，進行自我學習，提高對自殺危險警訊的敏銳度，並強化協助他人的能力。

7. 義工互動

- 1) 寄送歡迎電子郵件給新加入之義工，表達中心對義工朋友的歡迎之意。歡迎電子郵件內容為歡迎義工加入的話語、中心理念、義工服務內容...等。
- 2) 為感謝義工協助支援活動，於活動結束後，除將活動照片上傳至facebook珍愛生命打氣網外，還會寄送感謝函及活動照片，也會發佈最新消息於中心網站公開致謝，回饋義工朋友付出的心力及支持，建立雙方良好的互動。
- 3) 中心自2012年4月份開始，每月持續設計電子生日賀卡寄送給當月壽星。
- 4) 遇特定節日，如農曆新年、端午節等，中心會設計電子賀卡並寄送給所有義工朋友，祝福義工們佳節愉快。
- 5) 珍愛生命義工園地網頁已增修線上義工基礎課程、中心簡介、活動花絮，使義工夥伴們能夠更方便進行自我學習以及認識義工使命及內涵。
- 6) 因中心訊息主要以電子郵件方式寄送訊息，故於11月運用目前便利使用之應用程式(APP)，設置Line群組，邀請無Email，但有手機號碼的義工夥伴加入，亦歡迎有Email之義工加入。

四 成果(Product)

1. 執行結果

今年度至12月5日前執行結果如下：

- 1) 1月份對全體義工進行電話普查是否繼續主動參與的意願，確認有557人。
- 2) 義工資料(如表5-11-1)：
 - (1) 本年度新增義工59人，目前義工人數總共651人。

表5-11-1、義工基本資料

人數651人(截至2014年12月5日)		
電子信箱	有	無
	553(82%)	118(18%)

表 5-11-1、義工基本資料(續)

性別	男			女		
	230(35%)			417(65%)		
	北區 330(51%)	中區 98(15%)	南區 151(23%)	東區 26(4%)	外島 1(0%)	不詳 45(7%)
分區	基隆市(18) 臺北市(128) 新北市(122) 桃園縣(27) 新竹縣市 (18) 苗栗縣(17)	臺中市(92) 南投縣(6)	彰化縣(31) 雲林縣(4) 嘉義縣市 (15) 臺南市(46) 屏東縣(19) 高雄市(36)	宜蘭縣(22) 花蓮縣(3) 臺東縣(1)	金門縣(1)	
教育程度	小學以下 16(2%)	國中 4(1%)	高中 102(16%)	大專或大學 <u>289</u> (44%)	研究所以上 82(13%)	不詳 158(24%)
年齡 (歲)	14 以下 2(0%)	15~24 45 (7%)	25~44 272 (42%)	45~64 264 (41%)	64 以上 24(4%)	不詳 44(6%)

(2) 訊息交流(以電子郵件方式寄送): 包含義工新訊、在地化服務、活動訊息、生日祝福共 41 則

- 3) 活動支援：講座、研討會、宣導活動計 35 人次。
- 4) 中心行政庶務服務：服務次數總計 98 人次、服務時數總計 186.5 小時。
- 5) 除一般珍愛生命數位學習網之宣傳外，今年特規劃基礎訓練課程，推動義工線上學習。。

2. 檢討與建議

- 1) 在支援活動互動中，義工們有反應在日常生活中會主動關懷身邊的親友，發揮一問二應三轉介的守門人精神，但是無法記得推廣數量，故將回復郵簡化，簡化後義工回覆情形已有增加。
- 2) 義工基礎訓練課程自推動以來，「珍愛生命守門人」點閱人次為 70 人次，「心情溫度計」點閱率為 51 次，除過去已受訓之義工外，考量義工組成年齡較大，對於電腦操作不熟練或顧及眼力，以至於人數不甚理想，未來會透過中心其他方式強化。
- 3) 目前 Line 群組內已有 44 位義工夥伴，期增進與義工間之聯繫與溝通。

自殺防治通報關懷作業現況及改善建議

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺通報關懷系統之主要目的在於提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視個案需求轉介相關單位提供衛教宣導與相關資源。本學會自「自殺通報系統」開辦以來，積極協助衛生福利部規劃推動自殺通報關懷服務，並蒐集各單位人員使用狀況，針對問題提出檢討修正建議。2012年已針對各單位提出之通報系統相關問題及建議項目，提出具體可行之改善建議，新版通報系統並於2012年10月上線；2014年持續檢討現行自殺防治相關之個案通報、關懷及作業規劃，依管理者、通報者及關懷訪視者三方角色，評估整體系統修正方向。透過與各縣市討論會議及3月份辦理之工作說明會與衛生局人員溝通管理之權限與問題；藉由定期與不定期之視訊及電話會議，或網站上之關懷訪視員分享園地，各縣市衛生局蒐集之困難與建議，或通報資料分析發現之問題等，進行檢討，提出具體改善建議事項，以利系統及整體作業之改善。

指標性策略的防治對象為具高自殺風險之個人，其中最主要的是曾經自殺過的人(自殺企圖者)。世界衛生組織(2000)表示，每一自殺死亡事件代表有10至20起自企圖的發生；曾有自殺行為的人，再自殺之機率較一般人高。因此如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。

衛生福利部基於上述原因，於2006年起推動自殺通報關懷服務，並於「衛生局所網路便民服務計畫」(現名：公共衛生資訊入口網)中建置「自殺防治通報系統」，期達到下列六項目標：協助各縣市推動自防治關懷網絡、促進標準化自殺防治通報及介入流程、多方面提升我國心理衛生與精神醫療、活絡社區支持網絡、落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療及有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖。

2. 業務目的與目標

- 1)持續改善自殺防治通報系統，使更符合管理面、操作面與資料面等各層面之自殺防治需求。
- 2)持續改善自殺防治通報關懷作業流程，使有助於自殺個案通報以及關懷訪

視之進行，以促進自殺防治之功效。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法：

1)彙整使用者意見：

- (1)隨時接受自殺防治通報及自殺個案關懷訪視流程中，各相關單位(包含通報單位及關懷訪視單位)對於作業流程之意見反應。
- (2)隨時接受自殺防治通報系統中各表單(包含通報單、派遣單、關懷訪視單、轉介單及結案單)之系統面意見反應。

2)自殺防治通報系統使用者回饋調查：

為使資料蒐集更為完整，特別召開內部專家會議討論後擬訂結構性問卷兩份「自殺防治通報系統使用回饋表—通報作業」(表 6.1.1)與「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」(表 6.1.2)。分別針對自殺防治通報作業與自殺個案關懷訪視作業進行自殺防治通報系統使用者回饋調查。

3)彙整自殺防治通報系統資料面問題：

針對每月由衛生福利部 SC 撈取之自殺通報資料進行資料檢查與資料分析，發現內容有誤或缺漏之情況時，隨即紀錄，彙整後經內部討論再與系統維護廠商聯繫，以釐清系統問題並提供解決建議。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：自殺防治通報關懷網絡、衛生福利部、22 縣市衛生局所、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、自殺通報系統維護廠商新陽電腦科技股份有限公司。
- 2)資源連結內容及形式：定期提供分析報表以及不定時之數據分析、意見回饋、系統維護及專家諮詢等。

三、過程(Process)

1. 彙整自殺防治通報系統使用者意見：

- 1)建立各縣市自殺防治關懷訪視承接單位以及關懷訪視員最新名單與聯絡方式以建立聯絡網，提供線上平台供關懷訪視員進行經驗交流與分享，並辦理各式訓練。(詳見 7.4 自殺通報個案關懷訪視員訓練)
- 2)與各縣市衛生局保持密切合作，每月提供自殺通報月報表與各縣市自殺通

報個案特性分析表，針對分案率或分案關懷率未達 100%之縣市進行關切，以了解各地實際執行之困難處。

- 3)持續蒐集各階層使用者之意見回饋，定期召開內部會議討論建議之可行性。

2. 自殺防治通報系統使用者回饋調查：

- 1)本年度持續針對各縣市通報者進行全面結構性使用調查，於 7 月份召開內部專家會議，研擬 2014 年「自殺防治通報系統」使用回饋表。為了解通報端與關懷端之使用回饋，故分別設計「自殺防治通報系統使用回饋表—通報作業」與「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」。其中「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」又分為兩個部份，第一部份為針對關懷訪視流程作調查，第二部份為針對系統之部份作調查。
- 2)8 月初將「自殺防治通報系統使用回饋表—通報作業」發文至各縣市衛生局協助配合年度系統使用回饋調查，並請周知各通報單位。另在關懷訪視作業之調查亦於 8 月初將所設計之「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」以電子方式發出，並請各自殺關懷訪視員協助填寫。
- 3)系統使用者回饋調查於 8 月底回收，「自殺防治通報系統使用回饋表—通報作業」共回收 72 份；「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」共回收 26 份。
- 4)將回收之回饋表(檔案類型包含 word 檔、PDF 檔以及紙本)，彙整建檔成 Excel 檔，以利後續進行分析作業。
- 5)針對回饋表內勾選式題目與開放式題目進行數據分析以及文字敘述之統整與歸類後召開內部專家會議，針對回饋之建議進行評估。

3. 自殺防治通報系統資料面問題

- 1)自殺防治通報系統建置於衛生福利部公共資訊入口網，自殺個案經通報進入自殺防治通報系統，分案之動作會將個案分派給關懷訪視員，使個案得以被關懷，於關懷期間訪視員將評估個案之風險及需求，並視其情況繼續訪視、轉介至其他資源或是予以結案，相關流程見下圖 6-1-1)。

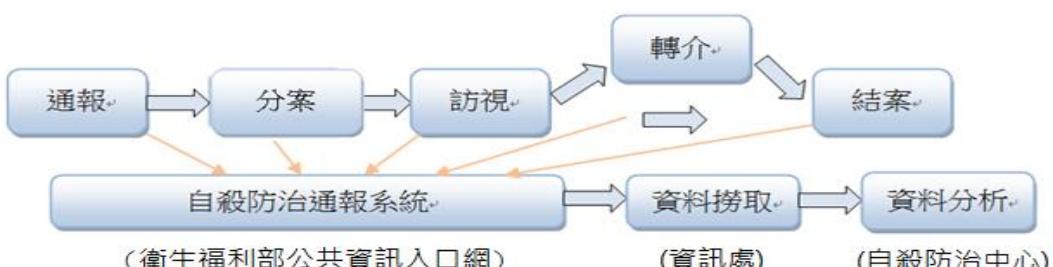


圖 6-1-1 現行自殺防治通報系統流程簡圖

- 2)本中心每月填寫衛生福利部全國醫療資訊網服務中心系統資申請表提出自殺通報資料申請，由資訊處撈取後提供。本中心針對資料進行檢查及分析，定期產出全國性及各縣市自殺通報月報表。
- 3)另中心於每月撈取資料製作月報表時發現系統問題時，與系統維護廠商聯繫澄清，系統問題羅列如表 6-1-1。

表 6-1-1、自殺防治通報系統資料問題列表

日期	系統問題
2 月 13 日	1.通報單[就業情況]中有多筆空白。 2.通報單[就業情況]="就業"，但[從事行業]為空白。 3.訪視單[個案受理情形]有數筆空白。 4.有訪視紀錄之個案卻無分案紀錄。 5.通報單[自殺方式]無"巴拉刈"選項。
2 月 17 日	1.訪視單[簡式健康量表未做原因_其他]有多筆為"介接無值"。 2.提供訪視單[案受理情形]、[訪談摘要]、[處遇計劃]、[風險評估]之代碼對照表。 3.當訪視單[個案受理情形]≠"拒訪"或"未遇"時，[有無支持系統]仍有無資料紀錄 4.提供轉介單[轉介照會目的] 之代碼對照表 5.通報單[性別]有空白紀錄 6.通報單[自殺原因]有空白紀錄。
4 月 15 日	1.通報單[失業多久]此欄位在紙本通報單上並未出現。

表 6-1-1、自殺防治通報系統資料問題列表(續)

4月18日	1.基本資料[性別]有空白紀錄。
	2.通報單[性別]有空白紀錄。
	3.通報單[與人同住]此欄未撈取到。
	4.通報單[自殺方式]仍無法分辨使用"巴拉刈"自殺者。
	5.訪視單[個案狀態] 撈取的資料內容為："自殺未遂"、"自殺死亡"；但紙本訪視單上的選項為："未遂"、"通報時已死亡"、"訪視時已死亡"。
	6.廠商說明訪視單[訪談摘要] 內容為文字敘述，但資料內容卻為以逗號分隔之數字串。
6月12日	1.通報單中有數筆紀錄[自殺方式 1]與[自殺方式 2]同時為"農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑(巴拉刈)、生長劑等)"。
6月30日	1.通報單中有數筆紀錄[自殺原因 1]與[自殺原因 2]的內容相同。
8月20日	1.已訪視個案中有多筆無分案紀錄。
11月13日	1.通報單[性別]仍有空白紀錄。
	2.通報單[個案教育程度] 有空白紀錄。
	3.通報單[就業情況]仍有空白紀錄。
	4.通報單[婚姻狀況]有空白紀錄。
	5.通報單[自殺方式 ICD91~93]皆空白，但細分之方式為"其它。氣體及蒸氣"-->"它"與通報單上的"他"不同。
	6.通報單[自殺原因 1]與[自殺原因 2]相同-->自殺原因為複選，最少選一項，最多選三項。不應該出現同一原因可以點選兩次之現象。
	7.新北市已訪視個案無分案紀錄之情況仍存在。

4)2014年9月23日起中心與系統維護廠商之聯繫模式由中心直接聯繫改為透過本中心派駐衛生福利部人員方可與系統維護廠商澄清系統資料問題。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 2014 年度持續針對各縣市自殺通報單位進行自殺防治通報系統使用者回饋調查，共收回回饋表 72 份，結果摘要如下：
- (1) 針對[個案基本資料]，填報時是否有困難？使用回饋中有 45.8% 表示填報時有困難，主要是地址中的"鄰里"難以取得。
- (2) 針對[自殺後身體狀況]，填報時是否有困難？使用回饋中有 22.2% 表示填報時有困難，主要是不清楚各選項之定義。
- (3) 針對是否有告知個案或家屬，衛生局(所)人員將進行後續關懷？使用回饋中有 22.2% 表示並未告知個案或家屬。
- (4) 針對使用[巴拉刈]自殺之個案，填報時是否有困難？使用回饋中有 16.7% 表示填報時有困難，主要是因為個案或家屬無法確定農藥種類，警消或醫護人員當下無從得知。

表 6-1-2、「自殺防治通報系統使用回饋表—通報作業」結果分析

題號	題目	有		無	
		份數	%	份數	%
1	請問針對[個案基本資料]，填報時是否有困難？	33	45.8	39	54.2
2	請問針對[自殺方式]，填報時是否有困難？	8	11.1	64	88.9
3	請問針對使用[巴拉刈]自殺之個案，填報時是否有困難？	12	16.7	59	81.9
4	請問針對[自殺原因]，填報時是否有困難？	14	19.4	56	77.8
5	請問針對[有無其他人一起自殺]，填報時是否有困難？	3	4.2	69	95.8
6	請問針對[自殺後身體狀況]，填報時是否有困難？	16	22.2	56	77.8
7	請問針對[目前是否有在精神科就診或進行心理健康諮詢]，填報時是否有困難？	13	18.1	58	80.6
8	請問是否有告知個案或家屬，衛生局(所)人員將進行後續關懷？	52	72.2	16	22.2

表 6-1-2、「自殺防治通報系統使用回饋表—通報作業」結果分析(續)

8-1	請問在詢問[個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務]時，是否有困難？	14	19.4	58	80.6
9	請問針對[個案處置情形]，填報時是否有困難？	4	5.6	68	94.4
10	其他綜合建議：	17	23.6	55	76.4

2)2014 年度持續針對各縣市關懷訪視員進行自殺防治通報系統使用者調查，共收回饋表 26 份，結果摘要分析如下：

- (1) 針對個案再自殺且自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者須於 24 小時內做初次關懷，使用回饋中有 26.9% 表示執行上有困難，主要是個案大多數仍住院中，導致訪視的成效不彰。
- (2) 有關對於自殺已遂個案之親友(遺族)之關懷訪視，使用回饋中有 42.3% 表示執行上有困難，主要是因為正值遺族辦理後事，家屬常難以接受訪視。
- (3) 有關 BSRS-5 總分為 6 分以上之個案需轉介專業輔導或醫療機構，使用回饋中有 30.8% 表示執行上有困難，主要是因為個案若不配合則難以轉介，另外系統上無明確轉介流程。
- (4) 針對追蹤關懷訪視服務需達 3 個月，每月至少 2 次，使用回饋中有 19.2% 表示執行上有困難，主要是因為當個案拒絕接受關懷、出國、入獄或風險降低時，則難以達到此標準。
- (5) 針對[訪談摘要]是否適用？使用回饋中有 26.9% 表示不適用，主要是因為文字輸入無法換行，導致閱讀時較為吃力。

表 6-1-3、「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」結果分析

部份	題號	題目	有		無	
			份數	%	份數	%
部份 I	1	請問針對個案再自殺且自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者須於 24 小時內做初次關懷，執行上是否有困難？	7	26.9	18	69.2
	2	請問接獲個案通報 3 個工作日初次關懷、7 個工作日內完成開案關懷訪視及個案管理工作，執行上是否有困難？	3	11.5	23	88.5

表 6-1-3、「自殺防治通報系統使用回饋表—關懷訪視作業」結果分析(續)

部份	題號	題目	有		無	
			份數	%	份數	%
部份 I	3	請問對於自殺已遂個案之親友(遺族)之關懷訪視，執行上是否有困難？	11	42.3	14	53.8
	4	請問對於 BSRS-5 總分為 6 分以上之個案需轉介專業輔導或醫療機構，執行上是否有困難？	8	30.8	17	65.4
	5	請問追蹤關懷訪視服務需達 3 個月，每月至少 2 次，執行上是否有困難？	5	19.2	21	80.8
	6	請問對於相關結案的要求，執行上是否有困難？	4	15.4	22	84.6
部份 II	1	請問[基本資料]，是否實用？	22	84.6	4	15.4
	2	請問[訪談摘要]，是否適用？	19	7.3	7	26.9
	3	請問[再自殺意念及風險評估]，是否有困難？	4	15.4	22	84.6
	4	請問[處遇計畫]是否適用？	21	80.8	5	19.2
	5	請問[處遇計畫]，執行上是否有困難？	5	19.2	21	80.8
	6	其他綜合建議	2	7.7	24	92.3

3)有關 2014 年度提出自殺防治通報系統之資料問題截至 12 月 5 日已獲得處理的部份包含：自殺通報單中[自殺方式]已加入"巴拉刈"選項、提供訪視單[案受理情形]、[訪談摘要]、[處遇計劃]、[風險評估]之代碼對照表、提供轉介單[轉介照會目的]之代碼對照表、通報單中[與人同住]欄位資料撈取。

2. 檢討與建議

1) 系統面：

- a. 有關自殺通報單[個案基本資料]填報困難，主要是因個案地址中之"鄰里"難以取得。

改善建議：若難以取得且無其非必要性，建議可改為非必填或取消地址中鄰里的部份。

- b. 有關自殺通報單[自殺後身體狀況]填報困難，主要是因不清楚各選項之定

義。

改善建議：目前[自殺後身體狀況]之選項包含：穩定、惡化、垂危、死亡、其他。建議增加"留院觀查"選項。選項之界定，需清楚說明以利通報人員勾選。

c. 有關[訪談摘要]不適用，主要是因文字輸入無法換行使閱讀吃力。

改善建議：建議與系統相關人員討論修改之必要，若無，建議訪員以列編號方式紀錄，較方便閱讀。

2) 操作面：

a. 針對使用[巴拉刈]自殺之個案填報困難，主要是因個案或家屬無法確定農藥種類，警消或醫護人員當下無從得知。

改善建議：建議警消救護人員或家屬可順手將現場瓶罐攜至醫院，可使急診醫護人員明瞭個案使用農藥類型以利急救。

b. 針對告知個案或家屬，衛生局(所)人員將進行後續關懷之困難。

改善建議：建議各通報單位研擬統一說詞，並加強訓練以提高個案或家屬接受度。

c. 針對使用高危險方式自殺個案需在 24 小時內初訪之困難，主要因為個案尚在住院中，導致訪視的成效不彰。

改善建議：因涉及住院中，建議跨單位協調如何合作以關懷個案。

d. 針對 BSRS-5 總分為 6 分以上之個案需轉介專業輔導或醫療機構之困難，主要因個案不配合而難以轉介。

改善建議：建議強化教育訓練以提升關懷訪視員與個案間之溝通技巧。

3) 系統資料面：

由於每月撈取之自殺通報資料中皆有曾提出但未能解決之問題，著實影響月報表製作時之正確性以及發文時效性。

改善建議：建議需要時主管機關仍需召開討論會議，必要時可邀請系統維護廠商與會。

4) 建議於系統改善意見交付後，必要時召開會議向主管機關說明。

5) 期與各縣市自殺防治相關單位間合作更為密切，以使自殺防治通報系統與流程能更加完善。

拒訪個案介入處置措施及評估成效

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

在自殺防治策略中，指標性防治策略為針對自殺企圖者，給予追蹤與關懷。本中心協助衛生福利部於2006年1月建置「自殺防治通報系統」，提供通報個案關懷訪視服務，並分析自殺個案特性，作為自殺防治策略擬定之參考。衛生福利部自2009年起補助各縣市政府衛生局辦理「自殺通報個案關懷訪視計畫」，透過定期訪視關懷，落實自殺企圖者之個案管理、危機處理機制，以協助自殺企圖者。而中心亦持續進行關懷訪視系統與相關作業之改善，協助自殺關懷訪視員之訓練，期個案得到適合之關懷照護，能有效降低自殺死亡率。

根據自殺資料分析發現有接受關懷者與未接受關懷之群組相比較，其再自殺企圖或自殺死亡率均有下降，足見關懷訪視之重要。自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱及毅力，基於珍愛生命之理念，發揮一問二應三轉介之精神，協助每位個案，期降低再自殺風險。

根據2013年調查各縣市關懷訪視單位問題及困境問卷結果顯示，個案拒訪問題一直是訪視過程中的一大困難，而今年之關懷訪視經驗調查問卷結果也指出，訪視時最常遇到的困難情境包括：個案聽到訪視員表明身分即掛斷電話(73.6%)、找不到個案或資料錯誤(72.5%)、個案對訪視員有負面情緒或言語(69.2%)等。

對於拒絕訪視個案之處置措施，自殺關懷訪視員更需信念一致，以人文關懷為出發點，依不同情況背景之個案採取最適切之介入作為，期能透過協助訪視員，持續提升關懷品質及專業知能，讓關懷傳達至每位個案心中。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解關懷訪視拒訪之實務情形。
- 2) 擬訂拒訪個案之介入處置措施並評估成效。
- 3) 強化關懷訪視員之知識技能。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)彙整分析通報體系拒訪相關資料。
 - 2)蒐集各縣市訪視員拒訪相關實務經驗。
 - 3)擬訂「關懷訪視經驗問卷」一內含各項拒絕訪視情境，寄發予所有訪視員。
 - 4)整理回收問卷結果及數據。
 - 5)探討問卷調查之結果，並召開拒訪個案介入處置措施焦點團體會議。
 - 6)彙整會議結果並依專家建議增修後，列入共識營主要議題之一。
 - 7)辦理「自殺通報個案關懷訪視員共識營」。
 - 8)針對拒訪個案處置措施提供課程及資料，並製作相關教材予各縣市訪視員。
 - 9)彙整並討論訪員回饋意見，並考量拒訪個案介入處置、再自殺之議題，規劃辦理進階課程並討論相關主題。
 - 10)辦理「自殺通報個案關懷訪視研討會」。
 - 11)設計拒訪個案介入處置調查表進行調查並分析拒訪資料，進行討論，以評估成效。
2. 資源連結與合作
- 1)合作單位：基隆市政府衛生局、基隆市政府衛生局社區心衛中心、臺北市政府自殺防治中心、馬偕紀念醫院淡水院區、衛生福利部臺北醫院、三重張老師、佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院、亞東醫院、衛生福利部桃園療養院、桃園自殺防治中心、國軍新竹地區醫院、新竹市政府衛生局醫政科、臺大醫院竹東分院、社團法人苗栗縣生命線協會、臺中榮民總醫院、臺中慈濟醫院、彰化縣衛生局、彰化鹿東基督教醫院、社團法人南投縣生命線協會、埔里鎮衛生所、信安醫療社團法人信安醫院、衛生福利部朴子醫院、臺中榮總嘉義分院、衛生福利部嘉南療養院、高雄市政府衛生局、高雄市政府衛生局社區心衛中心、宜蘭縣政府衛生局、臺北榮總員山分院、臺北榮總蘇澳分院、花蓮縣衛生局、卑南鄉衛生所、屏安醫院、連江縣衛生局、各縣市關懷訪視單位等。
 - 2)資源連結內容及形式：問卷蒐集、電話及電子郵件連繫、焦點團體會議、共識營、研討會等。

三、過程(Process)

1. 3月業務會議提案討論，確立焦點團體會議、共識營事宜及相關作業內容。
2. 彙整關懷訪視拒訪相關資料。
3. 3月草擬自關員之經驗調查問卷。
4. 3月24日寄發問卷予各縣市關懷訪視單位及訪視員。
5. 4月7日完成回收問卷結果，共91位訪視員回覆，占全國訪員比例約7成，

於業務會議提出結果討論。

6. 4月11日召開拒訪介入措施焦點團體會議，並將相關結果整合入後續活動中。
7. 5月2日辦理自殺個案關懷訪視員共識營。
8. 5月8日共識營課程於珍愛生命數位學習網上架，周知訪視員。
9. 5月22日以電子寄送常見問題與解答予訪視員，並上傳至關懷訪視員專區供參。
10. 6月製作光碟，內容包含共識營課程及延伸閱讀資料、常見問題與解答等。
11. 6月底寄送課程光碟給各關訪單位中每位訪視員。
12. 7至8月陸續回收光碟閱後意見回覆表。
13. 9月22日業務會議，為強化訪員拒訪介入處置之實務技能，提案討論決議辦理進階研討會，並將拒訪個案介入處置措施列為三大主題之一，加以演講及討論，加強訪員相關認知及促進縣市間之實務處置交流討論。
14. 10月24日辦理自殺通報個案關懷訪視研討會。
15. 11月針對2014年1至10月通報拒訪資料進行分析及討論。
16. 11月7日寄送「拒訪介入處置調查表」予各縣市關懷訪視單位及訪視員。
17. 11月12日以電子郵件寄送拒訪介入處置討論摘要與綜合建議予所有訪視員參考，並上傳至關懷訪視員專區供參。
18. 11月12日研討會課程上傳至珍愛生命數位學習網，方便線上學習。
19. 期間因回覆率極低，再次以電郵提醒，截至11月28日回收問卷結果，共51位訪視員回覆。
20. 12月1日於業務會議報告結果，決議再次請託(電話)以提升回收率。
21. 12月5日回收問卷結果，共109份回覆，進行分析及討論。
22. 12月就拒訪資料再次討論並進行比較分析。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 關懷訪視經驗調查問卷結果，回收共91份，約占7成，請見附件6.2.1，摘要如下：
 - (1) 電訪個案經驗中，常常發生之情況比例最高為「個案曾表達拒絕訪視，但為符合訪視規定再度去電，造成個案不悅」，其次是「因身體心理狀況不願接受訪視」、「表示自己沒事且無再自殺行為，掛掉電話」及「與個案約定好下次電訪時間卻在約定時間無人接聽」。
 - (2) 訪視個案家屬及重要關係人經驗中，最常發生的情況為「找不到個案，

家屬朋友拒絕回答個案聯絡資訊及情況」，其次是「電話打通，但家屬朋友拒絕讓個案與關懷訪視員交談。」

2) 召開拒訪個案介入處置措施焦點團體會議，並彙整成自殺關懷訪視員常見問題與解答，包含不同拒訪情境、校園個案、精神科個案及家暴個案等，其原則共包含十七項，摘錄如下：

(1) 拒絕訪視：若遇到個案拒絕訪視，如何因應？

拒訪個案的再自殺率特別高，建議採取家訪，以鍥而不捨態度持續訪視，並視情況調整與個案接觸的頻率和方式，如改以書信關懷、寄送關懷卡等，讓個案感受到關心，並於督導會議討論。

可介紹自身專業背景(心理諮商、護理、社工等)，提高個案接受度，進而達成訪視。也可用簡訊通知個案，表示衛生局要進行健康促進，請與我們連絡。不直接使用自殺等字眼，個案也許會主動聯繫訪視員。

(2) 拒接個案：若遇到完全斷絕外界聯繫之個案，如何因應？

對於不接電話、把訪員電話設定成拒接、到家中面訪結果不出來開門之個案，可送上關懷信、手工小卡片等，表示關心。並可善用通報單上的聯絡人，了解個案動態，建立聯繫方法，或尋求警方跟村里協助。

(3) 情緒激動個案：若遇到謾罵、情緒激烈之個案，如何因應？

建議採取低姿態訪視，並運用衛生所健康促進角度介入降低個案戒心(如：先問最近有沒有做乳攝?)，定時定量訪視，但若情況十分嚴重，先停止訪視，與督導討論後，擇日再訪。

(4) 否認為自殺個案：個案否認自己是自殺者本人，偽裝成家屬等。家屬也可能會否認個案自殺或拒絕透露真正的原因。

否認自殺是人之常情。對於此類型個案，關訪員可先表示沒關係，之後再聯絡，慢慢進入訪視階段，個案較容易接受，衛生所助理也可協同訪視。

(5) 個案認為訪視幫助有限：很多重複自殺、年紀稍長或背景複雜之個案，較容易拒絕訪視，認為訪員無法了解、同理到自身困境。

訪視員在面對個案時，要對自己有自信，縱使面對的是年紀較長或是背景較複雜的個案。須強調關懷訪視的專業，建立專業形象和自尊心，才能有辦法達到關懷目的。也可視情況調整，根據個案特性更改關訪員之安排。

(6) 精神病患個案：若遇到精神病患個案之訪視過程有問題，如何處置？

可請專業督導心理師會陪同家訪，觀察訪視過程中哪部分需加強，配合醫師之協助，進行修正。可請衛生局召開個案研討會，邀集心理師和醫

師一同出席，針對個案討論因應策略。

在訪視員訓練中，可結合社區與居家治療，讓新進同仁到居家治療進行訓練，並由資深同仁陪同，到精神科門診、社區復健中心、急性病房進行課程訓練，讓訪員了解個案可能發生的狀況，做好心理準備，以便從容應對。

(7) 服藥就醫問題：若個案有服藥及就醫問題，該如何因應？

可用轉知單告知醫師，個案具有服藥問題，或是和社工聯繫，當個案回診時，社工或護理師會較能掌握個案狀況。個案若有精神方面問題，可結合居家社區治療團隊，及醫師到站訪視，針對疾病提供更進一步協助。病人常常以為症狀好了就不回診，但精神疾病不能馬上停藥。訪視員須以關懷角度提醒。以人為中心，家庭為單位，社區為基礎，來幫助這個人。像是了解個案上班情況，個案就會覺得這個人是真的關心我，不是只關心我要不要自殺、身體問題而已。

病人若有精神疾病，會產生很多情緒反應，也易厭於看診，可以多花點時間聆聽個案到處看診的痛苦，運用同理心關懷，並建立關訪員和醫師之間的關係。

(8) 家暴相對人(施暴者)個案：家暴相對人個案可能面臨訴請離婚、保護令等情形，無法接受現況而開始產生自殺意念及行為，通常都屬於情緒激動、個性操控型個案，如果不能滿足其需求就會拒訪。

此族群為最高危險群，例如：先生的權威、面子受損，針對家暴相對人個案要發揮同理心、態度從容，可以留下電話，或許在你離開後，個案會與你聯繫，以全人照護、以人為中心的方向來進行訪視。

若個案因見不到小孩而威脅自殺，可與受害者及社工建立關係，並與社會局協商，讓個案在穩定情況下，每個月在社會局安排的地點與小孩見面，使個案壓力稍微降低。若情形嚴重，可建請衛生局召開個案研討會，討論訪員及社會局之合作，並和社工一起訪視個案。

(9) 校園個案：

- a. 學生：住校之個案，曾嘗試透過輔導室聯繫個案，但個案拒絕。
- b. 家長：家長或監護人可能擔心因通報，發生之案件被公開，所以不允許訪員介入處置。
- c. 訪視時間問題：學校可能會將個案轉介給關訪員，扣除學生在校的時間，僅剩放學後時間可訪視，不僅犧牲訪員的休息也犧牲了學生的時間。
針對學生個案，關懷訪視人力調配及與學校如何整合值得討論。學校可直接關懷個案，不一定特意轉介至關訪員；訪視目的在於提供個案最佳

的照護，並可與精神醫療資源連結。

自殺防治與醫療須以人文關懷當作基礎，這與每個人的價值觀、尊嚴有關，一定要表達是來幫忙，以對方為尊，兒童被通報後，要保護孩子的安全，把家長也當作個案，與家長建立關係後再進行下一步，先聽家長的意見及想法，了解他的處境，並保證個資不外洩。

訪視學生個案可由校園輔導室、家屬著手，可藉由班導師建議家屬進行親子教育，並同理輔導老師的焦慮感，若個案因自殺拒學，可直接到學校訪視，或連結至家扶中心，針對個案與學校溝通。

(10) **自殺意念個案：自殺意念之轉介方法及與其他團隊如何共同合作？**

與高風險個案相比，自殺意念的個案轉介就醫較為困難，建議由關懷個案日常生活做起，像是睡眠、飲食等，提高個案的接受度。

合作方面，以社會處為例，由於高自殺意念個案開案率非常低，可請前端社工先訪視，若需轉到關懷訪視階段，再由訪員支援。

(11) **電訪時間過長：曾遇過電訪一個半小時仍未結束的個案，由於案主本身擅於表達，很難中斷，尤其是老人個案中更常見此情形。**

訪視最難掌控的就是時間，有多少時間可以利用，是已經決定好的。須因地制宜、因人而異，透過技巧來掌控時間，並學會針對不同類型的個案，該採取何種訪視技巧。

(12) **個案資料有誤：常發生個案資料錯誤或不全，而無法訪視。**

各網絡於填報個案資料時務必盡量填寫詳盡，以確保資料之正確性，若發現聯絡資料不正確，可與其他單位，如醫院、戶政或警政等合作，協助查詢。

有縣市之心衛中心會先行協助確認個案之連絡資料，再由承辦單位進行關懷，建議其他縣市可考量評估此作法，以降低聯繫困難，提升後續關訪員之效益。

(13) **個資法問題：曾因詢問醫院個案是否住院等事，因牽涉到個資，皆要行文至醫院。**

若個案有自殺傷人之虞，不應受個資法影響。可請衛生局召開各醫院負責人會議，建置醫院聯繫窗口，於出院前約定時間到院訪視，以利後續之關懷。

個資法對於通報及訪視影響甚鉅，將來自殺防治法通過可更加推行因地制宜之策略。

(14) **醫院告知問題：醫院應告知個案，會有訪員會進行後續關懷，但由於醫院第一線非常忙碌，會發生未告知病人之情形。**

宜強化醫院端之通報，以人文關懷為出發點，使個案了解出院後將有訪視員進行關懷，勿使個案有被追蹤監督之感，衛生局於督考時須注意是否落實。

(15) 家訪：進行家訪時需注意之處？

家訪較能建立關係，但為了安全上考量，盡量採兩人結伴出訪，訪視時以同理方式溝通，深入個案內心。若訪視對象為家屬，可先由居家安全、藥品使用等層面切入，不直接講自殺，降低訪視情況中可能產生的衝突。可視情況請護理人員支援，提供不同資訊供個案參考。

(16) 聯絡名單：需協助時，是否有聯絡口袋名單？

關懷訪視員要掌握轉介資源，建立與自己熟稔的醫師口袋名單，一問二應三轉介中，固定將個案轉介給特定幾名醫師，也會跟醫師較熟，雙方合作。轉介時，方向、理由要清楚，並明示病人醫院及醫師姓名。如果經過判斷，此個案和某位醫師合不來，可依照醫師口袋名單，協助轉至另一位醫師。

遇到緊急情況時，也可聯繫長官或專家支援，或是聯繫警消。

(17) 自關員角色：關懷訪視單位主要進行資源的轉介，但其他單位可能認為，關懷訪視員須全盤負責使個案不要自殺。

關訪員對自己職位描述及角色認知十分重要，希望在 1 問 2 應 3 轉介的步驟上，能徹底落實轉介，成為團隊的樞紐。自殺防治絕對不只是關訪員的責任，而是人人有責。

3) 舉辦自殺通報個案關懷訪視員共識營 1 場次，滿意度問卷發出 55 份，回收 54 份，回收率達 9 成，結果摘要如下：(詳見附件 6.2.1)

(1) 課程之滿意度約占 8 成(83.3%)

(2) 課程應用於實務之滿意度約占 8 成(83.3%)

(3) 師資之滿意度約為 9 成(92.6%)

(4) 場地之滿意度約 8 成(79.6%)

(5) 課程時間之安排滿意約占 9 成(87%)

(6) 訪員認為有幫助的前 3 堂課程為關懷訪視之溝通技巧(81.5%)、訪視員之壓力與管理(55.6%)及關懷訪視之緊急情況及危機處理(48.2%)。

4) 關懷訪視研討會中，特針對拒訪個案之處置主題，進行專題演講及討論，各縣市訪員互相交流、討論相當熱絡，新進訪員表示獲益良多。拒訪個案之處置相關經驗整理如下：

(1) 與個案建立關係時，可根據個案的生活環境、個性、家庭狀況等，進而調整與個案的互動方式(如語氣等)。

- (2) 若遇個案拒絕於家中訪視，另選地點須注重個案的隱私權，可選擇衛生所、心衛中心等，而吵雜地點，如：咖啡廳、速食店等為不建議之訪視場所。
- (3) 訪員可忽略個案拒訪，透過持續不斷的關心，讓個案了解關訪員是真心想幫助他，卸下心防接受訪視，可多次面訪，與個案建立關係，以化解拒訪之情形。
- (4) 電訪不容易與個案建立關係，所以容易被個案拒絕，家訪可以降低被拒絕的機會。
- (5) 遇到強烈拒訪對象，提供各種衛教單張及可利用資源訊息給個案及家屬，日後個案有需求時，可主動聯繫訪員。
- (6) 可提供實質幫助，例如帶物資送給個案，讓個案接受訪視。
- (7) 如個案拒絕面訪，可與個案達成共識，以定期電訪為主，與個案保持聯繫，如曾有位自殺未遂的衛生所護士，僅接受通報但拒絕訪視，訪員因而向其他護士了解個案狀況，確保個案安全。
- (8) 訪員可於了解家庭結構後，透過對不同個案背景的了解及分析來判斷，由重要關係人(家屬、朋友)著手。
- (9) 合併健康議題(如：小孩打預防針、睡眠調查)切入，了解個案情形。
- (10) 若訪員有護理師身分，也可以在幫忙健檢時對個案進行訪視關懷，藉由衛生所推廣的事務來接近個案。
- (11) 不同類型之個案處置：
- a. 個案注重隱私、覺得家醜不可外揚、有個資外洩的疑慮：
訪員可於訪視時先表示訪視資料皆為保密。
 - b. 情緒激動、以死要脅訪員別再訪視之個案：
訪員須耐心的持續關懷個案，建立信任後，評估個案需要並給予協助。
 - c. 個案透過家屬拒絕訪視：
個案不願出面，可能是因為受過重大創傷，若家屬願意受訪，可先透過家屬了解個案狀況並給予協助。
 - d. 年長個案：
經常發生年長個案接受訪視，但事後批評訪視沒有幫助。需長期建立關係，訪員可用晚輩姿態傾聽的方式給予關心，較容易被個案接受。
 - e. 家暴個案：
若個案屬於特殊案例-家暴加害人，訪員可從個案過去人生中的成功經驗開始談起，較容易在一開始建立關係。
 - f. 精神疾病患者個案：

