2017 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、 請進一步分析自殺死亡者未經通報之占率，並分析可能之高風險因子。

自殺死亡者未經通報之占率為 74.8%。(詳見 2.2 章)而自殺死亡者未經通報之可能原因大致可分為通報行政上的及自殺死亡者本身的因素。

1. 在通報行政上的原因
   1)第一線社會工作者、醫療服務人員對自殺徵兆、危險因子辨識能力不足。
   2)各縣市針對相關通報機制並無充足的訓練及說明，不論是自殺企圖個案亦或者是通報人本身，都應強化通報人與自殺企圖者對通報機制認識，確切與自殺企圖者說明通報之目的、後續處遇流程及通報後之益處，才可增加自殺企圖者對通報機制之認同。

2. 自殺死亡者本身的因素

而關於自殺死亡者本身的因素，則進行了文獻回顧以及近 2 年的數據回顧後，大致可發現到男性歷年未經通報之比例一直都高於女性，原因可能與男性不易開放自己，很少有向別人分享內心感受的經驗有關，因此，當問題出現的時候，往往都傾向將壓力一力承擔，以致情緒不能有機會向人宣洩出來，亦不慣找傾訴對象以助舒緩情緒。

1)而分析自殺企圖者之死亡危險因子，發現男性相較女性有較高之自殺死亡風險(OR=3.22) (Veisani, Delpisheh, Sayehmiri, Moradi, & Hassanzadeh, 2016)；有可能是因為男性比起女性更容易使用高致命性之自殺方法。

2)採取自殺方式亦為可能影響之因素之一；超過 56%自殺企圖者在第一次自殺後，就死亡了；而男性的比例遠高於女性，較多的女性採取了較不致命性的自殺方法(Isometsa & Lonnqvist, 1998)。

3)年齡亦為可能之危險因子(Veisani et al., 2016)，由過往的數據分析可發現，老人自殺前無通報的比例老人很少透露出自殺想法或計畫；老人的自殺意圖強：執行前多計劃已久且周詳，有死亡的決心(Conwell et al., 1998)。

Veisani, Y., Delpisheh, A., Sayehmiri, K., Moradi, G., & Hassanzadeh, J. (2016). Suicide Attempts in Ilam Province, Western Iran, 2010-2014: A Time Trend Study. J Res Health Sci, 16(2), 64-67.

Isometsa, E. T., & Lonnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry, 173, 531-535.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. Am J Geriatr Psychiatry, 6(2), 122-126. doi:https://doi.org/10.1097/00019442-199805000-00005

表 1-1、2015 年及 2016 年自殺企圖個案生前有被通報之比例描述性統計

指標企圖日年份	2015(n=3675)	2016(n=3765)
	自殺死亡前有被通報比例	自殺死亡前有被通報比例
男性	471(19.4)	544(21.3)
女性	426(34.1)	406(33.7)
0-24 歲	37(19.6)	57(26.5)
25-44 歲	331(28.4)	348(29.7)
45-64 歲	319(22.4)	335(23.9)
65 歲以上	210(23.4)	210(21.5)
以固體或液體物質自殺及自為中毒	298(42.9)	290(41.3)
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	166(17.4)	190(20.8)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	188(16.6)	233(19.7)
溺水 (淹死) 自殺及自傷	66(28.2)	74(26.9)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	6(20)	1(6.7)
切穿工具自殺及自傷	12(14.6)	17(19.3)
由高處跳下自殺及自傷	127(28.8)	118(25.3)
其他及未明示之方式自殺及自傷	34(30.9)	27(22.5)

二、 請研析老人自殺率升高之原因(如：獨居、罹癌)，讓自殺防治策略更加聚焦。

2016 老年人自殺死亡率較 2015 年僅上升 3.5%，且若以 1994 年至 2015 年老年人之自殺死亡率作基準，標準化死亡比僅 0.97；故綜觀長期老年人之自殺死亡率，並無明顯上升。但由過往數據不難發現老年人的自殺死亡率一直為各年齡層之最，因此如何針對老年人制定有效的自殺防治策略是相當重要的。

老年人由於生理機能衰退，喪偶或至親離世等因素，易產生情緒變化，再加上經濟、社交、認知及行為能力的改變、環境及心理調適層面適應困

難，較易產生自殺動機(李明濱、 廖士程，2006)。綜合中心過往之研究及文獻回顧，發現老人自殺危險大致包含以下

1. 精神疾患

在英國的病例對照研究中發現到在老年人自殺死亡前最常見的精神疾患為憂鬱症，共 68%的人有憂鬱症(Harwood, Hawton et al. 2001)；在其他的研究中亦發現，老年被診斷出憂鬱症之自殺風險較高，且症狀的輕重亦會顯著造成自殺風險的增加(Conwell, Lyness et al. 2000)；葉等(Yeh, Ng et al. 2017)分析以健保資料庫進行病例對照分析亦發現臺灣老年人患有憂鬱症、躁鬱症者，其自殺風險顯著較高(風險比分別為 3.49 與 1.98)。綜合以上文獻都指出老年人憂鬱症為重要自殺危險因子之一；然而其他精神疾患在各文獻風險不一，仍需要有更多研究探討。

2. 身體疾病

老年人經常罹患多種急、慢性病，也導致老年人較易引發高度憂鬱(江信男, 林旻沛 et al. 2005)，而憂鬱的情緒與憂鬱症也較易有自殺風險(Tamakoshi, Ohno et al. 2000)；而其他研究亦發現到同時罹患三種以上或多種身體上的疾病可能造成 3-9 倍不等的自殺風險(Juurlink, Herrmann et al. 2004)；除此之外，罹患癌症亦為自殺風險較高之疾病之一，可造成 2.62-8.96 倍不等自殺風險(Cole, Bowling et al. 2014；Yeh, Ng et al. 2017)。

3. 社會因素

1)獨居

精神疾病、身體疾病與某些生活壓力事件在獨居老人自殺行為上仍是關鍵角色老年人之社會關係較孤立，社會資源網絡亦較薄弱，許多質性研究也發現，主觀的孤獨感與無助、無望感(Klonsky and May, 2014)，常常與老年人的自殺行為緊密相連。在多篇文獻均可發現到喪偶、獨居或離異低信仰較薄弱社經地位以及身體疾病共病之老年人、社交的支持網路。

2)婚姻

婚姻對老人是保護因素，鰥寡、單身、離婚的老人有較高的自殺危險性。親人死亡常與老人自殺死亡或自殺企圖有關，而男性失去配偶的影響特別高，自殺危險性約是已婚者的三倍。有些研究顯示，配偶去世對男性

老人所引起的悲慟反應最為嚴重，尤其在女性配偶死亡一年內，男性老人的自殺企圖與死亡率最高(Erlangsen, Jeune, Bille-Brahe, & Vaupel, 2004)。

3)重大的生活壓力

老人自殺死亡前數週有較多的生活壓力事件；壓力事件的內容多為身體疾病、親友死亡等失落事件，而單一事件或壓力事件是否會引起孤獨感或是無助感，有很大的差異。老人若有宗教信仰或靈性生活，以及生活滿意度佳、有較多可信賴的朋友與親戚，均為保護因子(Golshiri, Akbari, & Zarei, 2017)。需注意的是事件所引起的主觀無助、無望感，常與老人的自殺行為緊密相連。例如退休常讓老人有失落感，並容易出現自尊降低或生活目標頓失，但退休並不一定讓自殺比率升高，更詳細的研究發現，經濟能力喪失與貧窮以及疾病因子(如憂鬱症狀與身體疾病等)，可能是與自殺行為較主要相關的因素。

綜合以上文獻回顧後，可發現老人自殺防治在高風險群上，應以被診斷出憂鬱症、躁鬱症、社交支持薄弱、罹患多種急慢性病、癌症等做為自殺防治之人口群標的為重點；同時宜強化個人與家庭、社區、社會間之聯繫，以增進老人的歸屬感，降低其對生命的無望，並增強其活下去的動機。

李明濱, & 廖士程. (2006). 自殺原因與防治策略. [Risk Factors and Prevention Strategy of Suicide]. 台灣醫學, 10(3), 367-375. doi:10.6320/fjm.2006.10(3).12

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. Int J Geriatr Psychiatry, 16(2), 155-165.

Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Caine, E. D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. J Am Geriatr Soc, 48(1), 23-29.

Cole, T. B., Bowling, J. M., Patetta, M. J., & Blazer, D. G. (2014). Risk factors for suicide among older adults with cancer. Aging Ment Health, 18(7), 854-860. doi:10.1080/13607863.2014.892567

江信男, 林旻沛, & 柯慧貞. (2005). 台灣地區老人的生理疾病多寡、自覺生理健康、社會支持度與憂鬱嚴重度. [The Relationship of Severity of Physical Disease, Perceived Physical Health and Social Support to Depression among the Elderly in Taiwan]. 臨床心理學刊, 2(1), 11-22.

Tamakoshi, A., Ohno, Y., Yamada, T., Aoki, K., Hamajima, N., Wada, M., . . . Lin, Y. S. (2000). Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan. J Epidemiol, 10(3), 173-178.

Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. Arch Intern Med, 164(11), 1179-1184. doi:10.1001/archinte.164.11.1179

Cole, T. B., Bowling, J. M., Patetta, M. J., & Blazer, D. G. (2014). Risk factors for suicide among older adults with cancer. Aging Ment Health, 18(7), 854-860. doi:10.1080/13607863.2014.892567

Yeh, S. T., Ng, Y. Y., & Wu, S. C. (2017). Risk of suicide according to the level of psychiatric contact in the older people: Analysis of national health insurance databases in Taiwan. Compr Psychiatry, 74, 189-195. doi:10.1016/j.comppsych.2017.01.016

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry, 142(5), 559-563. doi:10.1176/ajp.142.5.559

Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., & Vaupel, J. W. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. Age Ageing, 33(4), 378-383. doi:10.1093/ageing/afh128

Golshiri, P., Akbari, M., & Zarei, A. (2017). Case-control study of risk factors for suicide attempts in Isfahan, Iran. Int J Soc Psychiatry, 63(2), 109-114. doi:10.1177/0020764016685347

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. Suicide and Life-Threatening Behavior, 44(1), 1-5.

三、 對 6 個自殺死亡率或自殺率上升幅度較高之縣市的實務督導討論，內容建議強化在地策略之執行面，並追蹤縣市改善的情形。

本中心於八至九月份分別針對2016及2017年度自殺相關指標上升幅度較高之六縣市，進行高風險縣市訪查(新北市、南投縣、嘉義縣、臺南市、屏東縣及臺東縣)及關懷訪視實務督導(基隆市、台北市、嘉義市、雲林縣、臺南市及臺東縣)。會議中除由本中心針對全國及該縣市之自殺通報與死亡相關資料進行簡要的介紹，縣市衛生局亦就當地數據與實際執行之措施及成果等進行報告。

綜合討論時，衛生福利部及中心代表皆針對當地高風險指標及執行面困難給予在地化之建議，各縣市代表或局端人員提出之建議，亦有助於後續照護品質的改善，例如: 通報後關懷訪視紀錄之結構化發展，於今(2017)年10-11月間由中心進行縣市宣導，並追蹤縣市於執行SOAP通報訪視紀錄之疑問。所有會議記錄暨會後追蹤縣市之改善情形，請參閱期末報告之下列章節: 4.1 自殺高風險縣市互動式輔導訪查；4.2 辦理縣市關懷訪視實務督導報告中呈現。

四、 各部會針對權掌之服務對象，應如何強化自殺防治？請進一步構思並提出建議。

有鑑於政府部會及各機關對自殺問題之重視，本年度由中心發展一本《政府跨部會自殺防治手冊》，中心根據國內外文獻與實務經驗，列出現今12個部會之策略大綱，以作為中央各單位研擬自殺防治方向時之參考。簡言之，針對各部會業務權責單位，第一步是列出相關服務對象及自殺危險因子，同時盤點部會內外可連結之專業或民間資源，再藉專家/實務會議討論防治策略之實施方針。各部會之服務對象，可參考手冊章節中「服務對象與自殺危險因子」之段落，而各部會業務權掌單位可能遭遇之高風險群與危險因子亦整理於內，以利自殺防治策略推動之參考。

具體自殺防治策略建議，除依據全國性自殺防治策略架構，分為三大面向進行，分別為：全面性、選擇性與指標性策略；在策略之下依照標的人口群進行建議，以利防治策略能更加有效貼進各部會以及社會需求，促進自殺防治推廣之效益。

在此，由於手冊羅列共12個部會，以衛生福利部為例列舉簡要自殺防治策略範例如下，詳細內容可參考《政府跨部會自殺防治手冊》。

自殺防治策略方針－以**衛生福利部**為例：

1. 全面性策略

標的：全體民眾

1) 當重大自殺新聞事件(如名人自殺、集體自殺或攜子自殺)發生時，設立因應小組及對外窗口，並整合資源提供所需民眾運用。
2) 藉辦理大型宣導活動、演講、藝文活動等，推廣正確心理衛生觀念，增進民眾心理衛生知識，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化。
3) 規劃心理衛生教育本土化宣導教材，並運用在地有效之媒體通路，定期宣導心理衛生相關資訊。
4) 設立並實施自殺防治週及自殺對策加強月，以及透過網路宣導(例如「心快活心理健康學習平台」)，使大眾更加重視心理健康與自殺防治的重要議題。

2. 選擇性策略

標的：高風險群

1) 結合現有的篩檢機制，針對高自殺風險群進行篩檢 。
2) 推廣心情溫度計及心理衛生資源。
3) 辨識附屬單位或合作單位是否可能觸及高風險群，推動跨領域專業人員珍愛生命守門人教育訓練(例如社工、護理師、醫師、心理師、呼吸治療師、藥師，職能治療師、物理治療師等)。
4) 與社區或地方團體合作，成立義工組織並發揮其力量推廣守門人概念，以積極關懷並轉介高風險者接受合適的處置。

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

1) 管控自殺關懷通報系統，精進整體運作功能。
2) 增進自殺關懷訪視員服務效能。
3) 強化第一線醫療人員、社工員(師)、心理師、輔導員之自殺危機辨識及處理能力。
4) 持續推動自殺者親友及遺族關懷。
5) 建立共訪機制。
6) 強化就醫自殺個案出院後追蹤關懷機制。

五、 關懷訪視員僅以「電訪」為主要工作方式，對防治策略的影響可以在實務訪查時列入檢討討論；另遺族關懷，關訪員是否有餘力可執行？

以 2016 年資料分析，全國「電訪」占總訪視次數比率為 83.7%；「電訪」占率最高為桃園市 96.4%，最低為金門縣 33.6%。

「電訪」與「家訪」相比，電訪雖是訪員在追蹤關懷的主要方式，但是在訪視過程中較不易觀察個案情形，如表情變化與其他客觀訊息，僅能從聲音訊息中判斷個案狀況，訪視紀錄中所記載的訊息會有失真的情形發生，在 BSRS-5 測量藉以評估自殺風險時亦無法建立關懷關係、確保回答之準確性，且危險因子與保護因子的評估與處遇計劃的規劃也較難確實執行。

根據 2017 年度中心提供之研修自殺防治相關規範，自殺個案死亡後，訪員視情況提供自殺遺族關懷，並提供所需資源。面對遺族最重要的是要透過會談，建立關係，經由積極聆聽，讓對方能宣洩情緒，然後才透過同理、安慰、鼓勵及再保證，而提供必要的建議。

關訪員在合併自殺關懷與遺族關懷方面有一定的難度，訪員的經驗不一定有能力執行遺族關懷，需要由其他民間團體或醫院來成立支持性團體，訪員扮演第一線關懷、支持及資訊傳達的角色。

六、 近年來通報比下降，請提出相關策略。

以各年度自殺死亡人數及自殺通報人次計算通報比，可以觀察到自民國 1996 年至 2015 年間通報比均呈現上升趨勢，僅在 2016 年由 2015 年通報比 7.7 下降至 7.2；2017 年 1-10 月通報比為 7.4。就數據觀察，並無明顯下降的趨勢。

提升通報比策略如下：

1. 就通報現狀分析，通報單位以醫療院所為最大宗。當自殺事件發生時，第一線通常是警察及消防人員，但是警消通報占率就 105 年分析僅占全體通報 7%。警消單位在第一線處理自殺事件時若能積極通報可提升通報比。
2. 每月自殺通報關懷月報表中有列出各通報單位當月通報數，當通報比下降時，可由月報中觀察通報數下降單位，加強自殺防治通報宣導。

七、 請探討自殺死亡者未曾接受關懷之可能因素，以提高接受關懷之機會。

自殺死亡者未曾接受關懷有兩種情形，其一為自殺死亡者未曾通報(占自殺死亡者的 74.8%)，詳第一題之意見回覆；其二為自殺死亡者生前曾經通報，但未接受過關懷，此部分僅占自殺死亡者中約 1/4 的比例。針對後者分析原因如下:

通報至各縣市衛生局的個案之中，有一定的比例無法藉由關懷訪視員的訪視計畫觸及到個案本人。以 2016 年通報關懷數據分析，個案拒訪及訪視未遇占率分別為 5.3%及 28.1%，訪視到本人占率僅為 27.6%；再觀察 2017 年 1-10 月數據，個案拒訪及訪視未遇占率分別為 5.5%及 29.1%，訪視到本人占率為 27.1%。

由數據得知，關懷訪視中確實訪視到個案本人的占率不滿 30%，拒訪與訪視未遇則約為 30-40%。因此自殺死亡者生前未曾接受關懷的因素，可能與本人拒絕關懷訪視有關，分析其背後原因，可能有以下幾點：

1. 個人因素: 個案本人因身心因素無法接受外界探訪,通常是因自殺企圖者於行為後仍處於極度憂鬱的狀態(尤其是重鬱症患者)，使其無法接受訪視。
2. 對於關懷訪視不了解:
   1) 缺乏對關懷訪視的瞭解,如不知道關懷訪視員的目的、關懷訪視的意義、認為關懷訪視員為詐騙集團等。
   2) 認為關懷訪視的作用有限，認為關訪員無法瞭解、同理自己的困境。
   3) 因為顧及外界或家人的眼光,不願承認自己有自殺行為,因此拒絕訪視。
3. 作息繁忙而未遇: 訪視時間與個案作息時間衝突 (訪員下班後無法追蹤)，或是個案正好因工作或重要的事待辦，而一直無法訪到個案 (如夜班工作者或學生)。

以上為拒絕訪視或訪視未遇可能的原因，建議訪員可送上關懷信表示關心並建立連結關係，傳遞衛生局的關懷並告知可以提供的資源，也可透過持續的關心建立信任關係；在面對狀況較為複雜的個案，訪員須強調自己的專業，讓個案認為訪員有足夠的專業能力可以同理自身狀況，並可與之討論解決問題的方法或轉介醫療的管道。最重要的- 再於困難個案仍應藉由督導會議，將個案訪視的困難點提出討論，邀集專家共同加入，提升個案接受程度與成功受訪的比率。

八、 請強化由微觀的角度瞭解自殺死亡率升高的原因。

有鑒於自殺死亡率升高之主要群體為青少年，此處將針對青少年自殺死亡之微觀層次進行說明。自殺行為往往伴隨有生物、心理、社會、經濟與文化之複雜成因與背景，非由單一危險因子可以解釋其發生率之變異。而根據世界衛生組織所發表之自殺防治手冊提及自殺社區、關係層次的危險因子包含戰爭、災難、文化衝擊、歧視、孤立感、虐待、暴力、衝突的人際關係。

根據社會生態系統理論(Bronfenbrenner, 1979)，微觀層次的定義為最靠近個體的一層結構，包括孩童與周圍環境的關係及其交互作用，如家庭，同儕等。在微系統層面，雙向影響力最強，對孩子影響最大。然而，外層的相互作用仍然會影響內部結構。這個核心環境是孩子初次了解世界的場所。

1. 家人相關因素

1) 失去親人

(Burrell, Lisa Victoria et al.,2017)用 1886 年至 1960 年猶他州自殺死亡相關資料分析發現親人死亡會增加青少年的自殺死亡風險，一直到青少年 50 歲之前；其他研究甚至發現家庭壓力，如父母親離異，父母親過世，對小孩會有影響(Hollingshaus & Smith, 2015)，若能儘早協助盡快回歸正常生活，建立與成人的親密關係，有絕對的保護作用。

2) 家人關係

近年來少子化、假性單親家庭造成家庭結構的改變，造成家庭關係的疏遠(Brown, Stykes, & Manning, 2016; Pena et al., 2011)，也可能造成青少年比以往更容易有自傷行為的發生(Xing et al., 2010)。

3) 其他因素

研究發現童年若遭遇逆境(例如父、虐待、暴力)也較易產生自殺行為(Cluver, Orkin, Boyes, & Sherr, 2015)家裡面的親人若是自殺死亡、罹患身體疾病、有酒精濫用問題也都會間接增加自殺行為的產生(Bohn, 2003; Borowsky, Resnick, Ireland, & Blum, 1999; Guvendeger Doksat, Zahmacioglu, Ciftci Demirci, Kocaman, & Erdogan, 2017)。

2. 同儕相關因素

1) 情緒支持

青少年階段是發展團體認同的階段，受到同儕團體的影響很大。受到較少同儕情緒支持較易有自殺行為的產生(Borowsky et al., 1999)或是較薄

弱的社交機會及較少朋友均會導致自殺行為的增加。

2) 同儕行為與其他

研究甚至發現若同儕有自殺行為也會導致自殺風險的增加(Bearman & Moody, 2004; De Luca, Wyman, & Warren, 2012) 。(Cooper, Clements, & Holt, 2012)則發現比起那些沒有同儕霸凌、網路霸凌的經驗，在成長的過程中有著被霸凌的經驗的青少年有更高的自殺危險性；而其他研究亦有類似發現，(Kurihara, Kato, Reverger, & Tirta, 2009)透過心理解頗研究發現過去幾年內，在並且發現如果有嚴重的人際關係的問題的人自殺風險高達(OR= 3.86) 有自殺企圖青少年受到同儕、媒體的影響越來越來頻繁。

Bearman, P. S., & Moody, J. (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents. American Journal of Public Health, 94(1), 89-95.

Bohn, D. K. (2003). Lifetime physical and sexual abuse, substance abuse, depression, and suicide attempts among Native American women. Issues Ment Health Nurs, 24(3), 333-352.

Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. Arch Pediatr Adolesc Med, 153(6), 573-580.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development : experiments by nature and design. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Burrell, Lisa Victoria et al.(2017) Sudden parental death from external causes and risk of suicide in the bereaved offspring: A national studyJournal of Psychiatric Research , Volume 96 , 49 - 56

Brown, S. L., Stykes, J. B., & Manning, W. D. (2016). Trends in Children's Family Instability, 1995–2010. Journal of marriage and the family, 78(5), 1173-1183. doi:10.1111/jomf.12311

Cluver, L., Orkin, M., Boyes, M. E., & Sherr, L. (2015). Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and Adverse Childhood Experiences in South Africa: A Prospective Study. J Adolesc Health, 57(1), 52-59. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.03.001

Cooper, G. D., Clements, P. T., & Holt, K. E. (2012). Examining childhood bullying and adolescent suicide: implications for school nurses. J Sch Nurs, 28(4), 275-283. doi:10.1177/1059840512438617

De Luca, S. M., Wyman, P., & Warren, K. (2012). Latina adolescent suicide ideations and attempts: associations with connectedness to parents, peers, and teachers. Suicide Life Threat Behav, 42(6), 672-683. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00121.x

Guvendeger Doksat, N., Zahmacioglu, O., Ciftci Demirci, A., Kocaman, G. M., & Erdogan, A. (2017). Association of Suicide Attempts and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors With Substance Use and Family Characteristics Among Children and Adolescents Seeking Treatment for Substance Use Disorder. Subst Use Misuse, 52(5), 604-613. doi:10.1080/10826084.2016.1245745

Hollingshaus, M. S., & Smith, K. R. (2015). Life and death in the family: early parental death, parental remarriage, and offspring suicide risk in adulthood. Soc Sci Med, 131, 181-189. doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.008

Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R., & Tirta, I. G. (2009). Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. BMC Public Health, 9, 327. doi:10.1186/1471-2458-9-327

Pena, J. B., Kuhlberg, J. A., Zayas, L. H., Baumann, A. A., Gulbas, L., Hausmann-Stabile, C., & Nolle, A. P. (2011). Familism, family environment, and suicide attempts among Latina youth. Suicide Life Threat Behav, 41(3), 330-341. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00032.x

Xing, X. Y., Tao, F. B., Wan, Y. H., Xing, C., Qi, X. Y., Hao, J. H., . . . Huang, L. (2010). Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. J Adolesc Health, 46(6), 592-599. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.006

九、 請構思老年人口群與目前長照系統應如何相輔相成。

為配合長照 2.0 以社區為基礎，建構「結合照顧、預防、生活支援、住宅以及醫療」等服務一體化之照顧體系，實現在地老化的目標。首要任務為培養長照服務所需之專業知能，以及社會大眾對照顧服務員之專業形象及認知，同時提升照顧者覺察老年人的憂鬱情緒、負向思考與異於平常行為等能力，並積極轉介至精神醫療院所接受專業評估與治療且持續關懷。有鑑於此，全國自殺防治中心自 2011 年至 2017 年協助老人及長照相關機構所辦理之「珍愛生命守門人之教育訓練」場次如下表，講師為全國自殺

防治中心推薦之具精神醫學、心理衛生等相關專業人員，且對自殺防治有經驗、對人文關懷有熱忱、對民眾推廣教育有興趣者。

表 9-1、2011-2017 年全國自殺防治中心協助各機構辦理之老人自殺防治守門人訓練課程

日期	辦理機構	講座名稱	參與對象
2011.9.7	退輔會八德榮民自費安養中心	關懷生命尊重生命	照顧服務員、護理人員、社會工作人員
2012.8.1	臺中市政府衛生局	珍愛生命守門人教育訓練	臺中市醫院、護理機構及老人養護機構相關人員
2013.4.25	弘光科技大學銀髮族全人健康照顧管理中心	初級預防~預防老人自殺 促進老人心理衛生	臺中市長照人員
2014.9.3	財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心	淺談老人福利機構工作人員及住民自殺防治	護理人員、照服員、社工員、行政人員
2015.6.30	臺北市私立仁群老人養護所	高齡者心理關懷與溝通技巧	居家照顧服務員
2016.2.26	新竹縣政府衛生局	老人心理健康服務專業人員教育訓練	衛生所護士及關懷訪視員
2017.8.14	臺北市西湖老人日間照顧中心	老人自殺防治守門人講座課程	社工、護理師、照服員、司機人員
2017.10.2	大安老人服務中心	老人自殺防治暨個案研討	老人服務中心之主任、督導及社工
2017.11.29	新北市長期照護發展協會	老人福利機構自殺防治教育宣導	老人福利機構負責人或主任

明年度將持續辦理及推廣與老年人口有關的「珍愛生命守門人之教育訓練」，並評估與醫院/社區長期照護據點或大型機構進一步合作之機會。幾個執行重點如下:

1. 提升社會各界大眾對老人自殺防治的重視及敏感度；
2. 增加社區與醫療院所專業人員對老人照護過程中之自殺風險評估量能；
3. 落實老人憂鬱症辨識及醫療轉介，並確實配合精神醫療；

4. 去除大眾對老人憂鬱症及自殺之汙名化，並降低老人服用安眠藥之迷思，以提升老人受惠於精神疾病治療成效；

5. 培養非專業人員(如老人志工、長者本身等)成為同儕守門人，以老人守護老人、增加高風險長者的發現機率。

十、 請構思網路成癮及網路社群的進一步運用。

有鑑於教育部於 2015 年 9 月 17 日公布針對國小 4 至 6 年級、國中、高中職學生所進行的「2015 年中小學學生網路使用情形調查結果」，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，未來也將於臉書等社群網站持續推廣青少年推廣網路成癮問卷使用，並宣導網路成癮的嚴重性及如何建立正確的網路使用習觀，並持續改良現有的問卷與指標，以便更為精準預測網路成癮行為。

今年度針對臉書貼文，將強化粉絲專頁的曝光度，參考其他專頁經營模式，擬定有效增加人氣之經營策略。期盼藉由此平台的運作，持續推廣中心理念與價值，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。若發現有重大自殺事件時，將邀請相關專家顧問指導，並配合中心長官於媒體上的宣導，以擴大推廣珍愛生命理念，降低社會上重大自殺事件對民眾的影響。未來將邀請臉書粉絲人數多之名人與中心長官或精神衛生相關之專家，共同推薦珍愛生命打氣網，增加粉絲人數及觸及率，強力推廣自殺防治理念。

除了臉書貼文，更結合「網路成癮與身心健康調查問卷」，透過填寫問卷，並主動以信件關心有情緒困擾且留下聯絡方式的施測對象，並提供生命線、張老師、各縣市心衛中心之電話，鼓勵施測對象主動求助。截至 2017 年 11 月 08 日止，總共有 492 人填答問卷，問卷分數顯示上網成癮(Internet Addiction Disorder,IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，在 492 位受測對象中，共有 114 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，占 23.2%；另有 378 位之網路成癮分數低於 5 分，占 76.8%；而在 BSRS-5 分數高於 6 者界定為心理狀態低落需要尋求資源，在 492 位受測對象中，共有 183 位受測者之 BSRS-5 分數大於 6 分，占 37.2%，另 309 位之 BSRS-5 分數低於 6 分，占 62.8%，總計寄出 344 封問卷關懷結果，占所有受測人數的 69.9%。

中心持續結合「珍愛生命打氣網」主題規畫，定期以貼文方式向民眾宣導網路使用對生活造成的相關知識，透過知識與新知內容，邀請粉絲、民眾使用問卷，了解自己的心情狀況以及網路使用習慣程度，進而尋求專業諮詢。未來將進一步規劃邀請施測對象接受電話訪問或面談，討論網路使用習慣與建立，並輔導有情緒困擾、精神疾病、自殺意念等施測對象接受治療。

十一、強化與媒體的互動，並予以回饋(如辦理評比、頒獎活動)。

本中心每年均舉辦媒體聯繫會議，過程中藉由自殺防治最新脈動、本土自殺相關數據呈現、以及與媒體對話討論，達到溝通正確自殺報導指引、共同防治媒體仿效作用之目標。為鼓勵正向報導之媒體專業單位，明年度將規劃以各大媒體公司為評比標的，會同主管機關、民眾、媒體或相關學協會之建議，於每年世界自殺防治日記者會上頒獎。

十二、25-64 歲青壯年人口群的自殺人數最多，應持續強化自殺防治作為。

2016 年度自殺死亡人數中，25-44 歲年齡層為 1,173 人、45-64 歲為 1,401 人，為各年齡層排名前二名；在自殺通報數據中，25-64 歲年齡層也是各年齡層中，自殺通報人次集中的區間，故以下將此年齡層再分為 25-44 歲及 45-64 歲兩個區間分別說明。

1. 25-44 歲

此年齡層屬於青壯年，自殺原因除「情感／人際關係」與「精神健康／物質濫用」外，以「工作／經濟」為最常見原因。

建議加強職場自殺防治策略，心理衛生部份可著重在過勞死及個人價值感(如：在大企業內看不到自己)的問題，亦可與勞政單位(如勞工局)合作，早期辨識高風險勞工之自殺危險程度，早期轉介合適醫療。

針對自殺死因作分析，由表 12-1 可發現 25-44 歲死因占率較高前三名一直是「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」、「由高處跳下自殺及自傷」。此結果顯示 25-44 歲較常以燒炭、上吊、跳樓三種方式結束生命，對於防治策略的啟示為針對社會上成年早期可能接觸的單位(如職場、軍中等)，應定期檢視該年齡層的心情溫度、早期發現高風險者、辨識自殺警訊，以利早期關懷與轉介。

表 12-1、25-44 歲近三年死因占率

年份 死因方式	2014	2015	2016	2017 年 1-8 月
以固體或液體物質自殺及自為中毒	10.9	11.5	10.1	10
以氣體及蒸汽自殺及自為中毒	**41.6**	**40.2**	**39.8**	**41.4**
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	**25.1**	**23.3**	**24.5**	**25.2**
溺水(淹死)自殺及自傷	5.1	5.3	5.6	4.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	1.5	0.9	0.3
切穿工具自殺及自傷	2.1	1.3	2.1	1.5
由高處跳下自殺及自傷	**12.7**	**13.9**	**14.6**	**14.3**
其他及未明示之方法自殺及自傷	1.6	3.1	2.4	2.9

2. 45-64 歲

此年齡層雖然尚未進入老人年齡層，但是年齡為連續性的增長，60 歲以上已逐漸邁入老年，除「工作／經濟」仍為常見自殺原因外，「生理疾病」所占比例也逐漸上升。除職場自殺防治策略外，可建議醫院針對慢性或重大疾病患者進行自殺防治策略，例如使用 BSRS-5 等心理健康服務。

表 12-2 可發現 45-64 歲死因占率近三年較高的為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」；另外「由高處跳下自殺及自傷」死因占率逐年提高，應特別注意，而中心也持續針對高處跳下自殺方式進行策略的推廣。

1) 針對使用農藥

(1) 中心推動利用自殺通報系統，找出農藥中毒自殺的高危地區，並依據「農藥管理法」落實農藥販賣之稽核與管理，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。(詳見 2.3 章節) 。

(2) 中心於 6 月 6 日與 14 個醫護學協會(中華民國急重症護理學會、中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣老年學暨老年醫學會、台灣急診醫學會、台灣精神醫學會、台灣憂鬱症防治協會、台

灣護理學會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣毒理學學會、社團法人老年精神醫學會、社團法人自殺防治學會)共同發佈【關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈聯合聲明】新聞稿，呼籲禁用巴拉刈。而農委會防檢局也於 2017 年 5 月 24 號宣布自 2018 年 02 月起禁止加工輸入；2019 年 2 月起禁止販售、分裝及使用。

(3) 派遣專家實地對農藥販賣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包含珍愛守門人之議題，共計 12 堂，辦理縣市則包含臺中市、雲林縣、臺南市、臺北市、新北市。(詳見 6.6 章節)。

2) 針對使用安眠藥與鎮靜劑

(1) 與藥師公會及社區藥局合作，加強社區藥局及藥師之「珍愛生命守門人」繼續教育訓練，提高藥事人員對藥物購買者自殺徵兆敏感度，強化藥事人員對於自殺高危險群處遇態度與轉介行為。(詳見 2.3 章節)

(2) 社區愛心站：鼓勵愛心站藥師接受珍愛生命守門人課程訓練，並於執業時，適時關心民眾，傳遞珍愛生命的理念，並推廣使用心情溫度計(BSRS-5)進行自我心理健康管理概念。

表 12-2、45-64 歲近三年死因占率

年份 死因方式	2014	2015	2016	2017 年 1-8 月
以固體或液體物質自殺及自為中毒	**18.6**	**17.7**	**19.6**	**18.3**
以氣體及蒸汽自殺及自為中毒	**25.6**	**25.0**	**23.9**	**30.6**
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	**32.5**	**33.4**	**31.7**	**40.0**
溺水(淹死)自殺及自傷	8.0	7.1	8.2	8.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0.5	0.8	0.3	0.7
切穿工具自殺及自傷	3.0	2.8	2.4	3.7
由高處跳下自殺及自傷	9.1	10.1	9.7	13.3
其他及未明示之方法自殺及自傷	2.7	3.0	4.1	4.0

3. 共同策略

1) 以氣體及蒸汽自殺及自為中毒

中心持續推動木炭非開放式陳列：輔導大賣場或商店(連鎖量販店、便利商店)成為自殺防治示範商店，如將木炭放置明顯處、或設立木炭儲放櫃加強管制或上鎖、或置於櫃台附近，由店員協助方可取得等，限制其易取得性。而除新北市(由 2010 年 273 人降至 2016 年 166 人)、臺南市(由 2011

年 90 人降至 2016 年 74 人)推動至今已有明顯成效外，宜蘭縣也於 2017 年 3 月 14 日一起跟進執行木炭非開放式陳列，未來仍希望有更多縣市願意一起配合推動政策之執行，才能有效降低燒炭自殺之人數。

2) 由高處跳下自殺及自傷

中心持續推動各縣市高處跳下熱點分析，並進一步針對熱點加派巡守隊、設置巡邏點等策略，並針對由高處跳自殺及自傷持續收集國內外文獻以編制可供我國參考之自殺防治策略。(詳見 2.3 章節及 4.7 章節)

3) 吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

防範上吊自殺的策略重點，包括環境控制、上吊企圖者的緊急處置、以及全面性防治策略，可針對吊死、勒死及窒息自殺及自傷之較容易發生之地點、或醫院、老人安養機構等地點，減少其可懸掛點，並推廣心情溫度計之使用，以利及時轉介高風險個案。針對長期照護機構之醫療人員亦應加強其對上吊的緊急處置及高風險個案之辨識，以強化安養機構在老人及上吊、勒死及窒息自殺防治上之功能性。(詳見 4.7 章節) 。

十三、協助為禁用巴拉刈發聲，持續支持農委會推動劇毒農藥管制政策。

持續為禁用巴拉刈農藥發聲，農委會已規畫在 2018 年 2 月 1 日將巴拉刈禁止輸入、製造，並於 2019 年 2 月 1 日全面禁用，本中心持續支持巴拉刈禁用，上半年針對巴拉刈禁用發表【關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈】聯合聲明稿，並持續於下半年於各媒體投書發表禁用巴拉刈使用文章，以持續支持推動拒毒農藥管制政策，發表內容如下：

2017 年 11 月 05 日 17:55 中國時 報楊騰凱、倪浩倫報導

巴拉刈自殺風險連年上升，農委會擬將巴拉刈改成固態粒劑，取代會被直接飲用的液態，盼減少自殺風險。不過醫界認為，固態粒劑不會改變巴拉刈毒性，泡成溶液後若未用完，農民仍會保存在家中，加上不看好代噴制度能落實，呼籲應全面禁用。

台大公共衛生學院助理教授張書森表示，因飲入巴拉刈死亡的人數逐年上升，10 年前每年只有 130 人左右，近 2 年則在 200 人上下，每 2 天就有 1 人因為喝入巴拉刈死亡，到農村地區更明顯，例如屏東地區過去 5 年以來，共有近 100 人死於巴拉刈，當中 9 成是自殺。

張書森指出，醫療上對巴拉刈無解藥，人體一下大量飲入，將快速導致多重器官衰竭致死，就算飲入 15 c.c.到 30 c.c.等小量，也會引起肺部纖維化，一段時間後因呼吸衰竭而死，整體而言，巴拉刈死亡率約在 6 成至 9 成，反

觀其他除草劑的死亡率僅 1 成以下。

張書森表示，韓國 2011 年至 2012 年間全面禁用巴拉刈，2013 年農藥自殺率就下降 4 成，加上其他途徑的自殺率未增加，使整體自殺率下降。

張書森指出，就算巴拉刈改成固態粒劑，最後還是須泡成水溶液使用，農家中為了方便，仍會保留未用完的水溶液，由於半數以上的自殺都是衝動所致，假如發生激烈爭吵心情低落，甚至於酒醉，此時環境中若有巴拉刈這種劇毒物質，很有可能演變成不幸的自殺案件，「改成粒劑也一樣讓人擔心，因為粒劑不會改變巴拉刈的毒性。」

張書森指出，代噴制度也不易落實，因為人人都可以接受代噴訓練考取代噴執照，有了執照就能合法購買，也難保不會私下轉售，改變不了農家經常儲存巴拉刈的狀況。

林口長庚臨床毒物科主任顏宗海表示，過去 10 年，林口長庚共收治 222 名巴拉刈中毒患者，就算院內 24 小時都有負責「血流灌洗」的專人待命，死亡率仍高達 54%。儘管購買時需出示農民證，或是交由專門代噴業者，但目前看來，這些方法都還有「加強空間」，否則醫院不會有那麼多中毒個案。

十四、 針對近期占率上升之墜樓、上吊、溺水，提出具體防治策略。

1. 國外自殺方法的可得性文獻

搜尋國外自殺方法或工具自殺防治文獻，內容包含(墜樓、上吊、溺水)，以下整理出國外研究方法防治策略，並透過國外文獻，規畫符合國內之具體防治策略。

1) 高處跳下

對於高處跳下自殺，歐洲 Hemmer 等學者於 2017 年檢驗瑞士在預防高處墜落(如橋梁、或其他高建築物)是否有成效，發現設立柵欄與安全網等結構性防阻設施對於自殺防治是有效的。該研究透過柵欄與安全網護相比較下，柵欄高度至少要有 2.3 公尺高，橋墩部分則應該加設防護欄，避免民眾攀爬，而安全網則應顯著低於行人路面，並有足夠的寬、深度，約 4 公尺深是必要的且防護完善，或至少在 15 公尺以上的高度時禁止跳躍，而加設護欄及安全網介入，明顯讓自殺率下降。

在美國的研究中，試圖從降低青少年以及精神疾患減低能獲取自殺工具做管制，探討是否能夠因此減少自殺比率，研究發現若能夠在橋梁邊安裝護欄或屏障，跳橋事件也明顯降低(Barber et al.,2014)，而且發現降低報章與電子傳播媒體報導相關事件，避免讓民眾了解其方法之使用，也能夠降低跳橋被使用做來自殺，反應我國在高處跳樓占率 5.9，排名自殺方法第 6 名或

許也能在主要幹道、建築物上設置安全網，以降低高處跳下自殺率。

2)上吊

在所有自殺致命性工具中，上吊是最困難防禦的一個方法，在臺灣過去20年上吊占率最高的方法之一占率達4.2%，自殺方法排名第8，大約占三到四成的自殺方法，近5年雖然這方法在整體自殺趨勢變化皆為下降，近幾年每年仍至少有一千多個左右的個案死於上吊，而有九成死於家中。Gunnell等人於2005年研究針對上吊自殺的自殺工具與方法做系統性回顧研究，結果顯示上吊工具從皮帶、電線等都可備受利用，同時透過懸掛點(例如：樑、掛勾、門把、樹木)，即可完成上吊自殺動作。在預防方式上，在家中部分主動預防方式仍缺少，僅能以消極性的提醒家中成員、社區鄰里增加對自殺的敏感度，幫助內心感到脆弱的危險群，能夠及時獲得資源協助。在監獄與病房則有較積極的方式，美國研究上發現若在監獄中疑除懸掛點，並於監獄中的配備或者衛浴需要事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應(Gunnell et al.,2005)，增加相關人員輔導傾聽技巧，並改善醫療體系的緊急醫療管理、自殺管理指引，及時能夠對上吊自殺事件及時介入。

3)溺水自殺防治

溺水自殺事件發生頻繁，從過去報導案例比較城鄉間與性別對於自殺的差異，會發現郊區、靠水邊有較高的地區發生溺水自殺事件較多，性別上則以男性居多，自殺占2.8%，自殺方法排名第12名。由從中國大陸的溺水研究中，透過心理剖析研究了解溺水自殺者的特性，發現男性遠比女性多，且透過溺水自殺年齡層多位於22到29歲，而自殺原因除了精神疾患以外，還包含感情因素、失業、經濟壓力等原因，精神疾患部分則以憂鬱症占率最高達33.7，思覺失調症則占率20.2%，而從這些亡者得就診紀錄來看，發現多數並未接受就診或是根本無長期遵從遺囑(Fang et al.,2015)。

而面對溺水自殺事件，英國學者Haw等人於2016年透過英格蘭、威爾士從2000年至2012年蒐集文獻以系統性探討研究，試圖從中透過自殺趨勢研擬出相關介入方法，發現歐洲國家溺水率除盧森堡，多女性多於男性，而從西方研究會發現老人比年輕人使用溺水方法較多，而在3成的比率占有癌症。而由於溺水相關高質量研究稀少，對於研擬具體策略是有困難的，主要多為在熱點或者水邊設立警告標示以及電話，限制進入深水區域，並針對自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區，以降低跳水自殺的再發生。

2. 現行國內自殺防治策略

表 14-1.綜觀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
限制致命自殺工具可得性	1. 針對高樓地區、橋梁設置警告標語與安全網。 2. 控管木炭販售以上架處 3. 對深水處設立警告標誌，並針對熱點設立人員巡邏管控 4. 管理監獄與病房，並對懸掛物品挑選不易調掛之懸掛勾	1. 高樓部分仍未確實設立安全防護網，橋梁警告資訊也相對缺乏 2. 目前仍僅只有少數縣市將木炭置於櫃台販賣 3. 難以掌握跳水熱點區域，以及人員配置 4. 多數上吊發生於家中及社區，需持續增加家庭成員對自殺議題的敏感度

針對「限制致命自殺工具」這點，在我國自殺方法防治上，上吊部分除了可以對於懸掛部分設計無法做一定重量之吊掛，並調整移除懸掛點，並於醫療空間或監獄中的配備事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應。在跳樓、高處墜落部分，於高處建築物、橋梁設置安全防護網及警示牌，對於深水處則設立警示牌外，並定期派人巡視，同時加強珍愛守門人一問二應三轉介宣導。

執行結果摘要

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。其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

2016 年全國自殺防治中心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。

一、自殺防治相關統計分析資料

1. 2016 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。其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12)，自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.4%)。

各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

2016 年自殺死因前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(24.2%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.7%)。

2016 年自殺通報人次為 28,996 人次(男性 10,801 人次、女性 18,195 人次) ，與 2015 年相比降幅則為 3.1%，自殺通報比為 8.2(男性 4.2、女性 15.1)，女性為男性之 1.68 倍。

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」(2016 年全國通報 15,052 人次，占率 51.9%)、

「切穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 8,277 人次，占率 28.5%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,910 人次，占率 6.6%)。自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(47.0%)、「精神健康／物質濫用」(35.4%)及「工作／經濟」(9.9%)。

自殺占全國死因排名由 2015 年第 11 名降至 2016 年第 12 名，但 2016 年全國自殺粗死亡率仍較 2015 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。

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

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。

本章節透過自殺通報關懷系統檔串連死因統計檔，以觀察 2016 自殺企圖個案通報後是否有再自殺情形及自殺死亡方式等；同時分析各年齡層通報後即自殺(當天及指標通報企圖日 1-7 天內)及各年齡層首次通報後再自殺死亡之危險性。同時觀察 2016 年自殺死亡個案生前通報之情形、自殺通報方別、自殺死亡方式等。

結果發現男性、年齡越長者、首次自殺企圖通報之自殺方法為由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒、自殺原因為生理疾病、通報縣市位於中南部、特殊身分別為嚴重病人或家暴高危被害人其再自殺死亡比例較高。

針對「24 歲以下」首次通報再自殺死亡之個案，發現自殺通報性別以「男性」，自殺通報方法別以「自殺方式以溺水(淹死)自殺及自傷為主」，自殺原因則以「不詳」，居住地則以新竹市、縣及嘉義市、縣，需特別注意。

針對「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以切穿工具自殺及自傷」居多，自殺原因以「生理疾病」及「精神健康/物質濫用」為主，以居住地而言，「25-44 歲」以澎湖縣、屏東縣、雲林縣比例較高、「45-64 歲」以

新竹縣、雲林縣、屏東縣;「65 歲以上」以基隆市、新竹縣、南投縣、屏東縣需特別注意。

因此如何針對通報後即死亡及再自殺亡高危個案制訂有效之防治策略將是自殺防治策略重要的手段。

3.全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。

中心依照 2015 年度全國自殺死亡資料統計、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及前述 2016 年實務督導摘要，擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

完成全國性自殺防治策略建議 1 份，內容分析臺灣自殺相關數據與現況,包含 2015 年及 2016 年各項自殺死亡數據比較,擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。

22 縣市因地制宜自殺防治策略建議共 22 份，分別分析各縣市自殺現況、各縣市辦理自殺防治業務現況、執行自殺防治相關業務所遇困境，擬定因地制宜的自殺防治策略建議，內容為全國性自殺防治策略建議外符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。各縣市自殺防治策略建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

4.自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形

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。

2017 年 1-10 月全國自殺通報共 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性

1.69 倍。2017 年 1-10 月通報比為 7.4，自 2007 年至 2016 年全國通報比由 5.6 逐年上升至 7.2，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， 2016 年分案率達到 100%，分案關懷率為 99.4%，2017 年 1-10 月分案率為 100%，分案關懷率為 99.7%。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」(50.6%)為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)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 36.1%、女 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(男 33.8%、女 39.2%)及「工作／經濟」(男 13.8%、女 7.6%)。分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占 2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(25.5%)、花蓮縣(23.4%)、高雄市(20.4%)。家暴被害人占率最高的為澎湖縣(12.9%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(9.7%)。

二、辦理自殺防治之實證研究

1.精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究

根據世界衛生組織的公布，全球每四人當中就會有一人在一生中遭遇精神疾病的問題。國際衛生組織的最新報告就顯示，全世界接受醫療衛生服務的人口中，有 1/4 是 患有精神疾病，因罹患精神神精疾病，造成的「失能生命人年(DALYs)」，已佔各種疾病或傷害的 11.5%，估計到了 2020 年還會上昇到 15%。這都顯見精神疾病患者的議題是普遍存在各個族群。也由於心理解剖研究發現精神疾病是自殺死亡重要的危險因子之一，也因此如何針對精神疾患制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

本研究目的乃透過 2006 年 2015 年自殺死亡者進行巢式病例研究，藉以觀察自殺死亡者比起一般人在生前一年的醫療需求及診斷別之差異，並分別計算 Odds Ratio(OR)及 Population attributable fraction(PAF)。

結果發現在門急診斷部分藥物性精神疾病患者(OR=51、PAF=0.01)、人格違常(OR=32.8、PAF=0.01)、精神官能症(OR=5.2、

PAF=0.24、情感性精神疾病(OR=17.7、PAF=0.16)；而在住院診斷部分人格違常(OR=20.5、PAF=0.01)、情感性疾患(OR=10.8、PAF=0.12)；且自殺死亡者之醫療利用通常比一般人大，不論在內、外科，因此如何針對這群高風險族群制定有效的療程，並提供整合性治療、支持性團體均是相當重要的。

2.憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究

憂鬱症已是聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，全球超過百分之四的人為憂鬱症所苦，又以女性、青年及老人最容易受憂鬱症影響而無法正常生活或工作。這麼多的憂鬱症人口，但是實際接受治療的比例仍顯不足，顯見憂鬱症患者的議題是普遍存在各個族群，因此如何針對憂鬱症患者制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

本研究乃透過 2006 年 2015 年憂鬱症患者進行世代追蹤研究法藉以觀察病人服藥遵從性及其趨勢變化，另外使用比例風險模型計算其死亡危險性，作為防治策略之方向。

就分析結果來看，老年人服藥遵從性高，可推測老年人通常病況較嚴重，因此會按時吃藥;各年齡層男性自殺死亡風險比皆相對女性高，顯示男性有較高的自殺危險性。綜合來說，服藥遵從性高者其自殺死亡率越高，在此表示服藥遵從率僅反應出疾病嚴重度，而疾病越嚴重且複雜者其自殺死亡率亦較高；且服藥遵從性並無法完全反應病人是否有治癒好。因此如何強化全體國民對憂鬱症之認識，以破除一般民眾對精神疾病刻板印象，藉以提高憂鬱症就診率，並針對高風險族群制定有效的療程，並提供整合性治療是相當重要的。

三、強化自殺防治策略

1.自殺高風險縣市互動式輔導訪查

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。

2.辦理縣市關懷訪視實務督導

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 6 場次的實務督導，以派遣專業人員的方式，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。

3.第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

中心於 5 月 20 日假臺大醫院第七講堂辦理「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、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，並結合 10 個醫療、社會工作相關學協會及 5 個專業人員公會全聯會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。

課程主題包含：自殺防治新視野(全球自殺防治趨勢、自殺防治問題與挑戰)、自殺防治實務(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險者之關懷與溝通)、資源網網相連(轉介方法與技巧、社會安全網絡與資源連結)，最後進行綜合討論。

當日於全國 29 間地區醫院同步視訊轉播，總人數為 846 人，醫師占 263 人、護理人員占 361 人，臨床/諮商心理師占 15 人，藥師占 45 人，社工占 26 人，職能治療師占 19 人，公務人員占 53 人及其他占 62 人。

4. 強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺報導，期望使自殺新聞報導能在不侵害自殺當事者隱私權的前提下，同時顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。

透過今年的媒體拜會及聯繫會議，和與會者在自殺防治建立共同

的核心價值，擴及各大報章雜誌與社群網站。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。除此之外，為提升自殺新聞報導品質，利用數據分析，配合科技發展，首次製作「自殺新聞報導須知」廣發給各電視台與媒體，增加媒體專業人士對撰寫自殺新聞報導需注意的事項更加熟稔，並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。

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 2017 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 219 則，其中網站 IP 位於國內有 101 則，已下架為 88 則(下架率 87%)。而網站 IP 位於境外有 118 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 78 則被下架(下架率 66.1%)。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.自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知

中心自 2006 年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導,除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。

根據今年的監測結果可以發現，無論是平面媒體或是網路新聞，WHO 六不原則中「不要刊登出照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺的原因」遵守情形皆較低；六要原則中則是「凸顯自殺以外的問題解決

方法」遵守情形較低，然實際符合臺灣媒體使用與否，藉由今年媒體拜會及聯繫會議將更加了解新聞傳播實務工作所遇到的困難，未來將繼續加強與各家媒體的溝通管道，尤其是網路平臺，並研擬面對重大新聞事件的因應措施及回饋機制，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質。

7.國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃

自殺防治是全球公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，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。足見自殺防治的重要性，但自殺並非單一因素可以解釋，涉及到複雜的現象，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。也由於自殺的複雜性，無法由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，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。現行之自殺防治策略由涉及的層面，可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是與國際主流的自殺防治策略相同的區分方式。

全面性自殺防治策略之標的對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、降低致命性工具之可近性、督導媒體報導、提升社會大眾心理健康等方式降低自殺的風險。選擇性自殺防治策略針對的是某些自殺危險因子特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體未有自殺行為，但是他們在生理、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險性，透過提升精神疾患與具自殺風險者的篩檢、推動自殺防治守門人等方式降低高風險群的危險性。指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷特定的高自殺風險群，像是自殺企圖者與自殺未遂者，協助高自殺風險群，可以得到適當的支持與依照其需求連結相關資源。

綜合上述，本次計畫依據衛福部計畫，透過「收集國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具(如：燒炭、墜樓、溺水等)提出具體可推動之防治策略，供我國本部及各縣市衛生局參考」，來自於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，學習他國經驗確保我國自殺防治能走在正確的道路上。

8.日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告

為瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，考量日本自殺率有逐步下滑之趨勢，因此特別針對其國家策略《自殺政策白書》進行翻譯與彙整，詳細記載了「自殺總合對策大綱中各項政策施行情形」做為日本該年度的自殺防治策略與措施之報告，參考值得臺灣採用之策略與具體措施，並與國內自殺防治策略做比較。

日本為針對防治酒精的問題，已成立相關法條，臺灣應思考酒精的問題是什麼、扮演什麼角色，在物質濫用的部分，臺灣應如何與自殺防治做結合，是值得思考的事情。

強調針對大眾宣傳並擴大民眾參與自殺防治，日本除自殺防治週亦有自殺防治對策加強月並呼籲相關廳省、地方自治團體協助宣導，從中央到地方做標語等並透過資源情報網檢索、諮商會員訊息等求助資源、報紙網路的媒體披露；臺灣有相關活動推動，並響應世界自殺防治日的活動等系列活動，可借鏡日本自殺防治加強月進行宣導。

日本的自殺防治綱領與臺灣自殺防治體系內容類似，日本從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣以社會安全的概念為出發點，若跟醫療結合更佳。建議臺灣學習日本內閣從中央到地方層次的整合，跨部會整合是最重要，臺灣未來如何推進，日本是值得學習的對象。

四、研修自殺防治相關工作規範

1. 因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理

自殺防治在於降低危險因子與提升保護因子,策略分別為全面性、選擇性、指標性策略。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，因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」,以掌握不同地區的特性。

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，訂定注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。指標性策略的防治對象為自殺企圖者，自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，皆為自殺防治業務重點。

2. 政府跨部會自殺防治工作方針

自殺防治工作為當今重要的公共衛生議題，臺灣近年的自殺死亡率在自殺防治政策及專業人員的努力下，已於 2010 年退出國人十大死因之列。然而，自殺防治工作，仍需仰賴政府及民間各界共同努力，盼能跨部會整合資源，得以發揮「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

本手冊旨在提升自殺防治於各部會之整合與推動，首先介紹自殺防治的基本概念，了解臺灣自殺概況與自殺防治之重要性，並介紹自殺防治策略。而其中自殺防治的核心基礎，在於若人人皆有自殺防治的基本概念與意識，即可在自殺防治的工作上盡一份心力，透過一問、二應、三轉介的守門人三步驟，主動關懷、適當回應，並適時提供協助，將有助於在對方需要之時陪伴度過低潮期。

而依循參考各部會業務職掌與臺灣自殺防治工作之推動，本手冊列出十二個部會，各章節從部會職掌可能接觸到之風險族群，介紹相關風險因子，透過文獻閱讀及專家會議研擬自殺防治工作之方向，並藉由全面性、指標性與選擇性策略，共三個面向之策略加以建議，以供各部會未來擬定自殺防治工作之參考。最後，除針對各部會進行自殺防治策略之建議外，另列上相關自自殺防治延伸讀物，包含自殺防治策略行動方案、自殺防治手冊及自殺防治資源網絡，盼能在自殺防治的工作上，促進有效之資源連結，完整關懷服務，共為自殺防治盡一份心力。

3. 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

依衛生福利部訂定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，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。為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響到後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心將安排每月抽查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(20 則以上)，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

截至 11 月 30 日前，初審依據 2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名順序已完成抽查 22 縣市，並依同樣排序複審 12 縣市以作後續追蹤。各縣市皆須抽查 20 則訪視紀錄，共計審查數 680 則，隨後將各

縣市訪視紀錄審查結果分為共通審查問題和建議、個別縣市審查建議。

藉由本次的訪視紀錄審查，除了瞭解訪員的工作情形，也發現各縣市的訪員在紀錄撰寫都擁有屬於各自一套方式，並無共同的格式，但大部分訪視紀錄都涵蓋 SOAP 格式的資料，而少部分縣市則直接採用了 SOAP 格式撰寫。若從 SOAP 的角度來評估，各縣市仍需加強自殺保護因子與危險因子的評估，並確切地針對個案處境給予最適合的介入和處遇，將方案撰寫於訪視紀錄。

各縣市在紀錄中所著重的資料向度反映出了訪員的境遇、在地自殺特殊情形和督導著力方向等，例如一些縣市較傾向老人自殺議題、夫妻或情感壓力自殺或精神疾患自殺等，且可提高訪員在相關議題上的敏感度與介入能力。其次，許多個案的困難需要多方社福機構介入協助，訪員與相關人員若能建立共訪機制，相信更能全面性地提供個案所需，度過困難的時刻。

五、教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議

1.雲端數位學習平台之維護與推廣

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，數位學習已經成為獲取知識技能的重要管道之一。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，2015 年將「珍愛生命數位學習網」升級為 TMS 平台，且陸續推出醫師、護理師、藥師、家醫科醫師、諮商心理師、公務人員之繼續教育積分認證，且認證課程亦持續擴展中。106 年上半年度累計通過認證積分人次為 118,598 人次，數位學習網所有課程總點閱次數為 526,920 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，總計有 15,758 人次通過課程。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 7 個。

中心於 YouTube 影音平台成立「自殺防治 e 學院」，並持續活化此通路，供民眾觀賞並分享自殺防治相關課程及資訊。自殺防治 e 學院頻道累計共分享了 331 部影片，106 年 1-5 月累計總點閱次數為 407,441 次。

2.社群網站 facebook 之運用與推廣

因應網路社群型態的興起，中心於 2010 年成立 facebook「珍愛生

命打氣網」，期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。

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、網路使用與身心健康調查表、增進民眾自我心理健康管理。

2010 年 10 月成立至今年 10 月 31 日止，粉絲人數共 6,578 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 405 則貼文、獲得 3,804 個讚、666 人次留言及公開公開轉載、瀏覽人次為 408,707，約為去年瀏覽人次(336,110)的 1.22 倍。

facebook 是青少年與上班族最常使用得社群網站之一，有鑑於網際網絡之發達,且為了將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，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。

3.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，深植於民眾心中。而全年度網站維護作業，除定期更新自殺防治宣導資訊及相關統計數據；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」及「JotForm 平臺」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 2017 年 11 月 26 日，全年度訪客總數為 30,235 人次，網頁總瀏覽數為 43,825 頁。2013 年 7 月至 2017 年 11 月累計總參觀次數為 159,642 人次。而網站電子報目前累積訂閱人數為 8,726 人；全年度處理的求助信件共 67 件。透過 Google 表單功能收集資料之活動共 7 場，總計收集 3,209 筆資料。

4.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 版本於 2014 年 8 月 28 日正式上架，Android 版本於 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、中心網站電子報及相關合作單位持續加強，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，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。2017 年 6 月及 11 月，召開心情溫度計 APP 討論會議，邀請吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android 版本程式設計者游佳蓉小姐，針對未來功能增修及發展進行討論。累計至 11 月底，iOS 版本已註冊 3,439 個會員帳號，累計已有 5,053 筆檢測記錄。而 Android 版本累積安裝之總人數 7,509 人。

5.大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動

2017 年世界自殺防治日之主題為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life)，與守門人精神不謀而合，強調每個人多一分關心、陪伴，多多注意身邊的人之身心狀況，提供正確的資源進行協助，或許就能網住每一個可能消逝的生命。本中心響應世界自殺防治日與國際接軌，歷年來皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，持續規劃一系列宣導活動，從日出健走、以今年「關鍵一刻，扭轉一生」為主題的溫馨小故事徵文、單車繞世界、世界自殺防治日記者會等等，期望能藉此喚起全民對自殺議題的重視，挽救更多寶貴的生命。另外今年也透過「臺灣全球健康論壇」分台灣的自殺防治策略跟行動，還有現在的結果，同時瞭解美國、英國等相關的經驗。

6. 2017 年度自殺防治年中討論會

自殺防治工作得以順利推行，各相關單位之資源投入與協助配合是非常重要的。本次年中討論會以燒炭自殺為例，讓各縣市衛生局瞭

解全國自殺防治最新數據與關懷訪視之現況，且透過討論與交流的方式，針對特定議題進行探討，包含自殺通報、工作規範、各縣市因地制宜的因應方法等議題，盼能啟發創新思考以凝聚共識，藉此機會提升與強化各地之自殺防治策略與措施。本中心於 2017 年 6 月 30 日辦理「2017 年度自殺防治年中討論會」。會中邀請衛生福利部、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。

本年度會議採世界咖啡館模式進行，係因世界咖啡館是一種顛覆傳統會議當中「坐而言」然後再「起而行」的團體討論方式，可以帶動同步對話、反思問題、分享共同知識、甚至找到新的行動契機，從匯談過程中構成反思和行動的循環。世界咖啡館由華妮塔・布朗(Juanita Brown)、大衛・伊薩克(David Isaacs)所發展，匯談進行的方式可以 12-15 人為單位進行對談，並採取肯定式探尋法(Appreciative Inquiry)規劃多個回合的議題討論，鼓勵參與者在每回合中分享個人見地、積極聆聽，逐漸在對談小組當中探索多元觀點背後的模式與深層問題，成為一個智慧匯集的平台。在對談回合的後半部分，更引導參與者從集體智慧當中形構出集體行動方案。

7.巴拉刈自殺防治之教育宣導

統計 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，以性別來作分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，在男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡統計 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，共同為防治盡一份力。

8.「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治推廣

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。有鑒於此，醫護相關人員肩負著守門人重要的防線，是自殺防治網絡中極重要的一環。因此在衛生福利部推行下，自 2009 年起本中心持續提供「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程給臨床醫師，了解臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神如何落實在臨床與生活上，促進醫院單位為基礎進行自殺事件的預防。而至今，落實了 9 年的課程已培養了 1900 位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師。

2017 年 11 月為止 PGY 訓練課程共辦理了 22 場，共 327 人參加，由中心李明濱計畫主持人、鄭宇明秘書長、吳佳儀副執行長、陳宜明醫師、張家銘醫師擔任講師。講師活潑風趣的授課方式分享臨床經驗與技巧，讓超過 9 成學員認為 PGY 教學內容相當符合臨床需求。其中自殺風險評估與評測工具-心情溫度計,成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。幾乎所有學員都回饋，願意在未來的臨床實務上運用心情溫度計作為評估工具，以人文關懷態度持續協助病人，成為重要的守門人一員，傳達人人都是自殺防治守門人的理念。

9.珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

在貫穿三大自殺防治策略當中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。大多數民眾認為只有專業人員和販賣危險物品的商家才能從事自殺防治工作，然而近幾年越來越多學者開始留意到一般民眾擔任守門人對自殺防治的影響力。接受過守門人訓練的民眾、家屬、親友等對於自殺危險警訊會比未接受訓練者有更高的敏銳度，並且能在早期階段做出適當的干預和轉介，達到人人是自殺防治守門人之宏願。有鑒於此本中心應合各相關行政機構之自殺防治講座、課程、學術與個案研討會之需求，提供守門人講師建議名單，並準備相關訓練教材與數據供機關參考。

截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人 31 課程，場

參與訓練的學員共 1974 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、軍營，對象包含各級學校師生、醫療人員、專業社工人員、志工、官士兵等。隨著今年軍營自殺事件日益月增，除了大專院校、醫療院所、社區機構和商家單位之外，2017 年增加了軍營、大隊、國防部等單位申請講師推薦服務。

學員除對自殺防治相關議題有更進一步的了解，更知道如何面對自殺企圖者時如何冷靜應對，運用「1 問、2 應、3 轉介」介入適當的干預和關懷，並尋求資源協助。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

10.輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修

自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、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絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能。

全國自殺防治中心為改善自殺防治通報系統，俾利自殺防治及關懷業務之進行，協助彙整各縣市使用時之相關問題與建議，並持續追蹤系統維護廠商修改進度。

1.自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片

自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色，在訪視過程中，為接觸個案的第一線專業人員，不論家訪、面訪或電訪皆有不同的狀況需要仰賴關懷訪視員之專業知能加以評估與介入，因此撰寫自殺關懷訪視員教育手冊，針對實務需求錄製新進關懷訪視員入門教學影片，並規劃線上進階學習課程供訪員繼續學習。

自殺關懷訪視員教育手冊，包含關懷訪視員工作目標與任務，以及認識自殺行為，簡介關懷訪視工作之內涵、介紹關懷訪視通報流程，並針對自殺防治相關專業知能加以介紹，以讓訪員對關懷訪視任務有更加完整的了解。再來進入關訪員應具備之基本及核心能力，綜合文獻探討、各縣市歷年關訪員實務督導回饋以及專家會議討論，擬定關訪員應具備之基本能力包含訪視知能技巧實務、訪視記錄撰寫架構，核心能力則應包含自殺風險評估處遇以及困難個案訪視技巧，盼能以

較為全面性的知能，提供訪員從垂直到整合式的概念學習。

為符合實務需求，本中心更著手製作關懷訪視員教學 DVD 以使訪員更能掌握訪談原則因應現實狀況。影片內容除講解訪視前應準備事項和 SOAP 訪談架構，協助訪員進行有層次的訪談，特邀請同心同仁示範初次訪視之過程和如何有結構性蒐集資料、運用心情溫度計評估個案身心情形和再自殺意念，提供轉介服務。

最後，為持續支持關懷訪視員實務訓練與學習，從中心資料庫匯集合式訪員之線上學習課程，課程共有兩類，一為新進關懷訪視員在兩週內學習之核心課程，包含基本專業知能及自殺防治資源連結等課程，訪員亦可藉由課後測驗自我檢核學習狀態，另外則為精進課程，針對實務現場之困難個案處遇與評估提供更進階之學習資源，以利訪員得以更加完備專業能力，豐厚實務概念與經驗。

12.自殺防治網通訊之發行與推廣

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。

同時規畫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。並提供交流平臺，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。

13.珍愛生命義工之推動

義工招募主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站、facebook 珍愛生命打氣網與義工推薦等。加入珍愛生命義工們能獲得義工新訊內容包含活動邀請、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。

為使義工對服務理念更加貼切，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，及每月發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得與對於中心的建議、鼓勵或想說的話。

在支援活動方面9月份世界自殺防治日系列活動-單車繞世界協辦中華民國自行車騎士協會台南「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」，邀請義工們響應世界自殺防治日活動，協助自殺防治工作，推動珍愛生命理念與重要性。

為促進情感與交流增加凝聚力，感謝義工協助支援活動，於活動結束後，寄送感謝函及活動照片，回饋義工朋友付出的心力及支持。另外遇特定節日，如農曆新年、端午節、中秋節等，設計電子賀卡並寄送。

六、其他辦理事項

1.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、復原力量表(Brief Resilience Coping Scale, BRCS)、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

2.離婚民眾關懷暨心衛資源專案

多數研究發現，離婚後除需適應因雙方關係斷裂，所引發之內心反應外，同時必需面對生活、子女撫養及經濟等多重改變，往往會造成巨大心理壓力，若未正視或因應不當，將導致身心適應困難，並潛藏自殺的隱憂。婚姻所帶來的親密人際關係以及有意義的社會互動，可以保護個人在他殺、自殺與意外的死亡率上均明顯低於未婚者，從夫妻間的離婚事件發現，在男女上又因應社會期待帶來不同的壓力差異。一般而言，女性在離婚後既有社會資源及經濟上的支持明顯下降，

社會支援上則是上升，男性部分則相反，分別整理重要性，會發現經濟上的影響是大於社會支援，因此與男性比較，會發現離婚女性遭受較大的死亡風險。

婚姻風險的角色連結也將造成離婚夫妻雙方死亡上的差異。從兩性間的親職責任不同，社會文化觀點傾向，母親為主要照顧者，撫育孩子的責任多半會落在母親身上，家庭中的家務工作女性也通常是主要負責勞動者，因此多半為女性帶來低自尊低成就感的心理壓力連結(Gove,1973)；男性則在家中多扮演主要經濟來源的角色，壓力源多半來自於職場，由此可見兩性在婚姻中承擔的角色與壓力是互相有所差異的，使得各自所面對的壓力與死亡風險有明顯的不同；在婚姻中止後，離婚本身就是一個壓力源，過去研究顯示男性有大量酗酒問題，可能是造成離婚男性高死亡率的原因。因此，可以想見離婚民眾在離婚後的重建過程中，是具有多從壓力因子及危險因子，而也造成面臨困境，容易在衝動下容易做出令人遺憾的抉擇。

為了規劃防治策略，需了解現代人離婚後的心理健康狀態，因此本中心針對離婚民眾設計『關懷暨心衛資源單張』，於高離婚率縣市，辦理離婚手續的戶政單位後，透過填寫問卷與了解填寫對象的心情健康現況，提供相關心衛資源，期待藉由填寫問卷多一份關懷連結資源，以期能夠為離婚族群多建立一道守護生命的關懷防線。

3.網路成癮者之評估與轉介

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，泛指重度網路使用得當事人在網路使用上出現一般上癮問題的核心症狀與負面影響，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。」

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，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。

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，今年度重新發放新版問卷，期待藉由改良現有問卷與指標，以更為精簡預測網路成癮行為。

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，在 2006 年為高峰，自殺粗死亡率達到每十萬人口 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，因此國內自殺防治工作，在政府跨部會與民間單位之通力合作下，持續擴大社會救助與關懷。

2016 年國人自殺死亡率雖較 2015 年增加 1.9%，但已連續 7 年在十大死因之外，排名第 12 位 (詳如圖 1)。就性別而言，女性自殺粗死亡率由2015 年每十萬人口 10.6 人降至 2016 年的 10.2 人；男性則由 2015 年每十萬人口 20.7 人增加至 2016 年的 21.8 人(詳如圖 2)。以年齡結構而言， 台灣近年的人口老化速度與少子化速度全球居冠，很不幸地，2015 年青少年 15-24 歲的自殺粗死亡率較前一年增加 15.3%；再者 65 歲以上老年族群的自殺死亡率上升 3.5%。因此，自殺防治需要中央與地方共同合作並持續推動以將因地制宜之策略徹底落實。

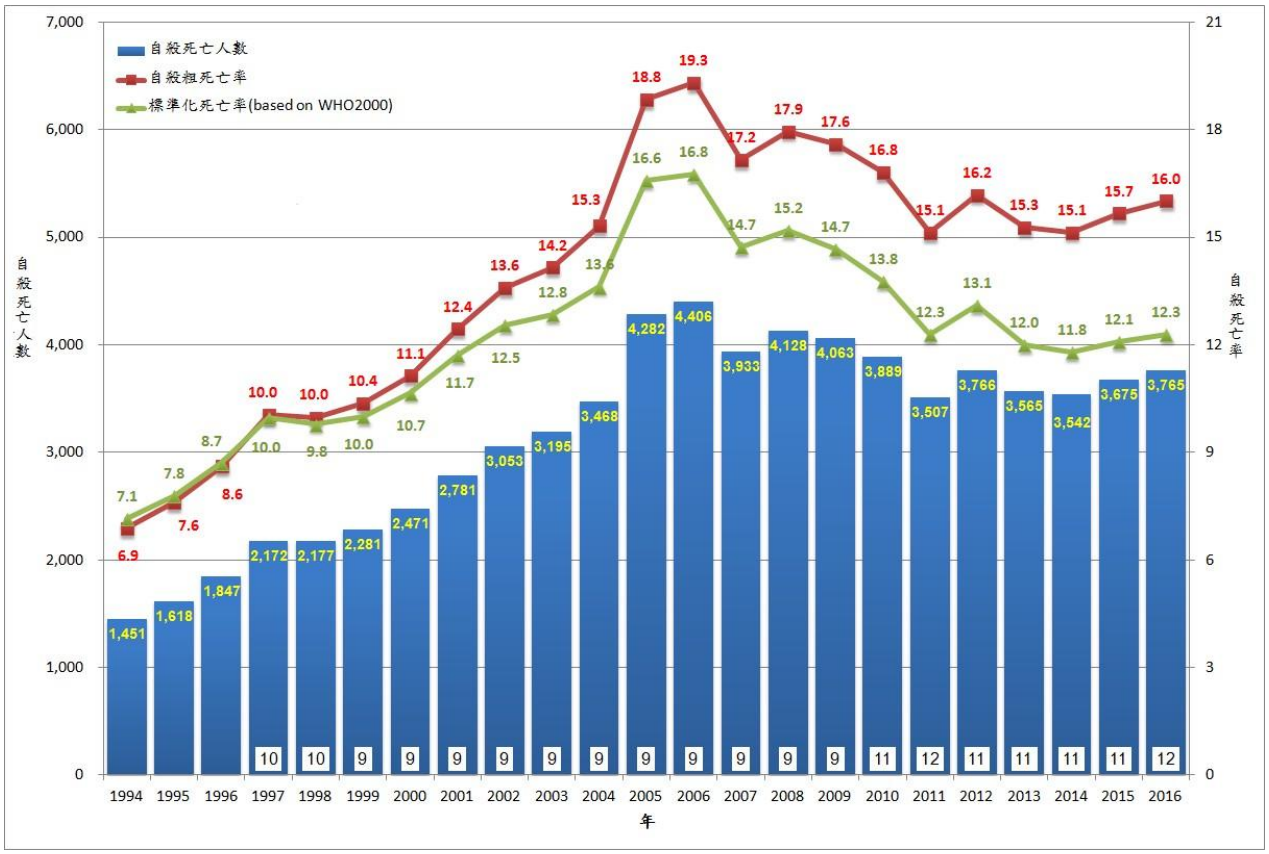


圖 1、全國 1990 至 2016 年自殺死亡率

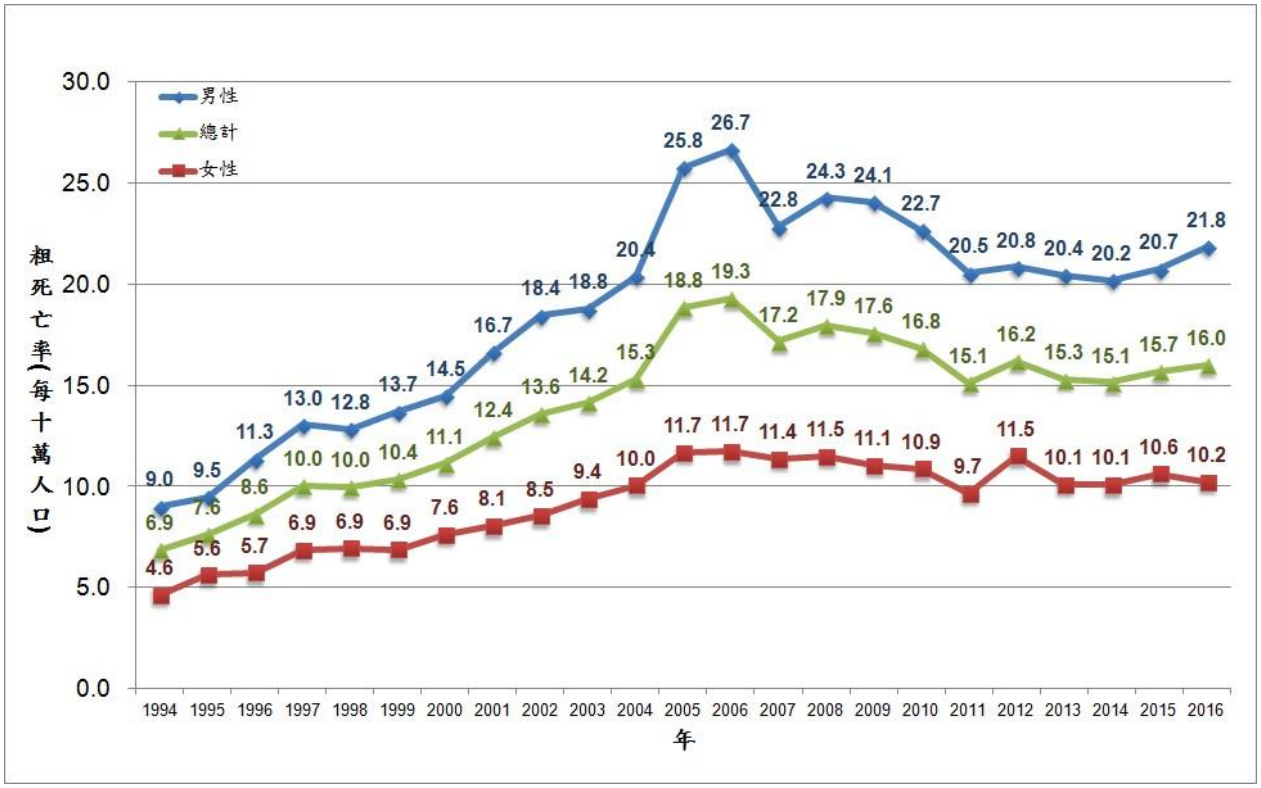


圖 2、全國 1994 至 2016 年性別自殺死亡率

2017 年社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，以作為全國自殺防治工作平台，除與國內醫療專業、心理健康、公共衛生、教育訓練、社會工作、流行病學、統計資訊、傳播媒體等之專業人員、意見領袖以及其他相關學、協會共同合作外，亦持續秉持著「思維全球化」之角度，與國際上相關學者及機構維持雙邊交流。

在自殺防治三大策略中之「指標性策略」所建置的自殺防治通報系統數據顯示，2006 年至 2017 年之自殺通報比及關懷率持續上升，且有接受關懷者三年內再自殺率(17.8%)較未接受關懷者(30.8%)減少 42.2%。另外經由民眾認知調查，我們了解到社會大眾對於本身投入自殺防治的意願逐年升高，而在自殺防治相關訊息的接觸上也有越來越多的機會。對於自殺事件之新聞，民眾也認同六不六要之報導原則。中心在各種教育訓練及講座中皆持續宣導「人人都是自殺防治守門人」之理念，並介紹「1 問 2 應 3 轉介」之運用技巧，以期自殺防治不斷地逐步落實達到全民參與，達到建立救人的關懷文化之目標。

本年度工作重點依當今自殺防治重要議題包含擬訂全國及 22 縣市因地制宜之年度以及每月自殺防治策略建議、編寫跨部會自殺防治工作方針、結合自殺防治相關學協會辦理第一專業人員自殺防治守門人訓練。首創以世界咖啡館之模式，辦理年中討論會。針對關懷訪視紀錄之抽查標準、關懷訪視作業之相關規範進行研修，編制關懷訪視員教育手冊以及製作新進關懷訪視員入門教學影片。針對前一年度自殺死亡數據及今年度初步數據進行分析並辦理高風險縣市互動式訪查與實務督導，串聯歷年數據以進行實證研究。對於傳播媒體持續監測並維持雙向溝通蒐集國內外自殺防治相關文獻及策略。在農藥自殺防治上除持續辦理巴拉刈自殺防治教育訓練外， 亦結合多家專業團體聲明支持農委會之巴拉刈禁用政策。針對網路成癮者及離婚族群進行選擇性之自殺防治推動，另外隨時配合辦理衛生福利部交辦事項及出席相關會議。

本中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「 2016 年度自殺防治統計分析及策略實施報告」、「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」與「全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議及自殺企圖者之通報與關懷追蹤」。(三)辦理自殺防治之實證研究：內容包括「精神病人自殺與就醫行為影響」及「憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性實證研究」。(四)強化自殺防治策略：包括「自殺高風險縣市互動式輔導訪查」、「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練」、「強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片」、「教唆自殺網站之監測與處置」、「自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知」、「國外自殺防治文獻蒐集與國

內自殺防治策略規劃」及「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」。(五)研修自殺防治相關工作規範：包含、「因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理」、「政府跨部會自殺防治工作方針」及「縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議」。(六)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議：包含「雲端數位學習平台之維護與推廣」、「社群網站facebook之運用與推廣」、「自殺防治中心網站之維護及宣導」、「心情溫度計應用程式(APP)之推廣」、「大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動」、「2017年度自殺防治年中討論會」、「巴拉刈自殺防治之教育宣導」、「畢業後一般醫學訓練之自殺防治推廣」、「珍愛生命守門人之教育訓練與推廣」、「自殺防治網通訊之發行與推廣」及「珍愛生命義工之推動」。 (七)輔導精進自殺關懷訪視員作業機制：包含「關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片」、「辦理縣市關懷訪視實務督導」及「輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修」。(八)其他辦理事項：包含「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」、「離婚民眾關懷暨心衛資源專案」及「網路成癮者之評估與轉介」。

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，2017 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 2016 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。

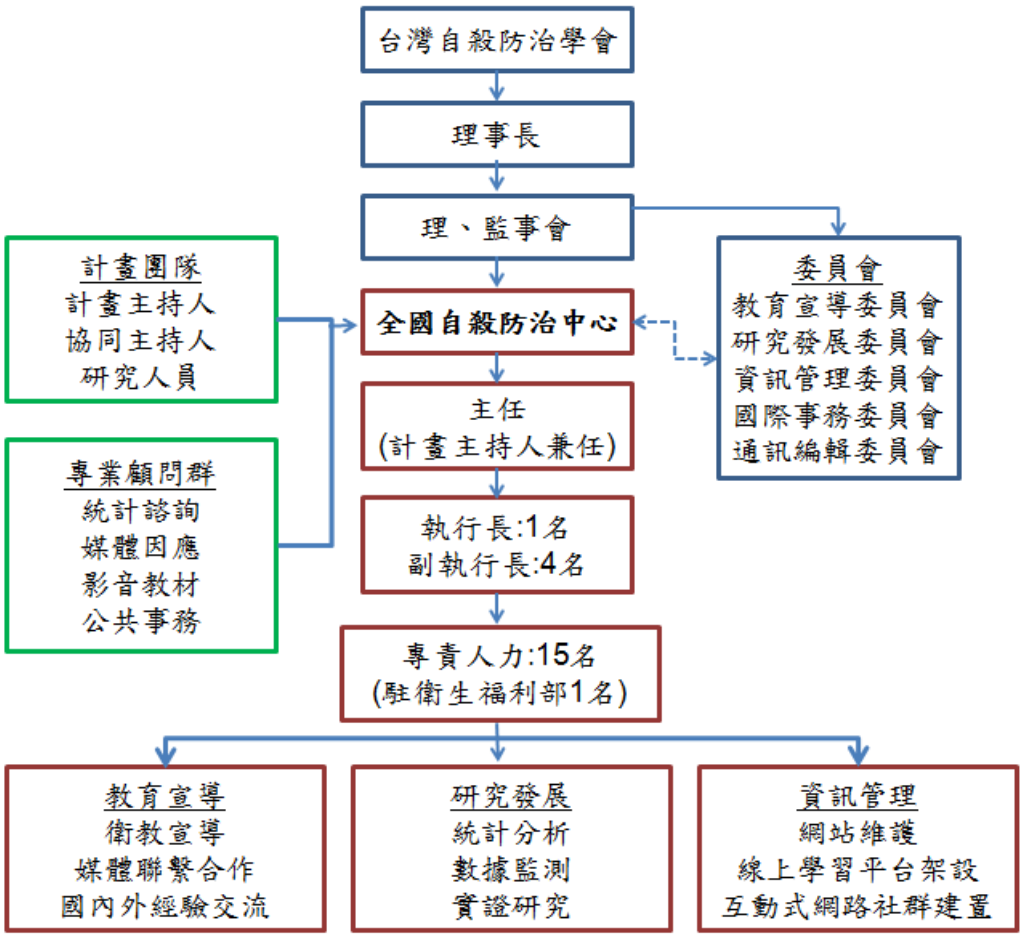


圖 1-1 組織圖

2016 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」。

2016 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. **資料來源：**

1) 自殺死亡資料檔：由衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心提供，內容為自殺個案死亡情形之簡要資料，包含性別、年齡層、縣市、死因。

2) 自殺企圖通報資料檔：由公共衛生資訊入口網自殺通報系統提供，內容為自殺企圖通報個案之相關資料，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

2. **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。

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，，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) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：2006 年至 2016 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，改由中心每一年向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心進行使用資料申請，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 2016 年。

(2) 說明：研究發展組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「2.4 自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形」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. 全國自殺死亡數據

1) 整體趨勢

臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人，其後則呈現下降趨勢。(如圖 2-1-1)

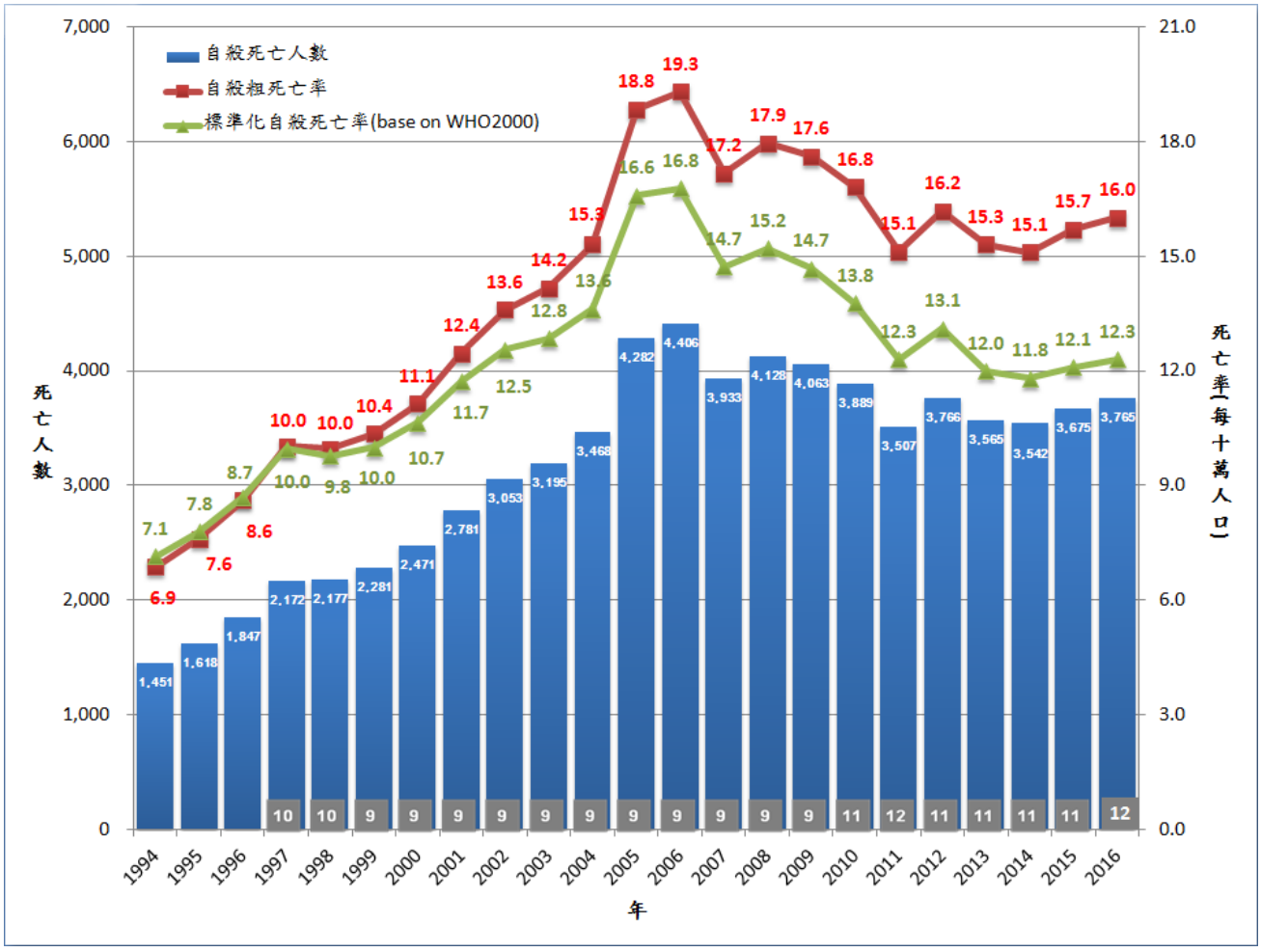


圖 2-1-1、1994-2016 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 17.1%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 1.9%(如表 2-1-1)。粗死亡率三年移動平均由 2013-2015 年的 15.4 人升至 15.6 人呈現些微上升趨勢；但長期來看，粗死亡率由 2005-2007 年至 2014-2016 年呈現逐年下降趨勢。

表 2-1-1、全國 2016 年度自殺死亡數據與 2015 年度數據比較

年度 項目	2015 年		2016 年		增減(%)	
粗死亡率(每十萬人)	15.7		16.0		1.9	
男性	20.7		21.8		5.3	
女性	10.6		10.2		-3.8	
≦14	0.2		0.2		0	
15-24	5.9		6.8		15.3	
25-44	15.9		16.1		1.3	
45-64	20.6		20.1		-2.4	
≧65	31.2		32.3		3.5	
	N	%	N	%	N	%
死亡人數及占率	3675	100	3765	100	90	2.4
男性	2426	66	2559	68	133	5.5
女性	1249	34	1206	32	-43	-3.4
≦14	6	0.2	6	0.2	0	0
15-24	183	5	209	5.6	26	14.2
25-44	1165	31.7	1173	31.2	8	0.7
45-64	1424	38.7	1401	37.2	-23	-1.6
≧65	897	24.4	976	25.9	79	8.8
以固體或液體物質	694	18.9	703	18.7	9	1.3
由氣體及蒸汽	952	25.9	912	24.2	-40	-4.2
吊死、勒死及窒息	1132	30.8	1185	31.5	53	4.7
溺水 (淹死)	234	6.4	275	7.3	41	17.5
鎗砲及爆炸物	30	0.8	15	0.4	-15	-50
切穿工具	82	2.2	88	2.3	6	7.3
由高處跳下	441	12	467	12.4	26	5.9
其他及未明示之方式	110	3	120	3.2	10	9.1

2) 以性別分析

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 2016 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 18.4%。(如

圖 2-1-2)

2016 年男性自殺死亡人數為 2,559 人，較 2015 年 2,462 人增加 133 人，增幅 5.5%；自殺粗死亡率為每十萬人口 21.8 人，較 2015 年 20.7 人增加 5.3%。(如表 2-1-1)

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 人後，至 2014 年前呈現下降趨勢，而 2015 年雖上升至 10.6 人，2016 年再次下降至 10.2 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 12.8%。(如圖 2-1-2)

2016 年女性自殺死亡人數為 1,206 人，較 2015 年 1,249 人減少 43 人，降幅 3.4%；自殺粗死亡率為每十萬人口 10.2 人，較 2015 年 10.6 人減少 3.8%。(如表 2-1-1)

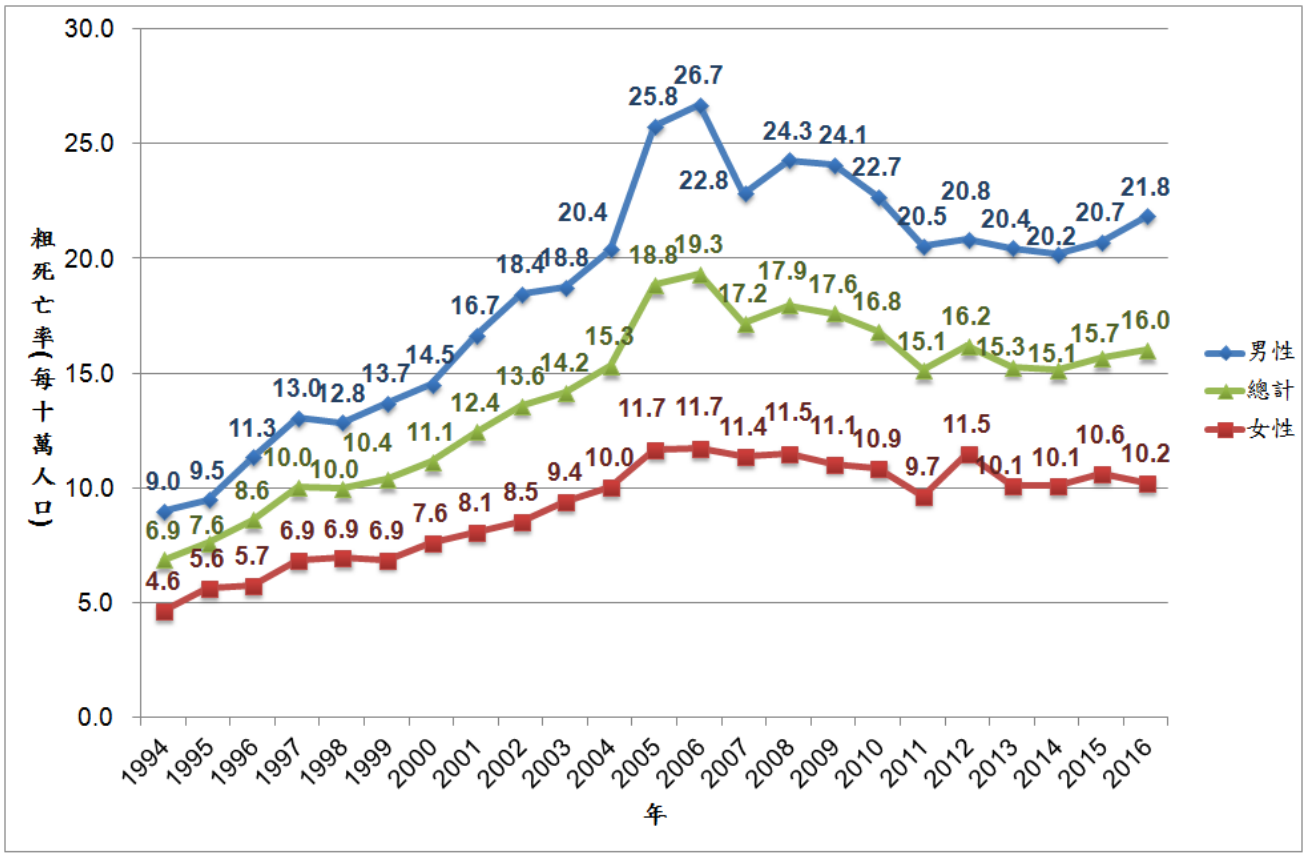


圖 2-1-2、1994-2016 年性別自殺粗死亡率

3) 以年齡層分析

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。

2016 年各年齡層與 2015 年相比分別如下：

(1) 14 歲以下與 2015 年自殺死亡人數相同為 6 人，自殺粗死亡率與 2015 年相同皆為每十萬人口 0.2 人。

(2) 15-24 歲自殺死亡人數為 209 人，較 2015 年增加 26 人，增幅 14.2%，自殺粗死亡率為每十萬人口 6.8 人，較 2015 年增加 15.3%。

(3) 25-44 歲自殺死亡人數為 1,173 人，較 2015 年增加 8 人，增幅 0.7%，自殺粗死亡率為每十萬人口 16.1 人，較 2015 年增加 1.3%。

(4) 45-64 歲自殺死亡人數為 1,401 人，較 2015 年減少 23 人，降幅 1.6%，自殺粗死亡率為每十萬人口 20.1 人，較 2015 年減少 2.4 %。

(5) 65 歲以上自殺死亡人數為 976 人，較 2015 年增加 79 人，增幅 8.8%，自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，較 2015 年增加 3.5%。(如表 2-1-1)

4) 以性別與年齡層交叉分析

男性年齡層中「14 歲以下」2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.4 人，歷年變化不大；「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，2014 年又呈現上升趨勢，至 2016 年上升至每十萬人口 8.6 人，與 2015 年相比增幅為 4.9%；「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 2016 年為每十萬人口 22.0 人，與 2015 年相比增加 7.8%；「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 2016 年為每十萬人口 28.2 人與 2015 年相同；「65 歲以上」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 2016 年為每十萬人口 46.2 人，較 2015 年相比增加 6.0%。(如圖 2-1-3)

女性「14 歲以下」2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 0 人，歷年變化不大，均在 0~0.3 之間；「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)，2016 年為每十萬人口 4.8 人，較 2015 年增加 45.5%；「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，此後呈現上下起伏，2016 年為每十萬人口 10.2 人，較 2015 年減少 11.3%；「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)，之後呈現上下起伏，2016 年為每十萬人口 12.2 人，較 2015 年每十萬人口 13.2 人減少 7.6%；「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，2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 20.3 人，較 2015 年(每十萬人口 20.5 人)下降 1.0%。(如圖 2-1-4)

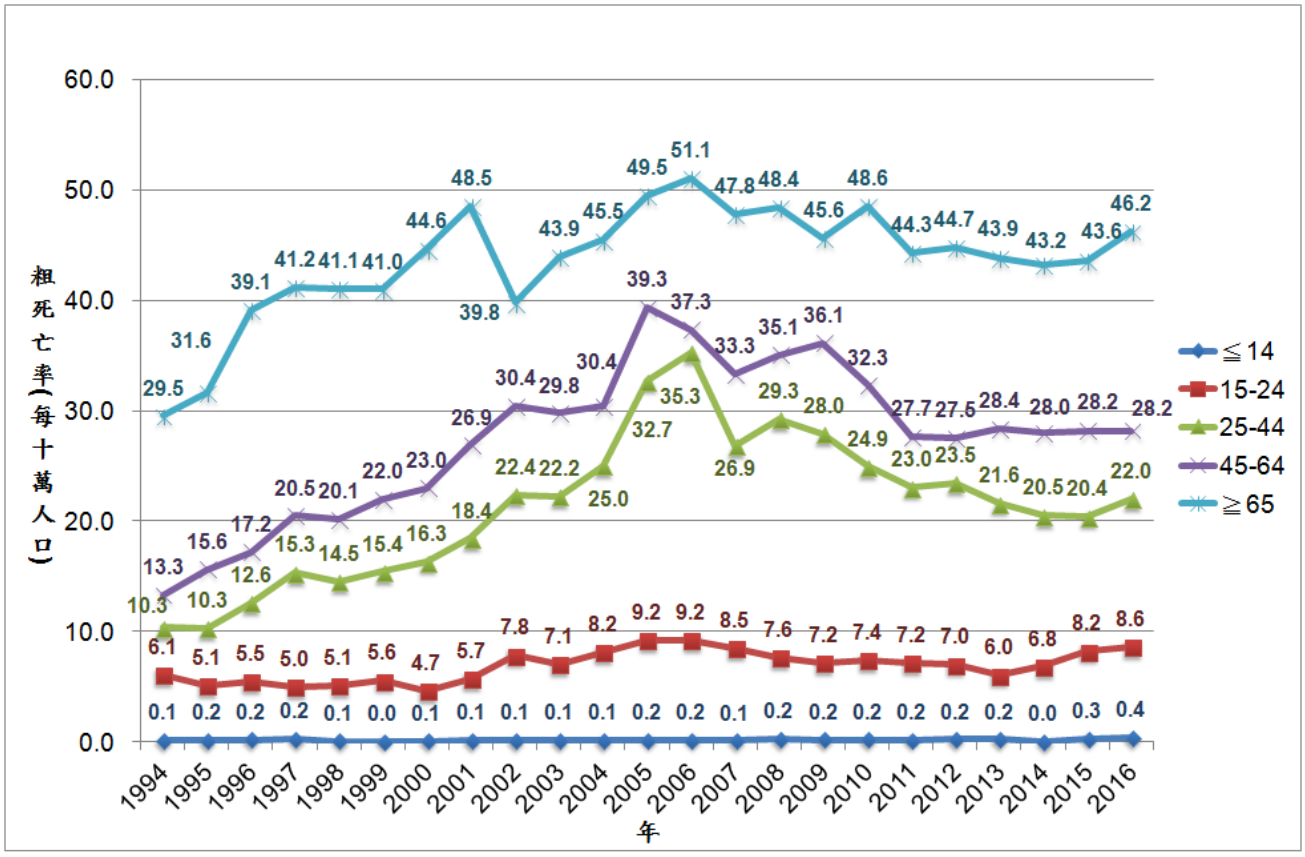


圖 2-1-3、1994-2016 年男性各年齡層自殺粗死亡率

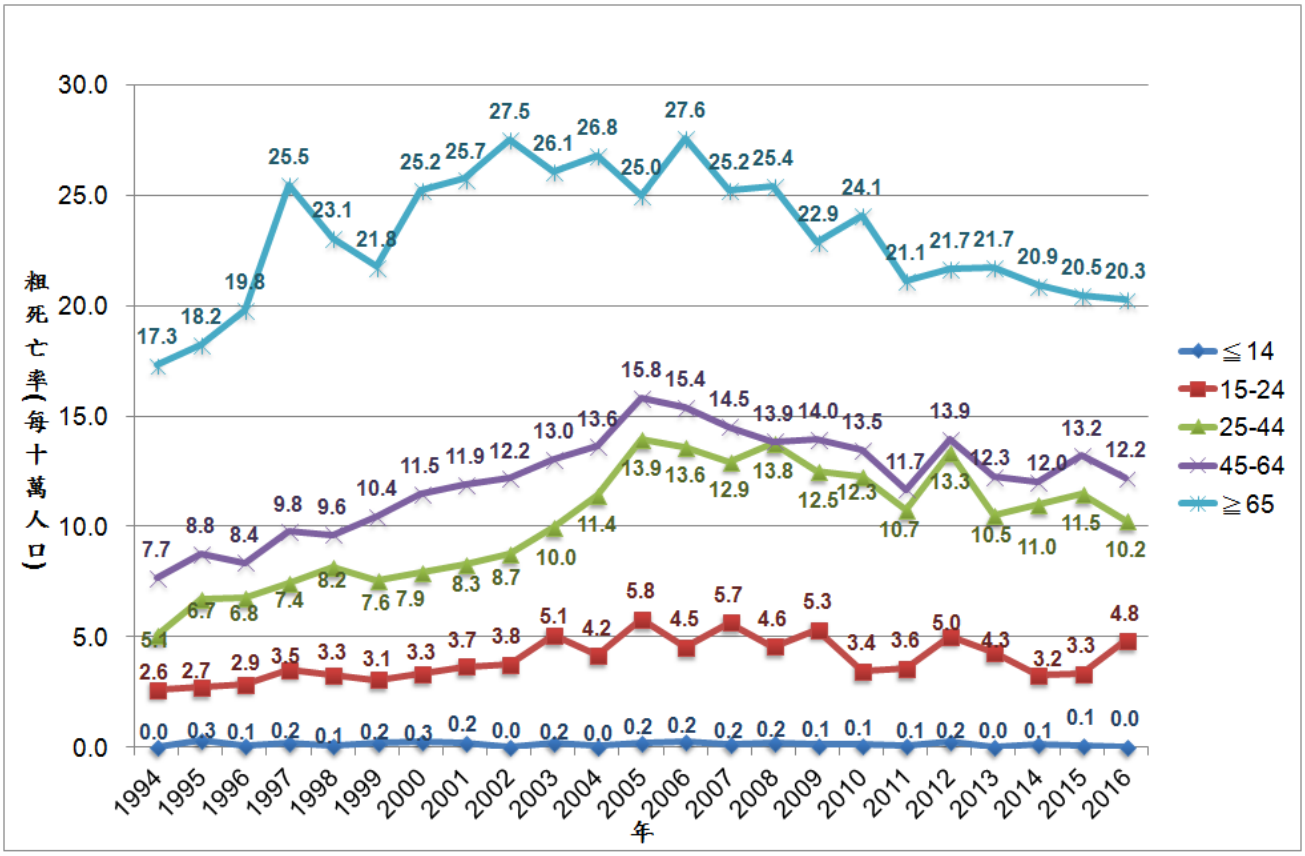


圖 2-1-4、1994-2016 年女性各年齡層自殺粗死亡率

5) 標準化死亡比分析

以各年齡層自殺死亡人數標準化死亡比分析，由 1994-2015 年標準化死亡比分析可觀察到長期以來在 65 歲以上的族群，自殺死亡率已經有些許的改善，而跟 2015 年相比各年齡層則差異不大，僅 15-24 歲族群自殺死亡人數增加較多。(如表 2-1-2、表 2-1-3)

表 2-1-2、各年齡層自殺死亡人數標準化死亡比分析

年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	4.8	167.0	1148.6	1377.4	1010.7
2016 年自殺死亡人數	6	209	1173	1401	976
SMR	1.25	1.25	1.02	1.02	0.97

表 2-1-3、各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	5.9	180.4	1157.7	1436.7	943.4
2016 年自殺死亡人數	6	209	1173	1401	976
SMR	1.02	1.16	1.01	0.98	1.03

以男女自殺死亡人數標準化死亡比分析，將男女依年齡層來分 1994-2015 年的標準死亡比；男生 SMR 各年齡層無明顯下降，女生則是 14 歲以下及 65 歲以上之族群有比例上有較大下降。依 2015 年期望值所計算出來的標準死亡比，男生各年齡層同樣無明顯下降，與 1994-2015 年的標準死亡比計算出來無明顯差別，而女性則是各年齡層除 15-24 歲外，其餘年齡層之標準化死亡比均下降。(如表 2-1-4 至表 2-1-7)

表 2-1-4、男性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

男性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	2.6	109.1	775.4	940.3	607.3
2016 年自殺死亡人數	6	138	801	968	646
SMR	2.31	1.26	1.03	1.03	1.06

表 2-1-5、男性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

男性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	4.9	131.1	742.3	967.3	609.3
2016 年自殺死亡人數	6	138	801	968	646
SMR	1.22	1.05	1.08	1.00	1.06

表 2-1-6、女性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

女性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	2.2	58.2	369.8	430.9	379.1
2016 年自殺死亡人數	0	71	372	433	330
SMR	0.00	1.22	1.01	1.00	0.87

表 2-1-7、女性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

女性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	1.0	49.3	415.9	468.8	332.6
2016 年自殺死亡人數	0	71	372	433	330
SMR	0.00	1.44	0.89	0.92	0.99

6) 自殺死因分析

2016 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」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。(如表 2-1-1)

自殺死因 2016 年與 2015 年相比占率增幅依序為「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(增幅 14.1%、增加 41 人)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(增幅 6.7%、增加 10 人)、「切穿工具自殺及自傷」(增幅 4.5%、增加 6 人)、「由高處跳下自殺及自傷」(增幅 3.3%、增加 26 人)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(增幅 2.3%、增加 53 人)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(降幅 1.1 %、增加 9 人)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(降幅 6.6%、減少 40 人)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(降幅 50.0%、減少 15 人)。(如圖 2-1-5)

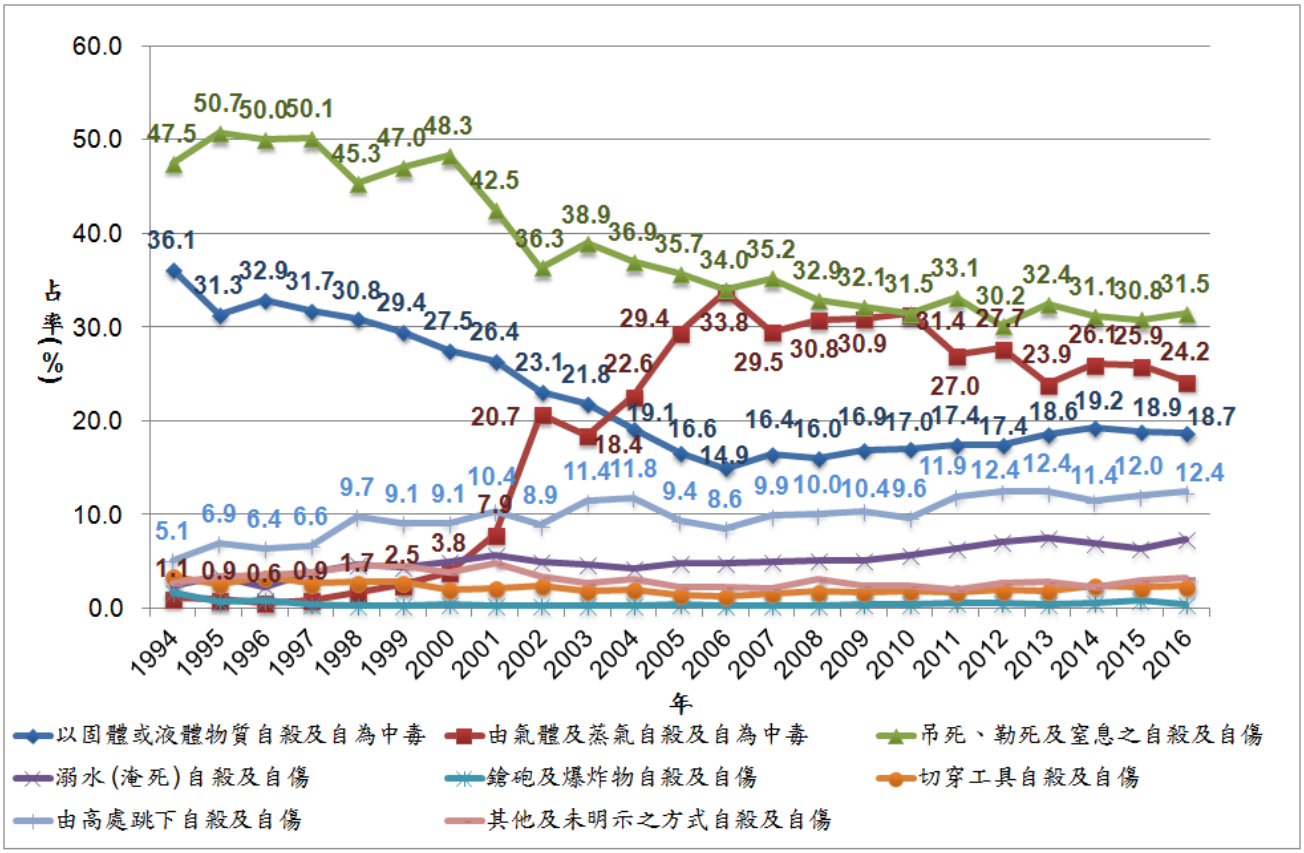


圖 2-1-5、1994-2016 年全國自殺死因占率

7) 以性別及自殺死因交叉分析

2016 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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。而「切穿工具自殺及自傷」占率為 2.4%，較 2015 年(1.8%)上升 33.3%。「其他及未明示之方式自殺及自傷」占率為 2.5%，較 2015 年(1.9%)上升 31.6%；「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2011 年開始逐年上升，但 2016 年下降至 21.7%，較 2015 年下降 0.9%；「溺水 (淹死) 自殺及自傷」占率 10.7%，較 2015 年上升 15.1%；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率於 2013 至 2015 年連續三年皆為 26.3%，2016 年上升至 29.1%，較前三年上升 10.6%。(如圖 2-1-6)

2016 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)。「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率在 2014 年至 2016 年呈現逐年下降；「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」自殺死亡之占率自 2006 年高峰後與女性同樣呈現逐年下降之趨勢，2016 年為 27.9%，較 2015 年(27.7%)上升 0.7%；「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，之後連續兩年呈現下降趨勢，2016 年下降至 17.2%；「其他及未明示之方式自殺及自傷」2016 年占率為 3.5%，與 2015 年同為自 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」2016 年占率為 10.2%，為自 2005 年以來最高，與 2015 年(9.7%)相比增幅為 5.2%；「槍砲及爆炸物自殺及自傷」2016 年占率為 0.4，與 2015 年相比降幅為 58.3%。(如圖 2-1-7)

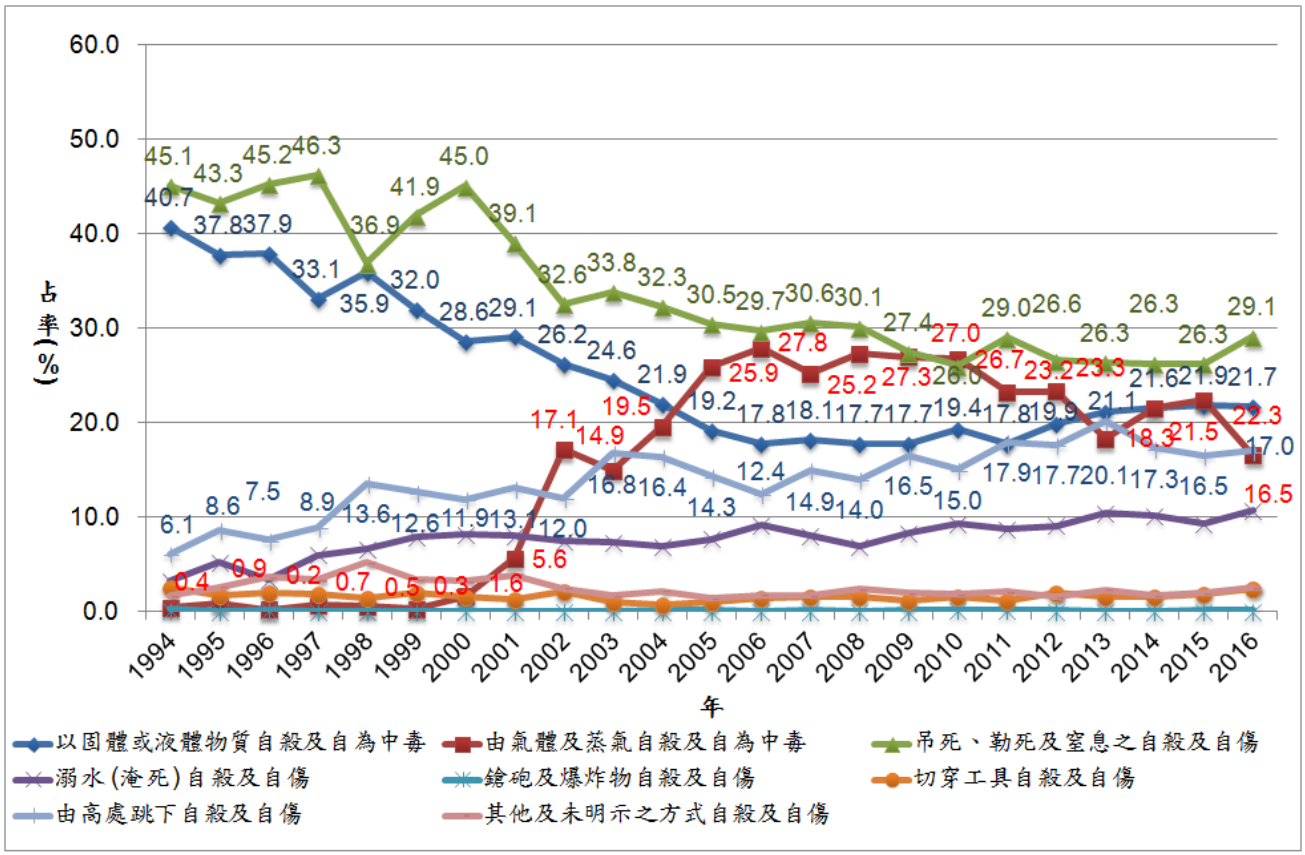


圖 2-1-6、1994-2016 年全國女性自殺死因占率

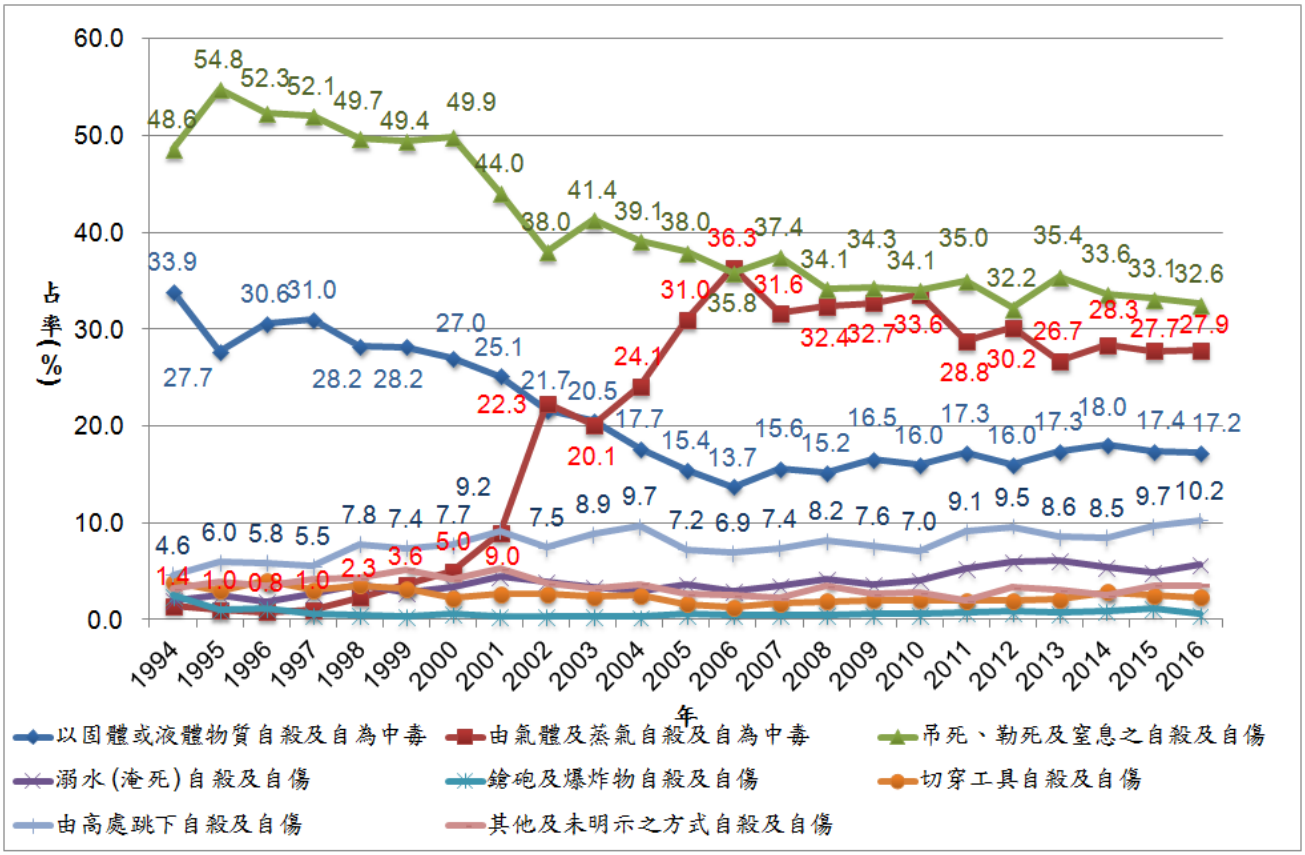


圖 2-1-7、1994-2016 年全國男性自殺死因占率

8) 結論

(1) 2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12)，自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.8%)。自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升；女性則無明顯趨勢變化；整體來說男性自殺粗死亡率仍為女性之 2 倍。

(2) 「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 2015 年相同。「15-24 歲」自殺死亡人數為 209 人、自殺粗死亡率每十萬人口 6.8 人，與 2015 年相比人數增加 26 人，粗死亡率上升 15.3%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,173 人、自殺粗死亡率每十萬人口 16.1 人，與 2015 年相比人數增加 8 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,401 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.1 人，與 2015 年相比人數減少 23 人，粗死亡率下降 2.4%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 976 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.3 人，與 2015 年相比人數增加 79 人，粗死亡率上升 3.5%。

(3) 全國自殺死因占率依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。

(4) 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)；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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。

2. 縣市自殺死亡數據

1) 自殺粗死亡率分析

2016 年各縣市自殺粗死亡率，高至低依序為南投縣(每十萬人口 25.6 人)、金門縣(每十萬人口 24.7 人)、屏東縣(每十萬人口 23.3 人)、花蓮縣(每十萬人口 20.5 人)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人)、臺東縣(每十萬人口 19.4 人) 、基隆市(每十萬人口 19.3 人)、雲林縣及苗栗縣(每十萬人口 19.1 人)、臺南市(每十萬人口 17.6 人)、高雄市(每十萬人口 16.3 人)、新北市及彰化縣(每十萬人口 15.4 人)、嘉義市(每十萬人口 14.8 人)、臺中市(每十萬人口 14.7 人)、澎湖縣(每十萬人口 14.6 人)、桃園市(每十萬人口 14.2 人)、新竹縣(每十萬人口 12.3 人)、新竹市(每十萬人口 11.9 人)、臺北市(每十萬人口 11.4 人)、金門縣(每十萬人口 7.5 人)、連江縣(每十萬人口 0 人)。(如表 2-1-8)

自殺粗死亡率 2016 年與 2015 年相比增幅多至少依序為屏東縣(增幅 37.9%)、嘉義縣(增幅 35.7%)、澎湖縣(增幅 23.7%)、臺東縣(增幅 20.5%)、南投縣(增幅 18.0%)、臺南市(增幅 6.0%)、臺中市(增幅 4.3%)、新北市(增幅 4.1%)、苗栗縣(增幅 2.7%)、高雄市(增幅 1.9%)、花蓮縣(增幅 0.5%)、宜蘭縣(持平)、嘉義市(降幅 2.6%)、臺北市(降幅 3.4%)、桃園市(降幅 4.1%)、新竹市(降幅 4.8%)、雲林縣(降幅 6.4%)、新竹縣(降幅 10.2%)、彰化縣(降幅 13.5%)、基隆市(降幅 21.9%)、金門縣(降幅 51.3%)。(如表 2-1-8)

表 2-1-8、2016 年與 2015 年相比各縣市自殺粗死亡率、標準化死亡率

縣市	粗死亡率			標準化死亡率		
	人 每十萬人	粗死亡率 排名	增減率[註]	人 每十萬人	標準化死亡率 排名	增減率[註]
全國	16	-	1.9	12.3	-	1.7
新北市	15.4	12	4.1	12.2	12	4.3
臺北市	11.4	20	-3.4	8.4	20	-3.4
桃園市	14.2	17	-4.1	11.9	13	-3.3
臺中市	14.7	15	4.3	11.8	14	1.7
臺南市	17.6	10	6.0	13.0	10	6.6
高雄市	16.3	11	1.9	12.4	11	1.6
宜蘭縣	20.3	5	0.0	15.0	4	-3.2
新竹縣	12.3	18	-10.2	10.3	19	-5.5
苗栗縣	19.1	8	2.7	14.7	6	8.9
彰化縣	15.4	12	-13.5	11.8	15	-13.2
南投縣	25.6	1	18.0	19.1	1	24.0
雲林縣	19.1	8	-6.4	13.8	9	-8.0
嘉義縣	24.7	2	35.7	16.2	3	28.6
屏東縣	23.3	3	37.9	16.8	2	38.8
臺東縣	19.4	6	20.5	13.8	8	10.4
花蓮縣	20.5	4	0.5	14.8	5	-2.6
澎湖縣	14.6	16	23.7	10.7	17	27.4
基隆市	19.3	7	-21.9	14.0	7	-25.9
新竹市	11.9	19	-4.8	10.4	18	3.0
嘉義市	14.8	14	-2.6	11.8	16	-5.6
金門縣	7.5	21	-51.3	5.7	21	-51.7
連江縣	0	22	-	0.0	22	-

註：增減率為 2016 年死亡率與 2015 年死亡率比較

2) 自殺死亡人數分析

總自殺死亡人數與2015年相比增加之縣市為屏東縣52人、嘉義縣33人、新北市25人、臺中市22人、南投縣19人、臺南市19人、臺東縣7人、高雄市6人、澎湖縣3人、苗栗縣2人；花蓮縣及宜蘭縣自殺死亡人數與2015年相同，其餘縣市自殺死亡人數均減少。(如表2-1-9)

表2-1-9、2016年與2015年相比各縣市自殺死亡人數增減

縣市	男性		女性		總計		
	增減數	增減率 (%)	增減數	增減率 (%)	增減數	增減率 (%)	增加數占全國增加數 (%)
全國	133	5.5	-43	-3.4	90	2.4	100.0
新北市	30	7.9	-5	-2.4	25	4.2	27.8
臺北市	-8	-3.9	-2	-1.8	-10	-3.1	-11.1
桃園市	-14	-6.6	8	8.2	-6	-1.9	-6.7
臺中市	36	15.9	-14	-9.0	22	5.7	24.4
臺南市	28	13.1	-9	-9.0	19	6.1	21.1
高雄市	18	6.1	-12	-7.9	6	1.3	6.7
宜蘭縣	-6	-9.1	6	22.2	0	0.0	0.0
新竹縣	2	4.2	-9	-34.6	-7	-9.5	-7.8
苗栗縣	-10	-12.7	12	46.2	2	1.9	2.2
彰化縣	-25	-15.7	-7	-9.9	-32	-13.9	-35.6
南投縣	22	28.6	-3	-8.8	19	17.1	21.1
雲林縣	-3	-3.1	-7	-14.9	-10	-7.0	-11.1
嘉義縣	36	66.7	-3	-7.3	33	34.7	36.7
屏東縣	35	34.7	17	40.5	52	36.4	57.8
臺東縣	0	0.0	7	100.0	7	19.4	7.8
花蓮縣	2	4.3	-2	-9.1	0	0.0	0.0
澎湖縣	3	50.0	0	0.0	3	25.0	3.3
基隆市	-5	-9.1	-15	-40.5	-20	-21.7	-22.2
新竹市	0	0.0	-2	-10.5	-2	-3.7	-2.2
嘉義市	1	3.4	-2	-16.7	-1	-2.4	-1.1
金門縣	-9	-64.3	-1	-16.7	-10	-50.0	-11.1
連江縣	0	-	0	-	0	-	0.0

註：增減率為2016年自殺死亡人數與2015年比較

3) 性別分析

男性各縣市2016年自殺粗死亡率與2015年相比上升的為嘉義縣(增幅67.8%)、澎湖縣(增幅49.1%)、屏東縣(增幅36.1%)、南投縣(增幅29.7%)、臺中市(增幅14.9%)、臺南市(增幅12.8%)、新北市(增幅8.2%)、高雄市(增幅6.6%)、花蓮縣(增幅4.8%)、嘉義市(增幅4.1%)、新竹縣(增幅2.9%)、臺東縣(增幅1.2%)。

男性各縣市2016年自殺死亡人數與2015年相比上升的為臺中市、嘉義縣(各增加36人)、屏東縣(增加35人)、新北市(增加30人)、臺南市(增加28人)、南投縣(增加22人)、高雄市(增加18人)、澎湖縣(增加3人)、新竹縣、花蓮縣(各增加2人)、嘉義市(增加1人)。

女性各縣市2016年自殺粗死亡率與2015年相比上升的為臺東縣(增幅101.5%)、苗栗縣(增幅47.4%)、屏東縣(增幅41.2%)、宜蘭縣(增幅21.7%)、桃園市(增幅6.4%)。

女性各縣市2016年自殺死亡人數與2015年相比上升的為屏東縣(增加17人)、苗栗縣(增加12人)、桃園市(增加8人)、臺東縣(增加6人)。(如表2-1-9)

4) 年齡層分析

(1) 「14歲以下」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為新北市、臺南市、高雄市(各增加1人)。

(2) 「15-24歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為高雄市及新竹縣(各增加6人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加5人)、南投縣及屏東縣(各增加4人)、雲林縣(增加3人)、臺東縣(增加2人)、澎湖縣及宜蘭縣(各增加1人)。

(3) 「25-34歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為桃園市(增加16人)、屏東縣(增加11人)、南投縣(增加7人)、嘉義縣(增加6人)、臺南市及苗栗縣(各增加4人)、新竹市、澎湖縣及嘉義市(各增加1人)。

(4) 「35-44歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為新北市(增加32人)、臺北市(增加13人)、臺南市(增加8人)、屏東縣(增加5人)、花蓮縣(增加4人)、南投縣(增加3人)、彰化縣及高雄市(各增加2人)、澎湖縣、宜蘭縣及臺東縣(各增加1人)。

(5) 「45-54歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為桃園市(增加13人)、

高雄市(增加 8 人)、嘉義縣及臺東縣(各增加 6 人)、苗栗縣(增加 5 人)、南投縣、基隆市及嘉義市(各增加 4 人)、花蓮縣(增加 2 人)。

(6) 「55-64 歲」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為屏東縣及臺中市(各增加 17 人)、嘉義縣及南投縣(各增加 7 人)、臺南市(增加 6 人)、宜蘭縣(增加 4 人)、新竹縣(增加 2 人)。

(7) 「65-74 歲」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為屏東縣(增加 19 人)、臺中市(增加 12 人)、臺北市(增加 11 人)、臺南市及臺東縣(各增加 7 人)、金門縣及南投縣(各增加 4 人)、澎湖縣(增加 3 人)、宜蘭縣及基隆市(各增加 2 人)、嘉義市(增加 1 人)。

(8) 「75 歲以上」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為臺中市(增加 20 人)、新北市(增加 14 人)、嘉義縣(增加 10 人)、臺北市(增加 6 人)、宜蘭縣(增加 5 人)、高雄市(增加 4 人)、新竹市(增加 2 人)、臺南市及澎湖縣(各增加 1 人)。

5) 自殺死因分析

(1) 自殺死因「固體或液體物質自殺及自為中毒」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣(增幅 39.9%)、臺中市(增幅 19.1%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 13.0%)、高雄市(增幅 12.0%)、臺東縣(增幅 6.5%)、嘉義市(增幅 2.7%)及南投縣(增幅 1.5%)。

(2) 「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 48.6%)、嘉義市(增幅 37.0%)、澎湖縣(增幅 33.2%)、新竹縣(增幅 21.5%)、彰化縣(增幅 18.9%)、基隆市(增幅 17.3%)、臺東縣(增幅 7.7%)、南投縣(增幅 6.9%)及高雄市(增幅 1.9%)。

(3) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 66.5%)、苗栗縣(增幅 49.3%)、雲林縣(增幅 39.2%)、基隆市(增幅 23.4%)、桃園市(增幅 19.5%)、嘉義市(增幅 17.3%)、彰化縣(增幅 14.0%)、花蓮縣(增幅 7.9%)、高雄市(增幅 5.4%)、新北市(增幅 5.3%)及臺北市(增幅 2.4%)。

(4) 「溺水(淹死)自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣(增幅 300.0%)、苗栗縣(增幅 124.1%)、新竹縣(增幅 122.2%)、臺北市(增幅 95.2%)、臺中市(增幅 94.4%)、花蓮縣(增幅 93.3%)、新竹市(增幅 37.5%)、桃園市(增幅 31.0%)、嘉義縣(增幅 23.8%)、臺南市(增幅 11.2%)及彰化縣(增幅 1.5%)。

(5) 「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅

大於 1%的為基隆市(增幅 27.3%)；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

(6) 「切穿工具自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 1000.0%)、屏東縣(增幅 271.4%)、嘉義市(增幅 108.3%)、宜蘭縣(增幅 100.0%)、臺東縣(增幅 67.9%)、雲林縣(增幅 64.3%)及嘉義縣(增幅 45.5%)。

(7) 「由高處跳下自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣(增幅 300.0%)、宜蘭縣(增幅 134.4%)、澎湖縣(增幅 59.9%)、臺南市(增幅 29.9%)、臺中市(增幅 13.9%)、屏東縣(增幅 10.7%)、新竹縣(增幅 10.3%)、桃園市(增幅 4.7%)、高雄市(增幅 3.6%)、南投縣(增幅 2.2%)及臺北市(增幅 1.8%)。

(8) 「其他及未明示之方式自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 100.0%)、屏東縣(增幅 95.2%)、新北市(增幅 85.7%)、臺中市(增幅 69.0%)、臺南市(增幅 55.2%)、雲林縣(增幅 51.4%)及彰化縣(增幅 13.6%)。(如表 2-1-10)

表 2-1-10、2016 年各縣市自殺死因占率與增減率表

	以固體或液體物質自殺及自為中毒		以氣體及蒸氣自殺及自為中毒		吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		溺水 (淹死) 自殺及自傷	
	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率
臺北市	4.9	-14	21.8	-14.5	33.8	2.4	12.3	95.2
新北市	10.4	15.6	27	-9.1	31.8	5.3	8.1	0
臺中市	16.8	19.1	25.9	-11.3	33.3	-9.5	3.5	94.4
臺南市	19.6	-5.8	22.3	-16.8	31.6	0	9.9	11.2
高雄市	13.1	12	27.2	1.9	31.2	5.4	8.8	-8.3
基隆市	6.9	-29.6	31.9	17.3	37.5	23.4	9.7	-19.2
新竹市	11.5	-11.5	25	-41.3	30.8	66.5	7.7	37.5
嘉義市	15	2.7	10	37	40	17.3	5	-65.8
桃園市	14.2	-8.4	25.7	-8.9	33.7	19.5	7.6	31
新竹縣	28.4	39.9	32.8	21.5	23.9	-29.3	6	122.2
宜蘭縣	19.4	-4.9	23.7	-8.1	37.6	-5.5	3.2	-25.6
苗栗縣	29	-17.6	20.6	-16.9	32.7	49.3	6.5	124.1
彰化縣	27.3	-18.5	25.8	18.9	29.3	14	6.6	1.5
南投縣	33.8	1.5	23.1	6.9	27.7	-9.5	3.1	-13.9
雲林縣	36.1	-14	21.1	0.5	26.3	39.2	5.3	-5.4
嘉義縣	42.2	14.7	15.6	48.6	25.8	-31.9	7.8	23.8
屏東縣	36.9	-0.5	19	-3.1	25.6	-20.5	5.6	300
澎湖縣	6.7	-19.3	33.3	33.2	20	-20	6.7	-19.3
花蓮縣	25	-37	17.6	8.6	39.7	7.9	2.9	93.3
臺東縣	32.6	6.5	20.9	7.7	30.2	-9.3	4.7	-
金門縣	0	-100	10	-50	30	-33.3	0	-100
連江縣	0	-	0	-	0	-	0	-

註：增減率為 2016 年占率與 2015 年比較

表 2-1-10、2016 年各縣市自殺死因占率與增減率表(續)

	鎗砲及爆炸物自殺及自傷		切穿工具自殺及自傷		由高處跳下自殺及自傷		其他及未明示之方式自殺及自傷	
	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率
臺北市	0.3	-81.3	2.6	-7.1	22.1	1.8	2.3	-34.3
新北市	0.3	-75	2.1	-16	17.6	-0.6	2.6	73.3
臺中市	0.2	-	2.2	-29	13.1	13.9	4.9	44.1
臺南市	0	-100	3.3	1000	8.7	29.9	4.5	28.6
高雄市	0.4	-69.2	2.4	-11.1	14.2	3.6	2.7	-42.6
基隆市	1.4	27.3	1.4	-36.4	9.7	-31.2	1.4	-57.6
新竹市	0	-	1.9	-	17.3	-6.5	5.8	205.3
嘉義市	2.5	-	5	108.3	20	-9.1	2.5	-49
桃園市	0.3	-70	2.3	-11.5	13.5	4.7	2.6	-55.2
新竹縣	0	-	1.5	-72.2	7.5	10.3	0	-100
宜蘭縣	2.2	-	2.2	100	7.5	134.4	4.3	-20.4
苗栗縣	1.9	-	0	-100	7.5	-12.8	1.9	-60.4
彰化縣	0	-100	2.5	-16.7	6.1	-6.2	2.5	13.6
南投縣	0	-	1.5	-	9.2	2.2	1.5	-16.7
雲林縣	0	-100	2.3	64.3	3.8	-32.1	5.3	8.2
嘉義縣	0.8	-	1.6	-	2.3	-68.9	3.9	254.5
屏東縣	0	-100	2.6	271.4	6.2	10.7	4.1	46.4
澎湖縣	0	-	6.7	-	26.7	59.9	0	-100
花蓮縣	1.5	-	1.5	-48.3	10.3	-	1.5	-48.3
臺東縣	0	-	4.7	67.9	2.3	-17.9	4.7	-57.7
金門縣	0	-	10	-	40	300	10	100
連江縣	0	-	0	-	0	-	0	-

註：增減率為 2016 年占率與 2015 年比較

6) 自殺粗死亡率較高縣市分析

2016年自殺粗死亡率增加率前六位依序為:屏東縣(增加率37.9%)、嘉義縣(增加率35.7%)、澎湖縣(增加率23.7%)、臺東縣(增加率20.5%)、南投縣(增加率18%)、臺南市(增加率6%)，以上述縣市分析如下：

(1) 屏東縣：2016年自殺死亡人數為195人，自殺粗死亡率為每十萬人口23.2人，人數與2015年相比總數增加52人(增幅36.4%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數57.8%。

男性增加35人(增幅34.7%)、女性增加17人(增幅40.5%)；65-74歲增加19人(增幅211.1%)、55-64歲增加17人(增幅63%)、25-34歲增加11人(增幅137.5%)、35-44歲增加5人(增幅16.1%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加18人(增幅33.3%)、以氣體及蒸汽增加9人(增幅32.1%)、溺水增加9人(450%)、切穿工具增加4人(增幅400%)、由高處跳下增加4人(增幅50%)、其他增加5人(增幅166.7%)。

(2) 嘉義縣：2016年自殺死亡人數為128人，自殺粗死亡率為每十萬人口24.7人，人數與2015年相比增加33人(增幅34.7%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數36.7%。

男性增加36人(增幅66.7%)、女性減少3人(降幅7.3%)；75歲以上增加10人(增幅50%)、55-64歲增加7人(增幅46.7%)、25-34歲增加6人(增幅120%)、45-54歲增加6人(增幅40%)、65-74歲增加6人(增幅37.5%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加19人(增幅54.3%)、以氣體及蒸汽增加10人(增幅100%)、溺水增加4人(增幅66.7%)、切穿工具增加1人(增幅100%)、其他增加5人。

(3) 澎湖縣:2016年自殺死亡人數為15人,自殺粗死亡率為每十萬人口14.6人，人數與2015年相比增加3人(增幅25%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數3.3%。

男性增加3人(增幅50%)、女性人數不變；65-74歲增加3人、15-24歲增加1人、25-34歲增加1人(增幅100%)、35-44歲增加1人(增幅33.3%)、75歲以上增加1人(增幅33.3%)。

以自殺死因分析，以氣體及蒸汽增加2人(增幅66.7%)、由高處跳下增加2人(增幅100%)。

(4) 臺東縣:2016年自殺死亡人數為43人,自殺粗死亡率為每十萬人口19.4人，人數與2015年相比增加7人(增幅19.4%)；自殺死亡人數自殺死亡

增加占全國自殺死亡增加人數 7.8%。

男性人數不變、女性增加 7 人(增幅 100%)；65-74 歲增加 7 人、45-54 歲增加 6 人(增幅 100%)、15-24 歲增加 2 人(增幅 200%)、35-44 歲增加 1 人(增幅 20%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 3 人(增幅 27.3%)、以氣體及蒸汽增加 2 人(增幅 28.6%)、溺水增加 2 人、吊死、勒死及窒息增加 1 人(增幅 100%)。

(5) 南投縣：2016 年自殺死亡人數為 130 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 25.6 人，人數與 2015 年相比增加 19 人(增幅 17.1%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 21.1%。

男性增加 22 人(增幅 28.6%)，自殺粗死亡率 38.0 人(較 2015 年增加 29.7%)；女性減少 3 人(降幅 8.8%)，自殺粗死亡率 12.5 人(較 2015 年減少 8.1%)；25-34 歲增加 7 人(增幅 77.8%)、55-64 歲增加 7 人(增幅 31.8%)、15-24 歲增加 4 人(增幅 100.0%)、45-54 歲增加 4 人(增幅 19.0%)、65-74 歲增加 4 人(增幅 33.3%)、35-44 歲增加 3 人(增幅 17.6%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 7 人(增幅 18.9%)、以氣體及蒸汽增加 6 人(增幅 25%)、吊死、勒死及窒息增加 2 人(增幅 5.9%)、由高處跳下增加 2 人(增幅 20%)、切穿工具增加 2 人。

(6) 臺南市：2016 年自殺死亡人數為 332 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 17.6 人，人數與 2015 年相比增加 19 人(增幅 6.1%)，自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 21.1%。

男性增加 28 人(增幅 13.1%)、女性減少 9 人(降幅 9%)；35-44 歲增加 8 人(增幅 14.5%)、65-74 歲增加 7 人(增幅 21.2%)、55-64 歲歲增加 6 人(增幅 10%)、25-34 歲增加 4 人(增幅 12.5%)、0-14 歲增加 1 人。

以自殺死因分析，切穿工具增加 10 人(增幅 1,000%)、由高處跳下增加 8 人(增幅 38.1%)、吊死、勒死及窒息增加 5 人(增幅 5%)、溺水增加 5 人(增幅 17.9%)、其他增加 6 人(增幅 66.7%)。

7) 結論

(1) 各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

(2) 自殺粗死亡率由高至低前六位依序為：南投縣(每十萬人口 25.6 人，較 2015 年增加 18.0%)、嘉義縣(每十萬人口 24.7 人，較 2015 年增加 35.7%)、屏東縣(每十萬人口 23.3 人，較 2015 年增加 37.9%)、花蓮縣(每十萬人口 20.5 人，較 2015 年增加 0.5%)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人，與 2015 年相同)、臺東縣(每十萬人口 19.4 人，較 2015 年增加 20.5%)。

(3) 以年齡層分析

a. 「15-24 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為苗栗縣、新竹市、臺東縣、新竹縣、南投縣及屏東縣。相較於 2015 年自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市及新竹縣(各增加 6 人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加 5 人)、南投縣及屏東縣(各增加 4 人)。

b. 「45-64 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為嘉義縣、臺東縣、南投縣、屏東縣及嘉義市。相較於 2015 年人數增加較多縣市為嘉義縣、屏東縣(各增加 13 人)、南投縣(增加 11 人)、臺中市(增加 9 人)及臺東縣(增加 4 人)。

c. 「25-44 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加的縣市為澎湖縣、屏東縣、南投縣、嘉義縣、臺南市、新北市及苗栗縣。相較於 2015 年人數增加較多縣市為新北市(增加 22 人)、屏東縣(增加 16 人)、臺南市(增加 12 人)、南投縣(增加 10 人)及嘉義縣(增加 5 人)。

d. 「65 歲以上」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為金門縣、澎湖縣、臺東縣、屏東縣、嘉義縣、宜蘭縣及臺中市。相較於 2015 年老年族群自殺死亡人數增加較多縣市分別為臺中市(增加 32 人)、屏東縣(增加 19 人)、臺北市(增加 17 人)、嘉義縣(增加 16 人)、新北市(增加 13 人)、臺南市(增加 8 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 7 人)。

(4) 以死因分析

a. 各縣市 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡占率與

2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣、臺中市、嘉義縣、新北市、高雄市、臺東縣、嘉義市及南投縣。

b. 各縣市 2016 年以「氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣、嘉義市、澎湖縣、新竹縣、彰化縣、基隆市、臺東縣、南投縣及高雄市。

c. 各縣市 2016 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市、苗栗縣、雲林縣、基隆市、桃園市、嘉義市、彰化縣、花蓮縣、高雄市、新北市及臺北市。

d. 各縣市 2016 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市、屏東縣、嘉義市、宜蘭縣、臺東縣、雲林縣及嘉義縣。

e. 各縣市 2016 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣、宜蘭縣、澎湖縣、臺南市、臺中市、屏東縣、新竹縣、桃園市、高雄市、南投縣及臺北市。

f. 各縣市 2016 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣、苗栗縣、新竹縣、臺北市、臺中市、花蓮縣、新竹市、桃園市、嘉義縣、臺南市及彰化縣。

g. 各縣市 2016 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為基隆市；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

3. 自殺通報數據分析

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 2016 年自殺通報人次為 28,996 人次(男性 10,801 人次、女性 18,195 人次)，自殺通報比為 7.2，女性為男性之 1.68 倍，2016 年自殺通報人次較 2006 年增加 51.3%、若與 2015 年相比降幅則為 3.1%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2016 年自殺通報比與 2006 年相比增加 90.7%、較 2015 年相比則增幅為 6.5%。(如圖 2-1-8)

分析 2016 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為桃園市及新竹縣(各為 9.3)、新竹市 (9.2)、新北市 (8.9)、花蓮縣 (8.8)。

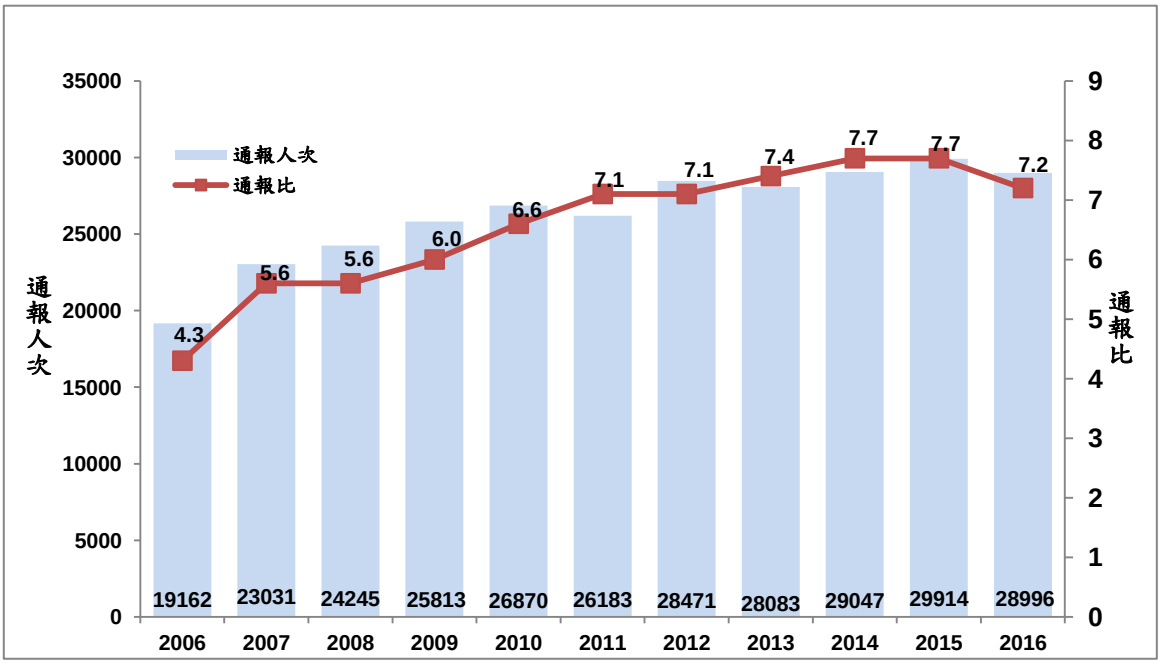


圖 2-1-8、2006-2016 年全國自殺通報趨勢圖

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，2016 年略降為 10,801 人次，與 2015 年相比降幅為 1.4%，與 2006 年相比增幅為 69.0%，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 2006 年為 12,769 人次，逐年增加至 2015 年達到 18,962 人次，2016 年則下降至 18,195 人次，與 2015 年相較降幅為 4.0%，與 2006 年相較增幅為 42.5%，觀察三年移動平均亦呈現上升趨勢(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 2016 年為 4.2，與 2006 年相比增幅為 100.0%，與 2015 年相比降幅為

