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
105 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 80 號 13 樓

中華民國一〇五年十二月零九日

目　　錄

計畫執行成果檢核表..... i
2016 年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告之綜合審查意見回覆..... 1
執行結果摘要..... 7
前言..... 25
壹、 全國自殺防治中心組織 30
貳、 自殺防治相關統計分析資料
一、2015 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告..... 31
二、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、危險指標，及因應策略..... 69
參、 辦理自殺防治之實證研究
一、兒少自殺死因研究..... 74
二、禁用巴拉刈農藥之推動與研究..... 102
三、老人自殺與就醫行為之實證研究..... 127
四、自殺未遂者之通報與關懷追蹤..... 162
肆、 強化自殺防治策略
一、2016 年自殺高風險縣市互動式輔導訪查..... 176
二、召開「新聞媒體聯繫會議」..... 247
三、社群網站 facebook 之運用與推廣..... 265
四、媒體互動、新聞監測與因應..... 273
五、「教唆自殺」網站之監測與處置..... 300
六、農藥儲藏箱發放與自殺防治效益之分析..... 304
七、自殺行為時節與趨勢之分析及宣導方案..... 312
八、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練..... 332
九、國外自殺防治文獻收集與國內自殺防治策略及具體措施之規劃..... 338
十、教育文宣之發行與推廣..... 381
十一、 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣..... 390
十二、 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程..... 398
十三、 珍愛生命義工之推動..... 409
十四、 心情溫度計應用程式(APP)之推廣..... 414
十五、 網路成癮者之評估與回饋..... 420
十六、 自殺防治網通訊之發行與推廣..... 432
伍、 研修自殺防治相關工作規範
一、縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議..... 437
二、精神疾病、家暴與性侵之關懷訪視注意事項..... 472
陸、 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議
一、自殺防治中心網站之維護及宣導..... 483

二、雲端數位學習平臺之維護與推廣..... 487
三、「巴拉刈自殺」防治之教育宣導..... 502
四、大型宣導活動－世界自殺防治日系列活動及其他相關活動..... 512
五、2016 年度自殺防治年中討論會..... 523
柒、 八仙塵爆個案關懷訪視服務與研究 530
捌、 自殺關懷訪視員培訓
一、編印關懷訪視實務工作手冊..... 559
二、舉辦實體訓練課程..... 564
三、辦理各縣市實務督導訪查..... 586
玖、 其他辦理事項
一、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查..... 668
壹拾、 全國自殺防治中心重要工作要覽及紀實..... 684

計畫執行成果檢核表

(期間：2016 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日)

工作項目 **(依照 105 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)**	**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(含駐部人力 1 名)，辦理本案所訂各項工作，並依實際業務需求，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。	已按規定執行完成。 詳見**一、全國自殺防治中心組織**章節(P.30)。
二、 提供自殺防治相關統計分析資料：	
1. **配合本部要求**，進行臨時性資料分析，例如：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「資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。	依規定辦理並持續執行中。 詳見**三之 4、自殺未遂者之通報與關懷追蹤**章節(P.162)。
2. 配合本部發布 104 年度國人死因統計結果，**於 105 年 9 月底前**分析完成 104 年度各縣市自殺死亡及通報相關資料，發送各縣市參考運用；並提報「104 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告」及依據上述結果報告擬訂次年度全國自殺防治策略及政策等說帖，包含文字檔及簡報檔各乙份。	已按規定執行完成。 詳見**二之 1、2015 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告**章節(P.31)。
3. 比對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分析報告，並分析其個案資料、自殺原因等，及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、危險指標，擬訂因應策略，**本項工作需於 105 年 9 月底前完成。**	因統計處硬碟出現作業問題，尚未取得資料，待資料取得後會立即分析。 詳見**二之 2、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、危險指標，及因應策略**章節**(**P.69**)。**
三、 辦理自殺防治之實證研究：	
1. 兒少自殺死因研究	已按規定執行完成。 詳見**三之 1、兒少自殺死因研究**章節(P.74)。
2. 禁用巴拉刈農藥推動及研究	已按規定執行完成。 詳見**三之 2、禁用巴拉刈農藥之推動與研究**章節(P.102)。

3. 老人自殺與就醫行為實證研究	已按規定執行完成。 詳見**三之 3、老人自殺與就醫行為之實證研究**章節(P.127)。
四、　強化自殺防治策略：	
1. 擇定自殺死亡率、三年移動平均及再自殺率較高之 6 縣市，辦理 105 年度自殺高風險縣市互動式輔導訪查，辦理內容建議如下：(1)統計該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告、降低自殺率具體方案(2)協助加強受訪查縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值(3)需依各縣市需求進行專案討論；本項工作每縣市至少偕同本部辦理 1 場次實地輔導，並視需求增加實地輔導訪查次數。	已按規定執行完成。 詳見**四之 1、2016 年自殺高風險縣市互動式輔導訪查**章節(P.176)。
2. 平時加強與媒體之溝通，並召開新聞媒體聯繫會議或研討會 1 場次，透過提供宣導及教育，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。	已按規定執行完成。 詳見**四之 2、召開「新聞媒體聯繫會議」**章節(P.247)。
3. 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，若有違反情形，需主動發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體(學者)召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應；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「IWIN 網路內容防護機構」(https：//www.win.org.tw/)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。	依規定時程規劃與辦理，持續執行中。 詳見**四之 4、媒體互動、新聞監測與因應**章節(P.273)。 詳見**四之 5、「教唆自殺」網站之監測與處置**章節(P.300)。
4. 結合國內、外學術團體，運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，以提升民眾對自殺防治認知，針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清,以避免模仿效應。	依規定時程規劃與辦理，持續執行中。 詳見**四之 4、媒體互動、新聞監測與因應**章節(P.273)。
5. 持續收集農藥儲藏箱發放情形及分析防治自殺效益，供本部及各縣市衛生局參考。	已按規定執行完成。 詳見**四之 6、農藥儲藏箱發放與自殺防治效益之分析**章節(P.304)。
6. 持續監測自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。	依規定辦理並持續執行中。 詳見**四之 4、媒體互動、新聞監測與因應**章節(P.273)。

7. 監測自殺通報及自殺死亡數據，並依據近 10 年自殺通報、自殺死亡數據，分析發生自殺行為發生率較高時節及趨勢，提出自殺防治策略(含宣導方案)1份。	已按規定執行完成。 詳見**四之 7、自殺行為時節與趨勢之分析及宣導方案**章節(P.312)。
8. 與自殺防治第一線醫療專業合作，結合至少 5 個醫療、社會工作相關學協會，辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練。	已按規定執行完成。 詳見**四之 8、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練**章節(P.332)。
9. 蒐集國外近 3 年自殺防治相關文獻及自殺防治策略、措施，規劃符合國內自殺防治策略及具體措施。	已按規定執行完成。 詳見**四之 9、國外自殺防治文獻收集與國內自殺防治策略及具體措施之規劃**章節(P.338)。
五、 研修自殺防治相關工作規範：	
1. 由本部「自殺防治通報系統」每月抽查 3 縣市(抽查之縣市不得與上月分抽查之縣市相同，履約期限內各縣市需至少被抽查 1 次)衛生局 2 則以上書寫完成之訪視紀錄，進行稽核後做成紀錄並提出具體建議。	已按規定執行完成。 詳見**五之 1、縣市訪查紀錄之抽查、紀錄與建議**章節(P.437)。
2. 研擬自殺企圖者同時具有精神疾病、家暴(含兒虐)加害人、家暴被害人、性侵加害人及性侵被害人之關懷訪視注意事項，供關訪員參考運用。	已按規定執行完成。 詳見**五之 2、精神疾病、家暴與性侵之關懷訪視注意事項**章節(P.472)。
六、 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議：	
1. 維護全國自殺防治中心網站資料及臉書粉絲團，定期更新及提供自殺防治相關統計數據，應本部要求相關展覽宣導，以提供民眾所需之自殺防治宣導、教育訓練等資料。	依規定辦理並持續執行中。 詳見**四之 3、社群網站 facebook 之運用與推廣**章節(P.265)。 詳見**六之 1、自殺防治中心網站之維護及宣導**章節(P.483)。 詳見**六之 2、雲端數位學習平臺之維護與推廣**章節(P.487)。
2. 結合農委會辦理巴拉刈自殺防治教育宣導共 4 場次，針對農藥販賣業者及代噴業者，系統性進行農藥控管與自殺防治所扮演之角色之責任及義務等相關教育訓練。	已按規定執行完成。 詳見**六之 3、「巴拉刈自殺」防治之教育宣導**章節(P.502)。
3. 配合世界自殺防治日(9 月 10 日)辦理大型宣導活動 1 場次，辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。	已按規定執行完成。 詳見**六之 4、大型宣導活動—世界自殺防治日系列活動及其他相關活動**章節(P.512)。

4. 召開 105 年度自殺年中討論會議 1 場次，議程包括：(1)依據本部統計處公布 104 年自殺死亡結果，分析 104 年自殺死亡人數及自殺方式趨勢，供各縣市衛生局參考(2)安排 104 年度自殺標準化死亡率減少最多縣市衛生局進行經驗分享，供各縣市衛生局標竿學習。(3)收集 104 年各縣市標準化自殺死亡率前 6 名縣市之自殺防治策略，並提出建議方案(4)針對統計處提供 105 年自殺初步統計結果，對於自殺死亡人數較去年同期增加之縣市，提出具體建議；本項工作建議於 105 年 7 月至 8 月份於本部召開。	已按規定執行完成。 詳見**六之 5、2016 年度自殺防治年中討論會**章節(P.523)。
七、 協助八仙塵暴個案關懷訪視服務並進行研究，預防傷患自殺：	
1. 協助各縣市政府進行傷患災後心理重建及自殺防治追蹤關懷訪視服 務，辦理自殺防治守門人訓練。	已按規定執行完成。 詳見**七、八仙塵爆個案關懷訪視服務與研究**章節(P.530)。
2. 擔任與八仙塵暴相關會議之專家顧問，提供具體建議。	
3. 配合本部災難心理衛生業務，提供本部災後心理重建流程建議。	
4. 八仙塵暴傷患心理重建研究案	
八、 自殺關懷訪視員培訓：	
1. 編印系列自殺防治實務工作手冊	已按規定執行完成。 詳見**八之 1、編印關懷訪視實務工作手冊**章節(P.559)。
2. 實體課程	依規定持續執行中。 詳見**八之 2、舉辦實體訓練課程**章節(P.564)。
3. 實務督導	依規定規劃並持續執行中。 詳見**八之 3、辦理各縣市實務督導訪查**章節(P.586)。
九、 配合本部倡議自殺防治事項、辦理臨時交辦事項及提供本部急需之自殺相關數據統計分析，派員參加有關自殺議題、立法委員召開之公聽會、家庭暴力及性侵害防治推動小組等會議。	依規定辦理並持續執行中。

2016 年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告之綜合審查意見回覆

一、 請說明兒少自殺通報升高與自殺盛行率升高之相關性。

自殺防治通報關懷系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、部份縣市自殺意念及自殺死亡個案之通報、建立個案輔導轉介關懷之網路及促進服務資源之整合。因此自殺通報的上升，背後所代表的意義可能為自殺個案的增加也可能為自殺通報體系的落實，無法單從通報個案的增加斷言自殺企圖行為增加。

以 2006 年至 2015 年 18 歲以下兒少通報來看，通報人次由 2006 年 925 人次逐年呈現上升趨勢，至 2015 年達到 1,513 人次；同時全體通報人次亦由 2006 年 19,162 人次上升至 2015 年 21,569 人次，兩者相關係數為 0.91，呈現高度正相關，表示兒少通報人次與全體通報人次呈現高度相關性且為同方向變動。

再與兒少自殺粗死亡率比較，2006 年至 2014 年兒少自殺粗死亡率呈現雙峰走向，由 2006 年每十萬人口 0.6 人後上下起伏，2009 年及 2012 年為兩個高點，分別為每十萬人口 0.877 人及每十萬人口 0.885 人，至 2014 年下降至每十萬人口 0.53 人。相對於兒少通報人次的逐年上升，自殺粗死亡率並無顯著上升的趨勢，除上下起伏外，2014 年更下降到每十萬人口 0.53 人，因此兒少通報人次的上升並未同時使兒少自殺粗死亡率上升；反而可能反應通報關懷的成效。

綜上所述，兒少通報人次隨著全體通報人次逐年上升，而兒少自殺粗死亡率並無明顯上升，在 2014 年更下降至近十年來低點，因此兒少自殺通報升高與自殺盛行率升高應較無明確相關性。

二、 建議青少年自殺防治網絡建立系統化宜更明確。

青少年自殺防治網絡分兩大部分，一為校園自殺防治，一為精神醫療網之自殺防治。目前兩方間尚缺乏正式的共同合作與聯繫體制，無法藉由關懷訪視來整合，過去中心一直持續推動此一聯結機制，但仍有待請衛生福利部與教育部針對此一項目召開會議檢討雙方架構，擬出新策略。

三、 老人因生理疾病占自殺死亡原因比例高，請研擬相關自殺防治策略，並提出

與國家長期照護政策結合之方式。

醫療單位針對老人的全面性篩檢已經逐步實施，將來應落實與精神醫療資源的連結急轉介，並加強瞭解及發現患有疾病老人之分佈。此外，居家照護以及鄰里長之守門人訓練，亦是非常重要。

四、 農藥箱成效不顯著，請提出其他可降低使用農藥自殺率之策略。

已依審查意見辦理，詳見章節**三之 5「農藥儲藏箱發放與自殺防**治效益之分析」。

五、 各縣市平均關懷次數差距頗大(分布由 2.6 ~ 5.8)，建議宜有進一步分析，並了解其與自殺死亡率之相關性。

自殺防治通報流程中，若發現自殺意念、自殺未遂、自殺死亡等三種個案，須進行通報，並將該個案資料輸入自殺防治通報系統。通報後系統會依據個案目前居住地資訊的完整程度進行分案，分案後，相關單位須派遣自殺關懷訪視員進行個案後續追蹤關懷服務。本中心每月製作之自殺通報月報表中，有關各縣市關懷次數計算公式為該縣市當月份關懷人次除以該縣市當月份通報人次，代表一個通報人次平均接受之關懷服務次數。

以 2014 年及 2015 年自殺數據觀察，2014 年平均關懷次數最低五個縣市依序為連江縣(5 次)、澎湖縣(5.8 次)、雲林縣(5.9 次)、苗栗縣(6 次)及臺北市(6.3 次)；自殺粗死亡率最高五個縣市依序則為嘉義縣(23.3 人)、基隆市(21.9 人)、雲林縣(20 人)、花蓮縣(18.9 人)及臺東縣(18.3 人)，以平均關懷次數與自殺粗死亡率做分析，兩者相關係數僅有-0.016。2015 年平均關懷次數最低五個縣市依序為澎湖縣(4.9 次)、屏東縣(5 次)、苗栗縣(5.6 次)、臺北市(5.7 次)及新竹市(6.1 次)；自殺粗死亡率最高五個縣市依序則為基隆市(24.7 人)、南投縣(21.7 人)、雲林縣(20.4 人)、花蓮縣(20.4 人)及宜蘭縣(20.3 人)，以平均關懷次數與自殺粗死亡率做分析，兩者相關係數僅有-0.237。依 2014 年及 2015 年數據無法說明關懷次數與自殺死亡率有相關性。

期中報告中「自殺未遂者之通報與關懷追蹤」章節所列 2016 年 1-5 月各縣市關懷次數，各縣市平均關懷次數差距大，次數僅 2.6~5.8 的原因應是資料尚未完整進入系統中，使得報告中呈現數據有低估的情形，經資料補齊至系統後再次計算，2016 年 1-5 月各縣市平均關懷次數皆在 4.5 次以上。

自殺死亡率的增減有許多因素，在通報體系中存在的因素有訪視率、拒訪率、關懷的深度及精神疾病的診斷與轉介等，因此無法從單一原因判斷自殺死亡率的變化。

六、 在全國自殺防治中心網站中，「研究調查」之「資料分析」，因本部針對103年自殺死亡人數數據有更動，建議網站配合修正。

已依照建議修改完成。

七、 自殺關懷訪視員訓練內容，建議宜針對近年分析數據(尤其在共病性或高風險個案)，增訂相關訪視重點及技巧。

根據近年分析的數據，在自殺通報系統中的精障個案所占的比例約為30%左右，也是最主要的高風險個案，因個案本身已被確診出有精神疾病，所以在關懷訪視的過程中，難以評估及辨別出危險因子。不過在今年本中心經過二十二縣市督導訪查後，發現到關懷訪視員在「一問二應三轉介」之技巧上仍有待加強，尤其是在對高風險個案進行醫療轉介時。

針對這點本中心已在衛生福利部心口司的補助下推出了「自殺關懷訪視專業訓練初階及進階課程」。在進階訓練課程中已加入了高風險個案的評估與處遇，還有對各類型困難個案之訪視重點及技巧等，以提升自殺關懷訪視員因應之能力。

本次實體課程仍有訪員未參與培訓，所以中心已將自殺關懷訪視訓練課程剪輯成數位課程影片放置網上，讓未能參與者以及日後新進之關懷訪視員都能自行上網閱覽來提升專業能力。

另外，中心也特別在縣市督導訪查時，建議各衛生局在每次的督導討論中，應該至少要有一次以個案問題為主的討論，以解決訪員們在實務上的困境。

八、 請綜整至各縣市實務督導訪查自殺防治業務之回饋意見，提供心口司以為政策參考。

已依照審查建議辦理，詳見章節八之3「辦理各縣市實務督導訪查」。

九、 請針對各縣市的自殺高危險因子，提出相關因應策略建議，提供各縣市參考。

關於各縣市因地制宜的自殺防治策略，過去全國自殺防治中心，參與

縣市自殺防治業務輔導訪查，累積經驗發現：各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。針對各縣市擬定之自殺防治措施與具體方案應秉持因地制宜的原則，方能達到降低自殺行為發生率的成果。

全國自殺防治中心今年度規劃 22 場次的實務督導，以派遣專業人員或是採用視訊會議的方式，與各縣市精神醫療、心理衛生相關單位之專家代表及關懷訪視員進行實務討論，藉以瞭解關懷訪視員在從事自殺防治工作時，所遇到的問題和困難，並針對有問題之個案進行討論，提供建議，撰寫成督導紀錄，以供各縣市參考。另擇定自殺死亡率、三年移動平均及再自殺率較高之 6 縣市，辦理 105 年度自殺高風險縣市互動式輔導訪查。

由上述督導記錄中得知，高危險因子在各縣市並無不同，差別僅在於各縣市高危險因子所占比例差異，本中心藉由實務督導對各縣市做出因地制宜的建議。未來希望能達成衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局及本中心間的實務合作，定期召開會議檢討因地制宜的策略並提出因應的建議。

十、 請研議修正自殺防治通報系統通報後關懷作業流程。

現行衛生福利部所公告之「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，其中「**接獲個案通報 3 個工作日內初次關懷，7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作**」此一項目未明確指出接獲通報及執行後續業務之負責人，描述不盡詳實。

而在進入「**關懷訪視**」後，以下銜接至「**家屬**」、「**本人**」及「**訪視未果**」等訪視流程，各流程中間敘述亦未臻完善，恐有導致困惑之虞。經中心專家研議後，針對原有之通報後作業流程圖進行修正，修正項目及描述如下，新版流程圖則見圖 1。

1. 變動項目：

1) 將「接獲個案通報....」變更為「**關懷訪視員(簡稱關訪員)**接獲個案通報 3 個工作日內初次關懷，7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作」。

2) 「關懷訪視」變更為「**關訪員進行電話或當面關懷訪視**」。

3) 「家屬」變更為「**親友**」。

4) 「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」變更為「**自殺防治通報系統通**

報後關懷訪視員作業流程」。

2. 新增項目：「關訪員進行電話或當面關懷訪視」項目之下新增「**訪視已遇**」與「**訪視未遇**」。

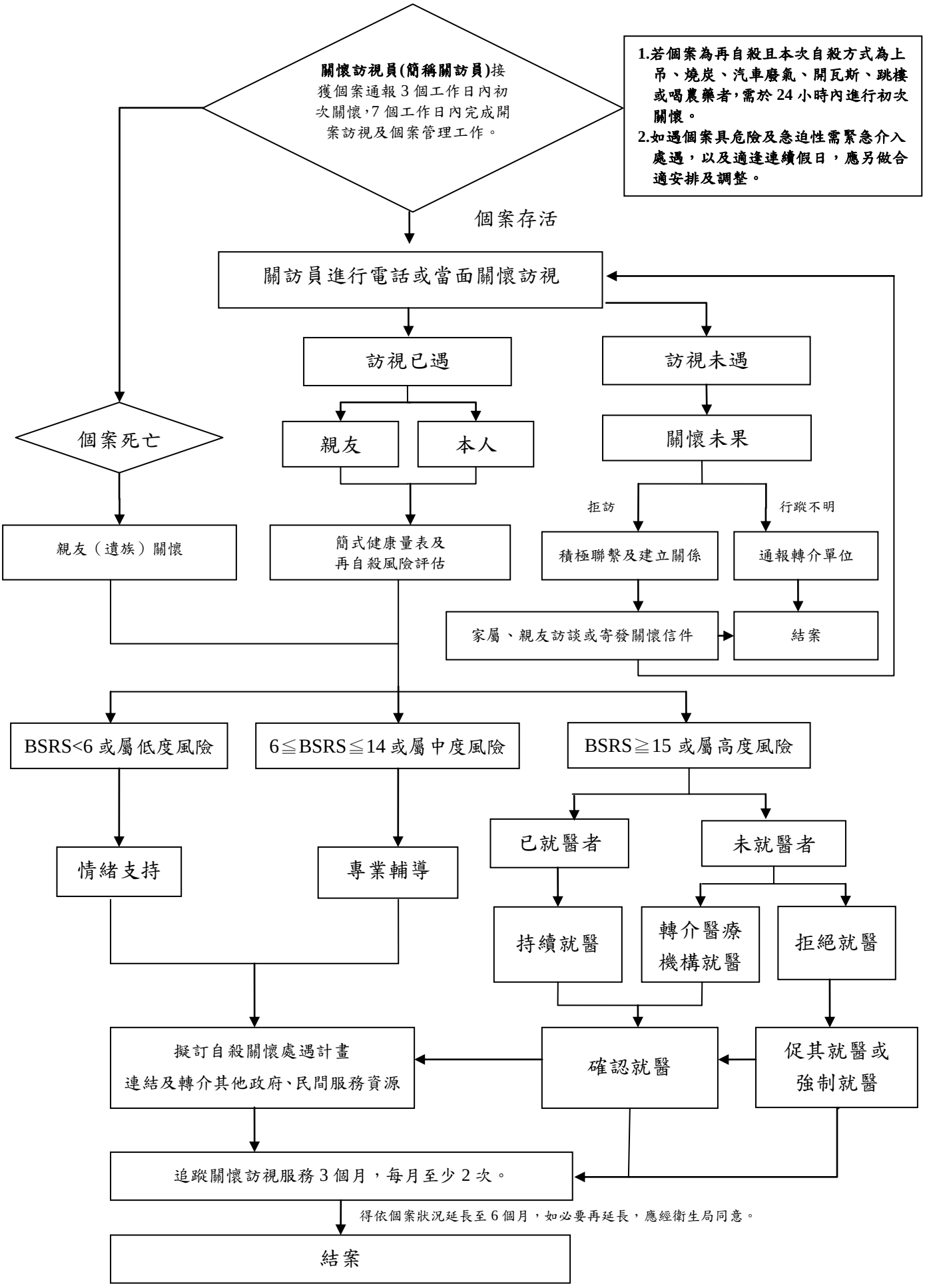


圖1、自殺防治通報系統通報後關懷訪視員作業流程

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」。2016 年主要工作結果摘要如下：

一、 自殺防治相關統計分析資料

1. 2015 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。

2015 年自殺死亡人數 3,675 人(男性 2,426 人、女性 1,249 人、性別比 1.94)，自殺粗死亡率每十萬人口 15.7 人(男性每十萬人口 20.7 人、女性每十萬人口 10.6 人)。與 2014 年相比整體增加 133 人(粗死亡率上升 3.5%)，其中男性增加 64 人(粗死亡率上升 2.6%)、女性增加 69 人(粗死亡率上升 5.4%)。青少年族群(15-24 歲)自殺粗死亡率每十萬人口 5.9 人相較 2014 年上升 15.7%，為各族群上升幅度之最；而老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 31.2 人為各族群之最。死因以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」為最多，自殺死亡之占率 30.8%，較 2014 年減少 1.1%，男性死因以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」為主，占率為 33.1%，較 2014 年下降 1.5%，女性死因同樣以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」為主，占率 26.3%與 2014 年持平。

2015 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」(30.8%)、「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(27.7%)以及「以固體或液體自殺物質自殺及自為中毒」(17.4%)。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」(26.3%)、「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(22.3%)以及「以固體或液體自殺物質自殺及自為中毒」(21.9%)。

2. 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、危險指標，及因應策略

針對自殺未遂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，而本章節藉由自殺未遂通報資料及自殺死亡檔之勾稽分析，確認自殺通報及關懷訪視作業落實情形。2016 年 1-10 月自殺未遂通報個案計 24,209 人次，2015 年自殺死亡為 3,675 人。

針對各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡者分析結果，發現各年齡層性別為男性；居住地於農業為主的縣市；自殺原因為生理疾病；自殺身亡者的自殺方式以固體或液體物質、以家用瓦斯及其他氣體或蒸氣等值得特別注意。

本中心於 2015 年度自殺死亡檔及健保資料檔釋出後即向統計處登記分析，但由於統計處系統問題導致資料取得延宕，數據部分須等統計處將分析資料送至本中心後才能補齊。

二、 辦理自殺防治之實證研究

1. 兒少自殺死因研究

綜觀全球，目前兒少族群中，15 歲以下的自殺行為並不常見。儘管如此，有些國家提出警訊，不管是 15 歲以下的族群，或是 15-19 歲的族群，自殺行為的發生同樣在逐漸增加當中。因此，釐清自殺之相關危險因子，是自殺防治的必要步驟。

本研究發現兒少族群之自殺通報比其他年齡層更為落實，顯示自殺防治通報作業的完善使更多自殺企圖者進入系統中接受關懷，除系統管理本身更趨完整外，地方衛生局所投入的人力、資源也是重要的原因之一，這些因素使得自殺防治通報系統在全面性自殺防治策略上，展現一定的成效。

2. 禁用巴拉刈農藥之推動與研究

近年來，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」佔臺灣自殺原因中前三大死因之一。其中最主要的原因是農藥，在常見的農藥自殺方法中，巴拉刈儼然成為當前最嚴重的問題之一。本研究透過近十年之通報與死亡資料、醫學中心之相關數據，分析近年來巴拉刈自殺死亡之趨勢變化與地理分布，結果發現，每年平均將近有 5%的自殺死亡肇因於巴拉刈，特別是男性及 75 歲以上的老年族群，地區則主要集中在中南部地區。經由深入調查

與借鏡韓國經驗，分析禁用巴拉刈對自殺死亡、醫療成本、與社會經濟層面之效益，建議未來應考慮全面禁用巴拉刈措施，以有效降低農藥自殺人數及社會經濟損失。

3. 老人自殺與就醫行為之實證研究

隨著年齡的增長，老人的自殺率呈現著逐漸攀升的趨勢。且老人趨向於使用致死率較為高的自殺方式(如上吊、跳樓、喝農藥)來自殺。根據世界衛生組織(WHO)所作之研究調查，65 歲以上老人嘗試自殺與爾後自殺完成的比率逼近 2 比 1，意指一旦老年人嘗試自殺，則其身亡的比例是很高的，所以我們決不可輕忽臨床上有自殺企圖之老人。

本研究以近十年自殺死亡檔、自殺通報檔、全民健保檔分析老人自傷及自殺的發生率及其趨勢以及自傷與自殺方法的變化，作為防治策略之方向。另外也就老人自殺人口之就醫科別與住院科別分析老人自傷與自殺前，是否曾接受醫療服務？若有，則哪一類別的科別的病人容易有自殺的傾向？以及醫療人員是否提供精神疾病的評估與診斷？在藉由一問二應三轉介才能未雨綢繆地來加以防治。最後，分析針對曾有自殺或自殺未遂之老人，其後續再次自殺或自傷的危險因子為何？是否轉介精神醫療或接受完整的治療？以找出再自殺者再自殺的原因，才能防止悲劇一再發生。

由於期中資料分析結果，將近八成至九成的老人在自殺亡前沒有通報紀錄，故本研究下半年期程更改部分研究內容，以老人自殺死亡前一年之就醫科別及診斷重新檢視，資料部分直接由死因統計檔串連健保資料庫。由於統計處攜出資料規定相當嚴格，故部分資料合併五個年度(2005-2009)及(2010-2014)一起做分析。

就初步分析結果來看，老人自殺死亡就醫科別、急、慢性病相當複雜，若以單一或特定科別都會侷限所能防治目標族群，且都恐有其決策上瑕疵存在，故應採取自 98 年起國民健康署所採取的以病人為中心整合照護計畫為核心，增加跨更多跨科別合作並增加心理衛生方面的評估，適當提供免費關懷資源及轉介才是根本解決之道。

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。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。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。

2016 年 1-10 月全國自殺通報共 24,209 人次，其中女性通報 15,106 人次占 62.4%，男性通報 9,103 人次占 37.6%，女性為男性 1.66 倍。2016 年 1-10 月初步通報比為 7.5，自 2006 年至 2015 年全國通報比由 4.3 逐年上升至 8.4，可見自殺通報網絡已逐步落實。分案率及分案關懷率亦逐年上升，自 2009 年起已達到 99%以上，2015 年分案率達到 100%，分案關懷率為 99.2%，2016 年 1-10 月分案率亦為 100%，分案關懷率為 99.2%。以男女個案之年齡層結構分析，男性及女性族群的年齡層分配與整體十分相似。自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(52%)為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(28.5%)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。自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，男性與女性排序前三位皆為「情感／人際關係」(男 36.3%、女 53.2%)、「精神健康／物質濫用」(男 32.8%、女 37%)及「工作／經濟」(男 12.9%、女 8 %)。分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 15.1%、家暴被害人占 7 %、家暴加害人占 5.2%、兒少被害人占 2.8%、兒少加害人占 2.6%、家暴高危被害人占 1 %、嚴重病人占 1.1%、家暴高危加害人占 0.6%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為花蓮縣(22.1%)、高雄市(21.8%)、金門縣(21.2%)。家暴被害人占率最高的為金門縣(13.5%)，家暴加害人占率為高為連江縣(20%)。

三、 強化自殺防治策略

1. 2016 年自殺高風險縣市互動式輔導訪查

自殺防治工作必須「思維全球化、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 2016 年 10 月 7 日至 11 月 04 日，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自殺死亡率高、三年移動平及再自殺率較高之六縣市辦理強化自殺防治策略討論會，會議中除討論各縣市因地制宜之自殺防治策略和困境外，亦結合至各縣市實務督導訪查經驗，以加強該縣市自殺防治和關懷訪視之策略與技巧。

2. 召開「新聞媒體聯繫會議」

在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之重要守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的主要管道，更是國家策略宣導的主要媒介。

根據 2015 年中心所統計之 497 件自殺事件及相關新聞報導，「六不六要」趨勢實證分析中，「六不」之「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」(達 95.4%)及「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 94.8%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 28.4%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.6%)則是較易被忽略的原則。「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」(達 97.4%)及「突顯不用自殺的其他解決方法」(達 72.9%)是較易被遵循的原則，但「與醫療衛生專家密切討論」(達 26.8%)、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」(達 37.4%)則是比較容易被忽略的原則。

網路自殺新聞事件統計四大報趨勢有所不同，過去七年相對低的部分為中國時報。媒體焦點團體成果分享，新聞報導決定因素在於是否暢銷，曝光度與點閱率數值，編輯篩選，以及不同媒體題材取向。「六不六要」媒體遵循困難排名依序為：「不要刊登照片或遺書」、「不要簡化自殺原因」以及「刊登於內頁而非頭版」。(詳見召開「新聞媒體聯繫會議」章節)

3. 社群網站 facebook 之運用與推廣

因應網路社群型態的興起，中心成立 facebook「珍愛生命打氣網」，目前業務內容與目的除了增加宣導管道、促進更多民眾對自殺防治的瞭解及認同珍愛生命理念之外，亦持續加強教育宣導、推廣簡式健康量表，及增進民眾自我心理健康管理。2010 年 10 月成立至今年 11 月 3 日止，粉絲人數共 6,101 人，超越一般粉絲專頁按讚人數之平均水準。今年截至 10 月 31 日共發布 467 則貼文，獲得 8,598 個讚，1,357 人次留言及公開公開轉載、瀏覽人次為 336,110，約為去年瀏覽人次(84,811)的 4 倍。

今年中心亦持續與 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。除此之外，facebook 於其使用說明中即有提供臺灣自殺防治資源，信息內容包括中心網站網址、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。

4. 媒體互動、新聞監測與因應

共辦理 3 場記者會－「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」記者會、「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」、世界自殺防治日記者會「聯繫、溝通與關懷」，並發布 5 篇新聞稿－「溫馨送暖迎新春 珍重生命年年好」春節新聞稿、日本核災五週年發布「災後心理重建 不可忽視」

新聞稿、「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」記者會新聞稿、「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」新聞稿、世界自殺防治日記者會「聯繫、溝通與關懷」新聞稿，共計 102 則媒體露出相關報導。

中心持續監測網路與平面自殺相關之新聞，皆於當日搜尋當日自殺報導相關新聞，發現有違反世界衛生組織「六不六要」情形後聯繫中心媒體因應小組，並連繫發行媒體，已進行投書 4 則網路新聞，其不符合規定之圖片與影片皆已下架。網路四大報自殺新聞摘要，1 月至 10 月共製作 928 篇自殺新聞摘要，報導個案自殺結果：已遂個案共 473 位、未遂個案 350 位、自殺意念共 63 位、不詳共 42 位。

持續進行 2016 年自殺新聞資料蒐集，截至 10 月 28 日止，四大報共 327 則自殺新聞報導，並進行媒體六不六要原則遵守情形分析整體而言，相較於去年在媒體自殺事件報導「六不」原則中，除「不要報導自殺細節」此項原則遵守情況有下降趨勢以外，其餘自殺新聞報導原則遵守情形皆有改善。相較於去年在媒體自殺事件報導「六要」原則中，除使用「自殺身亡而非自殺成功」以及「與專家討論」遵守情況些微下降外，其餘遵守情況趨勢皆有改善。

「台灣媒體自殺事件報導指引」

中心於本年度於新聞媒體聯繫會議辦理媒體焦點團體，參考焦點團體成果及各國文獻，簡化世界衛生組織訂定之「媒體報導六不六要」建議，將報導守則在地化，由全國自殺防治中心媒體因應小組李明濱主任、吳佳儀副執行長、楊聰財醫師等共同研擬新版本之「台灣媒體自殺事件報導指引」單張，並於世界自殺防治日當日發送推廣，及分別針對記者與編輯提出簡明扼要的「三不三要」與「二不二要」，另製作行動電源於當日發送出席之媒體。

5. 「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，及抑制網路上不當之訊息傳播，本中心自 2014 年起，依衛生福利部保護服務司，所訂定「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，各單位或民眾發現後，可立即向 iWIN 網路內容防護機構進行線上舉報；除使用 iWIN 舉報方式，中心也主動透過該網站系統平台進行檢舉，無檢舉功能者，則尋找網站官方聯絡方式，以電子郵件方式向該網站反應，要求下架；或善用該國舉報平台網站，多方進行檢舉，以提升網頁下架之時效性。

以上步驟，更透過發函周知及自殺防治網通訊專文介紹的方式，發佈監測及舉報流程，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 2016 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 191 則，其中網站 IP 位於國內有 91 則，已下架為 79 則(下架率 86.8%)。而網站 IP 位於境外有 100 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 62 則被下架(下架率 62%)。自殺防治工作需要你我的投入，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。

6. 農藥儲藏箱發放與自殺防治效益之分析

限制自殺工具之可得性為眾多防治方式中之一，過往農委會研議由公會和業者提供農民加鎖之農藥儲藏箱，降低衝動飲用之機率。而針對農藥儲藏箱發放情形，本計畫進一步研究儲藏箱使用現況與推動成效。依據先正達公司提供的數據顯示，從 2012 年至 2016 年 3 月已發放給農民、且有紀錄之發放數量總計 13,724 個，比起 2014 年增加了近一萬個發放數量。而比較農藥儲藏箱發放後之死亡人數變化，可初步判斷農藥儲藏箱在自殺防治上沒有證據顯示有明顯成效，防治農藥自殺應從其它有證據支持的策略著手。例如：提供農藥自殺未遂者或死亡者家屬的後續關懷輔導，強化急診對於常見農藥中毒之處理與急救，針對農藥輸入業者、販賣業者、各區農會、農改場推廣人員及村里長，辦理農藥中毒與自殺防治的教育宣導課程，提升相關人員對於自殺危險因子之敏感度。推動與落實販賣業者販售劇毒農藥之管理與登記，或者是劇毒農藥以「代噴」的方式來販售，以及最後，也是最直接的方式就是禁用劇毒農藥之使用。如果將來仍有發放儲藏箱的規劃，建議可依照各縣市農藥自殺死亡人數來分配發放數量，並強化各鄉鎮鄰里長、販售商等相關單位之守門人概念。

7. 自殺行為時節與趨勢之分析及宣導方案

自殺死亡率季節性變化為舉世皆然現象，並非臺灣獨有，全國之自殺防治工作以全面性策略進行國家整體分析，擬定防治方針外，需依各縣市之地區性、人口特性等因素，結合中央與地方資源，針對自殺死亡人數與通報人數較高的季節之縣市擬定因地制宜之個別化自殺防治措施與具體方案，加強宣導教育，並期與跨部會充分合作，配合轄內資源，發揮協調統合之力。

由 2006 年至 2015 年歷年自殺通報人次資料分析，自殺通報人次趨勢在近 10 年間皆維持相似的走向，由 1 月份及 2 月份的通報人次相對低點隨著月份及季節的推進上升，在 5 月份至 7 月份間達到全年度自殺通報人次最高，接著下降至該年度 12 月份，而 12 月份的通報人次高於同年度 1 月份通報人次。如以季節做為分組，春季及夏季是自殺通報人次向上升的時節，而秋季及冬季則為自殺通報人次向下降的時節。

由 2006 年至 2015 年自殺死亡人數分析，自殺死亡人數趨勢大致維持相同走向，僅在不同的族群中有小部分差異，全國趨勢平均自殺死亡人數在 3 月、4 月及 5 月為最高點，自殺死亡人數各月起伏在近 5 年內較為平緩，死亡人數差距較小。如以各季作為區隔，近 10 年自殺死亡人數最高幾乎都集中在第二季及第三季，僅在 2007 年最高點在第一季，自殺死亡人數最低則大部分在第四季。

自殺行為的高峰出現在第二季與第三季，應在夏、秋之間加強自殺防治宣導，秋季正是學生開學期間，學生心情起伏大，也可能會產生假期後症候群，因此師長與家長應注意學生的活動有無異常行為，適時給予關懷。於重大節慶之前，以關懷鼓勵，溫馨正面之方式，透過社群媒體及網絡，包括自殺防治學會及全國自殺防治中心已行之有年之模式，藉由官方網站或記者會形式發布消息，提醒國人可透過電話、信件和通訊軟體(facebook、line 等社群通訊軟體)等，與親朋好友保持聯繫，降低別離後所造成的失落感。

8. 第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

中心本次結合五個醫療、社會工作相關學協會及兩個專業人員公會全聯會，針對第一線專業人員辦理自殺防治守門人訓練，期盼透過守門人訓練課程，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。

舉辦之課程主題包含：自殺防治教育及推廣、自殺高風險群之辨識與處置、自殺高風險者之關懷與溝通、自殺防治資源之連結與轉介，並於最後個案分享與討論。當日亦於全國 30 間地區醫院同步視訊轉播，總報名人數為 898 人，醫師佔 205 人、護理師佔 555 人，藥師佔 88 人，及其他(心理、社工及職能治療師)佔 50 人，活動圓滿成功。

9. 國外自殺防治文獻收集與國內自殺防治策略及具體措施之規劃

自殺防治是全球公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，因此，中心透過蒐集國外近 3 年與最新的自殺防治文獻，以瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，幫助釐清確認自殺的危險與保護因子、有效的介入方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢及文宣品的形式等。並根據這些蒐集到的資料，彙整後規劃適合國內之自殺防治策略。

中心針對自殺防治文獻的蒐集，建立一套系統性的資料搜尋與文獻管理方式，並採用書目管理系統 EndNote 來彙整文獻，以規劃適合國內之自殺防治策略。中心規劃 3 堂系統性搜尋線上課程，共蒐集整理 97 篇自殺防治相關文獻，其中國家策略的部分共 27 篇，實務指引 61 篇，「實證研究 6 篇，以及文獻回顧 3 篇，並將這些文獻整理、摘要與分析。最後，中心透過這套系統性蒐集到的國外自殺防治文獻，規劃出適合我國的自殺防治策略。

10. 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，並配合推動「自殺防治守門人」的教育訓練講座及相關宣導活動。在手冊方面，中心編撰自殺防治系列手冊，共 4 冊，內容包括：《自殺防治概論》、《自殺風險評估與處遇》、《重複自殺個案關懷訪視指引》、《自殺風險個案追蹤關懷實務》。並遵循衛生福利部建議將過去已發行之自殺防治手冊系列第 8、11、12、23、24 本及災難心理衛生工作手冊，上架至部內目前所使用之電子書平台 GITBOOK。

關於推廣簡式健康量表部分，至今年 11 月 1 日止，共授權予 32 個單位，授權單位分布：學校申請共 14 件，醫院及照護機構申請共 14 件，其他單位 4 件。平日持續進行各電子書平台合作推廣和自殺防治知識性資源文宣品之授權，並於平時辦理各項相關講座、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。

11. 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

自殺防治守門人主要之意函為透過專業訓練課程，學習如何去辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行同理及正向關懷，並對個案做出適當的回應或轉介，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。

截至 11 月 21 日止共辦理完成 32 場次守門人相關課程，約 2,275 人接受訓練，對象包含有各級學校人員、醫療院所及養護機構之人員、政府單位人員等。依據回收之課後講座問卷分析結果，對於整體課程內容有 88.1%的人表示滿意。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。

12.「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

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。「自殺防治」已被列為 PGY 社區醫學訓練必修課程，而就自殺死亡前之就醫情形之分析顯示，臨床醫師的重要性是不可言喻。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 11 月已辦理 20 場次，共 308 位醫師參與，透過訓練課程，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，滿意以上為 95.4%，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 99%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

13.珍愛生命義工之推動

中心持續招募對自殺防治工作有熱情及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日常生活中推廣心情溫度計及發揮守門人精神，主動關心身邊的親友。目前義工遍佈全臺，截至今年 11 月 1 日前，積極投入實務工作之義工人數達 770 人；支援講座、研討會、宣導活動、協助中心庶務計 63 人次；「珍愛生命守門人」點閱人次為 724 人次，「善用心情溫度計 助己又助人」點閱率為 621 次。

14.心情溫度計應用程式(APP)之推廣

為使心情溫度計運用的更加廣泛，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。iOS 系統心情溫度計 APP 已於 2014 年 8 月 28 日正式上架，Android 系統心情溫度計 APP 於 2015 年 3 月正式上架。上架後進行多方推廣，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活動推廣；2015 年全面推廣 APP，行

文衛福部，由衛福部發函，周知教育部和縣市政府之各級單位，於校園進行全面性的推廣，由大專院校起始，進而推動至高中各級學校，成效顯著；更設計自動轉址程式碼，無論 Android 或 iOS 系統，只要透過掃描同一 QR code，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。2016 年 3 月起，結合守門人訓練課程，於講師授課簡報內容中，強調心情溫度計 APP 之實用性，鼓勵學員善用並推廣。11 月邀請炘業科技盧欣業執行長，針對心情溫度計 APP 現階段維護、發展及平台整合等公益合作議題進行討論。累計至 11 月底，iOS 版本已註冊 1,987 個會員帳號，累計已有 2,705 筆檢測記錄。而 Android 版本安裝 APP 的裝置數為 949，累積安裝之總人數 5,299 人。

15. 網路成癮者之評估與回饋

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。為了規劃相關防治策略，需瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，透過「網路使用與心理健康」問卷，廣泛針對所有網路使用者施測，並進一步發放後測問卷，以追蹤與了解施測對象的網路使用現況。針對前測 1,856 位施測對象進行初步統計分析顯示，共有 255 位(13.7%)受測者之網路成癮分數大於等於 68 分，而基本資料中為男性、年輕族群(15-24 歲)、國小學歷、未婚、無業(失業/待業)之網路成癮平均分數較其他族群高。而網路活動中，以玩網路遊戲族群之網路成癮平均分數高於其他族群，簡式健康量表(BSRS-5)所測出之情緒困擾度越高則網路成癮量表(CISA-R)的平均分也隨之升高。後測則共有 172 位受測者，資料分析結果與前測大致相同，但發現 11.8%的受測者會維持網路成癮，而有 7.8%的有惡化的跡象。未來將改善 CIAS-R 與 IAD 量表，整合出一份預測度高、內容精簡之網路成癮量表。

16. 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。截至十月底為止，出版自殺防治網通訊第十一卷第一期至第三期，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，電子發行量 8,271 份、紙本 399 份，未來因應智慧行動裝置之普及，且響應環保及減少印製資源，將持續朝向電子報型式發行，邁向智慧雲端概念。

四、 研修自殺防治相關工作規範

1. 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

為深入瞭解關懷訪視員撰寫紀錄之完整度，故安排每月選出 3 縣市關懷訪視員之訪視紀錄進行審查，將問題予以彙整並提出建議，另期盼各縣市衛生局亦能落實督導訪視紀錄之填寫，以利相關從業人員掌握個案狀況，為個案及其家屬、重要關係人提供完善之關懷與協助。針對撰寫訪視紀錄較容易出現之狀況,提出以下建議:1. 採用 S.O.A.P.之方式撰寫。2. 訪視內容進行分類,避免內容較多時,顯得冗長難以閱讀。3. 載明訪視日期,以利記憶該次訪視確切時間及狀況，有助於排定訪視頻率及釐清個案於特定時段內之行為。4. 以保護、危險因子作為基礎進行評估，並參考檢傷分類之概念，對個案進行風險分級。5. 詳細撰寫對個案之整體處遇計畫，以利迅速檢視服務歷程是否有不足之處。6. 詳述個案當下談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況，日後欲釐清個案狀況時，更能快速判斷並擬定適當之處遇計畫。

2. 精神疾病、家暴與性侵之關懷訪視注意事項

自殺關懷訪視員是一個具有專業及挑戰的工作，不僅需要時常接收自殺意念個案的負向能量，在進行家訪時更必須靈活地運用訪視的技巧，才可應對個案當下自殺的危險性。有高自殺風險的個案大部分是有合併精神疾病或是家暴及性侵害的個案，所以在家訪的過程中不僅要瞭解其身心狀況與可使用之資源，若個案在被關懷訪視服務前，已有相關單位在做介入及輔導時，也要與該資源單位進行溝通與協調，才可有效的幫助個案達到事半功倍的效用。自殺關懷訪視員在服務個案的過程中，不僅只是對個案表達關懷，還必需具備與個案會談的能力，才可從互動中找出個案的需要，提供適當的資源。這樣的能力除了要靠經驗的累積之外，還需要對個案的背景知能都有所了解，才可以對症下藥幫助個案走出低谷。

本中心根據 105 年度「全國自殺防治中心」企畫案，研擬特殊個案注意事項，因關懷訪視員在進行訪視時，常面臨到自殺企圖者本身具有複雜的背景，如同時患有精神疾病、為家暴被害人/加害人或是性侵被害人/加害人。這些特殊身份在關懷訪視上，是極具挑戰且亟需良好得關懷訪視技巧和守則。為此，關懷訪視員需時刻提升自我得專業知能及技能，加強對特殊族群的訪視技巧，期透過關懷、接納與建立一個尊重及信任的關係，協助自殺個案，減少再自殺率。

五、 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議

1. 自殺防治中心網站之維護及宣導

本中心希望藉由網際網路無國界的特性，透過網站宣導推廣之功效、順利的將珍愛生命的觀念，深植於人們的心中。而今年度網站維護作業，除定期更新發佈網站消息及宣導品資訊；並善用網路資源進行自殺防治之宣導及推廣。引用 issuu 提升線上資料閱讀之便利性，供民眾線上閱讀；使用「Google 雲端硬碟-表單功能」收集資料之活動；及使用 Google Analytics 了解網站訪客流量情形。網站流量統計至 2016 年 11 月 30 日，全年度訪客總數為 35,171 人次，網頁總瀏覽數為 49,528 頁。2013 年 7 月至 2016 年 11 月累計總參觀次數為 126,501 人次。；而網站電子報目前累積訂閱人數為 8,272 人；全年度處理的求助信件共 39 件。透過 Google 表單功能收集資料之活動共 13 場，總計收集 2,366 筆資料。

2. 雲端數位學習平臺之維護與推廣

近年網際網路使用逐漸普及，加上雲端時代之來臨，及人人皆有行動裝置等因素衝擊下，傳統面對面授課之學習模式被各種日新月異的數位科技影響因而面臨改變的契機。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、家醫科醫師及諮商心理師之繼續教育積分認證，且認證課程亦持續擴展中。2015 年底數位學習網升級為 TMS 系統，使學員能更加便利地觀看數位課程。自 2016 年 1 月至 10 學員累計人數共 46,025 人；上半年度課程總點閱次數為次，累計課程總點閱次數共 375,053 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，總計完修課程人次共 18,207 次。2013 年起持續將中心文宣手冊電子化，並推廣至雲端平台，合作單位共計 8 個。

近年，中心透過 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。而 YouTube 珍愛生命影音頻道累計共分享了 295 部影片，2016 年 1 月至 10 月總點閱次數為 253,049 次。

3. 「巴拉刈自殺」防治之教育宣導

本年度針對農民、農藥販賣業者及代噴業者，選定自殺死亡人數較高之 4 縣市進行農藥自殺防治教育宣導。教育宣導主題包含臺灣自殺防治概況及農藥自殺防治議題。

第一堂課先以新近數據及圖表讓聽者瞭解臺灣自殺防治的概要現況，再談到自殺警訊及憂鬱症衛生教育宣導，最後以提供可用之社會資源做為

結尾。第二堂課則講述臺灣及他國農藥自殺概況，並以安全使用農藥之觀念建立為重點。並囊括簡式健康量表(BSRS-5)之運用及推廣，亦於課後請學員填寫講座課後問卷，問卷之題目內容主要涵蓋自殺防治的基本觀念、守門人知識以及農藥用藥安全等主題；目的是除了瞭解填寫問卷者對課程的理解度，亦發送中心製作之心情溫度計(BSRS-5)捲筆給填答者攜回，希望填答者能藉由題目及未來使用捲筆時再次回憶課程內容。

4. 大型宣導活動－世界自殺防治日系列活動及其他相關活動

透過本次世界自殺防治日主題「聯繫、溝通與關懷」，希望能夠聯繫自殺者遺族或是曾幫助自殺企圖者的人，提供經驗互相交流，加強民眾對於自殺議題的開放式的溝通並去汙名化，以關懷串連身旁之親朋好友，加強推廣民眾對於「自殺防治，人人有責」的認知，對發出自殺警訊的人伸出援手，共同組成穩固的社會網絡。

首先於 5 月 8 日與 Walk in Hope 民間單位共同於象山辦理「日出健走 Walk in Hope」活動，總計約 50 人共同參與。希望透過此活動讓大家更正視以及面對心理的相關問題望。而後世界自殺防治系列活動由「世界自殺防治日攝影徵件活動」開啟序幕，共有 31 人投稿，共收到 81 件作品，其中 76 件作品符合參賽資格，得獎作品共 9 件。另外響應本年度世界自殺防治日單車繞世界活動，與自行車騎士協會合作舉辦「猴硐三貂嶺驛站煤鄉尋貓遊」以及「北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊」，此兩次活動共計有 656 人參加，總里程數共 26,735 公里，於 9 月 9 日上傳至國際自殺防治協會(IASP)。經國際自殺防治協會統計此次活動，全球截至 10 月 19 日總計里程數為 138,937.5 公里，參與活動的國家前三名各為法國 44,630 公里、美國 33,252 公里、台灣 26,744 公里。

於 9 月 4 日辦理世界自殺防治日記者會，當天出席人數共約 200 人，與會貴賓共 32 位，出席媒體共 22 間，電視媒體 9 間、平面與網路媒體 12 間、廣播 1 間、平面與網路媒體共 12 間，新聞露出網路共 38 則，平面媒體自由時報露出 1 則，影視新聞人間衛視以及公視露出共 2 則。並由衛生福利部部長林奏延部長帶領進行記者會聚焦儀式，分別揭開裝載聯繫、溝通與關懷的繽紛彩蛋，並於會中發表「台灣媒體自殺事件報導指引」，且宣傳「媒體自殺事件報導 LINE 群組」，增強媒體與專家學者之間的連結互動，呼籲社會大眾多加關懷身旁親友，形成最溫暖的社會網絡，呼籲眾人關心他人由自身做起。(詳見大型宣導活動─世界自殺防治日系列活動、其他活動)

5. 2016 年度自殺防治年中討論會

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全國自殺防治之現況、且透過互相交流的方式，學習其他縣市之因地制宜策略，進而規劃下半年度之自殺防治措施，中心於 2016 年 10 月 17 日辦理「105 年度自殺防治年中討論會議」。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。

透過此次會議，瞭解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。

此外，自殺防治架構需確實且清晰，除確保各網絡彼此合作通順外，亦要清楚知道轉介方式以及資源等。各縣市亦可建立屬於自己的心理衛生資源以及口袋名單，各單位善加利用資源，方能達到自殺防治網網相連。

而為落實自殺防治策略，建議各縣市定期召開府級的自殺防治會議，由縣長或相關長官主持，並邀請各局處單位代表來與會。在會議中各單位能提出執行自殺防治業務時之困境，彼此相互交流，進而研擬出因地制宜之自殺防治策略。

六、 八仙塵爆個案關懷訪視服務與研究

2015 年 6 月 27 日八仙水上樂園粉塵爆炸造成 484 人受輕重傷、15 人死亡，而燒傷傷患的心理社會需求將隨時間逐漸高於生理需求，故了解塵爆個案之精神創傷問題及需求有其必要性。在協助關懷訪視服務方面，目前規劃於 12 月開始由五家醫學中心精神科協務評估個案之心理健康需求。此外，中心建議將未訪個案、遺族列為關懷重點對象，重新思考縣市政府社工之角色定位及相關角色分配，且建議關訪員需經過法律或經濟層面等教育訓練，必要時回歸跨醫療團隊的整合。在協助辦理自殺防治守門人訓練課程方面，中心於 11 月與臺北市立聯合醫院松德院區共同辦理災難心理衛生教育訓練課程，探討燒燙傷之心理反應、問題處理、與自殺防治議題。另提供精神、護理、心理、復健等領域專家顧問名單，並依各專業進行分工，適時徵詢意見。針對衛生福利部災後心理重建流程，中心建議應透過全面性、選擇性、指標性策略來強化，積極篩檢個案身心狀況並主動轉介精神醫療資源，以陪伴個案走出困境。最後，八仙塵爆研究案旨在提升關懷品質並解決個案問題，分析第一波電訪問卷結果發現多數個案仍有情緒與創傷問題，建議未來應採取公共衛生「三段五級」之概念，並有

效建立資源整合平台，持續給予個案關懷。相關研究預計將於 12 月發表論文。

七、 自殺關懷訪視員培訓：

1. 編印關懷訪視實務工作手冊

本學會於 2006 年 1 月協助衛生福利部建置「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。學會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，期許個案得到適合之關懷照護，能有效降低自殺死亡率。

然而現今關懷訪視員在進行訪視時，常面臨到自殺企圖者本身具有複雜的背景，如同時患有精神疾病、為家暴被害人/加害人或是性侵被害人/加害人，這些特殊身份在關懷訪視上，是極具挑戰且亟需良好的關懷訪視技巧和守則。因此為提升和加強關懷訪視員之訓練，中心將融入過去出版之「自殺防治系列 15－關懷訪視指引」及「自殺防治系列 24－重複自殺個案之關懷管理」2 本自殺關懷訪視員手冊，請教專家意見及進行文獻探討，進而研擬出注意事項，並編印自殺防治實務工作手冊，共 4 冊。包括：自殺防治概論、自殺風險評估與處遇、重複自殺個案關懷訪視指引及自殺風險個案追蹤關懷實務等。期盼藉由四本手冊之提供，提供關訪員在面臨自殺企圖者同時具有其他特殊身份時能夠運用，並藉此提升關訪人員之專業知能及技能，期透過關懷、接納與建立一個尊重及信任的關係，協助自殺個案，減少再自殺率。

2. 舉辦實體訓練課程

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。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。為提升全國各縣市自殺關懷訪視員之訪視與關懷技巧，根據 105 年度全國自殺防治中心企劃書內容，本中心邀請相關專家在全國北、中、南三區各進行一場初階及進階之「自殺關懷訪視專業訓練」課程，除了針對訪員設計一系列課程，課程中也發放前後測及滿意度問卷來分析課程成果。

關於初階課程的參與人數及測驗結果，北區初階課程報名人數 197 人，實際參與人數為 169 人，課程參與率為 86.2%。中區初階課程報名人數 223 人，實際參與人數為 182 人，課程參與率為 81.6%。南區初階課程報名人數 224 人，實際參與人數為 217 人，課程參與率為 96.8%。三場初階課程在前後測總分平均數皆有顯著差異，後測分數皆較高，另針對課程滿意度進行分析，在課程設計、實務應用、與師資安排層面，認為滿意者占全體學員 85%以上。

關於進階課程的參與人數及測驗結果，北區進階課程報名人數 222 人，實際參與人數為 182 人，課程參與率為 81.9%。中區進階課程報名人數 183 人，實際參與人數為 140 人，課程參與率為 76.5%。南區進階課程報名人數 246 人，實際參與人數為 196 人，課程參與率為 79.7%。三場進階課程在前後測總分平均數皆有顯著差異，而在中區分數較為明顯於北區及南區。另外針對課程滿意度進行分析，在課程設計、實務應用、與師資安排層面，認為滿意者也占全體學員 85%以上。

本次自殺關懷訪視專業訓練，在每場場次中，參與者都有積極地提出自己的意見及想法，講者也耐心地給予回應及建議，盼這樣的實體課程能協助訪員們都能獲得充分的知識與技能，在關懷訪視的工作中持續地發揮守門人精神。

3. 辦理各縣市實務督導訪查

今年度規劃 22 場次之實務督導，以派遣專業人員或視訊會議之方式，與各縣市精神醫療、心理衛生相關單位之專家代表及關懷訪視員進行實務討論，藉以瞭解相關從業人員所面臨之困境，並針對困難個案進行討論及提供建議，會後撰寫成督導紀錄以供各縣市參考，期盼藉由會議強化關懷訪視員之技巧。由於各縣市地理環境、人文、風俗等皆不相同，對於關懷訪視所帶來的影響及問題亦有所不同，彙整目前各縣市所面臨的共通問題如下所述：1. 網絡單位合作。2. 自殺方式因應。3. 特殊個案因應。4. 督導及訓練。5. 個案訪視技巧。6. 通報系統限制。7. 計畫與經費。

八、 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

每年電話調查之目的在於瞭解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。

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、個人與親友自殺經歷與求助問題、自我健康情形、悲傷的人量表、心情溫度計(BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

前　言

自殺防治是當代公共衛生與心理衛生工作之重要課題；危險因子包涵遠端因子與近端因子。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；近端因子則包括精神科疾病、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諸多因素。故其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。在臺灣自 1997 年起，自殺連續 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 4,406 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之設立，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，強調「自殺防治、人人有責；網網相連、繼往開來」之理念。第二期計畫期程為 2009 年至 2012 年，參酌第一期計畫之執行成效，第二期計畫重點為配合修正後之精神衛生法於 2008 年 7 月之正式施行，自殺防治業務業已列為各縣市政府衛生局社區心理衛生中心之業務項目，故協助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，在民間單位與政府跨部會之通力合作下，持續擴大社會救助與關懷，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 年以來首度脫離國人十大死因之外，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。2014 年仍持續位居國人十大死因第 11 位，粗死亡率為 15.2，標準化死亡率為 11.8。時至 2015 年，自殺死亡已連續 6 年排除於國人十大死因之外，就長期趨勢觀察，自殺標準化死亡率自 95 年之近年高點迄今已下降近 28%，以三年移動平均趨勢不論是自殺粗死亡率或是標準化死亡率都為下降趨勢(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，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呈現下降趨勢，但男性仍為女性之2倍。與2014年相較，2015年我國男女性自殺粗死亡率與標準化死亡率微幅上升，男性死因排序重新進入第10位(圖2)。

近10年來國人前五大自殺死亡方法依序為上吊、燒炭、農藥、墜樓、以及溺水，其中佔率近三成的上吊與佔率超過兩成的燒炭，10年來有持續下降，但相較於佔率較高之上吊與燒炭，佔率不到一成之固體液體自殺(劇毒農藥為主)，以及墜樓自殺這兩種死因，在過去10年趨勢未下降且有微幅上升趨勢，因此持續推動劇毒農藥及墜樓相關防治工作，是多層面防治工作架構下施政重點之一。自殺防治是永續之重要工作，仍須持續努力，並積極因應。

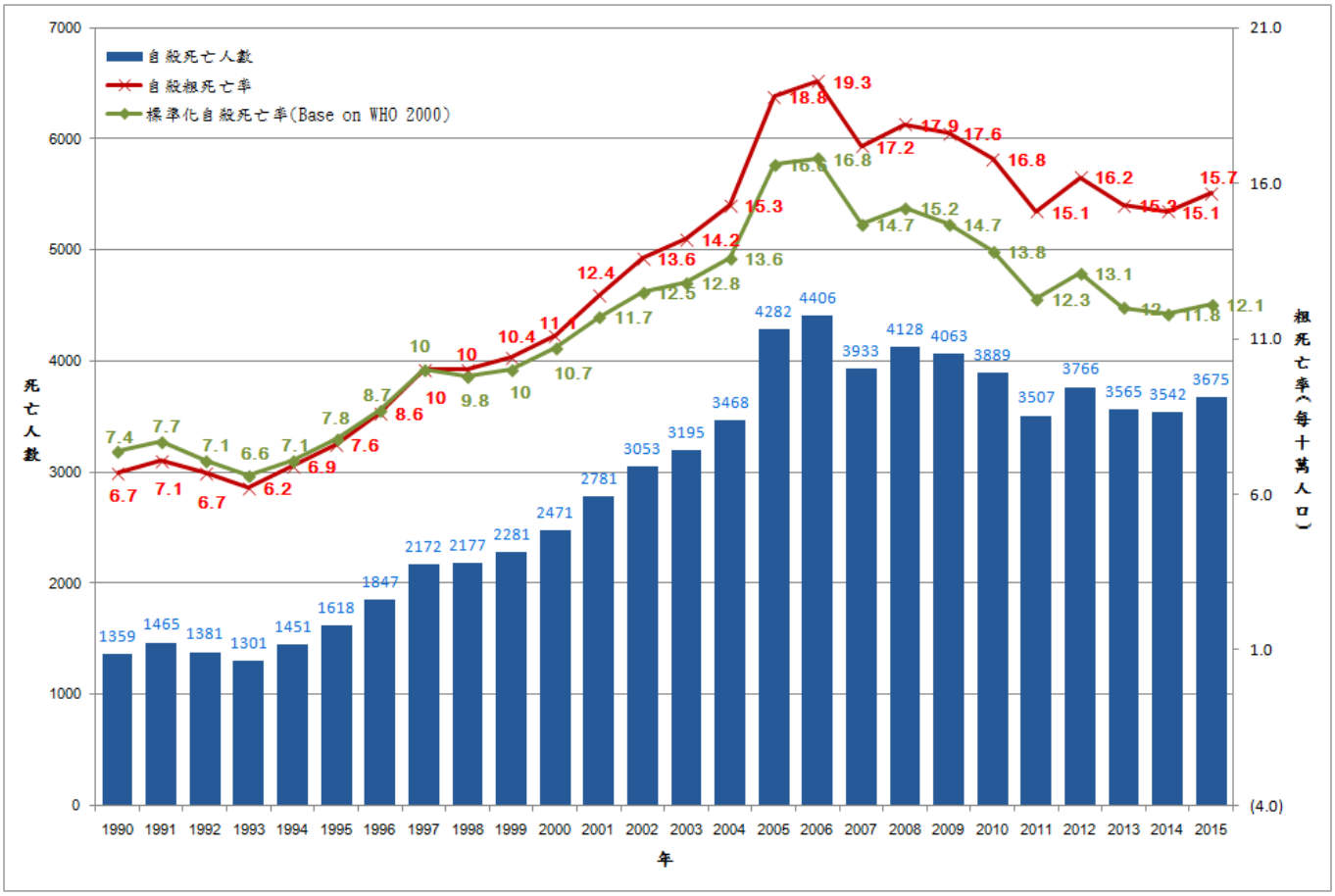


圖1、全國1990-2014年自殺死亡率

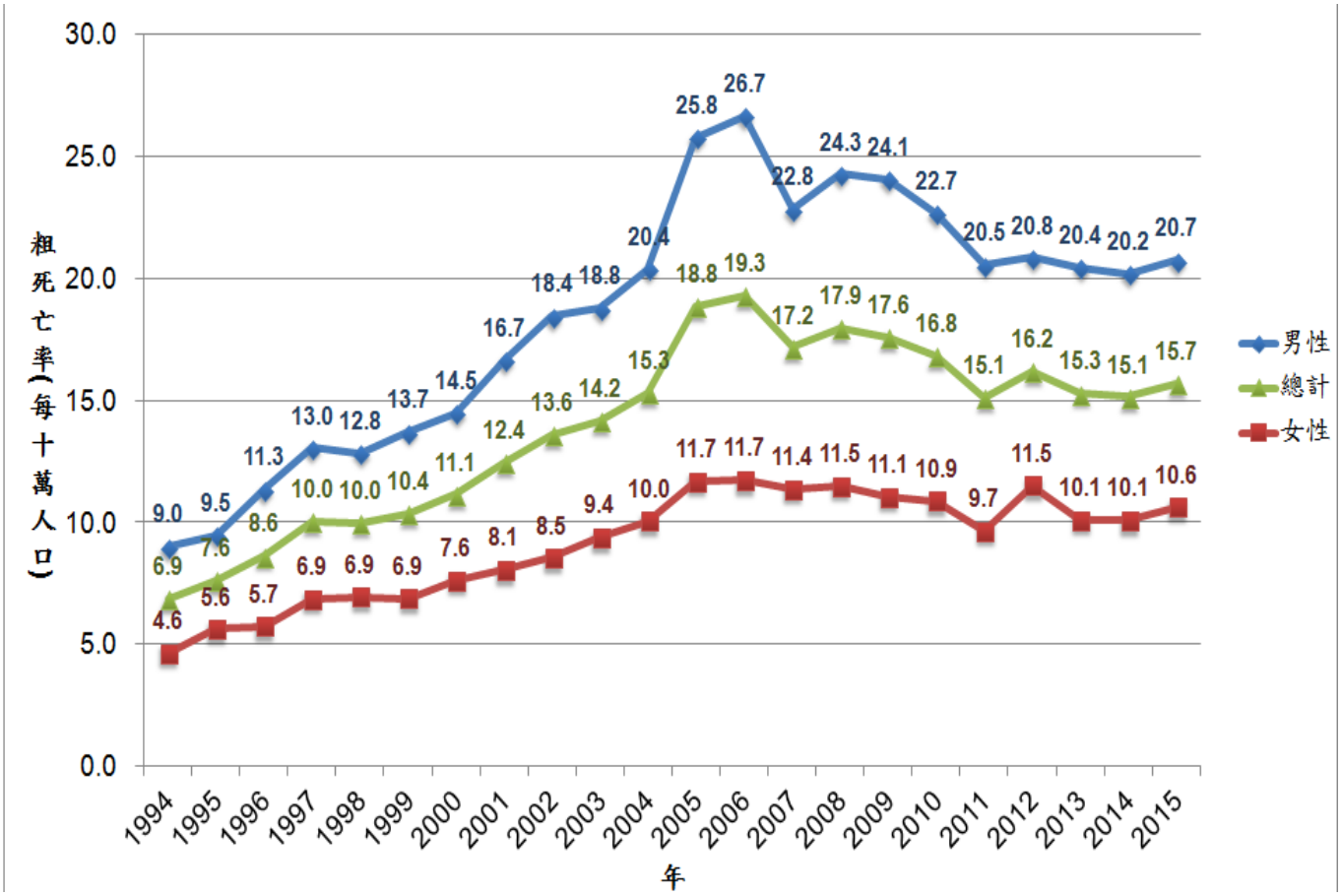


圖 2、全國 1994-2014 年性別自殺死亡率

2015 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臺，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。

根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資料，由 2006 年至 2012 年的數據顯示，自殺「通報比」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%，足見關懷訪視工作之成效。此外，由歷年來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。

本年度工作重點依當今自殺防治重要議題，在「策略國家化」的前提之下，探討 18 歲以下兒少近 10 年之自殺死因，以及老人自殺與就醫行為之研究，同時針對巴拉刈農藥之自殺防治推動情形進行研究。此外，亦針對新聞媒體從業人員辦理聯繫會議，強化媒體的報導正向功能。

關懷訪視亦是今年度工作項目重點之一。除自「自殺防治通報系統」抽查全臺 22 縣市之訪視紀錄，並針對關懷訪視員編制系列手冊、辦理實體課程，並進行全臺 22 縣市之實務督導，藉以瞭解和強化關懷訪視流程及品質。

此外，自殺防治之統計分析、實證研究、心情溫度計應用程式(APP)之推廣、教唆自殺網路之監測和強化縣市自殺防治策略討論等，都是持續進行的重點工作。藉由這些自殺防治措施之推動，真正達到「行動在地化」之目標。

本期末報告之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。重要工作內容包含：(一)設置全國自殺防治中心組織。(二)提供自殺防治相關統計分析資料：內容包含提報 2015 年度自殺防治統計分析及策略實施報告和通報個案再自殺之相關分析，(三)辦理自殺防治之實證研究：內容包括研究兒少自殺死因，禁用巴拉刈農藥推動及研究，及老人自殺與就醫行為實證研究。(四)強化自殺防治策略：包括六縣市自殺防治業務輔導訪查、新聞媒體聯繫會議之舉行及辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練等。(五)研修自殺防治相關工作規範：由「自殺防治通報系統」抽查各縣市衛生局關懷訪視員之訪視紀錄，及研擬自殺企圖者同時具有精神疾病、家暴(含兒虐)加害人、家暴被害人、性侵加害人及性侵被害人特殊身份之關懷訪視注意事項。(六)辦理系列之教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議：結合農委會辦理巴拉刈自殺防治教育宣導、配合世界自殺防治日辦理記者會及各式宣導活動等。(七)協助八仙塵爆個案關懷訪視服務，並進行研究：包含協助各縣市辦理守門人訓練、擔任相關會議之專家顧問、提供災後心理重建流程建議，及八仙塵爆傷患心理重建等。(八)辦理自殺關懷訪視員培訓：內容涵蓋編印系列之自殺防治實務工作手冊、辦理關懷訪視實體課程及至各縣市辦理關懷訪視實務督導等。

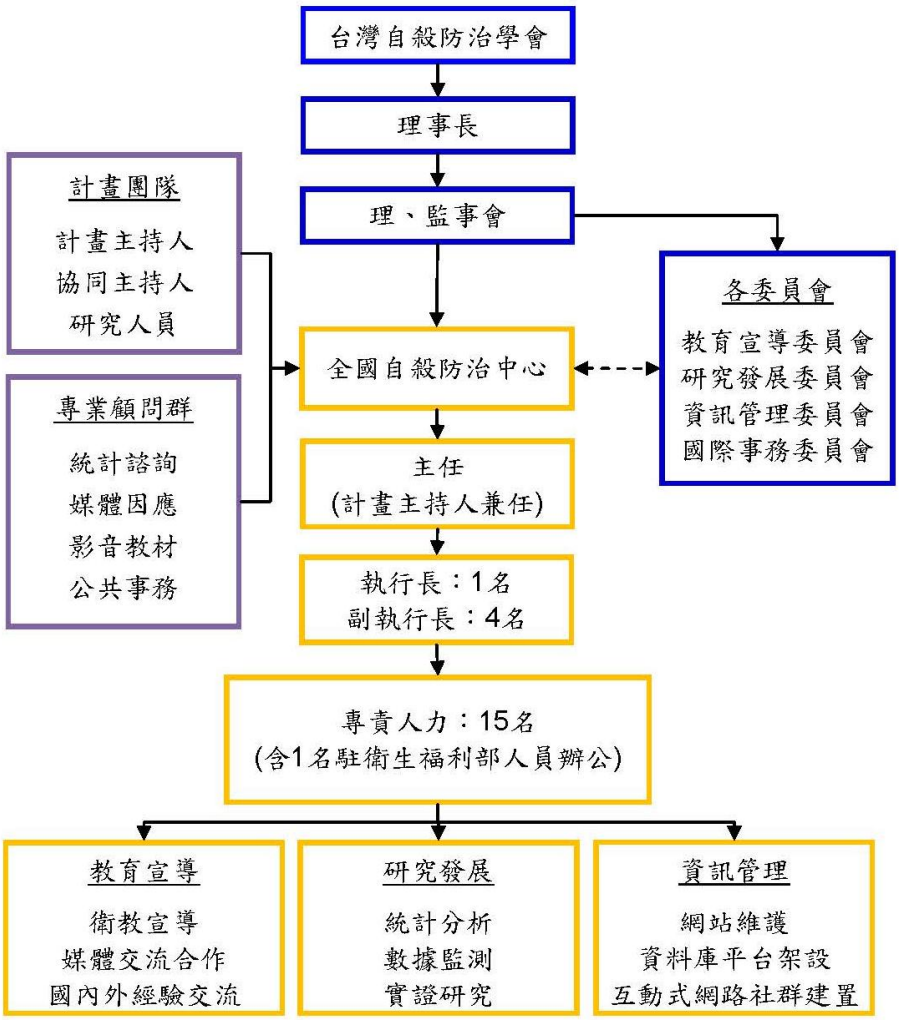
整體而言，自殺防治工作可謂人人有責，需要政府與民間的共同參與與投入；策略的制定與宣導應涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識

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，不可避免地將遭逢社會變遷，意外公安層出不窮，以及景氣循環衝擊，使得自殺防治工作之挑戰更為艱鉅。國外文獻報告已指出，撙節政策可能伴隨失業率與自殺率升高，而經濟衰退可能加深社會不均衡及心理衛生問題；凡此皆可做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，各級長官應發揮優質領導力以化解本位主義藩籬，並挹注足夠之經費，藉由實證資料引領不同專業資源之投入與增能，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，以促進全國民眾的同心協力，共同迎接挑戰，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

本學會承接全國自殺防治中心計畫，工作團隊包括學會理、監事及相關研究人員，並依據衛福部規定以及業務實際需求，聘請具有自殺防治工作經驗之專責人力 15 人，設置全國自殺防治中心(詳見組織圖如下)，辦理本案之各項工作，同時藉由本學會各委員會及顧問群之協助督導，以促進各項專案業務之推動。(「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件 1.1)

承續過去自殺防治工作之理念與實務，2016 年全國自殺防治中心之角色任務包括：協助衛生福利部加強整合心理衛生與自殺防治業務及資源、針對各種特定族群探討自殺之可能原因，研擬具體防治策略，預防自殺死亡率之增加；藉由 2015 年度國內發生多起重大自殺死亡事件，積極檢討瞭解現有防治體制、處理流程之問題；協助各縣市衛生局，擬訂因地制宜之自殺防治措施，提升高自殺風險個案之關懷品質、增進跨網絡之合作，強化和其他非政府組織溝通聯繫，以達資源共享之目的；研修、訂定自殺防治相關工作規範、評估工具與運作流程；製作課程、教材、規劃各項教育訓練與宣導等活動。



2015 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，做為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、高風險群及自殺企圖者不同對象，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)，賡續以全面性、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 2015 年度國人自殺死因(根據衛生福利部國人「蓄意自我傷害（自殺）死亡原因」)統計結果，自殺死亡人數計 3675 人，與最高峰 2006 年自殺死亡人數 4,406 人，減少 731 人(降低 16.6%)；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 6 年退出十大死因。

2015 年持續配合衛生福利部心理及口腔健康司，以本中心做為全國自殺防治工作之平台，辦理包括自殺防治相關之統計分析、實證研究、草擬自殺防治法、推動法律草擬階段之資料蒐集及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提之下，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：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

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) 自殺企圖通報資料檔

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：自殺企圖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自殺企圖者特性，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

(1) 資料期間：2006 年至 2015 年。

(2) 說明：目前取得死亡資料為衛生福利部資料所釋出之資料。自 2010 年衛生福利部「衛生福利資料科學中心」成立後，改由中心每兩年向衛生福利部統計處進行使用資料申請，並於繳費後得以使用。

2) 自殺企圖通報資料檔

(1) 資料期間：2006 年至 2015 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企圖通報相關資料，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「3.4 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) 自殺企圖個案特性分析

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 全國自殺死亡率變動趨勢說明：詳見附件 2.1.1

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，性別比 2.06)，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人(男性 9.0 人、女性 4.6 人)。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，性別比 2.28)，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人(男性 25.8 人、女性 11.7 人)。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，性別比 2.34)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，其後則呈現下降趨勢。(如圖 2.1.1)

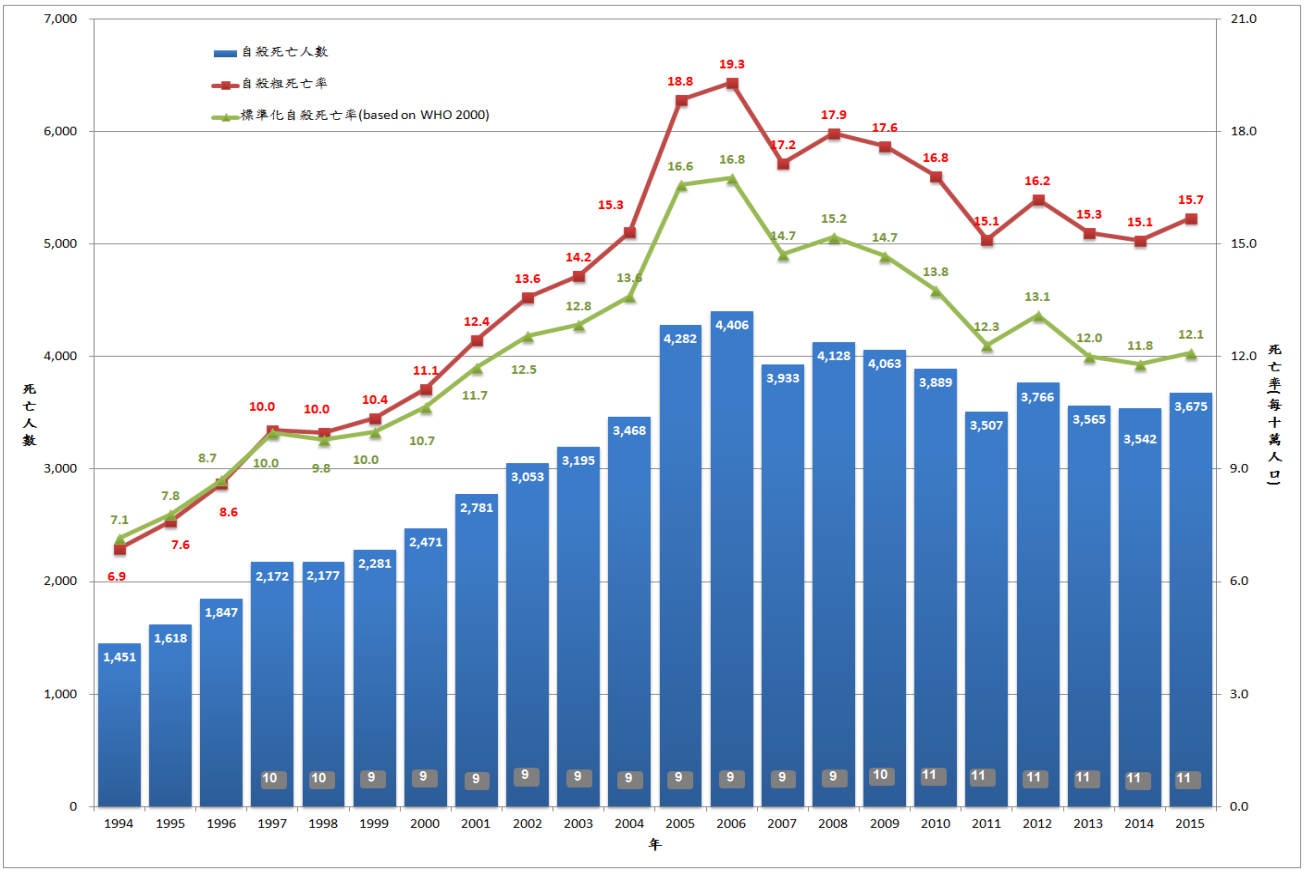


圖 2-1-1、1994-2015 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2015 年自殺死亡人數 3,675 人(男性 2,426 人、女性 1,249 人，性別比 1.94)；自殺粗死亡率每十萬人口 15.7 人(男性 20.7 人、女性 10.6 人)，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 18.65%、與 2014 年(每十萬人口 15.1 人)相比上升 3.97%，三年移動平均則自 2006 年之後皆現逐年下降趨勢。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率自 1994 年起逐年增加，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)後呈現下降趨勢，於 2008 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 2015 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 20.7 人，與最高峰 2006 年相比降幅達到 22.5%。女性自殺粗死亡率自 1994 年起逐年攀升，於 2006 年達到最高峰每十萬人口 11.7 人，其後呈現小幅向下之趨勢，直到 2011 年上升至 11.5 後，至 2014 年前呈現下降趨勢，而 2015 年雖上升至每十萬人口 10.6 人，但與最高峰 2006 年相比降幅為 9.4%。(如圖 2.1.2)

以年齡分層分析，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 1998 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。

男性年齡層中「14 歲以下」2015 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.3 人，歷年變化不大約在 0~0.3 之間、男性「15-24 歲」自殺粗死亡率逐年上升，於 2005 年達到最高點每十萬人口 9.2 人，並於 2007 年後呈現逐年下降趨勢至 2013 年每十萬人口 6.0 人後 2014 年又開始上升至每十萬人口 6.8 人，2015 年 8.2 人，2015 年與 2005 年的自殺粗死亡率相比，降幅 10.9%；與 2014 年相比增幅為 20.6%。男性「25-44 歲」於 2005 年大幅增加(每十萬人口 32.7 人)，與 2004 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 2015 年每十萬人口 20.4 人，與 2006 年相比降幅為 42.2%，與 2014 年相比減少 0.5%。男性「45-64 歲」於 2005 年大幅上升至每十萬人口 39.3 人(與 2004 年相比增幅達到 29.3%)，2006 年起呈現下降趨勢，至 2014 年每十萬人口 28.0 人，而 2015 年微幅上升至每十萬人口 28.2 人，與 2014 年相比增幅為 0.7%。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，至 2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 43.2 人，而 2015 年略上升至每十萬人口 43.6 人，與 2006 年相比下降 14.7%，較 2014 年增加 0.9%。(如圖 2.1.3)

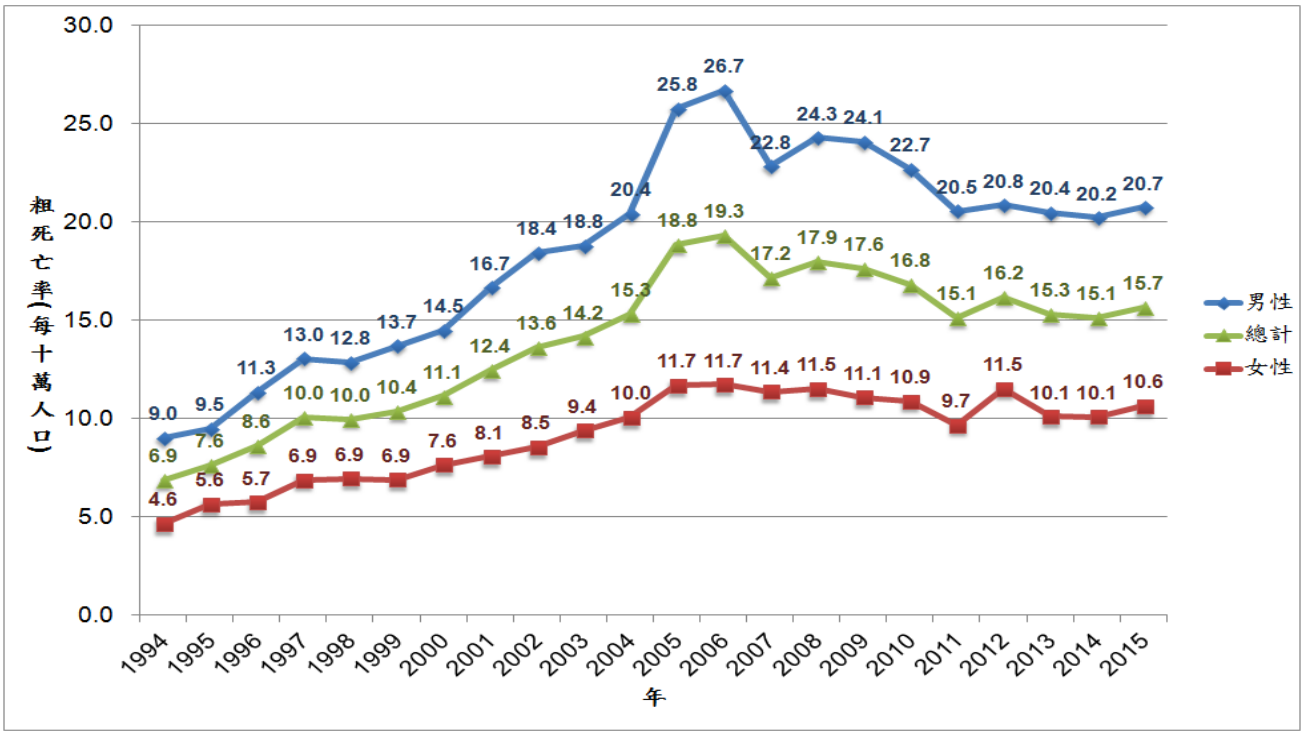


圖 2-1-2、1994-2015 年性別自殺粗死亡率

女性「14 歲以下」2015 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.1 人，歷年變化不大，均在 0~0.3 之間。女性「15-24 歲」於 2003 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 35.5%，2014 年降至近年來的低點每十萬人口 3.2 人，而 2015 年略上升至每十萬人口 3.3 人，較 2014 年升幅 3.1%。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，2006 至 2011 年間呈現下降趨勢，於 2012 年上升至每十萬人口 13.3 人，2013 年下降至每十萬人口 10.5 人，2014 年又上升至每十萬人口 11.1 人，2015 年持續上升至每十萬人口 11.5 人，較 2014 年相比升幅為 4.6%。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 2014 年下降至每十萬人口 12.0 人，而在 2015 年再次升至每十萬人口 13.2 人，較 2014 年上升 10.0%。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，2015 年自殺粗死亡率每十萬人口 20.5 人，較 2014 年(20.9 人)下降 1.9%。(如圖 2.1.4)

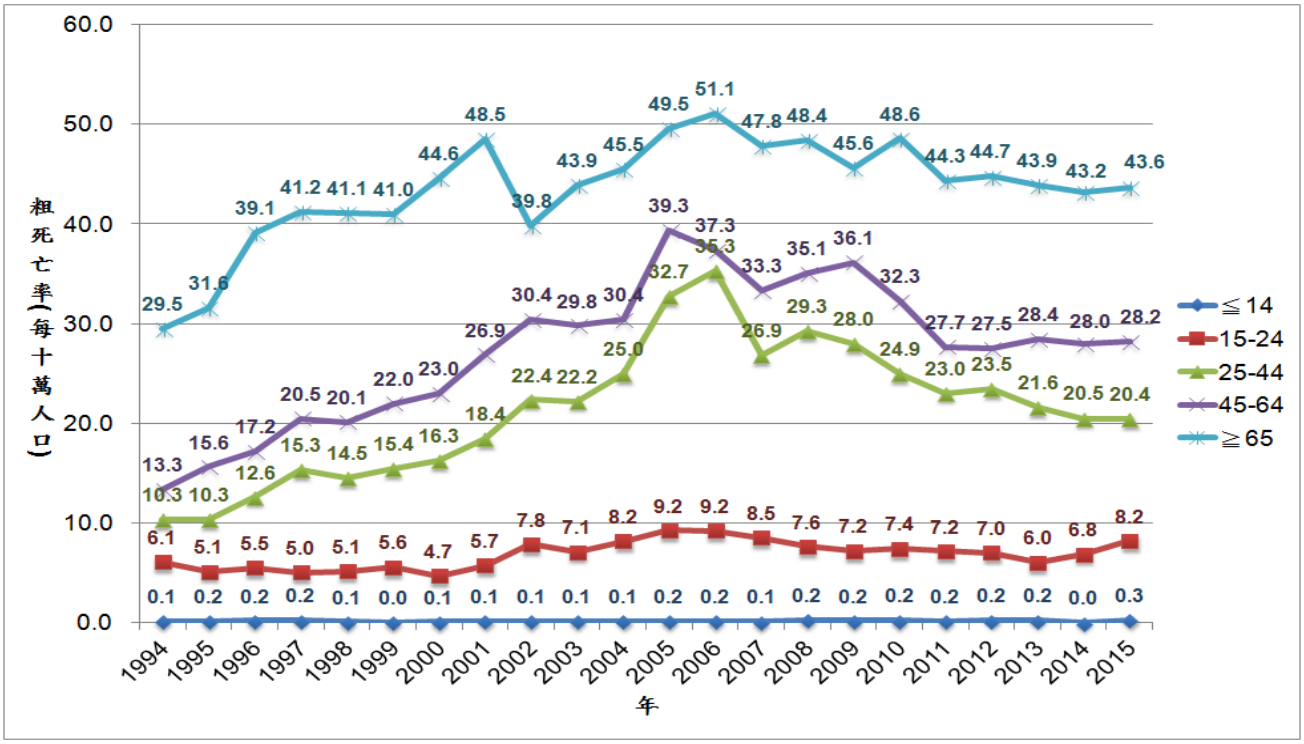


圖 2-1-3、1994-2015 男性各年齡層自殺粗死亡率

2015 年全國自殺死因占率依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,132 人，占率 30.8%)、「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(952 人，占率

25.9%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(694 人，占率 18.9%)、「由高處跳下自殺及自傷」(441 人，占率 12.0%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(234 人，占率 6.4%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(110 人，占率 3.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(82 人，占率 2.2%)、「槍砲及爆炸物自殺及自傷」(30 人，占率 0.8%)。

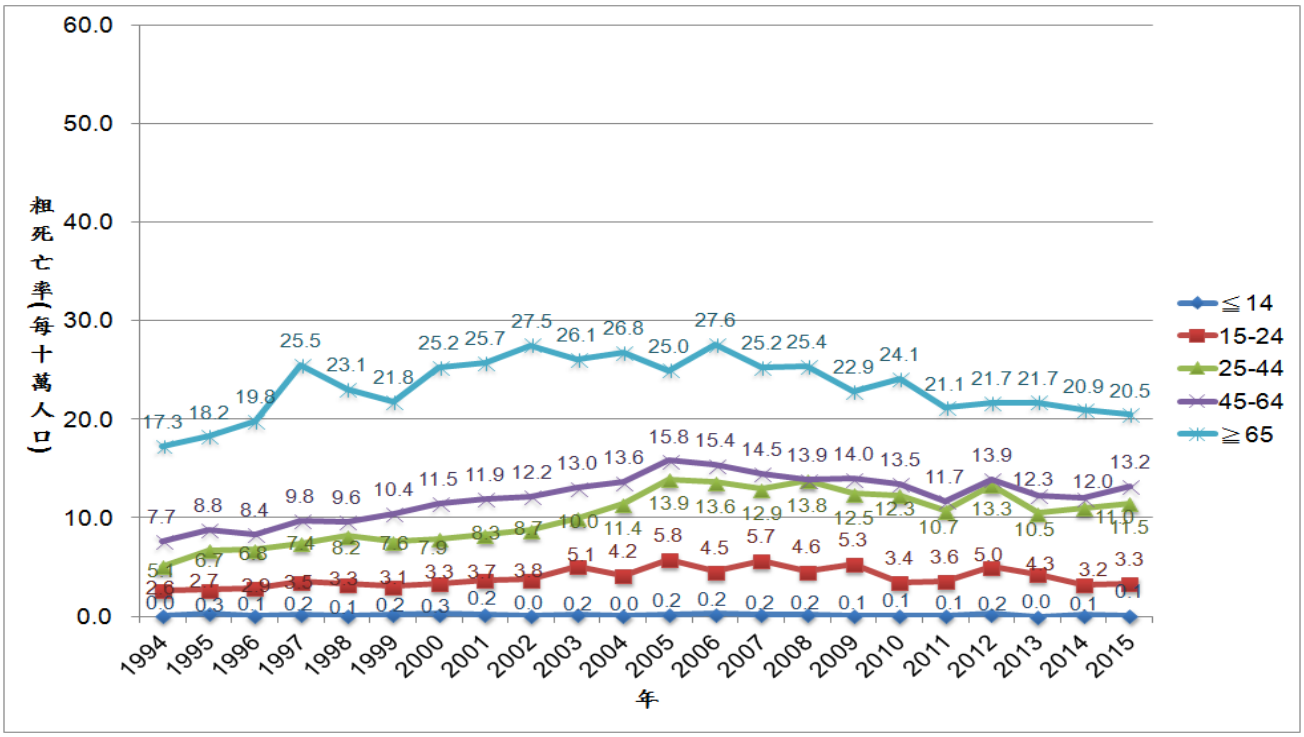


圖 2-1-4、1994-2015 女性各年齡層自殺粗死亡率

自殺死因 2015 年與 2014 年相比占率增幅依序為「其他及未明示之方式自殺及自傷」(增幅 35.9%、增加 32 人)、「槍砲及爆炸物自殺及自傷」(增幅 31.4%、增加 8 人)、「由高處跳下自殺及自傷」(增幅 5.2%、增加 37 人)、「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(降幅 0.6%、減少 29 人)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(降幅 1.1%、減少 29 人)、「切穿工具自殺及自傷」(降幅 7.0%、減少 3 人)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(降幅 8.3%、減少 12 人)。(如圖 2.1.5)

以性別觀察全國自殺死因，2015 年女性自殺死因前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(328 人，26.3%)、「以氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(279 人，22.3%)以及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(273 人，21.9%)。而「切穿工具自殺及自傷」占率為 1.8%，較 2014 年(1.5%)上升 15.5%。「其他及未明示之方式自殺及自傷」占率為 1.9%，較 2014 年(1.7%)上升 13.4%。「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2011 年開始逐年上升，

但 2015 年升幅趨緩，較 2014 年上升 1.1%。「溺水 (淹死) 自殺及自傷」占率 9.3%，較 2014 年下降 7.9%。「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率連續三年皆為 26.3%，較 2012 年(26.6%)下降 1.1%。(如圖 2.1.6)

2015 年男性自殺死因前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(804 人，33.1%)、「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(673 人，27.7%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(421 人，17.4%) 。「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率在 2014 年與 2015 年呈現逐年下降。「以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

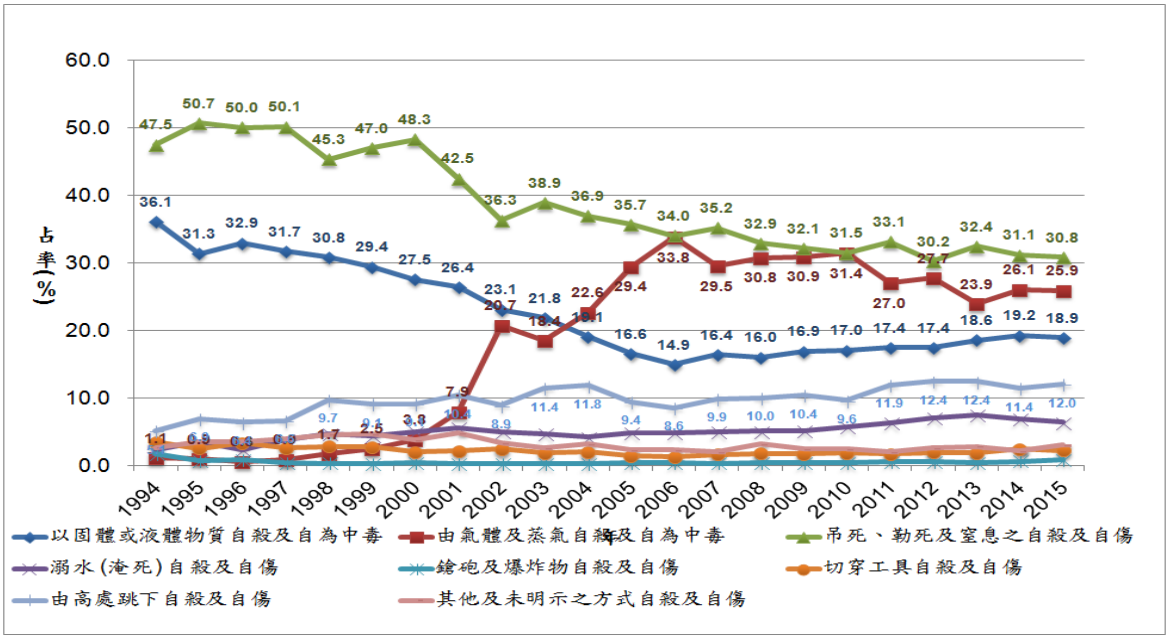


圖 2-1-5、1994-2015 全國自殺死亡方式占率

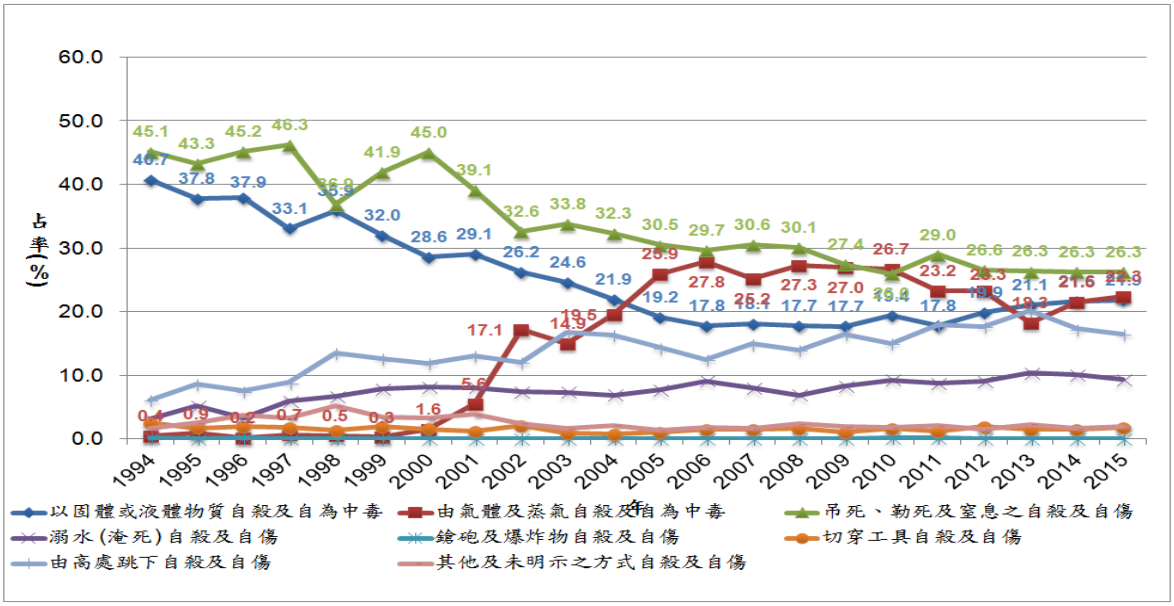


圖 2-1-6、1994-2015 全國女性自殺死亡方式占率

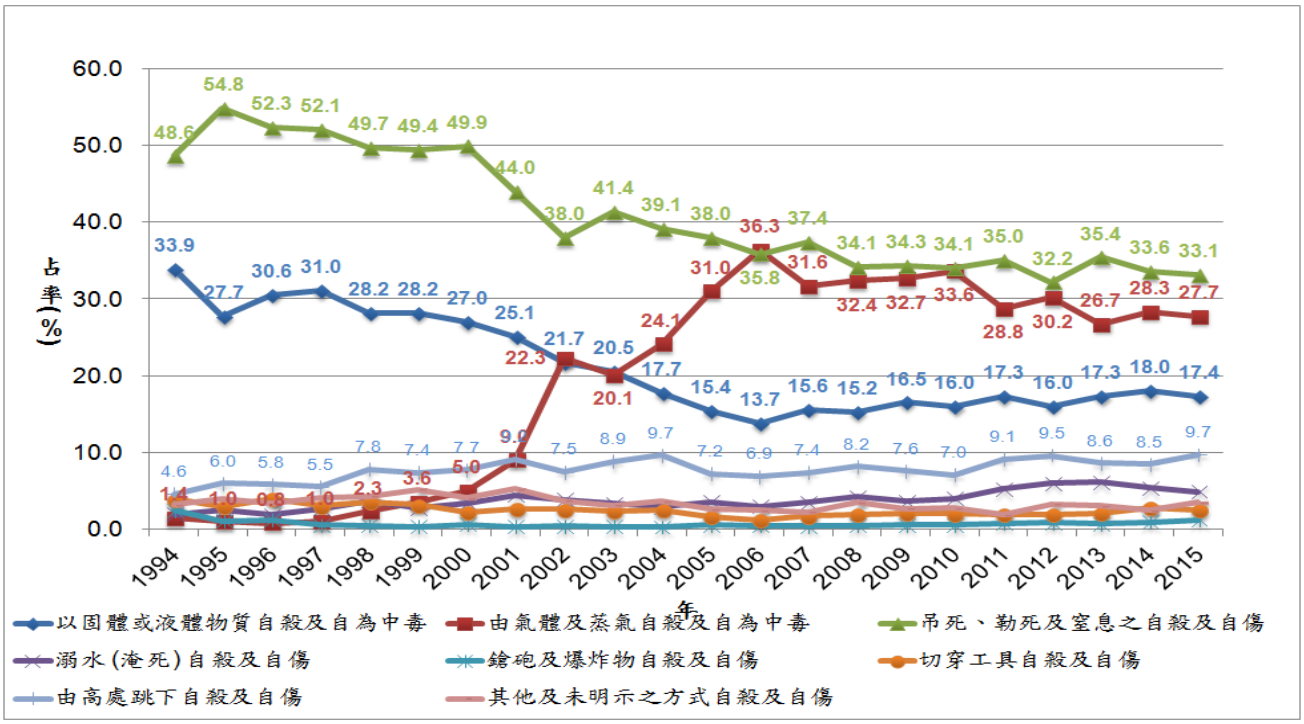


圖 2-1-7、1994-2015 全國男性自殺死亡方式占率

降之趨勢，但 2014 年(28.3%)較 2013 年(26.7%)微幅增加，2015 年下降為 27.7%(降幅 2.1%)。「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 2014 年呈現逐年微幅上升趨勢，2014 年占率(18.0%)為近幾年來最高，2015 年下降至 17.4%(降幅 3.8%)。「其他及未明示之方式自殺及自傷」2015 年占率為 3.5%，為自 2009 年以來最高，與 2014 年相比增幅為 44.4%。「由高處跳下自殺及自傷」2015 年占率為 9.7%，為自 2005 年以來最高，與 2014 年相比增幅為 14.4%。「槍砲及爆炸物自殺及自傷」2015 年占率為 1.2，為自 86 年以來最高，與 2014 年相比增幅為 28.3%。(如圖 2.1.7)

2015 年各縣市標準化自殺死亡率，高至低依序為基隆市(每十萬人口 18.9 人)、宜蘭縣(每十萬人口 15.5 人) 、南投縣(每十萬人口 15.4 人)、花蓮縣 (每十萬人口 15.2 人)、雲林縣(每十萬人口 15.0 人)、彰化縣 (每十萬人口 13.6 人)、苗栗縣(每十萬人口 13.5 人)、嘉義縣(每十萬人口 12.6 人)、嘉義市及臺東縣(每十萬人口 12.5 人)、桃園市(每十萬人口 12.3 人)、高雄市及臺南市(每十萬人口 12.2 人)、屏東縣(每十萬人口 12.1 人)、金門縣(每十萬人口 11.8 人)、新北市(每十萬人口 11.7 人)、臺中市(每十萬人口 11.6 人)、新竹縣(每十萬人口 10.9 人)、新竹市(每十萬人口 10.1 人)、臺北市(每十萬人口 8.7 人)、澎湖縣(每十萬人口 8.4 人)、連江縣(每十萬人口 0 人)。

2015 年各縣市自殺粗死亡率，高至低依序為基隆市(每十萬人口 24.7

人)、南投縣(每十萬人口 21.7 人)、花蓮縣及雲林縣 (每十萬人口 20.4 人)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人)、苗栗縣(每十萬人口 18.6 人)、嘉義縣 (每十萬人口 18.2 人) 、彰化縣(每十萬人口 17.8 人)、屏東縣(每十萬人口 16.9 人)、臺南市(每十萬人口 16.6 人)、臺東縣(每十萬人口 16.1 人)、高雄市(每十萬人口 16.0 人)、金門縣(每十萬人口 15.4 人)、嘉義市(每十萬人口 15.2 人)、新北市及桃園市(每十萬人口 14.8 人)、臺中市(每十萬人口 14.0 人)、新竹縣(每十萬人口 13.7 人)、新竹市(每十萬人口 12.5 人)、臺北市及澎湖縣(每十萬人口 11.8 人)、連江縣(每十萬人口 0 人)。

各縣市自殺粗死亡率 2015 年與 2014 年相比增幅多至少依序為金門縣(增幅 90.1%)、南投縣(增幅 33.1%)、新竹縣(增幅 20.2%)、彰化縣(增幅 13.4%)、基隆市(增幅 12.8%)、宜蘭縣(增幅 10.9%)、臺南市(增幅 9.9%)、苗栗縣(增幅 9.4%)、嘉義市(增幅 8.6%)、花蓮市(增幅 7.9%)、澎湖縣(增幅 8.3%)、新北市(增幅 5.0%)、臺北市(增幅 2.6%)、雲林縣(增幅 2.0%)、高雄市(降幅 0.6%)、臺中市(降幅 0.7%)、桃園市(降幅 3.3%)、屏東縣(降幅 3.4%)、新竹市(降幅 8.8%)、臺東縣(降幅 12.0%)、嘉義縣(降幅 21.9%)。

各縣市自殺死亡人數 2015 年較 2014 年增加多至少依序為新北市、臺南市(各增加 29 人)、南投縣(增加 28 人)、彰化縣(增加 27 人)、新竹縣(增加 13 人)、基隆市、金門縣(各增加 10 人)、宜蘭縣、苗栗縣(各增加 9 人)、臺北市(增加 7 人)、花蓮縣(增加 5 人)、嘉義市(增加 3 人)、雲林縣(增加 2 人)、臺中市、澎湖縣(各增加 1 人)、高雄市(減少 1 人)、連江縣(減少 2 人)、桃園市(減少 4 人)、新竹市、臺東縣、屏東縣(各減少 5 人) 、嘉義縣(減少 28 人)。

男性各縣市 2015 年自殺粗死亡率與 2014 年相比上升的為金門縣(增幅 91.1%)、宜蘭縣(增幅 40.6%)、彰化縣(增幅 21.7%)、嘉義市(增幅 21.0%)、南投縣(增幅 19.1%)、新竹市(增幅 15.6%)、苗栗縣(增幅 14.8%)、臺南市(增幅 14.1%)、臺北市(增幅 12.9%)、屏東縣(增幅 4.5%)、基隆市(增幅 2.4%)、新竹縣(增幅 1.2)、新北市(增幅 0.5%)。

男性各縣市 2015 年自殺死亡人數與 2014 年相比上升的為彰化縣(增加 28 人)、臺南市 (增加 26 人)、臺北市 (增加 24 人)、宜蘭縣(增加 19 人)、南投縣(增加 12 人)以及苗栗縣(增加 10 人) 、金門縣(增加 7 人)、嘉義市及新竹市(各增加 5 人)、屏東縣(增加 4 人)、新北市(增加 2 人)、基隆市及新竹縣(各增加 1 人)。

女性各縣市 2015 年自殺粗死亡率與 2014 年相比上升的為澎湖縣(增

幅98.4%)、金門縣(增幅91.7%)、南投縣(增幅88.9%)、新竹縣(增幅83.3%)、花蓮縣(增幅46.7%)、基隆市(增幅32.5%)、臺中市(增幅15.2%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 14.4%)、雲林縣(增幅 12.1%)、桃園市(增幅3.3%)、臺南市及高雄市(增幅各為2.9)。

女性各縣市2015年自殺死亡人數與2014年相比上升的為新北市(增加27人)、臺中市 (增加21人) 、南投縣 (增加16人)、新竹縣 (增加12人)、基隆市(增加9人)以及花蓮縣(增加7人) 、嘉義縣、雲林縣及桃園市(各增加5人)、高雄市(增加4人)、臺南市、澎湖縣及金門縣(各增加3人)。

年齡層「14歲以下」自殺死亡人數較2014年增加之縣市為新北市(增加2人)、高雄市、南投縣及嘉義縣(各增加1人)。

「15-24歲」臺中市(增加10人)、新北市(增加8人)臺南市及嘉義市(各增加6人)、基隆市、桃園市及彰化縣(各增加4人)、屏東縣及金門縣(各增加3人)、新竹市及花蓮縣(各增加1人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加1人)。

「25-44歲」臺中市(增加17人)、彰化縣(增加13人)、臺南市(增加11人)、南投縣及雲林縣(各增加7人)、新北市(增加6人)、新竹縣(增加5人)、臺東縣(增加4人)、基隆市及金門縣(增加2人)、宜蘭縣(增加1人)。

「45-64歲」臺北市(增加33人)、高雄市(增加15人)、宜蘭縣(增加14人)、桃園市(增加11人)、花蓮縣(增加10人)、南投縣及苗栗縣(各增加9人)、金門縣(增加8人)、基隆市(增加4人)、臺南市(增加3人)、屏東縣及澎湖縣(各增加1人)。

「65歲以上」彰化縣(增加15人)、新北市(增加14人)、南投縣(增加11人)、臺南市(增加10人)、新竹縣(增加8人)、苗栗縣(增加5人)、桃園市(增加4人)、澎湖縣及嘉義市(各增加2人)。

自殺死因「固體或液體物質自殺及自為中毒」2015年之占率為18.9%，與2014年 (19.2%)相比降幅為1.6%。各縣市2015年占率與2014年相比，增幅大於1%的為嘉義縣(增幅25.9%)、南投縣(增幅25.8%)、花蓮縣(增幅25.1%)、桃園市(增幅17.8%)、苗栗縣(增幅12.1%)、臺北市(增幅9.3%)、臺南市(增幅1.5%)。

「以氣體及蒸氣自殺及自為中毒」2015年之占率為25.9%，與2014年的26.1%相比，降幅為0.8%。各縣市2015年占率與2014年相比，增幅大於1%的為臺東縣(增幅127.8%)、新竹市(增幅39.6%)、澎湖縣(增幅37.5%)、彰化縣(增幅22.6%)、宜蘭縣(增幅14.1%)、臺中市(增幅10.6%)、雲林縣(增幅9.2%)、臺南市(增幅8.9%)、高雄市(增幅6.4%)、臺北市(增

幅 4.2%)、屏東縣(增幅 3.5%)。

「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」2015 年之占率為 30.8%，與 2014 年的 31.1%相比，降幅為 1.0%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為基隆市(增幅 38.6%)、屏東縣(增幅 36.0%)、宜蘭縣(增幅 33.7%)、嘉義縣(增幅 33.2%)、花蓮縣(增幅 21.9%)、金門縣(增幅 12.5%)、新竹縣(增幅 8.5%)、嘉義市(增幅 8.1%)、桃園市(增幅 7.5%)、臺中市(增幅 6.5%)。

「溺水(淹死)自殺及自傷」2015 年之占率為 6.4%，與 2014 年(6.9%)相比降幅為 7.2%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為嘉義市(增幅 456.1%)、雲林縣(增幅 97.2%)、新竹市(增幅 63.9%)、新北市(增幅 52.1%)、基隆市(增幅 8.9%)、彰化縣(增幅 1.8%)。

「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2015 年之占率為 0.8%，與 2014 年(0.6%)相比增幅為 33.3%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 262.9%)、桃園市(增幅 203.9%)、臺北市(增幅 144.5%)、新北市(增幅 121.8%)、高雄市(增幅 100.4%)。

「切穿工具自殺及自傷」2015 年之占率為 2.2%，與 2014 年(2.4%)相比降幅為 8.3%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為彰化縣(增幅 208.9%)、臺北市(增幅 46.7%)、臺中市(增幅 17.9%)、新北市(增幅 9.7%)。

「由高處跳下自殺及自傷」2015 年之占率為 12.0%，與 2014 年(11.4%)相比增幅為 5.3%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為南投縣(增幅 149.2%)、嘉義市(增幅 108.5%)、基隆市(增幅 93.1%)、嘉義縣(增幅 81.3%)、屏東縣(增幅 38.0%)、新竹縣(增幅 37.4%)、苗栗縣(增幅 17.6%)、臺東縣(增幅 13.9%)、新北市(增幅 12.4%)、臺南市(增幅 5.9%)、高雄市(增幅 3.6%)。

「其他及未明示之方式自殺及自傷」2015 年之占率為 3.0%，與 2014 年(2.2%)相比增幅為 36.4%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為桃園市(增幅 406.5%)、臺東縣(增幅 241.7%)、雲林縣(增幅 146.5%)、臺北市(增幅 144.5%)、嘉義市(增幅 85.4%)、臺中市(增幅 56.7%)、南投縣(增幅 49.5%)、臺南市(增幅 36.1%)、高雄市(增幅 36.0%)、宜蘭縣(增幅 12.9%)。

2) 全國自殺通報資料趨勢說明(全國自殺通報資料詳見附件 2.1.2)

臺灣的自殺通報情況在 2006 年自殺通報人次為 19,162 人次(男性

6,392 人次、女性 12,769 人次)，自殺通報比為 4.3(男性 2.1、女性 9.7)，女性為男性的 2.00 倍。其後逐年攀升，至 2015 年自殺通報人次躍升至 29,914 人次(男性 10,952 人次、女性 18,962 人次)，自殺通報比為 8.1(男性 4.5、女性 15.2)，女性為男性之 1.73 倍，2015 年自殺通報人次較 2006 年增加 56.1%、若與 2014 年相比則增幅為 3%(如附件表一、表二)。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2015 年自殺通報比與 2006 年相比增加 95.3%、較 2014 年相比則增幅為 2.4%。(如圖 2.1.8)

分析 2015 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為新北市(10.7)、新竹縣 (10.3)、花蓮縣 (10.1)、嘉義市 (9.7)、南投縣(9.6)及宜蘭縣(9.6)。(如附件表十三)

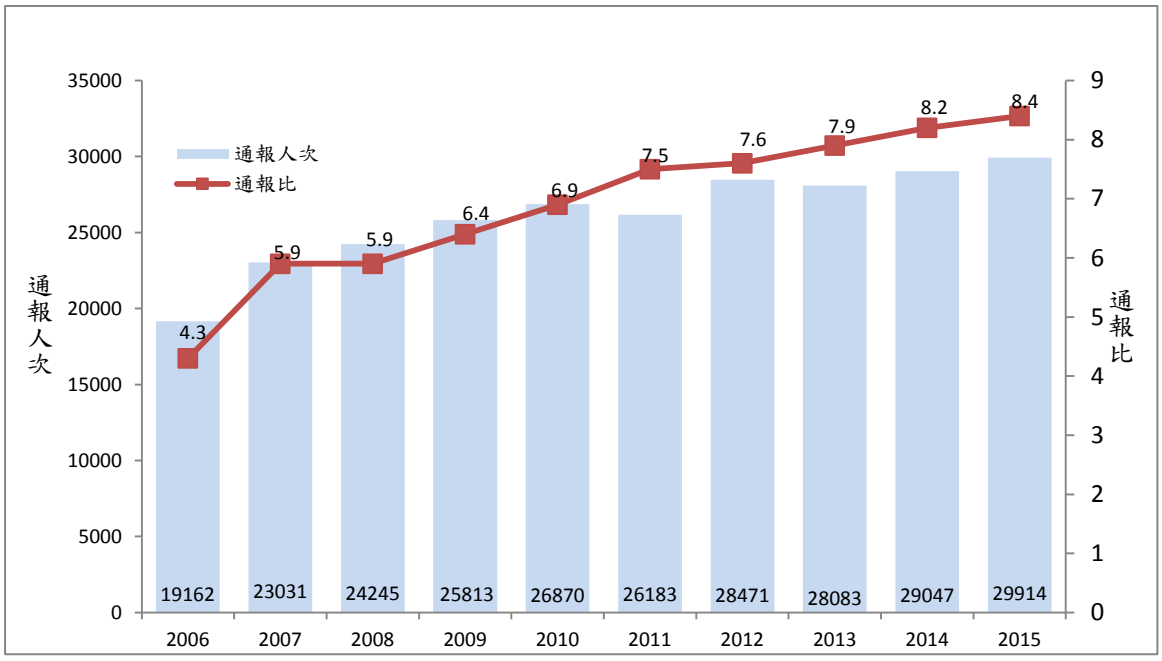


圖 2-1-8、2006-2015 年全國自殺通報趨勢圖

以性別分析，歷年女性通報人次皆高於男性，男性自殺通報人次 2006 年為 6,392 人次，逐年增加至 2015 年達到 10,952 人次，與 2006 年相比增幅為 71.3%，與 2014 年相比增幅為 4%，觀察三年移動平均曲線亦呈現上升趨勢。女性自殺通報人次 95 為 12,769 人次，逐年增加至 2015 年達到 18,962 人次，與 2006 年相較增幅為 48.5%，與 2014 年相較增幅為 2.4%，觀察三年移動平均亦呈現上升趨勢(如附件表二) (如圖 2.1.9)。此外，歷年女性通報比皆高於男性，男性自殺通報比 2006 年為 2.1，自 2006 年起逐年持續增加，至 2015 年為 4.5，與 2006 年相較增幅為 115.2%，與 2014 年相同。女性自殺通報比 2006 年為 9.7，逐年增加至 2015 年為 15.2，與

2006 年相較增幅為 56.7%，與 2013 年相較降幅為 3.2%。三年移動平均呈現上升趨勢。

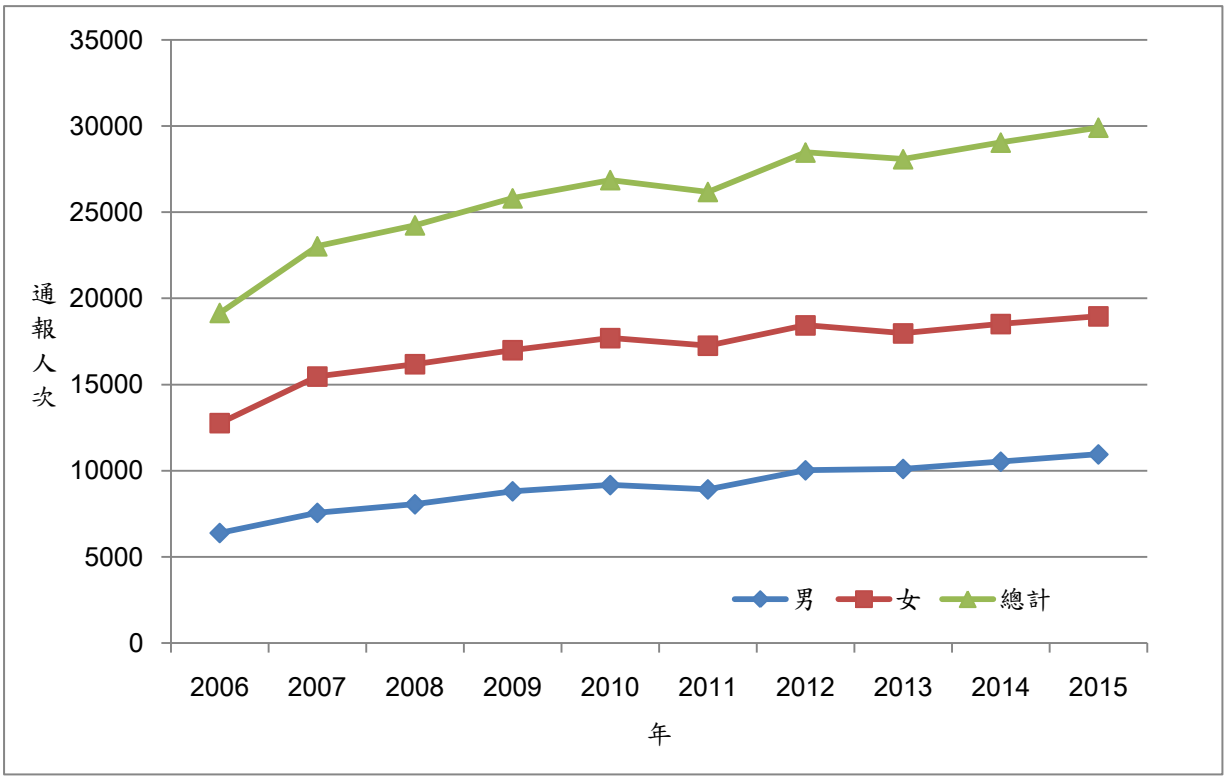


圖 2-1-9、2006-2015 年全國性別自殺通報趨勢圖

以縣市分析兩性之自殺通報人次 2015 年與 2014 年相比男性增幅較明顯的是連江縣(增幅 600.0%)、金門縣(增幅 42.9%)、南投縣(增幅 20.2%)、雲林縣(增幅 11.7%)及高雄市(增幅 10.7%);女性上升較明顯的為連江縣(增幅 150.0%)、金門縣(增幅 27.6%)、澎湖縣(增幅 27.1%)、臺東縣(增幅 24.0%)及雲林縣(增幅 19.0%)。再分析兩性自殺通報比之增減率，男性上升較明顯的是嘉義縣(增幅 52.9%)、澎湖縣(增幅 42.9%)、雲林縣(增幅 15.0%)、臺中市(增幅 14.6%)及臺東縣(增幅 13.0%);女性上升較明顯則為新竹市(增幅 45.0%)、花蓮縣(增幅 44.5%)、臺東縣(增幅 41.5%)、嘉義市(增幅 27.4%)、宜蘭縣(增幅 26.8%)。

以年齡層分析，2006 年以來各年自殺通報占率皆以「25-44 歲」最高，占率自 2006 年(52.7%)占率逐年下降至 2015 年(47.5%)，2015 年與 2014 年(48.5%)相比降幅為 2.1%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。2006 年以來各年自殺通報占率「45-64 歲」幾乎皆為第二高，占率自 2006 年(19.1%)以來逐年上升，2015 年(27%)與 2014 年相比(26.7%)增幅為 1.1%。而「15-24 歲」自殺通報占率自 2006 年(20.0%)以來各年幾乎皆為第三高，2015 年占率 14.7%與 2014 年(13.9%)相比增幅為 5.8%雖有些微增加，但

以三年移動平均分析仍呈現下降趨勢。「65 歲以上」自殺通報人次占率排名第四，自 2006 年(7.3%)逐年上升至 2015 年(9.5%)，占率與 2014 年(9.5%)相同。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，自 2006 年(0.7%)至 2015 年(1.3%)變動不大，歷年變化約在 0~0.5 之間，2015 年較 2014 年(1.2%)增加 8.3%。(如附件表三) (如圖 2.1.10)

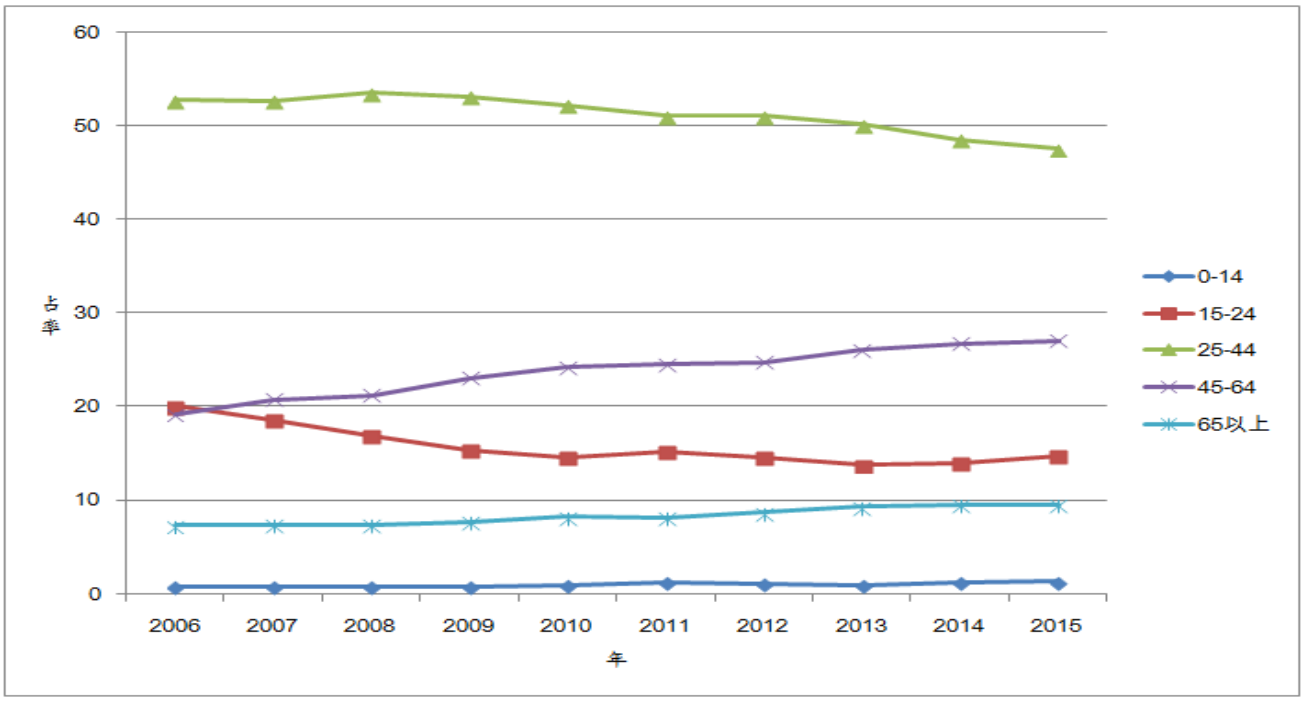


圖 2-1-10、2006-2015 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

以性別分析全國各年齡層通報占率，男性「14 歲以下」2015 年自殺通報占率 1.1%，歷年變化不大約在 0~0.6 之間。男性「15-24 歲」2014 年自殺通報占率為 13.7%與 2014 年(13.3%)相比，增幅 3.0%。男性「25-44 歲」2015 年自殺通報占率為 43.8%與 2014 年(42.5%)相比，增幅 3.1%，觀察三年移動平均，可現下降之趨勢。男性「45-64 歲」2015 年自殺通報占率為 28.6%與 2014 年(29.6%)相比，降幅為 3.4%，觀察三年移動平均則呈現上升之趨勢。男性「65 歲以上」2015 年自殺通報占率為 12.8%與 2014 年(13.3%)相比，降幅為 3.8%，觀察三年移動平均，稍呈現上升趨勢。(如圖 2.1.11)

女性「14 歲以下」2015 年自殺通報占率 1.3%，歷年變化不大約在 0~0.4 之間。女性「15-24 歲」自殺通報占率逐年呈下降趨勢，於 2011 年(15.6%)稍有上升，並於 2012 年(14.7%)上升至 2015 年(15.3%)。2015 年與 2006 年(20.9%)的自殺通報占率相比，降幅 26.8%。2015 年與 2014 年(14.7%)的自殺通報占率相比，增幅 4.1%。女性「25-44 歲」自 2006 年至 2012

年持續上下波動，後逐年下降至 2015 年(49.7%)，與 2006 年(55.0%)相比降幅達到 9.6%，與 2014 年(52.0%)的自殺通報占率相比，降幅 4.4%。以三年移動平均來看，呈現先稍上升後下降趨勢。女性「45-64 歲」自 2006 年逐年上升至 2015 年(26%)，與 2006 年(18.1%)相比增幅達到 43.6%，與 2014 年(25.1%)的自殺通報占率相比，增幅為 3.6%。女性「65 歲以上」自 2006 年至 2009 年持續上下波動，後逐年上升至 2015 年(7.6%)，與 2006 年(5.2%)相比增幅達到 46.2%，與 2014 年(7.4%)的自殺通報占率相比，增幅為 2.7%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。(如圖 2.1.12)

其中男性 「65 以上」(2015 年全國通報 1,401 人次，占率 12.8%)相較女性(1,449 人次，占率 7.6%)占率高，男性「45-64 歲」(2015 年全國通報 3,135 人次，占率 28.6%)相較女性(4,930 人次，占率 26%)占率稍高，男性「25-44 歲」(2015 年全國通報 4,795 人次，占率 43.8%)則相較女性(9,425 人次，占率 49.7%)為低。(如附件表四、表五)

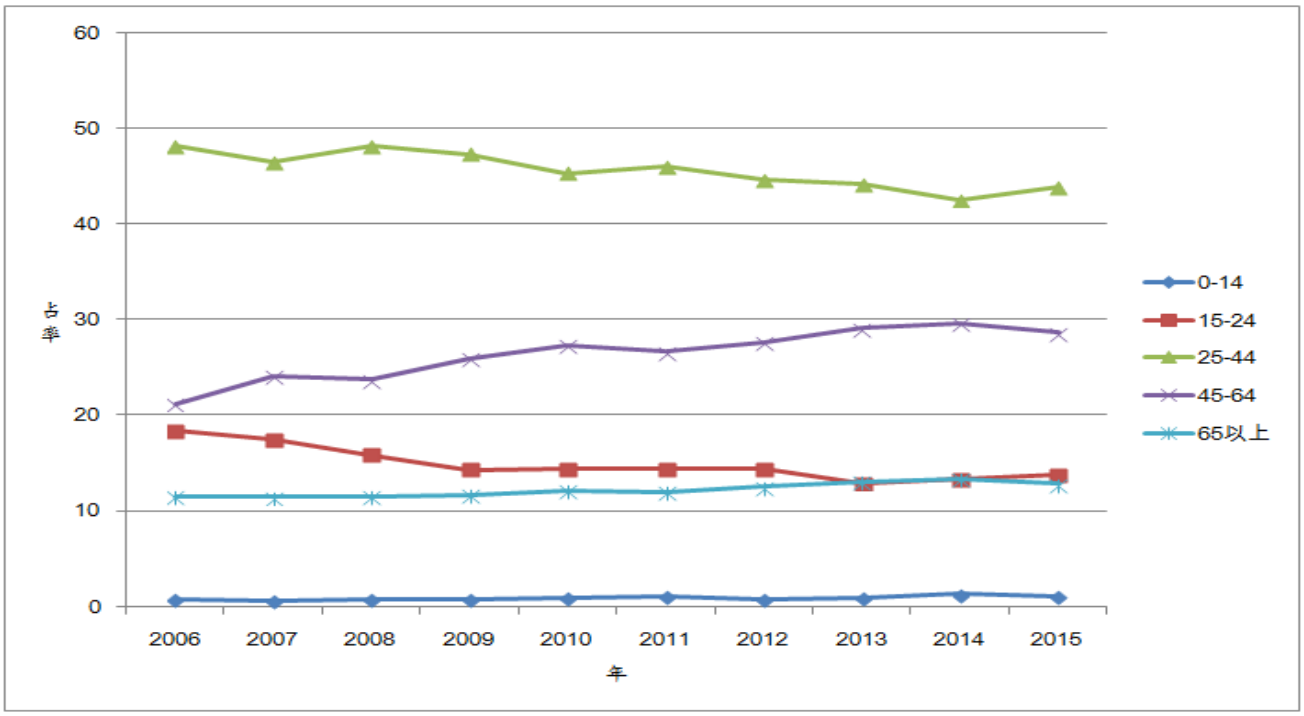


圖 2-1-11、2006-2015 年全國男性分年齡層自殺通報人次占率圖

以縣市分析，「14 歲以下」自殺通報占率以 2015 年與 2014 年比較，增幅較大的是澎湖縣(增幅 407.1%)、嘉義市(增幅 133.3%)、臺東縣(增幅 66.7%)、宜蘭縣(增幅 41.7%)及桃園市(增幅 21.4%)。「15-24 歲」自殺通報占率上升較明顯的是花蓮縣(增幅 27.5%)、屏東縣(增幅 16.7%)、臺北市(增幅 15.9%)、宜蘭縣(增幅 13.9%)及臺南市(增幅 13.8%)。「25-44 歲」自

殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 31.0%)、嘉義市(增幅 9.2%)、澎湖縣(增幅 6.6%)、臺東縣(增幅 5.4%)及嘉義縣(增幅 5.3%)。「45-64 歲」自殺通報占率上升較明顯的是新竹市(增幅 20.0%)、新竹縣(增幅 15.2%)、桃園市(增幅 12.9%)、南投縣(增幅 8.2%)及宜蘭縣(增幅 7.8%)。「65 歲以上」自殺通報占率上升較明顯的是澎湖縣(增幅 49.3%)、嘉義縣(增幅 14.5%)、苗栗縣(增幅 14.0%)、新竹縣(增幅 13.2%)及彰化縣(增幅 10.4%)。(如附件表十五)

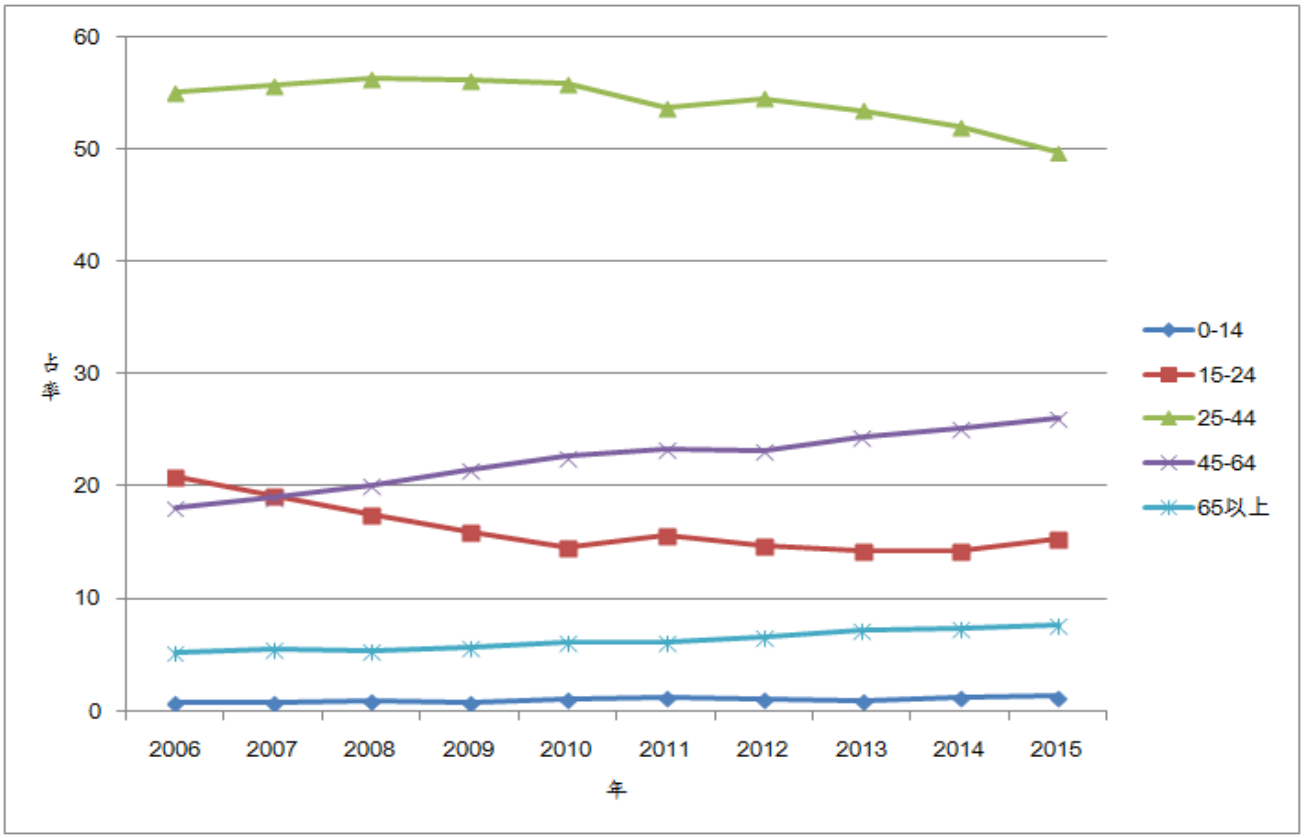


圖 2-1-12、2006-2015 年全國女性分年齡層自殺通報人次占率圖

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」(2015 年全國通報 16,132 人次，占率 53.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(2015 年全國通報 8,094 人次，占率 27.1%)及「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(2015 年全國通報 2,190 人次，占率 7.3%)。其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(58.7%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年降幅為 8.2%，較 2014 年(54.6%)降幅為 1.3%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2014 年上升較為明顯的是臺東縣(增幅 9.2%)、苗栗縣(增幅 8.4%)、臺北市(增幅 3.3%)、臺中市(增幅 2.9%)及新竹市(增幅

2.8%)。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(24.2%)逐年呈上升趨勢至 2015 年(27.1%)，2015 年較 2006 年增幅為 12.0%，與 2014 年(26.9%)相比增幅為 0.7%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢(如表六)。以縣市來看 2015 年「切穿工具自殺及自傷」較 2014 年上升較為明顯的是金門縣(增幅 51.1%)、嘉義市(增幅 28.5%)、屏東縣(增幅 16.2%)、澎湖縣(增幅 13.1%)及基隆市(增幅 8.3%)。另外「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自 2006 年(8.1%)持續上下波動到 2015 年(7.3%)，2015 年較 2006 年降幅為 9.9%，與 2014 年(7.5%)相比降幅為 2.7%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2015 年「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」上升較明顯的縣市為金門縣(增幅 513.0%)、臺東縣(增幅 52.4%)、新竹市(增幅 42.6%)、彰化縣(增幅 24.2%)及嘉義縣(增幅 11.8%)。(如附件表十八)

以性別來看全國通報個案自殺方式，2015 年男性通報個案自殺方式前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(47.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(20.8%)及「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(10.2%)；其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(53.5%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年降幅為 11.8%，較 2014 年(47%)增幅為 0.4%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(19.4%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年升幅為 7.2%，較 2014 年(21.9%)降幅為 5%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自 2006 年(13.5%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年降幅為 24.4%，較 2014 年(11.6%)降幅為 12.1%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。(如附件表七)

2015 年女性通報個案自殺方式前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(57.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(30.7%)及「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(4.5%)；其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(61.2%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年降幅為 5.6%，較 2014 年(59%)降幅為 2%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(26.6%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年升幅為 15.4%，較 2014 年(29.8%)增幅為 3%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自 2006 年(5.4%)持續上下波動至 2015 年，2015 年較 2006 年降幅為 16.7%，較 2014 年(5.1%)降幅為 11.8%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。(如附件表八)

其中男性以「以氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(2015 年全國通報 1,115 人次，占率 10.2%)相較女性(859 人次，占率 4.5%)占率較高，男性「吊死、

勒死及窒息之自殺及自傷」(2015 年全國通報 644 人次，占率 5.9%)相較女性(430 人次，占率 2.3%)占率為高，男性「由高處跳下」(2015 年全國通報 668 人次，占率 6.1%)相較女性(844 人次，占率 4.5%)占率為高，男性「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2015 年全國通報 5,167 人次，占率 47.2%)則相較女性(10,965 人次，占率 57.8%)為低，男性「切穿工具自殺及自傷」(2015 年全國通報 2,276 人次，占率 20.8%)相較女性(5,818 人次，占率 30.7%)為低。

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」(2015 年全國通報 14,787 人次，占率 49.4%)、「精神健康／物質濫用」(8,347 人次，27.9%)及「工作／經濟」(3,309 人次，占率 11.1%)，其中「情感／人際關係」占率較 2014 年(49.9%)下降 1%。(如表九)以縣市來看 2015 年「情感／人際關係」較 2014 年上升較為明顯的是金門縣(增幅 9.6%)、基隆市(增幅 4.7%)、南投縣(增幅 4.3%)。「精神健康／物質濫用」2015 年占率較 2014 年(27.2%)上升 2.6%。以縣市來看 2015 年「精神健康／物質濫用」較 2014 年上升較為明顯的是臺東縣(增幅 25.2%)、金門縣(增幅 21.9%)、臺南市(增幅 18.9%)、澎湖縣(增幅 17.5%)及基隆市(增幅 15.7%)。「工作／經濟」占率較 2014 年(11.5%)下降 3.5%。以縣市來看 2015 年「工作／經濟」較 2014 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 62.1%)、苗栗縣(增幅 24.2%)、宜蘭縣(增幅 20.6%)、彰化縣(增幅 19.6%)、基隆市(增幅 16.5%)及臺東縣(增幅 16.5%)。(如附件表二十一)

以性別分析全國通報個案自殺原因，2015 年男性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2015 年通報 4,263 人次，占率 38.9%)、「精神健康／物質濫用」(3,081 人次，28.1%)及「工作／經濟」(1,670 人次，占率 15.2%)，其中「情感／人際關係」較 2014 年(39.5%)下降 1.5%。「精神健康／物質濫用」較 2014 年(27.6%)上升 1.8%。「工作／經濟」較 2014 年(15.4%)下降 1.3%。(如附件表十)

2015 年女性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2015 年通報 10,524 人次，占率 55.5%)、「精神健康／物質濫用」(5,266 人次，27.8%)及「工作／經濟」(1,639 人次，占率 8.6%)，其中「情感／人際關係」較 2014 年(55.9%)下降 0.7%。「精神健康／物質濫用」較 2014 年(27.4%)上升 1.5%。「工作／經濟」較 2014 年(9.2%)下降 6.5%。(如附件表十一)

其中男性「工作／經濟」(2015 年全國通報 1,670 人次，占率 15.2%)相較女性(1,639 人次，占率 8.6%)占率高，男性「生理疾病」(2015 年全

國通報 1,174 人次，占率 10.7%)相較女性(1,148 人次，占率 6.1%)占率高，「情感／人際關係」(2015 年全國通報 4,263 人次，占率 38.9%)則相較女性(10,524 人次，占率 55.5%)為低。(如附件表十)

以年齡層來看全國通報個案自殺原因，2015 年「14 歲以下」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2015 年通報 232 人次，占率 61.2%)、「校園學生問題」(100 人次，占率 26.4%)及「精神健康／物質濫用」(43 人次，占率 11.3%)，其中「情感／人際關係」較 2014 年(61.4%)下降 0.3%。「校園學生問題」較 2014 年(25.9%)上升 1.9%。「精神健康／物質濫用」較 2014 年(17.9%)下降 36.9%。(如圖 2.1.13)

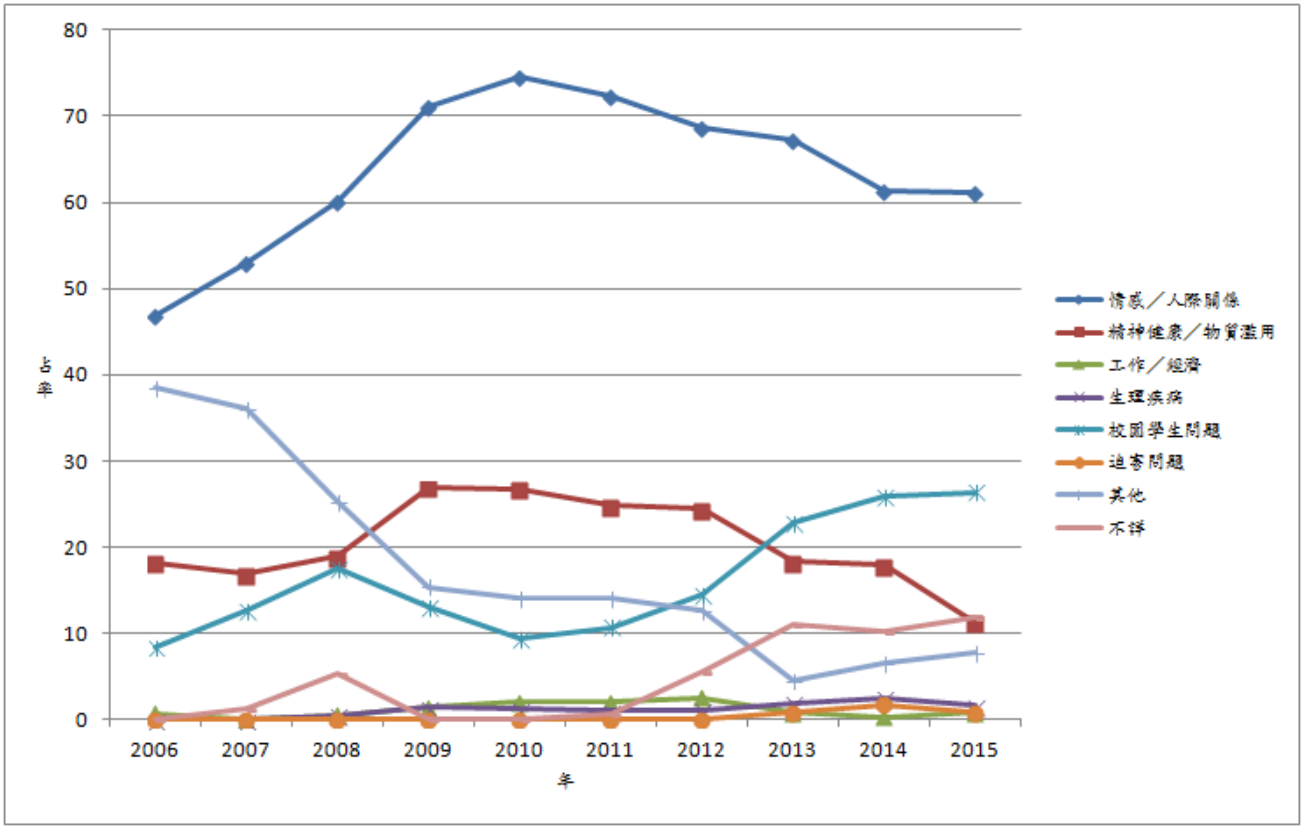


圖 2-1-13、2006-2015 年全國 0-14 歲自殺通報原因占率圖

2015 年「15-24 歲」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2015 年通報 2,648 人次，占率 60.3%)、「精神健康／物質濫用」(862 人次，19.6%)及「工作／經濟」(362 人次，8.2%)，其中「情感／人際關係」較 2014 年(59.8%)上升 0.8%。「精神健康／物質濫用」較 2014 年(18.7%)上升 4.8%。「工作／經濟」較 2014 年(9.3%)下降 11.8%。(如圖 2.1.14)

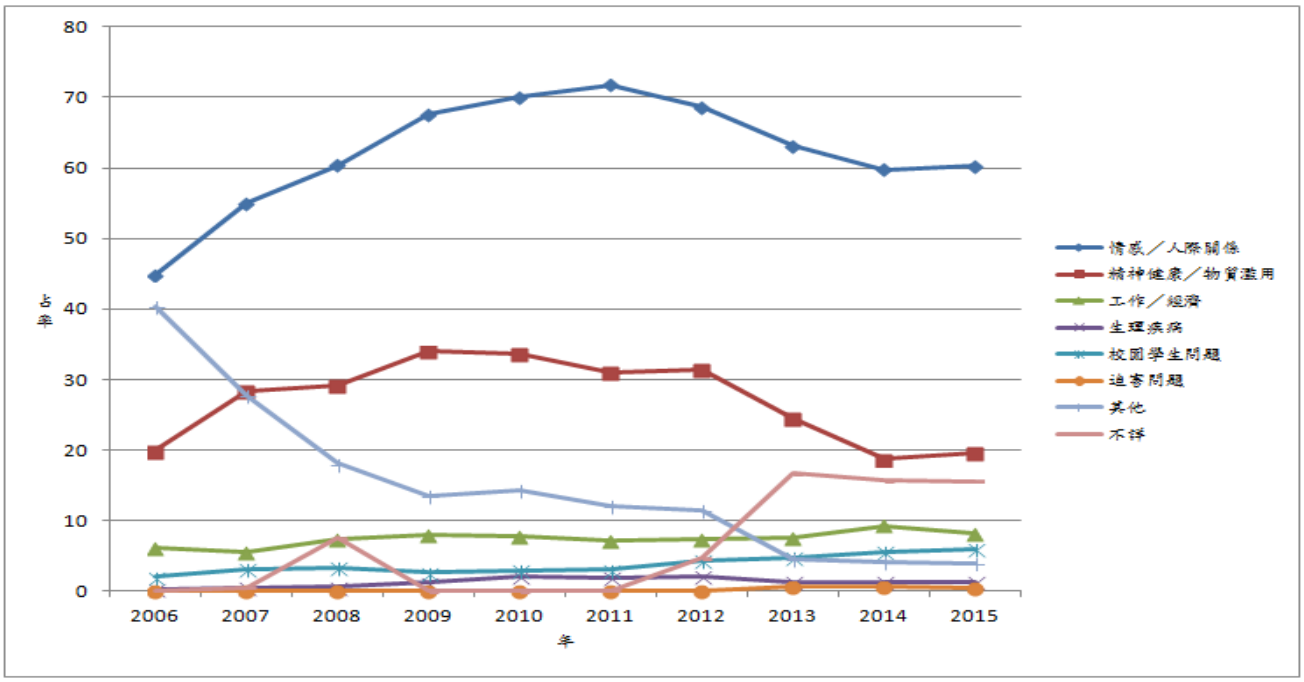


圖 2-1-14、2006-2015 年全國 15-24 歲自殺通報原因占率圖

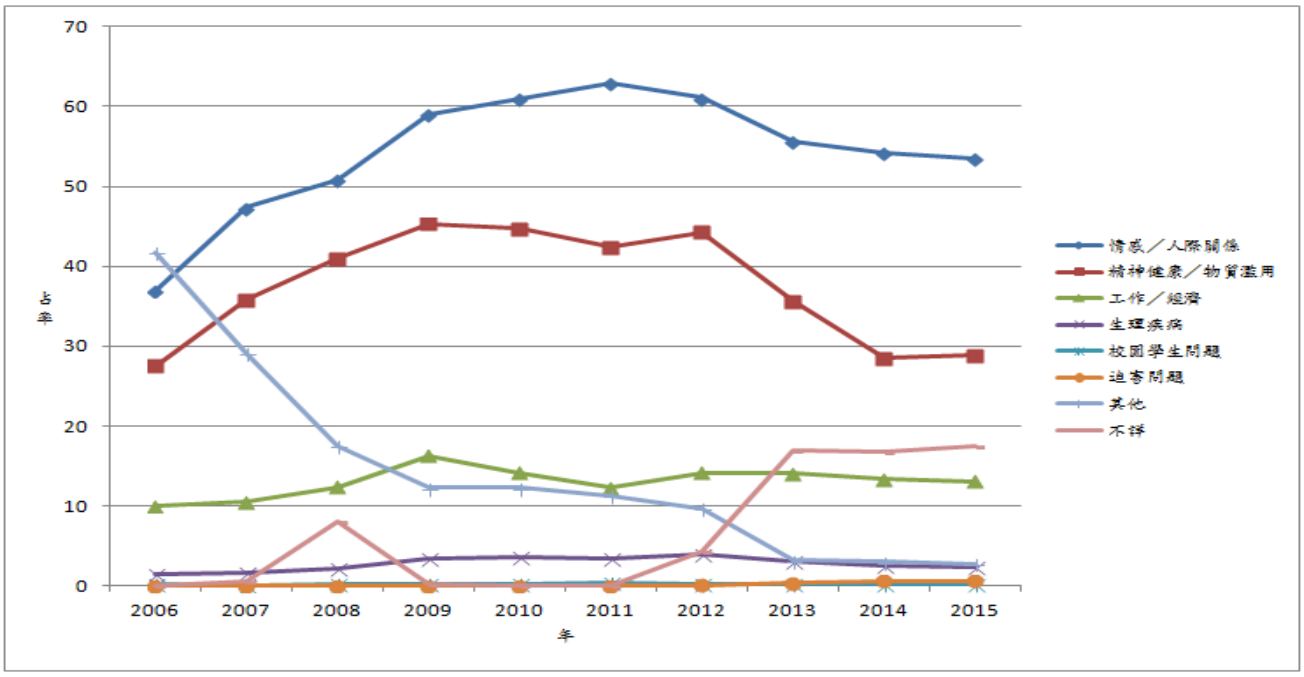


圖 2-1-15、2006-2015 年全國 25-44 歲自殺通報原因占率圖

2015 年「25-44 歲」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2015 年通報 7,603 人次，占率 52.7%)、「精神健康／物質濫用」(4,104 人次，28.5%)及「工作／經濟」(1,857 人次，占率 12.9%)，其中「情感／人際關係」較 2014 年(54.2%)下降 2.8%。「精神健康／物質濫用」與 103 年(28.5%)相同。「工作／經濟」較 2014 年(13.4%)下降 3.7%。(如圖 2.1.15)

2015 年「45-64 歲」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(3,494 人次，占率 43.3%)、「精神健康／物質濫用」(2,700 人次，33.5%)及「工作／經濟」(1,025 人次，占率 12.7%)，其中「情感／人際關係」較 2014 年(44.5%)下降 2.7%。「精神健康／物質濫用」較 2014 年(31.8%)上升 5.3%。「工作／經濟」較 2014 年(12.9%)下降 1.6%。(如圖 2.1.16)

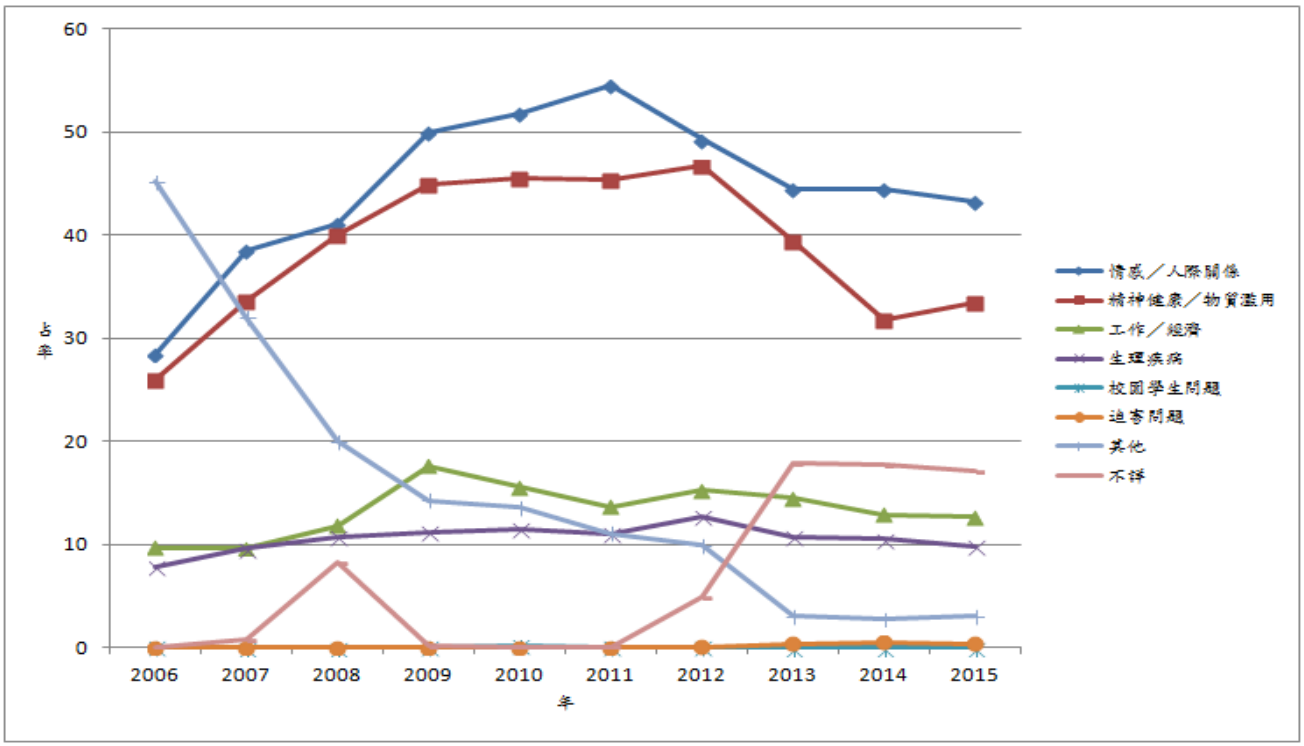


圖 2-1-16、2006-2015 年全國 45-64 歲自殺通報原因占率圖

2015 年「65 歲以上」通報個案自殺原因前三位依序皆為「生理疾病」(1,118 人次，占率 39.2%)、「情感／人際關係」(804 人次，占率 28.2%)及「精神健康／物質濫用」(638 人次，22.4%)，其中「生理疾病」較 2014 年(38.4%)上升 2.1%，「情感／人際關係」較 2014 年(27.8%)上升 1.4%。「精神健康／物質濫用」較 2014 年(21.6%)上升 3.7%。(如圖 2.1.17)

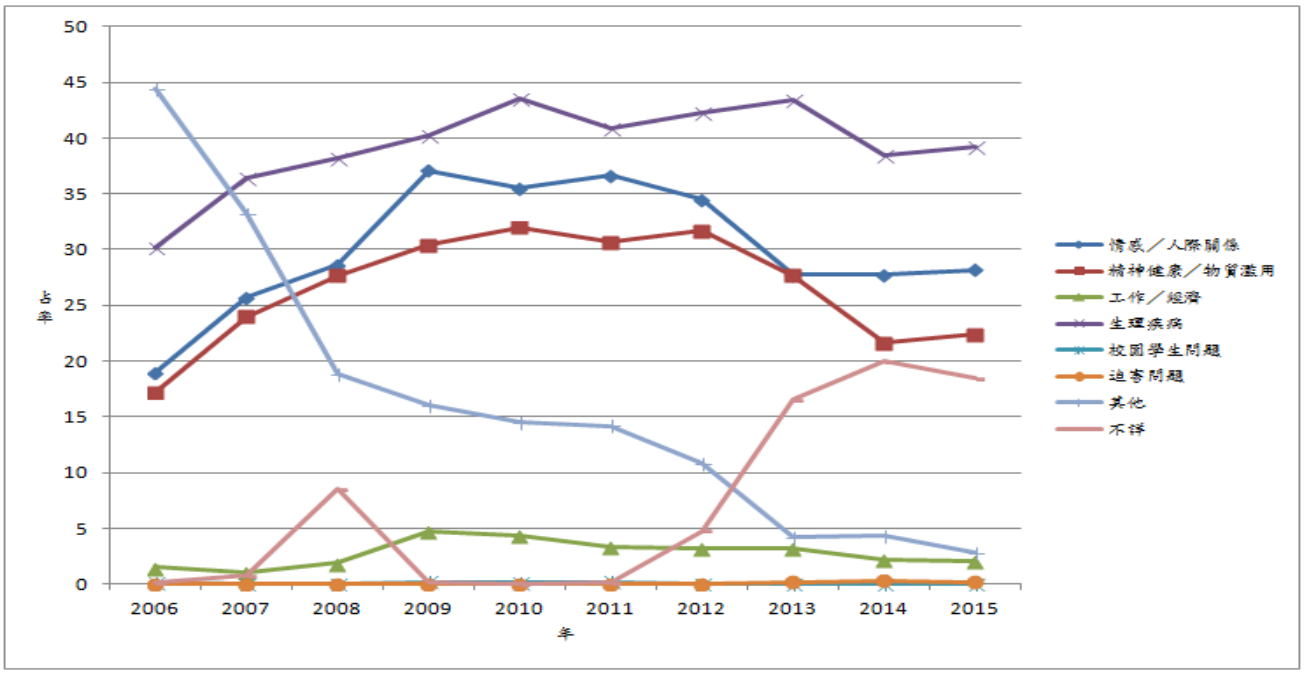


圖 2-1-17、2006-2015 年全國 65 歲以上自殺通報原因占率圖

2. 實施結果總結

1)2014 年建議之重點縣市執行結果

2014 年提出針對自殺通報比較低之縣市應持續強化自殺企圖者之通報關懷作業、強化通報網絡、持續加強通報單位通報人員教育訓練以降低自殺通報中自殺原因及自殺方式不詳之占率、重視老人族群自殺防治工作、農業縣市持續強化農藥自殺防治、「由高處跳下自殺及自傷」及「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」之占率有上升趨勢應加以重視等建議。針對以上建議之各縣市執行結果如下：

(1) 自殺「通報比」較低之縣市應強化通報網絡

a. 2015 年通報比增加

a) 嘉義縣 2014 年自殺粗死亡率每十萬人 23.3 人，2015 年降為 18.2 人(降幅 21.9%)；2014 年自殺通報比僅 5.2(全國 8.2)，2015 年上升至 6.7(全國 8.1)，增幅 28.5%。

b) 雲林縣 2014 年自殺粗死亡率每十萬人 20 人，2015 年升為 20.4 人(增幅 2%)；2014 年自殺通報比為 6.7，2015 年上升至 7.7(增幅 14.9%)。

b. 2015 年通報比下降

a) 基隆市 2014 年自殺粗死亡率每十萬人 21.9 人，2015 年升為 24.7 人(增

幅 12.8%)；2014 年自殺通報比為 7.4，2015 年再下降至 6.2(降幅 16.2%)。

b) 臺北市 2014 年自殺粗死亡率每十萬人 11.5 人，2015 年上升為 11.8 人(增幅 2.6%)；2014 年自殺通報比僅 5.4，2015 年再下降至 5.3(降幅 1.9%)。

c) 屏東縣 2014 年自殺粗死亡率每十萬人 17.4 人，2015 年降為 16.9 人(降幅 2.9%)；2014 年自殺通報比為 6.3，2015 年再降至 6.2(降幅 1.6%)。

(2) 降低自殺通報中自殺原因不詳之占率

2014 年自殺通報中自殺原因不詳占率增幅排名前 6 名縣市為嘉義縣(2014 年占率 11.5%、增幅 71.6%)、彰化縣(2014 年占率 25.8%、增幅 42.5%)、雲林縣(2014 年占率 17.4%、增幅 18.4%)、苗栗縣(2014 年占率 16.7%、增幅 14.4%)及臺中市(2014 年占率 23.2%、增幅 3.6%)，以上縣市 2015 年度之占率有改善的為臺中市(降至 19.3%、降幅 16.8%)、雲林縣(降至 15.9%、降幅 8.6%)。

(3) 老人族群自殺防治工作

a. 金門縣 2014 年「65 歲以上」自殺死亡人數 5 人、自殺粗死亡率每十萬人口 35.9 人，2015 年死亡人數降至 2 人、自殺粗死亡率下降至每十萬人口 13.7 人。

b. 花蓮縣 2014 年「65 歲以上」自殺死亡人數 15 人、自殺粗死亡率每十萬人口 33.6 人，2015 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 32.6 人。

c. 臺東縣 2014 年「65 歲以上」自殺死亡人數 13 人、自殺粗死亡率每十萬人口 41.7 人，2015 年死亡人數降至 7 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 22.0 人。

d. 新竹市 2014 年「65 歲以上」自殺死亡人數 14 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.7 人，2015 年死亡人數降至 9 人、自殺粗死亡率上升至每十萬人口 20.2 人。

e. 基隆市 2014 年「65 歲以上」自殺死亡人數 22 人、自殺粗死亡率每十萬人口 48.0 人，2015 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 45.9 人。

(4) 農業縣市持續強化農藥自殺防治

a. 基隆市 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 19.5%(16 人)，

2015 年占率降至 9.8%(9 人)。

b. 雲林縣 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 42.6%(60 人)，2015 年占率降至 42.0%(60 人)。

c. 彰化市 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 35.0%(71 人)，2015 年占率降至 33.5%(77 人)。

d. 宜蘭縣 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 26.2%(22 人)，2015 年占率降至至 20.4%(19 人)。

e. 新竹縣 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 29.5%(18 人)，2015 年占率降至 20.3%(15 人)。

f. 花蓮縣 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 31.7%(20 人)，2015 年占率上升至 39.7%(27 人)。

(5)「由高處跳下自殺及自傷」占率上升之縣市

a. 臺北市 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 22.5%(70 人)，2015 年占率降至 21.7%(69 人)。

b. 新北市 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 15.7%(88 人)，2015 年占率升至 17.7%(104 人)。

c. 臺中市 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 11.8%(45 人)，2015 年占率降至 11.5%(44 人)。

d. 高雄市 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 13.2%(59 人)，2015 年占率升至 13.7%(61 人)。

e. 新竹市 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 18.6%(11 人)，2015 年占率降至 18.5%(10 人)。

f. 桃園市 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 13.4%(42 人)，2015 年占率降至 12.9%(40 人)。

g. 澎湖縣 2014 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 18.2%(2 人)，2015 年占率降至 16.7%(2 人)。

(6)「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率上升之縣市

a. 臺北市 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.6%(2 人)，2015 年占率升至 1.6%(5 人)。

b. 新北市 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.5%(3 人)，2015 年占率升至 1.2%(7 人)。

c. 臺中市 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.8%(3 人)，2015 年占率降至 0.0%(0 人)。

d. 臺南市 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.4%(1 人)，2015 年占率升至 1.3%(4 人)。
e. 高雄市 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.7%(3 人)，2015 年占率升至 1.3%(6 人)。
f. 桃園市 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.3%(1 人)，2015 年占率升至 1.0%(3 人)。
g. 雲林縣 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.7%(1 人)，2015 年占率不變(1 人)。
h. 屏東縣 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 2.0%(3 人)，2015 年占率降至 0.7%(1 人)。
i. 澎湖縣 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 9.1%(1 人)，2015 年占率降至 0.0%(0 人)。
j. 花蓮縣 2014 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 3.2%(2 人)，2015 年占率降至 0.0%(0 人)。

2)2015 年度自殺防治統計分析(總結)

(1) 自殺死亡個案分析(總結)

2015 年自殺死亡人數 3,675 人(男性 2,426 人、女性 1,249 人、性別比 1.94)，自殺粗死亡率每十萬人口 15.7 人(男性每十萬人口 20.7 人、女性每十萬人口 10.6 人)。與 2014 年相比整體增加 133 人(粗死亡率上升 3.5%)，其中男性增加 64 人(粗死亡率上升 2.6%)、女性增加 69 人(粗死亡率上升 5.4%)。

各縣市 2015 年與 2014 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為新北市及臺南市(各增加 29 人)、南投縣(增加 28 人)、彰化縣(增加 27 人)、新竹縣(增加 13 人)、基隆市及金門縣(各增加 10 人)、宜蘭縣及苗栗縣(各增加 9 人)、臺北市(增加 7 人)、花蓮縣(增加 5 人)、嘉義市(增加 3 人)、雲林縣(增加 2 人)、澎湖縣及臺中市(各增加 1 人)。

標準化自殺死亡率 2015 年較 2014 年上升之縣市依序為金門縣(每十萬人口 5.8 人上升至 11.8 人)、南投縣(11.8 人上升至 15.4 人)、基隆市(16.1 人上升至 18.9 人)、彰化縣(11.8 人上升至 13.6 人)、嘉義市(11.1 人上升至 12.5 人)、宜蘭縣(13.9 人上升至 15.5 人)及新竹縣(9.9 人上升至 10.9 人) 、臺南市(11.3 人上升至 12.2 人)、花蓮縣(14.4 人上升至 15.2 人)、新北市(11.1 人上升至 11.7 人)、苗栗縣(12.9 人上升至 13.5 人)、

雲林縣(14.5 人上升至 13.5 人)、臺中市(11.5 人上升至 11.6 人)。

2013-2015 年標準化死亡率三年移動平均排名前六縣市為基隆市(每十萬人口 22.5 人)、嘉義縣(22.1 人)、南投縣(20.8 人)、雲林縣(19.6 人)、宜蘭縣(18.9 人)、花蓮縣(18.5 人)、臺東縣(18 人)。

(2) 自殺死亡個案年齡層分析(總結)

2015 年「14 歲以下」自殺死亡人數為 6 人、自殺粗死亡率每十萬人口 0.2 人,與 2014 年相比人數增加 4 人,粗死亡率上升 100.0%。「15-24 歲」自殺死亡人數為 183 人、自殺粗死亡率每十萬人口 5.9 人，與 2014 年相比人數增加 22 人，粗死亡率上升 15.7%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,165 人、自殺粗死亡率每十萬人口 15.9 人，與 2014 年相比人數增加 5 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,424 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.6 人，與 2014 年相比人數增加 67 人，粗死亡率上升 3.5%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 897 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.2 人，與 2014 年相比人數增加 35 人，粗死亡率下降 0.3%。

a. 青少年族群「15-24 歲」2015 年自殺粗死亡率與 2014 年相比增加較明顯的縣市為金門縣(由每十萬人口 5.4 人增為 21.0 人，增幅 288.9%)、基隆市(由 3.8 人增為 11.7 人，增幅 207.9%)、花蓮縣(由 2.2 人增為 6.6 人，增幅 200%)及屏東縣(由 1.7 人增為 4.3 人，增幅 152.9%)。相較於 2014 年青少年族群自殺死亡人數增加較多的縣市分別為臺中市(增加 10 人)、新北市(增加 8 人)、臺南市及嘉義市(各增加 6 人)、桃園市、基隆市及彰化縣(各增加 4 人)、屏東縣及金門縣(各增加 3 人)、新竹市及花蓮縣(各增加 2 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 1 人)。
b. 中年族群「45-64 歲」2015 年自殺粗死亡率與 2014 年相比增加較明顯的縣市為金門縣(由每十萬人口 2.6 人增為 21.2 人，增幅 715.4%)、宜蘭縣(由 21.8 人增為 31.8 人，增幅 45.9%)、花蓮縣(由 23.1 人增為 32.7 人，增幅 41.6%)、臺北市(由 12.7 人增為 16.7 人，增幅 31.5%)、苗栗縣(由 21.2 人增為 26.7 人，增幅 25.9%)、南投縣(由 22.1 人增為 27.8 人，增幅 25.8%)、澎湖縣(由 14.1 人增為 17.2 人，增幅 22.0%)、基隆市(由 26.6 人增為 29.6 人，增幅 11.3%)、桃園市(由 17.0 人增為 18.4 人,增幅 8.2%)、高雄市(由 20.2 人增為 21.8 人,增幅 7.9%)、臺南市(由 20.8 人增為 21.1 人，增幅 1.4%)、屏東縣(由 23.3 人增為 23.5 人，增幅 0.9%)。相較於 2014 年人數增加之縣市為臺北市(增加 33 人)、高雄市(增

加 15 人)、宜蘭縣(增加 14 人)、桃園市(增加 11 人)、花蓮縣(增加 10 人)、苗栗縣及南投縣(增加 9 人)、金門縣(增加 8 人)、基隆市(增加 4 人)、臺南市(增加 3 人)、屏東縣及澎湖縣(增加 1 人)。

c. 壯年族群「25-44 歲」2015 年自殺粗死亡率與 2014 年相比增加的縣市為金門縣(由 7.7 人增為 12.4 人，增幅 61.0%)、臺東縣(由 15.2 人增為 21.6 人，增幅 42.1%)、南投縣(由 12.7 人增為 17.7 人，增幅 39.4%)、彰化縣(由 13.2 人增為 16.5 人，增幅 25.0%)、新竹縣(由 15.2 人增為 18.1 人，增幅 19.1%)、雲林縣(由 20.5 人增為 24.2 人，增幅 18.0%)、臺南市(由 12.9 人增為 14.8 人，增幅 14.7%)、臺中市(由 14.8 人增為 16.8 人，增幅 13.5%)、基隆市(由 23.4 人增為 25.6 人，增幅 9.4%)、宜蘭縣(由 19.8 人增為 20.8 人，增幅 5.1%)、 新北市(由 14.0 人增為 14.6 人，增幅 4.3%)。相較於 2014 年人數增加之縣市為臺中市(增加 17 人)、彰化縣(增加 13 人)、臺南市(增加 11 人)、南投縣及雲林縣(各增加 7 人)、新北市(增加 6 人)、新竹縣(增加 5 人)、臺東縣(增加 4 人)、基隆市及金門縣(各增加 2 人)、宜蘭縣(增加 1 人)。

d. 老年族群「65 歲以上」2015 年自殺粗死亡率與 2014 年相比增加較明顯的縣市為澎湖縣(由 6.9 人增為 20.1 人，增幅 191.3%)、新竹縣(由 18.5 人增為 31.1 人，增幅 68.1%)、南投縣(由 34.8 人增為 48.3 人，增幅 38.8%)、嘉義市(由 21.4 人增為 26.6 人，增幅 24.8%)、彰化縣(由 33.3 人增為 41.0 人，增幅 23.1%)及苗栗縣(由 38.4 人增為 43.9 人，增幅 14.3%)。相較於 2014 年老年族群自殺死亡人數增加之]縣市分別為彰化縣(增加 15 人)、新北市(增加 14 人)、南投縣(增加 11 人)、臺南市(增加 10 人)、新竹縣(增加 8 人)、苗栗縣(增加 5 人)、桃園市(增加 4 人)、嘉義市及澎湖縣(各增加 2 人)。

(3) 自殺死因分析(總結)

a. 全國 2015 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率 18.9%，較 2014 年降幅 1.8%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 25.9%)、南投縣(增幅 25.8%)、花蓮縣(增幅 25.1%)、桃園市(增幅 17.8%)、苗栗縣(增幅 12.1%)、臺北市(增幅 9.3%)、臺南市(增幅 1.5%)。

b. 全國 2015 年以「以氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡之占率 25.9%，較 2014 年降幅 0.6%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為臺東縣(增幅 127.8%)、新竹市(增幅 39.6%)、澎湖縣(增幅 37.5%)、

彰化縣(增幅 22.6%)、宜蘭縣(增幅 14.1%)、臺中市(增幅 10.6%)、雲林縣(增幅 9.2%)、臺南市(增幅 8.9%)、高雄市(增幅 6.4%)、臺北市(增幅 4.2%)、屏東縣(增幅 3.5%)。

c. 全國 2015 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡之占率 30.8%，較 2014 年減少 1.1%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為基隆市(增幅 38.6%)、屏東縣(增幅 36.0%)、宜蘭縣(增幅 33.7%)、嘉義縣(增幅 33.2%)、花蓮縣(增幅 21.9%)、金門縣(增幅 12.5%)、新竹縣(增幅 8.5%)、嘉義市(增幅 8.1%)、桃園市(增幅 7.5%)、臺中市(增幅 6.5%)。

d. 全國 2015 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之占率 2.2%，較 2014 年減少 7.0%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為彰化縣(增幅 208.9%)、臺北市(增幅 46.7%)、臺中市(增幅 17.9%)、新北市(增幅 9.7%)。

e. 全國 2015 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之占率 12.0%，較 2014 年增加 5.2%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為南投縣(增幅 149.2%)、嘉義市(增幅 108.5%)、基隆市(增幅 93.1%)、嘉義縣(增幅 81.3%)、屏東縣(增幅 38.0%)、新竹縣(增幅 37.4%)、苗栗縣(增幅 17.6%)、臺東縣(增幅 13.9%)、新北市(增幅 12.4%)、臺南市(增幅 5.9%)、高雄市(增幅 3.6%)。

f. 全國 2015 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之占率 6.4%，較 2014 年減少 8.3%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為嘉義市(增幅 456.1%)、雲林縣(增幅 97.2%)、新竹市(增幅 63.9%)、新北市(增幅 52.1%)、基隆市(增幅 8.9%)、彰化縣(增幅 1.8%)。

g. 「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2015 年之占率為 0.8%，與 2014 年(0.6%)相比增幅為 33.3%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 262.9%)、桃園市(增幅 203.9%)、臺北市(增幅 144.5%)、新北市(增幅 121.8%)、高雄市(增幅 100.4%)。

h. 「其他及未明示之方式自殺及自傷」2015 年之占率為 3.0%，與 2014 年(2.2%)相比增幅為 36.4%。各縣市 2015 年占率與 2014 年相比，增幅大於 1%的為桃園市(增幅 406.5%)、臺東縣(增幅 241.7%)、雲林縣(增幅 146.5%)、臺北市(增幅 144.5%)、嘉義市(增幅 85.4%)、臺中市(增幅 56.7%)、南投縣(增幅 49.5%)、臺南市(增幅 36.1%)、高雄市(增幅 36.0%)、宜蘭縣(增幅 12.9%)。

(4) 自殺通報個案自殺原因分析(總結)

2015 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」(49.4%)、「精神健康／物質濫用」(27.9%)及「工作／經濟」(11.1%)。

a. 「情感／人際關係」2015 年較 2014 年增幅明顯的縣市為金門縣(增幅 9.6%)、基隆市(增幅 4.7%)、南投縣(增幅 4.3%)。
b. 「精神健康／物質濫用」2015 年較 2014 年增幅明顯的縣市為臺東縣(增幅 25.2%)、金門縣(增幅 21.9%)、臺南市(增幅 18.9%)、澎湖縣(增幅 17.5%)及基隆市(增幅 15.7%)。
c. 「工作／經濟」2015 年較 2014 年增幅明顯的縣市為澎湖縣(增幅 62.1%)、苗栗縣(增幅 24.2%)、宜蘭縣(增幅 20.6%)、彰化縣(增幅 19.6%)、基隆市(增幅 16.5%)及臺東縣(增幅 16.5%)。

(5) 縣市分析(總結)

a. 新北市 2015 年自殺死亡人數為 589 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 14.8 人，人數與 2014 年相比總數增加 29 人(增幅 5%)，男性增加 2 人(增幅 0.5%)、女性增加 27 人(增幅 15%)；25-34 歲增加 12 人(增幅 16.2%)、75 歲以上增加 9 人(增幅 18%)、15-24 歲增加 8 人(增幅 28.6%)、65-74 歲增加 5 人(增幅 8.6%)；自殺方法中溺水增加 18 人(增幅 60%)、由高處跳下增加 16 人(增幅 18.2%)、鎗砲及爆炸物增加 4 人(增幅 133%)。新北市 2015 年自殺死亡人數貢獻度 21.8%，女性占 20.3%，且自殺粗死亡率增幅 14.5%，較男性的 0.5%明顯較多。初步認為女性 15-34 歲以高處跳下方式自殺死亡者增加、女性 65 歲以上以溺水方式自殺死亡者增加。男性應注意以鎗砲及爆炸物自殺者。
b. 臺南市 2015 年自殺死亡人數為 313 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 16.6 人，人數與 2014 年相比增加 29 人(增幅 10.2%)，男性增加 26 人(增幅 13.9%)、女性增加 3 人(增幅 3%)；75 歲以上增加 14 人(增幅 9.1%)、45-54 歲增加 12 人(增幅 25%)、35-44 歲增加 9 人(增幅 19.6%)、15-24 歲增加 6 人(增幅 66.7%)；自殺方法中以氣體及蒸汽增加 14 人(增幅 20%)、以固體或液體物質增加 7 人(增幅 11.9%)、由高處跳下增加 3 人(增幅 16.7%)、以鎗砲及爆炸物增加 3 人(增幅 300%)。臺南市 2015 年自殺死亡人數貢獻度 21.8%，男性占 19.5%，且自殺粗死亡率增幅 14.1%，較女性的 02.9%明顯較多。初步認為男性 35-54 歲及 75 歲以上以固體或液體物質及以氣體及蒸氣方式自殺死亡者增加。

c. 南投縣 2015 年自殺死亡人數為 111 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 21.7 人，人數與 2014 年相比增加 28 人(增幅 33.7%)，男性增加 12 人(增幅 18.5%)、女性增加 16 人(增幅 88.9%)；75 歲以上增加 11 人(增幅 78.6 人)、35-44 歲及 55-64 歲各增加 5 人(增幅 41.7%、29.4%)、25-34 歲增加 2 人(增幅 28.6%)；自殺方法中以固體或液體物增加 15 人(增幅 68.2%)、由高處跳下增加 7 人(增幅 233.3%)、以氣體及蒸氣增加 5 人(增幅 26.3%)。南投縣 2015 年自殺死亡人數貢獻度 21.1%，男性占 9%、女性占 12%，自殺粗死亡率分別增幅 19.1%、88.9%，女性明顯較多。初步認為應注意不論男女 75 歲以上以農藥自殺者、25-44 歲燒炭及高處跳下。

d. 彰化縣 2015 年自殺死亡人數為 230 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 17.8 人，人數與 2014 年相比增加 27 人(增幅 13.3%)，男性增加 28 人(增幅 21.4%)；25-34 歲及 65-74 歲各增加 8 人(增幅 33.3%、29.6%)、75 歲以上增加 7 人(增幅 24.1%)、15-24 歲增加 4 人(增幅 66.7%)、55-64 歲增加 3 人(增幅 7.7%)；自殺方法以氣體及蒸汽增加 14 人(增幅 38.9%)、以固體或液體物質增加 6 人(增幅 8.5%)、切穿工具增加 5 人(增幅 250%)。彰化縣 2015 年自殺死亡人數貢獻度 20.3%，男性占 21.1%，且自殺粗死亡率增幅 21.7%，明顯多於女性。初步認為應注意男性 55 歲以上以農藥方式自殺、男性 25-34 歲以燒炭方式自殺、男性 15-24 以切穿工具自殺。

e. 新竹縣 2015 年自殺死亡人數為 74 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 13.7 人，人數與 2014 年相比增加 13 人(增幅 21.3%)，男性增加 1 人(增幅 2.1%)、女性增加 12 人(增幅 85.7%)；35-44 歲增加 10 人(增幅 83.3%)、75 歲以上增加 8 人(增幅 266.7%)、55-64 歲增加 5 人(增幅 71.4%)；自殺方法中吊死、勒死及窒息增加 6 人(增幅 31.6%)、切穿工具增加 4 人(2014 年為 0 人)、由高處跳下增加 2 人(增幅 66.7%)。新竹縣 2015 年自殺死亡人數貢獻度 9.8%，女性占 9%，且自殺粗死亡率增幅 83.3%，明顯多於男性的 1.2%。初步認為應注意女性 35-44 歲以切穿工具及高處跳下者、女性 75 歲以上以吊死、勒死及窒息方式自殺死亡者。

f. 基隆市 2015 年自殺死亡人數為 92 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 24.7 人，人數與 2014 年相比增加 10 人(增幅 12.2%)，男性增加 1 人(增幅 1.9%)、女性增加 9 人(增幅 32.1%)；25-34 歲增加 8 人(增幅 100%)、55-64 歲增加 7 人(增幅 53.8%)、15-24 歲及 65-74 歲各增加 4 人(增幅 200%、57.1%)；吊死、勒死及窒息增加 10 人(增幅 55.6%)、由高處跳下增加 7 人(增幅 116.7%)、溺水增加 2 人(增幅 22.2%)。基隆市 2015

年自殺死亡人數貢獻度 7.5%，女性占 6.8%，且自殺粗死亡率增幅增幅 32.5%，明顯高於男性的 2.4%，初步認為應注意女性 15-34 歲以高處跳下者、女性 55-74 歲以溺水及吊死、勒死及窒息者。

g. 金門縣 2015 年自殺死亡人數為 20 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 15.4 人，人數與 2014 年相比增加 10 人(增幅 100%)，男性增加 7 人(增幅 100%)、女性增加 3 人(增幅 100%)；45-54 歲增加 4 人(增幅 400%)、55-64 歲增加 4 人(2014 年為 0 人)、15-24 歲增加 3 人(增幅 300%)、35-44 歲增加 2 人(增幅 200%)；吊死、勒死及窒息增加 5 人(增幅 125%)、溺水及由高處跳下皆增加 2 人(2014 年都為 0 人)。金門縣 2015 年自殺死亡人數貢獻度 7.5%，女性占 2.3%，男性 5.3%。貢獻度排名第 7，粗死亡率增幅排名全國第 1。男性粗死亡率為 83 年以來最高，女性粗死亡率為 83 年以來第 7 高。初步認為應注意 15-24 歲以高處跳下方式自殺者、男性 35-54 歲以上吊方式自殺者，男性 55-64 歲以溺水方式自殺者。

3. 策略及建議

推動自殺防治重點為 CPR，C 為 Collaboration，強調跨專業醫療衛生團隊與民間組織(NGO)的協調合作；P 為 Proactive，創新的實施方案、積極協助政府改進政策；最後一個是 Reach out，聯結外界資源，經由合作計畫辦法，落實自殺防治網網相連的理念與做法。因此除了全國之自殺防治工作以全面性策略進行國家整體分析，擬定防治方針外，需依各縣市之地區性、人口特性等因素，結合中央與地方資源，針對自殺粗死亡率較高之縣市擬定因地置宜之個別化自殺防治措施與具體方案，並期與跨部會充分合作，配合轄內資源，發揮協調統合之力，除網網相連之外，更該確立各網絡之通路是否暢通及徹底落實。談及自殺關懷訪視，因為需與個案建立關係以及擁有相對的熱忱，去凝聽個案心中的聲音，以一問二應三轉介之技巧，必要時轉介個案到醫療院所，以達到關懷訪視之目的。但多數訪員在訪視時，常遇到諸多困難，如拒訪或是個案情不穩等等。因此實際瞭解關訪員在訪視中所面臨的困境，並予以提供協助，也是加強關訪員能力的方式之一，全國自殺防治中心預計至各縣市進行 22 次實務督導，與各縣市精神醫療及心理衛生相關單位分享及討論，以了解關訪員在實務執行上可能面臨的問題及困難，並以經驗給予關訪員建議做為日後可行之對策。

1) 針對自殺企圖者須將其納入系統進行關懷與適當之處遇。故通報比較低之縣市，應持續強化自殺企圖者之通報關懷作業，包含在地資源盤點與整合、轉介管道之暢通以及落實後續追蹤部分都需加強。其中後續追蹤階段，則

需建立起 SOP 流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。轉介管道建議關懷訪視員建立資源轉介口袋名單，提供個案必要的資源和轉介，以達到轉介之實質效用，進而降低再自殺之比例，甚至再自殺死亡之風險。另外本學會網站(www.tsos.org.tw)設有關懷訪視專區，關訪員若遇到任何問題，均可利用此專區進行線上發問。

2) 自殺通報中個案之自殺原因「不詳及不願說明或無法說明」於 2013 年大幅增加(2012 年占率 4.5%增加至 2013 年占率 17.0%)，當時已提出建議，但至 2015 年(17.1%)仍未見改善，顯示仍需加強各單位之通報人員訓練，以期通報資料完善並具分析價值。其中 2015 年與 2014 年相比增幅最高的五個縣市分別為臺東縣(2015 年占率 14.4%、增幅 28.6%)、嘉義縣(2015 年占率 14.0%、增幅 21.7%)、新竹縣(2015 年占率 15.9%、增幅 12.0%)、苗栗縣(2015 年占率 18.6%、增幅 11.4%)及新竹市(2015 年占率 19.5%、增幅 11.4%)，亦建議加強通報人員之教育訓練。

3) 自殺粗死亡率 2015 年較 2014 年增幅最高的六個縣市分別為：金門縣(增幅為 90.1%)、南投縣(增幅為 33.1%)、新竹縣(增幅為 20.2%)、彰化縣(增幅為 13.4%)、基隆市(增幅為 12.8%)及宜蘭縣(增幅為 10.9%)。

4)2015 年女性自殺粗死亡率每十萬人口 10.6 人較 2014 年(10.1 人)上升 5.0%，而死亡人數較 2014 年上升 69 人。再以年齡層分析，45-64 歲粗死亡率上升 10%，人數增加 48 人；14 歲以下粗死亡率下降 48.8%，人數減少 1 人。各縣市自殺粗死亡率與 2014 年相比增加較明顯的澎湖縣(增加 3 人，粗死亡率增幅 98.3%)、金門縣(增加 3 人，粗死亡率增幅 90.5%)、南投縣(增加 16 人，粗死亡率增幅 90.3%)及新竹縣(增加 12 人，粗死亡率增幅 83.6%)。死亡人數較多之縣市為新北市(208 人)、高雄市(147 人)、臺中市(156 人)、臺北市(113 人)、臺南市(100 人)及桃園市(98 人)。針對女性年輕族群建議推動婚前教育課程、社區家庭講座及親子教育活動，並加入憂鬱、自殺、家暴等相關議題，以促進未來進入婚姻生活後能維持家庭良好互動與支持。另外，針對中壯年之婦女應落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、精神疾病、經濟困窘等婦女，並協助其找尋適當資源給予支持。加強婦女(含家庭暴力或性侵害者)自殺防治救援服務，並加強對失婚者、失業者和家庭生活陷入困境者提供急難救助協助。另外老年婦女在自殺通報中占率最高之自殺原因與男性同為慢性化疾病問題，主要是由於老年人本身的失能狀態、老伴生病的失落感、照顧重病親人均是重要的自殺影響因素，建議家人除關心個案之身體疾病外，也應注意到情緒問題，但

也許老人家不易表達其情緒困擾因此家人應細心觀察，如察覺其憂鬱傾向或情緒不定等情況，不可輕忽，宜及早陪伴就醫。若家中長輩出現無望感，有自殺意念及自殺計畫(購買自殺工具)時，除關懷回應外，更應立即陪伴尋求專業精神科醫師治療，以及早預防悲劇的發生。

5)2015 年青少年族群(15-24 歲)自殺死亡人數為 183 人，較 2014 年(161 人)增加 22 人；粗死亡率為每十萬人口 5.9 人，與 2014 年(5.1 人)相比增幅為 14.7%。此族群與 2014 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為金門縣(增加 3 人，增幅 286.5%)、基隆市(增加 4 人，增幅 204.8%)、花蓮縣(增加 2 人，增幅 203.2%)、臺南市(增加 6 人，增幅 69.2%)及彰化縣(增加 4 人，增幅 68.8%)。死亡人數較多之縣市為新北市(36 人)、臺中市(28 人)、桃園市(22 人)、臺南市(15 人)、高雄市(14 人)、臺北市(13 人)及彰化縣(10 人)。

6)2015 年中壯年(45-64 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 20.6 人，較 2014 年上升 3.4%，人數較 2014 年增加 67 人。此族群與 2014 年相比死亡人數增加較明顯的縣市為臺北市(增加 33 人)、高雄市(增加 15 人)及宜蘭縣(增加 14 人)。死亡人數最多的縣市為新北市(241 人)、高雄市(184 人)、臺北市(136 人)、臺中市(136 人)、臺南市(120 人)及桃園市(107 人)。根據自殺通報系統資料顯示此族群之自殺通報人次也為最多數，而此族群亦為主要就業人口，故針對企業職場之自殺防治建議加強內部文宣及教育推廣、將壓力管理及情緒調適納入在職教育訓練課程、配合定期「勞工健康檢查」，鼓勵員工下載心情溫度計 APP 並定期自我測量。另外可與醫療專業人員(精神科醫師、心理師)合作，提供清楚明確的管道，讓有心理困擾的員工可以前往尋求協助；特別是當企業發現 有嚴重憂鬱或自殺傾向之員工，可轉介至醫療單位。建立自殺與企圖自殺的危機處理小組、善後與安置的標準作業流程。另外針對失業或待業族群，可能由於經濟困苦，在艱困的處境下，易引起個案的哀怨、無助及無望感，有了「不想再拖累親人」的想法，引起個案的無助及無望感，易導致有自殺的想法，需要介入以協助其學習第二專長、求職、債務相關之協調與孩子的生活或教育問題。因此各社會福利單位，除補助個案津貼外，更應進一步評估個案家庭狀況，針對高風險家庭，特別提高警覺，提供額外的協助，以挽救個人甚至孩子的寶貴生命。

7)2015 年老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 31.2 人，較 2014 年下降 0.4%，此族群與 2014 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為澎湖縣(增幅 192.6%)、新竹縣(增幅 68.3%)、南投縣(增幅 39.0%)、嘉義市(增幅 24.2%)、彰化縣(增幅 23.2%)及苗栗縣(增幅 8.4%)。身體疾病是老人自

殺之重要危險因子之一，身體不便同時妨礙到自主性，以至於心情低落鬱悶等情緒的問題。　對於老人而言，老年失智症早期的病徵並非是顯而易見的，一般常見的早期特徵有：記憶力漸失、喪失定向感、判斷力降低、語言表達困難、情緒或人格改變、認知及日常功能逐漸退化、疑心病等。事實上發現老人行為有所改變或異常時，不宜輕忽，可能為失智或腦功能退化之相關疾病的影響，避免以為老人就因此而忽略就醫的必要性及重要性。若能夠及早發現老人家有準備訃聞、遺照的舉動，或有自殺意念及憂鬱傾向，除給予關懷外，應尋求精神專科的協助，並陪同進行復健，讓他看到進步與希望，或能緩解情緒，避免憾事發生。上吊為臺灣男性老年人最常用之自殺方法之一，因為此工具隨手可得，除注重環境安全，移除可能的危險物品外，最重要的是需要家人注意觀察，用心聆聽，陪伴關懷，並適時陪伴就醫，或連結適當資源，協助老人重拾信心與希望。在自殺方法上，上吊為老人常用之自殺方法，由於工具取得容易，故防治仍首重於對自殺風險及徵兆的及早辨識，即時處置。另外喝農藥自殺是農家常見自殺方式之一，亦為老年人常用的自殺方法之一，因農家隨手可得，故應善加保管，放置保管箱中並上鎖，以增加取得之難度，或可降低自殺當下之衝動，挽救寶貴生命。除草劑(農藥)是農業鄉鎮居家隨手可得之工具，在防範上，加以上鎖，以降低可得性是重要的防治策略之一。因此老人自殺防治需要家庭、社區、鄰里等各個網絡共同關懷。期許人人從自身做起，發揮珍愛生命「一問二應三轉介」之守門人的精神，關懷家中及獨居之長者，提高敏感度，切勿忽略身體疾病伴隨的情緒困擾，適時的關懷與問候，即能減低許多憾事的發生。若老人出現情緒困擾，親屬無法時時照顧，也千萬記得轉介的重要性,轉介專業醫療資源並尋求鄰居及里長之照護與協助。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

8)2015 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡(694 人，18.9%)之占率較 2014 年減少 1.8%(13 人)，較 2014 年上升較明顯之縣市為南投縣(增加 15 人，占率增幅 27.3%)、嘉義縣(減少 1 人，占率增幅 25.9%)、花蓮縣(增加 7 人,占率增幅 25.1%)、桃園市(增加 5 人,占率增幅 13.1%)、苗栗縣(增加 6 人，占率增幅 9.1%)及臺北市(1 人，占率增幅 3.6%)。另外死亡人數較多的縣市為彰化縣(77 人)、臺南市(65 人)、雲林縣(60 人)、臺中市(54 人)、新北市(53 人)、屏東縣(53 人)、高雄市(52 人)、桃園市(48 人)。因此除農業縣市外，六都亦應強化以農藥自殺之相關策略。有關農藥之自殺防治策略於 2013 年、2014 年報告書中已羅列，由於其重要性，故再次提供參考如下：