部份精神疾病患者的拒訪程度可能會隨著個案用藥程度而有所改變，可在個案回診時安排面訪。

g.個案資料錯誤、失聯：

可向當地衛生局及鄰里長詢問相關訊息，或查詢個案有無列管紀錄、領過補助...等。

(12)其他單位之連結與協助：

- a.通報單位須詳實紀錄正確的個案聯絡資訊，並務必先向個案表示日後將有訪視員進行訪視，說明關懷訪視的立意，減少拒訪發生。
- b.校園個案，若學校填寫之通報單資料不全，或以個資法為由拒絕提供個案資料，可委請衛生局了解並協調提供，必要時召開協調討論會議。
- c.若電訪數次被個案強烈拒絕，新北市的作法為轉介至公衛護士，轉介後即經督導討論後可結案，建議可將重心放在有意願接受幫助的個案。而衛生所公衛護士可利用「預防保健」系統查詢資料，提供個案健康檢查相關資訊，同時進行關心，亦藉由地緣之便，讓個案較容易願意接受關懷及協助。

5)完成關懷訪視員影音教材 8 堂課。

6)自殺通報個案關懷訪視員訓練課程光碟乙份：

為了讓未參加之訪視員也能參與此次研習課程，特編製光碟並提供，內容除含研習會課程外，另加入延伸閱讀資料(關懷訪視常見問題及解答、自殺防治系列手冊 12—心情溫度計、自殺防治系列手冊 15—關懷訪視指引、自殺防治系列手冊 24—重複自殺個案之關懷管理)，供訪視員自我學習與參考，以便隨時反覆瀏覽。

7)運用關懷訪視員專區：

持續運用關訪員專區平台，放置關懷訪視問題及解答、研習會課程等，並開放討論，利於訪員間互動交流、回饋意見及分享經驗，中心隨時提供協助。

8)成效評估：

(1)拒訪個案介入處置調查結果：

a.說明：本調查表針對關懷訪視員主觀感受所設計，回收共 109 份。問卷結果以是否參與共識營及是否閱覽課程光碟分四組進行分析對照。(詳如表 6-2-1)

b.結果摘要如下：

a) 整體而言，「參加共識營並閱覽課程光碟」者，及「僅閱覽課程光碟」者感到改善之成效明顯可見，其程度相較於「僅參加共識營」者及「未

參加共識營也未閱覽光碟」者高出許多，尤以「訪視整體作業之改善」及「溝通能力之提升」2項，感受到有改善者更接近九成或以上。

- b) 訪視整體作業之順暢度：感受到有改善在「參加共識營並閱覽課程光碟」者共為 87.5%，「僅閱覽課程光碟」者共 87.1%。
- c) 溝通能力之提升：感受到有提升在「參加共識營並閱覽課程光碟」者共為 91.7%，「僅閱覽課程光碟」者共為 90.4%。
- d) 整體拒訪情形之改善：感受到有改善在「參加共識營並閱覽課程光碟」者共為 62.5%，「僅閱覽課程光碟」者共為 72.6%。
- e) 面對拒訪個案信心度之提升：感受到有提升在「參加共識營及閱覽課程光碟」者共為 79.2%，「僅閱覽課程光碟」者共為 82.3%。
- f) 訪員挫折感之降低：感受到有降低在「參加共識營及閱覽課程光碟」者共為 75%，「僅閱覽課程光碟」者共為 58.1%。
- g) 原本拒絕訪視個案在經過處置原則關懷後接受訪視：感受到有改善在「參加共識營及閱覽課程光碟」者共為 79.2%，「僅閱覽課程光碟」者共為 69.4%。

表 6-2-1、拒訪個案介入處置調查結果

題目 N(%)	組別	一	二	三	四
		參加共識營 並閱覽光碟 N=24	僅參加 共識營 N=11	僅閱覽光碟 N=62	皆無 N=8
1. 訪視整體作業	更加順暢	1 (4.17)	0 (0.00)	3 (4.84)	0 (0.00)
	變得順暢	9 (37.50)	0 (0.00)	22 (35.48)	2 (25.00)
	稍微順暢	11 (45.83)	1 (9.09)	29 (46.77)	3 (37.50)
	不變	3 (12.50)	9 (81.82)	7 (11.29)	0 (0.00)
	未填	0 (0.00)	1 (9.09)	1 (1.61)	3 (37.50)
2. 溝通能力	提升許多	12 (50.00)	0 (0.00)	15 (24.19)	1 (12.50)
	稍微提升	10 (41.67)	3 (27.27)	41 (66.13)	4 (50.00)
	不變	2 (8.33)	7 (63.64)	6 (9.68)	0 (0.00)
	未填	0 (0.00)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)

表 6.2.1、拒訪個案介入處置調查結果(續)

3.整體拒訪情形改善	改善許多	5 (20.83)	0 (0.00)	6 (9.68)	1 (12.50)
	稍微改善	10 (41.67)	2 (18.18)	39 (62.90)	2 (25.00)
	不變	9 (37.50)	8 (72.73)	16 (25.81)	2 (25.00)
	未填	0 (0.00)	1 (9.09)	1 (1.61)	3 (37.50)
4.信心度	提升許多	6 (25.00)	0 (0.00)	9 (14.52)	0 (0.00)
	稍微提升	13 (54.17)	2 (18.18)	42 (67.74)	4 (50.00)
	不變	4 (16.67)	8 (72.73)	11 (17.74)	1 (12.50)
	未填	1 (4.17)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)
5.挫折感降低	有	18 (75.00)	2 (18.18)	36 (58.06)	3 (37.50)
	不變	6 (25.00)	8 (72.73)	25 (40.32)	2 (25.00)
	未填	0 (0.00)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)
6.原本拒絕個案接受訪視	是	5 (20.83)	0 (0.00)	6 (9.68)	1 (12.50)
	稍微	14 (58.33)	1 (9.09)	37 (59.68)	4 (50.00)
	不變	5 (20.83)	9 (81.82)	19 (30.65)	0 (0.00)
	未填	0 (0.00)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)

(2) 自殺通報個案受訪狀態分析：

為了解本次舉辦之自殺關懷訪視員訓練成效，故針對關懷訪視員在關懷自殺通報個案時之個案接受訪視率以及拒絕訪視率進行分析。

- a. 說明：由於訓練課程辦理時間為 5 月 2 日，故本次分析依訪視日期分為 1-5 月與 6-10 月兩個期間，比較前後之差異，並觀察本年度與前兩年之變化。
- b. 結果摘要如下：(詳見表 6-2-2)
 - a) 個案本人接受訪視之比率：2012 年 1-5 月為 30.7%，6-10 月為 31.1%，後期較前期增加 0.4%，2013 年 1-5 月為 31.4%，6-10 月為 31.6%，後期較前期增加 0.2%，2014 年 1-5 月為 28.5%，6-10 月為 30.5%，後期較前期增加 2.0%，增加之幅度明顯高於前兩年。
 - b) 個案本人拒絕接受訪視之比率：2012 年 1-5 月為 4.7%，6-10 月為 5.2%，後期較前期增加 0.5%，2013 年 1-5 月為 5.1%，6-10 月為 5.6%，

後期較前期增加 0.6%，2014 年 1-5 月與 6-10 月皆為 4.4%，前後期比較雖持平，但以年度來看則呈現下降之趨勢。

- c) 個案家屬拒絕接受訪視之比率：2012 年 1-5 月與 6-10 月皆為 2.0%，2013 年 1-5 月為 1.7%，6-10 月為 2.2%，後期較前期增加 0.5%，2014 年 1-5 月為 2.7%，6-10 月為 2.3%，後期較前期下降 0.4%，表示個案家屬拒訪率降低，且與前兩年相比下降幅度較多。

表 6-2-2、自殺通報個案受訪狀態分析表

期間 受訪狀態	2012年			2013年			2014年		
	1-5月	6-10月	增減	1-5月	6-10月	增減	1-5月	6-10月	增減
本人受訪率	30.7	31.1	0.4	31.4	31.6	0.2	28.5	30.5	2.0
本人拒訪率	4.7	5.2	0.5	5.1	5.6	0.6	4.4	4.4	0.0
家屬受訪率	27.5	24.7	(2.8)	25.1	25.0	0.0	26.0	25.9	(0.1)
家屬拒訪率	2.0	2.0	0.0	1.7	2.2	0.5	2.7	2.3	(0.4)
朋友受訪率	2.0	1.5	(0.4)	1.6	1.6	0.0	1.5	1.2	(0.3)
朋友拒訪率	0.2	0.1	(0.1)	0.2	0.2	0.0	0.2	0.1	(0.1)
其他人受訪率	7.4	5.5	(1.9)	5.6	6.0	0.4	9.8	7.8	(2.0)
其他人拒訪率	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0
未遇率	25.5	29.8	4.3	29.2	27.6	(1.6)	26.8	27.6	0.9

2. 檢討與建議

- 1) 拒訪個案介入處置措施焦點團體會議，關懷訪視員共同分享經驗作法，相當有助於對實務之瞭解。
- 2) 自殺通報個案關懷訪視員共識營為初階訓練，課程除提供線上學習外，並製作課程光碟及運用於關懷訪視員專區，增加學習可近性。
- 3) 自殺通報個案關懷訪視研討會，藉由分組討論，彼此分享經驗，反應良好。
- 4) 由調查結果及資料分析顯示，不管是主觀的感受或是客觀的數據，顯示關懷訪視員不論在親身參加訓練或自我學習均有助益；然而在這網路發達時代，因應節能減碳，數位學習網成為非常重要的角色，不僅可提供新知，並便於隨時閱覽及重複學習，與實體訓練相輔相成。
- 5) 有關寄送問卷予關懷訪視員，由於無強制力，問卷回收之數量未臻理想，須多次請託，才可達一定回收份數。
- 6) 建議與改善
有關拒訪個案介入處置，除訓練課程提升關懷訪視員技能，致力降低拒訪

率外，亦需各衛生局長官及相關資源之持續支持與合作，方能對於通報個案更有幫助。

五、附件

附件 6.2.1 關懷訪視經驗調查問卷結果

附件 6.2.2 自殺通報個案關懷訪視員共識營滿意度問卷結果

大型宣導活動-世界自殺防治日系列活動

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

國際自殺防治協會 (International Association for Suicide Prevention,IASP)和世界衛生組織(WHO) 自 2003 年開始共同推動，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，呼籲世界各國來共同重視自殺問題的嚴重性，為自殺去污名化，並且宣導「自殺是可以預防的」的觀念。

本中心與國際接軌，歷年皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，攜手推廣珍愛生命理念。今年持續規劃一系列宣導活動，呼籲社會大眾重視自殺防治的議題，推廣珍愛生命理念，喚起大家對於自殺防治議題的關心，並呼應今年度世界自殺防治日主題「自殺防治 全球串連」，期盼社會大眾發揮愛與關懷的守門人精神，與身邊的親友緊密連結，一起用愛網住寶貴的生命，呼籲大眾平時多關懷周遭的人們，在對方需要關心時伸出溫暖的雙手，陪伴他們渡過人生的低潮，看見生命的亮光。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 藉由舉辦世界自殺防治日系列活動，期民眾於活動參與中，認識世界自殺防治日之意義，並體認自殺防治的重要性，進而身體力行投入於自殺防治工作，達到「自殺防治，全民參與」的目標。
- 2) 結合政府單位及各民間團體，辦理各式自殺防治宣導活動，促進民眾心理衛生之觀念，呼籲社會大眾重視自殺防治議題。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開會議規劃及討論世界自殺防治日系列活動。
- 2) 依規劃期程辦理活動，透過各種管道發布消息活動資訊。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：1111 人力銀行、倫彥國際有限公司、中華民國自行車騎士協會、中心專家群、平面媒體、網路媒體及刊登訊息平台、廣播電台等。
- 2) 資源連結內容與形式：發布消息、新聞消息報導、活動支援、電話聯繫、公益託播、公益平面廣告、雜誌贈送、拜會及討論。

三、過程(Process)

1. 4月初草擬世界自殺防治日系列活動方向及內容，並經業務會議討論通過後執行。世界自殺防治日之相關系列活動包含：自殺防治四格漫畫徵件活動、電台專訪與廣播、國際性活動-單車繞世界、世界自殺防治日記者會、心情溫度計推廣與宣傳。
2. 依時序辦理各項活動：
 - 1) 「珍愛生命、希望無限」2014年自殺防治四格漫畫徵件活動：
 - (1) 5月1日活動簡章、報名表、著作財產權授權同意書完稿。將活動訊息以電子郵件發新聞稿致各家平面媒體，協助宣傳及推廣。
 - (2) 發布活動訊息於多元宣傳管道，運用新聞稿、公文、張貼訊息、中心網站訂閱電子報者、中心義工等，包括學校網站公告、網路新聞、各地教育處及衛生局、部落格及討論區、廣告平台、facebook專頁、刊登比賽訊息網站、及其他網站等。
 - (3) 6月11日啟動第二次宣傳，延請1111人力銀行協助於其官方網站公告訊息。寄發電子郵件請青少年團體、婦女團體、身障團體及珍愛生命守門人推廣之合作單位協助轉發及刊登網站公告。
 - (4) 6月30日截止收件，彙整所有投稿作品。並於7月17日完成評審審查作業，選出特優1名、優選2名及佳作5名。
 - (5) 8月4日公布得獎名單，邀請得獎者出席年會暨記者會接受頒獎。
 - (6) 8月31日為響應9月10日世界自殺防治日，經評審審查前10名之作品，公開在facebook珍愛生命打氣網進行人氣作品票選。
 - 2) 與廣播電台合作：
 - (1) 5月14日發文至23家廣播電台，邀請廣播電台公益合作自殺防治專訪。有興趣者包括警察廣播電台、下港之聲放送頭股份有限公司及高雄廣播電台。
 - (2) 8月15日計畫主持人李明濱教授錄製自殺防治公益宣導錄音，以國語、台語錄製了守門人宣導內容，以及臺大醫院協助錄製客語，共3種語言、4種版本的公益宣導錄音，文稿如下：

版1：三不五時，我們就要關心身邊的人，問他好不好，聽他說心裡的話，如果看他真的想不開，快點轉介給專家，做好一問、二應、三轉介，我們都是自殺防治守門人，有問題請撥安心專線：0800-788-995，請幫幫、救救我，全國自殺防治中心關心您。

版2：全世界，每40秒就有一個人自殺，自殺防治，需要你我的力量，用心聆聽，伸出援手，其實，你我都能成為自殺防治守門人。聆聽、陪伴，善用心理衛生資源，0800-788-995，請幫幫、救救我，全國

自殺防治中心關心您。

版 3：自殺防治需要你我的參與，用心聆聽、伸出援手，做好一問、二應、三轉介，你我都是自殺防治守門人，請善用安心專線 0800-788-995，請幫幫、救救我，全國自殺防治中心關心您。

版 4：生命，是不能倒走重來，當痛苦、煩惱無法解決時，不壓抑，不放棄，讓關心你的人，知道你此刻的心情，陪你走出陰霾，重新回到陽光，珍愛生命、希望無限，全國自殺防治中心關心您。

- (3) 8 月 26 日函文 23 家廣播電台，邀請協助自殺防治公益託播。
- (4) 8 月 31 日安排吳佳儀助理教授接受肯愛協會快樂電台專訪，與民眾進行分享自殺防治守門人的概念，也介紹心情溫度計的使用及自殺危險因子評估量表。
- (5) 9 月 9 日推薦臺灣自殺防治學會張家銘醫師接受高雄廣播電台專訪，談論自殺防治相關議題。
- (6) 9 月 9 日大臺北電台「臺北好幸福」節目邀請李明濱教授進行專訪，主題為「網路成癮與自殺防治之關連」。
- (7) 9 月份微微笑廣播網 9 家電台、飛碟聯播網 9 家電台、臺北廣播電台、內政部警政署警察廣播電台、臺中廣播股份有限公司、國立教育廣播電台、大千廣播電台股份有限公司、漢聲廣播電台、大眾廣播股份有限公司，共同響應自殺防治公益廣播。
- (8) 10 月 2 日寄送感謝函予合作電台。

3) 國際性活動-單車繞世界

- (1) 6 月 30 日於業務會議中提案，有關國際自殺防治協會(IASP)單車繞世界活動相關資訊及可運用之露出平台，決議後執行。
- (2) 7 月開始宣傳國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」活動，針對腳踏車騎士族群於中心網站、輪彥國際有限公司「單車誌」、YouBike 微笑單車網站刊登消息，也與臺灣憂鬱症協會、文藝走廊聯系、1111 人力銀行刊載活動消息，並發函至衛生福利部、各縣市教育局與衛生局，及發新聞稿於各網路媒體，同時以中心電子報及 facebook 珍愛生命打氣網進行宣傳。
- (3) 8 月 13 日拜會中華民國自行車騎士協會，與協會何麗卿秘書長洽談合作事宜，決議與中華民國自行車騎士協會共同舉辦「單車繞世界」單車活動兩場次，分別為 8 月 24 日(日)北海岸鐵馬騎跡深度遊與 8 月 30 日(六)燕子湖探訪水源鐵馬自然遊。
- (4) 9 月 11 日中午將總里程數彙整並上傳至國際自殺防治協會(IASP)活動網

站，並陸續以電子郵件方式寄送參加證書，且累積總里程數最多之前 50 位參加者以郵寄方式寄出雜誌社公益贊助之當期「單車誌」與「戶外探索」各一本。

4)世界自殺防治日記者會：

- (1) 6 月 30 日召開第一次討論會議邀請顧問專家共同參與，為響應世界自殺防治日主題「自殺防治 全球串聯」，決議以「攜手關懷 “網”救生命 傳遞希望」為主題，並於當日宣導心情溫度計 APP，及討論當天活動、議程、主持人及與 1111 人力銀行合作事宜，記者會地點於台大醫院國際會議中心 301 演藝廳。
- (2) 7 月 30 日召開第二次討論會議，記者會聚焦儀式討論會議，為呼應主題，儀式建議與「手機」及「網路」連結，於場勘後規劃細則。
- (3) 7 月 31 日與合作廠商至活動場地進行場勘並確認聚焦儀式流程，初步確定道具手機的樣式、尺寸及手機文稿，而後陸續討論與修正，於 8 月 25 日定稿。
- (4) 8 月 28 日召開第三次討論會議，與主持人確認當天流程、分工，確定規劃內容，內容包含聚焦儀式、發表電話調查資料(含分析民眾在網路成癮與情緒困擾間的問題)及漫畫徵件活動之頒獎典禮等。
- (5) 8 月 31 日辦理「世界自殺防治日」記者會，議程如表 7-1-1-1，並於當日發布會後新聞稿、活動照片給媒體記者及寄發當日活動訊息給會員、中心義工、電子報訂閱者。
- (6) 9 月 2 日寄送感謝函予出席貴賓。

表 7-1-1-1、「世界自殺防治日」記者會議程

時間	分鐘	內容	人員
13：30-14： 00	30	貴賓及媒體接待	
14：00-14： 05	5	致歡迎詞	台灣自殺防治學會 李明濱理事長
14：05-14： 20	15	貴賓致詞	衛生福利部邱文達部長 吳敦義副總統

表 7-1-1-1、「世界自殺防治日」記者會議程(續)

14：20-14： 30	10	啟動聚焦儀式	吳敦義副總統 李明濱理事長 貴賓代表
14：30-14： 45	15	自殺防治專題報告	台灣自殺防治學會 廖士程秘書長
14：45-14： 50	5	攜手相連 網救生命 四格漫畫比賽 頒獎	台灣自殺防治學會 李明濱理事長
14：50-14： 55	5	結語	台灣自殺防治學會 李明濱理事長
14：55-15： 00	5	媒體採訪與提問	

5) 心情溫度計推廣與宣傳：

(1) 6月於業務會議討論與臺北捷運站公司合作，申請擺放宣導摺頁(如圖 7-1-1-1)。



圖 7-1-1-1、心情溫度計宣導單張正、反面

(2) 8月1日向臺北捷運站公司申請擺放宣導摺頁共30站。

(3) 8月11日臺北捷運站公司回信，核准9月1日至9月10日擺放宣導摺頁：台北車站紅線及藍線出口、善導寺站、忠孝新生站、忠孝復興站、忠孝敦化站、國父紀念館站、市政府站、永春站、後山埤站、昆陽站、新埔站、江子翠站、西門站、小南門站、中正紀念堂站、台大醫院站、劍潭站、士林站、石牌站、北投站、淡水站，共22處供民眾自行取閱。

6) 8月初開始蒐集各地響應世界自殺防治日辦理之活動資料，包括基隆市、臺北市、新北市、桃園縣、彰化縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、花蓮縣及社團法人國際生命線台灣總會和財團法人法鼓山人文社會基金會，8月底翻譯成英文，於8月28日上傳至國際自殺防治協會(IASP)活動網站。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 「珍愛生命、希望無限」2014 年自殺防治四格漫畫徵件活動
 - (1) 活動執行於業務會議討論 3 次及專家會議 1 次。
 - (2) 徵件活動宣傳露出：網路露出總計 182 則、平面媒體 1 則以及寄發電子郵件給各個民間團體及義工總計約 17,210 封。
 - (3) 作品收件截止後，共有 161 人投稿，其中共 154 件作品符合報名資格，得獎作品共 8 件。
 - (4) 自殺防治四格漫畫 facebook 人氣票選活動，10 張參賽作品共有 545 個按讚數，其中第一名票數為 338 票。
 - (5) 得獎作品均刊載於世界自殺防治日大會手冊，中心亦從得獎作品中選擇一篇自殺防治守門人概念明確，且色彩明亮之作品，並印製於環保提袋作為自殺防治宣導使用，未來各獲獎作品將用於各項宣導。(如圖 7-1-1-2)



圖 7-1-1-2、大會手冊頁面及環保提袋

2) 與廣播電臺合作：

- (1) 共有 25 家電臺共同響應自殺防治公益宣導播出，另外飛碟聯播網為要求更錄音高音質，依文稿自行錄音播出。
- (2) 自殺防治相關主題專訪共 3 場，分別由李明濱教授、台灣自殺防治學會張家銘醫師、吳佳儀助理教授接受訪問。

3) 國際性活動-單車繞世界

- (1) 單車繞世界宣傳露出結果：網路露出 66 則、平面媒體 1 則以及寄發電子

郵件總計約 1,268 封。

(2) 單車繞世界活動，中心與自行車騎士協會合作舉辦 2 場活動：

a. 8 月 24 日「北海岸鐵馬騎跡深度遊」，於淡水捷運站後方廣場設置活動場地，由李明濱教授擔任開場致詞，宣揚珍愛生命理念並邀請此次挑戰 55 公里路程的熱血車友們擔任珍愛生命守門人，與中華民國自行車騎士協會何麗卿秘書長，共同鳴笛象徵活動啟動。此活動共有 735 人參與，而騎完全程後，有 130 位民眾現場主動至中心活動攤位上傳活動里程資料。

b. 8 月 30 日「燕子湖探訪水源自然遊」，由林素如主任帶領中心同仁至碧潭東岸廣場設立宣傳攤位，並宣揚珍愛生命理念，也邀請現場民眾擔任珍愛生命守門人，現場民眾反應熱烈。此次活動除各縣市單車社團外，也有全家人及小學生群組一同參與，而中心督導陳恆順醫師也不落人後，一家四口也到場挑戰此次 20 公里路程，共有 624 人參加，騎完全程後有 182 位民眾現場至活動攤位上傳活動里程資料。

(3) 另有 139 位民眾是透過平日上下班騎單車或是朋友們一起騎單車來響應活動，並將其里程數上傳至中心活動網站。

(4) 單車繞世界活動共計有 1,498 人參加，總里程數共 66,074 公里，近乎繞地球一圈半，經國際自殺防治協會(IASP)統計此次單車繞世界活動全球總計里程數為 196,282 公里，參與活動的國家前三名各為台灣 66,074 公里、墨西哥 63,591 公里、加拿大 20,193 公里。

4) 世界自殺防治日記者會

當天有來自各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表共襄盛舉，吳副總統已連續 4 年親臨訓勉，和與會嘉賓共同完成聚焦儀式；當中也進行四格漫畫頒獎儀式，並發送印有得獎作品之環保提袋給與會嘉賓，以利宣傳，也於會中宣傳心情溫度計應用程式(APP)。

(1) 召開內部及專家會議：共計 8 場。

(2) 當天出席人數：共約 300 人。

(3) 發布會前消息稿及會後新聞稿，詳見「與媒體互動、新聞監測及因應」章節。

(4) 宣導文宣發出：提袋、心情溫度計摺頁(綠版)、世界自殺防治日大會手冊、通訊 9-5 各 300 份。

(5) 媒體露出：新聞露出網路共 33 則，平面媒體共 1 則。

(6) 活動影片可至至 Youtube 的 TaiwanSOS 珍愛生命打氣頻道及 1111 人力銀行頻道中收看。

5) 心情溫度計推廣與宣傳：

放置宣導摺頁於臺北捷運站 22 處，共計發出 2,332 張。

- 6) 上傳訊息至國際自殺防治協會(IASP)網站：單車繞世界活動結果里程數以及世界各地自殺防治日系列活動資料。

2. 檢討與建議

- 1) 歷年徵件活動皆為徵文比賽，今年改採漫畫類型，乃考量四格彩色漫畫簡單的圖畫淺顯易懂，易於宣導。
- 2) 徵件活動提前於 5 月份開始，提前作業，以利從容運作活動之進行。
- 3) 參與國際性之「單車繞世界」活動，雖於 7 月開始籌畫，但在與騎士協會合作及共同努力下，不僅反應熱烈，且總里程數居各國之冠。
- 4) 建議與改善：

未來舉辦徵件時，雖考量多元類型，仍需以普遍性加以斟酌，以提升民眾參與度。

大型宣導活動—其他宣導活動

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺行為絕非單一因素所造成，而是源自於生物、心理、社會、文化及環境層面等因素彼此的交互作用，因此，自殺被視為是一個多面向的疾病。然而在新型態之全球性經濟萎縮、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺之風險，仍需密切注意。有鑑於此，為結合社會各界資源，擴大教育宣導功能，強化國人對「自殺防治，人人有責」的認知，因此結合相關民間團體，辦理大型自殺防治宣導活動。

根據本中心 2013 年對臺灣地區 15 歲以上民眾進行自殺防治的認知調查顯示，有情緒困擾的民眾達 7.3%，推估臺灣約有 134 萬人；然而令人欣慰的是，70.7% 的民眾表示贊同自殺問題是可以公開討論的，民眾近一年看過或聽過自殺防治相關資訊的比例也逐年上升，有 62.2% 的民眾表達自己對自殺防治工作可以貢獻心力，為歷年調查結果最高的一次，其中的 75.6% 表示會以關懷陪伴的方式協助對方，符合珍愛生命守門人理念當中關懷探詢、支持陪伴的精神。

自殺防治工作最大的力量來自於大眾，由政府主動宣導、協助只是自殺防治工作中的一環，更重要的是，要民眾的齊力配合才能真正得到自殺防治之效果，故建立雙向的自殺防治管道刻不容緩，因此對於一般民眾進行自殺防治宣導的確有其重要性與必要性。

所以，此次辦理大型活動之目標也在於補足未參與守門人相關課程之民眾，期透過活動的舉辦，除了讓民眾瞭解自殺防治之重要性外，也能提昇其對於自殺防治守門人之認知，進而達到國人做到「自殺防治，人人有責」之目標。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣「心情溫度計」，協助民眾於日常生活中，建立「自我心理健康管理」之習慣，並進一步協助他人行情緒困擾量測、關心情緒困擾議題，喚起民眾對於自殺防治工作的關注，藉此為自殺議題去污名化。
- 2) 建立一般民眾「珍愛生命守門人」的認知，並了解守門人的重要性，增進社會大眾對自殺防治的認識。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 與合作單位溝通活動事宜，規劃進行方式。
- 2) 研擬辦理活動之作業流程與內容，提請討論。
- 3) 著手活動前置作業及準備。
- 4) 透過中心網站及珍愛生命打氣網 facebook 傳遞活動訊息，並以義工新訊招募支援義工。
- 5) 辦理宣導活動，並依現場狀況機動性調整活動進行方式。
- 6) 於活動結束後，統計並評估活動結果。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、珍愛生命義工、世貿展覽場，吉興印刷品事業有限公司，財團法人臺灣快樂列車協會。
- 2) 資源連結內容及形式：設置心情檢測站、宣導品發放、推廣心情溫度計、活動支援。

三、過程(Process)

1. 2014 年「臺灣國際銀髮族暨健康照護產業展」展覽

- 1) 2 月 6 日衛生福利部來信調查年度參展事宜。
- 2) 3 月 11 日回覆告知可參與的展覽活動。
- 3) 5 月至 6 月間，規劃中心參展內容。
- 4) 5 月 20 日始邀請義工線上報名支援展覽活動。
- 5) 6 月 19 日至 21 日，設置「心情檢測站」宣導攤位，宣導珍愛生命理念，並教導民眾隨時測量自己的心情溫度，了解自身身心適應狀況。
- 6) 活動結束後，彙整檢測之 BSRS-5 量表與新加入義工資料，進行建檔及統計。

2. 2014「心所愛的文夏 YUAN 原音再獻」致敬演唱會

- 1) 5 月 19 日經中心顧問洽商主辦單位後，收集活動相關資訊並提案討論。
- 2) 6 月 23 日於業務會議上提案通過參與此次活動並規劃活動所需宣導品。
- 3) 6 月 26 日於演唱會入口宣導珍愛生命理念，邀請民眾隨時測量自己的心情溫度。

3. 2014 年「貢寮海洋音樂祭」活動

- 1) 5 月 19 日經中心顧問洽商活動後，中心搜集活動相關資料並提案討論。
- 2) 6 月 30 日於業務會議上提案通過參與本次活動並規劃活動所需宣導品。
- 3) 7 月 1 日始邀請義工線上報名支援活動。
- 4) 7 月 10 日至 7 月 13 日，設置「珍愛生命列車」宣導攤位，宣揚珍愛生命守

門人概念，歡迎民眾於珍愛生命打氣網打氣按讚，擴大宣導珍愛生命理念。

4. 「網路與自殺防治：挑戰與機會」國際學術研討會

- 1)為響應世界自殺防治日今年主題「自殺防治：全球串聯」，研討會特別以「網路與自殺防治：挑戰與機會」為宣導主軸。
- 2)2月26日邀請日本、韓國專家學者參與研討會並發表演講。
- 3)3月至8月陸續與日韓學者聯繫，安排住宿、機票等抵臺相關事宜，另同時邀請國內專家學者擔任主持人或主講人分享國內自殺防治情形。
- 4)3月25日始接受研討會學術性壁報投稿。
- 5)6月27日研討會壁報摘要投稿截止。
- 6)7月15日學會網站發布國際研討會訊息，並開放線上報名機制。
- 7)7月至8月進行日本、韓國學者演講資料投影片之翻譯
- 8)8月6日彙整講義資料，編製研討會手冊
- 9)8月22日公告與會名單，共352人，壁報投稿18篇。
- 10)8月28日發布採訪邀請函及新聞稿予各家媒體。
- 11)8月31日辦理研討會並於會後發新聞稿。

5. 2014年「失智症主題展」展覽

- 1)9月2日收到衛生福利部來信通知參展事宜
- 2)9月3日至9月13日期間，規劃中心參展內容。
- 3)9月5日始邀請義工線上報名支援活動。
- 4)9月13日至9月14日，設置「心情檢測站」宣導攤位，以四格漫畫徵件活動的參加作品做為攤位佈置，與義工一同邀請現場民眾隨時自我檢測自己的心情溫度，了解自身身心狀況，並進行「珍愛生命義工」招募。
- 5)活動結束後，彙整檢測之BSRS-5量表與新加入義工資料，進行建檔及統計。

6. 2014年「南臺灣生物技術展」展覽

- 1)2月6日衛生福利部來信調查參展事宜，並於3月11日回覆可告知參與的展覽活動。
- 2)9月10日衛生福利部告知日期異動及相關事宜。
- 3)9月至10月間，規劃中心參展內容提案討論後，仍與高雄市立凱旋醫院合作，並重新編輯加入心情溫度計APP於展示海報中。
- 4)9月28日始邀請義工線上報名支援活動。
- 5)10月17日至10月20日，設置「心情檢測站」宣導攤位，宣揚珍愛生命理念，並邀請民眾透過心情溫度計了解身心狀況，並進行「珍愛生命義工」招募。

- 6)活動結束後，彙整檢測之 BSRS-5 量表與新加入義工資料，進行建檔及統計。
7. 2014 第九屆「熱愛生命 讓愛飛揚」愛心義賣暨社會宣導園遊會
- 1)11月14日收到社團法人臺灣快樂列車協會來函邀請參與愛心園遊會活動。
 - 2)11月24日於業務會議上提案通過參與本次活動
 - 3)11月底規劃活動所需之文宣品、設計互動遊戲，並邀請中部義工到場支援。
 - 4)12月14日，將以「心情檢測站」宣導攤位，宣導珍愛生命理念，邀請民眾自我測量心情溫度，同時推廣珍愛生命守門人概念及心情溫度計 APP，並於現場招募義工。並於活動結束後，進行問卷建檔及統計。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 2014 年 2014 年「臺灣國際銀髮族暨健康照護產業展」展覽
 - (1) 為期 4 天，總計有 16 名義工支援現場活動，展場現場民眾反應熱烈，對於心情溫度計表示願意協助推廣，也與中心同仁反應自殺防治對於社會的重要性。
 - (2) 心情溫度計檢測回收共 729 份，其中 64 位願意加入義工行列，加入臉書「珍愛生命打氣網」者共 27 人。
 - (3) 共計發出通訊 6-4 期 255 份、通訊 7-1 期 200 份、BSRS-5 摺頁 415 份、老人自殺防治單張 374 張、L 夾 42 個、電話造型夾 74 個、擦擦布 600 個。
- 2) 2014「心所愛的文夏 YUAN 原音再獻」致敬演唱會
中心同仁於演場會入口擺設宣導攤位，並與聽眾互動熱絡，共發送 897 支心情溫度計扇子供民眾使用，同時宣導自我量測心情溫度計。
- 3) 2014 年「貢寮海洋音樂祭」活動
為期四天，共有 3 位義工支援活動，但考量民眾為戲水方便而穿著簡單，不方便攜帶文宣品，故攤位主要為宣導珍愛生命守門人概念，而現場雖有邀請民眾至珍愛生命打氣網打氣按讚，可是因頻寬不足而造成無法上網或並未隨身攜帶手機，另因天候炎熱，民眾大都至海邊戲水，導致此次活動宣導有限。
- 4)「網路與自殺防治：挑戰與機會」國際學術研討會
 - (1) 國際學術研討會會議手冊(詳見附件 7.1.2.1)
 - (2) 當日參與人員 352 名、壁報論文共 18 篇。
 - (3) 發放文宣品：「網路與自殺防治：挑戰與機會年會暨學術研討會」手冊 338

本、通訊 9-3 316 份、心情溫度計捲筆 328 支、環保袋 311 個、心情溫度計單 365 張。

5) 2014 年「失智症主題展」展覽

- (1) 為期 2 天的活動，總計有 7 位義工支援現場活動，現場民眾除對於珍愛生命守門人理念表示贊同，亦會進入攤位內部參觀四格漫畫徵件作品，且透過現場同仁及義工對於心情溫度計的推廣，皆願意使用心情溫度計捲筆及協助推廣。
- (2) 心情溫度計推廣回收 201 份，共有 36 位願意加入珍愛生命義工行列。
- (3) 共計發出老人自殺防治宣傳單張 94 張、心情溫度計捲筆 67 隻、心情溫度計扇子 203 隻

6) 2014 年「南臺灣生物技術展」展覽

- (1) 為期四天的活動，總計有 3 位義工支援現場活動，現場民眾熱情參與活動，與工作人員互動良好。
- (2) 心情溫度計回收 586 份。
- (3) 共計發出心情溫度計扇子 200 支、L 夾 200 份、心情溫度計捲筆 250 份、擦擦布 250 份、心情溫度計宣傳折頁 400 份。

7) 2014「熱愛生命 讓愛飛揚」愛心園遊會

- (1) 活動為期一天，總計有 1 位義工支援活動。
- (2) 總計發出擦擦布 168 份、心情溫度計捲筆 67 支。

2. 檢討與建議

- 1) 義工建議活動上可搭配實用性高的宣導品，供民眾於日常中使用且可協助推廣。
- 2) 展覽參與民眾回饋良好，認為宣傳攤位溫馨又有意義。亦有民眾反映對於通訊網上有大大的「自殺」字眼感到不舒服，但都認為珍愛生命守門人及心情溫度計的推動是非常有意義而且必須的。

3) 建議與改善

- (1) 未來在宣導品設計上增加親和度、活潑感及實用性，兼顧民情及教育宣導。
- (2) 貢寮海洋音樂祭攤位雖可向年輕族群推廣珍愛生命理念，但礙於場地及活動性質無法發放文宣或運用網路等，故宣傳效果不如預期，日後宜多元考量及審慎規劃。。

五、附件

附件 7.1.2.1 「網路與自殺防治：挑戰與機會」國際學術研討會會議手冊

自殺防治中心網站之維護及宣導

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

過去自殺連續 13 年列入國人十大死因，在政府與民間持續共同努力下，於 2010 年首次退出國人十大死因，至 2012 年仍維持在國人十大死因之外。全國自殺防治中心除致力於協助各縣市推動自殺防治與連結各網絡，促進改善自殺通報關懷流程、廣為推動自殺防治守門人等等之外，仍希望能藉由網際網路無國界的特性，透過網站活潑性宣導推廣之功效、順利的將「自殺防治、人人有責」的觀念，深植於人們的心中；而最終的目標仍希望透過社會中每一份子的力量，有效的降低國人自殺死亡率、提升國人心理健康。

近年因網際網路的使用率已達普及，並正式躍升為臺灣主流媒體之一，是所有媒體中成長最快速的新興媒體；因此透過中心網站、數位學習網及其它社群網絡的傳播，提升了中心在網際網路上的能見度，除能突破地域性的限制外，讓民眾取得相關資訊更為迅速與容易。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1)以宣導自殺防治觀念為主軸，輔以人性化的友善使用介面，充實網站上資訊的豐富度，提供多元化的資訊，期望能提升社會大眾對自殺防治議題的接受度。
- 2)加強網站與民眾間的互動性，透過網站介面的活潑化，引起更多民眾的注意，讓自殺防治觀念能以更淺顯易懂的方式傳達出去，達到潛移默化的效果。
- 3)透過網網相連，整合政府及民間資源，建立面面俱到的自殺防治網絡，提供民眾全方位自殺防治教育資源，發展更多的創新多元化服務。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)本年度網站維護作業，持續定期更新自殺防治相關統計數據及宣導資訊。
- 2)建立中心網站英文版介紹頁面，促進國際對中心之認識與交流。
- 3)建立中心網站電子書頁面，同時持續引用 issuu 線上閱讀功能，提升宣導品線上閱讀之便利性。
- 4)建立心情溫度計介紹頁面，結合中心影音頻道，促進心情溫度計認識及推