6.7%。女性自殺通報比 2006 年為 9.7，逐年增加至 2016 年為 15.1，與 2006 年相比增幅為 55.7%，與 2015 年相比降幅為 0.7%。

以縣市分析性別之自殺通報人次，2016 年與 2015 年相比男性增加的縣市為金門縣(增幅 35.0%)、屏東縣(增幅 14.0%)、桃園市(增幅 12.5%)、澎湖縣(增幅 8.3%)、新北市(增幅 4.5%)、臺中市(增幅 3.7%)、新竹縣(增幅 0.8%)及臺北市(增幅 0.4%)；女性增加的縣市為屏東縣(增幅 12.9%)、基隆市(增幅 11.4%)、新竹市(增幅 8.5%)、花蓮縣(增幅 6.6%)、新竹縣(增幅 5.7%)、金門縣(增幅 5.4%)、桃園市(增幅 1.6%)。再分析性別自殺通報比之增減率，男性上升的是金門縣(增幅 285.7%)、桃園市(增幅 22.0%)、彰化縣(增幅 8.5%)、基隆市(增幅 5.3%)、苗栗縣(增幅 4.3%)、臺北市及宜蘭縣(增幅各為 4.2%)；女性上升則為基隆市(增幅 87.6%)、新竹縣(增幅 61.7%)、金門縣(增幅 25.8%)、新竹市(增幅 21.1%)、花蓮縣(增幅 17.6%)、嘉義市(增幅 16.0%)、臺中市(增幅 9.8%)、雲林縣(增幅 5.0%)及高雄市(增幅 1.3%)。

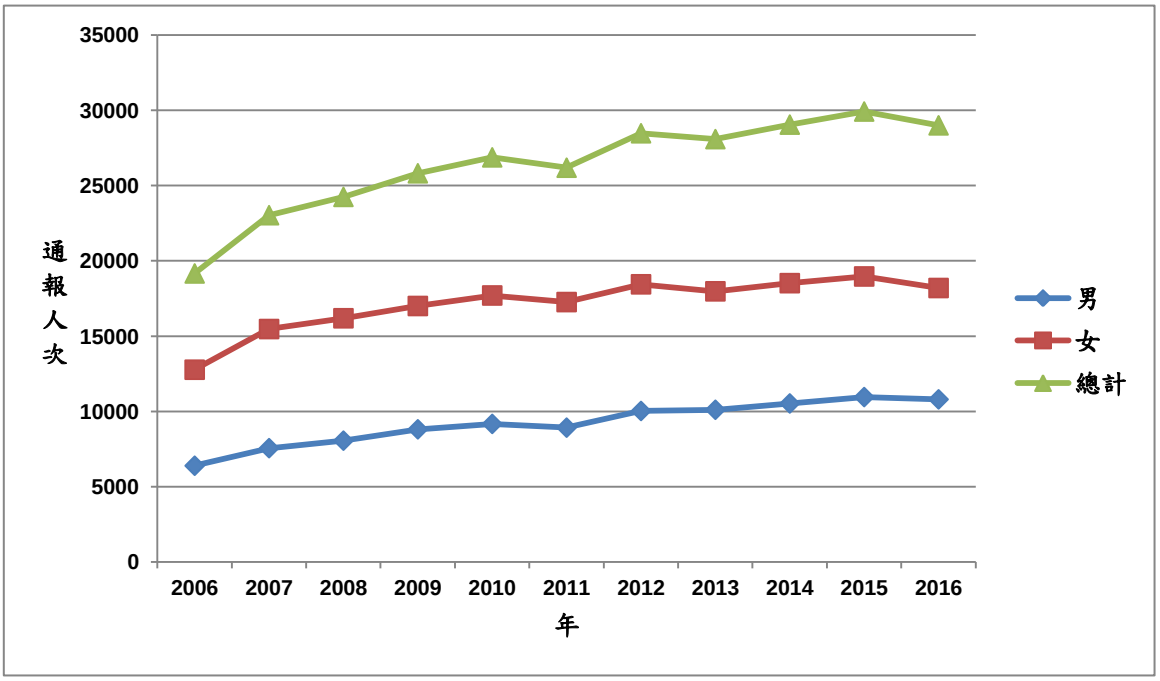


圖 2-1-9、2006-2016 年全國性別自殺通報趨勢圖

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 2016 年(46.5%)，2016 年與 2015 年(47.5%)相比降幅為 2.1%。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，2016 年(26.8%)與 2015 年相比(27.0%)降幅為 0.7%。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，2016 年占率 15.1%與 2015 年(14.7%)相比增幅為 2.7%。「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 2016 年(10.3%)，占率與 2015 年(9.5%)相比增幅為 8.4%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，自 2006 年(0.7%)至 2016 年(1.3%)變動不大，歷年變化不大，2016 年與 2015 年占率相同。(如圖 2-1-10)

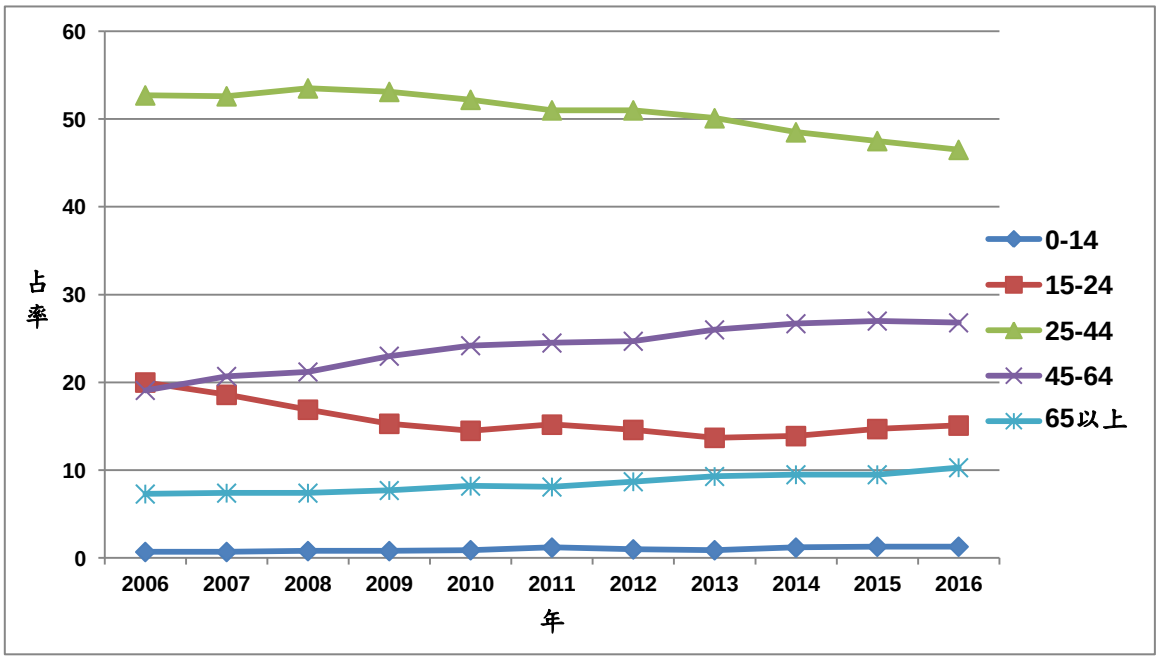


圖 2-1-10、2006-2016 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

以性別分析全國各年齡層通報占率，男性「14 歲以下」2016 年自殺通報占率 1.4%，歷年變化不大。男性「15-24 歲」2016 年自殺通報占率為 13.8%與 2015 年(13.7%)相比，增幅 0.7%。男性「25-44 歲」2016 年自殺通報占率為 42.9%與 2015 年(43.8%)相比，降幅 2.1%。男性「45-64 歲」2016 年自殺通報占率為 28.1%與 2015 年(28.6%)相比，降幅為 1.7%。男性「65 歲以上」2016 年自殺通報占率為 13.7%與 2015 年(12.8%)相比，增幅為 7.0%。(如圖 2-1-11)

女性「14 歲以下」2016 年自殺通報占率為 1.2%，歷年變化不大。女性「15-24 歲」自殺通報占率呈逐年下降趨勢，至 2016 年為 15.8%。2016 年與 2006 年(20.9%)的自殺通報占率相比，降幅 24.4%。2016 年與 2015 年(15.3%)的自殺通報占率相比，增幅 3.3%。女性「25-44 歲」自 2006 年至 2012 年持續上下波動，後逐年下降至 2016 年(48.7%)，與 2006 年(55.0%)相比降幅達到 11.5%，與 2015 年(49.7%)的自殺通報占率相比，降幅 2.0%。以三年移動平均來看，呈現先稍微上升後下降趨勢。女性「45-64 歲」自

2006 年逐年上升至 2016 年(26.0%)，與 2006 年(18.1%)相比增幅達到 43.6%，與 2015 年(26.0%)自殺通報占率相同。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(8.3%)，與 2006 年(5.2%)相比增幅達到 59.6%，與 2015 年(7.6%)的自殺通報占率相比，增幅為 9.2%。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 歲以上」(2016 年全國通報 1,485 人次，占率 13.7%)相較女性(1,509 人次，占率 8.3%)占率高，男性「45-64 歲」(2016 年全國通報 3,038 人次，占率 28.1%)相較女性(4,726 人次，占率 26.0%)占率稍高，男性「25-44 歲」(2016 年全國通報 4,630 人次，占率 42.9%)則相較女性(8,862 人次，占率 48.7%)為低。

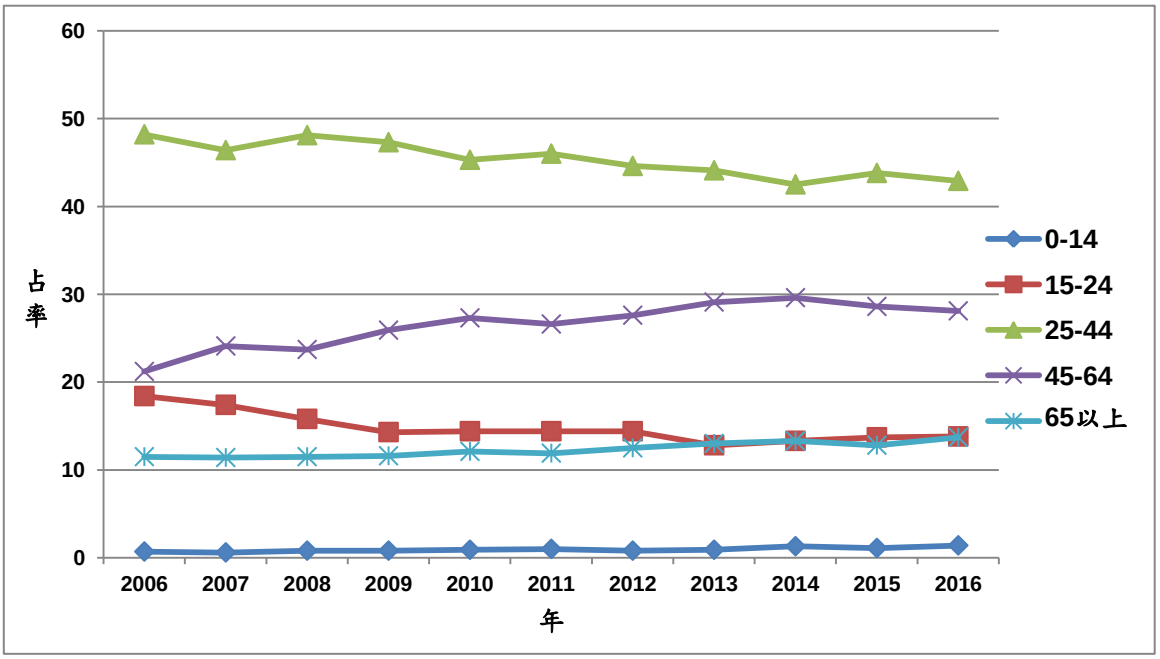


圖 2-1-11、2006-2016 年全國男性分年齡層自殺通報人次占率圖

以縣市分析，「14 歲以下」自殺通報占率以 2016 年與 2015 年比較，增幅較大的是金門縣(增幅 300.0%)、基隆市(增幅 200.0%)、彰化縣(增幅 71.4%)、雲林縣、屏東縣及臺東縣(各增幅 50.0%)、花蓮縣(增幅 40.0%)及臺北市(增幅 28.6%)。「15-24 歲」自殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 325.0%)、澎湖縣(增幅 37.5%)、新竹市(增幅 36.5%)、新竹縣(增幅 35.1%)、嘉義縣(增幅 25.4%)、基隆市(增幅 21.9%)及屏東縣(20.2%)。「25-44 歲」自殺通報占率上升較明顯的是屏東縣(增幅 8.0%)、基隆市(增幅 7.6%)及新竹市(增幅 3.8%)。「45-64 歲」自殺通報占率上升較明顯的是澎湖縣(增幅 55.6%)、屏東縣(增幅 16.0%)、金門縣(增幅 15.4%)、新竹縣(增幅 11.3%)、

臺東縣(增幅 10.5%)及桃園市(增幅 10.3%)。「65 歲以上」自殺通報占率上升較明顯的是新竹市(增幅 37.9%)、嘉義縣(增幅 34.1%)、南投縣(增幅 21.4%)、苗栗縣(增幅 18.1%)、嘉義市(增幅 17.9%)、屏東縣(增幅 17.6%)、宜蘭縣(增幅 15.5%)、臺北市(增幅 15.3%)及桃園市(增幅 12.6%)。

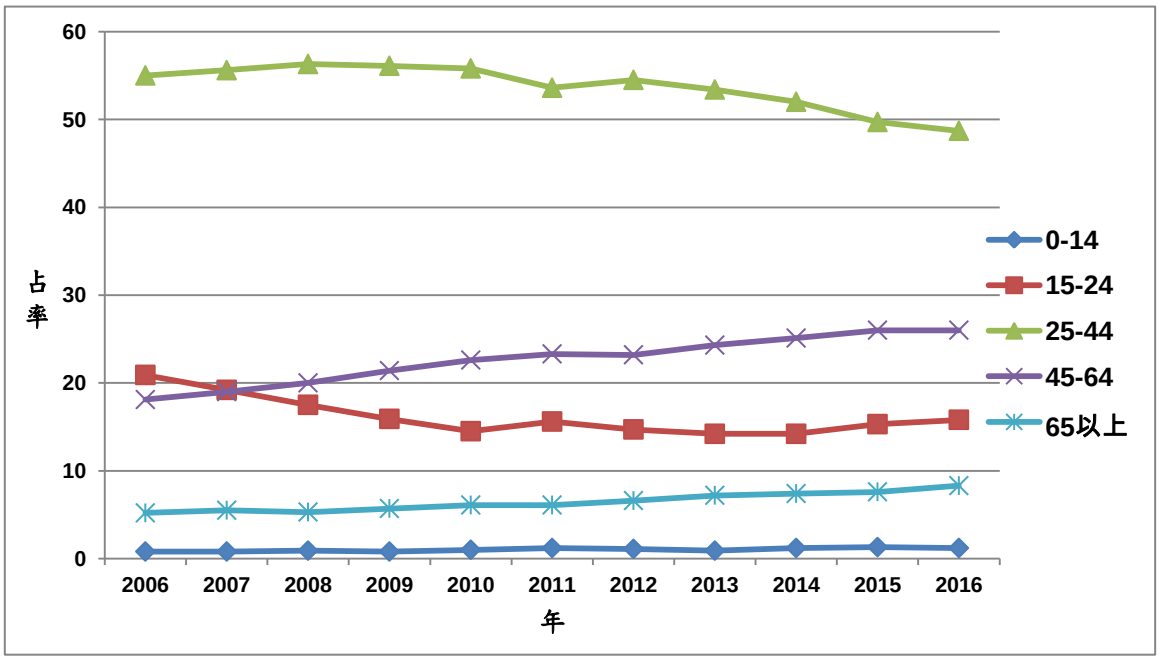


圖 2-1-12、2006-2016 年全國女性分年齡層自殺通報人次占率圖

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」(2016 年全國通報 15,052 人次，占率 51.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 8,277 人次，占率 28.5%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,910 人次，占率 6.6%)。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 2016 年(51.9%)，2016 年較 2006 年降幅為 11.6%，較 2015 年(53.9%)降幅為 3.7%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2015 年上升縣市為連江縣(增幅 140.2%)、嘉義縣(增幅 10.2%)、金門縣(增幅 9.8%)、花蓮縣(增幅 4.9%)及高雄市(增幅 1.8%)。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(24.2%)逐年呈上升趨勢至 2016 年(28.5%)，2016 年較 2006 年增幅為 17.8%，與 2015 年(27.1%)相比增幅為 5.2%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。以縣市來看 2016 年「切穿工具自殺及自傷」較 2015 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 78.8%)、臺東縣(增幅 43.7%)、苗栗縣(增幅 15.5%)、南投縣(增幅 12.9%)、臺南市(增幅 12.3%)、臺中市(增幅 11.5%)、嘉義縣(增幅 10.9%)、新竹市(增幅 10.8%)及雲林縣(增幅 10.5%)。另外「以其他氣體及蒸汽自殺

或自為中毒」自 2006 年(8.1%)持續上下波動到 2016 年(6.6%)，2016 年較 2006 年降幅為 18.5%，與 2015 年(7.3%)相比降幅為 9.6%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2016 年「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」上升較明顯的縣市為宜蘭縣(增幅 53.3%)、花蓮縣(增幅 48.1%)、新竹縣(增幅 41.5%)、屏東縣(增幅 39.2%)、臺南市(增幅 21.3%)及嘉義市(增幅 14.0%)。

以性別來看全國通報個案自殺方式，2016 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」(44.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(22.2%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(10.9%)；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 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 16.4%，較 2015 年(44.2%)增幅為 1.1%。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 2016 年，2016 年較 2006 年升幅為 14.4%，較 2015 年(20.8%)增幅為 6.7%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」自 2006 年(13.5%)持續上下波動至 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 19.3%，較 2015 年(10.2%)增幅為 6.9%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。

2016 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」(56.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(32.3%)及「由高處跳下自殺及自傷」(4.9%)；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 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 8.2%，較 2015 年(57.8%)降幅為 2.8%，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 2016 年，2016 年較 2006 年升幅為 21.4%，較 2015 年(30.7%)增幅為 5.2%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「由高處跳下自殺及自傷」自 2006 年(2.1%)持續上升至 2016 年，2016 年較 2006 年增幅為 133.3%，較 2015 年(4.5%)增幅為 8.9%。以三年移動平均來看，呈現上升趨勢。

其中男性以「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,178 人次，占率 10.9%)相較女性(732 人次，占率 4.0%)占率較高；男性「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2016 年全國通報 687 人次，占率 6.4%)相較女性(467 人次，占率 2.6%)占率為高；男性以「由高處跳下自殺及自傷」(2016 年全國通報 715 人次，占率 6.6%)相較女性(897 人次，占率 4.9%)占率為高；男性「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2016 年全國通報 4,827 人次，占率 44.7%)則相較女性(10,225 人次，占率 56.2%)為低；男性「切

穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 2,394 人次，占率 22.2%)相較女性(5,883 人次，占率 32.3%)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」(2016 年全國通報 13,638 人次，占率 47.0%)、「精神健康／物質濫用」(10,261 人次，35.4%)及「工作／經濟」(2,870 人次，占率 9.9%)，其中「情感／人際關係」占率較 2015 年(49.4%)下降 4.9%。

以縣市來看 2016 年「情感／人際關係」較 2015 年上升縣市為花蓮縣(增幅 5.7%)、苗栗縣(增幅 2.3%)及嘉義市(增幅 0.2%)。「精神健康／物質濫用」2016 年占率較 2015 年(28.0%)上升 26.4%。以縣市來看，除嘉義縣及金門縣外，2016 年「精神健康／物質濫用」占率皆較 2015 年上升。「工作／經濟」占率較 2015 年(11.1%)下降 10.8%。以縣市來看 2016 年「工作／經濟」較 2015 年上升縣市為金門縣(增幅 43.4%)、新竹市(增幅 12.8%)、臺北市(增幅 5.2%)及澎湖縣(增幅 4.3%)。

以性別分析全國通報個案自殺原因，2016 年男性通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 3,940 人次，占率 36.5%)、「精神健康／物質濫用」(3,558 人次，32.9%)及「工作／經濟」(1,412 人次，占率 13.1%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(38.9%)下降 6.2%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(28.1%)上升 17.1%；「工作／經濟」較 2015 年(15.2%)下降 13.8%。

2016 年女性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2016 年通報 9,698 人次，占率 53.3%)、「精神健康／物質濫用」(6,703 人次，36.8%)及「工作／經濟」(1,458 人次，占率 8.0%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(55.5%)下降 4.0%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(27.8%)上升 32.4%；「工作／經濟」較 2015 年(8.6%)下降 7.0%。

其中男性「工作／經濟」(2016 年全國通報 1,412 人次，占率 13.1%)相較女性(1,458 人次，占率 8.0%)占率高；男性「生理疾病」(2016 年全國通報 1,154 人次，占率 10.7%)相較女性(985 人次，占率 5.4%)占率高；男性「情感／人際關係」(2016 年全國通報 3,940 人次，占率 36.5%)則相較女性(9,698 人次，占率 53.3%)為低。

以年齡層來看全國通報個案自殺原因，2016 年「14 歲以下」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 201 人次，占率 54.2%)、「校園學生問題」(116 人次，占率 31.3%)及「精神健康／物質濫用」(83 人次，占率 22.4%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(61.2%)

下降 11.4%；「校園學生問題」較 2015 年(26.4%)上升 18.6%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(11.3%)上升 98.2%。(如圖 2-1-13)

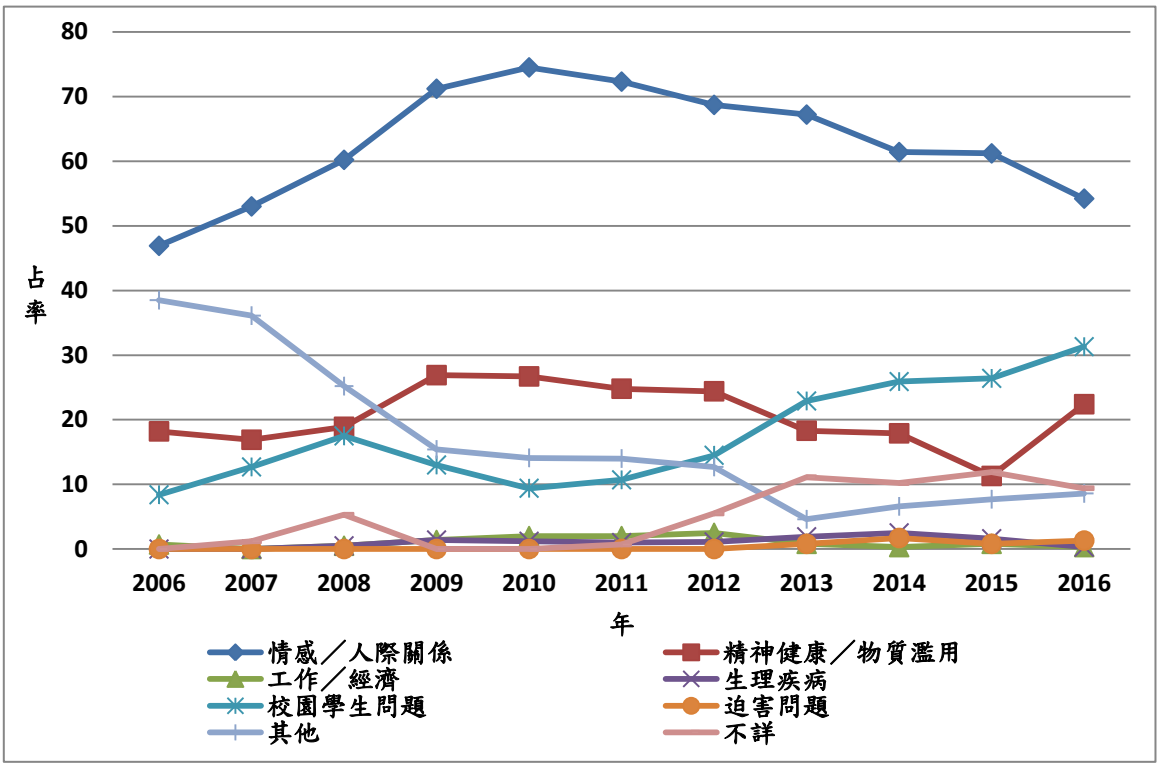


圖 2-1-13、2006-2016 年全國 14 歲以下自殺通報原因占率圖

2016 年「15-24 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 2,400 人次，占率 54.9%)、「精神健康／物質濫用」(1,289 人次，29.5%)及「工作／經濟」(332 人次，7.6%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(60.3%)下降 9.0%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(19.6%)上升 50.5%；「工作／經濟」較 2015 年(8.2%)下降 7.3%。(如圖 2-1-14)

2016 年「25-44 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 7,072 人次，占率 52.4%)、「精神健康／物質濫用」(4,845 人次，35.9%)及「工作／經濟」(1,686 人次，占率 12.5%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(53.5%)下降 2.1%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(28.9%)上升 24.2%；「工作／經濟」較 2015 年(13.1%)下降 4.6%。(如圖 2-1-15)

2016 年「45-64 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(3,173 人次，占率 40.9%)、「精神健康／物質濫用」(3,088 人次，39.8%)及「工作／經濟」(818 人次，占率 10.5%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(43.3%)下降 5.5%。；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(33.5%)

上升 18.8%；「工作／經濟」較 2015 年(12.7%)下降 17.3%。(如圖 2-1-16)

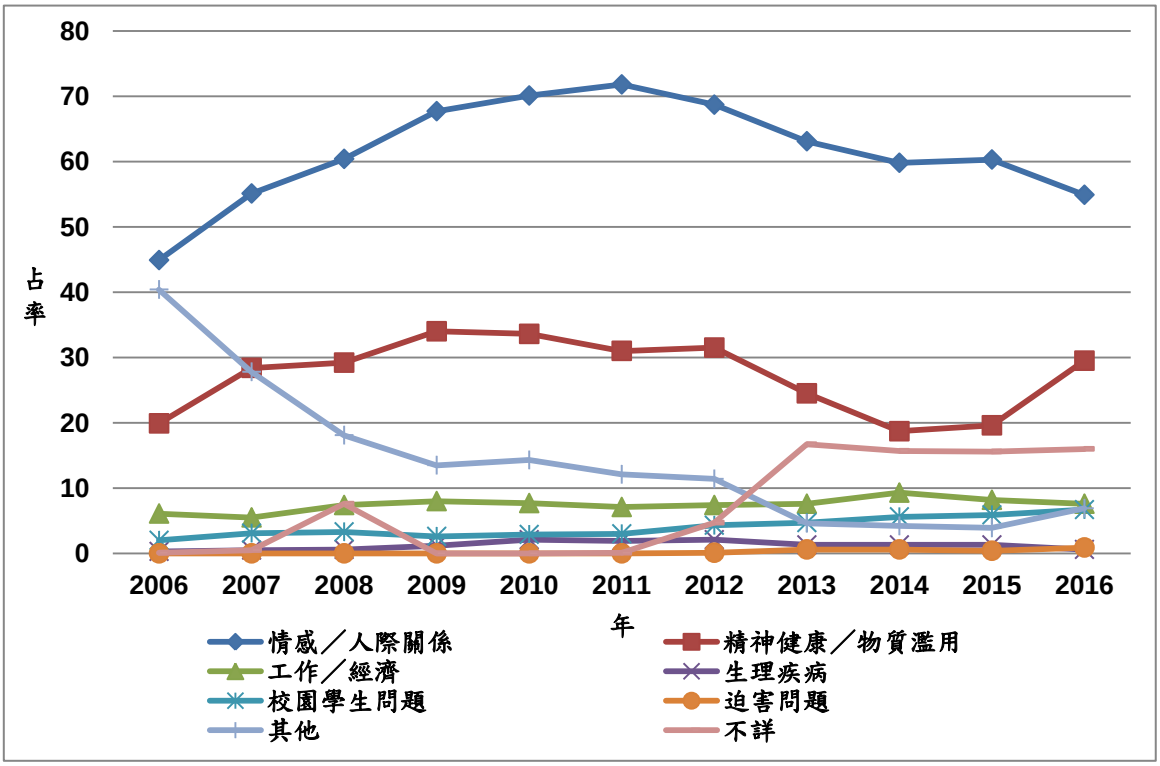


圖 2-1-14、2006-2016 年全國 15-24 歲自殺通報原因占率圖

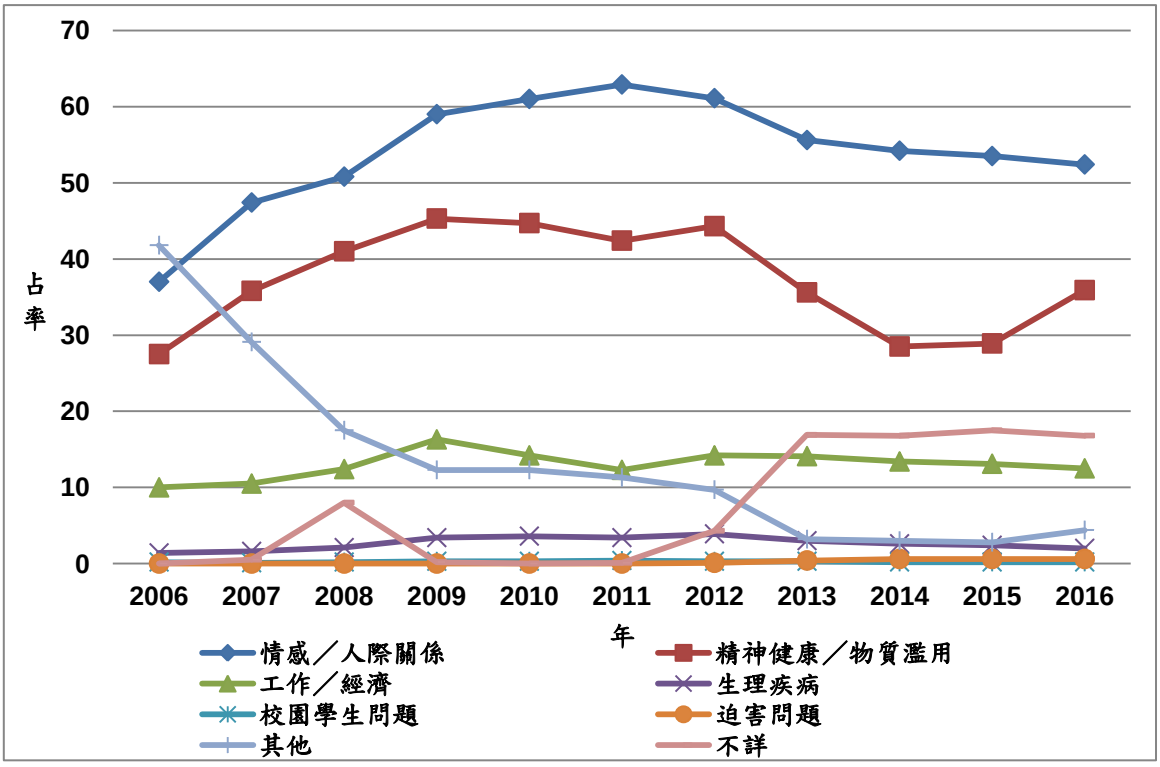


圖 2-1-15、2006-2016 年全國 25-44 歲自殺通報原因占率圖

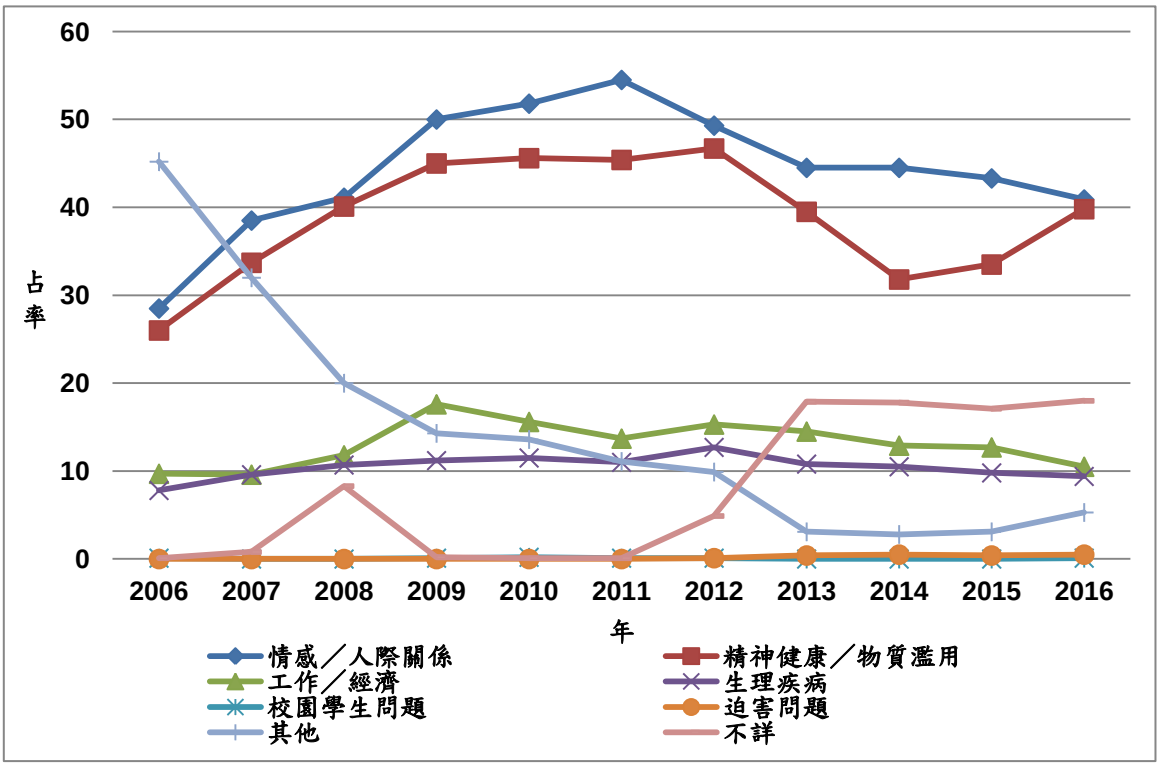


圖 2-1-16、2006-2016 年全國 45-64 歲自殺通報原因占率圖

2016 年「65 歲以上」通報個案自殺原因前三位依序為「生理疾病」(1,112 人次，占率 37.1%)、「精神健康／物質濫用」(955 人次，占率 31.9%)及「情感／人際關係」(786 人次，26.3%)，其中「生理疾病」較 2015 年(39.2%)下降 5.4%;「精神健康／物質濫用」較 2015 年(22.4%)上升 42.4%；「情感／人際關係」較 2015 年(28.2%)下降 6.7%。(如圖 2-1-17)

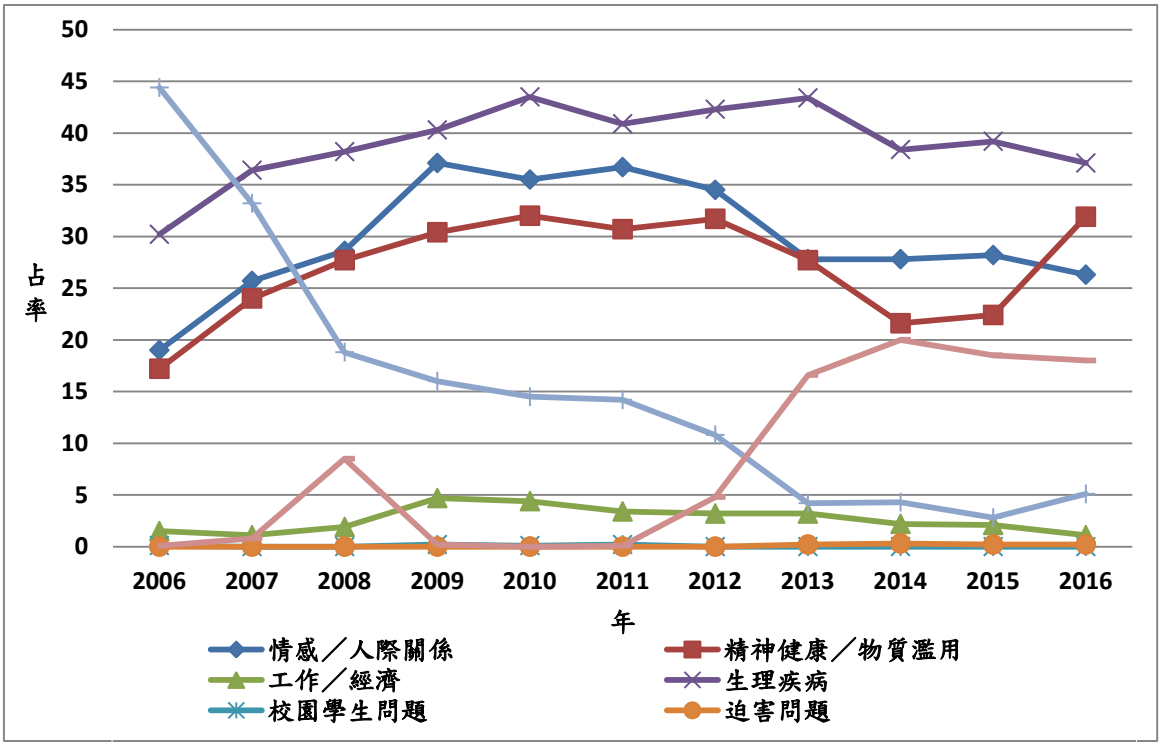


圖 2-1-17、2006-105 年全國 65 歲以上自殺通報原因占率圖

4. 實施結果總結

1)2015 年建議之重點縣市執行結果

2015 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、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. 2016 年通報比增加之縣市

a) 基隆市 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 24.7 人，2016 年降為 19.3 人(降幅 21.9%)；2015 年自殺通報比為 5.8(全國 7.7)，2016 年上升至 7.9(全國 7.2)，增幅 36.2%。
b) 彰化縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 17.8 人，2016 年降為 15.4 人(降幅 13.5%)；2015 年自殺通報比為 6.6，2016 年上升至 6.9(增幅 4.5%)。
c) 金門縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 15.4 人，2016 年降為 7.5 人(降幅 51.3%)；2015 年自殺通報比為 2.6，2016 年上升至 6.3(增幅 142.3%)。

b. 2016 年通報比下降之縣市

a) 臺北市 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 11.8 人，2016 年降為 11.4 人(降幅 3.4%)；2015 年自殺通報比為 5.1，2016 年下降至 4.9(降幅 3.9%)。
b) 苗栗縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 18.6 人，2016 年上升為 19.1 人(增幅 2.7%)；2015 年自殺通報比為 7.4，2016 年下降至 6.9(降幅 6.8%)。
c) 南投縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 21.7 人，2016 年上升為 25.6 人(增幅 18.0%)；2015 年自殺通報比為 6.6，2016 年下降至 5.3(降幅 19.7%)。
d) 嘉義縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 18.2 人，2016 年上升為 24.7 人(增幅 35.7%)；2015 年自殺通報比為 6.4，2016 年下降至 4.0(降幅 37.5%)。
e) 屏東縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 16.9 人，2016 年上升為 23.3 人(增幅 37.9%)；2015 年自殺通報比為 6.0，2016 年下降至 4.9(降幅

18.3%)。

(2) 降低自殺通報中自殺原因不詳之占率

2015 年自殺通報中自殺原因不詳占率排名前 6 名縣市為彰化縣(2015 年占率 26.4%)、新北市(2015 年占率 22.0%)、新竹市(2015 年占率 19.5%)、臺中市(2015 年占率 19.3%)、苗栗縣(2015 年占率 18.6%)及桃園市(2015 年占率 17.7%)。以上縣市 2016 年度之占率有改善的為新北市(降至 20.1%、降幅 8.6%)、新竹市(降至 19.1%、降幅 2.1%)、臺中市(降至 16.3%、降幅 15.5%)及桃園市(降至 16.8%、降幅 5.1%)。

(3) 老人族群自殺防治工作

a. 南投縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 37 人、自殺粗死亡率每十萬人口 48.3 人，2016 年死亡人數降至 32 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 40.6 人。

b. 基隆市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 22 人、自殺粗死亡率每十萬人口 45.9 人，2016 年死亡人數降至 20 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 39.6 人。

c. 苗栗縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 35 人、自殺粗死亡率每十萬人口 43.9 人，2016 年死亡人數降至 26 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.8 人。

d. 彰化縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 71 人、自殺粗死亡率每十萬人口 41.0 人，2016 年死亡人數降至 48 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 26.8 人。

e. 嘉義縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 36 人、自殺粗死亡率每十萬人口 40.4 人，2016 年死亡人數升至 52 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 57.1 人。

f. 雲林縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 46 人、自殺粗死亡率每十萬人口 40.2 人，2016 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 39.3 人。

g. 臺南市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 91 人、自殺粗死亡率每十萬人口 37.6 人，2016 年死亡人數升至 99 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 39.1 人。

h. 桃園市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 68 人、自殺粗死亡率每十萬人口 34.4 人，2016 年死亡人數降至 60 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 28.4 人。

i. 花蓮縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 15 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.6 人，2016 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.5 人。

j. 屏東縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 38 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.6 人，2016 年死亡人數升至 57 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 45.8 人。

k. 新竹縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 19 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.1 人，2016 年死亡人數降至 17 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 27.0 人。

(4) 持續強化農藥自殺防治

a. 雲林縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 42.7%(61 人)，2016 年占率降至 36.1%(48 人)。

b. 花蓮縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 39.7%(27 人)，2016 年占率降至 25.0%(17 人)。

c. 屏東縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 37.8%(54 人)，2016 年占率降至 36.9%(72 人)。

d. 嘉義縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 36.8%(35 人)，2016 年占率升至 42.2%(54 人)。

e. 苗栗縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 35.2%(37 人)，2016 年占率降至 29.0%(31 人)。

f. 彰化縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.5%(77 人)，2016 年占率降至 27.3%(54 人)。

g. 南投縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.3%(37 人)，2016 年占率升至 33.8%(44 人)。

h. 臺東縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 30.6%(11 人)，2016 年占率升至 32.6%(14 人)。

(5)「由高處跳下自殺及自傷」占率較高之縣市

a. 嘉義市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 22.0%(9 人)，2016 年占率降至 20.0%(8 人)。

b. 臺北市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 21.7%(69 人)，2016 年占率升至 22.1%(68 人)。

c. 新竹市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 18.5%(10 人)，2016 年占率降至 17.3%(9 人)。

d. 新北市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 17.7%(104 人)，2016 年占率降至 17.6%(108 人)。

e. 澎湖縣 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 16.7%(2 人)，2016 年占率升至 26.7%(4 人)。

f. 基隆市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 14.1%(13 人)，2016 年占率降至 9.7%(7 人)。

(6)「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率上升之縣市

a. 臺北市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.6%(5 人)，2016 年占率降至 0.3%(1 人)。

b. 新北市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.2%(7 人)，2016 年占率降至 0.3%(2 人)。

c. 臺南市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.3%(4 人)，2016 年占率降至 0%(0 人)。

d. 高雄市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.3%(6 人)，2016 年占率降至 0.4%(2 人)。

e. 基隆市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.1%(1 人)，2016 年占率升至 1.4%(1 人)。

f. 桃園市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.0%(3 人)，2016 年占率降至 0.3%(1 人)。

g. 彰化縣 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.9%(2 人)，2016 年占率降至 0%(0 人)。

2)2016 年度自殺防治統計分析(總結)

(1) 自殺死亡個案分析(總結)

2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12),自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.8%)。

各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

標準化自殺死亡率 2016 年較 2015 年上升之縣市依序為屏東縣(每十萬人口 12.1 人上升至 16.8 人)、南投縣(15.4 人上升至 19.1 人)、嘉義縣(12.6 人上升至 16.2 人)、澎湖縣(8.4 人上升至 10.7 人)、臺東縣(12.5 人上升至 13.8 人)、苗栗縣(13.5 人上升至 14.7 人)、臺南市(12.2 人上升至 13.0 人) 、新北市(11.7 人上升至 12.2 人)、新竹市(10.1 人上升至 10.4 人)、高雄市(12.2 人上升至 12.4 人)及臺中市(11.6 人上升至 11.8 人)。

2014-2016 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 16.3 人)、南投縣(15.4 人)、嘉義縣(15.1 人)、宜蘭縣(14.8 人)、花蓮縣(14.8 人)、雲林縣(14.4 人)、屏東縣(13.9 人)。

(2) 自殺死亡個案年齡層分析(總結)

2016 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 2015 年相同。「15-24 歲」自殺死亡人數為 209 人、自殺粗死亡率每十萬人口 6.8 人，與 2015 年相比人數增加 26 人，粗死亡率上升 15.3%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,173 人、自殺粗死亡率每十萬人口 16.1 人，與 2015 年相比人數增加 8 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,401 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.1 人，與 2015 年相比人數減少 23 人，粗死亡率下降 2.4%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 976 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.3 人，與 2015 年相比人數增加 79 人，粗死亡率上升 3.5%。

a. 青少年族群「15-24 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明

顯的縣市為苗栗縣(由每十萬人口 1.3 人增為 8.0 人，增幅 515.4%)、新竹市(由每十萬人口 3.6 人增為 12.5 人，增幅 247.2%)、臺東縣(由每十萬人口 3.3 人增為 10.1 人，增幅 206.1%)、新竹縣(由每十萬人口 4.0 人增為 12.1 人，增幅 202.5%)、南投縣(由每十萬人口 5.6 人增為 11.5 人，增幅 105.4%)及屏東縣(由每十萬人口 4.3 人增為 8.0 人，增幅 86.0%)。相較於 2015 年青少年族群自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市及新竹縣(各增加 6 人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加 5 人)、南投縣及屏東縣(各增加 4 人)。

b. 中年族群「45-64 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為嘉義縣(由每十萬人口 18.9 人增為 26.9 人，增幅 42.3%)、臺東縣(由 20.6 人增為 26.4 人，增幅 28.2%)、南投縣(由 27.8 人增為 34.8 人，增幅 25.2%)、屏東縣(由 23.5 人增為 28.5 人，增幅 21.3%)及嘉義市(由 18.1 人增為 21.8 人，增幅 20.4%)。相較於 2015 年人數增加較多縣市為嘉義縣、屏東縣(各增加 13 人)、南投縣(增加 11 人)、臺中市(增加 9 人)及臺東縣(增加 4 人)。

c. 壯年族群「25-44 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加的縣市為澎湖縣(由每十萬人口 12.7 人增為 19.0 人，增幅 49.6%)、屏東縣(由每十萬人口 15.6 人增為 22.4 人，增幅 43.6%)、南投縣(由每十萬人口 17.7 人增為 25.0 人，增幅 41.2%)、嘉義縣(由每十萬人口 17.6 人增為 21.4 人，增幅 21.6%)、臺南市(由每十萬人口 14.8 人增為 17.0 人，增幅 14.9%)、新北市(由每十萬人口 14.6 人增為 16.5 人，增幅 13.0%)及苗栗縣(由每十萬人口 15.8 人增為 17.8 人，增幅 12.7%)。相較於 2015 年人數增加較多縣市為新北市(增加 22 人)、屏東縣(增加 16 人)、臺南市(增加 12 人)、南投縣(增加 10 人)及嘉義縣(增加 5 人)。

d. 老年族群「65 歲以上」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為金門縣(由每十萬人口 13.7 人增為 32.7 人，增幅 138.7%)、澎湖縣(由每十萬人口 20.1 人增為 45.6 人，增幅 126.9%)、臺東縣(由每十萬人口 22.0 人增為 43.0 人，增幅 95.5%)、屏東縣(由每十萬人口 31.6 人增為 45.8 人，增幅 44.9%)、嘉義縣(由每十萬人口 40.4 人增為 57.1 人，增幅 41.3%)、宜蘭縣(由每十萬人口 26.4 人增加為 36.1 人，增幅 36.7%)及臺中市(由每十萬人口 27.0 人增為 35.6 人，增幅 31.9%)。相較於 2015 年老年族群自殺死亡人數增加較多縣市分別為臺中市(增加 32 人)、屏東縣(增加 19 人)、臺北市(增加 17 人)、嘉義縣(增加 16 人)、新

北市(增加 13 人)、臺南市(增加 8 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 7 人)。

(3) 自殺死因分析(總結)

a. 2016 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」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。

b. 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)；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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。

c. 全國 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為 18.7%，與 2015 年 (18.9%)相比降幅為 1.1%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣(增幅 39.9%)、臺中市(增幅 19.1%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 13.0%)、高雄市(增幅 12.0%)、臺東縣(增幅 6.5%)、嘉義市(增幅 2.7%)及南投縣(增幅 1.5%)。

d. 全國 2016 年以「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為 24.2%，與 2015 年的 25.9%相比，降幅為 6.6%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 48.6%)、嘉義市(增幅 37.0%)、澎湖縣(增幅 33.2%)、新竹縣(增幅 21.5%)、彰化縣(增幅 18.9%)、基隆市(增幅 17.3%)、臺東縣(增幅 7.7%)、南投縣(增幅 6.9%)及高雄市(增幅 1.9%)。

e. 全國 2016 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡之占率為 31.5%，與 2015 年的 30.8%相比，增幅為 2.3%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 66.5%)、苗栗縣(增幅 49.3%)、雲林縣(增幅 39.2%)、基隆市(增幅 23.4%)、桃園市(增幅 19.5%)、嘉義市(增幅 17.3%)、彰化縣(增幅 14.0%)、花蓮縣(增幅 7.9%)、高雄市(增幅 5.4%)、新北市(增幅 5.3%)及臺北市(增幅 2.4%)。

f. 全國 2016 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之占率為 2.3%，與 2015 年(2.2%)相比增幅為 4.5%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 1000.0%)、屏東縣(增幅 271.4%)、嘉義市(增幅 108.3%)、宜蘭縣(增幅 100.0%)、臺東縣(增幅 67.9%)、雲林縣(增幅 64.3%)及嘉義縣(增幅 45.5%)。

g. 全國 2016 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之占率為 12.4%，與 2015 年(12.0%)相比增幅為 3.3%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣(增幅 300.0%)、宜蘭縣(增幅 134.4%)、澎湖縣(增幅 59.9%)、臺南市(增幅 29.9%)、臺中市(增幅 13.9%)、屏東縣(增幅 10.7%)、新竹縣(增幅 10.3%)、桃園市(增幅 4.7%)、高雄市(增幅 3.6%)、南投縣(增幅 2.2%)及臺北市(增幅 1.8%)。

h. 全國 2016 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之占率為 7.3%，與 2015 年(6.4%)相比增幅為 14.1%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣(增幅 300.0%)、苗栗縣(增幅 124.1%)、新竹縣(增幅 122.2%)、臺北市(增幅 95.2%)、臺中市(增幅 94.4%)、花蓮縣(增幅 93.3%)、新竹市(增幅 37.5%)、桃園市(增幅 31.0%)、嘉義縣(增幅 23.8%)、臺南市(增幅 11.2%)及彰化縣(增幅 1.5%)。

i. 全國 2016 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」自殺死亡之占率為 0.4%，與 2015 年(0.8%)相比降幅為 50.0%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為基隆市(增幅 27.3%)；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

j. 全國 2016 年以「其他及未明示之方式自殺及自傷」自殺死亡之占率為 3.2%，與 2015 年(3.0%)相比增幅為 6.7%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 100.0%)、屏東縣(增幅 95.2%)、新北市(增幅 85.7%)、臺中市(增幅 69.0%)、臺南市(增幅 55.2%)、雲林縣(增幅 51.4%)及彰化縣(增幅 13.6%)。

(4) 自殺通報個案自殺原因分析(總結)

2016 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」(47.0%)、「精神健康／物質濫用」(35.4%)及「工作／經濟」(9.9%)。

a.「情感／人際關係」2016 年較 2015 年增幅明顯的縣市為花蓮縣(增幅 5.7%)、苗栗縣(增幅 2.3%)及嘉義市(增幅 0.2%)。

b.「精神健康／物質濫用」除嘉義縣及金門縣外，2016 年占率皆較 2015 年上升。

c.「工作／經濟」2016 年較 2015 年增幅明顯的縣市為金門縣(增幅 43.4%)、新竹市(增幅 12.8%)、臺北市(增幅 5.2%)及澎湖縣(增幅 4.3%)。

5. 資料提供分析報告

1)2017 年 6 月 5 日於衛生福利部召開「2017 年自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部心理及口腔健康司詹金月科長、張冠偉科員，全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、孔祥玲專員、范凱森專員。

會議討論內容如下：

(1) 巴拉刈相關

a. 巴拉刈自殺死亡 2016 年較 2015 年少 13 人，2016 年 194 人，2015 年 209 人，最近三年皆在 200 人上下。原先介入策略成效有限，農藥儲存管理不彰及農民對農藥毒性之認知不夠，仍是未來待努力之方向。

b. 巴拉刈對人體有立即性毒性及慢性毒性，研究指出長期接觸可能導致罹患巴金森氏症。農藥專家高度宣稱巴拉刈對環境無害，但完全忽略對人體的危害，最終應以人道關懷角度來看。

c. 目前農委會預計巴拉刈 2019 年正式禁用巴拉刈，應以不影響弱勢農民生計為前提，政府及專家應有對策，幫助弱勢農民面對禁用巴拉刈後之處境，例如比照香港元朗區跟屯門區針對燒炭防治之作法，請農委會每兩年免費提供替代的藥物，並大力推動巴拉刈之替代方案或補助方案。氯酸鈉相較巴拉刈為較安全之替代藥品，缺點為造成土壤鹼化。

d. 高雄美濃農會建立完善產銷制度，且保證收購以促進農民配合禁用低價巴拉刈之意願。

(2) 2016 年自殺死亡及中低收入相關

a. 2016 年自殺死亡個案中，生前曾通報比例僅 13.7%，顯示自殺防治通報工作仍有改善空間。

b. 以自殺死亡率及自殺死亡增加人數選定新北市、臺南市、南投縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣為 2017 年高風險訪查之縣市。

c. 自殺死亡中低收入戶比例提高，2016 年較 2015 年自殺死亡人數增加 90 人，其中 68 位屬於中低收入戶，低收入戶由 2015 年 80 人升至 2016 年 116 人，中低收入戶由 2015 年 62 人升至 2016 年 94 人，以各縣市而言，低收入及中低收入戶自殺死亡人數最多為屏東縣。

d. 美國近年來整體自殺死亡率均上升，1999 年至 2014 年增加 42%，尤其中年女性增加 62%。

(3) 關懷訪視員相關

a. 請衛生福利部心口司提供關訪員聯絡名單，以利後續訪視抽查等作業，藉以改善關懷訪視成效。

b. 目前關懷訪視類型以電訪為主，為了改善訪視品質，針對關懷訪視後續追蹤流程需修正，以提升面訪比例方式提升訪視品質。

c. 各縣市自殺關懷流程不相同，為精進自殺關懷訪視，需要掌握各縣市有涉及自殺關懷訪視之公衛護理師名單。

2) 依據衛生福利部統計處 2017 年 3 月 31 日所提供之自殺死亡數據表格內容解讀，並於 2016 年度十大死因記者會提供衛生福利部「2016 年與 2015 年自殺死亡比較分析報告」。

6. 策略及建議

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制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 1 問 2 應 3 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。

全國自殺防治中心今年度製作「全國與 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議」，提供衛生福利部與各縣市衛生局參考運用。並於每月自殺防治通報關懷月報表中根據數據變化編寫滾動式修正策略。

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，就通報現狀分析，通報單

位以醫療院所為最大宗，可加強自殺防治通報宣導。當自殺事件發生時，第一線通常是警察及消防人員，但是警消通報占率就 2016 年分析僅占全體通報 7%，警消單位在第一線處理自殺事件時若能積極通報可提升通報比。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，需建立起 SOP 流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。關懷訪視員須落實 1 問 2 應 3 轉介，其中最重要的動作是轉介，目的在於轉介個案到精神醫療院所。因此訪員必須進行資源盤點，掌握轄區內的心理衛生資源、精神科醫師名單及其他相關資源，以建立起自己的口袋名單。進而降低再自殺之比例，甚至再自殺死亡之風險。

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」占率於 2015 年為 17.1%，2016 年上升至 18.1%，顯示各單位之通報人員訓練仍需加強，以期通報資料完善並具分析價值，有利於後續關懷訪視流程。其中 2016 年與 2015 年相比增幅最高的五個縣市分別為澎湖縣(2016 年占率 23.2%、增幅 146.8%)、基隆市(2016 年占率 24.0%、增幅 70.2%)、嘉義縣(2016 年占率 20.4%、增幅 45.7%)、新竹縣(2016 年占率 21.7%、增幅 36.5%)及南投縣(2016 年占率 16.7%、增幅 28.5%)，建議加強通報人員之教育訓練。

3) 2016 年男性自殺粗死亡率每十萬人口 21.8 人較 2015 年(20.7 人)上升 5.3%，而死亡人數較 2015 年上升 133 人。自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升，女性則無明顯趨勢變化，整體來說男性自殺粗死亡率為女性之 2 倍。在傳統社會印象中男性常被要求堅強或不能掉淚，因此男性較難開口尋求協助，但是男性自殺防治也是同等重要。在男性自殺防治上需要注意男性自殺粗死亡率較高，原因可能是男性常使用致命性較高的自殺方式，需要減少高致命性自殺工具的可得性。

4) 2016 年青少年族群(15-24 歲)自殺死亡人數為 209 人，較 2015 年(183 人)增加 26 人；粗死亡率為每十萬人口 6.8 人，與 2015 年(5.9 人)相比增幅為 15.3%。此族群主要人口為學生，故將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程中，教導青少年珍愛生命與心理健康促進的理念，教育青少年自我保護與疾病預防的概念。學校教師與輔導老師等，應注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。必要時予以轉介醫療評估及處置。

5) 2016 年中壯年(45-64 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 20.1 人，較 2015 年下降 2.4%，人數較 2015 年減少 23 人。此族群為主要就業人口，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。

6)2016 年老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，較 2015 年上升 3.5%。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，透過政策工具提供老人可近性(accessible)、接受度(acceptable)與可負擔(affordable)的心理衛生與精神醫療服務，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。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。另外以農藥或巴拉刈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。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「1 問 2 應 3 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，在一般醫療情境中提升憂鬱疾

患、焦慮疾患以及物質使用問題之篩檢與轉介治療。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

7) 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡(703 人，18.7%)之占率較 2015 年(9 人)增加 1.3%。農委會預計巴拉刈 2019 年正式禁用巴拉刈，但各界仍有不同意見，是否能於 2019 年實行巴拉刈禁用政策仍不確定，於正式禁用巴拉刈前須持續強化巴拉刈防治政策。有關農藥相關自殺防治策略，請參照今年上半年中心提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

8) 以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡(467 人，12.4%)之占率較 2015 年(12.0%)增加 3.3%。有關高處跳下之相關自殺防治策略，請參照今年上半年中心提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

9) 雖然自殺占全國死因排名由 2015 年第 11 名降至 2016 年第 12 名，但 2016 年全國自殺粗死亡率仍較 2015 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。

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 2016 年與 2015 年自殺死亡比較分析報告

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

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

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

2. 業務或方案的目的與目標

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，並擬訂因應策略，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) 2016 年自殺死亡檔
   (2) 2006 年至 2016 年自殺企圖通報檔
2) 資料分析
   (1) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算自殺企圖通報個案再自殺死亡率，並將自殺企圖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企圖通報檔，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) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算各年齡層自殺企圖通報個案再自殺死亡率。並以自殺死亡檔串聯自殺企圖通報檔，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. 申購 2016 年死因統計檔

1)6 月 19 日衛生福利統計處召開記者會公布 2016 年國人十大死因。

2)8 月 2 日向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」申請 2016 年死因統計檔。

3)8 月 3 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信確認申請費用及欄位。

4)8 月 18 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」通知變更案資料檔準備完成。

2. 資料分析及討論：3 月至 9 月

1)3 月 6 日召開第一次研究會議討論研究方向及分析內容。

2)3 月 13 日召開全國自殺防治中心第二次研究會議針對死因統計檔及全民健保檔串連、分析內容做初步討論。

3)3 月 20 日召開全國自殺防治中心第三次研究會議針對分析程式碼做討論。

4)4 月 10 日召開全國自殺防治中心第四研究會議針對資料庫串聯程式碼做修正及討論。

5)5 月 1 日召開全國自殺防治中心第五次研究會議針對分析內容程式碼做修正及討論。

6)8 月 30 日進入衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行資料分析，並於 9 月 1 日取得分析結果。

7)9 月 15 日將分析結果寄給中心長官以尋求中心長官之建議。

四、 成果 (Product)

2016 年自殺企圖通報個案計 25,133 人，扣除通報企圖日於死亡日之前之個案 100 人(通報之企圖日有誤抑或是死亡後才進行通報)，一共 25,033 人，其中 6.8%為首次通報時即死亡個案，1.0%為再自殺死亡個案，92.2%無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 11.8%)及再自殺死亡的比例(占率 1.4%)均高於女性(占率 3.7%及占率 0.7%)(詳如表 2-2-1)。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡層越高之人口群，首次通報即死亡及再自殺死亡率也越高，「65 歲以上」自殺企圖者首次通報即死亡占其

年齡層首次通報人口的 17.1%，再自殺死亡率 2.0%。

以通報中的死亡個案之自殺死亡方法別進行分析，發現使用「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」之個案，首次通報即死亡所占的比例最高，占使用此方法之死亡總人數的 100.0%，其次為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」占 89.4%；再自殺死亡所占比例相對較高方法為使用「其他及未明示之方式自殺及自傷」(占率 18.9%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 18.3)、「以固體或液體之自殺及自為中毒」(占率 13.7%)及「切穿工具自殺及自傷」(占率 13.0%)。若由自殺通報中的方法別進行分析，在各種方法中使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 48.2%)與「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 47.1%)者有接近半數的個案第一次通報即死亡；對再自殺死亡的個案而言，通報自殺方式以「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(占率 2.0%)及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 1.8%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 1.7%)之比例相對較高。

分析自殺原因，因「生理疾病」(占率 16.9%)、「不詳」(占率 16.5%)以及「工作/經濟」(占率 6.0%)自殺者，其首次通報即死亡的比例較高；通報後再自殺死亡比例相對較高的自殺原因為「生理疾病」(占率 2.0%)、「不詳」(占率 1.2%)、「工作/經濟」(占率 1.1%)及「精神健康/物質濫用」(占率 1.1%)。

居住地方面，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為南投縣(占率 13.6%)、宜蘭縣(占率 11.2%)及彰化縣(占率 10.3%)；而屏東縣(占率 1.7%)、嘉義市(占率 1.6%)、雲林縣(占率 1.4%)、澎湖縣(占率 1.4%)、基隆市 (占率 1.3%)及臺南市(1.3%)為通報後再自殺死亡的比例相對較高的縣市。(如表 1)。

特殊身分註記方面，首次通報即死亡比例相對較高的身分為嚴重病人(占率 6.3%)及精神列管(占率 5.3%)，通報後再自殺死亡比例相對較高的身分為家暴高危加害人(占率 1.5%)、嚴重病人(占率 1.4%)、兒少加害人(占率 1.2%)及精神列管(占率 1.1%)。

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		**總和**
	n	%	n	%	n	%	n
性別							
男性	1134	11.8	8313	86.7	138	1.4	9585
女性	578	3.7	14764	95.6	106	0.7	15448
總和	1712	6.8	23077	92.2	244	1.0	25033
年齡							
0-24 歲	119	2.9	3929	96.6	18	0.4	4066
25-44 歲	490	4.3	10764	94.9	89	0.8	11343
45-64 歲	620	9.1	6097	89.7	80	1.2	6797
65 歲以上	483	17.1	2280	80.9	57	2.0	2820
不詳	0	0	7	100	0	0	7
死亡者自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	416	86.3			66	13.7	482
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	372	89.4			44	10.6	416
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	498	88.6			64	11.4	562
溺水(淹死)自殺及自傷	98	81.7			22	18.3	120
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	6	100.0			0	0.0	6
切穿工具自殺及自傷	40	87.0			6	13.0	46
由高處跳下自殺及自傷	239	88.2			32	11.8	271
其他及未明示之方式自殺及自傷	43	81.1			10	18.9	53
自殺通報方法別							
以固體或液體自殺及自為中毒	459	3.5	12401	95.4	135	1.0	12995
以家用瓦斯自殺及自為中毒	5	2.9	163	95.3	3	1.8	171
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	370	22.1	1269	75.9	34	2.0	1673
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	480	48.2	502	50.4	14	1.4	996
溺水(淹死)自殺及自傷	93	15.4	500	82.9	10	1.7	603
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	8	47.1	9	52.9	0	0.0	17
切穿工具自殺及自傷	54	0.8	6785	98.5	49	0.7	6888
由高處跳下自殺及自傷	230	16.2	1178	83.1	9	0.6	1417
其他及未明示之方式自殺及自傷	65	2.9	2139	96.1	21	0.9	2225

註、自殺通報方法別為複選

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		總和
	n	%	n	%	n	%	n
自殺原因							
工作／經濟	150	6.0	2312	92.9	27	1.1	2489
不詳	719	16.5	3577	82.2	54	1.2	4350
生理疾病	336	16.9	1608	81.1	39	2.0	1983
其他	50	3.9	1230	95.1	13	1.0	1293
迫害問題	1	0.6	153	99.4	0	0.0	154
校園學生問題	5	1.3	394	98.5	1	0.3	400
情感／人際關係	238	2.0	11550	97.4	75	0.6	11863
精神健康／物質濫用	451	5.4	7753	93.5	91	1.1	8295
居住地							
臺北市	41	3.0	1327	95.9	16	1.2	1384
新北市	392	7.8	4616	91.3	48	0.9	5056
基隆市	20	3.8	503	94.9	7	1.3	530
宜蘭縣	71	11.2	561	88.5	2	0.3	634
桃園市	221	8.2	2443	91.2	16	0.6	2680
新竹市	11	2.6	417	96.8	3	0.7	431
新竹縣	30	5.3	534	93.5	7	1.2	571
苗栗縣	48	6.8	655	92.8	3	0.4	706
臺中市	125	4.6	2576	94.4	29	1.1	2730
彰化縣	131	10.3	1122	88.6	13	1.0	1266
南投縣	91	13.6	573	85.4	7	1.0	671
雲林縣	70	8.1	786	90.6	12	1.4	868
嘉義市	12	3.9	294	94.5	5	1.6	311
嘉義縣	43	8.7	447	90.1	6	1.2	496
臺南市	139	7.1	1801	91.7	25	1.3	1965
高雄市	132	4.5	2755	94.7	23	0.8	2910
屏東縣	86	9.9	770	88.4	15	1.7	871
臺東縣	21	6.8	288	92.6	2	0.6	311
花蓮縣	21	4.2	481	95.1	4	0.8	506
澎湖縣	4	5.4	69	93.2	1	1.4	74
金門縣	3	5.3	54	94.7	0	0.0	57
連江縣	0	0	5	100.0	0	0.0	5

註、自殺原因為複選

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		總和
	N	%	n	%	n	%	N
過去精神病史							
有	317	4.3	6931	94.8	67	0.9	7315
無	513	5.2	9250	93.8	97	1.0	9860
不詳	882	11.2	6896	87.8	80	1.0	7858
特殊身分註記							
精神列管							
是	165	5.3	2942	93.7	34	1.1	3141
否	1547	7.1	20135	92.0	210	1.0	21892
嚴重病人							
是	13	6.3	191	92.3	3	1.4	207
否	1699	6.8	22886	92.2	241	1.0	24826
家暴高危加害人							
是	3	2.3	126	96.2	2	1.5	131
否	1709	6.9	22951	92.2	242	1.0	24902
家暴高危被害人							
是	0	0.0	193	99.0	2	1.0	195
否	1712	6.9	22884	92.1	242	1.0	24838
家暴加害人							
是	37	3.5	1021	95.8	8	0.8	1066
否	1675	7.0	22056	92.0	236	1.0	23967
家暴被害人							
是	28	2.0	1354	97.5	7	0.5	1389
否	1684	7.1	21723	91.9	237	1.0	23644
兒少加害人							
是	11	1.9	552	96.8	7	1.2	570
否	1701	7.0	22525	92.1	237	1.0	24463
兒少被害人							
是	13	1.9	658	97.2	6	0.9	677
否	1699	7.0	22419	92.0	238	1.0	24356
性侵加害人							
是	2	3.4	56	96.6	0	0.0	58
否	1710	6.8	23021	92.2	244	1.0	24975

2016 年自殺死亡個案 3,765 人，其中 25.2%個案於自殺死亡前曾經被通報過(如表 2-2-2)，35.9%的個案為自殺死亡後才被通報，另有 38.3%的個案沒有通報紀錄。以性別分析，男性自殺身亡前有通報的比例為 21.3%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 33.7%來的低。若依照不同的年齡層進行分析，發現各年齡層皆有近 20%以上的自殺身亡個案生前曾被通報過，其中以「25-44 歲」自殺身亡前曾被通報的比例最高，占率為 29.7%；「0-24 歲以上」次之，占率為 26.5%。

就自殺方法別而言，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(41.3%)、「溺水(淹水)之自殺及自傷」(26.9%)及「由高處跳下自殺及自傷」(25.3%)的自殺身亡者在生前曾被通報的比例相對較高。

若依戶籍地進行分析，發現除臺北市(18.2%)、澎湖縣(13.3%)外，其餘縣市的自殺身亡者在生前有被通報的比例均有二成以上，其中又以雲林縣(36.1%)、屏東縣(31.8%)、金門縣(30.0%)及花蓮縣(29.4%)自殺身亡者生前曾被通報的比例相對較高。

表 2-2-2、2016 年自殺死亡個案生前通報情形

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日＞指標通報日		死亡日≦指標通報日		無通報紀錄		
	n	%	n	%	n	%	**N**
性別							
男性	544	21.3	938	36.7	1077	42.1	2559
女性	406	33.7	415	34.4	385	31.9	1206
總和	950	25.2	1353	35.9	1462	38.8	3765
年齡層							
0-24 歲	57	26.5	97	45.1	61	28.4	215
25-44 歲	348	29.7	374	31.9	451	38.4	1173
45-64 歲	335	23.9	488	34.8	578	41.3	1401
65 歲以上	210	21.5	394	40.4	372	38.1	976
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	290	41.3	250	35.6	163	23.2	703
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	190	20.8	318	34.9	404	44.3	912
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	233	19.7	444	37.5	508	42.9	1185
溺水（淹死）自殺及自傷	74	26.9	77	28.0	124	45.1	275
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	6.7	6	40.0	8	53.3	15
切穿工具自殺及自傷	17	19.3	35	39.8	36	40.9	88
由高處跳下自殺及自傷	118	25.3	187	40.0	162	34.7	467
其他及未明示之方式自殺及自傷	27	22.5	36	30.0	57	47.5	120

表 2-2-2、2016 年自殺死亡個案生前通報情形(續)

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日＞指標通報日		死亡日≦指標通報日		無通報紀錄		
	N	%	n	%	n	%	N
戶籍地							
臺北市	56	18.2	68	22.1	184	59.7	308
新北市	162	26.4	271	44.1	181	29.5	614
基隆市	16	22.2	21	29.2	35	48.6	72
宜蘭縣	21	22.6	58	62.4	14	15.1	93
桃園市	70	23.1	186	61.4	47	15.5	303
新竹市	12	23.1	11	21.2	29	55.8	52
新竹縣	18	26.9	26	38.8	23	34.3	67
苗栗縣	29	27.1	46	43.0	32	29.9	107
臺中市	92	22.7	99	24.4	214	52.8	405
彰化縣	55	27.8	96	48.5	47	23.7	198
南投縣	36	27.7	73	56.2	21	16.2	130
雲林縣	48	36.1	55	41.4	30	22.6	133
嘉義市	11	27.5	7	17.5	22	55.0	40
嘉義縣	28	21.9	35	27.3	65	50.8	128
臺南市	77	23.2	123	37.0	132	39.8	332
高雄市	121	26.8	88	19.5	243	53.8	452
屏東縣	62	31.8	51	26.2	82	42.1	195
臺東縣	11	25.6	13	30.2	19	44.2	43
花蓮縣	20	29.4	17	25.0	31	45.6	68
澎湖縣	2	13.3	4	26.7	9	60.0	15
金門縣	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0

2016 年自殺企圖通報個案計 25,133 人，年齡不詳的共有 7 人，故將這 7 人視為遺漏值；除此之外，企圖日期於死亡日期之前，共有 100 人，亦不納入分析，扣除年齡不詳的個案及通報資料錯誤後，實際分析人數一共 25,026 人(如表 2-2-3)。

就 24 歲以下的年齡層而言，2016 年自殺企圖通報的個案共 4,066 人，有 2.9%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日的有 2.7%，另有 0.2%的人死亡於指標通報日後一至七天內；0.4%為再自殺死亡個案，96.6%無死亡紀錄。年齡層 25-44 歲，自殺企圖通報的個案共 11,343 人，有 4.3%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 3.6%，另有 0.7%的人死亡於指標通報日後一至七天內;0.8%為再自殺死亡個案，94.9%無死亡紀錄。年齡層 45-64 歲，自殺企圖通報的個案共 6,797 人，有 9.1%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 7.3%，另有 1.9%的人死亡於指標通報日後一至七天內;1.2%為再自殺死亡個案，89.7%無死亡紀錄。就 65 歲以上的年齡層而言，自殺企圖通報的個案一共 2,820 人，有 17.1%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 12.8%，另有 4.4%的人死亡於指標通報日後一至七天內；2.0%為再自殺死亡個案，80.9%無死亡紀錄。

表 2-2-3、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日		首次通報即死亡，死亡於指標通報日後1-7日內		再自殺死亡個案		無死亡紀錄		總計
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
24 歲以下	110	2.7	9	0.2	18	0.4	3929	96.6	4066
25-44 歲	407	3.6	83	0.7	89	0.8	10764	94.9	11343
45-64 歲	494	7.3	126	1.9	80	1.2	6097	89.7	6797
65 歲以上	360	12.8	123	4.4	57	2.0	2280	80.9	2820
總計	1371	5.5	341	1.4	244	1.0	23070	92.2	25026

1) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(表 2-2-4)

針對「各年齡層首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日」的個案進行分析。就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日之個案，占所有男性該年齡層通報總人數的 5.1%，相對於女性的 1.3%來得高；年齡層 25-44 歲一樣以男性所占的比例較高，占所有男性通報總人數的 7.0%，女性所有女性該年齡層通報總人數的 1.7%；45-64 歲、65 歲以上則同樣以男性所占比例較高，分別占男性通報總人數中的 12.6%以及 16.6%。總體而言，各年齡層分析之結果均顯示男性在首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的比例較女性來的高。

若以居住地進行分析，看首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案。24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 24 歲以下通報總人數比例相對較高的縣市分別為宜蘭縣(占率 6.4%)及新竹縣(占率 4.7%)、南投縣(占率 4.3%)、雲林縣(占率 4.3%)、屏東縣(占率 4.3%)。25-44 歲首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，在 25-44 歲該縣市所屬縣市通報總人數占率相對較高的分別為南投縣(占率 6.2%)、宜蘭縣(占率 6.1%)、桃園市(占率 5.6%)以及彰化縣(占率 5.4%)。45-64 歲占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的縣市分別為南投縣(占率 17.6%)、彰化縣(占率 11.7%)、宜蘭縣(占率 11.0%)、桃園市(占率 10.1%)以及苗栗縣(占率 9.5%)。65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的個案，占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的分別為金門縣(占率 66.7%)、澎湖縣(占率 28.6%)以及宜蘭縣(占率 20.7%)。綜合各年齡層之分析結果發現宜蘭縣、南投縣以及彰化縣首次通報即死亡並且死亡於指標通報日在各年齡層的個案，占各年齡層通報總人數相對都較高。各縣市首次通報即死亡並且死亡於指標通報日的個案，占各縣市通報總人數比例隨年齡層增加而升高。

分析各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺原因，24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 24 歲以下因該種自殺原因自殺比例相對較高的為「不詳」(占率 10.5%)、「其他」(占率 2.1%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 1.9%)；就 25-44 歲這個年齡層來看，在此年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳」(占率 10.0%%)、「生理疾病」(占率 5.9%)、「校園學生問題」(占率 4.3%)以及「工作/經濟」(占率 4.0%)；45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日者，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高的為「不詳」(19.2%)、

「生理疾病」(14.6%)；就年齡層 65 歲以上而言，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳」、「生理疾病」及「工作/經濟」，分別占 25.0%、14.6%及 12.5%。總體而言，在各種自殺原因中，除了「不詳」外，24 歲以下因「精神健康/物質濫用」自殺之自殺者在首次通報即死亡並於指標通報日並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；25-44 歲因「校園學生問題」自殺之自殺者在首次通報即死亡並於指標通報日並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；因「生理疾病」自殺之自殺者在 45 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占 24 歲以下使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息」(占率 24.3%)、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 20.0%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 17.9%)；25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 25-44 歲使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 60.0%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 35.7%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 18.1%)；在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占 45-64 歲使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 50.0%)、「槍砲爆炸物自殺及自傷」(占率 33.0%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 26.0%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 65 歲以上使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 52.3)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 30.3)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 26.0)。綜括各年齡層之結果來看，在各種自殺方法中，各年齡層使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺之自殺者在各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率都相對較高；24 歲以下相較其他年齡層，使用「以家用瓦斯自殺及自為中毒」自殺之自殺者 24 歲以下首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；25-44 歲及 45-64 歲相較其他年齡層，使用「槍砲爆炸物自殺及自傷」自殺之自殺者 25-44 歲及 45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；65 歲以上相較其他年齡層，使用「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺之自殺者在 65 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相

對較高。

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
性別										
男性	75	5.1	283	7.0	342	12.6	230	16.6	930	9.7
女性	35	1.3	124	1.7	152	3.7	130	9.1	441	2.9
總和	110	2.7	407	3.6	494	7.3	360	12.8	1371	5.5
居住地										
臺北市	2	0.9	5	0.9	14	3.7	17	8.3	38	2.7
新北市	30	3.5	122	5.2	130	9.3	72	15.1	354	7.0
基隆市	1	1.4	4	1.7	6	3.6	6	11.1	17	3.2
宜蘭縣	5	6.4	15	6.1	24	11.0	19	20.7	63	9.9
桃園市	13	2.8	71	5.6	72	10.1	36	15.1	192	7.2
新竹市	2	2.3	2	0.9	2	2.2	2	5.0	8	1.9
新竹縣	5	4.7	5	1.8	10	7.4	6	12.0	26	4.6
苗栗縣	2	2.0	13	3.7	15	9.5	6	6.1	36	5.1
臺中市	9	2.2	29	2.2	22	3.0	27	9.3	87	3.2
彰化縣	5	3.2	32	5.4	39	11.7	29	16.2	105	8.3
南投縣	4	4.3	17	6.2	33	17.6	19	16.1	73	10.9
雲林縣	5	4.3	12	3.0	11	4.9	19	14.6	47	5.4
嘉義市	1	1.8	2	1.4	3	3.8	3	8.8	9	2.9
嘉義縣	0	0.0	7	3.7	9	7.1	12	10.9	28	5.6
臺南市	7	2.1	32	3.7	38	7.2	36	14.8	113	5.8
高雄市	12	2.3	26	2.0	33	4.1	22	8.6	93	3.2
屏東縣	6	4.3	8	2.2	19	7.7	17	14.7	50	5.7
臺東縣	0	0	1	0.8	7	6.4	5	15.6	13	4.2
花蓮縣	1	1.0	3	1.3	5	3.7	3	6.3	12	2.4
澎湖縣	0	0.0	1	3.3	1	4.0	2	28.6	4	5.4
金門縣	0	0.0	0	0.0	1	8.3	2	66.7	3	5.3
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	5	1.7	57	4.0	41	5.6	4	12.5	107	4.3
不詳	68	10.5	195	10.0	239	19.2	128	25.0	630	14.5
生理疾病	0	0.0	14	5.9	87	13.2	155	14.6	256	12.9
其他	6	2.1	13	2.6	11	3.1	6	4.3	36	2.8
迫害問題	0	0.0	0	0.0	1	2.8	0	0.0	1	0.6
校園學生問題	3	0.8	1	4.3	0	0.0	0	0.0	4	1.0
情感／人際關係	21	0.9	70	1.2	46	1.6	36	4.9	173	1.5
精神健康／物質濫用	20	1.9	108	2.9	139	5.4	74	8.4	341	4.1
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	5	0.3	30	0.5	90	2.2	109	6.1	234	1.8
以家用瓦斯自殺及自為中毒	2	20.0	1	1.3	1	1.5	1	5.9	5	2.9
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	37	17.9	164	18.1	127	26.0	19	26.0	347	20.7
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	26	24.3	102	35.7	158	50.0	150	52.3	436	43.8
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2.5	16	6.8	30	15.7	30	30.3	78	12.9
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	6	60.0	2	33.3	0	0.0	8	47.1
切穿工具自殺及自傷	3	0.8	12	1.9	17	5.7	9	8.0	41	0.6
由高處跳下自殺及自傷	37	2.2	80	2.3	58	4.4	36	10.7	211	14.9
其他及未明示之方式自殺及自傷	4	0.9	12	1.3	24	4.1	9	3.7	49	2.2

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

1) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內(表 2-2-5)

就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內，占所有 24 歲以下男性通報總人數的 0.3%，相對於女性的 0.2%來得高；在 25-44 歲同樣以男性所占的比例較高，占該男性年齡層所有通報的 1.2%，而女性則為 0.5%；45-64 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 天內之人數，占所有 45-64 歲以下男性通報總人數的 2.8%，相對於女性的 1.2%來得高；年齡層 65 歲以上也都是男性所占比例較高，占該年齡層男性所有通報總人數中的 5.4%。值得注意的是 65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天之女性，其占所有 65 歲以上女性通報總人數的 3.3%，相較於其他年齡層之占率，老年女性在這一塊的占率高出許多。

若以居住地來看，24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日 1-7 天內，該年齡層中占該縣市 24 歲以下所有通報人數相對比例較高的縣市為南投縣(占率 1.1%)、彰化縣(占率 0.6%)以及台南市(占率 0.6)；而在 25-44 歲中，占該縣市 25-44 所有通報人數相對比例較高的縣市則是屏東縣(占率 2.7%)、南投縣(占率 1.8%)、彰化縣(占率 1.2%)以及宜蘭縣(占率 1.2%)；在 45-64 歲中，占該縣市通報人數相對比例較高的縣市則是屏東縣(占率 4.9%)、苗栗縣(占率 3.7%)、臺東縣(占率 3.7%)以及花蓮縣(占率 3.7%)；65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日 1-7 天內，則以屏東縣(占率 12.1%)、雲林縣(占率 10.0%)、臺東縣(占率 9.4%)以及嘉義縣(占率 9.1%)，占該縣市 65 歲以上通報人數比例相對較高。總體而言，各年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，在屏東縣、臺東縣、南投縣、花蓮縣占率相對較高；以各縣市而言，各年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案占各年齡層通報總人數比例，隨年齡增加而升高。

分析各年齡層首次通報即死亡，並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之死亡者的自殺原因，在 24 歲以下因該種自殺原因自殺的通報人數中，占率相對較高為「不詳」(占率 0.5%)以及「工作/經濟」(占率 0.3%)；在 25-44 歲因該種自殺原因被通報的總人數中，占率相對較高的自殺原因為「生理疾病」(占率 2.5%)、「工作/經濟」(占率 1.4%)；在 45-64 歲，因該種自殺原因被通報的總人數中，占率相對較高的為「生理疾病」占率(3.3%)、「工作/經濟」(占率 3.0%)；65 歲以上則以「不詳」(占率 6.4%)、「生理疾病」(占率 4.9%)以及「其他」(占率 4.3%)，在該種自殺原因自殺的通報人數比

例較高。總體而言，在各種自殺原因中，因「生理疾病」及「工作/經濟」自殺之自殺者在 25-44 歲、45-64 歲以上首次通報即死亡並於死亡於指標通報日後 1-7 天內之死亡者占率相對較高；24 歲以下除不詳，則為「工作/經濟」占該種自殺原因的通報人數比例相對較高，65 歲以上除「不詳」外，則為「生理疾病」占該種自殺原因的通報人數比例相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 0.9%)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率為 0.5%)；25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 2.8%)以及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 2.6%)；在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 6.0%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 4.2%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，其占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 5.6%)。總體而言，各年齡層在首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，其自殺方法占率相對較高的均為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」，25-44 歲及 45-64 歲相較其他年齡層，「溺水(淹死)自殺及自傷」為除「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」之外，相對較高的自殺方法。

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	5	0.3	48	1.2	76	2.8	75	5.4	204	2.1
女性	4	0.2	35	0.5	50	1.2	48	3.3	137	0.9
總和	9	0.2	83	0.7	126	1.9	123	4.4	341	1.4
居住地										
臺北市	1	0.4	1	0.2	1	0.3	0	0.0	3	0.2
新北市	2	0.2	10	0.4	12	0.9	14	2.9	38	0.8
基隆市	0	0.0	0	0	2	1.2	1	1.9	3	0.6
宜蘭縣	0	0.0	3	1.2	4	1.8	1	1.1	8	1.3
桃園市	0	0.0	8	0.6	15	2.1	6	2.5	29	1.1
新竹市	0	0.0	2	0.9	0	0.0	1	2.5	3	0.7
新竹縣	0	0.0	2	0.7	1	0.7	1	2.0	4	0.7
苗栗縣	0	0.0	2	0.6	6	3.8	4	4.0	12	1.7
臺中市	1	0.2	10	0.8	16	2.2	11	3.8	38	1.4
彰化縣	1	0.6	7	1.2	9	2.7	9	5.0	26	2.1
南投縣	1	1.1	5	1.8	5	2.7	7	5.9	18	2.7
雲林縣	0	0.0	3	0.8	7	3.1	13	10.0	23	2.6
嘉義市	0	0.0	1	0.7	1	1.3	1	2.9	3	1.0
嘉義縣	0	0.0	1	0.5	4	3.1	10	9.1	15	3.0
臺南市	2	0.6	6	0.7	7	1.3	11	4.5	26	1.3
高雄市	1	0.2	11	0.8	15	1.9	12	4.7	39	1.3
屏東縣	0	0.0	10	2.7	12	4.9	14	12.1	36	4.1
臺東縣	0	0.0	1	0.8	4	3.7	3	9.4	8	2.6
花蓮縣	0	0.0	0	0.0	5	3.7	4	8.3	9	1.8
澎湖縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
金門縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	1	0.3	20	1.4	22	3.0	0	0.0	43	1.7
不詳	3	0.5	18	0.9	35	2.8	33	6.4	89	2.0
生理疾病	0	0.0	6	2.5	22	3.3	52	4.9	80	4.0
其他	1	0.3	3	0.6	4	1.1	6	4.3	14	1.1
迫害問題	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
校園學生問題	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	-	1	0.3
情感／人際關係	4	0.2	24	0.4	21	0.7	16	2.2	65	0.5
精神健康／物質濫用	2	0.2	26	0.7	49	1.9	33	3.7	110	1.3
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	2	0.1	46	0.8	79	2.0	98	5.5	225	1.7
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	1	0.5	10	1.1	11	2.3	1	1.4	23	1.4
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	1	0.9	8	2.8	19	6.0	16	5.6	44	4.4
溺水(淹死)自殺及自傷	0	0.0	6	2.6	8	4.2	1	1.0	15	2.5
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	1	0.3	4	0.6	7	2.3	1	0.9	13	0.2
由高處跳下自殺及自傷	4	0.2	8	0.2	3	0.2	4	1.2	19	1.3
其他及未明示之方式自殺及自傷	1	0.2	6	0.6	5	0.8	4	1.7	16	0.7

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

1) 各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後(表 2-2-6)

就性別而言，24 歲以下男性通報後再自殺死亡之人數，占所有 24 歲以下男性 24 歲以下通報總人數的 0.5%，相較於女性的 0.4%高；25-44 歲之男性通報後再自殺死亡之人數，占該年齡層所有男性通報總人數的 1.1%，相對於女性的 0.6%來得高；年齡層 45-64 歲、65 歲以上也都是男性所占比例較高，分別占該年齡層所有男性通報總人數中的 1.9%及 2.5%。總體來說，各年齡層男性通報後再自殺死亡的人數占率均較女性來的高。

若以居住地來看，24 歲以下通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 24 歲以下所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為新竹市(占率 0.9%)、嘉義市(占率 0.7%)及嘉義縣(占率 0.5%)；25-44 歲通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 25-44 歲所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為澎湖縣(占率 1.4%)、雲林縣(占率 0.7%)、屏東縣(占率 0.7%)、臺北市(占率 0.6%)以及嘉義市(占率 0.6%)；45-64 歲通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 45-64 歲所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為新竹縣(占率 3.0%)、雲林縣(占率 2.2%)以及屏東縣(占率 2.0%)；65 歲以上通報後再自殺死亡之個案，在其所屬縣市 65 歲以上所有通報總人數中占率相對較高縣市分別為基隆市(占率 5.6%)、新竹縣(占率 4.0%)、南投縣(占率 3.4%)以及屏東縣(占率 3.4%)。總體而言，各年齡層之通報後再自殺死亡之個案分別占該縣市所有通報總人數，以屏東縣、嘉義市、雲林縣、澎湖縣以及基隆市占率相對較高。

分析各年齡層通報後再自殺死亡個案的自殺原因，24 歲以下通報後再自殺死亡的個案，在 24 歲以下因該種自殺原因被通報的所有人數中，占率相對較高為「不詳」(占率 0.9%)、「其他」(占率 0.7%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 0.7%)；25-44 歲通報後再自殺死亡的個案，在因該種自殺原因被通報的所有 25-44 歲個案中，占率相對較高為「生理疾病」(占率 1.3%)、「其他」(占率 1.0%)以及「工作/經濟」(占率 1.1%)；45-64 歲通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 45-64 歲個案中，占率相對較高為「生理疾病」(占率 1.7%)及「工作/經濟」(占率 1.5%)；65 歲以上通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 65 歲以上民眾中，占率相對較高為「不詳」(占率 2.4%)、「生理疾病」(占率 2.4%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 2.0%)。總體而言，在各種自殺原因除「不詳」及「其他」之外，因「生理疾病」、「精神健康/物質濫用」以及「工作/經濟」自殺之自殺者，在各年齡層中通報後再自殺

占因該種自殺原因被通報人數比例相對較高。

針對各年齡層通報後再自殺死亡個案者的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現 24 歲以下通報後再自殺死亡者，在該年齡層使用該種自殺方法之自殺死亡個案中，占率相對較高的方法為「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 2.5%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 0.9%)以及「切穿工具自殺及自傷」(占率 0.8%)；25-44 歲的通報後再自殺死亡者，在該年齡層使用該種自殺方法之自殺死亡者中，占率相對較高的方法分別為「切穿工具自殺及自傷」(占率 3.6%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 2.0%)；在 45-64 歲通報後再自殺死亡者，其占該年齡層使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具自殺及自傷」(占率 5.0%)、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 4.5%)； 65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占該年齡層使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具自殺及自傷」(占率 7.1%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 4.1%)以及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 3.0%)。總體而言，24 歲以下通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法為「溺水(淹死)自殺及自傷」；25-44 歲、45-64 歲及 65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法均是「切穿工具自殺及自傷」；在各自方方法別中，通報後再自殺死亡人數占該種自殺方法別人數比例較高的為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」。

表 2-2-6、各年齡層首次通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	7	0.5	45	1.1	51	1.9	35	2.5	138	1.4
女性	11	0.4	44	0.6	29	0.7	22	1.5	106	0.7
總和	18	0.4	89	0.8	80	1.2	57	2.0	244	1.0
居住地										
臺北市	0	0.0	8	0.6	3	0.8	5	2.5	16	1.2
新北市	5	0.2	20	0.4	17	1.2	6	1.3	48	0.9
基隆市	0	0.0	1	0.2	3	1.8	3	5.6	7	1.3
宜蘭縣	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	1.1	2	0.3
桃園市	1	0.1	7	0.3	6	0.8	2	0.8	16	0.6
新竹市	2	0.9	0	0.0	1	1.1	0	0.0	3	0.7
新竹縣	1	0.4	0	0.0	4	3.0	2	4.0	7	1.2
苗栗縣	0	0.0	0	0.0	2	1.3	1	1.0	3	0.4
臺中市	2	0.2	12	0.4	8	1.1	7	2.4	29	1.1
彰化縣	2	0.3	3	0.2	4	1.2	4	2.2	13	1.0
南投縣	0	0.0	3	0.4	0	0.0	4	3.4	7	1.0
雲林縣	0	0.0	6	0.7	5	2.2	1	0.8	12	1.4
嘉義市	1	0.7	2	0.6	1	1.3	1	2.9	5	1.6
嘉義縣	1	0.5	1	0.2	1	0.8	3	2.7	6	1.2
臺南市	2	0.2	8	0.4	8	1.5	7	2.9	25	1.3
高雄市	1	0.1	8	0.3	9	1.1	5	2.0	23	0.8
屏東縣	0	0.0	6	0.7	5	2.0	4	3.4	15	1.7
臺東縣	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	3.1	2	0.6
花蓮縣	0	0.0	2	0.4	2	1.5	0	0.0	4	0.8
澎湖縣	0	0.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	1.4
金門縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0

表 2-2-6、各年齡層首次通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	0	0.0	16	1.1	11	1.5	0	0.0	27	1.1
不詳	6	0.9	16	0.8	17	1.4	15	2.9	54	1.2
生理疾病	0	0.0	3	1.3	11	1.7	25	2.4	39	2.0
其他	2	0.7	5	1.0	5	1.4	1	0.7	13	1.0
迫害問題	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
校園學生問題	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	-	1	0.3
情感／人際關係	2	0.1	40	0.7	22	0.8	11	1.5	75	0.6
精神健康／物質濫用	7	0.7	34	0.9	32	1.2	18	2.0	91	1.1
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	8	0.5	49	0.9	41	1.0	37	2.1	135	1.0
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0	3	4.5	0	0.0	3	1.8
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	0.0	18	2.0	13	2.7	3	4.1	34	2.0
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	1	0.9	2	0.7	5	1.6	6	2.1	14	1.4
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2.5	3	1.3	2	1.0	3	3.0	10	1.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	3	0.8	23	3.6	15	5.0	8	7.1	49	0.7
由高處跳下自殺及自傷	3	0.2	3	0.1	3	0.2	0	0.0	9	0.6
其他及未明示之方式自殺及自傷	1	0.2	9	1.0	6	1.0	5	2.1	21	0.9

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

一、研擬之策略與建議

1. 危險指標

針對首次通報即死亡,死亡日於指標通報日當天及死亡日於指標通報日 7 天內，通報性別以「男性」比例較高；自殺死亡方式以「鎗砲彈藥及爆炸物自殺及自傷」比例較高；自殺通報方法別以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」比例較高；以自殺原因而言，以「不詳」、「生理疾病」比例較高；以居住地而言，以「南投縣」比例較高；在特殊身分註記方面，則以「嚴重病人」及「精神列管」比例較高。

針對首次通報後再自殺死亡，性別以「男性」比例較高；年齡層以「65 歲以上」比例最高；自殺死亡方式以「其他及未明示之方式自殺及自傷」及「溺水(淹死)自殺及自傷」,以自殺通報方法別而言,「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」及「溺水(淹死)自殺及自傷」之比例均較高，以自殺原因而言,「生理疾病」比例最高；以居住地而言,以中南部縣市比例較高,尤其是屏東縣(占率 1.7%)為比例最高之縣市；在特殊身分註記方面，則以「家暴高危加害人」、「嚴重病人」比例較高。

針對「24 歲以下」首次通報再自殺死亡之個案，發現自殺通報性別以「男性」,自殺通報方法別以「自殺方式以溺水(淹死)自殺及自傷為主」,自殺原因則以「不詳」,居住地則以新竹市、縣及嘉義市、縣，需特別注意。

針對「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以切穿工具自殺及自傷」居多，自殺原因以「生理疾病」及「精神健康/物質濫用」為主，以居住地而言,「25-44 歲」以澎湖縣、屏東縣、雲林縣比例較高、「45-64 歲」以新竹縣、雲林縣、屏東縣;「65 歲以上」以基隆市、新竹縣、南投縣、屏東縣需特別注意。

針對這些危險因子擬訂之策略如下：

2. 指標性策略

針對這些高風險個案應積極轉介資源以及時介入,包括心理衛生資源、並給予支持系統，心情溫度計 APP，以增加保護因子，除此之外，可針對自殺者之親友(亦為自殺之高危險群),提供自殺企圖者或死亡者家屬後續關懷輔導服務。

1) 強化關懷訪視員的專業能力訓練

(1) 建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。
(2) 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)。
(3) 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。
(4) 第一線人員應發揮「一問二應三轉介」之守門人原則，將個案轉介至適當的資源，同時要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。
(5) 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。

2) 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，均可能是造成自殺企圖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。

3) 自殺原因為精神健康/物質濫用

精神疾病為重要危險因子之一，許多過往文獻均指出尤其以憂鬱症、思覺失調症、人格疾患等，自殺風險會比一般人高出許多，故如何針對精

神疾患制定有效的防治策略是相當重要的。除應妥善協助個案連結精神醫療資源及心理衛生資源，亦須確保個案後續是否有穩定就診及服藥，以減少個案精神疾病之復發。

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,心理治療也可以提供給這類個案情緒抒發的管道，加強家庭、社會的支持系統均有助於降低自殺事件的發生。

而對於有物質濫用情形的個案,應採取「減少傷害」(Harm Reduction)，減少傷害是減少使用成癮性藥物所造成的各種可能負面結果(例如：感染HIV、傳染性疾病、過量使用、暴力犯罪、死亡等)為主要目標，對於使用成癮性藥物採階段式漸減的策略，以尋求各種可行的策略及方式來降低藥癮者的的傷害，權衡不同的措施可能的危害、優點及其經濟效益，來達到最大的效果，並多強化心理輔導與家庭支持的功能。

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，因擬訂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、自殺企圖、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。

5) 針對自殺死亡方式為溺水(淹死)自殺及自傷

針對投水、溺水點進行熱點分析，並在熱點周圍放置珍愛生命警語之立牌，或建置圍欄防止自殺企圖者投水。未來可針對警察系統辦理守門人訓練，請警察人員、增派鄉鄰里巡守隊至該點巡邏加強對熱點的巡守，以

降低溺水自殺死亡人數。

6)針對自殺死亡方式為由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒

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。

7)針對自殺死亡方式為以吊死、勒死及窒息自殺及自傷

防範上吊自殺的策略重點，包括環境控制、上吊企圖者的緊急處置、以及全面性防治策略，可針對吊死、勒死及窒息自殺及自傷之較容易發生之地點、或醫院、老人安養機構等地點，減少其可懸掛點，並推廣心情溫度計之使用，以利及時轉介高風險個案。針對長期照護機構之醫療人員亦應加強其對上吊的緊急處置及高風險個案之辨識，以強化安養機構在老人及上吊、勒死及窒息自殺防治上之功能性。

3. 選擇性策略

1)運用 BSRS-5 篩檢出高危險群

(1) 針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介：如失業人口、老年人、獨居者、特殊職業(例如容易獲得致命自殺方法的醫療從業人員、軍人與警察等)。

(2) 於照護機構及醫療院所推動 BSRS-5 之檢測，讓照顧者透過關懷應用 BSRS-5 了解個案之情緒困擾程度，並提供必要的資源連結及轉介等；鼓勵親友多陪伴有自殺傾向的民眾，避免讓其獨處，並以謹慎、尊重的態度與其交談，提供支持與正向力量。

(3) 可針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用 BSRS-5 等量表，早期偵測情緒困擾，提供心理健康的服務。

(4) 各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

2)遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置

(1) 透過導師或學輔人員平時觀察，及同學、家長投訴等管道，瞭解學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象。
(2) 如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則由校長召集因應小組進行評估，瞭解事件嚴重程度、個案身心狀態等。
(3) 啟動校園危機處理機制，由校長指定專人進行責任通報及校安通報、媒體應對及發言。
(4) 啟動輔導機制，召開輔導會議(由校長召集，成員得包括導師、學務人員、輔導人員、家長或視個案需要請專業輔導人員、性平委員或少年隊等)。
(5) 加強與社會工作專業人員之協調聯繫，必要時應陪同學生配合司法調查，如遇轉學，更應結合社工訂定個案處遇計畫。
(6) 如有需求，在徵求家長同意後，將個案轉介專業諮商輔導或醫療機構實施矯正與輔導；學校輔導小組仍應持續關懷並與該專業諮商輔導或醫療機構保持聯繫，定期追蹤輔導情形，必要時應落實轉介精神醫療治療服務及追蹤。
(7) 對於離婚者關懷：提供戶政事務所轉介資源小卡及 BSRS-5 量表，並於民眾辦理離婚登記時主動關心，提供求助資訊。

3)職場自殺防治

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，而此年齡層亦為主要就業人口，故針對企業職場之自殺防治建議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。

4. 全面性策略

限制致命性工具之取得乃是最有效之自殺防治策略，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。
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，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。

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。

全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議

一、 背景 (Context)

全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議為 2017 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目，係依需求說明書項目而分析編寫。重點在提供自殺防治相關統計分析資料；需求說明書內文如下：「**依 104 年度全國自殺死亡資料統計、105 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、105 年實務督導，及抽查自殺防治通報系統訪視紀錄結果，擬定全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供本部及各縣市衛生局參考運用**」。

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。全國自殺防治中心 2016 年度規劃 22 場次的實務督導，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。

依照 2015 年度全國自殺死亡資料統計、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及前述 2016 年實務督導摘要，擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 根據 2015 年度全國自殺死亡資料、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料分析全國及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析。
2) 參考 2016 年訪視紀錄抽查摘要、2016 年 22 縣市實務督導摘要及高風險縣市輔導訪查，整理各縣市辦理自殺防治業務現況及所遭遇實務困境。
3) 整理現有自殺防治策略，徵詢專家意見，擬定 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。
4) 彙整報告及建議函送衛生福利部心理及口腔健康司。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局。
2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、自殺防治通報系統訪視紀錄抽查、縣市實務督導等。

三、 過程 (Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔
   (1) 資料期間：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，改由中心每一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) 自殺死亡初步資料檔
   (1) 資料期間：2016 年。
   (2) 說明：衛生福利部於正式公布前一年度死亡資料前，不定期提供中心自殺初步資料，提供分析使用。
3) 訪視紀錄及實務督導摘要
   蒐集 2016 年中心所辦理各縣市實務督導紀錄及自殺防治通報系統訪視紀錄抽查摘要。

2. 資料分析

1) 自殺死亡特性分析
2) 實務督導紀錄及訪視紀錄抽查摘要整理

3. 策略擬定

根據自殺數據分析結果、各縣市辦理自殺防治現況與困境及現有自殺防治

策略，徵詢專家意見，擬定 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 完成全國性自殺防治策略建議 1 份。
內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含 2015 年及 2016 年各項自殺死亡數據比較，擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。
摘要如下：

(1) 全面性策略

a. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略，包含木炭、農藥、安眠藥鎮靜劑及高處跳下(跳樓)。

b. 建立社區自殺防治網絡：結合社區及各級學校關懷據點，安排心理健康課程、宣傳自殺防治相關訊息。配合世界自殺防治日推動自殺防治活動，擴大宣導效益，呼籲全民重視自殺防治議題。

c. 校園自殺防治：將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程，教導孩童珍愛生命與心理健康促進的理念。學校教師與輔導老師注意學生異常表現，針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺，落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(2) 選擇性策略

a. 運用 BSRS-5 篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

b. 針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。

c. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。

d. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65 歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。

e. 加強對特殊註記個案關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記的個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。

(3) 指標性策略

a. 自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追

蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

b. 自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。

c. 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，建立不同於自殺企圖個案的標準流程。

d. 強化關懷訪視員的專業能力訓練，建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。

e. 學校的自殺通報個案建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。

f. 心情溫度計(BSRS-5)容易篩檢，因此建議各局處如社會處，在接獲高風險或弱勢個案之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用。

2) 完成 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議共 22 份。

分別分析各縣市自殺現況、各縣市辦理自殺防治業務現況、執行自殺防治相關業務所遇困境，擬定因地制宜的自殺防治策略建議，內容為不與全國性自殺防治策略建議重複，符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。

各縣市自殺防治策略建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

2. 各縣市自殺防治策略建議整理於附件，詳見附件 2.3.1

五、 附件

附件 2.3.1 全國及 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議

自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形

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。

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

綜言之，自殺防治通報關懷系統之建置主要目的有下列三大項：

1) 落實自殺企圖行為、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)，將有助於了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

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

2. **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：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

2) 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 2-4-1、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
1/16	心理及口腔健康司	2016 年 1-11 月 65 歲老人通報及關懷人次
1/17	心理及口腔健康司	2016 年度自殺通報人次及關懷訪視人次
3/6	心理及口腔健康司	台東縣 2015 年、2016 年自殺通報與死亡數據整理
4/20	心理及口腔健康司	2017 年 1-3 月 65 歲老人通報及關懷人次
5/10	屏東縣政府衛生局	2015～2017 年 3 月屏東縣自殺通報分析
5/10	心理及口腔健康司	2015 年與 2016 年各縣市自殺原因比較
6/19	心理及口腔健康司	歷年各縣市、性別、年齡層通報人次
7/7	心理及口腔健康司	歷年通報單位類型統計
7/24	心理及口腔健康司	2017 年 1-6 月平均自殺關懷訪視次數
8/16	心理及口腔健康司	提升自殺通報比策略
8/24	心理及口腔健康司	2016 年自殺通報、訪視人次
8/25	屏東縣政府衛生局	2016 年 0-9 歲、10-14 歲通報資料
9/5	新北市政府衛生局	再自殺率公式說明
9/19	心理及口腔健康司	2017 年 1-8 月 65 歲老人通報及關懷人次
9/29	心理及口腔健康司	歷年全國自殺死亡資料統計暨自殺通報統計
10/24	心理及口腔健康司	歷年警消通報數據
10/26	心理及口腔健康司	2017 年 1-9 月 65 歲老人通報數據
10/30	宜蘭縣政府衛生局	2016 年、2017 年農藥自殺占率
11/3	基隆市衛生局	基隆市 9 月份未關懷名單

四、 成果(Product)

1. 自殺通報資料分析

1) 每月製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，統計至 11 月 30 日共 208 份。(報表型式如附件 2.4.1、附件 2.4.2)

2) 每年製作「自殺通報關懷年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。

3) 2006 年 1 月至 2017 年 10 月統計分析如下(擷取日期：2017 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 2016 年通報人次為 28,996 人次，2017 年 1 月至 10 月通報人次為 25,735 人次。

全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，2016 年為 7.2、2017 年 1 至 10 月為 7.4。(如圖 2-4-1)。

(2) 通報單位類型

由 2006 年至 2017 年 10 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-4-2)，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%，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 年降至 7.4%後，2017 年 1 至 10 月再升至 8.9%。

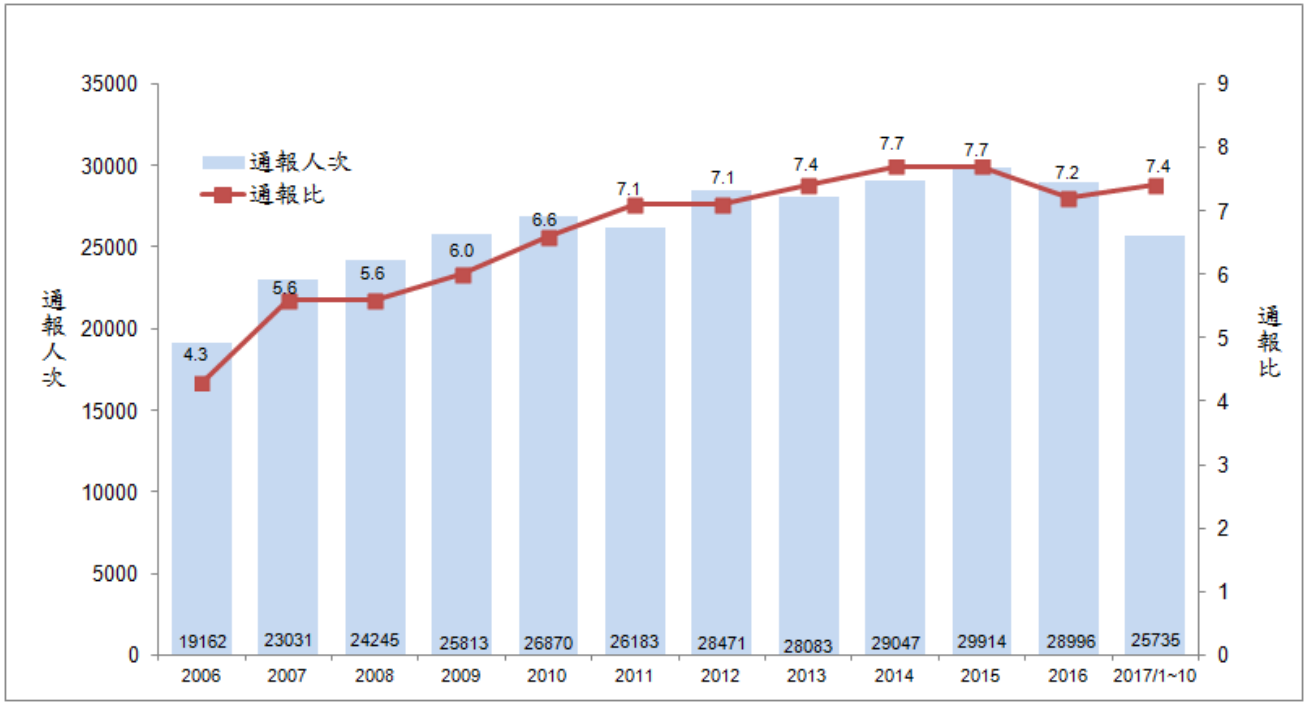


圖 2-4-1、2006 年至 2017 年 10 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

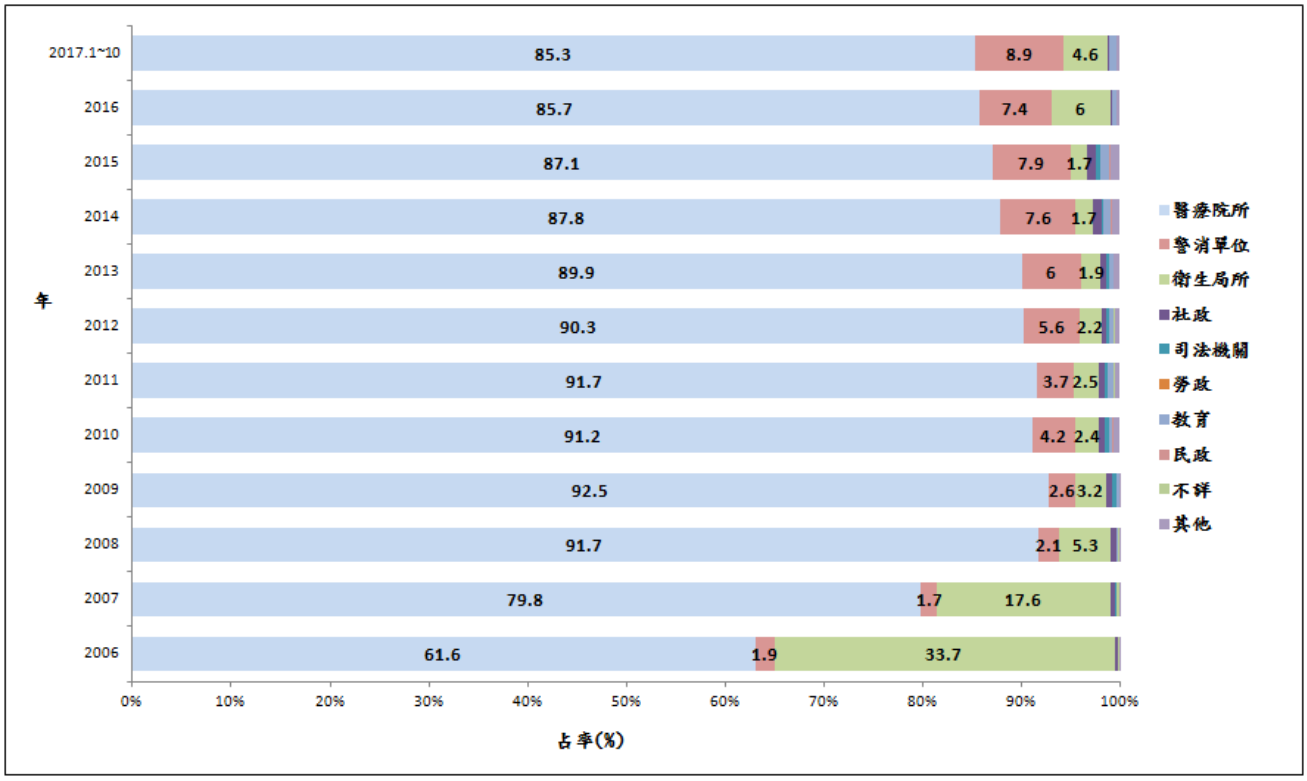


圖 2-4-2、2006 年至 2017 年 10 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-4-2)，2007 年時通報比為 5.6。在中心持續推動以及各單位努力合作之下，通報比逐年上升，至 2014 年通報比達到 7.7，2017 年 1-10 月通報比則略為下降至 7.4。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在 99%以上，至 2016 年分案率為 100%，分案關懷率達到 99.4%，2017 年 1-10 月分案率則為 100%，分案關懷率 99.7%。

表 2-4-2、2007 年至 2017 年 10 月通報指標

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 註 1 (1~10 月)
通報人次	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	25,735
通報比	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.4
分案率(%)	99.9	100	100	100	100	100	100
分案關懷率(%)	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.7
30 天再自殺率(%)註 2	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4

註 1：2017 年 1 至 10 月之資料，擷取日期：2017 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：由於每位自殺企圖者因自殺行為而進入通報系統的時間不一，為避免時間間隔較遠發生再自殺行為的可能性也增加，因此將時間間隔做了限制，目前再自殺率的計算方式為：針對自殺企圖個案在一定的期限內有無再次自殺企圖的行為發生。

註 3：2017 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 2017 年 1 至 9 月。

(4) 自殺企圖者之特性

2017 年 1 至 10 月通報共 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性 1.69 倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為 35-44 歲(占率 24.3%)、25-34 歲(占率 21.5%)、45 歲至 54 歲(占率 16.9%)、15-24 歲以上(占率 15.7%)、55-64 歲(占率 10%)、75 歲以上(占率 5.5%)、65-74 歲(占率 4.8%)、14 歲以下(占率 1.3%)。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相似。(如表 2-4-3)。

表 2-4-3、2017 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	120	1.3	215	1.3	335	1.3
15-24	1,317	13.8	2,715	16.8	4,032	15.7
25-34	2,009	21	3,531	21.8	5,540	21.5
35-44	2,133	22.3	4,131	25.6	6,264	24.3
45-54	1,574	16.4	2,776	17.2	4,350	16.9
55-64	1,110	11.6	1,456	9	2,566	10
65-74	630	6.6	600	3.7	1,230	4.8
75 以上	680	7.1	733	4.5	1,413	5.5
不詳	1	0	4	0	5	0
總計	4,714	100	7,650	100	12,364	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(50.6%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)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 2-4-4)。

表 2-4-4、2017 年 1-10 月自殺企圖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	4,161	43.5	8,858	54.8	13,019	50.6
以家用瓦斯自殺及自為中毒	120	1.3	56	0.3	176	0.7
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	1,045	10.9	685	4.2	1,730	6.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	639	6.7	520	3.2	1,159	4.5
溺水(淹死)自殺及自傷	307	3.2	408	2.5	715	2.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	17	0.2	1	0	18	0.1
切穿工具自殺及自傷	2,089	21.8	5,054	31.3	7,143	27.8
由高處跳下自殺及自傷	655	6.8	854	5.3	1,509	5.9

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」(39.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(25.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(17.0%)。15-24 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」(40.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(40%)、「由高處跳下自殺及自傷」(8.1%)。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」(44.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(36.4%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.9%)。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」(52.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(27.6%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.9%)。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」(57.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(21.2%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.5%)。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」(56.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(15.5%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(7.5%)。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」(57.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(14.6%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(9.9%)。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」(62.3%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(11.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(10.8%)。(如表 2-4-5)

表 2-4-5、2017 年 1-10 月自殺企圖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	25.7	40.1	44.3	52.7	57.8	56.8	57.1	62.3
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.3	0.1	0.5	0.8	0.9	1.1	0.8	0.6
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	0.9	5.3	7.9	7.9	7.5	7.1	4.8	1.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5.4	3	3	3.1	4.3	7.5	9.9	11.3
溺水(淹死)自殺及自傷	1.5	2.2	2.4	2.5	3	3.5	4.5	4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0
切穿工具自殺及自傷	39.4	40	36.4	27.6	21.2	15.5	14.6	10.8
由高處跳下自殺及自傷	18.2	8.1	6.2	5.1	4.9	4.8	5.7	3.9

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 36.1%、女 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(男 33.8%、女 39.2%)及「工作／經濟」(男 13.8%、女 7.6%) 。(如表 2-4-6)。

表 2-4-6、2017 年 1-10 月自殺企圖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	3,456	36.1	8,323	51.5	11,779	45.8
精神健康／物質濫用	3,235	33.8	6,338	39.2	9,573	37.2
工作／經濟	1,321	13.8	1,236	7.6	2,557	9.9
生理疾病	981	10.2	832	5.1	1,813	7.0
校園學生問題	162	1.7	324	2.0	486	1.9
迫害問題	43	0.4	154	1.0	197	0.8
其他原因	585	6.1	772	4.8	1,357	5.3
無法說明及不詳	2,044	21.3	2,384	14.8	4,428	17.2

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」(49.0%)、「校園學生問題」(35.5%)、「精神健康／物質濫用」(21.2%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(52.3%)、「精神健康／物質濫用」(34.0%)、「校園學生問題」(7.8%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(53.3%)、「精神健康／物質濫用」(36.1%)、「工作／經濟」(12.6%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(49.8%)、「精神健康／物質濫用」(38.6%)、「工作／經濟」(11.5%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(43.2%)、「情感／人際關係」(40.8%)、「工作／經濟」(12.4%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(40.8%)、「情感／人際關係」(37.2%)、「生理疾病」(14.9%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(31.2%)、「精神健康／物質濫用」(31.1%)、「情感／人際關係」(28.9%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(40.8%)、「精神健康／物質濫用」(28.8%)、「情感／人際關係」(24.3%)。(如表 2-4-7)。

表 2-4-7、2017 年 1-10 月自殺企圖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	49.0	52.3	53.3	49.8	40.8	37.2	28.9	24.3
精神健康／物質濫用	21.2	34.0	36.1	38.6	43.2	40.8	31.1	28.8
工作／經濟	0	7.6	12.6	11.5	12.4	9.0	4.2	0.6
生理疾病	0.9	0.7	1.0	2.3	5.5	14.9	31.2	40.8
校園學生問題	35.5	7.8	0.6	0.1	0.2	0.2	0	0
迫害問題	3.0	0.9	0.8	0.8	0.7	0.5	0.5	0.2
其他	12.5	6.2	4.8	4.6	5.4	5.1	5.0	6.2
不願說明或無法說明	10.7	15.0	16.2	17.7	18.0	18.9	19.3	19.4

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 2017 年 1-10 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.4 次，尚未達到平均次數之縣市有基隆市(平均 4.2 次)、臺北市(平均 4.7 次)、苗栗縣(平均 4.7 次)、屏東縣(平均 5.1 次)、彰化縣(平均 5.5 次)、嘉義市(平均 5.5 次)、雲林縣(平均 5.6 次)、花蓮縣(平均 5.6 次)、新竹市(平均 5.7 次)、新竹縣(平均 6.1 次)、宜蘭縣(平均 6.2 次)、高雄市(平均 6.3 次)。(如表 2-4-8)。

表 2-4-8、2017 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表

	2017 年 1-10 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.4	4	6	69	0
臺北市	4.7	3.3	5	27	1
新北市	7.3	4.2	8	39	0
基隆市	4.2	2.4	4	22	1
宜蘭縣	6.2	3.6	6	21	0
桃園市	7.3	4.3	7	35	1
新竹市	5.7	3.3	5	34	1
新竹縣	6.1	3	7	21	0
苗栗縣	4.7	3	5	19	0
臺中市	6.4	3.5	7	29	0
彰化縣	5.5	3.2	6	21	1
南投縣	9.1	5	9	27	0
雲林縣	5.6	2.8	6	26	1
嘉義市	5.5	4	6	30	1
嘉義縣	6.8	7.4	5	50	0
臺南市	6.8	3.6	7	46	0
高雄市	6.3	3.9	6	69	0
屏東縣	5.1	2.8	6	20	0
臺東縣	7	4.1	7	22	0
花蓮縣	5.6	2.9	6	19	0
澎湖縣	6.5	4.4	6.5	17	1
金門縣	7.1	4.4	8	26	1
連江縣	8.5	5	6.5	19	4

(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 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占

2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(25.5%)、花蓮縣(23.4%)、高雄市(20.4%)。家暴被害人占率最高的為澎湖縣(12.9%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(9.7%)。(如表 2-4-9)。

表 2-4-9、2017 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	15.3	1.3	0.4	0.8	4.7	5.9	2.8	3.3	0.2
臺北市	16.4	1.7	0.8	0.9	4.8	6.7	2.8	2.5	0.1
新北市	14.5	0.8	0.2	0.6	4.2	5.2	2.5	4.1	0.2
基隆市	16.6	1.1	1.1	1.1	4	9.8	3.6	3	0.2
宜蘭縣	19.9	1.7	0.8	0.8	4.3	8.1	1.9	2.8	0.5
桃園市	14.1	1.1	0.4	1.1	4.2	4.6	1.7	3.5	0.2
新竹市	8.1	0.7	0.7	1.6	5.9	8.1	2.3	4.3	0
新竹縣	11	0.3	0.2	1.5	3.9	7.9	1.8	5.1	0.3
苗栗縣	10	0.3	0.2	0.3	3.5	6.1	2.6	2.6	0.5
臺中市	11.7	1.6	0.4	1.1	4.7	5.2	3.8	2.1	0.2
彰化縣	19.7	0.9	0.7	0.2	5.8	7	3.1	2.8	0.5
南投縣	14.5	1.1	0.2	0.3	5.4	10.1	1.8	5.4	0.5
雲林縣	11.4	0.1	1.1	1.1	6.6	7	1.9	3.1	0.4
嘉義市	10.8	0.6	0.6	0	9.7	8.3	1.9	3.9	0.6
嘉義縣	11.6	0	0.4	1.2	6.4	6.8	1.8	2.2	0
臺南市	15.3	1.8	0.4	0.6	3.7	4	3.6	3.4	0.2
高雄市	20.4	2.2	0.5	0.7	5.3	5.9	3.9	2.8	0.1
屏東縣	17.9	3.1	0.1	0.5	5.7	6.2	2.6	2.7	0
臺東縣	25.5	0.3	0	0.7	6.6	3.1	3.4	4.5	0.7
花蓮縣	23.4	2.7	0.4	1.8	4.1	6.4	3.5	4.3	0
澎湖縣	15.7	0	0	0	2.9	12.9	0	0	0
金門縣	7.3	0	1.8	0	5.5	7.3	3.6	1.8	0
連江縣	12.5	0	0	0	0	12.5	0	12.5	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. 滾動式修正策略建議

1) 依照需求說明書內容辦理，按月寄發之自殺通報關懷月報表須含滾動式修正策略建議以修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
2) 自 2017 年 3 月交付全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議後，於每月各縣市通報個案特性分析表附上滾動式修正策略建議。(如附件 2.4.3)
3) 滾動式修正策略建議內容針對月報表中數據加以判讀，並由中心編寫自殺防治策略的修正建議，供各縣市衛生局參考。
4) 追蹤各縣市衛生局執行情形，包含執行結果與意見回饋。(如附件 2.4.4)

3. 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，2016 年通報人次較 2015 年略降，為 28,996 人次，2017 年 1 月至 10 月通報人次為 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性 1.69 倍。全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，而 2016 年為 7.2。

在自殺方法選擇上，2017 年 1-10 月自殺通報個案最常使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(50.6%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)。

自殺原因方面，2017 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，2017 年 1-10 月通報個案中，精照列管個案占 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占 2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。

2)根據各縣市每月通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。
3)持續檢測自殺通報資料撈取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防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部。(參照章節 6.10 輔助自殺關懷訪視

作業及自殺防治通報系統之功能增修)

5)建議與改善：

本中心根據 2015 年、2016 年自殺死亡數據及自殺通報數據得知，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，藉由各項數據及 2016 年實務督導訪查紀錄擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

指標性策略主要對象為高自殺風險個人，也就是曾經有自殺企圖的個案，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務為主要工作。自殺防治通報系統的功能增修為重要的一環，中心除了每月分析自殺通報數據外，亦持續收集各縣市使用者對於系統的增修建議，並提供系統維護廠商做為年度增修的參考，以期自殺防治通報系統能更加完善。

五、 附件

附件 2.4.1 2017 年 10 月自殺通報月報表

附件 2.4.2 2017 年 10 月臺北市通報個案特性分析表

附件 2.4.3 2017 年 10 月滾動式修正策略建議彙整

附件 2.4.4 各縣市滾動式修正策略建議執行情形

精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

1) 緣起

自殺防治措施的預期效果必須反映在問題的盛行率和嚴重性上，為了使防治措施發揮功效，必須考量影響身心健康的多重因素，包括生物的、心理的及社會的相關因素，防治措施的預期效果必須受到民眾及社會的認同。有效的自殺防治措施必須仰賴下列事項：(1)找出針對個人及群整體的危險因素；(2)危險因子與問題之間因果關係的強度；以及(3)危險因子的可改變。

本研究的主要策略規劃依據，來自於下列主要資料分析結果。死因統計檔，提供自殺身亡者的資訊，是判斷自殺問題盛行情況及嚴重性的重要依據。若能即時、定期取得完整及準確之死亡檔資料，便可進一步與即時的自殺通報資料(自殺企圖與關懷追蹤資料)串聯，做為評估再自殺與死亡之間的關係或關懷追蹤成效的依據。此外，透過自殺死亡檔與全民健保資料的串聯，可以分析自殺身亡者生前的醫療服務利用型態，藉以找出更明確的介入點，並確認醫療服務系統各環節所應扮演的自殺防治角色與功能。健保資料串連亦可提供最新分析結果，做為各地區即時的自殺防治策略擬定之重要參考依據。

2) 背景

根據衛福部統計，國內於精神科就診人數正逐年提升，不論男性、女性，均以 45-54 歲及 55-64 歲為就診人數較多之年齡層，且就 2016 年自 殺通報系統中，在通報系統自殺原因為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病占率均居最高，在男性占率 27.9%；女性占率 34.9%，且根據中心過去研究發現具有精神病史是再自殺死亡相當重要的危險因子，因此精神疾患在自殺企圖或自殺死亡群裡皆是相當重要的議題。

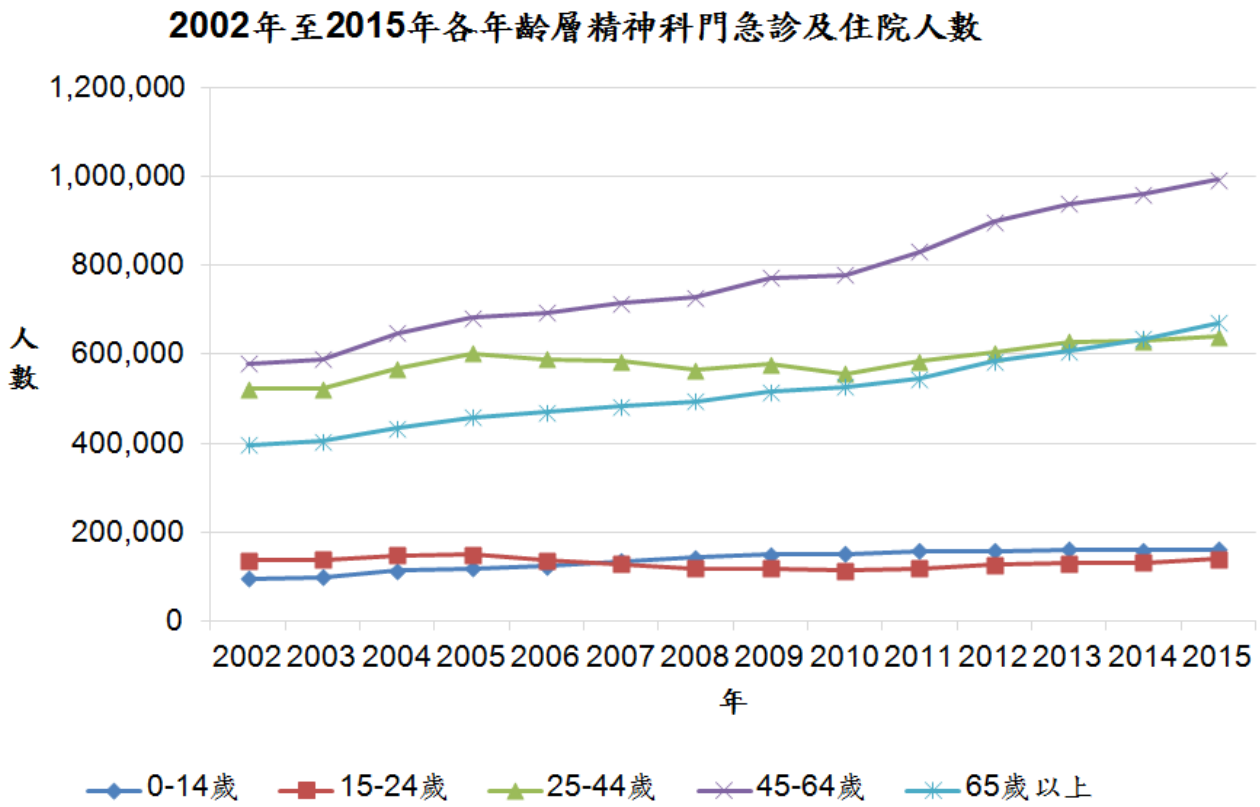


圖 3-1-1、2002 年至 2015 年各年齡層精神科門急診、住院人數

而根據世界衛生組織的公布，全球每四人當中就會有一人在一生中遭遇精神疾病的問題。國際衛生組織的最新報告就顯示，全世界接受醫療衛生服務的人口中，有 1/4 是 患有精神疾病，因罹患精神神精疾病，造成的「失能生命人年(DALYs)」，已佔各種疾病或傷害的 11.5%，估計到了 2020 年還會上昇到 15%。這都顯見精神疾病患者的議題是普遍存在各個群。由於心理解剖研究發現精神疾病是自殺死亡重要的危險因子之一(Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003)，也因此如何針對精神疾患制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

(Anderberg, Bogren, Mattisson, & Bradvik, 2016)採取大規模世代研究，將 1947-1997 生活在瑞典的居民，利用田野調查訪問當地居民並追蹤 54-64 年後，發現到沒有罹患任何精神疾患、罹患一種精神疾患、一種以上精神疾患其自殺風險分別為 0.3%、3.4%及 6.2%；只罹患憂鬱症自殺風險則為 6.0%，只有酒癮患者自殺風險則是 4.7%，而只要有心理疾病自殺風險則為 3.1%；然而一旦合併其他疾病，其自殺風險更是上升。

(Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, & Stress Research Group of the Japanese Society for, 2008)則利用文獻回顧方式，回顧 1990 年至 2007 年心理解剖文獻，發現有物質濫用之疾病史其自殺風險較一般人而言，約

是 5 倍(OR=5.24、95%CI=3.30-8.31)，而若是情感性疾患的話，自殺風險約是 13 倍(OR=13.4、95%CI=8.05-22.4)。

(Bertolote & Fleischmann, 2002)回顧了 1959 年至 2001 年世界各地的文獻 31 篇，將所有自殺個案是否為住院精神病患做為區分，比較一般大眾與住院的精神疾病患者的精神診斷差異，結果發現不論在哪一群，情感性疾患均為最常見之疾病、其中在共病的部分，所有研究一般大眾的文獻中，均指出情感性疾患合併物質濫用為最常見之共病症，特別是憂鬱症合併酒癮。(Ostergaard, Nordentoft, & Hjorthoj, 2017)在丹麥針對當地的物質濫用治療紀錄、死亡資料等進行研究，發現到有任何物質濫用的人都比沒有物質濫用的人有更高的自殺危險性，尤其以酒精濫用的人會有更高的自殺危險性(HR=1.99-2.70)。

就國內文獻回顧而言：鄭氏(Cheng, 1995)做過國內東台灣地區 116 自殺死亡者，發現到有 97%-100%均罹患 1 種或多種精神疾患在自殺死亡前，而同樣以罹患憂鬱症及酒癮為最常見的精神疾病，此部分研究與國外相似而國內台北榮總青少年身心科曾以病歷回顧方式，將 12-18 歲住進精神科急性病房之自殺意圖與個人狀況做分析，發現在有自殺意圖之個案以憂鬱症所占比例最高其次為雙極性情感性疾病及思覺失調症。

劉氏(Liu et al., 1996)對曾在精神科住院者中有自殺行為者佔總住院者之 0.91%，而 2/3 者具有憂鬱或思覺失調症的診斷，且大部份發生在隱蔽的地方且大多病患使用非暴力的方法。白氏(Bai, Liu, & Lin, 1997)，1997)發現思覺失調症的危險因子為過去具有自殺行為史，憂鬱症者為住院時有自殺行為，而其他診斷者則為在住院時具有暴力情形。(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000)亦曾做過病例對照研究針對台灣東部 113 位自殺死亡者，採用心理解剖方式，研究自殺死亡之危險因子，包含曾有重大失落、一等親友有過自殺行為、患有憂鬱症、情緒不穩的人格異常疾病患者及有物質濫用情況者，均對自殺危險性增高。

綜合國內外獻均指出精神疾病患者之自殺議題在自殺防治上不容忽視，精神疾病患者除自傷及自殺外，對於社會及家庭所造成的負擔也格外巨大，因此如何針對精神病患做出有效的防治策略，及後續追蹤、關懷；並適當的轉介顯得格外重要。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來精神疾患自殺之趨勢以及精神疾患的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報資料庫與健保資料庫，進行資料串連與分析。藉以訂定出精神疾患之自殺防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

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：死亡個案之情形記錄。

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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2006 年至 2015 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。

d. 資料串聯：以個人身份証字號與死因統計檔、全民健康保險資料庫進行串聯。

(3) 2005 年至 2015 年全民健康保險資料

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) 資料庫串聯方式

(1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_門急診分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_西醫住院分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(3) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2006 年-2015 年全民健保承保檔與 2006 年-2015 年死因統計檔進行串聯後，再利用隨機配對方式進行資料

篩選。

3) 串聯分析重點

(1) 藉由全民健保資料庫與死因統計檔串聯，了解精神疾患病人之就診科別及診斷與自殺死亡之相關性，藉以找出防治策略之介入點。

(2) 藉由全民健保資料庫與自殺通報資料庫及死因統計檔串聯，了解自殺企圖者之精神醫療資源利用情況，並找出防治策略之介入點。

4)研究方法

(1) 利用自殺死亡個案(病例組)之性別及出生年配對無死亡個案、或死因非自殺之個案(對照組)，並將病例組及配對組按 1：10 之比例配對。

(2) 利用病例對照研究法以找出病例組及對照組之就醫診斷及就診科別差異，以利自殺風險性較高的精神疾患之就診科別及診斷特徵判斷。

(3) 名詞解釋：Population attributable fraction (PAF)—有多少比例之暴露群發生率可歸因於一特定暴露；Odds ratio (OR)—在病例對照研究中，實驗組中發生疾病的勝算或危險性/對照組中發生該疾病的勝算或危險性。

(4) 就診診斷依 ICD9 診斷碼初分類共可分為 18 類分別是傳染病及寄生蟲病、腫瘤、內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患、血液及造血器官之疾病、精神疾患 、神經系統及感覺器官之疾病 、循環系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、泌尿生殖系統疾病 、妊娠、生產及產褥期之併發症、皮膚及皮下組織疾病、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病、先天畸形 、周產期病態 、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態 、損傷及中毒、需要醫療服務之其他原因 (V 分類)(詳如表 3-1-16)。

(5) 就醫診斷細分類部分，則依據衛生福利部統計處公布之全民健康醫療保險統計年報分析之疾病別，共 24 類，分別為結核病、病毒性肝炎、惡性腫瘤、糖尿病、精神官能症及人格異常、眼及其附屬器官之疾患、耳及乳突之疾患、高血壓疾病、心臟病 、腦血管疾病、急性上呼吸道感染、流行性感冒、支氣管炎、肺氣腫及氣喘、肺炎、胃及十二指腸之潰瘍、闌尾炎、腹腔疝氣、腎炎、腎徵候群及腎變性病、膀胱炎、尿結石、攝護腺肥大、直接生產病態、正常生產(詳如表 3-1-16)。

(6) 就醫診斷在精神疾患的部分，將診斷碼 290-319 進行逐一分析，共 30 類精神疾患，其中 3004 精神性憂鬱症及憂鬱症(2962、2963、3004、311)另外單獨分析(詳如表 3-1-16)。

(7) 就醫科別部分則分別依據 Health01_全民健保處方及治療明細檔_門急診之及 Health02_全民健保處方及治療明細檔_住院兩個資料庫之科別分類，進行分析，共 45 個科別，分別為不分科、家醫科、內科、外科、

小兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、整形外科、急診醫學科、職業醫學科、麻醉科、放射科、病理科、核醫科、結核科、洗腎科、消化內科(胃腸內科)、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、潛醫科、胸腔暨重症加護科、直腸外科、心臟血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科、新生兒科、疼痛科、居家護理、放射診斷科、放射腫瘤科學科、脊椎骨科。

5)研究會議討論

日期	討論內容	會議決議及執行結果
3/6	研究方法及方向討論及實證研究資料分析檔案年份確認。	1. 採用巢式病例對照研究法。 2. 分析期程之規劃。 3. 依各實證研究案成立研究小組，並指派負責人。 4. 規劃分析期程，下半年期程詳如執行成果。
3/13	針對死因統計檔及全民健保檔串連、分析內容做初步討論	1. 利用健保承保檔與死因統計檔串聯後，利用隨機配對以篩選出病例組及對照組，再分析其就診科別及就醫診斷。 2. 將程式碼各段及使用資料庫之說明，製作成簡報檔。
3/20	針對健保承保檔串連方式以及病例配對程式碼進行修正	將歷年健保承保檔直接進行合併，不針對 ID 及 ID1 之內容做額外篩選，並利用健保承保檔個案之生日、性別，以相同之最多筆數進行篩選及確認後，再與死因統計檔進行串聯。
4/10	針對修正後之程式碼進行確認	待取得初步分析結果後再進一步討論。
9/18	針對對照組及病例組配對結果進行確認	將病歷組與對照組門急診就醫次數、門急診就醫診斷、門急診就診科別、住院次數、住院診斷及住院科別做次數分析。

日期	討論內容	會議決議及執行結果
10/24	針對對照組及病例組分析結果進行數據解讀及報告撰寫方向確認	1. 計算病例組及對照組在各就診科別及就診診斷上之比例是否具有顯著差異，並計算 p 值。 2. 搜尋精神疾病與自殺相關之文獻 2 篇，將文獻摘要一併寫入期末報告中。
11/27	針對分析結果進行策略討論	1. 計算各疾病診斷之 PAF 值。 2. 擇定各門急診、住院科別 OR 值前 10 名及門急診、住院診斷 OR 值前 10 名及 PAF 前 10 名。

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. IRB 申請：1 月底至 4 月初

1) 1 月 11 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2) 1 月 20 日依臺大醫院研究倫理委員會修正 IRB 計畫書、計劃書摘要及前後對照表後回傳，以繼續進行 IRB 變更申請。

3) 4 月 10 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」資料申請相關事宜：4 月份至 7 月份

1) 4 月 10 日郵寄新案資料申請案表單、特殊需求申請書及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行新案件申請。

2) 4 月 14 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信要求針對新案申請表單進行內容修正及過往案件成果回饋，並於 4 月 18 日將修正後之申請單及成果回饋寄回。

3) 6 月 3 日統計處將複審之審查意見表寄至中心，並於當日填具完成後回傳。

4) 6 月 16 日統計處來函通知進行繳費，6 月 20 日與統計處申請 H105047 天數移轉至新案上，6 月 22 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」重新將繳費通知寄至中心。

5)6 月 29 日將案件編號 H106087 之繳費收據回傳至衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

3. 資料分析：8 月份至 11 月份

1)8 月 9 日、8 月 14 日、8 月 16 日、8 月 23 日將 95 至 104 年死因統計檔串聯、94 年至 104 年健保承保檔以及將病例組及對照組進行 1：10 之比例配對。

2)9 月 6 日、9 月 21 日、9 月 30 日、10 月 18 日、11 月 9 日進行資料分析，並進行資料攜出申請。

3)10 月 3 日衛生福利部統計處通知因分析結果仍可回推出小於 3 之細格，故予以攜出申請退件。

4)10 月 3 日、10 月 11 日將小於 3 之細格重新合併後，進行攜出申請。

四、 成果 (Product)

1. 分析結果

分析自殺通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之人次(詳見表 3-1-1)，各年齡層以 25-44 歲為最多，其次為 45-64 歲；若以占率來(詳見表 3-1-2)看，在歷年通報中，則以 25-44 歲及 45-64 歲兩個年齡層彼此輪替占率最高之年齡層，而 0-14 歲與 65 歲以上之群，不論在人次或占率，近五年均呈現增加趨勢。

表 3-1-1、2006 年至 2014 年歷年通報中「過去有精神病史」之人次

年份	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	總計
2006	22	791	2,743	856	174	4,586
2007	27	1,177	4,300	1,383	250	7,137
2008	34	1,166	5,058	1,702	282	8,242
2009	34	1,122	5,405	2,109	327	8,997
2010	41	1,090	5,600	2,368	363	9,462
2011	60	1,082	5,363	2,447	391	9,343
2012	44	1,118	5,566	2,614	408	9,750
2013	40	972	5,079	2,693	435	9,219
2014	70	1,108	5,176	2,857	506	9,717
2015	79	1,285	5,262	3,061	531	10,218
2016	82	1,281	4,606	2,750	615	9,334

表 3-1-2、2006 年至 2014 年歷年通報中各年齡層「過去有精神病史」之占率

年份	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2006	15.4	20.6	27.1	23.3	12.5
2007	16.3	27.5	35.5	29.1	14.6
2008	16.5	28.4	39.0	33.1	15.7
2009	16.3	28.3	39.4	35.6	16.4
2010	16.1	28.0	39.9	36.4	16.6
2011	19.5	27.2	40.1	38.2	18.4
2012	16.0	26.9	38.3	37.1	16.5
2013	15.3	25.3	36.1	36.8	16.7
2014	19.3	27.4	36.7	36.8	18.3
2015	20.8	29.3	37.0	38.0	18.6
2016	22.1	29.3	34.1	35.4	20.5

歷年自殺企圖者在精神科開立精神疾患診斷比例有逐漸提高，而在非精神科的部分近年則都維持在四成七上下，而精神科診斷比例較非精神科比例少將近一成，有可能是自殺企圖者較常於非精神科就診，因此如何提高非精神科正確診治精神疾患顯得相當重要。(表 3-1-3)

表 3-1-3、2006 年至 2014 年自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用

指標企圖日年份 (總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷 N(%)	非精神科精神疾患診斷 N(%)
2006(n=17647)	6781(38.4)	8843(50.1)
2007(n=19018)	6865(36.1)	9170(48.2)
2008(n=18891)	6749(35.7)	8897(47.1)
2009(n=19246)	6863(35.7)	8824(45.8)
2010(n=19377)	7204(37.2)	9043(46.7)
2011(n=18476)	6985(37.8)	8675(47)
2012(n=19331)	7496(38.8)	9171(47.4)
2013(n=18752)	7329(39.1)	8871(47.3)
2014(n=19090)	7715(40.4)	8971(47)
2015(n=19310)	7987(41.4)	9101(47.1)
總計(n=189138)	71974(38.1)	89566(47.4)

由自殺關懷通報資料檔串連健保資料庫可發現到，女性在自殺企圖日

前一年於精神科有精神疾患診斷之比例歷年均高於男性，女性雖然在2007年於精神科被開立精神疾患診斷比例降至四成以下，但2012年隨即回到四成以上；男性例年則小於四成有於精神就診之紀錄；而不論男女，非精神科之精神疾患診斷比例均高於精神科開立診斷比例，其中在男性部分精神科與非精神科開立診斷比例差距較女生大，有可能是因為男性自殺企圖者在精神科就診上仍有其他困難(例如較不願意就醫及求助)。(表3-1-4)

表3-1-4、2006年至2014年自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用-性別

性別	男性		性別	女性	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=6031)	2076(34.4)	2775(46)	2006(n=11616)	4705(40.5)	6068(52.2)
2007(n=6616)	2154(32.6)	2960(44.7)	2007(n=12402)	4711(38)	6210(50.1)
2008(n=6916)	2200(31.8)	3038(43.9)	2008(n=11975)	4549(38)	5859(48.9)
2009(n=7254)	2342(32.3)	3080(42.5)	2009(n=11992)	4521(37.7)	5744(47.9)
2010(n=7407)	2492(33.6)	3220(43.5)	2010(n=11970)	4712(39.4)	5823(48.6)
2011(n=7048)	2483(35.2)	3118(44.2)	2011(n=11428)	4502(39.4)	5557(48.6)
2012(n=7663)	2652(34.6)	3356(43.8)	2012(n=11668)	4844(41.5)	5815(49.8)
2013(n=7652)	2784(36.4)	3438(44.9)	2013(n=11100)	4545(40.9)	5433(48.9)
2014(n=7688)	2859(37.2)	3395(44.2)	2014(n=11402)	4856(42.6)	5576(48.9)
2015(n=8078)	3037(37.6)	3616(44.8)	2015(n=11232)	4950(44.1)	5485(48.8)
總計(n=72353)	25079(34.7)	31996(44.2)	總計(n=116785)	46895(40.2)	57570(49.3)