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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)。

(4) 剩餘農藥回收機制研擬：可與相關單位針對家中未使用之剩餘農藥或尚未開封之農藥回收處理，以家中長期儲備隨手可取之方便性。

(5) 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. 透過農會、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. 強化緊急醫療救護，加強急診對於常見農藥中毒之處理及急救。

f. 透過農會、四健會系統，關懷探視區內孤獨老農民。

9)2015年以「鎗砲及爆炸自殺及自傷死亡」 (30人，0.8%)之占率雖為排名之末，但其自殺死亡人數為自83年以來最高，增幅較高之縣市為臺南市(增加3人，占率增幅264.2%)、桃園市(增加2人，占率增幅203.9%)、臺北市(增加3人，占率增幅144.5%)、新北市(增加4人，占率增幅121.8%)及高雄市(增加3人，占率增幅100.4%)。死亡人數較多的縣市為新北市(4人)、臺北市(3人)、臺南市(3人)、高雄市(3人)、桃園市(2人)、彰化縣(2

人)及基隆市(1 人)。以上縣市皆應持續加強相關措施。有關切穿工具自殺之相關自殺防治策略如下供參：於各大賣場、五金行等容易購買刀具之地點貼出關心警語與求助資源，請店員擔任自殺防治守門員的角色，給與簡單的關懷問話。

10)2015 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡(441 人，12.0%)之占率較 2014 年(11.4%)減少 5.2%。以縣市分析與 2014 年相比占率增幅明顯的為南投縣(增加 7 人，占率增幅 152.3%)、嘉義市(增加 5 人，占率增幅 108.5%)、基隆市(增加 7 人，占率增幅 93.1%)、嘉義縣(增加 2 人，占率增幅 81.3%)、屏東縣(增加 2 人，占率增幅 38.0%)、新竹縣(增加 2 人，占率增幅 37.4%)及苗栗縣(增加 2 人，占率增幅 17.6%)。死亡人數較多的縣市為新北市(104 人)、臺北市(69 人)、高雄市(61 人)、臺中市(44 人)、桃園市(40 人)、臺南市(21 人)。有關高處跳下之相關自殺防治策略如下供參：

(1) 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。

(2) 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，管理櫃臺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。

2015 年全國自殺死亡率較 2014 年上升，表示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。建議各縣市針對自殺死亡人數較多或上升的重點項目，可根據中心擬訂之策略依照地方之實際情況進行應地置宜之防治工作措施，並持續進行推動，更應結合各部會整合資源並有效運作，以促進自殺防治之最大成效。

4. 提供資料分析報告

依據衛生福利部統計處 2016 年 5 月 19 日所提供之自殺死亡數據表格內容解讀，並於 2015 年度十大死因記者會提供衛生福利部「104 年自殺死亡數據分析」(詳見附件 2.1.3)

五、 附件

附件 2.1.1　全國自殺死亡資料統計
附件 2.1.2　全國自殺通報資料統計
附件 2.1.3　104 年自殺死亡數據分析

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、危險指標，擬定因應策略

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，也就是自殺未遂者。世界衛生組織(2000)示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺未遂發生;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，針對自殺未遂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。本章節藉由自殺未遂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

針對各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案進行分析，並加以針對其自殺通報死亡原因，以及相關危險指標進行分析與討論，並擬定因應策略，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) 2014 年自殺死亡檔
   (2) 2006 年至 2015 年自殺未遂通報檔
2) 資料分析
   (1) 以自殺未遂通報檔串聯自殺死亡檔，計算自殺未遂通報個案再自殺死亡率，並將自殺未遂個案以死亡於通報企圖日 7 天內和 7 天後及無死亡紀錄做分組。並以自殺死亡檔串聯自殺未遂通報檔，計算自殺死亡個案生前曾被通報之比例，而自殺死亡個案同樣以死亡於通報企圖日 7 天內和死亡於通報企圖日 7 天後及生前無任何通報紀錄做分組。
   (2) 以自殺未遂通報檔串聯自殺死亡檔，計算各年齡層自殺未遂通報個案再自殺死亡率。並以自殺死亡檔串聯自殺未遂通報檔，計算各年齡層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「資料科學

中心」、衛生福利部資訊處、東捷電腦。

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. 申請變更作業

1)8 月 5 日衛生福利統計處召開記者會公布 2015 年國人十大死因。

2)9 月 8 日衛生福利部統計處「資料科學中心可以開始申購死因統計檔。

3)9 月 21 日衛生福利部統計處「資料科學中心」來函繳費金額確認，並進行審核。另由於 10 月份預約分析已額滿，恐難以預約候補成功，故統計處建議將資料分析地點變更至中研院分中心。

4)9 月 23 日衛生福利部統計處「資料科學中心」來函表示變更作業地點於中研院成功，開始將資料從統計處移轉至分中心虛擬桌面系統上。

5)9 月 29 日衛生福利部統計處「資料科學中心」來函審核通過，始通過變更案申請，並寄送繳費通知。

6)10 月 20 日衛生福利部統計處「資料科學中心」來函資料轉移至分中心虛擬桌面系統完成，10 月 21 日可以開始預約。

7)10 月 24 日死因統計檔才能開始進行分析及串聯。

2. 資料分析：10 月至 12 月

1)10 月 24、25 日進行資料分析，並進行分析結果攜出申請。

2)11 月 22 日回統計處重新進行資料分析，並攜出資料。

3. 資料攜出申請：11 月至 12 月

1)11 月 4 日統計處來電因細格仍可以回推故無法攜出資料。

2)11 月 7 日與統計處洽商後，可將資料直接傳給心口司，再由心口司回傳中心。

3)11 月 8 日重新進行資料攜出作業

4)11 月 18 日致電衛生福利部統計處「資料科學中心」查詢攜出資料是否已審核完畢，統計處回覆因硬碟損壞，故攜出資料無法查詢，且分中心要等待至 11 月 30 日後才能使用，並建議暫時回統計處進行資料分析。

5)截至 12 月 7 日底，統計處尚未審核完畢。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

因統計處硬碟損毀，且審查時間冗長，故尚未取得資料，待統計處送

出審核結果，將隨即另行補上。

1)研擬之策略與建議

針對各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡者分析結果，發現各年齡層性別為男性；居住地於農業為主的縣市；自殺原因為生理疾病；自殺身亡者的自殺方式以固體或液體物質、以家用瓦斯及其他氣體或蒸氣等值得特別注意。針對這些危險因子擬訂之策略如下：

(1) 針對自殺方式為使用以家用瓦斯及其他氣體或蒸氣

可執行非開架方式販售木炭之策略，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。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。請各店家配合宣導單張之張貼。

但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。

(2) 針對自殺方式為使用固體或液體物質

可以提供自殺未遂者或死亡者家屬後續關懷輔導服務，並強化緊急醫療救護，加強急診對於常見農藥中毒之處理及急救。

另外也可針對自殺風險高危險群（例如：高齡者、久病者、生活困頓之者…），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。也可針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員及村里長，辦理「自殺防治守門人」訓練課程，以提升對自殺危險因子的敏感度，發揮一問二應三轉介之技巧，成為守門人。並提供「珍愛生命數位學習網」，便於網路線上學習自殺防治相關知識。

同時限制致命性工具之取得乃是最有效之自殺防治策略，但在相關措施尚未擬定前，各單位亦可參照下列建議推動農藥自殺防治。此外，各部會間亦需互相合作及配合，共同針對誤食農藥或使用農藥自殺之防治努力，以減少因為農藥自殺而造成之醫療成本。

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，非為核淮登記之使用方法或範圍者，不得販賣。並以專櫥加鎖貯存於安全地點。
d. 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)。

建議將「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。宣導資訊包含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；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；或是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；並且透過農會及農藥販售通路，關懷社區大眾，並推廣簡式健康量表(心情溫度計)，促進民眾進行自我心理健康管理，甚至可透過農會、四健會系統，關懷探視區內孤獨老農民。

(3) 自殺原因為生理疾病

生理疾病是重要危險因子之一，身體不便與不適會同時妨礙到自主性，以至於心情低落鬱悶等情緒的問題。

生理疾病不但容易出現憂鬱症狀，也與老年自殺有較高的相關性。慢性疾病如肺部疾患、失能性疾患等等，同時引起憂鬱與後續自殺行為的比率也不低。生理疾病所引起的疼痛、難過或不舒服，以及疾病引起的失能等，均可能是造成自殺未遂與死亡的最重要因素。

好比就老人而言，老年失智症早期的病徵並非是顯而易見的，一般常見的早期特徵有：記憶力漸失、喪失定向感、判斷力降低、語言表達困難、情緒或人格改變、認知及日常功能逐漸退化、疑心病等。事實上發現老人行為有所改變或異常時，不宜輕忽，可能是失智或腦功能退化之相關疾病的影響，不要以為老人就是這樣，而忽略就醫的重要。

家人除關心個案之生理疾病外，也應注意到他的情緒問題，也許他們不易表達其情緒困擾，可藉由細心觀察，察覺其憂鬱傾向，發現其情緒不定，即應早日陪伴就醫，也許就可避免憾事發生。若出現情緒困擾，親屬無法時時照顧，也千萬記得轉介的重要性，轉介專業醫療資源並尋

求鄰居及里長之照護與協助。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

(4) 自殺者性別為男性

可以全面性的加強推廣「男性關懷專線」、「老朋友專線」，或是仿照澳洲之 MensLine，設置專為男性服務之安心專線，以利男性使用。強化現有安心專線對於男性求助者服務之知識技能。同時著手降低自殺工具之可近性，如安眠藥、木炭及農藥(農業縣市)乃最常使用之自殺工具之一，較常接觸這些工具之相關部會，因擬定策略以管制工具之取得，而針對跳樓自殺方式之上升，顯示針對都會區之高樓大廈防治相形重要。

除此之外，可以針對自殺高風族群做特定的辨識，例如強化醫療院所之自殺防治，尤其久病不癒、長期慢性疾病等男性患者；落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺未遂、精神疾病、經濟困窘等男性，並協助其找尋適當資源。加強男性(含家庭暴力或性侵害之加害者)自殺防治救援服務，並加強對失婚者、失業者和家庭生活陷入困境者提供急難救助協助；同時可針對自殺者之親友亦為自殺之高危險群，建議應針對自殺死亡個案之親友提供關懷服務。

此外，也可推廣企業職場之自殺防治。根據自殺通報系統資料顯示中壯年人口(25-64 歲)之自殺通報人次也為最多數，而此族群亦為主要就業人口，故建議針對企業職場之自殺防治，可加強文宣及教育推廣；將壓力管理及情緒調適納入在職教育訓練課程;配合定期「勞工健康檢查」，增加「BSRS-5」的測量；與醫療專業人員(精神科醫師、心理師)合作，提供清楚明確的管道，讓有心理困擾的員工可以前往尋求協助；當企業發現有嚴重憂鬱或自殺傾向之員工，可轉介至醫療單位。公司甚至可建立自殺與企圖自殺的危機處理小組、善後與安置的標準作業流程。

有關守門人(1 問 2 應 3 轉介)訓練及心情溫度計之使用也應多加推廣，好比有接觸到男性為主之相關網絡(如勞動部之勞工就業輔導等)應強化其守門人訓練，以期早期辨識及轉介，以利發現高風險個案，儘快協助求助或就醫。

在整體政策面而言，衛生福利部可透過跨部會或跨局處委員會之方式，加強各網絡間之連結、溝通與合作，一同強化及落實自殺防治策略，達到「自殺防治，人人有責，網網相連，繼往開來」之目標。

兒少自殺死因研究

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

依據 105 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書項目中辦理自殺防治之實證研究：兒少自殺死因研究**「由自殺通報資料庫串聯自殺死亡資料庫，進行 18 歲以下兒少近 10 年(2004 年至 2014 年)自殺死因研究報告，並提供防治策略 1 份。」**。

綜觀全球，目前兒少族群中，15 歲以下的自殺行為並不常見。雖然有些兒少在 14 歲時已有自殺行為，且多發生在兒少早期，但是 12 歲以下的自殺仍不常見。儘管如此，有些國家提出警訊，不管是 15 歲以下的族群，或是 15-19 歲的族群，自殺行為的發生同樣在逐漸增加當中。

釐清自殺之相關危險因子，是自殺防治的必要步驟。在自殺死亡率方面，男孩比女孩更容易自殺身亡，其可能的理由是男孩比女孩更趨於使用暴力的方式來自殺，譬如說上吊、槍枝、或是爆炸物。雖然女孩比男孩更容易罹患憂鬱症，但是她們比較願意和人討論她們的難題，並且會尋求幫忙，也許這是她們避免採取更容易致命的自殺行為的原因。男孩通常比較衝動好鬥，也常在酒精或是非法藥物的影響下發生自殺行為，因此也帶來了致命性的後果。

但就自殺行為而言，女孩卻比男孩更常發生；而且，在過去十年間女孩選擇以暴力方式自殺的比率正逐漸增加。因此，兒少的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺加以防治的話，學校是最理想的場域。以學校為單位的最佳自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，包括整合老師、校醫、學校護士、心理諮商師、以及社工等人力資源。除了學校內的團隊密切合作之外，同時也必須與社區的團體有良好的交流互動。

2. 方案的目的與目標

本報告之主要目的在於串聯自殺通報資料庫與自殺死亡資料庫，以臺灣地區之兒童與青少年(以下簡稱兒少)為對象，分析兒少死因及其相關因子，並針對相關資料進行分析。

因衛生福利部自殺防治通報系統服務於 2006 年，故本次分析使用之資

料是針對近 9 年(2006 年至 2014 年)之自殺死因進行研究。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料期間

(1) 自殺死亡資料串聯自殺通報資料：2006 年至 2014 年。

(2) 自殺通報資料：2006 年至 2015 年。

2) 資料分析

(1) 人口社會學資料分析：使用自殺死亡檔計算出 2006-2014 年 0-14 歲、15-18 歲之自殺死亡人數、自殺粗死亡率以及死因占率，並且加以分析兩性歷年兩個年齡層之自殺死亡人數、自殺粗死亡率以及死因占率。以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算歷年兒少自殺死亡者有被通報及沒有被通報之人數與占率。

(2) 再自殺死亡率分析：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，以及自殺死亡個案生前曾被通報之比例。

(3) 檢測自殺防治通報系統之成效與指標：以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算訪視到本人與否之再自殺人數及再自殺死亡率，以及加以分析 BSRS-5 之高分群與低分群之再自殺人數及再自殺死亡率。

(4) 高危險性、致命性之自殺死因進階分析：針對自殺死亡率最高的自殺方法進行歷年群集分析，並結合媒體監測資料進行比較。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部心口司、衛生福利部統計處、衛生福利部資訊處、東捷資訊服務股份有限公司。

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. 資料分析預約：1 月份至 3 月份

1)1 月 15 日預約 2 月份分析時間，但承辦人員表示 2 月份預約全數已滿，需排候補，又因 2 月份上班天數較少不易排到候補，只能預約 3 月份。

2)3 月 15 日預約 4 月份分析時間，並將所有時數預約完成。

2. 資料分析：2 月份至 4 月份

1)3 月 3 日、3 月 7 日、3 月 17 日、3 月 24 日進行資料分析，並進行分析結果攜出申請。

2)4 月 14、4 月 21 日、4 月 28 日進行資料分析，進行分析結果攜出申請。

3. 資料攜出申請：3 月份至 4 月份

1)3 月 7 日詢問攜出資料相關細則，統計處表示 3 月 3 日所攜出之資料，因部分細格仍可以回推數量，故無法攜出資料，經溝通後表明去年亦有發生同樣的情況，由統計處將分析結果回傳給心口司，再由心口司轉交中心，請承辦人員詢問是否可比照辦理。

2)3 月 14 日統計處來電，資料會於當日下午轉交給心口司，中心於當日中午收到心口司回傳之資料。

3)3 月 17 日、3 月 24 日之資料，因資料細格均有小於 3 之欄位，故所有的分析資料均由統計處將分析結果回傳給心口司承辦人，再由心口司承辦人轉交給中心。

4)4 月 14 日、4 月 21 日以及 4 月 28 日之資料均仿照前月份模式，將資料細格中有小於 3 之欄位由統計處將分析結果回傳給心口司承辦人，再由心口司承辦人轉交給中心。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 自殺防治通報資料分析

2006 年至 2015 年間兒少自殺通報共 12,508 人次(占總通報 4.8%)，男性 3,862 人次、女性 8,646 人次；女性為男性的 2.2 倍、性別比 0.5。觀察歷年通報人次，呈現逐年上升趨勢，由 2006 年的 925 人次到 2015 年的 1,513 人次；但其中 2009 年及 2013 年則較上一年度減少。

兒少之通報比在 2006 年為 28.0，逐年上升至 2015 年為 63.0，但其中 2009 年及 2012 年則較前一年度下降。

分析歷年通報資料，兒少自殺個案最常使用之自殺方法為「割腕」(整體占率 37.2%)，其次為使用「安眠藥鎮靜劑」(整體占率 21.9%)，排序第三之自殺方法在不同年度，有不同之變化，在 2007 年為「其他部位之切穿工具」 (占率 16.4%)、2008 年至 2009 年為「其他藥物」(占率 11.3%及 12.5%)、2010 年至 2012 年為「以其他方式」(占率 10.3%-11.6%)、2013 年為「其他藥物」(占率 11.5%)、2014 年至 2015 年為「高處跳下」(占率 11.5%及 11.6%)。

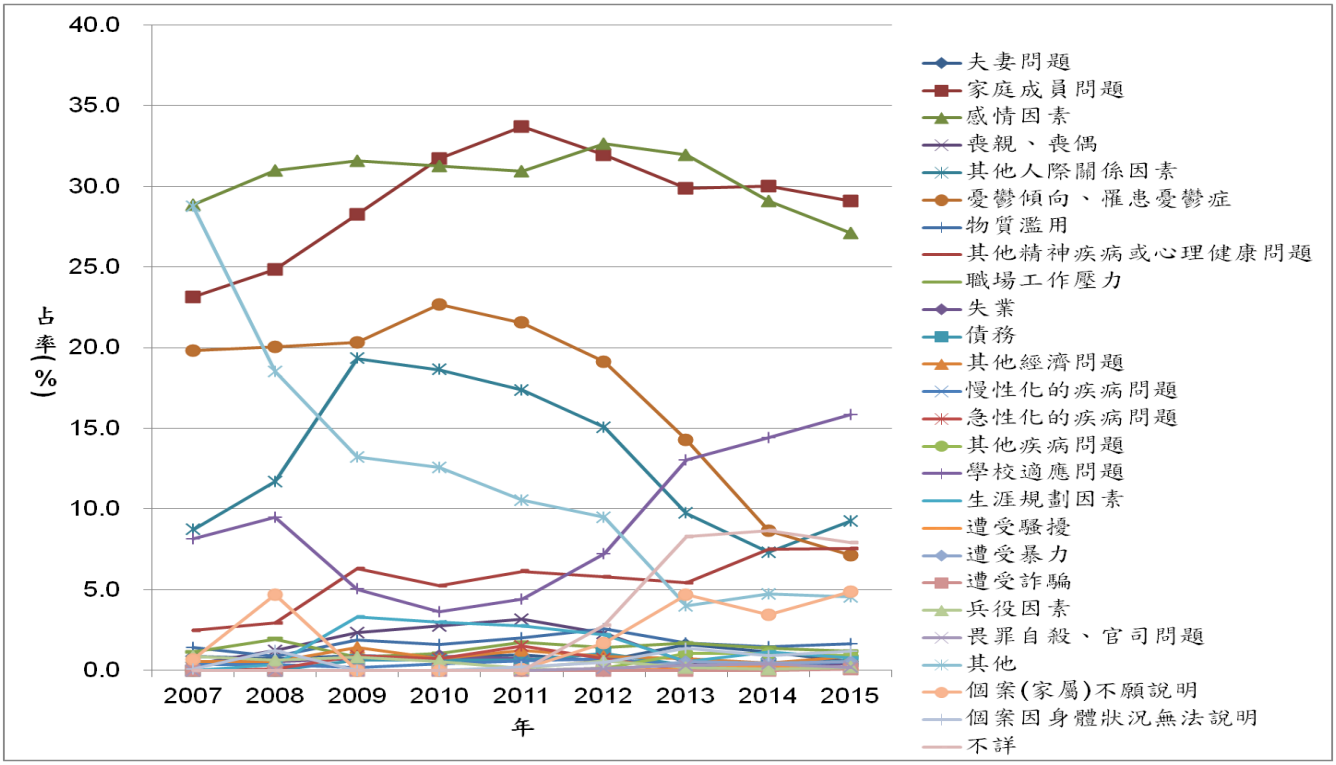


圖 3-1-1、歷年兒少自殺原因占率趨勢

歷年通報資料中，兒少自殺個案最常見之自殺原因(圖 3.1.1)為「感情因素」(歷年占率 30.4%)，其次為「家庭成員問題」(歷年占率 29.4%)，第三位為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(歷年占率 16.6%)；但其中 2014 及 2015 年之第三位自殺原因為「學校適應問題」(占率為 14.4%及 15.9%)。

分析自殺通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之歷年占率，(表 3.1.1)，由 2006 年的 18.1%上升至 2015 年的 25.0%。

表 3-1-1、歷年兒少通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之占率

年度	有在精神科就診或進行心理健康諮詢人次	通報人次	占率(%)
2006	167	925	18.1
2007	218	1,054	20.7
2008	244	1,127	21.7
2009	224	1,112	20.1
2010	273	1,239	22.0
2011	323	1,383	23.4
2012	294	1,400	21.0
2013	282	1,252	22.5
2014	368	1,503	24.5
2015	378	1,513	25.0

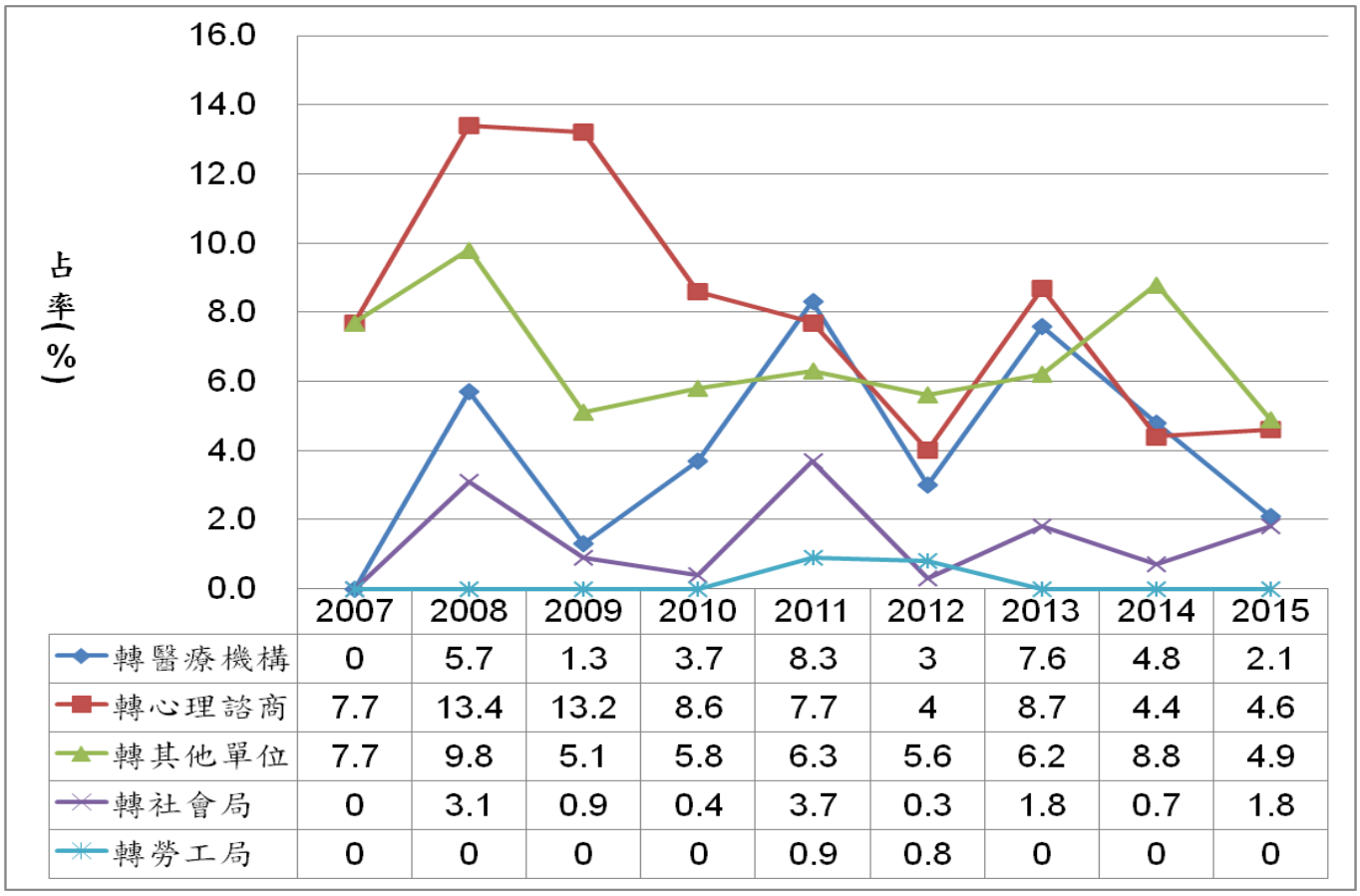
再自殺率之分析中，兒少自殺通報「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之個案(表 3.1.3)，不論任何年度或任何期間，其再自殺率皆高於兒少全體之再自殺率(表 3.1.2)。

表 3-1-2、歷年兒少自殺個案再自殺率

年度	自殺企圖人數	追踪期間	再自殺人數	再自殺率(%)
2006	864	30 天	24	2.8
		90 天	42	4.9
		180 天	55	6.4
		一年	75	8.7
2007	950	30 天	37	3.9
		90 天	57	6.0
		180 天	73	7.7
		一年	89	9.4
2008	1,019	30 天	33	3.2
		90 天	58	5.7
		180 天	75	7.4
		一年	91	8.9
2009	1,018	30 天	33	3.2
		90 天	59	5.8
		180 天	72	7.1
		一年	87	8.5
2010	1,122	30 天	43	3.8
		90 天	69	6.1
		180 天	94	8.4
		一年	117	10.4
2011	1,261	30 天	38	3.0
		90 天	59	4.7
		180 天	99	7.9
		一年	131	10.4
2012	1,256	30 天	47	3.7
		90 天	82	6.5
		180 天	107	8.5
		一年	144	11.5
2013	1,151	30 天	37	3.2
		90 天	59	5.1
		180 天	84	7.3
		一年	125	10.9
2014	1,366	30 天	43	3.1
		90 天	72	5.3
		180 天	108	7.9
		一年	141	10.3
2015	1,331	30 天	47	3.5
		90 天	100	7.5

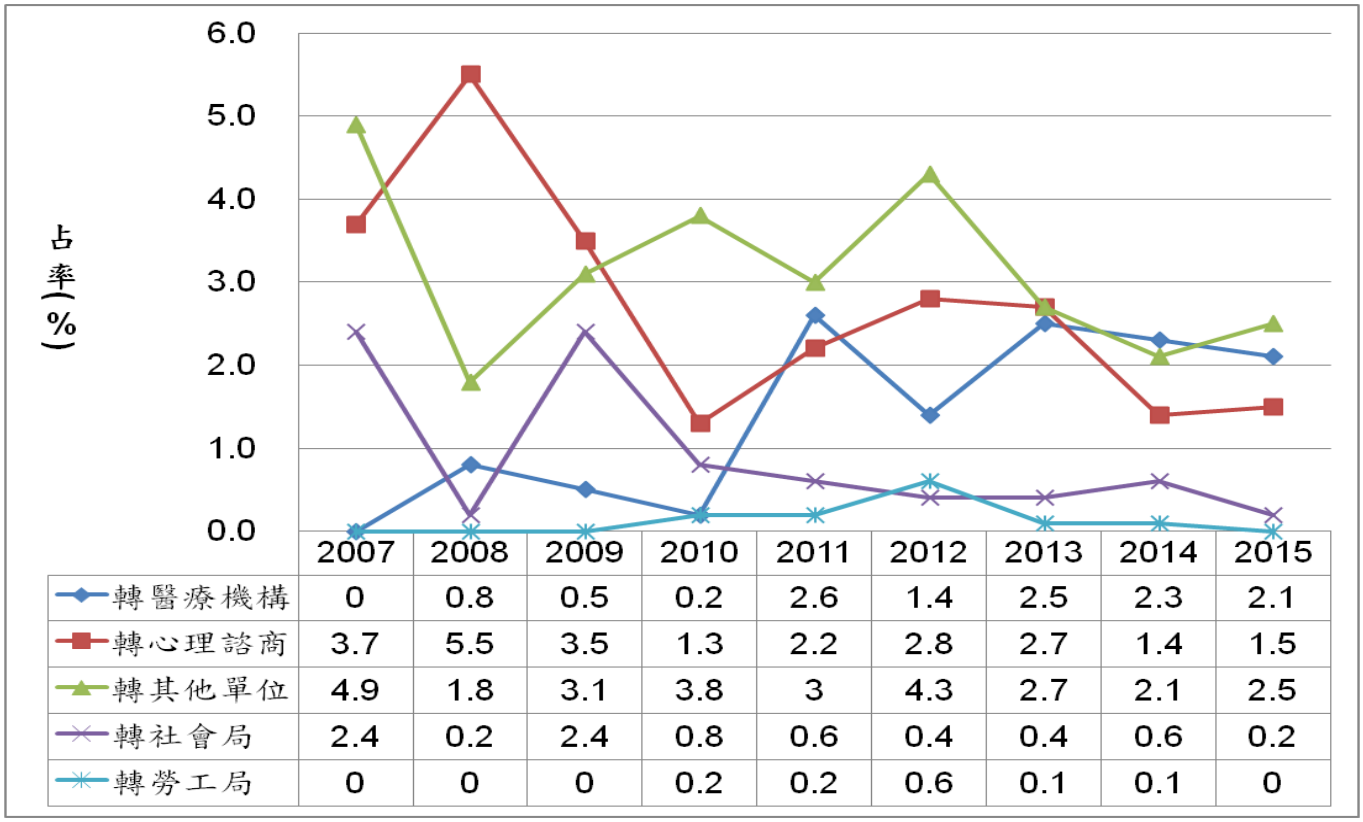
表 3-1-3、歷年兒少「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」個案再自殺率

年度	自殺企圖人數	追踪期間	再自殺人數	再自殺率(%)
2006	152	30 天	5	3.3
		90 天	9	5.9
		180 天	15	9.9
		一年	18	11.8
2007	174	30 天	14	8.0
		90 天	25	14.4
		180 天	29	16.7
		一年	31	17.8
2008	197	30 天	13	6.6
		90 天	23	11.7
		180 天	29	14.7
		一年	37	18.8
2009	192	30 天	11	5.7
		90 天	22	11.5
		180 天	27	14.1
		一年	31	16.1
2010	227	30 天	17	7.5
		90 天	25	11.0
		180 天	33	14.5
		一年	35	15.4
2011	279	30 天	14	5.0
		90 天	24	8.6
		180 天	37	13.3
		一年	49	17.6
2012	246	30 天	16	6.5
		90 天	26	10.6
		180 天	34	13.8
		一年	46	18.7
2013	241	30 天	13	5.4
		90 天	22	9.1
		180 天	32	13.3
		一年	45	18.7
2014	317	30 天	19	6.0
		90 天	26	8.2
		180 天	31	9.8
		一年	35	11.0
2015	307	30 天	19	6.2
		90 天	42	13.7



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
轉醫療機構	0	5.7	1.3	3.7	8.3	3	7.6	4.8	2.1
轉心理諮商	7.7	13.4	13.2	8.6	7.7	4	8.7	4.4	4.6
轉其他單位	7.7	9.8	5.1	5.8	6.3	5.6	6.2	8.8	4.9
轉社會局	0	3.1	0.9	0.4	3.7	0.3	1.8	0.7	1.8
轉勞工局	0	0	0	0	0.9	0.8	0	0	0

圖 3-1-2、歷年兒少自殺個案 BSRS-5 分數≥6 分之轉介各單位占率



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
轉醫療機構	0	0.8	0.5	0.2	2.6	1.4	2.5	2.3	2.1
轉心理諮商	3.7	5.5	3.5	1.3	2.2	2.8	2.7	1.4	1.5
轉其他單位	4.9	1.8	3.1	3.8	3	4.3	2.7	2.1	2.5
轉社會局	2.4	0.2	2.4	0.8	0.6	0.4	0.4	0.6	0.2
轉勞工局	0	0	0	0.2	0.2	0.6	0.1	0.1	0

圖 3-1-3、歷年兒少自殺個案 BSRS-5 分數≤5 分之轉介各單位占率

分析 BSRS-5 分數與轉介，在分數大於等於 6 分的兒少個案中，轉介機構除了以其他單位為最多，其次以心理諮商輔導占最高比例，而醫療機構除 2011 年占最高比率外其餘年度皆占第二位(如圖 3.1.2)，BSRS-5 分數小於等於 5 分的兒少個案中，轉介機構除了其他單位外仍然以心理諮商輔導占最高，在第二位方面在 2010 年之前為社會局，2011 年開始為醫療機構，而同樣在 2011 年，醫療機構超過心理諮商輔導排名第一(如圖 3.1.3)。

分析特殊身份註記與再自殺率，兒少自殺個案再自殺率在扣除特殊註記個案後皆為下降，表示兒少個案如有特殊註記時再自殺率會高於無特殊註記個案。再針對兒少個案較常出現的特殊身份註記類別分析(精神列管、家暴被害人、兒少被害人)，2014 年再自殺率皆高於全體兒少之再自殺率，而 2015 年除了兒少被害人 30 天再自殺率略低於全體再自殺率外，精神列管、家暴被害人的再自殺率及兒少被害人之 90 天、180 天再自殺率都高於兒少全體之再自殺率(如表 3.1.4)。

表 3-1-4、兒少有無特殊身份註記再自殺人數與再自殺率

年度	追踪期間	精神列管		家暴被害人		兒少被害人		有特殊身份註記		無特殊身份註記	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2014	30 天	6	11.5	2	5.7	4	7.5	11	7.5	32	2.6
	90 天	12	23.1	4	11.4	10	18.9	25	17.1	47	3.9
	180 天	14	26.9	5	14.3	14	26.4	33	22.6	75	6.1
	一年	14	26.9	8	22.9	15	28.3	38	26	103	8.4
2015	30 天	4	11.1	9	6.4	9	6.4	27	4.1	20	3
	90 天	9	25	19	13.5	48	8.7	63	9.5	37	5.5

分析常見自殺原因(家庭成員問題、感情因素、學校適應問題及憂鬱傾向、罹患憂鬱症)分別觀察 30 天、90 天及 180 天再自殺率。

再自殺率最高的兒少自殺原因為憂鬱傾向、罹患憂鬱症，在 2006 年外各年度皆為所有自殺原因中再自殺率最高的原因，在 180 天再自殺率中常有超過 10%的再自殺率，因此憂鬱傾向、罹患憂鬱症在兒少自殺個案中是需要特別注意的項目；而其他原因在各年度不同天數再自殺率則是互有高低，其中家庭成員問題自 2013 年後再自殺率皆維持在較低的數值，而學校適應問題及感情因素則持續上升，在 2015 年再自殺率較高的自殺原因除了憂鬱傾向、罹患憂鬱症外為學校適應問題和感情因素。(如表 3.1.5)

表 3-1-5、自殺原因與再自殺率

年度	追踪期間	家庭成員問題 (%)	感情因素 (%)	學校適應問題 (%)	憂鬱傾向憂鬱症 (%)	兒少全體 (%)
2006	30 天	0.6	4.6	0	2.2	2.8
	90 天	1.1	5.9	0	5.2	4.9
	180 天	2.8	7.6	0	7.5	6.4
2007	30 天	1.3	1.7	1.2	5.1	3.9
	90 天	2.2	3.4	1.2	8.5	6
	180 天	2.2	4.1	1.2	10.7	7.7
2008	30 天	0.7	1.8	4	7	3.2
	90 天	2.2	2.7	5.1	10.8	5.7
	180 天	2.6	4.2	7.1	14.1	7.4
2009	30 天	3	1.5	0	4.1	3.2
	90 天	4	3.2	0	9.1	5.8
	180 天	4.4	4.4	0	12.7	7.1
2010	30 天	1.6	1.6	0	5.4	3.8
	90 天	3.5	2.7	0	9.9	6.1
	180 天	4.6	3.5	0	12.4	8.4
2011	30 天	1.1	1.7	1.7	3.3	3
	90 天	2.5	2.9	1.7	5.9	4.7
	180 天	4.3	4.1	3.3	11.5	7.9
2012	30 天	2.4	2.6	2	5.4	3.7
	90 天	3.8	5.7	3.1	9.8	6.5
	180 天	5.5	6.9	4.1	12.9	8.5
2013	30 天	0.8	1.3	1.2	5.6	3.2
	90 天	1.1	3.1	2.5	8.1	5.1
	180 天	2.8	4.4	2.5	10.6	7.3
2014	30 天	0.7	1.7	1	4.5	3.1
	90 天	1.3	3.1	1.9	8.9	5.3
	180 天	2.5	3.9	3.3	10.7	7.9
2015	30 天	0.7	2.3	3.6	3.1	3.5
	90 天	2.1	4.9	5.9	6.1	7.5
	180 天	2.8	7.4	7.1	8.3	10

2) 自殺死亡串聯自殺通報分析

以 2006 年至 2014 年之自殺企圖通報資料串聯自殺死亡檔，分析兒少族群自殺死亡原因及危險指標。2006 年至 2014 年，兒少自殺通報共 10,995 人次，其中 0-14 歲有 2,185 人次，15-18 歲有 8,810 人次。為確認自殺防治通報系統對兒少自殺防治的可預防性，以下分析使用串聯完成之資料進行分析。

針對自殺死亡之兒少個案，藉由分析其在自殺死亡前被通報的情形，進而了解在其自殺死亡前能夠或無法由通報防治系統接觸並且提供協助的比例有多少。根據分析之結果，兒少族群於自殺死亡前有被通報的比率近九年約六至八成不等(62.5%-81.8%)，未被通報的比率約一至四成不等(14.3%-37.9%)。(如表 3.1.6)

表 3-1-6、歷年兒少自殺通報、自殺死亡通報分析

年度	自殺通報人次	自殺死亡數	自殺死亡前未通報	死亡前通報比率(%)	死亡前未通報比率(%)
2006	925	33	6	81.8	18.2
2007	1,054	37	8	78.4	21.6
2008	1,127	34	9	73.5	26.5
2009	1,112	45	16	64.4	35.6
2010	1,239	35	13	62.9	37.1
2011	1,383	33	6	81.8	18.2
2012	1,400	42	6	75.7	14.3
2013	1,252	29	11	62.1	37.9
2014	1,503	24	9	62.5	37.5

針對被通報的兒少自殺死亡個案，分析在該次自殺前，是否曾被通報過(重複自殺者)，了解在其自殺身亡前，是否曾有機會提供關懷或協助。由統計結果可知，直至 2014 年，兒少自殺死亡前不曾被通報的比率(表示在其自殺身亡前，沒有機會提供關懷或協助)從五成逐漸提升到約有九成的占率；先前曾被通報(曾有機會提供關懷或協助)的比率則從五成逐年下降至一成左右。結果顯示自殺死亡前不曾被通報的新個案數增加，而曾被通報過(視為重複自殺之個案)的兒少族群自殺死亡數下降。由此可知，我們應能藉由自殺防治通報系統的觸及或是藉由各地衛生局所提供之關懷訪視服務，有效的降低重複自殺的兒少族群自殺死亡率。(如表 3.1.7、圖 3.1.4)

表 3-1-7、不含當次，之前曾被通報與不曾被通報之歷年兒少自殺死亡人數、比率

年度	不曾被通報[註1]		曾被通報[註2]		自殺死亡人數
	n	%	n	%	
2006	16	48.5	17	51.5	33
2007	24	64.9	13	35.1	37
2008	26	76.5	8	23.5	34
2009	39	86.7	6	13.3	45
2010	27	77.1	8	22.9	35
2011	25	75.8	8	24.2	33
2012	35	83.3	7	16.7	42
2013	25	86.2	4	13.8	29
2014	22	91.7	2	8.3	24

註1 自殺死亡前不曾被通報：
自殺死亡日期與自殺企圖日同日，並且死因一致／自殺死亡日期超過自殺企圖日期 4 天以內，並且死因一致／自殺死亡前未曾被通報過／遺漏值

註2 自殺死亡前曾被通報：
自殺死亡日期大於自殺企圖日 5 天以上，並且死因一致／自殺死亡日其與企圖日同一日，但死因不一致／自殺死亡日大於自殺企圖日，且死因不一致

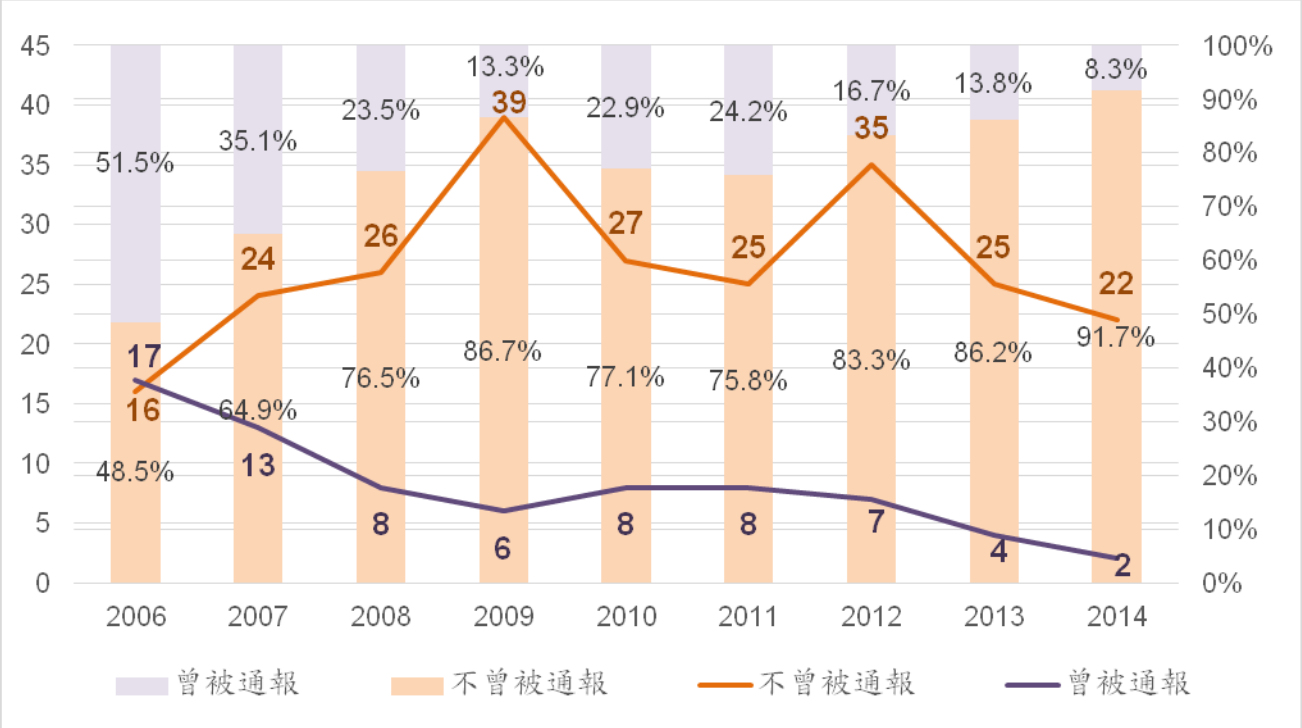


圖 3-1-4、歷年曾/不曾被通報之兒少自殺死亡人數與比率

以 2006 年至 2014 年之自殺企圖通報資料檔串聯訪視檔，分析兒少族群通報後一週內的訪視情況，兒少歷年通報人數與一週內的訪視率(如表

3.1.8)。由統計結果可知，歷年通報人次自 2006 年的 932 人次，逐年上升至 2014 年的 1,506 人次，通報人次逐年遞增。隨著通報人次上升，一週內訪視率也逐年提升，從 2006 年的 36.5%起，至 2010 年已有八成，並於 2011 年後提高至九成左右。與之對應的，一周內的未訪率自 2006 年的 63.5%起，開始逐年下降，近幾年一周內的未訪率已降 10%左右。

表 3-1-8、兒少族群歷年通報人次以及一周內之訪視率

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
通報人次	925	1,054	1,127	1,112	1,239	1,383	1,400	1,252	1,503
一週內訪視率(%)	36.5	56.1	64.7	74.0	79.4	88.2	92.4	89.5	90.8
一周內未訪視率(%)	63.5	43.9	35.3	26.0	20.6	11.8	7.6	10.5	9.2

針對一週內有訪視的通報個案，依訪視對象不同，將訪視類型分為：訪視本人、訪視非本人(包含家人、朋友、鄰居等)、訪視未遇/拒訪等三種類型，歷年各種訪視類型比例(如圖 3.1.5)。訪視到本人，由 2006 年的 0.1%，逐年提升至 2010 年的 25.8%，爾後數年均維持在 20-25%之間；訪視到非本人的部分，由 2006 年的 24.5%逐年提升至 2009 年的 42.1%，2010 年雖有略為下降(39.1%)，但其後又逐年遞增，近三年更都有達到 50%以上。在訪視未遇/拒訪的部分，自 2009 年起均維持在 12-18%之間。這樣的結果顯示，臺灣目前針對兒少族群自殺通報處理，具備良好的後續追蹤與處遇機制。

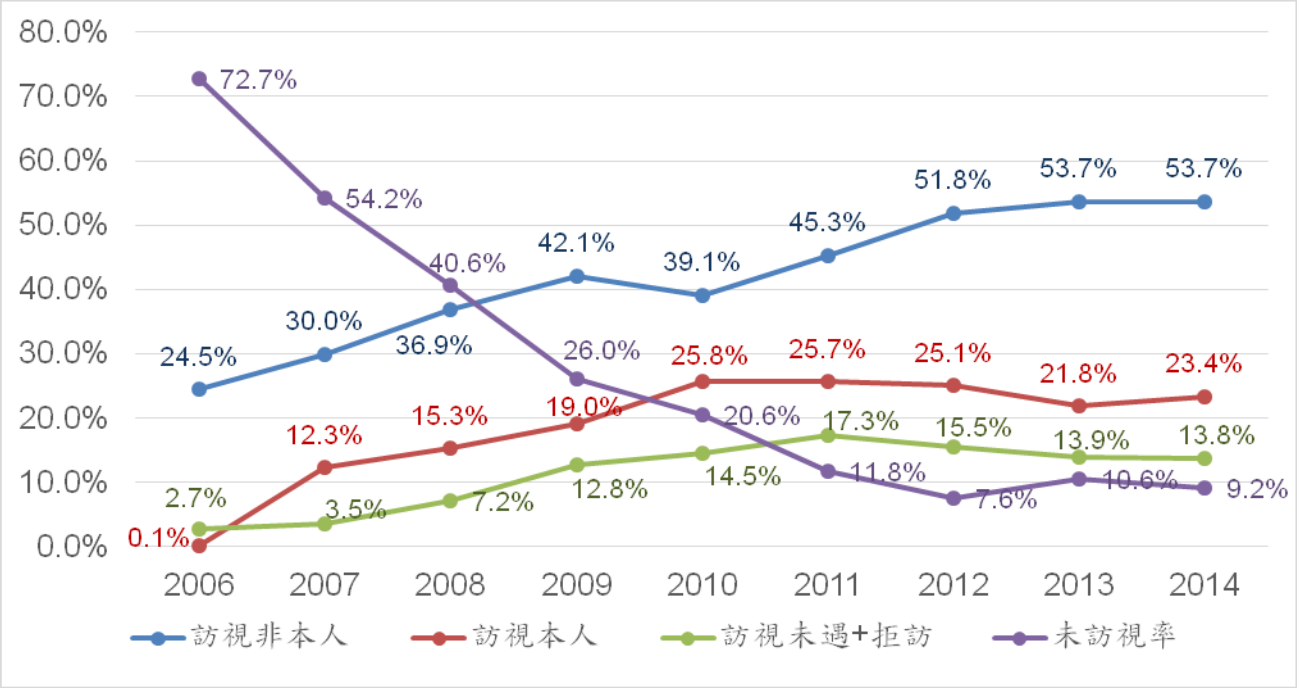


圖 3-1-5、歷年一周內有訪視，各種訪視類型之百分比

進一步的依照通報服務結果(訪視)進行分析，針對訪視本人或非本人進行比較，了解訪視本人與非本人在再自殺行為上的差異。在訪視到本人的部分，整體兒少的自殺通報個案中，約有八成以上(82.8-94.5%)的個案為首次通報，並有一至二成(5.5%-17.2%，7-59 案)為重複自殺通報，近三年兒少所有的通報筆數中，皆約有 16%的個案為非首次通報個案。

加以細分 0-14 歲與 15-18 歲兩個年齡層，結果發現在 0-14 歲的通報個案中，每年約有九成左右(84.0%-92.5%)為首次通報，並有一成左右(7.5%-16.0%，2-6 案)為重複自殺通報；在 15-18 歲的通報個案中，每年約有八成以上(82.3%-95.5%)的個案為首次通報，並有一至二成(4.5%-17.7%，5-54 案)為重複自殺通報，近三年皆約有 17%左右的個案為非首次通報個案。(如表 3.1.9)

表 3-1-9、歷年兒少通報與再自殺分析－訪視本人

	0-14 歲				15-18 歲				兒少			
年度	首次通報		非首次通報		首次通報		非首次通報		首次通報		非首次通報	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	0	-	0	-	1	1	0	-	1	1	0	0
2007	15	88.2	2	11.8	106	95.5	5	4.5	121	94.5	7	5.5
2008	16	88.9	2	11.1	141	91.0	14	9.00	157	90.8	16	9.2
2009	21	84.0	4	16.0	163	87.2	24	12.8	184	86.8	28	13.2
2010	49	92.5	4	7.5	239	89.5	28	10.5	288	90.0	32	10.0
2011	59	90.8	6	9.2	246	84.8	44	15.2	305	85.9	50	14.1
2012	40	88.9	5	11.1	252	82.6	53	17.4	292	83.4	58	16.6
2013	27	87.1	4	12.9	200	82.3	43	17.7	227	82.8	47	17.2
2014	42	89.4	5	10.6	251	82.3	54	17.7	293	83.2	59	16.8

訪視到非本人部分，整體兒少自殺通報個案中，約有八成以上的個案為首次通報，並有一成左右個案為重複自殺通報，近三年兒少所有的通報筆數中，皆約有 15%左右的個案為非首次通報個案。

再細分 0-14 歲與 15-18 歲兩個年齡層，發現在 0-14 歲的通報個案中，每年約有九成左右為首次通報，有一成左右的個案為重複自殺通報；在 15-18 歲的通報個案中，每年約有八成以上的個案為首次通報，並有一成左右的個案為重複自殺通報。(如表 3.1.10)

表 3-1-10、歷年兒少通報與再自殺分析－訪視非本人

年度	0-14 歲				15-18 歲				兒少			
	首次通報		非首次通報		首次通報		非首次通報		首次通報		非首次通報	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	38	95.0	2	5.0	185	98.4	3	1.6	223	97.8	5	2.2
2007	56	91.8	5	8.2	234	92.9	18	7.1	290	92.7	23	7.3
2008	89	93.7	6	6.3	289	89.8	33	10.2	378	90.6	39	9.4
2009	93	87.7	13	12.3	322	88.7	41	11.3	415	88.5	54	11.5
2010	104	92.0	9	8.0	318	85.5	54	14.5	422	87.0	63	13.0
2011	150	92.6	12	7.4	401	86.2	64	13.8	551	87.9	76	12.1
2012	145	92.4	12	7.6	473	83.6	93	16.4	618	85.5	105	14.5
2013	156	91.2	15	8.8	409	81.3	94	18.7	565	83.8	109	16.2
2014	210	90.5	22	9.5	473	82.1	103	17.9	683	84.5	125	15.5

接著,再更進一步的藉由歷年訪視資料(2006-2014 年)找出通報後一周內有訪視紀錄，訪視對象為本人者進行後續 BSRS-5 與再自殺行為間的分析。在 2006-2014 年通報後一周內有訪視紀錄，並且訪問到本人者共有 3,953 人，其中 0-14 歲有 700 人，15-18 歲的有 3,253 人。(如表 3.1.11)

BSRS-5 以 6 分為切分點，兒少大於等於 6 分者共有 1,026 人，其中 0-14 歲有 172 人，15-18 歲有 854 人；小於等於 5 分者共有 2,927 人，其中 0-14 歲有 528 人，15-18 歲有 2,399 人。就 0-14 歲而言，BSRS-5 小於等於 5 分每年的占率，分別介於 56.3-85.7%之間；大於等於 6 分每年的占率，分別介於 14.3~43.8%之間。就 15-18 而言，BSRS-5 小於等於 5 分每年的占率，分別介於 63.0-100%之間；大於等於 6 分每年的占率，分別介於 0-37%之間。

表 3-1-11、歷年兒少 BSRS-5 分數分布(訪視本人)

年度	BSRS-5 總分	0-14 歲		15-18 歲		總計
		n	%	n	%	n
2006	≤5	0	0	1	100.0	1
	≥6	0	0	0	0.0	0
2007	≤5	6	85.7	23	88.5	29
	≥6	1	14.3	3	11.5	4
2008	≤5	18	56.3	175	77.1	193
	≥6	14	43.8	52	22.9	66

表 3-1-11、歷年兒少 BSRS-5 分數分布(訪視本人)(續)

		0-14 歲		15-18 歲		總計
年度	BSRS-5 總分	n	%	n	%	n
2009	≤5	30	68.2	191	63.0	221
	≥6	14	31.8	112	37.0	126
2010	≤5	60	69.0	300	71.6	360
	≥6	27	31.0	119	28.4	146
2011	≤5	92	65.2	356	69.5	448
	≥6	49	34.8	156	30.5	205
2012	≤5	91	77.8	424	72.2	515
	≥6	26	22.2	163	27.8	189
2013	≤5	97	85.1	422	77.9	519
	≥6	17	14.9	120	22.1	137
2014	≤5	134	84.8	507	79.7	641
	≥6	24	15.2	129	20.3	153

了解兒少通報後一周內有訪視對象(訪視本人)之 BSRS-5 分數後，以下再更深入的針對 BSRS-5 與再自殺行為進行分析。將 BSRS-5 分為沒有 BSRS-5 分數、BSRS-5 小於等於 5 分以及 BSRS-5 大於等於 6 分等三種類型，進行再自殺行為以及再自殺死亡的分析，試圖找出在通報後一年內曾有過再自殺行為以及再自殺死亡的筆數。結果發現在通報後一周內有訪視並且訪問到本人，但沒有 BSRS-5 分數者自 2006 年至 2014 年一共有 461 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 62 筆(13.4%)，歷年之再自殺行為之比率分別介於 4.9%-28.6%(2-14 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 1 筆(0.2%)。(如表 3.1.12)

BSRS-5 分數小於等於 5 分者自 2006 年至 2014 年一共有 1,090 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 73 筆(6.7%)，歷年之再自殺行為之比率大略維持在一成以下(5.5%-8.8%，6-13 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 0 筆。BSRS-5 分數大於等於 6 分者自 2006 年至 2014 年一共有 614 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 93 筆(15.1%)，歷年之再自殺行為之比率大略維持在一成到兩成之間(8.6%-20.9%，5-23 案)之間，通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 1 筆。

表 3-1-12、歷年兒少一週內訪視之 BSRS-5 與再自殺行為分析

年度	沒有 BSRS-5 筆數	沒有 BSRS-5 一年內有再自殺行為		沒有 BSRS-5 一年內再自殺死亡		BSRS-5≤5 筆數	BSRS-5≤5 一年內有再自殺行為		BSRS-5≤5 一年內再自殺死亡		BSRS-5≥6 筆數	BSRS-5≥6 一年內有再自殺行為		BSRS-5≥6 一年內再自殺死亡		BSRS-5 測量率	總計
	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%	%	n
2006	1	0	0.0	0	0.0	0	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0	1
2007	121	7	5.8	0	0.0	6	0	0.0	0	0.0	1	0	0.0	0	0.0	5.5	128
2008	41	2	4.9	0	0.0	91	8	8.8	0	0.0	41	5	12.2	0	0.0	76.3	173
2009	21	6	28.6	0	0.0	110	6	5.5	0	0.0	81	13	16.0	0	0.0	90.1	212
2010	42	5	11.9	0	0.0	185	11	5.9	0	0.0	93	8	8.6	1	1.1	86.9	320
2011	62	9	14.5	1	1.6	173	12	6.9	0	0.0	120	16	13.3	0	0.0	82.5	355
2012	58	12	20.7	0	0.0	182	12	6.6	0	0.0	110	23	20.9	0	0.0	83.4	350
2013	46	7	15.2	0	0.0	153	13	8.5	0	0.0	75	11	14.7	0	0.0	83.2	274
2014	69	14	20.3	0	0.0	190	11	5.8	0	0.0	93	17	18.3	0	0.0	80.4	352
總計	461	62	13.4	1	0.2	1090	73	6.7	0	0.0	614	93	15.1	1	0.2	78.7	2165

加以分析 0-14 歲以及 15-18 歲兩個年齡層。對 0-14 歲族群而言，在通報後一周內有訪視並且訪問到本人，但沒有 BSRS-5 分數者自 2006 年至 2014 年一共有 50 筆，BSRS-5 測量率為 83.4%，自 2008 至 2014 年為止 BSRS-5 測量率皆在 80%-90%之間，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 7 筆(11.5%)，歷年之再自殺行為之比率分別介於 0%-33.3%(0-2 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 0 筆。(如表 3.1.13)

BSRS-5 分數小於等於 5 分者自 2006 年至 2014 年一共有 157 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 7 筆(4.6%)，歷年之再自殺行為之比率介於 0%-10.0%(0-2 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 0 筆。BSRS-5 分數大於等於 6 分者自 2006 年至 2014 年一共有 94 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 16 筆(16.1%)，歷年之再自殺行為之比率大部分的年度均介於一成到兩成之間(0%-37.5%，0-4 案)之間，通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 0 筆。

表 3-1-13、歷年 0-14 歲兒少一週內訪視之 BSRS-5 與再自殺行為分析

年度	沒有 BSRS-5 筆數	沒有 BSRS-5 一年內有再自殺行為		沒有 BSRS-5 一年內再自殺死亡		BSRS-5≤5 筆數	BSRS-5≤5 一年內有再自殺行為		BSRS-5≤5 一年內再自殺死亡		BSRS-5≥6 筆數	BSRS-5≥6 一年內有再自殺行為		BSRS-5≥6 一年內再自殺死亡		BSRS-5 測量率	總計
	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%	%	n
2006	0	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0	0	-	0	-	-	0
2007	13	2	15.4	0	0.0	3	0	0.0	0	0.0	1	0	0.0	0	0.0	23.5	17
2008	2	0	0.0	0	0.0	10	1	10.0	0	0.0	6	1	16.7	0	0.0	88.9	18
2009	4	0	0.0	0	0.0	13	1	7.7	0	0.0	8	3	37.5	0	0.0	84	25
2010	5	1	20.0	0	0.0	30	1	3.3	0	0.0	18	2	11.1	0	0.0	90.6	53
2011	9	1	11.1	0	0.0	32	1	3.1	0	0.0	24	4	16.7	0	0.0	86.2	65
2012	6	2	33.3	0	0.0	23	0	0.0	0	0.0	16	3	18.8	0	0.0	86.7	45
2013	3	0	0.0	0	0.0	19	1	5.3	0	0.0	9	1	11.1	0	0.0	90.3	31
2014	8	1	12.5	0	0.0	27	2	7.4	0	0.0	12	2	16.7	0	0.0	83	47
總計	50	7	11.5	0	0.0	157	7	4.6	0	0.0	94	16	16.1	0	0.0	83.4	301

對 15-18 歲的兒少而言，在通報後一周內有訪視並且訪問到本人，但沒有 BSRS-5 分數者自 2006 年至 2014 年一共有 411 筆，BSRS-5 測量率為 78%，自 2009 至 2014 年為止 BSRS-5 測量率皆在 80%-90%之間，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 55 筆(16.0%)，歷年之再自殺行為之比率分別介於 4.6%-35.3%(0-13 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 1 筆。(如表 3.1.14)

BSRS-5 分數小於等於 5 分者自 2006 年至 2014 年一共有 933 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 66 筆(6.3%)，歷年之再自殺行為之比率介於 0%-9.0%(0-12 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 0 筆。BSRS-5 分數大於等於 6 分者自 2006 年至 2014 年一共有 520 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 77 筆(14.4%)，歷年之再自殺行為之比率大部分的年度均介於在一成到兩成之間(0%-21.3%，0-20 案)之間，通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 1 筆。

表 3-1-14、歷年 15-18 歲兒少一週內訪視之 BSRS-5 與再自殺行為分析

年度	沒有 BSRS-5 筆數	沒有 BSRS-5 一年內有再自殺行為		沒有 BSRS-5 一年內再自殺死亡		BSRS-5≤5 筆數	BSRS-5≤5 一年內有再自殺行為		BSRS-5≤5 一年內再自殺死亡		BSRS-5≥6 筆數	BSRS-5≥6 一年內有再自殺行為		BSRS-5≥6 一年內再自殺死亡		BSRS-5 測量率	總計
	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%	%	n
2006	1	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0	1
2007	108	5	4.6	0	0.0	3	0	0.0	0	0.0	0	0	-	0	-	2.7	111
2008	39	2	5.1	0	0.0	81	7	8.6	0	0.0	35	4	11.4	0	0.0	74.8	155
2009	17	6	35.3	0	0.0	97	5	5.2	0	0.0	73	10	13.7	0	0.0	90.9	187
2010	37	4	10.8	0	0.0	155	10	6.5	0	0.0	75	6	8.0	1	1.3	86.1	267
2011	53	8	15.1	1	1.9	141	11	7.8	0	0.0	96	12	12.5	0	0.0	81.7	290
2012	52	10	19.2	0	0.0	159	12	7.5	0	0.0	94	20	21.3	0	0.0	83	305
2013	43	7	16.3	0	0.0	134	12	9.0	0	0.0	66	10	15.2	0	0.0	82.3	243
2014	61	13	21.3	0	0.0	163	9	5.5	0	0.0	81	15	18.5	0	0.0	80	305
總計	411	55	16.0	1	0.2	933	66	6.3	0	0.0	520	77	14.4	1	0.2	78	1864

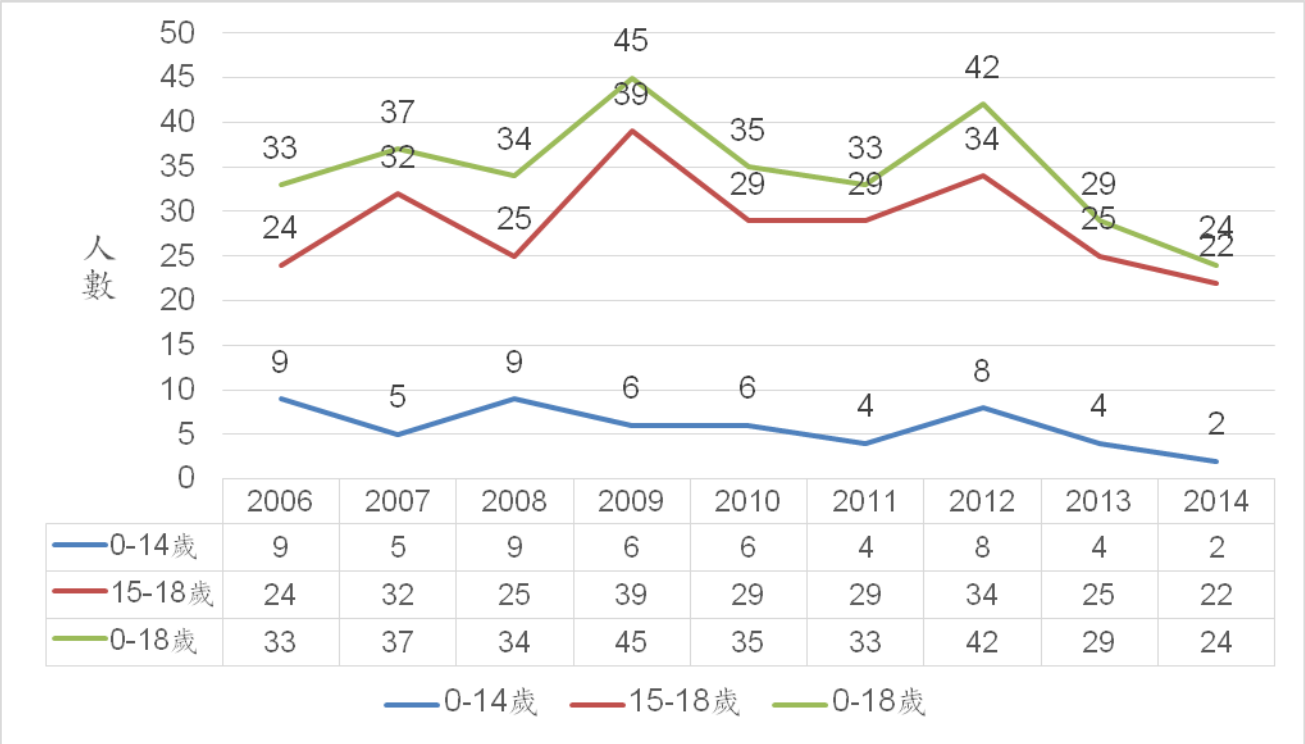
綜合上述三個兒少一週內訪視(訪視本人)之 BSRS-5 與再自殺行為分析，結果可知 BSRS-5 大於等於 6 分的這群，無論是在哪個年齡層(0-14 歲、15-18 歲)，其一年內再自殺死亡行為比率均高於 BSRS-5 小於等於 5 分者。而未確實使用 BSRS-5 的再自殺率的一年內再自殺率也較高。由此可知，BSRS-5 分數的高低以及有無確實使用 BSRS-5 量表均能夠有效的預測及區分自殺行為者之再自殺死亡行為。

3) 自殺死亡資料分析

2006 年至 2014 年，兒少自殺死亡人數共 312 人，其中 0-14 歲有 53 人，15-18 歲有 259 人。以整體兒少的歷年自殺死亡人數來看，整體的趨勢呈現兩個高峰的曲線，自 2006 年起直到 2008 年略有增減(約在 33 到 37 人間)，2009 年為第一個高點(45 人)，而後逐年下降至 2011 年(33 人)，2012 年又攀升至 42 人，為歷年的第二個高點，其後便逐年往下，直至 2014 年的 24 人。

將兒少區分為 0-14 歲與 15-18 歲兩個族群，可發現就 0-14 歲而言，歷年自殺死亡人數均在 10 人以下，整體的趨勢雖略有消長，但大致呈現穩定下降的狀態。0-14 歲自殺死亡人數最多的為 2006 年與 2008 年，均有 9

人死於自殺；其次為 2012 年，共有 8 人死於自殺；其餘各年之自殺死亡人數分別介於 2 到 6 人不等，其中以 2014 年之自殺死亡人數最少，僅有 2 人。就 15-18 歲而言，歷年自殺死亡人數約在 20 到 40 人之間，其中自殺死亡人數最多的為 2009 年(39 人)，其次為 2012 年(34 人)。就這九年來整體的自殺死亡人數趨勢而言，自 2009 年後，除 2012 年有微幅上升外，大抵呈現人數下降的趨勢，其中自殺死亡人數最少的為 2014 年，有 22 人自殺身亡。(如圖 3.1.6)



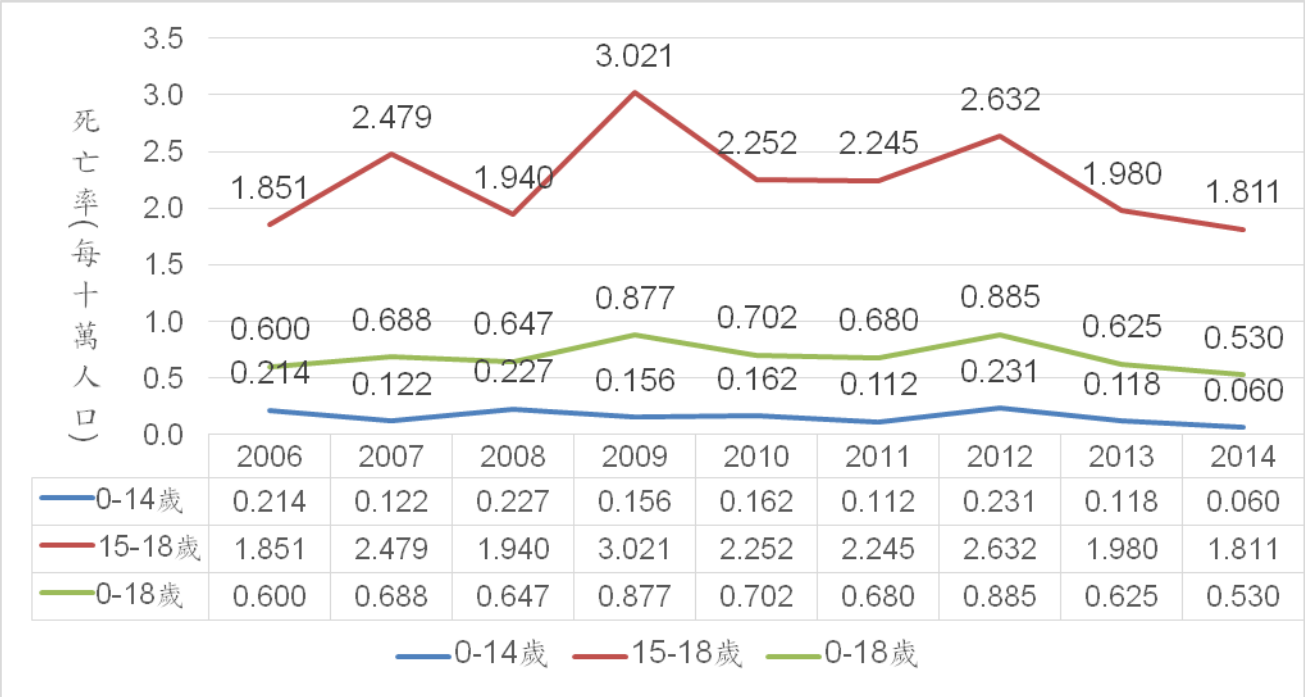
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-14歲	9	5	9	6	6	4	8	4	2
15-18歲	24	32	25	39	29	29	34	25	22
0-18歲	33	37	34	45	35	33	42	29	24

圖 3-1-6、兒少歷年自殺死亡人數

以整體兒少歷年來看，自殺粗死亡率由 2006 年起呈現上升的趨勢直到 2009 年最高，為每十萬人口 0.877 人；而後兩年逐年往下；2012 年自殺粗死亡率為每十萬人口 0.885 人，為歷年最高；而後兩年逐年往下，2014 年為歷年最低，每十萬人口 0.530 人，歷年整體趨勢呈現雙峰分布(如圖 3.1.6)。

將兒少分為 0-14 歲與 15-18 歲兩個族群，可發現就 0-14 歲而言，歷年自殺粗死亡率均在每十萬人口 0.3 人以下，其中以 2008 年與 2012 年為兩個高峰，自殺粗死亡率分別為每十萬人口 0.227 人以及每十萬人口 0.231 人，歷年最低在 2014 年，為每十萬人口 0.06 人。就 15-18 歲而言，歷年自殺粗死亡率介於每人萬人口 1.811 人至每十萬人口 3.021 人，其中自殺粗死亡率最高的是在 2009 年，為每十萬人口 3.021 人；其次是 2012 年，

為每十萬人口 2.632 人；歷年最低則在 2014 年，為每十萬人口 1.811 人。近九年之自殺死亡粗死亡率趨勢雖略有起伏，但大抵而言仍是呈現雙峰的分布。(如圖 3.1.7)



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-14歲	0.214	0.122	0.227	0.156	0.162	0.112	0.231	0.118	0.060
15-18歲	1.851	2.479	1.940	3.021	2.252	2.245	2.632	1.980	1.811
0-18歲	0.600	0.688	0.647	0.877	0.702	0.680	0.885	0.625	0.530

圖 3-1-7、兒少歷年自殺粗死亡率

以性別而言，在兒少自殺死亡中，男性自殺死亡人數自 2006 至 2014 年，總計有 181 人；女性自殺死亡人數自 2006 年至 2014 年，總計有 131 人，性別比為 1.38(男性為女性的 1.38 倍)。(如圖 3.1.8)

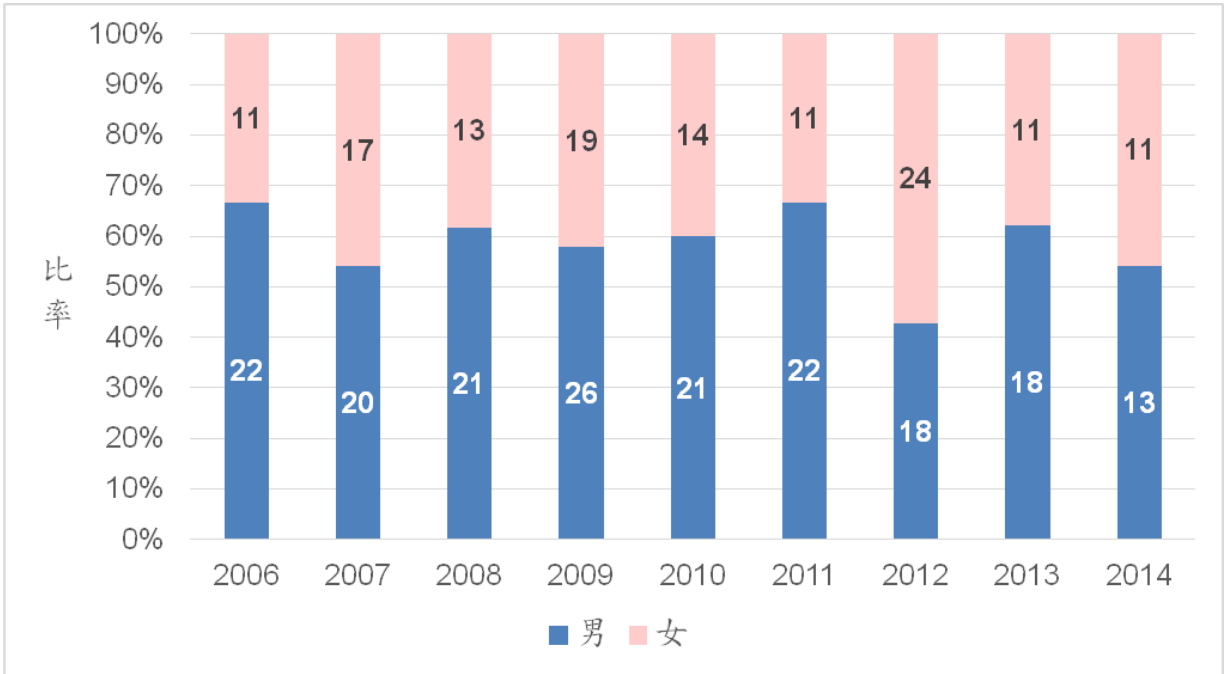


圖 3-1-8、歷年兒少不同性別之自殺死亡人數

以性別及死因來看，歷年男性自殺死亡人數最多的為「由家用瓦斯或其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(55 人)、「由高處跳下自殺及自傷」 (55 人)與「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(48 人)；女性自殺死亡人數最多的為「由高處跳下自殺及自傷」(52 人)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(37 人)與「由家用瓦斯或其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(30 人)。

整體兒少自殺死亡性別比為 1.38，但由於人數過少，各種死因的性別比例懸殊，其中以「溺水(淹死)自殺及自傷」、「切穿工具自殺及自傷」、「由家用瓦斯或其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」的性別比最高，男性為女性的 1.83-4.5 倍；女性比男性多的則是「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，男性為女性的 0.57 倍。(如表 3.1.15)

表 3-1-15、歷年兒少自殺死亡之性別與死因

死因(ICD-9)		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	總計	性別比
以固體或液體物質	男	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4	0.57
自殺及自為中毒	女	1	3	0	0	1	1	1	0	0	7	
由家用瓦斯或其他氣體	男	10	4	7	9	9	4	6	4	2	55	1.83
及蒸氣自殺及自為中毒	女	0	4	2	7	7	1	6	1	2	30	
吊死、勒死及窒息之自	男	5	9	6	4	4	8	1	5	6	48	1.3
殺及自傷	女	5	7	3	5	1	3	6	4	3	37	
溺水(淹死)自殺及自傷	男	2	0	2	3	0	1	0	1	0	9	4.5
	女	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
鎗砲及爆炸物	男	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	-
自殺及自傷	女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
切穿工具自殺及自傷	男	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2
	女	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
由高處跳下自殺及自傷	男	3	7	5	7	7	8	9	7	2	55	1.06
	女	5	2	6	6	5	6	11	5	6	52	
其他及未明示之方式	男	0	0	1	1	0	0	2	0	2	6	3
自殺及自傷	女	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	
總計	男	22	20	21	26	21	22	18	18	13	181	1.38
	女	11	17	13	19	14	11	24	11	11	131	

以兒少在 2006-2014 年間各種自殺死因的占率來看，歷年死因占率平均最高的前三名分別是「由高處跳下」(34.3%)、「吊死、勒死及窒息」(28.1%)、「由家用瓦斯或其他氣體及蒸汽」(26.4%)。(如表 3.1.16、圖 3.1.9)

分別就 0-14 歲、15-18 歲等兩個年齡層進行分析，發現 0-14 歲自殺死亡歷年死因占率平均最高的前三名分別是「由高處跳下」(44.6%)、「吊死、勒死及窒息」(35.1%)以及「用家用瓦斯或其他氣體及蒸汽」(17.9%)；15-18 歲自殺死亡歷年死因占率平均最高的前三名分別是「由高處跳下」(32.0%)、「吊死、勒死及窒息」(28.1%)以及「用家用瓦斯或其他氣體及蒸汽」(26.4%)。

表 3-1-16、歷年兒少自殺死因(ICD-9)占率

死因(ICD-9)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	歷年平均
以固體或液體物質自殺及自為中毒	3.0	8.1	0.0	2.2	5.7	3.03	2.3	3.5	4.27	3.6
由家用瓦斯或其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	30.3	21.6	26.5	35.6	45.7	15.2	28.6	17.2	16.7	26.4
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	30.3	43.2	26.5	20.0	14.3	33.3	16.7	31.0	37.5	28.1
溺水(淹死)自殺及自傷	6.1	2.7	8.8	6.7	0.0	3.0	0.0	3.5	0.0	3.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	0.7
切穿工具自殺及自傷	3.0	0.0	2.9	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
由高處跳下自殺及自傷	24.2	24.3	32.4	28.9	34.3	42.4	47.6	41.4	33.3	34.3
其他及未明示之方式自殺及自傷	0.0	0.0	2.9	4.4	0.0	0.0	4.8	3.5	8.3	2.7

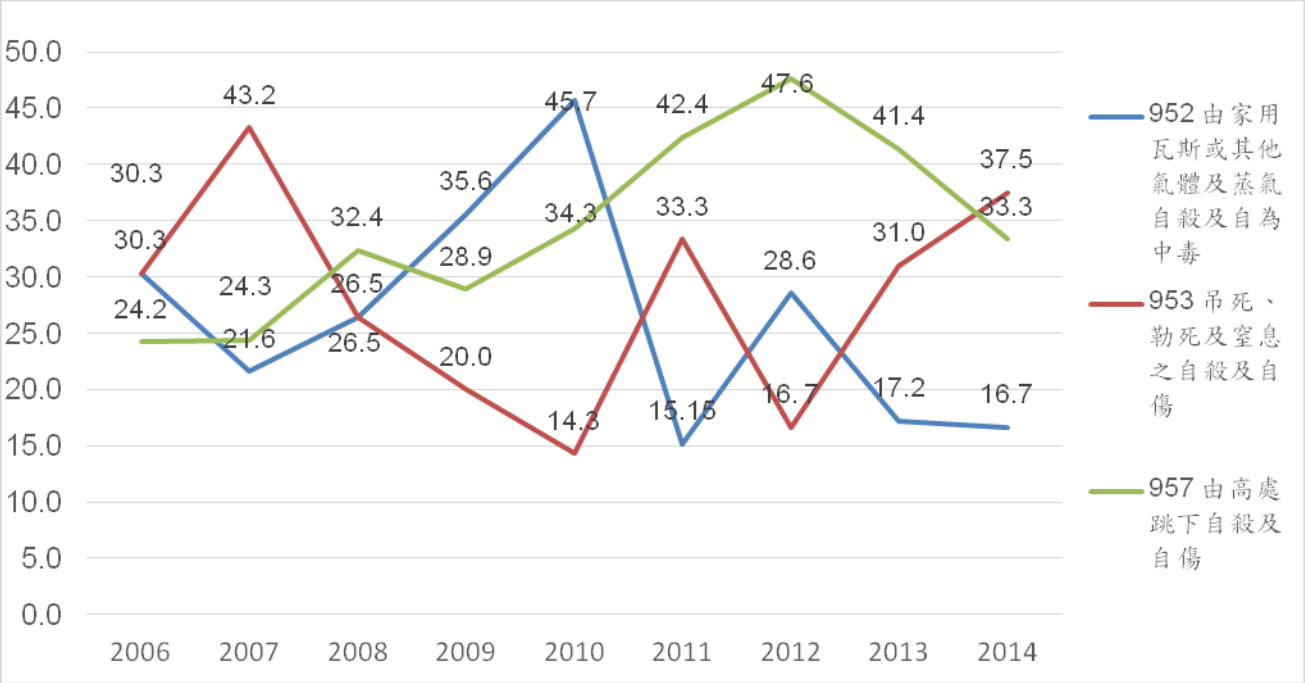


圖 3-1-9、歷年兒少自殺死因占率(前三名)

目前資料數據均依照歷年各種自殺死因的人數、占率來呈現，因兒少在各種自殺死因人數甚少，故未細分，直接呈現整體的自殺死亡人數及自殺死亡率，而針對各自殺死因的討論，僅在占率部分加以註記。

針對 2006 到 2014 年兒少的死因而言，可以發現無論是 0-14 歲亦或是 15-18 歲的年齡分層，「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數所占的比率甚高。

2. 結論

1) 自殺防治通報資料分析

2006 年至 2015 年間兒少自殺通報人次共有 12,508 人次，在全體通報量中占 4.8%，其中女性是男性的 2.2 倍。

在歷年通報量上，兒少的通報人次呈現逐年上升的趨勢，其通報比亦為逐年上升，且遠高於其他年齡層，顯示兒少自殺通報之落實。

在自殺方法的選擇上，兒少自殺通報個案最常使用「割腕」及「安眠藥鎮靜劑」，另外在 2007 年至 2013 年間之自殺方法占率第三位為較不激烈之方法，但在 2014 年及 2015 年轉變為「高處跳下」(占率分別為 11.5%及 11.6%)。

在自殺原因方面，兒少自殺通報個案常因「感情因素」及「家庭成員

問題」而自殺，占第三位的自殺原因在 2007 年至 2013 年間多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，但在 2014 年及 2015 年則是「學校適應問題」(占率分別為 14.4%及 15.9%)。

另外，分析兒少自殺通報個案中有「在精神科就診或進行心理健康諮詢」之占率，呈現逐年上升之趨勢，2015 年更是歷年來最高(占率 25.0%)。進而針對這些「在精神科就診或進行心理健康諮詢」的個案分析再自殺情況，結果為「在精神科就診或進行心理健康諮詢」的個案，其再自殺率高於全體兒少。

由於轉介在自殺個案的關懷流程中為非常重要之一環，故再針對自殺通報資料中兒少個案之轉介情況進行分析，發現歷年來轉介率僅在 5.3%至 12.6%之間，就近年來看，2013 年為 8.2%、2014 年降至 5.7%、2015 年也僅占 6.1%。以 2015 年為例，有轉介的個案中，轉至醫療機構者僅占 2.3%，而轉介心理諮商也僅占 1.1%。

進一步分析 BSRS-5 分數大於等於 6 分之轉介情形，歷年轉介率在 13.4%至 26.9%，就近年來看，2013 年 BSRS-5 分數大於等於 6 分之個案轉介率為 24.3%、2014 年降為 18.7%、2015 年再降至 13.4%。以 2015 年為例，其中轉介至醫療機構者僅有 2.1%、轉介心理諮商僅有 4.6%。

特殊身份註記方面，有特殊身份註記之個案其再自殺率比無特殊身份註記者高，在 2014 年的 90 天再自殺率甚至高出 4.4 倍。其中「精神列管」個案其再自殺率又比其他身份註記來的高。

綜合以上分析，自殺通報資料中顯示，近兩年之兒少自殺個案應特別注意有特殊身份註記及再自殺之情況，學校師長及父母或同儕應隨時關注身邊兒少是否有在學校適應不良之情形。校園中需加強自殺防治宣導 1 問 2 應 3 轉介、使用心情溫度計篩檢，另外在自殺關懷訪視流程中關懷訪員需再落實個案的評估與轉介功能。自殺死亡串聯自殺通報分析

自殺死亡之兒少個案，於自殺死亡前有被通報的比率近九年約六至八成不等，未被通報的比率約一至四成不等；被通報的兒少自殺死亡個案，其自殺身亡前不曾被通報的比率從五成逐漸提升至約九成；先前曾被通報的比率則從五成逐年下降至一成左右，顯示自殺死亡前不曾被通報的新個案數增加。

兒少族群通報後一周內的訪視情況，從 2006 年的 36.5%逐年上升，

至 2010 年已有八成，並於 2011 年提高至九成左右，相對應的，一周內的未訪率逐年下降，近幾年一周內未訪率已降至一成左右。

一周內訪視對象，訪視到本人的比率由 2006 年的 0.1%逐年提升至 2010 年的 25.8%，之後數年均維持在 20-25%之間；訪視到非本人的部分則從 2006 年的 24.5%逐漸提升，至近三年均達到 50%以上。

進一步分析訪視本人及非本人，訪視到本人部分，約有八成以上個案為首次通報，近三年兒少所有通報筆數中，皆約 16%的個案為非首次通報；訪視非本人部分，約有八成以上個案為首次通報，近三年兒少所有通報筆數中，皆有約 15%左右的個案為非首次通報案件。

在一周內有訪視紀錄且訪視對象為本人之個案中，BSRS-5 分數大於或等於 6 分者，歷年再自殺率大略維持在一成至兩成之間；BSRS-5 分數小於或等於 5 分者，歷年再自殺率則大略維持在一成以下。

2) 自殺死亡資料分析

2006 年至 2014 年，兒少自殺死亡人數共 312 人，整體趨勢呈現兩個高峰的曲線，兩個高點分別為 2009 年(45 人)及 2012 年(42 人)，近兩年則為下降的趨勢，至 2014 年為 24 人；自殺粗死亡率同樣呈現兩個高峰，2009 年為每十萬人口 0.877 人，2012 年為每十萬人口 0.885 人，至 2014 年為歷年最低，每十萬人口 0.530 人。

在兒少自殺死亡中，性別比(男:女)為 1.38。男性自殺死亡個案常見死因為「由家用瓦斯或其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」及「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」；女性自殺死亡個案常見死因為「由高處跳下自殺及自傷」、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」及「由家用瓦斯或其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」。

3. 策略研擬與建議

在公共衛生領域中常以三級預防模式來設計疾病的防治工作；包括以健康促進活動來減少生病之危險因子，並增加免於生病之保護因子，以預防生病(一級預防)；其次是早期篩選、診斷與早期介入(二級預防)；以及提供有效治療與復健，避免惡化並及早恢復功能，且不再發病(三級預防)。

第一級預防是確定哪些是導致自殺的危險因子(包含潛在危險因子與急性因子，如壓力事件)，進一步找出可以降低自殺發生的保護因子，進而

發展出策略來降低危險因子與增進保護因子。第二級預防則是篩選出可能會自殺或自我傷害的高危險族群，及早做介入與輔導，學習危機及壓力處理能力，以降低自殺發生的比例。第三級預防則針對即將自殺或自殺未遂的人進行危機處理與介入，確認個案的安全性，保護生命，避免未來真的自殺或再度自殺；而對自殺身亡者，則需對其親友進行危機處置與事件處理，包含對家屬、同儕與親友所進行的哀傷輔導與治療。

臺灣目前針對自殺防治也依此方向制定三大策略，分別是指標性(indicated)、選擇性(selective)及全面性(universal)策略。目標是藉由三大策略的施行，制定因地制宜的行動方案，期能降低自殺的危險因子，增加保護因子，提升民眾的心理健康素質。茲簡要說明如下：

1)指標性策略

本策略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，即自殺企圖者。世界衛生組織(WHO, 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；而曾經有過自殺行為的人，其再自殺的機率比一般人高。在本報告中可知在一週內進行訪視但未測量 BSRS-5 的個案其一年內再自殺率是 BSRS-5 小於等於 5 分的 2 倍，其中在一年內再自殺身亡者之占率亦高。另外，BSRS-5 大於等於 6 份之個案其一年內再自殺率明顯高於 BSRS-5 小於等於 5 分之個案，而一年內再自殺身亡占率亦如此。

因此，雖然兒少自殺個案之通報執行已較其他年齡層落實，但在關懷訪視之介入服務卻仍有待加強，例如個案之情緒困擾、精神症狀評估以及 BSRS-5 之評估，皆需要嚴格落實。且個案經評估後若達到轉介之標準，皆需確實進行轉介，以確保個案能接受其需要且應有之專業協助。

2)選擇性策略

本策略針對特定高風險群為對象，包括精神疾病的早期診斷與有效處置等。因此，在兒少同時自殺又加上有精神症狀時，其心理健康篩檢就更為重要，必需透過有效之篩檢工具，適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置。除了運用簡式健康量表(BSRS-5)評估情緒困擾外，還可以使用簡明心理健康量表(CMHC)進行自殺危險性之評估。

另外在本報告之分析中，歷年兒少自殺個案死亡前未被通報的比率約在 14.3%至 37.9%。顯示除了進入自殺防治通報系統中之個案應預防其再

次自殺，更應藉由跨部會的合作，推展兒少自殺防治。因當前教育部要求若有在學學生自殺，導師均需填寫校園安全與災害通報事件資料，故為強化兒少自殺防治，可請教育部提供相關校安通報事件資料，以便追蹤與掌握曾有自殺未遂者之狀況，俾利有效降低自殺死亡之風險。除此之外，因有部分的兒少自殺死亡者並非在學學生(中輟生或未就學者)，針對這些非在學學生的追蹤管理，也需藉由跨部會合作機制，偕同衛生福利部共同提供相對完整的持續照護體系，以提升兒少自殺防治策略的完整性及有效性。

就死因部份「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數所占之比率甚高，而針對該種高危險性、容易致命的方法，應再加強與環境安全相關之自殺防治策略。例如：校園內應注意危樓修復、校內保安人員及校園志工可加強頂樓監視器監測及巡視、建築物加強監控、電梯內張貼自殺防治相關宣導及求助電話、高樓頂樓以張貼海報、布條或噴漆方式，標示關懷警語及求助資訊、加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置等皆應持續落實。

在資料分析與研究上，由於衛生福利部資料科學中心之使用門檻相當困難，故目前僅就本報告中所呈現之資料進行分析，未來將進一步針對自殺死亡檔中死因為高處跳下自殺及自傷者進行健保資料檔之串聯，分析兒少族群跳樓自殺在醫療使用上的狀況，有無可以提供自殺防治的參考資訊，例如兒少族群使用不同自殺方法者，在死亡該次(或前次再自殺)的住院期平均日、診斷、門診追蹤情形等部分與自殺死亡的關聯性。

3) 全面性策略

全面性策略之主要對象為全體民眾，涵蓋導正媒體報導、減少致命性物品之可近性、降低自殺與精神疾病的社會污名化程度，促進社會大眾心理健康。除透過媒體報導外，並發展文宣品宣導，且透過大型活動、傳播媒體、演講、藝文活動之參與，建立全國性自殺防治的網站及珍愛生命數位學習網，提供相關資訊，並讓民眾可以上網學習。

校園中持續推動生命教育課程，將自殺防治概念及尊重生命納為生命教育課程、健康教育須包含心理健康促進，如：在人際交友或是兩性相處上，如何接納不同的觀點以及如何面對相愛和分手，學習以正向的思考去接受挫折，面對衝突點進而調適壓力並管理情緒等相關課程、鼓勵學生意見領袖與社團幹部帶領擔任守門人發起關懷活動、辦理網路諮詢，建立相關流程，鼓勵學生勇於求助、於輔導室、布告欄等處，放置及張貼自殺防

治相關宣導文宣資料及求助資源，使學生更容易取得可用資訊。

關於衛生福利部自殺防治通報系統對兒少自殺防治之功用，可由歷年之通報比得知己比其他年齡層更為落實，且在自殺死亡率亦有逐漸下降的趨勢。此結果並非僅限於兒少自殺通報案件數與死亡率變化，在其他年齡層也有相同現象存在。此結果顯示，自殺防治通報作業的完善使更多自殺企圖者進入系統中接受關懷，除系統管理本身更趨完整外，地方衛生局所投入的人力、資源也是重要的原因之一，這些因素使得自殺防治通報系統在全面性自殺防治策略上，展現一定的成效。

禁用巴拉刈農藥之推動與研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

近年來,「以固體或液體物質自殺及自為中毒」占臺灣自殺原因中前三大死因之一；其中包含安眠藥、酒精以及農藥等。其中最主要的原因是農藥，在常見的農藥自殺方法中，巴拉刈儼然成為當前最嚴重的問題之一。巴拉刈是廣泛被農民使用之除草劑，由於其毒性強以及致命性高，即使飲用量小也可能致死，其死亡率高達六到九成，而且沒有解毒劑；而其他農藥之死亡率,則是介於一到兩成。由於農民及業者等常有儲放農藥之習慣，故更增加了巴拉刈的可及性。不少使用農藥自殺的理由多是一時情緒低落加上衝動之下的行為，而非事前經過計畫而購買；即使情緒好轉或轉念求生後，仍會因為藥物毒性，而不幸死亡，造成不可逆的悲劇發生。

根據 2015 年通報資料中之 29,914 人次資料顯示，農藥自殺的通報總數為 1,340 人次,其中有 256 通報人次中特別註記為使用除草劑(巴拉刈)，通報數大多數集中於中、南部地區。在此情形下，若僅透過購買管制恐難以顯著降低自殺意圖者使用巴拉刈自殺的可能性。本中心多年來即建議政府可徹底實行農委會代噴制度，讓一般民眾無法取得或儲藏巴拉刈，或借鏡韓國 2012 年禁用巴拉刈之相關經驗。在未推行各項政策前，可先行調查個案取得巴拉刈之方式與管道以對症下藥，如果自殺意圖者的巴拉刈來自於家中，則加強購買管制恐無法顯著減少巴拉刈中毒死亡，需透過全面禁用或採行代噴制度,僅有受訓及認證過的專業人員才能購買及使用。此外，透過韓國政府之經驗，可推估臺灣未來若禁用巴拉刈，可望減少之巴拉刈自殺死亡人數、醫療成本費用、社會經濟損失等，以進一步評估巴拉刈自殺防治政策的推行效益。

2. 方案目的與目標

1) 為了解使用巴拉刈自殺之情況，本研究所使用之死亡資料檔為衛福部包含原始中文診斷的死因檔案(非供外界購買、研究之僅存死因編碼之死亡資料檔)，並請衛福部協助找出在中文診斷有註記「巴拉刈」三字之自殺個案，以推估每年巴拉刈自殺身亡之人數、比率，以及在近十年間的趨勢變化。
2) 以過去十年因巴拉刈中毒的而進入急診/住院個案為對象，收集與分析使用巴拉刈自殺而於特定醫學中心治療之人數相關數據，及其近十年的趨勢變

化。

3) 針對巴拉刈之取得管道與農民身分別部分，則透過自殺關懷訪視員於關懷訪視時詢問個案於自殺當時所使用之巴拉刈來源、其家屬及自身是否有在務農。

4) 與韓國自殺防治中心及相關單位聯繫，了解韓國於 2012 年禁用巴拉刈的決策經驗、實施歷程、與自殺防治之成效。

5) 分析禁用巴拉刈對自殺死亡、醫療成本、社會經濟等層面之效益，首先將利用韓國資料來推估臺灣若禁用巴拉刈後，一年內所能減少的死亡人數，並透過臺灣有治療經驗之醫院，了解治療巴拉刈中毒個案之醫療成本，另依據文獻回顧與經濟數據來推估自殺死亡對於生產力之損失，並撰寫成報告書。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 至 2015 年之間死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處。委託統計處使用包含原始中文死因診斷之原始死亡檔案，找出死因為農藥自殺，且在死因欄有明載「巴拉刈」三字之死亡個案，定義為巴拉刈自殺死亡個案。

b. 資料說明：為自殺個案死亡情形之記錄。

c. 主要包含性別、年齡、戶籍地等。

(2) 2006 至 2015 年之間使用巴拉刈中毒個案相關數據

a. 資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司、17 間醫療院所。

b. 資料說明：使用巴拉刈中毒而至醫院治療之人數及相關數據。

c. 主要包含性別、年齡層、離院時已死亡或存活之案件數等。

(3) 使用巴拉刈自殺企圖者取得巴拉刈的管道

a. 資料來源：由各縣市衛生局關訪員協助詢問巴拉刈自殺企圖個案。

b. 資料說明：使用巴拉刈自殺者是有意圖或無意圖之下選用巴拉刈。

c. 主要包含個案本身及其家人是否有務農、自殺當時所使用的巴拉刈取得來源。

(4) 韓國禁用巴拉刈(2012 年)的決策經驗及防治成效資料

a. 資料來源：韓國自殺防治中心。

b. 資料說明：2012 年韓國禁止使用巴拉刈之成果。

c. 主要包含韓國於巴拉刈禁用前之準備計畫與政策、巴拉刈禁用時程與規

劃、禁用後之自殺防治成效。

(5) 治療巴拉刈中毒個案所花費之醫療成本相關資料

a. 資料來源：林口長庚醫院。

b. 資料說明：治療巴拉刈中毒個案所要花費的人力與物力。

c. 主要包含 2014-2015 年巴拉刈自殺個案入院人數，以及於急診、一般病房、加護病房之總入院天數與健保給付總額。

(6) 巴拉刈自殺死亡個案所帶來的社會經濟損失資料

a. 資料來源：行政院主計處、衛生福利部統計處。

b. 資料說明：巴拉刈自殺個案因死亡而導致生產力減少的經濟損失。

c. 主要包含 2015 年巴拉刈自殺死亡人數、2015 年各年齡層有酬就業者每月主要工作之收入。

2) 資料分析

(1) 利用自殺死亡檔瞭解臺灣地區使用巴拉刈自殺身亡之人數、在農藥自殺以及全部自殺者當中所佔的比率，其身分別(農民或非農民)，以及這些數據近 10 年的趨勢變化和地理分布，並評估農委會代噴制度對減少使用巴拉刈自殺之執行成效。

(2) 分析使用巴拉刈自殺而於特定醫學中心治療之人數及相關數據，以及近 10 年的趨勢變化。

(3) 研究使用巴拉刈自殺企圖者取得巴拉刈的管道。

(4) 收集韓國禁用巴拉刈(2012 年)的決策經驗及防治自殺成效資料。

(5) 分析禁用巴拉刈對自殺死亡、醫療成本、社會經濟等層面之效益。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學北港附設醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、衛生福利部彰化醫院、天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院、義大醫療財團法人義大醫院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院、馬偕紀念醫院台東分院、醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院、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、各縣市衛生局、韓國自殺防治中心。

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. 2006 年至 2015 年間使用巴拉刈之相關數據：4 月至 11 月

1)4 月 17 日函請衛生福利心理及口腔健康司協助邀請 21 間醫療院所(6 所醫學中心、15 所區域醫院，如附件 3.2.1)提供附件表格(詳見附件 3.2.2)之數據，包含填寫性別、年齡層、離院時已死亡或存活之案件數等資料。

2)6 月 17 日整理 2012-2014 年初步死亡數據，統計數量及計算相關佔率，並撰寫期中報告。

3)9 月 9 日收到公文回函，共有 17 間醫療院所回覆相關資料，其中醫療院所所在地區為北部 1 間、中部 5 間、南部 8 間、東部 3 間。

4)10 月 26 日請衛生福利心理及口腔健康司代為向統計處申請巴拉刈死亡人數資料，根據原始中文死因診斷之原始死亡檔案，找出死因為農藥自殺，且在死因欄有明載「巴拉刈」三字之死亡個案。

5)11 月 21 日收到衛生福利部統計處回覆巴拉刈死亡資料，但因系統於 2009 年建置，因此無法取得 2006 年至 2008 年之相關資料。

2. 巴拉刈取得管道資料取得：5 月至 10 月

1)5 月擬訂巴拉刈取得管道之問題說明與回覆表單。並於 5 月底開始，陸續配合本中心代表至各縣市衛生局進行自殺關懷訪視員之實務督導考查時，向關懷訪視員說明計畫內容，並請關懷訪視員協助詢問巴拉刈自殺企圖個案相關問題。

2)6 月 27 日正式寄發電子郵件給關懷訪視員及衛生局負責單位之科長或組長，詳細說明問題內容並附上回覆表單，並於 8 月 8 日完成所有縣市寄發。其中，由於連江縣、澎湖縣、金門縣近期並無訪視中之巴拉刈自殺個案，因此並未列入調查名單中。

3) 資料回覆截至 10 月 20 日為止，期間已將相關資料寄發給縣市衛生局，共收到 367 筆取得管道回覆資料。

3. 韓國巴拉刈禁用後自殺防治成效：4 月至 8 月

1)4 月底針對韓國巴拉刈禁用前、禁用後、與禁用措施研擬相關問題，並於 5 月份召開專家會議，確認問題內容。

2)6 月 7 日將巴拉刈禁用相關問題函請韓國自殺防治中心 Dr. Jong-Ik Park 與韓國農村發展委員會 Dr. Lee Yangho 提供相關資料。

3)8 月 4 日收到韓國自殺防治中心 Dr. Jong-Ik Park 回覆。

4. 報告書：9 月至 11 月

1)於 9 月 30 日召開專家電話會議，討論有關醫療成本、社會經濟成本之執行方式。

四、 成果 (Product)

1. 研究結果

1) 巴拉刈自殺身亡人數與比例及其近年趨勢與地區分布

本研究原定分析臺灣近十年來之巴拉刈自殺死亡趨勢，但因系統建置時期為 2009 年，缺乏 2006 年至 2008 年之相關資料，因此本研究改採分析 2009 年至 2015 年之巴拉刈自殺人數，詳細分析結果如表 3.2.1，在近七年中，全國共有 26,007 人死於自殺，其中農藥自殺共 3,284 人，巴拉刈自殺共 1,130 人，每年平均約有 161 人因巴拉刈自殺身亡。

進一步分析巴拉刈自殺人數占全部自殺人數、農藥自殺人數之比例，其中，巴拉刈自殺占全部自殺的 4.3%，占農藥自殺的 34.4%，這表示單就巴拉刈農藥而言，即造成全國將近 5%的自殺死亡，且至少有三分之一的農藥自殺身亡源自於此類除草劑，為導致自殺身亡的重要因素。

分析各年齡層之巴拉刈自殺人數，如表 3.2.1 所示，主要以 45-64 歲族群為大宗，占所有巴拉刈自殺人數的 39.3%，而 65 歲以上族群也占超過 35%，24 歲以下族群則占不到 2%。其中，可以發現巴拉刈自殺占全部自殺之比率隨年齡層逐漸上升，特別是 65-74 歲及 75 歲以上的族群皆超過 5%，顯示出巴拉刈在老年自殺議題中扮演著重要角色。

此外，分析巴拉刈自殺者之性別比例，主要以男性居多，占 72.0%，女性則占 28.0%，男性約為女性的 2.5 倍。另分析巴拉刈占全部自殺比率之性別差異，男性為 4.7%，女性為 3.7%，顯示巴拉刈在男性自殺議題的重要性大於女性。在年齡層方面，巴拉刈自殺在各性別中皆以 45-64 歲族群為大宗，而在 24 歲以下皆占不到 1%。但巴拉刈占全部自殺比例則隨著年齡愈大而升高，特別是 75 歲以上族群，男女性分別為 7.7%與 7.0%，表示 75 歲以上的自殺者中，大約每 14 名內就有 1 名是因巴拉刈所致，是老年族群自殺的主要因素之一。

表 3-2-1、2009-2015 年之全部自殺、農藥自殺、與巴拉刈自殺人數與比例

性別/年齡層	全部自殺		農藥自殺		巴拉刈自殺		巴拉刈自殺占全部自殺之比率	巴拉刈自殺占農藥自殺之比率
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	(%)	(%)
總計	26,007	100.0	3,284	100.0	1,130	100.0	4.3	34.4
0-14	36	0.1	0	0.0	0	0.0	0.0	-
15-24	1,258	4.8	33	1.0	16	1.4	1.3	48.5
25-44	9,113	35.0	597	18.2	256	22.7	2.8	42.9
45-64	9,640	37.1	1,278	38.9	444	39.3	4.6	34.7
65-74	2,894	11.1	680	20.7	186	16.5	6.4	27.4
75+	3,066	11.8	696	21.2	228	20.2	7.4	32.8
男性	17,435	67.0	2,365	72.0	814	72.0	4.7	34.4
0-14	24	0.1	0	0.0	0	0.0	0.0	-
15-24	824	3.2	19	0.6	10	0.9	1.2	52.6
25-44	6,058	23.3	458	13.9	194	17.2	3.2	42.4
45-64	6,664	25.6	956	29.1	329	29.1	4.9	34.4
65-74	1,880	7.2	482	14.7	129	11.4	6.9	26.8
75+	1,985	7.6	450	13.7	152	13.5	7.7	33.8
女性	8,572	33.0	919	28.0	316	28.0	3.7	34.4
0-14	12	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	-
15-24	434	1.7	14	0.4	6	0.5	1.4	42.9
25-44	3,055	11.7	139	4.2	62	5.5	2.0	44.6
45-64	2,976	11.4	322	9.8	115	10.2	3.9	35.7
65-74	1,014	3.9	198	6.0	57	5.0	5.6	28.8
75+	1,081	4.2	246	7.5	76	6.7	7.0	30.9

另依據臺灣各縣市之巴拉刈自殺現況進行分析，在 2009 年至 2015 年間，全國每年平均巴拉刈自殺人數約為 161 人，其中以彰化縣的平均人數最高，為 22.7 人，前七名縣市為彰化縣、屏東縣、臺南縣、雲林縣、嘉義縣、宜蘭縣、及桃園市，巴拉刈自殺死亡平均人數皆達 10 人以上，其中又以中南部地區為主，如圖 3.2.1。

此外，計算近七年來各縣市的巴拉刈自殺死亡比例，在全部自殺死亡當中，巴拉刈在某些縣市是主要導致自殺身亡的原因，如圖 3.2.2 所示，以臺東縣最高，占 16.6%，其餘包含花蓮縣、宜蘭縣、嘉義縣、彰化縣等縣市，巴拉刈皆占所有自殺之 10%以上，相當於在這些縣市中，每 6-9 名自殺身亡者就有 1 名是巴拉刈所致，因此上述縣市應列為巴拉刈自殺防治的重點對象。

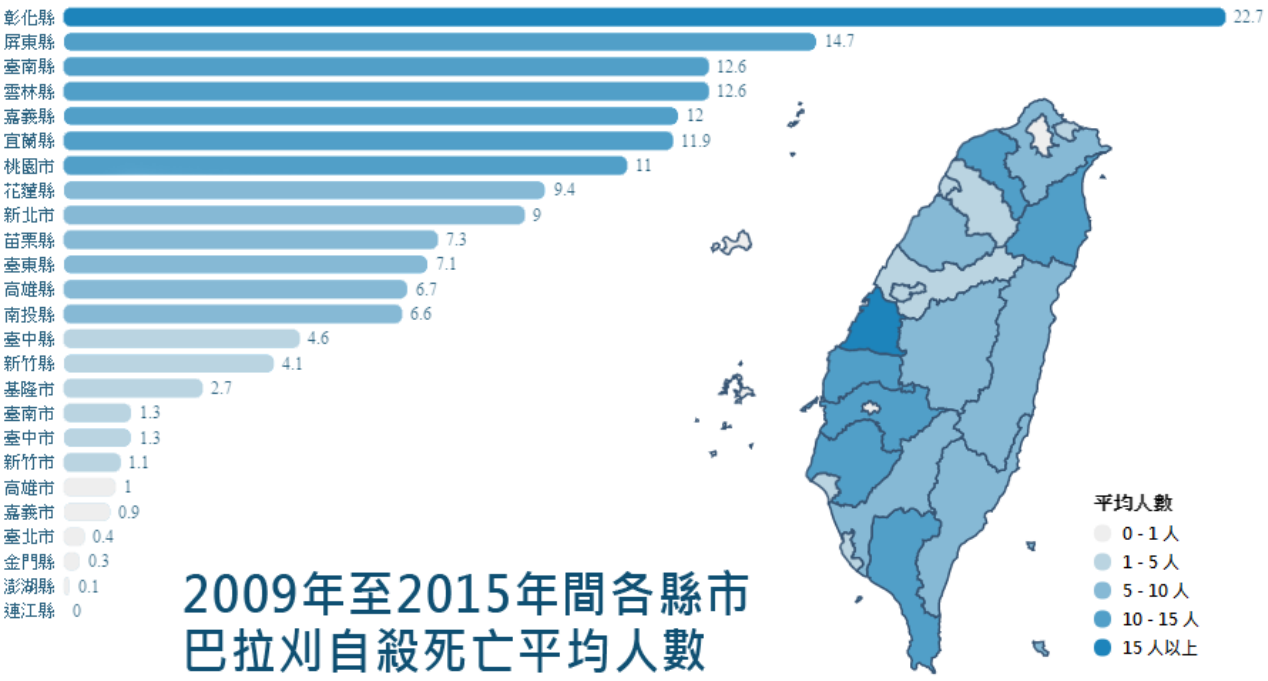


圖 3-2-1、2009-2015 年間各縣市巴拉刈自殺死亡平均人數

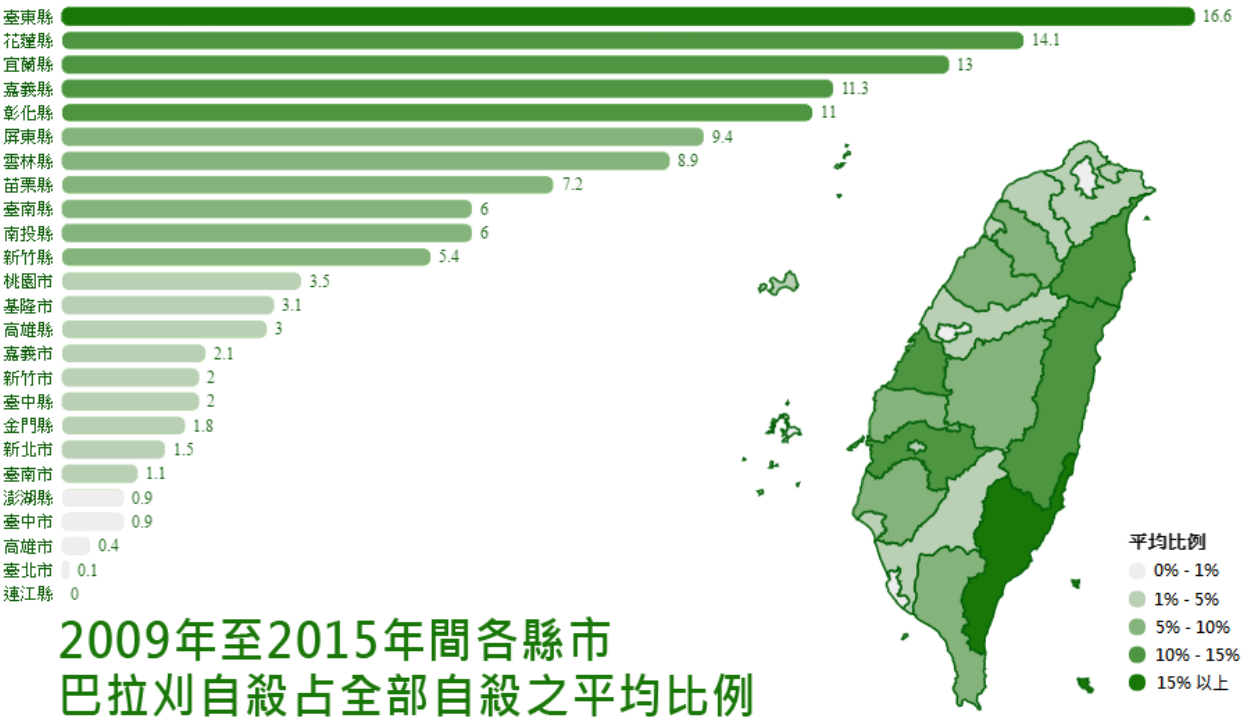


圖 3-2-2、2009-2015 年間各縣市巴拉刈自殺占全部自殺之平均比例

而巴拉刈在許多縣市中屬於導致農藥自殺身亡的主要藥劑，因此進一步分析各縣市巴拉刈占農藥自殺的比例，如圖 3.2.3 所示，可以發現東部地區的占率皆高於 50%以上，其中宜蘭縣的比例高達 64.2%，為全國最高，前五名縣市除宜蘭縣外，還包含基隆市、花蓮縣、臺東縣、及彰化縣。

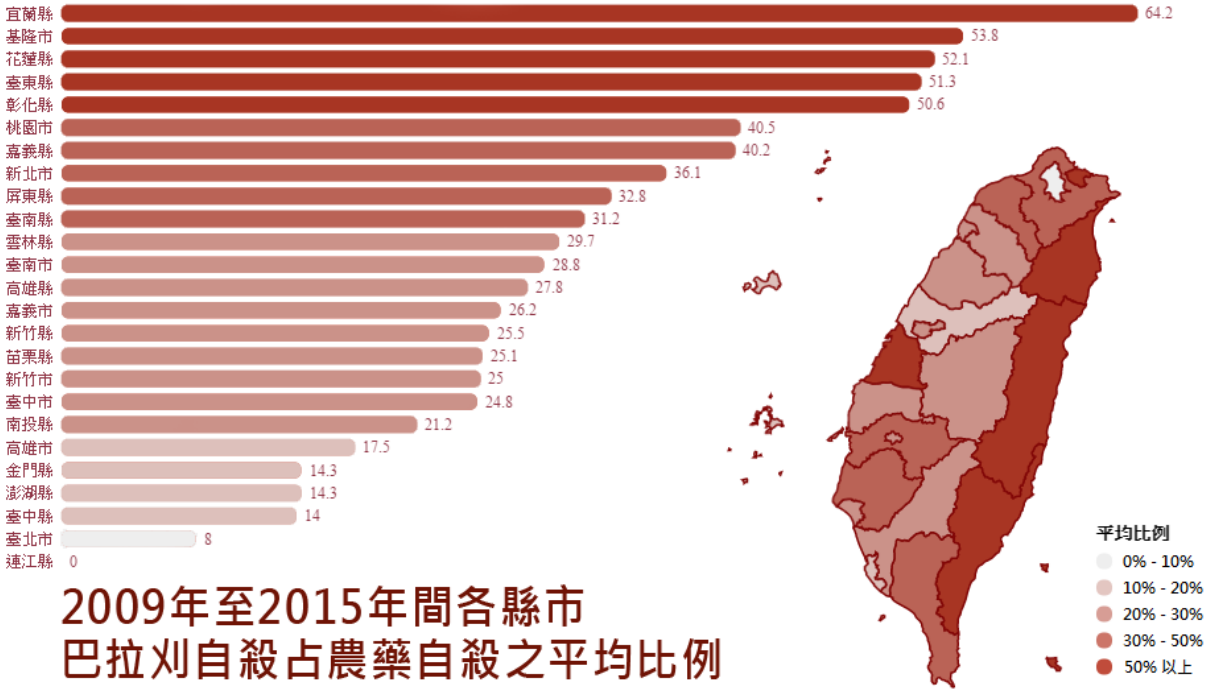


圖 3-2-3、2009-2015 年間各縣市巴拉刈自殺占農藥自殺之平均比例

2) 農民身分別

農民身分別部份乃配合各縣市訪員詢問 2015-2016 年使用巴拉刈自殺企圖個案有關巴拉刈取得管道時，一同詢問個案及其家屬之務農情形，總計獲得 365 筆有效回覆資料，統計結果如圖 3.2.4 所示。結果顯示，在個案自殺當時，約有 146 名個案家中並無務農，約占 40%；有 98 名個案是自身或其家屬有一方務農，約占 26.8%；另有 121 名個案是自身與其家屬皆有務農，占 33.2%，初步估計使用巴拉刈自殺者有 60%與農民身份有關。另依據地理位置分析臺灣北、中、南、東區之個案務農情形，北區包含北北基、桃園、新竹地區；中區包含苗栗、中彰投、雲林地區；南區包含嘉南與高屏地區；東區包含宜蘭與花東地區；外島地區則因資料不足無法計算，結果如圖 3.2.5 所示，其中北部地區個案家中有務農情形的比例較低，約占 20%；中南部地區務農比例都較高，均有超過 6 成的比例，可以看出各地區的都市發展差異，因此農藥自殺防治更需關注在農業就業人口較高的地區。

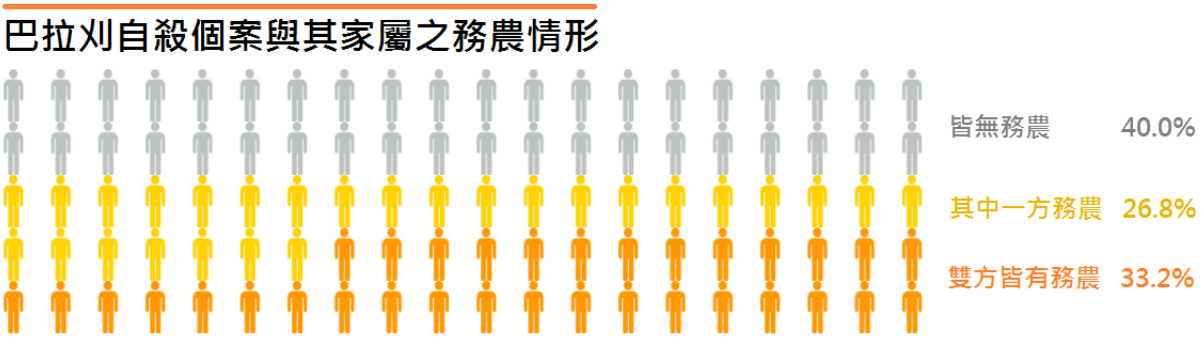


圖 3-2-4、巴拉刈自殺個案與其家屬之務農情形

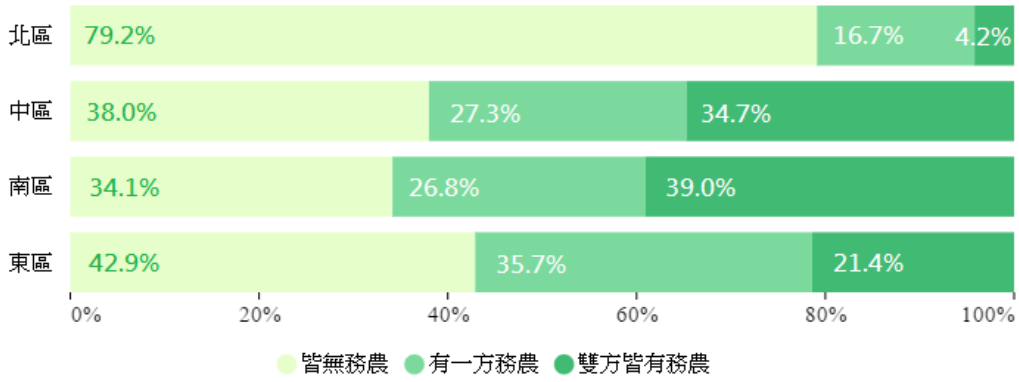


圖 3-2-5、臺灣各地區巴拉刈自殺個案及其家屬之務農情形

3) 收集與分析特定醫學中心治療使用巴拉刈自殺企圖者之相關數據

為調查使用巴拉刈自殺企圖者至醫學中心之治療人數與趨勢變化，此次挑選 2015 年因巴拉刈被通報的總人次大於五人次的醫療院所，共計發函至 21 所醫療院所(含 6 所醫學中心，15 所區域醫院)，請各家醫院協助提供 2006 年至 2015 年使用巴拉刈中毒之離院時未死亡及已死亡之案件數，並依性別與年齡層區分。最後共有 17 間醫療院所回覆，其中有 5 間醫療院所未能回覆十年完整資料，為避免影響趨勢分析，因此本次分析結果僅採用有十年完整資料之 12 間醫療院所，包含北部 1 間、中部 2 間、南部 7 間、東部 2 間。另外，為避免重複計算，本次資料並無列入急診與病危自動出院之案件數。

統計分析結果如圖 3.2.6，近十年來因巴拉刈中毒但離院時未死亡之個案總人數有稍微上升，但在 2009 年與 2011 年時皆有下滑，與前一年相較之下，降幅為 13.6%及 9.2%。至 2015 年時有 195 人在離院後仍未死亡，較 2006 年時提升 8.3%，其中男性提升 8.1%、女性提升 8.7%。分析各性別之比例，如圖 3.2.7，可發現中毒個案以男性居多，約占 6 成左右，為女

性中毒個案數的 1.5 倍。歷年來男女比例不斷變動，男性比例在 2008 年與 2012 年皆攀升至超過 7 成，近三年來男性比例則維持在 60%-65%。

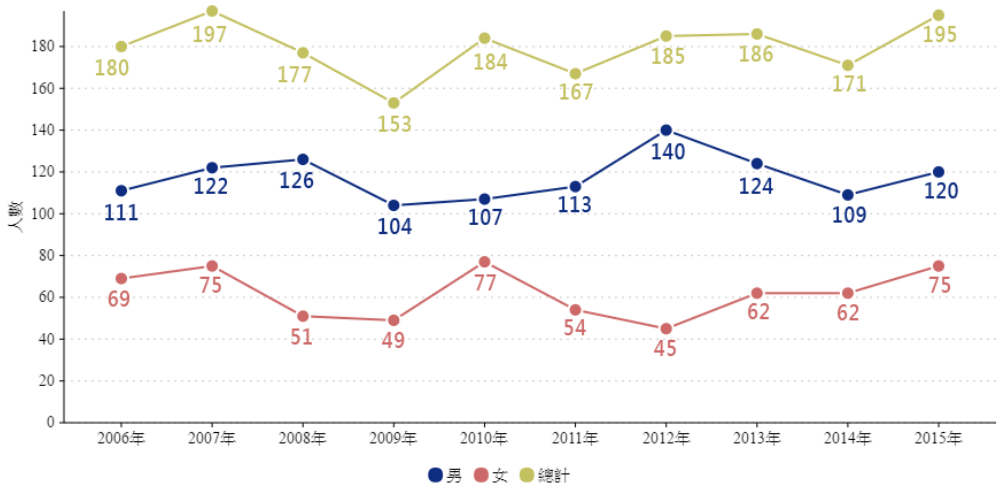


圖 3-2-6、2006-2015 年間各性別之巴拉刈中毒且離院時未死亡案件數

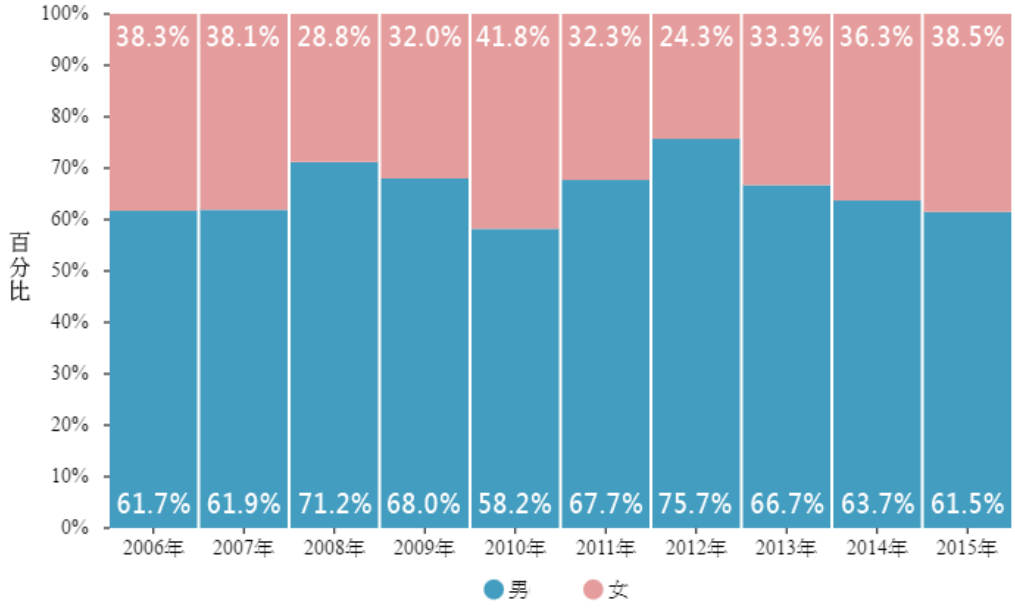


圖 3-2-7、離院時未死亡之性別比例

另分析 2006-2015 年間使用巴拉刈中毒但離院時已死亡之個案數，如圖 3.2.8。近十年來離院時已死亡個案數逐漸上升，並於 2015 年時達到目前最高峰，與 2006 年相較之下人數增加 1.71 倍，其中男性增加 2.7 倍、女性增加 0.3 倍。此外，分析離院時已死亡各性別之比例，近十年來男性平均比例約占 76.0%，顯示出男性在巴拉刈自殺議題的重要性，如圖 3.2.9。

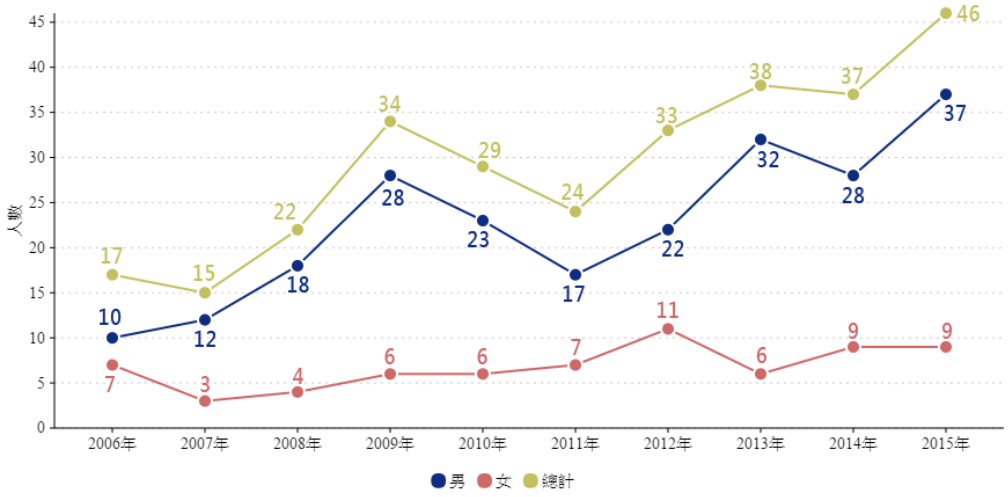


圖 3-2-8、2006-2015 年間各性別之巴拉刈中毒且離院時已死亡案件數

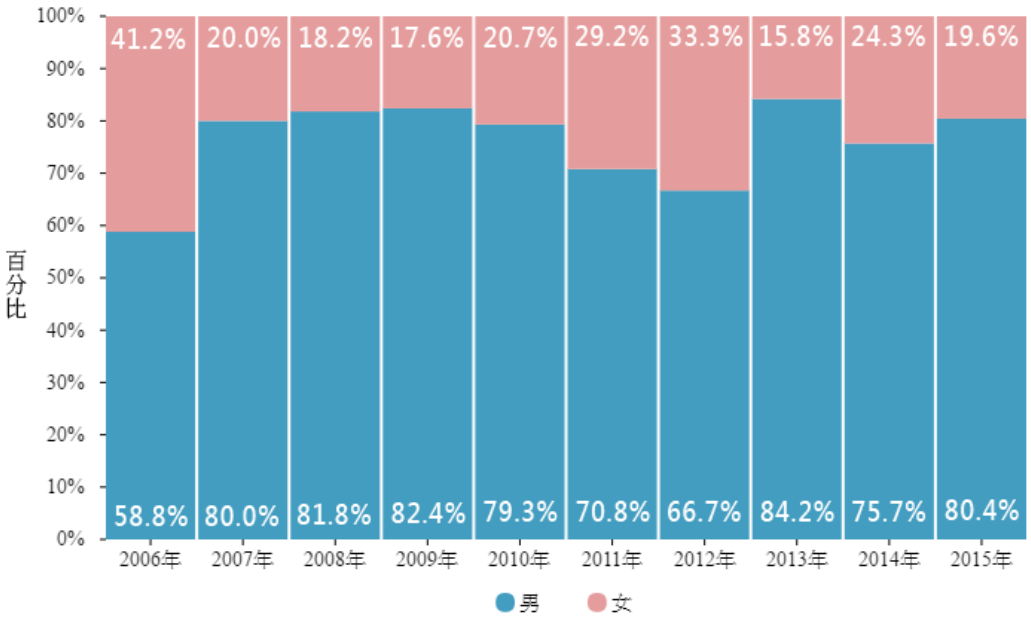


圖 3-2-9、離院時已死亡之性別比例

另依年齡層區分離院時未死亡之個案數與比例，如圖 3.2.10、圖 3.2.11 所示。使用巴拉刈中毒之年齡層主要集中在 65 歲以上、45-64 歲、及 25-44 歲族群，且相較於 2006 年，2015 年時 25-44 歲及 45-64 歲的族群均有提高，增幅分別為 47.2%及 34.5%，65 歲以上族群則下降 14.1%。近十年來三個年齡層加總比例均超過 9 成，24 歲以下族群則占不到 1 成。其中 25-44 歲年齡層之平均比例占 26.3%、45-64 歲占 32.8%、65 歲以上占 35.3%，比例依年齡遞增。

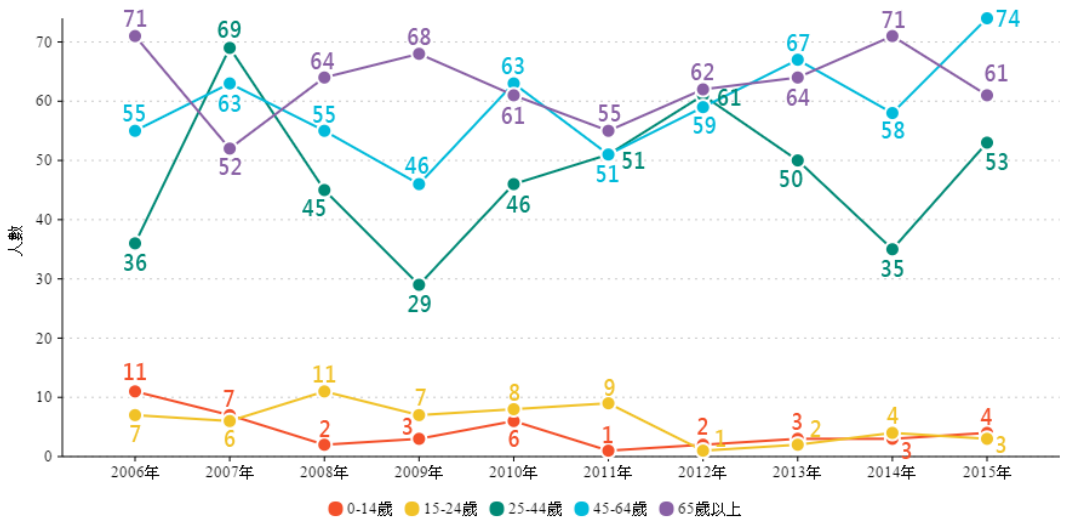


圖 3-2-10、2006-2015 年間各年齡層之巴拉刈中毒且離院時未死亡案件數

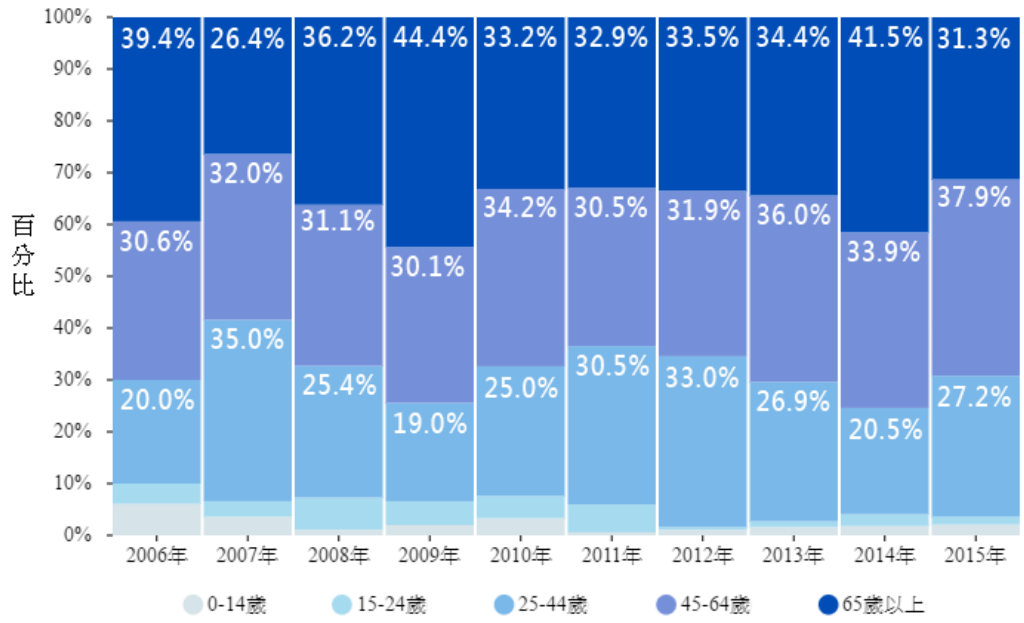


圖 3-2-11、離院時未死亡之各年齡層比例

同樣依照年齡層區分，分析使用巴拉刈中毒但離院時已死亡之個案人數與比例，如圖 3.2.12、圖 3.2.13 所示，主要仍以 45-64 歲、25-44 歲、與 65 歲以上為主。相較於 2006 年，2015 年時 45-64 歲增加 1 倍，25-44 歲增加 3 倍、65 歲以上增加 1.8 倍，顯示離院時已死亡的 25-44 歲族群有明顯增加。此外，分析各年齡層在離院時已死亡人數中所占比例，近十年來，24 歲以下族群之平均比例占不到 1 成，而 25-44 歲年齡層之平均比例則占 34.1%、45-64 歲占 38.1%、65 歲以上占 24.1%，以青壯年族群為主。

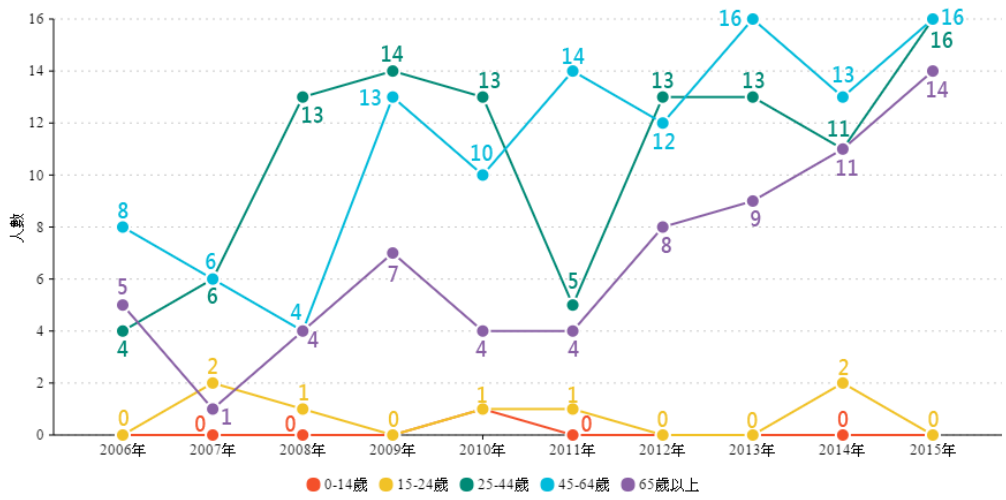


圖 3-2-12、2006-2015 年間各年齡層之巴拉刈中毒且離院時已死亡案件數

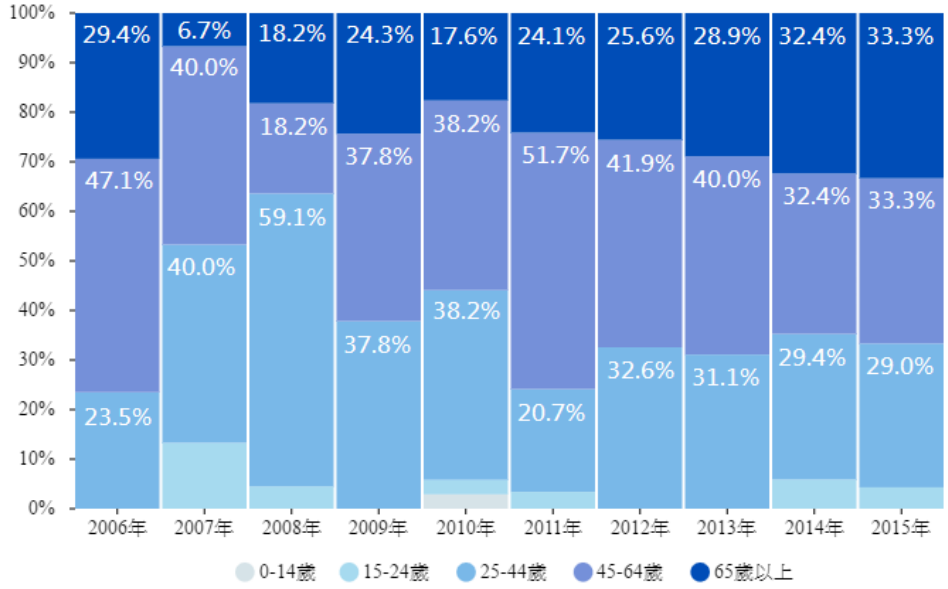


圖 3-2-13、離院時已死亡之各年齡層比例

根據上述分析顯示，醫療院所治療的巴拉刈中毒個案中，性別主要以男性為主，年齡層則主要集中在 65 歲以上、45-64 歲、及 25-44 歲之個案，僅有零星個案為青少年族群。另進一步分析離院時已死亡之個案數占所有住院個案的比例，以了解個案治療後仍死亡的比例，如圖 3.2.14、圖 3.2.15 所示。近十年來，離院時已死亡占住院個案之平均比例為 14.0%，表示平均每 7 名因巴拉刈中毒的人，就有 1 名會死亡。該比例亦逐年上升，2015 年相較於 2006 年增加 1.2 倍。其中，依性別區分，男性比例增加 1.8 倍，女性比例增加 0.2 倍；依年齡層區分，25-44 歲比例增加 1.3 倍，45-64 歲比例增加 0.4 倍，65 歲以上比例增加 1.8 倍。

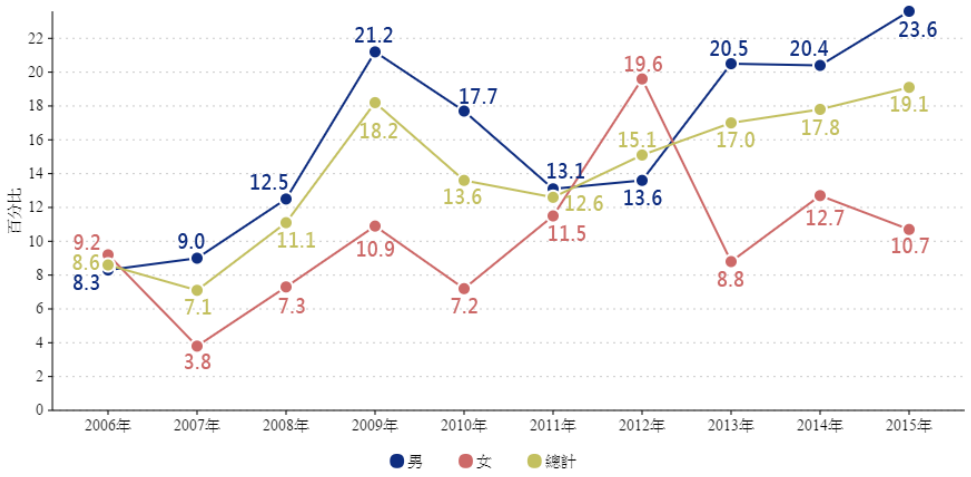


圖 3-2-14、各性別離院時已死亡個案占住院個案之比例

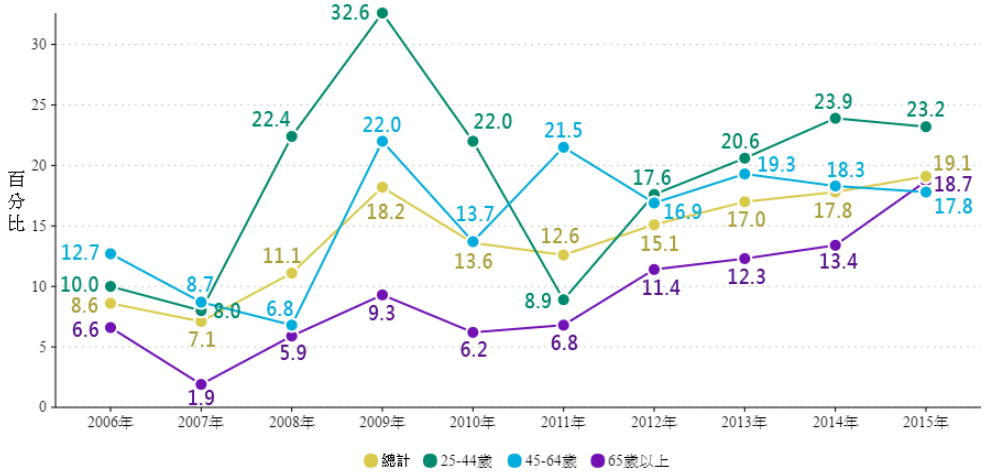


圖 3-2-15、各年齡層離院時已死亡個案占住院個案之比例

4) 巴拉刈自殺意圖者之巴拉刈取得管道

針對全臺於2015-2016年間有巴拉刈自殺企圖(自殺未遂)個案之縣市，配合自殺關懷訪視員之實務督導，向關訪員說明農藥自殺防治問題之重要性，並請關訪員協助於訪視時詢問個案自殺當時所使用之巴拉刈的取得管道，以建立有效且因地制宜的防治策略。當次訪視核心問題應注重在個案自殺當時所飲用之巴拉刈的取得方式，而非平時的取得管道。主要詢問個案與其家人是否有務農之情形及自殺當時巴拉刈的取得來源等三道題，其中第三題為複選題，核心問題與選項如下：

(1) 個案本人(在自殺當時)是否有在務農？(是/否)
(2) 個案的同住家人(在自殺當時)是否有在務農？(是/否)
(3) 個案在自殺當時所用的巴拉刈來源？(本人親自購買/家中原有儲放/其他)

截至 105 年 10 月 20 日為止，共取得 367 筆回覆資料，其中取得管道遺漏值為 1 筆、家屬務農情形遺漏值為 2 筆。將巴拉刈取得管道與個案及家屬之務農情形進行交叉分析，如圖 3.2.16 及表 3.2.2 所示。巴拉刈取得管道主要以家中儲放為主，占 56.3%，其次為本人親自購買，占 38.0%。而在「其他」選項中，包含自行以寶特瓶於他處取回、撿拾農地或路邊農藥罐、請朋友代買等，共占 4.1%。另有部分個案的取得管道來自於親戚或是鄰居家，因此在分析「其他」選項時將之額外計算，共占 1.6%。

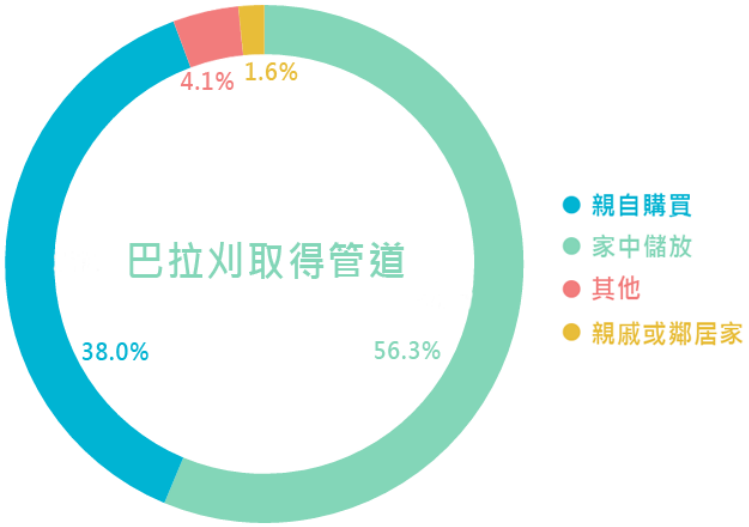


圖 3-2-16、自殺意圖者之巴拉刈取得管道

表 3-2-2、巴拉刈取得管道與個案及家屬務農情形交叉表

務農情形	巴拉刈取得管道 N(%)				總和
	親自購買	家中儲放	其他	親戚或鄰居家	N(%)
個案					
無務農	108(48.0)	98(43.6)	14(6.2)	5(2.2)	225(61.5)
有務農	31(22.0)	108(76.6)	1(0.7)	1(0.7)	141(38.5)
家屬					
無務農	100(59.9)	48(28.7)	14(8.4)	5(3.0)	167(45.9)
有務農	39(19.8)	156(79.2)	1(0.5)	1(0.5)	197(54.1)
個案與家屬					
皆無務農	96(65.8)	32(21.9)	13(8.9)	5(3.4)	146(40.1)
有一方務農	16(16.3)	80(81.6)	2(2.0)	0(0)	98(26.9)
雙方皆有務農	27(22.5)	92(76.7)	0(0)	1(0.8)	120(33.0)
總計人數	139(38.0)	206(56.3)	15(4.1)	6(1.6)	366

此外，根據分析結果發現，若個案在自殺當時並沒有務農，親自購買巴拉刈的比例占 48.0%，來自家中儲放的比例則占 43.6%；若個案當時有務農，來自家中儲放的比例則增加到 76.6%。而在分析個案家屬的務農情形時也發現類似結果，當家屬沒有務農時，個案親自購買的比例為 59.9%；若家屬有務農時，使用儲放在家中的巴拉刈占 79.2%。

為釐清務農情形與取得管道之間的關係，進一步分析個案與其家屬是否皆無務農、皆有務農、或是只有其中一方有務農，觀察取得管道比例的變化。結果發現，在個案使用巴拉刈自殺當時，若個案與其家屬皆沒有務農，則取得管道主要來自於親自購買，占 65.8%，而來自儲放農藥的比例則占 21.9%。但只要個案或其家屬有一方務農的情形下，來自家中儲放的比例就會較高，達 81.6%，與雙方皆有務農的情況下所占的比例(76.7%)相當，如圖 3.2.17 所示。

由此分析結果可以發現，整體而言，巴拉刈取得管道主要以家中儲放為主，若進一步分析個案與其家屬的務農情形，可以發現其與巴拉刈的取得管道之間有關聯性，若有務農時，巴拉刈的主要來源為家中所儲放的農藥；若沒有務農時，則主要會以購買的方式來取得。值得注意的是，使用其他管道(例如：路邊撿拾、親戚與鄰居家)的比例也主要集中在雙方皆無務農的情形下，顯示出儘管個案身邊能直接接觸到農藥的管道有限，仍有可能間接透過親友或從戶外農村地區取得，亦須保持警戒。

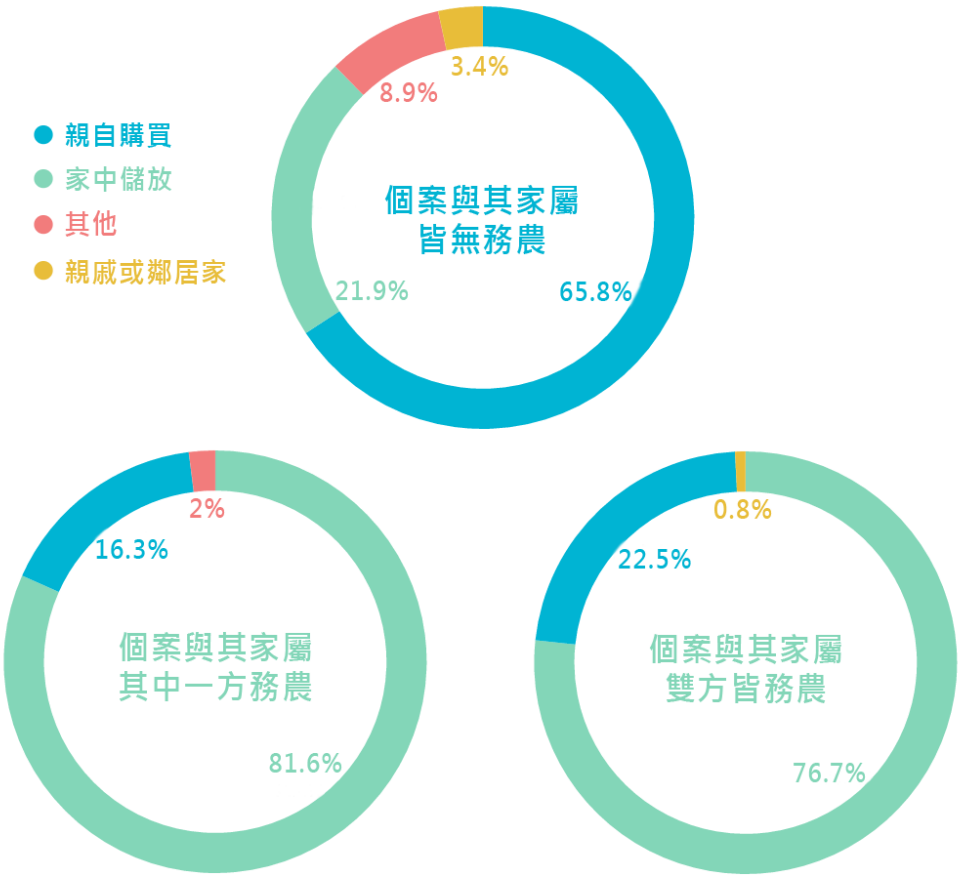


圖 3-2-17、不同務農情形之巴拉刈取得管道比例圖

目前巴拉刈已採取購買時登記身份的方案，然經中心實地走訪民間農會，卻發現農藥購買登記並未落實，現階段仍可在沒有證件的情形下取得巴拉刈。而根據數據分析也發現仍有 38.0%的取得管道比例來自於個案親自購買，顯示出購買強制登記對於農藥自殺防治的成效有限，應採取更強力的其他措施來降低巴拉刈自殺死亡的可能性。分析結果也顯示出巴拉刈來自於家中儲放的比例占 56.3%，因此應進一步考慮採行其他措施(如：在農藥包裝上加註安心專線、降低農藥毒性、實行代噴制度、或全面禁用等)，以達農藥自殺防治之成效。此次研究結果也發現，從親友家中與戶外農地的取得比例約為 6%，且集中在個案與其家屬皆無務農的狀況下，因此也特別需注意開放空間的農藥儲藏與回收情形，特別是自殺未遂個案，應釐清個案取得來源，並確保之前使用的農藥已經處理乾淨，避免個案再度使用同樣方式自殺。

5)韓國禁用巴拉刈之自殺防治成效

針對韓國巴拉刈禁用成效相關問題，中心分別針對禁用前之準備計畫與目的、禁用措施內容、時程規劃與問題處理、及禁用後之自殺防治成效、民眾反應等提出疑問，並針對臺灣未來的農藥自殺防治策略給予回饋與建議，詳如表 3.2.3。

表 3-2-3、韓國巴拉刈禁用成效相關問題

主題	討論議題內容
禁用前	1. 過去韓國政府在完全禁用巴拉刈之前,是採取什麼樣的措施來監控巴拉刈(例如：更嚴格的制度、購買者需註冊)、降低毒性(例如：調降濃度、加入催吐劑、褐藻膠(alginate))、或提倡安全使用(例如：教育宣導)？是否有效達成自殺防治的目標？ 2. 韓國政府是如何決定禁用巴拉刈？ 3. 韓國政府禁用巴拉刈的目標是為了降低自殺率？或是有其他原因(例如：考量使用者與農民的健康風險)？ 4. 為何韓國政府並未考量採取其他政策，例如：美國的使用者登記制度、或如日本降低 5%的巴拉刈濃度？ 5. 韓國自殺防治中心在禁用巴拉刈措施當中所扮演的角色是？
禁用措施	1. 韓國實際上是針對巴拉刈產品的哪一部分採取禁用措施？ 2. 什麼時候正式採取禁用措施？整體措施推動的時程是？ 3. 針對此計畫,是否有任何農民抱持著反對或抗拒的態度？如果有，他們後續如何去處理這些問題？ 4. 韓國政府是否有辦理任何教育課程來支持巴拉刈禁用措施？ 5. 韓國市面上是否有任何和巴拉刈有相似效果/價格的替代農藥？如果替代農藥比巴拉刈的價格還要昂貴,韓國政府如何解決這個問題，例如：提供農民補助或經濟支援？
禁用後	1. 韓國政府或韓國自殺防治中心是否有任何計畫評估過巴拉刈禁用措施的自殺成效？ 2. 在禁用巴拉刈後，韓國政府是否有任何計畫/策略來防制巴拉刈非法販賣或黑市交易？ 3. 在禁用巴拉刈後，農民是否有任何抱怨，例如：成本提高？ 4. 敬請韓國自殺防治中心針對巴拉刈禁用措施,給予臺灣自殺防治策略意見、經驗分享、或提供其他相關資訊。目前我們估計農藥自殺方法占臺灣所有自殺方法的 10-12%，其中巴拉刈為農藥自殺的主要因素(約 50%)。

根據韓國自殺防治中心 Dr. Park 所提供的資料，韓國在 1999 年至 2011 年頒布禁用巴拉刈條例之前，政府曾採取以下防範措施：(1)強制登記：強制巴拉刈購買者需登記姓名、地址、身分證號碼；(2)安全教育訓練：強制巴拉刈販賣業者與使用者必須參與農藥安全教育訓練，教導民眾如何安全使用巴拉刈；(3)在含有巴拉刈的產品中添加催吐劑；(4)限制每年的巴拉刈運貨量。然而農藥自殺人數仍然上升約 1,000 人，顯示這些防治措施的成效有限，迫使政府考慮採取更加嚴格的合法管制，並以降低自殺率作為首要目標。

根據估計，約有 70%的農藥中毒自殺乃肇因於巴拉刈，為了採取更加強烈的手段，韓國政府依據農業化學控管法規(Agricultural Chemicals Regulation Law)第 5 節第 14 條，於 2011 年 10 月底取消所有巴拉刈農藥項目登記，並在 2012 年正式禁止儲放與販售所有含有巴拉刈的農藥。該國政府雖無辦理任何教育課程來宣導巴拉刈禁用措施，但韓國農村發展委員會持續鼓勵農民採用其他巴拉刈替代品，例如草甘膦(Glyphosate)、草銨膦(Glufosinate)等農藥製品，而儘管替代品的價格比巴拉刈高出 1.5 倍，政府也並未提供任何補助給農民，多出的成本均由農民自行吸收。

根據近期研究指出(Cha, Chang, Gunnell, Eddleston, Khang, & Lee, 2015)，年齡標準化的農藥自殺死亡率在 2004 年達到高峰，每十萬人口中有 9.2 人，接著就持續下降，如圖 3.2.18，然而，農藥自殺死亡率下降的同時並未影響到日常農作物的收成，在其他自殺方法上亦無增加。在韓國政府於 2011 年頒布禁用巴拉刈法令以及 2012 年正式實施禁令後，2011 年至 2013 年的農藥中毒自殺人數從 2,580 人下降至 1,442 人，2014 年亦持續下降至 1,072 人，詳如表 3.2.4。而 2011 年至 2013 年間的標準化農藥自殺死亡率也從每十萬人口 5.26 人降至 2.67 人，下降 49.2%，如圖 3.2.19，遠比先前預估的下降比率(圖中虛線部份)來的多，此結果也顯示出兩項政策皆與農藥中毒自殺人數顯著下降有關。

表 3-2-4、2009-2014 年韓國農藥自殺人數與比例

	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
農藥自殺人數	2,743	2,719	2,580	2,103	1,442	1,072
%	17.8%	17.5%	16.2%	14.9%	10.0%	7.7%

(資料來源：韓國統計)

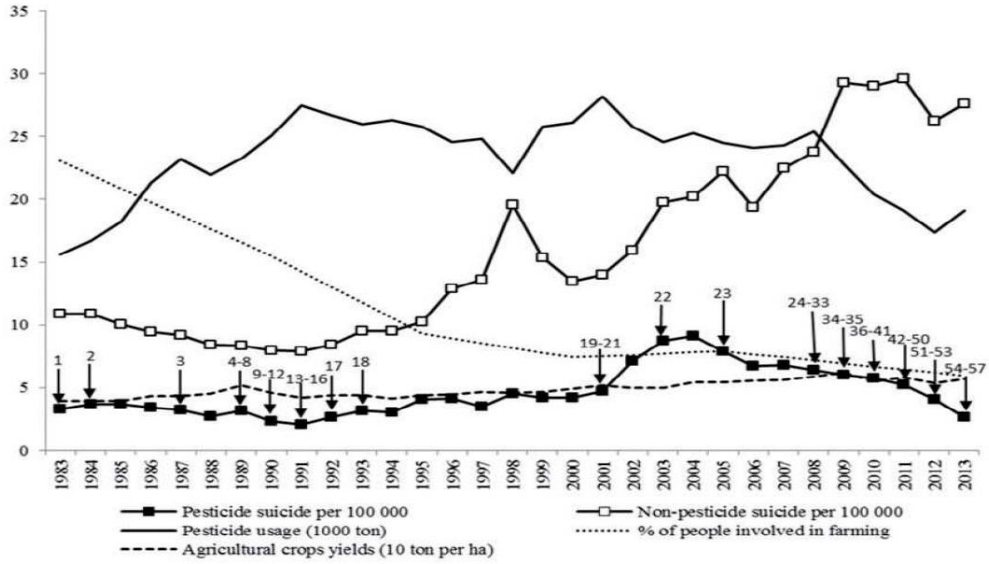


圖 3-2-18、1983-2013 年韓國自殺率與農藥使用及農業生產情形
(Cha, Chang, Gunnell, Eddleston, Khang, & Lee, 2015)

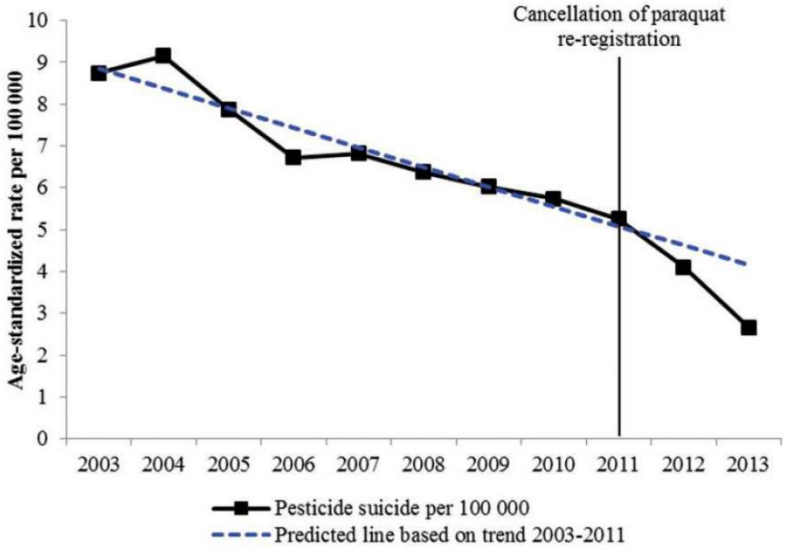


圖 3-2-19、2003-2013 年農藥自殺死亡率
(Cha, Chang, Gunnell, Eddleston, Khang, & Lee, 2015)

在禁用巴拉刈之後，韓國政府嚴格管制非法販售巴拉刈的不肖業者，並於 2012 年成立韓國自殺防治中心，持續監控線上巴拉刈販賣場所，並拜訪農藥販賣實體商店，一旦發現非法販售情形，農村發展委員會則採取司法程序，給予不肖業者行政處分(例如：吊銷販售執照)，並根據農業化學安全法(Agricultural Chemical Safety Act)第 32 條，最高處以 3 年以下有期徒刑或易科罰金 3,000 萬韓元(約相當於新臺幣 87 萬元)。而農民方面，由於韓國積極推廣其他農藥替代品，因此也並未產生太大的反彈聲浪。

整體而言，韓國政府在採取巴拉刈禁用措施中可以分成不同的階段，如圖 3.2.20。在 1999 年後，政府強制巴拉刈使用者與販賣業者需要登記相關資料並接受教育課程，然而因自殺率仍然並未下降，因此改於 2011 年取消登記制度，同年頒布禁用巴拉刈的政令，並於 2012 年正式實施禁用措施。至此，韓國農藥自殺比率才逐漸下降，且於農業地區更加顯著。



圖 3-2-20、韓國禁用巴拉刈時間軸

參考其他國外經驗，日本採取降低巴拉刈濃度的方法，同樣也得到自殺率降低的顯著成效，歐盟共 28 個會員國則於 2007 年取消巴拉刈的使用執照。韓國自殺防治中心建議臺灣能夠依據現況制定出合宜的措施來降低農藥自殺率，並可先採用韓國與日本最初的防治策略，例如：強制登記、安全教育訓練、與降低巴拉刈濃度等，若自殺率仍未下降，則建議之後可再採取更有力的方法，以達成農藥自殺率下降之目標。

6) 分析臺灣禁用巴拉刈之效益 (報告書詳見附件 3.2.3)

(1) 自殺死亡層面

本研究根據 2015 年自殺通報資料及死亡資料，推估農藥自殺之致死率約為 19.9%。並假設 2015 年之 209 名巴拉刈自殺死亡者以及 256 名巴拉刈自殺企圖者在禁用後皆轉移至其他農藥，則估計仍有 93 人會死亡。因此，禁用巴拉刈後所能減少的死亡人數為 116 人，相當於全部農

藥自殺人數減少 24.2%。

依此類推，2015 年臺灣自殺人數共 3,675 人，農藥自殺人數共 479 人，占所有自殺人數 13.0%；巴拉刈自殺人數共 209 人，占所有自殺 5.7%、占農藥自殺 43.6%。假設其他自殺現況不變，在禁用巴拉刈後，農藥自殺人數會降低 24.2% (116 人)，且無轉移至農藥以外的自殺方法，則農藥自殺率則會從 13.0%降至 10.2%，詳如表 3.2.5 所示。

表 3-2-5、自殺死亡下降人數推估結果

	2015 年	2016 年(預估)
全部自殺死亡人數	3,675	3,559
農藥自殺死亡人數	479	363
巴拉刈自殺死亡人數	209	114(轉移)
農藥自殺率	13.0%	10.2%
巴拉刈占全部自殺率	5.7%	—
巴拉刈占農藥自殺率	43.6%	—

(2) 醫療成本層面

本研究根據某醫學中心所提供之 2012 年與 2013 年健保抽樣歸人檔，抽取第一次就醫含有 ICD-9-CM 989.4:Toxic effect of other pesticides, not elsewhere classified 之診斷，採用當次門(急)診及住院之醫療費用及天數，若之後有同樣門診就醫則不計算在內。

健保資料庫中，由於沒有巴拉刈中毒之特定代碼，因此使用 ICD-9-CM 989.4 所得到的資料，是「所有」農藥中毒所造成的醫療使用。由於資料上的限制，因此僅能以此分析作為巴拉刈中毒醫療成本之推估，結果如表 3.2.6 所示。

表 3-2-6、農藥中毒者之醫療費用與天數(n=108)

	每人平均就醫天數	每人平均就醫費用	平均每人每天就醫費用
門(急)診	2.7	4,610	1,713
住院	5.9	46,372	7,838

根據分析結果，2012 年與 2013 年間，每位農藥中毒者於門(急)診之平均就醫天數為 2.7 天，期間所花費的就醫費用平均為新臺幣 4,610 元；平均住院天數為 5.9 天，期間所花費的住院費用平均為 46,372 元。

若推估至 2015 年通報資料，其中有 256 人次特別註記為使用除草

劑(巴拉刈)，則全國巴拉刈自殺企圖者於 2015 年之門(急)診就醫費用約可達新台幣 120 萬元、住院費用則約可達新台幣 1,200 萬元。若完全禁用巴拉刈後，則可降低此醫療花費。

(3) 社會經濟層面

社會經濟成本之評估是假設所有人都可以工作到 65 歲，並依照個案於自殺當時至 65 歲以前可獲得多少收入做為勞動生產力的損失金額。另假設所有人在 65 歲以後即退休，因此不予計算其勞動生產力。依此方法計算 2015 年因巴拉刈自殺身亡所導致的生產力損失，勞動人口總計損失生產力可達新臺幣 9 億 8 千萬元。然而，根據中心統計分析顯示，巴拉刈意圖中毒者中，自己或家中有在務農者約占 60%，且根據行政院主計處的資料，農業從業人員之收入普遍低於其他從業人口，修正過後的損失生產力總額約達新臺幣 8 億元。

利用上述方法估算 2015 年所有自殺死亡、農藥自殺死亡所導致之生產力損失，並與巴拉刈自殺死亡之生產力損失比較，結果如表 3.2.7 所示。農藥自殺死亡之生產力損失約為新臺幣 19 億 5 千萬元，所有自殺死亡之生產力損失約為新臺幣 283 億元。將此社會經濟成本與 2015 年的國民生產毛額(GDP)比較，該年的國民生產毛額(GDP)約為新臺幣 16.69 兆元，而所有自殺死亡占國民生產毛額(GDP)的 0.17%、農藥自殺死亡占 0.012%、巴拉刈自殺死亡占 0.006%。

表 3-2-7、巴拉刈自殺、農藥自殺、所有自殺死亡之生產力損失比較表

	生產力損失	占 2015 年 GDP 比例
巴拉刈自殺死亡	980,530,680	0.006%
農藥自殺死亡	1,947,495,480	0.012%
所有自殺死亡	28,271,998,530	0.17%

(單位：新臺幣)

(4) 結論

綜觀上述效益評估結果，每年國家花費在治療巴拉刈中毒者之醫療費用及社會經濟成本高昂，總計耗費超過新臺幣 8 億元。然而，2014 年巴拉刈的出廠總銷售額僅 1.8 億元，若完全使用高價的替代品也僅需再添 3.1 億元。巴拉刈農藥本身所帶來的社會成本與經濟效益相較之下，實為天壤之別，更遑論其所遭致的生命損失背後，又帶來多少親人與朋友的傷痛，無形的損失難以計量。

2. 總結

1) 2009 年至 2015 年間巴拉刈自殺人數共 1,130 人，每年平均約有 161 人因巴拉刈自殺身亡，全國將近有 5%自殺死亡肇因於巴拉刈，且巴拉刈也為農藥自殺的主要藥劑。其中，以男性、45-64 歲族群為大宗，而巴拉刈占全部自殺比例則隨著年齡愈大而升高，特別是 75 歲以上族群，大約每 14 名自殺者內就有 1 名是因巴拉刈所致。

2) 2009 年至 2015 年間各縣市巴拉刈自殺死亡平均人數以彰化縣最高(22.7 人)，其餘縣市包含屏東縣、臺南縣、雲林縣、嘉義縣、宜蘭縣、及桃園市，巴拉刈死亡平均人數皆達 10 人以上；各縣市的巴拉刈自殺死亡占全部自殺的比例以臺東縣最高(16.6%)，其餘縣市包含花蓮縣、宜蘭縣、嘉義縣、及彰化縣，巴拉刈皆占所有自殺之 10%以上；各縣市的巴拉刈自殺死亡占農藥自殺的比例，以宜蘭縣最高(64.2%)，其餘縣市包含基隆市、花蓮縣、臺東縣、及彰化縣之比例皆占 50%以上。

3) 農民身分別部分，2015-2016 年使用巴拉刈自殺企圖個案在自殺當時，有 40%個案家中並無務農、26.8%自身或其家屬有一方務農、33.2%雙方自身與其家屬皆有務農，初步估計使用巴拉刈自殺者有 60%與農民身份有關。

4) 有關農藥代噴制度之成效評估，中央原訂於今年 7 月 1 日全面施行農藥代噴制度，讓包含巴拉刈在內的四種劇毒農藥僅有代噴業者才可購買，減少一般民眾接觸巴拉刈的可能性。然因制度延遲推行，至今尚未全面採行農藥代噴制度，因此無法評估制度對自殺防治之成效。

5) 分析醫學中心治療使用巴拉刈自殺企圖個案之趨勢，近十年來離院時未死亡個案數提升 8.3%，離院時已死亡個案數則增加 1.71 倍。其中，皆以男性占多數，年齡層集中 25-44 歲、45-64 歲、及 65 歲以上族群。另分析離院時已死亡之個案數占所有住院個案的比例，近十年來平均比例為 14.0%，表示平均每 7 名因巴拉刈中毒的人，就有 1 名會死亡，該比例亦逐年上升，2015 年相較於 2006 年增加 1.2 倍。

6) 巴拉刈自殺意圖者之巴拉刈取得管道主要以家中儲放為主(56.3%)，其次為本人親自購買(38.0%)，另有 4.1%為自行以寶特瓶於他處取回、撿拾農地或路邊農藥罐、請朋友代買等行為，1.6%來自於親戚或是鄰居家。若個案或其家屬有務農時，巴拉刈的主要來源為家中所儲放的農藥；若沒有務農時，則主要會以購買的方式來取得。針對自殺未遂個案，關訪員應釐清個案取得來源，並確保之前使用的農藥已經處理乾淨，避免個案再度使用同樣方式自殺。

7) 探討韓國禁用巴拉刈之自殺防治成效，該國最初的防治策略包含採行強制

登記、安全教育訓練、與降低巴拉刈濃度等措施，然未能如期下降農藥自殺人數，因此改於 2012 年正式實施禁用巴拉刈措施。至此，2013 年的農藥中毒自殺人數下降至 1,442 人，2014 年亦持續下降至 1,072 人，且於農業地區下降比率更加顯著。因此，韓國自殺自殺防治中心也建議，臺灣若依循韓國最初的自殺防治措施，自殺率仍無法顯著下降，則應考慮進一步採取更強力的方式(如：全面禁用)來達成目標。

8) 本中心依據韓國禁用巴拉刈之經驗與成效，進一步推估禁用巴拉刈後一年內所能減少之死亡人數、醫療成本、以及社會經濟損失，主要結果預估如下：自殺死亡人數部份，農藥自殺率將從 2015 年之 13.0%降至 10.2%，農藥自殺人數減少 116 人，降幅為 24.2%；醫療成本部分，根據通報資料推估，2015 年受到通報之巴拉刈自殺企圖者於門(急)診之花費約新台幣 120 萬元、住院之花費約新台幣 1,200 萬元；社會經濟成本方面，2015 年因巴拉刈自殺身亡所導致的生產力損失總額約達新臺幣 8 億元，約占 2015 年國民生產毛額(GDP)之 0.006%。

9) 根據韓國自殺防治中心之建議與中心效益評估結果，臺灣近幾年在採行強制登記、安全教育訓練、與降低巴拉刈濃度等防治策略後，仍未能有效降低自殺率。因此，本中心建議，在目前農藥代噴制度未能完整並有效推行的情形下，應考慮採取全面禁用巴拉刈措施，禁止所有民眾接觸此種劇毒農藥，以有效降低農藥自殺人數及社會經濟損失，可望保障更多自殺企圖者之生命安全。

五、 成果 (Product)

附件 3.2.1　醫學中心與相關醫療院所名單。

附件 3.2.2　提供醫療院所填寫之表格。

附件 3.2.3　禁用巴拉刈之效益評估報告書。

老人自殺與就醫行為之實證研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

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 2014 年底老年人口已達 12.5%，正朝向高齡社會前進。

隨著年齡的增長，老人的自殺率呈現著逐漸攀升的趨勢。據推估，75 歲以上老人的自殺率，約為青少年的四倍，老年男性的自殺率則約為老年女性的 1.6-1.9 倍，且老人趨向於使用致死率較為高的自殺方式(如上吊、跳樓、喝農藥)來自殺。根據世界衛生組織(WHO)所作之研究調查，65 歲以上老人嘗試自殺與爾後自殺完成的比率逼近 2 比 1，意指一旦老年人嘗試自殺，則其身亡的比例是很高的，且老年人嘗試自殺後，爾後死於非自殺的比例也比一般人高，所以我們決不可輕忽臨床上有自殺企圖之老人。個案自殺前，常會透露出一些警訊；例如，個案突然開始忽略藥物的服用、整理包裝自己的東西、對生活失去樂趣、突然不在意對於自己身體的照料、突然間尋求宗教活動與上教堂、或者是頻繁地因為模糊的身體不適症狀而求醫。

我國老年族群(65 歲以上)之自殺粗死亡率一向高於其他年齡層，自殺粗死亡率從 1995 年每 10 萬人口 25.6 人上升至 2014 年 31.3 人，自殺死亡的人數從 1995 年之 408 人上升至 2014 年之 862 人；而且 65 歲以上之自殺粗死亡率為全國自殺粗死亡率之 2.1 倍。自殺的危險因子，包括年齡、性別及精神疾患等。一般而言，男性自殺率大於女性，且大部份發生在老年人，因為他們常伴有潛在的器質性疾病及缺乏社會支持，且易合併憂鬱症。在西方國家中，因老年族群的快速增加，且合併慢性疾病盛行率高，這些因素已使自殺的人數明顯增加。

過去在各文化中，老年人自我傷害與自殺的現象常常因為種種考量以及污名化的影響，而被掩飾與刻意忽略。隨著世界各國對於自殺議題越來越重視，越來越多針對老年人自我傷害與自殺的研究，也揭示了這個議題遠超乎我們所想像來的嚴重。根據流行病學的調查，65 歲以上老年族群的平均自殺率約十萬分之 15 至十萬分之 22；平均蓄意自傷率則自十萬分之

14 至十萬分之 111 不等，均遠較其他年齡層高。老年人自我傷害與自殺除了直接使個案喪失生命外，對於整個社會與家庭的影響程度，也超乎社會大眾的瞭解與預期。除了原有對自殺議題的污名化影響，老年自殺個案所引發家屬成員相關精神疾患，如憂鬱症、創傷後壓力症候群、睡眠障礙、壓力疾患等的比例，均較一般大眾族群來得高，這顯示老年人自我傷害與自殺的問題亟需全民的重視。

經大型文獻回顧後，學者 Crek 整理出老年人自殺的危險因子，包括男性、精神疾患(憂鬱症)、身體疾患、人際關係的不協調，後三項則為臨床上可以介入的面向。據老年自殺者死後的回顧性研究，約莫有 7 到 8 成的個案於自殺時具有精神疾患的診斷。針對於老人憂鬱症的治療，不論是抗憂鬱劑的使用或者是人際關係的心理治療，皆有足夠之證據顯示對於老年個案自殺意念的降低，有顯著的助益，且抗憂鬱劑使用的增加，也確確實實地減低個案的自殺死亡率。因此一些以社區為基礎的自殺防治策略，也是以老人憂鬱症的篩檢為重要的措施。研究也顯示、老年個案於自殺前的半年內大都曾經看過基層醫療的醫師，但只有極少數的個案的情感疾患被診斷出來，大部分的個案皆被忽略。許多的基層醫師甚至會避免和憂鬱的老人家談及自殺的意念，一方面是因為許多人認為自殺意念是老人「正常」且常見的心理狀態；另一方面則是因為他們深怕這反而會誘發個案自殺的企圖。但相反的，於老人自殺防治的建議上，由於許多的老人並不會主動的提及自殺相關的事物，臨床上甚至建議要清楚、明白、直接地詢問老人個案的自殺意念。需要時，甚至考慮使用正式的心理測量工具，作為衡鑑的根據。根據所篩檢出來的高危險個案，給予正式且有效的治療與評估是必要的。值得一提的是，對於已被篩檢出是自殺高風險的老年個案，於追蹤過程中精神科醫師的照護明顯的比一般基層醫師更能降低個案自殺的風險。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來老人自殺之趨勢以及老人的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報及關懷訪視資料與健保就醫資料及健保資料庫，進行資料串連與分析。

因衛生福利部自殺防治通報系統服務於 2006 年啟動，故本次分析使用之資料是針對近 9 年(2006 年至 2014 年)之自殺死因進行資料串聯與後續分析研究。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2014 年自殺死亡檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處「資料科學中心」。

b. 資料說明：自殺個案死亡情形之記錄。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、婚姻狀態、戶籍地、死亡原因等。

(2) 2006 年至 2014 年自殺通報資料。

a. 資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司。

b. 資料說明：自殺企圖通報個案之相關資料。

c. 資料內容：主要包含自殺行為發生之日期、自殺方式、自殺原因、居住所在地、分案、關懷訪視、轉介及結案情形等。

(3) 全民健康保險資料

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利「資料科學中心」。

b. 資料說明：門急診明細檔、住院個案明細檔、門急診醫令檔、住院醫令檔、健保承保檔等資料。

c. 資料內容：主要包含就醫時間、就醫科別、診斷及藥物使用情形等。

d. 資料串聯：以各檔案間共有之資料欄位進行串聯。

2) 資料分析

(1) 人口社會學分析：分析這十年老年人自傷與自殺的發生率及其趨勢，同時分析其自傷與自殺的方法，在這十年當中的分布與變化趨勢，以做為防治策略的方向。

(2) 自殺原因與危險指標之分析：由老人自殺前之就診科別、住院科別，以及其通報死亡原因、自殺方式等相關危險指標以瞭解不同年齡層之自殺原因與危險指標間之差異性。

(3) 老年人自傷與自殺前之就醫行為與診斷分析：分析老年人自傷與自殺前一年內之門急診、住院就診科別、種類，以及醫療人員是否提供精神疾患之評估與診斷。

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、東捷電腦。

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. IRB 申請：1 月底至 3 月份

1)1 月 28 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2)3 月 9 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「資料科學中心」資料申請相關事宜：3 月份至 5 月份

1)3 月 17 日親送新案資料申請案表單、特殊需求申請書、模擬數據檔使用申請單及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利資料科學中心進行新案件申請。

2)3 月 18 日統計處來信需提供與 IRB 申請時同一份譯碼簿，並且模擬數據檔申請已通過。中心於當日即提供統計處 IRB 申請之譯碼簿。

3)3 月 24 日至衛生福利部統計處「資料科學中心」存取模擬數據檔。

4)3 月 25 日衛生福利部統計處「資料科學中心」來信說明因就醫日期及入院日期則已經加密，因此無法直接判斷自殺間隔日期，若需明碼請提出特殊需求申請。

5)3 月 28 日提供新版特殊需求申請。

6)4 月 26 日衛生福利部統計處「資料科學中心」來信，請中心進行費用及欄位申請核對，並於當日回覆核對之結果。

7)5 月 4 日衛生福利部統計處「資料科學中心」統計處來信，希望中心提供新版符合譯碼簿之攜入資料，已於當日提供相關資料。

8)5 月 6 日收到衛生福利部統計處「資料科學中心」匯款之公文，於當日下午匯款，並回傳匯款單給相關承辦人員。

3. 資料分析預約協調：5 月份至 6 月份

1)6 月 15 日預約 7 月份分析時間，並將所有時數預約完成。

2)預約平臺使用時間：排定 7 月 6 日、7 月 13 日、7 月 20 日、7 月 27 日。

4. 資料分析：6 月份至 9 月份

5. 資料攜出申請協調：6 月份至 9 月份

6. 資料分析預約協調：9 月份至 11 月份

1)9 月 19 日分析人員變更成功。

2)9 月 20 日預約 10 月份分析時間，但承辦人員表示 10 月份預約全數已滿，需排候補，又因承辦人表示 10 月份不易排到後補，故建議於變更資料分析地點至中研院分中心。

3)10 月 21 日預約 11 月份分析時間。

4)11 月按照當周分析進度，陸續預約 11 月分析時間。

7. 資料分析：10 月份至 11 月份

1)10 月 27 日、10 月 28 日進行資料分析，並進行攜出申請。

2)11 月 3 日、11 月 4 日、11 月 8 日、11 月 10 日進行資料分析，並重新進行攜出申請。

3)11 月 25 日、11 月 29 日、11 月 30 日重新進行資料分析與資料攜出申請。

8. 資料攜出申請協調

1)11 月 4 日統計處來電，因資料仍可回推，故不得攜出。

2)11 月 18 日致電統計處衛生福利部查詢審核進度後，得知因分中心硬碟損壞故無法進行資料查詢，並建議至統計處重新進行資料分析。

3)12 月 5 日取得分析資料。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1)老人自殺死因分析

2006 年至 2014 年，65 歲以上自殺死亡人數一共 7,656 人，平均一年約有 850.7 人。以整體(65 歲以上)老人的歷年自殺死亡人數來看，整體的趨勢呈現三個高峰的曲線，2006 年為第一個高點(884 人)，但自 2006 年起直到 2009 年有起伏遞增(約在 880 到 820 人不等)，至 2010 年為第二個高點(886 人)，而隔年下降至 2011 年(807 人)，2012 年後又逐漸攀升至 835 人，2013 年略增為 850 人，直至 2014 年為第三個高點(862 人)。

而從整體(65 歲以上)老人的歷年粗死亡率來看，上升下降趨勢各有消長，自 2006 年至 2014 年呈現震盪波動遞減，其中 2006 年為最高點(39.3)，逐漸下降至 2014 年的最低點(31.3)。(如詳見圖 3.3.1)

以性別而言，在 65 歲以上老人自殺死亡人數中，男性自殺死亡人數自 2006 至 2014 年，總計有 4,957 人；女性自殺死亡人數自 2006 年至 2014 年，總計有 2,699 人，性別比為 1.84(男性為女性的 1.84 倍)。

以 65 歲以上整體老人在 2006-2014 年間各種自殺死亡死因的占率來看，歷年死因占率平均最高的前三名分別是「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(43.8%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(30.0%)、「由高處跳下自殺及自傷」(9.6%)。其中「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自 2006 年以來，占率不斷的減少，除 2011 年略上升外，皆有逐漸下降的趨勢；「以固體或液體物質自殺及自為中毒」則是自 2006 年以來，占率不停上升，除 2010 年略為下降外，皆有逐漸上升的趨勢；「由高處跳下自殺及自傷」起

伏則相對較小，大多維持在 8.3%-9.7%，但 2012 年占率則是來到 10.78%，2014 年占率更是創新高，達 11.0%，有逐年攀升的趨勢，因此仍是不可忽視的老人自殺死因，須持續關注。(如詳記表 3.3.1、歷年老人自殺死因(ICD-9)占率)

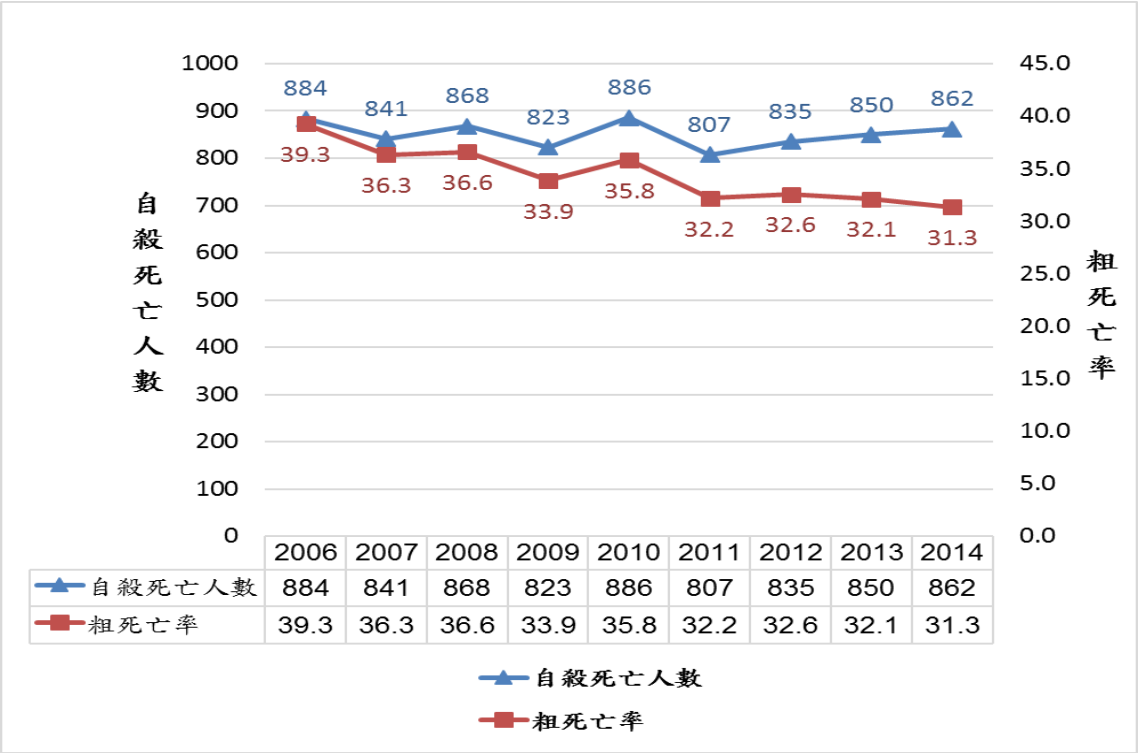


圖 3-3-1、老人歷年自殺死亡人數與粗死亡率

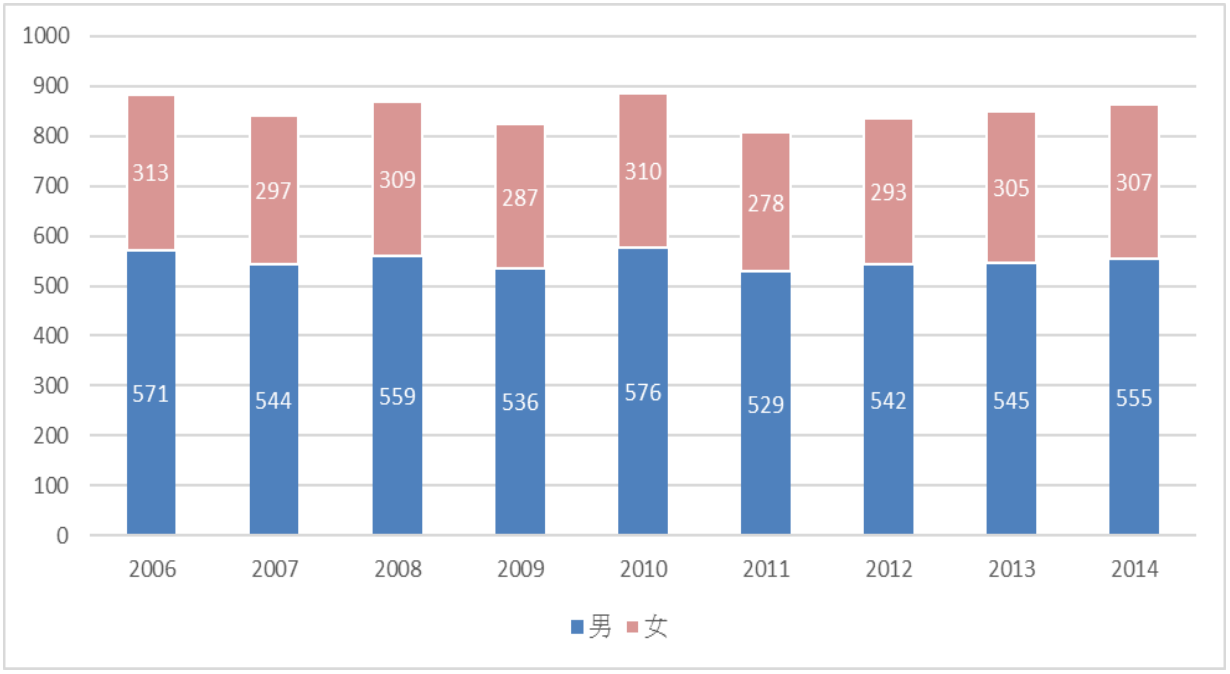


圖 3-3-2、歷年老人不同性別之自殺死亡人數

表 3-3-1、歷年老人自殺死因(ICD-9)占率

65 歲以上	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	歷年平均
以固體或液體物質自殺及自為中毒	**25.57**	**29.01**	**29.15**	**31.71**	**28.78**	**30.86**	**30.54**	**30.59**	**33.87**	**29.98**
由家用瓦斯或其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	4.86	3.57	4.95	4.74	5.87	3.97	5.99	4.24	4.41	4.74
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	**51.36**	**48.75**	**43.32**	**42.65**	**42.78**	**44.36**	**41.20**	**41.65**	**38.28**	**43.83**
溺水(淹死)自殺及自傷	4.86	6.42	7.26	7.29	8.13	8.30	6.83	9.29	8.24	7.39
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0.00	0.12	0.12	0.00	0.00	0.12	0.12	0.12	0.12	0.08
切穿工具自殺及自傷	1.58	1.43	2.76	2.07	3.16	1.98	2.28	2.12	1.97	2.16
由高處跳下自殺及自傷	**9.28**	**8.56**	**9.91**	**9.36**	**9.71**	**8.30**	**10.78**	**9.65**	**11.02**	**9.63**
其他及未明示之方式自殺及自傷	2.49	2.14	2.53	2.19	1.58	2.11	2.28	3.35	2.09	2.19

以性別及自殺方式來看，歷年老人男性自殺死亡人數最多的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(2,322 人)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(1,340 人)與「由高處跳下自殺及自傷」(442 人)；女性自殺死亡人數最多的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(1,034 人)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(955 人)與「由高處跳下自殺及自傷」(295 人)，因此不論男女，65 歲以上老年人口的前三大自殺方法皆相同。

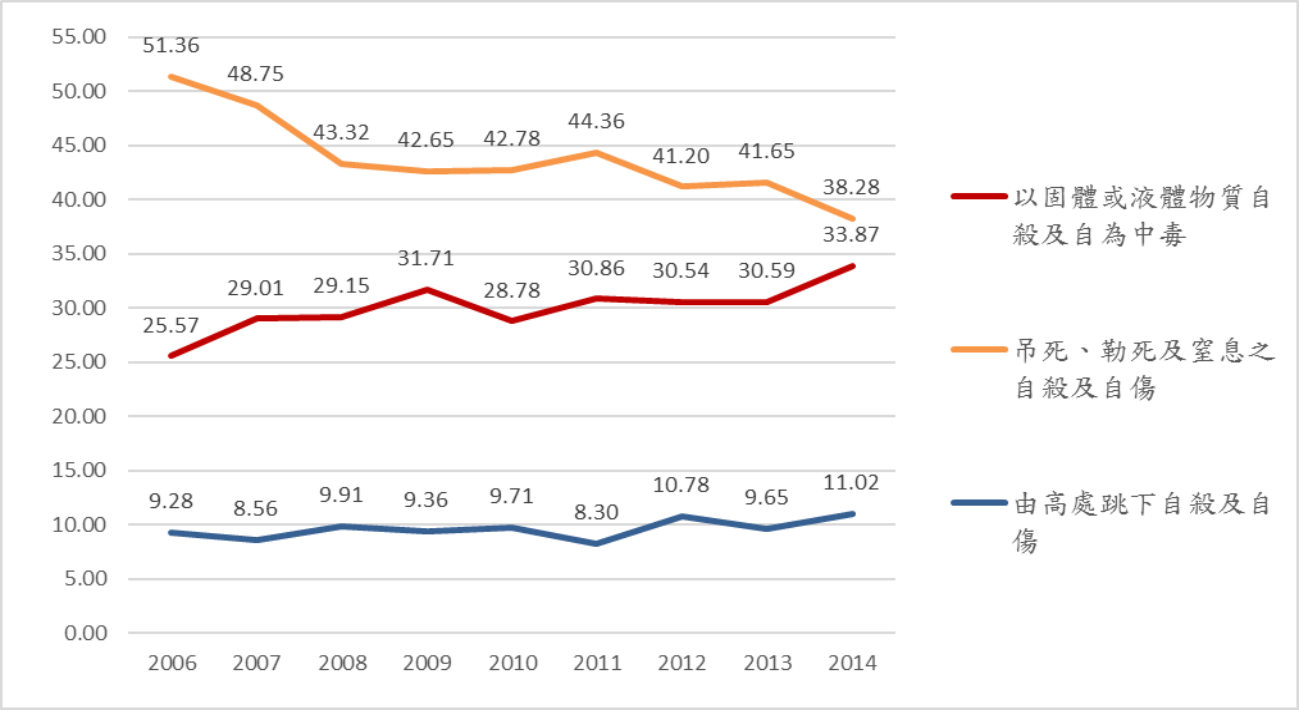


圖 3-3-3、歷年老年自殺死因占率前三名

整體老人自殺死亡性別比男：女為 1.84，其中以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」、「其他及未明示之方式自殺及自傷」、「由家用瓦斯或其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」的性別比最高，但「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」由於人數過少因此導致性別比竄高，除「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」外，其餘「其他及未明示之方式自殺及自傷」性別比為 3.67，「由家用瓦斯或其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」性別比為 3.65，即可表示這三種自殺方法在老年人口中，男性人數多大於女性人數；最低為「溺水(淹死)自殺及自傷」，性別比達 1.26，然而並無女性人數比男性人數多的自殺方法。(如詳見表 3.3.2、歷年老人自殺死亡之性別與自殺方法)

表 3-3-2、歷年老人自殺死亡之性別與自殺方法

自殺方式(ICD-9)		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	總計	性別比
以固體或液體物質自殺及自為中毒	男	127	143	145	167	150	144	151	149	164	**1,340**	1.4
	女	99	101	108	94	105	105	104	111	128	**955**	
由家用瓦斯或其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	男	37	25	35	33	36	25	37	27	30	285	3.65
	女	6	5	8	6	16	7	13	9	8	78	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	男	318	278	251	233	268	254	240	246	234	**2,322**	2.25
	女	136	132	125	118	111	104	104	108	96	**1,034**	
溺水(淹死)自殺及自傷	男	16	34	38	33	37	35	34	46	43	316	1.26
	女	27	20	25	27	35	32	23	33	28	250	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	男	0	1	1	0	0	1	0	1	1	5	5
	女	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
切穿工具自殺及自傷	男	9	9	16	13	22	11	12	11	12	115	3.3
	女	5	3	8	4	6	5	7	7	5	50	
由高處跳下自殺及自傷	男	48	41	54	43	51	46	51	50	58	**442**	1.5
	女	34	31	32	34	35	21	39	32	37	**295**	
其他及未明示之方式自殺及自傷	男	16	13	19	14	12	13	17	15	13	132	3.67
	女	6	5	3	4	2	4	2	5	5	36	
總計	男	571	544	559	536	576	529	542	545	555	4,957	1.84
	女	313	297	309	287	310	278	293	305	307	2,699	

針對 2006 到 2014 年老年人口的死因而言，可以發現「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡人數所占的比率甚高。