廣。

- 5)持續結合臉書(facebook)「珍愛生命打氣粉絲團」，共同發布相關訊息，強化宣導程度。
- 6)持續運用各種免費軟體與平台，進行網站改善與提升，包括：使用 google 雲端功能進行特定活動之線上資料收集；使用 Google Analytics 了解進入網站的訪客使用情況及關鍵字搜尋情況。
- 7)由於網際網路影音平台技術漸趨成熟，出現了許多可供全民上傳影片及視頻分享的網站，其中以 YouTube 網站最為大眾歡迎，影響力最為廣泛；中心活用此通路，供民眾觀賞並分享，提升短片的能見度。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、衛生福利部、臺北市政府衛生局、臺北市社區心理衛生中心、新北市政府衛生局、基隆市政府衛生局、桃園縣社區心理衛生中心、桃園縣政府衛生局、新竹市生命線社區心理衛生中心、新竹市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市社區心理衛生中心、臺中市政府衛生局、彰化縣政府衛生局、彰化縣社區心理衛生中心、南投縣政府衛生局、雲林縣政府衛生局、雲林縣社區心理衛生中心、嘉義市政府衛生局、嘉義縣政府衛生局、嘉義縣社區心理衛生中心、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣政府衛生局、臺東縣政府衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣政府衛生局、連江縣政府衛生局、國防部軍醫局-國軍自殺防治中心、心靈園地、張老師全球資訊網、健康九九網、臺灣憂鬱症防治協會、董事氏基金會心理衛生組、教育部健康醫學學習網、衛生福利部全國愛心關懷網、Google 雲端硬碟、Google Analytics、Issuu 電子書平台。
- 2)資源連結內容及形式：網路連結、消息發布、宣導品上架及程式運用等。

三、過程(Process)

1. 網站資料更新及維護：

- 1)定期發佈網站消息，如中心主辦之活動、記者會、研討會、新聞稿及其他單位活動轉發等相關訊息。
- 2)持續更新網站資料：
 - (1)3月增修「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「研究調查」資料。

(2) 9月增修「研究調查」、「防治主題館」資料。

3) 宣導品之上傳：

(1) 1月上傳自殺防治網通訊—第八卷第四期。

(2) 3月上傳「老人自殺防治—自殺新聞事件的省思」。

(3) 4月上傳自殺防治網通訊—第九卷第一期。

(4) 7月上傳「殺子後自殺事件之防治」。

(5) 7月上傳自殺防治網通訊—第九卷第二期。

(6) 9月上傳自殺防治網通訊—第九卷第三期。

(7) 10月上傳「雨過天晴心希望」、「擁抱生命逆轉勝」。

(8) 配合衛生福利部改制，於3月進行自殺防治系列手冊3至24封面及數據更新，並於5月更新宣導品之組織名稱，含海報3式、2010年摺頁、2011年摺頁、小卡、貼紙等共5項。檔案同步更新至中心網站宣導品專區。

4) 網站資訊安全維護：

(1) 每月底定期進行資料庫備份。

(2) 6月續購網域名稱(<http://tspc.tw/>)。

5) 每月更新「自殺防治講座消息讚」：

(1) 提供全國各縣市自殺防治講座消息之上傳平台，並每月底前更新自殺防治相關之演講、研討會、教育訓練等消息。

(2) 於6月寄送電子信函至各地相關單位，含縣市衛生局、縣市生命線及臺灣憂鬱防治聯盟，加強宣導此平台之功能。

2. 運用免費軟體協助網站作業：

1) 使用google雲端硬碟建立相關活動資料：

(1) 每月「珍愛生命守門人—義工在地動起來」資料回饋。

(2) 不定期「珍愛生命數位學習網—課後評估表」資料回饋。

(3) 不定期「自殺防治講座消息讚」資料回饋。

(4) 不定期「網路使用與身心健康調查」資料回饋。

(5) 不定期「敬邀及謝謝您加入珍愛生命義工行列」資料回饋。

(6) 不定期「自關員訓練課程光碟閱後意見回覆表」資料回饋。

(7) 3月「回顧102展望103—全國自殺防治中心計畫說明會」線上報名。

(8) 4月「自殺通報個案關懷訪視員共識營」線上報名。

(9) 5月「PGY畢業後一般醫學訓練課程光碟運用推廣意見表」資料回饋。

(10) 5月提供「PGY社區醫學：自殺防治」課程雲端下載服務。

(11) 6月提供「關訪員共識營」課程雲端下載服務。

(12) 7月至8月「2014臺灣自殺防治學會年會暨學術研討會」線上報名。

- (13)10月「2014自殺通報個案關懷訪視研討會」線上報名。
- (14)10月至12月「全國自殺防治中心-自殺防治系列手冊意見回饋表」資料回饋。
- 2)Google Analytics工具：觀察網站訪客使用情形，以利提供後續網站可改變或利用的方向。
3. 中心網站「自殺防治討論版」管理與回應：
為提供民眾互動、抒發心情及求助的管道，也讓想鼓勵別人走出難關的網友，透過這個平台，可以幫助更多的人；其中也吸引不少熱心民眾幫忙回應相關訊息，提供社會上人與人之間的溫馨，中心持續每日監測並適時回應幫助求助民眾。
- 1)討論版監測流程：原則上，由中心當日值日生負責當日新增留言的監測，當發現高危險群上來留言時，需在24小時內與主管討論，本著同理心的原則，給予回應及關懷後，持續監測後續留言，完成後並填寫「求助處置紀錄單」，記錄處理流程，也留下寶貴的處理經驗。
- 2)討論版管理規則：中心網站管理者每天會定時上討論版瀏覽，針對違反版規之留言進行適當處置，以維持討論版的秩序及品質。
4. 中心公用電子信箱：
每週不時會有民眾寫信給中心，向中心求助或希望中心提供意見，亦有許多本著守門人概念的民眾，通報個案予中心，每日由該日值日生即時給予回饋並持續關懷，之後視繁複程度書寫「求助處置紀錄單」，完整紀錄處理之流程。
5. 協助設計義工新訊(不定期)版面及在地動起來回覆(每月)之程式套用。
6. 其他內容增修：
- 1)1月至3月中心手冊電子化，協助重新設計排版中心手冊為電子書版本。
- 2)3月建立中心網站英文版簡介頁面，含中心英文版簡介及中心發表之論文，並提供英文版心情溫度計(簡式健康量表)線上檢測服務。
- 3)3月建立網路使用與身心健康檢測頁面，名稱定為「網路成癮檢測站」，頁面標題為「你被網住了嗎？」，提供網路成癮線上檢測服務及健康使用網路指引；10月於網站首頁建立圖標連結，以助頁面露出且有利於民眾使用。
- 4)4月建立中心網站電子書平台，名稱定為「自殺防治圖書館」，提供中心出版之電子書，含自殺防治系列手冊28冊及自殺防治網通訊37期，結合雲端概念，提供民眾體驗多元閱讀管道；同時於網站首頁建立圖標連結，有助於頁面露出且有利於民眾利用。
- 5)4月建立心情溫度計介紹頁面：名稱定為「心情溫度計專區」，包含心情溫

度計文字與影片介紹、相關文獻應用，並提供線上檢測服務；同時於網站首頁建立圖標連結，以助頁面露出且有利於民眾使用。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 中心網站流量統計：截至 2014 年 12 月 5 日，累計訪客總數為 36,556 人次，總參觀次數為 48,178 人次，瀏覽網頁數為 70,257 頁。
- 2) 定期發布「最新消息」及「最新宣導品」，本年度總計共發佈 51 則消息。
- 3) 網站電子報目前累積訂閱人數為 8,169 人，不定期寄發電子報。
- 4) 自殺防治消息讚統計：2014 年 1 月至 2014 年 12 月，累計各縣市自殺防治講座共 36 則。
- 5) 自殺防治網站討論版：今年度發表則數累計 62 則，回應則數累計 134 則；留言內容以「壓力困擾」及「情感抒發」為大宗，其次為鼓勵交流，而少數有自殺意念之留言，中心均進行關切並持續追蹤。
- 6) 線上資料收集：使用「google 文件—表單功能」收集資料之活動共 12 場，總計收集 6,891 筆資料。
- 7) 中心公用電子信箱求助信件：今年度處理的求助信件共 17 件；其中自己求助的共 6 件，為他人求助共 7 件，總統府轉介共 4 件。
- 8) 「義工新訊」及「義工在地動起來」今年度總計寄發 41 則電子郵件予義工朋友，共 16,049 人次。

2. 檢討與建議

- 1) 在現有網頁架構下，持續運用圖標及首頁位置建立頁面連結，以強化特定自殺防治專案之推廣。
- 2) 由於新網址的建立，持續強化與其它網站間的網網相連及多元化的宣傳，以增加中心網站的曝光率，讓更多人接觸到自殺防治的訊息。
- 3) 中心網站於 2005 年成立 12 月成立，期間經歷兩次改版，現在版本為 2008 年 3 月完成，但隨著時間的變遷，資訊技術不斷進步，網站設計與功能的使用已不敷所需且受限頗多，諸如：無跨瀏覽器、不支援新版語言(HTML5、JavaScript)、不易以行動裝置瀏覽等問題。
- 4) 建議與改善：

若能編列預算重新設計網站，增加網站設計與功能的擴充彈性，並達到跨瀏覽器及手機瀏覽之能，同時運用新版網頁語言，提供即時與活潑的資訊呈現，如此提升民眾使用之方便性及造訪後的返回率，進而促進珍愛生命理念更廣泛之宣導。

雲端數位學習平台之維護與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

近年因網際網路使用率逐漸普及，加上雲端時代的來臨，數位學習科技之快速發展，逐漸影響教學的觀念認知及資訊科技的素養，現今的學習模式將面臨新一波改變的契機。有鑑於此，為提升珍愛生命教育訓練之方便性、自由性及廣泛性，本學會自 2009 年起籌畫建構「珍愛生命數位學習網」，供一般民眾與專業人員可上網學習自殺防治相關知識之數位平台。目標以建構優質網路學習環境，激發一般民眾及專業人員之學習動機，進而傳達自殺防治、人人有責及自殺防治守門人 123 之概念。

2012 年底首度與全國醫師公會全聯會及富邦集團所屬凱擘大寬頻跨業結盟，結合醫療衛生保健知識與數位匯流，首創跨足網路、電視、數位之健康雲端平台，推出全國第一個由民間機構打造的「國民健康雲」，透過數位匯流與雲端整合科技專業、數位內容製作能力，及服務全國百萬家庭用戶基礎，讓所有民眾只要輕鬆利用電腦、平板及智慧型手機或安裝在家中電視隨選隨看。

2013 年擴大辦理，積極整合本學會過去針對各年齡層、不同的族群及議題錄製之影音課程，挑選合適影片放置於「珍愛生命專區」，除了充實影音課程外，亦提供更多元化的學習內容，供民眾隨時查詢並選看自殺防治最新影音。此外，將結合中華民國醫師公會全聯會推出之常態性專訪衛教節目，如「名醫相隨」，經由精神科醫師深入淺出的專業介紹及剖析各種精神相關疾病徵兆與預防方法或是自殺防治相關概念，讓全民對自殺防治的概念更瞭解，將守門人 1 問 2 應 3 轉介之概念傳播到各個角落，落實自殺防治人人有責之精神。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 以中心宣導珍愛生命觀念為主軸，透過雲端行動數位科技的管道，提升數位學習資訊的多元化及豐富度，期望社會大眾在自殺防治的議題上，能更深入了解。
- 2) 透過網網相連，針對政府單位及民間團體等等不同對象，進行數位資源共享，對外延伸出更完善的雲端學習網絡，發展出創新及多元化學習。
- 3) 提升數位影音的質與量，透過影片錄製品質的改進及拍攝技術的提升，期

望引起民眾的興趣，讓珍愛生命數位學習更活潑易懂，達到潛移默化的效果。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 雲端數位服務：自 2011 年 5 月珍愛生命數位學習網轉移至中華電信 HiCloud 雲端服務後，2013 年 9 月全國自殺防治中心之官網亦正式納入雲端服務之一員，除了網站的穩定性和安全性的提升，在擴充性上也更有彈性。再加上凱擘大寬頻的結盟，與 YouTube 頻道的成立，整體雲端學習系統將更加便利。

2) 影音課程之製作與評估流程：

- (1) 選擇主題之課程講座，使用 powercam 軟體進行現場影像與簡報錄製(供數位學習網)；同時，使用數位攝影機將現場影像，以 HD 畫質方式錄製(供凱擘大寬頻及 Youtube 頻道)。
- (2) 錄製完成後，針對錄製檔案內容進行編輯增修。
- (3) 最後由同仁長官評估修正後，將最終版本上傳至數位學習平台，供點選學習。



3) 凱擘大寬頻合作：

- (1) 過去提供給凱擘大寬頻之 HD 影音，均由 powercam 轉檔為影片格式後，進行剪輯，並提供凱擘大寬頻進行上架事宜。
- (2) 自 2013 年 4 月起，改為使用數位攝影機將現場影像，除 powercam 格式外，同時以 HD 高畫質格式錄製，在進行剪輯後提供凱擘大寬頻進行上架事宜。

4) 數位學習網維護及推廣：

- (1) 持續上傳與建立珍愛生命數位課程及媒體影音。
- (2) 透過 XMS 平台管理專業人員認證課程的修習情況與推展成效。
- (3) 多元管道之連結與推廣：
 - a. 主動與相關專業人員公會單位合作，提供線上學習與積分認證之服務。
 - b. 結合其他機構內數位學習平台，進行數位課程授權，提供機構人員網內學習。
 - c. 手冊電子化，推廣至雲端平台：將過去出版刊物電子化，與其他電子書

平台合作雲端連結。

5) YouTube 雲端推廣：由於網際網路影音平台技術漸趨成熟，出現了許多可供全民上傳影片及視頻分享的網站，其中以 YouTube 網站最為大眾歡迎，影響力最為廣泛；中心持續活化此通路，供民眾觀賞並分享，提升影音的能見度。

- (1) 透過 YouTube 品牌頻道功能，建立「珍愛生命影音頻道」之平台網站。
- (2) 中心影音進行剪輯後，依據影片類型上傳至不同播放清單。
- (3) 運用 YouTube 影片內宣傳規劃：於影片播放時新增品牌浮水印及精選影片推薦。
- (4) 運用 YouTube 頻道推廣工具：依其規定剪輯廣告後上傳，YouTube 將挑選適合用戶進行廣告推播。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺灣數位科技、凱擘股份有限公司、公務人員終身學習入口網、衛生福利部繼續教育積分管理系統、中華電信、中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣家庭醫學醫學會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、內政部網路大學、中華郵政 e 大學、臺北 e 大、行政院人事行政總處公務人力發展中心-e 等公務園學習網、嘉義縣政府-C.C.S 人事服務平台、臺南市政府公務人力發展中心-e 學補給站、高雄港都 e 學院；YouTube 影音平台。
- 2) 資源連結內容及行式：技術之支援、專業人員教育積分認證、學習平台之推展、Hicloud 雲端伺服器服務等。

三、過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

1) 數位學習網維護及推廣：

- (1) 今年度數位學習網新增影音清單及上架時間依序如表 7-3-1。

表 7-3-1 新增影音清單

上架時間	課程名稱
Level_1 一般 課程	2014.05.08 2014 臺灣自殺防治工作策略及現況—廖士程醫師
	2014.06.10 關訪員之壓力與管理-楊聰財醫師
	2014.07.01 談校園之情緒管理與壓力調適— 劉惠玲護理師
	2014.07.01 自殺防治守門員課程—張清棅醫師
	2014.08.08 身心障礙者之心理健康促進(認識壓力與精神健康促進)—張立人醫師
	2014.08.08 心理健康促進基礎篇—陳宜明醫師

表 7-3-1 新增影音清單(續)

上架時間	課程名稱
Level_2 一般專業人員	2014.08.22 多元性別者之心理健康—簡意玲醫師
	2014.08.22 身心障礙者之心理健康促進(身心障礙者如何促進精神健康)—張立人醫師
	2014.08.22 學齡期之心理健康促進—陳俊元醫師
	2014.08.28 青年期之心理健康促進—高維治醫師
	2014.08.28 中年期之心理健康促進—林建亨醫師
	2014.08.28 老年期之心理健康促進—陳錫中醫師
	2014.08.28 壯年期之心理健康促進—杜恩年醫師
	2014.09.12 全國自殺防治中心十年回顧—廖士程醫師
	2014.09.12 網路自殺防治：臺灣現況-廖士程秘書長及林素如主任
	2014.10.14 自殺高風險個案篩選及防治實務—鄭宇明醫師
	2014.10.14 使用木炭自殺之後遺症，認識一氧化碳中毒—楊錚宜醫師
	2014.10.14 遠離憂鬱，你我都做得到—楊錚宜醫師
	2014.12.05 辨識與危機處理技巧—鄭宇明醫師
	2014.05.08 自殺者親友之關懷與溝通技巧-蕭雪雯社工師(內容修正)
	2014.05.16 關懷訪視之溝通技巧—廖士程醫師
	2014.05.16 關懷訪視實務與困境—楊晴雅關訪員
	2014.05.19 拒訪個案之處置措施與成效評估—張家銘醫師
	2014.05.22 【PGY】1.談 PGY 課程的重要性(內容修正)
	2014.05.22 【PGY】2.國際及臺灣自殺現況-廖士程醫師(內容修正)
	2014.05.22 【PGY】3.全國自殺防治策略與實務-廖士程醫師(內容修正)
	2014.05.22 【PGY】4.珍愛生命守門人-廖士程醫師(內容修正)
	2014.07.09 關訪員危機處理、轉介技巧與資源連結—蘇柏文醫師
	2014.09.12 網路成癮與自殺防治：網路成癮之處遇—王智弘教授
	2014.09.12 網路成癮與自殺防治—陳淑惠教授
	2014.11.12 拒訪個案之處置措施與成效評估—張家銘醫師
	2014.11.12 重複自殺個案之樣態分析與處置建議—吳佳儀助理教授
	2014.11.13 關懷訪視個案之危機處理與轉介—姜丹榴技正
Level_3	2014.08.28 醫師!我怎麼了音樂醫學-音樂演奏教學的新典範—Prof. Sang-Hie Lee

表 7-3-1 新增影音清單(續)

上架時間	課程名稱
Level_3 心理衛生專業人員	2014.08.28 調和身心以改善音樂家健康與演奏表現—Dr. John Chong
	2014.09.25 Internet and youth suicide in Japan—dr.Kenji KAWANO
	2014.09.25 Internet & Suicide : How can internet relate to suicide in Korea-Prof.Jong-Ik Park
媒體訪談	2014.09.04 2014 電台公益託播宣導錄音檔
	2014.09.04 (快樂聯播網)吳佳儀助理教授談「自殺防治守門人」
記者會實錄	2014.09.26 1030831「2014 世界自殺防治日」記者會實況，歡迎大家觀賞

(2) 為提升數位學習課程之閱讀品質及可讀性，進行下列規劃：

- a.為提升課程的質與量，由中心顧問指導拍攝技巧，如拍攝前置準備時先行測試現場環境；並將錄製課程流程數位化，製作課程錄製 SOP 教學影片，以利業務之傳承及品質之確保。
- b.持續針對每堂數位課程內容，設計課程簡介(preview)，期待透過圖文的介紹，提升學員學習之動機與效益，相關示意如圖 7-3-1。



圖 7-3-1 課程簡介(preview)示意圖

- c.為加強數位學習課程閱覽之方便性，持續定期更新首頁「新課上架跑馬燈」及「網站導覽」；其中網站導覽以頁籤方式呈現「課程介紹」、「認證課程」、「使用流程」、「網站地圖」及「認識義工」。課程介紹部份，特別根據課程之內容，以樹狀主題式之架構進行歸類，期待學員更能有系統的學習。

(3) 多元管道之連結與推廣：

- a.持續強化專業人員珍愛生命的理念與增進學習之可近性：除了護理人員、藥師、醫師、家醫科醫師之外，於 9 月新增諮商心理師之認證課程。

- b.增加認證課程：進行學分認證課程之擴充，於1月、7月、11月新增護理人員課程、於9月新增藥師課程、於11月新增醫師課程、於2月、11月新增家醫科醫師課程，提供多元的修課方向。
- c.為提供珍愛生命義工自我學習的管道，於10月份設立「義工基礎訓練課程」，包含「珍愛生命守門人」及「善用心情溫度計 助己又助人」。
- d.「珍愛生命數位學習網」與其它機構內部數位學習平台連結，提供課程內容之授權，授權課程清單如表7-3-2。2013年已與中華郵政e大學、內政部網路大學、臺北e大合作，2014年持續新增合作平台如下：1月為高雄港都e學院、臺南市政府公務人力發展中心-e學補給站；2月為行政院人事行政總處公務人力發展中心-e等公務園學習網、嘉義縣政府-c.c.s人事服務平台。

表 7-3-2 授權課程清單

課程名稱	講師	長度
珍愛生命守門人1問2應3轉介	李明濱醫師	60分鐘
壓力管理與自殺防治	李明濱醫師	106分鐘
珍愛生命、樂活職場	劉惠玲護理師	57分鐘
珍愛生命守門人-校園	劉昀玲心理師	50分鐘
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計	朱柏全醫師 及李明濱醫師	62分鐘
自殺者親友之後續支持	蕭雪雯社工師	33分鐘
自殺者親友之關懷與溝通技巧	蕭雪雯社工師	49分鐘

- e.各個合作學習平台之學員修課相關回饋數據如表7-3-3。

表 7-3-3 合作平台學員修課回饋數據

	課程 名稱	珍愛生命守 門人1問2 應3轉介	壓力管 理自殺 防治	珍愛生 命樂活 職場	珍愛生 命守門 人-校園	自殺防治憂 鬱症及心情 溫度計
e學 補給站	選課數	6272	6458	6421	6235	6293
	完修數	4424	4572	4446	4085	4134
e等公務 園學習網	選課數	1208	1605	2399	1638	1748
	完修數	1059	1360	2025	1419	1494
臺北e大	選課數	2261	6031	2146	1849	2331
	完修數	1470	4131	1369	1212	1505
中華郵政 e大學	選課數	42	42	44	39	43
	完修數	42	41	44	39	43

表 7-3-3 合作平台學員修課回饋數據(續)

	課程 名稱	珍愛生命守 門人 1 問 2 應 3 轉介	壓力管 理自殺 防治	珍愛生 命樂活 職場	珍愛生 命守門 人-校園	自殺防治憂 鬱症及心情 溫度計
內政部網 路大學	完修數	3	4	4	3	6
C.C.S 人事 服務平台	點閱 次數	97	70	39	54	62

f. 高雄港都 e 學苑之學員修課相關回饋數據如表 7-3-4。

表 7-3-4 港都 e 學苑之學員修課回饋

課程名稱	選課 人數	完修 人數
珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	287	214
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計-朱柏全、李明濱醫師	590	388
珍愛生命、樂活職場-劉惠玲護理師	630	437
珍愛生命守門人-校園-劉昀玲心理師	333	239
自殺者親友之後續支持-蕭雪雯社工師	188	151
自殺者親友之關懷與溝通技巧-蕭雪雯社工師	219	169

g. 文宣手冊電子化，推廣至雲端平台：於 2013 年 10 月，決議文宣手冊以電子形式發行，由中心授權無償推廣至電子書露出平台。合作平台包括國家圖書館-電子書刊送存閱覽服務系統、國立公共資訊圖書館電子書平台、凌網科技公司、遠通科技股份有限公司之電子書平台。另外，可自行上傳之平台有亞米多雲端圖書館與 Pubu 電子書城。2014 年 1 月與華藝數位股份有限公司簽約合作、7 月與漢珍數位圖書股份有限公司合作。

2) YouTube 影音平台之應用：

- (1) 上傳至 YouTube 的影片，持續以連結的方式嵌入至中心數位學習網中，分擔學習網主機之流量負擔。
- (2) 2 月利用 YouTube 影片內宣傳規劃，於影片播放時之頁面(右上角)新增全國自殺防治中心 Logo 及精選影片推薦。
- (3) 3 月利用 YouTube 頻道推廣工具，上傳頻道宣傳影片 2 則，分別為全國自殺防治中心簡介(6 分鐘)及守門人精神 1 問 2 應 3 轉介(30 秒)，宣傳影片於 5 月份正式上線。
- (4) 今年度 YouTube 「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 7-3-5。

表 7-3-5 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

上傳時間	影音名稱
自殺防治相關 記者會實況	2014.09.02 2014 世界自殺防治日記者會搶先版
	2014.09.10 2014 世界自殺防治日記者會實況
研討會實況	2014.06.15 生命守護天使守門人-羅昭瑛心理師
	2014.06.15 守門人實務課程-蘇聖傑醫師
	2014.06.15 憂鬱症的心理治療-陳秀蓉副教授
	2014.06.15 藥物治療合併心理治療的療效-蕭妃秀副教授
	2014.06.15 基層醫療中憂鬱症共照模式療效-劉珣英醫師
	2014.06.15 憂鬱症藥物治療的新進展 2013-劉嘉逸醫師
	2014.06.15 冰與火的共舞：如何結合藥物治療與心理治療-周佑達醫師
	2014.12.08 心理健康促進總論-陳宜明醫師
	2014.12.08 身心障礙者之心理健康促進(上)-認識壓力與精神健康促進-張立人醫師
	2014.12.08 身心障礙者之心理健康促進(下)-身心障礙者如何促進精神健康-張立人醫師
研討會實況	2014.12.08 網路自殺防治：臺灣現況-廖士程秘書長及林素如主任
	2014.12.08 網路成癮與自殺防治-陳淑惠
	2014.12.08 網路成癮與自殺防治：網路成癮之處遇-王智弘
頻道推廣影片	2014.03.01 全國自殺防治中心簡介
	2014.03.01 守門人精神 1 問 2 應 3 轉介
自殺防治 宣導短片	2014.10.14 全國自殺防治中心簡介 2014

3) 凱擘大寬頻之合作：

- (1) SuperMOD 節目共分「名醫相隨」、「健康照護」、「珍愛生命」、「宣導短片」四類，內容包含訪談醫師專家探討疾病與健康議題、專門病症淺談(多國語言版本)、全國自殺防治中心記者會實況以及中心宣導短片。
- (2) 目前凱擘大寬頻有線電視估計共 112 萬收視戶，而透過其 SuperMOD 數位平台約 30 萬收視戶。
- (3) 中心提供之影片可於不同平台觀賞收看，各平台收看的方式如表 7-3-6。

表 7-3-6 各平台收看的方式

播出 平台	四大傳播平台			
	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 有線電視	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 數位有線電視	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 Super MOD	凱擘大寬頻及 醫師公會全聯會 官方網站
頻道/ 館別	公用頻道	臺灣 HD 綜合台 Win TV	醫師公會 全聯會	醫師公會 全聯會
播出 時間	固定時段 播放	固定時段 播放	隨選隨看	隨選隨看
收看 裝置	電視	電視	電視	電腦/平板/ 智慧型手機
服務 收看 方式	裝有凱擘大 寬頻有線電 視之民眾	裝有凱擘大寬 頻數位電視之 民眾	家中裝有凱擘大 寬頻光纖上網及 SuperMOD 之民眾	家中有寬頻網路 或行動上網之民 眾(不限業者)

(4) 於 6 月提供教學影帶 7 堂、12 月提供 7 堂，總計 14 堂。

四、 成果(Product)

1. 執行成果

1) 珍愛生命數位學習網：(統計至 12 月 5 日)

(1) 今年度新增課程簡介(preview)共 30 則。

(2) 新增線上課程總數：

a. 專業人員認證課程新增共 74 堂。含護理人員新增 17 堂，藥師新增 12 堂，醫師新增 11 堂，家醫科醫師新增 19 堂，諮商心理師新增 15 堂。

b. 義工基礎訓練課程：2 堂。

c. Level_1 一般課程(如民眾、珍愛生命義工、非專業機構人員)：19 堂。

d. Level_2 一般專業人員(如關懷訪視員、一般醫事人員)：14 堂。

e. Level_3 心理衛生專業人員：4 堂。

f. 媒體訪談實錄：2 堂。

g. 記者會實錄：1 堂。

(3) 線上課程總數：

a. 專業人員認證課程共 106 堂。含公務人員 5 堂、護理人員 27 堂、藥師 21 堂、醫師 19 堂、家醫科醫師 19 堂、諮商心理師 15 堂。

b. 義工基礎訓練課程：2 堂

c. Level_1 一般課程(如民眾、珍愛生命義工、非專業機構人員)：50 堂。

d. Level_2 一般專業人員(如關懷訪視員、一般醫事人員)：50 堂。

e. Level_3 心理衛生專業人員：7 堂。

f. 媒體訪談實錄：18 堂。

g. 記者會實錄：21 堂。

(4) 今年度專業人員認證學分/繼續教育積分課程，通過認證積分人次如下：

公務人員 863 人次、護理人員 123,478 人次、醫師 1,283 人次、家醫科
醫師 118 人次、藥師 616 人次、諮商心理師 449 人次。

(5) 整體點閱率統計如下：

a. 今年度總點閱次數為 478,803 次。

b. 學習網累計總點閱次數共 718,506 次，其中認證課程點閱次數 479,876 次。各課程影音點閱率統計總表(詳見附件 7.3.1)。

c. 各月份點閱次數趨勢如圖 7-3-2，其中 1 月、7 月、11 月因推出全新專業人員認證課程，推出後的第 1、2 個月，整體點閱次數有上升之趨勢。此外，點閱次數也與護理人員之更換執照期限(6 月中)息息相關。

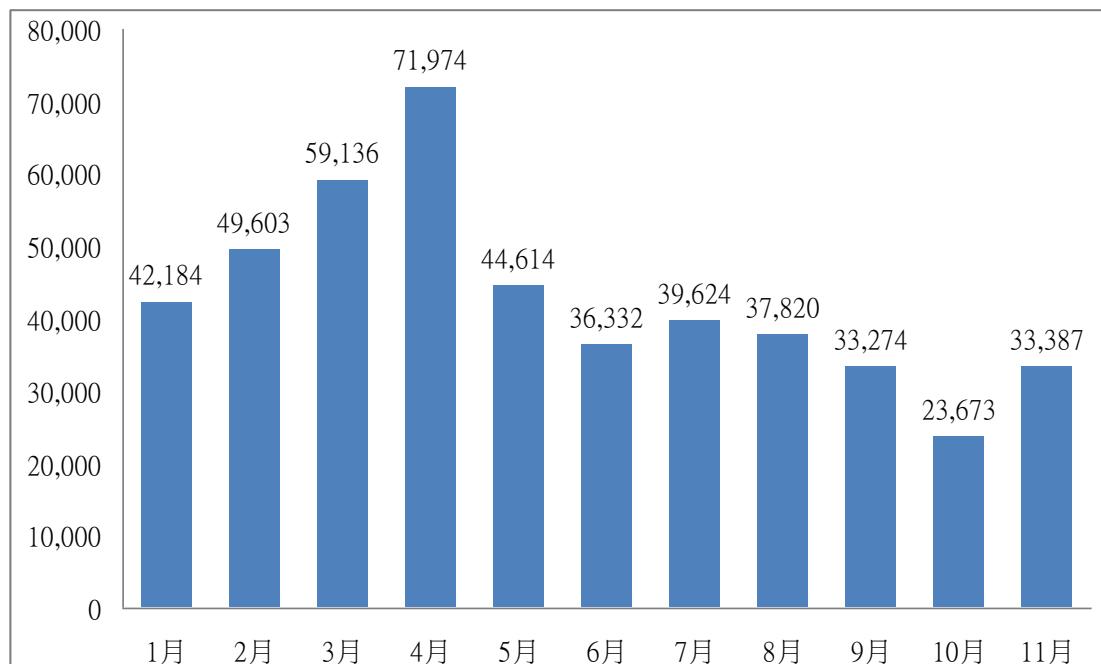


圖 7-3-2 各月份點閱次數

(6) 自 2009 年底建置以來，數位學習網學員總人數累計共 29,131 人，其身份(可複選)由多至少排序為護理人員 21,749 人、公務人員 4,664 人、一般老師 1,798 人、導師 839 人、一般民眾 510 人、醫師 463 人、其他醫事人員 296 人、諮商心理師 222 人、輔導老師 207 人、藥師 169 人、義工 164 人、社工 77 人、警察人員 65 位、一貫道 64 人、家庭醫學科 35 人、臨床心理師 20 人、消防人員 8 人。今年度加入學員人數以護理人員

身份為最多(17,230人)，其次為公務人員(797人)。

(7) 今年度數位學習網問卷回收共136,002份(認證課程131,857份、非認證課程4,145份)，結果如下：

a.針對此次課程，您是否感到獲益良多：

選項	認證課程	非認證課程
非常同意	58.62%	55.61%
同意	38.87%	42.43%
普通	2.41%	2.17%
不同意	0.04%	0.15%
非常不同意	0.06%	0.03%

b.整體而言，您對本課程之滿意程度為：

選項	認證課程	非認證課程
非常滿意	57.17%	50.4%
滿意	39.88%	46.58%
普通	2.85%	2.85%
不滿意	0.04%	0.12%
非常不滿意	0.06%	0.05%

c.未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？

選項	認證課程	非認證課程
願意	91.27%	96.65%
不願意	3.3%	2.07%
課程中沒提到	5.43%	1.28%

d.未來若需要時，您願意運用守門人技巧協助身邊親友嗎？

選項	認證課程	非認證課程
會	94.15%	98.43%
不會	2.28%	0.94%
課程中沒提到	3.57%	0.63%

e.誠摯邀請您加入自殺防治行列，成為珍愛生命義工：

選項	認證課程	非認證課程
願意	54.15%	24.03%
僅願意收到 相關訊息	42.11%	69.92%
已加入義工	3.74%	6.05%

(8) 「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平台，進行課程連結，

共與 7 家平台合作，總計點閱次數共 57,674 人次，至少有 40,532 人次完修課程。

(9) 電子書推廣至雲端平台，連結合作單位共計 8 個。

2) Youtube 影音頻道：

(1) YouTube 今年度上傳之影音：自殺防治相關記者會實況 2 則、研討會實況 13 則、自殺防治宣導短片 1 則及頻道宣導影片 2 則，共計 18 則。

(2) 2009/3/4 至 2011 年 7 月(上傳完整影音前)累計共 157 則分段影音，累計總點閱次數為 21,741 次。

(3) 2011 年 YouTube 取消片長 10 分鐘的限制，影片無須分段，7 月重新上傳影片，累計至 2014 年 12 月 5 日，總點閱次數為 43,967 次。

(4) 目前之影音共分享了 97 部完整影片。

3) 凱擘大寬頻：

(1) 凱擘大寬頻 SuperMOD 授權協議書時間繼續簽約至 2015 年 12 月 31 日。

(2) 今年度提供凱擘大寬頻記者會實況及自殺防治課程共 14 堂。

2. 檢討與建議

1) 珍愛生命數位學習網：

(1) 針對數位課程，除提升質與量，在課程呈現部份，持續進行課程簡介(preview)、也透過 E-net 大力推廣課程學習，以及結合各專業人員學分認證課程，繼去年推出各專業人員全新認證課程後，於今年 1 月、7 月及 11 月所推出的全新認證課程，加上護理人員換照期限為 6 月中，更帶動了大量護理人員到網學習並取得學分。而這些均可作為未來新課推出時間點的考量。

(2) 為響應數位資源連結共享及延伸學習之概念，主動和政府和民間數位學習平台接洽，提供具指標性之課程，藉由外部它網平台之管道，透過課程之共享宣導，除提升珍愛生命數位學習網之能見度，引導更多民眾回流至中心學習網，進行延伸學習。

(3) 持續於數位學習網的首頁，定期更新網站導覽功能，期待透過主題式的分類導引，讓學員們透過更清楚、友善的介面，能更有效率的學習。

(4) 因數位學習網為使用 XMS 平台系統來建置，操作方式需依循 XMS 系統，如需維護或修正，則須與廠商索取相關程式，但其中部份含有廠商之商業機密而無法提供，若需改善對學員方便的介面則有所限制。

2) Youtube 影音頻道：結合更多網路影音資源，如 facebook 宣導管道及 YouTube 頻道功能等，透過網路平台間的相互支援及整合，向外連結出更完善的雲端學習網絡，發展出創新及多元化學習。

3)凱擘大寬頻：目前雲端學習、珍愛生命數位學習網及 YouTube 平台，我們可掌控安排上架之時間，但與凱擘股份有限公司之合作，唯上傳時間仍需配合該公司時程安排。

4)影音錄製及製作：

(1) 數位影音錄製的部份，目前為搭配中心和外部單位舉辦之實體課程，由資訊組同仁前往錄影，但外部場地品質參差不齊，許多因素無法事先預防，故錄製成果之品質有一定的限制。

(2) 中心現階段影音的內容多為記者會實錄、數位課程及宣導短片等制式影音，在吸引民眾及豐富度上略顯不足，因此在後製加強豐富度，於影片右上角置入中心品牌 Logo 並在片尾插入「一問二應三轉介」宣導短片，豐富的影像畫面可提高民眾觀賞意願，同時達到宣傳的效果。

5)建議與改善：

(1) 未來繼續擴展雲端合作範圍，與其它有線寬頻電視業者或其它網路學習平台連結，持續透過雲端學習，推廣珍愛生命理念。

(2) 未來影音規劃的面向可更加多元化，例如透過微電影、電視台節目之合作、自製宣導短片等等方式，引起社會大眾正面關注，認識自殺防治議題等。

(3) 針對珍愛生命數位學習網功能需求逐漸增加，XMS 系統有其限制，期有經費投入以朝客製化及更友善之學習平台發展。

(4) 數位課程內容設計可運用多媒體之相關軟體及技術，以生動活潑及能與民眾互動的方式提高民眾閱讀意願，實需經費之挹注。

五、附件

附件 7.3.1 各課程影音點閱率統計總表

自殺通報個案關懷訪視員訓練

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

在自殺防治策略中，指標性防治策略為針對自殺企圖者，給予追蹤與關懷。本中心協助衛生福利部於2006年1月建置「自殺防治通報系統」，提供通報個案關懷訪視服務，並分析自殺個案特性，作為自殺防治策略擬定之參考。衛生福利部自2009年起補助各縣市政府衛生局辦理「自殺通報個案關懷訪視計畫」，透過定期訪視關懷，落實自殺企圖者之個案管理、危機處理機制，以協助自殺企圖者。而中心亦持續進行關懷訪視系統與相關作業之改善，協助自殺關懷訪視員之訓練，期個案得到適合之關懷照護，能有效降低自殺死亡率。

根據國內外文獻顯示有接受關懷者與未接受關懷之群組相比較，其再自殺企圖或自殺死亡率均有下降，足見關懷訪視之重要。

自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱與個案建立關係，並基於珍愛生命之理念，及一問二應三轉介之精神，聆聽個案困境，並協助自殺個案獲得適當之醫療服務，發揮關懷訪視之效用。

為進行自殺通報個案關懷訪視員之訓練，初步規劃辦理「自殺通報個案關懷訪視員」共識營，課程內容著重於強化其訪視技巧、危機處理、轉介資源利用及壓力管理之能力，融入中心過去出版之自殺關懷訪視員手冊，邀請專家進行專題授課。

又思考個案再自殺之議題，希更強化關懷訪視相關專業實務，故規劃進階課程之研討會；期能透過訪視員之訓練，使關懷訪視品質及專業知能持續提升，以有效醫療及社會介入措施讓個案走出逆境，減少個案再自殺率。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 強化關懷訪視員之專業知識及技能。
- 2) 降低自殺通報個案再自殺率。
- 3) 提供分享經驗及討論之機會，俾使關懷訪視員間相互學習及成長。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)彙整分析通報體系個案訪視相關資料。
- 2)蒐集各縣市訪視員拒訪相關實務經驗。
- 3)擬訂「關懷訪視經驗問卷」—內含各項拒絕訪視情境，寄發予所有訪視員。
- 4)蒐集並整理回收問卷之結果，進行統計分析。
- 5)討論問卷調查之結果，召開拒訪個案介入處置措施焦點團體會議。
- 6)彙整會議結果並依專家建議增修後，規劃共識營課程議題。
- 7)辦理「自殺通報個案關懷訪視員共識營」。
- 8)提供課程及資料，並製作課程光碟予各縣市每一訪視員。
- 9)彙整並討論訪員回饋意見，並考量再自殺之議題，規劃辦理進階課程並討論相關主題。
- 10)辦理「自殺通報個案關懷訪視研討會」。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：基隆市政府衛生局、基隆市政府衛生局社區心衛中心、臺北市政府自殺防治中心、臺北市立聯合醫院松德院區、馬偕紀念醫院淡水院區、衛生福利部臺北醫院、三重張老師、佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院、亞東醫院、衛生福利部桃園療養院、桃園自殺防治中心、國軍新竹地區醫院、新竹市政府衛生局醫政科、臺大醫院竹東分院、社團法人苗栗縣生命線協會、臺中榮民總醫院、臺中慈濟醫院、彰化縣衛生局、彰化鹿東基督教醫院、社團法人南投縣生命線協會、埔里鎮衛生所、信安醫療社團法人信安醫院、衛生福利部朴子醫院、臺中榮總嘉義分院、衛生福利部嘉南療養院、高雄市政府衛生局、高雄市政府衛生局社區心衛中心、宜蘭縣政府衛生局、臺北榮總員山分院、臺北榮總蘇澳分院、花蓮縣衛生局、卑南鄉衛生所、屏安醫院、連江縣衛生局、各縣市關懷訪視單位等。
- 2)資源連結內容及形式：問卷蒐集、電話及電子郵件連繫、焦點團體會議、共識營、研討會等。