若以年齡層分析，可發現到65歲以上之自殺企圖個案為各年齡層於精神科之診斷比例最低，歷年均低於三成；其次為0-24歲之群自殺企圖前一年於精神科被開立精神疾患診斷歷年均將近三成，而25-44歲及45-64歲均有超過四成於精神科被開立精神疾患診斷。結果顯示65歲以上自殺企圖者可能較其他年齡層沒有受到妥善的治療。因此如何強化65歲以上自殺企圖者後續轉介精神科做適當治療會是重要的一環。(表3-1-5)

表 3-1-5、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層

年齡層	0-24 歲		年齡層	25-44 歲	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3650)	1375(37.7)	1415(38.8)	2006(n=9172)	3828(41.7)	4678(51)
2007(n=3657)	1219(33.3)	1256(34.3)	2007(n=9628)	3790(39.4)	4688(48.7)
2008(n=3435)	1036(30.2)	1122(32.7)	2008(n=9501)	3749(39.5)	4444(46.8)
2009(n=3255)	1030(31.6)	1047(32.2)	2009(n=9528)	3680(38.6)	4291(45)
2010(n=3235)	1038(32.1)	1019(31.5)	2010(n=9317)	3831(41.1)	4251(45.6)
2011(n=3286)	1066(32.4)	1026(31.2)	2011(n=8662)	3568(41.2)	3961(45.7)
2012(n=3320)	1089(32.8)	1027(30.9)	2012(n=8912)	3750(42.1)	4144(46.5)
2013(n=2995)	928(31)	956(31.9)	2013(n=8540)	3652(42.8)	3879(45.4)
2014(n=3247)	1112(34.2)	965(29.7)	2014(n=8354)	3649(43.7)	3817(45.7)
2015(n=3407)	1285(37.7)	1083(31.8)	2015(n=8243)	3626(44)	3651(44.3)
總計(n=33487)	11178(33.4)	10916(32.6)	總計(n=89857)	37123(41.3)	41804(46.5)

表 3-1-5、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層(續)

年齡層	45-64 歲		年齡層	65 歲以上	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3460)	1252(36.2)	1981(57.3)	2006(n=1365)	326(23.9)	769(56.3)
2007(n=4125)	1454(35.2)	2293(55.6)	2007(n=1608)	402(25)	933(58)
2008(n=4286)	1559(36.4)	2390(55.8)	2008(n=1669)	405(24.3)	941(56.4)
2009(n=4628)	1686(36.4)	2506(54.1)	2009(n=1835)	467(25.4)	980(53.4)
2010(n=4839)	1833(37.9)	2689(55.6)	2010(n=1986)	502(25.3)	1084(54.6)
2011(n=4594)	1848(40.2)	2619(57)	2011(n=1934)	503(26)	1069(55.3)
2012(n=4933)	2076(42.1)	2808(56.9)	2012(n=2166)	581(26.8)	1192(55)
2013(n=4921)	2134(43.4)	2745(55.8)	2013(n=2296)	615(26.8)	1291(56.2)
2014(n=5131)	2293(44.7)	2853(55.6)	2014(n=2358)	661(28)	1336(56.7)
2015(n=5204)	2372(45.6)	2953(56.7)	2015(n=2456)	704(28.7)	1414(57.6)
總計(n=46121)	18507(40.1)	25837(56)	總計(n=19673)	5166(26.3)	11009(56)

在自殺關懷通報檔過去精神病史一欄勾選有之自殺企圖個案，在自殺企圖前一年有將近八成五的個案於精神科被開立精神疾患診斷，在過去精神病史一欄勾選無之自殺企圖個案歷年均有一成多於精神科被開立精神疾患診斷之紀錄；可以看出訪員在詢問自殺企圖個案仍有進步的空間，以強化該欄位之準確性，並強化個案後續確實就醫及服藥遵從性。(表 3-1-6)

表 3-1-6、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-通報中過去精神病史

過去精神病史	有		過去精神病史	無	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3875)	3223(83.2)	2797(72.2)	2006(n=4721)	695(14.7)	1801(38.1)
2007(n=4756)	3894(81.9)	3376(71)	2007(n=5768)	724(12.6)	2149(37.3)
2008(n=4955)	4025(81.2)	3392(68.5)	2008(n=6282)	732(11.7)	2273(36.2)
2009(n=5024)	4060(80.8)	3413(67.9)	2009(n=6356)	806(12.7)	2283(35.9)
2010(n=5058)	4101(81.1)	3341(66.1)	2010(n=6134)	866(14.1)	2245(36.6)
2011(n=4790)	3911(81.6)	3245(67.7)	2011(n=6071)	861(14.2)	2282(37.6)
2012(n=4765)	3931(82.5)	3202(67.2)	2012(n=6162)	977(15.9)	2356(38.2)
2013(n=4359)	3702(84.9)	2933(67.3)	2013(n=6401)	1033(16.1)	2458(38.4)
2014(n=4616)	3953(85.6)	3022(65.5)	2014(n=6691)	1119(16.7)	2606(38.9)
2015(n=4749)	4081(85.9)	3108(65.4)	2015(n=6676)	1176(17.6)	2586(38.7)
總計(n=46947)	38881(82.8)	31829(67.8)	總計(n=61262)	8989(14.7)	23039(37.6)

以自殺關懷通報資料檔內過去是否有精神病史而言，在過去精神病史為不詳者，各年大致有三成左右之自殺企圖者在自殺企圖前一年於精神科被開立精神疾患診斷，而四成左右的自殺企圖者曾經有在其他科別被開立精神疾患診斷，顯示個案若回答過去精神病史為不詳時，仍有將近三成個案在自殺企圖日之前仍有在精神科被開立精神疾患之診斷之紀錄。(表 3-1-6)

表 3-1-6、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-通報中過去精神病史(續)

過去精神病史	不詳	
指標企圖日年份 (總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)
2006(n=9051)	2863(31.6)	4245(46.9)
2007(n=8494)	2247(26.5)	3645(42.9)
2008(n=7654)	1992(26)	3232(42.2)
2009(n=7866)	1997(25.4)	3128(39.8)
2010(n=8185)	2237(27.3)	3457(42.2)
2011(n=7615)	2213(29.1)	3148(41.3)
2012(n=8404)	2588(30.8)	3613(43)
2013(n=7992)	2594(32.5)	3480(43.5)
2014(n=7783)	2643(34)	3343(43)
2015(n=7885)	2730(34.6)	3407(43.2)
總計(n=80929)	24104(29.8)	34698(42.9)

若進一步分析自殺企圖個案於指標企圖日前一年之精神疾患診斷來看，以精神官能症之比例最高，歷年均有三成五以上；若再針對精神官能症細分，可發現精神官能憂鬱症之比例佔精神官能症診斷比例將近一半以上，其中精神官能性憂鬱症(憂鬱症輕症)，歷年均有一成七以上；其次為情感性精神病，歷年均有一成九至兩成，緊接著是比例第三高的是特定症狀或徵候群，歷年比例也有將近一成六至一成七，且比例有逐年提高的跡象，也因此給予自殺企圖個案之精神疾患適當的醫療資源，便是自殺企圖者後續就診精神科重要的防治手段(表 3-1-7)。

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形

年份(自殺企圖總人數)	老年期及初老年期器質性精神病態 290	酒精性精神病 291	藥物性精神病 292	暫時性器質性精神病態 293	其他器質性精神病態(慢性)294	思覺失調症 295	情感性精神病 296
2006(n=17647)	112(0.6)	217(1.2)	540(3.1)	122(0.7)	253(1.4)	941(5.3)	4123(23.4)
2007(n=19018)	132(0.7)	240(1.3)	637(3.3)	112(0.6)	263(1.4)	966(5.1)	4043(21.3)
2008(n=18891)	131(0.7)	235(1.2)	588(3.1)	122(0.6)	250(1.3)	902(4.8)	3874(20.5)
2009(n=19246)	160(0.8)	244(1.3)	615(3.2)	130(0.7)	278(1.4)	920(4.8)	3723(19.3)
2010(n=19377)	156(0.8)	239(1.2)	769(4)	161(0.8)	296(1.5)	923(4.8)	3841(19.8)
2011(n=18476)	170(0.9)	256(1.4)	790(4.3)	176(1)	304(1.6)	876(4.7)	3505(19)
2012(n=19331)	214(1.1)	262(1.4)	870(4.5)	192(1)	320(1.7)	877(4.5)	3715(19.2)
2013(n=18752)	262(1.4)	253(1.3)	834(4.4)	165(0.9)	324(1.7)	883(4.7)	3438(18.3)
2014(n=19090)	271(1.4)	236(1.2)	762(4)	208(1.1)	347(1.8)	928(4.9)	3635(19)
2015(n=19310)	300(1.6)	294(1.5)	812(4.2)	209(1.1)	340(1.8)	908(4.7)	3704(19.2)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	源於兒童期之精神病 299	精神官能症 300	人格違常 301	性心理偏差及疾患 302	酒癮徵候群 303	藥癮 304	藥物濫用 305
2006(n=17647)	13(0.1)	6185(35)	591(3.3)	26(0.1)	713(4)	239(1.4)	1261(7.1)
2007(n=19018)	11(0.1)	6401(33.7)	467(2.5)	29(0.2)	698(3.7)	181(1)	1122(5.9)
2008(n=18891)	16(0.1)	6313(33.4)	389(2.1)	19(0.1)	694(3.7)	213(1.1)	1053(5.6)
2009(n=19246)	13(0.1)	6385(33.2)	367(1.9)	30(0.2)	728(3.8)	231(1.2)	1063(5.5)
2010(n=19377)	29(0.1)	6551(33.8)	349(1.8)	39(0.2)	744(3.8)	232(1.2)	1126(5.8)
2011(n=18476)	23(0.1)	6283(34)	301(1.6)	27(0.1)	679(3.7)	353(1.9)	1097(5.9)
2012(n=19331)	22(0.1)	6735(34.8)	316(1.6)	25(0.1)	735(3.8)	414(2.1)	1291(6.7)
2013(n=18752)	25(0.1)	6590(35.1)	306(1.6)	36(0.2)	736(3.9)	373(2)	1292(6.9)
2014(n=19090)	41(0.2)	6886(36.1)	289(1.5)	31(0.2)	729(3.8)	340(1.8)	1289(6.8)
2015(n=19310)	46(0.2)	7018(36.3)	273(1.4)	27(0.1)	717(3.7)	348(1.8)	1431(7.4)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	特定症狀或徵候群，NEC307	急性心理壓力反應 308	環境適應障礙 309	器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患 310	憂鬱性疾患，NEC311	行為障礙，NEC312	特發於兒童及青少年期之情緒障礙 313
2006(n=17647)	2036(11.5)	446(2.5)	950(5.4)	58(0.3)	1478(8.4)	50(0.3)	38(0.2)
2007(n=19018)	2217(11.7)	491(2.6)	888(4.7)	47(0.2)	1502(7.9)	48(0.3)	34(0.2)
2008(n=18891)	2302(12.2)	454(2.4)	974(5.2)	53(0.3)	1455(7.7)	43(0.2)	38(0.2)
2009(n=19246)	2430(12.6)	472(2.5)	959(5)	75(0.4)	1532(8)	58(0.3)	38(0.2)
2010(n=19377)	2656(13.7)	629(3.2)	1075(5.5)	73(0.4)	1604(8.3)	57(0.3)	49(0.3)
2011(n=18476)	2625(14.2)	716(3.9)	1089(5.9)	72(0.4)	1631(8.8)	72(0.4)	72(0.4)
2012(n=19331)	3017(15.6)	702(3.6)	1178(6.1)	70(0.4)	1773(9.2)	72(0.4)	52(0.3)
2013(n=18752)	2979(15.9)	697(3.7)	1192(6.4)	93(0.5)	1788(9.5)	86(0.5)	49(0.3)
2014(n=19090)	3221(16.9)	647(3.4)	1200(6.3)	64(0.3)	1870(9.8)	106(0.6)	71(0.4)
2015(n=19310)	3447(17.9)	670(3.5)	1173(6.1)	81(0.4)	1876(9.7)	90(0.5)	61(0.3)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	兒童期過動徵候群 314	與其他特定疾病相關之精神因素 316	輕度智能不足 317	其他特定智能不足 318	智能不足 319	精神官能性憂鬱症 3004
2006(n=17647)	28(0.2)	22(0.1)	39(0.2)	17(0.1)	15(0.1)	3205(18.2)
2007(n=19018)	34(0.2)	20(0.1)	36(0.2)	7(0)	22(0.1)	3218(16.9)
2008(n=18891)	38(0.2)	18(0.1)	53(0.3)	16(0.1)	23(0.1)	3111(16.5)
2009(n=19246)	59(0.3)	17(0.1)	39(0.2)	12(0.1)	22(0.1)	3145(16.3)
2010(n=19377)	63(0.3)	34(0.2)	57(0.3)	10(0.1)	45(0.2)	3252(16.8)
2011(n=18476)	79(0.4)	12(0.1)	54(0.3)	11(0.1)	43(0.2)	3182(17.2)
2012(n=19331)	68(0.4)	10(0.1)	52(0.3)	23(0.1)	46(0.2)	3340(17.3)
2013(n=18752)	75(0.4)	14(0.1)	42(0.2)	27(0.1)	42(0.2)	3239(17.3)
2014(n=19090)	126(0.7)	6(0)	62(0.3)	32(0.2)	46(0.2)	3313(17.4)
2015(n=19310)	106(0.5)	14(0.1)	51(0.3)	30(0.2)	37(0.2)	3340(17.3)

自殺企圖者前一年之精神疾患診斷比例最高的是情感性精神病，診斷比例由 2006 年的 9.4%逐漸下降至 2011 年 5.9%，2012 年至 2015 年則均維持在 5%上下；其次為思覺失調症歷年均維持在 2.5%，然而其比例也有逐漸下降的趨勢。(表 3-1-8)

表 3-1-8、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院

年份(自殺企圖總人數)	老年期及初老年期器質性精神病態 290	酒精性精神病 291	藥物性精神病 292	暫時性器質性精神病態 293	其他器質性精神病態(慢性)294	思覺失調症 295	情感性精神病 296	妄想狀態 297
2006(n=17647)	20(0.1)	135(0.8)	76(0.4)	26(0.1)	121(0.7)	498(2.8)	1666(9.4)	31(0.2)
2007(n=19018)	30(0.2)	133(0.7)	71(0.4)	33(0.2)	113(0.6)	493(2.6)	1425(7.5)	36(0.2)
2008(n=18891)	18(0.1)	133(0.7)	53(0.3)	21(0.1)	103(0.5)	486(2.6)	1259(6.7)	25(0.1)
2009(n=19246)	32(0.2)	128(0.7)	44(0.2)	25(0.1)	110(0.6)	450(2.3)	1184(6.2)	35(0.2)
2010(n=19377)	32(0.2)	139(0.7)	65(0.3)	36(0.2)	97(0.5)	476(2.5)	1208(6.2)	28(0.1)
2011(n=18476)	37(0.2)	132(0.7)	50(0.3)	32(0.2)	117(0.6)	418(2.3)	1092(5.9)	29(0.2)
2012(n=19331)	36(0.2)	152(0.8)	70(0.4)	35(0.2)	119(0.6)	430(2.2)	1090(5.6)	27(0.1)
2013(n=18752)	47(0.3)	137(0.7)	56(0.3)	36(0.2)	111(0.6)	436(2.3)	1046(5.6)	28(0.1)
2014(n=19090)	48(0.3)	147(0.8)	64(0.3)	37(0.2)	129(0.7)	455(2.4)	981(5.1)	23(0.1)
2015(n=19310)	43(0.2)	151(0.8)	82(0.4)	54(0.3)	116(0.6)	442(2.3)	1003(5.2)	20(0.1)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

年份(自殺企圖總人數)	其他非器質性精神病 298	精神官能症 300	人格違常 301	酒癮徵候群 303	藥癮 304	藥物濫用 305	心因性之生理功能障礙 306
2006(n=17647)	120(0.7)	667(3.8)	339(1.9)	229(1.3)	78(0.4)	184(1)	27(0.2)
2007(n=19018)	106(0.6)	591(3.1)	218(1.1)	193(1)	54(0.3)	159(0.8)	16(0.1)
2008(n=18891)	82(0.4)	527(2.8)	145(0.8)	187(1)	50(0.3)	118(0.6)	19(0.1)
2009(n=19246)	81(0.4)	496(2.6)	152(0.8)	170(0.9)	52(0.3)	121(0.6)	14(0.1)
2010(n=19377)	91(0.5)	517(2.7)	148(0.8)	203(1)	49(0.3)	130(0.7)	8(0)
2011(n=18476)	114(0.6)	508(2.7)	146(0.8)	196(1.1)	66(0.4)	136(0.7)	4(0)
2012(n=19331)	99(0.5)	486(2.5)	158(0.8)	224(1.2)	46(0.2)	167(0.9)	7(0)
2013(n=18752)	93(0.5)	480(2.6)	128(0.7)	200(1.1)	69(0.4)	144(0.8)	14(0.1)
2014(n=19090)	115(0.6)	465(2.4)	121(0.6)	204(1.1)	40(0.2)	132(0.7)	20(0.1)
2015(n=19310)	130(0.7)	492(2.5)	104(0.5)	195(1)	59(0.3)	165(0.9)	8(0)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

	特定症狀或徵候群，NEC307	急性心理壓力反應 308	環境適應障礙 309	器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患 310	憂鬱性疾患，NEC311	行為障礙，NEC312	兒童期過動徵候群 314
2006(n=17647)	76(0.4)	26(0.1)	354(2)	14(0.1)	836(4.7)	17(0.1)	5(0)
2007(n=19018)	81(0.4)	19(0.1)	260(1.4)	13(0.1)	723(3.8)	11(0.1)	5(0)
2008(n=18891)	67(0.4)	20(0.1)	233(1.2)	7(0)	701(3.7)	24(0.1)	9(0)
2009(n=19246)	50(0.3)	13(0.1)	255(1.3)	15(0.1)	664(3.5)	30(0.2)	14(0.1)
2010(n=19377)	74(0.4)	22(0.1)	283(1.5)	8(0)	723(3.7)	21(0.1)	13(0.1)
2011(n=18476)	54(0.3)	33(0.2)	234(1.3)	11(0.1)	648(3.5)	22(0.1)	12(0.1)
2012(n=19331)	69(0.4)	28(0.1)	225(1.2)	13(0.1)	703(3.6)	25(0.1)	13(0.1)
2013(n=18752)	64(0.3)	28(0.1)	238(1.3)	8(0)	654(3.5)	10(0.1)	13(0.1)
2014(n=19090)	71(0.4)	26(0.1)	217(1.1)	10(0.1)	631(3.3)	15(0.1)	14(0.1)
2015(n=19310)	71(0.4)	26(0.1)	191(1)	10(0.1)	617(3.2)	14(0.1)	13(0.1)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

	輕度智能不足 317	其他特定智能不足 318	智能不足 319	精神官能性憂鬱症
2006(n=17647)	26(0.1)	5(0)	20(0.1)	390(2.2)
2007(n=19018)	16(0.1)	5(0)	15(0.1)	328(1.7)
2008(n=18891)	9(0)	7(0)	22(0.1)	301(1.6)
2009(n=19246)	16(0.1)	5(0)	11(0.1)	262(1.4)
2010(n=19377)	15(0.1)	7(0)	18(0.1)	298(1.5)
2011(n=18476)	34(0.2)	6(0)	31(0.2)	292(1.6)
2012(n=19331)	17(0.1)	7(0)	10(0.1)	281(1.5)
2013(n=18752)	15(0.1)	6(0)	16(0.1)	261(1.4)
2014(n=19090)	26(0.1)	17(0.1)	21(0.1)	231(1.2)
2015(n=19310)	20(0.1)	14(0.1)	22(0.1)	242(1.3)

下表(3.1.9)為自殺死亡與非自殺死亡按 1:10 配對後，再依性別及年齡層進行次數分析，一共 42473 自殺個案，配到 424,730 控制組，其性別及出生年份分佈如下表 3-1-11。

表 3-1-9、隨機抽樣配對結果依性別

性別	對照組	病例組	總計
男	287,560	28,756	316,316
女	137,170	13,717	150,887

從就醫次數可發現到，病例組在平均門急診就醫次數遠高於對照組次數，顯示病例組對醫療資源的需求及利用是遠高於一般群眾。(表 3-1-10)

表 3-1-10 對照組及病例組門急診及住院醫療利用次數

配對組別	門急診就醫次數			住院次數		
	總人數	平均值	標準差	總人數	平均值	標準差
對照組	424,730	9.9	13.0	424,730	0.1	0.5
病例組	42,473	20.6	22.6	42,473	0.7	1.4

若進一步細看各科別平均就診次數，可發現病例組在精神科、家醫科、內科、麻醉科、血液腫瘤科平均就診次數均高於對照組將近一次以上，故可針對有此部分醫療使用特徵之病人，協助其使用心情溫度計，並進一步連結其他精神醫療、心衛資源。(表 3-1-11)

表 3-1-11、2006 年至 2015 年對照組及病例組各科別門急診就診次數

		個數	平均值	標準差	最小值	最大值	T 值	p-value
精神科	對照組	14693	6.8	6.6	1	111	-30.1	<0.0001
	病例組	14549	9.5	8.7	1	123		
洗腎科	對照組	1532	10.8	3.2	1	25	2.3	0.0205
	病例組	462	10.3	4.1	1	27		
神經外科	對照組	10355	2.9	2.9	1	53	-6.5	<.0001
	病例組	2603	3.4	3.6	1	53		
家醫科	對照組	162671	5.3	7.5	1	146	-33.9	<.0001
	病例組	20354	8.2	11.9	1	214		
內科	對照組	126208	4.9	6.8	1	234	-26.2	<.0001
	病例組	18367	6.9	10.0	1	176		

		個數	平均值	標準差	最小值	最大值	T 值	p-value
外科	對照組	54169	3.1	4.4	1	142	-10.2	<.0001
	病例組	9869	3.7	5.4	1	90		
小兒科	對照組	46745	3.1	4.3	1	86	-7.3	<.0001
	病例組	4150	3.9	6.2	1	81		
婦產科	對照組	46019	3.7	4.7	1	83	-6.0	<.0001
	病例組	5569	4.2	5.2	1	73		
骨科	對照組	65219	3.3	4.2	1	115	-15.7	<.0001
	病例組	9693	4.3	5.6	1	159		
神經科	對照組	27797	4.0	3.9	1	104	-9.5	<.0001
	病例組	7206	4.5	4.9	1	163		
整形外科	對照組	4729	2.8	3.6	1	108	-2.8	0.0059
	病例組	1282	3.1	3.7	1	39		
急診醫學科	對照組	46715	1.5	1.6	1	106	-33.5	<.0001
	病例組	16279	2.5	3.5	1	125		
麻醉科	對照組	174	3.3	5.1	1	42	-3.1	0.0022
	病例組	93	5.7	6.5	1	26		
血液腫瘤科	對照組	3342	5.8	6.3	1	52	-7.5	<.0001
	病例組	1156	7.6	7.6	1	50		
放射腫瘤科學科	對照組	1717	5.1	5.1	1	65	-5.6	<.0001
	病例組	782	6.5	6.1	1	49		

以門急診就診科別而言，自殺死亡之勝算比以精神科最高，將近 9.9 倍，且 Z 值為 173.3(P-value<0.05)達到統計上的顯著，此一結果顯示出於精神科就診紀錄比起沒有於精神科就診紀錄之自殺死亡風險高達 9.9 倍；其次為麻醉科(OR=5.3)、淺醫科(OR=4.9)、疼痛科(OR=4.6)、放射腫瘤科(OR=4.6)、胸腔暨重症加護科(OR=4.0)、急診醫學科(OR=3.5)、胸腔外科(OR=3.5)、洗腎科(OR=3.0)之勝算比亦遠高於其於科別，且均達統計上顯著。由上述分析可發現自殺死亡病人在自殺死亡之前較易使用在醫院科別分別是精神科、麻醉科、潛醫科、疼痛科、放射腫瘤科、洗腎科的醫療資源。(表 3-1-12)

而胸腔暨重症加護科(OR=4.0)、急診醫學科(OR=3.5)、胸腔外科(OR=3.5)較有可能是因為自殺死亡病人於死亡前送去醫療院所急救，故有較高的醫療使用度；然而仍需要進一步分析自殺死亡的人自殺前一個月至一週的分析的就醫需求。

表 3-1-12、2006 年至 2015 年對照組及病例組門急診就診情形

門急診就診科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
不分科	37501(8.8)	4802(11.3)	1.3	1.2-1.3	15.2	<0.05
家醫科	162671(38.3)	20354(47.9)	1.3	1.2-1.3	21.9	<0.05
內科	126208(29.7)	18367(43.2)	1.5	1.4-1.5	36.2	<0.05
外科	54169(12.8)	9869(23.2)	1.8	1.8-1.9	48.5	<0.05
小兒科	46745(11)	4150(9.8)	0.9	0.9-0.9	-7.0	<0.05
婦產科	46019(10.8)	5569(13.1)	1.2	1.2-1.2	12.5	<0.05
骨科	65219(15.4)	9693(22.8)	1.5	1.5-1.5	32.2	<0.05
神經外科	10355(2.4)	2603(6.1)	2.5	2.4-2.6	40.9	<0.05
泌尿科	26469(6.2)	4855(11.4)	1.8	1.8-1.9	36.7	<0.05
耳鼻喉科	119119(28)	11659(27.5)	1.0	1-1	-1.9	<0.05
眼科	94798(22.3)	10806(25.4)	1.1	1.1-1.2	11.2	<0.05
皮膚科	77936(18.3)	7858(18.5)	1.0	1-1	0.6	0.27
神經科	27797(6.5)	7206(17)	2.6	2.5-2.7	66.4	<0.05
精神科	14693(3.5)	14549(34.3)	9.9	9.6-10.2	173.3	<0.05
復健科	25951(6.1)	3907(9.2)	1.5	1.5-1.6	22.8	<0.05
整形外科	4729(1.1)	1282(3)	2.7	2.5-2.9	31.3	<0.05
急診醫學科	46715(11)	16279(38.3)	3.5	3.4-3.6	112.3	<0.05
職業醫學科	180(0)	26(0.1)	1.4	1-2.2	1.8	<0.05
麻醉科	174(0)	93(0.2)	5.3	4.2-6.9	13.0	<0.05
放射科	3218(0.8)	456(1.1)	1.4	1.3-1.6	6.9	<0.05
病理科	6727(1.6)	768(1.8)	1.1	1.1-1.2	3.4	<0.05
核醫科	174(0)	47(0.1)	2.7	2-3.7	6.0	<0.05
結核科	424(0.1)	124(0.3)	2.9	2.4-3.6	10.5	<0.05
洗腎科	1532(0.4)	462(1.1)	3.0	2.7-3.3	20.7	<0.05
消化內科(胃腸內科)	39616(9.3)	7221(17)	1.8	1.8-1.9	43.0	<0.05
心臟血管內科	33850(8)	5147(12.1)	1.5	1.5-1.6	26.3	<0.05
胸腔內科	19116(4.5)	3558(8.4)	1.9	1.8-1.9	32.7	<0.05
腎臟內科	9751(2.3)	2045(4.8)	2.1	2-2.2	29.8	<0.05
風濕免疫科	5967(1.4)	983(2.3)	1.6	1.5-1.8	14.3	<0.05
血液腫瘤科	3342(0.8)	1156(2.7)	3.5	3.2-3.7	36.0	<0.05
內分泌科	15956(3.8)	2482(5.8)	1.6	1.5-1.6	19.9	<0.05

門急診就診科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
感染科	3100(0.7)	794(1.9)	2.6	2.4-2.8	23.5	<0.05
潛醫科	87(0)	43(0.1)	4.9	3.4-7.1	8.6	<0.05
胸腔暨重症加護科	53(0)	21(0)	4.0	2.4-6.6	5.3	<0.05
直腸外科	6754(1.6)	1295(3)	1.9	1.8-2	21.2	<0.05
心臟血管外科	2553(0.6)	581(1.4)	2.3	2.1-2.5	17.8	<0.05
胸腔外科	1341(0.3)	466(1.1)	3.5	3.1-3.9	23.1	<0.05
消化外科	1700(0.4)	342(0.8)	2.0	1.8-2.3	11.8	<0.05
小兒外科	111(0)	15(0)	1.4	0.8-2.3	1.1	0.14
新生兒科	112(0)	5(0)	0.4	0.2-1.1	-1.8	<0.05
疼痛科	409(0.1)	190(0.4)	4.6	3.9-5.5	17.5	<0.05
居家護理	1080(0.3)	83(0.2)	0.8	0.6-1	-2.3	<0.05
放射診斷科	1228(0.3)	179(0.4)	1.5	1.2-1.7	4.7	<0.05
放射腫瘤科學科	1717(0.4)	782(1.8)	4.6	4.2-5	34.9	<0.05
脊椎骨科	159(0)	34(0.1)	2.1	1.5-3.1	4.0	<0.05

若以住院科別來看，自殺死亡之勝算比以急診醫學科(OR=41)、胸腔暨重症加護科(OR=16.5)，而精神科(OR=6.3)次之、緊接著為核醫科(OR=5.8)、胸腔外科(OR=4.5)、放射科(OR=3.2)。其中，急診醫學科、胸腔暨重症加護科及胸腔外科同樣較有可能是自殺死亡者於自殺後被送往醫院進行急救，以至於這三個科別的 OR 值較其他科別高之原因。(表 3-1-13)

表 3-1-13、2006 年 2015 年對照組及病例組住院科別情形

住院科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
家醫科	358(1.1)	227(1.5)	1.3	1.3-1.5	3.1	<0.05
內科	2712(8.4)	2011(13.1)	1.6	1.6-1.7	15.7	<0.05
外科	3836(11.8)	1839(12)	1	1-1.1	0.0	0.50
小兒科	429(1.3)	37(0.2)	0.2	0.2-0.3	-9.4	<0.05
婦產科	3071(9.5)	289(1.9)	0.2	0.2-0.2	-26.1	<0.05
骨科	4571(14.1)	1472(9.6)	0.7	0.7-0.7	-11.7	<0.05
神經外科	1735(5.3)	1087(7.1)	1.3	1.3-1.4	6.7	<0.05
泌尿科	2607(8)	665(4.3)	0.5	0.5-0.5	-15.8	<0.05
耳鼻喉科	1322(4.1)	393(2.6)	0.6	0.6-0.7	-8.9	<0.05

住院科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
眼科	472(1.5)	119(0.8)	0.5	0.5-0.6	-6.7	<0.05
皮膚科	66(0.2)	21(0.1)	0.7	0.7-1.1	-1.4	0.08
神經科	1895(5.8)	1077(7)	1.2	1.2-1.3	4.7	<0.05
精神科	826(2.5)	2434(15.9)	6.3	6.3-6.8	45.3	<0.05
復健科	285(0.9)	116(0.8)	0.9	0.9-1.1	-1.0	0.17
整形外科	838(2.6)	530(3.5)	1.3	1.3-1.5	4.7	<0.05
急診醫學科	3(0)	58(0.4)	41	36.5-130.9	6.3	<0.05
牙科	99(0.3)	37(0.2)	0.8	0.8-1.2	-1.2	0.12
放射科	4(0)	6(0)	3.2	2.8-11.3	1.8	<0.05
核醫科	7(0)	19(0.1)	5.8	5.3-13.8	4.0	<0.05
結核科	41(0.1)	18(0.1)	0.9	0.9-1.6	-0.4	0.36
職業醫學科	4(0)	5(0)	2.7	2.4-10.1	1.5	0.07
消化內科(胃腸內科)	2957(9.1)	1486(9.7)	1.1	1.1-1.2	3.0	<0.05
心臟血管內科	2813(8.7)	1005(6.6)	0.8	0.8-0.9	-6.0	<0.05
胸腔內科	2472(7.6)	1998(13.1)	1.7	1.7-1.8	17.4	<0.05
腎臟內科	1291(4)	1682(11)	2.8	2.8-3	27.6	<0.05
風濕免疫科	241(0.7)	138(0.9)	1.2	1.2-1.5	1.7	<0.05
血液腫瘤科	600(1.8)	554(3.6)	2	2-2.2	11.7	<0.05
內分泌科	580(1.8)	302(2)	1.1	1.1-1.3	1.3	0.0900
感染科	921(2.8)	356(2.3)	0.8	0.8-0.9	-3.6	<0.05
胸腔暨重症加護科	47(0.1)	365(2.4)	16.5	16-22.4	18.1	<0.05
直腸外科	902(2.8)	257(1.7)	0.6	0.6-0.7	-7.2	<0.05
心臟血管外科	495(1.5)	179(1.2)	0.8	0.8-0.9	-2.6	<0.05
胸腔外科	337(1)	719(4.7)	4.5	4.4-5.1	22.7	<0.05
消化外科	323(1)	130(0.8)	0.9	0.9-1.1	-1.0	0.16
小兒外科	5(0)	4(0)	1.7	1.5-6.3	0.8	0.21
新生兒科	78(0.2)	3(0)	0.1	0.1-0.3	-3.9	<0.05
疼痛科	10(0)	6(0)	1.3	1.2-3.6	0.5	0.31
放射腫瘤科學科	37(0.1)	37(0.2)	2.1	2-3.3	3.2	<0.05
口腔顎面外科	86(0.3)	53(0.3)	1.3	1.3-1.8	1.5	0.07
脊椎骨科	38(0.1)	12(0.1)	0.7	0.7-1.3	-1.1	0.14

由分析結果可知，綜觀所有疾病別，精神疾患相較於其他疾病之勝算比(OR)及可歸因危險分率均(PAF)最高，若細分精神疾患各診斷碼，藥物性精神疾病、酒癮徵候群、人格違常、藥癮、憂鬱症、情感性精神病、精神官能性憂鬱症之勝算比高於其他精神疾患，而若排除精神疾患，其他疾病勝算比較高的則是結核病(OR=3.4)、惡性腫瘤(OR=2.9)、腦血管疾病(OR=2.4)、血液及造血器官之疾病(OR=2.3)、肺炎(OR=2.3)、腎炎、腎徵候群及腎變性病(OR=2.3)。以 PAF 值而言，(PAF 定義為每一百個人自殺，有 n%的人會因為罹患此疾病而自殺)，以精神官能症之(PAF=0.24)最高、憂鬱症(PAF=0.23)、情感性疾患(PAF=0.16)、其他疾病則以徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(PAF=0.23)較高。(表 3-1-14)

表 3-1-14、2006 年至 2015 年對照組及病例組門急診開立疾病診斷情形

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
傳染病及寄生蟲病	67960(16)	8644(20.4)	1.3	1.2-1.3	18.9	<0.05	0.04
結核病	1095(0.3)	376(0.9)	3.4	3.1-3.9	20.6	<0.05	0.01
病毒性肝炎	9878(2.3)	1368(3.2)	1.4	1.3-1.5	11.1	<0.05	0.01
腫瘤	30411(7.2)	5298(12.5)	1.7	1.7-1.8	35.0	<0.05	0.05
惡性腫瘤	10124(2.4)	2966(7)	2.9	2.8-3.1	49.9	<0.05	0.05
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	80500(19)	11468(27)	1.4	1.4-1.5	30.5	<0.05	0.08
糖尿病	36165(8.5)	5786(13.6)	1.6	1.6-1.6	31.0	<0.05	0.05
血液及造血器官之疾病	7631(1.8)	1748(4.1)	2.3	2.2-2.4	30.7	<0.05	0.02
精神疾患	41719(9.8)	20177(47.5)	4.8	4.7-4.9	143.3	<0.05	0.38
精神官能症及人格異常	24822(5.8)	13006(30.6)	5.2	5.1-5.4	133.6	<0.05	0.25
老年期及初老年期器質性精神病態	2970(0.7)	731(1.7)	2.5	2.3-2.7	21.6	<0.05	0.01
酒精性精神病	250(0.1)	444(1)	17.8	15.2-20.7	36.3	<0.05	0.01
藥物性精神病	125(0)	638(1.5)	51.0	42.1-61.8	40.2	<0.05	0.01
暫時性器質性精神病態	316(0.1)	342(0.8)	10.8	9.3-12.6	30.5	<0.05	0.01

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
其他器質性精神病態(慢性)	1309(0.3)	750(1.8)	5.7	5.2-6.3	37.9	<0.05	0.01
思覺失調症	2037(0.5)	2552(6)	12.5	11.8-13.3	83.8	<0.05	0.06
情感性精神病	4097(1)	7264(17.1)	17.7	17-18.5	141.6	<0.05	0.16
妄想狀態	234(0.1)	381(0.9)	16.3	13.8-19.2	33.5	<0.05	0.01
其他非器質性精神病	473(0.1)	966(2.3)	20.4	18.3-22.8	53.5	<0.05	0.02
源於兒童期之精神病	62(0)	21(0)	3.4	2.1-5.6	4.8	<0.05	0.00
精神官能症	24758(5.8)	12855(30.3)	5.2	5.1-5.3	132.5	<0.05	0.24
精神官能性憂鬱症	5161(1.2)	5969(14.1)	11.6	11.1-12	123.8	<0.05	0.13
人格違常	161(0)	528(1.2)	32.8	27.5-39.1	38.7	<0.05	0.01
性心理偏差及疾患	189(0)	55(0.1)	2.9	2.2-3.9	7.0	<0.05	0.00
酒癮徵候群	602(0.1)	887(2.1)	14.7	13.3-16.3	50.7	<0.05	0.02
藥癮	281(0.1)	701(1.7)	24.9	21.7-28.7	45.4	<0.05	0.02
藥物濫用	2884(0.7)	1512(3.6)	5.2	4.9-5.6	51.5	<0.05	0.03
心因性之生理功能障礙	2135(0.5)	954(2.2)	4.5	4.1-4.8	38.1	<0.05	0.02
特定症狀或徵候群，NEC	9066(2.1)	5732(13.5)	6.3	6.1-6.5	104.0	<0.05	0.11
急性心理壓力反應	619(0.1)	557(1.3)	9.0	8-10.1	37.5	<0.05	0.01
環境適應障礙	940(0.2)	1212(2.9)	12.9	11.8-14	58.4	<0.05	0.03
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	313(0.1)	114(0.3)	3.6	2.9-4.5	11.8	<0.05	0.00
憂鬱性疾患，NEC	1855(0.4)	2998(7.1)	16.2	15.2-17.1	92.7	<0.05	0.07
行為障礙，NEC	38(0)	87(0.2)	22.9	15.6-33.5	16.1	<0.05	0.00
特發於兒童及青	19(0)	24(0.1)	12.6	6.9-23.1	8.3	<0.05	0.00

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
少年期之情緒障礙							
兒童期過動徵候群	70(0)	37(0.1)	5.3	3.5-7.9	8.2	<0.05	0.00
特定發展遲滯	38(0)	8(0)	2.1	1-4.5	1.9	<0.05	0.00
與其他特定疾病相關之精神因素	46(0)	39(0.1)	8.5	5.5-13	9.8	<0.05	0.00
輕度智能不足	90(0)	34(0.1)	3.8	2.5-5.6	6.6	<0.05	0.00
其他特定智能不足	98(0)	14(0)	1.4	0.8-2.5	1.2	0.106	0.00
智能不足	109(0)	22(0.1)	2.0	1.3-3.2	3.0	<0.05	0.00
憂鬱症	8576(2)	10737(25.3)	12.5	12.1-12.9	161.9	<0.05	0.23
神經系統及感覺器官之疾病	125830(29.6)	16504(38.9)	1.3	1.3-1.3	25.8	<0.05	0.09
眼及其附屬器官之疾患	93383(22)	10894(25.6)	1.2	1.1-1.2	13.2	<0.05	0.04
耳及乳突之疾患	36311(8.5)	5566(13.1)	1.5	1.5-1.6	27.8	<0.05	0.05
循環系統疾病	99054(23.3)	14884(35)	1.5	1.5-1.5	37.7	<0.05	0.12
高血壓疾病	74935(17.6)	10458(24.6)	1.4	1.4-1.4	27.9	<0.05	0.07
心臟病	11440(2.7)	1270(3)	1.1	1-1.2	3.5	<0.05	0.00
腦血管疾病	14547(3.4)	3456(8.1)	2.4	2.3-2.5	44.0	<0.05	0.05
呼吸系統疾病	94370(22.2)	6330(14.9)	0.7	0.7-0.7	-28.3	<0.05	-0.07
急性上呼吸道感染	61670(14.5)	3665(8.6)	0.6	0.6-0.6	-29.2	<0.05	-0.06
流行性感冒	13412(3.2)	1524(3.6)	1.1	1.1-1.2	4.6	<0.05	0.00
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	22341(5.3)	3881(9.1)	1.7	1.7-1.8	30.4	<0.05	0.04
肺炎	6993(1.6)	1613(3.8)	2.3	2.2-2.4	29.7	<0.05	0.02
消化系統疾病	141650(33.4)	20709(48.8)	1.5	1.4-1.5	37.1	<0.05	0.15
牙及其支持組織之疾病	4356(1)	810(1.9)	1.9	1.7-2	16.1	<0.05	0.01
胃及十二指腸之	28398(6.7)	6266(14.8)	2.2	2.1-2.3	52.8	<0.05	0.08

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
潰瘍							
闌尾炎	501(0.1)	77(0.2)	1.5	1.2-2	3.5	<0.05	0.00
腹腔疝氣	1316(0.3)	228(0.5)	1.7	1.5-2	7.6	<0.05	0.00
泌尿生殖系統疾病	79834(18.8)	12425(29.3)	1.6	1.5-1.6	38.9	<0.05	0.10
腎炎、腎徵候群及腎變性病	9258(2.2)	2095(4.9)	2.3	2.2-2.4	33.0	<0.05	0.03
膀胱炎	7881(1.9)	1616(3.8)	2.1	1.9-2.2	25.8	<0.05	0.02
尿結石	1860(0.4)	162(0.4)	0.9	0.7-1	-1.7	<0.05	0.00
攝護腺肥大	16270(3.8)	3229(7.6)	2.0	1.9-2.1	34.3	<0.05	0.04
妊娠、生產及產褥期之併發症	4083(1)	404(1)	1.0	0.9-1.1	-0.2	0.42	0.00
直接生產病態	406(0.1)	23(0.1)	0.6	0.4-0.9	-2.7	<0.05	0.00
正常生產	43(0)	6(0)	1.4	0.6-3.3	0.8	0.22	0.00
皮膚及皮下組織疾病	111625(26.3)	13672(32.2)	1.2	1.2-1.3	18.5	<0.05	0.06
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	123246(29)	17209(40.5)	1.4	1.4-1.4	32.0	<0.05	0.12
先天畸形	2614(0.6)	497(1.2)	1.9	1.7-2.1	13.1	<0.05	0.01
周產期病態	655(0.2)	22(0.1)	0.3	0.2-0.5	-5.0	<0.05	0.00
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	142218(33.5)	24147(56.9)	1.7	1.7-1.7	51.3	<0.05	0.23
損傷及中毒	99491(23.4)	18512(43.6)	1.9	1.8-1.9	59.5	<0.05	0.20
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	101402(23.9)	13167(31)	1.3	1.3-1.3	23.5	<0.05	0.07

以住院診斷比例各疾病自殺死亡勝算比依序同樣以為精神疾患(OR=4.5)最高、，而若細看各精神疾患，以人格違常最高(OR=20.5)、藥癮(OR=15.5)、憂鬱症(OR=11.4) 、情感性精神病(OR=10.8)、急性心理壓力反應(OR=10.6)、藥物濫用(OR=10.5)、藥物性精神病(OR=9.1)；其他疾病則以腎炎、腎徵候群及腎變性病(OR=2.8)及損害中毒(OR=2.6)較高；以 PAF 而言，在精神疾患部分，以憂鬱症(PAF=0.15)、情感性精神病(PAF=0.12)、思覺失調症(PAF=0.06)、精神官能症(PAF=0.05)較高；其

他疾病以損傷及中毒(PAF=0.31)、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(PAF=0.1)、腎炎、腎徵候群及腎變性病(PAF=0.08)較高。(表 3-1-15)

表 3-1-15、2006 年至 2015 年對照組及病例組住院診斷比例

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
傳染病及寄生蟲病	4501(13.9)	2433(15.9)	1.1	1-1.2	3.7	<0.05	0.01
結核病	353(1.1)	231(1.5)	1.4	1.2-1.7	4.0	<0.05	0.00
病毒性肝炎	1224(3.8)	679(4.4)	1.2	1.1-1.3	3.8	<0.05	0.01
腫瘤	4458(13.7)	2255(14.7)	1.1	1-1.2	3.6	<0.05	0.01
惡性腫瘤	3055(9.4)	1885(12.3)	1.3	1.2-1.4	8.8	<0.05	0.03
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	9557(29.4)	4685(30.6)	1	1-1	0.0	0.50	0.00
糖尿病	5973(18.4)	2508(16.4)	0.9	0.9-0.9	-4.3	<0.05	-0.02
血液及造血器官之疾病	2529(7.8)	1295(8.5)	1.1	1-1.2	2.8	<0.05	0.01
精神疾患	2314(7.1)	4928(32.2)	4.5	4.3-4.7	58.4	<0.05	0.25
精神官能症及人格異常	353(1.1)	1030(6.7)	6.2	5.5-7	29.5	<0.05	0.06
老年期及初老年期器質性精神病態	333(1)	83(0.5)	0.5	0.4-0.6	-5.6	<0.05	-0.01
酒精性精神病	115(0.4)	202(1.3)	3.7	2.9-4.7	11.2	<0.05	0.01
藥物性精神病	29(0.1)	124(0.8)	9.1	6.1-13.6	10.7	<0.05	0.01
暫時性器質性精神病態	58(0.2)	66(0.4)	2.4	1.7-3.4	4.9	<0.05	0.00
其他器質性精神病態(慢性)	395(1.2)	221(1.4)	1.2	1-1.4	2.2	<0.05	0.00
思覺失調症	487(1.5)	1071(7)	4.7	4.2-5.2	28.2	<0.05	0.06
情感性精神病	402(1.2)	2039(13.3)	10.8	9.7-12	43.4	<0.05	0.12
妄想狀態	28(0.1)	91(0.6)	6.9	4.5-10.5	8.9	<0.05	0.01
其他非器質性精	54(0.2)	172(1.1)	6.8	5-9.2	12.3	<0.05	0.01

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
神病							
源於兒童期之精神病	8(0)	4(0)	1.1	0.3-3.7	0.2	0.44	0.00
精神官能症	332(1)	852(5.6)	5.4	4.8-6.1	26.0	<0.05	0.05
精神官能性憂鬱症	96(0.3)	368(2.4)	8.1	6.5-10.1	18.2	<0.05	0.02
人格違常	24(0.1)	232(1.5)	20.5	13.5-31.2	14.1	<0.05	0.01
酒癮徵候群	204(0.6)	341(2.2)	3.5	2.9-4.2	14.1	<0.05	0.02
藥癮	19(0.1)	139(0.9)	15.5	9.6-25	11.2	<0.05	0.01
藥物濫用	49(0.2)	242(1.6)	10.5	7.7-14.3	15.0	<0.05	0.01
心因性之生理功能障礙	7(0)	20(0.1)	6.1	2.6-14.4	4.1	<0.05	0.00
特定症狀或徵候群，NEC	62(0.2)	108(0.7)	3.7	2.7-5.1	8.2	<0.05	0.01
急性心理壓力反應	4(0)	20(0.1)	10.6	3.6-31	4.3	<0.05	0.00
環境適應障礙	35(0.1)	163(1.1)	9.9	6.9-14.3	12.3	<0.05	0.01
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	23(0.1)	22(0.1)	2	1.1-3.6	2.3	<0.05	0.00
憂鬱性疾患，NEC	206(0.6)	1017(6.6)	10.5	9-12.2	30.7	<0.05	0.06
行為障礙，NEC							
特發於兒童及青少年期之情緒障礙							
兒童期過動徵候群	26(0.1)	42(0.3)	3.4	2.1-5.5	4.9	<0.05	0.00
特定發展遲滯							
與其他特定疾病相關之精神因素							

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
輕度智能不足							
其他特定智能不足							
性心理偏差及疾患							
智能不足	34(0.1)	13(0.1)	0.8	0.4-1.5	-0.7	0.25	0.00
憂鬱症	475(1.5)	2564(16.7)	11.4	10.3-12.6	48.5	<0.05	0.15
神經系統及感覺器官之疾病	3259(10)	2246(14.7)	1.5	1.4-1.6	14.5	<0.05	0.05
眼及其附屬器官之疾患	824(2.5)	339(2.2)	0.9	0.8-1	-1.6	0.05	0.00
耳及乳突之疾患	571(1.8)	222(1.5)	0.8	0.7-0.9	-2.8	<0.05	0.00
循環系統疾病	13438(41.4)	5939(38.8)	0.9	0.9-0.9	-6.4	<0.05	-0.04
高血壓疾病	9443(29.1)	3657(23.9)	0.8	0.8-0.8	-11.1	<0.05	-0.06
心臟病	4270(13.2)	1962(12.8)	1	0.9-1.1	0.0	0.5	0.00
腦血管疾病	2879(8.9)	1116(7.3)	0.8	0.7-0.9	-6.3	<0.05	-0.02
呼吸系統疾病	5316(16.4)	3865(25.2)	1.5	1.4-1.6	18.6	<0.05	0.08
急性上呼吸道感染	234(0.7)	130(0.8)	1.2	1-1.5	1.7	<0.05	0.00
流行性感冒	159(0.5)	34(0.2)	0.5	0.3-0.7	-3.7	<0.05	0.00
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	1600(4.9)	706(4.6)	0.9	0.8-1	-2.3	<0.05	-0.01
肺炎	2771(8.5)	1307(8.5)	1	0.9-1.1	0.0	0.5	0.00
消化系統疾病	9323(28.7)	4946(32.3)	1.1	1.1-1.1	5.2	<0.05	0.03
牙及其支持組織之疾病	147(0.5)	117(0.8)	1.7	1.3-2.2	4.3	<0.05	0.00
胃及十二指腸之潰瘍	2444(7.5)	1339(8.7)	1.2	1.1-1.3	5.3	<0.05	0.01
闌尾炎	361(1.1)	52(0.3)	0.3	0.2-0.4	-8.1	<0.05	-0.01
腹腔疝氣	876(2.7)	184(1.2)	0.4	0.3-0.5	-11.3	<0.05	-0.02
泌尿生殖系統疾病	7957(24.5)	4069(26.6)	1.1	1.1-1.1	4.8	<0.05	0.02

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
腎炎、腎徵候群及腎變性病	1404(4.3)	1866(12.2)	2.8	2.6-3	28.8	<0.05	0.08
膀胱炎	89(0.3)	75(0.5)	1.8	1.3-2.4	3.7	<0.05	0.00
尿結石	1225(3.8)	188(1.2)	0.3	0.3-0.3	-15.3	<0.05	-0.03
攝護腺肥大	1659(5.1)	686(4.5)	0.9	0.8-1	-2.3	<0.05	-0.01
妊娠、生產及產褥期之併發症	2264(7)	110(0.7)	0.1	0.1-0.1	-23.6	<0.05	-0.06
直接生產病態	1108(3.4)	43(0.3)	0.1	0.1-0.1	-14.8	<0.05	-0.03
正常生產	861(2.7)	35(0.2)	0.1	0.1-0.1	-13.3	<0.05	-0.02
皮膚及皮下組織疾病	2239(6.9)	887(5.8)	0.8	0.7-0.9	-5.6	<0.05	-0.01
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	4018(12.4)	1875(12.2)	1	0.9-1.1	0.0	0.50	0.00
先天畸形	466(1.4)	155(1)	0.7	0.6-0.8	-3.8	<0.05	0.00
周產期病態	425(1.3)	25(0.2)	0.1	0.1-0.1	-11.2	<0.05	-0.02
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	4644(14.3)	3758(24.5)	1.7	1.6-1.8	23.5	<0.05	0.10
損傷及中毒	6210(19.1)	7622(49.8)	2.6	2.5-2.7	53.1	<0.05	0.31
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	5583(17.2)	2176(14.2)	0.8	0.8-0.8	-8.6	<0.05	-0.04

表 3-1-16 各疾病及其診斷碼

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
傳染病及寄生蟲病	001-139
結核病	010-018
病毒性肝炎	70
腫瘤	140-239
惡性腫瘤	140-208
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	240-259,270-279,260-269
糖尿病	250

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
血液及造血器官之疾病	280-289
精神疾患	290-319
精神官能症及人格異常	300,301
老年期及初老年期器質性精神病態	290
酒精性精神病	291
藥物性精神病	292
暫時性器質性精神病態	293
其他器質性精神病態(慢性)	294
思覺失調症	295
情感性精神病	296
妄想狀態	297
其他非器質性精神病	298
源於兒童期之精神病	299
精神官能症	300
精神官能性憂鬱症	3004
人格違常	301
酒癮徵候群	303
藥癮	304
藥物濫用	305
心因性之生理功能障礙	306
特定症狀或徵候群，NEC	307
急性心理壓力反應	308
環境適應障礙	309
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	310
憂鬱性疾患，NEC	311
行為障礙，NEC	312
特發於兒童及青少年期之情緒障礙	313
兒童期過動徵候群	314
特定發展遲滯	315
與其他特定疾病相關之精神因素	316
輕度智能不足	317
其他特定智能不足	318
性心理偏差及疾患	302
智能不足	319
憂鬱症	2962,2963,3004,311

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
神經系統及感覺器官之疾病	320-389
眼及其附屬器官之疾患	360-379
耳及乳突之疾患	380-389
循環系統疾病	390-459
高血壓疾病	401-405
心臟病	390-398,410-414,415-429
腦血管疾病	430-438
呼吸系統疾病	460-466,470-478,480-519
急性上呼吸道感染	460-462,465
流行性感冒	487
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	490-493
肺炎	480-486
消化系統疾病	520-579
牙及其支持組織之疾病	520-525
胃及十二指腸之潰瘍	531-533
闌尾炎	540-543
腹腔疝氣	550-553
泌尿生殖系統疾病	580-629
腎炎、腎徵候群及腎變性病	580-589
膀胱炎	595
尿結石	592,594
攝護腺肥大	600
妊娠、生產及產褥期之併發症	630-676
直接生產病態	640-646,651-676
正常生產	650
皮膚及皮下組織疾病	680-709
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	710-739
先天畸形	740-759
周產期病態	760-779
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	780-799
損傷及中毒	800-999,E800-E999
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	V00-V82

1) 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企圖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。

精神疾患的自傷與自殺防治，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，熟悉精神疾患自殺的危險因子，早期認出危險群，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企圖之高危險群，給予正確精神醫療的評估，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，回顧國內外精神病人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣精神病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

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、熟悉精神疾患自傷與自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。

針對曾經有自殺企圖之個案，亦應強化訪員在辨識個案是否有精神疾患及醫療資源利用情形，特別是針對個案若有合併物質濫用的情形應特別注意，因此訪員在給予個案訪視時，應同時詢問自殺企圖個案亦或者是個案家屬是否有物質濫用之情形，若有此情形，則應合併考量個案之物質濫用情形及自殺危險性評估，並為個案適時轉介精神科亦或者其他支持性團體之資源介入，以提供個案整合性治療。

若詢問個案家屬亦或者個案本人曾有藥物性精神疾病、情感性疾患、精神官能症、人格異常或憂鬱症都應特別注意個案之精神科就診情形及是否有規律、規律服藥之情況，並加強精神病 人規律就診之醫院及強化精神病人後續之追蹤亦是相當重要的。

此外除個案本人外，亦應強化家屬與個案之間的連結，並進一步了解個案與家屬之連結強度，以及個案之保護因子，並進一步強化個案之保護因子。

(2) 選擇性策略

防治對象是高風險個案，由以上分析結果可知精神疾患在自殺危險性為所有疾病別之最，在門急診診斷的部分以藥物性精神疾病、情感性疾性疾患(PAF=0.16)、精神官能症(PAF=0.24)、人格異常、憂鬱症(PAF=0.23)及酒藥癮者，故應加強在不分科、家醫科、及各科別門急診醫師在辨識精神疾病的敏感度，在其他疾病別的部分，則需特別注意結核病、惡性腫瘤、腦血管疾病、血液及造血器官之疾病、肺炎、腎炎、腎徵候群及腎變性病之自殺危險性，並適度為病人轉介支持性團體、精神科甚至是其他社會資源。

以門急診各科別來看除精神科以外，尚需針對麻醉科、潛醫科、疼痛科、放射腫瘤科、洗腎科醫師強化醫師本身辨識自殺危險性之能力，並給予病人心情溫度計，若病人屬自殺高風險群，則應轉介精神科；或開立整合性科別、跨科別醫師共同整治病人身體疾病及精神疾患。

在住院科別的部分，住院醫師同樣需特別注意精神科住院病患，尤其

人格違常、藥癮、憂鬱症(PAF=0.15)、情感性精神病(PAF=0.12)均需特別注意其自殺風險，務必給予住院病人適當治療及其他心衛資源連結。而住院醫師尚需注意腎炎、腎徵候群及腎變性病病患，同樣適時轉介精神醫療資源、心衛資源及支持性團體。

(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。

在醫院方面，亦應強化醫院家醫科、內外科醫師對藥物性精神疾患、情感性精神疾患、精神官能症、人格異常等之診斷能力，並舉辦研習課程以增進各門及診科別醫師對精神疾患、自殺危險因子辨識。醫院之服務人員均需特別注意高醫療需求者或醫療資源使用較頻繁者，尤其是醫院第一線服務人員，並主動提供心情溫度計，讓病患能監控自我的狀態，並適時主動接觸精神科，甚至是心衛中心資源。

媒體對精神病汙名化，一直都是舉足輕重的地位。媒體經常將暴力、情緒化、傷害自己、怪異行為與精神疾病在報導中做不當的連結，以致於一般大眾對精神病患產生諸多的負面印象，因而對精神疾病患者產生排斥、害怕、甚至歧視。而另一方面，社會對於精神疾患的認知與包容，普遍還是相當不足，更甚至連自己的家人、鄰人都缺乏諒解，也難怪就診率低迷，何況回家後，還要備受歧視；同時也一直是去機構化成功的一大挑戰，因此持續強化一般大眾對精神疾患之認識，精神疾病去汙名化之活動辦理仍是相當重要的。

因此應結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，對於有自殺史的精神疾病患者則應提供「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，預防精神疾患的自殺。

未來不論是透過媒體教育宣導，已達到去汙名化，亦或者是透過更多的實證研究以辨識出精神病人之高風險特徵，藉以提早轉介資源，在自殺防治策略都是在精神病人相當重要的策略。

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med, 33*(3), 395-405.

Anderberg, J., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2016). Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. *Arch Suicide Res, 20*(3), 463-475. doi:10.1080/13811118.2015.1057663

Bai, Y. M., Liu, C. Y., & Lin, C. C. (1997). Risk factors for parasuicide among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv, 48*(9), 1201-1203. doi:10.1176/ps.48.9.1201

Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*(3), 181-185.

Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry, 52*(7), 594-603.

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry, 177*, 360-365.

Liu, C. Y., Bai, Y. M., Yang, Y. Y., Lin, C. C., Sim, C. C., & Lee, C. H. (1996). Suicide and parasuicide in psychiatric inpatients: ten years experience at a general hospital in Taiwan. *Psychol Rep, 79*(2), 683-690. doi:10.2466/pr0.1996.79.2.683

Ostergaard, M. L., Nordentoft, M., & Hjorthoj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. doi:10.1111/add.13788

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & Stress Research Group of

the Japanese Society for, H. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med, 13*(5), 243-256. doi:10.1007/s12199-008-0037-x

憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

1)緣起

自殺防治措施的預期效果必須反映在問題的盛行率和嚴重性上，為了使防治措施發揮功效，必須考量影響身心健康的多重因素，包括生物的、心理的及社會的相關因素，防治措施的預期效果必須受到民眾及社會的認同。有效的自殺防治措施必須仰賴下列事項：(1)找出針對個人及人口群整體的危險因素；(2)危險因子與問題之間因果關係的強度；以及(3)危險因子的可改變。

本研究的主要策略規劃依據，來自於下列主要資料分析結果。死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)，提供自殺身亡者的資訊，是判斷自殺問題盛行情況及嚴重性的重要依據。進一步與即時的自殺通報資料(自殺企圖與關懷追蹤資料)串聯，做為評估再自殺與死亡之間的關係或關懷追蹤成效的依據。此外，透過自殺死亡檔與全民健保資料的串聯，可以分析自殺身亡者生前的醫療服務利用型態，藉以找出更明確的介入點，並確認醫療服務系統各環節所應扮演的自殺防治角色與功能。健保資料串連亦可提供最新分析結果，做為各地區即時的自殺防治策略擬定之重要參考依據。

2)背景

憂鬱症已是聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，全球超過百分之四的人為憂鬱症所苦，又以女性、青年及老人最容易受憂鬱症影響而無法正常生活或工作。世界衛生組織公布全球憂鬱症與其他常見精神障礙的報告顯示，隨著人類壽命延長，二〇一五年估計有三億兩千兩百萬人罹患憂鬱症，占全球人口的百分之四點三；憂鬱症患者十年來增加了百分之十八點四。依據美國調查結果，每五個女性就有一個在一生中有一次的憂鬱症發作，其中女性的終身盛行率約在 10-25%，男性為 5-12%。

以台灣而言，15 歲以上民眾 8.9%有中度以上憂鬱，5.2%有重度憂鬱。年齡 65 歲以上有 8.4%重度憂鬱，其次 15-17 歲有 6.8%重度憂鬱，估計憂鬱人口逾百萬。且就 2016 年自殺通報系統中，在通報系統自殺原因為憂鬱

傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病占率均居最高，在男性占率 27.9%；女性占率 34.9%。這麼多的憂鬱症人口，但是實際接受治療的比例仍顯不足，顯見憂鬱症患者的議題是普遍存在各個人口群，因此如何針對憂鬱症患者制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

(Anderberg, Bogren, Mattisson, & Bradvik, 2016)採用病例對照研究，評估憂鬱症患者不同的抗抑鬱藥治療和自殺的發生率和企圖自殺或自我傷害之間的關聯，利用 QResearch 資料庫將 2000 至 2011 年首次診斷為憂鬱症並追蹤至 2012 年後，發現使用選擇性 5-羥色胺再攝取抑製劑和三環和相關抗抑鬱藥治療期間，自殺和企圖自殺或自殘的發生率相似。另外發現開始治療後的前 28 天，發生率最高，停藥後第 28 天發生率也會增加。

(Georgios D. Makris, Johan Reutfors et al. 2017) 研究發現年齡大於 65 歲的患者在夏季啟動抗抑鬱藥治療時有較高的自殺風險，而在春季和夏季開始治療也有較高的自殺企圖風險。年輕患者（0-24 歲）在秋季開始治療時發生自殺企圖風險較高。

王嘉薇(2008)研究臺灣失能老人，發現有重鬱症傾向者占 12.6%，雙變項分析中發現女性、65-74 歲、未受正式教育、免部份負擔、居住在直轄市、有認知障礙、完全依賴、四種以上慢性疾病、居住在機構、低社會網絡、低情緒性支持、低工具性支持者有重鬱症傾向的比率較高。另外有重鬱症傾向者，在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物者占 17.5%；而有重鬱症傾向者，且在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症者，僅占 5.9%。

(Chi-ShinWuM.D., et al. 2013)採取回顧性隊列研究，收集 1998 年至 2009 年間年齡在 18 歲或以上的所有新的抗抑鬱藥憂鬱症患者，發現只有 17.4%的患者繼續使用總體抗抑鬱藥治療，7.6%的患者持續服用 180 天或更長時間的抗抑鬱藥。男性、年齡較大、伴有焦慮或睡眠障礙的合併症及更多伴隨使用藥物有較低的停藥率，另外就抗抑鬱藥的比較而言，發現用選擇性 5-羥色胺再攝取抑製劑治療的患者不太可能改變最初的單一治療。

綜合國內外文獻，如何設法確保憂鬱症病人按時服藥以及如何提升憂鬱症患者服藥遵從性是關鍵問題，這些議題在憂鬱症自殺防治上是不容忽視的重點，憂鬱症患者除自傷及自殺外，對於社會及家庭所造成的負擔也很重大，因此如何針對憂鬱症患者做出有效的防治策略，及後續追蹤、關懷顯得格外重要。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來憂鬱症疾患自殺之趨勢以及憂鬱症疾患的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報及關懷訪視資料與健保資料庫，進行資料串聯與分析。藉以訂定出憂鬱症疾患之自殺防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處「資料科學中心」。

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2006 年至 2015 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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號與死因統計檔、全民健康保險資料庫進行串聯。

(3) 2005 年-2015 年全民健康保險資料

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：主要包含性別、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) 資料串聯

(1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_門急診分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_西醫住院分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(3) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2006 年-2015 年全民健保承保檔與 2006

年-2015 年死因統計檔進行串聯後,再利用隨機配對方式進行資料篩選。

3) 資料串聯目的

(1) 藉由死因統計檔與健保資料串聯，了解憂鬱症病患與死亡間之相關性分析自殺行為與生理、服藥遵從率之相關性以及自殺先前個案就醫之型態，藉此找出防治策略之介入點

(2) 藉由全民健保資料庫與自殺通報資料庫及死因統計檔串聯，了解自殺企圖者之精神醫療資源利用情況，並找出防治策略之介入點。

4) 研究方法

(1) 憂鬱症診定義：診斷碼含 296.2、296.3、300.4、311

(2) 服藥遵從性定義：以藥品持有率來代表服藥遵從率，計算方法＝給藥日份/180 天(半年追蹤天數)，服藥遵從性分為四個等級，81%以上：高、80%-51%：中高、50%-21%：中、20%以下：低。

(3) 將 2005 年至 2014 年被診斷出憂鬱症之個案篩選出後，將個案之診斷日期按照時間先後進行排序後，取出第一筆被開立憂鬱症診斷日期及開立抗憂鬱藥物之日期為同一天(index date)之憂鬱症個案

(4) 研究對象為將憂鬱症診斷日與抗憂鬱症患者為同一日之個案篩選出，且不將首次憂鬱症診斷日及首次開立抗憂鬱症日為 2006 年或 2015 年之個案納入分析，並扣除首次開藥日後 180 天內死亡個案。

(5) 計算個案於指標日後 180 天內之服藥遵從性、追蹤個案至 2015 年底之存活情形，追蹤個案 180 天內之遵從性，並以個案 180 天內於門急診就診之共病診斷碼如下：腦血管疾病 36234、4370、4371、4379、7814、7843、9970、431-436、438；心血管疾病 414、糖尿病(輕度至中度 2500-2503)、糖尿病(含併發症)2504-2509、高血壓 401-405、高血脂 272、酒精濫用 2911、2992、2915、2918、2919、30390-30393、30500-30503、V113、3575、4255、5353、5710-5713；藥物濫用 292、304、3052-3059；雙極性情感性疾患 2960-2961、2964-2968；重鬱症 2962、2963、2969；精神性憂鬱性疾患 3004、憂鬱性疾患 311、3090-3092、思覺失調症 295、297、298、7801；焦慮症 3000-3003、3005-3009；睡眠障礙 3074、7805。

5)研究會議討論

日期	討論內容	會議決議及執行結果
3/6	研究方法及方向討論及實證研究資料分析檔案年份確認。	(1) 採用世代追蹤研究法。 (2) 分析期程之規劃。 (3) 依各實證研究案成立研究小組，並指派負責人。 (4) 規劃分析期程，下半年期程詳如執行成果。
3/13	針對死因統計檔及全民健保檔串聯、分析內容做初步討論	(1) 進行死因檔與健保資料庫串聯以分析自殺死亡個案之就診精神科狀況及診斷 (2) 進行自殺關懷通報檔與健保資料庫串聯以分析自殺企圖個案之就診精神科狀況及診斷 (3) 將程式碼各段及使用資料庫之說明，製作成簡報檔。
4/10	針對修正後之程式碼進行確認	待取得初步分析結果後再進一步討論。
9/18	定義服藥遵從性及分析憂鬱症病人之特性	以藥品持有率(medication possession ratio MPR)來計算其憂鬱症患者服藥遵從性，追蹤個案 180 天內之藥物遵從性，扣除追蹤期限內死亡之個案，並將遵從性分為四組(0.8、0.5、0.2 作為切點)。
10/24	針對分析結果進行數據解讀及報告撰寫方向確認	(1) 以比例風險模型來分析憂鬱症個案之服藥遵從率與自殺之相關性，並加入干擾因子以校正各服藥遵從率組別之風險比，並針對性別及年齡層進行分層分析。 (2) 搜尋憂鬱症與自殺相關之文獻 2 篇，將文獻摘要一併寫入期末報告中。
11/13	針對初步分析結果進行討論	(1) 將服藥遵從率重新計算並更正表格數字。 (2) 針對重鬱症有無進行分層分析，並針對個案診斷前後精神科住院紀錄進行分析。
11/27	針對分析結果討論策略	將分析結果彙整成表格，並依照討論結果撰寫建議與策略

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. IRB 申請：1 月底至 4 月份

1)1 月 11 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2)1 月 20 日依臺大醫院研究倫理委員會修正 IRB 計畫書、計劃書摘要及前後對照表後回傳，以繼續進行 IRB 變更申請。

3)4 月 10 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」資料申請相關事宜：4 月份至 7 月份

1)4 月 10 日郵寄新案資料申請案表單、特殊需求申請書及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行新案件申請。

2)4 月 14 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信要求針對新案申請表單進行內容修正及過往案件成果回饋，並於 4 月 18 日將修正後之申請單及成果回饋寄回。

3)6 月 3 日統計處將複審之審查意見表寄至中心，並於當日填具完成後回傳。

4)6 月 16 日統計處來函通知進行繳費，6 月 20 日與統計處申請 H105047 天數移轉至新案上，6 月 22 日衛生福利部統計處「資料科學中心」重新將繳費通知寄至中心。

5)6 月 29 日將案件編號 H106087 之繳費收據回傳至衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

3. 資料分析：8 月份至 11 月份

1)8 月 9 日、8 月 14 日、8 月 16 日、8 月 23 日將 95 至 104 年死因統計檔串聯。

2)9 月 6 日、9 月 21 日、9 月 30 日、10 月 18 日、11 月 9 日進行資料分析，並進行資料攜出申請。

四、 成果 (Product)

1. 分析結果

由自殺關懷通報資料檔串連健保資料庫可發現到(見表 3-2-1)，女性在自殺企圖日前一年於精神科有憂鬱症疾患診斷之比例歷年均高於男性，女性於精神科被開立憂鬱症疾患診斷比例均在二成五左右，男性有一成左右有於精神就診之紀錄；而不論男女，非精神科之憂鬱疾患診斷比例均低於精神科開立診斷比例。

表 3-2-1、自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用-性別

男性			女性		
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)
2006(n=6031)	1036(17.2)	201(3.3)	2006(n=11616)	3169(27.3)	473(4.1)
2007(n=6616)	1018(15.4)	192(2.9)	2007(n=12402)	3099(25.0)	457(3.7)
2008(n=6916)	1069(15.5)	186(2.7)	2008(n=11975)	2958(24.7)	405(3.4)
2009(n=7254)	1079(14.9)	219(3.0)	2009(n=11992)	2863(23.9)	399(3.3)
2010(n=7407)	1166(15.7)	164(2.2)	2010(n=11970)	2977(24.9)	388(3.2)
2011(n=7048)	1117(15.8)	184(2.6)	2011(n=11428)	2701(23.6)	384(3.4)
2012(n=7663)	1254(16.4)	179(2.3)	2012(n=11668)	2916(25.0)	326(2.8)
2013(n=7652)	1257(16.4)	228(3.0)	2013(n=11100)	2733(24.6)	309(2.8)
2014(n=7688)	1255(16.3)	353(4.6)	2014(n=11402)	2869(25.2)	613(5.4)
2015(n=8078)	1349(16.7)	363(4.5)	2015(n=11232)	2964(26.4)	607(5.4)
總計(n=72353)	12360(17.1)	2269(3.1)	總計(n=116785)	31008(26.6)	4361(3.7)

若以年齡層分析(見表 3-2-2)，可發現到 65 歲以上之自殺企圖個案為各年齡層於精神科之診斷比例最低，近幾年有增加的趨勢；其次為 0-24 歲之年齡層自殺企圖前一年於精神科被開立憂鬱症疾患診斷歷年均將近二成，而 25-44 歲有超過三成於精神科被開立憂鬱症疾患診斷。結果顯示 65 歲以上自殺企圖者可能較其他年齡層沒有受到妥善的治療。

表 3-2-2、自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層

年齡層	0-24 歲		年齡層	25-44 歲	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)
2006(n=3650)	813(22.3)	124(3.4)	2006(n=9172)	2378(25.9)	366(4.0)
2007(n=3657)	697(19.1)	101(2.8)	2007(n=9628)	2276(23.6)	362(3.8)
2008(n=3435)	549(16.0)	70(2.0)	2008(n=9501)	2228(23.5)	329(3.5)
2009(n=3255)	562(17.3)	73(2.2)	2009(n=9528)	2111(22.2)	338(3.5)
2010(n=3235)	536(16.6)	70(2.2)	2010(n=9317)	2212(23.7)	284(3.0)
2011(n=3286)	518(15.8)	74(2.3)	2011(n=8662)	1913(22.1)	290(3.3)
2012(n=3320)	548(16.5)	46(1.4)	2012(n=8912)	2060(23.1)	241(2.7)
2013(n=2995)	439(14.7)	49(1.6)	2013(n=8540)	1979(23.2)	229(2.7)
2014(n=3247)	551(17.0)	98(3.0)	2014(n=8354)	1908(22.8)	387(4.6)
2015(n=3407)	673(19.8)	96(2.8)	2015(n=8243)	1902(23.1)	375(4.5)
總計(n=33487)	6153(18.4)	801(2.4)	總計(n=89857)	22121(24.6)	3201(3.6)

表 3-2-2、自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層(續)

年齡層	45-64 歲		年齡層	65 歲以上	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷	非精神科憂鬱症疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷	非精神科憂鬱症疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3460)	818(23.6)	158(4.6)	2006(n=1365)	196(14.4)	26(1.9)
2007(n=4125)	913(22.1)	133(3.2)	2007(n=1608)	231(14.4)	53(3.3)
2008(n=4286)	1003(23.4)	160(3.7)	2008(n=1669)	247(14.8)	32(1.9)
2009(n=4628)	1004(21.7)	164(3.5)	2009(n=1835)	265(14.4)	43(2.3)
2010(n=4839)	1113(23.0)	164(3.4)	2010(n=1986)	282(14.2)	34(1.7)
2011(n=4594)	1078(23.5)	171(3.7)	2011(n=1934)	309(16.0)	33(1.7)
2012(n=4933)	1232(25.0)	179(3.6)	2012(n=2166)	330(15.2)	39(1.8)
2013(n=4921)	1229(25.0)	184(3.7)	2013(n=2296)	343(14.9)	75(3.3)
2014(n=5131)	1316(25.6)	339(6.6)	2014(n=2358)	349(14.8)	142(6.0)
2015(n=5204)	1354(26.0)	373(7.2)	2015(n=2456)	384(15.6)	126(5.1)
總計(n=46121)	11875(25.7)	2025(4.4)	總計(n=19673)	3219(16.4)	603(3.1)

由表 3-2-3 可看出男性自殺企圖者其標準死亡比例年均高於全體憂鬱症患者將近 1.2 至 1.4 倍，且達到統計上顯著。

表 3-2-3、自殺企圖關懷通報檔中之憂鬱症標準死亡比

			男性			女性		
指標企圖日年份	精神科憂鬱症診斷人數	再自殺死亡	expected	D	SMR(95%CI)	expected	D	SMR(95%CI)
2006	4205	260	64.1	77	1.2(0.98-1.43)	195.9	183	0.93(0.79-1.07)
2007	4117	221	54.6	77	1.41(1.19-1.63)	166.4	144	0.87(0.7-1.03)
2008	4027	236	62.6	72	1.15(0.92-1.38)	173.4	164	0.95(0.79-1.1)
2009	3942	198	54.2	72	1.33(1.1-1.56)	143.8	126	0.88(0.7-1.05)
2010	4143	182	51.2	70	1.37(1.13-1.6)	130.8	112	0.86(0.67-1.05)
2011	3818	119	34.8	49	1.41(1.13-1.69)	84.2	70	0.83(0.6-1.06)
2012	4170	168	50.5	68	1.35(1.11-1.58)	117.5	100	0.85(0.66-1.05)
2013	3990	130	41.0	55	1.34(1.08-1.61)	89.0	75	0.84(0.62-1.07)
2014	4124	122	37.1	51	1.37(1.1-1.65)	84.9	71	0.84(0.6-1.07)
2015	4313	100	31.3	42	1.34(1.04-1.65)	68.7	58	0.84(0.59-1.1)

由表 3-2-4 可發現自殺企圖前一年有將近五成的憂鬱症患者均有重鬱症診斷，但比例有逐年下降趨勢，而每年均有一成五左右的憂鬱症患者會有精神科住院紀錄，約二成五會有非精神科住院紀錄；而約三成之病患精神科門急診的就診次數半年是少於 4 次、二成會就診次數會超過九次；而非精神科就診部分，0-5 次就診人數比例約占憂鬱症患者三成。

表 3-2-4、2006 年至 2014 年憂鬱症患者指標通報企圖日後 180 天精神科住院情形、非精神科住院情形

指標企圖日年份	憂鬱症	重鬱者患者	精神科住院	非精神科住院
	N	N(%)	N(%)	N(%)
2006	5019	3096(61.7)	958(19.1)	1273(25.4)
2007	4944	2901(57.8)	789(15.7)	1266(25.2)
2008	4748	2722(54.2)	714(14.2)	1209(24.1)
2009	4807	2641(52.6)	776(15.5)	1187(23.7)
2010	5006	2721(54.2)	855(17)	1170(23.3)
2011	4696	2314(46.1)	759(15.1)	1121(22.3)
2012	4964	2428(48.4)	818(16.3)	1148(22.9)
2013	4756	2266(45.1)	812(16.2)	1261(25.1)
2014	5030	2333(46.5)	827(16.5)	1261(25.1)

表 3-2-4、2006 年至 2014 年憂鬱症患者指標通報企圖日後 180 天門急診就診情形(續)

指標企圖日年份	精神科就診次數			非精神科就診次數		
	<4 次	4-8 次	9 次以上	0-5 次	6-12 次	13 次以上
2006	1470(29.3)	2047(40.8)	1502(29.9)	1620(32.3)	1739(34.6)	1660(33.1)
2007	1611(32.1)	1889(37.6)	1444(28.8)	1615(32.2)	1716(34.2)	1613(32.1)
2008	1548(30.8)	1878(37.4)	1322(26.3)	1493(29.7)	1637(32.6)	1618(32.2)
2009	1503(29.9)	1994(39.7)	1310(26.1)	1550(30.9)	1677(33.4)	1580(31.5)
2010	1636(32.6)	1986(39.6)	1384(27.6)	1564(31.2)	1747(34.8)	1695(33.8)
2011	1531(30.5)	1916(38.2)	1249(24.9)	1468(29.2)	1597(31.8)	1631(32.5)
2012	1673(33.3)	2000(39.8)	1291(25.7)	1571(31.3)	1788(35.6)	1605(32)
2013	1546(30.8)	2019(40.2)	1191(23.7)	1543(30.7)	1697(33.8)	1516(30.2)
2014	1636(32.6)	2120(42.2)	1274(25.4)	1710(34.1)	1724(34.3)	1596(31.8)

針對 2006 年至 2014 年第一次開立憂鬱症處方人數(見圖 3-2-1)，可以發現人數隨著時間呈現遞減趨勢，顯示每年憂鬱症新發人數變少，有可能是人口結構的改變，造成每年新發病例數逐年減少。

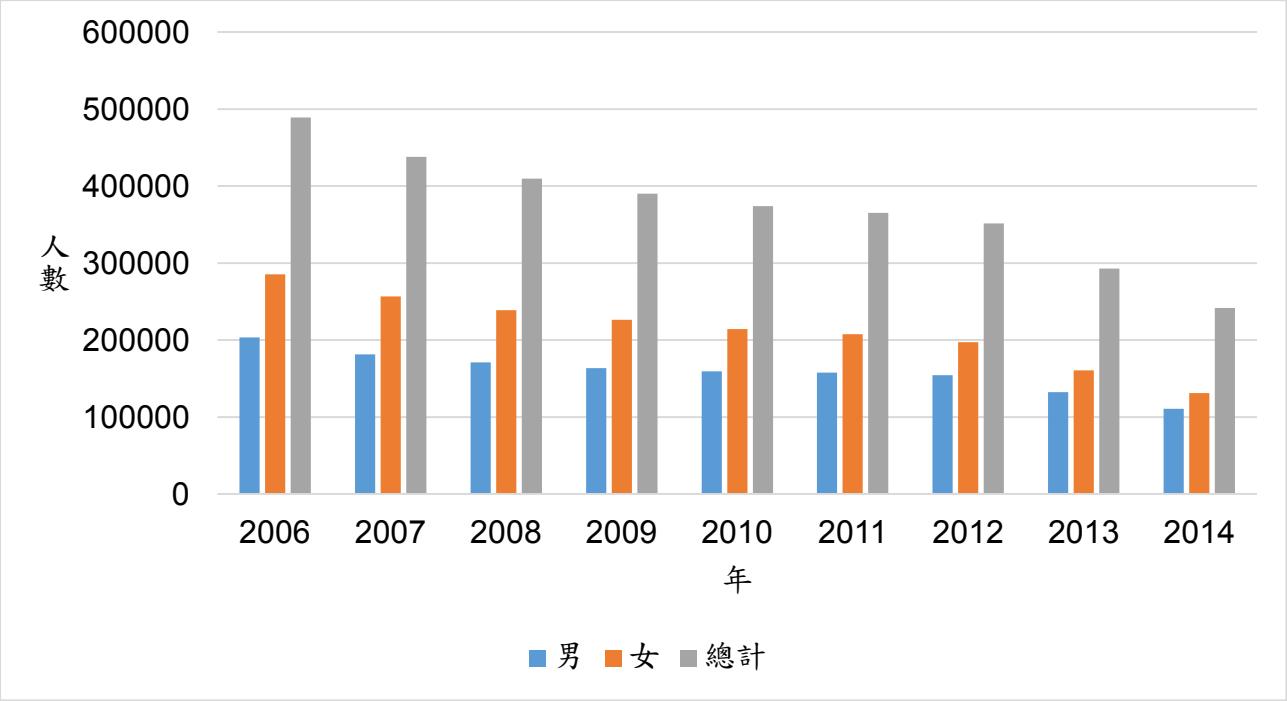


圖 3-2-1、2006 年至 2014 年第一次開立憂鬱症處方人數

由表 3-2-5 分析結果可發現憂鬱症患者共病情形，以性別而言，男性與女性患者同時患有高血壓或高血脂症或糖尿病或精神官能性憂鬱症或焦慮症或睡眠障礙占率明顯高於其他共病，其中精神官能性憂鬱症及焦慮症高達三成，高血壓也有二成。

表 3-2-5、憂鬱症患者共病按性別

	男性		女性	
	N	%	N	%
腦血管疾病	7498	4.6	7489	2.9
心血管疾病	11775	7.3	14409	5.5
糖尿病（輕度至中度）	13481	8.3	18197	7.0
慢性併發症糖尿病（SDM）	5177	3.2	6734	2.6
高血壓	34349	21.3	46855	17.9
高血脂症	17171	10.6	26504	10.1
酒精濫用	9312	5.8	2333	0.9
藥物濫用	3297	2.0	1487	0.6
雙相情感疾患	3242	2.0	4304	1.6

	男性		女性	
	N	%	N	%
重鬱症	11625	7.2	19190	7.3
精神官能性憂鬱症	55173	34.1	82817	31.7
憂鬱性疾患	116741	72.2	194863	74.5
思覺失調症	6511	4.0	6893	2.6
焦慮症	52770	32.7	91873	35.1
睡眠障礙	28823	17.8	45546	17.4
TOTAL	161595	100.0	261565	100.0

由表 3-2-6 以性別來看，女性憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率(17.1%)，而男性憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率(18.7%)，顯示男性有較高的服藥遵從性；以年齡層而言，中老年齡層憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率比其他年齡層高出許多，可推測由於老年人病情嚴重，因而遵從醫師的指示服藥；整體而言，低服藥遵從率高達 5 成，有可能是憂鬱症病人的對病況的不夠清楚，亦或者病情屬於較輕微，造成低服藥遵從率佔大多數。

表 3-2-6、各服藥遵從率性別及年齡層分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
性別								
男	80562	49.9	32494	20.1	18377	11.4	30162	18.7
女	140006	53.5	49197	18.8	27592	10.5	44770	17.1
年齡層								
0-24	35514	61.2	11214	19.3	5286	9.1	5993	10.3
25-44	91321	55.3	30651	18.6	16814	10.2	26214	15.9
45-64	65729	48.3	26780	19.7	15710	11.5	27997	20.6
65+	28004	43.8	13046	20.4	8159	12.8	14728	23.0

由表 3-2-7 分析結果以就診次數來看，就診次數在十至十九次及二十次以上服藥遵從率大於 0.8 占率分別為 25.8%及 32.9%，表示服藥遵從率較高之患者仍有持續就醫，而服藥遵從率較低者，較無規律就醫。

表 3-2-7、各服藥遵從率門急診次數分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
門急診次數								
0-9	137803	67.0	38921	18.9	14949	7.3	13933	6.8
10-19	59929	39.9	30141	20.1	21252	14.2	38772	25.8
>=20	22836	33.9	12629	18.7	9768	14.5	22227	32.9

由表 3-2-8 分析結果以有無住院來看，可發現有住院者服藥遵從率大於 0.8 占率(20.0%)比無住院者(17.5%)略高，顯示有住院之患者越會依照醫生指示吃藥。

表 3-2-8、各服藥遵從率有無住院分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
有無住院								
無	202804	52.8	73259	19.1	40636	10.6	67047	17.5
有	17764	45.1	8432	21.4	5333	13.5	7885	20.0

由表 3-2-9 可發現到至 2011 年高服藥遵從率人數比例緩慢上升，2011 年之後人數比例緩後下降，有可能是新一代抗憂鬱藥效果較佳，造成病患自覺情況較佳後，自行停藥。

表 3-2-9、2007 年至 2014 年服藥遵從率比例

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
2007	37281	52.5	13881	19.5	7333	10.3	12513	17.6
2008	31591	52.5	11583	19.2	6365	10.6	10672	17.7

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
2009	29646	50.9	11349	19.5	6386	11.0	10896	18.7
2010	27257	50.8	10323	19.2	5906	11.0	10178	19.0
2011	27379	51.1	10128	18.9	5838	10.9	10189	19.0
2012	26156	51.4	9585	18.8	5642	11.1	9476	18.6
2013	22755	52.9	8316	19.3	4918	11.4	7014	16.3
2014	18503	56.8	6526	20.0	3581	11.0	3994	12.3

由表 3-2-10 憂鬱症患者共病情形來看，除服藥遵從率小於 0.2 之組別外，有共病之服藥遵從率均較沒共病高，顯示病況越複雜之憂鬱症個案較容易回診領藥。

表 3-2-10、各服藥遵從率與憂鬱症共病分布占率

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
腦血管疾病	6190	41.3	3199	21.3	2047	13.7	3551	23.7
心血管疾病	12092	46.2	5471	20.9	3162	12.1	5459	20.8
糖尿病（輕度至中度）	14352	45.3	6563	20.7	3889	12.3	6874	21.7
慢性併發症糖尿病（SDM）	5240	44.0	2584	21.7	1442	12.1	2645	22.2
高血壓	36419	44.8	16653	20.5	10127	12.5	18005	22.2
高血脂症	20410	46.7	8895	20.4	5355	12.3	9015	20.6
酒精濫用	5512	47.3	2515	21.6	1419	12.2	2199	18.9
藥物濫用	2135	44.6	1078	22.5	614	12.8	957	20.0
雙極性情感疾患	2506	33.2	1700	22.5	1263	16.7	2077	27.5
重鬱症	8345	27.1	6554	21.3	5181	16.8	10735	34.8
精神官能性憂鬱症	67920	49.2	27490	19.9	16002	11.6	26578	19.3
憂鬱性疾患	160975	51.7	60212	19.3	34382	11.0	56035	18.0

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
思覺失調症	5039	37.6	2801	20.9	1861	13.9	3703	27.6
焦慮症	67610	46.7	29284	20.2	17768	12.3	29981	20.7
睡眠障礙	34290	46.1	14840	20.0	9273	12.5	15966	21.5

由表 3-2-11 分析結果來看，歷年高服藥遵從率的平均年齡皆落在 50 歲左右，低服藥遵從率的平均年齡皆落在 42 歲；整體而言，服藥遵從率平均年齡在 40-50 歲之間，顯示年齡越高，其服藥遵從率也較好。

表 3-2-11、2007 年至 2014 年服藥遵從率平均年齡

服要遵從率	0.0<=服藥遵從率<=0.2	0.2<服藥遵從率<=0.5	0.5<服藥遵從率<=0.8	服藥遵從率>0.8
平均年齡	42.60	45.06	46.57	48.75
年份				
2007	42.89	45.59	46.22	48.90
2008	42.88	45.35	46.58	48.89
2009	42.99	45.24	46.24	49.20
2010	42.44	44.52	46.67	48.35
2011	42.02	44.48	46.57	48.32
2012	42.33	44.84	46.62	48.68
2013	42.58	44.86	46.95	48.75
2014	42.41	45.40	47.02	48.93

藉由比例風險模型校正後(見表 3-2-12)，以性別做分層，服藥遵從率大於 0.8，男性與女性自殺死亡風險無明顯差異；男性年齡層對其自殺死亡風險是危險因子；相較女性在各年齡層無明顯差異，在門急診就診次數部分，不論男女性，其就診次數越多，其危險比越高，有可能是個案病情較複雜，需要經常就醫；住院亦有類似情況，有住院的其自殺風險亦較高。從共病方面來看，不論男女性，有物質濫用之個案其自殺危險性均比沒有高出 1-3 倍，特別是男性憂鬱症患者合併藥物濫用者，而思覺失調症及雙極性情感性疾患者其自殺死亡風險亦會較沒共病之患者高，而若看服藥遵從率與自殺危險之關係，則可發現服藥遵從性較高者其自殺死亡危險比較高。

表 3-2-12、比例風險模型針對男女性分層分析

分層分析	無分層	男性	女性
		Adjust Hazard Ratio(95%CI)	
性別			
男性	1.00	-	-
女性	0.56(0.51-0.62)***	-	-
0-24 歲	-	1.00	1.00
25-44 歲	-	1.82(1.43-2.31)***	1.28(1.01-1.63)**
45-64 歲	-	1.58(1.22-2.05)**	1.05(0.81-1.36)
65 歲以上	-	1.74(1.28-2.36)**	1.22(0.89-1.68)
年份			
2007	1.00	1.00	1.00
2008	0.85(0.74-0.99)**	0.82(0.67-0.99)**	0.9(0.73-1.11)
2009	0.82(0.7-0.96)**	0.71(0.57-0.88)**	0.97(0.78-1.2)
2010	0.79(0.67-0.94)**	0.78(0.62-0.98)**	0.82(0.64-1.04)
2011	0.84(0.71-1.01)	0.91(0.73-1.15)	0.77(0.59-1)
2012	0.79(0.65-0.96)**	0.75(0.58-0.99)**	0.85(0.64-1.14)
2013	0.86(0.68-1.09)	0.92(0.68-1.25)	0.79(0.55-1.14)
2014	0.68(0.47-0.98)**	0.82(0.53-1.29)	0.48(0.24-0.94)**
診斷後 180 天內門急診就醫次數			
0-9 次	1.00	1.00	1.00
10-19 次	1.19(1.06-1.34)**	1.26(1.07-1.47)**	1.15(0.96-1.37)
20 次以上	1.67(1.45-1.92)***	1.61(1.32-1.96)***	1.74(1.42-2.14)***
診斷後 180 天內住院紀錄			
無	1.00	1.00	1.00
有	1.32(1.15-1.52)***	1.25(1.04-1.5)**	1.51(1.22-1.86)**
共病			
腦血管疾病	0.91(0.7-1.18)	0.86(0.61-1.2)	1.02(0.67-1.55)
心血管疾病	0.93(0.76-1.14)	1.02(0.78-1.33)	0.85(0.61-1.18)
糖尿病（輕度至中度）	1.3(1.08-1.57)**	1.32(1.03-1.7)**	1.33(0.99-1.79)
慢性併發症糖尿病	0.78(0.56-1.08)	0.72(0.46-1.12)	0.86(0.53-1.4)

分層分析	無分層	男性	女性
		Adjust Hazard Ratio(95%CI)	
（SDM）			
高血壓	0.84(0.73-0.97)**	0.95(0.79-1.15)	0.77(0.61-0.97)**
高血脂症	0.75(0.63-0.9)**	0.69(0.54-0.89)**	0.85(0.65-1.1)
酒精濫用	2.01(1.68-2.42)***	1.9(1.54-2.33)***	2.02(1.31-3.13)**
藥物濫用	2.9(2.33-3.6)***	3.08(2.41-3.94)***	1.86(1.15-3.03)**
雙極性情感疾患	1.6(1.28-2)***	1.47(1.07-2.01)**	1.82(1.33-2.49)**
重鬱症	1.69(1.48-1.93)***	1.67(1.39-2.02)***	1.73(1.43-2.09)***
精神官能性憂鬱症	1.4(1.21-1.63)***	1.24(1-1.54)	1.63(1.33-2.01)***
憂鬱性疾患	1.4(1.19-1.66)***	1.2(0.95-1.52)	1.69(1.33-2.13)***
思覺失調症	2(1.68-2.37)***	1.98(1.59-2.46)***	1.97(1.5-2.6)***
焦慮症	1.13(1.02-1.25)**	1.02(0.89-1.17)	1.25(1.08-1.44)**
睡眠障礙	1.21(1.08-1.36)**	1.25(1.07-1.46)**	1.12(0.94-1.33)
服藥遵從率			
遵從率<=0.2	1.00	1.00	1.00
0.2<遵從率<=0.5	1.33(1.17-1.52)***	1.82(1.43-2.31)***	1.42(1.17-1.73)**
0.5<遵從率<=0.8	1.41(1.2-1.64)***	1.58(1.22-2.05)**	1.57(1.25-1.97)**
遵從率>0.8	1.81(1.59-2.05)***	1.74(1.28-2.36)**	1.98(1.64-2.39)***

***P<0.0001

**P<0.05

藉由比例風險模型校正後(見表 3-2-13)，在 64 歲以下其服藥遵從率越高其自殺死亡比亦越高，顯示老年人服藥遵從性高，可推測可能老年人通常病況較嚴重，因此會按時吃藥;各年齡層男性自殺死亡風險比皆相對女性高，顯示男性有較高的自殺危險性。在門急診就診次數方面，除 0-24 歲外，其餘年齡層其自殺危險比均隨次數增加而有顯著增加；在住院紀錄方面，25-44 歲及 45-64 歲有住院紀錄之憂鬱症病患在自殺危險相較無住院紀錄有顯著增加。在共病方面而言，年齡層在 0-24 歲，由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者、憂鬱性疾患、思覺失調症等均會造成其自殺危險比之上升；25-44 歲酒精濫用、藥物濫用、雙極性情感疾患、重鬱症、精神官能性憂鬱症、憂鬱性疾患、思覺失調症患者其自殺危險比亦較高；45 至 64 歲憂鬱症患者合併藥物濫用、思覺失調症及雙極性情緒性疾患自殺危險比都較

沒有共病之患者高約 2 倍，而其他共病包含酒精濫用、由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者、糖尿病(輕度至中度)、憂鬱性疾患、精神官能性憂鬱症、焦慮症及睡眠障礙均會造成其自殺危險比的增加；65 歲以上則以雙極性情感性疾病及由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者均會造成自殺危險比的顯著上升。

在服藥遵從性方面，25-44 歲及 45-64 歲之服藥遵從性越高其自殺危險性也越高，其他年齡層則無顯著差異。

表 3-2-13、使用比例風險模型針對服藥遵從率計算各分組之危險性

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
	Adjust Hazard Ratio(95%CI)			
性別				
女性	1.00	1.00	1.00	1.00
男性	1.25(0.91-1.72)	1.8(1.56-2.09)***	1.9(1.59-2.27)***	1.95(1.52-2.49)***
年份				
2007	1.00	1.00	1.00	1.00
2008	0.66(0.42-1.02)	0.95(0.77-1.17)	0.68(0.52-0.89)**	1.22(0.83-1.78)
2009	0.45(0.27-0.77)**	0.91(0.73-1.15)	0.8(0.61-1.05)	0.95(0.62-1.45)
2010	0.42(0.23-0.74)**	0.94(0.74-1.2)	0.66(0.48-0.9)**	1.1(0.69-1.73)
2011	0.48(0.27-0.86)**	0.94(0.73-1.22)	0.57(0.4-0.8)**	1.85(1.21-2.82)**
2012	0.61(0.33-1.13)	0.81(0.6-1.09)	0.79(0.56-1.1)	0.96(0.55-1.69)
2013	0.72(0.35-1.45)	0.88(0.61-1.26)	0.81(0.54-1.2)	1.21(0.64-2.26)
2014	0.14(0.02-1.05)	0.47(0.23-0.97)**	0.69(0.38-1.26)	2.15(1.06-4.38)**
診斷後 180 天內門急診就醫次數				
0-9 次	1.00	1.00	1.00	1.00
10-19 次	1.17(0.82-1.69)	1.16(0.98-1.38)	1.11(0.89-1.38)	1.47(0.99-2.18)
20 次以上	0.95(0.51-1.75)	1.44(1.15-1.81)**	1.73(1.36-2.22)***	2.42(1.63-3.6)***
診斷後 180 天內住院紀錄				
無	1.00	1.00	1.00	1.00
有	1.3(0.81-2.09)	1.43(1.15-1.77)**	1.47(1.15-1.87)**	1.02(0.74-1.41)
診斷後 180 天內共病紀錄				
腦血管疾病	-	0.94(0.44-1.99)	1.03(0.68-1.57)	0.87(0.6-1.27)
心血管疾病	1.22(0.17-8.85)	0.98(0.57-1.67)	0.91(0.66-1.26)	0.92(0.68-1.26)
糖尿病（輕度至中度）	-	1.14(0.7-1.85)	1.64(1.25-2.15)**	1.05(0.76-1.45)
慢性併發症糖尿病（SDM）	-	0.74(0.26-2.07)	0.99(0.64-1.53)	0.55(0.31-0.98)**
高血壓	1.1(0.15-7.89)	0.92(0.66-1.28)	0.82(0.67-1.02)	0.86(0.67-1.11)
高血脂症	-	0.75(0.5-1.11)	0.67(0.51-0.88)**	0.86(0.63-1.18)

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
酒精濫用	1.94(0.78-4.81)	1.98(1.57-2.5)***	1.91(1.38-2.66)**	-
藥物濫用	3.83(1.97-7.43)	2.64(2.02-3.45)***	2.78(1.7-4.55)***	3.18(0.78-12.94)
雙極性情感疾患	1.21(0.65-2.26)	1.47(1.08-2.01)**	1.98(1.3-3.02)**	2.83(1.39-5.78)**
重鬱症	1.89(1.27-2.83)**	1.61(1.33-1.96)***	1.73(1.35-2.21)***	1.73(1.15-2.62)**
精神官能性憂鬱症	1.49(0.96-2.3)	1.4(1.13-1.73)**	1.54(1.17-2.02)**	1.17(0.72-1.88)
憂鬱性疾患	1.63(1-2.66)**	1.46(1.15-1.86)**	1.39(1.02-1.88)**	1.13(0.68-1.86)
思覺失調症	2.46(1.54-3.94)**	1.94(1.53-2.46)***	2.15(1.56-2.96)***	1.22(0.57-2.61)
焦慮症	0.99(0.7-1.4)	1.04(0.9-1.21)	1.33(1.11-1.58)**	1.09(0.84-1.4)
睡眠障礙	1.22(0.79-1.88)	1.12(0.95-1.33)	1.26(1.03-1.54)**	1.22(0.9-1.66)
服藥遵從性				
遵從率<0.2	1.00	1.00	1.00	1.00
0.2<=遵從率<0.5	1.14(0.75-1.73)	1.62(1.33-1.97)***	1.34(1.04-1.71)**	0.88(0.62-1.24)
0.5<遵從率<=0.8	1.16(0.67-1.99)	1.66(1.31-2.1)***	1.61(1.23-2.11)**	0.76(0.5-1.17)
遵從率>0.8	2.1(1.34-3.29)**	2.35(1.93-2.85)***	1.69(1.34-2.12)***	1.08(0.8-1.47)

***P<0.0001

**P<0.05

由表 3-2-14 可發現男性不論是開立診斷前後，精神科住院比例均較女性高，若以服藥遵從率來看，診斷前有精神科住院紀錄其服藥遵從率亦較高；而診斷後有精神科住院紀錄，服藥遵從率大於 0.8 之比例反而較服藥遵從率在 0.5 至 0.8 低。

表 3-2-14、2007 年至 2014 年憂鬱症個案在精神科住院前後，針對性別、年齡層、服藥遵從率進行次數分析

	指標日前 365 天是否有精神科住院紀錄		指標日後 180 天內是否有精神科住院紀錄		總人數
	無	有	無	有	
性別					
男	159603(98.8)	1992(1.2)	157723(97.6)	3872(2.4)	161595
女	260606(99.6)	959(0.4)	259503(99.2)	2062(0.8)	261565
服藥遵從率					
0<遵從率<=0.2	219598(99.6)	970(0.4)	218702(99.2)	1866(0.8)	220568
0.2<遵從率<=0.5	81084(99.3)	607(0.7)	80255(98.2)	1436(1.8)	81691
0.5<遵從率<=0.8	45532(99)	437(1)	44842(97.5)	1127(2.5)	45969
遵從率>0.8	73995(98.7)	937(1.3)	73427(98)	1505(2)	74932
年齡層					

	指標日前 365 天是否有精神科住院紀錄		指標日後 180 天內是否有精神科住院紀錄		總人數
	無	有	無	有	
0-24	57274(98.7)	733(1.3)	55978(96.5)	2029(3.5)	58007
25-44	163708(99.2)	1292(0.8)	162716(98.6)	2284(1.4)	165000
45-64	135462(99.4)	754(0.6)	134982(99.1)	1234(0.9)	136216
65+	63765(99.7)	172(0.3)	63550(99.4)	387(0.6)	63937

由表 3-2-15 可發現女首次診斷為重鬱症比例較男性稍高，服藥遵從性越高之組別其重鬱症患者比例越高，從年齡層分析可發現年輕人口初發重鬱症之診斷比例較高。

表 3-2-15、2007 年至 2014 年有無重鬱症患者，針對性別、年齡層、服藥遵從率進行次數分析

性別	無重鬱症	%	有重鬱症	%	Total
男	158577	98.1	3018	1.9	161595
女	255732	97.8	5833	2.2	261565
服藥遵從率					
0<遵從性<=0.2	216487	98.1	4081	1.9	220568
0.2<遵從性<=0.5	79934	97.8	1757	2.2	81691
0.5<遵從性<=0.8	44914	97.7	1055	2.3	45969
遵從性>0.8	72974	97.4	1958	2.6	74932
年齡層					
0-24	56329	97.1	1678	2.9	58007
25-44	161208	97.7	3792	2.3	165000
45-64	133668	98.1	2548	1.9	136216
65+	63104	98.7	833	1.3	63937

由表 3-2-16 可看出不論是否有診斷出重鬱症，其服藥遵從性大於 0.8 該組，標準死亡比均大於 1。

表 3-2-16、2007 年至 2014 年以第一天診斷有無重鬱症做分組，計算各服藥遵從率死亡標準比

	診斷重鬱症			診斷無重鬱症		
服藥遵從率	Expected	D	SMR(95%CI)	Expected	D	SMR(95%CI)
遵從率<0.2	18.99	8	0.42(0.2-0.8)	899.33	605	0.67(0.59-0.75)
0.2<=遵從率<0.5	8.18	10	1.22(0.62-2.18)	332.06	348	1.05(0.94-1.15)
0.5<=遵從率<0.8	4.91	4	0.81(0.26-1.97)	186.58	231	1.24(1.11-1.37)
遵從率>0.8	9.11	19	2.09(1.29-3.2)	303.15	530	1.75(1.66-1.83)
重鬱症診斷總人數(n=8810)			1	無重鬱症診斷總人數(n=412595)		1

由表 3-2-17 可看出隨著診斷時間往後，其自殺危險性均逐漸下降。而第一次診斷為輕度憂鬱症，若有其他共病，其自殺危險比都會顯著升高，而若於診斷後有住院紀錄其自殺危險比會降低約一半；若開立診斷前一年有精神科住院紀錄其自殺危險性亦會增加，若看服藥遵從性則可發現服藥遵從性較高之憂鬱症患者其自殺危險性亦越高。

表 3-2-17 服藥遵從性對其存活之影響，並針對有無重憂鬱進行分層分析

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
性別		
男性	1.00	1.00
女性	0.75(0.68-0.83)***	0.77(0.38-1.57)
年份		
2007	1.00	1.00
2008	0.65(0.56-0.76)***	0.94(0.35-2.49)
2009	0.47(0.4-0.55)***	0.45(0.15-1.31)
2010	0.28(0.24-0.34)***	0.19(0.05-0.8)**
2011	0.16(0.14-0.2)***	0.1(0.02-0.5)**
2012	0.06(0.05-0.08)***	0.04(0.01-0.21)**
2013	0.02(0.02-0.03)***	0.09(0.03-0.33)**
2014	0.01(0-0.01)***	-
門急診就醫次數		
0-9 次	1.00	1.00

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
10-19 次	1.1(0.98-1.25)	1.17(0.52-2.63)
20 次以上	1.17(1.01-1.36)**	0.76(0.23-2.47)
診斷後 180 天內住院紀錄		
無	1.00	-
有	0.47(0.4-0.55)***	-
第一次開立憂鬱症前 365 天有住院紀錄		
無	1.00	-
有	1.76(1.21-2.55)**	-
第一次開立憂鬱症後 180 天有住院紀錄		
無	1.00	1.00
有	1.78(1.31-2.43)**	2.08(0.5-8.63)
精神科住院紀錄		
無紀錄	1.00	-
第一次開立憂鬱症診斷前 365 天有住院紀錄及開立診斷後亦有住院紀錄	0.58(0.24-1.38)	-
180 天內共病診斷		
腦血管疾病	0.62(0.48-0.81)**	-
心血管疾病	0.93(0.76-1.15)	1.46(0.25-8.48)
糖尿病（輕度至中度）	0.98(0.81-1.19)	0.82(0.17-3.9)
慢性併發症糖尿病（SDM）	0.54(0.39-0.75)**	1.48(0.14-15.87)
高血壓	0.88(0.76-1.02)	0.72(0.2-2.68)
高血脂症	1.18(0.98-1.41)	0.97(0.16-6.02)
酒精濫用	2.57(2.07-3.2)***	1.09(0.12-9.62)
藥物濫用	1.14(0.94-1.38)	1.98(0.53-7.43)
雙極性情感疾患	1.75(1.39-2.2)***	1.75(0.61-5.01)
重鬱症	1.94(1.68-2.25)***	-
精神官能性憂鬱症	1.37(1.18-1.6)***	0.61(0.24-1.54)
憂鬱性疾患	1.5(1.27-1.78)***	0.81(0.35-1.87)
思覺失調症	1.82(1.52-2.17)***	1.97(0.52-7.46)
焦慮症	1.34(1.21-1.48)***	1.14(0.51-2.52)
睡眠障礙	1.2(1.07-1.35)**	0.31(0.07-1.3)

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
服藥遵從性		
遵從率<0.2	1.00	1.00
0.2<=遵從率<0.5	1.31(1.14-1.5)***	3.54(1.29-9.71)
0.5<遵從率<=0.8	1.39(1.19-1.63)***	2.08(0.56-7.73)
遵從率>0.8	1.69(1.48-1.92)***	4.64(1.71-12.59)

由圖 3-2-2 及圖 3-2-3 可推論出服藥遵從率越高，存活時間越短，原因可能是病情越嚴重的病患，其治療難度越大，使用醫療資源需求也越大，以致於其不論存活率或累積危險性都較高。

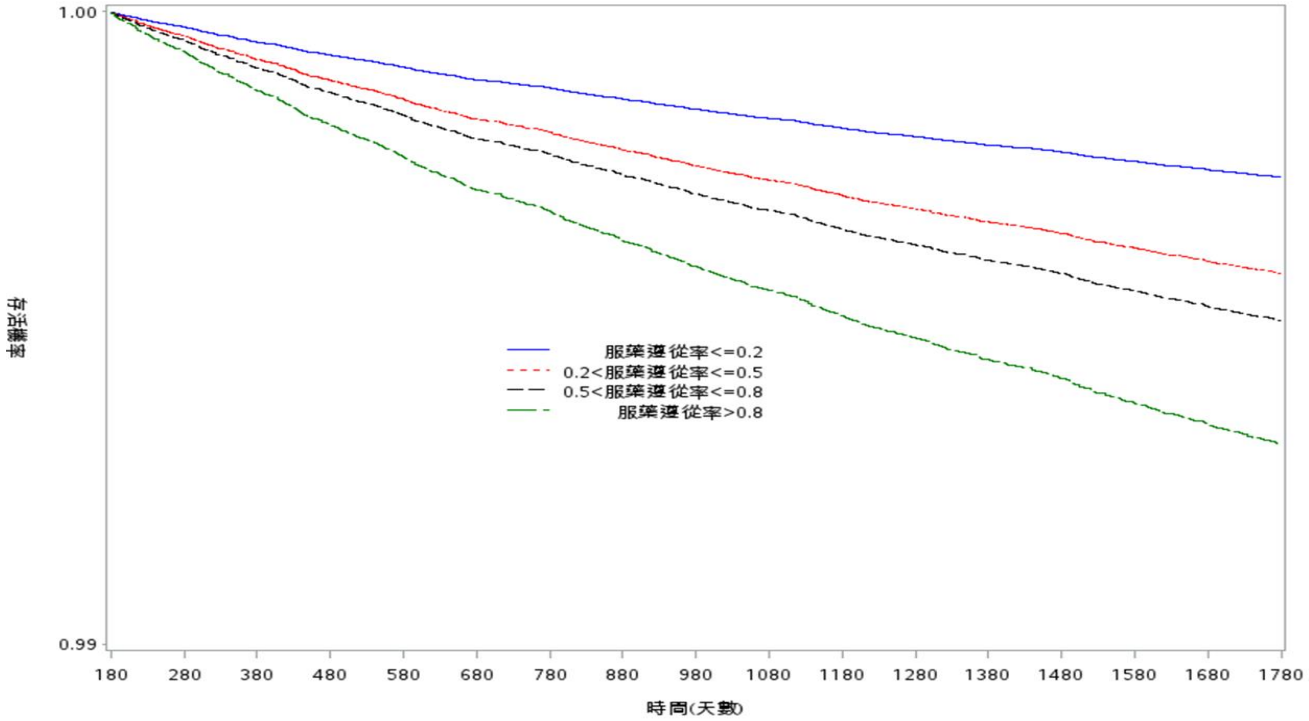


圖 3-2-2、憂鬱症個案存活時間對服藥遵從率作存活曲線圖

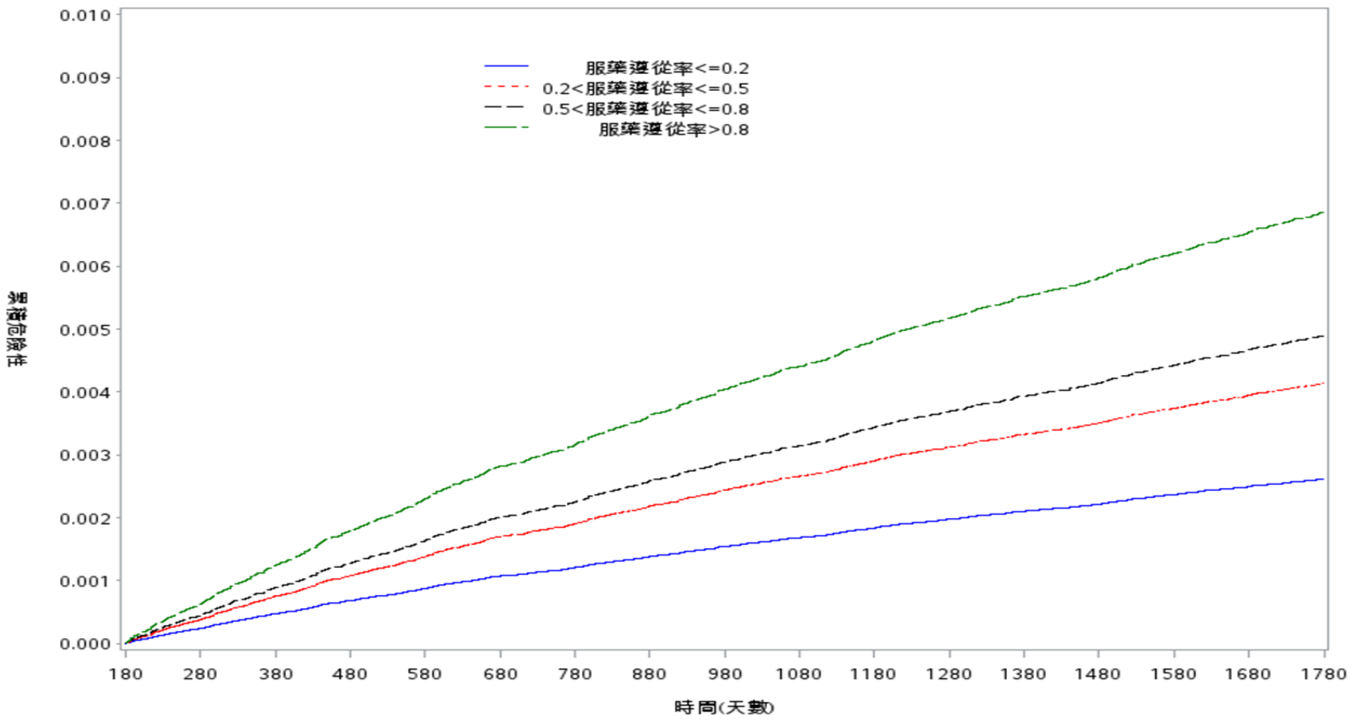


圖 3-2-3、憂鬱症個案存活時間對服藥遵從率作累積危險性

2. 結論

從分析結果來看，以現有之健保資料庫分析，並無法得到良好之估計模型原因包含

1) 服藥遵從性高者其自殺死亡率越高，此表示服藥遵從率僅反應出疾病嚴重度，而疾病越嚴重且複雜者其自殺死亡率亦較高；且服藥遵從性並無法完全反應病人是否有治癒好。
2) 以現有之資料連結變項並無法校正掉所有干擾因子，包含男性、年紀較長者，須從衛福部開放更多資料庫連結以發展更好之預測模型。

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；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企圖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。

憂鬱症疾患的自傷與自殺防治，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，則是讓有高危險憂鬱症疾患，能夠更妥善的治療，並讓社區公共衛生、社會工作人員、基層醫療院所，熟悉憂鬱症疾患自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。另外針對非精神科專業醫師實施研習課程，提升其對憂鬱症之敏感度。

指標性策略則是針對有過自傷或自殺企圖之高危險群，給予正確精神醫療的評估，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，回顧國內外憂鬱症病人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣憂鬱症病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

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、熟悉精神疾患自傷與自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。

針對曾經有自殺企圖之個案，亦應強化訪員在辨識個案是否有憂鬱症疾患及醫療資源利用情形，特別是針對個案若有合併物質濫用的情形應特別注意，因此訪員在給予個案訪視時，應同時詢問自殺企圖個案亦或者是個案家屬是否有物質濫用之情形，若有此情形，則應合併考量個案之物質濫用情形及自殺危險性評估，並為個案適時轉介精神科亦或者其他支持性團體之資源介入，以提供個案整合性治療。

(1) 針對個案本人

若詢問個案家屬亦或者個案本人曾有憂鬱症、重鬱症都應特別注意個案之精神科就診情形及是否有規律、規律服藥之情況，並加強憂鬱症病患規律就診之醫院及強化憂鬱症病患後續之追蹤亦是相當重要的。

若個案合併藥物濫用之情形，則可以案主為中心，包含強化個案對物質濫用之認知，減少個案濫用行為之惡化，改善因物質濫用造成之身心健康狀況，提升個案對成癮行為之掌控，並適當提供個案其他社會資源，強化個案之保護因子。

(2) 家庭教育團體

家庭教育團體(包含個案及個案生命中重要他人)可提供憂鬱症、成癮和復原歷程等相關知識給家屬，並且讓家屬彼此有機會可以討論擔憂的事情，此團體對於協助家屬們去支持正在接受治療的憂鬱症合併物質濫用者是非常重要的，家庭教育團體目標包含以下

a. 提供有關憂鬱症、物質濫用、復原、治療和人際動力的正確知識。
b. 幫助個案和家庭成員了解復原歷程會如何影響他們現在和未來的家庭關係。
c. 提供家屬們討論復原歷程中的議題。
d. 提供有關憂鬱症、物質濫用的正確知識。
e. 教導、促進並鼓勵家屬在支持個案復原的過程中，也要同時照顧自己。
f. 在團體中提供專業的氛圍，以協助個案和家屬們彼此互相尊重。

2)選擇性策略

防治對象是高風險個案，由以上分析結果可知憂鬱症疾患當合併藥物濫用、物質濫用或酒癮時，其自殺風險相較於只有憂鬱症患者，將會高達 1-3 倍，尤其是男性、25-64 歲之個案，若個案合併思覺失調症或躁鬱症其自殺死亡風險亦會顯著增加；故須特別注意。

而憂鬱症患者醫療資源需求較大者，亦須注意，分析結果亦顯示門急診就醫次數越多，有精神科住院紀錄者其自殺危險比亦越大，同樣適時轉介精神醫療資源、心衛資源及支持性團體。

針對各年齡層憂鬱症患者若合併以下症狀為高危險群：○表示危險度

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
共病				
腦血管疾病				
心血管疾病				
糖尿病（輕度至中度）			○○	
慢性併發症糖尿病（SDM）				○
高血壓				
高血脂症			○	
酒精濫用		○○	○○	
藥物濫用		○○○	○○○	
雙極性情感疾患		○	○○	○○○
重鬱症	○○	○○	○○	○○
思覺失調症	○○	○○	○○	
焦慮症			○	
睡眠障礙			○	

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。

推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育。並透過與基層醫療結合

成為憂鬱症病患照護的主要提供者，以提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務，增加醫療可近性並增進基層醫療對憂鬱疾患篩檢、診斷與治療的知能，並開辦憂鬱整合性照護課程、家屬支持團體與課程，以強化憂鬱症病人之照護。

結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，包含與各縣市衛生局所定期舉辦宣導活動，以強化全體國民對憂鬱症之認識，以破除一般民眾對精神疾病刻板印象，藉以提高憂鬱症就診率，並持續推動與民間團體如憂鬱症防治協會之合作，舉辦學術研討會，以提升國內醫療院所在診斷及治療憂鬱症之水準，對於有自殺史的憂鬱症患者則應提供「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群，如自傷行為者、憂鬱病患者等，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，預防憂鬱症的自殺。

Anderberg, J., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2016). Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. Arch Suicide Res, 20(3), 463-475. doi:10.1080/13811118.2015.1057663

Makris, G. D., Reutfors, J., Andersen, M., White, R. A., Ekselius, L., & Papadopoulos, F. C. (2017). Season of treatment initiation with antidepressants and suicidal behavior: A population-based cohort study in Sweden. J Affect Disord, 215, 245-255. doi:10.1016/j.jad.2017.03.028

Chia-Wei Wang.(2008). Antidepressant Utilization Among Disabled Elderly in Taiwan.

Wu, C. S., Shau, W. Y., Chan, H. Y., & Lai, M. S. (2013). Persistence of antidepressant treatment for depressive disorder in Taiwan. Gen Hosp Psychiatry, 35(3), 279-285. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.12.003

Freccero, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Ji, J. (2016). Primary adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden. Scand J Prim Health Care, 34(1), 83-88. doi:10.3109/02813432.2015.1132884

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A.,Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064

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。

2017 年，延續 2011 年之方針但更為精進，擇定自殺死亡率、三年移動平均及 2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，進行自殺高風險縣市互動式輔導訪查。訪查中將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告及降低自殺率之具體方案、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。

二、 輸入(Input)

1. 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。

3) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視，轄內地段護理人員、關懷訪視員透過家訪或電訪予遺族持續關懷。

2. 執行步驟與方法

1) 根據 2016 年衛生福利部公告國人死因資料，依 2016 年自殺粗死亡率、自殺粗死亡率三年移動平均及 2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，扣除離島地區(人數少)，再以順序排列考量，擇定屏東縣、嘉義縣、南投縣、臺東縣、臺南市及新北市共 6 縣市，各縣市擇定原因如下。

(1) 屏東縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.1 人上升至 16.8 人，增幅 38.8%(排名全國第一)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 23.3 人(排名全國第三)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：由每十萬人口 17.6 人上升至 19.2 人。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 12 位。

(2) 嘉義縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.6 人上升至 16.2 人，增幅 28.6%(排名全國第二)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 24.7 人(排名全國第二)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：每十萬人 22.1 人(排名全國第一)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 13 位。

(3) 南投縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 15.4 人上升至 19.1 人，增幅 24%(排名全第四)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 25.6 人(排名全國第一)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 21.1 人(排名全國第三)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 12 位。

(4) 臺東縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.5 人上升至 13.8 人，增幅 10.4%(排名全國第五)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 19.4 人(排名全國第六)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 17.9 人(排名全國第九)。

d.自殺在死因中排名：男性第 12 位、女性第 12 位。

(5) 臺南市

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.2 人上升至 13 人，增幅 6.6%(排名全國第七)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 17.6 人(排名全國第十)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 16.4 人(排名全國第十)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 13 位。

(6) 新北市

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 11.7 人上升至 12.2 人，增幅 4.3%(排名全國第八)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 15.4 人(排名全國第十二)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：每十萬人口 14.8 人(排名全國第十四)。

d.自殺在死因中排名：第 9 位(男性第 8 位、女性第 10 位)。

3. 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. 6 月 19 日十大死因公布，本中心根據統計處提供之 2016 年自殺死亡交叉表，依據衛生福利部之標準擇定屏東縣、嘉義縣、南投縣、臺東縣、臺南市及新北市共 6 縣市。
2. 函知衛生福利部擇定之縣市，並請協助轉知訪查縣市，進行聯繫及確認時間，邀請部內長官及縣市各相關網絡人員出席。
3. 研究發展組進行各縣市自殺死亡及通報趨勢分析並製作簡報。
4. 8 月 04 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-新北市」會議，地點於新北市政府衛生局，主持人為新北市政府衛生局心理衛生及長期照顧科杜仲傑科長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為新北市醫療院所代表(慈暨醫院、臺北醫院、淡水馬偕紀念醫院、汐止國泰醫院、八里療養院)、新北市政府局處代表(衛生局、社會局、勞工局、警察局、消防局、工務局、水利局)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副

執行長、廖健鈞專員代表出席，共 24 人。

5. 8 月 09 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-屏東縣」，地點於屏安醫院，主持人為屏東縣衛生局李佳芳代理局長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員、與會人員為屏東醫院黃文翔院長、王世宗主任及自殺關懷訪視員、屏東縣政府局處代表(衛生局、社會處)，中心由臺灣自殺防治學會周煌智理事、顏永杰監事、孔祥玲專員代表出席，共 24 人。
6. 8 月 17 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-南投縣」，地點於南投縣政府衛生局，主持人為南投縣林明溱縣長，列席長官為衛生福利部心口司謎立中司長、廖敏桂技正、張冠偉科員，與會人員為南投縣政府局處代表(民政處、社會及勞動處、農業處、新聞及行政處、警察局)、南投縣醫療院所代表(衛生福利部草屯療養院、衛生福利部南投醫院、埔基醫療社團法人埔里基督教醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、竹山秀傳醫院、新泰宜婦幼醫院、南基醫院、佑民醫療社團法人佑民醫院、東華醫院)，學生校外生活輔導會導陳佳佑助理督，學生輔導諮商中心劉心怡主任，中心由臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長、陳俊鶯顧問、賴忠治專員代表出席，共 35 人。
7. 8 月 21 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-臺南市」，地點於臺南市衛生局，主持人為臺南市衛生局陳怡局長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為臺南市政府局處代表(衛生局、勞工局、教育局)，臺南市醫療院所代表(衛生福利部嘉南療養院、奇美醫療財團法人奇美醫院臺南分院)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、許信育專員代表出席，共 32 人。
8. 8 月 30 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-嘉義縣」，地點於嘉義縣衛生局，主持人為嘉義縣衛生局許家禎局長，列席長官為衛福部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為嘉義縣衛生局代表，南區精神醫療網核心醫院嘉南療養院王禎邦主任，信安醫院代表(督導及自殺關懷訪視員)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員代表出席，共 22 人。
9. 9 月 01 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-臺東縣」，地點於臺東縣政府，主持人為臺投縣政府陳明仁秘書長，列席長官為衛福部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為臺東縣政府局處代表(衛生局、社會處、教育處、警察局、消防局)，臺東縣衛生所代表(臺東市、卑南鄉、鹿野鄉、關山鎮、海端鄉、池上鄉、東河鄉、長濱鄉、金峰鄉、大武鄉、達仁鄉、成功鎮)，臺東縣醫療院所代表(馬偕紀念醫院臺東分院、東基醫療財團法人臺東基督教醫院、臺北榮民醫院臺東分院、衛生福利部臺東醫院、東區精

神醫療網、衛生福利部臺東醫院附設康復之家)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、林亭孜專員代表出席，共 41 人。

四、 成果(Product)

1. 新北市

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

新北市標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.04 及 1.1。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 4%，較 2014 年增加 10%。

(2) 年齡層

除「45-64 歲」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「14 歲以下」 (1.58)、「15-24 歲」(1.16)、 「25-44 歲」(1.13)、 「65 歲以上」(1.03) 。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為其他及未明示之方式自殺及自傷(2.00)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.18)、吊死、勒死及窒息自殺及自傷(1.09)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 5,943 人次。

(2) 性別

男性 2,212 人次，女性 3,731 人次；性別比(男/女)0.59，女性為男性的 1.69 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 1,488 人次，佔 25.0% ；第二為「25-34 歲」，計 1,345 人次，佔 22.6% ；第三為「45-54 歲」，計 1,063 人次，佔 17.9% 。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 2,156 人次，佔 36.3% ；第二為「割腕」，計 1,450 人次，佔 24.4% ；第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 494 人次，佔 8.3% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 1,829 人次，佔 30.8% ；第二為「感情因素」，計 1,057 人次，佔 17.8% ；第三為「家庭成員問題」，計 975 人次，佔 16.4% 。

3) 會議摘要

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛生福利部心口司		**指標性策略** (1) 建立共案共管模式外，並加強熟悉案家的社工為單一主責。以家庭為中心、社區為資源，採垂直分工、橫向整合的方式來建置一個整合性的服務模式。 (2) 警消單位受理個案為高風險，應將個案通報。
		選擇性策略 (1) 加強職場自殺防治政策。 (2) 社區內的醫師可以提高敏感度，就醫的民眾如有心理相關的問題可以轉介到身心科。
		全面性策略 加強宣導正確就醫的觀念及精神病的去汙名化。

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**指標性策略** 將每月通報月報表數據在督導會議中提出討論、判讀數據並針對數據結果進行跨局處討論每月熱點或策略分析應該回歸督導或跨局處討論。
衛生局	(1) 校園輔導體系為獨立系統，衛生局缺乏服務介入之方式。 (2) 自關員人力資源有限。	**指標性策略** (1) 兒少福利委員會在近期內會重新召開會議，會議中將針對校園內自殺事件進行分析。 (2) 面訪應做危險分級，找出急迫需要做面訪的個案，個案若合併其他狀況，應考慮共訪。
		選擇性策略 強化心理衛生及長期照顧科與家庭照顧者關懷協會之間合作。
社會局	(1) 社會面的資源在情緒、心理層面缺乏專業人才。 (2) 資源的分配能不能及時。	**指標性策略** 家長如果自殺(不穩定性高)也會影響到兒童、青少年，個案的狀況資訊如果能和社會局端連結，在做家庭關懷訪視時就能從這些危險因子著手。
		選擇性策略 (1) 加強獨居老人的關懷輔導。 (2) 社區的關懷，結合里長跟家庭照顧者關懷協會在社區針對家庭照顧者做宣傳與服務。

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
警察局		**指標性策略** 對於關懷訪視後個案不再有自殺意念的個案，可分享、參考其自殺防治經驗，推廣到其他自殺企圖個案。
水利局		**全面性策略** 強化自殺地點(如橋樑處)之自殺防治相關宣導張貼。
醫療院所	淡水馬偕紀念醫院： 通報系統使用較困難。通報時需要輸入完整資料才能通報成功，但是在急診時有時候只知道部分資料便無法通報。 臺北醫院： 訪員流動率高，對自殺防治業務有很大影響 汐止國泰醫院： 自殺防治需要跨局處合作，實務上很難制定一個標準流程，需要依個案分別處理。	**指標性策略** 慈濟醫院： 強化外部督導討論，在因應突發狀況時較有效率。 淡水馬偕紀念醫院： (1) 對於這些高齡的長者，或許可以用社區或電話的方式關懷問候。 (2) 辦理宣導講座，當家屬觀察到個案出現狀況時可以幫助個案。 (3) 針對自殺相關數據做交叉分析。 八里療養院： (1) 社群網站的機制來找出自殺風險者。 (2) 自殺防治可以多利用保護因子。 **選擇性策略** 淡水馬偕紀念醫院： 強化新生兒家庭在母親罹患產後憂鬱症之策略。

2. 屏東縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

屏東縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.37 及 1.34。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 37%，較 2014 年增加 34%。

(2) 年齡層

除 14 歲以下外，其餘年齡層標準化死亡比均大於 1。由高至低依序是「15-24 歲」(1.84)、「65 歲以上」(1.45)、「25-44 歲」(1.43)、「45-64 歲以上」(1.21)。

(3) 自殺方法

除鎗砲及爆炸物自殺及自傷外，其餘自殺方法標準化死亡比均大於 1。標準化死亡比前三高依序為－溺水(淹死)自殺及自傷(5.50)、切穿工具自殺及自傷(5.00)、其他及未明示之方式自殺及自傷(2.67)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 997 人次。

(2) 性別

男性 366 人次，女性 631 人次；性別比(男/女)0.58，女性為男性的 1.72 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 235 人次，佔 23.6% ；第二為「25-34 歲」，計 199 人次，佔 20% ；第三為「45-54 歲」，計 161 人次，佔 16.1% 。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 307 人次，佔 30.8% ；第二為「割腕」，計 225 人次，佔 22.6% ；第三為「一般農藥」，計 74 人次，佔 7.4% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 314 人次，佔 31.5% ；第二為「感情因素」，計 164 人次，佔 16.4% ；第三為「家庭成員問題」，計 159 人次，佔 15.9% 。

3) 會議摘要

(1) 現況分析

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛生福利部心口司	(1) 屏東縣農藥自殺占率相當高。 (2) 由於 2019 年才禁用，農民可能將農藥巴拉刈屯貨。	**全面性策略** (1) 加強巴拉刈農民在使用上的安全宣導及注意。 (2) 中央跟農委會也一直在溝通，那目前訂出來禁用的期程是在 2019 年 2 月會全部禁用。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 強化自官員對自殺企圖者之狀況掌握，以利自關員後續服務介入。 (2) 提高通報率。 (3) 在自殺原因的分析，各年齡層都以憂鬱情緒為最多，憂鬱情緒絕對不是單一因素，在海平面以下是壓力源，這些壓力源是我們要去注意的。 (4) 了解電訪的定義、本質以及有效性。 (5) 電訪的對象以及強度，都是要注意的。 (6) 降低再自殺率。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 / 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**選擇性策略** (1) 針對大於 65 歲以上罹患多種急慢性病，各個醫院，特別是綜合醫院應該要注意是否有自殺傾向。 (2) 針對兒少被害人的部份，亦須審慎處理，以免被害人的成長扭曲，成為下一位家性暴加害人或被害人。 (3) 針對家性暴，家性暴不是只有被害人會自殺，加害人也會自殺。 (4) 心理健康的末端是四合一，因為社會安全網的末論就是屬於我們心理健康的精神疾病，所謂的四合一是指：自殺、精神病病、家性暴以及酒藥癮，這些壓力源是我們要去注意的。 (5) 特別針對男性仍須強化其資源連結、危險因子辨識、自殺防治策略。
		全面性策略 (1) 強化各局處之心理健康促進辦理。(如：強化年齡人的情感受挫力、降低勞工失業率及促進毒防人口、家暴性侵人口之心理健康等)。 (2) 高樓的女兒牆要有一些預防的措施， (3) 針對跳河，像高雄的愛河有立警語，所以跳河死亡的人數不多。 (4) 心情溫度計的免費 APP 之推廣。 (5) 強化就醫可近性。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 / 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 校園即使通報量提高仍自關員仍難以介入進行服務，尤其跨到家庭部分，資源難以整合。 (2) 老人以安眠藥鎮靜劑自殺，很難去預防，只能做後端訪視的部份。 (3) 醫院不重視督考。	**指標性策略** (1) 2017 年起針對關懷員(專業社工師及心理師)做訪談教育訓練及情境模擬演練。 (2) 針對農藥自殺個案，關懷員在訪視時會特別注意居家環境，將農藥移除，並且了解農藥是如何取得，購買農藥的原因以及保管方式等問題。 (3) 提高通報之簡易度，只需電話即可通報個案。 (4) 將精神及自殺關懷員業務合併辦理，個案的關懷訪視過程都由同一位關懷員進行，以避免資源重複。 (5) 遺族關懷個案：2017 年起採主動陪伴、關懷問候方式，於適當時間提供自殺遺族關懷信、醫療資訊、心理諮商轉介等協助，並依規定安排家訪、電訪服務，持續關懷至少一個月，且達三次以上關懷訪視服務。
		選擇性策略 (1) 針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用最簡單的 BSRS-5 量表，早期偵測個案的情緒困擾並提供心理健康的服務。 (2) 辦理各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練。 (3) 辦理壓力調適課程，以強化自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**全面性策略** (1) 開自殺防治專家會議，一同分析探討屏東縣的自殺死亡資料以及屏東縣可以實施的策略。 (2) 訂定老人自殺死亡案件遺族關懷訪談指引。 (3) 針對農藥販賣商將查核項目(表 4-1-3)納入農藥行換證的必要條件之一。 (4) 承接衛生福利部 2017 年度「幸福捕手種子師資培訓課程」執行計畫，我們在屏東 33 個鄉鎮中 29 個都有自殺防治的種子師資，也有一些醫療院所派人來參加。 (5) 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。 (6) 與農業處合作針對農民進行宣導，，另外在農藥商品外包裝都會貼上關懷警語與求助資訊的貼紙，也針對農藥行販售業者做個別訓練。 (7) 建立社區自殺防治網路，包含社區宣導、去除精神疾病與自殺的污名化、配合世界自殺防治日。 (8) 針對校園自殺防治，辦理校園宣導活動跟講座。

表 4-1-3、屏東縣農藥販賣商檢核表

項目		首次查核 月　日	複　查 月　日
1	「落實」販售劇毒性農藥管理之登記，詳記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式及購買數量，並保存三年。	□符合 □不符合	□符合 □不符合
2	販賣點放置自殺防治衛教單張	□符合 □不符合	□符合 □不符合
3	販賣點張貼自殺防治海報	□符合 □不符合	□符合 □不符合
4	販賣劇毒性成品農藥以專櫥加鎖貯存於安全地點	□符合 □不符合	□符合 □不符合
輔導項目	販賣點之農藥瓶上貼上「珍愛生命及諮詢專線」之標語	□配合 □不配合	□配合 □不配合

(2) 未來精進方向

表 4-1-4、屏東縣自殺防治策略未來方向

未來精進方向	**衛福部及中心回饋**
連結縣政府內各局處共同推廣「人人都是自殺防治守門人」，並於相關會議提出各局處辦理情形，進行檢討及修正策略方向。	**衛福部心口司** (1) 針對孕產婦的產後憂鬱的部份，將手冊給予婦產科相關的醫療院所。 (2) 光碟片及單張的部份是針對慢性病、重病及罕病的病人之後的心理健康的衛教資源的部份。 (3) 關輔導老師的評核時，把自殺防治的知能加入評核的項目中。其他領域主管亦須比照辦理。 **全國自殺防治中心** (1) 由縣長領導各局處，以及跨局處溝通 (2) 除了農藥販售商外，農藥保管使用，亦須注意。 (3) 諮詢專線要如何去維持或是讓它運作順暢，須考量人量以及如何去訓練。

表 4-1-4、屏東縣自殺防治策略未來方向(續)

未來精進方向	衛福部及中心回饋
每季召開自殺防治專家會議，檢討推動策略及執行成效。	
發揮幸福捕手種子師資功能～推動衛生所自殺防治業務持續性。	**衛福部心口司** (1) 幸福捕手跟守門人的概念透過「看、聽、轉、牽、走」的部份是強化自殺個案後續支持性。 (2) 衛生局將幸福捕手的概念可以推廣出去，推廣出去不只在衛生領域、甚至校園與職場。
自殺防治工作列為本縣醫院督導考核之重點項目，今年特別在九月份將邀請自殺防治中心的戴傳文顧問以及全縣醫療院所共同參與「醫療院所於自殺防治推動之角色及任務」的教育訓練。	**衛福部心口司** 增加醫事人員的一些自殺防治工作知能部份的教育訓練。 **全國自殺防治中心** (1) 可進一步去評鑑醫院急診的人數是否與通報人數成比例。 (2) 強化通報機制固定的跟各醫療院所輔導討論，包含醫院內亦須有各科進行溝通與訓練。 (3) 強化醫院針對自殺企圖個案持續追蹤，依據精神衛生法的第 38 條出院準備服務。 (4) 健保署出院準備計畫有針對出院給予醫院給付。 (5) 可參考臺南市與高雄市之作法。
每年於自殺防治記者會表揚「主動自殺通報」及衛生局查核結果為「合格」之農藥行發給獎狀。	可針對表現良好之醫療院所頒予獎勵。

3. 南投縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

南投縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.18 及 1.59。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 18%，較 2014 年增加 59%。

(2) 年齡層

除「14 歲以下」及「65 歲以上」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「15-24 歲」(2.05)、「25-44 歲」(1.41)、 「45-64 歲」(1.25)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低依序為由氣體及蒸汽自殺或自為中毒(1.26)、由高處跳下自殺及自傷(1.21)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.20)、吊死、勒死及窒息自殺及自傷(1.07)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 767 人次。

(2) 性別

男性 336 人次，女性 431 人次；性別比(男/女)0.78，女性為男性的 1.28 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 174 人次，佔 22.7% ；第二為「25-34 歲」，計 156 人次，佔 20.3% ；第三為「45-54 歲」，計 125 人次，佔 16.3%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 254 人次，佔 33.1% ；第二為「割腕」，計 172 人次，佔 22.4% ；第三為「一般農藥」，計 82 人次，佔 10.7% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 247 人次，佔 32.2% ；第二為「家庭成員問題」，計 142 人次，佔 18.5% ；第三為「夫妻問題」，計 126 人次，佔 16.4%。

3) 會議摘要

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司	南投縣初次自殺就死亡的比例較高。	**指標性策略** (1) 針對通報比應加強各網絡間的敏感度，落實標準作業流程，並以心情溫度計進行評估。 (2) 針對慢性化疾病常至醫療院所就醫，可以透過健保社區醫療群來介入。
		全面性策略 (1) 「幸福捕手」師資培訓部份，希望培訓可以擴大延伸到社區、職場等。 (2) 建議在民眾申請社福資源時，一定要主動關懷並提供多元資源，以利主動尋求幫忙。
全國自殺防治中心	南投縣近年自殺死亡的年齡層走向中壯年群，是否因觀光產業低落的衝擊？或和就業率之間是否有間接的影響？因此失業的問題可以視為未來警訊，可儘早擬定相關策略。	**指標性策略** (1) 分析自殺亡前曾接觸社政資源及衛政資源，並針對此分析結果制定策略。 (2) 透過定期的督導關懷機制，以提升自殺關訪員工作的服務。 (3) 針對通報第一次就死亡的問題，可從3A(通報系統存取便利性、通報品質、文化因素)來評估通報流程是否落實。 (4) 強化重大精神疾病通報管控機制。 (5) 自殺、自傷及自殺威脅之差異性，應有不同的預防以及服務方式。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**選擇性策略** (1) 身心障礙個案比例偏高,可串連不同部會(衛生局、草屯、在地的服務站)間的網絡，特別進行關懷。 (2) 在篩檢工具的善用上，應注意地板效應,像嚴重個案量表檢測結果卻只有 0 或 1 分，這部份建議結合其它量表，針對不同年齡層或不同對象,細分設計不同題目，可篩檢出較精確的結果。 (3) 強化心理諮商服站與生命線服務之區隔，以提升兩者之資源利用度。
		全面性策略 (1) 前端和民眾接觸的社福資源窗口,應持續訓練，保持敏感度，主動提供資源之外，也要多給予關懷。 (2) 各縣市生命線 1995，但有些縣市可能非 24 小時，衛福部的全國安心專線 0800-788995 為 24 小時服務,這部份可多加結合利用。
衛生局	心理諮商站服務及長照的服務案量高,人力有嚴重不足的問題。	**指標性策略** (1) 透過村里鄰長通報的機制,鼓勵多連結公共衛生資源，來加強通報率。 (2) 進行分析原因並加強通報比問題。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**選擇性策略** (1) 長照專員對老人適度的資源轉介,強化服務對自殺危險因子辨識能力。 (2) 強化各單位人員的對自殺危險因子敏辨識能力。 (3) 針對 40 歲以上的中壯年，可以以慢性疾病的特點，來切入關懷。
		全面性策略 (1) 透過流感的接種，搭配心理諮商的服務，提升職場的心理衛生。 (2) 幸福捕手目前著重 65 歲上的老人的評估並轉介,未來社區資源的連結會再加強。
社會及勞動處		**指標性策略** 針對個案的特殊行業來進行研究分析，研討措施並提供協助。
		選擇性策略 (1) 針對社福資源取得困難之高危個案,另開案服務或提供急難協助。 (2) 針對身障且年齡較偏高的身份,若被通報進來，針對這些對象，我們即時掌握並提供服務。 (3) 加強對身障對象的服務敏感度,提升通報率。
醫療院所		**指標性策略** 草屯療養院： 透過訪員相關訓練、定期辦理困難個案討論會，針對去年比率較高鄉鎮，辦理個案討論，提升敏感度，結合社區護理長、心理諮商站，互相支援。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 具體建議	困境	策略建議
		選擇性策略 草屯療養院 (1) 針對精神病、及慢性病群，透過基層醫師及醫療院所結合，運用關懷技巧，主動察覺高風險病人。 (2) 老年及中壯年群死亡率的提升，應特別加強篩檢及關懷高風險群。

4. 臺南市

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

臺南市標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.06 及 1.17。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 6%，較 2014 年增加 17%。

(2) 年齡層

「15-24 歲」 、「45-64 歲以下」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「25-44 歲」(1.14)、「65 歲以上」(1.04)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為切穿工具自殺及自傷(11.0)、其他及未明示之方式自殺及自傷(1.67)、由高處跳下自殺及自傷(1.38)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 2,298 人次。

(2) 性別

男性 841 人次，女性 1,457 人次；性別比(男/女)0.58，女性為男性的 1.73 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 556 人次，佔 24.2%；第二為「25-34 歲」，計 486 人次，佔 21.1%；第三為「45-54 歲」，計 400 人次，佔 17.4%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 868 人次，佔 37.8%；第二為「割腕」，計 574 人次，佔 25.0%；第三為「燒炭」，計 167 人次，佔 7.3%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 732 人次，佔 31.9%；第二為「家庭成員問題」，計 460 人次，佔 20.0%。；第三為「感情因素」，計 432 人次，佔 18.8% 。

3) 會議摘要

(1) 現況分析

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位 / 具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司	(1) 個資法問題導致無法即時提供自殺死亡數據。 (2) 礙於法令規定，目前尚無法為安心專線設定簡碼。	**指標性策略** 各部門可以推廣自殺防治守門人的觀念，以提升通報比。
		選擇性策略 (1) 加強職場自殺防治的策略，當員工被開除時，可以使用心情溫度計量表篩檢，並進一步給予轉介。 (2) 社政單位應多加注意獨居老人。 (3) 使用運復健康手冊中評量表評估孕婦是否有心理問題，並針對有心理問題之孕婦建議孕婦於心理衛生相關醫療院所就醫。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司		**全面性策略** 加強安心專線宣導。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 建議勞工局推廣並使用心情溫度計進行篩選，可使用心情溫度計 APP 讓勞工自行檢測。 (2) 臺南市各局處應針對困難個案進行跨部會溝通的會議，才能夠有效將個案轉介。 (3) 老人照護機構中之中若有自殺企圖個案應適當轉介心理衛生資源。
衛生局	(1) 2014 年至 2016 年自殺死亡者歸籍計算。本市自行統計(依戶政除戶死診並與臺南地檢署法醫每月核對筆數)與年終中央統計誤差約 60 人/年。 (2) 中央無法給差額筆數之名冊，致無法進行遺族關懷。 (3) 標註自殺死亡地，將可落實風險縣市評估與防治作為調整。 (4) 戶役政系統統計有疾病等類別，然自殺未列入，故無法自系統整理清冊。	**指標性策略** 教育局已和少年隊有合作關係，未來將將協助訪員訪視有毒品問題之自殺個案。 **選擇性策略** (1) 心衛志工電話宣導農藥販賣業者。 (2) 強化農藥販賣業者及農民團體珍愛生命守門人角色。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(5) 衛福部提供月報表之自殺通報比母數為前年自殺死亡人數，可否修正為本年度自殺死亡人數為母數。	**全面性策略** (1) 老人心理健康服務。 (2) 心理健康傳播行銷。 (3) 高樓防墜自殺部分，鼓勵加高樓大廈入珍愛生命公寓大廈社會行列。 (4) 針對自殺方式為溺水部分，於跳水處張貼自殺防治宣導品。 (5) 發放農藥自殺防治海報、農藥瓶貼紙(第 3 版)、高風險個案轉介單及心理資源單張至本市農藥商及農會。 (6) 制定農藥自殺防治查核表，並宣導張貼農藥自殺防治宣導海報及貼紙，及向農藥商宣導珍愛生命守門人及安心專線等資源。
教育局	(1) 僅能協助處理國中、小，及市內兩所高中，其餘學皆無法處理。 (2) 可能會發生家長或學生抗拒訪員訪視之情形。	**選擇性策略** 在中、小學推廣生命教育，倡導珍愛生命守門人之概念。
		全面性策略 在校園推廣職場心理健康、班級經營等相關課程，降低教師自殺風險。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
社會局		**選擇性策略** 區公所的里幹事若發現老人有情緒困擾會主動將個案轉介治社會局，若老人有自殺意念或企圖時則轉介心衛中心。
勞工局	企業主目前較少關注勞工心理健康相關問題。	**選擇性策略** (1) 為失業勞工提供就業服務時會使用心情溫度計量表作檢測。 (2) 徵才活動會對雇主進行心情溫度計的置入性宣導。
		全面性策略 職訓課程帶入心理健康課程。