相對於其他年齡層而言，老人普遍體力及復原能力較弱，因此致死率相對提升不少，為此我們宜進一步加強相關之自殺防治策略。例如：針對久病、行動不便、獨居之老人定期關懷慰問。

2) 自殺防治通報系統與老人自殺分析

分析自殺通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之歷年占率，，由 2006 年的 12.5%上升至 2015 年的 18.6%。(如詳見表 3.3.3、歷年老人通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之占率)

表 3-3-3、歷年老人通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之占率

	有在精神科就診或進行心理健康諮詢人次	通報人次	占率(%)
2006	174	1391	12.5
2007	250	1709	14.6
2008	282	1792	15.7
2009	327	1997	16.4
2010	363	2193	16.6
2011	391	2122	18.4
2012	408	2472	16.5
2013	435	2601	16.7
2014	506	2764	18.3
2015	531	2850	18.6

再自殺率之分析中，老人自殺通報「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之個案(表 3.3.5、歷年老人「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」個案再自殺率)，其再自殺率與老人全體之再自殺率(表 3.3.4、歷年老人自殺個案再自殺率)，各有消長並無明顯趨勢。

表 3-3-4、歷年老人自殺個案再自殺率

年份	自殺企圖人數	再自殺率期間	再自殺人數	再自殺率(%)
2006	1367	30 天	21	1.8
		90 天	25	2.1
		180 天	37	3.1
		一年	61	5.2
2007	1645	30 天	26	1.8
		90 天	37	2.6
		180 天	55	3.8
		一年	66	4.6
2008	1732	30 天	26	1.7
		90 天	39	2.6
		180 天	58	3.9
		一年	79	5.3

表 3-3-4、歷年老人自殺個案再自殺率(續)

年份	自殺企圖人數	再自殺率期間	再自殺人數	再自殺率(%)
2009	1927	30 天	33	2.0
		90 天	56	3.4
		180 天	68	4.1
		一年	93	5.6
2010	2133	30 天	23	1.3
		90 天	42	3.3
		180 天	60	3.3
		一年	90	4.9
2011	2073	30 天	21	1.2
		90 天	37	2.1
		180 天	56	3.2
		一年	84	4.7
2012	2371	30 天	37	1.9
		90 天	67	3.4
		180 天	101	5.1
		一年	134	6.8
2013	2521	30 天	42	2.0
		90 天	63	3.0
		180 天	84	4.0
		一年	129	6.2
2014	2640	30 天	52	3.3
		90 天	80	3.6
		180 天	105	4.7
		一年	147	6.6
2015	2733	30 天	64	2.8
		90 天	92	4.0

表 3-3-5、歷年老人「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」個案再自殺率

年份	自殺企圖人數	再自殺率期間	再自殺人數	再自殺率(%)
2006	166	30 天	3	2.0
		90 天	5	3.4
		180 天	6	4.1
		一年	10	6.8
2007	248	30 天	0	0
		90 天	0	0
		180 天	4	1.7
		一年	7	3.0
2008	270	30 天	5	2.0
		90 天	7	2.8
		180 天	9	3.6
		一年	13	5.2
2009	316	30 天	5	1.7
		90 天	10	3.4
		180 天	11	3.7
		一年	14	4.7
2010	357	30 天	2	0.6
		90 天	6	1.8
		180 天	8	2.5
		一年	14	4.3
2011	387	30 天	4	1.1
		90 天	7	1.9
		180 天	8	2.2
		一年	15	4.1
2012	393	30 天	4	1.1
		90 天	10	2.9
		180 天	14	4.0
		一年	20	5.7

表 3-3-5、歷年老人「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」個案再自殺率(續)

年份	自殺企圖人數	再自殺率期間	再自殺人數	再自殺率(%)
2013	419	30 天	7	1.8
		90 天	10	2.6
		180 天	13	3.4
		一年	22	5.7
2014	476	30 天	14	3.2
		90 天	22	5.0
		180 天	24	5.4
		一年	31	7.0
2015	518	30 天	6	1.2
		90 天	8	1.6

針對被通報的老人自殺死亡個案，分析在該次自殺前，是否曾被通報過(重複自殺者)，了解在其自殺身亡前，是否曾有機會提供關懷或協助。由統計結果可知，老人自殺死亡前不曾被通報的比率(表示在其自殺身亡前，沒有機會提供關懷或協助)從 2006 年之 90.6%逐漸提升到 2014 年之 92.2%；先前曾被通報(曾有機會提供關懷或協助)的比率則從 2006 年之 9.4%逐年下降至 2014 年之 7.8%。結果顯示自殺死亡前不曾被通報的新個案數增加，而曾被通報過(視為重複自殺之個案)的老人族群自殺死亡數下降。由此可知，在老人族群中，除了藉由自殺防治通報系統與各地衛生局所提供之關懷訪視服務是不夠的，更需要找出高風險族群，並建立完善的社會支持系統，才能防治老年人的自殺。

表 3-3-6、不含當次，之前曾被通報與不曾被通報之歷年老人自殺死亡人數、比率

年度	不曾被通報[註1]		曾被通報[註2]		自殺死亡人數
	個數	比率(%)	個數	比率(%)	
2006	801	90.6%	83	9.4%	884
2007	733	87.2%	108	12.8%	841
2008	745	85.8%	123	14.2%	868
2009	726	88.2%	97	11.8%	823
2010	752	84.9%	134	15.1%	886
2011	711	88.1%	96	11.9%	807
2012	736	88.1%	99	11.9%	835
2013	763	89.8%	87	10.2%	850
2014	795	92.2%	67	7.8%	862

註1 自殺死亡前不曾被通報：自殺死亡日期與自殺企圖日同日，並且死因一致／自殺死亡日期超過自殺企圖日期 4 天以內，並且死因一致／自殺死亡前未曾被通報過／遺漏值

註2 自殺死亡前曾被通報：自殺死亡日期大於自殺企圖日 5 天以上，並且死因一致／自殺死亡日其與企圖日同一日，但死因不一致／自殺死亡日大於自殺企圖日，且死因不一致

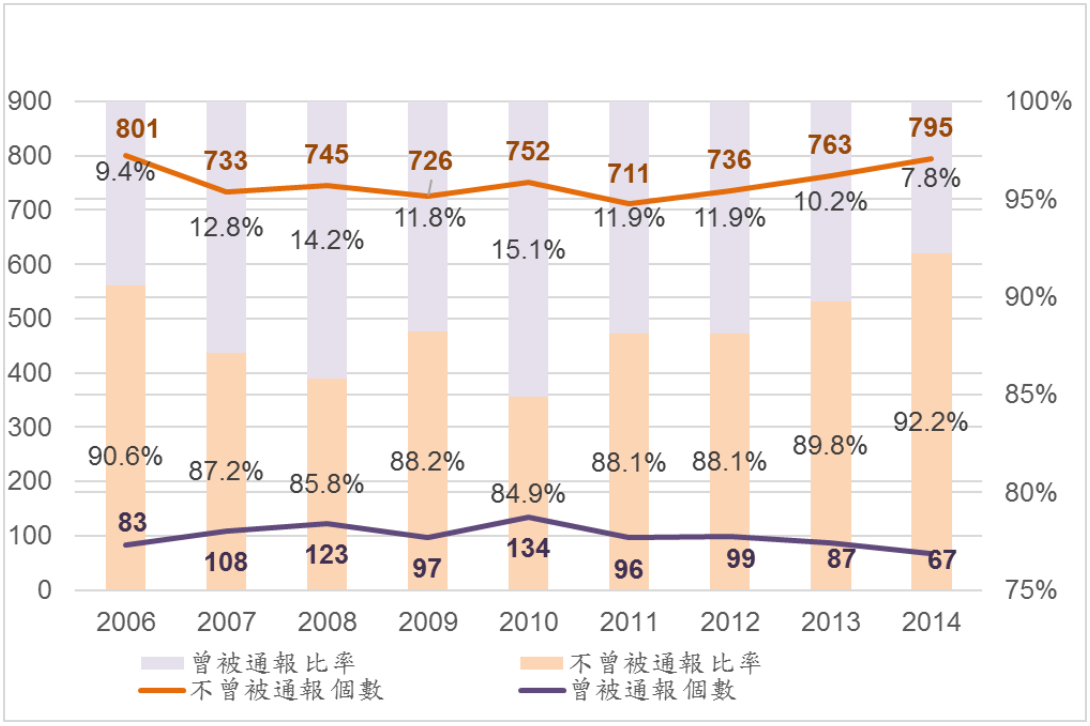


圖 3-3-4、歷年曾/不曾被通報之老人自殺死亡人數與比率

接著,再更進一步的藉由歷年訪視資料(2006-2014 年)找出通報後一周內有訪視紀錄，訪視對象為本人者進行後續 BSRS-5 與再自殺行為間的分析。老人在 2006-2014 年通報後一周內有訪視紀錄，並且訪問到本人者共有 5,149 人。BSRS-5 以 6 分為切分點,老人族群小於等於 5 分者共有 3,603 人；大於等於 6 分者共有 1,546 人。BSRS-5 小於等於 5 分每年的占率，分別介於 33.3-76.0%之間；大於等於 6 分每年的占率，分別介於 27.3-66.7%之間。

表 3-3-7、歷年老人 BSRS-5 分數分布

		65 歲以上	
		n	%
2006	≤5	1	33.3
	≥6	2	66.7
2007	≤5	38	76.0
	≥6	12	24.0
2008	≤5	184	67.2
	≥6	90	32.8
2009	≤5	325	66.7
	≥6	162	33.3
2010	≤5	445	66.5
	≥6	224	33.5
2011	≤5	484	69.8
	≥6	209	30.2
2012	≤5	596	69.1
	≥6	267	30.9
2013	≤5	714	73.3
	≥6	273	27.7
2014	≤5	816	72.7
	≥6	307	27.3

進一步的依照通報服務結果(訪視)進行分析,針對訪視本人或非本人進行比較，了解訪視本人與非本人在再自殺行為上的差異。在訪視到本人的部分，整體老人的自殺通報個案中，約有九成以上(88.2-99.0%)的個案為首次通報，並有一至二成(1.0%-15.9%，1-63 案)為重複自殺通報，近三年老人所有的通報筆數中，皆約有一成以上的個案為非首次通報個案。

在訪視到非本人的部分，整體老人的自殺通報個案中，約有九成以上(89.2-98.3%)的個案為首次通報，並有一成(1.7%-10.8%，5-196 案)為重複自殺通報，近一年老人所有的通報筆數中，約有一成以上的個案為非首次通報個案。(如表 3.3.9、歷年老人通報與再自殺分析－訪視本人與非本人)

表 3-3-8、歷年 65 歲以上老人一週內訪視之 BSRS 與再自殺行為分析

	沒有 BSRS					BSRS≤5					BSRS≥6					總計
	筆數	一年內再自殺行為筆數		一年內再自殺死亡筆數		筆數	一年內再自殺行為筆數		一年內再自殺死亡筆數		筆數	一年內再自殺行為筆數		一年內再自殺死亡筆數		筆數
	n	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	n
2006	0	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0
2007	102	1	1.0	0	0.0	1	0	0.0	0	0.0	2	0	0.0	0	0.0	105
2008	57	2	3.5	0	0.0	60	4	6.7	0	0.0	40	1	2.5	0	0.0	157
2009	25	1	4.0	0	0.0	120	5	4.2	1	0.8	76	3	3.9	0	0.0	221
2010	26	1	3.8	0	0.0	166	8	4.8	1	0.6	109	7	6.4	1	0.9	301
2011	47	7	14.9	2	4.3	109	0	0.0	0	0.0	108	5	4.6	0	0.0	264
2012	57	4	7.0	0	0.0	158	8	5.1	1	0.6	98	7	7.1	0	0.0	313
2013	58	6	10.3	1	1.7	143	7	4.9	0	0.0	112	10	8.9	0	0.0	313
2014	78	6	7.7	0	0.0	171	8	4.7	0	0.0	146	13	8.9	1	0.7	395
總計	450	28	6.2	3	0.7	928	40	4.3	3	0.3	691	46	6.7	2	0.3	2069

對 65 歲以上老人而言，在通報後一周內有訪視並且訪問到本人，但沒有 BSRS 分數者自 2006 年至 2014 年一共有 450 筆，BSRS 分數小於等於 5 分者自 2006 年至 2014 年一共有 928 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 40 筆(4.3%)，歷年之再自殺行為之比率介於 0%-6.7%(0-8 案)之間；通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 3 筆(0.3%)。BSRS 分數大於等於 6 分者自 2006 年至 2014 年一共有 691 筆，其中通報後一年內有因再自殺行為而被通報者共 46 筆(6.7%)，歷年之再自殺行為之比率大部分的年度均介於在一成到兩成之間(0%-8.9%，0-13 案)之間，通報後一年內有因再自殺行為而死亡者共 2 筆(0.3%)。

表 3-3-9、歷年老人通報與再自殺分析－訪視本人與非本人

	65 歲以上(本人)					65 歲以上(非本人)				
	首次通報		非首次通報		筆數	首次通報		非首次通報		筆數
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
2006	0	-	0	-	0	294	98.3%	5	1.7%	299
2007	104	99.0%	1	1.0%	105	558	96.7%	19	3.3%	577
2008	149	94.9%	8	5.1%	157	710	96.2%	28	3.8%	738
2009	209	94.6%	12	5.4%	221	900	94.9%	48	5.1%	948
2010	278	92.4%	23	7.6%	301	1090	94.4%	65	5.6%	1155
2011	241	91.3%	23	8.7%	264	1169	93.0%	88	7.0%	1257
2012	276	88.2%	37	11.8%	313	1489	91.2%	143	8.8%	1632
2013	273	87.2%	40	12.8%	313	1581	91.9%	139	8.1%	1720
2014	332	84.1%	63	15.9%	395	1624	89.2%	196	10.8%	1820

3)老年人自傷與自殺前之就醫行為與診斷分析，初步結果如下：

由表 3.3.10 可知，自殺死亡者，有較高比例之內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(4.9%)；循環系統疾病(17.2%)；腫瘤(18.3%)；精神疾患(6.0%)。這些疾病為未來老年人自殺防治之重點。

(1) 全人口住院、門急診診斷別(103 年)與自殺死亡個案診斷別比較

由表 3.3.10 可知，自殺死亡者，有較高比例之內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患；循環系統疾病；腫瘤；精神疾患。這些疾病為未來老年人自殺防治之重點。

而在 75-84 歲年齡層自殺死亡個案在住院診斷方面，由表 3-3-11 可知，自殺死亡者，有較高比例之內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(4.4%)；循環系統疾病(18.6%)；腫瘤(12.3%)；精神疾患(2.9%)。這些疾病為未來老年人自殺防治之重點，其結果如表 3.3.11。

表 3-3-10、2005-2014 年 65-74 歲自殺死亡前一年住院診斷

診斷	65-74 歲(自殺死亡者)		65-74 歲(全人口)	
	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	132	4.0	17968	4.1
腫瘤(140-239)	607	18.3	58639	13.5
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	164	4.9	11312	2.6
血液及造血器官之疾病(280-289)	22	0.7	2278	0.5
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	94	2.8	10619	2.4
循環系統疾病(390-459)	570	17.2	58860	13.6
呼吸系統疾病(460-519)	457	13.8	55537	12.8
消化系統疾病(520-579)	410	12.3	43196	10.0
泌尿生殖系統疾病(580-629)	258	7.8	32359	7.5
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	49	1.5	8901	2.1
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	217	6.5	33305	7.7
先天畸形(740-759)	8	0.2	1376	0.3
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	132	4.0	699	0.2
精神疾患(290-319)	200	6.0	9273	2.1
總計	3320	100.0	433912	100.0

表 3-3-11、2005-2014 年 75-84 歲自殺死亡前一年住院診斷

診斷	75-84 歲		75-84 歲(全人口)	
	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病 (001-139)	93	3.5	25681	6.0
腫瘤(140-239)	329	12.3	42077	9.8
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	116	4.4	11672	2.7
血液及造血器官之疾病(280-289)	20	0.8	2465	0.6
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	68	2.6	7455	1.7
循環系統疾病(390-495)	496	18.6	59763	14.0
呼吸系統疾病(460-519)	541	20.3	94166	22.0
消化系統疾病(520-579)	393	14.7	42982	10.1
泌尿生殖系統疾病(580-629)	206	7.7	37255	8.7
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	61	2.3	9796	2.3
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	152	5.7	22083	5.2
先天畸形(740-759)	6	0.2	646	0.2
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	106	4.0	10661	2.5
精神疾患(290-319)	78	2.9	4586	1.1
總計	2665	100.0	427670	100.0

在 85 歲以上則腫瘤、(7.8%)內分泌疾病(3.9%)、循環疾病(20.3%)、精神疾患(4.5%)較高，其餘則無明顯差距，其結果如表 3.3.12。

表 3-3-12、2005-2014 年 85 歲以上自殺死亡前一年住院診斷

診斷	85 歲以上		85 歲以上(全人口)	
	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	22.0	3.1	17849	8.0
腫瘤(140-239)	56.0	7.8	13967	6.2
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	28.0	3.9	5133	2.3
血液及造血器官之疾病(280-289)	7.0	1.0	1471	0.7
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	22.0	3.1	2431	1.1
循環系統疾病(390-495)	145.0	20.3	28576	12.8
呼吸系統疾病(460-519)	157.0	22.0	73099	32.6
消化系統疾病(520-579)	112.0	15.7	21387	9.6
泌尿生殖系統疾病(580-629)	62.0	8.7	21859	9.8
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	13.0	1.8	5635	2.5
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	30.0	4.2	4402	2.0
先天畸形(740-759)	0.0	0.0	81	0.0
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	28	3.9	5988	2.7
精神疾患(290-319)	32	4.5	2185	1.0
總計	714	100.0	223908	100.0

若以性別來看男性以腫瘤相關疾病(15.8%)、及循環系統相關疾病(17.9%)所佔比例相較全人口有明顯差距，而女性僅以循環系統相關疾病(18.5%)、消化系統疾病(14.3%)、精神疾患(7.0%)有較明顯差距(如表3.3.13)。

表 3-3-13、2005-2014 年自殺死亡前一年住院診斷依性別

診斷	男性		男性(全人口)		女性		女性(全人口)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	194	4.1	31529	5.5	53	2.7	29969	5.9
腫瘤(140-239)	751	15.8	65574	11.4	241	12.4	49109	9.6
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	185	3.9	12472	2.2	123	6.3	15645	3.1
血液及造血器官之疾病(280-289)	27	0.6	2943	0.5	22	1.1	3271	0.6
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	119	2.5	36195	6.3	65	3.3	33980	6.7
循環系統疾病 (390-495)	850	17.9	79326	13.8	361	18.5	67873	13.3
呼吸系統疾病 (460-519)	917	19.3	136694	23.8	238	12.2	86108	16.9
消化系統疾病(520-579)	636	13.4	60830	10.6	279	14.3	46735	9.2
泌尿生殖系統疾病(580-629)	388	8.2	44458	7.7	138	7.1	47015	9.2
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	92	1.9	12495	2.2	11837	1.6	27664	5.4
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 (710-739)	229	4.8	20266	3.5	39524	8.7	84481	16.5
先天畸形 (740-759)	9	0.2	818	0.1	1285	0.3	8183	1.6
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	182	3.8	13042	2.3	84	4.3	12407	2.4
精神疾患(290-319)	173	3.6	8313	1.4	137	7.0	7731	1.5
總計	4752	100.0	574865	100.0	1947	100.0	510625	100.0

若以表 3-3-14 來看，門急診案件診斷以精神疾患(8.9%)、及徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(10.5%)與全人口門急診案件(2.8%及 5.6%)比例具有明顯差距。

表 3-3-14、2005-2014 年 65-74 歲自殺死亡前一年門急診診斷

診斷	65-74 歲		65-74 歲(全人口)	
	N	%	N	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	3117	1.8	873940	2.4
腫瘤(140-239)	10549	6.1	1427622	3.9
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	11346	6.5	3022652	8.4
血液及造血器官之疾病(280-289)	322	0.2	67270	0.2
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	17215	9.9	3658872	10.1
循環系統疾病(390-495)	21453	12.4	4602560	12.7
呼吸系統疾病(460-519)	20794	12.0	4797668	13.3
消化系統疾病(520-579)	16218	9.4	2163960	6.0
泌尿生殖系統疾病(580-629)	10020	5.8	1994680	5.5
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	6302	3.6	1596308	4.4
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	22085	12.7	5086574	14.1
先天畸形(740-759)	227	0.1	56184	0.2
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	18142	10.5	2012812	5.6
精神疾患(290-319)	15432	8.9	1015121	2.8
總計	173222	100.0	36187242	100.0

而若從表 3.3.15 來看在 75-84 歲以徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(10.6%)與全人口(6.4%)相比有較明顯差距外，其餘病症則無明顯差距。

表 3-3-15、2005-2014 年 75-84 歲自殺死亡前一年門急診診斷

診斷	75-84 歲		75-84 歲(全人口)	
	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	2601	1.8	524101	2.1
腫瘤(140-239)	5935	4.2	928906	3.7
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	7195	5.1	1770292	7.0
血液及造血器官之疾病(280-289)	444	0.3	72540	0.3
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	14904	10.6	2763924	11.0
循環系統疾病(390-495)	20733	14.7	3759917	14.9
呼吸系統疾病(460-519)	18592	13.2	2914933	11.6
消化系統疾病(520-579)	13638	9.7	1449552	5.8
泌尿生殖系統疾病(580-629)	8629	6.1	1514400	6.0
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	5960	4.2	1194651	4.7
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	19739	14.0	3544394	14.1
先天畸形(740-759)	72	0.1	33805	0.1
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	14887	10.6	1614726	6.4
精神疾患(290-319)	7483	5.3	811995	3.2
總計	140812	100.0	25200917	100.0

表 3.3.16 以男性來看，則以腫瘤(5.9%)、消化系統疾病(9.6%)、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(9.9%)以及精神疾患(5.9%)在比例上，相較於男性全人口，有較明顯差距。

表 3-3-16、2005-2014 年 65 歲以上男性自殺死亡前一年門急診診斷

診斷	男性		男性(全人口)	
	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	4556	2.0	815481	2.6
腫瘤(140-239)	13279	5.9	1449288	4.6
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	12244	5.4	2291567	7.2
血液及造血器官之疾病(280-289)	536	0.2	81140	0.3
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	21980	9.8	3064073	9.6
循環系統疾病(390-495)	31118	13.8	4541550	14.3
呼吸系統疾病(460-519)	31126	13.8	4218173	13.2
消化系統疾病(520-579)	21699	9.6	1946997	6.1
泌尿生殖系統疾病(580-629)	15557	6.9	2312506	7.3
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	10598	4.7	1752144	5.5
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	26823	11.9	3710859	11.7
先天畸形(740-759)	188	0.1	33729	0.1
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	22343	9.9	1776270	5.6
精神疾患(290-319)	13350	5.9	873778	2.7
總計	225397	100.0	31846202	100.0

若從女性來看則以徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(11.6%)相較全人口(6.4%)有明顯差距外，另精神疾患(8.7%)較全人口(3.5%)也有明顯差距，如表 3.3.17。

表 3-3-17、2005-2014 年 65 歲以上男性自殺死亡前一年門急診診斷

診斷	女性		女性(全人口)	
	n	%	n	%
傳染病及寄生蟲病(001-139)	1810	1.4	756461	2.0
腫瘤(140-239)	4444	3.5	1165943	3.1
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患(240-279)	7700	6.1	2939788	7.8
血液及造血器官之疾病(280-289)	404	0.3	95147	0.3
神經系統及感覺器官之疾病(320-389)	14157	11.2	4159691	11.1
循環系統疾病(390-495)	17714	14.0	5197933	13.8
呼吸系統疾病(460-519)	12857	10.2	4398066	11.7
消化系統疾病(520-579)	12084	9.6	2158909	5.7
泌尿生殖系統疾病(580-629)	5517	4.4	1731287	4.6
皮膚及皮下組織疾病(680-709)	3747	3.0	1498419	4.0
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(710-739)	20202	16.0	5886224	15.6
先天畸形(740-759)	127	0.1	63465	0.2
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(780-799)	14718	11.6	2390311	6.4
精神疾患(290-319)	10980	8.7	1333772	3.5
總計	126461	100.0	37613942	100.0

(2) 自殺死亡者門急診就醫科別(依年齡)

在就診科別方面無論是任何年齡層，在 2005-2014 年近 10 年內就醫科別均以家醫科、內科居冠。

表 3-3-18、2005-2009 年 65 歲以上自殺死亡者門急診就診科別

科別	65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
不分科	8800	9.1	6754	8.8	1648	10.0	17202	9.1
家醫科	17858	18.4	13960	18.2	2603	15.9	34421	18.1
內科	14799	15.2	12018	15.7	2881	17.6	29698	15.6
外科	3557	3.7	2926	3.8	783	4.8	7266	3.8
小兒科	1202	1.2	569	0.7	159	1.0	1930	1.0
婦產科	924	1.0	377	0.5	44	0.3	1345	0.7
骨科	4152	4.3	3726	4.9	793	4.8	8671	4.6
神經外科	1012	1.0	634	0.8	107	0.7	1753	0.9
泌尿科	2570	2.6	2922	3.8	681	4.2	6173	3.2
耳鼻喉科	3302	3.4	2219	2.9	374	2.3	5895	3.1
眼科	6127	6.3	5283	6.9	1207	7.4	12617	6.6
皮膚科	1694	1.7	1725	2.3	484	3.0	3903	2.1
神經科	4540	4.7	3638	4.8	763	4.7	8941	4.7
精神科	5297	5.5	2446	3.2	334	2.0	8077	4.3
復健科	2470	2.5	2335	3.1	431	2.6	5236	2.8
整形外科	186	0.2	142	0.2	24	0.1	352	0.2
急診醫學科	2745	2.8	2144	2.8	461	2.8	5350	2.8
結核科	94	0.1	80	0.1	32	0.2	206	0.1
洗腎科	468	0.5	257	0.3	3	0.0	728	0.4
麻醉科	6	0.0	40	0.1	0	0.0	46	0.0
放射科	98	0.1	37	0.0	4	0.0	139	0.1
消化內科	3627	3.7	2944	3.8	618	3.8	7189	3.8
心臟血管內科	3802	3.9	3860	5.0	896	5.5	8558	4.5
胸腔內科	1647	1.7	2002	2.6	427	2.6	4076	2.1
腎臟內科	1151	1.2	748	1.0	134	0.8	2033	1.1
風濕免疫科	404	0.4	250	0.3	56	0.3	710	0.4
血液腫瘤科	873	0.9	425	0.6	52	0.3	1350	0.7
內分泌科	1781	1.8	976	1.3	161	1.0	2918	1.5

表 3-3-18、2005-2009 年 65 歲以上自殺死亡者門急診就診科別(續)

科別	65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
感染科	137	0.1	184	0.2	33	0.2	354	0.2
職業醫學科(含病理科、核醫科、潛醫科、胸腔暨重症加護、小兒外科、脊椎骨科)	79	0.1	40	0.1	3	0.0	122	0.1
直腸外科	331	0.3	379	0.5	105	0.6	815	0.4
心臟血管外科	414	0.4	128	0.2	57	0.3	599	0.3
胸腔外科	109	0.1	76	0.1	9	0.1	194	0.1
消化外科	117	0.1	39	0.1	6	0.0	162	0.1
疼痛科	100	0.1	59	0.1	8	0.0	167	0.1
居家護理	38	0.0	26	0.0	0	0.0	64	0.0
放射診斷科	29	0.0	5	0.0	0	0.0	34	0.0
放射腫瘤科學科	564	0.6	157	0.2	23	0.1	744	0.4
總計	97104	100.0	76530	100.0	16404	100.0	190038	100.0

表 3-3-19、2010-2014 就診科別依年齡層細分

科別	65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
家醫科	19188	21.0	17070	21.9	5816	23.2	42074	21.6
內科	12643	13.8	12364	15.9	3489	13.9	28496	14.6
外科	3212	3.5	2756	3.5	937	3.7	6905	3.5
小兒科	1202	1.3	1014	1.3	462	1.8	2678	1.4
婦產科	901	1.0	539	0.7	77	0.3	1517	0.8
骨科	4119	4.5	4359	5.6	1412	5.6	9890	5.1
神經外科	974	1.1	578	0.7	173	0.7	1725	0.9
泌尿科	2953	3.2	2796	3.6	975	3.9	6724	3.5
耳鼻喉科	4000	4.4	2731	3.5	726	2.9	7457	3.8
眼科	5890	6.4	5721	7.3	1738	6.9	13349	6.9
皮膚科	2003	2.2	1799	2.3	659	2.6	4461	2.3
神經科	4401	4.8	4022	5.2	1395	5.6	9818	5.0
精神科	5766	6.3	2909	3.7	622	2.5	9297	4.8
復健科	2905	3.2	1921	2.5	903	3.6	5729	2.9
整形外科	220	0.2	188	0.2	22	0.1	430	0.2
急診醫學科	3924	4.3	3176	4.1	1110	4.4	8210	4.2

表 3-3-19、2010-2014 就診科別依年齡層細分(續)

科別	65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
職業醫學科	24	0.0	7	0.0	3	0.0	34	0.0
結核科	7	0.0	40	0.1	0	0.0	47	0.0
洗腎科	658	0.7	284	0.4	110	0.4	1052	0.5
麻醉科	64	0.1	11	0.0	31	0.1	106	0.1
病理科	82	0.1	22	0.0	5	0.0	109	0.1
放射科(含核醫科、小兒外科、疼痛科、脊椎骨科)	130	0.1	95	0.1	3	0.0	228	0.1
消化內科	3579	3.9	2848	3.7	1019	4.1	7446	3.8
心臟血管內科	3654	4.0	3689	4.7	1517	6.1	8860	4.6
胸腔內科	1962	2.1	1953	2.5	693	2.8	4608	2.4
腎臟內科	1415	1.5	1321	1.7	289	1.2	3025	1.6
風濕免疫科	545	0.6	295	0.4	80	0.3	920	0.5
血液腫瘤科	1180	1.3	882	1.1	90	0.4	2152	1.1
內分泌科	1848	2.0	1274	1.6	329	1.3	3451	1.8
感染科	150	0.2	135	0.2	64	0.3	349	0.2
潛醫科	25	0.0	0	0.0	0	0.0	25	0.0
胸腔暨重症加護	0	0.0	9	0.0	3	0.0	12	0.0
直腸外科	529	0.6	384	0.5	159	0.6	1072	0.6
心臟血管外科	347	0.4	273	0.3	77	0.3	697	0.4
胸腔外科	133	0.1	99	0.1	14	0.1	246	0.1
消化外科	164	0.2	57	0.1	22	0.1	243	0.1
居家護理	44	0.0	56	0.1	5	0.0	105	0.1
放射診斷科	17	0.0	5	0.0	4	0.0	26	0.0
放射腫瘤科學科	613	0.7	320	0.4	35	0.1	968	0.5
總計	91471	100.0	78002	100.0	25068	100.0	194541	100.0

(3) 自殺死亡者門急診就醫科別(依性別)

從性別來看，不論是 2005-2009 年亦或者 2010-2014 年，門急診就診科別同樣以家醫科、內科佔據前 2 名。

表 3-3-20、2005 年-2009 年 65 歲以上自殺死亡者前一年度就醫件數依性別

科別	男性		女性		總計	
	n	%	n	%	n	%
不分科	10636	8.8	6566	9.5	17202	9.1
家醫科	21218	17.6	13203	19.0	34421	18.1
內科	18401	15.2	11297	16.3	29698	15.6
外科	4951	4.1	2315	3.3	7266	3.8
小兒科	1174	1.0	756	1.1	1930	1.0
婦產科	134	0.1	1211	1.7	1345	0.7
骨科	5156	4.3	3515	5.1	8671	4.6
神經外科	1067	0.9	686	1.0	1753	0.9
泌尿科	5413	4.5	760	1.1	6173	3.2
耳鼻喉科	3904	3.2	1991	2.9	5895	3.1
眼科	7405	6.1	5212	7.5	12617	6.6
皮膚科	3011	2.5	892	1.3	3903	2.1
神經科	5838	4.8	3103	4.5	8941	4.7
精神科	4330	3.6	3747	5.4	8077	4.3
復健科	3536	2.9	1700	2.5	5236	2.8
整形外科	214	0.2	138	0.2	352	0.2
急診醫學科	3354	2.8	1996	2.9	5350	2.8
結核科	194	0.2	12	0.0	206	0.1
洗腎科	531	0.4	197	0.3	728	0.4
麻醉科	38	0.0	8	0.0	46	0.0
放射科	74	0.1	65	0.1	139	0.1
消化內科	4787	4.0	2402	3.5	7189	3.8
心臟血管內科	5454	4.5	3104	4.5	8558	4.5
胸腔內科	3289	2.7	787	1.1	4076	2.1
腎臟內科	1291	1.1	742	1.1	2033	1.1
風濕免疫科	413	0.3	297	0.4	710	0.4
血液腫瘤科	995	0.8	355	0.5	1350	0.7
內分泌科	1565	1.3	1353	2.0	2918	1.5

表 3-3-20、2005 年-2009 年 65 歲以上自殺死亡者前一年度就醫件數依性別(續)

科別	男性		女性		總計	
	n	%	n	%	n	%
感染科	240	0.2	114	0.2	354	0.2
職業醫學科(含病理、核醫科、潛醫科、胸腔暨重症加護、小兒外科、脊椎骨科)	42	0.0	80	0.1	122	0.1
直腸外科	596	0.5	219	0.3	815	0.4
心臟血管外科	448	0.4	151	0.2	599	0.3
胸腔外科	152	0.1	42	0.1	194	0.1
消化外科	89	0.1	73	0.1	162	0.1
疼痛科	114	0.1	53	0.1	167	0.1
居家護理	51	0.0	13	0.0	64	0.0
放射診斷科	17	0.0	17	0.0	34	0.0
放射腫瘤科學科	592	0.5	152	0.2	744	0.4
總計	120714	100.0	69324	100.0	190038	100.0

表 3-3-21、2010 年-2014 年 65 歲以上自殺死亡者前一年度就醫件數依性別

科別	男性		女性		總計	
	n	%	n	%	n	%
家醫科	25970	20.9	16104	23.0	42074	21.6
內科	18127	14.6	10369	14.8	28496	14.6
外科	4408	3.5	2497	3.6	6905	3.5
小兒科	1703	1.4	975	1.4	2678	1.4
婦產科	213	0.2	1304	1.9	1517	0.8
骨科	5376	4.3	4514	6.4	9890	5.1
神經外科	1043	0.8	682	1.0	1725	0.9
泌尿科	5793	4.7	931	1.3	6724	3.5
耳鼻喉科	5331	4.3	2126	3.0	7457	3.8
眼科	8095	6.5	5254	7.5	13349	6.9
皮膚科	3339	2.7	1122	1.6	4461	2.3
神經科	6314	5.1	3504	5.0	9818	5.0
精神科	5132	4.1	4165	6.0	9297	4.8
復健科	3591	2.9	2138	3.1	5729	2.9
整形外科	324	0.3	106	0.2	430	0.2
急診醫學科	5455	4.4	2755	3.9	8210	4.2
職業醫學科	24	0.0	10	0.0	34	0.0

表 3-3-21、2010 年-2014 年 65 歲以上自殺死亡者前一年度就醫件數依性別(續)

科別	男性		女性		總計	
	n	%	n	%	n	%
結核科	44	0.0	3	0.0	47	0.0
洗腎科	615	0.5	437	0.6	1052	0.5
麻醉科	52	0.0	54	0.1	106	0.1
病理科	48	0.0	61	0.1	109	0.1
放射科(含核醫科、小兒外科、疼痛科、脊椎骨科)	134	0.1	94	0.1	228	0.1
消化內科	5144	4.1	2302	3.3	7446	3.8
心臟血管內科	5761	4.6	3099	4.4	8860	4.6
胸腔內科	3649	2.9	959	1.4	4608	2.4
腎臟內科	1994	1.6	1031	1.5	3025	1.6
風濕免疫科	494	0.4	426	0.6	920	0.5
血液腫瘤科	1546	1.2	606	0.9	2152	1.1
內分泌科	1989	1.6	1462	2.1	3451	1.8
感染科	229	0.2	120	0.2	349	0.2
潛醫科	25	0.0	0	0.0	25	0.0
胸腔暨重症加護	8	0.0	4	0.0	12	0.0
直腸外科	845	0.7	227	0.3	1072	0.6
心臟血管外科	492	0.4	205	0.3	697	0.4
胸腔外科	211	0.2	35	0.1	246	0.1
消化外科	161	0.1	82	0.1	243	0.1
居家護理	76	0.1	29	0.0	105	0.1
放射診斷科	18	0.0	8	0.0	26	0.0
放射腫瘤科學科	772	0.6	196	0.3	968	0.5
總計	124545	100.0	69996	100.0	194541	100.0

而其內部機轉為何，仍有待進一步探討，未來將深入探討內在原因，並發展出預測模式與預防機制。

4) 策略研擬與建議

在公共衛生領域中常以三級預防模式來設計疾病的防治工作；而所謂的三級預防是指以健康促進活動來減少生病之危險因子，並增加免於生病之保護因子，以預防生病(一級預防)；其次是早期篩選、診斷與早期介入(二級預防)；以及提供有效治療與復健，避免惡化並及早恢復功能，且不再發病(三級預防)。第一級預防是確定哪些是導致自殺的危險因子(包含潛在危險因子與急性因子，如壓力事件)，進一步找出可以降低自殺發生的保護因

子，進而發展出策略來降低危險因子與增進保護因子。第二級預防則是篩選出可能會自殺或自我傷害的高危險族群，及早做介入與輔導，學習危機及壓力處理能力，以降低自殺發生的比例。第三級預防則針對即將自殺或自殺未遂的人進行危機處理與介入，確認個案的安全性，保護生命，避免未來真的自殺或再度自殺；而對自殺身亡者，則需對其親友進行危機處置與事件處理，包含對家屬、同儕與親友所進行的哀傷輔導與治療。

老年人的自傷與自殺防治，將分為三個主要層面擬定方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)策略。全面性自殺防治策略之標的為全體老年人。運用這十年分析的資料，尋找常見的自殺方式，並減少致命性物品之可近性；同時以社區、社福機構、醫療院所為基礎，以強化老年人的社會網路、並提供情緒支持、與求助管道。選擇性策略，則是讓有精神疾患或是嚴重內外科疾病的患者，能夠得到積極的治療, 並讓社區公共衛生、社會工作人員、基層醫療院所，熟悉老年人自殺的危險因子，早期認出危險族群，積極介入並減少可能的危險因子。指標性策略則是針對有過自傷或自殺未遂之高危險族群，給予精神醫療的評估，藥物與心理治療，並提供緊急應變的資源，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，以防止其再度試圖自殺。本學會將邀集相關專家學者、主管機關，回顧國內外老年人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣老年人之自傷與自殺現況，研擬自殺防治策略，並前提出實施方案。茲簡要說明如下：

(1) 指標性策略(精照高風險、高名次進階分析)

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，即自殺企圖者。世界衛生組織(WHO, 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，如何透過自殺企圖者通報關懷系統，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，同時針對自殺者遺族進行關懷，皆為指標性策略重要的工作內容。

本結果也將做為分析加強基層醫療院所醫事人員對於自殺風險評估之教育訓練之可行性。以期讓基層醫護人員、熟悉老年人自傷與自殺的危險因子，早期認出危險族群，積極介入並減少可能的危險因子。

(2) 選擇性策略

依據上述資料分析可知，歷年 65 歲以上自殺死因最多為「吊死、勒

死及窒息之自殺及自傷」，顯示此種傳統的自殺方法仍是老年人口的首選，因此推動老人關懷活動與社區老人活動空間之建立，如：定期電話問安、關懷訪視慰問、廣設老人休憩場所，並鼓勵老人多多參與，以減少與社會的脫離感及孤寂感，而「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」近年有逐漸下降的趨勢，反倒是「以固體或液體物質自殺及自為中毒」逐年攀升，據推測，服農藥自殺是使其成長的主因，由於目前農民大多還是中老年人居多，農藥取得相對容易，因此在農藥管制方面相當重要。

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。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。並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。
d.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)。

應持續推動及落實此管理法外，也建議將「珍愛生命 希望無限」之自殺防治概念標語及安心專線號碼(0800-78-995)加入農藥使用安全宣導內容中及農藥包裝瓶或貯藏箱上，以傳達購買民眾正面力量。

另外，「由高處跳下自殺及自傷」雖僅為 65 歲以上自殺死因占率第三高，但近年也緩慢爬升之中，因此針對該種高危險性、容易致命的方法，我們宜進一步加強與環境安全相關之自殺防治策略。例如：高樓門禁管制如何落實、自宅高樓環境安全如何維護等。

而在老人自殺人數中，歷年來又以男性為多數，男性自殺人數約為女性的 1.8 - 2 倍，推測是因男性較容易衝動，且老人體力及恢復能力較差，自殺後恢復的情況不如其他年齡層理想，造成致死率較高，因此針對老人男性自殺防治應加強推廣免費關懷資源，如：老朋友專線、男性關懷專線，並加強醫療體系轉介功能，針對久病不癒、長期慢性疾病之男性患者，提供心情溫度計量表，以早期發現有自殺企圖者，進而來做轉介的動作。

另外從初步已分析出 94 年至 103 年之自殺老人就醫科別及診斷來看，若以自殺老人死前一年之就診科別及診斷與一般老人之診斷來相比，自殺死亡者有較高比例之內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患；循環系統疾病；腫瘤；精神疾患。此外，其診斷為惟徵候、症狀及診斷欠明之各種病態和精神疾患所佔之比例較為高，有可能是因為自殺的老人因精神疾患之身體症狀表現，為非典型症狀呈現，造成診斷困難。因此醫師需要對於精神疾症之徵候，與自殺風險之評估。

依據初步資料分析可知，歷年 65 歲以上自殺死亡前患有多種及慢性病之比例相對較高，其中以不分科、家醫科、內科為自殺死亡前一年度之就診科別所佔之比例最高，且就診科別數之多，可能因此間接造成老人心理層面上之壓力，故除衛生福利部中央健康保險署自 98 年開始試辦之以病人為中心之整合照護門診應持續辦理外，還需要有更多的跨科別合作，另應加強整合門診對服務對象之心理健康、憂鬱症等之或精神疾患相關評估，且應針對就診科別過多之對象、及被診斷出多種急、慢性病之 65 歲以上之服務對象提供除醫療服務外之相關免費關懷資源，並提供心情溫度計，以早期發現有自殺企圖者，進而及時轉介。

(3) 全面性策略

全面性策略之主要對象為全體民眾，因此導正媒體報導，執行 WHO 六不六要原則一直都是主要的方向，另外減少致命性物品之可近性、降低自殺與精神疾患的社會污名化程度，促進社會大眾心理健康。除了透過媒體報導外，並發展文宣品宣導，且透過大型活動、傳播媒體、演講、藝文活動之參與，持續推廣全國性自殺防治的網站及珍愛生命數位學習網，提供相關資訊，並讓民眾在家就可以上網學習相關課程，以達成人人都是守門人之目標。

另由於老人憂鬱症診斷不易，常造成數據無法反映實際罹患憂鬱症或其相關情感性精神疾患之人數，且老人憂鬱症之診斷常需要家屬協助，故應針對一般大眾加強對老人憂鬱症之認識，方以提高相關精神疾患之診斷以及後續治療成功率。

5) 結論

雖 65 歲以上自殺死因佔率最大仍為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」，但從 2011 年起至 2014 持續下降，反而「以固體或液體物質自殺及自為中毒」從 2010 年起至 2014 逐漸上升，因此在農藥管制方面仍需加強

落實農藥管理法並加強其正確使用方式之宣導。

老人自殺背後原因錯綜複雜，除包括生理上的多重慢性病外、還有失能以及家庭支持功能、社會性因素有關，若以單一或特定科別來做自殺防治策略，會有其決策上的瑕疵在，故應持續且擴大辦理以病人為中心之門診整合照護計畫且未來應針同時對老人心理衛生層面有更全面審慎的評估，以及更多支持團體的成立。

因此應結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，對於有自殺史的老年人則應提供「指標性」的預防，及早評估及辨識其自殺意念、發揮自殺防治守門人的精神，適時伸出援手，做到 1 問 2 應 3 轉介，並提供當事者後續專業協助。而針對自殺的高風險族群，如自傷行為者、精神病患者等，則提供「選擇性」預防策略，如社福單位、網路自殺預防資訊、線上諮詢等。對於社會大眾，則提供「全面性」的預防，透過社工、醫院、衛生單位等攜手合作，預防老年人的自殺。

老年人自殺行為是不容忽視的。也唯有透過家庭與社會共同努力，在日常生活中多關心長輩們的需求、傾聽他們的心聲、多花點時間陪伴他們，才能達到降低老年人自殺的目的。未來研究方向應透過更多質性分析及量性分析以合縱探討老人自殺之社會性因素，而在疾病方面同時考量更多共病方面與精神疾患相關之分析，以提供更完整有效的防治策略。

自殺未遂者之通報與關懷追蹤

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

國家級自殺防治三大策略中之指標性策略，主要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，也就是自殺未遂者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有10 至20 起自殺行為發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。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。因此，如何針對自殺未遂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未遂者進行妥善照顧，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之建置主要目的有下列三大項：

1) 落實自殺未遂、自殺意念及自殺死亡個案之通報。
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)及自殺方法，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)，將有助於了解自殺未遂者的特性，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：提供自殺未遂者及家屬後續關懷服務，

並視需求轉介相關單位提供自殺未遂者之服務及衛教宣導，以及進行自殺未遂者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

2. 方案的目的與目標

1)建構完備的自殺防治通報關懷網絡。

2)監測自殺通報系統的品質管理，並進行資料之統計分析。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)建構完備的自殺防治通報關懷網絡：

(1) 持續蒐集各層面使用者對自殺防治通報系統之建議。

(2) 檢討現行自殺防治通報系統，並建議系統功能增修。

2)監控通報系統，進行資料之統計分析與判讀：

(1) 蒐集資料：系統資料存放於衛生福利部資訊室中，需向維護廠商申請，方可取得所有資料之明細檔，自殺通報之明細檔在線上即可取得。

(2) 進行資料清檔。

(3) 定期進行自殺防治通報資料統計分析，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、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

(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：定期製作分析報表、提供統計資料、系統維護及專家諮詢等。

三、 過程(Process)

1. 檢討現行自殺通報關懷系統，進行系統功能增修

1)針對各縣市衛生局及關懷訪視相關人員進行意見蒐集。

2)召開會議討論，修正系統功能。

3)向衛生福利部提出改善與建議。

4)邀請系統廠商針對建議及資料錯誤提出修正規劃。

2. 自殺通報資料分析

1)自殺防治通報系統：

(1) 自殺防治通報系統建置於衛生福利部公共衛生服務入口網。

(2) 資料存放於衛生福利部資訊處之伺服器。

2) 資料建置與取得：

(1) 資料建置：通報單位接獲自殺通報，登入自殺防治通報系統進行資料登錄，之後由衛生局分案，將個案分配至各關懷訪視員，關懷訪視員進行訪視後再將資料登錄至系統。

(2) 資料申請：每月向系統維護廠商以電子郵件申請自殺通報資料，申請期間為當年1月1日至當月10日。

(3) 資料撈取：廠商依照中心填寫之申請期間撈取資料後，以電子郵件通知中心並附上資料連結。中心下載之檔案為加密壓縮檔，需以密碼解密後方可取得原始資料。

3) 資料清檔：進行資料檢查後，進行清檔與串聯彙整。

4) 資料提供：

(1) 每月製作「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。

a.「自殺通報月報表」: 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、30天再自殺率及特殊身份註記個案比例等)。

b.「各縣市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、自殺方法及自殺原因等)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) 月報表製作完成後函送衛生福利部心理及口腔健康司及各縣市衛生局。

(3) 依業務需求，不定期提供衛生福利部及各縣市衛生局統計分析資料：

表3-4-1、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
1/6	高雄市政府衛生局	高雄市2015年度關懷訪視人次
1/11	心理及口腔健康司	提供2014年度自殺防治通報年報表及2015年11月自殺防治通報月報表
1/26	心理及口腔健康司	2015年度自殺通報人次及關懷訪視人次
1/30	心理及口腔健康司	監測自殺通報及自殺死亡數據，並依據近10年自殺通報、自殺死亡數據，分析發生自殺行為發生率較高時節及趨勢，提出自殺防治策略(含宣導方案)1份
2/15	心理及口腔健康司	協助更新各項通報指標

表3-4-1、提供衛生福利部與各縣市衛生局統計與分析資料(續)

日期	需求單位	需求內容
4/25	心理及口腔健康司	提供2015年度65歲以上老人自殺的訪視人次統計
7/26	心理及口腔健康司	提供2016年1-6月65歲以上老人自殺的訪視人次統計
8/25	心理及口腔健康司	協助更新各項通報指標
8/29	心理及口腔健康司	提供2006年至2016年6月之自殺通報原因占率及自殺年齡層占率圖表
9/26	臺南市政府衛生局	提供臺南市2016年1-8月精神列管個案自殺通報數據
10/19	心理及口腔健康司	提供2016年1-9月65歲以上老人自殺的訪視人次統計

四、 成果(Product)

1. 自殺通報資料分析

1)每月製作「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，統計至11月30日共205份。(報表型式如附件3.4.1、附件3.4.2)

2)每年製作「自殺通報年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。

3)2006年1月至2016年10月統計分析如下(擷取日期：2016年11月10日)：

(1) 通報人次：

全國通報人次在2006年後大致為逐年上升的趨勢，僅在2011年及2013年往下降，而2015年通報人次為29,914人次，2016年1月至10月通報人次為24,209人次。

全國通報比在2006年僅4.3之後逐年上升，到2011年到達7.5，而2015年達到8.4，2016年1月至10月通報比為7.5(如圖3.4.1)。

(2) 通報單位類型

由2006年至2016年10月各類型通報單位資料顯示(如圖3.4.2)，通報單位主要來自醫療院所，其占率由2006年61.6%增加至2008年已達91.7%，在2016年1月至10月醫療院所通報占率亦達85.8%，顯示醫療院所通報已為例行工作，不再經由衛生局所協助。另外警消單位的通報占率在2006年僅占1.9%，自2009年起開始增加，2010年起平均占率已超越衛生局所，至2015年已達到7.9%，在2016年1月至10月警消單位通報占率為7.2%，高於衛生局所通報占率6.2%。

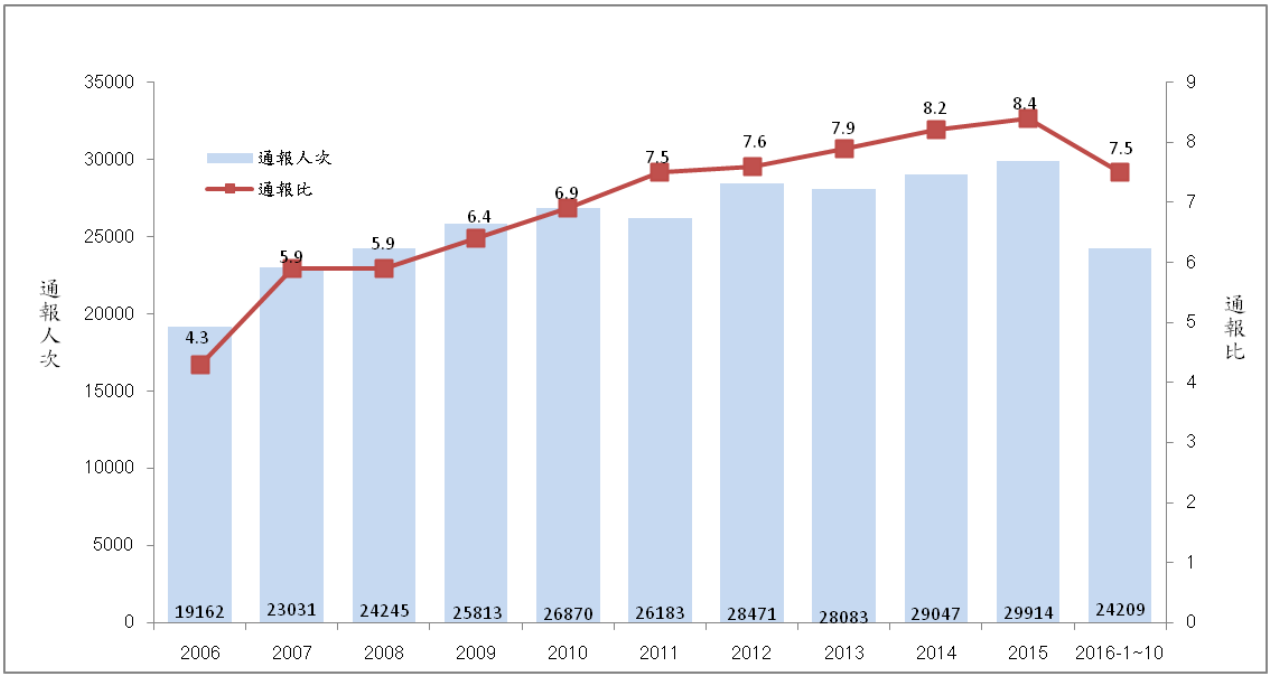


圖3-4-1、2006年至2016年10月全國自殺通報人次及通報比趨勢

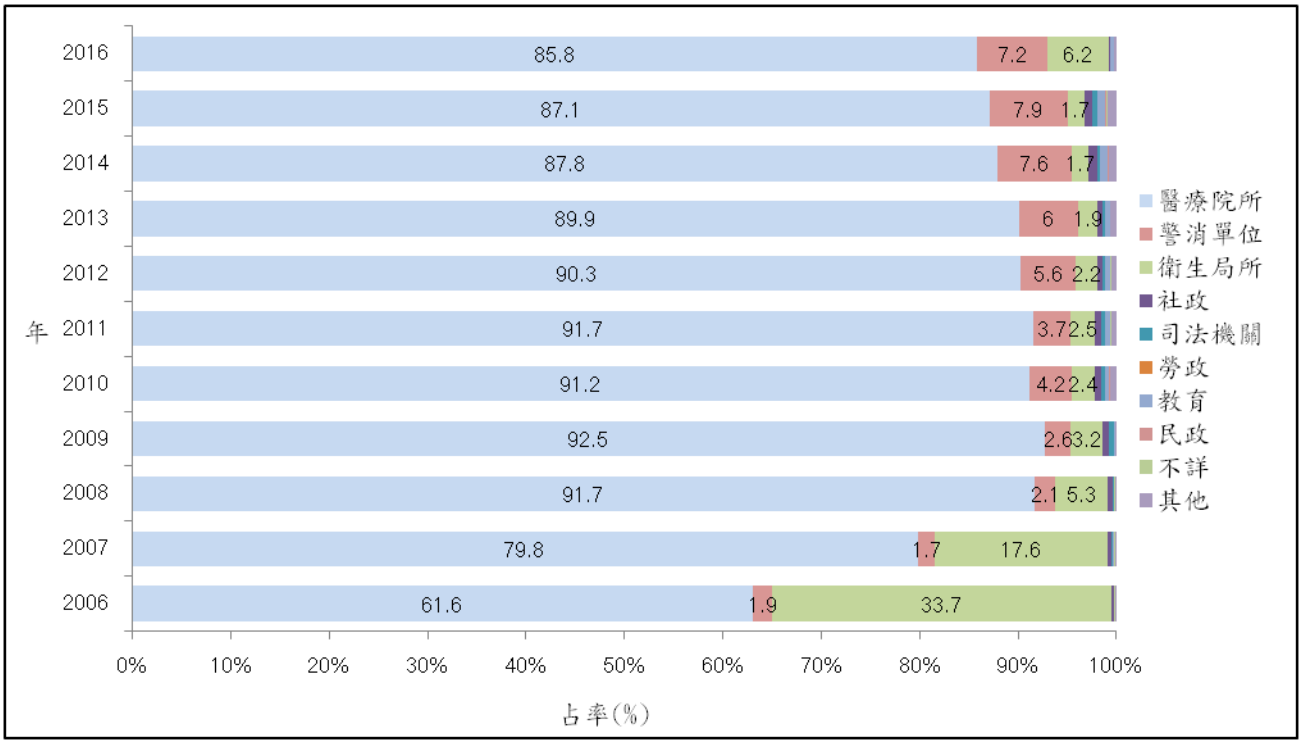


圖3-4-2、2006年至2016年10月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表3.4.2)，2006年時之通報比僅4.3、分案率83.6%、分案關懷率97.6%。以上各指標在中心持續推動以及各單位努力合作之下，數據逐年上升，至2015年分案率為100%，分案關懷率達到99.2%。2016年1-10月分案率為100%，分案關懷率為99.2%。針對各縣市有尚未關懷

之個案，中心於月報發文後進行個別告知，了解該縣市在進行自殺通報個案的關懷訪視時之實際情況及難處，以提供縣市衛生局所需之協助，共同使關懷訪視作業更順利。

表3-4-2、2006年至2016年10月通報指標

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016[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	29,047	29,914	24,209
通報比	4.3	5.9	5.9	6.4	6.9	7.5	7.6	7.9	8.2	8.4	7.5[註2]
分案率(%)	83.6	99.6	99.5	99.9	100	99.9	100	100	100	100	100
分案關懷率(%)	97.6	99.7	99.7	100	99.9	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99..2
30天再自殺率(%)[註3]	3.2	4.2	4.3	4.4	4.0	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.3

註1：2016年1至10月之資料，擷取日期：2016年11月10日，數據為初步資料，會因資料建置單位之修改有所變動。

註2：由於2015年自殺死亡資料尚未取得，故以2014年同期自殺死亡人數進行通報比估算。

註3：由於每位自殺未遂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：針對自殺未遂個案在一定的期限內有無再次自殺的行為發生。

註4：2016年30天再自殺率之期間為2016年1至9月。

(4) 通報資料之特性

2016年1至10月通報共24,209人次，其中女性通報15,106人次占62.4%，男性通報9,103人次占37.6%，女性為男性1.66倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為35歲至44歲(占率24.4%)、25歲至34歲(占率22.1%)、45歲至54歲(占率17.5%)、15-24歲以上(占率14.9%)、55-64歲(占率9.5%)、75歲以上(占率5.4%)、65-74歲(占率5%)、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十分相似。(如表3.4.3)。

表3-4-3、2016年1-10月性別年齡層別分析

	男性		女性		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
14以下	111	1.2	174	1.2	285	1.2
15-24	1,275	14	2,333	15.4	3,608	14.9
25-34	1,890	20.8	3,449	22.8	5,339	22.1
35-44	2,012	22.1	3,898	25.8	5,910	24.4
45-54	1,520	16.7	2,728	18.1	4,248	17.5
55-64	1,040	11.4	1,254	8.3	2,294	9.5
65-74	601	6.6	616	4.1	1,217	5
75以上	648	7.1	649	4.3	1,297	5.4
不詳	6	0.1	5	0	11	0
總計	9,103	100	15,106	100	24,209	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(52%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(28.5%)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3.4.4)。

表3-4-4、2016年1-10月自殺通報個案自殺方式與性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
以固體或液體物質自殺及自為中毒	4,062	44.6	8,518	56.4	12,580	52
以家用瓦斯自殺及自為中毒	106	1.2	46	0.3	152	0.6
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	977	10.7	605	4	1,582	6.5
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	578	6.3	377	2.5	955	3.9
溺水(淹死)自殺及自傷	250	2.7	351	2.3	601	2.5
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	16	0.2	3	0	19	0.1
切穿工具自殺及自傷	2,034	22.3	4,867	32.2	6,901	28.5
由高處跳下自殺及自傷	588	6.5	725	4.8	1313	5.4

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歲以下自殺方式占率排序前三位為「切穿工具自殺及自傷」(41.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(24.9%)及「由高處跳下自殺及自傷」(20%)。15-24歲自殺方式占率排序為「切穿工具自殺及自傷」(42.3%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(38.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(7.9%)。25-34歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(45.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(37.1%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(8.2%)。35-44歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(54.5%)、「切穿工具自殺及自傷」(27.5%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.4%)。45-54歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(58.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(23.1%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.4%)。55-64歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(59.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(16.3%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(7%)。65-74歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(64%)、「切穿工具自殺及自傷」(12.5%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(8.6%)。75歲以上自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(63.1%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(11.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(11.2%)。(如表3.4.5)

表3-4-5、2016年1-10月自殺通報個案自殺方式與年齡層別之占率(%)

	14以下	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75以上
以固體或液體物質自殺及自為中毒	24.9	38.7	45.6	54.5	58.6	59.6	64	63.1
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.2	0.6	0.7	0.9	0.7	0.7	0.5
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	3.5	5.2	8.2	7.4	7.4	5.8	3.7	1.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	3.9	2.5	2.5	2.6	3.5	7	8.6	11.6
溺水(淹死)自殺及自傷	0.4	2.3	1.8	2.5	2.2	4	3.9	3.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	41.4	42.3	37.1	27.5	23.1	16.3	12.5	11.2
由高處跳下自殺及自傷	20	7.9	5.6	5	4.4	3.9	4.1	3.6

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，男性與女性排序前三位皆為「情感／人際關係」(男36.3%、女53.2%)、「精神健康／物質濫用」(男32.8%、女37%)及「工作／經濟」(男12.9%、女8 %) 。(如表3.4.6)。

表3-4-6、2016年1-10月自殺通報個案自殺原因與性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
情感／人際關係	3,307	36.3	8,039	53.2	11,346	46.9
精神健康／物質濫用	2,985	32.8	5,584	37	8,569	35.4
工作／經濟	1,174	12.9	1,208	8	2,382	9.8
生理疾病	973	10.7	810	5.4	1,783	7.4
校園學生問題	146	1.6	201	1.3	347	1.4
迫害問題	27	0.3	113	0.7	140	0.6
無法說明及不詳	1,992	21.9	2,179	14.4	4,171	17.2
其他原因	564	6.2	675	4.5	1,239	5.1

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「無法說明及不詳」以外，14歲以下自殺原因占率排序前三位為「情感／人際關係」(55.1%)、「校園學生問題」(30.5%)、「精神健康／物質濫用」(21.4%)。15-24歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(55%)、「精神健康／物質濫用」(29.3%)、「工作／經濟」(7.7%)。25-34歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(54.4%)、「精神健康／物質濫用」(33.1%)、「工作／經濟」(12.5%)。35-44歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(50%)、「精神健康／物質濫用」(38.2%)、「工作／經濟」(12.3%)。45-54歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(43 %)、「精神健康／物質濫用」(41.3%)、「工作／經濟」(11.5%)。55-64歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(37.5%)、「情感／人際關係」(36.6%)、「生理疾病」(15.4%)。65-74歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(35.6%)、「情感／人際關係」(31.5%)、「生理疾病」(30.4%)。75歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(43.3%)、「精神健康／物質濫用」(29.1%)、「情感／人際關係」(22.2%)。(如表3.4.7)。

表3-4-7、2016年1-10月自殺通報個案自殺原因年齡層別占率分析

	14以下	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75以上
情感／人際關係	55.1	55	54.4	50	43	36.6	31.5	22.2
精神健康／物質濫用	21.4	29.3	33.1	38.2	41.3	37.5	35.6	29.1
工作／經濟	0	7.7	12.5	12.3	11.5	8.5	2.1	0.2
生理疾病	0	0.7	1.3	2.6	5.9	15.4	30.4	43.3
校園學生問題	30.5	6.4	0.3	0.1	0.1	0.1	0	0
迫害問題	1.8	0.9	0.6	0.6	0.4	0.6	0.2	0.4
不願說明或無法說明	9.5	16.2	16.6	17.4	17.5	19.7	16	19.4
其他原因	9.1	6.7	4.5	4.3	5	5.8	4.4	5.9

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以2016年1-10月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為6.2次，尚未達到平均次數之縣市有澎湖縣(平均3.6次)、屏東縣(平均4次)、基隆市(平均4.4次)、臺北市(平均4.6次)、苗栗縣(平均4.7次)、嘉義市(平均4.7次)、嘉義縣(平均4.7次)、新竹市(平均5.1次)、花蓮縣(平均5.4次)、臺中市(平均5.6次)、雲林縣(平均5.6次)、臺東縣(平均5.8次)、彰化縣(平均5.9次)、新竹縣(平均6.1次)。(如表3.4.8)。

表3-4-8、2016年1-10月全國及各縣市關懷次數表

	2016年1-10月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.2	4	6	74	0
臺北市	4.6	3.1	5	26	0
新北市	7.3	4.5	8	28	0
基隆市	4.4	2.3	5	17	0
宜蘭縣	6.7	4.1	7	31	0
桃園市	7.3	4.4	7	35	0
新竹市	5.1	3.7	5	28	0
新竹縣	6.1	3.1	7	24	0
苗栗縣	4.7	2.8	4	19	0
臺中市	5.6	3.4	6	24	0
彰化縣	5.9	3.6	6	21	0
南投縣	7.8	4.4	8	31	0

表3-4-8、2016年1-10月全國及各縣市關懷次數表(續)

	2016年1-10月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
雲林縣	5.6	3.3	6	31	1
嘉義市	4.7	3.5	5	21	0
嘉義縣	4.7	4.9	4	58	0
臺南市	6.4	3.8	7	54	0
高雄市	6.2	3.9	6	74	0
屏東縣	4	2.9	3	20	0
臺東縣	5.8	3.4	6	18	0
花蓮縣	5.4	3.4	5	22	0
澎湖縣	3.6	2.4	3	10	0
金門縣	8	4.7	7.5	22	1
連江縣	9.4	2.7	9	13	6

註：因資料尚未完整進入系統中，表格中呈現數據可能有低估情形，正確數據須參照整年度年報。

(6) 各縣市特殊身份註記個案占率

分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占15.1%、家暴被害人占7%、家暴加害人占5.2%、兒少被害人占2.8%、兒少加害人占2.6%、家暴高危被害人占1%、家暴高危加害人占0.6%、嚴重病人占1.1%、性侵加害人占0.2%。精照列管個案占率最多的為花蓮縣(22.1%)、高雄市(21.8%)、金門縣(21.2%)。家暴被害人占率最高的為金門縣(13.5%)，家暴加害人占率為高為連江縣(20%)。(如表3.4.9)。

表3-4-9、2016年1-10月全國各縣市特殊身份註記個案比率表

縣市	精照列管個案(%)	嚴重病人(%)	家暴高危加害人(%)	家暴高危被害人(%)	家暴加害人(%)	家暴被害人(%)	兒少加害人(%)	兒少被害人(%)	性侵加害人(%)
全國	15.1	1.1	0.6	1	5.2	7	2.6	2.8	0.2
臺北市	15.9	1.2	0.5	1.5	4.7	6.3	2.7	2.4	0.1
新北市	15.3	0.8	0.5	0.8	5.4	7.1	2.3	3.7	0.2
基隆市	17.8	0.6	0.6	0.2	5.4	5.8	2.1	3.3	0
宜蘭縣	19	1.1	0.6	0.6	4.3	12.1	3.1	3.4	0.5
桃園市	9.9	0.3	1	1.3	4.3	5	1.8	3.4	0.4

表3-4-9、2016年1-10月全國各縣市特殊身份註記個案比率表

縣市	精照列管個案(%)	嚴重病人(%)	家暴高危加害人(%)	家暴高危被害人(%)	家暴加害人(%)	家暴被害人(%)	兒少加害人(%)	兒少被害人(%)	性侵加害人(%)
新竹市	8.2	0.5	0.5	1	3.9	8	1.2	3.1	0.2
新竹縣	12.7	0.6	0.6	1.3	6.6	8.5	1.7	2.6	0
苗栗縣	13.4	2.9	0.8	0.9	5.4	5.7	2.6	3.3	0
臺中市	11.9	0.9	0.7	1.2	4.4	6.5	2.8	2.2	0.1
彰化縣	16.9	0.6	0.9	0.9	6.2	5.6	3.4	1.4	0.4
南投縣	13.1	1.4	0.2	0.5	6.1	9.3	2.3	2.3	0.2
雲林縣	11.3	0.2	0.9	2.1	8	10.4	1.9	1.7	0.4
嘉義市	12.8	1	1	1.7	5.4	8.1	2.4	2.7	0
嘉義縣	9.5	0.4	0.6	0.6	7	7.4	3	2.1	0.2
臺南市	16.7	2	0.7	0.6	5.6	6.3	3.1	1.9	0.1
高雄市	21.8	1.8	0.4	1.2	5.2	6.7	3.8	2.7	0.3
屏東縣	16	2.2	0.1	0.9	4.4	6.8	2.8	1.5	0.1
臺東縣	19.5	0.7	1	2.4	6.8	8.5	3.8	5.1	0
花蓮縣	22.1	2	0.4	2.4	3.4	11.6	2.2	3.4	0.4
澎湖縣	19.7	3.9	0	0	6.6	9.2	1.3	6.6	0
金門縣	21.2	0	0	0	5.8	13.5	1.9	3.8	0
連江縣	0	0	0	0	20	0	20	0	0

註：特殊身份註記個案比例=該縣市特殊身份註記人次÷該縣市通報人次

4)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。

5)持續檢測系統相關問題(含撈取資料)，進行討論後，與系統維護廠商聯繫及建議改善。

2. 結論

1) 自殺通報資料分析

全國通報人次在2006年後大致為逐年上升的趨勢，僅在2011年及2013年往下降，而2015年通報人次為29,914人次，2016年1月至10月通報人次為24,209人次；全國通報比在2006年僅4.3之後逐年上升，到2011年到達7.5，而2015年達到8.4，2016年1-10月為7.5。

2016年1至10月通報共24,209人次，其中女性通報15,106人次占62.4%，男性通報9,103人次占37.6%，女性為男性1.66倍。

在自殺方法的選擇上，2016年1-10月間通報個案最常使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(52%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(28.5%)。

自殺原因方面，2016年1-10月間通報個案中，最常見自殺原因前三名為「情感／人際關係」、「精神健康／物質濫用」及「工作／經濟」。

特殊身份註記方面，2016年1-10月通報個案中，精照列管個案占15.1%、家暴被害人占7%、家暴加害人占5.2%、兒少被害人占2.8%、兒少加害人占2.6%、家暴高危被害人占1%、家暴高危加害人占0.6%、嚴重病人占1.1%、性侵加害人占0.2%。

2)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。將來應由中心協助心口司同仁，以心口司名義申請至加值中心進行必要資料之統計分析。

3)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。

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：

(1) 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，以今年年初為例，重複進行八次撈取始得正確資料，造成月報表及2015年度年報表產出日程遲延。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。

(2) 為瞭解並協助解決各縣市關懷訪視員於訪視時所遇到之困難，中心今年度規劃22場次的實務督導，以瞭解關懷訪視員在從事自殺防治工作時，所遇到的問題和困難，針對有問題之個案進行討論，提供建議，撰寫成督導紀錄，以供各縣市參考。

(3) 由督導記錄中得知，各縣市高危險因子種類並無不同，差別僅在於高危險因子所占比例差異，本中心藉由實務督導對各縣市做出因地制宜的建議。未來希望能增進衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局與本中心間的實務合作，定期召開會議檢討因地制宜的策略，並提出因應的建議。

五、 附件

附件3.4.1　2016年10月自殺通報月報表

附件3.4.2　2016年10月臺北市通報個案特性分析表

2016 年自殺高風險縣市互動式輔導訪查

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

關於各縣市因地制宜的自殺防治策略，過去全國自殺防治中心，參與縣市自殺防治業務輔導訪查，累積經驗發現：各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。自殺防治業務之不確定性與民意壓力，除仰賴地方政府相關局處首長之優質領導力加以克服外，中央主管機關應由執行督導考核之「獎懲執行者」角色，逐步轉型為協助地方政府有效蒐集資料，業務推動增能，以及解決系統性問題之「問題解決專家」角色。

未來應藉由中央主關機關之政策工具，促進縣市層級自殺防治業務之跨局處整合，以及業務推動相關人員經驗之傳遞與延續，達到下列三項工作目標：(一)透過實地至縣市召開「強化縣市自殺防治策略討論會」或其他更有效率之方式，結合衛生福利部、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，強化各縣市跨局處整合機制，建立類似「高風險個案」之整合性服務機制，並有實際成果可供督考。進一步透過各局處之有效橫向聯繫與責任共享，化解各單位間面對困難個案時「劃分責任」之「負向反應」與「壓力感」，促進各單位「共同照護」之「正向態度」與「成就感」。(二)各縣市自殺防治工作第一線工作人員，包括關懷訪視以及精神疾病個案管理人員，能有較為穩定及可預期之聘雇及在職訓練督導機制。(三)各縣市政府，針對在地防治工作之特色與挑戰，以促進跨局處整合為出發點，整合並充份利用現有資源，產生加成協同綜效之方式，主動提出創新工作方案，衛生福利部與全國自殺防治中心做為協助角色。並特別針對「六都」以外資源取得相對困難縣市特別鼓勵，並將相關成果提供各縣市交流學習。

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。

時至 2016 年，延續 2011 年之方針但更為精進，選定自殺死亡率高、三年移動平及再自殺率較高之六縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。會議中除討論各縣市因地制宜之自殺防治策略和困境外，亦會結合至各縣市實務督導訪查經驗(詳見「辦理各縣市實務督導訪查」章節)，以加強該縣市自殺防治和關懷訪視之策略與技巧。

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 2015 年衛生福利部公告國人死因資料，依自殺死亡率高、三年移動平及再自殺率較高之六縣市，扣除離島地區(人數少)，再以順序排列考量，選取基隆市、宜蘭縣、苗栗縣、新竹縣、南投縣與彰化縣等 6 縣市為對象。各縣市選定原因如下所描述。

(1) 基隆市

a.104 年自殺死亡人數較 103 年增加 10 人，增加人數占全國 7.5%。

b.104 年標準化自殺死亡率每十萬人口 18.9 人，排名全國第 1，與 103 年相比上升人數排名全國第 3。

c.104 年粗死亡率每十萬人口 24.7 人較 103 年每十萬人口 21.9 人上升 12.8%，增幅排名全國第 5。

d.102-104 年粗死亡率三年移動平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 1。

e.102-104 年粗死亡率三年加權平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 1。

(2) 宜蘭縣

a.104 年自殺死亡人數較 103 年增加 9 人，增加人數占全國 6.8%(排名全國第 8)

b.104 年標準化自殺死亡率排名全國第 2，與 103 年相比上升人數排名全國第 5。

c.104 年粗死亡率每十萬人口 20.3 人，與 103 年相比增幅排名全國第 6。

(3) 苗栗縣

a.104 年自殺死亡人數較 103 年增加 9 人，增加人數占全國 6.8%。

b.104 年標準化自殺死亡率每十萬人口 13.5 人，排名全國第 7。

c.104 年粗死亡率每十萬人口 18.6 人較 103 年每十萬人口 17.0 人上升 9.4%，增幅排名全國第 8。

d.再自殺率由 103 年 4.8%上升為 104 年 5.1%。

(4) 新竹縣

a.104 年自殺死亡人數較 103 年增加 13 人，增加人數占全國 9.8%。

b.104 年標準化自殺死亡率雖在全國排名第 18，與 103 年相比上升人數排

名全國第 7。

c.104 年粗死亡率每十萬人口 13.7 人，與 103 年相比增幅排名全國第 3。

d.102-104 年粗死亡率三年移動平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 4。

e.102-104 年粗死亡率三年加權平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 3。

f. 再自殺率由 102 年 3.6%上升為 103 年 4.4%再上升至 104 年 4.8%。

(5) 南投縣

a.104 年自殺死亡人數較 103 年增加 28 人，增加人數占全國 21.1%。

b.104 年標準化自殺死亡率每十萬人口 15.4 人，排名全國第 3，與 103 年相比上升人數排名全國第 2。

c.104 年粗死亡率每十萬人口 21.7 人較 103 年每十萬人口 16.3 人上升 33.1%，增幅排名全國第 2。

d.102-104 年粗死亡率三年移動平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 5。

e.再自殺率由 103 年 3.5%上升為 104 年 5.9%。

(6) 彰化縣

a.104 年自殺死亡人數較 103 年增加 27 人，增加人數占全國 20.3%。

b.104 年標準化自殺死亡率每十萬人口 13.6 人，排名全國第 6，與 103 年相比上升人數排名全國第 4。

c.104 年粗死亡率每十萬人口 17.8 人較 103 年每十萬人口 15.7 人上升 13.4%，增幅排名全國第 4。

d.102-104 年粗死亡率三年移動平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 4。

e.102-104 年粗死亡率三年加權平均較 101-103 年上升，增幅排名全國第 6。

f. 再自殺率由 103 年 4.8%上升為 104 年 4.9%。

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) 全國自殺防治中心簡述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。

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. 因今年十大死因延後公布，故今年自殺高風險縣市互動式輔導訪查訂於 10 月至 11 月舉行。
2. 依衛生福利部要求，於 9 月選出基隆市、宜蘭縣、苗栗縣、新竹縣、南投縣與彰化縣等 6 縣市，爾後進行行程安排及相關統計分析資料及討論。
3. 10 月 07 日召開「苗栗縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為苗栗縣政府衛生局莊素玲秘書，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員、苗栗縣政府衛生局涂麗秀主任、張微欣個管師、林欣儀個管師、黃郁軒個管師、謝文彬個管師、郭又寧個管師、張悅寧個管師、蘇冠華個管師、劉純如個管師、劉美鳳個管師、劉育伶個管師、謝安力革至專案助理。大千綜合醫院南勢院區馬大元院長、邱心純社工組長。財團法人為恭紀念醫院東興院區黃照副院長、莊雅茵社工組長。社團法人苗栗縣生命線協會禹耀東執行長、劉佩璇副主任。全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、陳貞伶專員。
4. 10 月 21 日召開「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，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。基隆市衛生局王瑛蘭科長。基隆市社區心衛中心黃鈞麟、李淑珍、李孟盈、范昊珍、李韶鈴、呂若妍、郭安怡。基隆市民政處、社會處、發展處代表。全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、李婕宇專員。
5. 10 月 24 日召開「新竹縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為新竹縣衛生局殷東成局長，與會人員有衛生福利部謎立中司長、廖敏桂技正、張冠偉科員。新竹縣政府衛生局黃照月技士、羅方個管師、潘姿淇個管師、紀詩儀個管師、林俞君個管師、張根榮關訪員、廖庭萱關訪員、江佑倫關訪員、臺大醫院竹東分院蔡昇諭醫師。全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員。

6. 10 月 28 日召開「宜蘭縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為宜蘭縣衛生局游淑靜科長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。宜蘭縣政府衛生局邱麗榮技士、廖美雲個管員、鍾佩怡個管員、陳佩吟個管員、李俊雍關懷訪視員、陳柏霖關懷訪視員。宜蘭縣政府社會處廖憶如專員。宜蘭縣政府夏明義主任。宜蘭縣政府民政處羅智誠科長。宜蘭縣政府勞工處蔡胤昕就業輔導員。宜蘭縣政府農業處陳建中科長。宜蘭縣政府警察局江明德警員。宜蘭縣政府消防局吳于禛科長。宜蘭縣政府人事處洪嘉君專員。宜蘭縣政府工商旅遊處賴香妤辦事員。宜蘭學生校外生活輔導會林教官。臺北市立聯合醫院松得院區姜丹榴技正。全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員。
7. 10 月 31 日召開「彰化縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為彰化縣衛生局葉彥伯局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、林俞均專員。彰化縣衛生局黃敏慧科長。彰化縣基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院歐陽文貞計劃主持人、俞凱程個案管理師、賴孟孟自殺關懷訪視員、林怡君自殺關懷訪視員、呂安自殺關懷訪視員、方圓自殺關懷訪視員、張儀丰社區關懷訪視員、陳春蘭社區關懷訪視員。彰化縣政府社會處王宣雯社工師、彰化縣政府教育處林小芬教師、彰化縣政府勞工處胡瑞唐科員、彰化縣政府警察局蔡大森警務員、徵畫縣政府消防局林鈺芸隊員、敦仁醫院曾琳喬。
8. 11 月 04 日召開「南投縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為南投縣政府衛生局黃昭郎局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。南投縣政府衛生局吳美玲副局長、陳淑怡科長、林京慧技士、陳倩如個管師、陳珮嫻個管師、廖婉容個管師、劉倍卿個管師、卓佩君約聘人員、陳盈如臨時人員。南投縣政府民政處游廣平辦事員。南投縣政府社會及勞動處吳慈涵社工師。南投縣政府農業處孔瑞琪技士。南投縣政府消防局陳貞伸隊員。南投縣政府警察局劉妃圜股長。衛生福利部草屯療養院張介信副院長、黃聿斐主任、黃聖林醫師、林幼喻護理長、許馨尹關懷員。衛生福利部南投醫院黃穎雯主任。埔基醫療社團法人埔里基督教醫院黃麗君護理長。臺中榮民總醫院埔里分院高瑄若社工師。全國自殺防治中心李明濱主任、王俊堯專員。
9. 11 月撰寫六縣市會議紀錄。
10. 11 月底函送衛生福利部「2016 年度縣市自殺防治業務輔導訪查報告」。

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：2016 年 10 月 07 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.1.1)

(1) 2015 年苗栗縣自殺死亡總述

a.整體

a) 苗栗縣 2015 年自殺粗死亡率較 2014 年上升。2015 年每十萬人自殺粗死亡率為 18.6 人，較 2014 年(17 人)上升 9.4%。

b) 2015 年之粗死亡率高於全國之粗死亡率(15.7 人)。

b.性別自殺粗死亡率

a) 男性-2010 年後上下起伏， 2014 年下降至 23.6 人，2015 年往上升至 27.1 人。

b) 女性-2010 年後亦呈上下起伏，2014 年下降至 9.8 人，2015 年亦向下降至 9.5 人。

c.年齡層

a) 除「14 歲以下」、「15-24 歲」、「25-44 歲」外，其餘年齡族群之粗死亡率皆高於全國。

b) 在各年齡層中，「14 歲以下」、「15-24 歲」之粗死亡率與 2014 年相同。

c) 「25-44 歲」之粗死亡率較 2014 年下降，降幅為 15%。

d) 「45-64 歲」、「65 歲以上」之粗死亡率較 2014 年上升，升幅分別為 25.9%、14.3% 。

d.全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.8%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(25.9%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.9%)

e.苗栗縣自殺方法前三名：

a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(35.2%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(24.8%)

c) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(21.9%)

(2) 2016 年 1-8 月苗栗縣自殺死亡初步數據總述

a.各年齡層人口趨勢

a) 苗栗縣至 2016 年 8 月底年中人口數較 2015 年減少 3,193 人，各年齡層人口數占率為「0-14 歲」13.9%、「15-24 歲」13.4%、「25-44 歲」30.0%、「45-64 歲」28.2%、「65 歲以上」14.4%。年齡層人口趨勢中，45 歲以上人口逐年增加中，其餘年齡層皆逐年下降。

b.整體

a) 2016 年 1-8 月苗栗縣初步統計之自殺死亡人數為 69 人
b) 2015 年 1-8 月苗栗縣初步統計之自殺死亡人數為 66 人(最終數據 70 人

c.性別

a) 2016 年 1-8 月初步統計男性自殺死亡人數為 47 人、女性 22 人，性別比 2.1。
b) 2015 年 1-8 月初步統計男性 49 人、女性 17 人，性別比 2.9。
c) 2015 年 1-8 月最終數據男性 52 人、女性 18 人，性別比 2.9。
d) 總人數較去年同期之初步數據增加 3 人，其中女性增加 5 人、男性減少 2 人

d.年齡層

a) 與去年同期之初步數據相比

「15-24 歲」：增加 4 人
「25-34 歲」：增加 2 人
「65-74 歲」：增加 2 人
「45-54 歲」：增加 1 人
「55-64 歲」：增加 1 人
「35-44 歲」：減少 1 人
「75 歲以上」：減少 6 人

e.鄉鎮市

a) 2016 年 1-8 月各鄉鎮市自殺死亡人數以頭份鎮 13 人為最多(人口數最多)，其次為竹南鎮9人(人口第三多)、苗栗市(人口第二多)及後龍鎮(人口第五多)各為 8 人。

f. 全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.3%)
b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(24.9%)
c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.6%)

g.苗栗縣自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.4%)

b) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(29.0%)
c) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(21.7%)

(3) 2015 年苗栗縣自殺通報總述

a.自殺企圖 827 人次。

b.性別：

a) 男性 368 人次，女性 459 人次。

b) 性別比(男/女)0.8，女性為男性的 1.25 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，計 204 人次，佔 24.7% 。

b) 其次為「25 至 34 歲」，計 193 人次，佔 23.3% 。

c) 第三為「45 至 54 歲」，計 120 人次，佔 14.5% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為以「安眠藥鎮靜劑」自殺，計 344 人次，佔 41.6% 。

b) 其次為以「割腕」自殺，計 170 人次，佔 20.6% 。

c) 第三為以「酒精」自殺，計 64 人次，佔 7.7% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為因「夫妻問題」，計 138 人次(16.7%) 。

b) 其次為因「家庭成員問題」，計 117 人次(14.1%)。

c) 第三為因「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 112 人次(13.5%)。

(4) 2016 年 1-8 月苗栗縣自殺通報總述

a.自殺企圖 531 人次。

b.性別：

a) 男性 229 人次，女性 302 人次。

b) 性別比(男/女)0.76，女性為男性的 1.32 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「25 至 34 歲」，計 139 人次，佔 26.2% 。

b) 其次為「35 至 44 歲」，計 131 人次，佔 24.7% 。

c) 第三為「15 至 24 歲」，計 67 人次，佔 12.6% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為以「安眠藥鎮靜劑」自殺，計 200 人次，佔 37.7% 。

b) 其次為以「割腕」自殺，計 120 人次，佔 22.6% 。

c) 第三為以「一般農藥」自殺，計 45 人次，佔 8.5% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為因「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 164 人次

(30.9%)。

b) 其次為因「家庭成員問題」，計 83 人次(15.6%)。

c) 第三為因「感情因素」，計 80 人次(15.1%)。

2)縣市報告重點摘要(詳見附件 4.1.2)

(1) 苗栗縣政府心理健康促進委員會

a.為促進全體縣民心理健康及提升幸福感，強化政策訂定、行政推動及網絡連結，特設委員會。召集人為縣長，副召集人為秘書長。設有當然委員 12 名，專家委員 9 名。以下設立四組，分別為綜合規劃組、教育宣導組 、心理健康服務組和保護服務組。

(2) 推動心理健康促進

a.職場

a) 協助工會/協會/工廠辦理心理健康講座宣導共計 4 場次 1385 人次

b) 提供一案到底預約制就業服務

c) 就業諮詢與媒合

d) 職業訓練諮詢與推動

e) 職業心理測驗及解說

b.校園

a) 設置各級學校生命教育資源中心

b) 設置輔導專線，提供即時諮詢

c) 編制專輔教師及兼任輔導教師

d) 落實三級輔導機制

e) 設置霸凌申訴專線

f) 高風險家庭通報與關懷

g) 推動校園心理健康、生命教育及自殺防治

c.社區

a) 促進民眾心理健康及自殺防治宣導 58 場 3333 人次。

b) 設置 5 個心理諮商站及諮詢服務

c) 提供 24 小時高危機/自殺意念個案服務及轉介

d) 自殺遺族關懷服務

e) 苗栗『心』樂園推動心理健康網計畫

(3) 推動心理健康網計畫

a.老人心理健康講座

b.獨居老人、身障者關懷訪視

c.老人養護機構參訪活動

d.記者會及論壇

(4) 自殺防治工作

a.藉由心理健康促進委員會、教育宣導組，推動校園心理健康

b.連結社區關懷據點及民間機構，共同推動長者心理健康

c.委託苗栗縣生命線協會關懷訪視員，深入社區訪視

d.藉由心理健康促進委員會、保護服務組，推動職場心理健康

e.結合醫療機構，執行自殺防治院內關懷

(5) 自殺防治工作三級預防

a.初級預防

a) 心理健康促進及自殺防治策略擬定
b) 召開跨局處網絡聯繫會
c) 自殺防治守門人培訓宣導
d) 專業人教育訓練
e) 宣導自殺工具防範

b.次級預防

a) 老人心理健康篩檢
b) 社區定點心理諮詢服務
c) 高風險個案辨識及醫院自殺防治工作
d) 結合縣內 19 個志願服務社團推動「送愛心服務到家」方案，關懷弱勢族群及獨居長者

c.三級預防

a) 自殺防治通報個案追蹤訪視
b) 個案研討會
c) 轉銜會議
d) 自殺關懷員督導機制
e) 自殺關懷員教育訓練

(6) 因地制宜之自殺防治計畫

a.農藥防治

a) 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，並於農藥商品外包裝，加印警語與關懷、求助資訊，或貼上相關資訊貼紙等。
b) 針對通報個案為再自殺且自殺方式為使用高致命方式，如喝農藥者，於 24 小時內進行初次關懷。

b.木炭防治

a) 不定期稽販賣商店是否有在木炭包裝加註警語與諮詢專線。

b) 工商發展處協助持續推動木炭不陳列明顯架櫃販售措施。
c) 服務臺放置自殺防治關懷小卡及宣傳單張。

c.青年(25～34)青壯年(35～44)中壯年(45～54)
a) 危險因子：家庭成員問題、感情因素
b) 社會因素：人際衝突、經濟與工作問題、法律糾紛。

d.初老年(55～64)老年(65～74)老老年(75 以上～)
a) 危險因子：身體疾病、重大疾病。
b) 社會因素：獨居、重大壓力-喪親

e.廣泛性策略
a) 多元宣導場域
b) 多元族群宣導
c) 社區種子守門人宣導及培訓
d) 醫療診所用藥安全宣導

f. 多元媒體宣導
a) 電子傳媒
b) 平面文宣
c) 宣導手冊

(7) 自殺防治執行困境
a.農藥：使用致命性工具第一次進案就自殺成功
b.燒炭：民風純樸對自殺議題仍有汙名化及排擠
c.上吊：社區中有嚴重低落情緒或是精神困擾的人，不易發現及接受轉介服務

綜合討論

1)縣市及相關單位意見
(1) 苗栗縣政府衛生局涂麗秀主任
a.苗栗縣財政吃緊，今年度已無編列縣府預浥注在自殺防治業務，使的業務難以推動。
b.希望對於專業人員能有固定且有系統之培訓。

(2) 苗栗縣政府衛生局莊素玲秘書
a.未來將善加利用心理健康促進委員會，宣導自殺防治方法(如落實農藥登記)。
b.培力部分苗栗資源有限，希望中央針對種子部分能有長期規劃和訓練。

(3) 社團法人苗栗生命線劉佩璇副主任
a.農藥自殺部份，農藥儲藏極為重要，過去經驗表示，很多農藥自殺個案

是使用隨地撿來的農藥自殺，而非買的。

(4) 社團法人苗栗生命線禹耀東執行長

a.現在的自殺防治是治標不治本，而治本是最為困難。生命線目前針對自殺以三部分形成自殺防治網；自殺意念或企圖(1995)，接著到自殺危機現場(接獲通報就會前往自殺現場)，到最後的自殺後追(針對自殺未遂或是死亡持續追蹤關懷)。

b.目前苗栗縣面臨最大的問題乃是財政吃緊，使得心衛中心經費不足，自殺防治業務難推動。

(5) 為恭醫院黃照副院長

a.為恭醫院設有自殺防治小組，若有病人因自殺入院，醫院除通報外，亦會啟動自殺防治小組進行追蹤和處置。

b.目前常見問題乃個案無法取得需要的社會資源。加上跨部門資源無法統合，使得資源發會有限，無法真正幫助到個案。

c.專業人員(包括護理人員、醫師、藥師、郵差等)對自殺防治之專業訓練有待加強，建議整合其他部會做整體加強。

(6) 大千醫院馬大元院長

a.經濟對於自殺有所影響，建議針對經濟受影響的產業(如小吃業、旅遊業等)落實初步的自殺防治預防，如心情溫度計篩檢等。

b.對於重複自殺和急診之個案，希望未來能有更強制的處置。

2)衛生福利部意見

(1) 希望未來苗栗縣在召開心理健康促進委員會時，能網羅心理健康相關單位一同針對自殺防治業務討論。

(2) 根據相關數據顯示，對於農藥自殺防治，禁用巴拉刈會是目前最好得方法。在多次與農委會討論後，目前農委會是承諾將在年底年提出最新時程報告，但仍希望地方也能一同向中央反應禁用巴拉刈的必要性。

(3) 中央部分財政也有所困難，心口司成立後經費並無增加，但對於地方政府經費之補助並未刪減，仍有盡力協助，期大家能體諒。

(4) 部內每年三月都會在南投辦理兩天的關懷訪視員專業訓練(初階)，精神醫療網各區每年也會辦進階課程。今年全國自殺防治中心也特別針對自殺防治安排初階與進階的課程，也將後製成數位版本提供給訪員做自我學習。

(5) 自殺防治通報系統已有針對精神病人個案之註記，也以串連了特殊身份註記之個案，未來將與社家署高風險家庭進行資料串聯，方能做問題及資源整合。

3) 中心意見及建議

(1) 因資源及人力有限，針對自殺未遂者或是自殺身亡者之通報與後續關懷訪視，未來是否需視人力的需要來因地制宜。

(2) 關懷訪視中，轉介是相當重要且範圍廣泛，牽扯到精神病理或者個案精神議題的定義，因此衛教極為重要。未來建議針對守門人訓練、核心課程、最高危險群訪視技巧與關懷訪視轉介技巧等，進行教育訓練及課程規劃，藉此加強關訪員篩選及轉介之技巧。

(3) 自殺高危險群是非常需要注意之族群，而又以拒訪個案或失聯個案為最高危險群。此外，自殺身亡或是未遂的個案中，有情緒障礙是最常見的，而善用篩檢工具，如 BSRS-5 則能有效辨識個案情緒問題，建議利用微電影或是其他課程向關訪員介紹 BSRS-5 之使用方法。

(4) 苗栗縣關懷訪視由生命線承接，因此需要與跨領域專科團隊合作，才能減低關懷訪視員之壓力。

(5) 各縣市對於關懷訪視員投入大量心力，作法也不同，如何確保關懷訪視之品質為首要之議題。除了自殺關懷訪視員外，社區關懷訪視員對於自殺防治之能力提升也是要務之一。

(6) 自殺是多元化之問題，必須要跨專業建議之結合，因此聘請多方面專業一同針對個案討論是必要的。各縣市自殺防治之成功除跨局處互相合作外，縣市長及衛生局投入的程度亦有極大的影響。

(7) 心理健康促進委員會之功能應制訂短期、中期及長期的計畫，各單位可將與自己相關且緊急的自殺防治議題於會議上出討論。

(8) 農藥自殺防治部分，可藉由分享農藥自殺身亡個案之心路歷程當作防治策略之一。數據顯示農藥自殺身亡者本身非務農者居多，而用農藥自殺多半有地理之便且伴隨衝動情緒，為避免此一衝動，農藥儲藏就很重要。而農藥販賣登記亦要徹底落實。

(9) 關懷訪視員常面臨許多問題，因此每週或是每月的個案討論會極為重要，月會可邀請心理師、社工師、精神科醫師等，組成專業團隊針對問題作討論。

(10) 針對苗栗縣專業議題可以專案方式來推動，如老人與鄰里長，藉由專案間互相結合，達到全面的自殺防治效果。

(11) 希望未來自殺防治法通過後，能編列固定預算在自殺防治上，使各單位在推動自殺防治業務是能更所依據。

(12) 建議未來可將關懷訪視與醫療資源作結合，使得有精神障礙、性侵等個案除得到關懷訪視外，亦能得到專業醫療的治療。

(13) 培訓計畫部分未來建議可採數位學習的方式來加強，減少專業人員的奔波之外又能增進技巧。

1.2 基隆市(訪查時間：2016 年 10 月 21 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.1.1)

(1) 2015 年基隆市自殺死亡總述

a. 整體

a) 基隆市 2015 年自殺死亡 92 人，自殺粗死亡率每十萬人口 24.7 人。
b) 2015 年自殺粗死亡率高於全國(15.7 人)較 2014 年(21.9 人)上升 12.8% 。
c) 全國 2015 年自殺死亡人數較 2014 年增加 133 人，其中基隆市增加 10 人(增幅 12.2%)，增加之人數排名全國第 4；男性增加 1 人(增幅 1.9%)、女性增加 9 人(增幅 32.1%)。

b.性別

a) 男性-2009 年後自殺粗死亡率逐年下降，2012 年降至 24.7 人，之後逐年上升，2014 年為 28.7 人，2015 再上升至 29.4 人(增幅 2.4%)。
b) 女性-2009 年後自殺粗死亡率呈現上下起伏，2012 年降至 11.2 人後開始上升，2014 年升至 15.1 人，2015 年再升至 20 人(增幅 32.5%)。

c.年齡層粗死亡率

a) 除「14 歲以下」，其餘年齡層皆高於全國。
b) 「14 歲以下」2015 年與 2014 年相同，均為 0 人。
c) 「65 歲以上」2015 年粗死亡率較 2014 年下降 4.4% 。
d) 「15-24 歲」、「25-44 歲」及「45-64 歲」粗死亡率分別較 2014 年上升 207.9%、9.4%及 11.3%。

d.年齡層自殺死亡人數

a) 「14 歲以下」0 人，與 2014 年相同。
b) 「 15-24 歲」6 人，較 2014 年增加 4 人(增幅 200%)。
c) 「 25-44 歲」28 人，較 2014 年增加 2 人(增幅 7.7%)。
d) 「 45-64 歲」36 人，較 2014 年增加 4 人(增幅 12.5%)。
e) 「65 歲以上」22 人，與 2014 年相同。

e.自殺方法

a) 2015 年以「吊死、勒死窒息自殺及自傷」自殺死亡人數為 28 人，較 2014 年(18 人)上升 55.5，性別以「男性」為最多，年齡層以「45-64 歲」為主。

b) 2015 年以「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 25 人，較 2014 年(28 人)下降 10.7%，性別以「男性」為最多，年齡層以「25-44 歲」為主。
c) 2015 年以「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數為 13 人，較 2014 年 6 人上升 116%，年齡層以「65 歲以上」為主。
d) 2015 年以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 9 人，較 2014 年(16 人)下降 43.7%，年齡以「45-64 歲」為主。
e) 2015 年以「以溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡人數為 11 人，較 2014 年(9 人)上升 22.2%，年齡層以「45-64 歲」為主。
f) 2015 年以「以切穿工具自殺及自傷」以及「其他及未明示之自殺及自傷」死亡人數分別為 2 人和 3 人，與 2014 年相同。

f. 全國自殺方法前三名：
a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.8%)
b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(25.9%)
c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.9%)

g.基隆市自殺方法前三名：
a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.4%)
b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(27.2%)
c) 「由高處跳下自殺及自傷」(14.1%)

(2) 2016 年 1-8 月基隆市自殺死亡初步數據總述

a.整體
a) 2016 年 1-8 月基隆市初步統計之自殺死亡人數為 45 人
b) 2015 年 1-8 月基隆市初步統計之自殺死亡人數為 62 人(最終數據 69 人)

b.性別
a) 2016 年 1-8 月初步統計男性自殺死亡人數為 33 人、女性 12 人，性別比 2.8。
b) 2015 年 1-8 月初步統計男性 40 人、女性 22 人，性別比 1.8。
c) 2015 年 1-8 月最終數據男性 41 人、女性 28 人，性別比 1.5。
d) 總人數較去年同期之初步數據減少 17 人，其中女性減少 10 人、男性減少 7 人。

c.年齡層
a) 與去年同期之初步數據相比
「15-24 歲」：增加 1 人

「25-34 歲」：減少 8 人
「35-44 歲」：減少 2 人
「45-54 歲」：減少 1 人
「55-64 歲」：減少 1 人
「75 歲以上」：減少 6 人

d.各區

a) 2016 年 1-8 月各行政區自殺死亡人數以中正區與安樂區各 9 人為最多。
b) 其次為七堵區、暖暖區與信義區各 7 人。

e.全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.3%)
b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(24.9%)
c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.6%)

f. 基隆市自殺方法前三名：

a) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(33.3%)
b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(33.3%)
c) 「以溺水(淹死)自殺及自傷」(11.1%)

(3) 2015 年基隆市自殺通報總述

a.自殺企圖 566 人次。

b.性別：

a) 男性 207 人次，女性 359 人次。
b) 性別比(男/女)0.57，女性為男性的 1.73 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，計 148 人次，佔 26.1% 。
b) 其次為「45 至 54 歲」，計 120 人次，佔 21.2% 。
c) 第三為「25 至 34 歲」，計 102 人次，佔 18% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 239 人次，佔 42.2% 。
b) 其次為「割腕」，計 149 人次，佔 26.3% 。
c) 第三為「酒精」，計 43 人次，佔 9.4% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 101 人次(17.8%)。
b) 其次為「夫妻問題」計 96 人次(17.0%)。
c) 第三為「感情因素」計 91 人次(16.1%)。

f. 男性

a) 「15-24 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 27.6%。
b) 「25-34 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 41.4%。
c) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 26.8%。
d) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 40.5%。
e) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 33.3%。
f) 「65-74 歲」自殺方法最多為「溺水(淹死)、跳水」及「高處跳下」，占率為 28.6%。
g) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「割腕」占率為 17.6%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「割腕」，占率為 100%。
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 42.9%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 50.7%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 53.3%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 50%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 65.1%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 42.1%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 47.1%。

(4) 2016 年 1-8 月基隆市自殺通報總述

a.自殺企圖 415 人次。

b.性別：

a) 男性 143 人次，女性 272 人次。
b) 性別比(男/女)0.53，女性為男性的 1.9 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，計 107 人次，佔 25.8% 。
b) 其次為「45 至 54 歲」，計 92 人次，佔 22.2% 。
c) 第三為「25 至 34 歲」，計 80 人次，佔 19.3% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 187 人次，佔 45.1% 。
b) 其次為「割腕」，計 111 人次，佔 26.7% 。
c) 第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 30 人次，佔 7.2% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 134 人次

(32.3%) 。

b) 其次為「感情因素」，計 70 人次(16.9%)。

c) 第三為「家庭成員問題」，計 55 人次(13.3%)。

f. 男性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」及「割腕」，占率為 50%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 30.4%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 38.1%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 38.2%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 36.1%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 31.6%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「割腕」，占率為 30%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 50%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「割腕」，占率為 50%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 48.6%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 43.1%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 54.3%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 63.3%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 72.4%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 35.3%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」占率為 60%。

2)縣市報告重點摘要(詳見附件 4.1.2)

(1) 社區資源現況

a.社區關懷據點：63 個

b.社區發展協會：144 個

c.社區人民團體組織：張老師協會、生命線基金會、慈濟慈善基金會、蘋果慈善基金會、華山基金會、法律扶助基金會、張榮發基金會及安養護機構等

(2) 社區民眾心理健康系列講座

a.心理健康系列講座，針對老年、中年、夫妻、親子、兩性關係、職場等，舉辦共 7 次不同主題講座

(3) 社區長者樂活團體

a.結合生命線協會合辦 10 場「兒時記趣-社區長者懷舊講座」及 7 場「關『心』,從『食』開始系列活動計畫，共辦理 17 場次，計有 476 人次參與，提升對高齡長者之關懷。

(4) 一般性策略

a.訂定因地制宜之行動方案

a) 擴大組織編制，加入七區公所及都市發展處，加強行政效能及大樓安全管理，強化暨連結自殺防治資源網絡。

b) 接受教育局轉介，提供校園心理諮商服務受理學生有家庭、學業、情感、同儕相處等問題之諮商服務。

c) 針對自殺訪員辦理訪視技巧與個案評估等在職繼續教育，並聘請專家召開個案討論指導個案關懷技巧。

d) 為燒炭自殺防治，今年度請購印有「多份關懷能炭息，精彩人生零遺憾」等木炭專用塑膠袋，並於各大愛心商店宣導及發放

b.落實網絡聯繫之理念

a) 針對重複自殺召開跨局處個案討論會議，除由衛生局召開外，另其他局處亦會因業務需要召開跨局處會議，共同處理個案問題。

b) 將基隆市內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡瞭解、運用與連結。(印製於宣導單張)

c) 推動網路資訊互通平臺，以利網絡合作，並加強落實網絡間之風險評估及轉介機制，使其能雙向回饋。持續目前個案轉介，並於自殺防治幹部會議中檢討。

d) 為農藥自殺防治，透過自殺防治委員會歷次檢視農藥自殺數據、討論策略，並宣導於農藥瓶張貼關懷貼紙。

e) 男性、職場、家庭主婦心理健康宣導：今年度結合文化局及教育處家庭教育中心合辦相關主題宣導。

f) 長者服務網絡：於 105.5.18 至恆安機構針對老人照顧服務員（含居家服務員）辦理長者心理健康及自殺防治之教育訓練。

(5) 特案性策略

a.以鄰里為單位，推動守門人訓練

a) 運用衛生所、社區營造中心、社區發展協會及社區關懷據點等基層據點，發展以社區為基礎的心理健康促進宣導方案。

b) 針對鄰里長、社區民眾、大樓管理員及相關照護機關人員等辦理「珍愛生命守門人」課程，提高相關人員敏感度，適時發揮人人都是珍愛生命守門人之精神並能促進自我心理健康管理，增進民眾對求助資源

的認識，藉由自殺防治衛教宣導，提升民眾對於居家危險環境及危險物品認知。

c) 老人憂鬱量表篩檢後，高分者後續追蹤關懷，並轉介民政處(區公所)利用各關懷據進行電話問安服務。

d) 守門人宣導「一問、二應、三轉介」，並使用心情溫度計檢測。

b.精進「行動在地化」的防治策略

a) 結合生命線協會合辦「兒時記趣-社區長者懷舊講座」、「關『心』，從『食』開始」，共 17 場次，加強對高齡者之關懷。

b) 「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、張老師基金會進入校園辦理多元主題，共 27 場次。

c) 由衛生局負責自殺防治執行，包括協調醫院系統及公衛系統、建立轉介照會制度、教育宣導及醫院自殺防治業務監督等實際自殺防治業務。

d) 自殺防治網絡單位以所屬業務範疇，推動在地性自殺防治策略及宣導，並加強自殺守門人訓練。

(6) 自殺防治執行檢討

a.檢討與困難：

a) 自殺方式以吊死、勒死及窒息方式持續攀高，通報資料卻不高，顯為自殺方式難以通報介入關懷。

b) 如何找出此族群，以早期介入心理健康促進為要務。

綜合討論

1)縣市及相關單位意見

(1) 基隆市政府衛生局吳澤誠局長、王瑛蘭科長

a.基隆市近年來推動老人憂鬱量表篩檢，主要透過區域衛生所的護理師或志工分階段篩檢，首先針對會出來參加活動的長者，接著透過比對名冊來找出尚未篩檢的長者，之後會進入家戶中或連絡本人來篩檢，目前已篩檢超過 70%。分數較高的長者會轉至心衛中心，再由中心分派給各地區衛生所，請護理人員作利用心情溫度計做第二次確認，避免志工誤篩，若仍是高風險族群，則會依據個案所需資源來做連結(例如：社區關懷據點、精神科門診)。

b.由於憂鬱量表在施測後都有電腦化，目前已累積四萬多筆資料，未來可進一步分析憂鬱量表與自殺通報、自殺死亡之間的關聯性，可有助於釐清問題與擬定策略。

c.未來在推動自殺防治守門人的時候，應合併強調心情溫度計與轉介標

準，才能透過標準化的測量來評估個案是否需要轉介。

d.希望未來教育處能夠針對國中、高中部份，提供校園心理衛生輔導情形的相關數據，並聘請專家針對現況進行解讀，以利後續擬定相關防治措施。

e.跳水、溺水的熱點主要有八斗子、田寮河，八斗子的阻礙不多且鄰近海邊，田寮河雖有護欄，但有幾處容易翻越，未來會再進一步討論是否加高護欄高度以及其他熱點的防範方式。

f. 職場族群占全部人口的 80%，因此也是自殺防治相當需要關注的一塊，但目前醫療體系要進入仍有困難，未來會再持續溝通與努力。

g.有關 75 歲以上老人族群的自殺防治，除了現有的憂鬱量表篩檢之外，會再根據數據分析來找出自殺熱點與原因，並建立因地制宜的選擇性策略來因應。

(2) 基隆市政府教育處

a.每年都會舉辦自殺守門人研習，請各學校派代表老師來參與，希望不管是行政人員或是教師都能有守門人概念。

b.目前國中、國小的學生問題通常以交友、課業問題為主，少有厭世傾向，因此主要都是需要傾訴對象，以現行三級輔導計畫來因應已經足夠且成效良好，未來將持續以相同模式繼續努力。

c.若學生在學校導師、輔導教師的關懷下仍沒有改善，目前可申請心理師來進行輔助，申請過程需要家長同意，往往許多家長無法接受孩子需要心理輔導，因此醫療系統也較難進入校園。

2)衛生福利部意見

(1) 由於精神疾病與自殺的相關性很高，而精神疾病的病患通常也會在特定時節較容易發病，因此目前有請中心協助分析自殺死亡率較高的時節與相關趨勢，未來會再提供給大家參考。

(2) 有關老人自殺與就醫行為的部分，因老人自殺通常都有多病或經濟困難因素，目前也有針對醫療部分請中心協助研究，是否在特定科別就診的老人較容易承受巨大壓力或有自殺傾向，未來也會再與大家分享。

(3) 今年自殺死亡的下降幅度比以往少很多，因此我們也希望各部會單位(例如：教育處、社會處)能夠加入並增加敏感度，加強跨部會之間的聯繫，在每個職場、校園、或單位都加強守門人的概念。

(4) 教育處的學生三級輔導機制落實良好，但仍希望學校與醫療單位之間平時能有聯繫方式與窗口，若學校已無法處理學生狀況，就可透過轉介到醫療單位。

(5) 針對溺水與墜樓自殺部分，全國都有逐步上升的趨勢，希望基隆市能夠分析出自殺熱點，以利後續對策擬定。

(6) 目前已請統計室依據各縣市行政區來進行自殺死亡初步統計，彙整完畢後會再提供給各縣市參考。目前基隆市部分在各年齡層的死亡人數與去年同期相比都有下降，但 15-24 歲則是持平，因此需多加注意。

(7) 近來因陸客來臺人數降低，有不少遊覽車業者承受巨大壓力，因此需特別注意失業或經濟因素問題，尤其基隆市在 45-54 歲的下降幅度較少，而暖暖區在死亡人數上有增加，可去關注一下這幾名個案的自殺原因。

(8) 目前下降最少的自殺方式是燒炭，而燒炭在暖暖區與信義區也是增加較多，因此可再多注意這幾個區域的自殺情形。

3) 中心意見及建議

(1) 上吊的通報率低是由於上吊的致死率高，所以不會進入到通報系統，因此在篩檢階段就顯得更加重要，才能有效降低上吊自殺死亡。

(2) 基隆市 65 歲以上老人的自殺死亡有下降趨勢，可見老人憂鬱篩檢有一定成效，應繼續維持下去，但心理健康問題不只有憂鬱，因此還是要以心情溫度計為主，才能廣泛包含到其他問題(例如：失眠、焦慮等)。

(3) 75 歲以上老人的自殺死亡率在上升，而目前的社區衛教活動主要都是針對健康、會參加活動的老人為主，缺乏失能、生病、或不出門的長者，因此全面性策略中廣泛的心情溫度計篩檢就相當重要，一般人可以自我篩檢、或篩檢其他人的身心狀況，達到社區據點網網相連的功效。

(4) 老人憂鬱不等於老人自殺，目前老人憂鬱若也要倚靠自殺關訪員去做長期關懷，效率上顯然有些不合理。篩選後應要轉介到合宜的醫療資源，例如：區域醫院、醫學中心等，因此社區心理衛生中心是個重要的資源平臺，應掌握各地區的資源地圖，才能輔助關訪員。

(5) 跨部會會議可有助於網網相連，讓所有資源集中在心理衛生中心，最後連結到社區精神醫療，提供給個案完整服務。

(6) 目前基隆市老人憂鬱篩檢的資料豐富，若有需要後續分析可以找中心協助，以擬定未來施政方針。

(7) 15-24 歲的自殺死亡率也有顯著上升，需先定義出該年齡層族群在哪裡，如果仍在學的話，就會以校園心理衛生為主要推動方向，因為基隆市的關訪員有限，因此校園本身的自主服務與資源連結就非常重要。若已經畢業，則以職場上的失業輔導與壓力管理為首要任務。

(8) 目前教育部已有鼓勵各級學校辦理守門人訓練，未來為加強校園自殺防治，可要求老師與員工每年都要參與，或上數位學習網接受心理衛生與

自殺防治相關知識，特別是新來的老師更要關注，如此一來也可廣為宣導守門人概念。

(9) 目前高中與大學期間的自殺問題較嚴重，學校雖能透過心情溫度計篩檢，但是仍缺乏單位網絡連結與資源地圖，因此鮮少轉介至心理衛生與精神醫療資源。另外，轉介時也容易遇到家長反彈，因此家長的心理衛生教育也是相當重要。

(10) 目前學校三級輔導制度透過導師、同儕、輔導教師、心理師等協助，對於國中、國小孩子的心理健康來說已經足夠，但可能無法滿足高中以上的孩子，因此全民教育與迷思的破除真的非常重要，才能有效讓精神醫療與心理衛生資源介入。

(11) 溺水、跳水的熱點搜尋非常重要，須先釐清地點與對象才能對症下藥，未來可再重新針對警察系統辦裡守門人訓練，並在熱點周圍放置立牌或加強巡防。

(12) 跳樓自殺部分目前已有在進行大廈管理員的守門人訓練，除此之外，也可在跳樓熱點裝設攝影機、將頂樓出入口上鎖，通過管理員來把關。另外，大樓也可加設網子，或透過窗戶開縫大小限制的設計來避免從窗戶跳樓，但各方案都應因地制宜。

(13) 燒炭部分也有下降的趨勢，但還可以再加強，過去有宣導在包裝上印製安心專線，未來可以再持續追蹤，或再加上衛生局的專線。但木炭的管理比管制還要重要，賣炭的人可以透過詢問來關心購買者的狀態，人人都可以是自殺防治守門人。

(14) 外部督導部份建議未來責成精神醫療網或核心醫院來督導各縣市自殺防治業務，協助考核與督導訪視相關問題，並於跨部會會議中協助衛生局解讀數據變化並討論因應策略。

(15) 未來應按月鎖定以局長或科長為主的自殺防治體系跨部會會議，在每年度第一次會議中先針對去年度的主要問題來提出今年度的策略規劃，並於期末時來檢驗實施成效。

1.3 新竹縣(訪查時間：2016 年 10 月 24 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.1.1)

(1) 2015 年新竹縣自殺死亡總述

a. 整體

a) 新竹縣 2015 年自殺死亡 74 人，自殺粗死亡率每十萬人口 13.7 人。

b) 2015 年自殺粗死亡率低於全國(15.7 人)較 2014 年(11.4 人)上升

20.0% 。

c) 全國 2015 年自殺死亡人數較 2014 年增加 133 人，其中新竹縣增加 13 人(增幅 21.3%)；男性增加 1 人(增幅 2.1%)、女性增加 12 人(增幅 85.7%)。

b.性別

a) 男性-2006 年自殺粗死亡率 34.3 人為最高，至 2012 年間波動較大，2014 至 2015 年間相對較小，2015 年自殺粗死亡率 17.4 人(較 2014 年上升 1.1%)。

b) 女性-2010 年自殺粗死亡率 12.6 人為最高，之後逐年下降至 2014 年 5.4 人，2015 年上升至 9.9 人(較 2014 年上升 83.3%)。

c.年齡層粗死亡率

a) 除「25-44 歲」外，其餘年齡層皆低於全國。

b) 「25-44 歲」及「65 歲以上」粗死亡率分別較 2014 年上升升幅 19.1 及 68.1%)。

c) 「15-24 歲」及「45-64 歲」粗死亡率分別較 2014 年下降 0.5%及 3.2%。

d.年齡層自殺死亡人數

a) 「14 歲以下」0 人，與 2014 年相同。

b) 「15-24 歲」3 人，與 2014 年相同。

c) 「25-44 歲」31 人，較 2014 年增加 5 人(增幅 19.2%)。

d) 「45-64 歲」21 人，與 2014 年相同。

e) 「65 歲以上」19 人，較 2014 年增加 8 人(增幅 72.7%) 。

e.自殺方法

a) 2015 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡人數為 25 人，較 2014 年(19 人)上升(增幅為 31.6%) ，性別以「男性」較多，年齡層以「25-44 歲」為主。

b) 2015 年以「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 20 人，較 2014 年(19 人)上升(增幅為 5.2%)，性別以男性較多，年齡層以「25-44 歲」為主。

c) 2015 年以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 15 人，較 2014 年(18 人)下降(降幅為 16.7%)，性別以男性較多，年齡層以「65 歲以上」為主。

d) 2015 年以「以切穿工具自殺及自傷」以及「其他及未明示之自殺及自傷」自殺死亡人數均由 2014 年(0 人)分別增加為 4 人和 3 人。

e) 2015 年以「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數為 5 人，較 2014

年 3 人上升(增幅為 66.7%) 。

f) 2015 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」死亡人數與 2014 年相同為 2 人。

f. 全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.8%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(25.9%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.9%)

g.新竹縣自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(33.8%)較 2014 年上升 8.5%

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(27.0%)較 2014 年下降 13.2%

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(20.3%)較 2014 年下降 31.3%

(2) 2016 年 1-8 月新竹縣自殺死亡初步數據總述

a.整體

a) 2016 年 1-8 月新竹縣初步統計之自殺死亡人數為 43 人

b) 2015 年 1-8 月新竹縣初步統計之自殺死亡人數為 47 人(最終數據 53 人)

b.性別

a) 2016 年 1-8 月初步統計男性自殺死亡人數為 30 人、女性 13 人，性別比 2.3。

b) 2015 年 1-8 月初步統計男性 35 人、女性 12 人，性別比 2.9。

c) 2015 年 1-8 月最終數據男性 37 人、女性 16 人，性別比 2.3。

d) 總人數較去年同期之初步數據減少 4 人，其中女性增加 1 人、男性減少 5 人。

c.年齡層

a) 與去年同期之初步數據相比

「15-24 歲」：增加 4 人

「25-34 歲」：減少 1 人

「35-44 歲」：減少 4 人

「45-54 歲」：減少 1 人

「55-64 歲」：增加 4 人

「65-74 歲」：減少 2 人

「75 歲以上」：減少 4 人

d.鄉鎮市

a) 2016 年 1-8 月各鄉鎮市自殺死亡人數以竹北市與湖口鄉各 9 人為最多，其次為竹東鎮 7 人，第三為新豐鄉 6 人。

e.全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.3%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(24.9%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.6%)

f. 新竹縣自殺方法前三名：

a) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(34.9%)

b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(25.6%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(23.3%)

(3) 2015 年新竹縣自殺通報總述

a.自殺企圖 627 人次。

b.性別：

a) 男性 240 人次，女性 387 人次。

b) 性別比(男/女)0.62，女性為男性的 1.61 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 185 人次，占 29.5% 。

b) 其次為「25 至 34 歲」，共 152 人次，占 24.2% 。

c) 第三為「15 至 24 歲」，共 97 人次，占 15.5% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 229 人次，占 36.5% 。

b) 其次為「割腕」，計 139 人次，占 22.2% 。

c) 第三為「其他藥物」，計 47 人次，占 7.5% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「感情因素」，共 117 人次(18.7%) 。

b) 其次為「夫妻問題」，共 114 人次(18.2%)。

c) 第三為「家庭成員問題」，共 102 人次(16.3%)。

f. 男性

a) 「15-24 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 27.3%。

b) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 17.9%。

c) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 34.8%。

d) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 25.8%。

e) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 46.2%。

f) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 45.5%。

g) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 50%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 75%。
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 47.2%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 44.8%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 45.7%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 41.3%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 38.5%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 36.4%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 33.3%。

(4) 2016 年 1-8 月新竹縣自殺通報總述

a.自殺企圖 436 人次。

b.性別：

a) 男性 166 人次，女性 270 人次。
b) 性別比(男/女)0.61，女性為男性的 1.63 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 122 人次，占 28.0% 。
b) 其次為「25 至 34 歲」，共 95 人次，占 21.8% 。
c) 第三為「15 至 24 歲」，共 86 人次，占 19.7% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 166 人次，占 38.1% 。
b) 其次為「割腕」，計 100 人次，占 22.9% 。
c) 第三為「燒炭」，計 45 人次，占 10.3% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，共 127 人次 (29.1%) 。
b) 其次為「感情因素」，共 73 人次(16.7%)。
c) 第三為「夫妻問題」，共 70 人次(16.1%)。

f. 男性

a) 「15-24 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 40.5%。
b) 「25-34 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 27%。
c) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 34.9%。
d) 「45-54 歲」自殺方法最多為「燒炭」，占率為 38.9%。
e) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 23.5%。
f) 「65-74 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 25%。
g) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 50%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「其他化學物品」，占率為 33.3%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 40.8%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 43.1%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 48.1%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 45.5%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 44.4%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 44.4%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 30%。

2)縣市報告重點摘要(詳見附件 4.1.2)

(1) 新竹縣自殺防治策略-全面性

a.推動壯年心理健康促進活動

b.推動長者心理健康促進活動

c.配合 9 月 10 日自殺防治日辦理宣導活動

(2) 因地制宜自殺防治策略－安眠藥

a.2011 年起 新竹縣每月彙整「安眠藥、鎮靜劑自殺方式」個案名單發文至新竹縣各醫療院所，協助關懷及轉介。

a) 調查各院對衛生局每月函發名單之運用情形，與各院討論如何有效介入關懷及轉介，以預防自殺事件再發生。

b) 持續推動縣內各醫療院所，於醫院內牆面，張貼自殺防治警語貼紙，或於櫃臺等明顯處張貼宣導海報等宣導資訊。

c) 請衛生局醫政長照科及食品藥物科稽查人員於年度例行普查時，在縣內各醫療院所及藥局協助張貼自殺防治警語貼紙，強化醫藥事人員對於自殺高危險群處遇態度與轉介行為。

(3) 因地制宜自殺防治策略－農藥

a.2013 年起，結合農業處農糧科「農藥販賣管理人員複訓講習」辦理農藥自殺防治講座

a) 2013 年：5/9、5/23，共 240 人次參加。

b) 2014 年：5/22、12/9，共 256 人次參加。針對使用農藥為自殺方式鄉鎮比例較高鄉鎮(竹北、竹東、湖口、新豐及尖石)分發海報單張，並訪查當地農藥販賣業者落實張貼宣導單張及擔任珍愛生命守門人。

c) 2015 年：5/5、12/8，共 280 人次參加。更新「農藥自殺防治宣導海報」內容，利用明顯圖示提醒販售業者擔任自殺守門人之責，並於講

習中發放。

d) 2016 年：5/20，共 148 人次參加；預 2016 年 12 月 1 日安排第二場次「農藥販賣管理人員複訓講習」之自殺防治講座。

b.協助於明顯處張貼「農藥自殺防治宣導海報」、「珍愛生命 永不放棄」貼紙或吊牌。

c.販售業者將農藥放置不明顯處，以非開放式陳列，並加強宣導購買者對於「農藥鎖櫃」的概念。

d.觀察購買者有異狀時協助通報與轉介，並拒絕販售農藥。

(4) 因地制宜自殺防治策略－木炭

a.2014 年起推動「新竹縣珍愛生命店家」計畫

a) 加入珍愛生命店家之業者需將所販售之木炭進行「安全上架」。

b) 自殺防治守門人教育訓練：加入新竹縣珍愛生命之店家每年需接受至少 1 小時課程 (衛生局開辦)。2014 年 12 月 15 日共 32 人；2015 年 6 月 22 日與 10 月 5 日，共 65 人次。

c) 請不克前往衛生局參加教育訓練之業者及販售人員，2015 年起可至當地衛生所開辦之「珍愛生命店家」教育訓練。2015 年辦 7 場次，共 13 人。

d) 2014 年：共計 26 家。(新竹縣全聯實業股份有限公司 11 家、頂好 Wellcome14 家、家樂福 1 家)

e) 2015 年起將輔導木炭販賣業者加入「新竹縣珍愛生命店家計畫」納入衛生所工作指標-每所需完成 2 家。

f) 2015 年：共計 32 家。(連鎖店家 6 家、私人五金行木炭販賣店家 26 家)2016 年：共計 32 家。(連鎖店家 6 家、私人五金行木炭販賣店家 26 家)

b.觀察購買者有異狀時協助通報與轉介，並拒絕販售木炭。

c.販賣木炭時，在明顯處張貼「珍愛生命 永不放棄」貼紙及吊牌。

d.針對木炭販售之通路將木炭放置不明顯處，以非開放式陳列，ex：使用提貨卡。

(5) 因地制宜自殺防治策略－高處跳下

a.2015 年起推動「新竹縣珍愛生命大廈」計畫

a) 提升新竹縣公寓大廈管理主任委員、委員、管理負責人、管理服務人員、保全及住戶等相關人員對珍愛生命與自殺防治認知。

b) 自殺防治教育訓練：於 2015 年 12 月 23 日辦理「珍愛生命大廈自殺守門人教育訓練」，共 34 家公寓大廈管理委員會幹部、住戶參訓，總

計 56 人次。

b.建立新竹縣住宅大廈重點防治區域(竹東鎮、竹北市)

a) 發放 485 份函文邀請重點防治區內公寓大廈管理委員會參訓，每年推舉一間自殺防治珍愛生命示範大廈，輔導大廈建立友善的居住社區。

b) 2015 年輔導珍愛生命大廈共 26 家。

c.結合勞工處、新竹縣公寓大廈管理服務職業工會等單位

a) 勞工處：協助發給各工會公文時一併提供珍愛生命單張，共計 400 份，並於 2015 年 8 月 21 日結合辦理「勞工安全衛生宣導活動」，針對勞安人員進行自殺防治守門人教育訓練。

b) 新竹縣公寓大廈管理服務職業工會：縣民報名「公寓大廈服務人員執照培訓講習班」時，提供相關衛教宣導單張。

d.輔導大廈於警衛室、公佈欄、電梯內及頂樓逃生門上張貼衛生局印制之「珍愛生命貼紙」或海報。

e.觀察住戶、員工、訪客有異狀時提供心理衛生資源宣導單張(關愛自己，從心出發)並鼓勵民眾求助。

f. 如遇自殺高風險民眾，協助通報與轉介。

g.加強頂樓監視器監測、巡視，盡量避免無關人員出入頂樓安全門。

(6) 新竹縣推動自殺防治之檢討

a.針對青少年及老人族群，透過跨局處、網絡合作，共同推動心理健康及自殺防治策略。

b.與學校合作，將心理衛生議題納入學校生命教育課程。

綜合討論

1)縣市及相關單位意見

(1) 新竹縣政府衛生局殷東成局長

a.新竹現有精神衛生推動委員會，一年開五次，每次由縣長或是其他長官主持。委員會中會有各局處(包含警察、消防、社會、教育等)之副處長或副局長會來參加。未來會透過委員會落實各局處之自殺防治相關業務。

(2) 新竹縣政府衛生局黃照月技士

a.新竹縣目前訪員的穩定度是足夠，但由於今年度精神個案逐年增加，因此針對訪員部分做了調整，也使得自殺關懷訪視員負擔增加，後續會持續與訪員進行溝通與協調。

b.關訪員未來發展很重要，希望未來能有更具體的規劃，例如獎勵模式等，藉此留住優秀人才。

(3) 臺大醫院竹東分院蔡昇諭醫師

a.每個月鎮定劑的關懷名單，是非常好的作法，藉此能與醫療單位做連結，讓醫師知道那些個案會有重複取藥的習慣。

b.通報單可否簡化填寫項目，除讓通報者能快速完成外，亦能讓通報者協助自殺個案家屬填寫。

c.關訪員流動大，如何讓關訪員穩定安心於工作崗位上，是目前很重要的議題。此外，如何讓醫院端投入更多心力在訪員身上，像是結合心理師，亦是需要思考的重點之一。

d.個案量過多讓訪員感受到時間壓力，負荷量太大。因此如何評估適當的訪視量，讓訪員能持續在崗位上，也是值得注意的。

(4) 桃園療養院吳恩亮醫師

a.資深關訪員留任是很大的問題。

b.新竹城鄉差異大，不管都市型或鄉村型自殺防治策略在新竹均適用，建議城鄉差距之特點可納入自殺防治策略中。

c.新竹縣農藥及木炭之自殺防治成效頗佳，可提供其他縣市作為學習。

d.針對上吊自殺目前是否有預防方式？

e.桃園療養院目前是透過中心網站進行線上學習，但其資源零散，期盼未來能加以整合。

f. 桃園療養院在安眠藥部分是無法開立連續處方，病患較無法大量囤積藥物。

g.桃園療養院社關與自關是合併在一起，並結合在地特色，固定關懷訪視員。

(5) 臺大醫院竹東分院張根榮關訪員

a.訪視時的困難和問題可透過督導會議來討論，但訪員的留任一直是問題所在。新竹縣的訪員較為穩定，乃因局端和醫院的支持與照顧，因此跟局端的溝通是非常重要。局端若能給予協助，訪員留任機會也大。

b.目前新竹縣訪員面臨較大的困難是人力的部分，目前有與局端努力溝通中。

c.新竹縣 1-8 月自殺死亡人數增減率的部分，其中 15-24 歲乃學齡階段，新竹縣針對年輕族群之關懷訪視會與輔資中心(有社工師、心理師)合作。但由於目前輔資資源僅有國、中小，因此希望未來嘗試與教育處商討，能否將輔資資源提高至高中或大學，方能納入 15-24 歲之族群。

d.新竹縣 2015 年關懷與再自殺人數部分，其中未關懷再自殺與關懷後再自殺的人數差距頗大，但未關懷再自殺的人數，可能包含再自殺但並未被通報的人數，此一部分很難呈現在數據中。而關懷後再自殺的人數上升，

可能與常態性的自殺有所關連，可就此一部分進行探討。

e.對於中年男性其求助意願較低且社福體系資源難以介入，未來針對此一部分能再多加討論。

(6) 臺大醫院竹東分院江佑倫關訪員

a.新竹縣訪員年資不短，但未來發展模糊，可能會影響訪員留任意願。

2)衛生福利部意見

(1) 衛生福利部心口司諶立中司長

a.新竹縣縣市特性及居名型態多樣化，其自殺防治策略也應配合縣市特色更為多元化。此外，每個鄉鎮其特性也不同，自殺防治策略也需因地制宜。

b.新竹縣女性及老人有上升趨勢，針對老人部分，可先分析地理環境，判斷是哪些鄉鎮老人數增加較多，針對地區給予不同的自殺防治策略，發揮地區的聯繫性是極為重要的。衛生所在各鄉鎮扮演重要角色，衛生所如何與在地老人自殺防治結合亦是重要策略之一。

c.中央目前已無自殺防治委員會，但未來仍會朝此一目標努力，期盼能建立橫向平臺，與各網絡部會協調與聯絡。

d.關懷訪視員未來升遷及發展的規劃部分，部內會持續做努力，期盼能有所改變。新竹縣的學習與督導環境優良能提升關訪員的能力，但仍鼓勵關懷訪視員能自我在職進修，提身自身技能。

e.關懷員本身除給予個案持續關懷外，轉介亦是非常重要。自殺關懷訪視員以及社區關懷訪視員彼此間要共通合作連結，對於自殺議題皆有所瞭解。

f. 當接獲個案時，要以個管的概念來協助個案，並非區分是隸屬於自殺關懷訪視還是社區關懷訪視，而是要協助個案作資源聯繫。

g.建議衛生局加強衛生所公衛護士以及鄰里長之守門人訓練，特別是鄉下區/農村區。

h.除了六都之外，其他縣市的輔資中心均只有國中以下，所以高中屬於較弱的族群，期盼衛生局能針對這一部分加強。

i. 農藥管制部分部內目前仍在農委會溝通中，未來仍會努力朝禁用目標前進。現階段請衛生局加強農藥管制及守門人訓練。

j. 老人篩檢部分於未來會有所改變，透過簡易的篩檢，鎖定老人高風險族群，在結合在地資源進行關懷。

k.上吊目前仍未有針對性的防治策略，因此僅能鼓勵落實全面性策略，因此守門人得教育訓練格外重要。

l. 安眠藥不開連續處方是不錯的方式，未來可嘗事向健保署建議，將安眠藥設置為不開立連續處方。

3) 中心意見及建議

(1) 全國自殺防治中心李明濱主任

a.新竹縣自殺防治策略規劃完善，但仍可仔細研擬各網絡間是否有需加強的地方，其架構和推動模式可再精進。

b.建議建置高層級心理健康委員會，每年固定召開幾次會議，並於會中列出自殺防治相關業務及根據三大策略之具體措施與推動方向。委員會內設置各小組，每組根據地方特色研擬因地制宜之自殺防治策略。此外，對於中心提供之數據，能善用利用，藉由數據判讀和分析，瞭解和制訂自殺防治方針。

c.關懷訪視督導會議除定期召開內部督導和外部督導，更可於督導會議中制訂該年度負責自殺防治業務之窗口，確立各部門之業務職責，並促進部門間的溝通與聯繫。此外，督導會議中亦需包含精神醫療網代表、責任醫院代表、心理學家等，除數據判讀外，小組的成立也能協助關懷訪視業務的進行與關訪員的成長。

d.15-24 歲青少年自殺防治主要在校園，因此與校園間的合作是不可或缺。可透過委員會瞭解合作機制以及轉介困難等，確保校園自殺防治網絡之順暢。

e.自殺防治架構需確實且清晰，除確保各網絡彼此合作通順外，亦要清楚知道轉介方式以及資源等。

f. 中心未來可設置平臺，將各縣市衛生局因地制宜的防治策略放置於平臺上，供其他縣市互相學習。

(2) 全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

a.再自殺數據部分，確實會有所低估且有需要再做細部的研究，但就目前現有的數據分析，仍可知道關於再自殺有許多地方可繼續研究。

b.新竹縣訪員均有一定年資，也由精神科醫師持續帶領，因此不知針對致命方法的自殺防治方面，局內是否有更多資源能提供給關訪員。

c.中年男性部分，能需深入研究，例如之前關懷訪視督導會議時提到，在職男性工程師居多，使得訪視不易，或許可採取網路諮商或是電話，予以協助。此外，由於就醫意願較低，與竹東精神科之合作極為重要。

1.4 宜蘭縣(訪查時間：2016 年 10 月 28 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.1.1)

(1) 2015 年宜蘭縣自殺死亡總述

a.整體

a) 基隆市 2015 年自殺死亡 92 人，自殺粗死亡率每十萬人口 24.7 人。
b) 2015 年自殺粗死亡率高於全國(15.7 人) 較 2014 年(21.9 人)上升 12.8%。
c) 全國 2015 年自殺死亡人數較 2014 年增加 133 人，其中基隆市增加 10 人(增幅 12.2%)，增加之人數排名全國第 4；男性增加 1 人(增幅 1.9%)、女性增加 9 人(增幅 32.1%)。

b.整體

a) 宜蘭縣 2015 年自殺死亡 93 人，自殺粗死亡率每十萬人口 20.3 人。
b) 2015 年自殺粗死亡率高於全國(15.7 人)較 2014 年(18.3 人)上升 10.9%。
c) 全國 2015 年自殺死亡人數較 2014 年增加 133 人，其中宜蘭縣增加 9 人(增幅 10.7%)；男性增加 19 人(增幅 40.4%)、女性減少 10 人(降幅 27%)。

c.性別

a) 男性- 2010 年後上下起伏，2014 年下降至 20.2 人，2015 年往上升至 28.4 人(增幅為 40.6%)。
b) 女性 -2010 年後亦呈上下起伏，2014 年上升至 16.4 人，2015 年向下降至 12.0 人(降幅為 26.8%)。

d.年齡層粗死亡率

a) 除「14 歲以下」與「65 歲以上」外，其餘年齡族群皆高於全國。
b) 「14 歲以下」與 2014 年相同，均為 0 人。
c) 「65 歲以上」粗死亡率較 2014 年下降 30.9%。
d) 「15-24 歲」、「25-44 歲」及「45-64 歲」粗死亡率較 2014 年上升，升幅分別為 26.2%、5.1%及 45.9%。

e.年齡層自殺死亡人數

a) 「14 歲以下」0 人，與 2014 年相同。
b) 「15-24 歲」5 人，較 2014 年增加 1 人(增幅 25%)。
c) 「25-44 歲」28 人，較 2014 年增加 1 人(增幅 3.7%)。
d) 「45-64 歲」43 人，較 2014 年增加 14 人(增幅 48.3%)。
e) 「65 歲以上」17 人，較 2014 年減少 7 人(降幅 29.2%)。

f. 自殺方法

a) 2015 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡人數為 37 人，

較 2014 年(25 人)上升(升幅為 48%) ，性別以「男性」較多，年齡層以「45-64 歲」較多。

b) 2015 年以「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 24 人，較 2014 年(19 人)上升(升幅為 26.3%)，性別以男性較多，年齡層以「25-44 歲」較多。

c) 2015 年以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 19 人，較 2014 年(22 人)下降(降幅為 13.6%) ，性別以男性較多，年齡層以「45-64 歲」較多。

d) 2015 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡人數為 4 人，較 2014 年 9 人下降(降幅為 55.6%)。

e) 2015 年以「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數為 3 人，與 2014 年相同。

f) 2015 年以「以切穿工具自殺及自傷」以及「其他及未明示之自殺及自傷」自殺死亡人數分別為 1 人和 5 人。

(2) 2016 年 1-8 月宜蘭縣自殺死亡初步數據總述

a.整體

a) 2016 年 1-8 月宜蘭縣初步統計之自殺死亡人數為 65 人

b) 2015 年 1-8 月宜蘭縣初步統計之自殺死亡人數為 54 人(最終數據 57 人)

b.性別

a) 2016 年 1-8 月初步統計男性自殺死亡人數為 41 人、女性 24 人，性別比 1.7。

b) 2015 年 1-8 月初步統計男性 40 人、女性 14 人，性別比 2.9。

c) 2015 年 1-8 月最終數據男性 43 人、女性 14 人，性別比 3.1。

d) 總人數較去年同期之初步數據增加 11 人，其中女性增加 10 人、男性增加 1 人。

c.年齡層

a) 與去年同期之初步數據相比

「45-54 歲」: 減少 4 人

「55-64 歲」: 增加 4 人

「65-74 歲」: 增加 3 人

「75 歲以上」: 增加 8 人

d.鄉鎮市

a) 2016 年 1-8 月各鄉鎮市自殺死亡人數以冬山鄉 12 人為最多，

b) 其次為宜蘭市與羅東鎮各 9 人，第三為三星鄉 7 人

e.全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」 (30.3%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」 (24.9%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.6%)

f. 宜蘭縣自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(40%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」 (23.1%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.5%)

(3) 2015 年宜蘭縣自殺通報總述

a.自殺企圖 806 人次。

b.性別：

a) 男性 320 人次，女性 486 人次。

b) 性別比(男/女)0.66，女性為男性的 1.52 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 184 人次，占 22.8% 。

b) 其次為「45 至 54 歲」，共 169 人次，占 21% 。

c) 第三為「25 至 34 歲」，共 153 人次，占 19% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 299 人次，占 37.1% 。

b) 其次為「割腕」，計 185 人次，占 23% 。

c) 第三為「其他藥物」，計 53 人次，占 6.6% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「家庭成員問題」，計 144 人次(17.9%) 。

b) 其次為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 134 人次(16.6%)。

c) 第三為「感情因素」，計 131 人次(16.3%)。

f. 男性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「高處跳下」，占率為 44.4%

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 22.9%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 21.7%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 29.4%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 28.4%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 17.9%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 53.8%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 30.8%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」、「割腕」及「撞擊」，占率為 40%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 39.7%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 46.2%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 49.6%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 55.8%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 43.2%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 57.9%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 34.6%。

(4) 2016 年 1-8 月宜蘭縣自殺通報總述

a.自殺企圖 524 人次。

b.性別：

a) 男性 211 人次，女性 313 人次。

b) 性別比(男/女)0.67，女性為男性的 1.48 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 148 人次，占 28.2% 。

b) 其次為「45 至 54 歲」，共 97 人次，占 18.5% 。

c) 第三為「25 至 34 歲」，共 84 人次，占 16% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 208 人次，占 39.7% 。

b) 其次為「割腕」，計 106 人次，占 20.2% 。

c) 第三為「燒炭」，計 47 人次，占 9% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 208 人次(39.7%)。

b) 其次為「夫妻問題」，計 89 人次(17%)。

c) 第三為「家庭成員問題」，計 84 人次(16%)。

f. 男性

a) 「15-24 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 37.5%。

b) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 27.8%。

c) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 39.2%。

d) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 25.6%。

e) 「55-64 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 25%。

f) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 40%。
g) 「75 歲以上」自殺方法最多為「上吊、自縊」占率為 27.3%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「割腕」，占率為 66.7%。
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 44.7%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 60.4%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 47.4%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 56.9%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 43.6%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 57.1%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「上吊、自縊」，占率為 25%。

2)縣市報告重點摘要(詳見附件 4.1.2)

(1) 自殺死亡總結

a.自殺防治是重點工作項目：宜蘭縣歷年自殺死亡率皆高於全國平均值。
b.強化社會支持網絡：自殺死亡個案 8-9 成過往皆未曾有過自殺通報史，積極關懷網網相連極為重要。
c.月份變化和自殺死亡無明顯相關。
d.各年度自殺致死率男性>女性。
e.自殺死亡方式以上吊最多、其次為燒炭、再來為農藥。
f. 自殺原因常為多重因素，最常見因素為久病因素、憂鬱傾向、家庭情感因素
g.2016 年度 1-9 月與去年相比增加 12.7% 。
h.15-24 歲於 2016 年度有上升的趨勢。
i. 25-44 歲按年度整體比率下降。
j. 45-64 歲年年上升，且於 2016 年度佔總自殺死亡人數之 40.8%，為下階段主責重點。
k.65 歲以上長者 2016 年度 1-9 月與去年全年相等，故仍為本年度自殺防治重點工作。

(2) 自殺通報總結

a.歷年宜蘭縣自殺通報比皆高於全國，可見宜蘭縣自殺防治之用心。
b.自殺通報以女性比男性高 1~2 倍。
c.各年齡通報人數以 25-44 為最高。
d.各鄉鎮市自殺通報以宜蘭市、羅東鎮、冬山鄉居多數

e.歷年自殺個案皆以使用安眠藥鎮定劑之人數最多。但以高致命性方式之比率則以使用燒炭及農藥之比率最高。

f. 女性以安眠藥、割腕居多;農藥、燒炭、上吊及則以男性居多

g.歷年自殺原因皆以情感因素為最多，久病不癒則以老年人口居多。

h.自殺通報後每位個案平均訪視次數為 6 次上(面訪：1,840、電訪：2,423)。

i. 針對精神列管及久病不癒等個案，與醫療院所積極合作

j. 歷年自殺通報單位皆以醫療居多，2016 年自殺通報單位以警方 39%最高、其次為醫療單位 33%、消防 23%。

k.轉介各資源以醫療轉介為主 28%、其次為社會資源 25%

(3) 久病不癒及使用農藥總結

a.農藥使用致死率高仍，2015 年以冬山鄉、礁溪鄉居多，其次為員山鄉、三星鄉；2016 年以壯圍鄉居多，其次以三星鄉、員山鄉。

b.持續加強農藥空瓶回收及落實巴拉刈代噴業者管理為討論重點。

(4) 防治策略與網絡分工

a.衛生局

a) 召開府級自殺防治網絡會議
b) 整合心理衛生暨自殺防治相關資源
c) 辦理社區長者珍愛生命宣導
d) 辦理醫療專業人員珍愛生命教育訓
e) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練
f) 辦理媽媽教室及家政班婦女珍愛生命宣導
g) 社區自殺個案關懷訪視品質督導
h) 辦理關懷訪視員增能訓練
i) 協助輔導木炭販售業者擔任珍愛生命守護天使
j) 協助輔導農藥販售業者擔任珍愛生命守護天使
k) 獨居長者心理健康篩檢
l) 長者心理健康篩檢
m) 健康好 young3039 青年心理健康篩檢
n) 擴大心理諮商駐點服務
o) 自殺通報個案之追蹤管理與危機處理
p) 長者心理健康篩檢高危險個案關懷
q) 健康好 young3039 青年心理健康篩檢高為危險個案關懷
r) 針對主動協助個案關懷志工予表揚及獎勵
s) 針對主動協助自殺通報農藥商或木炭商予表揚獎勵

b.社會處

a) 社區關懷據點長者心理關懷
b) 辦理婦女心理健康促進與珍愛生命宣導活動
c) 辦理身心障礙者心理健康促進與珍愛生命宣導活動
d) 提升本處及委外單位相關社服人員相關防治知能與危機處理因應技巧
e) 如因經濟性因素自殺之個案，提供社會救助及其他相關社會福利資源轉介
f) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練

c.教育處

a) 辦理認輔老師及在職人員生命教育相關活動
b) 辦理國中小校園師生心情量表篩檢
c) 校園自殺高危險群個案關懷與輔導
d) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練

d.農業處

a) 辦理農藥商及農民農藥安全存放珍愛生命教育訓練
b) 農民集會中宣導農藥代噴業管理條例、劇毒農藥使用及儲存方式宣導
c) 代執行農藥代噴業者訓練
d) 農藥販賣商查核
e) 辦理使用農藥自殺個案與其農藥來源調查，並針對不法販賣農藥業者進行查察與規勸

e.警察局

a) 協助自傷傷人嚴重個案之危機處理與追蹤關懷
b) 自殺個案現場危機處理及救護教育訓練
c) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練

f. 消防局

a) 自殺個案現場危機處理及救護教育訓練
b) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練

g.勞工處

a) 透過辦理勞動法令宣導會(對象為事業單位代表)、勞工專題講座及工會幹部、會務人員勞工教育訓練(對象為工會及會務人員)等，辦理職場心理健康促進、建立自殺防治守門人概念相關衛教宣導。
b) 鼓勵大型職場辦理人員心情量表篩檢
c) 協助自殺通報個案有就業意願者就業或參加職訓課程
d) 對受職業災害之勞工進行慰問關懷外，並留意其有無自殺傾向，以便

適時提供協助

e) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練

h.民政處

a) 透過鄉鎮市公所辦理里長、里幹事聯繫會報、村務會報或村(里)長座談會，結合衛生局(所)辦理心理衛生暨珍愛生命教育宣導

b) 結合宗教禮俗法令講習、活動及業務宣導中，針對廟宇人員辦理心理衛生與珍愛生命之宣導。

c) 結合寺廟公益宣導 LED 設備進行珍愛生命宣導 。

i. 人事處

a) 辦理公務人員珍愛生命教育訓練

b) 辦理宜蘭縣公務人員心情量表篩檢

c) 針對需高關懷公務人員提供適當關懷及轉介

j. 工商旅遊處

a) 輔導販售木炭業者擔任珍愛生命守護天使

k.宜蘭縣學生校外生活輔導會

a) 針對全縣高中職學輔人員辦理珍愛生命宣導

b) 辦理高中職各校生命教育宣導

c) 針對高中職校園師生心情量表篩檢

d) 校園自殺高危險群個案關懷與轉介

l. 近期主軸

a) 你我鄰距里-幸福社區做伙來

b) 密集辦理男性心理衛生宣導

綜合討論

1)縣市及相關單位意見

(1) 宜蘭縣政府衛生局游淑靜科長

a.由於今年度男性自殺比率上升，因此年末時將針對男性舉辦相關活動，藉此提升大眾(尤其男性)對心理健康及自殺防治之意識。

b.宜蘭縣目前困難的地方在於，針對自殺防治或是毒品防治等均有實施很多策略，但卻沒有達到顯著效果。

c.針對自殺死亡個案，期能瞭解過去在醫院或是診所的就醫情形。另目前和醫院體系合作，針對老年人出院時需提出相關計畫，以及和社區連結的重要性。而和診所體系部分，現也在擬訂計畫和診所做連結。重點族群目前鎖定 65 歲以上的老人，加上患有慢性病或是開過刀(導致行動不便之手術)，希望醫院能徹底落實出院計畫以及社區連結。

d.45-64 歲男性較多是失業狀態，因此未來會與勞工處結合推動自殺防治策略。

e.未來可徹底落實木炭登記，除中秋開放外，其他時間購買均要登記。

f. 針對媒體自殺防治部分，會嘗試與第四臺以及民適合作，並將電臺人員納入自殺防治訓練的一環。

(2) 宜蘭縣政府衛生局邱麗蓉技士

a.篩檢部分篩了一萬多筆，異常僅有一點。去年篩檢後是分配給社工師前往訪視，今年則改給志工訪視。可志工品質、人數與能做的範圍等確實是困難點。

b.在宜蘭縣自殺防治年度企劃中，中年男性是較缺乏的一環，也是目前衛生局困境之一。

(3) 宜蘭縣政府衛生局陳柏霖關訪員

a.冬山鄉部分，可在細部分析冬山使用農藥的年齡層，以及販賣的點。

b.45-64 歲家暴案量提升，但目前制度以被害人為主，往往忽略相對人部分。此外，相對人社工也少，相對人自己也對法律較疏遠。相對人原來暴力為外顯，但如果轉為內隱則可能導致自殺，建議未來相對人部分可增加法律知識和自殺防治的教育等。

c.根據數據顯示，有八成個案第一次通報即死亡，建議未來可與媒體合作，加強守門人概念，大幅度推廣全面性策略。尤其老人很愛看電視，且常有固定的觀看頻道，建議可製作一些廣告影片加強就醫的概念，如此也能觸及一些獨居且不常外出的老人。

d.南澳與蘇澳地區溺水自殺個案有變多，建議未來可於海邊增設警示標語。

e.農藥自殺很難追溯來源，因為多半是以前留下來的，其標示都不清楚。

f. 木炭來源除大賣場外，也有來自雜貨店，而雜貨店為了不影響鄰居關係通常都不會提供來源，這是追查木炭來源的困難之一。

(4) 宜蘭縣政府衛生局李俊庸關訪員

a.宜蘭縣較鄉下地方沒有第四臺，所以老人家很愛看民視節目，可以針對這部分進行。

b.針對熱點部分若有相關數據統計，希望能夠提供，方可跟警消等進行合作。

c.冬山的燒炭自殺，員山、三星和壯圍的農藥自殺，建議可與量販店業者進行合作加強宣導。

(5) 宜蘭縣政府消防局吳科長

冬山鄉位屬工業區，有可能因為近年景氣不佳，很多工廠有歇業狀況產

生，造成無薪假的情況發生，或許有所影響。

(6) 宜蘭縣政府民政處羅科長

各鄉鎮衛生所與戶政事務所已針對高風險或曾經有自殺過的個案做訪視，因此可從多管道著手，藉由衛生所與戶政事務互相配合與合作，由家庭因素、經濟問題等方面切入。

2) 衛生福利部意見

(1) 根據 2016 年 1-8 月數據顯示，宜蘭縣冬山鄉自殺死亡人數增加較多，其中燒炭自殺人數比起去年的 0 人，今年增加為 9 人。另外，15-24 歲則是上升 3 人。目前全國 1-8 月數據是男性自殺增加較多，但宜蘭縣相反，以女性增加較多，而冬山鄉女性也增加 4 人，需多加留意。

(2) 自殺死亡個案生前就醫比例很高，因此與醫院合作極為重要，尤其可針對出院後仍有自殺意念之個案，加強關懷訪視。

(3) 宜蘭縣去年老人自殺死亡率有所下降，但今年 1-8 月數據又有上升，自殺防治工作不能停歇的。

(4) 衛福部目前與長照結合，有分 ABC 三種層次的據點，年底前會針對社區關懷據點之服務人員進行教育訓練。

(5) 青少年自殺可能跟重大精神疾病相關，也由於使用方式較為衝動，多是高處墜落的方式。而宜蘭 1-8 月高處墜落也有上升的趨勢。部內未來會跟營建署溝通，修訂建築法規，或是與學校合作，擬定自殺防治策略(如窗戶不能開)。

(6) 職場部分由於近日景氣不好，可能因此連帶影響。

(7) 燒炭身亡排第二，比起購買時登記，不公開陳列是目前較有效的策略。

(8) 根據數據顯示，農藥管制成效不彰，禁用還是唯一有效之辦法，且自殺的多半非農民

(9) 未來老人篩檢部分可能改為針對高風險族群進行篩檢，篩檢工具也可由各縣市自由選擇。

(10) 鄉鎮部分，村里長的守門人訓練需加強落實。

(11) 職場自殺防治部分，員工離職前也要適時予以介入。

(12) 宜蘭縣乃觀光盛行之縣市，可嘗試以觀光名義帶動自殺防治概念。

3) 中心意見及建議

(1) 全國自殺防治中心李明濱主任

a. 自殺防治一定要網網相連，因此宜蘭縣之府級委員會是否會做年度計劃以及各自殺防治推動之細節。例如是那些職場在推動推動 EAP？其後續效果如何？建議設置自殺防治團隊/小組，於委員會前針對自殺防治業務

擬訂提案、爾後在委員會中提出討論。委員會建議年初時即制訂年度計劃，期中時檢驗跨局處是否有執行困難，最後在於於年末做總檢討。

b. 關懷訪視轉介極為重要，警消單位要知道在接獲個案後，要轉介至何處。未來中心除上呈報告給心口司外，亦可將報告提供給各縣市，如全世界針對農藥如何管制、國外如何防止跳樓、燒炭等。

c. 22 縣市目前面臨同樣困難，均並未在府級會議中提出自殺防治相關事宜，與其他各局處一同討論。建議未來能在府級會議中，提出自殺防治相關報告案，並與其他局處共同合作，將自殺防治策略網網相連徹底落實。

d. 自殺防治策略之落實除網網相連，更要徹底實施，使民眾都知道策略的存在。此外，各管道要保持暢通，校園通報最後流程、醫院通報最後流程，以及關懷訪視流程等，均要保持順暢。

e. 關懷訪視建議每周內督、每月外督。督導會議中要包括核心醫院、責任醫院、自殺防治領域相關等。會議上除討論特殊個案，也針對自殺防治相關數據進行討論，了解是那些自殺年齡層、性別等是接下來要注意的。

f. 老人篩檢部分篩完後是否有判讀，有無追蹤和後續關懷。並不是篩了就無下文，篩選是為了給予進一步關懷。篩檢的目的建立在關懷上，篩選後可以進行檢傷分類，再進行資源盤點與整合後，最後再依據檢傷分類來分配資源。

g. 針對 45-64 歲男性族群之自殺防治，建議可於府級會議上提出， 整合各局處資源，研擬出完善的自殺防治計畫

h. 基隆老人自殺也高，基隆的方法是在原有的活動和計畫再加上篩檢，請公共衛生護士先第一次篩檢，再請志工做第二次篩檢 。此外也可結合其他局處，例如就業輔導處，可以在民眾來登記就業資料時給予篩檢。

i. 心情溫度計僅有五題又容易篩檢，因此建議各局處如社會處，在接獲高風險族群或弱勢族群之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用 BSRS 進行篩檢。

j. 守門人的訓練不一定要以實體課程方式進行，也可以線上學習的方式來自我學習。

k. 衛生福利部有建立自己的心理衛生資源，宜蘭也可比照辦理，建立屬於自己縣市的心理衛生資源，並設置在民眾容易取得的地方。建議可以舉行記者會的方式讓民眾了解並知道資源的存在。

l. 媒體自殺防治方面，可與宜蘭唯一一家第四臺合作，針對不同族群製作不同衛教內容，促進民眾對自殺防治之認識。

m. 若發現訪視個案多為溺水或其他自殺方法，可於督導會議上提出進行討論。而家暴加害人與相對人得訪視方式，亦可提出討論，請其他單位給予建議。

n.販賣木炭者及大賣場均要加強自殺防治守門人訓練。

(2) 全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

a.衛生局該鎖定的重點族群需要釐清，意念者是否為重點族群之一。通報的目的是鎖定自殺企圖者，因此意念者的通報可以再做進一步討論。

b.老人心理健康篩檢的成果為何，又如何評估後續成效，對於自殺防治而言，老人心理篩檢是否有所幫助，這也是需再討論的議題。

c.65 歲以上老人自殺部分，其上吊與農藥的自殺方法是重點之一。

d.宜蘭縣鄉鎮議題，如三星、壯圍與員山得農藥問題，以及東山鄉的燒炭議題，其木炭管理與販賣可以再做細部討論。

e.不同鄉鎮會有不同的自殺方法，其自殺方法也可做細部探討。

f. 45-64 歲男性自殺部分，其特性和分布情況為何，是可在細部分析。例如宜蘭中年人多半是就職狀態亦或是失業狀態，這可以作分析。

g.澳洲男性自殺防治策略中，有在男廁內放宣導海報，強調自殺防治去汙名化概念，臺灣也可嘗試效法。

h.第四臺宣導短片可先鎖定老年族群，網絡部分則是可鎖定壯年族群。

1.5彰化縣(訪查時間：2016 年 10 月 31 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.1.1)

(1) 2015 年彰化縣自殺死亡總述

a.整體

a) 彰化縣 2015 年自殺死亡 230 人，自殺粗死亡率每十萬人口 17.8 人。

b) 2015 年粗死亡率高於全國(15.7 人)，較 2014 年(15.7 人)上升 13.4%。

c) 全國 2015 年自殺死亡人數較 2014 年增加 133 人，其中彰化縣增加 27 人(增幅 11.7%)；男性增加 28 人(增幅 21.4%)、女性減少 1 人(降幅 1.4%)。

b.性別

a) 男性- 2010 年後上下起伏，2014 年下降為 19.8 人，2015 年往上升至 24.1 人(增幅為 21.7%)。

b) 女性 -2010 年後亦呈上下起伏，2014 年上升至 11.4 人，2015 年向下降至 11.3 人(降幅為 0.9%)。

c.年齡層粗死亡率

a) 除「14 歲以下」與「15-24 歲」外，其餘年齡層粗死亡率皆高於全國。
b) 「14 歲以下」 2015 年與 2014 年相同，均為 0 人。
c) 「45-64 歲」2015 年粗死亡率較 2014 年下降，降幅為 6.8%。
d) 「15-24 歲」、「25-44 歲」及「65 歲以上」粗死亡率分別較 2014 年上升 69.7%、25.0%及 23.1%。

d.年齡層自殺死亡人數

a) 「14 歲以下」0 人，與 2014 年相同。
b) 「15-24 歲」10 人，較 2014 年增加 4 人(增幅 66.7%)。
c) 「25-44 歲」66 人，較 2014 年增加 13 人(增幅 24.5%)。
d) 「45-64 歲」83 人，較 2014 年減少 5 人(降幅 5.7%)。
e) 「65 歲以上」71 人，較 2014 年增加 15 人(增幅 26.8%)。

e.自殺方法

a) 2015 年以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 77 人，較 2014 年(71 人)上升 8.5%，性別以「男性」較多，年齡層以「65 歲以上」較多。
b) 2015 年以「吊死、勒死窒息自殺及自傷」自殺死亡人數為 59 人，較 2014 年(55 人)上升 7.3%，性別以「男性」較多，年齡層以「45-64 歲」較多。
c) 2015 年以「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 50 人，較 2014 年 36 人上升 38.9%，性別以「男性」較多，年齡層以「25-44 歲」較多。
d) 2015 年以「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數為 15 人，較 2014 年(20 人)下降 25%，性別以「女性」較多，年齡以「45-64 歲」較多。
e) 2015 年以「以溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡人數為 15 人，較 2014 年(13 人)上升 15.4%，性別以「男性」較多，年齡層以「65 歲以上」較多。
f) 2015 年以「以切穿工具自殺及自傷」自殺死亡人數為 7 人，較 2014 年(2 人)上升 250%，性別以「男性」較多，年齡層以「65 歲以上」較多。
g) 2015 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」以及「其他及未明示之自殺及自傷」死亡人數分別為 2 人和 5 人。

f. 全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.8%)
b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(25.9%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.9%)

g.彰化縣自殺方法前三名：

a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(33.5%)

b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(25.7%)

c) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(21.7%)

(2) 2016 年 1-8 月彰化縣自殺死亡初步數據總述

a.整體

a) 2016 年 1-8 月彰化縣初步統計之自殺死亡人數為 123 人

b) 2015 年 1-8 月彰化縣初步統計之自殺死亡人數為 156 人(最終數據 161 人)

b.性別

a) 2016 年 1-8 月初步統計男性自殺死亡人數為 88 人、女性 35 人，性別比 2.5。

b) 2015 年 1-8 月初步統計男性 106 人、女性 50 人，性別比 2.1。

c) 2015 年 1-8 月最終數據男性 110 人、女性 51 人，性別比 2.2。

d) 總人數較去年同期之初步數據減少 33 人，其中女性減少 15 人、男性減少 18 人。

c.年齡層

a) 與去年同期之初步數據相比

「15-24 歲」：增加 2 人

「35-44 歲」：減少 1 人

「45-54 歲」：減少 9 人

「55-64 歲」：增加 1 人

「65-74 歲」：減少 12 人

「75 歲以上」：減少 14 人

d.鄉鎮市

a) 2016 年 1-8 月各鄉鎮市自殺死亡人數以員林鎮 13 人為最多，

b) 其次為彰化市 11 人，第三為伸港鄉與秀水鄉各 8 人

(3) 2015 年彰化縣自殺通報總述

a.自殺企圖 1,702 人次。

b.性別：

a) 男性 741 人次，女性 961 人次。

b) 性別比(男/女)0.77，女性為男性的 1.3 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 428 人次，占 25.1% 。
b) 其次為「25 至 34 歲」，共 339 人次，占 19.9% 。
c) 第三為「45 至 54 歲」，共 305 人次，占 17.9% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 559 人次，占 32.8% 。
b) 其次為「割腕」，計 341 人次，占 20%。
c) 第三為「 一般農藥」，計 132 人次，占 7.8%。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「家庭成員問題」，計 265 人次(15.6%)。
b) 其次為「夫妻問題」，計 251 人次(14.7%)。
c) 第三為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 193 人次(11.3%)。

f. 男性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「其他部位之切穿工具自殺」及「高處跳下」，占率為 100%。
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 28.6%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 26.6%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 23%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 24%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 22.5%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 34.9%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 33.9%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「割腕」，占率為 38.5%。
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 42.1%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 37.5%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 52%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 48.9%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 54.4%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「一般農藥」及「其他化學物品」，占率為 20.8%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「其他化學物品」，占率為 38.3%。

(4) 2016 年 1-8 月彰化縣自殺通報總述

a.自殺企圖 981 人次。

b.性別：

a) 男性 453 人次，女性 528 人次。
b) 性別比(男/女)0.86，女性為男性的 1.17 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 265 人次，占 27% 。
b) 其次為「25 至 34 歲」，共 235 人次，占 24% 。
c) 第三為「45 至 54 歲」，共 144 人次，占 14.7% 。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 323 人次，占 32.9% 。
b) 其次為「割腕」，計 168 人次，占 17.1% 。
c) 第三為「燒炭」，計 76 人次，占 7.7% 。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 277 人次 (28.2%) 。
b) 其次為「家庭成員問題」，計 162 人次(16.5%)。
c) 第三為「感情因素」，計 131 人次(13.4%)。

f. 男性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「高處跳下」，占率為 42.9%
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 21.6%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 24.4%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 30.7%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 31.3%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 22.9%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 25%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 28.1%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 50%。
b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 36.1%。
c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 40.5%。
d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 45.4%。
e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 48.8%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 44.7%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「其他化學物品」，占率為 31.3%。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 30.8%。

2)縣市報告重點摘要(詳見附件 4.1.2)

(1) 2015 年自殺死亡分析-戶籍為彰化縣但在外縣市自殺身亡個案分析

a.縣市排行：共 31 名個案，以臺中市(7 名)的最多，其次為南投縣(5 名)，再其次為桃園市(4 名)、雲林縣(4 名)及新北市(4 名)。

b.自殺方式排行：燒炭排行第一(12 名)，上吊其次(11 名)，高處跳下第三(4 名)。

c.自殺死亡年齡排行：以 25-44 歲最多(13 名)，45-64 歲其次(12 名)，65 歲以上排行第三(4 名)。

d.自殺原因排行：以不詳最多(19 名)，慢性化的疾病問題其次(5 名)，第三為職場工作壓力(2 名)、夫妻問題(2 名)、債務(2 名)

(2) 自殺防治策略

a.全面性策略(心理健康促進與特殊防護)

a) 各類媒體(平面、視聽)宣導

b) 自殺新聞媒體觀測

c) 各族群、場域心理健康講座宣導(589 村里一村里一守門人)

d) 自殺工具防治策略(ex：農藥安心門市、防碳聯盟、跳水點、高樓警語)

b.選擇性策略(高危險群發現、治療、處遇)

a) 校園、社區心理師駐點服務

b) 自殺防治守門人及專業人員訓練

c) 憂鬱症篩檢及轉介專業服務(ex：高風險族群、一般民眾篩檢)

d) 志工組織開發

c.指標性策略(企圖者與家屬追蹤、關懷、處遇)

a) 自殺企圖者關懷訪視

b) 自殺遺族關懷

c) 自殺死亡、通報資料實證研究

d.每月局長有約，討論彰化縣自殺死亡數據，並進行分析及自殺防治策略討論

e.辦理自殺守門人社區宣導，589 村里一村里一守門人達成率 100%，今年(2016 年)已辦理 60 場次，共 2,270 人參與。今年(2016 年)村里長宣導已辦理 21 場次，共 474 人參與。

f. 每年辦理 2 次自殺防治守門人 123 種子講師訓練，除宣導自殺防治基本概念外更積極招募彰化縣自殺防治守門人，截至目前為止共有 313 位自殺防治種子講師。

g.每年辦理 2 次跨局處自殺個案討論會議，邀請彰化縣各局處自殺防治網絡單位一同討論自殺個案的處遇及其他可行的協助措施。

h.木炭希望門市

a) 共 148 間木炭門市，已全面倡導木炭販售商店木炭不開放式陳列，並張貼海報、標語及放置單張。

i. 農藥防治

a) 至農會拜訪。

b) 農藥管理人員訓練安排心理健康自殺防治課程。

c) 邀請全縣農藥販售門市加入守門人行列，目前共 387 個店，有 32 個農藥安心門市，9 個示範點。

j. 針對糖尿病、腎臟病、肺結核或癌症等慢性疾病對個案進行憂鬱篩檢，目前共回收 1,816 件。

k.使用老人憂鬱篩檢量表辦理篩檢，目前共回收 18,789 件。

a) 今年加強社區關懷據點、老人會及老人福利機構辦理社區內老人憂鬱篩檢，擴大老人憂鬱衛教觀念。

l. 社區老人憂鬱症篩檢：

a) 以 122 個社區關懷據點、27 個老人會、52 個老人福利機構為主要合作對象，辦理說明會、積極邀約社區加入老人憂篩之行列，並對其宣導老人自殺防治概念。

m. 以 RE-AIM 模式評價(詳見表 4.4.4)

表 4-1-1、老人憂鬱篩檢：以 RE-AIM 模式評價

作用層次	評價	指標	公式	目標	目前成果
Reach (目標族群涵蓋率)	1.彰化縣 2016 年度共有多少老年人接受老人憂鬱篩檢? 2.彰化縣 2016 年度共有多少社區關懷參與老人憂鬱篩檢?	1.2016 年度需達彰化縣去年底老年人口數之 15%。 2.2016 年度需 50 個社區關懷據點。	1.接受彰化縣老人憂鬱篩檢之65歲以上人數/彰化縣去年底老年人口數*100%。 2.2016 年度需 50 個社區關懷據點。	1. ≧15% 2. ≧50 個	3. 10.7% 4. 108 個
Effectiveness (介入效果)	是否給予參與老人憂鬱篩檢之民眾相關衛教?	2016 年度提供給憂鬱篩檢民眾相關衛教達 90%。	接受憂鬱篩檢及相關衛教人數/2016 年度接受老人憂鬱篩檢人數*100%。	≧90%	100%
Adoption (機構參與率)	彰化縣 2016 年度參與社區關懷據點之比率?	2016 年度參與社區關懷據點之比率達全部社區關懷據點之 40%。	參與社區關懷據點數/2016 年全部社區關懷據點數*100%	≧40%	88.5%

表 4-1-1、老人憂鬱篩檢：以 RE-AIM 模式評價(續)

作用層次	評價	指標	公式	目標	目前成果
Implementation (服務一致性)	老人憂鬱篩檢問卷填答是否有一致性?	老人憂鬱篩檢問卷回答完成度達 85%。	老人憂鬱篩檢問卷完整份數/2016 年度老人憂鬱篩檢數*100%	≧85%	96.1%
Maintenance (持續性)	前一年度參與的單位於今年是否持續參與?	前一年度參與的單位於今年持續參與的比例達 70%。	今年持續參與的單位數/前一年度曾參與的單位數*100%	≧70%	96 %

n.持續依據彰化縣「自殺風險個案危機處理注意事項」及所訂定相關通報、轉介單等，落實自殺危機個案通報並與跨機關網絡密切合作，將門、急診自殺防治及住院老人自殺防治工作工作列入醫院督導考核項目。

o.針對媒體新聞案件，皆於 3 日內提報媒體報告。

p.持續提供自殺未遂者及自殺死亡者家屬關懷服務。

q.針對 65 歲以上老年人再次被通報自殺未遂個案，延長個案管理期間至 6 個月並增加面訪頻率，每月仍至少管理 2 次，面訪服務需達該個案服務次數的 1/2 比例以上。

r. 關懷訪視方式，主要以家訪、電訪或其他地點之面談等方式進行，家訪服務則需達總服務次數的 1/3 比例。

s.2015 年自殺未遂通報個案共 1,703 案，總訪視案次為 11,458 次，平均每案訪視 6.73 次。

t. 衛生局自殺關懷委託單位另辦理 8 場次自殺防治宣導，並每年投稿一篇學術期刊；每週辦理一次結案督導會議及個案督導會議，並於每月辦理一次個案討論會。

(3) 困境與建議

a.彰化縣 2015 年自殺死亡個案中共有 31 名個案於外縣市自殺身亡，因個案於外縣市居住，對於訪視及了解該案狀況確有困難，建議日後統計自殺死亡個案能以居住地為依據。

b.為增進自殺死亡個案分析詳細程度，建請提供自殺死亡個案詳細資料，例如婚姻、學歷、家庭狀況等，以利衛生局能夠針對自殺死亡個案做更詳盡的分析。

綜合討論

1)縣市及相關單位意見

(1) 彰化縣政府衛生局

a.65 歲以上老人與全國資料相比自 2007 年上升後便一直高於全國平均值，且因彰化縣是老年化社會與農業縣，因老年人口數持續增長，準備進入高齡化社會，未來希望至少能夠維持平穩，不要持續上升。

b.45-64 自殺率上升的部分，是否加強職場心理健康的宣導，都已持續與鹿東進行討論。

c.2015 年有 31 個案例，220 中占比 14%是從外縣市歸回彰化縣，都是從外縣市死亡歸回彰化縣，每個月的月會會對於這部份去做分析，希望能夠取得死亡原因以及如何對遺族(家屬)進行後續所需的關懷與追蹤。

d.關於媒體新聞每日早、中、晚都會進行媒體進行搜尋，瞭解網路是否有相關的媒體事件進行監測，若有搜尋到便立刻進行介入，進行處理，另外有社區的健康宣導，希望每個社區都能有守門人的概念，希望彰化縣 589 村裡都有守門人，因此從 2007 年開始進行宣導至今。

e.擔心未來老人自殺死亡率持續攀升，如何因應全面高齡化的社會所帶來的自殺死亡率上升是要面對的課題，長照的部分也是彰化目前全力發展的部分。

f. 農藥儲存箱：農藥儲存箱農民使用率低，農藥箱使用目的成效不彰。

g.若農藥要回收需為農藥已使用完才可回收。

h.15-24 歲校園心理衛生皆有持續進行心理衛生促進。

i. 關懷據點：目前關懷據點首要目標為先將據點中之長輩先照護好，進而再讓關懷據點走出去。

j. 希望部內能夠將自殺通報中數據，有無看精神科的比例加以統計，關訪員在訪視的時候會統計，另外配合中央的數據可以更準確的了解精神科就診的情況。

2)衛生福利部意見

(1) 彰化縣目前自殺防治策略已經做得很完整，包括開案結案的標準，還有短期內的訪視規則訂定，農藥的部分有明顯的下降。中央的部分有一直跟農委會進行協調，禁用巴拉刈的可能仍需一段時間，如果從彰化這邊從農藥廠商還有農民宣導的部分看起來還是有幫助，但因務農人口比例

較高，農藥儲存方面可能要有較好的措施，農藥儲存箱在彰化成效較不佳，因務農縣市農家的農藥取得較容易，大部分都是衝動行為喝農藥。

(2) 上吊/窒息勒死的部分較難預防，也是全國普遍的現象，另外沒有聽到安心專線宣導的部分，希望可以加強安心專線的宣導，加強民眾對安心專線的瞭解。

(3) 燒炭的部分彰化已經有進行相關的木炭管理的預防措施，例如不公開陳列販賣，可以看到可以想到的相關自殺預防措施都已經進行中。

(4) 目前 1-8 月初步死亡的部分 15-24 歲有稍微高了一些，可能在校園宣導的部分可以再加強。

(5) 老人的部分目前部裡有在推長期照護，彰化縣進行的很快，前面有提到已經全面進行社區關懷據點設置，所有點都已經跑過了，長照據點有分為 A、B、C 等級，未來可以再討論如何去搭配。

(6) 目前全國老人的數據有些微上升的部分，但彰化縣的數據卻是下降，可以看得出來彰化相當努力進行相關預防措施。

3) 中心意見及建議

(1) 全國自殺防治中心李明濱主任

a. 目前自殺防治並無特別提及何種防治方式特別有效，該做就應該做，彰化縣幕僚團隊加入，但每月局長有約建議可加入精神醫療專家，共同解讀自殺數據，例如歐陽院長，就可以加入共同討論，像是某個區域哪些自殺比例特別高，老人自殺特別多，就可以針對報表數據做調整，將來中心可能對每個月的報表提供數據，所以未來地方與中央如何結合與建議，都是可以再討論。

b. 彰化有個案分派與初訪，未來數據的呈現可協助了解自殺防治效果，從指標性策略檢討的話，關訪員部分已經討論過，另外是高危險群篩選的部分，如失聯的對象，無法針對這群人進行心情溫度計的篩選。指標性策略於關訪員部份全國都有類似情況，通報中自殺行為者只有 30%看過精神科，因此訪員無法寫入有憂鬱傾向。因此，訪員更有相當責任轉介個案至精神醫療體系，最後把關確保高危險群是否有持續醫療、心理衛生輔導等。訪視系統中，可能要分成兩個部份：(1)針對 30%是否有延續精神科看診的部分、(2)需評估轉介的實際成效，有多少人建議去看精神醫療後，實際轉介率的部分，比起心理師看診全民健保的精神醫療費用較為大眾可負擔，因此針對高危險群中，勿忘篩選要以關懷為出發點。

c. 篩選工具的部分：將自殺防治評估工具(ex.BSRS-5R)引入臨床單位，可透過急診、護理等初步篩選加以關懷高風險個案，目前中國醫以及榮總，

建議彰化也可將之引入醫療體系初步篩選中，篩選出之個案，可轉介至精神科看診的藉由熟悉的醫師名單中建議看診，以單純醫療的角度去說明，因此說法也相當重要，篩選出來分數 1-4 分可找親友抒發，但超過 5 分，就需要轉介至精神醫療體系，醫院中就可以加以評估需轉介至哪一科，以及需要引入什麼資源等等。

d.社區關懷部分

a) 里長與里民建立網絡：鄰里長的社區關懷據點加以注意以及關懷高危險群相當重要。

b) 如何找尋到社區中的老人：老人自殺的部分相當重要的就是社區的網絡以及家人的關懷，需要社區關懷據點以及更加在地化的策略去因應老人的部份。

e.關於校園自殺防治的部分，更重要的是與心理衛生網絡的結合，如學生的就業輔導、未來職涯諮詢，提供更多適應以及需要資源給學生。

f. 需掌握獨居老人名單，並加以關懷篩選。

g.燒炭通常有地域性，常為在住家附近商店進行購買木炭，可透過此方式加以訂定防治區域與目標。

h.自殺防治仍需要跨團隊的合作，引進精神醫療專家共同努力進行，並更有效的利用資源轉介。

(2) 台灣自殺防治學會龍佛衛理事長

a.戶籍地(resident mobility)：戶籍地歸屬的確有困難的地方，若是計算戶籍地自殺率的確有失公平，全國搬遷平均約 4.5%，基隆數字每年遷出一萬，遷入九千，九千人裡有精神疾病約三比一，所以常常自殺率最高的都是臺北市適應不良的等等，所以大家常講宜蘭為什麼最高，基隆為什麼最高等等。再來就是搬家的時間，全世界都一樣是一個是小於五歲，像美國是四歲，進小學之前，第二個搬家最多的年紀是 11 歲，小學畢業，德國是因為只有五年級，這些新遷入的居民都是高風險族群，還有小小孩的，這不是單純一些獨居的問題，可以去瞭解責任區的概念。第二個，最近的與李主任共同研究，自殺方式未來諮商的難易度，與父母親關係不好的，控制較多，關懷少的，越難照顧。另外一個人格特質，神經質比較不容易自殺，但若有曾有自殺意圖，阻止再自殺非常困難。

b.自殺方式(suicide method)：自殺方式的暴戾性，上吊、瓦斯氣爆的猛烈性，另外更重要為自殺方式救援性，例如自殺地點為家中，或家人可救援的地方，也是未來考慮訪視的程度。

c.資訊來源(information)：比如老人，後來加上老人有疾病，特別針對肺炎

pneumonia，自殺率多到 5 倍以上，特別是發炎性的急病，這些老人自殺率特別高。

d.照護的模式：照護的模式要變化，社區的照護模式，美國就有 4-50 種，基本上有兩端 care manage-case manage，可以依照需求去調整，比如嘉義阿里山、屏東都蘭山，屏東 145 公里，這就無法用 care manage、就要用 case manage。

e.篩選的模式(screen)：比如東部有一個縣市，篩選出來可能有 200 個，但可能其中 95 個根本不需要照顧，而且通常都是單一個局處傳進來的，各縣市因地制宜辦理適合的模式。

f. 督導的方式：很多督導都變成個案研討會的主持人，但其實督導應該是 adviser 的辦理模式，並非個案研討會議主持人的方式進行。

g.Exponential predict：透過一個表列出來，把去年的自殺率乘三，前年乘以二，大前年乘以一，加起來除以六，就可能是今年的預測，就可以大概有一個預測，預測未來自殺死亡率的方式進行未來自殺率的管理，並透過實際執行與未來預期落差來加以評估成效。

1.6 南投縣(訪查時間：2016 年 11 月 04 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點

(1) 2015 年南投縣自殺死亡總述

a.整體

a) 南投縣 2015 年自殺死亡 111 人，自殺粗死亡率每十萬人口 21.7 人。

b) 2015 年自殺粗死亡率高於全國(15.7 人)較 2014 年(16.3 人)上升 33.1% 。

c) 全國 2015 年自殺死亡人數較 2014 年增加 133 人，其中南投縣增加 27 人(增幅 32.1%)；男性增加 12 人(增幅 18.5%)、女性增加 16 人(增幅 88.9%)。

b.性別

a) 男性-2010 年後上下起伏，2014 年下降為 24.9 人，2015 年往上升至 29.3 人(增幅為 17.7%) 。

b) 女性-2010 年後亦呈上下起伏，2014 年下降至 7.2 人，2015 年往上升至 13.6 人(增幅為 88.9%)。

c.年齡層粗死亡率

a) 除「15-24 歲」外，其餘年齡族群之自殺粗死亡率皆高於全國。

b) 除「15-24 歲」之自殺粗死亡率與 2014 年度相同，2015 年其餘族群

之自殺粗死亡率皆高於 2014 年，而「0-14 歲」自殺粗死亡率由 0 人上升至 1.6 人;「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」之自殺粗死亡率上升幅度分別為 39.3%、25.8%、38.8% 。

d.年齡層自殺死亡人數

a) 「14 歲以下」1 人，較 2014 年增加 1 人。
b) 「15-24 歲」4 人，與 2014 年相同。
c) 「25-44 歲」26 人，較 2014 年增加 7 人(增幅 36.8%)。
d) 「45-64 歲」43 人，較 2014 年增加 9 人(增幅 26.5%)。
e) 「65 歲以上」37 人， 較 2014 年增加 11 人(增幅 42.3%)。

e.自殺方法

a) 2015 年以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」 自殺死亡人數為 37 人，較 2014 年(22 人)上升(增幅為 68.2%) ，性別以「男性」較多，年齡層以「65 歲以上」為主。
b) 2015 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」 自殺死亡人數為 34 人，較 2014 年(32 人)上升(增幅為 6.3%) ，性別以男性較多，年齡層以「45-64 歲」為主。
c) 2015 年以「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡人數為 24 人，較 2014 年(19 人)上升(升幅為 26.3%) ，性別以男性較多，年齡層以「45-64 歲」為主。
d) 2015 年以「由高處跳下自殺及自傷」自殺死亡人數為 10 人，較 2014 年 3 人上升(增幅為 233%)，性別以「男性」較多，年齡層以「45-64 歲」為主。
e) 2015 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡人數為 4 人，與 2014 年相同。
f) 2015 年以「其他及未明示之自殺及自傷」自殺死亡人數為 2 人，較 2014 年 1 人上升(增幅為 100%)。

f. 全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.8%)
b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(25.9%)
c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.9%)

g.南投縣自殺方法前三名：

a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(33.3%)
b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.6%)
c) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(21.6%)

(2) 2016 年 1-8 月南投縣自殺死亡初步數據總述

a. 整體

a) 2016 年 1-8 月南投縣初步統計之自殺死亡人數為 92 人

b) 2015 年 1-8 月南投縣初步統計之自殺死亡人數為 66 人(最終數據 72 人)

b. 性別

a) 2016 年 1-8 月初步統計男性自殺死亡人數為 67 人、女性 25 人，性別比 2.7。

b) 2015 年 1-8 月初步統計男性 44 人、女性 22 人，性別比 2。

c) 2015 年 1-8 月最終數據男性 49 人、女性 23 人，性別比 2.1。

d) 總人數較去年同期之初步數據增加 26 人，其中女性增加 3 人、男性增加 23 人。

c. 年齡層

a) 與去年同期之初步數據相比

「15-24 歲」: 增加 3 人

「25-34 歲」: 增加 4 人

「35-44 歲」: 增加 2 人

「45-54 歲」: 增加 2 人

「55-64 歲」: 增加 13 人

「65-74 歲」: 增加 5 人

「75 歲以上」: 減少 3 人

d. 鄉鎮市

a) 2016 年 1-8 月各鄉鎮市自殺死亡人數以竹山鎮 16 人為最多，

b) 其次為草屯鎮 14 人，第三為埔里鎮 13 人。

e. 全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.3%)

b) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(24.9%)

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.6%)

f. 南投縣自殺方法前三名：

a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(37%)

b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(28.3%)

c) 「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(17.4%)

(3) 2015 年南投縣自殺通報總述

a. 自殺企圖 806 人次。

b.性別：

a) 男性 339 人次，女性 467 人次。

b) 性別比(男/女)0.73，女性為男性的 1.38 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 198 人次，占 24.6%。

b) 其次為「25 至 34 歲」，共 166 人次，占 20.6%。

c) 第三為「45 至 54 歲」，共 141 人次，占 17.5%。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 268 人次，占 33.3% 。

b) 其次為「割腕」，計 161 人次，占 20%。

c) 第三為「農藥」，計 92 人次，占 11.4%。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「家庭成員問題」，計 150 人次(18.6%)。

b) 其次為「夫妻問題」，計 133 人次(16.5%)。

c) 第三為「感情因素」，計 108 人次(13.4%)。

f. 男性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「高處跳下」，占率為 40%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 22.9%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 35%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 27.5%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「一般農藥」，占率為 27.1%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 27.9%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 22.7%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 28.6%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「割腕」，占率為 40%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 48.2%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 41.5%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 54.2%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 50%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 46.9%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「其他化學物品」及「割腕」，占率為 22.2%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 53.6%。

(4) 2016 年 1-8 月南投縣自殺通報總述

a.自殺企圖 531 人次。

b.性別：

a) 男性 227 人次，女性 304 人次。

b) 性別比(男/女)0.75，女性為男性的 1.34 倍。

c.年齡分層前三位

a) 最多為「35 至 44 歲」，共 129 人次，占 24.3%。

b) 其次為「25 至 34 歲」，共 100 人次，占 18.8%。

c) 第三為「45 至 54 歲」，共 90 人次，占 16.9%。

d.自殺方式前三位：

a) 最多為「安眠藥鎮靜劑」，計 178 人次，占 33.5%。

b) 其次為「割腕」，計 112 人次，占 21.1%。

c) 第三為「一般農藥」，計 59 人次，占 11.1%。

e.自殺原因前三位：

a) 最多為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 175 人次(33%)。

b) 為「家庭成員問題」，計 102 人次(19.2%)。

c) 第其次三為「夫妻問題」，計 82 人次(15.4%)。

f. 男性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「高處跳下」，占率為 66.7%

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 24.2%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 26.2%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「高處跳下」，占率為 18.2%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 26.3%。

f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「上吊、自縊」，占率為 20.8%。

g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」及「上吊、自縊」，占率為 31.3%。

h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「一般農藥」占率為 25.9%。

g.女性

a) 「14 歲以下」自殺方法最多為「割腕」，占率為 100%。

b) 「15-24 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 43.2%。

c) 「25-34 歲」自殺方法最多為「割腕」，占率為 37.9%。

d) 「35-44 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 55.3%。

e) 「45-54 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 48.1%。
f) 「55-64 歲」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 50%。
g) 「65-74 歲」自殺方法最多為「一般農藥」，占率為 41.2 %。
h) 「75 歲以上」自殺方法最多為「安眠藥鎮靜劑」，占率為 40%。

2)縣市報告重點

(1) 創新及特色業務

a.心理健康促進-設置一鄉鎮一心理諮商站

b.各鄉鎮衛生所設置心理諮商站計 13 站，建置 (一鄉鎮一心理諮商站)服務，提供民眾普及性、社區性及就近性醫療服務，提供民眾心理諮商服務管道「別讓自己不開心」、「心理諮商服務就在你身邊」、「說一說好心情」。

c.心理健康促進-參加第七屆西太平洋健康城市聯盟全球會議

d.第八屆臺灣健康城市聯盟暨高齡友善城市獎項評選

e.心理健康促進-新住民心理健康- WTO 姐妹會

f. 社區精神疾病關懷訪視(五師專業團隊)

g.在地性、社區性精神醫療門診-四大門診服務地點(埔里鎮、竹山鎮、水里鄉、南投市衛生所) 。

h.成癮防治服務-全國首創衛生所網路成癮夜間門診

i. 成癮防治服務-美沙冬替代治療異地給藥計畫。

j. 南投縣提案開辦中區四縣市(臺中市、彰化縣、南投縣、苗栗縣)異地給藥服務。

(2) 各局處分工概況

a.南投縣政府精神衛生及自殺防治諮議會

a) 2008 年 10 月 17 日成立南投縣精神衛生及自殺防治諮議會。
b) 針對南投縣自殺防治現況就醫療、經濟、社會等面向提供相關策略討論建議，落實各局處分工合作。
c) 每半年定期召開乙次會議，並追蹤業務執行進度

b.南投縣學生校外生活輔導委員會

a) 每年督請相關單位辦理人員教育訓練，以提升其對憂鬱與自我傷害之辨識及危機處理，增進即時處置知能，包含：
(a) 每年至少辦理 2 場次軍訓教官自殺防治研習。
(b) 協同辦理公私立高中職校長自殺事件危機處遇及防治研習。

c.教育處

a) 針對校園自殺、自傷個案實施通報。

b) 訂定校園心理輔導、危機處理及轉介流程。
c) 校園心理衛生講座。
d) 設立分區校園諮詢站，推動校園心理衛生篩檢。
e) 加強學校老師自我傷害的評估與處理能力。
f) 辦理親子關係、夫妻關係等研習或講座。
g) 推動校園友善計畫並輔導學校配合。
h) 適時與學生諮詢中心及心理專業人員合作，進行個案諮商輔導。
i) 每年定期辦理相關人員教育訓練。

d.新聞及行政處

a) 與電臺或有線電視公益頻道製播專題訪問宣導節目辦理自殺防治宣導。
b) 配合衛生單位舉辦相關活動，發布新聞並通知傳播媒體採訪報導。
c) 宣導媒體自律及遵守 WHO「六不」、「六要」處理原則。

e.農業處

a) 農藥販賣商自殺危險者辨識及守門人訓練。
b) 農藥販賣場所張貼宣導海報。
c) 請農藥商合作將 0800-788995 安心專線宣導標語貼於農藥包裝上。
d) 農會、農業產銷班之自殺防治宣導。
e) 推動農藥購買管制。

f. 民政處

a) 發掘並通報自殺高危險群個案：請各鄉鎮市公所確實督促村里幹事通報，協助了解發掘自殺高危險群個案，並通報衛生單位提供預防性服務。
b) 定期辦理村里幹事及村里長辦理自殺防治知能訓練。
c) 利用村里民大會或集會場合宣導珍愛生命守門人。

g.社會及勞動處

a) 連結社會福利資源共同投入宣導防治。
b) 提供高風險個案家庭支持救助服務。
c) 建立自殺高風險個案處理機制及資源網絡。
d) 增加追蹤高風險家庭的訪視密度，提供實質協助，並投入必要資源，以改善問題。
e) 針對有就業需求之個案提供資源及媒合。
f) 針對轄區內機構及社區老人日托站之老人辦理憂鬱症篩檢。

h.推動職場心理健康

a) 將自殺防治設施檢查及自殺防範流程納入社政機構訪查。
b) 利用社政機構人員教育訓練時加入自殺防治等課程。
c) 協調南投縣就業服務站於廠商聯合徵才活動會場,辦理職涯轉換活動。
d) 推動職場心理衛生計畫，並輔導廠商配合。
e) 加強社工及志工高危險群辨識與處遇轉介等能力，及早通報自殺企圖者辦理教育訓練。

i. 警察局
a) 處理自殺風險個案通報事件，應依據報案人 陳述與現場狀況，進行專業分析研判，協助護送前往就近適當之醫療機構就醫。
b) 如遇自殺風險個案行蹤不明或不願意提供正確地址，啟用「ｅ化勤務指揮管理系統」追蹤偵測電話發話號碼、位置。
c) 針對非管束不能救護其生命者，即時以適當方法通知或交由其家屬、適當之機關(構)或人員保護。
d) 定期辦理相關人員教育訓練。

j. 消防局
a) 受理自殺風險個案通報，依據報案人陳述與現場狀況，立即派遣人員進行現場救援。
b) 依權責進行防護與搶救個案工作，必要時協助護送前往就近適當之醫療機構就醫。
c) 定期辦理相關人員教育訓練
(a) 辦理消防人員社區精神危機個案送醫之教育訊練。
(b) 針對高壓族群辦理紓解團體及推廣紓壓。
(c) 加強自殺個案之緊急救護處置能力及提昇自殺個案之通報率。
(d) 辦理救助隊訓練及常訓術科訓練，增強自殺個案之緊急救援能力。

k.衛生局
a) 訂定南投縣自殺高風險個案通報標準及關懷流程。
b) 設立自殺高風險個案通報單、轉介單等表單。
c) 提供自殺高風險個案及自殺遺族關懷訪視並提供相關資源。
d) 建置資源聯絡網絡、各單位的分工、通報流程及處理機制，建立單一窗口負責人，以有效妥善的轉介。
e) 自殺防治設施檢查及自殺防範流程納入醫療機構訪查。
f) 製作宣導自殺防治相關文宣資料。
g) 辦理民眾心理諮詢、轉介及轉銜服務。

l. 全面性策略

a) 錄製國、臺語版 GDS-15 及 BSRS-5 量表，提供教育訓練及篩檢詢問的技巧，廣為宣導使用。
b) 廣播電臺、跑馬燈、體宣導。
c) 推動心情溫度計檢測服務及高風險個案辨識技巧、電子刊版、跑馬燈宣導

m. 選擇性策略

a) 強化珍愛生命守門人發現高風險個案及時通報。
b) 各鄉鎮村里長及村里幹事
c) 加入『珍愛生命守門人 LINE 群組』。
d) 老人憂鬱症篩檢人數 18,533 人。
e) 轄內老人憂鬱篩檢率 23.9%(18,533/77,509)。
f) 轉介心理諮商人數 116 人，精神醫療門診 11 人，其他 46 人。
g) 強化老人自殺防治
(a) 針對社區獨居老人及弱勢老人計 3,558 人，提供居家關懷訪視並予老人憂鬱量表篩檢，篩檢率達 57%，篩檢高風險個案異常人數計 9 人，轉介心理諮商計 3 人，精神醫療門診計 1 人，其他計 5 人。
(b) 社區關懷據點志工提供電話問安服務時，併同辦理心理溫度計篩檢服務；電話問安服務共計 60,788 人次。
(c) 強化老人心理健康促進及社區參與，由健康老人關心社區失能、失落老人共同參與社區活動。
h) 農藥自殺防治
(a) 宣導家中農藥安全儲放，建議上櫃上鎖管理。
(b) 教育訓練農藥販賣商提高自殺高風險個案辨識技巧，多一句關心，及時發現自殺高風險個案。

n.指標性策略

a) 增加訪視頻率及延長關懷訪視服務時程至少 6 個月
b) 針對 65 歲以上老人、重覆自殺、合併精神疾病個案，訪視頻率 30 日內應訪 4 次(每週至少 1 次)，31 日起維持每月至少訪視 2 次且面訪率應達 50%，延長關懷時程，以降低南投縣自殺通報個案再自殺風險。
c) 針對遺族加強關懷訪視，必要時予以轉介心理諮商服務或其他相關資源 (2016 年 1-9 月提供自殺遺族關懷計 85 案)。

o.執行困境及建議事項

a) 以縣市自殺死亡率做為自殺防治成效指標，有失公允
(a) 南投縣人口總數計 50,6966 人，且人口總數逐年下降中，而中央考核

以自殺死亡率來看縣市自殺防治成效，惟南投縣總人口少(即分母小)，在自殺死亡人數增加 1 人時自殺死亡率則約增加 0.2%，而直轄市人口總數大(分母大)，即便自殺死亡人數多，其自殺死亡率亦未增加，以自殺死亡總人數計算，資料顯示南投縣非全國數一數二，而南投縣自殺死亡率一直排名全國前 5 大，而中央以縣市自殺死亡率來看縣市自殺防治成效，亦讓縣市衛生局承受莫大壓力。

b) 建請應妥輪流安排輪流訪查全國各縣市，因中央每年訪查縣市皆以自殺死亡率排行前 5 名之縣市，承如前項自殺較高前 5 名縣市皆是重複縣市，但死亡人數卻不是最多，如能通盤輔導各縣市給予具體建議，方能降低全國自殺死亡率。

c) 建請中央部會先行連結其他部會共同推動自殺防治業務，包括各部會應大力推動項目及媒體廣告自殺防治宣導等措施方案。

d) 中央期許地方政府自行編列預算挹注於心理健康業務，囿於南投縣政府財政拮倨，公務預算不易爭取，且各局處預算多以總預算額度控管之，在未能爭取新增預算情形下，易造成計畫經費間排擠效應，故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，資源分布不均，予全額補助經費，以避免業務執行困難。

e) 自殺問題錯綜複雜需多單位、多面向檢討及配合，尤為個案本身自我問題或伴隨精神疾病及心理問題，如涉及夫妻或家人感情因素則未能防止再自殺危險性，當家人之間衝突在一瞬間產生衝動自殺行為，自殺防治未能成功遏止，亦造成家人親友永久遺憾。

f) 自殺死亡統計資料每年皆以自殺死亡個案總歸戶於戶籍地，例如：南投縣 2015 年自行統計自殺死亡人數計 100 人，而中央統 2015 年自殺死亡人數計 111 人，增加 11 人皆居住在外縣市自殺身亡，但生前戶籍地縣市未能提供任何訪視及資源連結，建請中央應做總歸戶前、後自殺死亡率分析資料，提供縣市參考。

g) 人力編制問題

(a) 社區心理衛生中心由衛生局相關業務承辦人負責，以目前心理健康業務工作量倍增，致使行政作業負荷量大，另以計畫補助聘用人員；缺乏工作保障及工作負荷過重，導致人員流動率高，局端不斷培訓人力，亦增加人力負擔，建請中央能提出解決方案，人力配置應有長期性規畫。