三、過程(Process)

1. 3月業務會議提案討論，確立焦點團體會議、共識營事宜及相關作業內容。
2. 彙整關懷訪視拒訪相關資料。
3. 3月草擬自關員之經驗調查問卷。
4. 3月24日寄發問卷予各縣市關懷訪視單位及訪視員。
5. 4月7日完成回收問卷結果，共91位訪視員回覆，占全國訪員比例約7成，於業務會議提出結果討論。
6. 4月11日召開拒訪介入措施焦點團體會議，並將相關結果整合入後續活動

中。

7. 5月2日辦理自殺通報個案關懷訪視員共識營。
8. 5月8日共識營課程上傳至珍愛生命數位學習網，並周知訪視員。
9. 5月22日以電子郵件寄送常見問題與解答予訪視員，並上傳至關懷訪視員專區供參。
10. 6月製作光碟，內容包含共識營課程及延伸閱讀資料、常見問題與解答等。
11. 6月底寄送課程光碟給各關訪單位中每位自關員。
12. 7至8月陸續回收光碟閱後意見回覆表。
13. 9月22日於業務會議提案討論，確立辦理研討會事宜及相關作業內容。
14. 10月24日辦理自殺通報個案關懷訪視研討會。
15. 11月12日以電子郵件寄送關懷訪視研討會討論摘要與綜合建議予訪視員參考，並上傳至關懷訪視員專區供參。
16. 11月12日研討會課程上傳至珍愛生命數位學習網，方便線上學習。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 關懷訪視經驗調查問卷結果，回收共91份，約占7成，摘要如下：(詳見附件7.4.1)。
 - (1) 電訪個案經驗中，常常發生之情況比例最高為「個案曾表達拒絕訪視，但為符合訪視規定再度去電，造成個案不悅」，其次是「因身體心理狀況不願接受訪視」、「表示自己沒事且無再自殺行為，掛掉電話」及「與個案約定好下次電訪時間卻在約定時間無人接聽」。
 - (2) 訪視個案家屬及重要關係人經驗中，最常發生的情況為「找不到個案，家屬朋友拒絕回答個案聯絡資訊及情況」，其次是「電話打通，但家屬朋友拒絕讓個案與關懷訪視員交談。」
- 2) 辦理拒訪個案介入處置措施焦點團體會議1場次，並彙整成自殺關懷訪視員常見問題之解答，包含不同拒訪情境、校園個案、精神科個案及家暴個案等，詳見附件7.4.2。
- 3) 舉辦自殺通報個案關懷訪視員共識營1場次：
 - (1) 共有55人參加，課程安排採授課方式，內容包括：(課程表請參見附件7.4.3)
 - a. 關懷訪視實務與困境，講師為楊晴雅訪員
 - b. 關懷訪視之溝通技巧，講師為廖士程醫師
 - c. 拒訪個案介入處置措施與成效評估，講師為張家銘醫師

d. 關懷訪視之緊急情況及危機處理、個案轉介技巧與資源連結，講師為蘇柏文醫師

e. 關訪員壓力與管理，講師為楊聰財醫師

(2) 滿意度問卷發出 55 份，回收 54 份，回收率達 98%。

a. 對於課程之滿意度(如表 7-4-1)約占 8 成(83.3%)，課程應用於實務之滿意度約占 8 成(83.3%)，對於師資之滿意度約為 9 成(92.6%)，場地之滿意度約 8 成(79.6%)，對於課程時間之安排滿意約占 9 成(87%)，

表 7-4-1 課程滿意度

題目 數(%)	人	非常 滿意	滿意	普通	不滿意	非常 不滿意
課程設計的整體滿意度	16 (29.63%)	29 (53.70%)	9 (16.67%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
課程的內容未來可能應用在實務工作上的情形	17 (31.48%)	28 (51.85%)	9 (16.67%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
課程整體師資安排的滿意度	21 (38.89%)	29 (53.70%)	4 (7.41%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
對上課場地的滿意度	8 (14.81%)	35 (64.81%)	10 (18.52%)	0 (0.00%)	1 (1.85%)	0 (0.00%)
對課程時間的安排	11 (20.37%)	36 (66.67%)	5 (9.26%)	2 (3.70%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)

b. 訪員認為有幫助課程，可複選(如表 7-4-2)，前 3 堂為關懷訪視之溝通技巧(44 人次)、訪視員之壓力與管理(30 人次)及關懷訪視之緊急情況及危機處理(26 人次)。

表 7-4-2 認為最有幫助之課程

課程	人次	課程	人次
關懷訪視實務與困境	23	個案轉介技巧與資源連結	22
關懷訪視之溝通技巧	44	關訪員之壓力與管理	30
拒訪個案介入處置措施與成效評估	18	綜合討論	17
關懷訪視之緊急情況及危機處理	26		

c. 課程建議(人次)：

- 實務討論與經驗分享 (11)
- 完整訪視溝通技巧及拒訪處理(3)
- 如何轉念及遺族關懷 (3)
- 紓壓課程及壓力管理(ex:全國關訪員旅遊活動)(2)

- 全國及在地網絡資源連結與機制 (5)
- 基層訪員的跨縣市或跨局處交流(1)
- 社工或心理相關講師和課程(1)
- 請縣府相關人員參與課程 (2)
- 希望開辦適合離島情況的相關課程(1)

4)舉辦自殺通報個案關懷訪視研討會 1 場次，共有 43 人參加。

(1) 共分三大主題，先進行專題演講後，採分組討論後各組報告，訪視員分享並討論實務經驗，會中討論熱烈。(議程請參見附件 7.4.4)
專題演講主題包括：

- a.拒訪個案之處置與成效評估，講師為張家銘醫師
- b.關懷訪視個案之危機處理與轉介，講師為姜丹榴技正
- c.重複自殺之樣態分析與處置建議，講師為吳佳儀助理教授

(2) 滿意度問卷結果：

- a.問卷共收回 37 份，學員對於研討會之整體滿意度，非常滿意者 10 人 (27.03%)，滿意者 23 人(62.16%)，普通者 4 人(10.81%)，非常不滿意者 0 人，總計近 9 成表示滿意(89.19%)。
- b.對於研討會內容有助於未來實務上之運用，認為很有幫助者 9 人 (24.32%)，有幫助者 23 人(62.16%)，普通者 4 人(10.81%)，沒有幫助者 1 人(2.70%)，很無助益者 0 人(0.00%)，總計約 8 成以上(86.48%)表示滿意。
- c.最有幫助的主題(複選)為分組討論(30 人次)及重複自殺個案之樣態分析與處置建議(20 人次)，其次之為關懷訪視個案之危機處理與轉介(16 人)和拒訪個案之處置與成效評估(15 人)。

d.課程建議(人次)：

- 訪視技巧(電訪、家訪)實務課程(6)
- 針對不同類型個案辦理訪視進階技巧實務課程(2)
- 與個案建立關係(1)
- 自殺危機處理及談判(3)
- 自殺合併家暴、性侵、DSM5 等，個案處遇之課程(2)
- 相關經驗分享(2)
- 各縣市處遇方式(1)
- 訪員聯繫會(3)
- 地域訪員討論交流(1)
- 訪員自我照護與壓力宣洩(2)

● 人身安全與保障(例如防身術)(2)

(3) 分組討論摘要彙整與建議：

a. 主題一：拒訪個案之處置

a1. 拒訪情境：

- a) 不知訪員目的、不知訪視為何
- b) 認為訪員為詐騙集團
- c) 排斥政府相關單位、覺得司法不公，認為訪員不能達到訴求
- d) 債務糾紛或酒癮個案
- e) 認為訪員太年輕，無法理解自己所面臨的家庭關係問題及債務問題
- f) 關係建立後，又忽然一直拿各種藉口拒絕
- g) 若遺族與個案關係不好，通常也會遭受拒絕
- h) 個案告知訪員他有拒絕訪視的權力

a2. 遇到拒訪個案之處置：

- a) 與個案建立關係時，可根據個案的生活環境、個性、家庭狀況等，進而調整與個案的互動方式(如語氣等)。
- b) 若遇個案拒絕於家中訪視，另選地點須注重個案的隱私權，可選擇衛生所、心衛中心等，而吵雜地點，如：咖啡廳、速食店等為不建議之訪視場所。
- c) 訪員可忽略個案拒訪，透過持續不斷的關心，讓個案了解關訪員是真心想幫助他，卸下心防接受訪視，可多次面訪，與個案建立關係，以化解拒訪之情形。
- d) 電訪不容易與個案建立關係，所以容易被個案拒絕，家訪可以降低被拒絕的機會。
- e) 遇到強烈拒訪對象，提供各種衛教單張及可利用資源訊息給個案及家屬，日後個案有需求時，可主動聯繫訪員。
- f) 可提供實質幫助，例如帶物資送給個案，讓個案接受訪視。
- g) 如個案拒絕面訪，可與個案達成共識，以定期電訪為主，與個案保持聯繫，如曾有位自殺未遂的衛生所護士，僅接受通報但拒絕訪視，訪員因而向其他護士了解個案狀況，確保個案安全。
- h) 訪員可於了解家庭結構後，透過對不同個案背景的了解及分析來判斷，由重要關係人(家屬、朋友)著手。
- i) 合併健康議題(如：小孩打預防針、睡眠調查)切入，了解個案情形。
- j) 若訪員有護理師身分，也可以在幫忙健檢時對個案進行訪視關懷，藉由衛生所推廣的事務來接近個案。

k) 不同類型之個案處置：

(a) 個案注重隱私、覺得家醜不可外揚、有個資外洩的疑慮：

訪員可於訪視時先表示訪視資料皆為保密。

(b) 情緒激動、以死要脅訪員別再訪視之個案：

訪員須耐心的持續關懷個案，建立信任後，評估個案需要並給予協助。

(c) 個案透過家屬拒絕訪視：

個案不願出面，可能是因為受過重大創傷，若家屬願意受訪，可先透過家屬了解個案狀況並給予協助。

(d) 年長個案：

經常發牛年長個案接受訪視，但事後批評訪視沒有幫助。需長期建立關係，訪員可用晚輩姿態傾聽的方式給予關心，較容易被個案接受。

(e) 家暴個案：

若個案屬於特殊案例-家暴加害人，訪員可從個案過去人生中的成功經驗開始談起，較容易在一開始建立關係。

(f) 精神疾病患者個案：

部份精神疾病患者的拒訪程度可能會隨著個案用藥程度而有所改變，可在個案回診時安排面訪。

`個案資料錯誤、失聯：

可向當地衛生局及鄰里長詢問相關訊息，或查詢個案有無列管紀錄、領過補助...等。

l) 其他單位之連結與協助：

(a) 通報單位須詳實紀錄正確的個案聯絡資訊，並務必先向個案表示日後將有訪視員進行訪視，說明關懷訪視的立意，減少拒訪發生。

(b) 校園個案，若學校填寫之通報單資料不全，或以個資法為由拒絕提供個案資料，可委請衛生局了解並協調提供，必要時召開協調討論會議。

(c) 若電訪數次被個案強烈拒絕，新北市的作法為轉介至公衛護士，轉介後即經督導討論後可結案，建議可將重心放在有意願接受幫助的個案。而衛生所公衛護士可利用「預防保健」系統查詢資料，提供個案健康檢查相關資訊，同時進行關心，亦藉由地緣之便，讓個案較容易願意接受關懷及協助。

b. 主題二：關懷訪視個案之危機處理與轉介

a) 訪員必須先了解個案自殺的動機及原因，才能協助個案解決問題或轉介，但是常發生的危機為訪員無法發現問題。

b) 訪員於家訪前須先評估訪視安全性，或以通報單來評估風險。有些個

案可能不適合女性訪員單獨訪視，可尋求同仁陪同，或配合警方，確保訪員安全。

- c) 若為家暴背景之個案，訪員可隨身攜帶電擊棒，於訪視地點周遭可先勘查環境。
 - d) 訪視過程中須避免自我揭露過多，例如辦公室地址等，讓案主多表達自身心境，避免不必要的危機。
 - e) 為解除個案戒心，可以使用多次關懷的方式，不在一開始就直接詢問自殺相關議題，讓個案有尊嚴。
 - f) 訪員可與民間單位協同處理，例如與社工一起進行訪視。
 - g) 複雜之個案可透過內部個案討論會、團體督導會議進行討論。
 - h) 訪員服務的對象除個案外，亦包含整個家庭。案例如下：有位個案家庭成員有妻子(外籍配偶)、2名小孩，家中經濟困難，且個案患有糖尿病，雖有領取相關補助，但仍無收入，個案壓力過大導致自殺。訪員介入時，先協助2名孩子進入托育中心，並將案妻轉介至職訓局，目前任職看護，改善案家經濟狀況，解決個案困擾，訪視時不僅是協助個案本身，更要了解其家庭背景，陪伴個案度過困境。
 - i) 轉介資源：須加強連結與合作，定期有聯繫與協商。
 - j) 面臨資源有限甚至缺乏，另外，轉介單位是否願意承接，與個案是否願意接受轉介都是問題之一。
 - k) 個案強制就醫的難處，訪員會盡力說服個案前往就醫，另一情況為強制就醫，但強制個案就醫有時可能會破壞與個案建立之關係也可能是強化關懷的轉機。
- c. 主題三：重複自殺個案之樣態分析與處置建議
- a) 訪員若遇個案拒訪，可以寫信關懷個案，此方式不帶威脅，較容易被個案接受。
 - b) 與個案約定於固定時間訪視，從承諾間建立信任也是建立關係的方式。
 - c) 紿予協助時除了透過給予資源方式增加保護因子外，透過深度訪談深入了解也十分重要，有助釐清個案自殺背後的真正原因。
 - d) 重覆再自殺個案可能同時於不同單位中被通報，訪員可透過承辦人與其它服務單位聯繫，針對個案的狀況取得一致性的處遇態度及方法。
 - e) 遇到服務時間過長之個案，會更換另一位訪員繼續服務，避免原訪員對個案進行處遇時之疲乏感。
 - f) 重覆再自殺之個案，訪員需要注意個案的人格特質(是否有精神層面之疾病)、自殺行為及問題需求。

g) 不同類型之個案處置：

(a) 將自殺作為情緒宣洩之手段：

訪員可鼓勵個案進行精神醫療，阻斷個案產生之不良反應，提升適應力，並與個案做行為規範約定(例如：想要自殺時，打電話給訪員)，鼓勵個案以不同方式因應壓力源，或和個案討論解決問題的方法，導向正向之改變。

(b) 人格違常個案：

若個案想利用自殺控制他人，可先釐清個案狀況，並避免更換訪員，協助訪員心理建設及給予支持。

(c) 精神異常個案：

先與個案之主治醫師討論，避免被個案操控。

(d) 酗酒、使用違禁品自殺之個案：

若無精神疾病診斷，公共衛生端無法強制送醫，由於此類型個案通常為待業中，為了讓他們找到生活重心，會提供戒酒資源和就業訓練資源，並透過網路社交建立關係、適時轉介。

(e) 勒索型且有移情作用個案：

在處置上可與個案協商設限，並改派男性訪員。案例如下:有一長者個案於2年內，被通報50多次，訪員都知道其實個案不是真的想自殺，而是透過自殺行為，期望能拿到各種資源補助，但個案的其實家境不差。個案也會打電話到1999，因為1999規定從接案開始3天內要以公文回覆，另外，個案小時候對於父親有權威的印象，故相較於男性訪員，個案對待女性訪員的態度會很和善，甚至說要娶女性訪員。

(f) 無法強制送醫之個案：

可請督導帶個案們進行辯證行為之課程，或是團體輔導、讀書會等。

d. 綜合性討論意見及建議：

a) 跨局處/部會間之聯繫及溝通：

遇特殊個案時，可能無法判定適合個案之轉介單位，而各單位仍有推責的情形，或可能對方無人力及資源可協助，需召開大型個案討論會議，邀請各部會共同參與，了解個案狀況，以利資源的連結。

b) 訪員角色定位：

部分縣市之訪員，若遇緊急情況，須第一時間出動至現場協助，與警消間的角色定位模糊，並有不同單位權責問題，而其實訪員之角色為協助個案與其他機關間的溝通。

c) 遇緊急狀況，訪視過程及應對非常重要，可增加特殊/緊急狀況的實務

訓練，加強訪員面對危機處理時的處置方式，並建議尋求警消一同協助處理。特殊案例如下：個案為一對夫妻，聽聞兩人吵架，訪員到場訪視時，案夫要跳海，案妻則在一旁拿刀自殘，但訪員僅有一名。

d) 單位行政之不便：

- (a)若自殺防治中心隸屬醫院內，因醫院網路鎖網，訪員僅能透過自己的網路，用手機登入系統完成追輔記錄。
- (b)行政工作量大，公文往返耗時，及申請辦公室物品（如電腦、桌椅...等）不易領取。

e) 訪員壓力：

- (a)若個案最後自殺身亡，對訪員而言打擊會十分龐大，訪員一定要先做好完善的心理建設，並需要長官的支持，一起面對及了解個案之情形，討論是否有改善空間。
- (b)上級長官對於某些重覆再自殺案例之態度造成訪員壓力，也影響訪員之處置，如一味滿足個案要求，或質疑為何個案再自殺。
- (c)政府資源較少的縣市，對於關訪員的支持也相對較少，必須一人飾多角承擔多項業務，有時需要找很多社區資源來解決個案問題。
- (d)訪員自身面臨的問題為薪資問題、每年標案(招標)問題及工作的不穩定性，尤其是男性，訪員工作無法滿足家庭經濟需求。
- (e)希望有法源依據來支持關懷訪視的執行。

f) 課程建議：

對資淺的同仁，本次課程獲益良多；對資深同仁而言，重複的基礎課程已經沒有太大效用，可透過分組討論進行交流，了解不同縣市的標準作業流程(SOP)，並希望可增加針對精神異常個案之課程。

5)完成訪視員影音教材 8 堂課。

6)編製自殺通報個案關懷訪視員訓練課程光碟乙份：

為使未參加之訪視員也能參與共識營課程，特編製光碟，內容除共識營課程外，另加入延伸閱讀資料，提供訪視員自我學習與參考，以便隨時反覆瀏覽、複習運用。光碟內容包含：

- (1)談自殺通報個案關懷訪視的重要性-李明濱教授
- (2)李教授暢談心情溫度計-李明濱教授
- (3)關懷訪視實務與困境-楊晴雅關懷訪視員
- (4)關懷訪視之溝通技巧-廖士程醫師
- (5)拒訪個案之處置措施與成效評估-張家銘醫師
- (6)關訪員之危機處理、轉介技巧與資源連結-蘇柏文醫師

- (7) 關訪員之壓力與管理--楊聰財醫師
- (8) 壓力管理與自殺防治(104分鐘)-李明濱教授
- (9) 延伸閱讀：認識全國自殺防治中心、關懷訪視常見問題及解答(Q&A)、
自殺防治系列手冊 12-心情溫度計、自殺防治系列手冊 15-關懷訪視指
引、自殺防治系列手冊 24-重複自殺個案之關懷管理。

7) 宣導並鼓勵運用網站「關懷訪視員專區」：

持續鼓勵運用關懷訪視員專區平台，此專區可提供訪員間互動交流、回饋意見及分享經驗；包括關懷訪視答客問、相關課程資料等，中心隨時提供協助。

2. 檢討與建議

- 1) 拒訪個案介入處置措施焦點團體會議，訪視員共同分享經驗作法，相當有助於對實務之瞭解。
- 2) 自殺通報個案關懷訪視員共識營為初階訓練，課程除提供線上學習外，並製作課程光碟及運用於關懷訪視員專區，增加學習可近性。
- 3) 自殺通報個案關懷訪視研討會，各縣市訪員透過分組討論，了解不同單位之執行經驗，並相互回饋及省思，反應良好。
- 4) 建議與改善
 - (1) 因訪員反應熱烈，未來課程之辦理可繼續以分組討論模式，有助於訪員實務經驗分享及互相學習。
 - (2) 建請衛生局長官更加了解訪員實務處置之作法及給予支持，遇特殊個案，適時召開跨局處討論會議，利於資源之連結。
 - (3) 建請衛生局與關懷訪視單位密切合作，再強化訪視單位與資源機構之連結，給予必要之協助。
 - (4) 建請中央再次考量訪視員薪資之調整，使更多訪員繼續於關懷訪視工作深耕。

五、附件

- 附件 7.4.1 關懷訪視經驗調查問卷結果
- 附件 7.4.2 自殺關懷訪視員常見問題之解答
- 附件 7.4.3 自殺通報個案關懷訪視員共識營課程表
- 附件 7.4.4 自殺通報個案關懷訪視研討會議程表

全國自殺防治中心計畫年度工作說明會

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

為讓各縣市衛生局瞭解自殺防治之現況、去年度中心計畫之辦理成效及今年度自殺防治業務之目標及策略，特辦理「全國自殺防治計畫年度工作說明會」。

2. 業務或方案的目的與目標

藉由本次會議，說明中心計畫辦理成效及本年度工作重點，並邀請縣市衛生局分享其自殺防治辦理之經驗，及請各參與單位提出需互相配合及協助事項，進行溝通討論，以強化合作機制，並建立更綿密的自殺防治網絡，期使自殺防治工作能發揮最大功效。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 規劃說明會議程。
- 2) 說明會內容函報衛生福利部核備。
- 3) 發文各縣市衛生局及精神醫療網核心醫院。
- 4) 編製說明會會議手冊。
- 5) 召開「全國自殺防治中心計畫說明會」。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院。
- 2) 資源連結內容及形式：簡報、交流討論。

三、過程(Process)

1. 1月開始規劃說明會議程，內含臺灣自殺防治工作現況與展望：統計資料趨勢分析與說明、2013 年度全國自殺防治中心計畫成果、2014 年度全國自殺防治中心計畫重點和各縣市經驗分享。此外，針對關懷訪視系統特擬定「通報系統與流程之相關議題交流」及「關懷訪視體系之現況與困境」兩大主題，期盼藉由各縣市聚集的機會做經驗交流與討論改善。
2. 2月 14 日將說明會議程報部核備，衛生福利部於 2 月 19 日回覆同意。
3. 2月 25 日依衛生福利部指示，修改議程，並另需邀請社政單位(社會及家庭署、社會救助及社工司、保護服務司)及全國各縣市社會局共同與會。

4. 2月25日發文請衛生福利部代為轉說明會事宜給予社政單位、各縣市衛生局和社會局。
5. 3月5日衛生福利部發文邀請部內社政單位、各縣市衛生局和社會局參與。同時開放報名，並再次寄送電子郵件邀請各縣市衛生局承辦人員、精神醫療網核心醫院及衛生局所委託自殺關懷訪視單位相關人員共同與會。
6. 3月14日截止報名，共58人報名，衛政單位48人，社政單位10人。
7. 3月27日召開「回顧102展望103—全國自殺防治中心計畫說明會」。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1)辦理說明會，參與人員含衛生福利部社政單位、各縣市衛生局承辦人員、社會局人員、精神醫療網核心醫院、衛生局所委託自殺關懷訪視單位相關人員及長官等共57人。
- 2)說明會由陳快樂司長及李明濱教授致詞開始，議程含「臺灣自殺防治工作現況與展望-自殺防治策略」及「縣市經驗交流分享及綜合討論」，現場討論熱烈，說明會手冊詳見附件8.1.1。

2. 檢討與建議

建議未來若辦理年度說明會時，除中心年度計畫報告外，亦可包含政府之自殺防治政策及相關計畫等之說明，以利進行整體性的溝通與交流，如此更能促進網網相連、面面俱到，讓說明會發揮更大功效。

五、附件

附件8.1.1 全國自殺防治中心計畫年度工作說明會會議資料

行政院心理健康促進及自殺防治會報

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

由於自殺成因相當複雜，各服務體系都有機會接觸到有自殺風險因子的民眾，因此重要關鍵在於防治工作的整合，端賴跨部會及不同機構間之協調與合作。為有效統整政府及民間力量，行政院於 2007 年至 2008 年成立「中央自殺防治專案小組」，邀請各部會首長及專家學者、民間團體代表擔任委員，從心理、社會、經濟及環境等層面整合自殺防治工作相關事宜，並確立全國自殺防治中心為負責推動全國自殺防治工作之執行單位，及跨部會之協調、整合平台。

2011 年 1 月 28 日起重新召開跨部會之「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，邀集相關部會首長、副首長、相關領域之專家學者以及民間團體代表擔任委員，中心李明濱主任也受邀擔任委員。行政院定期召開會報，討論議題橫跨心理健康、家暴性侵、自殺、社會及經濟問題等，期望能有效統整政府及民間力量，降低國人的自殺死亡率，促進全民心理健康。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 跨部會心理健康促進及自殺防治協調機制的建立。
- 2) 透過跨部會合作，共同防治自殺，以建立更綿密的自殺防治網絡，期使自殺防治工作能發揮最大功效。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 行政院召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，並由衛生福利部及中心擔任秘書單位(協調窗口)。
- 2) 中心協助提供行政院心理健康促進及自殺防治會報之幕僚提案建議。
- 3) 正式會報前，參與行政院心理健康促進及自殺防治會報會前會議，會中將有關心理健康促進及自殺防治議題需其他部會協助事項先提案討論，若各部會能協助辦理則納入工作內容中推動，若部會於推動有困難或有疑義，則列案提至會報中討論。
- 4) 出席「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，並協助記錄作業相關事宜。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：

- (1) 政府部會-行政院、內政部、國防部、教育部、法務部、衛生福利部、勞工委員會、農業委員會、原住民族委員會、國家通訊傳播委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會等。
- (2) 專家學者-臺灣大學健康政策與管理研究所、亞洲大學人文社會學院、臺北護理健康大學人類發展與健康學院、臺大醫學院等。
- (3) 社會團體-中國青年救國團、中華民國社會工作師公會全國聯合會、臺灣輔導與諮商學會、財團法人董氏基金會、臺灣原住民醫學學會、社團法人臺灣雀樂協會等。

2) 資源連結內容及形式：會議討論等。

三、過程(Process)

1. 1月15日中心協助針對第2屆第2次會議報告案「三、民國101年與100年台灣自殺死亡人數與通報資料分析報告案。」，提供「縣市自殺防治策略與措施」之資料予會報幕僚。
2. 2月7日召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第3次會議會前會。
3. 3月3日召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第3次會議，主席為馮燕政務委員，於此次會議後，依政院規範將改為每六個月召開一次。
4. 3月31日函送會報建議提案-「強化老人自殺防治策略」。
5. 5月7日衛生福利部與農委會召開研商巴拉刈農藥禁用時程會議，中心與會並提供巴拉刈農藥管制相關補充資料。
6. 6月27日函送會報建議提案-「心理健康促進概念落實並融入各相關單位」。
7. 8月26日召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第4次會議會前會。
8. 9月30日函送會報建議提案-「強化老人自殺防治策略」、「各部會間有關校園自殺防治資源之整合」與「強化網路自殺防治策略」。
9. 10月01日召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第4次會議，主席為馮燕政務委員。
10. 12月19日函送會報建議提案-「強化男性之自殺防治」。

四、成果(Product)

1. 執行結果：

- 1) 參與「行政院心理健康促進及自殺防治會報」會前會議2場，會議紀錄詳見附件8.2.1及8.2.2，及2次會報，會議紀錄詳見附件8.2.3及8.2.4。

2) 中心提供 4 次會報之提案共 7 案簡述如下。(詳見附件 8.2.5、8.2.6、8.2.7、8.2.8)

- (1) 強化老人自殺防治策略：我國 65 歲以上老年人口佔率逐年上升，老人自殺死亡率約為全人口自殺死亡率的兩倍，並高於其他年齡層。又老人照顧者容易忽略憂鬱症的相關症狀與自殺前兆的特性，近年來亦有多起照顧者本身壓力無法負荷而與被照顧者相約自殺或是殺人後自殺的案例。而由於各縣市其老年人口數、農藥儲藏箱配給數及城鄉資源等均不相同，資源之需求上也有所不同。為此，如何依照縣市地理之特性分配資源是急需思考的。如何更推廣及提升老人之自殺防治，乃當務之急。
- (2) 推動自殺防治之立法：自殺防治推行多年，在政府與民間之共同努力下，雖然有下降趨勢，但仍需永續經營並建立制度，以提升國人對自殺防治議題之重視。又目前對於自殺議題，雖然獲得政府的重視，也早已成立全國性自殺防治中心及地方性心理衛生中心，但目前僅是以行政計畫方式執行，未有可持續的法源。加上關懷訪視實務之相關困難等，期盼透過「自殺防治法」的制定，能更強化各相關體系與單位間的網絡連結、支援及整合，讓整個自殺防治網絡更加綿密，以挽救更多寶貴的生命。
- (3) 如何將「心理健康促進」落實並融入各相關單位：自殺防治三大策略中之全面性策略，涵蓋心理健康之促進，主要因為目前大部分心理衛生相關服務皆較關注在精神疾病的預防，而忽略了心理健康促進的重要性。又防患未然，尤其目前年輕人自殺死亡高居死亡排行之第二位，全面推展心理健康促進有其迫切性。在自殺防治艱鉅的工作中，除了全民參與、彼此關懷的理想境界外，各種專業成員的積極參與也是十分重要。
- (4) 有關各部會間有關校園自殺防治資源之整合：2013 年全國自殺未遂通報個案資料顯示，15-24 歲的族群中，無論男女，其自殺原因皆以「感情因素」占最多(38.6%)，其次為「家庭成員問題」(18.4%)，第三名則為「憂鬱傾向」或「罹患憂鬱症」(17.2%)，顯示情感問題是青年族群情緒困擾的主因。而各縣市自殺關懷訪視員針對自殺未遂通報之學生個案作法未盡相同，除各地資源整合困難外，關訪員角色之定位，且跨縣市就讀、戶籍與居住地等相關問題，急需協調建立機制，以落實需校方與關懷訪視間之連結及合作，共同促進校園自殺防治之功效。
- (5) 強化網路自殺防治策略：現代科技發達，網路已成為不可或缺的工具，但不當的使用亦會使得自殺率提升，如自殺方式之散佈或是報導名人自殺後的模仿效應等。為此，減少教導教唆自殺訊息之散布與影響，為重要防治方向之一。

(6) 強化男性之自殺防治：台灣地區男性自民國 85 年起，其自殺粗死亡率均高於女性 1.7 至 2.3 倍，且有逐年增加之趨勢，於 94 年更大幅上升(粗死亡率為每十萬人口 25.8 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 26.7 人)。其後雖有呈現下降趨勢，於 102 年達每十萬人口 20.4 人，但相較於女性 102 年自殺粗死亡率每十萬人口 10.1 人，仍為其兩倍。根據 95 年至 101 年全國自殺未遂者通報關懷數據分析顯示，雖男性再自殺企圖(未遂)率(3.9%)則低於女性(5.1%)，但是男性再自殺死亡率(1.1%)仍是女性之二倍(0.5%)，為此，加強落實男性心理健康促進及自殺防治乃極為重要的議題。

3) 中心協助提供「縣市自殺防治策略與措施」之會報資料（詳見附件 8.2.9），其內容涵蓋：

(1) 組織架構及基礎建設：包括瞭解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員廣闊等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等；縣市主管之重視；跨局處協調自殺防治之架構；關懷訪視督導；跨局處個案討論會；自殺威脅個案送醫流程；相關單作之合作連結；轄內資源盤點等等重點。

(2) 指標性防治策略：包含自殺未遂者之通報關懷；自殺死亡個案之親友之關懷服務；關懷訪視員的專業能力訓練等部份；學校的自殺個案之通報與關懷等部分。

(3) 選擇性防治策略：

a. 運用 BSRS-5 篩檢出高危險群，如於照護機構及醫院，尤其是針對高齡民眾之住院者，特別是高齡及有重大傷病。

b. 辦理珍愛生命守門人課程：包括各相關網絡及接觸高風險族群者之守門人訓練，含針對能接觸高風險老人之族群(如：老人社會福利服務機構員工、社工、照顧服務員、送餐服務者等)，農藥輸入業者、販賣業者及各區農會、農改場推廣人員，木炭販售之通路商業者，店員，旅館業者，鄰里長、大樓管理員及相關照護機構人員等。

(4) 全面性防治策略：包括針對常用自殺方式或工具，推動防治策略，如木炭、農藥、安眠藥、跳樓（高處跳下）等。亦針對特殊族群，如殺子後自殺、原住民自殺提出自殺防治策略供參。

4) 參與「研商巴拉刈農藥禁用時程會議」，提供巴拉刈農藥管制相關補充資料投影片檔，詳見附件 8.2.10，會議記錄詳見附件 8.2.11。

2. 檢討與建議：

1) 討論議題部份，有鑑於心理健康促進與自殺防治，有生物、心理、社會、

經濟與文化之複雜成因與背景，因此本會報討論的面向除了在促進民眾的心理健康外，也擴大到不同年齡層、特殊族群(新住民、原住民、身心障礙者、外籍配偶、監獄受刑人及家庭暴力、性侵害被害人、自殺等)、社會及經濟等議題。

2)跨部會的合作中，較難的部份為資料數據的分享，各單位對於資料保密或資料運用會較謹慎，因此通常需要不斷的溝通及討論才能達成共識。

3)建議與改善：

應繼續協調進一步合作，促進自殺相關資料串聯之便捷性等，以利推動以實證為基礎之自殺防治策略。

五、附件

- 附件 8.2.1 「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第 3 次會前會紀錄
- 附件 8.2.2 「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第 3 次會議紀錄
- 附件 8.2.3 「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第 4 次會前會紀錄
- 附件 8.2.4 「行政院心理健康促進及自殺防治會報」第二屆第 4 次會議紀錄
- 附件 8.2.5 3 月交付資料—會報建議提案
- 附件 8.2.6 6 月交付資料—會報建議提案
- 附件 8.2.7 9 月交付資料—會報建議提案
- 附件 8.2.8 12 月交付資料—會報建議提案
- 附件 8.2.9 縣市自殺防治策略與措施
- 附件 8.2.10 巴拉刈農藥管制相關補充資料
- 附件 8.2.11 研商巴拉刈農藥禁用時程會議紀錄

心情溫度計應用程式(APP)設計與推廣

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

在數位化的現代，全球正處於智慧型裝置的快速成長階段，網路著實為極重要的行銷通路之一。臺灣 12 歲以上持有智慧型裝置的人口約占 61.5%，並且正持續快速成長，其中以 Google Android 系統為最大宗，市佔率全球約 75%，其次為 IOS 系統占 17.3%，而在臺灣不分系統約 70.6% 的使用者曾經下載過 APP，Google Android 的 APP 以年輕、收入較低、學生族群為主，IOS 系統的 APP 則以壯年、教育程度較高、中高收入的專業人士族群為主。APP 下載次數的分析指出，臺灣每位用戶平均會安裝下載 30 個 APP，此數量高於美國(29)、英國(25)和中國(19)。2012 年的資料更顯示，App Store (IOS)全球的總下載次數已超過 300 億，而 Google Play (Android)已超過 200 億，由此可見 APP 應用程式市場的重要性與普遍性。

心情溫度計為簡式健康量表(BSRS-5)的俗稱，是由臺大李明濱教授等人所發展之自評量表，為簡易心理健康檢測工具，主要在作為精神症狀篩檢表，目的在於能夠迅速瞭解個人的心理照護需求，進而提供所需之心理衛生服務。心情溫度計簡短、使用容易、具有良好之信效度，且適用於大部份的民眾。另外，此量表除了可以用於瞭解自身的心情狀態，也可以用來關懷週遭的親朋好友，因此，心情溫度計的推廣，將有助於促進民眾的心理健康。

由於目前雲端服務的推出以及智慧型裝置的普及，加上行動裝置 APP 程式的運用已深入大眾的日常生活，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，本會發展心情溫度計應用程式(APP)，以智慧型裝置作為媒介，並兼顧 IOS 系統與 Google Android 系統用戶，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。

2. 業務或方案的目的與目標

心情溫度計應用程式(APP)製作目的在於幫助民眾迅速瞭解個人之心靈困擾度，提供查尋所需之心理衛生服務的功能，並且鼓勵運用在日常生活心理健康的自我監測，以落實全面性自殺防治策略中之心理健康促進。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 與工程師溝通並說明其功能、版面設計與流程。
- 2) 提供資料與說明。
- 3) 持續討論與修正。
- 4) 程式測試。
- 5) 程式上線。
- 6) 後續推廣。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：工業技術研究院(工研院)健康服務組、程式設計及美編專家。
- 2) 資源連結內容及形式：資料提供、會議討論、程式設計、版面設計、溝通聯繫。

三、過程 (Process)

【IOS 系統之心情溫度計應用程式(簡稱 APP)】

鑑於工研院已有建立成熟的健康平台，而其模式為 IOS 系統，期將心情溫度計納入其中，以提供民眾完整身心之照顧，因此與工研院進行合作。

1. 2月6日召開「心情溫度計應用程式(APP)」專家討論會議，討論心情溫度計 APP 之功能與版面設計。
2. 4月11日正式函請工研院共同合作開發「心情溫度計應用程式(APP)」-IOS 系統。
3. 4月16日與工研院召開「心情溫度計應用程式(APP)」專家討論會議，討論 APP 功能、版面設計與流程，確認最終 APP 腳本，並決議以工研院已開發之 APP 進行修改，以縮短開發時程。
4. 5月5日工研院回函，同意自殺防治學會之委託，進行「心情溫度計應用程式(APP)」-IOS 系統之開發。
5. 5月13日提供工研院 APP 製作之相關文稿。
6. 5月23日工研院提供 APP 之初步版面設計，並持續溝通。
7. 5月30日中心申請 Apple 帳號，以利後續 IOS 開發者帳號之申請，並擬於7月進行程式測試。
8. 7月底至8月中進行功能測試、回饋與修正，心情溫度計 1.0 版於8月28日正式上架以供民眾下載。
9. 9月初與工研院討論並增修心衛資源部分的分類功能，經工程師修定後，心情溫度計 1.0.1 版於9月16日上架可供民眾下載更新版。
10. 9月29日召開討論會議，針對心情溫度計授權問題與工研院進行討論。

11.10 至 11 月觀察民眾使用情形並於 12 月 1 日提出進一步多方推廣規劃方案，除 Facebook 粉絲專頁、通訊軟體、中心電子報及相關合作單位繼續加強外，另外將自殺防治系列手冊電子書、文宣品等附上 QR code 之下載連結，並製作宣傳海報運用於未來任何活動推廣。