(2) 未來持續加強部分

表 4-1-7、臺南市未來加強方向

衛生局	**選擇性策略** (1) 成立「珍愛生命巡守隊」，藉巡邏提高跳水干預。 (2) 派遣「珍愛生命大樓」保全人員巡守。 (3) 持續「無鬱卒長者社區」、「珍愛生命守門照服員」、「珍愛生命社區藥局」「憂鬱症共同照護網」。
	全面性策略 (1) 針對木炭持續拜訪商家，以強化守門人概念。 (2) 與職場連結，員工訓練加心理健康促進。

5. 嘉義縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

嘉義縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.36 及 1.06。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加

36%，較 2014 年增加 6%。

(2) 年齡層

除「14 歲以下」 及「15-24 歲」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「45-64 歲以下」(1.43)、「65 歲以上」(1.41)、 「25-44 歲」(1.22)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低依序為由氣體及蒸汽自殺及自為中毒(2.02)、切穿工具自殺及自傷(2.00)、溺水(淹死)自殺及自傷(1.69)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.56)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 554 人次。

(2) 性別

男性 251 人次，女性 303 人次；性別比(男/女)0.83，女性為男性的 1.21 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 123 人次，佔 22.2% ；第二為「45-54 歲」，計 93 人次，佔 16.8%；第三為「25-34 歲」，計 91 人次，佔 16.4%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 179 人次，佔 32.3%；第二為「割腕」，計 112 人次，佔 20.2%；第三為「一般農藥」，計 75 人次，佔 13.5%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 136 人次，佔 24.5%；第二為「夫妻問題」，計 100 人次，佔 18.1%；第三為「家庭成員問題」，計 89 人次，佔 16.1%。

3) 會議摘要

表 4-1-8、嘉義縣自殺防治策略及困境綜合整理

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 推動毒品防治，若要比照如自殺設置熱點管理，將會面臨自殺死亡率與毒品的熱點不太一樣的，造成相關單位涉入出現困難。 (2) 偏鄉的精神科醫療資源缺乏。 (3) 高處跳樓多發生位嘉義市而非嘉義縣，或是於嘉義市燒炭，造成縣市負責機關對通報個案控管困難。 (4) 如何有效利用資源，避免資源重覆投入造成使用上的浪費？ (5) 面訪率是高的，但自殺率仍高，中間是否有訪視時可以改善的部份。	**指標性策略** **全國自殺防治中心** (1) 鞏固家屬支持功能。 (2) 加強派案的篩選制度與管理，將資源放在更需要資源的群上就更加重要。 (3) 蒐集建檔可轉介名單，降低轉介失敗。 (4) 辦理督導中，周督導要解決個案的問題，月督導則要判讀數據，並邀請專家辦理以群眾關懷自殺防治議題為主的演講。 (5) 關懷訪視員保持後續資源盤點。

表 4-1-8、嘉義縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**選擇性策略** **衛福部心口司** 強化醫療院所自殺的體系，例如老人群，並宣導正確就醫，提供就醫管道，結合社區醫療群，在民眾就醫時，可以提供通報的就醫機制，協調轄區醫療院所醫師加強辨識。 **全國自殺防治中心** (1) 落實推廣心情溫度計普及強化後續轉介。 (2) 自殺熱點分析。 (3) 建立公共衛生、志工、鄰里長人力，篩選也是透過主觀的感覺，也以能夠接觸高風險群人員加強教育增加敏感程度 (4) 透過醫療人員將心情溫度計作為例行檢查。
		全面性策略 **衛福部心口司** (1) 策略上幸福補守若能夠增加全民的敏感度。 (2) 推廣精神醫療、去汙名化的理念，多關心周遭的人的心理健康。 **全國自殺防治中心** (1) 建立關懷訪視員可以轉介個案的醫師、民政資源的名單。 (2) 持續推動APP產品在地防治。

6. 臺東縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

臺東縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.20 及 1.06。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 20%，較 2014 年增加 6%。

(2) 年齡層

除「45-64 歲」及 「65 歲以上」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均小於 1。標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為、 「65 歲以上」(1.94) 、「 45-64 歲」(1.28)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為切穿工具自殺及自傷(2.00)、由氣體及蒸汽自殺或自為中毒(1.30)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.28)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 355 人次。

(2) 性別：

男性 138 人次，女性 217 人次；性別比(男/女)0.64，女性為男性的 1.57 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「45-54 歲」，計 85 人次，佔 23.9% 第二為「25-34 歲」，計 75 人次，佔 21.1%；第三為「35-44 歲」，計 67 人次，佔 18.9%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 117 人次，佔 33.0%；第二為「割腕」，計 85 人次，佔 23.9%；第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 25 人次，佔 7.0%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 103 人次，佔 29.0%；第二為「家庭成員問題」，計 75 人次，佔 21.1%；第三為「感情因素」，計 67 人

次，佔 18.9%。

3) 會議摘要

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司		**選擇性策略** (1) 建議啟動跨網絡合作。另外，進入原鄉服務部分，不同文化背景之資源介入可後續討論。 (2) 若將責任歸屬於關訪員直接進行服務會有較大的困難與壓力，應規劃並與法務部合作。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 若遇到拒訪或困難之個案，應在相關之精神醫療專業人員參與之督導會議中提案討論，必要時亦需提供必要之跨專業資源轉介。 (2) 透過實證及實務分析來了解自殺動態，以制定因地制宜策略提供即時介入。 (3) 風險分級以強化訪員訪視效率。 (4) 自殺防治數據趨勢與變化應每個月判讀並針對當月特殊狀況，在督導時進行討論。 (5) 針對自殺企圖個案應強化其精神科資源利用說明，以提升個案就醫意願及求助意願。
		選擇性策略 建立與整合精神及心理資源地圖，並優先針對鄰近地區之特色進行策略介入。
		全面性策略 (1) 精神科去汙名化，持續強化宣導。 (2) 強化安心專線之宣導。

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 經濟困境：關訪員在訪視工作上無法立即改善個案經濟需求。 (2) 青壯年群，其多半因失業而自殺。 (3) 特殊個案：針對拒訪以及相關精神／人格疾患之個案給予訪視指引。 (4) 藥酒癮個案部分，則想請教如何與家屬合作，以及酗酒後自殺的介入。 (5) 地理環境與醫療分配：臺東為南北狹長型，較偏鄉之年長者容易在就醫過程中，因較長的就醫時程中死亡。 (6) 文化背景與多元群：原民家庭結構複雜，可能出現就業、飲酒等較綜合性的問題。 (7) 個案會拒絕看診，造成個案流失。 (8) 受刑人無法立即提供關懷與相關處遇。	**指標性策略** (1) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視，轄內地段護理人員、關懷訪視員透過家訪或電訪予遺族持續關懷。 **選擇性策略** (1) 結合各醫院辦理 65 歲以上住院老人自殺防治作業，包含落實通報作業、通報流程、憂鬱篩檢及單張海報宣導。 (2) 針對社區老人自殺防治辦理 65 歲以上及獨居老人之憂鬱症篩檢與追蹤。 **全面性策略** (1) 針對本縣農藥販賣業者商品、店家張貼自殺防治警語與關懷專線。 (2) 針對本縣 60 家藥局張貼心情溫度計篩檢、安眠鎮靜藥劑正確使用海報、結合藥師公會會員 FB 自殺守門人 123 宣導。

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
社會處		**選擇性策略** (1) 各鄉公所的食物銀行及馬上關懷進行合作，或來電社會救助科聯繫民間資源。 (2) 未報低收入戶者，公所業務窗亦能聯繫。 (3) 開辦相關職訓班，提供管道解決問題。
社會處		**選擇性策略** (1) 各鄉公所的食物銀行及馬上關懷進行合作，或來電社會救助科聯繫民間資源。 (2) 未報低收入戶者，公所業務窗亦能聯繫。 (3) 開辦相關職訓班，提供管道解決問題。

7. 縣市後續追蹤成效

1)屏東縣

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤

	建議	執行情形
1	針對通報率之提升，可以頒獎狀或記功等低成本方式鼓勵各通報 單位爭取榮譽；另可將心理健康 四大議題統時列入醫院督導考核 項目中。	(1) 2018 年針對通報率提升單位於自殺防治日 記者會辦理頒獎。 (2) 本局已將推動心理健康相關活動列入本縣 2018 年醫院督導考核項目中。
2	針對醫院可加強住院病人之自殺 防治，並落實出院準備計畫。	本局於 2017 年 11 月 24 日召開「2018 年醫院督導考核新增項目之說明會」，將醫院推動住院 病人自殺防治工作情形及落實出院準備計畫之項目列入督導考核項目。
3	針對第一線人員應持續訓練危險 群之辨識敏感度。	持續辦理本縣各局處第一線人員持續訓練危 險群之辨識敏感度，並規範各局處完成之指標，每季執行情形回報本局。

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
4	針對老人送餐人員或其他到宅服 務人員，可使其了解自殺防治之 重要性，與使命感，在服務老人 時可順帶一句關心問候。	本縣已規範針對老人送餐人員或其他到宅服 務人員須完成自殺防治之教育訓練及身心健 康篩檢目標數： 社會處:需完成全縣獨居老人身心健康篩檢 80%。 長照中心:需完成居家服務中個案身心篩檢 80%。 民政處: (1) 村(里)長完成教育訓練人數達 80%。 (2) 村(里)長幹事完成教育訓練人數 達 80%。
5	針對電話訪談，除目前量的指標以外，應更注意其本質，例如訪談之對象及訪談之內容。	(1) 關懷員無論家訪或電訪，訪視前先詳讀通 報資料，進行初步評估，並做好自身心理 準備及調適。 (2) 關懷員提供服務時適時運用一問二應三轉 介技巧及簡式健康量表詢問個案情況。訪 視除了表達關心之意(非例行公事)，以面 訪本人為優先考量個案，但家屬部分仍會 介入關心及心理支持。 (3) 關懷員面臨拒訪情形時，不急著結束會談 及訪視，會進一步關心個案現況或日常事 務，並提供電話專線諮詢或安心專線電 話，適切提供資源。

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
6	針對關懷員之壓力紓解，應維持內部督導管道暢通，當關懷員遭 遇困難時能獲得解決。	(1) 關懷員每月至少一次與單位主管召開團督會議，討論當月訪視狀況或困難個案討論。每位關懷員皆安排專屬之個別督導，依關懷員狀況由個別督導評估個督次數，以提供關懷員適切諮詢。 (2) 不定期辦理關懷訪視員心靈成長或舒壓課程，以關照關懷員心理健康及提升自我能量(2017 年度已辦理二次)。
7	針對職場之自殺防治。	配合勞工處於屏東縣就業博覽會進行自殺防 治宣導及針對求職遇挫勞工辦理心理健康促 進相關課程。
8	自殺之預防可由自殺原因方面著 手，提高各種保護因子。	謝謝建議，列入未來教育訓練規劃內容。
9	針對家中農藥存放方式，如何妥 善保管的部份可再加強宣導。	針對飲用農藥自殺之個案及家屬，進行家訪 衛教農藥之安全存放位置或協助移除，並蒐集購買管道、存有農藥之因、如何保管農藥 之資訊，以利統計與分析，進而提高自殺預 防之工作。
10	針對校園及職場：當衛生主管機 關與教育及勞工主管機關已達成合作共識後，應與校園及職場內 之心理衛生工作人員保持持續接觸的模式，如此即可使自殺防治 網絡持續擴大。	本縣已規範教育及勞工單位推動心理衛生工 作人員之合作模式： 教育處:完成全縣 80%國中以下學校辦理相關課程至少 1 場次及全縣輔導老師參與自殺守門人教育訓練可達 80%。 校外會: 完成全縣 80%高中以上學校辦理相關課程至少 1 場次。 勞工處: 辦理失業勞工、求職遇挫之心理健康促進課程，年度至少辦理 4 場次及轉介失業勞工、求職遇挫之個案心理諮商輔導，年度至少轉介 20 人次以上。

2)嘉義縣

表 4-1-10、嘉義縣後續執行結果追蹤

	建議	執行情形
1	針對如何避免資源重覆投入, 有效利用資源: (1) 建議策略為定期資源盤點，掌握資源分配及取得區域。 (2) 鞏固家屬支持功能:家屬對於個案來說是關鍵人物，因此，若能納入守門人的教育，拓展至公衛護理、鄰里長及第一線人員，便可達到自殺防治預防。 (3) 增加居住偏遠地區個案控管，落實民眾使用心情溫度計 APP 推廣，讓民眾能以自我管理，強化覺察，以社群軟體、APP 來提升心理健康自我覺察，達到早期預防目標。	(1) 本局針對不同對象辦理「珍愛生命守門人」教育訓練，包含公衛護士、村里長、村里幹事、18 鄉鎮市獨老志工隊、長期照顧專員、警消社工等，另也利用各活動宣導一般社區民眾，尤其讓民眾了解衛生局在自殺通報後會如何介入服務的流程，讓民眾勇於通報，達到早期關懷、提早預防的目的。 (2) 預計明年推廣民眾使用心情溫度計 APP 推廣，讓民眾能以自我管理，強化覺察，以社群軟體、APP 來提升心理健康自我覺察，達到早期預防目標。
2	針對嘉義縣尚未被通報的自殺企圖者，擁有強烈自殺意圖、意念: 應該加強派案的篩選制度與管理，將資源放投入所需群上，並加強採用心情溫度計篩檢高風險群。	(1) 本縣透過各宣導活動、關懷據點、職訓課程等，請網絡單位協助以 BSRS-5 篩檢，當有分數偏高個案則轉介心理衛生中心，由專人電訪個案，再依評估結果轉由心理師諮商輔導或由志工電訪或家訪追蹤關懷。 (2) 加強在各網絡單位宣導自殺通報的重要性及自殺通報後衛政可介入的資源，鼓勵各相關單位通報，以利早期介入。

表 4-1-10、嘉義縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
3	針對辦理督導: 建議周督導要解決個案的問題，月督導則要判讀數據，並邀請專家辦理以群眾關懷自殺防治議題為主的演講。	(1) 自殺防治分別聘請醫師及心理師 2 位督導，每週召開內督會議，針對新開案個案、高風險個案、特殊個案及有服務困境之個案進行討論、諮詢，提供處遇之建議以實行之，心理師督導另偕同訪員前往面訪高風險個案或特殊個案狀況進行評估及諮詢等服務，以期提高服務成效及降低再自殺率。 (2) 每月召開個案討論會，邀請督導及網絡單位討論困難個案共同擬定處遇服務方向, 並於次月追蹤辦理情形。會中並同時討論自殺數據，例如 30 天再自殺率、訪視頻率等。 (3) 不定期邀請專家辦理自殺防治議題演講，2017.2.20 邀請臺中榮總嘉義分院沈正哲醫師、2017.4.6 邀請趙紋華科長、2017.7.11 邀請孫中肯心理師及李亦欣心理師等。

8. 結論

綜觀 6 場高風險縣市訪查，可發現跨局處合作及溝通不足之現象普遍存在於此六縣市，因此未來如何將資源妥善連結、增進各局處之溝通為未來重要的課題，自殺防治需透過網網相連才能為個案找到最佳的資源，也唯有透過由上而下，由地方政府帶領各局處一同協調，並為自殺防治努力，才有可能達成。

而校園之服務介入亦需強化，由縣市訪查可看出校園有獨立的輔導系統，難以介入，故需由各縣市政府與教育相關單位共同協商，協助自殺高風險個案進行資源轉介，抑或是訪員之服務介入、協調，甚至是共訪。隨著青少年自殺死亡率逐漸攀升，如何有效、友善介入校園獨立輔導機轉勢必為自殺防治相當重要的一環。

綜觀六縣市，推動守門人及各社福醫療機構第一線人員危險因子辨識

能力仍是相當重要的，惟有提高各機關人員守門人意識、甚至是一般民眾，才有機會針對高風險個案及時介入，並進一步提供轉介資源。因此推動心情溫度計 APP 乃是各縣市未來可努力方向。

針對自殺企圖者個案情況較為複雜者則須採取共訪共管制，透過跨局處合作以強化資源整合，一方面減少資源重複使用，另一方面亦可增加個案之安全感。

各縣市應針對當地心理衛生、社福資源進行盤點，並提供給關訪員，讓個案能及時獲得所需資源，必要時亦須透過跨局處連結，以協助個案獲得最好的處置。

辦理縣市關懷訪視實務督導

一、 背景(Context)

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱並與個案建立良好關係，更要基於珍愛生命的信念,讓自殺關懷訪視不僅是一份工作,更是一份助人、救人的責任與義務。因此將 1 問、2 應、3 轉介的精神發揮淋漓盡致外，亦要作為個案與社會資源間之聯繫橋樑，協助自殺/自傷個案走進醫療體系並獲得有效醫療。

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。各縣市受到地理、人口、文化等不同因素影響，第一線人員在處理個案時，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、性侵被害人/加害人、或是高風險家庭之個案，亦常遇到相關網絡單位之權責應如何劃分的問題，如教育、勞政、警政、消防等單位間轉介之議題，諸多狀況在自殺關懷訪視裡，並非所有通則皆可解決，常讓相關從業人員感到棘手。

今年度規劃 6 場次的實務督導，以派遣專業人員的方式，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) 依照 2016 年全國自殺死亡初步統計資料及 2017 年自殺通報統計結果，擇定 6 個自殺死亡人數增加較多或再自殺率較高縣市。
2) 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。
3) 至排定之縣市進行「實務督導」。
4) 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. 8 月 18 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吳澤誠局長，與會人員有衛生局王瑛蘭科長、消防局王美玲辦事員、警察局徐永煌警務員、文化局李明信科長、政府教育處邱馨瑩社工組長、政府民政處廖文輝科員、政府社會處劉庭女弋社工員、政府產業發展處趙晨洋臨時人員、八里療養院戴萬祥主任、鐘玟社工師、謝安庭社工員、許佩雯社工師、黃思綺社工師、曾俊傑心理師、社區心理衛生中心黃鈞麟督導、范美玲關訪員、郭安怡關訪員、李孟盈關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、駱惠旋專員。

2. 8 月 21 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陳怡局長，與會人員有衛生局吳桂琳科長、林治純技正、黃惠理股長、葉宴伶約聘人員、姜佳琪約聘人員、許玉蘭約聘人員、蘇怡安約用人員、鄭隼涵約用人員、衛生福利部嘉南療養院王禎邦主任、王雪吟護理長、陳佳君關訪員、蘇意珊關訪員、林嘉祺關訪員、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、奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院：林建禾主任、黃怡紋關訪員、郭芳君關訪員、蔡菲比關訪員、陳怡樺關訪員、何孟凌關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、許信育專員。

3. 8 月 23 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廖育瑋副局長，與會人員有衛生局王鳳玉科長、張鈞堯專案管理師、李雨軒專案管理師、臺中榮民總醫院嘉義分院：黃敏偉副院長、精神部李世雄主任、曾德耀心理師、劉晏汝關懷訪視員、許堃澤關懷訪視員、張芳毓關懷訪視員、吳懿芳關懷訪視員、柯堂昀關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、許庭禎專員。

4. 8 月 25 日召開「臺北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺北市衛生局曾光佩副執行長，與會人員有陳映燁組長、廖敏桂技正、陽明大學衛生福利研究所碩一翁羚瑄、傅元德關訪員、杜慈英關訪員、游于嬅關訪員、溫如盈關訪員、吳季鴻關訪員、孫培菱關訪員、朱乃錦關訪員、朱子敏關訪員、賴佑臻關訪員、王釭瑄關訪員、黃瓊惠關訪員、林庭瑋關訪員、施懿芳關訪員、劉岳儒關訪員、吳珮羽關訪員、柯雨汎關訪員、林小安關訪

員、楊晟瑞關訪員、林純綺關訪員、何佩瑾關訪員、宋偲嘉關訪員、陳秋遠關訪員、紀曉君關訪員、練士菁關訪員、魏弘軒關訪員、楊晴雅關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳俊宇專員。

5. 8 月 30 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藥師廖振甫，與會人員有衛生局個案管理員黃珮芳、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院邱郁斐社工師、信安醫院督導王一叡、關懷訪視員林裕清、關懷訪視員李緯坤、關懷訪視員吳浩賓、關懷訪視員蔡淞霖、關懷訪視員廖敏棋、關懷訪視員林珊如、關懷訪視員鄭智文、關懷訪視員鍾心怡、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員。

6. 9 月 1 日召開「臺東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺東縣政府陳明仁秘書長，與會人員有臺東縣政府黃秀芳督導、教育處許琇雯社工、社會處高忠雲副處長、社會處林建鴻督導、衛生局辛進祥局長、蘇美珠科長、鄭琪齡衛生稽查員、吳佩芬個案管理師、台東市楊琇雯公衛護理師、劉書桓關訪員、林靜怡關訪員、卑南鄉雷喬安關訪員、鹿野鄉黃惠琦關訪員、關山鎮黃玲馨公衛護理師、海端鄉余曉菁公衛護理師、池上鄉張婉柔公衛護理師、王詩涵關訪員、東河鄉洪惠蘭公衛護理師、長濱鄉王美萍公衛護理師、金峰鄉陳鈺芳公衛護理師、大武鄉陳永錚公衛護理師、達仁鄉葛靜修公衛護理師、成功鎮張致和關訪員、馬偕紀念醫院臺東分院李宜頻社工師、東基醫療財團法人臺東基督教醫院洪莉娟代理組長、臺北榮民醫院臺東分院蔡耀庭醫師、衛生福利部臺東醫院周牛莒光心理師、東區精神醫療網曾筱筑專案助理、衛生福利部臺東醫院附設康復之家鍾明書專案管理員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員。

四、 成果(Product)

1. 今年度至 6 縣市辦理實務督導訪查(基隆市、臺南市、嘉義市、臺北市、雲林縣與臺東縣)，除邀集關懷訪視員外，亦邀請與關懷訪視有相關業務之網絡單位一同參與。由全國自殺防治中心及各縣市代表人員報告全國與縣市自殺趨勢與各縣市自殺通報處理流程及實務上困難。

2. 會中以座談討論會形式與第一線關懷訪視員針對各項辦理自殺防治業務所遭遇困難進行討論；以實際個案為例，探討面對困難個案時如何因應與提供服務。

3. 於會後將會議內容製作成會議紀錄，並於督導會議後 2 週內將會議紀錄發

文至縣市衛生局，提供各縣市做為參考。

4. 各縣市會議紀錄摘要如下：(詳細內容請參閱附件 4.2.1 至 4.2.5)

1) **基隆市(訪查時間 2017 年 8 月 18 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 基隆市人口現況與去年相比變化不大，截止今年 6 月止總人數為 37 萬 1 千多人，其中男性和女性的比率接近 1:1，差值少於 0.5%。

b. 醫療資源有其中 5 家精神醫療機構能提供自殺防治後端治療，社區資源共含有 83 關懷據點、147 個發展協會和其他人民團體組織，納入自殺關懷與防治系統，常年提供守門人之教育訓練。

c. 自殺未逐通報流程及高風險通報流程

a) 由社區單位(警消、公衛護理師)通報企圖自殺個案至心理衛生中心，接到通報後 24 小時內開案審查個案資料，進行分派給地段或中心同仁作訪視，並開始關懷作業流程。後續追蹤三到六個月，每個月至少訪視兩次或以上，並以 BSRS 健康檢視量表評估個案，也為準備結案之個案進行完整評估。

b) 高風險通報流程通報單位與關懷流程作業如前述所行，唯高風險個案特別強調資源轉介部分，依個案所需轉介至醫療院所、勞政單位、民間機構等。

c) 自殺通報個案依其危險程度做分級管理，根據衛福部認定標準評估為 A 級個案由中心自殺關訪員提供服務；B、C 級有合併精障則由衛生所來做後續管理；家暴個案若合併精障也由衛生所來管理。

d) 每兩個月召開自殺關訪員個案討論及督導會議，由精神科醫師或心理師來討論個案管理技巧、風險處遇與結案評估。提供不同的領域工作人員專業訓練，根據他們的需求和層次分不同等級程度來辦理，包括在職訪員、社區醫師、藥師、公衛護理師、學校相關人員等。

d. 2017 年自殺防治工作報告

a) 心理健康資源地圖:建立基隆市 7 區域分佈的心理健康相關資源地圖，讓民眾上網時更容易搜索到自助資源。

b) 一般性策略：擴大組織編制，加強行政效能及大樓安全管理；接受教育局轉介，提供校園心理諮商服務；今年度印有「多份關懷能炭息，精彩人生零遺憾」木炭專用塑膠袋；落實網路聯繫應用於農藥及老人自殺防治；辦理男性、職場、家庭主婦心理健康宣導。

c) 特案性策略：加強自殺守門人的對自殺企圖者的敏感度，包括大樓管

理員、社區民眾、鄰里長等；與生命線合作協助高齡長者、與教育部合作辦理校內生命教育宣導，理解生命意義與重要。

(2) 關懷訪視員座談討論會

a. 全國自殺防治中心李明濱主任表示訪視紀錄的審查並非為評估訪員的專業能力與服務品質,其著重的地方在於完整的資料也使得後續接管人員或分析人員能更完整判斷個案處境,以做出自殺防治最佳處遇和策略。BSRS 的填寫也能理解個案是否為高風險群，有助於轉介和處遇的效益。

b. 衛生局吳局長表示內部已經檢討兩次,初時報告無法呈現出整體狀況，第二次具體的報告知服務人次和效益，才能再進行檢討和修正。

c. 全國自殺防治中心吳佳儀副執行長認為基隆在自殺防治上是積極主動的，建議去掉訪視內容的分數制度因為並沒有太大實質的意義(以中央規範為主)，反而較應該注重在處遇計劃。特別是具一些議題的個案例如失婚、失業,其 BSRS 的分數和其處遇辦法。同時建議以結構化 SOAP 方式撰寫內容摘要。

(3) 個案討論

a. 男性個案已婚，49 歲，臨時工人，瘦弱黝黑，骯髒（因工作），7 月底吞藥尋死，送醫治療。父母雙亡，兄弟不親，罹患癌症。病歷：血管瘤根、輕度憂鬱。(詳細內容請參閱附件 4.2.1)

b. 女性個案已婚，為前一個提出個案之太太。個案與現任丈夫屬第三次婚姻，與第一任丈夫生下一男一女,與第二任丈夫生下一女目前由個案撫養。20 幾歲的時候被判斷患上憂鬱症至今，具情緒議題，有看精神科，抗拒吃藥。(詳細內容請參閱附件 4.2.1)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對個案討論會案一

a) 建議訪員列出所有個案的問題，確認哪些問題是能處理或優先處理。

b) 訪員要擁有足夠同理對方在面對太太離家出走、外遇時的心情，並使用 BSRS 評估對方的身心狀態以利後續處遇和轉介。

c) 建立充足的督導資源來協助關訪員，評估和討論個案的身心狀態和處遇方式。

d) 建議共訪機制，財務管理轉由個案處理。

b. 針對個案討論會案二

a) 回歸關懷訪視員的角色和可以做到的期待，協助危機處理、個管、一

問二應三轉介，判斷短期與長期可以處理的問題，藉由轉介引入系統合作協助個案。

b) 將精神科和癌症內科移至同一醫院。

c) 建議運用家訪方式關懷個案，資源移到個案丈夫管口。

2) **臺南市(訪查時間 2017 年 8 月 21 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 臺南市通報來源：醫院及網絡單位(警消單位、診所、 市府各局處、區公所、學校、民間單位等)。其中醫院主要以自殺防治通報系統線上通報，網絡單位多為紙本通報。上班時段通報個案由衛生局當日派案，初訪由公衛護理師，訪視完成，個管檢視訪視紀錄後，轉派關懷訪視員。下班或假日時段通報個案由衛生局個管次日派案,假日時段則由值班衛生局個管派予值班關懷訪視員訪視。

b. 關懷訪視員訪視業務

a) 家訪或面訪服務則需達該月總服務人數之 1/3 比例，而 BSRS-5 分數大於 15 分者或重複自殺或問題多重且複雜者或情緒不穩處於安全疑慮狀態者，以家訪為主。

b) 自殺合併家庭暴力高危機之個案：平均訪視次數需≧4.5 次。

c) 針對 65 歲以上老人再自殺個案，延長關懷訪視服務時程及增加訪視頻率 (每個月至少 2 次，採面訪方式至 50%以上)。

d) 自殺企圖者併有精神疾病之個案需優先訪視。

e) 關懷訪視員服務區域劃分為醫院的就近性、交通工具的協助，臺南市各區域之追蹤關懷個案數；以平衡每位訪員照護之個案數量，以兼顧照護品質。

f) 為協助自殺企圖個案面對困境所帶來的心理壓力，及自殺者遺族調整逝者已世後的悲傷情緒，辦理家屬支持團體。派案方式由衛生局統一派案。

c. 關懷訪視員訓練及督導

a) 關懷訪視員每年需接受中央或地方主管機關辦理之初階或進階相關教育訓練課程 (30 小時)。課程涵蓋自殺個案訪談技巧、精神病人關懷服務及社會資源運用等專業課程。

b) 衛生局每年 1 次至委辦醫院進行實地訪查及座談。訪查內容為個案服務狀況、訪視紀錄、機構差勤管理及業務交流。

c) 內部督導會議每周一次，由督導與 17 名訪視員針對個案管理、訪視技巧、讀書會、特殊個案討論..等問題進行討論與回饋。外部督導會議每 4 個月召開一次。討論內容精神醫療服務專業知能、自殺防治技巧、社會資源轉介與連結…等。訪視紀錄查核由衛生局人員查核，每月抽查一次，共抽查 10 份。

(2) 個案討論

a. 男性離婚個案， 54 歲，已退休，憂慮焦慮疾患確診。個案目前於高雄的精神科就診，持續重複自殺數次，某次自殺時將自己左手小指切斷，目前個案自殺的頻率已逐漸降低。太太經營便當店，為外籍新娘，個案為了辦低收入戶才與妻子離婚，但兩人仍同居。妻子因為房子被迫賣出處理個案債務導致兩人關係惡化，個案與自己手足、兒女也因債務問題惡化。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

b. 個案經營之公司資金周轉不靈，與原生家庭關係不睦，國中畢業後與家人不再往來。個案曾有兩位交往的女友，第一任女友為個案金主，自從結識第二任女友後便斷絕男女朋友關係，之後因第二任女友和其他人交往而分手，現有一名乾女兒為金主。個案目前接受心理諮商(兩次一星期)及精神科門診，為憂鬱症確診，個案一有情緒困擾，便玩賭博性電玩、飲酒、飆車、嚴重時尋死，就診診所因個資法不願意多談個案狀況。個案曾於訪視時透露想要在深夜開車製造車禍，詐領保險金還錢給第一任女友，還員工薪水。目前個案表示自己無法入睡，每天飲酒過日，只想死。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

c. 個案為男性，經營理髮店，經濟穩定。女兒有精神疾病，但個案不認為女兒有病，在今年 3 月時不忍心看女兒受精神疾病困擾便帶著女兒燒炭，因為燒炭前傳訊息給朋友才得以阻止。個案認為女兒所有的發病狀況都是因為精神科藥物造成的後遺症，因此拒絕就醫，也不願意讓女兒就醫，寧願用民俗療法治療女兒。個案目前表示只要看到女兒眼睛上吊就會帶女兒一起死。診療女兒的醫師認為個案思想僵化，也認為院方的藥物沒有問題。雖然訪員曾建議個案換醫師，但常常預約醫師之後又臨時變卦取消就醫，覺得藥物會影響隔天上班，拒絕服藥。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

d. 男性個案，已退休。個案有酒癮，且有許多身體疾病。個案與妻子感情不睦，妻子常離家出走，直到 8 月妻子因車禍返家休養。個案因年金改革問題，兒子仍在就學等因素自殺。個案第一次自殺時用燒炭方式逼

迫妻子回家。第二次燒炭時因為妻子不在家中，便燒炭自殺。訪視個案時僅抱怨年改問題，對其他狀況隻字未提。訪員已建議個案找工作，目前個案已找到工作，且願意嘗試該工作。最近一次訪視時發現家中有許多空酒瓶，可能因壓力問題而再次飲酒。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 針對訪員實務之建議：建議於外部督導會議中，討論自殺通報數據及初步死亡數據，並以此為基礎推動因地制宜的自殺防治策略。

b. 針對個案討論會案一

a) 訪員可建議個案臨近醫院或診所尋求幫助。
b) 該個案可能有借高利貸，可以向衛生局通報，與警察局合作處理。
c) 設法讓家屬知道，如果個案自殺頻率漸增，使用方法致命性變高，很有可能造成個案下次自殺身亡。
d) 建議訪員不用先下定論認為個案自殺只是一種要脅的手段，可以前往個案自殺送醫之醫院確認個案自殺後身體的狀況。
e) 個案自殺頻率有降低之跡象，建議可以多加探問最近個案面對的問題是否產生變化。

c. 針對個案討論會案二

a) 盡量向個案澄清不要以詐騙保險金的方式尋死。
b) 病人為依賴性性格和負責任性格的人，盡可能從此點同理、關懷個案。
c) 如遇個資法情形導致個案的醫師不願透露個案相關就診資料，建議訪員可以問該醫師自己該做什麼，需要注意什麼，以問題代替建議，不直接詢問病人狀態。

d. 針對個案討論會案三

a) 個案性格固執，需多讓個案說出自己的困難，不要直接給予建議。
b) 建議可讓個案及女兒一起就醫，並於個案討論會提出討論。
c) 個案有妄想症狀。案妻及個案在討論女兒狀況時，有可能加強了個案本身的妄想狀況。宜多加留意案妻本身有妄想症狀。

e. 針對個案討論會案四

a) 個案有酒癮問題，須要讓身心科專業醫師評估。
b) 個案在訪視時只講年金改革問題，有可能只為單純宣洩情緒。
c) 妻子車禍返家療院可能是個案穩定的主因，家訪時宜注意個案與妻子目前相處狀況。

3) 嘉義市(訪查時間 2017 年 8 月 23 日)

(1) 縣市報告重點摘要

a. 高處墜落自殺防治策略,以拜訪嘉義市六層樓以上高樓熱點之大廈管理委員會為例。由衛生局科長、自殺防治業務承辦人與都發處承辦人一同前往，以關懷為出發點，加強保全人員敏感度訓練(例如守門人課程)、張貼標語或加裝警鈴、監視器等設備。2. 衛生局委員會召開次數:由副市長主持，每年約一至二次，分別在 6、7 月及 11、12 月。

b. 嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容,週督導分別由精神科醫師及心理師帶領。會議中訪員回報個案訪視狀況,心理師給予回饋與建議；結案前則由精神科醫師評估是否達到結案標準,較困難的個案也會與精神科醫師討論處遇方式。嘉義市自殺關懷員跟社區關懷員的督導是分開進行,自關部份督導為精神科醫師與心理師;社關部分則是精神科醫師與社工師。

c. 嘉義市關懷訪視員派案、訪視及共訪機制，以 105 年針對 65 歲以上人口進行全面性篩檢為例，使用 GDS 量表篩檢，若分數達 7 分以上，將轉至衛生所進行第二次篩檢。若二篩結果為 7 至 11 分由衛生所自行辦理，若分數高於 11 分則直接轉介至醫院。自殺通報中個案若是使用低致命性自殺方式，例如割腕、服用安眠藥等，會轉由公衛護理師進行關懷；若是使用高致命性自殺方式，例如上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、高處墜落、農藥、跳水等,則會派案給關懷訪視員於 24 小時進行訪視。為因應個案特性，有時會協同社工進行訪視，雖然資源能多重利用，但也得配合社工的調整訪員的訪視方式。

(2) 個案討論

a. 個案江先生(54 歲)於今年 3 月由嘉義市政府心衛處轉介至衛生局，教育程度國中、婚姻狀態為離婚，現為無業但曾任廣告公會理事長，目前每個月領有身心障礙補助金;個案疾病史為慢性阻塞性肺病、高血壓、失眠症及憂鬱症，有規律就醫及服藥，診斷為反社會傾向，且認知判斷能力較差，目前最新診斷為雙極疾患。心情溫度計中分數起伏主要是睡眠及情緒部分，情緒狀態呈現憤怒。(詳細內容請參閱附件 4.2.3)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容：

a) 建議每個月一次外部督導，由精神科醫師、社工師及各局處共同參與並研討自殺防治通報月報表。
b) 醫政科也可將近兩個月自殺死亡的死因及地點納入討論，跟中央提供的通報資料結合以更了解目前自殺現況。
c) 建議委員會能召集各局處的專業人員，一同判讀自殺數據。

b. 嘉義市關訪員派案、訪視及共訪機制：
a) 精照或家暴個案的共訪，建議由已跟個案建立關係的一方主責，進行客觀與危險性評估，尤其是心情溫度計分數較高者，應積極轉介至精神醫療院所且持續關懷。
b) 無論是自關或社關，皆應落實 1 問 2 應 3 轉介，其中「轉介」重點在於協助個案至精神醫療院所接受專業評估與治療，因此每位訪員必須建立「口袋名單」以即時因應。
c) 建議將公衛護理師也加入 1 問 2 應 3 轉介及 SOAP 訪視原則的訓練。
d) 對於老年人口或困難個案，建議改用心情溫度計即可。

c. 個案研討會之「農保問題」及「醫療糾紛」個案：
a) 此個案明顯為精神疾患問題，需轉至精神科醫師治療，且持續追蹤其服藥的遵從性，建議將此特殊個案納入月督導會議，由精神科醫師做診斷分析，提供醫療專業建議，亦或將警消單位加入協助法律問題。
b) 考量訪員的案量前提下，結案後不主動聯絡個案，若還是對個案不放心，可以簡單一通電話關懷。
c) 在面對困難或特殊個案，必須加強關訪員的敏感度，確實做到積極聆聽、釐清原因、同理等才能善用資源、對症下藥。

(4) 嘉義市針對建議回覆

a. 針對嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容
a) 本市目前關懷訪視員每月一次個案督導，迄今共 11 次，每次除了邀請精神科醫師、心理師和社工師與會，若有外單位服務 者也會邀請共同討論。
b) 中央提供通報資料每月均會提供訪員，爾後擬於個案督導會議中，討論近兩個月自殺死因及地點，進而分析。
c) 目前跨局處的專業人員會議，一年召開 2 次。今年會議日期為 6/27、12/4，並於每次會議分析自殺通報及自殺死亡資料數據。

b. 針對關訪員派案、訪視及共訪機制

a) 本市早有共訪機制，均經由關訪員與外單位服務者一同討論服務概況並決定由誰主責或進行分工，心情溫度計分數較高者，均先轉介公衛護理人員，再由公衛護理人員轉介至精神醫療院所且持續關懷。
b) 本市自關、社關均落實一問二應三轉介之訪視原則，連結適當之資源。
c) 本市公衛護士均落實一問二應三轉介及 SOAP 訪視原則，連結適當之資源。
d) 本局已更改 BSRS-5 做為老年篩檢之依據。

c. 針對「農保問題」及「醫療糾紛」個案

a) 個案研討所提出的個案已轉派社區精神關懷訪員，並偕同返診與醫師確認案主病況，繼而加強疾病及藥物衛教，增進個案病識感，目前返診狀況穩定，將持續追蹤。
b) 將提醒訪員已結案後不主動聯絡個案為原則。
c) 定期安排關訪員教育訓練，提升關訪員的敏感度，確實做到積極聆聽、釐清原因、同理等才能善用資源、對症下藥。

4) 臺北市(訪查時間 2017 年 8 月 25 日)

(1) 縣市報告重點摘要

a. 臺北市現況報告

a) 臺北市高處跳下有緩降的趨勢，但是溺水方式呈上升趨勢。男性自殺死亡率約為女性的兩倍，因此應重視男性自殺防治。
b) 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，不同高風險群與議題訂定防制機制。
c) 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。
d) 65 歲以上長者死亡率高，老人自殺防治結合一些關懷方案包含長照的共照據點，並且與長照共同照護網做篩檢與健康促進。
e) 與消防局合作找出自殺熱點，與旅館業者合作強化自殺防治宣導。持續推動高處防墜措施，各學校、相關局處針對相關建物做建物檢核。
f) 守門人訓練，勞動局針對失業給付及經濟議題，加強防治工作的知識及敏感度。各個局處都有相關守門人的課程，另外也強化推展職場心理衛生。加強男性自殺防治宣導及守門人相關課程。

b. 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 10 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 10 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) 結合民間團體協助辦理中度風險自殺個案關懷訪視，建構本市自殺防治網絡，另外高風險個案由北市自殺防治中心處理。

c. 關懷訪視員訓練及督導

a) 關懷訪視員之訓練課程包含自殺風險評估及訪視技巧之實務演練、社福資源之簡介及實務連結、自殺遺族之悲傷輔導、個案訪視的結構式資料蒐集及自殺高風險個案與物質濫用。
b) 督導部分，每月固定辦理個案之團體督導。

(2) 關懷訪視員座談討論會

實務面臨之困境：

a. 照護比是 1:102，人力吃緊，負擔太大。
b. 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。
c. 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。

(3) 個案討論

a. 住在萬華區 75 歲男性是帕金森氏症患者,行動不便,教育程度是國小，現在已退休。是直腸癌的末期也是身心障礙者,與孩子跟前妻關係疏遠。(詳細內容請參閱附件 4.2.4)
b. 住在內湖區 18 歲男性，高中肄業，是一名同志，從小有同儕排擠的問題以及父親家暴的問題，因為家暴原因有被列管；主要服用藥物是抗焦慮劑，被診斷有躁鬱症，本身有攻擊性。(詳細內容請參閱附件 4.2.4)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對個案討論會中的個案一：

a) 釐清自殺真正原因、想法才能正確評估以及擬定處遇計畫。
b) 協助填寫量表外，與精神科醫師、社區護理聯繫評估個案狀況。
c) 藉由筆談關懷個案，持續建立信任關係。

b. 針對個案討論會中的個案二：

a) 釐清個案之心理狀態與性格、家庭關係、家暴真正原因。
b) 與其他單位討論，做出適切的資源分配和整合。
c) 困難個案應定時或即時提至團隊督導討論，並邀請精神科醫師參與精

神科診斷分析，以便連結相關資源擬定關懷訪視之方向與角色定位。

(5) 臺北市針對建議回覆

a. 針對個案一

個案因身體疾病過世，因仍為在案個案，續提供家屬訪視關懷，後以個案死亡送結。

b. 針對個案二

a) 已於 8 月 25 日邀請精神科醫師參與團督討論，並持續追蹤個案狀況及連結相關資源單位。

b) 每 2 周邀請專家(含精神科醫師)辦理個案督導，或依訪視員需求安排個別督導討論。

5) 雲林縣(訪查時間 2017 年 8 月 30 日)

(1) 關懷訪視員座談討論會

a. 數據分析落差與困難，為完成年度期中、期末報告之自殺防治建議及策略，須提供數據分析與比較，但面臨作業時間短缺、人力缺乏相關技術，額外耗時。針對自殺通報數據，中央的每月月報與地方的資料有落差。

b. 共訪機制人力重疊，每年有兩次跨局處業務會議，於各鄉鎮市公所舉辦，只是推廣時仍會遇到非衛生局部會，認為自殺防治是衛生局的業務導致合作效率不佳。面對社工與自關協同訪視，如何開啟對話機制？自關的角色定位是什麼？例如社區緊急醫療的責任歸屬。

c. 轉介資源反讓個案碰壁，個案轉介後續聯繫需個管員提供個案狀況，但個管員都不願透露個案資訊，陷入資訊不均等的困境。關懷訪視架構於實際操作有困難，例如無法將個案轉介給公部門，民間資源也會面臨村鄰長採取消極態度的窘境，或甚至因對個案不了解，形成負面觀感，反而造成個案更大的挫折，引發再自殺危機。

(2) 個案討論

a. 個案 42 歲，男性。除家暴、自殺等高風險因子，在精神部份被評估為重度憂躁症及合併毒癮，屬於較多元的個案。第一次通報於 105 年的六月開案，中間暫停三個月，今年又再開案，目前服務此個案已超過一年。自殺原因為案妻外遇。(詳細內容請參閱附件 4.2.5)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 數據分析落差與困難：

a) 建議與民政單位合作，透過不同部門的合作機制，掌握即時數據。

b) 通報重於判讀資料的意義及應用時效性，建議定期聘請外部督導，安排前 15 分鐘進行資料判讀，並將關訪員面對的問題於月督導或週督導提案討論。

b. 共訪機制人力重疊議題：

a) 建議共同討論 SOP 機制，對各部會與關訪員的角色定位會更清楚。

b) 關懷訪視所面臨的困難，建議加強資源盤點機制，羅列出各資源所在地，例如精神診所、臨床心理師駐點。

c) 利用心情溫度計 APP，針對像是中年個案作為關心工具，幫助個案自我觀照、覺察，多讓訪員將力氣可以發揮在對的地方。

d) 將精神醫療納入，不單以輔導作為因應策略，應轉介到相關資源做評估，同時落實守門人教育的宣導，結合實務經驗，讓地方再降低再自殺率。

c. 轉介資源反讓個案碰壁：

a) 鄰里長關懷建議蒐集「口袋名單」，避免個案在轉介時遭受挫折。

b) 邀請鄰里長參觀醫院,接受守門人課程訓練,提升自殺防治的敏感度，透過分工分責、轉介、了解 BSRS 的分數代表的意義，納入關懷語句等。

d. 個案討論

a) 安非他命本身會引起妄想症，建議透過外督導轉介至醫療單位，而信安醫院的督導可以與個案的醫師討論，了解個案狀況對症下藥。

b) 關懷訪視本以收錄資訊為主，並非僅聽個案訴說，建議與督導討論，評估藥物治療或心理治療的適切性。

e. 建議每個月一次外部督導,由精神科醫師及各局處共同針對數據做解釋，進一步滾動式修改自殺防治策略。

f. 對於狀況危機的個案，除以個案為中心，同理並給予情緒上的支持，醫療端仍需介入，而關訪員可持續從睡眠、飲食、生活活動、作息安排等予以關懷，亦或進一步討論生活調適、回診狀況等。

g. 針對重複自殺個案

a) 應釐清自殺原因、通報來源背景、保護因子與自殺時間間距等等，同時透過心情溫度計做評估，並於月督導或週督導提出討論，必要時轉介精神醫療院所。

b) 派案需留意性別上的議題，有許多重複自我傷害的女性個案，其實在和異性建立關係上是有困難的，或許將訪視員換為女性效果會好些。

c) 過去經驗在面臨年輕女性自傷時，可以取代性行為做替代轉移其注意

力，例如聽喜歡的音樂、與朋友聊天，這都能藉由督導討論，找到自傷行為的替代方式。

d) 除了建立關係，醫療端仍需介入，而關訪員可繼續從睡眠、飲食、生活活動、作息安排等予以關懷，亦或進一步討論生活調適、回診狀況等。

6) **臺東縣(訪查時間 2017 年 9 月 1 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 個案管理人員作業內容：包含自殺防業務、資源網絡連結、民眾心理衛生專業諮詢、網絡單位人員教育訓練、民眾心理衛生宣導教育。

b. 關懷訪視員訓練內容：包含每年度衛福部 14 小時之初階與 16-18 小時之進階課程外，並定期舉辦每季自殺個案研討會及 30 天內再自殺個案研討會。

c. 自殺個案訪視追蹤績效、獨居及非獨居篩檢績效一覽表：台東市人口居多，因此是通報之高點，多數以電訪為主；一旦通報收案，除了固定流程，另有紙本作業，確保每月訪視狀況。

(2) 關懷訪視員座談討論會

a. 共訪制度與單位合作

a) 關訪員目前除了自殺企圖個案外，也有訪視其他需求－如家暴、精障等個案；關訪員並非專業心理衛生背景，但對訪視的成效期待及自我要求也高，但專業資源人力也較少，因此會出現實務成效與期待落差的狀況。

b) 單位合作間會出現個案需求與其他單位重疊之現象，其他單位多向關訪員詢問個案狀況但不直接協助，一旦個案自殺身亡，其他單位會認為是關訪員的責任。

b. 個案討論與督導現況

內部每個月督導，外部為三個月開一次，並由精神科醫師進行督導，多數諮商心理師皆在學校端工作。

c. 拒訪個案訪視現況

某個案因有幼子,在關訪員通報社會處進行資源轉介為高風險家庭後就失去聯繫。

d. 關訪員工作風險

訪視過程中有機會遇到攻擊傾向之個案,曾有過個案直接拿刀槍等武器攻擊關訪員；另外，由於台東多山區地形，關訪員在訪視過程中多以車

輛交通，過程中如遇事故，目前仍以個人保險支付醫療，讓關訪員感到較有壓力與辛苦。

(3) 個案討論

a. 個案為自殺遺族，無法承認親人因自殺而身亡，且決定隱瞞家中其他長輩家人死亡原因，在前段訪視時直接拒訪，並表示不需要心理諮商轉介，導致資源介入困難。(詳細內容請參閱附件 4.2.6)

b. 關訪員在一位育有兩個智能障礙幼子的個案第一次自殺後，開始持續家訪介入，個案的外顯狀態持續好轉，精神科治療快一年，有持續服藥；但在某個母親節個案接完孩子且致電其母親表達「小孩會自己上廁所了」（意指明顯進步）之後，便攜子臥軌自殺身亡。當天情境為個案來到母親節表揚大會旁，曾有大會志工看到個案臥軌前看見她坐在場外哭泣，可惜來不及阻止憾事發生。對於本案例，關訪員認為個案自殺前一天才去回診，且沒有留遺書，面對突然自殺死亡的結果，訪員除感到無力，不知道還能多作甚麼。(詳細內容請參閱附件 4.2.6)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對特殊議題之個案（家暴、精障等）缺乏資源人力，資源重疊現象使其他單位不直接介入協助：訪員需釐清轉介流程，並統整台東縣的心理及醫療資源，列出統整之名單，使資源有效轉介。

b. 針對通報為高風險家庭後失去聯繫現況：若高風險家庭需要社福資源介入或轉介，訪員與個案需要事前有妥善的溝通，以在穩定關係的前提下將資源引入。

c. 針對自殺遺族個案拒訪：除將遺族納入可關懷名單，需考量遺族的心理狀態。訪員需多同理及關懷個案，在情感涉入層次上需多加考量，另外也可邀請外部督導，共同評估個案心理狀態與合適介入策略。

d. 針對長期關懷的個案在無預警下自殺身亡：自殺有很多重原因，和訪員並無直接關係，訪員可先自我調適，整頓心情。其他介入方需敏感於個案自殺警訊，早日通知並訪員一同進行訪視與評估，以適時引進外部督導資源及跨單位專業合作。

e. 針對訪員工作風險：若評估個案有攻擊風險，能事先與警消單位合作，降低訪員訪視之風險。

f. 針對臺東地理環境及相關心理及醫療資源：整合並建立資源網絡地圖，以供因地制宜之資源介入，並提供訪員相關資源口袋名單，利

於個案需求得以適時轉介。

g. 訪員在接手較困難之個案應即時向督導提出討論，若有精神疾患之疑慮或就醫之需求，須由精神科醫師提供可能之精神疾患診斷並提供專業轉介建議。

5. 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 6 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。

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。全國自殺防治中心今年編寫全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供各縣市衛生局做為自殺防治業務參考。

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。

五、 附件

附件 4.2.1 2017 年度基隆市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.2 2017 年度臺南市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.3 2017 年度嘉義市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.4 2017 年度臺北市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.5 2017 年度雲林縣「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.6 2017 年度臺東縣「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄

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

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%，此一數據突顯第一線專業人員在自殺防治的重要性。醫療與社會工作者在面臨自殺風險個案時，須審慎評估和辨識危險程度，即時做出因應和處置，以降低自殺行為發生的風險。因此，提升第一線醫師、護理人員、社工師及心理師等等專業人員自殺防治的因應技巧和能力刻不容緩，其重要性不言而喻。本會結合了多個醫療與社會工作相關學協會，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，提供醫療情境中的高風險者適度關懷，並能適時轉介資源，協助有需要的個案或已有自殺意念/企圖/行為者。

當個人接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做出適當的回應或轉介，此即為「珍愛生命守門人」。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。在全國自殺防治策略中，守門人概念及訓練之推展亦扮演相當關鍵的角色。

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新知，結合理論與實務應用知識，增進國內自殺防治工作之效能。
2) 提升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。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 規劃課程大綱及內容。
2) 聯繫合作單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、牙醫師、護理人員、諮商心理師、臨床心理師、社工師、職能治療師、藥師、家醫、

公務人員。

3) 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、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、中華民國基層醫療協會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國醫務社會工作協會、台灣失落關懷與諮商協會、臺灣憂鬱症防治協會、社團法人台灣失智症協會、社團法人國際生命線台灣總會。

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. 2 月 3 日於中心業務會議提案討論相關內容及規劃，依規格書內容辦理一場「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。
2. 考量課程推廣效益，3 月中旬確定與中華民國醫師公會全國聯合會合作辦理，日期訂於 5 月 20 日假台大醫院第七講堂進行「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。於全國主要地區 29 間醫院以視訊方式，同步轉播與進行單向及雙向討論方式，舉辦此課程，並錄製影片以供之後開放為數位學習課程。
3. 由計畫主持人(李明濱教授)擬定課程主題及綱要，於 3-4 月間持續聯繫合作協辦之學、協會相關單位。
4. 3 月開始持續與合辦單位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，邀請共同協辦此訓練課程，協助在其網站或會員通訊上轉知活動及報名資訊。
5. 4 月初與講師們聯繫、蒐集課程相關資料及講師資訊，以申請該訓練之各專業人員繼續教育積分。
6. 5 月初匯集講師簡報及簡歷，製作課程手冊。
7. 5 月 20 日於臺大醫院第七講堂辦理「第一線專業人員之自殺防治守門人課程」。並於課後整理成果，處理學員申請繼續教育積分之相關作業。
8. 由資訊組同仁將當日課程錄影後製完成，放置本中心之數位學習網，設為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

5 月 20 日於臺大醫院第七講堂辦理「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、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：自殺防治新視野(全球自殺防治趨勢、自殺防治問題與挑戰)、自殺防治實務(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險者之關懷與溝通)、資源網網相連(轉介方法與技巧、社會安全網絡與資源連結)，最後並有綜合討論，詳細議程請見下表 4-3-1。

當日亦於全國 29 間地區醫院同步視訊轉播，詳細場地詳見表 4-3-2。當日總人數為 846 人，醫師占 263 人、牙醫師占 2 人、護理人員占 361 人，臨床/諮商心理師占 15 人，藥師占 45 人，社工占 26 人，職能治療師占 19 人，公務人員占 53 人及其他占 62 人。

表 4-3-1、第一線專業人員之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) 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：李明濱教授(全國自殺防治中心計畫主持人)、邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會) 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) 高 雄 市：鍾飲文院長(高雄醫學大學附設醫院)、王欽程理事長(高雄市醫師公會) 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 4-3-1、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
13:45~14:25	**第一場：自殺防治新視野** • 全球自殺防治趨勢 • 自殺防治問題與挑戰 主講人：全國自殺防治中心 廖士程 執行長
14:25~15:05	**第二場：自殺防治實務** • 自殺高風險群之辨識與評估 • 自殺高風險者之關懷與溝通 主講人：全國自殺防治中心 吳佳儀 副執行長
15:05~15:45	**第三場：資源網網相連** • 轉介方法與技巧 • 社會安全網絡與資源連結 主講人：臺灣自殺防治學會 鄭宇明 秘書長
15:45~16:00	**綜合討論**(主持人及所有主講人)

表 4-3-2、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	
【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 2 樓第三會場
【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】	埔里基督教醫院圖書館會議室

表 4-3-2、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	
【雲林縣】	中國醫藥大學北港附設醫院 B1 第一會議室
【嘉義市】	天主教聖馬爾定醫院 10 樓學術講堂
【嘉義縣】	大林慈濟醫院感恩樓 13 樓階梯教室
【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
	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】	衛生福利部台東醫院五樓第一會議室
	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
【金門縣】	衛生福利部金門醫院醫療大樓 8 樓會議室
【連江縣】	連江縣立醫院 3 樓講堂

2. 結論

1) 本課程主題訂為自殺防治新知與實務探討，係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。

2) 本次課程中，講師以自殺防治理論、最新數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及自身經歷講述，提醒第一線專業人員自殺往往是多重因素造成之悲劇結果，勿簡化原因，且由最新數據了解自殺防治現況，並協助學員了解高風險群之評估與辨識、關懷和溝通的技巧。另外，講師提供自殺防治資源連結與轉介相關知識，使第一線人員了解實務上可協助個案之管道。整體課程緊扣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」。

3) 本次課程與中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理，透過全國 29 間醫院同步視訊，將本訓練課程推廣至更多醫療及社會工作相關之第一線專業人員；當日最後的綜合討論，即時連線不同會場的學員精彩提問，講師們及主持人積極回應，補充講解相關資訊，現場互動熱絡。

強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片

一、 背景(Context)

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: 當媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，確實會引發自殺模仿效應；反之，正確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動。

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺報導，期望使自殺新聞報導能在不侵害自殺當事者隱私權的前提下，同時顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。而自 2006 年起，中心每日蒐集及整理自殺相關新聞報導，除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，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，全國自殺防治中心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或甚至內化成為自我約束管理，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。

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，促使記者能撰寫正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因子有所理解並適時防範，同時將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) 不定期與各大媒體合作、接受專訪或拜訪媒體，增進與新聞傳播實務工作者的溝通，提升國內媒體自殺新聞報導品質，同時藉由不同主題之間散佈

自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」的理念傳達至社會各角落，期望一同共創健康的自殺新聞報導，並藉以導正民眾對於自殺事件的認知，達到「自殺防治，人人有責」之目標。

3) 將最新專訪及新聞稿更新於中心網站最新消息、珍愛生命數位學習專區與珍愛生命打氣網粉絲專頁，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。

4) 持續辦理「新聞媒體聯繫會議」，本年度主題為「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程。

(1) 彙整中心過去針對新聞媒體之相關數據、策略和建議，並蒐集國內、外針對新聞媒體之相關策略建議。

(2) 資源連結與合作

a. 合作單位：衛生福利部心口司、中華民國醫藥衛生記者聯誼會以及各大新聞媒體等。

b. 召開新聞媒體聯繫會議會前會，專家與第一線媒體工作者進行交流，研擬聯繫會議內涵。

(3) 發布會前新聞稿並召開新聞媒體聯繫會議，並於會後發表活動成果於中心網站最新消息及珍愛生命打氣網粉絲專頁。

三、 過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

1)「溫馨送暖迎金雞 生命關懷不打烊」春節新聞稿。

(1) 於 1 月 26 日發布「溫馨送暖迎金雞 生命關懷不打烊」春節新聞稿，共有 5 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

國人期待的農曆春節即將來臨，在這闔家團圓的時刻，台灣自殺防治學會理事長龍佛衛與全國自殺防治中心主任李明濱特別呼籲，不論是否與親友團聚，可利用佳節多加關懷親朋好友，特別是獨居長者、未返鄉之遊子每逢佳節倍思親，此時您的關心此時特別令人窩心。此外，提醒長期服藥者年節期間勿自行停藥，特別是精神科用藥，年節期間更要穩定服藥，溫馨過個金雞年。

關懷長者，共同把關身心健康

李明濱主任表示，根據自殺通報人次顯示，65 歲以上的長者近兩年在 3 月份之數量較 2 月份上升約 50%，自殺首要原因為「生理疾病問題」

(37.1%)，其次為「憂鬱症及其他精神疾病」(31.9%)，因此在春節前後須更加注意老年人的心理狀態，李明濱主任提醒民眾三大要點共同關懷親友長輩。

1. 利用春節連假，陪伴家中長輩，家庭社會支持為重要的保護因子，建議民眾多以關懷性的傾聽與正面回應多陪伴家人。
2. 假期過後持續關懷不輕忽，連假過後民眾各自返回工作崗位與學校，忙碌之餘記得問候遠方長輩。
3. 長期服藥者，勿驟然自行停藥，年節期間親友可互相提醒，若自行停藥易有戒斷症狀，特別是精神科用藥，如有焦慮或憂鬱症狀服藥治療的病人應持續依照醫師指示服藥。

親友相聚問候不越界，家庭和諧融洽過好年

根據歷年資料發現自殺企圖通報人次在 1 月及 2 月時為最低點，由 3 月開始通報數據往上攀升。2016 年自殺通報資料中，以 35 至 44 歲此年齡層為最多，分析其自殺原因，以「情感、人際關係」為最高(47.1%)，其中包含「感情因素」、「家庭成員問題」、「夫妻問題」等因素。由此可知，家庭關係及人際交流在自殺防治中極具重要性。李明濱主任建議，應多把握年節期間互相關懷問候，多聊聊生活趣事以及分享近況，珍惜相聚時光，家庭氣氛愉快更能享受美好春節。

此外，春節期間，若有發現身旁有他人身心狀況超出自身可控制之情況，可透過心情溫度計篩檢或是協助轉介至社區心理衛生資源、精神科就診，亦可撥打安心專線，0800-788-995(請幫幫救救我)，年節期間 24 小時不打烊。

2)「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」會前新聞稿。

(1) 6 月 23 日於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱主任，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授、社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委、衛生福利部心口司諶立中司長以及詹金月科長皆共同與會。媒體與談人出席代表為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS 沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV 台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共 51 人，出席媒體共 16 間、學協會共 4 間、衛生局共 10 間以及臺北市自殺防治中心，會後新聞稿露出共 11 則，會議圓滿落幕。

(2) 新聞稿內容詳見「新聞媒體聯繫會議」章節。

3)「支持農委會禁用巴拉刈之聯合聲明」新聞稿。

(1) 6 月 6 日中心與 14 個學協會，包括中華民國急重症護理學會、中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會、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、台灣老年學暨老年醫學會、台灣急診醫學會、台灣精神醫學會、台灣憂鬱症防治協會、台灣護理學會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣毒物學學會、社團法人老年精神醫學會以及社團法人自殺防治學會連署發布「支持農委會禁用巴拉刈之聯合聲明」新聞稿，新聞稿露出共 6 則。

(2) 新聞稿內容如下：

欣聞農委會於 5 月 24 日公告禁用巴拉刈之時程，將自 2018 年 2 月 1 日起禁止加工及輸入,2019 年 2 月 1 日起禁止販賣及使用。在此關鍵時刻，政府能有此政策之宣示，將對民眾生命與健康之保護更上層樓。本聲明支持農委會禁用巴拉刈之政策，乃基於眾多臨床經驗與實證研究，以及對病人、家屬與弱勢農村民眾之關懷。

劇毒巴拉刈造成痛苦死亡

除草劑巴拉刈對人體有極高毒性，沒有解毒劑。大量攝入會造成多重器官衰竭，小量攝入（即使只是一小口）也可能造成肺纖維化與呼吸衰竭，造成痛苦的死亡，過程中病人與親友承受極大煎熬，存活者也可能留下呼吸系統後遺症，嚴重損害生活品質。

許多臨床人員見證過病人衝動下飲用巴拉刈的悲劇。許多自殺企圖是在急性壓力、生活危機、人際衝突、低落情緒、甚至酒醉下，隨手拿取和飲下巴拉刈，造成不可逆的痛苦死亡。

禁用巴拉刈減少衝動自殺死亡

十位服用巴拉刈者，可能高達六至九人死亡，即使衝動過去積極求生，亦求生不得；相較下，服用其它除草劑，死亡者不到一人，危機化解與想法轉變後，可重獲新生化險為夷。禁用劇毒的巴拉刈，大大提高衝動自殺後重生的機會。

台灣巴拉刈自殺死亡人數從 2006 年的 119 人，增加到 2015 年的 209 人，是過去十年的最高點。2015 年有 479 人農藥中毒自殺身亡，巴拉刈所占比例超過四成，是造成中毒死亡的首要農藥。使用巴拉刈企圖自殺者，有六成來自農家。

巴拉刈中毒死亡經常發生在農村地區，尤其是年長者，但也偶有年輕人衝動下飲用巴拉刈而自殺身亡的不幸憾事。我們應當同理自殺企圖者，經常是身處危機，或者已受嚴重憂鬱所困擾，為因應痛苦而發生自殺行為。然而危機經常是短暫的，而精神困擾或憂鬱情緒是可以治療的，禁用巴拉

刈可大大增加存活與後續治療的機會。

韓國在 2012 年全面禁用巴拉刈之後，農藥自殺率減少 40%。斯里蘭卡在 2008-2011 年逐步禁用巴拉刈和其它兩種劇毒殺蟲劑之後，農藥自殺率減少 50%。這兩個國家禁用巴拉刈後，非農藥自殺率沒有增加，全國自殺率也下降。

巴拉刈可能增加巴金森氏症風險

全球已有超過 50 個國家禁用巴拉刈，除了預防中毒死亡，也旨在保護人體健康。2007 年歐盟全體國家禁用巴拉刈，理由是無法排除對施用者有神經毒性，台灣與其它國家的研究發現，長期使用巴拉刈的農民得到巴金森氏症的風險增加。

推動配套措施與替代藥物，創造多贏

我們因此共同支持禁用巴拉刈的政策，並希望政府同步大力推動配套措施，協助並考慮補助農民使用替代藥物、改變農作方式，和改善產銷制度，同時回收農家裡儲存的巴拉刈、持續讓其它已有替代藥物的劇毒農藥退場，並監測中毒與死亡統計趨勢。我們也呼籲消費大眾共同支持不使用巴拉刈的農產品，一起創造多贏、關懷、與保護健康與生命的社會。

2. 媒體拜會

1)5 月 19 日至蘋果日報拜會宋伯東總編輯，針對媒體自律、新聞媒體聯繫會議等議題進行交流，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長代表出席。

2)6 月 16 日至自由時報拜會莊榮宏執行長、王貝林副主任，針對媒體自律、新聞媒體聯繫會議等議題進行交流，中心由李明濱計畫主持人、媒體因應小組陳映燁醫師代表出席。

3. 媒體合作

1)5 月 2 日中心李明濱計畫主持人受邀至《寶島聯播網》〈超級報報〉時段接受專訪，討論自殺防治相關議題，主持人為李惠仁先生。

2)7 月 20 日中心李明濱計畫主持人受邀至《教育廣播電台》接受〈生活 In Design〉節目接受專訪，討論自殺遺族相關議題，主持人為蕭曼屏小姐。

3)9 月 19 日中心李明濱計畫主持人受邀至《飛碟廣播電台》，接受「今天我尚青」節目專訪，討論青少年自殺相關議題，節目主持人為林青蓉小姐。

4. 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

1)為因應媒體產業人口流動較普遍，因此透過將自殺新聞報導原則與自殺防治相關知識拍攝成影片，內容以 WHO「六不六要」原則為主軸，提供未來新聞媒體在報導時，能進行自我檢視，增加新進媒體人對於自殺新聞報導

撰寫需注意的事項更加熟稔。

2)6 月 4 日與左鳳翔演員拍攝新進媒體人教育短片第一幕，內容大綱為一位上班族因承受來自工作、經濟、家庭多方壓力，在看到負面自殺新聞後，選擇結束自己的生命。

3)6 月 13 日與吳佳儀副執行長拍攝新進媒體人教育短片第二幕，內容大綱為一名新進的記者採訪新聞時，發現第一幕的自殺企圖者可能因看了自己報導之新聞後自殺送醫，導致自己數日睡不好，坐立難安，因此去找熟識的精神科醫師聊天，醫師在與記者講話的過程中，帶出「六不六要」原則與範例。

5. 新聞媒體聯繫會議

1) 召開新聞媒體聯繫會議會前會

2017 年 4 月 24 日(星期一)下午 5 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會前會，中心與會人員為吳佳儀副執行長、臺灣自殺防治學會楊聰財理事、臺灣自殺防治學會呂淑妤理事、全國自殺防治中心王文德顧問、臺北醫學大學林進修先生；與會平面媒體與網路媒體為 PChome 新聞台、醫藥世界、台灣新生報、太平洋新聞網、天下雜誌、健康醫療網。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，決議今年度新聞媒體聯繫會議將與中華民國醫藥衛生記者聯誼會協辦，主題為「老人自殺防治：問題與挑戰」，以期藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程。

2) 寄送邀請函

本年度新聞媒體聯繫會議共寄發邀請函(含電子郵件、公文、紙本邀請函)共 574 份，包括衛福部心口司、社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、大專院校新聞傳播學系專家、學協會、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

3) 發布會前新聞稿

(1) 中心於 6 月 22 日發布新聞媒體聯繫會議新聞稿，也更新於中新網站最新消息與珍愛生命打氣網粉絲專頁。

(2) 新聞稿內容如下：

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於 2017 年 6 月 23 日(星期五)下午 2 時至下午 4 時，假台大校友會館 4 樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為全國自殺防治中心李明濱主任。本次會議將藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過

專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程！

臺灣自殺最新數據

衛福部於今年 6 月 19 日公布 2016 年十大死因，依序為癌症(死亡率為每十萬人口 203.1 人)、心臟疾病(88.5 人)、肺炎(51.9 人)、腦血管疾病(50.4 人)、糖尿病(42.4 人)、事故傷害(30.6 人)、慢性下呼吸道疾病(28.9 人)、高血壓性疾病(25.0 人)、腎炎、腎病症候群及腎病變(22.2 人)、慢性肝病及肝硬化(20.1 人)，癌症自 1982 年起已連續 35 年高居國人死因首位。全國自殺防治中心李明濱主任表示，2017 年自殺死亡率為每十萬人口 16.0 人(男性 21.8 人、女性 10.2 人)，排名第十二位，雖已連續七年退居十大死因之外，但是其比率與 2015 年(15.7 人)相較之下仍上升 1.9%。全國自殺防治中心廖士程執行長指出，其中 65 歲以上老年人口自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，約為一般人的 2 倍；就自殺企圖通報資料而言，同年 65 歲以上老年人口總共通報人次為 2994 人次，自殺原因中前三高為「生理疾病」(37.1%)；其次為「精神健康／物質濫用」(31.9%)；第三為「情感/人際關係」(26.3%)。由此可見，隨著臺灣老年人口的攀升(2016 年老年人口已達 12.9%)，老人的自殺率也呈現著逐漸增加的趨勢，所以老人的身心健康不容忽視。

老人照護與主要照顧者負荷

老人的身心健康值得重視，政府已如火如荼在推動長期照護政策，其中老人及其照顧者更是重要的議題。以最常見的失智症為例，依衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 2016 年 9 月人口統計資料估算：台灣 65 歲以上的老人(共 305 萬人)，失智症人口約 24 萬人，佔 7.98%。有 95.9%的失智症患者是住在家中，71.3%完全由家人照顧。許多研究顯示，照顧失智症患者雖然可以獲得正向照顧經驗，但通常會對照顧者的身體健康和情緒產生重大的負面影響。

根據長庚大學護理學系徐亞瑛教授的研究表示，有三成的家庭照顧者具有嚴重的憂鬱症狀。照顧者覺得有困難的照顧活動包括：必須傾聽並回答他重複的問題；處理他的躁動行為或不安；處理他的疑心病、或懷疑別人要害他；以及處理他藏東西、找不到東西的行為。失智症家庭照顧者除了照顧病人以外，還同時處理很多事，在照顧過程中常遇到的互相競爭需求，例如約八成的照顧者一方面照顧家人，一方面也要顧到自己的身體健康、自己也有社交活動需要參與。有近六成的家庭照顧者，要同時照顧其他家人、賺錢或工作。我們的研究發現，如果可以在照顧過程的各項需求之間尋找到平衡點，可以減少照顧者的憂鬱症狀。

目前政府設立失智共同照護中心，整合社區中各項服務，包括失智社區服務據點、照顧者支持服務、居家服務、居家復健、居家護理、環境改善、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規多機、安寧照護、機構照護、喘息服務等，鼓勵失智症的家庭照顧者能走出來，使用各項社區服務，以期能在許多需求中找到平衡點，減少嚴重憂鬱的情形。

媒體報導與自殺防治

李明濱主任表示，媒體報導一向是我們中心歷年來關心的議題。根據國內外研究指出，媒體在自殺防治上扮演重要角色，描寫個案努力渡過自殺危機的報導，具有保護因子的作用；而明確且詳細的自殺事件報導，則顯示與自殺率之「高峰」相關，報導文字內容與圖片皆可能引發民眾模仿效應。隨著科技的日新月異，近年來網路新聞蓬勃發展，資訊傳播速度已超越過往紙本報章雜誌，讀者可隨時隨地透過自己的智慧型手機及電腦設備吸收資訊。而部份媒體業者更為了吸引群眾及衝高點擊率，會於網路新聞頁面置入動畫影片，再透過社群平台的分享，使得資訊受眾增加，於此同時，若媒體不當報導自殺事件，其負向影響將比以往更甚。

全國自殺防治中心吳佳儀副執行長指出,根據中心分析 2016 年平面報紙自殺新聞相關報導(共 378 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(30.7%)」及「不要簡化自殺原因(48.1%)」與「不要報導自殺方式的細節(52.1%)」較易被忽略。而「六要」原則中「與醫療衛生專家密切討論(18.5%)」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(41.3%)」與「凸顯不用自殺的其他解決方法(65.9%)」則是較不易在新聞內容中提及。另外，網路新聞近來三個月的自殺相關報導(共 810 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(31.5%)」及「不要簡化自殺原因(36.3%)」較易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(5.1%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(20.6%)」與「與醫療衛生專家密切討論(32.5%)」則不易在新聞內容中提及。就民眾觀點而言，中心 2016 年之民調結果顯示(共 2148 人)，當電視或報章媒體在報導自殺事件時，民眾認為報導中最不應出現內容依序為「自殺照片/畫面」(93%)、「當事人資料」(91%)、「自殺方式」(84%)、「遺書」(75%)、「自殺地點描述」(73%)、及「親友感受」(63%)等，顯示出報導內容與民眾偏好不見得一致。

最後，國際自殺防治協會今年度的口號為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life)」，李明濱主任呼籲，自殺防治在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生。自殺防治在臺灣是必須關切的重要議題，而只有喚起社會大眾對自殺議題的重視，而同時持續推廣自殺相關

知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

4)發布會後活動成果，詳見附件 4.4.1。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)記者會／新聞發布：

共發布 3 則新聞稿，總計共 22 則媒體露出之相關報導。

2)媒體拜會：

(1) 拜會蘋果日報宋伯東總編輯內容整理如下：

a. 邀請參與 2017 年「媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」。

b. 近日動新聞越來越盛行，內容涉及聳動的自殺畫面令人擔憂會影響高風險自殺危險群或較脆弱者如兒童，且民眾可自行下載儲存。雖然動新聞的製作僅以重要新聞為主，且相較以往，現在動新聞的細節已大幅修正，討論後仍建議能減少自殺相關的動新聞製作，並將此花費投資在其他有意義的項目，例如心理健康促進。

c. 關於自殺事件報導，建議能在刊登之前與專家學者討論，並將其意見與求助專線附在報導後面。平面報紙部份蘋果內部有自律公約，定版前會由總編輯與資深記者把關，且鮮少放置在頭版；網路新聞則由社長負責，若遇到違反六不六要的自殺報導，目前僅能維持現狀以 Email 投至蘋果爆料專線建議下架，或透過 iWIN 通報。未來可考慮建立溝通管道。

d. 有關心理健康相關或自殺防治的正面報導，由於無設置專欄，建議中心專家學者可投稿至民意論壇，書面或網路都可刊登。

(2) 拜會自由時報莊榮宏執行長與王貝林副主任內容整理如下：

a. 邀請莊榮宏執行長與王貝林副主任參與 2017 年「媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」。

b. 自殺新聞報導有時是基於媒體報導的公益性或應家屬要求刊登，例如牽扯到非法事件或迫害，期望藉由輿論影響，促使警方調查。雖然原因很難不提及，但會盡量避免臆測或將自殺原因單一化。

c. 自由時報電子報與即時新聞都是由外勤記者發稿，內勤人員只有核稿，但會將世界衛生組織(WHO)的六不六要原則廣發給記者們。若有違反的自殺相關新聞，可將疑慮轉告給自由時報編政組相關人員。

d. 建議可將「六要」原則中「要報導危險指標及警訊徵兆」擬出不同類型的指標與警訊徵兆範例，如學業相關、感情相關等，讓記者們能在撰寫稿件時使用。

e. 建議六不六要原則可於一段時間後統一公布給各報社參考。

3) 媒體合作：

(1) 專訪影片發布於《寶島聯播網》YouTube 頻道，名稱為「170502 超級報報專訪李明濱教授談自殺防治」。

(2) 《教育廣播電台》與《飛碟廣播電台》專訪影音於中心留存。

4) 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

(1) 完整影片內容詳見附件 4.4.2。

5) 新聞媒體聯繫會議：

(1) 實證分析研究

a. 平面四大報「六不六要」趨勢分析

根據 2016 年中心所統計及分析之 378 則自殺事件及相關新聞報導如圖 4.4.1、圖 4.4.2，發現媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 97.9%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 95.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.7%)及「不要簡化自殺的原因」(達 48.1%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 92.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 77.8%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 18.5%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 41.3%)則是比較容易被忽略的原則。

b. 網路四大報「六不六要」趨勢分析

根據 2017 年 3 月 23 日至 6 月 23 日中心所統計及分析之 813 則自殺事件及相關新聞報導，如圖 4.4.3、圖 4.4.4，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」(達 99.8%)、「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 99.5%)及「不要過度責備」(達 99.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.8%)及「不要簡化自殺的原因」(達 37.4%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「要用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 90.0%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 4.9%)、及「凸顯自殺以外的問題解決方法」(達 19.6%)則是比較容易被忽略的原則。

c. 網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六不六要」趨勢分析

根據 2017 年 3 月 23 日至 6 月 23 日中心所統計及分析之 44 則 65 歲以上老人自殺事件及相關新聞報導，如圖 4.4.5、圖 4.4.6，發現媒體

在進行自殺新聞報導時,「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 100%)、「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 100%)及「不要過度責備」(達 100%)較易被遵循,而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 31.8%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.8%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內,「要使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 95.5%)是較易被遵循的原則,但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 6.8%)、及「要與醫療衛生專家密切討論」(達 6.8%)則是比較容易被忽略的原則

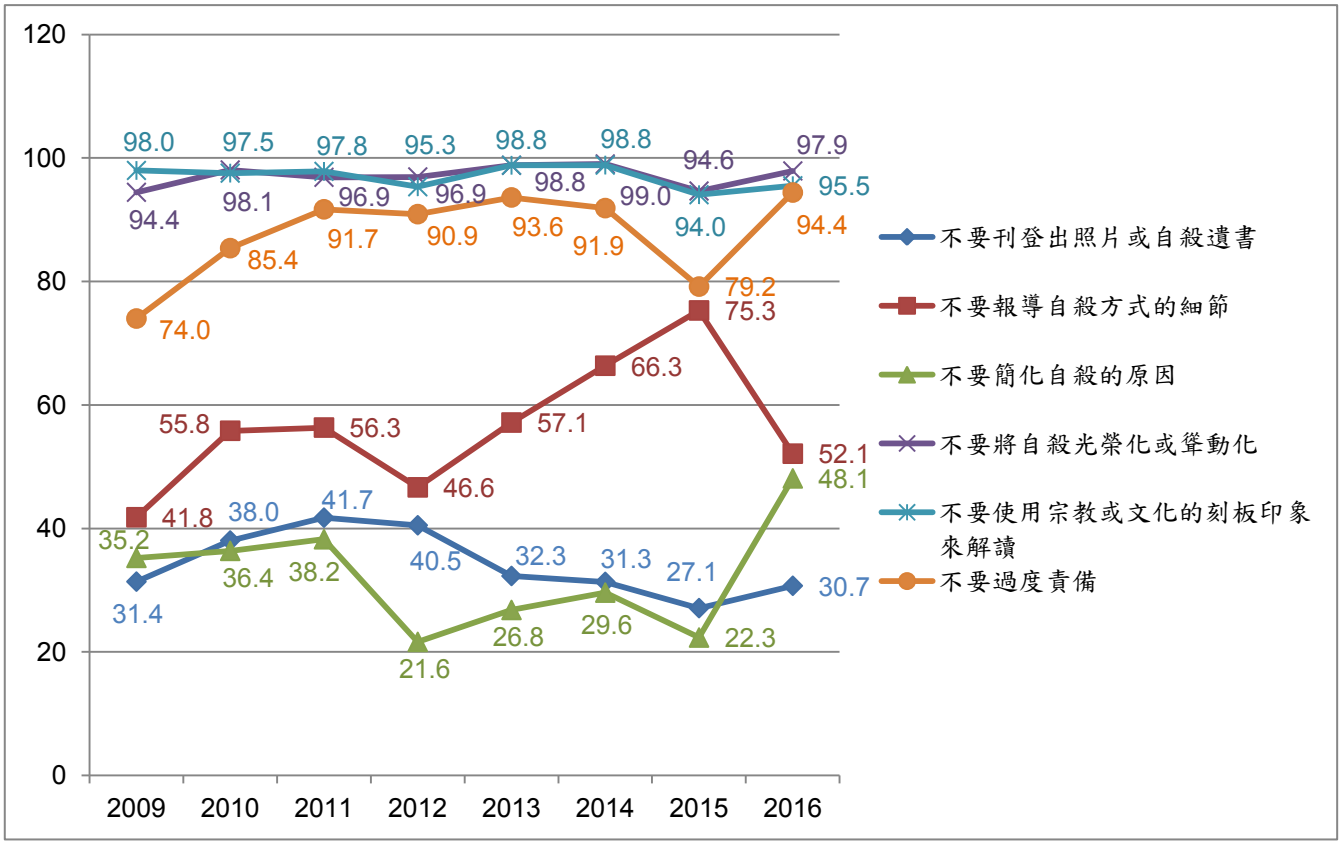


圖 4-4-1、平面四大報「六不」趨勢

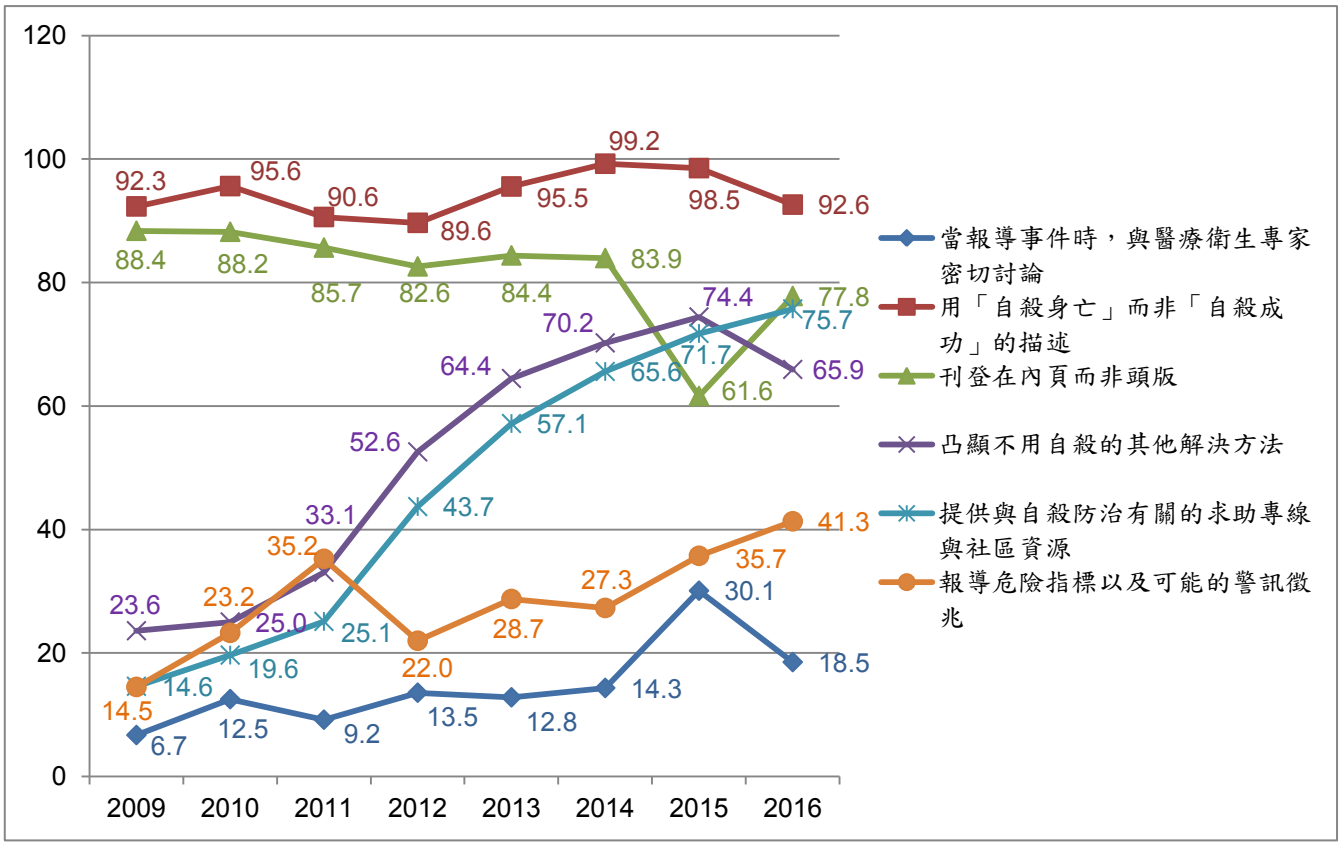


圖 4-4-2、平面四大報「六要」趨勢

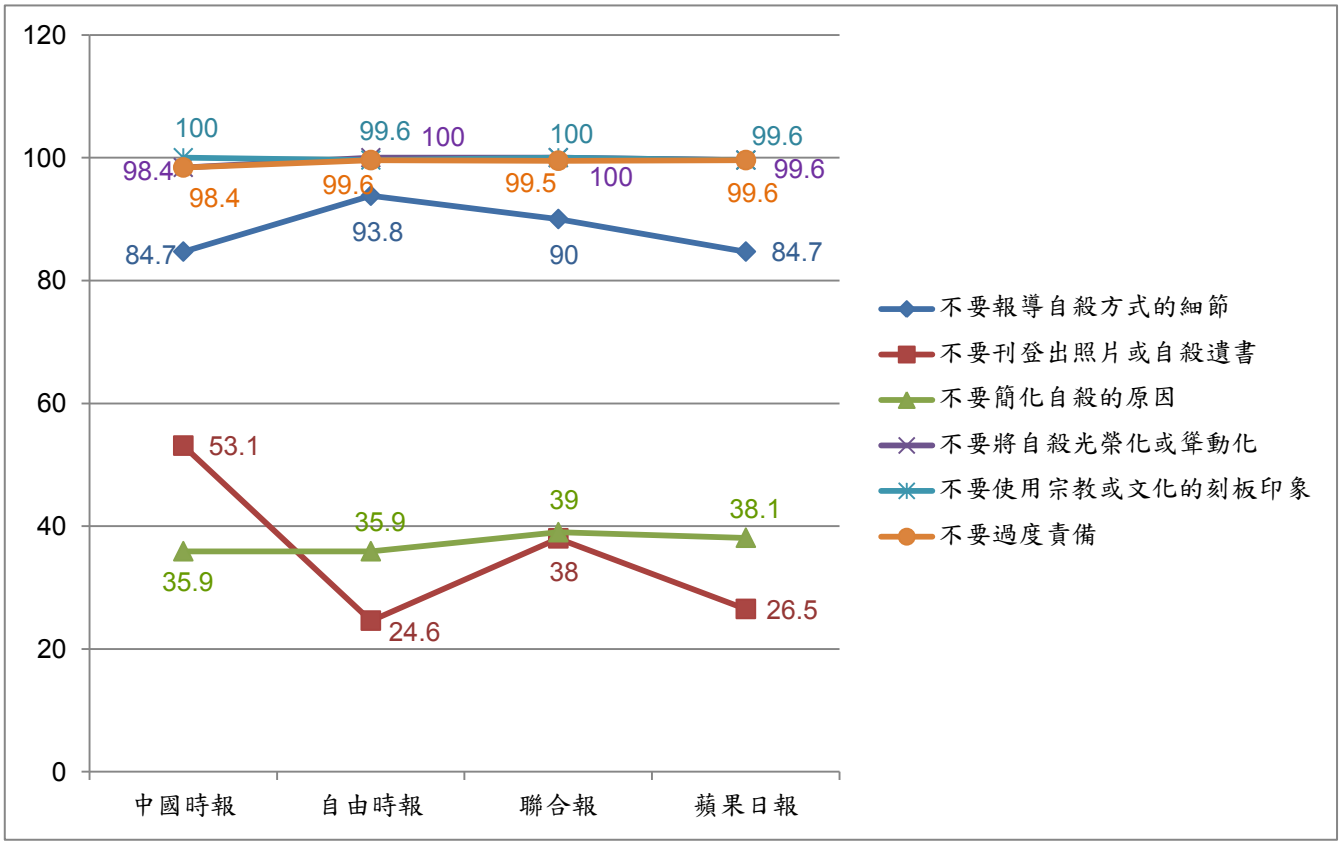


圖 4-4-3、網路四大報「六不」趨勢

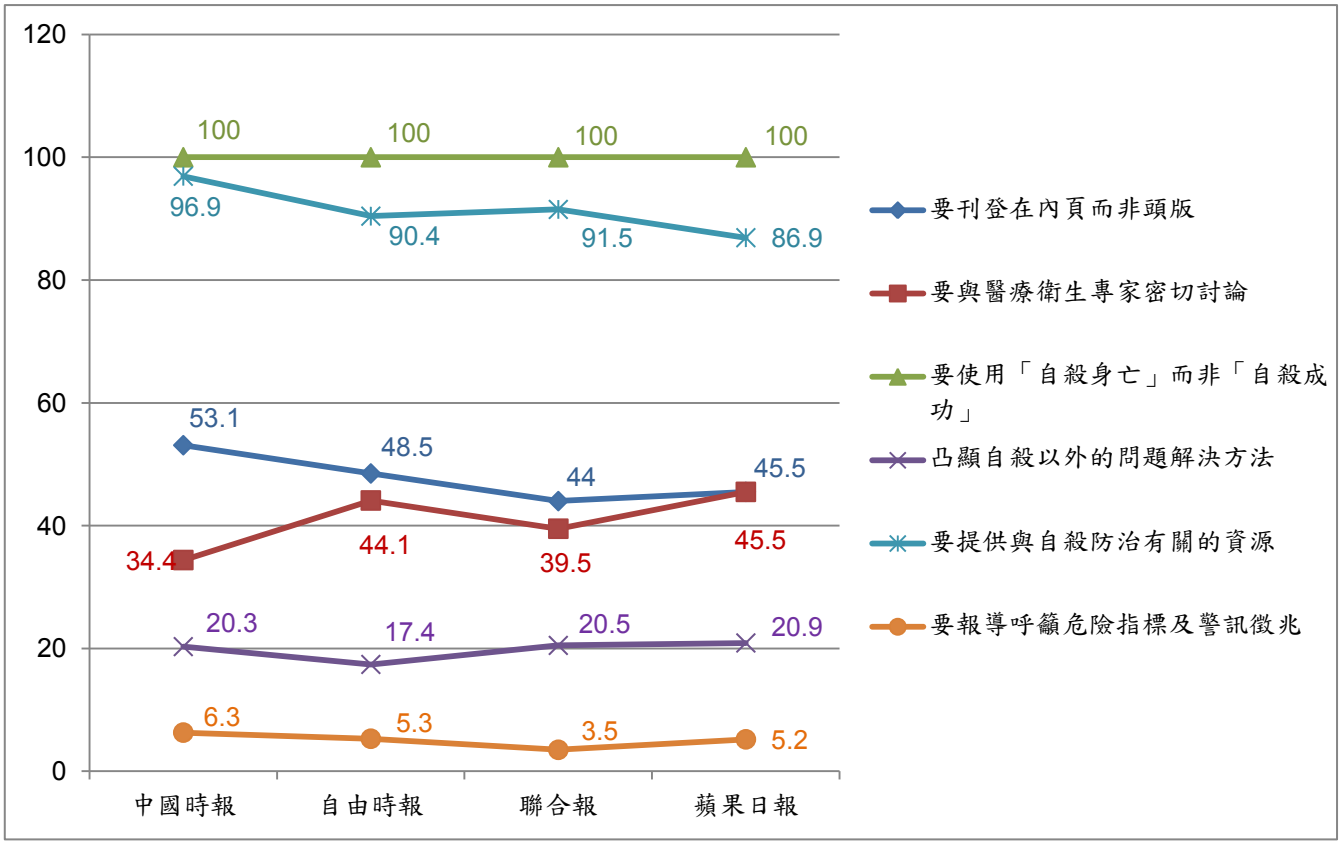


圖 4-4-4、網路四大報「六要」趨勢

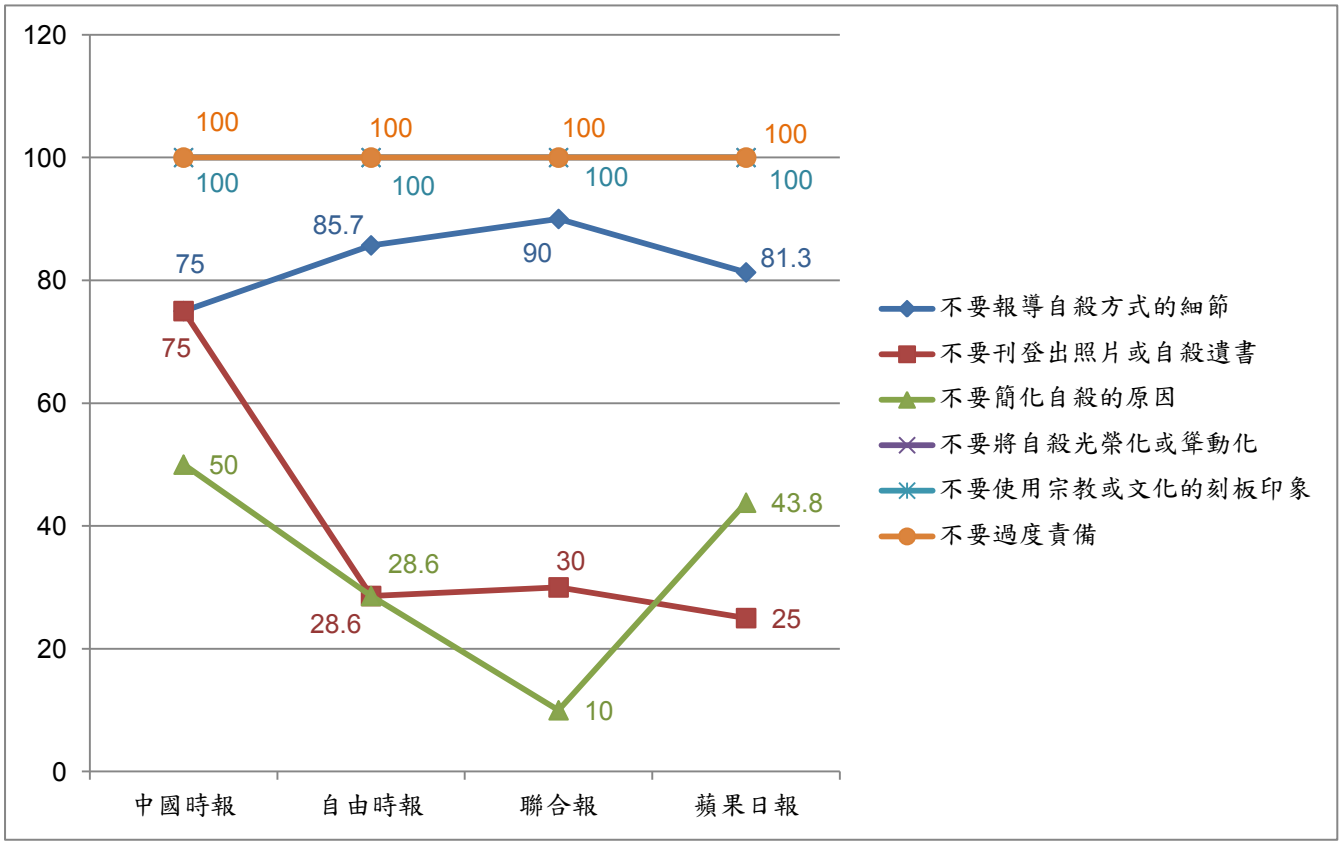


圖 4-4-5、網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六不」趨勢

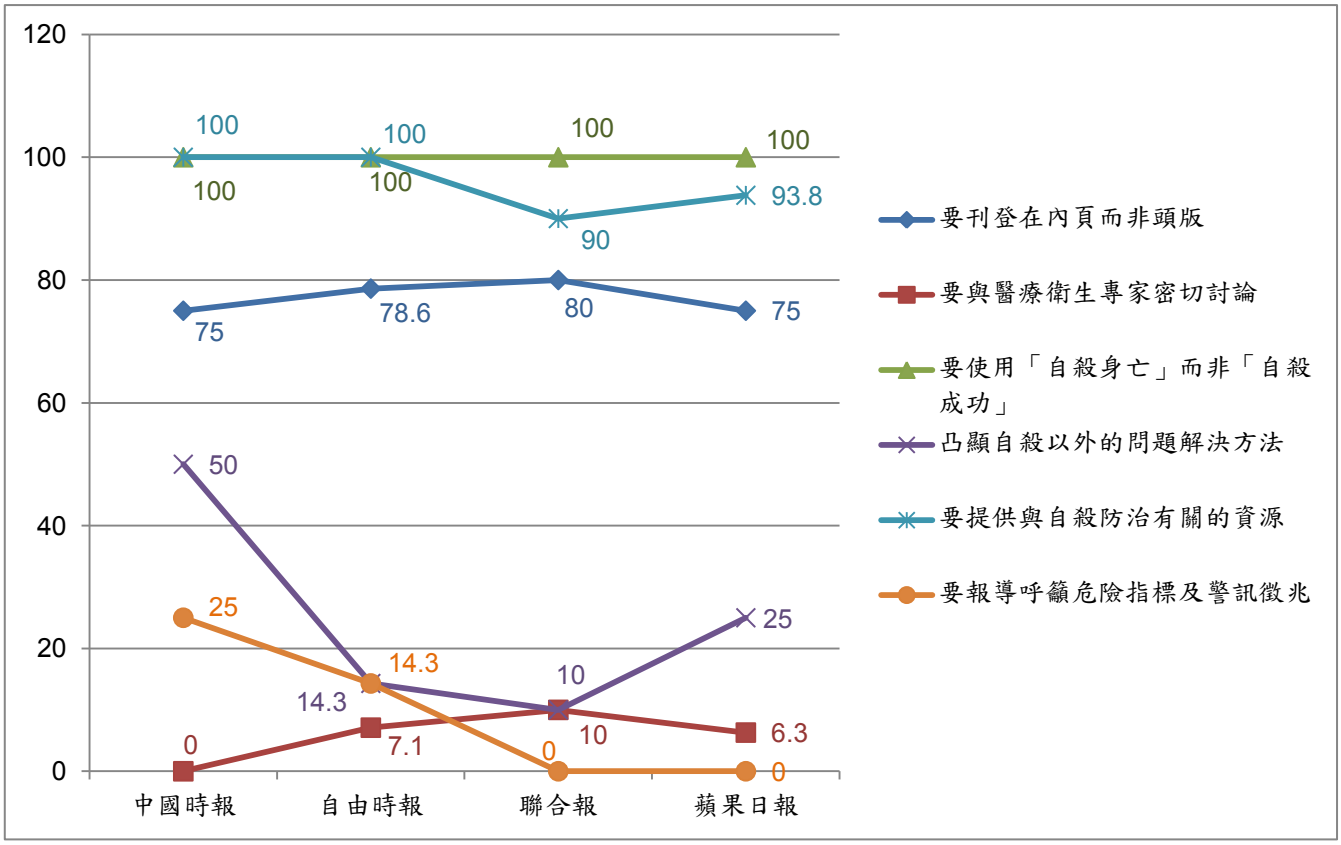


圖 4-4-6、網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六要」趨勢

(2) 2017 年 6 月 23 日(星期五)14:00-16:00 於臺大校友會館四樓會議室辦理「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱主任，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授、社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委、衛生福利部心口司諶立中司長以及詹金月科長皆共同與會。媒體與談人出席代表為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS 沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV 台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共 51 人，出席媒體共 16 間、學協會共 4 間、衛生局共 10 間以及臺北市自殺防治中心，會後新聞稿露出共 11 則，會議圓滿落幕。

(3) 新聞媒體聯繫會議之議程包含：老年自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷、老人自殺事件之媒體報導—分析與建議，最末為媒體代表經驗分享與綜合座談。

(4) 出席人員

a. 當日出席的長官及貴賓如表 4-4-1：

表 4-4-1、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
	詹金月	科長
	張冠偉	科員
社會福利及衛生環境委員	吳玉琴	委員
台灣自殺防治學會	楊聰財	理事
	李明濱	主任
全國自殺防治中心	廖士程	執行長
	吳佳儀	副執行長
長庚大學護理學系	徐亞瑛	教授

b. 當日與會之新聞媒體代表，如表 4-4-2：

表 4-4-2、新聞媒體代表名單

出席單位(人數)	
康健雜誌(3 位)	中央社(1 位)
太平洋電子報(1 位)	ETtoday 新聞雲(1 位)
中國時報(1 位)	今日新聞(1 位)
聯合報(2 位)	青年日報(2 位)
蘋果日報(2 位)	台灣新生報(1 位)
民視(1 位)	數位網路報(1 位)
大愛電視台(1 位)	三立新聞網(1 位)
中華日報(1 位)	非凡新聞(1 位)
TVBS (1 位)	TTV 台視 (1 位)

c. 當日與會之學協會代表，如表 4-4-3

表 4-4-3、學協會代表名單

出席單位(人數)
社團法人台灣失智症協會(1 位)
社團法人老年精神醫學會(1 位)
台灣老年學暨老年醫學會(1 位)
中華民國家庭照顧總會(1 位)

d. 當日與會之衛生局代表，如表 4-4-4

表 4-4-4、衛生局代表名單

出席單位(人數)	
基隆市政府衛生局(1 位)	彰化縣政府衛生局(1 位)
新北市政府衛生局(2 位)	雲林縣政府衛生局(1 位)
桃園市政府衛生局(2 位)	嘉義縣政府衛生局(1 位)
新竹縣政府衛生局(2 位)	臺南市政府衛生局(1 位)
台中市政府衛生局(1 位)	臺北市自殺防治中心(1 位)
南投縣政府衛生局(2 位)	

(5) 會議進行與討論

a. 致詞

a) 全國自殺防治中心李明濱主任致詞

媒體在自殺防治與心理健康促進所扮演的角色大家眾所皆知，這次的會議期望能與媒體一同研發媒體報導與策略如何結合在一起，讓自殺防治更能夠往上一層樓。6 月 19 日衛福部公告 2016 年死因統計，雖然自殺死亡率比 2015 年增加 1.9%，但已連續七年在十大死因之外，排名第十二位。更令我們關心的是，台灣的老化速度跟少子化速度是全世界居冠，很不幸地，去年青少年 15-24 歲的自殺死亡率比前年增加了 15.3%，再者 65 歲以上老年人口群的自殺死亡率上升 3.5%，由此數據看來，老年人與青少年是我們更要關心的對象。長照 2.0 在政府與立法院如火如荼展開，老年人的心理健康固然重要，但我們也不能忽略老人健康照護所引發的家庭照顧者負荷問題。全國自殺防治中心在三年前曾提出自殺防治法，也經過公聽會，可惜目前仍塵埃未定，呼籲政府能一同推動。

b) 衛生福利部心理及口腔健康司謝立中司長致詞

近年來臺灣老年人口攀升，老年人口群的自殺死亡率又升高，這會是臺灣未來社會必須面對的考驗。最近可以在報紙新聞上看到照顧悲劇的發生，所以無論是老人或照顧者身心的需求都是我們現在很大的挑戰。新聞媒體在這扮演非常重要的角色，因為身在媒體的世代，媒體有非常大的傳染與影響力，因此呼籲大家為全民的身心健康，尤其是老人與其照顧者，一同來努力。

c) 社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委致詞

當站在使用者中心思考，問題其實非常簡單，以老人與其照顧者來說，把每個照顧的細節或過程透過各部會、各司署之間銜接起來，

障礙才能去除。現在媒體也都將自殺報導置入警語，避免這些事件的擴散，值得讚賞。

b. 專題報告

a) 專題報告一：老年自殺新數據

(a) 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

(b) 摘要：

- 全國 2016 年自殺死亡人數為 3,765 人，較 2015 年(3,675 人)上升 2.4%、自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2015 年(每十萬人口 15.7 人)上升 1.9%。男性 2,559 人，自殺粗死亡率男性每十萬人口 21.8 人，較 2015 年(每十萬人口 20.7 人)上升 5.3%；女性 1,206 人，自殺粗死亡率女性每十萬人口 10.2 人，較 2015 年(每十萬人口 10.6 人)下降 3.8%；2016 年自殺居國人主要死因第 12 位、2016 年自殺居男性主要死因第 11 位、2016 年自殺居女性主要死因第 12 位。
- 臺灣在 2016 年老年人口已達 12.9%。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)。
- 2016 年 65 歲以上自殺死亡人數為 976 人，占全體自殺死亡人數 25.9%，較 2015 年(897 人)上升 8.8%；死因前三高分別為「吊死、勒死及窒息」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」及「由高處跳下自殺及自傷」；65 歲以上老年人口通報人次為 2,994 人次，自殺原因中「慢性疾病」占 35%，較 2015 年(32.4%)上升 2.6%。
- 老人自殺企圖者特性包括自殺意圖強、很少透露出自殺想法或計畫、較多獨居者、原本的身體疾病及身體的脆弱性，致使老人自殺時不易存活、嘗試自殺與爾後自殺身亡的比率逼近 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。老人自殺高風險的因素則是社會關係較孤立、社會網絡資源較薄弱、孤獨感、無助感、無望感。
- 全國自殺防治策略分為指標性(Indicative)策略，針對最高風險個人施以企圖者與家屬追踪、關懷、處遇；選擇性(Selective)策略針對特定高風險群，加強高危險群發現、治療、 處遇；全面性(Universal)策略則針對一般大眾，推動心理健康促進與特殊自殺方式防治。

b) 專題報告二：老人照護與主要照顧者負荷

(a) 主講人：長庚大學護理學系徐亞瑛教授

(b) 摘要：

- 中華民國家庭照顧者關懷總會調查發現，國內家庭照顧者人數已高達 90 萬人，且家庭照顧者以女性居多，約占 73%，照顧者身份子女占 49.3%，配偶則占 34.8%；家庭照顧者年齡分布為 61 歲以上 24.4%、51-60 歲 32.9%、41-50 歲 25.5%；平均照顧時間 9.9 年，每天平均照顧約 10 小時；照顧時間 10 年以上為 21%、5-10 年為 25%、3-5 年為 17%、3 年以下為 37%。
- 依衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 2016 年 9 月人口統計資料估算，65 歲以上的老人(共 305 萬人)。其中輕微認知障礙(MCI)56 萬人占 18.45%、失智症人口 24 萬人占 7.98%。每 13 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。
- 95.9%的失智症患者是住在家中，71.3%完全由家人照顧。許多研究顯示，照顧失智症患者雖然可以獲得正向照顧經驗，但通常會對照顧者的身體健康和情緒產生重大的負面影響，例如憂鬱症是照顧者常反應的心理障礙，20%-50%照顧者有憂鬱症或憂鬱症狀，照顧失智症患者其憂鬱程度更為嚴重，且根據研究顯示，有 30%至 40%失智症患者的照顧者患有憂鬱症及情緒困擾、身體健康受影響，包括免疫系統受損、健康維護行為較差(Poorer health maintenance practices)、主觀幸福感(subjective well-being)降低、經濟壓力、失智症患者提早被安置至照護機構等。
- 在照顧需求與憂鬱症狀之關係尋找平衡點，而影響平衡點的四個因素包括對病人的瞭解、照顧原則、照顧困難度，以及家庭資源，也因此長照 2.0 創新設立失智共同照護中心(失智共照中心)，提供失智社區服務據點、照顧者支持服務、居家服務、居家復健、居家護理、環境改善、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規多機、安寧照護、機構照護、喘息服務等。

c) 專題報告三：老人自殺事件之媒體報導：分析與建議

(a) 主講人：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

(b) 摘要：

- 2017 年 3 月 23 日至 2017 年 6 月 23 日共 25 起 65 歲以上老人自殺事件被報導、其中自殺死亡 18 人、自殺企圖 5 人、自殺意念

2 人；四大報紙共刊登 44 則自殺新聞報導。 媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 100%)、「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 100%)及「不要過度責備」(達 100%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 31.8%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.8%)則是較易被忽略的原則；反之，「六要」原則內，「要使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 95.5%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 6.8%)、及「要與醫療衛生專家密切討論」(達 6.8%)則是比較容易被忽略的原則。

- 2016 年中心所統計及分析之 378 則自殺事件及相關新聞報導發現，媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 97.9%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 95.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.7%)及「不要簡化自殺的原因」(達 48.1%)則是較易被忽略的原則。反之，「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 92.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 77.8%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 18.5%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 41.3%)則是比較容易被忽略的原則。

c. 經驗分享與綜合討論

a) 發言人：台灣自殺防治學會楊聰財理事

(a) 希望媒體朋友能針對銀髮族的專欄多呼籲自殺不能解決問題，還會造成家人及晚輩等遺族的心理創傷。

(b) 由於現今社會雙薪家庭較多，子女白天出門在外上班，年邁長輩還是單獨在家，很難以「家」為單位，因此建議老人關懷可以從「鄰」開始，因為「鄰」是行政區最小的單位，以里長帶著鄰長去關懷左鄰右舍，例如邀請長輩去活動中心，且讓這些長輩們知道當在孤單、無助無望的時候，可以向臨里長尋求協助。

(c) 面對「老老照護」的負擔，我們要加強守門人的概念。長期照顧者應該要有敏感度，來呼應「傾聽、陪伴、帶動」與「一問、二應、三轉介」，即時跟適當的精神醫療或心理衛生資源做連結，才能防患未然。

(d) 由於長輩們大多有很長的時間在家中看電視，因此常接觸到媒體的

負面訊息，這不僅會影響他們的心理健康，也會造成照顧者的負擔。

b) 發言人：TVBS/中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會沈文慈副總監

(a) 這次會議中老年自殺的議題，同業公會在每三個月的例行會議中進行討論。但就電視台而言，個人自殺事件被報導的比例非常低，除非當事者具有非常高的知名度或此事件與社會公益有關。

(b) 雖然個人自殺事件幾乎不會被報導，但近兩年的報導趨勢為殺人(或殺家人)後自殺的事件，這樣類型的新聞我們會歸類在社會新聞，幾乎每一家電視台都會報導。

c) 發言人：TTV 臺灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任

(a) 電視台對於自殺與性侵事件幾乎很少報導，因為了解到會對社會大眾的身心健康有影響，然而刊登照片的問題改善速度可能會比較慢，畢竟媒體要吸引觀眾，但遺書不同以往，已盡量不做報導。

(b) 老人長照所引發的自殺問題，政府的角色比較吃重，例如鄰里協助，會需要政府資源的進入。至於長照系列的報導，由於觀眾數量較少，也期望能與政府合作。

d) 發言人：蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)

(a) 蘋果日報從 2010 年開始陸續找一些公民團體，成立「新聞自律委員會」，跟青少年、婦女、衛生、精神醫療等相關組織一同討論建立執行綱要，並於 2012 年開始運作，目前每三個月開一次會，針對平面或網路新聞做檢討。雖然剛開始雙方處於平行線狀態，但在經過這幾年的磨合後，許多建議與規範已內化成為蘋果日報的自我約束管理。

(b) 自律綱要的第七點是有關自殺新聞的部分，例如自殺事件不要浪漫化與英雄化、提醒標語等。過去五年的運作的結果，公民團體提出約八則新聞需要改善，例如不要刊登照片或遺書、不要刊登在頭版等，之後也都有做修改。另外臺北市報業公會有兒少自律委員會，是針對兒少法 45 條成立，維護兒童的視聽權力，對媒體也是一個約束。若能站在媒體的角度，我們已是能夠做盡量做，但就現實考量，自殺新聞報導無法立即做到最好，可是只要有問題我們就會盡快修正。

(c) 蘋果日報現在因為即時新聞、網路新聞與紙本新聞的區隔，目前已著手規劃多類性的專欄，例如老人長照、兒童相關等。爽報則是與

董氏基金會合作出一個老年人口相關的專欄，由專家學者提供各種題材。

(d) 教授們提到的例如求助管道，已是每則新聞的基本配備，它會提到由專家給一些相關指導。但目前紙本的篇幅較少，網路新聞也可能被忽略，才會讓大眾覺得這類型的文章少了一點。爽報目前多放在醫療版，供老年人口觀看。

e) 發言人：非凡新聞傅秀玉副理

(a) 非凡新聞台主要是做財經新聞，社會新聞觸及較少，關於自殺相關的議題基本上是沒有處理過，例如 2015 年科技業者發生許多自殺事件，也完全沒有播報。

(b) 衛星公會本來就有既定的規範，尤其關於自殺的部分，例如用詞、標提不放自殺二字等。

(c) 近來發現自殺新聞其實在網路上比較多，尤其現在手機非常方便，民眾馬上就可以看到，無論是聳動的標題、細節的描述，甚至是臆測自殺原因等，網路新聞比電視台露出的多。建議下次座談也應該把網路媒體納入，討論如何不再將自殺新聞報導的氛圍繼續擴散。

(d) 在製作新聞報導的時候，有時候也會產生資訊錯誤的問題，例如老人們常見因久病不癒而自殺，這有可能是在資訊傳達上的困難。醫藥新聞可能因畫面不夠光彩吸引人，而有收視率的考量，但其實還是有人需要。因此建議可以針對老人常見的慢性疾病做相關的資訊宣導。

f) 發言人：聯合報魏忻忻醫藥組長

(a) 聯合報在去年剛過 65 年的社慶，由於長官們年紀較長，自律性比較強，多年來聯合報處理自殺新聞一直都很謹慎，例如兩年前楊又穎因網路霸凌的自殺事件，聯合報是四大報中唯一沒有放在頭版的，還有最近作家林奕含的自殺事件，我們報版完全沒有寫。但剛剛吳教授提供的一些自殺新聞報導的確是聯合報要再努力的地方。

(b) 在自殺報導事件諮詢群組裡，有時候會有自殺相關新聞報導的違反訊息。由於聯合報的即時新聞要求要有照片，接觸自殺現場的大都是社會記者而非醫藥記者，所以第一線記者的第一個反應通常是拿起相機拍照，因為有圖有真相，才知道記者真的有到現場；而影音的部分是因為要吸引讀者增加點閱率。

(c) 聯合報網路新聞負則人對於六不六要的原則也非常重視，同意在報導自殺相關事件時應謹慎妥當處理，雖然無法保證不再發生，但相

信連合網路新聞的類似事件會越來越少。

(d) 至於老人自殺的議題，目前碰到的問題是，聯合報不會報導自殺的個案，但如果是因為社會問題而引發的自殺事件無法不報導，不過我們會避免直接去描述這個案件，而去多分析一些背後的因素。

(e) 聯合報在很早以前就開始關心長照與老老照護的問題，大約在兩年前我們做了一個人瑞大調查，當時就已發現老老照護是一個嚴重的議題，也陸續都有在關心。然而有一個面向是我們比較沒有觸及到的，就是徐教授提及的失智者壓力與老人自殺，因為對於報導的角度有疑慮，需要再與專家學者討論。

g) 講者：長庚大學護理學系徐亞瑛教授

(a) 除了可以在報導中推廣長期照護的相關資源外，過往有些案例是家庭照顧者不敢去使用，例如媳婦，因為可能會被質疑為何要申請在宅服務。因此在相關報導中，建議以鼓勵的描述去正常化或正當化社會資源的利用，並不是說這些照顧者很懶惰或能力不足，而是期望能提升照顧的品質與身心健康。

h) 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

(a) 當我們用社會新聞的角度去看殺人後自殺的事件時，有以下兩件事想跟各位做交流。第一、當我們人類碰到難以理解的事情時，例如孩子殺了父親、父親殺了孩子等逆倫的事件，我們人性都希望能夠找到單純的解釋，而精神疾病常常是會被不小心連結到的事情，所以想在這呼籲避免將人倫的悲劇跟精神疾病連在一起。

(b) 當憂鬱症發病的時候，病患會不自覺的選擇去閱讀負面的自殺新聞，每一個細節對病患而言都有暗示效果，但當憂鬱症狀比較緩和的時候，新聞就只是新聞。因此第二個想呼籲的是，大家都希望讓社會更好，消弭不公平等等，但有一群特別脆弱的病患，當他們的病情嚴重的時候，難以去化解負面的情緒與暗示性的訊息。

i) 講者：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

(a) 以媒體的角度而言，社會新聞與自殺新聞的處理方式不一樣，但我們要呼籲的不是完全不要報導，例如名人自殺，而是建立雙方的共識，避免去描述自殺細節、不要放在頭版、不要簡化原因等，還有廖執行長提到的避免與精神疾病做連結。重點是要聚焦在教育民眾，例如憂鬱症的治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病的去汙名化。

(b) 非凡新聞傅秀玉副理提出報導慢性病新知是一個非常正向的做法，可對老年人口，教育社會大眾如何提升老人的自我照護或疾病部份

的知能。

(c) 蘋果日報的即時新聞與動新聞是目前希望能一起達成共識的部分，例如加入專家學者的意見等，還是有很大的改善空間。

j) 發言人：老人精神醫學會李耀東醫師

(a) 自殺新聞重要的是加入專家的意見。

(b) 就老人精神醫學的觀點，老人自殺絕對不等於憂鬱症，雖然失智症中有非常高的比例會有老人憂鬱的症狀，但不是老人憂鬱症，因此建議可以在報導中的一部份找一位該領域的專家詢問意見，給社會大眾正面的教育。

(c) 發言人：失智症協會媒體連絡人代表

(d) 在新聞有疑慮或錯誤的時候，要反映給媒體的難度比較高，有時候在不得已的狀況下向NCC投訴，卻也造成協會與媒體關係的緊張，並非大家所樂見。

(e) TVBS 沈文慈副總監回應：可以多利用客服電話與電子郵件聯繫。

k) 發言人：家庭照顧者關懷總會張筱嬋主任/媒體連絡負責人

(a) 其實專家都很樂意跟媒體互動，近期也跟聯合報、TVBS 做老人長照的專題。

(b) 家總近來發現，新聞報導照顧悲劇的事件有攀升的趨勢，這兩年也都有召開記者會呼籲社會大眾與媒體朋友，盡量避免模仿效應的產生。

(c) 2011-2015 年統計大約平均一年發生九起案例，但去年九月就已超越過去五年的標準值，攀升速度非常之快。因此家總近年來也積極關注除了老人長照之外，另外一個令人擔憂的社會議題。

(d) 在照顧悲劇中，有男性化的趨勢，因此在 2015 年之後家總把男性列入服務指標中，因為社會傳統觀念使得男性較難求助，造成壓力無法排解。另外在假期前後照顧悲劇的發生頻率較高，有可能是看到家人時想到自己照顧的辛苦，也有可能是親人間的問候反而造成照顧者的壓力。

(e) 希望可以與媒體合作，例如放置家總的免付費專線 0800-507272，讓需要的家庭能夠直接連結資源，不只是長照而已，還包括醫療、身心障礙者、特殊疾病等。

(6) 會後新聞露出，如表 4-4-5。

表 4-4-5、新聞露出一欄表

日期	露出平台	標題
6 月 23 日	蘋果日報	輕生者老人竟占 4 分之 1 久病厭世是主因
	中央社	家有長者別輕忽 自殺身亡者 1/4 是老人
	大紀元	家有長者別輕忽 台灣老人自殺死亡率較高
	今日新聞	自殺死亡率常人 2 倍 去年輕生 1/4 是老人
	聯合報	老人憂鬱別輕忽！自殺率比一般人高 2 倍
	太平洋電子報	老人自殺防治：問題與挑戰
	青年日報	1 問、2 應、3 轉介 挽救寶貴生命
	青年日報	「照護警鐘」老人自殺率攀升 久病、憂鬱為主因
6 月 24 日	中國時報	老人憂鬱想不開 占自殺率 1/4
	ETtoday 健康雲	老人自殺率為常人2倍！有這3現象...憂鬱可能上身了
6 月 25 日	聯合報	貧病交迫 老人自殺死亡常人 2 倍

2. 結論

透過此次的媒體拜會及聯繫會議，和與會者在自殺防治建立共同的核心價值，擴及各大報章雜誌與社群網站。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。除此之外，為提升自殺新聞報導品質，利用數據分析，配合科技發展，首次製作「自殺新聞報導須知」廣發給各電視台與媒體，增加媒體專業人士對撰寫自殺新聞報導需注意的事項更加熟稔，並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

附件 4.4.1「新聞媒體聯繫會議」後成果分享－老人自殺防治：問題與挑戰

附件 4.4.2 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

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。

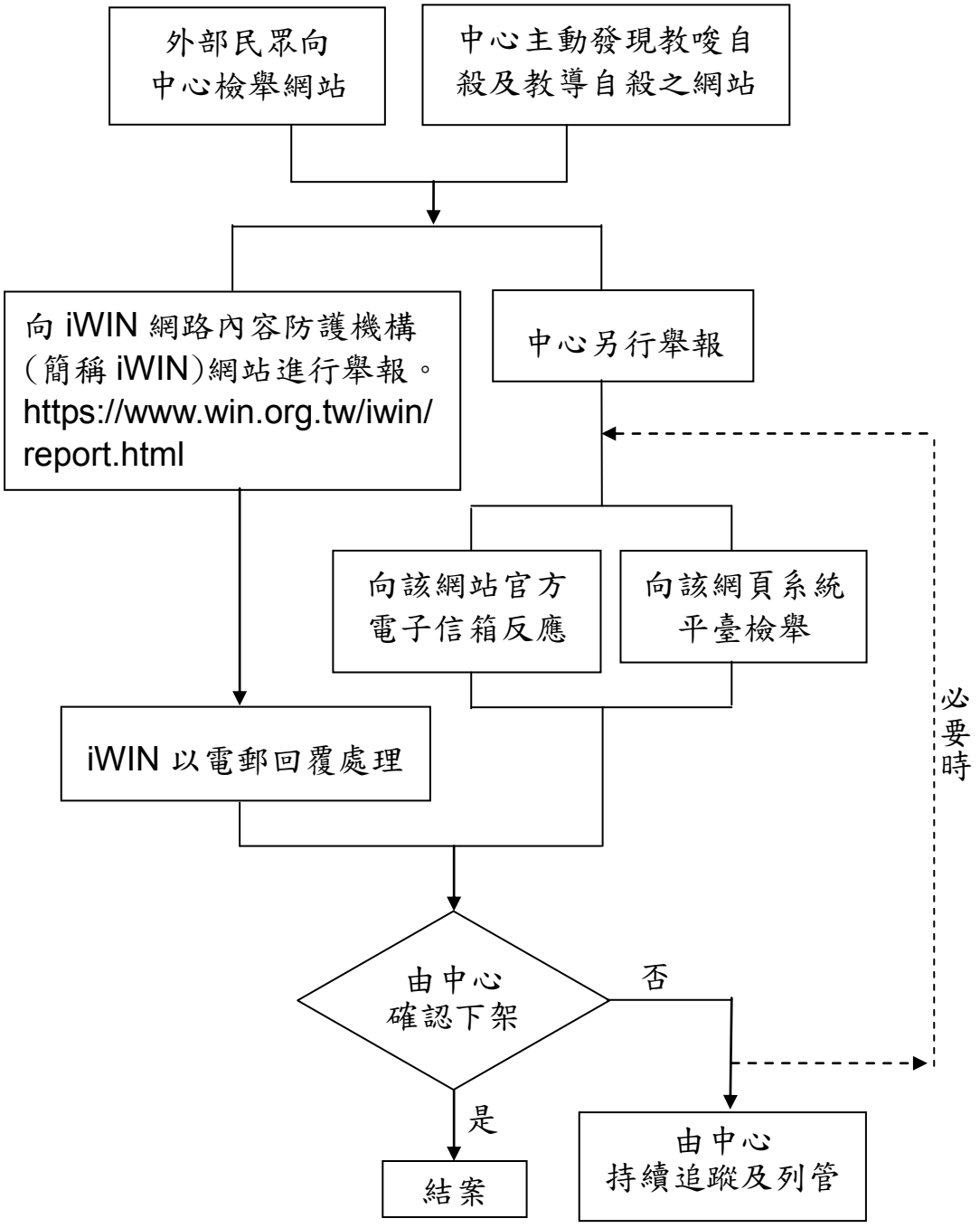


圖 4-5-1、監測及舉報流程圖

2. 截至 2017 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 219 則，已下架為 166 則，下架率為 75.8%。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 101 則，已下架為 88 則，下架率為 87%。

2) 位於境外者共檢舉 118 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 78 則被下架，下架率為 66.1%。

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 40 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) 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。

自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知

一、 背景(Context)

中心自 2006 年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導,除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。

在世界衛生組織(WHO)的報告中,媒體是自殺防治不可或缺的守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道之一，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示當媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，確實會引發自殺模仿效應，然適當的媒體報導有助於自殺防治的推動。根據 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197：234-243)中的一篇奧地利研究發現：就平面媒體報導而言，自殺死亡報導的數量與其後短時間內的自殺死亡率增加有相關；而個體處於逆境但有正向因應行為的報導數量與之後的自殺死亡率下降呈現有意義的相關。然專家意見以及流行病學資訊的揭露，其影響力不如處於逆境正向的因應行為報導來的大。

因此，本中心致力推廣 WHO 所公佈的自殺新聞報導「六不六要」原則，並針對重大新聞事件時適時給予回應、不定期召開記者會、主動建構正向議題或與媒體合作等進行溝通互動，期待能促進媒體自殺事件新聞報導方式的改善，避免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) 收集平面與網路之自殺新聞相關報導，並進行編碼及資料分析，整理每日重大自殺新聞。於每週業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論。

2) 因應重大新聞事件適時給予回應，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、各縣市衛生局、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. 必要時，與當地心理衛生中心聯繫了解。

(4) 呈報主管，經討論後，必要時可採取下列因應方式：
a. 與相關縣市召開個案討論會。
b. 研擬專案，供相關單位參考。(如安養機構老人等)
c. 發布新聞稿。
d. 報紙投書。
e. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
f. 其他適當措施。

(5) 執行因應方案。

三、 過程(Process)

1. 自殺新聞監測

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」原則之自殺新聞報導，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) 針對社會關切之重大自殺事件或議題，主動召開記者會或投書媒體，以避免模仿效應。
6) 結合國內外學術團體，運用多向管道宣導自殺防治及可預防的危險因子，以提升民眾對自殺防治之認知及了解。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺新聞監測：

(1) 網路四大報自殺新聞摘要，4 月至 10 月共製作 2422 則自殺新聞摘要，分析結果詳見表 4-6-1。

a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 376 位、自殺企圖個案 434 位、自殺意念個案共 36 位、不詳共 35 位。

b. 報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因除其他外，自殺身亡者排行前三項分別為久病不癒、憂鬱症病史、感情因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、家人情感因素、夫妻問題。詳見表 4-6-2。

c. 報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，自殺身亡者排行排行前三項為高處墜落、上吊自縊、燒炭，自殺企圖者排行前三名為高處墜落、溺水；跳水、利器自戕。詳見表 4-6-3。

(2) 網路四大報自殺新聞六不六要原則遵守情形分析，4 月至 10 月共製作 2422 則自殺新聞，分析趨勢請參考圖 4-6-1、圖 4-6-2。

表 4-6-1、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=376)	331 (88.0%)	27 (7.2%)	8 (2.1%)	3 (0.8%)	7 (1.9%)
企圖(n=434)	405 (93.3%)	8 (1.8%)	9 (2.1%)	11 (2.5%)	1 (0.2%)

表 4-6-2、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(n=376)	久病不癒	憂鬱症病史	感情因素
	52 (13.8%)	48 (12.8%)	43 (11.4%)
企圖(n=434)	感情因素	家人情感因素	夫妻問題
	91 (21%)	63 (14.5%)	57 (13.1%)

表 4-6-3、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(n=376)	高處墜落 102 (27.1%)	上吊自縊 67 (17.8%)	燒炭 65 (17.3%)
企圖(n=434)	高處墜落 107 (24.7%)	溺水(淹死)跳水 72 (16.6%)	利器自戕 40 (9.2%)

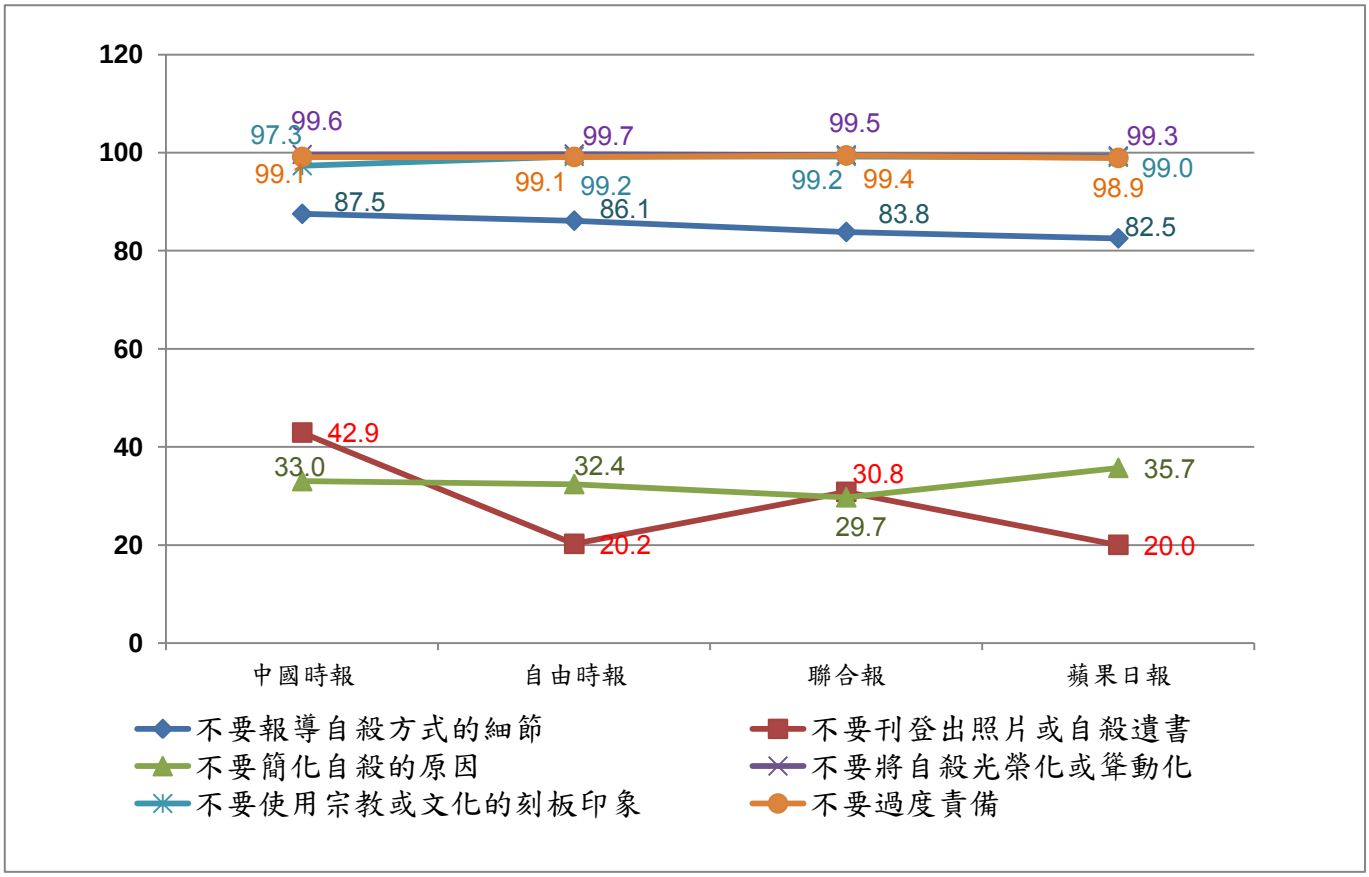


圖 4-6-1、網路四大報「六不」趨勢

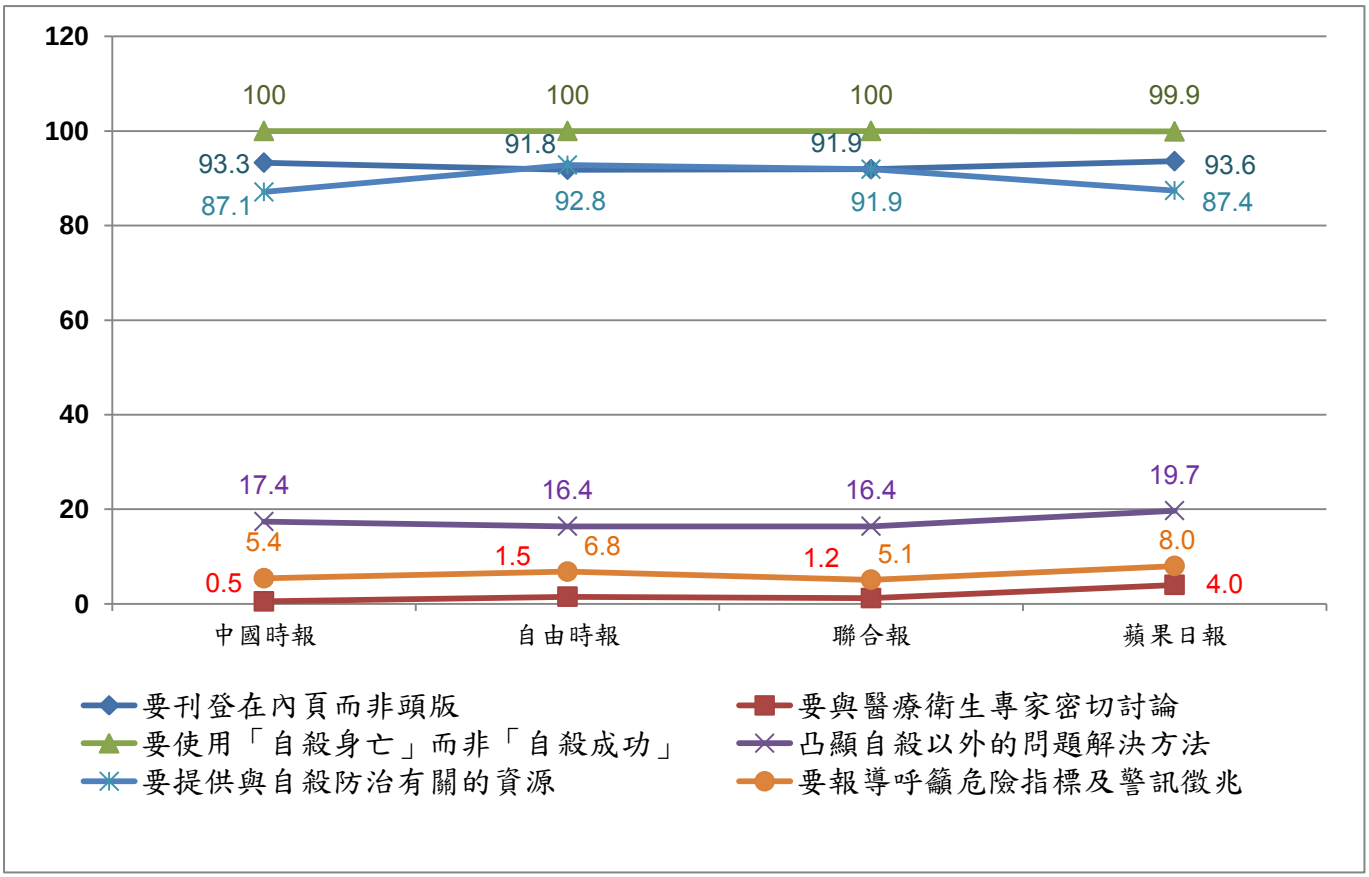


圖 4-6-2、網路四大報「六要」趨勢

(3) 平面四大報自殺新聞「六不六要」原則遵守情形分析

a. 2017 年中心統計及分析的 255 則自殺相關新聞報導。

b. 「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(99.2%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(98.4%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(29%)及「不要簡化自殺的原因」(54.9%)則是較易被忽略的原則，詳見圖 4-6-3。

c. 「六要」原則中，「使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(99.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(89.4%)較易被遵循，但「凸顯自殺以外的問題解決方法」(9.4%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(13.7%)則是比較容易被忽略的原則，詳見圖 4-6-4。

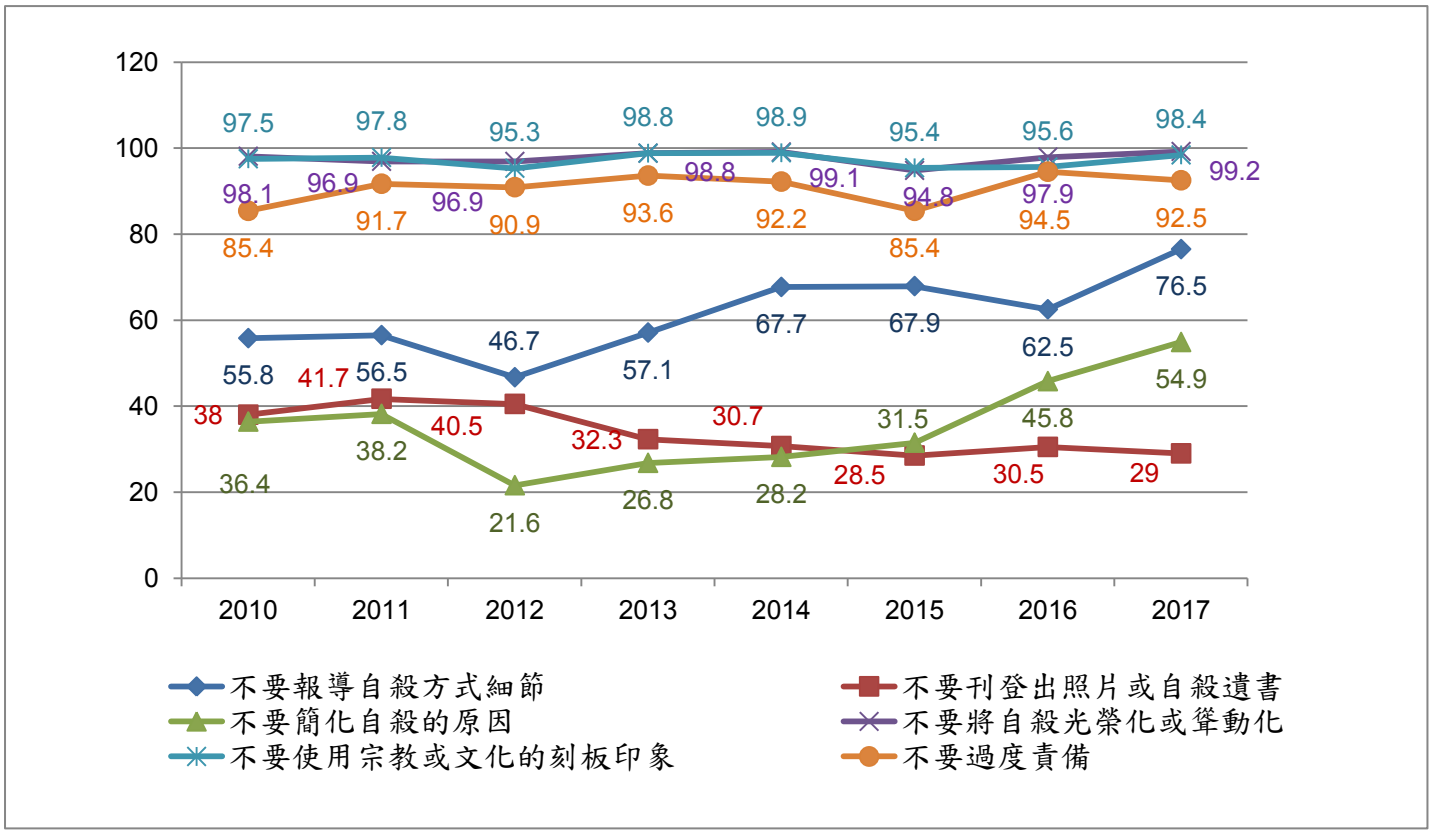


圖 4-6-3、平面四大報「六不」趨勢

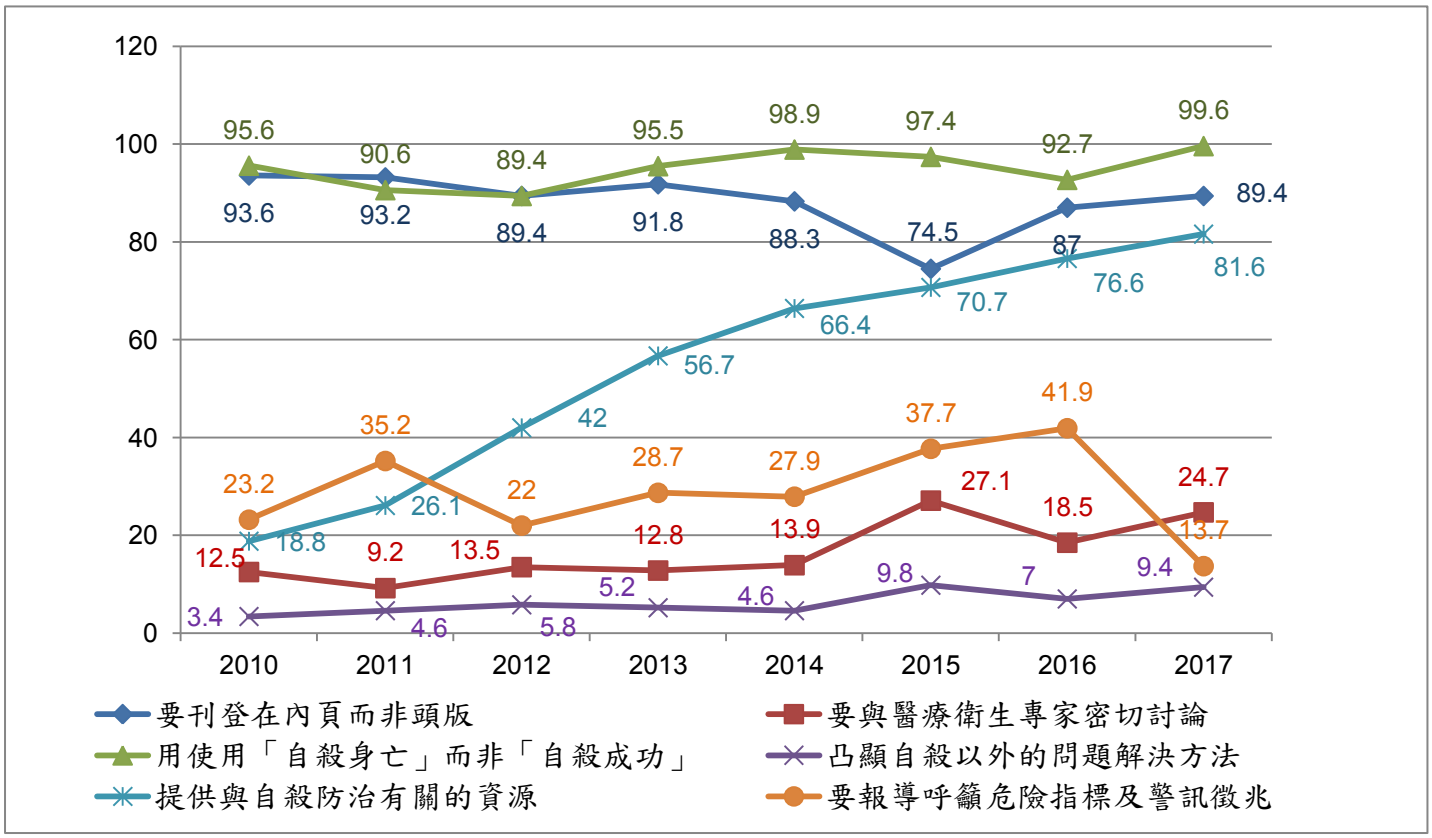


圖 4-6-4、平面四大報「六要」趨勢

(4) 截至 10 月底,不當自殺新聞投書共 61 則,已下架 32 則,下架率為 52%,各報違規及下架率詳見表 4-6-4。

表 4-6-4、四大報不當自殺新聞投書統計表

報別	則數	下架則數	下架率
蘋果日報	34	17	50%
聯合報	12	7	58%
自由時報	13	8	62%
中國時報	2	0	0%
總計	61	32	52%

(5) 截至 10 月底，重大自殺事件共 5 例，詳見表 4-6-5。

表 4-6-5、2017 年重大自殺事件統計表

日期	事件名稱	結果	方法	被報導則數
1 月 7 日	澎湖五人集體自殺	死亡	燒炭	59
4 月 28 日	作家林奕含	死亡	上吊	25
7 月 11 日	澎湖再自殺	死亡	燒炭	19
9 月 28 日	台北市議員李新	死亡	高處墜下	75
10 月 20 日	台大潑酸案	死亡	利器自戕	83

(6) 截至 10 月底，中心針對重大自殺事件發表之建議，詳見表 4-6-6。

表 4-6-6、2017 年重大自殺事件受訪簡述

日期	標題	刊登平台	議題	受訪者
2 月 6 日	資深台語演員高鳴 今晨在家尋短身亡	公視	演員高鳴	李明濱主任 吳佳儀副執行長
	宜蘭防制自殺 非開放式販售木炭	大紀元	木炭管制	吳佳儀副執行長
3 月 14 日	減少燒炭尋短 宜縣300店家不擺木炭改領提貨單	自由時報	木炭管制	吳佳儀副執行長
	宜縣木炭明起改臨櫃購買 全民當「守門人」防自殺	聯合報	木炭管制	吳佳儀副執行長
4 月 28 日	防護自殺效應 多傾聽關懷以免發生憾事	中國時報	作家林奕含	吳佳儀副執行長

日期	標題	刊登平台	議題	受訪者
4 月 30 日	防範林奕含自殺效應 多累積保護因子	必 PO TV	作家林奕含	吳佳儀副執行長
5 月 8 日	林奕含之死 專家：難作單一歸因	聯合報	作家林奕含	吳佳儀副執行長
5 月 11 日	罪大惡極 煽動自殺售遺物	中國時報	藍鯨遊戲	張書森副執行長
9 月 6 日	北一女新生跳樓自殺 專家：自殺前 5 到 7 成有線索	聯合報	北一女跳樓	鄭宇明副執行長
9 月 7 日	【新知】治療失眠，有助預防自殺！	董氏快訊	自殺議題	李明濱主任

2. 結論

根據今年的監測結果可以發現，無論是平面媒體或是網路新聞，WHO 六不原則中「不要刊登出照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺的原因」遵守情形皆較低；六要原則中則是「凸顯自殺以外的問題解決方法」遵守情形較低，然實際符合臺灣媒體使用與否，藉由今年媒體拜會及聯繫會議將更加了解新聞傳播實務工作所遇到的困難，未來將繼續加強與各家媒體的溝通管道，尤其是網路平臺，並研擬面對重大新聞事件的因應措施及回饋機制，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質。

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)

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。足見自殺防治的重要性，但自殺並非單一因素可以解釋，涉及到複雜的現象，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。也由於自殺的複雜性，無法由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，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。現行之自殺防治策略由涉及的層面，可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是與國際主流的自殺防治策略相同的區分方式。

全面性自殺防治策略之標的對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、降低致命性工具之可近性、督導媒體報導、提升社會大眾心理健康等方式降低自殺的風險。選擇性自殺防治策略針對的是某些自殺危險因子特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體未有自殺行為，但是他們在生理、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險性，透過提升精神疾患與具自殺風險者的篩檢、推動自殺防治守門人等方式降低高風險群的危險性。指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷特定的高自殺風險群，像是自殺企圖者，協助高自殺風險群，可以得到適當的支持與依照其需求連結相關資源。

綜合上述，本次計畫依據衛福部計畫，透過「收集國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具(如：燒炭、墜樓、溺水等)提出具體可推動之防治策略，供我國本部及各縣市衛生局參考」，來自於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，學習他國經驗確保我國自殺防治能走在正確的道路上。其中，許多文獻均指出「降低致命自殺方法可得性」為全面性策略中有效的具體措施，特別是針對衝動性自殺，因為這可以讓那些自殺者有更多的時間重新考慮，並且希望他們能在這段時間打消自殺念頭。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，

自殺方法在不同國家間的差異極大，像是槍枝自殺是高收入國家常見的自殺方法，而農藥自殺則是中低收入國家主要的自殺方法之一。事實上，即使是國家內部的不同區域，其自殺率與自殺人口學特徵的差異也不小，如都市與鄉村地區。換言之，自殺防治策略必須詳細考慮到該國家自殺的人口學特徵，得以擬定因地制宜的具體措施。

根據本學會之研究分析，我國自殺死亡方法同樣具有明顯的年齡、地域以及臨床特性差異，除上吊與燒炭為各年齡層主要自殺方法外，青壯年群中，墜樓為常用自殺方法之一，中老年人口則以農藥自殺為常見自殺方法。104 年台灣自殺死亡方法 30.8%為上吊，25.9%為燒炭，18.9%為農藥，12%為墜樓，性別因素於年齡別風險與方法選擇無顯著差異。

因此本中心除延續 2016 年的國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃，追求精益求精，蒐集自殺防治策略更為先進之國家近 2 年最新的自殺防治相關文獻，以及近年系統性回顧文獻外，將特別針對我國常見的自殺死亡方法或工具(如上吊、燒炭、農藥、墜樓等)，蒐集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等。後續將資料彙整後，規劃符合國內的自殺防治策略及具體措施，且特別針對我國常見的自殺死亡方法或工具彙整與規劃符合國內民情之自殺防治策略及具體措施，供我國中央與各縣市衛生局參考及運用。

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

2. 文獻整理：將蒐集到的文獻進行分類與彙整。

1) 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。

3. 資源連結合作：

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人臺灣自殺防治學會、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

「國外自殺防治文獻收集與國內自殺防治策略及具體措施之規劃」從2017年4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)，小組成員專長涵蓋心理學、社會學等領域。本案持續針對自殺防治之國家策略、實務指引、實證研究與文獻回顧等資料來源進行彙整；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) 4月24日於全國自殺防治中心會議室與吳副執行長進行專家會議，初步規劃文獻蒐集與策略規劃之方向。

(2) 4月25日於全國自殺防治中心會議室規畫針對自殺防治國外文獻，進一步規劃如何進行系統性搜尋文獻之綱要，並以Endnote做為整合文獻的工具，提升系統性文獻分類資料，建立出系統性搜尋之策略。

2) 進行系統性文獻蒐集

(1) 4月25日至4月27月根據規劃的系統性搜尋策略，針對國外的自殺防治相關文獻透過資料庫、自殺防治、國家以矩正排列進行系統性搜尋。

3. 文獻整理

團隊將5月2日至11月14日間將符合本文獻搜尋需求的國外自殺防治相關文章，進行分類摘要、翻譯與主題彙整。於本期中報告中，將所有搜尋策略及分析方法做詳細之描述；預計於期末報告中，團隊將整合所有文獻內容及彙整之結果，做一完整之書面報告與建議。

4. 策略規劃

本案執行團隊人員將於下半年持續針對至今已查到的文獻，以自殺防治辦法進行摘要深讀，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。

「自殺防治具體策略」的文獻資料來源是以搜尋線上資料庫的方式取得，例如：PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL、Web of Science(Science, Social Sciences, Arts & Humanities)、Google Scholar 等。除了以上透過資料庫、搜尋引擎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，或是從既有文獻中再找尋 2015 年至 2017 年文獻。

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) 資料庫搜尋

以醫學文獻資料庫 PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、護理文獻資料庫 CINAHL、搜尋我國常見的自殺防治方法之相關文獻，針對 6 個國家的自殺死亡防治或政策策略之相關文獻，關鍵字採用以六個國家，分別為日本(Japan)、韓國(Korea)、香港(Hong kong)、美國(America)、英國(England)、澳洲(Australia)與自殺(suicide)、企圖自殺(suicide attempt)、自殺行為(suicidal behavio)、自傷(self-injur 、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning) 之間的組合，點選 2015 至 2017 年搜尋結果，而部分主題(如溺水、系統回顧文獻等)礙於近年缺乏探討文獻，因此將搜尋時間拉長至 10 年內所蒐尋的結果。

3) 其他搜尋

(1) 國外專家與組織所提供之自殺防治相關文獻。

(2) 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。

4) 文獻管理

(1) 將搜尋到的文獻存放於中心的雲端資料庫，並根據文獻的出處國家類型做分類歸檔。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匯入書目管理系統 EndNote 作彙整。

2. 自殺防治方法或策略政策之文獻蒐集

截至 4 月 27 日為止，中心使用 PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL 與其他資料庫共蒐集到 151 篇自殺防治方法或策略、政策之相關文獻與資料，以下分別敘述：

1) 資料庫搜尋

中心在 2017 年 4 月分別用 6 個資料庫，6 個國家，6 種自殺方式，搭配 6 種自殺防治方法關鍵字，作組合關鍵字分別列出如下：

(1) 資料庫：PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL。

(2) 國家：日本(Japan)、韓國(Korea)、香港(Hong kong)、美國(America)、英國(England)、澳洲(Australia)。

(3) 自殺方式：自殺(suicide)、企圖自殺(suicide attempt)、自殺行為(suicidal behavio)、自傷(self-injur 、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning)。

(4) 自殺防治方法：預防(prevention)、介入(intervention)、策略(strategy)、管理(management)、政策(polic)、指南(guideline)。

然後點選 2015 年至 2017 年的文獻搜尋結果。然後選取 2015 年至 2017 年所有與自殺防治方法或策略、政策相關的搜尋結果，並扣除重複出現的文獻。根據關鍵字的排列方式與數量製成表 4-7-1(以 Scopus 為例)：

表 4-7-1、Scopus 搜尋結果

Title,國家名(Title OR Abstart),AND, English, 2016-2017	suicid*					
	preve-r tion	interv- ention	strateg*	manage -ment	polic*	guide-li ne*
Scopus-Japan	6	3	0	0	0	0
Scopus-Korea	4	1	0	1	0	0
Scopus-Hong Kong	0	0	0	0	0	0
Scopus-America	22	12	2	2	3	0
Scopus-England	1	0	1	0	1	0
Scopus-Australia	11	7	5	3	2	1

2) Google 搜尋

以 Google 為搜尋資料庫，蒐集世界各國的自殺死亡方法或工具之相關文獻，關鍵字採用自殺(suicide)、防治(prevention)、回顧(review)、方法(method)與手段(mean)之間的組合，然後點選前 5 頁的所有文獻搜尋結果。

3) 以上述方式搜尋文獻後，共搜尋到 140 篇，扣除重複的內容文獻內容後，共計 97 篇自殺防治與自殺工具防治相關文獻，再進一步做分析整理。

3. 國外自殺防治文獻整理摘要討論規畫

中心上半年度首先分析整理其中 63 篇自殺防治相關文獻，閱讀進度與報告討論時間如表 4-7-2，下半年則分別針對 38 篇自殺工具與防治策略相關文獻，並分配給團隊成員依序摘要閱讀防治策略，並於 10 月開始至 11 月持續針對自殺工具做閱讀。

表 4-7-2、分配摘要討論時間列表清單

日期	時間	國家分類文獻	分配篇數
5/2(二)	13:30	美國	4
5/9(二)	13:30	美國	9
5/19(五)	13:30	美國	9
5/23(二)	13:30	美國	9
6/2(五)	13:30	美國、澳洲	9
6/6(二)	13:30	英國、澳洲	9
6/13(二)	13:30	澳洲、韓國	8
6/20(二)	13:30	日本、香港、澳洲、政策	7

4. 國外自殺防治文獻整理

中心另外將蒐集到的 101 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：

截至 11 月 14 日為止，根據系統性文獻搜尋策略的搜尋方式，團隊已將國家策略、介入階段、實務指引的部分蒐集完畢，根據其主題做分類，可以分成 17 種類型：減少致命性自殺方法的可得性、自殺數據監控、國家自殺防治策略、自殺與國家經濟、媒體報導、科技與自殺防治策略、原住民自殺防治策略、校園自殺防治策略、軍人自殺防治策略、老人自殺防治策略、社區自殺防治策略、地方自殺防治策略、臨床實務、心理衛生、電話與自殺防治、守門人訓練與教育、LGBT。將文獻依據 17 種類型排列如下：

(1) 減少致命性自殺方法的可得性

a. Chung, Y. W., Kang, S. J., Matsubayashi, T., Sawada, Y., & Ueda, M. (2016). The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *Journal of affective disorders, 194*, 80-83.
b. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646-659.
c. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.
d. Chen, Y. Y., Chien-Chang Wu, K., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2011). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews, 34*(1), 129-144.
e. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama, 294*(16), 2064-2074.
f. Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine*, 47(3), S264-S272.
g. Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's

access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine, 47*(3), S264-S272.

h. Wu, K. C. C., Chen, Y. Y., & Yip, P. S. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health, 9*(4), 1135-1158.

i. Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International journal of environmental research and public health, 8*(12), 4550-4562.

j. Florentine, J. B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine, 70*(10), 1626-1632.

k. Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., ... & Giupponi, G. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*(6), 545-551.

l. Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology, 34*(2), 433-442.

m. Goldney, R. D. (2003). Hanging crepe in suicide prevention.

n. Kosky, R. J., & Dundas, P. (2000). Death by hanging: implications for prevention of an important method of youth suicide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(5), 836-841.

o. Chen, Y. Y., Chen, F., Chang, S. S., Wong, J., & Yip, P. S. (2015). Assessing the efficacy of restricting access to barbecue charcoal for suicide prevention in Taiwan: a community-based intervention trial. *PloS one, 10*(8), e0133809.

p. Liu, P. M., Chan, W. S., Law, Y. W., Law, S. C., Fu, K. W., Li, H. S., ... & Yip, P. S. (2009). An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide and life-threatening behavior, 39*(1), 82-90.

q. Wirthl, I., Schulz, R., & Schmeling, A. (2007). Suicide by means of a charcoal grill. Casuistic report with review of the literature. *Archiv fur Kriminologie, 221*(5-6), 129-137.

r. Page, A., Liu, S., Gunnell, D., Astell-Burt, T., Feng, X., Wang, L., &

Zhou, M. (2017). Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: Analysis of national mortality trends 2006–2013. *Journal of affective disorders, 208*, 418-423.

s. Lamb, T., Selvarajah, L. R., Mohamed, F., Jayamanne, S., Gawarammana, I., Mostafa, A., ... & Eddleston, M. (2016). High lethality and minimal variation after acute self-poisoning with carbamate insecticides in Sri Lanka–implications for global suicide prevention. *Clinical toxicology, 54*(8), 624-631.

t. Pires, M. C. D. C., Silva, T. D. P. S. D., Passos, M. P. D., Sougey, E. B., & Bastos Filho, O. C. (2014). Risk factors of suicide attempts by poisoning. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 36*(2), 63-74.

u. Kapur, N., Clements, C., Bateman, N., Foëx, B., Mackway-Jones, K., Hawton, K., & Gunnell, D. (2010). Self-poisoning suicide deaths in England: could improved medical management contribute to suicide prevention?. *QJM: An International Journal of Medicine, 103*(10), 765-775.

v. Kapur, N., Turnbull, P., Hawton, K., Simkin, S., Mackway‐Jones, K., & Gunnell, D. (2006). The Hospital Management of Fatal Self‐Poisoning in Industrialized Countries: An Opportunity for Suicide Prevention?. *Suicide and life-threatening behavior, 36*(3), 302-312.

w. Hemmer, A., Meier, P., & Reisch, T. (2017). Comparing different suicide prevention measures at bridges and buildings: lessons we have learned from a national survey in Switzerland. *PloS one, 12*(1), e0169625.

x. Lester, D. (2007). Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: a review. *Psychological reports, 100*(3_suppl), 1121-1122.

y. Combalbert, N., & Bourdet-Loubere, S. (2006). Suicide by jumping and strategies to prevent it. *EVOLUTION PSYCHIATRIQUE, 71*(4), 685-695.

z. Isaac, M., & Bennett, J. (2005). Prevention of suicide by jumping: The impact of restriction of access at Beachy Head, Sussex during the foot and mouth crisis 2001. *Public Health Med, 6*(1), 19-22.

aa. Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household MembersA Systematic Review and Meta-analysis. *Annals*

of internal medicine, 160(2), 101-110.

bb. Lewiecki, E. M., & Miller, S. A. (2013). Suicide, guns, and public policy. American journal of public health, 103(1), 27-31.

cc. Viel, G., Schröder, A. S., Püschel, K., & Braun, C. (2009). Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: case study and review of the literature. *Forensic science international, 187*(1), e7-e11.

dd. Cheng, Q., Chen, F., & Yip, P. S. (2017). Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005. PloS one, 12(4), e0175580.

ee. McPhedran, S., & Baker, J. (2012). Suicide prevention and method restriction: evaluating the impact of limiting access to lethal means among young Australians. *Archives of suicide research, 16*(2), 135-146.

ff. Gunnell, D., Middleton, N., & Frankel, S. (2000). Method availability and the prevention of suicide–a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(10), 437-443.

gg. Beautrais, A. L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 413-419.

hh. Lung, F. W., Liao, S. C., Wu, C. Y., & Lee, M. B. (2017). The effectiveness of suicide prevention programmes: urban and gender disparity in age-specific suicide rates in a Taiwanese population. Public health, 147, 136-143.

ii. Alonge, O., Agrawal, P., Talab, A., Rahman, Q. S., Rahman, A. F., El Arifeen, S., & Hyder, A. A. (2017). Fatal and non-fatal injury outcomes: results from a purposively sampled census of seven rural subdistricts in Bangladesh. The Lancet Global Health, 5(8), e818-e827.

jj. Haw, C., & Hawton, K. (2016). Suicide and self-harm by drowning: a review of the literature. Archives of suicide research, 20(2), 95-112.

kk. Jin, H. M., Khazem, L. R., & Anestis, M. D. (2016). Recent advances in means safety as a suicide prevention strategy. Current psychiatry reports, 18(10), 96.

ll. Wallis, B. A., Watt, K., Franklin, R. C., Taylor, M., Nixon, J. W., &

Kimble, R. M. (2015). Interventions associated with drowning prevention in children and adolescents: systematic literature review. Injury prevention, 21(3), 195-204.