(b) 本計畫補助經費建請考量縣內幅員遼闊，家訪交通路程時間耗時耗力，應考量增加人力配置 。

綜合討論

1)縣市及相關單位意見

(1) 南投縣政府衛生局吳美玲副局長

a.資源有限，仍需抱持正向的心態、正確的方法，方能令自殺防治業務更上一層樓。

b.自殺防治業務需要大家共同投入及努力，期許各網絡單位合作更緊密，業務方能進行更為順利。

(2) 南投縣政府民政處游廣平辦事員

a.已進行村里長教育訓練，相關訊息亦會請該地公所代為知會、推廣。

b.目前如何在村里能更加強推廣自殺防治仍是一項課題。

(3) 南投縣政府社會及勞動處吳慈涵社工師

a.本處已有高風險家庭處遇計畫進行、老人憂鬱情緒篩檢、志工相關教育訓練等業務。

b.志工專業度仍有不足之處，如何強化訓練內容及篩檢機制仍是一項課題。

c.目前存有生活困難，卻不符合補助標準之民眾，針對此族群如何有效篩檢及介入仍是一項課題。

(4) 南投縣政府消防局陳貞伸隊員：

a.本局接獲通報後，會協助緊急送醫，但目前精神障礙個案之送醫流程，仍有待官方給予更為明確之說明及訓練。

(5) 南投縣政府警察局劉妃圜股長：

a.警方於接獲通報後會協助處理。

(6) 南投縣政府農業處孔瑞琪技士：

a.於農藥購買方面已進行資格審核及管制，並加強宣導農藥須妥善存放，以降低可及性。

(7) 衛生福利部草屯療養院張介信副院長：

a.南投縣老人自殺比例仍為最高，期望各方針對這方面能制定出策略以有效預防老人自殺。

b.已在關懷訪視名單內的個案，要如何更精確發現是否有無罹患精神疾病仍是一項課題。

c.農藥目前仍感到難以有效管控。

d.南投縣自殺人數比例仍以四大鄉鎮為最多。

e.網絡單位資料流通性仍低。

f. 網絡連結仍需相關單位共同努力。

g.基層之篩選、關懷能力需再強化。

(8) 衛生福利部草屯療養院黃聿斐主任：

a.自殺防治仍有無法有效觸及之範圍，期許能與社會處合作，建立生活弱勢民眾之名單(如經濟困難)，提早篩選出潛在高風險之族群以主動介入關懷。

b.醫院不單單精神科，每一科別都需要對於自殺防治保持一定的敏感度。

(9) 衛生福利部草屯療養院黃聖林醫師：

a.分析南投縣自殺原因後，多為人際相處及久病不癒之問題，並非獨居為最多。

b.建議可主動提早進行諮商，方能早期發現並介入關懷及後續處遇。

(10) 衛生福利部草屯療養院林幼喻護理長：

a.於社政方面，低收、高風險家庭仍存有一定程度之危險因子，建議社政可以多與衛政連結合作，以降低風險性。

b.社區關懷據點、老人送餐等服務尚不夠深入民眾，建議社政、民政、衛政可共同合作，更能擴展關懷之範圍。

(11) 衛生福利部草屯療養院許馨尹關懷員：

a.過多社工介入對個案並無加乘效果，建議把沒有被關懷的個案列為重點對象。

(12) 衛生福利部南投醫院黃穎雯主任：

a.希望通報個案篩檢機制能更完善，以增進關懷品質及效益。

b.除精神科外，其他科別醫事人員都須提高對於自殺防治之敏感度。

c.南投縣多數老人以臺語為主，長者憂鬱量表(GDS)較難用臺語陳述題目，因此不易施測。

(13) 埔基醫療社團法人埔里基督教醫院黃麗君護理長：

a.院內專業醫事人員皆會針對個案施測簡式健康量表(BSRS-5)，但長者憂鬱量表(GDS)施測難度較高，僅能抽樣施作。

b.志工較難訓練，其專業程度仍有強化空間。

(14) 臺中榮民總醫院埔里分院高瑄若社工師：

a.各單位網絡資訊不夠暢通，且資源連結度尚有加強空間。

b.施測簡式健康量表(BSRS-5)分數不高，但個案事後仍發生自殺行為，是否有其他量表工具可建議使用及評估。

c.希望各界不吝給予指教，讓院內環境安全及措施更為精進。

2)衛生福利部意見

(1) 自殺防治通報系統已與其他系統進行連結，除現有特殊身分外，未來會再加入更多註記，使相關人員能更清楚掌握個案狀況。

(2) 低收、中低收或其他經濟相對弱勢之民眾，確實有一定程度之自殺風險，建議可主動加強關懷此一族群。
(3) 加強各網絡單位珍愛生命守門人之概念，且網絡間須更為緊密合作。
(4) 一線基層工作人員需再提高敏感度，以增強關懷之廣度及深度。
(5) 簡式健康量表(BSRS-5)為簡單、易施測之工具，可作為關懷個案其中之一項措施，建議可多加利用。

3) 中心意見及建議
(1) 使用量表時，仍需秉持一問二應三轉介基本原則，加強以人文關懷為基礎的優質態度，而非僅單純使用工具評估。
(2) 人人都是珍愛生命守門人，善用大眾廣播、媒體加強宣導。
(3) 珍愛生命守門人概念建立，後續轉介名單亦不可或缺。
(4) 建議可邀請村里長至衛生福利部草屯療養院或相關精神醫療機構參訪，增加知識面及歸屬感，如此可增強村里長參與自殺防治之動機。
(5) 自殺防治並非一人之責，是一個完整的團隊在進行，加強落實一問二應三轉介。
(6) 量表工具可結合在地既有活動同步推廣，並建立誘因及互動，以增加民眾了解相關知識之動機，進而強化珍愛生命守門人之概念。
(7) 相關從業人員須保持敏感度，網絡單位亦須緊密合作以及加強轉介及後續之持續關懷與服務。
(8) 拒訪之個案仍存有高度自殺風險，務必加強關懷。
(9) 建立每月督導機制及團隊，共同討論、判斷通報及自殺死亡相關數據，以擬定因地制宜之策略。
(10) 建立當地資源名單，加強推廣資訊予相關從業人員及一般民眾並落實轉介。
(11) 關懷訪視員須建立口袋名單，藉由個案轉介，強化平常之互動且資源名單要定位。
(12) 指標性策略制定後須落實轉介，並找出指標內未被關懷之潛在風險族群。
(13) 聯繫(connect)、溝通(communicate)、關懷(care)，3C 是自殺防治不可或缺之要素，以社區為基礎，充分賦權予個案，建立個案自主獨立之能力。

2. 結論

1) 定期召開跨部會會議

自殺防治為多重因素，非單一一個單位的責任，各地方單位應攜手合作

一同為自殺防治盡心力。為此，地方政府可召集自殺防治相關人員(包含精神醫療單位、關懷訪視單位、政府單位等)組成自殺防治小組，並定期由縣長或是副縣長召開自殺防治委員會，邀請各局處首長參加。會議中除研議因地制宜之自殺防治策略，亦可檢討與改進現行之策略。

2) 固定召開關懷訪視督導會議及教育訓練

關懷訪視是自殺防治不可或缺的一環，建議各縣市固定每週召開內部督導會議，針對關懷訪視員於訪視中面臨之問題，給予即時的建議和支持。而除了內部督導會議外，亦需每月舉行外部督導會議，聘請精神醫療單位或心理衛生相關單位之專家前來與會。外部督導會議除可對困難個案或是自殺防治現況提出不同的看法與建議，亦可提升關訪員的知識技能。

3) 制訂因地制宜之行動方案：

各縣市地理環境及資源有所不同，其自殺防治策略亦應根據各縣市情況制訂。但彙整多年來縣市訪查之經驗，可發現各縣市資源盤點與整合，轉介管道之暢通與落實，以及個案後續追蹤等，均需加強。例如以宜蘭縣之自殺防治為例，政府可更積極結合當地唯一一家之第四台，研擬媒體自殺防治策略，進而再配合不同族群和年齡層來制訂更符合的策略。

4) 善用篩檢量表

心情溫度計 BSRS-5 不僅僅是一個工具，在使用時需以人文關懷的態度為基礎，用親切和自然的方式詢問對方近況，進而瞭解對方目前身心狀態。此外，可將量表使用時機與現有自殺防治策略及活動做結合，並加入誘因，讓更多人能接觸並使用心情溫度計。而其評分等級可做為轉介急迫性分級參考。評估內容也可協助瞭解併同理個案之自身困擾。

5) 落實網網相連之概念：

自殺防治策略之推動需有賴各網絡單位間之協助和合作，因此自殺防治相關資源除需做全面式盤點外，更應將資源和資訊共享，並徹底落實轉介及後續追蹤。

五、 附件

附件 4.1.1　2016 年縣市訪查中心報告資料
附件 4.1.2　2016 年縣市訪查衛生局報告資料

召開「新聞媒體聯繫會議」

一、 背景(Context)

1. 問題與理念說明

在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之重要守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的主要管道，更是國家策略宣導的主要媒介。過去的相關研究已顯示: 媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，其引發自殺模仿的效應確實存在；反之，安全與恰當的自殺新聞報導則有助於呼籲處在低潮的民眾勇於求助，並提供自殺防治的相關資源訊息，有利於自殺防治工作的推展。

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力於與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導之原則，攜手打造健康的自殺新聞報導，期使自殺新聞報導能在不侵害自殺個案隱私權的前提下，同時照顧民眾知的權利、並宣導正確的自殺防治觀念。而自 2006 年起，中心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。

有鑑於媒體對於自殺防治之重要性，今年(2016)藉由與新聞傳播實務工作者面對面溝通，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。並希望未來新聞媒體在報導時，能夠依照國際間自殺報導的建議準則持續自我檢視，不論文字敘述或新聞產出的方式均能朝科學報導的方向，為新聞內容的真實性及中立性負責，且能達到自殺新聞零頭版之終極目標。今年承襲 2015 年之經驗，持續辦理「新聞媒體聯繫會議」，透過自殺防治宣導及教育，以加強媒體守門人之功能，增加尊重生命之教育意涵及四大報媒體業者六不六要遵循率之比較，亦新增網路新聞報導量的跨年統計結果。

2. 方案目標

1) 藉本會議與新聞傳播實務工作者溝通，呼籲大眾傳播媒體增加健康正向的新聞報導，傳達珍愛生命、尊重生命的理念於大眾，取代負面自殺新聞訊息之傳播。

2)瞭解臺灣自殺新聞事件報導的報導方式與現況，透過宣導及教育，再強化媒體於自殺新聞事件之報導方式，以提升國內媒體自殺新聞報導內容之品質。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)彙整中心過去針對新聞媒體之相關數據、策略和建議。
2)蒐集國內、外針對新聞媒體之相關策略建議。
3)召開專家討論會，研擬聯繫會議內涵及相關數據分析討論。
4)召開新聞媒體焦點座談會，針對平面媒體與網路媒體進行焦點團體討論，專家與第一線媒體工作者進行交流。
5)發佈新聞稿並召開新聞媒體聯繫會議。
6)寄送會後新聞稿與會議記錄。

2. 資源連結與合作

1)合作單位：衛生福利部心口司、各大新聞媒體等。
2)資源連結內容及形式：專家會議討論、媒體從業人員焦點座談會意見蒐集、召開新聞媒體聯繫會議。

三、 過程(Process)

1. 召開籌備會議

2016 年 4 月 7 日(星期四)下午 16 時 30 分，由全國自殺防治中心李明濱主任召開新聞媒體聯繫會議之籌備會議，與會人員為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、臺灣自殺防治學會侯蓉蘭理事、臺灣自殺防治學會楊聰財理事、臺灣自殺防治學會詹佳真醫師、江宜珍副教授，與臺北醫學大學林進修先生。會中針對 6 月新聞媒體聯繫會議之相關內容及規劃進行討論。

此次討論決議以新聞媒體聯繫會議進行，時間訂在 6 月 17 日(五)下午 14：00-16：00，邀請對象則為第一線報導自殺相關新聞之媒體人員。並於會前舉辦焦點團體，分別為網路媒體以及平面團體，透過專家與第一線記者交流了解實際工作上的困難，並訂定焦點團體主題為：自殺新聞的產出、如何正確報導自殺事件以及當有自殺新聞時，標題如何製造、問題與建議。

本會討論新聞媒體聯繫會議當日之內容涵蓋了中心歷年數據提供，而邀請之學協會包含消費者基金會與臺灣少年權益與福利促進聯盟；所邀請

的第一線記者主要為醫藥線及社會線報導自殺相關新聞之記者，會議地點為臺大校友會館 4 樓會議室。

2. 召開新聞媒體焦點座談會議

2016 年 6 月 2 日由李明濱主任於全國自殺防治中心會議室舉辦新聞媒體焦點座談會議，當日下午舉行兩場次，對象分別為第一線播報自殺相關新聞之平面媒體與網路媒體。與會人員為吳佳儀副執行長與楊聰財理事；與會平面媒體為中國時報、聯合報、臺灣新生報，網路媒體為東森新聞雲 ETtoday、中央社新聞網、中華日報、NOWnews、臺灣醒報。此次座談會主要目的為促進第一線媒體工作人員與專家學者之意見交流，透過焦點團體的形式，深入了解新聞媒體工作人員實際報導新聞時，遵循 WHO 自殺新聞報導「六不六要」報導指引規範之困難為何，以及如何與媒體合作形成同盟關係，以強化媒體自殺防治守門人之功能。

此次新聞媒體焦點座談會議每場進行時間為 90 分鐘，會議議程焦點為探討自殺新聞播報之主題，主題分別為：自殺新聞的產出、如何正確報導自殺事件以及當有自殺新聞時，標題如何製造、問題與建議，以四大部分進行討論。會後採逐字稿方式整理與分析，以形成重要之主題結果。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 實證分析研究

(1)「六不六要」趨勢分析

根據 2015 年中心所統計及分析之 497 件自殺事件及相關新聞報導(表 4.2.1)，發現媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」(達 95.4%)及「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 94.8%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 28.4%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.6%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」(達 97.4%)及「突顯不用自殺的其他解決方法」(達 72.9%)是較易被遵循的原則，但「與醫療衛生專家密切討論」(達 26.8%)、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」(達 37.4%)則是比較容易被忽略的原則。

表 4-2-1、2009-2015 年媒體自殺新聞報導符合「六不」及「六要」之情形

年度	2009 (3 月-9 月)	2010 (1 月-12 月)	2011 (1 月-12 月)	2012 (1 月-12 月)	2013 (1 月-12 月)	2014 (1 月-12 月)	2015 (1 月-12 月)
總則數	988	1136	829	879	672	563	497
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
是否為頭版(A1)	28(2.8)	42 (3.7)	39 (4.7)	45 (5.1)	20 (3)	17 (3)	40 (8.1)
不要刊登出照片或自殺遺書(六不)	310 (31.4)	426(37.5)	345 (41.6)	354 (40.3)	217 (32.3)	172(30.6)	141(28.4)
不要報導自殺方式的細節(六不)	413 (41.8)	634(55.8)	468 (56.5)	410 (46.6)	384 (57.1)	381 (67.7)	337(67.8)
不要簡化自殺的原因(六不)	348 (35.2)	413(36.4)	317 (38.2)	190 (21.6)	180 (26.8)	159 (28.2)	157(31.6)
不要將自殺光榮化或聳動化(六不)	933 (94.4)	1114(98.1)	803 (96.9)	852 (96.9)	664 (98.8)	558 (99.1)	471(94.8)
不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀(六不)	968 (98)	1108(97.5)	811 (97.8)	838 (95.3)	664 (98.8)	557 (98.9)	474(95.4)
不要過度責備(六不)	731 (74)	970 (85.4)	760 (91.7)	799(90.9)	629(93.6)	519 (92.2)	424(85.3)

表 4-2-1、2009-2015 年媒體自殺新聞報導符合「六不」及「六要」之情形(續)

年度	2009 (3 月-9 月)	2010 (1 月-12 月)	2011 (1 月-12 月)	2012 (1 月-12 月)	2013 (1 月-12 月)	2014 (1 月-12 月)	2015 (1 月-12 月)
總則數(N)	988	1136	829	879	672	563	497
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
是否為頭版(A1)	28(2.8)	42 (3.7)	39 (4.7)	45 (5.1)	20 (3)	17 (3)	40 (8.1)
當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論(六要)	66(6.7)	142 (12.5)	76(9.17)	119 (13.6)	86(12.8)	78(13.9)	133(26.8)
用「自殺身亡」而非「自殺成功」的描述(六要)	912 (92.3)	1086 5.6)	751 (90.6)	788 (89.7)	642 (95.6)	557 (98.9)	484(97.4)
刊登在內頁而非頭版(六要)	873 (88.4)	1002(88.2)	710 (85.7)	726 (82.6)	567 (84.4)	477 (84.7)	313(63)
突顯不用自殺的其他解決方法(六要)	233 (23.6)	232 (20.4)	228(27.5)	386 (43.9)	390 (58)	383 (68)	362(72.9)
提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源(六要)	144 (14.6)	212 (18.7)	213 (25.7)	369 (42)	381(56.7)	374 (66.4)	347(69.8)
報導危險指標以及可能的警訊徵兆(六要)	143 (14.5)	264 (23.2)	292 (35.2)	193 (22)	193 (28.7)	157 (27.9)	186(37.4)

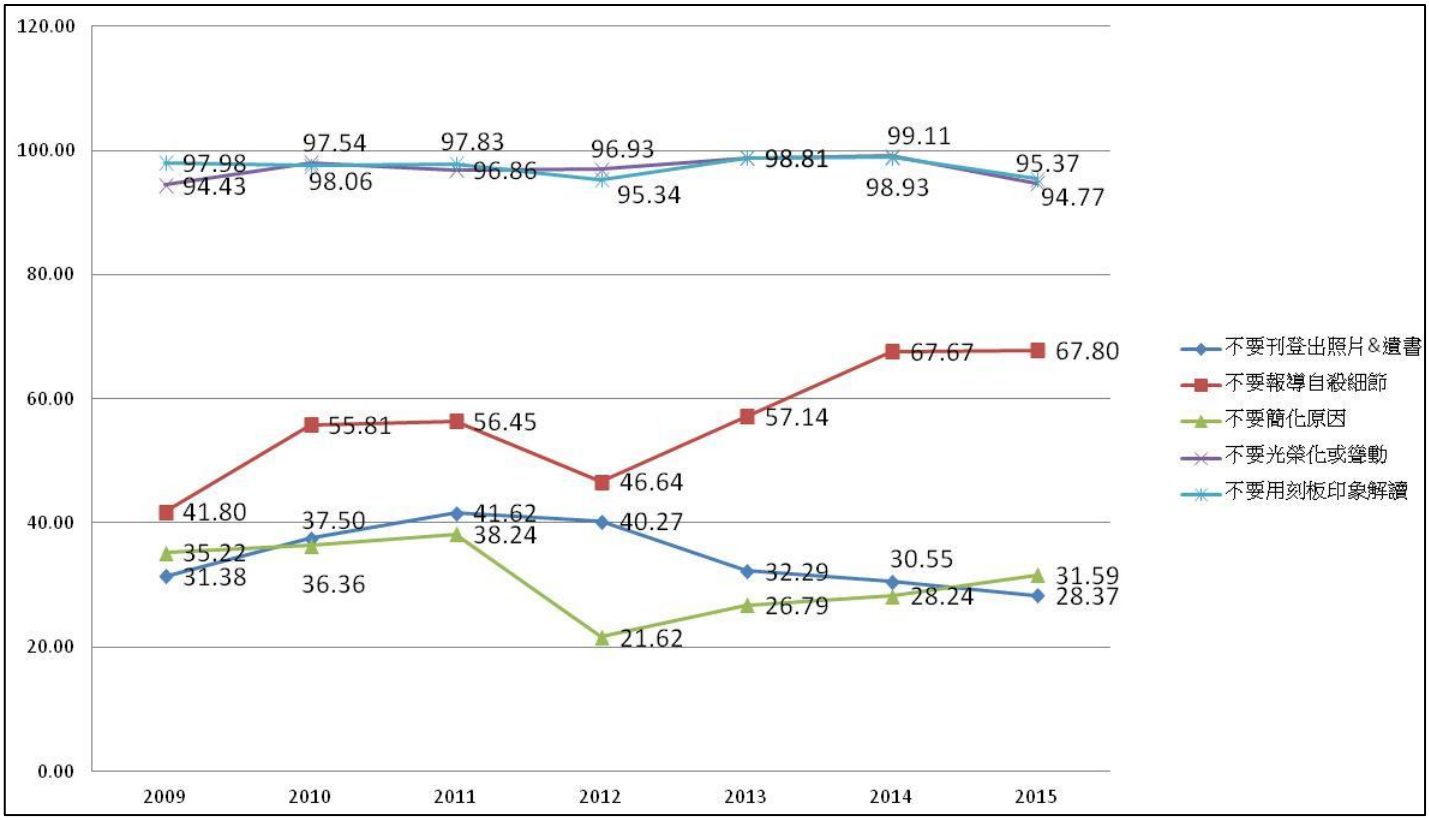


圖 4-2-1、四大報「六不」趨勢

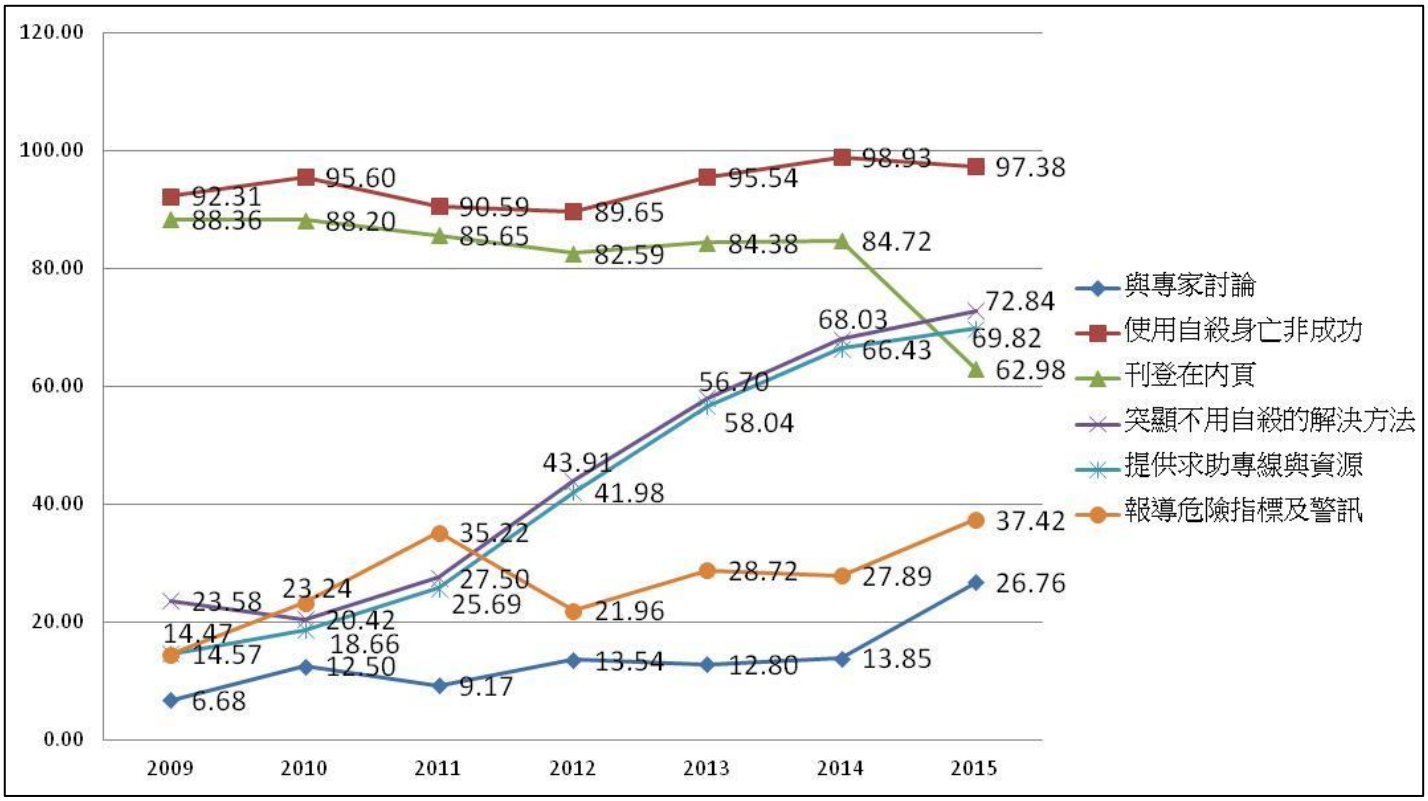


圖 4-2-2、四大報「六要」趨勢

(2) 網路自殺新聞事件統計

四大報趨勢有所不同，自殺新聞的報導需注意他對社會公益意義的存在，因此則數多寡需經過衡量後，才知道對於社會的影響與意義。整體而言自由時報與蘋果日報以去年來講是報導則數是比較多的，而蘋果日報刊登的則數一直都屬於較多則，相對低的部分為中國時報，在過去七年來講都是相對低的。(參考圖 4.2.3 網路自新聞報導統計)

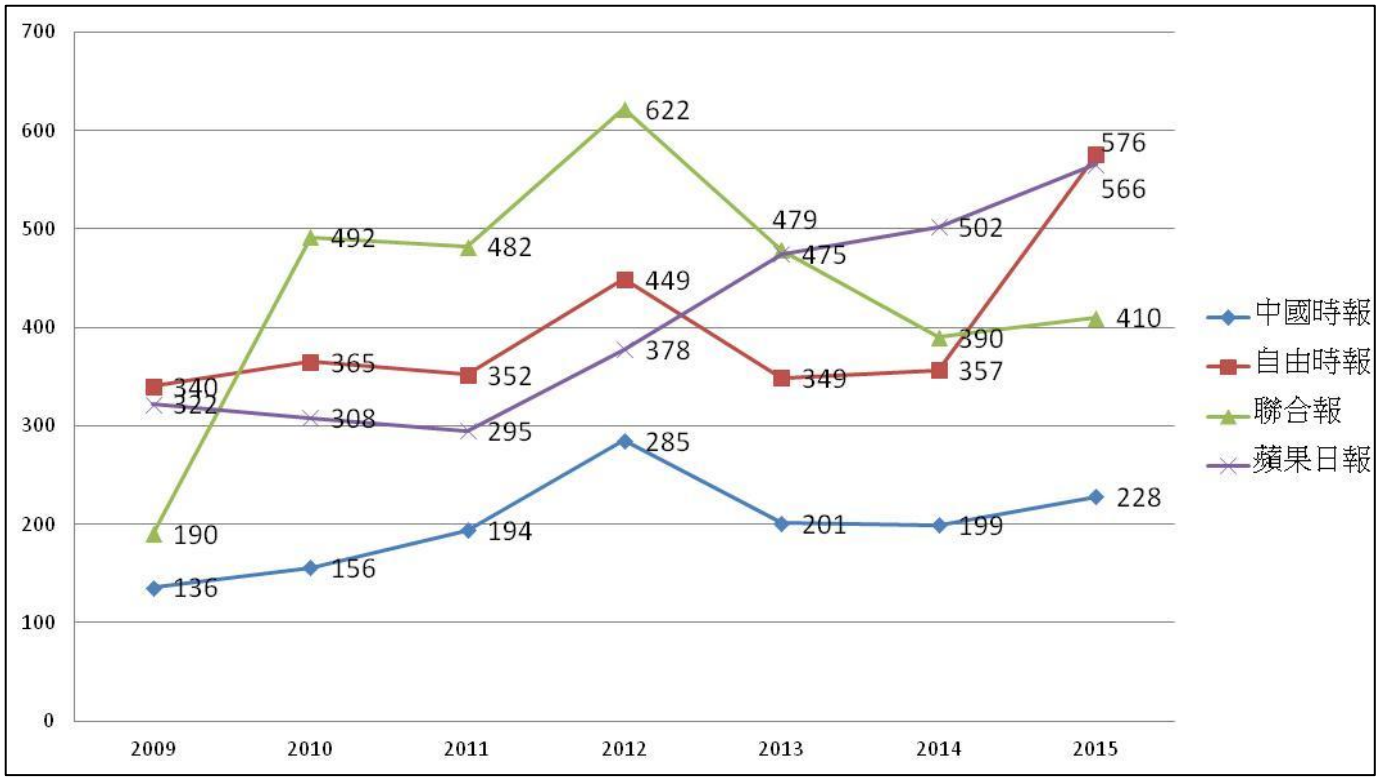


圖 4-2-3、網路自殺新聞報導統計

a. 教唆自殺及教導自殺網站 監測及舉報流程如圖 4.2.4 監測及舉報流程圖。

a) 發現教唆及教導自殺網站的方式，主要使用 Google 關鍵字搜尋及 Google 訂閱功能，主動進行搜尋。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。

b) 發現網站後，不論 IP 位於境內境外，除 iWIN 舉報，全面另行舉報，此外，部落格平臺可適用系統平臺檢舉。若無檢舉功能，則 Email 向該網站反應。

b. iWIN 舉報作業步驟：

a) 進入 iWIN「我要申訴」，圈選「暴力血腥及自殺」，填寫申訴資料後送

出。

b) 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。

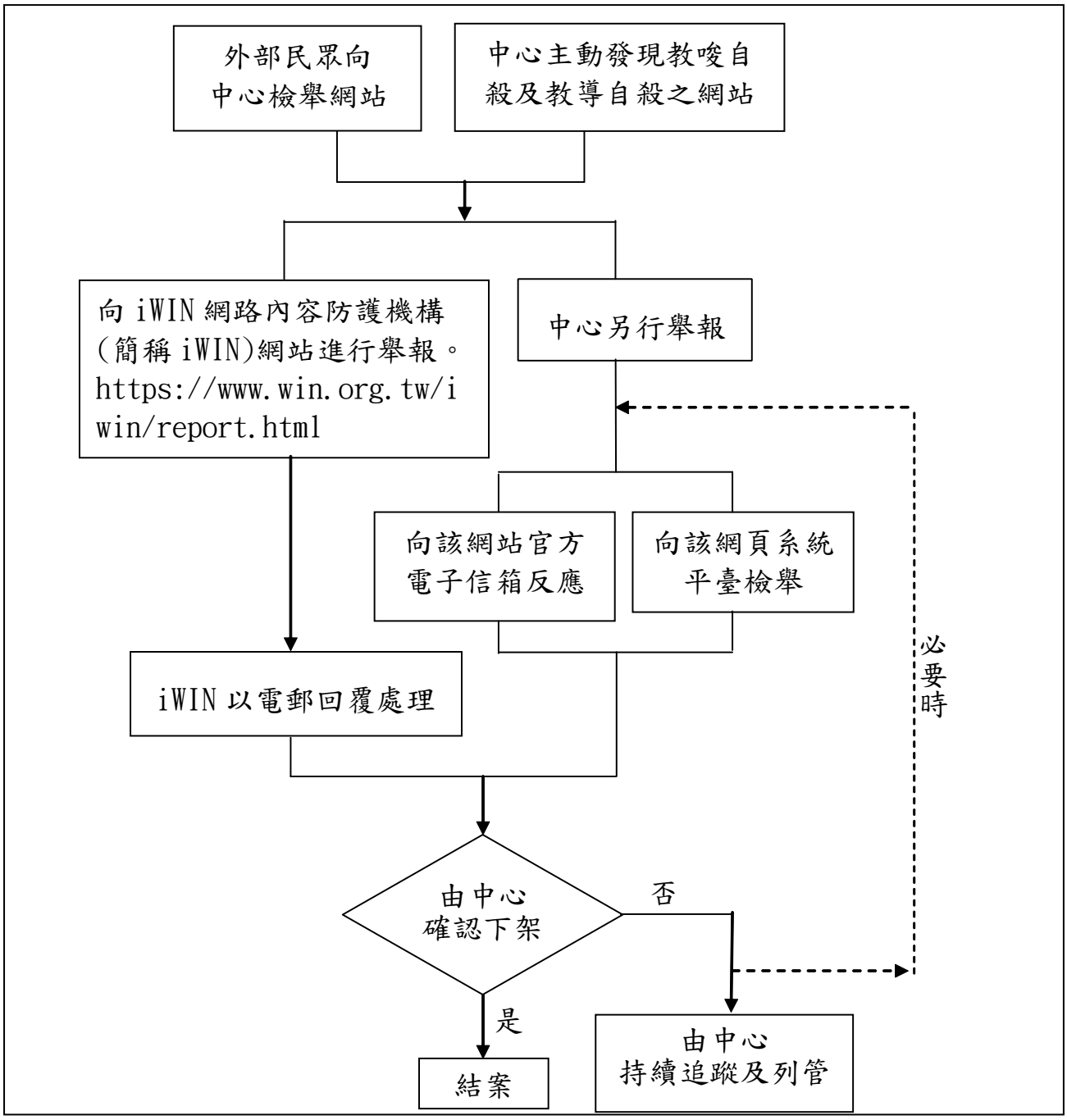


圖 4-2-4、監測及舉報流程圖

c. 截至 2016 年 6 月底，整體檢舉網頁累計共 183 則，已下架為 131 則，下架率為 71.5%。檢舉結果依 IP 位於國內及境外區分，位於國內者共檢舉 86 則，已下架為 75 則，下架率為 87.2%。位於境外者共檢舉 97 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 56 則被下架，下架率為 57.7%。

(3) 媒體代表焦點團體成果分享

a. 報導與否決定因素

自殺新聞報導與否決決定因素在於是否暢銷，曝光度與點閱率數值，當則新聞若能夠吸引大量民眾閱讀與瀏覽，富有賣點，便越可能被刊登於媒體。此外，內部編輯也會加以篩選，以及不同媒體之題材取向，不同媒體有其不同的取材導向。

b.「六不六要」遵循討論

其中「六不六要」遵循困難排名依序為：「不要刊登照片或遺書」、「不要簡化自殺原因」以及「刊登於內頁而非頭版」。

a) 「不要刊登照片或遺書」，遵循困難之原因為各間媒體考量點有所不同，且網路新聞有「定錨效應」，內容與圖片需與其他媒體競爭賣點，加以爭取曝光度以及民眾瀏覽量。

b) 「不要簡化自殺原因」，其遵循困難在於不同種類記者取材撰寫內容也會有所差異，社會線記者為第一現場之描述，醫療線記者較採後續原因分析寫法。此外，內部主編審稿也會加以要求補充原因，因此記者反應此點欲遵循有其困難性。

c) 「刊登於內頁而非頭版」，遵循困難為自殺新聞刊登取決於內容之新聞性，當則新聞若有吸引力易被放頭版，如名人自殺等。而刊登之版面並非取決於記者自身，決定權在於媒體內部編輯。

2) 2016 年 6 月 17 日下午 14:00-17:00 於臺大校友會館四樓會議室辦理「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」，主持人為李明濱主任，專題演講者為吳佳儀副執行長以及陳映燁醫師，與會人員共 36 人，出席媒體共 11 間，會後新聞稿露出共 11 則，已圓滿落幕。

3) 議程

新聞媒體聯繫會議之議程包含：媒體自殺事件與教唆自殺之因應：實證分析與探討－「六不六要」趨勢分析、網路自殺新聞事件報導統計、教唆自殺網站監測與處置、媒體代表焦點團體成果分享。媒體與自殺防治，

最末為經驗分享與綜合討論。

4) 出席人員

(1) 當日出席的長官及貴賓如表 4.2.2：

表 4-2-2、長官及貴賓出席名單

單位	名稱	職稱
衛生福利部心理及口腔健康司	諶立中	司長
衛生福利部心理及口腔健康司	詹金月	科長
衛生福利部心理及口腔健康司	廖晃聖	替代役
全國自殺防治中心	李明濱	主任
全國自殺防治中心	吳佳儀	副執行長
中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會	沈慈文	自律委員
台灣新聞記者協會	李志德	會長
台灣少年權益與福利促進聯盟	王今暐	文書員
北市聯合醫院松德院區	陳映燁	教授
中山醫學大學共共衛生學系	江宜珍	副教授
台北醫學大學公共衛生學系	呂淑妤	教授

(2) 當日與會之新聞媒體代表，如表 4.2.3：

表 4-2-3、新聞媒體代表名單

出席單位(人數)
台灣新聞記者協會(1位)
台灣少年權益與福利促進聯盟(1位)
中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會(1位)
八大電視股份有限公司(1位)
民間全民電視公司(1位)
台灣電視公司(1位)
台灣新生報(1位)
數位網路報(1位)
自由時報(1位)
環球郵報網路報(1位)
新華通訊社(2位)
TVBS無線電視台(1位)
公益交流站(1位)

5) 會議進行與討論

(1) 致詞

a. 全國自殺防治中心李明濱主任致詞

首先代表自殺防治學會跟自殺防治中心歡迎大家，這次主要是聯繫與分享討論相關的重要議題、透過數據跟探討分析，希望能夠得到共識。若是今天沒辦法有結論，我們會在未來，持續討論。

今年還沒做電話民調，但臺灣地區按照過去十幾年來，每年針對 15 歲以上的人口調查，詢問 15 歲以上自殺防治的資訊從哪裡來，30%以上的民眾會回答從電視媒體，第二位就是網路媒體約 20-22%，最少的是報紙 10%，雖然報紙只占 10%，但網路與電視媒體新聞與報紙結合，這三部份的連結是無法切割的。今天主體除了談六不六要之外，也會談到網路相關的報導。按照我們的民調，同樣 40 歲以上的人口等比抽樣來看的話，全臺灣地區 67%的民眾每天都有常規的在使用網路。特別是學生、青少年 90%以上都有在用網路，那專業人員也是 90%以上，包括失業的人他有 50%。網路的使用隨著年齡的增高而使用下降，但是對於青少年跟中老年人，或者是中壯年使用網路相關帶來的資訊就相當重要，所以今年度我們特別對於網路的自殺防治投入蠻多心力，也積極跟 facebook 來合作。再次感謝各位百忙之中撥空來參與聯繫會議，預祝我們今天大會圓滿成功，大家身體健康、平安愉快，共同為珍愛生命的理念來努力及預防自殺死亡率的提升，以達成我們新政府所謂的社區安全為最高的指標，謝謝大家。

b. 衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長致詞

這年代是一個媒體的年代，正好是媒體最蓬勃發展的時候，不管是第四權或是有些國家說的第五權，我們每天都沒辦法跟媒體脫節，大家每天上網時間都非常長，很多資訊都從媒體上得到。除了看電視以外，報紙閱讀的頻率有降低的現象，媒體其實對人的影響愈加大，現已是無遠弗屆。自從手機出現之後，大家訊息接受的速度，情緒反應的速度都加快，在這個年代我們談到自殺防治的問題，衝動性往往就是其中重要的因素。那接受到媒體的資訊也會影響我們當時的情緒非常大，我們也是希望透過今天這樣的活動，資料整理後，透過大家的回饋回來看一看，這一年之間媒體呈現的現象是什麼樣子，我想也可以給媒體朋友自我思考，進一步精進，那怎麼調整或是怎麼做，其實每個單位都有不同的作法。那也希望大家能夠把今天聽到的訊息帶回去，能夠跟自己同事們分享。要跟不要這個之間的抉擇變得非常重要，謝謝大家，希望今天非常順利。

(2) 專題報告

a. 專題報告一：媒體自殺事件與教唆自殺之因應：實證分析與探討

a) 講者：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

b) 摘要：

- 「六不六要」趨勢分析

WHO 世界衛生組織提出之「六不六要」自殺報導規範，四大報過去七年「六不」原則符合率最低為「自殺照片刊登」，以及「不要簡化原因」與「不要報導自殺細節」。「六要」遵循比例明顯的上升，在「凸顯不用自殺的解決方法」，以及「提供求助專線與資源」，皆已大幅改善。另外，「和專家討論」，以及「報導危險指標和警訊」這兩項目前比較難符合世界衛生組織的標準。其他趨勢而言，過去一年「刊登在內頁」的符合率有很明顯降幅。四大報個別統計大致上與平均情況相似，「中國時報」整體大概有六成的符合率。其餘「六不」及「六要」遵循情況大致相同。

- 網路自殺新聞事件報導統計

網路為當今民眾消息最直接的來源，針對網路關注報導則數的趨勢，統計過去六年新聞，自由時報與蘋果日報以去年來講是報導則數是較多的，相對低的是中國時報，在過去七年報導則數都是相對低的。

- 教唆自殺網站監測與處置

國內 I-WIN 的網路內容防護機構，具備三大守護原則，「預防」為網路安全教育的推動。「守護」的部分為申訴違法網站，針對教唆自殺網站，如何透過申訴和通報來達到監護的效果。第三守則為「關懷社會」，針對網路安全的諮詢，I-WIN 從 2014 年建立網路監測以及舉報的流程機制，經過 I-WIN 的舉報後可促使有問題的網頁能夠及時的下架，透過全民的投入一同關心網路內容。中心也主動搜尋教唆自殺以及教導自殺的網站訊息，進行通報。除了向網站的官方電子信箱反應之外，亦會直接跟網頁系統平臺做檢舉，追蹤後續的情況做列管。截至 2016 年 6 月，針對中心的統計，整體檢舉的網頁則數高達 181 則，IP 的部分位於國內有 87 則，已經下架的有 74 則，下架率是 85%。針對國外的有 94 則，因受限於國際的法規還有國對國公權力的限制，

因此國外網站仍有部分較難移除，而後透過各種管道來作舉報，下架率約 54%。Google 搜尋關鍵字「自殺」，結果會主動跳出 1995 的相關訊息，此做法也與鄰近亞洲國家是一致的，如香港與新加坡還有南韓。其餘的國家像是美國的部分，除了有電話之外，也會有 online chat 的 icon 跳出來，民眾也可以直接從這個部分得到諮商服務。

- facebook 自殺防治合作

  facebook 的部分從 2015 年開始，全國自殺防治中心也 facebook 合作設立自殺防治頁面，提供世界各國的自殺防治熱線，與提供一些壓力紓解的秘訣。若發現不當的文字和圖可以檢舉，如私訊、直接提供本人協助與私訊通知第三方親友，或是通知 facebook。經過審查之後也會提供個案相關的資源。

- 媒體代表焦點團體成果分享

  今年的 6 月 2 號於全國自殺防治中心會議室舉辦「新聞媒體焦點座談會」，對象分別為平面媒體以及網路媒體。主題分別為「自殺新聞的產出」，以及「如何正確報導」，與「自殺新聞的標題」。在六不六要守則裡，希望標題不要出現在頭版頭條。自殺新聞是否報導，決定因素如「新聞能見度」，「曝光度」、「獨家」，媒體長官主導，以及記者傾向撰寫與否。此外，媒體營運的模式平面、網路、電視，對於自殺新聞的報導與否皆有不同的看法。在刊登照片、遺書，或是簡化原因這部分，媒體需要有較具體之規範，尤其是照片這一部分，若不刊登是否其他素材替代，那第三個就是刊登內頁而非頭版，某些符合率比較低的幾個媒體，是否在照片有特殊的考量，網路的定錨效應，為爭取民眾瀏覽量以及新聞曝光度，造成網路新聞標題之「定錨效應」。而新聞播報與否決定權歸屬於媒體內部長官，並非由撰寫新聞之記者決定。另外，「不要簡化自殺的原因」此部分會因記者本身負責專業而有所區別，社會線記者與醫療線記者著墨之處會有所不同，醫療線記者主要為事後分析的部分。且篇幅與版面也是簡化自殺原因之一。「刊登內頁而非頭版」此規則需取決於此則新聞之吸引力，如名人自殺，亦或媒體內部長官認為需加以大幅報導，皆會影響新聞刊登之版面。

b. 專題報告二：媒體與自殺防治

a) 主講人：臺北市立聯合醫院松德院區陳映燁醫師

b) 摘要：

- 基本原則「六不六要」以外，需注意隱私以及高危險族群的反應。第二點其實媒體其實有在做促進健康的責任與能力，再來是媒體記者自己的健康。保護隱私部份，最基本原則是 DO NO HARM，希望可以減少傷害。要尊重隱私，包括剛剛相片的部分都是隱私權的部分。盡量不要把他們的群體標籤化。
- 請媒體盡量不要把某個地方標籤化。第一線媒體工作人員較易接觸高危險群，可協助擔當自殺防治守門人，及時發揮「一問、二應、三轉介」。基本上不用給建議，傾聽即可，隨後給予求助中心的電話，轉介至鄰精神相關單位、心理衛生相關單位。另外自己的健康，如果記者朋友身心照料的很健康的話，其實就會更注意這些議題。
- 具體報導手法：「標題的選擇跟編輯」部份，基本上自殺跟公眾利益的相關性通常不會那麼大，因此可否不如此醒目。尤其名人自殺的部分。盡量不要美化這些新聞。因為名人自殺大家比較會去仿效。那種心情就是：你這麼厲害你都自殺，那我這種小民活著幹麻。這種情緒會更為明顯。
- 避免將自殺的方法，或是單一的自殺原因放在標題，尤其是新自殺方法。另外，不要建立連結表。臺灣女星楊又穎也是使用氦氣，且標題使用「氦氣自殺」，那時候也是有跟媒體朋友講說，是不是可以把他下架，所以有很多新聞被下架。這個是在講連結圖的部分。大家很認真的去找相關的新聞把它連結，會產生的問題是：這些光鮮亮麗的人都可以自殺，那我活著幹嘛？非常明顯的是當時臺灣四年有五個藝人喪生，報導有寫出他們的問題。民眾會覺得原來這麼多人都這樣，當收聽者從眾性很強，就覺得大家都這樣，沒有什麼不可以。才會提出盡量不要做連結圖。基本上，會希望新的方法都不要放頭版，如果真的要寫就放內文。
- 針對 1998 年到 2002 年做質性的分析。1998 年到 2002 年網路並無如此普及，仍是傳統報紙時代。媒體主要管道還是報紙跟電視。那時的報紙是以中國時報、聯合報為主，有自由時報。分析起來當時報導非常符合規範，根本完全沒有名人自殺的報導，也沒有頭版的報導。每個版面報的都非常非常小，但是比較不好的是有一半的報導把自殺方法放在標題。很少報導放照片，只有百分之四點七。1998 到 2002

那個時候很容易就符合標準的。在臺灣我們分析 2009 年的資料，大概每十個自殺死亡會有一個被報。臺灣報導的強度是比一些澳洲、美國、奧地利還高。他們是一百個自殺會有一個到兩個報，而臺灣則低於香港。香港約 20%自殺被報導。臺灣是第二名。

- 自殺報導第一個階段 1999 年到 2000 年。起初燒炭眾人並不了解，還需多加解釋何為燒炭。現在大家都知道是一氧化碳中毒。直到 2000 年後大家都了解燒炭自殺，不用特別描述。2001 年之後，提燒炭根本連自殺這兩個字都不用講。所以之前我們有一個許家玉醫師在英國做的一個研究，是「炭」的文化意涵。他訪問了幾個英國人，炭全部都被連結到烤肉。可是所有的臺灣學生都說自殺。所以炭在我們的文化意涵，在這十幾年來已經突然從烤肉變自殺。
- 後續階段就是開始仔細的描述自殺的場景。那是從 2011 年的時候才開始，因後期民眾接瞭解何謂「燒炭」，進而描述場景。2001 的報導就開始寫：現場門窗緊閉、門縫塞了毛巾，方法相當仔細，以及描述過程、門窗封緊。
- 2002 年開始加強與親近的人相約自沙，文句都寫得很漂亮，比方說情侶投宿旅館、燃炭自盡，疑事業愛情不順、皆復黃泉，這很美。炭進心灰，母子自殺一死一昏迷。使用很多形容詞，場景栩栩如生，覺得有一些情感的東西在裡面。類似情境的人情緒會因此被挑動，會想模仿此模式。
- 網路部分。有發現會談的幾個病人，會上網找相關資訊。因為網路的資訊會留得比較久。另外閱讀訊息通常為第一頁，因此第一頁最重要。如果可以盡量不要放在第一頁，盡量首頁不要推薦。聯結的部分盡量聯結到求助網站。文章末端相關連結新聞部分，如果可以把它弄成聯結是一個求助網站。

(3) 經驗分享與綜合討論

a. 講者：中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會沈文慈自律委員

公會針對所有的電視臺有線電視監控新聞自律。自殺的新聞在公會裡面它就算是一個自律的新聞的一個要求，針對自殺的部分有一些自律的規範。公會裡面來講就是有五不，除了把世界衛生組織的六不六要那在裡面之外，另有四項：第一為不做自殺新聞的報導。第二個，相關大眾的新聞，會針對事件作分析。公會希望能夠減少自殺新聞的報導，避免模仿效應產生。另有 LINE 的群組，在發現不符合規定的新聞，會通知同步通知所有電視臺的主管，與編輯臺、採訪中心，群組中約有 52 位同

業。這52位同業都會收到來自於公會的主委,討論如何處理相關新聞等。第三項自殺新聞的保護隱私。除了來自警方的各個資訊之外，我們還會力勸各個電視臺不要透過醫院或者是去騷擾家人、也不要在醫院做一些侵入的訪問。其實公會本身是要求各家電視臺的標題不能出現上吊、割腕、跳樓這六個字都不能出現。現今電視臺新聞播報大多已遵循六不六要準則，且長官以及公會皆會互相督導，民眾也會透過 NCC 投訴，持續進步中。

b. 講者：臺灣記者協會李志德會長

不論何種職位皆有其本位主義需顧，因此會中所談之「六不六要」新聞準則,「六要」之準則讓新聞增添完整性,是可依循的。但在「六不」新聞準則，媒體朋友在播報新聞時難免有其執行之困難，如自殺防治為此次記者會之核心理念，但新聞播報時記者可能不同之新聞理念。其他公共議題及名人自殺，很難完全不去報導。另生命探討之價值的部分，如安樂死的議題，以及當臥軌自殺大量出現、以及最近有記者同事自殺等可能連接到公共議題的部分，關於自殺防治以及新聞價值這部分可能存在其灰色地帶，可再加以探討。

c. 講者：臺灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任

媒體皆常忙碌，面面俱到非常困難，但對於媒體的宣導以及提醒仍會讓媒體朋友在報導自殺相關新聞時會多加注意，卻也可能讓大原則的良性勸導變成對媒體之箝制。而目前最具影響力之媒體為網路媒體，對於新聞導向之監測以及關注提醒仍是相當重要的。

d. 講者：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

完全不刊登名人相關照片確有難處，但名人自殺實為一大議題，名人的照片不刊，民眾亦很容易搜尋至其照片，重點在於現今網路媒體快速地傳播,民眾在未經審核篩檢下隨即取得資訊,雖然民眾有知的權利，衡量倫理與報導詳細度間可以再討論，但仍建議媒體報導名人自殺相關新聞時，可先行檢視報導內容，切勿追求速度而報導過於詳細，讓民眾一目了然。

e. 講者：國立陽明大學陳映燁教授

名人自殺完全不刊登照片、不報導是完全不可能，與實務不符，但仍建議可以放大頭照，不要刊登自殺現場的照片，以避免變成熱點，照片、場景的選擇是媒體可以衡量的部分。針對死因的探討，切入的角度如從自殺後能解決所有事，會造成模仿效應，但原因如是畏罪自殺等，這種就較不會有模仿效應，因此提到安樂死、經濟不景氣等，也是切入

角度的問題，如探討生命意義、經濟、企業文化等問題，與從探討自殺本身切入角度就會不同，閱讀時所帶來的感受也會不同。

6)會後新聞露出(表 4.2.2)

表 4-2-2、新聞露出一欄表

日期	露出平台	標題
2016年6月18日	亞太日報	（港澳臺）台灣機構呼籲新聞媒體發揮自殺防治“守門人”
2016年6月18日	中華日報	輕生新聞報導 謹守6不6要
2016年6月18日	人民網	台湾机构呼吁新闻媒体发挥自杀防治“守门人”作用
2016年6月18日	新華網	台湾机构呼吁新闻媒体发挥自杀防治“守门人”作用
2016年6月18日	海峽之聲	台機構呼吁媒體發揮自殺防治“守門人”作用
2016年6月18日	yahoo行動版	報導新聞 須平衡中立
2016年6月18日	pchome新聞	報導新聞 須平衡中立 - 生活新聞
2016年6月18日	Hi-net新聞	報導新聞 須平衡中立-焦點
2016年6月18日	國際日報	臺灣機構呼籲新聞媒體發揮自殺防治“守門人”作用
2016年6月19日	數位網路報	媒體報導與自殺防治，新聞聯繫會議
2016年7月9日	健康醫療網	自殺報導「六不六要」 防治自殺人人有責

2. 結論

透過此次聯繫會議，希望讓所有與會者在自殺防治建立共同的核心價值，不管是報章或是雜誌，儘管大家都有不同的專業方位與角色定位，但共通的是人文關懷與角色基礎以及對生命的尊重，對於民眾利益的保障與已經受難者隱私的尊重，這就是我們傳統講的人文關懷。

除了關懷之外，如何將自殺新聞報導品質提升，除透過研究與數據的分析來提供專業的創新。更需配合數據的發展、科技的發展。媒體與醫療、專業人員、衛生等，各方面要網網相連，媒體與自殺防治同業之共同核心價值就是生命價值品質的保障，另一層面為生命安全的維護。期許未來心理衛生與媒體專業共同精進人文專業品質跟安全，提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。

五、 附件

4.2.1 新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治會後新聞稿

4.2.2 新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治手冊

社群網站 facebook 之運用與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

鑑於網際網路中社群網絡之發達，中心期望透過社群媒體來將珍愛生命理念多面向地推廣至各地方與各族群。各社群媒體中以 facebook(臉書)為最適合之平台，因為 facebook 可放置的字數較多，同時也是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 的粉絲專頁，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。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 月開始，近五年皆持續與 facebook 公司合作，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. 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) 中心針對於 facebook 上發表有關自殺意念訊息之個案，會進一步關懷，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」。每週一到週六於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，內容包含「自殺防治」(含心理健康之衛教宣導、守門人技巧、精神疾病去汙名化及自殺防治相關研究)、「拓展視野」(含引導思考及知識補

給)、「生活小品」(含溫馨及打氣小品)、「活動資訊分享」、「討論時間」等。

(2) 即時發布中心相關資訊，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關「知識補給」(含相關研究、拓展視野)、「活動分享」(包含中心訊息)。例如在年初南臺灣震災後發佈關於自我檢測憂鬱的衛教文章，以及 3 月 28 的青少年自殺防治記者會、5 月 8 日象山健走活動前後之宣傳與 9 月 4 日世界自殺防治記者會暨學術研討會等中心資訊。

(3) 依年度月份主題貼文規劃並於前一個月月底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：

(1) 去年 4 月 26 日因楊又穎自殺身亡之事件，facebook 公司與中心共同規劃關於網路霸凌和自殺防治的活動後，facebook 公司來信正式邀請與中心長期合作，並於 2015 年 9 月 12 日在西門町和信義區分別舉辦兩場實體活動，結束後 facebook 公司亦針對網路霸凌和網路自殺防治議題召開發表會。

(2) 目前若想自殺(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。除此之外，facebook 於其使用說明中即有提供臺灣自殺防治資源，信息內容包括中心網站網址、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，詳細內容請見執行成果。

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」(包含心理健康之衛教宣導、守門人技巧、精神疾病去汙名化及自殺防治相關研究)、「拓展視野」(包含引導思考及知識補充)、「生活小品」(溫馨及打氣小品)、「活動資訊分享」、「時事討論」等貼文，或針對時事議題發布相關之「關懷問候」及「中心訊息」，本年度持續辦理中，並於每週業務會議針對上周粉絲人數、貼文回響進行分析與討論，詳細內容請見以下過程紀錄。
2. 1 月 29 日及 1 月 30 日業務會議針對 2016 年年度貼文月主題規畫進行討

論，並分析粉絲專頁的瀏覽次數及討論貼文之頻率、排班等相關事宜。另外，亦針對 facebook 珍愛生命打氣網粉絲專頁活化事宜，提案討論。結論為請當月輪值之同仁於週一到週五每日兩篇及週六一篇的貼文，並考慮日後讓同仁自製心情溫度計短片上傳 Youtube 並放在打氣網，使打氣網更活潑。同日會議討論後，亦將當月主題修正為壓力調適(EX:家庭、職場、人際、課業等壓力面對)、春節聚合別離議題(老人獨居、親友相聚別離、未返鄉親人關心)。

3. 1 月 30 日於 facebook 訊息內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。
4. 2 月 5 日業務會議針對 2 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：本月主題為壓力調適，首先會提供相關的壓力量表來檢測自己是否處在高壓狀態，而後會加以介紹壓力對生活的影響，最後再介紹一些紓壓的小技巧。最終在生理與心理間取得的平衡，達成樂活生活、珍愛生命的理念。當日會議亦針對 facebook 珍愛生命打氣網粉絲專頁活化一案之「名人邀請」，提案討論擬邀請名單。
5. 2 月 19 日業務會議報告 facebook 粉絲專頁活化一案之「名人邀請」討論細節內容。後續與計畫主持人討論邀請函內容後，於次月開始進行信函邀請，並以電話持續追蹤聯繫。未來將持續討論及研究其他適合之邀約人選接續此案。
6. 2 月 19 日業務會議亦針對 3 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：三月為人際關係之維持與改善月，根據統計資料，情感/人際關係為自殺原因首位，因此，在農曆春節過後，眾人回歸工作崗位與學校開學，如何建立及維持關係，與同儕相處之正負面等相關議題發表。計畫主持人亦提供建議將過去熱門之貼文主題拍攝成微電影，以增加推廣粉絲專頁管道。
7. 3 月 18 日業務會議針對 4 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：四月為閱讀與心靈月， 眾所皆知閱讀為精神食糧，可以為思想及外在行為帶來正向的變化及成長；農曆春節過後，眾人又回到平常忙碌乏味的生活，如何藉由閒暇時的閱讀給自己增廣見聞及自我成長、探索書中桃花源以點綴生活及調適壓力等，是本月欲發表之相關議題。
8. 4 月 29 日業務會議針對 5 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：五月主題為「飲食健康吃」。現代人普遍工作忙碌、壓力大，「吃」往往是最佳減壓和發洩情緒的管道之一。但並非所有國人都知道，吃正確的食物，也能調整和改善情緒，吃出快樂、活力和健康。因此本月將發表相關議題，告訴大家多種正確的飲食觀念，藉以維持良好的身心狀況，進而降低自殺

的風險。

9. 5 月 27 日業務會議針對 6 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：六月主題為「自我成長」。在瞬息萬變的世代，新事物、新關係與新認知天天在發生，無所適從下，自我成長是唯一的應對方法。一般大眾所說的成長不外乎是為了學習技能以找到工作，近來許許多多的社會案件讓全國更加關心到內心裏面的成長。往往事件發生的導火點並不是不會，而是內心恐懼以及害怕下一階段。研究指出：「老人家，也能夠長出新的管記憶的神經細胞；表示，大腦提供了我們活到老學到老的神經機制。」因此，持續學習，使眼界更快過，韌性更強大，生命更充滿無限希望。本月將發表的相關議題為如何自我認知與了解、新(心關係)—信心建立與接受自己的不完美、終生學習情報、自我突破與挑戰。
10. 6 月 17 日業務會議針對 7 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：七月主題為「電影與人生的連結」。在現代人的生活中，因電視媒體、網路的發達，電影已不再是遙不可及。電影列為第八藝術，不止具備娛樂大眾之效果，亦常傳達許多人生啟發之概念，對觀眾而言，藉由觀賞電影抒壓外，亦能從片中角度獲得新的想法。電影為許多現代人抒壓方式之一，因此本月將提供相關電影介紹，在抒壓同時，也能認識到更多有關情緒、精神之議題。
11. 7 月 29 日業務會議針對 8 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：八月主題為「數位時代的影響」。在現代社會裡，隨處可見電腦、數位相機、智慧型手機等產品的使用，數位科技可以說是已經與現代人的生活密不可分了。從鉅觀來看，數位科技的發明往往會造成社會形態的改變；從微觀來看，數位科技對於現代人的日常生活與身心狀態的影響也非常大。因此，本月將提供數位科技的相關介紹，進一步認識到更多精神與情緒的重要議題。
12. 9 月 2 日業務會議針對 9 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：九月主題為「珍愛生命、希望無限」。每年的 9 月 10 日為國際自殺防治協會和世界衛生組織推動之「世界自殺防治日」，今年的主題為「聯繫、溝通與關懷」。希望能夠藉由這個特別的日子，鼓勵社會大眾多聯繫身旁親友，保持溝通，密切留意有自殺意念或自殺行為者，並關心近況、給予陪伴和支持。
13. 9 月 30 日業務會議針對 10 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：十月的主題為「長者關懷」。現今臺灣已是一個老年化的社會，而隨著年齡的增長，其自殺率亦有逐漸攀升的趨勢。因此，本月將著重在老年人心理健康促進，希望能增進老年人本身及其周遭親朋好友、照護者正確的心理健

康促進觀念。

14. 10 月 27 日業務會議針對 11 月份主題貼文規劃，提案討論，內容如下：十月份主題為「網路與生活」。由於現今社會，不論男女老幼，大家的生活都與網路有著密不可分的關聯，因此聰明地運用網路之便利性，而不成為它的奴隸，是值得我們一同探討的話題。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至 11 月之統計如下：

(1) 各月份貼文主題詳見下表 4.3.1：

表 4-3-1、2016 年度各月份貼文主題列表

月份	主題	月份	主題
一月	新年新希望	七月	電影與人生的連結
二月	壓力調適、春節聚合別離議題	八月	數位時代的影響
三月	人際關係之維持與改善	九月	珍愛生命、希望無限
四月	閱讀與心靈	十月	長者關懷
五月	飲食健康吃	十一月	網路與生活
六月	自我成長	十二月	迎向希望

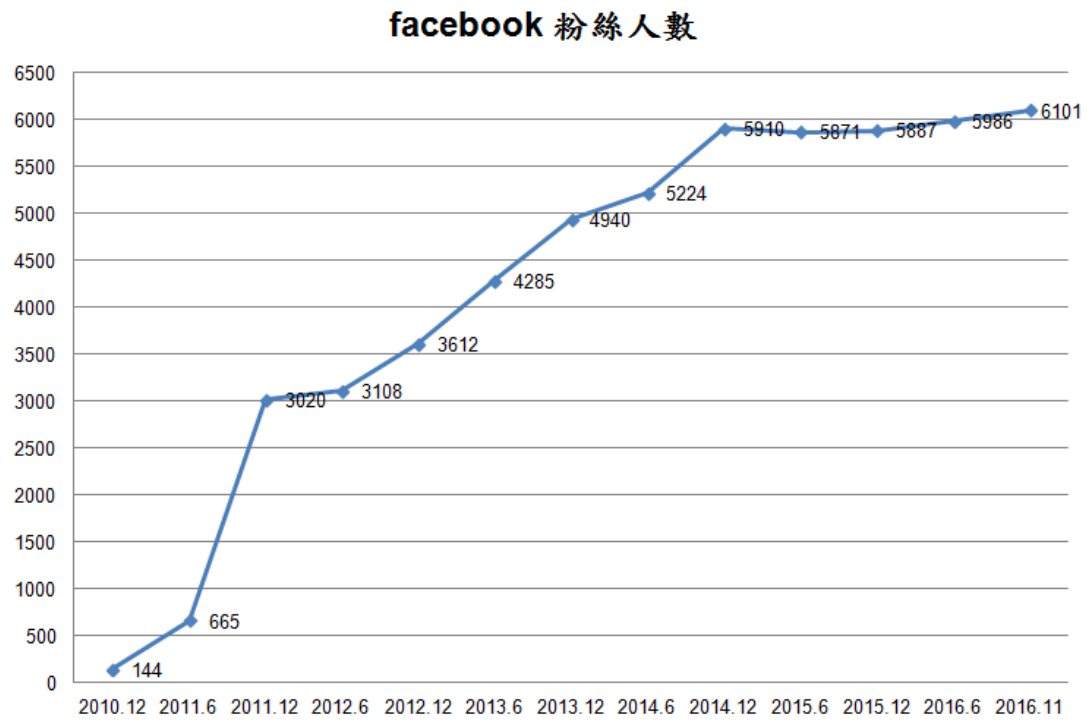


圖 4-3-1、粉絲人數變化圖

(2) 自 2010 年 10 月成立以來，至 2016 年 11 月 3 日粉絲人數共有 6,101，各月粉絲人數變化如圖 4.3.1。

(3) 今年截至 10 月 31 日共發布 467 則貼文，共獲得 8,598 個讚、1,357 人次留言及公開公開轉載、瀏覽人次為 336,110，約為去年瀏覽人次(84,811)的 4 倍(因 11 月尚未結束，故僅統計到 10 月 31 日)。數據詳見表 4.3.2。

表 4-3-2、2016 年度各月份 facebook 貼文數據一覽表

月份	貼文篇數	按讚人數	公開分享及留言人數	粉絲頁上之瀏覽人數	平均每篇			粉絲團按讚總人數
					讚數	公開分享及留言人數	粉絲頁上之瀏覽人數	
1	44	1001	168	38885	22.8	3.8	883.8	+3
2	46	1171	170	51686	25.5	3.7	1163.6	+15※
3	49	853	139	36370	17.4	2.8	742.3	+32
4	42	700	109	32647	16.7	2.6	777.3	+14
5	50	714	159	32269	14.3	3.2	645.4	+14
6	42	832	147	29098	19.8	3.5	692.8	+17
7	49	813	127	33651	16.6	2.6	686.8	+15
8	54	1913	206	32101	35.4	3.8	594.5	+61
9	45	346	72	21221	7.7	1.6	471.6	+16
10	46	255	60	28182	5.5	1.3	612.7	+10
共	467	8598	1357	336110	18.4	2.9	719.7	+197

※今年 1 月 29 日中心內部會議討論 facebook 珍愛生命打氣網之活化策略及擬定貼文原則後。

2)持續與 facebook 公司合作：

(1) 臺灣 facebook 上自殺情事之處置，包含：

a.設立「自殺防治頁面」，內容提供世界各國自殺防治熱線部份(第一順位為中心網址、安心專線)，頁面中包含鼓勵主動對外求助及壓力抒解之秘訣。(https://www.facebook.com/help/suicideprevention)

b.親友舉報關懷之機制：發現有人張貼令人不安的照片，或是在動態更新上留下打算自殺的訊息，即可利用「自殺與暴力防制系統」，點擊「自殺內容通報」按鈕進行下列處置，內容如圖 4.3.2：

a) 以私訊方式，直接提供個案本人協助或支援。

b) 以私訊方式，通知第三方親友，一起共同關懷個案。

c) 通知 facebook 並經其審查後，立即提供個案相關資源。



圖 4-3-2、臺灣 facebook 上自殺情事之處置

(2) 美國 facebook 的舉報關懷機制：

a.舉報關懷項目和其它國家相仿之外，多出兩個選項，如下：

a) 和專業人士線上討論(chat with a trained helper)。

b) 撥打 Lifeline 專線。

b.被舉報關懷者，會收到的關懷選項，如下：

a) Talk with someone。

b) Contact a support service。

c) Get tips and support。

d) Skip this。

2. 結論

1)根據國外研究機構報告(Sysomos，2009)，facebook 平均粉絲人數約 4,600 人(北臺北家扶中心：3464 人/南臺北家扶中心：1645 人)，只有 4%的粉絲團人數超過一萬人，與一般社團相較，珍愛生命打氣網截至今年 11 月 3 日為止已超越平均水準，擁有 6,101 名粉絲。但也看到一些經營良好的公開社團或非營利組織之專頁(例如諮商輔導的心理天空，其成員有 7 千多位，並常常討論及交流資訊)，未來將參考其經營專頁之優點提案討論。

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。目前粉絲人數達到平均水準，未來將持續提高粉絲會員數，繼續研議提出方案。

3) facebook 於 2014 年年底開始推出粉絲專頁及貼文推廣之收費制度，未付費之專頁及其貼文曝光度明顯受到大幅影響，瀏覽人次也因此下降。
4) 有關貼文類型，以往最受歡迎的有打氣小語、關懷問候及溫馨小品，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；故今年開始，自殺防治(包含心理健康衛生教育及守門人相關知識技巧)之貼文大幅增加，並以適合大眾閱讀之文章方式分享，同類型貼文粉絲的反應比以往熱烈，按讚數與其他類型較為輕鬆之貼文相去不遠，甚至也會公開留言及分享，是較以往更為進步之處。
5) 每月固定貼文討論自殺相關新聞時事或議題，增進民眾自殺防治相關知能，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。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。
6) 臺灣目前網路霸凌的介入措施仍為少數，依然在發展階段，但針對傳統霸凌的措施在網路霸凌防治上也可有所協助；因此，自殺與網路霸凌之關連性，亦是政府需重視之處。也建議結合學校資源與各縣市政府其他單位一同合作，透過家庭、學校、社會及政府之共同努力，在日常生活中多留心他人的需求或異樣、適時傾聽對方的心聲及尊重個體間多樣性，才能達到降低網路霸凌及自殺的目的。

媒體互動、新聞監測及因應

一、 背景(Context)

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整理，以及重大新聞事件之適時回應，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，例如 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197：234-243)中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中正向的因應行為報導大。

因此，本中心依據 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。

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) 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) 實證應用及創新方案。

a.依據最新文獻建議及媒體焦點團體成果修訂世界衛生「媒體報導之六不六要」，整理出給記者「三不三要原則」及給編輯「二部二要員則」之自殺新聞報導原則指引。

b.依據實證研究成果製作「台灣媒體自殺事件報導指引」單張及行動電源。

c.推廣與發送上述之文宣品，增強與媒體同盟關係，並於 9 月 4 日世界自殺防治日發行。(詳圖 4.4.1 至圖 4.4.4)

d.成立「自殺事件報導諮詢 LINE 群組」增進媒體與專家之交流

三、 過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

1)「溫馨送暖迎新春 珍重生命年年好」春節新聞稿 。

(1) 於 2 月 5 日發布「溫馨送暖迎新春 珍重生命年年好」春節新聞稿，共有 5 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

農曆春節假期即將來臨，長達九天的假期又適逢寒假，在眾人忙碌於除舊佈新、親友重逢的愉快氛圍時，臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長與全國自殺防治中心李明濱主任共同呼籲，春節是闔家團聚的時刻，親友團聚所帶來的社會支持力量，是很重要的保護因子，卻也容易讓獨居、無法與親友相聚之民眾，因觸景傷情而產生憂鬱，甚至發生自傷或自殺的行為。在此提醒社會大眾關心無法返家或久未聯繫的親友，讓對方感受到關懷的溫暖，也讓離家在外的遊子能滿心溫暖、安心過年。

假期前後關心不落人後，持續關懷親友與長輩

李明濱主任表示，根據最新自殺通報數據顯示，2014 年自殺通報總數為 29,047 人次，其中占率最高之自殺原因為「情感、人際關係」(49.9%)，並以「家庭成員問題」17.6%、「感情因素」16.8%、「夫妻問題」15.4%等因素為前三名，由此可知，家庭關係及人際交流在自殺防治中極具重要性。尤其在團聚氣息濃厚的節日，更需要他人的關心與問候，此外，相聚過後的離別，更容易使人感到孤獨。

透過比較 2 月份(1,982 人次)、3 月份(2,400 人次)與 4 月份(2,454 人次)自殺通報人次，可發現年節後自殺通報人次上升。因此，除了過年期間對親朋好友的關心，在年後雖無法相聚在一起，亦可透過電話、信件和通訊軟體(facebook、line 等社群通訊軟體)等，與親朋好友保持聯繫，降低別離後所造成的失落感。相互關懷不分季節，從此刻開始做起。

春節期間，遵循醫囑不停藥

李明濱主任也特別提醒民眾，春節期間莫因歡愉的氣氛而自行停藥，特別提醒患有憂鬱症及焦慮症等服用精神科藥物者，更應持續遵照醫師指

示服藥，切勿因病情改善而自行停藥，若擅自停藥可能會造成戒斷現象，導致病情不穩定，更不利於疾病長期控制。

關懷長者，共同把關身心健康

以自殺通報數據分析，年齡層 65 歲以上之自殺首要原因「慢性化疾病問題」占 36.4%，其次為「家庭成員問題」(16%)。根據近幾年國內外研究資料調查顯示，獨居、年長者、喪偶等為高自殺風險族群，因此把關長輩之身心健康極為重要，除了年節期間持續關懷長者是否有依循處方籤用藥外，亦可多陪伴長輩聊天、散步或談心，表達身為晚輩的思念與關懷，不僅關心長者身體健康，也同時兼顧心理層面，達到身心靈全面性健康的目標。

守門人 3 步驟 持續關心及協助 避免憾事發生

呼籲大家珍愛生命，建立關懷文化，發揮守門人精神，只要 3 步驟「一問、二應、三轉介」以及心情溫度計測量心情溫度，關心自己及周遭親友的情緒困擾，若發現自己或親朋好友有憂鬱傾向或是自殺企圖，應盡快至相關醫療機構求助，評估身心的健康程度，適時紓壓。若民眾有心理相關問題需要諮詢，可撥打衛生福利部安心專線 0800-788-995(請幫幫 救救我)，春節期間服務民眾 24 小時不間斷，也可撥打生命線 1995、張老師 1980 等心理諮詢電話尋求協助。有效地利用身邊資源，協助自己及親友安渡難關，您也可以輕鬆成為珍愛生命守門人！

2) 日本核災五週年發布「災後心理重建 不可忽視」新聞稿。

(1) 3 月 11 日因應日本核災五週年發布「災後心理重建 不可忽視」新聞稿，共有 6 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

為因應明日 3 月 29 日青年節，社團法人臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於 2016 年 3 月 28 日(星期一)全國自殺防治中心會議室舉辦記者會，主題為「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」，此次記者會已圓滿落幕。

【自殺防治從你我做起】

全國自殺防治中心李明濱主任與吳佳儀副執行長表示，根據歷年十大死因資料顯示，自殺在青少年族群(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 2014 年國人十大死因中，自殺仍然居青少年

族群第二大死因，而後 2005 年至 2014 年，青少年自殺粗死亡率自每十萬人口 7.6 人降至 5.2 人(死亡人數由 264 人降至 162 人)，降幅近 30%，雖整體趨勢下降，但青少年的自殺防治策略仍不能因此停歇，需持續努力。

李明濱主任更指出，自 2015 年度全國自殺未遂通報個案資料可知，青少年(15-24 歲)自殺未遂通報人次為 4,389，其中女性被通報者為男性的 1.94 倍，若以自殺原因而言，青少年首要煩惱為「感情因素」(36.4%)，第二為「家庭成員問題」(17.8%)，第三原因為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(10.0%)，透過前三大自殺原因，顯示人際情感問題為青年族群最重要的心理衛生議題之一。

【網路依賴不自覺 唯有自察保健康】

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。

李明濱主任提到，目前中國大陸、日本、臺灣等都進行網路成癮之相關研究，根據全國自殺防治中心 2014 年的民意調查顯示，全國 15-19 歲的青少年有 6.02%(約 9 萬 4 千人)的人有網路成癮症狀，20-24 歲的青年中有 3.49%(約 5 萬 6 千人)的人有網路成癮症狀。這樣的結果表示年齡越低發生網路成癮的比例越高。

此外，從歷年民意調查資料更可得知，15-24 歲的青少年有情緒困擾者的比率每年略有消長，但是 2015 年為歷年來最低，全國僅有 4.2%(全臺約 13 萬人)的人有情緒困擾。在過去一周是否有自殺想法的問題上，也從 95 年有 4%(全臺 13 萬 6 千人)的人曾有過此想法降至 2015 年的 1.6%(全臺 5 萬人)的人有此想法。

網路的使用對於社會、心理或者是職業的功能皆有所影響，而這些青少年網路成癮者，經調查結果發現，有 21%的人在過去一周內曾有自殺的想法，有 27.3%的人有負向的情緒反應，經由統計分析的結果亦顯示失眠、憂鬱、自卑等與網路成癮更為相關。

【壓力管理要趁早 少年做起不嫌早】

當青少年面臨問題時，學習面對及因應壓力的技巧，是極為重要的人生課題。當青少年心中有無法承受的煩惱或壓力時，除尋求傾聽的對象如師長、親友，或是專業的諮商人員，勇敢訴說心中的憂愁，亦可多走出戶外，培養運動習慣，也是重要的紓壓管道。此外，善用心情溫度計，做好自我健康管理，透過自我檢測，一旦壓力超出個人可因應範圍時，立刻尋求適當的協助。在青少年時期即培養起良好的壓力管理技巧，對於步入中壯年及老年時期時，面臨各種壓力事件，能更有效的調適及抒解。

全國自殺防治中心吳佳儀副執行長指出，全球有 1/20 的青少年經歷過發展、情緒或行為上的問題，但透過教育，是可以建立青少年正確的心理健康促進觀，而藉由醫療，則可準確判斷其心理健康問題。此外，媒體具有教化及宣導正確觀念之影響力，更需留心報導對於青少年之影響。

幫助青少年強化其自殺保護因子，例如增加求助動機、具備壓力管理能力、培養認知彈性以提升可塑性等，或是營造具備支持性、引導性、安全性的環境以協助青少年度過不同的場合，如家庭、校園、職場、軍中等，能有效預防自殺行為的發生。而針對高風險青少年，更需盡早了解其自殺風險以利早期就醫、早期預防致命行為之發生。

最後，全國自殺防治中心李明濱主任再次提醒週遭親友師長，發揮 1 問 2 應 3 轉介的精神，多關心青少年的心理情緒，除針對有精神疾病或憂鬱症病史的孩子提供適時的精神醫療或心理諮商服務之外，希望未來能夠早期發現有憂鬱傾向者。青少年自殺防治唯有透過家庭、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，才能達到降低青少年自殺的可能性。

3)「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」記者會。

(1) 3 月 28 日於全國自殺防治中心會議室辦理「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」記者會，主持人為李明濱主任，主講人為吳佳儀副執行長，衛福部心口司諶立中司長共同與會，出席媒體共 15 家，會後新聞稿露出共 45 則，會議圓滿落幕。

(2) 新聞稿內容如下：

日本 311 海嘯與核災至今正滿五週年。災難雖已過去，但重大災難層出不窮，特別是針對倖存者與罹難者家屬而言，傷痛常常難以撫平。面對人世間的重大災難，如 921 大地震、SARS 風暴、八仙塵暴，及近期的臺南大地震，對於民眾可能造成不同程度的影響。

臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長與全國自殺防治中心李明濱主任表示，在重大災難後可能導致不同程度的壓力反應，對身心功能造成影響。當症狀及功能損害到達一定程度時，則可能出現某些精神疾患，而災難後最可能出現的創傷後疾患為「精神創傷後壓力症候群 posttraumatic stress disorder」(以下簡稱 PTSD)，此議題特別值得社會大眾關心。

李明濱主任表示，並非每個人在壓力事件過後都會出現 PTSD，這與個人對創傷壓力事件的主觀感受程度有關。PTSD 的病發原因往往受到多重因素影響，在重大災難後，罹難者可能面臨親友喪生、生理功能損傷以及經濟困難等諸多因素，都可能促成 PTSD。

一般而言，PTSD 依照症狀持續時間長短分為急性與慢性，可能在壓力事件過後不同時間出現症狀，當症狀持續時間短於三個月為「急性」，超過三個月為「慢性」；甚至可能在創傷事件過後半年才出現，此外，PTSD 其核心症狀包含下列三大類：(1)此創傷壓力事件經由夢境或回憶持續被再度體驗。(2)對創傷相關的刺激產生逃避反應及對一般的反應麻木。(3)高警覺性；上述症狀已造成人際社會功能的受損，而且持續一個月以上。PTSD 是可以透過藥物以及心理社會治療而被治癒的，當有症狀發生時，應儘快至精神科就診，以獲得最適當之全方位身心照護。

對於重大災難事件的發生，李明濱主任表示，重大事件過後產生壓力反應相當常見，但若在壓力事件過後有過度的反應，建議尋求醫療資源的協助，如至醫療診所精神科求診。另外，重大創傷事件之倖存者與目擊者，在災後心理復原歷程中，社會支持尤其重要，特別是親友與人際網絡的關懷，可協助有症狀者早期發現早期接受治療。在關心親友及自我身心健康時，可多加使用心情溫度計 APP 量表，盡早發現問題，並尋求適當的專業協助，一同度過災難後所帶來的傷痛。

4)「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」。

(1) 6 月 17 日於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」，主持人為李明濱主任，專題演講者為吳佳儀副執行長以及陳映燁醫師，與會人員共 36 人，出席媒體共 11 間，會後新聞稿露出共 10 則，會議圓滿落幕。

(2) 新聞稿內容如下：

臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於 2016 年 6 月 17 日(星期五)下午 14 時 00 分至下午 16 時 00 分，假臺大校友會館 4 樓會議室舉辦「新

聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」，主持人為全國自殺防治中心李明濱主任，衛生福利部心口司諶立中司長共同與會。透過自殺防治專家以及媒體先進共同交流，希冀能提升自殺相關新聞報導品質，此次會議已圓滿完成。

媒體為民眾資訊守門人

在資訊隨手可得之世代，各媒體百家爭鳴，新聞報導如何在群眾喜好與新聞價值中取得平衡，已然成為重要議題。

臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長與全國自殺防治中心李明濱主任根據世界衛生組織(WHO)對於自殺相關新聞報導提出「六不六要原則」原則，就十年來的實際資料以及專家學者經驗進行趨勢分析，提出在自殺新聞相關報導中，「六不」原則中「不要簡化自殺原因」及「不要刊登出照片或自殺遺書」較易被忽略(遵循比例分別為 31.59%及 28.37%)。而「六要」原則中「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。」則是較不易在新聞內容中提及(遵循比例分別為 26.76%及 37.42%)。因此，臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心透過新聞媒體焦點座談會，針對媒體報導自殺新聞之方式，與第一線媒體工作人員交流，了解第一線執行「六不六要」原則之困難，並同時與專家學者對談，將於會中分享成果。

全國自殺防治中心吳佳儀副執行長表示，由於媒體對民眾極具影響力，其中又以成年早期之成人與 24 歲以下青少年最易受到影響，媒體與學校、家庭、社會並列最具青少年影響力的前四名。而自殺新聞報導透過各管道媒體曝光，其報導之方式皆會對民眾造成正負面之影響，該如何在記者職責與報導中取得平衡，找回傳統之新聞價值，以更中立與可靠的方式報導新聞，為媒體人員重要之課題。

媒體新聞自律與自殺防治

儘管各家媒體對於報導新聞已立有規範，但在播報自殺相關新聞時，常因爭取優先曝光以及瀏覽量，忽略媒體可能對民眾造成之負面影響。對此，國立陽明大學陳映燁教授針對媒體與自殺防治，提供自殺新聞原則與報導建議。

報導自殺相關新聞時，對於新聞收聽者，需注意「保護隱私並顧及高危險族群的反應」及「促進大眾心理健康教育及預防自殺」。此外，對於媒體工作者，第一線人員長期暴露在工作場域，心理與生理皆需承受極大的

壓力，因此更需注意自身之心理健康。在報導建議部分，針對「標題選擇與編輯」、「報導內容」與「圖片及影像」以及「網路」層面各自提出具體建議。

中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會自律委員沈文慈表示，電視新聞目前已減少播報自殺相關新聞，公會也長時間監測各臺播報新聞時是否有依循相關規定，並且準確宣傳「六不六要」之新聞準則，電視臺在播報自殺相關新聞以及死亡新聞時並不搶快，更重視每個生命之價值允諾。近兩年來公會作了很多自殺新聞報導監測方面，公會皆有固定時間開會，進一步使用通訊軟體 LINE 會有群組，更會有內外部提醒與督促，民眾也可透過 NCC 舉報，檢視同業之間自殺相關新聞之報導，希望能夠給新聞收聽者更好的播報。

臺灣記者協會李志德會長表示不論何種職位皆有其本位主義需顧，因此會中所談之「六不六要」新聞準則，「六要」之準則讓新聞增添完整性，是可依循的。但在「六不」新聞準則，媒體朋友在播報新聞時難免有其執行之困難，如自殺防治為此次記者會之核心理念，但新聞播報時記者可能不同之新聞理念。其他公共議題及名人自殺，很難完全不去報導。另生命探討之價值的部分，如安樂死的議題，以及當臥軌自殺大量出現、以及最近有記者同事自殺等可能連接到公共議題的部分，關於自殺防治以及新聞價值這部分可能存在其灰色地帶，可再加以探討。

臺灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任表示，對於媒體而言因每日皆非常忙碌，要做到面面俱到非常困難，但對於媒體的宣導以及提醒仍會讓媒體朋友在報導自殺相關新聞時會多加注意，卻也可能讓大原則的良性勸導變成對媒體之箝制。而目前最具影響力之媒體為網路媒體，對於新聞導向之監測以及關注提醒仍是相當重要的。

全國自殺防治中心吳副執行長表示，完全不刊登名人相關照片確有難處，但名人自殺實為一大議題，名人的照片不刊，民眾亦很容易搜尋至其照片，重點在於現今網路媒體快速地傳播，民眾在未經審核篩檢下隨即取得資訊，雖然民眾有知的權利，衡量倫理與報導詳細度間可以再討論，但仍建議媒體報導名人自殺相關新聞時，可先行檢視報導內容，切勿追求速度而報導過於詳細，讓民眾一目了然。

國立陽明大學陳映燁教授表示，名人自殺完全不刊登照片、不報導是完全不可能，與實務不符，但仍建議可以放大頭照，不要刊登自殺現場的

照片，以避免變成熱點，照片、場景的選擇是媒體可以衡量的部分。針對死因的探討，切入的角度如從自殺後能解決所有事，會造成模仿效應，但原因如是畏罪自殺等，這種就較不會有模仿效應，因此提到安樂死、經濟不景氣等，也是切入角度的問題，如探討生命意義、經濟、企業文化等問題，與從探討自殺本身切入角度就會不同，閱讀時所帶來的感受也會不同。

全國自殺防治中心李明濱主任提醒「自殺防治，人人有責」，民調調查顯示 70%民眾認為親友若表示想自殺，自己能夠幫得上忙，但卻不知從何幫起，因此如何教導民眾以及如何辨識危險因子，透過「一問、二應、三轉介」，讓人人皆為自殺防治守門人。並希冀透過推廣 WHO 新聞報導「六不六要」之準則，在媒體工作之新聞理念與自殺防治理念中取得平衡，降低自殺新聞報導對民眾可能造成之負面影響，更加全面性推廣「珍愛生命，人人有責」之理念。

5)世界自殺防治日記者會「聯繫、溝通與關懷」。

(1) 9 月 4 日於台大醫院國際會議中心 301 演講廳(臺北市徐州路 2 號)辦理「世界自殺防治日記者會-聯繫、溝通與關懷」，由李大華先生主持會議，衛生福利部林奏延部長親臨，李明濱主任與龍佛衛理事長帶領，並邀請衛生福利部心口司諶立中司長、台灣精神醫學會賴德仁理事長、吳玉琴立法委員、新北市衛生局林奇宏局長、台灣憂鬱症防治協會廖士程理事長、國際生命線台灣總會張春玉理事長，分別揭開裝載聯繫、溝通與關懷的繽紛彩蛋李明濱主任與龍佛衛理事長帶領，並邀請衛生福利部心口司諶立中司長、台灣精神醫學會賴德仁理事長、吳玉琴立法委員、新北市衛生局林奇宏局長、台灣憂鬱症防治協會廖士程理事長、國際生命線台灣總會張春玉理事長，分別揭開裝載聯繫、溝通與關懷的繽紛彩蛋

(2) 當日與會貴賓共 31 位，出席媒體共 22 間，電視媒體 9 間、平面與網路媒體 12 間、廣播 1 間，會後新聞稿露出共 36 則，影視新聞 2 則。

(3) 會後新聞稿內容如下：

每年的 9 月 10 日為國際自殺防治協會(IASP)和世界衛生組織(WHO)共同推動之「世界自殺防治日」，今年的主題為「**聯繫、溝通與關懷**」。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心與國際接軌，結合國內心理衛生團體，於 9 月 4 日假台大醫院國際會議中心 301 會議室舉辦「自殺防治：聯繫、溝通與關懷」記者會，呼籲社會大眾多聯繫身旁親友，保持開放性的溝通，共同破除自殺的迷思並減少對自殺議題的汙名化，透過同理心傾聽但不批判，密切留意有自殺意念或自殺行為者，並關心近況、給予陪伴和支持。另外也舉辦「攝影徵稿活動」，邀請民眾透過攝影一同

分享令人感動、充滿生命力量的瞬間。同時並響應 IASP「單車繞世界」里程數累積活動，邀請民眾走出戶外，透過騎單車來促進身心健康，喚起民眾對自殺防治的關注，目前累積里程數已達 26,735 公里。

龍佛衛理事長表示：為呼應今年世界自殺防治日之主題，學會也邀請諸位自殺防治領域的專家學者參與學術研討會，分享當代自殺防治的重要議題與策略。

全國自殺防治中心主任李明濱表示：本年度主題為「聯繫、溝通與關懷」，是中心歷年以來的核心思想。自殺為全球性之問題，每年約有 80 萬人自殺身亡，平均每 40 秒就有一人死於自殺。每 2 至 4 秒就有一個人企圖自殺。台灣地區在 95 年時每 1.9 小時就有一個人自殺，104 年已延緩為每 2.4 小時有一人自殺，經過大家 11 年間的共同努力，已將時間延長 30 分鐘，顯示出珍愛生命分秒必爭。另外，今年度中心針對全國 15 歲以上民眾進行抽樣電話調查，透過心情溫度計(BSRS-5)檢測民眾心理健康，發現有 6.2%民眾有情緒困擾問題，推估台灣約有 122.8 萬人有情緒困擾，較去年調查結果為低，但其中只有 22.2%到醫療院所求助，顯示需多加強教育宣導與單位連結，增加民眾求助意願，強化宣導人人皆可為自殺防治守門人。政府於 94 年成立全國自殺防治中心推動全國之自殺防治，將邁入第十一年，在政府與民間合作下，近幾年已見成效，但自殺防治工作仍不可懈怠，須全民繼續努力投入及政策的支持，並呼籲政府通過自殺防治法，期望能夠重啟行政院跨部會會報，持續連結各單位溝通橋梁。

邁入十一年 持續聯繫 溝通關懷

全國自殺防治中心李明濱主任表示：台灣的自殺死亡率自 96 年以來逐漸下降，並於 99 年首度退出國人十大死因，近六年來都維持在十大死因排名之外，而 104 年自殺死亡人數計 3,675 人，粗死亡率每十萬人口 15.7 人，若與自殺死亡人數最高的 95 年相比，一共減少 731 人(降低 16.6%)。

衛生福利部林奏延部長表示：去年自殺死亡共 3,675 位，比 103 年增加，有許多原因，例如國際經濟、天災、疏離感、人口老化等，未來希望能針對高風險個案再次訪視與評估，持續串連精神照護與自殺防治系統，並促進老人族群心理健康，並透過跨部會合作，降低農藥與燒炭自殺問題，共同為台灣的自殺防治努力。

衛生福利部心口司謝立中司長表示：自殺防治需因地制宜，今年委由中心至全國各縣市衛生局輔導訪視。另外，我們需特別關懷弱勢族

群，給予支持與陪伴。此次「聯繫、溝通與關懷」之主題塑造出自殺防治的核心，看到眾多政府與民間單位出席並表示支持，更加感佩自殺防治各領域夥伴的付出。

立法院吳玉琴委員表示：不同年齡層會需要處理不同議題，特別是老年人自殺問題，雖有逐年下降的趨勢，但地方人力不足仍需各單位網絡共同互助與努力，期望立法院能協助促成各部會的橫向聯繫。

媒體報導新指引 台媒之三不三要

媒體在自殺防治上扮演重要角色，明確的自殺報導方式顯示與自殺率之「高峰」相關，但描寫個案努力渡過自殺危機的報導則被認為具保護因子的作用。國際自殺防治協會跟世界衛生組織都已訂定媒體報導六不六要建議，並提供給媒體相關人員，以協助他們正確報導自殺相關新聞。

全國自殺防治中心今年度特別調查民眾對於自殺事件新聞報導之感受，結果顯示民眾覺得電視或報章媒體報導自殺事件時不應該出現「自殺照片/畫面」占 93%、不應出現「當事人資料」(91%)、報導「自殺方式」(84%)、「遺書」(75%)、描述「自殺地點」(73%)及「親友感受」(63%)等內容。

有鑑於此，全國自殺防治中心參考焦點團體成果及各國文獻，將報導守則在地化，就記者報導而言，提出簡明扼要的「自殺新聞報導三不三要」。「三不」分別為：不要聳動化報導、不要描述自殺方法與地點、不要簡化或臆測自殺原因;「三要」為：要避免使用「自殺成功」或「自殺流行」等用詞、要報導自殺警訊與求助資源、要與專家討論。中心並成立「自殺事件報導諮詢群組」(LINE ID:tspc-media)，期許台灣媒體一同為自殺防治努力，並帶給民眾更優質的報導。

最後，呼應今年度「聯繫、溝通與關懷」之主題，李明濱主任再次呼籲只要多一份關心，多用一點心聆聽，對發出自殺警訊的人伸出援手，人人都可以成為珍愛生命守門人。本次記者會特別感謝 1111 人力銀行及憂鬱症防治聯盟等團體協助辦理，亞洲植睫協會公益贊助。

2. 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)如遇不符合 WHO「六不六要」規則之自殺新聞報導，中心皆會進行不當新聞投書，透過中心內部機制與媒體因應小組討論外，投書至播報單位勸導將該則新聞下架。

5)「台灣媒體自殺事件報導指引」

(1) 中心於本年度於新聞媒體聯繫會議辦理媒體焦點團體，參考焦點團體成果及各國文獻，簡化世界衛生組織訂定之「媒體報導六不六要」建議，將報導守則在地化，由全國自殺防治中心媒體因應小組李明濱主任、吳佳儀副執行長、楊聰財醫師等共同研擬新版本之「台灣媒體自殺事件報導指引」單張，並於世界自殺防治日當日發送推廣，及分別針對記者與編輯提出簡明扼要的「三不三要」與「二不二要」，另製作行動電源於當日發送出席之媒體。

(2) 7 月 22 日匯整與分析國內外各類媒體報導「六不六要」指引。

(3) 7 月 28 日製作台灣媒體自殺事件報導指引初稿。

(4) 8 月 2 日進行排版與初稿定稿。

(5) 8 月 18 日行動電源文字初稿定稿，進行排版。

(6) 8 月 23 日行動電源圖文排版初稿定稿。

(7) 8 月 24 日行動電源圖文排版定稿進入印刷。

(8) 8 月 25 日媒體自殺事件報導指引單張定稿。

(9) 11 月 14 日參與媒體報導規範與自律座談會。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)記者會／新聞發布

(1) 共辦理 3 場記者會，分別為：「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」記者會、「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」、世界自殺防治日記者會「聯繫、溝通與關懷」。

(2) 共發布 5 篇新聞稿，分別為「溫馨送暖迎新春 珍重生命年年好」春節新聞稿、日本核災五週年發布「災後心理重建 不可忽視」新聞稿、「青少年自殺防治－陪伴青少年走過生命幽谷」記者會新聞稿、「新聞媒體聯繫會議－媒體報導與自殺防治」新聞稿、世界自殺防治日記者會「聯繫、溝通與關懷」新聞稿，總計共 102 則媒體露出相關報導。

2) 焦點團體／專家意見交流

(1) 共辦理 2 場媒體焦點從業人員焦點團體，分別為平面及網路焦點團體

3)「台灣媒體自殺事件報導指引」單張與行動電源

(1) 台灣媒體自殺事件報導指引單張如圖 4.4.1、4.4.2。



圖 4-4-1、台灣媒體自殺事件報導指引(正面)

自殺事件報導範例說明



1. 避免置自殺新聞於頭版
2. 照片刊登宜小心，避免刊遺書或逝者照片
3. 要報導自殺警訊與求助資源。可附帶最新醫療進展，補充憂鬱症或其他精神疾病是可治療之訊息
4. 標題勿寫出「自殺」字眼
5. 勿引用警方言論或臆測自殺原因
6. 避免形容自殺無預警
7. 要與專家密切討論

請常提及破除「自殺迷思」

1. 有憂鬱症的人，並非一定會自殺。
2. 談論自殺不一定會讓本來不想自殺的人，變得想自殺。
3. 會說想自殺的人，極可能真的會自殺。
4. 高度自殺風險者心情變好之後，自殺危機不一定可以解除。
5. 想自殺的人一定會尋求某些幫助。
6. 自殺行為通常不會突然發生，宜提早辨識預防。
7. 接受精神藥物治療後，自殺風險不一定會降低。
8. 不是只有專業的心理治療者，才能有效地處理自殺問題。
9. 有自殺意圖的人，不一定會對任何協助行動都感到憤怒。
10. 人若真想要自殺，不一定無法阻止。

請常宣導憂鬱症治療資訊

1. 傳遞「憂鬱症是可以治療的」之訊息。
2. 配合精神科醫師的指示將可促進憂鬱症痊癒。
3. 精神科不僅治療憂鬱症，尚提供壓力管理與心理健康促進的技巧。
4. 精神疾病除了憂鬱症，還包括許多其他可能導致自殺風險的疾病，例如思覺失調症、躁鬱症等。
5. 勇於求助於精神科及心理健康服務資源，必能找到解決問題的方法。
6. 請洽詢各縣市住家附近的心理衛生中心，精神科/心身科醫療服務及心理諮商服務，以幫助您緩解心理困擾。
7. 需要傾聽時請打：安心專線0800788995
   張老師1980
   生命線1995

請常提及自殺警訊

1. 突然轉送重要物品或立遺囑
2. 飲食或睡眠突然改變
3. 強烈感受到孤獨、無助、無望
4. 透露自殺意念或自殺計畫
5. 反覆提到死亡或自殺
6. 異常憂鬱、心情低落或緊張
7. 易怒、悲觀、人格改變
8. 自責
9. 憎恨
10. 無價值感

圖 4-4-2、台灣媒體自殺事件報導指引(背面)

(2) 台灣媒體自殺事件報導指引「三不三要」與「二不二要」行動電源設計內容如圖 4.4.3、圖 4.4.4。



4-4-3、「台灣媒體自殺事件報導指引」行動電源設計(正面)



圖 4-4-4、「台灣媒體自殺事件報導指引」行動電源設計(背面)

4)媒體監測：

(1) 網路四大報自殺新聞摘要，1 月至 10 月共製作 928 篇自殺新聞摘要，分析結果如表 4.4.1：

a.報導個案自殺結果：死亡個案共 473 位、未遂個案 350 位、自殺意念共 63 位、不詳共 42 位。

b.報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因排除「其他」，自殺死亡前三項自殺結果排名分別為：久病不癒、憂鬱症病史以及、男女感情因素。自殺未遂者自殺原因前三名分別為：男女感因素、精神疾病、夫妻問題。如表 4.4.2。

c.報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式排除「其他」，自殺死亡自殺

方式排行前三項分別為：高處墜落、燒炭自殺、投水溺水自殺。另外，自殺未遂者自殺方式前三名分別為：高處墜落、投水溺水自殺、利器自伐。如表 4.4.3。

表 4-4-1、報導個案自殺類型統計表

自殺結果	個人自殺	相約自殺	殺人後自殺	殺家人後自殺	其他
死亡(n=473)	417(88.2%)	33(7%)	11(2.3%)	7(1.5%)	5(1.1%)
未遂(n=350)	320(91.4%)	13(3.7%)	8(2.3%)	6(1.7%)	3(0.9%)

表 4-4-2、新聞報導個案自殺原因前三項排序(不含其他)

自殺結果	自殺原因前三項		
	第一項	第二項	第三項
死亡	久病不癒	憂鬱症病史	男女感情因素
(n=473)	82 (17.3%)	66 (14%)	42 (8.9%)
未遂	男女感情因素	精神疾病	夫妻問題
(n=350)	65 (18.6%)	43 (12.3%)	37 (10.6%)

表 4-4-3、新聞報導個案自殺方式前三項排序(不含其他)

自殺結果	自殺方式前三項		
	第一項	第二項	第三項
死亡	高處墜落	燒炭自殺	投水溺水自殺
(n=473)	125 (72.3%)	94 (19.9%)	83 (17.5%)
未遂	高處墜落	投水溺水自殺	利器自戕
(n=350)	91 (26%)	54 (15.4%)	53 (15.1%)

(2) 網路新聞自殺相關新聞報導截至 10 月為止，共 44 週，平均每週有 21 則自殺新聞，1 到 10 月四大報網路自殺新聞報導趨勢如圖 4.4.5。

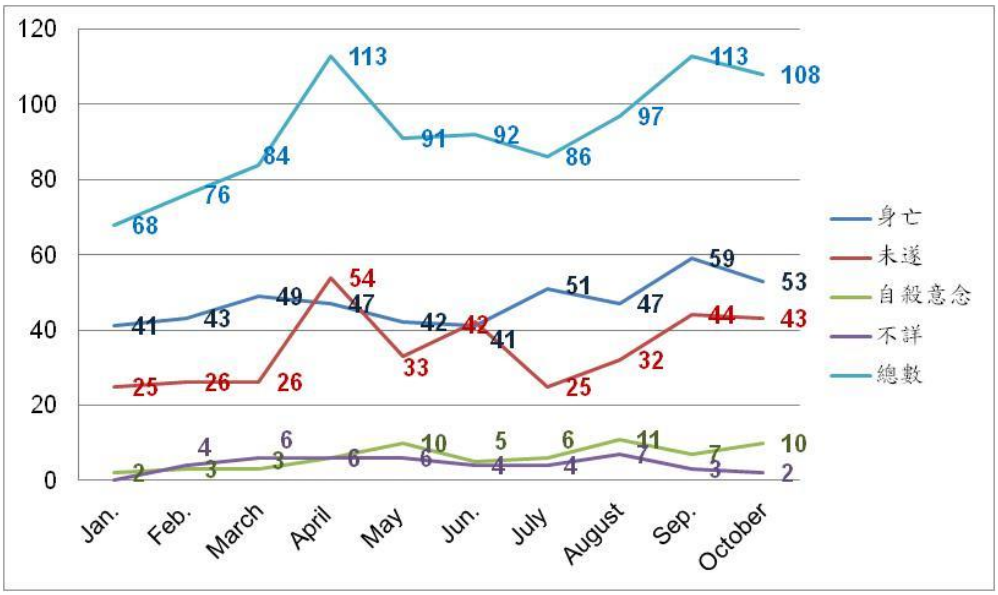


圖 4-4-5、四大報網路自殺新聞報導趨勢

a.報導網路新聞報導比例以有自殺行為者居多，本年度截至 10 月止，4 月以及 9 月份自殺新聞被報導之則數最高，共有 113 人報導，1 月報導則數最低，共有 68 人被報導。

b.自殺新聞報導中，以報導死亡個案比例最高，自殺未遂者次之，自殺未遂者被報導人數於 4 月份達到高峰。而自殺意念及自殺結果不詳者則持平，被報導自殺意念者每個月份不多於 10 則。

(3) 統計 2010 年至 2016 年四大報網路自殺新聞報導個案比例 4.4.6。

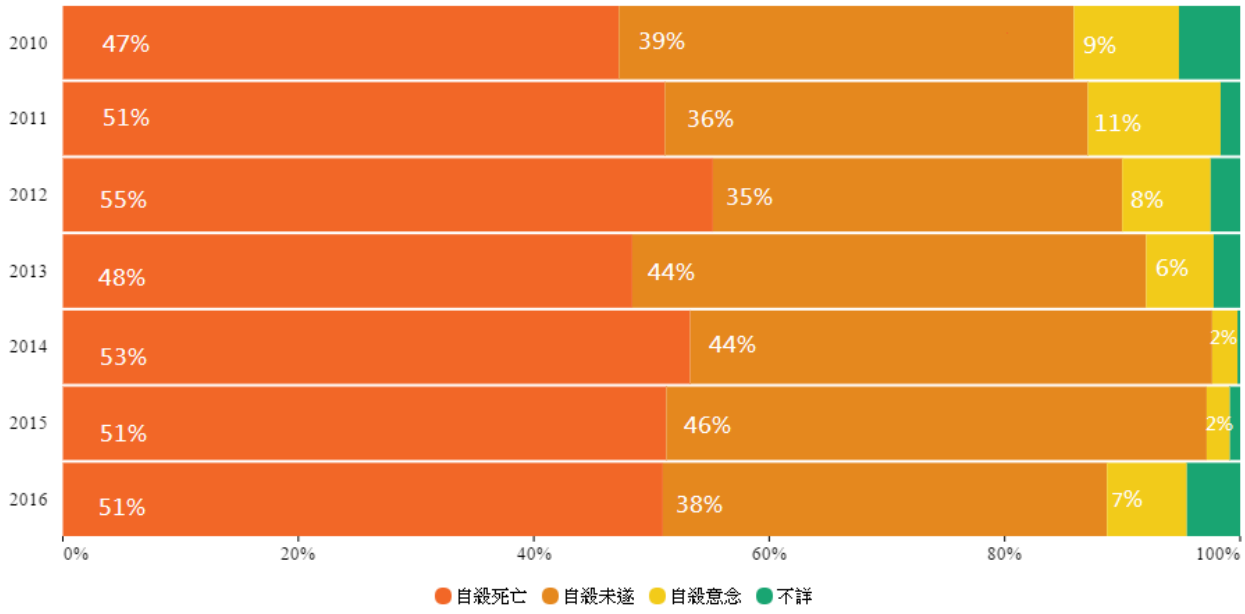


圖 4-4-6、四大報網路自殺新聞報導個案比例

a.整體而言四大報網路報導皆以報導自殺死亡為最大宗，歷年幾乎都占整

體自殺新聞報導則數 50%，而自殺未遂新聞次之，皆在 40%上下浮動，而自殺意念與自殺結果不詳多低於 10%。

b.綜觀 2010 年至 2016 年，自殺未遂欣聞報導以 2015、2014、2013 比例較高，約占整理自殺新聞報導比例 45%。

c.綜觀 2010 年至 2016 年，自殺意念新聞以 2011 年報導比例最高為 11%，而 2014 年與 2015 年報導自殺意念新聞比例最低，皆為 2%。

(4) 四大報之網路新聞監測截至 10 月 31 日止，中心持續監測網路與平面自殺相關之新聞，皆於當日搜尋當日自殺報導相關新聞，發現有違反世界衛生組織「六不六要」情形後聯繫中心媒體因應小組，並連繫發行媒體，已進行投書 4 則網路新聞，其不符合規定之圖片與影片皆已下架。

(5) 持續進行 2016 年自殺新聞資料蒐集，截至 10 月 28 日止，四大報共 327 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 4.4.2)結果簡述如下：

a.整體而言，相較於去年在媒體自殺事件報導「六不」原則中，除「不要報導自殺細節」此項原則遵守情況有下降趨勢以外，其餘自殺新聞報導原則遵守情形皆有改善。(如圖 4.4.7、平面媒體四大報「六不」遵守情形)

b.整體而言，相較於去年在媒體自殺事件報導「六要」原則中，除使用「自殺身亡而非自殺成功」以及「與專家討論」遵守情況些微下降外，其餘遵守情況趨勢皆有改善。(如圖 4.4.8、平面媒體四大報「六不」遵守情形)

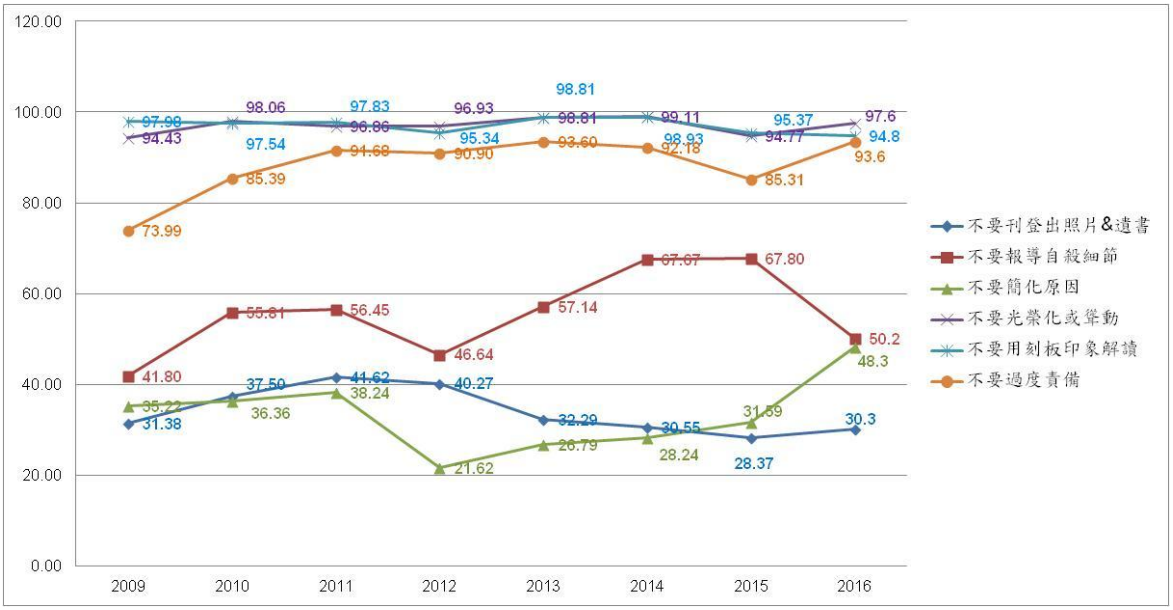


圖 4-4-7、平面媒體四大報「六不」遵守情形

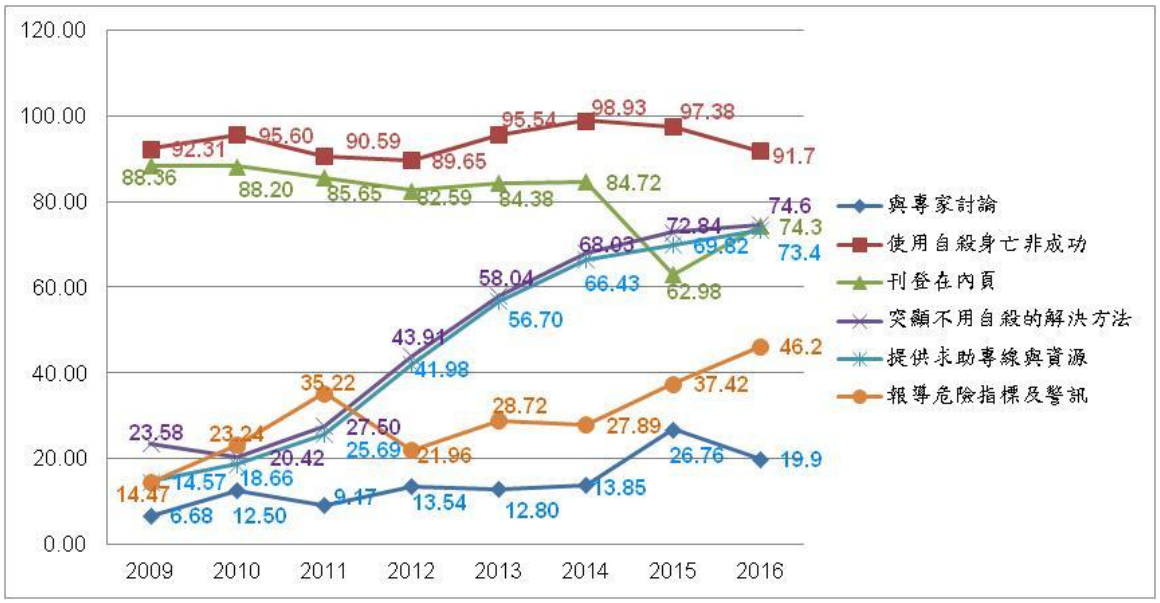


圖 4-4-8、平面媒體四大報「六要」遵守情形

c. 近三年持續有進步之報導原則為「不要簡化自殺的原因」、「不要將自殺光榮化或聳動化」、「提供危險指標與警訊」、「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」。

d. 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。

e. 符合程度偏低，較需要改善的報導原則為「不要簡化自殺的原因」、「不要刊登出照片或自殺遺書」、「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」。

5) 媒體報導規範與自律座談會

(1) 衛生福利部心理及口腔健康司心理健康促進科於 11 月 14 日（星期一）於八大電視會議室辦理媒體報導規範與自律座談會，對象分別為電視及網路媒體、平面及網路媒體以及邀請中心出席醫療專家及學者共同與會討論。

(2) 電視及網路媒體座談會出席：TVBS 新聞台詹淑宜、TVBS 新聞網阮淑祥、三立新聞台高明慧、三立新聞網藍宜楨、八大新聞台潘祖蔭、台視新聞台劉孟竹、民視新聞台蔡煌元、Nownews 新聞網王志堅、壹電視陳雅琳、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、林俞均專員、台灣自殺防治學會楊聰財理事、衛生福利部心口司謎立中司長、詹金月科長、廖晃聖替代役、張冠偉專員。

(3)電視及網路媒體座談會內容整理如下：

a.台視新聞

a) 台視新聞台幾乎不報導自殺新聞，如前陣子紅衣女飯店自殺，飯店人員前往處理巧遇跳電等的新聞相當繪聲繪影，其他間電視多有進行報導，台視新聞台仍然選擇不報導。

b) 若與社會議題有所關連，會以關懷社會的出發點來報導，藉以提供受聽者關心社會議題以及給予其他弱勢者解決問題的方式。

b.八大新聞台

a) 碰到名人自殺，這部份仍無法迴避會進行報導，因這是公眾所關心的議題。

b) 若為一般民眾輕生，幾乎不報導。

c) 但若自殺新聞與家庭、社會有關連，如一家三口或是四口輕生，會以探討社會邊緣家庭的報導方式。

d) 建議：若衛福部心口司能提供報導正向例子報導方式給予媒體，也是很好的方向，如困境家庭如何走出逆境。

c.三立新聞台

a) 自殺新聞當事人若是未成年近乎完全不報導。

b) 但若未成年牽涉到社會議題可能會予以報導，與社會時事連結之自殺新聞，因為新聞報導主要是反映社會現象，讓社會大眾了解社會趨勢與情形。如近期疑似與網路霸凌有關的紅衣女自殺新聞，就會透過此探討網路霸凌現象等。

c) 新聞報導已盡量避免「自殺」等用字。

d.三立新聞網

a) 歸納自殺新聞被報導的類別，大致上可以分為經濟、感情、職場、網路這幾個方面。若當事人是因職場的因素輕生，會以實事求是的精神去探究背後的原因加以報導。針對網路霸凌相關的自殺當事者，電視臺的立場會更傾向於報導提供給這些社會上弱勢者的幫助。

e.TVBS 新聞網

a) 涉及公共利益時仍會報導，仍有規範加以自律，自律剛要的規範等，電視台因自律綱要規範已很少報導自殺相關新聞。

b) 但若是牽涉到兒少，會以當事人的最佳利益為主，不讓 TVBS 程為二次加害者。

c) 目前電視臺很少報導自殺新聞，但網路新聞反而比較是帶領自殺新聞的趨勢，有時候會因此猶豫是否要與網路競爭曝光率的部分。

d) 希望政府部門能在網路媒體報導自殺新聞的規範以及方向多些努力。

f. 壹電視

a) 台灣目前是否有統計數據顯示現今引起自殺模仿效應的媒體是屬於平面媒體、網路媒體或是電視媒體?若有統計數據就可對相關媒體進一步擬定相關策略。
b) 壹電視對於自殺新聞幾乎都不進行報導，也是相當遵循媒體自律守則的部分。
c) 若真的有報導自殺相關新聞，也相當注意遣詞用字，如跳樓會以墜樓代替，但其實會有一些語意模糊可能會誤導觀眾的地方，但仍以維護社會大眾為優先，因此選擇較模糊的用字。

g.民視

a) 民視對於自殺新聞也幾乎都不進行報導。
b) 但名人自殺真的難以避免，也會盡量減小篇幅，也會加註上警語以及注意報導的遣詞用字。

h.ETtoday 東森新聞雲

a) 自殺新聞可分為兩個部份，一部份是已經發生的事件，另一部份是主動式的，例如近期有意圖輕生的當事人是以開直播的方式，這種民視就會進行追蹤了解。
b) 另外在報導自殺新聞時，皆不會要求記者需要有照片。會有當事人照片的通常會是名人，本來就有為公眾人物因此網路上本來就可搜尋到當事人的照片。對於素人的方面，則以保護性質為主，盡量不太公開當事人照片，或是會有屏蔽的部分。
c) 會希望多以光明報導，帶領民眾了解有其他的方式可找尋。
d) 負面內容的新聞有時候釋出是因為新聞的及時性，搶快並沒有辦法所有內容都一一檢視，因此基層人員的常識加強就相對更重要。

i. 建議

a) 目前公司新進職員法律層面的知識需多加了解，尤其是寫作內容的問題。建議學校的教育就可以使新聞系等的學生多修習法律等的相關知識。

j. Nownews 新聞網

a) 對於名人自殺的自殺新聞仍會報導，這部份難以避免。
b) 對於一般民眾輕生的自殺新聞報導的部分會更加注意小心。
c) 關於自殺新聞的警語目前效果似乎很有限，是否能夠透過其他方式如影片、圖片等提醒，或是由衛生福利部提供統一的標語放置在報導中。

k.全國自殺防治中心－李明濱主任

a) 回覆各家媒體，目前自殺新聞統計的部分主要為平面媒體、網路媒體，尤其是動新聞影響層面相當廣，一旦上架就會被轉載，即使即時下架仍有後續效應。
b) 相關的媒體自律規定以及相關會議討論，需要由衛生福利部、資深媒體、以及專家學者共同合作，共同討論未來可實行的方向。
c) 自殺新聞報導並非不能報導，而是以人文關懷的角度出發，以正向的態度去加以關懷，如報導如何從逆境中走出這類的新聞，更能有教育社會大眾的功能。

l. 建議

a) 承如各家媒體代表所說，若是未來新聞系學生能夠將人文關懷結合醫學常識、法律常識，將這些課程都列入通識課程，就可加強新聞系學生畢業後所具備的相關能力，未來報導新聞方面也較能符合媒體報導指引，能給予社會大眾更優質的報導。

m.　台灣自殺防治學會－楊聰財醫師

a) 媒體報導自殺新聞時，其中名人自殺特別容易引起模仿效應，因此在報導名人自殺時更應注意六不六要原則。
b) 報導自殺細節的部分，能理解各家報導因及時性的因素需搶快，但在下標的部分若是過於聳動會引起「定錨效應」，造成其他間媒體因共同競爭曝光率跟隨下聳動標題。

n.衛生福利部心口司

a) 電視臺的部分可觀察到已相當有成效，各家媒體相當謹慎的遵循報導自殺新聞的原則。
b) 在座談會後會再將自殺新聞標語整理出來。
c) 民眾有知的權利，但仍鼓勵大家遵循自殺新聞報導的原則去報導。
d) 名人自殺報導時，盡量不將自殺動機單純化。如：倪敏然的新聞，許多有自殺意念的民眾看到報導說明的原因，就會加以模仿。另外，不提及自殺方法，許多民眾原本不了解自殺的方式，透過報導去嘗試報導中的自殺方法因而自殺身亡。如：農藥、燒炭等。

o.問題討論：新人受訓中是否需要衛生福利部提供相關講座等的協助?

a) TVBS 新聞網：可由衛福部製作有趣的短片，讓所有媒體在新人報到的內訓當中使用，也可以使用於教育方面，如學校的課程等。
b) 壹電視：可製作短片在公司中的教育訓練可提供大家使用參考是相當有幫助，公司內部本來就定期有教育訓練，透過短片可更加廣泛的推

廣這些觀念。

c) 三立新聞網：短片內容可透過詢問現今年輕人的經驗，如網路霸凌等等因應時事的相關內容。

p.問題討論：民視新聞台表示目前自殺防治專線因電視幾乎不報導自殺新聞，部內可能需在思考如何推廣自殺防治專線。

a) 全國自殺防治中心：先前曾經以短片加以推廣，但此方面仍需要撥預算，可以再多家進行討論是否這樣的方案可以有一筆預算持續進行宣導。

b) 壹電視：自殺防治專線的電話號碼對於一般民眾來說太冗長難記，是否可請部內申請短碼?

c) 衛生福利部心口司：因中央對於部內每個單位有申請短碼的名額限制，目前的短碼也相當好記，是請幫幫救救我的諧音。

d) TVBS 新聞網：不然可使用商業五碼，但就需要另外有經費預算。

(4)平面及網路媒體座談會出席：蘋果日報許麗美、聯合新聞網張立、聯合報社羅國俊社長、聯合報竇俊茹、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、林俞均專員、台灣自殺防治學會楊聰財理事、衛生福利部心口司謎立中司長、詹金月科長、廖晃聖替代役、張冠偉專員。

(5)平面及網路媒體座談內容整理如下：

a.聯合報社

a) 目前有關於兒童及青少年之自殺新聞都有兒少新聞自律委員會加以進行青少年收聽關於暴力、色情等等的新聞。

b) 目前聯合報已盡量將自殺新聞放置於內頁，目前兩年已無接到民眾投訴報紙內容。

c) 新聞自律委員會也有聘請非媒體代表，對於同業新聞進行嚴格把關，也會定期舉辦會議並對違反規定的同業進行討論並作出裁決，進行罰緩等等，將新聞媒體責任最大化。

d) 對於災難性新聞多會以希望、正向以及親情愛情的角度去挖掘，並以這樣的角色去報導。

e) 自律委員對於違反規定之新聞皆會作出裁罰，因此報導自殺新聞現今皆相當注意報導內容。

f) 新聞報導之理想與衝突，理想的新聞報導媒體同業當然了解，但收聽者喜好攸關經營，如何取得平衡仍是一門課題。

b.建議

a) 政府不需要擔任積極介入的角色，但可擔任補助民間自律委員會經費

的角色，協助民間單位的運行。

b) 可多鼓勵優質正向報導自殺新聞之媒體，給予肯定並在同業間中樹立典範，如進行頒獎等等鼓勵。
c) 若有公正民間團體可檢閱媒體之自殺新聞報導會更加中立且有說服力。
d) 當有名人自殺欣聞報導時，政府單位可及時給予各媒體單位善意提醒，讓同業更有意識需注意的細節與規範。
e) 新進人員的訓練特別是災難性的新聞仍需加強，政府單位可提供材料，而媒體單位進行員工訓練等。
f) 可製作如確認清單等，結合社會客觀中立的學者以及媒體單位，製作在重大自殺新聞報導事件時需注意的報導事項確認清單，提供給各大媒體平台使用。
g) 可將三不三要再加以發送給各家媒體。

c.聯合新聞網

a) 目前報導自殺新聞報導必會加上自殺防治警語，但宣導效果不知如何，是否有更有效的方法加以推廣宣導?
b) 目前新進員工的訓練中已包含自殺防治的相關知識訓練。

d.蘋果日報

a) 目前公司已有與 13 間民間團體共同合作監督新聞報導。
b) 從過去到現在有漸漸改善盡量不將自殺新聞放置頭版新聞，這方面仍持續努力中。
c) 即時新聞皆有投訴窗口，若有民眾反應都會及時處理，盡量將社會責任與民眾喜好做平衡。

e.全國自殺防治中心－李明濱主任

a) 目前自殺新聞報導的部分以不報導自殺細節以及要與專家進行討論的遵循原則有下降的趨勢，與專家討論的部分能夠理解，尤其是專家學者許多時候會有關於病患隱私以及實證研究需資料才能發表言論，而其他報導原則各家媒體遵循情況皆相當良好。
b) 三不三要單張已寄送給各單位記者，或許這方面如何普需再思考。
c) 中心成立媒體自殺事件報導諮詢群組，希望能提供第一線記者及時與專家討論交流的實質幫助。

f. 建議：

a) 可藉由仿效員工在職訓練的方式拍攝短片以及遵循原則，提供給各單位使用進行宣導。

b) 報導自殺新聞仍希望各家能夠以人文關懷的精神出發，以正向、希望的部分去著手報導，如貧困家庭如何克服困境等等。這樣更能給有自殺意圖的收聽者解決之道。

c) 鼓勵各家媒體的部分，藉由這次座談會有很大的啟發，可由重大自殺新聞報導良好示範的媒體進行嘉獎。

g.全國自殺防治中心－吳佳儀副執行長

a) 中心曾舉辦媒體焦點團體，了解到自殺新聞報導主要取決仍在長官的部分，因此三不三要分為給記者參考以及二不二要給予編輯參考兩區塊。(詳見圖 4.4.3 與圖 4.4.4)

h.「台灣媒體自殺事件報導指引」為參考國內外自殺新聞報導事件原則以及國內外文獻，更加入中心舉辦平面以及網路媒體的焦點團體分析結果，並修訂世界衛生組織「六不六要」守則後訂定而成，具本土實證應用價值，值得參考。

i. 台灣自殺防治學會－楊聰財理事

a) 目前網路新聞相當多人觀看，網路自殺新聞報導需注意標題盡量避免聳動化，尤其會造成同業之間之定錨效應。

b) 報導自殺相關新聞時，自殺方式與細節盡量避免之原因為會引起有自殺意念者跟隨此方式，引起模仿風潮。

c) 另外中心有成立諮詢小組的部分，與專家學者討論能夠讓民眾透過報導就可以瞭解有其他的方式可解決，並且能夠透過此事件增加相關的醫療衛教知識，希望與專家學者討論的部份能夠提昇。

j. 衛生福利部心口司

a) 獎勵各家媒體單位的方式會再進行討論。

b) 重大新聞時的媒體建議部內會再進行擬定。

c) 媒體有社會責任監督政府以及提供社會時事給民眾了解，自殺新聞是可以報導，但如何報導就相當重要，因此建議各媒體遵循自殺新聞報導原則，以不傷害視聽者以及關懷社會的前提下進行報導。

k.陳清河教授

a) 可將授獎等的鼓勵加入原本就有的新聞獎項中，便不需另外花費人力與大筆資本去設立另外的單位與活動等。

b) 新聞自律委員會費用的確相當需要協助，希望中央能夠加以補助。

2. 結論

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縝密，預防漏網之魚。

2) WHO 之「六不六要」自殺新聞播報規則已因應台灣媒體之需求，在地化出版最新「台灣媒體自殺事件報導指引」

3) 網路媒體為現今消息散播最及時與迅速之媒體，如何與網路媒體平台保持良好共識，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質，為未來需投注更大心力之區塊。

4) 希冀透過新成立之 LINE「自殺事件報導諮詢群組」，強化媒體朋友與專家學者之溝通與交流，當有自殺事件報導前，能夠更及時與第一線記者互動，並提供專業諮詢。

5) 未來可拍攝「媒體自殺新聞報導事件守則」相關短片，提供予各大媒體、學校進行教育訓練，也可放置網路平台如 Yutube 等進行民眾的一般性宣導。

6) 未來可對於優質自殺新聞報導媒體進行嘉獎，如針對重大事件報導優良之媒體，藉此鼓勵媒體同業向之看齊。

7) 若遇重大自殺相關新聞，可與心口司共同討論後及時提供報導注意事項給所有媒體單位，善意提醒所有媒體單位報導重大事件需注意之原則。

五、 附件

附件 4.4.1　歷年四大報平面媒體自殺新聞報導符合「六不」及「六要」之情形

「教唆自殺」網站之監測與處置

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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氦氣自殺案件，為避免民眾透過網站獲得自殺方式之訊息，及預防自殺之仿效作用，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. 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) 全面進行平臺檢舉或電郵反映。
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。
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. 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」、「氦氣 自殺」。

2)搜尋頻率：

(1) 試辦期間，搜尋頻率為每週進行 2 次。

(2) 原有頻率因搜尋結果重複率高之緣由，經檢討最終調整為 2 週搜尋 1 次。

2. 起初向 iWIN 申訴案件，處理過程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。而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，導致網站下架時間拉長，甚至無法下架。
3. 中心針對境外網址，主動向該網站系統平臺進行檢舉。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。而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，該單位亦回覆，中心可將查獲之疑似教唆自殺等網站轉知，雙方進行合作。
4. 針對所有發現之網站，除向 iWIN 申訴外，全面(IP 不分國、內外)進行該網站平臺檢舉或以郵電方式向該網站反映。
5. 2014 年 6 月函送 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。
6. 特別於自殺防治網通訊第九卷第二期，簡介流程與成果，擴大宣導，期許全民可以一起參與。
7. 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臺網站(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。
8. 2015 年 7 月 30 日依據衛福部心口司指示，將流程圖架構修正更加明確。

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 4.5.1。

1)發現教唆及教導自殺網站的方式，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 位於境內境外，除 iWIN 舉報，全面另行舉報，此外，部落格平臺可適用系統平臺檢舉。若無檢舉功能，則 Email 向該網站反應。

4)iWIN 舉報作業步驟：

(1) 進入 iWIN「我要申訴」，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。

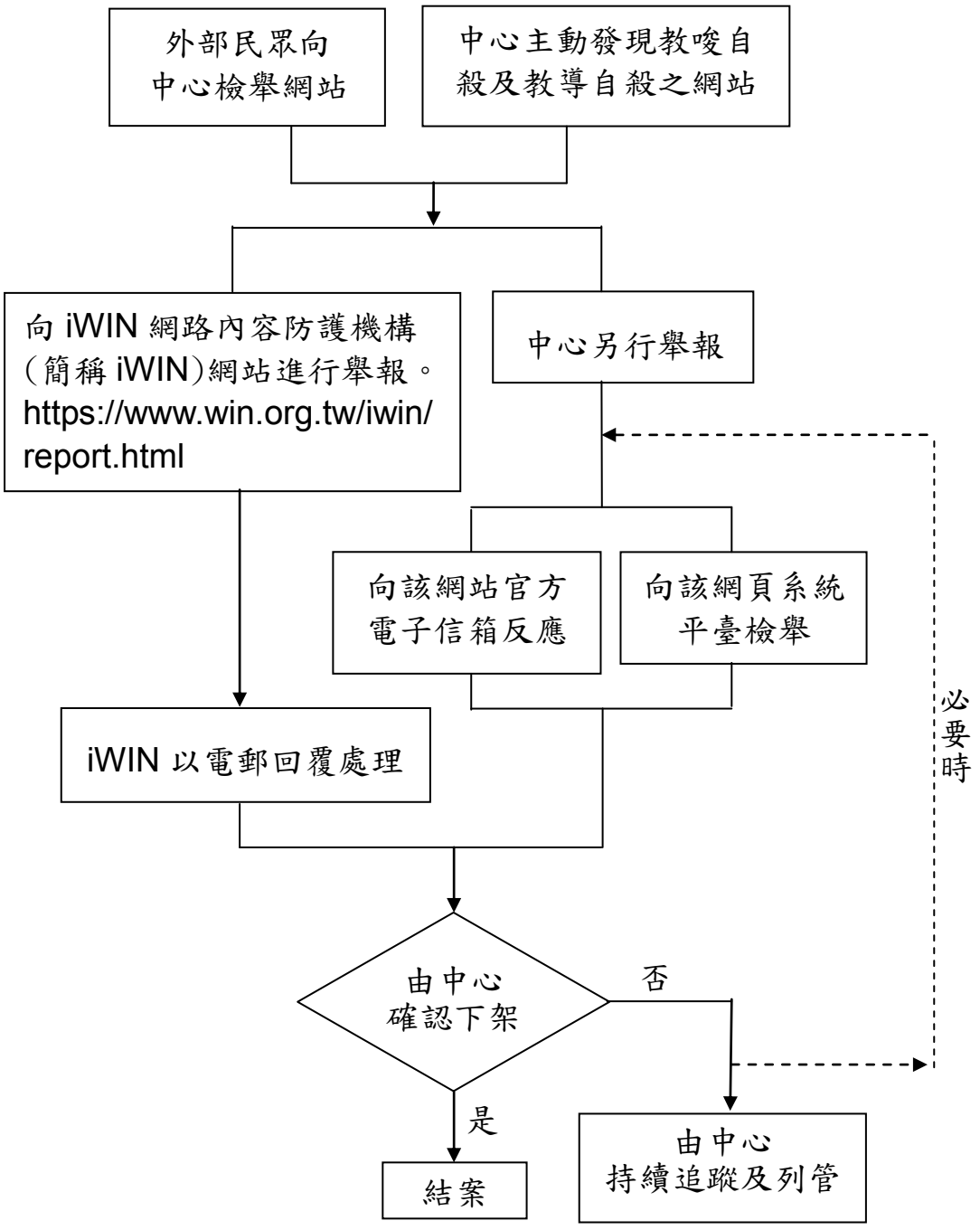


圖 4-5-1、監測及舉報流程圖

2. 截至 2016 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 191 則，已下架為 141 則，下架率為 73.8%。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 91 則，已下架為 79 則，下架率為 86.8%。

2) 位於境外者共檢舉 100 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 62 則被下架，下架率為 62%。

3. **結論**

1) 無論境內外全面進行舉報，除向 iWIN 申訴外，更主動向系統平臺檢舉或以 Email 方式反應，在多軌進行下，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 38 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及香港，論壇規模較小者，管理機制不夠完善；在檢舉者、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透過 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臺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，期望各網路平臺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。

7) 可向 NCC 或相關單位提議，進行罰則處置，以達到遏阻歪風之效。

8) 教唆自殺網站之監測與處置，已儼然成為國際問題，將利用適當管道，與國際自殺防治相關協會合作，共同解決眼前之困境。

農藥儲藏箱發放及自殺防治效益之分析

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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。

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。2011 年，南韓政府管制 Gramoxone(巴拉刈)的銷售及儲存，並於 2012 年 11 月禁用巴拉刈，最近研究指出，2013 年南韓農藥自殺死亡率比預估值減少 37%，相當於減少約 850 人自殺，同時非農藥自殺死亡人數沒有相應增加，顯見禁用巴拉刈可減少農藥自殺與整體自殺死亡率。

放眼國際，因巴拉刈對人體之高劇毒性，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如下列。在非洲地區：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、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為：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。

近年臺灣自殺死亡者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。「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 4.6.1)，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「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」之佔率已降至 23.9%，但 2015 年有微幅上升至 25.9%，而「吊死、勒死及窒息」(30.8%)為國人第一位之自殺死亡方法，此外 18.9%為以農藥為主的「固體或液體物質自殺及自為中毒」，12.0%為「由高處跳下自殺及自傷」。

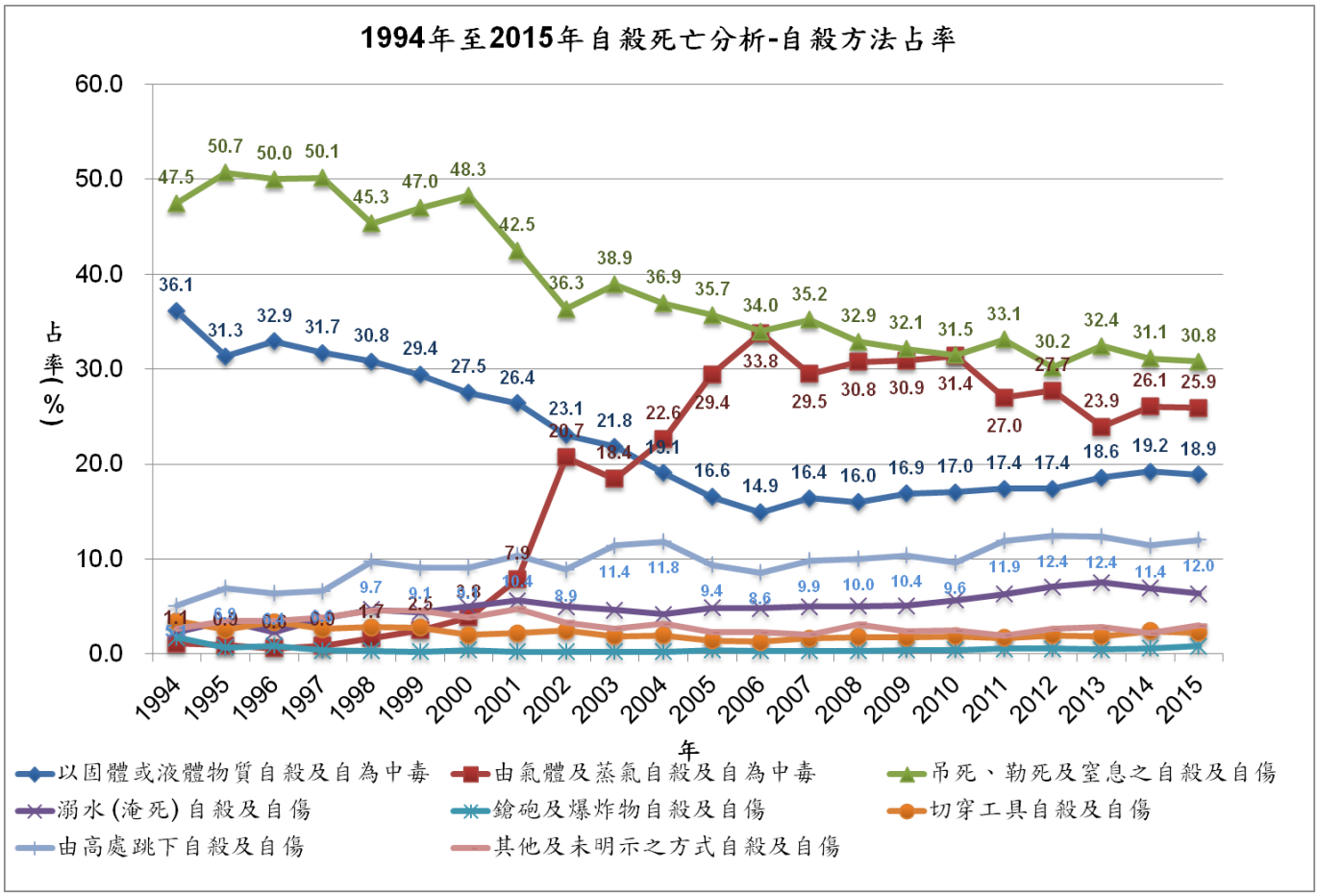


圖 4-6-1、1994 年至 2015 年自殺死亡分析-自殺方法佔率

張書森醫師於 2012 年的研究中指出，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，到 2010 年為止已陸續公告禁用百餘種農藥，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，農委會許可的除草劑亦有多種，巴拉刈並非無可取代。最後，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。

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：短程內由公會和業者提供農民加鎖之農藥儲藏箱；研發安全包裝，以延長打開包裝的時間，並添加臭味及催吐劑，降低衝動飲用之機率，且在標示加註緊急中毒急救方法及警語，同時並加強農藥安全及自殺防治宣導教育。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，截至 2016 年 6 月為止，先正達表示其公司每年編列一百萬投入農藥儲藏箱相關事務，農藥儲藏箱之發放是以過去衛生署(現衛生福利部)提供之統計資料和建議作為依據，將雲林縣、彰化縣、臺中市及南投縣列為主要發送地區。近年南投縣發放數量較多，加上全國自殺防治中心先前依據農藥自殺死亡人數之統計資料，建議其將嘉義縣也納入主要發放和宣導地區；對此先正達公司亦做內部調整，除原本衛生福利部建議的四縣市外，也依據更近期的資料提升了其他地區的儲藏箱發放數量。據了解，其目前持續於全國各農業縣市對農民、農藥販賣商及代噴業者進行教育宣導及發放儲藏箱，一年大約辦理一百多場次的農藥安全用藥之教育宣導講座，與會農民於會後領取農藥儲藏箱，除此途徑外，另一部分之儲藏箱則由農藥小賣店代為發放。

為此，本次計畫將針對農藥儲藏箱使用狀況和成效等部分進行描述，以瞭解其推動之成效。建議農委會除請業者監測及追蹤農藥儲藏箱實際使用情形，也應主動建立公平的監測及抽查機制。

2. 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) 與先正達公司聯繫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) 規劃召開中心內部及專家會議進行相關資料討論。
4) 彙整資料提供衛生福利部卓參。

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、討論會議及辦理農藥安全之自殺防治宣導。

三、 過程(Process)

1. 3 月 11 日業務會議，討論過去分析之農藥儲藏箱自殺防治成效及年中辦理巴拉刈自殺防治教育宣導事宜。
2. 3 月 25 日與先正達公司針對現階段農藥儲藏箱發放情形進行討論會議。
3. 4 月與先正達公司持續聯繫及安排本年度 4 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程規劃。
4. 5 月抵定本年度 4 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程表，並正式發文邀請農委會擔任協辦單位，其亦覆函同意。
5. 6 月與先正達公司針對農藥用藥安全及農藥儲藏箱發放，對農民、農藥販賣業者及代噴業者進行 4 場次之自殺防治教育宣導，分別是 6 月 16 日於嘉義縣、6 月 21 日於彰化縣、6 月 23 日於屏東縣及 6 月 27 日於臺南市，由臺大學公共衛生學院張書森助理教授及先正達公司駐該區之技術人員共同擔任講師。詳細內容詳見 2016 年期中報告「6.3 巴拉刈自殺防治教育宣導」章節。
6. 7 月進行農藥儲藏箱教育宣導課程之課後相關檔案整理。
7. 先正達公司有意於之後拜訪中心進行討論會議，針對未來各縣市農藥自殺防治進行因應對策之討論。

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 2016 年已發放給農民且有紀錄之數量總計 13,724 個，比起 2014 年增加了近一萬個發放數量。各縣市至 2016 年 3 月所發放總數如表 4.6.1。

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講習會，每場約 20-50 位農民，內容包括農藥安全使用及噴灑時的安全防護措施、廢容器回收、放置於農藥儲藏箱並上鎖免於不知者誤食等安全概念，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。

表 4-6-1、各縣市農藥儲藏箱發放統計表

縣市	先正達[1]	其他公司[2]	總計	比率(%)
臺北市	1	1	**2**	0.0%
新北市	3	68	**71**	0.5%
桃園縣	38	155	**193**	1.4%
新竹縣	82	58	**140**	1.0%
苗栗縣	503	75	**578**	4.2%
臺中市	431	285	**716**	5.2%
彰化縣	1,911	849	**2,760**	**20.1%**
南投縣	666	396	**1,062**	**7.7%**
雲林縣	2,177	1,169	**3,346**	**24.4%**
嘉義市	1	8	**9**	0.1%
嘉義縣	275	252	**527**	3.8%
臺南市	675	543	**1,218**	**8.9%**
高雄市	391	485	**876**	6.4%
屏東縣	378	892	**1,270**	**9.3%**
宜蘭縣	54	326	**380**	2.8%
花蓮縣	61	283	**344**	2.5%
臺東縣	143	89	**232**	1.7%
總計	7,790	5,934	**13,724**	100.0%

註：[1]先正達自 2012 年 2 月開始發放。

[2]其他公司自 2013 年 1 月開始發放。

[3]發放期間：2012 年 2 月至 2016 年 3 月 18 日止。

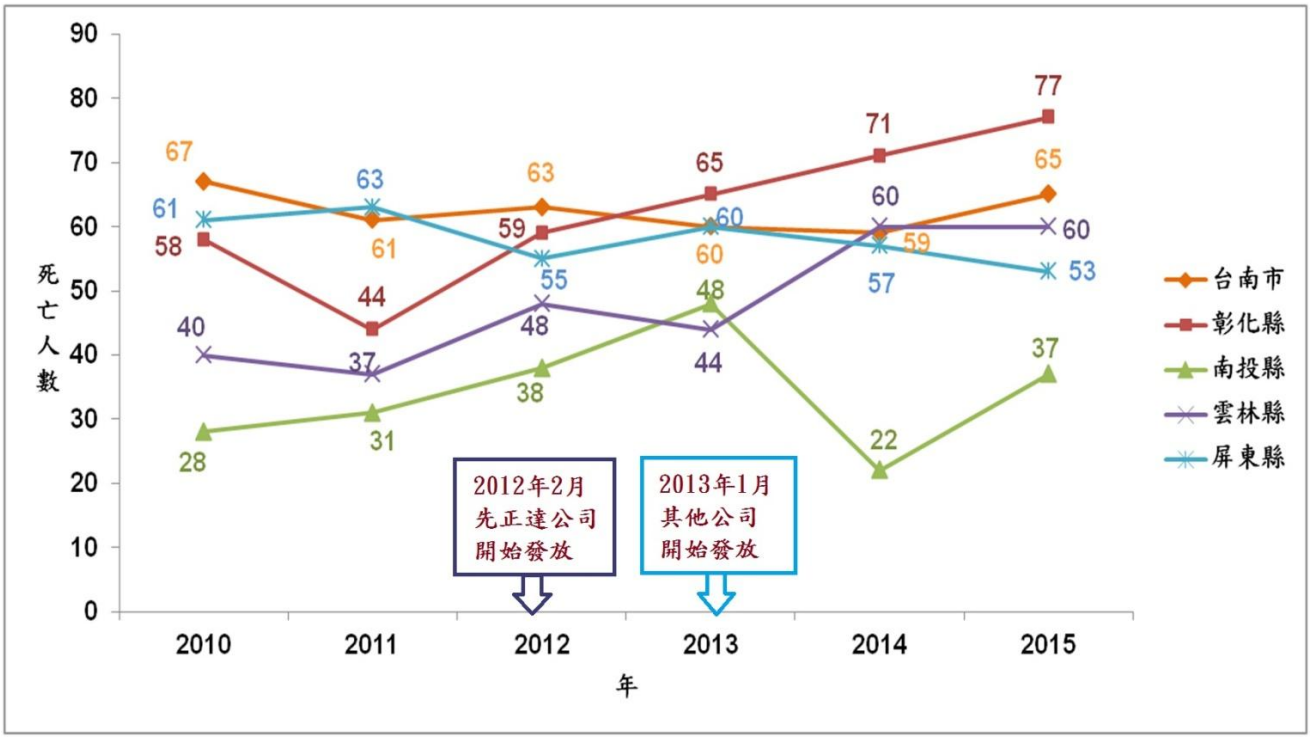


圖 4-6-2、以固體液體自殺死亡人數趨勢(雲林縣、彰化縣、南投縣、屏東縣及臺南市)

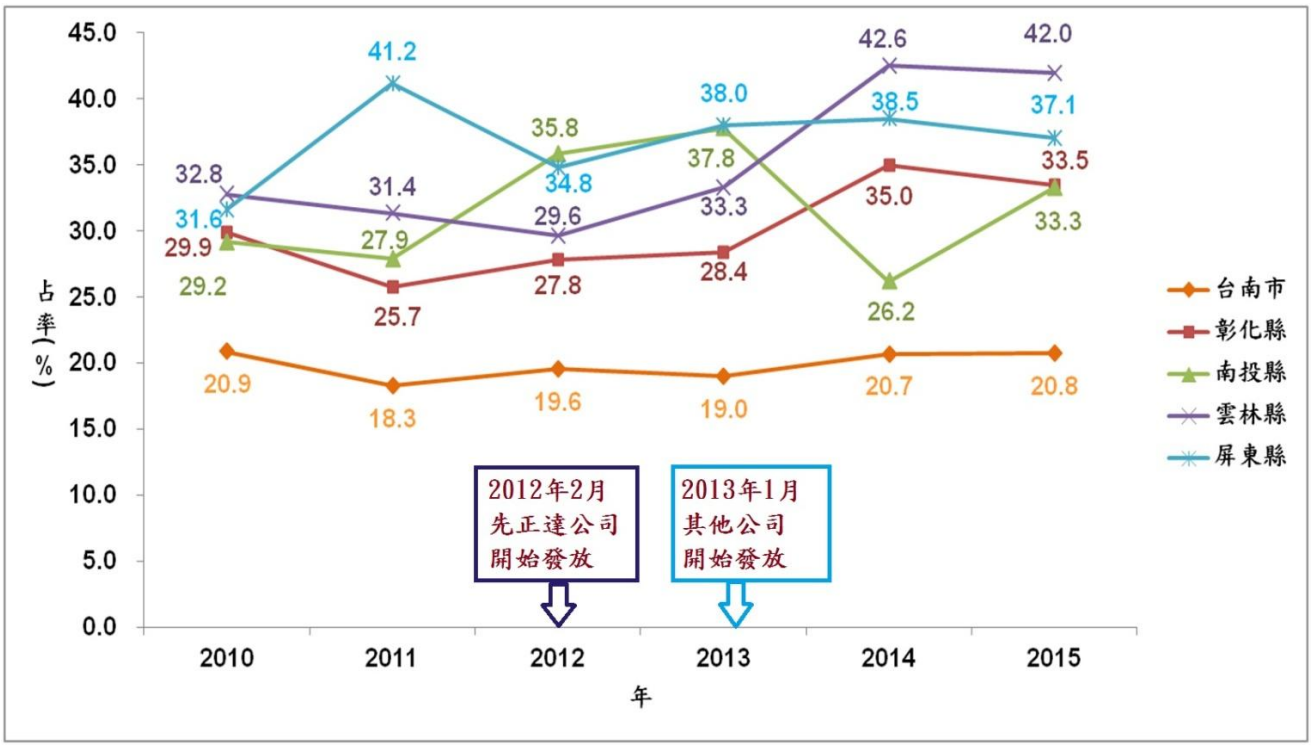


圖 4-6-3、以固體液體自殺死亡佔率趨勢(雲林縣、彰化縣、南投縣、屏東縣及臺南市)

農藥儲藏箱發放至今，以發放最多之五縣市來看，雲林縣發放數量最多，共發出 3,346 個，而若就 2012 年發放後之死亡人數(圖 4.6.2)來看，雲林縣在 2013 年略有下降，但 2014 年開始仍持續上升：2011-2015 年固體液體自殺死亡人數分別是 37、48、44、60、60 人，整體而言呈上升趨勢。而發放數量第 2 的彰化縣死亡人數不降反升，2011-2015 年固體液體自殺死亡人數分別是 44、59、65、71、77 人。屏東縣(發放數量排名第 3)比起未發放前略有下降(2011 年是 63 人，2015 年是 53 人)。臺南市(發放數量第 4)沒有明顯變化(2011 年是 61 人，2015 年是 65 人)。南投縣(發放數量第 5)則是變動較大，可能與人口基數較小有關。

2. 結論

依研究數據分析來看，可能無法直接判定農藥儲藏箱對於農藥自殺之防治之成效，因存放的說明教育內容也會影響農民的正確使用態度。發放數量最高的雲林與彰化兩縣(分別發放 2760 與 3346 個)，固體液體自殺死亡人數在開始發放之前的 2011 年分別是 37 與 44 人，在 2015 年則分別增加到 60 與 77 人。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。無論是從「以固體液體自殺死亡人數趨勢」(圖 4.6.2)還是「以固體液體自殺死亡佔率趨勢」(圖 4.6.3)來看，數據與圖表上皆指出農藥儲藏箱的發放對自殺死亡的趨勢並無直接的影響，這意味著農藥儲藏箱對於農藥自殺死亡沒有明顯效益。

在農藥儲藏箱發放部分，依兩年前農委會在 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 6 成，餘為遺失或未使用，顯示當時農藥儲藏箱普遍使用情形並未良好。農藥箱製作廠商先正達公司表示，公司目前每月派出業務代表，每位依據前批發放至少隨機抽取 10 位農民進行家訪或電訪，了解儲藏箱使用情形，而目前回報統計約 9 成以上的使用率，與農委會提供之稽查數據不盡相同。

由目前農藥儲藏箱存放的有限資料可初步判斷，在自殺防治並未發現明顯成效。因此防治農藥自殺應從其它策略著手，尤其是有證據支持的相關研究。防治農藥自殺的其他方式建議，可以大致分成全面性、選擇性與指標性三大策略。「指標性策略」的建議是提供農藥自殺未遂者或死亡者家屬的後續關懷輔導，以及強化急診對於常見農藥中毒之處理與急救。「選擇

性策略」則建議針對農藥輸入業者、販賣業者及各區農會、農改場推廣人員及村里長，辦理農藥中毒與自殺防治的教育宣導課程，提升相關人員對於自殺危險因子之敏感度(105 年度的農藥相關宣導，請參閱 6.3「『巴拉刈自殺』防治之教育宣導」章節)。「全面性策略」則是建議限制劇毒農藥之取得，像是推動與落實販賣業者販售劇毒農藥之管理與登記(農藥管理法第 32 條規定)，或者是劇毒農藥以「代噴」的方式來販售，以及最後，也是最直接的方式就是禁用劇毒農藥之使用，像是世界各國已經逐漸禁止使用巴拉刈，如大多數歐盟國家、南韓、中國等。而本年度計畫中亦評估禁用巴拉刈農藥對於自殺死亡、醫療成本、社會經濟層面之效益，詳細資料敬請參閱 3.2「禁用巴拉刈農藥之推動與研究」章節。

如果未來仍有發放農藥儲藏箱之政策，建議可依照各縣市農藥自殺「死亡人數」，而非「死亡率」來分配發放數量。並且在發送箱子時，加強箱子的使用率及安全使用宣傳，像是在箱子外側貼上求助資源以及衛教訊息加以宣導。在辦理本年度巴拉刈自殺防治宣導課程後，先正達公司告知有意於之後拜訪中心進行討論，針對未來各縣市農藥自殺防治進行因應對策，例如未來在發送箱子時，如何加強箱子的使用率與安全使用宣傳，以及箱子外側應貼上何種求助資源與衛教訊息等等。

此外，守門人訓練的強化亦是自殺防治的重要一環，除了各地方政府主管人員外，也應該加強各鄉鎮鄰里長、販售商與農會等相關單位之守門人概念。落實「農藥管理法」中所規範的稽核與管理也是降低農藥自殺的重要防治策略之一。包括「農藥業者應備置簿冊或採行其他經中央主管機關公告之方式，登記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式、購買農藥之名稱及數量，並保存 3 年」，以及「農藥販賣業者應開具載明農藥之名稱、數量與其使用範圍、購買者及販賣業者資訊之販售證明予購買者」，違反者，「農藥管理法」亦有規範罰則：「處新臺幣 1 萬 5 千元以上，15 萬元以下罰鍰」，應督促相關單位確實實施。然而，另外分析也指出，巴拉刈自殺意圖者，僅四成是購買，近六成是使用儲藏於家中的巴拉刈，此部分無法靠加強購買管制來預防自殺，全面禁用劇毒巴拉刈，用其它安全之除草劑來取代，應是減少農藥自殺最有效之方法。

自殺行為時節與趨勢之分析及宣導方案

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

1) 季節效應(seasonal effect)

自殺死亡率季節性變化為舉世皆然現象，並非臺灣獨有(Christodoulou et al., 2012)。無論南半球國家或北半球國家，即使在許多沒有「春節」的國家，一年當中自殺的第一個高峰，均出現在春季，第二個高峰則在秋季(Woo et al., 2012)。過去學者針對臺灣本土研究亦呈現類似結果(Chen et al., 2010, Lee et al., 2006)。這種季節性波動現象，迄今沒有單一解釋，曾經被提出的中介因子眾多，其中包括隨季節變動的日光照射程度(Lambert et al., 2003)、空氣懸浮微粒濃度(Yang et al., 2011)、溫度濕度(Lee et al., 2006)、過敏原(Qin et al., 2011)、以及情感性疾患的發生率變動(Kim et al., 2004, Postolache et al., 2010)等。

2) 節慶效應(public holiday effect)

除了上述季節效應外，過去亦有文獻指出重要之全國性節慶，例如耶誕節(Christmas)、復活節(Easter)、以及聖靈降臨節(Whitsun)(Jessen et al., 1999)，過去曾有報告指出，這種節慶效應多半持續四週左右，推測與重要節慶的期待與失落(broken-promise effect)有關(Bradvik and Berglund, 2003, Gabennesch, 1988)。根據全國自殺防治中心過去資料分析發現：端午節、中秋節及清明節前後一到四週內自殺身亡人數常較平均自殺死亡人數為多。若比較重大節日當天死亡人數與平均每日自殺死亡人數，則發現七個節日都少於平均人數，顯示節日當天或許可視為自殺的保護因子，但節日前後四週自殺的危險性卻相對顯著許多，因此還是應該持續地關心家人及朋友。此發現與國外研究相似：重大節日前、中、後在自殺的人數上都有顯著的影響，也有研究發現，在重要節日之前及當時，自殺率較一般日子來得低，但在假期結束後，可以見到自殺個案增加之趨勢。

全國之自殺防治工作以全面性策略進行全國資料之整體分析，擬定防治方針外，需依各縣市之地區性、人口特性等因素，結合中央與地方資源，針對自殺死亡人數與通報人數較高的季節之縣市擬定因地制宜之個別化自殺防治措施與具體方案，加強宣導教育，並期與跨部會充分合作，配合區內資源，發揮協調統合之力。

2. 方案的目的與目標

1) 監測自殺行為好發月份、季節、節日及每年自殺行為趨勢。

2) 研擬宣導方案，以降低自殺行為發生。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年自殺企圖通報檔。

(2) 2006 年至 2015 年自殺死亡檔。

2) 資料分析

(1) 計算 2006 年至 2015 年每月份及每季自殺通報人次與 2006 年至 2015 年每月份及每季自殺死亡人數，監測自殺通報人次與自殺死亡人數是否存在季節或月份趨勢。

(2) 以不同縣市自殺通報與自殺死亡資料做分析，比較縣市間自殺通報與自殺死亡趨勢差異。

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、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

(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：提供資料及專家諮詢。

三、 過程(Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺企圖通報檔

(1) 資料期間：2006 年至 2015 年。

(2) 說明：自殺企圖通報資料存放於衛生福利部資訊處之伺服器，中心每月向系統維護廠商申請自殺通報資料，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)

2) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：2006 年至 2015 年。

(2) 說明：中心每年向衛生福利部申請前一年度自殺死亡人數資料檔。

2. 資料分析

1) 自殺通報資料分析：

(1) 監測全國各月份與各季自殺通報人次，由通報人次起伏趨勢推估自殺行為好發月份及季節。

(2) 將縣市分組作(1)分析，比較不同縣市自殺通報趨勢差異。

2) 自殺死亡資料分析：

(1) 分析全國各月份與各季自殺死亡人數，比較各月份及各季自殺死亡人數趨勢。

(2) 將縣市分組作(1)分析，比較不同縣市自殺死亡人數趨勢差異。

四、 成果(Product)

1. 自殺通報資料分析

1) 全國自殺通報資料分析：

(1) 各月趨勢分析：

2006 年至 2015 年歷年各月平均自殺通報人次，最高為 5 月份，平均有 2446 人次被通報，其次則是 6 月份，平均有 2443.6 人次，第三為 7 月份，平均有 2368.5 人次。平均自殺通報人次最低則為 2 月份，平均有 1725 人次被通報，其次為 1 月份，1794.5 人次。歷年年自殺通報趨勢在 1 月及 2 月間為低點，隨著月份的推進自殺通報人次向上攀升，在 5 月至 6 月間到達高峰，達到高峰之後開始向下降，降至隔年的 1 月及 2 月間再次到達低點，每年重複循環。(如圖 4.7.1)

(2) 各季趨勢分析：

將 2006 年至 2015 年歷年自殺通報數據，每年區分成四季，分別為 1 月至 3 月、4 月至 6 月、7 月至 9 月及 10 月至 12 月，平均通報人次最高為第二季，7077.8 人次，其次為第三季，7045 人次；最低則為第一季 5652.9 人次。

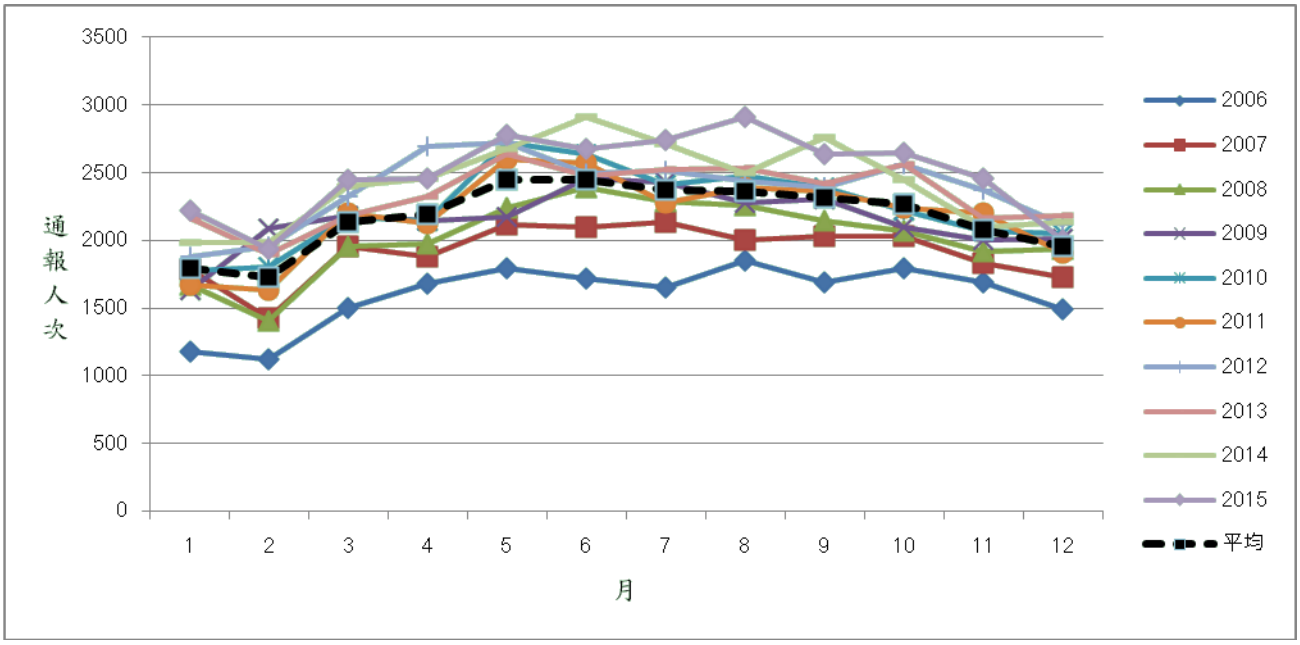


圖 4-7-1、2006 年至 2015 年各月通報人次趨勢圖

四季中可以大致區分為兩組，自殺通報人次較高的季節為第二季及第三季；第一季及第四季則為自殺通報人次相對低的兩季。而以趨勢的升降觀察，在春季與夏季的時候自殺通報人次向上增加；在秋季及冬季時，自殺通報人次呈現下降趨勢。(如圖 4.7.2)

2) 各縣市分區域通報分析

(1) 北部縣市：

北部包含基隆市、臺北市、新北市、基隆市、桃園市、新竹縣、新竹市及苗栗縣。

北部縣市 2006 年至 2015 年歷年自殺通報數據，自殺通報人次趨勢與全國趨勢大致上相似，平均通報人次最高兩個月份為 5 月及 6 月，分別為 1110.3 人次及 1136.3 人次。平均通報人次最低兩個月份則為 1 月及 2 月，分別為 822.1 人次及 771.6 人次。(如圖 4.7.3)



圖 4-7-2、2006 年至 2015 年各季通報人次長條圖

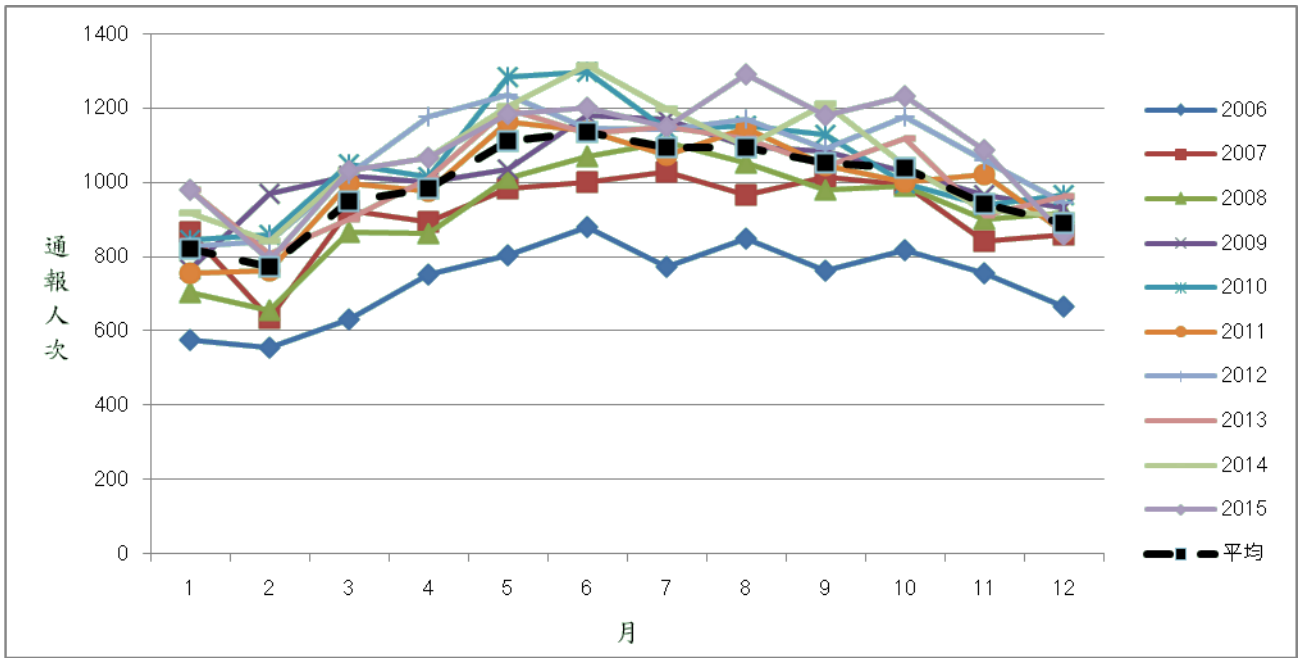


圖 4-7-3、2006 年至 2015 年北部縣市各月通報人次趨勢圖

(2) 中部縣市：

中部包含臺中市、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市及南投縣。

中部縣市 2006 年至 2015 年歷年自殺通報數據，平均通報人次最高的月份為 5 月，為 571.6 人次，其次為 6 月，569 人次，再者為 8 月，565.6 人次。平均通報人次最低月份為 1 月、2 月，分別為 416.9 人次、406.2 人

次。整體趨勢除 2015 年 7 月、8 月較其他月份高以外，其餘年份與全國相似。(如圖 4.7.4)

(3) 南部縣市：

南部縣市包含臺南市、高雄市、屏東縣。

南部縣市 2006 年至 2015 年歷年自殺通報數據，平均通報人次最高的月份為 5 月，平均 600.5 人次，其次為 6 月，558.1 人次，第三為 7 月，549.1 人次。平均通報人次最低月份為 1 月、2 月，分別為 419.8 人次及 413 人次，整體趨勢除 2014 年為 9 月較高外，其餘與全國相似。(如圖 4.7.5)

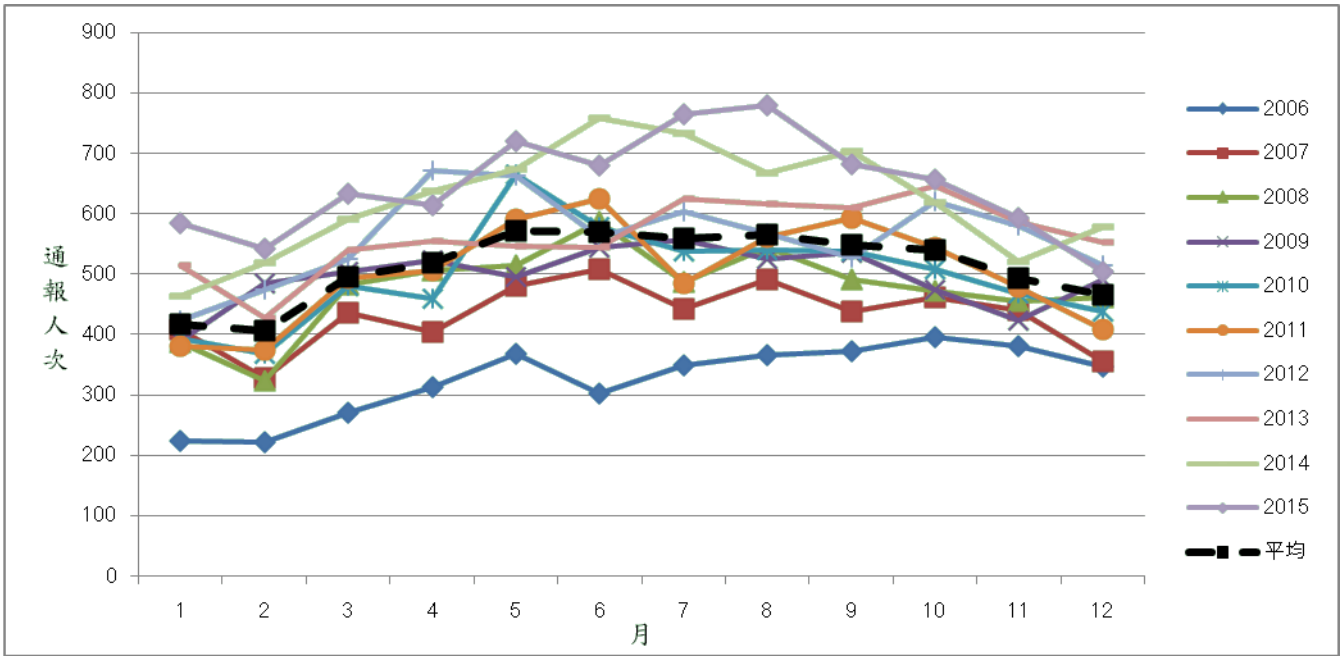


圖 4-7-4、2006 年至 2015 年中部縣市各月通報人次趨勢圖

(4) 東部縣市：

東部縣市包含宜蘭縣、花蓮縣及臺東縣。

東部縣市 2006 年至 2015 年歷年自殺通報數據，平均通報人次最高的月份為 6 月份，165.1 人次，其次為 8 月份，156.3 人次，再者為 9 月份，154.3 人次。平均通報人次最低月份為 1 月及 2 月，分別為 126.7 人次及 122.2 人次。東部縣市自殺通報近 10 年內較無固定趨勢，除平均通報人次以 6 月最高外，各年度通報人次趨勢皆不相同。(如圖 4.7.6)

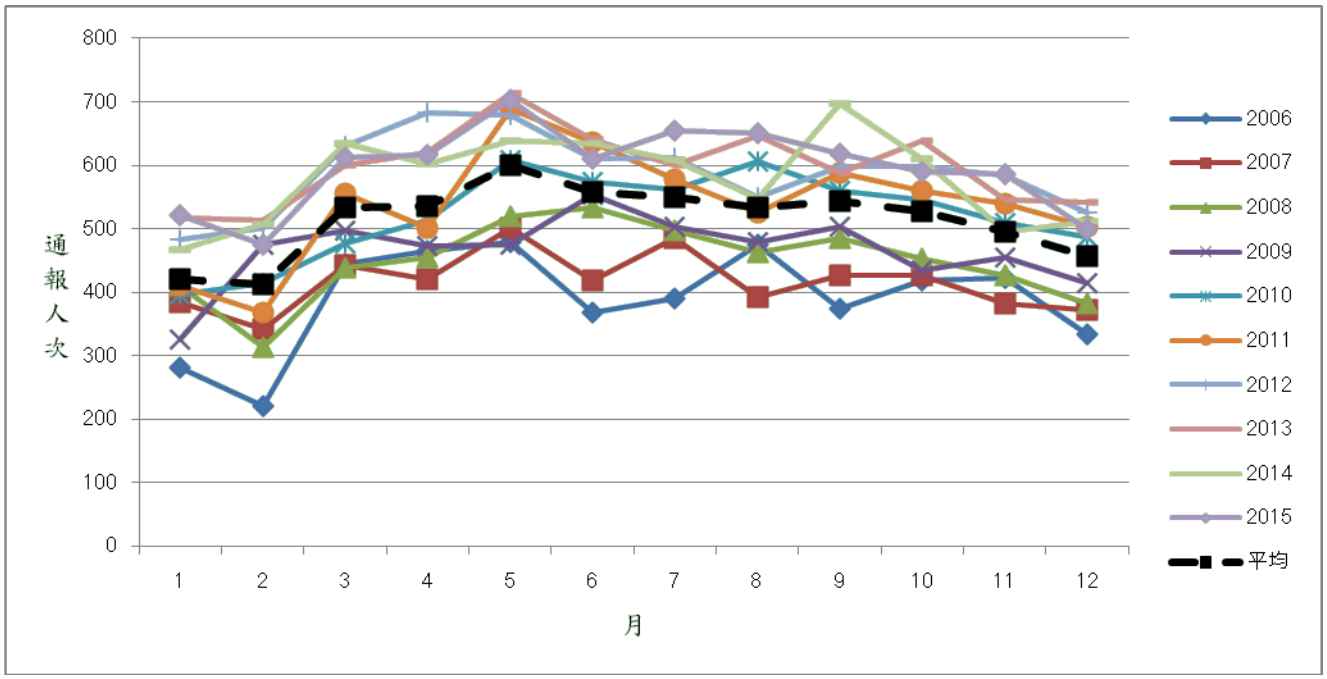


圖 4-7-5、2006 年至 2015 年南部縣市各月通報人次趨勢圖

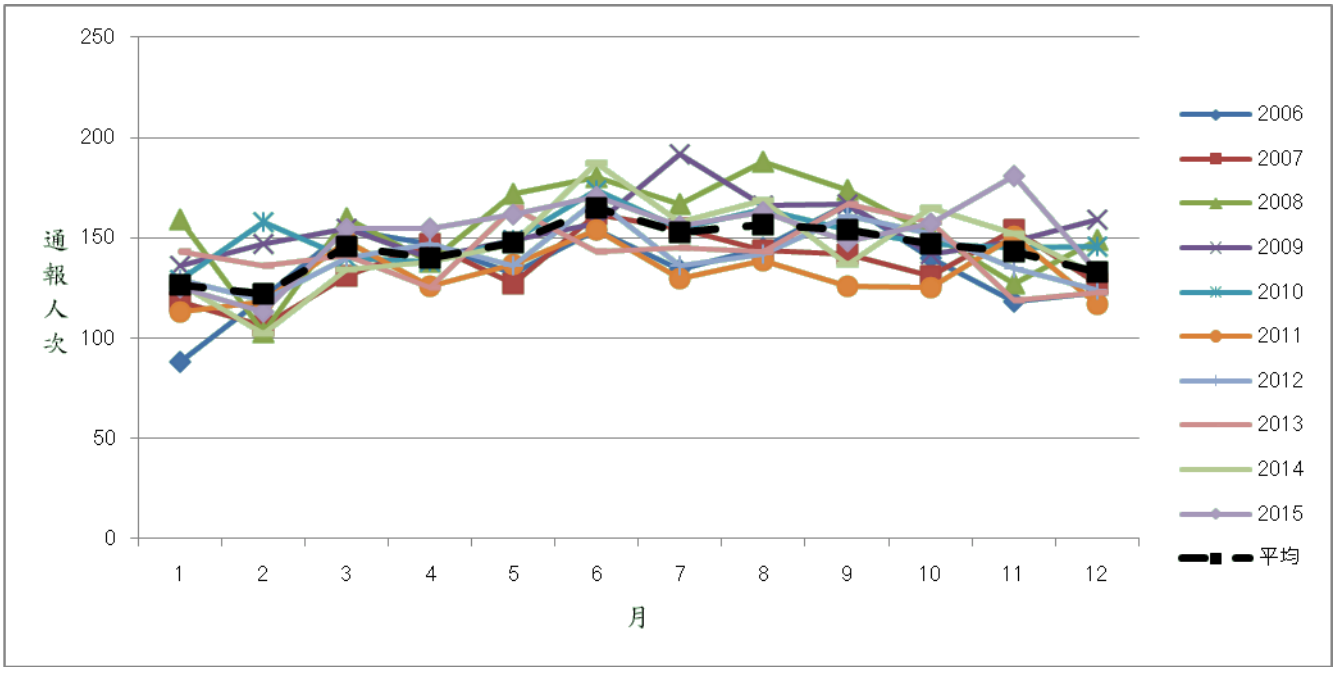


圖 4-7-6、2006 年至 2015 年東部縣市各月通報人次趨勢圖

(5) 離島地區：

離島地區包含金門縣、澎湖縣及連江縣。

離島地區 2006 年至 2015 年歷年自殺通報數據，平均通報人次最高的月份為 5 月份，15.3 人次，其次為 6 月份，13.4 人次，再者為 7 月份，13.3 人次。平均通報人次最低月份為 1 月及 11 月，分別為 8.6 人次及 9.9 人次。

由於離島地區歷年自殺通報人次較低，造成各月份通報人次起伏較大，除以歷年平均人次外較難觀察出特定趨勢。(如圖 4.7.7)

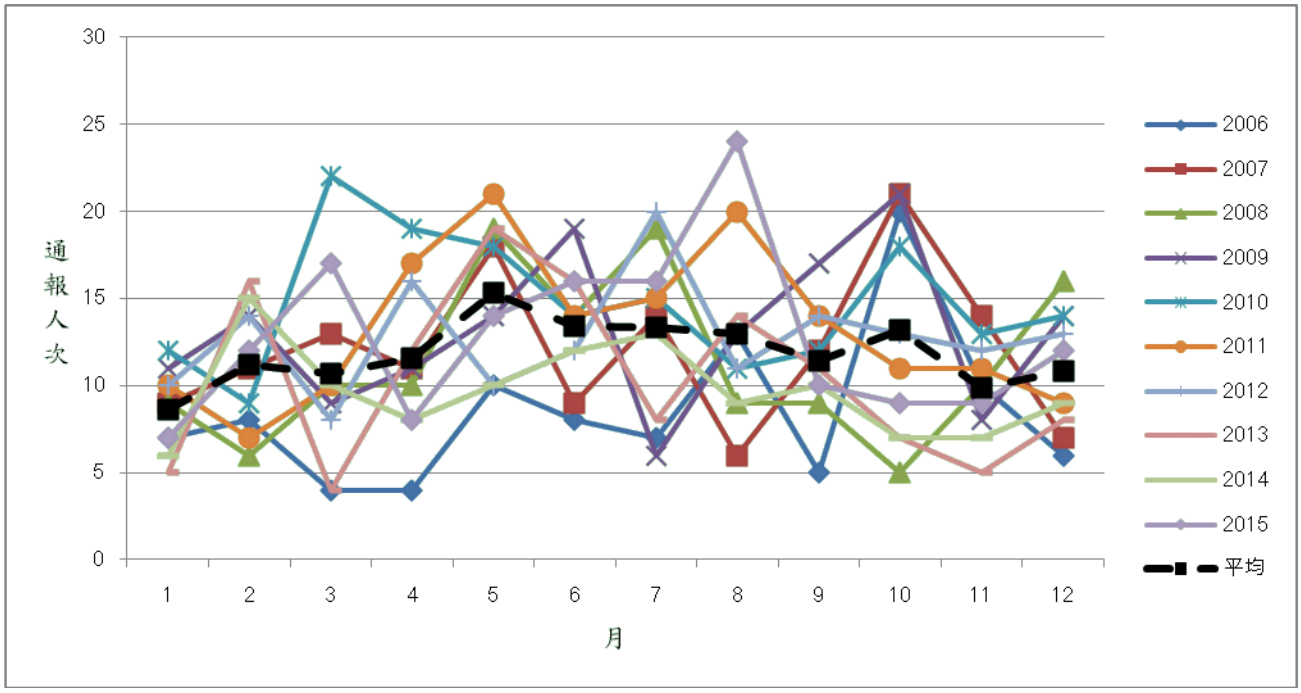


圖 4-7-7、2006 年至 2015 年離島地區各月通報人次趨勢圖

3) 各年齡層通報分析

(1) 24 歲以下：

24 歲以下年齡層 2006 年至 2015 年歷年通報人次，平均通報人次最高為 5 月份，419.1 人次，其次為 6 月份，407.3 人次，第三為 9 月份與 10 月份，各為 378.7 人次。平均通報人次最低為 1 月份及 2 月份，分別為 303.5 人次及 267 人次。歷年 24 歲以下年齡層各月自殺通報人次趨勢除 2006 年 7 月通報人次較低外與全國相似。(如圖 4.7.8)

(2) 25 歲至 44 歲：

25 歲至 44 歲年齡層 2006 年至 2015 年歷年通報人次，平均通報人次最高為 6 月份，1251.5 人次，其次為 5 月份，1238.7 人次，第三為 8 月份，1229.3 人次。平均通報人次最低為 1 月份及 2 月份，分別為 929.6 人次及 895 人次。歷年 25 歲至 44 歲年齡層各月自殺通報人次趨勢與全國相似。(如圖 4.7.9)

(3) 45 歲至 64 歲：

45 歲至 64 歲年齡層 2006 年至 2015 年歷年通報人次，平均通報人次

最高為 8 月份，583.8 人次，其次為 5 月份，583.5 人次，第三為 6 月份，580.1 人次。平均通報人次最低為 1 月份及 2 月份，分別為 422.8 人次及 421.3 人次。歷年 25 歲至 44 歲年齡層於同一年度各月通報人次起伏較低，而此年齡層在不同年度的差異則較大，由 2006 年時全年通報 3666 人次上升至 2015 年全年度通報 8065 人次。(如圖 4.7.10)

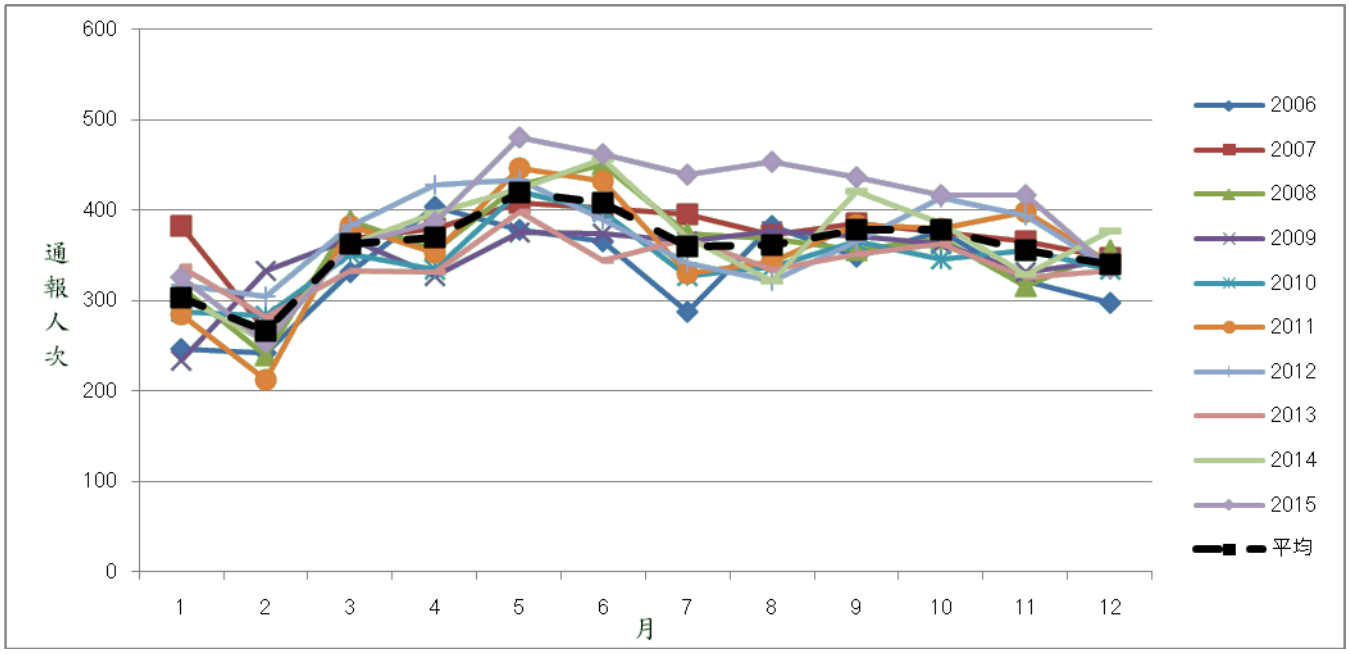


圖 4-7-8、2006 年至 2015 年 24 歲以下各月通報人次趨勢圖

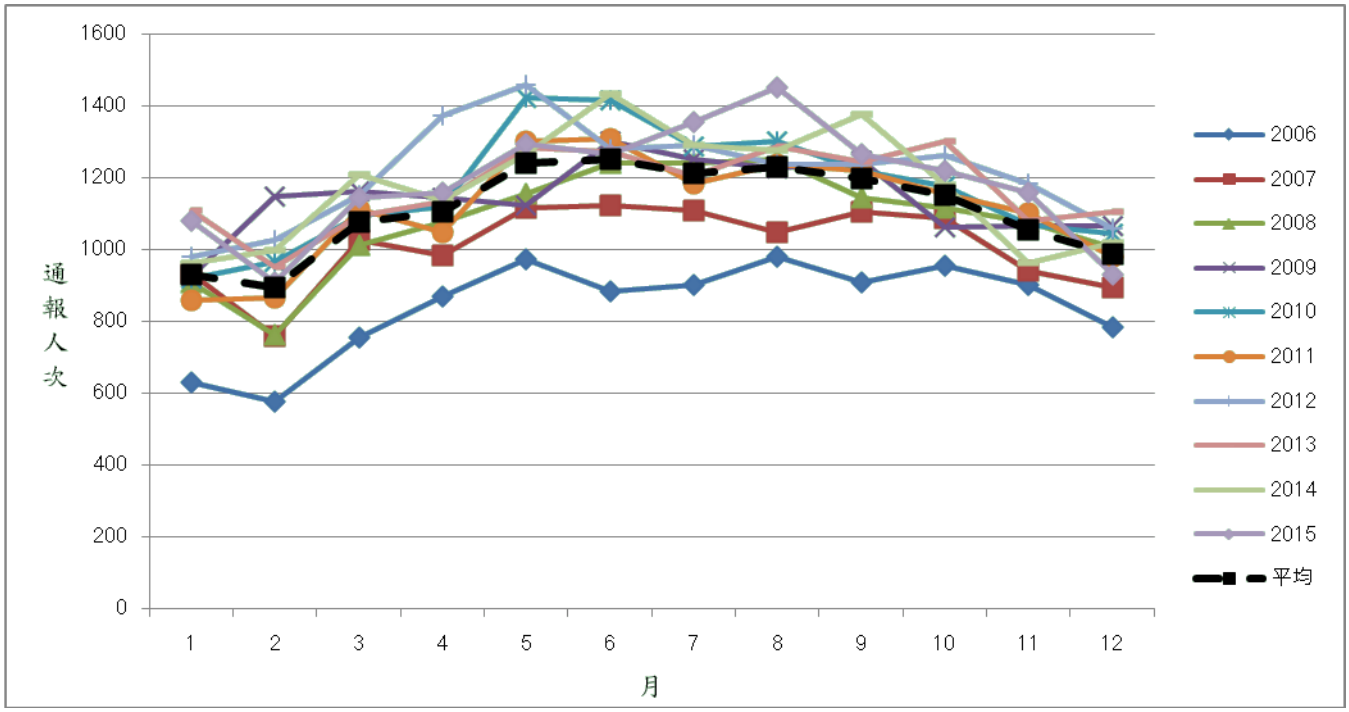


圖 4-7-9、2006 年至 2015 年 25 歲至 44 歲各月通報人次趨勢圖

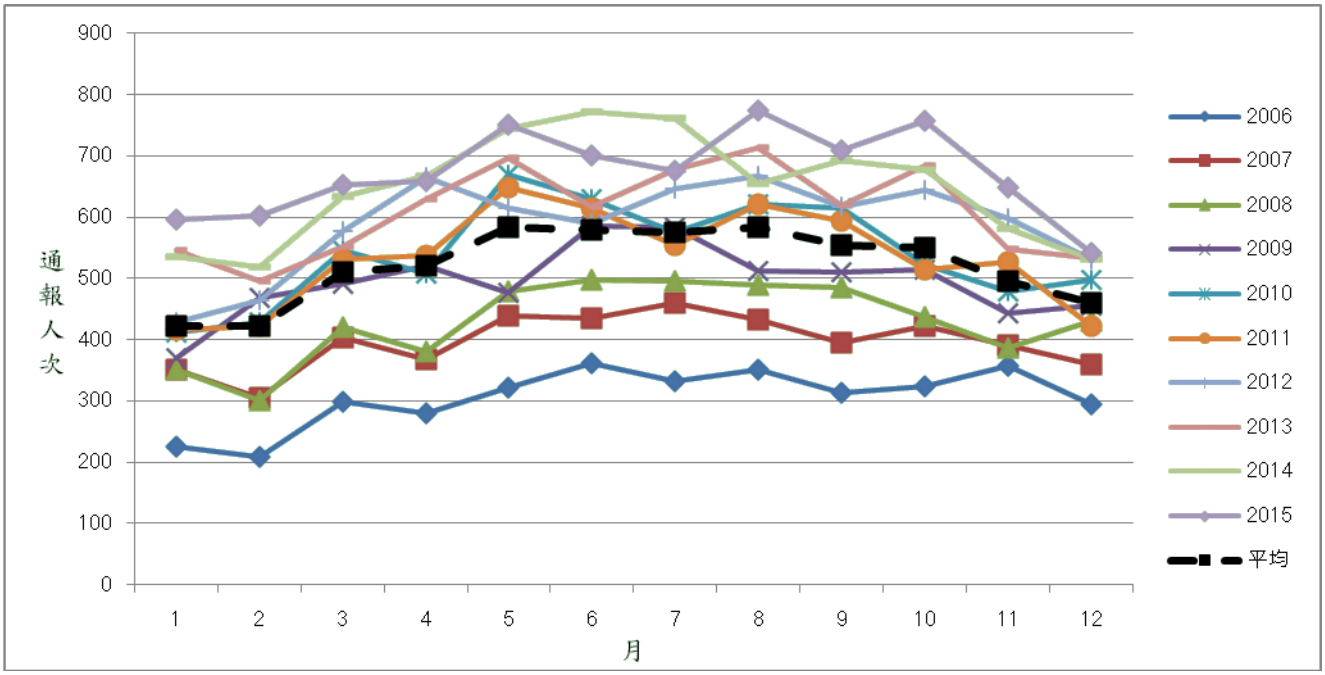


圖 4-7-10、2006 年至 2015 年 45 歲至 64 歲各月通報人次趨勢圖

(4) 65 歲以上：

65 歲以上年齡層 2006 年至 2015 年歷年通報人次，平均通報人次最高為 7 月份，221.9 人次，其次為 5 月份，204.1 人次，第三為 6 月份，203.9 人次。平均通報人次最低為 1 月份及 2 月份，分別為 137.7 人次及 140.7 人次。歷年各月自殺通報人次趨勢除了 7 月份大多高於其他月份外與全國及其他年齡層趨勢有異之外，其他與全國相似。(如圖 4.7.11)

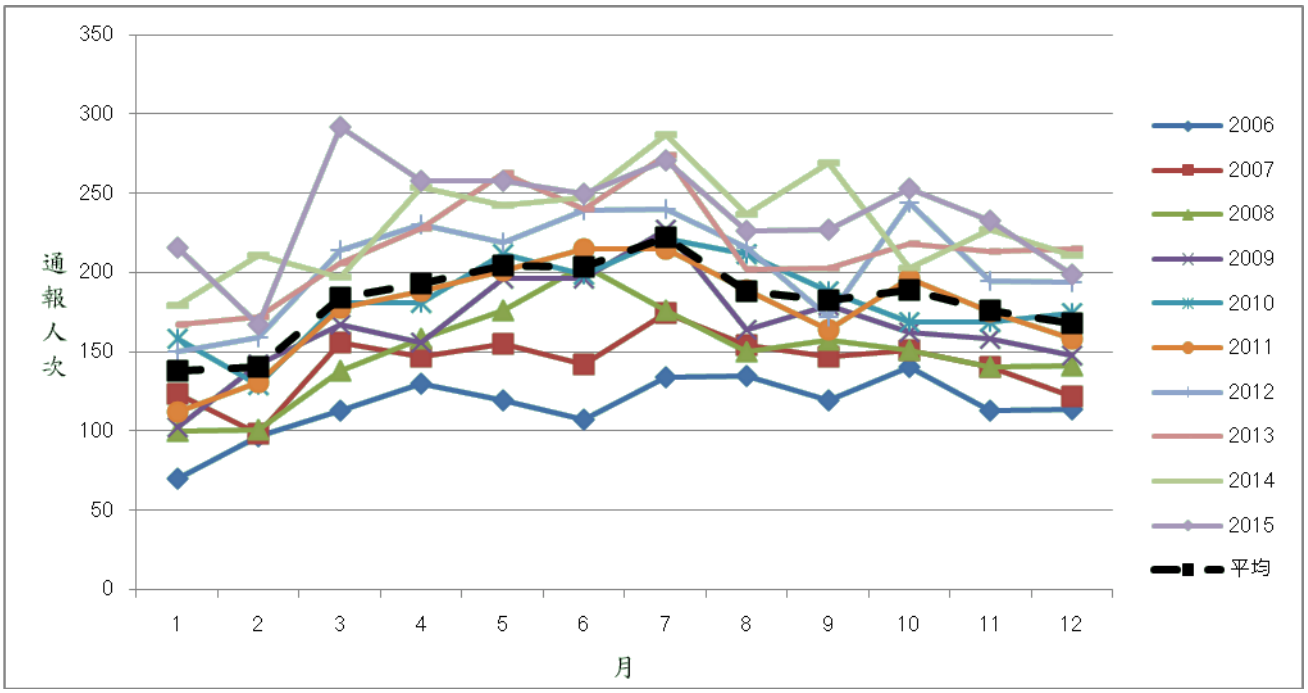


圖 4-7-11、2006 年至 2015 年 65 歲以上各月通報人次趨勢圖

4)依性別通報分析：

(1) 男性：

2006 年至 2015 年男性歷年通報人次中，平均通報人次最高為 5 月份，860.5 人次，其次為 6 月份，845.9 人次，再者為 7 月份，819.1 人次。平均通報人次最低為 1 月份及 2 月份，分別為 623 人次及 601.4 人次。以男性歷年通報人次趨勢來看，大致上與全國趨勢相似，1 月至 2 月間呈現最低，向上攀升到 5 月至 7 月間達到該年最高，再隨著月份下降至隔年 1 月、2 月最低點，歷年呈現此循環。(如圖 4.7.12)