【Android 系統之心情溫度計應用程式(簡稱 APP)】

為了達到期程要求，同步尋求此領域之專業志工一同開發。

1. 3 月 3 日召開「心情溫度計應用程式(APP)」專家討論會議，討論功能與版面設計。
2. 3 月 14 日召開「心情溫度計應用程式(APP)」專家討論會議，討論 APP 流程。
3. 5 月 7 日與工程師召開專家討論會議，討論 APP 功能，確認最終 APP 腳本，並決議藉 Google Play 作為平台管理。
4. 5 月 11 日申請 Google 開發者帳號。
5. 5 月 12 日與程式相關人員召開專家討論會議，討論 APP 之版面設計與流程，決議以 Google 地圖關鍵字的方式顯示各縣市「心衛資源地圖」。
6. 5 月 20 日向 Google 地圖申請建立「心衛資源地圖」，該公司表示需有「資料授權」證明，因此於 5 月 29 日函請衛生福利部同意引用相關資料。
7. 6 月 6 日提供 APP 最終流程圖。
8. 6 月 9 日衛生福利部回函，同意中心引用其資料，即於同日回覆給 Google。
9. 6 月 16 日 Google 臺灣回覆中心，另提及因臺灣地區並無「地方資訊小組」，中心必須直接與 Google 美國總公司連繫。當日即和 Google 總公司聯系，Google 總公司針對「資料授權」問題仍有疑義，最終未能同意，故求助資源改以條列方式處理。
10. 7 月完成程式設計初版並於 8 月 2 日開始進行各項功能測試。
11. 8 月 20 日確認心情溫度計應用程式(APP)之圖標(icon)，9 月 1 日確認心情溫度計應用程式(APP)之歡迎頁，於 8 至 9 月期間持續來回討論，並相互溝通到 10 月底陸續完成所有頁面之美術編輯設計初稿。
12. 11 月 10 日與工程師召開「Android 系統之心情溫度計 APP 頁面」討論會議，討論美編設計頁面與所需求之系統功能確認，預計 12 月底完成，同時並持續測試功能部分。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 共召開 8 次專家討論會議。
- 2) 完成建立 Google 開發者帳號與 Apple 帳號。
- 3) 完成 IOS 系統心情溫度計應用程式(APP)開發並上架供下載使用，相關圖標如表 9-1-1，截至 11 月底，共登錄 146 個會員帳號。
- 4) 完成 Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之初步程式及頁面設計，如表 9-1-1，擬於 12 月底完成上架。

表 9-1-1、圖標對照表

	IOS 系統	Android 系統
(1) 下載圖標		
(2) 歡迎頁		
(3) 首頁選單		

表 9-1-1、圖標對照表(續)

<p>(4) 心情溫度計： 使用者可透過 APP 隨時隨地做心情困擾程度測量。</p>		
<p>(5) 測驗記錄： 每筆測驗結果依時間順序，越近期的記錄排列越上面，讓使用者了解自己的心情起伏。</p>		
<p>(6) 電子書： 提供使用者連結各心理健康及自殺防治系列手冊。在 Android 系統另稱為「心理健康秘笈」。</p>		<p style="text-align: center;">示意圖</p>
<p>(7) 心衛資源： 可依照使用者所點選之地區，提供就近心衛資源服務。</p>		<p style="text-align: center;">示意圖</p>

2. 檢討與建議

1) 於預算，目前心情溫度計應用程式(APP)之功能與版面設計皆較為簡易，

吸引使用者的程度也相對受限，導致下載人數偏低，需擴大宣導。

2)建議與改善：

- (1) 除目前持續進行全面推廣外，待 Android 系統完成後，將發布新聞稿或舉辦記者會來加以宣導。
- (2) 為擴大推廣心情溫度計之運用，期能在後續改版開發更多的功能，以吸引更多使用者下載。
- (3) 期能編列出相關預算，強化 APP 之功能及吸引力，擴大後續推廣，以促進開發心情溫度計應用程式(APP)之更高效益。

網路成癮者之評估與轉介

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

隨著資訊時代的來臨，智慧型手機、平板、電腦的普及，網路已是現代人生活不可或缺的一環。網路如水，可載舟亦可覆舟；網路過度使用所造成的身心健康問題層出不窮，網路成癮即為其中一項問題。

網路成癮，是一種病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致學業、人際關係、身心健康、家庭、職業等方面的功能損害，是全球重大的精神健康與公共衛生問題。

近年來，網路成癮(internet addiction)已經成為全球性的公共衛生問題。網路成癮的定義，泛指病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致功能損害，包括：學業成績、人際關係、身心健康、家庭互動、職業表現…等方面。網路成癮的型態，包含線上遊戲、社交軟體、線上賭博、線上購物、虛擬性愛和資訊超載。網路因為它的匿名性、虛擬性、方便性、逃避性…等特質，吸引當事者耽溺其中。美國心理學家 David Greenfield 形容：「網路媒介是一種心理針筒，將內容(令人愉悅的遊戲、賭博、購物、性)打進我們的神經系統中。」

臺灣兒童福利聯盟文教基金會於 2013 年針對臺灣國小五、六年級及國中七、八年級學生進行抽樣調查，發現 3 成 9 青少年擁有智慧型手機；當中有 3 成 6 不到半小時就會看一次手機，1 成每五分鐘就看一次；8 成 5 孩子會拿智慧型手機聽音樂，7 成 8 用以玩遊戲，6 成 8 則使用社群網絡(臉書)。

智慧型手機由於網路可近性高、且難以管控，可能增加青少年網路成癮風險，成為臺灣亟待關切的精神健康與公共衛生議題，制訂網路使用法律以保護未成年者(如網路內容分級管制)等，實需要國家成立專責機構來推動。目前南韓已經成立超過 140 個網路成癮預防中心、100 家網路成癮治療醫院，臺灣已於 2012 年成立中亞聯大網路成癮防治中心，並開立網路成癮門診。

故為了瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，以進行相關防治策略之規劃，本次初步研究規劃進行「網路沉迷與心理健康」調查。又鑑於近年網際網路的使用普及，除了對青少年族群造成影響外，更是所有

共同面臨的問題，因而擴大施測對象為所有網路使用者。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 擴大宣導使用網路自我檢測。
- 2) 針對高風險族群進行關懷。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 收集並回顧國內、外網路成癮與自殺防治相關研究文獻，並進行彙整及分析。
- 2) 召開專家會議，進行文獻回顧結果之意見交流，再修正完成初稿。
- 3) 編製「網路使用與身心健康」調查問卷，並採線上填寫方式。
- 4) 藉由網路推廣進行問卷施測。
- 5) 回收問卷並分析及彙整結果。
- 6) 針對有留電子信箱之施測對象回傳結果。
- 7) 針對有留電子信箱之高風險施測對象進行關懷。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：義工、FB 珍愛生命打氣網、臺大 BBS、生命教育網、健康醫學網、1111 人力銀行、象藝創意粉絲團、社團法人華人心理治療研究發展基金會、曾經合作守門人課程之學校及各大專院校學生會。
- 2) 資源連結內容及形式：電子傳遞、發佈訊息、信件關懷、網頁製作

三、過程 (Process)

1. 1月 27 日業務會議針對施測對象的後續關懷方式與結果頁呈現方式，提出討論。決議以電子郵件(e-mail)型式進行後續關懷，並將問卷結果連結至中心網頁。
2. 2月 24 日業務會議針對通知問卷結果之電子郵件文稿，提出討論。
3. 2月 25 日在中心網站上建立「網路使用調查」專區，提供問卷得分結果。
4. 3月 5 日將結果統一寄給留有電子信箱之施測對象，之後定期針對新的施測對象以電子郵件(e-mail)形式個別通知其問卷結果。
5. 3月 31 日業務會議針對「網路成癮量表」(CIAS-R)68 分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)15 分以上之施測對象的持續關懷方式與提供之建議，提案討論。決議通過以電子郵件 (e-mail)型式進行持續關懷，並在中心網站建立相關建議頁面及連結。
6. 4月 2 日編製電子郵件之關懷文稿。

7. 4月9日起擴大實施，針對「網路成癮量表」(CIAS-R)64分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)15分以上之施測對象以電子郵件形式進行關懷。
8. 4月初編製「健康使用網路簡要指引」並於上傳專區，宣導健康上網概念。
9. 5月底達到1100位施測對象，整理問卷並進行初步統計分析。
10. 6月底簡化問卷並將專區更名為「網路成癮檢測站」，並將量表名稱變更為「網路成癮與心情檢測」，以宣導檢測為主，以吸引更多人可線上檢測。
11. 10月初於中心首頁設置連結圖標進行擴大宣導。
12. 10月中於珍愛生命打氣網上增加網路成癮檢測站宣導頁面，以吸引更多人進行線上檢測。
13. 11月針對問卷高風險施測者再次寄發關懷郵件，關心其網路使用近況。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 今年度於五月底進行問卷簡化，刪除簡式性格量表，截至12月5日共有1222人，六月後施測者為89人，且因電子信箱欄位為非必填之選項，故施測者留有電子信箱的比例極低，已寄出問卷結果之郵件427封，占總人數的35%，並擴大關懷對象進行後續關懷，共寄出32封關懷電子郵件。
- 2) 敘述性統計：

1222位施測對象中，男性191位(15.6%)；女性1031位(84.4%)。年齡層分布以25-44歲為最多，有804位(65.8%)，其次為45歲以上，有205位(16.8%)，最少的是15-24歲，有213位(17.4%)。以教育程度區分，大學有655位(53.6%)，其次為專科，有270位(22.1%)，接著是研究所及以上203位(16.6%)，高中職76位(6.2%)，國中13位(1.1%)，最少的是國小以下有5位(0.4%)。婚姻狀況分析，未婚者人數最多，有617位(50.5%)，其次為已婚562位(46.0%)，接著是離婚30位(2.5%)，喪偶9位(0.7%)，最少的是同居有4位(0.3%)。以執業區分，就業中的民眾共934位(76.4%)，其次為學生165位(13.5%)，接著是家管61位(5.0%)，無業48位(3.9%)，最少的是退休有14位(1.1%)。

針對網路成癮量表(CISA-R)與基本資料進行交叉分析。由表8-1可知道男性平均分數大於女性，年齡層以年輕族群(15-24歲)分數較高，教育程度則是國小以下平均分數最高，婚姻狀況以未婚之平均分數高於其他，職業以學生族群平均分數最高，而常玩線上遊戲及利用網路做其他事情(如：購物、賭博、看電影...等)的族群平均分數高於其他族群。

表 8-1、基本資料與網路成癮分數(CIAS-R)交叉表(N=1222，M=50.28，標準差=14.7)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差
性別				
男	191	15.6%	53.0	16.2
女	1031	84.4%	49.8	14.3
年齡				
15-24 歲	213	17.4%	56.3	14.6
25-44 歲	804	65.8%	50.3	14.1
45 歲以上	205	16.8%	43.9	14.4
教育程度				
國小以下	5	0.4%	58.0	20.7
國中	13	1.1%	55.7	17.2
高中職	76	6.2%	48.5	15.8
專科	270	22.1%	48.0	14.3
大學	655	53.6%	51.7	14.2
研究所以上	203	16.6%	48.9	15.5
婚姻狀況				
未婚	617	50.5%	53.9	14.2
已婚	562	46.0%	46.8	14.3
離婚	30	2.5%	43.9	14.0
同居	4	0.3%	30.8	4.6
喪偶	9	0.7%	49.3	10.7
職業				
學生	165	13.5%	57.8	13.4
家管	61	5.0%	50.5	14.9
就業中	934	76.4%	48.8	14.5
無業(失業/待業)	48	3.9%	54.2	15.4
退休	14	1.1%	49.7	10.4

表 8-1、基本資料與網路成癮分數(CIAS-R)交叉表(續)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差
上網最常做哪些活動(複選)				
遊戲	50	4.1%	54.2	15.6
互動通訊	555	45.4%	48.6	14.8
其他	106	8.7	49.4	15.0
遊戲及互動通訊	89	7.3	54.1	14.4
遊戲及其他	16	1.3%	54.5	20.3
互動通訊及其他	267	21.8%	50.3	13.6
遊戲、互動通訊及其他	139	11.4%	53.5	13.9
上網最常做哪些活動(複選)				
遊戲	294	15.7%	53.9	14.7
互動通訊	1050	56.1%	50.1	14.5
其他	528	28.2%	51.1	14.2

*上網最常做哪些活動中之選項「其他」包含購物、賭博、看影片等

針對網路成癮量表(CISA-R)與情緒困擾度及自殺想法進行交叉分析。由表 8-2 可知道網路成癮量表(CISA-R)的平均分數越高，則簡式健康量表(BSRS-5)所測出之情緒困擾度也隨之升高，過去一星期中有自殺想法的 CIAS-R 分數也高於無自殺想法者。

表8-2、情緒困擾度、自殺想法與網路成癮分數(CISA-R)交叉表(N=1222)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差
BSRS-5				
0-5 分	770	63.0%	47.0	13.4
6-9 分	252	20.6%	52.9	13.1
10-14 分	130	10.6%	57.5	15.4
15-20 分	70	5.7%	64.1	17.5
自殺想法				
無	908	74.4%	48.4	13.8
有	312	25.6%	55.8	15.8

2. 檢討與建議

- 1) 為凸顯量表使其易見，已重新更名並建立首頁圖標連結，加強宣導。
- 2) 由於電子信箱欄位為非必要填寫，故留下電子信箱之施測者比例並不高。
- 3) 建議與改善：
 - (1) 為便於施測者可自行計分，將於量表後加註說明計分方式。
 - (2) 中心雖已針對高風險個案進行電郵關懷，但為求防範於未然，需跨部會合作推動並連結網路成癮防治機構，如中亞聯大網路成癮防治中心、臺灣網路成癮防治學會等介入推動針對一般民眾、學生及家長，培養正確資訊素養、健康上網及網路行為的自我管理。

國際合作與交流

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺是全球性的議題，各國家在其自殺率的趨勢上均有不同，如新加坡與澳洲在國際自殺趨勢大幅上升之際，卻維持平穩，甚至反而有下降的趨勢，其自殺防治工作的成效值得世界各國的學習與仿效。在臺灣，自殺死亡方式(例如燒炭自殺率上升)、年齡族群(25-44 歲壯年死亡人數多、65 歲以上老年人自殺死亡率高)等自殺死亡與通報數據上均展現出了自殺現象的特殊性，同時也反應了時代變遷下，臺灣自殺現象的轉變與不變。為因應臺灣自殺現象中的變與不變，從其他在自殺防治工作上有顯著成效的國家進行標竿學習是相當重要的，正因如此，國際合作在自殺防治工作上是不可或缺的一環。

此外，自殺行為絕非單一因素所能造成，在現今新型態之全球性經濟萎縮、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺之風險，仍需密切注意。目前沒有研究顯示何種自殺防治策略有效，因此須透過各種交流與分享管道諸如國內外參訪、參與國際研討會以及舉辦專題演講來瞭解，除學習各國的自殺防治背景、策略及相關實證資料之外，也有助於臺灣自殺防治策略的擬定與自殺問題的解決，同時亦可分享臺灣之自殺防治經驗與成果。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1)促進自殺防治之國際合作與交流。
- 2)吸收國際最新的自殺防治訊息，作為自殺防治策略研擬之參考。
- 3)透過自殺防治的國際參與提升國際形象及能見度。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)參與國際自殺防治組織及相關活動，並即時獲得最新的活動消息、當期學術期刊與電子報。
- 2)規劃國際研討會。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：國際自殺防治協會(IASP)、韓國自殺防治中心、日本精神保健研究所自殺防治中心、香港賽馬會防止自殺研究中心、國際表演藝術醫學

會會長與加拿大音樂家門診中心主任 Dr. John Chong、美國南佛羅里達大學音樂學院教授 Prof. Sang-Hie Lee、beyondblue 機構代表 Dr. Brian Graetz 總經理。

2) 資源連結內容及形式：研討會、網路宣導及交流參訪等。

三、過程(Process)

1. 持續以臺灣自殺防治學會之名義保持國際自殺防治協會(IASP)團體會員之身份，隨時獲得國際自殺防治最新訊息。
2. 1月協助世界衛生組織(WHO)針對中心所提供之世界自殺報告內容進行校閱，並就臺灣主體的呈現方式進行溝通。
3. 1月至4月針對巴拉刈禁用之議題，向韓國自殺防治中心與香港賽馬會防止自殺研究中心詢問相關資訊。
4. 3月協助翻譯 2014 年世界自殺防治日主題橫幅(banner)之臺灣繁體中文版，今年主題為：自殺防治 全球串連。IASP 已於 3 月份置於該會世界自殺防治日活動網站，供全世界閱覽。
5. 4月架設中心之英文介紹網頁，將中心理念推廣至國際平台，並宣揚臺灣自殺防治之成效。
6. 5月翻譯 IASP 2013 年世界自殺防治日主題專文之訊息，將刊登於中心自殺防治通訊及網站上加以宣傳。
7. 5月 12 日國際表演藝術醫學會會長與加拿大音樂家門診中心主任 Dr. John Chong，和美國南佛羅里達大學音樂學院教授 Prof. Sang-Hie Lee 至中心參訪及短講交流。
8. 5月 14 日協辦 2014 第二屆「音樂與健康促進」國際研討會，主題演講外賓 Dr. John Chong 與 Prof. Sang-Hie Lee。
9. 6月 25 日至 27 日，廖士程秘書長受邀出席日本精神醫學會年會，演講臺灣自殺防治及相關媒體合作議題，並進行臺日韓三邊自殺防治國際聯盟交流。
10. 8月與中華民國自行車騎士協會合作，響應 IASP 世界自殺防治日之單車繞世界活動。詳見「大型宣導活動-世界自殺防治日系列活動」章節。
11. 8月開始收集各縣市之世界自殺防治日活動，將其翻譯並於 9 月 11 日上傳臺灣活動訊息置於該會世界自殺防治日活動網站，供全世界閱覽。
12. 8月 31 日舉辦國際學術研討會，以「網路與自殺防治」為主題，邀請日本專家學者 Dr. Kawano、韓國專家學者 Dr. Park 進行經驗分享。詳見「大型宣導活動-其他活動」章節

13.10月3日澳洲beyondblue機構代表Dr. Brian Graetz在澳洲辦事處代表Ms. Smith Patricia陪同下至中心參訪並進行經驗交流。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 參與國際自殺防治協會(IASP)之訊息推展，協助翻譯。
- 2) 辦理國際學術研討會、接待外賓參訪及出國經驗交流。
- 3) 參與世界自殺防治日單車繞世界活動及上傳臺灣自殺防治日系列活動。
- 4) 基於國際合作，跨國取得巴拉刈相關資料。
- 5) 架設中心英文介紹網頁。

2. 檢討與建議

- 1) 為了促進國際自殺防治訊息與知識之交流，並建立聲譽及累積相關國際人脈，中心代表參與國際自殺防治組織之研討會為最佳捷徑。但礙於無法編列出國預算之情形下，將影響國際參與及交流之程度。
- 2) 建議與改善：
 - (1) 持續鼓勵學會之專家學者能進行更多的研究報告並發表於國際期刊，以促進國際間自殺防治經驗之交流分享，提昇臺灣的國際能見度。
 - (2) 若預算足夠，期能邀請更多不同國家的學者來臺訪問，以利交流分享。
 - (3) 期能編列出國考察之預算，以參與 IASP 第 28 屆於 Montreal 所舉辦的世界自殺防治會議或其他國際相關會議，並亦可於會議上向其他國家分享臺灣之自殺防治成效。

民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

鑑於國人自殺率逐年節節升高，且自殺已經連續十年列為國人十大死因之列，因此，衛生福利部特委託臺灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

每年電話調查之目的在於瞭解社會民眾對自殺現象的看法，評估全國民眾對於自殺之觀感及認知，消除民眾對自殺現象的迷思、為自殺去污名化，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

調查範圍為臺灣地區室內電話之住宅用戶；調查對象為臺灣地區 15 歲以上之民眾。可能遺漏的相關群體或對象：未接電話之 15 歲以上民眾，沒人在家或電話中之住宅用戶、非住家之電話用戶、15 歲以下之民眾、生理因素(中風、植物人...)導致無法語言溝通之民眾，以及家裡未裝電話之民眾(租屋在外者)。

本年度主題焦點：對自殺問題的看法、對自殺的認知與態度、自殺防治資訊接觸概況、自殺與親友之經驗、BSRS-5 簡式量表之檢測及相關基本資料，並因應今年工作項目詢問網路使用與成癮問題。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1)評估民眾對自殺現象之瞭解程度。
- 2)瞭解民眾面對自殺行為之態度。
- 3)評估社會對自殺現象污名化之程度。
- 4)運用簡式健康量表，檢測國人情緒困擾之現況

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)為了能順利執行本年度電話調查工作，分別邀請廖士程醫師及張家銘醫師擔任督導，指導本方案之推動。
- 2)召開電話調查討論會，討論架構及問卷設計，並確認問卷內容。
- 3)委託市調公司辦理調查作業。

- 4) 電訪資料蒐集。
- 5) 檔案整理及分析。
- 6) 召開電話調查結果報告討論會，由市調公司進行簡報。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：全方位市場調查有限公司。
- 2) 資源連結內容及形式：透過委託關係，辦理電話調查工作。

三、過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

- 1) 2014年6月19日召開第一次電話調查討論會，討論初步架構及問卷設計。
- 2) 設計問卷(詳見附件10.2.1)，主要內容如下：
 - (1) 民眾對臺灣自殺問題看法共1題。
 - (2) 民眾對自殺認知與態度共3題。
 - (3) 自殺防治相關資訊接觸概況共5題。
 - (4) 個人與親友自殺經歷與求助問題共19題。
 - (5) BSRS-5+1簡式健康量表檢測及求助科別相關問題共8題。
 - (6) 網路成癮情形共13題。
 - (7) 基本資料共6題。
- 3) 委請民調公司辦理電話調查作業。
- 4) 7月1日至7月12日市調公司完成電訪資料蒐集完成，並進行檔案整理及分析。
- 5) 8月8日全方位市調公司繳交電話調查成果報告。
- 6) 8月18日舉辦電話調查報告討論會，由全方位市調公司至中心做結果簡報並討論相關數據。

四、成果(Product)

1. 執行結果

2014年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以CATI(電腦輔助電話調查系統)電話訪問方式訪查臺灣地區年滿15歲以上民眾，有效樣本計2,147人，在95%信心水準下，抽樣誤差在±2.1%以內。各項調查結果如下：

1) 民眾對臺灣自殺問題的看法

66.8%民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重(非常嚴重 22.5%+還算嚴重

44.3%)，23.0%認為不嚴重(不太嚴重 21.4%+一點也不嚴重 1.6%)，另有 10.2%未表態。歷年調查皆有六成六以上民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重，二成五以下認為問題不嚴重。民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重比率有逐年下降的趨勢(如圖 10-2-1)，近 4 年調查皆低於七成，而今年有 66.8%認為嚴重是歷年調查最低的 1 次。

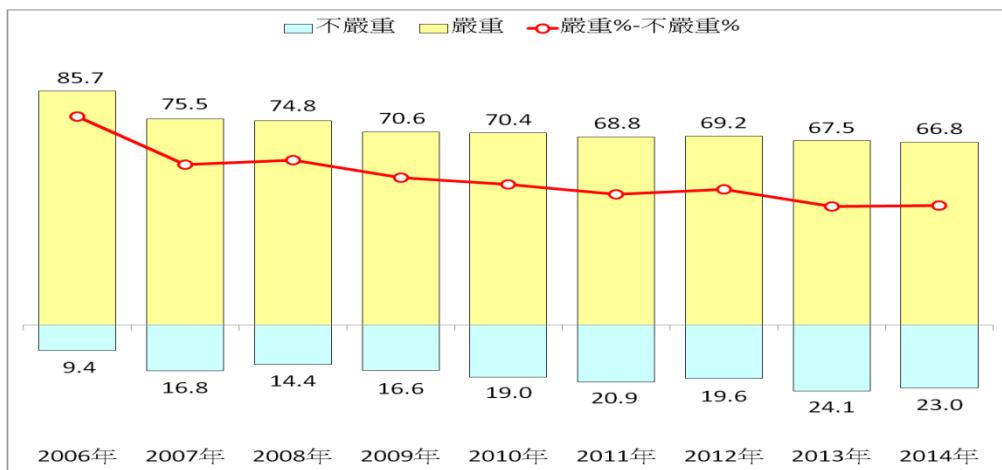


圖 10-2-1、歷年臺灣社會自殺問題嚴重與不嚴重

2) 民眾對自殺認知與態度

57.0%民眾認為自殺身亡的人通常在生前不會說出想要自殺，33.7%民眾則認為會，另有 6.6%民眾回答「不知道/無意見」。歷年調查(如圖 10-2-2)，歷年皆顯示民眾偏向認為自殺身亡者在生前不會說出想自殺，認知正確率皆低於四成五。

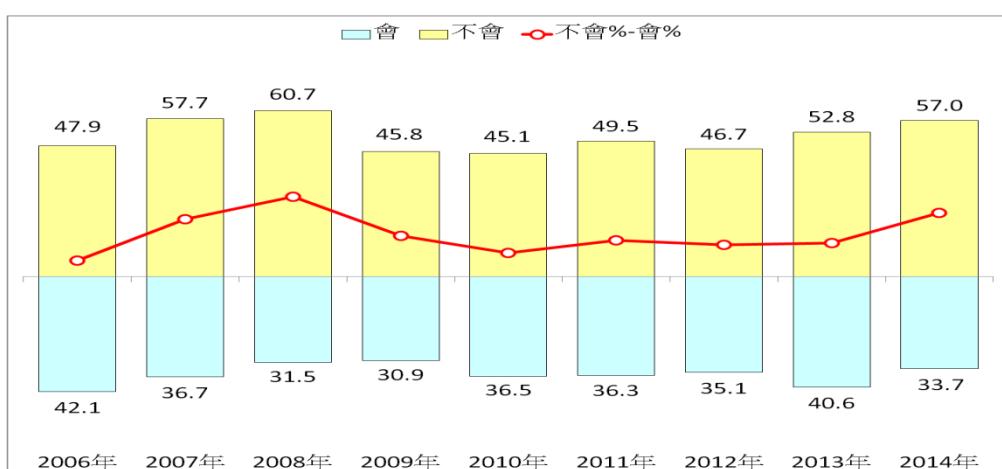


圖 10-2-2、自殺身亡的人，生前會不會說出想要自殺

61.0%民眾認同「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」的說法，30.7%民眾則不認同，另有8.3%民眾未表示看法。年度比較顯示(如圖 10-2-3)，今年調查之同意度略低於去年調查，卡方檢定顯示2年調查結果並沒有顯著差異。

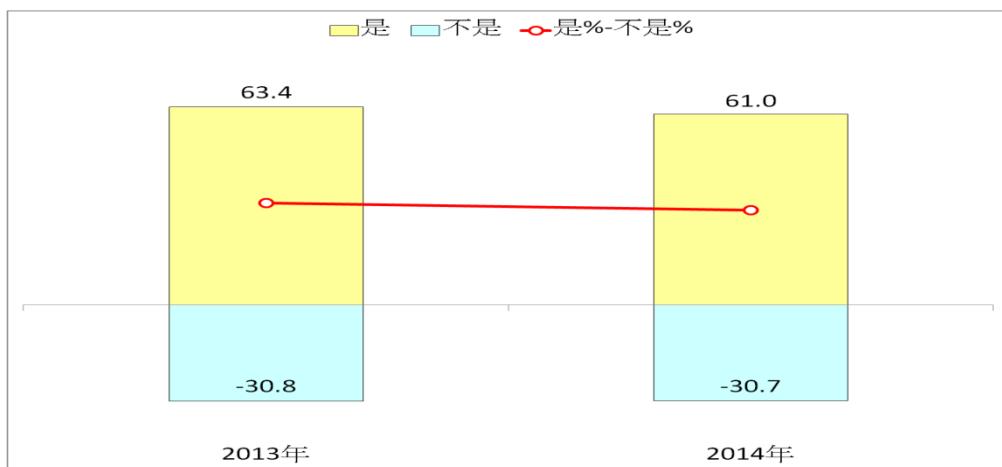


圖 10-2-3、說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已

51.4%民眾認為「自殺是個人的權利，決定權在於自己」，44.6%則認為不是，另有4.0%民眾回答「不知道/無意見」。歷年比較(如圖 10-2-4)，2008年以前調查顯示民眾偏向同意自殺不是個人的權利，而2009-2013年調查則顯示民眾偏向認為自殺是個人的權利，決定權在於自己。近2年調查比較，今年調查之同意度略高於去年調查。

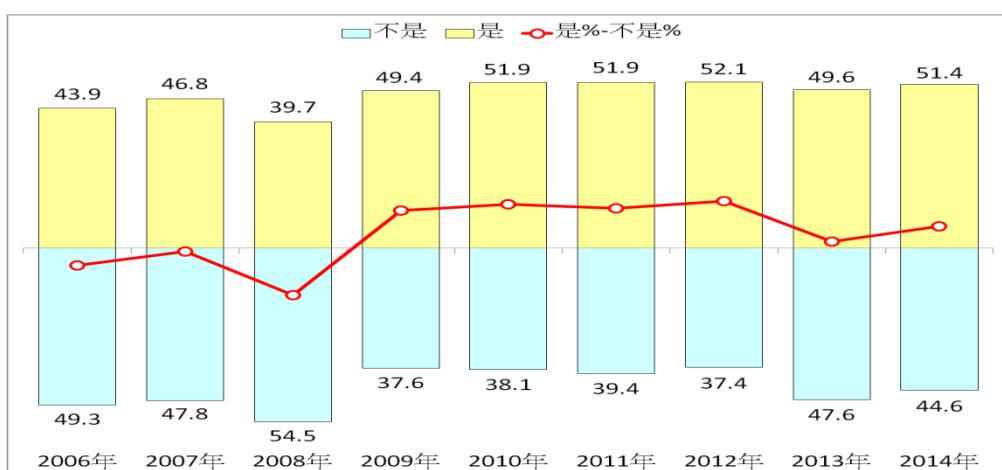


圖 10-2-4、自殺是個人的權利，決定權在於自己

3) 自殺防治資訊接觸概況

49.4%民眾近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊；歷年調查顯示(如圖 10-2-5)，近幾年調查皆約五成左右民眾接觸過自殺防治相關資訊，今年民眾接觸率略高於去年調查，卡方檢定顯示，近兩年調查結果未達顯著差異。近一年接觸過自殺防治相關資訊的民眾，高達 74.6%的資訊來源為「電視」，42.3%為「網站/網路」，25.8%為「報紙」。年度比較顯示，歷年民眾資訊大多來自於電視，其次為報紙與網路，今年從網路得知者明顯多於從報紙者。

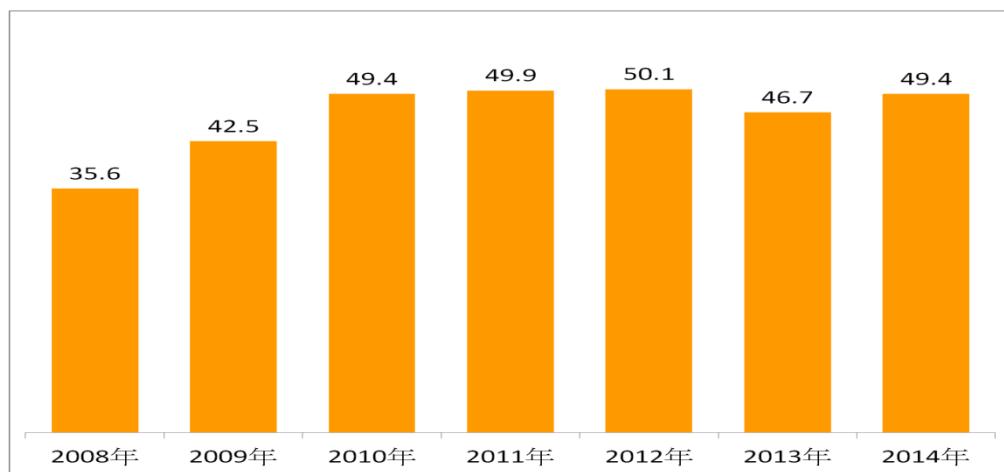


圖 10-2-5、近一年來接觸過「預防自殺或自殺防治」資訊

18.9%民眾最近一年看過或聽過「自殺防治守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」的相關資訊；各屬性民眾約二成表示近一年看過或聽過「自殺防治守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」的相關資訊，軍公教及東部地區民眾皆有三成以上表示有接觸過相關資訊(如圖 10-2-6)。

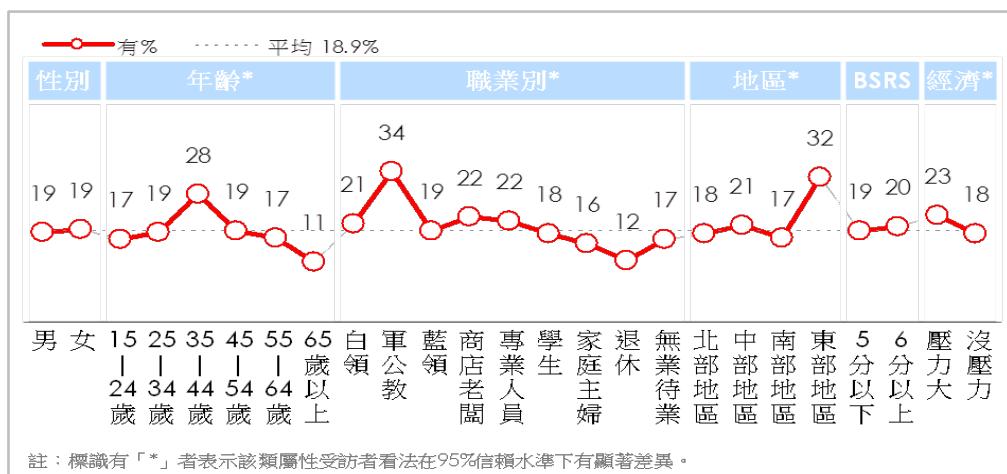


圖 10-2-6、近一年來接觸過「預防自殺或自殺防治」資訊

4) 民眾對於自殺防治參與意願

對於自殺防治的工作，61.2%認為自己幫得上忙，30.8%民眾則認為不可以，另有8.0%民眾回答「不知道/無意見」。歷年調查顯示(如圖 10-2-7)，除2009年調查外，其餘各年皆有過半數民眾認為自己對自殺防治可以幫得上忙。今年有六成一民眾認為可以與去年調查相近。

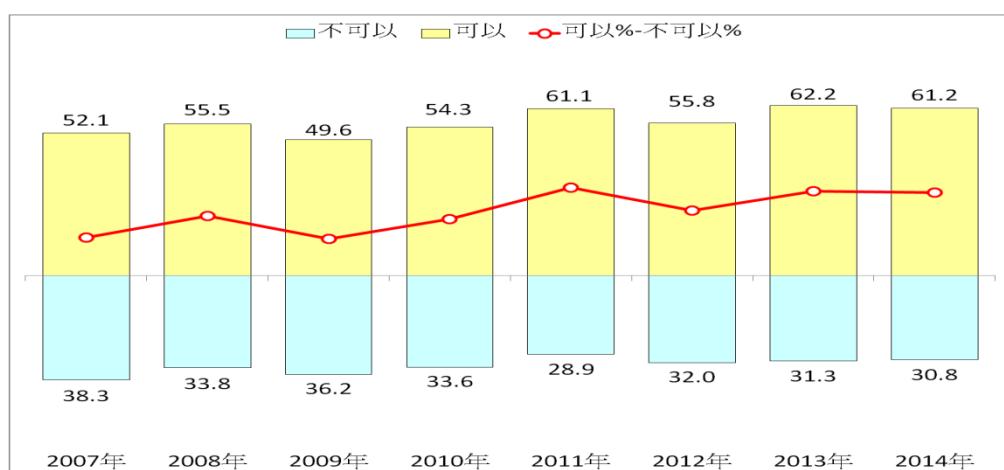


圖 10-2-7、對於自殺防治的工作，自己可不可以幫得上忙

5) 對於政府作為的了解

53.7%民眾知道政府有設立「自殺防治中心」，各屬性民眾有五成以上知道，而65歲以上民眾知道率明顯偏低，僅四成知道。

55.2%民眾知道自殺防治有諮詢專線，年度比較顯示，近五年皆有五成多民眾知道自殺防治有諮詢專線，今年民眾知道率略高於前2年調查。

24.8%民眾知道衛生主管機關有針對自殺未遂者建立「通報及後續關懷」機制，各屬性民眾有二成多表示知道，而不同「性別」民眾的知道率有顯著差異；就性別而言，女性有二成八知道，明顯高於男性的二成二。

14.2%民眾聽說過「心情溫度計」，85.8%則沒聽說過，所有屬性民眾知道率皆低於二成五，而不同「性別」、「年齡」、「職業別」、「地區」及「BSRS分數」民眾的知道率有顯著差異。

6) 個人與親友自殺經歷

12.9%民眾表示一生中曾經認真地想過自殺，1.9%表示最近一年曾認真地想過要自殺，1.1%表示近一個月有認真地想過要自殺；年度比較顯示(如圖 10-2-8)，今年調查表示一生中及近一年曾認真想過自殺比率皆低於往年。曾有自殺想法者第一次認真想自殺年齡集中在 15-19 歲(26.0%)，其次 25-29 歲(15.5%)。年度比較顯示，曾有自殺想法者第一次想自殺年齡皆集中在 15-24 歲，其次為 25-34 歲。

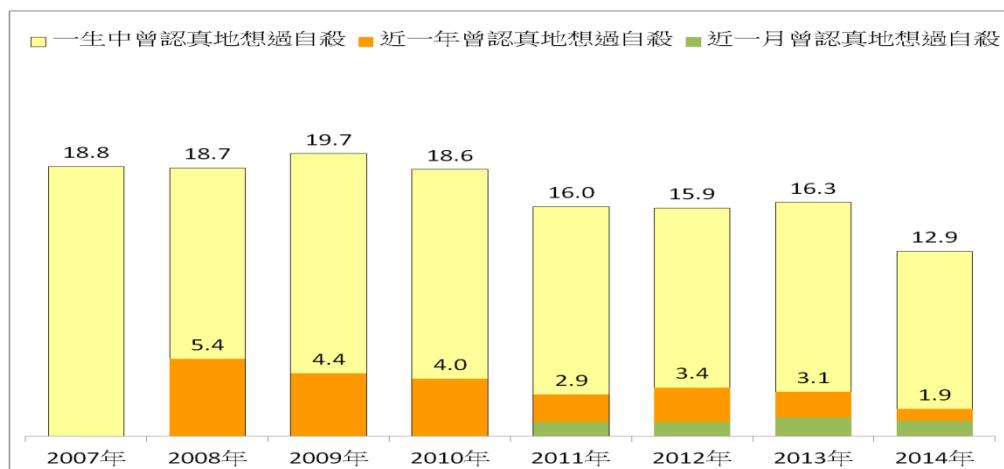


圖 10-2-8、一生、一年、一月內曾經認真地想過自殺比率

2.1%民眾表示一生中曾有自殺行為，0.2%表示近一年曾經有自殺行為，0.1%表示最近一個月有自殺行為；年度比較顯示(如圖 10-2-9)，近四年皆低於 3%表示一生中有過自殺行為。曾有自殺行為者第一次自殺行為有 38.3%集中在 15-24 歲，其次為 25-34 歲(30.8%)。