(2) 自殺數據監控

a. Miharu Nakanishi, Kaori Endo and Shuntaro Ando. (2017). The Basic Act for Suicide Prevention: Effects on Longitudinal Trend in Deliberate Self-Harm with Reference to National Suicide Data for 1996-2014. *Public Health, 14(1)*, 104. doi:10.3390/ijerph14010104.
b. Yik Wa LAW. (2016).Youth suicide and its prevention in Hong Kong: Emerging approaches to a long-standing issue. *Journal of Youth Studies, 19(2)*, 3-12.

(3) 國家自殺防治策略

a. Todd DL, Kathleen MR, Sy-Miin C, Anna PS, Leslie-Ann B. (2016). National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop:Advancing Research to Prevent Youth Suicide. Annals of Internal Medicine, 165, 795-799.
b. Dequincy AL. (2017). U.S. Political Parties and Support for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behavior*. doi: 10.1111/sltb.12350.
c. John M. (September 2016). The Continuing Challenge of Suicide Prevention *Journal of Psychiatric Practice, 22*, 5.
d. Nebraska State Government. (2015).*Nebraska Statewide Suicide Prevention Plan 2016-2020.* Retrieved from http://www.sprc.org/sites/default/files/NEBraska%20STATE%20SUIC %20PREV%20PLAN % 202016- 2020.pdf
e. Rhode Island Department of Health, Government of Rhode Island. (2002). *A Suicide Prevention Framework For Rhode Islanders Ages 15-24.* Retrieved from http://www.health.ri.gov/publications/programreports/ASuicidePreventionFrameworkForRhodeIslanders15-242002.pdf
f. Krysinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Calear, A. L., Cockayne, N., & Christensen, H. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(2)*, 115-118.
g. Jorm A. (2016).A month for reflecting on suicide prevention. *Aust N Z J Psychiatry, 50(2)*, 109-110. doi: 10.1177/0004867415626313.

h. Government of South Australia. (2012). *South Australian Suicide Prevention Strategy 2012-2016: Every life is worth living*.
i. Australian Healthcare Associates. (2014). *Evaluation of suicide prevention activities*.
j. Canadian Centre on Substance Abuse. (2010). *Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse*.
k. Carter, G., Page, A., Large, M., Hetrick, S., Milner, A. J., Bendit, N., & Burns, J. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(10)*, 939-1000.

(4) 自殺與國家經濟

a. Irina Kinchin, and Christopher M. Doran. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behaviour in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(4)*, 1-14. doi: 10.3390/ijerph14040347.
b. Shepard,D.S., Gurewich,D., Lwin,A.K., Reed,G.A..Jr, Silverman,M.M. (2016)Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy ImplicationsSuicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life-Threat Behavior, 46(3)*, 352-362.
c. Hajime Sueki. (2016). Willingness to pay for suicide prevention in Japan. *Death Studies, 40(5)*, 283-289.

(5) 心理衛生

a. Marutani, M., Yamamoto-Mitani, N., & Kodama, S. (2016). Public Health Nurses' Activities for Suicide Prevention in Japan. *Public Health Nursing, 33(4)*, 325-334.

(6) 媒體報導

a. Canady, V. A. (2016). AFSP guidance on suicide coverage stresses hope, prevention. Mental Health Weekly, 26(7), 6-6.
b. Torok, M., Calear, A., Shand, F., & Christensen, H. (2016). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for

successful behavioral and literacy change. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12324.

(7) 科技與自殺防治策略

a. Jo Robinson, Sarah Hetrick, Georgina Cox, Sarah Bendall, Hok Pan Yuen, Alison Yung, and Jane Pirkis. (2016).Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*, 28-35.
b. Alison J. Kennedy, Vincent Lawrence Versace and Susan A. Brumby. (2016). Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC Public Health, 16(1)*, 1-8. doi: 10.1186/s12889-016-3874-3.
c. Joseph Tighe, Fiona Shand, Rebecca Ridani, Andrew Mackinnon, Nicole De La Mata, Helen Christensen. (2017). Ibobbly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Journals, 7*, doi:10.1136/bmjopen-2016-013518.
d. Christabel Owens and Nigel Charles. (2016). Implementation of a text-messaging intervention for adolescents who self-harm (TeenTEXT): a feasibility study using normalisation process theory. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 10*, 1-9. doi: 10.1186/s13034-016-0101-z.

(8) 原住民自殺防治策略

a. Bushra Farah Nasir1, Leanne Hides, Steve Kisely, Geetha Ranmuthugala, Geoffrey C. Nicholson, Emma Black, Neeraj Gill, Srinivas Kondalsamy-Chennakesavan and Maree Toombs. (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Psychiatry, 16*, 1-7. doi: 10.1186/s12888-016-1059-3.
b. Campbell A, Chapman M, McHugh C, Sng A& Balaratnasingam S. (2016). Rising Indigenous suicide rates in Kimberly and implications for suicide prevention. *Australasian Psychiatry, 24(6)*, 561-564.
c. McCalman, J., Bainbridge, R., Russo, S., Rutherford, K., Tsey, K.,

Wenitong, M., & Jacups, S. (2016). Psycho-social resilience, vulnerability and suicide prevention: impact evaluation of a mentoring approach to modify suicide risk for remote Indigenous Australian students at boarding school. *BMC public health, 16(1)*, 98.

d. Lauren Tingey MPH, M. S. W., Lee, A., Suttle, R., Lake, K., Walkup, J. T., & Allison Barlow, M. A. (2016). Development and piloting of a brief intervention for suicidal American Indian adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online), 23(1)*, 105.
e. Philip, J., Ford, T., Henry, D., Rasmus, S., & Allen, J. (2016). Relationship of Social Network to Protective Factors in Suicide and Alcohol Use Disorder Intervention for Rural Yup'ik Alaska Native Youth. *Psychosocial Intervention*, *25*, 45-54.
f. Tingey, L., Larzelere-Hinton, F., Goklish, N., Ingalls, A., Craft, T., Sprengeler, F., McGuire, C., & Barlow, A. (2016). Entrepreneurship Education: A Strength-based Approach to Substance Use and Suicide Prevention for American Indian Adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*., *23(3)*, 248-270. DOI: 10.5820/aian.2303.2016.248.
g. James A, Sarah B, John G. (2016). Suicide and Substance Use disorder prevention for Rural American Indian and Alaska Native Youth. *Rural Ethnic Minority Youth and Families in the United States,* 185-201.

(9) 校園自殺防治策略

a. Kong, J. W., & Kim, J. W. (2016). A review of school-based suicide prevention interventions in South Korea, 1995–2015. *Children and Youth Services Review, 69*, 193-200.
b. W. LaVome Robinson, Mary H. Case, Christopher R. Whipple, Adia S. Gooden, Roberto Lopez-Tamayo, Sharon F. Lambert, and Leonard A. Jason. (2016). Culturally Grounded Stress Reduction and Suicide Prevention for African American Adolescents. *HHS Public Access, 1(2)*, 117-128.
c. Totura CM, Kutash K, Labouliere CD& Karver MS. (2017). Evaluating Active Parental Consent Procedure for School Programming: Addressing the Sensitive Topic of Suicide Prevention. *Journal of School Health, 87(2)*, 114-120.

(10)軍人自殺防治策略

a. Elizabeth K, Naiji L, Guoxin Z, Xin MT, Brady S, John D, Caitlin T, Robert MB. (2016). Measuring Associations of the Department of Veterans Affairs' Suicide Prevention Campaign on the Use of Crisis Support Services. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(4)*, 447-456.
b. Ramchand, R., Ayer, L., Geyer, L., AND Kofner, A. (2016). Factors that Influence Chaplains' Suicide Intervention Behavior in the Army. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46 (1)*, 35-45.

(11)老人自殺防治策略

a. Kim, J. P., & Yang, J. (2017). Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational study. *Geriatric nursing, 38(2)*, 97-105.
b. Hirofumi Oyama, Tomoe Sakashita. (2016)Long-Term Effects of a Screening Intervention for Depression on Suicide Rates among Japanese Community-Dwelling Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry, 24(4)*, 287-296. doi: 10.1016/j.jagp.2015.10.008.

(12)社區自殺防治策略

a. Godoy Garraza, L., Peart Boyce, S., Walrath, C., Goldston, D. B., & McKeon, R. (2016). An economic evaluation of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12321.
b. Antonios Paraschakis, Ioannis Michopoulos, Christos Christodoulou, Filippos Koutsaftis, and Athanassios Douzenis. (2016) Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention. *Journal of forensic sciences, 61*, 1660-1663.
c. Wilcox HC, Kharrazi H, Wilson RF, Musci RJ, Susukida R, Gharghabi F, Zhang A, Wissow L& Robinson KA. (2016). Data Linkage Strategies to Advance Youth Suicide Prevention: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine*,*165(11)*,779-785.
d. H. Oyama and T. Sakashita. (2017). Community-based screening intervention for depression affects suicide rates among middle-aged

Japanese adults. *Psychol Med, 47(8)*, 1-10. doi: 10.1017/S0033291717000204.

(13)地方自殺防治策略

a. McHugh, C., Balaratnasingam, S., Campbell, A., & Chapman, M. (2017). Suicidal ideation and non-fatal deliberate self-harm presentations in the Kimberley from an enhanced police–mental health service notification database. *Australasian Psychiatry, 25(1),* 35-39.
b. Sun, H. J. (2016). Suicide prevention efforts for the elderly in Korea. *Perspectives in public health, 136(5),* 269.

(14)守門人訓練與教育

a. Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Kramer, A. C., Wills, A., & A King, C. (2016). Identification, response, and referral of suicidal youth following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide and life-threatening behavior, 47(3), 297-308*. doi: 10.1111/sltb.12272.
b. Shannonhouse, L., Lin, Y., Shaw., K., Porter., M. (2017). Suicide Intervention Training in K-12 Schools: A Quasi-experimental Study on ASIST. *Journal of Counseling and Development, 94(1)*, 3-13.
c. Rutt, C. C., Buser, T. J., & Buser, J. K. (2016). Evaluating a Training Intervention for Assessing Nonsuicidal Self-Injury: The HIRE Model. *American Counseling Association*, *55*, 123-136.
d. Philip O, Jodi MF, Makenna NW, Jungyai KO, Stacey S. (2016). Modeling the Longitudinal Direct and Indirect Effects of Attitudes, Self-Efficacy, and Behavioral Intentions on Practice Behavior Outcomes of Suicide Intervention Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* doi: 10.1111/sltb.12288
e. Hashimoto, N., Suzuki, Y., Kato, T. A., Fujisawa, D., Sato, R., Aoyama-Uehara, K., Otsuka, K. (2016). Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70*(1), 62-70.
f. Alan R. Teo, Sarah B. Andrea, Rae Sakakibara, Satoko Motohara, Monica M. Matthieu and Michael D. Fetters. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. BMC Psychiatry, 16(211), 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-0924-4.
g. Choi, Y. J., & Lee, W. Y. (2017). The prevalence of suicidal ideation and

depression among primary care patients and current management in South Korea. *International journal of mental health systems, 11(1),* 18.

(15)LGBT

a. Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA pediatrics, 171(4)*, 350-356.
b. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health,106(5)*, 1-12.

(16)臨床實務

a. Haddock G, Davies L, Evans E, Emsley R, Gooding P, Heaney L, Jones S, Kelly J, Munro A, Peters S, Pratt D, Tarrier N, Windfuhr K, & Awenat Y.(2016). Investigating the feasibility and acceptability of a cognitive behavioural suicide prevention therapy for people in acute psychiatric wards (the 'INSITE' trial): study protocol for a randomised controlled trial. Trials, 17, 1.doi: 10.1186/s13063-016-1192-9.
b. Karen Jamesa, Isaac Samuelsb, Paul Moranc, Duncan Stewartd. (2017).Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders, 214*, 67-73.
c. Jo Robinson, Sarah Hetrick, Georgina Cox, Sarah Bendall, Hok Pan Yuen, Alison Yung, and Jane Pirkis. (2016).Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*, 28-35.
d. Devenish B, Berk L& Lewis AJ. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(8),*726-740.
e. Brent, D. (2016). Prevention programs to augment family and child resilience can have lasting effects on suicidal risk. *Suicide and life-threatening behavior,46(1)*, 39-47.
f. Bucy, R. A., Hanisko, K. A., Kamphuis, L. A., Nallamothu, B. K.,

Iwashyna, T. J., & Pfeiffer, P. N. (2017). Suicide Risk Management Protocol in Post–Cardiac Arrest Survivors: Development, Feasibility, and Outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, *14*(3), 363-367.

g. Elizabeth GM, Eva Maria MA, Carolyn EB, Phillip A. (2016). Management of Self-Harm Injuries in the Maxillofacial Region: A Report of 2 Cases and Review of the Literature. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 74(1198)*, 1-9.

(17)電話與自殺防治

a. Brian LM, Marc D, Cecile B,Francois C, Bogdan B, Sylvaine R, Julie C. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(5)*, 577-587.

b. Gould, M. S., Lake, A. M., Munfakh, J. L., Galfalvy, H., Kleinman, M., Williams, C., & McKeon, R. (2015). Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: Evaluation of caller risk profiles and interventions implemented. *Suicide and life-threatening behavior, 46(2)*, 172-190. doi: 10.1111/sltb.12182.

c. Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J. L., Wright, J., & McKeon, R. (2017). Follow‐up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12339.

d. Jan KM, Merijn E, Annemiek H, Jasper W, Renske G, Ad JFMK, Johannes HS. (2016). Evaluation of the 113Online Suicide Prevention Crisis Chat Service: Outcomes, Helper Behaviors and Comparison to Telephone Hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47(3)*, 282-296. doi: 10.1111/sltb.12286.

2) 國外自殺防治文獻整理：以三大策略為框架，將這 17 種類型再根據三大策略區分成表 4-7-3：

表 4-7-3、國外自殺防治文獻類型

全面性自殺防治策略(57)	減少致命性自殺方法的可得性(38)
	自殺數據監控(2)
	國家自殺防治策略(11)
	自殺與國家經濟(3)
	心理衛生(1)
	媒體報導(2)
選擇性自殺防治策略(33)	科技與自殺防治策略(4)
	原住民自殺防治策略(7)
	校園自殺防治策略(3)
	軍人自殺防治策略(2)
	同志自殺防治策略(2)
	老人自殺防治策略(2)
	社區自殺防治策略(4)
	地方自殺防治策略(2)
	守門人訓練與教育(7)
指標性自殺防治策略(11)	臨床實務(7)
	電話自殺防治(4)

3) 為因應 2017 年需求項目之分析常見自殺工具之具體策略，另外將全面性策略中「減少致命性自殺方法的可得性」此類別的 38 篇文章，根據其主題以及所關注的議題區分成 8 種類型：自殺防治策略回顧、自殺方法回顧、特定自殺方法─上吊、特定自殺方法─燒炭、特定自殺方法─固體或液體中毒、特定自殺方法─高處跳下、特定自殺方法─溺水、特定自殺方法─其他與其他主題。

表 4-7-4、常見自殺方法或工具相關文獻清單

排序	名稱	年代
	自殺防治策略回顧	
1	Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review	2016
2	Preventing suicide: a global imperative	2014
3	Suicide in Asia: opportunities and challenges	2012
4	Suicide prevention strategies: a systematic review	2005
	自殺方法回顧	
1	Reducing a Suicidal Person's Access to Lethal Means of Suicide	2014
2	Means restriction for suicide prevention	2012
3	Suicide Methods in Asia: Implications in Suicide Prevention	2012
4	Controlling Access to Suicide Means	2011
5	Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice	2010
6	Lethality of suicide methods	2008
7	Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression"	2008
	特定自殺方法─上吊	
1	The epidemiology and prevention of suicide by hanging: A systematic review	2005
2	Death by hanging: Implications for prevention of an important method of youth suicide	2000
	特定自殺方法─燒炭	
1	Assessing the efficacy of Restricting access to barbecue charcoal for suicide prevention in Taiwan: A community-based	2015

排序	名稱	年代
	intervention trial	
2	An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact	2009
3	Suicide by means of a charcoal grill. Casuistic report with review of the literature	2008
4	Overview of Suicide by Charcoal Burning and Prevention Strategies	2016
	特定自殺方法—固體或液體中毒	
1	Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: Analysis of national mortality trends 2006–2013	2017
2	High lethality and minimal variation after acute self-poisoning with carbamate insecticides in Sri Lanka – implications for global suicide prevention	2016
3	Risk factors of suicide attempts by poisoning: Review	2014
4	Self-poisoning suicide deaths in England: Could improved medical management contribute to suicide prevention	2010
5	The hospital management of fatal self-poisoning in industrialized countries: An opportunity for suicide prevention?	2006
	特定自殺方法—高處跳下	
1	Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland	2017
2	Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: A review	2007
3	Suicide by jumping and strategies to prevent it	2006
4	Prevention of suicide by jumping: The impact of restriction of access at Beachy Head, Sussex during the foot and mouth crisis 2001	2005
	特定自殺方法—溺水	
1	Suicide and Self-Harm by Drowning: A Review of the Literature	2016
2	Recent Advances in Means Safety as a Suicide Prevention Strategy	2016

排序	名稱	年代
3	Suicidal Drownings with Psychiatric Disorders in Shanghai: A Retrospective Study from 2010.1 to 2014.6	2015
4	Methods of Committing Suicide Among 2,347 People in Ohio	2015
	特定自殺方法─其他	
1	The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household Members: A Systematic Review and Meta-analysis	2014
2	Suicide, Guns, and Public Policy	2013
3	Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: Case study and review of the literature	2009
	其他主題	
1	Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005	2017
2	Suicide Prevention and Method Restriction: Evaluating the Impact of Limiting Access to Lethal Means Among Young Australians	2012
3	Method availability and the prevention of suicide – a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975	2000
4	Methods of Youth Suicide in New Zealand: Trends and Implications for Prevention	2000

另針對表 4-7-4 可以討論歸納成八組特徵，以下將說明各類型的特徵：

(1) 自殺防治策略回顧

「自殺防治策略回顧」為回顧亞洲自殺概況、世界自殺概況與各種自殺防治策略等文獻，可對自殺研究與自殺防治策略建立一個整體性的認識與架構。

(2) 自殺方法回顧

「自殺方法回顧」則是針對各種自殺方法或工具的現況、調查與防治，做一個整體性的研究與回顧，其中包含亞洲自殺方法與歐洲自殺方法的研究。

(3) 特定自殺方法─上吊

「特定自殺方法─上吊」為針對上吊這種自殺方法研究之文獻。

(4) 特定自殺方法─燒炭

「特定自殺方法─燒炭」為針對燒炭這種自殺方法研究之文獻。

(5) 特定自殺方法─固體或液體中毒

「特定自殺方法─固體或液體中毒」為針對固體或液體中毒這種自殺方法研究之文獻。

(6) 特定自殺方法─高處跳下

「特定自殺方法─高處跳下」為針對高處跳下這種自殺方法研究之文獻。

(7) 特定自殺方法─溺水

「特定自殺方法─溺水」為針對溺水這種自殺方法研究之文獻。

(8) 特定自殺方法─其他

「特定自殺方法─其他」為針對其他自殺方法研究之文獻，其中包含槍械自殺與特殊自殺方法之文獻。

(9) 其他主題

「其他主題」指的是針對自殺方法的特定或相關主題研究之文獻，其中包含研究媒體對自殺方法之影響、評估限制致命自殺方法對特定群之影響或針對特定國家之自殺方法調查與防治等文獻。

最後，這些先進國家的近兩年文獻都可以用「全面性」(universal)、「選擇性」(selective)和「指標性」(indicated)策略這三種層次來區分，且這三層次的文獻數目呈現遞減狀態。上半年度已將「選擇性」策略的文獻翻譯並整理完畢，將於下點呈現之，下半年將繼續分析整理全面性、指標性及自殺工具防治相關文獻，並根據結果提出我國自殺防治策略擬定建議。

4) 國外全面性自殺防治策略整理

本次搜尋之全面性自殺防治相關文獻內容，涵蓋國家級自殺防治策略(包含自殺與國家經濟間的影響、致命性自殺方法的可得性、自殺數據監控，以及媒體報導。

(1) 國家級自殺防治策略

「國家級自殺防治策略」指的是該國政府的自殺防治策略，同時也代表政府對於自殺防治的相關規畫。典型的國家策略有一系列的防治措施，本次蒐集南澳、內布拉斯加州、羅德島、美國、澳洲以及世界衛生組織，下面將針對幾個重點國家策略做摘要與介紹。

a. 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)提出簡易型公共衛生模式，請見圖 4-7-1

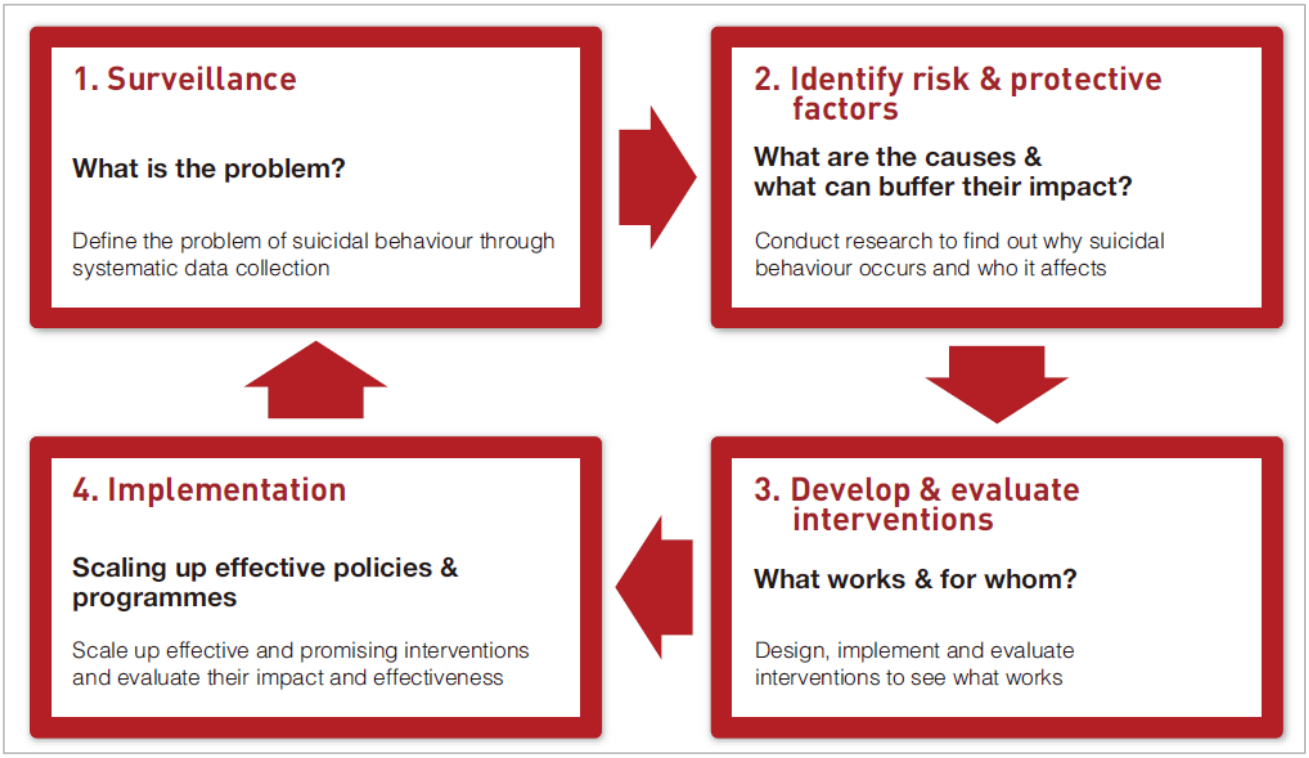


圖 4-7-1、公共衛生模型

見圖 4-7-1 的公共衛生模型從界定問題並監測(Surveillance)自殺事件定義自殺想法與行為，並蒐集相關資料辨認危險因子與保護因子(Identify risk& protective factors)，找出引發自殺行為的原因，發展出評估與介入方法(Develop & evaluate interventions)，最後則是實施(Implementation)介入措施與評估，完成一輪後再作一輪的監測步驟。世界衛生組織所提供的自殺防治公共衛生模型雖然看起來容易，但對於國家設立策略，仍具備足夠參考價值與典範。

《自殺防治：全國要務》這本報告書，最大的貢獻則是針對自殺危險因子與其相關介入方式繪製成圖表，見圖 4-7-2 可以清楚看見自殺危險因子的介入和方式產生的關聯。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(relationship)與個體(individual)，這是一個層級生態的模式。而圖 4-7-2 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的情境。

Figure 7. **Key risk factors for suicide aligned with relevant interventions**
(Lines reflect the relative importance of interventions at different levels for different areas of risk factors)

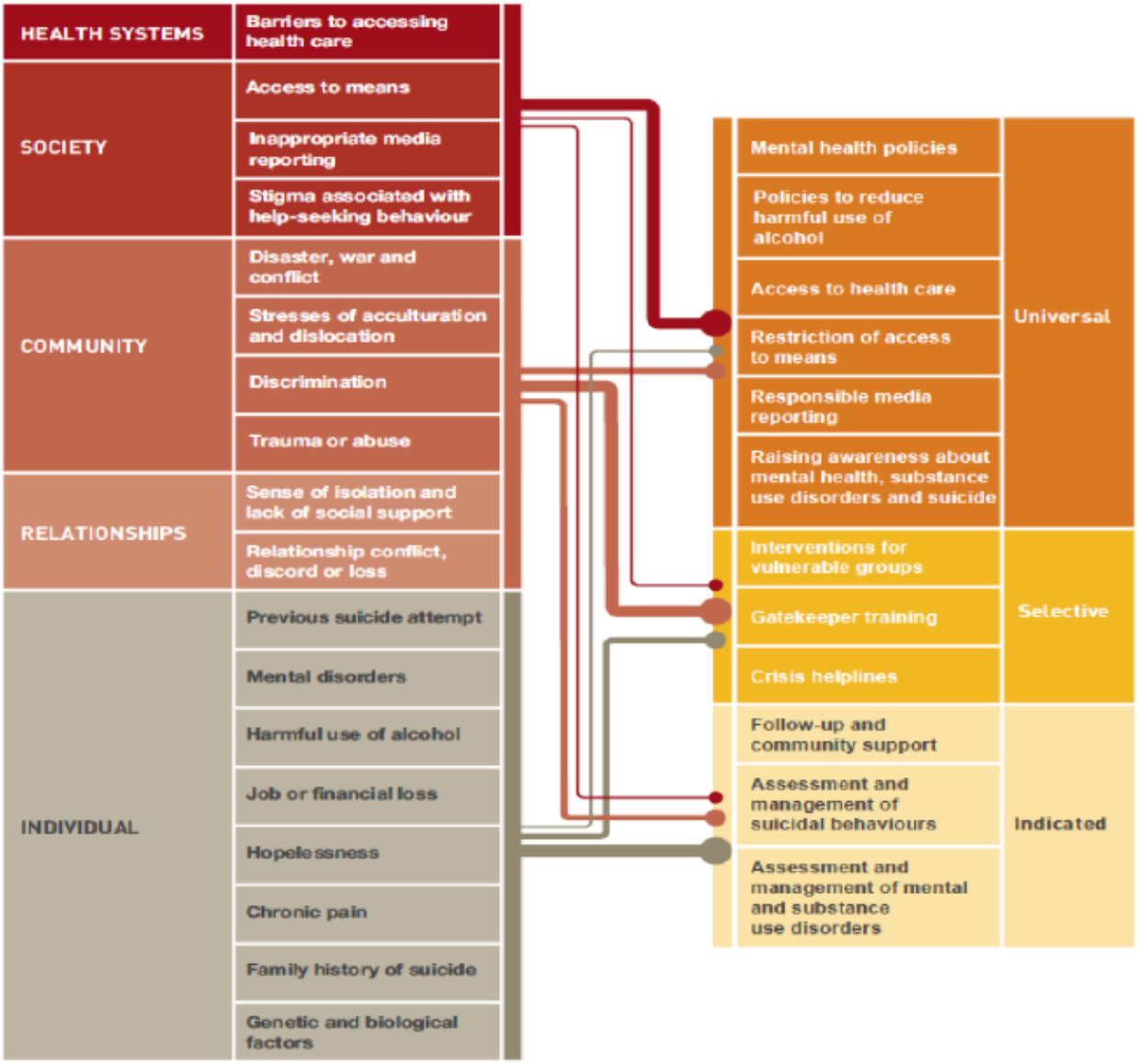


圖 4-7-2、自殺危險因子與其相關介入方式

自殺介入則被分類成全面性(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的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、

降低致命性工具取得性、監督媒體報導等，來促進心理衛生與減少自殺危機。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高風險群，像是精神疾患、重複在自殺者、自殺企圖者。

由圖 4-7-2 除了可以看到危險因子以及列入方法的分類，更可以從線條的粗細看見它們彼此間的關係，線條粗則代表重要，反之細則代表不重要。原則上可以看到衛生系統與社會為全面性，社區與人際關係則被列為指標性原則，個人則被列為選擇性。

總結以上，我國可以參照圖 4-7-2「自殺危險因子與其相關介入方式」，設立規畫自殺防治的架構，用來檢視我國的自殺防治策略。

b. 美國

2016 年紐約時報頭版標題「美國自殺率上升至 30 年來最高」，美國從 1999 年至 2014 年的自殺率上升 24%，其中 45 歲至 64 歲的女性上升 63%，男性則上升 43%，顯示近年來美國中年自殺率上升，多少和社會轉變有相關。

美國《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》是建立在 2012 年《國家自殺防治策略》(*National Suicide Prevention Strategy*, 2012) 的基礎上，採用生態學取徑(ecological approach)，來假設危險因子和保護因子可從許多不同層次（包含個人、圍繞在個人的人際關係及其對行為的影響、人際關係的社群、社會因素）的互動中獲得，以便能規劃行動計畫，在每個層次上加強保護來遠離自殺或減少周遭的自殺危險因子，見圖 4-7-3。

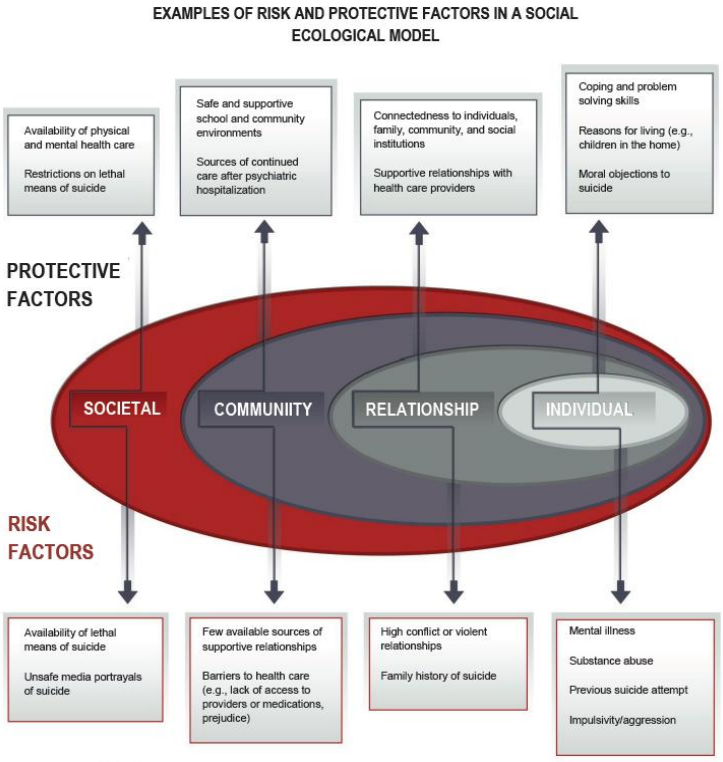


圖 4-7-3、社會生態模型中的危險與保護因子

《國家自殺防治策略》是由四個「相互關聯與互動，而非單獨運作」的戰略方向組織而成，包含：

a) 提升個人、家庭與社群的健康與權力
b) 臨床與社區防治的服務
c) 治療與支持的服務
d) 監測、研究與評估

《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》則是在這四個相互連結的策略方向上組織目標與對象，必須與全國各州的個人、組織、社區、系統（例如:教育、公共衛生、司法等）來共享，為州立機構、區域單位、社區聯盟與組織提供了一個框架，指導與發展自殺防治相關的行動計劃，並通過確立優先的策略來促進共同的責任感，《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》的策略如下：

a) 提升個人、家庭與社群的健康與權力

策略1：增進內布拉斯加州人關於提升健康與復原力之因子的知識。

策略2：增加內布拉斯加州人知道危險信號及如何幫助處於自殺風險的人們之數量。

b) 臨床與社區防治的服務

策略3：整合內布拉斯加州內所有系統中，具有實證資料、具文化敏感度的自殺防治策略。

策略4：強化的在地/區域的合作，提升衛生促進與早期預防。

c) 治療與支持的服務

策略5：提升國家對於自殺風險評估與管理的臨床專業知識。

策略6：增加國家危機管理機構的可用度。

d) 監測、研究與評估

策略7：拓展定期收集數據的使用，以衡量所有層級(州、區、地方、組織)在自殺防治目標與行動計劃的進展狀況

策略8：強化各層級在資訊傳播上的合作。

c. 澳洲

《南澳自殺防治策略 2012-2016》報告中首先提出，自殺因素是複雜的，非由單一原因所造成，這些因子屬於個人，亦有部分屬於社會結構，見圖 4-7-4。

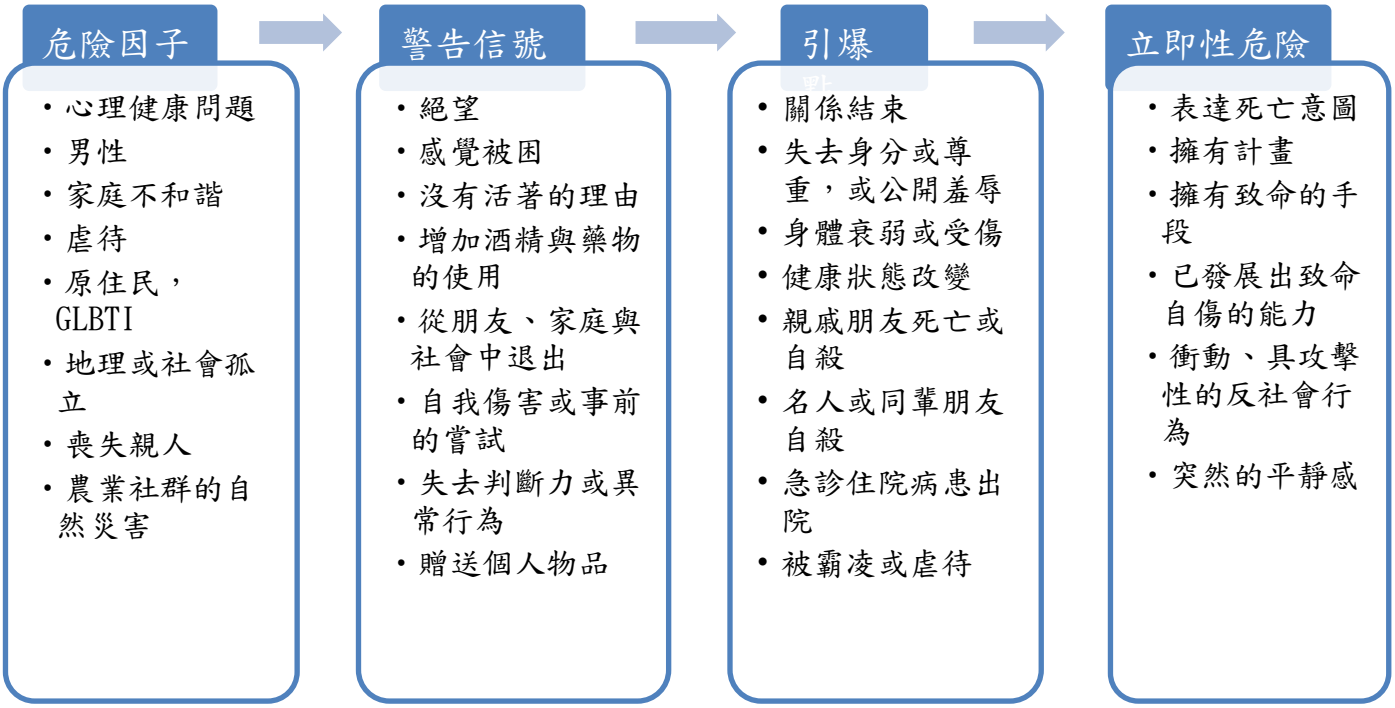


圖 4-7-4、從危險因子過度到立即性危險

藉此，《南澳自殺防治策略 2012-2016》提出九個指導原則，包含：

a) 不要傷害。
b) 第一道門是正確的門。
c) 每個人都需要同情與理解。
d) 自殺防治活動應以最佳的實踐為基礎。
e) 提升個人韌性與健全的環境。
f) 發展夥伴關係。
g) 提供並回應那些處於心理壓力人們的需求。
h) 認識並尊重社群的多樣性。
i) 顯示可持續發展和長期的承諾。
j) 以及七個目標，包括覺察、預防、介入及事後介入，以回應全體社群：
k) 提供一個擁有復原力個體與支持性環境的包容性社群。
l) 提供一個可持續的、可協調的方式提供服務、資源及社區資訊以預防自殺。
m) 提供具有針對性的自殺防治倡議、活動與計畫。
n) 將這個影響南澳的區域問題列為優先事項。
o) 提供具有針對性的事後介入活動與計畫。
p) 改善及理解自殺與自殺防治的實證資料。
q) 自殺防治實踐的標準與持續精進。

澳洲《國家自殺防治策略》（National Suicide Prevention Strategy，NSPS）自 1990 年代提出，使得自殺率下降並持續十年，藉此，為回應社會的聲音，國家精神健康委員會(National Mental Health Commission)希望能達成十年內降低 50%的自殺死亡率，Krysinska 等學者，建議採取「多層次系統」的自殺防治方法，有助於辨識哪些策略應優先考慮並產生最大的影響力，以及同時在地區實施多種策略，其提出九種可實施的策略，並預估每年可拯救的生命，但實行後成果遠低於降低 50%的目標，但從計算人口可預測分數的結果得出，系統取向方法能導致澳洲自殺企圖及自殺身亡人數大幅減少，另外，考慮到介入措施的普及率，最有效減少自殺企圖的策略是「社會心理治療」。

針對十年內降低 50%的自殺死亡率目標，Hegerl & Kohls 表示需加強憂鬱症治療作為自殺防治策略；Schaffer & Sinyor 則表示要加強精神衛生上的照顧與抗憂鬱症的治療(Jorm , 2016)。

澳洲衛生與老年部門(Australian Government Department of Health

and Ageing，DoHA)委託澳洲醫療保健協會(Australian Healthcare Associates，AHA) 負責評估從 2006 年至 2013 年間，根據國家自殺防治計畫(National Suicide Prevention Program，NSPP)資助的全面性、選擇性、指標性自殺防治活動及採取行動解決自殺(Taking Action to Tackle Suicide，TATS)方案的內容，以確定這些活動的適用性、效用及效率，以便了解未來政策方向與實施自殺防治活動，建立一個可持續使用的全面評估框架，並製作《自殺防治活動評估》報告。

其中 NSPP 及 TATS 計畫的共同目標旨在減少自殺企圖、自殺身亡與自殺行為對澳洲的影響，NSPS 其中一個組成部分是「活著，為了所有人」(Living Is For Everyone，LIFE)框架，它為澳大利亞的自殺防治提供了實證基礎的策略政策框架；LIFE 框架概略描述了澳洲自殺防治的願景、目的、原則、行動區域與建議成果，2011 年 9 月，LIFE 框架在所有的管轄範圍內被採納為澳洲整體的自殺防治框架(自殺防治活動評估)。

(2) 致命性自殺方法的可得性

本次搜尋國外常見自殺方法或工具自殺防治相關文獻內容包含自殺方法以及自殺策略的回顧、特殊自殺方法(包含上吊、燒炭、固體或液體中毒、高處跳下、溺水、其他)、自殺數據監控、媒體報導，以下將針對此三類主題介紹國外相關研究結果。

a. 自殺防治策略回顧

自殺防治為當今重要的公眾議題，擬定自殺防治策略為當務之急。從鄰近亞洲國家來看，日本自 1996 年至 2014 年進行縱貫性趨勢研究，發現自殺個案從 1996 年的 2,078 人直至 2008 年達到高峰，約有一半的病人因自殺而入院 (Nakanishi, Endo & Ando, 2017)。顯現自殺防治之重要性。而自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性。香港於 2016 年針對自殺現況進行研究，發現自殺防治策略已經不能以單一群或個體進行，而要能以更為廣泛的方向進行，從環境及脈絡工作，以提高自殺防治工作之完整性。

b. 自殺方法回顧

全面性的自殺防治，最重要的部分在於大眾宣傳及推廣自殺防治的重要性。藉由系統性文獻回顧，發現在自殺防治策略上，透過大眾傳播媒體能成為有效預防自殺之策略(Torok, Calear, Shand, & Christensen, 2016)。而針對比較特殊的場域進行自殺防治的推廣，則會需要透過不同的專業人員與以協助。如針對提高學生參與公共自殺防治策略之動機進行研究，發

現透過學校端的專業輔導老師與學生直接面對面進行溝通及互動，將有助於自殺防治策略之推動(Totura, Kutash, Labouliere & Karver, 2017)。

c. 減少致命性自殺方法

a) 特定自殺方法-上吊

在所有自殺致命性工具中，上吊是最困難防禦的一個方法，在臺灣過去 20 年上吊占率最高的方法之一占率達 4.2%，自殺方法排名第 8，大約占三到四成的自殺方法，近 5 年雖然這方法在整體自殺趨勢變化皆為下降，近幾年每年仍至少有一千多個左右的個案死於上吊，而有九成死於家中。Gunnell 等人於 2005 年研究針對上吊自殺的自殺工具與方法做系統性回顧研究，結果顯示上吊工具從皮帶、電線等都可備受利用，同時透過懸掛點(例如：樑、掛勾、門把、樹木)，即可完成上吊自殺動作。在預防方式上，在家中部分主動預防方式仍缺少，僅能以消極性的提醒家中成員、社區鄰里增加對自殺的敏感度，幫助內心感到脆弱的危險群，能夠及時獲得資源協助。在監獄與病房則有較積極的方式，美國研究上發現若在監獄中移除懸掛點，並於監獄中的配備或者衛浴需要事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應(Gunnell et al.,2005)，增加相關人員輔導傾聽技巧，並改善醫療體系的緊急醫療管理、自殺管理指引，及時能夠對上吊自殺事件及時介入。

b) 特定自殺方法-燒炭

燒炭從國外文獻中發現，多數發生在香港、韓國、臺灣等亞洲國家，使用燒炭群可歸類為男性、離婚或未婚、並有經濟上困難之對象是高自殺危險群，韓國 Nam-Ju 等學者於 2014 研究 2000 到 2001 年在韓國使用燒炭自殺方法趨勢，發現燒炭自殺深受媒體影響，特別是當報導出現燒炭的方式、報導過於聳動使用燒炭自殺事件，都會使民眾出現仿效，導致燒炭自殺案例增加，而對於使用燒炭自殺的人員，在出院後重複自殺率是高的，城鄉比較上使用燒炭自殺，城鎮上會因為容易取得燒炭工具，而自殺比率高於郊區鄉鎮，目前燒炭防治方法，在香港與韓國則是透過限制木柴販售降低自殺者。

近年我國研究，燒炭自殺占率 6.5%，排名自殺方法第 4 是較多人使用的方法之一，目前則是有部分縣市透過限制木炭方式來降低燒炭自殺率，研究顯示在臺灣施行限制木炭取得方式納入限制，例如於購買時做登記、或將放置地點放在店員能夠管控地方，但成效不明顯(Chen et al.,2015)，

卻可以看到燒炭使用年齡中 25 歲到 64 歲男性以及 25 歲到 44 歲女性使用燒炭自殺比率減少，而透過社區做為單位的控制，的確減低區域上整體以木炭作為自殺方式自殺率。

c)特定自殺方法-固體或液體中毒

在所有自殺防治中，固體或液體中毒在台統計從 2017 年 1 月至 10 月占率達 50.6%，排名第 1，為最主要自殺通報的方法。Pires 等人於 2014 年研究發現，藥物由於容易取得，成為自殺者最常被使用的方式，而多數使用藥物者都有精神疾病、負面壓力的生活事件等複雜因素，且使用性別上女性多於男性，平均年齡落在 15-40 歲，並伴隨單身(離婚、喪偶)、低教育程度、失業、酒精藥物濫用、精神疾病、服用抗憂鬱劑等高危險特徵，因應高危險群設計介入策略。

另外，在美國透過文獻回顧，發現 2003 年，英國及威爾斯則將罐裝藥瓶改為硬塑膠包裝(blister pack)，但此方法並沒有發現顯著的效用，但對於降低高危險群處碰到藥物的確可以降低服用藥物自殺率，因此應針對藥物管理研擬服藥、領用藥物條例，避免讓患者有過度儲藥的機會(Jin et al.,2016)。

d)特定自殺方法-高處跳下

對於高處跳下自殺，歐洲 Hemmer 等學者於 2017 年檢驗瑞士在預防高處墜落(如橋梁、或其他高建築物)是否有成效，發現設立柵欄與安全網等結構性防阻設施對於自殺防治是有效的。該研究透過柵欄與安全網護相比較下，柵欄高度至少要有 2.3 公尺高，橋墩部分則應該加設防護欄，避免民眾攀爬，而安全網則應顯著低於行人路面，並有足夠的寬、深度，約 4 公尺深是必要的且防護完善，或至少在 15 公尺以上的高度時禁止跳躍，而加設護欄及安全網介入，明顯讓自殺率下降。

在美國的研究中，試圖從降低青少年以及精神疾患減低能獲取自殺工具做管制，探討是否能夠因此減少自殺比率，研究發現若能夠在橋梁邊安裝護欄或屏障，跳橋事件也明顯降低(Barber et al.,2014)，而且發現降低報章與電子傳播媒體報導相關事件，避免讓民眾了解其方法之使用，也能夠降低跳橋被使用做來自殺，反應我國在高處跳樓占率 5.9，排名自殺方法第 6 名或許也能在主要幹道、建築物上設置安全網，以降低高處跳下自殺率。

e)特定自殺方法-溺水自殺防治

溺水自殺事件發生頻繁，從過去報導案例比較城鄉間與性別對於自殺的差異，會發現郊區、靠水邊有較高的地區發生溺水自殺事件較多，性別上則以男性居多，自殺占 2.8%，自殺方法排名第 12 名。由從中國大陸的溺水研究中，透過心理剖析研究了解溺水自殺者的特性，發現男性遠比女性多，且透過溺水自殺年齡層多位於 22 到 29 歲，而自殺原因除了精神疾患以外，還包含感情因素、失業、經濟壓力等原因，精神疾患部分則以憂鬱症占率最高達 33.7，思覺失調症則占率 20.2%，而從這些亡者得就診紀錄來看，發現多數並未接受就診或是根本無長期遵從遺囑(Fang et al.,2015)。

而面對溺水自殺事件，英國學者 Haw 等人於 2016 年透過英格蘭、威爾士從 2000 年至 2012 年蒐集文獻以系統性探討研究，試圖從中透過自殺趨勢研擬出相關介入方法，發現歐洲國家溺水率除盧森堡，多女性多於男性，而從西方研究會發現老人比年輕人使用溺水方法較多，而在 3 成的比率占有癌症。而由於溺水相關高質量研究稀少，對於研擬具體策略是有困難的，主要多為在熱點或者水邊設立警告標示以及電話，限制進入深水區域，並針對自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區，以降低跳水自殺的再發生。

f)特定自殺方法─其他

而除了範圍較廣之全面性防治策略，另外也探討特定自殺方法之防治策略。例如(Chung, Kang, Matsubayashi, Sawada, & Ueda, 2016)針對鐵路自殺進行研究，發現若能在月台加裝全高式月台門，將能比半高式月台門更加有效預防自殺發生。顯示在不同的情境場合與團體群之下，自殺防治策略應能因地制宜，以達到更佳的防治效益。

d. 自殺數據監控

每年全球各國都會進行各地區的自殺數據統計，以監控自殺死亡率在社會的趨勢。自殺數據監控可謂預防自殺的基礎，一旦發現有上升的情形，當局可立刻採取相應的對策降低自殺發生幾率。例如日本於 2014 年時進行了一項全國蓄意自傷而入院的個案數據調查，結果發現從 1996 年到 2004 年之間 13014 個患者當中，男女比例相差不大，而以藥物或物質中毒自損的死亡率不超過 7%。當局即可從藥物或物質自殺工具實行介入策略，降低自殺或自傷風險性。

同時，自殺率也反映了某些社會議題是助長自殺議題的危險因子，也

可以分析出具有自殺高風險的群，加以實行重要政策等。有鑒於此， Law（2016）也指出香港 15 歲到 24 歲的自殺率從 1981 年到 2014 年在 5.9%到 6.1%間徘徊。自殺原因大多為人際關係(感情、家庭關係等)或學業壓力與大型測驗成績不良。偵測年輕人的自傷行為原由與年齡，便可配合其社會網絡落實關懷與介入策略，例如加強學校心理健康宣導或結合網絡發展趨勢實行線上救援、手機 apps 年輕人支持網絡等。

因此自殺數據的監控成為了一道重要的基礎防線，降低自殺風險。

e. 媒體報導

當今媒體在社會中影響深遠，藉由各式各樣的媒介如報紙、電視、網路等提供民眾各種資訊，近至國內，遠至國外，深深影響社會大眾態度、信念與行為，包括媒體在自殺防治上也扮演著重要的角色。

其中，大眾媒體宣傳活動越來越被視為自殺防治重要的一環。近期的文獻回顧旨了解其的功效，並探討如何優化大眾媒體宣傳活動以防止自殺。Torok 等人（2016）透過觀察大眾媒體在全球的效能以及成功機制，指出其中十二個大眾媒體自殺宣傳活動的效能，相較其他自殺防治策略的效果最為顯著，而“獨立廣告”則適用於提高自殺知能(literacy)。曝光的程度，重複曝光和社區參與對促成這些宣傳活動的成功似乎是很基本的要素。Candy（2016）也同時指出，媒體報道自殺新聞所涵蓋的圖文也可能會影響社會大眾對自殺行為的視角與認知，導致偏差的自殺價值觀。

當各種傳統媒體和社交媒體平台的迅速發展，Law（2016）一項香港在地研究提出可用多層次的自殺防治策略，例：利用線上的心理教育網站，給社區成員、守門人及危機處理人員(警衛、警察、至公)並改良醫療與社政對有自傷行為的個案的轉介系統。

(3) 國外選擇性自殺防治策略整理

本次搜尋之選擇性自殺防治相關文獻內容涵蓋守門人訓練、社區及校園自殺防治、科技自殺防治及特定團體(軍人、同志、老人、原住民)自殺防治等，以下將針對此四類主題介紹國外相關研究結果。

a. 守門人訓練

守門人訓練為選擇性自殺防治最重要的一環，許多國外研究皆發現守門人訓練對於降低自殺率有幫助。美國研究發現守門人訓練對於軍隊關懷自殺軍人的牧師而言，可以提高其介入意願及介入後成效，並減少牧師本

身對自殺行為的汙名化(Garraza et al., 2016)。Ewell 等人於 2016 的研究針對一般民眾(年齡從 18 歲至 70 歲)進行守門人訓練，結果顯示受訓者辨認他人自殺徵兆的能力相較於受訓前有顯著上升。

b.社區及校園自殺防治

社區及校園自殺防治方面，日本有研究發現在社區進行憂鬱症篩檢，並在篩檢後給予立即的照護或支持，有助於減低日本中年人自殺率(Oyama et al., 2017)。同在亞洲的韓國目前的基層醫療體系則尚無有效的篩檢系統來識別高自殺風險的患者，因此有研究建議應提供基層醫師足夠的相關自殺防治訓練，包括自殺意念及憂鬱症的辨識(Sun, 2016)。校園防治方面，美國 Totura 等學者認為校園自殺防治教育宣導是有效的，但因美國社會對於自殺仍有汙名化的問題，因此如何促成家長積極性的同意孩子參加自殺防治教育宣導值得探討。該研究發現校方和家長採面對面討論方式溝通及澄清疑慮有助於提升家長對議題的關心和積極性同意孩子參加宣導之比率。Brent(2016)則認為校園中自殺防治的介入也能夠降低自殺威脅，例如自殺守門人訓練、適時篩檢及轉介、教育心理衛生例如憂鬱症、自殺、尋求資源，有效降低自殺風險，自殺守門人訓練短期並沒有太大效果，需長期政策落實，才知道是否有效。

c.科技與自殺防治

近年科技迅速發展，利用科技推廣自殺防治的方式越來越常見。澳洲 Kennedy 等學者於 2016 年研究藉由數位化的衛教模式來降低 30 到 64 歲澳洲農業社區男性對於自殺的汙名化及增加自殺防治知識，發現此模式可以大量增加可接觸性，還能擴大至男性各年齡層及其家屬。數位課程的內容包括分享經驗與故事、衛教宣導、個人目標設定與資源支持服務。Robinson 等人則測試網路版認知行為治療對於青少年自殺風險的影響，結果顯示接受治療的個案雖然自殺意念普遍仍偏高，其自殺意念、憂鬱症狀及絕望感卻是有顯著降低的。此線上治療方式共有八單元，每單元 15 到 20 分鐘，每單元都先由一位成人講解相關內容，再搭配不同影片，內容皆依據認知行為治療的原則。此外，也有研究結合 app 和接納與承諾治療(Acceptance and Commitment Therapy)，發現 app 的介入模式有效降低澳洲原住民社區居民的憂鬱症狀及心理壓力，然而此模式對於自殺相關行為與想法以及衝動性並無顯著改善。app 內容包括辨識想法、管理情緒及辨識價值等。

d.特定團體

a) 原住民

針對原住民的自殺防治，Nasir 等學者於 2016 年回顧各國家針對原住民之守門人訓練相關研究，發現守門人訓練對於原住民群有其成效，然而長時間的效果則不穩定。Campell 等學者則針對澳洲 Kimberly 地區的原住民進行研究，指出若要降低該地區的自殺率，建議因地制宜，著重於聯合各社區實行可提升當地社會及情緒心理健康之方式，傳統西方針對憂鬱症患者一對一的治療方式則建議降低比重。另外，關於美國印地安青少年的自殺議題，Tingey 帶領的研究團隊在印第安社區進行青少年創業教育計劃，發現藉此有助於協助青少年提升生活技巧並與學校連結，進而減少青少年的高風險行為。Tingey 的另外一篇研究則指出若要改善印第安青少年自殺狀況，需進行自殺防治衛教、增加門診治療資源、改善個案對諮商的態度等。

b) 老人

關於老人自殺防治，日本 Oyama 等學者發現憂鬱症篩檢及介入除了上述對於中年人有效果外，亦對於社區居住老人自殺率具有長期影響。該研究對社區老人進行憂鬱症篩檢及篩後介入，發現實施後自殺率明顯下降(48%)，且女性的自殺死亡率顯著下降，影響大於男性，此現象也在實驗結束後持續發生。

c) 軍人

退伍軍人是美國自殺的高風險群，相關研究指出，針對退伍軍人之自殺防治運動能發揮重要作用，並可加強更廣泛的健康觀念傳播。此外，由退伍軍人危機專線在推行期間通話量增加，可反映出透過各國各區的努力，包括媒體報導，促進了求助行為和可用照護之資源的宣傳(Elizabeth, 2016)。

d) 性少數群團體

性少數群團體也是自殺防治不可忽視的一塊，美國有研究透過文獻回顧，評估 LGB 成人及社區為基礎之樣本與自殺相關的行為。研究結果顯示，在 1680 份樣本中，16%的人在過去一年內有自殺企圖，82%在一生中曾有過自殺企圖，50%在過去一年內有自殺意念，11%在一生中曾有自殺意念。研究也發現，自殺相關行為和性少數群體在北美和歐洲都受到汙名化影響，因此在衛生研究方面報告普遍不足，而造成訊息偏見(即錯誤分類)(TS et al.,

2016)。Raifman 的研究結果則發現，美國實施同性婚姻政策後，高中生企圖自殺率的確有下降，這些減少的團體群為性少數(包含 LGBT)群。此外也發現在同性婚姻合法化後的 2 年間，社會以及政策擔憂的民眾精神衛生並未因此惡化。由此顯示，同性婚姻政策可能有助於降低現行青少年的企圖自殺率，而青少年情緒憂鬱與企圖自殺死亡有高度的相關，但此研究無法確認高中生中的性別少數者在自殺企圖間是否有其他因素干涉。

(4) 國外指標性自殺防治策略

本次搜尋國外常見自殺方法或工具自殺防治相關文獻內容包含臨床實務以及電話自殺防治。

a. 臨床實務

在臨床實務方面，英國在 2003-2013 年自殺死亡人數高達約 5 萬人，有 90%有心理健康的問題且求助過相關心理治療或甚至入院，其中有 28%被確診有心理疾患，9%則為住院病患。在精神疾病中人格障礙和精神分裂症，是重複性自我傷害的最強預測因素。

在澳洲自殺是青少年最常見的死因，Robinson 等人測試網路版認知行為治療對於中學生自殺風險的影響，經由前後測的實驗設計、八週的介入，發現雖然普遍自殺意念的分數還是偏高，但自殺意念、憂鬱症狀與絕望感有顯著的下降。

透過兒童診斷調查、綜合診斷、創傷後壓力症候群、青少年自陳報告、兒童行為中發現自殺意念及行為皆降低(Brent, 2016)。另外 Elizabeth 等人發現心理動力學治療、認知行為治療、家庭和人際關係介入治療特別是在兒童和青少年上治療自我傷害行為有效。

在精神健康與物質成癮方面，對於自殺意念與企圖自殺者的影響，Brent 研究四個家庭預防，發現在家庭聯邦的介入下，父母與孩童之間缺乏溝通下，企圖自殺率也降低，實施隨機家庭追蹤，結合全面性及選擇性策略，提供這些家庭學校的資源，以及密集的監控家庭中紀律、溝通以及父母的監護，結果顯示自殺危機獲得控制且下降。父母管理培訓研究比其他研究更著重於父母的自殺意念，並蒐集父母在介入後，六個月內的症狀。這個介入策略對於父母在創傷後壓力症候群、情緒調節、對家庭氣氛以及孩子的精神健康有明顯的幫助。

b. 電話自殺防治

在現代電話普及又便利且快速，在自殺防治方面，進行電話訪問時沒有視覺化等輔助方式可以運用，需透過專業人員或志願者的語言力量與受訪者訪談。在電話訪談中最常使用介入方式：接受、導向/調查、提供信息、建議和諮詢以及澄清/解釋，比較不適合用威脅、道德化和拒絕，透過在電話中的討論介入狀況，即可立即降低自殺危機，尤其在來電者願意接受緊急中心的後續追蹤電話，或者接受第三方(像是醫療機構等機構)的關懷來電，自殺危機便會下降(Gould et al.,2015)，整體的電話訪談效果女性改善結果大於男性(Brian et al., 2016)。Gould(2017)等人發現透過電訪進行追蹤及輔導行動做情感上支持、問題解決與因應介入，幫助尋找社會支持、討論自殺意念來源會讓案主感到自己被照顧是安全的(59.6%)，但未受到電訪的案主則回應他們的感覺是很糟的，在後續追蹤電訪介入後，皆能夠阻止當下的行為，而讓案主感到更加的安全。

電訪中服務人員是志工或專業者，在通話處理的滿意度上，給薪人員明顯高於志工外(78.6% vs. 58.3%)，其他方面如介入風格皆無顯著差異(Brian et al., 2016)。再來應該注意，服務人員接線的時間會影響提供資源的積極程度，當接聽電話的時間、次數，越久、越多時，針對非自願個案給予有效介入救援行為便會越少，有可能是為了給予介入方法，而忽略了危機風險評估，可透過輪班制度能夠幫助維持介入的品質；另外則是因為熟悉個案，反而低估了其中可能的危機風險，降低了即時策略的介入。

5. 國內自殺防治策略規劃

中心將回顧國內自殺防治現況與自殺防治策略後，再對照前面蒐集與整理之國外自殺防治策略與工具文獻摘要，規畫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

根據中心統計至 2016 年自殺數據資料，觀察臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人，其後則呈現下降趨勢。(如圖 4-7-5)

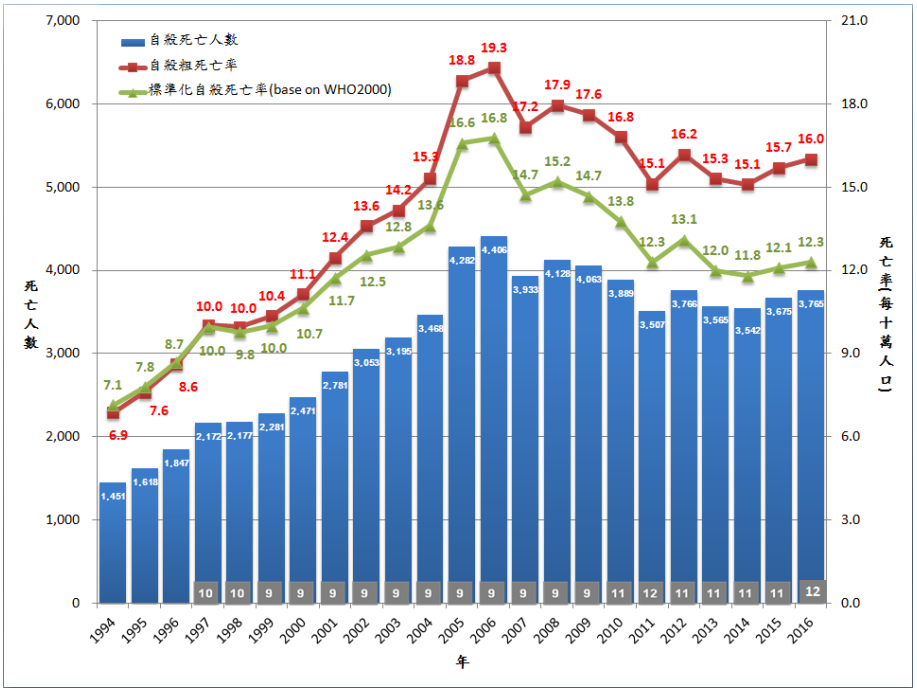


圖 4-7-5、1994-2016 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 17.1%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 1.9%(如表 2-1-1)。粗死亡率三年移動平均由 2013-2015 年的 15.4 人升至 15.6 人呈現些微上升趨勢；但長期來看，粗死亡率由 2005-2007 年至 2014-2016 年呈現逐年下降趨勢。

依據圖 4-7-6「1994-2016 年全國自殺死因占率」趨勢圖，可以見到「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,185 人，占率 31.5%)自 2001 年持續下降，但仍居於全台自殺方式排名第一，而「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)則排名前三名，「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)，累計至 2016 年是有逐漸上升的趨勢。而「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」則在台灣近十年中有較高比率陡升陡降趨勢，該方法於 2002 年之占率 20.7%，至 2006 年已達 33.8%，於 2016 年下降至 24.2%，明顯接近該年度上吊比例(31.5%)。

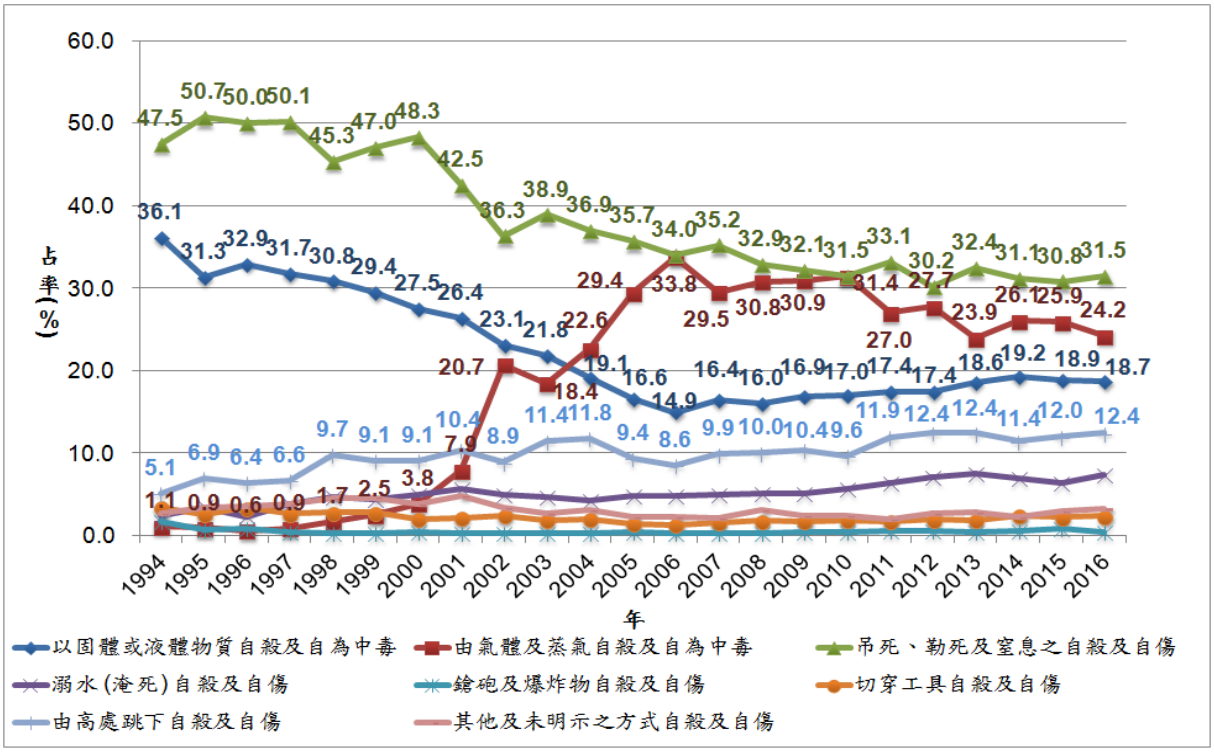


圖 4-7-6「1994-2016 年全國自殺死因占率」趨勢圖

世界衛生組織於 2014 年的《自殺防治：全球要務》中列出近 20 種自殺危險因子，可歸納出自殺是經過多重因素以及複雜的背景與成因，絕非單一危險因子可以囊括解釋。過去研究指出，曾經發生過自殺事件個案，日後再自殺之標準比(Standardized mortalityratio,SMR)為一般人的 40 倍，高於重度憂鬱症(重度憂鬱症死亡之 SMR=20)。一個人過去曾有自殺企圖與意念或者自傷行為，是已經被列入導致自殺危險因子中最顯著的因子。

回顧台灣自殺相關文獻，自殺死亡者危險因子包含精神疾病、酒精成癮、過去有自殺史，特別相異於西方在家庭女性間的糾紛。而目前亞洲國家已經設立更多憂鬱症相關資源政策，但精神疾病汙名化仍是尚待解決的一塊，減少患者害怕就診延誤病情。而就鉅觀之心理社會、文化、經濟以及地理環境因素，過去台灣本土研究就陸續發現與亞洲其他國家如日本、南韓有共同點，在於失業率有明顯相關。根據 2010 年〈台灣的自殺與失業率：人口學研究 1978-2006〉(Suicide and unemployment rate in Taiwanm a population-based study, 1978-2006)，以過去 30 年研究續列資料，成縣台灣失業率「絕對值」每增加 1%，45-64 歲男性自殺死亡率增加 4.9%。此外，常見精神疾病、鄉鎮城市、家庭收入、單親家庭比例，都明顯與自殺死亡率有明顯相關。就自殺死亡事件發生後，都有本土研究實證出名人自殺事件報導、對自殺事件方法詳盡報導都會增加模仿效應，甚至增加民

眾對於自殺的認知與新興自殺方法之流行風潮。整體而言，自殺危險因子，分布廣泛，難以透過單一決定性因子欲作防範，因此需要透過國家防治三階段策略，全面性、指標性、選擇性做整體規劃相關防治策略。

2) 目前的國內自殺防治策略

我國的國家自殺防治策略，符合當代各國自殺防治工作潮流，主要從三個層面擬定方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicatived)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。

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，建置自殺企圖個案通報關懷系統，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 2017 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。

2017 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」包含精神病人自殺與就醫之實證研究、憂鬱症病人服藥尊重性與自殺相關性之實證研究。「強化自殺防治策略」有縣市訪查、媒體聯繫會議、媒體監測、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見表 4.8.3 圖，整理出以下 11 種最常見的防治措施：(1)國家心理健康政策(2)自殺數據監控(3)限制致命自殺工具可得性(4)媒體監督與報導(5)科技與自殺防治(6)對高危險群介入關懷(7)守門人訓練(8)社區及校園自殺防治(9)後續追蹤與持續關懷(10)特定群團體(11)臨床與電話自殺防治

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 4-7-5 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
(1)國家心理健康政策	全國自殺防治中心計畫分為全面性、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社區處置策略)
(2)自殺數據監控	a. 自殺防治相關統計資料 b. 辦理自殺行為之精神病人自殺與就醫行為之實證研究以及憂鬱正併人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究 c. 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
(3)限制致命自殺工具可得性	a. 針對高樓地區、橋梁設置警告標語與安全網。 b. 控管木炭販售以上架處 c. 對深水處設立警告標誌，並針對熱點設立人員巡邏管控 d. 管理監獄與病房，並對懸掛物品挑選不易調掛之懸掛勾	a. 高樓部分仍未確實設立安全防護網，橋梁警告資訊也相對缺乏 b. 目前仍僅只有少數縣市將木炭置於櫃台販賣 c. 難以掌握跳水熱點區域，以及人員配置 d. 多數上吊發生於家中及社區，需持續增加家庭成員對自殺議題的敏感度
(4)媒體監督與報導	a. 每日媒體監測：針對每日四大報導蒐尋，若有不恰當不符合六不六要之報導新聞，做規勸下架，並於年末進行資料彙整與趨勢分析，提出相關因應之策略建議。 b. 年度新聞媒體聯繫會議 c. 不定時辦理記者會與媒體拜會聯繫媒體與發放新聞稿 d. 製作自殺新聞媒體報導指引教	a. 表揚優良自殺報導 b. 重大事件及時投書回饋給予建議去除汙名化報導 c. 針對媒體報導製作指引內容 d. 目前尚未針對網路媒體建立相關因應措施

	材 e. 「自殺事件報導媒體諮詢」Line 群組 f. 每月蒐尋監控「教唆自殺網站」交由 iWIN 做下架	
(5)科技與自殺防治	a. 心情溫度計 APP 推廣 b. 透過「網路成癮與身心健康調查表」提供進一步諮詢 c. 社群網站 Facebook 之推廣	宜持續於各縣市基層社區宣傳推廣 APP，包括偏遠縣市、各級學校有關人員、社區大樓管理委員會、長期照顧機構人員等
(6)對高危險群介入關懷	a. 自殺通報系統，輔助自殺關懷訪視員訪視作業，針對通報系統功能增修建議。 b. 協助八仙塵爆個案關懷訪視服務 c. 針對離婚群擬定關懷專案	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
(7)守門人訓練	a. 辦理第一線專業人員之自殺防治之守門人訓練 b. 自殺關懷訪視培訓 c. 特定自殺方法之防治教育宣導與守門人培訓：如農藥管理人員(巴拉刈)、學校(教職員、學生) d. 中心手冊編撰：《政府跨部會自殺防治手冊》、《關懷訪視員教育手冊》	宜持續強化校園、社區、醫療之專業人員之自殺防治實務訓練，以及守門人基礎教育宣導，包含一應二問三轉介、通報單位溝通連結
(8)社區及校園自殺防治	a. 針對高危險縣市做訪查 b. 服務學習之推廣自殺防治	強化各縣市校園、社工人員的心理健康，促進情感表達照護服務的教育推廣相關訊息
(9)後續追蹤與持續關懷	a. 「畢業後一般醫學訓練」課程 b. 自殺通報系統	加強通報訓練與通報單位之溝通聯結、通報系統改善問題
(10)特定群團體	a. 翻譯警消人員 WHO 策略文章 b. 學習網設立不同群教學關懷影片	針對特定群團體之具體自殺防治措施，尤其跨部會處置模式(例如結合衛生、社教機構)仍待研擬

(11)臨床與電話自殺防治	設立安心專線、衛福部電話專線	電話線與人力不足，缺乏完備制度，造成經驗上傳承出現落差，而人力上的不足也難以全面性協助需要求助之民眾

從表 4-7-5 可以看到我國的自殺防治策略措施是符合國際策略與趨勢。其中部分項目項是「社區及校園自殺防治」的防治策略，是以「青少年心理衛生與自殺」、「老人心理衛生與自殺防治」手冊編撰為主；部分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，除了在木炭上增設警語標章，還可以將木炭改為在櫃台處設置販售區，並持續針對販售店家、店員做珍愛守門人訓練；而上吊部分除了可以對於懸掛部分設計無法做一定重量之吊掛，並調整移除懸掛點，並於醫療空間或監獄中的配備事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應。另外除了以上 11 點常見的項目外，但也提到重視的項目：強化政府與民間之間的連結，目前各縣市除了心衛中心設立自殺防治機構外，更有「張老師」專線可以協助做線上諮詢，但對於大多數民眾之需求仍是供不應急，且資訊的推廣仍有待加強。

前面所做的文獻回顧《Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews*》也指出亞洲地區的自殺方法是越來越激烈，但自殺防治占國家社會福利預算編列則是越來越偏低，線上諮詢人員多為約聘或志工人員居多造成人力上的缺乏、技能也難以延續，此外對於媒體報導自殺事件，也尚未有明顯且強制規範，造成自殺事件報導泛濫，且圖片與自殺現場影片居多，促使模仿效益產生。而多數文獻《Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda》研究則說明降低自殺工具的可得性的確能夠有效降低自殺事件發生，像是於高處建築物、橋梁設置安全防護網、避免於媒體宣導自殺方法，並試圖研擬減少向危險群提供藥量，即使一次全部服用也不會造成嚴重危險，可能阻止死亡，並減輕企圖自殺的嚴重性。我國目前有針對禁止劇毒農藥、針對熱點自殺熱點做巡邏、設置安全監獄與病房中懸掛物，並結合媒體與政府力量提供救助資源等措施及介入方式。同樣的從限制自殺工具文獻《Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention》也不斷驗證限制致命自殺工具取得是少數有證據顯示有效之防治策略。這也意味我國自殺防治策略除了需要結合國外自殺防治策略、與趨勢以外，也需要針對在地化分

別以不同年齡層、性別擬定不同之自殺防治策略。

最後自殺防治策略,除了需要與時俱進與科技結合以外,更需要定時、長期的透過官方與非官方組織穩定介入，才能達到降低自殺率之原則。

6. 結論

自殺防治工作需要各層面領域之互相結合，不論是政府、民間、衛生機構、非衛生機構等在自殺防治上都扮演一定的角色，因為自殺本身就是多重且複雜因素造成的事件，這也說明防範自殺事件的困難點，不但難理解引發「自殺」危險因子、保護因子、介入策略與方式，對於實際成效，往往難以透過實證研究類推與驗證，因此以完善的整合與協調各機關單位之資源，才是推動自殺防治之主要態度。

本中心懷抱「他山之石，可以攻玉」的精神，主要以國外近兩年最新的自殺防治文獻、世界各國關於自殺方法或工具的研究與防治策略，共蒐集 97 篇，以了解自殺防治、自殺工具在世界各國領域經驗，幫助了解危險因子與保護因子、有效介入策略、如合整合資源在關鍵時刻進行轉介、自殺防治指引之防範措施。這些蒐集之文獻顯示我國自殺防治策略、自殺工具防範，符合世界自殺防治現況與趨勢。中心並在蒐集資料後，彙整並提出符合我國採用之建議。

此外，針對這次的文獻蒐集與策略規劃，中心制訂一套系統性的文獻搜尋與管理方式，以提升文獻蒐集與管理的效度(品質)與信度(標準)。期待能透過文獻瞭解世界各國近年在自殺防治領域的發展，彙整有效的介入方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢等，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告

一、背景 (Context)

自殺防治是全球公共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)指出全球每年有超過 80 萬人死於自殺，平均每 20 人就有一位企圖自殺者，亞洲國家占全世界 60%的自殺議題，臺灣自殺率從過去 1995 年至 2009 年 7.6%增加至 17.6%，日本則在亞洲金融風暴後自殺率從 1995 年至 1997 年 17%增加到 24%，因此，自殺是全球性的議題，在不同區域的自殺問題、資源分配與社會經濟背景上有極大的落差。

然而日本在 1996、1997 年戰後自殺潮，自殺死亡率在 50%以上，因而日本於 2006 年設立「自殺對策基本法」，強調自殺是一個重大的社會議題，應該以社會的方式介入，宣導「自殺防治，人人有責」的觀念，促使日本在 2009、2010 年自殺死亡率開始下降，並於 2015 年開始，自殺死亡人數下降至每年三萬人以下。

自殺行為的複雜性所造成的影響不容小覷，也絕非單一因素造成，在地的多元文化、經濟、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺的風險，仍需密切注意。在自殺率方面，各國趨勢上均有不同，顯示出自殺防治是需要以國家作為領導統籌者，擬訂全面性的策略方針才能有效達到結果。國家政策的擬定需要整合衛生福利部門、民間地區組織、社區、媒體力量，共同推動自殺防治策略，為因應臺灣自殺現象中的變與不變，從其他在自殺防治工作上有顯著成效的國家進行標竿學習是相當重要，因此，了解各國在自殺防治工作上之相關策略是不可或缺的一環。其次，自殺防治預算需要整併進入衛生健康中做編列，特別當有精神疾病史者更容易造成自殺行為的發生，若能夠在早期篩選及管控，更能確保民眾受到良好的照顧、滿足其需求以減少自殺意念。

因全國自殺防治中心於 2011 年與日本自殺防治中心代表 Yoshitomo Takahashi 教授，Takashi Yamauchi 研究員與韓國自殺防治學會理事長 Kyooseob Ha 教授皆出席大會，分享日、韓經驗，並於會中簽署三邊合作意願書，以促進日後三邊之交流，強化並促進自殺防治之經驗交流、學習與研究，促進與國外自殺防治組織之交流與經驗分享，期望能參與國外舉辦之國際自殺防治研討會，以利交流分享，以及鼓勵學會之專家學者能進

行更多的研究報告並發表於國際期刊，提昇臺灣的國際能見度。

綜合上述，由於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，以確保能走在正確的道路上，考量日本自殺率有逐步下滑之趨勢，因此將特別針對其國家策略《自殺政策白書》進行翻譯與彙整，其中詳細記載了「自殺總合對策大綱中各項政策施行情形」做為日本該年度的自殺防治策略與措施之報告，參考值得我國採用之策略與具體措施，並與國內自殺防治策略做比較，以供我國中央與各縣市衛生局參考及運用，並於衛生福利部舉辦專題演講一場。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1)蒐集並彙整日本近年出版《自殺防治白書》與相關文獻。
2)安排翻譯日本相關文獻期程。
3)安排演講相關事宜、邀請講師及確認場地。
4)比較日本 2015 至 2017 年 3 年自殺防治政策大綱。
5)協助講師完成演講相關資料。
6)逐步將翻譯完畢之日本相關文獻以三大指標加以整理並和臺灣自殺防治政策做比較。
7)將針對國外自殺防治策略文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃之專案，於衛生福利部辦理專題演講一場。
8)於活動完畢後撰寫成果報告及逐字稿。

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、社團法人臺灣自殺防治學會、臺大醫學院圖書館、前司法院院長秘書陳瀅光小姐。
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. 翻譯文獻

1)2017 年 7 月 27 日將 2015 年至 2017 年日本《自殺防治白書》利用電子郵寄的方式寄給前司法院院長秘書陳瀅光小姐，協助翻譯。
2)2017 年 7 月 31 日陳瀅光小姐協助翻譯 2016 年至 2017 年日本《自殺防治白書》完成。
3)2017 年 8 月 7 日完成 2015 年至 2017 年日本《自殺防治白書》翻譯。

2. 專題演講期程

表 4-8-1、專題演講期程表

時程	執行項目
6 月	1. 持續辦理每週文獻討論會議，並彙整每週報告文獻摘要。 2. 仿效去年與韓國合作農藥自殺防治策略之模式，向日本川野健治教授請教日本最新的自殺防治策略。
8 月上旬	1. 蒐集並彙整日本近年出版《自殺防治白書》與相關文獻。 2. 安排翻譯日本相關文獻期程。 3. 草擬演講相關安排、邀請對象、場地確認等事宜。 4. 逐步彙整翻譯完畢之日本相關文獻。
8 月下旬	1. 完成演講講義，確定邀請對象與講師，並送部備查。
9 月	1. 協助講師統整及蒐集講座相關資料。
10 月 20 日	1. 於全國自殺防治中心進行組內報告 2. 進行日本相關文獻以三大指標加以整理並和臺灣自殺防治政策比較。
10 月 27 日	1. 辦理專題演講。
11 月	1. 於活動完畢後撰寫成果報告。 2. 撰寫逐字稿與統整。

3. 演講事宜

1)2017 年 9 月 11 日邀請全國自殺防治中心廖士程執行長擔任講師。

2)2017 年 10 月 20 日中心同仁於全國自殺防治中心會議室進行組內報告。

4. 專題演講

1)2017 年 10 月 27 日於衛生福利部辦理「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1)2017 年 10 月 27 日 10:00-12:00 於衛生福利部 203 會議室辦理「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」，主席為衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長，主持人為李明濱計畫主持人，專題演講者為廖士程執行長。

2) 出席人員

(1) 當日出席的長官及貴賓如表 4-8-2。

表 4-8-2、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
	張雍敏	副司長
	詹金月	科長
	張冠偉	科員
全國自殺防治中心	廖晃聖	研發替代役
	吳懿庭	駐署專員
	李明濱	計畫主持人
	廖士程	執行長

3) 講座進行及討論

(1) 致詞

a. 衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長致詞

儘管日本自殺率高，但其近年自殺率快速下降，有一些做為可供參考，藉此以了解日本在自殺防治上的策略，以及有哪些做法值得臺灣借鏡及參考，若有機會希望能讓行政院及衛福部長官了解別的國家在自殺防治上的做法。

b. 全國自殺防治中心李明濱計畫主持人致詞

臺灣在 2005 年設立自殺防治中心，當時以全球化的思維做為規劃，並瀏覽全世界各國自殺防治策略，以擬訂國家自殺防治策略，並在成立的第一年就拜訪美國社區心理衛生中心最具代表性的地區性單位，在過去六年來，臺灣和日本、韓國都有聯繫，日本有許多經驗和臺灣類似，值得臺灣學習，由於日本的資料多以日文為主，因此很感謝賴浩敏前司法院院長的秘書陳瀅光小姐協助翻譯「自殺防治白書」。

(2) 專題報告

a. 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

b. 摘要：

a) 日本自殺問題近況

圖 4-8-1 為 1994 年到 2016 年目前部分亞洲國家標準化的自殺死亡率。臺灣是藍色的折線，日本是紅色的折線，從 1996 年到 1997 年，對於日本在自殺防治上面是一個巨大的挑戰，因為自殺死亡率瞬間上升大約 50%，發現與日本當時戰後自殺潮有關，並在 1997 年後長達 10 多年處於一個高自殺死亡率的階段。

在 2009 到 2010 年之後，日本的自殺死亡率逐漸的下降，從 2015 年起，日本一年當中自殺死亡人數首次下降到 3 萬人以下。在亞洲四小龍裡，南韓自殺率最高，不過南韓從 2010 跟 2011 年也有下降的趨勢。相比之下，臺灣最近三年開始有微幅上升的趨勢，且上升的人口結構跟臺灣過去 10 年有些不同。

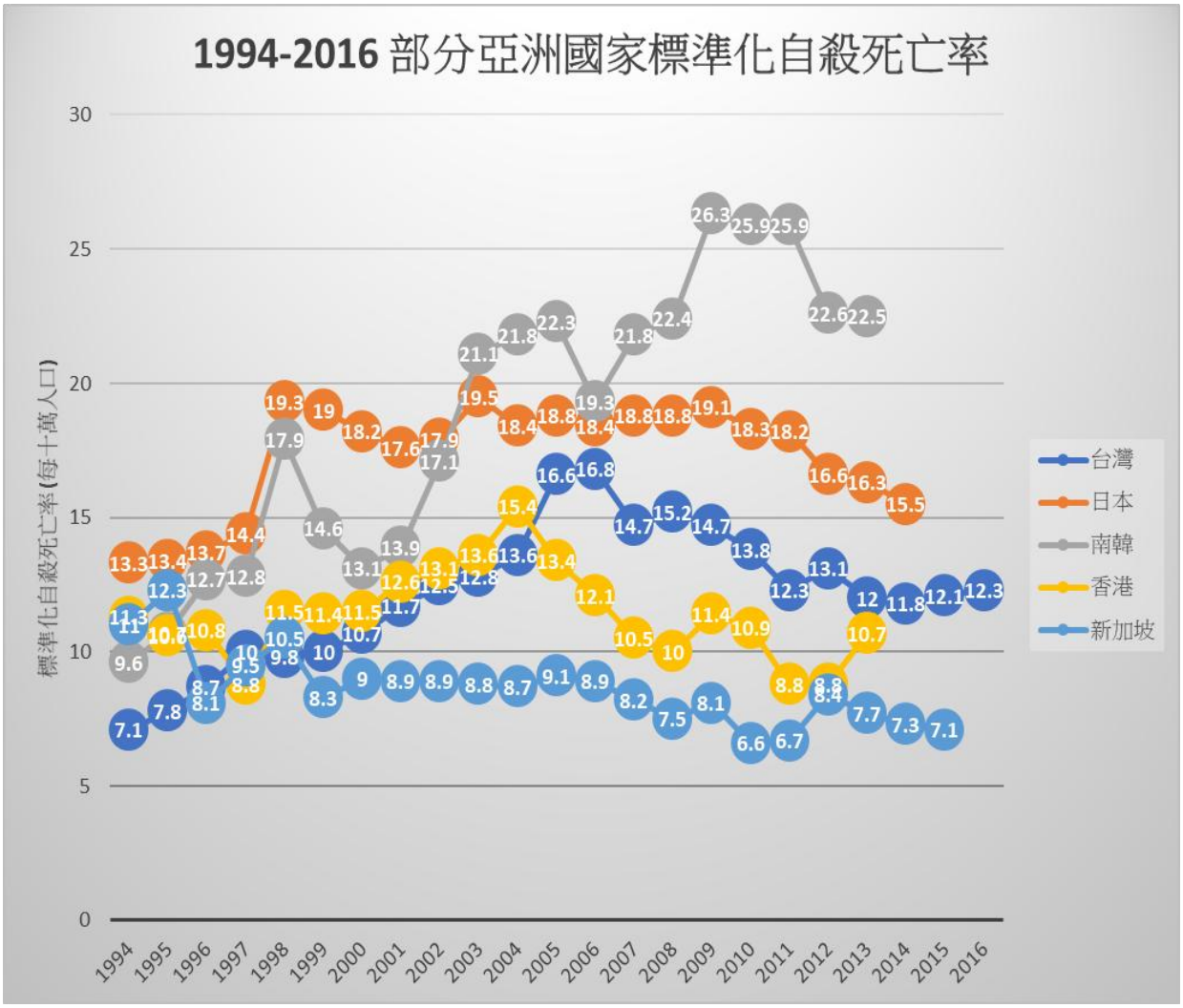


圖 4-8-1、1994 年至 2016 年亞洲國家標準化自殺死亡率

如圖4-8-2，粗線是1998到2000年日本自殺死亡率暴增的年代，細線是1989年到1995年自殺死亡率相對較低的年代。藍色的線代表男性，紅色的線為女生性，x軸為年齡，在1997到1998年自殺死亡率最高年齡層為退休前男性，並且形成一種趨勢，持續至今。日本會有這樣現象，其實和日本當地文化相關，在日本文化裡自殺相對是被容忍且尊重的，加上武士道精神代表看透死亡，在法律上面亦沒有一個相抗衡的力量。

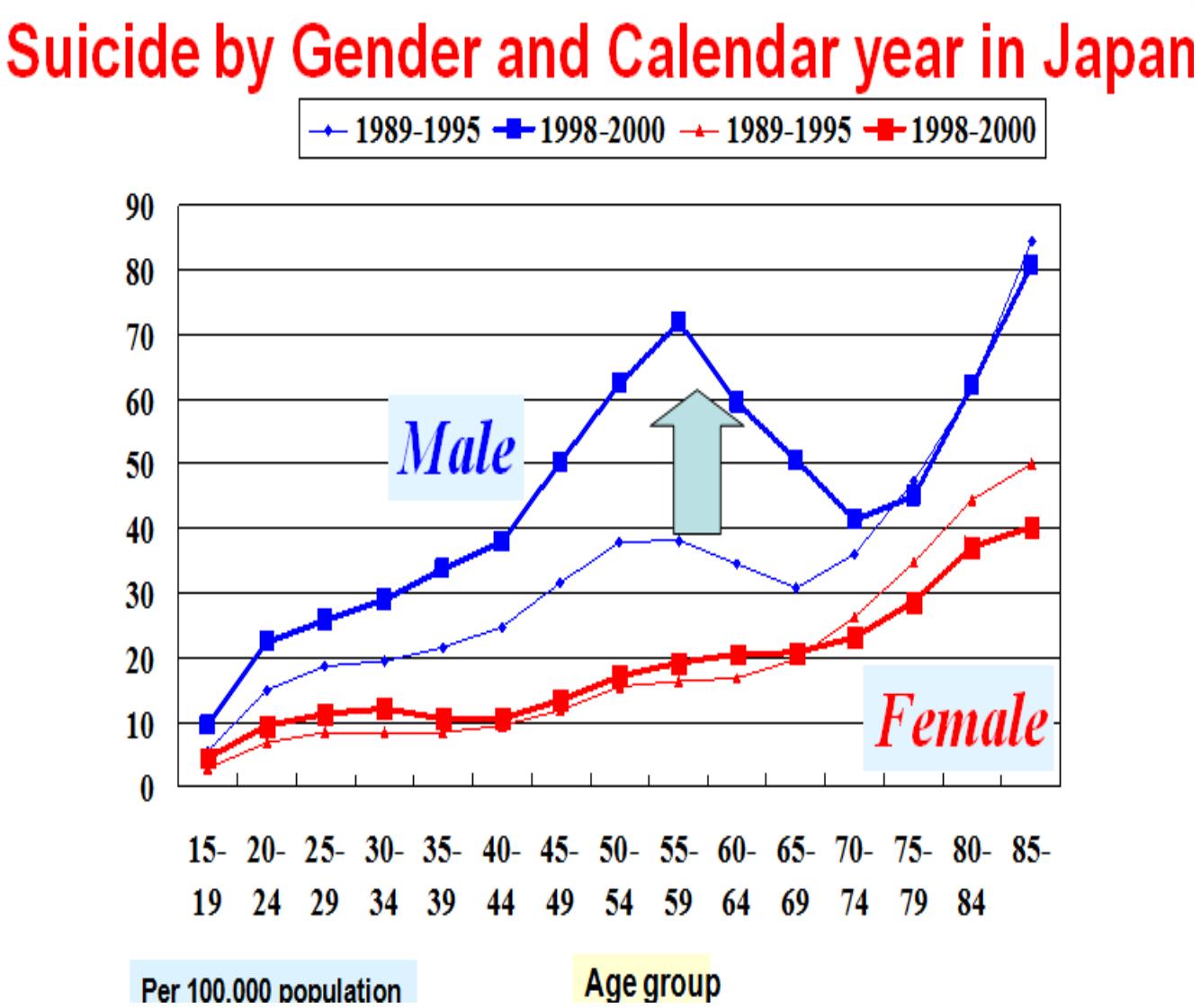


圖 4-8-2、1989 年至 2000 年日本自殺死亡率

日本自殺率及失業率如圖4-8-3。藍色折線為自殺死亡率，紅色折線為失業率，1997、1998年到2000年失業率大幅上升，導致日本自殺率上升的因素除了文化之外，推升自殺率最重要的原因，是日本的失業率，日本近年的失業率下降，所以自殺死亡率也下降。

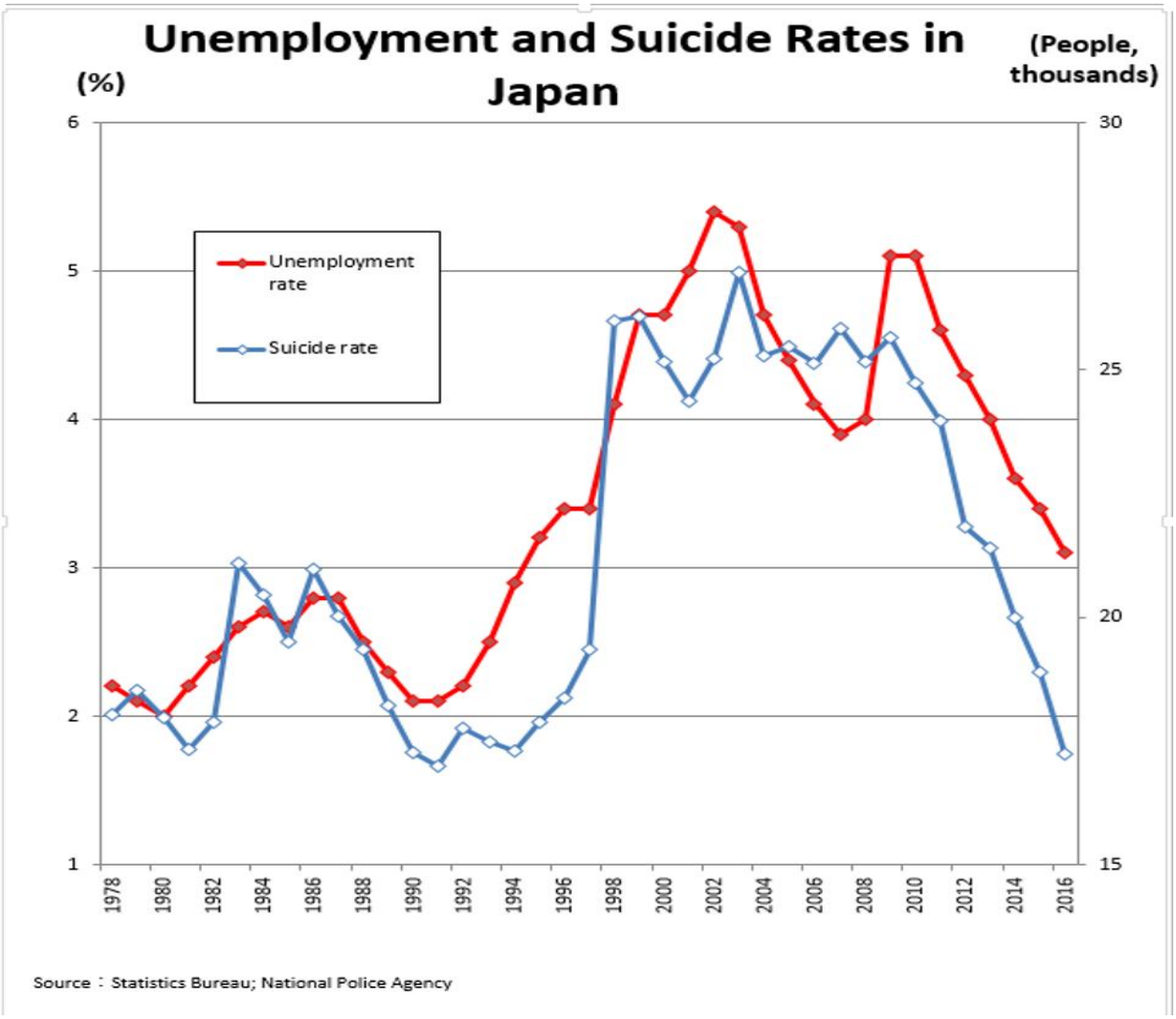


圖 4-8-3、日本 1989 年至 2000 年自殺率及失業率

b) 日本內閣及臺灣部會對照

日本屬於內閣制，裡面包含許多部會，和臺灣相對照，可以看圖4-8-4與圖4-8-5，其中日本較特別的地方在於有個復興廳，是日本在311大地震之後為因應災後重建問題所成立的，類似臺灣在921大地震之後於行政院成立之委員會。

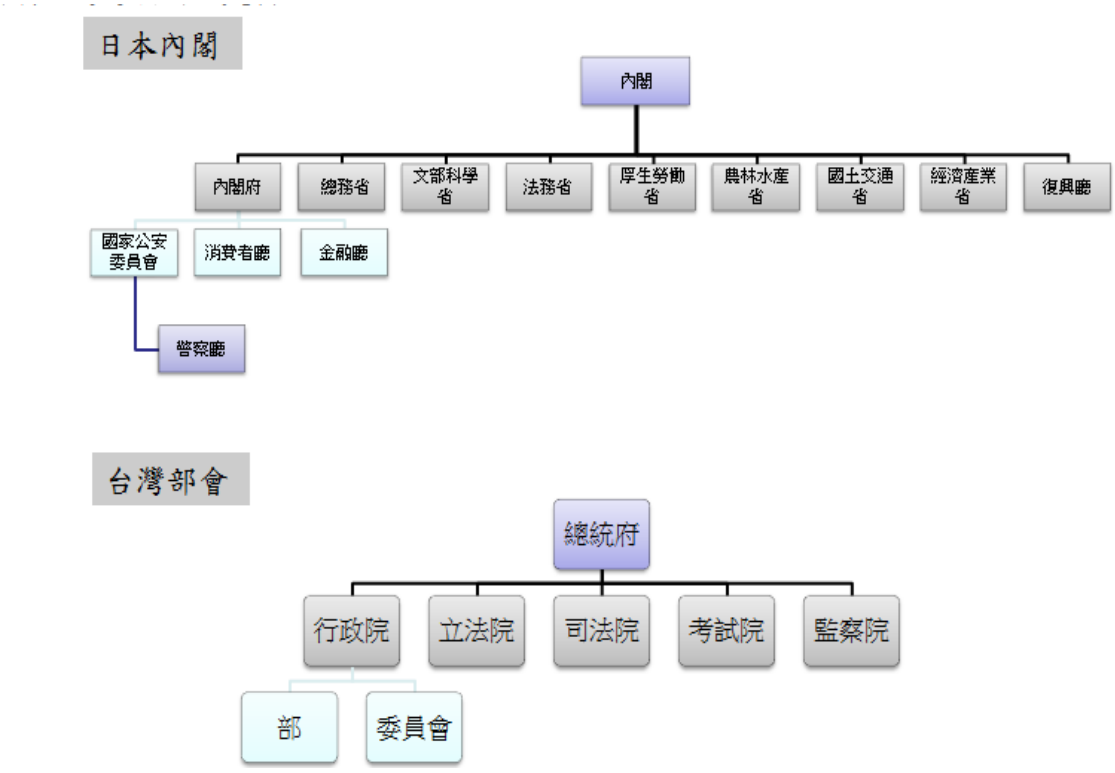


圖 4-8-4、日本內閣組織圖及臺灣部會組織圖

日本內閣及台灣部會對照表

日本內閣	台灣部會
內閣府	行政院
國家公安委員會	國家安全局
金融廳	金融監督管理委員會
消費者廳	消費者保護會
總務省	內政部
文部科學省	教育部
法務省	法務部
厚生勞動省	衛福部與勞動部
農林水產省	農業發展委員會
國土交通省	交通部
經濟產業省	經濟部

圖 4-8-5、日本內閣及臺灣部會對照表

c) 2017 年日本自殺總合對策大綱中各項政策施行情形

(a) 了解自殺實態之措施

- 自殺實態調查之實施：日本在 2016 年發表地區自殺的對策實施的一個案例，地區推動內容像標竿取捨概念。2016 年至 2017 年變化從中央開始到地方。臺灣每年電話訪查部分呈現相關的內容。
- 情報提供等之充實：日本自殺防治工作為內閣層次，由內閣主持系統，從 2016 年開始建立，由上而下整合強。
- 自殺企圖者、遺族等實態之調查及其支援對策之推動：強化各地區自殺企圖者遺族資源之機制，自殺企圖者遺族資源的推進為中心，成立推進室，依據地區特色檢討時態，強調道府之具體資源方案從中央到地方間的落實，加強民學官資源的合作機制。
- 學童自殺防治調查之推動：持續的關切學童自殺特徵傾向，學童自殺防治相關調查研究應有的概念實施調查研究。
- 憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術之開發：由中央經費補助款，疾病障礙對策研究向下。
- 善加活用既存資料之對動：每月警察廳提供之都道府市町村分類自殺者之生前居住地、發現地與自殺防治製作地區自殺基礎資料。臺灣可向日本借鏡如何讓地方的局處能夠第一時間掌握第一資料，能夠立即的對應。

(b) 呼籲國民人人注意及守護之措施

- 實施自殺防治週、自殺對策加強月：與臺灣類似跟世界同步，自殺防治日活動等，與世界接軌。日本的自殺防治週 9 月 10 日至 16 日及自殺對策加強月 3 月，自殺率在 4、5、6 月較高，若能在 3 月有相關的活動，對後來三個月的自殺高峰會有幫助。
- 學童自殺防治教育之實施：促進青少年適度使用網路，製作給保護者及業者之普及宣導資料，並公開之。另外，由總務省、文部科學省所謂的教育部及通訊相關團體等合作，舉辦以孩童安全、安心使用網路為題，以保護者、教職人員及學童為對象之宣導講座並透過自殺防治教育課程「GRIP」教導兒童如何求助與尋求幫助。與臺灣最大的不同是，教育部部分，反霸凌相關對於學童自殺防治的內容，在自殺防治的概念下被實施與執行。
- 憂鬱症相關知識普及之推動：於厚生勞動省的網站、衛福部的網站「精神衛生總和篇－心靈保健」中介紹有關於正確了解憂鬱症精神疾病治療方式等。在臺灣，衛生福利部有最新、針對各種精神疾病衛教資料。

- 自殺與自殺有關現象之正確知識之普及:為去污名化、擴大民眾參與，日本法務部人權擁護機構為宣傳反性傾向歧視、反性統一性障礙歧視製作相關的手冊，並且實施分發宣傳手冊、宣傳活動；在臺灣相關的關注也越來越高。

(c) 以早期因應為中心之人才培育計畫

- 門診醫師對於憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術之提升：對非以精神科的專業醫師等實施「住院醫師等心靈健康對應能力提升研修」，以提升其診斷憂鬱症之能力。
- 教職員普及宣導之實施：透過各種會議將「想傳達給孩童的自殺防治」、「孩童自殺發生時之背景調查指針」之改訂版、及「孩童自殺等實態分析」公告周知予教育委員會、學校等。以各教育委員會等之學生指導負責人、校長、教務主任等管理職為對象，在全國各地區召開學童自殺防治普及宣導協議會，同時與獨立行政法人日本學生支援機構合作，包含自殺問題學生心理輔導，實施促進大學等教職員理解及修習正確知識之措施。
- 地域保健人員及產業保健人員資質之提升：日本在自殺防治總合對策中心實施地區自殺對策推動中心相關研習。另外，對於產業保健關係人及各地區自殺企圖者、自殺遺族有關之民學官人士，實施素質提升研習。
- 介護支援專業人員研修之實施：實施介護支援專業人員素質提升之研修。
- 民生委員、兒童委員研修之實施：厚生勞動省實施使之具備單位民生委員、兒童委員協議會會長，有必要引導有利的研習，中堅民生委員針對特定群的福利或福祉安全的一些委員會須做相關的一些內容，誇大自殺防治的概念跟民眾有關的一些組織擴展相關的內容和能力等。
- 合作計畫協調人才養成之充實：強調培育促進各地區相關機構、民間團體、專家、守門人以及負責相關人士間合作協調的人才，目前臺灣應思考如何體系之間怎麼樣有個好的鏈接，自殺防治網網相連。
- 社會性原因諮商人員資質之提升：包括自治團體人才之研習、因應心理問題、心理輔導相關資訊之多重債務者諮商指南，特別是著重在多重債務者諮商指南。對金融服務利用者諮商室之諮商人員實施影片在教學，內閣府製作注意心情的指標守門人養成研習 DVD。
- 對應遺族之公職人員之資質之提升：指導從事自殺者、自殺者遺族、

自殺企圖者等相關業務的警察人員，應以適切態度對應遺族等，避免不當傷害自殺者之名譽、自殺者遺族、以及自殺企圖者之心情。臺灣全國自殺防治中心對警察、消防人員亦有類似相關訓練。

- 研修資材之開發等：推動地域階段自殺總合對策，開發以自殺總合推動中心為出發點，將地域自殺總合對策類型化的政策懶人包，做為研修資材，加以活用。
- 對從事自殺對策者實施心理輔導之推動：在自殺總合對策推動中心所實施之研修中加入許多關懷從事自殺對策業務人員心靈健康之相關事項。
- 各領域守門人培育事業之促進：於 2017 年自殺防治週 9 月 10 日至 16 日及 2017 年度自殺對策加強月呼籲對於需要守門人的團體給予協助。

(d) 推動健康心環境之措施

- 職場精神衛生對策之推動：過勞死的防治推動法，及過勞死的防治大綱,還有實行細則等內容結合。採取調查研究,加強宣傳諮商機制，對民間團體活動給予支援過勞死防治相關對策。道府縣勞動局，實施從上而下監督，由全國產業保健總合支援中心做連接，另外在上班族精神衛生入門網站－心靈之耳中，提供精神衛生相關資訊，聚焦上班族精神衛生入門網站。另外，因精神健康不佳及過勞導致健康障礙者的熱線電話－心靈熱線的運用。
- 地域推動建構心靈健康之體制之健全：在自殺總合對策推動中心實施以自治團體、精神保健福祉中心職員為對象之研修之同時推動相關機關間互相合作之體制。因應日本高齡化部份，強調如何運用山村地區本身的特性，提升高齡者的生存價值，對於特用林產務之生產基盤等生產環境建構給予支援建全，在地的老化跟當地的產業結合，讓老人家在鄉村有生存價值的部份。
- 學校推動建構心靈健康之體制之健全：補助經費，設置校園諮商人員及校園社工，使校園諮商體制更為充實。臺灣需思考校園諮商體制如何順暢轉介。
- 大規模災後受災者心理輔導及生活重建等之推動：為處理避難長期化及受災者分散化等,除確保推動守護活動所必要的諮商人員及復興支援人員外，以對受災者實施心理重建以建構生存價值、實施彈性支援使災害公營住宅形成社區、整合受災者支援來源及創設總合交付金等總合對策為本，與受災者相關自治團體及相關團體合作，與政府成

為一體，共同支援受災者；消費者廳宣導放射性物質之正確理解，如幅射農產品的問題。

(e) 即時接受適切精神科醫療之措施

- 精神科醫療人才培育等精神科醫療體制之充實：推動中心實施培育精神科醫療人才所需的各種研習課程。
- 憂鬱症就診率之提升：針對非精神科專業，實施以提升憂鬱症診斷能力為目的之門診醫師心理健康因應能力;臺灣因健保關係需較長時間推動。
- 健全兒童心理診療體制之推動:強調為廣泛因應各式孩童心理問題，都道府縣域之據點醫院為中心，以地區醫師為中心，實施由醫療機構及保健福祉機關合作的支援事業，如孩童心理診療網事業。
- 憂鬱症健檢（Screening）之實施：持續推動，為有助於有憂鬱症疾病疑慮者早期發現，提高高齡者介入護預防、有助其參與社會活動之多樣化的管道等順應地區實態，有效果、有效率的介護預防措施。
- 針對憂鬱症以外精神疾病高風險群之措施之推動：酒精健康障礙對策推動基本計畫，針對防治酒精成立「酒精健康障礙對策基本法」，於酒精相關問題宣導週召開座談會等,包括自殺等酒精相關問題實施宣導；在臺灣國衛院有個整合的計畫，為物質濫用的部分，應思考如何與自殺防治做結合。並以精神醫療及精神保健相關人士為對象，實施研修課程，使得以適切因應憂鬱症以外之精神疾病。
- 對慢性病患者之支援：利用地域醫療介護總合確保基金，對提升護理人員資質之相關研修，提供財政支援。

(f) 透過社會活動之自殺防治

- 地域諮商體制之充實及支援對策、諮商窗口之訊息以簡單明瞭的方式發送：活用地區自殺對策緊急強化專用款，充實全面性支援諮商等地區諮商體制，利用專用的款項及單一窗口來實施 24 小時的免費自殺防治諮詢；並支援可連結具體解決方式之電話諮商事業，而在臺灣亦有安心專線的服務，如何將撥打諮詢專線的個案轉介，是一項重要的事情。
- 多重債務諮商窗口之健全與安全網（Safety Net）融資之充實：日本在自殺防治上對於金融債務方面也很重視，負責廳包含：金融廳、消費者廳、厚生勞働省；在支援上給予資金、資源及諮商。
- 失業者等諮詢窗口之充實等：失業率是造成日本自殺死亡率變動的一項重大因素，透過 Hello Work（相當於臺灣勞動部職訓局支機構）

提供詳細職業諮商等，以及使早期再就業之各種支援；特別針對因心理問題導致無法求職者，給予支援；另外針對全國各地年輕無業者，年輕群失業率跟年輕群自殺死亡率逐漸上升有某部分的關聯，因此日本在全國各地設置針對年輕無業者所設置之地區支援據點之地區少年支援站，並透過個別專業諮商及溝通訓練。

- 經營者諮詢窗口之實施等
- 為解決法律問題而提供之相關訊息之充實：透過網路廣告及分發手冊摺頁等，提升司法扶助機構的認知以及業務內容的理解。針對法扶會的機構，做一些跟自殺防治內容相關的連結；另外在災區的部分，持續相關機構合作協力就自殺問題舉辦諮商會；與消費者廳、地方自治管理合作在受災地區臨時派出所內，實施由司法書士、社會福祉士、社會保險勞務士等共同組成一站式總合諮商會，類似一個高風險平臺的概念，司法書士類似法務人員，社會福祉士即社會工作人員，社會保險即勞保局、健保局的一些相關專業人員。
- 危險場所、藥品之規定及管制等：厚生勞働省針對毒品及化學藥品的部分，要求自治團體及業者團體向一般消費者販售時之自律，呼籲大家要做守門人，對於使用目的及數量有疑慮之購買者，均要求業者向警察機關通報，像買氦氣。國土交通省針對鐵道部分，開發新型閘門（防跌落）；另外，警察廳則致力尋找有自殺疑慮之失蹤人口。
- 網路提供自殺相關情報對策之推動：因為年輕世代自殺死亡率上升，與網路有較大的關係，為了促進青少年適切使用網路，製作給保護者之宣導資料並公開，教導父母親如何協助小朋友使用網路。另外實施青少年網路使用環境實態調查；並繼續支援適切運用規範條款，同時設置違法有害情報諮商中心，維護其營運，相對之下，臺灣 Iwin 實施較好。在教育部的方面，為保護青少年遠離網路上之有害環境，推動可與保護者及青少年直接互動之宣導教育活動；經濟部的部分，管制商業行為、廣告分級，繼續普及理想分級方法判斷基準。另外警察廳對於網路上之自殺相關資訊，由都道府縣警察委託網站管理員予以刪除。
- 對於網路上自殺預告事案之因應：即自殺直播的問題，內政部繼續支援適切運用規範條款，同時，設置並管理違法有害情報諮商中心；警察廳對於網路上之自殺預告事案，都道府縣警察接獲電信業者、報案者提供之發信者情報後，實施自殺預防措施。
- 介護者支援之充實：將服務範圍擴大至照顧者，亦包含居家看護等，

提供短期入設施生活介護及通所介護之介護保險給付,即一種短期臨時的日間照護。另外，以地區總括支援中心職員為對象，實施研習課程,以及舉辦介護教室與介護者交流會做為地區支援事業中家族介護支援事業之一環。

- 遭霸凌孩童之自殺防治：製作一些兒童適宜的衛教資料（例如：兒童人權 SOS 小紙條），教導家長如何去面對霸凌問題，及架設兒童專用的「網路人權諮商受理窗口」、「兒童人權 110」。
- 受虐兒童、性犯罪、性暴力受害者援助措施之充實：對於被害人提供精神科的支援、諮商專門職責的負責事業的研習，還有民間被害者支援團體辦理諮商業務,委託民間被害者支援團體辦理性犯罪者被害援助的一些業務，以及持續考察、實施，並考量被害人的心情，傾聽及陳述。另外，為援助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體等辦理促進地區相關機關與團體間合作之措施。
- 貧困者援助措施之充實：在 2017 年日本依據「貧窮者自立援助現況相關論點整理」，檢討貧困者自立援助的制度。
- 將世界保健機關指南周知予報導機關：由自殺防治總合對策中心以媒體為對象，實施媒體會議；並在自殺防治總合對策中心推廣世界保健機關指南。

(g) 預防自殺企圖者企圖再度自殺之措施

- 急救醫療設施之精神科醫師診療制度之充實：改善 209 個急救中心之精神科醫師診療制度;另外由自殺防治總合對策推動中心對急救醫療設施之精神科醫師之醫事人員之研習，給予協助，針對診療自殺企圖者的精神科醫師，提供一些專門的教育。
- 給家人等近距離守護者之支援：由於自殺企圖者的主要照顧者承擔很大的壓力，日本特別注意主要照顧者的服務需求，因此由自殺防治總合對策中心辦理研習、事業專案之方式為之。

(h) 充實支援遺孤者之措施

- 對遺族自助團體等之營運給予支援：活化民間的力量，政府設置一個標準或支援的過程,利用地區自殺對策緊急強化專用款支援自殺遺族集會之營運；此外，召集其父母因過勞致死之孤兒等，透過活動使其身心獲得紓解，實施以孤兒及其保護者為對象之諮商「過勞死孤兒交流會事業」。另外,自殺防治總合對策中心發行自殺遺族支援指南，諮商人員用修訂版，在心理學解剖檢查調查過程中，為確實提供遺族情報，成立 CSP 自殺遺族支援網，即在做心理學解剖檢查或法務部

的驗屍過程中，協助遺族連結相關的服務。

- 促進學校、職場的事後因應：依據學童自殺背景實施相關報告，將必要事項向教育委員會等公告周知；在職場部分，厚生勞働省透過上班族精神衛生網的心靈之耳，將載有自殺發生後職場的即時因應指引公告周知。
- 推動對遺族等之情報提供：以地區自殺對策緊急強化專用款，支援製作手冊給遺族，手冊內載有各地區諮商處、自助團體之聯絡方式。

(i) 強化與民間團體合作之措施

- 對民間團體人才培育之支援：強調「地區」自殺對策緊急強化專用款與民間團體人才培育，例如民間的一些團體，我們給予補助，另外厚生勞働省要對於由自殺防治總合對策中心收集國內外情報，透過 Web 網站發表為之。對提供自殺高風險者支援之相關組織團體等，提供情報並協助其辦理研習課程。此外，根據各界對少年自殺對策所作建言，對學術及與現場合作之示範活動實施檢討。以上皆以自殺防治總合對策推動中心為中心，與地區自殺對策推動中心合作，企劃並實施地區民間團體人才培育相關研習課程。
- 地區合作體制之確立：包含製作「地區自殺對策措施案例集」，與臺灣縣市輔導訪查的概念類似；另外召開自殺對策官民連合協進集團會議，介紹地方公共團體及民間團體實施之案例，不僅是各縣市各局處的連合，亦是當地民間組織的結合，這也是日本強調的一項策略。厚生勞働省下由自殺防治總合對策中心調查都道府縣、政令指定都市及市區町村自殺對策施行狀況，即臺灣縣市輔導訪查。再來是設置負責檢討相關省廳、地方自治體、民間團體等相關機關之案例、從事聯繫事務之自殺對策網路協議會，臺灣也在進行當中。
- 對民間團體電話諮詢事業之支援：以自殺對策緊急強化專用款支援之。
- 對民間團體之前導型、實驗性措施及於自殺多發地區所為措施，給予支援：臺灣未來可思考如何讓民間的活力能依循中央的方針來好好的發揮，如何讓一些前瞻性、實驗性的措施能在某些法規上適度的彈性，能夠去做一些相關的研發及因應。日本由自殺對策官民連合協進集團會議介紹民間團體實施之案例，發揮民間的力量去做一些更貼近民眾之所需，而且創新、研發與前瞻的一些做法；另外，對從事前瞻性自殺防治之民間團體給予財政支援之方式，實施「自殺防治事業」。

d) 跨國比較應注意事項

- 不同的國家、不同的民族，對於照護體系價值定位不一樣。例如：每當批評美國的保險制度時，新生兒死亡率都會做國際間比較，但新生兒死亡率的定義每個國家都不太一樣。
- 需了解照護體系在當地國家價值是什麼。例如：美國醫療體系不公平性是比較高的，但是臺灣是非常強調公平性的體系。
- 思考指數背後的意義。例如：自殺率在臺灣自殺是一百個死亡的國民裡面有幾個死於自殺。
- 在各國社會經濟上，不一樣的背景。如：臺灣與日本在社會經濟環境上面，失業率跟自殺死亡率的連動，持續地關聯在不一樣的地方，日本自殺高峰年為退休前年齡(50 至 60 歲)的男性；臺灣自殺高峰年為青壯年男性燒炭自殺。
- 臺日系統比較，需思考過去十幾年來，臺灣自殺死亡的波段上升背後某些人口學結構，與我們推測的文化的因素上面，有些差別。

e. 結語

不論是日本或臺灣所進行的自殺防治對策，有臺灣值得向日本借鏡，也有臺灣實施情況比日本好的情況，在未來臺灣如何加強自殺防治可參考日本自殺防治對策。

日本為針對防治酒精的問題，已成立相關法條，臺灣應思考酒精的問題是什麼、扮演什麼角色，在物質濫用的部分，臺灣應如何與自殺防治做結合，是值得思考的事情。

另外值得與日本參考借鏡，臺灣如何讓地方的局處能夠掌握即時資訊，並立即對應。

強調針對大眾宣傳並擴大民眾參與自殺防治，日本除自殺防治週亦有自殺防治對策加強月並呼籲相關廳省、地方自治團體協助宣導，從中央到地方做標語等並透過資源情報網檢索、諮商會員訊息等求助資源、報紙網路的媒體披露；臺灣有相關活動推動，並響應世界自殺防治日的活動等系列活動，可借鏡日本自殺防治加強月進行宣導。

日本的自殺防治綱領與臺灣自殺防治體系內容類似，日本從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣以社會安全的概念為出發點，若跟醫療結合更佳。建議臺灣學習日本內閣從中央到地方層次的整合，跨部會整合是最重要，臺灣未來如何推進，日本是值得學習的對象。

3)「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較，如表 4-8-3：

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
全面性策略	調查自殺現況	● 針對國民意識、行動及民間、地方團體實施的自殺防治對策進行調查。 ● 運用厚生勞働科研補助金，成立統計室分析自殺實況，加以探討可行的自殺防治對策。	● 設置全國自殺防治中心，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、人員教育訓練規劃、研擬防治策略及召開聯繫會議。 ● 辦理自殺防治之實證研究 ● 各縣市高風險平台與跨機制，提供充實的訊息。
	蒐集國內外自殺防治策略	● 製作及發表「地區性自殺防治策略施行案例」 ● 更新自殺總合對策中心網站，介紹全國、各地區及 WHO 自殺防治對策，廣泛推廣自殺防治訊息。	持續進行中。
比較	調查學童自殺防治策略	● 分析學童自殺特徵及傾向，就學童自殺防治理念實施相關調查及研究。	● 加強學校心理衛生教育課程等方式進行，並建立全國性精神疾病與自殺防治的網站，提供相關資訊與醫療轉介諮詢服務。
	實施學童自殺防治教育	● 舉辦研討會，促進青少年適度及安心的使用網路，製作保護者宣導資料。 ● 和各單位合作舉辦孩童安心使用網路之講座，以保護者、教職人員、學童為對象。 ● 製作能保護學童身心的教材及文宣品以使學童學習應對困難及壓力。	● 將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中。除教導孩童珍愛生命的理念，教育兒少自我保護，並教導孩童發現家長有異狀或不當行為，即時報告老師及如何尋求協助。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	加強校園心靈健康	● 經費補助設置校園諮商人員與社工，使校園輔導體制更完善。	● 校園宣導相關求助資源：如發放兒童節禮品或獎品時，可在上面貼上顯眼的標語、求助管道等 。 ● 學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。 ● 學校落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。 ● 強化校園體系成癮防治與服務網絡。 ● 推動校園自我傷害三級預防工作計畫。
	善用既有資料	● 警察廳每月提供「自殺統計數據」及「東日本大震災自殺者」相關數據提供給厚生勞働省，並發表每年度自殺情形。 ● 活用既有資料數據的資料庫。	● 自殺防治中心收集相關之資料檔案:(1)自殺死亡登記檔(2)自殺通報關懷資料擋(3)通報個案基本資料(4)健保資料檔。為充分利用既有的資料檔，以進一步去連結、整合這些資料變項，進行多因子的統計分析 。 ● 自殺防治諮詢專線每月將資料提供給全國自殺防治中心彙總分析後，回饋給各醫院。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	實施自殺防治週與自殺對策加強月	● 每年皆設有自殺防治週及自殺對策加強月，透過報紙、網路、鐵路廣告、地方自治團體宣導諮商會訊息。	● 辦理「推動心理健康促進行動教育訓練」、「推動心理健康網試辦計畫成果發表會」及「心理健康促進方案設計、評估與行銷教育訓練」等活動，以提升服務品質及業務成效。 ● 規劃並辦理「心理健康促進媒體宣導」、「心理健康促進計畫」、「心理健康網計畫」等 3 案心理健康促進服務方案，推動場域涵蓋家庭、學校、職場及媒體，服務對象包括：兒童、青少年、一般民眾及老人等，倡導心理健康概念，提高社會大眾對心理健康問題之體認。
	宣導憂鬱症相關知識	● 召開「精神保健福祉大會」，為普及正確的相關知識。 ● 於厚生勞働省網站介紹精神疾病相關治療方法與因應對策。	● 於衛生福利部網站針對最新的各種精神疾病衛教資料以提醒民眾。
	宣導自殺相關現象的正確知識	● 在自殺防治週與對策加強月進行網路宣導。 ● 分發有關「反性別歧視」宣導手冊等宣傳活動。 ● 24 小時免付費電話諮商。	● 運用大型宣導活動（記者會）、區域型活動，製作衛教手冊、單張、海報、文宣品等，透過大眾網路、電視、廣播等媒體宣導，加強推廣民眾心理健康知識。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	加強建構地區人口心靈健康機制	● 推動農業領域與機構間合作，並改善地區居民的生活環境設施。 ● 建構橋梁，使人口稀少、高齡地區能與社會接軌，並提供給問題少年庇護所。	● 透過農會、四建會系統，關懷探視區內孤獨老農民。
	提供法律問題解決方法相關訊息	● 提供「震災司法輔助專線」介紹關於導致自殺相關因素以及解決法律問題。 ● 透過網路、廣告及分發手冊，提升對於司法輔助機構的認知及業務內容之理解。	● 成立「全民免費法律諮詢網」，期望能以免費的法律諮詢，幫助有需要的人了解問題的關鍵、尋找適合的解決方法。
	支援民間團體人才培育	● 中央及地區的自殺防治對策推動中心共同合作，規劃並實施民間團體人才培育課程，並撥款支援。	● 結合民間資源共同參與，促進心理健康概念的發展、整合實務和行動，補助民間團體辦理心理健康促進與自殺防治工作計畫。 ● 與民間自殺防治或心理衛生相關之非營利組織以及學協會，以及宗教或慈善團體共同合作，推動心理衛生及自殺防治之相關宣導工作。
	確立地區合作體制	● 製作並公布「地區自殺對策措施案例集」。 ● 中央及地方的自殺防治對策推動中心共同合作，強化保健、醫療、福址、教	● 按月統計、分析自殺通報資料並依通報單位、性別及年齡層別、自殺方式、自殺原因、個案關懷及處遇計畫進行分析，定期製

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		育、勞動等相互合作。	作自殺防治通報關懷月報表、季報表及年報表，提供各縣市政府參考。
	支援民間團體電話諮商事業及前瞻性、實驗性措施	● 撥款支援民間團體電話諮商及前瞻性、實驗性措施，並協助其相關活動。	● 提供 24 小時免費心理諮詢服務：委託臺北生命線承辦安心專線電話 0800-788-995，提供民眾 24 小時免費心理諮詢服務。
選擇性策略	**開發憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術**	● 厚生勞働科研補助金撥款補助研究「如何使精神疾病的診斷、治療效果提升及標準化」。	● 辦理精神醫療網區域輔導計畫，並持續精進精神醫療照護機構評鑑制度及落實監測精神照護服務品質，完成精神照護機構實地評鑑及不定時追蹤輔導作業。 ● 提供適當的藥物及心理治療，結合其他社會資源及活化其支持系統之外，也必需長期追縱及持續評估。
	提升門診醫師對於憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術	● 針對非精神科專業醫師實施研習課程，提升其對憂鬱症之敏感度。	● 推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育。 ● 透過與基層醫療結合成為憂鬱症病患照護的主要提供者，以提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務，增加醫療可近性。 ● 增進基層醫療對精神疾患

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			篩檢、診斷與治療的知能，加強與共病疾病的全面照護。
	提升憂鬱症就診率	● 實施「門診醫師心理健康因應能力研習課程」，以提升憂鬱症診斷能力。	● 加強病患的疾病認知與治療順從度外，與精神醫療體系建立良好的合作關係，暢通諮詢與轉介管道。
	實施憂鬱症健檢	● 針對高齡者推動有效率之介護預防措施，有助其參與社會活動。	● 強化老人心理健康促進，提供老人憂鬱症篩檢。
	推動憂鬱症以外精神疾病高風險群相關措施	● 召開與自殺相關的藥物問題座談會，並加強宣導。 ● 實施「精神科醫療從事者自殺防治研習」，使其得以因應憂鬱症以外的精神疾病患者。	● 成立跨局處「高風險個案評估小組」針對高困難個案定期討論處遇。 ● 針對高風險個案辦理提供團體治療，包含高風險青少年敘說團體、自殺遺族團體及憂鬱症暨自殺防治病友支持團體的辦理。 ● 成立「臺南市政府心理健康推動委員會」促進各相關單位資源整合及網絡功能連結運用，受理自殺高風險群轉介，期使個案得到完整及連續性的關懷服務。
	培育精神科醫療人才及充實精神科醫療體	● 在「自殺防治總合對策推動中心」培育精神科醫療人才所需的各種研習課程。	● 規劃辦理精神醫療專業人員及其他人員（如：專任管理人員、個案管理員、照顧服務員、志工）教育訓練 (涵蓋合併多重問題之精神病人評估，及相關

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	制		資源轉介)及提報考核。
	對教職人員之宣導	● 透過會議讓教育委員會、學校得知關於孩童自殺防治的相關資訊。 ● 針對大學教職員、校長、副校長，加強宣導關於學生自殺防治的指導方針，結合「獨立行政法人日本學生支援機構」，促進教職員相關正確知識。	無。
	提升地區保健人員、產業保健人員及介護支援人員敏感度	● 針對地區保健人員、產業保健人員及各地辦理自殺企圖者、自殺遺族相關人員，辦理研習以提升其素質。	● 為提升基層醫療人員對於自殺防治的知鈍，持續推動： (1)教材編撰與散發：「自殺者親友關懷手冊」及「陪你渡過傷慟一給失去摯愛的朋友」共兩款。 (2)自殺防治網通訊：做為全國自殺防治工作者的資訊交流與經驗分享的平台，以季刊形式發行。 (3)重要演講及研討會：醫事人員教育訓練，對象包括精神醫學領域人員、公衛護士、社工師等。
	提升諮商人員專業度	● 培育金融服務使用者之諮商人員，使之具備守門人觀念，並製作「多重債務者諮商指南」。 ● 支援地方公共團體辦理多重債務相關問題研習課	● 辦理「第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程」。 ● 針對心理健康行政人員、公共衛生護理師及關懷訪視員需接受緊急送醫評估與技能、合併物質成癮或

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		程。 ● 針對厚生勞働省職員實施精神衛生相關研習。	家暴、自殺個案之精神病人訪視照護技巧及資源轉介等相關教育訓練課程，訓練內容： 1. 精神病人症狀及服藥遵從性評估 2. 關係建立及處置技巧 3. 電話訪視及面訪評估項目 4. 多重問題合併精神疾病評估及轉介 5. 危機處置
	提升承辦遺族問題之公職人員敏感度	● 警察人員在承辦遺族、自殺企圖者、自殺案件時，需以適切態度，避免傷害到其自尊、名譽及心情。 ● 訓練公職人員素質，以適切回應遺族。	● 各縣市各分局警察局長所長相關教育訓練。
	開發研習教材等	● 活用「地區自殺總合對策懶人包」做為「自殺總合推動中心」之研習教材。	無。
	推動從事自殺對策者心理輔導	● 於教材中，加入「從事自殺業務人員」心靈健康因應辦法。	無。
	培育各領域守門人專業度	● 在自殺防治週及自殺對策加強月中，呼籲給予守門人團體協助。	● 各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。 ● 針對有機會接觸自殺高危險群的醫療及非醫療服務體系人員持續進行訓練，針對老人、校園、醫院志工、醫護人員、國軍、企業及便利商店人員進行課程推動。
	推動職場心理衛生	● 依據「過勞死等防治推動法」、「過勞死等防治大綱」採取調查，加強宣導及諮商，並支援民間團體過勞死防治對策。 ● 上班族精神衛生網站「心靈之耳」，提供相關資訊及電子郵件諮商服務；電話諮商窗口「心靈熱線」提供諮詢服務給勞動者因過勞導致健康問題者。	● 著重過勞死及個人價值感（如：在大企業內看不到自己）的問題，可與勞工局等勞政單位合作。 ● 舉辦宣導活動強化鼓勵企業重視員工身心健康。 ● 建構勞工健康服務體制，協助事業單位規劃辦理勞工身心健康促進事宜。
	推動兒童心理診療體制	● 以各縣市醫院為核心，實施由醫療機關及健保福祉合作之「孩童心理診療網」。	● 針對有重大疾病或罕見疾病兒童之家屬，以 BSRS-5 量測其心理狀態，篩檢出需要心理衛生專業服務的個案，使其獲得適切地介入。
	充實地區諮商	● 運用「心靈健康諮商統一專線」，活用專用款全面性	● 透過社區關懷、結合政府及民間力量（含志工團