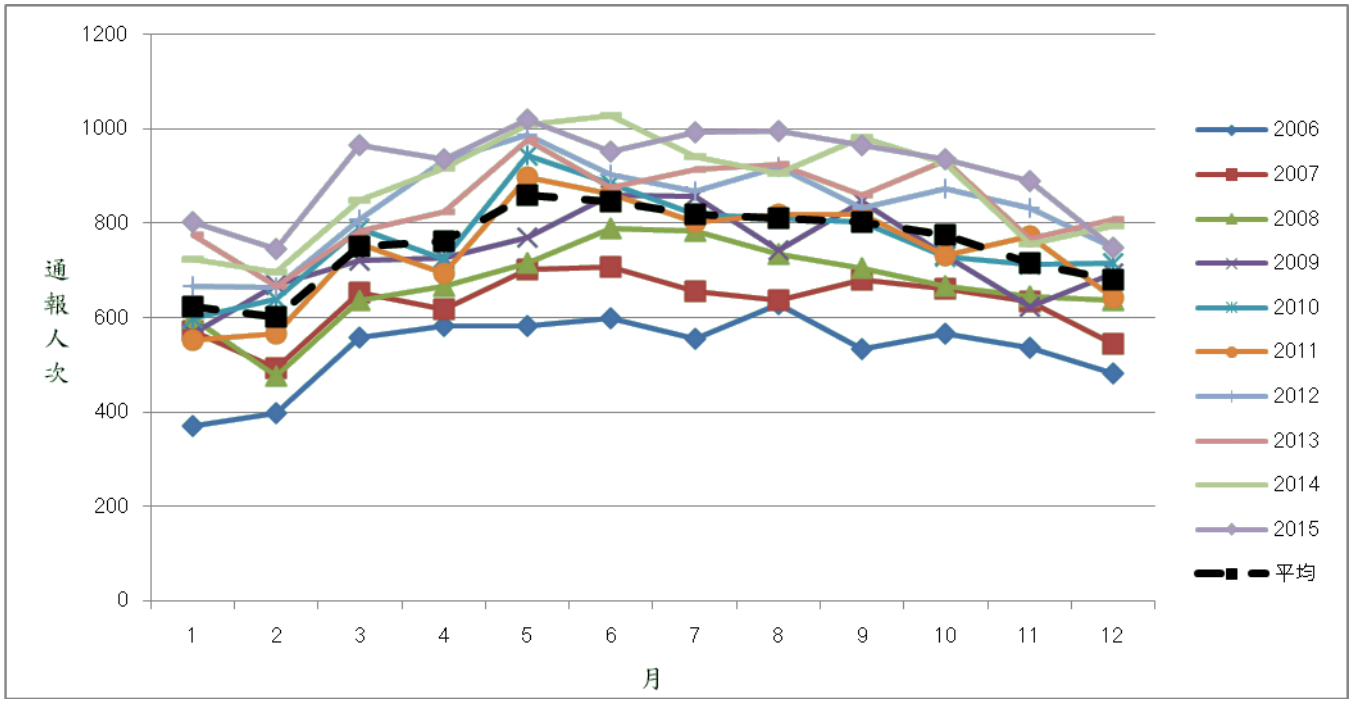


圖 4-7-12、2006 年至 2015 年男性各月通報人次趨勢圖

(2) 女性：

2006 年至 2015 年女性歷年通報人次中，平均通報人次最高為 6 月份，1597.7 人次，其次為 5 月份，1585.4 人次，再者為 8 月份，1551.8 人次。平均通報人次最低為 1 月份及 2 月份，分別為 1171.4 人次及 1123.6 人次。以女性歷年通報人次趨勢來看，同樣是從 1 月、2 月的低點開始向上攀升到 5 月、6 月間到達最高點，而平均通報人次下降的幅度則較為平緩，以平均通報人次趨勢來看，5 月至 10 月間通報人次差距都不大，直到 11 月份才有較為明顯的下降。(如圖 4.7.13)

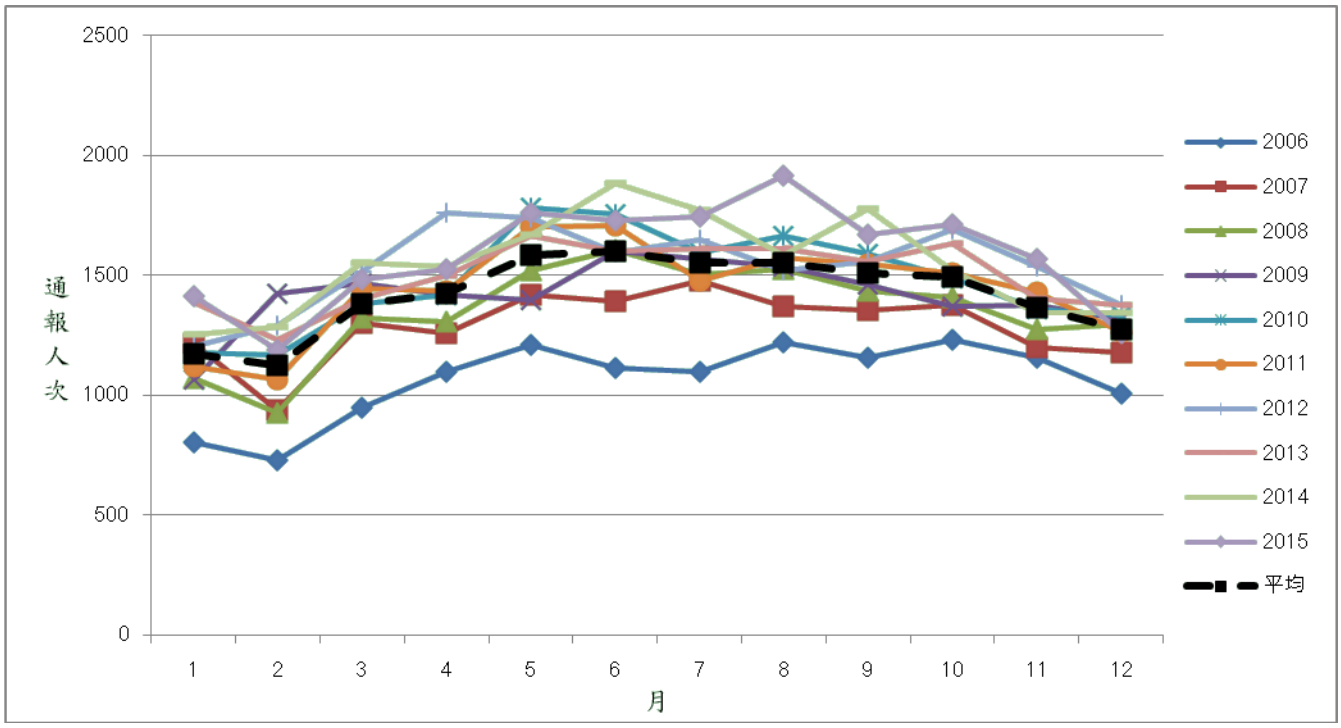


圖 4-7-13、2006 年至 2015 年女性各月通報人次趨勢圖

5) 自殺通報趨勢綜述：

由 2006 年至 2015 年歷年自殺通報人次資料分析，自殺通報人次趨勢在近 10 年間皆維持相似的走向，由 1 月份及 2 月份的通報人次相對低點隨著月份及季節的推進上升，在 5 月份至 7 月份間達到全年度自殺通報人次最高，接著下降至該年度 12 月份，而 12 月份的通報人次高於同年度 1 月份通報人次。如以季節做為分組，春季及夏季是自殺通報人次向上升的時節，而秋季及冬季則為自殺通報人次向下降的時節。

將各縣市依照不同區域劃分，除了東部縣市(宜蘭縣、花蓮縣及臺東縣)與離島地區(金門縣、澎湖縣及連江縣)較無特定趨勢外，其餘縣市自殺通報趨勢與全國趨勢並無太大差異。若以性別及年齡個別分組，除了 65 歲以上族群在歷年 7 月份自殺通報人次較高外，皆與全國趨勢相似。

2. 自殺死亡人數分析

1) 全國自殺死亡資料分析：

(1) 各月自殺死亡趨勢

2006 年至 2015 年歷年自殺死亡人數資料，平均自殺死亡人數最高的月份為 5 月份，357.7 人，其次為 3 月份，351.1 人，第三為 4 月份，335.1 人。平均人數最低為 11 月及 12 月，各為 298 人及 282 人。比較歷年自殺死亡人數趨勢，2006 年至 2010 年間各月自殺死亡人數變動幅度較大，自

殺死亡人數高點為 3 月及 5 月；2011 年至 2015 年間自殺死亡人數高點仍在 3 月及 5 月，但各月死亡人數起伏較為緩和，3 月份至 8 月份間自殺死亡人數差距較低。(如圖 4.7.14)

(2) 各季自殺死亡趨勢

將 2006 年至 2015 年歷年自殺死亡數據，每年區分成四季，分別為 1 月至 3 月、4 月至 6 月、7 月至 9 月及 10 月至 12 月。以平均季自殺死亡人數來觀察，最高第二季，1026.9 人，最低為第四季，888.7 人。以各年來看，近 10 年自殺死亡數據中第四季幾乎為自殺死亡人數最低的一季；除了 2007 年外自殺死亡人數最高皆為第二季或第三季。(如圖 4.7.15)

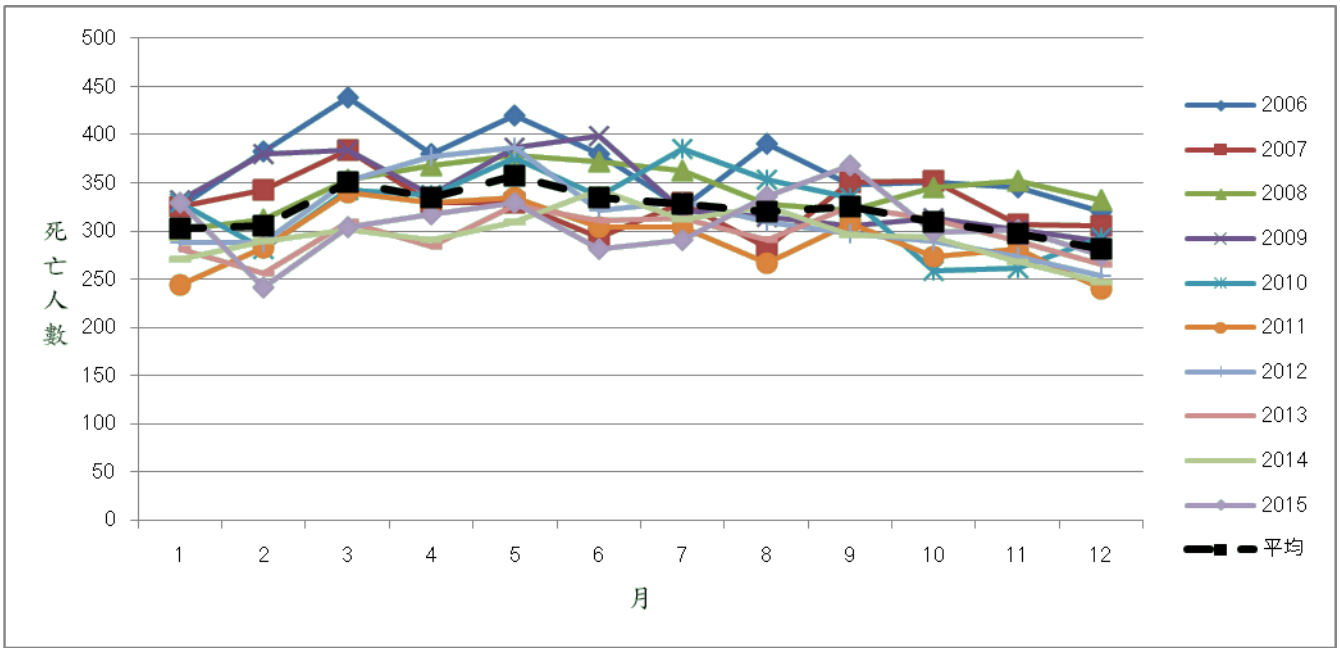


圖 4-7-14、2006 年至 2015 年全國各月自殺死亡人數趨勢圖

2) 各縣市分區域自殺死亡人數分析

由於 2015 年各縣市各月自殺死亡人數資料中心並未取得，因此此項分析僅包含 2006 年至 2014 年自殺死亡人數資料。

(1) 北部縣市：

北部包含基隆市、臺北市、新北市、基隆市、桃園市、新竹縣、新竹市及苗栗縣。

北部縣市 2006 年至 2014 年歷年自殺死亡人數數據，平均死亡人數最高為 5 月，154.7 人，其次為 3 月，149 人，第三為 4 月，145.4 人。平均死亡人數最低為 11 月及 12 月，分別為 124.8 人及 117.6 人。自殺死亡人數趨勢除了 2006 年 8 月以及 2013 年 9 月特別高外，其餘年度與全國自殺

死亡人數趨勢相似，人數最高月份通常在 3 月或 5 月，最低則在 11 月或 12 月。(如圖 4.7.16)

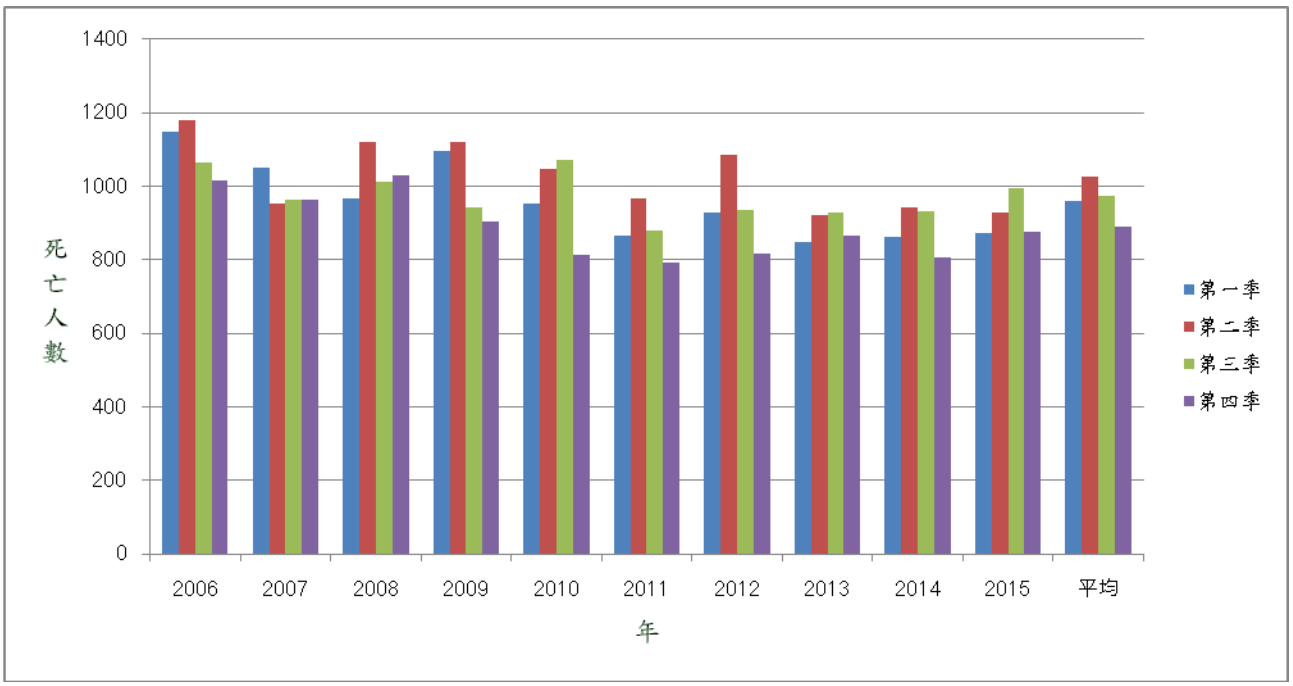


圖 4-7-15、2006 年至 2015 年全國各季自殺死亡人數長條圖

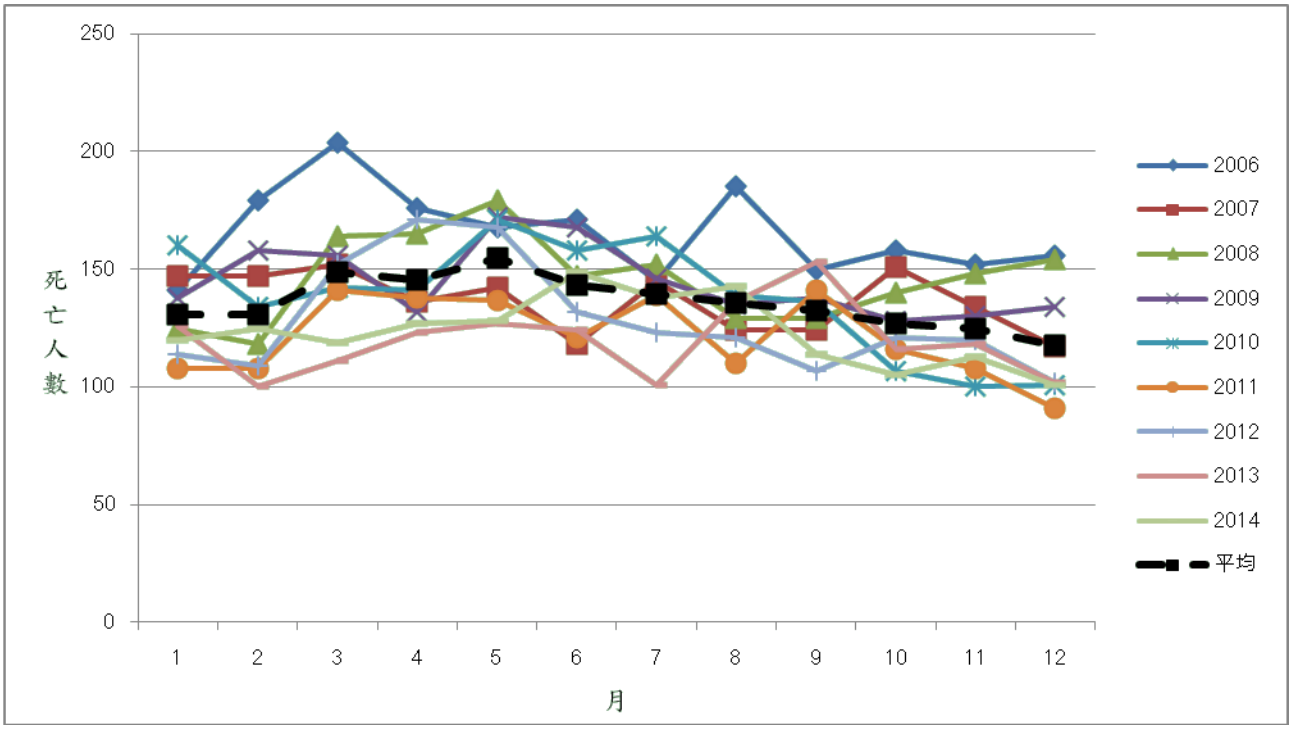


圖 4-7-16、2006 年至 2014 年北部縣市各月自殺死亡人數趨勢圖

(2) 中部縣市：

中部包含臺中市、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市及南投縣。

中部縣市 2006 年至 2014 年歷年自殺死亡人數數據，平均死亡人數最高為 3 月，80.7 人，其次為 5 月，80.3 人，第三為 7 月，77.1 人。平均死亡人數最低為 2 月及 12 月，分別為 65.9 人及 61.8 人。自殺死亡人數趨勢除了 2 月平均死亡人數較低外其餘月份與全國自殺死亡人數趨勢相似。(如圖 4.7.17)

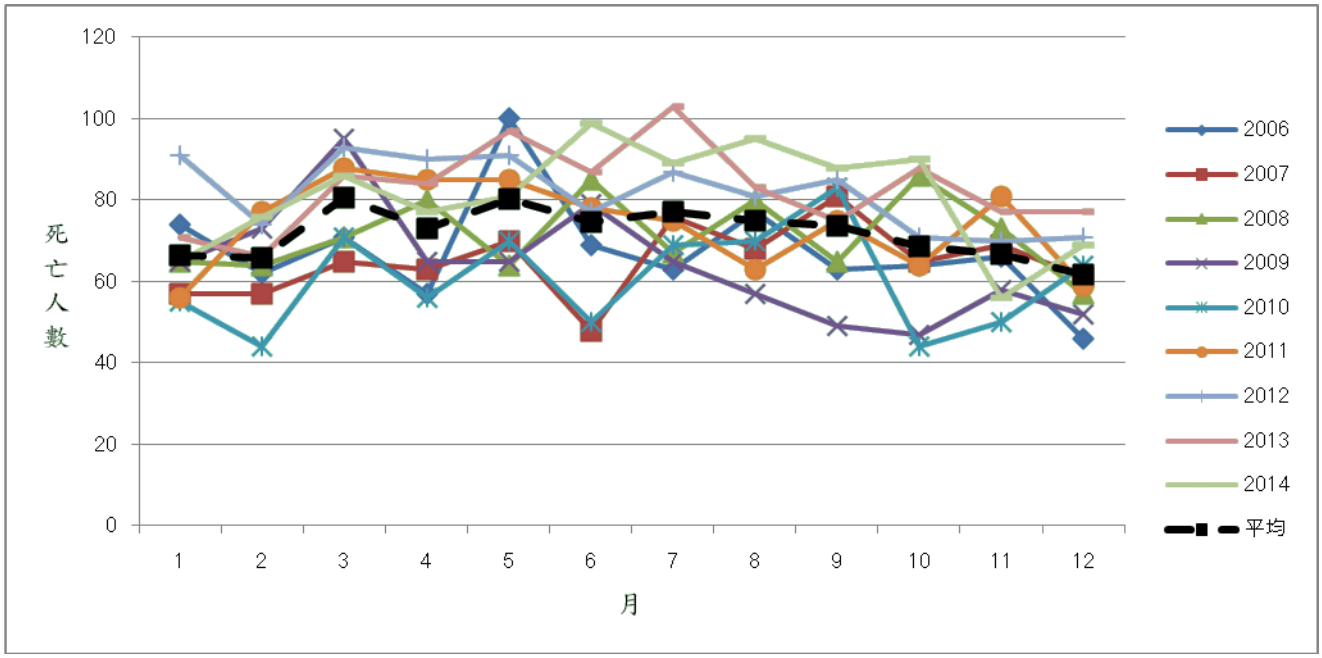


圖 4-7-17、2006 年至 2014 年中部縣市各月自殺死亡人數趨勢圖

(3) 南部縣市：

南部縣市包含臺南市、高雄市、屏東縣。

南部縣市 2006 年至 2014 年歷年自殺死亡人數數據，平均死亡人數最高為 5 月，67.9 人，其次為 6 月，66.3 人，第三為 3 月，66 人。平均死亡人數最低為 1 月及 12 月，分別為 54.4 人及 57.4 人。自殺死亡人數趨勢各年度相距甚大，較無與全國相似的情形，平均死亡人數在各月間也較小。(如圖 4.7.18)

(4) 東部縣市：

東部縣市包含宜蘭縣、花蓮縣及臺東縣。

東部縣市 2006 年至 2014 年歷年自殺死亡人數數據，平均死亡人數最高為 2 月，20 人，其次為 5 月，18.9 人，第三為 4 月及 6 月，各為 18.8 人。平均死亡人數最低為 10 月及 12 月，分別為 15.1 人及 14.1 人。自殺

死亡人數趨勢各年度相距甚大，因為人數較少，各月間人數起伏也較大，較難看出特定趨勢。(如圖 4.7.19)

(5) 離島地區：

離島地區包含澎湖縣、金門縣及連江縣。因為離島地區歷年自殺死亡人數較少，分析各月死亡人數較無意義，無法得出特定趨勢的結論。

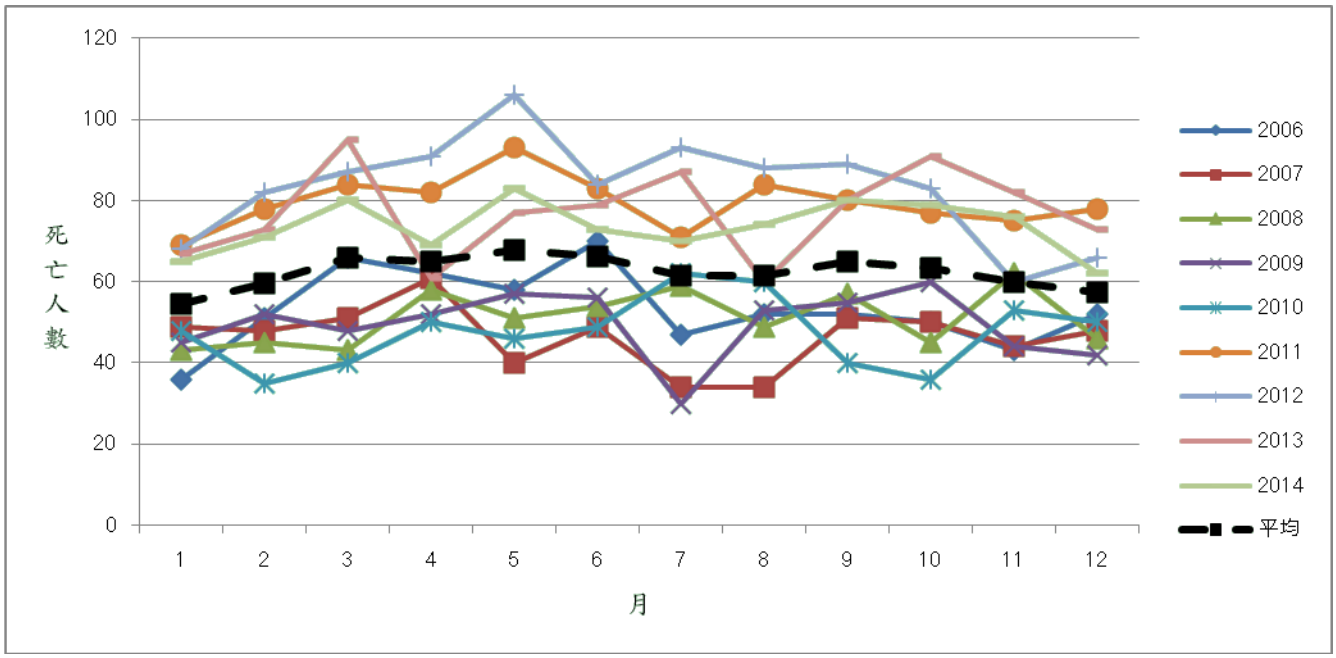


圖 4-7-18、2006 年至 2014 年南部縣市各月自殺死亡人數趨勢圖

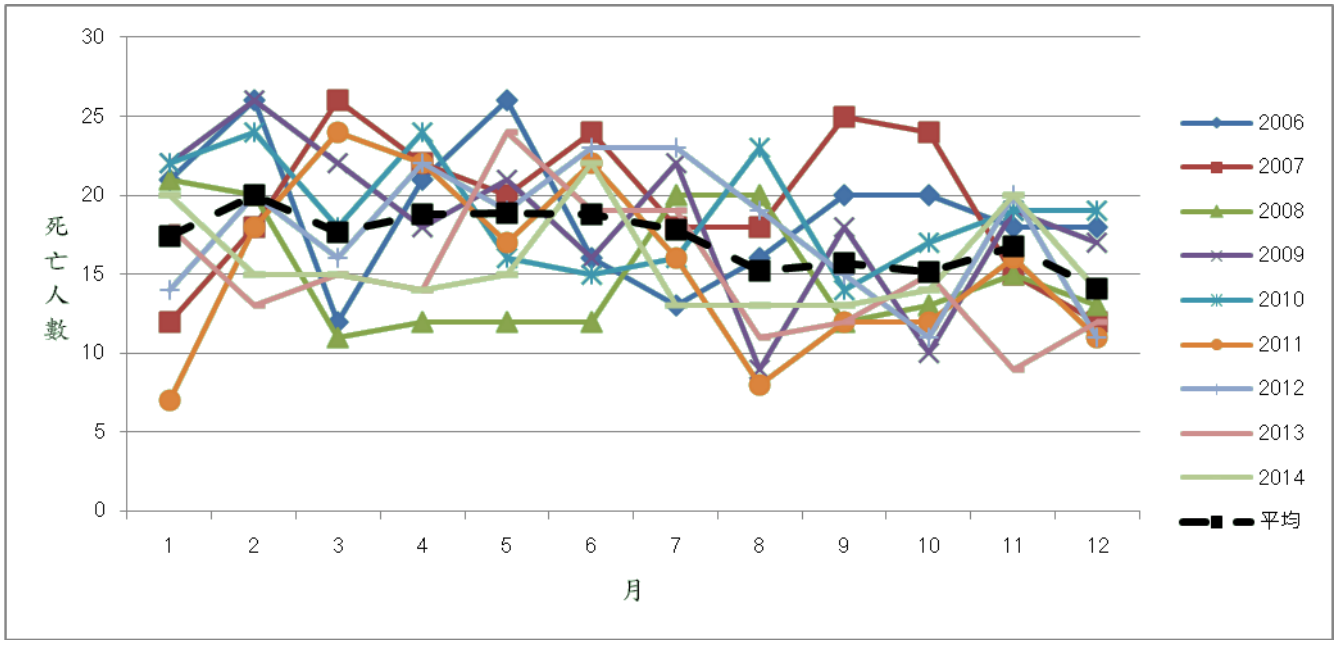


圖 4-7-19、2006 年至 2014 年東部縣市各月自殺死亡人數趨勢圖

3)依性別分析

(1) 男性

2006 年至 2014 年歷年男性自殺死亡人數中，平均人數最高為 3 月，246 人，其次為 5 月，242.8 人，第三為 4 月，228.9 人。平均人數最低為 1 月及 12 月，分別為 203.7 人及 191 人。歷年男性自殺死亡人數趨勢除了 2007 年及 2008 年分別在 10 月及 11 月較高以外，其餘年度趨勢皆與全國自殺死亡人數趨勢相似，3 月及 5 月較高，其餘月份較為平緩，從 5 月後下降至 12 月到達最低點。(如圖 4.7.20)

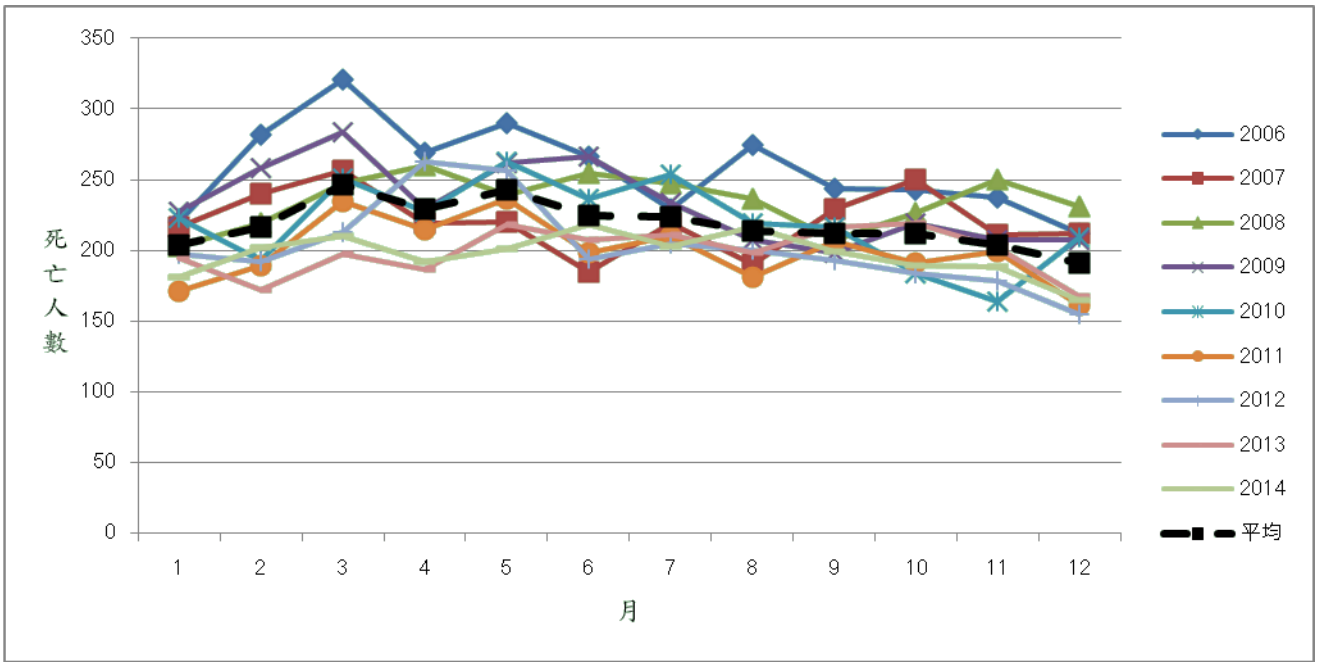


圖 4-7-20、2006 年至 2014 年男性各月自殺死亡人數趨勢圖

(2) 女性

2006 年至 2014 年歷年女性自殺死亡人數中，平均人數最高為 5 月，118 人，其次為 6 月，114 人，第三為 3 月，110.3 人。平均人數最低為 11 月及 12 月，分別為 93.6 人及 91.8 人。歷年女性自殺死亡人數趨勢除了 2008 年及 2010 年分別在 10 月及 8 月較高以外，其餘年度趨勢與全國自殺死亡人數趨勢相似。(如圖 4.7.21)

4)自殺死亡趨勢綜述

由 2006 年至 2015 年自殺死亡人數分析，自殺死亡人數趨勢大致維持相同走向，僅在不同的族群中有小部分差異，全國趨勢平均自殺死亡人數在 3 月、4 月及 5 月為最高點，自殺死亡人數各月起伏在近 5 年內較為平緩，死亡人數差距較小。如以各季作為區隔，近 10 年自殺死亡人數最高幾乎都集中在第二季及第三季，僅在 2007 年最高點在第一季，自殺死亡人數

最低則大部分在第四季。

將各縣市依照不同區域劃分，除南部縣市(臺南市、高雄市、屏東縣)趨勢與全國較為不同以及東部縣市(宜蘭縣、花蓮縣及臺東縣) 因為人數較少，各月間人數起伏也較大，較難看出特定趨勢外，其他縣市則與全國趨勢相似，離島地區(金門縣、澎湖縣及連江縣)則是因歷年自殺死亡人數較少，監測自殺死亡人數較無參考價值。

以性別作為分組，男女在歷年自殺死亡人數趨勢方面皆與全國相似，並無太大差異。

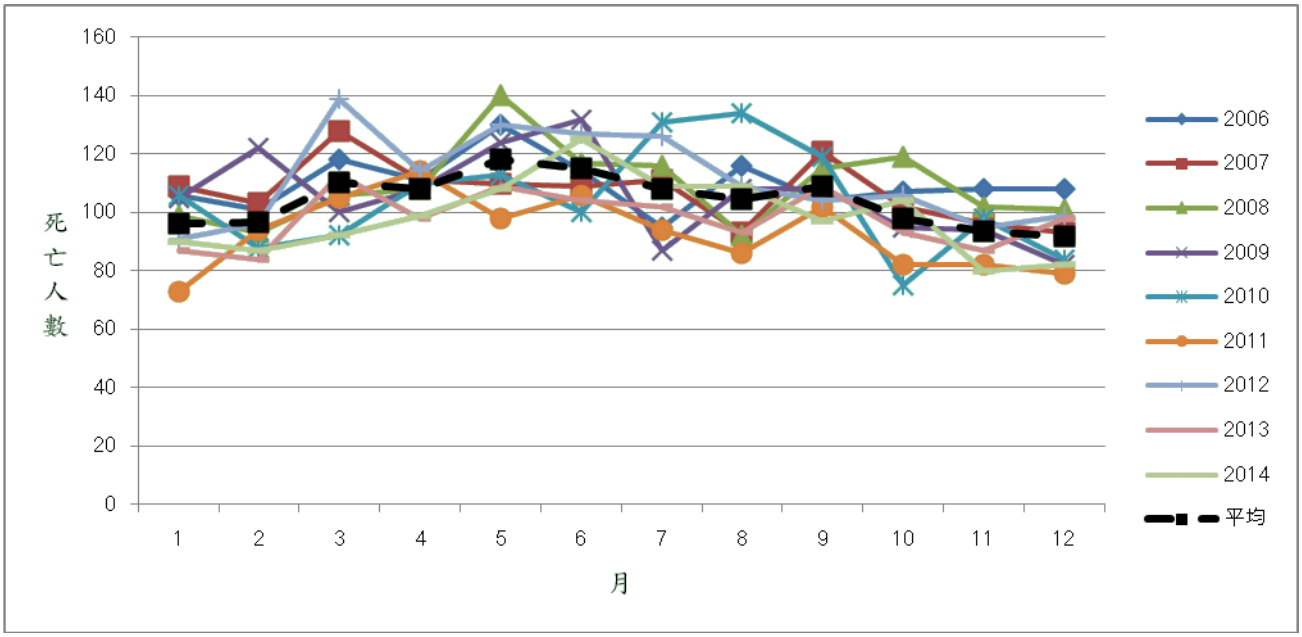


圖 4-7-21、2006 年至 2014 年女性各月自殺死亡人數趨勢圖

3. 研擬之宣導方案

1) 臺灣與國際間其他國家相似，一年當中逐月之自殺通報人次及自殺死亡人數，有隨著季節波動的趨勢，高峰常出現在每年第二季到第三季間，推測造成此一現象的因子眾多。若考量每年第二季開始前，正好是國人傳統上最重視的春節，所謂節慶效應亦須提高警覺。
2) 自殺行為的高峰出現在第二季與第三季，應在夏、秋之間加強自殺防治宣導，透過中心分析的結果可發現年節後自殺通報人次逐漸上升。因此，除持續推動目前已見初步成效之全國自殺防治策略外，於重大節慶之前，以關懷鼓勵，溫馨正面之方式，透過社群媒體及網絡，再度強化包括自殺防治學會及全國自殺防治中心已行之有年之模式，藉由官方網站或記者會形

式發布消息，提醒國人可透過電話、信件和通訊軟體(facebook、line 等社群通訊軟體)等，與親朋好友保持聯繫，降低別離後所造成的失落感，達成「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

3) 秋季正是學生開學期間，學生心情起伏大，也可能會產生假期後症候群，就歷年自殺通報人次數據也能看出，24 歲以下年齡層在 9 月及 10 月自殺通報人次較高，因此師長與家長應注意學生的活動有無異常行為，適時給予關懷。另外重視學生的心理輔導(包括自殺防治)，希望加強學生面對社會各項變遷之能力，懂得珍惜生命、有困難要懂得求助、轉變想法、學習自我控制、解決衝突、紓解壓力、提升挫折容忍度的能力等。

4) 鼓勵民眾平時多關愛自己、多關心身邊的人，並提出「一問、二應、三轉介」三大步驟，關懷詢問身邊的人，如果遇到有想自殺、憂鬱的人，應該關心、回應他的想法，並協助轉介給專業的醫療人員，也可撥打「安心專線」尋求協助。

五、 參考文獻

1. **Bradvik, L. & Berglund, M.** (2003). A suicide peak after weekends and holidays in patients with alcohol dependence. *Suicide Life Threat Behav* **33**, 186-91.
2. **Bradvik, L. & Berglund, M.** (2003). A suicide peak after weekends and holidays in patients with alcohol dependence. *Suicide Life Threat Behav* **33**, 186-91.
3. **Chen, V. C.-H., Chou, J.-Y., Lai, T.-J. & Lee, C. T.-C.** (2010). Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978-2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **45**, 447-452.
4. **Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F. C., Papadopoulou, A., Bouras, G., Gournellis, R. & Lykouras, L.** (2012). Suicide and seasonality. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **125**, 127-146.
5. **Gabennesch, H.** (1988). When Promises Fail: A Theory of Temporal Fluctuations in Suicide *Social Forces* **67**, 129-145.
6. **Jessen, G., Jensen, B. F., Arensman, E., Bib-Brahe, U., Crepet, P., Leo, D. D., Hawton, K., Haring, C., Hjelmeland, H., Michel, K., Ostamo, A., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Temesvary, B. & Wasserman, D.** (1999). Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **99**, 412-418.
7. **Kim, C. D., Lesage, A. D., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O. & Turecki, G.** (2004). Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. *Comprehensive Psychiatry* **45**, 333-339.
8. **Lambert, G., Reid, C., Kaye, D., Jennings, G. & Esler, M.** (2003). Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight. *American Journal of Psychiatry* **160**, 793-5.
9. **Lee, H.-C., Lin, H.-C., Tsai, S.-Y., Li, C.-Y., Chen, C.-C. & Huang, C.-C.** (2006). Suicide rates and the association with climate: A population-based study. *Journal of Affective Disorders* **92**, 221-226.

10. **Postolache, T. T., Mortensen, P. B., Tonelli, L. H., Jiao, X., Frangakis, C., Soriano, J. J. & Qin, P.** (2010). Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of hospitalization for mood disorders. *Journal of Affective Disorders* **121**, 88-93.
11. **Qin, P., Mortensen, P. B., Waltoft, B. L. & Postolache, T. T.** (2011). Allergy is associated with suicide completion with a possible mediating role of mood disorder – a population-based study. *Allergy* **66**, 658-664.
12. **Woo, J.-M., Okusaga, O. & Postolache, T. T.** (2012). Seasonality of suicidal behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **9**, 531-547.
13. **Yang, A. C., Tsai, S.-J. & Huang, N. E.** (2011). Decomposing the association of completed suicide with air pollution, weather, and unemployment data at different time scales. *Journal of Affective Disorders* **129**, 275-281.

第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

在貫穿全國三個層面的自殺防治策略中(即指標性、選擇性、全面性策略)，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。

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%，此一數據凸顯醫療人員在自殺防治的重要性，第一線醫師、護理師、社工師、心理師等各專業人員的評估與處置有助於降低自殺行為發生的風險，因此，提升第一線專業人員的自殺防治技巧和能力，刻不容緩。本會結合了五個醫療相關學協會，針對第一線專業人員辦理自殺防治守門人訓練，期盼透過該守門人訓練課程，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與基礎的自殺干預技巧，給予醫療情境中的高風險者適度的關懷，並懂得適時轉介資源給有需要的自殺意念或已有自殺計畫/行為者。

2. 方案的目的與目標

1) 透過本課程讓參與訓練者瞭解自殺防治之重要性及守門人實務應用知識。
2) 增進醫師及其他第一線醫療專業人員對於辨認自殺危險因子之敏感度，並學習基礎的自殺干預技巧，能提供潛在自殺意念者關懷，並適時轉介適當資源予以協助。
3) 透過瞭解自殺防治現況及精神醫療專家之實務經驗傳授，結合理論與寶貴經驗交流，增進國內自殺防治工作之效能。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 召開專家會議討論課程大綱及內容。
2) 撰寫計畫案並請專家複審修正以確定修編內容。
3) 聯繫協辦之合作單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、護士/護理師、諮商心理師、臨床心理師、社工師、職能/物理治療師。

4)於全國主要地區以視訊轉播，同步進行單向及雙向討論方式，辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程。

2. 資源連結與合作

1)合辦單位：中華民國醫師公會全國聯合會。

2)協辦單位：中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、臺灣年輕藥師協會、臺灣臨床心理學會、臺灣輔導與諮商學會、臺灣基層醫療協會、臺灣職能治療學會。

3)資源連結內容及形式：課程訊息轉知、共同辦理 1 場次大型自殺防治守門人講座。

三、 過程(Process)

1. 3 月 4 日於中心業務會議中提案討論相關內容及規劃，並決議於七月前依規格書內容辦理一場「第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程」，並錄製影片以供之後開放為數位學習課程。
2. 於 3 月中下旬持續聯繫合作協辦之學、協會，同時並由計畫主持人(李明濱教授)及協同主持人(吳佳儀副執行長)討論內容，依專家群建議修改，共同擬定課程主題及綱要。專家領域主要包含在自殺防治領域深具經驗的精神專科醫師及護理師等。
3. 因考量課程推廣效益，4 月 15 日業務會議決議：6 月 25 日將與中華民國醫師公會全國聯合會合作辦理「第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程」。於全國主要地區 30 間醫院以視訊方式，同步轉播與進行單向及雙向討論方式，舉辦此訓練課程。
4. 5 月開始持續與合辦方中華民國醫師公會全國聯合會聯繫各項細節，並發函給國內第一線醫療及社會工作相關專業人員之學協會，邀請其共同協辦此一訓練課程，協助在其網站或會員通訊上轉知活動及報名資訊。
5. 5 月同時與講師們聯繫、討論課程事宜，搜集整理課程資料用以申請該訓練之各專業人員繼續教育積分。
6. 6 月 25 日於臺大醫院西址第七講堂辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」。並於課後整理成果及學員申請繼續教育積分之相關作業。
7. 由資訊組同仁將當日課程錄影後製完成，置放於本中心之數位學習網，開放為數位學習課程之一，供當日未能參加之人員觀看。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

6 月 25 日於臺大醫院西址第七講堂辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」。

由臺灣自殺防治學會鄭宇明秘書長及張家銘理事、全國自殺防治中心廖士程執行長及吳佳儀副執行長擔任講師。課程主題包含：自殺防治教育及推廣、自殺高風險群之辨識與處置、自殺高風險者之關懷與溝通、自殺防治資源之連結與轉介，並於最後個案分享與討論，詳細議程請見下表 4.8.1。

當日亦於全國 30 間地區醫院同步視訊轉播，詳細場地詳見表 4.8.2。當日總報名人數為 898 人，醫師占 205 人、護理師占 555 人，藥師占 88 人，及其他(心理、社工及職能治療師)占 50 人。

表 4-8-1、第一線專業人員自殺防治守門人訓練議程表

時間	課程內容
13:30~13:45	致歡迎詞：邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會)、李明濱教授(臺大醫學院) 貴賓致詞：諶立中司長(衛生福利部心理及口腔健康司) 主 持 人：黃富源教授(馬偕紀念醫院)、邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會)、李明濱教授(臺大醫學院) 彰 化 縣：黃明和總裁(彰濱秀傳紀念醫院)、巫喜得理事長(彰化縣醫師公會) 臺 南 市：郭宗正院長(郭綜合醫院)、黃仁享理事長(臺南市醫師公會) 屏 東 縣：黃炳生院長(安泰醫院)、鄭英傑理事長(屏東縣醫師公會)

表 4-8-1、第一線專業人員自殺防治守門人訓練議程表(續)

時間	課程內容
13:45~14:10	**第一場：自殺防治教育及推廣** 主講人：全國自殺防治中心 廖士程 執行長
14:10~14:50	**第二場：自殺高風險群之辨識與處置** 主講人：全國自殺防治中心 吳佳儀 副執行長
14:50~15:30	**第三場：自殺高風險者之關懷與溝通** 主講人：臺灣自殺防治學會 鄭宇明 秘書長
15:30~16:10	**第四場：自殺防治資源之連結與轉介** 主講人：臺灣自殺防治學會 張家銘 理事
16:10~16:30	**個案分享與討論**(主持人及所有講師)

表 4-8-2、第一線專業人員自殺防治守門人課程場地分配

地區	地點
現場	臺大醫院第七講堂(臺北市常德街 1 號)
雙向互動會場	
【彰化縣】	財團法人彰濱秀傳紀念醫院八樓會議室
【臺南市】	郭綜合醫院 B 區 5 樓榕華廳
【高雄市】	高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川六樓第一講堂
【屏東縣】	安泰醫院 B 棟 11 樓第一禮堂
單向會場	
【宜蘭縣】	國立陽明大學附設醫院知行樓 1 樓會議室
【桃園市】	天晟醫院 B1 國際會議室
【新竹市】	臺大醫院新竹分院 5 樓第一會議室
【新竹縣】	東元醫院 B 棟 6 樓第一會議室
【苗栗縣】	大千綜合醫院醫療大樓 E401 會議室
【臺中市】	中山醫學大學附設醫院行政大樓 10 樓會議室 臺中榮民總醫院研究大樓 1 樓第七會議室 中國醫學大學附設醫院安康教學大樓 2 樓 201 教室

表 4-8-2、第一線專業人員自殺防治守門人課程場地分配(續)

地區	地點
單向會場	
【彰化縣】	彰化基督教醫院第二醫療大樓 11 樓連瑪玉學術講堂
	彰化基督教醫院二林分院第一會議室
【南投縣】	埔里基督教醫院 B 棟 7 樓教學研究部會議室
【雲林縣】	中國醫藥大學北港附設醫院 B1 第一會議室
	成功大學附設醫院斗六分院圖書館會議室
【嘉義市】	嘉義基督教醫院 B 棟 9 樓第一會議室
【高雄市】	高雄市立小港醫院 8 樓教學討論室
	健仁醫院第一教室
	大東醫院 5 樓會議室
	建佑醫院地下室會議室
	阮綜合醫院門診大樓 6 樓會議室
【花蓮縣】	花蓮縣醫師公會
	玉里慈濟醫院七樓慈濟部會議室
【臺東縣】	慈濟綜合醫院關山分院 5 樓慈濟部
	蘭嶼鄉衛生所長期照護中心
	綠島鄉衛生所主任辦公室
【澎湖縣】	三軍總醫院澎湖分院醫療大樓第一會議室
【連江縣】	連江縣立醫院 3 樓講堂



圖 4-8-1、第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程於臺大第七講堂舉行

2. 結論

1) 課程主題主要針對第一線醫療及社會工作相關專業人員之實務應用而設計，旨在學習辨識高風險族群、關懷與溝通，並協助有自殺意念之患者及其親屬，預防憾事發生。在課程中，講師皆以理論、實際數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及自身經歷講述。期以提醒第一線人員莫忘自殺往往是多重因素造成之悲劇結果，勿不慎簡化原因，並從各面向原因切入，提升學員對於高風險群之辨識及關懷的敏感度及知識。另導入自殺防治資源之連結與轉介，意使第一線人員了解實務上可以如何協助個案之管道。整體課程符合自殺防治守門人之訓練目標，提倡「一問二應三轉介」之重要性，讓人人都成為「珍愛生命守門人」。

2) 此次與中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理此課程，乃是考量可與全國三十間醫院同步視訊，以利課程推廣至更多的醫療及社會工作相關之第一線專業人員；當日的最後一堂即安排「個案分享與討論」為主題，同步開放主講堂及全國雙向視訊會場的學員提問以共同討論，學員提問的問題包括了精神科的汙名化、思覺失調症專業相關問題及第一線人員的自我抒壓技巧等等。講師們也積極回應，並由主持人做相應補充，現場氣氛活絡。

3) 單靠辦理此類研討會，其實在整個守門人教育上的實質效益有限；建議第一線專業人員在學時，即可規劃納入守門人的素養及知識運用於實務上的培訓，並增強專業人員對自殺防治各項資源及相關處置之瞭解。

國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃

一、背景(Context)

本章內容是根據 105 年度「全國自殺防治中心計畫」企畫書，第貳章第二節的(四) 9.項目：「蒐集國外近 3 年自殺防治相關文獻及自殺防治策略、措施，規劃符合國內自殺防治策略及具體措施」。

自殺防治是全球公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，根據 2014 年世界衛生組織(WHO，World Health Organization)的報告《自殺防治：全球要務》(*Preventing Suicide: A Global Imperative*)指出，每年有超過 80 萬人死於自殺，也就是每 40 秒就有一人因為自殺而身亡。任何單一因素都不足以解釋一個人為什麼會自殺：自殺是一個複雜的現象，是由個人、社會、心理、文化、生物和環境等多種因素相互作用而導致的。

如我們所知，自殺是一個複雜的現象，不僅有多種危險因子(risk factors)促發自殺，也有一系列的介入(interventions)方式來預防自殺。識別出與其環境有關的自殺危險因子，並透過適當的方式來介入，這些是任何有效自殺防治策略的基礎。自殺危險因子與介入方式之間的關係，可以參考 2014 年世界衛生組織的報告《自殺防治：全球要務》中的示意圖，詳見圖 4.9.1：

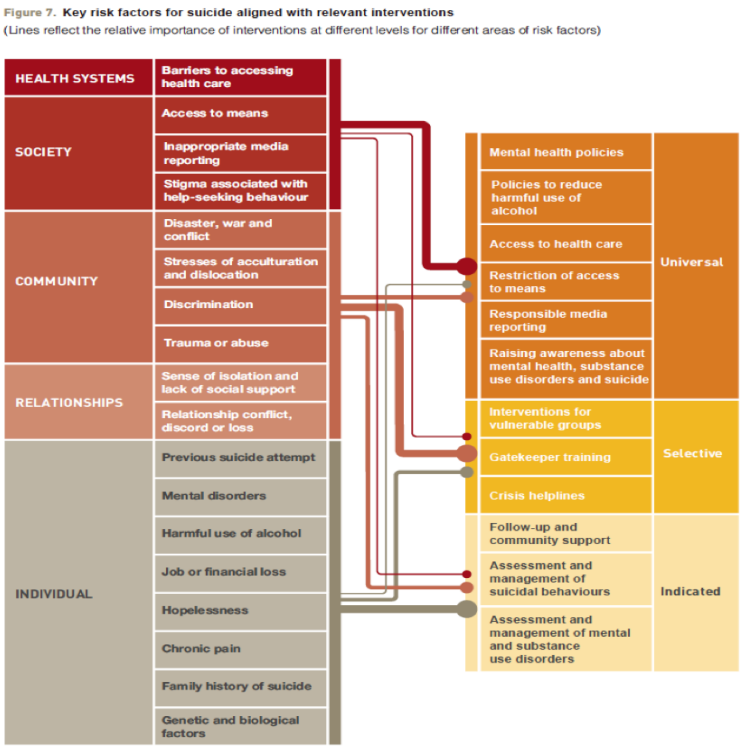


圖 4-9-1、自殺危險因子與其相關介入方式

我們可以從上圖看出，世界衛生組織非常小心地劃分自殺危險因子與介入方式，因為它們之間的關係並不是簡單的一對一形式。另外，自殺的介入方式被分成全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是自殺防治策略最常見的區分方式。

全面性自殺防治策略之目標對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、增加獲得醫療與社會福利之途徑、降低致命工具之可近性、負責任的媒體報導等來促進心理衛生與減少自殺的危險。選擇性自殺防治策略針對的是某些特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體並沒有自殺行為，但是他們在生物、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險。指標性自殺防治策略主要在於追蹤特定的高風險族群，像是自殺企圖者與自殺未遂者。

綜觀以上可以發現，規劃一個國家的自殺防治策略是十分艱鉅的任務，必須考量到不同層次的危險因子與介入方式。因此，自殺防治的工作非常需要社會多個部門之間的協調與合作：包括政府與非政府機構，衛生與非衛生部門，如教育、就業、醫療、社會福利、商業、司法、政治和媒體等。自殺防治策略必須是多層次和整合性的，因為並不存在任何單一的方法可以獨自處理自殺這個複雜的問題。

正因為自殺防治工作的困難，我們更需要瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，像是國家自殺防治策略、各種實務指引或是實證研究等相關文獻。事實上，我國推動之自殺防治策略正是與國際主流的自殺防治策略相同，也是以全面性、選擇性和指標性三大向度為主軸。國外的自殺防治經驗對於理解像是：自殺的危險與保護因子、何種介入方式可以有效的預防自殺、如何與各個政府和非政府部門合作或是自殺防治的最新趨勢，勢必會有一定的幫助。本中心持續透過各種交流與分享管道，以統整近三年各國自殺防治策略為主軸，並以近十年內相關之文獻搜尋為輔之做法，彙整與規劃符合國內民情之自殺防治策略及具體措施。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法：

1) 組織建立：教育宣導組。

2) 文獻蒐集：

(1) 建立系統性搜尋策略

(2) 進行系統性文獻蒐集

3) 文獻整理：將蒐集到的文獻進行分類與彙整。
4) 策略規劃：

透過蒐集國外的自殺防治之策略與文獻，將資料彙整規劃符合國內之自殺防治策略與措施。

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、社團法人台灣自殺防治學會、各縣市衛生局、臺大醫學院圖書館。
2) 資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

三、 過程(Process)

1. 組織建立

「國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃」為一個新的計畫，從 105 年 3 月開始，由李明濱教授(計畫主持人)親自督導，協同主持人吳佳儀副教授與張書森副執行長共同協助指導自殺防治中心教育宣導組(負責執行團隊)，小組成員專長涵蓋精神醫學、心理學、社會學、護理學、流行病學、生物統計、衛生政策及醫療保健等領域。本案持續針對自殺防治之國家策略、實務指引、實證研究等文獻回顧資料進行彙整；並定期召開會議討論，藉此評估與規劃國內自殺防治策略與措施。

2. 文獻蒐集

1) 建立系統性搜尋策略
(1) 3 月 25 日於全國自殺防治中心會議室進行專家會議，初步規劃文獻蒐集與策略規劃之方向。
(2) 4 月 7 日於台大精神科會議室進行內部會議與在職訓練，進一步規劃如何進行系統性搜尋文獻之綱要，以及提升中心同仁系統性文獻蒐集之能力。
(3) 4 月中根據前述 2 場會議討論之結果，以及與專家的持續討論，建立系統性搜尋之策略。
2) 進行系統性文獻蒐集
4 月底至 7 月根據規劃的系統性搜尋策略，持續針對國外的自殺防治相關文獻進行系統性搜尋。

3. 文獻整理

8 月至 10 月將國外的自殺防治文獻蒐集部分完成，並根據文獻內容進行分類、翻譯與主題彙整。同時，也持續與中心專家定期報告與討論。10 月至

11 月彙整並分析國外自殺防治文獻。

4. 策略規劃

11 月至 12 月本案執行團隊人員持續針對至今已查到的文獻進行深讀，定期開會討論他國策略或指引內容，並對照國內外文獻及國內現況，提出符合本土需求之國家自殺防治策略建議。

四、 成果(Product)

1. 系統性文獻搜尋策略

1) 系統性文獻搜尋策略介紹

系統性文獻搜尋是根據醫學領域中常用的「系統性回顧」(systematic review)的方法來進行搜尋。系統性回顧是「一種整理醫學文獻的研究報告，運用明確的方法進行完整的文獻搜尋和個別研究的嚴格評讀，再運用適當的統計學技巧結合這些有效的研究」(陳杰峰，2010)。根據上述文字，我們可以說系統性文獻搜尋是一種文獻搜尋方法，運用明確的方法進行完整的文獻搜尋和個別研究的判讀。簡言之，只要是運用一套有標準程序的方法來進行資料的搜尋，就可以被稱作是系統性文獻搜尋。

本中心依據文獻搜尋結果以及專家會議之建議，規劃了三種主要的系統性文章分析標的，分別為國家策略(strategy)、實務指引(guideline)與實證研究(evidence-based research)。國家策略指的是一個國家或地區級機構的防治計劃；實務指引是針對不同對象、情境提供適當執行方向之原則或規範；實證研究則是指論文型式之研究文章分析。

除了以上三種系統性文獻搜尋方向外，團隊的文獻搜尋管道還涵蓋了國外學者或相關學協會提供之文獻、中心專家與同仁所搜尋到之新近文獻，或是從既有文獻中找尋其他文獻。

系統性文獻搜尋策略並不僅僅只有系統性文獻搜尋的「方式」，也包含中心的在職訓練與文獻管理。全國自殺防治中心提供同仁系統性文獻搜尋的線上與實體課程，以訓練與提升中心同仁文獻蒐集與整合之能力。本中心的文獻管理是將蒐集到的文獻存放於中心的雲端資料庫，並根據文獻的類型與主題分門別類。另外，同時使用書目管理系統 EndNote 來彙整搜尋到的自殺防治相關文獻。

2) 國外自殺防治策略搜尋(Strategy searching)

主要採用 Google 搜尋方式，搜尋各國近三年或最新的自殺防治策略，關鍵字「national suicide prevention strategy」，然後點選前 5 頁的所有文獻搜尋結果。

(1) 亞洲四國搜尋

搜尋鄰近亞洲國家的自殺防治策略，用 Google 搜尋「國家名 + suicide prevention」，目標選定為以下 4 國：日本、韓國、新加坡、香港。

(2) MiNDbank 搜尋

使用 WHO 的 MiNDbank 網站(網址：https://www.mindbank.info/)，用關鍵字「suicide prevention」搜尋，在搜尋頁面的「Sort items」欄位選取「Newest First」來排序，前 4 頁可包含 2013 年之後的所有相關檔案。

(3) OECD 國家搜尋

經濟合作暨發展組織(OECD，Organisation for Economic Co-operation and Development)國家的官網，用 Google 搜尋「國家名+ suicide prevention」的前 5 頁搜尋結果。

(4) WHO 防治策略

使用「WHO + suicide」在 Google 裡找最新的資料，點選前三頁的所有文獻。如果找不到 2013 年之後更新的資料，可使用以下兩篇 2012 年的文獻為代表：

a. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: A framework 2012 [cited 2012 October 15]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

b. World Health Organization. Evidence-based recommendations for management of self harm and suicide in non-specialized health settings. 2012; Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/

(5) 各國自殺防治策略

這些國家的防治策略裡，如果已有文獻回顧，也可將其中 2013-2015 年的資料納入。例如愛爾蘭國家自殺防法策略所做的 review：Dillon, L., et al. Suicide prevention: an evidence review 2015. 2015; Available from: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/Suicide_Prevention_An_evidence_review_2015.pdf

(6) 實證研究之各國策略

這篇文章中所包含的國家官網：Taylor, S.J., Kingdom, D., and Jenkins,

R., How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies.ActaPsychiatricaScandinavica, 1997. 95: 457-63.

3) 實務指引搜尋 (Guidelines searching)

(1) 自殺防治實務指引之搜尋方式，與「國家策略」的搜尋方式原則上相同。差別在於關鍵字的「strategy」改成「guideline」。

(2) 媒體指引：根據 IASP 網站上提供的媒體指引(media guidelines)為基準點在 Google 做搜尋。例如用同個指引名稱做搜尋，或是用關鍵字「國家名+ suicide media guide」與「國家名 + suicide media report」。IASP 的媒體指引網址：https://www.iasp.info/media_guidelines.php

4) 實證研究搜尋 (Evidence-based research searching)

著重在搜尋已發表的自殺防治文獻中，屬於文獻回顧(review)之研究，以補充前兩項搜尋方向所辨識到的國家自殺防治策略之不足。

(1) 文獻資料庫搜尋

Medline (PubMed)、PsycINFO、EMBASE、Web of Science(Science, Social Sciences, Arts & Humanities)、Google Scholar。

(2) 關鍵字之使用

a. 自殺相關字：

suicid$ or suicide attempt$ or suicidal behavio$ or self-injur$ or self-poisoning$ or self-harm$

b. 防治相關字

prevention$ or intervention$ or strateg$ or management$ or polic$ or guide$ or guideline$

(3) 系統性搜尋實證研究之範例

使用 EMBASE 資料庫檢索結果(2016/4)

a. 步驟 1：

進入 EMBASE 後點擊 Browse>Emtree

b. 步驟 2：

搜尋關鍵字「'suicidal behavior'/exp AND prevention AND [2013-2016]/py」，意思是搜尋同時有'suicidal behavior'/exp、prevention 與[2013-2016]/py 這 3 個條件的文獻，總共有 2688 筆資料。

c. 步驟 3：

搜尋關鍵字「'suicide'/exp AND prevention AND [2013-2016]/py」，意思是搜尋同時有'suicide'/exp、prevention 與[2013-2016]/py 這 3 個條件的

文獻，總共有 1793 筆資料。

d. 步驟 4：

搜尋關鍵字「'suicide'/exp AND prevention AND review AND [2013-2016]/py」，意思是搜尋同時有'suicide'/exp、prevention、review 與[2013-2016]/py 這 4 個條件的文獻，總共有 370 筆資料。

e. 步驟 5：

將這 370 筆的資料以 EndNote 的檔案形式下載。

5) 其它搜尋策略

除了前面的國家策略、實務指引和實證研究三種文獻搜尋策略外，還有以下幾種方式：

(1) 中心同仁與專家所搜尋到之新近自殺防治文獻。

(2) 國外專家與組織所提供之自殺防治相關文獻。

(3) 滾雪球方式搜尋：從目前已蒐尋到的文獻中，做進一步的相關搜尋。

6) 系統性搜尋在職訓練

(1) 線上課程：

規劃 3 堂線上課程以提升中心同仁進行文獻蒐集能力。

a.〈個人書目資料管理軟體 EndNote X7 版〉

b.〈Embase 資料庫介紹〉

c.〈如何使用 Embase 撰寫系統性回顧研討會〉

(2) 實體課程：

邀請專家針對系統性文獻蒐集之主題，透過內部會議或實體課程的形式指導同仁。

7) 文獻管理

(1) 將搜尋到的文獻存放於中心的雲端資料庫，並根據文獻的類型分成以下四大類歸檔：國家策略、實務指引、實證研究、文獻回顧。歸檔完成後，再將已蒐集到的文獻根據其不同性質做分類。

(2) 將搜尋到的文獻，根據上述的分類方式如圖 4.9.2 匯入書目管理系統 EndNote 作彙整。

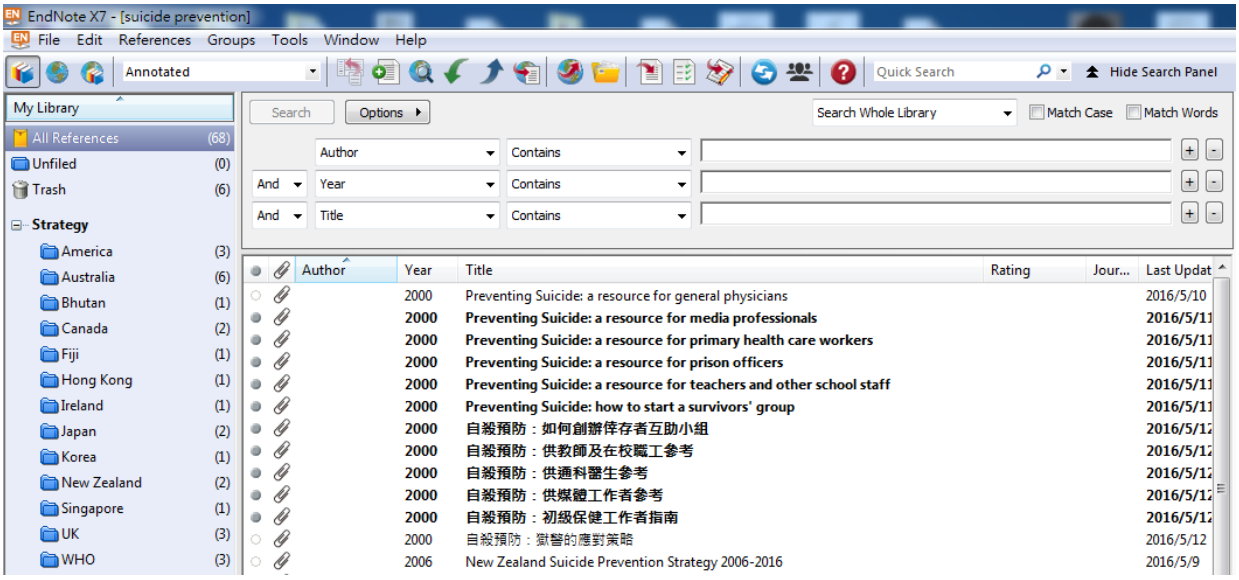


圖 4-9-2、書目管理系統 EndNote

2. 國外自殺防治文獻蒐集

截至 10 月 17 日為止，中心蒐集到 97 篇自殺防治相關文獻，根據上述文獻搜尋之對象，可分為四種類型：「國家策略」27 篇，「實務指引」61 篇，「實證研究」6 篇，以及「文獻回顧」3 篇。

首先，「國家策略」文獻根據國家名稱排序：

1) Australia(澳洲)
   (1) LIFE: A framework for prevention of suicide in Australia，2008
   (2) National Aboriginal and Torres Strait Islander Suicide Prevention Strategy，2013
   (3) One World Connected: An Assessment of Australia's Progress in Suicide Prevention，2014
   (4) Suicide Prevention 2020: Together We Can Save Lives，2015
   (5) Queensland Suicide Prevention Action Plan 2015-17，2015
   (6) Transforming Suicide Prevention Research: A National Action Plan，2015
2) Bhutan(不丹)
   Suicide Prevention in Bhutan: A Three Year Action Plan (July 2015 - June 2018)，2015
3) Canada(加拿大)
   (1) The CASP Blueprint for a Canadian National Suicide Prevention Strategy，2009

(2) National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy (NAYSPS) Program Framework，2013

4) Fiji(斐濟)

National Mental Health and Suicide Prevention Policy 2015，2015

5) Hong Kong(香港)

Public Health Approach to suicide prevention in Hong Kong，2016

6) Ireland(愛爾蘭)

Connecting for Life: Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020，2015

7) Japan(日本)

(1) White paper on Suicide Prevention in Japan - Digest version，2015

(2) 平成 27 年版自殺対策白書，2016

8) Korea(韓國)

Act for the Prevention of Suicide and the Creation of Culture of Respect for Life，2011

9) New Zealand(紐西蘭)

(1) New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016，2006

(2) New Zealand Suicide Prevention Action Plan 2013-2016，2013

10) Singapore(新加坡)

Suicide Prevention Centre Annual Report 2014-2015，2015

11) UK(英國)

(1) Talk to Me 2: Suicide and Self Harm Prevention Strategy for Wales 2015-2020，2015

(2) Preventing Suicide in England: A Cross-government Outcomes Strategy to Save Lives，2012

(3) Suicide Prevention Strategy 2013-2016，2013

12) US(美國)

(1) American Indian-Alaska Native National Suicide Prevention Strategic Plan 2011-2015，2011

(2) National Strategy for Suicide Prevention，2012

(3) Wisconsin Suicide Prevention Strategy 2015，2015

13) WHO(世界衛生組織)

(1) Public health action for the prevention of suicide: A framework，2012

(2) Preventing suicide: A global imperative，2014

(3) 預防自殺：全球要務，2014

「實務指引」文獻則根據主題與類型來分類。其中《自殺防治：資源系列》(Preventing Suicide: a resource series)是 WHO 官網的系列短篇手冊。

1) Aboriginal(原住民)：
 (1) A Guide to Suicide Prevention: For American Indian and Alaska Native Communities，2006，美國
 (2) Fraser Region Aboriginal Youth Suicide Prevention Collaborative，2012，加拿大
 (3) Suicide Prevention and Two-Spirited People，2012，加拿大
2) Bereaved(遺族)：
 A Guide for Early Responders Supporting Survivors Bereaved by Suicide，2014，加拿大
3) Bully(霸凌)：
 The Relationship Between Bullying and Suicide，2014，美國
4) Clinical(臨床)：
 (1) National Suicide Prevention Lifeline-After an Attempt: A Guide for Taking Care of Your Family Member After Treatment in the Emergency Department，2006，美國
 (2) Continuity of Care for Suicide Prevention: The Role of Emergency Departments，2013，美國
 (3) Suicide Prevention and the Clinical Workforce: Guidelines for Training，2014，美國
 (4) Preventing suicide: Guidance for emergency departments，2016，紐西蘭
5) Community(社群)：
 (1) Suicide Prevention in the Community: A Practical Guide，2011，愛爾蘭
 (2) A Community-Based Suicide Prevention Planning Manual for Designing a Program Just Right for Your Community，2012，美國
6) Gatekeeper(守門人)：
 (1) Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature，2015，美國
 (2) Rapid Evidence Review Series: Suicide Prevention Training，2014，英

格蘭

7) LGBT：

Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults，2014，美國

8) Local(地方) ：

(1) Massachusetts Suicide Prevention Resource Guide，2008，美國

(2) NYC Guide to Suicide Prevention, Services and Resources，2015，美國

9) Media(媒體) ：

(1) Reporting Suicide: A resource for the media，2011，紐西蘭

(2) Media Guidelines for Reporting Suicide，2013，英格蘭

(3) Media Guidelines for Reporting Suicide，2013，愛爾蘭

(4) Suicide and Mental Illness in the Media: A Mindframe resource for the Mental Health and Suicide Prevention Sectors，2014，澳洲

(5) MINDSET: Reporting on Mental Health，2014，加拿大

(6) Media guidelines: Suicide and Self-Harm，2014，愛爾蘭

(7) Recommendations on Suicide Reporting and Online Information Dissemination for Media Professionals，2015，香港

(8) 自殺新聞報導及網絡信息發布實用手冊，2015，香港

(9) Developing and Marketing Your Suicide Prevention Message: A Strategic Approach，2006，加拿大

10) Mental Health(心理衛生)：

(1) Suicide Prevention and Recovery Guide: A resource for mental health professionals，2014，澳洲

(2) Depression and Suicide Risk，2014，美國

11) Preventing Suicide: a resource series(自殺防治：資源系列) ：

(1) Preventing Suicide: a resource for general physicians，2000

(2) Preventing Suicide: a resource for media professionals，2000

(3) Preventing Suicide: a resource for primary health care workers，2000

(4) Preventing Suicide: a resource for prison officers，2000

(5) Preventing Suicide: a resource for teachers and other school staff，2000

(6) Preventing Suicide: how to start a survivors' group，2000

(7) 自殺預防：如何創辦倖存者互助小組，2000

(8) 自殺預防：供教師及在校職工參考，2000
(9) 自殺預防：供通科醫生參考，2000
(10) 自殺預防：供媒體工作者參考，2000
(11) 自殺預防：初級保健工作者指南，2000
(12) 自殺預防：獄警的應對策略，2000
(13) Preventing Suicide: a resource at work，2006
(14) Preventing Suicide: a resource for counsellors，2006
(15) 預防自殺：心理輔導員參考資源，2006
(16) Preventing Suicide in Jails and Prisons，2007
(17) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals，2008
(18) Preventing Suicide: How to Start a Survivors' Group，2008
(19) Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders，2009
(20) Preventing Suicide: a resource for suicide case registration，2011
(21) Preventing Suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration，2014

12) Prison(監獄) ：
(1) Prison Suicide: An Overview and Guide to Prevention，1995，美國
(2) Guide to Developing and Revising Suicide Prevention Protocols within Jails and Prisons，2011，美國

13) School(校園) ：
(1) Comprehensive Suicide Prevention Toolkit for Schools，2011，美國
(2) Youth Suicide Prevention School-Based Guide: Orange County, New York-Overview，2011，美國
(3) Youth Suicide Prevention School-Based Guide: Overview，2012，美國
(4) Model School District Policy on Suicide Prevention，2014，美國
(5) Preventing Youth Suicide: A Guide for Practitioners，2015，加拿大

14) Technology(科技) ：
Technology, Mental Health and Suicide Prevention in Ireland: a Good Practice Guide，2015，愛爾蘭

15) Veteran(退伍軍人)：
(1) Suicide Prevention: A Guide for Military and Veteran Families，2016，美國
(2) Health Care for Veterans: Suicide Prevention，2015，美國

16) Work(工作) ：

(1) A Manager’s Guide to Suicide Postvention in the Workplace: 10 Action steps for Dealing with the Aftermath of A Suicide，2013，美國

(2) Managers in Preventing Suicide in the Workplace，2013，美國

(3) Work and Suicide Prevention，2014，澳洲

最後，由於「實證研究」與「文獻回顧」同是以文獻回顧(review)為主，因此放在一起。總共 9 篇如下：

1) Australian Healthcare Associates. (2014). *Evaluation of Suicide Prevention Activities*. retrieve from https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4FD5C304C536BDE3CA257CAF0017ADE9/$File/evalsuic.pdf
2) Chan, M.K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R.C., Kapur, N., and Kendall. (2016). Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*.
3) Chen, Ying-Yeh., Wu, Kevin Chien-Chang., Yousuf, Saman., and Yip, Paul SF. (2011). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews*.
4) Dillon, L., Guiney, C., Farragher, L., McCarthy, A., and Long, J. (2015). *Suicide prevention: an evidence review 2015*. Health Research Board, Dublin.
5) Mann, J J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K and Marusic, A. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* 294(16): 2064-2074.
6) Scott, Ann & Guo, Bing. (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? World Health Organization.
7) Sisask, Merike & Värnik, Airi. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health* 9(1): 123-138.
8) Wu, Kevin Chien-Chang., Chen, Ying-Yeh and Yip, Paul SF. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health* 9(4): 1135-1158.

9) Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Hoschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Saiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., and Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 2016. 3: 646-59.

3. 國外自殺防治文獻整理

中心將蒐集到的 97 篇自殺防治相關文獻做進一步整理與分析，首先我們將這些文獻初步分類。

1) 國外自殺防治文獻分類：以三大策略為框架

中心蒐集的文獻主要集中在「國家策略」、「實務指引」與「文獻回顧」(包含實證研究)三種類型。由於「文獻回顧」為綜合分析類型的文獻，所以我們將文獻回顧的 9 篇文獻先排除，再把剩下的 88 篇文獻根據其主題做分類，可以分成 17 種類型：國家自殺防治策略、媒體報導、校園自殺防治策略、社區自殺防治策略、軍人自殺防治策略、工作自殺防治策略、原住民自殺防治策略、監獄自殺防治策略、地方自殺防治策略、科技與自殺防治策略、自殺通報、臨床實務、守門人訓練與教育、心理衛生、遺族關懷、霸凌、LGBT。這 17 種類型可再根據三大策略區分成下表：

表 4-9-1、國外自殺防治文獻類型

全面性自殺防治策略(39)	國家自殺防治策略(27)
	媒體報導(12)
選擇性自殺防治策略(31)	校園自殺防治策略(7)
	社區自殺防治策略(2)
	軍人自殺防治策略(2)
	工作自殺防治策略(4)
	原住民自殺防治策略(6)

表 4-9-1、國外自殺防治文獻類型(續)

選擇性自殺防治策略(31)	原住民自殺防治策略(6)
	監獄自殺防治策略(5)
	地方自殺防治策略(4)
	科技與自殺防治策略(1)
指標性自殺防治策略(23)	自殺通報(2)
	臨床實務(9)
	守門人訓練與教育(2)
	心理衛生(4)
	遺族關懷(4)
	霸凌(1)
	LGBT(1)

可以從表 4.9.1 發現到幾個特徵。首先，這 88 篇文獻可以根據其主題分為 17 種類型，除了「科技與自殺防治策略」外，其餘 16 種類型皆為自殺防治常見的主題，像是媒體報導、校園自殺防治策略、原住民自殺防治策略、臨床實務、遺族關懷等。這代表大多數組織與國家在自殺防治策略的規劃方向上，其實都大同小異。至於「科技與自殺防治策略」這個主題，雖然僅有 *Technology, Mental Health and Suicide Prevention in Ireland: A Good Practice Guide* 一篇文獻，但也顯示出未來自殺防治策略規劃的趨勢，應該要結合技術、科技與社會等不同層面，才能跟上時代的腳步。

其次是這些國家策略與實務指引都可以用「全面性」(universal)、「選擇性」(selective)和「指標性」(indicated)策略這三種層次來區分，而且三者的文獻數目相差不多，並稍微呈現遞減狀態。這代表大部份的國家可能

是「只有」規劃或是「首先」規劃全面性策略，接著才依次規劃選擇性與指標性的策略。還有另一個原因是本次系統性搜尋是以英文作為關鍵字，而非英語國家可能僅有全面性策略才會以英文呈現。無論如何，這代表自殺防治中全面性策略的規劃是最基礎，同時也是最首要的。以下將針對國外的全面性自殺防治策略中的「國家自殺防治策略」做彙整分析。

2) 國家自殺防治策略

「國家自殺防治策略」指的是該國政府的整體自殺防治策略，同時也意味著政府對自殺問題的明確承諾。典型的國家策略有一系列的防治措施，像是追蹤國內自殺數據、限制致命自殺工具、媒體指引、培訓自殺防治守門人與提高公眾對自殺議題的關注等等。中心蒐集到的國家策略包括澳洲、不丹、加拿大、斐濟、香港、愛爾蘭、日本韓國、紐西蘭、新加坡、英國、美國以及世界衛生組織。下面將針對幾個重要的國家策略做重點摘要與介紹。

(1) 世界衛生組織

世界衛生組織在 2014 年的報告《自殺防治：全球要務》(*Preventing Suicide: A Global Imperative*)提出了一個簡易的公共衛生模型，請見圖 4.9.3：

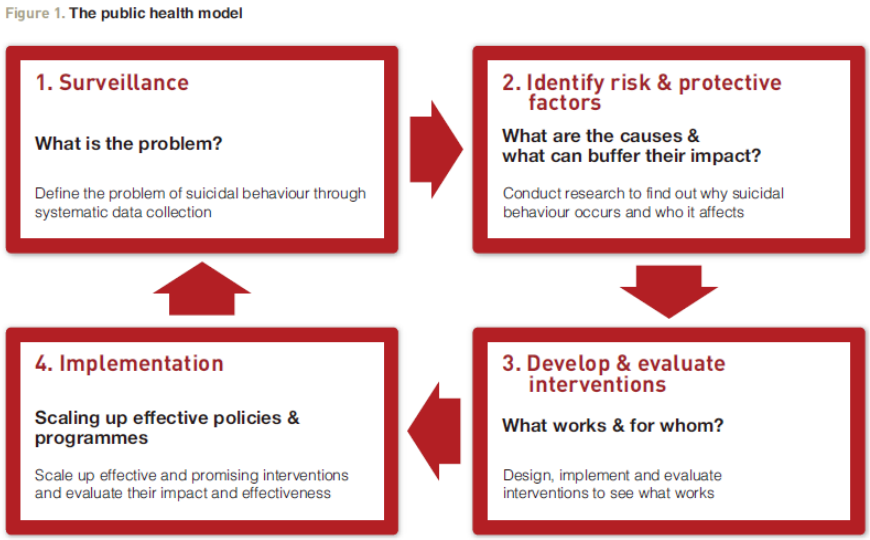


圖 4-9-3、公共衛生模型

圖 4.9.3 的公共衛生模型從界定問題並監測(surveillance)自殺現象開始，到了解問題後，辨認自殺的危險與保護因子(identify risk & protective factors)，然後制定並評估介入措施(develop & evaluate interventions)，最後則是實施(implementation)介入措施並評估，完成一輪後接著再進行下一

輪的監測步驟。世界衛生組織提供的自殺防治公共衛生模型雖然簡單，但仍值得作為國家制定自殺防治策略的參考典範。

《自殺防治：全球要務》這本報告書最大的貢獻是針對自殺危險因子與其相關介入方式所繪製的圖表，見圖 4.9.4(與圖 4.9.1 相同)：

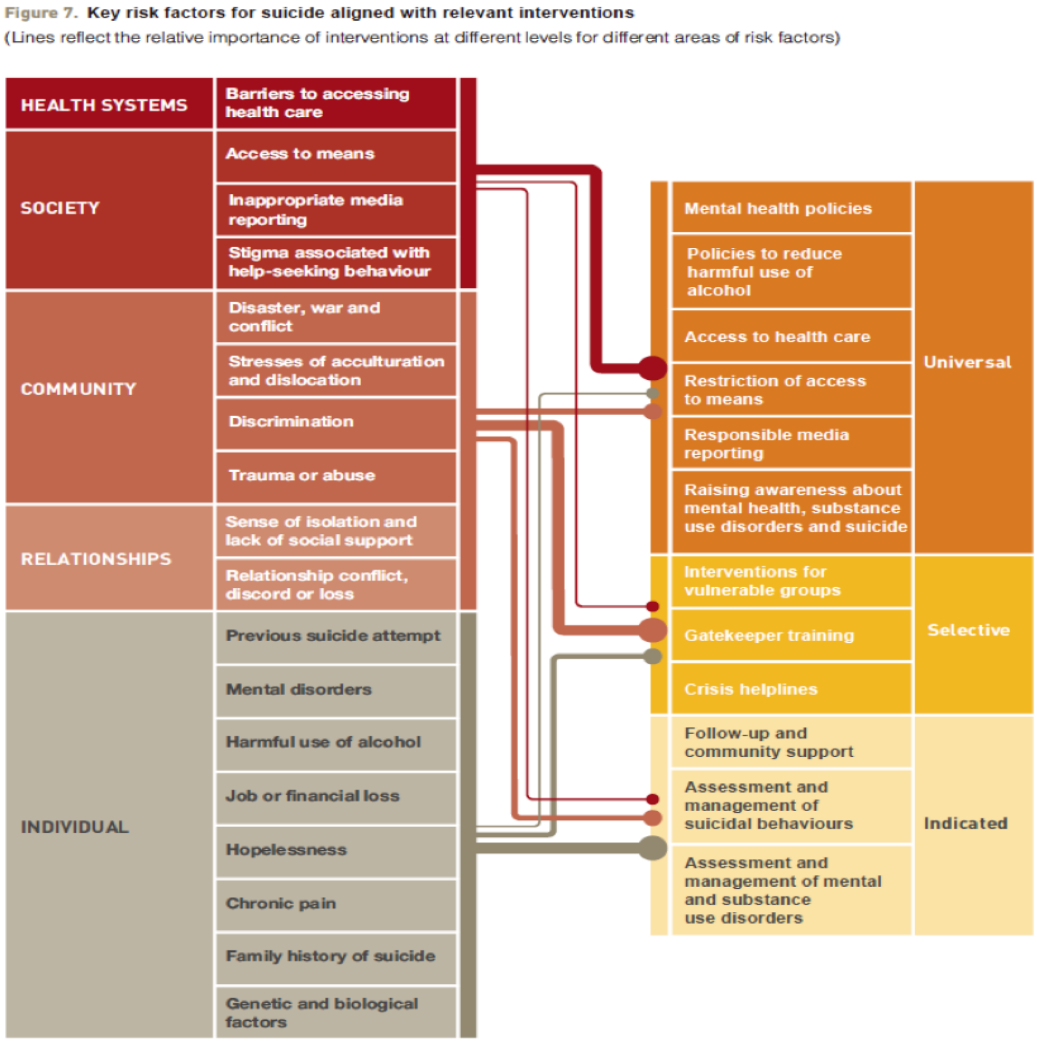


圖 4-9-4、自殺危險因子與其相關介入方式

從上圖可以清楚看到自殺危險因子與介入方式之間的關聯。自殺危險因子是依據領域被分為衛生系統(health systems)、社會(society)、社區(community)、人際關係(relationships)與個體(individual)，這是一個生態式的模型。值得注意的是，圖 4.9.4 中危險因子的歸類方式只是個簡易的區分，實際上仍取決於當下特定的情境。例如失業或失去經濟支持可能在「個體」層面影響個人的身心狀況，但也有可能會影響「人際關係」層面甚至是「社會」層面的經濟衰退等。

自殺介入方式則是被分成全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是自殺防治策略最常見的區分方式。全面性自殺防治策略之目標對象為全體民眾，像是提升公眾對自殺議題的關注與認識、降低致命工具之易取得性、負責任的媒體報導等方式，來促進心理衛生與減少自殺的危險。選擇性自殺防治策略針對的是某些特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險族群為對象，雖然個體並沒有自殺行為，但是他們在生物、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險。指標性自殺防治策略主要在於追蹤特定的高風險族群，像是精神疾病患者、自殺企圖者與自殺未遂者。

在圖 4.9.4 中除了可以看到自殺危險因子與介入方式的類別和元素外，還可以由圖中的線條看出它們之間的關係，線條粗代表相對重要，線條細則代表相對不重要。原則上衛生系統與社會層面危險因子是對應到全面性介入方式，社區與人際關係層面則對應到選擇性介入方式，最後個人層面是對應到指標性介入方式。

綜觀以上，我們可以將圖 4.9.4「自殺危險因子與其相關介入方式」作為規劃自殺防治策略的參考架構之一，用來檢視我國的自殺防治策略。

(2) 美國

美國在 2012 年的《2012 自殺防治國家策略》(*2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*)報告，擬定未來 10 年內美國的自殺防治計劃方向。它大致規劃為 4 個策略方向 (strategic directions)、13 個目標 (goals)與 60 個對象 (objectives)，這些項目彼此間是協同一起作用的。這 4 個戰略方向與 13 個目標如下：

a. 策略方向 1：提升個人、家庭與社群的健康與權力
   目標 1：整合與協調跨部門和機構的自殺防治活動。
   目標 2：實施研究調查以設計改變知識、態度和行為的自殺防治計畫。
   目標 3：增加自殺行為保護因子的知識以促進健康和復原。
   目標 4：提升媒體對於自殺新聞的責任，使娛樂產業準確地描寫自殺與精神疾病，以及提升線上自殺內容的網路安全。
b. 策略方向 2：臨床和社區預防服務
   目標 5：發展、實施和監督促進健康和預防自殺相關行為的有效方案。
   目標 6：透過識別自殺風險，以推動減少致命工具的取得。
   目標 7：針對自殺防治與相關行為中的社群和臨床服務預防者提供訓練。

c. 策略方向 3：治療與支持服務

目標 8：推動自殺防治作為衛生照護服務的一個核心元素。

目標 9：推動與實施有效的臨床和專業的實踐，藉此評估和治療那些被識別為處於自殺行為的風險。

目標 10：提供那些受到自殺死亡與企圖影響的個人照護與支持，以促進治療和實施社區策略，藉此更進一步地幫助自殺防治。

d. 策略方向 4：監測、研究與評估

目標 11：增加自殺防治的國家監測系統的及時性與有效性，以提高蒐集、分析與運用這些資訊的能力。

目標 12：提升與支持自殺防治的研究。

目標 13：評估自殺防治的介入、系統與綜合的影響與有效性，以及宣導研究結果。



圖 4-9-5、美國自殺防治 4 大策略

與世界衛生組織的三大策略(全面性、選擇性與指標性)類似但不相同，美國國家自殺防治策略的 4 大策略方向是以環狀的方式連結，見圖 4.9.5。其中前 3 個策略「提升個人、家庭與社群的健康與權力」、「臨床和社區預防服務」與「治療與支持服務」，是一環扣著一環的。值得注意的是，第 4 個策略「監測、研究與評估」的箭頭指向前 3 個策略，意思是不管哪個自殺策略方向都必須隨時做好監測、研究與評估。

另外，《2012 自殺防治國家策略》中也有一個圖表類似於世界衛生組織的「自殺危險因子與其相關介入方式」，同樣也是生態式的模型，主要著重於不同層面中的自殺因子與保護因子，見圖 4.9.6。此圖可以作為「自殺危險因子與其相關介入方式」圖 4.9.4 的補充。

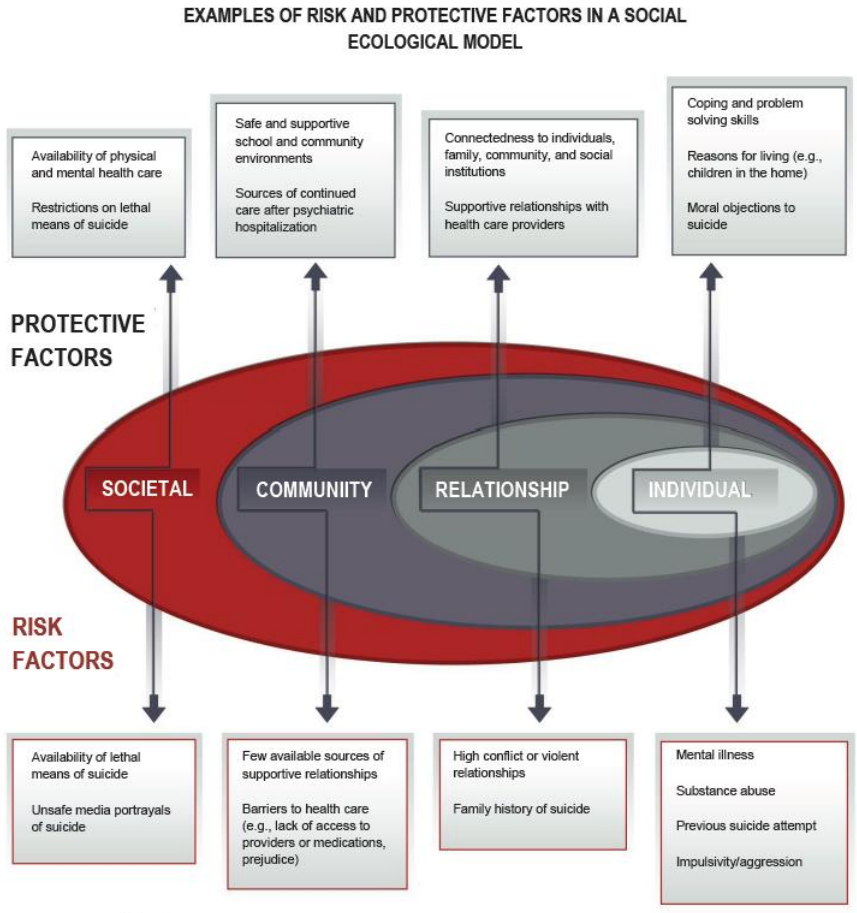


圖 4-9-6、社會生態模型中的危險與保護因子

(3) 英國

相較於其他國家，英國的國家自殺防治策略有些不同。因為英國是由四個構成國組成，分別為英格蘭、蘇格蘭、威爾斯和北愛爾蘭，所以其自殺防治策略也是每個構成國各自不同。中心蒐集到的分別是英格蘭的《英格蘭的自殺防治》(*Preventing Suicide in England: A Cross-government Outcomes Strategy to Save Lives*)，蘇格蘭的《自殺防治策略 2013-2016》(*Suicide Prevention Strategy 2013-2016*)，以及威爾斯的《Talk to Me 2：威爾斯的自殺與自傷防治策略 2015-2020》(*Talk to Me 2: Suicide and Self Harm Prevention Strategy for Wales 2015-2020*)。下面分別概述其策略方向：

a.英格蘭《英格蘭的自殺防治》

2012 年提出自殺防治的「六大行動目標」:

行動目標 1：減少高危險族群的自殺風險。

行動目標 2：針對特定族群建立心理健康促進方案。

行動目標 3：降低自殺工具與方法的取得。

行動目標 4：針對受到自殺事件影響的遺族，提供更好的資訊與支持。

行動目標 5：對於報導自殺事件與行為之敏感新聞，給與媒體相關協助。

行動目標 6：支持自殺防治相關研究、資料蒐集與監測。

b.蘇格蘭《自殺防治策略 2013-2016》

2013 年自殺防治的 5 個主軸：

主軸 1：回應那些處於悲痛(distress)的人。

主軸 2：關於自殺的論述。

主軸 3：提升國家健康服務體系(NHS)對自殺的回應。

主軸 4：發展實證研究。

主軸 5：支持改變與進步。

c.威爾斯《Talk to Me 2：威爾斯的自殺與自傷防治策略 2015-2020》

2015 年界定 6 個自殺防治的策略方向：

目標 1：進一步提高公眾、個人對自殺和自傷的覺察、知識和理解，特別是那些經常接觸處於自殺和自我傷害風險個案的專業人員。

目標 2：對個人危機作出適當反應，早期介入與管理自殺和自傷。

目標 3：對遺族或受自殺和自傷影響的人提供資訊和支持。

目標 4：協助媒體負責任地報導和描述自殺和自殺行為。

目標 5：降低自殺工具與方法的取得。

目標 6：持續促進和支持學習、資訊和監測系統及研究，以提高我們對威爾士自殺和自傷的了解，並指導行動。

英格蘭、蘇格蘭和威爾斯所制定的國家自殺防治策略方向都 6 個左右，其共通點是「降低自殺工具與方法的取得」、「協助媒體負責任地報導自殺新聞」、「針對自殺意念、行為與事件的處理」、「衛生體系的介入」和「提升自殺防治研究」。

(4) 日本

日本的《平成 27 年版自殺対策白書》分成 2 部份，前半部是日本的自殺現況，後半部則是自殺對策。值得注意的是，日本在自殺現況部分的報告使用大量圖表說明，對於閱讀與理解幫助很大。例如下面 2 張圖：

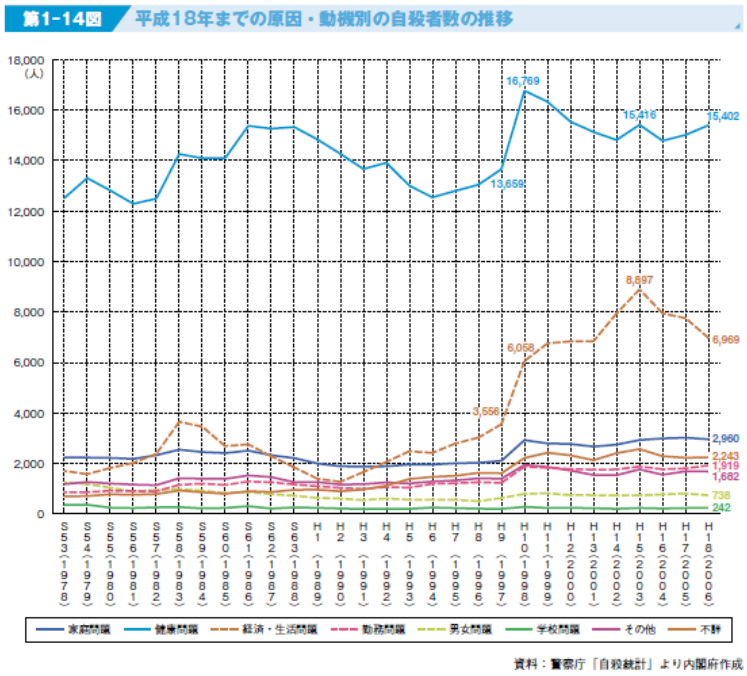


圖 4-9-7、2006 年以前不同原因、動機的自殺者變化

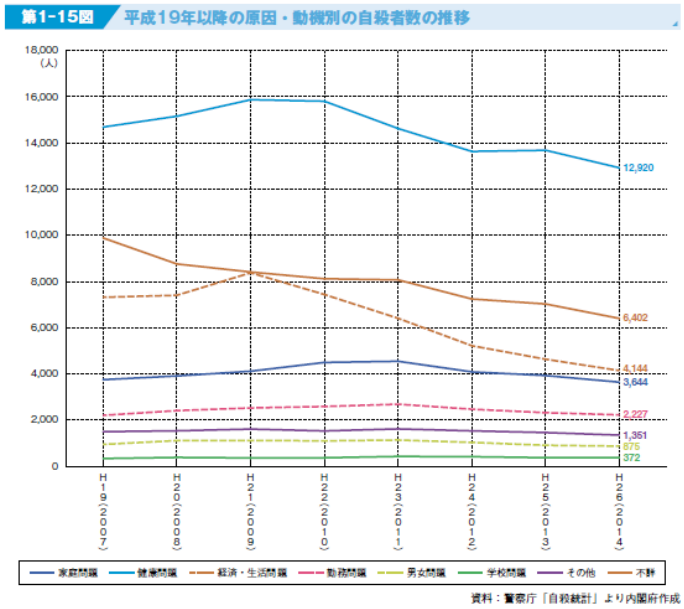


圖 4-9-8、2006 年以後不同原因、動機的自殺者變化

從圖 4.9.7 與圖 4.9.8 可以清楚看到從 1978 年到 2014 年不同原因與動機的自殺整體變化。每年各項目的數值有升有降，其中因為「經濟與生活」原因而自殺的人明顯在 1997 年後攀升，到 2003 年高峰後又下降。我們再看圖 4.9.9：

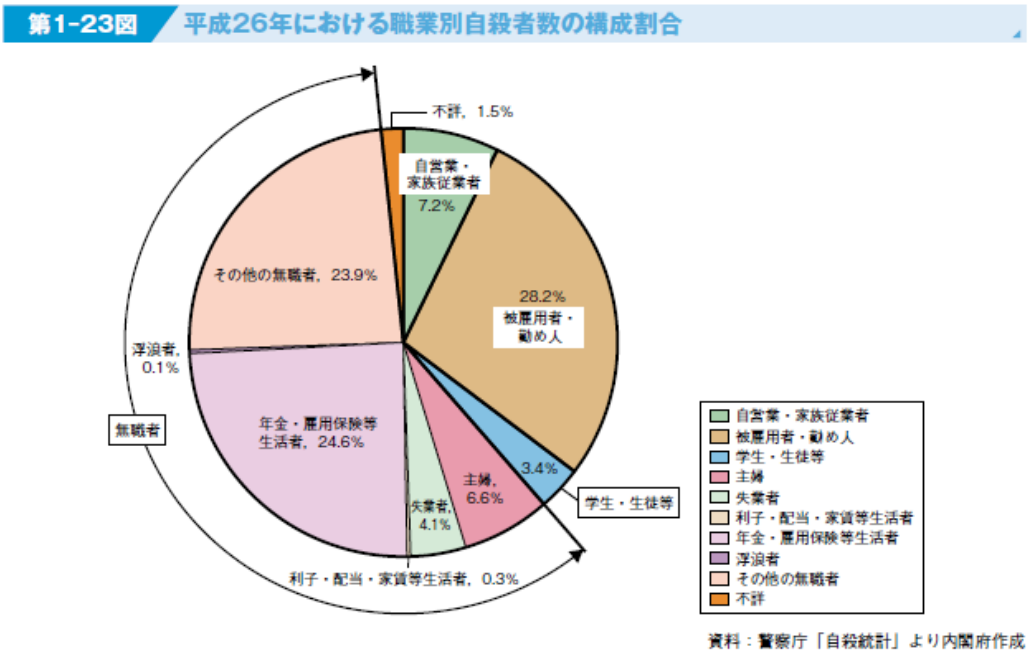


圖 4-9-9、2014 年不同職業的自殺者組成

圖 4.9.9 以圓餅圖的形式呈現 2014 年的自殺者職業組成，可以得知 2014 年日本的自殺者有一半以上都是「無職者」。我們除了可以從圖 4.9.8 和圖 4.9.9 對照後得知日本的「經濟狀況」與自殺狀況的關聯性外，也可以發現到日本對於自殺的資訊掌握非常仔細與嚴謹。事實上，這些數值與資訊若是沒有以圖表的方式呈現，可能就變得不易觀察與理解了。

關於日本自殺對策的部分，以下為 2014 年的自殺防治的實施狀況：

a.清楚自殺的各種資訊

a) 執行對現實資訊的調查。
b) 增進預防的資訊。
c) 推進對自殺未遂者、遺族與支持方案的實際狀況調查。
d) 增進對學校孩童自殺防治的調查。
e) 辨識憂鬱症和其他精神疾病的臨床狀況，發展診斷及治療技術。
f) 提升既有資源的使用。

b.促進國民的認識與觀察

a) 實施自殺防治週與自殺防治月。
b) 提供學校孩童自殺防治的教育。
c) 增進對憂鬱症的認識。
d) 普及自殺與自殺關聯的正確知識。

c. 第一線回應人員的人才訓練

a) 提升醫生在憂鬱症及其他精神疾病的診斷與治療技術。
b) 提升教師的認知。
c) 增進社群與產業員工保健的能力。
d) 訓練關訪員。
e) 訓練社工員與兒童福利義工。
f) 增進員工在合作與協調的發展。
g) 提升顧問在面對社會因子的能力。
h) 提升公務員在面對遺族的能力。
i) 發展訓練素材。
j) 提升自殺防治者的心理衛生。
k) 提升培養各種領域的守門人。

d. 提升心理衛生

a) 提升職場的心理衛生計劃。
b) 發展區域性的心理衛生促進架構。
c) 發展校園的心理衛生促進架構。
d) 推動大型災難災民的心理照護與生活重建。

e. 提供適當的心理衛生保健

a) 透過人才的養成提升精神醫學照護系統。
b) 提升憂鬱症會診率。
c) 提升醫生對憂鬱症和其他精神疾病的診斷與治療技術。
d) 提升兒童心理衛生會診系統的發展。
e) 實施憂鬱症篩檢。
f) 提升非憂鬱症、處於高風險的精神疾病患者的對策。
g) 給予慢性病患者支持。

f. 透過社會倡議的自殺防治

a) 提升地方會診系統與支援對策；會診服務的資訊易於理解溝通。
b) 發展多重債務的會診系統與提升安全借貸。
c) 提升失業者的會診服務。
d) 實施經營者的會診服務。
e) 拓展法律問題的資訊提供。
f) 限制危險地點與藥物的接近。
g) 提升網路上自殺相關的資訊。
h) 網路自殺預告的對應。

i) 提升對年長者的支援。
j) 預防與自殺相關的兒童霸凌。
k) 提升支援被兒童虐待、性侵害與性暴力的受害者。
l) 提升對貧困者的支援。
m) 透過媒體接收 WHO 的指導方針。

g.預防自殺未遂者再次自殺
a) 提升緊急醫療設施的精神醫學治療服務。
b) 支援對臨近人士(像是家庭成員)的觀察。

h.減輕遺族的痛苦
a) 支援自殺者遺族的自救團體營運。
b) 提升學校與職場的事後介入(post-vention)。
c) 提升對自殺遺族的資訊提供。
d) 給予遺族兒童的支援。

i. 強化民間團體的整合
a) 給予民間團體人才訓練支援。
b) 建立區域性整合的架構。
c) 支援民間部門的電話協商服務。
d) 支援具有前瞻性與實驗性取徑的民間部門與高自殺者的區域。

日本 2014 年的這 9 個策略方針中，有 2 點比較特別：「透過社會倡議的自殺防治」與「強化民間團體的整合」。相較於其他國家，日本更強調社會與自殺之間的關聯，不僅針對年長、失業或是性侵受害者等常見的族群，連債務、借貸和法律這些與自殺相關的細節都顧及到了。此外，民間團體在自殺防治中亦扮演重要角色，這點在報告書也有特別提到。

(5) 韓國

韓國在 2011 年的〈自殺防治行動與創造尊重生命的文化〉(Act for the Prevention of Suicide and the Creation of Culture of Respect for Life)裡面提到 6 大策略及 25 個目標：

a.總則(General Provisions)
目標 1：目的
目標 2：基本政策
目標 3：公民權利與義務
目標 4：中央政府與地方政府的責任
目標 5：企業主的責任

目標 6：其他行動的關係

b.整體規畫的建立(Establishment, Etc. of Master Plan)

目標 7：自殺防治整體規劃的建立

目標 8：年度實施計劃的建立與執行

目標 9：實施計劃的調整與執行

目標 10：規劃計劃的合作

c.自殺防治的測量(Measures for Prevention of Suicide, Etc)

目標 11：立基於事實的自殺調查

目標 12：建立統計分析的系統與自殺資訊的管理

目標 13：自殺防治中心的建立

目標 14：對可能自殺者的援助措施與心理衛生的促進

d.創造尊重生命的文化(Creation of Culture of Respect for Life, Etc)

目標 15：創造尊重生命的文化

目標 16：世界自殺防治日

目標 17：自殺防治的諮詢與教育

目標 18：自殺防治的宣傳

目標 19：針對具傷害性的自殺資訊建立保護系統

e.補充規定(Supplementary Provisions)

目標 20：協助自殺未遂者

目標 21：考慮生命中的榮譽與和平

目標 22：專業人力資源的訓練

目標 23：協助非政府組織

目標 24：洩漏機密資訊的禁止

f. 罰則(Penal Provisions)

目標 25：罰則

韓國自殺防治策略的特別之處是強調政府與法律的角色，像是政府、企業和公民的責任與義務，甚至提到罰則部分。

(6) 香港

香港賽馬會防止自殺研究中心(CSRP，The Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention)的報告〈香港自殺防治之公共衛生政策〉(Public Health Approach to suicide prevention in Hong Kong)同樣也是用全面性、選擇性和指標性作為三大策略，見圖 4.9.10。

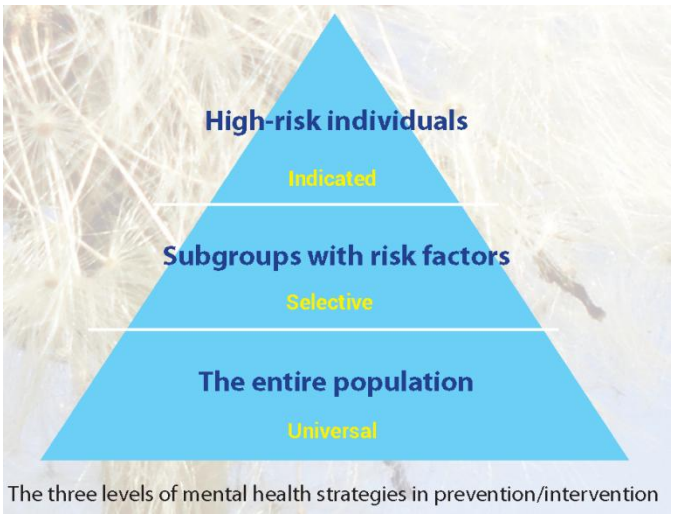


圖 4-9-10、公共衛生防治與介入的三階層策略

a.指標性策略

a) 志願輔導計劃(Volunteer Mentorship Program)

「志願輔導計劃」的目標是 18-34 歲，有著低度至中度自殺風險、情緒憂鬱與故意自傷(DSH，deliberate self-harm)行為的年輕人。計劃的目標是當這些人從醫院離開後，提升他們的問題解決技巧，提供足夠的關懷與社會支持。圖 4.9.11 是該計劃推出的手冊。



圖 4-9-11、處理自我傷害行為系列手冊

b.選擇性策略

a) 自殺防治覺察訓練(suicide prevention awareness training)

此為各類守門人量身訂做訓練的工作坊，像是警察、社工、警衛、就業中心或學校教師等。目標是提升自殺覺察與心理衛生問題的關聯，以及幫助這些守門人理解他們是早期識別與自殺防治的關鍵角色。

b) 自殺遺族的支持團體(support group for suicide survivors)

生命彩虹小組(rainbow group)是一個給自殺者遺族的 6 階段支持性計劃，並採取認知-行為的模式作為其架構，見表 4.9.2。

表 4-9-2、生命彩虹小組的 6 階段支持性計劃

階段	內容
1	介紹生命彩虹小組
2	苦澀與喪失親人的階段
3	透過認知-行為的路徑，處理負面情緒
4	認知重建技巧
5	放手與放鬆
6	目標設定

c) 針對兒童與青少年的問題解決輔導計劃(problem-solving mentorship program for children and adolescents)

問題解決輔導計劃是採取認知-行為的架構，來幫助那些處於低度到中度的情緒、社會、行為與學業困難，以及來自低收入家庭或雙親皆長工時的兒童與青少年。目標是提升與促進這些人的問題解決技巧與溝通技巧。

c. 全面性策略

a) 覺察與教育(awareness and education)

覺察與教育這個項目包括「提高辨認自殺風險、理解自殺行為與精神疾病」、「減少對精神疾病與自殺的汙名」和「透過以校園為基礎的計劃來提升心理衛生」。其中針對校園的部份有出 2 種手冊與網頁，分別是《憂鬱小王子抗逆之旅》與《古理教授與思維之火》，見圖 4.9.12。



圖 4-9-12、憂鬱小王子抗逆之旅系列手冊

b) 社區基礎計劃(community-base program)

長洲(Cheung Chau)曾是香港的一個自殺熱點。2002 年，在此發展一個以社區為基礎的防治計劃，結果很成功。隨後社區基礎計劃拓展到香港的東區與北區。

c) 限制自殺工具(restriction of means)

香港的燒炭自殺防治：限制取得木炭的方法，透過將木炭包下架，改放置於櫃台販賣。

d) 自殺媒體報導指引(media reporting guidelines for suicide)

自殺新聞幾乎每天都會出現在香港媒體上。根據媒體嚴重的與情緒性的報導，有些自殺方法(像是燒炭自殺)會在香港甚至其他國家，傳播非常快速。媒體報導亦會加強人們的自殺行為，可能會出現模仿(copycat)或是維特效應(Werther effect)。香港新聞議會(The Hong Kong Press Council)發展了如何報導自殺新聞的媒體指引。

3) 國家自殺防治策略的主要內容

根據表 4.9.1 的國外文獻分類，以及前一部份對世界衛生組織、美國、英國、日本、韓國和香港自殺防治策略的摘要，中心整理出國家自殺防治策略中最為常見的 11 種防治措施：

(1) 多層次的綜合型策略

世界各國的國家自殺防治策略，會針對不同的對象與目標訂定多層次的綜合型策略。一般而言，多數的國家或地區，如世界衛生組織、澳洲、不丹和香港等，都有明確區分出「全面性」、「選擇性」和「指標性」策略這三種層次，這也是最為常見的國家策略形式。有的國家則是使用其

他的範疇，像新加坡的新加坡撒瑪利亞會(Samaritans of Singapore,SOS)就是以自殺介入的時間來區分：預防(prevention)、介入(intervention)和事後介入(postvention)。

(2) 提升公眾對自殺議題的關注與認識

對於自殺議題與精神疾病的不瞭解，以及尋求幫助的羞恥感，往往阻礙著自殺防治的成效。提升公眾對自殺議題的關注與認識，就是為了減少對於自殺議題的誤解與尋求幫助的羞恥感，並提升自殺防治相關措施的利用度。

(3) 自殺保護因子與危險因子

辨識出與環境有關的自殺保護因子與危險因子，並透過落實恰當的介入方式將自殺風險降低，這是任何自殺防治措施的基礎。

(4) 限制致命自殺工具

限制致命自殺工具的易取得性能有效預防自殺，特別是衝動型自殺，因為它給那些打算自殺的人有更多時間考慮。各國依照其國情有不同的介入方式，如：禁用劇毒農藥、禁用槍械或限制接近自殺熱點等。

(5) 媒體報導

研究指出媒體報導自殺事件的方式與自殺率是有關聯的，因此負責任的媒體報導自殺，能降低自殺率並傳達正確的自殺防治觀念。另外，由於網際網路的發展，使得線上聊天與社群媒體在自殺防治可能在未來會扮演更重要的角色。

(6) 特定族群

世界各國都會針對一些特定族群規劃自殺防治計劃，特別是高風險的族群，例如青少年、老人或原住民等等。

(7) 高風險個案

國家自殺防治策略會針對高風險的個案規劃策略，像是有自殺史、精神疾患、物質濫用、失業或是憂鬱症等個案。其中擁有自殺史的個案是處於最高風險的。

(8) 醫療體系

醫療服務對於自殺防治是必要的，特別是能及時提供給需要的個案。當一個國家的衛生體系資源有限或是過於複雜，勢必造成自殺防治上的困難。

(9) 遺族

對那些遭遇自殺事件與自殺未遂影響的人，提供適當的資源、照護與事後介入(postvention)。

(10) 守門人

自殺事件雖然有一定的特性，但仍可能發生在任何人、時間或地點上，這時就需要自殺防治「守門人」(gatekeeper)的幫助。守門人可以是任何人，其職責是辨認出可能想自殺的人，並採取必要的措施。一般而言，像是衛生、警消或教師等第一線人員常是守門人的重點培訓對象。

(11) 監測、分析與研究

不同的國家自殺防治策略均指出，必須有效的監測與管理國內自殺的相關資訊與數據，並建立針對自殺防治的研究、服務與政府機構。

以上為世界各國最主要也是最常見的自殺防治策略與措施，不同國家會依照其國家特色做調整或重點強化，像是美國就針對軍人與原住民規劃出專門的自殺防治策略。另外，許多實務指引(guideline)也是根據上面 11 點做規劃與撰寫，例如：媒體報導指引、守門人訓練指引和遺族關懷手冊等。

除了這 11 點常見的項目外，我們從這些蒐集到的國家策略與實務指引中還發現 4 個比較少強調、卻不容忽視的項目。第一是強調社會文化的層面。雖然我們知道社會環境與自殺是有關聯的，例如重大災難、失業率或媒體報導都會影響自殺率，但日本的《平成 27 年版自殺対策白書》裡面提到與社會有關的自殺防治措施，並不是只有提到整體面的危險因子，而是非常仔細地列出具體措施，如針對失業者、經營者、法律或債務等個別項目。第二個特別的項目是提升「復原力」(resilience)。所謂復原力指的是個人在心理、情緒、生理的有相當好的適應能力，在面對創傷、威脅或挑戰的時候，不會對自己、關係或個人發展造成永久的損害，這點對於個體在面對各種自殺危險因子時能提供一定程度的保護。第三點是強化與非政府組織的整合，像是國際生命線協會、好撒瑪利亞人協會和各基金會等等。政府在此並不一定只是擔任合作的角色，甚至可以主動給予這些非政府組織支援與訓練。最後一點是強調法律的角色。國家可以針對自殺防治制定相關法律，例如限制致命自殺工具、促進公民權利與相關義務、制定罰則等。

4) 自殺防治實證研究

中心除了蒐集與整理 88 篇國外的國家策略與實務指引外，還有蒐集 9 篇實證研究(evidence-based research)文獻，是以發表的自殺防治相關的系統性回顧為主。另外，中心還有在 9 月 30 日在 Embase 資料庫搜尋自殺防治近 3 年的相關研究，關鍵字「suicide prevention」與「effectiveness」。搜尋到 115 篇文獻。請圖 4.9.13。

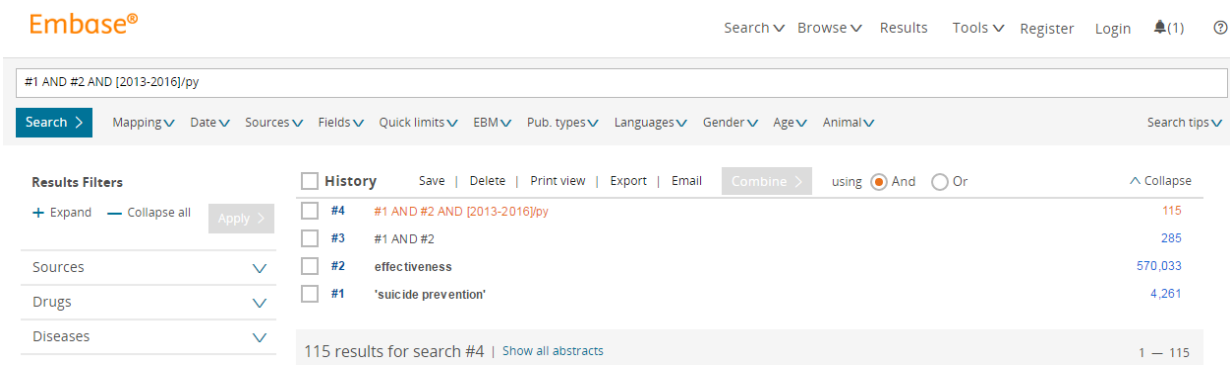


圖 4-9-13、Embase 搜尋

以下節選 2012 年〈亞洲的自殺：機會與挑戰〉(Suicide in Asia: opportunities and challenges)、2012 年〈亞洲的自殺方式：自殺防治的意涵〉(Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention)、2016 年〈自傷後預測自殺：危險因子與危險量表的系統性回顧〉(Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales)和 2016 年〈自殺防治策略回顧：10 年系統性回顧〉(Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review)這 4 篇文獻做摘要與介紹。其中前 2 篇雖然是 2012 年的文獻，但對於理解亞洲整體的自殺現狀有顯著幫助。

(1)〈亞洲的自殺:機會與挑戰〉(Chen, Y. Y., Wu, K. C. C., Yousuf, S., & Yip, P. S.，2011)

這篇文獻主要回顧 2012 年的自殺流行病學走向，包含自殺趨勢、社會人口統計因子、都市/農村生活、自殺方式、宗教文化影響、亞洲地區的危險與保護因子及其影響。在自殺流行病學的分佈中，傳統價值觀與文化體系、全球化所導致的高速經濟轉型、自殺方法的可行性與易取得性、以及社會文化對於自殺的觀感(允許/禁止)等因素，更反應出了各因素間錯綜複雜交互作用。

一般來說，亞洲國家平均較西方國家擁有較高的自殺率、較低的自殺性別比、較高的老年自殺比率(elderly-to-general-population suicide ratios)，而心理疾患在自殺事件中所扮演的角色亦不如西方國家中受到重視。相反地，亞洲的自殺問題受到致命工具的取得(如：農藥中毒、跳樓)與強大的生活壓力(如：家庭衝突、工作與經濟問題)之劇烈影響，上述因子較於西方國家則更顯得重要。

該研究認為，在考慮到當地特殊的社經與文化的情形下，以社區為基礎的自殺防治計畫，能整合多層次的介入目標，對於人口眾多且資源有限的亞洲地區來說，應會是較為可行且具有成本效益的策略。

(2)〈亞洲的自殺方式：自殺防治的意涵〉(Wu, K. C. C., Chen, Y. Y., & Yip, P. S.，2012)

這篇 2012 年的文獻共檢索 42 個關於自殺方式的文獻，包括了 17 個亞洲國家與區域。作為世界上最大的洲，亞洲佔世界自殺的 60%左右，其中中國、印度和日本就佔世界自殺的 40%。透過限制自殺方式來預防自殺是為數不多的基於證據的自殺防治策略之一。

在西方和亞洲國家，自殺方式有顯著的不同。例如：使用槍械是許多西方國家偏愛的自殺方式，但在亞洲不是。相較之下，服用農藥，燒炭，自焚則是亞洲特有的主流自殺方式。上吊在東方與西方都是主流的自殺方式。在亞洲，各國的自殺方式都不同。常見自殺方式的流行病學特徵和最近趨勢，反應出該區域的社會—文化、經濟和宗教的特有情況。

上吊在 9 個亞洲國家/區域裡是最常見的自殺方式（巴林、伊朗、日本、韓國、菲律賓、沙烏地阿拉伯、台灣、泰國和土耳其）。固體/液體中毒(大都使用農藥)是中國、巴基斯坦和斯里蘭卡主流的自殺方式，這與他們從事農業活動以及農藥易於取得有關。高處墜落在香港與新加坡是主流的自殺方式，由於這兩地有 80%的居民居住在高樓大廈中，更有機會使用到這個非常致命的自殺工具。從整體看來，上吊與固體/液體中毒(農藥)是亞洲主要的自殺方式。然而，在有些亞洲國家中常見的自殺方式，在西方國家中卻顯少報導到，例如：自焚是伊朗和印度的第二常見的自殺方式，燒炭自殺則是台灣和香港排名第二的自殺方式。

Värnik 在 16 個歐洲國家的調查中整理出，上吊、藥物中毒、高處墜落、使用槍械、其他中毒、利用移動工具自殺與溺水是最常見的自殺方式。然而，亞洲國家非常少出現使用槍械與利用移動工具的自殺方式。事實上，

亞洲國家的主流自殺方式是如此地罕見，以至於它們甚至沒有在歐洲的研究報告被單獨列出。

從 17 個亞洲國家與區域的流行病學特徵和最近趨勢，可以看到常見自殺方式的趨勢反映出特定的社會—文化、環境、經濟和宗教的情況。常見自殺方式的轉變與科技 (technologies) 與結構 (constructions) 有關，並會影響到年齡和性別分組的不同。這些資料反覆地指出自殺方式選擇的亦取得性與易接近性，可能作為提高整體自殺率的一個主要因素。我們應當盡可能地限制主流自殺方式手段的取得。在資訊社會裡，自殺防治的應該聚焦在監控(monitor and control)自殺知識的創新與傳播，以及自殺「技術」(technologies)的實踐。

(3)〈自傷後預測自殺：危險因子與危險量表的系統性回顧〉(Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R., ... & Kendall, T.，2016)

擁有自傷(self-harm)歷史的人有著遠高於一般人的自殺風險。無論如何，自傷與自殺之間的關係是複雜的。這篇 2016 年的文獻是第一個對自傷後預測自殺 危險因子和風險評估量表的系統性回顧(systematic review)與統合分析(meta-analysis)的前瞻性研究，包含 12 個危險因子的研究與 7 個風險量表的研究。

統合分析歸納出 4 個危險因子伴隨著穩定效果，顯示當調整重要的潛在混淆因子(confounders)會出一點些微的改變。這包括：過去的自傷經歷(hazard ratio(HR)=1.68, 95% CI 1.38-2.05, K=4)，自殺意圖(HR=2.7, 95% CI 1.91-3.81, K=3)，身體健康問題(HR=1.99, 95% CI 1.16-3.43, K=3)以及男性(HR=2.05, 95% CI 1.70-2.46, K=5)。這個研究只有評估 3 種風險量表：貝克絕望量表(Beck Hopelessness Scale, BHS)，自殺意圖量表(Suicide Intent Scale, SIS)與自殺意念量表(Scale for Suicide Ideation)。當統合分析是可能的(BHS，SIS)，這分析是建立在稀少的資料與觀察高度異質性的基礎上。陽性預測值(Positive Predictive Value)的範圍是在 1.3 到 16.7%之間。

本研究的結論是這 4 個危險因子不太可能有實務上的應用，因為它們一般是用來比較臨床群體。沒有量表具有充分的證據可以支持它們的使用。這些量表的使用，或在臨床實務上過度依賴危險因子的識別，可能會提供錯誤的再保證(reassurance)，並且是有一定危險的。綜合心理社會的

風險和需求評估，對於那些自傷者才是具體明確的。

(4)〈自殺防治策略回顧：10 年系統性回顧〉(Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G.，2016)

這篇 2016 的研究呈現了自 2005 以來，自殺防治介入有效性的更新資訊。他們使用多組條件搜尋了 2005 年 1 月 1 日到 2014 年 12 月 31 日在 PubMed 和 Cochrane Library 的出版研究，評估了 7 種介入方式：公共與醫學教育、媒體策略、檢查掃描、限制自殺工具取得、治療、以及網路或熱線支持。從資料提取出主要的成效，也就是自殺行為(自殺、企圖、意念)，以及中間或次要的成效(尋求治療、個人風險識別、抗憂鬱的處方或使用率或轉診)。

從 13 個歐洲國家來的 18 位自殺防治專家使用牛津標準回顧了所有主題與證據強度。因為母體與方法上的異質性並不允許做到正式的統合分析(meta-analysis)。我們用敘述性分析(narrative analysis)呈現。找出 1797 筆研究，包括 23 筆系統性回顧(systematic reviews)，12 筆統合分析，40 筆隨機對照研究(randomised controlled trials, RCTs)，60 筆世代研究，以及 22 筆生態或人口研究。

從 2005 年開始，限制致命工具的取得對於自殺防治的證據很強，特別是關於止痛藥(analgesics)的控制(從 2005 年全面減少 43%)和高處墜落的自殺熱點(從 2005 年減少 86%，79%到 91%)。校園守門人計畫則可降低自殺企圖(勝算比(odds ratio) [OR] 0.45，95% CI 0.24-0.85；p=0.014)和自殺意念的減少(0.5，0.24-0.92；p=0.025)。目前證據還不足以評估在初級照護時的篩檢對自殺防治的可能成效，像是在民眾教育與媒體指引。其他的取徑需要進一步的調查，包括守門人訓練、醫療人員的教育和網路與求助電話支持。缺乏隨機對照研究(RCTs)是評估預防介入的主要的限制。

本研究的結論是對於有效的自殺防治行動之探索，沒有任何單一策略能凌駕其他策略之上。在個人層次與整體層次上，結合實證基礎的策略應該以穩固的研究設計來評估。

4. 國內自殺防治策略規劃

中心將回顧國內的自殺防治現況與自殺防治策略後，再對照前面蒐集與整理的國外自殺防治文獻與策略，規劃符合國內之自殺防治策略及具體

措施。

1) 國內自殺防治現況

根據〈台灣自殺防治十年回顧檢討與展望〉(廖士程, 李明濱, 龍佛衛, 張家銘, & 吳佳儀，2015)，台灣自殺死亡率由 1994 年開始逐漸上升，自 1997 年起自殺進入國人十大死因之列，並於 2006 年達到高峰。2006 年自殺粗死亡率為每十萬人 19.3 人，共有 4,406 位國人不幸自殺身亡。為因應嚴峻形勢，政府於 2005 年成立全國自殺防治中心，推動全國自殺防治業務。台灣民眾自殺死亡率自 2007 年起呈現逐漸下降趨勢，至 2010 年自殺死亡退出國人十大死因之外，2011 年退至第 12 名，該年自殺死亡人數共 3,507 人，粗死亡率為每 10 萬人口 15.1 人，標準化死亡率為每 10 萬人口 12.3 人。根據世界衛生組織定義自殺死亡標準化率每十萬人口 13 人以上為自殺高盛行率，意即台灣於 2011 年由高度自殺死亡率國家進入中度盛行率區域之列。

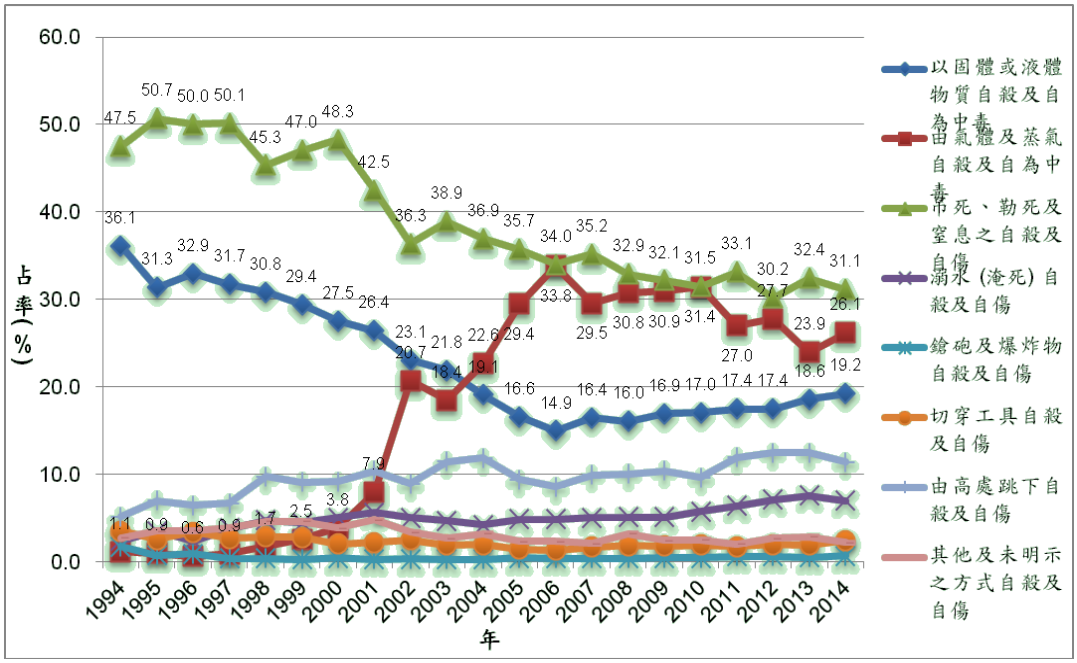


圖 4-9-14、1994-2014 年台灣民眾自殺死亡方式趨勢圖

依據圖 4.9.14「1994-2014 年台灣民眾自殺死亡方式趨勢圖」可以見到 2013 年的自殺死亡方式狀況,「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」最多(佔所有自殺死亡方法 32.4%)，其次是「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(23.9%)，再者是「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.6%)，以及「由高處跳下自殺及自傷」(12.4%)。台灣近十年來自殺死亡率之陡增與緩降，與使用燒炭為主之「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺方法相關最

為密切，該方法於公元 2000 年之佔率為 3.8%，至 2006 年已達 33.8%，幾近於該年度上吊之比例(34.0%)。

世界衛生組織在 2014 年的《自殺防治：全球要務》中列出近 20 種自殺危險因子，這意味自殺行為有複雜的成因與背景，絕非單一危險因子就足以解釋(見圖 4.9.1 與圖 4.9.4)。過去文獻指出，曾經企圖自殺未遂之個案，日後自殺身亡之標準化死亡比(standardized mortalityratio, SMR)為 40 倍，高於重度憂鬱症(重度憂鬱症患者自殺死亡之 SMR = 20)。一個人過去曾有過自殺企圖或自傷行為，是目前已知導致自殺死亡的危險因子中最顯著的一個因子。

回顧台灣自殺相關文獻，自殺死亡者生前精神疾病狀態以及社會心理特質與西方研究結果相近之危險因子，其中包括重度憂鬱發作(major depressive episode)(OR = 41.2)、生活失落事件(loss events)(OR= 6.1)、情緒不穩定之性格傾向(OR = 4.3)、以及物質使用疾患(OR = 3.2)等。若以健保資料庫連結死亡檔之回溯性分析研究為例，研究指出台灣自殺死亡之個案，於死亡前一年之健保申報資料中，曾有精神科疾病診斷之比例為男性 30.2%，女性 48.0%。

就鉅觀之心理社會、文化、經濟以及地理環境因素，過去台灣本土研究曾報告台灣自殺死亡率之變異與失業率顯著相關。根據 2010 年研究〈台灣的自殺與失業率：人口學研究 1978-2006〉(Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978-2006)利用橫跨過去近 30 年時間序列資料，呈現台灣失業率「絕對值」每增加 1%，45-64 歲男性自殺死亡率增加 4.9%。此外，如常見精神疾患之盛行率、鄉鎮城市為單位之家戶收入中位數、單親家庭比例、人口密度、空氣汙染程度、溫濕度及氣壓等，都曾有研究指出與自殺死亡率之變異顯著相關。就自殺的模仿效應而言，曾有本土研究指出影視名人自殺事件報導及其對於自殺死亡以及企圖未遂方法之模仿效應，燒炭自殺死亡方法之媒體批露對於自殺死亡率變動之顯著影響，以及新興自殺方法之流行風潮等。整體而言，自殺行為之危險因子分布廣泛，並無單一決定性之危險因子，必須藉由多層面介入方法，並依照公共衛生三段五級模式擬定相關防治策略。

2) 目前的國內自殺防治策略

我國的國家自殺防治策略符合當代世界自殺防治工作思潮，主要分為三個層面擬定方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性

(indicative)策略。全面性自殺防治策略之目標對象為全體民眾，像是提升公眾對自殺議題的關注與認識、降低致命工具之易取得性、負責任的媒體報導等方式，來促進心理衛生與減少自殺的危險。選擇性自殺防治策略針對的是某些特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險族群為對象，雖然個體並沒有自殺行為，但是他們在生物、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險，以守門人(gatekeeper)工作推廣為核心方法。指標性自殺防治策略主要在於追蹤特定的高風險個案，主要在於追蹤關懷自殺企圖者，強化偏遠地區之緊急救護能力，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，以防止其再度企圖自殺。像是精神疾病患者、自殺企圖者與自殺未遂者。

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，計畫期間以委託經營方式成立國家級「全國自殺防治中心」，在此期間，由「台灣憂鬱症防治協會」承接該中心之經營運作。該中心為全國性自殺防治工作最高指導機制「行政院心理健康促進及自殺防治會報」中協助執行幕僚工作，亦擔任全國性自殺防治工作之整合平臺，協助各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院及相關自殺防治機關(構)等，推動以下措施：(一)依據全體民眾、高風險群及企圖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；(二)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；(三)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；(四)自殺危險性評估工具發展；(五)資源及衛教手冊編訂；(六)專業人員教育訓練；(七)協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；(八)促成國際交流合作等。此外，並開辦 0800788995 免付費 24 小時安心專線，建置自殺未遂個案通報關懷系統，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。

第一期計畫執行成效經檢討評估，開始執行「全國自殺防治策略行動方案」第二期計畫，期程為 2009 年至 2012 年。修正後精神衛生法已於 2008 年 7 月正式施行，第二期計畫重點工作包括：由先導區及推廣區擴展至全國，強化各縣市層級自殺防治工作之推動，提升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。在此同時，「台灣自殺防治學會」承接「全國自殺防治中心計畫」，進一步結合醫事專業、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，以全面性、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，推動全國自殺防治工作。自 2013 年至 2016 年行政院核定中之「國民心理健康計畫」，除了沿續推行有年之國家級自殺防治策略之部份內容外，更著重於心理健康促進相關工作。

2016 年的「全國自殺防治中心計畫」協助衛生福利部執行下列工作：(一)設置全國自殺防治中心組織；(二)提供自殺防治相關統計分析資料；(三)辦理自殺行為之實證研究；(四)強化自殺防治策略；(五)研修自殺防治相關工作規範；(六)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議；(七)協助八仙塵暴個案關懷訪視服務並進行研究，預防傷患自殺；(八)自殺關訪員培訓等。其中「辦理自殺行為之實證研究部份」包含兒少自殺死因研究、禁用巴拉刈農藥研究與老人自殺研究。「強化自殺防治策略」有縣市訪查、媒體聯繫會議、媒體監測、農藥儲藏箱發放、自殺數據監測、守門人訓練以及蒐集國外自殺防治文獻。

3) 規劃國內自殺防治策略及具體措施

回顧中心蒐集的國外自殺防治相關策略與文獻，前面整理出以下 11 種最為常見的防治措施：(一)多層次的綜合型策略；(二)提升公眾對自殺議題的關注；(三)自殺保護因子與危險因子；(四)限制致命自殺工具；(五)媒體報導；(六)特定族群；(七)高風險個案；(八)醫療體系；(九)遺族；(十)守門人；(十一)監測、分析與研究。

綜觀我國的自殺防治策略實施現況，整體上與國際自殺防治趨勢相同，分成全面性、選擇性與指標性三層次的防治策略。表 4.9.3 將國外常見的 11 種自殺防治策略列出，與我國當前的自殺防治策略與措施做比較。

表 4-9-3、國內外自殺防治策略對照表

國外常見策略	國內現行策略	
	已完成/進行中	待規劃/改善中
(一) 多層次的綜合型策略	全國自殺防治中心計畫分成全面性、選擇性和指標性三層次之策略	加強以社區為基礎的自殺防治具體措施(如學校、特定社群如機構老人等之社區處置策略)
(二) 提升公眾對自殺議題的關注	「世界自殺防治日」系列活動，例如世界自殺防治日記者會、攝影徵件比賽、單車繞世界等	加強宣導去汙名化與自殺迷思等概念
(三) 自殺保護因子與危險因子	1. 加強公眾教育及宣導 2. 列入守門人訓練基本教材 3. 中心手冊編纂：《自殺防治概論》、關懷訪視實務工作手冊 (共四冊)	相關具體防治項目仍待規劃，如以保護因子與危險因子進行風險評估之策略與研究
(四) 限制致命自殺工具	1. 在木炭包裝印標語 2. 發放農藥儲藏箱	1. 僅少數縣市把木炭置於櫃檯販賣 2. 尚未禁用劇毒農藥巴拉刈
(五) 媒體報導	1. 每日媒體監測：每日進行自殺新聞報導搜尋，若有不恰當之新聞進行規勸下架，並於年末進行資料匯整與趨勢分析，提出相關因應之策略建議 2. 年度新聞媒體聯繫會議 3. 不定期辦理記者會與發行新聞稿 4. 台灣媒體自殺事件報導指引 5. 「自殺事件報導媒體諮詢」Line 群組	1. 可表揚優良自殺報導 2. 重大事件未即時回饋 3. 可製作媒體指引手冊 4. 新興網路媒體未有相關因應措施
(六) 特定族群	中心手冊編纂：《青少年心理衛生與自殺防治》、《老人心理衛生與自殺防治》、《女性心理衛生與自殺防治》、《職場心理衛生》、《矯正機構與自殺防治》、《老人自殺防治-自殺新聞事件的省思》	針對特定族群之具體自殺防治措施，尤其跨部會處置模式(如針對青少年須結合教育、社政及衛生共同介入)，仍待研議
(七) 高風險個案	1. 自殺通報系統 2. 協助八仙塵暴個案關懷訪視服務及研究 3. 中心手冊編纂：《重複自殺個案之關懷管理》	宜針對高風險合併困難情境(如失聯)個案，研擬追蹤處置機制與流程

表 4-9-3、國內外自殺防治策略對照表(續)

(八) 醫療體系	1. 自殺通報系統 2. PGY 訓練課程 3. 手冊編纂：《精神疾病與自殺防治》、《物質濫用與自殺防治》、《以醫院為基礎之自殺防治》、《基層醫療人員與自殺防治》	通報單位之溝通聯結、通報系統改版問題待改善
(九) 遺族	中心手冊編纂:《自殺者親友關懷手冊》、《陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友》	各縣市衛生局介入關懷之程度不同，宜強調關懷訪視重點族群著重在自殺企圖高風險者，非遺族或自殺意念者
(十) 守門人	1. 第一線專業人員之自殺防治守門人訓練 2. 自殺關懷訪視員培訓 3. 特定自殺方法之防治教育宣導及守門人培訓:如農民(巴拉刈)、警界(槍)等 4. 中心手冊編纂：《珍愛生命守門人》、《珍愛生命義工》、《關懷訪視指引》、《社會福利工作人員與自殺防治》、《自殺風險評估與處遇》、《重複自殺個案關懷訪視指引》、《自殺風險個案追蹤關懷實務》	宜持續強化適合於醫療專業人員之自殺防治實務訓練，並增加社區領域之守門人基礎教育宣導，包括各級學校有關人員、社區大樓管理委員會、長期照護機構人員等。
(十一) 監測、分析與研究	1. 自殺防治相關統計分析資料 2. 辦理自殺行為之實證研究 3. 國外自殺防治文獻蒐集	參考中心實證研究發表之結果，擬定相關之自殺防治策略。

從表 4.9.3 可以看到我國的自殺防治的策略措施是符合於國際主要策略與趨勢。其中部份項目像是「特定族群」與「遺族」的防治策略，是以「自殺防治系列手冊」編纂及教育訓練為主；部份項目則是可以在既有的基礎上做強化，像是「限制致命自殺工具」這點，除了在木炭包裝上印至自殺防治標語外，還可以將木炭改為櫃台來販賣，並持續原有之店員守門人訓練；而劇毒農藥除了發放農藥儲藏箱與代噴制度外，也可以同其他國家一樣禁用部份劇毒農藥(如巴拉刈)。另外，除了以上 11 點常見的項目外，前面也有提到 4 種相對不常見，但也值得重視的項目：(一)強調社會文化的層面；(二)提升「復原力」; (三) 強化與非政府組織的整合；(四)強調法律的角色。第 4 點法律角色的部份，我國已經有制定精神衛生法，另外 3 項則需要加強。

前面回顧的文獻〈自傷後預測自殺：危險因子與危險量表的系統性回

顧〉也指出，有 4 個自殺危險因子最為顯著：過去的自傷經歷、自殺意圖、健康問題與男性。這代表我國可以針對這 4 個危險因子做策略上的規劃，或是在守門人訓練(特別是第一線人員)時加強注意這些危險因子。〈自殺防治策略回顧：10 年系統性回顧〉則說明限制致命自殺工具的取得是有效的自殺防治措施，像是藥物的管制與自殺熱點的限制。我國有針對木炭與農藥進行相關管制策略，未來可以考慮進行加強木炭管制、禁用劇毒農藥、針對自殺熱點做巡邏以及結合媒體力量降低自殺熱點等措施。這份文獻也指出以學校為基礎的防治計劃是有效果的，我國可以針對學校規劃自殺防治計劃，並與相關教育單位合作。〈亞洲的自殺：機會與挑戰〉與〈亞洲的自殺方式：自殺防治的意涵〉這兩篇文獻則回顧整個亞洲的自殺狀況，可以發現亞洲國家不僅與西方國家不同，連亞洲國家之間的歧異也很大。同樣的，這兩篇文獻也指出限制致命自殺工具取得是少數有證據顯示有效的防治策略。這意味著我國自殺防治策略除了需要知道世界的自殺防治研究、策略與趨勢，也需要針對台灣制定出「因地制宜」的策略。

最後，雖然只有搜尋到一篇與科技相關的文獻《愛爾蘭的科技、心理衛生與自殺防治：實作指引》(Technology, Mental Health and Suicide Prevention in Ireland: a Good Practice Guide)，但這顯示出自殺防治策略一個可能的趨勢。像加拿大目前推動的 E-Mental health 心理衛生政策就是結合線上科技與心理衛生系統，目標是希望能有效降低醫療成本與拓展心理衛生的服務範圍。自殺防治需要隨時精進，特別是在這個科技變遷快速的時代，不僅需要密切注意新興科技與自殺的關聯，也意味著自殺防治策略需要與科技做結合。

5. 結論

自殺防治工作需要各層面與領域之間的相互整合與協調，不管是政府部門、非政府部門、衛生機構、非衛生機構等在自殺防治都扮演一定的角色，因為自殺本身就是一個多重因素的現象。這也說明自殺防治的困難處，並不僅僅在於理解「自殺現象」的危險因子、保護因子與介入方式；其實際措施之成效，透過完善的整合與協調相關機構和單位之資源，往往是推動自殺防治的重要關鍵。

本中心透過蒐集國外近三年與最新的自殺防治文獻共 97 篇，以瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，幫助釐清確認自殺的危險與保護因子、有效的介入方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢及文宣品的形式等。這些蒐集的文獻顯示我國自殺防治策略及措施，符合於國際自殺防

治之現況與趨勢。中心並根據這些蒐集到的資料，彙整後提出適合國內之自殺防治策略之建議。

此外，針對這次的文獻蒐集與策略規劃，中心制訂了一套有系統的資料搜尋與文獻管理方式，以提升文獻蒐集與管理的效度(品質)與信度(標準)，期許能成為未來國內自殺防治之系統化文獻搜尋重要平台，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

教育文宣之發行與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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. 業務的目的與目標

1) 推廣簡式健康量表(別名：BSRS-5、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，目前手冊皆亦電子化，以減少實體紙本印製數，置於各大電子書平臺推廣。
   (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助印為主，申請授權需來函或電子信件洽商，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。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：華杏出版股份有限公司、國立臺灣大學醫學系、大同老人日間照顧中心、銘傳大學諮商與工商心理學系、國立臺灣科技大學學生輔導中心、大仁科技大學環境管理所、中華民國職能治療師公會全國聯合會、桃園榮總精神科、國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所、馬偕醫學院、財團法人臺北市脊髓損傷社會福利基金會、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、樹德科技大學諮商與特教資源中心、國立成功大學醫學院護理系、基隆長庚紀念醫院、旗山醫院、國立台灣大學醫學院附設醫院竹東分院、雅祥生技醫藥股份有限公司、社團法人國際生命線台灣總會、三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處、國立暨南國際大學諮商中心、義大醫療財團法人義大癌治療醫院、臺北市立大學(天母校區)學生輔導中心、耕莘醫院安康院區復健科、國立嘉義大學學務處學輔中心、台灣科技大學的工商業設計所、國立臺北護理健康大學護理成人所、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、英邦德科技股份有限公司、中國醫藥大學健康中心、新北市政府體育處。

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。

3) 截至 2016 年 11 月 1 日為止，中心宣導品授權列表詳見表 4.10.1。

表 4-10-1、2016 中心宣導品授權列表

日期	單位	品項	說明
2/24	華杏出版股份有限公司	簡式健康量表	用於出版護理科系教科書《成人內外科護理》。
3/14	國立臺灣大學醫學系	簡式健康量表	該系學生用於研究「LGBT 醫學生與住院醫師之職場壓力調查」。
3/15	大同老人日間照顧中心	簡式健康量表	用於照顧中心內個案及家屬之心理健康評估。
3/25	銘傳大學諮商與工商心理學系	簡式健康量表	該系學生用於研究「晚睡對正負向情緒之影響：以睡眠品質為調節變項」。
3/28	國立臺灣科技大學學生輔導中心	簡式健康量表	針對外籍學生進行校園篩檢之用。

表 4-10-1、2016 中心宣導品授權列表(續)

日期	單位	品項	說明
4/25	大仁科技大學環境管理所	簡式健康量表	該所學生用於「消防人員救助隊訓練對減輕工作上之心理壓力與生理指標反應」的研究探討。
4/26	中華民國職能治療師公會全國聯合會	簡式健康量表	為推廣心理健康照護，置放於其公會全聯會網站供會員下載使用。
4/27	桃園榮總精神科	簡式健康量表	院內推動自殺防治，欲製作名片大小的小卡，令全院員工置於識別證夾內，卡片內容包括轉介訊息、自殺防治電話與 BSRS-5 量表。以便為風險個案做快速篩檢並適當轉介。
5/9	國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所	簡式健康量表	該系所學生用於研究「臺灣不同層級醫院之臨床護理人員其工作壓力源及心理健康之探討」。
5/9	國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所	簡式健康量表	該系教授用於研究「護理人員輪班及工時差異對生理指標之影響」。
5/11	馬偕醫學院	簡式健康量表	用於執行「衛生福利部 104 年度心理健康促進與衛生教育計畫」
5/12	財團法人臺北市脊髓損傷社會福利基金會	簡式健康量表	用於製作「105 年 脊髓損傷資訊便利站 資源手冊」，提供新受傷傷友及照顧者，協助獲得正確實用知能，早日自立生活。
5/30	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	簡式健康量表	用於該院員工心理健康管理。
5/31	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	簡式健康量表	針對病人進行初步之情緒狀態篩檢。
6/4	樹德科技大學諮商與特教資源中心	簡式健康量表	用於校園心理衛生初級預防。

表 4-10-1、2016 中心宣導品授權列表(續)

日期	單位	品項	說明
6/13	國立成功大學醫學院護理系	簡式健康量表	該系所學生用於研究「以常識模式引導以人為中心之自我照護介入對改善心臟衰竭病人症狀與生活品質研究」。
6/15	基隆長庚紀念醫院	自殺防治守門人海報-醫療專業人員版	為提供民眾所需心理服務，推動自殺防治守門人宣導及相關概念。
6/20	旗山醫院	自殺防治守門人海報-大眾版、自殺防治守門人海報-醫療專業人員版、自殺防治守門人海報-企業職場版	為提供民眾所需心理服務，推行自殺防治等助人行動。
7/1	國立台灣大學醫學院附設醫院竹東分院	簡式健康量表	用於執行衛福部心理健康促進計畫「孕產期婦女與家人的心理健康須知之衛教資訊」
7/1	雅祥生技醫藥股份有限公司	簡式健康量表	用於「A Multicenter, Randomized, ouble-blind, Placebo-controlled, Phase 3 Study to Evaluate the Safety and Efficacy of ES135 in Subjects with Spinal Cord Injury」之研究。
7/14	社團法人國際生命線台灣總會	簡式健康量表	該協會用於籌備建置「生命線 1995 協談輔導專線雲端系統」，以供全台灣各地生命線協會電話志工接線評估個案使用。
7/18	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處	簡式健康量表	該醫院用於員工職場心理健康調查。
7/25	國立暨南國際大學諮商中心	簡式健康量表	該大學用於校園篩選。

表 4-10-1、2016 中心宣導品授權列表(續)

日期	單位	品項	說明
7/29	義大醫療財團法人義大癌治療醫院	自殺防治守門人海報-醫療版	為提供民眾所需心理服務，推行自殺防治等助人行動。
8/5	臺北市立大學(天母校區)學生輔導中心	簡式健康量表	用於製作大一新生手冊(學務葵傾)內容使用。
8/9	耕莘醫院安康院區復健科	簡式健康量表	該院用於復健科病人篩檢。
8/10	國立嘉義大學學務處學輔中心	簡式健康量表	該大學用於校園心理健康活動網頁設置。
8/11	台灣科技大學的工商業設計所	簡式健康量表	該系所研究生用於書籍出版，欲在書中放入問卷供讀者做初步測驗。
8/25	國立臺北護理健康大學護理成人所	簡式健康量表	該系所學生用於研究「探討不同衛教模式對骨外固定針病人的傷口認知、疼痛、感染率、焦慮之成效」。
8/29	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	自殺防治守門人海報-醫療專業人員版、宣導小卡片-2010 心情溫度計小卡	為提供民眾所需心理服務，推動自殺防治守門人宣導及相關概念。
9/12	英邦德科技股份有限公司	簡式健康量表	該公司用於研究「失戀者的網路支持方案介入與心理歷程研究」。
9/26	中國醫藥大學健康中心	簡式健康量表	該校用於辦理自殺防治守門人培訓講座。
9/30	新北市政府體育處	自殺防治守門人海報-大眾版、自殺防治守門人海報-企業職場版	為宣導自殺防治重要性，該處用於新北市委外經營之國民運動中心張貼相關文宣，提醒民眾重視精神衛生並達衛教宣導之目的。

表 4-10-1、2016 中心宣導品授權列表(續)

日期	單位	品項	說明
10/17	國立臺北護理健康大學護理系研究所	簡式健康量表	該系所研究生用於研究「周邊神經症狀與疼痛對日常活動與心理照護需求之影響—以乳癌、結直腸癌存活者為例」。

三、 過程(Process)

1. 宣導品製作

編撰自殺防治系列手冊，共 4 冊，內容包括：自殺防治概論、自殺風險評估與處遇、重複自殺個案關懷訪視指引、自殺風險個案追蹤關懷實務。

1) 收集過去中心出版之相關手冊及近年相關文獻研究，彙整與各冊主題相關之資料，將數據及文字內容等重新編輯更新。

2) 4 月中旬時陸續將 4 本手冊草稿依據主題分給各專家，陸續修正。

3) 4 月 29 日函送手冊初稿至衛生福利部。

4) 定稿後申請國家出版品 ISBN 碼及出版，同時已送至國家圖書館備查。

2. 宣導品推廣

1) 中心宣導品推廣活動

持續進行文宣品之推廣和授權，並於平時辦理各項相關講座、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。

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) 持續與各電子書平臺合作推廣自殺防治知識性資源，合作平臺簡介如下：

a. 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，除有自家電子書平臺，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) 華藝數位股份有限公司：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臺。華藝數位具有華藝中文電子書、華藝線上

圖書館 2 平臺。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。平臺之有效會員數約 90 萬人，合作學校有臺大、清大、政大、臺科大等約 165 所學校。

c) 漢珍數位圖書股份有限公司：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。

b. 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臺，持續提供日後出版之電子書以合作推廣。

c. 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。

(3) 於中心 2 月 26 日第五次業務會議時，由衛生福利部建議中心將過去已發行之手冊上架至部內目前所使用之電子書平臺 GITBOOK。將目前尚有之完整版手冊內容及編輯、管理等權力全數交予部內，分別為自殺防治手冊系列第 8、11、12、23、24 本及災難心理衛生工作手冊。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 編撰自殺防治系列手冊，共 4 冊，內容包括：自殺防治概論、自殺風險評估與處遇、重複自殺個案關懷訪視指引、自殺風險個案追蹤關懷實務，簡述如下，其他詳細內容請詳見 2016 年期中報告「8.1 編印關懷訪視實務工作手冊」章節。

(1) 自殺防治概論：以數據分析臺灣自殺現況，並介紹臺灣自殺防治策略，讓訪員了解目前臺灣自殺防治之概況。並於附錄頁附加簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale, 簡稱 BSRS-5，俗稱：心情溫度計)以及心情溫度計 APP 簡介(含 QR code)。提供關懷訪視員簡易的量表，方便評估自身以及個案的簡易心理狀態。如詳見附件 8.1.1。各章節標題節錄如下：

a. 自殺現況分析

b. 個人層次之自殺防治

(2) 臺灣自殺防治策略自殺風險評估與處遇：介紹自殺風險評估之標準及評

估工具，並提供轉介準則及轉介資源之聯絡方式，使訪員了解自殺危險因子之評估面相，以及如何在適當的時機為個案進行轉介。並於附錄頁附加簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale,簡稱 BSRS-5，俗稱：心情溫度計)。如詳見附件 8.1.2。各章節標題節錄如下：

a. 自殺風險評估
b. 自殺防治處遇相關資源與網絡

(3) 重複自殺個案關懷訪視指引：簡介臺灣重複自殺個案之數據狀況，提供該族群的辨識方法，以及在關懷訪視實務上面針對重複自殺個案之技巧與介入方式。並於附錄頁附加簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, 簡稱 BSRS-5，俗稱：心情溫度計)以及簡明心理健康篩檢表(Concise Mental Health Checklist，簡稱 CMHC)。提供關懷訪視員簡易的量表，方便評估自身以及個案的心理狀態，並根據測量結果進行適當的處遇。如詳見附件 8.1.3。各章節標題節錄如下：

a. 重複自殺個案之現況分析
b. 重複自殺個案風險辨識與評估
c. 重複自殺個案之關懷訪視與介入
d. 關懷訪視實務之精進

(4) 自殺風險個案追蹤關懷實務：本手冊著重於關懷訪視員業務實務層面。自通報流程簡介起，讓訪員了解自身定位與工作目標。實務層面提供了簡易的工作指引，除基本工作內容外，也提供一些關訪員常見的困難與因應方式。如詳見附件 8.1.4。各章節標題節錄如下：

a. 自殺防治通報關懷流程
b. 自殺風險個案追蹤關懷實務
c. 關訪員常見困難與因應方式
d. 自殺風險評估
e. 反思時間：案例
f. 關訪員自我身心照顧

2) 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。在此管道上，截至 11 月 1 日為止，共發出：心情溫度計 2804 份、BSRS 捲捲筆 416 隻、自殺防治系列紙本手冊 106 本、守門人 Memo 系列 14 份、扇子 50 個、螢幕擦布 50 個及珍愛生命胸章 367 枚。

3) 宣導品共授權予 32 個單位，授權單位分布：學校申請共 14 件，醫院及照護機構申請共 14 件，其他單位 4 件。

2. 結論

1) 因應數位化時代，中心已將過去出版品陸續電子書化，並於電子書平臺持續更新，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) 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。年後亦於最新消息處公告與中心合作之各電子書網站連結及內容簡介，更方便民眾查找中心出版之教育文宣及通訊，達到推廣自殺防治教育效果。

珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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。

我們相信一部份選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」的行為或企圖來對外在世界表示一種「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息；但也可能有些人是生理的因素，像是憂鬱症、久病不癒等，也會讓人試圖以自殺的方法來尋求解脫。

守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發出的訊息，也能適時的給予鼓勵並提供資源協助，陪伴其走過死蔭的幽谷，走向光明的未來。換言之，「自殺防治守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色。透過珍愛生命守門人訓練課程，期許受訓人員可掌握「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。能有效阻止自殺意念者浮出海平面，降低自殺率。

2. 業務的目的與目標

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，以電話或 E-mail 等方式，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：新竹縣政府衛生局、輔英科技大學、憲兵指揮部、桃園創新技術學院諮商輔導中心、衛生福利部中央健康保險署、奇美醫療財團法人奇美醫院-臺南分院、恩主公醫院、屏東科技大學學生事務處學生諮商中心、明德財經科技大學、台北啟聰學校、文藻外語大學、新莊益民醫院、國立臺灣師範大學、學務處學生輔導中心、私立道明外僑學校、臺北市朱崙老人公寓、玄奘大學心理輔導中心、新生醫護專科學校、和春技術學院、社團法人雲林縣生命線協會、新竹縣湖口鄉卓越志工協會、警政署、崑山科技大學學輔中心、新北市農業局、中國醫藥大學、慈濟科技大學師資培育中心、台中空中大學、靜宜大學、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)

1. **講座安排與講師推薦如下：**

1)2 月 26 日協助新竹縣政府衛生局辦理「老人心理健康服務專業人員教育訓練(老人憂鬱篩檢量表-GDS15 之實施及老人心理健康促進活動推動)」講座，對象為衛生所護士及關懷訪視員，講師為鄭宇明醫師，人數共 40 人。

2)3 月 23 日協助輔英科技大學辦理「教師知能研習」課程，對象為心靈 spa 導師及有興趣的教師，講師為該校自行邀請，人數共 100 人。

3)3 月 29 日協助憲兵指揮部辦理「自傷防治」課程，對象為各單位心輔人員，講師為楊聰財醫師，人數共 165 人。

4)4 月 21 日協助桃園創新技術學院諮商輔導中心辦理「【珍愛生命守門人】－自殺防治與通報」課程，對象為該校教職員，講師為鄭宇明醫師，人數共 30 人。

5)5 月 11 日協助衛生福利部中央健康保險署辦理「情緒管理與壓力調適」課程，對象為該署新進同仁(104 年公務人員高普考及 105 年初等考試錄取人員)，講師為張立仁醫師，人數共 55 人。

6)5 月 13 日協助奇美醫療財團法人奇美醫院-臺南分院辦理「外督課程之自殺防治計畫的誕生史(歷史革沿介紹)」課程，對象為臺南市自殺防治相關從業人員，講師為該單位自行邀請，人數共 20 人。

7)5 月 18 日協助恩主公醫院辦理「醫院內的自殺防治」課程，對象為全院同仁，講師為鄭宇明醫師，人數共 80 人。

8)5 月 27 日協助屏東科技大學學生事務處學生諮商中心辦理「自殺防治守門人培訓研習」課程，對象為學生、校安人員與導師，講師為周煌智醫師，人數共 40 人。

9)5 月 30 日協助交通部鐵路改建工程局進行自殺防治中心參訪，對象為員工協助關懷小組成員，講師為計劃主持人李明濱主任，人數共 40 人。

10) 6 月 1 日協助明德財經科技大學辦理「自殺防治守門人課程」課程，對象為全校一二年級的輔導股長與學藝股長，講師為該校自行邀請，人數共 90 人。

11) 7 月 12 日協助新莊益民醫院辦理「自殺高危險群因子及危機處理機制」課程，對象為全院員工，講師為該單位自行邀請，人數共 20 人。

12) 7 月 21 日協助國立臺灣師範大學學務處學生輔導中心辦理「大學自殺危

機個案處遇」課程，對象為學輔中心專任心理師、實習心理師、學務處專責導師、學務處相關人員，講師為潘怡如醫師，人數共 40 人。

13) 8 月 4 日協助臺北道明外僑學校辦理「自殺防治守門人講座」，對象為校內本籍及外籍教師，講師為吳佳儀副執行長，人數共 45 人。

14) 8 月 29 日協助警政署辦裡「研議防治員警自殺作為及專業心理諮商機制」會議，由廖士程副執行長代表出席。

15) 8 月 30 日協助新竹縣湖口鄉卓越志工協會辦裡「自殺防治講座」講座，講師為單位自行邀請，人數共 200 人。

16) 8 月底至 9 月，協助雲林縣生命線協會舉辦一系列自殺防治教育訓練，各場次講師與人數如下：

(1) 8 月 30 日(二)協助辦理「珍愛生命守門人——可發現的危險因子」，講師為王貞邦醫師，人數共 25 人。

(2) 9 月 8 日(四)協助辦理「壓力管理與自殺防治」，講師為該單位自行邀請，人數共 30 人。

(3) 9 月 19 日(一)協助辦理「老人健康照護及常見神經&精神疾病」，講師為該單位自行邀請，人數共 25 人。

17) 9 月 24 日協助和春技術學院辦理「和春技術學院自殺防治守門人培訓」課程，對象為全校師生，講師為戴傳文顧問，人數共 60 人。

18) 10 月 4 日協助警政署辦理「高階警政首長策略領導專題演講-身心健康與工作關係」，對象為高階警政首長等警政相關人員，講師為廖士程執行長，人數共 50 人。

19) 10 月 5 日協助崑山科技大學學輔中心辦理「自殺防治守門人培訓」，講師為陳清文心理師，對象為全校學生，人數共 70 人。

20) 10 月 12 日協助崑山科技大學學輔中心辦理「自殺防治守門人培訓」，講師為顏永杰醫師，對象為全校學生，人數共 70 人。

21) 10 月 13 日協助新北市農業局辦裡「新北市 105 年度第 2 次農管理人員複訓講習課程—農藥與自殺防治」，對象為農藥管理相關人員，講師為張書森副執行長，人數共 30 人。

22) 10 月 18 日協助中國醫藥大學辦裡「自殺防治守門人」講座，對象為導師、大學生及其他教職員，講師為張清基醫師，人數共 60 人。

23) 10 月 20 日協助中國醫藥大學辦裡「自殺防治守門人」講座，對象為導師、大學生及其他教職員，講師為朱柏全醫師，人數共 60 人。

24) 10 月 24 日協助慈濟科技大學師資培育中心辦理「青少年適應問題」，講師為王迺燕醫師，對象為師資培育生，人數共 25 人。

25) 10 月 30 日協助空中大學辦理「珍愛生命守門人」，對象為國立空中大學台中指導中心之學生、行政人員、面授教師，人數共 100 人，講師為朱柏全醫師。

26) 11 月 2 日協助國道公路警察局辦理「強化警察人員教育訓練」，參與對象為中級幹部、基層佐警（含約僱人員），人數共 80 人，講師為鄭宇名副職行長及吳佳儀副執行長。

27) 11 月 3 日協助靜宜大學辦裡「i 生命-自殺防治守門人培訓」，對象為全校教職員，講師為李俊德醫師，人數共 50 人。

28) 11 月 17 日協助中心綜合醫院辦理「在職教育課程—自殺防治講座」，對象為護理人員與醫院各科室人員，講師為吳佳儀副執行長，人數共 50 人。

29) 11 月 17 日協助台灣大學學生心理輔導中心辦理「自殺防治守門人訓練」，對象為教職員，講師為吳佳儀副執行長，人數共 150 人。

30) 11 月 21 日協助政治大學學生心理輔導中心辦理「牽起一雙手，走過幽谷，迎向暖陽－守護校園心理健康(自殺防治守門人計畫教職員場)」，對象為教職員，講師為吳佳儀副執行長，人數共 60 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

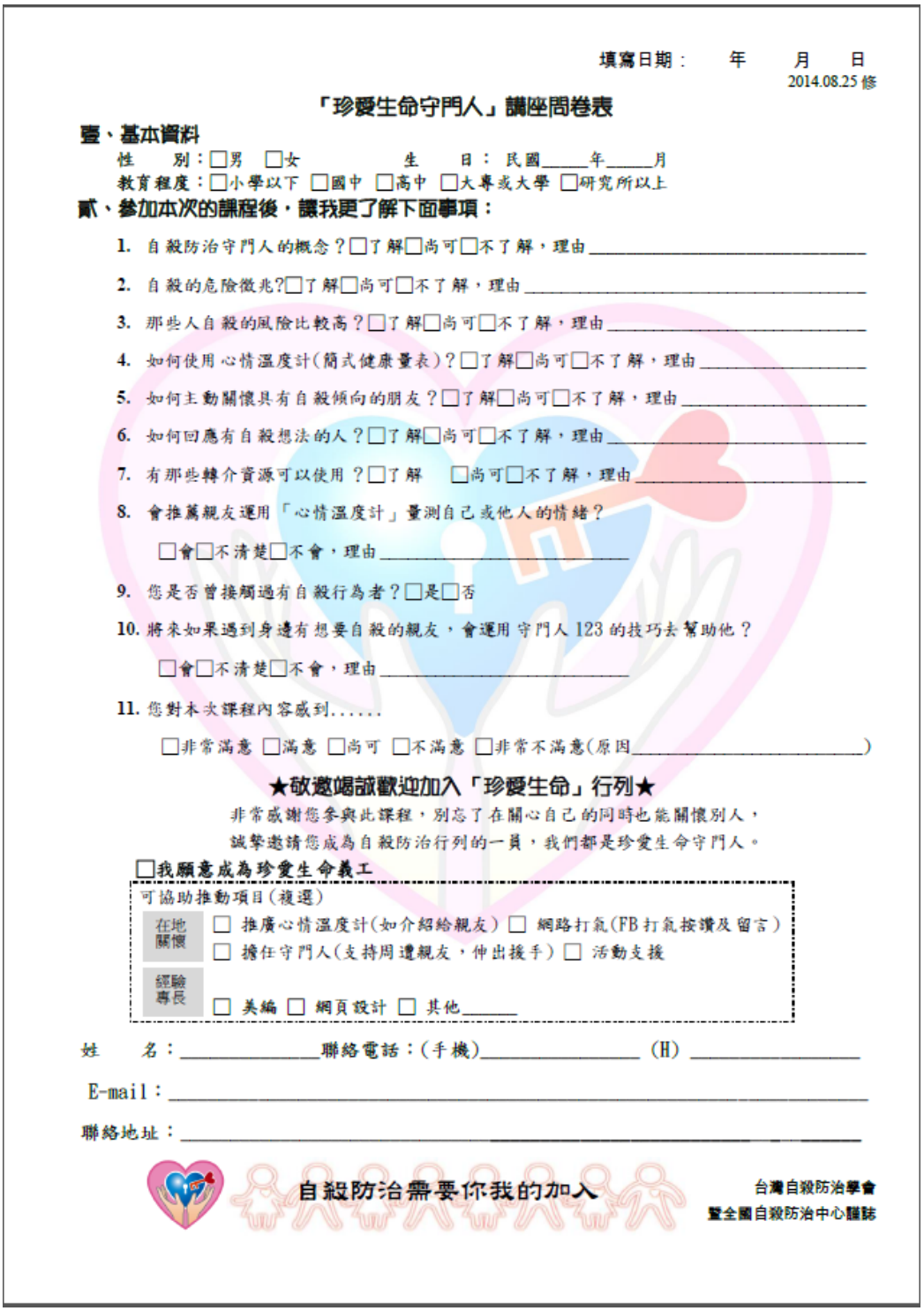
1) 講座安排

(1) 截至 12 月 09 日止，中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 33 場，參與訓練的學員共 2355 人；單位包含：大專院校、高國中小學、醫療院所、民間機構、學協會及政府單位，對象包含：各級學校師生、醫療人員、關懷訪視員等，如表 4.11.1。

表 4-11-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校		醫療單位	政府單位	協會與民間機構
	大專院校	高國中小學			
場次	18	2	4	6	3
人數	1395	105	170	430	255

(2) 每場講座均發放「講座問卷表」與「心情溫度計 BSRS-5 問卷」，為 A5 大小，採雙面印刷，共一頁。講座問卷表回收之後，將會進行統計分析並回傳統計資料給各演講單位。詳如圖 4.11.1 及圖 4.11.2。



填寫日期：　　年　　月　　日
2014.08.25 修

「珍愛生命守門人」講座問卷表

壹、基本資料

性　　別：☐男　☐女　　生　　日：民國_____年_____月
教育程度：☐小學以下 ☐國中 ☐高中 ☐大專或大學 ☐研究所以上

貳、參加本次的課程後，讓我更了解下面事項：

1. 自殺防治守門人的概念？☐了解☐尚可☐不了解，理由_____
2. 自殺的危險徵兆?☐了解☐尚可☐不了解，理由_____
3. 那些人自殺的風險比較高？☐了解☐尚可☐不了解，理由_____
4. 如何使用心情溫度計(簡式健康量表)？☐了解☐尚可☐不了解，理由_____
5. 如何主動關懷具有自殺傾向的朋友？☐了解☐尚可☐不了解，理由_____
6. 如何回應有自殺想法的人？☐了解☐尚可☐不了解，理由_____
7. 有那些轉介資源可以使用？☐了解　☐尚可☐不了解，理由_____
8. 會推薦親友運用「心情溫度計」量測自己或他人的情緒？
   ☐會☐不清楚☐不會，理由_____
9. 您是否曾接觸過有自殺行為者？☐是☐否
10. 將來如果遇到身邊有想要自殺的親友，會運用守門人 123 的技巧去幫助他？
    ☐會☐不清楚☐不會，理由_____
11. 您對本次課程內容感到.....
    ☐非常滿意 ☐滿意 ☐尚可 ☐不滿意 ☐非常不滿意(原因_____)

★敬邀竭誠歡迎加入「珍愛生命」行列★

非常感謝您參與此課程，別忘了在關心自己的同時也能關懷別人，
誠摯邀請您成為自殺防治行列的一員，我們都是珍愛生命守門人。

☐我願意成為珍愛生命義工

可協助推動項目(複選)

在地關懷	☐ 推廣心情溫度計(如介紹給親友) ☐ 網路打氣(FB 打氣按讚及留言) ☐ 擔任守門人(支持周遭親友，伸出援手) ☐ 活動支援
經驗專長	☐ 美編 ☐ 網頁設計 ☐ 其他_____

姓　　名：_____聯絡電話：(手機)_____ (H) _____

E-mail：_____

聯絡地址：_____

自殺防治需要你我的加入

台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心關誌

圖 4-11-1、講座問卷表



2014.08.25 修

「心情溫度計」自我評量練習版：幫助他人之餘更要了解自己的情緒！

心情溫度計(BSRS-5)

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在**最近一星期中（包括今天）**，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完沒全有	輕微	中程等度	屬害	非屬常害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒…	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安 ……	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒 ……	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落 ……	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人 .……	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法 .……	0	1	2	3	4

得分說明：

★1 至 5 題之總分：

◎ 得分 0-5 分：身心適應狀況良好。

◎ 得分 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

◎ 得分 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。

◎ 得分＞15 分：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

★第 6 題 "有無自殺意念" 單項評分

◎ 本題為附加題，若前五題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

自殺防治需要你我的加入

台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心關誌

圖 4-11-2、心情溫度計 BSRS-5 問卷

(3) 問卷分析

依據回收之課後回饋問卷分析結果，總計回收 455 份問卷，回收率 62.3%。統計結果發現，多數學員相當肯定珍愛生命守門人課程，認為受益良多；對於整體課程內容也有 88.1%的人表示滿意，如表 4.11.2。

表 4-11-2、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
占率%	44.6%	43.5%	1.6%	0%	0%	10.3%

(4) 將來遇到身邊有想要自殺的親友，願意運用守門人 123 的技巧去幫助他人者，占有填課後評估問卷 437 人中的 81.9%，如表 4.11.3。

表 4-11-3、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	81.9%
我不清楚	7.6%
未填	10.3%

(5) 會推薦親友使用心情溫度計測量自己或他人的情緒者，占有填課後評估問卷 437 人中的 77.8%，如表 4.11.4。

表 4-11-4、推薦或自量心情溫度計

推薦他人或自量心情溫度計	佔率%
我會推薦	77.8%
我不清楚	8.2%
我不會推薦	2.1%
未填	11.9%

2)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、照片或流程圖讓學員容易理解，講師會邀請臺下學員分享，課程中與學員互動頻繁。部分單位表示希望與講師進行長期合作，於每年定期舉辦自殺防治系列講座，並針對不同族群進行分享，落實「人人都是珍愛生命守門人」的願景。

「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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社區健康計畫之基本規劃、執行等基本能力(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。

本中心自 98 年起，持續提供給「畢業後一般醫學訓練」自殺防治課程，該課程結合「全國自殺防治中心」參訪活動，頗獲學員好評，促進學員了解國內自殺防治現況與防治，並認識「自殺防治守門人」之相關概念。透過課程的參與，有助於促進臨床醫師成為自殺防治守門人，從人文關懷的角度出發，落實全人照顧理念。

2. 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) 鑒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，已錄製及編製「PGY 自殺防治課程」，提供各訓練醫院於雲端下載。

3) 課程內容與進行方式：課程時間為三小時，視學員人數討論該場課程型式。若上課人數較少，將以討論、PBL(Problem-based learning)、角色扮演(Role Playing)等型式進行。若是人數較多，將以主題講授或分組討論的型式進行。

4) 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) 邀請講師，與講師確認上課時間。提供該次課程學員人數、學員背景以及標準版上課教材供講師參考。

(4) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程相關資訊供預覽。

(5) 課後統整課程評值問卷及課後測驗結果，詳細課程評值問卷內容，如圖 4.12.1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 4.12.2 及圖 4.12.3。

(6) 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。

全國自殺防治中心
2014.11

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程評值

您好：
感謝您參與今天的參訪課程活動，請您協助填寫以下的活動回饋意見，以作為日後之參考與改進（**請於適當的□內打✓**），再次謝謝您！敬祝平安

全國自殺防治中心 謹致

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

□非常符合 □符合 □尚可 □不太符合 □非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

□非常好 □良好 □可接受 □不太好 □非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說….

□非常清楚 □很清楚 □尚可 □不清楚 □非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

□非常同意 □同意 □尚可 □不同意 □非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

□非常滿意 □滿意 □普通 □不滿意 □非常不滿意

六、上完課，未來在使用心情溫度計上是否覺得有困難

□沒有困難 □有困難，原因：_____

七、上完課，未來運用守門人技巧上是否覺得有困難?

□沒有困難 □有困難，原因：_____

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

□會 □偶會 □不會，原因：_____

九、未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？

□會 □偶會 □不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

圖 4-12-1、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程評值問卷

全國自殺防治中心
2014.11.

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

姓名：_____

性別：□男□女

1. 一般而言，哪一年齡層死亡率最高?
   □15-24 歲 □25-44 歲 □45-64 歲 □65 歲以上
2. 國人整體而言近年自殺死亡方法下列哪一項不是前三名?
   □上吊 □燒炭 □農藥 □跳樓
3. 自殺死亡個案有多少比例在自殺前曾向親友透露想要輕生的訊息?
   □二成五 □三成 □四成五 □七成
4. 根據中心研究分析，自殺前 12 個月會去醫院看非精神科醫師之比例約占幾成?
   □二成 □四成 □六成 □八成
5. 根據中心研究分析,65 歲以上老人自殺前 1 個月就診比例約占幾成?
   □三成 □五成 □七成 □九成
6. 請問以下列敘述何者錯誤?
   □ 自殺與生活事件有關 □ 自殺未遂者是自殺的高危險群
   □ 台灣年齡層愈高自殺死亡率愈高 □自殺並非多重因素造成的
7. 請問下列何者為指標性策略?
   □ 導正媒體報導 □ 促進社會大眾心理健康
   □ 針對自殺企圖者提供關懷服務 □ 減少致命工具之可近性
8. 守門人123步驟中第一步為何?
   □ 應：聆聽、回應與支持 □ 問：主動關心、詢問情況
   □ 轉介：轉介相關資源並持續關懷 □ 靜：內心空明
9. 請問下列關於自殺防治之概念何者正確?
   □ 只有衛生專業人員可以使用心情溫度計
   □ 將個案轉介/照會給精神科後，就不用繼續關心
   □ 避免和個案談論自殺議題
   □臨床醫師是很重要的珍愛生命守門人之一

————課後測驗1 續後頁————

圖 4-12-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗(第一頁)

全國自殺防治中心
2014.11.