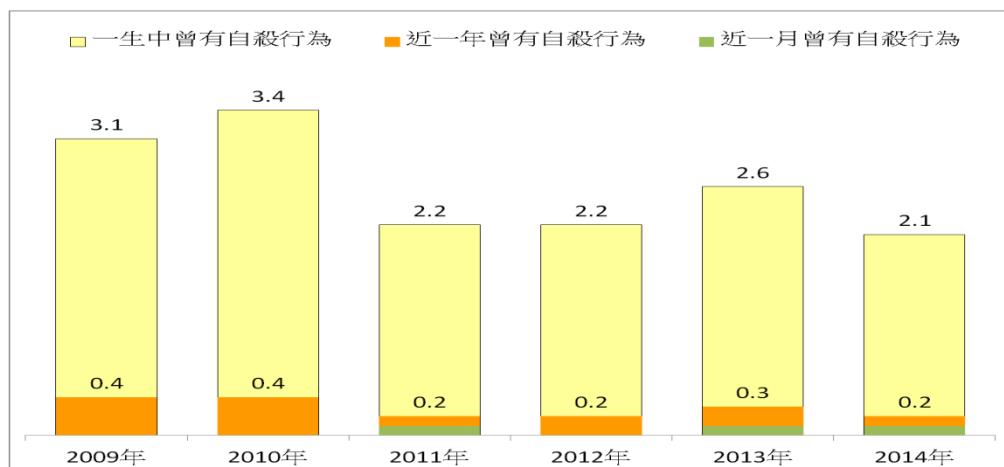


圖 10-2-9、一生、一年、一月內曾有自殺行為比率

曾有自殺想法或行為者僅 24.9%有求助過，而求助對象以親朋好友居多(15.1%)，其次是自救 (4.3%)及心理諮詢輔導專線或機構(4.3%)，再其次是醫療院所-精神科別(3.4%)。有自殺想法但沒有求助的主因為「自己想開了」(25.0%)及「事情沒有嚴重到要自殺」(19.0%)，其次則是「不知求助管道」(12.1%)及「認為別人幫不上忙」(12.1%)；有情緒困擾及有自殺行為者也有一成六以上是因「怕他人知道」、「不知有哪些求助管道」及「別人幫不上忙」；45-54 歲有 22.3%表示不知求助管道，65 歲以上有 18.6% 表示怕他人知道。民眾認為想自殺者求助親朋好友最有幫助(73.0%)居多，其次為心理諮詢輔導專線或機構(28.6%)，再次為社福機構(9.5%)。

民眾有 7.5%表示過去一年中有人對他透露過自殺的念頭，15-24 歲、商店老闆、專業人員、無業待業、有情緒困擾及有經濟壓力者皆有一成以上表示有此經驗。年度比較顯示(如圖 10-2-10)，今年調查表示過去一年中有人對他透露過自殺的念頭的比率低於前幾年調查。當有人對其透露自殺念頭時，89.3%民眾表示會「和對方談一談他對自殺想法」，為歷年比率最高，「轉移話題，儘量避免談到自殺這件事」則下降至 7.7%。

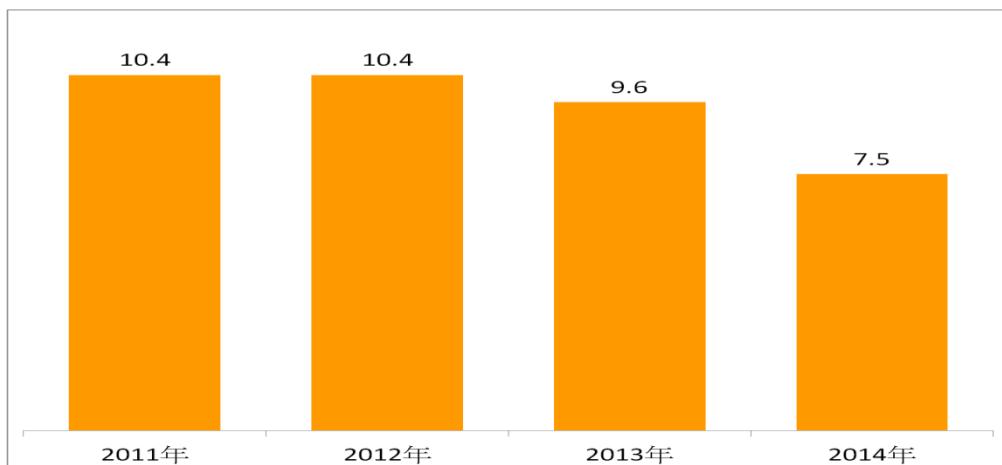


圖 10-2-10、過去一年中周遭有人透露過自殺的念頭比率

7)BSRS-5 心情溫度計檢測

經 BSRS-5 檢測有 6.6%民眾評分達 6 分以上(有情緒困擾)，推估臺灣約 133 萬人(如表 10-2-1)；無業待業者及有經濟壓力者皆有一成八以上有情緒困擾問題。2.4%民眾表示最近一星期有自殺的想法，約 48.2 萬人最近一週有自殺的想法； 0.5%達中等程度以上，0.2%達嚴重程度以上；無業待業者及有經濟壓力者皆有 7%以上表示最近一星期有自殺的想法。

有情緒困擾的民眾高達 35.5%曾認真想自殺，15.7%近一年曾認真想自殺，9.6%近一月曾認真想自殺；11.9%曾有自殺行為，2.1%近一年曾有自殺行為；20.9%曾求助於醫療院所，即使達中度情緒困擾以上者(10 分以上)也僅 30.3%有求助於醫療院所。

表 10-2-1、全國 15 歲以上人口情緒困擾推估人數

項目			調查結果		人數推估	
			百分比	抽樣誤差	推估人數	誤差人數
BSRS5 量表	輕微 程度 以上	睡眠困難	27.2%	±1.88%	546.3 萬	±37.8 萬
		感覺緊張不安	18.5%	±1.64%	371.6 萬	±32.9 萬
		覺得容易苦惱或動怒	25.4%	±1.84%	510.2 萬	±37.0 萬
		感覺憂鬱、心情低落	20.8%	±1.72%	417.8 萬	±34.5 萬
		覺得比不上別人	15.8%	±1.54%	317.4 萬	±30.9 萬
	嚴重 程度 以上	睡眠困難	4.2%	±0.85%	84.4 萬	±17.1 萬
		感覺緊張不安	1.7%	±0.55%	34.1 萬	±11.0 萬
		覺得容易苦惱或動怒	2.1%	±0.61%	42.2 萬	±12.3 萬
		感覺憂鬱、心情低落	1.8%	±0.56%	36.2 萬	±11.2 萬
		覺得比不上別人	1.2%	±0.46%	24.1 萬	±9.2 萬
情緒 困擾	輕度情緒困擾以上(6分+)		6.6%	±1.05%	132.6 萬	±21.1 萬
	中度情緒困擾以上(10分+)		2.1%	±0.61%	42.2 萬	±12.3 萬
	重度情緒困擾以上(15分+)		0.7%	±0.35%	14.1 萬	±7.0 萬
有自 殺的 想法	一生中(認真)		12.9%	±1.42%	259.1 萬	±28.5 萬
	近一年(認真)		1.9%	±0.58%	38.2 萬	±11.6 萬
	近一個月(認真)		1.1%	±0.44%	22.1 萬	±8.8 萬
	近一週(輕微以上)		2.4%	±0.65%	48.2 萬	±13.1 萬

8) 網路使用與成癮問題

67.0%的民眾平時有使用網路的習慣，上網活動以使用互動通訊(58.6%)居多，其次依序為觀賞影片(47.2%)、網路購物(28.6%)、玩網路遊戲(22.8%)。

針對有使用網路習慣之民眾進行調查，33.8%有持續且反覆地網路遊戲，1.9%常與網路玩家上網造成情緒明顯困擾或生活障礙。以 DSM-V 網路遊戲成癮[Internet Gaming Disorder]診斷標準調查網路成癮問題，29.3%符合一項以上的診斷徵狀，1.9%符合五項以上的診斷徵狀。各項診斷徵狀(如圖 10-2-11)，以「上網佔據生活大部分時間」(20.1%)比率最高，其次為「常上網來逃避或紓解低落的情緒」(15.5%)、「曾嘗試自我約束網路的使用卻徒勞無功」(13.4%)、「因網路使用而失去了過去的習慣或興趣」(11.8%)及「花費在上網時間越來越久」(8.9%)。

針對有玩網路遊戲之民眾進行調查，32.7%有持續且反覆地網路遊戲，2.7%常與網路玩家上網造成情緒明顯困擾或生活障礙。以 DSM-V 網路遊戲成癮[Internet Gaming Disorder]診斷標準，10.7%符合一項以上的診斷徵狀，1.2%符合五項以上的診斷徵狀(有網路遊戲成癮症)；15 至 24 歲民眾高達 24.3%符合一項以上的診斷徵狀，3.4%符合五項以上，網路成癮嚴重性遠高於其他年齡層。各項診斷徵狀(如圖 10-2-11)，「常使用網路遊戲來逃避或紓解低落的情緒」(18.5%)情況居多，其次為「曾嘗試自我約束網路的使用卻徒勞無功」(16.5%)，再次為「網路遊戲佔據生活大部分時間」(13.6%)、「因網路使用而失去了過去的習慣或興趣」(13.1%)及「當停止或減少網路使用有因此容易生氣、焦慮、悲傷」(12.8%)。

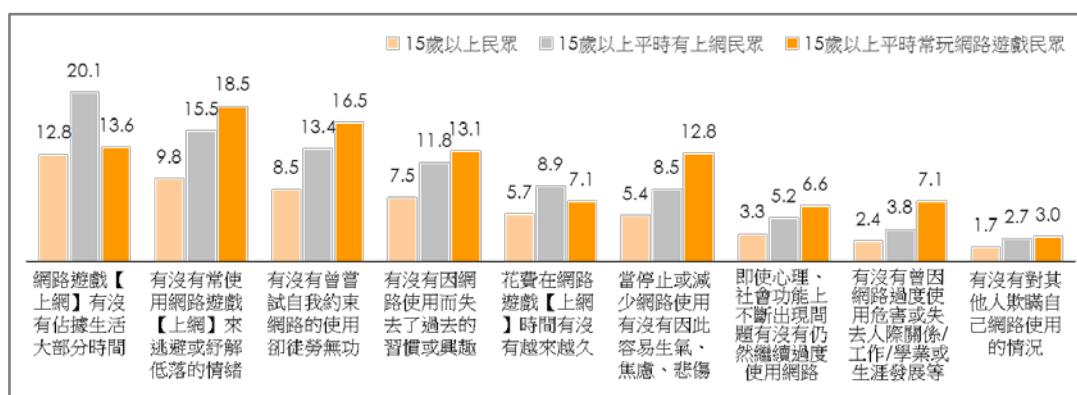


圖 10-2-11、網路／網路遊戲成癮各項診斷徵狀

以 BSRS-5 得分交叉分析顯示(如圖 10-2-12)，有情緒困擾民眾高達 40.7%符合一項以上的網路成癥診斷徵狀，8.0%符合五項以上網路成癥診斷徵狀，網路成癮嚴重性遠高於無情緒困擾民眾。此外，網路成癮症者有 28.2%有情緒困擾問題，可看出網路成癮症與情緒困擾間有密切的關係。

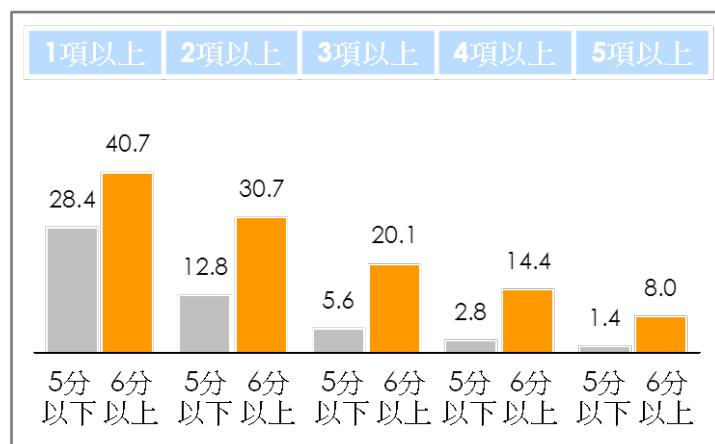


圖 10-2-12、BSRS-5 情緒困擾者符合網路成癮徵狀情形

2. 檢討與建議

1) 民眾感受自殺問題嚴重已逐年減少，但仍有六成七認為嚴重

六成七民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重，不過相較往年，民眾認為嚴重比率已有逐年下降的趨勢。

雖然自殺退出國人十大死因，但整個大環境景氣不好、薪資停滯，有一成七民眾有生活經濟壓力，加上媒體對自殺新聞過度渲染等因素都是影響民眾對自殺問題的觀感。自殺問題嚴重性雖逐年降低，但仍有六成七認為嚴重，自殺防治工作不能掉以輕心。

2) 六成一民眾願意協助自殺防治但認知不足，政府須善用媒體宣導正確觀念

六成一民眾認為自己對自殺防治幫得上忙，而會接觸到需要幫忙的可能性也不低(7.5%)民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺的念頭，但仍有不少人對政府自殺防治機構或措施不瞭解。

四成九民眾看過或聽過自殺防治的相關資訊，其中有七成五資訊來源為「電視」，另有五成七民眾注意到自殺新聞報導中「求助資源或專線」訊息，顯示媒體力量大。

多數民眾認為自己對自殺防治工作幫得上忙，若能善用電視媒體宣導「自殺防治守門人」相關資訊，讓民眾對自殺防治有正確的認知，進而協助週遭有自殺想法的親友，應能顯著降低自殺死亡的發生。

3) 自殺新聞露出「求助資源或專線」訊息之效益高，親友是自殺防治第一道防線，宜加強「自殺防治守門人」及「心情溫度計」宣導

五成七民眾有注意到自殺新聞中的「求助資源或專線」訊息；五成三民眾知道政府有設立「自殺防治中心」，五成五知道自殺防治有諮詢專線。

雖多數民眾知道求助管道者，但有需要會去求助者卻是少數，調查顯示，曾有自殺想法者僅二成五有求助過他人或機構，有自殺行為但沒求助者主要是因「怕他人知道」、「不知有哪些求助管道」及「別人幫不上忙」。

曾有自殺想法者有七成三認為親朋好友最能幫助他，而接觸過自殺想法者採取「和對方談一談他對自殺想法」方式的比率有逐年增加趨勢。

親友是自殺防治行動的第一道防線，對週遭有自殺意念或傾向的親友，

及早發現、立即關懷，並給予正確處理方法才能避免悲劇發生。另外，若能讓有自殺念頭者一開始就有求助的想法及知道有人可以幫忙，應可降低自殺行為的發生。

近年來自殺新聞持續露出「求助資源或專線」訊息，已讓過半數民眾知道求助管道「自殺防治中心」及「自殺防治諮詢專線」，未來宜多宣導「自殺防治守門人」、「通報及後續關懷」機制及「心情溫度計」，讓人人成為自殺防治的第一線。

4) 心情溫度計檢測情緒困擾可篩檢自殺高危險群，廣為使用有助於自殺防治

心情溫度計(BSRS-5量表)檢測出有情緒困擾的民眾高達35.5%曾認真想自殺，15.7%近一年曾認真想自殺，9.6%近一月曾認真想自殺，25.3%近一週有自殺想法；11.9%曾有自殺行為，2.1%近一年曾有自殺行為。

心情溫度計可篩選自殺高危險群，加上量表檢測簡單容易，一般人都能自行做檢測，但目前知名度仍低(僅14.2%民眾聽說過)，應廣為宣傳為大眾週知及使用，讓有情緒困擾者能及早治療，避免自殺憾事發生。

5) 失業與有經濟壓力者易有情緒困擾症狀，失業、經濟問題為自殺的危險因子

無業待業者有22%有情緒困擾，4%近一年曾認真想自殺，3%近一個月曾認真想自殺，8%近一週有自殺想法。有經濟壓力者有18%有情緒困擾，6%近一年曾認真想自殺，4%近一個月曾認真想自殺，7%近一週有自殺想法。二者皆是自殺的高危險群。

失業與有經濟壓力者是自殺的高危險群，自殺防治工作宜多瞭解他們的問題並主動提出協助，唯有對症下藥才能降低自殺發生率。

五、附件

附件 10.2.1 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷

衛生福利部其他交辦事項

即時性提供衛生福利部之交辦相關資料，整理如下：

1. 1月15日協助更新下列數據：2012年通報人次，訪視服務人次，2013年1至11月通報人次，個案訪視服務人次；2013年1-11月通報後分案率及2013年珍愛生命守門人訓練課程辦理場次及人次。

數據更新如下：

- 1)建置「自殺防治通報系統」以強化自殺未遂者關懷訪視服務，2012年共計通報2萬8,475人次，並提供個案訪視服務14萬9,114人次，2013年1至11月共通報2萬5,908人次，提供個案關懷訪視服務11萬2,850人次。
- 2)2013年度核定各直轄市及縣(市)社區心理衛生中心自殺通報關懷訪視員加強辦理「自殺通報個案關懷訪視計畫」，2013年1-11月通報後分案率達99.85%，給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止其再度試圖自殺。
- 3)為推廣「自殺防治、人人有責」觀念，針對宗教團體、學校老師、醫護人員、醫學院學生、國軍部隊心輔官、警察人員、社工督導、身心障礙就業服務員、職訓中心學員、農藥販賣業者、村里長及幹事、社區營造工作者、民間宗教社福團體等，辦理珍愛生命守門人訓練課程，2013年1至12月31日辦理共計61場次，約5,360人次參加訓練。

2. 2月10日協助調查並提供韓國禁用巴拉刈之步驟與結果。

依照衛生福利部要求，提供韓國自殺防治協會禁用巴拉刈回覆之原文和中文翻譯。內容摘要如下：

巴拉刈禁用的困難：

- 1)農民抗議對巴拉刈的限制，因其效果好，價格便宜。
- 2)眾議員大多反對。可能原因有二：議員聲稱他們的反對是因農民對巴拉刈的支持；(我們)認為是與農業化學品公司的反對有關。
- 3)農業化學品公司的反對，並堅持自己的推銷產品的權利。

巴拉刈相關問題及禁用過程：

- 1)對學者和記者主張在韓國，巴拉刈的使用和高自殺率是相關的，特別是鄉村地區和老年族群。並堅持認為，允許巴拉刈的使用是非常不道德的，以改變民眾的看法，使支持巴拉刈的立場變得困難，和給予所有相關人士間接壓力。
- 2)研究法律和行政程序：韓國自殺防治協會發現任何農資生產的批准應在每10年複查(韓國：巴拉刈於2011年)。負責的政府機構是Rural Development

and Administration (RDA)。

3) 與政府官員合作

- (1) 尋找農業部，食品和農村事務部，和 RDA 中有「影響力」的人，請他們對「韓國的自殺問題」演講。堅持中老年人和農村極高的自殺率，和巴拉刈的使用是有直接關連的。
 - (2) 要求會見 RDA 中負責批准巴拉刈的政府官員。
 - (3) 使負責批准巴拉刈的政府官員了解巴拉刈的危險，使其有意願禁用巴拉刈。
 - (4) KASP 和 RDA 的政府官員討論，尋找限制巴拉刈的最佳方法。RDA 的政府官員決定「悄悄地」的來解決這個問題，這一點很重要！如果限制巴拉刈成為一個話題，即使巴拉刈已有相關的負面評價，農民、國會議員和農業化學品公司還是可能會有抗議行動。
 - (5) 解決的辦法是：在 10 年時限結束後，政府官員對巴拉刈不接受複查申請。這可能被視為「疏忽」，但不會造成抗議行動。同時，KASP 要求企業不得再提出申請。
- 4) 由於沒有申請，政府宣布巴拉刈不能在韓國生產銷售，而仍在市場上的巴拉刈 6 個月後會被下架。
 - 5) 之後，農業化工企業試圖提交對稀釋的巴拉刈的申請。值得慶幸的是，RDA 拒絕接受稀釋巴拉刈的申請。
 - 6) 之後，對巴拉刈禁用的研討會中，政府宣布，巴拉刈已沒有在韓國生產銷售，市場也無巴拉刈。

3. 2 月 12 日為提報「組織再造後婦幼人身安全工作之現行規劃與未來走向」會議，協助提供自殺通報中與被家暴相關數據分析。

提供相關數據及說明如下：

- 1) 自殺死亡無原因資料，而自殺通報之原因亦無「家暴」項目。
- 2) 其他相關資料說明如下：
 - (1) 依自殺通報「特殊身分別註記」(本欄位為 2012 年 10 月新增題項，為非必填，可複選之欄位)：
 - a. 2012 年家暴被害人計 104 人次(占所有通報個案 0.37%)，家暴加害人計 60 人次(0.21%)。
 - a) 家暴被害人分析：男性計 9 人次(8.65%)，女性計 95 人次(91.35%)；「0-14 歲」計 1 人次(0.96%)，「15-24 歲」計 15 人次(14.42%)，「25-44 歲」計 71 人次(68.27%)，「45-64 歲」計 14 人次(13.46%)，「65 歲以上」計 3 人次(2.88%)。

- b) (b)家暴加害人分析：男性計 55 人次(91.67%)，女性計 5 人次(8.33%)，「0-14 歲」計 0 人次，「15-24 歲」計 3 人次(5.0%)，「25-44 歲」計 30 人次(50.0%)，「45-64 歲」計 24 人次(40.0%)，「65 歲以上」計 3 人次(5.0%)
- b. 2013 年家暴被害人計 252 人次(0.90%)，家暴加害人計 117 人次(0.42%)。
- a) 家暴被害人分析：男性計 11 人次(4.37%)，女性計 241 人次(95.63%)；「0-14 歲」計 2 人次(0.79%)，「15-24 歲」計 23 人次(9.13%)，「25-44 歲」計 155 人次(61.51%)，「45-64 歲」計 63 人次(25.00%)，「65 歲以上」計 9 人次(3.57%)。
- b) 家暴加害人分析：男性計 102 人次(87.18%)，女性計 15 人次(12.82%)，「0-14 歲」計 0 人次，「15-24 歲」計 4 人次(3.42%)，「25-44 歲」計 59 人次(50.43%)，「45-64 歲」計 49 人次(41.88%)，「65 歲以上」計 5 人次(4.27%)
- (2) 由於自殺通報「自殺原因」欄位無「家庭暴力」因素，以「遭受暴力」進行分析。（「遭受暴力」為 2012 年 10 月新增項目，其涵蓋範圍大於家庭暴力，故數據僅供參考。）
- a. 2012 年遭受暴力計 12 人次(0.04%)，其中男性計 2 人次(16.67%)，女性計 10 人次(83.33%)，「0-14 歲」計 0 人次，「15-24 歲」計 1 人次(8.33%)，「25-44 歲」計 9 人次(75.0%)，「45-64 歲」計 2 人次(16.67%)，「65 歲以上」計 0 人次。
- b. 2013 年遭受暴力計 58 人次(0.21%)，其中男性計 8 人次(13.79%)，女性計 50 人次(86.21%)，「0-14 歲」計 2 人次(3.45%)，「15-24 歲」計 11 人次(18.97%)，「25-44 歲」計 27 人次(46.55%)，「45-64 歲」計 16 人次(27.59%)，「65 歲以上」計 2 人次(3.45%)。
4. 4 月 7 日因應審計部需求，協助提供相關自殺通報數據給予衛生福利部。中心提供 95-100 年全國各縣市 30 天及 180 天再自殺率相關數據，詳見附件 10-3-1。
5. 4 月 8 日協助提供衛生福利部心口司與社政單位開會所需之自殺通報仍列管人數(次)及已結案數之相關數據。

回覆之數據如下：

2006 年至 2014 年 2 月自殺通報系統資料，自殺未遂通報總計 205,845 人次(15,3547 人)結案總計 90,905 人次(73,706 人)，故仍列管之未遂通報

計 114,940 人次(73,706 人)。

6. 4月8日協助提供2012-2013年各縣市自殺通報30天及180天再自殺率。
提供之數據如表 10-3-1

表 10-3-1、2012-2013 年各縣市自殺通報 30 天及 180 天再自殺率

	通報個案 30 天 再自殺率		通報個案 180 天 再自殺率
	2012 年	2013 年	2012 年
全國	4.5	4.6	10.4
台北市	3.2	3.6	8.1
新北市	4.2	4.8	9.7
基隆市	6.4	5.5	12.5
宜蘭縣	4.8	5.4	11.1
桃園縣	3.8	3.8	9.4
新竹市	3.7	3.9	9.5
新竹縣	4.8	3.4	9.1
苗栗縣	4.3	4.6	10.8
台中市	4.0	4.1	9.1
彰化縣	4.3	4.8	9.5
南投縣	2.8	3.4	7.9
雲林縣	5.2	5.0	10.1
嘉義市	2.3	6.8	6.9
嘉義縣	2.9	4.8	7.0
臺南市	4.8	4.6	10.5
高雄市	4.9	4.2	11.8
屏東縣	5.0	5.5	9.3
台東縣	6.7	5.7	14.1
花蓮縣	5.1	3.7	12.8
澎湖縣	2.4	1.6	8.3
金門縣	1.9	4.3	9.6
連江縣	0.0	0.0	0.0

7. 4月15日提供相關自殺防治資料說明，以利衛生福利部回覆審計部之提問。

提供說明如下：

針對衛生福利部來信詢問「問 100 年自殺通報 180 天再自殺率「全國」的數據如何算出」，其計算公式說明如下： $180\text{天再自殺率} = \frac{\text{當年於該縣市曾企圖自殺，且 180 天內於同一縣市再自殺企圖者人數}}{\text{當年於該縣市企圖自殺者人數}}$

縣市別之再自殺率，以第一次企圖與再次企圖皆在該同一縣市者，始被計算之；全國之再自殺率則無此限制。

故全國之 180 天再自殺率 不等於 (各縣市再自殺率之總合) / 22

8. 4 月 15 日協助提供全國及屏東縣「農藥」自殺通報及死亡數據分析。

針對衛生福利部之要求，中心提供屏東縣 2006 至 103 年之自殺死亡檔，及 2007 至 2013 年之自殺未遂通報檔。詳細數據詳見附件 10-3-2 及 10-3-3。

9. 4 月 23 日協助依衛生福利部要求之格式，提供中心歷年資訊以辦理衛生及福利特展。

提供之資料如下：

1) 請說明主題之重要性或對人類之貢獻

自殺是世界性的公共衛生問題，根據世界衛生組織之預估，於公元 2020 年，全球每年會有一百五十三萬人因自殺身亡，且約 2/3 的自殺死亡發生在亞洲，自殺防治之工作刻不容緩。

鑑於國人自殺死亡率逐年提高，且自殺已連續八年列入國人十大死因之列，前行政院衛生署(2013 年 7 月升格為衛生福利部)特推展「全國自殺防治中心計畫」，2005 年 12 月成立自殺防治中心，規劃自殺防治工作，研擬國家策略，協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，建立自殺防治通報及關懷流程等，並結合民間力量，除降低死亡率，挽救寶貴生命外，更提升我國心理衛生與精神醫療，營造社會關懷文化，展現社會互助價值與溫暖。

2) 對民眾衛教或宣導之重點

自殺防治，人人有責，善用心情溫度計及發揮守門人一問二應三轉介(圖 10-3-1)之技巧，關懷周遭親友，落實於以個案為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人照護，促進網網相連，人人成為珍愛生命守門人。

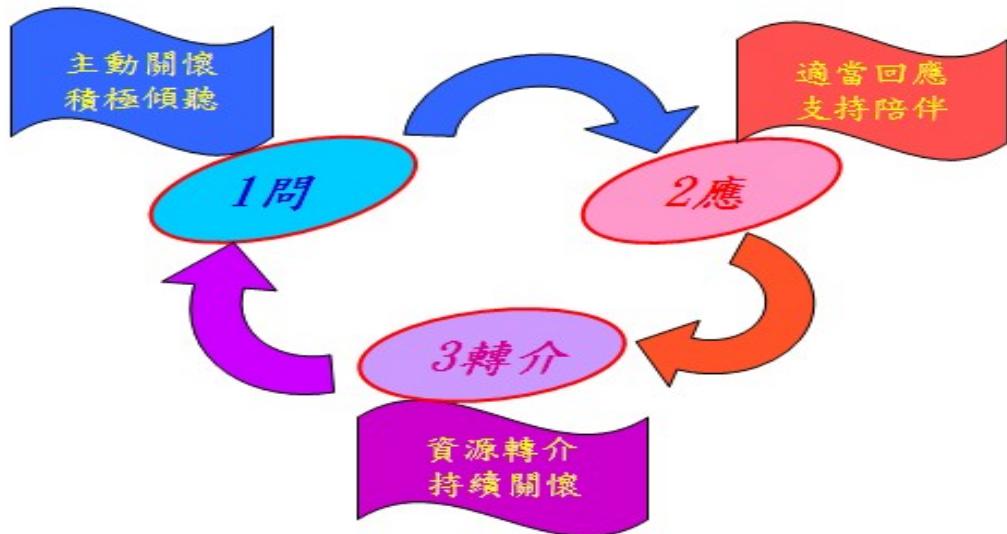


圖 10-3-1、守門人一問二應三轉介

3) 重要成果相關圖表

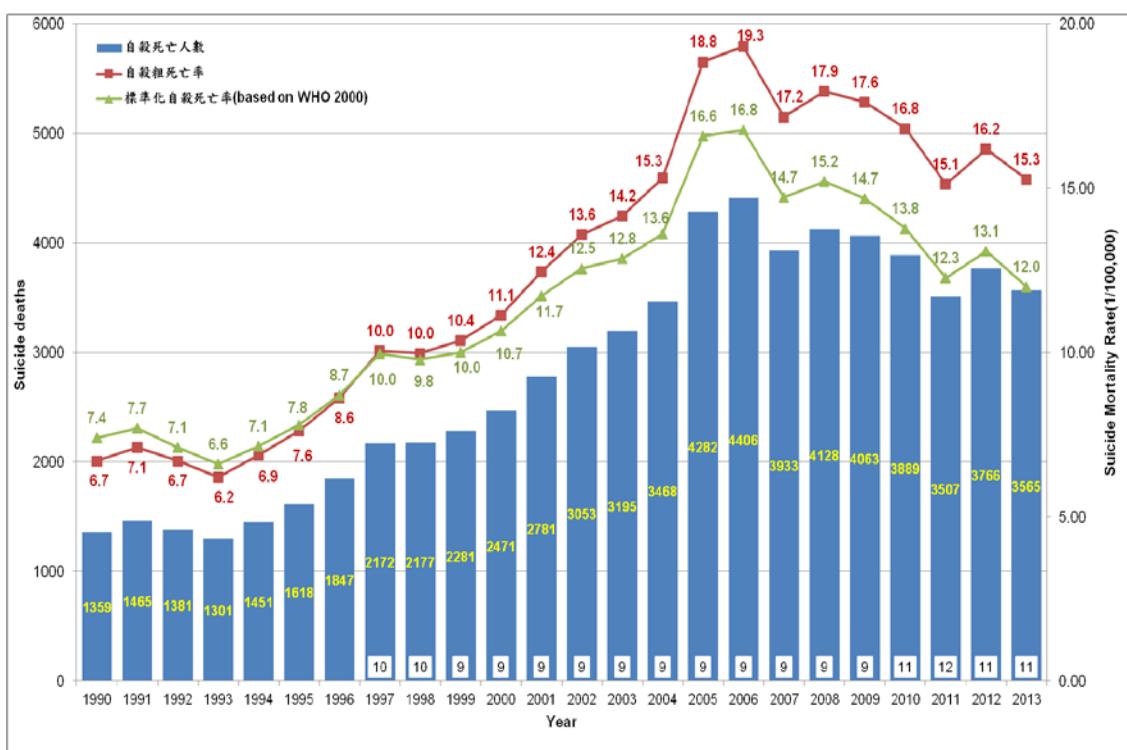


圖 10-3-2、全國 1990-2013 年自殺死亡人數/死亡率

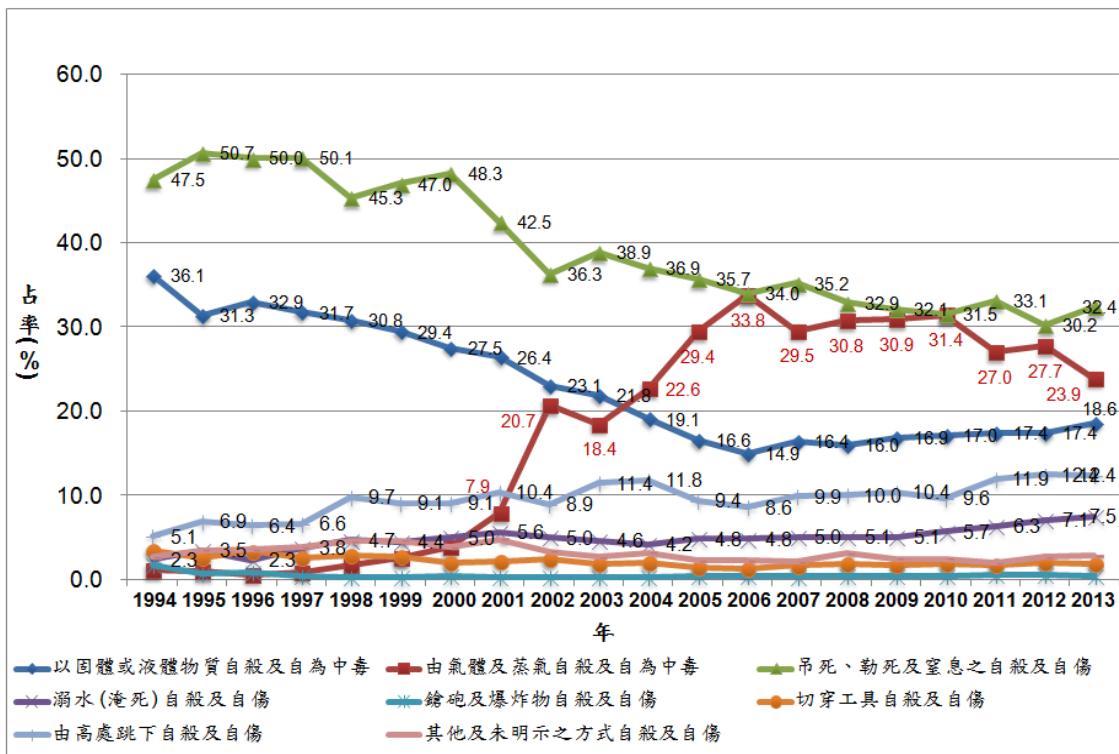
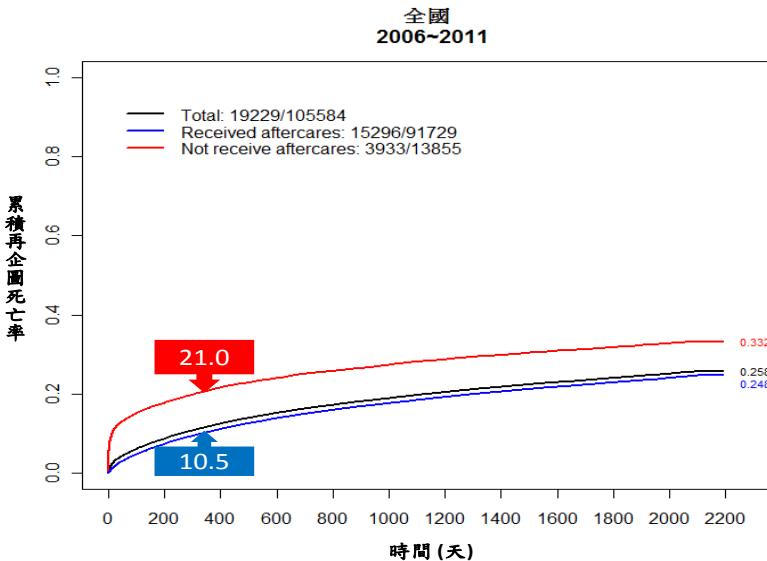


圖 10-3-3、全國 1994-2013 年方法別自殺死亡占率(%)

在自殺通報關懷系統，有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者再自殺企圖率降低 50.0%



44

圖 10-3-4、有接受過關懷訪視者之再自殺企圖率

在自殺通報關懷系統，有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者再自殺死亡率降低36.4%

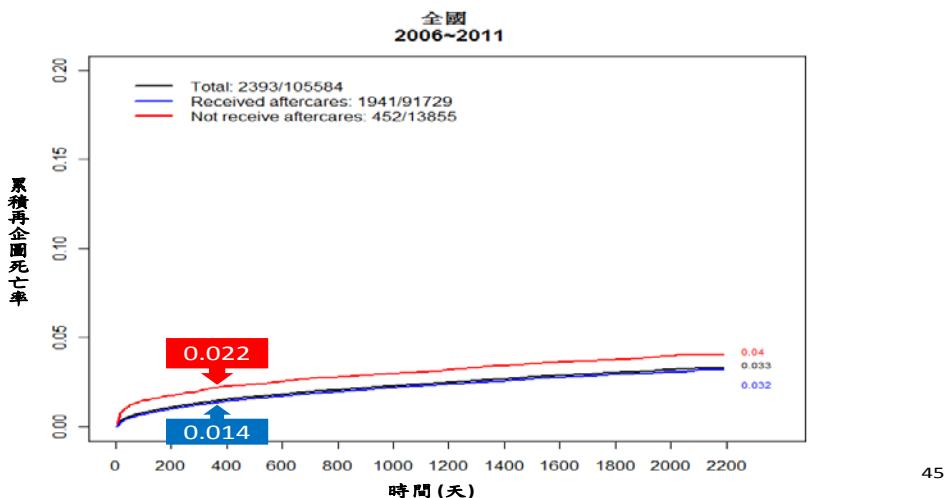


圖 10-3-5、有接受過關懷訪視者之再自殺死亡率

10.5月21日為提供審計部審核意見，協助提供各國老人自殺死亡率資料。

由於各國老人自殺死亡率之資料不易取得，故中心特搜尋到美國及日本之相關數據，並提供衛生福利部卓參。詳細資料詳見附件 10-3-4 及 10-3-5。

11.5月23日為辦理李桐豪立委索取自殺通報資料案，協助提供2013年1月至今(2014)年最新月份自殺通報數據，內容按照月份、各縣市、性別、年齡分類。

提供之相關數據簡述如下：

1) 資料說明：

- (1) 自殺通報系統簡介：為針對自殺企圖者提供即時之關懷與介入服務，衛生福利部（原行政院衛生署）自2006年起推動自殺通報關懷服務，並建置自殺防治通報系統，主要目的為：
 - a. 落實自殺行為者之通報。
 - b. 建立個案輔導轉介關懷之網路。
 - c. 促進相關服務資源之整合。
- (2) 本次統計資料期間為：2013年1月至2014年4月
- (3) 資料來源：衛生福利部公共衛生資訊入口網自殺通報系統
- (4) 資料擷取日期：2014/2/10 擷取 2013/1~12 資料、2014/5/10 擷取 2013/1~4 資料

2) 資料提供如下：詳見附件 10-3-6

- (1) 各縣市各月份自殺通報人次。
- (2) 各月份男女自殺通報人次
- (3) 各份各年齡層自殺通報人次

12.6月12日協助協助提供今年1月至5月底，辦理守門人訓練課程辦理場次及參加人數。

提供資料如下：

為推廣「自殺防治、人人有責」觀念，針對學校教師、學生、醫護人員、醫院行政人員、療養院所照顧服務員、社工、長者等，中心協助辦理珍愛生命守門人訓練課程，14場次，約1,213人次參加訓練。

13.6月23日為更新自殺通報相關數據，協助2013年度各縣市訪視次數。

提供之相關數據如表10-3-2：

表10-3-2、2013年各縣市自殺通報量／訪視次數／平均訪視次數

2013年各縣市 自殺通報量／訪視次數／平均訪視次數				
	自殺通報量 (人次)	總訪視次數	平均訪視 次數	排序
全國	28,091	183,345	6.5	-
台北市	1,719	2,274	1.3	22
新北市	5,250	39,132	7.5	5
基隆市	628	2,688	4.3	17
宜蘭縣	781	5,039	6.5	7
桃園縣	2,878	21,777	7.6	4
新竹市	483	1,374	2.8	20
新竹縣	637	3,882	6.1	9
苗栗縣	742	4,577	6.2	8
台中市	2,752	16,691	6.1	10
彰化縣	1,573	7,926	5.0	14
南投縣	634	4,484	7.1	6
雲林縣	898	5,104	5.7	12
嘉義市	307	1,608	5.2	13
嘉義縣	596	2,338	3.9	18
臺南市	2,536	19,868	7.8	3
高雄市	3,635	33,913	9.3	1