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	體制	支持諮商體制。	體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。 ● 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。 ● 落實社區精神病人管理及追蹤關懷。
	健全多重債務諮商窗口與融資安全網	● 針對多重債務者提供諮商協助，在全國各地舉行精神衛生的免費諮商會，並撥款支援地方公共團體的措施。	無。
	危險場所、藥品之規定及管制	● 當業者對消費者購買有毒物品及危險化學品數量及目的有疑慮時，需向警察通報。 ● 以資金支援新型閘門技術(防跌落)的開發。	● 提供酒癮戒治服務機構數量。
	充實急救醫療	● 以急救醫療的精神科醫師為對象，進行急救醫療研	無。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	設施之精神科醫師診療制度	習，並改善精神科醫師診療制度。	
指標性策略	**推動受災者心理輔導及生活重建等**	● 對於受災者給予心理重建及建立其生存價值，並建立公營住宅，以達到彼此關懷、建立歸屬感的目標。	● 更新年度「災難心理衛生緊急動員計畫」(包含重大公共安全危機事件之應變機制)，內容包括災情收集、指揮體系、通訊錄、集合方式、任務分配、\作業流程、注意事項及回報流程。 ● 辦理相關人員教育訓練及演練。 ● 建立及更新所轄公部門及社會資源災難心理衛生服務人員名冊及聯繫資訊。
	充實失業者諮商窗口	● 針對失業少年提供個別諮商、溝通訓練及職場體驗，協助失業者就業及自立。	無。
	設立經營者諮商窗口	● 實施「中小企業電話諮商專線」。 ● 針對經營上困難，於電子刊物中公告「自殺對策相關諮商窗口」;派遣相關專業人員輔導經營者。	無。
	充實貧困者援助措施	● 在福祉事務所設置自治體，對於各種因素導致生活貧困者提供諮商服務、	● 協助改善就學設備、課業輔導或提升學歷。 ● 協助就業準備、排除就業

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		就業輔導。	障礙，提供或轉介就業服務、職業訓練、輔導證照考試、小本創業或穩定就業誘因。 ● 協助儲蓄、投資、融資，累積有形資產或無形資產。 ● 結合地方特色產業，協助增加在地謀生技能或在地就業。 ● 協助參與相關教育訓練、社區活動、志願服務或公共服務。
	支援自殺企圖者近距離守護者	● 由自殺防治總合對策推動中心辦理以適切援助相關之研習。	● 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。
	對於網路上自殺預告案件之因應	● 設置管理違法有害的情報諮商中心。 ● 警察接獲通報對於網路上的自殺預告案件，實施自殺預防措施。	無。
	遭霸凌孩童之自殺防治	● 設立兒童用「網路人權諮商受理窗口」及「兒童人權 110」免費專用諮商電話，確立兒童容易使用諮商體制，解決兒童霸凌問題。 ● 改訂霸凌防治的指導方針，明載於指導手冊，提	● 一級預防(教育與宣導)：應著重於學生法治、品德、人權、生命及性別平等教育，培養學生尊重他人與友愛待人之良好處世態度，透過完善宣導教材、辦理學校相關人員研習活動，分層強化行政人員、

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		供「兒童人權 SOS 小紙條」發給全國中小學兒童。 ● 在開學之際，校內實施早期發現注意措施、請長輩在家中提高注意、網路警察加強巡邏。	教師及學生對於霸凌行為之認知與辨識處理能力。 ● 二級預防(發現處置)：成立中央跨部會、地方跨局處維護校園安全聯繫會報，研提防制策略；敦促各級學校與警察(分)局完成簽訂「校園安全支援約定書」，強化警政支援網絡；如遭遇糾紛事件，除應迅即判斷屬偶發或霸凌事件，並依據校園霸凌事件處理作業流程，循「發現」、「處理」、「追蹤」3階段，成立校內「防制校園霸凌因應小組」。 ● 三級預防(輔導介入)：啟動輔導機制，積極介入霸凌、受凌及旁觀學生輔導，必要時結合專業心理諮商人員協助輔導，務求長期追蹤觀察，導正學生偏差行為。若霸凌行為已有傷害結果產生，如屬情節嚴重個案，應立即通報警政及社政單位協處及提供法律諮詢，以維護當事人及其法定代理人權益，必要時將個案轉介至專業諮商輔導矯治。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	充實受虐兒童、性犯罪、性暴力受害者援助措施	● 為幫助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體促進地區相關機關合作措施。	● 密集探訪及關心受虐兒童家庭，透過親子示範與陪伴，增加父母保護孩子的能力。 ● 連結社區資源守護家庭。減低兒童少年虐待事件的發生，讓兒童可以在安全、健康的環境下成長。 ● 提供親子教育及後續追蹤服務，孩子的課業就學輔導、就業輔導、醫療協助、急難救助或經濟補助等，幫助有兒虐風險的家庭，讓孩子可以持續安穩健康的成長。 ● 為幫助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體促進地區相關機關合作措施。 ● 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。
	促進學校、職場的事後因應	● 根據學童自殺背景做成報告，將相關資訊告知教育委員會。 ● 透過「心靈之耳」網站，公告「職場自殺及時防治與因應措施」。	● 有關學校的自殺個案，建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。 ● 在自殺行動後，針對校園師生所受到的創傷進行處理，並要預防自殺事件再次發生。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			● 在職場建立求助與通報的管理系統，組織應建立清楚明確的溝通管道，讓心理有困擾的員工能主動尋求協助，或當員工發現其他同事有異狀時可以依循該通報管道尋求協助。
	提供給遺族相關資源	● 撥款製作有關各地區諮商場所及自治團體相關聯絡資訊手冊，提供給自殺遺族。 ● 架設 CSP 自殺死遺族支援網。	● 自殺企圖者之通報關懷：自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率，特別是自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。 ● 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。 ● 架設遺族指南。

2. 結論

藉由蒐集文獻瞭解世界各國近年在自殺防治領域的發展，彙整有效的策略方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢等，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

日本自殺防治綱領，與臺灣的自殺防治體系內容相似，而日本是從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣目前以社會安全概念出發，可思考與醫療整合，日本的優點也是臺灣可效法的。

在自殺防治的部分，日本的優點是內閣層次的整合，從中央到地方，以日本 2017 年跟 2016 年對照，認為跨部會整合是最重要的，臺灣應學習日本如何推進未來跨部會的策略。

參考各國的自殺防治策略為可行之工作，不僅可以與本國策略進行比較，亦可參考其他國家策略之優點，作為參考臺灣未來自殺防治推動之工作，期許臺灣能多方面提升我國心理衛生與精神醫療，活絡社區支持網絡，落實於以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療，並有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖，期待能有效降低國人自殺死亡率，促進國人心理健康。

因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理

一、 背景 (Context)

依據2017年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書項目中研修自殺防治相關工作規範(含印製):**研修「全國自殺防治策略與因地制宜應應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範，草擬自殺關懷訪視作業要點，含標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制...等事項。**

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱並與個案建立良好關係，且面對棘手個案時，更要基於珍愛生命的信念，讓自殺關懷訪視不僅是一份工作，更是一份助人、救人的責任與義務。因此將一問、二應、三轉介的精神發揮淋漓盡致外，亦要作為個案與社會資源間之聯繫橋樑，協助自殺/自傷個案走進醫療體系並獲得有效醫療。

然而各縣市受到地理、人口、文化等不同因素影響，第一線人員在處理個案時，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、性侵被害人/加害人、或是高風險家庭之個案，亦常遇到相關網絡單位之權責應如何劃分的問題，如教育、勞政、警政、消防等單位間轉介之議題，諸多狀況在自殺關懷訪視裡，並非所有通則皆可解決，常讓相關從業人員感到棘手。因此，本學會將檢視「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範，討論是否有需改良之處，並針對其中標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，請教專家意見及進行文獻探討，草擬出自殺關懷訪視作業要點，以提供相關從業人員在面臨自殺企圖者時能夠運用，並藉此提升人員之專業知能及技術，透過人員之熱忱及專才、正確的自殺防治策略、良好的督導機制、緊密的跨網絡合作，以建立關懷、接納個案之氛圍，並建立一個尊重及信任的關係，協助自殺個案連結社會資源，減少再自殺率與自殺死亡率。

二、 輸入(Input)

1. **策略與文獻。**
   1) 全國自殺防治相關策略與文獻。
   2) 全國自殺防治中心內部資料。
   3) 年中討論會議相關意見。

2. **專家意見**
   1) 召開專家會議，將會議結果整合。

三、 過程(Process)

1. **蒐集策略與文獻。**
   1) 蒐集全國自殺防治相關策略與文獻。
   2) 整理中心內部資料。
   3) 整理年中討論會議針對「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」、「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」及「關懷訪視作業要點」之意見。

2. **會議討論**
   1) 草擬「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」、「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」及「關懷訪視作業要點」。
   2) 召開專家會議，將會議結果整合再進行研修。

四、 成果(Product)

1. 全國自殺防治策略與因地制宜因應措施

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。

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。因此自殺防治策略的規劃

須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。

1) 全國自殺防治策略

自殺防治在於降低危險因子與提升保護因子，策略分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicated)策略，策略的制定與宣導涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將有利於政策的推行。

(1) 全面性策略

a. 全面性防治策略目標為全體民眾，透過心理衛生教育，增進民眾風險行為管理知能，提升社會大眾對自殺議題之認識，推廣心理健康促進相關資訊及網站，落實「自殺防治、人人有責」，擔任自殺防治守門人。

b. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略(包括木炭、農藥、安眠藥、高處跳下)，對販賣業者宣導珍愛生命守門人觀念，並在賣場放置宣導訊息。

c. 建立社區自殺防治網絡，結合社區關懷據點共同合作，納入社區的藥師、診所、衛生所、派出所等共同防治。結合學校的社會服務隊，辦理生命課程或營隊，關懷長者或青年人口。

d. 呼籲媒體報導遵循六不六要之報導原則，並儘量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。

e. 學校教育宣導，將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，教導孩童珍愛生命的理念，教育兒少自我保護。學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺，落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(2) 選擇性策略

a. 選擇性防治策略目標為高風險個案，其心理健康篩檢及高危險群之辨識工作是很重要的環節。

b. 運用 BSRS-5(The 5-item Brief Symptom Rating Scale, 簡式健康量表，又稱心情溫度計)篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

c. 針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。

d. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。

e. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65

歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。

f. 加強對特殊註記個案關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記的個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。

(3) 指標性策略

a. 選擇性防治策略目標為高自殺風險的個人，主要為曾自殺過的自殺企圖者及自殺遺族。

b. 自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

c. 自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。

d. 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，建立不同於自殺企圖的標準流程。

e. 強化關懷訪視員的專業能力訓練，建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。

f. 學校的自殺通報個案建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。

(4) 特殊個案自殺防治

a. 原住民自殺防治

以部落為基礎推動自殺防治工作，並以部落為單位來盤點資源，可透過教會合作推行守門人概念。文宣部分翻譯成原住民母語，以增進宣傳之效。

b. 殺子後自殺防治

持續推動相關網絡人員「珍愛生命守門人」訓練，提高相關人員對於高風險個案所透露的訊息之敏感度，運用 1 問、2 應、3 轉介技巧，給予適當的協助。也能與鄰里長合作，積極關懷鄰里內弱勢家庭或中低收入家庭。

c. 網路霸凌自殺防治

針對遭受網路霸凌的學生，可由家長或老師進行 1 問、2 應、3 轉介的自殺防治篩檢，也可使用心情溫度計(BSRS-5)進行檢測，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。向大眾宣導當遭受網路

霸凌時，亦可直接撥打「iWIN 網路內容防護機構」申訴專線，後續處理流程如下 (https://ppt.cc/fcvmtx)：

a) 網路霸凌行為涉及犯罪，轉由內政部警政署 110 查處。
b) 網路霸凌行為涉及自殺防治，轉由衛生福利部查處(安心專線 0800-788995)。
c) 涉及校園霸凌防制，轉由教育部查處(防制校園霸凌專線 0800-200885)。

2) 因地制宜因應措施

(1) 掌握地方特性：瞭解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員廣闊等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等。
(2) 提升縣市主管之重視度：縣市自殺防治工作之成功與否，與當地縣市主管之重視有極大之關係。
(3) 跨局處協調自殺防治之架構：在縣市自殺防治組織管理架構部份，建議應有縣政層級之自殺防治相關跨局處委員會或相當層級之工作小組，廣邀轄內相關單位主管，負責自殺防治重點工作之推動。(若不單針對自殺防治做討論，也可以心理健康等名稱來成立。且該協調性組織架構一定要由高層長官來主持如市長或縣長，以提升決策力與行動力。)
(4) 縣市衛生局要有自殺防治主責人員：應有一主管負責自殺防治工作之執行，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督考等實際自殺防治業務。
(5) 落實關懷訪視督導制度：應有督導協助衛生局檢視其轄內之關懷訪視流程、通報系統、自殺防治業務、跨網絡運作相關事宜等，建議由精神科專科醫師、心理師或有經驗的自殺防治專業人員擔任，定期(如每週一次)召開個案及督導討論會，協助關懷訪視員評估個案自殺危險性等。同時也應針對關懷訪視員辦理定期的教育訓練課程，增進訪員知能。
(6) 跨局處個案討論會：衛生局應辦理跨局處之個案討論會，除了可即時掌握個案管理情形，更可充分發揮網絡間之交流合作能力，避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。
(7) 自殺威脅個案送醫流程：衛生局宜規劃轄內各區優先負責接受警消轉送個案之醫院清單，各醫院應設有窗口，以利聯繫，而衛生局可扮演督導、協調之角色。
(8) 縣市資源盤點：將轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡了解、運用與連結。

3) 關於全國及各縣市因地制宜自殺防治策略請參照全國自殺防治中心 2017

年提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

2. 自殺風險個案危機處理注意事項

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關(構)網絡密切合作且無縫銜接，訂定本注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

1) 本注意事項所稱之自殺風險個案，係指下列個案之一
   (1) 自殺企圖者：指已發生自殺行為但未死亡者；或指已準備好執行自殺行動(含計劃型或衝動型)之自殺計畫者(如高樓跳樓、臥軌企圖者)。
   (2) 自殺意念者：指心存自殺想法，尚未付諸行動者。
2) 建立自殺風險個案通報聯絡窗口：
   (1) 衛生局應定期召開跨局處業務協調會議，加強自殺防治網絡橫向聯繫與協調溝通，建立所轄自殺風險個案處理機制，以避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。
   (2) 為利於非上班時間通報自殺風險個案，衛生局應依所轄地區特性及資源，建立 24 小時自殺風險個案通報聯絡窗口，定期更新資料，並提供相關單位參考。
3) 落實自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報：
   (1) 如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件時，應依據「兒童及少年福利與權益保障法」第 53 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。
   (2) 如發現通報案件已涉家庭暴力事件，應依據「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「重大兒童及少年虐待事件」個案時，應依衛生福利部頒訂「重大兒童及少年虐待事件防治小組實施計畫」，填報重大兒童及少年虐待事件個案檢討-個案相關就醫及診療報告(如附件 5.1.1)，提報縣(市)政府及衛生福利部檢討。
   (4) 當衛生局接獲「重大家庭暴力及性侵害事件個案」個案時，應依衛生福利部頒訂「重大性侵害事件檢討及策進實施計畫」，填報重大性侵害事件個案檢討報告(如附件 5.1.2)，提報縣(市)政府及衛生福利部檢討。
4) 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務：
   (1) 衛生局受理自殺風險個案通報後，如發現個案有危及生命之緊急情況，

應立即通報警察機關 110 或消防機關 119 派員前往現場處理；倘個案符合「精神衛生法」第 32 條第 1 項之規定，應請警察及消防機關立即護送前往就近適當之醫療機構就醫。

(2) 針對自殺企圖個案，醫療機構應至自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報單(如附件 5.1.3)，其他網絡機關(構)，則以紙本方式，傳真通報衛生局，將通報資料鍵入該系統。

(3) 衛生局受理通報後，應依自殺高風險個案通報後關懷作業流程(如圖 5-1-1)辦理，於接獲個案通報 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，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。

(4) 若通報個案為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，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。

(5) 如遇自殺風險個案具危險及急迫性，需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整，不受第 3)項之限制。有關個案追蹤關懷訪視工作內容應包括：

a. 主動與通報機關(構)電話聯繫。
b. 掌握個案行蹤資料(聯絡電話、現居住址)。
c. 掌握個案家屬、親友聯絡方式(聯絡電話、現居住址)，並告知個案自殺危險性及相關處置建議。
d. 評估會同相關機關(構)共同處置之必要性。
e. 立即電話訪問並安排家庭訪問時間。
f. 回復轉介機關(構)評估及訪視結果。

(6) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS-5)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，原則上每一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，如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。(如圖 5-1-1)

(7) 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。

(8) 衛生局應加強督導醫院提供自殺企圖個案評估及進行通報，尤其針對不

符強制住院或無住院意願者，應向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。

(9) 有關醫院急診處理自殺企圖個案流程如附件 5.1.4，衛生局宜納入所轄醫院年度督導考核事項。

5) 強化自殺風險個案處理與網絡合作：

針對自殺防治網絡各機關通報之自殺風險個案，應請網絡機關人員依自殺風險個案轉介單，提供充足之個案資訊，以利自殺關懷訪視員掌握後續關懷訪視重點。另鑑於自殺非單一因素造成，個案常涉及有感情問題或婚姻破裂、負債或失業致經濟困難、罹患重病或長期疾病、個人或家庭支持系統欠佳、有法律或司法糾紛...等問題，衛生局應加強與警察、消防、社政、教育及勞政等機關建立合作機制，並協調各機關依權責及專業資源，提供以下協助：

(1) 警察機關：

a. 遇有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，立即派遣員警到場處理，協助護送前往就近適當之醫療機構就醫，以確保民眾生命安全。

b. 如遇自殺風險個案行蹤不明或不願意提供正確地址，請求透過警政系統協尋失聯個案時，應啟用「e 化勤務指揮管理系統」追蹤偵測電話發話號碼、位置，並即時派遣警員抵達現場協助救援。

c. 針對非管束不能救護其生命者，得依「警察職權行使法」第 19 條規定辦理，其管束應於危險或危害結束時終止，管束時間最長不得逾 24 小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬、其他關係人、適當之機關(構)或人員保護。

(2) 消防機關：

a. 受理自殺風險個案通報，依據報案人陳述與現場狀況，進行專業分析研判，依照案件的類型需求作調度，立即派遣人員及所需出動的工具、車輛進行現場救援。

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。

(3) 社政機關：

a. 如有緊急個案需衛生機關配合處置，除以書面轉介個案資料外，應以言詞、電話通訊方式通報，以利優先處理該個案問題，並避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。

b. 針對通報高風險家庭之自殺風險個案，應依據「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，繼續提供專業人員關懷訪視，以個案管理員角色模式，為個案家庭做需求評估、尋求資源、安排轉介、督導服務、追蹤評估等，提供支持性、補充性服務，增權家庭，建立完整家庭功能服務。

c. 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。

(4) 教育機關：

依據教育部頒訂之「各級學校及幼兒園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」辦理，並落實校園三級預防輔導措施辦理。

(5) 勞政機關：

適時提供就業諮詢、職訓諮詢、安排就業促進研習等服務，以協助個案排除就業障礙、職業適應與穩定就業。

6)加強教育訓練：

(1) 自殺關懷訪視員應參加自殺關懷訪視研習課程，及精神醫療網核心醫院之專業訓練與督導等，並由執行關懷訪視計畫之機構(以下簡稱執行機構)提供定期在職教育訓練，以強化其服務品質。

(2) 執行機構需遴聘具臨床精神醫療或心理諮商輔導資歷人員，定期督導自殺關懷訪視員。

(3) 執行機構需定期召開個案討論會，必要時並邀請相關網絡人員參加，共同討論個案處置。

(4) 有關自殺防治課程及師資，得由全國自殺防治中心協助提供。

7)加強預防宣導：

(1) 針對兒童青少年、婦女、男性及老人等各人口群特性，辦理心理健康衛生教育宣導活動，強化初級預防工作。

(2) 持續宣導民眾求助管道，包括：安心專線(0800-788-995 請幫幫救救我)提供民眾 24 小時自殺防治諮詢服務;所轄社區心理衛生中心定點心理諮詢服務資訊。

(3) 持續推廣「自殺防治守門人 1 問、2 應、3 轉介」概念及運用簡式健康量表(BSRS-5)為工具，發揮人人都是自殺防治守門人的精神。

(4) 加強民眾及自殺防治網絡人員自殺警訊及救援管道的認知。

3. 自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程

目前自殺通報資料用途包括：提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視需求轉介相關單位提供自殺企圖者之服務及衛教宣導，以及進行自殺

企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

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。因此自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，這些亦為自殺防治業務重點。

全國自殺防治中心收集國內外文獻並彙整各縣市實務經驗，訂定自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，如圖 5-1-1 所示。

1) 自殺企圖個案通報

發現自殺意念、自殺企圖、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。通報人員可直接上網登錄系統通報的相關單位(主要為全國各縣市醫院及衛生局)，此外，亦鼓勵警察、消防、民政、教育、社政、勞政等相關單位以紙本方式，將通報資料傳真至當地衛生局，由衛生局人員代將通報資料鍵入系統。

2) 分案並進行關懷訪視

(1) 關訪員在收到通報資料後須於 3 個工作天內完成初次關懷(若個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，需於 24 小時內進行初次關懷)。如遇個案具危險及急迫性需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整。

(2) 關懷方式主要分為電訪、家訪或其他地點面談等三種。關訪員在訪視過程中，須以「簡式健康量表(BSRS-5)」為評估工具，判斷自殺意念或自殺企圖個案之情緒困擾的嚴重程度(若個案自殺死亡，則評估對象改為其親友或遺族)，以及再自殺風險、心理需求評估，並擬訂處遇計畫，連結或轉介其他服務資源，訪視內容須記錄於「自殺個案訪視紀錄回覆表」中，做為深入關懷或後續轉介服務的依據。以上過程，均須通報並記錄於通報系統中。

(3) 原則上，每一個案之關懷訪視追蹤服務為 3 個月，每月訪視次數依照「簡式健康量表(BSRS-5)」分數與自殺風險而定，得依個案狀況延長至 6 個月。如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。有關個案分級及關懷訪視頻率，由於各縣市情形不同、資源相異，得落實行動在地化之策略，各縣市可因地制宜，擬定合適行動。

3) 個案轉介與結案

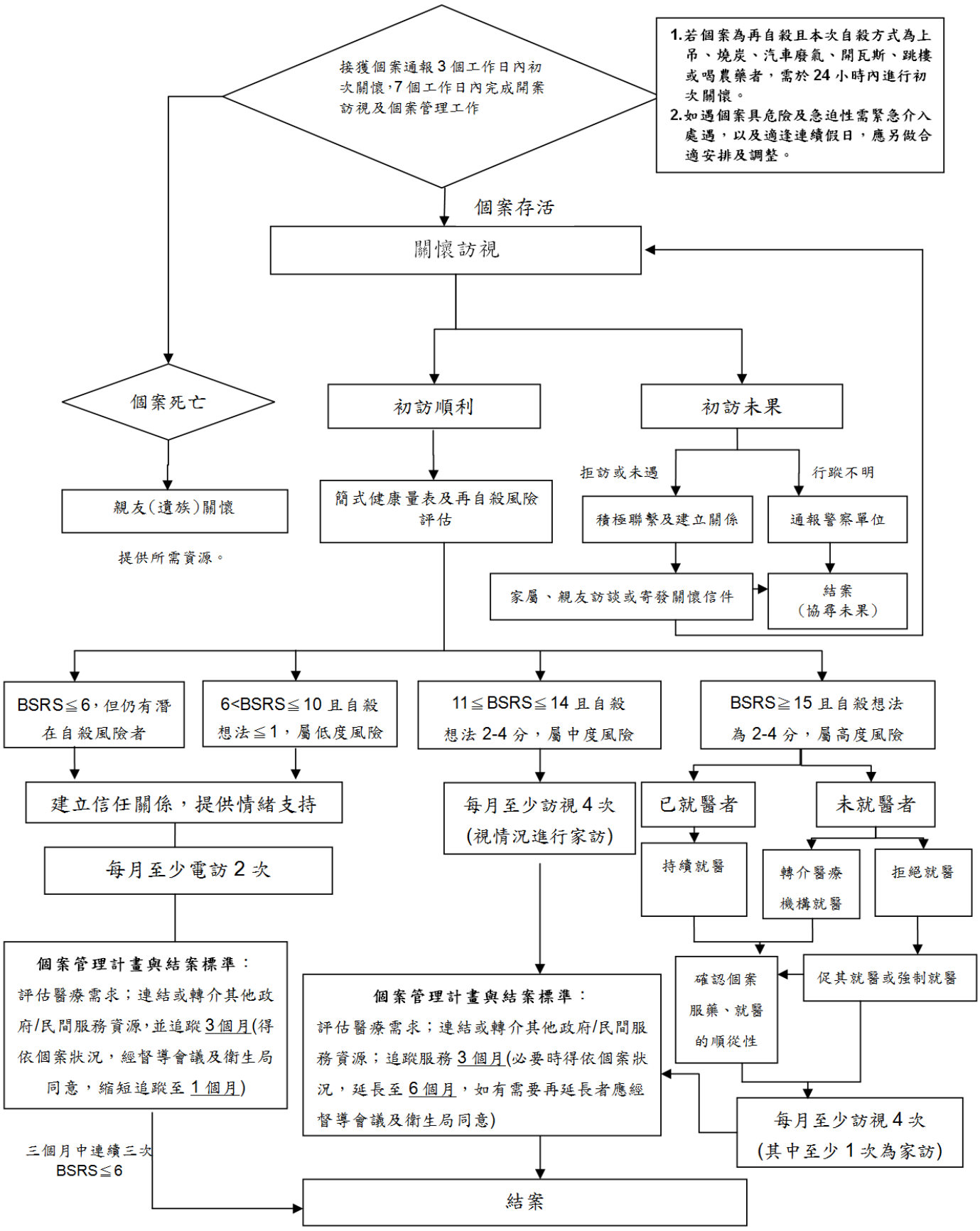
關訪員依據訪視內容，包括「簡式健康量表(BSRS-5)」、有無支持系統、再自殺風險、心理需求等綜合評估後，擬訂處遇計畫。若經關訪員評估須轉介其他服務，則填寫轉介單後，方可轉介其他單位進行後續服務(轉

介單位包括：社會局、勞工局、心理諮商輔導單位、醫療院所等)。若關訪員評估個案無轉介需求，則可結案，主要有下列可結案緣由：追蹤屆滿 3 個月、依縣市自訂標準結案、依督導會議決議、再次被通報、個案居住地變更，故轉出至其他縣市衛生局、拒訪、失聯等。結案標準如表 5-1-1。

4) 自殺高風險個案共訪

自殺是多重原因導致的行為，其中，精神疾病與自殺行為高度相關。近九成的自殺企圖者患有任何一種精神疾病(如憂鬱症、焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症...等)，七成個案患有憂鬱症，憂鬱症住院患者中有 15%最終自殺身亡；而思覺失調症患者出現自殺行為的比例也相當高，其他如人格疾患(反社會、邊緣型人格障礙症等)，亦與自殺行為的出現有關。早期介入精神醫療、提升民眾對精神疾病的瞭解、並去除大眾對自殺與精神科的污名化，有助於防止自殺事件的發生。

針對自殺高風險的精神疾病患者，由專業團隊分工負責，建立共同訪視機制，聯合相關資源，例如社區、宗教或醫療及社福等系統。由關訪員定期關懷訪視，相關資源系統於評估危機程度後，得以及時介入、轉介資源，以幫助穩定個案身心狀況。相關流程如圖 5-1-2。

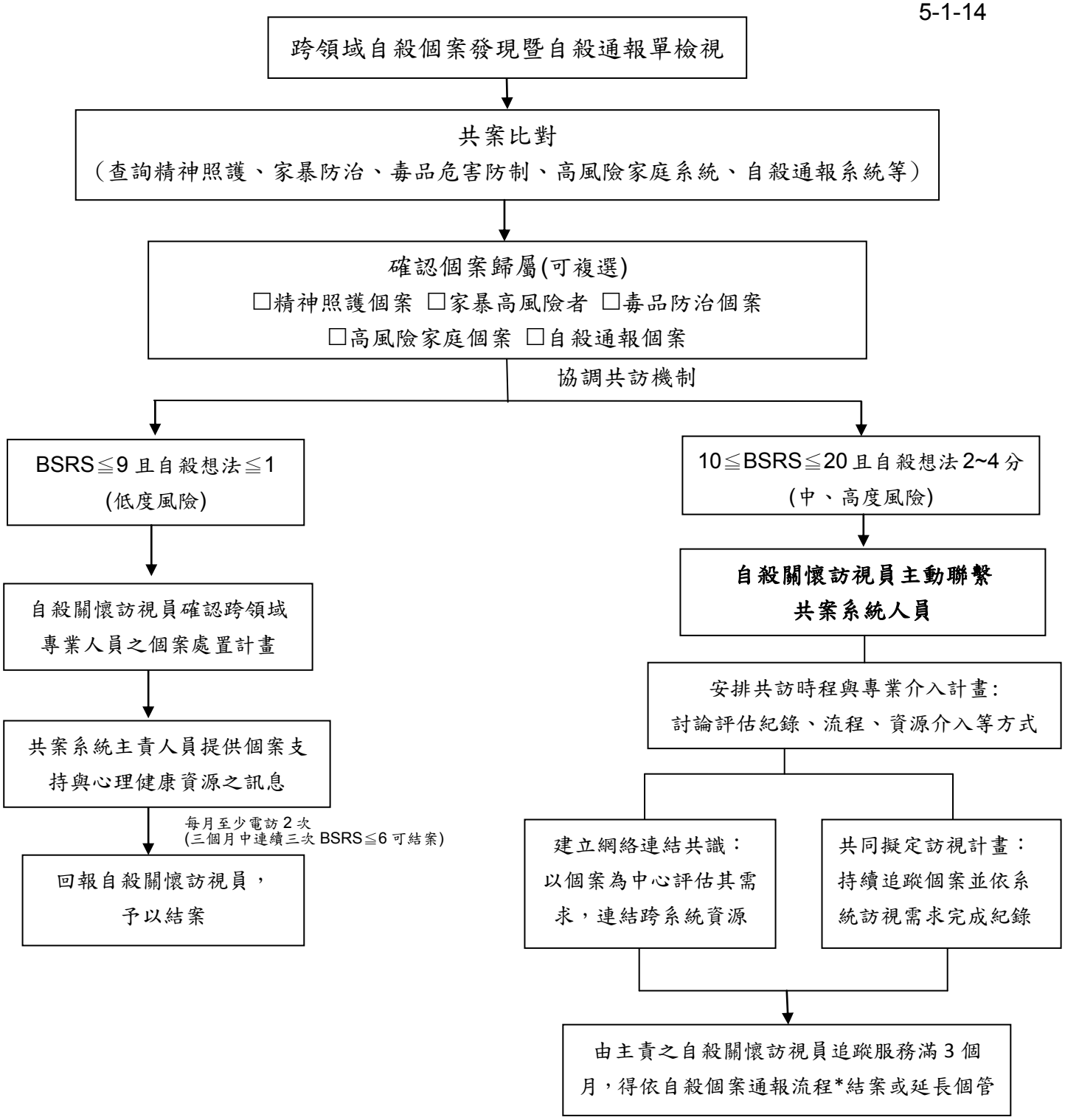


註：BSRS為心情溫度計五題(另附自殺意念題)，評估個案七日內之心理困擾程度(0-4分)。

圖 5-1-1、自殺高風險個案通報後關懷作業流程

表 5-1-1、結案標準表

結案原因	說明	處遇要點
1.個案風險程度降低	個管期間，如個案連續 3 次以上 BSRS≦6 且無自殺想法者。	此類個案管理期間(三個月)，若符合圖 5-1-1「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」的結案標準，經督導會議與衛生局同意，可於 3 個月內結案。
2.個案死亡	個案已死亡，因此予結束訪視。	視情況提供親友遺族關懷。
3.高度風險之個案遷移至其他縣市	訪視期間個案可能有無法預期的搬遷，若遷移至外縣市且失聯，則可予以結案。	原訪員須確實追蹤聯繫個案。若可掌握其外縣市動向，可轉介至外縣市衛生局；若失聯則予結案。
4.其他無法預期之狀況	個案於個管期間將有不可預期之生活安排，導致無法接受訪視服務，如入監服刑等。	若可預期高風險個案將於保護性環境中(監獄、醫院)超過三個月，則予以結案。
5.誤報	經訪員與個案/家屬確認無實際自殺企圖者，或與督導討論判斷為吳風險者，可予以結案。	若懷疑個案刻意低報其風險狀態，或明顯具有高風險，宜與督導討論。必要時轉介醫療共同判斷其風險。
6.再次被通報	個案於個管期間(如三個月中)，無論何種自殺方法或原因，再次被通報至系統中。	再次通報後須重新評估、重新開案。
7.拒訪	兩週內訪視個案至少 3 次，其中包含 2 次家訪，且為不同時段皆遭個案拒訪。	投遞關懷卡片與衛教單張，並告知家屬或親友相關求助管道。
8.失聯(未遇)	關懷訪視員經由 3 次不同時段家訪未遇	連繫當地鄰里長、員警，訪員得知個案狀態後，依然無法聯繫上個案。



註：BSRS-5 為心情溫度計五題(另附自殺意念題)，評估個案七日內之心理困擾程度(0-4 分)。

*詳「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」說明。

圖 5-1-2、自殺高風險個案共訪流程

5)精神病患訪視注意事項

(1) 事前準備：訪員須掌握個案是否合併精神疾病，若無法確定，則需考慮連結精神醫療專業人員協同判斷。當個案同時具有精神科診斷，訪員切忌標籤化其罹病狀態，除事先認識精神疾病外，更應了解個案生活需求及其醫療現況。例如疾病類型及就醫情況(含服藥、回診)等，將這些問題與負責的相關領域專業人員或訪員討論，確立處遇原則和計畫後，再前往訪視。

(2) 評估就醫情形：訪視過程中，須了解個案生心理健康及就醫情形，針對懷疑有精神疾病或確診之個案，尤其應詢問個案及/或家屬之精神科就醫狀況、是否規律服藥，藉以判斷個案就醫順從性。同時，應評估案家是否存在對精神疾病之汙名現象，對於精神醫療有任何疑問，均應予以傾聽、了解，進一步釐清疑問或迷思，鼓勵正確就醫及服藥行為。

(3) 成功轉介：把握守門人 1 問 2 應 3 轉介原則給予個案支持，其中最重要的動作是須落實最後一步驟－轉介，目的在於轉介個案到精神醫療院所。因此訪員必須進行資源盤點，掌握轄區內的心理衛生資源、精神科醫師名單及其他相關資源，以建立起自己的口袋名單。成功轉介的秘訣在於同理個案處境、了解生活困擾程度、針對其需求、必要時陪伴就醫，建立說帖感動個案願意接受就醫。

(4) 落實督導制度：訪視過程遇有困難時，應與督導保持密切討論，必要時可請督導陪同家訪，觀察訪視過程中哪些部分需要加強或修正。另外，衛生局召開的個案研討會或督導會議，都是解決問題的好時機，可以有效針對困難個案的問題深入討論因應策略。

(5) 持續評估及關懷：合併精神疾病的個案需要花時間建立關係、持續予以關懷及陪伴，然而自殺危機下則需快速的危機處理以保住個案性命，訪員務必掌握自殺風險評估的技巧與內容(涵蓋自殺危險因子及保護因子等)，以建立穩定的關係並合適評估個案的風險等級。

(6) 個案主責歸屬：共案訪視中，通報資料不足或難以判斷共案狀態之個案，初次訪視時確認個案歸屬，按照標準區分為下列兩種類型：

a. 自殺關懷訪視員(自關員)轉介社區關懷訪視員(社關員)：

BSRS≦9 且自殺想法≦1 個案屬於低度風險，由自關員與社關員交班，由社關員進行關懷訪視。自關員定期追蹤社關員在訪視個案後的訪視內容及個案訊息，欲結案時須由自關員與社關員共同評估後再結案。

b. 共訪個案：

10≦BSRS≦20 或自殺想法 2~4 分個案屬於中、高度風險，由自關員與社

關員共同擬定訪視計畫，加強網絡交流，由與個案接觸較久的訪員為主責訪員。以個案為中心、家庭為單位、社區為範疇評估其需求，連結跨系統資源。結案標準依中央規定辦理。

6) 關懷訪視員訪視品質指標

根據 2017 年「全國自殺防治中心計畫」需求說明書內容辦理關懷訪視紀錄抽查與建議，整理出各縣市訪視紀錄建議。摘要如下：

(1) 訪員填寫訪視紀錄時建議由個案主觀認知資料、訪員客觀觀察資料詳實記錄，並確實評估自殺風險及選定訪視後處遇計畫。

(2) 再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，建議確實評估，以利決定後續處遇，確保降低個案再自殺的風險性。

(3) 使用簡式健康量表(BSRS-5)評估再自殺風險，當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議除了持續訪視外，應落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制可參考下列指標：

a. 訪視紀錄完整性：各項目是否確實填寫、訪視紀錄是否過於雷同、訪視內容有無過於簡略、訪視紀錄語意是否清楚。

b. 訪視歷程完善性：進行責任通報、提供相關資源及轉介、後續處遇計畫。

c. 簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念及風險評估是否確實填寫。

d. 結案評估嚴謹性：有無詳實紀錄結案原因、是否符合結案標準。

五、 附件

附件 5.1.1 重大兒童及少年虐待事件個案檢討個案相關就醫及診療報告

附件 5.1.2 重大性侵害事件個案檢討報告

附件 5.1.3 紙本自殺防治通報單

附件 5.1.4 醫院急診處理自殺企圖個案流程

政府跨部會自殺防治工作方針

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

衛生福利部(前行政院衛生署)自 2005 年底開始推動「全國自殺防治行動策略」，委託台灣自殺防治學會辦理「全國自殺防治中心計畫」，迄今已邁入第 12 年。在政府相關單位、民間團體、及社會大眾的努力，配合全面性、選擇性與指標性三大策略之下，我國的自殺率逐年下降。但根據最新統計數據，2016 年自殺死亡率有微幅上升的趨勢，因此除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，自殺防治工作仍須仰賴社會各界的努力參與，藉由網網相連、持續合作，共同編織出社會安全網絡，而能貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，降低自殺死亡率。

106 年度「全國自殺防治中心計畫」為提升自殺防治於跨部會的整合與推動，針對各部會業務權責編印《政府跨部會自殺防治手冊》，藉由蒐集近百篇之兩年內文獻回顧並與專家討論結合國內實務，擬定自殺防治方針供各部會參考。

「策略國家化」具有承先啟後的地位，因此推動國家層級的自殺防治工作，各部會彼此合作，更是自殺防治中關鍵一步。藉由落實跨部會網絡資源的整合，促進跨領域合作默契，各部會可針對自殺防治相關業務，強化橫向合作互動機制，共同支持政策的執行，才能以整體性的觀點加強自殺防治工作的推廣。為此，依據各部會之業務權責及服務標的人口研擬自殺工作防治方針將有助化解本位主義之藩籬，協助各部會發揮優質的領導力與其專業性，透過彼此合作，呼應政策的制定，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於各個領域。

2. 業務或方案的目的與目標

1）藉由編製政府跨部會自殺防治手冊，提供中央政府機關各部會相關單位推動自殺防治業務之參考，進而提高自殺防治之成效，持續降低全國自殺率，進而達到「自殺防治人人有責」、「人人都是珍愛生命守門人」之目標。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集與彙整

a. 《政府跨部會自殺防治手冊》

a) 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。參考資料如下：

(a) 自殺防治系列 2-自殺防範指引
(b) 自殺防治系列 3-青少年心理衛生與自殺防治
(c) 自殺防治系列 4-老人心理衛生與自殺防治
(d) 自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治
(e) 自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治
(f) 自殺防治系列 8-職場心理衛生
(g) 自殺防治系列 9-自殺者親友關懷手冊
(h) 自殺防治系列 11-珍愛生命守門人
(i) 自殺防治系列 12-心情溫度計
(j) 自殺防治系列 14-失業鬱悶怎麼辦
(k) 自殺防治系列 17-以醫院為基礎之自殺防治-
(l) 自殺防治系列 19-全國自殺防治策略
(m) 自殺防治系列 21-基層醫療人員與自殺防治
(n) 自殺防治系列 23-社會福利工作人員與自殺防治
(o) 自殺防治系列 29-自殺防治概論
(p) 心理健康促進衛教手冊系列-原住民族之心理健康促進
(q) 自殺防治網通訊

b) 參考 WHO 最新出版自殺防治工作手冊

(a) Preventing Suicide: A Resource for How to Start a Survivors'Group (2008)
(b) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals (2008)
(c) Preventing Suicide IN JAILS AND PRISONS (2007)
(d) Preventing Suicide: A resource at work (2006)
(e) Preventing Suicide: A resource for Counsellors (2006)
(f) Preventing Suicide: A resource for Police, Firefighters and Other First Line Responders(2009)

c) 日本自殺總合對策大綱中各項政策施行情形
d) 學術網路搜尋期刊論文並彙整。

2) 召開專家討論會議
3) 撰寫手冊
4) 召開手冊初稿專家討論會議，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，進行後續修正。
7) 依長官指示修訂
8) 完稿並送印，交付衛福部

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部。
2) 資源連結內容及形式：過去中心出版資料彙整、意見交流、文獻閱讀。

三、 過程(Process)

1. **蒐集策略與文獻。**

1) 蒐集國內外自殺防治相關策略與文獻。
2) 整理中心內部自殺防治系列手冊及文獻數據進行參考。

2. **會議討論**

1) 草擬手冊含括之部會範圍、自殺防治策略之對象族群及相關自殺防治概念方針。
2) 召開專家會議，將會議結果整合再進行研修。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 《政府跨部會自殺防治手冊》的內容規劃，包括自殺防治的基本概念，了解自殺防治之重要性與策略，並認識守門人之概念，另外針對各部會研擬自殺防治工作之方向。然而自殺危險因子具有不同族群之多樣性與共通性，若多加了解，能更有效預防自殺行為，因此列於各部會簡介之開頭供方便閱讀；最後為相關資料，供各部會未來研擬自殺防治工作實務時可供參考。

(1) 各章節標題節錄如下：

a. 自殺防治的基本概念
   a) 臺灣自殺概況與自殺防治之重要性
   b) 全國自殺防治策略
   c) 自殺防治的核心基礎－推動「守門人」策略

b. 跨部會自殺防治工作方針
   a) 衛生福利部
   b) 教育部
   c) 勞動部
   d) 內政部

e) 國防部
f) 法務部
g) 行政院農業委員會
h) 交通部
i) 行政院環境保護署
j) 國軍退除役官兵輔導委員會
k) 原住民族委員會
l) 國家通訊傳播委員會

c. 延伸讀物
a) 自殺防治策略行動方案參考
b) 自殺防治手冊系列
c) 自殺防治資源網絡
d) 相關諮詢專線

d. 參考文獻
e. 意見回饋表

(2) 各部會自殺防治策略摘要如下：

a. 衛生福利部：統合精神衛生資源，協助推廣心理衛生觀念，持續推動自殺防治相關宣導講座與教材，並能針對現有之自殺風險篩選機制，如心情溫度計或珍愛生命守門人訓練進行運用，並持續管控與強化自殺關懷訪視與醫療機制。

b. 教育部：針對學校端之自殺防治策略，包含持續推動學生族群之自殺防治策略，並能加強教職員及學校輔導網絡之自殺危機辨識與處理能力，並針對自殺企圖學童、同儕及遺族進行關懷與介入。

c. 勞動部：依業務權掌，主要針對勞動工作者研擬相關自殺防治及相關心理衛生策略之宣導，促進職場之精神衛生進行守門人教育，並持續完備職場心理衛生介入體制，針對失業及經濟困頓者，能提供心理、精神醫療及社會支援，預防自殺行為之發生。

d. 內政部：針對警消人員教育訓練，對常見的自殺方法進行了解，以能使人員針對防治策略進行宣導，並能強化第一線警消人員自殺危機辨識及轉介處理能力，以利持續發揮自殺防治網絡之功能。

e. 國防部：落實心理衛生中心的三級防處標準，持續推動自殺防治策略，並加強訓練第一線輔導人員之專業之能訓練，如了解精神疾患病徵、自殺工具可得性宣導等，使專業人員具備辨識自殺企圖者及自殺高風險群之能力，以持續推動自殺防治網絡。

f. 法務部矯正署：除了定期針對受刑人進行心理衛生宣導，並針對常見之自殺方式進行策略建議外，應能針對不同受刑人之精神疾患或毒藥癮之狀況給予妥善治療與支持，輔助受刑人之身心健康，將有助於預防自殺行為之發生。

g. 行政院農業委員會：由於巴拉刈為老年人口常使用之自殺工具，因此除在農藥管理上,推動禁用巴拉刈,並對自家農藥儲藏管理進行教育宣導，同時也針對第一線販賣農藥之業者及農會推動守門人訓練，強化自殺危機辨識之能力，並能在適當時機提供支持與關懷。

h. 交通部：藉由宣導活動及傳播媒體持續推動自殺防治策略、宣導正確觀念，另外也在自殺熱點或人煙稀少處設立警示告牌，設立自殺防治電話與文宣，並提供捷運及鐵路月台設立全高式月台門，減少捷運或鐵路自殺率之策略參考。

i. 行政院環境保護署毒物及化學物質局：考量化學物質及相關工作場所之危險性，建議針對有毒物質進行教育訓練，並能建立通報機制、設立生命關懷專線，以利自殺防治資源之介入。

j. 國軍退除役官兵輔導委員會：針對退役軍人定期進行心理健康篩檢與諮詢，並能與鄰里合作，建立心理社會支持網絡，在需要之時協助提供資源。

k. 原住民族委員會：依循部落文化與信仰，透過教會及社區活動宣導心理衛生概念，並能針對高風險群進行篩檢、建立部落自殺防治網，推動社區資源網絡，介入服務與關懷。

l. 國家通訊傳播委員會：主要針對媒體廣播之特性，建議實踐 WHO 六不六要原則，並協助推廣自殺防治策略與偵測自殺資訊。

2. 結論

藉由此手冊之編製，盼能促進政府跨部會資源之整合。自殺防治、人人有責，若能在持續推廣自殺防治宣導概念時，政府各部會結合彼此專業職掌與資源，將能更有效推動自殺防治工作之效益，未來各部會在研擬相關自殺防治策略計畫或舉辦各種活動時，若需進一步之協助，中心將持續秉持期待能共同成功地推動自殺防治策略之角度，與先進共同合作與努力。

五、 附件

附件 5.2.1 《政府跨部會自殺防治手冊》

縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

一、 背景(Context)

根據衛生福利部擬定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，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。

訪視紀錄完善度、個案狀況是否清楚呈現，均會對關懷訪視之成效有所影響，且當進行轉介時，訪視紀錄亦會影響承接同一個案之關懷訪視員以及相關從業人員的工作成效，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知、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。

為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響到後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心將安排每月抽查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(20 則以上)，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 取得名單方式為聯絡衛生福利部，以更新本年度自殺關懷訪視員名單。
2) 召開內部專家會議，針對衛生福利部委託辦理 2017 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) 排定欲審查縣市之順序。
4) 制定審查資料之範圍。
5) 依據衛生福利部自殺防治通報系統所有自殺關懷訪視員必填項目，逐一制定細部審查標準。
6) 進行初評與複評。
7) 彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議。
8) 將審查結果交付衛生福利部心理及口腔健康司，並發送予各縣市。

三、 過程(Process)

1. 訪員名單更新：完善的訪視紀錄有助於增進訪員對個案狀況的理解，亦對日後相關人員業務進行有極高之效益，且可檢視自殺關懷訪視員於工作上之專業度。為有效提升在職之自殺關懷訪視員專業度，故以在職之自殺關懷訪視員作為審查紀錄之標準，以電話連絡方式，請衛生福利部心理及口腔健康司更新並寄送現有自殺關懷訪視員名單。
2. 訪視紀錄審查規劃：審查流程分兩輪進行，初審將抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議。待初審結束後，根據結果展開複審，以追蹤各縣市的改善情形。
3. 審查之縣市擇定標準是根據 2015 年標準化自殺死亡率之縣市排名(如表 5-3-1)排定抽查：

表 5-3-1、2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名

縣市	排名	縣市	排名
基隆市	1	高雄市	12
宜蘭縣	2	臺南市	13
南投縣	3	屏東縣	14
花蓮縣	4	金門縣	15
雲林縣	5	新北市	16
彰化縣	6	臺中市	17
苗栗縣	7	新竹縣	18
嘉義縣	8	新竹市	19
嘉義市	9	臺北市	20
臺東縣	10	澎湖縣	21
桃園市	11	連江縣	22

4. 初審抽查縣市:依2015年各縣市標準化自殺死亡率排名順序(如表 5-3-1)，每月份排定三縣市進行審查。截止 7 月底前，本年度 22 縣市初審訪視紀錄審查已完成，8 月進入複審階段。
   1) 一月份：基隆市、宜蘭縣、南投縣。
   2) 二月份：花蓮縣、雲林縣、彰化縣。
   3) 三月份：苗栗縣、嘉義縣、嘉義市。
   4) 四月份：臺東縣、桃園市、高雄市。
   5) 五月份：臺南市、屏東縣、金門縣。
   6) 六月份：新北市、臺中市、新竹縣。

7) 七月份：新竹市、臺北市、澎湖縣、連江縣。

5. 複審抽查縣市：複審縣市排定順序與初審相同，各月份抽查縣市如下：

1) 八月份：基隆市、宜蘭縣、南投縣。

2) 九月份：花蓮縣、雲林縣、彰化縣。

3) 十月份：苗栗縣、嘉義縣、嘉義市。

4) 十一月份：臺東縣、桃園市、高雄市。

5) 十二月份：彙整初審與複審結果，綜合各縣市改善情形，對縣市、訪員名稱進行匿名後，寄送各縣市參考。

6. 訪視紀錄資料抽查時段：每月份訪視紀錄的審查資料是抽取該縣市最近一個月的訪視紀錄，若最近一個月審查資料不足則往前幾個月抽取補齊，初審與複審所抽查資料不得重複。

7. 訪視紀錄案件狀態擇定：自殺防治通報系統案件狀態有五大選項，包括「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。初審乃選取「已結案」、「已訪視，建議結案」的訪視紀錄作為審查資料；複審更聚焦於選取「已結案」的訪視紀錄。這些狀態具備較完善的內容紀錄，更能了解訪員的訪視狀況，及檢核有無提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

8. 訪視紀錄抽查流程與標準：

1) 初審: 為了全面性評估各縣市的關懷訪視員，訪視紀錄審查是抽取每位自殺關懷訪視員的訪視紀錄 1 則，以「面訪」(如家訪、其他地點之面談)為優先。如果沒有個案本人之「面訪」紀錄，則採「個案本人」之電訪紀錄。因每個縣市須抽取 20 則訪視紀錄，若該縣市訪員不足 20 人，則補齊 20 份(可包含公衛護理師)；若該縣市訪員多於 20 人，則隨機抽取 20 人，並依前述方式抽取紀錄。

2) 複審:為了更深入及聚焦在訪員整體訪視紀錄撰寫之完整性，複審是從該縣市訪員名單中隨機選取其中 10 位，抽查最近一個月每位訪員「已結案」之案件，其中 2 則訪視紀錄：一則為「個案本人」首次的「面訪」紀錄；另一則為「個案本人」結案的「面訪」紀錄。若「面訪」紀錄之案件不足，則採「電訪」紀錄，共抽取 20 則。若該縣市訪員不足 10 人，則重複抽取，同樣依前述方式進行紀錄抽查。

9. 訪視紀錄評等標準設立：根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 2017 年訪視紀錄審查標準，經多次內部專家會議，制訂訪視紀錄審查標準，包含如下：

1) 檢閱訪視紀錄中各個項目填寫是否詳實，有無缺漏。

2) 檢閱受訪對象及訪視方式填寫是否與所撰寫之內容摘要一致。

3)檢閱內容摘要的結構是否詳實，並包含醫療紀錄格式 SOAP 之資料，意即須有 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估)、Plan(處遇計畫)。

(1) Subjective(主觀資料)：個案主觀描述、外觀/症狀，個案和家屬對問題的認知與期待。

(2) Objective(客觀資料)：含個案就醫病史、檢查結果，或自殺關懷訪視員對個案、家屬、案家環境的評估。

(3) Assessment(評估)：整理 S 及 O 之資料，做出進一步評估：

a. 心理社會評估：對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與記錄。如物質成癮、經濟狀況不穩定、缺乏社會支持等。

b. 治療順從性評估：須詢問個案於精神科就診或接受心理健康諮詢之情況，針對已就診或或接受心理健康諮詢者，進一步詢問其就診、諮詢與服藥情形是否規則。

c. 簡式健康量表分數 (BSRS-5)。

d. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依危險等級分類為低、中、高三級。

(4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，進一步建立處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。如當個案 BSRS-5 的分數高於 6 分，須轉介心理諮商、精神科就診；當個案背景為學生，須轉介學校輔導。

(5) 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。

(6) 審查過程乃是由中心業務負責人針對抽查的訪視紀錄進行初評，並列出問題、建議，再由中心專家進行複評審查並給予意見。

(7) 每月份彙整該月審查縣市自殺關懷訪視員訪視紀錄初評與複評之結果，將其謄寫至訪視紀錄審查結果表，並交付衛生福利部心理及口腔健康司，並提供各縣市做為參考。

四、 成果(Product)

1. 審查流程：

經過多次內部專家會議討論，制訂出訪視紀錄審查結果表(圖 5-3-1)，爾後依據訪視紀錄審查表的各項目，針對各縣市訪視紀錄進行審查，再給予建議，初評完畢後，交付中心專家給予複評。最後綜合和彙整審查表之評核與建議，於訪視紀錄審查結果表統一列出。表格樣式如下：

貳、 訪視紀錄審查結果

1、基本資料建置完整性 (自殺防治通報單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
1. 個案姓名 2. *身分證字號 3. *自殺類別 4. *性別 5. 個案年齡 6. 通報次數 7. *電話（日/夜） 8. 手機 9. 戶籍地址 10. *居住地址 11. 身分別註記 12. *婚姻狀況 13. *教育程度 14. *職業 15. *自殺行為發生日期 16. *通報日期 17. *自殺方式 18. *自殺原因 19. *自殺後身體狀況 20. *目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢 21. 聯絡人			1. *為通報單位必填欄位。 2. 以下欄位由戶政系統直接帶入： 1) 個案姓名 2) 個案年齡 3) 戶籍地址 4) 婚姻狀況 5) 教育程度 3. 若「自殺類別」為自殺意念，則以下3個欄位會呈現空白，在本表則會填選無： 1) 自殺行為發生日期 2) 自殺方式 3) 自殺後身體狀況 4. 自殺個案如無特殊身分，則身分別註記欄位會呈現空白在本表則會填選無。

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表

3、關懷訪視品質 (自殺個案訪視紀錄單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
1. 訪視紀錄必填項目 1) *訪視方式 □面訪 2) *個案受訪情形：個案本人 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) *曾透露出自殺的訊息 8) *曾有過自殺行為或企圖 9) *是否育有 6 歲以下幼兒			1. *為訪員必填欄位。 2. 若訪員以家訪、其他地點面訪進行個案本人之訪視，則會在本表「面訪」一欄填選有，其餘則為電訪方式。 3. 個案目前狀態欄位是指自殺的狀態，例如：有自殺意念、無自殺意念、通報時已死亡等。 4. 目前問題欄位是指個案目前遭遇到的問題，例如：生活適應、人際適應、工作適應等。
2. *內容摘要 1) S（個案主觀描述） 2) O（客觀觀察資料） 3) A（個案自殺風險評估） (1) 心理社會評估：（有、無） (2) 治療順從性評估 ·有無詢問個案是否於精神科就診或進行心理健康諮詢？（有、無） ·若上述答案為有，是否有詢問個案就診情形？ (規則服藥、規則就診) 4) P（訪視處遇計畫）			1. 內容摘要欄位原表單上並無分項，為訪員自填。中心以 SOAP 結構化紀錄方式，作為審查訪視紀錄之參考。 2. 心理社會評估欄位是指對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與紀錄。

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 1)

二、關懷訪視品質 **(自殺個案訪視紀錄單)**	有 **N (%)**	無 **N (%)**	**註記**
3. 簡式健康量表**(BSRS-5)**與再自殺意念風險評估 1) *簡式健康量表 □BSRS-5 分數≧6 □BSRS-5 分數≦6 2) *再自殺意念及風險評估 (1) 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 (2) 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 (3) 低度風險 □否認目前有再自殺意念或計畫者			1. 若簡式健康量表(BSRS-5) 積分為 6 或以上，則在本表中的「BSRS-5 分數≧6」一欄填選有。
4. 處遇計畫 **(**複選**)** *處遇計畫（有、無填選） □安排家訪 □安排電訪 □安排其他地點之面談 □安排遺族關懷 □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			

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 2)

□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：			
綜合建議			

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 3)

2. **執行結果**：

1)訪視方式統計結果:

依據 2017 年 1 月到 10 月全國關懷訪視紀錄的統計數據，自殺通報共有 25735 人次，訪員訪視總次數為 161334。其中電訪比率最多共占整體之 81.8%(131967 次)，次要為家訪占率 15.4%(24857 次)，最後為其他地點面訪占率 2.8%(4510 次)。詳細如表 5-3-2：

表 5-3-2、2017 年全國訪視方式統計結果

通報人次	訪視次數	家訪次數(%)	電訪次數(%)	其他地點面談次數(%)
25735	161334	24857(15.4)	131967(81.8)	4510(2.8)

2)訪視情形統計結果：

(1)電訪：統計數據顯示 2017 年電訪總次數為 131967，其中訪視未遇情形比率最高，占率 29.8%；其次為訪視個案家屬，占率 28.7%；訪視個案本人排名第三，占率 24.8%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 5.9%。

(2)家訪：家訪總次數為 24857，其中訪視個案本人比率最高，分別占率 35.2%；其次為訪視個案家屬，占率 30.9%；訪視未遇情形排名第三，占率 29.3%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 4%。

(3)其他地點面訪:其他地點面訪總次數為 4510,其中訪視個案本人比率最高，分別占率 49.3%；其次為訪視個案家屬，占率 17.1%；訪視未遇情形排名第三，占率 7.8%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 1.9%。詳細如表 5-3-3：

表 5-3-3、2017 年全國訪視情形統計結果

	家訪		電訪		其他地點面談	
總次數	24857		131967		4510	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
個案本人	8751	35.2	32751	24.8	2222	49.3
家屬	7670	30.9	37814	28.7	769	17.1
朋友	337	1.4	2350	1.8	56	1.2
本人拒訪	996	4	7819	5.9	87	1.9
訪視未遇	7287	29.3	39261	29.8	351	7.8
家屬拒訪	452	1.8	3824	2.9	18	0.4
朋友拒訪	27	0.1	224	0.2	1	0
其他拒訪	44	0.2	310	0.2	4	0.1

(4)統計分析結果顯示,三個訪視方式中最常被用來關懷個案的途徑是電訪，總次數超過整體八成比率，同時也是有最多訪視未遇的通報情形。在 131967 次電訪中有 39261 次(29.8%)訪視未遇、37814 次(28.7%)非個案本人之電訪，7819(5.9%)本人拒訪，僅存下來的個案本人之電訪不超過整體電訪 1/4，即為 32751 次。由於訪視著重於個案本人之關懷、支持、評估與資源轉介等，是否能成功訪視或訪視到個案本人乃服務重要之成效評估，說明電訪之訪視成效仍有待商討及檢視。

(5)相較之下，家訪和其他地點面訪雖然僅占整體二成比率，但比起電訪更

能達到以個案本人為主來進行關懷，訪視次數各為 8751(35.2%)和2222(49.3%)。

3)處遇計劃統計結果：

(1) 依據統計結果顯示，自 2015 年至 2017 年 10 月為止的處遇計劃統計結果並無顯明差異，安排電訪、面訪(家訪和其他地點面訪)與結案持續是訪員處遇計劃中的主要項目，其他轉介每年各不超過 10%例如社會局、勞工局、心理諮商機構、醫療院所或其他單位等；緊急資源、協助就醫在 2015 年後有持續下降的現象，於 2017 年比率少過 2%；協助家庭尋求及應用資源三年來都維持在 10%以下；通報學校輔導和安排遺族關懷三年比率各自亦少過 5%。詳細如表 5-3-4：

表 5-3-4、2015-2017 年全國訪視處遇計劃統計結果

處遇計劃(複選)	**2015(%)**	**2016 年(%)**	**2017 年(%)**
安排家訪	59.1	57.3	59.3
安排電訪	72	78.3	77
安排其他地點面訪	5.2	7	7.6
緊急資源、協助就醫	8.3	2.1	1.5
協助家庭尋求及應用資源	9.5	4.6	5.2
轉介社會局	0.7	0.5	0.6
轉介勞工局	0.2	0.1	0
轉介心理諮商機構	1.5	0.7	1
轉介醫療院所處置	5.1	2.3	2.2
轉介其他單位	4.9	5.7	6
通報學校輔導	0.6	0.3	0.2
安排遺族關懷	2.1	3.3	3.5
結案	24.8	26.8	23.7

(2) 關懷訪視工作主要是依居家訪視評估，擬定個人處遇計劃，提供適當的轉介服務資源例如醫療、社會、勞政、就學資源、緊急狀況處理等，以透過多方面介入協助個案，降低其自殺和自傷之風險。不過近這三年統計結果顯示，訪員主要的處遇計劃是透過電訪和面訪持續追蹤關懷個案近況，這兩項處遇計劃比率比其他項目高出數十倍。相較之下，落實轉介相關資源單位的薄弱，例如轉介社會局和勞工局比率各都少於 1%，顯

示訪員與社會資源單位合作的有限和困境。緊急資源、協助就醫社區高風險個案之協助與管理除了需要訪員持續追蹤關懷，更重要的是促進相關資源之整合，因此訪員推動社會資源單位的合作網絡仍有待加強。

4) 截至 11 月 30 日前，初審依據 2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名順序已完成抽查 22 縣市，並依同樣排序複審 12 縣市。各縣市皆須抽查 20 則訪視紀錄，共計審查數 680 則，隨後將各縣市訪視紀錄審查結果分為共通審查問題和建議、個別縣市審查建議，彙整如下：

5) 共通審查問題和建議：

(1)「受訪情形」:

a. 部分訪員在「受訪情形」項目上填寫個案本人，但撰寫內容摘要時卻表明主要訪視對象為家屬、親友或鄰居等，與前項填寫不符，建議訪員依據實際情形填寫個案受訪情形。

b. 部分訪員原定處遇計劃為居家訪視，但卻遇個案本人不在之情形應填寫「訪視未遇」，而非「個案本人」。

(2)「訪視方式」:

a. 部分訪員填寫之「訪視方式」項目與內容摘要不符，例如「訪視方式」項目填寫家訪，內文描述"...於 2.15 分撥電給案主..."，建議訪員需確實修改紀錄，並註明計畫更改之原因或過程中遇到之困難，確保紀錄之完整及正確性，也能協助了解個案狀況，以擬定下一步處遇計劃。

(3)「內容摘要」建議：

a. 電訪與面訪內容檢閱：

a) 電訪：電訪雖是訪員主要追蹤關懷個案的方式，但礙於性質與形式的限制，多數訪員遇收集資料的困難，導致大部分電訪紀錄撰寫過於簡略且重點不足，較難從內容中得知確切的訪視目標、個案危險因子和保護因子之評估、與落實處遇。因此建議訪員在電訪前先備明確目標方案，能在短時間的電訪中實行有效追蹤服務。

b) 家訪：大部分內容摘要詳實紀錄訪視過程，但仍有小部分內容摘要填寫過於簡略，難以做出核心評估，建議將內容摘要紀錄詳實，具體化描寫個案的處境與狀況。

b. 自殺原因內容檢閱：除了個案及其家屬不願說明外，小部分紀錄缺少個案自殺原因之紀錄，建議訪員在初期進行訪視時，蒐集個案自殺原因，以利「危險因子」與「保護因子」之評估，也有助於後續追蹤上聚焦在壓力源對個案再自殺意念的影響程度。

c. SOAP 格式資料檢閱：

a) 大部分紀錄擁有豐富的主觀資料（S），缺乏客觀資料(O)，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。

b) 採用評估性的角度撰寫完整的心理社會評估(A)，有助於後續處遇的安排，並持續追蹤就診和服藥情形，鼓勵個案提出問題與醫師討論。

d. 結案內容檢閱：大部分結案紀錄撰寫過於簡化，僅粗略描述個案近況而無結案評估。建議滿三個月追蹤準備結案的個案，訪視內容增加對其自殺「保護因子」、「危險因子」與再自殺意念的評估。

(4)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

a. 當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 簡式健康量表與再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，當訪視對象為個案本人時，須確實填寫於紀錄，有助於決定後續處遇，確保降低個案再自殺的風險性。若非訪視本人依續有評量分數，需列明備註。

(5)「處遇計畫」建議：

a. 應根據訪員對個案之評估(心理社會評估、治療順從性評估)，提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

(6)「非個案本人之訪談摘要」：訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」，訪員應避免欄位填寫錯誤。

6) 個別縣市審查建議

(1) 宜蘭縣

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」：

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣有訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」，訪員應避免欄位填寫錯誤。

(c) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」：

(a) 本縣有個案心理社會狀況都不太穩定，自述持續有自殺意念，且 BSRS-5 分數達 6 分以上，宜轉介精神科就診或進行心理健康諮詢。

(b) 本縣有個案 BSRS-5 分數也大於 6 分，且有輕微自殺想法，其「再自

殺意念風險評估」卻為低度風險，宜說明其為低度風險之原因；若有所疑慮宜考慮提升風險等級至中度。

(c) 個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 高達 15 分，且案母亦表示個案病情不穩定，強烈建議立即轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 15 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本縣有個案情緒狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊。

(b) 本次審查訪視紀錄中有 6 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 3 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計畫」:

(a) 配合度不高的個案願意提供的資訊不多，家屬也不一定願意配合，因此能收集到的資訊以及後續處遇也有限。建議與個案、家屬訪視過程中建立信任關係，並採間接問法，循序漸進的方式逐步確認重要資訊。

(b) 具情感問題個案建議可多了解個案親密關係互動狀態與情緒，並將其整理為心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子，並給予情緒支持。

(2) 南投縣

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有出現將訪談摘要誤植於「非個案本人之訪談摘要」之情形，建議將其填寫於「內容摘要」，以便回顧與轉介。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但部分訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本縣有少數訪員雖有進行心理社會評估，但散亂於個案主觀認知資料及訪員客觀觀察資料中，建議可以整併為單獨的心理社會評估。

(d) 本縣有出現個案雖有就醫，但 BSRS-5 分數仍持續高於 6 分，建議訪員可於每次關懷中加強追蹤個案的就診與服藥情形，並鼓勵個案與醫師討論其困擾。

(e) 建議結案時，應註記結案原因，並能在記錄上完整描述保護因子、危險因子及支持系統之評估。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，建議仍須轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 6 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 多數訪員皆有描述個案主觀認知資料(Subjective)，並客觀記錄自殺相關危險因子與社會情境脈絡，唯其中一位訪員之內容摘要空白，僅完成簡式健康量表。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 6 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計畫」:

(a) 建議訪員能針對每位個案記錄完整訪視歷程，從含安排未來訪視之方式及過程、個案對訪視及自殺各層面之心理狀態等進行記錄，有助於未來訂定介入策略時，能至連續脈絡性加以客觀評估，並連結可用資源進行介入。

(b) 訪員在與個案約定未來訪視安排時，應能參考過去個案所提供之資訊(如工作時間、方便面談之地點，以及希望訪視之方式)，尊重個案生活型態，並將約訪視過程同視為一種與個案建立關係之機會，除有助於有效進行訪視，也能讓自殺防治工作更加順利。

(c) 建議在未來處遇計畫時，能評估協同鄉鎮里鄰長一同合作介入之可能性，除共同分擔訪員關懷訪視之負擔，能在個案有緊急需要時，多一管道及時協助或轉介。

(3) 基隆市

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本市不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本市訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本市有部分個案具多次自殺企圖紀錄，但訪員關懷時個案均表示狀態良好。建議了解個案的自殺原因，評估其保護因子及危險因子，並詢問其精神科就診情形以及治療順從性。

(d) 本市有些個案有自行減藥或停藥之現象，建議了解原因，並鼓勵其向醫師諮詢藥物劑量問題。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有出現個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，建議仍須轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 6 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本市有個案工作狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介勞工局

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，唯有幾篇電訪紀錄過於簡略，可再多加資訊。

(b) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較為缺乏。本次審查訪視紀錄中有 8 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本市訪員可以將訪視過程中觀察到的資料詳細紀錄。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市均有填寫簡式健康量表，但有 5 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半個案的具憂鬱傾向或罹患憂鬱症，然而醫療的介入與協助卻有限。建議適時與個案討論用藥和就診情形，澄清其面對的問題（用藥未改善、金錢和距離困擾等），給予建議和協助；若遇拒醫個案，可了解其過去接受醫療的經驗，給予對方空間

去表達並同理其不舒服的感覺，理解拒醫原因，並適時澄清接受醫療目前可能對其的幫助。

(b) 此外也可評估個案之需求,轉介心理諮商資源以協助其在關係、人際、家庭、情感上的應對與出口，特別是重複自殺、或以自傷、自殺方式因應生活之壓力和問題之個案。

(c) 若訪員遇個案疑具精神疾病相關症狀，例如「思想跳躍未能聚焦在同一議題上，說話像是在兩條平行線上」，建議轉介醫療進行診斷與就診。

(d) 若個案具物質濫用的紀錄包括酒、藥、毒品等，建議蒐集相關資料並澄清目前是否已成功戒斷，以評估其「身心狀況」危及自殺意念與行為之可能性，並適時轉介醫療就診。

(4) 花蓮縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective),但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本縣有個案資訊模糊，建議嘗試從心情狀態、睡眠狀態等方向評估了解案主心理狀態，並可嘗試強化與個案建立關係。

(d) 本縣有個案服用毒品，建議可從如何獲取藥物與自殺史建立紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現個案表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，仍建議轉介精神科就診或進行心理健康諮詢。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本縣訪員對於個案的處遇計畫多僅安排面訪及電訪，建議可依據評估個案狀況，提供適當的資源轉介。

b. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄絕大部分致完整詳實，清楚闡明個案主觀和客觀狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，部分有採用評估性的角度撰寫、具體化描寫個案的處境與狀況，有助於後續處遇的安排。

(b) 本次審查訪視紀錄中雖有 5 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，然而有填寫的訪視紀錄均帶出重要的評估和客觀性，有助於評

估個案自身和環境狀況。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為"有"或"不詳"時，建議主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表與再自殺意念風險評估。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中值得關注是結合了「經濟與債務壓力」和「關係衝突」、「精障」多重原因引起自殺動機的個案，另外有「福利依賴者」類型的個案。

(b) 除了轉介社會局或提供相關緊急物質資源外，建議可以透過「共訪」的途徑，更全面性地協助個案。另外，訪員也詳細地去評估個人與家庭在心理與物質上的資源支援，與個案建立信任的互動關係，給予傾聽同理的空間、情感的支持，再漸漸地介入社會福利與個人財務規劃的衛教，以協助個案因應在各方面所帶來的焦慮與壓力。

(5) 雲林縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但部分訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(b) 本縣有出現個案雖有就醫，但 BSRS-5 分數仍持續高於 6 分，建議訪員可加強追蹤個案的就診與服藥情形，並鼓勵個案與醫師討論其困擾。

(c) 本縣有個案重聽，電訪時聽不清楚訪員說的話，理應無法完成 BSRS-5 與再自殺意念及風險評估。若該兩項評估為詢問外籍看護的看法，或是外籍看護代為轉述問題後回答，則應於訪視摘要註明為看護的判斷或透過看護轉述問題。

(d) 本縣出現自殺通報單顯示個案自殺原因是遭受暴力及夫妻問題，由分案日期及訪視紀錄可判斷本次訪視為第一次，內容摘要卻未填寫個案遭受暴力及夫妻問題的相關事項，建議應補充相關資料以利後續關懷訪視。

(e) 對於服用安眠藥自殺之個案，雖個案看診時已無服用安眠藥，仍應確認個案自殺用的安眠藥從何處取得，並進行降低致命性物品可近性的處遇。

(f) 遭遇個案雖否認自己有割腕的意圖，表示傷口為割傷或是被牆壁割傷

時，建議訪員應進一步確實釐清並評估個案的現況，確認個案是否有否認自殺的情形。

b) 「處遇計畫」:

(a) 針對重聽個案，建議處遇計畫不應只安排電訪，應設法採取家訪、其他地點面談的形式來訪視。

(b) 針對學生個案，應通報校方輔導個案，以達到網網相連，形成學生的自殺防護網。

(c) 本縣有個案為有經濟壓力之產婦，應協助案家尋求可應用的資源，以增進家庭支持性能力。

(d) 本縣有個案為憂鬱且人際關係逐漸封閉，處遇計畫卻僅描述依縣市自訂標準結案，建議可將該個案可轉介社會局由社工進行後續關心，避免該個案因人際關係因素再自殺，且提升個案的保護因子。

(e) 訪視單之通報日期分別與分案日期、訪視日期間隔超過兩個月，且於分案後不到一個月內便屆滿 3 個月結案，應確認資料填寫是否發生問題或是說明詳細原因。

b. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 將近百分之五十訪視紀錄中的內容摘要填寫過於簡略，或個案資料撰寫不足，難以評估其現況、保護因子與危險因子，建議將內容摘要紀錄詳實。

(b) 本縣有數篇標記以「個案本人」為主的訪視紀錄，但將其訪視內容撰寫於第五點「非個案本人之訪談摘要」，建議將訪談內容撰寫之地方修正或更改「個案受訪情形」為非個案本人，以避免資料閱讀之混肴。

(c) 本縣訪員的客觀觀察資料(O)部分未填寫或填寫過於簡略，建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

(d) 本縣大部分訪員的心理社會評估較為簡略，建議可多收集個案背景資料，例如「經濟狀態」、「家庭功能」、「身心狀況」等以能做出完整保護因子和危險因子的評估。

(e) 建議多觀察個案的身心狀況，有無心理疾病相關症狀（例如老年憂鬱），落實轉介精神科就診，并主動收集個案的身心疾病資料和就醫情形，詳實紀錄用藥狀況。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 5 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半自殺企圖者為年齡超過 90 以上的老年人，其中有患長期疾病、失智症與重聽等，建議可多觀察是否疑有老人憂鬱傾向，適時落實轉介精神科就診。

(6) 彰化縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

(d) 本縣有出現個案 BSRS-5 分數達 6 分，有於精神科就診的情形，建議針對此類個案，訪員可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，以確保降低個案自殺風險性。

b) 「處遇計畫」:

(a) 本縣有個案情緒狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

c. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 多數訪員記錄精簡，且以記錄個案描述之事實資料為主，歸類於個案主觀描述(S)；然而客觀描述(O)，也為關訪評估工作中重要的一環，能從第三者的角度觀察及蒐集個案資料，加以完整個案評估面向，因此需在記錄中加以描述由訪員所觀察之個案狀況，以能對個案有更加全面之瞭解。

(b) 多數訪員皆有評估個案的心理社會狀況。然而若為同時罹患精神疾患之個案，需詢問就醫及用藥情形；而若是重複自殺之個案，需評估是否有就醫或其他社福或家庭層面介入之狀況，並適時轉介。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 當透過訪視得到量表得分結果後，仍需參照關訪歷程對個案的了解進行評估；得分結果僅為一參考依據，即便得分較低，也不代表全無自殺危機，仍需留意過去歷史及目前個人身心與社會狀態，以綜合判斷接下來的處遇計畫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 多數記錄上於「訪視方式」雖勾選家訪，內容摘要卻補充說明因家訪未果，採以電訪為之。需釐清關懷訪視記錄之撰寫定義，並統一執行。

(b) 多數記錄顯示訪員有已至案家門外準備家訪，卻訪視未果之狀況；關懷訪視不僅實際個案接觸為工作評估之一環，任何歷程皆能是資料蒐集及評估的機會。訪員應能參考訪視歷程，安排最適切於個案之訪視策略及處遇計畫。

(c) 若該個案經督導會議評估結案，考量記錄之完整性，建議仍能簡短描述評估面向及結案原因，以利後續若有需要仍能藉此評估。

(7) 苗栗縣

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪仍可從個案語氣進行描述。

(b) 本縣有出現個案已被轉介生命線心理師，而訪視紀錄中內容摘要欄位呈現空白，但即使已進行轉介，建議內容摘要仍應填寫詳實，以便於清楚判斷該次訪視狀況。

(c) 本縣有個案的通報單上有填寫就醫紀錄，但訪視紀錄卻填寫無。訪員應詳加確認個案實際狀況，以完善訪視紀錄。此外，個案的通報單上如記錄至精神科就診，建議可針對個案之就診情形與結果作後續關懷。

b. 複審建議-十月

a) 「受訪情形」建議:

(a) 其中有 2 則訪視對象非個案本人或未訪視到個案，但在「個案受訪情形」項目上卻填寫為個案本人，建議訪員依據實際情形填寫個案受訪情形。

b) 「內容摘要」:

(a) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較為缺乏。

(b) 本縣審查記錄中有 7 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，無法客觀得知個案的風險評估。建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，超過百分之五十的訪員未詢問個案「目前有無精神科就診或進

行心理健康諮詢」，建議訪員應主動詢問個案就診情形，以便更清楚了解個案及給予處遇。

(d) 本縣審查記錄中有 7 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，無法得知個案的風險評估，建議訪員可多評估個案的身心狀態及社會支持系統。

c) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

d) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有一半以上個案的自殺原因和情感關係、家庭問題、憂鬱傾向有關，建議落實轉介至心理諮商與輔導，鼓勵個案順找情緒與壓力的出口，提高個案覺察自我-他人因應模式，並循序漸進改變壓力應對之策略。

(8) 嘉義市

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 內容摘要與非個案本人之內容摘要擇一填寫即可，無須重複填寫。

(c) 本市訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪，亦可描寫個案的語氣。

(d) 本市有個案雖已結案轉給社區關懷訪視員，但建議關懷訪視員仍可定期關心個案的情況，以確保降低個案自殺風險。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有訪員負責重複自殺個案，此種個案為極高風險的個案，建議訪員須將其轉介精神科就診或進行心理健康諮詢，若已有於精神科就診，則可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診。

b. 複審建議-十月

a) 「內容摘要」:

(a) 建議撰寫紀錄之過程，需進一步確認訪視方式，若原先排定家訪個案本人，但實質進行訪視時為電訪或與他人接觸，則需確實修改紀錄，並註明計畫更改之原因或過程中遇到之困難，確保紀錄之完整及正確性，也能協助了解個案狀況，以擬定下一步處遇計劃。

(b) 有關安排其他地點面談宜注意倫理原則以維護訪員與個案之關係。
(c) 多數訪員皆有描述訪視歷程，但有一份紀錄內容摘要空白，且在心理功能評估面向較少針對自殺相關評估因素描述。
(d) 在心理功能評估中，應能著重描述相關心理狀態，包含讓個案身心理狀態穩定或惡化之因素，以能在更加清楚保護因子及危險因子之下，研擬處遇計畫。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:
(a) 由於簡式健康量表(BSRS-5)為個案自陳量表,建議若當下訪視未能直接接觸個案，但仍透過其他管道蒐集到量表結果，應在下方備註狀況描述評估歷程，以讓紀錄完整。

c) 「處遇計劃」:
(a) 建議應透過訪視歷程(含內容摘要)與 BSRS-5 與再自殺意念風險評估結果，研擬處遇計畫。
(b) 訪員在與個案約定訪視安排時，應能參考個案居住及工作狀況，共同研擬出最適切的訪視方式，能使訪視歷程及與個案之關係更加有所助益。
(c) 若訪視當下，訪員得知案主目前心理狀況不穩定，或有再自殺/自傷風險高之狀況，需進一步評估當下外部資源介入之可能性；若已出現自傷行為，則需進一步了解是否需尋求警消或醫療資源協助。建議訪員應詳實紀錄提供之資源及個案或其他關係人之反應，供未來處遇參考。
(d) 建議結案時，應註記結案原因，並能在紀錄上完整描述保護因子、危險因子及支持系統之評估。

(9) 嘉義縣

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:
(a) 針對不願接受訪談之個案，建議訪員詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。
(b) 本縣訪員僅記錄個案所做出之行為，建議可將個案所說出的言語、行為、語氣皆納入記錄的範疇。並將行為與語氣等皆歸入客觀觀察資料。
(c) 本縣有訪員評估個案狀態憂鬱，建議可於個案主觀認知資料、訪員客觀觀察資料中描述出評估的依據。
(d) 本縣有出現個案有家暴議題，建議訪員可詢問個案家中的情形，對個

案家庭功能做出更多評估。

(e) 本縣有個案目前問題為情感及家庭問題，但此次的訪視內容摘要僅提到案主即將入獄，並未提個案的情況及家庭問題。建議訪員可以繼續追蹤個案的情感與家庭問題。

(f) 本縣有個案無業且無居所，卻有手機可以聯繫，平日也有食物。應設法向案主本人或週遭住戶探詢平日由誰接濟生活，以利後續追蹤。同時個案曾表示「若再沒有住所將帶妻子自殺」，訪員應設法聯絡案妻釐清個案的狀況。

(g) 本縣有個案記錄案子為案主自殺的可能原因，訪員應聯絡案子以釐清狀況。同時案妻為精神列管個案，多次蓄意通報個案欲自殺，這部分則建議可由公權力介入，設法讓已為精照列管的案妻進入醫療體系，避免社會資源被濫用。最後，若個案欲與妻子離婚，建議可以提供法律資源或轉介至法律相關單位，提供未來官司之協助。

(h) 本縣有個案曾有服用農藥自殺的念頭，建議訪員可向個案探問農藥儲存相關狀況,避免個案可能因一時衝動再服農藥自殺。同時個案無業，且案夫又於安養院照護，因此訪視時應關心案主的經濟狀況，必要時提供相關社會福利資源或提供轉介資源。

(i) 本縣有個案喝農藥自殺，案女表示是因為案妻的因素，但個案又表示案妻並非自殺原因，建議訪員可以進一步釐清個案自殺的原因，依據其需求，提供轉介資源。

(j) 本縣有訪談摘要的目前問題為生活適應，但從內容摘要看不出個案的生活適應的情形，應詳細敘述。

b) 「處遇計劃」:

(a) 針對無業個案，建議訪員可提供就業資源或將其轉介至勞工局

(b) 訪員已作出處遇，但並未描述出處遇的評估依據，例如鼓勵個案與家人同住時，建議可先評估個案與家人的互動情形做為此處遇可行之依據。

(c) 鼓勵個案生活規律時，可先描述出對於個案生活型態的評估以作為處遇依據。

b. 複審建議-十月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，但有小部分結案之內容摘要過於簡略，建議詳實紀錄結案之「保護因子」與「危險因子」評估。

(b) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較

為缺乏。本縣審查記錄中有 8 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中大部分個案的自殺原因來自於情感關係、家庭問題和精神疾病等有關，建議落實轉介至精神科與心理諮商與輔導之餘，可鼓勵個案順找情緒與壓力的出口，並追蹤個案就醫與用藥情形。

(10) 桃園市

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市有個案有多次自殺通報紀錄，但訪視紀錄中未提及重覆自殺的原因。建議訪員應進一步了解重複自殺之原因，以評估案主身心狀況。並了解個案是否患有精神疾患及其就醫狀況，鼓勵其接受心理諮商輔導或就診精神科。

(b) 本市有訪員已進行初步關懷，但未進行完整訪視即遭中斷。若出現此種時間不足的情形，建議給予個案醫療相關資源或訪員的聯繫方式，供個案需要時利用。

(c) 本市有個案被收押，建議可以請看守所人員或警察注意個案狀況。此外，若個案有家暴情形，建議轉介社會局做家暴相關處置。

(d) 針對電訪，建議訪員留意個案非語言訊息，例如個案的說話的語氣，以蒐集個案的客觀觀察資料，予以紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 進行簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估，建議可綜合考量兩者的評估結果，可增進對個案的瞭解，並做出一致性的評估結果，如有個案 BSRS-5 分數為 13 分，且有多次通報記錄，建議評估為中、高度風險個案。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有個案為重聽，訪員對其採用電訪的形式，建議視個案狀況和需求調整訪視方式為面訪。

(b) 本市的訪視紀錄中，其中一份內容摘要中記載未來處遇為「約定之後至家中附近便利商店面訪」，但在處遇計畫中卻仍勾選電訪而非「安

排其他地點面談」，建議訪員的處遇計畫應留意與填寫內容的前後一致。

(c) 有份紀錄記載個案拒訪且不需要關懷信件，建議訪員可釐清個案之需求，藉此擬定處遇計畫，如評估個案需身心資源，提供醫療相關資訊或訪員的聯繫方式，供個案需要時利用。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄建議參照 SOAP 之面向撰寫，多數訪員之主觀描述大致填寫完整，但需注意客觀觀察資料為訪員角度之資料蒐集，包含外顯行為描述、語氣或居住環境等，也可補齊拒絕訪視或訪視歷程中不常發言之資料蒐集。

(b) 自殺風險評估結果(A)包括個案再自殺意念及風險評估、心理社會評估、與治療順從性評估。本縣大部分訪員有填寫心理社會評估，但散落於紀錄中。建議可將收集來的資料類別化來撰寫，例如「經濟狀態」、「家庭功能」等。

(c) 建議滿三個月追蹤準備結案的個案，訪視內容增加對其自殺保護因子、危險因子與再自殺意念的評估，並於結案原因備註，以確保資料之完善。

(d) 1 則結案報告中，處遇計劃部分勾選至電訪，建議應再確認記錄之準確性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 在 20 則審查的訪視紀錄中，其中 1 則未填寫量表，然而該訪員有特地註明未評分之原因，確實完整記錄。另外，再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，當訪視對象為個案本人時，建議應將個案訪談歷程資料及量表分數綜合評估，以利決定後續處遇。

(11) 高雄市

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本市有訪員記錄較為簡略，缺乏個案主觀認知資料，建議可以記錄個案的主觀描述，如個案表示自身的情況。

(c) 本市有訪員有填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則缺乏，建議加強客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有個案 BSRS-5 分數達 6 分以上，且已於精神科就診的情形，建議訪員仍可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診，以降低再自殺的風險性。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有訪員負責重複自殺個案，此類型個案為高自殺風險個案，建議訪員將其轉介精神科就診或進行心理諮商輔導；若已於精神科就診，則可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 若訪員原先排定家訪個案本人，但實質進行訪視時為非個案本人，則需確實修改「個案受訪情形」為家屬或其他人，確保紀錄之完整及正確性。

(b) 本次抽查中雖有幾份紀錄略為簡短，但大部分紀錄完整詳實，列明訪視目標，評估個案自殺壓力源與資源處遇。其中一名訪員之內容摘要並無依照訪視次數更新資料，數篇紀錄內容相同，故建議訪員應依據當次訪視之結果撰寫紀錄，以能確切評估服務成效。

(c) 本市大部分訪員均無填寫客觀觀察資料(O)，缺乏客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本縣訪員可以將訪視過程中觀察到的資料詳細紀錄。

(d) 本市大部分訪員均有填寫心理社會評估，但部分內容略為簡短或資料不齊全，以「未改變」、「無」填寫就業狀況、家庭狀況、感情狀況、就醫情形等，建議每次訪視收集並更新個案近況，補充身心、社會資料和再自殺意念，以能確切評估個案整體近況。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

(12) 臺東縣

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有訪員的描寫，紀錄較為簡略，缺乏個案主觀認知資料，建議加強記錄個案主觀認知資料。

(b) 部分訪員有填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 進行簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估,建議可綜合考量兩者的評估結果，可增進對個案的瞭解，並做出一致性的評估結果。

(b) 本縣有出現個案 BSRS-5 分數達 9 分，且有輕微自殺想法的個案，宜轉介精神科就診或進行心理諮商輔導，並追蹤後續個案就診與服藥情形是否規則。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本縣有個案出現睡眠困擾，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

(b) 處遇計畫採取結案時須謹慎，須描述出結案的原因，並且不可再勾選其餘處遇計畫。

(c) 針對學生個案，建議轉介學校輔導，促進網絡間的合作，形成針對學生個案的保護網，減少再自殺的風險。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 本次抽查紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，唯有幾篇紀錄過於簡略，可再多加資訊。

(b) 有 1 則個案本人之「內容摘要」填寫在「非個案本人之訪談摘要」中，建議訪員要依據訪視對象正確填寫「內容摘要」之欄位。

(c) 個案主觀認知資料(S)大致填寫完整,唯有一篇未填寫個案主觀認知資料，另外有兩篇紀錄因個案有智能上缺陷而無法溝通，由案家人代回答。

(d) 本次審查訪視紀錄中有 10 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本縣訪員可以增加在訪視過程中觀察到的訊息。

(e) 本縣僅有一半的訪員有填寫心理社會評估(A),建議針對每位個案進行完整的心理社會評估，也就是對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半個案的具憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病以及在身分別註記為精神病人，然而醫療的介入與協助卻

有限，建議適時與個案討論用藥和就診情形，澄清其面對的問題（用藥未改善、金錢和距離困擾等），給予建議和協助；若遇拒醫個案，可了解其過去接受醫療的經驗，給予對方空間去表達並同理其不舒服的感覺，理解拒醫原因，並適時澄清接受醫療目前可能對其的幫助。

(b) 此外也可評估個案之需求,轉介心理諮商資源以協助其在關係、人際、家庭、情感上的應對與出口，特別是重複自殺、或以自傷、自殺方式因應生活之壓力和問題之個案。

(c) 若訪員遇個案疑具精神疾病相關症狀，例如「說話前後不一，思想跳躍散亂，說話像是在兩條平行線上，前後不連貫」或是「個案主述有女鬼在身旁，耳邊有吱吱聲，常入夢干擾睡眠」，建議轉介醫療進行診斷與就診。

(13) 金門縣

a. 審查建議-五月

a) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現一則有填寫個案 BSRS-5 分數，但是未填寫再自殺意念風險評估之紀錄，應為漏填，建議須注意填寫完整。

(14) 屏東縣

a. 審查建議-五月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 本縣訪員皆詳實記錄案主的表述，建議可將這些詳實資料進一步整理為心理社會評估。

(c) 本縣有出現訪員評估親密關係中的感情問題，建議可進一步評估親密關係的支持功能。

(d) 針對訪員衛教個案紓解情緒壓力的方式，建議亦可進一步評估其家庭支持系統，藉由家庭提供案主情緒支持。

(e) 針對案主以「都一樣」帶過自身的情況，建議訪員可進一步澄清案主的情況，以利心理社會評估的資料蒐集。

(f) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(g) 若個案已有精神疾患的診斷，建議訪員可詢問現今精神疾患的情況，藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

(h) 本縣有個案有服藥的議題，如服用過多劑量藥物、藥物無法解決睡眠困擾，建議鼓勵個案將此問題提出與醫師討論。

b) 「處遇計劃」:

(i) 本縣有個案有睡眠困擾，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理健康諮詢。

(15) 臺南市

a. 審查建議-五月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市有出現訪視方式將電訪誤植成家訪的情況，建議電話訪視選擇電訪即可。

(b) 本市有出現訪員對於 SOAP 的客觀觀察資料與自殺風險評估結果之意涵理解錯誤，將客觀觀察資料當成評估，自殺風險評估結果當成處遇計畫，建議將客觀觀察資料中評估的部分放置於自殺風險評估結果，例如可將「家人支持佳」置於自殺風險評估結果。將自殺風險評估結果中的處遇部分放置於訪視處遇計畫，如可將「遺族關懷」放置於處遇計畫。

(c) 本市訪員皆會進行部分心理社會評估，建議可更進一步完整的完成各項評估。

(d) 本市有個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有出現個案 BSRS-5 分數大於六分且已有憂鬱症診斷，建議可確認個案現今的就醫情形，若無則轉介精神科就診或進行心理諮商輔導，若有則追蹤後續個案就診與服藥情形是否規則。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有訪員評估個案有親密關係情感問題，導致情緒低落，建議可依據評估連結婚姻諮商的資源予案主。

(b) 本市有個案有睡眠議題，建議可進一步詢問是否有於精神科就診，若無則推薦其於精神科就診。

(c) 本市有個案經濟狀況不穩定，且訪員有詢問個案的補助機構，建議可進一步評估個案的經濟狀況在已有補助的情況下是否充足，並依據評估連結更多補助資源。

(16) 新北市

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可記錄案主的語氣。

(b) 本市有訪員僅評估案主自殺原因，建議可進行完整的心理社會評估。

(c) 部分訪員在評估保護因子的社會支持時，僅提及案主與家人同住，並以此做為降低再自殺風險的部分依據，建議可針對此保護因子多做資料蒐集，評估家人如何對案主提供支持，確保其可為降低自殺風險的支持系統。

(d) 部分訪員僅評估案家的衝突，並無進一步評估案家間彼此支持的互動，建議評估危險因子時，可加強評估有所相關的保護因子。

(e) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(f) 針對已有疾患診斷的個案，建議訪員可詢問現今疾患的情況，藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市訪員在內容摘要中多會記錄轉介的處遇，但未填寫於處遇計畫中，建議將其確實填寫，維持紀錄內容一致。

(17) 新竹縣

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(18) 臺中市

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料，但部分訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 部分訪員的客觀觀察資料多僅描述周圍環境，建議可加入蒐集案主身上的客觀觀察資料。

(c) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(d) 若個案已有精神疾患的診斷，建議訪員可詢問現今精神疾患的情況，

藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

(e) 若個案先前有於精神科就醫卻未有成效的經驗，因而抗拒就醫，建議訪員針對此類型個案可澄清其是否曾與醫師討論過未有成效之事以及當時就醫與服藥的規則性。

(f) 本市個案有主動提及藥物的劑量，建議可進一步確認其治療順從性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有三分之一的訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(19) 臺北市

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本市不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 個案主觀認知資料紀錄較為簡略，建議可以多加描述個案的主觀敘述，如個案表示自身的情況。

(c) 訪員的客觀觀察資料則缺乏，建議加強客觀觀察資料，如對個案的身心、生活及家庭人際的觀察。在電訪的部分，也可紀錄個案的語氣與回應狀態。

(d) 若在「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現“不詳”，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有 4 名訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(20) 連江縣

a. 審查建議-七月

a) 「處遇計劃」:

(a) 應根據訪員對個案之評估(心理社會評估、治療順從性評估)，提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

(21) 新竹市

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 部分訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強紀錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 訪員的客觀觀察資料多僅描述周圍環境，建議可加入蒐集案主身上的客觀觀察資料。

(c) 本市訪員皆有進行心理社會評估，但皆散落於紀錄中，建議可將其單獨整理為一項心理社會評估。

(d) 個案自殺原因為多為夫妻問題，因此建議可加以瞭解夫妻間之互動情形，並將其整理為心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子。

(e) 訪員有詢問個案之家庭狀況，建議可從蒐集得來之資料，整理出家庭互動情形，放置於心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子，並進一步歸納家人的支持性。

(f) 個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(g) 個案自行停藥之個案,建議可以與討論停藥原因,給予藥物相關衛教，並建議其提出與醫生討論。

(h) 個案強烈拒絕前往精神科就診，建議可了解且澄清其抗拒原因，並依據原因提供衛教宣導。

(i) 個案服用藥物但狀況未改善，建議可鼓勵期將自身情況提出與醫生討論。

(j) 本市有個案提及此次自殺事件為誤報的情形，建議可紀錄個案與案家的客觀觀察資料，如身體上的傷痕、表情、語氣，以做為確認誤報的依據。

c) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有 3 名訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(22) 澎湖縣

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 電訪的客觀觀察資料則較為缺乏，建議電訪可紀錄對方回應方式及語氣等非語言類信息。

(b) 訪視內容中擁有豐富的社會生活與家庭系統相關的客觀資料，建議亦可透過觀察與會談方式蒐集身心狀態的資訊。

(c) 案自行停藥之個案，建議可以與其討論停藥之原因，給予其藥物的衛教，並建議其提出與醫生討論。

(d) 個案強烈拒絕前往精神科就診，建議可澄清其抗拒之原因，並依據原因提供衛教宣導。

(e) 個案服用藥物但狀況未改善，建議可鼓勵期將自身情況提出與醫生討論。

3. **結論**

1) 自殺關懷訪視員身為自殺防治守門人,面對臺灣今日大量的自殺通報數量，除了沉重的業務壓力外，也需要處理個案各式各樣的困難和窘境，是一份相當艱辛的工作。

2) 本次訪視紀錄數據統計中,發現 2017 年電訪仍為最常被訪員採用的訪視方式，總次數超過整體八成比率，其次才是家訪占率 15.4%，最後為其他地點面訪占率 2.8%。電訪雖然占率最高，但同時也是出現最多訪視未遇的通報情形，而電訪到個案本人之比率也不超過整體的 1/4。由於訪視著重於個案本人之關懷、支持、評估與資源轉介等，是否能成功訪視或訪視到個案本人乃服務重要之成效評估，說明電訪之訪視成效仍有待商討及檢視。相較之下，家訪和其他地點面訪雖然僅占整體二成比率，但比起電訪更能達到以個案本人為主來進行關懷。

3) 近這三年統計結果顯示，訪員主要的處遇計劃是透過電訪和面訪持續追蹤關懷個案近況，這兩項處遇計劃比率比其他項目高出數十倍。相較之下，落實轉介相關資源單位的薄弱,例如轉介社會局和勞工局比率各都少於 1%，顯示訪員與社會資源單位合作的有限和困境。自殺是多重因素造成，每個個案都有自己的困難點，訪員需要藉由訪視過程找出個案所需資源，轉介至各單位。因此，確實轉介是降低自殺企圖個案再自殺風險的重要因素，以 2015 年至 2017 年數據分析，轉介至各單位的比率還有加強的空間。

4) 本次的訪視紀錄審查，各縣市訪員須統一「受訪情形」、「訪視方式」與「非個案本人之訪談摘要」之定義，並針對進行訪視時的各種處境進行討論如何填寫，以避免造成紀錄內容不一致的情形。

5) 訪視紀錄抽查的情況中也發現，大部分訪員在電訪撰寫方面較為簡略，且有訪視目標模糊之情形。

6) 除了瞭解訪員的工作情形，也發現各縣市的訪員在紀錄撰寫都擁有屬於各自一套方式，並無共同的格式，但大部分訪視紀錄都涵蓋 SOAP 格式的資料,而少部分縣市則直接採用了SOAP格式撰寫。若從SOAP的角度來評估,各縣市仍需加強自殺保護因子與危險因子的評估，並確切地針對個案處境給予最適合的介入和處遇，將方案撰寫於訪視紀錄。

7) 各縣市在紀錄中所著重的資料向度反映出了訪員的境遇、在地自殺特殊情形和督導著力方向等，例如一些縣市較傾向老人自殺議題、夫妻或情感壓力自殺或精神疾患自殺等，且可提高訪員在相關議題上的敏感度與介入能力。其次，許多個案的困難需要多方社福機構介入協助，訪員與相關人員若能建立共訪機制，相信更能全面性地提供個案所需，度過困難的時刻。

8)藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，期能協助關懷訪視員工作上能更加順利，也給予更加專業的關懷。

雲端數位學習平台之維護與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

近年因網際網路使用逐漸普及，人人皆有行動裝置，及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。有鑑於此，為提升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專業人員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，「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，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。

2012 年底，社團法人臺灣自殺防治學會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，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使民眾可利用家中電視、電腦隨選隨看。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」。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。

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)數位課程之製作與評估流程(圖 6-1-1)：

(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編輯。

(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台及 YouTube 頻道，供專業人員及民眾學習。

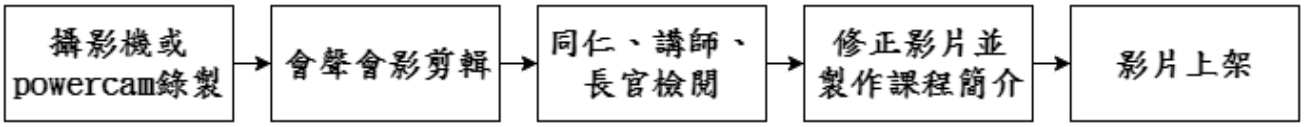


圖 6-1-1、影音課程之製作與評估流程圖

2)YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」推廣：

(1) 2009 年於 YouTube 平臺建立「全國自殺防治中心珍愛生命影音頻道」；2017 年 4 月將頻道改名為「自殺防治 e 學院」。

(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 頻道推廣工具：於影片新增搜尋標籤，讓民眾更加容易搜尋自殺防治相關影音。

(4) 2015 年與台大「心理健康促進與自殺防治」通識課程合作，於自殺防治 e 學院頻道推出學生拍攝之自殺防治微電影。

(5) 2017 年分別與臺灣憂鬱症防治學會、財團法人敦安社會福利基金會合作，將研討會演講及校園演講錄製程數位課程，並將數位課程影片於自殺防治 e 學院頻道與珍愛生命數位學習網公開，供專業人員及一般民眾學習。

3)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，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，並提升 YouTube「自殺防治 e 學院」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.關訪員課程專區內容包含訪員必備之基本及核心能力課程，課程皆設有測驗機制，可讓關訪員評量自己的學習成果。本課程專區將每年持續更新，以期讓關訪員能精進自身專業能力。

(3) 多元管道之連結與推廣：

a.主動與相關專業人員公會單位合作，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台，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。

4)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。

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、學習平台之推展、Hicloud 雲端伺服器服務等。

三、 過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

1) 數位學習網維護及推廣：

(1) 本年度數位學習網新增影音清單及上架時間依序如表 6-1-1。

表 6-1-1、2017 年度新增影音清單

上架時間	課程名稱
2017 年 2 月	珍愛生命守門人-警察_吳佳儀、守護校園心理健康：高自殺風險大學生之辨識與處遇_吳佳儀
2017 年 3 月	心身醫學在台大_廖士程、整合式心身醫學住院模式之建立與展望_陳錫中、心身醫學社區再融入計畫之理念與推展_吳佳儀、心身醫學的實踐_廖士程、精神科醫師的社會承擔：從心身醫學出發_李明濱
2017 年 6 月	正向思考的力量_游琇雅、從腦科學解析身心健康 DIY_楊聰財、由腦科學解析身心壓力及紓壓 DIY_魏兆玟、起飛吧我的 EQ_劉鴻徽
2017 年 9 月	老人自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷_徐亞瑛、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會專題報告

表 6-1-1、2017 年度新增影音清單(續)

上架時間	課程名稱
2017 年 11 月	自殺防治面面觀_廖士程、自殺防治實務_吳佳儀、資源網網相連_鄭宇明、媒體自殺事件報導之分析與建議-以老人自殺為例_吳佳儀、藥物濫用防制之護理角色功能_洪翠妹、生命線在自殺防治的推動_何振宇、職場自殺防治_楊聰財、物連網與自殺防治_劉慕恩、心理健康行動科技於自殺防治之應用_吳佳儀、全國自殺防治中心成果報告_廖士程

(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 6-1-2。

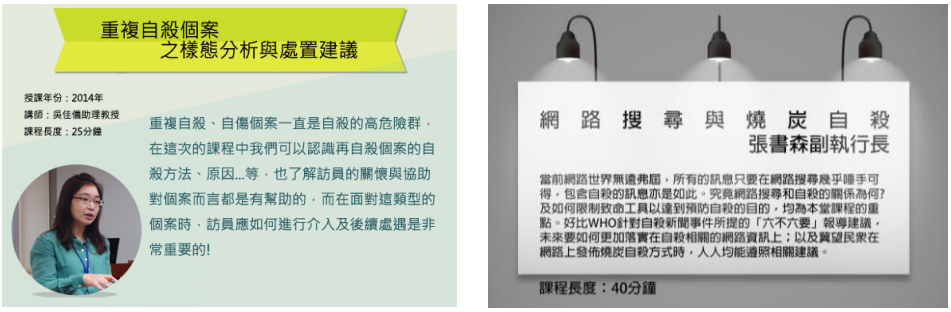


圖 6-1-2 課程簡介(preview)示意圖

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。

(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台連結，提供課程內容之授權，授權課程清單如表 6-1-2。

表 6-1-2、授權課程清單

課程名稱	講師	長度
自殺防治與守門人訓練	李明濱醫師	85 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
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
青少年自殺防治對策與展望	吳佳儀教授	46 分鐘
老年人之自殺防治	吳其炘醫師	25 分鐘
農藥管制與自殺防治	張書森醫師	41 分鐘
媒體自殺事件與教唆自殺之因應	吳佳儀教授	33 分鐘

c.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。其中，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 等公務園學習網已於 2017 年 7 月後整併為「e 等公務園+學習平台」。

d.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) 2017 年度 YouTube「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 6-1-3。

3) 凱擘大寬頻之合作：

(1) SuperMOD 之「名醫相隨」節目，目前可於凱擘聯製中心之 YouTube 頻道觀看。。

(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。

表 6-1-3、2017 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

公布時間	影音名稱
2017 年 2 月	珍愛生命守門人-警察_吳佳儀、守護校園心理健康：高自殺風險大學生之辨識與處遇_吳佳儀
2017.年 3 月	心身醫學在台大_廖士程、整合式心身醫學住院模式之建立與展望_陳錫中、心身醫學社區再融入計畫之理念與推展_吳佳儀、心身醫學的實踐_廖士程、精神科醫師的社會承擔：從心身醫學出發_李明濱、守門人微電影之-【即刻救『原』】、守門人微電影之-【REBIRTH】、守門人微電影之-【快樂何在】、守門人微電影之-【發現自我】
2017.6 月	精神衛生法：強制住院制度之國際比較_吳建昌、憂鬱症不可忽視的恐慌發作_許世杰、正向思考的力量_游琇雅、從腦科學解析身心健康 DIY_楊聰財、由腦科學解析身心壓力及紓壓 DIY_魏兆玟、起飛吧我的 EQ_劉鴻徽
2017 年 9 月	老人自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷_徐亞瑛、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會專題報告、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」宣導影片、守門人微電影之 【挽命關頭】、守門人微電影之 【老核救老邊】、守門人微電影之【金絮其外】、守門人微電影之 【心情不好時，五種最不想聽到的安慰】

表 6-1-3、2017 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單(續)

公布時間	影音名稱
2017 年 11 月	自殺防治面面觀_廖士程、自殺防治實務_吳佳儀、資源網網相連_鄭宇明、媒體自殺事件報導之分析與建議-以老人自殺為例_吳佳儀、藥物濫用防制之護理角色功能_洪翠妹、生命線在自殺防治的推動_何振宇、職場自殺防治_楊聰財、物連網與自殺防治_劉慕恩、心理健康行動科技於自殺防治之應用_吳佳儀、全國自殺防治中心成果報告_廖士程

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：28 堂。

(2) 線上課程總數：

a. 專業人員認證課程共 172 堂。含公務人員 5 堂、護理人員 42 堂、藥師 34 堂、醫師 33 堂、家醫科醫師 29 堂、諮商心理師 29 堂。

b. 自殺防治課程：179 堂。

c. 媒體訪談實錄：17 堂。

d. 記者會實錄：25 堂。

e. 中心活動：1 堂。

(3) 2017 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 204,421 人次、醫師 1,364 人次、家醫科醫師 1,563 人次、藥師 13,160 人次、諮商心理師 1,809 人次、公務人員 263 人次。

(4) 2017 年度學習網整體點閱率統計如下：

a. 2017 年 1 月至 10 月累計總點閱次數共 526, 920 次。

b. 2017 年 1 月至 10 月學習網各月份累積點閱次數趨勢如圖 6-1-3。

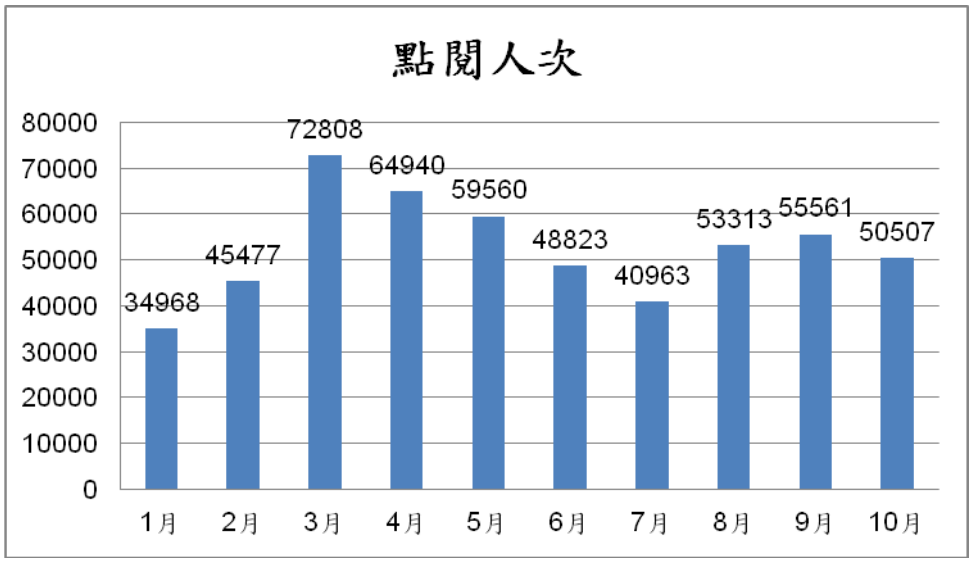


圖 6-1-3、2017 年 1 月至 10 月學習網各月份點閱次數

(5) 2017 年 1 月至 10 月數位學習網問卷回收共 232,631 份。共有 98.7%之學員認為課程令其感到獲益良多；98.5%之學員對課程感到滿意；92.7%之學員未來會推廣心情溫度計;99.2%之學員認為課程能增進關心他人預防自殺的能力，問卷細項結果如表 6-1-4。

表 6-1-4、問卷細項結果

問卷題目	選項	調查結果
本次課程內容，讓您感到有所收穫	非常同意	61.7%
	同意	37.0%
	普通	1.3%
	不同意	0.0%
	非常不同意	0.0%
整體而言，您對本課程之滿意程度為	非常同意	64.7%
	同意	33.8%
	普通	1.5%
	不同意	0.0%
	非常不同意	0.0%
未來您願意推廣使用心情溫度計嗎	願意	92.7%
	不願意	2.6%
	課程沒提到	4.6%
本次課程是否能增進您關心他人預防自殺的能力呢	可以	99.2%
	不可以	0.8%

(6)「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平台，進行課程連結。表 6-1-5 為個平台修課人次數據， e 等公務園、e 學補給站及港都 e 學院在 2017 年 6 月整併為 e 等公務園+學習平台，僅有 2017 年 1-5 月的數據。

表 6-1-5、各平台修課人次回饋數據

平台名稱	授權課程數	選修人次	完修人數
台北 e 大	5	2474	1688
中華郵政 e 大學	5	1519	1438
e 等公務園(1-5 月)	8	12852	9984
e 學補給站(1-5 月)	3	1656	1449
港都 e 學院(1-5 月)	6	1344	904
e 等公務園+學習平台(7-10 月)	5	482	295

(7) 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，2017 年上半年總計有 82 人次完成課程。

(8) 電子書推廣至雲端平臺，連結合作單位共計 7 個。

2) Youtube 影音頻道：

(1) 2017 年度 1 月至 11 月上傳之影音：自殺防治課程 28 支、微電影 8 支。

(2) YouTube 頻道目前分享 331 部完整影片。

(3) 2017 年度 1 月至 10 月總觀看時間共 11,842,521 分鐘；總觀看次數共 407,441 次。

3) 凱擘大寬頻:凱擘大寬頻 SuperMOD 授權協議續約至 2018 年 12 月 31 日。

2. 結論

1) 珍愛生命數位學習網：

(1) 數位課程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台接洽，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，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，因此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台連結，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。

社群網站 facebook 之運用與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

facebook 為近年來最受歡迎的社群網站，其使用者涵蓋各年齡層，為青少年與上班群最常使用的社群網站之一，是人們分享生活、維繫社交及獲取新資訊的管道之一。為推廣心理衛生教育以及珍愛生命之理念，全國自殺防治中心於 2010 年底在 facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平台將正向資訊有效傳遞給更多民眾。

珍愛生命打氣網除宣導心理衛生健康資訊，亦著重推廣珍愛生命守門人概念，鼓勵民眾適時以 1 問 2 應 3 轉介之方式，關懷周遭的每一個人，使自殺防治達到人人參與、網網相連之理想。

此外，中心亦於 2011 年 9 月開始，持續與 facebook 公司合作推動網路自殺防治，提供心理衛生資源給網路上有自殺意念之民眾，建立更全面的自殺防治網絡。

2. 方案的目的與目標

1) 推廣珍愛生命之理念，培養更多珍愛生命守門人。
2) 加強心理衛生教育宣導，促進民眾心理健康。
3) 針對於 facebook 上發表有關自殺意念訊息之個案，提供關懷及相關求助資源。

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) 每週一到週六於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，發文頻率為平日兩篇，假日一篇。內容如下：

a. 每月主題規劃

表 6-2-1、2017 年每月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	2017 新年新氣象	四月	閱讀與心靈
二月	自我成長	五月	旅行的意義
三月	人際關係與溝通	六月	生涯規劃

表 6-2-1、2017 年每月主題規劃列表(續)

月份	主題	月份	主題
七月	電影與人生	十月	長者關懷
八月	媒體、科技與社會	十一月	壓力管理
九月	世界自殺防治日	十二月	告別過去，展望未來

b. 貼文類型

表 6-2-2、2017 年專頁貼文類型說明

貼文類型	說明
衛教宣導	推廣心理衛生之相關資訊與資源。 (例如守門人技巧、精神疾病去汙名化及自殺防治議題等)
時事新知	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
舒壓秘方	提供壓力管理的相關資訊與資源。
溫馨小品	提供溫馨、感性與有趣的圖片、文章或影片。
打氣小語	提供勵志與打氣的圖片、文章或影片。
中心活動	即時發布中心相關活動與資訊，如貴賓參訪、新聞媒體聯繫會議、記者會、世界自殺防治日徵文活動等。

a) 貼文內容來源以中心同仁自創貼文為主，或分享中心自殺防治與心理衛生促進相關書籍文宣。若參考其他電子新聞、雜誌平台之內容，會輔以內容摘要及說明。

b) 每月依月份主題規劃每週貼文內容，並於前一個月月底的業務會議中進行提案討論，必要時調整修正。

c) 每週業務會議皆針對上週粉絲人數與受歡迎貼文類型進行討論，適時調整專頁經營策略。

d) 於中心活動及網路平台推廣專頁，如電子書、PGY 課程、文宣品、YouTube 頻道、活動海報等進行宣傳。

e) 定期更新及提供自殺防治相關統計數據，匯集每月貼文，按月製作總結報告，交給衛生福利部備查。

三、 過程(Process)

1. 2016 年 12 月 30 日業務會議針對 2017 年 1 月臉書貼文主題「2017 新年新氣象」進行每周貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-3：

表 6-2-3、2017 年 1 月每週貼文規劃

週次	主題

1/2-1/7	**放下：斷、捨、離** 該如何告別過去不良的習慣、清掃囤積許久的物品，以及在新的年度開始時，如何真誠的面對自己的未竟事宜，揮別過去，迎向未來。
1/9-1/14	**回顧與展望** 回顧本年度心理健康之重大議題以及相關發展，政府部門所推廣之活動以及新上路之政策等等，新年度台灣心理衛生推廣主力方向。
1/16-1/21	**新年人生夢想清單** 設定年度學習目標，溯及既往以及展望未來，如何規劃不同階段之人生目標，以期自我實現。
1/23-1/31	**春節期間限定話題** 農曆春節年間，提醒眾人除舊佈新之際，勿忘關懷家中長輩以及異鄉遊子，以及其他春節與自殺防治之相關議題。

2. 1 月 20 日業務會議針對如何提升粉絲專頁追蹤人數進行討論，決議未來可以漫畫圖文或微電影的方式吸引民眾瀏覽，並擬於春節過後邀請手繪圖文專家提供協助，以提升專頁點閱率。
3. 2017 年 1 月 13 日業務會議針對 2017 年 2 月臉書貼文主題「自我成長」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-4：

表 6-2-4、2017 年 2 月每週貼文規劃

週次	主題
2/1-2/4	**新年新希望** 春節假期結束，在回到工作崗位之際，透過振奮人心的小故事，為自己帶來滿滿的正能量，充滿活力迎接新挑戰。
2/6-2/11	**珍愛自己** 學會愛別人之前，先讓我們珍愛自己，接納自己，無論自己的個性、特質如何，定有其獨特之處。
2/13-2/18	**身、心靈的自我照顧** 擁有良好的健康，是穩定成長的基礎；而健全的心理，才能造就美好的人生。遭遇挫折時，如何安頓自己、支持自己，有力量走下去，值得我們一起來關心。

表 6-2-4、2017 年 2 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
2/20-2/28	**在人際關係中成長** 在人與人之間的互動中，往往會產生許多激盪，透過這些關係我們可以更認識自己、也認識他人。

4. 2月10日業務會議針對2017年度專頁每月主題規劃及同仁分工進行討論，並將今年度專頁之2大主要目標訂為「提升粉絲人數」及「導正相關迷思」。
5. 2月17日業務會議針對臉書粉絲群資料提出分析報告：2017年1月16日統計粉絲專頁的粉絲(按讚者)男女比例與年齡分佈，粉絲中女性占比63%，男性占比36%，其中男、女性粉絲中以25-34歲年齡層為最大宗。以當時近一週內粉絲瀏覽流量數據而言，週一至週日平均瀏覽人次為4,744人次，整週的瀏覽量相當平均。
6. 2017年2月16日業務會議針對2017年3月臉書貼文主題「人際關係與溝通」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表6-2-5：

表 6-2-5、2017 年 3 月每週貼文規劃

週次	主題
3/1-3/4	**愛情** 有人從愛情中找到能伴隨終生的伴侶，但也有人最後由愛生恨，引發許多社會問題。既使交往到最後分手，也要懂得調適自我，期許雙方都能找到更好的伴侶。
3/5-3/11	**家庭** 家庭生活並非只依賴金錢維繫，家庭中的每一位成員才是家庭生活的核心。將「聯繫、溝通、關懷」運用在家庭中，才是創造幸福家庭生活的重要因素。
3/12-3/18	**校園** 學生在校園中學習的不僅僅是知識，同時也學習如何與人相處。如何培養良好的人際關係，不僅對未來在職場上有所幫助，更能建構一個人文關懷的社會。

表 6-2-5、2017 年 3 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
3/19-3/25	**職場** 空有專業的技能，卻不擅與人相處，將會破壞整個團隊的運作，使工作不順。學會與如何與職場上的夥伴和諧的相處，也是一門重要的課題。

7. 2017 年 3 月 31 日業務會議針對 2017 年 4 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-6：

表 6-2-6、2017 年 4 月每週貼文規劃

週次	主題
4/1-4/8	**閱讀與心理** 閱讀是一場心靈的饗宴。透過閱讀，我們得以療癒現實中疲憊的心靈；藉由閱讀，我們的思想得以昇華。在忙碌的生活中，別忘了拾起書本，來場豐富心靈的閱讀旅行。
4/9-4/15	**閱讀與個人** 作家余秋雨說：「閱讀是自己生命的擴大，為自己的人格打下寬廣的基礎。」閱讀引領我們體會不同人生的況味，開展對世界的視野與想像。
4/16-4/22	**閱讀與社會** 閱讀與社會究竟有什麼關係，是閱讀風氣改變社會，還是說閱讀的內容改變社會？抑或是社會影響著大眾的閱讀口味？回顧歷史可以發現，閱讀與社會兩者其實有密切的關連。
4/23-4/30	**閱讀與媒體** 講到閱讀，我們通常會直覺想到書本。閱讀的媒介通常是平面媒體，像是書籍、報紙、雜誌等等，但其實其他形式的媒體也可以閱讀唷！本週想要探討數位媒體對閱讀造成什麼樣的影響。

8. 3 月 31 日業務會議決議於四月份在臉書粉絲專頁推廣介紹中心文宣品與曾出版之書籍，並邀請民眾線上討論與分享閱讀心得。
9. 4 月 7 日及 4 月 10 日於專頁分享中心製作之「健康上網秘訣」宣導圖文，4 月 21 日介紹中心李明濱主任及吳佳儀副執行長合著之《解憂診療室》一書。
10. 2017 年 4 月 28 日業務會議針對 2017 年 5 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」

進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-7：

表 6-2-7、2017 年 5 月每週貼文規劃

週次	主題
5/1-5/6	**出發旅行吧!** 旅行，是日常生活中的一部份，為了不讓自己陷入每天上下班的輪迴中，漸漸變成宅男腐女，不如出發旅行去！無需大費周章的規劃行程，也無需打包很多行李，只要帶對物品，說走就走！
5/8-5/13	**內外在旅程** 旅行，是逃離，還是尋找？無論是哪一種，都讓我們藉由旅行，來探索自我生命！
5/15-5/20	**旅行中的省思** 旅行在不同地方，除了欣賞風景、接觸不同的人文風情，有什麼是可以思索的？旅行的意義在於獲得新體驗或是暫時遠離日常生活？旅途中的思考或許能幫助心靈的成長。
5/22-5/31	**旅途結束，返家** 離開，是為了回來，旅行只是一個過程，人終究要回到自己熟悉的地方。結束一段旅行後回到家，慢慢回味旅途中的經歷，化為自己再次前進的動力，重回生活的軌道。

11. 5 月 5 日業務會議針對臉書珍愛生命打氣網粉絲專頁經營方式及貼文著作權相關議題進行討論，決議日後專頁發文以中心同仁自創內容或分享中心著作為原則，降低轉載文章之頻率。轉載或分享其他電子平台之文章、圖片或影片時，則需注意作者是否註明同意轉載。若可轉載，須註明出處及作品連結。
12. 5 月 15 日專案負責人召開會議討論貼文內容規劃及分工機制。會中決議每周二、四晚上時段需發佈與當月主題有關之貼文內容，其餘時段不限；另配合讀者使用臉書的高峰時段,每日發文時間訂於週一到週五每日早上 11：30 至 12：30，及晚上 8：30 至 9：30。
13. 5 月 26 日業務會議決議於每則貼文後方加入邀請讀者按讚之標語，以提升貼文按讚人數。
14. 2017 年 6 月 2 日業務會議針對 2017 年 6 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-8：

表 6-2-8、2017 年 6 月每週貼文規劃

週次	主題
6/1-6/10	**各年齡層的生涯規劃小撇步** 不同的高度有不同的視野，本週將分享在人生的不同階段，該如何發揮自身優勢，活的自在精采！
6/12-6/17	**關鍵一刻的身心調適** 重要決策時刻、工作排山倒海而來、焦頭又爛額，此時該怎麼和自己最真實的情緒共處，在夾縫中如何找到快樂的那道光，是人生必修的課業。
6/19-6/24	**人算不如天算，時時保有彈性的心境** 往往一切準備就緒，卻發生意料外的插曲，挫折來敲門時，心境的轉化往往是關鍵，保持信心，才能脫穎而出。
6/26-6/30	**扭轉一生，關照自己也守護他人** 人生高低起伏，隨時關注自己的情緒之餘，對身邊的親友多一些關懷，多一句問候，我們都能拉別人一把。

針對第一週主題，中心長官建議可針對青少年自殺防治(包含畢業後面臨生涯規劃及進入職場之壓力問題)、中年失業及老年人退休等議題進行宣導。

15. 2017 年 6 月 30 日業務會議針對 2017 年 7 月臉書貼文主題「電影與人生」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-9：

表 6-2-9、2017 年 7 月每週貼文規劃

週次	主題
7/1-7/8	**電影與心理健康** 每部電影都有它想要傳達的意念與故事，藉由電影傳達心理健康的觀念給民眾。當電影藝術和心理學相遇，人性內心的陰暗、脆弱、至真至純通通一覽無遺。
7/10-7/15	**電影與人生意義** 每部電影的角色都有他們獨特的故事，藉由融入電影情節反思自我的價值。
7/17-7/22	**電影與社會議題** 電影不僅是虛構於人們的創意，也是依託著時代的文化脈絡而生，兩者是彼此互相影響，讓我們從電影的不同視角，來檢視現今社會上未受我們注意到的角落吧!

表 6-2-9、2017 年 7 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
7/24-7/31	**從電影談起生命的啟發** 電影是現代人休閒的重要組成，每部電影都有它想要傳達的意念與故事，在看電影時我們不僅在接收，同時在進行的是交流，藉由投入電影角色，兩段生命故事在彼此激盪，藉由激盪而出的獨特視角為我們的生命帶來啟發。

16. 2017 年 7 月 28 日業務會議針對 2017 年 8 月臉書貼文主題「媒體、科技與社會」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-10：

表 6-2-10、2017 年 8 月每週貼文規劃

週次	主題
8/1-8/6	**近年媒體與科技發展** 人類科技發展日新月異，資訊傳遞之管道多元創新，民眾接收資訊之速度也越來越即時，在方便的過程，卻也看見人們情緒上，因此出現不同的負面影響因子。本周探討近年媒體與科技之創新發展，對閱聽者心靈健康適應狀況。
8/7-8/13	**媒體與科技對台灣社會之影響** 隨著媒體與科技發展快速，台灣民眾可自由選擇資訊來源，每日所觸及之資訊也更勝以往。因此對於自殺新聞報導內容，媒體更需謹慎規劃，本周粉絲頁面將教導民眾如何安全選擇媒體新聞。
8/14-8/20	**媒體與科技對國際社會之影響** 放眼國際社會，媒體與科技都在資訊傳播上扮演重要角色，進而對社會帶來不同現象。本周帶領讀者從國際社會角度觀看不同國家在面對重大、名人自殺新聞事件如何面對與因應，避免民眾心理健康遭受影響。
8/21-8/31	**近代媒體與科技對社會之反思** 回顧媒體與科技對台灣及國際社會之影響，如何在資訊洪流中選擇正確且有效之資訊，避免影響心靈健康，成為有判斷力之閱聽人。

17. 2017 年 8 月 25 日業務會議針對 2017 年 9 月臉書貼文主題「世界自殺防治日」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-11：

表 6-2-11、2017 年 9 月每週貼文規劃

週次	**主題**
9/1-9/8	**關鍵一刻，扭轉一生** 每個人都有遭逢不幸的時候，然而有些人因此以自殺作為人生的終點，倘若我們能花點時間關心他們，或許人生的旅程也會有所不同。

表 6-2-11、2017 年 9 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
9/11-9/15	**關鍵一刻，同理心傾聽** 有嚴重自殺意念的人需要的往往不是人生的解答,而是以同理心傾聽並關懷，便能化解當下的危機。如何同理心傾聽是相當重要，這週將分享傾聽的技巧，讓粉絲們都能成為一個好的傾聽者。
9/18-9/22	**善用資源，扭轉一生** 我們身邊有許多資源能幫助想自殺的人,藉由資源的發掘及串聯，及時網住每條寶貴的生命、網住每個悲憾的發生；善用資源，拉住每條懸崖邊的生命。
9/25-9/29	**邀請你我一同加入守門人行列** 守門人扮演著「傾聽、關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候察覺到他所發出的警訊，並透過 1 問 2 應 3 轉介技巧，守住你我身邊的人。

18. 9 月 22 日業務會議針對台大通識課「心理健康促進與自殺防治」學生推廣珍愛生命打氣網粉絲專頁宣導案，提請討論，決議將粉絲專頁之介紹、QR CODE 及搜尋名稱並附上歡迎加入等字樣製作成宣導簡報，提供楊珞庭同學於通識課程協助推廣。
19. 2017 年 9 月 29 日業務會議針對 2017 年 10 月臉書貼文主題「長者關懷」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-12：

表 6-2-12、2017 年 10 月每週貼文規劃

週次	主題
10/2-10/6	**月圓人團圓，溫馨送暖** 本週適逢中秋佳節，是家人團聚的時刻，針對獨居長者，給予適切關懷、協助及陪伴，照顧長者的身體，關懷他們的心理健康，讓長者感受到「家」的溫暖，知道自己並不孤單。
10/9-10/13	**長者與心理健康** 介紹長者生理機能退化、心理功能老化方面的相關資訊，如失智症、憂鬱症、焦慮等，以喚醒社會大眾更加重視長者的生心理健康以及摒除對長者的年齡歧視,營造一個成功老化的環境。

10/16-10/20	**照顧者與心理健康** 長者生心健康問題固然重要，但也不能忽略照顧者的壓力。新聞中偶有照顧者因長期照護及經濟上的壓力，與長者一同自盡的社會事件，因此，本週將帶大家認識照顧者的心理狀態及其可能承受的壓力，提供及發掘可運用的資源，如喘息服務、社福機構提供協談與照顧技巧諮詢、經濟補助、親友的支持、輔具租借等，挽回可能失去寶貴親人的遺憾。
10/23-10/31	**寒冬送暖，關懷長者** 十月底接近冬天的到來，有些低收入戶、獨居長者面臨物資匱乏的情形。藉由舉辦社區聚餐、表演、送餐服務及送保暖物質讓長者感到溫暖，以及傳遞長者照護需知、居家安全需知等，以「傾聽、關懷、支持」的方式使人人都能成為「守門人」的角色。

20. 9 月 29 日業務會議針對臉書珍愛生命打氣網粉絲專頁宣傳，進行討論，決議請秘書長於門診協助宣傳以及請同仁將粉絲專頁推薦給親朋好友。

21. 2017 年 10 月 20 日業務會議針對 2017 年 11 月臉書貼文主題「壓力管理」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-13：

表 6-2-13、2017 年 11 月每週貼文規劃

日期	主題
11/1-11/11	**職場壓力停看聽** 職場是人最大的壓力來源，壓力源不僅是手邊的工作，與主管和同仁溝通相處也是壓力，下了班也可能被奪命連環 call，弄得自己身心俱疲。如何面對職場壓力，可以決定一個人的身心是否健康。
11/12-11/18	**家庭關係與壓力調適** 家家有本難念的經，家庭的壓力若處理不慎，可能造成一個家庭破碎。如何幫助家人面對壓力，或是面對家人給予的壓力，可說是決定一家是否幸福的關鍵。
11/19-11/25	**校園生活壓力因應** 學生在校園要面對的事情不僅只有課業壓力，還有未來的人生規劃，與同儕相處也是重要的課題。本週將探討校園壓力，協助每一位求學的學生面對壓力。
11/26-11/31	**壓力舒緩小妙招** 無論一個人能力再強，抗壓性再好，仍然有可能被壓力壓垮。適當地紓緩壓力，必要時向外求助，讓自己隨時保持最佳狀態，才能面對未來每一個挑戰。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至 2017 年 10 月之統計如下：

(1) 至 2017 年 10 月 31 日止，按讚粉絲人數共有 6,585 人，每月趨勢分析見表 6-2-14。

表 6-2-14、2017 一月至十月趨勢分析表

月份	貼文篇數	按讚人數	公開分享及留言人數	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	49	351	79	31,784	7.2	1.6	648.7	6130
2	44	458	71	43,579	10.4	1.6	990.4	6212
3	50	330	53	35,772	6.6	1.1	715.4	6231
4	40	234	46	32,699	5.9	1.2	817.5	6247
5	41	423	69	39,392	10.3	1.7	960.8	6267
6	41	396	88	44,916	9.6	4.5	1095.5	6287
7	43	426	59	40,336	9.9	1.4	938	6311
8	50	364	70	48,573	7.28	1.4	971.5	6503
9	47	458	75	34,180	9.74	2	727	6562
10	47	364	56	57,476	7.75	1.2	1222.9	6578
共	405	3804	666	408,707	84.7	17.7	9088	63328

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 (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，內容如圖 6-2-1。



圖 6-2-1、facebook 自殺防治頁面

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 6-2-2：

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 6-2-2、facebook 舉報關懷機制

3）線上關懷有自殺意念之網友

除 facebook 舉報關懷機制外，中心亦會不定期收到民眾來信反應其親友在 facebook 上發表有自殺意念之動態，請求中心協助關懷。針對此類個案，中心會以珍愛生命打氣網之帳號傳訊息給欲自殺之個案，提供關懷以及可利用之心理衛生醫療資源。

2. 結論

從 2010 年設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過六年多的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導珍愛生命理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。

整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，每則貼文平均約有 900 以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達 57,476 人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

就不同貼文類型而言，2017 年最受歡迎的類型為「衛教宣導」以及「溫馨小品」。其中，衛教宣導著重於增進民眾對精神疾病之認識、促進精神疾病去汙名化與提供患者相關求助資源。從民眾對相關內容的熱烈迴響看來，

民眾對於精神疾病之介紹與相關處遇方式普遍有興趣了解，中心將持續發表衛教宣導相關貼文，以增進大眾對精神疾病之認識。

此外，中心亦會同時強化專頁的曝光度，並參考其他專頁經營模式，擬定有效增加人氣之經營策略。期盼藉由此平台的運作，持續推廣中心理念與價值，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。

未來，仍然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；邀請擁有極多數粉絲群之名人與長官，共同推薦珍愛生命打氣網，增加粉絲人數及觸及率，強力推廣自殺防治理念。

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 2016 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) 持續運用雲端各種免費軟體與平臺，協助活動業務之推展，提升網站附加功能，包括：使用 JotForm 平臺及 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。

4) 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。

5) 持續結合臉書(facebook)「珍愛生命打氣粉絲團」，共同發布相關訊息，強化宣導程度。

6) 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，成立「自殺防治 e 學院」，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、JotForm 平臺、Google Analytics、Issuu 電子書平臺，facebook 及 YouTube 社群網絡平臺。

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：

(1) 陸續增修「人員簡介」、「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「心情溫度計專區」、「微電影專區」、「心理健康知能衛教專區」、「媒體報導專區」、「網路使用與身心健康專區」、「健康使用網路小訣竅」、「徵件活動得獎作品回顧」、「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) 1 月上傳自殺防治網通訊-第十一卷第四期。

(2) 5 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第一期。

(3) 9 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第二期。

(4) 11 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第三期。

4) 網站資訊安全維護：

(1) 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. 運用雲端免費軟體提升網站附加功能：

1) 使用 Google 雲端硬碟及 JotForm 平臺建立相關活動資料：

(1) 2017 年自殺防治日徵文活動線上報名。

(2) 2017 年自殺防治年中討論會線上報名。

(3) 2017 年自殺防治年中討論會-會後滿意度調查。

(4) 每日網路新聞線上建檔及編碼。

(5) 不定期「珍愛生命數位學習網─課後評估表」資料回饋。

(6) 不定期「「珍愛生命義工志願服務報名表」資料回饋。

(7) 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 2017 年 11 月 26 日)

1) 網站流量統計：全年度訪客總數為 30,235 人次，網頁總瀏覽數為 43,825 頁。2013 年 7 月至 2017 年 11 月累計總參觀次數為 159,642 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 25 則消息。

3) 網站電子報目前累積訂閱人數為 8,276 人，全年度共寄發 10 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 7 次，總計收集 3,209 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 67 件；其中自我求助的共 25 件，為他人求助共 41 件，其它單位轉介共 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訪率，進而促進珍愛生命理念更廣泛之宣導。

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，實體課程中介紹到心情溫度計時，則邀請學員下載並善用 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。

7)Android 系統 APP 因後台管理介面尚未建置，因而無法匯整使用者檢測資料，且電子書及心衛資源亦無法即時增修，因此邀請相關專家共同商討。

8)為活化 APP 功能，鼓勵使用者透過 APP 定期施測心情溫度計，特別規劃

「檢測提醒小鬧鐘」，透過設定主動提醒使用者定期量測，做好情緒管理。

9) 為提升心情溫度計的活潑度，邀集顧問專家，繪製漫畫版心情溫度計，以利後續應用於教育宣導或 APP 未來規劃。

10) iOS 系統心情溫度計之檢測題目頁面，因缺少檢測說明，因此委請廠商協助修正頁面文字。另針對未來 APP 創新功能，邀集顧問專家進行討論。

11) 提供衛生福利部心情溫度計內容及 APP QR code，以利後續推廣之應用。

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，由衛生福利部發函，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。未來亦將針對其它人口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 6-4-1)，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。



圖 6-4-1、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，由廠商完成修正。
9) 2017 年 6 月召開「心情溫度計 APP 討論會議」，邀請吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android 版本程式設計者游佳蓉小姐，針對心情溫度計 APP 未來功能增修進行討論。並於會後開始著手相關功能之製作。
10) 2017 年 11 月由炘業科技規劃 iOS 系統 APP 之頁面修正。另外邀集校園製作 APP 相關科系專家，針對未來發展進行初步討論。
11) Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之程式及頁面設計，如表 6-4-2。累計至 11 月 25 日，APP 累積安裝之總人數 7,509 人。
12) iOS 系統心情溫度計應用程式(APP)相關圖標如表 6-4-2。累計至 11 月 25 日，已註冊 3,439 個會員帳號，累計已有 5,053 筆檢測記錄。民眾檢測結果依區間及性別分析如表 6-4-1。

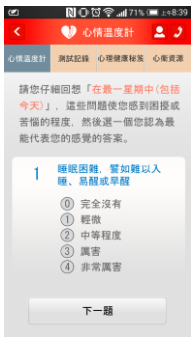
表 6-4-1、iOS 版本 APP 民眾檢測結果分析

區間	男性		女性		總人次
	人數	百分比	人數	百分比	
0-5 分	713	38.8	1125	61.2	1838
6-9 分	357	30.4	816	69.6	1173
10-14 分	380	32.3	795	67.7	1175
15-20 分	295	34	572	66	867
總計	1745	34.5	3308	65.5	5053

表 6-4-2、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		

表 6-4-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面(續)

(3) 首頁選單		
(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) 目前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，未來將結合各項美編或創新功能，正式對外公開宣導心情溫度計 APP。

2) 建議與改善：

(1) 除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，並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。

大型宣導活動之
世界自殺防治日系列及相關活動

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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,將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day),呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性,推動自殺去污名化、澄清自殺相關迷思,並且宣導「自殺是可以預防的」的觀念。

歷年來,本中心所舉辦之世界自殺防治系列活動中央政府首長皆共同共襄盛舉,各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表皆共同與會,並邀請媒體朋友一起共襄盛舉,散布自殺防治之正確概念。一同關懷世界自殺防治,響應人人皆為珍愛守門人之理念。

2017 年世界自殺防治日之主題為「關鍵一刻,扭轉一生(Take a minute, change a life.)。本主題與守門人精神不謀而合,強調每個人多一分關心、陪伴,多多注意身邊的人之身心狀況,提供正確的資源進行協助,或許就能網住每一個可能消逝的生命。本中心響應世界自殺防治日與國際接軌,歷年來皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動,持續規劃一系列宣導活動,喚起大家對於自殺防治議題的關心,並呼應今年度世界自殺防治日主題「關鍵一刻,扭轉一生」,在 9 月 10 日,加入其他在世界各地以自殺防治為目標而努力的人們,聯繫周遭所關心的親友,展開一段關懷的對話,瞭解他們的近況,並探討如何讓社區、國家、甚至是國際間的自殺防治網網相連。

2. 方案目的與目標

1) 藉由舉辦一系列相關活動,讓民眾能於活動參與的過程中,認識世界自殺防治日之意義,並重視自殺防治的重要性,因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、各級學校,辦理各式大型自殺防治宣導活動,促進民眾心理衛生之觀念,喚起社會大眾關心自殺防治議題。
3) 本年度「世界自殺防治日」記者會,預計將於 2017 年 9 月 3 日於臺大國際會議中心會議室辦理,誠如歷年記者會,預計邀請中央政府單位總統與副總統以及衛生福利部與各地方機關代表,民間單位一同共襄盛舉。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 日出健走 Walk in Hope Taipei
   (1) 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。
   (2) 提供相關文宣品、心情溫度計單張等協助宣傳。
   (3) 於 5 月 7 日於虎山舉辦「日出健走 Walk in Hope Taipei」活動。
2) 世界自殺防治日系列活動
   (1) 召開內部會議規劃世界自殺防治日系列活動。
   (2) 召開世界自殺防治日系列活動籌備會議，並依其提供建議修改活動規劃。
   (3) 依規劃期程辦理活動，於常規會議研議細部及日期，並透過各種管道發布消息。
   (4) 與相關合作單位共同辦理世界自殺防治日系列活動。
3) 2017 年台灣全國健康論壇─感動、行動、全面推動：SDGs 實踐
   (1) 針對今年心理健康及護理專題「心理及口腔健康：自殺防治之挑戰與轉機」推薦演講者。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：民間組織「活出希望 Live in Hope」、各縣市政府衛生局、各縣市政府教育局(處)、珍愛生命打氣網、網路媒體、各大網路討論區(批踢踢、獎金獵人)、中華民國自行車騎士協會。
2) 資源連結內容與形式：發布消息、新聞消息報導、活動支援。

三、 過程(Process)

1. 活出希望 Live in Hope Taipei

1) 與合辦單位「活出希望 Live in Hope」負責人 Dean Brownless 確認活動時間以及相關事宜，並提供中心文宣品，活動簡章詳見附件 6.5.1。

2. 世界自殺防治日

1) 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，含溫馨小故事徵文、單車繞世界、記者會等系列活動。
2) 5 月 12 日於業務會議上提出討論，並於通過後執行，詳見表 6-5-1。

表 6-5-1、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「關鍵一刻，扭轉一生」為主題，以溫馨小故事徵文的方式，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	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。	8 月至 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。	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 3 日

3)5 月 12 日於業務會議中，討論徵件活動型式。

4)5 月 19 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. 世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動

1)5 月 19 日於業務會議中，討論徵件活動形式。

2)6 月 9 日公告「關鍵一刻，扭轉一生」2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳，詳件附件 6.5.2。

(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、廣告平臺、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)7 月 28 日截止收件並彙整所有投稿作品。8 月 7 日至 8 月 24 日於珍愛生命打氣網粉絲專頁中，進行徵件活動人氣獎按讚投票活動。8 月 25 日統計票數選出人氣獎 2 名。

4)8 月 1 日先行選出前 20 名參賽作品，並於 8 月 16 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 25 日於粉絲專頁及中心官方網站公布得獎名單，並邀請得獎者出席 2017 年世界自殺防治日記者會。

6)9 月 3 日世界自殺防治日記者會共有 3 名參賽者出席領獎，分別為人氣獎及兩名佳作得獎者。

4. 單車繞世界活動

1)7 月至 8 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)7 月 28 日於業務會議中提案，討論國際自殺防治協會(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)8 月 24 日與中華民國自行車騎士協會施小姐洽談合作事宜，決議與其共同舉辦「單車繞世界」單車活動兩場次，分別為 9 月 9 日(六)北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊與 9 月 16 日(六)Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列。

4)8 月底完成「單車繞世界」活動簡章，9 月初開始宣傳國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」活動，針對腳踏車騎士於中心網站、中心電子報及 facebook 珍愛生命打氣網進行宣傳，活動簡章詳見附件 6.5.3。

5. 國際連結

1)3 月底 IASP 已公布 2017 年世界自殺防治日主題為「Take a minute, change a life」並提供相關解釋文宣給中心。本中心已於 5 月將解釋文宣翻譯完成，且決定標語翻譯為「關鍵一刻，扭轉一生」，並回寄給 IASP，同時在各大場合廣為宣傳。

2)2017 年臺灣全球健康論壇─感動、行動、全面推動：SDGs 實踐

(1) 全國自殺防治中心李明濱擔任研討會主持人。

(2) 推薦講者為美國羅徹斯特大學醫學與牙科學院精神醫學部主任 Dr. Caine、英國布里斯托大學醫學與牙科學院社會及社區醫療學系流行病學教授 Prof. Gunnell 與全國自殺防治中心廖士程執行長。

6. 世界自殺防治日記者會

1) 召開世界自殺防治日記者會內部籌備會議

(1) 4 月 28 日討論世界自殺防治日活動方向及內容，通過後執行，依時序辦理世界自殺防治日記者會活動。

(2) 5 月 12 日決議以「關鍵一刻，扭轉一生」作為 2017 年世界自殺防治日之主題。

(3) 7 月 14 日討論專家籌備會議議程、記者會活動流程、主持人、邀請名單，及相關禮品等。

2) 召開世界自殺防治日專家籌備會議

(1) 7 月 21 日邀請顧問專家共同參與討論記者會聚焦儀式、當天活動細節及人力配置事宜。

(2) 8 月 11 日邀請顧問專家共同參與，決議聚焦儀式最終形式。

3) 寄送邀請函

(1) 本年度世界自殺防治日記者會共寄發 470 封邀請函(含電子郵件、公文、

紙本邀請函)，包含各部會首長、社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、學協會、醫師公會、生命線協會、憂鬱症防治聯盟、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

4)衛福部部長拜會

(1) 8 月 15 日至衛福部拜會陳時中部長，討論世界自殺防治日記者會與自殺防治相關議題，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、王文德資深顧問、陳俊鶯資深顧問代表出席，另有台大醫院精神科吳建昌主任一同前往。

5)發布會前新聞稿

(1) 中心於 9 月 1 日發布世界自殺防治日記者會會前新聞稿。

(2) 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」。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心有幸承辦衛生福利部之「2017 世界自殺防治日記者會」，本年度主題為「關鍵一刻，扭轉一生」(Take a minute, change a life)。本記者會除了與國際接軌，也結合國內心理衛生團體，假台大醫院國際會議中心 301 會議室舉行，呼籲社會大眾，自殺防治在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生。而只有喚起全民對自殺議題的重視，同時持續推廣自殺相關知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

台灣自殺防治學會理事長龍佛衛表示，為呼應今年世界自殺防治日之主題，學會除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，也舉辦「溫馨小故事徵文活動」，邀請民眾透過文字一同分享如何在關鍵一刻，扭轉一個人的人生。並同時響應 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。

關鍵一刻，扭轉一生

自殺是全球性的問題，根據世界衛生組織（WHO）的資料，全球每年有 80 萬以上的人死於自殺，還有更多的人企圖自殺，每年有數以百萬計的人經歷自殺帶來的喪親之痛或受此影響。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。政府於 94 年成立全國自殺防治中心推動全國自殺防治，將邁入第十三年。在政府與民間合作下，台灣的自殺死亡率自 96 年來逐漸下降，並於 99 年首度退出國人十大死因，近七年都維持在十大死因排名之

外。2016 年自殺死亡率為每十萬人口 16.0 人(男性 21.8 人、女性 10.2 人)，與 104 年(15.7 人)相較之下仍上升 1.9%，因此仍須政府政策之大力支持與全民的努力。

年度電話調查 「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」

全國自殺防治中心李明濱主任表示，2017 年「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，總計共 2098 人。結果顯示，雖 6 成 2 民眾認為台灣自殺問題嚴重，但此想法已逐年減少；6.7%民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺念頭，為歷年調查新低。而「認為自己對自殺防治可以幫上忙」的民眾有高達 59.2%；但是仍有 56.9%民眾認為「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」、62.3%民眾也抱持著「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，顯示 6.5%國人有情緒困擾(約 153.1 萬人)，其中高達 41.3%「曾認真想自殺」、15.9%「近一年曾認真想自殺」、8.1%「近一個月曾認真想自殺」、11.4%「現在會想著未來要自殺」、10.9%「曾有自殺行為」、2.1%「近一年曾有自殺行為」。另外，有自殺想法民眾當下僅 17.3%會尋求協助，其中以求助「親朋好友」居多(9.1%)，其次是「心理諮商輔導專線或機構」(4.0%)。民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有 53.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，34.5%會轉移話題。雖多數民眾自認對自殺防治幫得上忙，可惜仍有些許民眾不清楚自殺防治相關資源，建議善用電視或網路媒體加強宣傳與「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。