10. 請問自殺防治的工作，需要誰的投入

☐ 精神專業人員 ☐ 社福團體 ☐ 政府官員 ☐ 人人有責

參訪心得與感想(100 字)

~~歡迎成為珍愛生命義工，一同推廣自殺防治理念~~

可協助推動項目(複選)

在地關懷：☐推廣心情溫度計（如介紹給親友、臨床運用）

☐擔任守門人(如就地/臨床關懷、伸出援手)

☐網路打氣(FB 打氣按讚及留言、打氣心得撰稿)

經驗專長：☐守門人講師 ☐臨床實務經驗分享 ☐其他 _____

姓　名：_____ 性別：☐男☐女 出生年：_____

聯絡電話：(手機) _____ (H)_____

電子信箱:_____

聯絡地址：_____

台灣自殺防治學會 暨 全國自殺防治中心 關心您

2

圖 4-12-3、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗(第二頁)

5) 中心於 2014 年 7 月完成「心情溫度計 APP」程式設計初版，iOS 版本於 2014 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載，於 2015 年 3 月 Android 版心情溫度計 APP 正式上架。並於 2016 年 3 月開始，於講師授課簡報內容中，加入心情溫度計 APP 使用之教學。強調心情溫度計 APP 之實用性，鼓勵學員善用並推廣。並製作桌上文宣，提供中心 WiFi 給學員進行 APP 下載。詳細文宣內容，如圖 4.12.4。



圖 4-12-4、心情溫度計 APP 桌上文宣

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。

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、紙本文宣。

三、 過程(Process)

1. 本年度辦理參訪訓練課程場次如下，並由中心李明濱計畫主持人、鄭宇明秘書長、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張書森醫師副執行長、張家銘

理事、陳宜明醫師擔任講師。

1)1 月 7 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、和平院區)，共 17 名學員參加。

2)1 月 14 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、恩主公醫院、宏恩醫院，共 23 名學員參加。

3)2 月 18 日 PGY 課程參與醫院有新北市立聯合醫院、博仁綜合醫院，共 8 名學員參加。

4)2 月 24 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝、中興院區)、中心醫院，共 17 名學員參加。

5)3 月 9 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)，共 25 名學員參加。

6)3 月 23 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、中興院區)、臺安醫院、中心綜合診所、亞東醫院，共 23 名學員參加。

7)4 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)、新北市立聯合醫院、宏恩醫院，共 14 名學員參加。

8)4 月 27 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明院區)、恩主公醫院，共 17 名學員參加。

9)5 月 11 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)，共 11 名學員參加。

10) 5 月 25 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院忠孝院區，共 7 名學員參加。

11) 6 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)，共 22 名學員參加。

12) 6 月 22 日 PGY 課程參與醫院有宏恩醫院、中心綜合醫院，共 22 名學員參加。

13) 7 月 13 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)，共 8 名學員參加。

14) 7 月 27 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平、陽明院區)、博仁綜合醫院，共 17 名學員參加。

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

16) 8 月 24 日 PGY 課程參與醫院有新北市立聯合醫院，共 6 名學員參加。

17) 9 月 14 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、台安醫院、耕莘永和醫院，共 14 名學員參加。

18) 9 月 21 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、中心綜合醫院，共 12 名學員參加。
19) 10 月 12 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)、中心綜合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院，共 24 名學員參加。
20) 10 月 26 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明院區)、博仁綜合醫院，共 7 名學員參加。
21) 11 月 9 日辦理 PGY 課程，參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平、陽明院區)、宏恩醫院，共 20 人。

2. 課程內容主題描述：

1) 引言、學員自殺臨床個案分享討論：開場先以簡單的描述簡介並澄清自殺迷思，且邀請學員分享過去在個人經驗或臨床上所經歷到的自殺事件。在討論過程中，以學員經歷過的事件做延伸，並帶入到當次課程之主題。
2) 國際臺灣自殺現況與全國自殺防治策略：以自殺死亡及自殺通報數據，簡述臺灣目前自殺現況，分析各年齡層、性別之死亡率、通報情形、死亡原因、自殺方式等，並與全球國家進行比較。並帶出目前臺灣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，並講解三種層面之應用方式。
3) 自殺評估與處遇：增加學員對自殺個案之敏感度，使學員了解自殺危險因子，學習辨識有自殺意圖之個案。提供醫療、衛政、社政等轉介管道，讓學員建立口袋名單，在必要時可協助個案尋求資源。並介紹簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱 BSRS-5，又稱「心情溫度計」)，提供給學員一個簡單的心理測量工具，可能迅速瞭解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務。
4) 自殺防治守門人之概念與推廣：講述「1 問、2 應、3 轉介」之概念，學習辨認自殺的危險因子及學習基礎的自殺干預技巧，懂得尋求適當資源協助有自殺意念者並給予關懷，對於自殺防治工作的成果會有很大的幫助。推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，讓學員了解你我都扮演重要的角色。
5) 個案討論：講師利用自身在臨床實務上所累積的經驗，與學員分享，並討論上課所講述的技巧在實際上可如何運用。使學員除了理論之外，更可了解如何將學習到的知識使用在臨床醫學以及生活實務上。
6) 課程時間規劃詳如表 4.12.1。各場次課程會根據上課人數及講師專業不同，適當調整上課內容。

表 4-12-1、「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治推廣課程時間表

時間(分鐘)	課程內容
10 分鐘	心情溫度計 APP、FB 粉絲專頁推廣
30 分鐘	引言、學員自殺臨床個案分享討論
30 分鐘	國際及臺灣自殺現況
10 分鐘	中場休息
50 分鐘	全國自殺防治策略與實務
50 分鐘	珍愛生命自殺防治守門人
總計 180 分鐘	

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 參與訓練

(1) 今年度截至 11 月 09 日共辦理 20 場次，308 人參與，另有 1 場次已安排辦理。

(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 94.5%，詳如表 4.12.2。

表 4-12-2、課程滿意度評值表 n(%)

題目	1 註1	2 註2	3 註3	4 註4	5 註5
1.課程內容規劃符合預期目標	141 (45.8)	149 (48.4)	15 (4.9)	1 (0.3)	0 (0.0)
2.授課方式的安排	129 (41.9)	158 (51.3)	15 (4.9)	4 (1.3)	0 (0.0)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	168 (54.5)	124 (40.3)	12 (3.9)	1 (0.3)	0 (0.0)
4.此次課程獲益良多	152 (49.4)	140 (45.5)	10 (3.2)	3 (1.0)	0 (0.0)
5.整體課程滿意	142 (46.1)	149 (48.4)	12 (3.9)	2 (0.6)	0 (0.0)

註1：第一題選項為 1.非常符合、2.符合、3.尚可、4.不太符合、5.非常不符合

註2：第二題選項為 1.非常好、2.良好、3.可接受、4.不太好、5.非常不好

註3：第三題選項為 1.非常清楚、2.很清楚、3.尚可、4 不清楚、5.非常不清楚

註4：第四題選項為 1.非常同意、2.同意、3.尚可、4.不同意、5 非常不同意

註5：第五題選項為 1.非常滿意、2.滿意、3.普通、4.不滿意、5.非常不滿意

(3) 每次課程結束前均會進行課後測驗，整體課後測驗平均答對率為76.3%，顯示有七成以上的學員能夠確實的吸收到與自殺防治相關的知識。答對率最高的題目為第 9 題「請問下列關於自殺防治之概念何者正確?1.只有衛生專業人員可以使用心情溫度計 2.將個案轉介/照會給精神科後，就不用繼續關心 3.避免和個案談論自殺議題 4.臨床醫師是很重要的珍愛生命守門人之一」，正確選項為「臨床醫師是很重要的珍愛生命守門人之一」，答對人數為 296 人(96.1%)；其次是第 10 題「請問自殺防治的工作，需要誰的投入 1.精神專業人員 2.社福團體 3.政府官員 4.人人有責」，正確答案為「人人有責」，答對人數為 295 人(95.8%)；與第 6 題「請問以下列敘述何者錯誤？ 1.自殺與生活事件有關 2.自殺未遂者是自殺的高危險群 3.臺灣年齡層愈高自殺死亡率愈高 4.自殺並非多重因素造成的」，正確答案為「自殺並非多重因素造成的」，答對人數為 291 人(94.5%)。各題的答對率分別如表 4.12.3，選填錯誤人數最多題目為第 3 題「自殺死亡個案有多少比例在自殺前曾向親友透露想要輕生的訊息 1.二成五 2.三成 3.四成五 4.九成」，正確答案為「九成」，僅 137 人答對(占44.5%)。

表 4-12-3、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
選項一	4 (1.3)	17 (5.5)	18 (5.8)	20 (6.5)	24 (7.8)	0 (0.0)	11 (3.6)	11 (3.6)	3 (1.0)	4 (1.3)
選項二	10 (3.2)	0 (0.0)	15 (4.9)	31 (10.1)	49 (15.9)	4 (1.3)	43 (14.0)	288 (93.5)	2 (0.6)	0 (0.0)
選項三	10 (3.2)	35 (11.4)	136 (44.2)	60 (19.5)	71 (23.1)	9 (2.9)	222 (72.1)	1 (0.3)	3 (1.0)	2 (0.6)
選項四	273 (88.6)	246 (79.9)	126 (40.9)	186 (60.4)	153 (49.7)	287 (93.2)	20 (6.5)	2 (0.6)	293 (95.1)	291 (94.5)
未作答個數	7 (2.3)	7 (2.3)	9 (2.9)	8 (2.6)	10 (3.2)	5 (1.6)	10 (3.2)	5 (1.6)	4 (1.3)	8 (2.6)

(4) 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 99%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

1) 講師與學員於課程中進行討論，透過學員們分享臨床上或自身所經驗之自殺相關事件後，由講師給予回饋並於課程中教授相關技巧，更重要的是要使學員瞭解自殺防治守門人是需要各科醫師一起擔任，除日常工作所遭遇

的個案外，更應該注意身邊親朋好友，透過課程的解說理解到自殺防治人人有責，而學員們更是自殺防治守門人的重要種子。醫師們平日事務繁忙，更應該注重本身壓力管理，一問、二應、三轉介這句口號更應該由自身做起，配合心情溫度計 APP 不只容易使用，且簡短有效，不只可用於自我檢測，更可用於關心他人。

2)於課前寄發相關課程資訊，有利於學員與講師之間的互動，且課程討論及課後回饋中學員均表達獲益良多，並回饋多正向，表達經由課程方瞭解自殺防治是臺灣現今需重視的公共衛生議題，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。

珍愛生命義工之推動

一 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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、自殺關懷訪視專業訓練、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。

3. 「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。

4. 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。

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)5 月份自殺關懷訪視專業訓練初階課程：今年南區的自殺關懷訪視專業訓練在高雄市立凱旋醫院舉行，請義工參與自殺關懷訪視訓練課程，協助自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。

(2)6 月份自殺關懷訪視專業訓練初階課程：今年中區的自殺關懷訪視專業訓練在中山醫學大學附設醫院舉行，請義工參與自殺關懷訪視訓練課程，協助自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。

(3)7 月份自殺關懷訪視專業訓練進階課程：今年中區的自殺關懷訪視專業訓練在中山醫學大學附設醫院舉行，請義工參與自殺關懷訪視訓練課程，協助自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。

(4)7 月份自殺關懷訪視專業訓練進階課程：今年南區的自殺關懷訪視專業訓練在高雄市立凱旋醫院舉行，請義工參與自殺關懷訪視訓練課程，協助自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。

(5)9 月份世界自殺防治日記者會暨學術研討會：今年的世界自殺防治日記者會「自殺防治：聯繫、溝通與關懷」在台大國際會議廳舉行，邀請義工響應世界自殺防治日記者會，協助自殺防治工作，並參與學術研討會，研習自殺防治最新的資訊。

5. 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：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。

6. 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) 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。
4) 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。
5) 因中心訊息主要以電子郵件方式寄送訊息，故於 2014 年 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。

7. 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。

四 成果(Product)

1. 執行結果

今年度至 11 月 1 日前執行結果如下：

1) 義工資料(如表 4.13.1)：

(1) 本年度新增義工 82 人，目前義工人數為 770 人。

表 4-13-1、義工基本資料

人數 770 人(截至 2016 年 10 月 28 日)						
電子信箱	有			無		
	639 (82.99%)			131 (17.01%)		
性別	男			女		
	251 (32.60%)			448 (58.18%)		
	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
分區	384 (49.87)	135 (17.53)	137 (17.79)	28(3.64)	3(0.39)	83(10.78)

表 4-13-1、義工基本資料(續)

分區	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
	基隆市(19)	臺中市(97)	雲林縣(5)	宜蘭縣(23)	澎湖縣(1)	
	臺北市(143)	南投縣(6)	嘉義市(5)	花蓮縣(4)	金門縣(1)	
	新北市(146)	彰化縣(32)	嘉義縣(15)	臺東縣(1)	連江縣(1)	
	桃園縣(39)		臺南市(51)			
	新竹市(10)		屏東縣(21)			
	新竹縣(10)		高雄市(40)			
	苗栗縣(17)					
教育程度	**小學以下**	**國中**	**高中**	**大專或大學**	**研究所以上**	**不詳**
	17(2.21)	34(4.42)	107 (13.90)	317 (41.17)	85(11.04)	210 (27.27)
年齡（歲）	**14 以下**	**15~24**	**25~44**	**45~64**	**64 以上**	**不詳**
	0(0%)	38 (4.94)	281 (36.49)	297 (38.57)	41(5.32)	113(14.68)

(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、電子賀卡共 11 則，以及於日常生活中使用 LINE 與義工保持聯繫。

2) 活動支援：講座、研討會、宣導活動、協助中心庶務計 63 人次。

3) 義工除可自行到珍愛生命數位學習網之點閱自殺防治相關課程外，中心亦推動義工線上學習，透過基礎訓練課程可望提升義工對於自殺防治之觀念與敏銳度，進而成為自殺防治在地化與社區化的守門人。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 724 人次，「善用心情溫度計 助己又助人」點閱率為 621 次。

2. 結論

義工們在日常生活中除了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外，中心如有活動需邀請義工協助，也會及時透過電子郵件與 LINE 保持聯繫與通知活動相關訊息。招募義工時亦會針對其專業能力進行建檔，讓義工能夠活用自己的能力參與並協助自殺防治的工作。

心情溫度計應用程式(APP)之推廣

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

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。根據資策會 2014 調查數據發現，台灣 12 歲(含)以上民眾，已有 1,432 萬智慧型裝置持有者，有 74.4%的使用者有下載 APP 的習慣，且正持續快速成長。全球市佔率以 Google Android 系統為最大宗約 81.2%，其次為 iOS 系統占 15.8%，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。資策會「行動 App 消費者調查分析」指出，台灣每位手機用戶在所持有的裝置內，平均有 16 個自行下載的 App。2015 年的資料更顯示，App Store (iOS)全球的總下載次數已達到 1000 億次的里程碑，而 Google Play (Android)下載次數更是 iOS 的兩倍之多，由此可見 APP 應用程式市場的重要性與普遍性。

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 及 Google Android 兩大系統用戶，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。心情溫度計不只容易使用，且簡短有效，不只可用於自我檢測，更可用於關懷週遭的親朋好友。因此，心情溫度計 APP 的推廣，將有助於促進民眾心理健康。

2. 心情溫度計應用程式(APP)的內容包含：

1) 心情溫度計(BSRS-5)檢測、分析建議，及個人心理健康自我評量追蹤比較。
2) 全國心理衛生資源，民眾可查詢鄰近的精神醫療院所並尋求協助。
3) 心理健康秘笈，內含自殺防治系列手冊，方便民眾查詢參考。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1) 系統功能、版面設計與流程。
2) 持續討論並修正。
3) 程式測試並上線。

4) 平臺資訊及版本的更新。
5) 後續維護及推廣。

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、炘業科技股份有限公司、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)

1. iOS 系統之心情溫度計應用程式

鑑於工研院已有建立成熟的健康管理平臺，且適用於 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開發。再持續進行功能測試、回饋與修正後，心情溫度計 1.0 版於 2014 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載。

2. Android 系統之心情溫度計應用程式

為了達到期程規劃，同步尋求 APP 建置之專業志工一同開發，2014 年 7 月完成程式設計初版，並於 2014 年 8 月開始進行各項功能測試。在持續測試及來回討論後，於 2015 年 3 月 Android 版心情溫度計 APP 正式上架，並持續測試平臺功能及更新平臺資訊。

3. 心情溫度計應用程式 APP 之宣導推展及維護：

1) iOS 及 Android 系統 APP 上架後，透過各社群網絡之連結，進行多元推廣。
2) 函請衛生福利部，針對教育部及縣市政府單位，全面推廣心情溫度計 APP。
3) 結合珍愛生命數位學習網之課程，於課後評估表加入 QR code，提升下載率。
4) 結合授課講師之簡報 PPT，實體課程中介紹到心情溫度計時，則邀請學員加入並善用 APP。
5) 為改善使用者透過 QR code 下載之正確性，特將兩個平臺之 QR code，以轉址方式整合為一，未來使用者掃描單一 QR code，即可自動判別其使用平臺，正確下載合適之 APP。
6) iOS 系統心情溫度計因 Facebook 的 API 強制升級，導致使用 Facebook 登入功能錯誤，因此邀請廠商共同商討修正事宜。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 在 iOS 及 Android 上架後持續推廣，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。

2) 2015 年 6 月全面推廣 APP，行文衛福部，並由衛福部發函，周知教育部和縣市政府之各級單位，於校園進行全面性的推廣，由大專院校起始，進而推動至高中各級學校，成效顯著。未來亦將針對其它族群規劃可行之推廣方案，如記者會或其它活動。

3) 2015 年 9 月結合珍愛生命數位學習網之專業人員認證課程，於課後評估表頁面加上 APP 介紹及 QR code，進而提升下載率。

4) 2015 年 10 月因修正心衛資源部份醫療單位之電話，Android 系統 APP 進行版本之更新，目前平臺為版本 13 (0.1.9)。

5) 2015 年 11 月設計自動轉址程式碼，無論 Android 或 iOS 系統，只要透過掃描同一 QR code(如圖 4.14.1)，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。



圖 4-14-1、雙平臺 QR code 圖示

6) 2016 年 3 月開始，結合守門人訓練課程(如 PGY 訓練、台大通識課程等等)，於講師授課簡報內容中，強調心情溫度計 APP 之實用性，鼓勵學員善用並推廣。

7) 2016 年 11 月邀請炘業科技盧欣業執行長，針對心情溫度計 APP 現階段維護、未來發展及平台整合等公益合作議題進行討論。

8) 2016 年 11 月 iOS 系統之 Facebook 登入功能錯誤問題，由廠商進行修正。

9) Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之程式及頁面設計，如表 4.14.2。累計至 11 月底，安裝 APP 的裝置數為 949，累積安裝之總人數 5,299 人。

10) iOS 系統心情溫度計應用程式(APP)相關圖標如表 4.14.2。累計至 11 月底，已註冊 1987 個會員帳號，累計已有 2705 筆檢測記錄。民眾檢測結果依區間及性別分析如表 4.14.1。

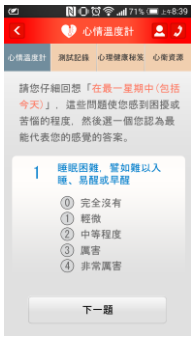
表 4-14-1、iOS 版本 APP 民眾檢測結果分析

區間	男性		女性		總人次
	人數	百分比	人數	百分比	
0-5 分	363	36.9	622	63.1	985
6-9 分	175	27.7	456	72.3	631
10-14 分	210	32.8	431	67.2	641
15-20 分	159	35.5	289	64.5	448
總計	907	33.5	1798	66.5	2705

表 4-14-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面

	iOS 系統	Android 系統
(1) 下載圖標		
(2) 歡迎頁		
(3) 首頁選單		

表 4-14-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面(續)

	iOS 系統	Android 系統
(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		
(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。		
(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」。		
(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。		

2. 結論

1) 在初推階段，心情溫度計應用程式(APP)之功能與版面設計皆以為簡易為原則，將來可配合各項美編或動畫功能，並正式對外公開宣導心情溫度計 APP。

2) 建議與改善：

(1) 除目前持續進行全面推廣外，未來將配合各項重要守門人議題，發佈新聞稿或舉辦記者會加以宣導。
(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，特別是針對校園青少年自殺防治，透過相關政府的行政措施，讓心情溫度計更為普及化。
(3) 透過資訊網絡，建立有效的心理健康篩選工具是世界潮流，未來期能編列出相關預算或尋求公益合作，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 APP 之更高效益。

網路成癮者之評估與回饋

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

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，但水可載舟，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。

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，因為網路具有匿名性、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。」

此外，隨著時代演進，智慧型手機的興起亦是造成網路成癮盛行的原因之一。由於智慧型手機的網路可近性高，且難以管控，成為臺灣極待關切的精神健康與公共衛生議題，實需透過國家成立專責機構來推動政策，制訂網路使用法律，例如：網路內容分級管制，以保護未成年者。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，臺灣亦於 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。

亞洲大學「中亞聯大網路成癮防治中心」於 2015 年 9 月公布最新網路成癮調查，國內學生有 85%擁有專用手機，中小學生有近 1 成至 2 成屬於手機成癮高風險者，手機沉迷成癮高風險群盛行率為國小 10.5%、國中 20.7%、高中生 23.5%，衍生視力、睡眠與情緒障礙等諸多問題，另外，疑心、敵意、網路欺凌行為也越高，此嚴重問題值得重視。

為了規劃相關防治策略，需瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，因此本研究透過「網路使用與心理健康」調查，廣泛針對所有網路使用者施測，並為了進一步追蹤與了解施測對象的網路使用現況，今年度重新發放後測問卷，期待藉由追蹤研究改良現有問卷與指標，以更為精簡預測網路成癮行為。

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) 關懷高風險族群。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1) 延續去年度網路成癮問卷施測內容，於中心網站上提供線上問卷連結。
2) 每週持續更新受測者填答結果，並提供施測結果與健康使用網路指引連結給留下電子信箱之受測者。
3) 編製網路成癮後測問卷，結合 DSM-V 網路成癮之九大衡鑑指標，將指標翻譯後改為自評量表，並召開專家會議討論題目適切性、受測對象與施測方式。
4) 將網路成癮後測問卷內容與邀請信函寄發給施測對象。
5) 寄發施測結果與關懷信件給後測問卷中有留下電子信箱之受測者。
6) 分析網路成癮後測結果。
7) 邀請施測對象接受電話訪問，討論網路使用習慣與建議。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：全國自殺防治中心網站、FB 珍愛生命打氣網。
2) 資源連結內容及形式：傳遞電子郵件、發布訊息、信件關懷。

三、 過程 (Process)

1. 2016 年 2 月 1 日規劃今年度網路成癮研究時程，預計於 2 月底前完成後測問卷，並於 3 月初開始正式上線施測。
2. 2016 年 2 月 22 日翻譯 DSM-V 網路成癮九大衡鑑指標，修改成自評量表，並區分為「上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)」及「網路遊戲成癮(Internet Gaming Disorder, IGD)」，各為 9 題是非題，將上網成癮與網路遊戲成癮量表結合「陳氏網路成癮量表」(CIAS-R)與「簡式健康量表」(BSRS-5)做為後測問卷。
3. 2016 年 3 月 2 日將後測問卷製作成 google 表單形式，並依測試結果修改部分題型，例如：「上網最常做哪些活動？」在前測原為複選題，在測試後為利於後續分析，將選項改為是非題。
4. 今年度業務會議討論 2013 年至 2015 年施測對象之後測問卷施測方式與邀請信函，於 3 月 4 日業務會議確認最後版本之網路成癮再測問卷，並加入受測者同意書題項，當日寄出給 631 名前測有留下電子信箱之受測者。
5. 2016 年 3 月 7 日召開專家會議，討論上網成癮與網路遊戲成癮量表之切分

點，若 9 題內有 5 題以上選擇「是」，則界定為有網路成癮傾向者。

6. 2016 年 3 月 16 日開始寄送後測問卷之陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與簡式健康量表(BSRS-5)施測結果。
7. 2016 年 4 月 5 日後並無受測者繼續填答後測問卷，正式進行後測問卷資料分析。
8. 2016 年 4 月 28 日針對後測分析結果召開討論會議，規劃未來邀請對網路成癮有興趣之民眾，針對網路使用方式提供建議，以利未來擬訂相關策略與措施。
9. 2016 年 9 月 14、20、26 日將網路成癮電訪邀請信件寄發給後測中有留下 email 的 138 名受測者，共有 6 名受試者回覆聯絡資訊。同時邀請後續有填寫前測的受測者填寫後測問卷，後測共新增 5 筆資料。
10. 2016 年 10 月 6 日於業務會議中決議推廣網路成癮問卷，並於 7 日以 email 的方式寄信給 PGY 學員、守門人講座參與者、與 iOS 心情溫度計 APP 之會員，邀請民眾填寫問卷。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 網路使用與身心健康調查前測問卷內容包含基本資料、簡式健康量表(BSRS-5)、最近一年的網路使用情形、陳氏網路成癮量表(CIAS-R)、與簡式性格量表。後測問卷除包含前測問卷之題項，亦增加 DSM-V 網路成癮九大衡鑑指標，並區分為「上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)」及「網路遊戲成癮(Internet Gaming Disorder, IGD)」，各為 9 題是非題。前後測問卷中之電子信箱欄位為非必填選項，若施測者有填寫該欄位，中心將會寄發問卷結果及有關健康使用網路指引的超連結。

2) 截至 2016 年 10 月 12 日止，總共有 1856 人填答前測問卷，總計寄出 778 封問卷結果，占所有受測人數的 41.9%。

3) 後測問卷於 2016 年 3 月 4 日正式施測，施測對象為截至 2016 年 8 月 31 日止，有於前測填寫 email 之受測者共 693 人，後測資料收取至 2016 年 10 月 12 日為止，總共有 172 人填答後測問卷，回收率為 24.8%，並寄出 143 封後測問卷結果，占所有填答人數的 83.1%。

4) 前測描述性統計

1856 位施測對象中，男性 468 位(25.2%)；女性 1388 位(74.8%)。年齡層分布以 25-44 歲最多，共 1038 位(55.9%)，其次為 15-24 歲，共 552 位(29.7%)，45 歲以上則有 266 位(14.3%)。以教育程度區分，大學共有

983 位(53.0%)，其次為專科，共 340 位(18.3%)，接著是研究所以上共 279 位(15.0%)，其餘為高中職 193 位(10.4%)、國中 51 位(2.7%)、國小以下 10 位(0.5%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 1107 位(59.6%)，其次為已婚 691 位(37.2%)，其餘為離婚 39 位(2.1%)、喪偶 12 位(0.6%)、同居有 7 位(0.4%)。以職業區分，目前已在就業者共 1188 位(64.0%)，其次為學生 483 位(26.0%)，接著是家管 87 位(4.7%)，無業(含失業、待業者)共 79 位(4.3%)，退休人數最少，共有 19 位(1.0%)。詳見表 4.15.1。

而根據過往研究，陳氏網路成癮量表(CIAS-R)分數高於 68 分者界定為有網路成癮傾向，在 1856 位受測對象中，共有 255 位受測者之網路成癮分數大於等於 68 分，占 13.7%；另 1601 位之網路成癮分數低於 68 分，占 86.3%。另針對陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與基本資料進行交叉分析，詳見表 4.15.1。分析結果顯示，男性之 CIAS-R 平均分數大於女性，年齡層以年輕族群(15-24 歲)平均分數最高，其次為青壯年族群(25-44 歲)，45 歲以上族群的平均分數最低。教育程度則以國小以下平均分數最高(60.1 分)，而婚姻狀況以未婚之平均分數最高，其次為喪偶族群，職業以無業族群平均分數最高(60.1 分)。

進一步詢問施測對象上網時最常做的網路活動，其中網路活動主要分為三大類：遊戲、互動通訊(如 email、社群網站等)、與其他活動(如購物、賭博、看影片等)，該題為複選題，其中以互動通訊為受測者最主要的網路活動，累計共有 1508 位，占全部施測對象 81.3%，其次為其他活動，共 853 位(占 46.0%)，玩網路遊戲者則有 543 位，占 29.3%，詳見表 4.15.2。另，交叉分析網路成癮量表(CIAS-R)與上網活動，分析結果顯示，玩網路遊戲族群之 CIAS-R 平均分數高於其他族群，平均數為 56.1 分。若上網活動依據複選方式進行分析，結果顯示上網活動以玩網路遊戲與其他活動為主之族群，其 CIAS-R 平均分數最高，平均數為 59.8 分，其次為同時有玩網路遊戲、互動通訊、與其他活動者，平均數為 56.2 分。

表 4-15-1、前測基本資料與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)交叉表(N=1856，M=51.7，標準差=15.1)

	N	%	CIAS-R	
			平均數	標準差
性別				
男	468	25.2	55.8	15.7
女	1388	74.8	50.9	14.5
年齡				
15-24 歲	552	29.7	56.4	15.2
25-44 歲	1038	55.9	51.5	14.1
45 歲以上	266	14.3	46.0	15.0
教育程度				
國小以下	10	0.5	60.1	22.9
國中	51	2.7	55.2	18.6
高中職	193	10.4	55.2	17.3
專科	340	18.3	49.9	15.5
大學	983	53.0	52.7	13.8
研究所以上	279	15.0	50.1	15.0
婚姻狀況				
未婚	1107	59.6	55.0	14.6
已婚	691	37.2	47.9	14.5
離婚	39	2.1	47.6	15.9
同居	7	0.4	46.6	20.8
喪偶	12	0.6	53.0	11.6
職業				
學生	483	26.0	56.5	14.5
就業中	1188	64.0	50.0	14.5
家管	87	4.7	51.2	14.7
退休	19	1.0	49.7	10.5
無業(失業/待業)	79	4.3	60.1	17.7

表 4-15-2、上網活動與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)交叉表

	N	%	CIAS-R	
			平均數	標準差
上網活動(複選)				
遊戲	109	5.9	55.8	14.7
互動通訊	737	39.7	49.6	15.0
其他	190	10.2	50.7	14.4
遊戲及互動通訊	146	7.9	55.2	13.9
遊戲及其他	38	2.0	59.8	18.9
互動通訊及其他	375	20.2	51.9	14.2
遊戲、互動通訊及其他	250	13.5	56.2	14.7
上網活動				
遊戲	543	—	56.1	14.8
互動通訊	1508	—	51.8	14.8
其他	853	—	53.3	14.8

*上網活動中，選項「其他」包含購物、賭博、看影片等。

針對陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與情緒困擾度及自殺想法進行交叉分析。由表 4.15.3 可得知，有情緒困擾者(簡式健康量表總分為 6-20 分)占 39.0%，且相較於無情緒困擾者(簡式健康量表總分為 0-6 分)，有情緒困擾者之 CIAS-R 平均數皆較高。此外，有自殺想法者占總受測人數 25.7%，且相較於無自殺想法的受測者，有自殺想法之 CIAS-R 平均數較高。

表4-15-3、情緒困擾度、自殺想法與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)交叉表

	N	%	CIAS-R	
			平均數	標準差
BSRS-5				
0-5 分	1133	61.0	48.2	13.3
6-9 分	400	21.6	55.3	13.2
10-14 分	221	11.9	59.6	15.4
15-20 分	102	5.5	67.2	19.0
自殺想法				
無	1379	74.3	50.0	13.9
有	477	25.7	58.2	16.2

根據過往研究,陳氏網路成癮量表(CIAS-R)分數高於 68 分者界定為有網路成癮傾向，將簡式健康量表(BSRS-5)、自殺意念與網路成癮傾向交叉分析比較，如表 4.15.4 所示，簡式健康量表(BSRS-5)總分低於 6 分者，其有網路成癮傾向的比例較低，占 6.2%；然總分為 6 分以上者，其有網路成癮傾向的比例則可達到 25.6%。此外，無自殺想法者中，有網路成癮傾向者僅占 9.4%，但此比例在有自殺想法者中，則提高到 26.4%，兩比例相較之下具有顯著差異。

表4-15-4、網路成癮傾向與簡式健康量表(BSRS-5)、自殺意念交叉表(N=1856)

	CIAS-R<68分 N(%)	CIAS-R≧68分 N(%)	F	p值
BSRS-5				
0~5分	1063(93.8)	70(6.2)	138.66	<.001
6分以上	538(74.4)	185(25.6)		
自殺想法				
無	1250(90.6)	129(9.4)	85.61	<.001
有	351(73.6)	126(26.4)		

5)後測描述性統計

172 位施測對象中，以女性居多，共有 132 位(76.7%)，男性則有 40 位(23.3%)。年齡層分布中，約有一半的受試者為 25-44 歲，共 85 位(49.4%)，其次為 15-24 歲，共 65 位(37.8%)，剩下 22 位為 45 歲以上，占總施測人數的 12.8%。以教育程度區分，此次施測對象中並無國小以下學歷，國中學歷僅有 1 位，其餘主要為大學學歷，共有 75 位(43.6%)，其次為專科，有 53 位(30.8%)，接著是研究所以上，共 29 位(16.9%)，剩餘 14 位為高中職學歷，占 8.1%。以婚姻狀況分析，以未婚與已婚為主，其中未婚者人數最多，共有 132 位(76.7%)，已婚人士則共有 37 位(21.5%)，其餘 3 名分別為離婚 1 位(0.6%)、喪偶 2 位(1.2%)，此次施測對象中並無同居情形。以職業區分，以就業民眾與學生為大宗，其中的就業民眾共 85 位(49.4%)，學生則有 64 位(37.2%)，其餘分別為無業(失業/待業)共 15 位(8.7%)、家管共 6 位(3.5%)、退休共 2 位(1.2%)。詳見表 4.15.5。

針對陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與基本資料進行交叉分析，分析結果顯示，男性之 CIAS-R 平均分數大於女性，並以青壯年族群(25-44 歲)之平均分數最高。以教育程度來看，因國中學歷僅有 1 名受測者，因此不納入

比較，其餘學歷則以大學學歷之平均分數最高(55.5 分)。而以婚姻狀況來說，因離婚與喪偶之受測人數過少，因此不納入比較，以未婚與已婚之平均分數相比，未婚之平均分數較高(52.0 分)。以職業來區分，因退休族群人數過少，因此不納入比較，其餘以無業族群之平均分數最高(61.9 分)，最低者為學生族群，平均分數為 46.6 分。詳見表 4.15.5。

表 4-15-5、後測基本資料與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)交叉表(N=172，M=50.7，標準差=15.7)

	N	%	CIAS-R	
			平均數	標準差
性別				
男	40	23.3	52.2	15.1
女	132	76.7	50.3	16.0
年齡				
15-24 歲	65	37.8	47.1	15.2
25-44 歲	85	49.4	56.1	15.0
45 歲以上	22	12.8	40.7	12.4
教育程度				
國中	1	0.6	65.0	—
高中職	14	8.1	48.2	16.8
專科	53	30.8	43.9	12.7
大學	75	43.6	55.5	15.2
研究所以上	29	16.9	51.7	17.8
婚姻狀況				
未婚	132	76.7	52.0	16.0
已婚	37	21.5	46.0	14.3
離婚	1	0.6	58.0	—
喪偶	2	1.2	53.0	15.6
職業				
學生	64	37.2	46.6	14.6
就業中	85	49.4	52.5	16.1
家管	6	3.5	47.7	12.2
退休	2	1.2	35.0	9.9
無業(失業/待業)	15	8.7	61.9	13.3

進一步詢問施測對象上網時是否常做下列網路活動，其中網路活動主要分為五大類：遊戲、互動通訊(如 email、社群網站等)、觀賞影片(如：Youtube 等)、網路購物、與其他活動(如：賭博等)。其中以互動通訊為受測者最主要的網路活動，共有 155 位，占全部施測對象 90.1%；其次為觀賞影片，共 143 位，占 83.1%；網路購物者則有 101 位，占 58.7%；玩網路遊戲者最少，僅有 57 位(33.1%)。另，交叉分析陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與上網活動，分析結果顯示，玩網路遊戲族群之 CIAS-R 平均分數高於其他族群，平均數為 54.8 分，詳見表 4.15.6。

表 4-15-6、後測上網活動與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)交叉表

	N	%	CIAS-R	
			平均數	標準差
上網活動				
遊戲	57	33.1	54.8	16.2
互動通訊	155	90.1	50.6	15.9
觀賞影片	143	83.1	50.0	15.5
網路購物	101	58.7	51.6	16.4
其他	90	52.3	52.3	14.8

針對網路成癮量表(CIAS-R)與情緒困擾度及自殺想法進行交叉分析。有情緒困擾者之 CIAS-R 平均數，皆較無情緒困擾者來的高，其中，輕度情緒困擾者(簡式健康量表 6-9 分)之平均數最高，為 60.4 分。另外，有自殺想法者占總受測人數 18.6%，且其 CIAS-R 平均數為 56.8 分，相較於無自殺想法者之平均數(49.5 分)來的高，詳見表 4.15.7。

表 4-15-7、後測情緒困擾度、自殺想法與陳氏網路成癮量表交叉表

	N	%	CIAS-R	
			平均數	標準差
BSRS-5				
0-5 分	108	62.8	46.2	13.6
6-9 分	46	26.7	60.4	14.2
10-14 分	16	9.3	53.1	18.7
15-20 分	2	1.2	56.5	38.9
自殺想法				
無	140	81.4	49.5	15.8
有	32	18.6	56.8	14.3

根據過往研究,陳氏網路成癮量表(CIAS-R)分數高於 68 分界定為有網路成癮傾向，於 DSM-V 網路成癮(IAD)九大衡鑑指標中，符合其中 5 項指標，亦可界定為有網路成癮傾向。在 172 位受測者中，陳氏網路成癮量表(CIAS-R)分數高於 68 分者，共有 27 位，占 15.7%；而符合 DSM-V 網路成癮(IAD)指標 5 項以上者，共有 24 位，占 14.0%，兩診斷比例相似。

將簡式健康量表(BSRS-5)與自殺意念分別與兩種網路成癮指標交叉分析比較，如表 4.15.8、4.15.9 所示，可發現兩種網路成癮指標於情緒困擾程度與自殺想法上所得出的結果相近。其中，皆有 90%以上無情緒困擾者(BSRS-5 總分低於 6 分)沒有網路成癮傾向；然有情緒困擾者(BSRS-5 總分為 6 分以上)，其有網路成癮傾向的比例則可分別達到 26.6%與 29.7%。此外，不論是否有自殺想法，皆有較低比例的受測者有網路成癮傾向，但無自殺想法者之網路成癮傾向相較於有自殺想法者又更低，占不到 15%，然未達顯著差異。

表 4-15-8、陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與簡式健康量表(BSRS-5)、自殺意念交叉表(N=172)

	CIAS-R<68分 N(%)	CIAS-R≧68分 N(%)	F	p值
BSRS-5				
0~5分	98(90.7)	10(9.3)	7.83	.01
6分以上	47(73.4)	17(26.6)		
自殺想法				
無	120(85.7)	20(14.3)	0.63	.43
有	25(78.1)	7(21.9)		

表 4-15-9、DSM-V 網路成癮(IAD)與簡式健康量表(BSRS-5)、自殺意念交叉表(N=172)

	IAD<5分 N(%)	IAD≧5分 N(%)	F	p值
BSRS-5				
0~5分	103(95.4)	5(4.6)	18.98	<.001
6分以上	45(70.3)	19(29.7)		
自殺想法				
無	124(88.6)	16(11.4)	2.94	.09
有	24(75.0)	8(25.0)		

6) 比較前測、後測之網路成癮分數變化

根據受測者所留下的 email 進行前測與後測資料合併，共有 102 筆資料合併完成，並採用成對樣本 t-test 分析，比較簡式健康量表(BSRS-5)與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)前後測的總分差異，發現兩者總分皆無顯著差異，如表 4.15.10。簡式健康量表(BSRS-5)之前測平均數為 5.83，後測平均數為 5.32，t 值為 1.23 (p = .22)；陳氏網路成癮量表(CIAS-R)之前測平均數為 54.09，後測平均數為 53.51，t 值為 0.45 (p = .65)。

表 4-15-10、簡式健康量表(BSRS-5)與陳氏網路成癮量表(CIAS-R)總分之成對樣本 t-test 分析(N=102)

	前測 M ± SD	後測 M ± SD	t	p 值
BSRS-5 總分	5.83 ± 4.57	5.32 ± 3.70	1.23	.22
CIAS-R 總分	54.09 ± 14.47	53.51 ± 15.84	0.45	.65

然而，儘管所有受測者的前後測平均總分並沒有顯著差異，但每位受測者之間前測與後測分數可能會有所變化，在過往有網路成癮傾向的人，後續可能會在接受治療或其他社會支持的情況下而好轉，同樣地，也會有網路成癮傾向惡化的可能性，因此本研究進一步依據各量表之切分點將受測者進行分組比較，結果如表 4.15.11。研究發現，有 12 名受測者在前測與後測分數上皆高於 68 分，維持網路成癮傾向的比例約占所有受測者的 11.8%。相對地，有 74 名受測者維持在 68 分以下，占 72.5%。另有 8 名受測者之網路成癮傾向有改善(前測分數高於 68 分、後測分數小於 68 分)，也有 8 名受測者有惡化的傾向(前測分數小於 68 分、後測分數高於 68 分)，各占所有受測者的 7.8%。此外，結果也發現後測若依據 DSM-V 網路成癮(IAD)指標作為分組依據，也會得到相似的結果。

表 4-15-11、前後測之網路成癮傾向分組比較(N=102)

		前測 CIAS-R ＜68	 ≧68	F	p 值
後測 CIAS-R	＜68	74(90.2)	8(9.8)	25.75	<.001
	≧68	8(40.0)	12(60.0)		
後測 IAD	＜5	75(90.4)	8(9.6)	28.09	<.001
	≧5	7(36.8)	12(63.2)		

在簡式健康量表(BSRS-5)分組比較方面，有 28 名受測者持續處於有情緒困擾的狀況下，占所有受測者的 27.5%；有 38 名維持身心狀況良好、無情緒困擾，占 37.3%。另有 17 名受測者的情緒有改善跡象，占 16.7%；19 名受測者開始有情緒困擾，占 18.6%，詳細結果如表 4.15.12。

表 4-15-12、前後測之簡式健康量表(BSRS-5)分組比較(N=102)

		BSRS-5 前測		F	p 值
		＜6	≧6		
BSRS-5 後測	＜6	38(69.1)	17(30.9)	8.45	.004
	≧6	19(40.4)	28(59.6)		

2. 結論

1) 前後測結果顯示兩者趨勢大致相同，基本資料中為男性、未婚、或無業(失業/待業)者之網路成癮平均分數較高；同樣地，玩網路遊戲、有情緒困擾、有自殺想法者之網路成癮平均分數亦較高。然，在年齡層與學歷上則有所區別，前測以 15-24 歲之網路成癮平均分數較高，後測則是以 25-44 歲為高；另外，前測以國小、高中職學歷者之網路成癮平均分數較高，後測則是以大學、研究所以上之平均分數為高。兩者差異可能與受測者來源有關，由於後測是依據前測有填寫電子信箱的受測者作為施測對象，受測者來源較受限制，因此反應出受測者基本資料特性的不同。

2) 此次後測目的在於了解由陳淑惠教授所研發之陳氏網路成癮量表(CIAS-R)與 DSM-V 網路成癮(IAD)指標之契合度，可發現兩者在與簡式健康量表(BSRS-5)及自殺想法中所占的比例大致相同，有相似趨勢。目前已進一步透過相關分析、因素分析等方式，釐清 CIAS-R 與 IAD 兩量表之間的關聯性，並採用電訪方式，邀請受測者參與討論，未來將確保網路成癮自評的準確率，整合出一份預測度高、內容精簡之網路成癮量表。

3) 透過此次前測分析結果發現，網路成癮高風險盛行率高達 13.7%，進一步比較前後測之網路成癮傾向，發現 11.8%的受測者會維持網路成癮，而有 7.8%的有惡化的跡象。藉由量表之使用，可進一步了解網路成癮與身心健康之關聯性，並針對陳氏網路成癮量表(CIAS-R)分數高於 68 分、且合併有精神疾患傾向者，應列為需要高關懷之個案，以適時提供協助。

自殺防治網通訊之發行與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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臺。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，得以藉此平臺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，進行初步校正及潤稿後，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、各縣市衛生局暨社區心理衛生中心、各縣市生命線協會、各縣市自殺關懷訪視員、珍愛生命義工、吉興印刷品事業有限公司、臺大醫院精神醫學部廖士程醫師、陳宜明醫師、臺灣大學護理學系吳佳儀副教授、中山醫學大學附設醫院精神科李俊德醫師、臺北市立聯合醫院精神醫學中心陳映燁醫師、中國醫藥大學附設醫院張俊鴻醫師、國際生命線臺灣總會陳宇嘉名譽理事長、林口長庚醫院精神科張家銘醫師。
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：鄭宇明
(2) 副總編輯：李俊德、陳偉任
(3) 編輯委員：杜家興、吳佳儀、蘇柏文、陳坤波、吳永富、楊皓名、高維聰、李朝雄、黃敏偉、黃鈞蔚、林博彥
(4) 執行編輯：李俊德、陳偉任
(5) 助理編輯：李婕宇
(6) 編輯顧問：周元華、周煌智、陳映燁、張秀如、賴德仁、廖士程、張家銘、劉珣瑛、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 23 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社區精神衛生照護之之探討、臺灣自殺防治中心與轉譯政策學、兒少自殺防治議題、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 4 月、6 月、9 月及 12 月出刊。

2) 4 月發行自殺防治網通訊第十一卷第一期之大綱如表 4.16.1。

表 4-16-1、自殺防治網通訊第十一卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	105 年度「全國自殺防治中心計畫」簡介 社區精神衛生照護之挑戰與前瞻：香港經驗之借鏡
自殺防治新視野	「重複自殺」研究之新進展
自殺防治動態與經驗分享	關懷訪視員之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	青少年自殺防治現況與趨勢 自殺通報關懷系統—2015 年通報個案統計
自殺防治工作要覽	中心推展之業務與活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

3)6 月發行自殺防治網通訊第十一卷第二期之大綱如表 4.16.2。

表 4-16-2、自殺防治網通訊第十一卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	臺灣自殺防治中心與轉譯政策學
自殺防治新視野	第 7 屆國際自殺防治協會亞太地區學術研討會會議成果
自殺防治動態與經驗分享	關懷訪視員之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2016 年 1-5 月通報個案統計
自殺防治工作要覽	中心推展之業務與活動摘要介紹
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十一卷第三期之大綱如表 4.16.3。

表 4-16-3、自殺防治網通訊第十一卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	2016 年世界自殺防治日專題—自殺防治：聯繫、溝通與關懷
自殺防治新視野	聯繫、溝通與關懷—攜手響應世界自殺防治日 網路成癮的危險因子之研究 老年憂鬱與自殺防治
自殺防治動態與經驗分享	關懷訪視員之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2016 年 1-6 月通報個案統計 104 年自殺死亡數據 105 年度電話調查
自殺防治工作要覽	中心推展之業務與活動摘要介紹
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、潤稿、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，第十一卷第一期至第三期之紙本通路寄發份數分別為 136、141、122 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 8,271 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 2014 年 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. 提供文章無償轉載授權。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺防治網通訊第十一卷第一至第三期分別於 4 月、6 月、9 月出刊。各類文章累積篇數截至第十一卷第三期為止，除常規的自殺統計解析與中心簡介外，主題文章共計 5 篇、自殺防治新視野共 4 篇、自殺防治動態與經驗分享及服務心得共 19 篇。

2) 自殺防治網通訊第十一卷各期印製份數為 500 份，第一期至第三期之紙本通路寄發份數為 150 份不等，電子通路寄發份數為 8,271 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。

2. 結論

1) 為提升各界專家學者與第一線關訪員之投稿意願，今年度「自殺防治動態與經驗分享」之稿件改採有償獎勵方式，投稿數量因此顯著增加，加強自殺防治網溝通互動之成效。

2) 持續增加宣導管道，如與更多電子書平臺合作，讓更多人能接觸自殺防治相關訊息及新知。

3) 為響應環保，未來考慮進一步推動無紙化政策，將自殺防治網通訊全面採行電子版，或僅印製少量紙本寄給所需單位及個人，並供中心留存。

縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

一、 背景(Context)

根據衛生福利部訂定之標準化自殺通報系統通報流程，當自殺個案之身分資料確認後，便會由關懷訪視員依流程進行關懷訪視，評估個案狀況，並填寫關懷訪視紀錄及回覆表，以用於後續的轉介及結案等流程。而訪視紀錄完善、個案狀況清楚呈現與否，均會對關懷訪視之成效有所影響，亦會使日後承接同一個案之關懷訪視員，以及相關從業人員無法充分得知、有效運用既有之資訊來協助個案，因此訪視紀錄之填寫是否詳實，是極為重要的事。

為求深入瞭解現行關懷訪視員撰寫訪視紀錄之完整、有效性，將安排每月審查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(2 則以上)，並針對進行稽核和紀錄，最後再提出建議，以精進關懷訪視員之專業度，並期盼各縣市衛生局能詳加落實、督導訪視紀錄之填寫，為自殺個案及家屬提供正確、符合現況之關懷與協助。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 以電子信件發送方式，請各縣市衛生局更新並寄送現有關懷訪視員名單。
2) 召開專家及內部會議，針對衛生福利部委託辦理 2016 年度「全國自殺防治中心計畫」內容，以及自殺防治通報系統進行研討。
3) 定義書寫完成之訪視紀錄。
4) 排定欲審查縣市之順序。
5) 制定審查資料之範圍。
6) 依據衛生福利部自殺防治通報系統所有關懷訪視員必填項目，逐一制定細部審查標準，結果以優、可、待加強做為最終稽核結果，並附上稽核紀錄及初評、複評建議。
7) 彙整關懷訪視員填寫訪視紀錄常見及偶發之問題，給予建議。

三、 過程(Process)

1. 完善的訪視紀錄除有助於了解個案詳細狀況，對於日後相關人員業務進行亦有極高之助益，為檢視關懷訪視員於工作上之專業度，故以在職之關懷訪視員作為審查標準，以電子信件發送方式，請各縣市衛生局更新並寄送

現有關懷訪視員名單。

2. 定義書寫完成之訪視紀錄，關懷訪視員於每次進行訪視後，皆須進入自殺防治通報系統繕打當次訪視過程，系統中個案類型有五大選項：
   (1) 待派遣。
   (2) 待訪視。
   (3) 已訪視。
   (4) 已結案。
   (5) 已訪視，建議結案。
3. 因「已結案」、「已訪視，建議結案」此兩類之訪視紀錄，為關懷訪視員已結束、即將結束之服務個案歷程，內容較其他三大選項完備，故作為書寫完成之標準。
4. 審查資料之範圍，經多次專家及內部會議討論後，為做出符合實務、即時、有效精進關懷訪視員專業度、衛生局督導機制之建議，因此決定全面性評估訪視紀錄撰寫完整度，標準如下：
   (1) 縣市挑選順序乃根據 2014 年自殺標準化死亡率之排名。
   (2) 訪視紀錄則依據各縣市所有關懷訪視員「已結案」、「已訪視，建議結案」之紀錄各擇一。
   (3) 第一輪審查時間為 2016 年 1 月 1 日起至 7 月 31 止，每月抽查三縣市，紀錄選取範圍以 2014 年 1 月 1 日起至 2015 年 12 月 31 日止。
   (4) 7 月底結束 22 縣市第一輪之審查， 8 月進入第二輪審查階段，以第一輪評等較低之縣市為主要審查對象。
   (5) 第二輪審查時間為 2016 年 8 月 1 日起至 12 月 31 日止，每月抽查三縣市，紀錄選取範圍以 2016 年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。
5. 根據衛生福利部自殺防治通報系統，以及多次專家及內部會議，制訂訪視紀錄審查標準，包括：
   1) 以個案為主，每訪視一次為一則。
   2) 因初期訪視需建立關係，紀錄可能尚不完備，故以訪視個案兩個月以上為審查標準。
   3) 檢閱個案通報單及訪視單基本資料有無相符。
   4) 當個案有特殊狀況，如家暴、性侵、吸食毒品等，檢閱有無發生理應責任通報、連結其他資源而未連結之現象。
   5) 檢閱於每次訪視時，有無詳實紀錄、呈現該次訪視狀況、被訪視者之情緒反應、所述等。
   6) 檢閱訪視歷程內，有無多筆訪視紀錄雷同、內容過於簡短、資料登錄語意

不明等。

7)檢閱訪視歷程內，有無針對個案狀況，適時告知、提供相關資源予個案。

8)檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準，最少須符合一項，標準如述：

(1) 追蹤期達三個月以上，且個案自述狀況穩定。

(2) 縣市自訂標準。

(3) 督導會議決議。

(4) 再次被通報。

(5) 轉介其他縣市衛生局。

(6) 轉介其他局處或單位。

(7) 拒訪，已寄關懷信。

(8) 失聯。

(9) 其它。

6. 根據衛生福利部委託辦理 2016 年「全國自殺防治中心計畫」內容所提出，排定每月訪查之三縣市，嘉義縣、基隆市和雲林縣先於 1 月進行審查。
7. 審查完成後列出總結，並給予初評及複評建議。
8. 2 月選出花蓮縣、臺東縣、宜蘭縣進行審查。
9. 3 月選出屏東縣、南投縣、苗栗縣進行審查。
10. 4 月選出高雄市、連江縣、彰化縣進行審查。
11. 5 月選出臺南市、桃園市、新北市進行審查。
12. 6 月選出臺中市、嘉義市、新竹市進行審查。
13. 7 月選出臺北市、新竹縣、金門縣、澎湖縣進行審查。
14. 8 月依據第一輪審查評等結果，將結果為「待加強」及「可」之縣市，列為第二輪審查優先對象。故 8 月選出基隆市、臺東縣、雲林縣進行審查。
15. 9 月選出屏東縣、新竹市、澎湖縣進行審查。
16. 10 月選出臺中市、南投縣、彰化縣進行審查。
17. 11 月選出金門縣、花蓮縣、連江縣、進行審查。
18. 12 月選出宜蘭縣、新竹縣、嘉義縣進行審查。
19. 彙整關懷訪視員填寫訪視紀錄常遇及偶發之問題，並給予建議。

四、 成果(Product)

1. 經過多次專家及內部會議討論,制訂出審查表(圖 5.1.1)、審查指標(圖 5.1.2)與審查結果表(圖 5.1.3)，爾後依據審查標準表之標準，針對各縣市訪視紀錄進行審查，再將審查結果填寫於審查表中。最後綜合和彙整審查表之評核與建議，於審查結果表統一列出。三份表格樣式如下：

自殺防治通報系統關懷訪視紀錄審查表

審查委員簽名：_____

壹、基本資料

1. 受評者
   1) 關懷訪視員姓名：
   2) 所屬縣市衛生局：
2. 審查者
   1) 初評委員：
   2) 複評委員：

貳、填寫方式

1) 資料共有：a.自殺防治通報單：單張雙面。b.自殺防治訪視單：單張雙面，每張為單次訪視紀錄，於個案基本資料起，至非個案本人之訪談摘要止。
2) 檢閱完整訪視紀錄後，依審查表問題勾選「是」、「否」，倘無法清楚劃分，可勾選「待改進」。
3) 針對審查之訪視紀錄如有任何建議，可針對每項題目於備註中填寫。
4) 審查完成後，予以記分並於審查結果欄中填寫「合格」、「待加強」。
5) 評審委員如有任何相關建議，可於問題改善與建議欄位中填寫。

參、審查表

審查項目	是	否	待改進	評分	備註
一、 基本資料建置完整性(5%) **1.** 個案資料 (1) 通報單與訪視單基本資料相符	☐	☐	☐		
二、 關懷訪視品質(65%) 1. 訪視紀錄完整性 (1) 紀錄能確實載明該次訪視日期	☐	☐	☐		
(2) 紀錄能確實載明該次訪視方式	☐	☐	☐		
(3) 訪視紀錄能確實載明該次訪視狀況(如個案或其他被訪者之言談、情緒等)	☐	☐	☐		
(4) 多筆訪視紀錄雷同	☐	☐	☐		
(5) 多筆訪視紀錄內容過於簡短	☐	☐	☐		
(6) 訪視紀錄語意不清(如同音不同字、多錯別字)	☐	☐	☐		

1

圖 5-1-1、審查表

審查項目	是	否	待改進	評分	備註
2. 訪視歷程完善性					
(1) 進行責任通報(訪視記錄內，個案有家暴、性侵、吸毒等情形，關訪員須進行責任通報，無上述所列之狀況則不需勾選)	☐	☐	☐		
(2) 針對個案狀況，適時提供相關資源之資訊或協助轉介	☐	☐	☐		
(3) 擬訂適當且可行之後續處遇計畫	☐	☐	☐		
三、 結案歷程(30%)					
1. 結案評估嚴謹性					
(1) 能詳實記錄結案原因	☐	☐	☐		
(2) 結案時符合下列所述標準之一：(擇一勾選，標註※者需續勾選附加題)	☐	☐	☐		
1) 追蹤期達三個月以上，且個案自述狀況穩定。	☐	☐	☐		
2) ※縣市自訂標準	☐	☐	☐		
訪視紀錄詳實載明縣市自訂標準及後續處置方式	☐	☐	☐		
3) ※督導會議決議	☐	☐	☐		
訪視紀錄詳實載明督導會議決議及後續處置方式	☐	☐	☐		
4) 再次被通報	☐	☐	☐		
5) ※轉介其他縣市衛生局	☐	☐	☐		
訪視紀錄詳實載明轉介原因及何處縣市衛生局	☐	☐	☐		
6) ※轉介其他局處或單位	☐	☐	☐		
訪視紀錄詳實載明轉介原因及何局處或單位	☐	☐	☐		
7) ※拒訪，已寄關懷信	☐	☐	☐		
訪視紀錄詳實載明拒訪原因及後續處置方式	☐	☐	☐		
8) ※失聯	☐	☐	☐		
訪視紀錄詳實載明失聯原因及後續處置方式	☐	☐	☐		

圖 5-1-1、審查表(續 1)

審查項目	是	否	待改進	評分	備註
9) ※其它 訪視紀錄詳實載明其它原因及後續處置方式	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐		
四、審查結果 初評： 複評：					
五、問題改善與建議 初評委員： 複評委員：					

圖 5-1-1、審查表(續 2)

自殺防治通報系統關懷訪視紀錄審查指標

審查項目	參考指標	配分	衡量標準
基本資料建置完整性	一、 通報單與訪視單基本資料相符度 1. 個案姓名 2. 個案性別 3. 身分證號 4. 個案年齡 5. 連絡電話 6. 教育程度 7. 職業類別 8. 婚姻狀況 9. 自殺類別 10. 居住地址 11. 自殺行為發生日 12. 自殺通報日 13. 自殺方式 14. 自殺原因	5%	一項不符扣 2 分，「待改進」扣 1 分，扣滿 5 分為限

圖 5-1-2、審查指標

關懷訪視品質	一、 訪視紀錄完整性 1. 訪視方式 2. 個案受訪情形 3. 個案目前狀態 4. 有無支持系統 5. 宗教信仰 6. 目前問題 7. 曾透露自殺的訊息 8. 曾有過自殺行為或企圖 9. 是否有 6 歲以下幼兒 10. 內容摘要 二、訪視歷程完善性 1. 簡式健康量表(*註一) 2. 再自殺意念及風險評估 3. 處遇計畫 4. 資源、轉介與協助(*註二)	65%	一項不符扣 5 分，「待改進」扣 3 分，內容摘要勾選「否」扣 30 分，「待改進」扣 15 分，扣滿 65 分為限 *註一：僅訪視個案本人時得以勾選 *註二：於勾選「轉介」時得以補述轉介單位
結案歷程	一、 結案評估嚴謹性 1. 結案情形(*註三)	30%	一項不符扣 15 分，「待改進」扣 8 分，扣滿 30 分為限 *註三：於勾選「結案」時得以補述結案原因

圖 5-1-2、審查指標(續)

OO 縣市						評等 優 可 待加強
編號	訪員姓名	個案 1 姓名	分數 1	個案 2 姓名	分數 2	總分
1						
2						
3						
4						
合格率：%				平均(總分/個案數)：		
總結： 1. 。 **建議：** 1. 。						

圖 5-1-3、審查結果表

2. 綜合審查成果

自 1 月 1 日至 7 月 20 日，第一輪審查 22 縣市，審查紀錄共計 299 則，其綜合結果如下：

1)優：共 241 則，包含基隆市(2 則)、雲林縣(3 則)、嘉義縣(7 則)、臺東縣(6 則)、宜蘭縣(9 則)、花蓮縣(11 則)、南投縣(12 則)、苗栗縣(4 則)、連江縣(2 則)、臺南市(28 則)、高雄市(27 則)、彰化縣(7 則)、臺中市(8 則)、桃園市(22 則)、新北市(43 則)、臺北市(33 則)、新竹市(5 則)、嘉義市(4 則)、金門縣(4 則)、新竹縣(4 則)。

2)可：共 26 則，包含雲林縣(6 則)、嘉義縣(1 則)、臺東縣(4 則)、宜蘭縣(1 則)、花蓮縣(1 則)、南投縣(1 則)、臺南市(4 則)、高雄市(1 則)、彰化縣(1 則)、臺中市(1 則)、新北市(1 則)、臺北市(1 則)、新竹市(1 則)、澎湖縣(2 則)。

3)待加強：共 32 則，包含基隆市(6 則)、雲林縣(9 則)、臺東縣(2 則)、臺南市(2 則)、高雄市(6 則)、彰化縣(2 則)、臺中市(1 則)、新北市(4 則)。

4)其他：原定 3 月份欲審查之屏東縣，因當時該地關懷訪視員尚在申請衛生福利部自殺防治通報系統帳號，故當月系統內查無該地關懷訪視員訪視紀錄，經內部會議討論、考量下，改將屏東縣之順位往後移，待屏東縣關懷訪視員帳號建立完成，且新增「已結案」、「已訪視，建議結案」兩種個案訪視紀錄，再進行抽查。

5)彙整 1 月至 7 月訪視紀錄審查結果，詳述如表 5.1.1：

表 5-1-1、1 月至 7 月訪視紀錄審查結果

編號	縣市	關訪員總數	審查個案數	訪視紀錄合格率	評等
1	基隆市	4	8	62.5%	待加強
2	雲林縣	9	18	77%	待加強
3	嘉義縣	4	8	100%	優
4	臺東縣	8	12	100%	可
5	宜蘭縣	7	10	100%	優
6	花蓮縣	7	12	100%	優
7	南投縣	9	14	100%	優
8	苗栗縣	2	4	100%	優
9	連江縣	1	2	100%	優
10	彰化縣	6	10	100%	優
11	臺南市	17	34	99.8%	優
12	高雄市	17	34	100%	優
13	臺中市	5	10	100%	優
14	桃園市	11	22	100%	優
15	新北市	25	48	100%	優
16	嘉義市	2	4	100%	優

表 5-1-1、1 月至 7 月訪視紀錄審查結果(續)

編號	縣市	關訪員總數	審查個案數	訪視紀錄合格率	評等
17	臺北市	17	34	100%	優
18	新竹市	3	6	100%	優
19	金門縣	2	4	100%	優
20	新竹縣	2	4	100%	優
21	澎湖縣	1	2	100%	可

6) 自 8 月 1 日起，截至 12 月 9 日前，第二輪審查 15 縣市，共計審查紀錄則數 150 則，其綜合結果如下：

(1) 優：共 108 則，包含基隆市(3 則)、雲林縣(7 則)、嘉義縣(8 則)、臺東縣(6 則)、宜蘭縣(13 則)、花蓮縣(12 則)、南投縣(14 則)、新竹市(3 則)、連江縣(2 則)、金門縣(3 則)、新竹縣(9 則)、彰化縣(11 則)、臺中市(11 則)、屏東縣(6 則)。

(2) 可：共 12 則，包含基隆市(2 則)、雲林縣(1 則)、臺東縣(3 則)、彰化縣(1 則)、屏東縣(3 則)、新竹市(2 則)。

(3) 待加強：共 30 則，包含基隆市(2 則)、雲林縣(10 則)、臺東縣(5 則)、臺中市(7 則)、屏東縣(3 則)、新竹市(1 則)、澎湖縣(2 則)。

(4) 彙整第二輪訪視紀錄審查結果，品質較第一輪上升共 3 縣市(基隆市、南投縣、雲林縣)，持平共 3 縣市(彰化縣、宜蘭縣、花蓮縣)，下降縣市共 8 縣市(新竹市、新竹縣、臺中市、嘉義縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣、連江縣)，第一輪與第二輪之比較結果如下：

表 5-1-2、第二輪訪視紀錄審查結果比較表

編號	縣市	訪員總數	審查個案數	訪視紀錄合格率	評等	內容品質比較
1-1	基隆市	4	8	62.5%	待加強	上升
1-2		4	7	71%	待加強	
2-1	新竹市	3	6	100%	優	下降
2-2		3	6	100%	可	
3-1	新竹縣	2	4	100%	優	下降
3-2		5	10	100%	優	
4-1	臺中市	5	10	100%	優	下降
4-2		9	18	100%	可	

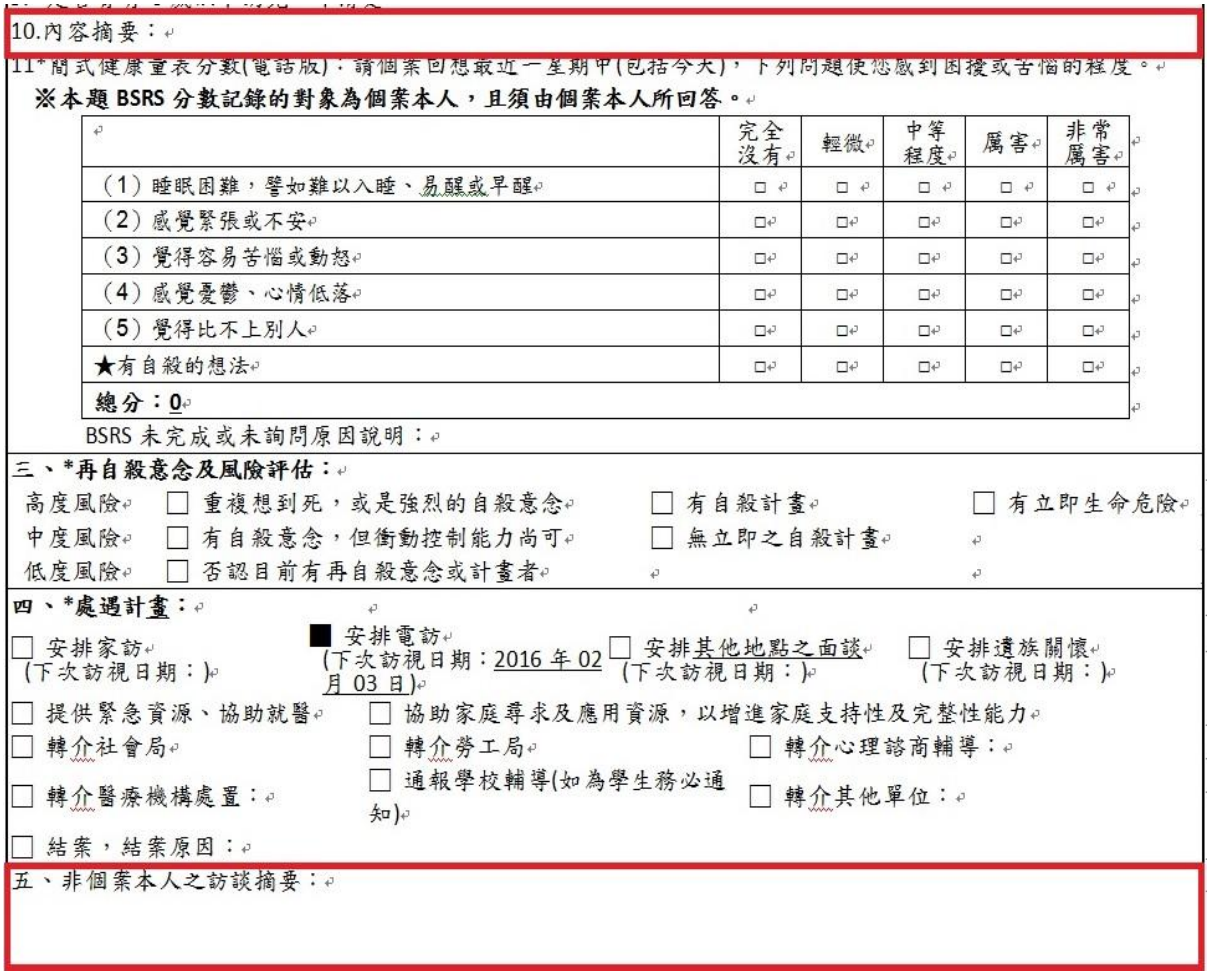
表 5-1-2、第二輪訪視紀錄審查結果比較表(續)

編號	縣市	訪員總數	審查個案數	訪視紀錄合格率	評等	內容品質比較
5-1	南投縣	9	14	100%	優	上升
5-2		8	14	100%	優	
6-1	彰化縣	6	10	100%	優	持平
6-2		6	12	100%	優	
7-1	雲林縣	9	18	77%	待加強	上升
7-2		9	18	100%	可	
8-1	嘉義縣	4	8	100%	優	下降
8-2		4	8	100%	優	
9-1	宜蘭縣	7	10	100%	優	持平
9-2		7	13	100%	優	
10-1	花蓮縣	7	12	100%	優	持平
10-2		6	12	100%	優	
11-1	臺東縣	8	12	100%	可	下降
11-2		7	13	93%	可	
12-1	澎湖縣	1	2	100%	可	下降
12-2		1	2	100%	待加強	
13-1	金門縣	2	4	100%	優	下降
13-2		2	4	100%	可	
14-1	連江縣	1	2	100%	優	下降
14-2		1	2	100%	優	

7) 彙整關懷訪視員填寫訪視紀錄常見及偶發問題，可分為「訪視紀錄內容填寫」及「訪視規範相關」兩類問題，詳細如下：

(1) 訪視紀錄內容填寫常見問題：

a. 內容摘要或非個案本人之訪談摘要呈現空白，無法得知該次訪視狀況，見圖 5.1.4。



10.內容摘要：

11*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。

※本題 BSRS 分數記錄的對象為個案本人，且須由個案本人所回答。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
(1) 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	□	□	□	□	□
(2) 感覺緊張或不安	□	□	□	□	□
(3) 覺得容易苦惱或動怒	□	□	□	□	□
(4) 感覺憂鬱、心情低落	□	□	□	□	□
(5) 覺得比不上別人	□	□	□	□	□
★有自殺的想法	□	□	□	□	□
總分：0					

BSRS 未完成或未詢問原因說明：

三、*再自殺意念及風險評估：

高度風險 □ 重複想到死，或是強烈的自殺意念 □ 有自殺計畫 □ 有立即生命危險

中度風險 □ 有自殺意念，但衝動控制能力尚可 □ 無立即之自殺計畫

低度風險 □ 否認目前有再自殺意念或計畫者

四、*處遇計畫：

□ 安排家訪 (下次訪視日期：)

■ 安排電訪 (下次訪視日期：2016 年 02 月 03 日)

□ 安排其他地點之面談 (下次訪視日期：)

□ 安排遺族關懷 (下次訪視日期：)

□ 提供緊急資源、協助就醫

□ 協助家庭尋求及應用資源，以增進家庭支持性及完整性能力

□ 轉介社會局

□ 轉介勞工局

□ 轉介心理諮商輔導：

□ 轉介醫療機構處置：

□ 通報學校輔導(如為學生務必通知)

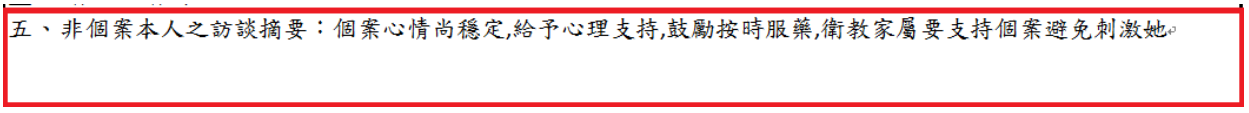
□ 轉介其他單位：

□ 結案，結案原因：

五、非個案本人之訪談摘要：

圖 5-1-4、訪談摘要呈現空白

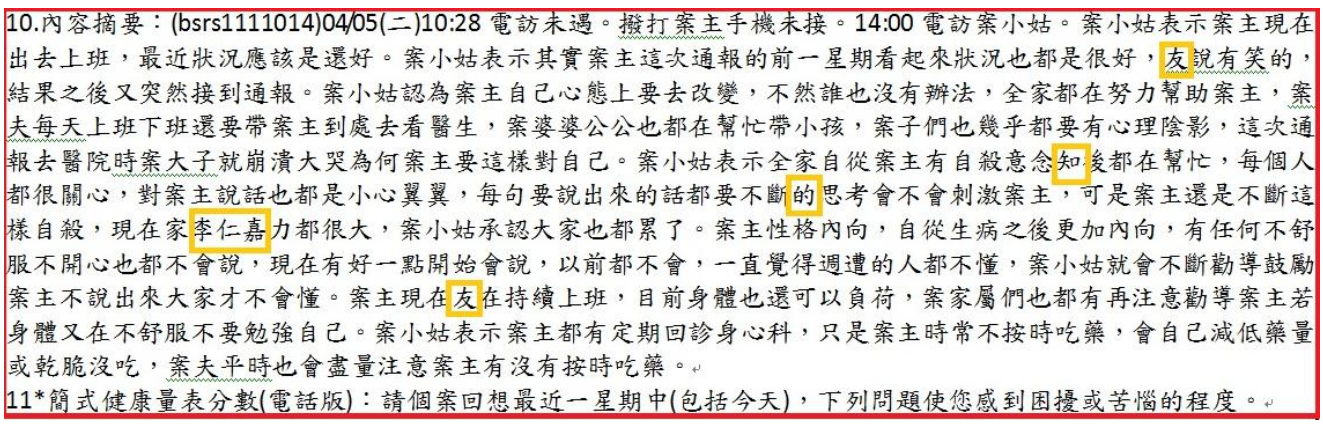
b.訪視紀錄過於簡短，無法得知個案主要問題，見圖 5.1.5。



五、非個案本人之訪談摘要：個案心情尚穩定,給予心理支持,鼓勵按時服藥,衛教家屬要支持個案避免刺激她

圖 5-1-5、訪視紀錄過於簡短

c.訪視紀錄內錯別字略多，見圖 5.1.6。



10.內容摘要：(bsrs1111014)04/05(二)10:28 電訪未遇。撥打案主手機未接。14:00 電訪案小姑。案小姑表示案主現在出去上班，最近狀況應該是還好。案小姑表示其實案主這次通報的前一星期看起來狀況也都是很好，友說有笑的，結果之後又突然接到通報。案小姑認為案主自己心態上要去改變，不然誰也沒有辦法，全家都在努力幫助案主，案夫每天上班下班還要帶案主到處去看醫生，案婆婆公公也都在幫忙帶小孩，案子們也幾乎都要有心理陰影，這次通報去醫院時案大子就崩潰大哭為何案主要這樣對自己。案小姑表示全家自從案主有自殺意念知後都在幫忙，每個人都很關心，對案主說話也都是小心翼翼，每句要說出來的話都要不斷的思考會不會刺激案主，可是案主還是不斷這樣自殺，現在家李仁嘉力都很大，案小姑承認大家也都累了。案主性格內向，自從生病之後更加內向，有任何不舒服不開心也都不會說，現在有好一點開始會說，以前都不會，一直覺得週遭的人都不懂，案小姑就會不斷勸導鼓勵案主不說出來大家才不會懂。案主現在友在持續上班，目前身體也還可以負荷，案家屬們也都有再注意勸導案主若身體又在不舒服不要勉強自己。案小姑表示案主都有定期回診身心科，只是案主時常不按時吃藥，會自己減低藥量或乾脆沒吃，案夫平時也會盡量注意案主有沒有按時吃藥。

11*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。

圖 5-1-6、錯別字略多

d.訪視紀錄內容相同，見圖 5.1.7。

10.內容摘要：去電案主，案主表示最近都很好，謝謝關心。
11*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。
※本題 BSRS 分數記錄的對象為個案本人，且須由個案本人所回答。

10.內容摘要：去電案主，案主表示最近都很好，謝謝關心。
11*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。
※本題 BSRS 分數記錄的對象為個案本人，且須由個案本人所回答。

圖 5-1-7、訪視紀錄內容相同

(2) 訪視紀錄內容填寫偶發問題：

a.系統顯示已結案，最後一筆訪視紀錄，處遇計畫並無勾選結案選項。見圖 5.1.8。

通報及訪視案件查詢 - 查詢條件

通報及訪視案件查詢 - 說明

	功能列	個案註	通報單編	身份證統	姓名	通報日期	通報單位	近一次訪	近一	隸屬	鄉鎮區	案件狀態
1	檢視	無			郭	2014/02/			201			已結案
2	檢視	無			郭	2013/12/			201			已結案
3	檢視	無			郭	2013/03/			201			已結案
4	檢視	無			郭	2013/01/			201			已結案

訪視編號	訪員姓名	訪視日期	訪視方式	內容摘要	非本人摘要	處遇計畫
查詢訪視單 7		2014/05/06	電訪	電訪個案，表示正在外應徵工作，將前往訪員提供的百福...		安排電訪
查詢訪視單 8		2014/07/10	電訪	電訪個案，已經找到家裡附近的檳榔攤工作，時薪60元...		安排電訪
查詢訪視單 9		2014/10/15	電訪	1500電訪個案手機關機，家裡電話未接。		安排電訪

圖 5-1-8、已結案，處遇計畫並無勾選結案選項

b.訪視家屬卻勾選訪視個案本人，見圖 5.1.9。

2.*個案受訪情形：個案本人
3.*個案目前狀態：無自殺意念
4.*有無支持系統：家人
5.宗教信仰：無
6.*目前問題：家庭問題
7.*曾透露出自殺的訊息：無
8.*曾有過自殺行為或企圖：有，次數(0)
9.*是否育有 6 歲以下幼兒：否
10.內容摘要：家訪關懷，案祖父表示個案外出工作不在家，詢問案近況，僅表示沒什麼狀況，都很好。
11*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。

圖 5-1-9、訪視家屬卻勾選訪視個案本人

c.訪視本人並未勾選風險評估，見圖 5.1.10。

1.*訪視方式：家訪
2.*個案受訪情形：個案本人
3.*個案目前狀態：無自殺意念
4.*有無支持系統：家人
5.宗教信仰：一般民間信仰
6.*目前問題：其他()
7.*曾透露出自殺的訊息：無
8.*曾有過自殺行為或企圖：有，次數(1)
9.*是否育有 6 歲以下幼兒：否
10.內容摘要：。
11*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。
※本題 BSRS 分數記錄的對象為個案本人，且須由個案本人所回答。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
（1）睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	□	□	■	□	□
（2）感覺緊張或不安	■	□	□	□	□
（3）覺得容易苦惱或動怒	■	□	□	□	□
（4）感覺憂鬱、心情低落	□	■	□	□	□
（5）覺得比不上別人	■	□	□	□	□
★有自殺的想法	■	□	□	□	□
總分：3					

BSRS 未完成或未詢問原因說明：

三、*再自殺意念及風險評估：

高度風險	□ 重複想到死，或是強烈的自殺意念	□ 有自殺計畫	□ 有立即生命危險
中度風險	□ 有自殺意念，但衝動控制能力尚可	□ 無立即之自殺計畫	
低度風險	□ 否認目前有再自殺意念或計畫者		

圖 5-1-10、訪視本人並未勾選風險評估

d.個案與家屬角色書寫模糊，見圖 5.1.11。

10.內容摘要：至案背訪視時，在便利商店遇到案大哥，但身旁有兩個人對他咆哮拿椅子要砸他，超商店員驚嚇，不敢過去勸阻，進入超商後，詢問為何爭吵，對方不於理會，出拳要毆打案兄，經制止，並說明案兄有身障手冊，智能有些遲緩，多包涵，對方才邊辱罵嗆聲走出超商，但案兄也不示弱，說要買東西起身到物價上拿了一把水果刀，並到櫃檯結帳後，追出去要殺那兩位，隨即抓住嚇阻不要衝動，經安撫後，了解原因，案兄表示不認識他們，他買東西後就獨自一人坐在超商窗前座位食用，看著來來往往行人，不曉得怎麼招惹他們，就進來問他看甚麼，他也安靜未回話，對方就作勢要打他。他不是好欺負的，他也會反擊的情緒相當激動，經規勸安撫，才逐漸緩和。陪同回家。 之前訪視，案母曾告知案大哥很可憐，因智能遲緩，求學時一直被霸凌，畢業後工作情況也沒改善，經常受同事欺負，曾一時衝動推同事一把，跌倒，賠了五萬元和解，而且丟了工作。

圖 5-1-11、個案與家屬角色書寫模糊

e.電訪無人接聽未勾選訪視未遇，見圖 5.1.12。

1.*訪視方式：電訪
2.*個案受訪情形：家屬
3.*個案目前狀態：無自殺意念
4.*有無支持系統：家人
5.宗教信仰：
6.*目前問題：人際適應
7.*曾透露出自殺的訊息：無
8.*曾有過自殺行為或企圖：有，次數(0)
9.*是否育有 6 歲以下幼兒：否
10.內容摘要：連絡案女，電話無人接聽。

圖 5-1-12、電訪無人接聽未勾選訪視未遇

f. BSRS-5「自殺想法」程度選擇厲害，自殺風險卻選擇「低度風險」，見圖 5.1.13。

※本題 BSRS 分數記錄的對象為個案本人，且須由個案本人所回答。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
（1）睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	□	□	□	■	□
（2）感覺緊張或不安	■	□	□	□	□
（3）覺得容易苦惱或動怒	□	■	□	□	□
（4）感覺憂鬱、心情低落	□	■	□	□	□
（5）覺得比不上別人	■	□	□	□	□
★有自殺的想法	□	□	□	■	□
總分：5					

BSRS 未完成或未詢問原因說明：

三、*再自殺意念及風險評估：

高度風險 □ 重複想到死，或是強烈的自殺意念 □ 有自殺計畫 □ 有立即生命危險
中度風險 □ 有自殺意念，但衝動控制能力尚可 □ 無立即之自殺計畫
低度風險 ■ 否認目前有再自殺意念或計畫者

圖 5-1-13、BSRS-5「自殺想法」程度與自殺風險選擇不一

g.未達法定婚姻年齡，狀態卻顯示為已婚，見圖 5.1.14。

3、*性別：男　　4、年齡：14(出生：年月日)
5、*電話：(日)/(夜)　　6、手機：
7、*自殺日期：年月日 (自殺意念者非必填)　　8、*通報日期：年月日
9、*婚姻狀況：已婚　　10、*最高學歷：不詳

圖 5-1-14、婚姻狀態有疑義

h.結案原因為拒訪，檢視完整紀錄內容，無法得知為何選擇拒訪。

(3) 訪視規範相關偶發問題：

a.兩次電訪、一次家訪後，未再訪視至今亦無結案，不符衛生福利部追蹤關懷訪視服務 3 個月，每月至少兩次之規定。

b.僅追蹤兩個月，三次訪視，卻勾選追蹤屆滿三個月結案。

c.僅一次電訪及一次家訪即結案，不符衛生福利部追蹤關懷訪視服務 3 個月，每月至少兩次之規定。

d.訪視未遇，關訪員卻能向其他單位告知個案無自殺意念。

3. 每月份縣市詳細審查結果如下：

1)一月

(1) 嘉義縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致上完整詳實。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關懷訪視員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關懷訪視員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員每次進行訪視後，於訪視紀錄內載明後續適當之處遇計畫。

d.複評建議：

a) 請關懷訪視員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關懷訪視員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 基隆市：

a.審查結果：待加強。

b.總結：

a) 查有兩位個案 4 筆內容摘要或非個案本人之訪談摘要呈現空白，無法得知該次訪視狀況。

b) 查有一位個案兩次電訪、一次家訪後，未再訪視至今亦無結案，不符衛生福利部追蹤關懷訪視服務 3 個月，每月至少兩次之規定。

c) 查有一位個案 9 次訪視紀錄，4 筆內容過於簡短，且系統顯示已結案，但並無勾選結案選項。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關懷訪視員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關懷訪視員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關懷訪視員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

d) 請關懷訪視員每次進行訪視後，於訪視紀錄內載明後續適當之處遇計畫。

e) 關懷訪視員於訪視紀錄內，請確實詳細說明結案原因。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 雲林縣：

a.審查結果：待加強。

b.總結：

a) 查有一位個案僅一次電訪及一次家訪即結案，不符衛生福利部追蹤關懷訪視服務 3 個月，每月至少兩次之規定。

b) 查有一位個案 7 筆訪視紀錄，有 5 筆過於簡短，無法得知個案詳細狀況。

c) 查有一位個案 4 筆訪視紀錄，2 筆過於簡短，亦無說明個案住院時間。

d) 查有一位個案僅追蹤兩個月，三次訪視，卻勾選追蹤屆滿三個月結案。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲

檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

d) 請關訪員每次進行訪視後，於訪視紀錄內載明後續適當之處遇計畫。

e) 請關訪員確實於訪視紀錄內詳細說明結案原因。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，將 SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

2)二月

(1) 臺東縣：

a.審查結果：可。

b.總結：查有兩位個案訪視紀錄過於簡短，其餘訪視紀錄大致上詳實完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

b) 請關訪員每次進行訪視後，於訪視紀錄內擬訂並載明適當之後續處遇計畫。

c) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

d) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、

Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 花蓮縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：

a) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

b) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

c) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 宜蘭縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：

a) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

b) 請關訪員每次進行訪視後，於訪視紀錄內擬訂並載明適當之後續處遇計畫。

c) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

d) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

3)三月

(1) 南投縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：

a) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)，請改進。

b) 請關訪員確實於訪視紀錄內詳細說明結案原因及符合何項結案標準。

c) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 苗栗縣：

a.審查結果：優

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：無。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之

依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 連江縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

d) 訪視紀錄屬正式文件，請關訪員避免使用暱稱描述個案或相關人士。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

4) 四月

(1) 臺南市：

a.審查結果：優。

b.總結：

a) 查有三位個案訪視紀錄顯簡略，無法得知個案詳細狀況。

b) 查有一位個案兩筆訪視紀錄相同。

c) 查有兩位個案處遇計畫擬定家訪，卻從未家訪，紀錄內亦無個案拒絕家訪之訊息。

d) 查有兩位個案未註記確切訪視時間。

e) 查有一位個案前兩次訪視未遇，關訪員卻能向其他單位告知個案無自殺意念。

c.初評建議：

a) 請於訪視紀錄內詳述縣市自訂標準。

b) 訪視紀錄請詳述個案當下情緒、外觀等。
c) 訪視時請適時提供衛教或有助於個案之資源相關資訊。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 高雄市：

a.審查結果：優。

b.總結：

a) 查有兩位個案多筆訪視紀錄過於簡短。
b) 查有兩位個案共計 15 筆訪視紀錄中，有 5 筆並未填寫任何內容或非本人摘要，無法得知該次訪視狀況。
c) 查有兩位個案訪視過程中有不同訪員介入之狀況。

c.初評建議：

a) 請於訪視紀錄內載明確切訪視時間。
b) 請於訪視紀錄內詳述結案原因、縣市自訂標準。
c) 訪視時請適時提供衛教或有助於個案之資源相關資訊。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 彰化縣：

a.審查結果：優。

b.總結：查有多筆訪視紀錄錯別字出現頻率高。

c.初評建議：

a) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。
b) 請關訪員確實於訪視紀錄內詳細說明結案原因，如督導會議決議內容等。
c) 請適時提供衛教或相關資源之資訊與個案及其相關人士。
d) 訪視紀錄內可詳述後續處遇計畫。
e) 訪視紀錄較長時，可做主題分類以利閱讀、追蹤。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

5)五月

(1) 臺中市：

a.審查結果：優。

b.總結：查有一位個案訪視紀錄過於簡短。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

d) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：

a) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

(2) 桃園市：

a.審查結果：優。

b.總結：查有兩位個案錯別字略多。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

c) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 新北市：

a.審查結果：優。

b.總結：查有五位個案訪視紀錄過於簡短。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

d) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

6)六月

(1) 臺北市：

a.審查結果：優。

b.總結：查有一位個案訪視紀錄過於簡短。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

c) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 新竹市：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

d) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 嘉義市：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致完整詳實。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

c) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

7) 七月

(1) 新竹縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄內容尚屬完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完

善性。

b) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 金門縣：

a.審查結果：優。

b.總結：查有一個案訪視紀錄錯別字略多。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄過長時，可針對主題予以分類，以利未來追蹤分析、閱讀。

b) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

c) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 澎湖縣：

a.審查結果：可。

b.總結：查有兩個案訪視紀錄略顯簡短。

c.初評建議：

a) 請關訪員訪視個案時，詳細說明個案當下狀況(如電訪時之言談情緒、面訪時之外觀、情緒等)。

b) 請關訪員適時提供衛教資訊予個案及其相關人士。

d.複評建議：建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

8)八月(第二輪審查)

(1) 基隆市：

a.審查結果：待加強。

b.總結：

a) 查一個案訪視紀錄內容過簡。

b) 查一個案資料正確度有待查證。

c) 查一個案電訪無人接聽未勾選訪視未遇。

d) 查一個案訪視紀錄內容過於簡略。

c.初評建議：

a) 於訪視紀錄內撰寫確切訪視時間，如 000 年 00 月 00 日 00 時 00 分，以利檢視及排定訪視頻率。

b) 訪視紀錄予以主題分類，以利重點文字之釐清及閱讀。

c) 訪視紀錄內可詳細撰寫關懷訪視員對個案服務之整體處遇計畫方向。

d) 個案之所有相關人際、工作、家庭等資訊可再加以詢問、描述。

e) 可就個案當時談話語氣、外觀、表情等加以描述。

f) 如有衛教、與其他網絡單位連結時，務必撰寫於訪視紀錄內。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 臺東縣：

a.審查結果：可。

b.總結：

a) 查一個案兩筆訪視紀錄未填寫訪視內容。

b) 查五個案訪視紀錄顯簡略。

c.初評建議：

a) 於訪視紀錄內撰寫確切訪視時間，如 000 年 00 月 00 日 00 時 00 分，以利檢視及排定訪視頻率。

b) 訪視紀錄予以主題分類，以利重點文字之釐清及閱讀。

c) 訪視紀錄內可詳細撰寫關懷訪視員對個案服務之整體處遇計畫方向。

d) 個案之所有相關人際、工作、家庭等資訊可再加以詢問、描述。

e) 可就個案當時談話語氣、外觀、表情等加以描述。
f) 如有衛教、與其他網絡單位連結時，務必撰寫於訪視紀錄內。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 雲林縣：

a.審查結果：可。

b.總結：

a) 查一個案訪視家屬卻勾選訪視個案本人。
b) 查一個案訪視本人並未勾選風險評估。
c) 查一個案訪視紀錄內容錯別字略多，個案與家屬角色書寫模糊。
d) 查七個案訪視紀錄顯簡略。

c.初評建議：

a) 於訪視紀錄內撰寫確切訪視時間，如 000 年 00 月 00 日 00 時 00 分，以利檢視及排定訪視頻率。
b) 訪視紀錄予以主題分類，以利重點文字之釐清及閱讀。
c) 訪視紀錄內可詳細撰寫關懷訪視員對個案服務之整體處遇計畫方向。
d) 個案之所有相關人際、工作、家庭等資訊可再加以詢問、描述。
e) 可就個案當時談話語氣、外觀、表情等加以描述。
f) 如有衛教、與其他網絡單位連結時，務必撰寫於訪視紀錄內。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

9)九月

(1) 屏東縣：

a.審查結果：可。

b.總結：

a) 查一個案兩筆訪視紀錄內容相同。

b) 查二個案訪視紀錄資訊略顯不足。

c) 查一個案 BSRS-5「自殺想法」程度選擇厲害，自殺風險卻選擇「低度風險」。另結案原因為拒訪，從紀錄無法得知為何選擇拒訪。

d) 查一個案未達法定婚姻年齡，狀態卻顯示為已婚。

e) 查四個案訪視紀錄內錯別字略多。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 於訪視紀錄內加註主題，以利與個案談話內容予以分類及閱讀。

c) 註明個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒、外觀狀況。

d) 適時衛教個案精神醫療等相關資訊，以及提供符合個案所需之相關社會資源等資訊。

e) 結案前仍須告知個案服務將結束之資訊。

f) 訪視紀錄內註明結案原因，且原因須與事實相符。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 新竹市：

a.審查結果：可。

b.總結：

a) 查一個案訪視紀錄錯別字略多。

b) 查一個案訪視紀錄內資訊稍顯簡略。

c.初評建議：

a) 於訪視紀錄內加註主題，以利與個案談話內容予以分類及閱讀。
b) 註明個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒、外觀狀況。
c) 適時衛教個案精神醫療等相關資訊，以及提供符合個案所需之相關社會資源等資訊。
d) 結案前仍須告知個案服務將結束之資訊。
e) 於訪視紀錄內可載明對個案未來之處遇方向及計畫。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 澎湖縣：

a.審查結果：待加強。

b.總結：查二個案訪視紀錄內容、資訊較顯簡略。

c.初評建議：

a) 於訪視紀錄內加註主題，以利與個案談話內容予以分類及閱讀。
b) 註明個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒、外觀狀況。
c) 適時衛教個案精神醫療等相關資訊，以及提供符合個案所需之相關社會資源等資訊。
d) 結案前仍須告知個案服務將結束之資訊。
e) 於訪視紀錄內可載明對個案未來之處遇方向及計畫。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

10) 十月

(1) 臺中市：

a.審查結果：可。

b.總結：

a) 查六個案內容略簡。

b) 查一個案一筆訪視紀錄勾選拒訪，卻仍能得出 BSRS-5 之分數。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 訪視紀錄內可詳述個案當下之外觀、表情、語氣及環境等情況。

c) 訪視紀錄可賦予主題分類，以利快速檢視及重點閱讀。

d) 可再詳述個案相關資訊，如保護、危險因子、居住、經濟、交友狀況等。

e) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。

f) 訪視紀錄內可詳細撰寫關懷訪視員對個案服務之整體處遇計畫方向。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 南投縣：

a.審查結果：優。

b.總結：

a) 查一個案與親朋好友之關係詞描述模糊。

b) 查一個案訪視紀錄語意用詞不夠通順。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 訪視紀錄內可詳述個案當下之外觀、表情、語氣及環境等情況。

c) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 彰化縣：

a.審查結果：優。

b.總結：查二個案訪視紀錄錯別字略多。

c.初評建議：

a) 訪視紀錄可賦予主題分類，以利快速檢視及重點閱讀。

b) 訪視紀錄內可詳述個案當下之外觀、表情、語氣及環境等情況。

c) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。

d) 訪視紀錄內可詳細撰寫關懷訪視員對個案服務之整體處遇計畫方向。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

11) 十一月

(1) 金門縣：

a.審查結果：可。

b.總結：訪視紀錄大致詳實完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 於訪視紀錄內加註主題，以利將談話內容予以分類及閱讀。
c) 訪視紀錄內可詳述個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 花蓮縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致詳實完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 於訪視紀錄內加註主題，以利將談話內容予以分類及閱讀。
c) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。
d) 訪視紀錄內可詳述個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 連江縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致詳實完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 於訪視紀錄內加註主題，以利將談話內容予以分類及閱讀。

c) 可描述個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒、外觀狀況。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

12) 十二月

(1) 宜蘭縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄大致詳實完整。

c.初評建議：

a) 於訪視紀錄內加註主題，以利將談話內容予以分類及閱讀。

b) 訪視紀錄內可詳述個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況。

c) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(2) 新竹縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視紀錄內容大致詳實完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 於訪視紀錄內加註主題，以利將談話內容予以分類及閱讀。

c) 訪視紀錄可詳述個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況。

d) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

(3) 嘉義縣：

a.審查結果：優。

b.總結：訪視內容大致詳實完整。

c.初評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。

b) 於訪視紀錄內加註主題，以利將談話內容予以分類及閱讀。

c) 訪視紀錄內可詳述個案於訪視當下之談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況。

d) 適時提供衛教、相關網絡資源予個案。

d.複評建議：

a) 請關訪員於訪視紀錄內載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日，以利關訪員排定訪視頻率、便於記憶該次訪視狀況、日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完

善性。

b) 建議可採用 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。

4. 結論

結合今年至各縣市舉行之實務督導訪查(詳見「8.3 辦理各縣市實務督導訪查」章節)，中心將訪視紀錄審查之建議提至督導會議中，除瞭解關懷訪視員訪視時所面臨之困境，亦探討撰寫紀錄時所產生之問題，藉此給予關訪員更多實務方面之協助。經彙整第一輪及第二輪之初、複評建議，以及關訪員填寫訪視紀錄常見與偶發之問題，本中心對於訪視紀錄撰寫之建議詳細如下：

1) 為協助關訪員更有效追蹤和管理個案資料，建議紀錄採 S.O.A.P.的方式撰寫，S 意指 Subjective，即個案之主觀資料、O 為 Objective，乃個案之客觀資料，A 則是個案之評估結果(Assessment)，最後是針對個案之(處遇計畫(Plan)。將 S.O.A.P.作為填寫訪視紀錄之依循標準，藉由建立標準流程讓關訪員更能全面性進行個案管理，以及增進訪視紀錄完整性。
2) 建議訪視紀錄填寫時，以保護、危險因子作為基礎進行評估，並參考檢傷分類之概念，對個案進行風險分級，以利訪員及相關業務人員進行後續評估及處遇。
3) 建議訪視對話內容進行分類，以避免訪視紀錄內容較多時，顯得冗長難以閱讀，無法立即檢視重點。
4) 建議訪視紀錄內應載明訪視日期，如 XXX 年 XX 月 XX 日 XX 時 XX 分，以利關訪員記憶該次訪視確切時間及狀況，有助於排定訪視頻率及釐清個案於特定時段內之行為。日後相關從業人員欲檢視訪視狀況時，經由確切時間排序，可快速、有條理地排出時間軸，增加個案服務之完善性。
5) 建議訪視紀錄內詳細撰寫對個案之整體處遇計畫，以便日後關訪員或其他相關從業人員，能快速檢視服務歷程中是否仍有遺漏或不足之處。
6) 訪視紀錄應詳述個案於訪視當下時，其談話、表情、衣著、環境等情緒及外觀狀況，如此能讓關訪員及相關從業人員在日後欲釐清個案狀況時，更能快速判斷並擬定適當之處遇計畫。

精神疾病、家暴與性侵之關懷訪視注意事項

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺關懷訪視員是一個具有專業及挑戰的工作，不僅需要時常接收自殺意念個案的負向能量，在進行家訪時更必須靈活地運用訪視的技巧，才可應對個案當下自殺的危險性。有高自殺風險的個案大部分是有合併精神疾病或是家暴及性侵害的個案，所以在家訪的過程中不僅要瞭解其身心狀況與可使用之資源，若個案在被關懷訪視服務前，已有相關單位在做介入及輔導時，也要與該資源單位進行溝通與協調，才可有效的幫助個案達到事半功倍的效用。自殺關懷訪視員在服務個案的過程中，不僅只是對個案表達關懷，還必需具備與個案會談的能力，才可從互動中找出個案的需要，提供適當的資源。這樣的能力除了要靠經驗的累積之外，還需要對個案的背景知能都有所了解，才可以對症下藥幫助個案走出低谷。

現今關懷訪視員在進行訪視時，常面臨到自殺企圖者本身具有複雜的背景，如同時患有精神疾病、為家暴被害人/加害人或是性侵被害人/加害人。這些特殊身份在關懷訪視上，是極具挑戰且亟需良好得關懷訪視技巧和守則。為此，關懷訪視員需時刻提升自我得專業知能及技能，加強對特殊族群的訪視技巧，期透過關懷、接納與建立一個尊重及信任的關係，協助自殺個案，減少再自殺率。

2. 業務或方案的目的與目標

1) 協助關懷訪視員提升對於特殊族群之關懷訪視知識與技能，讓關懷訪視員在訪視時能更加流暢，以降低其自殺行為發生之機率。
2) 針對「精神疾病、家暴與性侵」之關懷、訪視流程及注意事項，經由專家學者及會議共同擬訂。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集與彙整
(1) 參考中心過去出版之相關資料。
a. 自殺防治系列 30-自殺風險評估與處遇
b. 自殺防治系列 31-重複自殺個案關懷訪視指引

c. 自殺防治系列 32-自殺風險個案追蹤關懷實務

d. 自殺防治網通訊

(2) 搜尋並彙整相關期刊論文與文獻。

a. 召開專家會議，討論手冊內容及擬訂大綱。

b. 進行特殊族群之專題演講。

c. 撰擬策略、建議及實施方案。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：台灣自殺防治學會楊聰財理事、臺灣家庭暴力暨性侵害處遇協會朱憶華理事、全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

2) 資源連結內容及形式：專題演講、專家諮詢、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

三、 過程(Process)

1. 5 月下旬開始進行蒐集有關精神疾病、家庭暴力及性侵害等相關文獻。
2. 5 月 24 日寄信給周煌智醫師請求推薦專家。
3. 6 月 17 日開理監事會議，請楊聰財醫師推薦專家。
4. 7 月 12 日取得專家推薦名單。
5. 10 月 6 日寄信邀請專家參與討論會議。
6. 10 月 14 日召開討論會議「研擬特殊自殺個案之關懷訪視注意事項」之專題演講。
7. 10 月 21 日完成討論會議之大剛並進行第一次修正。
8. 10 月 26 日完成初稿並進行第二次修正。
9. 11 月 9 日進行第三次修正。
10. 11 月 17 日完成「特殊個案關懷訪視指引」手冊。
11. 11 月 18 日將完整指引手冊並提供給各專家進行增添與修改。

四、 成果(Product)

1. 背景

關懷訪視員須了解自殺通報中有特殊身分註記個案之背景，了解其臨床特徵與心理狀態、及相關自殺危險因子，才能提升專業知識與技能並提供個案好品質的訪視服務。以下為上述特殊族群之相關背景：

1) 精神疾病：

根據中研院鄭泰安教授針對全國抽樣調查，發現台灣地區「常見精神

疾患」的盛行率，自 1999 年的 11.5%上升至 2010 年的 23.8%，而常見精神疾患的危險因子包括女性、失業、低教育程度、以及明顯影響日常活動的身體疾病。而與自殺有關的精神疾病有憂鬱症、人格疾患、酗酒、思覺失調症、器質性精神疾患、其他精神疾患等。根據鄭泰安教授的研究，自殺死亡者生前有符合精神疾病診斷者達 97%，而達到憂鬱症標準的則有 87%。

憂鬱症是極為重要、普遍，卻被低估的精神疾病。根據世界衛生組織預估到 2020 年，全國十大疾病與傷害當中，憂鬱症將排名第二，僅次於冠狀動脈心臟病。憂鬱症會造成一個人無法工作，同時造成家庭社會嚴重的負擔。下列為憂鬱症患者會有的幾個特徵：

(1) 憂鬱的情緒。
(2) 興趣與喜樂減少，對事情提不起興趣。
(3) 體重下降(或增加)。
(4) 食慾下降(或增加)。
(5) 失眠(或嗜睡)。
(6) 思考動作遲緩變慢(或激動)。
(7) 覺得疲累失去活力。
(8) 常常覺得思考無法專注或做決定。
(9) 覺得活著沒有意義(無價值感)或罪惡自責。
(10) 常常反覆想到死亡，自殺意念、企圖或計畫。

根據研究統計有三分之二的憂鬱症患者有自殺念頭，且憂鬱症患者的自殺風險是一般人的 47.8 倍。由此可知，自殺與憂鬱症有很大的相關，而憂鬱症是一種可以治療的疾病，只要多鼓勵憂鬱症患者得到及早治療、完整治療，就有可能降低自殺事件的發生。

除了憂鬱症之外，其他的精神疾病也可能會導致自殺，例如根據統計資料顯示，至少有 25～50%的躁鬱症病患會出現自殺的意念或行為，尤其是在鬱期的自殺則相當常見；另外，據估計約有 10%的精神分裂症患者因自殺而身亡，其自殺的危險性比一般人高出 30 至 40 倍。

精神疾病本身就是一種自殺危險因子，在開發中國家及已開發國家的研究上都指出：絕大多數的自殺個案皆有可被診斷出來的精神疾病；精神疾病患者有較高的機率出現自傷和自殺行為。精神疾病患者對於個案本身、家屬、社會都造成相當程度的影響，特別是某些自殺的高危險群個案，所

以早期的診斷治療、評估自殺的危險性是非常重要的一點。藥物的治療方面應該以情緒穩定劑為主，輔佐以抗憂鬱藥物共同治療；另外，心理治療也可提供個案一個情緒抒發的管道，加強家庭、社會的支持系統均有助於降低自殺事件再次發生。

2) 家庭暴力：

家庭暴力是指在家庭成員間發生身體上、精神上、經濟上的騷擾、控制、威脅或其他不法侵害之行為。如今家庭暴力也已經被視為是一個重大的公共健康議題，並且引起全球性的關注(Heise, Ellsberg, and Gottemoeller,1999)。對於家庭暴力盛行率的研究，在不同國家中估計差異頗大，終身盛行率約從 10~69%，而一年盛行率約在 1~52%不等(Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, and Lozano, 2002)，且一般相信家暴案件是處於低估的狀態(Gracia, 2004)。

世界衛生組織(world health organization，WHO)的估計，約有 16-52%的婦女曾遭受身體上的家庭暴力攻擊。也反應大多數的受害人多為較女性。不過近年來也發現，家庭暴力被害人可能包含老人及兒童，甚至還有些是成年男性。而家庭暴力被害人大多是家中弱勢族群，所以更應該受到社會上的關注。根據衛生福利部的家庭暴力通報案件統計資料，我國在過去十年間，「婚姻或同居關係暴力」之案件數量從 40,659 件提升到 61,947 件，且近年來也發現「老人虐待」案件數量有大量升高的趨勢，自 2014 年至 2015 年從 3,375 件提升到 5,971 件，「兒少保護」案件數量在 2015 年也有 21,360 件。

目前，我國在各縣市已成立「家庭暴力暨性侵害防治中心」，也設立「113 保護專線」，一般民眾可打電話求救或諮詢，保護被害人免於家庭暴力的傷痛，也對加害人進行處遇及輔導。下列為有關家庭暴力加害人、被害人以及兒童虐待之心理特徵與臨床特質：

(1) 家庭暴力加害人：

家庭暴力加害人的人格特質包含強烈控制欲、容易衝動、低自我評價、缺乏安全感、對他人意見不尊重、無法控管情緒等。加害人傾向將問題以外在歸因的方式來處理，個案會覺得都是他人沒有達到我的要求，都是他人的錯。此外，對家暴加害人來說，自身安全感來自於控制被害人，當政府將被害人保護且帶離加害人身邊時，家暴加害人會感到安全感的喪失。而當加害人感到受傷害時，往往會將自身狀態轉為生氣情緒及攻擊行為，

來緩和與掩飾焦慮不安的感受。

加害人可能合併有藥物濫用、酒癮、失業等情形，在臨床特徵上，有近 50%的家暴加害人有喝酒的習慣，同時暴力行為也常發生在酒後。在此問題上，陳怡青(1996)的研究指出：家庭暴力加害人多數會有賭博、酗酒等問題，而這些問題亦經常伴隨著其本身的社會適應或壓力調適問題。而家庭暴力的高危險因子還有情緒障礙與人格障礙，例如躁鬱症、憂鬱症患者因情緒障礙而不易控制情緒，因此在爭吵時常會合併焦慮與憤怒情緒而對家人施暴。

(2) 家庭暴力被害人：

在家庭暴力事件中，幾乎所有被害人都具有低自尊與負面的自我概念。從陳婷蕙(1997)的研究中發現，被害人之人格特質包括：低自尊、社會孤立、童年有受虐經驗、消極被動、缺乏判斷何者會導致生命危險的能力、具攻擊性、具依賴性、自責。而在長期受虐下，身體上的傷害或許較容易恢復，但是心理上的傷害，卻可能需要更多的關注與協助，心裡創傷的經歷有許多種，不同的經歷可能產生不同的反應。

被害人受到的心裡創傷反應及症狀有明顯的共通性，常見的精神疾病為「創傷後壓力症候群(PTSD)」，而 PTSD 的共病是相當常見的，常伴隨 PTSD 出現的其他精神疾病包括：重鬱症、焦慮症、恐慌症、睡眠障礙、物質濫用與人格疾患等，其中又以重鬱症與 PTSD 有高度相關，因此面對被害人時應該要注意的不僅僅是 PTSD，還要注意被害人是否有其他精神疾病的共病性存在。

事實上，由於精神狀況的複雜性，PTSD 能被不一樣的創傷事件所促發，許多家暴被害人不清楚自己的壓力反應，也不知道該向誰求助，因此，家暴被害人的自殺危險因子除了精神疾病以外，更需注意個案長期面臨家暴的壓力源。

3) 兒童虐待：

虐待兒童的定義是危害或損害兒童身心健康發展的任何行為，或任何不作出某作為以致兒童身心健康發展受危害或損害的作為。我們基於社會的標準和專業知識，去衡量這些行為是否對兒童造成傷害。這些行為是由個人利用本身的特殊地位(如年齡、身分、知識、組織形式)而有能力單獨或集體地對兒童施以虐待。虐待兒童並不限於發生在子女與父母或監護人之

間，任何受委託照顧及管教兒童的人士，例如兒童託管人、親戚、教師等，都可能是施虐者。

兒童虐待可分為身體虐待、精神虐待、性虐待及忽視，其臨床特徵有身體傷殘(如瘀青、抓傷或擦傷，燒傷、骨折、腹部創傷、頭部外傷等)、死亡、認知功能受損、創傷引發之退縮反應、精神渙散、無法集中於課業等，也會產生行為偏差(如攻擊行為、違法行為、具有侵略性的性行為等)或過份順從、同儕關係欠佳、學業表現不良、易出現犯罪傾向、學習(業)障礙、易出現自殺行為、提早進入婚姻等。

在心理狀態上，可能有創傷後壓力疾患(PTSD)、憂鬱、焦慮、絕望等情緒症狀，在後續影響會有認知-歸因缺失(與一般人相較，想出較少的解決方法，或盡是想出負面的解決方法)、不當情緒反應(如過份自責、焦慮、畏懼犯錯及易憤怒)、人格發展障礙(如低自尊、低自信、低自我形象)、人際關係缺陷(如不平衡的人際關係、對人沒有信任感、不易和人合作、人際關係欠佳、低社會技巧、不安全依附)、代間傳遞而成為施虐者、易罹患精神疾病(如憂鬱症、社會適應障礙、易患藥、酒癮或濫用、行為障礙)等。綜合上述各項影響，不難發現虐待事件對兒童之影響至深且巨，近年來國內外學者漸漸從研究中發現並提出呼籲，受虐兒童的心理創傷需要被即時介入處理，否則長遠的影響甚至會跟隨個人一生(余漢儀，1996；林佩儀，2004)。

4)性侵害：

性侵害是屬於一種暴力行為，在沒有經過當事人同意下，以強暴、脅迫、恐嚇、催眠術、藥物控制或其他違反意願的方式發生性行為，都算是性侵害。另外，即使是兩情相悅，但只要有一方未滿 16 歲，也屬於性侵害的範疇。

近五年來，我國處理的性侵害通報案件約為 13,000 件至 15,000 件不等，其中，加害人以男性居多，被害人則以女性居多。而我國成立「家庭暴力暨性侵害防治中心」，除了處理家暴事件，也同樣對性侵害加害人進行相關處遇，並推動性侵害案件減少被害人重複陳述制度，簡化性侵害案件處理過程中對被害人詢問、驗傷、採證等程序，以避免性侵害被害人在司法偵審程序中，須向社工、警察、檢察官、法官分別陳述受害經過，多次重複陳述案情一再面對創傷，對自殺防治也是一大助力。下列為有關性侵害加害人、被害人之心理特徵與臨床特質：

(1) 性侵害加害人：

性侵害加害人的人格特質異質性相當高，多數學者認為人格是遺傳、環境、學習、社會等因素交互作用的結果。性侵害加害人的人格特質多在家庭暴力頻繁、父親早逝或早離等有問題的家庭生活經驗中孕育而成，早期的成長過程、曾遭受過性虐待的創傷，或是童年時期被忽略，都使其心性發展受到阻礙，自尊心也受到嚴重的傷害，導致對自我評價低、常感到沮喪，在同儕團體中容易害羞、不安，因此影響了他們日後的學校生活、工作狀況與態度以及社會關係。也有許多研究顯示，性侵害加害人有易怒、缺乏同理心(empathy)、自卑、衝動、人際溝通障礙、物質濫用等傾向。

美國性侵害研究專家 Groth 曾以心理動力學的論點來解釋性侵害犯罪，事實上，性侵害加害人所訴求的不是性慾的滿足，而是藉由「性」來表達其憤怒及權力，從性侵害行為中獲得權力感和滿足感，以發洩其生活上的挫折與羞辱，臨床研究亦發現如此情形。

性侵害加害人基本上所呈現的是一種心理功能的障礙，暴力行為是因為情感軟弱、或不能處理自己的需求而產生不安全感所致。性侵害加害人最主要的心理缺陷是與他人(特別是男女之間)沒有任何情感上的親密關係，也較不能流露溫暖、信任、憐憫及同理心，人際關係缺乏相互依存、互惠及誠懇的分享。許多研究指出親密感(intimacy)匱乏與孤獨感(loneliness)是性侵害加害人的兩項人格特質(Marshall,1989、1993。Bumby and Hansen,1997)。性侵害加害人雖然知道自己犯錯，但是會想合理化自己的行為，且否認性侵加害的事實。柯永河(1999)指出，性罪犯的否認反應主要是針對性加害有關的內容，並非全面性的否認。

(2) 性侵害被害人：

性侵害是一種極嚴重的犯罪行為，除包含「身體傷害的暴力」和「性的侵害」以外，被害人在「強暴迷失」的錯誤思考下受到社會的異樣眼光，和傳統社會刻板觀念影響下所承受的壓力，使得被害人只能躲在社會陰暗的一角。

因為加害人大多是自己親近或是熟悉的人，使得被害人因為在親密的人際關係中被傷害，因此容易對他人產生不信任感。而被害人在受到性侵害以後，可能也造成「創傷後壓力症候群」(PTSD)呈現高度恐懼、焦慮、過度警戒、常於夢中驚醒、一再重覆經歷被侵害的驚嚇、無助及無望的感覺等症狀。然而，傷害持續的越久，產生的無助、無望感越大，甚至會產

生與加害人病態共生的狀況，而導致自我功能無法正常發展。

部分性侵害的被害人會產生習慣性焦慮和沮喪，也經常有憤怒的情緒，反應出習慣性易怒，但會害怕自己無法控制怒氣，這樣的感覺可能內化成自我嫌惡與沮喪，或是顯出來轉而虐待他人(即所謂暴力的循環)，因而原本的被害者轉而成為加害人。

2. 關懷訪視指引注意事項

關懷訪視指引注意事項融合過去出版手冊，將關懷訪視員訪視注意事項之內容與特殊個案注意事項整合在一起，讓訪員能將一問二應三轉介之技巧，運用在具特殊性身分之個案身上，並了解該注意個案之特殊細節。

1) 一般訪視注意事項

(1) 面訪事前之準備：

a. 心理調適：家訪時所要面對的狀況相當多且複雜，訪視員會面臨許多挑戰，因此會有心理上的緊張、害怕及焦慮等，故訪視員在事前若能有心理準備，可降低自己的挫折感。

b. 安全第一：面訪過程中若覺得有安全風險，則先避之；也可尋求男性或局端協調其他工作人員共訪。

c. 熟記個案的相關資料：包含姓名、重要生活事件或上次訪談內容等。

d. 約好訪視時間、安排家訪路線圖：事先與個案約定訪視時間，並準備訪視路線圖，山區或偏僻難尋處，亦可詢問地段公衛護士協助，以了解詳細位置。另也準備一份個案家訪時間表，註明個案姓名、地址及連絡電話等，放於辦公室內，以便有急事可以連絡。

e. 備妥相關單張：可攜帶工作服務證、名片、單位機構簡介單張及衛教單張等，便於識別及說明相關服務。

f. 整齊的服裝儀容：適當的衣著打扮，有助於良好印象及關係的建立，切忌奇裝異服或過於暴露之打扮。

g. 其他準備物品：如手機、交通工具、開水等。

(2) 面訪時之注意事項：

a. 安全第一：面訪時若發現個案有危險物品或攻擊傾向，應以保護自己及個案安全為優先，婉言安撫個案或尋求他人協助。關懷訪視員穿著應以輕便為宜。

b. 理解個案自殺事件、原因，以及目前自殺意念、自殺企圖的緩解程度。

c. 給予個案基本的生理與心理支持。

d. 了解個案的壓力源，討論壓力的因應方式，適時的提供資源協助。

e. 風險評估：觀察個案當下是否有再自殺的特徵與徵兆。個案的衣著打扮、神情、言行舉止與外觀、家中的擺設狀況等等，任何語言與非語言的訊息，評估個案當下的狀況。(依據各項自殺風險評估量表，找出個案的自殺危險因子與保護因子，評估自殺個案的自殺風險為高度、中度或低度，再根據風險程度，調整訪視頻率與策略。)

f. 特殊需求個案：領有身心障礙手冊、有精神疾病診斷之個案，要注意是否有持續就醫、穩定服藥。(有需要申請補助之個案，可提供所需資源協助，達到資源連結之目的。若個案已經申請補助，可以關心個案補助申請狀況，提醒個案領取補助等等。)

g. 個案的人際支持網絡：主要人際支持網絡有三種：家庭、朋友、街坊鄰居。了解個案身邊支持網絡種類，以及支持網絡的強度，並試著增加個案支持網絡的多樣性與強度。

(3) 面訪時，非語言溝通之注意事項：

a. 肢體語言：包括臉部表情、姿態前傾、眼光接觸。

b. 空間、距離與環境擺設及氣氛：空間宜隱密、安靜；距離適當，一般一對一者維持在 45 公分左右；維持安詳之氣氛，保持溫馨與靜肅。

c. 語助詞：包括嗯、喔...等語助詞；若能配合聲音強弱、聲調高低及長度，則可千變萬化，交織出各種口氣，而更能達成互動與誘導之目的。

d. 肢體接觸：正確得宜的肢體接觸可以增進關係，譬如對嬰幼兒、兒童、及老人或重病病人；肢體接觸的內容包括很廣，從簡單的握手致意、拍肩膀等；肢體接觸應注意個案之年齡、性別、習俗、身體部位；不當的身體接觸有可能帶給個案焦慮或特殊感覺而影響雙方關係或被譏為性騷擾，關懷訪視員應妥善斟酌。

簡言之，基本上交談時與個案以同樣或適度的音量、速度來溝通；面談者需要注意非語言的表達方式，如肢體的反應及表情的變化等，像是凝視對方，表現關注的神情都是基本的非語言技巧。

此外，也要留意個案非語言的表現，因為面談技巧最重要的即是重視此時此刻(here and now)，隨時察顏觀色，掌握個案的情緒變化進而誘導其講出主要問題之所在，亦是溝通的要素。

(4) 訪視會談結束：

一般會談的時間以三十分鐘至五十分鐘為宜，除了用時間長短來決定訪視結束時機外，還可以下列幾種情況結束會談。

a. 個案的身心狀態無法負荷時。
b. 個案缺乏接受訪談的意願，原因來自於有其他重要的事情要辦理，或個案對問題的共識尚未達成。
c. 會談時間與個案的生活作息衝突，如正逢用餐時間或個案家中剛好有他人拜訪，皆不適合繼續會談。
d. 個案不在家，其他人對問題又不清楚時。

在最後結束前，我們可以注意下列三點：一、問個案是否遺漏任何重要的訊息。二、做個簡要的總結，回顧今天所談的內容，也確認是否有正確的接收到個案的資訊。三、是否還要約下一次的面談，若是，那目的為何？

總而言之，在面談時，最基本的事要有同理心及傾聽，要能了解個案的想法，才能體會進而分擔的感覺。而最常用的基本溝通技巧就是誘導與澄清，可多使用開放式問句，誘導個案講的更多，才能更了解個案。另外，不要跟個案搶話題，並能尊重及接納個案不同的意見，不要嘗試教導或教訓個案自己認為對的觀念，也要有適當的回饋反應與情緒支持，在改變話題時，應讓個案知道。良好的面談溝通，可從個案得到很多自殺意念相關之訊息，並增進關係，而得到良好的效果。

2) 特殊個案訪視注意事項

(1) 精神疾病個案：

a. 請督導或心理師陪同家訪。
b. 針對訪視過程中需加強的部分，配合醫師協助來進行修正。
c. 請衛生局召開個案討論會，邀集心理師和醫師一同出席，針對個案討論因應策略。
d. 在關訪員訓練中，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。
e. 讓關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。

(2) 家暴及性侵加害人：

a. 個案對關懷訪視員容易有強烈的排斥感，因此需花較長時間培養信任關係。
b. 個案在言語上會貶低與攻擊關懷訪視員。
c. 個案情緒較不穩定且可能有酒精依賴的問題。
d. 要確定外界的物理環境(離開的通道)之安全性。

e. 確定個案身上未持有傷害性的武器。

f. 當個案的需求大於訪員的權限時，要表明清楚關懷訪視之目的及可提供的協助有哪些。(注意：家暴加害人可能會想藉由訪員去見其家人或被害人，因委婉拒絕並強調關懷的對象是個案本身)

g. 避免刺激個案的情緒。

(3) 家暴及性侵被害人：

a. 建立個案的自我效能，鼓勵個案讓其看到自己的優勢能力。

b. 要求個案做一些輕易達到的小事，當個案做到時給予適當的鼓勵和感謝，可增進個案的自信。

c. 對被害人需要關注其情緒、身心狀況且與醫療做結合。

(4) 兒童虐待：

a. 兒虐個案比家庭暴力及性侵害被害人更容易衝動且感到焦慮及失控。

b. 如果國中生或高中生的話，最好的支持系統是同儕關係。

c. 面談時要把注意力放在個案有興趣的地方，且多鼓勵與表達善意。

(5) 其他相關注意事項：

a. 注意界線問題：不要輕易答應超出訪員權限上的事情。

b. 注意衣著打扮：家暴及性侵害加害人會特別注意訪員穿著，而適當的衣著打扮是為了讓個案沒有藉口去說:「因為訪員的穿著...，所以我才...」。

c. 注意個案可能在某段時間上有高自殺危險性：個案在自殺危險的時間上都不一樣，但是大部分家暴及性侵害個案的自殺危險性會在晚間時段。

d. 不論是加害人還是被害人，讓個案學習找到自己的優勢及自控感：加害人及被害人有很多特質是雷同的，都必須藉由提醒才可在生活中找到控制感。

3. 結論

自殺關懷訪視是相當艱難的工作，從剛開始的關係建立，到資源的連結，再到最後階段的轉介，這一連串的過程都可能讓自殺關懷訪視員們費盡心力及體力。在面對種種個案時訪員也都必須絞盡腦汁找出適當地因應方式，才可以提供以個案為主的服務，讓其感受到自殺關懷訪視員的用心付出。針對高風險個案大多是具有特殊身分者，所以盼此特殊個案關懷指引手冊，能提供訪員當作最好的參考，在面對特殊個案時都能不慌不忙地找出適合個案的處遇方式，解決自殺關懷訪視員在實務工作中的困境。

五、 附件

附件 5.2.1　特殊個案關懷訪視指引

自殺防治中心網站之維護及宣導

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

過去自殺曾連續 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 2015 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。

近年網際網路的普及率無遠弗界，躍升為臺灣主流媒體之一，且技術日新月異，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，提昇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，提供即時性多元化的資訊，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) 網站維護作業，持續定期更新自殺防治宣導資訊及相關統計數據。
2) 維護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。
3) 維護中心網站英文版介紹頁面，促進國際對中心之認識與交流。
4) 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。

5) 持續運用各種免費軟體與平臺，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。

6) 由於網際網路影音平臺技術已十分成熟，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，提升影音的能見度。

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、各縣市衛生局及社區心理衛生中心、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、台灣憂鬱防治聯盟、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 電子書平臺。

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：

今年度陸續增修「組織架構」、「人員簡介」、「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「珍愛生命活動總覽」、「微電影專區」、「心理健康知能衛教專區」、「珍愛生命義工園地」、「媒體報導專區」、「資料分析」資料，並更正相關資訊及超連結。

3) 宣導品上傳及更新自殺防治圖書館：

(1) 2 月上傳自殺防治網通訊─第十卷第四期。

(2) 5 月上傳自殺防治網通訊─第十一卷第一期。

(3) 6 月上傳自殺防治系列手冊 29-32。

(4) 8 月上傳自殺防治網通訊─第十一卷第二期。

(5) 10 月上傳自殺防治網通訊─第十一卷第三期。

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) 不定期透過電子報系統寄發電子報，發佈最新訊息。

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) 自殺防治年中討論會議線上報名。

(2) 台灣自殺防治學會年會暨學術研討會線上報名。

(3) 北中南三區「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)」線上報名。

(4) 北中南三區「自殺關懷訪視專業訓練(進階)」線上報名。

(5) 2016 年自殺防治日攝影徵件活動線上報名。

(6) 不定期「珍愛生命數位學習網─課後評估表」資料回饋。

(7) 不定期「「珍愛生命義工志願服務報名表」資料回饋。

(8) 不定期「內部數位教材課程評估表」資料回饋。

(9) 不定期「網路使用與身心健康調查」資料回饋。

2) Google Analytics 工具：自 2013 年 6 月將中心網站主機轉移至中華電信 HiCloud 雲端服務後，即以此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. 中心公用電子信箱：

中心不時接獲民眾透過電話、電子信箱、facebook、傳真等管道，向中心求助或提供意見，亦有許多本著守門人概念的民眾，通報個案予中心，這些案件均由中心專人給予回饋並持續互動關懷。

四、 成果(Product)

1. 執行結果(截至 2016 年 11 月 30 日)

1) 中心網站流量統計：全年度訪客總數為 35,171 人次，網頁總瀏覽數為 49,528 頁。2013 年 7 月至 2016 年 11 月累計總參觀次數為 126,501 人次。

2) 定期發布「最新消息」及「最新宣導品」，全年度總計共發佈 17 則消息。

3) 網站電子報目前累積訂閱人數為 8,272 人，全年度共寄發 14 則電子報。

4) 線上資料收集：使用「Google 雲端硬碟-表單功能」收集資料之活動共 13 場，總計收集 2,366 筆資料。

5) 中心公用電子信箱求助信件：全年度處理的求助信件共 39 件；其中自我求助的共 18 件，為他人求助共 19 件，其它單位轉介共 1 件，回饋安心專線意見 1 件。

2. 結論

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)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 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)、行動裝置瀏覽不便等問題。

4)建議與改善：

建議能編列預算重新設計網站，增加網站設計與功能擴充之彈性，並達到跨瀏覽器及手機行動瀏覽之功效，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回客率，進而促進珍愛生命理念更廣泛之宣導。

雲端數位學習平臺之維護與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

近年網際網路使用逐漸普及，加上雲端時代之來臨，及人人皆有行動裝置等因素衝擊下，傳統面對面授課之學習模式被各種日新月異的數位科技影響，各大企業、學校紛紛推出各式不同的數位學習模式供大眾學習。有鑑於此，為提升珍愛生命守門人自殺防治教育訓練之方便性、自由性及廣泛性，社團法人臺灣自殺防治學會自 2009 年起建構「珍愛生命數位學習網」，以無償的方式提供一般民眾與醫療相關專業人員於雲端學習自殺防治相關知識；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。2015 年底，「珍愛生命數位學習網」由 XMS 數位學習系統升級至 TMS 數位學習系統，擺脫以往遠距教學時 IE Only 的束縛，使每個人無論在何時何地皆能透過不同的行動裝置、電腦系統學習，使「自殺防治、人人有責」，及「自殺防治守門人 1 問 2 應 3 轉介」之概念更能深入人心，讓人人皆能成為自殺防治守門人。

2012 年底首度與全國醫師公會全聯會及富邦集團旗下之凱擘凱擘股份有限公司異業結盟，結合不同類型的市場主體，提升規模效應、擴大自殺防治守門人教育率、提高資訊與資源共用。將專業醫療衛生保健知識透過數位匯流、雲端整合科技專業與服務全國百萬家庭用戶基礎，使所有民眾可輕鬆利用家中電視、電腦隨選隨看，甚至可利用行動裝置在戶外都能點閱，達成零壁壘教育。2013 年凱擘凱擘股份有限公司更積極整合本學會過去針對各年齡層、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」，除充實影音課程外，亦提供多元化之學習內容，供民眾隨時查詢並選看自殺防治最新數位學習課程。此外，本學會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，剖析各種心理衛生相關疾病徵兆與預防方法落實自殺防治相關概念，使全民更加理解自殺防治守門人理念，將守門人概念傳播到各個角落，實際落實「自殺防治人人有責」。

2. 業務或方案的目的與目標

1) 以珍愛生命守門人防治概念為主軸，透過雲端行動數位科技管道，提升數位學習資訊廣度多元化與遠度豐富化，期許國人在自殺防治議題上能更深

入了解。

2)透過網網相連理念，針對政府單位及民間團體等不同對象，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)提升數位影音之質與量，透過改善影片錄製品質及提升拍攝技術引起民眾興趣，使數位學習更加活潑易懂，深值人心達潛移默化之效。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)雲端數位服務：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，2013 年 9 月全國自殺防治中心之官網亦正式納入中華電信雲端服務。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(圖 6.2.1)：

(1) 選擇主題之課程講座，使用數位攝影機將現場影像，以 HD 畫質方式錄製；或使用 Powercam 錄製現場影像及簡報。

(2) 錄製完成後，利用繪聲繪影軟體針對錄製檔案內容進行編輯增修。

(3) 最後由同仁及課程講師評估修正後，將最終版本上傳至數位學習平臺，供點選學習。

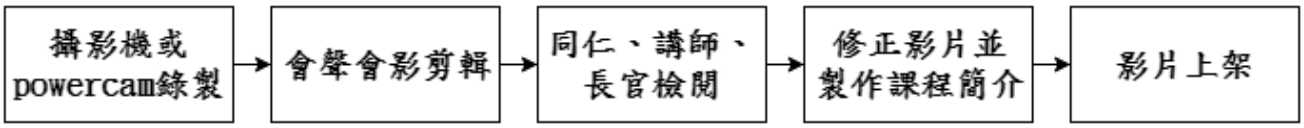


圖 6-2-1、影音課程之製作與評估流程圖

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) 課程充實與平臺升級：

a.珍愛生命數位學習網已在 2015 年 12 月由 XMS 數位學習系統更新為更新為 TMS 數位學習系統，並且將 XMS 數位學習系統的學員資料全數轉移至新系統中。

b.珍愛生命數位學習網升級至 TMS 數位學習系統後，採 Streaming Media 方式線上串流影音，也擺脫以往 IE only 的使用限制，可使用不同瀏覽器、行動裝置觀看課程，大幅改善閱覽體驗。

c.數位學習網升級至 TMS 數位學習系統後，資料庫由 MySQL 4.1 升級至 MySQL 5.6，大幅改善處理效能、增進安全性並提供 Unicode 支援。

d.透過 TMS 數位學習系統管理專業人員認證課程的修習情況與推展成效。

e.YouTube 之影片連結可嵌入 TMS 數位學習系統，影片透過 YouTube 播放可大幅降低數為學習網之系統負荷，確保學員之學習品質，也提升 YouTube 平臺之「全國自殺防治中心珍愛生命影音頻道」的能見度。

f. 持續新增珍愛生命數位課程及媒體影音。

(2) 數位學習網使用者介面簡介：

a.數位學習網首頁如圖 6.2.2 所示，由網頁上方往下依序為網站系統選單、網站說明、學習網公告、數位課程選擇區塊及最新課程簡介。其中數位課程選擇區塊供學員閱讀積分認證說明，或是選擇任何一個職業認證課程修習取得積分。學習網也提供自殺防治課程及自殺防治相關的媒體影音，供一般大眾點選閱讀。數位學習網每當有新的自殺防治課程上架，皆以跑馬燈的形式顯示課程簡介，吸引學員觀看。



圖 6-2-2、數位學習網首頁

b.課程觀看介面如圖 6.2.3 所示，課程影片採用 Html embed 的方式嵌入 Youtube 頻道之影音。若學員選擇的課程為積分認證課程，網站則會記

錄該學員目前已閱讀影片多久時間，方便學員中途離開後，能夠從影片未完的部分開始繼續觀看課程。



圖 6-2-3、積分認證課程播放頁面

(3) 數位學習網之影音分成積分認證課程、自殺防治課程、媒體影音及關訪員課程專區。四種類型之影音說明如下：

a.數位學習網之積分認證課程目前包含護理人員、醫師、藥師、諮商心理師、家醫科醫師及公務人員之認證課程，可供上述專業人員獲得繼續教育積分，加強自身專業能力。

b.數位學習網之自殺防治課程為中心或中心與外部單位舉辦之實體課程錄影後製而成，提供一般大眾及自殺防治專業人士學習，增進自身自殺防治相關之知識與技能。

c.媒體影音內容為中心召開之記者會、舉辦之活動、媒體專訪實錄，提供一般大眾及專業人士更加了解自殺防治相關工作，深化自殺防治、人人有責之概念。

d.訪員課程專區之影音內容為 2016 年關懷訪視員實體訓練課程，供第一線關懷訪視員學習專業知識及技能。

(4) 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，且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臺，進行數位課程授權，提供機構人員網內學習。

c.校園合作：選擇適合課程，供校園老師及學生修課認證，並提供修課通過清單。

d.手冊電子化，推廣至雲端平臺：將過去出版刊物電子化，與其他電子書平臺合作雲端連結。

5) YouTube 雲端推廣：由於網際網路影音平臺技術漸趨成熟，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「全國自殺防治中心珍愛生命影音頻道」之平臺網站。

(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。

(5) 數位學習網升級至 TMS 平臺後，所有學分認證課程皆由 YouTube 頻道之課程影片嵌入數位學習網播放，除了降低數位學習網系統之負荷，更能提升 YouTube 頻道之能見度。

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 人事服務平臺、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、臺灣大學通識課程、臺南市政府教育局(教師自殺防治守門人課程引用)、YouTube 影音平臺、國家教育研究院愛學網、國家教育研究院教育雲。

2) 資源連結內容及形式：技術之支援、無償提供自殺防治課程做為專業人員教育積分認證、學習平臺之推展、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) 本年度數位學習網新增影音清單及上架時間依序如表 6.2.1。

表 6-2-1、2016 年度新增影音清單

上架時間	課程名稱
2016.06.14	日出健走_Walk in hope 青少年自殺防治-陪伴青少年走過生命幽谷(記者會)
2016.06.27	自我傷害防治、自殺防治概況說明、自殺防治風險評估
2016.10.07	自殺防治概論與措施_廖士程、_自殺防治概論與措施_李明濱、自殺自傷個案之評估與處遇_吳佳儀、自殺防治與資源連結_張家銘、自殺防治與資源連結_蕭雪雯、自我覺察與壓力管理_方俊凱、自我覺察與壓力管理_楊延光、自我覺察與壓力管理_李俊德、常見精神疾病與因應措施_曾美智、常見精神疾病與因應措施_謝明鴻、常見精神疾病之處遇_顏永杰、高風險個案之評估_陳宜明、高風險個案之評估_朱柏全、高風險個案之評估_陳偉任、困難個案之處遇及追蹤_廖士程、困難個案之處遇及追蹤_簡以嘉、困難個案之處遇及追蹤_王禎邦
2016.10.28	社區醫學照護_自殺防治、珍愛生命守門人、自殺防治守門人訓練、正念呼吸法社區醫學照護_自殺防治、珍愛生命守門人、自殺防治守門人訓練、正念呼吸法、105 年世界自殺防治日記者會實況、媒體自殺事件與教唆自殺之因應
2016.11.04	自殺關懷訪視實務督導_現況與挑戰、青少年自殺防治對策與展望、老年人之自殺防治、農藥管制與自殺防治、11 年自殺防治中心成果報告、自殺防治概況說明及守門人處遇技巧、自殺個案追蹤之溝通與晤談技巧

(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 6.2.4。

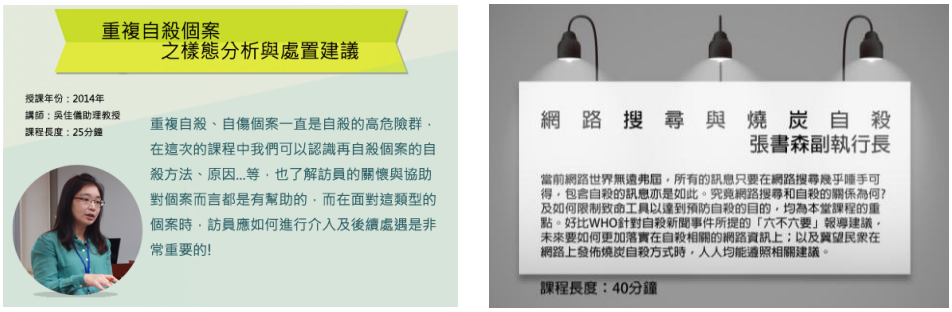


圖 6-2-4 課程簡介(preview)示意圖

c.為加強數位學習課程閱覽之方便性，目前學習網之課程分類為學分認證課程、自殺防治課程、媒體影音三大項目，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。

d.為縮減自殺防治守門人教育數位學習之閱讀鴻溝，臺灣數位學習科技股份有限公司與臺灣自殺防治學會公益合作，將 XMS 知識管理數位學習系統升級至 TMS 教育訓練平臺，達成知識資產共享。往後不論身處於何時或何地，皆可登入珍愛生命數位學習網增進內顯知識。

e.為因應雲端時代數位快速匯流趨勢，本學會已建置攝影棚以提升數位教材錄製品質，使閱聽者能觀賞符合時代之影片畫質。

(3) 多元管道之連結與推廣：

a.為推廣數位學習資源連結共享之概念，於 2015 年起與臺大通識課程合作，設立「臺大通識課程專區」，結合實體通識課程，提供學生進行修課前之線上守門人課程及電子書預先閱讀。

b.「珍愛生命數位學習網」與其它機構內部數位學習平臺連結，提供課程內容之授權，授權課程清單如表 6.2.2。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 年持續新增合作平臺依序為高雄港都 e 學院、臺南市政府公務人力發展中心-e 學補給站、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 人事服務平臺。

表 6-2-2、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
一夜安穩到天明：談紓壓安眠與心理健康促進	陳錫中醫師	52 分鐘
老年期之心理健康促進	陳錫中醫師	50 分鐘
自殺迷思與危險因子保護因子介紹	吳佳儀教授	55 分鐘
談校園之情緒管理與壓力調適	劉惠玲護理師	68 分鐘
認識網路成癮的現象	張立人醫師	82 分鐘
危機處理、轉介技巧與資源連結	蘇柏文醫師	55 分鐘

c.各個合作學習平臺之學員修課相關回饋數據如表 6.2.3。

表 6-2-3、合作平臺學員修課回饋數據

	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	3542	690	795	4213	772
	完修數	3282	613	719	3875	692
e 等公務園學習網	選課數	681	823	2006	768	757
	完修數	534	594	1629	586	564
臺北 e 大	選課數	167	815	227	188	171
	完修數	108	672	163	121	103
中華郵政 e 大學	選課數	106	20	59	77	22
	完修數	105	19	56	67	20
內政部網路大學	完修數	0	2	0	0	5
c.c.s 人事服務平臺	點閱次數	35	41	36	32	38

d.高雄港都 e 學苑之學員修課相關回饋數據如表 6.2.4。

表 6-2-4、港都 e 學苑之學員修課回饋

課程名稱	選課數	完修數
一夜安穩到天明：談紓壓安眠與心理健康促進	1425	1076
老年期之心理健康促進	518	339
自殺迷思與危險因子保護因子介紹	356	247
珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	367	280
壓力管理與自殺防治	525	356
談校園之情緒管理與壓力調適	594	396
認識網路成癮的現象	573	378
危機處理、轉介技巧與資源連結	336	237

e.文宣手冊電子化，推廣至雲端平臺：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臺。合作平臺包括國家圖書館-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臺、凌網科技公司、遠通科技股份有限公司之電子書平臺。另外，可自行上傳之平臺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 影音平臺之應用：

(1) 數位學習網升級為 TMS 數位學習系統後，課程影片採用外連嵌入，將課程上傳至 YouTube 珍愛生命打氣頻道後，以 Html Emmbed 連結方式嵌入至珍愛生命數位學習網中，可增進前端使用者閱聽流暢度，同時降低學習網伺服器之流量負擔與負載平衡。

(2) 2016 年度 YouTube「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 6.2.5。

表 6-2-5、2016 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

公布時間	影音名稱
2016.04.11	青少年自殺防治-陪伴青少年走過生命幽谷
2016.06.02	日出健走_Walk in Hope
2016.06.27	自我傷害防治、自殺防治風險評估、自殺防治概況說明
2016.07.11	自殺防治策略與分析、自殺防治與社區處遇實務、疾病反應
2016.09.09	105 年世界自殺防治日記者會實況、媒體自殺事件與教唆自殺之因應

表 6-2-5、2016 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單(續)

公布時間	影音名稱
2016.10.07	自殺防治概論與措施_廖士程、_自殺防治概論與措施_李明濱、自殺自傷個案之評估與處遇_吳佳儀、自殺防治與資源連結_張家銘、自殺防治與資源連結_蕭雪雯、自我覺察與壓力管理_方俊凱、自我覺察與壓力管理_楊延光、自我覺察與壓力管理_李俊德、常見精神疾病與因應措施_曾美智、常見精神疾病與因應措施_謝明鴻、常見精神疾病之處遇_顏永杰、高風險個案之評估_陳宜明、高風險個案之評估_朱柏全、高風險個案之評估_陳偉任、困難個案之處遇及追蹤_廖士程、困難個案之處遇及追蹤_簡以嘉、困難個案之處遇及追蹤_王禎邦
105.10.28	社區醫學照護_自殺防治、珍愛生命守門人、自殺防治守門人訓練、正念呼吸法
105.11.04	自殺關懷訪視實務督導_現況與挑戰、青少年自殺防治對策與展望、老年人之自殺防治、農藥管制與自殺防治、11 年自殺防治中心成果報告、自殺防治概況說明及守門人處遇技巧、自殺個案追蹤之溝通與晤談技巧

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 110 萬收視戶，而透過其 SuperMOD 數位平臺約 30 萬收視戶。

(3) 中心提供之影片可於不同平臺觀賞收看，各平臺收看的方式如表 6.2.6。

表 6-2-6、各平臺收看的方式

播出平臺	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 綜合臺 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)

四、 成果(Product)

1. 執行成果

1)珍愛生命數位學習網：

(1) 新增線上課程總數：34 堂。

a.自殺防治課程：31 堂。

b.記者會實錄：2 堂。

c.中心活動：1 堂

(2) 線上課程總數：

a.專業人員認證課程共 147 堂。含公務人員 5 堂、護理人員 33 堂、藥師 31 堂、醫師 29 堂、家醫科醫師 24 堂、諮商心理師 25 堂。

b.自殺防治課程：151 堂。

c.媒體訪談實錄：17 堂。

d.記者會實錄：24 堂。

e.中心活動：1 堂。

(3) 2016 年度 1 月至 10 月專業人員認證學分/繼續教育積分課程，通過認證積分人次如下：護理人員 116,891 人次、醫師 1,211 人次、家醫科醫師 1,479 人次、藥師 12,842 人次、諮商心理師 797 人次、公務人員 409 人次。

(4) 新版學習網整體點閱率統計如下：

a.2016 年 1 月至 10 月累計總點閱次數共 375,053 次。

b.2016 年度上半年學習網各月份累積點閱次數趨勢如圖 6.2.5。

c.3-5 月點閱次數較多，與護理人員更換執照期限(6 月中)有關。

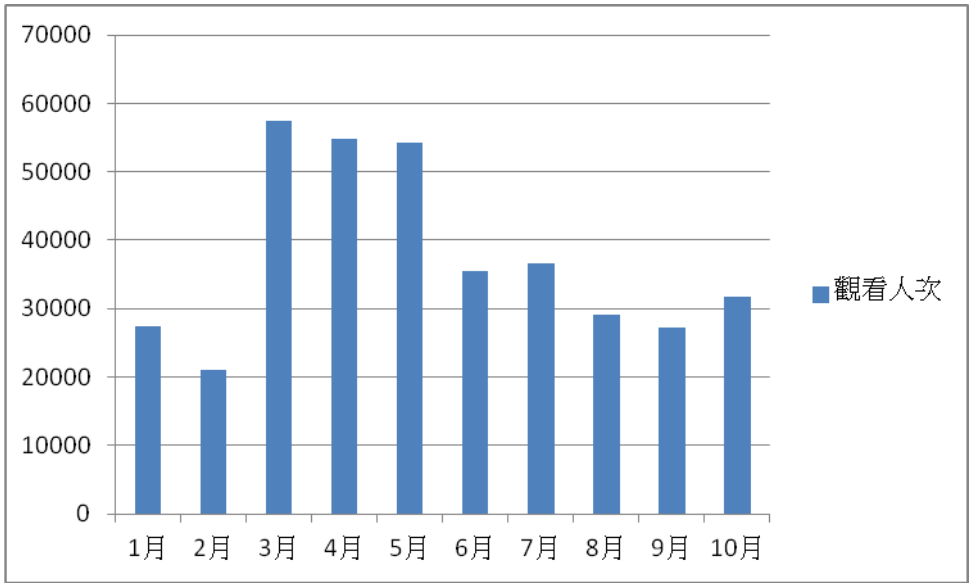


圖 6-2-5、2016 年度 1 月至 10 月學習網各月份點閱次數

(5) 自 2009 年底建置數位學習網以來，總人數累計共 46,025 人，其身份(可複選)由多至少排序為護理人員 37,470 人、公務人員 4,295 人、一般老師 2,470 人、藥師 1,825 人、導師 1,102 人、一般民眾 740 人、醫師 703 人、諮商心理師 560 人、其他醫事人員 520 人、輔導老師 307 人、義工 173 人、社工 125 人、一貫道 74 人、警察人員 67 位、臨床心理師 60 人家醫科醫師 44 人。

(6) 今年 1 月至 10 月數位學習網問卷回收共 135,152 份。共有 98.2%之學員認為課程令其感到獲益良多；98%之學員對課程感到滿意；90.1%之學員未來會推廣心情溫度計；99%之學員認為課程能增進關心他人預防自殺的能力；問卷細項結果如下：

a.本次課程內容，讓您感到有所收穫：

選項	比率
非常同意	62.1%
同意	36.1%
普通	1.7%
不同意	0.1%
非常不同意	0.0%

b.整體而言，您對本課程之滿意程度為：

選項	比率
非常同意	61.8%
同意	36.2%
普通	1.9%
不同意	0.1%
非常不同意	0.0%

c.未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？

選項	比率
願意	90.1%
不願意	4.1%
課程中沒提到	5.8%

d.本次課程是否能增進您關心他人預防自殺的能力呢？

選項	比率
可以	99.0%
不可以	1.0%

(7)「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平臺，進行課程連結，共與 7 家平臺合作，截至 10 月 31 日共有 18,207 人次完修課程。

(8)與臺大通識課程合作，提供守門人相關課程，以利臺大學生進行修課前之預先閱讀，五堂課程總計有 369 人次完成課程。

(9)珍愛生命數位學習網已升級至 TMS 數位學習，期待可提供學員更友善之學習平臺。

(10)電子書推廣至雲端平臺，連結合作單位共計 8 個。

2)Youtube 影音頻道：

(1)2016 年度 1 月至 10 月上傳之影音：自殺防治課程 31 則、記者會 2 則、中心活動 1 則。

(2)YouTube 頻道目前分享 295 部完整影片。

(3)2016 年度 1 月至 10 月總觀看時間共 6,188,222 分鐘；總觀看次數共 253,049 次。

3)凱擘大寬頻：

(1)凱擘大寬頻 SuperMOD 授權協議續約至 2016 年 12 月 31 日。

(2)2016 年度凱擘大寬頻-珍愛生命影音專區總計瀏覽次數共 1,005 人次。

2. 結論

1)珍愛生命數位學習網：

(1) 針對數位課程呈現部份，持續製作課程簡介(preview)、透過網際網路大力推廣課程學習，且結合各專業人員學分認證課程，特別是護理人員換照期限為 6 月中旬，更帶動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臺接洽，提供具指標性之課程，藉由外部它網平臺之管道，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) 數位學習系統升級為 TMS 數位學習系統後，因影片撥放方式改採改善舊有 IE Only 界面之不足，使跨平臺使用者例如皆可進入本數位學習網。TMS 訓練管理系統以企業員工教育訓練為主要應用方向，透過 E 化的培訓管理流程以及網路學習機制，有效降低工作負擔及訓練成本，更大幅提升訓練效益。除了整合各種訓練課程中的學習、管理、簽核、追蹤功能，也提供專屬的學習環境以及完整的歷程紀錄，滿足多元化的訓練需求。

(5) 因數位學習網為使用 TMS 系統建置，數位學習網的介面設計、學員資料庫建置皆受到 TMS 系統操作方式的修正。如需維護、修正、更新功能，則須透過廠商協助才可完成，可能無法即時完成相關功能更新的需求。

2)YouTube 影音頻道：

(1) 結合更多網路影音資源，如 Facebook 宣導管道及 YouTube 頻道功能等，透過網路平臺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。

(2) 將自殺防治課程影片適度剪輯，編製成適合一般大眾觀看的內容，吸引更多的民眾點閱 YouTube 頻道。

3)凱擘大寬頻：目前雲端學習、珍愛生命數位學習網及 YouTube 平臺，可自行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，於影片右下角置入中心品牌 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臺連結，持續授權中心課程，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、電視臺節目之合作、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) 數位課程若經過授課者或演講者的同意,可以讓善用媒體軟件的工作人員或志工,進行文字及視訊效果兼備,甚至可以有音樂做背影的短片(不超過 5 分鐘)，以生動活潑方式提高民眾閱讀意願，進一步提升 YouTube 頻道的點閱率。

(4) 數位學習網升級至 TMS 平臺後，可自行設計電腦版網站部分使用者介面，行動版網頁的功能及使用者介面仍有待加強。未來可蒐集數位學習網使用者之意見，或是請義工協助設計使用者介面，並積極與廠商溝通協調，提供學習網使用者友善的操作介面。

(5) 由於數位學習網使用人數及流量逐年攀升，學習網現有硬體漸漸無法負荷逐漸增加的人數，未來需要新增硬體，以便提供更好的服務。

「巴拉刈自殺」防治之教育宣導

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

根據 2010 年至 2012 年自殺死亡數據，總計 11,162 人自殺死亡，其中 1,388 人使用農藥自殺，占 12.4%，於自殺死亡方式中排名第三位。農藥自殺個案特性分析，以性別進行分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，於男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡計 391 人，占所有女性自殺死亡人數 10.6%，於女性自殺死亡方式排名第二位。以年齡層分析，年齡層越高，選擇農藥方式自殺死亡的比例也越多；「65 歲以上」族群，使用農藥自殺死亡占該年齡層所有自殺死亡 22.0%，位居老年族群自殺死亡方式之第二位。

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。而自殺防治策略之基本概念可分為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)三大策略，其中限制自殺工具之可得性亦為眾多防治方式中之一項，因此本會將結合農委會針對農民、農藥販賣業者及代噴業者舉辦四場自殺防治教育宣導課程，期盼透過課程能讓農友及業者，瞭解自身在自殺防治中所扮演的重要角色和責任，並提升對自殺防治之概念，進而提升對自殺危險因子的敏感度，發揮一問二應三轉介之技巧，成為守門人。

2. 業務或方案的目的與目標

1) 瞭解各縣市農藥自殺相關現況。
2) 結合相關單位進行農藥自殺防治課程規劃及細節安排。
3) 實地進行農藥自殺防治課程教育宣導。

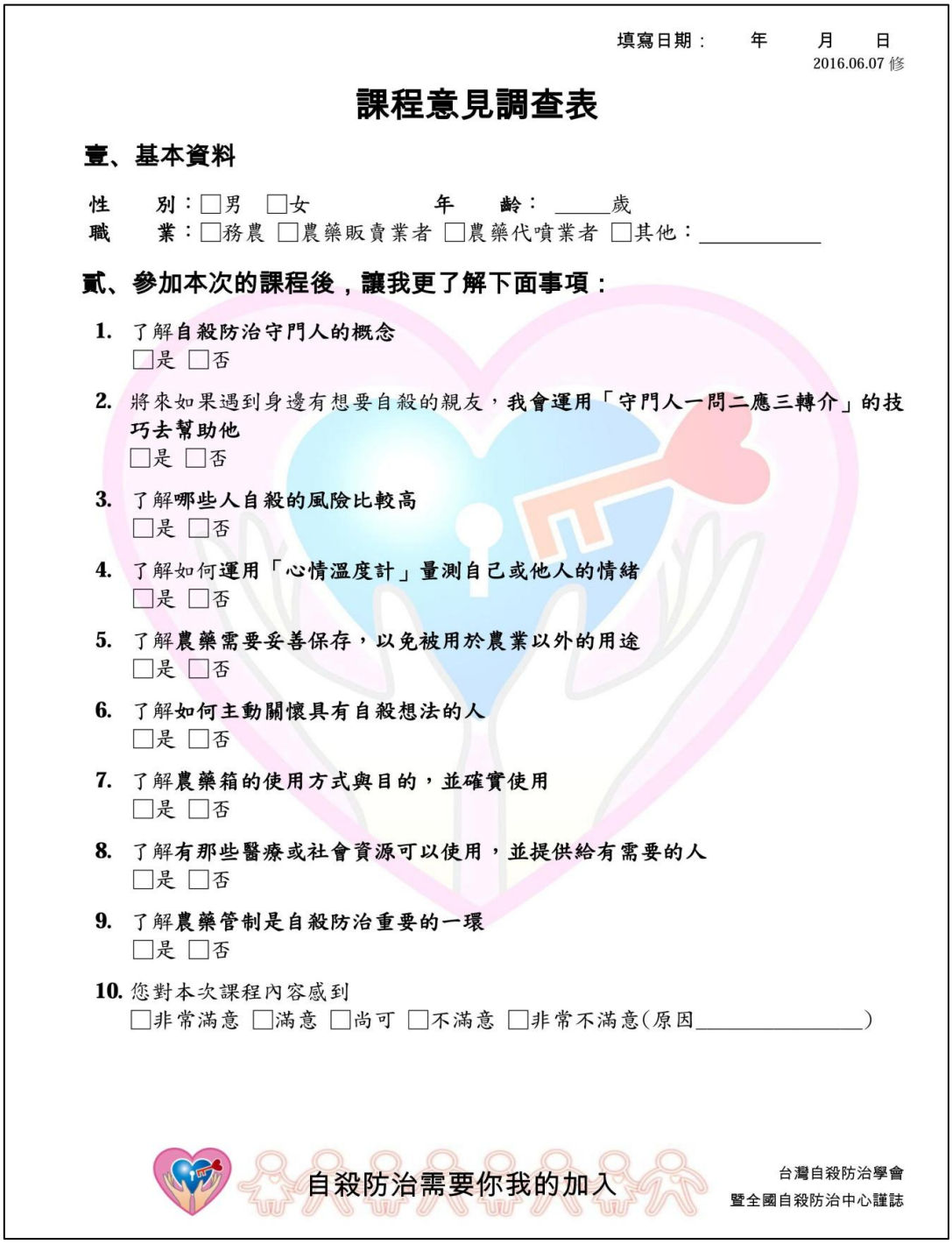
二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 與先正達公司聯繫，其並派遣代表至中心內部會議共同進行相關資料之討論。
2) 規劃本年度 4 場農藥自殺防治教育宣導課程。
3) 派遣專家實地對農藥販賣業者及代噴業者進行農藥自殺防治教育宣導，主題包含臺灣自殺防治概況及農藥自殺防治議題。第一堂課先以新近數據及

圖表讓聽者瞭解臺灣自殺防治的概要現況，再談到自殺警訊及憂鬱症衛生教育宣導，最後介紹心情溫度計(BSRS-5)與可用之社會資源做為結尾。第二堂課則講述臺灣及他國農藥自殺概況，並以安全使用農藥之觀念建立為重點。詳細課程內容如附件 6.3.1「2016 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」。

4)教育宣導內容囊括簡式健康量表之運用及推廣，並於課後請學員填寫講座課後問卷，問卷正面內容詳如圖 6.3.1，背面則為 BSRS 量表供學員參考。



填寫日期： 年 月 日

2016.06.07 修

課程意見調查表

壹、基本資料

性　　別：□男 □女　　**年　　齡**：_____歲

職　　業：□務農 □農藥販賣業者 □農藥代噴業者 □其他：_____

貳、參加本次的課程後，讓我更了解下面事項：

1. 了解自殺防治守門人的概念
   □是 □否
2. 將來如果遇到身邊有想要自殺的親友，我會運用「守門人一問二應三轉介」的技巧去幫助他
   □是 □否
3. 了解哪些人自殺的風險比較高
   □是 □否
4. 了解如何運用「心情溫度計」量測自己或他人的情緒
   □是 □否
5. 了解農藥需要妥善保存，以免被用於農業以外的用途
   □是 □否
6. 了解如何主動關懷具有自殺想法的人
   □是 □否
7. 了解農藥箱的使用方式與目的，並確實使用
   □是 □否
8. 了解有那些醫療或社會資源可以使用，並提供給有需要的人
   □是 □否
9. 了解農藥管制是自殺防治重要的一環
   □是 □否
10. 您對本次課程內容感到
    □非常滿意 □滿意 □尚可 □不滿意 □非常不滿意(原因_____)

自殺防治需要你我的加入

台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心謹誌

圖 6-3-1、2016 年巴拉刈自殺防治教育宣導講座課後問卷

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：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：資料提供、討論會議、辦理農藥自殺防治教育宣導課程。

三、 過程(Process)

1. 3 月與先正達公司針對現階段農藥儲藏箱及巴拉刈自殺防治教育宣導之規劃進行討論會議。
2. 4 月與先正達公司持續聯繫及安排本年度 4 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程規畫。
3. 5 月抵定本年度 4 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程表，並正式發文邀請農委會擔任協辦單位，其亦覆函同意。
4. 6 月開始接連 4 場次之巴拉刈自殺防治教育宣導，並分別於課後做資料彙整。
5. 先正達公司有意於之後拜訪中心進行討論會議，針對未來各縣市農藥自殺防治之因應對策進行討論。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

本年度針對農民、農藥販賣業者及代噴業者進行農藥自殺防治教育宣導；本次舉行教育宣導之縣市依據乃依照衛生福利部提供給農委會之資料及建議，選定自殺死亡人數較高之 4 縣市分別為彰化縣、雲林縣、屏東縣及嘉義縣，其中雲林縣辦理次數較多，因此於臺南市進行；場次詳如表 6.3.1，課程內容參閱表 6.3.2。

表 6-3-1、2016 年巴拉刈自殺防治教育宣導場次表

場次日期	地點
105 年 6 月 16 日	嘉義縣竹崎鄉好收成農藥行
105 年 6 月 21 日	彰化縣二林鎮二林鎮火農果產銷班第 19 班
105 年 6 月 23 日	屏東縣高樹鄉高樹農會
105 年 6 月 27 日	臺南市下營區下營農會

表 6-3-2、2016 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程內容

時間	主題	演講者
10 : 00 – 10 : 20	農藥安全用藥	先正達公司 (駐該區之技術主管)
10 : 20 – 10 : 50	臺灣自殺防治策略	全國自殺防治中心副執行長 (張書森 助理教授)
10 : 50 – 11 : 20	農藥管理與自殺防治	全國自殺防治中心副執行長 (張書森 助理教授)
11 : 20 – 12 : 00	問題與討論	主持人及所有主講人

3) 第一場次辦理情形：

(1) 6 月 16 日在嘉義縣好收成農藥行辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心張書森副執行長、臺灣先正達公司高肇興經理及技術襄理高永泰先生共同參與並依據個人專業擔任講師。課程進行如圖 6.3.2 及圖 6.3.3。當日共 25 位學員參與，回收課後問卷 17 份，滿意度調查中有 100% 的人認為「非常滿意」。



圖 6-3-2、先正達公司技術襄理高永泰先生為學員講解農藥使用安全措施



圖 6-3-3、臺灣大學公共衛生學院張書森助理教授為學員講解自殺防治現況

4) 第二場次辦理情形：

(1) 6 月 21 日在彰化縣二林鎮火農果產銷班第 19 班辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心張書森副執行長、臺灣先正達公司高肇興經理及技術主任劉同揚先生共同參與並依據個人專業擔任講師。課程進行如圖 6.3.4 及圖 6.3.5。當日共 54 位學員參與，回收課後問卷 33 份，滿意度調查中有 87.5%的人認為「非常滿意」、12.5%認為「滿意」。其中有學員回饋課程「講解清楚親切」。



圖 6-3-4、先正達公司技術主任劉同揚先生為學員講解合法農藥識別



圖 6-3-5、臺灣大學公共衛生學院張書森助理教授為學員講述自殺之警訊

5) 第三場次辦理情形：

(1) 6 月 23 日在屏東縣高樹農會辦理巴拉圴自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心張書森副執行長、臺灣先正達公司高肇興經理及技術部門人員廖啟文先生共同參與並依據個人專業擔任講師。課程進行如圖 6.3.6。當日共 20 位學員參與，回收課後問卷 19 份，滿意度調查中有 84%的人認為「非常滿意」、26%認為「滿意」。



圖 6-3-6、臺灣大學公共衛生學院張書森助理教授講述自殺防治正確觀念

6) 第四場次辦理情形：

(1) 6 月 27 日在臺南市下營農會辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心張書森副執行長、臺灣先正達公司高肇興經理及技術課長吳宏章先生共同參與並依據個人專業擔任講師。課程進行如圖 6.3.7 及圖 6.3.8。當日共 28 位學員參與，回收課後問卷 28 份，滿意度調查中有 79%的人認為「非常滿意」、21%認為「滿意」。



圖 6-3-7、臺灣大學公共衛生學院張書森助理教授講述農藥自殺趨勢



圖 6-3-8、講師群及學員課後大合照

7) 四場之課後問卷合併分析結果如下：

(1) 課後問卷之題目內容主要涵蓋自殺防治的基本觀念、守門人知識以及農藥用藥安全等主題；目的是除了瞭解填寫問卷者對課程的理解度，亦發送中心製作之心情溫度計(BSRS-5)捲筆給填答者攜回，希望填答者能藉由題目及未來使用捲筆時再次回憶課程內容。

(2) 四場教育宣導共有 127 位農友簽到，回收有效問卷共 97 份。考量授課對象較為高齡並且先前對於自殺防治議題較少接觸，因此題目及答案選項是以「是」、「否」瞭解來作為陳述。課後問卷填答者樣本分析如表 6.3.3，各題答案分析詳如表 6.3.4，課程滿意度分析則詳見表 6.3.5。

表 6-3-3、填答者樣本分析

	N	%	遺漏或無法辨識
性別			1
男	70		
女	26		
年齡			8
20-29 歲	1	1.1	
30-39 歲	6	6.7	
40-49 歲	14	15.7	
50-59 歲	25	28.1	
60-69 歲	25	28.1	
70-79 歲	15	16.9	
80 歲以上	3	3.4	
職業			2
務農	91	95.8	
農藥販賣業者	1	1.1	
農藥代噴業者	0	0	
其他	3	3.2	

註：1.第三欄為「有效百分比」，遺漏或無法辨識值不列入計算。2.職業欄勾選「其他」者有 3 位，其中有 2 位為農藥販賣業者兼代噴業者，另 1 位為假日農夫。

表 6-3-4、課後問卷各題答案分析

題目	回答「是」	回答「否」	遺漏或無法辨識
1.了解自殺防治守門人的概念	96.9% (94)	3.1% (3)	0
2.將來如果遇到身邊有想要自殺的親友，我會運用「守門人一問二應三轉介」的技巧去幫助他	97.9% (93)	2.1% (2)	2
3.了解哪些人自殺的風險比較高	96.8% (92)	3.2% (3)	2
4.了解如何運用「心情溫度計」量測自己或他人的情緒	96.8% (92)	3.2% (3)	2
5.了解農藥需要妥善保存，以免被用於農業以外的用途	99.0% (95)	1.0% (1)	1
6.了解如何主動關懷具有自殺想法的人	97.9% (94)	2.1% (2)	1
7.了解農藥箱的使用方式與目的，並確實使用	95.8% (92)	4.2% (4)	1
8.了解有那些醫療或社會資源可以使用，並提供給有需要的人	99.0% (96)	1.0% (1)	0
9.了解農藥管制是自殺防治重要的一環	99.0% (95)	1.0% (1)	1

表 6-3-5、課程滿意度分析

(n=97)	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	遺漏值
6/16 嘉義場	100%(17)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0
6/21 彰化場	87.5%(28)	12.5%(4)	0(0)	0(0)	0(0)	1
6/23 屏東場	84%(14)	26%(5)	0(0)	0(0)	0(0)	0
6/27 臺南場	79%(22)	21%(6)	0(0)	0(0)	0(0)	0
總計	84.4%(81)	15.6%(15)	0(0)	0(0)	0(0)	1

2. 檢討與建議

在辦理此次教育宣導課程後，先正達公司告知有意於之後拜訪中心進行討論，針對未來各縣市農藥自殺防治進行因應對策，例如未來在發送箱子時，如何加強箱子的使用率及安全使用宣傳，並且在箱子外側貼上何種

求助資源以及衛教訊息，加以宣導。

此外，先正達公司也希望和中心討論，共同規畫如何培養具守門人素養及知識的種子講師，用於其每年針對農民和農藥販賣商舉辦的一百多場的農藥安全教育講習會，以廣為落實自殺防治觀念的宣導效益。

除農藥販賣企業的社會責任外，加強各地方政府主管人員與各鄉鎮鄰里長等相關單位之守門人概念，依據「農藥管理法」落實農藥販賣之稽核與管理也是降低農藥自殺的重要防治策略之一。此次課程在嘉義縣竹崎鄉與屏東縣高樹鄉有機會觀察到農藥行，均未將置放劇毒農藥之櫃子上鎖。

由於全臺農民人數高達約 50 萬人，小規模教育訓練的整體防治效果可能有限，將來也可考慮改成參與農委會主辦之全國性農藥代噴業者訓練，或是縣市政府主辦之例行性農藥銷售業者教育訓練。

五、 附件

附件 6.3.1　2016 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料

大型宣導活動─世界自殺防治日系列活動、其他活動

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。

自殺為全球性之問題，每年約有 80 萬人自殺身亡，平均每 40 秒就有一人死於自殺。每 2 至 4 秒就有一個人企圖自殺。儘管自殺是能夠預防的，但此悲劇性的連鎖反應代表世上仍有非常多的自殺者遺族，或是曾接觸過企圖自殺者的人存在。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心與國際接軌，結合國內心理衛生團體與民間單位，辦理「自殺防治：聯繫、溝通與關懷」記者會，呼籲社會大眾多聯繫身旁親友，保持開放性的溝通，共同破除自殺的迷思並減少對自殺議題的汙名化，透過同理心傾聽但不批判，密切留意有自殺意念或自殺行為者，並關心近況、給予陪伴和支持。

根據 2016 年全國自殺中心「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」，針對全國 15 歲以上民眾進行抽樣電話調查，結果顯示「認為自己對自殺防治可以幫上忙」的民眾有高達 62.9%；但是 64.8%民眾卻仍抱持著「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」的迷思。透過心情溫度計(BSRS-5)檢測民眾心理健康，發現有 6.1%民眾有情緒困擾問題，推估台灣約有 122.8 萬人有情緒困擾，較去年調查結果為低，而這些民眾中曾認真想自殺的比例高達 42.7%，但僅 34.6%曾求助於醫療院所，顯示需多加強教育宣導，增加民眾求助意願。另外今年特別針對民眾自殺事件新聞報導之感受做調查，結果顯示民眾覺得電視或報章媒體報導自殺事件時不應該出現「自殺照片/畫面」占 93%、不應出現「當事人資料」(91%)、報導「自殺方式」(84%)、「遺書」(75%)、描述「自殺地點」(73%)及「親友感受」(63%)等內容。有鑑於媒體在自殺防治上扮演重要角色，明確的自殺報導方式顯示與自殺率之「高峰」相關，但描寫個案努力渡過自殺危機的報導則被認為具保護因子的作用。國際自殺防治協會跟世界衛生組織皆已訂定媒體報導六不六要建議，並提供給媒體相關人員，以協助媒體正確

報導自殺相關新聞。進而全國自殺防治中心參考焦點團體成果及各國文獻，將報導守則在地化，提出新版「台灣媒體自殺事件新聞報導指引」，期許共同為收聽人帶來更優質之新聞報導。

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，透過本次世界自殺防治日主題「聯繫、溝通與關懷」，聯繫自殺者遺族或是曾幫助自殺企圖者的人，提供經驗互相交流，加強民眾對於自殺議題的開放式的溝通並去汙名化，以關懷串連身旁之親朋好友，加強推廣民眾對於「自殺防治，人人有責」的認知，對發出自殺警訊的人伸出援手，共同組成穩固的社會網絡，成為守護自殺之自殺防治守門人。

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。
3) 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，並進一步協助他人進行情緒困擾量測、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。
4) 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)「日出健走 Walk in Hope」
 (1) 與合辦單位中央廣播電台主持人團隊召開會議
 (2) 於中心官方網站、臉書廣發消息，並寄送電子報予自殺防治學會所有會員。
 (3) 於 5 月 8 日於象山舉辦「日出健走 Walk in Hope」活動。
2) 世界自殺防治日系列活動
 (1) 專案會議召開、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。
3) 其他活動
 (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，以及各縣市衛生局發佈相關資訊，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、社團法人台灣自行車騎士協會、吉興印刷品事業有限公司、Walk in Hope 日出健走、台灣憂鬱症防治協會、1111 人力銀行、亞洲植睫協會、惠氏藥廠、各縣市衛生局、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，以及資料提供與協助。

三、 過程(Process)

1. 與合辦單位中央廣播電台主持人簡德皓先生團隊召開「日出健走 Walk in Hope」會議，確認活動時間以及相關事宜。
2. 召開內部會議商討及規劃世界自殺防治日系列活動方向及內容，含世界自殺防治日徵件活動、單車繞世界活動、2016 年世界自殺防治日記者會等系列活動。

表 6-4-1、內部會議商討及規畫世界自殺防治日系列活動方向及內容

	活動模式	內容概要	期程
1	徵件活動	以「聯繫、溝通與關懷」為主題，以攝影紀錄正向經驗並推廣珍愛生命理念。	6 月至 8 月
2	電話調查	調查民眾對於自殺防治的認知與行為。	7 月
3	單車繞世界	再次與中華民國自行車騎士協會合作，一同辦理「單車繞世界」，並將最終里程數上傳至 IASP 網站。	7 月至 9 月
4	文宣推廣活動	各大捷運站放置單張文宣。	9 月
5	各縣市活動彙整	彙整各縣市針對世界自殺防治日所舉辦的活動資料，翻譯後提供至 IASP 網站。	9 月
6	國際研討會暨記者會	1.電話調查成果 2.系列活動成果	9 月 4 日

1)4 月 29 日於業務會議上提出世界自殺防治日系列活動討論，並於通過後執行。

2)6 月 15 日召開專家會議，確認此次徵件活動內容採以攝影形式。

3)6 月 24 日於業務會議中，確認徵件活動報名簡章內容與活動期程規劃，並於通過後執行。

3. 「聯繫、溝通與關懷」2016 年世界自殺防治日攝影徵件活動

1)6 月 3 日於業務會議中，討論徵件活動型式與單車繞世界活動規劃

2)6 月 29 日公告「聯繫、溝通與關懷」2016 年世界自殺防治日攝影徵件活動簡章(詳見附件 6.4.2)於中心網站，並同時於多元管道宣傳。

(1) 網路露出部分：運用新聞稿、公文、張貼訊息等方式，包括網路新聞、各縣市衛生局及教育局(處)、部落格及討論區、廣告平台、facebook 珍愛生命打氣網、比賽訊息網站、及其他網站等。

(2) 寄發電子郵件：對象為珍愛生命義工、及中心網站訂閱電子報者

(3) 於 7 月份自殺關懷訪視訓練課程(進階)於課程講義中夾帶宣傳單張。

3)8 月 5 日截止收件並彙整所有投稿作品。8 月 9 日至 8 月 25 日，於珍愛生命打氣網粉絲專業中，進行徵件活動人氣獎按讚投票活動。

4)8 月中先行選出前 20 名參賽作品，並於 8 月 30 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 29 日於粉絲專業及中心官方網站中公布得獎名單，並邀請得獎者出席 2016 世界自殺防治日記者會。

6)9 月 4 日世界自殺防治日記者會共有 4 名參賽者出席領獎，分別為優選、特優及兩名佳作得獎者。

4. 國際性活動-單車繞世界(詳見附件 6.4.3)

1)6 月針對國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」(Cycle Around the Globe)活動相關資訊，活動稿、官方圖檔、證書、活動形式等進行蒐集。

2)6 月 17 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、合作對象及可運用之露出平台，決議後執行。

3)6 月 23 日與中華民國自行車騎士協會鄧先生洽談合作事宜，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 6 日(六)猴硐三貂嶺驛站煤鄉尋貓遊與 8 月 20 日(六)北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊。

4)6 月底完成「單車繞世界」活動簡章，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、中心電子報及 facebook 珍愛生命打氣網進行宣傳。

5. 世界自殺防治日記者會辦理。

1)6 月初草擬世界自殺防治日活動方向及內容，並經業務會議討論通過後執行，依時序辦理世界自殺防治日記者會活動。

2)7 月 25 日至台大醫院國際會議中心會議室進行場勘，並進行場地測量。

3)7 月 28 日召開第一次討論會議邀請顧問專家共同參與，決議以世界自殺防治日主題「聯繫、溝通與關懷」作為今年記者會之主題，並於討論當天活動、議程、主持人及與 1111 人力銀行合作事宜，以及相關禮品贈送，記者會地點於台大醫院國際會議中心 301 會議室。

4)8 月 31 日召開第二次討論會議，記者會聚焦儀式流程說明與 1111 人力銀行討論記者會活動細節，以及人力配置與合作事宜。

5)8 月 24 日將「台灣媒體自殺事件報導」行動電源禮品定稿。

6)9 月 2 日於台大醫院國際會議中心場地整修後進行二次場勘，並與合作廠商共同前往。

7)9 月 2 日寄送「世界自殺防治日記者會」媒體採訪邀請函，並同時寄送會前新聞稿。

8)9 月 14 日寄送感謝函予出席貴賓，並發送感謝狀予所有合作夥伴。

6. 捷運站文宣品「心情溫度計」推廣。

1)8 月 2 日申請台北捷運公司文宣品擺放申請書。

2)8 月 18 日獲得批准 9 月下半月文宣品擺放，分別擺放西門站、台北車站、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、新埔站、江子翠站、中正紀念堂站、台大醫院站、劍潭站、士林站。

7. 國際連結：每年 IASP 網站設置專區提供各國上傳世界自殺防治日相活動之資訊，中心於 10 月份彙整各縣市辦理之世界自殺防治日系列活動，並將其翻譯後上傳。除了與國際同步辦理世界自殺防治日活動，更讓其他國家看見台灣於自殺防治的重視及努力。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)於 5 月 8 日辦理「日出健走 Walk in Hope」活動

(1) 總計約 50 人共同參與。希望透過此活動讓大家更正視以及面對心理的相關問題，並於象山山頂寫下攻頂後內心的希望，在健行活動結束後在 Nola kitchen 分享以及討論，並於會後於中心網站發佈活動消息，臉書網站也張貼當日活動相關照片及影片。

2)世界自殺防治日系列活動會議

(1) 內部會議：共計 2 場次。

(2) 專家會議：共計 1 場次。

3)世界自殺防治日攝影徵件活動。

(1) 寄發電子郵件：總計約 8322 封。

(2) 活動宣傳露出：網路露出總計 50 則，寄發電子郵件給各個民間團體及義工總計約 1530 封。

(3) 作品收件截止後，共有 31 人投稿，共收到 81 件作品，其中 76 件作品符合參賽資格，得獎作品共 9 件。

(4) 2016 世界自殺防治日 facebook 人氣票選活動，76 張參賽作品共有 735 個按讚數，其中第一名票數為 70 票。

(5) 得獎作品已刊載於世界自殺防治日記者會手冊及自殺防治通訊中，得獎作品詳如附件 6.4.4。

4) 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 3 則以及寄發電子郵件總計 632 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 6 日「猴硐三貂嶺驛站煤鄉尋貓遊」，於瑞芳區市民廣場設置活動場地，由李婕宇專員擔任開場致詞，宣揚珍愛生命理念，並邀請此次挑戰 20 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 267 人參與，累積里程數 5340 公里。騎完全程後，有 56 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 20 日「北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊」，中心同仁於淡水捷運站後方廣場設立宣傳攤位，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。此次活動由中華民國自行車騎士協會何麗卿秘書長，鳴笛象徵活動後啟動。除各縣市單車社團外，也有全家人及小學生群組一同參與，挑戰此次 55 公里路程，共有 389 人參加，累積里程數 21395 公里。騎完全程後有 119 位民眾現場至活動攤位上傳活動里程資料。

c.單車繞世界活動共計有 656 人參加，總里程數共 26,735 公里，於 9 月 9 日上傳至國際自殺防治協會(IASP)。經國際自殺防治協會統計此次活動，全球截至 10 月 19 日總計里程數為 138,937.5 公里，參與活動的國家前三名各為法國 44,630 公里、美國 33,252 公里、台灣 26,744 公里。

5)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，衛生福利部部長林奏延部長親自蒞臨，並偕李明濱主任與龍佛衛理事長以及衛生福利部心口司諶立中司長與其他貴賓，分別揭開裝載聯繫、溝通與關懷的繽紛彩蛋，並於會中發表「台灣媒體自殺事件報導指引」，且宣傳「媒體自殺事件報導 LINE 群組」，增強媒體與專家學者之間的連結互動，呼籲社會大眾多加關懷身旁親友，形成最溫暖的社會網絡，呼籲眾人關心他人由自身做起。

(1) 召開內部及專家會議：共計 2 場。

(2) 當天出席人數：共約 200 人，與會貴賓共 32 位(詳如表 6-4-3)

表 6-4-3、世界自殺防治日記者會貴賓出席名單

單位名稱	姓	名	職稱
立法院	吳	玉琴	委員
國防部軍醫局衛勤保健處	柯	朝元	處長
衛生福利部	林	奏延	部長
衛生福利部 心理及口腔健康司	諶	立中	司長
衛生福利部 心理及口腔健康司	詹	金月	科長
新北市衛生局	林	奇宏	局長
新北市衛生局心理衛生及長期照顧科	杜	仲傑	科長
台南市衛生局	林	碧芬	副局長
金門縣衛生局	李	金治	副局長
連江縣衛生局	姜	丹榴	技正
國際生命線台灣總會	張	春玉	理事長
國際生命線台灣總會	陳	螢佳	
新北市生命線協會	林	中循	主任
台灣精神醫學會	賴	德仁	理事長
財團法人台北市敦安社會福利基金會	楊	聰財	執行長
台灣憂鬱症防治協會	廖	士程	理事長
藥師公會全國聯合會	蘇游	常焜	常務理事
臨床心理師公會全國聯合會	蔣	世光	理事長
醫師公會全聯會	劉	秀雯	理事
中華民國生活調適愛心會	游	添明	理事長
中華民國生活調適愛心會	張	秀桂	小姐
中華民國生活調適愛心會	吳	章安	

表 6-4-3、世界自殺防治日記者會貴賓出席名單(續)

單位名稱	姓	名	職稱
亞洲植睫協會	袁	世華	會長
亞洲植睫協會	袁	世輝	監事
龍巖股份有限公司	吳	凱玲	經理
台灣自殺防治學會	呂	淑貞	監事
台灣自殺防治學會	陳	珍信	常務理事
台灣自殺防治學會	陳	碧霞	監事
全國自殺防治中心	王	文德	顧問
全國自殺防治中心	李	明濱	主任
全國自殺防治中心	吳	佳儀	副執行長
全國自殺防治中心	張	書森	副執行長

a. 出席媒體共 22 間，電視媒體 9 間、平面與網路媒體 12 間、廣播 1 間。電視媒體 9 間，分別為中國電視、中天電視台、非凡新聞、人間電視、公視、民視、大愛電視、八大電視、TVBS。

b. 平面與網路媒體共 12 間，分別為中國時報、自由時報、蘋果日報、聯合報、pchome 新聞台、台灣新生報、台灣醒報、青年日報、太平洋電子報、中央通訊社、中國醫藥導報、中華日報。

c. 廣播共 1 間，出席媒體為國立教育廣播電台。



圖 6-4-1、記者會聚焦儀式圓滿成功(由左至右分別為賴德仁理事長、謝立中司長、張春玉理事長、吳玉琴立委、李明濱主任、林奏延部長、龍佛衛理事長、林奇宏局長、廖士程理事長)

(3) 發布記者會會前及會後新聞稿，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 61 個、世界自殺防治日大會手冊 61 份。
(5) 媒體露出：新聞露出網路共 38 則，平面媒體自由時報露出 1 則，影視新聞人間衛視以及公視露出共 2 則(詳見表 6.4.4)。
(6) 成立 LINE「自殺事件報導媒體諮詢群組」，並於記者會當日發佈與宣導，期許媒體報導自殺事件相關新聞時，能將「台灣媒體自殺事件報導指引」實際落實，增加媒體與專家學者之互動，帶給所有民眾更完善與優質之新聞報導。
(7) 記者會之活動影片可至 Youtube 的全國自殺防治中心—珍愛生命打氣頻道中收看。

表 6-4-4、新聞露出總整理

露出平台	**標題**
聯合影音	51 萬人有輕生念頭 專家：秉持聯繫、溝通及關懷
聯合新聞網	75 歲以上自殺率高 林奏延：需特別關懷
聯合元氣網	51 萬人有輕生念頭 專家：秉持聯繫、溝通及關懷
自由時報	自殺防治中心籲政府：建構跨部會防治網絡 預防自殺悲劇 多關心身旁憂鬱的人
蘋果日報	124 萬人情緒困擾 逾 1 成曾自殺 情緒困擾想自殺　去年全台竟有 52 萬人
中國時報	情绪困扰想自杀　去年全台竟有 52 万人-台湾新闻 關心旁人!去年全台達 52 萬人有輕生念頭
ETtoday 新聞雲	全台逾百萬人受情緒困擾　平均 4 秒就有一人企圖自殺
FOCUS TAIWAN	CNA ENGLISH NEWS-42% of emotionally disturbed people consider suicide
HiNet 新聞	自殺死亡 全球每年約 80 萬人 平均 40 秒有 1 人輕生 自殺防治 3C 原則 聯繫、溝通與關懷-生活
PChome 個人新聞台	「自殺防治_聯繫、溝通與關懷」——2016 世界自殺防治日
PChome 個人新聞台	2016 世界自殺防治日「自殺防治_聯繫、溝通與關懷」 自殺防治 3C 原則 聯繫、溝通與關懷
Taipei Times	Center says only one-third seek aid with suicide issues
The News Lens 關鍵評論網	自殺事件也可能影響他人自殺 醫師籲媒體不應簡化或臆測自殺原因

表 6-4-4、新聞露出總整理(續)

露出平台	標題
Yahoo 奇摩新聞	自殺死亡 全球每年約 80 萬人 平均 40 秒有 1 人輕生
一零一傳媒	全台 51 萬人曾想輕生 自殺防治中心籲政府加速建構防制網路
人間衛視	去年 3675 人自殺 青年.老人佔多數
	受情緒困擾想輕生 全台近 52 萬人
大紀元	123 萬國人有情緒困擾 就醫率僅 3 成
	123 万台湾民众有情绪困扰 就医率仅 3 成
中央社即時新聞	受情緒困擾想輕生 全台近 52 萬人
中華日報	15~24 歲 75 歲以上自殺增幅較高
	近一年 51 萬人認真想過自殺
公共電視新聞台	珍惜生命！全球每 40 秒 1 人自殺死亡
太平洋日報	2016 世界自殺防治日記者會「自殺防治_聯繫、溝通與關懷」
台灣新生報	自殺死亡全球每年約 80 萬人平均 40 秒有 1 人輕生
台灣醒報	自殺成因複雜 籲：加強溝通與關懷
東網即時	多關心旁人！ 去年全台 52 萬人萌輕生念頭
青年日報	陪伴與同理心 助遠離悲劇
國立教育廣播電台	自殺防治 3C 原則 聯繫、溝通與關懷 文教新聞
澳門日報	台近 52 萬人有輕生念頭
風傳媒	生命可貴 求助要及時》受情緒困擾想輕生 全台近 52 萬人 僅 3 成多曾求助
新網新聞網	自殺防治要聯繫溝通與關懷 人人都可當生命守門人
健康醫療網	聯繫、溝通與關懷 你我都是自殺防治守門人

6)捷運站文宣品擺放

於 9 月 19 日分別擺放捷運西門站、台北車站、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、新埔站、江子翠站、中正紀念堂站、台大醫院站、劍潭站、士林站，各站放置 150 份心情溫度計文宣品，並全數發放完畢。

7)世界自殺防治日串連：彙整全台灣各縣市世界自殺防治日系列活動內容詳列如下：

(1) 基隆市心理健康系列講座-為你的人生添加幸福調味料。

(2) 台北市 Enjoy My 3P Life：正向態度、美好記錄、趣味野餐。

(3) 台北台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心「自殺防治：聯繫、溝通與關懷」系列活動：攝影徵稿活動、世界自殺防治日記者會。
(4) 新北市心理健康月系列活動。
(5) 桃園市「心理健康珍愛生命」系列電影賞析藝文活動
(6) 台中市心理健康月系列活動：含樂活人生影展、SMILE 標語徵選和相關講座等。
(7) 彰化八卦山天空步道宣導。
(8) 台南市心理健康月系列活動：含園遊會、實作課程與講座等。
(9) 高雄市心理健康月系列活動：含徵文活動、紓壓講座等。
(10) 屏東縣心理健康月系列活動：含紓壓體驗營、專題講座等。
(11) 花蓮縣心理健康促進「共築心幸福」微電影徵選活動。

2. 結論

台灣的自殺死亡率自 96 年以來逐漸下降，並於 99 年首度退出國人十大死因，近六年來都維持在十大死因排名之外，而 104 年自殺死亡人數計 3,675 人，粗死亡率每十萬人口 15.7 人，若與自殺死亡人數最高的 95 年相比，一共減少 731 人(降低 16.6%)。政府於 94 年成立全國自殺防治中心推動全國之自殺防治，將邁入第十一年，在政府與民間合作下，近幾年已見成效，但自殺防治工作仍不可懈怠，須全民繼續努力投入及政策的支持。

五、 附件

附件 6.4.1　2016 年「日出健走 Walk in Hope」活動簡章
附件 6.4.2　2016 年世界自殺防治日攝影徵件活動簡章
附件 6.4.3　2016 年世界自殺防治日「單車繞世界」活動簡章
附件 6.4.4　2016 年世界自殺防治日攝影徵件活動得獎作品

2016 年度自殺防治年中討論會

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全國自殺防治之現況、且透過互相交流的方式，學習其他縣市之因地制宜策略，進而規劃下半年度之自殺防治措施，中心於 2016 年 10 月 17 日辦理「105 年度自殺防治年中討論會議」。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2015年自殺死亡數據之趨勢分析與2016年(1-8月)自殺死亡統計結果分析，亦安排 2015 年度自殺標準化死亡率減少最多的嘉義縣衛生局進行經驗分享，期盼藉此機會讓各縣市進行實務經驗交流，提升與強化各地之自殺防治策略，並透過檢討與溝通現行策略執行之困難點，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與困境。
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) 因今年十大死因延後公布，故函請部內同意延後召開 105 年度自殺防治年中討論會議。
2) 部內同意延後召開。
3) 規劃討論會議程。
4) 討論會內容函報衛生福利部核備。
5) 部內修正議程並函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
6) 原訂 9 月 30 日之討論會與全國醫政大會重疊，部內函文將會議延至 10 月 17 日舉行。
7) 函請 2015 年度自殺標準化死亡率減少最多之縣市進行經驗分享。
8) 函請 2015 年度各縣市標準化死亡率前六名縣市提供自殺防治策略。
9) 彙整並編製討論會會議手冊。

10) 召開辦理「105 年度自殺防治年中討論會議」。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院。

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. 根據 2016 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，需於 7 至 8 月辦理自殺年中討論會議,但因統計處延至 8 月 5 日方召開十大死因記者會，其 2015 年度自殺死亡結果較晚取得，故函請衛生福利部延後辦理討論會議。
2. 8 月獲得部內同意延後辦理，著手進行討論會內容之規劃。
3. 9 月初將討論會之議程函文至衛福部備查。
4. 9 月底依據部內指示，除修正討論會之議程外，亦配合全國醫政大會時間，將原訂 9 月 30 日之討論會延至 10 月 17 日同時段、同地點舉行。
5. 9 月底根據 2016 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，邀請 2015 年度自殺標準化死亡率減少最多之嘉義縣，於討論會中進行經驗分享。另函請 2015 年度各縣市標準化死亡率前六名之基隆市、宜蘭縣、南投縣、花蓮縣、雲林縣以及彰化縣，提供自殺防治策略以供參考。
6. 10 月初彙整各縣市回覆之資料，並彙整成冊。
7. 10 月 17 日會議當日，針對會議上提出之問題與回覆撰寫會議紀錄。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 議程

當日會議除包含縣市分享外，亦有制訂討論時間，讓與會人員能相互討論自殺防治策略實施之困境，並彼此提供意見與方法。當日議程如圖 6.5.1。

105 年度自殺防治年中討論會議

一、日期：10 月 17 日（一）下午 14 時 00 分至 17 時 00 分

二、地點:台北市忠孝東路六段 488 號 衛生福利部 303 會議室(3 樓)

三、主辦單位：衛生福利部

四、承辦單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

五、主持人：龍佛衛、李明濱

六、出席人員：各衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、自殺防治第一線工作者等相關人員。

七、議程：

時間	主題	主講人
13:30-14:00	報到	
14:00-14:10	致歡迎詞	台灣自殺防治學會 龍佛衛理事長 全國自殺防治中心 李明濱主任
	長官致詞	衛生福利部 心理及口腔健康司 謝立中司長
14:10-14:40	104 年自殺死亡數據之趨勢分析	全國自殺防治中心 廖士程執行長
14:40-15:10	105 年(1-8 月)自殺死亡統計結果分析與建議	
15:10-15:20	休息	
15:20-15:50	標竿學習：嘉義縣衛生局經驗分享	嘉義縣衛生局 趙紋華科長
15:50-16:50	議題討論：各縣市之自殺防治策略建議方案	全國自殺防治中心代表 各縣市衛生局代表
16:50-17:00	結語	全國自殺防治中心
	賦歸	

圖 6-5-1、105 年度自殺防治年中討論會議議程

2) 出席人員

當日出席人員除縣市政府衛生局代表外，亦有來自其他自殺防治網絡之代表，共計 46 位，詳細名單與人數如表 6.5.1 與 6.5.2。

表 6-5-1、自殺防治網絡單位與會名單

醫療網絡單位(11 位)	
衛生福利部嘉南療養院	草屯療養院中區醫療網
臺中榮總嘉義分院	臺北市立聯合醫院
北榮玉里分院	桃園療養院
嘉義基督教醫院	馬偕紀念醫院
東區精神醫療網	高雄市立凱旋醫院
屏安醫院	

表 6-5-2、縣市政府單位與會名單

縣市政府單位(35 位)	
臺北市政府衛生局	彰化縣政府衛生局
新北市政府衛生局	南投縣政府衛生局
基隆市政府衛生局	雲林縣政府衛生局
宜蘭縣政府衛生局	嘉義縣政府衛生局
金門縣政府衛生局	嘉義市政府衛生局
連江縣政府衛生局	臺南市政府衛生局
桃園市政府衛生局	高雄市政府衛生局
新竹縣政府衛生局	屏東縣政府衛生局
新竹市政府衛生局	澎湖縣政府衛生局
苗栗縣政府衛生局	花蓮縣政府衛生局
臺中市政府衛生局	臺東縣政府衛生局

3) 會議進行與討論

會議當日先由全國自殺防治中心廖士程執行長，針對 104 年自殺死亡數據及 105 年(1-8 月)自殺死亡統計結果給予分析與建議(詳見附件 6.5.1)，接著再由嘉義縣政府衛生局趙紋華科長分享嘉義縣自殺防治策略以及特色(詳見附件 6.5.2)。最終與會人員相互提出落實自殺防治策略時所面臨的困境，以及需要協助之地方，彼此交流期能激發出更適合之自殺防治策略。當日討論摘要如下。

(1) 臺北市政府衛生局黃思維組長：

a.如何預防「高處墜樓」是近幾年臺北市關註議題。目前做法為針對自殺「熱點」，與建築管理委員會合作，以「防止墜樓措施」減少高處墜樓自殺方式。包含製作預防墜樓手冊及加強管理員的教育訓練等。

b.如何預防「溺水」自殺問題：

臺北市目前做法為在溺水自殺熱點立警示立牌或是將其圍起來。但是亦擔心增設立牌是否會有反效果。想了解是否有其他更積極之作為。

(2) 全國自殺防治中心吳佳儀副執行長：針對溺水問題，可嘗試分析臺北市性別、人口比例，了解有無特殊性，並針對此特殊性擬訂對策。

(3) 嘉義市衛生局王嘉莉個案管理師：針對溺水的問題，嘉義縣目前只能用立警告牌，亦有跟都發處與水利處接洽討論相關事宜。但若是要將圍籬加高可能金費有限，建議能在這些溺水熱點旁設立店家增加觀光人潮降低溺水自殺風險。

(4) 全國自殺防治中心廖士程執行長：除政府機構外，希望能多發揮民間力量，當發現有人於水邊猶豫徘徊時能主動關心或進行通報。

(5) 嘉義縣代表回應：嘉義縣這部分目前是由生命線負責，作法也是增設立牌。

(6) 衛生福利部心口司諶立中司長：

a.在警示立牌上放上求助資源(例：求助專線)或關懷小語

b.增加公家機關(例：警員)及民間(例：園區管理員)之巡邏次數

c.在熱點附近增設商家，增加人潮，讓民眾在附近活動，產生守望相助、互相關懷的效應

d.結合熱門手遊(例：pokemon go)吸引人潮降低溺水自殺風險。

(7) 金門縣政府衛生局梁嘉琳：

a.中央給的自殺通報數據和金門縣的數據有落差。

b.常有有戶籍在金門縣，但自殺死亡者在臺灣本島的問題。很難得到死者的相關資料。

(8) 松德院區姜丹榴技正：針對自殺死亡個案，已有發文到本島各縣市地檢署要死亡資料，目前只有南投、桃園回應。

(9) 衛生福利部心口司諶立中司長：

a.目前各資料庫的整合尚在進行當中。

b.這個問題仍然很困難，目前統計室答應會統一給資料。但由於資料亦需經過處理(去個別化)，速度上無法即時。而有的資料可能因案子尚在檢察官手上，不見得能及時進入系統。

c.此問題尚需找出因地制宜之方法。

(10) 全國自殺防治中心廖士程執行長：通報時用居住地或是死亡地仍是個問題。若是用死亡地登記，也會出現大量的個案因在醫學中心去世而將死亡地登記為醫學中心。

(11) 宜蘭縣政府衛生局游淑靜科長：

a.這幾年宜蘭縣自殺量有上升趨勢。目前宜蘭縣機極的與醫療機構交流。因近幾年老人自殺率高，多為生病失能或久病不癒，或是酒後衝動自殺。目前醫院都承諾願意多關懷高自殺風險老人。

b.希望可以讓訪員把重點放在訪視個案的工作，而不是一直在做自殺通報的資料登打。

(12) 全國自殺防治中心廖士程執行長：老人及有重大傷病患的患者皆是自殺防治上的大挑戰。重大傷病患住院時需注意自殺工具的可得性。傷病患的出院關懷提醒與出院的準備很重要。

(13) 南投縣政府衛生局陳淑怡科長：

a.南投縣目前較高為喝農藥、燒炭、上吊，對象多為老人或是久病不癒。目前有成立 line 群組，把村里長加進來一同做自殺防治守門人。

b.自殺個案多半是在自宅進行為大宗，該如何進行預防？

(14) 草屯療養院林幼喻護理長：

a.關於自宅自殺部分，埔里的經驗為在社區結合社區村里長、鄰局協助，在家則由家人協助注意。

b.草屯 2014 年起，於南投縣及鄰近臺中市、彰化縣臨近鄉鎮，推動「春風計畫」為「一鄉鎮一精神醫療團隊」模式。

(15) 全國自殺防治中心廖士程執行長：可繼續加強村里長對自殺防治之敏感度。

(16) 新北市政府衛生局胡穎綺技佐：最近發生兩起攜子自殺，燒炭自殺為新北市自殺方式排名第二。目前木炭都有管制，在非特定季節不會上架，只有在中秋節前後一個月上架。有但是民眾卻仍可從網路上採買，廠商遍及各縣市，無法從網路督促廠商，網路也無守門人，所以木炭管制仍漏洞。

(17) 全國自殺防治中心廖士程執行長：不論是網路教唆自殺、自殺工具的可近性等，網路目前的確是自殺防治的一大挑戰。在日本甚至可以上網買到一整套氦氣自殺之套組。且網路沒有目的事業主管機關。需立即並積極地與中央主關機關做反應，目前這方面還需召開跨局處會議討論。

(18) 馬偕紀念醫院蕭雪雯社工師：

a.回應衛生局通報資料登打問題，新的系統線上通報目前需要個案詳細的資料，例如地址需要打上鄰里，否則無法進行線上通報，只能用紙本通報。

b.受限於個資法，個案若表示不想接受關懷、不想被通報，後續進行關懷時會被個案或家屬質疑為何拿到個案資料。可否針對個資法做回應？

(19) 衛生福利部心理與口腔健康司司長回應：關於個資法問題，心口司曾有發文解釋。

2. 結論

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。

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。

此外，自殺防治架構需確實且清晰，除確保各網絡彼此合作通順外，亦要清楚知道轉介方式以及資源等。各縣市亦可建立屬於自己的心理衛生資源以及口袋名單，各單位善加利用資源，方能達到自殺防治網網相連。

而為落實自殺防治策略，建議各縣市定期召開府級的自殺防治會議，由縣長或相關長官主持，並邀請各局處單位代表來與會。在會議中各單位能提出執行自殺防治業務時之困境，彼此相互交流，進而研擬出因地制宜之自殺防治策略。

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，但是鑒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 6.5.1　104 年自殺死亡數據之趨勢分析與 105 年(1-8 月)自殺死亡統計結果分析與建議簡報檔

附件 6.5.2　嘉義縣衛生局經驗分享簡報檔

八仙塵爆個案關懷訪視服務與研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

2015 年 6 月 27 日臺灣新北市八仙水上樂園的粉塵爆炸引發大火，造成 484 人受輕重傷、15 人死亡，這是少見一次性、大量性、同質性的特殊災害事件，受害者大多數為年輕人，燒傷面積平均達 40%以上、燒傷深度多達二到三度。儘管最後一位傷患已於 6 月 3 日出院，但後續仍有許多傷患需要重新住院執行重建手術，或於各醫院、陽光基金會進行復健，亦開始面臨生理、心理、生活與社會適應問題。而過去研究發現，隨著時間流逝，燒傷傷患的心理社會需求逐漸高於生理需求，故了解塵爆個案出院後的精神創傷問題及需求有其必要性。

對適應期的燒傷病人而言，除要面對皮膚不適、復健的疼痛、與傷口結痂外，還要面對自己外表容貌的毀損。過去研究發現，外表疤痕與病人的身體形像、自我概念及自尊有高度相關，亦可能出現憂鬱情緒、失去興趣、疲倦、睡眠障礙、飲食障礙、無助、無望、精神運動緩慢、或容易激動等症狀，並加深對疼痛的敏感度。過去對嚴重燒傷住院病人的研究發現，高達 34%的病人有明顯的精神症狀，並且在出院後兩年維持同一比率。憂鬱症狀與燒傷整體總面積、可見疤痕等因素有關，但也有些病人僅小面積燒傷，卻有嚴重的憂鬱，因此有學者認為心理因素比燒傷相關因素更能預測燒傷病人的精神症狀，例如性格特質、過去精神病史、因應策略、社會支持、工作狀況、經濟困難，也與憂鬱症狀相關。

而依照 DSM-IV，所謂的創傷意指直接暴露於真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力當中；或親身目擊真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力發生在別人身上；或知道真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力發生在一位親密的親戚或朋友身上；或一再經歷或大量暴露在令人反應的創傷事件細節中(APA, 2013)。如果從醫療角度來看，可能視創傷為一個疾病；從心理學的角度來看，則視創傷為一個適應的狀況，程度則會依照同心圓的遠近而有所差異。

每個個案在面對創傷後的反應也會不同，這端賴個人的資源、適應技巧、以及對創傷的知覺。有些人面對創傷後會停留在創傷後壓力症(Post-traumatic Stress Disorder, PTSD)、憂鬱、或是更糟的層次，一直無

法復原；有些人面對壓力後，則會立刻將影響程度降到最低，或是會感謝家人、感謝事件的發生而使人能夠成長，並感受到生命更具意義。

對塵爆個案而言，因為燒傷對皮膚的特定影響，使得燒傷患者的生活品質產生很大的問題，他們容易對熱敏感、排汗功能不加、情緒也會受影響。且因疤痕拉扯的關係，四肢功能不如以往，傷口照護更是艱鉅的挑戰，外觀形象也會影響信心、工作、性功能、人際關係等問題，造成生活品質趨於明顯低落。燒燙傷個案之精神創傷影響相對來說是較為長期的，嚴重燒傷個案由急性期、適應期到復原期各有不同的身心問題，透過追蹤塵爆個案，了解中長期的精神創傷影響、失能、因應及生活品質，有其重要性。

自塵爆災害發生以後，政府與各大醫院投注大量醫療人力與物資，協助個案緊急醫療。經過緊急醫療、整形外科與燒傷照護、感染管控、重症醫學等在急性期的努力照護，嚴重燒傷患者的死亡率已明顯相較於國外少很多，而精神心理介入與處遇在短期到中長期皆相當重要。這些嚴重燒傷個案不只是嚴重的生理傷害，也影響了精神心理與社會適應，未來將面對急性期、適應期及長程的復健期。過去的研究發現嚴重燒傷後的精神影響，可能會持續並影響各種功能與生活品質。冀以瞭解由急性期、適應期到復健期各種精神創傷影響、失能、生活品質及自殺風險等相關因子，有助於找到有自殺高風險之個案、提供適當協助，並提供未來心理復健介入的參考依據。

2. 業務或方案的目的與目標

1) 協助各縣市政府進行傷患災後心理重建與自殺防治追蹤關懷服務，辦理自殺守門人訓練。
2) 擔任與八仙塵爆相關會議之專家顧問，提供具體建議。
3) 配合本部災難心理衛生業務，提供本部災後心理重建流程建議。
4) 進行八仙塵爆傷患心理重建研究案，以標準量化工具收集與分析傷患精神及創傷狀態、憂鬱、失能、自殺風險、需求、因應及生活品質，並依據實證分析結果，合強化個案服務及檢討政，提供具體介入計畫及施政建議，並將本項研究成果發表至少 2 篇論文。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 召開專案小組會議，討論工作項目、守門人課程規劃、專家團隊名單、與研究案相關內容。

2) 派遣中心專員接受燒燙傷與災後心理重建教育訓練課程，加強知識與技能。
3) 釐清所有八仙塵爆個案目前狀況，並使用樹狀圖協助定義。
4) 釐清關懷訪視流程與人員配置，如：關懷訪視員之組織、運作方式及來源，確認關訪員所接觸之個案是否有重疊情形，並研究關訪體系整合模式。
5) 組成專家顧問團隊，並於衛生福利部召開八仙塵爆相關會議時出席並給予建議。
6) 回顧國內外災難心理重建、創傷後壓力症候群(PTSD)、與自殺防治相關文獻，檢討我國災難心理重建流程並給予建議。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、各縣市社會局、陽光社會福利基金會、臺北市立聯合醫院松德院區、林口長庚醫院精神科張家銘醫師、臺灣大學心理系陳淑惠教授、長庚大學行為科學研究所蘇逸人助理教授、臺大醫院復健科林昀毅醫師。
2) 資源連結內容及形式：提供資料、專家諮詢、協助研究執行。

三、 過程 (Process)

1. 1 月 8 日召開八仙塵爆研究案會議，討論未來工作項目、關懷重點對象、與專家顧問團隊名單。
2. 1 月 22 日召開專案小組會議，討論今年度八仙塵爆專案規劃與時程。
3. 1 月 24 日參與教育訓練課程─「燒燙傷復健相關醫事人員專業訓練」，了解燒燙傷病患之心理重建與自殺防治議題討論，並撰寫報告。
4. 1 月 29 日召開專案小組會議，討論專家團隊成立，並規劃後續會議時程。
5. 2 月 1 日召開研究討論會議，邀請臺大心理系陳淑惠教授、長庚大學職能治療系蘇逸人助理教授共同討論研究案整合與執行方向。
6. 2 月 18 日召開專家會議，邀請傷患家屬王鈺琇與孫小姐共同與會，討論八仙塵爆之關懷訪視流程現況、研究進度、與後續執行方向。
7. 3 月 17 日參與衛生福利部召開之「八仙塵爆個案服務縣市實地訪查(北區)會議」，中心由李明濱主任、龍佛衛理事長、張家銘醫師代表出席並提供建議。
8. 4 月 29 日於業務會議上，針對自殺防治守門人訓練課程規劃提請討論，並追蹤研究案進度。
9. 5 月 9 日與新北市衛生局林奇宏局長討論八仙塵爆研究案相關事宜與後續安排。

10. 6 月 24 日於業務會議上討論八仙塵爆案進度。
11. 7 月 29 日召開專家會議，討論八仙塵爆研究案初步研究結果。
12. 8 月 1 日參與「八仙塵爆捐贈專款第三階段補助方案—第一次專家工作小組會議」，中心由李明濱主任、龍佛衛理事長、張家銘醫師代表出席並提供建議。
13. 8 月 6 日參與「八仙塵爆捐贈專款第三階段補助及關懷規劃說明會」，中心由李明濱主任代表出席。
14. 11 月 10 日協助辦理「105 年度災難心理衛生專業人員教育訓練」，由台灣自殺防治學會張家銘理事擔任講師。
15. 12 月 7 日參與八仙塵爆傷者心理電訪問卷分析專家會議，中心由李明濱主任代表出席。
16. 預計於 12 月 4 日開始進行八仙塵爆第三階段關懷評估。
17. 預計於 12 月將後續研究結果發表論文。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 協助各縣市進行關懷訪視服務與自殺防治守門人訓練

(1) 現況釐清：此次傷患共有 499 人，其中 15 人死亡，另外 484 名傷患中有 16 名為外籍人士，468 名為本國籍。根據教育部統計，截至 2016 年 4 月 6 日止，受傷學生共計 261 名，其中 7 名已死亡，1 名外籍生已返國，另有 30 名已畢業學生(無就學意願)改由社政系統持續協助，目前尚在列管中的學生共 223 人，皆已全數出院。各縣市個案關懷訪視服務，秉持著「一人一案，長期陪伴」之原則，持續提供醫療資源與補助費用給傷患及其家屬。各縣市亦定期回報縣市服務情形與自評表指標，如簡式健康量表、燒傷生活評估量表與身體心像量表等，評估個案身心狀況。由於此次傷患多為在學學生，因此目前關懷訪視一部分由教育部學生事務與特殊教育司之輔導教師或專業輔導人員執行，其餘個案則由陽光基金會、627 燒燙傷專案管理中心、與各縣市政府社會局之社工主責關懷。另有各縣市政府衛生局、新北市臨床心理師公會、新北市諮商心理師公會、臺北市觀音線心理暨社會關懷協會等單位提供心理諮詢服務。截至 2016 年 5 月 31 日止，陽光基金會關懷總人數達 403 名、社工開案密集服務達 328 人。而針對個案生活與心理重建服務，各縣市政府建立轄內燒燙傷資源連結與宣導資料、辦理燒燙傷相關教育訓練，並提供心理重建需求者相關服務。

(2) 關懷訪視服務建議

a. 2015 年年底已完成電話訪問，其中未訪部分屬於高危險群，應列為後續關懷重點。為找出未訪個案所在，需定義 484 位塵爆個案之所在地點(戶籍地、居住地)、身份別、接受醫療地點及在何處接受關懷。其中，需特別關注此次八仙塵爆死者之遺族，並列為關懷重點對象之一，未來可採團體輔導的方式，關心其需求與身心狀況，共同度過難關。

b. 基於個案關懷原則，需重新思考縣市政府社工之角色定位及相關角色分配，並固定個案之關懷訪視員與個管師，且建議關訪員需經過法律或經濟層面等教育訓練，必要時回歸跨醫療團隊的整合。

c. 627 燒燙傷專案管理中心於 8 月份陸續展開第三階段補助與關懷說明及溝通會議，並由中心李明濱主任與學會龍佛衛理事長、張家銘理事參與專家工作小組會議。目前規劃由傷患自行預約評估時段，除基本皮膚與生理功能評估外，亦有心理健康需求評估與關懷服務項目，分別於 2016 年 12 月 4 日至 2017 年 2 月 18 日間分三階段評估，由臺北馬偕紀念醫院、新北市立聯合醫院、林口長庚紀念醫院、臺中榮民總醫院等五家醫學中心之精神科醫師評估個案心理健康需求，包含目前社會心理問題、身心狀況、塵爆至今之影響與處理方式，並給予臨床評估與後續建議，並完成個案之憂鬱狀況檢核及創傷後壓力疾患檢核。

(3) 協助辦理自殺防治守門人訓練

為推廣災難心理衛生概念，並傳承災難心理衛生專業人員之經驗，今年度臺北市立聯合醫院特與臺灣自殺防治學會共同辦理「105 年度臺北市災難心理衛生專業人員教育訓練」，於 2016 年 11 月 10 日假臺北市立聯合醫院松德院區舉行，參加對象包含各醫療院所從事心理衛生相關工作之人員，課程內容如表 7.1.1。

表 7-1-1、105 年度臺北市災難心理衛生專業人員教育訓練課程表

時間	課程內容	主講者
08:40-09:00	報到	
09:00-09:10	長官致詞	臺北市立聯合醫院松德院區院長
09:10-10:50	醫院大量傷患之應變機制	臺北市立聯合醫院柯明中醫師
11:00-12:00	南亞海嘯之員經驗 DMAT	
12:00-13:30	休息	
13:30-16:30	從八仙塵爆看災後心理重建	臺灣自殺防治學會張家銘理事

在張家銘理事的課程中，首先以高風險社會與心理健康作為開頭，簡介災後心理重建之長、短期工作內容，接著說明八仙塵爆與燒燙傷個案之身心問題與治療處理方式，提出燒燙傷在復健過程中可能會出現的問題與連帶的心理變化，並以林口長庚為例，舉出醫院在急性期的身體治療、精神評估與處遇，最後針對個案在適應期與復健期內的精神評估情形，提出每個人可以給予的協助。課程內容摘要如下：

過往針對臺灣地震後災民的創傷後壓力症候群(PTSD)進行研究，結果特別發現創傷後壓力症候群會慢性化，並有一半以上的受難者持續症狀超過三年，且有創傷後壓力症候群的受難者中有超過六成同時合併有憂鬱症，顯示出災後心理復原的重要性。

在災難發生後，主要可將工作時間軸分為英勇期、蜜月期、幻滅期、與再穩定期。在英勇期講求緊急救難與醫療，以拯救生命為首要任務，約長達一至二周；而蜜月期約在災難發生後第三至四周，受難者會持續得到社會大眾的支持與關懷，因此主要由公部門主導，整合物資與資訊平台；接著進入到幻滅期，當關懷與物資減少時，受難者會開始有情緒反應，如：失落、憤怒、憂鬱等，也是高風險的時刻，最多可長達至事件發生後的五年內，此時應透過社區力量來營造復原環境，包含生理、心理、資源的滿足，提供持續性的協助；最後才會回到再穩定期，受難者心理復原且重建生活。

而從災難心理衛生的觀點來看八仙塵爆燒燙傷個案的狀況，首先需要掌握個案的特徵，透過研究發現，八仙傷患主要集中在北北桃地區，且多為 18-27 歲的年輕人，職業以學生為主，而有一半以上受難者的燒燙傷面積超過 40%。燒燙傷的處理與復健相當複雜，傷患需面臨清瘡、植皮、厚疤增生、起水泡、皮膚乾燥、皮膚癢等問題，需長期穿戴壓力衣與運動復健來維持皮膚正常生長與活動。在復健過程中，傷患會反覆遭遇挫折，今日可以彎曲的手指，明日起床後就又發現關節部位攣縮，因此不僅生理上動作受限、功能下降，在心理上更需面臨身體形象改變所導致的低自尊、焦慮、憂鬱傾向。

在塵爆急性期的治療與處理方式，以林口長庚為例，除了照護個案的生理需求，同時也針對傷友、家屬、醫療從業人員等發送心理衛教單張，並由醫院社工持續關懷受難者及其家屬，減輕急性壓力與情緒反應，透過 BSRS-5 與 SPAN 量表來定期評估追蹤個案狀態。而針對急性期的評估發現，塵爆傷友的整體精神狀態不佳，有 BSRS-5≧6 分者約占 41.6%，且

有臉部燒傷者的情緒困擾是沒有臉部燒傷者的 1.7 倍，顯示出初期關懷的重要性。

而在緊急醫療過後會進入適應期與復健期，通常個案會面臨生涯發展、傷口照護、情緒與創傷、人際關係等問題，災後五個月與一年皆有再次評估傷患狀況，可以發現雖然中期的心理狀況與初期比較略有下降，然而長期來看個案的心理狀況卻有惡化。在適應期與復健期中，公部門與相關單位已成立了 627 燒燙傷專案管理中心來專責處理八仙塵爆的後續工作，而民間單位則主要由陽光社會福利基金會擔起責任，負責後續復健與追蹤。