表 10-3-2、2013 年各縣市自殺通報量／訪視次數／平均訪視次數(續)

屏東縣	990	3,719	3.8	19
台東縣	329	2,808	8.5	2
花蓮縣	598	3,584	6.0	11
澎湖縣	66	312	4.7	15
金門縣	54	235	4.4	16
連江縣	5	12	2.4	21

資料來源：衛生福利部公共衛生資訊入口網

資料期間：2013 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

資料擷取截至日期：2014 年 2 月 10 日

製表日期：2014 年 6 月 23 日

製表人：孔祥玲

總訪視次數：該縣市訪視次數(未扣除任何條件)

註->訪視次數為變動項目，關懷時間越久，訪視次數越多。

平均訪視次數：該縣市訪視次數÷該縣市自殺通報量。

排序：依據平均訪視次數，大至小排序。

14. 7 月 1 日協助收集收集國外青少年自殺死亡相關資料(含數據及防治策略)

及研擬相關自殺防治策略，並於 7 月 11 日至衛生福利部開會。

提供之策略簡述如下：

全國自殺防治中心自 2007 年來已就青少年自殺防治之部分持續研擬策略和建議並積極落實。目前中心針對青少年自殺之部分包含了指標性(indicative)、選擇性(selective)及全面性(universal)等三大策略。所謂指標性策略部份，主要為追蹤自殺企圖者及關懷自殺者親友等，防止其再度試圖自殺。選擇性策略中，主要工作有推廣「自殺防治守門人」概念，宣導心情溫度計之使用等。全面性策略則涵蓋如何匡正媒體報導、如何減少致命性自殺物品、如何促進社會大眾心理健康等，強調自殺防治工作是需要全民的投入，並連結社會各資源網絡，在既有的服務體系內持續地強化自殺防治功能。詳細報告詳見附件 10-3-7。

15. 9 月 4 日為因應立法院審查 2015 年度單位預算需要，協助提供 2008-2013 年自殺通報個案 30 天及 180 天再自殺率並分性別之資料。

提供之相關數據及說明如下(表 10-3-3)：

1) 2008 年至 2013 年臺灣「男性自殺粗死亡率」由每十萬人口 24.3 人降至每十萬人口 20.5 人，降幅為 15.6%，「女性自殺粗死亡率」由每十萬人口 11.5

人降至每十萬人口 10.1 人，降幅為 12.2%，顯示國人自殺死亡風險逐年降低。

- 2)由 2006 年開始強化功能之自殺企圖未遂個案通報關懷系統，推行至今，每年通報個案逐年增加，顯示有更多過去無法被服務輸送體系接觸的個案。
- 3)自殺未遂個案通報關懷系統效能參考量化指標「通報個案 30 天再自殺率」男性由每 100 人 3.2 人增加至每 100 人 4.2 人，女性幾乎持平，由每 100 人 4.8 人增加至每 100 人 4.9 人；「通報個案 180 天再自殺率」男性由每 100 人 3.2 人增加至每 100 人 4.2 人，男性由每 100 人 6.8 人增加至每 100 人 8.5 人，女性幾乎持平，由每 100 人 11.3 人增加至每 100 人 11.4 人。
- 4)整體而言，在公共衛生問題通報系統建立過程中，系統中防治標的再發生率增高，可能的解釋之一是：因為各界努力通報，通報人數增加，原本隱藏的「黑數」逐漸被找到，因而困難個案亦增加，但由於服務的介入，是「未遂的」「通報個案再企圖未遂」增加，而不是「粗死亡率」增加。
- 5)若就性別差異而言，上述情況更加被證實。女性之「再自殺率」高於男性，女性之「自殺粗死亡率」均低於男性，顯示「通報個案 30 天再自殺率」「通報個案 180 天再自殺率」具有反映自殺未遂企圖個案再次企圖未遂仍存活之特質。男性之「再自殺率」增幅遠大於女性，而男性「自殺粗死亡率」降幅較女性大，顯示有更多原本自殺死亡風險較高的男性國民，可能因為各項防治工作之影響，由原本可能自殺死亡之個案，轉為獲救未遂之個案。

表 10-3-3、2008-2013 年自殺通報個案 30 天及 180 天再自殺率-性別

年度	每十萬人口 自殺死亡人數 (粗死亡率)		通報個案 30 天 再企圖自殺率		通報個案 180 天 再企圖自殺率	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
2008	24.3	11.5	3.2	4.8	6.8	11.3
2009	24.1	11.1	3.5	4.9	7.3	11.1
2010	22.7	10.9	3.1	4.5	7.5	11.1
2011	20.5	9.7	3.6	4.2	7.5	10.8

表 10-3-3、2008-2013 年自殺通報個案 30 天及 180 天再自殺率-性別(續)

2012	20.8	11.5	3.8	4.9	8.4	11.4
2013	20.5	10.1	4.2	4.9	8.5	11.4

註：「通報個案 30 天及 180 天再企圖自殺率」為個案於 30 天內或 180 天內再企圖自殺，而非「再自殺死亡率」。

16.9 月 5 日協助提供 8 月 31 日世界自殺防治日，邱文達前部長參與活動的照片。

17.9 月 10 日為因應立法院開議，協助提供 2008-2013 年間各年全國男女數據，包括自殺通報人數及自殺標準化死亡率。

提供數據資料如下：

全國 101 年度自殺通報共 28,475 人次。男性共 10,031 人次，佔率為 35.2%。女性共 18,443 人次，佔率為 64.8%。性別不詳 1 人次。女性為男性的 1.84 倍，詳細資料詳見附件 10-3-8。

18.9 月 11 日為辦理 2014 年度立法院凍結預算乙案，協助提供自殺防治相關業務最新辦理情形。

回覆之資料及說明如下：

- 1)根據衛生福利部統計處自殺死亡數據統計，2013 年自殺死亡人數為 3,565 人(自殺粗死亡率為每十萬人口 15.3 人)，相較 2012 年之 3,766 人(自殺粗死亡率為每十萬人口 16.2 人)減少 201 人，就自殺粗死亡率而言，減少 5.6%；標準化自殺死亡率為每十萬人口 12.0 人，較 2012 年(每十萬人口 13.1 人)減少 8.3%，並離開世界衛生組織(WHO)所定義之高自殺危險區域(每十萬人口 13 人)。
- 2)針對中心網站(tspc.tw)「年度工作計畫」及「成果報告」，已進行更新，目前內容為 2005 至 2014 年度工作計畫及 2006 年至 2013 年成果報告。另外，並增設「自殺防治圖書館」專區(包括 26 本自殺防治系列手冊電子書及各期自殺防治網通訊期刊)，讓一般民眾隨時可上網獲取自殺防治最新資訊；因應網路時代來臨，增設「網路成癮檢測站」，提醒民眾別因過度使用網路造成身心健康問題。
- 3)全國自殺防治中心協助衛生福利部進行幕僚事務作業，作為全國自殺防治工作平台，辦理自殺防治之統計分析及實證研究，規劃全面性、選擇性及指標性之自殺防治策略，做為政府政策研擬之參考。
 - (1) 針對自殺企圖及高風險之通報個案：由各縣市政府衛生局辦理關懷訪視

作業委託計畫，招募專業關懷訪視人員，並由衛生福利部提供經費補助。全國自殺防治中心根據自殺通報關懷及死亡數據分析，協助擬訂自殺通報及關懷訪視作業流程；並透過每月的資料分析及數據監測，協助衛生福利部及各縣市衛生局進行管理評估；隨時蒐集通報單位及關懷訪視員之回饋意見，並擬定結構性問卷調查通報關懷作業問題，定期檢討通報關懷作業流程，提出改善建議事項；針對自殺通報個案關懷訪視員辦理共識營，透過教育訓練及經驗分享，強化訪視員關懷訪視及溝通技巧，減少拒訪情形的發生；並於網站設立「關懷訪視員」專區，隨時進行問題討論與經驗交流。

- (2) 針對自殺專業知能宣導與教育訓練：持續錄製專業教育訓練數位化課程，並上架於「珍愛生命數位學習網(www.tsos.org.tw/home)」，提供專業人員進行線上學習。針對專業人員教育訓練，延續與中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會合作，提供專業繼續練課程積分認證，今年更與社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會及台灣家庭醫學醫學會合作，開設諮商心理師及家庭醫學科醫師之繼續教育課程，目前共有西醫師(8堂)、藥師(21堂)、護理人員(20堂)、諮商心理師(15堂)、家庭醫學科醫師(8堂)及公務人員(5堂)等之繼續教育認證課程。另外，並錄製非專業課程，提供一般民眾上網閱覽學習，截至9月11日共計94堂影音課程，534,058人次閱覽。

19.9月17日協助提供中心人員工作分配內容。

提供之資料簡述如下：

本會內部管理措施乃針對各專案計畫予以規劃、執行及評估。業務之分派採任務導向，並以團隊方式或輪值進行合作。除一般共同行政和常規外，各組間會相互支援及協調，以促進專案業務之推動與宣導。各項業務及專案含相關之規劃、評估、執行及評值等。每週定期由計畫主持人召開業務會議，每日並與主任及相關專案人員召開討論會議，定期督導各項業務之執行和結果。

由於中心工作細節繁多，故僅針對核心大項目列舉，詳見附件10-3-9。

20.9月30日為因應立法院開議資料準備，協助更新自殺統計數據至2013年。

協助更新簡報檔案資料與圖檔，包括全國自殺死亡趨勢」、全國自殺死亡人數、全國性別自殺死亡人數/死亡率及全國年齡層別自殺死亡人數/死亡率等。詳見附件10-3-10。

21.10月01日為辦理黃昭順委員質詢案，協助回覆自殺防治相關策略。

回覆內容包括青少年自殺防治、網路成癮議題與媒體報導監測。詳見附件 10-3-11。

22.10月06日協助提供韓國學者 Dr. Jong-Ik Park 的聯絡方式。

23.10月13日協助提供2013及2014年1-8月自殺防治通報系統相關數據，自殺通報總人次、關懷訪視總人次及分案率。

提供之相關數據如下：

- 1)建置「自殺防治通報系統」以強化自殺未遂者關懷訪視服務，101年共計通報2萬8,475人次，並提供個案訪視服務14萬9,114人次，102年共通報2萬8,091人次，提供個案關懷訪視服務18萬3,345人次，另103年1-8月共通報19,631人次，提供個案關懷訪視服務11萬4,804人次。針對自殺通報個案進行追蹤關懷，提供可近性追蹤關懷訪視、轉介精神醫療及心理衛生資源等協助。
- 2)103年度核定各直轄市及縣(市)社區心理衛生中心自殺通報關懷訪視員加強辦理「自殺通報個案關懷訪視計畫」，101及102年通報後分案率達99.9%，103年1-8月通報後分案率達99.9%，給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止其再度試圖自殺。

24.10月14日協助衛生福利部更新社會安全網重要績效數據。

提供之相關內容如下：

- 1)建置「自殺防治通報系統」以強化自殺未遂者關懷訪視服務，2012年共計通報2萬8,475人次，並提供個案訪視服務14萬9,114人次，2013年共通報2萬8,091人次，提供個案關懷訪視服務18萬3,345人次，另2014年1-8月共通報19,631人次，提供個案關懷訪視服務11萬4,804人次。針對自殺通報個案進行追蹤關懷，提供可近性追蹤關懷訪視、轉介精神醫療及心理衛生資源等協助。
- 2)2014年度核定各直轄市及縣(市)社區心理衛生中心自殺通報關懷訪視員加強辦理「自殺通報個案關懷訪視計畫」，2012及2013年通報後分案率達99.9%，2014年1-8月通報後分案率達99.9%，給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止其再度試圖自殺。
- 3)為推廣「自殺防治、人人有責」觀念，針對宗教團體、學校老師、醫護人員、醫學院學生、國軍部隊心輔官、警察人員、社工督導、身心障礙就業服務員、職訓中心學員、農藥販賣業者、村里長及幹事、社區營造工作者、民間宗教社福團體等，辦理珍愛生命守門人訓練課程，2014年1至9月全

國自殺防治中心協助各單位共計辦理 25 場次，約 1,918 人次參加訓練。

25.10 月 17 日為因應立法院預算中心提出之「男性自殺率明顯高於女性」之議題，協助提供強化男性之自殺防治策略方案建議。

提供之相關策略簡述如下：

根據世界衛生組織(WHO)數據顯示，全球男性自殺率比女性高出一倍，在有些國家甚至高出兩倍，乃全球性之議題。而根據全國自殺通報統計數據表示，男性自殺原因前三位依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(24.0%)、家庭成員問題(17.4%)及感情因素(12.0%)。而男性老人自殺原因仍以「慢性化的疾病問題」(37.4%)為主。

自殺防治策略旨在降低危險因子，提高保護因子，故中心依照全國自殺防治策略，配合男性族群擬定相關策略建議，詳見附件 10-3-12。

26.10 月 22 日協助提供珍愛生命義工及自殺防治守門人訓練相關數據，以更新自殺防治中心具體成效資料。

相關數據資料如下：

1) 推動珍愛生命義工：

推動珍愛生命義工，主要為參與宣導活動、守門人講座及協助落實在地服務轉介等，2010 年至 2014 年 9 月參與人數達 6634 人次。

2) 辦理自殺防治守門人訓練：

- (1) 協助各公私立機構(含學校)辦理守門人訓練，2010 年至 2014 年 9 月受訓人數達 25,105 人次。
- (2) 推動線上學習-珍愛生命數位學習網，針對守門人課程，自 2009 年上線以來，截至 2014 年 9 月共計 121,326 次點閱率。
- (3) 另授權課程予其他機構作為機構內部線上教育訓練及各縣市衛生局自行辦理之守門人訓練，不在此計。

27.10 月 27 日為回覆邱志偉立委質詢失智症之自殺防治，協助提供失智老人自殺防治策略。

提供之策略簡述如下：

65 歲以上人口的自殺死亡率，近十年高居各年齡層之冠，老人自殺存在多種影響因素，隨著台灣人口結構快速高齡化，銀髮族自殺問題需要更多的關心。而基本而言，失智症老人仍屬老人自殺防治的一部分，惟須更強化醫療單位對失智症之篩檢及民眾對於失智症之認識，期早期發現早期治療。失智老人自殺策略建議詳見附件 10-3-13。

28.12 月 12 日為回覆監察院詢問有關兒少自殺防治執行狀況，協助提供 2014

年 1-10 月 24 歲以下自殺通報人次及訪視次數之數據。

提供數據及說明如下(詳見表 10-3-4)：

- 1) 2014 年 1-11 月全國自殺通報共 26,923 人次，其中「14 歲以下」共通報 321 人次，占總通報人次 1.2%；「15-24 歲」共通報 3,705 人次，占總通報人次 13.8%；兩者合計，「24 歲以下」則自殺通報共 4,026 人次，占總通報人次 15.0%。
- 2) 以性別分析：
 - (1) 男性「14 歲以下」共通報 119 人次(占率 1.2%)、「15-24 歲」共通報 1,271 人次(占率 13.1%)；兩者合計，「24 歲以下」自殺通報共 1,390 人次，占總通報人次 14.3%。
 - (2) 女性「14 歲以下」共通報 202 人次(占率 1.2%)、「15-24 歲」共通報 2,434 人次(占率 14.2%)；兩者合計「24 歲以下」自殺通報共 2,636 人次，占總通報人次 15.3%。
- 3) 2014 年 1-11 月全國總計關懷自殺通報個案 175,983 人次，其中「14 歲以下」共關懷 2,238 人次，15-24 歲共關懷 24,760 人次，總計「24 歲以下」共關懷 26,998 人次。

表 10-3-4、2014 年 1-11 月自殺通報人次占率及關懷訪視次數

年齡層	自殺通報		關懷訪視次數
	人次	占率%	
14 歲以下	321	1.2	2238
15-24	3705	13.8	24760
25-44	13092	48.6	86717
45-64	7237	26.9	47021
65 以上	2555	9.5	15202
不詳	13	0.0	45
總計	26923	100.0	175983

附件：

- 附件 10.3.1 95-100 年全國各縣市自殺通報統計表-30 天及 180 天再自殺率
- 附件 10.3.2 屏東縣農藥自殺相關數據
- 附件 10.3.3 屏東縣自殺資料統計
- 附件 10.3.4 Death rates for suicide, by sex, race, Hispanic origin, and age
United States, selected years 1950-2010
- 附件 10.3.5 日本 Yoshinori CHO 演講中文翻譯

- 附件 10.3.6 2013 年 1 月-2014 年 4 月自殺通報人次統計資料
- 附件 10.3.7 青少年自殺防治策略建議
- 附件 10.3.8 2008 至 2013 自殺通報及死亡數據說明
- 附件 10.3.9 中心工作項目說明
- 附件 10.3.10 1994-2014 年全國自殺死亡趨勢圖表更新
- 附件 10.3.11 回覆黃昭順委員質詢案說明
- 附件 10.3.12 強化男性之自殺防治策略方案建議
- 附件 10.3.13 失智老人自殺防治策略建議

期中審查意見建議辦理事項 -強化情感/人際關係事件之因應策略

一、前言

近期情殺後自殺新聞事件頻傳，引起社會大眾的關注，然而情感問題在不同年齡層、不同的人生階段中都是重要的議題，可能是因憂鬱、壓力、情緒管理或其他因素造成情感問題的產生，它是由多重因素間相互影響的。

根據自殺防治通報系統之資料分析，2006 年至 2014 年 8 月自殺通報個案自殺原因以情感/人際關係因素為最大宗，各年齡層之佔率趨勢分布，請詳見圖 11-4-1-1，除老年層位居第二位外，於其他年齡層中佔率皆為最高，可見情感及人際關係的重要性，而在情感/人際關係因素內容包含：夫妻問題、家庭成員問題、感情因素、喪親/喪偶、其他人際關係因素等。

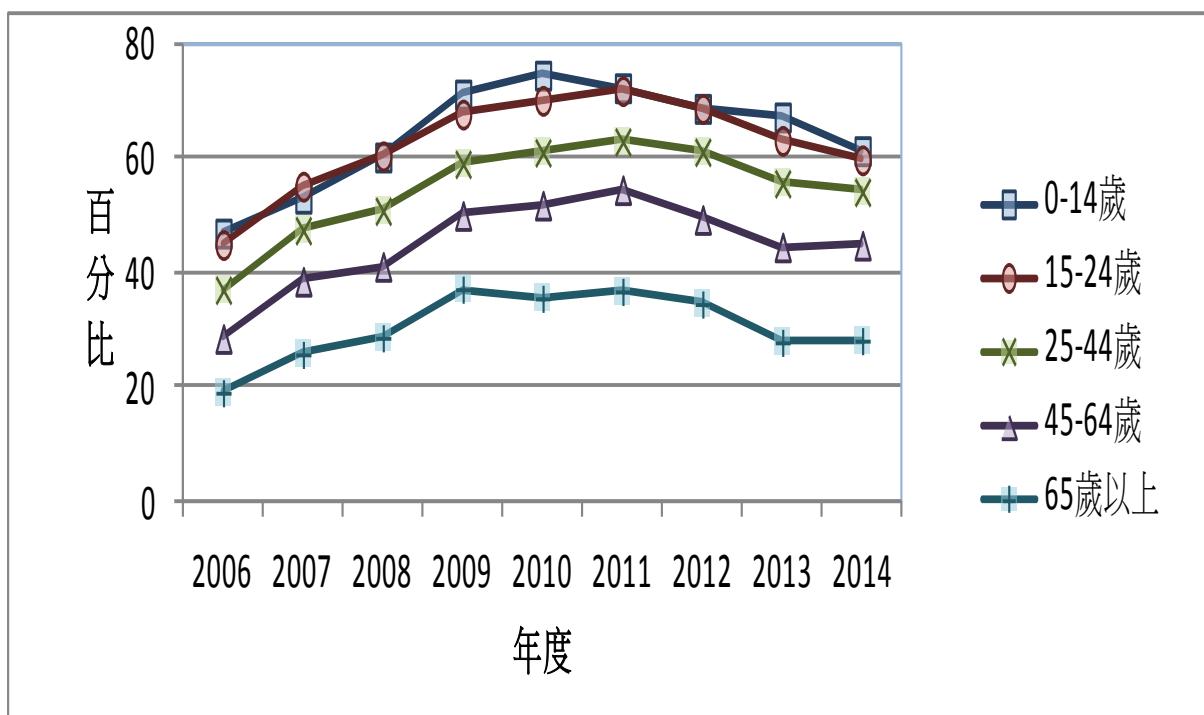


圖 11-4-1-1、2006 年至 2014 年 8 月以情感/人際關係因素為自殺原因之各年齡層自殺通報趨勢

由今年 1-9 月之情殺後自殺新聞報導案例整理分析，發現情殺後自殺事件是分布在各個年齡層的，從年輕到老年都有，以中壯年為最多，多發生在分手的情況下，地點大部分於居所，大多以刀為工具，結果請詳見表 11-4-1-1。

表 11-4-1-1 自殺新聞案例分析

日期	縣市	性別/ 年齡	殺人 方式	與被害人 關係/年齡	自殺 方式	自殺 地點	殺人原因	備註
1/22	新北市	男 51	持刀砍殺	離婚但 同居/43	燒炭	車內	不滿前妻另結 新歡	註 1
1/28	新北市	男 38	持刀砍殺	分居/26	燒炭	車內	懷疑妻子外遇	註 1 註 2
2/7	新北市	男 82	持刀砍殺	追求被害 人/57	利器 自戕	居所	追求被害人不 成	註 2
2/23	臺中市	男 56	持刀砍殺	情侶，同 居/51	利器 自戕	居所	復合遭拒	
3/10	桃園市	女 60	家用瓦斯	離婚但 同居/53	家用 瓦斯 自殺	居所	不滿前夫另結 新歡	
4/10	桃園市	男 35	持刀砍殺	情侶/33	利器 自戕	車內	不願分手	
5/4	高雄市	男 39	持刀砍殺	夫妻/34	利器 自戕	居所	懷疑妻子外遇	
7/26	屏東市	男 57	槍砲射殺	前女友 /34、 情敵/40	槍砲	空地	欲復合，且不滿 前女友另結新 歡	註 2
9/22	臺北市	男 29	持刀砍殺	情侶，同 居/22	利器 自戕	公共 場所	復和遭拒，且懷 疑前女友另結 新歡	註 3
9/28	新竹市	男 30	持刀砍殺	前女友 /30， 情敵/47	利器 自戕	公共 場所	不滿前女友另 結新歡	
9/29	臺南市	男 17	持刀砍殺	情侶/18	高處 墜落	居所	復和遭拒	註 4

註 1：殺人後透露自殺訊息

註 2：年齡差距大

註 3：模仿鄭捷捷運殺人事件，沉迷電玩遊戲(例：CS、魔獸爭霸、魔獸三國)

註 4：案主父母從小離異，曾毆打母親判刑保護管束 3 年。另預謀犯案動機明顯。

回顧相關文獻，在國中階段進行相關的課程是有影響的，在正向情緒課程之實驗中可見，學生在生活適應的測驗中顯著優於接受一般綜合活動課程的學生，而在情感平衡得分中，在後測與後續追蹤均有顯著差異(羅婉娥、古明峰、曾文志，2013)，在此階段除學校外，與父母間的溝通也十分重要，有研究也探討了父母管教方式與親子衝突的議題，當父母採用「開明權威」與「寬鬆放任」的關教方式，是屬於「高回應」的方式時，孩子較願意採用溝通、協調等積極的方式來因應親子間的衝突(葉怡伶、王鍾和，2012)。

隨著年齡的成長，也有更多的人際交流，在文獻中發現可運用「促進情感關係衝突協調要件」來溝通，包含有改變自己的意願與動機、清楚地表達自己的需要、增進自我覺察以關係中的反應、感受到對方的善意與接納、有信心處理關係的問題、有照顧對方需要的意願與行動、與對方共同建立新的溝通模式(陳秉華、林美珣、李素芬，2009)。因此在學校當中可開設相關課程，包含情緒管理、人際溝通、自我肯定等課程，以強化運用能力，並培養自我激勵的能力(張學善、林旻良、葉淑文，2010)。

在各縣市衛生局的網站中也提供人際溝通、情緒紓壓等相關的資料供眾參考，如臺北市衛生局心衛中心提供建立良好的人際溝通的方法，也因對於情感/人際關係因之重視，政府、民間單位陸續成立相關支持團體及建立網站，並辦理各式宣導活動和提供相關服務資源，協助民眾解決問題的管道包含電話、網路諮詢及面談。

1. 電話諮詢：衛生福利部(福利諮詢專線 1957)、教育部(家庭教育諮詢專線 02-412-8185)、臺北市聯合醫院松德院區(心情專線 02-2346-6662)張老師基金會(1980)、生命線(1995)等。
2. 網路諮詢：衛生福利部國民健康署(祕密花園)、張老師基金會、臺灣展翅協會等。
3. 面談服務：地方法院檢察署為民服務中心、法律扶助基金會、現代婦女基金會、單親家庭服務中心、新移民婦女暨家庭服務中心等。

二、策略擬定與建議

1. 專家焦點團體會議

10月召開「情感/人際因素之因應策略」專家焦點團體會議，與會專家包括中華民國社會工作師公會全國聯合會陳金玲副理事長、新北市立聯合醫院三重院區張維揚心理師、林口長庚醫院黃麗碧護理師、臺灣大學醫學

院護理學系暨研究所吳佳儀助理教授、全國自殺防治中心陳碧霞顧問、臺灣自殺防治學會廖士程理事、臺灣自殺防治學會鄭宇明秘書長。

專家意見交流統整如下：

1) 年齡層：不同年齡層會面對到不同層面的情感問題(1 人次)

(1) 青少年：(4 人次)

- 年輕人不喜歡找長輩談
- 針對年輕族群，如何透過一些方法或同儕來支持
- 要使用他們現在的語言跟方式宣傳
- 學校、家庭，跟個性也有關，完美主義性格的人，他就沒辦法接受，有這樣的失落感

(2) 中壯年：(4 人次)

- 職場心理衛生已加到職安，需加強落實
- 在 EAP 裡面，勞委會規格有訂出來，有一些加強的部分：是否曾經接受過輔導、職場不重視或者他是在失業的狀態，這些都是重要的心理健康篩檢場域
- 男性尤其對於這種感情的事情，是很難啟齒的，由其在職場他可能沒有人會聽他講，或者是說如果他是失業，那更少有人可以聽他講，所以在職場上守門人概念是要主動去關心
- 強化男性關懷專線

(3) 老年：(1 人次)

- 久病不癒的部份，資源如何連結

2) 學校：

(1) 校園：(9 人次)

- 要有一個測量的工具，我覺得心情溫度計本身，對於一些壓力的反映本身就是一個敏感的測量，不是只有自殺，還有暴力衝突
- 心情溫度計是可以運用的
- 校園如何連結外面的資源
- 教官、輔導，對守門人的概念也很重要
- 學生問題處理的流程
- 學校可以有一個 SOP，跟心理師更能配合，讓心理師能夠真正的介入
- 學校教官的功能很強，是學校唯一一個會在學校 24 小時
- 輔導教官的教育，其實蠻重要的，他可能是第一線的人員
- 臺大所有新生都要參加新生訓練，都會到生命教育中心

(2) 教育：(20 人次)

- 生命教育結合教育、教師、宗教、家庭
- 生命教育的確很重要，守門人的關懷、尊重、價值，把對方當成人(人文關懷)
- 從小生命教育
- 他們的課被拿去上其他的課，或是被借走，課程尚未落實
- 生命教育的領域我們在座都可以講，不一定要宗教師、哲學家，用個案去講解尊重生命，他們一聽會很感動，這就是生命教育，要找對老師。
- 將挫折忍受力納入課程
- 運用健康教育課程，可用不同角度去凸顯心理健康促進，不一定侷限於「生命教育」
- 思考生命教育的本質
- 按照年齡層，從國小、中要推展、有人從大學的通識教育去推展
- 壓力管理課程(2 人次)
 - 如果這個人不愛你了，想想他自己的價值在什麼地方？
 - 如果這個人不愛你了，對自己的價值、自尊、自信的定義
 - 正面思考
 - 如何強化自信心、自尊心，分手不要撕破臉，不要傷害到對方的自尊，這也變成是一個學問
 - 人都會失落，從失落中再成長，面對失落的哀傷反應，要如何度過？
 - 真要徹底解決這個問題，其實生命教育要落實到學校教育裡面
 - 微電影普遍大眾都能接受，只要拍 5 到 10 分鐘，大家的注意力都會很好
 - 對生命的尊重、對人的尊重、對兩性異性的尊重
 - 如果有拍微電影、拍課程，進來之前先瀏覽五分鐘的微電影，如何透過故事有一個模範(modeling)的角色

(3) 輔導室/輔導中心：(10 人次)

- 不貼標籤
- 很怕被同學貼標籤(問題)
- 影片欣賞並討論，常進出輔導室，並去除標籤
- 即時性跟敏感度很重要，感情問題一定要先確定原因在哪裡，有的可以輔導，有的必須建立關係輔導轉介，會自殺死掉的都有嚴重病理問題，另因為工作負擔/loading)重，一堆人在排隊，我只有三個導老師怎麼可能，變成善用資源連結，讓學生啟發他的安全(secure)的概念。(輔導室

人力不足)

- 尤其小學、中學這些輔導老師怎麼樣提供他們的服務，這些人數夠不夠每一個班都有上課
- 輔導中心離我們很遠,很遠的意思大概是說心理上的距離
- 輔導的便利性
- 輔導室能否讓學生可以更接近
- 轉介就醫，常希望找我們醫院外、私底下說約談時間(不想去醫院留下資料)
- 從新生開始就先做一個篩檢(screen)，那時建議買戴氏量表，做完會篩選出一些高危險群，裡面有些是衝動控制有問題，有些是憂鬱的，憂鬱的一般都會被篩檢(screen)出來，隨機找一些學生來談，作法可以有問題的一定會找，另一定會找一些沒問題的學生，一起來輔導室(北醫經驗)

3) 宣導：

(1) 一般宣導：(7 人次)

- 請長官來上課
- 主管都不會來上課
- 早期診斷、早期治療
- 案例引進生活(豐富講課內容)
- 拍微電影
- 製作教材，不同年齡層要教導他，如何解決人際衝突，如何處理分手，用案例分析，用什麼方法
- 在戲劇、電視連戲劇裡面去演(劇情)

(2) 媒體宣導：(3 人次)

- 媒體可以是壓力也可以是助力，建議幫他們上課，他們學習動機很強，但是不教就不會
- 可以教怎麼去報導，怎麼報導可以讓他們了解，譬如說用一個短片讓他們看優點在哪裡、缺點在哪裡？讓他們有感受
- 媒體的報導中，跟情感有關係的正確處理法，如何從逆境、衝突走出來，延伸到將來說不定有個案文書的教學

4) 軍方問題：(5 人次)

- 軍人來看診，每個人每次都會填寫 BSRS-5，且資料都會納到醫院的軍方自殺登記中
- 醫師部份需要上兩性關係的學分

- 軍人在自殺部份，感情因素和人際關係排名很前面
- 軍人只要人際關係不好，在部隊幾乎待不下去
- 感覺起來他們的家庭穩定性都不太好，大概都是跟家人關係互動都有問題

5) 人際衝突：(3 人次)

- 人際衝突裡面萬一是導因於心理問題的話，因為大家都怕事，所以相當麻煩
- 已經面臨到情感問題，撕破臉，已經要有家庭暴力，或者已經有戀愛失敗、分手，要如何預防
- 人際溝通跟衝突，衝突不一定會有議題，如何管理壓力，解決衝突

6) 網路運用：(5 人次)

- 網路專門諮詢平台（如 facebook）
- 沒有人知道他是誰
- 匿名
- 減少一時之間的衝突(即時性)
- 不分年齡(如 facebook)

7) 家庭關係：(3 人次)

- 孩子在成長過程中，是不是有足夠的安全感，得到足夠的愛，當這個部分慢慢成長過來，關係到有關親密關係的需求
- 個案好像都是對生命的不尊重，感覺起來他們的家庭穩定性都不太好，大概都是跟家人關係互動都有問題
- 完全沒辦法掌握他的家人是怎麼回事(特殊個案舉例)

2. 策略建議

根據文獻及與專家意見交流，討論後依全國自殺防治策略三層面，全面性策略、選擇性策略及指標性策略，擬定相關策略及方案，建議如下：

1) 全面性策略

(1) 宣導與媒體：

- a. 可依不同年齡層的情境拍攝微電影或短片，教導民眾如何解決人際衝突、如何處理分手問題及分手後如何以正面思考面對。
- b. 建立線上「情感問題諮詢平台」，在每次登錄前都填寫一次 BSRS-5，以了解民眾的心理狀況，民眾可上網留言諮詢，由專人線上回覆，除達到立即的關懷，也可保留求助者的隱私。
- c. 提供媒體報導原則，將報導著墨於正確處理的方法、可利用之資源等，而非著重於自殺手法等負面資料。

(2) 青少年(校園)：

a. 落實生命教育及心理健康促進課程：

a) 開辦尊重生命、人際交友、兩性相處、愛情觀點、面對分手、正向思考、接受挫折、衝突管理、情緒管理、壓力調適及危機管理等相關課程，或辦理營隊或其他相關活動，培養個人自信，開發學生潛能，並鼓勵主動求助，以助於學生在情感問題上的因應。

b) 授課資源，並非只鎖定「生命教育」講師，相關領域的專家均可投入。

b. 輔導室/輔導中心：

a) 需要改善學生對輔導中心的刻板印象，可辦理影片欣賞、閱讀賞析等各式活動吸引學生主動前往，降低學生對於進入輔導室/輔導中心的標籤化想法。

b) 辦理正向情緒知識與提升教學方面的研習，提供學校教師及學生家長一同參與，讓學校及家庭都能成為協助學生成長的重要關鍵。

c) 開辦網路諮詢，建立相關流程。

c. 善用教官：學校教官與學生間的關係密切，也是為唯一 24 小時在學校待命，當學生發生問題時，第一線聯繫及處理皆是教官，因此亦將教官納入守門人訓練，一同擔任自殺防治守門人的重要角色。

(3) 家庭：

a. 在成長過程中獲得的安全感以及愛，會影響長大後對於親密關係的需求及人際關係的互動。

b. 教養的部分，父母應多採取開明權威的方式，除給予孩子關懷與溫暖，亦明確地讓孩子了解日常生活中的正確概念，教導孩子對自我了解、尊重生命等品德教育，然而與孩子的溝通中，傾聽、支持與陪伴更是重要。

c. 目前政府有開辦家庭教育服務中心，應加強相關資源的推廣及宣導。

(4) 職場：

a. 企業可於內部組成員工關懷小組，安排自殺防治的相關講座，並進行高風險族群的篩檢及轉介，並與外部心理衛生醫療資源連結合作。

b. 針對主管進行加強宣導，讓主管更認識自殺防治策略，如遇員工有自殺意念或行為異常時，可立即提供協助或轉介。

(5) 性別考量：當男性在家庭、職場、感情中遭遇衝突與壓力時，因受到傳統父權文化的影響，導致在求助上多了一層障礙。應積極推廣政府設有的男性關懷專線供民眾諮詢，藉由專業人員輔助，獲得情緒上的支持與解決方法諮詢。

(6) 老年自殺：老年人可能發生喪親/偶、久病不癒等情形，建議由社區及地

方單位舉辦活動，鼓勵老年人參與，增強人際關係，並提供相關資源連結。

2) 選擇性策略

- (1) 在校園、職場及社區以心情溫度計作為篩選工具，了解其身心狀況，並針對高風險個案進行關懷追蹤。
- (2) 於各場域推廣守門人概念，讓全民都能擔任早期發現、早期干預、早期協助之角色，以落實自殺防治理念。

3) 指標性策略

落實高風險個案的追蹤關懷，強化與醫療資源的連結。

三、結語

自殺是由多重因素而導致，而情感、人際問題也是當中重要的因素之一，可從研究中了解早期教育的必要性，也可見解決的辦法必須以全面性的角度做考量，由於情感問題是每個年齡層、在每個場域都會出現的，因此在各領域、各部會都必須一同加強落實自殺防治理念，此外，更要強化資源連結，以落實自殺防治理念。

四、參考資料

1. 羅婉娥、古明峰與曾文志(2013) · 正向情緒課程對國中生生活適應及情感狀態之研究 · 教育心理學報 · 44 卷(3) , 609-628 頁。
2. 葉怡伶、王鍾和(2012) · 國中生父母管教方式、親子衝突議題及因應策略之研究 · 家庭教育雙月刊(38) , 7 月號。
3. 陳秉華、林美珣與李素芬(2009) · 人我關係協調之伴侶諮商研究 · 教育心理學報 · 40 卷(3) , 463-488 頁。
4. 張學善、林曼良與葉淑文(2010) · 大學生情緒智慧、人際關係與自我概念之關係探究 · 輔導與諮商學報 · 32 卷(2) , 01-25 頁。
5. 臺北市衛生局社區心理衛生中心 · 溝通技巧 · 取自 <http://mental.health.gov.tw/WebForm/External/ArticleList.aspx?Type=08&Type01=02> 。

期中審查意見建議辦理事項- 高雄氣爆事件之自殺防治策略建議

一、災後心理衛生之因應

一般而言，人們在遇到重大災難時，可能會出現各種不同的身心反應，而當這些症狀累積達一定程度時，就可能形成某些精神科疾患，如器質性精神疾患，適應障礙症、病態性哀傷、強迫症、憂鬱症或焦慮症、甚至精神病。精神醫療人之介入與研究是必須且重要的，而災後最常見的仍以焦慮症中的急性壓力症(ASD)及創傷後壓力症候群(PTSD)為主。研究顯示，ASD 對於日後精神疾患的發生來說，是相當重要的預測力。而各類創傷引發之 PTSD 機率約為 5%至 75%不等，但長期追蹤下 PTSD 個案有 30%會完全恢復，40%持續輕度症狀，20%持續中度症狀，10%沒有變化或是更加惡化。透過文獻整理曾對臺灣過去發生之重大災難，於心理衛生體系之因應，針對下列四個議題進行資料整理：

1. 心理衛生需求之系統評估：

臺灣之心理衛生工作系統，大致上可區分為四個系統：

- 1)衛生福利部所主管之精神醫療系統：主要推動精神疾病防治工作計畫，並建立全國醫療網，主要成果為擴增精神醫療設施、充實專業人力、建立精神衛生行政體系及精神醫療網絡、指定醫院辦理強制住院並補助醫療費用，並將精神醫療納入全民健保範疇，並將慢性精神病列入重大傷病，免除部分負擔及納入身心障礙者保護法適用範圍。
- 2)精神醫療專業人員的培訓系統：精神醫療人員包括精神科專科醫師、精神科護理人員、臨床心理師、職能治療師以及精神科社工師，這五類人員的培育大致上都有一定的制度，除精神醫療機構及精神科醫師訓練醫院外，其他專業人員皆有相關之大學單位負責其基礎訓練，只需再增加「災難後心理衛生服務工作」的準備、充實相關之各類之資訊及實務的演練，只要有事前的訓練準備，在災變下將有相當程度的心理服務能力。
- 3)教育部主管之學校諮商輔導培育系統與輔導老師：各級學校常有各類意外事件，透過「校園危機處理」模式，有一定比例的輔導老師已具有危機處理的知能，可很快轉化成災變下的心理衛生服務知能；但各培育單位仍尚位有系統性的課程設計以培育學生具備充分的危機處理知能，且各級學校的輔導老師大多數也少有或未曾有危機處理的實務經驗，因此在災變下的心