針對自殺防治資訊的接觸，民眾的來源以「電視」(29.3%)為主，其次為「網路」(20.8%)、「報紙」(9.0%)。而 15-24 歲、專業人員及學生主要從網路得知，其他屬性民眾則主要從電視得知。歷年調查顯示，「電視」一直是民眾資訊主要管道，而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。今年也針對民眾是否曾因為媒體報導的影響而導致自殺行為，調查結果顯示，曾有過自殺行為的民眾(約 2.4%)有 1.7%表示曾受到媒體報導的影響而導致自殺行為。

綜合以上發現，民眾覺得自殺嚴重性有逐年降低的趨勢，多項資訊顯示近幾年的自殺防治推動是有成效的，然自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因而掉以輕心。

媒體報導與自殺防治

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，以協助其正確報導自殺相關新聞。

全國自殺防治中心廖士程執行長表示,根據中心分析 2016 年平面報紙自殺相關新聞(共 378 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(30.7%)」及「不要簡化自殺原因(48.1%)」與「不要報導自殺方式的細節(52.1%)」較易被忽略。而「六要」原則中「與醫療衛生專家密切討論(18.5%)」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(41.3%)」與「凸顯不用自殺的其他解決方法(65.9%)」則較不易在新聞內容中提及。另外，2017 年網路新聞近三個月的自殺相關新聞(共 810 篇),「六不」原則中也是以「不要刊登出照片或自殺遺書(31.5%)」及「不要簡化自殺原因(36.3%)」較易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(5.1%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(20.6%)」與「與醫療衛生專家密切討論(32.5%)」則不易在新聞內容中提及。建議媒體報導重點要聚焦在教育民眾，例如憂鬱症的治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病的去汙名化。該如何在記者職責與報導中取得平衡，以更中立與可靠的方式報導新聞，是所有媒體從業人員重要之課題。

最後，呼應今年度「關鍵一刻，扭轉一生」主題，李明濱主任再次呼籲在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生，對發出自殺警訊的人伸出援手，發揮 1 問 2 應 3 轉介，人人都可以成為珍愛生命守門人。

6) 發布世界自殺防治日系列活動成果，詳見附件 6.5.4。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 日出健走 Walk in Hope Taipei

(1) 總計約 40 人參與，透過此活動讓大家更正視以及面對心理的相關問題，並於會後於中心網站發佈活動消息。

2) 世界自殺防治日系列活動會議

(1) 內部會議：共計 3 場次。

(2) 專家會議：共計 2 場次。

3) 世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動

(1) 寄發電子郵件、公告訊息、公文等，共約 8317 封。

(2) 活動宣傳露出：網路露出總計 60 則，寄發電子郵件給各個民間團體及義工總計約 8272 封。

(3) 作品收件截止後，共有 157 人網路報名，共收到 158 件作品，其中 124 件作品符合參賽資格，得獎作品共 10 件。

(4) 2017 世界自殺防治日 facebook 人氣票選活動，20 件參賽作品共有 1447 個按讚數，其中第一名票數為 459 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，得獎作品詳見附件 6.5.5。

4) 單車繞世界活動

(1) 單車繞世界宣傳露出結果：中心網站 2 則，珍愛生命打氣網粉絲專頁露出 2 則以及寄發電子郵件總計 584 封。

(2) 單車繞世界活動，中心協助中華民國自行車騎士協會舉辦 2 場活動：

a. 9 月 9 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與推廣心情溫度計，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 337 人參加。騎完全程後，有 46 位民眾現場主動至中心活動攤位填寫活動里程資料，里程數共 11262.58 公里。

b. 9 月 16 日「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」：中心同仁於台灣鹽博物館廣場設立宣傳攤位，並宣揚珍愛生命理念與推廣心情溫度計，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。除了各縣市單車社團外，也有全家人及小學生群組一同參與，挑戰此次 36 公里與 64 公里路程，共有 436 人參加。騎完全程後，有 82 位民眾現場主動至中心活動攤位填寫活動里程資料，里程數共 23020 公里。

(3) 單車繞世界活動共計有 786 人參加，總里程數共 34282.58 公里，分別於 9 月 15 日與 9 月 18 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。

(4) 全球截至 9 月 20 日總計里程數為 301,839 公里，參與活動共有 41 個國家，前三名各為愛爾蘭 121,615.9 公里、英國 73,019.27 公里、臺灣 34,282.58 公里。

5) 世界自殺防治日記者會

全台關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業、學協會等代表

一同出席當日的記者會，衛福部陳時中部長親自蒞臨，並偕李明濱主任、龍佛衛理事長、衛福部心口司謎立中司長、前司法院賴浩敏院長、吳玉琴立委、林靜儀立委、衛福部心口司詹金月科長與廖士程執行長分別旋轉代表「關鍵一刻，扭轉一生」的向日葵。同時在會中發表心理健康網、跨部會自殺防治會報、巴拉刈農藥等重要議題，呼籲社會大眾關心他人由自身做起，讓台灣這個社會更溫暖。

(1) 當日出席人數共約 200 人

a. 與會貴賓共 51 人，詳見表 6-5-2

b. 出席媒體共 10 間，電視媒體 2 間、平面與網路媒體 8 間，分別為大愛電視台、客家電視台、聯合報、中國時報、蘋果日報、數位網路報、台灣醒報、台灣新生報、中央社新聞網、中華日報。

(2) 宣導文宣發出：提袋 61 個、世界自殺防治日大會手冊 61 份。

(3) 媒體露出：新聞露出網路共 11 則，詳見表 6-5-3。

(4) 記者會之活動影片可至 Youtube 的全國自殺防治中心「自殺防治 e 學院」中收看。

表 6-5-2、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
	林靜儀	委員
司法院	賴浩敏	前院長
衛生福利部	陳時中	部長
衛生福利部 心口司	謎立中	司長
	詹金月	科長
新北市衛生局	杜仲傑	科長
基隆市衛生局	王瑛蘭	科長
宜蘭縣衛生局	游淑靜	科長
桃園市衛生局	陳小燕	科長
新竹縣衛生局	余福信	科長
南投縣衛生局	黃昭郎	局長
	陳淑怡	科長
屏東縣衛生局	李佳芳	局長
	周宗賢	科長
台南市衛生局	陳怡	局長
金門縣衛生局	李金治	副局長
國際生命線台灣總會	何振宇	理長

單位名稱	姓名	職稱
新北市生命線協會	江惠貞	理事長
中華心理衛生協會	張菊惠	副理事長
急重症護理學會	陳麗琴	理事長
家庭照顧總會	陳景寧	秘書長
臨床心理師公會全聯會	謝玲玉	秘書長
醫師公會全聯會	周慶明	常務理事
台北市醫師公會	王三郎	常務理事
雲林縣醫師公會	夏保介	常務監事
藥師公會全聯會	古博仁	理事長
台北市藥師公會	張文靜	常務理事
學名藥協會	王南勛	藥師
台北市西藥代理商業同業公會	張躍霖	會務主委
台灣精神醫學會	張家銘	秘書長
台灣臨床心理學會	劉彥君	副秘書長
台灣護理學會	王桂芸	理事長
	陳淑芬	秘書長
台灣老年精神醫學會	梁珪瑜	秘書長
臺灣家庭醫學學會	李汝禮	秘書長
衛生福利部八里、桃園療養院	李新民	院長
衛生福利部嘉南療養院	鄭靜明	院長
生活調適愛心會	吳章安	理事
董氏基金會	葉雅馨	主任
台灣失落關懷與諮商協會	方俊凱	理事長
台灣心靈健康資訊協會	黃世琤	監事
台灣憂鬱症防治聯盟	廖士程	理事長
台北市敦安社會福利基金會	楊聰財	執行長
台灣自殺防治學會	鄭宇明	秘書長
	陳碧霞	監事
全國自殺防治中心	吳佳儀	副執行長
	王文德	資深顧問
1111 人力銀行	何啟聖	副總經理
三花棉業	施純鎰	董事長
	洪德任	副總經理

表 6-5-3、新聞露出總整理

露出平台	標題
青年日報	1 問 2 應 3 轉介 防自殺伸援手
臺灣醒報	41.3%曾想自殺 防治難題卡在社工
	126 訪視員看顧近 3 萬人… 自殺防治難推
聯合新聞網	全台訪視員竟僅 126 人 自殺防治「跛腳」
	男人真苦！男性自殺死亡數是女性 2 到 3 倍
ETtoday 健康雲	台灣逾 150 萬人有情緒困擾　調查：四成曾認真想過自殺
中央社	打破迷思 訴說自殺意念不是發洩
大紀元	全台約 153 萬人 有情緒問題
蘋果日報	男人有苦難言 自殺死亡男比女多 1 倍
自由時報	男性壓力大 自殺死亡比女多 1 倍
中國時報	壓力大！8 成自殺者為中壯年 男是女 2 倍

(5) 世界自殺防治日全台串連，彙整內容詳列如下：

a. 台中市舉辦「幸福人生、由心做起」心理健康月活動，藉由 SMILE 意象，鼓勵市民，從生活中關心自己與他人的身心健康。

b. 台北市舉辦「M&M 音樂會暨紓壓樂活市集」，以「過、關、斬、將」四字口訣，協助暫處生命低潮的民眾渡過難關。

c. 台南市在心理健康月舉辦一系列活動，例如「大手牽小手，身心健康齊步走」園遊會及互動性與知識性有獎徵答闖關活動等。

d. 苗栗縣舉辦「「網結同心，向自殺 say goodbye」活動，邀請所有鄉親成為自殺防治安全網，協助徬徨無助的生命，幫助身邊需要關懷的朋友。

e. 桃園市舉辦記者會，邀請員警分享救援經驗，呼籲大家關懷彼此，珍愛生命。

f. 高雄市在心理健康月舉辦記者會，同時宣布今年「食米飯拜田頭」感恩微電影徵選比賽正式起跑。

g. 新竹市舉辦「世界自殺防治日—愛沒有距離」活動記者會，透過明信片寫下一句簡單真摯的關懷，用小小溫馨舉動，帶給他人正面能量，一起做自殺防治守門人。

6)2017 年臺灣全球健康論壇—感動、行動、全面推動：SDGs 實踐

(1) 10 月 22 日、23 日在財團法人張榮發基金會國際會議中心舉辦，主題為「感動、行動、全面推動：SDGs 實踐」，與會人員來自全球重要醫療衛生組織領導者與各國衛生部部次長與代表、醫衛官員及專家共 35 國 76

位外賓，總與會人數約 1,010 人。

(2) 心理健康及護理專題「心理及口腔健康：自殺防治之挑戰與轉機」演講者與主題如下：

a.「自殺防治：挑戰與轉機」由美國羅徹斯特大學醫學與牙科學院精神醫學部主任 Dr. Caine 主講，著重在探討如何建構一個全面性且具整合效用的自殺防治策略。

b.「農藥自殺：自殺防治重點」由英國布里斯托大學醫學與牙科學院社會及社區醫療學系流行病學教授 Prof. Gunnell 主講，聚焦在劇毒農藥管制策略在各個國家的研究成果。

c.「臺灣自殺防治策略：全國自殺防治中心之角色」由全國自殺防治中心廖士程執行長主講，發表台灣歷年自殺防治策略施行的成果。

2. 結論

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心多年來致力與國際接軌，為響應世界自殺防治日，每年都會舉辦相關的系列活動，從日出健走、以今年「關鍵一刻，扭轉一生」為主題的溫馨小故事徵文、單車繞世界、世界自殺防治日記者會等等，期望能藉此喚起全民對自殺議題的重視，挽救更多寶貴的生命。另外今年也透過「臺灣全球健康論壇」分享台灣的自殺防治策略跟行動，還有現在的結果，同時瞭解美國、英國等相關的經驗。

五、 附件

附件 6.5.1「日出健走 Walk In Hope Taipei」活動簡章

附件 6.5.2「關鍵一刻，扭轉一生」2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動簡章

附件 6.5.3 「單車繞世界」活動簡章

附件 6.5.4　2017 世界自殺防治日系列活動成果

附件 6.5.5　2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動得獎作品

2017 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，各相關單位之資源投入與協助配合是非常重要的。本次年中討論會以燒炭自殺為例，讓各縣市衛生局瞭解全國自殺防治最新數據與關懷訪視之現況，且透過討論與交流的方式，針對特定議題進行探討，包含自殺通報、工作規範、各縣市因地制宜的因應方法等議題，盼能啟發創新思考以凝聚共識，藉此機會提升與強化各地之自殺防治策略與措施。本中心於 2017 年 6 月 30 日辦理「2017 年度自殺防治年中討論會」。會中邀請衛生福利部、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。

本次會議採世界咖啡館模式進行，係因世界咖啡館是一種顛覆傳統會議當中「坐而言」然後再「起而行」的團體討論方式，可以帶動同步對話、反思問題、分享共同知識、甚至找到新的行動契機，從匯談過程中構成反思和行動的循環。世界咖啡館由華妮塔．布朗(Juanita Brown)、大衛．伊薩克(David Isaacs)所發展，匯談進行的方式可以 12-15 人為單位進行對談，並採取肯定式探尋法(Appreciative Inquiry)規劃多個回合的議題討論，鼓勵參與者在每回合中分享個人見地、積極聆聽，逐漸在對談小組當中探索多元觀點背後的模式與深層問題，成為一個智慧匯集的平台。在對談回合的後半部分，更引導參與者從集體智慧當中形構出集體行動方案。

2. 業務或方案的目的與目標

提供最新數據及現況，透過腦力激盪，讓各縣市衛生局藉此提出豐富而多元的觀點，進行實務經驗交流，為自殺防治注入新的思維，進而研修自殺關懷訪視作業之相關規範，強化防治之具體作法及成效，使自殺防治網絡更為綿密，期使自殺防治工作能發揮最大功效。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)擇定特定議題，規劃討論會議程及進行方式。

2) 討論會內容函報衛生福利部核備。
3) 依部內指示修改議程，再次函報衛生福利部核備。
4) 部內再次修改議程，函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
5) 開放報名系統，並彙整名單。
6) 邀請主持人、主講人及各桌桌長。
7) 彙整並編製年中討論會手冊。
8) 會議資料及手冊函報衛生福利部核備。
9) 於 6/30 召開辦理「106 年度自殺防治年中討論會」。
10) 寄發合照和滿意度調查表。

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 2017 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，辦理自殺防治年中討論會。
2. 3-4 月初步規畫年中討論會之內容及辦理形式。
3. 4 月 26 日將討論會之議程函文至衛福部備查。
4. 5 月依部內指示修改議程及討論議題。
5. 5 月 26 日將討論會之議程再次函文至衛福部備查。
6. 部內修正議程及討論題目，並於 6/7 函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
7. 中心於 6/1-6/27 期間受理報名，截至 6/27，報名人數共 60 人，經篩選後寄發行前通知及參考資料。
8. 會前將參加者依據先後報名次序編號，並採亂數表分組方式形成 4 個小組(一組 15 人)，每組配置一名桌長、一名紀錄和一名行政協助，以便進行三回合的分組討論。
9. 匯集講師之簡報、參考資料，並製作手冊。
10. 6/28 將會議資料及手冊函報衛生福利部核備。
11. 6/30 召開辦理「106 年度自殺防治年中討論會」。
    1)人員設置：由 4 位專家擔任桌長，負責帶領各組依據既定之主題大綱討論，並於三回合後上台及報告小組討論之成果。

2)小組討論流程：會前分組形成 4 個小組後，再依當天出席情形進行微調，總共分 4 組，一組 15-16 人。每一回合對話 30 分鐘，鈴響換下一組位置，桌長不動，其他成員自由換位置至下一組，共進行三回合。最後各組報告及回饋時間，成員回到原來之組別，觀看大家智慧分享的內容，聆聽各組桌長彙整與分享各組成果。

12. 年中討論會當日，針對各桌分組討論及桌長重點報告撰寫紀錄。
13. 於會議結束後一周內寄發滿意度調查表，請參與人員填寫。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 議程

當日會議除報告自殺防治最新數據，也包含關懷訪視之現況，並制訂充分的討論時間，讓與會人員能針對三大議題進行探討，從而針對自殺防治相關議題，及相關的因應之道提供意見與方法。當日議程如圖 6-5-1。

106 年度自殺防治年中討論會

日　　期：106 年 6 月 30 日（五）
時　　間：13:30-17:00
地　　點：台大校友會館 4 樓大會議室
主辦單位：衛生福利部
承辦單位：台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心
主 持 人：李明濱主任
出席人員：各縣市衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、
　　自殺關懷訪視員暨第一線工作相關人員
議　　程：

時間	主題	主講人/主持人
13：00-13：30	報到	
13：30-13：40	致歡迎詞	衛生福利部 心理及口腔健康司 謝立中司長
	主持人致詞	全國自殺防治中心 李明濱主任
13：40-14：10	自殺防治最新數據及關懷訪視現況	全國自殺防治中心 吳佳儀副執行長
14：10-14：30	世界咖啡館進行方式說明	全國自殺防治中心 吳佳儀副執行長
14：30-16：00	分組討論	全體
16：00-16：10	〔休息〕	
16：10-16：30	反思及觀摩	全體
16：20-16：50	各組報告及回饋	桌長及全體
16：50-17：00	結語	全國自殺防治中心 李明濱主任

圖 6.5.1、106 年度自殺防治年中討論會議程

2) 討論題目

(1)如何善用自殺通報數據推動自殺防治？

a.說明：根據全國自殺防治中心的研究指出，重複自殺者約占通報系統的 11.7%個案，其中有 1.5%最後死於自殺。大多數進入通報系統之個案為初次自殺個案，然而，最後死於自殺的方法也可能由先前的非致命轉為致命方式，例如：原來以安眠藥或割腕自殺轉為燒炭。

b.討論：

a)在經驗中，有哪些通報分析數據應密切即時關注？又有哪些必須需要長期追蹤分析？

b)縣市衛生局如何利用通報數據（如：通報分析資料、通報比之趨勢變化等），思考自殺防治對策？

(2)自殺關懷訪視員在訪視過程中，如何降低個案再自殺的風險？

a.說明：根據全國自殺防治中心研究指出，自殺企圖通報中再自殺危險指標包含：男性；高年齡層；居住地於中南部縣市；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、以氣體及蒸汽自殺等值得特別注意。有將近七成曾以燒炭與上吊兩種方式被通報之個案，最後採同樣方法自殺身亡。如何在訪視過程中及早辨識個案的自殺計畫？又，如何藉由訪員的訪視技巧阻卻自殺之發生？（會中提供之手冊中附有自殺防治通報系統通報後關懷作業流程草案）

b.討論：

a)訪視實務面

(a)如何增進訪員的訪視技巧，以利自殺計畫之早期辨識、轉介與持續關懷？

(b)如何輔導訪員兼顧電訪與面訪，有效防止個案自殺之發生？

b)制度連結面

(a)如何藉由啟動共訪機制，強化各網絡間之串聯學習？

(b)如何評值訪員對於自殺個案之管理成效（例如拒訪率）？

(3)各縣市如何擬定燒炭自殺防治策略？

a.說明：根據 105 年的統計資料，有將近 910 位民眾因燒炭身亡，約佔同年全國自殺死亡人數（3,765 人）的四分之一。有鑑於燒炭自殺的防治與全面性、選擇性與指標性策略均有關，各縣市如何依據現行狀況，研擬因地制宜的防治策略？（會中提供之手冊中附有各縣市燒炭自殺死亡與企圖之數據供參）

b.討論：

(a)有哪些全面性策略與燒炭自殺防治有關？ 例如: 因地制宜落實木炭管理之作法有哪些？ 針對燒炭自殺防治，縣市政府有哪些部會/單位/資源可以共同加入？

(b)有哪些選擇性策略與燒炭自殺防治有關？ 建立關懷訪視的資源地圖

有何優點？

(c)有哪些指標性策略與燒炭自殺防治有關？

3) 出席人員

當日出席人員包含縣市政府衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員以及第一線工作相關人員。加上現場報名者，參與人數共計 61 位，名單與人數如表 6.5.2 與 6.5.3。

表 6-5-2、自殺防治網絡單位與會名單

醫療網絡單位(23 位)	
臺北榮總玉里分院	桃園療養院北區醫療網
臺中榮總嘉義分院	草屯療養院中區醫療網
台中慈濟醫院	嘉南療養院南區醫療網
信安醫院	衛生福利部八里療養院
屏安醫院	衛生福利部金門醫院
台大竹東醫院	衛生福利部基隆醫院
高雄市立凱旋醫院	臺北市立聯合醫院

表 6-5-3、縣市政府單位與會名單

縣市政府單位(38 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

4) 會議進行與討論

會議當日，由全國自殺防治中心吳佳儀副執行長報告自殺防治 105 年最新數據及關懷訪視現況，接著再說明本次世界咖啡館工作坊的進行方式與流程。最後，透過各組的討論及報告，凝聚共識、相互交流，激發出因地制宜之自殺防治策略。當日各組討論內容摘要如下：

(1)如何善用自殺通報數據推動自殺防治？(議題一)

a.老年自殺防治

a)雲林縣 65 歲以上的老人服務尚未普及，僅久病者被看見。

b)南投縣 65 歲以上多會採用上吊、農藥等高致命性的方法。

c)

d)針對 65 歲以上老人會於健檢時使用 BSRS 篩檢。(臺中榮總嘉義分院)

e)在偏鄉約 70-80 歲的老年族群常見的自殺方法是使用切穿工具，例如割腕，雖然並非致命性，但由於老人們常單獨在家，仍有身亡的風險；在面對這樣事件，我們通常會提供家人衛教資訊，以防範再自殺風險。(澎湖衛生局專任個管師)

f) 65 歲以上老人自殺率較高。(桃園市政府)

g)65 歲以上通報比較低，但自殺率高，應加強一般醫師，如家醫科、內科醫師等重視此族群的轉介。(桃園療養院)

h)以年齡來看，年輕男性很難給予即時關注，老年族群的部分則給予長期關注。(基隆市衛生局個管師)

i) 建議可以分析自殺通報數據來追蹤自殺企圖的發展史；以金門縣來說，老年人的自殺比率較高，目前的做法是連結社區單位提供相關協助。(金門縣衛生局約僱人員)

j) 建議針對老人自殺防治需加強一般醫師提升自殺警訊的關注。

k)嘉義市去年針對老人全面推動憂鬱症篩檢，也因此自殺率有明顯下降。

b.農藥自殺防治

a) 衛生局宣導控管農藥，使用農藥自殺人數下降。自殺方式排名，上吊成為第一名，農藥第二名。(臺中榮總嘉義分院)

b)農藥自殺較多人，防治策略上會針對農藥行設心理健康小站。(花蓮縣衛生局)

c.燒炭自殺防治

a)臺北市現在鼓勵旅館加裝 CO 監測器，降低燒炭自殺。

b)針對燒炭自殺推行鎖櫃販賣，但缺乏採用此方式後的自殺數據變化而無法說服市府。(桃園市政府衛生局)

c) 花蓮燒炭排名較為後面，針對燒炭的防治為在據點推行關懷。

d.高處跳下自殺防治

a)燒炭監測，則跳樓增加。(新北市政府衛生局)

b)自殺方式中高處跳下仍居不下，因此加強警衛的敏感度訓練，並給予其通報流程與通報單位的連絡方式。(臺北市政府)

c)高處墜下自殺方式上升中，因此擬推行將大樓評鑑加入此方式的防治作為指標。(桃園市政府衛生局)

e.溺水自殺防治

a)內湖區有溺水自殺死亡人數上升的現象，可能是因企圖者有所增加，因此需加強通報的連結。(臺北市政府)

b)桃園市多灌溉設備，導致採用溺水方式自殺難以防範仍為困境。因此將建立訪員的訪視紀錄中需加強確認溺水自殺的地點，以利推動熱點防治。

f.上吊、安眠藥、性別及職場自殺防治

a) 自殺方法中的上吊、自縊往往未通報就已經身亡，該如何防治仍然是一個問題。(嘉義市衛生局專案管理師)

b)安眠藥也將推行在藥局設立心理健康小站。(花蓮縣衛生局)

c)以年齡與性別來看自殺率與再自殺率，例如中年女性的自殺率雖然較低，但再自殺率就比較高，需多加注意。(台大竹東醫院自殺關懷訪視員)

d)目前嘉義市在著手的事男性職場壓力所引發的身心健康問題。(嘉義市衛生局專案管理師)

e)近來我們聚焦在職場壓力所引發的身心健康議題，尤其是科技業者，目前作法為跟各公司合作提供相關協助。(新竹縣衛生局科長)

g.其他自殺防治

a)嘉義會分析自殺熱點，並針對熱點加強巡邏與防治。熱點的資訊是由訪員詢問個案而得知。

b)可由跨局處會議得知自殺熱點的資訊。(嘉義市政府衛生局)

c)第一次通報即死亡的年齡層數據應重視，此族群尚未有機會接受關懷，可加強此族群的心理健康促進推廣。(雲林縣信安醫療社團法人信安醫院)

d)第一次通報即死亡，未進入通報系統者有 80%。(南投縣政府衛生局)

e)會比對個案註記，若有則交給專門系統，如家防等處理。會依據自殺方

式的數據進行分類而推行防治策略。(南投縣政府衛生局)

f) 個案若能皆有訪員關懷對於自殺防治成效會良好。現行心理健康資源尚未被廣泛知曉。(雲林縣信安醫療社團法人信安醫院)

g)通報年齡層下降。(臺中榮總嘉義分院)

h)定期針對旅館檢查設備。(臺北市政府)

i) 衛生所有進行憂鬱量表篩檢，而依據分數進行關懷。(花蓮縣衛生局)

j) 基隆醫院這邊，由社工在急診室做第一時間的接觸。如果有憂鬱的話就是轉精神科。如果有些個案沒有到憂鬱的程度，就會轉給其他科。然後由心衛中心追蹤。

k)台南嘉義苗栗連江針對數據方面都有一些發想。像台南苗栗和連江針對直接的執行單位針對半年或是月督或是高風險的即時的呼應。一週內高風險個案藉由訪員的速件回報在 24 小時內去做訪視。

l) 針對家電訪次數：另外在訪視次數的部分，針對高危和一般的訪視次數，嘉義是一般的個案要兩次，家訪大於電訪。台中佛教慈濟醫院提到也是委外單位，其規定的訪問次數是電訪三家訪二。然後針對 65 歲以上的長者比率提高至一比一。

(2)自殺關懷訪視員在訪視過程中，如何降低個案再自殺的風險？(議題二)

a.訪視實務面

a)增進技巧的方式可採用加強教育訓練，建議可以進行內部模擬演練。

b)關於電訪與面訪的部分，高風險個案可用面訪，老人也包括在內；一般個案則可採電訪為主，但須注意仍要有彈性。

c)訪員可善用通報單上的線索，依據通報單上的自殺方式與原因，調整對個案關心的方向，如從其傷口開始關心，進而關心至其自殺狀況。

d)針對拒訪個案，若能採取面訪有助於克服拒訪。

e)初訪時，若能以非制式化的方式開場，如詢問個案期待，有助於關係的建立，且與其他單位共同訪視亦有助力。

f) 轉介的部分可由醫師提供轉介，較能令個案信服。

g)老人會認為訪員無相同經驗，同理與其有距離。

h)訪員的知能上，態度最為重要，須膽大心細的直接詢問自殺細節。

i) 屏東原住民族群較多，針對原住民個案可邀請原住民訪員共同訪視。

j) 通報單的填寫與實務上個案是有所差距。

k)拒訪:有些個案的自殺風險很低，再訪對他們會造成困擾，是否需要尊重個案權益。

l) 多數個案是衝動自殺型，固定訪視反而會有困擾，此時就未考量到個案

權益。這裡需思考，如何相信訪員之專業判斷？

m)　高雄目前有提供誘因給通報單位，採按件計酬，通報量因此大幅上升，但衛生局還是會過濾。(高雄市衛生局 陳慧慈訪員)

n)電訪時得到的心情溫度計分數不一定客觀。(台中榮總嘉義分院 張芳毓訪員)

o)關於自殺通報關懷流程，檢傷分級制度可以減輕訪員負擔，但 BSRS-5 分數有時無法反映真實情況，例如個案自述 BSRS-5 分數為 0 分，但實際上訪員認為其有高風險。

p)通報單上會問個案是否同意接受訪視，但是個案寫不願意時，訪員依然去訪視就會引起個案反感。

q)訪視時會遇到的困難包括通報警察時，警員要求需有家屬到場。強制就醫不容易執行。

r) 通報單資訊不一定準確，有遇過通報單上有三個地址，讓訪員感到困擾。

s)報警時有做過筆錄，對訪員跟警察來說都很困擾。

t) 訪員報警時會遇到的困難是警察要求訪員做筆錄，過程很繁瑣。

u)目前合約裡面有 30 天內再自殺率 5%的規定，其他單位會把這個指標當作箭靶指責自關員沒做好，但實務上很難達成，因很多問題是家暴等因素。

v)訪視技巧加強:增加同理心與內心與關係建立能力。

w)　通報單上要與實際情況符合

x)委外單位與非委外單位在執行 p.24 頁的流程時可能會有不同。

y)各縣市訪員普遍不夠。(例如：那敏感度的地方我們也是在教育訓練裡面會提到。我們 105 年通報量案人次就將近 6000，一年。5800 多案這個樣子，那我們的訪員數才 16 位。我們去做過這樣的負荷的話一個訪員一年要接 366 案。事實上整個計畫給我們自關員才 12 位。)

z)初階及進階訪員教育訓練的部分，應做教育訓練之分級，以適度增進訪員能力。

aa)　衛生局鼓勵家訪，因為家訪時可以了解個案狀況，評估其風險程度，可做為後續介入之指標。另外，關於訪視機制的草案，遺族關懷部份有改善，肯定中央給與訪員彈性，有聽到基層的聲音。(台中市衛生局 游明樺科員)

bb)　訪員的上班時間和個案的上班時間常重疊，因此訪視都會未遇。另外，家訪時訪員很難進到個案家裡，因為若管理員或他人詢問來訪目的時，考量個案隱私不能講太多。(新竹市衛生局 柯元訪員)

cc)　通報警察時，會遇到的困難包括警察會要求家屬出面、個案在他縣

市，無法幫助定位。(台中榮總嘉義分院 劉晏汝訪員)

b.制度連結面

a)增進技巧的方式可在關懷訪視員的表揚大會上，邀請獲獎訪員提供經驗分享。

b)訪視員需要被鼓勵，照顧自身的心理健康。

c)院內通報可將急診情況打在通報單上，避免訪員須重複詢問，減輕個案負擔。

d)院內與心衛中心雙方能互通資訊有助於關照個案，提升自殺防治的成效。

e)院內可藉由不同測驗，即時將個案轉介至精神科。

f) 接受衛生局委託，院內同時負責分案與接案。

g)訪員變動快速，導致訪員年資呈現兩極化，因此將困難個案派予資深訪員，僅自殺意念個案派予資歷較輕之訪員，但也造成案量的差別。

h)現正推行檢傷分類，克服案量過大的困境。

i) 個案依自殺方式、精神疾患等特性皆有所不同，因此可先與不同資源連結，再進行初訪，在訪視時提供給個案實質幫助。

j) 評值中的拒訪率需要詳加思考，困難個案拒訪並非全部皆為訪員責任，因此將此列入有所不公。

k)通報單位能將資料確實提供，如勿遮住資料、避免 BSRS 分數的誤填，皆有助於訪視。

l) 降低再自殺風險最重要的是把資源做串連，例如學校、社區、家庭、警察、心衛中心或精神醫療等。(連江縣衛生局醫政科科長)

m)　將拒訪率納入評估不是很適當，因為拒訪並不是可以控制的，應朝向質性數據去瞭解拒訪的理由，以及如何運用共訪。(臺中市衛生局自殺關懷訪視員)

n)關訪員的流動率相當高，因此當個案比較多的時候，就很難每一位都進行家訪；通報單裡的資訊可信度待加強，有些醫院會因為不知道個案的資訊而使評斷都落在中間的位置，沒有辨別性。(桃園市衛生局自殺關懷訪視員)

o)宜蘭縣的共訪不會有問題。建議訪員有問題直接反應給科長。

p)精神疾病個案可以共訪，老人、兒少、家暴這三類個案應該積極連接網絡，例如召開網絡會議。(連江縣衛生局 李怡薇訪員)

q)共訪:社政端就像把刀，會傷害個案，訪員再負責包紮傷口。例如安置兒童時，個案不一定能依社工說的時間看到小孩，對個案來說是種傷害。(新北市衛生局 胡穎綺技佐)

r) 自殺是網絡之間的共業，但衛政之外的部門很消極。連江縣目前有網絡聯繫會議，鼓勵大家善用資源，若有問題可請局長協助聯繫網絡。(連江縣醫政科陳月欽科長)

s)關於心情溫度計的風險分級，大於 10 分需要訪 4 次讓訪員壓力很大，因為案量很多，由其又包括含自殺意念之當個案。(南投縣政府個管師劉倍卿)

t) 關於衛政合作，有時訪員會變社政的手下。

u)社政問題沒解決，會導致自殺問題上升。轉介時會被社工質疑認為是訪員問題沒處理好。

v)有時醫療端提供的資訊不足。

w)　訪員是衛政委外，社政也有很多委外，兩造之間的協調很難。

x)有案例是訪員協助個案轉介就業，之後個案失聯 2 次即結案，被縣長質疑為何無法找到個案。目前宜蘭縣衛生局已與警察單位達成共識，警局副局長同意衛生局可聯繫警察單位協助尋找失聯個案。

y)拒訪率、未遇率及家訪率三者可能產生衝突。例如，為了提生家訪率去家訪，但是當個案不在家時，未遇率即會上升。另外，心情溫度計很難讓個案自填，而訪員幫忙填表時，有時若訪員覺得個案屬於低風險，可能會自己幫個案調降分數。(台大竹東分院 張根榮訪員)

z)若要增加家訪率，需增加自關員的人數。(桃園療養院 汪振洋主任)

aa)　去年訪視紀錄審查時，因為宗教一欄沒填，被扣了很多分，因此被長官責備，訪員認為直接評估記錄不公平。另外建議可以針對記錄撰寫方式進行教學，不然訪員不知標準何在。(基隆市衛生局 郭安怡個管師)

bb)　共訪制度若要落實，重點在於連絡相關單位，例如村里長、學校等，然而如果對方不願意合作，就算有資源也很難運用，所以應加強網絡交流或由主管機關推動；各縣市對於關訪都有自己的標準，應把這樣的機制標準化，讓大家比較好執行。(嘉南療養院主任)

cc)　關訪員的工作量其實很大，且各單位都有上層主管會督導進行管理。(台北榮民總醫院玉里分院醫師)

dd)　嘉義縣的地域很廣，但卻只有配四名關訪員，每週進行關訪都困難重重，因此期望藉由共訪制度來分攤，提升關訪的效益；另建議財政局能處理人力配給的問題，例如設置一名整合性社工，了解各專業與流程機制。(嘉義縣衛生局技士)

ee)　建議可以把精神醫療與自殺防治分開；拒訪率很難控制，且金門人口流動率大，把拒訪率列入評斷不太妥當，標準設定應為家訪為主，電訪為輔。(金門縣衛生局約僱人員)

ff)家訪應先告知個案，讓對方先有心理準備；不把拒訪率列入訪員成效評估；建議以 BSRS 分數做為訂定關訪的頻率。(臺中榮總嘉義分院訪視員)

gg) 應建立基層共識，以及關訪的 SOP，例如如何連絡；不把拒訪率列入評分，因為個案有權利拒訪，關訪員是義務訪視。(桃園市衛生局科長)

(3)各縣市如何擬定燒炭自殺防治策略？(議題三)

a.全面性

a)針對燒炭防治策略，除了與地方衛生所合作全面推廣各類衛教資訊外，也與便利商店、旅館合作來宣導珍愛生命的理念。(新竹市衛生局科長)

b)購買木炭的方法還包括網購，因此除了宣導，更應加強管理；另外若媒體報導燒炭相關的自殺新聞頻率過高也容易造成渲染，這部份也應呼籲媒體加強自殺防治宣導。(凱旋醫院醫師)

c)從縣政府的一個策略開始，木炭不上架的策略到剛花蓮提到說不同的情境。我們還是要針對這個全面性的策略裡面跨局處的合作，針對幅員廣大這樣特性上我想也是一些早期要去辨識風險這樣一個，來防治自殺的這個發生。

d)花蓮縣針對木炭防治，以跨局處會議處理，請工商發展處，有販賣木炭之商家註冊則提供宣導單張，但工商發展處對商家並無強制力。

e)因基隆雜貨店居多，木炭取得容易，因此製造木炭關懷袋，免費提供給購買者，在其購買木炭時裝。邀請雜貨店老闆參加自殺防治訓練，提升其敏感度。基隆因上述兩種措施燒炭率有所下降。

f) 高雄市政府衛生局針對在地商家張貼警示標語，以及對商家宣導木炭不在非熱銷時期(如中秋節)上架，降低木炭的易取得性，但僅部分商家配合。針對販賣商家之店員培養其敏感度及提供資源。

g)新竹縣以柔性勸說推行木炭不上架與上鎖。

h)連江縣木炭現已可網路購買，所以更易取得，且因自殺是有計畫性的，因此想知道有效的防治方法。

i) 連江縣之自殺防治由秘書長層級主持跨部會議，有助於縣內的跨部合作。針對木炭防治由縣長主持，衛生局撰寫說明稿予其推動。可參考此方法針對不同自殺方法，聯絡相關部會，並給予他們說明稿推行。

j) 建議跟全國性的公司合作，因為小型店家會因為怕業績消損而拒絕；之前曾經試過放關心小卡或發放印有標語的塑膠袋，但數據似乎沒有顯著的變化；媒體也會影響民眾選擇自殺的方式，甚至引發模仿效應，因此建議針對媒體朋友提供衛教資訊。(彰化縣社區心衛中心臨時約僱人員)

k)媒體報導燒炭自殺新聞頻率太高的話也會影響大眾，因此可以呼籲媒體

一同宣導自殺防治與珍愛生命；與其過度限制木炭的買賣，另一個做法是教育店員，使其多留心，成為守門人。(雲林縣衛生局個案管理員)

l) 媒體報導會影響自殺行為；木炭的防治策略目前會因影響業績的理由被拒絕，建議可以從連鎖商店開始推動。(桃園市政府衛生局聘用督導)

m) 建議針對木炭進行源頭管理，例如衡量經濟效益價值等。(桃園市政府衛生局科長)

b.選擇性

a)在選擇性的部分，像彰化針對高風險已經有燒炭自殺的個案。做一個特性的分析，這個部分的分析，這樣才能掌握那些自殺的個案他們在哪些區域或是商店最容易拿到商店做一個分析。其次守門人訓練可以加強我們針對高風險群的辨識。

b)針對守門人的訓練可以不用學術術語，而直接提供角色扮演的對話範例。

c.指標性

桃園跟雲林在指標性的高風險策略上提到的就是，個案已經燒炭了，然後會有一些後遺症，那家庭以及後續一些個案的防治策略該怎麼加強，未來在精神醫療專業的介入做一個成功的、持續性的轉介，跟就醫情況的追蹤，是個重點。

d.其他

a)建議將指標在地化；管道有時候取得困難，例如資源多集中在台北；將資源的源頭管理做好，再適當的分配給各地區，並將流程簡單化。(高雄市衛生局個案關懷員)

b)建議先了解近三年的自殺通報數據，再來制定自殺防治策略，以燒炭為例，應該知道管理木炭的是哪一個單位、節日假期囤貨、都市與鄉村的購買行為差異等，再根據各地需求制定策略。

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

統計 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，以性別來作分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，在男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡統計 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五位。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」老年人口，使用農藥自殺死亡占該年齡層所有自殺死亡 22.0%，位居老年人口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，共同為防治盡一份力。

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) 5 月蒐集已線上刊登農委會農藥管理人員複訓規畫單位，並與承辦人員聯繫合辦事宜，共同討論農藥自殺防治在課程中推廣型式，增加農藥管理人員對自殺議題提升敏感度。

表 6-7-1 所蒐集聯繫單位及資料

時間	課程名稱	辦理單位	與自殺防治相關課程	時數
2017/5/5	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第一場次）	臺南市政府農業局(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr
2017/5/11	2017 年度農藥管理人員複訓講習	彰化縣政府(聯絡人：陳嘉惠，電話：04-7531634)	自殺守門人-自殺防治宣導(講師：彰化縣衛生局)	0.5hr
2017/5/12	2017 年度農藥管理人員複訓講習	彰化縣政府(聯絡人：陳嘉惠，電話：04-7531634)	自殺守門人-自殺防治宣導(講師：彰化縣衛生局)	0.5hr
2017/5/19	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第二場次）	臺南市政府農業局(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr
2017/6/2	嘉義市 2017 年農藥販賣業者及農藥管理人員講習	嘉義市政府(嘉義大學承辦，連絡人：張閣宏，電話：05-2717818；0934088978)	政策宣導、自殺防治(講師：嘉義市建設處、衛生局)	1hr
2017/6/12	2017 年苗栗縣農藥販賣管理人員第 1 梯次複訓講習會	苗栗縣政府(連絡人：謝先生，電話：037-559774)	農藥防治自殺守門人教育(講師:苗栗縣政府衛生局)	50mins
2017/6/12	2017 年農藥販賣業者複訓講習會	苗栗縣植物保護商業同業公會(連絡人：張淑芳，電話：037353378)	農藥用藥安全宣導(講師：苗栗區農業改良場)	1hr
2017/7/7	2017 年臺南市農	臺南市政府農業局	心理健康促進暨自殺防	1.5hr

	藥管理人員複訓講習會（第三場次）	(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	
2017/7/14	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第四場次）	臺南市政府農業局 (聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr

2) 蒐集 2016 年辦理農藥管理人員單位、毒物防治所聯繫承辦人員聯繫資訊，派遣專家實地對農藥販賣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包含珍愛守門人之議題。整堂課以新近數據及圖表讓聽眾瞭解臺灣農藥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，最後再以珍愛守門人帶入介紹心情溫度計(BSRS-5)與可用之社會資源做為結尾，同時針對已經規畫固定講師縣市，例如臺中市、臺南市，聯繫講師提供當地縣市農藥自殺防治教材資訊，以雙向規畫作為推廣策略。詳細課程內容如附件 6.7.1「2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」，教育宣導內容囊括簡式健康量表之運用及推廣，讓學員能在課後自行填寫 BSRS 量表檢測，正面內容詳如圖 6-7-1。

表 6-7-2 為執行推廣計畫清單

日期	課程名稱	辦理對象
	推派農藥自殺防治專家現場授課	
7/3	2017 年度臺北市農藥管理人員複訓講習	
7/19		
7/26	2017 年度雲林縣農藥管理人員複訓講習會	農藥販售商
8/2		
7/21	2017 年度新北市農藥管理人員複訓講習會	
8/16	2017 年度宜蘭市農藥管理人員複訓講習會	
11/01	2017 年度基隆市農藥管理人員複訓講習會	
	聯繫講師討論當地農藥自殺防治授課內容	
7/7	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會	農藥販售商
7/14		
7/13	農藥管理人員資格訓練：農藥中毒急救	
8/30	農藥代噴技術人員訓練：農藥中毒急救	代噴業者
9/14	農藥管理人員資格訓練：農藥中毒急救	農藥販售商



2016.06.07 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	厲害	非厲常害
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謹誌

圖 6-7-1、2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導講座課後量表

3) 規劃本年度 11 場農藥自殺防治教育宣導課程。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：行政院農業委員會與臺北市公農業產銷基金會、雲林縣動植物防疫所、新北市政府農業局、臺南縣政府、臺中毒物防治檢疫所、基隆市政府。

2) 資源連結內容及形式：資料提供、講師推薦、辦理農藥自殺防治教育宣導課程。

三、 過程(Process)

1. 5 月與各縣農業局、動植物防疫檢驗局連繫，先針對現階段農藥管控與停用農藥及巴拉刈自殺防治教育宣導之規劃進行討論會議。

2. 6 月與各縣市農業局、動植物防疫檢疫局持續聯繫及安排本年度 11 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程規畫。
3. 6 月抵定本年度 12 場巴拉刈自殺防治教育宣導之推薦講師、課程內容。
4. 7 月開始接連 12 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。

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；本次聯合舉行教育宣導之縣市除依據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縣市分別為臺中市、雲林縣、臺南市，另針對臺北市及新北市，其中雲林縣辦理次數較多，臺北市場次辦理時間最早，後續場次將會陸續辦理；場次詳如表 6-7-3。

表 6-7-3、2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導場次表

場次日期	地點
7/3	臺灣金融研訓院菁業堂
7/7	臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳
7/13	農業委員會農業藥物毒物試驗所
7/14	走馬瀨農場蘭花會館會議廳
7/19	雲林縣政府大禮堂
7/21	新北市板橋區區公所
7/26	雲林縣政府大禮堂
8/2	雲林縣政府大禮堂
8/16	宜蘭縣政府文康中心
8/30	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9/14	農業委員會農業藥物毒物試驗所
11/1	基隆市政府產業發展處義消會議室

2. 辦理情形

(1)7 月 3 日在臺北市臺灣金融研訓院菁業堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心鄭宇明醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，剛日共 180 名學員參與。



圖 6-7-2 全國自殺防治中心鄭宇明醫師為學員講解自殺防治現況



圖 6-7-3 全國自殺防治中心鄭宇明醫師為學員講授農藥管理正確觀念

(2)7 月 7 日在臺南市臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺南臨床心理師理事長葉金源講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 220 名學員。

(3)7 月 13 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 160 名學員。

(4)7 月 14 日在臺南市走馬瀨農場蘭花會館會議廳辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺南臨床心理師理事長葉金源講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 220 名學員。

(5)7 月 19 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院陳姿婷醫師講述農藥自殺狀況、心情溫度計使用方式，當日共 423 名學員，學員回饋講師風格有趣，內容活潑，且分享許多農藥自殺之案例，更加幫助學員了解禁止巴拉刈使用之議題。



圖 6-7-4 臺大醫院雲林分院陳姿婷醫師為學員講授自殺防治守門人轉介概念。

(6)7 月 21 日在新北市新北市板橋區區公所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心楊聰財醫師講述農藥自殺現況、農藥管理方式，當日共 150 名學員，主辦單位回饋內容豐富，講師回饋場地無法放映影片內容深感可惜。

(7)7 月 26 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師講述巴拉刈使用的危險性、農藥自殺現況、以及管理人員販賣控管，當日共 336 名學員，學員回饋講師分析巴拉刈

的危險性清晰，內容清楚明瞭。



圖 6-7-5 臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師為學員講授農藥自殺現況。

(8)8 月 2 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師講述巴拉刈使用的危險性、農藥自殺現況、以及管理人員販賣控管，當日共 291 名學員，學員回饋講師分析巴拉刈的危險性清晰，內容清楚明瞭。



圖 6-7-6 臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師為學員講授珍愛守門人轉介概念。

(9)8 月 16 日在宜蘭縣政府文康中心辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心楊聰財醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 192 名學員。主辦單位回應，講師口條幽默，課堂間學員發問熱烈。



圖 6-7-7 全國自殺防治中心楊聰財醫師為學員講授農藥管理與自殺防治概念。

(10) 8 月 30 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 40 名學員。

(11) 9 月 14 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 160 名學員。

(12)11 月 1 日在基隆市政府產業發展處義消會議室辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心鄭宇明醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 50 名學員。

3. 檢討與建議

本次聯合農委會結合農藥管理人員複訓課程辦理此次教育宣導，講師建議未來可以先獲得當地縣市農藥管理資料，整合中心資源，進而討論辦理當地縣市訂立因地制宜教材，擬定符合當地自殺防治因應對策，例如針對未來農藥自殺率高縣市，如合在販售商貼上或附上求助資源以及衛教訊息，加以宣導。

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。此次課程觀察到各縣市農藥自殺防治教材似乎缺乏當地農藥自殺與防治相關資訊。

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，將來也可考慮進一步聯合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民農藥使用教育訓練。

五、 附件

附件 6.7.1「2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」

「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治之推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

自殺是全世界都關注的公共衛生議題。根據世界衛生組織(World Health Organization)的統計，2000 年將近有 100 萬人死於自殺，約有 60%發生在亞洲。此外自殺更是台灣國人十大死因之第九位，死亡率從 1994 年持續增加至 2005 年每十萬人口 18.38 人，而近這幾年仍維持在每十萬人口 15-16 人左右。

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見，醫護相關人員是重要的守門人，尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

因此衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。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)。

本中心自 2009 年起，持續提供給「畢業後一般醫學訓練(PGY)」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。兩年後 PGY 將「憂鬱症與自殺防治」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。

透過課程的參與，使臨床醫師了解.臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神落實在臨床與生活上，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，完成「人人都是自殺防治守門人」之宏願。

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。 並於 2017 年年初再次將雲端連結以公文的形式寄送至各家醫院參考。

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課前閱讀資訊供預覽。

(5) 於課程結束後發放課程評值問卷及課後測驗問卷。並於課程結束之後統整問卷結果並分析。詳細課程評值問卷內容，如圖 6-8-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 6-8-2。

(6) 除課程評值及課後測驗問卷外，另有發放守門人問卷，邀請對自殺防治有更進一步興趣之學員擔任守門人及自殺防治課程種子講師。請學員留下相關資料，若是中心有進一步的自殺防治課程相關訊息，會將訊息轉知給學員。詳細守門人問卷內容，如圖 6-8-3

(7) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。

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

●請問您的性別：□1. 男　□2. 女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

□1. 非常符合　□2. 符合　□3. 尚可　□4. 不太符合　□5. 非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

□1. 非常好　□2. 良好　□3. 可接受　□4. 不太好　□5. 非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

□1. 非常清楚　□2. 很清楚　□3. 尚可　□4. 不清楚　□5. 非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

□1. 非常同意　□2. 同意　□3. 尚可　□4. 不同意　□5. 非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

□1. 非常滿意　□2. 滿意　□3. 普通　□4. 不滿意　□5. 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

□1. 沒有困難　□2. 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?

□1. 沒有困難　□2. 有困難，原因：_____

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 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？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

_____

參訪心得與感想(100 字)

圖 6-8-1、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程評值問卷

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

●第一部份：個人基本資料

1. 姓名：_____
2. 性別：□1.男 □2.女

●第二部份：課後測驗

1. 一般而言，哪一年齡層自殺死亡率最高?
   □1.15-24 歲 □2.25-44 歲 □3.45-64 歲 □4.65 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?
   □1.上吊 □2.燒炭 □3.農藥 □4.割腕
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?
   □1.二成五 □2.三成 □3.四成五 □4.七成
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?
   □1.二成 □2.四成 □3.六成 □4.八成
5. 根據中心研究分析，65 歲以上老人自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診比例(不分科別)約占幾成?
   □1.三成 □2.五成 □3.七成 □4.九成
6. 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.台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
7. 請問下列何者為指標性策略?
   □1.導正媒體報導 □2.促進社會大眾心理健康
   □3.針對自殺企圖者提供關懷服務 □4.減少致命工具之可近性
8. 守門人 123 步驟中第一步為何?
   □1.應：聆聽、回應與支持 □2.問：主動關心、詢問情況
   □3.轉介：轉介相關資源並持續關懷 □4.靜：內心空明
9. 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
10. 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

圖 6-8-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

~~歡迎成為珍愛生命守門人種子講師，一同推廣自殺防治理念~~

很高興這次大家能來參與 PGY 自殺防治課程。

為加強自殺防治的推廣，在此邀請您加入珍愛生命種子講師的行列。

未來可以協助推動自殺防治教育宣導，為自殺防治共盡一份心力。

若您願意擔任守門人種子講師，會提供您自殺防治之相關資訊與教育訓練課程。

☐ 我願意擔任珍愛生命守門人種子講師，並協助推廣自殺防治相關訊息。

（如願意，請打勾，並協助完成資料表）

姓　名：_____　性別：☐男☐女　出生年：_____

聯絡電話：（手機）_____（H）_____

電子信箱：_____

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謹誌

圖 6-8-3、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程守門人問卷

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。2017 年持續進行心情溫度計之推廣，並將心情溫度計 APP 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員於上課前先行進行下載並使用，於課堂上再由講師帶領討論，並蒐集學員的使用經驗，以便在未來繼續精進此 APP。詳細文宣內容，如圖 6-8-4。



圖 6-8-4、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、吳佳儀副執行長、陳宜明醫師、張家銘醫師擔任講師。

1)2 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 10 名學員參加。

2)2 月 15 日 PGY 課程參與醫院有中心綜合醫院，共 4 名學員參加。

3)2 月 22 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、恩主公醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院，共 26 名學員參加。

4)3 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 13

名學員參加。

5)3 月 15 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)，共 15 名學員參加。

6)3 月 22 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、亞東醫院永和耕莘醫院、臺安醫院，共 6 名學員參加。

7)4 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院中興院區、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院，共 9 名學員參加。

8)4 月 26 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、恩主公醫院，共 19 名學員參加。

9)5 月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院，共 17 名學員參加。

10) 5 月 10 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)，共 12 名學員參加。

11) 6 月 7 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 11 名學員參加。

12) 6 月 21 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平院區)、新北市立聯合醫院、博仁綜合醫院，共 12 名學員參加。

13) 6 月 28 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院，共 16 名學員參加。

14) 7 月 5 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 7 名學員參加。

15) 8 月 9 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 30 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、新北聯合醫院，共 22 名學員參加。

17) 9 月 6 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)、中心綜合醫院，共 12 名學員參加。

18) 9 月 20 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、臺安社區醫院，共 13 名學員參加。

19) 10 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 25 名學員參加。

20) 10 月 18 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、宏恩醫院，共 14 名學員參加。

21) 11 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)、宏恩醫院，共 22 名學員參加。

22) 11 月 29 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明)、恩主公醫院，共 21 名學員參加。

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，並帶入到自殺防治課程之主題。

2) 國際臺灣自殺現況與全國自殺防治策略:以歷年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，與亞洲鄰近國家進行比較，並帶出目前臺灣自殺防治策略的三個主要層面，分別為全面性、選擇性和指標性策略，進而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。並提供醫療、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。另介紹簡式健康量表(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，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：講述自殺防治守門人「1 問、2 應、3 轉介」之概念，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺干預技巧。另提供全國相關精神醫療院所、心理衛生等相關資源。讓學員懂得尋求協助或提供適當資源，幫助有自殺意念者並給予關懷，這些都對於自殺防治工作成效有很大的幫助。推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，讓學員了解臨床醫師在自殺防治中扮演著重要的角色。

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 6-8-1。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 6-8-1、「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
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、心情溫度計 APP
10 分鐘	結語、大合照
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 29 日共辦理 22 場次，327 人參與。詳細如表 6-8-2

表 6-8-2、PGY 合作單位及人數

合作單位	臺北市立聯合醫院	新北市立聯合醫院	宏恩醫院	中心診所醫院	永和耕莘醫院	恩主公醫院	博仁綜合醫院	臺安醫院
人數	254	21	15	9	12	5	5	6

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估結果，滿意以上為 96%，詳如表 6-8-3。

表 6-8-3、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	165 (50.5)	143 (43.7)	15 (3.8)	2 (0.6)	2 (0.6)
2.授課方式的安排	160 (48.9)	143 (43.7)	22 (6.7)	1 (0.3)	1 (0.3)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	176 (53.8)	142 (43.4)	7 (2.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
4.此次課程獲益良多	165 (50.5)	152 (46.5)	8 (2.4)	1 (0.3)	1 (0.3)
5.整體課程滿意	171 (52.3)	143 (43.7)	12 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.3)

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86.7%，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 4.，答對人數為 311 人(95%)；

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 4.，答對人數為 304 人(93%)；

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.自殺企圖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 4.，答對人數為 304 人(93%)。

(4) 各題的答對率分別如表 6-8-4，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 4.，僅 235 人答對(71.8%)。

表 6-8-4、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答正確	299 (91.4)	292 (89.3)	241 (73.7)	297 (90.8)	271 (82.8)	304 (93)	257 (78.6)	261 (79.8)	311 (95)	304 (93)
作答錯誤	25 (7.7)	35 (10.8)	89 (27.2)	22 (6.7)	64 (19.6)	22 (6.7)	60 (18.3)	63 (19.2)	16 (4.9)	23 (7)
未作答個數	3 (0.9)	0 (0)	7 (2.1)	8 (2.4)	4 (1.2)	5 (1.6)	10 (3.1)	3 (0.9)	0 (0)	8 (2.6)

(5) 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 98.9%,願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

1)PGY 是臨床醫師成為珍愛生命守門人的第一步，亦是實施自殺防治計劃不可缺少的重要環節。短短三個小時，落實了 9 年的課程將近培養了 1900 位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師，遍佈全臺各個角落。

2)學員回饋認為大學醫療教育與臨床實務並不具備自殺防治相關教學與知識宣導，而 PGY 課程正補足了這方面的學習。在課堂上學員分享自身生命經驗，敘述曾經歷的自殺事件和疑慮，並由講師帶領和其他學員一起討論、解答。學員藉此了解自殺的普同性，且此一議題並非不可討論、難以啟齒。

3)多年來,超過 9 成學員課後回饋 PGY 教學目標與內容都符合預期目標和臨床需求，講師透過活潑風趣的方式分享臨床經驗與技巧，同時讓學員瞭解自殺事件不只是精神科醫師或是急診醫師需要面對的議題，是需要各科醫師、各層級的專業人員一起面對。

4)許多學員表示常會遇見存有自殺意念及行為的親友和病人，然而在未接觸過 PGY 課程前並不知道可以如何因應。透過課程的介入技巧和資源處遇介紹，才懂得如何用人文關懷的角度出發，一應二問三轉介協助身邊的人走出生命低潮，同時也擔任守門人，進行轉介之後持續的關心對方。無論在生活上還是臨床專業上都有突破與成長。

5)透過此課程，學員才意識到許多自殺者生前都曾有就醫行為，臨床醫師扮演了守門人重要一道防線。PGY 課程教導的自殺風險評估與評測工具-心情溫度計成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。配合心情溫度計 APP 不只容易使用，亦符合現代人生活習慣。

6)幾乎所有的學員在課後回饋中，都願意在未來的臨床實務上運用心情溫度

計評估個案身心狀況和自殺意念，保持人文關懷態度持續協助病人，成為重要的守門人一員，傳達人人都是自殺防治守門人的理念。

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

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的防治策略中，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自殺防治相關訓練訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並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」，給予周遭的親友關懷與協助，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基礎的自殺干預技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源、助有自殺意念者。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

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」的理念。
3)為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地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，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

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，請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、講師以及主辦單位之意願，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理解程度與滿意度，會於課程結束後請

受訓學員填寫講座課程評估問卷，並請課程承辦人員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等，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，以利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) 由專責人員錄製課程、剪輯並製作成數位影音教材，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之餘，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中，皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。

(3) 將上傳完之課程影片網址提供給講座主辦單位參考。

2. **資源連結與合作**

1) 合作單位華興育幼院社工組、建國科技大學諮商輔導組、中正萬華區身心障礙者資源中心、臺北市文山區健康服務中心、崑山科技大學學生事務處學生輔導中心、建國科技大學諮商輔導組、能仁家商、德明財經科技大學學生輔導中心、社團法人新北市國際生命線協會、中山醫學大學附設醫院精神科/自殺防治中心、澎湖縣學生輔導諮商中心、康寧大學、臺灣師範大學、大龍老人住宅、西湖老人日間照顧中心、桃園市政府衛生局、國防部電訊發展室、新生醫護管理專科學校、體育大學、朱崙老人公寓、基隆市社區心理衛生中心、大安老人服務中心、生活調適愛心會、彰化資通支援第三大隊、彰化縣衛生局、暨南大學、新北市長期照護發展協會、中心診所

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 8 日協助華興育幼院社工組辦理「自殺防治課程」，對象為育幼院學生，講師為張吏頡心理師，參與人數共 12 人。

2) 2 月 23 日協助建國科技大學諮商輔導組辦理「自殺守門員(初階)訓練」，對象為該校大學生，講師為李俊德醫師，參與人數共 200 人。

3)3 月 7 日協助中正萬華區身心障礙者資源中心辦理「自殺防治守門人課程」，對象為專業社工人員，講師為鄭宇明醫師，參與人數共 50 人。

4)4 月 21 日協助臺北市文山區健康服務中心辦理「心靈雞湯-長者心理健康」講座，對象為高齡長者，講師為單位自行邀請，人數共 40 人。

5)5 月 3 日協助崑山科技大學學生事務處學生輔導中心辦理「Hold 住人生翻轉幸福-自殺防治守門人培訓」講座，對象為該校大學生，講師為顏永杰醫師，人數共 50 人。

6)5 月 4 日協助建國科技大學 諮商輔導組辦理「自殺守門員(進階)訓練」講座，對象為該校大學生，講師為李俊德醫師，人數共 50 人。

7)5 月 18 日協助能仁家商辦理「能仁家商-自殺防治宣導」講座，對象為該校老師，講師為鄭宇明副執行長，人數共 60 人。

8)6 月 15 日協助德明財經科技大學 學生輔導中心辦理「生命教育主題輔導系列活動-自殺防治班級講座」，對象為該校學生，講師為該校自行邀請，人數共 45 人。

9)6 月 17 日協助社團法人新北市國際生命線協會辦理「自殺防治現況與因應策略」課程，對象為該校生命線 1995 志工，講師為吳佳儀副執行長，人數共 65 人。

10)6 月 22 日協助中山醫學大學附設醫院精神科及中山醫學大學附設醫院自殺防治中心，辦理「中區醫療機構人員自殺防治教育訓練」，對象為醫療相關從業人員，講師為廖士程執行長、鄭宇明副行長、吳佳儀副執行長，人數共 100 人。

11)6 月 23 日協助澎湖縣學生輔導諮商中心，辦理「守門人訓練營」，對象為教職員，講師為鄭宇明副行長、張吏頡心理師，人數共 30 人。

12)6 月 28 日協助康寧大學，辦理「自殺防治與危機處遇」課程，對象為大學導師，講師為該校自行邀請，人數共 40 人。

13)7 月 13 日協助國立臺灣師範大學特殊教育中心北金分區辦理「自傷行為的防治與輔導(含危機處理機制)」研習，對象為臺北市及金門縣等大專校院特殊教育輔導人員，講師為吳佳儀副執行長，人數 50 人。

14)8 月 8 日協助臺北市大龍老人住宅辦理「長者憂鬱問題與自殺防治宣導課程」，對象為老人，講師為鄭宇明醫師，人數為 30 人。

15)8 月 14 日協助臺北市西湖老人日間照顧中心辦理「老人自殺防治課程」，對象為中心同仁（社工、護理師、照服員、司機人員），講師為陳

碧霞顧問，人數為 20 人。

16)9 月 8 日協助桃園市政府衛生局辦理「2017 年度第 4 次自殺關懷訪視在職教育訓練課程暨個案討論會」，對象為關懷訪視員，講師為吳佳儀副執行長，人數為 37 人。

17)9 月 12 日協助國防部電訊發展室辦理「珍愛生命，希望無限：走過憂鬱的低谷」，對象為單位官、士、兵及聘雇人員，講師為張家銘醫師擔，人數為 150 人。

18)9 月 13 日協助新生醫護管理專科學校辦理「自殺防治守門人課程」，對象為高一高二班級輔導股長，講師為吳佳儀副執行長，人數為 60 人。

19)9 月 14 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為校內教師，講師為張家銘醫師，人數為 79 人。

20)9 月 22 日協助臺北市朱崙老人公寓辦理「高齡者如何維持健康心理及人際關係」，對象為 65 歲以上高齡者(住民)、其家屬、工作人員及社區居民，講師為吳佳儀副執行長，人數為 20 人。

21)9 月 26 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為班級班長或輔導股長，講師為黃彥霖臨床心理師，人數為 29 人。

22)9 月 27 日協助基隆市社區心理衛生中心辦理「2017 年度個案自殺企圖諮詢及討論會議」，對象為公衛護士、自關員及社關員，講師為陳碧霞顧問，人數為 30 人。

23)10 月 2 日協助大安老人服務中心辦理「老人自殺防治暨個案研討」，對象為各老人服務中心之主任、督導及社工，講師為吳佳儀副執行長，人數為 20 人。

24)10 月 5 日協助中華民國生活調適愛心會辦理「關於身心靈健康」，對象為生活調適愛心會志工，講師為吳佳儀副執行長，人數為 27 人。

25)10 月 11 日協助彰化資通支援第三大隊辦理「自我傷害防治」講座，講師為蘇偉碩醫師，對象為全體官士兵，人數為 250 人。

26)10 月 16 日協助彰化縣衛生局辦理「2017 年彰化縣自殺防治守門人 123 種子講師培訓課程」講座，對象為專業人員，講師為該校自行邀約，人數為 80 人。

27)10 月 24 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為學生，講師為黃彥霖臨床心理師，人數為 100 人。

28)10 月 25 日協助暨南大學學務處諮商中心辦理「暨大守門人培訓團─學生篇」，對象為學生，講師為張清棊 醫師，人數為 50 人。

29)11 月 1 日協助暨南大學學務處諮商中心辦理「暨大守門人培訓團─師長

篇」，對象為師長，講師為薛凱仁心理師，人數為 50 人。

30)11 月 15 日協助中心診所辦理「珍愛生命守門人」，對象為全院人員，講師為吳佳儀副執行長，人數為 50 人。

31)11 月 29 日協助新北市長期照護發展協會辦理「老人福利機構自殺防治教育宣導」，對象為老人福利機構負責人或主任，講師為陳俊鶯常務理事，人數為 150 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)講座安排

(1) 截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人 31 相關課程，場參與訓練的學員共 1974 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、軍營，對象包含各級學校師生、醫療人員、專業社工人員、志工、官士兵等。詳細資料請參考表 6-9-1。

表 6-9-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校	醫療單位	一般民間機構	軍營/大隊
場次	14	1	12	2
人數	845	150	629	400

(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。講座問卷內容詳如圖 6-9-1 及圖 6-9-2。

(3) 問卷分析：

依據回收之課後回饋問卷分析結果，總計回收 188 份問卷，回收率 9.5%。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 88.8%的人表示滿意，如表 6-9-2。

表 6-9-2、整體守門人課程內容滿意度

課程 滿意度	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	未填
占率%	43.9%	44.9%	11.2%	0%	0%	0.5%

(4)擔任守門人意願

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 188 人中的 82.3%，如表 6-9-3。

表 6-9-3、願意運用守門人 123 技巧幫助親友者

願意運用守門人 123 技巧	佔率%
我願意	82.8%
我不清楚	17.2%
未填	0.5%

(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 78.9%，如表 6-9-4。

表 6-9-4、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	78.9%
我不清楚	17.8%
我不會推薦	3.2%
未填	0%

2)結論

(1) 隨著軍營自殺事件增加，除了大專院校、醫療院所、社區機構和商家單位之外，2017 年增加了軍營、大隊、國防部等單位申請講師推薦服務。顯示自殺防治相關議題已漸漸受到大眾所重視，中心亦竭盡所能推薦符合課程之講師，協助推廣自殺防治、守門人等重要理念，盼達到推廣自殺防治之最大功效。

(2) 根據主辦單位回饋，多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格多樣，大多數都以幽默、風趣、活潑和輕鬆等講授方式，並以淺顯易懂以實際例子，搭配圖片、照片或流程圖讓學員更加容易理解。講師更會邀請臺下學員一同討論、分享，增加與學員在講座的互動，而非單一方向的授課，課程中與學員互動頻繁，學員回饋表示受益良多，對自殺防治相關議題有更進一步的了解。並了解到了「人人皆為自殺防治守門人」之理念，期盼參與講座的學員都能在日常生活中落實守門人精神，為自殺防治編織出一片綿密的安全網絡，守護每一個寶貴的性命。

填寫日期：　　年　　月　　日

2017.07 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. 哪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：_____

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 6-9-1、講座問卷表

2017.07 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	厲害	非厲常害
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。

歡迎免費下載使用心情溫度計 APP

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 6-9-2、心情溫度計 BSRS-5 問卷

輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修

一、 背景(Context)

1. 重要性

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

綜言之，自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、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絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能。

2. 目的與目標

1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡。

2) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。

3) 精進自殺關懷訪視作業流程。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

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. 資源連結與合作

1) 合作單位：

自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

三、 過程(Process)

1. 檢討現行自殺防治通報系統，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. 2017 年度自殺防治通報系統功能增修紀錄

1) 發文至各縣市衛生局進行功能增修意見收集

1 月 11 日發文至各縣市衛生局以收集各縣市系統使用者增修建議。

2) 各縣市建議彙整：

(1) 收集、整理各縣市使用者建議，中心內部進行討論。

(2) 於 1 月 25 日提供自殺防治通報系統維護廠商(東捷資訊服務股份有限公司)增修建議。(附件 6-10-1)

3. 輔助自殺關懷訪視作業

修改自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程，包含草擬自殺關懷訪視作業要點、標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項。

四、 成果(Product)

1. 自殺防治通報系統功能增修

經中心提出，2017 年自殺防治通報系統功能增修摘要如下：

1) 通報單功能中，增加判斷條件，自殺日期不得晚於通報日期。

2) 通報單功能中，居住地址(縣市、區)預設為請選擇，避免未填寫時誤判至其他縣市。

3) 通報時如為自殺死亡的個案，【自殺後身體狀況】固定為死亡。

4) 衛生局權限增加轄區內衛生所互轉案件功能，當調整通報單居住地址時亦變動個案隸屬地區。

5) 衛生局權限新增修改通報單內個案身分證，並具備判斷是否為正確身分證字號功能。

6)訪視單功能，【個案狀態】增加【不清楚】選項，並增加說明欄位。
7)移除【結案原因】中，【轉出至其他縣市衛生局】選項；於訪視紀錄中【處遇計劃】選項新增【轉出至其他縣市衛生局】選項。
8)家暴高危機個案介接清冊調整為其他系統介接清冊並增加【精神照護系統個案介接清冊】功能。

2. 輔助自殺關懷訪視作業

1)自殺風險個案危機處理注意事項

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，全國自殺防治中心修訂自殺風險個案危機處理注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

本事項包含下列要點：

(1) 自殺風險個案包含自殺企圖者與自殺意念者。
(2) 建立自殺風險個案通報聯絡窗口
(3) 落實自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報
(4) 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務
(5) 強化自殺風險個案處理與網絡合作
(6) 加強預防宣導

詳細內容請參閱章節 5.1：因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理。

2)自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程

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

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。因此自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項為自殺防治業務重點。

全國自殺防治中心收集國內外文獻並彙整各縣市實務經驗，訂定自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，包含自殺通報關懷訪視流程、開/結案標準、自殺高風險共訪流程、精神病患訪視注意事項及關懷訪視員訪視品

質指標，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考。(詳細內容請參閱章節 5.1：「因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理。」)

五、 附件

附件 6.10.1 自殺防治通報系統系統建議彙整

自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

關懷及介入自殺企圖者的工作為指標性自殺防治策略的重點，國內外研究發現，在自殺企圖者中，曾接受關懷訪視者其再自殺企圖或自殺死亡率呈下降趨勢，顯見關懷訪視之重要性。

自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色，訪員除了需熟練訪視技巧，還需具備專業知識以及掌握可運用之資源。為幫助自殺關懷訪視員精進訪視技巧以及處遇個案的能力，中心邀集各縣市衛生局研擬關懷訪視員教育手冊，內容包含訪視員應具備之專業能力及核心能力等內容，並加入進階課程推薦清單以及進修管道之資訊，希望對於不同工作年資之訪員皆有所助益。

另外，為協助關懷訪視員熟悉工作內容與訪視技巧，中心亦錄製關懷訪視員教學影片，片中邀請專家及資深訪視員教學示範，完成後將發送至各縣市衛生局，供自殺關懷訪視員及相關專業人員參考運用。

2. 業務或方案的目的與目標

藉由手冊編製，使自殺關懷訪視員了解關懷訪視工作所需基本能力及進階能力，並提供進階學習資源管道供訪員持續精進，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。參考資料如下：

a. 自殺防治系列 2-自殺防範指引
b. 自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治
c. 自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治
d. 自殺防治系列 15-關懷訪視員工作手冊
e. 自殺防治系列 24-重複自殺個案之關懷管理
f. 自殺防治系列 29-自殺防治概論

g. 自殺防治系列 30-自殺風險 評估與處遇

h. 自殺防治系列 31-重複自殺個案 關懷訪視指引

i. 自殺防治系列 32-自殺風險個案 追蹤關懷實務

(2) 學術網路搜尋相關期刊論文。

(3) 邀請各縣市自殺關懷訪視員及社工師分享實務經驗與內容建議。

2) 內容編審

(1) 關懷訪視員教育手冊

a.參考中心已出版手冊及相關實務文獻，由中心負責專員草擬手冊大綱。而後召開由吳佳儀副執行長主持之編輯會議，經討論後確認手冊大綱架構。

b.依據手冊大綱，編寫各章節內容。

c.草稿完成後，召開中心內部專家會議，進行討論與修正。

d.修正後初稿函送衛生福利部進行初審，並依據部指示修正。

e.修正後之手冊內容函送至衛生福利部。

f.定稿後交由廠商印製，並於手冊後方附帶教學影片 DVD，依衛生福利部指示發送至各縣市衛生局。

(2) 關懷訪視員入門教學影片 DVD

a.3 月 20 日與吳佳儀副執行長討論教學影片 DVD 形式與內容。

b.4 月 11 日完成教學影片 DVD 劇本草稿。

c.4 月 18 日經吳佳儀副執行長指導後，修正教學影片 DVD 劇本草稿。

d.5 月 11 日完成影片拍攝計畫書，函請各縣市關懷訪視員參與實務分享及劇本討論會。

e.6 月 6 日召開實務分享會議,邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對影片內容給予建議。

f.6 月 7 日依據實務分享會議之建議，修改影片架構，草擬片中專家示範之訪談架構，並送交吳佳儀副執行長審閱。

g.6 月 16 日確認影片中專家示範之訪談架構。

h.7 月 7 日依照影片劇本修正並確認影片拍攝細節。

i.8 月 30 日前完成影片拍攝及剪輯作業。

j.10 月 8 日邀請長官同仁、俞凱程個管師與蕭雪雯社工師給予影片意見，並作出修正。

k.11 月 15 日送交衛生福利部審閱，依據部指示修正後送請廠商錄製影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院俞凱程個管師、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：實務經驗分享、內容建議及影片拍攝。

三、 過程(Process)

1. 自殺關懷訪視員教育手冊

1) 1-2 月蒐集資料，閱讀中心出版手冊及訪視實務相關文獻。
2) 2 月 17 日完成手冊大綱草稿。
3) 3 月 10 日召開編輯會議，與吳佳儀副執行長討論手冊大綱及內容，討論後修正手冊大綱草稿。
4) 5 月 26 日完成手冊內容初稿，送請吳佳儀執行長審閱修正。
5) 6 月 6 日召開實務分享會議，邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對手冊內容給予建議。
6) 6 月 30 日參考實務建議後，修改草稿，完成手冊初稿，並送請中心長官審閱。
7) 7 月底修訂一版完成，邀集專家進行會議討論，並給予建議。
8) 9 月修訂二版完成,邀集中心專家針對主題章節段落及線上課程推薦清單進行討論。
9) 11 月修訂三版完成，送交至衛生福利部審閱，依部指示修正定稿後送至廠商送印，並發送至各縣市衛生局。

2. 關懷訪視員教學影片 DVD

1) 3 月 20 日與吳佳儀副執行長討論教學影片 DVD 形式與內容。
2) 4 月 11 日完成教學影片 DVD 劇本草稿。
3) 4 月 18 日經吳佳儀副執行長指導後，修正教學影片 DVD 劇本草稿。
4) 5 月 11 日完成影片拍攝計畫書，函請各縣市關懷訪視員參與實務分享及劇本討論會。
5) 6 月 6 日召開實務分享會議，邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對影片內容給予建議。
6) 6 月 7 日依據實務分享會議之建議，修改影片架構，草擬片中專家示範之訪談架構，並送交吳佳儀副執行長審閱。
7) 6 月 16 日確認影片中專家示範之訪談架構。
8) 預計於 7 月 7 日前完成影片劇本修正並確認影片拍攝細節。
9) 預計於 7 月 21 日前完成影片拍攝及剪輯作業。
10) 預計於 7 月底前送交衛生福利部審閱，依據部指示修正後送請廠商錄製

影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺關懷訪視員教育手冊

手冊內容主要分成「關懷訪視員工作目標與任務」、「認識自殺行為」、「關懷訪視員應備之基本能力」、「關懷訪視員應備之核心能力」、「關懷訪視員的自我照顧」及「進階學習資源」等五部分。手冊大綱如表 6-11-1：

表 6-11-1、自殺關懷訪視員教育手冊大綱

大綱	細項
一、關訪員工作任務與目標	1.關訪員工作任務 2.關訪員工作目標 3.通報系統與關懷流程
二、認識自殺行為	1.自殺成因 2.分析自殺通報個案特性(以 2016 年為例) 3.常見自殺迷思與倫理思辨 4.認識自殺行為與精神疾患
三、關訪員應備之基本能力	1.關懷訪視員訪視任務之基本知識 2.訪視知能技巧與實務 3.訪視紀錄撰寫架構
四、關訪員應具備之核心能力	1.自殺風險評估與處遇 1-1 自殺危險因子與保護因子 1-2 自殺個案評估項目 1-3 自殺行為的特徵與徵兆：FACT 1-4 自殺危險性評估 1-5 自殺風險程度分級與建議處遇方式 1-6 轉介之建議處遇方式 2.困難個案訪視技巧
五、關懷訪視員的自我照顧	1.關懷訪視員的身心照顧與自我覺察 2.遇個案重複自殺或自殺死亡的心理調適
六、進階學習資源	1.線上學習資源 2.資源連結

2) 關懷訪視員教學影片 DVD

(1) 為使影片內容符合實務需求，6 月 6 日於中心召開實務分享討論會，邀

請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師針對影片劇本與架構提供建議，會議重點整理如下：

a. 影片內容

a) 主要內容

(a) 初次訪視以結構式訪談，蒐集資料為主。

(b) 示範如何使用評估架構蒐集資料。

(c) 進行有層次性的訪談，結束後需可以評估個案再自殺風險，並完成紀錄。內容包括:場面構成、個案近況、自殺原因、自殺史、家族自殺史、就醫情況、工作、生活安排、有情緒困擾時的處理方式、資源、再自殺危險性等。

(d) 示範面對困難個案的回應方式(當被個案句點時如何回應)，例如:「喔喔這樣子喔」、「嗯哼，還有嗎」。

b) 訪談原則

(a) 蒐集資料時應該視情況，判斷詢問重點的先後順序。

(b) 結構式訪談是基礎，但實務上不一定適用於每位個案，尤其是困難個案。因此，訪員應該掌握訪談原則，因應現實狀況，訂立不同訪視目標。

(c) 一般訪談時間為 30 到 50 分鐘。

c) 對訪員之提醒

(a) 真誠的關懷是最重要的態度，以不傷害個案為原則。

(b) 個案不想跟你講太多是正常的。

(c) 避免放射狀的漫談。

(d) 助人者也有需要被幫助的時候，要主動求助。有狀況時，隨時反應。

(e) 自我成長與終身學習的重要性。

(f) 加強對個案的敏感度，充實病理知識。

b. 影片形式

a) 訪談形式不拘，面訪或電訪皆可行。

b) 影片開頭列出影片架構、訪談目標，強調教學重點。

c) 示範訪談時，搭配口白或字幕說明重點。

d) 片尾強調終身學習的重要性，並為訪員打氣。

e) 最後呈現回顧影片重點之懶人包。

(2) 關懷訪視員教學影片架構，見表 6-11-2：

表 6-11-2、關懷訪視員教學影片架構表

項目		說明	時間
1	影片主旨說明	• 介紹教學目標	10 分
2	訪視事前準備與架構	• 訪視事前準備:資料收集與訪前聯繫 • 訪談架構說明	11 分 30 秒
3	SOAP 紀錄撰寫格式	• 紀錄撰寫架構(SOAP)說明	6 分 30 秒
4	結構話訪談示範	• 訪員示範如何依照訪談架構，有層次的蒐集資料。 • 以一對一家訪的方式進行。 • 示範內容包括遇到個案抗拒的情況該如何回應。 • 每段訪談架構結束後，畫面會暫停，由專家講解訪談目標、內容與紀錄重點。	8 分 30 秒
4	訪視過程解析	• 分析個案情況，說明如何評估及轉介 • 以個案為例，說明 SOAP 撰寫方式	7 分 30 秒
5	如何訪視拒訪個案	• 專家說明如何與拒訪個案循序漸進建立關係。	7 分
6	如何善用心情溫度計評估個案	• 專家說明心情溫度計實務上的運用。	15 分
7	對訪員的提醒與打氣	• 專家以影片形式給予訪員提醒與打氣。	12 分

(3) 於 7 月 11 及 12 號拍攝教學影片，邀請全國自殺防治中心主任李明濱教授說明教學目標，吳佳儀副執行長解說 SOAP 結構式訪談與紀錄撰寫格式，同時由中心同仁模擬訪員及案主示範結構性訪談之架構。

(4) 意見回饋整理與修改：為使影片更貼近訪員之需求，完成初剪的影片經由長官同仁、俞凱程個管師與蕭雪雯社工師檢核後，陸續補充重點內容於手冊及 DVD 中，見表 6-11-3：

表 6-11-3、關懷訪視員教學影片意見回饋整理與修改

	綜合意見	修改與處理
1	整部影片非常詳細且完整地介紹訪員的工作內容、關懷基本態度、結構性訪談、拒訪、心情溫度計、以及給訪員的建議。	-
2	影片中穿插專業人士豐富的訪談經驗及技巧，對訪員有極大的幫助。	-
3	建議增加資深訪員化解拒訪個案之經驗，豐富影片實用性。	已編寫於手冊中，拒訪或失聯案例與因應方式
4	可將整個影片分成數個小影片，易於觀看。	將影片分別輸出幾個小影片,後續在 DVD 上製作可點選的章節。
5	影片最後一部分成幾個小主題，易於觀看。	已分出三個小主題，並摘要內容重點，列進影片中。
6	可具體地列明訪員的處遇計劃（P）有哪些，提升訪員轉介效能。	已編寫於手冊中
7	精神科資源的提供，除了給資訊外，訪員也可主動詢問個案須不要要幫忙做聯繫或掛號。	已編寫於手冊中
8	自殺危險評估，除了問再自殺行為外，建議也要詢問自殺意念。	已編寫於手冊中
9	建議增加講解如何撰寫電訪的客觀資料（O），並提供範例。	已編寫於手冊中

(5) 衛生福利部審閱及燒錄影片：修改後最終影片版本分成兩個主章節及八個次章節並於 11 月 15 日送交衛福部審閱，再依據部指示修正後送請廠商錄製影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

3) 自殺關懷訪視員核心與精進課程

(1) 修課管道：珍愛生命學習網設立之關懷訪視員課程專區

(2) 課程製作方式：參考歷年各縣市實務督導由關懷訪視員提供的實務建議回饋，並配合關懷訪視員實務需求，蒐集專家意見，研擬核心與精進課程大綱，並邀請專家學者依據大綱教學，除編製關懷訪視員教育手冊，再針對過去中心所建立之關懷訪視與自殺防治相關資料庫－共 168 堂課程中，討論出專家共識，建立關懷訪視員相關核心及精進課程，課程內

容如下：

a. 核心課程：除了關懷訪視員教育手冊、關懷訪視員教育影片之外，並規畫兩週內可學習的六堂核心課程，供關懷訪視員作為補充教材，內容包含自殺行為成因、常見保護因子、自殺防治與資源連結及高風險辨識與處置；上述六堂核心課程均提供課後測驗，供學員檢驗學習成果。

b. 精進課程：關訪員之核心能力考量其訪視任務除關心個案，給予個案社會支持外，更重要的是進行個案自殺風險評估，並轉介醫療，提供適當的資源。因此需要了解精神疾患特徵，並熟悉如何幫助困難個案。關懷訪視員實務精進課程包含常見的精神疾病之處遇及困難個案之評估與處遇。

2. 結論

自殺關懷訪視員是自殺防治非常重要的基礎，有效的關懷可以降低個案再自殺的風險。期盼透過編寫教育手冊與製作教學影片，可以幫助自殺關懷訪視員提升專業知能，同時讓訪員了解實務訪視技巧，進而為訪視工作做好準備。

五、 附件

附件 6.11.1 《自殺關懷訪視員教育手冊》

附件 6.11.2 《關懷訪視員教學影片封面》

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，更朝向電子報形式發行，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。並提供交流平臺，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臺。

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。
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：梁佳臻
(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、第一線心理師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十二卷第一期之大綱如表 6-12-1。

表 6-12-1、自殺防治網通訊第十二卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	一句關心就能改變對方的一生
主題文章	認識情緒開關：談兒童情緒健康與自殺防治
自殺防治新視野	媒體報導和自殺防治的影響
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)8 月發行自殺防治網通訊第十二卷第二期之大綱如表 6-12-2。

表 6-12-2、自殺防治網通訊第十二卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	關鍵一刻扭轉一生
專刊	IASP 世界自殺防治學會年度主題 【聯合聲明】關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈
主題文章	談團體生活的自殺防治
自殺防治新視野	非典型僱用與自殺
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—2017 年 1-6 月通報個案統計
自殺防治工作要覽	金門縣邁進「零自殺」心理健康協調聯繫會 寶島聯播網採訪-如何面對生命的重量 Live in Hope 日出健走活動-正面的態度了解身心靈健康 世界萬象—索命藍鯨遊戲(Blue Whale)防治 第一線專業人員自殺防治守門人課程—「自殺防治新知與實務」 長庚科技大學進修部學生參訪 【新聞媒體聯繫會議】會後成果分享—老人自殺防治：問題與挑戰 自殺防治年中討論會
交流園地	珍愛生命工作者心得

4)10 月發行自殺防治網通訊第十二卷第三期之大綱如表 6-12-3。

表 6-12-3、自殺防治網通訊第十二卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	自殺防治人人有責
專刊	2017年世界自殺防治日 「關鍵一刻，扭轉一生」專題報導 • 世界自殺防治日記者會 • 「溫馨小故事」徵文活動及得獎作品
主題文章	心理健康行動科技於自殺防治之應用

表 6-12-3、自殺防治網通訊第十二卷第三期大綱(續)

項目	文章標題
自殺防治新視野	貧窮議題與自殺防治
自殺防治動態與經驗分享	重生的轉折點 工作、家庭與自殺 在他死了之後 自殺當代
自殺統計解析	2016 年自殺死亡數據 2017 年度電話調查 2017 年 1-8 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	世界自殺防治日系列活動—單車繞世界 縣市強化自殺防治-高風險與實務督導訪查
交流園地	那段與生、死為伍的日子 談面對自殺者心理壓力與處遇 面對陰影，才知道陽光在哪！不害怕看見傷痛，傷痛才能被療癒 和大學生們談自殺防治

5)12 月發行自殺防治網通訊第十二卷第四期之大綱如表 6-12-4。

表 6-12-4、自殺防治網通訊第十二卷第四期大綱

項目	文章標題
理事長的話	媒體自殺事件報導對自殺防治的影響
主題文章	精神作用藥物與自殺防治 讓守門人訓練方案發揮成效
自殺防治新視野	網路與臺灣青年人的自傷及自殺行為
自殺防治動態與經驗分享	新手社關遇上自殺個案的反思 自殺防治關懷訪視員過去工作經驗分享
自殺統計解析	2017 年 1-10 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	【2017 年台灣全國健康論壇】感動、行動、全面推動：SDGs 實踐 【日本近年自殺防治策略及執行情形專題演講】成果分享

表 6-12-4、自殺防治網通訊第十二卷第四期大綱(續)

項目	文章標題
理事長的話	媒體自殺事件報導對自殺防治的影響
	珍愛生命守門人教育訓練與推廣
	畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」PGY
	2017 年『自殺防治 e 學院』YouTube 頻道回顧
	一個諮商學習者對自殺議題的反思筆記
	//在路上// 一名新手諮商心理師面對自殺個案的存有焦慮
交流園地	歷程
	兒孫自有兒孫福、活躍老化真幸福
	自殺防治的系統合作觀

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，第十二卷第一期紙本寄發數量為 128 份，第十二卷第二期紙本寄發數量為 125 份，第十二卷第三期紙本寄發數量為 162 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「宣導專區」，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) 自殺防治網通訊第十二卷第一期至第四期分別於 4、8、10、12 月出版，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 24 篇。
2) 自殺防治網通訊第十二卷各期印製份數為 200 份，紙本通路寄發份數分別為 128、125、162 份，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懷訪視員之投稿意願，今年度「自殺防治動態與經驗分享」之稿件持續以有償獎勵方式，投稿數量因此明顯增加，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。

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)。全球已有超過 120 個國家極力推動各國國民投入志願服務活動。臺灣在 2001 年通過「志願服務法」,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，至 2009 年起，每年持續招募珍愛生命義工，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、通訊訊息交流、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、協助辦理活動單位。

2) 資源連結內容與形式：網站宣導、心情檢測站 BSRS-5 宣導、守門人講座等。

三 過程(Process)

1. 義工招募

1) 主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站、facebook 珍愛生命打氣網與義工推薦等。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做彈性調整。

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。

3)每月月初發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得，以及對於中心的建議、鼓勵與想說的話。不需填寫推廣數量，使義工於在地化服務時，能更簡便的回覆推廣結果。

4. 義工支援活動

1)媒體監測：為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，定期至全國自殺防治中心進行平面媒體的監督，並蒐集相關資訊是否違反六不六要，再提交由中心人員進行彙整與編碼。

2)支援活動。

(1) 9 月份世界自殺防治日系列活動-單車繞世界：今年協辦中華民國自行車騎士協會台南「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」，邀請義工們響應世界自殺防治日活動，協助自殺防治工作，推動珍愛生命理念與重要性，人人都是守門人。

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，除了將活動照片上傳至 facebook 珍愛生命打氣網外，並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、中秋節等，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) 製作 2017 年感謝狀嘉獎在地關懷，持續推廣自殺防治理念，關懷他人的義工們，讓積極熱心的義工們感受到鼓勵，及中心的注重，也持續讓義工們保持動力持續推廣及服務。

6) 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，以此增進彼此情感。

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 6-13-1)：

(1) 本年度新增義工 27 人，目前義工人數為 797 人。

表 6-13-1、義工基本資料

人數 797 人(截至 2016 年 11 月 1 日)						
電子信箱	有			無		
	591(74.2%)			206(25.8%)		
性別	男			女		
	258(32.4%)			467(58.6%)		
	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
分區	390 (48.9%)	157 (19.7%)	135 (16.9%)	29 (3.6%)	3 (0.4%)	81 (10.2%)

表 6-13-1、義工基本資料(續)

分區	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
	基隆市(20)	苗栗縣(18)	嘉義市(5)	宜蘭縣(24)	澎湖縣(1)	
	臺北市(154)	臺中市(98)	嘉義縣(15)	花蓮縣(4)	金門縣(1)	
	新北市(153)	南投縣(6)	臺南市(53)	臺東縣(1)	連江縣(1)	
	桃園縣(41)	彰化縣(32)	屏東縣(21)			
	新竹市(11)	雲林縣(5)	高雄市(41)			
	新竹縣(11)					
教育程度	**小學以下**	**國中**	**高中**	**大專或大學**	**研究所以上**	**不詳**
	16	35	109	341	90	206
	(2%)	(4.4%)	(13.7%)	(42.8%)	(11.3%)	(25.8%)
年齡（歲）	**14 以下**	**15~24**	**25~44**	**45~64**	**64 以上**	**不詳**
	0	33	289	317	44	114
	(0%)	(4.1%)	(36.3%)	(39.8%)	(5.5%)	(14.3%)

(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 838 則，以及於日常生活中使用 LINE 與義工保持聯繫。

(3) 發送 2017 年感謝狀共 18 張，使積極熱心的義工們感受到鼓勵、中心的注重，也持續讓義工們保持動力持續推廣及服務。

2) 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 8,113 人次，「善用心情溫度計、助己又助人」點閱率為 3,048 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、關懷與通知活動相關訊息，並在義工們協助活動後寄送感謝函及活動照片，回饋義工朋友付出的心力及支持。遇特定節日或義工朋友們生日，中心會設計電子賀卡祝福並寄送，以此建立雙方良好的互動並讓義工感受到關懷，必要時應有固定聚會促使義工之間情感交流。

招募義工時亦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。

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，自殺雖已連續七年未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託臺灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

每年電話調查之目的在於瞭解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、復原力量表(Brief Resilience Coping Scale, BRCS)、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, 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) 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。

2) 委託市調公司辦理調查作業。
3) 電訪資料蒐集。
4) 檔案整理及分析 (描述性統計以個數、百分比呈現；交叉統計則依性別、年齡、職業別、心情困擾程度、及地區分析各題項分布之百分比)。
5) 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)4 月 7 日蒐集專家學者對於「2017 年度自殺防治調查」內容之建議。
2)5 月 5 日中心彙整歷年自殺防治調查問卷題目。
3)6 月 2 日擬定 2017 年自殺防治調查問卷初稿，作問卷修訂。
4)6 月 3 日回傳心口司問卷及調查計畫簡表。
5)6 月 16 日召開 2017 年自殺防治認知調查討論會議，並針對 2017 年自殺防治調查問卷架構、設計作修訂及調整。
6) 本年度問卷納入四題「復原力量表」，並增加一題題目來探討媒體報導對自殺行為的影響。
7) 設計問卷(詳見附件 7.1.1《2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷》)，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 4 題。
(4) 個人與親友自殺經歷與求助問題，共 19 題，其中有 1 題屬於「媒體報導對自殺行為影響」。
(5) 心理健康情形，共 12 題，其中 4 題屬於「復原力量表」，其中有 3 題屬於「簡明心理健康篩檢表」。
(6) 心情溫度計檢測及求助專業心理衛生人員相關問題共 7 題，其中前五題屬於「簡明心理健康篩檢表」。
(7) 基本資料共 6 題。
(8) 委託全方位市場調查有限公司執行 2017 年電話調查，執行期間為 6 月 22 日至 8 月 7 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。

四、 成果(Product)

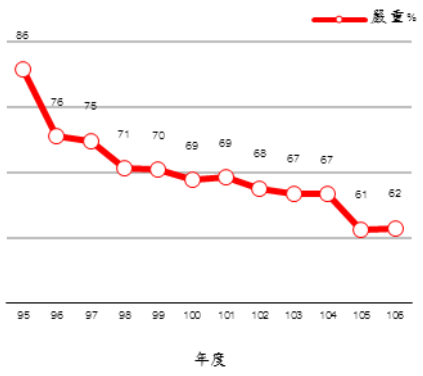
1. 執行結果

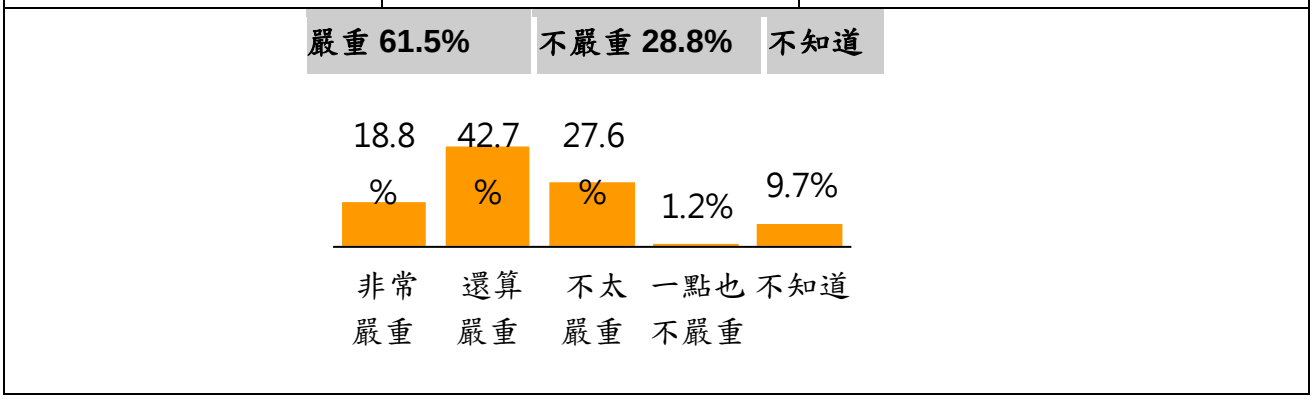
2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以 CATI(電腦輔助電話調查系統)電話訪問方式訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,098 人，在 95%信心水準下，抽樣誤差在±2.1%以內。各項調查結果如下：

1) 民眾對臺灣自殺問題的看法

本部分詢問民眾的題目為:「臺灣自殺問題嚴重性」本項目依四個等級評分(非常嚴重、還算嚴重、不太嚴重、一點也不嚴重)，另外設立一個選項為「不知道」。結果指出最多人選擇臺灣自殺問題還算嚴重(42.7%)、其次為不太嚴重(27.6%)，有 9.7%回答不知道。整體而言，61.5%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的(含非常嚴重 18.8%及還算嚴重 42.7%)，28.8%認為不嚴重(不太嚴重 27.6%、1.2%一點也不嚴重) (表 7.1.1)。

表 7-1-1、臺灣民眾對自殺問題的看法。

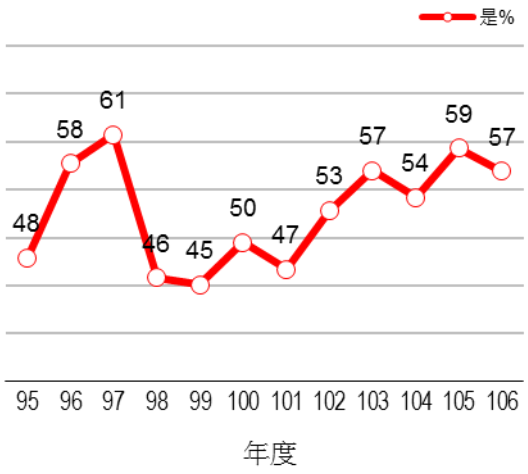
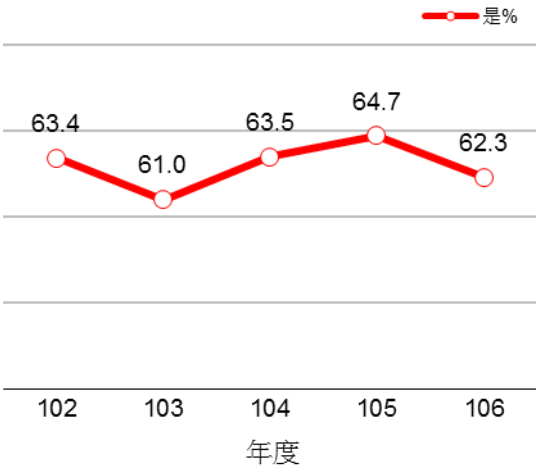
問題	結果	圖表
1.臺灣自殺問題嚴重性	61.5%民眾認為自殺問題嚴重，28.8%認為不嚴重。 ● 歷年調查皆有 6 成以上民眾認為嚴重，不過認為嚴重者有逐年減少趨勢，而今年與去年調查結果類似。	

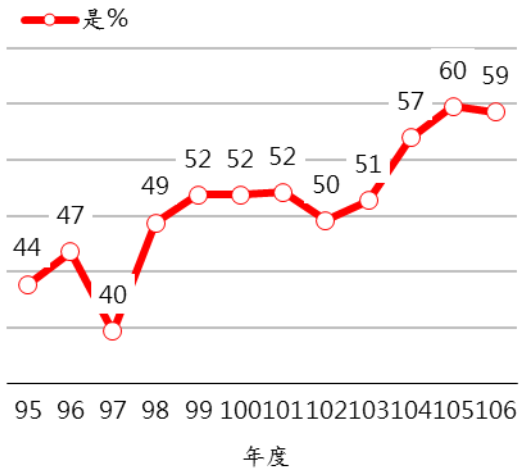
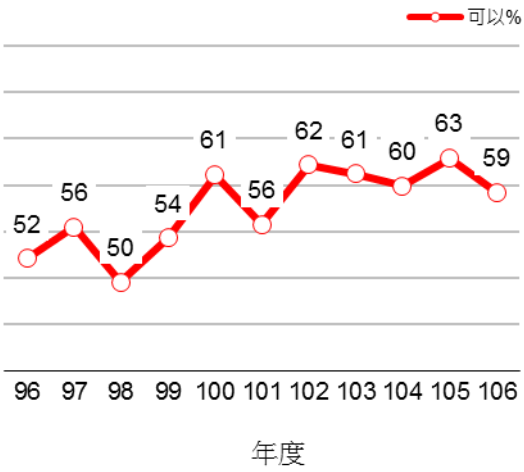


2) 民眾對自殺的人的認識與迷思

民眾對自殺的人的認識與迷思的部份問題分為:「自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？」、「說想自殺者並非想死，只是發洩而已？」、「自殺是個人權利，決定權在於自己？」、「自殺防治工作，自己可以幫得上忙？」這四個問題的調查結果，整理如下。(表 7.1.2)

表 7-1-2 、民眾對自殺的人的認識與迷思題目與圖表

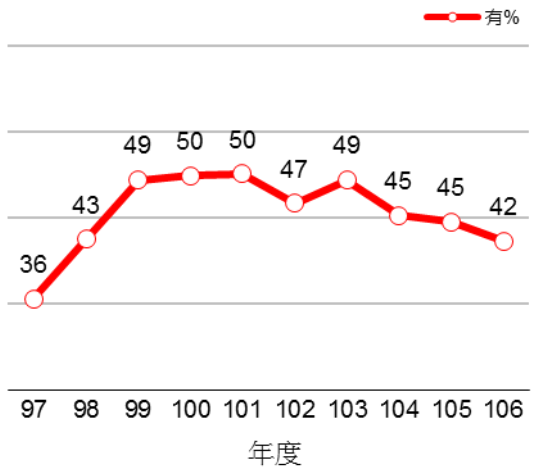
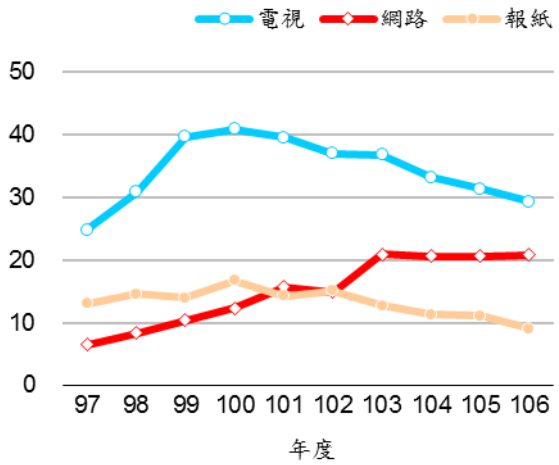
問題	結果	圖表
1. 自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？	56.9%民眾認同「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」，36.2%不認同。 ● 歷年調查顯示，自99年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢，今年認同此說法比率較去年下降。	
2. 說想自殺者並非想死，只是發洩而已？	62.3%民眾認同「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」說法，31.8%不認同。 ● 歷年調查顯示，均有6成多認同此說法。	

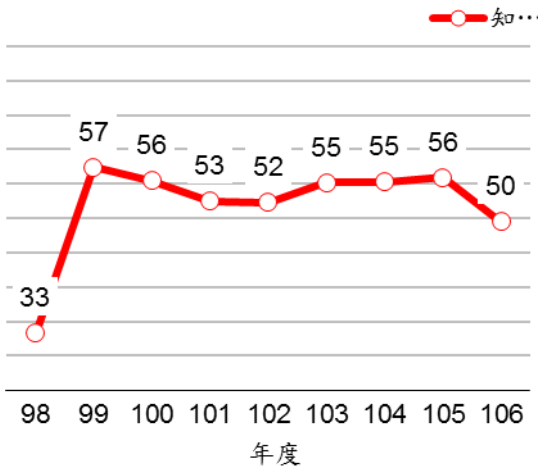
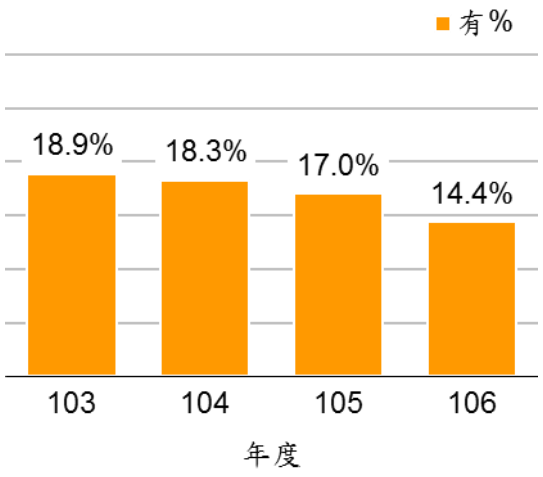
3.自殺是個人權利，決定權在於自己？	59.3%民眾認同「自殺是個人的權利，決定權在於自己」說法，37.5%不認同。 ● 歷年調查顯示，自102年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢。	
4.自殺防治工作，自己可以幫得上忙？	59.2%民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙。 ● 歷年調查顯示，均有過半數民眾認為可以幫得上忙。	

3) 民眾對自殺防治資訊的接觸

此部份調查的問題分為:「近一年接觸自殺防治相關資訊情況？」、「得知自殺防治相關資訊的管道？」、「自殺防治諮詢專線認知度？」、「接觸過自殺防治守門人相關資訊情況？」這四個問題，結果整理如下。(表 7.1.3)

表 7-1-3、民眾對自殺防治資訊的接觸題目與圖表

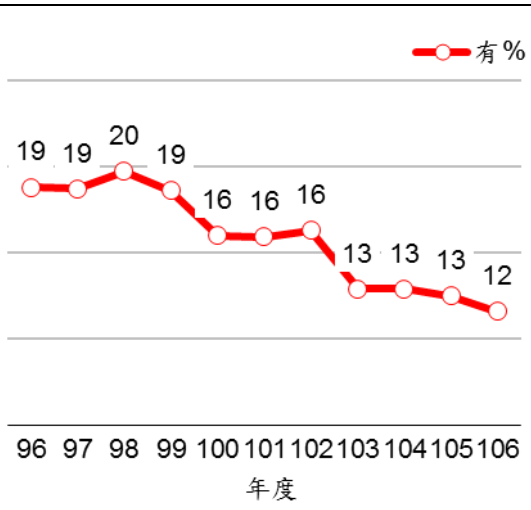
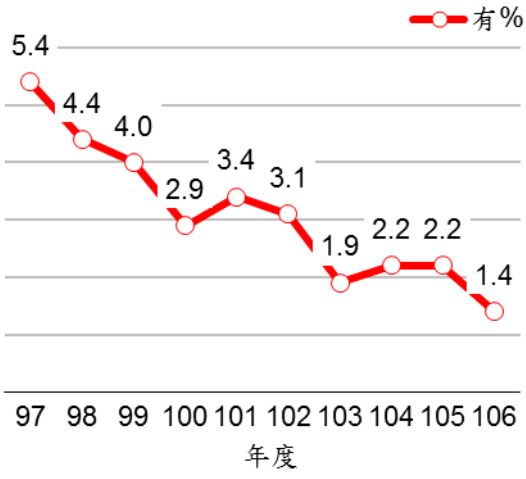
問題	結果	圖表
1.近一年接觸自殺防治相關資訊情況	42.3%民眾表示近一年看過或聽過自殺防治相關資訊。 ● 歷年調查顯示，自 103 年起，民眾接觸過自殺防治相關資訊有逐年下滑的趨勢。	
2.得知自殺防治相關資訊的管道	民眾得知自殺防治相關資訊來源以「電視」(29.3%)為主，其次為「網路」(20.8%)、「報紙」(9.0%)。 ● 歷年調查顯示，「電視」一直是民眾資訊主要管道，而從網路得知有逐年上升趨勢。	

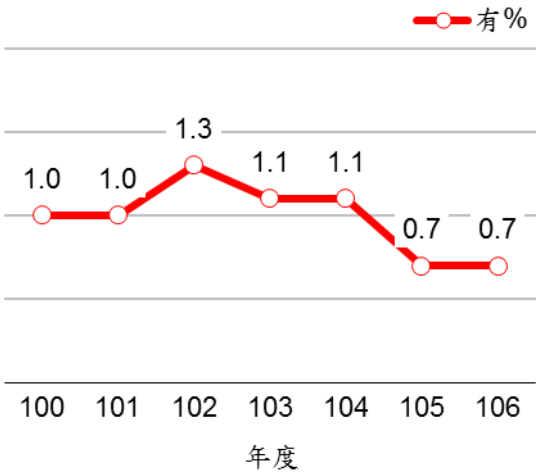
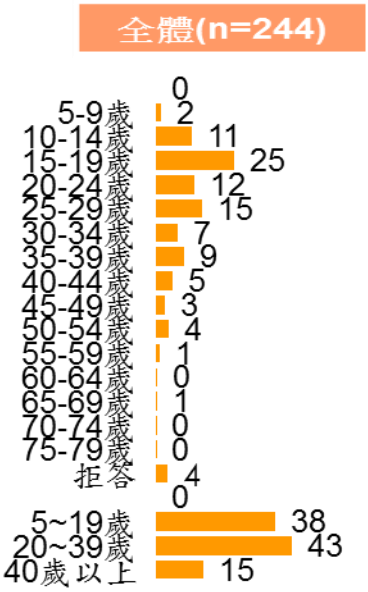
3.「自殺防治諮詢專線」認知度	49.5%民眾知道自殺防治有諮詢專線。 ● 歷年調查顯示，近幾年約5成多民眾知道「自殺防治有諮詢專線」，而今年知道率明顯下降。	
4.接觸過自殺防治守門人相關資訊情況	14.4%民眾近1年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人123步驟，1問、2應、3轉介」相關資訊。 ● 歷年調查顯示，民眾接觸率有逐年下降的趨勢。	

4)民眾的自殺意念調查

此部份問題分為:「一生中曾經認真地想過要自殺？」、「一年中曾經認真地想過要自殺？」、「近一月曾認真想過要自殺？」、「第一次認真想過要自殺的年紀」這四個問題。調查結果整理如下。(表 7.1.4)

表 7-1-4、民眾的自殺的意念調查題目與圖表

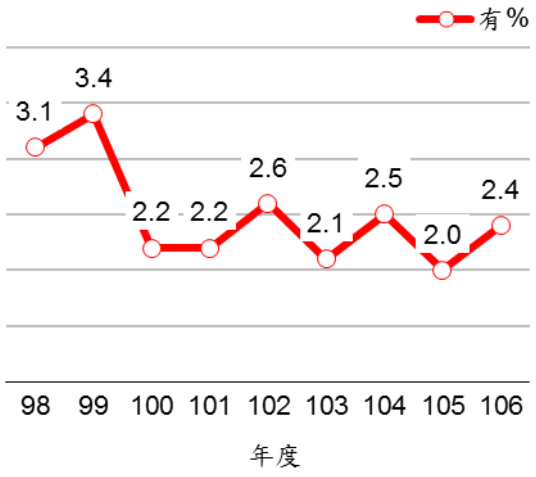
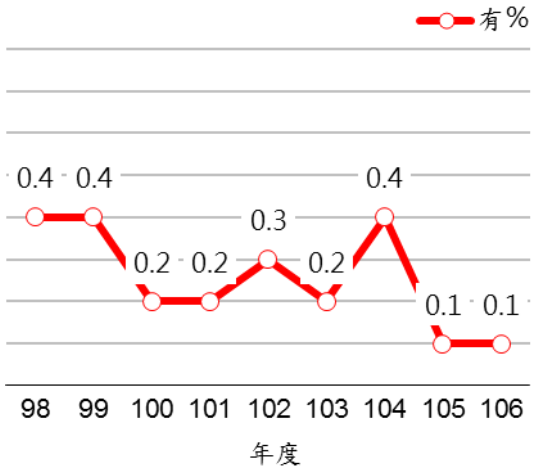
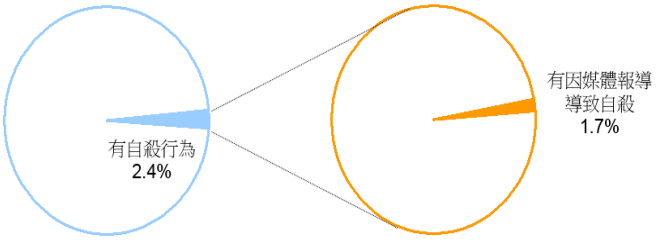
問題	結果	圖表
1.一生中曾經認真地想過要自殺？	11.6%民眾表示一生中曾認真想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，表示一生中曾認真想過要自殺的比率，有逐年下降趨勢。	
2.一年中曾經認真地想過要自殺？	1.4%民眾表示近一年曾認真想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，近一年曾認真想過要自殺的比率，明顯有逐年下降趨勢。	

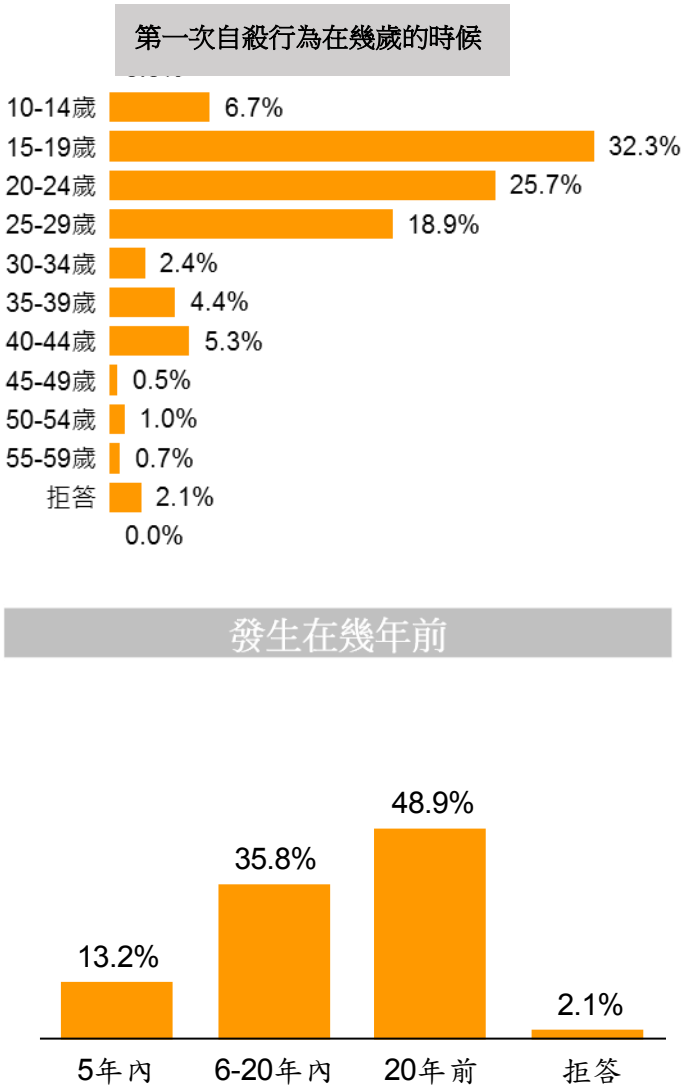
3.近一個月曾認真想過要自殺？	0.7%民眾表示近一月想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，歷年皆維持約 **1%**民眾表示近一個月曾認真想過要自殺。	
4. 第一次認真想過要自殺的年紀	曾有自殺想法民眾第一次認真想自殺的年紀有 38%在 19 歲以下，43%在 20~39 歲，15%在 40 歲以上。	

5) 民眾的自殺行為調查

此部份調查的題目包括:「曾有過自殺行為？」、「最近一年曾有過自殺行為？」、「有沒有曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)？」、「第一次自殺行為的年紀」這四個問題，結果如下。(表 7.1.5)

表 7-1-5、民眾的自殺行為題目與圖表

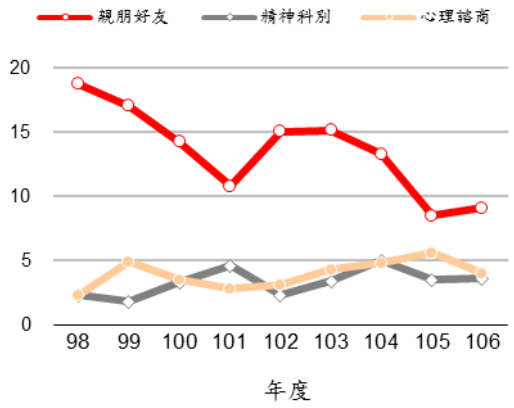
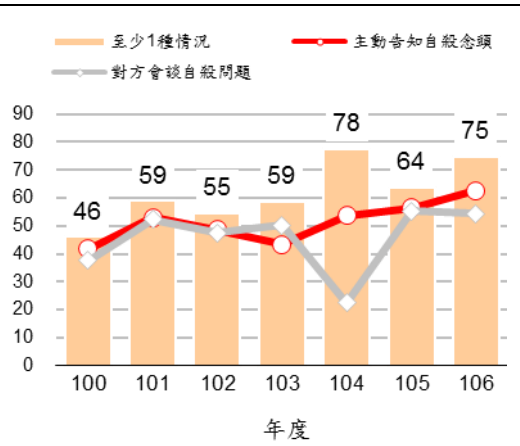
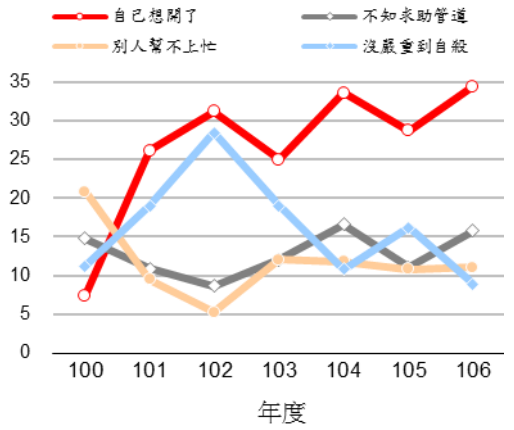
問題	結果	圖表
1. 曾有過自殺行為？	2.4%民眾表示一生中有過自殺行為。 ● 歷年調查顯示，歷年民眾有過自殺行為的比率均落在**2.0%~3.5%**間。	
2. 最近一年曾有過自殺行為？	0.1%民眾表示最近一年有過自殺行為。 ● 歷年調查顯示，近一年自殺行為比率均低於**0.5%**。	
3. 有沒有曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)	2.4%民眾表示一生中有過自殺行為。 ● 曾有過自殺行為的民眾僅有1.7%表示曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)。	

4. 第一次自殺行為的年紀	一生曾有自殺行為的民眾(n=50)第一次自殺行為的年紀以 15-19 歲(32.3%)居多，其次為 20-24 歲(25.7%)。 ● 第一次自殺行為的年紀的時間大多在 5 年以前，僅 13.2%是在最近 5 年內。	

6) 民眾的自殺求助行為

此部份問題分為:「曾經因自殺問題求助於誰？」、「求助他人時會提及自殺問題？」、「為何沒有去求助？」這三個問題，內容整理如下。(表 7.1.6)

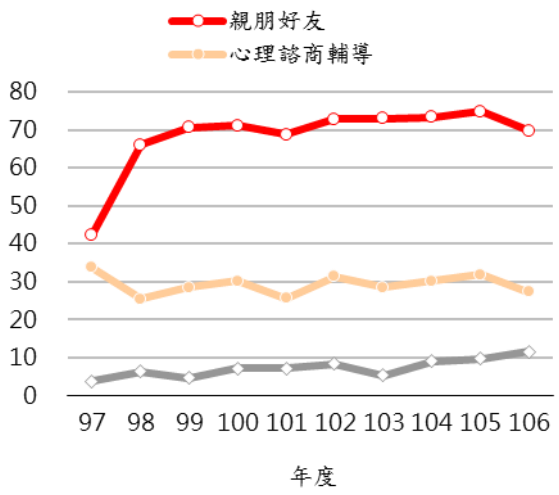
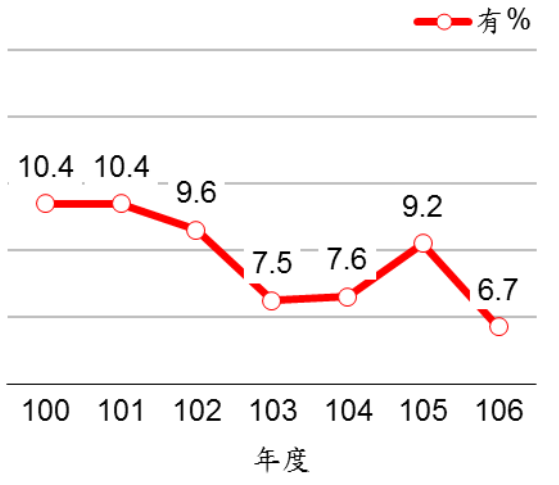
表 7-1-6、民眾的自殺求助行為題目與圖表

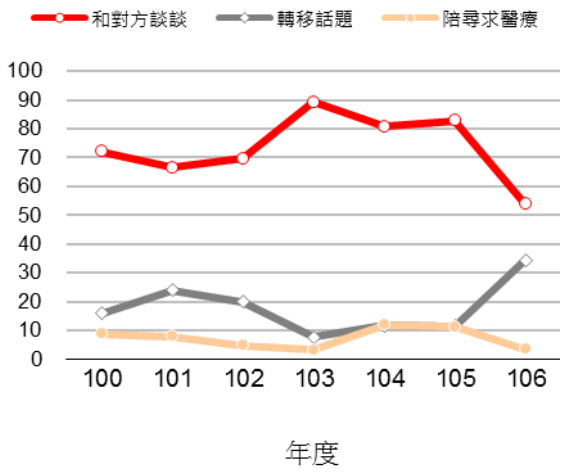
問題	結果	圖表
1. 曾經因自殺問題求助於誰	有自殺想法民眾當下僅17.3%求助 ● 以求助親朋好友居多(9.1%)，其次「心理諮商輔導專線或機構」(4.0%)。	
2. 求助他人時會提及自殺問題？	曾有自殺想法民眾，有16.8%當時有求助過他人或機構，其中有62.6%表示有主動告知自己想自殺的念頭，54.4%表示求助對象有跟您談到自殺的問題。 ● 歷年調查顯示，求助他人時會談及自殺問題比率有逐年上升趨勢。	
3. 為何沒有去求助	曾有自殺想法的民眾，有82.0%當時沒去求助，主因為「自己想開了」(34.4%)。 ● 歷年調查顯示，民眾不去求助的原因皆以「自己想開了」居多。	

7) 民眾對於幫助自殺者的看法

此部份問題分為:「誰最能幫助想要自殺的人？」、「過去一年有人向您透露自殺念頭？」、「有人透露自殺念頭時的處理方式？」這三個問題，內容詳細整理如下。 (表 7.1.7)

表 7-1-7、民眾對於幫助自殺者的看法之題目與圖表

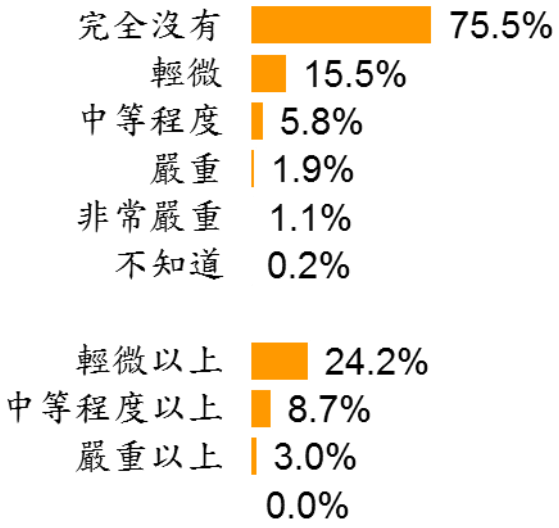
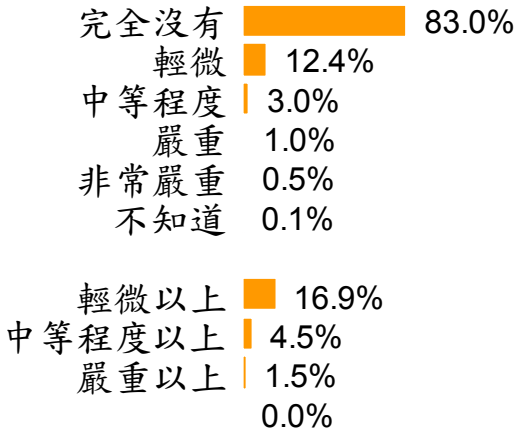
問題	結果	圖表
1. 誰最能幫助想要自殺的人	民眾認為求助「親朋好友」(69.8%)最能幫助自殺者，其次為「心理諮商輔導專線/機構」(27.4%)，再次為「醫療院所-精神科別」(11.6%) 。 ● 歷年調查，皆認為「親朋好友」最能幫助自殺者居多。	
2. 過去一年有人向您透露自殺念頭？	6.7%民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺念頭。 ● 歷年調查顯示，今年民眾表示有人對他透露過自殺念頭的比率為歷年最低。	

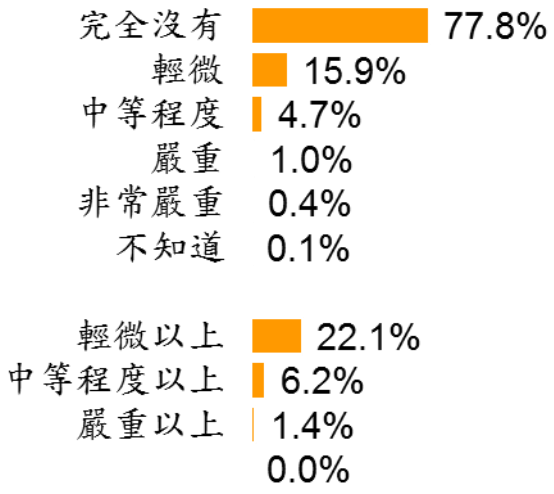
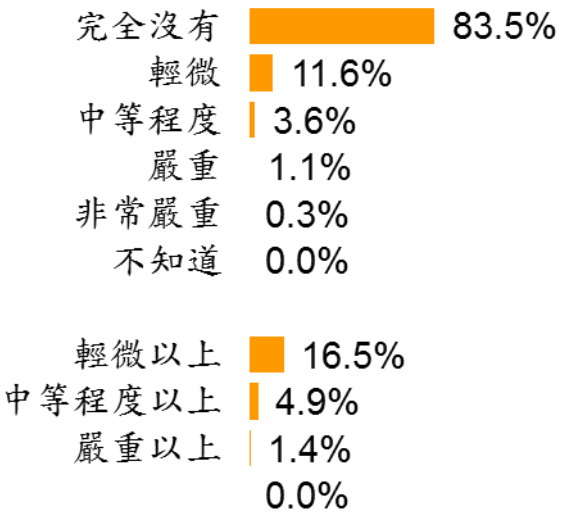
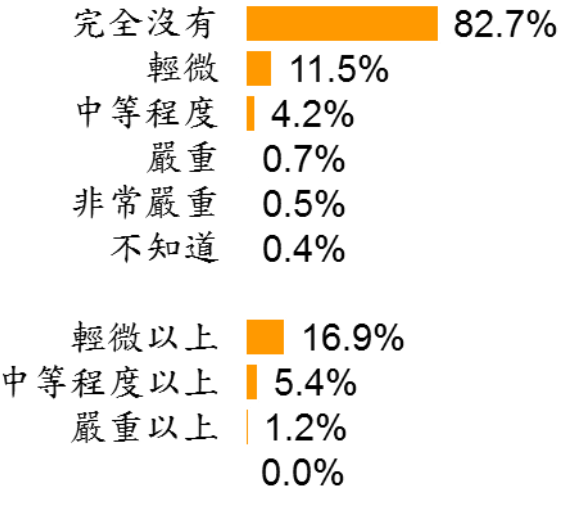
3. **有人透露自殺念頭時的處理方式**	民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有53.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，34.5%會轉移話題，僅3.3%陪伴他一起尋求專業諮詢。 ● 歷年調查顯示，皆以「和對方談一談他對自殺想法」居多。	

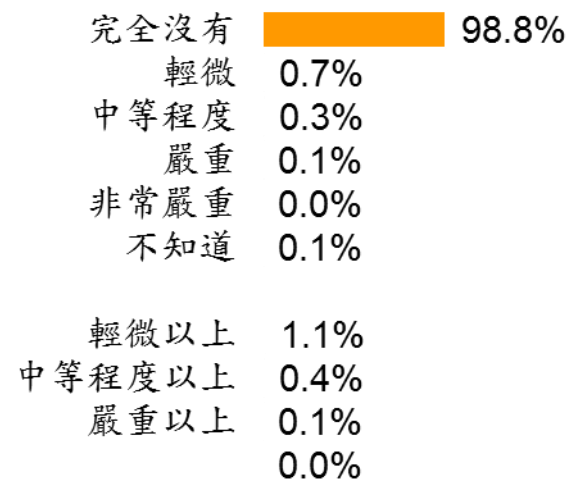
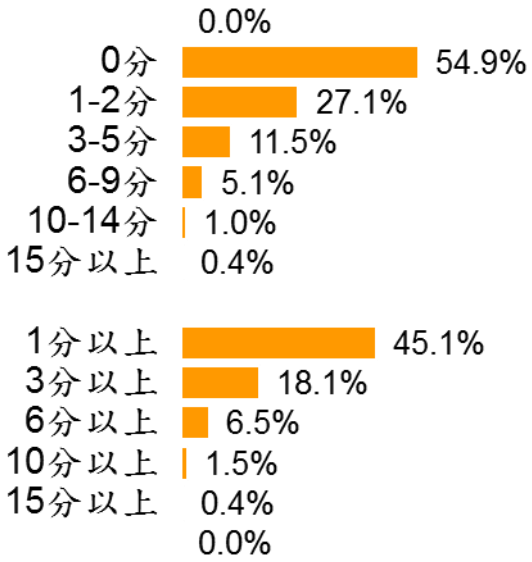
8)心情溫度計(BSRS-5)調查結果

本部份問題分為:「最近一星期中有睡眠困難問題？」、「最近一星期中有感覺緊張不安？」、「最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？」、「最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？」、「最近一星期中有覺得比不上別人？」、「最近一星期中有自殺的想法？」這六個問題，並呈現「心情溫度計總分」，內容詳細整理如下。(表 7.1.8)

表 7-1-8、心情溫度計調查結果題目與圖表

問題	結果	圖表
1. 最近一星期中有睡眠困難問題？	24.3%民眾近一星期有睡眠困難問題，8.7%達中等程度以上，3.0%達嚴重程度。	
2. 最近一星期中有感覺緊張不安？	16.9%民眾近一星期感覺緊張不安，4.5%達中等程度，1.5%達嚴重程度。	

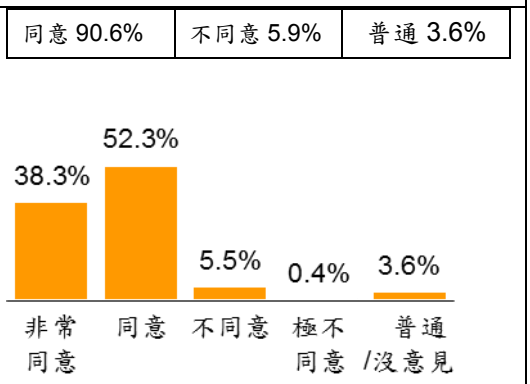
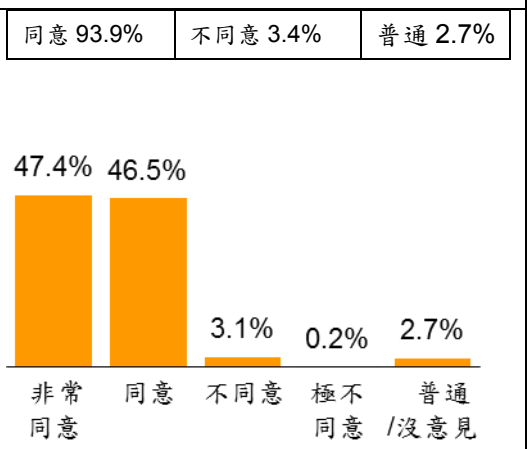
3. 最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？	22.1%民眾近一星期覺得容易苦惱或動怒，6.2%達中等程度，1.4%達嚴重程度。	
4. 最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？	16.5%民眾近一星期感覺憂鬱、心情低落，4.9%達中等程度，1.4%達嚴重程度。	
5. 最近一星期中有覺得比不上別人？	16.9%民眾近一週覺得比不上別人，5.4%達中等程度，1.2%達嚴重程度。	

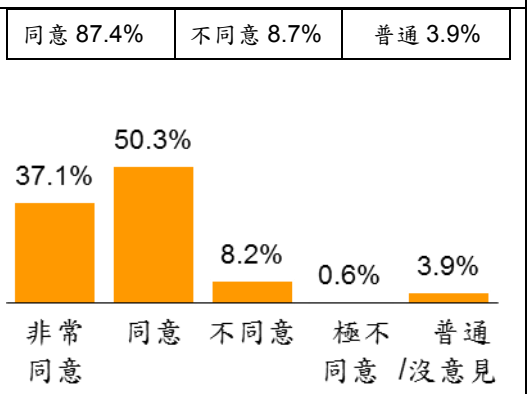
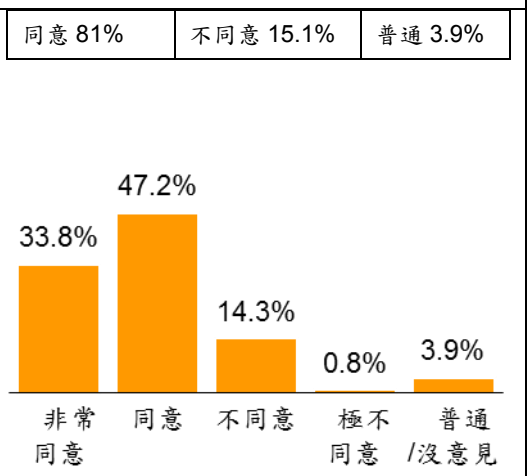
6. 最近一星期中有自殺的想法？	1.1%民眾近一星期有自殺的想法，0.4%達中等程度，0.1%達嚴重程度。	
7.心情溫度計總分	心情溫度計 BSRS-5 量表檢測結果，有 6.5%民眾總分在 6 分以上，代表這些民眾可能存在情緒困擾，需要適度紓壓(6-9 分輕度困擾者)或諮詢專業人員(10 分以上中重度困擾者)。	

9)復原力量表調查結果

本部份問題分為:「您同不同意碰到失落時，會主動尋找方法填補？」、「您同不同意相信自己可以從處理困難中得到正向的成長？」、「您同不同意遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決？」、「您同不同意不管遇到任何事情，有信心可掌控自己反應？」這四個問題，結果如下。(表 7-1-9)

表 7-1-9 復原力量表調查結果題目與圖表

問題	結果	圖表
1. 同不同意「碰到失落時，會主動尋找方法填補」	90.6%民眾同意「當碰到失戀、生意失敗、親友過世或其他失落事件時，會主動尋找方法來填補這樣的失落」，僅 5.9%不同意。	
2. 同不同意「相信自己可以從處理困難中得到正向的成長」	93.9%民眾同意「你相信你自己可以從處理困難中，得到正向的成長」，僅 3.4%不同意。	

3. 同不同意「遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決」	87.4%民眾同意「遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決」，8.7%不同意。	
4. 同不同意「不管遇到任何事情，有信心可掌控自己反應」	81.0%民眾同意「不管遇到任何事情，你都有信心可以掌控自己的反應」，15.1%不同意。	

10) 簡明心理健康篩檢表-九題版 (CMHC-9)

本篩檢表分為兩部分檢測民眾的心理困擾(下表 1-5 題)以及自殺風險(下表 6-9 題)程度，其中前五題為心情溫度計新版(BSRS-5R)篩檢題，後四題為評估整體自殺風險的危險及保護因子，各題均已是(1 分)或否(0 分)評分。結果呈現如下:

第 1-5 題由「心情溫度計」重新編碼為 0(輕微/中等程度)或 1 分(嚴重/非常嚴重)，整體而言約有五分之一(16.5-24.3%)民眾前五題回答”是”，代

表五位民眾之中有一位在近一週內有明顯的心理困擾情形；第 6 題約有 2.4%的民眾回答一生中曾經傷害過自己或企圖自殺。此外，有 1.8%的民眾回答現在（仍）會想著「未來要自殺」；約有十分之一(9.7%)的民眾自呈在情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴。 (表 7-1-10)

表 7-1-10、CMHC-9 民眾回答百分比表

題目	是	否	不知道
1.最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾	24.30	75.50	0.20
2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾	16.90	83.00	0.10
3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾	22.10	77.80	0.10
4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	16.50	83.50	0.00
5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾	16.90	82.70	0.40
6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	2.40	97.50	0.10
7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」	1.80	96.10	2.10
8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	2.20	97.60	0.20
9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	9.70	89.70	0.60

2. 檢討與建議

1) 民眾認為台灣的自殺問題仍偏嚴重

根據今年度調查結果，大部分的臺灣民眾約有六成一的人覺得自殺問題是嚴重的。而且歷年調查結果也是約莫六成以上，雖然從 2006 年度的八成六，逐年下降至 2017 年的六成一。但是總體而言，從 2006 年度到 2017 年度，臺灣民眾都至少有六成以上民眾覺得台灣自殺問題是嚴重的。表示自殺問題臺灣民眾心中仍有一定的嚴重程度。

有 56.9%的人認同自殺身亡的人在生前不會說出想自殺；有 62.3%民眾認同說想自殺者並非想死，只是發洩而已；且有 59.3%的民眾，自殺是個人權利，決定權在於自己，而認同此說法的民眾有越來越多的趨勢。上述結果表示民眾對自殺的人存有迷思或偏向錯誤的態度，認為自殺者生前不會說出來、即使說出想自殺者也只是發洩、或自殺是個人權利，這些回答恰好與民調中自殺高風險者的回答(62.6%都會主動告知自己想自殺的念頭)形成對比，顯示臺灣的自殺問題仍然值得注意，尤其應提升民眾對高風險者自殺警訊之敏感度。

2) 持續推動自殺防治資訊的大眾宣導

今年的調查中發現民眾在自殺防治諮詢專線的認知度較去年下降了 6%(56%->49.5%)，僅約一成五民眾看過/接觸過自殺防治守門人的相關資訊，此數據有逐年下降的趨勢。其次，近一年約有四成二民眾接觸過自殺防治有關資訊，此部分在近三年有逐年下降的趨勢，這些結果表示目前台灣民眾仍對自殺防治的認識有限，自殺防治是長期而連續的工作，對於守門人或自殺防治專線等相關資訊仍需持續宣導，使防治效果有延續性及顯著成效。

再者，近 1/3 與 1/5 民眾得知自殺防治相關訊息的管道來源為「電視」與「網路」，自 102 年起網路就超越報紙成為第二大民眾的訊息管道來源，報紙反而逐年遞減，因此，在自殺防治的教育宣導工作上，不可忽略透過電視與網路兩者之媒介，提供民眾正確、正向的資訊來源，以利防治工作之推動。

3) 以自殺意念及自殺企圖盛行率推估整體自殺人口數仍偏高

有關臺灣民眾的自殺意念調查，今年的資料顯示一生中曾認真的想要自殺顧的民眾佔 11.6%。從歷年來看，2007 年 19%至 2017 年的 12%有逐

年降低的趨勢。而在一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 1.4%，歷年調查裡面算是最低的一年，從 2008 年開始的 5.4%逐年降低至 2017 年的 1.4%。在一個月中曾經想要自殺的民眾佔有 0.7%，歷年調查從 100 年至 2017 年為止，皆維持約 1%的民眾。另一方面，今年度調查民眾的自殺企圖盛行率約為 2.4%，此比例與就醫人口相比雖然低了 2 倍以上(以內科病房為例: 8.3%有自殺企圖，參 Wu et al., 2016*)。

上述結果若推論至全臺 2300 萬民眾，其中一星期內有 1.1%民眾曾有自殺意念—換算成全人口數就是 23±9.2 萬民眾曾有此意念、一月內有 0.7%--就是 13.5±7.0 萬、一年內有 1.4%--就是 29.1±10.3 萬、而近一生中曾有自殺意念者，就是 236±27.9 萬人(11.6%)；而過去曾經實際有過自殺企圖者，推估有將近 48.1±13.2 萬人口。這些人因為只有自殺意念而無自殺行為，但仍屬於潛在具有高風險性的個案，針對臺灣民眾的心理健康促進以及防護自殺死亡的工作，包含如何觸及將自殺求助管道給予這些人以及建立自殺防治安全網等策略，是刻不容緩的議題。

* **Wu CY**, Chang HY, Lee MB, Kuo PH, Tseng CL. (2016). Association of suicide risk and healthcare utilization in medical patients. BAOJ Medical & Nursing 2: 024.