整體而言，精神醫療人員與心理相關人員在緊急醫療期時的介入與配合，是值得關注的議題之一，而在傷友出院後的適應期與復健期，如何強化社區能力來協助傷友後續醫療，更是重要的議題。此次透過資源整合與個案管理來幫助傷友，針對未來長期關懷上，建議第一線人員需要特別注意與觀察傷友變化，若發生傷患有自殺意念的情形，要多去了解個案背景，因為自殺的背景因素相當複雜，燒燙傷可能只是一種加成效果。另外，傷者大多非常年輕，在心理素質上也相對堅強、不願服輸、會互相打氣，但因為他們的問題非常複雜，因此有些情緒狀態反而不容易下降，例如：情緒反應、挫折感、與親人的衝突等，因此在協助傷友時需要多加考慮不同面向，例如情緒或創傷症狀、生活功能等，因為即便現在沒有問題，未來還是可能會出現問題，因此要透過長期追蹤才能確保受難者身心健康。

2) 成立專家顧問團隊並給予建議

由中心名義召集各層級專家組成顧問團隊，並與其他相關資源整合共享，如衛福部、教育部、各縣市政府、627 燒燙傷專案管理中心、陽光基金會等。中心之專家顧問委員名單以各專業(如心理、復健、護理等)進行分工，並適時徵詢專家意見，目前專家顧問名單詳如表 7.1.2。

表 7-1-2、心理健康需求評估小組專家顧問名單

專家領域	專家顧問名單
精神科	全國自殺防治中心李明濱主任、廖士程執行長、臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長、凱旋醫院周煌智醫師、林口長庚醫院精神科張家銘醫師、中山醫學大學醫學系賴德仁教授、高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神科柯志鴻主任、馬偕醫院方俊凱主任、臺中榮總精神部藍祚鴻主任
護理	全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

表 7-1-2、心理健康需求評估小組專家顧問名單(續)

專家領域	專家顧問名單
心理	臺灣大學心理系陳淑惠教授、長庚大學行為科學研究所蘇逸人助理教授、陽光社會福利基金會牛慕慈心理師
復健科	臺大醫院復健科林昀毅醫師

於 3 月 17 日「八仙塵爆個案服務縣市實地訪查(北區)會議」中，由李明濱主任、龍佛衛理事長、張家銘醫師擔任顧問並提供以下建議：

(1) 此次八仙塵爆事件乃為重大災難與燒燙傷之結合，因此災難處理原則應先定義與辨認出受難者及其家屬，需結合跨部會合作，如衛生局、教育局、社會局等，建立並清點受難者名單，充分掌握個案現況(例如：現在就醫與復健位置、基本資料、治療項目等)，以提供後續服務與管道。
(2) 訪視仍應站在關懷的立場，而非以資料蒐集為目的。針對此一社區個案服務，應考量個案評估項目、跨專業合作與整合、醫療追蹤與服務品質、服務流程等，並深入了解個案現況以解釋量表評估結果。量表雖然重要，但需釐清施測量表的意義，量表的使用應類似檢傷分類，能夠精準分辨出狀態較差的個案，以優先提供關懷與轉介。
(3) 應釐清社工師之角色與工作描述，並精進第二階段之評估、關懷訪視、與轉介品質，建議建立轉介團隊名單以提供第一線人員使用。
(4) 此次八仙塵爆傷患個案與一般單獨個案前往燒燙中心看診不同，除了個案的醫療狀況(Medical View)、公共衛生議題(Public View)，亦可透過人類學(Anthropology View)的變化觀察到個案如何重新適應生活，因此透過此三大觀點應可在事先預測個案拒訪情形，並針對較不願意接受治療者制訂因應對策。
(5) 針對個案拒訪與個案回報率較低的部分，可再釐清原因並討論應如何加強，並特別注意是否有個案本身雖有嚴重問題但卻拒訪之情形。拒訪個案往往是高危險群之一，因此絕對不能忽略拒訪個案的重要性。
(6) 部分個案之心理健康的確會隨著時間復原，但透過第一線人員與量表評估，需特別關注是否有個案逐漸產生情緒與生活適應困難的狀況，加強提供關懷與陪伴，確保個案未來心理健康復原。

3) 災後心理衛生重建流程與建議

(1) 災後心理衛生重建流程現況分析

根據衛生福利部災難衛生教材手冊，我國的災難心理衛生策略是依據公共衛生三段預防概念來規劃，主要可分為四大步驟：建立災難心理衛生

服務體系、強化災難心理衛生服務網絡、訂定災難心理衛生服務方案、及辦理災難心理衛生研創方案，工作項目如表 7.1.3。

表 7-1-3、我國災難心理衛生策略

流程	工作項目
建立災難心理衛生服務體系	• 健全災難心理衛生組織架構：中央與各直轄市、縣(市)衛生主管機關均應設置專責單位辦理災難心理衛生工作，並建立垂直及橫向聯繫機制，以及各依權責結合產官學及民間團體資源，推動災難心理衛生工作。 • 研訂災難心理衛生應變及動員機制：輔導各直轄市、縣(市)政府訂定災難心理衛生應變計畫及動員機制，包括分工原則、工作內容及定期辦理演習。
強化災難心理衛生服務網絡	• 督導直轄市、縣(市)衛生主管機關統整並盤點所轄精神醫療與心理衛生資源。 • 督導直轄市、縣(市)衛生主管機關加強與相關機關(構)及民間團體的協調與聯繫，以及時提供災民妥適之轉介照會服務，因應災難發生時所需。
訂定災難心理衛生服務方案	• 災難發生時，依災情性質、災民傷亡及損失與災民族群分佈等情況，研訂災難各時期之心理重建計畫，並據以訂定災難心理衛生工作計畫、實施及考核方式。 • 加強民眾心理衛生教育。
辦理災難心理衛生研創方案	• 編修災難心理衛生人員訓練教材：依訓練對象(精神醫療專業人員、其他醫事人員、教師、志工及救災人員)編製訓練教材。 • 規劃培訓災難心理衛生人員及發展認證機制。 • 建立災難心理衛生人才資料庫。 • 進行災民心理重建服務模式發展及成效評估之研究。 • 研訂評估**災難心理衛生工作成效之指標。**

a. 建立災難心理衛生服務體系

根據衛生福利部災害緊急應變小組作業要點，在災害發生後，衛生福利部將設立災害緊急應變小組，並由心理及健康口腔司主責統籌心理重建組，偕同社會救助及社工司、保護服務司、社會及家庭署等單位啟動災難心理衛生機制，並聯絡各縣市政府衛生局及社區心衛中心、精神醫療網核心醫院、或當地醫院精神科與民間組織，針對災區災民心理創傷之預防與

輔導、心理重建及衛教宣導等事宜，應變機制示意圖如圖 7.1.1。

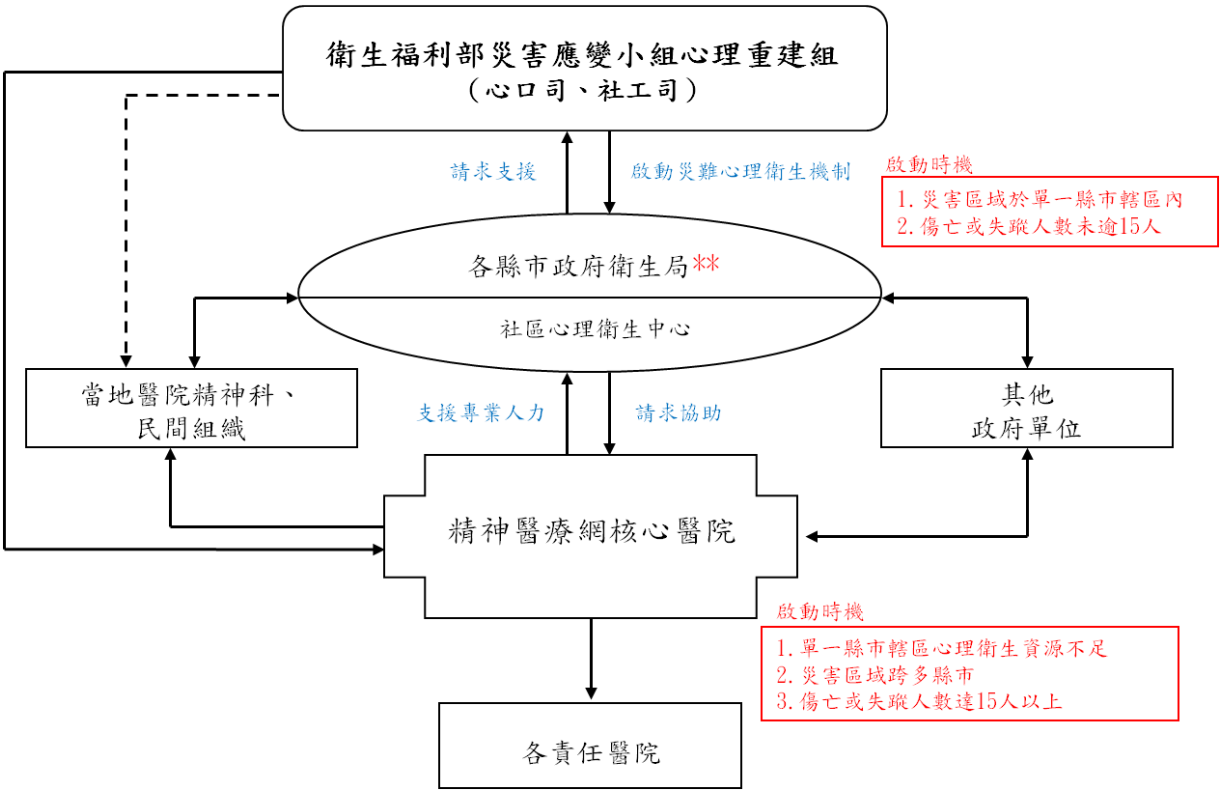


圖 7-1-1、我國災難心理衛生應變機制
(資料來源：衛生福利部網站)

b. 強化災難心理衛生服務網絡

以此次八仙塵爆為例，衛生福利部於災害發生後的第一時間協調收治醫院所在地之衛生局與社會局，透過醫院社工與心理專業人員掌握傷患與家屬身心狀況，並主動提供相關補助資訊。另，中央與新北市政府成立之 627 燒燙傷專案管理中心，以作為後續長期陪伴與追蹤個案身心重建之平台，並依據個案需求，協助連結醫療照護、社政福利、法律、就學、就業資源及追蹤訪視關懷資源。

八仙塵爆整體服務網絡連結如圖 7.1.2，主要由衛生福利部統一調度資源，由醫院整合跨專業團隊並執行個別化評估，包含社會、心理、復健、營養、生活等各層面，並擬定傷患出院後之服務計畫。而後由 627 燒燙傷專案管理中心作為醫院端與社區端之間的溝通橋梁，銜接出院準備服務計畫，來幫助傷患回歸社區，並由中心擬定個別性計畫，提供出院後之社區服務方案，以定期追蹤管理。

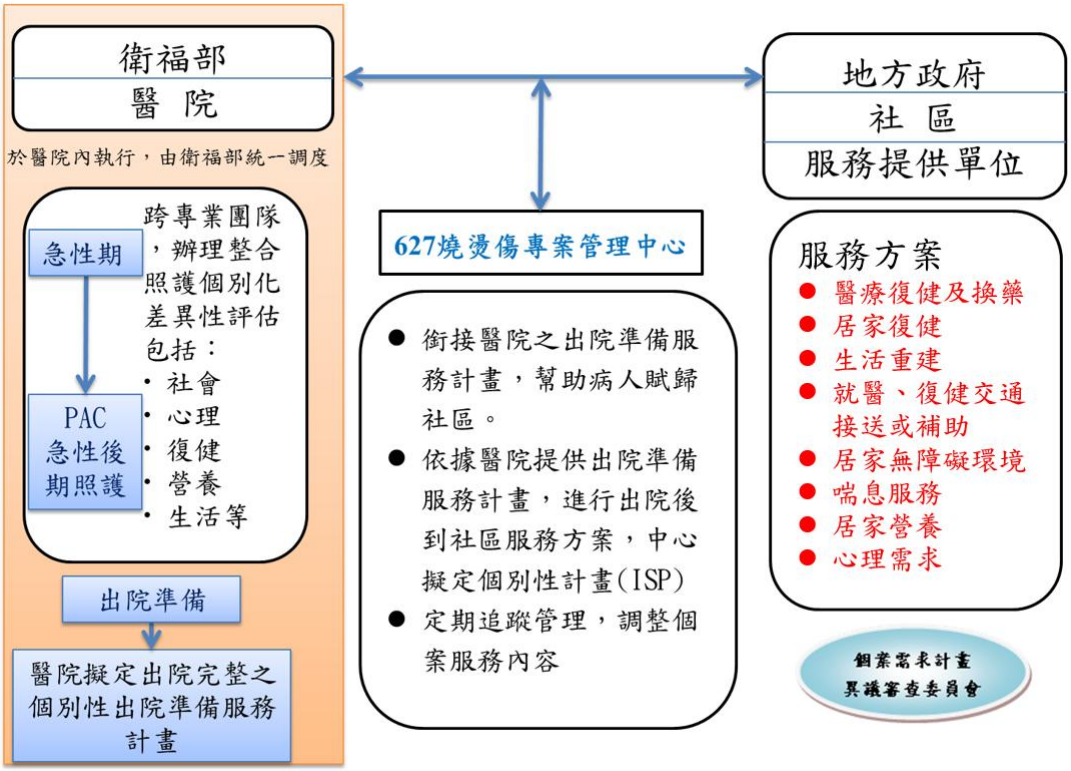


圖 7-1-2、八仙塵爆整體服務網絡連結
(資料來源：627 專管中心網站)

c. 訂定災難心理衛生服務方案

a) 627 燒燙傷專案管理中心

為協助傷患與家屬的生活重建，衛生福利部訂定「八仙樂園粉塵爆燃事件燒燙傷病患一人一案長期陪伴計畫」，每位個案在院時會由醫院社工提供關懷服務，而出院後會經由 627 專管中心轉銜至個案住籍地之社會局社工，提供有關家屬情緒支持與輔導、個案關懷服務、社會經濟補助資源連結等，定期追蹤傷患心理狀況，以預防自殺、物質濫用、創傷後壓力症候群(PTSD)、與其他心理疾病。關懷追蹤的頻率會依據個案危機程度調動，而評估項目包含自殺風險評估(含悲傷的人憂鬱量表、簡式健康量表、自殺意念)、復健需求、就學/就業需求、法律需求、社會支持程度、家庭系統等各層面，等級較輕微者，每兩個月至少追蹤一次、每三個月至少親訪一次；較嚴重者，每個月至少追蹤兩次、親訪一次。個案等級會每六個月重新評估一次，情況改善會將等級調降，而若個案或家屬已無需求，則會於評估後予以結案，詳細專案管理流程圖如圖 7.1.3。

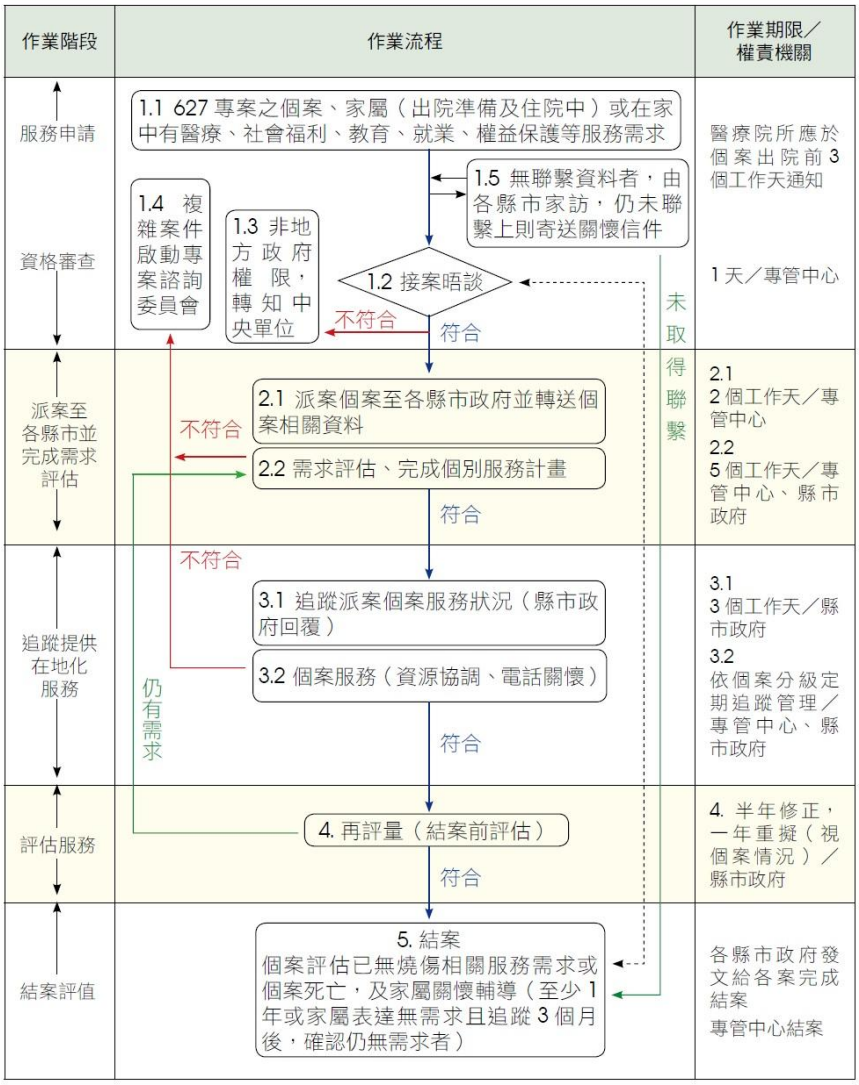


圖 7-1-3、專管中心個案管理服務作業標準流程圖
(資料來源：衛生福利部)

b) 教育部

由於此次受難者大多為學生，因此教育部也為此辦理「0627 八仙樂園粉塵暴燃受創學生心理諮商輔導計畫」，協助地方政府與學校共同推動學生心理輔導工作，提供受難學生在校社會支持系統，以逐漸恢復生活品質與就學情形。計畫為一年期，首先在災害發生時立即整理受傷學生名冊，並在開學前針對輔導人員進行燒燙傷知能教育訓練、設置輔導諮詢專線與網站，在開學後以個案管理方式，協助連結鄰近醫療、衛生、社政、與民間團體，並透過校園輔諮中心或心衛中心，系統性規劃受創學生之心理諮商輔導計畫，主動提供諮詢與轉介服務。

c) 陽光社會福利基金會

現階段個案管理部份已交由民間單位陽光社會福利基金會協助，根據

陽光社會福利基金會「八仙塵燃燒傷者生心理重建服務計畫」，整體計畫為期五年，如圖 7.1.4，目標是給予 300 位傷友心理社會服務及 220 位傷友密集復健服務。整體計畫期程前三年是為「重建階段」，首先著重在傷患家庭支持性服務、心理重建、與社會適應；計畫最後兩年為「發展階段」，待傷友身心狀況穩定後，提供生涯發展服務，協助傷友回歸社區與社會適應。為此，陽光基金會亦努力籌畫建置新的重建中心與住宿家園，擴充服務據點，目前在臺北市、新北市、桃園市、臺中市、嘉義市、臺南市、高雄市、花蓮市、臺東市皆設有相關服務中心或工作站，且每半年於官方網站公開服務成果報告。



圖 7-1-4、陽光基金會心理重建服務計畫期程

d. 辦理災難心理衛生研創方案

a) 提供衛教資源與相關教育訓練

(a) 在傷患受傷初期於陽光基金會與醫院內辦理座談會，提供燒燙傷照護與衛教資訊，並說明後續計畫安排，互相溝通復健目標與期待。

(b) 透過教育訓練分享燒傷服務經驗與實務建議，對象包含社工人員、學校教職員、治療師、與相關醫療人員，並於暑假期間針對教育體系的輔導人員辦裡燒燙傷知能研習，並編製參考手冊供教師使用。

(c) 提供傷口洗護訓練課程，讓傷患與家屬能認識與學習照顧傷口。

(d) 辦理社區與校園宣導，推廣燒燙傷與臉部平權理念，讓傷患的生活環境更友善，鼓勵傷友回歸社區。

b) 建置服務專線與網站專區

(a) 各級教育主管機關於 7 月 2 日正式啟用輔導諮詢服務電話專線，

(b) 教育部及臺灣輔導與諮商學會共同建置「八仙塵爆心理健康資訊網」(http://care.heart.net.tw/)，提供救災、諮詢、心理健康、學校輔導等資訊，以及相關求助資源。

(c) 陽光基金會持續透過網路媒體與大眾溝通八仙塵爆議題，並於官方網站建立八仙塵爆專區，

(d) 衛生福利部與新北市政府共同建置「627 燒燙傷專案管理中心網站」(http://627.ntpc.gov.tw/)，提供衛教資訊、關懷手冊、社會資源連結，並作為官方訊息公告的主要平台。

c) 其他支持性方案

辦理多元活動邀請傷友及家屬參加，提供社會參與與情緒支持。例如 5 月份於華山創意園區辦理臉部平權特展，邀請社會大眾一同營造尊重互助的環境。

(2) 災後心理衛生重建流程建議

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，其中以焦慮症中的急性壓力症(ASD)及創傷後壓力症候群(PTSD)最為常見。長期追蹤研究顯示，創傷後壓力症候群(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，因此精神醫療之介入與研究是必須且重要的。

個案的心理重建期可分為三階段：緊急醫療期(第一個月)、短期心理重建期(二至六個月)與長期心理重建期(六個月至五年)。而根據我國災難心理衛生重建流程，提供受難者心理重建的管道主要可分為四大類：1. 衛生福利部所主管之精神醫療體系；2. 精神醫療專業人員的培訓體系；3. 教育部主管之學校諮商輔導培育體系；4. 社區中各類諮商與輔導機構。因此，在看待災難後的心理衛生服務時，可透過結構化、系統化的規劃，妥善安排後續服務流程，隨時注意個案的心理需求，以提供最完善的服務。

以此次八仙塵爆為例，在整體災後心理重建流程中，各管道在上述不同時間點皆已發揮功效。在緊急醫療期，主要由衛生福利部統籌，由各家醫院配置之精神科醫師、護理人員、心理師、職能治療師及社工師協助配合，在第一時間先行安撫家屬情緒，並持續關心個案身心復原狀況。而在短期心理重建期時，也透過校園諮商輔導體系與社區關懷，讓傷患逐步回

歸日常生活。特別是燒燙傷患面臨外觀變化、新生皮膚緊繃、活動範圍受限，在出院之後仍可能需要再次接受重建手術，且復健的漫漫長路讓回歸正常生活的目標看似遙不可及，更加需要家人與同儕的陪伴及關懷。因此，在長期心理重建期中，社區機構扮演著不可或缺的角色，而整起八仙塵爆事件中，陽光社會福利基金會便擔當起這份重任，設立許多傷患復健與心理支持據點，並透過專業的心理師、職能治療師、社工師與傷患之間建立信任關係，並規劃在未來五年除了給予生理、心理、社會經濟層面的輔助外，亦會採取個別化就學與工作生涯發展服務。

然而，臺灣過往少有針對燒燙傷患之心理重建經驗，特別是此次八仙塵爆屬於重大災害與燒燙傷兩者結合之事件，處理困難度亦會提升，因此，除了現行心理衛生重建流程所採取之個案管理方式，根據文獻回顧分別針對全面性、選擇性、與指標性三大層面提出強化建議，如下：

a. 全面性策略

a) 災前預防：近年來公共安全意外頻傳，因此在政府與相關單位方面，應落實公共安全督導，善盡監督廠商之責任，定期會勘並修訂標準作業程序，避免更多人為災害發生。在社會大眾方面，宣導平時可多注意周邊環境，警覺到不尋常之狀況，應及時反應相關單位，並盡速遠離現場，請相關人員處理。

b) 衛教宣導活動：針對一般民眾，可定期舉辦災難逃生演練，並於避難所等災民聚集處開辦衛教宣導活動或 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。另外，宣導時也應提供救助資源，並鼓勵民眾共同分享經驗，建構支持性環境。

c) 校園心理衛生因應方法：若受難者包含學生族群，教師須注意受難學生與其同儕反應，鼓勵他們抒發情緒、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。

d) 專業人員教育訓練與服務建置：針對醫療工作人員，平時應提供災難心理衛生教育訓練給精神醫療各領域專業人員，針對接受過災難心理衛生教育訓練者，建立人員資料庫並隨時更新，作為緊急動員時的依據，並可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。

e) 週年效應之因應：災難發生當日對於每位關注事件的社會大眾都會有不同的情緒反應，尤其到週年時更容易有強烈情緒產生，需注意當日媒體報導是否帶有過多刺激、戲劇化、重複播放當日現場畫面，若有產生心理不適感，應盡量避免太多接觸。也建議可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。

f) 整合資源平台：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，增加醫療服務與資源的可近性，透過主動關懷來找出需要被服務的對象，給予心理衛生教育、立即性問題處理、心理支持、鼓勵受難者求助，必要時則可透過服務基地轉介至醫療院所。此外，災區週遭醫院可結合衛政、社政等設立聯合諮詢服務台、電話諮詢專線(如：安心專線 0800-788995)、及網站專區，供民眾篩檢身心狀況，並獲得求助資源、復健資訊、災害補助及法律諮詢等。

g) 跨部會會議與強化網絡連結：集合各地區醫療院所、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，在災難發生後定期會報個案處遇情形及後續全民宣導計畫，並加強轉介系統與災後心理評估及篩檢，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，透過社區力量發現潛藏個案，適時給予個案協助、救援與輔導。

b. 選擇性策略

a) 創傷後壓力症候群(PTSD)個案管理與處遇：

(a) 創傷後壓力症候群(PTSD) 的症狀須具備下列三個面向的症狀；再經驗、高警覺、逃避症狀。症狀要持續一個月以上的時間，並且造成職業、社會、人際功能的重大缺損。

(b) 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(例如與家人或朋友相處)，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。

(c) 針對各種創傷後心理憂鬱反應，可學習使用放鬆技巧，如呼吸練習、冥想、放鬆肌肉等，或透過支持團體、諮商輔導來減緩症狀產生。

b) 現場醫護人員與救災人員之心理健康處遇：針對醫療或救災活動採取立即性準備及訓練指導，並於救災或救治過程中注意自身及協同工作者的壓力反應，透過輪值方式來控制高壓力工作時間，並於休息時間於團隊中談論壓力反應及自身感受，必要時可於現場進駐心理衛生人員來舒緩工作人員之壓力反應，若工作人員反應嚴重或反應時間超過六週，則應進一步尋求專業心理諮商協助。

c) 受難學生於校園之心理輔導：配合校園三級輔導系統，可透過個別晤談或團體心理治療，來適應災後生理與心理變化、宣洩情緒、獲得團體支持，同時衛教災難心理反應與提供求助系統等，降低受難學生焦慮不安的感受，必要時可尋求校外或醫療資源協助。

d) 高風險個案篩檢：過往針對住院病人的研究，發現約 30%的病人符合創傷後壓力症的診斷，而這些在一年後的追蹤，仍有 29%的病人仍舊存有創傷後壓力症的症狀。因此可運用心情溫度計，推廣自我量測，並於災後約三個月(創傷後壓力症候群好發時期)，主動針對個案及其家屬訪視，並進行高風險篩檢及評估，關懷受難者及其家屬之心理狀況及需求，及早發現、處置與轉介。

e) 週年效應之因應：事件發生周年對於受難者與救難人員而言，當日情形仍歷歷在目，日常生活中的任何與該事件連結的警訊，皆有可能會讓受難者重新經驗到與事件相關的強烈情感，產生害怕、焦慮、悲慟等負面情緒，心理衛生專業人員可提早和個案說明此種反應屬於正常，並於近期積極關懷與給予支持，若情緒過於強烈且持續一段時間仍無法紓緩，則可藉由精神醫療體系強化個案身心狀態。

c. 指標性策略

a) 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。

b) 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。

c) 強化自殺未遂通報個案關懷之創傷後壓力症候群(PTSD)之知能，創傷後壓力症候群(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。

4)八仙塵爆研究案

(1) 研究方法

本研究案由中心作為整體資源整合之主軸平臺，並以個案關懷為優先考量，旨在提升關懷品質並解決個案問題。本研究以多重方式招募受試者，如陽光基金會受試者招募海報、臉書社團招募、長庚醫院就診傷友的主治醫師轉介、及病人與家屬的介紹，邀請受試者進行網路自填問卷、郵寄紙本問卷或面對面訪談，並在八仙塵爆後平均約九個月後進行調查，以各種問卷或量表蒐集並分析精神創傷影響、失能、生活品質與自殺風險等相關資訊。對於精神創傷較嚴重個案，將會轉介資源與治療。研究工具包括(1)簡式健康量表(BSRS-5)；(2) Patient Health Questionnaire (PHQ-9)；(3)影響事件量表—六題版(IES-6)；(4)痛、癢量表；(5)Sheehan 失能與壓力量表；(6)調適量表(CD-RISC-2)；(7)中文版 PTSD DSM-V 量表；(8)燒傷因應量表(Coping with Burns Questionnaire, CBQ)；(9)短版燒傷特定健康量表(Burn Specific Health Scale-Brief, BSHS-B)。量表內容分別如下：

a. 簡式健康量表(Brief Symptoms Rating Scales, BSRS-5)：此五題量表是由李明濱教授所發展，可自評整體精神症狀之嚴重度，包括焦慮、憂鬱、敵意、人際敏感、失眠等五題。曾經在多個不同樣本測試，發現內部一致性信度(Cronbach's alpha = 0.77-0.90)與再測信度(r = 0.82)均佳。BSRS-5 的總分及 BSRS-50 的整體身體及嚴重度指標的同時效度在 0.87 到 0.95。以總分大於 6 分做精神疾患傾向之切分點(cut-off score)。與小於 5 分者正確分類百分比在 76.3% (78.9% sensitivity, 74.3% specificity)。它每題的計分由 0=「完全沒有」到 4=「非常厲害」，總分最高是 20 分，分數越高越嚴重。在這次的調查研究中，這個量表每次都會使用，以比較每一波整體精神症狀嚴重性的改變，並加入第六題自殺意念，以監測並追蹤自殺意念的發生。
b. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)：這是一個簡單的九題憂鬱症狀量表，常用來篩檢或是做憂鬱症狀的自填。共 9 題，每題 0-3 分，總分越高憂鬱越嚴重，大於等於 10 分可代表重鬱症。
c. 影響事件量表—六題版 (Impact of Event Scale, IES-6)：此量表是由 22 題的 IES-R 量表簡化而來，國外研究已證實具有高內部一致性 (Cronbach's alpha=0.8)，且與 IES-R 存在高相關 (pooled correlation = 0.95)。每題計分由 0=「沒有發生」到 3=「常常發生」，總分最高是 18 分，分數越高表示創傷症狀越嚴重。鑒於臺灣尚未有此量表的研究，本

研究將利用此機會驗證其信效度。在這次的調查研究中，這個量表每次都會使用，以比較創傷症狀嚴重度的改變。

d. 痛、癢量表；測量 0-10 分的自覺痛、癢干擾程度。
e. Sheehan 失能與壓力量表 (Sheehan Disability and Stress Scale, SDSS)：測量個案的各種失能及自覺壓力程度。
f. 調適量表(CD-RISC-2)；以 0-10 分的自覺調適程度，測量自我調適。
g. 中文版 PTSD DSM-V 量表(PTSD Symptoms Scale DSM-V)：早先的 PTSD 症狀量表依循 DSM-V PTSD 的診斷準則，主要包含重複經驗、逃避麻木、過度喚起三大症狀群，但晚近研究指出 PTSD 患者常存在負向扭曲的認知與情緒，故 2013 年出版的 DSM-V 納入「認知與情緒的負向改變」(negative alterations in cognitions and mood)此症候群。過去這部分國內未曾有過研究，本次研究想藉燒傷個案進行 DSM-V 臺灣版 PTSD 量表的信效度。
h. 燒傷因應量表(Coping with Burns Questionnaire, CBQ)：此 33 題的燒傷因應量表是針對燒傷後可能的因應策略所編訂。包括了六種因應策略：再評估/適應(Re-evaluation/adjustment)；逃避(Avoidance)；情緒支持(Emotional support)；樂觀主義/問題解決(Optimism/problem solving)；自我控制(Self-control)；有助益的行動(Instrumental action)。本研究想藉此了解何種因應策略有助於預測燒傷患者的良好預後。
i. 短版燒傷特定健康量表(Burn Specific Health Scale-Brief, BSHS-B)：此 40 題量表，是由 114 題的 BSHS 量表簡化而來，包括：對熱敏感、情緒、手功能、傷口照護、工作、性功能、人際關係、基本能力、身體形象等九個向度，反映了燒傷後的生活品質狀態。每一題的分數由「非常嚴重」=0，到「一點也不」=4，總分由 0-160 分，分數越低代表越嚴重，也可以分別計算每一個向度問題的嚴重度。在多個國家都已被翻譯使用，在臺灣已有中文翻譯量表與信效度發表，證實具良好再測信度、高內部一致性信度，與適當的區辨效度。

(2) 分析結果

經由多重招募方式招募受訪者，經說明研究目的而寄發研究同意書及問卷共 147 人。回收問卷因地址錯誤或拒訪未回收者共 23 人，問卷寄回但資料不全者共 5 人，故第一階段問卷調查有效問卷為 119 份，有效問卷完成率為 81.0%。回收問卷初步分析如下：

a. 完訪者社會人口特徵、燒傷基本狀況 (詳如表 7.1.4)

a) 受訪者 119 人中，女性比男性多。
b) 平均年齡 23.9 ± 4.9 歲，最大年齡 38 歲，最小年齡 15 歲。其中，21-25 歲最多(37.8%)，其次是 26 歲以上(33.6%)，再來是 13-20 歲(28.6%)。
c) 職業：非學生占 60.5%，學生占 39.5%。
d) 婚姻：以單身占多數，占 95.8%，已婚占 1.7%，不明 2.5%。
e) 宗教：有宗教信仰 40.3%，無則為 59.7%。
f) 因塵爆住院有 109 人(91.6%)，沒有住院有 10 人(8.4%)。
g) 燒傷面積：以 41-60%居多(34.5%)，其次為 21-40%(26.1%)、20%以下(22.7%)、61%以上(16.0%)、無燒傷(0.8%)。
h) 燒傷部位：以下肢最多(94.1%)，其次為上肢(70.6%)、顏面燒傷(27.7%)。
i) 同行親友中，親友過世有 12 人(10.1%)，親友受傷有 114 人(95.8%)。

表 7-1-4、第一波完訪者之社會人口特徵、燒傷基本狀況 (n=119)

	人數	%		人數	%
性別			**燒傷總面積百分比**		
男	54	45.4	無燒傷	1	0.8
女	65	54.6	20%以下	27	22.7
年齡層			21-40%	31	26.1
13-20 歲	34	28.6	41-60%	41	34.5
21-25 歲	45	37.8	61%以上	19	16.0
26 歲以上	40	33.6	**燒傷部位**		
職業			頭皮	3	2.5
學生	47	39.5	顏面	33	27.7
非學生	72	60.5	上肢	84	70.6
婚姻			下肢	112	94.1
單身	114	95.8	前軀	34	28.6
已婚	2	1.7	後背	23	19.3
不明	3	2.5	**親友過世**		
宗教			否	107	89.9
無	71	59.7	是	12	10.1
有	48	40.3	**親友受傷**		
因塵爆受傷住院			否	5	4.2
否	10	8.4	是	114	95.8
是	109	91.6			

b. 完訪者出院後醫療利用與生活影響 (詳如表 7.1.5)

a) 出院後仍至外科及復健科門診的人最多，分別占 93.3%及 68.1%，僅約 25%-40%的人接受精神科或心理諮商，近 75%的人會至陽光復健。
b) 91.6%的人因塵爆而影響工作或學業，70.1%的人全家整體收入受到影響。而持續使用鎮靜安眠藥物有 49 人，使用酒精有 8 人。
c) 近 8 成的人認為塵爆後身體改變程度為中等以上，近 75%的人認為塵爆後自我改變程度為中等以上，分別僅有 6.7%、2.5%覺得沒有改變。

表 7-1-5、第一波完訪者的醫療利用與後續生活影響 (n=119)

出院後醫療利用	人數	%	受傷後的生活影響	人數	%
外科門診			**因塵爆而影響工作(或學業)**		
沒有	3	2.5	否	9	7.6
有	111	93.3	是	109	91.6
不詳	5	4.2	不明	1	0.8
復健科門診			**影響全家整體收入**		
沒有	33	27.7	否	36	30.3
有	81	68.1	是	83	69.7
不詳	5	4.2	**出院後使用鎮靜安眠藥**		
精神/身心科門診			否	70	58.8
沒有	83	69.7	是	49	41.2
有	32	26.9	**出院後使用酒精**		
不詳	4	3.4	否	111	93.3
心理諮商/治療			是	8	6.7
沒有	71	59.7	**塵爆後身體改變的程度**		
有	44	37.0	完全沒有	8	6.7
不詳	4	3.4	輕微	15	12.6
陽光復健			中等	38	31.9
否	30	25.2	非常	34	28.6
是	89	74.8	極度	24	20.2
			塵爆後自我改變的程度		
			完全沒有	3	2.5
			輕微	26	21.8
			中等	41	34.5
			非常	37	31.1
			極度	12	10.1

c. 完訪者整體精神狀態(BSRS-5)

a) BSRS-5 總分大於等於 6 分者，占 68.9%，全體平均數為 8.2 ± 5.1 分。

b) 最近一周內有睡眠困擾有 79.0%、感覺緊張不安的有 74.8%、容易苦惱或動怒有 81.5%，感覺憂鬱、心情低落有 79.8%，覺得比不上別人有 76.5%，近一周仍有自殺意念者有 16 人，占 13.4%。如圖 7.1.5。

c) 中等程度以上的困擾者，睡眠困擾有 55.5%，感覺緊張不安的有 49.5%，容易苦惱或動怒有 58.7%，感覺憂鬱、心情低落有 54.6%，覺得比不上別人有 56.3%。

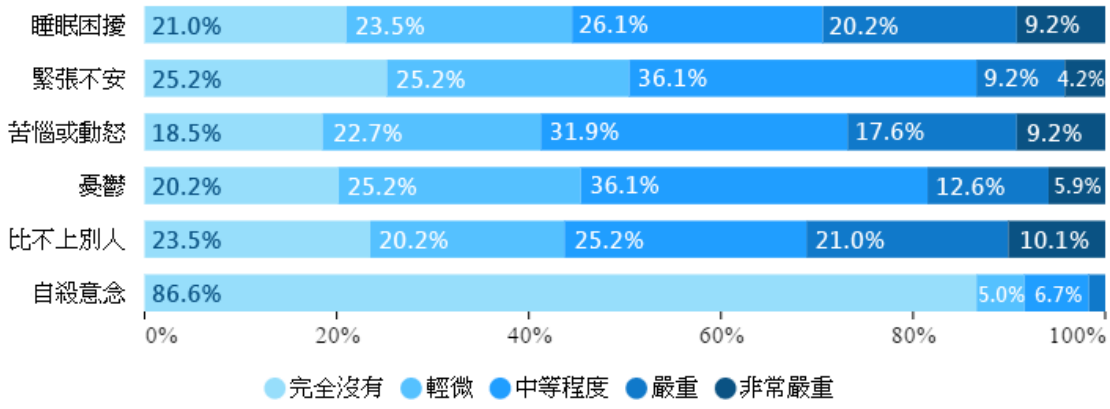


圖 7-1-5、BSRS-5 分析結果(n=119)

d. 完訪者憂鬱狀態(PHQ-9)

a) PHQ-9 總分大於等於 10 分者占 36.1%，全體平均數為 7.5 ± 5.7 分。

b) 主要兩個憂鬱症狀上，有 63.0%的人做事提不起勁或興趣，62.2%的人心情低落、沮喪、難過。如圖 7.1.6。

c) 近兩周有不如死掉的感覺或傷害自己的念頭有 24 人，約占 20.2%。

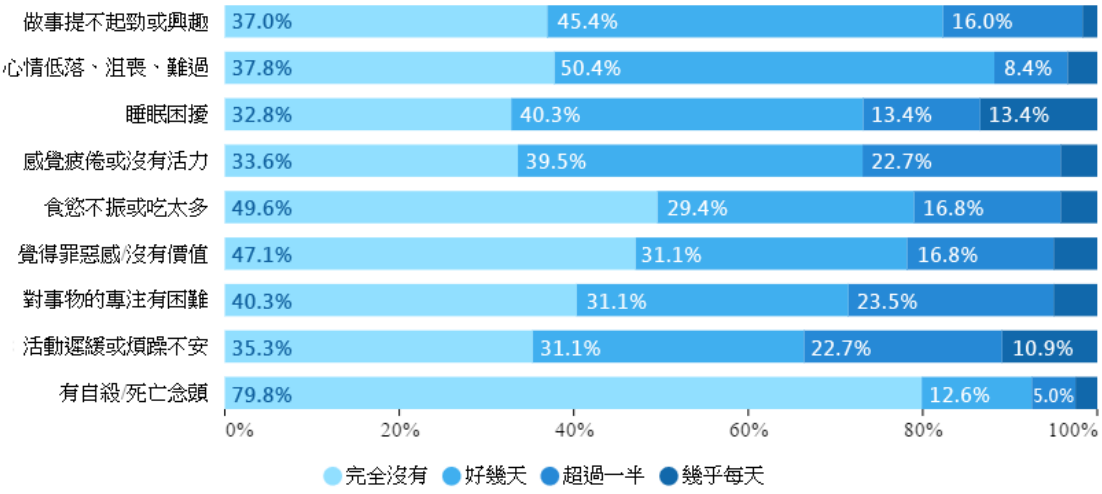


圖 7-1-6、PHQ-9 分析結果(n=119)

e. 完訪者事件衝擊狀態(IES-6)

a) IES-6 總分大於等於 8 分者占 58.0%，全體平均數為 7.7 ± 4.3 分。其中，IES-Intrusive 分量表平均分數為 2.8 ± 1.6 分，IES-Avoidance 平均分數為 2.6 ± 1.6 分，IES-Hyperarousal 平均分數為 2.3 ± 1.7 分。

b) 在 IES-6 的症狀中，別的事物也會聯想到這個事件的比例最高，占 86.6%，然後依序為會試著不去想這事件(81.5%)、不要想卻不由自主一再地想到這災難(76.5%)、覺得警覺而無法放鬆(73.9%)，對這個事件有許多情緒但不想處理(73.1%)，會覺得很難專注(69.7%)。如圖 7.1.7。

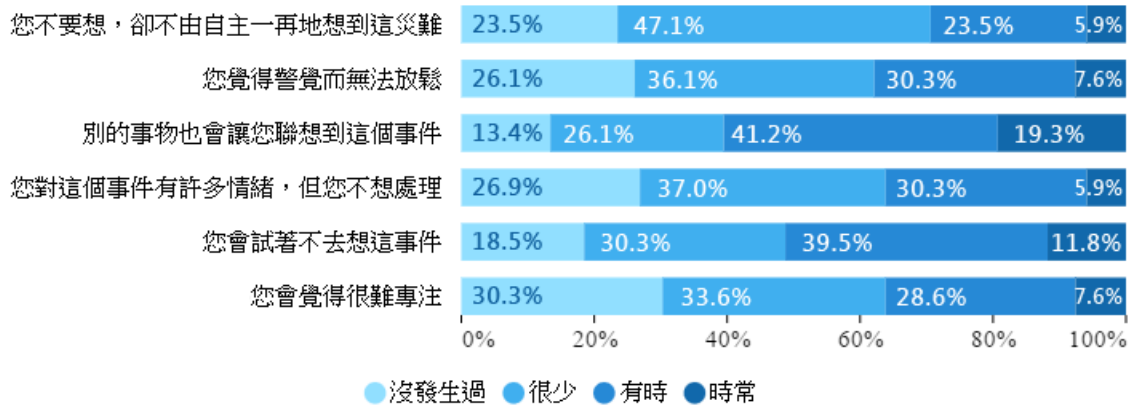


圖 7-1-7、IES-6 分析結果(n=119)

f. 完訪者痛與癢的程度

a) 以十等分來評分痛與癢的程度，痛的平均分數是 3.4 ± 2.6 分，癢的平均分數是 6.2 ± 3.2 分，顯示現在對癢的困擾大於痛。

b) 以七分為切點，嚴重或非常嚴重的痛有 13.4%，嚴重或非常嚴重的癢有 58.0%。如圖 7.1.8。

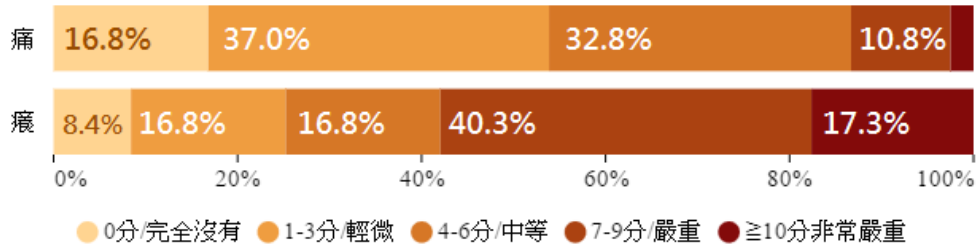


圖 7-1-8、痛與癢的分析結果(n=119)

g. 完訪者工作/學業、社交人際、家庭功能的失能與主觀壓力程度

a) 以十等分來評分失能情形，工作/學業平均分數最高，為 6.4 ± 3.5 分，

家庭功能平均分數為 3.8 ± 3.5 分，社交人際平均分數為 3.1 ± 3.2 分，塵爆所造成的壓力平均分數為 4.5 ± 3.2 分。

b) 以七分為切點，達到嚴重或非常嚴重者以工作學業的干擾最高(55.5%)，其次社交人際(26.1%)，最後是家庭功能(21.8%)。另外主觀壓力程度達嚴重或非常嚴重者也有 39.5%。如圖 7.1.9。

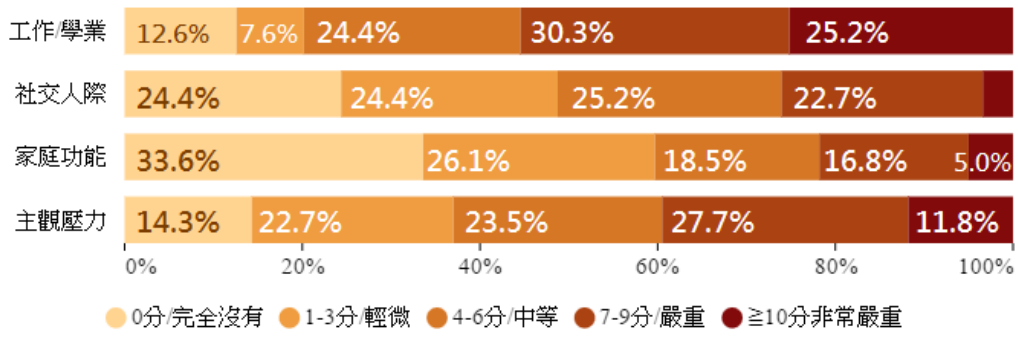


圖 7-1-9、失能情形與主觀壓力程度分析結果(n=119)

h. 完訪者復原力程度

a) 以十等分來評分復原情形，分數越高表示正面適應或調適程度越好。結果顯示，適應程度平均分數為 6.3 ± 2.4 分，調適回來程度平均分數為 6.4 ± 2.4。

b) 適應程度上，以七分為切點，完訪者自覺很適應或非常適應的有 49.6%，很調適或非常調適回來的有 48.7%。如圖 7.1.10。

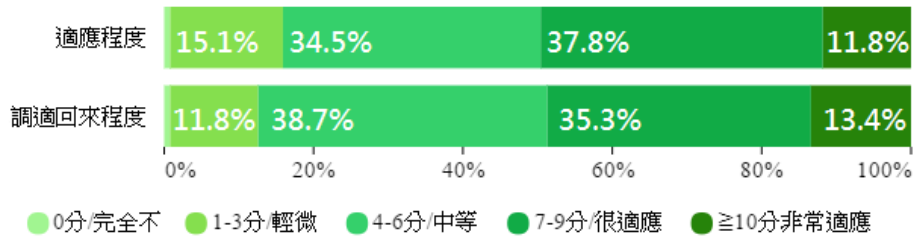


圖 7-1-10、正面適應、調適程度分析結果(n=119)

i. 完訪者之創傷壓力狀態

a) PTSD-DSM-V 量表總平均分數為 23.3 ± 15.5 分。各分量表的平均分數分別為 Intrusion 5.1 ± 3.9 分，Avoidance 2.6 ± 1.9 分，Change in mood and cognition 6.7 ± 5.4 分，Arousal & hyperactivity 5.4 ± 4.4 分。

b) 量表分布情形如圖 7-1-11 所示，有 81.5%的完訪者會試圖逃避相關活

動與情境,75%以上的完訪者在想到事件時會感到難受的情緒或記憶，也有約 70%的完訪者會經歷強烈的負面感受，例如懼怕、驚恐、憤怒、罪惡或羞愧等。超過 8 成完訪者因此而感受到煩擾或日常生活干擾。

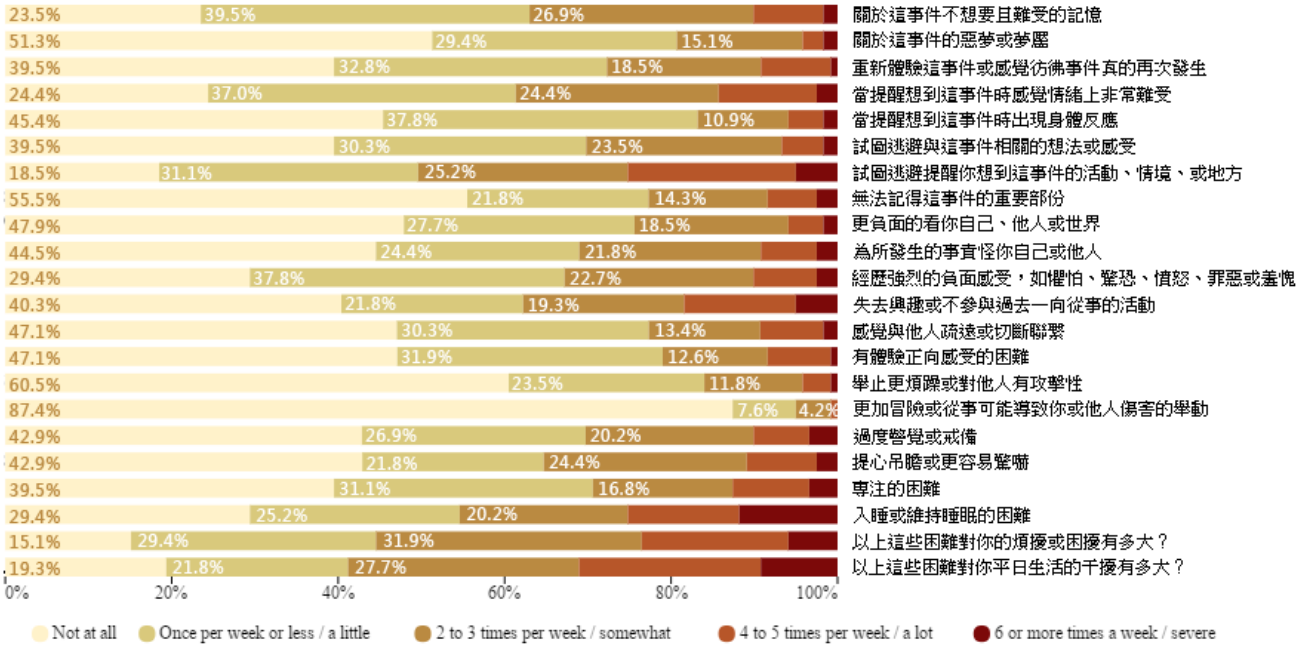


圖 7-1-11、PTSD 症狀量表分數分布

j. 完訪者燒傷後的壓力因應策略(CBQ) (詳如表 7.1.6)

a) 燒傷後壓力因應量表之總分平均數為 77.0 ± 15.8 分。

b) 各分量表的平均分數分別為 Revaluation/adjustment 18.8 ± 4.9 分，Avoidance 14.5 ± 4.2 分，Emotional support 7.1 ± 2.2 分，Optimism/problem solving 20.8 ± 5.5 分，Self-control 7.0 ± 2.3 分，instrumental action 8.8 ± 2.8。

表 7-1-6、Coping with Burn Questionnaire 分布狀態 (n=119)

	平均數	標準差	最小值	最大值	眾數
CBQ 總分	77.0	15.8	33	111	71
Re-evaluation	18.8	4.9	8	32	16
Avoidance	14.5	4.2	7	23	16
Emotional support	7.1	2.2	3	12	6
Optimism	20.8	5.5	8	32	16
Self control	7.0	2.3	3	12	6
Instrumental action	8.8	2.8	4	16	8

k. 完訪者燒傷後的生活品質(BSHS-B) (詳如表 7.1.7)

a) 就燒傷生活品質上，完訪者全部總分 117.6 ± 30.1。

b) 各分量表的平均分數分別為 Hand function and simple activity 29.4 ± 5.1 分，Affect 22.5 ± 5.0 分，Treatment regimens 13.0 ± 5.6 分，Heat sensitivity 8.9 ± 6.3 分，Work 8.8 ± 5.5 分，Body image 10.6 ± 4.6 分，Interpersonal relationship 14.2 ± 2.9 分，Sexuality 14.2 ± 3.0 分。

表 7-1-7、BSHS-B 量表分布狀態 (n=119)

	平均數	標準差	最大值	最小值	眾數
BSHS 總分	118.2	30.1	160.0	21.0	160.0
Hand function	29.4	5.1	32	0	32
Affect	22.5	5.0	28	7	28
Treatment	13.0	5.6	20	0	20
Heat Sensitivity	8.9	6.3	20	0	0
Work	8.8	5.5	16	0	16
Body Image	10.6	4.6	16	0	16
Interpersonal	14.2	2.9	16	1	16
Sexuality	14.2	3.0	16	0	16

(3) 結論與建議

整體而言，塵爆後九個月仍有將近七成個案有整體精神困擾 (Psychiatric morbidity, BSRS-5≧6)，超過五成個案有精神創傷困擾 (traumatic morbidity, IES-6≧8)，憂鬱症狀高者(PHQ-9≧10)接近四成，達到 DSM-5 PTSD (PSSI-5≧23)者約有 45.4%。此外，受訪者還同時伴隨著睡眠困擾、自殺風險、各方面嚴重失能、及痛與癢的困擾。雖然個案持續身體復健與治療，但災後一年內大多數的個案仍飽受精神創傷與負向情緒所擾，卻僅有約四分之一的個案去精神科門診，而接受心理諮商或治療者也不到 40%，顯示出心理衛生重建之不足。

在災難發生後，針對塵爆傷患心理衛生之介入及處遇應貫徹公共衛生「三段五級」理念，也就是初級預防之健康促進與特殊保護、次級預防的早期診斷及早期治療、與三段預防之限制殘障及復健。

針對所有傷患，應持續追蹤與關懷其身心復原情形，強化個人因素並建立社會支持系統，如：正向生活經驗、鼓勵活動參與、良好的家庭環境，除適時提供心理衛生資源外，也應主動協助個案了解復健醫療資源、社會經濟資源、教育資源、及法律資源等，幫助他們盡快回復正常生活。此外，也可辦理座談會或教育宣導課程，教導個案及其家屬、社會大眾、與醫療從業人員有關創傷壓力與災後心理重建之重要性，讓傷患能夠學習覺察自我情緒變化，教導他們過程中的情緒波動屬於正常反

應，並指導紓緩壓力與放鬆的技巧，以達初級預防之成效。

在次級預防方面，應積極檢視個案身心狀態，可推廣簡式健康量表(BSRS-5)給傷患及其家屬，時常檢測自我身心狀況，若長期有情緒困擾者，則可鼓勵個案求助於精神醫療或心理衛生相關資源，並衛教持續就醫的重要性。尤其大多數個案會求診於外科及復健科門診，或至陽光基金會復健，因此相關醫療人員(如：門診醫師、復健師、心理師、社工師)應提升敏感度，每逢個案就診或復健時皆需仔細覺察其情緒變化，並注意是否有個案原本情況良好卻突然變糟，以透過早期診斷、早期治療，及早發現個案心理問題，避免其長期陷入重大創傷壓力之中。同時，政府或醫療單位應定期關懷個案發展與心理健康，透過電訪或家訪的方式給予個案支持陪伴，讓傷患能夠用正向態度面對生活。

若傷患已產生嚴重情緒困擾、創傷反應、或有自殺意念的情形下，應主動轉介至精神醫療或心理諮商，防止心理健康持續惡化，並增加關懷訪視頻率，積極陪伴個案走出困境。此外，家屬或同儕的心理支持在此也是相當重要的因素，藉以強化個案的自殺保護因子。最重要的是，由於燒燙傷患的復健之路相當漫長，在短期內往往難見成效，昨日復健的成果在隔天起床後可能又會回歸原點，在復健過程中不斷受挫、以及家人對於個案復原的期望，常常使個案情緒低落、倍感壓力。因此，我們應給予個案喘息的空間，才能避免個案受到過多的創傷壓力與負向情緒影響而惡化，以達三級預防之目的。

而針對目前所採行之關懷服務與政策資源分配，從研究資料中可發現，個案在事發 9 個月後仍無法有效接觸到精神醫療或心理衛生相關資源。而觀察此次關懷訪視服務實行成效，由於個案對於政府最初所建立的整合性平台抱持著不信任的態度，導致平台未能有效拓展並整合各單位之關懷服務，造成每名傷患可能由不同單位的關懷員、社工師、心理師等多方關懷，不僅引發個案困擾與反感，也讓政府資源分散於各單位(如：衛福部、教育部、各縣市政府)，因此未能妥善達到給予個案關懷與陪伴的目標。

針對目前所採行之關懷服務評估項目，在中心建議下已加強心理健康需求評估與關懷服務項目，提出由精神科醫師評估個案心理健康需求，包含目前社會心理問題、身心狀況、塵爆至今之影響與處理方式，並給予臨床評估與後續建議，將於 2016 年底開始實施，期望能更有效的了解個案心理健康狀況。而訪視服務部份，目前主要由陽光基金會負責整合

關懷資源，避免個案多方重工之感受，也有效利用政府資源，同時達到關懷個案之成效。未來透過第三階段之關懷評估，應結合上述「三段五級」之概念，積極採取「一問二應三轉介」，推廣使用簡式健康量表(BSRS-5)來篩檢，給予不同風險程度族群最適當的處遇及協助。

2. 總結

1) 八仙塵爆事件乃為近年來我國重大公安意外災害之一，個案為數眾多，多現居於北北桃地區，為求學中的年輕人，因此在執行層面上牽涉到衛生、社會、教育單位，未來計畫需仰賴跨部會之溝通、協調、與合作，並站在關懷個案之立場，才能順利推動，保障傷患之心理健康與復原。
2) 目前規劃於 2016 年 12 月 4 日至 2017 年 2 月 18 日，分別由臺北馬偕紀念醫院、新北市立聯合醫院、林口長庚紀念醫院、臺中榮民總醫院等五家醫學中心之精神科醫師評估個案心理健康需求，包含目前社會心理問題、身心狀況、塵爆至今之影響與處理方式，並給予臨床評估與後續建議，並完成個案之憂鬱狀況檢核及創傷後壓力疾患檢核，以達關懷傷患之目的。
3) 個案的心理復原在不同時期需要透過不同角色的介入，首先在緊急醫療期時期，需要精神醫療人員與心理相關人員的介入與配合；而後在適應與復原期，則需要透過強化社區能力來協助傷友後續醫療。
4) 若發生傷患有自殺意念的情形，建議第一線人員需要特別注意個案背景，因為自殺之成因相當複雜，燒燙傷可能只是一種加成效果。另外，傷者大多非常年輕，有些情緒反應不容易下降，因此在協助傷友時需要多加考慮個案的情緒或創傷症狀、生活功能等面向，透過長期追蹤來確保受難者身心健康。
5) 災後心理重建流程之建議：在全面性策略中，可透過災前預防、衛教宣導活動、強化校園心理衛生、專業人員的教育訓練與服務建置、整合資源平台、與強化跨單位的網絡連結等方式來加強。在選擇性策略中，則針對受難者、家屬、救災人員等來強化心理健康篩檢與處遇。而在指標性策略中，長期追蹤與關懷個案，強化個案及其家屬有關創傷後壓力症候群(PTSD)之知能，以防未來有自殺情形再度發生。
6) 在個案之後續復原與重建過程中，陽光社會福利基金會扮演相當重要的角色，陽光基金會之社工、心理師與復健師深得傷患信任，可作為政府單位與個案之間的溝通橋樑。此外，該單位資源豐富，且持續辦理相關教育訓練課程予專業人員及傷患家屬，陽光基金會的努力與付出值得讚許，未來應與該單位保持聯繫，加強資源連結。
7) 由第一波的調查結果看來，即便塵爆已經發生九個月，仍有六到七成個案

有情緒或創傷問題，一到兩成個案有自殺意念或想傷害自己念頭。顯示塵爆帶給這些傷友的情緒心理後遺症仍然顯著。工作學業的失能仍有一半以上，也影響了社交人際及家庭生活。目前尚在整理後續研究結果，並預計將於 12 月發表論文。

8) 針對塵爆傷患心理衛生之介入及處遇，中心建議應採取公共衛生「三段五級」之概念。在初級預防方面，應持續追蹤與關懷個案身心復原情形，強化個人因素並建立社會支持系統，主動提供個案相關資源，幫助他們盡快回復正常生活、重返社會；在次級預防方面，應積極篩檢個案身心狀態，若長期有情緒困擾者,則可鼓勵個案求助於精神醫療或心理衛生相關資源；在三級預防方面，應主動轉介至精神醫療或心理諮商，防止個案心理健康惡化，並調整關懷訪視頻率，積極陪伴個案走出困境。

9) 檢討當前個案服務及政策資源分配，中心建議未來應有效建立整合平台，以拓展並整合各政府及民間單位之關懷服務，避免資源分散，才能與個案建立穩定的信任關係，並持續給予關懷及陪伴。此外，未來應透過精神醫療專業人員積極評估個案心理健康需求，了解個案近期的身心狀況、負向影響、壓力因應方式等，以妥善給予心理衛生資源與臨床建議。

編印關懷訪視實務工作手冊

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，其中指標性防治策略為針對自殺企圖者，給予追蹤與關懷。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。

本學會於 2006 年 1 月協助衛生福利部建置「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。而衛生福利部自 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。而學會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，期許個案得到適合之關懷照護，能有效降低自殺死亡率。

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。因此為提升和加強自殺通報個案關懷訪視員之訓練，中心將編印自殺防治實務工作手冊，共 4 冊，包括：自殺防治概論、自殺風險評估與處遇、重複自殺個案關懷訪視指引及自殺風險個案追蹤關懷實務等。期盼藉由四本手冊之提供，能讓自殺關懷訪視員獲得更多技巧，進而提高關懷訪視之成效，以降低自殺率。

2. 業務或方案的目的與目標

藉由手冊編製，針對自殺關懷訪視進行全面的簡介，協助關懷訪視員了解自身工作之定位。並提供實務上的建議以及各種困難因應方式之建議，提升關訪員之關懷訪視技巧與危機應變能力，進而達到指標性自殺防治之目的。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集與彙整

(1) 參考中心過去出版之手冊及通訊，蒐集所需資料並進行刪減及更新。參考手冊如下：

a. 自殺防治人員工作手冊-關懷訪視員

b. 自殺防治系列 11-珍愛生命守門人

c. 自殺防治系列 12-心情溫度計

d. 自殺防治系列 15-關懷訪視員工作手冊

e. 自殺防治系列 19-全國自殺防治策略

f. 自殺防治系列 24-重複自殺個案之關懷管理

g. 自殺防治網通訊

(2) 學術網路搜尋期刊論文與相關量表並彙整。

2) 召開討論會議

(1) 邀請專家進行討論，並擬訂大綱。

(2) 由專家提供四個簡化過後之個案案例故事，放於各手冊中貫串全文，以便讀者熟悉並加速了解手冊的實際應用。

3) 撰寫手冊。

4) 召開手冊初稿討論會議，進行討論及修正。

5) 完成初稿並函送衛生福利部進行初審。

6) 依衛生福利部之建議，交由專家外審機制審查後再進行修正。

7) 修正版之手冊再函送至衛生福利部。

8) 定稿後交由印刷廠商進行印製。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：臺大醫院廖士程醫師、臺大醫院吳其炘醫師、臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所張書森醫師、臺大醫院陳宜明醫師、國立臺灣大學醫學院護理學系吳佳儀副教授、三軍總醫院北投分院鄭宇明醫師、衛生福利部朴子醫院精神科蘇柏文醫師、馬偕紀念醫院自殺防治中心蕭雪雯社工師。

2) 資源連結內容及形式：專題演講、專家諮詢、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整、個案案例查找。

三、過程(Process)

1. 召開討論會議

1)2 月 22 日召開「自殺防治實務工作手冊」討論會。

2. 依期程蒐集相關資料，編輯內容及修正。

1)3 月 24 日完成初稿並進行修正。

2)4 月 8 日完成草搞並進行第二次修正。

3)4 月 19 日 4 本手冊各增加一案例貫穿全文，使關懷訪視員更能了解手冊之技巧如何使用於實務上。

4)4 月 25 日完成 4 本手冊前言部分，並將完整手冊全文提供給各專家進行增添與修改。

3. 4 月底函送 4 本手冊至衛生福利部。

4. 5 月初依衛生福利部建議進行修正。

5. 5 月 18 日函送 4 本手冊修正版至衛生福利部。

6. 5 月 26 日申請 ISBN(國際標準書號)。

7. 5 月 27 日將 4 本手冊之母本送至印刷廠商進行排版印製。

8. 5 月 30 日針對印刷廠商完成封面、內頁之排版進行校對修正，並將修正後之封面、內頁回傳至印刷廠商進行修正。

9. 6 月初 ISBN 申請通過，提供版權頁至印刷廠商，並增加附錄頁。

10.6 月初收到印刷廠商之打樣回傳，並進行最終版之排版。

11.6 月初收到印刷廠商之報價單。

12.6 月中收到印刷廠商之更新版報價單。

13.6 月底完成手冊之印製。

14.6 月底依衛生福利部分配發送單位冊數進行發送。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)完成手冊共 4 本，簡述如下：

【自殺防治實務工作手冊】

(1) 自殺防治概論：以數據分析臺灣自殺現況，並介紹臺灣自殺防治策略，讓訪員了解目前臺灣自殺防治之概況。並於附錄頁附加簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale,簡稱 BSRS-5，俗稱：心情溫度計)以及心情溫度計 APP 簡介(含 QR code)。提供關懷訪視員簡易的量表，方便評估自身以及個案的簡易心理狀態。詳見附件 8.1.1。各章節標題節錄如下：

a.自殺現況分析

b.個人層次之自殺防治

c.台灣自殺防治策略

(2) 自殺風險評估與處遇：介紹自殺風險評估之標準及評估工具，並提供轉介準則及轉介資源之聯絡方式，使訪員了解自殺危險因子之評估面相，以及如何在適當的時機為個案進行轉介。並於附錄頁附加簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale,簡稱 BSRS-5，俗稱：心情溫度計)。詳見附件 8.1.2。各章節標題節錄如下：

a.自殺風險評估

b.自殺防治處遇相關資源與網絡

(3) 重複自殺個案關懷訪視指引：簡介臺灣重複自殺個案之數據狀況，提供該族群的辨識方法，以及在關懷訪視實務上面針對重複自殺個案之技巧與介入方式。並於附錄頁附加簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, 簡稱 BSRS-5，俗稱：心情溫度計)以及簡明心理健康篩檢表(Concise Mental Health Checklist，簡稱 CMHC)。提供關懷訪視員簡易的量表，方便評估自身以及個案的心理狀態，並根據測量結果進行適當的處遇。詳見附件 8.1.3。各章節標題節錄如下：

a.重複自殺個案之現況分析

b.重複自殺個案風險辨識與評估

c.重複自殺個案之關懷訪視與介入

d.關懷訪視實務之精進

(4) 自殺風險個案追蹤關懷實務：本手冊著重於關懷訪視員業務實務層面。自通報流程簡介起，讓訪員了解自身定位與工作目標。實務層面提供了簡易的工作指引，除基本工作內容外，也提供一些關訪員常見的困難與因應方式。詳見附件 8.1.4。各章節標題節錄如下：

a.自殺防治通報關懷流程

b.自殺風險個案追蹤關懷實務

c.關訪員常見困難與因應方式

d.自殺風險評估

e.反思時間：案例

f. 關訪員自我身心照顧

(5) 四本手冊各有一個案案例貫穿全文，以個案故事結合手冊內容的方式，引導關懷訪視員或其他自殺防治工作者因應各種實務情境。

五、附件

附件 8.1.1　自殺防治實務工作手冊　自殺防治概論
附件 8.1.2　自殺防治實務工作手冊　自殺風險評估與處遇
附件 8.1.3　自殺防治實務工作手冊　重複自殺個案關懷訪視指引
附件 8.1.4　自殺防治實務工作手冊　自殺風險個案追蹤關懷實務

舉辦實體訓練課程

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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。而中心一直以來持續在進行關懷訪視系統與相關作業之改善，並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。今年全國自殺防治中心承接衛生福利部計劃案辦理「自殺關懷訪視員之實體課程訓練」，為了使自殺關懷訪視員們能更了解關懷訪視工作之內容與意義以及更有效地學習到關懷訪視等相關技能，故辦理實體課程由相關專家授課指導並給予訪員們在關懷訪視歷程中實質的建議與回饋。

為提升全國各縣市自殺關懷訪視員之訪視與關懷技巧，中心邀請相關專家在全國北、中、南三區各進行一場初階及進階之「自殺關懷訪視專業訓練」實體課程。實體課程被分為初階與進階兩個階段，初階課程的部分是從基本的守門人概念、訪視溝通技巧到對個案的評估與處遇、轉介及資源的連結等，做一系列的基礎訓練，而也教授訪員們如何在這高壓力的工作環境中做自我的覺察及壓力管理，好使關懷訪視員能更有自信與信心地持續投路關懷訪視的工作，課程中也加入了訪員經驗分享與討論，能使關懷訪視訓練課程不只是單一方向的學習而是有互動的進行，關懷訪視員能在課程中適時的表達意見來進行討論。進階課程的部分有別於初階課程訓練，因為許多高危險個案及困難個案都可能有精神相關的疾病，故加入了許多精神醫療相關常識及概念，使訪員們在面對時都能找到對應的策略與方式，進階課程也加入訪員案例分享，由訪員分享自己的案例由專家進行分析與建議。

盼透過自殺關懷訪視專業訓練初階及進階課程，能使自殺關懷訪視員在關懷訪視的工作上有更全面且更完善的引導，在未來協助自殺個案走出生命的低谷，找到存活的希望與意義。

2. 方案的目的與目標

1)提升自殺關懷訪視員之訪視技巧。
2)協助自殺關懷訪視員瞭解全球自殺防治工作之現狀。
3)加強自殺關懷訪視員資源連結之應用。
4)加強自殺關懷訪視員評估及追蹤自殺高危險群之能力

5)加強自殺關懷訪視員更熟悉轉介程序。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)召開專家會議。
2)規劃訓練課程主題及內容，報部備查。
3)辦理訓練課程。
4)課程前後測問卷及滿意度問卷統計分析結果，供未來改善參考。
5)課程錄製剪輯，並放置網站。

2. 資源連結與合作

1)合作單位：國立臺灣大學醫學院附設醫院、中山醫學大學附設醫院、高雄市立凱旋醫院。
2)協辦單位：全國各縣市衛生局、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、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會。
3)資源連結內容及形式：電話及電子郵件連繫、講師聯繫、發公文至相關單位、辦理實體課程、問卷蒐集、錄製課程剪輯放置網站等。

三、 過程(Process)

1. 3 月 17 日召開專家會議，針對自殺關懷訪視員訓練之初階、進階課程之規劃及內容做討論。
2. 3 月 31 日聯繫初階課程講師及相關單位合辦及協辦自殺關懷訪視訓練課程。
3. 4 月 20 日自殺關懷訪視員訓練初階課程完成規劃，名稱為「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)」。(詳見附件 8.2.1)
4. 4 月 25 日初階課程報部核備。
5. 4 月 27 日自殺關懷訪視專業訓練(第一階)課程教育積分申請。
6. 5 月 14 日北區課程於台大醫院第七講堂辦理「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)」。
7. 5 月 28 日南區課程於高雄市立凱旋醫院三樓凱旋廳辦理「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)」。
8. 6 月 9 日自殺關懷訪視員訓練進階課程完成規劃，名稱為「自殺關懷訪視專業訓練(進階)—關懷訪視問題之探究與分析」。(詳見附件 8.2.2)

9. 6 月 14 日進階課程報部核備、課程教育積分申請。

10.6 月 18 日中區課程於中山醫學大學附設醫院正心樓 0211 教室辦理「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)」。

11.7 月 2 日北區課程於台大醫院第七講堂辦理「自殺關懷訪視專業訓練(進階)—關懷訪視問題之探究與分析」。

12.7 月 9 日中區課程於中山醫學大學附設醫院正心樓 0211 教室辦理「自殺關懷訪視專業訓練(進階)—關懷訪視問題之探究與分析」。

13.7 月 23 日南區課程於高雄市立凱旋醫院三樓凱旋廳辦理「自殺關懷訪視專業訓練(進階)—關懷訪視問題之探究與分析」。

14.10 月 31 日將公文及自殺關懷訪視訓練課程光碟影片繳交至部內。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 課程表

由於課程分為初階及進階，故在課程設計上，亦有程度上之區別。初階課程目的在加強及提升自殺關懷訪視技巧、瞭解全球自殺防治工作之現狀、加深辨別及評估自殺高危險群之能力、提高各種訪視技巧，如晤談、溝通、自殺干預技巧等，並認識在地可運用之資源及如何成功轉介。而進階課程部分，則包含自殺危險性評估、自殺評量量表之運用、危機處理、重複及拒訪自殺個案之評估技巧、特殊族群之處遇與重複自殺個案之處遇等，內容較初階課程更為精深。初階與進階之課程表如表 8.2.1 與 8.2.2。

表 8-2-1、初階課程表

時間	主題
8：50-9：20	報到
9：20-9：30	致詞
9：30-10：30	**自殺防治概論與措施**
10：30-10：40	休息
10：40-11：40	**自殺/自傷個案之評估與處遇**
11：40-12：00	問題與討論
12：00-13：00	午餐
13：00-14：00	**自殺防治與資源連結**
14：00-14：10	休息
14：10-15：10	**自我覺察與壓力管理**
15:：10-16：00	**關懷訪視經驗分享與討論**

表 8-2-2、進階課程表

時間	主題
8：50-9：20	報到
9：20-9：30	致詞
9：30-10：20	**常見精神疾病與因應措施**
10：20-10：30	休息
10：30-11：20	**高風險個案之評估**
11：20-12：10	問題與討論
12：10-13：10	午餐
13：10-14：40	**困難個案之處遇及追蹤**
14：40-15：00	休息
15：00-16：10	**實際案例討論與分析**

2) 課程辦理時程及報名人數

(1) 5 月 14 日(六)於國立臺灣大學醫學院附設醫院第七講堂辦理北區初階課程，由全國自殺防治中心廖士程執行長、吳佳儀副執行長，台灣自殺防治學會方俊凱常務監事，馬偕醫院蕭雪雯社工師擔任課程講師。北區線上報名人數為 197 人，有醫師 5 人、藥師 1 人、護理師 24 人、社工師 34 人、諮商心理師 22 人、臨床心理師 4 人、職能治療師 9 人、關懷訪視員 49 人、其他 49 人，實際參與人數為 169 人(課程參與率為 86.2%)。

(2) 5 月 28 日(六)於高雄市立凱旋醫院三樓凱旋廳辦理南區初階課程，由全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、台灣自殺防治學會張家銘理事、國立成功大學醫學院附設醫院精神暨長期照護部楊延光主任擔任課程講師。南區線上報名數為 224 人，有醫師 10 人、藥師 7 人、護理師 50 人、社工師 35 人、諮商心理師 8 人、臨床心理師 4 人、職能治療師 7 人、關懷訪視員 51 人、其他 52 人，實際參與課程人數為 217 人(課程參與率為 96.8%)。

(3) 6 月 18 日(六)於中山醫學大學附設醫院正心樓 0211 教室 0213 視訊教室辦理中區初階課程，由全國自殺防治中心廖士程執行長、吳佳儀副執行長、台灣自殺防治學會張家銘理事、李俊德副秘書長擔任課程講師。中區線上報名人數為 223 人，有醫師 4 人、藥師 5 人、護理師 61 人、社工師 54 人、諮商心理師 5 人、臨床心理師 6 人、職能治療師 2 人、關懷訪視員 34 人、其他 52 人，實際參與課程人數為 182 人(課程參與率為 81.6%)。

表 8-2-3、自殺關懷訪視專業訓練(初階)報名人數總表

	北區 N(%)	中區 N(%)	南區 N(%)
總人數	197	223	224
醫師	5(2.5)	4(1.8)	10(4.5)
藥師	1(0.5)	5(2.2)	7(3.1)
護理師	24(12.2)	61(27.4)	50(22.3)
社工師	34(17.3)	54(24.2)	35(15.6)
諮商心理師	22(11.2)	5(2.2)	8(3.6)
臨床心理師	4(2.0)	6(2.7)	4(1.8)
職能治療師	9(4.6)	2(0.9)	7(3.1)
關懷訪視員(含自殺、社區)	49(24.9)	34(15.3)	51(22.8)
其他(含行政人員、志工、輔導員、助理、學生等)	49(24.9)	52(23.3)	52(23.2)

(4) 7 月 2 日(六)於國立臺灣大學醫學院附設醫院第七講堂辦理北區進階課程，由台大醫院精神醫學部曾美智醫師、台大醫院精神醫學部陳宜明醫師、台大醫院精神醫學部廖士程醫師擔任講師。北區線上報名人數為 222 人，有醫師 1 人、藥師 2 人、護理師 52 人、社工師 46 人、諮商心理師 26 人、臨床心理師 4 人、職能治療師 2 人、關懷訪視員 56 人、其他 33 人，實際參與課程人數為 182 人(課程參與率為 81.9%)。

(5) 7 月 9 日(六)於中山醫學大學附設醫院正心樓 0211 教室 0213 視訊教室辦理中區進階課程，由中山醫學大學附設醫院精神科謝明鴻醫師、中山醫學大學附設醫院精神科朱柏全醫師、衛生福利部草屯療養院簡以嘉院長擔任講師。中區線上報名人數為 183 人，有醫師 6 人、藥師 5 人、護理師 42 人、社工師 32 人、諮商心理師 16 人、臨床心理師 5 人、職能治療師 3 人、關懷訪視員 45 人、其他 29 人，實際參與課程人數為 140 人(課程參與率為 76.5%)。本場次因逢颱風來襲之氣候因素，因此實際參與課程人數較其他兩場低。

(6) 7 月 23 日(六)於高雄市立凱旋醫院三樓凱旋廳辦理南區進階課程，由義大醫院精神科顏永杰主任、高雄市立凱旋醫院精神科陳偉任醫師、衛生福利部嘉南療養院社區精神科王禎邦主任擔任講師。南區線上報名人數為 246 人，有醫師 9 人、藥師 3 人、護理師 59 人、社工師 30 人、諮商心理師 18 人、臨床心理師 4 人、職能治療師 1 人、關懷訪視員 49 人、其他 74 人，實際參與課程人數為 196 人(課程參與率為 79.7%)。

表 8-2-4、自殺關懷訪視專業訓練(進階)報名人數總表

	北區 N(%)	中區 N(%)	南區 N(%)
總人數	222	183	246
醫師	1(0.5)	6(3.3)	9(3.6)
藥師	2(0.9)	5(2.7)	3(1.2)
護理師	52(23.4)	42(23.0)	59(24.0)
社工師	46(20.7)	32(17.5)	30(12.2)
諮商心理師	26(11.7)	16(8.7)	18(7.3)
臨床心理師	4(1.8)	5(2.7)	4(1.6)
職能治療師	2(0.9)	3(1.6)	1(0.4)
關懷訪視員(含自殺、社區)	56(25.2)	45(24.6)	49(19.9)
其他(含行政人員、志工、輔導員、助理、學生等)	33(14.9)	29(15.8)	74(30.1)
有參加過初階課程	**89**	**106**	**110**
有參加過初階課程之關訪員	**36**	**34**	**43**

3)初階課程前、後測分析

初階課程前後測問卷均採是非題方式，題目會請各個講師依據授課內容出題，因此各區課程題目總數略有不同，北區共 9 道題目、中區共 10 道題目、南區共 11 道題目。前測問卷會於學員報到時發放，並請學員於第一節課下課時繳交；後測問卷則於最後一堂課結束時發放，並請學員於簽退時繳交。

北區初階課程問卷回收前測共 130 份、後測共 124 份，其中前測答對率較低的前三題為：第二題「目前沒有證據證明一個醫療服務體系可以將其服務人群的自殺死亡率降到零。」(答對率為 42.3%)、第四題「面對自殺企圖者之多重問題，第一線人員須一一釐清且提供問題的解決方法，才是真正回應與關懷個案最好的策略。」(答對率為 66.9%)、第六題「簡明心理健康篩檢表是一個用來預測個案未來是否會自殺身亡的自殺風險評估工具。」(答對率為 35.9%)。其中第四題與第六題在課程上完後，後測答對率有顯著提升，第四題提升至 83.9% (t = -3.18，p = .00)，第六題提升至 62.1% (t = -4.29，p = .00)，北區初階課程前後測各題答對率詳如表 8.2.5。

中區初階課程問卷回收前測共 165 份、後測共 161 份，其中前測答對

率較低的前三題為：第二題「目前沒有證據證明一個醫療服務體系可以將其服務人群的自殺死亡率降到零。」(答對率為 31.5%)、第四題「面對自殺企圖者之多重問題，第一線人員須一一釐清且提供問題的解決方法，才是真正回應與關懷個案最好的策略。」(答對率為 46.1%)、第六題「簡明心理健康篩檢表是一個用來預測個案未來是否會自殺身亡的自殺風險評估工具。」(答對率為 36.4%)。其中第六題的後測答對率有顯著增加，提升至 50.3% (t = -2.56，p = .01)，中區初階課程前後測各題答對率詳如表 8.2.6。

南區初階課程問卷回收前測共 169 份、後測共 162 份。其中前測答對率較低的兩題為：第五題「面對自殺企圖者之多重問題，第一線人員須一一釐清且提供問題的解決方法，才是真正回應與關懷個案最好的策略。」(答對率為 36.7%)、第七題「簡明心理健康篩檢表是一個用來預測個案未來是否會自殺身亡的自殺風險評估工具。」(答對率為 36.1%)。兩題之後測答對率均有顯著提升，第五題提升至 54.9% (t = -3.38，p = .00)，第七題提升至 55.6% (t = -3.61，p = .00)，南區初階課程前後測各題答對率詳如表 8.2.7。

表 8-2-5、北區初階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析

	前測(n=130)			後測(n=124)		t	p 值
	答對	答錯	遺漏值	答對	答錯		
1. 致命工具的可得性曾經被證明與「自殺死亡率」變異發生統計上顯著的相關。	126 (96.9)	4 (3.1)	0	124 (100)	0 (0)	-1.98	.05
2. 目前沒有證據證明一個醫療服務體系可以將其服務人群的自殺死亡率降到零。	55 (42.3)	75 (57.7)	0	56 (45.2)	68 (54.8)	-0.46	.64
3. 台灣研究指出，通報系統中的重複自殺未遂個案，重複企圖時距越近，使用方法變換，日後自殺死亡風險越高。	124 (96.1)	5 (3.9)	1	122 (98.4)	2 (1.6)	-1.10	.27
4. 面對自殺企圖者之多重問題，第一線人員須一一釐清且提供問題的解決方法，才是真正回應與關懷個案最好的策略。	87 (66.9)	43 (33.1)	0	104 (83.9)	20 (16.1)	-3.18	.00
5. 運用簡明扼要的自填量表相對來說較能快速了解個案整體風險程度，對於自殺危險因子(如精神疾病)及保護因子(如醫療持續照護)較能提供協助。	117 (90.0)	13 (10.0)	0	115 (92.7)	9 (7.3)	-0.77	.44
6. 簡明心理健康篩檢表是一個用來預測個案未來是否會自殺身亡的自殺風險評估工具。	46 (35.9)	82 (64.1)	2	77 (62.1)	47 (37.9)	-4.29	.00
7. 訪視個案時須立即提供建議，不必評估案主或案家需求擬訂服務計畫。	130 (100)	0 (0)	0	124 (100)	0 (0)	—	—
8. 面對遺族時一定要說些有意義的話，否則未達到訪視目標。	123 (95.3)	6 (4.7)	1	122 (98.4)	2 (1.6)	-1.38	.17
9. 了了分明是有意識留心在當下此刻的覺知。	116 (89.9)	13 (10.1)	1	119 (96.0)	5 (4.0)	-1.88	.06

表 8-2-6、中區初階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析

	前測(n=165)		後測(n=161)			t	p 值
	答對	答錯	答對	答錯	遺漏值		
1. 致命工具的可得性曾經被證明與「自殺死亡率」變異發生統計上顯著的相關。	162 (98.2)	3 (1.8)	160 (99.4)	1 (0.6)	0	-0.98	.33
2. 目前沒有證據證明一個醫療服務體系可以將其服務人群的自殺死亡率降到零。	52 (31.5)	113 (68.5)	60 (37.5)	100 (62.5)	1	-1.13	.26
3. 台灣研究指出，通報系統中的重複自殺未遂個案，重複企圖時距越近，使用方法變換，日後自殺死亡風險越高。	163 (98.8)	2 (1.2)	159 (98.8)	2 (1.2)	0	0.03	.98
4. 面對自殺企圖者之多重問題，第一線人員須一一釐清且提供問題的解決方法，才是真正回應與關懷個案最好的策略。	76 (46.1)	89 (53.9)	83 (51.6)	78 (48.4)	0	-0.99	.32
5. 運用簡明扼要的自填量表相對來說較能快速了解個案整體風險程度，對於自殺危險因子(如精神疾病)及保護因子(如醫療持續照護)較能提供協助。	148 (89.7)	17 (10.3)	152 (94.4)	9 (5.6)	0	-1.57	.12
6. 簡明心理健康篩檢表是一個用來預測個案未來是否會自殺身亡的自殺風險評估工具。	60 (36.4)	105 (63.6)	81 (50.3)	80 (49.7)	0	-2.56	.01
7. 自殺防治須以人文關懷作為基礎，並依靠跨團隊合作。	165 (100)	0 (0)	165 (100)	0 (0)	0	—	—
8. 面對情緒處於高漲的個案，自覺與個案關係良好，故不需聯繫相關網絡單位協助，自行處理即可。	161 (97.6)	4 (2.4)	158 (98.1)	3 (1.9)	0	-0.35	.73
9. 助人工作者的核心價值為關懷。	164 (99.4)	1 (0.6)	160 (99.4)	1 (0.6)	0	0.02	.99
10. 就壓力管理而言，每個人都需要有自己處理壓力與方法。	163 (98.8)	2 (1.2)	160 (99.4)	1 (0.6)	0	-0.56	.58

表 8-2-7、南區初階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析

	前測(n=169)			後測(n=162)		t	p 值
	答對	答錯	遺漏值	答對	答錯		
1. 致命工具的可得性曾經被證明與「自殺死亡率」變異發生統計上顯著的相關。	165 (97.6)	4 (2.4)	0	160 (98.8)	2 (1.2)	-0.77	.44
2. 不同年齡層的案主，導致自殺企圖未遂的近因分布有所不同。	168 (99.4)	1 (0.6)	0	161 (99.4)	1 (0.6)	0.03	.98
3. 台灣研究指出，通報系統中的重複自殺未遂個案，重複企圖時距越近，使用方法變換，日後自殺死亡風險越高。	167 (98.8)	2 (1.2)	0	158 (97.5)	4 (2.5)	0.88	.38
4. 心情溫度計可測量情緒困擾的嚴重度。	162 (95.9)	7 (4.1)	0	157 (96.9)	5 (3.1)	-0.51	.61
5. 面對自殺企圖者之多重問題，第一線人員須一一釐清且提供問題的解決方法，才是真正回應與關懷個案最好的策略。	62 (36.7)	107(63.3)	0	89 (54.9)	73 (45.1)	-3.38	.00
6. 運用簡明扼要的自填量表相對來說較能快速了解個案整體風險程度，對於自殺危險因子(如精神疾病)及保護因子(如醫療持續照護)較能提供協助。	162 (96.4)	6 (3.6)	1	160 (98.8)	2 (1.2)	-1.38	.17
7. 簡明心理健康篩檢表是一個用來預測個案未來是否會自殺身亡的自殺風險評估工具。	61 (36.1)	108(63.9)	0	90 (55.6)	72 (44.4)	-3.61	.00
8. 自殺防治須以人文關懷作為基礎，並依靠跨團隊合作。	168 (99.4)	1 (0.6)	0	162 (100)	0 (0)	-0.98	.33
9. 面對情緒處於高漲的個案，自覺與個案關係良好，故不需聯繫相關網絡單位協助，自行處理即可。	166 (98.2)	3 (1.8)	0	157 (96.9)	5 (3.1)	0.78	.44
10. 依人際關係理論，若能更了解自己，行事風格更透明，則個人的敏感度會更佳，且生活壓力可能會減少。	161 (95.3)	8 (4.7)	0	160 (98.8)	2 (1.2)	-1.86	.06
11. 社會支持的強弱，除了有助於壓力的調適之外，社會支持的強弱也與腦功能息息相關。	158 (93.5)	11 (6.5)	0	159 (98.1)	3 (1.9)	-2.11	.04

北區初階課程前後測滿分為 9 分，前測總分平均為 7.13 分，後測總分平均為 7.77 分，等同於滿分 100 分的測驗中，前測總分平均為 79.2 分，後測總分平均為 86.3 分，且前後測總分平均數具顯著差異(t=-5.10，p =.00)，後測分數有顯著提升。中區初階課程前後測滿分為 10 分，前測平均總分為 7.96 分，後測平均總分為 8.29 分，等同於滿分 100 分的測驗中，前測總分平均為 79.6 分，後測總分平均為 82.9 分，且兩者具顯著差異(t=-2.80，p=.01)。南區初階課程前後測滿分為 11 分，前測平均總分為 9.48 分，後測平均總分為 9.96 分，等同於滿分 100 分的測驗中，前測總分平均為 86.2 分，後測總分平均為 90.5 分，且後測分數顯著較前測高(t=-4.84，p=.00)。初階課程前後測總分分析詳如表 8.2.8。

表 8-2-8、初階課程前後測總分平均數、標準差、與 t-test 分析

	平均數	標準差	t	p 值
北區				
前測(n=130)	7.13 (79.2)	1.04	-5.10	.00
後測(n=124)	7.77 (86.3)	0.95		
中區				
前測(n=165)	7.96 (79.6)	1.04	-2.80	.01
後測(n=161)	8.29 (82.9)	1.09		
南區				
前測(n=169)	9.48 (86.2)	0.90	-4.84	.00
後測(n=162)	9.96 (90.5)	0.91		

綜合上述北、中、南區初階課程前後測分析，從總分平均數之比較結果上，可以發現初階課程有助於學員釐清自殺防治相關知識，特別在「自殺/自傷之個案評估與處遇」課程部分，學員答對率均有顯著提升。其餘題目答對率均高達 90%，可見過往在關訪員、醫護、與心理相關專業人員之自殺防治教育訓練上有所成效。

4) 進階課程前、後測分析

進階課程前後測問卷均採是非題方式，題目會請各個講師依據授課內容出題，因此各區課程題目總數略有不同，北區共 25 道題目、中區共 6 道題目、南區共 6 道題目。前測問卷會於學員報到時發放，並請學員於第一節課下課時繳交；後測問卷則於最後一堂課結束時發放，並請學員於簽退時繳交。

北區進階課程問卷回收前測共 156 份、後測共 154 份，其中前測答對率較低的前三題為：第 5-3 題「台灣彩券威力彩與大樂透的中獎情況。」(答對率為 18.1%)、第 5-4 題「空氣汙染懸浮微粒的濃度。」(答對率為 12.3%)、第 5-12 題「太陽黑子的活動程度。」(答對率為 13.5%)。其中第一題在課程上完後，後測答對率有顯著提升，第一題提升至 53.9% (t = -2.750，p = .01)，北區進階課程前後測各題答對率詳如表 8.2.9。

中區進階課程問卷回收前測共 121 份、後測共 109 份，其中前測答對率較低的為：第一題「大多有自殺意念的個案會試圖隱藏其想法，需醫護人員及心理師等專業人員才能察覺。」(答對率為 78.5%)。其中在第一題與第四題，在後測答對率有顯著提升，第一題提升至 88.1%(t=-1.94，p=.05)，第四題提升至 100%(t=-3.12，p=.00)，中區進階課程前後測各題答對率詳如表 8.2.10。

南區進階課程問卷回收前測共 164、後測共 139 份，其中前測答對率較低的為：第六題「關懷訪視員是良心事業，必須抱持著二十四小時服務的決心，才能持續下去。」(答對率 61%)，而在第六題在後測答對率有顯著提升，提升至 72.8%(t=-2.17，p=.03)，南區進階課程前後測各題答對率詳如表 8.2.11。

表 8-2-9、北區進階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析

（題目後的括弧為是非題正確答案）	前測(n=156) 答對	前測(n=156) 答錯	前測(n=156) 遺漏值	後測(n=154) 答對	後測(n=154) 答錯	後測(n=154) 遺漏值	t	p 值
1. 精神科病人自殺最常用的方法是上吊。	60 (38.5)	96 (61.5)	0	83 (53.9)	71 (46.1)	0	-2.750	.01
2. 抗憂鬱劑在年輕族群使用易增加自殺風險，有自殺傾向個案最好不要使用。	128 (82.6)	27 (17.4)	1	127 (82.5)	27 (17.5)	0	0.026	.98
3. 男性、高齡、寡居、多次自殺、自殺方法致命性高、或精神疾病未妥善治療的人，是高風險的族群。	150 (96.2)	6 (3.8)	0	152 (98.7)	2 (1.3)	0	-1.414	.16
4. 簡明心理健康篩檢表當中，心情溫度計總分>4 分，或其他題目(包含悲傷的人)加總>5 分，顯示個案需要精神心理衛生專業協助。	108 (70.6)	45 (29.4)	3	114 (74.0)	40 (26.0)	0	-0.671	.50
5. 下列哪一些因素曾經在國內外的研究中被證明與「自殺死亡率」變異發生統計上顯著的相關？								
(1)致命工具的可得性	145 (93.5)	10 (6.5)	1	150 (97.4)	4 (2.6)	0	-1.631	.10
(2)Google 搜尋自殺關鍵字數量	87 (56.1)	68 (43.9)	1	91 (59.1)	63 (40.9)	0	-0.525	.60
(3)台灣彩券威力彩與大樂透的中獎情況	28 (18.1)	127 (81.9)	1	31 (20.1)	123 (79.9)	0	-0.461	.65
(4)空氣汙染懸浮微粒的濃度	19 (12.3)	136 (87.7)	1	17 (11.0)	137 (89.0)	0	0.333	.74
(5)鄉鎮城市單親家庭的比例	74 (47.7)	81 (52.3)	1	86 (55.8)	68 (44.2)	0	-1.425	.16
(6)飲水中鋰(lithium)的濃度	30 (19.4)	125 (80.6)	1	38 (24.7)	116 (75.3)	0	-1.127	.26
(7)地方政府對於社區心理衛生經費的投注	82 (52.9)	73 (47.1)	1	90 (58.4)	64 (41.6)	0	-0.978	.33
(8)失業率	147 (94.8)	8 (5.2)	1	149 (96.8)	5 (3.2)	0	-0.84	.40

表 8-2-9、北區進階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析 (續)

（題目後的括弧為是非題正確答案）	前測(n=156) 答對	前測(n=156) 答錯	前測(n=156) 遺漏值	後測(n=154) 答對	後測(n=154) 答錯	後測(n=154) 遺漏值	t	p 值
(9)媒體報導明星自殺事件	130(83.9)	25(16.1)	1	139(90.3)	15(9.7)	0	-1.68	.10
(10)濕度與溫度	42(27.1)	113(72.9)	1	41(26.8)	112(73.2)	1	0.06	.95
(11)人口密度	59(38.1)	96(61.9)	1	57(37.0)	97(63.0)	0	0.19	.85
(12)太陽黑子的活動程度	21(13.5)	134(86.5)	1	19(12.3)	135(87.7)	0	0.32	.75
(13)離婚率	123(79.4)	32(20.6)	1	127(83.0)	26(17.0)	1	-0.82	.41
(14)鄉鎮城市家戶收入的中位數	79(52.0)	73(48.0)	4	82(53.2)	72(46.8)	0	-0.22	.82
6. 目前沒有證據證明一個醫療服務體系可以將其服務人群的自殺死亡率降到零 (Zero suicide is impossible)。	32(20.5)	124(79.5)	0	32(20.8)	121(79.1)	1	-0.09	.93
7. 自殺防治要成功，需要找到單一關鍵因素，由單一的專業部門介入，問題就可以解決。	149(95.5)	7(4.5)	0	148(96.1)	6(3.9)	0	-0.26	.80
8. 所謂自殺防治守門人的概念包括「一問」「二應」「三轉介」。	149(98.7)	2(1.3)	5	149(98.7)	2(1.3)	3	—	—
9. 關懷訪視過程中碰到案主詢問不是我業務範圍的問題，應該立刻表示這件事不是我業務範圍。	143(94.7)	8(5.3)	5	143(93.5)	10(6.5)	1	0.46	.65
10. 面對自殺企圖未遂案主的無助與困境，訪視人員覺得不安是正常現象。	141(93.4)	10(6.4)	5	142(94.0)	9(6.0)	3	-0.24	.81
11. 不同年齡層的案主，導致自殺企圖未遂的近因分布有所不同。	148(98.7)	2(1.3)	6	149(98.7)	2(1.3)	3	-0.01	.99
12. 台灣研究指出，通報系統中的重複自殺未遂個案，重複企圖時距越近，使用方法變換，日後自殺死亡風險越高。	147(98.0)	3(2.0)	5	148(98.0)	3(2.0)	3	-0.01	.99

表 8-2-10、中區進階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析

(題目後的括弧為是非題正確答案)	前測(n=121) 答對	前測(n=121) 答錯	遺漏值	後測(n=109) 答對	後測(n=109) 答錯	t	p 值
1. 大多有自殺意念的個案會試圖隱藏其想法，需醫護人員及心理師等專業人員才能察覺。	95(78.5)	26(2.15	0	96(88.1)	13(11.9)	-1.94	.05
2. 具自殺意念個案其思考常猶豫不決，直接詢問其自殺想法並不適合，反而會增加其自殺風險。	102(84.3)	19(15.7)	0	97(89.0)	12(11.0)	-1.04	.30
3. 憂鬱症狀中最常見能預測自殺意念的是無望感。	113(93.4)	8(6.6)	0	104(95.4)	5(4.6)	-0.66	.51
4. 罹患焦慮症較不會增加自殺意念及企圖自殺。	111(91.7)	10(8.3)	0	109(100)	0(0)	-3.12	.00
5. 自殺個案的問題通常交由醫院處理即可，其他單位不用介入。	119(98.3)	2(1.7)	0	109(100)	0(0)	-1.35	.18
6. BSRS-5 及 SAD PERSONS 量表均是一種快速評量並辨認自殺風險的好工具。	117(96.7)	3(2.5)	1	108(99.1)	1(0.9)	-0.91	.36

表 8-2-11、南區進階課程前後測問卷答對率與 t-test 分析

(題目後的括弧為是非題正確答案)	前測(n=164) 答對	前測(n=164) 答錯	前測(n=164) 遺漏值	後測(n=139) 答對	後測(n=139) 答錯	後測(n=139) 遺漏值	t	p 值
1. 精神疾病是罕見而且不具危險性的,所以無須特方式書的治療。	159(97.0)	5(3.0)	0	135(97.1)	4(2.9)	0	-0.09	.93
2. 成功的精神疾病處遇方式,通常需要藥物,心理,以及社會等三方面同時介入。	162(98.8)	2(1.2)	0	138(99.3)	1(0.7)	0	.-0.44	.66
3. 阿德勒心理學而言，這群想要傷害自己的個案乃是處於氣餒的狀態，以致於無法有效地處理生活任務。	120(74.1)	42(25.9)	2	112(80.6)	27(19.4)	0	-1.34	.18
4. 面對這些高自殺風險個案，阿德勒心理學可以提供鼓勵(Encouragement)，提昇其勇氣，讓個案能有願意冒險，即便面臨困難仍不斷向前的意志，以協助個案能夠從氣餒中重新站立並面對現實。	156(95.7)	7(4.3)	1	130(93.5)	9(6.5)	0	0.84	.40
5. 明確地指出個案自殺行為是錯誤的，這種方式是建立支持性關係之常用技巧之一。	125(76.2)	39(23.8)	0	95(69.9)	41(30.1)	3	1.24	.22
6. 關懷訪視員是良心事業，必須抱持著二十四小時服務的決心，才能持續下去。	100(61.0)	64(39.0)	0	99(72.8)	37(27.2)	3	-2.17	.03

北區進階課程前後測滿分為 25 分，前測總分平均為 15.64 分，後測總分平均為 16.34 分，等同於滿分 100 分的測驗中，前測總分平均為 62.6 分，後測總分平均為 65.4 分，且後測分數顯著較前測高(t=-1.889，p =.06)。中區進階課程前後測滿分為 6 分，前測平均總分為 5.44 分，後測平均總分為 5.72 分，等同於滿分 100 分的測驗中，前測總分平均為 90.7 分，後測總分平均為 95.3 分，且兩者具顯著差異(t=-2.850，p=.01)，後測分數有顯著提升。南區初階課程前後測滿分為 6 分，前測平均總分為 5.02 分，後測平均總分為 5.14 分，等同於滿分 100 分的測驗中，前測總分平均為 83.7 分，後測總分平均為 85.7 分，且前後測總分平均數具顯著差異(t = -1.168，p = .244)。進階課程前後測總分分析詳如表 8.2.12。

表 8-2-12、進階課程前後測總分平均數、標準差、與 t-test 分析

	平均數	標準差	t	p 值
北區				
前測(n=156)	15.64(62.6)	3.17	-1.889	.06
後測(n=154)	16.34(65.4)	3.11		
中區				
前測(n=121)	5.44(90.7)	0.82	-2.850	.01
後測(n=109)	5.72(95.3)	0.61		
南區				
前測(n=164)	5.02(83.7)	0.87	-1.168	.244
後測(n=139)	5.14(85.7)	0.82		

綜合上述北、中、南區進階課程前後測分析，從總分平均數之比較結果上，可以發現僅有中區進階課程有顯著差異，但由於進階課程所傳授的內容主要以實務經驗與案例討論為主，因此較難從題目中了解到技能層面的變化。此外，也可以發現部分題目的前後測答對率均高達 90%，且有訪員表示進階課程對於資深訪員來說過於廣泛粗淺，在時間有限的情況下難以做更深入的討論，因此希望未來能有機會開設更多不同類型的深入個案討論與演練課程。

5)滿意度調查表分析

初階課程滿意度調查表共計六大題，主要詢問學員針對課程設計、課程內容未來可能應用在實務工作上的情形、整體師資安排、上課場地、課程時間安排等五大面向滿意度，選項採李克特式 5 點量表，從「非常滿意」

到「非常不滿意」。另一題為複選題，詢問學員本次覺得最有幫助的課程。

統計初階課程滿意度調查表回收數量，北區共 120 份、中區共 152 份、南區共 126 份。本次分析將「非常滿意」與「滿意」結合、「不滿意」與「非常不滿意」結合，整理詳如表 8.2.13。針對課程設計、實務應用、與師資安排層面，認為滿意者占全體學員 85%以上，不滿意者則不到 5%，其中學員主要反應希望課程中能多添加實際案例的分享與討論、實務困境之探討、訪視因應技巧，並認為課程重覆性太高、過於簡單、且偏重醫療，不太符合訪員實際工作現況，但對諮商實務者相當有幫助。針對上課場地的滿意程度，北區及南區的滿意度較低，分別為 79.2%及 62.4%，主要原因與當日空調、場地大小有關。另外在時間安排上，中區、南區滿意度達 80%以上，而北區滿意度僅為 74.8%，不滿意程度為 5%，學員主要反應希望未來課程能於平日辦理。詳細課程評估如表 8.2.13。

表 8-2-13、北區(n=120)、中區(n=152)、南區(n=126)初階課程滿意度分析

	滿意	普通	不滿意	遺漏值
課程設計				
北區	109 (90.8)	10 (8.3)	1 (0.8)	0
中區	139 (91.4)	13 (8.6)	0 (0)	1
南區	113 (90.4)	10 (8.0)	2 (1.6)	1
實務應用				
北區	110 (91.7)	9 (7.5)	1 (0.8)	0
中區	138 (90.8)	13 (8.6)	1 (0.7)	0
南區	109 (86.5)	13 (10.3)	4 (3.2)	0
師資安排				
北區	113 (94.2)	6 (5.0)	1 (0.8)	0
中區	143 (94.1)	7 (4.6)	2 (1.3)	0
南區	114 (90.5)	11 (8.7)	1 (0.8)	0
上課場地				
北區	95 (79.2)	18 (15.0)	7 (5.8)	0
中區	132 (86.8)	19 (12.5)	1 (0.7)	1
南區	78 (62.4)	36 (28.8)	11 (8.8)	1

表 8-2-13、北區(n=120)、中區(n=152)、南區(n=126)初階課程滿意度分析(續)

	滿意	普通	不滿意	遺漏值
時間安排				
北區	89 (74.8)	24 (20.2)	6 (5.0)	1
中區	128 (84.2)	19 (12.5)	5 (3.3)	0
南區	101 (80.2)	21 (16.7)	4 (3.2)	0

分析學員認為最有幫助之課程，北區評價最高的課程為「自我覺察與壓力管理」，認為此堂課程有幫助的學員高達 75%；中區評價最高的課程則為「自殺防治概論與措施」，有 72.4%的中區學員認為此堂課幫助最大；南區評價最好的課程與北區相同，為當日最後一堂「自我覺察與壓力管理」，有 69.8%的學員評估為最有幫助。詳細課程評估如表 8.2.14。

表 8-2-14、學員評估最有幫助之初階課程比例

	北區 (n=120)	中區 (n=152)	南區 (n=126)
自殺防治概論與措施	68 (56.7)	110 (72.4)	62 (49.2)
自殺/自傷個案之評估與處遇	54 (45.0)	92 (60.5)	77 (61.1)
自殺防治與資源連結	58 (48.3)	92 (60.5)	72 (57.1)
自我覺察與壓力管理	90 (75.0)	78 (51.3)	88 (69.8)

綜合上述滿意度調查之分析結果，初階課程對於實務工作者之幫助似乎有限，未來在進階課程時，可再增加實務探討、案例討論、資源連結實務技巧，並加入初級訪視技巧與演練，邀請第一線資深社工或關懷訪視員分享，或能更加符合第一線關懷訪視員之需求。此外，課程學員亦有反應未來課程可花些時間檢討前後測問卷，可以讓學員更加確認所學所知是否正確，達到學習成效。另分析學員覺得最有幫助之課程，可以發現主要以「自我覺察與壓力管理」評價最高，可能由於第一線關訪員業務壓力大，然平時卻少有課程教導關訪員如何面對自我壓力源與因應技巧，因此該堂課程備受好評，未來更加關注第一線工作者之心理健康，關懷訪視之專業才得以永續發展。

進階課程滿意度調查表共計六大題，主要詢問學員針對課程設計、課程內容未來可能應用在實務工作上的情形、整體師資安排、上課場地、課程時間安排等五大面向滿意度，選項採李克特式 5 點量表，從「非常滿意」到「非常不滿意」。另一題為複選題，詢問學員本次覺得最有幫助的課程。

統計進階課程滿意度調查表回收數量，北區共 147 份、中區共 103 份、南區共 126 份。本次分析將「非常滿意」與「滿意」結合、「不滿意」與「非常不滿意」結合，整理詳如表 7.2.15。針對課程設計、實務應用、與師資安排層面，認為滿意者占全體學員 85%以上，不滿意者則不到 5%，其中學員反應本次進階課程因講師皆為精神醫療背景，希望講師安排可有部分為心理師或社工師，從不同角度及觀點來探討，也能網絡間橫向聯繫。還有能添加一些訪視技巧的實際演練，對訪員會比較有實質的幫助。另外學員也指出講師上課內容豐富，但是因授課時間上的規劃無法得到完整的授課內容，希望在將來在授課的時間規劃上能有所改善。

針對上課場地的滿意程度，南區的滿意度較低，為 70.6%，主要原因與當日空調、場地大小有關。另外在時間安排上，中區、南區滿意度達 75%以上，而北區滿意度僅為 72.9%，不滿意程度為 6.9%，學員主要反應希望未來課程能於平日辦理。詳細課程評估如表 8.2.15。

表 8-2-15、北區(n=147)、中區(n=103)、南區(n=126)進階課程滿意度分析

	滿意	普通	不滿意	遺漏值
課程設計				
北區	125(85.0)	19(12.9)	3(2.0)	0
中區	94(91.3)	9(8.7)	0(0)	0
南區	113(89.7)	13(10.3)	0(0)	0
實務應用				
北區	125(85.0)	22(15.0)	0(0)	0
中區	94(91.3)	8(7.8)	1(1.0)	0
南區	109(86.5)	16(12.7)	1(0.8)	0
師資安排				
北區	127(87.0)	18(12.3)	1(0.7)	1
中區	97(94.2)	5(4.9)	1(1.0)	0
南區	117(92.9)	9(7.1)	0(0)	0

表 8-2-15、北區(n=147)、中區(n=103)、南區(n=126)進階課程滿意度分析(續)

	滿意	普通	不滿意	遺漏值
上課場地				
北區	104(72.2)	25(17.4)	15(10.4)	3
中區	78(75.7)	15(14.6)	10(9.7)	0
南區	89(70.6)	27(21.4)	10(7.9)	0
時間安排				
北區	105(72.9)	29(20.1)	10(6.9)	3
中區	82(79.6)	18(17.5)	3(2.9)	0
南區	100(79.4)	21(16.7)	5(4.0)	0

分析學員認為最有幫助之課程，北區評價最高的課程為「困難個案之處遇及追蹤」，認為此堂課程有幫助的學員高達 87.1%；中區評價最高的課程則為「高風險個案之評估」，有 76.7%的中區學員認為此堂課幫助最大；南區評價最好的課程與中區相同，為「高風險個案之評估」，有 80.2%的學員評估為最有幫助。詳細課程評估如表 8.2.16。

表 8-2-16、學員評估最有幫助之進階課程比例

	北區 (n=147)	中區 (n=103)	南區 (n=126)
常見精神疾病與因應措施	62(42.2)	74(71.8)	77(61.1)
高風險個案之評估	89(60.5)	79(76.7)	101(80.2)
困難個案之處遇及追蹤	128(87.1)	63(61.2)	76(60.3)

綜合上述滿意度調查之分析結果，從學員評估最有幫助之進階課程比例中，可以發現主要是「高風險個案之評估」評價最高，可見高風險個案在訪視的過程中仍有難度，未來可在針對這部分在加強訓練。本次進階課程雖能幫助訪員及其他助人工作者在實務工作中辨識及評估高風險個案，但是在面對困難個案時，仍然需要熟練的訪視技巧，未來除了可以請一些有心理或社工背景的講師，來增加課程探討的多元性，還可增加面對不同個案之技巧的實際演練，使關懷訪視員在「一問二應三轉介」的技巧上能夠更駕輕就熟。

對於未能參與初階及進階課程之自殺關懷訪視員，中心已經訓練課程數位化製作完成，放置於中心數位學習網站，未來關懷訪視員及相關工作

人員可自行上網點閱進行相關訓練。

五、 附件

附件 8.2.1　「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)」課程規劃

附件 8.2.2　「自殺關懷訪視專業訓練(進階)—關懷訪視問題之探究與分析」課程規劃

附件 8.2.3　自殺關懷訪視專業訓練之課程測驗問卷

附近 8.2.4　自殺關懷訪視專業訓練之滿意度問卷

辦理各縣市實務督導訪查

一、 背景(Context)

自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱與個案建立關係，另基於珍愛生命之理念，及運用一問二應三轉介之技巧，聆聽個案心境，瞭解現實所遭遇之困境，協助個案獲得適當之資源服務，發揮關懷訪視之效用。但多數關懷訪視員於訪視時，常遇到諸多困難，如拒訪、情緒不穩、重複自殺等多種難以解決之狀況，導致關懷訪視員處遇計畫受阻，更甚者影響關懷訪視員之情緒而無法繼續從事關懷訪視業務。因此實際瞭解關懷訪視員在訪視中所面臨的困境，並予以提供建議、協助，精進關懷訪視員專業能力以提升服務完善度。

今年度規劃 22 場次的實務督導，以派遣專業人員或是採用視訊會議的方式，與各縣市精神醫療、心理衛生相關單位之專家代表及關懷訪視員進行實務討論，藉以瞭解關懷訪視員在從事自殺防治工作時，所遇到的問題和困難，並針對有問題之個案進行討論，提供建議，撰寫成督導紀錄，以供各縣市參考。期盼藉由實務督導會議能更強化關懷訪視員之技巧。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 依 2014 年自殺粗死亡率高低作為排列依據，排定每月欲實務督導之縣市順序。
2) 以各縣市衛生局作為主要舉辦場所，本島以實地督導方式進行，離島以視訊督導為主。
3) 排定與會人員名單，以各縣市衛生局相關人員、該地關懷訪視員、實務督導人員、及其它關懷訪視業務相關人員(如社政、警政、勞政、其它)等為主。
4) 排定學者名單，邀請全國精神醫療網、該地責任醫院相關負責同仁及專家學者出席並共同討論，以期增進關懷訪視業務之成效與品質。
5) 至排定之縣市進行「實務督導」。
6) 會後撰寫會議紀錄，並固定檢討實務督導有無需改進之處，以利下次會議進行之完善度。

三、 過程(Process)

1. 5 月 9 日召開「基隆市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為基隆市衛生

局醫政科王瑛蘭科長，與會人員有全國自殺防治中心李明濱主任、王俊堯專員、馬偕紀念醫院淡水院區胡仁潔護理師、基隆市衛生局黃鈞麟精神個案管理師、郭安怡自殺關訪員、李孟盈自殺關訪員、范美玲自殺關訪員、鄒觀宇自殺關訪員、陳蕉社區關懷訪視員、王嘉琳社區關懷訪視員。

2. 5 月 13 日召開「雲林縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為雲林縣衛生局醫政科許淑雲科長，與會人員有雲林縣衛生局醫政科廖振甫藥師、葉婉菁個案管理員、衛生福利部嘉南療養院王禎邦主任、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院游志遠社工師、信安醫療社團法人信安醫院黎士鳴主任、林裕清關懷訪視員、李緯坤關懷訪視員、鄭智文關懷訪視員、吳浩賓關懷訪視員、廖敏棋關懷訪視員、林珊如關懷訪視員、林佑珊關懷訪視員、蔡淞霖關懷訪視員、鍾心怡關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、王俊堯專員。
3. 5 月 16 日召開「連江縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為連江縣衛生局醫政藥政課陳月欽課長，與會人員有連江縣衛生局醫政藥政課李怡薇自殺關懷員、臺北市立聯合醫院松德院區姜丹榴技正、全國自殺防治中心李明濱主任、王俊堯專員、孔祥玲專員、李婕宇專員、林欣樺專員、林俞均專員、許均豪專員、許信育專員、許智超專員、陳妍綾專員、陳貞伶專員、張鈴涓專員、賴忠志專員、廖健鈞專員。
4. 5 月 23 日召開「屏東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為屏東縣政府衛生局薛瑞元局長，與會人員有醫政科周宗賢科長、柯又綺專案助理、徐儷瑄專案助理、屏安醫院黃文翔院長、張益豪副院長、王世宗心理師主任、廖靜薇社工室主任、謝淑惠自殺關懷訪視員、馮國株自殺關懷訪視員、石薰憶自殺關懷訪視員、孔詩儀自殺關懷訪視員、曾馨慧自殺關懷訪視員、陳彥融自殺關懷訪視員、林志佳社區關懷訪視員、蘇秀莉社區關懷訪視員、吳美雅社區關懷訪視員、潘耔妘社區關懷訪視員、郭淑華社區關懷訪視員、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李明濱主任、王俊堯專員。
5. 5 月 30 日召開「苗栗縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為苗栗縣毒品防制及心理衛生中心涂麗秀主任，與會人員有苗栗縣毒品防制及心理衛生中心張微欣個案管理員、社團法人苗栗縣生命線協會劉佩璇副主任、曾嘉妙督導、高淑梃關懷訪視員、邱士展關懷訪視員、劉郁茹關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、林俞均專員。
6. 6 月 3 日召開「嘉義縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為嘉義縣衛生蔡淑真副局長，與會人員有南區精神醫療網核心醫院嘉南療養院王禎邦主

任、嘉義縣衛生局醫政科趙紋華科長、陳秀玲技士、朱玟娟專任助理蔡宜潔單工、心衛中心龔郁雅專任助理、臺中榮總嘉義分院精神部李世雄主任、謝玲玉心理師、吳懿芳自殺關懷員、蔡佳臻自殺關懷員、蔡宛蓁自殺關懷員、黃鈺穎社區關懷員、孫文廷社區關懷員、余昭瑩社區關懷員、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李婕宇專員。

7. 6月6日召開「花蓮縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為衛生局林運金局長，與會人員有衛生局企劃科李美靜科長、謝有志專任助理、蘇慧娟專任助理、鄒曉婷社區關懷員、吳郁馨社區關懷員、梁志祥社區關懷員、張嘉秀社區關懷員、林姿晴社區關懷員、家暴相對人彭偉旗社工、衛福部玉里醫院一般精神科余權訓主任、孔繁鐘醫師、心理衛生中心蔣素娥諮商心理師、萬榮鄉衛生所胡英妹公衛護士、玉里鎮衛生所陳屏儒公衛護士、壽豐鄉衛生所陳怡君公衛護士、瑞穗鄉衛生所吳翊搖公衛護士、豐濱鄉衛生所鍾培雯公衛護士、鳳林鎮衛生所鍾欣玲公衛護士、花蓮市衛生所楊杏茹公衛護士、秀林鄉衛生所魏翠華公衛護士、富里鄉衛生所陳品璁公衛護士、卓溪鄉衛生所陳玉惠公衛護士、吉安鄉衛生所藍周惠公衛護士、新城鄉衛生所周思羽公衛護士、光復鄉衛生所劉淑蓉公衛護士、光復鄉衛生所王婉之護理長、花蓮縣消防局王永杰科長、花蓮縣警察局陳韋竣辦事員、花蓮縣政府社會處蕭豪鈴督導、慈濟醫院精神科吳婉綺社工師、衛生福利部花蓮醫院范舜豪社工、門諾醫院王子淇社工、胡家祥社工、國軍花蓮總醫院陳思琦社工師、臺北榮總玉里分院精神科鄭淦元主任、東區精神醫療網專任曾筱筑助理、財團法人花蓮縣生命協會陳誠中個案組長、全國自殺防治中心李明濱主任、王俊堯專員。
8. 6月13日召開「宜蘭縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為宜蘭縣衛生局劉建廷局長，與會人員有宜蘭縣衛生局心理衛生及毒品防制科游淑靜科長、邱麗蓉技士、蔡雅蘭心理師、游松翰個案管理員、廖美雲個案管理員、海天醫療社團法人海天醫院李俊雍社區關懷訪視員、李孟璇社區關懷訪視員、林雅雯社區關懷訪視員、臺北榮民總醫院蘇澳分院洪千惠臨床心理師、陳柏霖社區關懷訪視員、徐偉娟社區關懷訪視員、葉靖怡社區關懷訪視員、陳怡欣社區關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、林欣樺專員。
9. 6月17日召開「臺東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺東縣衛生局醫政科蘇美珠科長，與會人員有衛生局醫政科李弦芳個管師、林彥君個管師、王珮樺衛生稽查員、臺東市衛生所游濰綾關懷訪視員、陳正修關懷訪視員、卑南鄉衛生所余淑貞護士、雷喬安關懷訪視員、鹿野鄉衛生所

陳俐伶護士、黃惠琦關懷訪視員、池上鄉衛生所林芳綾護士、王詩涵關懷訪視員、成功鎮衛生所施巧玲護士、張致和關懷訪視員、太麻里鄉衛生所陳康琦護士、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李婕宇專員。

10.6 月 20 日召開「南投縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為衛生局醫政科陳淑怡科長，與會人員有衛生局醫政科李麗美技正、洪美玲職員、陳倩如職員、鍾劍芳職員、廖婉容職員、卓佩君職員、衛生福利部草屯療養院黃聖林主治醫師、林幼喻護理長、許馨尹關懷訪視員、鄭如芳關懷訪視員、陳俊超關懷訪視員、邱嬛嬋關懷訪視員、王彩鑫關懷訪視員、林伯蓉關懷訪視員、蕭閔介關懷訪視員、劉芯瑜關懷訪視員、臺中榮民總醫院埔里分院高瑄若社工員、全國自殺防治中心李明濱主任、許智超專員。

11.6 月 27 日召開「彰化縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為彰化縣衛生局葉彥伯局長，與會人員有彰化縣衛生局醫政科黃敏慧科長、王瑜鈞約聘人員、王阿貞護士、許尹齡派遣人員、莊于娜臨時約僱人員、黃千蓁臨時約僱人員、簡嘉慧臨時約僱人員、楊茗琇臨時約僱人員、黃思豪臨時約僱人員、邱煜傑臨時約僱人員、謝喬宇臨時約僱人員、賀元貞臨時約僱人員、彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院歐陽文貞醫師、李柏賢醫師、陳美雀臨床心理師、賴夢夢自殺關懷訪視員、曾婉婷自殺關懷訪視員、林怡君自殺關懷訪視員、呂安自殺關懷訪視員、曾文萱自殺關懷訪視員、李宜旻自殺關懷訪視員、張儀丰社區關懷訪視員、陳春蘭社區關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、林俞均專員。

12.7 月 1 日召開「桃園市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為桃園市政府衛生局許景鑫副局長，與會人員有桃園市政府衛生局心理健康科陳小燕科長、陳傳慧技正、楊佩薰技士、劉玉香稽查員、李莘瑜約聘人員、吳惠婷約聘人員、王惠敏約聘人員、蘇少鏞專案助理、李盈菱專案助理、張雅萍專案助理、乃麗修臨時人員、王俐玲自殺關懷員、羅元俞自殺關懷員、游昊慰自殺關懷員、陳欣瑜自殺關懷員、林郁涵自殺關懷員、邱筠茹自殺關懷員、溫雅婷自殺關懷員、蘇秀蕙自殺關懷員、吳菁渼自殺關懷員、姚梅枝自殺關懷員、陳品潔自殺關懷員、林治家自殺關懷員、劉姿吟自殺關懷員、姜妤庭自殺關懷員、呂靜嵐自殺關懷員、陳筱筠自殺關懷員、蘇若羽自殺關懷員、陳慈樸自殺關懷員、衛生福利部桃園療養院汪振洋主任、李孟珍護理長、桃園市生命線協會督導陳冠伶社工、衛生福利部桃園醫院鍾佳玲社工、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院沈嘉玲個管、周庭琦個管、敏盛綜合醫院陳力維主任、壢新醫院賴玉純社工、居善醫院裴澤榮主任、

天成醫療社團法人天晟醫院呂美惠社工、古梅蘭社工、臺北榮民總醫院桃園分院武昌隆專員、沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院鄭如雅社工、怡仁綜合醫院李裕龍社工、李亭萱工讀生、潘皓怡實習生、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員。

13.7 月 4 日召開「臺南市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺南市衛生局林聖哲局長，與會人員有心理健康科陳月英科長、林冶純技正、陳美雀代理股長、陳秋呅技士、蘇怡安約用人員、鄭聿涵約用人員、姜佳琪約聘人員、奇美醫療財團法人奇美醫院臺南分院謝光煬主任、劉冠儀關訪員、郭芳君關訪員、蔡菲比關訪員、陳怡樺關訪員、何孟凌關訪員、衛生福利部嘉南療養院王雪吟護理長、陳佳君關訪員、蘇意珊關訪員、徐崇馨關訪員、彭秋釭關訪員、胡碧蘭關訪員、許馥穠關訪員、連羿雯關訪員、陳文嘉關訪員、方語農關訪員、陳盈綵關訪員、謝恆瑜關訪員、廖鏡棉關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳妍綾專員。

14.7 月 11 日召開「高雄市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為高雄市政府衛生局黃志中局長，與會人員有高雄市政府衛生局社區心衛中心余沛蓁主任、黃英如股長、陳美齡技士、沈月華約聘人員、崔珺甯約僱人員、辜招雲關懷訪視員、李思瑩關懷訪視員、陳韻心關懷訪視員、李怡萱關懷訪視員、賴奕然關懷訪視員、丁春蘭關懷訪視員、陳育晟關懷訪視員、鄭凱仁關懷訪視員、劉佳和關懷訪視員、陳慧慈關懷訪視員、葉育涵關懷訪視員、高雄市立凱旋醫院劉仁儀執行長、社區精神科徐淑婷醫師、陳清文個案關懷員、蔡雲南個案關懷員、宋依恩個案關懷員、張尹繻個案關懷員、邱欣怡個案關懷員、陳盈釭個案關懷員、靜和醫院李麗娟社工師、靜和醫院燕巢分院徐詩珊心理師、長庚紀念醫院盧俊源社工師、建佑醫院周琬淑社工師、高雄市立大同醫院潘麗香社工師、國軍高雄總醫院精神科許雅芬醫師、專科曾素惠護理師、國軍高雄總醫院岡山分院孫惠姿社工師、樂安醫院周姿廷社工師、高雄醫學大學護理長林怡君、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心許均豪專員。

15.7 月 15 日召開「臺中市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺中市衛生局心理健康科羅瀚倫股長，與會人員有臺中市衛生局心理健康科洪幸芬科員、李聖琳約用人員、賴臆芳約用人員、莊曉君約用人員、陳昕慈實習生、劉美新實習生、臺中榮民總醫院精神部藍祚鴻主任、莊凱迪主任、林千彙關懷訪視員、廖葦薰關懷訪視員、涂沛璇關懷訪視員、鄭茹庭關懷訪視員、吳昱慶關懷訪視員、胡宜柔關懷訪視員、林明嶽關懷訪視員、謝銘訓關懷訪視員、顏桂洙關懷訪視員、慈濟醫院賴怡伶高級專員、楊淑評關

懷訪視員、郁風如關懷訪視員、吳虹儀關懷訪視員、沈秀珍關懷訪視員、王怡婷關懷訪視員、大甲李綜合醫院簡上益社工員、清泉醫院廖仁瑜社工師、童綜合醫療財團法人童綜合醫院江佩蓉護理長、澄清綜合醫院中港分院汪美鳳課長、李姵吟社工員、大甲衛生所梁雅雯護理師、大安衛生所李幸嬪、大肚衛生所鄭曉玲護理師、大里衛生所王玫貞護理師、大雅衛生所劉尹苹護士、中西區衛生所劉小菁護理師、太平衛生所黃珮君護士、北屯四民衛生所謝皖萍護理師、北區衛生所李雅玲護士、石岡衛生所張瑋恩護理師、后里衛生所林淑蓉護理師、西屯衛生所陳淩瑄護理師、黃怡瑄護士、沙鹿衛生所邱慧芬護理師、和平衛生所徐熙護理師、東區衛生所鄭月雲護理師、東勢衛生所林淑惠護理師、南屯衛生所彭瑞珍護理長、林昭君護士、南區衛生所曾綉娟護士、烏日衛生所汪秋萍護士、神岡衛生所黃凱伶護理師、梧棲衛生所謝靜惠護理師、梨山衛生所鄭雅芳護士、清水衛生所張慧萍護士、新社衛生所李明祝護理師、潭子衛生所謝依潔護士、羅玉如護士、豐原衛生所李育翠、霧峰衛生所林倩玉公衛護士、全國防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳妍綾專員。

16.7 月 18 日召開「嘉義市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為嘉義市衛生局醫政科王鳳玉科長，與會人員有嘉義市衛生局醫政科洪金鶯精神自殺承辦人、王嘉莉自殺個管師、張鈞堯精神個管師、林倖如心理個管師、翁正明家暴性侵個管師、臺中榮民總醫院嘉義分院精神部李世雄主任、自殺防治督導王登五醫師、自殺防治督導謝玲玉心理師、劉晏汝自殺關懷訪視員、許堃澤自殺關懷訪視員、張芳毓自殺關懷訪視員、陳婉君精神病患關懷訪視員、蕭婷襄精神病患關懷訪視員、南區醫療網蕭惠菁專員、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心林欣樺專員。

17.7 月 22 日召開「新竹市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為新竹市衛生局吳青雲秘書，與會人員有新竹市衛生局心理健康及毒品防制科林雪玲科長、田鈺翎專案管理師、謝佩君社區關懷員、曾鈺珮自殺關懷員、謝佳蓉自殺關懷員、東區衛生所郭碧華護士、北區衛生所曾俞蜜護士、香山衛生所曾淑滿護士、臺大醫院新竹分院陳慧足個案管理師、新竹馬偕紀念醫院精神部徐維吟社工師、南門醫院楊嘉玲護理長、國軍新竹地區醫院身心科林俊龍主任、蔡雋文社工師、吳純如自殺關懷員、新竹市社區心理衛生中心蔡容容心理師、許靜怡輔導員、活力滿分社區復健中心許睿婷社區關懷員、全國自殺防治中心李明濱主任、許智超專員。

18.7 月 25 日召開「新竹縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為新竹縣政府衛生局殷東成局長，與會人員有新竹縣政府衛生局江松福副局長、新竹

縣政府衛生局毒防心衛科余福信科長、黃照月技士、王莉婷約僱人員、黃心怡個案管理員、潘姿淇個案管理員、羅方個案管理員、余承穎個案管理員、紀詩儀個案管理員、林俞君專任助理、劉柏玲護士、劉淑雲工友、劉琴婕工友、張進福司機、石宜平實習生、臺大醫院竹東分院張根榮自殺關懷員、林加雯自殺關懷員、江佑倫自殺關懷員、范雅涵自殺關懷員、廖庭萱自殺關懷員、竹東鎮衛生所詹宜盈公衛護士、全國自殺防治中心李明濱主任、許均豪專員。

19.7 月 27 日召開「新北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為新北市政府衛生局林奇宏局長，與會人員有新北市政府衛生局高淑真副局長、新北市政府衛生局心理衛生及長期照顧科杜仲傑科長、胡穎綺技佐、衛生福利部雙和醫院李明慧關懷訪視員、黃琳珺、衛生福利部臺北醫院李宛蓁關懷訪視員、高孟辰、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院陳予禎關懷訪視員、沈文中、佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院黃詩慧關懷訪視員、張子逸、財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院淡水分院張凱涵關懷訪視員、高佳琪、張老師基金會臺北分事務所季彥銘關懷訪視員、王蘋、卓鈺婧、卓秉賦、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員。

20.8 月 3 日召開「澎湖縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為澎湖縣政府衛生局何怡靜約僱人員，與會人員有澎湖縣政府衛生局陳明慧專任助理、郭金玲社區關訪員、陳園芳社區關訪員、葉書婷自殺關訪員、衛生福利部澎湖醫院林婉茹社工師、高珮誼護理師、吳雅芳護理師、蔡伊容護理師、蔡倍玲護理師、黃玉雯護理師、三軍總醫院澎湖分院劉淑皎社工師、全國自殺防治中心李明濱主任、陳貞伶專員、賴忠志專員、王俊堯專員。

21.8 月 5 日召開「臺北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺北市政府衛生局曾光佩技正，與會人員有臺北市政府自殺防治中心黃思維組長、練士菁組員、陳秋遠組員、何佩瑾組員、魏弘軒組員、紀曉君組員、潘亭妤關懷訪視員、杜慈英關懷訪視員、施懿芳關懷訪視員、吳季鴻關懷訪視員、林小安關懷訪視員、孫培菱關懷訪視員、黃胤萍關懷訪視員、傅元德關懷訪視員、吳珮羽關懷訪視員、陳修音關懷訪視員、游于嫿關懷訪視員、黃瓊惠關懷訪視員、林庭瑋關懷訪視員、柯雨汎關懷訪視員、溫如盈關懷訪視員、劉岳儒關懷訪視員、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心王俊堯專員。

22.8 月 8 日召開「金門縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為金門縣政府衛生局醫事科呂世傑科長，與會人員有金門縣政府衛生局醫事科梁嘉琳約

僱人員、何志翔關懷訪視員、呂露琳關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、陳貞伶專員、王俊堯專員。

23. 為完整呈現會議討論內容，於 8 月 10 日開始進行 22 縣市實務督導訪查會議逐字稿之謄打。
24. 為提供各縣市更完整之建議，8 月 18 日召開專家會議，針對 22 縣市逐字稿進行研討，最終決議依照 7 大項目為主軸進行質性分析。7 大項目詳述如下：
    1) 自殺防治業務：歸納各縣市自殺防治之相關措施，如教育宣導、派案流程、從業人員工作內容等。
    2) 組織架構：各縣市自殺防治相關人員之組織成員。
    3) 督導與訓練方式：各縣市督導機制、督導擔任者及關訪員訓練方式。
    4) 特殊族群自殺防治策略：各縣市對特殊個案，如家暴、性侵加(被)害者、長者、精神障礙者所採取之因應措施。
    5) 行政業務困境：各縣市相關從業人員於自殺防治業務所遭遇之困境，如相關網絡單位合作、自殺個案通報、資源整合等相關問題。
    6) 關訪員實務困境：各縣市關訪員於訪案時所遭遇之困境，如失聯、拒訪、重複自殺等困難個案。
    7) 其他：如一線工作人員心得、願景等其他會議中報告內容不在上述 6 項分類內。
25. 9 月 23 日完成所有逐字稿質性分析，並將分析結果彙整至各縣市之會議紀錄。
26. 9 月 26 日彙整質性分析中「行政業務困境」與「關訪員實務困境」之內容，檢視 22 縣市共有之困境並提出最後建議。

四、 成果(Product)

1. 今年度至全臺 22 縣市辦理實務督導訪查，以實地、視訊並藉由焦點團體之方式進行會議。關懷訪視業務層面廣泛，需各單位網絡一同給予協助，因此實務督導會議除邀請關訪員之外，亦邀請與關懷訪視有相關業務之網絡單位一同參與。此外，配合今年度抽查訪視紀錄之工作項目(詳見「5.1 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議」章節)，中心亦將訪視紀錄審查之建議，提至實務督導會議中，透過與關懷訪視員之討論，瞭解關訪員在撰寫紀錄上的實際問題。詳細實務督導議程表如圖 8.3.1。

105 年度「自殺關懷訪視員之實務督導」議程表

日期：X 月 X 日(一/五)下午 1 時 00 分至 5 時 00 分

地點：XX 縣/市衛生局

與會人員：全國自殺防治中心代表、衛生局代表、衛生局所屬關懷訪視員（含精神照護及自殺關訪員）、核心醫院與責任醫院代表

一、 長官致詞及介紹與會代表	1：00-1：05
二、 全國自殺防治中心代表致詞	1：05-1：10
三、 關懷訪視紀錄審查意見討論	1：10-1：30
四、 衛生局代表報告（請包含以下內容）	
1. 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容	1：30-1：50
2. 關懷訪視員訓練及督導	
休息	1：50-2：00
五、 關懷訪視員座談討論會	
1. 特殊個案之因應策略	2：00-3：00
2. 實務面臨之困境	
3. 輪流招標時品質之確保	
六、 個案討論	3：00-4：40
七、 綜合檢討	4：40-5：00
八、 散會	

圖 8-3-1、實務督導議程表

2. 各縣市彙整質性分析結果後之會議紀錄，詳細如下：

2.1 基隆市(訪查時間：2016 年 5 月 09 日)

自殺防治業務相關報告

1)縣市報告重點摘要

(1) 自殺防治通報及關懷流程

a.通報部分除依衛生福利部現行通報流程規定外，基隆市亦設有 24 小時公務手機號碼，目前多為警消、村里長使用此管道，直接向業務相關人員進行通報。

b.基隆市分有精神、自殺個案管理師共計兩位分別進行派案。

c.個案分有一般個案及 A 級個案，A 級個案標準為：

a) 一年內重複自殺者。

b) 自殺方式採 8 種高危險方式：上吊、燒炭、自焚、跳水、高處跳下、引瓦斯、汽車廢氣或喝農藥者。

c) 14 歲以下青少年、65 歲以上長者、高風險通報及媒體事件。

d.個案處遇如下列所述：

a) 通報後 3 日內進行第 1 次訪視，以面訪為主，7 日內完成線上登打，每案至少關懷 3 個月，訪視次數 10 次，訪視電訪及面訪 6：4 比率(含初訪)，但應視個案需求隨時調整。

b) 24 小時緊急個案訪視關懷，由中心專線電話接獲為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或農藥及新聞媒體事件通報者，應於 24 小時內進行初次關懷。

c) 個案關懷訪視請填寫「基隆市自殺暨高危險群個案訪視紀錄單」表單，並於 14 天內完成線上登打。

(2) 自殺防治現行策略及措施

a.循心理健康三級預防模式

a) 一級預防策略：減少保護因子增加保護因子，目標在於活得健康、適性發展、無藥物濫用。

b) 二級預防策略：進行高危險群篩檢並實施介入方案，目標在於早期發現，早期介入，預防藥物濫用、成癮或嚴重危害。

c) 三級預防策略：結合醫療資源協助，目標在於降低危害、有效戒治、預防再用。

b.社區高關懷會談服務-外展諮商

a) 經中心評估有緊急諮商需求之個案，無法於駐點完成會談者。

b) 由中心人員駐點以外另闢不特定時段。

c) 當次應完成初步評估及危機處理。

c.擴展精神科診所成為轉介資源單位，提供結案後心理諮商(初次免費)、精神科藥物諮詢、精神疾病諮詢。

d.使用珍愛生命相關標語。

(3) 關懷訪視員訓練及督導

a.邀請雙和醫院李明慧諮商心理師、馬偕醫院陳淑欽臨床心理師每月一次，針對自殺個案管理技巧及處遇進行訓練及督導，邀請東吳大學江文賢助理教授每季一次，針對下列所述進行訓練及督導：

a) 自殺個案管理技巧及處遇。
b) 從自殺個案談個案分級管理。
c) 以系統觀點看自殺防治及處遇。
d) 電話諮詢因應技巧。

(4) 業務所面臨之困難

a.網絡單位通報自殺意念個案，主述問題常非衛政主導可處理卻期待訪員介入。

b.警政單位受理失蹤案件、家暴相對人透露自殺意念、校園通報學生自傷等，常缺乏正確/詳細資訊，致訪員需花大量時間蒐集相關資訊。

c.警消常有向多位承辦人員重複通報之狀況。

d.警消、勤務中心回報現場狀況時常不夠詳細，無法給予有效指示。

e.警消常有認為業務為公共衛生單位所負責，不願介入處理之狀況。

f. 警消服務態度常有以工作為出發點，而非以關懷人本為基礎。

g.基隆市各區屬性不同，難以制定統一作業標準流程。

(5) 個案討論及建議

a.個案一概況：個案獨居，64 歲，重複自殺，方式有刀子切腹、用過量毒品等，有毒品前科，家人不願與其有所往來，經濟每月僅有 3000 元補助，不固定就醫。

b.建議：關訪員可積極聆聽，並同理個案心情，轉介精神醫療，先讓精神醫療處理個案情緒問題，待情緒穩定後再逐一陪伴個案面對後續問題。

c.個案二概況：個案重複自殺，方式以割腕為主，原因為夫妻感情，皆由家人通報，已有家暴、兒少等社工介入，但持續拒訪，僅能透過另一半得知個案狀況。

d.建議：先關心個案，再關心其家屬，以人為中心，以家庭為單位，以社區為範疇，思考個案的問題，再思考個案與家人互動狀況，並讓個案以及其家屬接觸精神醫療，進行轉介之動作。

e.個案三概況：處理較多家暴加害人認知處遇個案，個案多無責任感、否認另一半的付出，以及有誇大妄想之狀況。

f. 建議：有精神疾病之個案，最重要的動作為轉介，最終目的一定要讓個案接觸精神醫療，關懷員必須建立口袋名單，讓個案就醫服藥，待精神狀況穩定後續的勸說、釐清、諮商才不會事倍功半。

g.個案四概況：個案國中三年級，案父在個案小時自殺身亡，為自殺目睹者、自殺遺族，家中經濟不佳，案母為主要經濟來源，案母少陪伴，多用打罵方式教育，個案有過動症狀、偷竊行為，且班導曾於全班學生面

前霸凌個案。

h.個案五概況：個案阿嬤，已超過 65 歲，每月領有 8000 元補助，確診為思覺失調症，疑似有失智、退化、情緒容易激動、無病識感、經濟不佳、身體嚴重駝背、四處就醫等狀況，安排機構入住，評估後暫無機構肯收案。

i. 建議：首要建立良好關係，建立關係基本要以人為中心，以個案的需求、傾聽個案為中心，定義問題，並評估問題緩急先後，處理個案壓力反應，讓個案宣洩、協助個案建立自尊。

j. 個案六概況：個案將滿 20 歲，女性，有先天性第一型糖尿病，並未固定回診、服藥，另確診為輕度情感性精神病。案父母因毒品在案入監服刑，常更換寄養家庭，未領有補助。目前與案大伯同住，案大伯有酗酒狀況，照顧功能不佳，且因糖尿病影響，常令個案呈自我放棄狀態，另個案渴望家庭關愛，不願離開案大伯。

k.建議：除了基本個案評估、關係建立、情緒支持，以個案為中心外，最重要為透過積極聆聽來定義問題，且將問題層次化，列出問題嚴重度順序，避免問題平面化，一次欲解決所有問題相當棘手。

綜合建議

1) 基隆市衛生局醫政科：

(1) 未來將再加強教育訓練，如精神疾病認識、訪員自身定位等。

(2) 做好社會資源整合，以及統整口袋名單。

(3) 訪視紀錄未來可採納建議，如以自殺危險性評估或 S.O.A.P.作為依循標準，確實填寫訪視內容。

(4) 今日提出之個案，將請訪員再釐清個案狀況，排列出問題重點以利增進服務完善性。

2) 馬偕紀念醫院淡水院區：

(1) 建議除定時外部督導，亦可進行內部督導，以更即時討論訪員進行實務工作時所遭遇之困境。

(2) 建議訪員可以將個案概念化，更能貼近實務操作。

(3) 增強個案本身功能以及主動求助之意願。

(4) 口袋名單與個案除可連結性之外，可適性是另一重點。

(5) 訪員自身專業能力須具備一定程度外，亦可擷取心理師、社工師之專業技巧，以增進服務完善性。

(6) 訪員進行實務工作時，勿過度超出自身能力，應適時轉介減低自身壓力，亦能增進服務完善性。

(7) 除一軸問題外，個案可能存有二、三軸等其他問題，故須釐清問題並排定先後順序，以避免同時間無法處理多項問題，造成訪員挫折感。
(8) 進行轉介時，首重目標為精神醫療資源，心理治療及其他社會資源可於之後再評估現實狀況是否予以轉介。
(9) 訪視紀錄填寫建議可用自殺危險性評估，以危險、保護因子為中心，並將個案進行等級分類，以利訪員及相關業務人員進行後續評估及處遇。

3) 全國自殺防治中心：
(1) 醫療單位要合作，社區心理衛生資源要整合。
(2) 建立關懷訪視員名單、公務機名單。
(3) 關懷訪視員訓練須訂出標準作業流程，第一先了解當地自殺特性，第二了解當地有合網路資源可加以利用。
(4) 轉介資源時必須建立口袋名單。
(5) 各單位合作時須建立標準作業流程，以利業務順利執行。
(6) 從事自殺防治業務相關人員，必須落實 1 問 2 應 3 轉介。
(7) 自殺個案有 85%因情緒障礙所引起，15%因壓力所導致，固先處理個案情緒、生理功能為首要。
(8) 與個案會談時以問題代替建議。
(9) 以病人為中心，首先定義出問題，將問題層次化，避免問題平面化。
(10) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。
(11) 執行業務時，第一必須以病人的服務，站在關懷的立場，第二是專業方面的知識，第三是品質跟安全。
(12) 建議採用 C.P.R.，C 為 collaboration，不同領域要尊重、合作，P 為 proactive，創新，R 為 reach out，專業領域必須向外延伸。

2.2 雲林縣(訪查時間：2016 年 5 月 13 日)

自殺防治業務相關報告

1) 個案管理人員作業內容
(1) 105 年度「整合型心理健康促進、精神疾病防治及特殊族群處遇工作計畫」：強化自殺防治服務方案。
(2) 自殺防治通報單：系統通報、派遣、電話回報警消單位。
(3) 自殺高風險個案轉介單：系統通報、派遣、傳真回覆轉介單位。

2) 105 年雲林縣服務需求書
(1) 開案標準：
a. 自殺未遂。

b.自殺威脅。
c.自殺意念。
d.自殺已遂者之遺族。
e.社區之自殺危機事件。
f. 其他具有自殺或自傷潛在危險之個案。

(2) 結案標準：
a.追蹤屆滿三個月：低度風險(BSRS＜6，自殺想法＜1)。
b.轉介其他縣市衛生局：居住地/設籍地搬遷。
c.轉介其他局處或單位：衛生所。
d.拒訪：拒絕服務達 2 個月以上。
e.失聯：無法聯繫達 2 個月以上。
f. 死亡：遺族關懷達 2 個月以上。
g.誤報。
h.其他：入監服刑、入住醫院或機構。

(3) 品質績效指標：
a.3 個工作日內初次關懷，7 個工作日內完成開案。
b.新通報及未結個案，關懷比例達 100%。
c.年平均訪視次數≧6 次。
d.再自殺個案，關懷 4～6 個月(65 歲以上，面訪 50%)。
e.家暴高危機個案，關懷 4～6 個月，面訪 50%。
f. 9 月 10 日自殺防治日，辦理活動。

(4) 每月報表繳交：
a.月報表。
b.自殺訪視關懷名冊。
c.不定期抽查訪視情形、紀錄完整性。

(5) 目前雲林縣關懷訪視員共計 9 人，不定期參加院內、外在職訓練，如家暴、性侵害防治、災難心理衛生訓練等，每月皆有固定個案研討會，邀請相關網絡單位、各鄉鎮衛生所人員共同參與討論。

(6) 信安醫院黎士鳴主任會陪同關懷訪視員至衛生所、精神復健機構等，進行實務業務督導，以精進關懷訪視員專業度。

3) 自殺防治業務執行困境

(1) 計畫由信安醫院承接，關懷訪視員編制於醫院下，但衛生局仍有直接管轄權，因此管理上有雙軌狀況，且關懷訪視員因公務需要頻繁外出訪視個案，院內人員在不夠了解關懷訪視員工作性質下會有誤解產生。

(2) 每年度計畫承接時會有經費問題，造成關懷訪視員經濟上之疑慮。
(3) 重複自殺、拒訪仍為關懷訪視員所困擾之個案類型。

4) 針對特殊個案之因應策略與建議

(1) 青少年學生個案

a. 個案一概況：年齡約高中 14 至 16 歲，合併早發型精神疾病，被診斷為 ICD-9 295(思覺失調症)，影響個案人際、被霸凌，學校、家屬亦無法給予個案良好支持，不斷有自殺、自傷之惡性循環。

b. 個案二概況：醫院通報後，無法直接聯繫個案。另有時學校在不願通知家長情況下通報，學校也不願關懷訪視員聯繫家長，因此關懷訪視員聯繫家長時，家長不願關懷訪視員再接觸個案，學校也不願關懷訪視員向家長聯繫，關懷訪視員反而需要先與學校、家長溝通連結，而非以個案為服務中心。

c. 個案三概況：父母權控度高，造成親子互動間諸多問題產生。

d. 建議：

a) 積極轉介心理諮商。
b) 與校方積極合作，勿過度承擔。
c) 對個案家屬適時衛教，讓家屬完整認識了解個案狀況並積極就醫。
d) 建議學校制定標準作業流程，並與其他相關單位共同合作，建立良好團隊以利增進個案服務完善度。

(2) 自殺合併其他狀況

a. 個案一概況：自殺合併家暴，個案不願關懷訪視員過度頻繁接觸加害人，且因多家單位社工介入，個案自覺深受困擾，說話態度漸趨保留。

b. 個案二概況：個案為 65 歲以上年長者，合併精神疾病、物質濫用、家暴加害者之狀況，無固定就醫，家人支持度不佳，且個案難以尋找聯繫。

c. 個案三概況：單親個案有 4 位子女，遇有法律糾紛、經濟、身體病痛等狀況，關懷訪視員無法解決個案問題。

d. 個案四概況：重複自殺個案，訪視期間個案多為飲酒狀態，有傷人意圖，且難以尋找聯繫。

e. 建議：

a) 積極轉介心理諮商。
b) 家暴問題，除積極與相關單位專業分工、共同合作外，亦須注意是否有三不管地帶，降低服務完善度。
c) 對個案家屬適時衛教，讓家屬完整認識了解個案狀況並積極就醫。
d) 因個案自殺合併多重問題，除關懷訪視員服務外，建議轉介醫療資源

共同處理。

(3) 個資問題

a.個案一概況：個案住處為租屋，但難以聯繫、無法直接面訪，且過往自殺頻率高，欲通知房東有個資疑慮，但個案狀況並不穩定，因此陷入兩難。

b.個案二概況：個案所留資料並不正確，因此無法電話聯繫、面訪個案，無法達成有效訪視。

c.建議：

a) 生命安全仍為第一優先，同時須告知個案家屬訊息。

b) 遇失聯、無法聯繫個案等狀況，如各種方式皆已嘗試過仍無成效，建議關懷訪視員遵循流程結案，無須在此花費過多心力。

(4) 拒訪個案

a.個案一概況：社會風氣、文化問題，導致個案家屬不願多談，僅表示讓個案自行解決問題即可。

b.個案二概況：一位精神個案，情緒不穩持續拒訪，對於訪視自述會令其造成壓力，產生自殺意圖，且會對訪員語帶威脅。

c.建議：

a) 帶些小禮品、物資等，盡量避免公開自身關懷訪視員身分，提供具象化物品，以利建立關係、個案存在感、自信等。

b) 遇有個案發出威脅訊息或動作時，仍建議請警政陪同訪視，以維護關懷訪視員自身安全。

c) 可尋找與個案熟悉之鄰居、衛生所護理人員陪同訪視，以利建立關係。

綜合建議

1)信安醫療財團法人信安醫院：服務個案時，除一般建議通則外，仍須連結心理諮商介入，以收事半功倍之成效。

2)國立臺灣大學醫院學院附設醫院雲林分院：關懷訪視員要了解自身有何社會資源可運用，並運用資源協助個案建立被關懷感、自信心等。

3)衛生福利部嘉南療養院

(1) 如遇重複談話之個案，訪視時預先告知個案可供利用時間長度，另注意勿讓個案有被冷落之感，並協助建構個案支持系統。

(2) 教導個案自行釣魚之技術，增加個案功能，而非只給予資源，以避免福利依賴。

(3) 可申請一隻預付卡門號，設定為個案主動來電之聯繫窗口，以增進服務即時性。

(4) 自殺防治通報系統仍須改進，如遇個案資料真實性低、失聯、無法聯繫等狀況會造成關懷訪視員業務執行之困難。

(5) 遇有精神疾病個案時建議積極轉介醫療資願共同處理。

4) 全國自殺防治中心

(1) 建議學校建立標準作業流程，以及衛教個案家屬正確相關知識，而非僅服務個案。

(2) 個案自殺合併多重問題時，建議轉介醫療或其他相關資源共同處理，勿僅靠一人之力，造成後續服務完善度不佳、自身能量耗竭等。

(3) 個案有傷人意圖、行為時，務必連結警政、醫療資源介入處理。

(4) 關懷訪視員向個案轉介資源時，用語平時即可自行加以練習，勿自我汙名化。

(5) 建議學校方面建立自殺防治工作標準準則，並與社會資源連結，建立良好團隊。

(6) 關懷訪視員須先定義出個案問題，並針對每一位個案作出個別處遇。

(7) 建議關懷訪視員須落實一問二應三轉介，並建立口袋名單。

(8) 建立因地制宜之自殺防治策略，以及建構良好之網絡連結。

(9) 關懷訪視員訪視時，積極聆聽，釐清、定義問題，以問題代替建議。

(10) 建議關懷訪視員平時可進行個案預演，以列出訪視時可能會遭遇之狀況。

(11) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。

(12) 自殺防治業務，建議採用 C.P.R.，C 為 collaboration，叫跨領域團隊，不同領域要尊重、合作，P 為 proactive，創新，創新就是跨領域合作，R 為 reach out，專業領域必須向外延伸，自殺防治非一人所責，網網相連共同合作。

2.3連江縣(訪查時間：2016 年 5 月 16 日)

自殺防治業務相關報告

1) 組織架構：關懷訪視員乃局內自聘，目前僅有一位關懷訪視員。

2) 自殺防治個案管理業務之執行困境

(1) 關懷訪視不易：由於連江縣內含有四個鄉，而各鄉之間交通不如臺灣本島方便，且出外訪視常受天候因素影響，若是氣候不佳，則原訂之關懷訪視將會需要更動。離島部分，局內關訪員會跟離島之衛生所進行頻繁和密切之聯繫，並提供指示，倘若真有需求，局內課長及關懷訪視員仍是會想辦法前往離島進行訪視。

3)特殊個案之因應

(1) 滋擾個案：

a.個案：兩個個案，自殺又合併精神或著是酒精使用。其中一個個案會騷擾關懷訪視員。

b.因應措施：召開警政與衛政之個案討論會，針對兩個個案進行討論，並請求警政之協助，以保障關訪員之安全。

4)督導機制

(1) 由於連江縣一年個案數不多,因此召開個案討論會時,會集合相關單位(如警政、社政、衛政、關訪員、精神個管師等)，一同針對個案狀況進行討論，並進行責任分配和資源彙整。

(2) 一旦有自殺事件發生時，課長隨即會啟動討論機制，召集關訪員和精神個管師進行討論，如有疑問亦會致電給姜丹榴技正，迅速釐清局內目前可進行的關懷訪視部分,同時亦會擬訂接下來的訪視策略和所需資源等。

綜合建議

1)連江縣通報主要來源有醫療院所和警消單位，但以醫院佔的比例較高。連江縣衛生局在接獲通報時，亦會釐清該個案目前所在縣市為何，並進行適當且迅速的轉介，以協助個案即時就醫。

2)連江縣有固定駐紮的精神科醫師(來自北投三總)，如急診處接獲自殺個案時，必要時亦會請求精神科醫師一同會診。若自殺個案有緊急後送的必要性，則會在護士或醫師的陪同下，將個案以直昇機載運的方式，轉回至臺灣本島松德醫院進行就醫。

3)連江縣並沒有設立大學，高中生畢業後及會至外地進行就業、就學，偶有學生在外地因適應不良之問題，而有自殺行為發生，除學生本身會接受臺灣本島之關懷訪視之外，連江縣亦會針對學生之家屬進行關懷訪視。

4)由於連江縣僅有一所高中，因此衛生局會請身心科醫師或是其他講師，針對校內教職員進行自殺防治教育訓練，提高教職員之敏感度。衛生局亦會與教育局進行合作，針對教師及社工等舉行自殺防治課程，藉以提升教師之自殺防治概念。

5)連江縣衛生局除會加強關訪員之專業度外，對於關訪員之身心健康也很重視。一旦察覺關訪員有需求，即會召開會議進行討論。

6)關懷訪視員除需具備口袋名單外，學習保護自身安全亦是重要課題。在面對有危險因素之個案時，善用口袋名單保障關訪員之身心安全是極為重要的。

7)如在關懷訪視過程中，發現個案有其他方面需求(如醫療需求或是社會補助

等)，會透過聯繫會議進行適當的轉介。例如連江縣一名患有癌症之老人，最初之 BSRS-5 之分數頗高，但經轉介至身心科並獲得適合之治療後，其生活較為穩定。

2.4屏東縣(訪查時間：2016 年 5 月 23 日)

自殺防治業務相關報告

1) 自殺通報個案關懷服務方式

(1) 每一個案之管理期間為 3 個月，服務頻率得視個案個別狀況調整，每月至少管理 2 次，但得依個案狀況延長。

(2) 個別之訪視關懷以面訪為主，電訪為輔，面訪服務則需達總服務次數的 1/2 比例，若因特殊因素無法達成此指標，得敘明原因。

(3) 需每月填寫高危機家庭暴力評估表，並以電子檔繳交衛生局。

2) 特殊個案關懷服務方式

(1) 個案若有特殊狀況(例如：家庭暴力、兒童虐待…等)，訪員需立即通報相關業務主管機關(社會處)予以處置。

(2) 社區之自殺危機事件(具危險或急迫性)個案，必要時應派員至危機現場協助處理，並完成開案及持續追蹤輔導。

(3) 自殺高風險個案通報，於 24 小時內進行初次關懷，又個案如有特殊狀況(例如：家庭暴力、兒童虐待、計畫殺子後自殺…等)，並應立即通報相關業務主管機關予以處置。

3) 自殺通報個案關懷結案標準

(1) 個案死亡。

(2) 個案居住地／設籍地搬遷至其他縣市(並應同時報當地及設籍之衛生主管機關知悉)。

(3) 自殺通報個案拒絕查訪達三次以上並寄送關懷信，或經由家訪後確定查無此人(出院一週內連續三日無法聯繫)。

(4) 自殺通報個案經訪視後，個案問題緩解(轉銜適切社會資源協助後，使個案自殺原因緩解或解決，且 BSRS 分數低於 10 分)，且列管期間無再自殺之虞及本院持續追蹤輔導至少 3 個月以上。

(5) 高危機家庭暴力合併自殺史之個案已結案。

4) 關懷訪視員督導制度

(1) 內部團體督導：單位主管每月至少一次與訪員召開工作會議及團體督導，討論訪視狀況及困難個案，討論解決方法。

(2) 內部個別督導：每位訪員有屬於自己的個別督導，計畫案開始每週進行一次個別督導，後續依訪員狀況，由個別督導評估個督次數。

(3) 外聘督導：每月舉辦個案討論會。

5) 關懷訪視員訓練

(1) 職前教育訓練：課程如災難心理衛生與 ADHD 團體治療介紹、精神復健模式介紹等。

(2) 院外在職訓練：課程如精神及心理衛生人員訓練班、自殺關懷訪視專業訓練等。

6) 自殺防治業務執行困境

(1) 關懷訪視員定位不明。

(2) 網絡單位資源整合度低、網絡間工作範疇模糊。

(3) 特殊個案與患有法定傳染疾病個案等資訊因礙於個資法無法得知，導致訪員暴露於危險環境中。

(4) 個案以及家屬：

a. 資訊少-受訪態度(意願低、逃避)。

b. 惡性循環-人格特質(抱怨/依賴)、情緒因應。

c. 問題不可解-長期累積、慢性。

(5) 訪員人身安全：

a. 夜間訪視。

b. 罪犯訪視。

c. 宗教方式自殺。

7) 其他問題

(1) 關懷訪視員約聘：

a. 針對個案服務品質上仍會有誤差，也讓個案強迫更換訪員，銜接訪員又必須重新一次地建立關係與問題處理與解決，在協助上會產生斷層。

b. 另就訪員而言，不僅專業無法累積，人員的流動也造成經驗無法有效的傳承，致使造成訪員專業程度參差不齊，影響團體運作。

c. 對於訪員的在機構的福利沒有保障，原先機構給的福利訪員在達到幾年的工作上就享有，如轉換機構又要重新適應機構運作。

(2) 計畫相關：

a. 此方案是否能提供硬、軟體的資源，以提升訪員作業功效。

b. 交通費補助：

a) 油脂費提高至 10000 元/月以上。

b) 離島、偏鄉地區額外交通費補助。

8) 針對特殊個案之因應策略與建議

(1) 重複自殺

a.個案一概況：無論遇到何種產生壓力之狀況，個案僅採取自傷、自殺手段作為因應策略。

b.個案二概況：個案出於感情因素而自殺，有固定就醫及服藥，但仍有重複自殺行為產生。

c.建議：

a) 釐清個案是否有無精神疾病，以擬定適當之處遇計畫。

b) 積極轉介精神醫療，協助個案處理情緒問題。

c) 衛教家屬正確相關知識，增進家庭支持度。

(2) 醫療情形

a.個案一概況：個案居住此地，但卻只願意至距離較遠之縣市就醫，經關懷訪視員建議個案仍拒絕在地就醫。

b.個案二概況：有憂鬱症病史，個案自述因長期服藥產生抗藥性，藥物已開立至最強，無法再增量，對於病情控制效果日漸減低。

c.建議：

a) 建立口袋名單，積極落實一問二應三轉介。

b) 落實支持性心理技巧，讓個案宣洩情緒，並以問題代替建議。

(3) 青少年學生

a.個案一概況：個案診斷有邊緣性人格，與學校關係緊張，校方會以畢業證書作為與個案對話之籌碼。

b.個案二概況：個案小時候有被家暴紀錄，對於人有不信任感，但校方通報時並未告知個案，因此關懷訪視員接觸時，個案保持拒訪態度，學校請心理師介入亦無成效。

c.建議：

a) 首重建立良好關係，以利日後處遇計畫之執行。

b) 與學校、其他相關單位共同合作，打造良好團隊。

c) 落實支持性心理技巧，讓個案宣洩情緒，並以問題代替建議。

(4) 人際相關因素

a.個案一概況：遇到較多家庭、婚姻問題，且在地人有家醜不願外揚之觀念，不願任何單位介入協助。

b.個案二概況：個案有姑婆問題，在外面一切正常，個性健談，但一回到家就會與小姑產生衝突。

c.建議：

a) 與個案建立良好關係，釐清、定義問題，並以問題代替建議。

b) 積極聆聽、釐清，積極轉介精神醫療協助處理情緒、因應壓力。

(5) 其他

a.個案概況：有些個案完全不聽勸，無論再怎麼樣向個案勸說、陪伴，但個案仍堅持己見。

b.建議：

a) 落實一問二應三轉介以及支持性心理技巧，讓個案宣洩情緒並釐清、定義問題。

b) 以問題代替建議，並建立口袋名單，積極轉介精神醫療協助處理。

綜合建議

1) 屏東縣衛生局

(1) 當自殺行為與個案被通緝有所關連，就需要進行通報，反之則否。

(2) 個案有時並非僅有精神疾病影響，而是出於多重面向影響，全部送至精神醫療機構無法解決問題，可以考慮由社政機關協助處理。

(3) 當訪視時有危險疑慮，可請同事偕同訪視。

2) 台灣自殺防治學會

(1) 屏東縣可分山、海、城市三部分，做出因地制宜之策略。

(2) 建議屏東縣衛生局可將業務執行經驗可申請國家品質標章(SNQ)。

(3) 建議了解各單位進行自殺防治業務相關架構，並建構可完整連結各單位之平臺。

(4) 建議學校可多學習、吸收精神、輔導領域相關知識，以淘汰舊有思維。

(5) 可與學校導師結合，並運用同儕領導之概念，建立良好支持系統。

(6) 個案距離較遠時，可與當地相關資源連結，以增進服務完善性。

(7) 關懷訪視員須注意移情、反移情作用所造成之影響，以避免從事自殺防治業務時對自身累積過多壓力。

(8) 在時間長河下，個案各時期會產生不同問題，關懷訪視員勿過度看待同一個問題上。

3) 全國自殺防治中心

(1) 關懷訪視員從事自殺防治業務時，要以人為中心，要有專業，最後談品質及安全。

(2) 關懷訪視員向個案轉介資源時，用語平時即可自行加以練習，勿自我汙名化。

(3) 建議學校方面建立自殺防治工作標準準則，並與社會資源連結，建立良好團隊。

(4) 關懷訪視員須先定義出個案問題，並針對每一位個案作出個別處遇。

(5) 建議關懷訪視員須落實一問二應三轉介，並建立口袋名單。

(6) 建立因地制宜之自殺防治策略，以及建構良好之網絡連結。
(7) 關懷訪視員訪視時，積極聆聽，釐清、定義問題，以問題代替建議。
(8) 建議關懷訪視員平時可進行個案預演，以列出訪視時可能會遭遇之狀況。
(9) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。
(10) 自殺防治業務，建議採用 C.P.R.，C 為 collaboration，叫跨領域團隊，不同領域要尊重、合作，P 為 proactive，創新，創新就是跨領域合作，R 為 reach out，專業領域必須向外延伸，自殺防治非一人所責，網網相連共同合作。

2.5 苗栗縣(訪查時間：2016 年 5 月 30 日)

自殺防治業務相關報告

1) 組織架構：苗栗政府毒品防治及心理衛生中心：心理健康促進：個案管理師 1 位、自殺關懷訪視員 4 位；精神疾病防治：個案管理師 1 位、社區關懷員 2 位；毒品防治：個案管理師 7 位；特殊群體處遇：個案管理師 2 位。
2) 自殺通報個案管理人員業務內容
(1) 通報及派案。
(2) 守門人教育宣導。
(3) 媒體報導危機處理後續追蹤關懷。
(4) 陳情案件處遇。
(5) 苗栗縣自殺通報案量分析：以醫療院所居多，警察局所其次。
3) 督導機制
(1) 個別督導：若組內成員有需求會個別與曾嘉妙心理師約定時間進行個別督導。
(2) 內部團體督導：每月一次，督導為曾嘉妙心理師，採取社會工作讀書會或是精神疾病相關電影導讀的方式。
(3) 外部督導：一季一次，本年度外聘江文賢老師，主題以系統觀點談自殺個案。
(4) 團體討論會：分別於 4、6、8 及 10 月進行個案研討會，4 月已與督導全國自殺防治中心吳佳儀副執行長以及中心涂主任與林個管師共同進行網絡及討論，以協助後續處遇。
4) 苗栗縣通報部份共分為三區塊，分別為下：
(1) 自殺未遂：由關懷訪視員負責。
(2) 自殺意念：由公衛護理師協助，當 BSRS＞15 需追蹤，訪視後紀錄會以紙本回傳，無改善則轉介，需追蹤關懷派訪員。

(3) 自殺死亡：會進行遺族關懷，因目前是外包給社團法人苗栗縣生命線協會，技正也有建議，第一時間應由心衛中心撥打電話做關心的動作，才不會讓自殺遺族措手不及。

(4) 個案來電告知有自殺意念，表示其準備要自殺，但經訪員與其會談後，仍不願告知其所在地，甚至最後便將電話關機，使得訪員無從介入，但因公權力不足無從協助。

5) 實務面臨之困境

(1) 自殺防治照護系統資料搜尋不易：使用照護及系統資料統計容易當機，對於歷年資料蒐尋不易，希望能夠有資訊的課程能夠輔助。

(2) 苗栗縣為農業縣故取得農藥方便，歷年使用農藥自殺的人數偏高：苗栗縣歷年來青壯年及老人為使用農藥方式的自殺高危險群，如何有效加強農藥自殺防治措施。

(3) 社工於接收到通報單後進行訪視，但部分案主常會以各種理由拒絕社工訪視。

(4) 中心建議將會把系統問題帶回給廠商，希望能夠針對個案檔案問題進行改善。

6) 特殊個案之因應

(1) 滋擾個案：個案大概 54-55 歲，離婚，目前跟兒子居住女性的訪員去訪視，或是急診的護士，會有騷擾的行為出現，每次吞藥以後都會說只是因為多吞幾顆藥需要大家關懷，系統裡面變成是再自殺率的禍源，且不願意住精神科。

(2) 進案說明：2010-2016 總共進案 92 次，個案最近進出醫院的相關紀錄，個案會有囤積藥物的情況。

(3) 建議：了解疾病，此個案聽起來有伴病症的情況，需先確認是否有專屬的精神科醫師，若無需轉介精神科，透過整個醫療團隊的合作，討論適合的方式去協調。

(4) 拒訪個案：若個案有拒絕訪員的情況，將會由心理師接手關懷訪視。

綜合建議

1) 關懷不是只有訪視，還包含評估與轉介等，因此心理衛生資源的盤點是非常重要，唯有知道資源在何處，才能進行轉介。

2) 青少年自殺防治部分，可學校配合，在新生入學時可用心情溫度計進行篩檢，結果出來後可按照等級做類似檢殤分類，針對分數較高者先進行輔導。

3) 建議以建立團隊的方式進行個案關懷，團隊中包含心理師、精神科醫師、關訪員等，跨部門跨部會的形式共同合作加以協助個案。

4)建議需建立苗栗縣適當的方式，像是建立個案若需要聯絡家屬是要連絡哪一位，那這樣系統可能就要建立自殺與死亡，這樣死亡就不能納入通報系統，這樣才不會亂掉，對關訪員造成壓力。

5)建議資源轉介的部分因訪員所負擔的案量很大，經費的部份來自中央補助三位，很有可能在未來被縮減，因此適當的將個案轉介給精神科醫師、心理師、社工師，都是必須的，需建立必要的口袋名單。

6)關訪員最重要是關係建立，若在訪視時面臨困難，一定要於督導會議上做討論。此外，亦要保障自己身心安全。

7)督導會議建議包括精神科醫師，較能對於個案病徵等部分給予專業建議，並有效協助關懷訪視員進行訪視與轉介。

2.6 嘉義縣(訪查時間：2016 年 6 月 03 日)

自殺防治業務相關報告

1)組織架構與分工

(1) 此計畫由衛生局委託臺中榮總嘉義分院辦理，目前共有 4 名自殺關懷訪視員，3 名精神關懷訪視員。

(2) 自殺與精神關訪員平時業務分開進行，若遇自殺個案有精神疾病傾向時，精神關訪員會陪同自殺關訪員前往。

2)督導機制

(1) 每個月皆會辦理一場個案討論會，主要由趙紋華科長主持，今年為止已辦理 5 場次。若討論內容牽涉分級管理，則會另請專家參與。

(2) 每周皆有督導會議，督導為謝玲玉心理師與王登五醫師，今年為止已辦理 22 場次，每個月第 1、3 周由王醫師主持，主要督導結案與結案困難；每個月第 2、4 周由謝心理師主持，主要督導開案與開案困難。

(3) 若遇特殊個案，另有心理師陪訪教育訓練，今年已完成 3 場次。

3)自殺防治業務執行困境

(1) 關懷員一年一聘，人員異動大，人才留置不易。

(2) 招標案一年一標，投標單位無法做長遠計畫的規劃。

(3) 本縣幅員廣大，大量耗費關訪員照護時程，建議中央補助人力及經費應考量城鄉差異，並增列偏鄉服務加給費用。

(4) 自殺通報以安眠藥、鎮靜劑高居嘉義縣自殺方式首位，多重慢性病人常因多科看診及多次領藥而隱藏藥物蓄積問題，建請中央整合醫療雲端系統，提升醫事人員藥物監測，建立照護服務網。

4)針對特殊個案之因應策略與建議

(1) 滋擾個案

a.個案概況：在社區有滋擾行為，精強制送醫評估後，又再度回歸社區。個案仍具危險性，且反覆進出醫院。

b.建議：

a) 可成立滋擾事件專案，由醫院 24 小時值班，必要時由 1 名醫師搭配心理師、護理師出勤評估個案狀況，一個團隊一次出勤給 7000 元獎勵，臺北市施行成效佳，80%個案可帶回醫院訪談，其中 80%願意住院治療。

b) 召開里民協調會，積極說明並與里長及消防單位溝通。

c) 制訂因地制宜之強制就醫規定，並訪查強制就醫比例過低之醫院。

d) 強化醫院急診之間溝通合作，初期可每個月召開討論會協調，緩和彼此關係。

e) 與 50 歲以上之重大傷病患者洽談信用問題，保障個案經濟穩定性。

(2) 外籍配偶個案

a.個案概況：在訪視服務上有溝通困難，針對已領取臺灣身分證之個案，雖已連結外配中心，但因條件不符而無法使用相關資源。

b.建議：

a) 強化自我對外配文化的了解與個案家庭關係，因不同國家的外配，其需求不同，需釐清個案所需資源，並逐步整理可用資源。

b) 關注當地外配集中地區，強化衛生局與社會局的聯繫。

(3) 居無定所個案

a.個案概況：戶籍地與連絡地址皆設於嘉義縣，但實際上居無定所，無法面訪，若個案於外縣市發生危機事件，訪視員無法立即處理。

b.建議：遵守訪視原則，電訪 6 次，家訪 3 次。其中，電訪 6 次時間應分為平日早、中、晚，與假日早、中、晚；家訪 3 次時間為平日 2 次、假日 1 次。

(4) 拒訪個案

a.個案概況：拒訪個案的自殺成功率相較於願意受訪的高，然拒訪個案訪員較難以介入服務。

b.建議：個案拒訪不代表就會再自殺，正常的不正常(normal abnormal)有一定的比例，一定有無法幫助的個案，關訪員不必增加負擔。

(5) 重大傷病個案

a.個案概況：個案因無重大傷病卡跟身障補助，龐大醫療費用成為家屬負擔。

b.建議：可針對 50 歲以上有重大傷病卡之個案，協助辦理財產信託業務，

釐清個案經濟背景與財務狀況，才能有效解決問題。

(6) 偏遠山區個案

a.個案概況：因下山交通不便，因此穩定就醫意願低，目前已加強衛教、就醫、與服藥觀念，並協助連結居家治療服務，但個案不一定符合申請條件。

b.建議：居家治療服務需有責任區概念(catchment area concept)，不應該因為個案沒有健保而不去訪視，另需根據個案需求調整服務頻率，積極與醫院連結。

(7) 社會經濟弱勢個案

a.個案概況：雖有多種社會資源，卻因個案條件不符而無法申請。目前雖有協助連結民間單位資源，但民間資源多微一次性急難救助，金額不高，且若要再次申請，審核條件也會變嚴苛。

b.建議：需釐清個案經濟來源與條件不符的原因，有時會因為家族房產掛名而導致無法申請，可協助個案連結社會福利資源。

(8) 過度依賴資源個案

a.個案概況：過度依賴資源，雖目前仍為協助整合個案現有資源，但個案常隱瞞申請狀況，甚至遇過在民代介入後，強化個案資源依賴現況。

b.建議：關訪員需審慎評估，不一定需要幫個案申請所有資源，同樣需釐清個案經濟背景後再行解決。

綜合建議

1) 自殺關訪員與社區關訪員合併之優缺點

(1) 優點：因團隊內同時存有自殺關訪員與社區關訪員，業務負擔仍具有差異性，因自殺個案較為複雜、也較難處理，恐怕容易產生比較心態，若合併後可讓彼此互相分擔、學習、精進。

(2) 缺點：精神列管個案中，有自殺行為的其實不多，若依現行狀況分工，一方面因術業有專攻，因此熟練度會更高，另一方面亦可減輕關訪員雙重壓力。

(3) 嘉義縣衛生局希望能透過本次中心至各縣市督導訪查，統整出關訪員業務合併之優缺點，供各縣市衛生局卓參。

2) 關訪員人力穩定度

(1) 因關訪員為一年一聘，容易出現行政流程銜接問題，導致關訪員被迫放無薪假，提高關訪員工作不穩定性。未來需深入思考關訪員之角色定位，是否應轉換成長期生涯規劃，讓此專業發展更具穩定性。

(2) 可參考毒品防治中心與長照管理中心制度，薪資比例以年資做為調整依

據，重視關訪員之專業地位與前途發展。

3)精神醫療連結與居家服務

(1) 目前嘉義縣採取偕同就醫，會由心理師或醫師陪同關訪員訪視個案，協助溝通並鼓勵就醫，目前精神醫療就醫比例已有提升。

(2) 因嘉義縣幅員遼闊，因此訪視時往往需耗費許多交通費與往返時程，依據美國經驗，可將訪視分為兩大類，一是關懷管理(care manage)，二個是個案管理(case manage)。針對核心城市，採取關懷管理，訪視者需具備充分經驗，並有能力直接對個案關壞；針對偏遠或鄉下地區，採取個案管哩，訪視者不直接關懷個案，而是連結當地醫療院所來長期照顧。

4)各單位網絡連結

(1) 與警政、社政聯合服務部分，由於各單位工作權責劃分不清楚，常無法完整提供個案周全服務，因此難以發揮網絡功效。另曾遇過個案失聯情形，請示局端後採報警處理，但警方認為關訪員沒有權力協助個案報案，若需警方協尋則需發文處理，忽略個案失蹤的緊急性與時效性。未來應積極推動跨部會溝通，召開討論會議釐清分工，長期下來可望降低各單位間衝突。

(2) 部分個案在得知關訪員手機號碼後會不分日夜的打擾，可請醫師協助評估個案情形與應對方式，並強化個案與醫療單位方面的連結。

5)巴拉刈農藥自殺

(1) 中心希望透過關訪員協助詢問農藥自殺企圖者之巴拉刈取得管道，釐清有多少個案自殺時所使用的巴拉刈是來自於家中儲放或是當下特地購買，以利於未來擬訂相關政策。

(2) 嘉義縣使用農藥自殺者多，但並非前三名自殺方式，且包含清潔劑、年年春等，實際上巴拉刈自殺者為數不多，個案也有表示平時不容易買到，大多以農藥自殺者可能與農民身分有關。

(3) 目前公衛護士都有加強宣導，大部分農藥箱也會上鎖，且已與植物保護公會合作開設課程，宣導農藥使用與自殺防治，成效良好。

(4) 關訪員在農藥自殺部分需提高警覺，若個案有農藥自殺紀錄，應釐清個案取得來源，並確保之前使用的農藥已經處理乾淨，避免個案再度使用同樣方式自殺。

2.7 花蓮縣(訪查時間：2016 年 6 月 06 日)

自殺防治業務相關報告

1)自殺通報流程及個案關懷訪視作業目的

(1) 透過通報系統或其他風險評估機制，發現自殺高危險群，並由相關心理

衛生或社會福利機構介入提供服務，以確實掌握自殺個案就醫、就學、就養、就業之情形。

(2) 透過定期關懷訪視，減少自殺高危險群重覆發生自殺或自傷等行為，並提供家屬自殺危機相關知能，以降低其自殺危險度。

(3) 及早評估、發現生活遭遇困難或有社服需求之高風險家庭或個案，轉介社政單位，並主動提供預防性服務方案。

2) 自殺高風險個案係指下列個案之一

(1) 自殺未遂者：指已發生自殺行為，但未遂者。

(2) 自殺威脅者：指準備執行自殺行動者。

(3) 自殺意念者：指心存自殺想法，尚未付諸行動者。

3) 自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務執行方式。

(1) 再自殺個案且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，應於受理通報後 24 小時內進行初次關懷；個案如有特殊狀況(例如：家庭暴力、兒童虐待、計畫殺子後自殺…等)，並應立即通報相關業務主管機關予以處置。

(2) 關懷訪視服務需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS)分數及進行再自殺風險、心理需求評估，並擬訂自殺關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，原則每 1 個案關懷訪視服務為 3 個月，每月至少 2 次，得依個案狀況延長至 6 個月。

(3) 訪視方式得依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或辦公室訪視等方式進行，如遇個案拒訪，仍應採積極聯繫及建立關係等方式，和個案、家屬或親友進行相關訪視(談)或寄送關懷信(內容表達關懷之意及提供所轄資源服務)，以落實追蹤輔導機制。

4) 自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報

(1) 發現通報案件已涉兒童及少年保護案件，依「兒童少年福利法」第 34 條規定於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。

(2) 發現通報案件已涉家庭暴力事件，依「家庭暴力防治法」第 50 條規定於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。

(3) 當衛生局接獲符合內政部「重大兒童及少年虐待事件」或「重大家庭暴力及性侵害事件個案」所範定個案時，應依衛生福利部頒訂「重大家庭暴力、性侵害、兒童及少年虐待事件個案檢討報告」格式填報檢討報告，除需填報被害人就醫、預防接種(6 歲以下幼童)等紀錄摘要，必要時並應提供相對人暴力行為通報、藥酒癮或精神疾病就醫、訪視、家暴處遇計畫執行等相關紀錄，提報縣政府及衛生福利部檢討。

5)個案管理人員作業內容

(1) 關懷員督導。

(2) 心衛中心人員管理(包括新進人員訓練、差勤管理等)。

(3) 自殺及精障派案。

(4) 自殺及精障紀錄檢核。

(5) 轉介單回覆。

(6) 報表彙整(每週派案量、關懷員工作日誌及訪視量統計，每月關懷員服務量統計等)。

(7) 協助心理衛生中心諮詢服務聯繫。

(8) 協助訪員困難個案陪訪。

(9) 代表出席相關會議(如:家暴高危會議等)。

6)關懷員

(1) 主動與通報機關(構)電話聯繫。

(2) 掌握個案行蹤及資料(連絡電話、現居地址)。

(3) 掌握個案家屬、親友聯絡方式(連絡電話、現居地址)，並告知個案自殺危險性及相關處置建議。

(4) 評估會同相關機關(構)共同處置之必要性。

(5) 立即電話訪問並安排家庭訪問時間。

(6) 依個案需求，提供社會資源連結服務。

(7) 回復轉介機關(構)評估及訪視結果。

(8) 社區衛教宣導活動。

(9) 參與網絡個案討論會議。

(10) 受理民眾諮詢服務。

7)關懷訪視員教育訓練，參與衛生福利部、花蓮縣衛生局、東區精神醫療網及醫療機構等辦理之教育訓練課程，課程如精神及心理衛生人員訓練班、自殺防治教育訓練等相關課程。

8)個案討論會暨督導會議

(1) 精神病患與自殺通報個案討論會暨工作聯繫會議：每月第二週星期三下午 14:00~16:00 時，參與人員包含專家、本局企劃科精神及心理衛生相關人員、社區關懷訪視員、花蓮縣 13 鄉市鎮衛生所公共衛生護士、轄區責任醫院自殺防治相關人員及網絡相關人員、消防局、警察局及生命線等，目的及內容為：

a.藉由個案討論會協助實務工作者對於精神病患與自殺個案及其家庭之相關專業知能，以提昇實務工作者幫助個案之權能。

b.提昇花蓮縣地區精神與心理衛生實務工作者對精神病患與自殺個案的社區照護問題解決能力。

c.透過與各相關機構以討論會的方式，針對重覆自殺或高困難個案之處遇建立合作平臺與共識，共同進民眾心理健康而努力。

d.自殺個案結案討論。

e.提供專業實務工作者危機處遇及臨床會談技巧，適時疏解個案危機，發揮專業危機處遇功能。

f. 提昇醫療人員對於社區精神病患與自殺防治高危險群的了解，增進自殺防治概念的認知與社區精神病患危機處置的技巧。

g.增強第一線醫療人員對精神病患與自殺個案的覺查與照護能力，以提昇醫療照護品質。

(2) 關懷員外部督導會議：每月第四週星期三下午 14:00~16:00 時(前 1 小時個案討論，後 1 小時安排個別督導)，參與人員包含心理諮商師、衛生局承辦人員及社區關懷訪視員，內容及目的為：

a.利用定期、持續的督導程序，授予受督導者專業技術與方法，以增進受督導者的專業技巧並使其能對案主提供更專業的服務。

b.工作者因為案主的遭遇而產生壓力和煩惱，轉而對工作有厭倦感時，督導者可協助紓解其壓力和給予支持、肯定、讚賞、鼓勵，使受督導者提升信心、工作士氣及潛能的發展，讓工作者更有動機工作。

c.處理抗拒、否認技巧的討論。

d.探討原生家庭經驗與認知行為的影響。

e.尋找危險因子、情境。

f. 人際互動歷程、同理心、敏感度的訓練。

9) 自殺防治業務執行困境

(1) 關懷員接觸的個案較為負向，日積月累，工作上會有無力感。

(2) 由於許多通報個案多半為非自願個案，因此進行訪視工作時經常受到辱罵與責怪。

(3) 在自殺關懷的過程中，關懷員經常需要協助個案面對許多生活的難題，而很多個案的狀況卻是在角色中難以改變的。

(4) 每天接觸自殺個案的過程中，個案們經常反問關懷員為何自己不能自殺，這讓關懷員對於自殺的思辯有了發問。

(5) 關懷員接獲的自殺通報個案接踵而來，很多個案的狀況難以在預定時間內結案，尤其在社區之中，通報量更非關懷員所能控制。

綜合建議

1)衛生福利部玉里醫院一般精神科

(1) 關懷訪視員在關懷個案的同時也需要支持系統,建議可增加外督的次數。

(2) 關懷訪視員要學習如何分辨高危險個案轉介，個案的分流管理，若個案進入高危險情境時要連結親友的協助或是運用公權力介入協助(送醫)。

(3) 貧窮個案沒錢回診可轉介社會處或醫院社福資源或衛生局內相關補助方案協助；或可提報給醫師公會討論是否通過免收掛號費。

2)衛生福利部玉里醫院

(1) 訪視見面 3 分鐘會決定與個案關係的建立。

(2) 以個案為中心，初次簡介一定要讓個案明白關懷訪視員從哪裡來，要做甚麼等等，初次會談自我介紹語氣要肯定且有禮，並避免用簡稱(例如：心理衛生中心不可簡稱為心衛中心)，讓個案能直接明白關懷員所屬單位以減少防衛；另外像“轉介”不一定讓一般民眾聽得懂，尤其是老人，可用“醫院通知我們來關心你”表明來意。

(3) 若個案已住在精神科病房則由醫療團隊協助預防自殺，關懷訪視員可減少到醫院訪視次數，追蹤個案出院時間再約家訪。

(4) 關懷訪視員也可從個案身上學習避免錯誤的生活方式，對關懷訪視員也是一種額外的收獲。

(5) 若個案已有在精神科就醫，可藉由電訪醫院追蹤個案是否穩定回診，可因地制宜，將時間安排在更需要的個案身上。

(6) 關懷訪視員應多跟衛生所連結合作，適時掌握個案狀況。若可以互相合作應該可以給個案最大的協助。

(7) 衛生所的經濟補助是很多樣化的，建議科長可協助整合衛生所的補助項目提供給關懷訪視員協助弱勢民眾。

3)全國自殺防治中心

(1) 關懷訪視員從事自殺防治業務時，要以人為中心，要有專業，最後談品質及安全。

(2) 關懷訪視員向個案轉介資源時，用語平時即可自行加以練習，勿自我汙名化。

(3) 若困難個案在個案討論會提出仍無法解決，則要考慮讓個案接受精神科評估協助，落實轉介精神科要從關懷及建立關係為出發。

(4) 人文關懷、專業合作創新以及訪員自己的安全需考慮，若查覺無法進行安全的家訪，則用電訪方式或提出討論訪視方法。

(5) 關懷訪視員須先定義出個案問題，並針對每一位個案作出個別處遇。

(6) 建議關懷訪視員須落實一問二應三轉介，並建立口袋名單。

(7) 積極聆聽、善用語助詞回應、如需結束會談時要可由個案停頓時切入轉變話題，最後要尊重個案詢問是否仍有想要詢問的事，並約定下次訪視時間。

(8) 建議各區精神醫療網的必修課程時間可以錯開，讓新進員工也能有機會盡快接受基礎訓練課程；建議關懷訪視員同儕支持可以一起設置資源表分享互相協助，也便於新進訪員運用資源；自殺防治是很重要的一環，也期望中央能重視，勿刪減如此重要的經費。

(9) 建立因地制宜之自殺防治策略，以及建構良好之網絡連結。

(10) 關懷訪視員訪視時，積極聆聽，釐清、定義問題，以問題代替建議。

(11) 建議關懷訪視員平時可進行個案預演，以列出訪視時可能會遭遇之狀況。

(12) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。

(13) 自殺防治業務，建議採用 C.P.R.，C 為 collaboration，叫跨領域團隊，不同領域要尊重、合作，P 為 proactive，創新，創新就是跨領域合作，R 為 reach out，專業領域必須向外延伸，自殺防治非一人所責，網網相連共同合作。

2.8 宜蘭縣(訪查時間：2016 年 6 月 13 日)

自殺防治業務相關報告

1) 衛生局報告：

(1) 此計畫由臺北榮總蘇澳暨員山分院主責。

(2) 宜蘭縣全國標準化死亡率排名，104 年為全國第二名，今年自殺死亡人數約 50 幾個。

(3) 死亡方式前三名：上吊、燒炭、農藥；死亡原因前三名：久病厭世、憂鬱傾向、感情因素。

(4) 死亡個案：進行通報，並請衛生所對遺族進行關懷。往後計算再自殺死亡率，須將已遺族排除，以免計算誤差。

(5) 派案流程：遵守中央派案流程圖。

(6) 招募條件：心理、社工等相關背景即可，不限工作經驗。

(7) 教育訓練：對訪員及衛生所舉辦相關課程，進行教育訓練。

(8) 關訪員之自殺與精神業務合併執行。精神照護業務會依照個案手上自殺個案的量進行調整。

2) 訪員實務面臨困境

(1) 訪員個案量：宜蘭縣平均為 30 個，臺北市平均 150 個。訪員的負擔除了

量的多寡外，每個個案狀況的困難程度、地方的聯繫緊密程度、規定的訪視次數等都有關係，不單單只能看量的多寡。有時有一兩個非常棘手的個案，再加上其他比較輕微的個案，訪員的負擔就很大。

(2) 宜蘭和羅東兩區域量的部分相較其他地區高，希望針對這些區域可以進行分流機制，協助分擔。

(3) 資源整合困難：以家暴個案為例。

(4) 家暴個案若有自殺意念，也會進行通報，通報後也須派案進行關懷，但同時也有社工會進行家暴關懷。同時法院、衛生局都有各自的諮商服務，希望單一種類服務可以有統一窗口。

(5) 拒絕進入醫療體系：除了對精神科的刻板印象外，有部分個案反應沒有足夠的金錢看醫生。過去持清寒證明可以有就醫減免，但因近年來申請較困難，也間接增加了轉介醫療的困難度。

(6) 曾有個案自殺未遂後，經由轉介但不願意住院。關訪員亦沒有法源強制個案住院。

3) 個案討論

(1) 藥物濫用、酒癮個案：持續進行關心，並進行轉介，協助進入醫療體系。

(2) 對危險性相對比較低的個案：訪員可針對手上個案進行分類，案照輕重緩急有不同的處置。但自傷個案也是自殺高危險，亦須要持續關心。釐清對方自傷原因，強化個案保護因子、給予支持、持續關心。

(3) 訪視後死亡個案：訪員成為遺族，可經過每星期的督導，化阻力為助力。

(4) 拒訪個案：個案不認為訪員能帶來益處，無法給予真正需要的資源，很難建立關係。

(5) 建議：

a. 即使面臨到多重問題的個案，首先需給予個案適當的關懷與陪伴。關於疾病的部分則需轉介專業的醫師進行協助、對症下藥。陪伴關懷得部分除了家屬之外，也可以以社區為基礎，就近給予關心與協助。

b. 除積極找尋其他補助資源外，釐清不願就醫是否有其他原因(例：汙名化、歧視等)。並可將關訪員常見之問題蒐集成冊，列入陪訓課程教材之一。並於每週或每月進行個案督導會議，將無法自身解決之情況提出來討論。

c. 除原本以提供的醫療與心理諮商資源外，亦可加強個案的其他保護因子。例如：與家屬聯繫，請對方在此期間多關心對方狀況。或是以社區為基礎，請一兩個街坊鄰居多關照。

d. 建立關係可先讓個案對訪員產生信任，之後才能輔其獨立，導其自主。產生信任之後，再加入其他資源(例：家人、社區、工作場所)，協助個案

與其他資源產生連結。

e.面對有酒癮之自殺個案，可先積極進行自殺之預防。在自殺危機解除後，再了解個案酒精成癮之原因，並給予資源協助。

f. 同理個案對就醫的顧慮，給予個案適當的支持與鼓勵，並教導個案就醫的正確觀念。

g.同理個案對就醫的顧慮，給予個案適當的支持與鼓勵，並教導個案就醫的正確觀念。

h.理解個案對就醫的顧慮，並教導個案就醫的正確觀念。

i. 積極理解個案拒絕就醫之理由，協助排除個案拒絕就醫的障礙。亦可以由中央主關機關推動精神科診所醫師認捐，接道由官訪員轉介的個案可以免掛號費。

綜合建議

1) 以個案為中心，以對方想最優先解決的問題協助處理，並保持敏感度。

2) 與個案建立口頭契約：約定下次訪視時間，強化與個案的聯繫。

3) 主管機關、督導給予的支持也很重要，宜蘭訪員表示受到衛生局許多助力。

4) 進行資源盤點，畫出資源地圖進行資源整合。

5) 強化訪員的醫療知識。訪員在關懷時進行衛教、給予個案支持，釐清個案的嚴重程度並按照檢傷分類進行適當的轉介(至社工、諮商、身心科、精神科等)。

6) 積極理解個案之真正需求，拓展其他資源並進行資源盤點與聯結。

7) 了解到資源分配狀況不均，可以促使主關機關進行資源盤點，了解資源分配之狀況並對此擬訂對策。

8) 針對訪員薪水部分，在編列預算時進行討論，也可以加入風險加給的部分。

9) 第一線應發揮「一問二應三轉介」之精神，將個案轉介至適當的資源，而避免造成進入到通報系統之後，同時有關訪員與社工服務，造成資源重複及多頭馬車之問題。

10) 積極理解個案對訪視流程感到反感之原因。需教導個案如何處理自殺相關議題之正確觀念。

11) 目前全國警察已經分批在進行守門人之訓練，未來會持續加強各機關守門人訓練。讓社會大眾了解關懷訪視流程，傳播「一問二應三轉介」精神，讓社會大眾一同擔任自殺防治守門人。

12) 中心目前嘗試標準化關懷訪視員之培訓過程。全國自殺防治中心持續出版關訪員手冊、錄製相關課程並上傳至數位學習網。除標準化陪訓流程之外，自我學習的能力也很重要。從每週或每月之督導會議中，將困難個案

之議題提出並與督導進行討論，加強自身經驗值。

2.9 臺東縣(訪查時間：2016 年 6 月 17 日)

自殺防治業務相關報告

1) 組織架構、業務與訓練課程

(1) 此計畫由臺東衛生局直接聘任，目前共有 3 名個案管理師(分別負責精神衛生、自殺防治、家暴性侵個案)、7 名關懷訪視員，其中一名關訪員即將離職，已有一名新進人員交接。

(2) 關訪員之自殺與精神業務合併執行。

(3) 關訪員會依案量分派至衛生所，目前臺東縣有 16 個鄉鎮市，但僅有 6 個鄉鎮市有關訪員。

(4) 關懷訪視員會有三天教育訓練期，且會定期參與衛福部、東區精神醫療網、衛生局辦理之課程。

(5) 臺東縣現有精神科醫師共 8 位。

2) 個案關懷機制

(1) 關懷個案主要可區分為自殺威脅(20%)、自殺未遂(40%)、自殺意念(40%)等三大類，自殺意念個案主要來自於其他網絡單位(如：社會處、教育處、醫院等)在服務過程中，由社區心理師篩選出 BSRS-5 大於等於 10 分，且自殺意念大於等於 2 分之個案。

(2) 轉介個案由心衛中心個管師派案給各地段衛生所，接著由當地關訪員或地段護士進行關懷訪視。針對再自殺個案、或自殺方式為上吊、燒炭、瓦斯、汽車廢氣、高處跳下等個案採取 24 小時內初次關懷，其他方式則為 3 天內初次關懷，並於 7 個工作天內完成訪視，擬定處遇計畫，持續追蹤三個月，且一個月至少訪視兩次。