理衛生準備性並不足。

4)社區中各類諮商與輔導機構：臺灣社會中存在各類的諮商輔導機構，其服務內容及專業水準有著很大的差異，但在災變發生時，這些人員或許也是心理衛生服務工作的可能提供者。

而每有災難發生時，臺灣心理衛生領域的相關人員總是勇敢的投入服務，並透過專業及實務經驗去進行服務。這當中需特別注意兩個要點：第一、遭遇災難經常是一種連續的動盪，而不同的個體在災難中亦有個別的受災差異，也因此當我們看待災變下的心理衛生服務工作時，需將緊急醫療期(第一個月)、短期心理重建(二至六個月)與長期心理重建(六個月至五年)三者形成一個結構性系統化的規劃。

第二、社會對於將心理重建融入於災後重建中會產生無法理解的狀況，這是因為不了解心理的本質及表現。個體與他的生活環境是一個結構性的整體，亦即表示個體的個人特質、生活能力、宗教信仰、社會網絡及資源等，全部行程一個互相緊密連結的結構，其中任何一部份的變化，皆會引起整體結構的變動，所以在制訂災後重建策略時必須要注意人與其環境的整體性。

2. 災難精神醫療衛生之特徵：

- 1) 醫療接受者：災後居民的精神心理反應，從正常的到輕微的適應障礙，其症狀會隨時間不斷變化，如果症狀嚴重到影響生活功能，初期則是以急性壓力症候群(*acute stress syndrome*)為主要問題，之後初期的急性精神心理障礙之症狀會逐漸消退，然而災難引起之生活問題，如生計問題、社會支持網絡解構等，則可能誘發多種精神疾病，例如憂鬱症、焦慮症、恐慌症、心身症等。而在重大災難引起之精神醫療問題中，最需注意的是創傷後壓力症候群(*post-traumatic stress disorder, PTSD*)。*PTSD* 是經歷嚴重創傷後所導致的精神生理疾患，若創傷後四個星期，仍然持續存在著彷彿再經驗創傷事件或一再避免接觸創傷相關事件，同事和並經決程度過度增強，可稱為創傷後壓力症。*PTSD* 慢性化的比例相當高，特別是重大災難會導致災區居民原有的支持系統嚴重解構，而有此問題的居民求求醫意願也普遍不足，而延緩治癒導致慢性化而衍生出長期精神衛生與醫療問題。
- 2) 醫療提供者：除災難發生時，衛生福利部會依鄉鎮分別指定該區之責任醫院外，精神衛生醫療工作則透過原有之精神醫療網絡架構，由各醫療機構負責各災區之緊急精神醫療與復健工作，根據資料顯示，主要包括下列幾項：

(1)校園心理衛生宣導、輔導與諮商工作；(2)提供定時定點精神科暨一般科之巡迴醫療；(3)社區訪視及高風險個案篩檢並轉介後續關懷；(4)協助災區建立及規劃健全之精神醫療體系，為長期心理重建做準備；(5)救難人員之精神心理重建工作

一般而言，災後之心理社會重建的原則應考慮解決並滿足社區需求、建立並尊重社區自主，特別就醫療衛生人員而言，更應注意醫療態度的表現，專業的醫療態度應具備專業技術、專業倫理及專業溝通三種能力。而根據資料顯示心理重建工作也應注意下列幾項：(1)參與災民心理輔導之民間志工團體，應與專業團隊進行整合；(2)各機關團體在進行問卷調查之後，需注意後續轉介問題及配套措施；(3)針對民眾應加強 PTSD 於輔導與治療兩個層面的認識；(4)協助災區之各熱心團體的人力資源輔導業務內容需進行整合與協調；(5)災區重建為多元化之長期工程，需有系統性的分期規劃及分階段實施辦法。

3. 特殊族群之接觸與照顧：

主要可區分為兒童與幼童、老年人、原先嚴重精神病患者、種族及族群弱勢者，家族中有人傷亡的家庭及其他特殊人口分布或有特殊需求者，透過整合災區當地之社會資源，如教會、民間志工團體、社區組織等，辦理災後心理重建工作座談會，彼此進行經驗分享及意見交流，已建立當地社區之持續追蹤網絡及種子人員培訓，並於災民聚集所協助開辦團體治療或衛教宣導活動。且在調查了解各國中、小學之需求，統整規劃校園之災後心理建設工作，並對於篩選出之高風險個案及列冊有案之社區精神病患，如有需住院就醫協助者應該協助優先收治。

4. 災難應變工作者之精神衛生：

救災人員與受災民眾皆為心理衛生問題的風險人員，其壓力來源來自於救災本身如暴露於救災場域的刺激、職業方面則像是時間壓力或工作負荷量過大等，組織方面在資源、責難分配和人員調派等問題也都是其來源之一，而救難人員本身如對事件心理準備不足或自我要求過高造成調適上的問題對於救災人員本身也是一種傷害。

救災人員之心理重建主要為類似支持性團體治療模式，而對於消防救災人員應鼓勵個人充分發言，但需適度尊重職務階級，而領導者宜採取直接且支持性的立場，運用衛教和成員互動兼顧的方式來調節情緒，減輕壓力、共同尋找救災壓力事件的正面意涵。此外，透過討論對於精神科醫療

的刻板印象並建立關係，以提供成員日後主動求助的管道及後續治療的可能性。

二、以高雄氣爆為例

在 2014 年 7 月 31 日 23 時至 8 月 1 日凌晨於高雄市前鎮區與苓雅區發生氣爆事件，共 32 人死亡、308 人受傷，並造成三多一路、二路、凱旋三路、一心一路等多條重要道路嚴重損壞。在危機或災難發生後，心理衛生單位需立即進行危機處置的介入與處理，透過立即性的處理將減少災難造成的傷害，且透過人際、公共、慈善機構、家庭等網絡資源，建立安全的連結，協助災民獲得最大復原力。高雄市政府目前於道路重建、街景復原、居民扶助、代位求償等復原工作皆同步進行，截至 11 月 15 日，重建進度已逾八成，並具災民健康檢查服務。

但在這場意外中，道路交通中斷、房屋毀損，工作及家庭可能因此受到影響，而親友若不幸罹難，則更須承受家毀人亡之傷痛，容易產生憂鬱情緒，嚴重者甚至會有自殺的念頭。而在其他非直接受災區域的人，看到破壞性及傷亡的情形，情緒也可能受到影響，氣爆事件災後之自殺防治刻不容緩，此事件由高雄市立凱旋醫院自殺防治中心團隊以高雄市衛生局名義進行心理衛生及自殺防治相關行動，聯絡窗口為凱旋醫院蔡松雲護理長，已於事件發生後進行以下措施：

1. 緊急避難中心服務：工作人員於災區現場進行協助與評估，深入關懷民眾，並支援現場協助傷患等。
2. 走動式主動評估與關懷：進入醫院針對就醫住院之民眾進行高風險篩檢及評估。
3. 提供聯合服務台諮詢服務：支援六家醫院，提供心理衛生諮詢及協助、轉介等。
4. 個案關懷：對於評估後之篩檢出的高風險個案，以電話訪視及家庭訪視進行後續關懷，目前仍持續進行中。

三、策略建議

根據全國自殺防治策略，分三層面提出各項強化建議如下：

全面性策略

1. 災變心理衛生服務之前置準備：精神醫療各領域專業人員平時即進行訓練及演練，例如開設災變心理衛生相關之系統性課程，可促進精神醫療專業

人員培育機構與相關學會、各級學校校園危機處理單位等進行災變心理衛生服務之訓練及演練，並針對曾接受過災難心理衛生服務訓練之人力資源進行建檔並隨時更新資訊，以做為災難發生時之動員依據。

2. 落實民眾防災知識及演練：宣導平時須多注意周邊環境，警覺到不尋常之狀況，應及時反應相關單位，如自身居所感覺有異，應盡速遠離現場，請相關人員處理。
3. 整合自殺防治網絡：集合高雄市內醫療院所、警政、社政、民政、生活重建服務中心及民間團體等，建構全面性自殺防治網絡，並加強轉介系統，結合社區力量發現潛藏個案，適時給予個案協助、救援與輔導。
4. 衛教宣導活動：於災民臨時避難所等災民聚集處協助開辦團體治療、衛教宣導活動或 Q&A 講座，加強民眾自殺防治及心理衛生教育，傳達珍愛生命理念。
5. 聯合醫療服務、增加資源可近性：整合心理衛生及醫療資源，於災區現場週遭設立服務基地，或提供定時定點精神科暨一般科之巡迴醫療，心衛工作人員須採取積極的態度，主動關懷，找出需要被服務的對象，工作內容為面對災難後的心理衛生教育、立即性的問題處理、心理衛生宣導、支持、以及協助受傷民眾和高危險個案，必要時轉介至適當之醫療院所，同時應避免使用心理問題字眼，如治療、諮商等，鼓勵求助。
6. 建構支持性環境：除提供救助資源，如：家庭臨時住所外，心理衛生工作人員可參與或促進支持性團體，並鼓勵災民參與，共同分享經驗，提供情緒支持。
7. 醫院聯合服務：災區週遭醫院可結合衛政、社政等設立聯合諮詢服務台及電話諮詢專線，如安心專線 0800-788995，及提供網站資訊，如高雄市政府石化氣爆重建資訊網及衛福部心口司網站心理健康促進相關資訊，供民眾進行高風險篩檢及求助、心理衛生資訊及災害補助洽詢等。
8. 校園因應：進行老師、學生心理衛生宣導，教師須注意學生反應，鼓勵學生抒發情緒、關心週遭親友及進行社會性休閒活動，如運動、下棋等，並於課程中加入認識創傷後壓力症候群(PTSD)、災後心理復原、生命教育等議題，並調查災區各國中小、學校之需求，統整規劃校園災後心理重建工作。
9. 「週年反應」之因應：若民眾因氣爆事件產生週年反應，感到焦慮、悲慟等負面情緒，心理衛生專業人員可先說明此種反應屬於正常，並於週年紀念日前規劃辦理活動與介入方式，如：紀念會、表演、研討會、祈福活動等，結合大眾傳播，持續關懷與支持。

10. 強化原有之自殺防治網絡：加對於災後心理之認識及其評估與篩檢，並結合社政及民間福利組織、志工團體，以提供災民實質生理及心理上之協助與支持。
11. 整合災區當地社會資源：結合教會組織、民間志工團體、社區組織、村鄰長、村幹事等，辦理災後心理重建工作座談會，彼此經驗分享及意見交流，並建立當地社區之持續追蹤網絡及種子人員培訓。
12. 建構完善且層次分明的精神醫療轉介系統：組成積極主動的精神醫療社區訪視團隊，與當地社區相關工作同仁共同合作。

選擇性策略

1. 辦理珍愛生命守門人訓練與心靈座談：推展守門人概念，強化心理衛生教育，以提高相關人員之敏感度，並提供災民心理衛生資訊。
2. 社區高風險個案之篩檢：運用心情溫度計，推廣自我量測，並於災後約三個月(PTSD 好發時期)，主動電訪或家訪方式進行災區居民高風險篩檢及評估，關懷居民心理狀況及是否需要協助，及早發現、處置與轉介。
3. 針對創傷後壓力症候群(PTSD)個案之措施與管理：
 - 1) PTSD 產生的負向反應包含社交退縮、難以入睡、對於災難相關事物會有負面經驗重現等，須採取主動因應方式，鼓勵個案多接觸人，與家人、朋友等相處，並安排休閒活動(如運動、閱讀等)，維持正常生活作息，保持足夠且適當的休息與健康飲食。
 - 2) 針對各種創傷後心理憂鬱反應，可以學習並使用放鬆技巧，如呼吸練習、冥想、放鬆肌肉等，或是參與支持團體、尋求諮詢以減緩症狀產生。
4. 校園受災戶學生之輔導：配合校園輔導系統，個別晤談或採取團體心理治療，內容包括經驗共享、團體成員之相互支持、問題解決及因應策略、認識災後適應問題、輔導原則及技巧、個案轉介、宣洩情緒、衛教災難心理反應、了解求助系統等，降低其焦慮及不安之感受，並可尋求校外資源共同協助，或轉介至醫療資源。
5. 投入災害重建時，仍需以安身工作為優先考量，包括疏散避難、協尋失蹤及受困人員，如此可避免災民擔心親人或再次遭遇災難，而救難人員，包括消防、醫護、軍警人員等之精神心理重建工作亦相當重要。
6. 救災人員身心健康處置：救災前先進行事前準備及訓練指導，救災時需注意自身及協同工作者的壓力反應，透過輪值方式控制高壓力工作時間於一小時內，並於休息時間於團隊中談論壓力反應及自身感受，若工作人員之壓力反應嚴重或反應時間超過六週，應尋求專業心理諮詢協助。

指標性策略

1. 求助個案之追蹤關懷：與家屬及醫師協商，建立合作及密切觀察機制，實施週全性持續性的醫療照護，包括定期診療及家庭訪視，並掌握個案動態，適時採取因應措施。
2. 自殺未遂通報個案：針對個案或自殺死亡者家屬進行輔導與追蹤，避免再自殺情形發生。
3. 強化自殺未遂通報個案關懷之 PTSD 之知能，PTSD 療法包括：焦慮處理、系統性減敏暴露法、深度肌肉放鬆練習、認知重建練習、壓力處理及角色扮演等。

四、結論與綜合建議

1. 強化精神醫療轉介系統，協助組成社區精神醫療團隊，於社區靈活工作，且有效提升災民的因應能力，並完善災難心理衛生相關法令、政策及災難心理衛生服務之標準化作業流程，規劃人力，以充實心理衛生專業人力庫，並於平時進行教育訓練，包括醫療及心理衛生專業人員、志工及一般民眾。
2. 於災害重建時，結合精神醫療網及在地醫療資源醫院投入災後應變中心，並強化各醫院之自殺防治，協助當地健全並強化精神醫療體系，為長期心理重建做準備。
3. 建立具有整合性的行政督導單位，並定期評估及檢討。

五、參考文獻

1. 吳治勳、陳淑惠、翁儼禎、吳英璋(2008)・台灣九二一地震災難暴露對青少年創傷後壓力反應及社會關係的影響之性別差異・ 中華心理學刊, 50(4), 367- 381
2. 吳明家(2012)・花蓮地區青少年的創傷經驗與社會支持之關係探討(碩士論文)，取自華藝線上圖書館
<http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?docid=U0085-0603201317100107>
3. 李明濱、吳英璋、陳純誠、戴傳文、陳喬琪、陳快樂、...張玆(2000)九二一震災心理衛生體系之因應・ 中華公共衛生雜誌, 19(3), 27-50。
4. 李欣輯、廖楷民、郭彥廉・恆春地震對居民心理、社會、經濟之影響與災害減輕政策(2009)・科技發展政策報導, 2, 41-56。
5. 高雄醫學大學(2014)・【研討會手冊】高雄氣爆災後處理與重建學術研討會・<http://www2.kmu.edu.tw/ezcatfiles/a001/img/img/467/163710304.pdf>

6. 洪麗雅、許嘉文(2012)從 PTSD 談兒童與青少年災難心理衛生・諮詢與輔導，318，37-41。
7. 張維真、林耀盛(2012)・天然災害倖存者的心理現象：以八八風災災民為例，高雄行為科學學刊，21(3), 95-124。
8. 劉志如(2013)八八風災後心理減壓工作成效與介入經驗之探究・中華輔導與諮詢學報，38，1-28。
9. 衛福部心理及口腔衛生司(2014)・心理急救操作手冊・http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%E5%BF%83%E7%90%86%E6%80%A5%E6%95%91%E6%93%8D%E4%BD%9C%E6%89%8B%E5%86%8A_0046020001.pdf
10. 衛福部心理及口腔衛生司(2014)・心理重建Q&A・http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/災難心理重建Q%26A_0046021001.doc
11. 鍾燕宜、邱吉志(2013)・消防人員創傷後壓力症候群及其因應行為之探討・危機管理學刊，10(2)，69- 78。
12. 謝淑敏(2013)艾利風災中國中原住民學生的創傷、因應與復原歷程分析－以學校為基礎的災後心理復原工作・中華輔導與諮詢學報，35，1-38。
13. 戴安・梅爾斯(2001)・災難與重建：心理衛生實務手冊・台灣：心靈工坊
14. 蘇逸人(2011)・創傷後壓力疾患的風險途徑：創傷前-後認知脆弱性整合模型之前瞻性三波追蹤探討(碩士論文)・取自華藝線上圖書館
<http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh1?DocID=U0001-2707201112180500>

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
1月		
1月3日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明、中興院區)、新北市立聯合醫院、中心診所，人數共26人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
1月3日	協助新北高工辦理「找到你的全心能量」課程，對象為憂鬱指數高分之學生，人數為120人，其中「珍愛生命守門人」課程，由黃麗碧護理長擔任講師。	新北高工
1月14日	召開「2014年中心計畫實證研究項目規劃」討論會議，與會人員為李明濱計畫主持人、學會廖士程秘書長、張家銘副秘書長，及中心林素如主任、張今菁、孔祥玲、賴欣瑋。	全國自殺防治中心
1月15日	李明濱計畫主持人應邀擔任「教育部對大專校園學生自我傷害防制工作訪視計畫」自殺防治訪視委員，訪視學校為國立臺灣師範大學及國立臺東大學。	國立師範大學 及臺東大學
1月16日	李明濱計畫主持人應邀擔任「教育部對大專校園學生自我傷害防制工作訪視計畫」自殺防治訪視委員，訪視學校為高雄醫學大學。	高雄醫學大學
1月22日	召開「心理健康促進(基礎篇)」討論會議，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
1月24日	華嚴學會主任秘書龔力前來拜會中心李明濱計畫主持人，合作推廣珍愛生命守門人。	全國自殺防治中心
1月24日	召開「心理健康促進(慢性病患者及其家屬)」討論會議，由林帛賢醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
1月29日	召開「心理健康促進(學齡期)」討論會議，由陳俊元醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
1月29日	發佈「愛與關懷暖迎春 珍愛生命年年好」新聞稿，呼籲民眾在過節時不忘陪伴家人，更不忘多關心家中的長輩。	全國自殺防治中心
2月		
2月5日	召開「心理健康促進(青年期)」討論會議，由高維治醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
2月6日	召開「心情溫度計APP」專家會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為塗裕盛主任、袁世文總監、林信旭工程師、李錦妮工程師，及中心林素如主任、張琇庭、吳曉堂。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
2月7日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興院區、忠孝院區、陽明院區)、宏恩醫院，人數共23人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
2月7日	召開「心理健康促進(身心障礙者)」討論會議，由張立人醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
2月11日	召開「通訊編輯委員會」會議，主持人為李明濱發行人，與會人員為廖士程總編輯、張家銘副總編輯、李朝雄醫師、吳佳儀老師，及中心林素如主任、余曉艷、孔祥玲。	全國自殺防治中心
2月14日	協助健行科技大學辦理「自殺防治守門人」課程，對象為導師，人數為100人，由劉昀玲心理師擔任講師。	健行科技大學
2月14日	召開「心理健康促進(壯年期)」討論會議，由杜恩年醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
2月19日	協助南榮科技大學辦理「珍愛生命-校園學生自我傷害三級預防」課程，對象為全校教職員，人數為160人，由陳碧霞顧問擔任講師。	南榮科技大學
2月20日	臺南市衛生局召開「103年度臺南市心理健康專家督導」會議，主持人為臺南市衛生局林聖哲局長，由學會張家銘副秘書長代表出席。	臺南市政府衛生局
2月26日	召開「心理健康促進(中年期)」討論會議，由林建亨醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月		
3月4日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平、永耕院區)，人數共21人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
3月5日	召開「心理健康促進(新住民)」討論會議，由徐畢卿教授擔任講師。	全國自殺防治中心
3月7日	召開「心理健康促進(老年期)」討論會議，由陳錫中醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月7日	召開「心理健康促進(多元性別者)」討論會議，由簡意玲醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月14日	召開「通報指標」討論會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為學會廖士程秘書長、張家銘副祕書長，及中心林素如主任、賴欣瑋、孔祥玲。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
3月14日	協助民生國小辦理「自殺防治守門人」課程，對象為教師，人數為53人，由黃雅芬醫師擔任講師。	民生國小
3月17日	召開「原住民心理健康促進」專家會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為呂淑妤教授、馬嘉彥書記、嚴育德副秘書長與夫人、羅文敏專委、潘美玲科長、塗裕盛主任。	全國自殺防治中心
3月17日	協助建國中學辦理「用心守護生命-自殺防治守門人」課程，對象為教師，人數為35人，由蘇聖傑醫師及張立人醫師擔任講師。	建國中學
3月19日	協助苗栗弘大醫院辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為全院醫護及行政人員，人數為50人，由馬大元醫師擔任講師。	苗栗弘大醫院
3月27日	召開「全國自殺防治中心計畫說明會」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為衛生福利部心理及口腔健康司陳快樂司長、各縣市衛生局代表、各縣市社會局代表、精神醫療網核心醫院代表及承接訪視計畫單位代表等，人數共57人。	衛生福利部
3月28日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺安醫院、博仁綜合醫院及新北市立聯合醫院，人數共9人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
4月		
4月9日	臺北市中正區公所召開「103年第1次中正區整合社區安全健康促進會」共識會議，探討議題為高齡友善城市及建立目標和執行策略，中心由林素如主任代表出席。	臺北市中正區公所
4月11日	召開「研擬拒訪介入措施焦點團體」會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為基隆市、新北市、桃園縣、苗栗縣、臺中市、嘉義縣、高雄市、花蓮縣等關懷訪視員，及廖士程秘書長、中心林素如主任、吳曉堂。	全國自殺防治中心
4月16日	召開「ios之心情溫度計APP」專家會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為林信旭工程師、李錦妮工程師，及中心林素如主任、賴忠志、張今菁。	全國自殺防治中心
4月17日	臺南市衛生局召開「燒炭自殺之防治策略」討論會議，主持人為林聖哲局長，與會人員為李明濱計畫主持人、林素如主任及陳映輝醫師。	臺南市政府衛生局
4月21日	協助東海大學辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為學生，人數為100人，由張清棋醫師擔任講師。	東海大學

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
4月22日	召開「共識營講題及相關研究未來規劃」討論會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為學會廖士程秘書長、張家銘副秘書長及中心林素如主任。	臺大醫院精神部
4月22日	協助東海大學辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為學生，人數為100人，由張清棋醫師擔任講師。	東海大學
4月25日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、永耕院區)、中心診所、恩主公醫院，人數共20人，由廖士程秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
4月30日	召開「燒炭自殺之防治策略」討論會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為新北市衛生局謹立中副局長、黃翠咪科長、蘇澄思組長、林國偉助理，及中心林素如主任、陳映輝醫師。	全國自殺防治中心
4月30日	協助東海大學辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為學生，人數為100人，由張清棋醫師擔任講師。	東海大學
5月		
5月1日	召開「江振東教授BSRS-5論文修正」討論會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為陳珍信教授、江振東教授及學會廖士程秘書長。	全國自殺防治中心
5月2日	辦理「自殺通報個案關懷訪視員共識營」，主持人為李明濱計畫主持人，對象為各縣市關懷訪視員，人數共55人。	臺灣大學 公共衛生學院
5月8日	衛生福利部召開「禁用巴拉刈事宜」討論會議，主持人為許銘能次長，學會由廖士程秘書長代表出席，中心由林素如主任及陳貞伶副主任代表出席。	衛生福利部
5月9日	發佈「陪伴母親過家節 社區串聯齊關懷」新聞稿，呼籲大家除了感謝自己的媽媽，應該多留心周遭的高風險媽媽，並給予關懷與協助。	全國自殺防治中心
5月9日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、和平、永耕院區)及宏恩醫院，人數共30人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
5月12日	第二屆「音樂與健康促進」國際研討會教授至中心參訪並進行交流，由Dr. John Chong及Prof. Sang-Hie Lee擔任講師。	全國自殺防治中心
5月16日	南投縣政府衛生局召開「自殺防治」第一次專家會議，主持人為黃昭郎局長，中心由李明濱計畫主持人代表出席。	南投縣政府衛生局

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
5月16日	南投縣政府衛生局召開「第四屆精神衛生及自殺防治諮詢會議」第一次會議，主持人為陳志清副主任委員，中心由李明濱計畫主持人代表出席。	南投縣政府衛生局
5月21日	協助恩主公醫院辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為院內人員，人數為50人，由楊聰財醫師擔任講師。	恩主公醫院
5月22日	協助衛生福利部草屯療養院辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為院內人員，人數為100人，由黃湘雄醫師擔任講師。	衛生福利部 草屯療養院
5月22日	協助黎明科技大學辦理「珍愛生命守門人-情緒管理與壓力調適」課程，對象為電機系及電資系學生，人數為100人，由劉惠玲顧問擔任講師。	黎明科技大學
5月28日	協助德明財經科技大學辦理「校園自殺防治守門人訓練」課程，對象為各班輔導股長，人數為45人，由劉惠玲顧問擔任講師。	德明財經科技大學
5月29日	協助黎明科技大學辦理「珍愛生命守門人-憂鬱與自殺防治」課程，對象為數媒系學生，人數為100人，由劉惠玲顧問擔任講師。	黎明科技大學
6月		
6月3日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院忠孝院區，人數共12人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
6月12日	召開「CIDI資料分析會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為陳錫中醫師、吳佳儀老師，及中心賴欣瑋、孔祥玲。	全國自殺防治中心
6月13日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)、宏恩醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院及新北市立聯合醫院，人數共22人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
6月18日	協助黎明科技大學辦理「大專校院校園危機處遇及實務」，對象為系輔導老師、各系老師代表，人數約40人，其中「珍愛生命守門人」課程，由張立人醫師擔任講師。	黎明科技大學
6月18日	協助黎明科技大學辦理「學生危機事件處理」，對象為全校導師約，人數約150人，其中「珍愛生命守門人」課程，由張立人醫師擔任講師。	黎明科技大學

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
6月19日	參加衛生福利部舉辦之2014年6月19日至22日「臺灣國際銀髮暨健康照護產業展」，現場設置心情檢測站，推廣心情溫度計及自殺防治守門人概念，支援義工共16人，同時招募「珍愛生命義工」，並結合現場活動，進行闖關遊戲。	臺北世貿一館
6月19日	林素如主任出席宜蘭縣政府召開之「宜蘭縣心理衛生暨自殺防治委員會」2014年度第1次委員會議。	宜蘭縣政府
6月19日	召開「103年度全國自殺防治中心計畫」專家會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為學會廖士程秘書長、張家銘副秘書長，及中心林素如主任、陳貞伶。	全國自殺防治中心
6月19日	召開「2014年電話調查會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為全方位市場調查股份有限公司劉元欽總監、徐碧霞小姐，學會廖士程秘書長、張家銘副秘書長及中心林素如主任、賴欣瑋、孔祥玲。	全國自殺防治中心
6月23日	臺灣先正達公司王總經理、龔經理及高經理前來中心拜會李明濱計畫主持人，針對農藥自殺防治進行交流及討論。	全國自殺防治中心
6月25日	衛生福利部統計處舉辦「102年國人主要死因統計公佈」記者會，由張家銘副秘書長代表出席。	衛生福利部
6月28日	李明濱計畫主持人應邀擔任亞洲大學舉辦「北捷悲劇的反思與挑戰：2014健康幸福上網論壇」之會議主持人。	亞洲大學
6月30日	協助經國管理暨健康學院辦理「珍愛生命守門人」課程，對象為學生，人數約80人，由劉貞柏醫師擔任講師。	新竹統一 馬武督渡假村
6月30日	召開「2014年世界自殺防治日記者會」第一次專家籌備會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為王文德顧問、王孝慈顧問、張炤瑄顧問、陳嬿娟小姐、張雅婷協理、中心林素如主任及李珮瑜。	全國自殺防治中心
6月30日	協助臺北市私立仁群老人養護所辦理「高齡者心理關懷與溝通技巧」課程，對象為居家照顧服務員，人數約25人，由陳碧霞顧問擔任講師。	臺北市私立 仁群老人養護所
7月		
7月1日	林素如主任應出席桃園縣政府召開之「103年度第1次桃園縣心理健康委員會」，主持人為黃宏斌副縣長。	桃園縣政府
7月4日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(陽明、和平院區)，人數共11人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
7月10日	參加新北市政府舉辦之7月10日至13日「2014貢寮海洋音樂祭」，現場設置攤位，推廣珍愛生命守門人概念。	福隆海水浴場
7月11日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)，人數共17人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
7月14日	辦理「苗栗縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為苗栗縣衛生局羅財樟局長，與會人員為衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、林素如主任、陳貞伶副主任及自殺防治相關單位等。	苗栗縣衛生局
7月16日	辦理「雲林縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為雲林縣衛生局吳昭軍局長，與會人員為衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、林素如主任、陳貞伶副主任及自殺防治相關單位等。	雲林縣衛生局
7月17日	召開「四格漫畫徵件比賽評分會議」，主持人為李明濱計畫主持人。	全國自殺防治中心
7月17日	協助天主教永和耕莘醫院辦理「自殺防治課程」課程，對象為全院同仁，人數約60人，由劉惠玲顧問擔任講師。	天主教 永和耕莘醫院
7月18日	辦理「嘉義縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為嘉義縣衛生局鍾明昌局長，與會人員為衛生福利部陳快樂司長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、林素如主任、陳貞伶副主任及自殺防治相關單位等。	嘉義縣衛生局
7月25日	協助新竹市衛生局辦理「木炭販售業者(超市／賣場)自殺防治守門人教育訓練」課程，對象為木炭販售業者(超市／賣場)，人數約30人，由楊錚宜醫師擔任講師。	新竹市衛生局
7月25日	辦理「南投縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為南投縣衛生局黃昭郎局長，與會人員為衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、林素如主任、陳貞伶副主任及自殺防治相關單位等。	南投縣政府衛生局
7月28日	辦理「臺東縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為臺東縣衛生局盧道揚局長，與會人員為衛生福利部廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、林素如主任、張今菁及自殺防治相關單位等。	臺東縣衛生局
7月30日	召開「2014年世界自殺防治日記者會第二次專家籌備會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為呂淑妤教授、王文德顧問、吉興印刷公司代表、中心林素如主任及李珮瑜。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
8月1日	辦理「基隆市強化自殺防治策略討論會」，主持人為基隆市衛生局吳澤誠局長，與會人員為衛生福利部廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、林素如主任、陳貞伶副主任及自殺防治相關單位等。	基隆市衛生局
8月8日	衛生福利部召開「103年全國自殺防治中心計畫期中報告審查會」，中心由李明濱計畫主持人、林素如主任、陳貞伶副主任及廖士程秘書長代表出席。	衛生福利部
8月13日	李明濱計畫主持人、林素如主任、李昱慶及張今菁至中華民國自行車騎士協會拜訪何麗卿秘書長及林郁函活動企劃，討論活動合作事宜。	中華民國自行車 騎士協會
8月13日	協助國立臺灣師範大學辦理「自殺防治守門人計畫—陽光校園守護人」課程，對象為教官、系導師、碩士畢業生、學輔中心專任心理師及兼職全職實習諮詢心理師，人數約50人，由劉惠玲顧問擔任講師。	國立臺灣師範 大學和平校區
8月15日	李明濱計畫主持人前往臺大醫院教材室錄製國語、閩南語公益廣播。	臺大醫院
8月20日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為博仁綜合醫院、耕莘永和分院及宏恩醫院，人數共6人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
8月24日	與中華民國自行車騎士協會合辦『2014年世界自殺防治日「單車繞世界」』活動，與民眾共同響應IASP主題，以傳遞珍愛生命理念，共735人到場響應活動。	淡水捷運站 後方廣場
8月26日	衛生福利部召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報第二屆第四次會議」會前會，主持人為許銘能常務次長，中心由李明濱理事長、林素如主任及陳貞伶副主任代表出席。	衛生福利部
8月28日	召開「2014年世界自殺防治日記者會第三次專家籌備會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為李大華總監、張雅庭協理、中心林素如主任及中心全體同仁。	全國自殺防治中心
8月30日	與中華民國自行車騎士協會合辦『2014年世界自殺防治日「單車繞世界」』活動，與民眾共同響應IASP主題，以傳遞珍愛生命理念，共624人到場響應活動。	碧潭東岸廣場
8月31日	辦理「台灣自殺防治學會會員大會暨國際學術研討會」，主題為「網路與自殺防治：挑戰與機會」。	臺大醫院 國際會議中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
8月31日	發布「2014世界自殺防治日記者會」新聞稿，為響應9月10日世界自殺防治日，為此舉辦記者會，呼籲社會大眾一起重視自殺防治之議題。	全國自殺防治中心
8月31日	與肯愛協會快樂電台合辦自殺防治議題之專訪，主持人為肯愛協會蘇禾理事長，由吳佳儀助理教授出席擔任專訪嘉賓。	快樂電台
9月		
9月1日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院忠孝院區，人數共10人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
9月2日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺安醫院，人數共3人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
9月3日	協助財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心辦理「老人福利機構強化心理健康照護及自殺防治策略」課程，對象為護理人員、照服員、社工員、行政人員，由黃鈞蔚醫師擔任講師。	財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心
9月4日	發布「中秋團圓傳關懷 攜手相助防自殺」新聞稿，呼籲民眾在團圓的氣氛下，不忘關心需要被關心的人們。	全國自殺防治中心
9月9日	李明濱計畫主持人接受臺北廣播電台「臺北好幸福」節目專題訪問，主題為「網路成癮與自殺防治」。	電話專訪
9月9日	台灣自殺防治學會副秘書長張家銘醫師接受高雄廣播電台專訪，與民眾分享自殺防治相關議題。	高雄廣播電台
9月10日	協助法務部矯正署辦理「自殺高風險個案篩選及防治實務」課程，對象為各矯正機關戒護科長，由鄭宇明醫師擔任講師。	法務部矯正署
9月12日	協助臺中榮總嘉義分院辦理「自殺防治與社區處遇實務」、「自殺相關統計分析與各縣市自殺防治策略」課程，對象為精神／自殺社區關懷訪視員、公衛、醫院護士、醫師、社會處與社福機構社工，人數約30人，由林進嘉主任擔任講師。	臺中榮總嘉義分院
9月12日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院中興院區、永和耕莘醫院、中心綜合醫院及新北市立聯合醫院，人數共20人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
9月12日	協助法務部人事處辦理「人人都是珍愛生命守門人」課程，對象為法務部同仁，人數約150人，由廖士程醫師擔任講師。	法務部人事處
9月13日	參加衛生福利部舉辦之9月13日至14日「失智症主題展覽」，現場設置活動攤位，推廣心情溫度計及珍愛生命守門人概念，支援義工共7人。	臺北車站大廳
9月29日	召開「擬定APP相關授權契約」會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為工業技術研究院李錦妮小姐及林信旭先生，及中心陳恆順顧問、林素如主任、李世宣，討論ios APP之相關事務。	全國自殺防治中心
10月		
10月1日	協助國立臺灣師範大學僑先部辦理「自殺防治守門人計畫—陽光校園守護人」課程，對象為各班導師、學務及教務行政人員、教官，人數約50人，由陳震宇醫師擔任講師。	國立臺灣師範大學僑先部
10月1日	行政院召開「行政院心理健康促進及自殺防治會報第2屆第4次會議」，主持人為行政院馮燕政務委員，李明濱教授出席，中心林素如主任、陳貞伶副主任與會。	行政院
10月3日	澳洲beyondblue機構Dr. Brian Graetz及澳洲辦事處Ms. Smith Patricia至中心參訪及討論，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為中心林素如主任、吳佳儀助理教授及全體同仁，針對臺灣和澳洲自殺防治及憂鬱症現況，經驗交流討論。	全國自殺防治中心
10月8日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)，人數共13人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
10月9日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院及臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)，人數共23人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
10月9日	召開「自殺防治統計分析」規劃討論會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為龍佛衛理事長、鄭宇明秘書長、廖士程醫師、張家銘醫師、吳佳儀助理教授、林素如主任、賴欣瑋、孔祥玲、李珮嘉。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
10月17日	參加衛生福利部舉辦之10月17日至20日「2014年南臺灣生物技術展」，現場設置心情檢測站，推廣心情溫度計及珍愛生命守門人概念，支援義工共3人。	高雄展覽館
10月24日	辦理「自殺通報個案關懷訪視研討會」，對象為自殺關懷訪視員，主持人為李明濱計畫主持人，由張家銘醫師、姜丹榴技正及吳佳儀助理教授擔任講師。	臺大醫院精神部 大樓
10月25日	協助世新大學辦理「辨識技巧與危機處理技巧」課程，對象為諮商中心義工團，人數約35人，由鄭宇明醫師擔任講師。	世新大學
10月25日	協助世新大學辦理「守門人自我照顧與調適」課程，對象為諮商中心義工團，人數約35人，由劉惠玲顧問擔任講師。	世新大學
10月27日	召開「研擬情感／人際因素之因應策略」專家焦點團體會議，主持人李明濱教授，與會人員為鄭宇明秘書長、廖士程理事、吳佳儀理事、陳碧霞顧問、林素如主任、陳金玲副理事長、張維揚心理師、黃麗碧護理師、李珮瑜、郭盈秀。	全國自殺防治中心
10月29日	協助世新大學辦理「關愛生命：照顧自己，也關心別人！」課程，對象為全校班級幹部，人數約 100 人，由鄭宇明醫師擔任講師。	世新大學
10月29日	協助佛光大學辦理「高關懷學生的辨識與輔導策略」課程，對象為學務處工作人員、其他系、所、處室之行政人員，人數約 30 人，由黃鈞蔚醫師擔任講師。	佛光大學

11月

11月5日	國軍後備動員幹部訓練中心至中心參訪訓練，人數共45人，主持人為林素如主任，學會鄭宇明秘書長到場致意。	全國自殺防治中心
11月6日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)及宏恩醫院，人數共21人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
11月19日	協助佛光大學辦理「為生命打氣-高關懷學生的辨識與輔導策略」課程，對象為全校導師及系助理，人數約 50 人，由傅振輝心理師擔任講師。	佛光大學
11月21日	發布「陪伴自殺者親友度過傷痛 需要你我一起伸出援手」新聞稿，為響應美國自殺防治基金會(AFSP)的「國際自殺者親友關懷日」，由於自殺者親友是自殺的高危險群，藉此呼籲大家不忘關懷這群需要被關懷的人。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2014年1月1日至2014年12月31日)

日期	事 件	地 點
11月25日	協助宏恩綜合醫院辦理「自殺防治與守門人實務教育訓練-珍愛生命守門人」課程，對象為院內同仁，人數約50人，由段永章醫師擔任講師。	宏恩綜合醫院
12月		
12月12日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、和平院區、博仁綜合醫院)及宏恩醫院，人數共18人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心
12月14日	參加財團法人臺灣快樂列車協會舉辦之第九屆「熱愛生命讓愛飛揚」愛心義賣宣導園遊會，現場設置心情檢測站，推廣心情溫度計及珍愛生命守門人概念，支援義工共2人。	臺中市南屯區 豐樂公園
12月23日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)及宏恩醫院，人數預估共15人，由林素如主任擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作紀實

 <p>2月 26 日心理健康促進討論會</p>	 <p>3月 27 日中心年度工作計畫說明會</p>
 <p>3月 28 日 PGY 參訪訓練</p>	 <p>4月 17 日臺南市燒炭自殺防治策略討論會</p>
 <p>5月 2 日自殺通報個案關懷訪視員共識營</p>	 <p>5月 22 日函送 PGY 自殺防治課程光碟</p>
 <p>6月 19 日臺灣國際銀髮暨健康照護產業展</p>	 <p>7月 10 日「貢寮海洋音樂祭」活動</p>



7月25日南投縣強化自殺防治策略討論會

8月1日基隆市強化自殺防治策略討論會



8月31日世界自殺防治日記者會



8月30日「單車繞世界」活動



10月3日外賓參訪



10月24日自殺通報個案關懷訪視研討會



11月5日國軍心輔官參訪訓練