(3) 臺東縣有自訂結案摘要表，需填寫個案基本資料、服務期間、問題解決評估、結案原因與日期、與服務摘要(含個案主要問題、服務過程簡述、BSRS 與自殺想法分數、問題解決評估與結案原因)，並針對拒訪個案訪視紀錄，規定須呈現訪視日期與訪視型態，至少有一次家訪紀錄。針對失聯個案訪視紀錄，規定須呈現訪視日期與訪視型態，至少有一次家訪紀錄，並呈現尋找個案相關管道與訪視情形。

(4) 臺東縣自訂關訪員督導查核表，查核內容包含關訪員與個案間之熟悉度、關訪員之專業度、個案訪視情形、時效性等。

3) 督導機制

(1) 每個月皆會辦理一場工作督導會議，主要由蘇美珠科長主持。

(2) 每季皆會辦理一場個案研討會，主要由精神科醫師或心理師主持。另針

對 30 天內再自殺個案，亦會額外召開個案討論會。

4) 自殺防治業務執行困境

(1) 衛福部心口司後續將於各縣市實地考察，然考核項目繁雜，對於衛生局而言為一大負擔，建請心口司協助各縣市釐清評鑑目的與內容。

(2) 自殺通報系統於今年更換廠商，然新系統在使用較不方便且流暢性差，經常發生新舊訪視資料無法銜接、資料抓取不便等問題。

(3) 關訪員外出訪視常有風險，建請於計畫經費中編列意外險預算，協助關訪員投保，給予工作保障。

(4) 衛生局與轉介單位對於轉介標準認定不同，第一是轉介單位(例如：警消單位、社會處、教育處等)並無受過相關教育訓練，例如：BSRS-5 的使用方式，因此在不管個案風險程度的情況下就先行轉介；第二是經常遇到轉介資料單填寫不完全，無法在第一時間掌握個案自殺原因等，轉介流程不夠落實。

(5) 針對訪視紀錄並無確切規定或標準，造成各個醫療院所或衛生局之關訪員在填寫方式上會有各自作法，建請心口司未來能夠建立標準流程與格式，並辦理相關教育訓練。

(6) 自殺防治業務壓力大，許多單位在轉介至心衛中心後，特別是有個案自殺重大案件時，就會認為責任全部歸屬於心衛中心。

5) 針對特殊個案之因應策略與建議

(1) 滋擾個案

a. 個案概況：在社區或其他單位會以自殺威脅，因此其他單位常轉介至心衛中心，但關訪員實際訪視時，個案明確表示沒有自殺意念，只是想要申請補助。

b. 建議：

a) 可成立滋擾事件專案，由醫院 24 小時值班，必要時由 1 名醫師搭配心理師、護理師出勤評估個案狀況，一個團隊一次出勤給 7000 元獎勵，臺北市施行成效佳，80%個案可帶回醫院訪談，其中 80%願意住院治療。

b) 召開里民協調會，積極說明並與里長及消防單位溝通。

c) 制訂因地制宜之強制就醫規定，並訪查強制就醫比例過低之醫院。

d) 強化醫院急診之間溝通合作，初期可每個月召開討論會協調，緩和彼此關係。

(2) 拒訪或迴避訪視之個案

a. 個案概況：對於拒訪或迴避訪視個案無法深入了解，因此也較難以介入

服務。此外，轉介單上若已勾選為拒訪個案，雖衛生局端仍會派遣地段護士前往訪視，但仍有 80%的個案會拒訪。

b.建議：

a) 部分迴避訪視個案實際上真的不需要訪視服務，因此需在轉介流程中，提早偵測出真的不需要訪視的個案，避免個案困擾。

b) 個案拒訪不代表就會再自殺，正常的不正常(normal abnormal)有一定的比例，一定有無法幫助的個案，關訪員不必增加負擔。

c) 可由高層長官組成專職委員會，強化各單位間連絡與宣導，並針對轉介單位辦理教育訓練，讓轉介單位在第一線能夠加強訪視說明，詳細解釋訪視服務，並先行詢問個案訪視意願，若遇到拒訪個案時，協助詢問個案是否同意讓轉介單位聯繫個案親屬，以利未來維持信任關係。

(3) 社會經濟弱勢個案

a.個案概況：個案獨居，雖有子女在外工作，但也無法予以協助，因此雖有多種社會資源，卻因個案條件不符而無法申請，導致社會資源介入困難。

b.建議：

a) 可針對 50 歲以上有重大傷病卡之個案，協助辦理財產信託業務，釐清個案經濟背景與財務狀況，長期協助個案處理問題。

b) 可詢問個案或其家屬是否願意辦理遺棄程序。

綜合建議

1) 臺東縣為衛生局自行遴聘，因此較無招標與關訪員薪水延遲發放的問題。

2) 關訪員欲面訪個案時，常遇到白天遇不到個案的問題，但關訪員晚上訪視會有安全疑慮，在偏遠地區晚上交通也較為不便。建議因夜訪個案並非常態，因此現階段可採取加班方式折衷處理；若上級長官同意，可考慮調整上下班時間，但仍然容易因衛生局辦公時間問題，導致關訪員夜間上班無處可待的問題。

3) 臺東縣會面臨自殺個案戶籍地在臺東縣，但居住地或自殺地區並不在臺東縣的問題，因此無法實際反應各地自殺概況。

4) 原住民人口占臺東縣人口約三分之一，但原住民的平均壽命較平地人口少 8 歲，其老年人口定義亦與平地人口不同，因此在老年人心理健康促進與自殺防治策略上更需因地制宜，未來可考慮適時調整在地人口老年人的定義。

5) 臺東縣已在草擬訪視紀錄所需撰寫的內容與標準，並詢問其他縣市督導與中心主任之建議，未來擬訂後將針對關訪員辦理教育訓練。

2.10 南投縣(訪查時間：2016 年 6 月 20 日)

自殺防治業務相關報告

1) 南投縣自殺通報流程
   (1) 各單位或民眾傳真、電話、系統通報。
   (2) 衛生局專人接案及分案處理。
   (3) 分案原則以現居衛生所。
   (4) 衛生所地段護理師(關懷訪視員)提供關懷。
   (5) 建議：自殺防治工作應將衛生所地段護理師納入體系當中。
2) 自殺防治通報系統
   (1) 自殺防治通報系統的設計不易使用，像是高風險個案系統無法直接匯出，只能自行列冊管理。
   (2) 問題：自殺意念的個案需要被追蹤嗎？因為自殺防治的資源有限。
3) 個案管理工作指標
   (1) 派案後 3 個工作日內完成初次關懷。
   (2) 派案後 7 個工作日內完成開案訪視。
   (3) 派案 30 日內至少訪視 4 次(每周至少 1 次)，第 31 日起維持每月至少 2 次；且紀錄於 7 個工作日內回覆衛生局。
   (4) 面訪率(家訪服務及辦公室面談)須達總服務次數至少 50%以上。
   (5) 家訪與辦公室面談應達總服務個案數至少 60%以上。
   (6) 再自殺個案及65歲以上自殺個案應訪視6個月以上,且面訪率應達50%。
   (7) 提供個案資源轉介連結。
   (8) 每月 10 日前提供月報表送衛生局。
4) 緊急個案處理
   (1) 緊急案件(夜間或假日)接受自殺風顯個案之通報，其具危險與急迫性，應派專人至現場做適當處理。
   (2) 警察單位不負責送個案去醫院，因此平常上班時間由衛生局處理，非上班時間由消防局處理。
5) 關懷訪視員督導會議
   (1) 行政會議：每星期五上午。
   (2) 個別督導：每月第二、四周星期五下午。
   (3) 團體督導：每月第一、三周星期五下午。
   (4) 個案討論會：計 13 場次/年。
6) 關懷訪視督導
   (1) 結合衛生福利部-社區健康營照計畫團隊，提供南投縣各鄉鎮衛生所專屬

一鄉鎮一團隊(醫師、護理師、社工師、職能治療師)提供各衛生所、關懷訪視員必要的醫療協助及個案疑義問題、緊急醫療協助等。

(2) 若是規模較大的鄉鎮，人力會配置更多。

7) 關懷訪視員個案討論

(1) 自殘個案

a.個案概況：個案 36 歲未婚，與家人同住。個案常有自殘割腕行為，有時想藉此證明自己是病人無法外出工作。個案固定每週至中山醫院回診，服用精神藥物約 10-20 年。

b.建議：

a) 自殘可能是個案的舒壓管道，可以將自殘行為問詳細點。

b) 可以強化醫病關係，或是陪同個案就醫。

c) 可以提供個案其他的舒壓方式，例如腹式呼吸法。

(2) 社會經濟弱勢個案

a.個案概況：個案 41 歲罹患憂鬱症，領有中度身心障礙證明。個案需照顧中風父親、弱智母親及弱智兄長，對於案弟不分擔照顧責任心裡非常不平。甚至說很想餵食父母、哥哥安眠藥，希望大家一起死的想法。個案因重複自殺(老鼠藥、割腕、安眠藥、燒炭等)被通報，對自己與事物的看法總是負面，例如：不滿意自己身材、覺得女兒不重視她，每次訪視都很耗時。個案有穩定就醫，與關訪員相處融洽，會期待其來訪。

b.建議：

a) 個案有定期就醫，與關訪員相處融洽，並期待與關訪員相見，代表有發揮守門人效果。關訪員應對自己有信心。

b) 對於個案的狀況，可以以問題為導向，問她需求為何？就醫狀況如何？

c) 提供個案壓力管理方式。

d) 對於訪視耗時情形，可以適度進行轉介，或是使用面談技巧。

(3) 滋擾個案

a.個案概況：個案 31 歲，疑似有精神疾病但拒絕就醫、服藥。因找不到工作經濟有困難，向社福機構表示要自殺，常無預警(通常是因為缺錢)出現在辦公室。個案有參加宗教性質的團體，是其朋友來源，但隨時間拉長，朋友也漸漸疏離個案。除了經濟因素外，到衛生所與社福機構的理由是為了接觸女職員。關訪員問不太出問題，且常個案被打斷。

b.建議：

a) 可以用誘導性的方式轉介至醫院，精神科也知道轉介職業所的資訊。

b) 面對難纏個案，像是本個案或前述個案，可以使用「轉折」(transition)

的面談技巧。利用對方的「句號」或「生理停頓」，將話題引導至想討論的主題。

綜合建議

1) 自殺防治的人力與資源都非常不足，如何用最有效率的方式處理這個困境是個課題。由於人力與資源有限，要適當拿捏處理個案的時間，像是利用面談技巧。資源之間的聯結也非常重要，可使用「一問二應三轉介」的原則。
2) 自殺防治的工作，政府應該要積極支持，經費資金也要投入。
3) 關懷訪視員的紀錄應註明確切時間，可使用 SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)病例寫作方式來紀錄。
4) 由於南投縣的農藥自殺通報個案數多，訪員可以詢問個案是否務農，以及農藥取得之管道，知道這些資訊對防治農藥自殺有幫助。
5) 自殺關懷訪視員不需要單打獨鬥，應熟悉「一問二應三轉介」之步驟，與專業醫療團隊合作。

2.11 彰化縣(訪查時間：2016 年 6 月 27 日)

自殺防治業務相關報告

1) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容
   (1) 彰化縣自殺通報流程
      a. 通報至衛生局，衛生局將個案轉給鹿東。
      b. 醫療院所、警消、學校、社會處通報。
      c. 自殺未遂個案、自殺意念個案。
   (2) 彰化縣衛生局自殺通報作業內容
      a. 本局訪視人員進行初步訪視。
      b. 了解個案現況：已出院、住院中(一般、ICU、PSY、急診觀察)。
      c. 確認個案基本資料及聯絡資訊。
      d. 若已出院或於一般病房住院中依轄區派案給鹿東基督教醫院關懷訪視員。
   (3) 承接單位鹿東醫院作業流程
      a. 訪視員於七個工作日內開案關懷。
      b. 期程約 3 個月，每月訪視約兩次。
      c. 依標準結案。
2) 實務面臨之困境
   (1) 個案常往返不同縣市，因系統轉出、收案需作業時間，導致無法準確追蹤個案目前所在地。

(2) 自殺通報系統選項需改善，例：BSRS 無法詢問完整但系統仍要求全部鍵入。
(3) 訪視時個案未居住於本縣卻不願提供確切地址而無法轉介至該縣市。學生住校者非本縣市的縣民且不願透露居住地者而無法追蹤關懷。
(4) 個案不願透露或家屬不知確切地址而無法家訪。
(5) 多次被通報者，經評估僅有自傷且係要脅不合理的要件，是否可歸類為非自殺個案者轉由其他單位提供更適切的服務，或關懷員可以如何協助?
(6) 個案或其家屬對於關懷訪視上有違個人隱私、個資法等違法的疑慮。
(7) 通報端(醫院、機構等)曾提出自殺防治關懷的通報動作是否有違法之虞。
(8) 執行關懷訪視上是否有法規依據，例如社政的家暴、性侵的法規使其訪視更加被重視及保障。
(9) 中心建議自殺防治著重在降低危險因子及提升保護因子，一問二應三轉介極為重要，進行所有相關網絡資源之盤點，如衛政、社政、警政、勞政等。

3) 訪視時面臨到的困境-委辦單位
(1) 重複自殺個案處理困難。
(2) 重複自殺的個案危險性固然很高，但裡面包含許多自傷個案，例如服用安眠藥、割腕的個案等等，並非以死亡為目的的自殺/自傷，這類個案的行為模式很難在幾個月內得到改善。
(3) 導致個案自殺的問題無法在短時間內得到緩解，亦非是訪員所能夠處理的(如家庭問題)，若要延長訪視亦會造成訪員案量過多無法負荷。
(4) 衝動型的個案無法有效的處理衝動行為所造成的自殺、自傷。

4) 拒訪個案
(1) 案主拒絕訪視，透過當面拒絕或是故意不接訪員電話等方式表達拒訪之意，訪員無法了解個案的自殺原因，若其家屬亦不願受訪，更添增訪案上的困難。
(2) 個案多次用自殺要脅手段希望獲取相關補助，卻又不願接受訪員關懷。
(3) 資源不足
(4) 處於近貧的個案因不符合中低收入戶的資格，故無法申請補助，但個案又確實需要協助。
(5) 需要比較長期、穩定會談的個案，就算是轉介地區接受心理諮商，仍然有次數上的限制。
(6) 未成年個案在醫療上的評估會較保守，使得醫療資源無法有效介入協助。
(7) 中心建議偏遠地區精神醫療資源缺乏，可提請健保局支援，並派醫師、

護理師等組成團隊至當地進行醫療作業。

5)個案討論

(1) 重複自殺

a.重複自殺個案處理困難。

b.重複自殺的個案危險性固然很高，但裡面包含許多自傷個案，例如服用安眠藥、割腕的個案等等，並非以死亡為目的的自殺/自傷，這類個案的行為模式很難在幾個月內得到改善。導致個案自殺的問題無法在短時間內得到緩解，亦非是訪員所能夠處理的(如家庭問題)，若要延長訪視亦會造成訪員案量過多無法負荷。

c.多次被通報者，經評估僅有自傷且係要脅不合理的要件，是否可歸類為非自殺個案者轉由其他單位提供更適切的服務，或關懷員可以如何協助？

d.重複通報：儘管個案是因家庭因素所造成自殺行為，不停重複進到通報系統，變成永遠無法結案的案主，耗費訪員相當多的心力。

e.重複通報：許多個案自殺是因為經濟困難，因此以自殺威脅，打給警局以及社會局等等，但卻持續進入通報系統消耗關訪員資源。

f. 建議：

a) 中心建議針對因經濟無法就醫之民眾，可利用聯合勸募或其他專款補助。

b) 中心建議關懷訪視員可於平時進行個案預演，良好的開場白能有助於關係建立。面對拒訪或困難個案，可於會議中提出，請其他專業醫師予以協助。

(2) 拒訪個案

a.案主拒絕訪視，透過當面拒絕或是故意不接訪員電話等方式表達拒訪之意，訪員無法了解個案的自殺原因，若其家屬亦不願受訪，更添增訪案上的困難。

b.個案多次用自殺要脅手段希望獲取相關補助，卻又不願接受訪員關懷。

c.彰化縣與彰化市也有城鄉差距的部分，特別是住家大樓，因關訪員無公權力，案主會覺得只有情感抒發，因此漸漸會有失聯的情況。

d.許多時候因訪視規定，關訪員去訪視個案反而變成案主壓力，是否能夠有彈性空間做調整，不要讓訪視反而變成案主壓力來源呢？

e.有時非個案拒訪，而是家人拒訪，這方面要進行介入也當相當困難，家人許多時候也對關訪員相當不友善。

f. 個案持續拒絕，但持續通報。

g.資深與資淺的訪員對於拒訪有不同的課題，該如何去安排督導是可以再討論的部分。

h.建議：中心建議面對重複自殺個案或自殺者遺族，建議建立一個標準作業流程來進行訪視並對個案進行檢傷分類。

綜合建議

1) 彰化縣自殺方式以農藥居多：彰化縣衛生局皆已和農藥商合作，辦講座，但在訪視農民家後會發現農藥箱都沒在使用。
2) 衝動型的個案無法有效的處理衝動行為所造成的自殺、自傷。
3) 困難個案無法結案：因計劃規定，即使許多是定期配合醫師看診以及邊緣性人格或是情緒障礙的個案，仍然持續被通報，造成永遠無法結案，是否能夠適當的調整計劃規定而不是持續增加訪員的案量？
4) 資深與資淺的訪員對於拒訪有不同的課題，該如何去安排督導是可以再討論的部分。
5) 中心建議針對老人且使用農藥自殺者，可就自殺地區進行分析，並強化自殺防治推廣及衛生教育，農藥管制及教育民眾如何正確使用農藥，仍為降低農藥自殺之有效方法，以及未來可建立回收制度，藉由鼓勵農藥罐回收來降低民眾囤放農藥的習慣。
6) 中心建議針對自殺個案可從地理位置、性別、年齡、職業等面向進行分析，可作檢傷分類，依據個案狀況分為低、中、高三種等級，再依照等級的不同分別制定標準作業流程。

2.12 桃園市(訪查時間：2016 年 7 月 1 日)

自殺防治業務相關報告

1) 關懷訪視紀錄：針對紀錄裡面如何建立標準流程，協助關訪員更有效追綜和管理個案資料。未來會建議以 SOAP 的方式來撰寫訪視紀錄。
Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估結果)、Plan(處遇計畫)，將 SOAP 作為填寫訪視紀錄之依循標準，以增進訪視紀錄完整性。
2) 衛生局報告：
(1) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容
a.桃園市自殺通報流程
a) 桃園市 104 年自殺通報案量次於新北市、高雄市、臺中市，居全國第 4 位，佔全國 9.7%。
b) 自殺通報案量近年微幅增加，顯示鼓勵通報、管道暢通。
c) 104 年全國自殺死亡人數較去年增加 129 人，死亡率每十萬人口增加

0.4 人。

d) 桃園市自殺死亡人數較前年減少 4 人，粗死亡率每十萬人口下降 0.6 人。
e) 104 年年齡別粗死亡率以「65 歲以上」最高(每十萬人口 33 人) ，其次「 45-64 歲」 (每十萬人口 18 人) 。
f) 顯示「65 歲以上」為重點族群，故強化銀髮族篩檢工作，促進憂鬱長者納入關懷訪視服務。
g) 104 年首位自殺死亡方式為燒炭及上吊(各佔 28.2%) 。
h) 顯示燒炭占率較前年下降 5.7%(較前年減少 19 人)，故燒炭防治宣導工作持續積極執行中。
i) 桃園市年平均關懷訪視次數皆高於全國平均值。
j) 桃園市 30 日內再自殺率亦皆低於全國平均值，惟今年新系統無法自行刪除重複通報 個案，造成 30 日內再自殺率增加。

b.桃園市自殺風險個案處理流程

a) 依據衛生福利部之版本在 104 年做一些基本的調整，包括建置 24 小時自殺通報專線窗口(0910118671)，讓各網絡單位作即時性通報。除了專線外，亦會透過心委會讓各網絡單位知道，尚有 1999 或 1995 可使用。
b) 接獲通報均會在 24 小時內進行初次關懷，並確定通報資料的正確性。
c) 訪視過程中會使用 BSRS-5 和 PSIS 進行施測，瞭解個案的風險性。
d) 連結轉介網絡資源包括社政、衛生、醫療、教育、勞政、民間等，如家庭服務中心、家庭暴力暨性侵害防治中心等。
e) 若個案屬於弱勢團體但並不符合政府補助的資格，仍會協助找尋其他資源(如張榮發基金會)來給予幫忙。

c.自殺關懷訪視工作內容及分工

a) 接獲衛生局派案後，24 小時內會進行關懷訪視
b) 辦公室有督導醫師、社工師或護理師等，做即時諮詢或指導。對於個管師給予協助。
c) 每日系統登打。
d) 個案若有需要，亦會提供隱密空間供面談使用。
e) 若 24 小時若沒訪視到個案，則會在通報的兩日內再次電訪，或是委託網絡工作人員親訪。
f) 每次訪視會以量表(BSRS-5、GDS 老人憂鬱量表、PSIS 自殺意圖量表)來評估個案的風險程度，依其風險程度調整訪視頻率。第一級是風

險程度較高的個案，則訂為訪視後 2 週內應再次訪視，第二級個案風險程度較低，則是訪視後 2 週內應再次訪視。

g) 若分派個案為 30 天內再自殺或是 65 歲以上之個案，則會在接獲分派後 7 日內至少完成兩次關懷訪視服務(含初次訪視)

h) 自殺遺族之關懷訪視則是輔以簡式健康量表(BSRS-5)施測，總分達 10 分以上或自殺意念 1 分以上者，會協助其轉介相關心理衛生資源，轉介率須達 100%。

i) 桃園市心衛中心正式人員 3 位、約聘人員 1 位、專案助理 2 位、臨時人員 1 位。

j) 桃園市自殺防治中心業務由桃園市生命線協會和衛生福利部桃園療養院所承辦，前者聘有督導社工 1 名，關訪員 5 名，後者聘有督導醫師 1 名，關訪員 13 人。除 18 位關訪員以外，自殺防治中心亦有外聘督導 9 位，包含醫師、社工師、心理師和資深關訪員等。

k) 資源轉銜部分，每月勾稽自殺通報(含自殺意念)、精神照護(含疑似精神)、毒品防制、AIDS、家暴及性侵(含相對人)等個案，進行共案管理與討論。

(2) 關懷訪視員訓練及督導

a.關懷訪視員須公立或立案之私立專科以上或教育部承認之國外專科以上學校，包含社工、護理、心理、醫管、公共衛生、職能治療等相關科系畢業者，並具備上述科系背景之相關工作經驗 1 年以上。若未滿一年工作經驗者，任職後 6 個月內需接受至少 30 小時自殺防治相關在職訓練課程。

b.每位關懷訪視員每年至少 30 小時(依關懷員到職日按比例完成)在職訓練課程，並配合出席本局或衛生福利部安排之在職訓練。

c.督導機制包括讀書會、自殺處遇困難個案討論會、多元課程活動、結案督導會議、關懷訪視業務討論會等。

d.結案督導部分是每週 1~3 次，會邀請外聘與內聘督導共同討論個案。

e.督導除包含精神科專科醫師、社工師、心理師等，衛生局亦會參與督導會議，徹底落實網網相連。

(3) 其他自殺防治相關策略：

a.每年召開至少兩次以上之心理健康委員會或是跨局處的會議。

b.農藥自殺部分，有請農業局予以協助，針對販賣農藥處有懸掛布條，或是提供關懷小卡等。

(4) 實務面臨之困境

a.個案數過大，平均每人有 60-80 個個案要服務，因此很難做到密集服務。此外，打電話不一定聯絡到本人，之後還要做網絡整合和家屬聯繫等。個案數太多很難做到好品質。雖然局端今年開始做分級，但其實案量太大還是很難做到完全的分級。

b.建議：督導要適當的調整案量。

c.雖然有明確的結案標準，但有時在督導會議上，針對個案部分很難與外督達成共識，造成無法順利結案。

d.針對失聯個案會按照局內規定執行，嘗試各種聯繫方式，包括鄰里長等，若第三週仍找不到，就會安排家訪。倘若家訪還是找不到，就會提到督導會議，看是否要結案，或是再請警政協尋。但現今個案太多，失聯個案仍是會造成訪員的負擔。

e.建議：失聯個案不一定要專業人員來尋找，可請志工或其他人組成小組來協助，但對於拒訪個案則仍是由關訪員來做專業的處理較為適合。

f. 地區特色不同，例如桃園八德以退伍軍人和榮眷為主，常有個案重聽、身體不好，而有拒接電話的狀況發生，但去家訪時人卻在家，變成訪員要頻頻家訪才行。

g.建議：單身獨居榮民，可嘗試找榮民服務處做資源連結。

h.住院個案的個資部分難以取得，會因為個資法導致醫院不願意提供，需透過熟識管道才能拿到。若是新進訪員得話，要拿到個案資料的困難度更高。

i. 建議：可透過與個案談論的過程中，取得個案的相關資料。

j. 若是住院個案，在醫院不能接電話之外，有些個案又沒家人，就算問再多次也只能獲得一樣的資訊，就算按流程持續追蹤所得到資料也一樣。此外，要知道個案是失聯還是住院中，打電話到護理站均無法獲得消息。

k.建議：

a) 當個案住院已有完善的醫療介入，關訪員應放心，並將重點放在出院後。個案出院後第一週的訪視是最重要，尤其有憂鬱症和重鬱症等個案，其出院後的自殺死亡率很高。

b) 除出院後的後續關懷訪視為重點，知道何時出院亦為重點之一。因此建議局內跟醫院端建立聯繫管道，讓關訪員能提前知道個案要出院的時機，提前準備出院準備計畫。

c) 個案資料不需要問護理站　可以嘗試問精神科社工或是一般社工，藉以得到資料。而單身獨居榮民出院時，醫院會通知管區或轄區的輔導人員，關訪員可嘗試與轄區的輔導人員合作。

綜合建議

1) 第一線在使用 PSIS 量表時,執行方面試否有困難？其使用原因和對後續的關懷訪視，是否有實質幫助？因 PSIS 量是針對實際自殺者才會使用的量表，根據英國研究指出，除了第一線有篩檢外，後續更該讓精神科醫師做完整的社會與心理的評估。
2) 自殺意念與自殺行為是不同，自殺行為分兩種，一為自殺，另一種為自傷，這兩種其實是有所差別，一個是以死亡為目的，一個則是造成身體的傷害，但不一定想死，但這兩者均需要經過通報體系來做後續的關懷。因此若是有明確的自殺行為，即便是吞藥，沒有立即的生命危險或是外觀的傷害，亦是要進入通報訪視體系。但或是沒有行為僅有意念者，則是需要再多做討論，評估是否要納入關懷訪視體系內。
3) 通報體系最一開始是針對自殺企圖者而設計，因此企圖者之追蹤與關懷是最重要的。但若是個案已自殺身亡，桃園市衛生局會盡力針對遺族做到關懷訪視，因此會讓各網絡單位知道，縱使個案自殺身亡時，也要通報給衛生局，讓衛生局能進行遺族關懷。
4) 自殺意念部分，桃園市衛生局經過關訪員於第一時間了解後，若為精神個案，會和精神社區公衛護士做連結與溝通，判斷個案風險程度。藥癮者部分亦相同，此外未來將有可能變成關懷訪視員與藥癮者個管師共同連結溝通，甚至共同訪視。若不是精神個案或藥酒癮，則會安排與心理師面對面溝通。
5) 各縣市應做到資源整合與連結，策略因地制宜。
6) 若認為自殺意念和自殺死亡者均要進入通報系統，就需要先制定良好策略，好比針對遺族要制定良好的 SOP，才能有效給予訪視。
7) 老人自殺不等於憂鬱，往往有其他的因素在內，如失眠、慢性病、感情因素等，因此自殺防治策略一定要資源整合且因地制宜。
8) 桃園去年有 130 幾個以上的農藥自殺未遂個案，是自殺防治重點之一，可針對農藥來源等方針研擬自殺防治策略。
9) 建議可針對中心每月提供之月報和死亡檔，結合其他醫療專業單位，一起進行檢討。針對個案的詳細情況，如性別、年齡、方法等進行檢討和強化自殺防治策略。每月組成以數據判讀和統計相關及府級相關的會議，針對自殺防治進行討論。
10) 根據國外文獻指出，自殺防治得上升與經費有所關係。目前已草擬自殺防治法，希望未來能對自殺防治經費和聘任問題有改善。
11) 建議每月針對自殺相關數據進行督導。督導品質和內容非常重要，主要應

該是解決問題和精進品質。建議可考慮將外督改為每月進行，節省經費外也能一次針對四週之個案進行討論。每週仍維持內督及可。

2.13 臺南市(訪查時間：2016 年 7 月 4 日)

自殺防治業務相關報告

1) 關懷訪視紀錄：教導何謂 SOAP，S(Subjective)就是個案或其家屬主觀症狀或任何相關陳述。O(Objective) 是紀錄你對個案客觀之觀察及所做的相關事項，利用面訪時可多加強個案的外觀、言談情緒等狀況描述。A(Assessment)，是記載你的判斷，此部分是你專業的看法。P(Plan)為記載你將做或欲做的事項，例如綜合幾次的評量，闡述近期規劃或轉介資源的提供。

2) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容：科長報告臺南市自殺概況的統計概況，分享欲臥軌自殺的個案(敏感度跟資源連結的重要)。

3) 自殺個案關懷訪視員實務困境：

(1) 面對年邁、久病不癒或經醫療仍無法改善身體疾病之個案，除了衛教個案家屬及關懷，訪員能提供的協助較有限。

(2) 強烈拒訪又有重複自殺之個案服務上有困難。

(3) 面對自殺高風險或重複多次自殺行為之個案，部分個案會有行蹤不行、居住地錯誤的問題，訪員很難介入服務，希望多一些關於助人技巧上的教育訓練。

(4) 面對有智能或認知障礙之自殺個案，訪員無法經由一般溝通提供協助，加上如個案和家屬病識感不佳、無規則就醫，更難協助其穩定病況，希望辦理相關的教育訓練，增強關訪員知能。

(5) 物質濫用(毒癮、酒癮)個案常缺乏動機規則門診戒癮，但又常於物質濫用後發生自殺行為，自殺原因可能也較複雜(家庭、感情因素等)，訪員難以協助。

(6) 對於有些常使用風險較低自殺方式(安眠藥、割腕)之重複自殺個案，需較長時間和深入協助，如個案不願進入醫療系統(使用藥物和心理治療)，訪員也難預防個案重複自殺。

(7) 政府補助資源條件問題，常有困難個案家庭無法申請所需之長期資源，希望能有關於社政上的制度檢討。

(8) 遇有重複自殺個案，除自身問題情緒外，有目的性的個案較無改變意願與動機，例如:保險議題、身障補助或相關經濟補助…等。

(9) 偏遠地區的個案，有就醫需求及必要性，但礙於家庭資源不足，無交通工具前往市區就醫，且又不符合居家治療的資格，此類個案無法獲得充

足的醫療改善困境。

(10) 遺族關懷通常通報單只有一個聯繫家屬的手機或無家屬聯繫資訊，但家屬受服務意願低，訪員無法介入其他家屬的聯繫與關懷，想知道有無更好的工作方法？訪員持續關懷遺族需要更多的心理建設與支持。

(11) 通報資料不完全或有誤，或個案居住於外地卻不願提供聯繫方式，常造成訪視困難。

(12) 軍人的職業類別或犯罪服刑中個案較難以進行訪視，亦較無法有訪視成效，期待能有其他轉銜機制，能夠更貼近服務，另外希望將監獄也納入自殺通報的範疇中。

(13) 人格疾患之個案在服務關係的建立難以拿捏，希望是否可以提供別的縣市或專業上面對人格疾患的 SOP。

4)特殊個案之因應策略

(1) 個案 1：有就醫(屏東)安眠藥跟割腕，重鬱症。30 多歲女性。配偶吸毒入獄而離婚。一子一女，長女 19 歲。會願意跟訪員談是希望能得到經濟及社會資源上的幫助。

建議：

a.個案可能合併有人格疾患的共病，需注意此部分。或許有邊緣性人格疾患之可能。

b.定義個案之問題和需求為何(經濟。情感)，勿陷入表面的單一問題中。

c.跟個案建立信任關係，並喚醒其自我覺察，多累積其保護因子(跟個案共同討論時歸納)，降低危險因子。

d.現場重建，釐清個案問題核心並具體化，再使用量表輔助，轉介口袋名單(醫療、社會資源)。

e.叮嚀個案定期返診，遵循醫囑服藥。

(2) 個案 2：陸籍外配，配偶退休前為職業軍人，受不了先生言語暴力。平常很正常，但是先生罵三字經時會情緒激盪而自傷。個案跟先生互相認為是對方問題，先生認為是妻子躁鬱症所致。個案重複自傷，第一次是割腕。後來是吞藥。關訪員被夾在中間，個案認為應是處理其先生的問題而不是來訪視她。(所以有點拒訪) 關訪員把個案跟先生個別訪談。

建議：

a.躁鬱症的診斷是來自何處？現場重建是很重要的。個案的配偶什麼情況下會罵三字經？需打破砂鍋問到底，同理並慢慢幫個案釐清，增加與訪員的信任關係強度，甚至幫助個案不要對退伍軍人背景的先生講三字經太敏感。

b.個案如果有轉變自殺計畫要多注意，例如從現行的割腕吞藥轉變成跳樓等，可能要考慮列高危。引導個案轉換紓解情緒壓力的方式(不要用自傷)。

c.可在個案會議中提出來討論。了解夫妻彼此的溝通方式，解決憤怒的方式不像躁鬱症是靠吃藥，而是靠同理。

(3) 個案 3：50 多歲女性個案，原本工作能力很好，後來在工作時遇到職傷，公司又要求要堅持到下班才能救醫，導致嚴重影響，現在沒有經濟能力。後續聽從妹妹的建議，以在工作地點(臺南夢時代)跳樓做為威脅。個案對政府介入和司法程序的失望，導致其想法固著，性格也變得偏激。防衛心變重，所以面對訪員的關懷會回應說就是給他錢就好。

建議：

a.針對案件予以釐清，瞭解從何處通報來的，事件從何時開始等。

b.個案雖不是妄想症，但也可能有點敏感多疑的妄想個性特質。另外，面對個案討錢，釐清他的原因為何，是否有規律就醫及吃藥，從對話中關心及了解個案遵循醫囑的情況如何。

c.訪員主要做到支持傾聽，釐清問題，而對個案的藥物及心理治療交給醫療專業互相配合。

d.轉介是非常重要，需建議長期配合之醫師。

e.用家訪好好建立關係，未來或許使用電訪即可提供個案支持。

5) 實務面臨之困境

(1) 個案 1：輔導者為已故個案和遺族(父母)，這兩個個案都有服務到半年以上，比較困擾的是：

a.個案跟朋友聚會後反而更憂鬱，不曉得有什麼方式可以 feedback 給個案。

b.關訪的品質跟案量難以平衡。

c.對此職業的福利和環境不改善，容易造成人才的流失。

d.建議：

a) 了解自殺遺族，可上中心網站閱覽，手機也可以下載心情溫度計 APP，以便測量後的同理。衛教與適當轉介。

b) 面對個案，以提問代替建議。

(2) 個案 2：個案誤食鹽酸後，誤食前就有身心科就醫紀錄(睡眠障礙)，但母親對就診有不好的經驗的醫院都會限制個案前往就醫，有在成大看骨科(骨刺問題)和神經內科，醫師有懷疑其睡眠障礙是因為骨刺問題，個案的自殺意念為高度。並且也懷疑個案或許有智能方面的問題(但未作此方面評估)。個案的骨頭問題是因為車禍，但因當時仍可站立故未求償，在家中的溝通方面，母親常責備個案很笨。

建議：

a.分案時可根據個案狀況做風險分級。

b.個案及家屬說是農藥誤食，則可能因為自殺的汙名化，所以否認自殺。

c.車禍前的身心障礙及車禍後造成的後遺症，可能導致憂鬱症變嚴重，建議可換為醫生就診。另經濟部分，個案因為沒有生產力而導致自我的無價值感，這部分要做好對個案的同理，引導他放寬心，不要過度要求目前這種情況的自己。

d.農藥的儲藏方式極為重要，才不會造成誤食的情況發生。

(3) 個案 3：個案屬於類似慮病的情況，希望去住院然後打嗎啡， 現在個案只有成大願意收治。有吃老鼠藥自殺的紀錄。醫師說此個案有點邊緣性人格疾患之特質，並且心病大於身體疾病。個案想住院但醫師無此意願。有胃癌的問題還是不太配合飲食的控制，越限制其越會去吃。

建議：

a.使用老鼠藥的背景情況為何？個案是否有被列為毒品的人口？根據訪員描述，看起來家庭原有的保護因子慢慢流失中。老鼠藥目前依然是屬於致命的自傷方式，精神醫療還是有其必要性。

b.可考慮佯病症的可能性，也可考慮換一位醫師之後固定，並且還是要讓家屬知道個案的疾病問題。

綜合建議

1)給予正向的希望非常重要，包括對於個案的家屬也要維持其希望感。

2)家屬要注意不要讓個案感覺壓力更大，對於個案，傾聽大於建議。

3)分次關懷，不要一次就揭露太多，讓案主及家屬感到壓力。適度表明自己的關心，下次有空會再過來關懷的心意。

4)宣導守門人觀念跟簡單案例關懷運用，提到使用例如 CMHC 量表，可以把評估內容更為結構化。

2.14 高雄市(訪查時間：2016 年 7 月 11 日)

自殺防治業務相關報告

1)縣市自殺通報流程及個管人員工作內容：

(1) 高雄市衛生局社區心理衛生中心聘了 12 位訪員，凱旋醫院自殺防治中心聘了 9 位訪員，主要的自殺防治相關業務還是由心理衛生中心負責。

(2) 高雄市自殺防治工作是以三大策略(全面性、選擇性、指標性)來推動。

a.全面性策略：

a) 教育宣導:在 103 年推動「幸福捕手 GO~GO~GO」教育宣導，針對職場、家庭、校園、社區四大場域總共培訓了 102 位種子教師把自殺防

治概念及初段預防概念宣導民眾。

b) 自殺工具防治措施:木炭-於各賣場宣導並加強賣場木炭警示標語提醒與實地查訪。農藥-與農業局合作針對農會及農藥販賣商宣導，以強化農藥安全使用與安全存放概念。跳樓-與工務局合作於公寓大廈管理座談會辦理大樓管理員自殺防治宣導，並於大廈張貼標語。跳水-與工務局、養工處、觀光局、海洋局合作，於河、海岸邊貼「珍愛生命」標語，且不定期巡查，有脫落、毀損立即補貼。

c) 強化醫療自殺防治：

(a) 督導本市各級醫院建置自殺防治通報流程、強化環境安全並辦理員工教育訓練，納入年度督導考核項目。

(b) 強化基層醫療單位自殺防治觀念，辦理教育訓練並提供獎勵措施，鼓勵通報。

d) 鄰里長自殺防治守門人訓練：

(a) 辦理里、鄰長、里幹事「社區守門人」教育訓練，宣導涵蓋率 100%。

(b) 發掘潛在自殺高風險族群，適時協助輔導、轉介，提升自殺防治網絡功能。

b.選擇性策略：

a) 自殺遺族關懷訪視服務：

(a) 3 天內初訪、4 週內第二次訪視，並確認訪視意願及 BSRS-5 之評估，訪視率達 100%。

(b) 寄送遺族手冊及自殺遺族關懷卡。

b) 社區陳情案件訪視：

(a) 24 小時內進行關懷訪視。若因為經濟、法律或是生活等重大事件而進到市府陳情的話可提供訪視服務。

(b) 以 BSRS-5 評估自殺風險，高風險者協助進行通報，以納入後續追蹤關懷服務。

(c) 老人憂鬱篩檢:針對 65 歲以上長者及 55 歲以上原住民長者辦理老人心理健康活動及憂鬱篩檢，年度目標需達本市去年老年人口之 15%。

c) 喪親者心理關懷服務：

(a) 提供戶政事務所或自行求助之喪親者家屬心理衛生資源諮詢服務。高雄市政府衛生局跟民政局一起合作如果民眾在戶政事務所辦理除戶時我們會提供一封市長給的信件，倘若家裡喪親需要特別關心，可以透過轉介單轉介給社區心理衛生中心。

(b) 2 週訪視 1 次，進行 BSRS-5 評估，倘遇高風險者協助進行通報。

c.指標性策略：

a) 提供自殺高意念、自殺威脅、自殺未遂者關懷訪視服務 24 小時內訪視率達 100%。

b) 接獲自殺通報進行派案(24 小時內進行初訪)→登入系統上個案訪視紀錄(7 天內完成訪視紀錄)→擬定處遇計畫(評估個案需求,轉介及適切資源)→結案(符合結案標準，經結案會議同意結案)。

2)關懷訪視員訓練及督導內容：

(1) 教育訓練：

a.本計畫聘任之自殺通報個案關懷員,每年接受相關訓練至少 30 小時以上。

b.辦理例行工作會報，每 2 週召開一次，行政庶務訊息佈達與服務困難討論。

c.在 104 年度教育訓練，課程內容有精神與自殺防治基礎課程、心理健康促進、災難心理衛生教育、自我覺察訓練、實務經驗分享。

(2) 外聘團督：

a.每個月辦理至少 2 場。

b.聘請專業督導辦理督導會議了解關懷員在實務上與個案的工作情形及服務個案之困難，經與會人員討論與回饋分享，擬訂後續處遇計畫。

c.團督討論議題類型可分成「關係建立」如:訪視初期的關係建立、拒訪個案的工作模式、依賴型個案與訪員的界線、移情及反移情的介入模式等等,「就醫問題」如: 如何增強就醫、服藥之順從性、如何增強個案及家屬病識感、增加醫療轉介之方式、強制就醫護送問題等等,「資源使用」如：資源依賴個案之處理、排斥資源單位介入服務之處理、資源分享等等,「訪員服務知能」如: 訪談時的溝通技巧訓練、訪員的情緒及自我調適、精神疾病及人格疾患之認識、悲傷輔導技巧訓練等等。

3)特殊個案因應策略：

(1) 家(性)暴個案：中心列管 6 個月，每月訪視 2 次，提供相關資源訊息及強化橫向與網絡單位聯繫。

(2) 30 天內再次自殺個案：

a.至少進行家訪 1 次。

b.通報 24 小時內進行第 1 次訪視，3 天內進行第 2 次訪視，7 天內進行第 3 次訪視。

c.依 30 天再自殺個案特性評估首次自殺者再自殺風險，篩選有可能再次自殺者，則應家訪以避免再次自殺。

d.針對有列管 30 天再次自殺個案的訪員提供個別督導，將邀請總醫師與執

行長劉醫師一起討論。

(3) 拒訪個案：兩週內訪視至少 3 次都拒訪，投遞衛教單張與並告知家屬或親友相關求助管道。

(4) 高危個案：

a.24 小時內訪視並安排家訪，提高訪視頻率。

b.實地評估案主狀況、家庭成員間互動狀況及支持系統，並依其需求提供適切資源。

4)實務面臨之困境：

(1) 人身安全問題:外單位要求到現場處理自殺威脅個案或進行家訪時，可能對訪員造成生命安全疑慮，建議訂定相關流程及法源以保障訪員人身安全(例：高雄市政府 102.08.30 制定《社會工作人員人身安全維護要點》、中央正研議訂定《社會工作人員工作安全條例》)。

(2) 自殺個案通報：自殺通報仍缺乏法源依據，導致訪視過程中會有阻礙。

(3) 個案轉外縣市無完善機制:因各縣市自殺防治體系不同，無統一的流程，導致轉介出去的個案在對方單位還沒接案會有空窗期,銜接上面的問題。

(4) 共病個案查詢：針對共病個案查詢時，自殺關懷員無權限查詢自併精個案於精神照護系統內之過往醫療及訪視資訊。

(5) 個資法：因個案服務需要，向醫院端詢問個案就醫狀況及醫療處遇，多以個資法為由拒絕提供。

(6) 死亡檔分析：因涉及個資法，地方政府在取得死亡資料不易。

(7) (中央政府應提供地方政府提供自殺身亡者名單或由中央分析詳細資料，作為地方政策擬定之方向。)

(8) 月報分析：目前月報僅提供各區自殺方式及原因之比例，沒有各區詳細數量及年齡層等等之分析，所以無法全面了解高雄市的自殺趨勢。

(9) 網絡局處對衛生局期待過高：網絡局處期待本局訪視人員前往第一線自殺威脅現場，惟計畫人力及經費短缺，難以負荷此工作量。

綜合建議

1)建議把行政工作和實務工作分開，否則訪員無法內外兼顧。

2)建立單一窗口，因為單位床口彼此熟悉才可確保個案資料不外露。

3)訪員若想進醫院訪視自殺個案，可先跟醫院端連繫，由醫院端先跟自殺個案溝通，之後再由訪員介入來訪視個案。

4)建議做社區自殺防治宣導時，可以先上民眾有興趣的課程再帶入自殺防治的宣導。

2.15 臺中市(訪查時間：2016 年 7 月 15 日)

自殺防治業務相關報告

1) 關懷訪視紀錄：關懷訪視員的紀錄應註明確切時間，可使用SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)病歷寫作方式來紀錄。S(Subjective)就是個案或其家屬主觀症狀或任何相關陳述。O(Objective)是紀錄你對個案客觀之觀察及所做的相關事項，利用面訪時可多加強個案的外觀、言談情緒等狀況描述。A(Assessment)，是記載你的判斷，此部分是你專業的看法。P(Plan)為記載你將做或欲做的事項，例如綜合幾次的評量，闡述近期規劃或轉介資源的提供。

2) 衛生局報告：

(1) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

a. 臺中市自殺防治通報系統通報後關懷作業流程。

b. 臺中市衛生局心理健康科組織架構。

c. 臺中市心理健康委員會組織。

d. 臺中市自殺案件通報方式(自殺意念者為傳真通報並由關訪員進行評估，自殺未遂及自殺死亡則為線上通報，並由轄區衛生所公衛護士等初訪)。

e. 臺中市自殺防治通報系統通報後關懷作業流程。

f. 自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程。

g. 臺中市自殺未遂暨高危險個案開案標準。

h. 臺中市自殺未遂暨高危險個案結案標準。

i. 追蹤關懷方式(電訪家訪、建立關係、評估個案及資源轉介)、細說「資源轉介」部分(法律諮詢、就業、就醫、就養及就學)。

j. 臺中市 101-104 年自殺通報及訪視量統計(通報量增加 24%)、自殺防治數據統計及因應作法、臺中市 101-104 年各年齡層自殺死亡率及因應策略。

k. 長者自殺防治(統計數據、104 年老人憂鬱篩檢成果及因應作為)、老人心理健康促進帶領人及到宅諮商(含成果)。

l. 社區定點心理諮詢(針對憂鬱篩檢高風險個案及弱勢族群) 。

(2) 個案管理人員作業內容

a. 針對自殺意念及威脅者。

b. 針對自殺未遂者。

(3) 關懷訪視員訓練及督導

a. 教育訓練。

b. 督導(個督 12 場、團督 12 場、個案研討會 4 場)。

3)特殊個案之因應策略

(1) 個案 1

a.梨山區域之個案因職業緣故，常會兩地跑，最困擾是管理及追蹤上。自殺企圖者較多，因為醫院較少。並且個案會去拿藥但不遵藥囑。因梨山區域較偏僻，常用「共訪」方式，協同衛生局人員面訪個案。

b.建議：督導時可對精神科醫師提出個案提到其為何不遵用藥的原因，然後討論。是否有問過個案為何不用藥，是沒病識感(有去看醫生不代表接受治療)或是？

c.家屬不支持吃藥，怕被鄰居或親友標籤、汙名化。個案本身要吃的藥也很多，所以也就不想再吃憂鬱症的藥。

d.建議：可在下次個案至衛生所看醫生時，徵詢個案可否陪同，紀錄個案的問題，在督導時提出討論。主要還是鼓勵個案可以遵藥囑。

(2) 個案 2

a.有遇到一個想跳樓的個案，會同警消僵持很久，非常讓他手足無措。因為警消通報心衛中心，心衛中心再請當地衛生所過去處理。

b.建議：危機處理需要一個 SOP 以及瞭解可用資源(資源盤點)。建議在市級會議提案，討論具體分工及 SOP，然後請市長發佈實施。協同處理跟當責處理還是不大一樣的。又因自殺者有七八成多有精神病史，因此醫療資源的提供與轉介就很重要。另外，衛政人員跟警消的溝通也很重要，一同前往並合作處理、互相同理及尊重。

4)實務面臨之困境

(1) 案主堅持不告知地址或堅持拒訪，個案或家屬都堅持否認自己是自殺，不願被關懷或「干涉」。那是否可以乾脆給個案或家屬選擇？或者是轉介？

(2) 建議：了解個案拒訪理由，在督導會議上提出討論。畢竟有些個案或家屬可能心口不一，不一定真的是拒訪。還是要去聆聽、釐清原因及想法，才有辦法教育跟提供支持。一問二應三轉介，理解困難在哪裡，才能適當幫助。督導會議建議有精神科的專家在裡面。

(3) 遇到獨身且精神病個案，常有些最根本的問題是無法予以協助的，如經濟的部分。

(4) 建議：了解是否有在服藥，把個案的問題羅列出來，並找尋可幫助地方。瞭解個案沒錢的根本原因是什麼，並提至督導討論討論。

(5) 訪員及公衛是最後一道防線，常被各單位威脅個案出事的責任歸屬，但訪不到又會被檢討。

(6) 建議：這是重大問題，不同個案不同處理。不急著回覆對方說開不開案，要先理解、傾聽對方到底需要什麼幫助。可針對教師做訓練、衛教。

綜合建議

1) 全國自殺防治中心

(1) 掌握督導的時間及聯絡方式等，要有資源地圖，才能提升問題解決的管道。

(2) 分案及轉介是非常重要性，建議定期舉行掛局處會議，提供口袋名單給關訪員等第一線人員，並將精神科醫師納入自殺防治的團隊。

(3) 自殺防治的工作，政府應該要積極支持，經費資金也要投入。

(4) 臺中市的自殺防治表現從數據上看來良好，欲了解臺中市使用的方式及流程上的相關資訊，以便中央防治自殺參考。

(5) 自殺關懷訪視員不需要單打獨鬥，應熟悉「一問二應三轉介」之步驟，與專業醫療團隊合作。

2.16 嘉義市(訪查時間：2016 年 7 月 18 日)

自殺防治業務相關報告

1) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

(1) 承接單位：臺中榮民總醫院嘉義分院。自殺關訪員 3 位，精神關訪員 2 位，督導 2 位。

(2) 由衛生局派案：

a. 低致命性自殺方式(割腕、吃安眠藥)個案：請衛生所護理人員三天內進行訪視。

b. 高致命性：轉自殺關懷訪視員 24 小時以內進行訪視。

c. 自殺意念：教育處、社會處針對需要諮商個案進行轉介。

(3) 列案管理至少三個月，每月關懷至少兩次。

(4) 若有家暴兒虐部分，不論是衛生所護理同仁或關懷員皆需通報社會處。

2) 關懷訪視員訓練及督導

(1) 督導會議：每月固定辦理 4 次督導會議。由王登五醫師、謝玲玉心理師隔週輪留督導。

(2) 高風險個案研討會：每月辦理自殺暨精神自殺防治相關研討會一次。

(3) 關訪員會定期參加衛福部、衛生局、醫院之在職教育訓練。

3) 特殊個案因應策略

(1) 通報單上個案勾選不願接受關懷訪視，或未在通報前告知個案可能會有訪員服務，不易建立關係。

因應方式：

a.與個案親屬、親近友人等維持聯繫，轉知關懷。

b.透過村里幹事協助建立訪員與個案間的關係，並寄送衛教文宣及關懷信件進行關懷訪視，或者邀請個案參與相關主題活動。

(2) 有藥酒癮等物質濫用情形的個案有滋擾行為，送醫時醫師評估個案的精神紊亂為物質濫用引起，不易收住院治療。

因應方式：

a.對個案家屬或鄰居進行衛教，若同住家屬遭暴力滋擾，建議採家暴法處理，並教導家屬防禦性避險。

b.酒醉滋擾：通報警方處理，必要時可請警方視情況拘留。

c.揚言自殺：通報警消送醫，醫療機構評估是否住院或留觀。

d.建議：成立滋擾專案。每次團隊出勤給 7000 加給。由醫師、護理，組成必要時也可加入心理、社工同仁。

(3) 個案因不符合社政系統補助資格，經訪員評估確認有需求。各民間基金會多半對於關懷訪視計畫不瞭解，連結補助資源時經常受限。個案易以所提供非其所需為由而拒訪。

因應方式：

a.經濟弱勢邊緣戶：連結民間資源網絡提供個案申請。

b.資源依賴者：透過網絡社工瞭解掌握使用情形。

c.個案揚言尋求民代介入：與村里幹事聯繫建立共識，分享所掌握個案使用資源狀況，避免過度依賴或濫用資源。

(4) 依規定，各單位若知悉個案透露「自殺」訊息就進行通報，例如酒醉鬧事者隨口揚言，恐造成通報數浮濫，訪員後續在提供服務及追蹤上較容易遇到困境。

因應方式：與警政、消防或醫療(急診室護理人員)等年度例行訓練時，辦理自殺防治守門人宣導，進行自殺通報觀念釐清，通報表資料填具規定等課程。

4)實務面臨之困境

(1) 部分村里幹事認為訪員請求之協助會造成自己工作上的困擾而拒絕。

(2) 自殺防治計劃中未編列督導費、通訊費、設備維修費等，盼能編列相關費用給予督導做為感謝與肯定外，其他費用亦能減輕訪員業務壓力。

(3) 受限於個資法，相關資訊依舊蒐集不易。

(4) 在協調送醫時，依舊會遇到工作分配問題，警消、公衛、訪員與誰決定送醫等認定上問題。

(5) 在協助個案申請補助項目時，民間資源仍會有其侷限性，多為一次性急

難救助形式，且金額並不多再次申請審核條件也嚴苛。

5) 個案討論

(1) 個案獨居又有自殺意念的情況：

a. 家人不願到院簽立住院同意書，警消也以個案當場並未持有利器或身上無傷口為由，無法進行強制送醫。

b. 因應方式：透過聯繫會報，警消說明依據精神衛生法第 32 條及警察職權行使法第 19、20 條，病人有自傷傷人之虞，即可進行約束並協助送醫。

(2) 當需要破門而入時，警消希冀訪員承諾負擔破門賠償費用才願協助。

(3) 因應方式：聯繫家屬協助開門，委請警消協助破門。

綜合建議

1) 各醫院及社政單位對於關懷訪視計畫較不清楚，又加上個資法的限制，因此當訪員陪同看診時或欲詢問個案看診狀況時，經常無法從其他醫護人員了解個案概況，甚至有醫療院所認為訪員是榮民醫院員工，故會慫恿個案更換看診醫院；而社政單位或村里幹事則不願提供許多訊息，造成訪員連結資源不易，也無法有效了解案主病況及就診情形。

因應策略：

(1) 希望衛生局能在自殺防治守門人宣導活動時，提醒講師可將社區關懷訪視計畫及關懷訪視員的服務加入講義，讓更多單位能知道此計畫。

(2) 與其他單位聯繫時，除提供名片及辦公室電話，並遵守個案隱私保密原則，不議論洩露關於個案的私人訊息。

(3) 親自到醫院拜訪承辦與相關服務者建立關係或陪同個案看診，後續蒐集資訊較容易。

2) 關懷訪視計畫並未編列通信費、設備維護費和督導費，訪員僅能使用醫院資源，而電話 6 分鐘的限制在多次撥打後，降低個案晤談意願。且訪員必須自行準備電腦和網路，還要自負修繕責任，衍生其他業務壓力。另，機構督導公務繁忙之餘，經常還要騰出下班時間進行內督，相當辛苦，編列此項費用也是對督導的感謝和肯定。

因應方式：

(1) 期待醫院延長通常通話時限。

(2) 建議醫院設立一支專線，或是使用節能電話，減少訪員與個案溝通之困擾。

(3) 建議計畫可編列通信或出席費用。

2.17 新竹市(訪查時間：2016 年 7 月 22 日)

自殺防治業務相關報告

1) 關懷訪視紀錄：自殺防治的工作，政府應該要積極支持，經費資金也要投入。關懷訪視員的紀錄應註明確切時間，可使用 SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)病例寫作方式來紀錄。

2) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

(1) 新竹市燒炭自殺死亡上升，15-64 歲自殺未遂的原因主要是感情因素與夫妻問題。

(2) 新竹市自殺通報流程

a. 分成自殺威脅者、自殺未遂者、自殺意念者。

b. 衛生局專人接案及分案處理，分案依地段分。

c. 紙本通報(如：警消體系或社政單位通報)不進入通報體系，由自殺關懷員自己處理。

d. 衛生所地段護理師提供初次訪視。

e. 社區心理衛生由生命線承接。

(3) 訪視方法多元。除了面訪與電訪外，還有：

a. 關懷信件。

b. 簡訊。

c. 通訊軟體：E-mail、Line、Messenger、Facebook。

(4) 夜間、假日緊急狀況應變：由 3 名關懷員每周輪流背機，24hr 提供警消諮詢緊急狀況。

3) 關懷訪視員訓練及督導

(1) 關懷訪視督導給國軍新竹地區醫院承辦。

(2) 個案管理工作指標：

a. 派案後 3 個工作日內完成初次關懷。

b. 派案後 7 個工作日內完成開案訪視。

c. 追蹤關懷訪視服務至少 3 個月，每月至少 2 次。

d. 面訪率(家訪服務及辦公室面談)須達總服務次數至少 50%以上。

(3) 關懷訪視員督導：

a. 每星期二上午：國軍新竹地區醫院 3F，由身心科主任、醫師進行團體督導。

b. 每季：新竹市心理衛生中心 3F，由外聘督導進行自殺個案團體督導。

4) 特殊個案之因應策略

(1) 經濟困難之自殺威脅個案：聯絡社政單位提供個案生活物資，以維持個

案基本生理需求。聯絡家屬、親友以了解案主財務運用的問題，陪同面對。

(2) 家暴議題之自殺威脅個案：

a.傾聽同理個案，鼓勵案主心理諮商，藉此為雙方帶來新關係。

b.精神疾患之自殺個案：

c.衛教家屬，提供相關資訊讓家屬了解。以誘導方式協助較困難個案服藥策略及就醫治療。

5) 實務面臨之困境

(1) 面對自殺威脅者，轉介自殺高風險的標準為何？

(2) 相對人要求被害人返家，傳送自殺訊息。

(3) 經濟因素要脅自殺(不給錢就自殺)。

(4) 未達轉介標準，堅持轉介等。

(5) 建議：

a.多人服務個案要注意，避免彼此說法做法互相矛盾。

b.困難個案，大家有先將工作協調分配好，避免盲點與互相支援。

c.陪伴個案，等補助下來再去看病。

綜合建議

1) 問題不是關懷訪視員能單獨解決的，可以用問題代替建議。

2) 關懷訪視溝通技巧：聆聽與同理，宣洩→釐清→支持，並可以適時地教育和提供建議。

3) 轉介的意義是資源連結、持續照護。

4) 有時候關心也可能讓人自殺，因為剛好講到情緒低潮處就結束關懷訪視，因此必須隨時注意個案狀況。

5) 助人者要戒急用忍、積極聆聽。

6) 自殺關懷訪視員不需要單打獨鬥，應熟悉「一問二應三轉介」之步驟，與專業醫療團隊合作。此外，新竹市農藥自殺部分比較少，燒炭、男性與青少年自殺個案卻上升，需要注意。

7) 關懷訪視員的紀錄應註明確切時間，可使用 SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)病例寫作方式來紀錄。自殺關懷訪視員不需要單打獨鬥，應熟悉「一問二應三轉介」之步驟，與專業醫療團隊合作。

8) 可以考慮未達評量標準將個案退回。

9) 自殺防治要因地制宜，像跳樓自殺可以找出熱點，或針對農藥商、販賣木炭做守門人訓練，加強預防。

2.18 新竹縣(訪查時間：2016 年 7 月 25 日)

自殺防治業務相關報告

1)縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容：

(1) 新竹縣衛生局將自殺防治業務委外給國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院，共有 5 位關懷訪視員。

(2) 新竹縣自殺流程通報：

a.由社區心理衛生中心個案管理員派案給關懷訪視員。

b.個案管理員進衛生福利部自殺防治通報系統依照自殺類別(自殺意念、自殺未遂、自殺身亡)進行派案，自殺意念之個案會請關懷訪視員評估是否開案，若未開案就系統結案；自殺未遂與自殺身亡之個案會在系統進行派案給訪員擬訂自殺關懷處遇計畫或是遺族關懷。

(3) 依每月函文「結案名冊」於系統結案。

(4) 轉介流程：接獲高風險個案轉介單及消防局受理自殺個案送醫通報單→由個管師收集個案資料及個案評估→個案資料收集完後再傳給關訪員評估是否開案→若開案院方督導醫師核章後再傳真至本社區心衛中心→個案管理師再將傳真「轉介處理回覆單」給轉介過來的單位告知評估的結果，評估開案後就至『自殺防治通報系統』線上通報。

(5) 新竹縣內主要以紙本的轉介單進行轉介,因為這樣個案資料比較清楚。(紙本轉介單來自社政、教育、勞政、警政、消防等等)。

(6) 若因自殺而被送醫者或是消防送醫，直接請醫院上自殺通報系統通報。

(7) 案件分配：個管師派案到同一個帳號,由訪員自行分工(依個案所在區域、目前訪員案量而分配)。

(8) 個案管理人員作業內容：

a.自殺防治個案管理。

b.自殺月報表統計及分析。

c.整合網絡單位進行自殺防治資源連結。

d.自殺關懷員行政會議暨個案研討會。

e.自殺業務督導考核。

f. 自殺委辦計畫(審查進度)。

g.因地制宜自殺防治計畫。

h.自殺防治宣導及守門人訓練。

i. 高風險會議。

j. 衛生所走動式計畫。

k.老人自殺防治工作(老人憂鬱量表篩檢及管理)。

2) 關懷訪視員訓練及督導：

(1) 關懷員在職期間會進行在職訓練，如衛生福利部、臺北區精神醫療網訪員教育訓練課程或是在臺學醫院附設醫院竹東分院所開的訓練課程。

(2) 每個月定期召開個案研討會請督導醫師進行督導。

3) 實務面臨之困境：

(1) 人力分配問題(訪員少案量多)。

(2) 跨局處的問題比較麻煩。

(3) 遇到拒訪個案甚至揚言要告訪員。

(4) 跨縣市的個案，有些個案白天在外縣市上班晚上才會回新竹縣。

(5) 個案大部分大多都是失聯跟拒訪，個案多以工作為由拒訪。

(6) 建議：

a. 先積極聆聽，當個案宣洩完了，再釐清狀況，最後再給個案鼓勵及建議個案就醫與穩定服藥。

b. 與個案建立關係傳達衛生局的善意，講話時卻要中立，要向個案表達專業的關懷及同理心。

c. 在一開始初訪電訪時，善用話術、以問題代替建議，爭取個案面訪的意願。

d. 在同事間可以預演電訪的情況。

e. 積極關懷，多連絡幾次。

f. 因白天在外縣市工作晚上才回本縣之個案人數不多但是仍需因地制宜，要與計畫主持人討論方案，看是要加班、調班甚至用假日進行訪視服務。

g. 建議心衛中心晚上也能提供面訪場地。

綜合建議

1) 個案管理師可以建立訪員所需要的資源名單。

2) 平常多跟其他局處建立關係，建立資源的通訊名單。

3) 將轉介上的經驗寫成 S.O.P 流程。

4) 訪員手冊加入「對拒訪個案的處遇」。

5) 跨縣市個案的情況特殊但只有少數，所以就放在週會上與主持人討論特殊的處遇方法。

6) 面對以工作為由拒訪的個案要以「為問題代替建議」來訪視。

7) 讓自殺企圖個案一定要有一次進行專業性的評估，若需要治療就持續進行治療。

8) 也訓練社關員有關自殺關懷訪視的技巧，讓社關員也能處理精障合併自殺之個案，以分擔自關員的案量。

9)研擬在全國自殺防治日研討會上能頒發高危險個案服務績優獎金以慰勞自關員。

10)先釐清原因再請課長去溝通，因為自殺防治人人有責，全國應該要一致。

11)建議每年給警消單位進行守門人訓練。

2.19 新北市(訪查時間：2016 年 7 月 27 日)

自殺防治業務相關報告

1)縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

(1) 因地制宜自殺防治

a.心理衛生初段預防

a) 社區及校園：辦理心理衛生、生命教育、兩性教育相關議題講座及活動。

b) 職場：本局加強與中華民國全國中小企業總會、各職業公會及百人健康職場等合作轉發自殺守門人宣導講座單張及免費職場紓壓課程訊息，期望提升本市 25 歲至 64 歲青壯年人口面對職場或生活壓力之因應能力及轉念、正向思考之概念。

b.燒炭自殺防治：自 2012 年起，本局推辦木炭「非開放式陳列」販售政策，與木炭販賣業者相關公會合作，並召開共識及聯繫會取得合作共識及支持，增加企圖燒炭自殺者對於木炭取得之困難度。持續進行業者自殺防治守門員宣導及輔導。

c.高處跳下自殺防治：本局與水利局、工務局及消防局合作

a) 提供轉念布條懸掛於橋梁高處及海報張貼於大樓頂樓通道。

b) 建照審查時持續加強抽查女兒牆高度，督促建案屋頂平臺出入口就安全維護照明、監視攝影、緊急求救及警戒探測等各項裝置規範設置規定，又於建照審查增列應於屋頂避難平臺出入口加設監視攝影裝置，以確保及加強屋頂樓層之使用安全。

c) 2015 年結合工務局辦理優良公寓大廈評選會，增加心理衛生評選項目。2016 年亦配合工務局優良公寓大廈評選說明暨防災教育宣導說明會辦理幸福捕手(自殺防治)課程宣導。

d.老人自殺防治自 2012 年起，本局針對慢性病長者(屬高危險族群)於醫院內進行老人情緒篩檢，以早期發現憂鬱及有自殺疑慮之長者，及早提供轉介關懷。並且透過醫院內教育訓練相關活動，強化相關醫療團隊人員自殺高危險族群之辨識、照護、轉介等知能，積極參與自殺防治工作，建立全人之共同照護團隊。

2)自殺個案關懷訪視計畫：

(1) 2016 年新北市自殺個案關懷訪視服務計畫共委託五家醫院辦理。

a.三重、汐止、蘆洲、淡水、八里、金山、三芝、石門、萬里區由財團法人基督長老教會馬偕醫院淡水分院 6 位訪員負責。

b.永和、中和、土城、鶯歌、三峽、深坑、烏來、石碇、坪林區由衛生福利部雙和醫院 7 位訪員負責。

c.新店、瑞芳、五股、貢寮、雙溪、平溪區由佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院 3 位訪員負責。

d.新莊、泰山、林口區由衛生福利部臺北醫院 3 位訪員負責。

e.板橋、樹林區由財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院 4 位訪員負責。

(2) 2016 年新北市自殺意念個案關懷訪視服務計畫，委託財團法人張老師基金會臺北分事務所 5 位訪員負責。

(3) 委託服務內容

a.個案評估、關懷訪視：

a) 接受本局派案，提供自殺意念個案關懷服務。

b) 依新北市自殺個案關懷訪視作業流程關懷服務。

b.個案資源轉介服務：提供相關資訊或諮詢，使其得以順利銜接相關服務。

c.配合高風險家庭進行通報：個案家庭情況若符合高風險家庭之要件，應立即以高風險家庭通報單通報相關單位並副知本局。

d.個案評估：訪視資料之鍵入。

e.辦理品質管理：廠商應定期規劃與辦理訪員專業訓練或督導並留有紀錄。

3) 關懷訪視員訓練及督導

(1) 2016 年自殺個案關懷訪視計畫品質管理

a.由本局邀請委員至各單位辦理實地督導考核，一年 2 次。

b.由本局邀請各單位辦理工作聯繫會議，共同討論個案處遇問 題，一年至少 2 次。

(2) 統一教育訓練

a.衛生福利部辦理：

a) 2016 年度精神及心理衛生人員訓練班。

b) 2016 年自殺關懷訪視專業訓練(初階)。

c) 2016 年自殺關懷訪視專業訓練(進階)。

b.新北市政府衛生局辦理：

a) 八仙塵爆第一線工作者與心理及精神關懷人員身心喘息暨危機處理工作坊。

b) 2016 年度特殊個案關懷訪視人員防身術教育訓練。

c) 2015 年 12 月 2 日新北市政府衛生局家庭暴力暨性侵害防治教育訓練，2016 年規劃中。

(3) 各承辦單位督導概況

a.財團法人基督長老教會馬偕醫院淡水分院由精神科醫師、社工師擔任督導，每週一次團體督導，督導內容為定期進行訪視員督導，含個案討論與相關主題、情緒支持、訪視技巧、危機處遇、服務方案成效評估及結案討論等。

b.衛生福利部雙和醫院由精神科醫師及諮商心理師擔任督導，每週一次團體督導，督導內容為定期進行訪視員督導，含個案討論與相關主題、情緒支持、訪視技巧、危機處遇、服務方案成效評估及結案討論等。

c.佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院由精神科醫師及臨床心理師擔任督導，每週一次團體督導，督導內容為定期進行訪視員督導，含個案討論與相關主題、情緒支持、訪視技巧、危機處遇、服務方案成效評估及結案討論等。

d.衛生福利部臺北醫院由精神科醫師、社工師擔任督導，每週一次團體督導，督導內容為定期進行訪視員督導，含個案討論與相關主題、情緒支持、訪視技巧、危機處遇、服務方案成效評估及結案討論等。

e.財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院由精神科醫師、社工師、諮商心理師擔任督導，每週一次個別、團體督導，督導內容為定期進行訪視員督導，含個案討論與相關主題、情緒支持、訪視技巧、危機處遇、服務方案成效評估及結案討論等。

f. 財團法人張老師基金會臺北分事務所由諮商心理師、社工師擔任督導，每週一次個別、團體督導，督導內容為定期進行訪視員督導，含個案討論與相關主題、情緒支持、訪視技巧、危機處遇、服務方案成效評估及結案討論等。

4)實務面臨之困境

(1) 遺族關懷部分是特殊領域，跟自殺未遂和意念是不同的，遺族也分高中低，但遇到的問題是，遺族真正產生危險的時間是很後面，但礙於規定，必須在 3 至 5 天內要做第一次訪視，往往家屬不是在頭七或是在悲傷中，訪視員很難建立關係，對後續關懷很難執行。

建議：針對自殺者遺族召開會議討論，建立不同於未遂的 SOP。另外有關亦須檢視自殺死亡通報的 SOP，以及針對個案在訪視過程中再次自殺身亡，關訪員後續處理之 SOP。

(2) 目前接到很多誤報的個案，對於個案表示沒要自殺感到懷疑，是否是誤報就結案？

建議：

a.與案主其他的關係人做確認，或是問原通報人當時自殺狀況。

b.可以現場重建以了解個案當時狀況，藉此了解和收集個案資訊，問的過程可適度帶入 BSRS-5。

(3) 個案拒訪但家屬願意訪視，家屬卻是個案的壓力源，訪員請家屬協助關心個案，但個案因家屬感受到壓力，另個案有官司問題， 所以問題不解決個案仍想自殺，就算提供法扶資源，仍沒有申請資格或是沒錢請律師。

建議：問題層次化，列出問題輕重緩急，並建議或陪同個案至精神科就醫，處理其面對壓力時之因應策略。

(4) 藥酒癮個案，不管怎麼關懷都無法有效改善，訪員的關懷是壓力，個案覺得自己沒問題，也認為關訪員只會關懷沒啥用，電訪個案一聽到是關懷員就被掛電話。

建議：關訪員要學會如何打招呼，在不騙個案的情況下，如何開始跟個案對話，就需要練習溝通的藝術

A.(assessment)R.(ranking)T.(transition)。

(5) 個案很難找，手機常無法通話，有毒癮、性交易、家暴問題，有次找到他時正要從事性交易，不知道是否要報警，戒毒意願反反覆覆，毒防不接受轉介，擔心個案哪天會被家暴而亡，或是因毒癮、自殺而亡，已提到督導會議。

建議：鼓勵，增強個案動機，陪同個案回診精神科、專門機構戒毒，由專業人士協助。

綜合建議

1) 新北市政府衛生局

(1) 建議系統/訪視紀錄中，如在訪視未遇或拒訪情況下，部分欄位列為非必填欄位。

(2) 訪視紀錄中「個案目前狀態」新增「不詳」或「其他」選項，或在訪視未遇、拒訪狀況下列為非必填欄位。

(3) 建議通報單位無法修正「自殺通報日期」，以避免發生自殺日期在通報日期之後之情形。另，建議系統有自殺日期不得大於通報日期的機制。

(4) 通報單中通報單位的類別新增「社會局」、「勞工局」選項。

(5) 如個案有搬遷行政區，系統上需進行轉介作業，然實務上本局人員(衛生

局權限)無法修正個案通訊地址，造成即使轉派至所屬訪員名下，該訪員無法於系統上進行後續追蹤管理作業。

(6) 對於帳號開通部分，建議審核人員於「審核功能」處有「審核不通過」之選項。

(7) 通報單中「通報人姓名」、「通報人電話」列為必填欄位。

(8) 通報系統因新北市跟衛生福利部有各自系統，在傳輸上常有重疊的問題，若是輸入錯誤，關訪員無法自己做修改，要請系統工程師從後臺處理，這樣個案隱私受侵犯是否能增加刪除的功能。

(9) 系統部分是自其他縣市轉介來的個案，無法看到過去在其他縣市的訪視紀錄，希望能有所改善。

(10) 依據衛生福利部自殺防治通報後關懷作業流程，其中關懷訪視頻率為每個月至少 2 次，惟低危險個案意表狀況穩定、自殺危險性低，仍需每月至少訪視 2 次，在此訪視頻率下恐造成個案反感，甚無法實際幫助個案，另訪員人力有限，亦無力負荷，爰針對低危險個案之訪視頻率建議予以修正。

(11) 有鑑於各縣市自殺個案關懷訪視追蹤流程不一，部分縣市在個案無自殺意念或追蹤逾 3 個月以上，但因個案搬遷至本市，爰予以轉介至本市，對此，建議中央統一規範各縣市在評估個案無自殺意念且追蹤屆滿 3 個月者，則不予以轉介至現居地。

(12) 中心招開的課程都傾向給新進關訪員，對於資深關訪員的效益不大，希望未來能多召開課程是給資深關訪員。

2) 全國自殺防治中心

(1) 建議至少每個月一次對各區衛生所護理師/士進行自殺防治的督導。

(2) 將針對自殺者遺族召開會議討論，建立不同於未遂的 SOP。

(3) 增進溝通的藝術 A.(assessment)R.(ranking)T.(transition)。

(4) 可以現場重建以了解個案當時狀況，藉此了解和收集個案資訊，　問的過程可適度帶入 BSRS-5。

(5) 會向中央極力爭取，希望未來能仿照毒品防制部分，針對薪資進行分級和額外津貼。

(6) 將來會多錄製數位學習課程，供訪員學習。

(7) 關訪員要學會如何打招呼，在不騙個案的情況下，開始跟個案對話並建立良好關係。

(8) 思考關懷訪視員自身的角色定位，以及建立資源轉介之口袋名單。

(9) 針對個案進行危險等級的分級，但不管分級高低，都有可能自殺，不可

輕忽。

(10) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。

2.20 澎湖縣(訪查時間：2016 年 8 月 3 日)

自殺防治業務相關報告

1) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

(1) 設有自殺關懷訪視員一名。

(2) 關懷訪視員負責該縣市內「自殺防治通報報系統」通報個案的後續關懷及轉介服務。辦理相關心理衛生宣導活動、教育訓練、諮詢等服務。

2) 關懷訪視員訓練及督導

(1) 關懷訪視員教育訓練，今年參與精神及心理衛生人員訓練班、自殺關懷訪視專業訓練(第一階)、公衛照護技能教育訓練、自殺防治守門人教育訓練、自殺關懷訪視專業訓練(進階)等相關課程。

(2) 個案討論會暨督導會議，每月召集公衛護士與關訪員，邀請專業督導參與辦理 12 場個案管理相關會議。

3) 特殊個案之因應策略：針對望安、七美離島自殺之個案，由當地公衛護士進行關懷追蹤訪視。

4) 實務面臨之困境

(1) 拒訪個案，關訪員無法進行關懷或提供協助。

(2) 重複自殺個案，關訪員無法停止其自殺行為產生，造成服務上之壓力。

(3) 交通不便，且受限於經費問題，關懷訪視員受訓困難。

5) 個案討論

(1) 個案 1：52 歲女性，未婚無業，有肢體障礙診斷，與家人同住，有 3 次自殺史。服務歷程中，個案皆不願說話，也不願接受心理諮商，家人與個案不相往來，如何有效協助個案。

建議：

a. 積極一問二應三轉介。

b. 以個案角度思考，並積極聆聽，重建現場。

c. 個案有可能因中風導致行為退化，故仍須審慎評估其自殺背後之成因。

d. 同理、鼓勵，並衛教家屬認識病情，以增加家庭支持度，強化保護因子。

(2) 個案 2：62 歲男性，因急性罹癌導致情緒有所起伏，由急診通報，不久後因病過世，未就診身心科，進行遺族關懷時，家屬不願有所回應。

建議：

a. 家屬也要被同理，衛教心身概念。

b.平時準備介紹自我之說詞，把家屬當個案對等同理。

(3) 個案 3：一位被診斷思覺失調症之男性，有重複自殺史，平時賦閒在家，常常與案妹有所爭執，且要求與案妹擁有同樣之任何物品，關懷訪視員與個案訂定不自殺約定亦無法產生作用，日前已提至個案討論會，會中建議轉介工作資源，整合社區資源，並充分了解個案與家屬互動。

建議：

a.急診發現有自傷個案時，務必照會精神科。

b.急診處亦須準備轉介單。

c.須善用背後精神醫療資源。

綜合建議

1) 全國自殺防治中心

(1) 關懷訪視員向個案轉介資源時，用語平時即可自行加以練習，勿自我汙名化。

(2) 建議關懷訪視員須落實一問二應三轉介，並建立口袋名單。

(3) 急診遇有自傷個案務必照會精神科。

(4) 關懷訪視員訪視時，積極聆聽，釐清、定義問題，重建現場狀況。

(5) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。

2.21 臺北市(訪查時間：2016 年 8 月 5 日)

自殺防治業務相關報告

1) 關懷訪視紀錄：訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。

2) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

(1) 自殺通報個案關懷訪視工作執行現況

a.建立跨局處自殺通報個案資訊整合平臺，每季召開跨局處聯繫會議加強資源整合，建置與檢視自殺企圖暨高風險個案之標準處理流程與緊急聯絡單一窗口，不同高風險族群與議題訂定防制機制。

b.自殺防治教育推廣與宣導服務，辦理自殺防治心理健康促進活動、各領域守門人訓練、自殺防治專業課程、媒體宣導、高處防墜。

c.校園生命教育與守門人宣導：

a) 青少年自殺防治工作中最重要的合作夥伴為本府教育局。

b) 校園自殺防治工作除由教育局主責於各級學校針對學生辦理「珍愛生命」教育課程外，另由自殺防治中心協助辦理校園教職員工、認輔教師、志工等「自殺防治守門人課程」。

(2) 自殺高風險個案關懷訪視人力

a.自殺防治中心專任組長 1 名、組員 7 名，負責行政規劃與個案整合處理等事項，並由 12 局處設置專人對應窗口，共同推動政策與執行。

b.依個案自殺風險程度高低，分別由中心組員 7 人、關懷訪視員 18 人及健康服務中心公衛護理人員等依案進行後續追蹤關懷訪視。

c.結合本市民間團體協助辦理中風險自殺個案關懷訪視，建構本市自殺防治網絡。

(3) 關懷訪視員

a.人數：18 人(衛福部補助 7 人、本市自行遴聘 11 人)。

b.訪視內容：

a) 社區精神疾病關懷訪視。

b) 自殺企圖及高風險個案關懷訪視。

c) 提供本市自殺企圖暨高風險個案及家庭之諮詢、風險評估、關懷訪視等服務。

d) 本市自殺企圖暨高風險個案管理、資源連結。

e) 自殺防治諮詢及自殺企圖個案危機出勤。

c.協助本局心理衛生相關業務推行。

d.其他臨時交辦事項。

(4) 自殺高風險個案之通報來源

a.衛生福利部自殺防治通報系統之線上通報個案及自殺遺族。

b.經跨局處單位、民間單位通報或篩檢之社區自殺高風險個案。

c.各縣市衛政單位通報或轉介之本市自殺高風險個案。

d.本市 1999、市長信箱、本局局長信箱、輿情報告及議員關切案等陳情案件。

(5) 社區關懷訪視員之派案原則

a.3 個月內重複自殺。

b.自殺方式危險性較高：

a) 利用懸吊、絞勒及閉息(悶氣)蓄意自我傷害。

b) 其他氣體及蒸氣(汽)(所致)的蓄意自為中毒及暴露(燒炭、家用瓦斯、汽車廢氣)。

c) 利用從高處跳下蓄意自我傷害。

d) 利用機動車衝撞蓄意自我傷害(臥軌)。

c.多單位通報(不含「醫院及警消皆通報」)。

d.年齡超過 60 歲。

e.精障列冊個案。

f. 個管評估及討論需轉派訪員家訪。

g.經電訪評估仍需家訪者。

(6) 關懷訪視員工作規範

a.接獲自殺防治中心分案後 3 個工作日內初次關懷,7 個工作日內完成開案訪視及個案管理；若為再自殺個案且本次自殺方式為高危，則應於受理通報後 24 小時內進行初次關懷。

b.定期進行家庭及電話訪視：當月份通報個案維持訪視 1 次/1-2 週，前月未結個案則依風險及需求評估，至少 1 次/月。

c.每月同時在案量 40 至 45 案(精神疾病個案 25 案；自殺企圖暨高風險個案 20 案)。

d.每月應訪視至少 70 人次，其中面訪不得低於 40 人次。

3) 關懷訪視員訓練及督導

(1) 關懷訪視員之訓練課程

a.自殺風險評估及訪視技巧之實務演練。

b.社福資源之簡介及實務連結。

c.自殺遺族之悲傷輔導。

d.個案訪視的結構式資料蒐集-以自殺個案為例。

e.自殺高風險個案與物質濫用。

a) 自殺及精障個案物質依賴程度/狀態評估。

b) 物質濫用個案處遇方式及相關資源。

c) 個案物質過量狀態緊急處置方式。

d) 重症個案之自殺風險評估與處遇。

e) 助人工作者的自我照顧。

(2) 督導部分，每月固定辦理個案之團體督導。

4) 實務面臨之困境

(1) 關訪員薪資並無設定年資級距，導致流動率過高，無法留住人才。

(2) 實際面訪仍有一定風險性存在，期能夠增加保險之完整度，以及提供更為完善之人身安全保障。

(3) 遺族關懷執行上仍有一定難度，期能夠開設更多相關訓練課程。

(4) 關訪員碰觸個案類型眾多、遺族關懷仍有一定難度、助人工作者壓力須適度宣洩，期能夠開設社會學、悲傷輔導、自我壓力管理等更多相關訓練課程。

(5) 權責劃分過於清楚，導致網絡間合作並不夠順利。

(6) 媒體報導渲染過強，導致大眾對於精神疾病仍有一定程度之汙名化。

5) 個案討論

(1) 個案一概況：32 歲女性，因情感問題跳水自殺未遂，被診斷有思覺失調症，有妄想、幻聽等狀況，有吸食安非他命，規律返診，不規律服藥，家庭支持度不佳，保護因子僅剩男友，但男友已感疲憊欲退出，因此目前困難在於男友如離開，會造成個案極大影響，以及如何增進個案服藥規律性。

建議：

a.接收資訊過於單向，恐有被操控、誤導之虞，仍須主動蒐集多方說法。

b.釐清個案及男友之想法。

c.釐清自殺真正原因，才能正確評估以及擬定處遇計畫。

d.釐清精神症狀、物質、藥物間之關聯性。

e.風險評估需有客觀事實、量表佐證，而非靠感覺行事。

f. 思考個案物質濫用以及其疾病之前因後果。

g.個案之人格特質需要特別注意。

h.個案有物質濫用之狀況，因此仍存有一定程度之自殺風險，務必注意。

i. 個案性格較不成熟，要掌握藥物使用、人際間互動狀況，重心勿只放在補足個案人際網絡。

(2) 個案二概況：78 歲男性，獨居，被診斷有情感性精神病，另有多重疾病、記憶退化等狀況，家庭支持度不佳，經服務後已將個案安置於機構，但服務期間，與其他網絡單位合作時，權責劃分過於清楚，導致業務進行並不夠順利，以及家屬置個案不理，態度冷漠，該如何增進家屬支持度。

建議：

a.仍須落實一問二應三轉介，讓個案獲得適切資源連結。

b.訪員須思考自身領域最優勢部分。

c.與其他單位仍須討論，以做出適切地資源分配。

綜合建議

1) 臺北市政府自殺防治中心

(1) 教育訓練將彙整訪員意見後，以利安排日後更為符合實務之課程。

(2) 薪資級距目前已在研議中，期能夠留住更多人才。

(3) 會向衛生福利部爭取起薪提高、保險增加等福利。

(4) 安全部分會考慮邀請專業人士教導防身術，以降低關訪員面訪之風險性。

2) 臺北市政府衛生局

(1) 會盡力協助自殺防治業務之進行。

(2) 會向衛生福利部、臺北市政府爭取薪資及其他福利。

(3) 希望衛生福利部自殺防治通報系統能夠更為完善，以避免產生問題時造成所有地方政府、關懷訪視員作業之困難。

3) 全國自殺防治中心

(1) 落實一問二應三轉介，如何及強化轉介是關懷訪視員重要之課題。

(2) 勿僅注意個案行為後之結果，須釐清發生事情之原因。

2.22 金門縣(訪查時間：2016 年 8 月 8 日)

自殺防治業務相關報告

1) 縣市自殺通報流程及個案管理人員作業內容

(1) 金門縣自殺防治相關業務

a. 委託衛生福利部金門醫院。

b. 經費來源：衛生福利部補助「105 年整合型心理健康促進、精神疾病防治及特殊族群處遇工作計畫」。

c. 含兩名關懷訪視員，該兩名訪員均負責自殺通報個案訪視及社區精神病人關懷訪視工作。

d. 自殺企圖、自殺意念個案，除衛政外，警政、消防亦會進行通報，由醫事科梁嘉琳約僱人員進行篩案、派案，自殺意念較低者將不會派予關懷訪視員。

(2) 派案方式

a. 企圖自殺者：依衛生福利部自殺防治通報系統，個案通報後經金門縣社區心理衛生中心執行派案至關懷訪視員進行關懷訪視。

b. 自殺高風險通報(自殺意念者)：由其他單位或民眾通報社區之自殺危機事件個案，經金門縣社區心理衛生中心初步評估具有自殺威脅或自殺意念後(BSRS5≧10)，執行派案至自殺關懷訪視員進行關懷訪視。

c. 接獲通報案件後派案，訪員需於 3 日內初次電話訪問，於 7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作。(若通報為高風險個案者【再自殺個案；本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者；個案陳述有具體自殺計畫(包含明確的時間與自殺方式)；65 歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人】，需於 24 小時內進行初次關懷)。

d. 輪流、平均分配個案予兩位訪員，如遇有家暴、危險性較高之個案，派予男性訪員優先。

e. 衛生所護理師/士主要追蹤精神個案，自殺業務擔任協助訪員角色。

f. 金門縣有五個鄉鎮，衛生所每個月會以風險、難度高低為基準，分派五

位精神個案予關懷訪視員。

g.心衛中心有一位個管人員專門負責管理精神個案，自殺業務無專門個管人員。

2)關懷訪視員訓練及督導

(1) 內部督導

a.由關懷訪視員每月於精神科晨會，定期報告該月服務個案數及現況。

b.由關懷訪視員每個月於精神科晨會至少提報一名個案研討。

(2) 外部督導：參與衛生局舉辦之相關聯繫會議及個案研討會。

(3) 工作人員專業訓練

a.依規定參與並完成關懷訪視員訓練時數。

b.參與醫院院內所舉辦的在職教育學分數。

3)特殊個案之因應策略

(1) 個案 1：中年女性，有一養子，從今年 2 月起有重複自殺之情形，被診斷為雙極性情感疾患，且合併家暴狀況。每月回診乙次，有服藥，不確定規則性，開立三種藥物，安眠藥物最快服用完畢，不願住院，防衛心強，看診僅領藥，且不固定醫師，已於個案討論會提請討論，但建議之方式皆無作用。

建議：

a.積極一問二應三轉介，對症下藥。

b.釐清先生及個案之個別狀況、家暴之定義。

c.建立良好關係，並鼓勵個案建立正向、良好情緒紓發管道。

d.詢問個案願意聆聽哪些人士之建言。

e.探究藥物服用之規律性、對情緒之影響。

f. 與醫師討論個案病情，以擬定適當之處遇計畫。

g.鼓勵個案建立固定之醫病關係。

(2) 個案 2：女性，因情感問題割腕，喜愛對象性向不明確，持續拒訪無法關懷或提供協助。

建議：

a.積極傾聽、同理，釐清問題，以利重建現場。

b.鼓勵個案就醫，協助壓力管理。

4)實務面臨之困境

(1) 自殺死亡之個案，若在其他縣市死亡被通報的話，是否可以同步讓該戶籍所在地之衛生局接受到通報或訊息。

(2) 在系統統計部分，若個案轉出至其他縣市，該筆個案數及訪視次數將被

扣除，導致實際上在本縣的個案數及訪視次數會有差異，這能如何解決。

(3) 每月的自殺通報關懷月報表，有時候會額外附縣市自殺通報個案特性分析表，這代表什麼意思。

(4) 酒癮合併多重問題，如家庭等其他因素。

綜合建議

1) 全國自殺防治中心

(1) 建議關懷訪視員須落實一問二應三轉介，並建立口袋名單。

(2) 關懷訪視員訪視時，積極聆聽，釐清、定義問題，重建現場狀況。

(3) 因兩位訪員並非心理衛生相關科系出身，建議可於醫師看診時，從旁觀察醫師談話、病患反應等狀況，更能即時了解、吸收相關專業知識及技能。

(4) 多與精神科醫師進行討論，擬定適當處遇計畫，以利關訪員業務進行。

(5) 訪視紀錄建議涵蓋 S.O.A.P.之概念，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫。

3. 經實務督導討論、檢視會議紀錄與逐字稿質性分析之結果後，瞭解 22 縣市推行自殺防治仍有諸多困難之處，其中又以「行政業務困境」與「關訪員實務困境」為各縣市亟欲改善之重點項目，因此中心彙整並比對 22 縣市共有之問題，歸納為以下項目，並將逐字稿中各縣市提及該問題的次數，列於括弧中：

1) 行政業務困境

(1) 單位網絡資源整合與溝通問題(25)。

(2) 系統與資料問題(16)。

(3) 關訪員業務量問題(13)。

(4) 法規限制，如個資法、精神衛生法(12)。

(5) 人力流動及人力不足問題(10)。

(6) 薪水問題(9)。

(7) 經費問題(9)。

(8) 醫療資源缺乏問題(8)。

(9) 通報與訪視流程問題(7)。

(10) 單位權責劃分問題(6)。

(11) 教育訓練問題(6)。

(12) 民眾教育宣導問題(3)。

2) 關訪員實務困境

(1) 拒訪個案(26)。
(2) 自殺合併精神及其他疾病個案，如物質濫用(19)。
(3) 經濟、補助申請、福利依賴個案(18)。
(4) 失聯及難以訪視個案(11)。
(5) 重複自殺及合併其他問題個案(10)。
(6) 關懷訪視員安全(5)。
(7) 自殺者遺族(5)。
(8) 家庭及其他人際情感個案(4)。
(9) 就醫意願(4)。
(10) 久病不癒個案(3)。

而為協助 22 縣市順利執行自殺防治業務，增加其廣度及深度，並提升一線工作人員之關懷訪視技能，以及解決自殺防治與關懷訪視時所面臨之困境，中心特針對「行政業務困境」與「關訪員實務困境」提出 8 大類建議：

1) 個案訪視相關建議：
(1) 整體流程處置之建議：關懷訪視員可藉由聆聽同理個案心情，轉介精神醫療，先讓精神醫療處理個案情緒問題，待情緒穩定後再逐一陪伴個案面對後續問題。
(2) 連接醫療之核心概念：落實一問二應三轉介，先關心個案，再關心其家屬，以人為中心，家庭為單位，社區為範疇，思考個案的問題，再思考個案與家人互動狀況，有精神疾病之個案，最重要的動作為轉介，讓個案以及其家屬接觸精神醫療，積極進行轉介之動作。
(3) 訪視與建立關係之技巧：關懷訪視員可於平時進行個案預演，首要建立良好關係，良好的開場白能有助於關係建立，建立關係基本要以人為中心，以個案的需求、傾聽個案為中心，重建現場及定義問題，並評估問題緩急先後，處理個案壓力反應，讓個案宣洩、協助個案建立自尊。
(4) 風險評估概念之應用：除了基本個案評估、關係建立、情緒支持，以個案為中心外，最重要為透過積極聆聽來定義問題，且將問題層次化，列出問題嚴重度順序，避免問題平面化，一次欲解決所有問題相當棘手。
2) 自殺方法策略建議：
(1) 針對不同方法的自殺個案，可從地理位置、性別、年齡、職業等面向進行分析，可作檢傷分類，依據個案狀況分為低、中、高三種等級，再依照等級的不同分別制定標準作業流程。
(2) 針對農藥自殺防治：

a.針對老人且使用農藥自殺者，可就自殺地區進行分析，並強化自殺防治推廣及衛生教育，教導民眾如何正確使用農藥。

b.未來可建立回收制度，藉由鼓勵農藥罐回收來降低民眾囤放農藥的習慣。

c.持續針對農藥販賣商做守門人訓練，加強預防。

d.關懷訪視員在農藥自殺部分需提高警覺，若個案有農藥自殺紀錄，應釐清個案取得來源，並確保之前使用的農藥已經處理乾淨，避免個案再度使用同樣方式自殺。

e.農藥的儲藏方式極為重要，為避免誤食的情況發生，針對高風險個案宜加強農藥存放管理。若個案及家屬說是農藥誤食，有可能是自殺的汙名化所致，所以否認自殺之個案，仍須提高敏感度辨識其風險程度。

(3) 針對跳樓自殺防治：可以找出熱點或針對區域及人口變項分析，以了解跳樓自殺個案之特質，進一步形成防治策略，例如可與大樓管理委員會合作進行高樓安全管理計畫與執行流程之討論。

3)特殊個案訪視建議：

(1) 針對自殺者遺族召開會議討論，建立不同於自殺未遂的 SOP，欲了解自殺者遺族，可上中心網站閱覽，也可以下載心情溫度計 APP，以便測量後的同理、衛教與適當轉介。

(2) 單身獨居榮民，可嘗試找榮民服務處做資源連結。另老人自殺不等於憂鬱，往往有其他的因素在內，如失眠、慢性病、感情因素等，因此自殺防治策略一定要資源整合且因地制宜，未來亦可考慮適時調整在地人口老年人的定義。

(3) 面對拒訪的個案要「以問題代替建議」來訪視。

(4) 青少年自殺防治部分，可與學校配合，在新生入學時用心情溫度計進行篩檢，結果出來後可按照等級做類似檢傷分類，針對分數較高者先進行輔導。

(5) 家暴個案，除積極與相關單位專業分工、共同合作外，亦須注意是否有三不管地帶，可能降低服務完善度。

(6) 遇失聯、無法聯繫個案等狀況，如各種方式皆已嘗試過仍無成效，建議除考慮予以結案外，各縣市亦可考量困難個案專責人力之配置，並檢視處置流程上之合適性。

(7) 遇談話冗長之個案，訪視時預先告知個案可供利用時間長度，另注意勿讓個案有被冷落之感，並協助建構個案支持系統。

(8) 關注當地外配集中地區，強化自我對外配文化的了解與個案家庭關係，因不同國家的外配，其需求不同，需釐清個案所需資源，並逐步整理可

用資源。

(9) 面對有酒癮之自殺個案，可先積極進行自殺之預防。在自殺危機解除後，再了解個案酒精成癮之原因，並給予資源協助。

(10) 貧窮個案沒錢回診可轉介社會處或醫院社福資源或衛生局內相關補助方案協助；或可提報給醫師公會討論是否通過免收掛號費。

4)網絡單位合作建議：

(1) 危機處理需要一個 SOP 以及資源盤點，應積極推動跨部會溝通及釐清分工，長期下來可望降低各單位間衝突，建議在縣市級會議提案，討論具體分工及 SOP，然後請縣市長發佈實施。

(2) 建議學校建立標準作業流程，以及衛教個案家屬正確相關知識，而非僅服務個案，另外可與學校導師結合，並運用同儕領導之概念，建立良好支持系統。

(3) 召開里民協調會，積極說明並與里長及消防單位溝通，並請村里長進行協助，掌握個案動態，持續寄送衛教單張或是轉知相關活動訊息。

(4) 可由高層長官組成專責委員會，強化各單位間連絡與宣導，並針對轉介單位辦理教育訓練，讓轉介單位在第一線能夠加強訪視說明，詳細解釋訪視服務。建議了解各單位進行自殺防治業務相關架構，並建構可完整連結各單位之平臺。

(5) 強化縣市衛生局與醫院急診之間的溝通合作，初期可每個月召開討論會協調，緩和彼此關係，衛政人員跟警消的溝通也很重要，可以與警政、消防跟醫療(例：急診室的護理人員)來做網路合作，一同前往並共同處理、互相同理及尊重，或者是在他們例行性的訓練裡面宣導，進行通報觀念的釐清。

5)督導及訓練模式建議：

(1) 建議每月針對自殺相關數據進行督導。除每月定時外部督導，亦可每週進行內部督導，以更即時討論訪員進行實務工作時所遭遇之困境，節省經費外也能一次針對四週之個案進行討論。

(2) 有鑑於部分縣市自殺關懷訪視流程是由衛生所護理人員負責，建議至少每個月一次對各區衛生所護理師/士進行自殺防治的督導。

(3) 訓練社區關懷員有關自殺關懷訪視的技巧，讓社區關懷員也能處理精障合併自殺之個案，以分擔自殺關懷員的案量，另外自殺關懷訪視員與社區關懷員之訓練，宜整合辦理以減少資源浪費。。

(4) 建議督導會議納入精神科醫師，以個案研討的方式，將困難的個案如重覆被拒訪提出來討論，較能對於個案病徵等部分給予專業建議，並有效

協助關懷訪視員進行訪視與轉介。

(5) 全國警察已在進行守門人之訓練，未來會持續加強各機關守門人訓練。讓社會大眾了解關懷訪視流程，傳播「一問二應三轉介」精神，讓社會大眾一同擔任自殺防治守門人。

(6) 全國自殺防治中心目前嘗試標準化關懷訪視員之培訓過程。本中心持續出版關懷訪視員手冊、錄製相關課程並上傳至數位學習網。除標準化陪訓流程之外，自我學習的能力也很重要。從每週或每月之督導會議中，將困難個案之議題提出並與督導進行討論，加強自身經驗值。

(7) 建議各區精神醫療網的必修課程時間可以錯開，讓新進員工也能盡快接受基礎訓練課程；建議關懷訪視員同儕支持可以一起設置資源表分享互相協助，也便於新進訪員運用資源。

6) 自殺防治通報系統相關建議：

(1) 遇重複自殺個案，無法得知每次自殺日期，導致無法了解自殺頻率，且無法查詢其他從業人員訪視重複自殺個案之歷程，導致無法先行了解個案狀況，另外自其他縣市轉介來的個案，無法看到過去在其他縣市的訪視紀錄，建議修正此狀況。

(2) 查詢自殺個案通報資料時，未點選查詢條件，畫面會把所有已通報案件帶出；另外在自建個案基本資料維護時，尚未點選查詢資料，畫面就會把全國所有通報資料帶出，皆拖累系統讀取及流暢度，建議修正此狀況。

(3) 新舊系統整合不佳，有去年線上通報個案資料未進入新系統，亦曾有自殺個案的資料在沒有接獲通報情形下又跑進系統的問題，建議修正此狀況。

(4) 針對 30 天內再自殺通報案件製作報表時，在選擇通報時間區間之後，實際跑出來的個案資料會超出該時間範圍，建議修正此狀況。

(5) 如個案有搬遷行政區，系統上需進行轉介作業，然實務上衛生局人員權限無法修正個案通訊地址，即使轉派至所屬訪員名下，該訪員亦無法於系統上進行後續追蹤管理作業，建議修正此狀況。

(6) 建議訪視紀錄中「個案目前狀態」新增「不詳」或「其他」選項，或在訪視未遇、拒訪狀況下列為非必填欄位。

(7) 建議系統有自殺日期不得大於通報日期的機制。

(8) 建議通報單中之通報單位類別新增「社會局處」、「勞工局處」等選項，以及通報單中「通報人姓名」、「通報人電話」列為必填欄位。

(9) 建議增加關懷訪視員系統權限、審核人員於「審核功能」處有「審核不通過」之選項，以及增加刪除功能。

7)經費相關建議：

(1) 自殺防治的工作，政府應該要積極支持，經費資金也要投入。

(2) 希望能頒發高危險個案服務績優獎金以慰勞關懷訪視員。

(3) 可參考毒品防治中心與長照管理中心制度，薪資比例以年資做為調整依據，重視關訪員之專業地位與前途發展。

(4) 建議關懷訪視員計畫可編列通信或出席費用。

8)其他建議：

(1) 依據衛生福利部自殺防治通報後關懷作業流程，其中關懷訪視頻率為每個月至少 2 次，惟低危險個案意表狀況穩定、自殺危險性低，在此訪視頻率下恐造成個案反感，甚無法實際幫助個案，且訪員人力有限，爰針對低危險個案之訪視頻率建議予以修正。

(2) 偏遠地區精神醫療資源缺乏，可提請健保局支援，並派醫師、護理師等組成團隊至當地進行醫療作業。

(3) 未來需深入思考關訪員之角色定位，是否應轉換成長期生涯規劃，讓此專業發展更具穩定性。

4. 結論

關懷訪視一直是自殺防治極為重要的一環，透過關懷訪視員積極傾聽、關懷，以及協助轉介個案進入醫療體系，才能真正達到自殺防治之目的，進而降低自殺率。

今年中心至 22 縣市與關訪員及自殺防治網絡相關單位，一同針對該地自殺防治策略、措施、訪視困境等進行討論，並即時給予回饋與建議，也藉由此次督導訪查瞭解到第一線人員已投入大量心力，但仍有許多行政及實務面困難之處，需要中央政府單位積極協助與跨部會橫向連結，此外，各地區單位網絡之合作、經費問題、關懷訪視員之評估處置流程、個案之後續轉介、督導與訓練機制等，皆尚有改善空間。

自殺防治仍是任重道遠，且非關懷訪視單一責任，亟需全國上下同心協力，中央及地方政府需聆聽、了解第一線自殺防治人員之困境及需求、規劃出更符合實務面之策略、進行資源盤點及整合、強化相關網絡間合作、提供第一線自殺防治人員願意長期投身發展之就業環境、善用推廣心情溫度計、落實一問二應三轉介，讓人員在徹底發揮所長協助民眾時，亦有足夠資源作為後盾，自殺防治業務方能進行更為順利及完善。

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

鑑於國人近年自殺率仍高，自殺雖已連續六年未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託台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、個人與親友自殺經歷與求助問題、自我健康情形、悲傷的人量表、心情溫度計(BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

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) 瞭解民眾心理健康情形。
5) 運用心情溫度計等量表，檢測國人情緒困擾之現況、自殺意念之風險。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 為能順利執行本年度電話調查工作，分別邀請廖士程醫師及吳佳儀老師擔任督導，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)2016 年 6 月 30 日召開第一次討論會，討論初步架構及問卷設計。
2)本年度問卷納入「悲傷的人」量表，並依其題目內容將其量表題目至於問卷不同部分詢問。
3)設計問卷(詳見附件 9.1.1)，主要部分如下：
(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 6 題，其中有 1 題屬於「自殺報導六不六要相關題目」。
(4) 個人與親友自殺經歷與求助問題，共 21 題，其中有 3 題屬於「悲傷的人」量表中的題目。
(5) 自我健康情形，共 7 題，其中有 3 題屬於「悲傷的人」量表中的題目。
(6) 心情溫度計(BSRS-5 簡式健康量表)檢測及求助科別相關問題共 7 題。
(7) 基本資料共 7 題，其中有 3 題屬於「悲傷的人」量表中的題目。
4)委請民調公司辦理電話調查作業。
5)7 月 6 日 至 7 月 21 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。
6)8 月 15 日全方位市調公司繳交電話調查成果報告。
7)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

2016 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 2,148 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

61.3%的民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重(非常嚴重 19.1%、還算嚴重 42.2%)，31.1%的民眾認為不嚴重(不太嚴重 29.6%、一點也不嚴重 1.5%)，另有 7.7%的民眾未表態。民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重的比例有逐年下降的趨勢，近 6 年之調查結果均低於七成，今年認為嚴重的比例為歷年調查中最低的一次，但仍有六成以上民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重，表示自殺防治工作仍不可輕忽(如圖 9.1.1)。

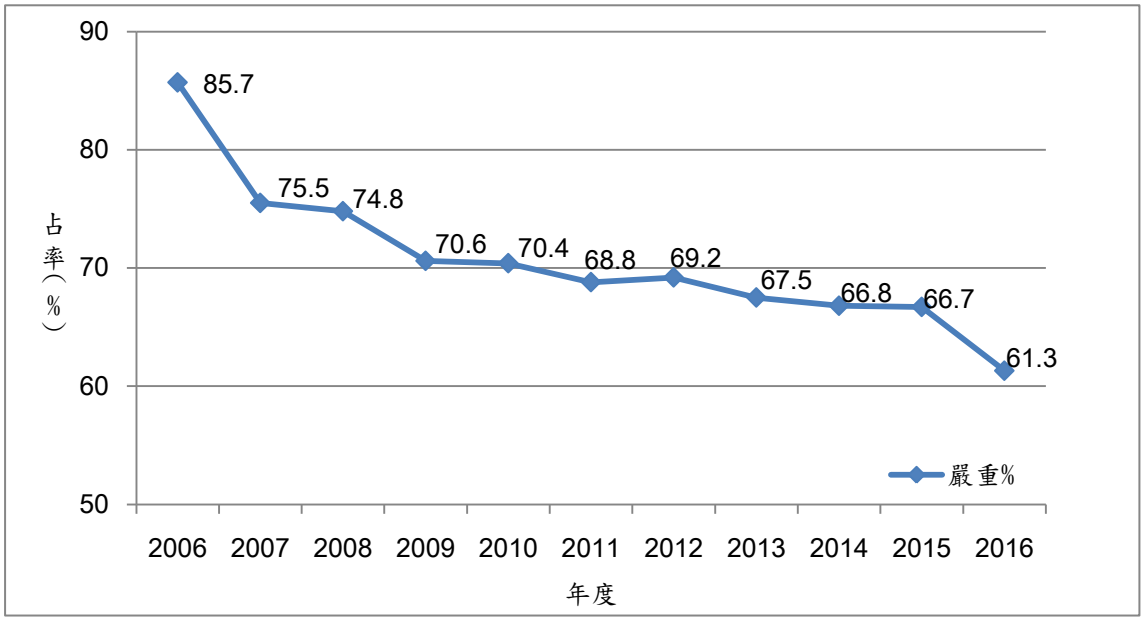


圖 9-1-1、歷年臺灣社會自殺問題嚴不嚴重的比例

2) 民眾對自殺認知與態度

59.4%的民眾認為自殺身亡者通常在生前不會說出自己想要自殺，34.0%的民眾則認為會，另有 6.7%的民眾回答「不知道/無意見」。歷年調查調查顯示(如圖 9.1.2)，今年認同此說法的比例高於去年，以近八年調查來看，認同此說法有增加的趨勢。

64.8%的民眾認同「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，29.4%的民眾不認同，另有 5.9%的民眾未表示看法。跨年度比較顯示(如圖 9.1.3)，近四年均有六成以上的民眾認同此說法，而今年認同度又略高於去年調查。

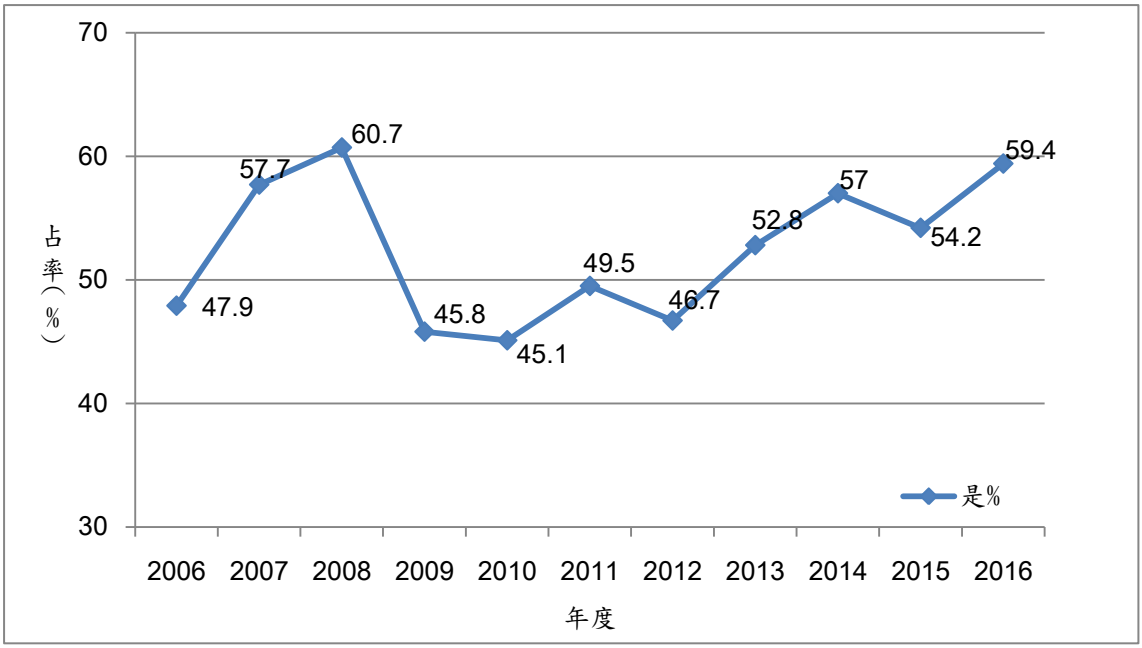


圖 9-1-2、自殺身亡的人，生前會不會說出想要自殺的比例

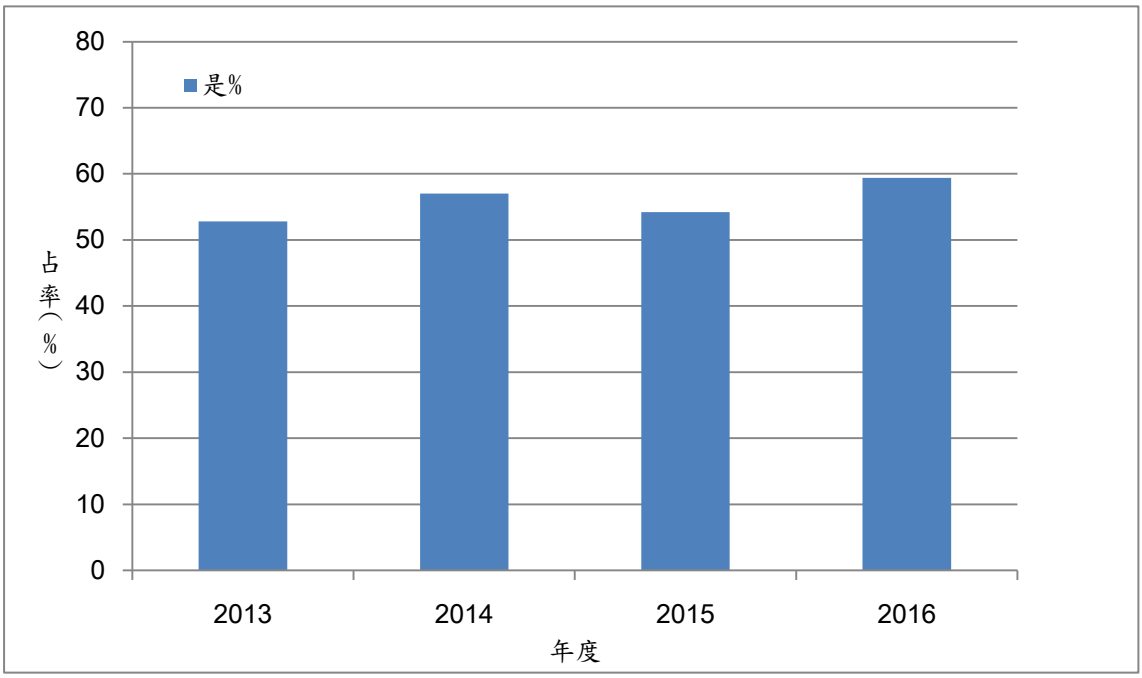


圖 9-1-3、「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」年度比較

59.8%的民眾認為「自殺是個人的權利，決定權在於自己」，37.7%的民眾則認為不是，另有 2.5%的民眾回答「不知道/無意見」。經交叉比較後發現，除專業人員外，其餘屬性民眾均偏向認同此說法(如圖 9.1.4)。

歷年比較(如圖 9.1.5)，2009 年以前調查顯示民眾偏向同意自殺不是個人的權利，而 2010-2016 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。若比較近 4 年之結果，發現歷年之同意度有逐年增加的趨勢。

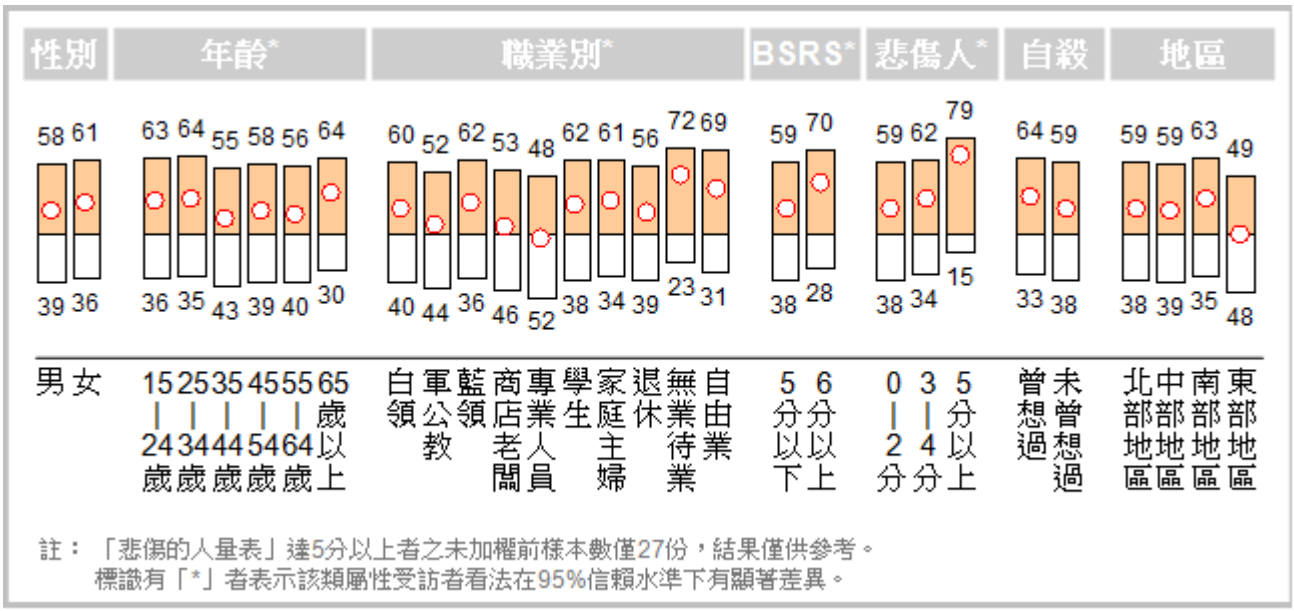


圖 9-1-4、「自殺是個人的權利，決定權在自己」交叉比較

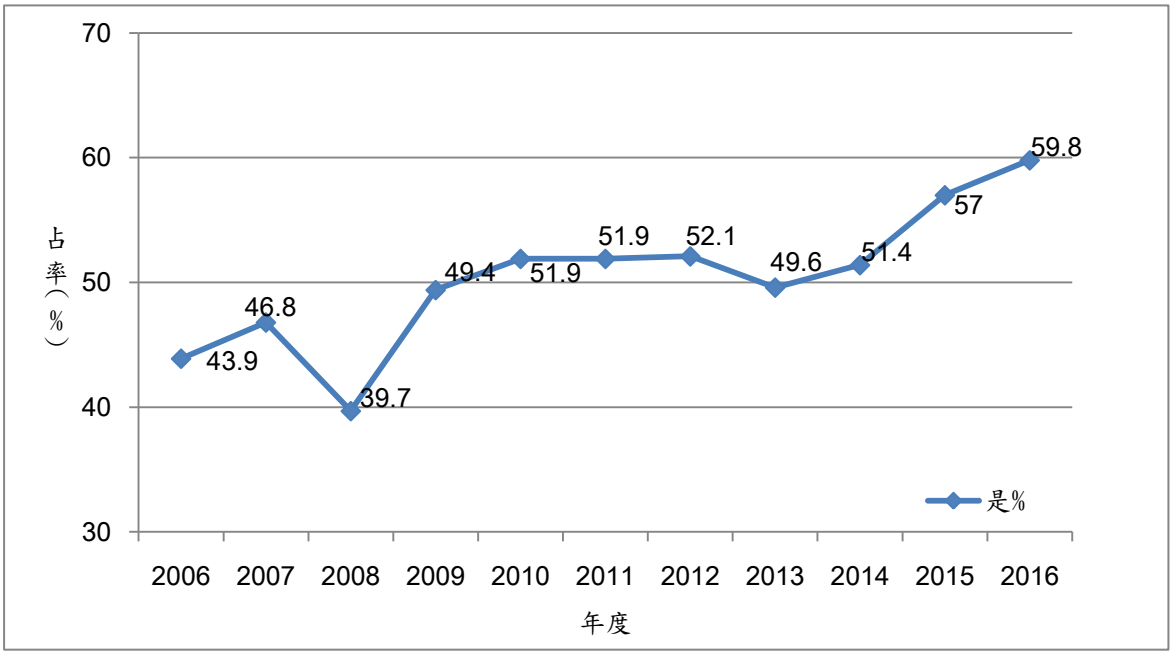


圖 9-1-5、「自殺是個人的權利，決定權在於自己」歷年變化

3) 自殺防治資訊接觸概況

44.5%的民眾近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊，大多數屬性民眾均有四成以上聽聞過，並發現年齡層愈低聽聞過的比例有愈高之趨勢。由歷年調查結果(如圖 9.1.6)可知，近幾年調查皆有約四成左右民眾接觸過

自殺防治相關資訊，而今年民眾接觸率略低於去年調查。經卡方檢定顯示，近兩年調查結果未達顯著差異。

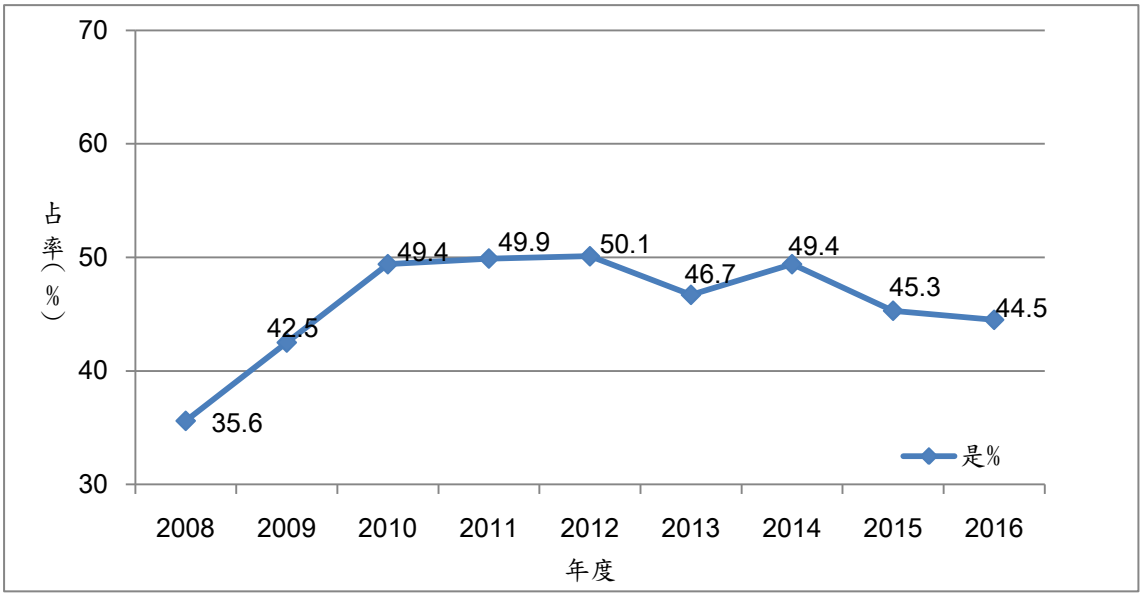


圖 9-1-6、近一年來有接觸過「預防自殺或自殺防治」資訊的比例

民眾得知自殺防治相關資訊的管道，主要是從電視(31.4%)得知居多，其次為網路(20.6%)、報紙(11.1%)。各屬性民眾得知資訊的管道均以電視為主，而年長或弱勢族群透過網路管道得知的比例遠低於其他族群。由歷年調查結果可知(如圖 9.1.7)，電視一直是民眾得知自殺防治相關資訊的主要管道；從網路得知的比例則逐年上升趨勢，與電視影響力的差距有逐年拉近的趨勢；從報紙得知資訊的人越來越少。

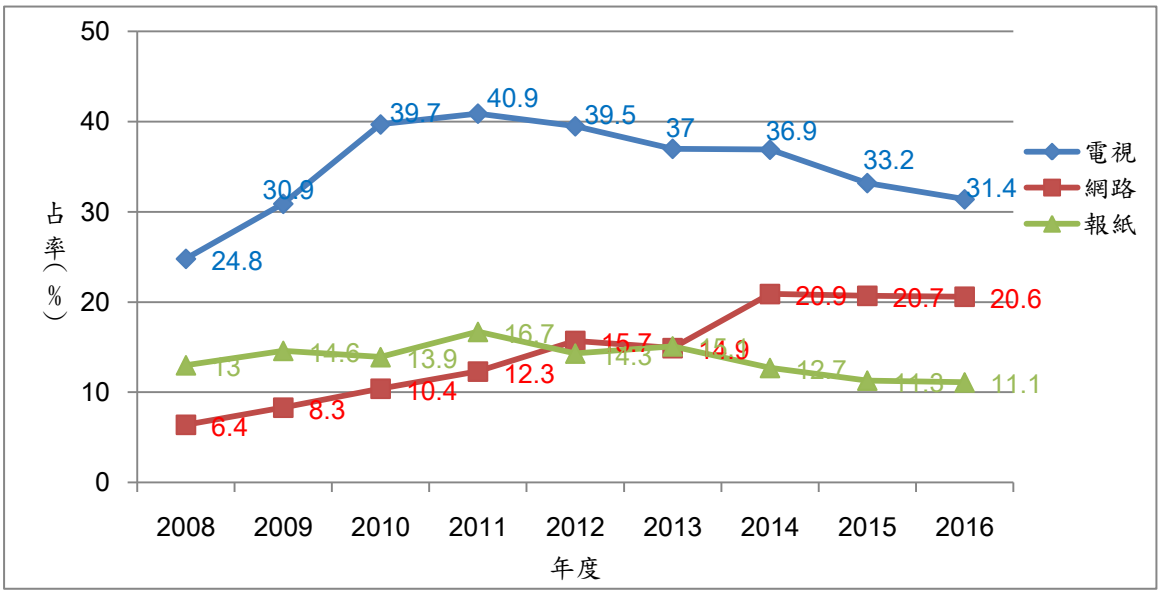


圖 9-1-7、近一年來從何處接觸過「預防自殺或自殺防治」資訊的比例

有關最近一年看過或聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」的相關資訊之結果，有 17%民眾表示在過去一年曾經有看過。經交叉分析各屬性民眾後得知，除軍公教外，其餘屬性民眾均不到三成人知道。此外，調查結果亦發現年齡層愈高，聽聞比例愈低(如圖 9.1.8)。結合歷年調查結果顯示，近三年聽聞過「自殺防治守門人」相關資訊的民眾皆不到二成，民眾聽聞比例仍偏低。

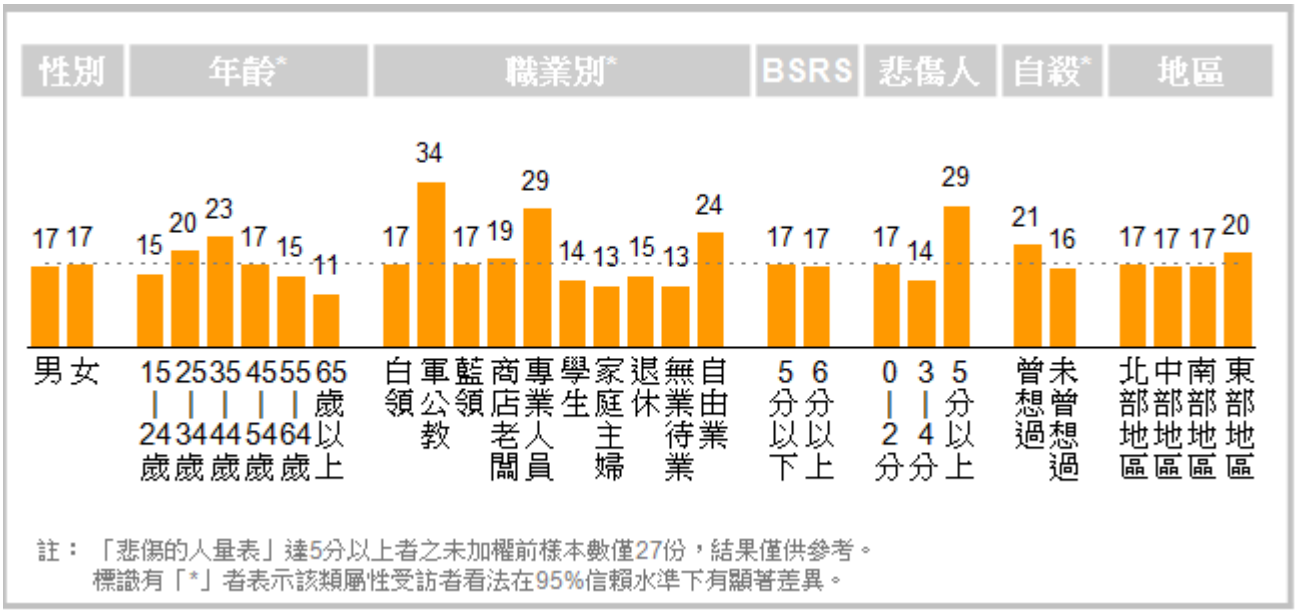


圖 9-1-8、各屬性民眾近一年來曾接觸過自殺防治守門人相關資訊之比例

有關民眾是否知道自殺防治相關求助資訊，包含求助專線、自殺防治中心、自殺防治諮詢專線等。在有無注意自殺新聞中有關「求助資源或專線」訊息，調查結果顯示有 63.5%的民眾曾注意到自殺新聞報導中「求助資源或專線」的訊息。跨年度比較之結果均顯示，近六年皆有六成左右的民眾有注意到，而今年民眾有注意到的比例與去年相同且明顯高於往年調查。在知不知道政府有設立「自殺防治中心」的題目，調查結果顯示有 63.3%民眾知道政府有設立自殺防治中心。歷年調查結果顯示，自殺防治中心認知度近 2 年認知度明顯提升。在知不知道有自殺防治諮詢專線的問題上，有 55.9%民眾表示知道有自殺防治有諮詢專線。結合歷年調查資料發現，近七年「自殺防治有諮詢專線」認知度皆有維持五成以上(如圖 9.1.9)。

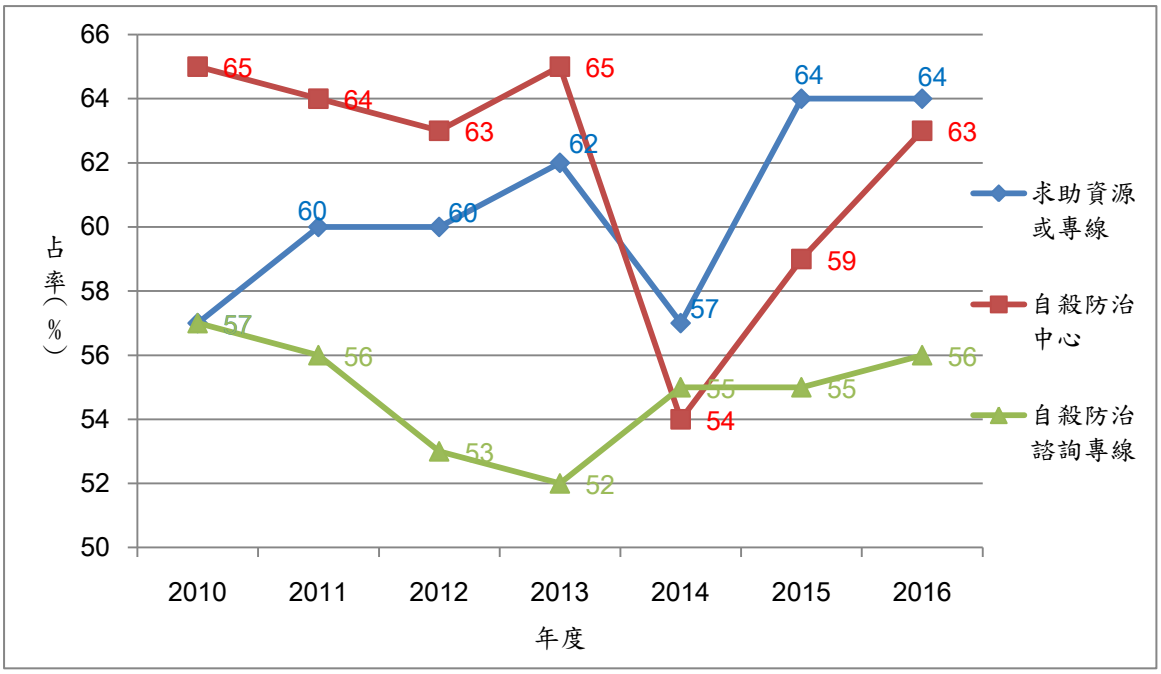


圖 9-1-9、歷年民眾是否知道自殺防治相關求助資訊之比例

在有關通報及後續關懷機制的問題上，有 25.3%的民眾表示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。經交叉分析後得知，除軍公教及自殺高危險群(無業/待業及「悲傷的人量表」達 5 分以上)外，其餘屬性民眾皆不到三成知道。年度的調查比較發現，近三年調查皆有約二成五民眾知道，認知度仍偏低。有關民眾對「心情溫度計」的認知度，今年有 20.6%民眾聽說過「心情溫度計」。經交叉分析後發現，15-24 歲、軍公教、無業待業或悲傷的人量表達 5 分以上者均有三成八以上表示知道，此外，有年齡層愈高認知度愈低的趨勢。由歷年調查發現，今年知道率突破二成，民眾知道率有逐年上升的趨勢。(如圖 9.1.10)

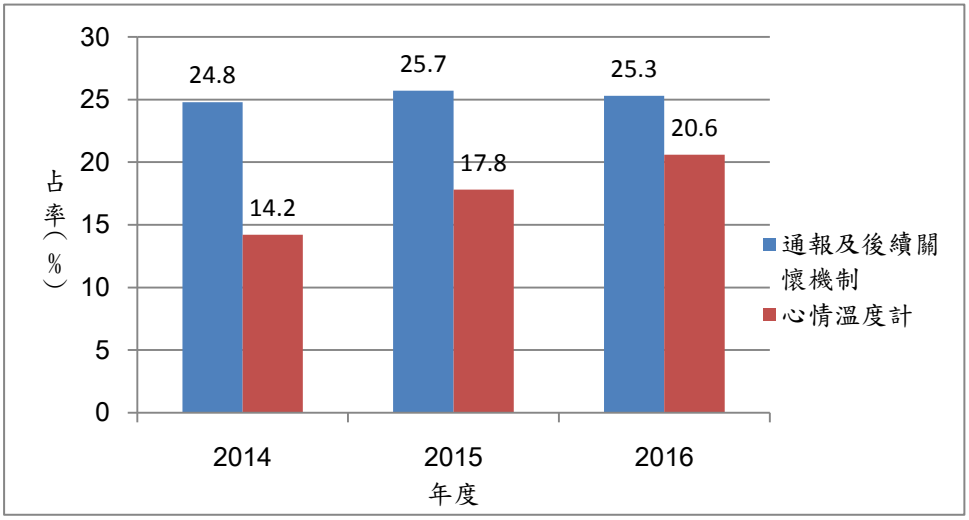


圖 9-1-10、歷年民眾是否知道通報機制及心情溫度計之比例

4)個人與親友自殺經歷與求助問題

12.5%的民眾表示一生中曾經認真地想過要自殺，2.2%的民眾表示最近一年曾認真地想過要自殺，0.7%的民眾表示近一個月有認真地想過要自殺。年度比較顯示(如圖 9.1.11)，今年調查結果發現近一年曾認真想過自殺比例與去年相同，而在一生中及近一個月內曾經想過自殺的比例皆較去年低。綜觀歷年調查發現，發現在一生中及近一年曾認真想過要自殺之民眾的比例有下降的趨勢；而在近一個月曾認真想過要自殺的比例，歷年調查結果發現皆維持約 1%左右的民眾。

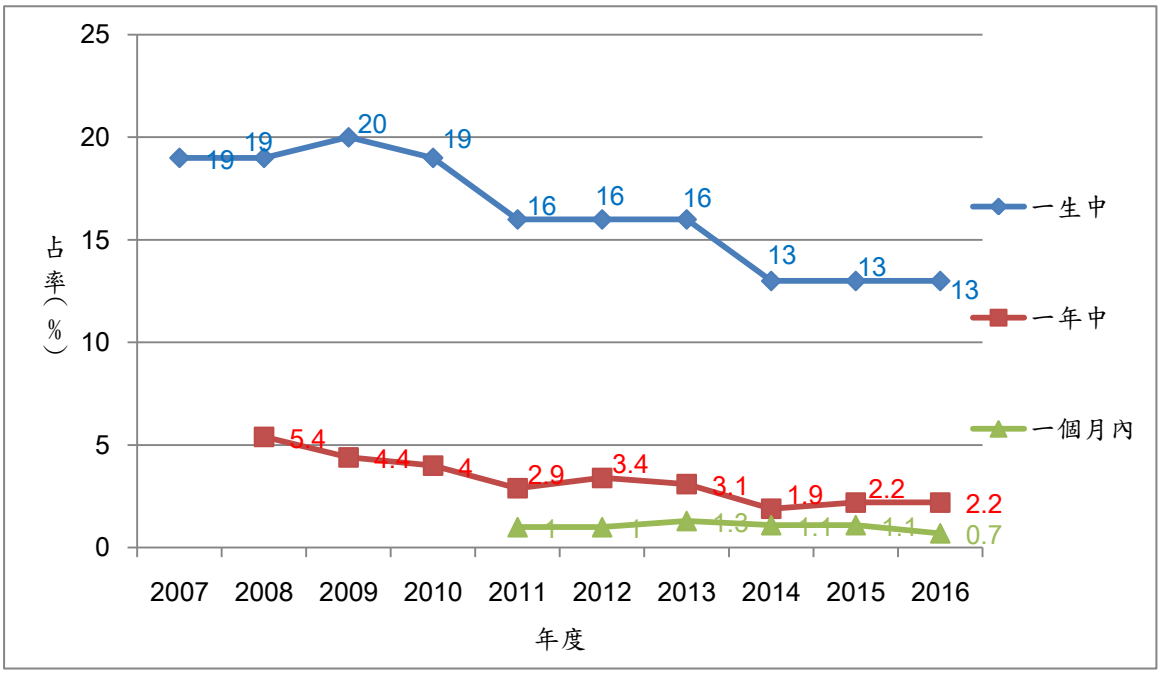


圖 9-1-11、一生、一年、一月內曾經認真地想過自殺比例

曾有自殺想法者第一次認真想自殺年齡有 37%在 20 歲以下，44.8%在 20~39 歲，13.6%在 40 歲以上。年度調查顯示，一生曾有自殺想法者第一次想自殺年齡皆集中在 15-19 歲，其次為 25-29 歲。若以全體受訪者角度觀之，有 1.9%民眾在 15 歲以下第一次認真想自殺，4.6%在 20 歲以下，6%在 25 歲以下，7.7%在 30 歲以下。

2%的民眾表示自己一生中有過自殺行為，跨年度調查結果顯示，歷年在自己一生中有過自殺行為的比例均落在 2.0% ~ 3.5%間。0.1%的民眾表示最近一年有過自殺行為，跨年度調查顯示，歷年最近一年有過自殺行為比例均低於 0.5%(如圖 9.1.12)。一生曾有自殺行為的民眾(n=43) 第一次自殺行為的年紀以 25-29 歲(22.4%)居多，其次則分散在 10-39 歲年齡層之間。

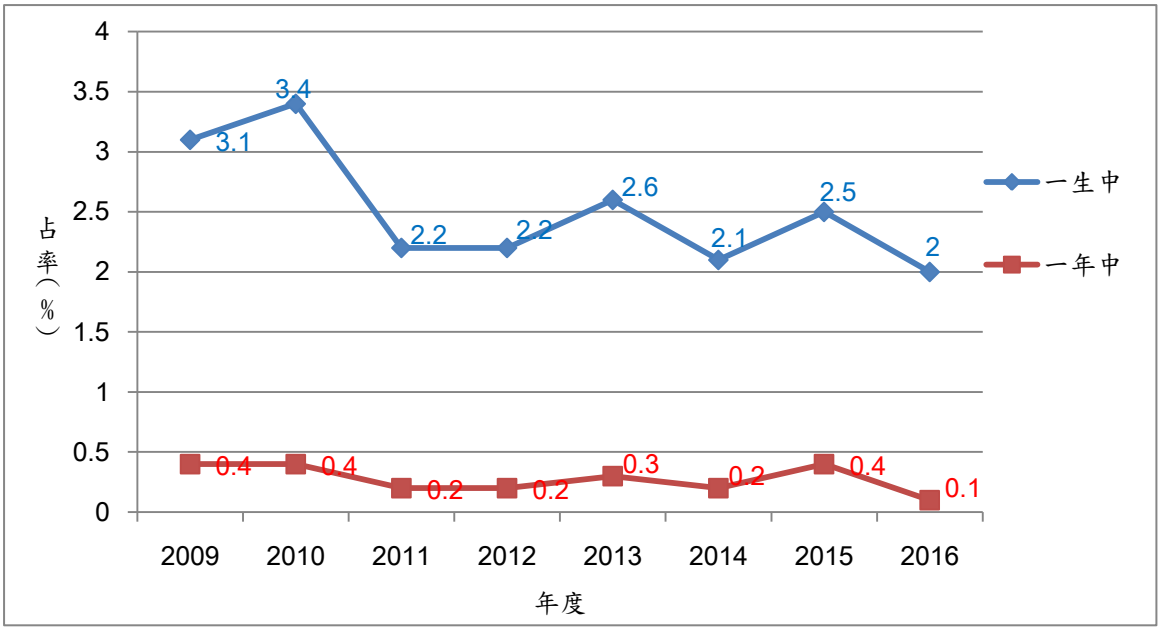


圖 9-1-12、一生、一年內曾有自殺行為比例

曾有自殺想法的民眾(n=268)中，僅有 20.5%的民眾當時有求助，求助對象以親朋好友居多(8.5%)，其次「心理諮商輔導專線或機構」(5.6%)。年度調查顯示，自殺想法者的求助率，歷年皆約二成多，而求助對象均以向「親朋好友」求助居多。在這些曾經有自殺想法的民眾中，有 56.5%表示曾有主動告知別人自己想自殺的念頭，55.2%表示求助對象有跟您談到自殺的問題。年度調查顯示，有自殺想法者在求助他人時會談及自殺問題的比率並不低。

在曾有自殺想法的民眾中，有 78.7%的民眾表示當時沒去求助。在這些沒有去求助的民眾中，有 28.7%的民眾表示當時沒去求助的主因為「自己想開了」，其次是「事情沒有嚴重到要自殺」(16.2%)，再者為「不知道有哪些求助管道」(11.1%)。就全體民眾認為「誰最能幫住想要自殺的人」的結果來看，認為求助於親朋好友最能幫助自殺者的比例最多(74.8%)，其次為心理諮商輔導專線或機構(31.9%)，再次為社福機構(13.6%)，歷年調查皆以認為「親朋好友」最能幫助想自殺者居多。

民眾有 9.2%表示過去一年中有人對他透露過自殺的念頭，有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分及曾有自殺念頭者均約二成一以上表示有此經驗。年度比較顯示(如圖 9.1.13)，民眾表示有人對他透露過自殺念頭的比率高於前 2 年調查。當有人對其透露自殺念頭時，82.9%民眾表示會「和對方談一談他對自殺想法」，其次有 11.5%的民眾表示會「轉移話題，儘量避免談到自殺這件事」，其後為「陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢」，有

11.1%民眾表示會這樣處理。

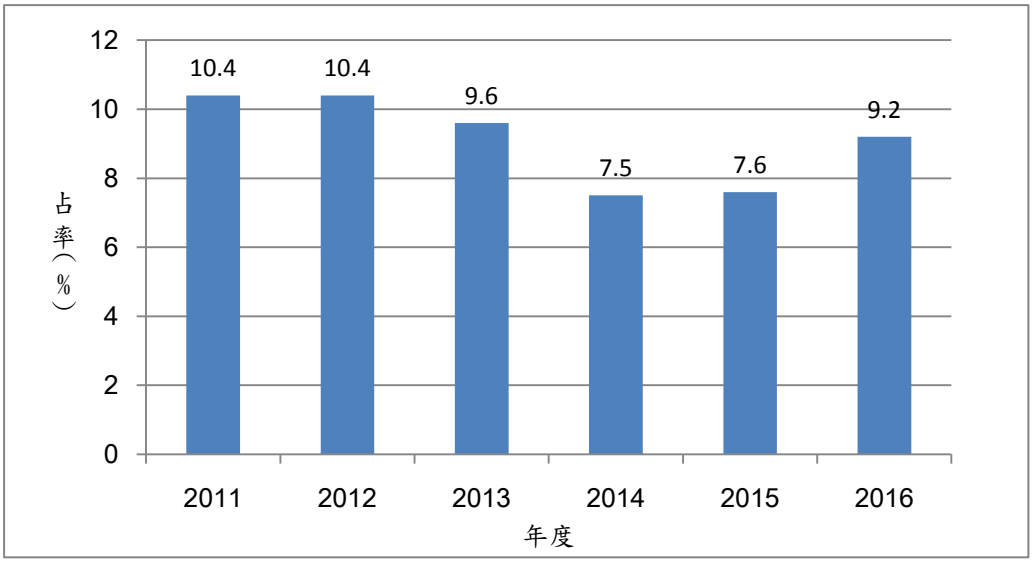


圖 9-1-13、過去一年中周遭有人透露過自殺的念頭比例

對於自殺防治的工作，62.9%的民眾認為自己可以幫得上忙，31.1%的民眾則認為不可以，另有 6%的民眾回答「不知道/無意見」。歷年調查顯示(如圖 9.1.14)，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。今年有六成多民眾認為可以，結果與去年調查相近。

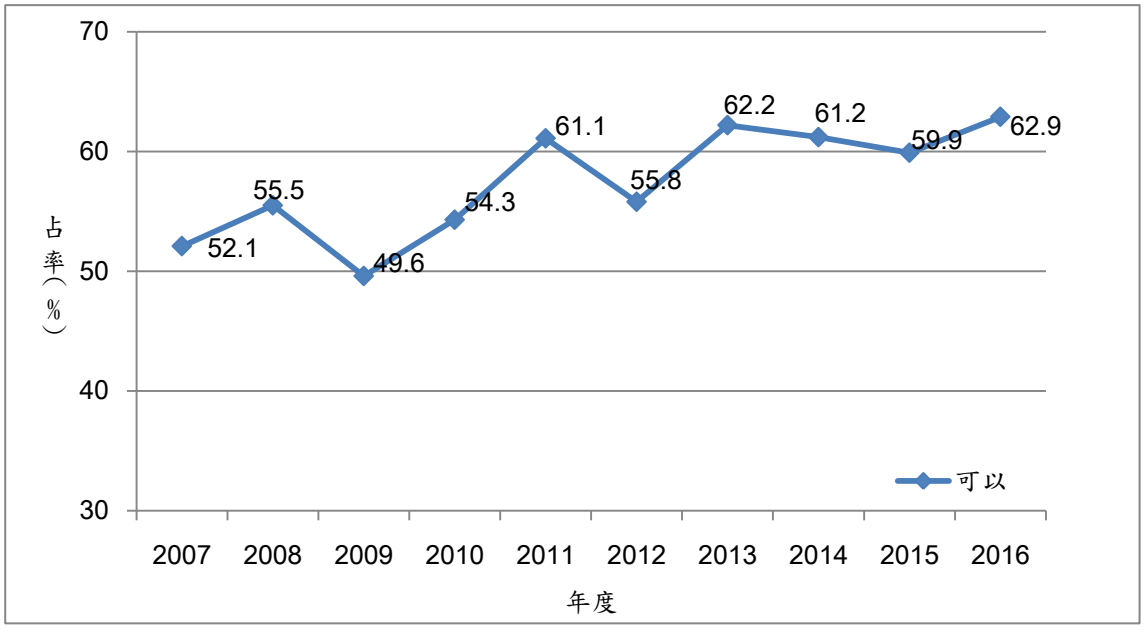


圖 9-1-14、對於自殺防治的工作，自己可不可以幫得上忙

5) 悲傷的人量表

在詢問有關「您現在會想著未來要自殺嗎」的題目中，15 歲以上民眾有 1.2%表示現在會想著「未來要自殺」，96.5%表示不會。經交叉分析的結果發現無業待業、有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均有 7%以上表示現在會想著「未來要自殺」。

全體受訪者中有 1.3%的民眾曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫，98.7%表示未曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫。進一步進行交叉分析後得知，，無業待業、有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均有 5%以上表示曾因「嚴重的自我傷害或自殺行為送醫」。

所有民眾中有 9.3%的人會覺得「周遭沒有一個值得信任的人傾吐心聲」，有 90.1%的民眾表示不會。經進一步的交叉分析後發現，無業待業、有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均有 19%以上會覺得「周遭沒有一個值得信任的人傾吐心聲」。

在「是否曾因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活」的題目上，全體受訪者中有 2.8%表示曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活，有 97.2%表示未曾有過。在「是否曾因罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診」的題目上，有 8.4%的民眾表示曾經因罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診，另有 91.6%的民眾表示未曾有過。

在詢問有關「你會不會常常有寂寞或孤單的感覺」的問題上，有 11.4%的民眾表示常常有寂寞或孤單的感覺，88.6%的民眾表示不會。交叉分析顯示，無業待業、有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均有 24%以上有此情形。

悲傷的人(CSPS)，藉由填答者過去生活經驗為依據的一份自殺危險性評估量表，以得知個案是否存有較高的自殺風險。問卷題目一共有九題，內容涵蓋曾經自傷行為、自傷治療、未來自殺意圖、心理疾病求醫、藥酒問題以及心理支持等面向。在本次調查中將這九題依照題目的屬性將其分別放置在個人與親友自殺經歷與求助問題(未來要自殺、一生中有過自殺行為、嚴重的自我傷害或自殺行為送醫)，自我健康情形(周遭有沒有人可以傾吐心聲、過度飲酒或長期服用某種藥物影響生活、罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診)，以及基本資料(性別、年齡、婚姻狀態)等三部份中。除基本變項外，剩於題目均為檢核表形式，選項僅有是與否，故這六題的計分方式均為答是者為 1 分，否者不計分。此外，另包含問卷所詢問之三題基本

變項。基本變項的部分將男性、分居離婚或喪偶者以及年齡大於 45 歲跟小於 19 歲者列入計分。量表的滿分為 9 分，高於或等於 5 分最篩檢之切割點，若超過 5 分即可算是自殺高危險族群。

調查結果發現，全體民眾以得到 1 分的居多(42.6%)，其次為 2 分(27.9%)，再次為 0 分(19%)。此外，全體受訪民眾中 10.5%的人在「悲傷的人量表」達 3 分以上，3.4%達 4 分以上，1.3%達 5 分以上。表示本次受訪者中有 1.3%的民眾可能有高自殺的風險存在。

6) 自我健康情形

有關民眾對於自己心理健康情形的看法，有 83.8%的民眾覺得好，僅 2.7%的民眾覺得差，另有 12.9%的民眾覺得普通。經交叉分析後得知，自殺高危險群如無業待業、有情緒困擾者、「悲傷的人量表」達 5 分以上或曾有自殺想法者均有一成以上自覺「心理健康情形」差。在民眾認為身體進康情形如何的題目上，有 73.3%的人覺得好，有 8.3%的人覺得差，另有 18.2%的人覺得普通。經交叉分析顯示，有情緒困擾者或悲傷的人量表高於 3 分者均有二成三以上自覺「身體健康情形」差。(如圖 9.1.15)

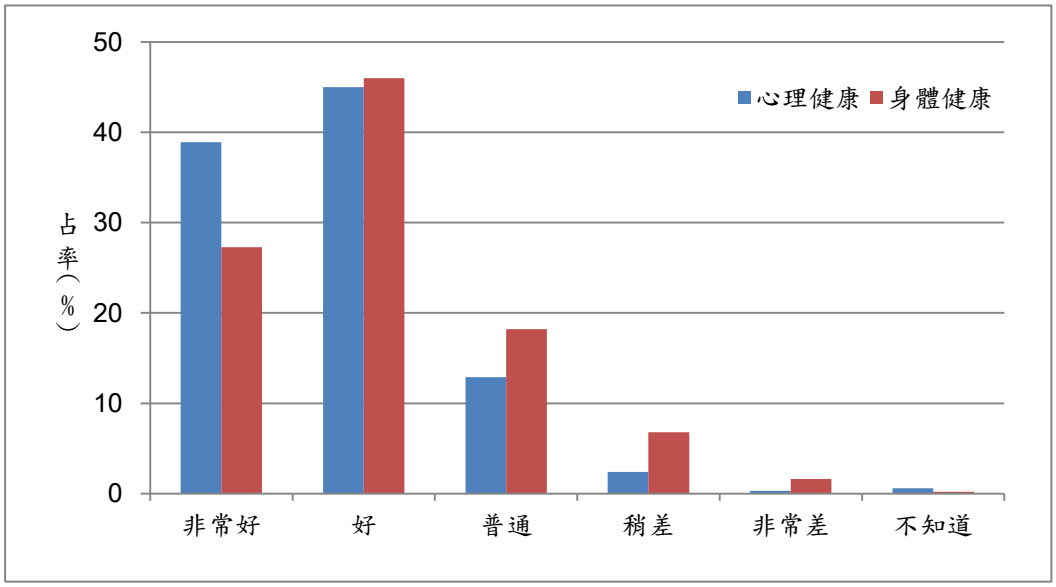


圖 9-1-15、民眾對於自己心理健康、身體健康情形的看法

民眾對於自己能控制好自己的健康狀態的信心度以給 80~89 分(38.2%)者居多，其次是 90~99 分(21.4%)，僅 5%給不及格分數(59 分以下)。總計有 66.1%的民眾對自己能控制好自己的健康狀態的程度保持樂觀(給 80 分以上)。經交叉分析顯示，有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均不到五成給 80 分。

7)BSRS-5 心情溫度計檢測

經心情溫度計 BSRS-5 量表檢測有 6.1%的民眾達 6 分以上(有情緒困擾)，推估臺灣約 122.8 萬人(如圖 9.1.16)；其中 25-34 歲、無業待業、東部地區、有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均高於一成有此困擾。1.9%的民眾表示最近一星期有自殺的想法，約 38.9 萬人最近一週有自殺的想法； 0.3%達中等程度以上，0.1%達嚴重程度以上；15-24 歲、無業待業、「BSRS 量表」達 6 分以上、有情緒困擾、悲傷的人量表高於 3 分或曾有自殺想法者均高於 4%有此困擾。

有情緒困擾的民眾有高達 42.7%的人曾認真想自殺，14.7%的人在近一年曾認真想自殺，6.7%近一月曾認真想自殺，7.1%現在會想著未來要自殺。在有情緒困擾的民眾中有 8.1%的人曾有自殺行為，1.6%的人近一年曾有自殺行為。

有心情溫度計量表分數達6分以上(有情緒困擾問題)者有34.6%求助，27.2%求助於「醫療院所」(不分科)或心理衛生人員，17.4%求助於醫療院所「精神科/身心科」。有情緒困擾問題者有 7.4%僅求助於民俗療法/偏方/求神問卜/宗教團體，8.3%同時求助於民俗療法/偏方/求神問卜/宗教團體及正規管道，合計有 15.7%求助於民俗療法/偏方/求神問卜/宗教團體。

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
心情溫度計 BSRS5 量表	輕微程度以上	睡眠困難	26.2%	±1.86%	**529.3萬**	±37.6萬
		感覺緊張不安	17.4%	±1.60%	**351.9萬**	±32.4萬
		覺得容易苦惱或動怒	23.8%	±1.80%	**481.1萬**	±36.4萬
		感覺憂鬱、心情低落	16.0%	±1.55%	**323.6萬**	±31.3萬
		覺得比不上別人	16.0%	±1.55%	**323.5萬**	±31.3萬
	嚴重程度以上	睡眠困難	3.2%	±0.74%	**64.6萬**	±15.0萬
		感覺緊張不安	1.2%	±0.47%	**25.2萬**	±9.5萬
		覺得容易苦惱或動怒	1.9%	±0.58%	**38.7萬**	±11.7萬
		感覺憂鬱、心情低落	1.1%	±0.43%	**21.3萬**	±8.7萬
		覺得比不上別人	1.3%	±0.48%	**26.4萬**	±9.7萬
情緒困擾	輕度情緒困擾以上(6分+)		6.1%	±1.01%	**122.8萬**	±20.4萬
	中度情緒困擾以上(10分+)		1.7%	±0.55%	**34.3萬**	±11.0萬
	重度情緒困擾以上(15分+)		0.3%	±0.21%	**5.2萬**	±4.3萬
有自殺的想法	一生中(認真)		12.5%	±1.40%	**252.6萬**	±28.3萬
	近1年(認真)		2.2%	±0.62%	**44.2萬**	±12.5萬
	近1個月(認真)		0.7%	±0.36%	**14.9萬**	±7.3萬
	近1週(輕微以上)		1.9%	±0.58%	**38.9萬**	±11.7萬

圖 9-1-16、全國 15 歲以上人口情緒困擾推估人數

2. 檢討與建議

1) 感受自殺問題嚴重的民眾逐年減少，但仍有六成一認為嚴重，自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因目前的些微成效而掉以輕心

雖有六成一的民眾認為台灣自殺問題嚴重，但以總體趨勢來看發現認為嚴重的民眾已有逐年減少的趨勢，今年認為嚴重的比例為歷年調查中最低的一次。民眾感受自殺嚴重性降低，可能與近年來國人自殺率下降，以及自殺相關新聞報導減少有關。

9.2%的民眾表示過去一年中有人向他透露過自殺的念頭，較前二年略高，值得進一步注意。一成五的民眾認為自己有生活經濟壓力，比例與去年差不多。資料分析顯示，生活經濟壓力大者容易有情緒困擾，也容易有自殺念頭，國內經濟好壞也可能直接影響民眾自殺率。

民眾認為自殺問題的嚴重性、自己的生活經濟壓力及親友向自己透露自殺念頭等情況均有逐年降低的趨勢，加上自殺已經連續五年退出國人十大死因，種種資訊顯示近幾年的自殺防治工作有些成效。只是目前整個大環境不好、上班族薪資停滯，民眾生活經濟壓力未來可能增加的情況下，自殺率可能再度上升，自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因目前有些成效而掉以輕心。

2) 多數民眾願意協助自殺防治，但大多缺乏相關知識，無法真正幫助有需要的人，政府須善用大眾媒體宣傳自殺防治機構及措施，及宣導自殺防治正確觀念

有六成三的民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙，更有 9.2%民眾表示過去一年中有人向他透露過自殺的念頭，顯示國人大多願意挺身幫忙，而遇到有人求助的機會也不低。

調查結果發現，有約四成五的民眾在過去一年曾看過或聽過自殺防治相關資訊，得知方法主要是透過「電視」及「網路」，另有六成四民眾曾注意到自殺新聞報導中的「求助資源或專線」訊息。綜觀歷年的調查結果，民眾認識自殺防治訊息仍多仰賴電視管道，電視作為主流傳播媒體的角色屹立多年，值得注意的是近幾年網路媒體角色的重要性快速提升，直逼電視媒體影響力。

總體而言，六成民眾認為自己對自殺防治幫得上忙，遇到求助者的可能性也不低，可惜仍有不少民眾並不瞭解政府相關的自殺防治機構或措施，

無法善加利用這些資源。政府宜善用電視或網路媒體宣傳這些機構與相關措施，同時宣導「自殺防治守門人」等相關資訊，讓民眾對自殺防治有正確的認知，進而協助週遭需要幫助的親友。

3)政府應大力推廣「心情溫度計」，讓人人成為自殺防治守門人

就全體民眾認為「誰最能幫助想要自殺的人」的結果來看，有七成五民眾認為親朋好友是最能幫助想自殺的人，而曾有自殺想法的民眾所求助過的對象也多以親朋好友居多，顯示自殺高危險群身邊的親友是最能幫助他的人。透過本次調查中的「心情溫度計」檢測可知，有 6.1%的國人有情緒困擾問題，可惜的是目前全體民眾中只有 20.6%民眾在過去一年曾聽聞過「心情溫度計」，顯示認知度仍有待宣傳。

由此可知，親友是自殺防治行動的第一道防線，當遇到週遭有自殺意念或自殺傾向的親友，才能及早發現、立即關懷，並給予正確處理方法，以避免悲劇發生。另外，心情溫度計可以篩選出自殺高危險群，加上量表檢測簡單容易，一般人都能自行做檢測，未來應該加強推廣，最好是從小學的健康教育開始扎根，讓全民都知道「心情溫度計」且隨時自我檢測情緒及心理狀態，更要督促有情緒煩惱或自殺求助的親友隨時做檢測，人人成為自殺防治守門人，讓有情緒困擾者能及早治療，避免自殺憾事發生。

五、 附件

附件 9.1.1　2016 自殺現象與防治調查問卷

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
1月		
1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(陽明、和平)學員，人數共17人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
1月14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)、宏恩醫院、恩主公醫院學員，人數共23人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
1月25日	由自殺防治通報系統維護廠商召開「自殺防治通報系統教育訓練」，與會人員為孔祥玲、張鈴涓、陳政瑋等專員。	衛生福利部
2月		
2月18日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為新北市立聯合醫院及博仁綜合醫院學員，人數共7人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
2月18日	召開「八仙塵爆內部專家會議」，與會人員有中心李明濱計畫主持人、學會張家銘理事、八仙塵爆傷患家屬王鈺琇小姐與孫小姐等人。	全國自殺防治中心
2月23日	召開105年度「自殺防治網通訊」編輯委員會議，主持人為鄭宇明秘書長，與會人員有廖士程執行長、吳佳儀副執行長、李婕宇專員。	台大醫院 精神部大樓
2月24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、忠孝)學員，人數共20人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
2月25日	召開「自殺通報系統相關問題討論會議」，主持人為心口司詹金月科長，與會者為廖晃聖研發替代役、周建豪先生、洪瑞鴻先生、全國自殺防治中心張鈴涓、陳政瑋等專員。	衛生福利部
3月		
3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、和平院區)學員，人數共24人，由陳宜明醫師、鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
3月14日	由臺北市立聯合醫院松德院區辦理「105年精神疾病及自殺通報個案關懷員進階教育訓練」課程，對象為關懷訪視員，由吳佳儀副執行長擔任講師，主題為自殺防治政策及社區處遇。	北市立聯合醫院 松德院區

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
3月17日	由衛生福利部召開「八仙塵暴個案服務縣市實地訪查會議」，主持人為心口司諶立中司長，與會人員為新北市政府社會局、衛生局、臺北市政府社會局、衛生局、桃園市政府社會局、衛生局、財團法人陽光社會福利基金會、627燒燙傷專案管理中心、心理及口腔健康司、衛生福利部社會及家庭署，學會龍佛衛理事長、張家銘理事、中心李明濱計畫主持人、李婕宇專員、長庚大學職能治療學系蘇逸人助理教授。	新北市聯合醫院板橋院區
3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(中興、忠孝、和平院區)學員，人數共24人，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月25日	李明濱計畫主持人與臺灣先正達公司高經理針對農藥儲藏箱發放事宜及自殺防治部分進行交流和討論。	全國自殺防治中心
3月28日	舉辦「青少年自殺防治」記者會，主題為「陪伴青少年走過生命幽谷」，主持人為李明濱計畫主持人，心口司諶立中司長蒞臨指導，主講人為吳佳儀副執行長，出席媒體共15家。	全國自殺防治中心
3月29日	協助憲兵指揮部辦理「珍愛生命守門人-自傷防治」課程，對象為各單位心輔人員(主管)，人數165 人，由楊聰財醫師擔任講師。	憲兵指揮部
4月		
4月7日	召開「新聞媒體連繫會籌備小組會議」，主持人為中心李明濱計畫主持人，出席者為吳佳儀副執行長、台北醫學大學林進修先生；列席者為台灣自殺防治學會侯蓉蘭理事、楊聰財理事、詹佳真醫師、中心廖士程執行長、中山醫學大學江宜珍副教授。	全國自殺防治中心
4月12日	由苗栗縣生命線協會辦理「105年度自殺危機通報個案關懷訪視計畫」，回應人為李明慧老師，中心由吳佳儀副執行長出席。	苗栗縣生命線協會
4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)、宏恩綜合醫院、新北市立聯合醫院學員，人數共16人，由張書森副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
4月21日	協助桃園創新技術學院諮商輔導中心辦理「珍愛生命守門人」講座，加入「自殺防治與通報」課程，對象為教職員，人數共30人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	桃園創新技術學院

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
4月27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、陽明院區)、恩主公醫院、新北市立聯合醫院學員，人數共17人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
5月		
5月8日	與中央廣播電台主持人簡德浩合作辦理「日出健走walk in hope」活動，對象為一般民眾，參與人數為50-70人。	象山
5月9日	針對八仙塵爆相關議題，新北市衛生局林奇宏局長與全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、台灣自殺防治學會張家銘理事特召開相關會議進行討論。	新北市衛生局
5月9日	召開「基隆市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為基隆市衛生局醫政科王瑛蘭科長，與會人員有馬偕紀念醫院淡水院區胡仁潔護理師、基隆市衛生局精神個案管理師黃鈞麟、自殺關訪員郭安怡、李孟盈、范美玲、鄒觀宇、社區關懷訪視員陳蕉、王嘉琳、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、王俊堯專員。	基隆市心衛中心
5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(和平、中興院區)學員，人數共11人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
5月11日	協助衛生福利部中央健康保險署辦理「珍愛生命守門人-情緒管理與壓力調適」課程，對象為健保署新進同仁，人數共55名，由張立人醫師擔任講師。	衛生福利部 中央健康保險署
5月13日	召開「雲林縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為雲林縣衛生局醫政科許淑雲科長，與會人員有雲林縣衛生局醫政科廖振甫藥師、葉婉菁個案管理員、衛生福利部嘉南療養院王禎邦主任、國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院游志遠社工師、信安醫療社團法人信安醫院黎士鳴主任、關懷訪視員林裕清、李緯坤、鄭智文、吳浩賓、廖敏棋、林珊如、林佑珊、蔡淞霖、鍾心怡、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、王俊堯專員。	雲林縣衛生局
5月14日	辦理「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)課程」，對象為關懷訪視員，當日參與人數共169人，由廖士程執行長、吳佳儀副執行長、蕭雪雯社工師、方俊凱常務監事擔任講師。	臺大醫院第七講堂
5月16日	召開「連江縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為連江縣衛生局醫政藥政課陳月欽課長，與會人員有連江縣衛生局醫政藥政課李怡薇自殺關懷員、台北市立聯合醫院松德院區姜丹榴技正、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、及其它中心專員。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
5月18日	協助行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院辦理「珍愛生命守門人」課程，對象為全院同仁，人數共80人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	財團法人 恩主公醫院
5月23日	召開「屏東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為屏東縣政府衛生局薛瑞元局長，與會人員有醫政科周宗賢科長、專案助理柯又綺、徐儷瑄；屏安醫院黃文翔院長、張益豪副院長、王世宗心理師主任、廖靜薇社工室主任、自殺關懷訪視員謝淑惠、馮國株、石薰憶、孔詩儀、曾馨慧、陳彥融、社區關懷訪視員林志佳、蘇秀莉、吳美雅、潘耔妘、郭淑華；台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、王俊堯專員。	屏安醫院 長治院區
5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(忠孝院區)，人數共10人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
5月27日	協助屏東科技大學辦理「珍愛生命守門人-自殺防治守門人培訓」課程，對象為學生、校安人員與導師，人數共100人，由周煌智常務理事擔任講師。	屏東科技大學
5月28日	辦理「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)課程」，對象為關懷訪視員，當日參與人數共217人，由中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、學會張家銘理事、楊延光主任擔任講師。	高雄市立凱旋醫院
5月30日	召開「苗栗縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為苗栗縣毒品防制及心理衛生中心涂麗秀主任，與會人員有苗栗縣毒品防制及心理衛生中心張微欣個案管理員、社團法人苗栗縣生命線協會劉佩璇副主任、曾嘉妙督導、關懷訪視員高淑梃、邱士展、劉郁茹、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、林俞均專員。	苗栗縣衛生局
5月31日	辦理交通部鐵路改建工程局參訪活動，主題為守門人種子講師的訓練課程，人數共33人，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員有吳建棧主任、王曉雲承辦人。	台大醫院 精神部602室
6月		
6月2日	舉辦兩梯次「新聞媒體焦點座談會」，主持人為李明濱計畫主持人與楊聰財理事以及吳佳儀副執行長，對象為第一線平面媒體工作人員，與會人員共13人。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事件	地點
6月3日	召開「嘉義縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為嘉義縣衛生蔡淑真副局長，與會人員有南區精神醫療網核心醫院嘉南療養院王禎邦主任、嘉義縣衛生局醫政科趙紋華科長、陳秀玲技士、朱玟娟專任助理、蔡宜潔單工、心衛中心龔郁雅專任助理、臺中榮總嘉義分院精神部李世雄主任、謝玲玉心理師、自殺關懷員吳懿芳、蔡佳臻、蔡宛蓁、社區關懷員黃鈺穎、孫文廷、余昭瑩、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李婕宇專員。	嘉義縣衛生局
6月6日	召開「花蓮縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為花蓮縣衛生局林運金局長，與會人員有衛生局企劃科李美靜科長、專任助理謝有志、蘇慧娟、社區關懷員鄒曉婷、吳郁馨、梁志祥、張嘉秀、林姿晴、家暴相對人彭偉旗社工、衛福部玉里醫院一般精神科余權訓主任、孔繁鐘醫師、心理衛生中心蔣素娥諮商心理師、衛生所公衛護士胡英妹、陳屏儒、陳怡君、吳翊搖、鍾培雯、鍾欣玲、楊杏茹、魏翠華、陳品璁、陳玉惠、藍周惠、周思羽、劉淑蓉、光復鄉衛生所王婉之護理長、花蓮縣消防局王永杰科長、花蓮縣警察局陳韋竣辦事員、花蓮縣政府社會處蕭豪鈴督導、慈濟醫院精神科吳婉綺社工師、衛生福利部花蓮醫院范舜豪社工、門諾醫院社工王子淇、胡家祥、國軍花蓮總醫院陳思琦社工師、台北榮總玉里分院精神科鄭淦元主任、東區精神醫療網專任曾筱筑助理、財團法人花蓮縣生命協會陳誠中個案組長、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、王俊堯專員。	花蓮縣衛生局
6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(忠孝、中興院區)、新北市立聯合醫院、耕莘醫院永和分部、恩主公醫院學員，人數共27人，由張家銘理事擔任講師。	全國自殺防治中心
6月8日	李明濱計畫主持人與龍嚴公司曹若琪協理及吳凱玲經理，針對合作辦理守門人教育訓練事宜進行交流和討論。	全國自殺防治中心
6月13日	召開「宜蘭縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為宜蘭縣衛生局劉建廷局長，與會人員有宜蘭縣衛生局心理衛生及毒品防制科游淑靜科長、邱麗蓉技士、蔡雅蘭心理師、個案管理員游松翰、廖美雲、海天醫院社區關懷訪視員李俊雍、李孟璇、林雅雯、臺北榮民總醫院蘇澳分院洪千惠臨床心理師、社區關懷訪視員陳柏霖、徐偉娟、葉靖怡、陳怡欣、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、林欣樺專員。	宜蘭縣衛生局

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事件	地點
6月16日	與先正達公司合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農民、農藥販賣廠商與代噴業者，參與人數共25人，由張書森副執行長擔任講師。	嘉義縣 好收成農藥行
6月17日	召開「臺東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺東縣衛生局醫政科蘇美珠科長，與會人員有衛生局醫政科個管師李弦芳、林彥君、王珮樺衛生稽查員、臺東市衛生所關懷訪視員游濰綾、陳正修、卑南鄉衛生所余淑貞護士、雷喬安關懷訪視員、鹿野鄉衛生所陳俐伶護士、黃惠琦關懷訪視員、池上鄉衛生所林芳綾護士、王詩涵關懷訪視員、成功鎮衛生所施巧玲護士、張致和關懷訪視員、太麻里鄉衛生所陳康琦護士、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李婕宇專員。	臺東縣衛生局
6月17日	舉辦「新聞媒體聯繫會議」，主持人為李明濱計畫主持人，專題演講者為吳佳儀副執行長以及陳映燁醫師，與會人員有心口司諶立中司長、詹金月科長、廖晃聖研發替代役、以及中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會、新聞自律委員沈文慈，與臺灣記者協會會長李志德、台灣少年權益與福利促進聯盟代表王今暐，出席媒體共11間，與會人員共36人。	台大校友會館
6月18日	辦理「自殺關懷訪視專業訓練(第一階)課程」，對象為關懷訪視員，當日參與人數共182人，由廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張家銘理事、李俊德副秘書長擔任講師。	中山醫學大學 附設醫院
6月20日	召開「南投縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為衛生局醫政科陳淑怡科長，與會人員有衛生局醫政科李麗美技正、職員洪美玲、陳倩如、鍾劍芳、廖婉容、卓佩君、衛生福利部草屯療養院黃聖林主治醫師、林幼喻護理長、關懷訪視員許馨尹、鄭如芳、陳俊超、邱嬛嬋、王彩鑫、林伯蓉、蕭閔介、劉芯瑜、臺中榮民總醫院埔里分院高瑄若社工員、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、許智超專員。	南投縣衛生局
6月21日	與先正達公司合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農民、農藥販賣廠商與代噴業者，參與人數共54人，由張書森副執行長擔任講師。	彰化縣二林鎮 火龍果產銷第19班
6月22日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為宏恩醫院、中心綜合醫院學員，人數共4人，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
6月23日	與先正達公司合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農民、農藥販賣廠商與代噴業者，參與人數共20人，由張書森副執行長擔任講師。	屏東縣 高樹鄉農會

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
6月25日	與醫師公會全聯會合辦「第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程」，協辦單位包含中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣年輕藥師協會、台灣臨床心理學會、台灣輔導與諮商學會、台灣基層醫療協會、臺灣職能治療學會，對象為第一線醫療及社會工作相關專業人員，當日參與人數共898人，由廖士程執行長、吳佳儀副執行長、鄭宇明秘書長，及張家銘理事擔任講師。	臺大醫院 第七講堂
6月27日	與先正達公司合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農民、農藥販賣廠商與代噴業者，參與人數共28人，由張書森副執行長擔任講師。	台南市 下營區農會
6月27日	召開「彰化縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為彰化縣衛生局葉彥伯局長，與會人員有彰化縣衛生局醫政科黃敏慧科長、王瑜鈞約聘人員、王阿貞護士、許尹齡派遣人員、臨時約僱人員莊于娜、黃千蓁、簡嘉慧、楊茗琇、黃思豪、邱煜傑、謝喬宇、賀元貞、彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院歐陽文貞醫師、李柏賢醫師、陳美雀臨床心理師、自殺關懷訪視員賴夢夢、曾婉婷、林怡君、呂安、曾文萱、李宜旻、社區關懷訪視員張儀丰、陳春蘭、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、林俞均專員。	彰化縣衛生局
6月30日	召開「2016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、廖士程執行長、吳佳儀副執行長。	全國自殺防治中心
6月30日	召開「十大死因專案會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為心口司諶立中司長、詹金月科長、鄭淑心簡任技正、陳珍信教授、江東亮醫師、陳宜明醫師、台灣自殺防治學會張家銘理事、全國自殺防治中心廖士程執行長、吳佳儀副執行長。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事件	地點
7月		
7月1日	召開「桃園市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為桃園市政府衛生局許景鑫副局長，與會人員有桃園市政府衛生局心理健康科陳小燕科長、陳傳慧技正、楊佩薰技士、劉玉香稽查員、約聘人員李莘瑜、吳惠婷、王惠敏、專案助理蘇少鏞、李盈菱、張雅萍、乃麗修臨時人員、自殺關懷員王俐玲、羅元俞、游昊慰、陳欣瑜、林郁涵、邱筠茹、溫雅婷、蘇秀蕙、吳菁渼、姚梅枝、陳品潔、林治家、劉姿吟、姜妤庭、呂靜嵐、陳筱筠、蘇若羽、陳慈樸、衛生福利部桃園療養院汪振洋主任、李孟珍護理長、桃園市生命線協會督導陳冠伶社工、衛生福利部桃園醫院鍾佳玲社工、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院沈嘉玲個管、周庭琦個管、敏盛綜合醫院陳力維主任、壢新醫院賴玉純社工、居善醫院裴澤榮主任、天成醫療社團法人天晟醫院呂美惠社工、古梅蘭社工、台北榮民總醫院桃園分院武昌隆專員、沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院鄭如雅社工、怡仁綜合醫院李裕龍社工、李亭萱工讀生、潘皓怡實習生、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員。	桃園市衛生局
7月2日	辦理「自殺關懷訪視專業訓練(進階)-關懷訪視問題之探究與分析」，對象為關懷訪視員，當日參與人數182人，由台大醫院精神醫學部曾美智醫師、陳宜明醫師、全國自殺防治中心廖士程執行長擔任講師。	臺大醫院 第七講堂
7月4日	召開「台南市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為台南市衛生局林聖哲局長，與會人員有心理健康科陳月英科長、林治純技正、陳美雀代理股長、陳秋咬技士、約用人員蘇怡安、鄭聿涵、姜佳琪約聘人員、奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院謝光煬主任、關懷訪視員劉冠儀、郭芳君、蔡菲比、陳怡樺、何孟凌、衛生福利部嘉南療養院王雪吟護理長、關訪員陳佳君、蘇意珊、徐崇馨、彭秋釭、胡碧蘭、許馥穠、連羿雯、陳文嘉、方語農、陳盈綵、謝恆瑜、廖鏡棉、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、陳妍綾專員。	台南市衛生局
7月9日	辦理「自殺關懷訪視專業訓練(進階)-關懷訪視問題之探究與分析」，對象為關懷訪視員，當日參與人數140人，由中山醫學大學附設醫院精神科謝明鴻醫師、朱柏全醫師、衛生福利部草屯療養院簡以嘉院長擔任講師。	中山醫學大學 附設醫院

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事　　件	地　點
7月11日	召開「高雄市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為高雄市政府衛生局黃志中局長，與會人員有高雄市政府衛生局社區心衛中心余沛蓁主任、黃英如股長、陳美齡技士、沈月華約聘人員、崔珺甯約僱人員、關懷訪視員辜招雲、李思瑩、陳韻心、李怡萱、賴奕然、丁春蘭、陳育晟、鄭凱仁、劉佳和、陳慧慈、葉育涵、高雄市立凱旋醫院劉仁儀執行長、社區精神科徐淑婷醫師、個案關懷員陳清文、蔡雲南、宋依恩、張尹繻、邱欣怡、陳盈鈺、靜和醫院李麗娟社工師、靜和醫院燕巢分院徐詩珊心理師、長庚紀念醫院盧俊源社工師、建佑醫院周琬淑社工師、高雄市立大同醫院潘麗香社工師、國軍高雄總醫院精神科許雅芬醫師、專科曾素惠護理師、國軍高雄總醫院岡山分院孫惠姿社工師、樂安醫院周姿廷社工師、高雄醫學大學護理長林怡君、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心許均豪專員。	高雄市衛生局
7月13日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院中興院區學員，人數共7人，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
7月15日	召開「台中市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為台中市衛生局心理健康科羅瀚倫股長，與會人員有台中市衛生局心理健康科洪幸芬科員、約用人員李聖琳、賴臆芳、莊曉君、實習生陳昕慈、劉美新、台中榮民總醫院精神部藍祚鴻主任、莊凱迪主任、關懷訪視員林千彙、廖葦薰、涂沛璇、鄭茹庭、吳昱慶、胡宜柔、林明嶽、謝銘訓、顏桂洙、慈濟醫院賴怡伶高級專員、關懷訪視員楊淑評、郁風如、吳虹儀、沈秀珍、王怡婷、大甲李綜合醫院簡上益社工員、清泉醫院廖仁瑜社工師、童綜合醫療財團法人童綜合醫院江佩蓉護理長、澄清綜合醫院中港分院汪美鳳課長、李姵吟社工員、南屯衛生所彭瑞珍護理長、豐原衛生所李育翠、大安衛生所李幸嬪、各區護理師梁雅雯、李幸嬪、鄭曉玲、王玫貞、劉小菁、謝皖萍、張瑋恩、林淑蓉、陳淩瑄、邱慧芬、徐熙、鄭月雲、林淑惠、黃凱伶、謝靜惠、李明祝；各區護士劉尹苹、黃珮君、李雅玲、黃怡瑄、林昭君、曾綉娟、汪秋萍、鄭雅芳、張慧萍、謝依潔、羅玉如、林倩玉、全國防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳妍綾專員。	台中榮民總醫院

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事件	地點
7月18日	召開「嘉義市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為嘉義市衛生局醫政科王鳳玉科長，與會人員有嘉義市衛生局醫政科洪金鶯精神自殺承辦人、王嘉莉自殺個管師、張鈞堯精神個管師、林倖如心理個管師、翁正明家暴性侵個管師、臺中榮民總醫院嘉義分院精神部李世雄主任、自殺防治督導王登五醫師、自殺防治督導謝玲玉心理師、自殺關懷訪視員劉晏汝、許堃澤、張芳毓、精神病患關懷訪視員陳婉君、蕭婷襄、南區醫療網蕭惠菁專員、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心林欣樺專員。	嘉義市衛生局
7月21日	協助國立臺灣師範大學學務處學生輔導中心辦理「珍愛生命守門人-大學自殺危機個案處遇」課程。對象為學輔中心專任心理師、實習心理師、學務處專責導師、學務處相關人員，人數約40名，講師為潘怡如醫師。	台灣師範大學圖書館校區
7月22日	召開「新竹市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為新竹市衛生局吳青雲秘書，與會人員有新竹市衛生局心理健康及毒品防制科林雪玲科長、田鈺翎專案管理師、謝佩君社區關懷員、自殺關懷員曾鈺珮、謝佳蓉、東區衛生所郭碧華護士、北區衛生所曾俞蜜護士、香山衛生所曾淑滿護士、台大醫院新竹分院陳慧足個案管理師、新竹馬偕紀念醫院精神部徐維吟社工師、南門醫院楊嘉玲護理長、國軍新竹地區醫院身心科林俊龍主任、蔡雋文社工師、吳純如自殺關懷員、新竹市社區心理衛生中心蔡容容心理師、許靜怡輔導員、活力滿分社區復健中心許睿婷社區關懷員、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、許智超專員。	新竹市衛生局
7月23日	辦理「自殺關懷訪視專業訓練(進階)-關懷訪視問題之探究與分析」，對象為關懷訪視員，當日參與人數196人，由義大醫院精神科顏永杰主任、高雄市立凱旋醫院精神科陳偉任醫師、衛生福利部嘉南療養院社區精神科王禎邦主任擔任講師。	高雄市立凱旋醫院
7月25日	召開「新竹縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為新竹縣政府衛生局殷東成局長，與會人員有新竹縣政府衛生局江松福副局長、新竹縣政府衛生局毒防心衛科余福信科長、黃照月技士、王莉婷約僱人員、個案管理員黃心怡、潘姿淇、羅方、余承穎、紀詩儀、林俞君專任助理、劉柏玲護士、工友劉淑雲、劉琴婕、張進福司機、石宜平實習生、臺大醫院竹東分院自殺關懷員張根榮、林加雯、江佑倫、范雅涵、廖庭萱、竹東鎮衛生所詹宜盈公衛護士、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、許均豪專員。	新竹縣衛生局

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
7月27日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院(和平、陽明)、博仁綜合醫院學員，人數共17人，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
7月27日	召開「新北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為新北市政府衛生局林奇宏局長，與會人員有新北市政府衛生局高淑真副局長、新北市政府衛生局心理衛生及長期照顧科杜仲傑科長、胡穎綺技佐、衛生福利部雙和醫院李明慧關懷訪視員、黃琳珺、衛生福利部台北醫院李宛蓁關懷訪視員、高孟辰、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院陳予禎關懷訪視員、沈文中、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院黃詩慧關懷訪視員、張子逸、財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院淡水分院張凱涵關懷訪視員、高佳琪、張老師基金會台北分事務所季彥銘關懷訪視員、王蘋、卓鈺婧、卓秉賦、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員。	新北市衛生局
7月28日	召開「2016年世界自殺防治日記者會籌備會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員王孝慈董事、王文德顧問、宋旻穗小姐、陳嬿娟處長、許瑋中助理、陳貞伶專員、林俞均專員、林欣樺專員。	全國自殺防治中心
8月		
8月3日	召開「澎湖縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為澎湖縣政府衛生局何怡靜約僱人員，與會人員有澎湖縣政府衛生局陳明慧專任助理、郭金玲社區關訪員、陳園芳社區關訪員、葉書婷自殺關訪員、衛生福利部澎湖醫院林婉茹社工師、高珮誼護理師、吳雅芳護理師、蔡伊容護理師、蔡倍玲護理師、黃玉雯護理師、三軍總醫院澎湖分院劉淑皎社工師、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、陳貞伶專員、王俊堯專員。	視訊會議
8月4日	協助道明外僑學校辦理「守門人講座」。對象為學校該校外籍或本籍教師及高中班長，人數共55名，講師為吳佳儀副執行長。	道明外僑學校
8月5日	召開「台北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺北市政府衛生局曾光佩技正，與會人員有臺北市政府自殺防治中心黃思維組長、組員練士菁、陳秋遠、何佩瑾、魏弘軒、紀曉君、關懷訪視員潘亭妤、杜慈英、施懿芳、吳季鴻、林小安、孫培菱、黃胤萍、傅元德、吳珮羽、陳修音、游于嫻、黃瓊惠、林庭瑋、柯雨汎、溫如盈、劉岳儒、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心王俊堯專員。	臺北市政府衛生局

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事件	地點
8月6日	與自行車騎士協會共同辦理之「猴硐三貂嶺驛站煤鄉尋貓遊」，推廣心情溫度計並推廣自殺守門人概念，同時招募「珍愛生命義工」，出席人數300人，並於活動結束後上傳里程數響應IASP單車繞世界活動，目前累積里程數6000公里。出席人員有許智超專員、李婕宇專員和林俞均專員。	瑞芳區市民廣場
8月8日	召開「金門縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為金門縣政府衛生局醫事科呂世傑科長，與會人員有金門縣政府衛生局醫事科梁嘉琳約僱人員、關懷訪視員何志翔、呂露琳、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、陳貞伶專員、王俊堯專員。	視訊會議
8月10日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院(忠孝、陽明)、宏恩醫院學員，人數共15人，由張家銘醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
8月20日	與自行車騎士協會共同辦理之「北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊」，推廣心情溫度計並推廣自殺守門人概念，同時招募「珍愛生命義工」，出席人數400人，並於活動結束後上傳里程數響應IASP單車繞世界活動，目前累積里程數22,000公里。出席人員有王俊堯專員、林欣樺專員和許均豪專員。	淡水捷運站廣場
8月24日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為新北市立聯合醫院學員，人數共6人，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
9月		
9月1日	協助台北市朱崙老人公寓舉辦「健康講座-憂鬱及自殺防治」，對象為65歲以上高齡者(平均年齡為88歲)，人數共25人，講師為鄭宇明醫師。	台北市 朱崙老人公寓
9月4日	舉辦「2016世界自殺防治日記者會」及「2016 年年會暨學術研討會」，主題為「自殺防治：聯繫、溝通與關懷」。	台大醫院國際會議中心301會議室
9月14日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院(中興、忠孝)、耕莘永和醫院、台安醫院學員，人數共14人，講師為陳宜明醫師。	全國自殺防治中心
9月14日	協助新生醫護專科學校辦理「心理健康守門人-輔導股長培訓」。對象為學校該校專一到專三之輔導股長，人數共80名，講師為吳佳儀副執行長。	新生醫護專科學校
9月14日	衛生福利部召開「105年度跨部會自殺防治策略討論會議」，中心出席長官為李明濱計畫主持人、鄭宇明秘書長、廖士程執行長、張書森副執行長及陳貞伶專員。	衛生福利部 304會議室

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
9月21日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院忠孝院區、中心醫院學員，人數共12人，講師為陳宜明醫師。	全國自殺防治中心
9月24日	協助和春科技學院舉辦「自殺防治守門人培訓」，對象為全校師生，人數共60人，講師為戴傳文顧問。	和春科技學院
10月		
10月5日	協助崑山科技大學辦理「自殺防治守門人培訓」，對象為學校該校大學生，人數共70名，講師為陳清文心理師。	崑山科技大學階梯教室
10月7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莊素玲秘書，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員、苗栗縣政府衛生局涂麗秀主任、個管師張微欣、林欣儀、黃郁軒、謝文彬、郭又寧、張悅寧、蘇冠華、劉純如、劉美鳳、劉育伶；謝安力革至專案助理。大千綜合醫院南勢院區馬大元院長、邱心純社工組長。財團法人為恭紀念醫院東興院區黃照副院長、莊雅茵社工組長。社團法人苗栗縣生命線協會禹耀東執行長、劉佩璇副主任。中心李明濱計畫主持人及陳貞伶專員。	苗栗縣衛生局
10月12日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為對象為台北市立聯合醫院(忠孝、中興、和平院區)、宏恩綜合醫院、耕莘醫院永和分部、恩主公醫院學員，人數共24人，講師為吳佳儀副執行長。	全國自殺防治中心
10月12日	協助崑山科技大學學輔中心辦理「自殺防治守門人培訓」講座，對象為該校大學生，人數約80人，講師為顏永杰醫師。	崑山科技大學
10月13日	協助新北市農業局辦理「新北市105年度第2次農藥管理人員複訓講習」。對象為農藥管理人員，人數共30名，講師為張書森醫師。	新北稅捐稽徵處大禮堂
10月17日	召開「105年度自殺防治年中討論會議」，與會人員為各縣市政府衛生局、精神醫療網、自殺防治第一線工作者等相關人員。	衛生福利部303會議室
10月18日	協助中國醫藥大學辦理「自殺防治守門人講座」，對象為導師、學生及其他教職員，人數共為70人，講師為張清棊醫師。	中國醫藥大學
10月20日	協助中國醫藥大學辦理「自殺防治守門人講座」，對象為導師、學生及其他教職員，人數共為60人，講師為朱柏全醫師。	中國醫藥大學

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
10月21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，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。基隆市衛生局王瑛蘭科長。基隆市社區心衛中心黃鈞麟、李淑珍、李孟盈、范昊珍、李韶鈴、呂若妍、郭安怡。基隆市民政處、社會處、發展處代表。中心李明濱計畫主持人及李婕宇專員。	基隆市衛生局
10月24日	辦理「新竹縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為新竹縣衛生局殷東成局長，與會人員有衛生福利部諶立中司長、廖敏桂技正、張冠偉科員。新竹縣政府衛生局黃照月技士、個管師羅方、潘姿淇、紀詩儀、林俞君；關訪員張根榮、廖庭萱、江佑倫；臺大醫院竹東分院蔡昇諭醫師。中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員。	新竹縣衛生局
10月24日	協助慈濟教育大學辦理「青少年適應問題」講座。對象為該校修讀中等教育學程的師資培育生，人數共25名，講師為王迺燕醫師。	慈濟科技大學 教育傳播大樓
10月26日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為對象為台北市立聯合醫院陽明院區、博仁綜合醫院學員，人數共7人，講師為張家銘醫師。	全國自殺防治中心
10月28日	辦理「宜蘭縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為宜蘭縣衛生局游淑靜科長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。宜蘭縣政府衛生局游淑靜科長、邱麗榮技士、個管員廖美雲、鍾佩怡、陳佩吟；關懷訪視員李俊雍、陳柏霖。宜蘭縣政府社會處廖憶如專員。宜蘭縣政府夏明義主任。宜蘭縣政府民政處羅智誠科長。宜蘭縣政府勞工處蔡胤昕就業輔導員。宜蘭縣政府農業處陳建中科長。宜蘭縣政府警察局江明德警員。宜蘭縣政府消防局吳于禛科長。宜蘭縣政府人事處洪嘉君專員。宜蘭縣政府工商旅遊處賴香妤辦事員。宜蘭學生校外生活輔導會林教官。臺北市立聯合醫院松德院區姜丹榴技正。中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員。	宜蘭縣衛生局
10月30日	協助空中大學辦理「珍愛生命守門人」，對象為國立空中大學台中指導中心之學生、行政人員、面授教師，人數共100人，講師為朱柏全醫師。	中興大學 綜合教學大樓

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日期	事　　件	地　點
10月31日	辦理「彰化縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為彰化縣衛生局葉彥伯局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。彰化縣衛生局黃敏慧科長。彰化縣基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院歐陽文貞計劃主持人、俞凱程個案管理師、自殺關懷訪視員賴孟孟、林怡君、呂安、方圓；社區關懷訪視員張儀丰、陳春蘭社。彰化縣政府社會處王宣雯社工師、彰化縣政府教育處林小芬教師、彰化縣政府勞工處胡瑞唐科員、彰化縣政府警察局蔡大森警務員、徵晝縣政府消防局林鈺芸隊員、敦仁醫院曾琳喬。台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、中心李明濱計畫主持人及林俞均專員。	彰化縣衛生局
11月		
11月1日	召開「心情溫度計APP合作發展討論會議」，針對心情溫度計APP未來發展整合等相關合作議題進行討論。與會人員有炘業科技盧欣業執行長及中心李明濱計畫主持人、賴忠志及許信育專員。	全國自殺防治中心
11月2-3日	協助國道公路警察局舉辦「強化警察人員教育訓練」，對象為中級幹部、基層佐警(含約僱人員)，人數約80人，講師為吳佳儀副執行長與鄭宇明秘書長。	國道公路警察局
11月3日	協助靜宜大學舉辦「i生命-自殺防治守門人培訓」，對象為教職員，人數共50人，講師為李俊德醫師。	靜宜大學
11月4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，與會人員有衛生福利部詹金月科長、張冠偉科員。南投縣政府衛生局吳美玲副局長、陳淑怡科長、林京慧技士、個管師陳倩如、陳珮嫻、廖婉容、劉倍卿；卓佩君約聘人員、陳盈如臨時人員。南投縣政府民政處游廣平辦事員。南投縣政府社會及勞動處吳慈涵社工師。南投縣政府農業處孔瑞琪技士。南投縣政府消防局陳貞伸隊員。南投縣政府警察局劉妃圜股長。衛生福利部草屯療養院張介信副院長、黃聿斐主任、黃聖林醫師、林幼喻護理長、許馨尹關懷員。衛生福利部南投醫院黃穎雯主任。埔基醫療社團法人埔里基督教醫院黃麗君護理長。臺中榮民總醫院埔里分院高瑄若社工師。中心李明濱計畫主持人、王俊堯專員。	南投縣衛生局
11月9日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、和平院區)學員，人數共18人，講師為中心李明濱計畫主持人。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2016年1月1日至2016年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
11月10日	與臺北市立聯合醫院松德院區共同辦理「105年度臺北市災難心理衛生專業人員教育訓練」課程，於其中加入「從八仙塵爆看災後心理復原」課程，對象為各醫療院所從事心理衛生相關專業人員，人數約25人，由張家銘理事擔任講師。	北市立聯合醫院松德院區第一講堂
11月14日	由衛生福利部心理及口腔健康司心理健康促進科舉辦「媒體報導規範與自律座談會」，與會人員有中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、學會楊聰財理事以及林俞均專員。	八大電視台
11月17日	協助台灣大學學生心理輔導中心辦理「自殺防治守門人訓練」，對象為教職員，人數共150，講師為吳佳儀副執行長。	臺灣大學
11月17日	協助中心綜合醫院護理部舉辦「在職教育課程—自殺防治講座」，對象為護理人員、醫院各科室人員，人數共50人，講師為吳佳儀副執行長。	中心綜合醫院
11月21日	協助政治大學學務處身心健康中心辦理「牽起一雙手，走過幽谷，迎向暖陽－守護校園心理健康(自殺防治守門人計畫教職員場)」，對象為教職員，人數共60人，講師為吳佳儀副執行長。	政治大學
11月27日	與臺灣憂鬱症防治協會合辦「臺灣憂鬱症防治協會2016年年會暨學術研討會」，主題為「新時代憂鬱症防治：人道關懷的多面向介入」。	集思北科大會議中心

重要工作紀實



3 月 28 日「青少年自殺防治」記者會



3 月 29 日憲兵指揮部-自傷防治課程



4 月 27 日 PGY 畢業後一般醫學訓練



5 月 9 日基隆市自殺關懷訪視員之實務督導



5 月 14 日北區自殺關懷訪視專業訓練(第一階)



5 月 28 日南區自殺關懷訪視專業訓練(第一階)



6 月 17 日「媒體報導與自殺」聯繫會議



6 月 18 日中區自殺關懷訪視專業訓練(第一階)

<table>
<tr><td>
</td><td></td></tr>
<tr><td>7 月 1 日桃園市自殺關懷訪視員實務督導</td><td>7 月 2 日北區自殺關懷訪視專業訓練(進階)</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7 月 9 日中區自殺關懷訪視專業訓練(進階)</td><td>8 月 4 日道明外僑學校-守門人講座</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
<tr><td>8 月 6 日響應 IASP 單車繞世界活動</td><td>9 月 4 日世界自殺防治日記者會</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9 月 4 日 2016 年年會暨學術研討會</td><td>10 月 17 日自殺防治年中討論會議</td></tr>
</table>