4) 加強媒體溝通與自律

臺灣民眾的自殺行為調查，調查結果表示民眾一生中有 2.4%的人曾經有過自殺行為，歷年從 98 年至 2017 年比率約莫落在 2.0%以及 3.5%之間。最近一年曾經有過自殺行為的比率佔有 0.1%，約莫和前年一樣 0.1%。有沒有曾因受到媒體報導的影響而導致自殺則是有 2.4%的民眾表示一生中有過自殺行為，而在這 2.4%曾有過自殺行為的人中約有 1.7%的人曾因受到媒體報導的影響而導致自殺。

結果顯示，媒體報導對自殺脆弱群而言，雖不是全部的脆弱群都會受到影響，但是仍然有一定比例會受到媒體報導的影響而導致自殺行為。建議媒體報導相關自殺訊息須特別留意是否遵守六不六要原則，需客觀公正不猩羶等，為自殺防治工作中之一不可忽視的一環。

5) 提升民眾心理健康問題之求助動機，同時落實守門人訓練及成功轉介，以降低潛在精神疾病導致自殺風險

臺灣民眾會因自殺意念而求助的比例不高，有自殺想法的民眾中僅有

17.3%的人求助，而求助對象以親朋好友居多(9.1%)，其次為心理諮商輔導專線或機構(4.0%)，此結果顯示自殺高風險民眾的求助動機偏低。然而，自殺意念者求助的當下，高達 62.6%都會主動告知自己想自殺的念頭，意即求助代表了一個自殺警訊，守門人加強敏感度、辨識自殺意念者的危險因子是很重要的。

其次，最多民眾認為最能幫助自殺的人是親朋好友(69.8%)、其次為心理諮商輔導專線或機構(27.4%)。這樣前兩大類的結果和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 6.7%民眾在過去一年曾經歷有人向自己透露自殺念頭，民眾的處理方式大部分(53.8%)是跟對方聊一聊、近三成(34.5%)的人會轉移話題，僅 3.3%會陪伴他一起尋求專業諮詢。對照前述的自殺者的求助對象第一為親朋好友，其次為心理諮商和機構的數據，兩項統計結果可以觀查出自殺者的求助資源脈絡，一般自殺者多為先跟親朋好友傾訴、再尋求心理諮商或機構，進行更專業的服務與支持。從「五成二民眾覺得自己是可以幫上自殺者的忙」之結果，我們得知珍愛生命守門人的推廣仍應持續努力，但實際在教育資源的推動與宣傳上，如何落實「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」知能訓練以提升其成效，如何教導民眾正確地幫助自殺者，將是訓練重點。今年度有 14.4%的民眾曾聽過守門人的相關訊息，期待未來持續推廣相關的教育訓練活動、善用「心情溫度計」(結合紙本、網路及 APP 應用等多重管道)強化民眾自我檢測情緒，做好自我心情關照，依舊是全面性策略中重要的一環。

五、 附件

附件 7.1.1《2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷》

離婚民眾關懷暨心衛資源專案

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

多數研究發現,離婚後除需適應因雙方關係斷裂所引發之內心反應外,同時還必需面對生活上子女撫養及經濟等多重改變,往往會造成巨大的心理壓力。若未正視或因應不當,將導致身心適應困難,並潛藏自殺的隱憂。婚姻所帶來的有意義的社會互動關係,可以形成保護因子,其自殺風險明顯低於單身者。另外,從離婚事件可發現,男女也會因社會期待帶來不同的壓力。一般而言,女性離婚後在社會資源及經濟上的支持明顯下降,社會支持則是上升;男性則相反,經濟上的影響較小,而接受到社會支持也較低,因此離婚女性的自殺風險會比男性高。

從社會文化觀點中兩性間親職責任不同可發現,母親為主要照顧者,撫育孩子的責任多半會落在母親身上,家庭中的家務工作也通常由女性負責,也因此為女性帶來低自尊、低成就感的心理壓力連結(Gove,1973);反之男性在家中多扮演主要經濟來源的角色,壓力源來自於職場,兩性在婚姻中承擔的角色與壓力是有差異的,因而自殺風險程度也不同。且離婚本身就是一個壓力源,過去研究顯示男性有大量酗酒問題,可能是造成離婚男性高死亡率的原因。因此,可以想見離婚民眾在離婚後的重建過程中,是多重壓力因子及危險因子,也容易面臨困境,並在衝動下容易做出令人後悔的抉擇。

為了規劃防治策略,需了解現代人離婚後的心理健康狀態,因此本中心針對離婚民眾設計「關懷暨心衛資源單張』,於戶政單位辦理,透過填寫問卷與了解填寫對象的心情健康現況,並提供回饋。期待藉由填寫問卷而多一份關懷,以期能夠為離婚民眾多建立一道守護生命的防線。

2. 業務或方案目的與目標

1)擴大宣導使用心情溫度計自我檢測。
2)關懷高風險離婚民眾的心理健康。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1)設計離婚民眾關懷暨心衛資源單張，並於業務會議進行審閱討論，確認是否符合需求，以及建立關懷資訊是否足以達到關懷目的。
2)擬針對新北市(2017 至 10 月計算，每一千人中有 2.09 對離婚)作為前導區域，試辦期程為 1-2 個月，發函至該縣市各戶政事務所，同時提供關懷暨心衛資源單張(包含心情溫度計及心衛資源等資訊)，請戶政人員於民眾辦理離婚手續時發放。
3) 蒐集兩願離婚與法律調解與和解離婚流程程序，確認戶政事務所為最後辦理離婚手續。
4)研擬關懷暨心衛資源單張，包含心衛資訊、離婚民眾心理衛生關懷專案說明、發放步驟、說帖、後續回饋表單，以及中心內部合適之「珍愛守門人」教學影片。
5)聯繫新北市政府心理健康委員會，遞交相關資訊給聯繫承辦人，以新北市作為預計試辦地點，並以獎勵方式回收回饋表單，再進一步檢討、改善實施環節與方式。
6)預計明年規劃針對高離婚率縣市(以高離婚對數縣市：六都為優先)發放關懷暨心衛資源單張，並於半年後，邀請協助戶政事務所人員，填寫辦理回應問卷，以利檢討修改流程，讓未來發放至各縣市關懷與建議更加完善。

2. 資源連結與合作

1)合作單位：衛生福利部心口司、新北市衛生局、新北市戶政事務所。
2) 資源連結內容及形式：傳遞電子公文、紙本關懷暨心衛資源單張、發布訊息、後續問卷回覆。

三、 過程 (Process)

1. 2017 年 2 月規劃離婚民眾關懷暨衛生資源單張，預計於 2 月底前完成設計單張。
2. 2017 年 2 月完成稿件設計，包含心情溫度計 5 題選擇題，電子 QRcode 放置於正面，並將全省社會救助、心理衛生、其他關懷聯繫話，以及各縣市心衛中心聯絡電話放置於背面。
3. 3 月蒐集離婚手續、法定程序、求助資源管道資源，並將兩願離婚、法院

調解離婚製作成樹狀圖。

4. 4 月針對 2015 年高離婚民眾縣市規畫發放流程，包括擬定公文、關懷暨心衛資源單張發放指引，詳見附件 7.2.1《關懷暨心衛資源單張發放指引》。
5. 10 月針對內政部統計數據，調查 2017 年全台離婚對數與離婚率。
6. 11 月規劃發放流程，詳見如圖 7-2-2。

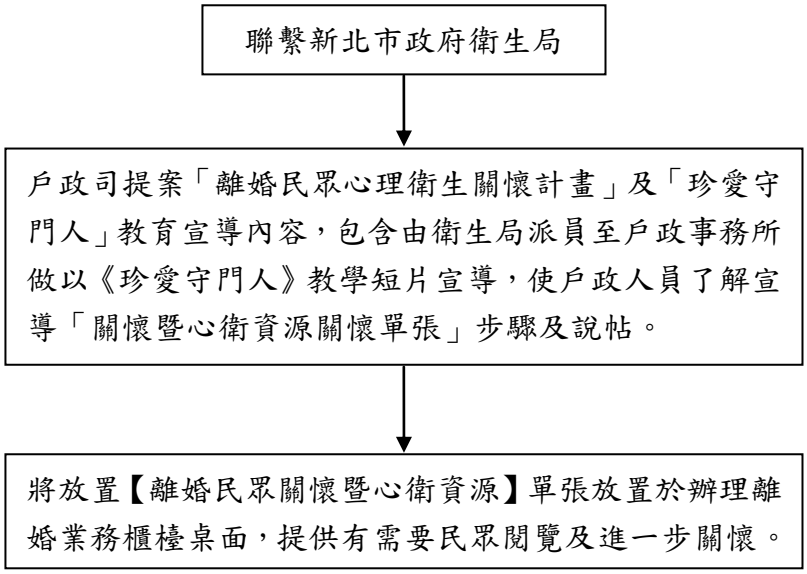


圖 7-2-2、發放流程圖

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 離婚法定程序及相關資訊

(1) 無論是兩願離婚或法院調解、和解離婚，當事人會分別依照不同程序到戶政事務所辦理離婚手續。

(2) 判決離婚辦理手續樹狀圖詳見圖 7-2-3。

(3) 離婚民眾普遍會面對到經濟、協談、家暴、家事案件等立即性服務，因此規劃關懷暨衛生資源需要包含此類資訊，得以協助當事人。

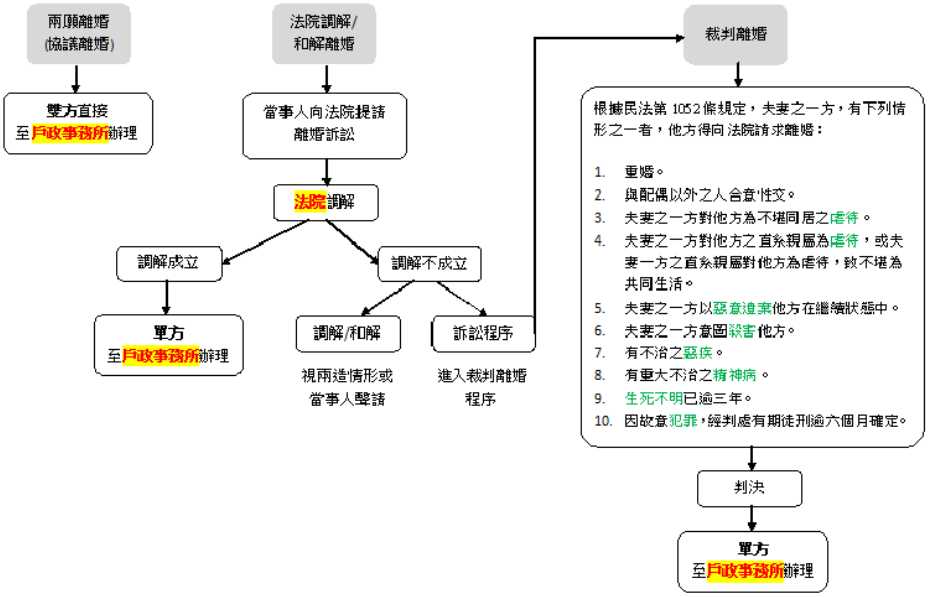


圖 7-2-3、判決離婚辦理手續樹狀圖

2) 規劃關懷暨心衛資源單張，詳見圖 7-2-4

(1) 正面：關懷離婚民眾說帖、心情溫度計使用說明方法、心情溫度計選擇題 5 題，再加上 1 題自殺想法檢測題、心情溫度計得分說明、心情溫度計 APP 下載說明、心情溫度計 QR code、使用 APP 可獲得之參考資訊。

(2) 背面：社會救助資源，求助資源電話，含福利諮詢專線、就業諮詢專線、法律扶助基金會全國專縣，心理衛生專線涵蓋安心專線、生命線、張老師，其他相關保護專線、家庭婚姻問題諮詢、外來人士在臺生活諮詢、衛福部男性關懷專線、同志健康免費專線、各縣市地區心衛中心服務專線等。



心情溫度計

改變就是轉機，結束一段關係是個不容易的決定，或許您在這段經歷中，承受許多壓力，或有心情低落、躁動不安的情形，長期累積下可能影響身心健康，為關心您的心情健康，建議可透過下列問題來自我檢測。

填表說明：本量表可協助您檢測自身身心適應狀況，請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，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

		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…	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

【得分說明與建議】前 5 題總分

0-5 分：為一般正常範圍。

6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10 分以上：有明顯的情緒困擾，建議尋求精神科醫療團隊協助進一步評估。

若有自殺想法，建議尋求專業諮詢或接受精神科治療。

歡迎免費下載使用心情溫度計 APP →→→→→掃描 QR code

你可以…

1.定期檢測心情　2.觀看測驗紀錄

3.心情健康秘笈　4.心衛資源

全國自殺防治中心　衛生福利部關心您

社會救助
- 福利諮詢專線：1957
- 就業諮詢專線：0800-777-888
- 法律扶助基金會全國專線：(02)412-8518

心理衛生
- 安心專線：0800-788-995
- 生命線：1995
- 張老師：1980

其他相關
- 保護專線：113
- 家庭婚姻問題諮詢：0800-314-888
- 外來人士在臺生活諮詢服務熱線：0800-024-111
- 衛福部男性關懷專線：0800-013-999
- 同志健康免費諮詢專線：0800-010-569

各縣市社區心理衛生中心聯絡方式

縣市	電話
基隆市	02-24300195
台北市	02-33936779 #18
新北市	02-22572623
桃園縣	03-3325880
新竹縣	03-6567138
新竹市	03-5234647
苗栗縣	037-332621
台中市	04-25155148
彰化縣	04-7127839
雲林縣	05-5370885
嘉義縣	05-3621150
嘉義市	05-2328177
台南市	06-6357756
高雄市	07-3874649
屏東縣	08-7370123
台東縣	089-336575
花蓮縣	03-8351885
宜蘭縣	03-9367885
南投縣	049-2205885
澎湖縣	06-9272162 #228
金門縣	082-337885
連江縣	0836-22095

圖 7-2-4、關懷暨心衛資源單張

2. 結論

本次針對離婚民眾關懷暨心衛單張為初步嘗試，還需累積與戶政事務所合作之發放經驗，討論如何針對各縣市離婚民眾之心理健康協助，擬定心理衛生推廣策略，例如 APP 可讓民眾在面對危機時能及時取得相關的求助資源。另外，針對戶政事務所人員，該如何透過「珍愛守門人」訓練，增加對離婚民眾情緒、自殺危機之敏感度，並以關懷口吻詢問等，都是本專案未來之計畫內容。

五、 附件

附件 7.2.1《關懷暨心衛資源單張發放指引》

網路成癮者之評估與轉介

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

跟著資訊時代的降臨，3C 產品如：智慧型手機、平板、電腦的普及，人手一機讓網路已是現代人生活不可或缺的一環，也因此現代人面對網路過度使用，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，泛指重度網路使用得當事人在網路使用上出現一般上癮問題的核心症狀與負面影響，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，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，今年度重新發放新版問卷，期待藉由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) 將網路身心與健康調查問卷放置於中心網站、粉絲專頁、透過電子報發放，讓自願者做填寫動作。
5) 寄發施測結果與關懷信件給問卷中有留下電子信箱之受測者。
6) 未來規劃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 12 月規劃今年度網路成癮研究時程，於 2 月底前完成新版問卷，並於 3 月初開始發布電子報。
2. 2016 年 12 月 26 日修改新版網路成癮問卷，將背景資料年齡部份新增「0-14 歲」、「75 歲以上」，就業情形新增「失業/待退休」，並修改相關描述。
3. 2017 年 2 月將「陳氏網路成癮量表」(CIAS-R)置換為「上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)」，加入「復原力及因應量表」(BRCS)，為 9 題單選題。
4. 2017 年 2 月將後測問卷製作成 google 表單形式，並依測試結果修改部分題型，例如在原上網活動頻率，在前項加入每周上網平均時間，為更精確了解填寫人上網的時間，新增題目為「因『學業或工作』的需求，每周上網時間平均幾小時？」、「因『非學業或非工作』的需求，每周上網時間平均幾小時？」。
5. 擬定後續關懷信件內容，並架設中心網站「網路使用檢測專區」宣傳正確使用網路資訊。

6. 於 2017 年 3 月 3 日業務會議公告中心於 2017 年 2 月 24 日正式公告新版「網路使用與身心健康調查」，3 月 3 日當日統計已有 22 名填寫完畢受測者。
7. 2017 年 6 月 20 日將問券內容及連結頁面以公文發布給予教育部，尋求共同廣發其內容，並設立未來將優先聯繫高中、高職學校，推廣檢定網路使用狀況。
8. 2017 年 9 月 27 日將問券結合「珍愛生命打氣網」，除了宣傳網路使用對生活造成的影響，同時讓粉絲會員透過問卷，了解自己的心情狀況是否受到網路所影響。後續持續規畫每月發文主題，讓 FB 上粉絲使用者，能定時透過問卷，了解不同時期心情狀況，進而尋求專業諮詢。
9. 2017 年 10 月持續透過各大專教師，在課堂上推廣問卷，幫助新生了解自己目前的心理穩定程度。

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、上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)、與簡式性格量表。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電子郵件。

2) 截至 2017 年 11 月 08 日止，總共有 492 人填答問卷，總計寄出 344 封問卷結果，占所有受測人數的 69.9%。

3) 新版問卷描述性統計

492 位施測對象中，男性 229 位(46.5%)；女性 262 位(53.3%)；其他 1 位(0.2%)。年齡層分布以 15-19 歲最多，共 262 位(53.3%)，其次為 20-24 歲，共 77 位(15.7%)，25-29 歲以上則有 50 位(10.2%)。以教育程度區分，大學共有 318 位(64.6%)，其次為高中職，共 81 位(16.5%)，研究所以上共 43 位(8.7%)，其餘為專科 32 位(6.5%)、國中 16 位(3.3%)、國小以下 2 位(0.4%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 419 位(85.2%)，其次為已婚 67 位(13.6%)。以職業區分，目前學生共 324 位(65.9%)，其次為就業中 130 位(26.4%)，接著是無業(含失業、待業者)共 28 位(5.7%)，退休人數最少，有 4 位(0.8%)。詳見表 7-3-1。

表 7-3-1、新版基本資料表(N=492)

	沒有 email		有 email	
	N	%	N	%
性別				
男	82	55.4	147	42.7
女	66	44.6	196	57.0
年齡				
0-14 歲	3	2.0	9	2.0
15-19 歲	80	54.1	182	54.1
20-24 歲	20	13.5	57	13.5
25-29 歲	21	14.2	29	14.2
30-34 歲	6	4.1	21	6.1
35-39 歲	8	5.4	11	3.2
40-44 歲	4	2.7	16	4.7
45-49 歲	4	2.7	12	3.5
50-54 歲	1	0.7	5	1.5
55-59 歲	0	0	1	0.3
60-64 歲	1	0.7	1	0.3
教育程度				
國小以下	1	0.7	1	0.3
國中	3	2.0	13	3.8
高中職	19	12.8	62	18.0
專科	10	6.8	22	6.4
大學	102	68.9	216	62.8
研究所以上	13	8.8	30	8.7
婚姻狀況				
單身	127	85.8	292	84.9
已婚/同居	19	12.8	48	14.0
離婚/分居	2	1.4	4	1.2
職業				
學生	91	61.5	233	67.7
就業中	45	30.4	85	24.7
家管	3	2.0	3	0.9
退休	1	0.7	3	0.9
無業(失業/待業)	8	5.4	20	5.8

而根據上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，在 492 位受測對象中，共有 114 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，占 23.2%；另 378 位之網路成癮分數低於 5 分，占 76.8%。BSRS-5 分數高於 6 分者界定為心理狀態低落需要尋求資源，在 492 位受測對象中，共有 183 位受測者之 BSRS-5 分數大於 6 分，占 37.2%，另 309 位之 BSRS-5 分數低於 6 分，占 62.8%，詳見表表 7-3-2。

表 7-3-2 IAD 與 BSRS-5 人數分配表單(N=492)

		有填寫 EMAIL	無填寫 EMAIL	
		N(%)	N(%)	總計
IAD-9	＜5	263(76.5)	115(77.7)	378(76.8)
	≧5	81(23.5)	33(22.3)	114(23.2)
BSRS-5	＜6	201(58.4)	108(73.0)	309(62.8)
	≧6	143(41.6)	40(27.0)	183(37.2)
總計		344(69.9)	148(30.1)	492

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：線上影音(如 Youtube、Vimeo 等)、與其他活動(如購物、賭博、看影片等)，該題為複選題。皮爾森積差相關分析上網成癮(IAD)與簡式健康量表(BSRS-5)，分析結果顯示，有留 email 填寫問卷者上網成癮與簡式健康量表的相關分數為 0.286，沒有留 email 填寫問卷者上網成癮與簡式健康量表的相關分數為 0.557，彼此間具有達到顯著差異。

根據過往研究，上網成癮(IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，將簡式健康量表(BSRS-5)與上網成癮傾向相關分析比較，如表 7-3-3 所示，有留 email 的相關為 0.286，沒有留 email 的相關為 0.557，彼此皆為正相關，而沒有留 email 的相關系數相較有留 email 偏高。

表 7-3-3、有 email 上網成癮與簡式健康量表(BSRS-5)相關表

		IAD總分	BSRS總分
IAD總分	皮爾森 (Pearson) 相關	1	.286**
	顯著性 （雙尾）		.000
	N	344	344
BSRS總分	皮爾森 (Pearson) 相關	.286**	1
	顯著性 （雙尾）	.000	
	N	344	344

表 7-3-4、沒有 email 上網成癮與簡視健康量表(BSRS-5)相關表

		IAD 總分	BSRS 總分
IAD 總分	皮爾森 (Pearson) 相關	1	.557**
	顯著性 （雙尾）		.000
	N	148	148
BSRS 總分	皮爾森 (Pearson) 相關	.557**	1
	顯著性 （雙尾）	.000	
	N	148	148

**. 相關性在 0.01 層上顯著(雙尾)。

觀看簡式健康量表(BSRS-5)與有無自殺想法，在留 email 與沒有留 email 問卷者分別求取卡方分析比較，發現自殺意念與簡式健康量表(BSRS-5)彼此間不但有差異，有留 email 者相關有 0.424，沒有留 email 者則相關有 0.668，彼此達到顯著且呈現正相關。因此，觀察當簡式健康量表(BSRS-5)分數越高，自殺意念也越強烈，不論有無留下 email，都有超過 5 成以上的比率；同時也觀察到少數式健康量表(BSRS-5)分數即便低分，卻也存在自殺意念，而這個部分有留 email 與沒有留 email 的比例是

較近的，分別為 18%與 12.1%，見表 7-3-5、有無留 email 有自殺想法與簡視健康量表(BSRS-5)總分相關卡方表。

表 7-3-5、有無留 email 有自殺想法與簡視健康量表(BSRS-5)總分相關卡方表

	有留email BSRS-5		沒有留email BSRS-5	
	6< N(%)	≧6 N(%)	6< N(%)	≧6 N(%)
自殺想法				
有	36(18.0)	72(50.4)	30(12.1)	28(70)
無	165(82.0)	71(49.6)	95(87.9)	12(30)
總數	201	143	108	40
卡方	.000		.000	
相關	.424**		.668**	

4)網路成癮與身心問卷粉絲發文

透過粉絲頁面，邀及訂閱粉絲透過填寫問卷，了解自己的網路成癮程度，本次發文有 1 名粉絲來信洽詢，並獲得後續轉介回饋，發文內容如圖 7-3-1。

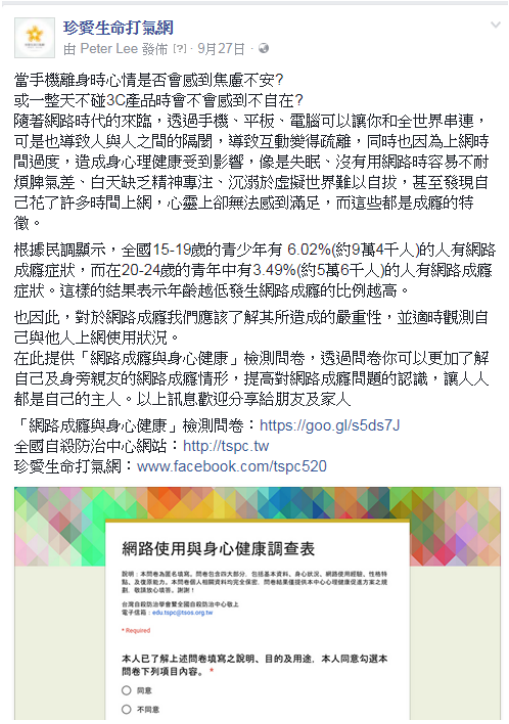


圖 7-3-1 臉書發文內容

2. 結論

1) 新版測驗結果顯示，基本資料中學生、未婚、之網路成癮平均分數較高；在整體問卷中，看見 IAD>5 分占全體填寫人數的 23.2%，BSRS>6 分以上則占全體人數 37.2%，顯示在網路成癮以及情緒上困擾仍是占有不少數量。
2) 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。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；而在蒐集資料時，有明顯情緒困擾則落在 20 歲以上 50 歲以下。
3) 對於未來規畫粉絲專業主題，可以鎖定在 20-50 歲年齡，針對健康新知推廣，定期做為發文主題，幫助此年齡可以透過文章內容，不但測得自我網路成癮狀況，同時獲得心理健康新知。

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
2月		
2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(中興、陽明院區)學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
2月8日	協助華興育幼院辦理「自殺防治團體」，對象為全院學生，由張吏頡心理師擔任講師。	華興育幼院
2月9日	工研院張滋煒經理及其團隊至中心拜會，針對「集視數位影音平台」進行介紹及合作討論。	全國自殺防治中心
2月9日	新竹市衛生局召開「新竹市重大兒童及少年虐待事件防治小組會議」，由廖士程執行長代表出席。	新竹市衛生局
2月15日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為中心綜合醫院學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
2月16日	三軍總醫院北投分院曾冬勝院長、江國棟主任、李彥鋒醫師、朱宣德醫師及美國佛羅里達州立大學心理系首席教授及美軍自殺防治顧問Prof. Joiner至中心拜會。	全國自殺防治中心
2月22日	新北市衛生局辦理「2017自殺防治趨勢研討會」，由龍佛衛理事長、李明濱計畫主持人、鄭宇明副執行長、吳佳儀副執行長代表出席。	新北市政府 507會議室
2月22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)、恩主公醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月		
3月7日	協助中正萬華區身心障礙者資源中心辦理「自殺防治守門人」課程，對象為專業社工人員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	中正萬華區 身心障礙者 資源中心
3月8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、陽明院區)學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
3月13日	衛生福利部心理及口腔健康司辦理「2017年度精神及心理衛生人員訓練班-第一梯」，由廖士程執行長擔任講師，主題為「自殺防治及處置」。	衛生福利部 衛生福利 人員訓練中心
3月14日	宜蘭縣政府與縣內各大賣場、超商及零售商，共同辦理「你我零距離、關懷一起來」-宜蘭縣木炭非開放式販售啟動記者會，由吳佳儀副執行長代表出席。	宜蘭縣政府 縣民大廳
3月15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、和平院區)學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
3月19日	與台灣憂鬱症防治協會合作辦理「2017精神衛生法暨心身醫學之春季專題學術研討會」，由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席。	臺大醫學院 101講堂
3月20日	衛生福利部心理及口腔健康司辦理「2017年度精神及心理衛生人員訓練班-第二梯」，由廖士程執行長擔任講師，主題為「自殺防治及處置」。	衛生福利部 衛生福利 人員訓練中心
3月22日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為永和耕莘醫院、台安醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月27日	衛生福利部心理及口腔健康司辦理「2017年度精神及心理衛生人員訓練班-第三梯」，由廖士程執行長擔任講師，主題為「自殺防治及處置」。	衛生福利部 衛生福利 人員訓練中心
4月		
4月6日	中區精神醫療網辦理「2017年度中區醫療機構人員自殺防治教育訓練」，由廖士程執行長代表出席。	草屯療養院
4月11日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為學生，人數共100人，由游琇雅諮商心理師擔任講師。	新北市 私立開明工商
4月12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、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
4月17日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為學生，人數共476人，由敦安基金會楊聰財執行長擔任講師。	台北市立 南門國中
4月21日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為學生，人數共1000人，由魏兆玟護理師擔任講師。	新北市立 土城國中
4月24日	召開「新聞媒體聯繫會議會前會」，主持人為李明濱計畫主持人，出席者為吳佳儀副執行長、王文德顧問、楊聰財理事、魏兆玟老師、呂淑妤教授、林進修組長、盛綺嵐記者、賴深水社長、鍾佩芳記者、陳家珍記者、陳敏敏(江力行)記者、林怡廷記者、郭庚儒記者。針對新聞媒體聯繫會議內容及規劃、媒體新進人員教育短片進行討論。	全國自殺防治中心
4月26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、陽明院區)新北市立聯合醫院、恩主公醫院學員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
5月		
5月1日	金門縣政府召開「2017年度金門縣心理健康促進暨自殺防治推動委員會暨網絡協調聯繫第一次會議」，主持人為吳成典副縣長，與會人員有吳阿瑾、姜丹榴、張翠華、莊錦智、衛生局李金治副局長、金門縣生命線、金防部、金門縣警察局等代表，由吳佳儀副執行長代表出席。	金門縣政府 第一會議室
5月2日	李明濱計畫主持人受邀至《寶島聯播網》〈給我報報〉時段接受專訪，主持人為李惠仁先生，討論自殺相關議題。	寶島聯播網
5月3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、陽明院區)新北市立聯合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
5月7日	與Live in Hope合作辦理「日出健走Walk in Hope Taipei」活動，對象為一般民眾。	虎山
5月10日	張書森副執行長代表中心接受中國時報採訪，談論關於俄羅斯自殺遊戲「藍鯨」之相關防治議題。	電話採訪
5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(中興、和平院區)學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
5月19日	拜會蘋果日報宋伯東主編，針對媒體自律等議題進行交流，由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、專員孔祥玲、許庭禎、林欣樺代表出席。	蘋果日報
5月20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」，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888人，由廖士程執行長、吳佳儀副執行長、鄭宇明副執行長擔任講師。	臺大醫院第七講堂
5月22日	長庚科技大學二技護理系進修部至中心參訪，主持人為吳佳儀副執行長。會中內容針對台灣自殺防治現況、策略及推廣等議題進行討論。	全國自殺防治中心
5月26日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為該校七年級學生，人數650人，由劉鴻徽醫師擔任講師。	台北市立 敦化國中
6月		
6月5日	衛生福利部心理及口腔健康司召開「2017年自殺防治策略討論會議」，由李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、專員孔祥玲、范凱森代表出席。	衛生福利部 208會議室

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日期	事　　件	地　點
6月6日	中心與14個醫護學協會(中華民國急重症護理學會、中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣老年學暨老年醫學會、台灣急診醫學會、台灣精神醫學會、台灣憂鬱症防治協會、台灣護理學會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣毒理學學會、社團法人老年精神醫學會、社團法人自殺防治學會)共同發佈【關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈聯合聲明】新聞稿，呼籲禁用巴拉刈。	全國自殺防治中心
6月6日	召開「新進關懷訪視員入門教學影片攝前會」，主持人為吳佳儀副執行長，列席人員為俞凱程心理師、蕭雪雯社工師，專員趙婉儒、黃鈺翔。	全國自殺防治中心
6月7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、陽明院區)學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
6月9日	由鍾佳濱立法委員召開「巴拉刈退役座談會」，討論農藥巴拉刈退場相關事宜，出席單位有行政院農業委員會動植物防疫檢疫局、行政院農業委員會農業藥物毒物試驗所、行政院農業委員會高雄區農業改良場、衛生福利部心理及口腔健康司、屏東縣萬丹鄉農會、國立臺灣大學農業化學系顏教授瑞泓、國立中興大學植物病理學系曾教授德賜、屏東縣農權會盧理事長同協；由張家銘理事代表出席。	立法院紅樓 201會議室
6月13日	召開「心情溫度計APP討論會議」，主持人為李明濱計劃主持人，與會人員為吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android版本程式設計者-游佳蓉小姐，針對APP未來發展進行討論	全國自殺防治中心
6月16日	召開「2017年自殺防治認知調查討論會議」，主持人為李明濱計畫計持人，與會人員為劉元欽總監、吳佳儀副執行長及研發組同仁。	全國自殺防治中心
6月16日	拜會自由時報莊榮宏執行長、王貝林副主任，針對媒體自律等議題進行交流，由李明濱計畫主持人、陳映燁醫師、專員孔祥玲、許庭禎、林欣樺代表出席。	自由時報
6月17日	協助新北市生命線協會辦理「自殺防治現況與因應策略」課程，對象為1995協談專線志工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	新北市生命線協會
6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和平院區、新北市立聯合醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
6月23日	辦理「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱計畫主持人，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授，與談人為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共51人。	台大校友會館四樓會議室
6月28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、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
6月30日	召開「2017年度自殺防治年中討論會」，主持人為李明濱計畫主持人，主講人為吳佳儀副執行長，列席長官為衛生福利部心理及口腔健康司謝立中司長、詹金月科長、張冠偉科員、臺南市衛生局陳怡局長，與會人員為各縣市衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員暨第一線工作相關人員，以世界咖啡館方式進行討論，共有70人出席。	台大校友會館四樓會議室
7月		
7月3日	與台北市公農業產銷基金會合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商與代噴業者，人數為140人，由鄭宇明副執行長擔任講師。	台灣金融研訓院
7月5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、陽明院區)學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
7月7日	與臺南市政府農業局合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為220人，由葉金源理事長擔任講師。	臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳
7月8日	與國家衛生研究院合辦「國家衛生研究院論壇：藥物濫用對健康與社會之衝擊：問題與對策」研討會。中心由李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長出席研討會。	集思台大國際會議中心蘇格拉底廳
7月13日	協助國立臺灣師範大學特殊教育中心北金分區辦理「自傷行為的防治與輔導(含危機處理機制)」研習，對象為臺北市及金門縣等大專校院特殊教育輔導人員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	國立臺灣師範大學
7月13日	與農業委員會農業藥物毒物試驗所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為160人，由毛彥喬醫師擔任講師。	農業委員會農業藥物毒物試驗所

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
7月14日	與臺南市政府農業局合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為220人，由葉金源理事長擔任講師。	走馬瀨農場 蘭花會館會議廳
7月19日	與雲林縣動植物防疫所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為423人，由陳姿婷醫師擔任講師。	雲林縣政府 大禮堂
7月21日	與新北市政府農業局合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為150人，由楊聰財醫師擔任講師。	新北市板橋區 區公所六樓
7月21日	召開「世界自殺防治日記者會第一次籌備會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、陳俊鶯顧問、王文德顧問、呂淑妤教授、徐雪平顧問、宋旻穗小姐。	全國自殺防治中心
7月26日	與雲林縣動植物防疫所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為336人，由黃偉烈醫師擔任講師。	雲林縣政府 大禮堂
8月		
8月2日	與雲林縣動植物防疫所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為291人，由黃偉烈醫師擔任講師。	雲林縣政府 大禮堂
8月4日	辦理「新北市高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表，同仁廖健鈞隨行。	新北市衛生局 202會議室
8月8日	與臺北市大龍老人住宅合作辦理「長者憂鬱問題與自殺防治宣導課程」，對象為老人，由鄭宇明副執行長擔任講師。	大龍老人公寓
8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和平院區、陽明院區宏恩醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
8月9日	辦理「屏東縣高風險縣市互動式訪查」，中心由周煌智理事、顏永杰監事代表，同仁孔祥玲隨行。	屏安醫院 A棟1樓會議室
8月14日	與臺北市西湖老人日間照顧中心合作辦理「老人自殺防治課程」，對象為中心同仁(社工、護理師、照服員、司機人員)，由陳碧霞顧問擔任講師。	西湖老人 日間照顧中心 601教室
8月15日	拜會衛福部陳時中部長，討論世界自殺防治日記者會與自殺防治相關議題，中心出席代表為李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、王文德資深顧問、陳俊鶯資深顧問與台大醫院精神科吳建昌主任，同仁許庭禎隨行。	衛生福利部

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
8月16日	與宜蘭縣政府農業處合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥管理人員，人數為150人，由楊聰財醫師擔任講師。	宜蘭縣政府 地下一樓 文康中心
8月17日	辦理「南投縣高風險縣市互動式訪查」，中心由龍佛衛理事長、陳俊鶯顧問代表，同仁賴忠志隨行。	南投縣衛生局 五樓會議室
8月18日	辦理「基隆市高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁駱惠旋隨行。	基隆市議會 第三會議室
8月21日	辦理「台南市高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁許信育隨行。	台南市衛生局 林森辦公室
8月21日	辦理「台南市關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁許信育隨行。	台南市衛生局 林森辦公室
8月22日	由全方位市場調查有限公司報告「自殺防治認知調查報告」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為吳佳儀副執行長、張書森副執行長、劉元欽總監、徐碧霞小姐及全體同仁。	全國自殺防治中心
8月23日	辦理「嘉義市-關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁許庭禎隨行。	嘉義市衛生局
8月25日	辦理「台北市-關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁陳俊宇隨行。	臺北市衛生局
8月30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及其他醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
8月30日	與農業委員會農業藥物毒物試驗所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，由毛彥喬醫師擔任講師。	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9月		
9月1日	辦理「台東縣高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁林亭孜隨行。	台東縣政府 第一會議室
9月1日	辦理「台東縣關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁林亭孜隨行。	台東縣政府 第一會議室
9月3日	辦理「2017世界自殺防治日記者會」及「台灣自殺防治學會年會暨學術研討會」。	台大醫院 國際會議中心
9月6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、中心綜合醫院學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
9月8日	與桃園市政府衛生局合作辦理「2017年度第4次自殺關懷訪視在職教育訓練課程暨個案討論會」，對象為關懷訪視員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	桃園市政府衛生局

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
9月9日	與自行車騎士協會合作辦理「北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊」，推廣心情溫度計及自殺防治守門人概念，出席人數337人，總里程數11262.58公里，並於活動結束後上傳里程數響應IASP單車繞世界活動。	淡水捷運站後方廣場
9月12日	與國防部電訊發展室合作辦理「珍愛生命，希望無限：走過憂鬱的低谷」，對象為單位官、士、兵及聘雇人員，人數為150人，由張家銘理事擔任講師。	國防部電訊發展室
9月13日	與新生醫護管理專科學校合作辦理「自殺防治守門人課程」，對象為高一高二班級輔導股長 ，由吳佳儀副執行長擔任講師。	新生醫護管理專科學校
9月14日	與農業委員會農業藥物毒物試驗所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為160人，由毛彥喬醫師擔任講師。	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9月14日	與國立體育大學合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為校內教師，由張家銘理事擔任講師。	國立體育大學
9月16日	與自行車騎士協會協辦「 Light up TAIWAN臺灣極點慢旅騎遊系列」，推廣心情溫度計與自殺守門人概念，出席人數786人，總里程數23020公里，並於活動結束後上傳里程數響應IASP單車繞世界活動。	臺灣鹽博物館前方廣場
9月19日	李明濱計畫主持人受邀至飛碟廣播電台，接受「今天我尚青」節目專訪，討論青少年自殺相關議題，節目主持人為林青蓉小姐。	飛碟電台
9月20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、臺安社區醫院學員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
9月22日	與臺北市朱崙老人公寓合作辦理「高齡者如何維持健康心理及人際關係」，對象為65歲以上高齡者(住民)、其家屬、工作人員及社區居民，由吳佳儀副執行長擔任講師。	臺北市朱崙老人公寓
9月26日	與國立體育大學合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為班級班長或輔導股長，由黃彥霖臨床心理師擔任講師。	國立體育大學
9月27日	與基隆市社區心理衛生中心合作辦理「2017年度個案自殺未遂諮詢及討論會議」，對象為公衛護士、自關員及社關員，由陳碧霞顧問擔任講師。	基隆市社區心理衛生中心
10月		
10月2日	與大安老人服務中心合作辦理「老人自殺防治暨個案研討」，對象為各老人服務中心之主任、督導及社工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	大安老人服務中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日期	事　　件	地　點
10月5日	與中華民國生活調適愛心會合作辦理「關於身心靈健康講座」，對象為生活調適愛心會志工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	中華民國生活調適愛心會
10月6日	衛生福利部召開「地方衛生機關考評心理及口腔健康類指標共識會議」暨「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程修訂草案討論會」，主持人為心理及口腔健康司諶立中司長，出席人員為各縣市衛生局代表。中心由吳副執行長佳儀代表出席。	衛生福利部201會議室
10月11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、和平院區醫院學員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
10月11日	與資通支援第三大隊合作辦理「自我傷害防治講座」，對象為全體官士兵，人數為250人，由蘇偉碩醫師擔任講師。	華山營區
10月13日	台南市衛生局辦理「台南市關懷訪視員業務聯繫會議」，參加對象為台南市衛生局心理健康科業務相關人員、精神病人暨自殺個案關懷訪視員，中心由李明濱計畫主持人擔任會議指導委員。	台南市衛生局林森辦公室
10月18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、宏恩醫院學員，由張家銘理事擔任講師。	全國自殺防治中心
10月18日	與東南科技大學學生諮商中心合作辦理「救命！陪伴學生走過生命幽谷」，對象為校內教師、職員工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	東南科技大學
10月24日	與國立體育大學合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為學生，人數為100人，由黃彥霖臨床心理師擔任講師。	國立體育大學
10月25日	與暨南大學學務處諮商中心合作辦理「暨大守門人培訓團—學生篇」，對象為學生，由張清基醫師擔任講師。	暨南大學
10月27日	於衛生福利部舉辦「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」，主席為衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長，由廖士程執行長擔任報告者。與會人員有張雍敏副司長、詹金月科長、張冠偉科員等，中心參與人員有李明濱計畫主持人、廖士程執行長、同仁孔祥玲、許信育及黃馨儀。	衛生福利部203會議室
11月		
11月1日	與基隆市政府合作辦理「基隆市農藥管理人員複訓講習會」，對象為農藥販賣廠商，由鄭宇明副執行長擔任講師。	基隆市政府產業發展處義消會議室

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
11月1日	與暨南大學學務處諮商中心合作辦理「暨大守門人培訓團-師長篇」，對象為師長，由薛凱仁心理師擔任講師。	暨南大學
11月8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、和平院區，宏恩醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
11月15日	與中心診所合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為全院人員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	中心診所
11月27日	與心路基金會台北就業中心合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為全院人員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	心路基金會
11月29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、陽明院區，恩主公醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
11月29日	與中心診所合作辦理「老人福利機構自殺防治教育宣導」，對象為老人福利機構負責人或主任，人數為150人，由陳俊鶯常務理事擔任講師。	新北市立圖書館總館

重要工作紀實



2 月 16 日外賓 Prof. Joiner 至中心拜會



2 月 22 日 PGY 畢業後一般醫學訓練



3 月 14 日宜蘭縣木炭非開放式販售啟動記者會



4 月 24 日「新聞媒體聯繫會議會前會」



5 月 22 日長庚科技大學護理系進修部參訪



6 月 16 日拜會自由時報



6 月 23 日「新聞媒體聯繫會議」



6 月 30 日「2017 年自殺防治年中討論會」

<table>
<tr><td>
</td><td></td></tr>
<tr><td>7 月 3 日巴拉刈自殺防治教育宣導課程</td><td>8 月 15 日拜會衛生福利部 陳時中部長</td></tr>
<tr><td>
</td><td></td></tr>
<tr><td>8 月 17 日南投縣高風險縣市互動式訪查</td><td>9 月 1 日台東縣關懷訪視實務督導</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
<tr><td>9 月 3 日世界自殺防治日記者會</td><td>9 月 3 日台灣自殺防治學會年會暨學術研討會</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9 月 9 日響應 IASP 單車繞世界活動</td><td>11 月 29 日 PGY 畢業後一般醫學訓練</td></tr>
</table>

目　錄

2017 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 …… 22

前言 …… 42

壹、全國自殺防治中心組織 …… 46

貳、自殺防治相關統計分析資料

一、2016 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告 …… 47

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 …… 97

三、全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議…… 125

四、自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形…… 129

參、辦理自殺防治之實證研究

一、精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究 …… 143

二、憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究…… 180

肆、強化自殺防治策略

一、自殺高風險縣市互動式輔導訪查…… 207

二、辦理縣市關懷訪視實務督導…… 244

三、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練…… 261

四、強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片…… 266

五、教唆自殺網站之監測與處置…… 290

六、自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知…… 294

七、國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃 …… 302

八、日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告…… 348

目　錄

伍、研修自殺防治相關工作規範

一、因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理 …… 380

二、政府跨部會自殺防治工作方針 …… 396

三、縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議 …… 401

陸、教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議

一、雲端數位學習平台之維護與推廣 …… 435

二、社群網站 facebook 之運用與推廣 …… 447

三、自殺防治中心網站之維護及宣導 …… 460

四、心情溫度計應用程式(APP)之推廣 …… 464

五、大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動 …… 470

六、2017 年度自殺防治年中討論會 …… 482

七、巴拉刈自殺防治之教育宣導 …… 496

八、「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治推廣 …… 506

九、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣 …… 518

十、輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修 …… 526

十一、自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片 …… 530

十二、自殺防治網通訊之發行與推廣 …… 538

十三、珍愛生命義工之推動 …… 545

柒、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 …… 550

二、離婚民眾關懷暨心衛資源專案 …… 573

三、網路成癮者之評估與轉介 …… 578

捌、全國自殺防治中心重要工作要覽及紀實 …… 586

執行結果摘要

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。其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

2016 年全國自殺防治中心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。

一、自殺防治相關統計分析資料

1. 2016 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。其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12)，自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.4%)。

各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

2016 年自殺死因前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(24.2%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.7%)。

2016 年自殺通報人次為 28,996 人次(男性 10,801 人次、女性 18,195 人次) ，與 2015 年相比降幅則為 3.1%，自殺通報比為 8.2(男性 4.2、女性 15.1)，女性為男性之 1.68 倍。

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」(2016 年全國通報 15,052 人次，占率 51.9%)、

「切穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 8,277 人次，占率 28.5%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,910 人次，占率 6.6%)。自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(47.0%)、「精神健康／物質濫用」(35.4%)及「工作／經濟」(9.9%)。

自殺占全國死因排名由 2015 年第 11 名降至 2016 年第 12 名，但 2016 年全國自殺粗死亡率仍較 2015 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。

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

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。

本章節透過自殺通報關懷系統檔串連死因統計檔，以觀察 2016 自殺企圖個案通報後是否有再自殺情形及自殺死亡方式等；同時分析各年齡層通報後即自殺(當天及指標通報企圖日 1-7 天內)及各年齡層首次通報後再自殺死亡之危險性。同時觀察 2016 年自殺死亡個案生前通報之情形、自殺通報方別、自殺死亡方式等。

結果發現男性、年齡越長者、首次自殺企圖通報之自殺方法為由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒、自殺原因為生理疾病、通報縣市位於中南部、特殊身分別為嚴重病人或家暴高危被害人其再自殺死亡比例較高。

針對「24 歲以下」首次通報再自殺死亡之個案，發現自殺通報性別以「男性」，自殺通報方法別以「自殺方式以溺水(淹死)自殺及自傷為主」，自殺原因則以「不詳」，居住地則以新竹市、縣及嘉義市、縣，需特別注意。

針對「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以切穿工具自殺及自傷」居多，自殺原因以「生理疾病」及「精神健康/物質濫用」為主，以居住地而言，「25-44 歲」以澎湖縣、屏東縣、雲林縣比例較高、「45-64 歲」以

新竹縣、雲林縣、屏東縣;「65 歲以上」以基隆市、新竹縣、南投縣、屏東縣需特別注意。

因此如何針對通報後即死亡及再自殺亡高危個案制訂有效之防治策略將是自殺防治策略重要的手段。

3.全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。

中心依照 2015 年度全國自殺死亡資料統計、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及前述 2016 年實務督導摘要，擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

完成全國性自殺防治策略建議 1 份，內容分析臺灣自殺相關數據與現況,包含 2015 年及 2016 年各項自殺死亡數據比較,擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。

22 縣市因地制宜自殺防治策略建議共 22 份，分別分析各縣市自殺現況、各縣市辦理自殺防治業務現況、執行自殺防治相關業務所遇困境，擬定因地制宜的自殺防治策略建議，內容為全國性自殺防治策略建議外符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。各縣市自殺防治策略建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

4.自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形

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。

2017 年 1-10 月全國自殺通報共 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性

1.69 倍。2017 年 1-10 月通報比為 7.4，自 2007 年至 2016 年全國通報比由 5.6 逐年上升至 7.2，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， 2016 年分案率達到 100%，分案關懷率為 99.4%，2017 年 1-10 月分案率為 100%，分案關懷率為 99.7%。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」(50.6%)為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)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 36.1%、女 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(男 33.8%、女 39.2%)及「工作／經濟」(男 13.8%、女 7.6%)。分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占 2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(25.5%)、花蓮縣(23.4%)、高雄市(20.4%)。家暴被害人占率最高的為澎湖縣(12.9%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(9.7%)。

二、辦理自殺防治之實證研究

1.精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究

根據世界衛生組織的公布，全球每四人當中就會有一人在一生中遭遇精神疾病的問題。國際衛生組織的最新報告就顯示，全世界接受醫療衛生服務的人口中，有 1/4 是 患有精神疾病，因罹患精神神精疾病，造成的「失能生命人年(DALYs)」，已佔各種疾病或傷害的 11.5%，估計到了 2020 年還會上昇到 15%。這都顯見精神疾病患者的議題是普遍存在各個族群。也由於心理解剖研究發現精神疾病是自殺死亡重要的危險因子之一，也因此如何針對精神疾患制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

本研究目的乃透過 2006 年 2015 年自殺死亡者進行巢式病例研究，藉以觀察自殺死亡者比起一般人在生前一年的醫療需求及診斷別之差異，並分別計算 Odds Ratio(OR)及 Population attributable fraction(PAF)。

結果發現在門急診斷部分藥物性精神疾病患者(OR=51、PAF=0.01)、人格違常(OR=32.8、PAF=0.01)、精神官能症(OR=5.2、

PAF=0.24、情感性精神疾病(OR=17.7、PAF=0.16)；而在住院診斷部分人格違常(OR=20.5、PAF=0.01)、情感性疾患(OR=10.8、PAF=0.12)；且自殺死亡者之醫療利用通常比一般人大，不論在內、外科，因此如何針對這群高風險族群制定有效的療程，並提供整合性治療、支持性團體均是相當重要的。

2.憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究

憂鬱症已是聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，全球超過百分之四的人為憂鬱症所苦，又以女性、青年及老人最容易受憂鬱症影響而無法正常生活或工作。這麼多的憂鬱症人口，但是實際接受治療的比例仍顯不足，顯見憂鬱症患者的議題是普遍存在各個族群，因此如何針對憂鬱症患者制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

本研究乃透過 2006 年 2015 年憂鬱症患者進行世代追蹤研究法藉以觀察病人服藥遵從性及其趨勢變化，另外使用比例風險模型計算其死亡危險性，作為防治策略之方向。

就分析結果來看，老年人服藥遵從性高，可推測老年人通常病況較嚴重，因此會按時吃藥;各年齡層男性自殺死亡風險比皆相對女性高，顯示男性有較高的自殺危險性。綜合來說，服藥遵從性高者其自殺死亡率越高，在此表示服藥遵從率僅反應出疾病嚴重度，而疾病越嚴重且複雜者其自殺死亡率亦較高；且服藥遵從性並無法完全反應病人是否有治癒好。因此如何強化全體國民對憂鬱症之認識，以破除一般民眾對精神疾病刻板印象，藉以提高憂鬱症就診率，並針對高風險族群制定有效的療程，並提供整合性治療是相當重要的。

三、強化自殺防治策略

1.自殺高風險縣市互動式輔導訪查

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。

2.辦理縣市關懷訪視實務督導

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 6 場次的實務督導，以派遣專業人員的方式，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。

3.第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

中心於 5 月 20 日假臺大醫院第七講堂辦理「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、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，並結合 10 個醫療、社會工作相關學協會及 5 個專業人員公會全聯會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。

課程主題包含：自殺防治新視野(全球自殺防治趨勢、自殺防治問題與挑戰)、自殺防治實務(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險者之關懷與溝通)、資源網網相連(轉介方法與技巧、社會安全網絡與資源連結)，最後進行綜合討論。

當日於全國 29 間地區醫院同步視訊轉播，總人數為 846 人，醫師占 263 人、護理人員占 361 人，臨床/諮商心理師占 15 人，藥師占 45 人，社工占 26 人，職能治療師占 19 人，公務人員占 53 人及其他占 62 人。

4. 強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺報導，期望使自殺新聞報導能在不侵害自殺當事者隱私權的前提下，同時顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。

透過今年的媒體拜會及聯繫會議，和與會者在自殺防治建立共同

的核心價值，擴及各大報章雜誌與社群網站。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。除此之外，為提升自殺新聞報導品質，利用數據分析，配合科技發展，首次製作「自殺新聞報導須知」廣發給各電視台與媒體，增加媒體專業人士對撰寫自殺新聞報導需注意的事項更加熟稔，並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。

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 2017 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 219 則，其中網站 IP 位於國內有 101 則，已下架為 88 則(下架率 87%)。而網站 IP 位於境外有 118 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 78 則被下架(下架率 66.1%)。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.自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知

中心自 2006 年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導,除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。

根據今年的監測結果可以發現，無論是平面媒體或是網路新聞，WHO 六不原則中「不要刊登出照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺的原因」遵守情形皆較低；六要原則中則是「凸顯自殺以外的問題解決

方法」遵守情形較低，然實際符合臺灣媒體使用與否，藉由今年媒體拜會及聯繫會議將更加了解新聞傳播實務工作所遇到的困難，未來將繼續加強與各家媒體的溝通管道，尤其是網路平臺，並研擬面對重大新聞事件的因應措施及回饋機制，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質。

7.國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃

自殺防治是全球公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，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。足見自殺防治的重要性，但自殺並非單一因素可以解釋，涉及到複雜的現象，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。也由於自殺的複雜性，無法由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，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。現行之自殺防治策略由涉及的層面，可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是與國際主流的自殺防治策略相同的區分方式。

全面性自殺防治策略之標的對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、降低致命性工具之可近性、督導媒體報導、提升社會大眾心理健康等方式降低自殺的風險。選擇性自殺防治策略針對的是某些自殺危險因子特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體未有自殺行為，但是他們在生理、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險性，透過提升精神疾患與具自殺風險者的篩檢、推動自殺防治守門人等方式降低高風險群的危險性。指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷特定的高自殺風險群，像是自殺企圖者與自殺未遂者，協助高自殺風險群，可以得到適當的支持與依照其需求連結相關資源。

綜合上述，本次計畫依據衛福部計畫，透過「收集國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具(如：燒炭、墜樓、溺水等)提出具體可推動之防治策略，供我國本部及各縣市衛生局參考」，來自於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，學習他國經驗確保我國自殺防治能走在正確的道路上。

8.日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告

為瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，考量日本自殺率有逐步下滑之趨勢，因此特別針對其國家策略《自殺政策白書》進行翻譯與彙整，詳細記載了「自殺總合對策大綱中各項政策施行情形」做為日本該年度的自殺防治策略與措施之報告，參考值得臺灣採用之策略與具體措施，並與國內自殺防治策略做比較。

日本為針對防治酒精的問題，已成立相關法條，臺灣應思考酒精的問題是什麼、扮演什麼角色，在物質濫用的部分，臺灣應如何與自殺防治做結合，是值得思考的事情。

強調針對大眾宣傳並擴大民眾參與自殺防治，日本除自殺防治週亦有自殺防治對策加強月並呼籲相關廳省、地方自治團體協助宣導，從中央到地方做標語等並透過資源情報網檢索、諮商會員訊息等求助資源、報紙網路的媒體披露；臺灣有相關活動推動，並響應世界自殺防治日的活動等系列活動，可借鏡日本自殺防治加強月進行宣導。

日本的自殺防治綱領與臺灣自殺防治體系內容類似，日本從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣以社會安全的概念為出發點，若跟醫療結合更佳。建議臺灣學習日本內閣從中央到地方層次的整合，跨部會整合是最重要，臺灣未來如何推進，日本是值得學習的對象。

四、研修自殺防治相關工作規範

1. 因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理

自殺防治在於降低危險因子與提升保護因子,策略分別為全面性、選擇性、指標性策略。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，因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」,以掌握不同地區的特性。

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，訂定注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。指標性策略的防治對象為自殺企圖者，自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，皆為自殺防治業務重點。

2. 政府跨部會自殺防治工作方針

自殺防治工作為當今重要的公共衛生議題，臺灣近年的自殺死亡率在自殺防治政策及專業人員的努力下，已於 2010 年退出國人十大死因之列。然而，自殺防治工作，仍需仰賴政府及民間各界共同努力，盼能跨部會整合資源，得以發揮「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

本手冊旨在提升自殺防治於各部會之整合與推動，首先介紹自殺防治的基本概念，了解臺灣自殺概況與自殺防治之重要性，並介紹自殺防治策略。而其中自殺防治的核心基礎，在於若人人皆有自殺防治的基本概念與意識，即可在自殺防治的工作上盡一份心力，透過一問、二應、三轉介的守門人三步驟，主動關懷、適當回應，並適時提供協助，將有助於在對方需要之時陪伴度過低潮期。

而依循參考各部會業務職掌與臺灣自殺防治工作之推動，本手冊列出十二個部會，各章節從部會職掌可能接觸到之風險族群，介紹相關風險因子，透過文獻閱讀及專家會議研擬自殺防治工作之方向，並藉由全面性、指標性與選擇性策略，共三個面向之策略加以建議，以供各部會未來擬定自殺防治工作之參考。最後，除針對各部會進行自殺防治策略之建議外，另列上相關自自殺防治延伸讀物，包含自殺防治策略行動方案、自殺防治手冊及自殺防治資源網絡，盼能在自殺防治的工作上，促進有效之資源連結，完整關懷服務，共為自殺防治盡一份心力。

3. 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

依衛生福利部訂定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，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。為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響到後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心將安排每月抽查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(20 則以上)，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

截至 11 月 30 日前，初審依據 2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名順序已完成抽查 22 縣市，並依同樣排序複審 12 縣市以作後續追蹤。各縣市皆須抽查 20 則訪視紀錄，共計審查數 680 則，隨後將各

縣市訪視紀錄審查結果分為共通審查問題和建議、個別縣市審查建議。

藉由本次的訪視紀錄審查，除了瞭解訪員的工作情形，也發現各縣市的訪員在紀錄撰寫都擁有屬於各自一套方式，並無共同的格式，但大部分訪視紀錄都涵蓋 SOAP 格式的資料，而少部分縣市則直接採用了 SOAP 格式撰寫。若從 SOAP 的角度來評估，各縣市仍需加強自殺保護因子與危險因子的評估，並確切地針對個案處境給予最適合的介入和處遇，將方案撰寫於訪視紀錄。

各縣市在紀錄中所著重的資料向度反映出了訪員的境遇、在地自殺特殊情形和督導著力方向等，例如一些縣市較傾向老人自殺議題、夫妻或情感壓力自殺或精神疾患自殺等，且可提高訪員在相關議題上的敏感度與介入能力。其次，許多個案的困難需要多方社福機構介入協助，訪員與相關人員若能建立共訪機制，相信更能全面性地提供個案所需，度過困難的時刻。

五、教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議

1.雲端數位學習平台之維護與推廣

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，數位學習已經成為獲取知識技能的重要管道之一。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，2015 年將「珍愛生命數位學習網」升級為 TMS 平台，且陸續推出醫師、護理師、藥師、家醫科醫師、諮商心理師、公務人員之繼續教育積分認證，且認證課程亦持續擴展中。106 年上半年度累計通過認證積分人次為 118,598 人次，數位學習網所有課程總點閱次數為 526,920 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，總計有 15,758 人次通過課程。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 7 個。

中心於 YouTube 影音平台成立「自殺防治 e 學院」，並持續活化此通路，供民眾觀賞並分享自殺防治相關課程及資訊。自殺防治 e 學院頻道累計共分享了 331 部影片，106 年 1-5 月累計總點閱次數為 407,441 次。

2.社群網站 facebook 之運用與推廣

因應網路社群型態的興起，中心於 2010 年成立 facebook「珍愛生

命打氣網」，期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。

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、網路使用與身心健康調查表、增進民眾自我心理健康管理。

2010 年 10 月成立至今年 10 月 31 日止，粉絲人數共 6,578 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 405 則貼文、獲得 3,804 個讚、666 人次留言及公開公開轉載、瀏覽人次為 408,707，約為去年瀏覽人次(336,110)的 1.22 倍。

facebook 是青少年與上班族最常使用得社群網站之一，有鑑於網際網絡之發達,且為了將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，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。

3.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，深植於民眾心中。而全年度網站維護作業，除定期更新自殺防治宣導資訊及相關統計數據；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」及「JotForm 平臺」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 2017 年 11 月 26 日，全年度訪客總數為 30,235 人次，網頁總瀏覽數為 43,825 頁。2013 年 7 月至 2017 年 11 月累計總參觀次數為 159,642 人次。而網站電子報目前累積訂閱人數為 8,726 人；全年度處理的求助信件共 67 件。透過 Google 表單功能收集資料之活動共 7 場，總計收集 3,209 筆資料。

4.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 版本於 2014 年 8 月 28 日正式上架，Android 版本於 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、中心網站電子報及相關合作單位持續加強，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，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。2017 年 6 月及 11 月，召開心情溫度計 APP 討論會議，邀請吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android 版本程式設計者游佳蓉小姐，針對未來功能增修及發展進行討論。累計至 11 月底，iOS 版本已註冊 3,439 個會員帳號，累計已有 5,053 筆檢測記錄。而 Android 版本累積安裝之總人數 7,509 人。

5.大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動

2017 年世界自殺防治日之主題為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life)，與守門人精神不謀而合，強調每個人多一分關心、陪伴，多多注意身邊的人之身心狀況，提供正確的資源進行協助，或許就能網住每一個可能消逝的生命。本中心響應世界自殺防治日與國際接軌，歷年來皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，持續規劃一系列宣導活動，從日出健走、以今年「關鍵一刻，扭轉一生」為主題的溫馨小故事徵文、單車繞世界、世界自殺防治日記者會等等，期望能藉此喚起全民對自殺議題的重視，挽救更多寶貴的生命。另外今年也透過「臺灣全球健康論壇」分台灣的自殺防治策略跟行動，還有現在的結果，同時瞭解美國、英國等相關的經驗。

6. 2017 年度自殺防治年中討論會

自殺防治工作得以順利推行，各相關單位之資源投入與協助配合是非常重要的。本次年中討論會以燒炭自殺為例，讓各縣市衛生局瞭

解全國自殺防治最新數據與關懷訪視之現況，且透過討論與交流的方式，針對特定議題進行探討，包含自殺通報、工作規範、各縣市因地制宜的因應方法等議題，盼能啟發創新思考以凝聚共識，藉此機會提升與強化各地之自殺防治策略與措施。本中心於 2017 年 6 月 30 日辦理「2017 年度自殺防治年中討論會」。會中邀請衛生福利部、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。

本年度會議採世界咖啡館模式進行，係因世界咖啡館是一種顛覆傳統會議當中「坐而言」然後再「起而行」的團體討論方式，可以帶動同步對話、反思問題、分享共同知識、甚至找到新的行動契機，從匯談過程中構成反思和行動的循環。世界咖啡館由華妮塔・布朗(Juanita Brown)、大衛・伊薩克(David Isaacs)所發展，匯談進行的方式可以 12-15 人為單位進行對談，並採取肯定式探尋法(Appreciative Inquiry)規劃多個回合的議題討論，鼓勵參與者在每回合中分享個人見地、積極聆聽，逐漸在對談小組當中探索多元觀點背後的模式與深層問題，成為一個智慧匯集的平台。在對談回合的後半部分，更引導參與者從集體智慧當中形構出集體行動方案。

7.巴拉刈自殺防治之教育宣導

統計 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，以性別來作分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，在男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡統計 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，共同為防治盡一份力。

8.「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治推廣

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。有鑒於此，醫護相關人員肩負著守門人重要的防線，是自殺防治網絡中極重要的一環。因此在衛生福利部推行下，自 2009 年起本中心持續提供「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程給臨床醫師，了解臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神如何落實在臨床與生活上，促進醫院單位為基礎進行自殺事件的預防。而至今，落實了 9 年的課程已培養了 1900 位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師。

2017 年 11 月為止 PGY 訓練課程共辦理了 22 場，共 327 人參加，由中心李明濱計畫主持人、鄭宇明秘書長、吳佳儀副執行長、陳宜明醫師、張家銘醫師擔任講師。講師活潑風趣的授課方式分享臨床經驗與技巧，讓超過 9 成學員認為 PGY 教學內容相當符合臨床需求。其中自殺風險評估與評測工具-心情溫度計,成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。幾乎所有學員都回饋，願意在未來的臨床實務上運用心情溫度計作為評估工具，以人文關懷態度持續協助病人，成為重要的守門人一員，傳達人人都是自殺防治守門人的理念。

9.珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

在貫穿三大自殺防治策略當中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。大多數民眾認為只有專業人員和販賣危險物品的商家才能從事自殺防治工作，然而近幾年越來越多學者開始留意到一般民眾擔任守門人對自殺防治的影響力。接受過守門人訓練的民眾、家屬、親友等對於自殺危險警訊會比未接受訓練者有更高的敏銳度，並且能在早期階段做出適當的干預和轉介，達到人人是自殺防治守門人之宏願。有鑒於此本中心應合各相關行政機構之自殺防治講座、課程、學術與個案研討會之需求，提供守門人講師建議名單，並準備相關訓練教材與數據供機關參考。

截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人 31 課程，場

參與訓練的學員共 1974 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、軍營，對象包含各級學校師生、醫療人員、專業社工人員、志工、官士兵等。隨著今年軍營自殺事件日益月增，除了大專院校、醫療院所、社區機構和商家單位之外，2017 年增加了軍營、大隊、國防部等單位申請講師推薦服務。

學員除對自殺防治相關議題有更進一步的了解，更知道如何面對自殺企圖者時如何冷靜應對，運用「1 問、2 應、3 轉介」介入適當的干預和關懷，並尋求資源協助。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

10.輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修

自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、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絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能。

全國自殺防治中心為改善自殺防治通報系統，俾利自殺防治及關懷業務之進行，協助彙整各縣市使用時之相關問題與建議，並持續追蹤系統維護廠商修改進度。

1.自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片

自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色，在訪視過程中，為接觸個案的第一線專業人員，不論家訪、面訪或電訪皆有不同的狀況需要仰賴關懷訪視員之專業知能加以評估與介入，因此撰寫自殺關懷訪視員教育手冊，針對實務需求錄製新進關懷訪視員入門教學影片，並規劃線上進階學習課程供訪員繼續學習。

自殺關懷訪視員教育手冊，包含關懷訪視員工作目標與任務，以及認識自殺行為，簡介關懷訪視工作之內涵、介紹關懷訪視通報流程，並針對自殺防治相關專業知能加以介紹，以讓訪員對關懷訪視任務有更加完整的了解。再來進入關訪員應具備之基本及核心能力，綜合文獻探討、各縣市歷年關訪員實務督導回饋以及專家會議討論，擬定關訪員應具備之基本能力包含訪視知能技巧實務、訪視記錄撰寫架構，核心能力則應包含自殺風險評估處遇以及困難個案訪視技巧，盼能以

較為全面性的知能，提供訪員從垂直到整合式的概念學習。

為符合實務需求，本中心更著手製作關懷訪視員教學 DVD 以使訪員更能掌握訪談原則因應現實狀況。影片內容除講解訪視前應準備事項和 SOAP 訪談架構，協助訪員進行有層次的訪談，特邀請同心同仁示範初次訪視之過程和如何有結構性蒐集資料、運用心情溫度計評估個案身心情形和再自殺意念，提供轉介服務。

最後，為持續支持關懷訪視員實務訓練與學習，從中心資料庫匯集合式訪員之線上學習課程，課程共有兩類，一為新進關懷訪視員在兩週內學習之核心課程，包含基本專業知能及自殺防治資源連結等課程，訪員亦可藉由課後測驗自我檢核學習狀態，另外則為精進課程，針對實務現場之困難個案處遇與評估提供更進階之學習資源，以利訪員得以更加完備專業能力，豐厚實務概念與經驗。

12.自殺防治網通訊之發行與推廣

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。

同時規畫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。並提供交流平臺，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。

13.珍愛生命義工之推動

義工招募主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站、facebook 珍愛生命打氣網與義工推薦等。加入珍愛生命義工們能獲得義工新訊內容包含活動邀請、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。

為使義工對服務理念更加貼切，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，及每月發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得與對於中心的建議、鼓勵或想說的話。

在支援活動方面9月份世界自殺防治日系列活動-單車繞世界協辦中華民國自行車騎士協會台南「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」，邀請義工們響應世界自殺防治日活動，協助自殺防治工作，推動珍愛生命理念與重要性。

為促進情感與交流增加凝聚力，感謝義工協助支援活動，於活動結束後，寄送感謝函及活動照片，回饋義工朋友付出的心力及支持。另外遇特定節日，如農曆新年、端午節、中秋節等，設計電子賀卡並寄送。

六、其他辦理事項

1.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、復原力量表(Brief Resilience Coping Scale, BRCS)、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

2.離婚民眾關懷暨心衛資源專案

多數研究發現，離婚後除需適應因雙方關係斷裂，所引發之內心反應外，同時必需面對生活、子女撫養及經濟等多重改變，往往會造成巨大心理壓力，若未正視或因應不當，將導致身心適應困難，並潛藏自殺的隱憂。婚姻所帶來的親密人際關係以及有意義的社會互動，可以保護個人在他殺、自殺與意外的死亡率上均明顯低於未婚者，從夫妻間的離婚事件發現，在男女上又因應社會期待帶來不同的壓力差異。一般而言，女性在離婚後既有社會資源及經濟上的支持明顯下降，

社會支援上則是上升，男性部分則相反，分別整理重要性，會發現經濟上的影響是大於社會支援，因此與男性比較，會發現離婚女性遭受較大的死亡風險。

婚姻風險的角色連結也將造成離婚夫妻雙方死亡上的差異。從兩性間的親職責任不同，社會文化觀點傾向，母親為主要照顧者，撫育孩子的責任多半會落在母親身上，家庭中的家務工作女性也通常是主要負責勞動者，因此多半為女性帶來低自尊低成就感的心理壓力連結(Gove,1973)；男性則在家中多扮演主要經濟來源的角色，壓力源多半來自於職場，由此可見兩性在婚姻中承擔的角色與壓力是互相有所差異的，使得各自所面對的壓力與死亡風險有明顯的不同；在婚姻中止後，離婚本身就是一個壓力源，過去研究顯示男性有大量酗酒問題，可能是造成離婚男性高死亡率的原因。因此，可以想見離婚民眾在離婚後的重建過程中，是具有多從壓力因子及危險因子，而也造成面臨困境，容易在衝動下容易做出令人遺憾的抉擇。

為了規劃防治策略，需了解現代人離婚後的心理健康狀態，因此本中心針對離婚民眾設計『關懷暨心衛資源單張』，於高離婚率縣市，辦理離婚手續的戶政單位後，透過填寫問卷與了解填寫對象的心情健康現況，提供相關心衛資源，期待藉由填寫問卷多一份關懷連結資源，以期能夠為離婚族群多建立一道守護生命的關懷防線。

3.網路成癮者之評估與轉介

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，泛指重度網路使用得當事人在網路使用上出現一般上癮問題的核心症狀與負面影響，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。」

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，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。

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，今年度重新發放新版問卷，期待藉由改良現有問卷與指標，以更為精簡預測網路成癮行為。

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，在 2006 年為高峰，自殺粗死亡率達到每十萬人口 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，因此國內自殺防治工作，在政府跨部會與民間單位之通力合作下，持續擴大社會救助與關懷。

2016 年國人自殺死亡率雖較 2015 年增加 1.9%，但已連續 7 年在十大死因之外，排名第 12 位 (詳如圖 1)。就性別而言，女性自殺粗死亡率由2015 年每十萬人口 10.6 人降至 2016 年的 10.2 人；男性則由 2015 年每十萬人口 20.7 人增加至 2016 年的 21.8 人(詳如圖 2)。以年齡結構而言， 台灣近年的人口老化速度與少子化速度全球居冠，很不幸地，2015 年青少年 15-24 歲的自殺粗死亡率較前一年增加 15.3%；再者 65 歲以上老年族群的自殺死亡率上升 3.5%。因此，自殺防治需要中央與地方共同合作並持續推動以將因地制宜之策略徹底落實。

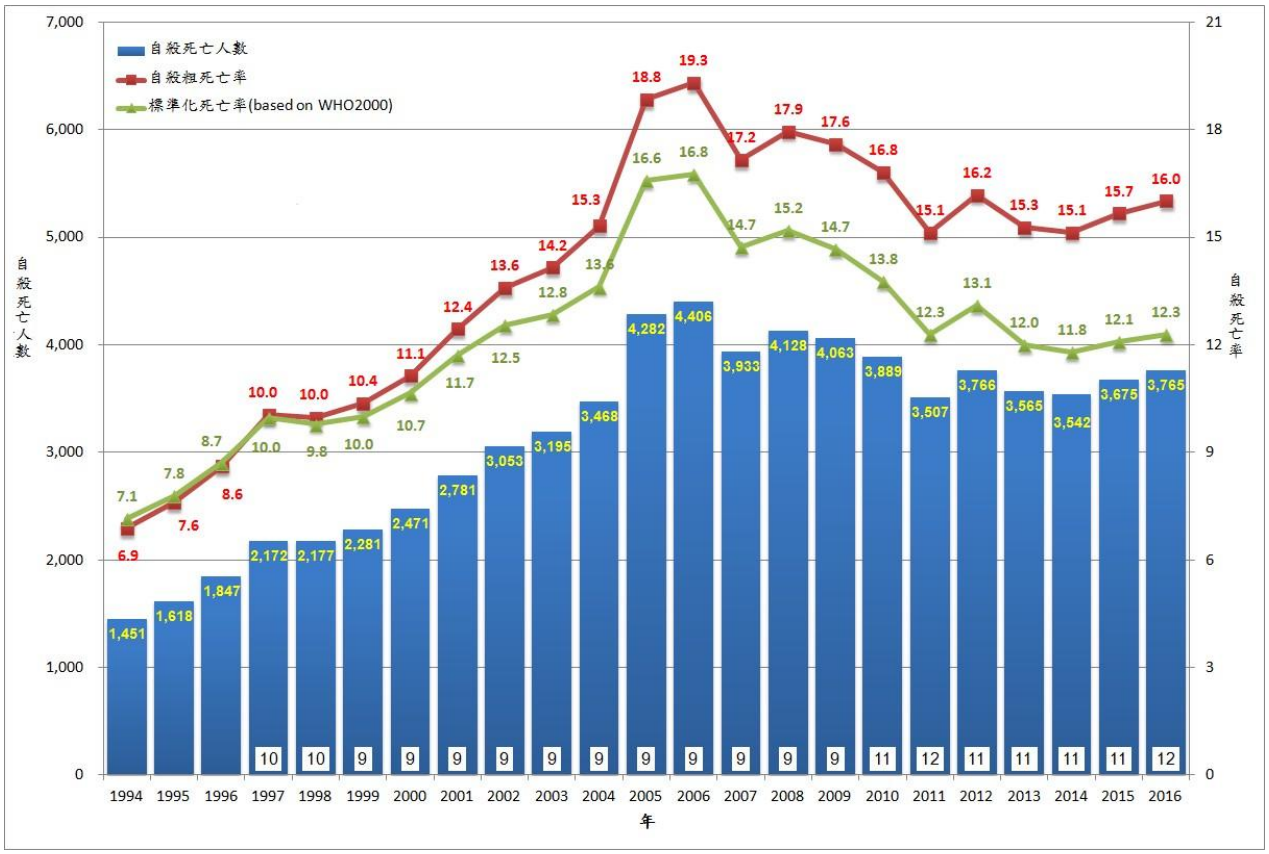


圖 1、全國 1990 至 2016 年自殺死亡率

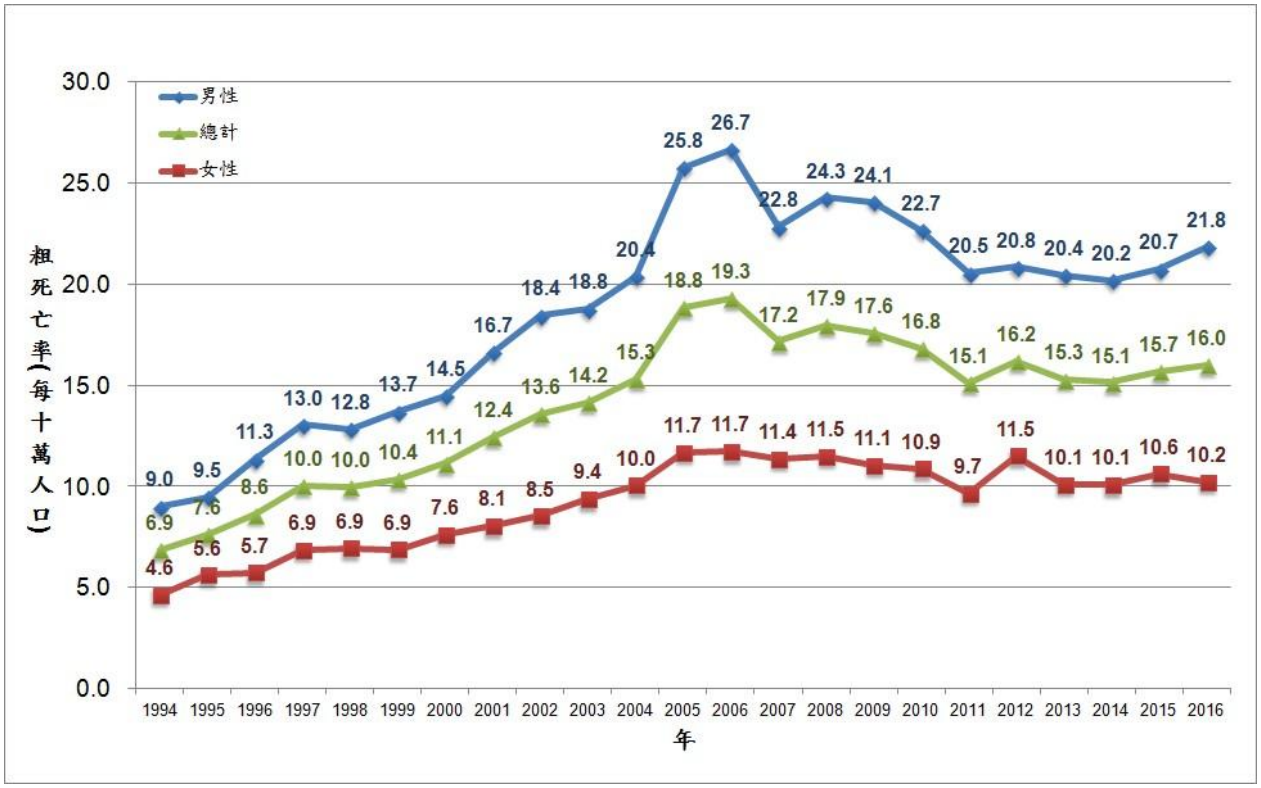


圖 2、全國 1994 至 2016 年性別自殺死亡率

2017 年社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，以作為全國自殺防治工作平台，除與國內醫療專業、心理健康、公共衛生、教育訓練、社會工作、流行病學、統計資訊、傳播媒體等之專業人員、意見領袖以及其他相關學、協會共同合作外，亦持續秉持著「思維全球化」之角度，與國際上相關學者及機構維持雙邊交流。

在自殺防治三大策略中之「指標性策略」所建置的自殺防治通報系統數據顯示，2006 年至 2017 年之自殺通報比及關懷率持續上升，且有接受關懷者三年內再自殺率(17.8%)較未接受關懷者(30.8%)減少 42.2%。另外經由民眾認知調查，我們了解到社會大眾對於本身投入自殺防治的意願逐年升高，而在自殺防治相關訊息的接觸上也有越來越多的機會。對於自殺事件之新聞，民眾也認同六不六要之報導原則。中心在各種教育訓練及講座中皆持續宣導「人人都是自殺防治守門人」之理念，並介紹「1 問 2 應 3 轉介」之運用技巧，以期自殺防治不斷地逐步落實達到全民參與，達到建立救人的關懷文化之目標。

本年度工作重點依當今自殺防治重要議題包含擬訂全國及 22 縣市因地制宜之年度以及每月自殺防治策略建議、編寫跨部會自殺防治工作方針、結合自殺防治相關學協會辦理第一專業人員自殺防治守門人訓練。首創以世界咖啡館之模式，辦理年中討論會。針對關懷訪視紀錄之抽查標準、關懷訪視作業之相關規範進行研修，編制關懷訪視員教育手冊以及製作新進關懷訪視員入門教學影片。針對前一年度自殺死亡數據及今年度初步數據進行分析並辦理高風險縣市互動式訪查與實務督導，串聯歷年數據以進行實證研究。對於傳播媒體持續監測並維持雙向溝通蒐集國內外自殺防治相關文獻及策略。在農藥自殺防治上除持續辦理巴拉刈自殺防治教育訓練外， 亦結合多家專業團體聲明支持農委會之巴拉刈禁用政策。針對網路成癮者及離婚族群進行選擇性之自殺防治推動，另外隨時配合辦理衛生福利部交辦事項及出席相關會議。

本中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「 2016 年度自殺防治統計分析及策略實施報告」、「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」與「全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議及自殺企圖者之通報與關懷追蹤」。(三)辦理自殺防治之實證研究：內容包括「精神病人自殺與就醫行為影響」及「憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性實證研究」。(四)強化自殺防治策略：包括「自殺高風險縣市互動式輔導訪查」、「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練」、「強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片」、「教唆自殺網站之監測與處置」、「自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知」、「國外自殺防治文獻蒐集與國

內自殺防治策略規劃」及「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」。(五)研修自殺防治相關工作規範：包含、「因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理」、「政府跨部會自殺防治工作方針」及「縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議」。(六)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議：包含「雲端數位學習平台之維護與推廣」、「社群網站facebook之運用與推廣」、「自殺防治中心網站之維護及宣導」、「心情溫度計應用程式(APP)之推廣」、「大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動」、「2017年度自殺防治年中討論會」、「巴拉刈自殺防治之教育宣導」、「畢業後一般醫學訓練之自殺防治推廣」、「珍愛生命守門人之教育訓練與推廣」、「自殺防治網通訊之發行與推廣」及「珍愛生命義工之推動」。 (七)輔導精進自殺關懷訪視員作業機制：包含「關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片」、「辦理縣市關懷訪視實務督導」及「輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修」。(八)其他辦理事項：包含「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」、「離婚民眾關懷暨心衛資源專案」及「網路成癮者之評估與轉介」。

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，2017 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 2016 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。

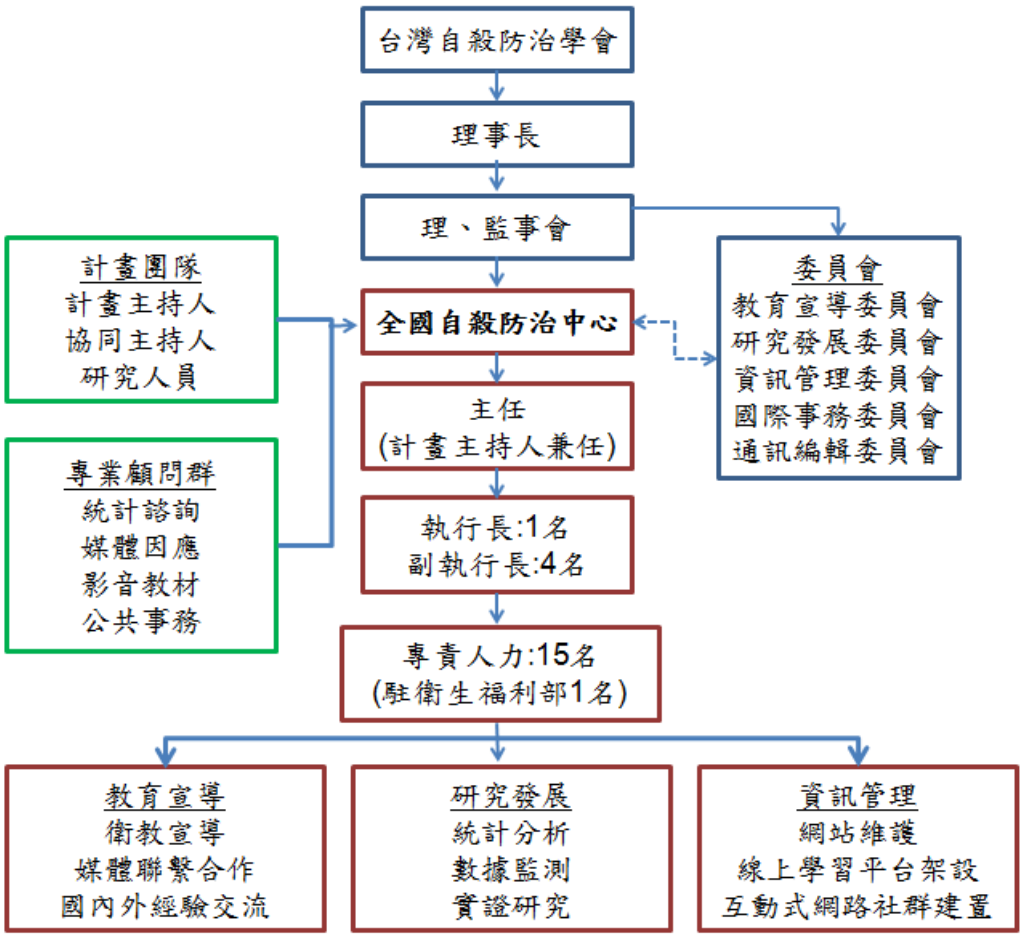


圖 1-1 組織圖

2016 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」。

2016 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. **資料來源：**

1) 自殺死亡資料檔：由衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心提供，內容為自殺個案死亡情形之簡要資料，包含性別、年齡層、縣市、死因。

2) 自殺企圖通報資料檔：由公共衛生資訊入口網自殺通報系統提供，內容為自殺企圖通報個案之相關資料，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

2. **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。

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，，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) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：2006 年至 2016 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，改由中心每一年向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心進行使用資料申請，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 2016 年。

(2) 說明：研究發展組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「2.4 自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形」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. 全國自殺死亡數據

1) 整體趨勢

臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人，其後則呈現下降趨勢。(如圖 2-1-1)

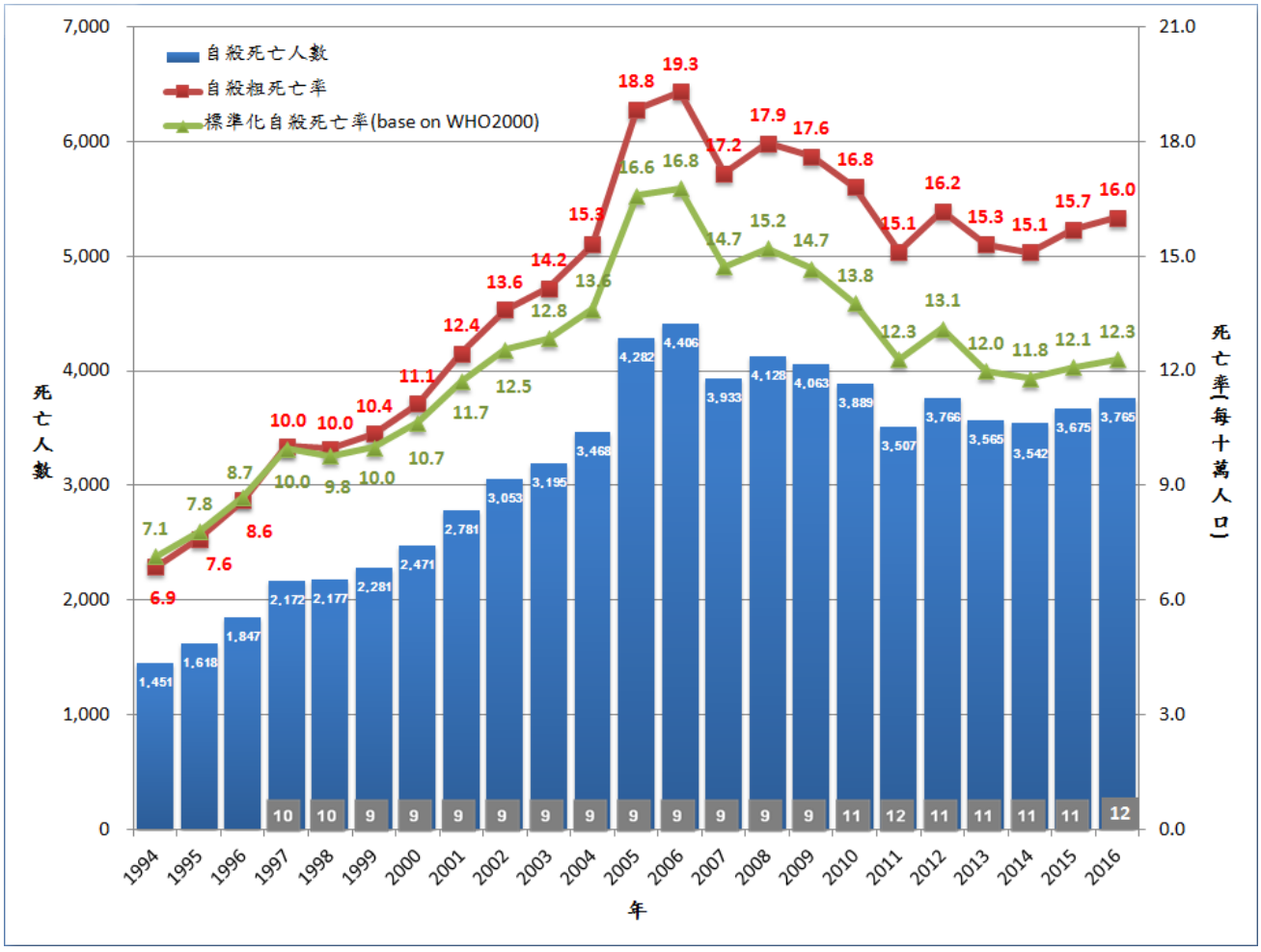


圖 2-1-1、1994-2016 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 17.1%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 1.9%(如表 2-1-1)。粗死亡率三年移動平均由 2013-2015 年的 15.4 人升至 15.6 人呈現些微上升趨勢；但長期來看，粗死亡率由 2005-2007 年至 2014-2016 年呈現逐年下降趨勢。

表 2-1-1、全國 2016 年度自殺死亡數據與 2015 年度數據比較

年度 項目	2015 年		2016 年		增減(%)	
粗死亡率(每十萬人)	15.7		16.0		1.9	
男性	20.7		21.8		5.3	
女性	10.6		10.2		-3.8	
≦14	0.2		0.2		0	
15-24	5.9		6.8		15.3	
25-44	15.9		16.1		1.3	
45-64	20.6		20.1		-2.4	
≧65	31.2		32.3		3.5	
	N	%	N	%	N	%
死亡人數及占率	3675	100	3765	100	90	2.4
男性	2426	66	2559	68	133	5.5
女性	1249	34	1206	32	-43	-3.4
≦14	6	0.2	6	0.2	0	0
15-24	183	5	209	5.6	26	14.2
25-44	1165	31.7	1173	31.2	8	0.7
45-64	1424	38.7	1401	37.2	-23	-1.6
≧65	897	24.4	976	25.9	79	8.8
以固體或液體物質	694	18.9	703	18.7	9	1.3
由氣體及蒸汽	952	25.9	912	24.2	-40	-4.2
吊死、勒死及窒息	1132	30.8	1185	31.5	53	4.7
溺水 (淹死)	234	6.4	275	7.3	41	17.5
鎗砲及爆炸物	30	0.8	15	0.4	-15	-50
切穿工具	82	2.2	88	2.3	6	7.3
由高處跳下	441	12	467	12.4	26	5.9
其他及未明示之方式	110	3	120	3.2	10	9.1

2) 以性別分析

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 2016 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 18.4%。(如

圖 2-1-2)

2016 年男性自殺死亡人數為 2,559 人，較 2015 年 2,462 人增加 133 人，增幅 5.5%；自殺粗死亡率為每十萬人口 21.8 人，較 2015 年 20.7 人增加 5.3%。(如表 2-1-1)

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 人後，至 2014 年前呈現下降趨勢，而 2015 年雖上升至 10.6 人，2016 年再次下降至 10.2 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 12.8%。(如圖 2-1-2)

2016 年女性自殺死亡人數為 1,206 人，較 2015 年 1,249 人減少 43 人，降幅 3.4%；自殺粗死亡率為每十萬人口 10.2 人，較 2015 年 10.6 人減少 3.8%。(如表 2-1-1)

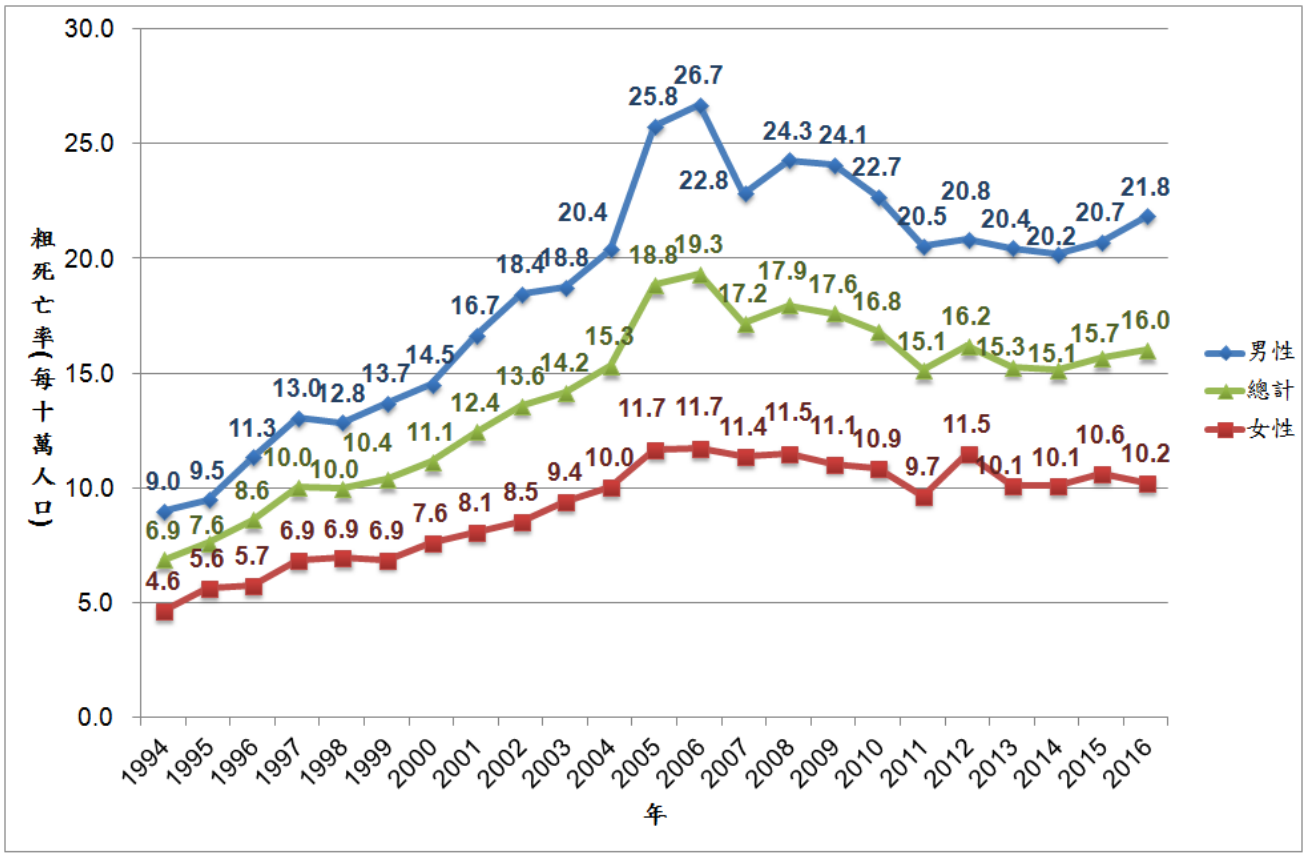


圖 2-1-2、1994-2016 年性別自殺粗死亡率

3) 以年齡層分析

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。

2016 年各年齡層與 2015 年相比分別如下：

(1) 14 歲以下與 2015 年自殺死亡人數相同為 6 人，自殺粗死亡率與 2015 年相同皆為每十萬人口 0.2 人。

(2) 15-24 歲自殺死亡人數為 209 人，較 2015 年增加 26 人，增幅 14.2%，自殺粗死亡率為每十萬人口 6.8 人，較 2015 年增加 15.3%。

(3) 25-44 歲自殺死亡人數為 1,173 人，較 2015 年增加 8 人，增幅 0.7%，自殺粗死亡率為每十萬人口 16.1 人，較 2015 年增加 1.3%。

(4) 45-64 歲自殺死亡人數為 1,401 人，較 2015 年減少 23 人，降幅 1.6%，自殺粗死亡率為每十萬人口 20.1 人，較 2015 年減少 2.4 %。

(5) 65 歲以上自殺死亡人數為 976 人，較 2015 年增加 79 人，增幅 8.8%，自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，較 2015 年增加 3.5%。(如表 2-1-1)

4) 以性別與年齡層交叉分析

男性年齡層中「14 歲以下」2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.4 人，歷年變化不大；「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，2014 年又呈現上升趨勢，至 2016 年上升至每十萬人口 8.6 人，與 2015 年相比增幅為 4.9%；「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 2016 年為每十萬人口 22.0 人，與 2015 年相比增加 7.8%；「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 2016 年為每十萬人口 28.2 人與 2015 年相同；「65 歲以上」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 2016 年為每十萬人口 46.2 人，較 2015 年相比增加 6.0%。(如圖 2-1-3)

女性「14 歲以下」2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 0 人，歷年變化不大，均在 0~0.3 之間；「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)，2016 年為每十萬人口 4.8 人，較 2015 年增加 45.5%；「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，此後呈現上下起伏，2016 年為每十萬人口 10.2 人，較 2015 年減少 11.3%；「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)，之後呈現上下起伏，2016 年為每十萬人口 12.2 人，較 2015 年每十萬人口 13.2 人減少 7.6%；「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，2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 20.3 人，較 2015 年(每十萬人口 20.5 人)下降 1.0%。(如圖 2-1-4)

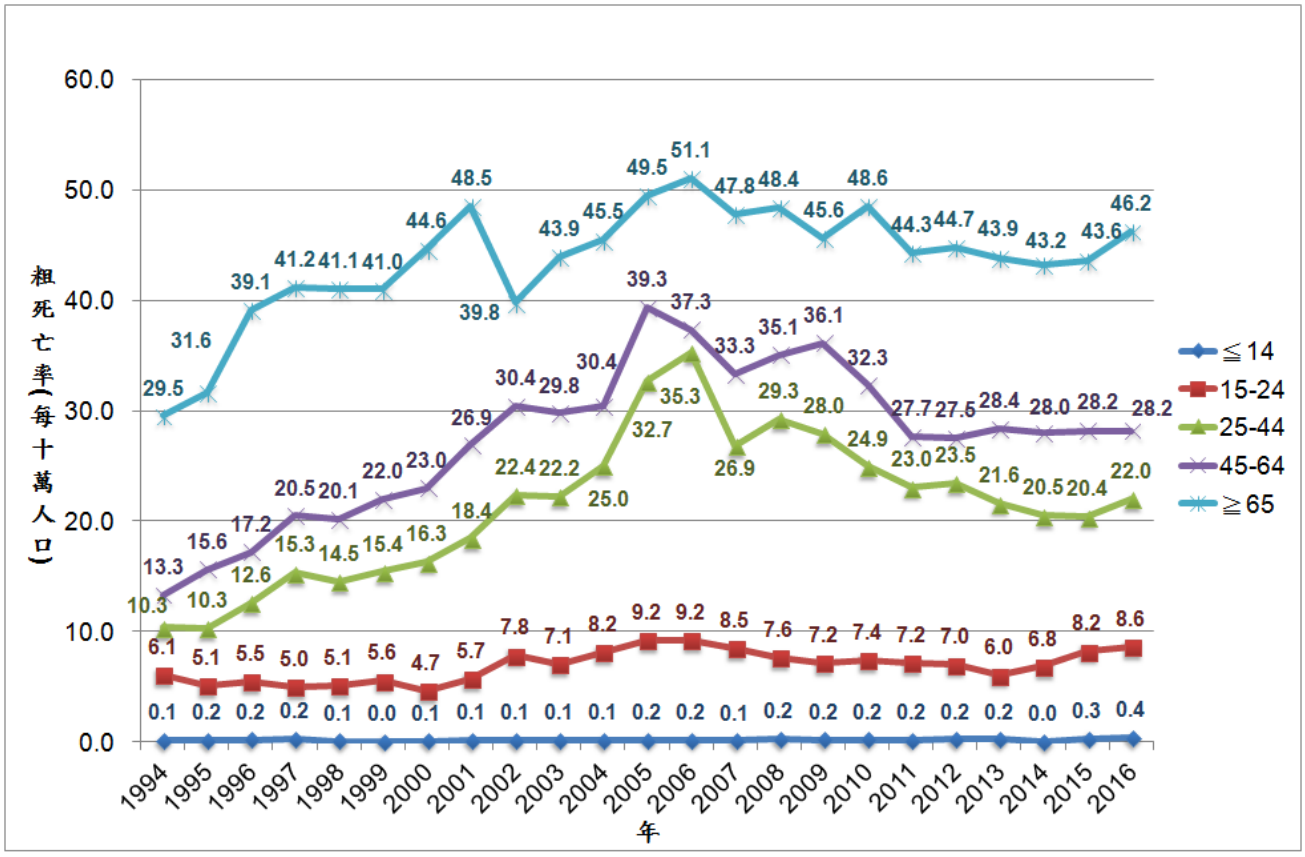


圖 2-1-3、1994-2016 年男性各年齡層自殺粗死亡率

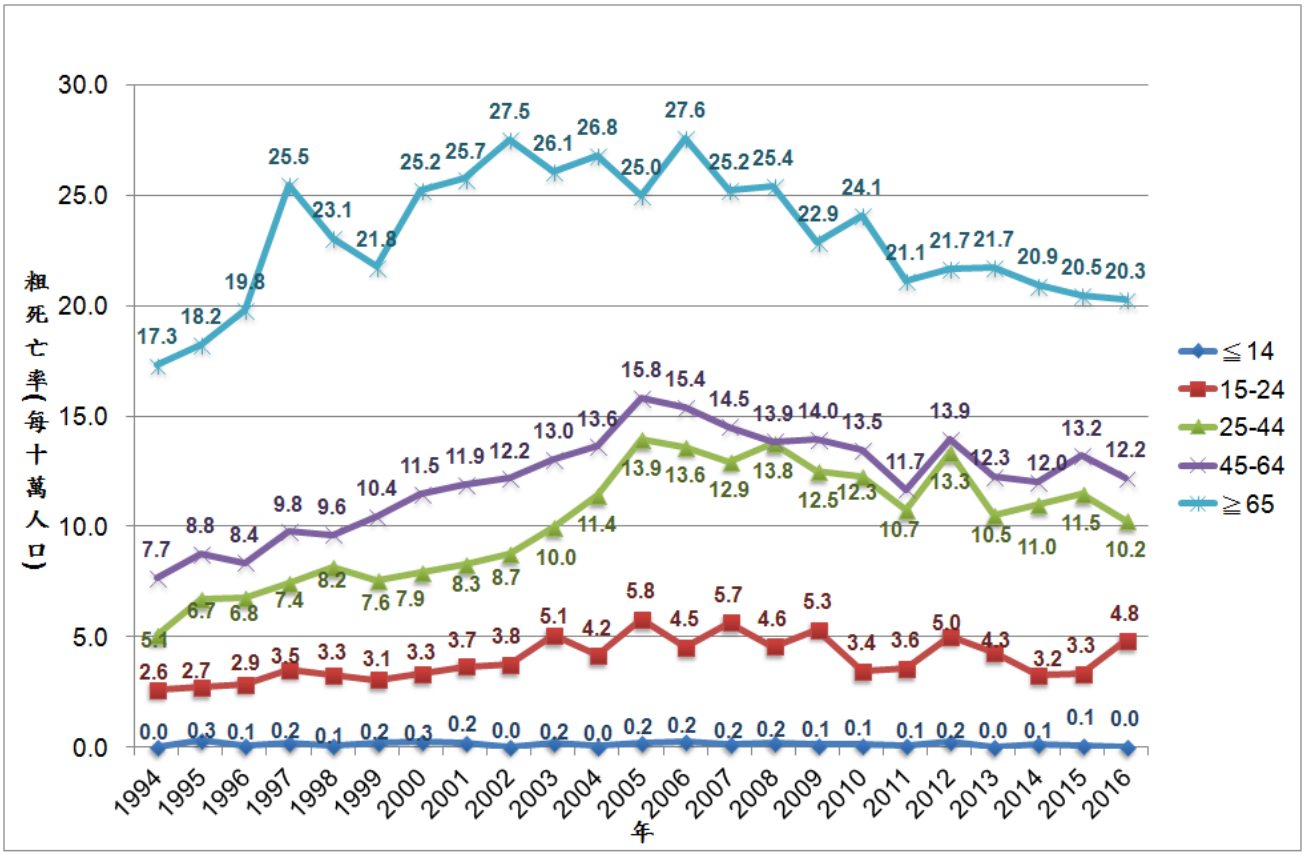


圖 2-1-4、1994-2016 年女性各年齡層自殺粗死亡率

5) 標準化死亡比分析

以各年齡層自殺死亡人數標準化死亡比分析，由 1994-2015 年標準化死亡比分析可觀察到長期以來在 65 歲以上的族群，自殺死亡率已經有些許的改善，而跟 2015 年相比各年齡層則差異不大，僅 15-24 歲族群自殺死亡人數增加較多。(如表 2-1-2、表 2-1-3)

表 2-1-2、各年齡層自殺死亡人數標準化死亡比分析

年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	4.8	167.0	1148.6	1377.4	1010.7
2016 年自殺死亡人數	6	209	1173	1401	976
SMR	1.25	1.25	1.02	1.02	0.97

表 2-1-3、各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	5.9	180.4	1157.7	1436.7	943.4
2016 年自殺死亡人數	6	209	1173	1401	976
SMR	1.02	1.16	1.01	0.98	1.03

以男女自殺死亡人數標準化死亡比分析，將男女依年齡層來分 1994-2015 年的標準死亡比；男生 SMR 各年齡層無明顯下降，女生則是 14 歲以下及 65 歲以上之族群有比例上有較大下降。依 2015 年期望值所計算出來的標準死亡比，男生各年齡層同樣無明顯下降，與 1994-2015 年的標準死亡比計算出來無明顯差別，而女性則是各年齡層除 15-24 歲外，其餘年齡層之標準化死亡比均下降。(如表 2-1-4 至表 2-1-7)

表 2-1-4、男性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

男性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	2.6	109.1	775.4	940.3	607.3
2016 年自殺死亡人數	6	138	801	968	646
SMR	2.31	1.26	1.03	1.03	1.06

表 2-1-5、男性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

男性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	4.9	131.1	742.3	967.3	609.3
2016 年自殺死亡人數	6	138	801	968	646
SMR	1.22	1.05	1.08	1.00	1.06

表 2-1-6、女性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

女性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	2.2	58.2	369.8	430.9	379.1
2016 年自殺死亡人數	0	71	372	433	330
SMR	0.00	1.22	1.01	1.00	0.87

表 2-1-7、女性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

女性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	1.0	49.3	415.9	468.8	332.6
2016 年自殺死亡人數	0	71	372	433	330
SMR	0.00	1.44	0.89	0.92	0.99

6) 自殺死因分析

2016 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」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。(如表 2-1-1)

自殺死因 2016 年與 2015 年相比占率增幅依序為「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(增幅 14.1%、增加 41 人)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(增幅 6.7%、增加 10 人)、「切穿工具自殺及自傷」(增幅 4.5%、增加 6 人)、「由高處跳下自殺及自傷」(增幅 3.3%、增加 26 人)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(增幅 2.3%、增加 53 人)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(降幅 1.1 %、增加 9 人)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(降幅 6.6%、減少 40 人)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(降幅 50.0%、減少 15 人)。(如圖 2-1-5)

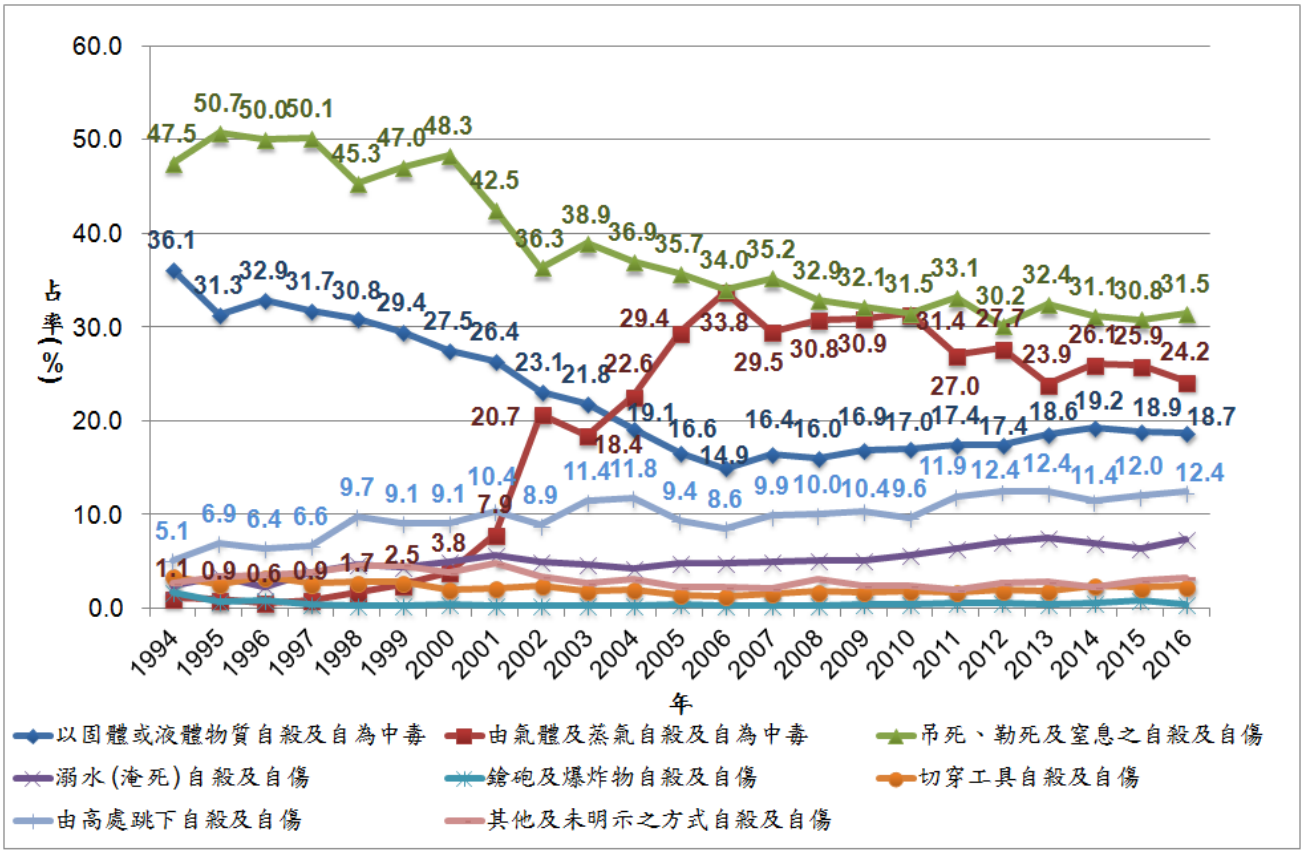


圖 2-1-5、1994-2016 年全國自殺死因占率

7) 以性別及自殺死因交叉分析

2016 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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。而「切穿工具自殺及自傷」占率為 2.4%，較 2015 年(1.8%)上升 33.3%。「其他及未明示之方式自殺及自傷」占率為 2.5%，較 2015 年(1.9%)上升 31.6%；「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2011 年開始逐年上升，但 2016 年下降至 21.7%，較 2015 年下降 0.9%；「溺水 (淹死) 自殺及自傷」占率 10.7%，較 2015 年上升 15.1%；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率於 2013 至 2015 年連續三年皆為 26.3%，2016 年上升至 29.1%，較前三年上升 10.6%。(如圖 2-1-6)

2016 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)。「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率在 2014 年至 2016 年呈現逐年下降；「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」自殺死亡之占率自 2006 年高峰後與女性同樣呈現逐年下降之趨勢，2016 年為 27.9%，較 2015 年(27.7%)上升 0.7%；「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，之後連續兩年呈現下降趨勢，2016 年下降至 17.2%；「其他及未明示之方式自殺及自傷」2016 年占率為 3.5%，與 2015 年同為自 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」2016 年占率為 10.2%，為自 2005 年以來最高，與 2015 年(9.7%)相比增幅為 5.2%；「槍砲及爆炸物自殺及自傷」2016 年占率為 0.4，與 2015 年相比降幅為 58.3%。(如圖 2-1-7)

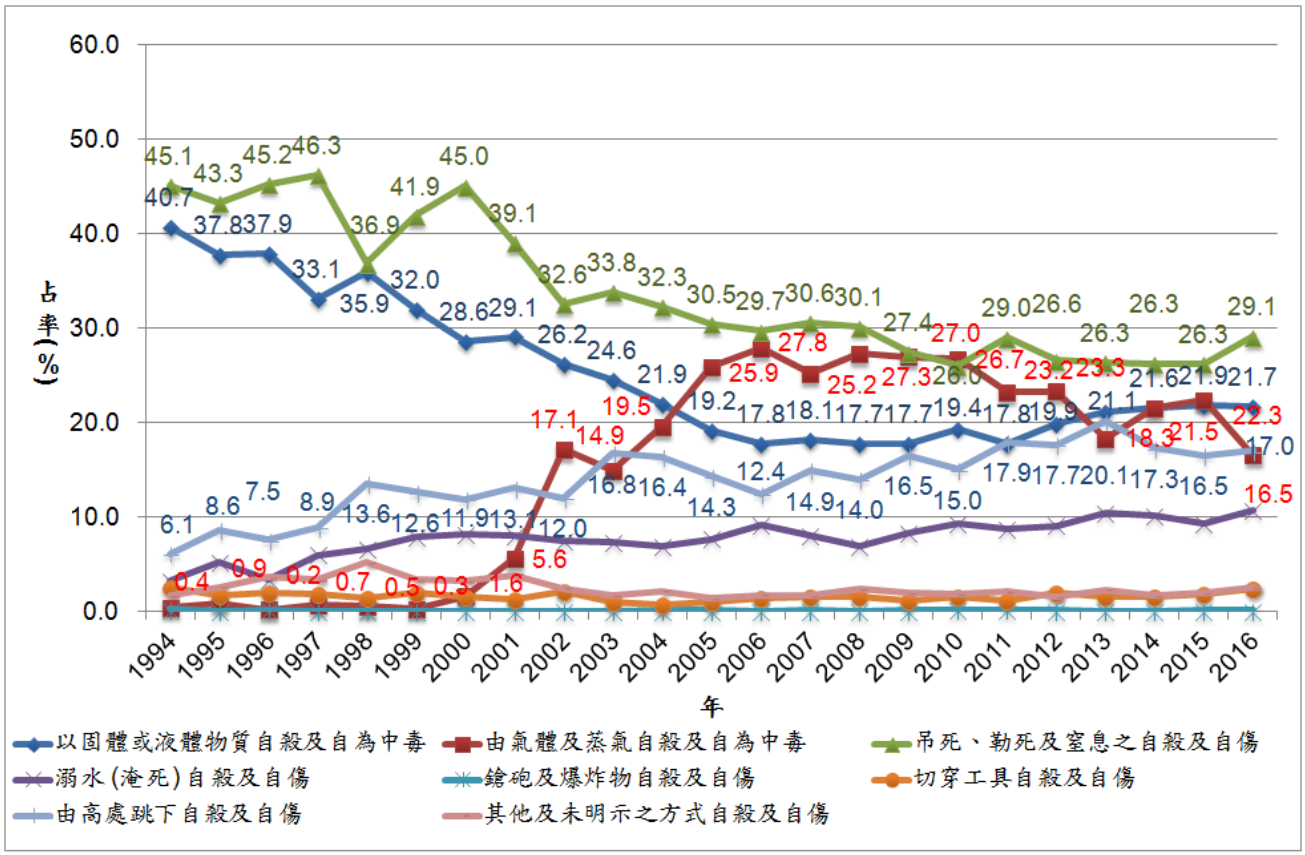


圖 2-1-6、1994-2016 年全國女性自殺死因占率

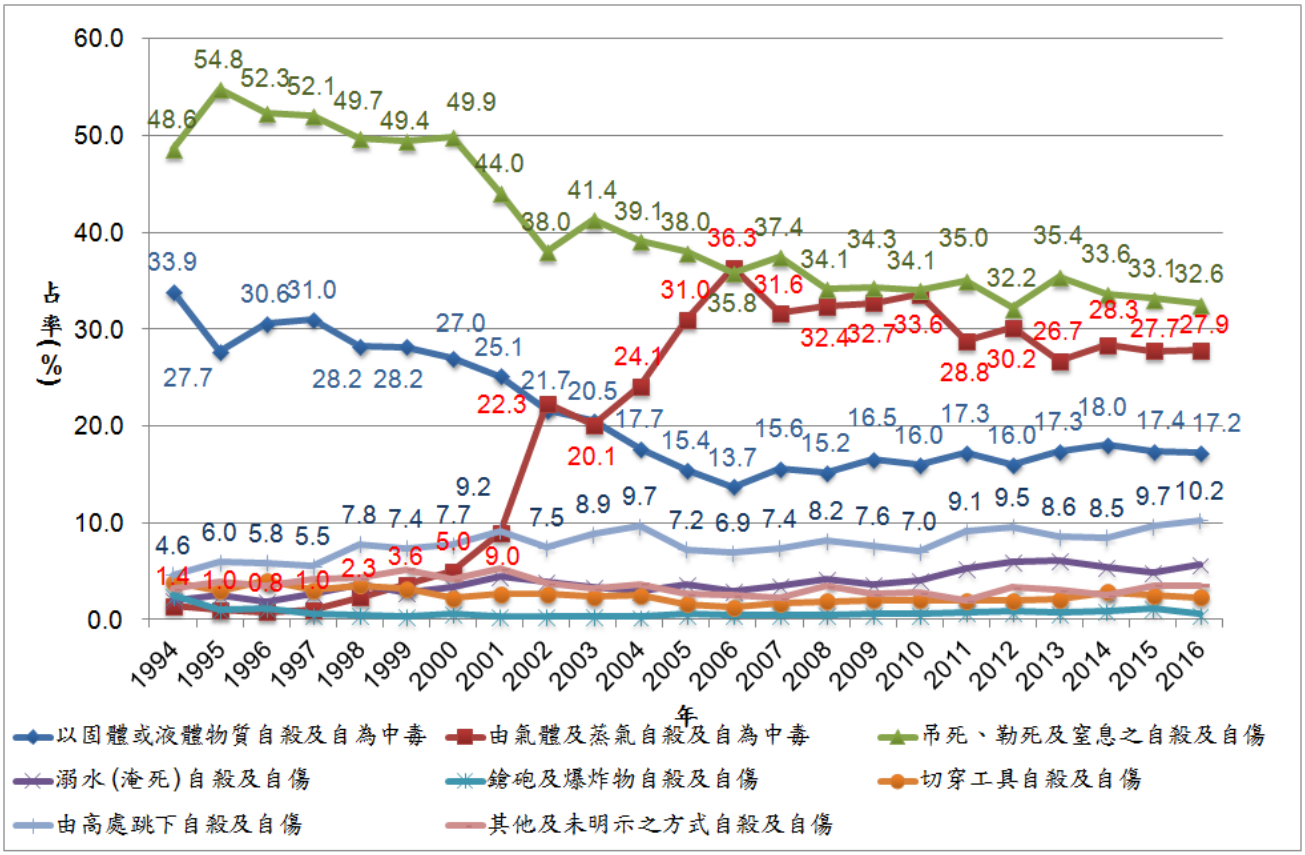


圖 2-1-7、1994-2016 年全國男性自殺死因占率

8) 結論

(1) 2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12)，自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.8%)。自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升；女性則無明顯趨勢變化；整體來說男性自殺粗死亡率仍為女性之 2 倍。

(2) 「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 2015 年相同。「15-24 歲」自殺死亡人數為 209 人、自殺粗死亡率每十萬人口 6.8 人，與 2015 年相比人數增加 26 人，粗死亡率上升 15.3%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,173 人、自殺粗死亡率每十萬人口 16.1 人，與 2015 年相比人數增加 8 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,401 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.1 人，與 2015 年相比人數減少 23 人，粗死亡率下降 2.4%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 976 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.3 人，與 2015 年相比人數增加 79 人，粗死亡率上升 3.5%。

(3) 全國自殺死因占率依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。

(4) 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)；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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。

2. 縣市自殺死亡數據

1) 自殺粗死亡率分析

2016 年各縣市自殺粗死亡率，高至低依序為南投縣(每十萬人口 25.6 人)、金門縣(每十萬人口 24.7 人)、屏東縣(每十萬人口 23.3 人)、花蓮縣(每十萬人口 20.5 人)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人)、臺東縣(每十萬人口 19.4 人) 、基隆市(每十萬人口 19.3 人)、雲林縣及苗栗縣(每十萬人口 19.1 人)、臺南市(每十萬人口 17.6 人)、高雄市(每十萬人口 16.3 人)、新北市及彰化縣(每十萬人口 15.4 人)、嘉義市(每十萬人口 14.8 人)、臺中市(每十萬人口 14.7 人)、澎湖縣(每十萬人口 14.6 人)、桃園市(每十萬人口 14.2 人)、新竹縣(每十萬人口 12.3 人)、新竹市(每十萬人口 11.9 人)、臺北市(每十萬人口 11.4 人)、金門縣(每十萬人口 7.5 人)、連江縣(每十萬人口 0 人)。(如表 2-1-8)

自殺粗死亡率 2016 年與 2015 年相比增幅多至少依序為屏東縣(增幅 37.9%)、嘉義縣(增幅 35.7%)、澎湖縣(增幅 23.7%)、臺東縣(增幅 20.5%)、南投縣(增幅 18.0%)、臺南市(增幅 6.0%)、臺中市(增幅 4.3%)、新北市(增幅 4.1%)、苗栗縣(增幅 2.7%)、高雄市(增幅 1.9%)、花蓮縣(增幅 0.5%)、宜蘭縣(持平)、嘉義市(降幅 2.6%)、臺北市(降幅 3.4%)、桃園市(降幅 4.1%)、新竹市(降幅 4.8%)、雲林縣(降幅 6.4%)、新竹縣(降幅 10.2%)、彰化縣(降幅 13.5%)、基隆市(降幅 21.9%)、金門縣(降幅 51.3%)。(如表 2-1-8)

表 2-1-8、2016 年與 2015 年相比各縣市自殺粗死亡率、標準化死亡率

縣市	粗死亡率			標準化死亡率		
	人 每十萬人	粗死亡率 排名	增減率[註]	人 每十萬人	標準化死亡率 排名	增減率[註]
全國	16	-	1.9	12.3	-	1.7
新北市	15.4	12	4.1	12.2	12	4.3
臺北市	11.4	20	-3.4	8.4	20	-3.4
桃園市	14.2	17	-4.1	11.9	13	-3.3
臺中市	14.7	15	4.3	11.8	14	1.7
臺南市	17.6	10	6.0	13.0	10	6.6
高雄市	16.3	11	1.9	12.4	11	1.6
宜蘭縣	20.3	5	0.0	15.0	4	-3.2
新竹縣	12.3	18	-10.2	10.3	19	-5.5
苗栗縣	19.1	8	2.7	14.7	6	8.9
彰化縣	15.4	12	-13.5	11.8	15	-13.2
南投縣	25.6	1	18.0	19.1	1	24.0
雲林縣	19.1	8	-6.4	13.8	9	-8.0
嘉義縣	24.7	2	35.7	16.2	3	28.6
屏東縣	23.3	3	37.9	16.8	2	38.8
臺東縣	19.4	6	20.5	13.8	8	10.4
花蓮縣	20.5	4	0.5	14.8	5	-2.6
澎湖縣	14.6	16	23.7	10.7	17	27.4
基隆市	19.3	7	-21.9	14.0	7	-25.9
新竹市	11.9	19	-4.8	10.4	18	3.0
嘉義市	14.8	14	-2.6	11.8	16	-5.6
金門縣	7.5	21	-51.3	5.7	21	-51.7
連江縣	0	22	-	0.0	22	-

註：增減率為 2016 年死亡率與 2015 年死亡率比較

2) 自殺死亡人數分析

總自殺死亡人數與2015年相比增加之縣市為屏東縣52人、嘉義縣33人、新北市25人、臺中市22人、南投縣19人、臺南市19人、臺東縣7人、高雄市6人、澎湖縣3人、苗栗縣2人；花蓮縣及宜蘭縣自殺死亡人數與2015年相同，其餘縣市自殺死亡人數均減少。(如表2-1-9)

表2-1-9、2016年與2015年相比各縣市自殺死亡人數增減

縣市	男性		女性		總計		
	增減數	增減率 (%)	增減數	增減率 (%)	增減數	增減率 (%)	增加數占全國增加數 (%)
全國	133	5.5	-43	-3.4	90	2.4	100.0
新北市	30	7.9	-5	-2.4	25	4.2	27.8
臺北市	-8	-3.9	-2	-1.8	-10	-3.1	-11.1
桃園市	-14	-6.6	8	8.2	-6	-1.9	-6.7
臺中市	36	15.9	-14	-9.0	22	5.7	24.4
臺南市	28	13.1	-9	-9.0	19	6.1	21.1
高雄市	18	6.1	-12	-7.9	6	1.3	6.7
宜蘭縣	-6	-9.1	6	22.2	0	0.0	0.0
新竹縣	2	4.2	-9	-34.6	-7	-9.5	-7.8
苗栗縣	-10	-12.7	12	46.2	2	1.9	2.2
彰化縣	-25	-15.7	-7	-9.9	-32	-13.9	-35.6
南投縣	22	28.6	-3	-8.8	19	17.1	21.1
雲林縣	-3	-3.1	-7	-14.9	-10	-7.0	-11.1
嘉義縣	36	66.7	-3	-7.3	33	34.7	36.7
屏東縣	35	34.7	17	40.5	52	36.4	57.8
臺東縣	0	0.0	7	100.0	7	19.4	7.8
花蓮縣	2	4.3	-2	-9.1	0	0.0	0.0
澎湖縣	3	50.0	0	0.0	3	25.0	3.3
基隆市	-5	-9.1	-15	-40.5	-20	-21.7	-22.2
新竹市	0	0.0	-2	-10.5	-2	-3.7	-2.2
嘉義市	1	3.4	-2	-16.7	-1	-2.4	-1.1
金門縣	-9	-64.3	-1	-16.7	-10	-50.0	-11.1
連江縣	0	-	0	-	0	-	0.0

註：增減率為2016年自殺死亡人數與2015年比較

3) 性別分析

男性各縣市2016年自殺粗死亡率與2015年相比上升的為嘉義縣(增幅67.8%)、澎湖縣(增幅49.1%)、屏東縣(增幅36.1%)、南投縣(增幅29.7%)、臺中市(增幅14.9%)、臺南市(增幅12.8%)、新北市(增幅8.2%)、高雄市(增幅6.6%)、花蓮縣(增幅4.8%)、嘉義市(增幅4.1%)、新竹縣(增幅2.9%)、臺東縣(增幅1.2%)。

男性各縣市2016年自殺死亡人數與2015年相比上升的為臺中市、嘉義縣(各增加36人)、屏東縣(增加35人)、新北市(增加30人)、臺南市(增加28人)、南投縣(增加22人)、高雄市(增加18人)、澎湖縣(增加3人)、新竹縣、花蓮縣(各增加2人)、嘉義市(增加1人)。

女性各縣市2016年自殺粗死亡率與2015年相比上升的為臺東縣(增幅101.5%)、苗栗縣(增幅47.4%)、屏東縣(增幅41.2%)、宜蘭縣(增幅21.7%)、桃園市(增幅6.4%)。

女性各縣市2016年自殺死亡人數與2015年相比上升的為屏東縣(增加17人)、苗栗縣(增加12人)、桃園市(增加8人)、臺東縣(增加6人)。(如表2-1-9)

4) 年齡層分析

(1) 「14歲以下」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為新北市、臺南市、高雄市(各增加1人)。

(2) 「15-24歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為高雄市及新竹縣(各增加6人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加5人)、南投縣及屏東縣(各增加4人)、雲林縣(增加3人)、臺東縣(增加2人)、澎湖縣及宜蘭縣(各增加1人)。

(3) 「25-34歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為桃園市(增加16人)、屏東縣(增加11人)、南投縣(增加7人)、嘉義縣(增加6人)、臺南市及苗栗縣(各增加4人)、新竹市、澎湖縣及嘉義市(各增加1人)。

(4) 「35-44歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為新北市(增加32人)、臺北市(增加13人)、臺南市(增加8人)、屏東縣(增加5人)、花蓮縣(增加4人)、南投縣(增加3人)、彰化縣及高雄市(各增加2人)、澎湖縣、宜蘭縣及臺東縣(各增加1人)。

(5) 「45-54歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為桃園市(增加13人)、

高雄市(增加 8 人)、嘉義縣及臺東縣(各增加 6 人)、苗栗縣(增加 5 人)、南投縣、基隆市及嘉義市(各增加 4 人)、花蓮縣(增加 2 人)。

(6) 「55-64 歲」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為屏東縣及臺中市(各增加 17 人)、嘉義縣及南投縣(各增加 7 人)、臺南市(增加 6 人)、宜蘭縣(增加 4 人)、新竹縣(增加 2 人)。

(7) 「65-74 歲」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為屏東縣(增加 19 人)、臺中市(增加 12 人)、臺北市(增加 11 人)、臺南市及臺東縣(各增加 7 人)、金門縣及南投縣(各增加 4 人)、澎湖縣(增加 3 人)、宜蘭縣及基隆市(各增加 2 人)、嘉義市(增加 1 人)。

(8) 「75 歲以上」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為臺中市(增加 20 人)、新北市(增加 14 人)、嘉義縣(增加 10 人)、臺北市(增加 6 人)、宜蘭縣(增加 5 人)、高雄市(增加 4 人)、新竹市(增加 2 人)、臺南市及澎湖縣(各增加 1 人)。

5) 自殺死因分析

(1) 自殺死因「固體或液體物質自殺及自為中毒」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣(增幅 39.9%)、臺中市(增幅 19.1%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 13.0%)、高雄市(增幅 12.0%)、臺東縣(增幅 6.5%)、嘉義市(增幅 2.7%)及南投縣(增幅 1.5%)。

(2) 「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 48.6%)、嘉義市(增幅 37.0%)、澎湖縣(增幅 33.2%)、新竹縣(增幅 21.5%)、彰化縣(增幅 18.9%)、基隆市(增幅 17.3%)、臺東縣(增幅 7.7%)、南投縣(增幅 6.9%)及高雄市(增幅 1.9%)。

(3) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 66.5%)、苗栗縣(增幅 49.3%)、雲林縣(增幅 39.2%)、基隆市(增幅 23.4%)、桃園市(增幅 19.5%)、嘉義市(增幅 17.3%)、彰化縣(增幅 14.0%)、花蓮縣(增幅 7.9%)、高雄市(增幅 5.4%)、新北市(增幅 5.3%)及臺北市(增幅 2.4%)。

(4) 「溺水(淹死)自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣(增幅 300.0%)、苗栗縣(增幅 124.1%)、新竹縣(增幅 122.2%)、臺北市(增幅 95.2%)、臺中市(增幅 94.4%)、花蓮縣(增幅 93.3%)、新竹市(增幅 37.5%)、桃園市(增幅 31.0%)、嘉義縣(增幅 23.8%)、臺南市(增幅 11.2%)及彰化縣(增幅 1.5%)。

(5) 「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅

大於 1%的為基隆市(增幅 27.3%)；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

(6) 「切穿工具自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 1000.0%)、屏東縣(增幅 271.4%)、嘉義市(增幅 108.3%)、宜蘭縣(增幅 100.0%)、臺東縣(增幅 67.9%)、雲林縣(增幅 64.3%)及嘉義縣(增幅 45.5%)。

(7) 「由高處跳下自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣(增幅 300.0%)、宜蘭縣(增幅 134.4%)、澎湖縣(增幅 59.9%)、臺南市(增幅 29.9%)、臺中市(增幅 13.9%)、屏東縣(增幅 10.7%)、新竹縣(增幅 10.3%)、桃園市(增幅 4.7%)、高雄市(增幅 3.6%)、南投縣(增幅 2.2%)及臺北市(增幅 1.8%)。

(8) 「其他及未明示之方式自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 100.0%)、屏東縣(增幅 95.2%)、新北市(增幅 85.7%)、臺中市(增幅 69.0%)、臺南市(增幅 55.2%)、雲林縣(增幅 51.4%)及彰化縣(增幅 13.6%)。(如表 2-1-10)

表 2-1-10、2016 年各縣市自殺死因占率與增減率表

	以固體或液體物質自殺及自為中毒		以氣體及蒸氣自殺及自為中毒		吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		溺水 (淹死) 自殺及自傷	
	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率
臺北市	4.9	-14	21.8	-14.5	33.8	2.4	12.3	95.2
新北市	10.4	15.6	27	-9.1	31.8	5.3	8.1	0
臺中市	16.8	19.1	25.9	-11.3	33.3	-9.5	3.5	94.4
臺南市	19.6	-5.8	22.3	-16.8	31.6	0	9.9	11.2
高雄市	13.1	12	27.2	1.9	31.2	5.4	8.8	-8.3
基隆市	6.9	-29.6	31.9	17.3	37.5	23.4	9.7	-19.2
新竹市	11.5	-11.5	25	-41.3	30.8	66.5	7.7	37.5
嘉義市	15	2.7	10	37	40	17.3	5	-65.8
桃園市	14.2	-8.4	25.7	-8.9	33.7	19.5	7.6	31
新竹縣	28.4	39.9	32.8	21.5	23.9	-29.3	6	122.2
宜蘭縣	19.4	-4.9	23.7	-8.1	37.6	-5.5	3.2	-25.6
苗栗縣	29	-17.6	20.6	-16.9	32.7	49.3	6.5	124.1
彰化縣	27.3	-18.5	25.8	18.9	29.3	14	6.6	1.5
南投縣	33.8	1.5	23.1	6.9	27.7	-9.5	3.1	-13.9
雲林縣	36.1	-14	21.1	0.5	26.3	39.2	5.3	-5.4
嘉義縣	42.2	14.7	15.6	48.6	25.8	-31.9	7.8	23.8
屏東縣	36.9	-0.5	19	-3.1	25.6	-20.5	5.6	300
澎湖縣	6.7	-19.3	33.3	33.2	20	-20	6.7	-19.3
花蓮縣	25	-37	17.6	8.6	39.7	7.9	2.9	93.3
臺東縣	32.6	6.5	20.9	7.7	30.2	-9.3	4.7	-
金門縣	0	-100	10	-50	30	-33.3	0	-100
連江縣	0	-	0	-	0	-	0	-

註：增減率為 2016 年占率與 2015 年比較

表 2-1-10、2016 年各縣市自殺死因占率與增減率表(續)

	鎗砲及爆炸物自殺及自傷		切穿工具自殺及自傷		由高處跳下自殺及自傷		其他及未明示之方式自殺及自傷	
	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率
臺北市	0.3	-81.3	2.6	-7.1	22.1	1.8	2.3	-34.3
新北市	0.3	-75	2.1	-16	17.6	-0.6	2.6	73.3
臺中市	0.2	-	2.2	-29	13.1	13.9	4.9	44.1
臺南市	0	-100	3.3	1000	8.7	29.9	4.5	28.6
高雄市	0.4	-69.2	2.4	-11.1	14.2	3.6	2.7	-42.6
基隆市	1.4	27.3	1.4	-36.4	9.7	-31.2	1.4	-57.6
新竹市	0	-	1.9	-	17.3	-6.5	5.8	205.3
嘉義市	2.5	-	5	108.3	20	-9.1	2.5	-49
桃園市	0.3	-70	2.3	-11.5	13.5	4.7	2.6	-55.2
新竹縣	0	-	1.5	-72.2	7.5	10.3	0	-100
宜蘭縣	2.2	-	2.2	100	7.5	134.4	4.3	-20.4
苗栗縣	1.9	-	0	-100	7.5	-12.8	1.9	-60.4
彰化縣	0	-100	2.5	-16.7	6.1	-6.2	2.5	13.6
南投縣	0	-	1.5	-	9.2	2.2	1.5	-16.7
雲林縣	0	-100	2.3	64.3	3.8	-32.1	5.3	8.2
嘉義縣	0.8	-	1.6	-	2.3	-68.9	3.9	254.5
屏東縣	0	-100	2.6	271.4	6.2	10.7	4.1	46.4
澎湖縣	0	-	6.7	-	26.7	59.9	0	-100
花蓮縣	1.5	-	1.5	-48.3	10.3	-	1.5	-48.3
臺東縣	0	-	4.7	67.9	2.3	-17.9	4.7	-57.7
金門縣	0	-	10	-	40	300	10	100
連江縣	0	-	0	-	0	-	0	-

註：增減率為 2016 年占率與 2015 年比較

6) 自殺粗死亡率較高縣市分析

2016年自殺粗死亡率增加率前六位依序為:屏東縣(增加率37.9%)、嘉義縣(增加率35.7%)、澎湖縣(增加率23.7%)、臺東縣(增加率20.5%)、南投縣(增加率18%)、臺南市(增加率6%)，以上述縣市分析如下：

(1) 屏東縣：2016年自殺死亡人數為195人，自殺粗死亡率為每十萬人口23.2人，人數與2015年相比總數增加52人(增幅36.4%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數57.8%。

男性增加35人(增幅34.7%)、女性增加17人(增幅40.5%)；65-74歲增加19人(增幅211.1%)、55-64歲增加17人(增幅63%)、25-34歲增加11人(增幅137.5%)、35-44歲增加5人(增幅16.1%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加18人(增幅33.3%)、以氣體及蒸汽增加9人(增幅32.1%)、溺水增加9人(450%)、切穿工具增加4人(增幅400%)、由高處跳下增加4人(增幅50%)、其他增加5人(增幅166.7%)。

(2) 嘉義縣：2016年自殺死亡人數為128人，自殺粗死亡率為每十萬人口24.7人，人數與2015年相比增加33人(增幅34.7%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數36.7%。

男性增加36人(增幅66.7%)、女性減少3人(降幅7.3%)；75歲以上增加10人(增幅50%)、55-64歲增加7人(增幅46.7%)、25-34歲增加6人(增幅120%)、45-54歲增加6人(增幅40%)、65-74歲增加6人(增幅37.5%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加19人(增幅54.3%)、以氣體及蒸汽增加10人(增幅100%)、溺水增加4人(增幅66.7%)、切穿工具增加1人(增幅100%)、其他增加5人。

(3) 澎湖縣:2016年自殺死亡人數為15人,自殺粗死亡率為每十萬人口14.6人，人數與2015年相比增加3人(增幅25%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數3.3%。

男性增加3人(增幅50%)、女性人數不變；65-74歲增加3人、15-24歲增加1人、25-34歲增加1人(增幅100%)、35-44歲增加1人(增幅33.3%)、75歲以上增加1人(增幅33.3%)。

以自殺死因分析，以氣體及蒸汽增加2人(增幅66.7%)、由高處跳下增加2人(增幅100%)。

(4) 臺東縣:2016年自殺死亡人數為43人,自殺粗死亡率為每十萬人口19.4人，人數與2015年相比增加7人(增幅19.4%)；自殺死亡人數自殺死亡

增加占全國自殺死亡增加人數 7.8%。

男性人數不變、女性增加 7 人(增幅 100%)；65-74 歲增加 7 人、45-54 歲增加 6 人(增幅 100%)、15-24 歲增加 2 人(增幅 200%)、35-44 歲增加 1 人(增幅 20%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 3 人(增幅 27.3%)、以氣體及蒸汽增加 2 人(增幅 28.6%)、溺水增加 2 人、吊死、勒死及窒息增加 1 人(增幅 100%)。

(5) 南投縣：2016 年自殺死亡人數為 130 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 25.6 人，人數與 2015 年相比增加 19 人(增幅 17.1%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 21.1%。

男性增加 22 人(增幅 28.6%)，自殺粗死亡率 38.0 人(較 2015 年增加 29.7%)；女性減少 3 人(降幅 8.8%)，自殺粗死亡率 12.5 人(較 2015 年減少 8.1%)；25-34 歲增加 7 人(增幅 77.8%)、55-64 歲增加 7 人(增幅 31.8%)、15-24 歲增加 4 人(增幅 100.0%)、45-54 歲增加 4 人(增幅 19.0%)、65-74 歲增加 4 人(增幅 33.3%)、35-44 歲增加 3 人(增幅 17.6%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 7 人(增幅 18.9%)、以氣體及蒸汽增加 6 人(增幅 25%)、吊死、勒死及窒息增加 2 人(增幅 5.9%)、由高處跳下增加 2 人(增幅 20%)、切穿工具增加 2 人。

(6) 臺南市：2016 年自殺死亡人數為 332 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 17.6 人，人數與 2015 年相比增加 19 人(增幅 6.1%)，自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 21.1%。

男性增加 28 人(增幅 13.1%)、女性減少 9 人(降幅 9%)；35-44 歲增加 8 人(增幅 14.5%)、65-74 歲增加 7 人(增幅 21.2%)、55-64 歲歲增加 6 人(增幅 10%)、25-34 歲增加 4 人(增幅 12.5%)、0-14 歲增加 1 人。

以自殺死因分析，切穿工具增加 10 人(增幅 1,000%)、由高處跳下增加 8 人(增幅 38.1%)、吊死、勒死及窒息增加 5 人(增幅 5%)、溺水增加 5 人(增幅 17.9%)、其他增加 6 人(增幅 66.7%)。

7) 結論

(1) 各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

(2) 自殺粗死亡率由高至低前六位依序為：南投縣(每十萬人口 25.6 人，較 2015 年增加 18.0%)、嘉義縣(每十萬人口 24.7 人，較 2015 年增加 35.7%)、屏東縣(每十萬人口 23.3 人，較 2015 年增加 37.9%)、花蓮縣(每十萬人口 20.5 人，較 2015 年增加 0.5%)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人，與 2015 年相同)、臺東縣(每十萬人口 19.4 人，較 2015 年增加 20.5%)。

(3) 以年齡層分析

a. 「15-24 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為苗栗縣、新竹市、臺東縣、新竹縣、南投縣及屏東縣。相較於 2015 年自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市及新竹縣(各增加 6 人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加 5 人)、南投縣及屏東縣(各增加 4 人)。

b. 「45-64 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為嘉義縣、臺東縣、南投縣、屏東縣及嘉義市。相較於 2015 年人數增加較多縣市為嘉義縣、屏東縣(各增加 13 人)、南投縣(增加 11 人)、臺中市(增加 9 人)及臺東縣(增加 4 人)。

c. 「25-44 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加的縣市為澎湖縣、屏東縣、南投縣、嘉義縣、臺南市、新北市及苗栗縣。相較於 2015 年人數增加較多縣市為新北市(增加 22 人)、屏東縣(增加 16 人)、臺南市(增加 12 人)、南投縣(增加 10 人)及嘉義縣(增加 5 人)。

d. 「65 歲以上」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為金門縣、澎湖縣、臺東縣、屏東縣、嘉義縣、宜蘭縣及臺中市。相較於 2015 年老年族群自殺死亡人數增加較多縣市分別為臺中市(增加 32 人)、屏東縣(增加 19 人)、臺北市(增加 17 人)、嘉義縣(增加 16 人)、新北市(增加 13 人)、臺南市(增加 8 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 7 人)。

(4) 以死因分析

a. 各縣市 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡占率與

2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣、臺中市、嘉義縣、新北市、高雄市、臺東縣、嘉義市及南投縣。

b. 各縣市 2016 年以「氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣、嘉義市、澎湖縣、新竹縣、彰化縣、基隆市、臺東縣、南投縣及高雄市。

c. 各縣市 2016 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市、苗栗縣、雲林縣、基隆市、桃園市、嘉義市、彰化縣、花蓮縣、高雄市、新北市及臺北市。

d. 各縣市 2016 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市、屏東縣、嘉義市、宜蘭縣、臺東縣、雲林縣及嘉義縣。

e. 各縣市 2016 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣、宜蘭縣、澎湖縣、臺南市、臺中市、屏東縣、新竹縣、桃園市、高雄市、南投縣及臺北市。

f. 各縣市 2016 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣、苗栗縣、新竹縣、臺北市、臺中市、花蓮縣、新竹市、桃園市、嘉義縣、臺南市及彰化縣。

g. 各縣市 2016 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為基隆市；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

3. 自殺通報數據分析

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 2016 年自殺通報人次為 28,996 人次(男性 10,801 人次、女性 18,195 人次)，自殺通報比為 7.2，女性為男性之 1.68 倍，2016 年自殺通報人次較 2006 年增加 51.3%、若與 2015 年相比降幅則為 3.1%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2016 年自殺通報比與 2006 年相比增加 90.7%、較 2015 年相比則增幅為 6.5%。(如圖 2-1-8)

分析 2016 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為桃園市及新竹縣(各為 9.3)、新竹市 (9.2)、新北市 (8.9)、花蓮縣 (8.8)。

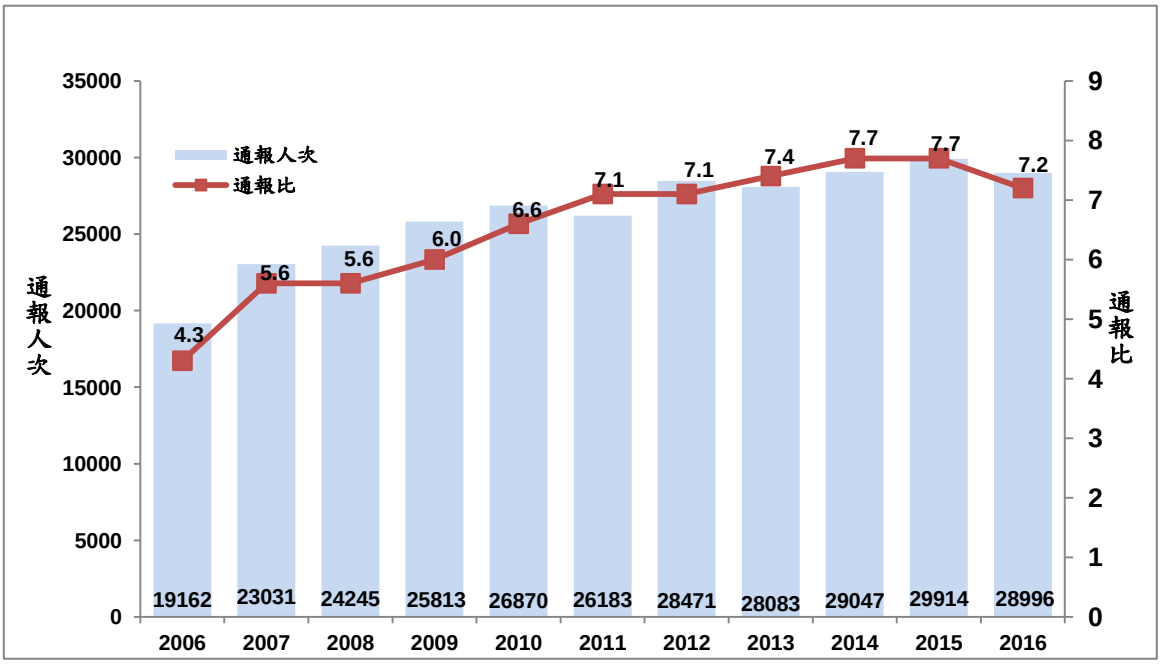


圖 2-1-8、2006-2016 年全國自殺通報趨勢圖

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，2016 年略降為 10,801 人次，與 2015 年相比降幅為 1.4%，與 2006 年相比增幅為 69.0%，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 2006 年為 12,769 人次，逐年增加至 2015 年達到 18,962 人次，2016 年則下降至 18,195 人次，與 2015 年相較降幅為 4.0%，與 2006 年相較增幅為 42.5%，觀察三年移動平均亦呈現上升趨勢(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 2016 年為 4.2，與 2006 年相比增幅為 100.0%，與 2015 年相比降幅為

6.7%。女性自殺通報比 2006 年為 9.7，逐年增加至 2016 年為 15.1，與 2006 年相比增幅為 55.7%，與 2015 年相比降幅為 0.7%。

以縣市分析性別之自殺通報人次，2016 年與 2015 年相比男性增加的縣市為金門縣(增幅 35.0%)、屏東縣(增幅 14.0%)、桃園市(增幅 12.5%)、澎湖縣(增幅 8.3%)、新北市(增幅 4.5%)、臺中市(增幅 3.7%)、新竹縣(增幅 0.8%)及臺北市(增幅 0.4%)；女性增加的縣市為屏東縣(增幅 12.9%)、基隆市(增幅 11.4%)、新竹市(增幅 8.5%)、花蓮縣(增幅 6.6%)、新竹縣(增幅 5.7%)、金門縣(增幅 5.4%)、桃園市(增幅 1.6%)。再分析性別自殺通報比之增減率，男性上升的是金門縣(增幅 285.7%)、桃園市(增幅 22.0%)、彰化縣(增幅 8.5%)、基隆市(增幅 5.3%)、苗栗縣(增幅 4.3%)、臺北市及宜蘭縣(增幅各為 4.2%)；女性上升則為基隆市(增幅 87.6%)、新竹縣(增幅 61.7%)、金門縣(增幅 25.8%)、新竹市(增幅 21.1%)、花蓮縣(增幅 17.6%)、嘉義市(增幅 16.0%)、臺中市(增幅 9.8%)、雲林縣(增幅 5.0%)及高雄市(增幅 1.3%)。

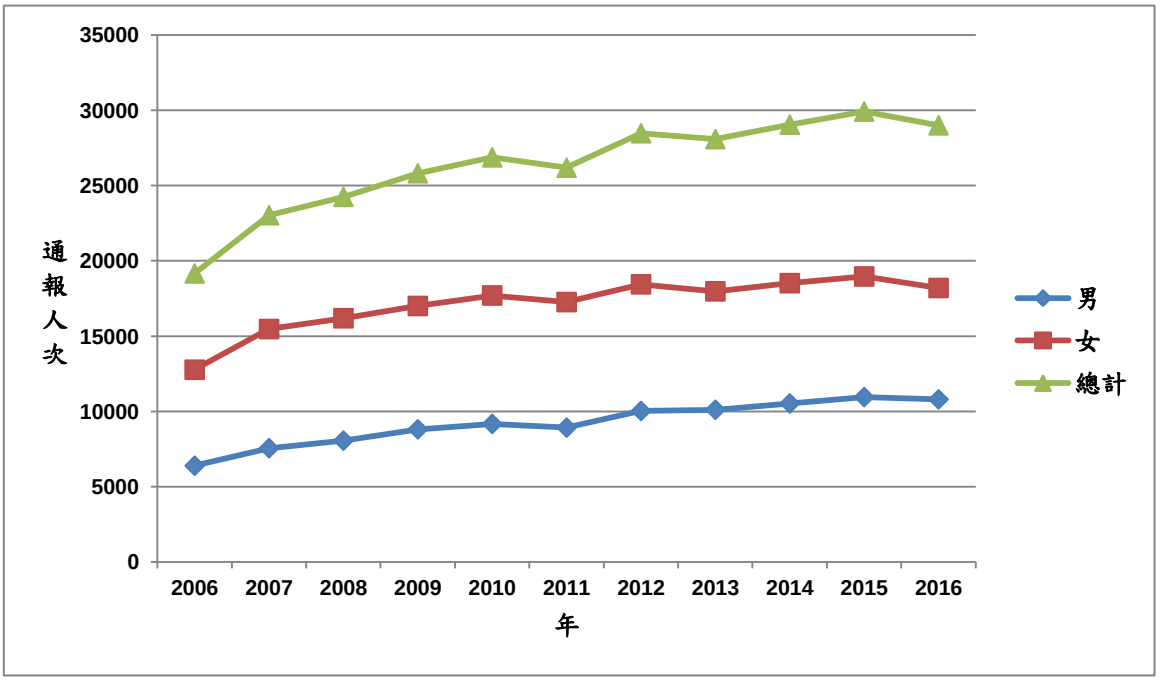


圖 2-1-9、2006-2016 年全國性別自殺通報趨勢圖

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 2016 年(46.5%)，2016 年與 2015 年(47.5%)相比降幅為 2.1%。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，2016 年(26.8%)與 2015 年相比(27.0%)降幅為 0.7%。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，2016 年占率 15.1%與 2015 年(14.7%)相比增幅為 2.7%。「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 2016 年(10.3%)，占率與 2015 年(9.5%)相比增幅為 8.4%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，自 2006 年(0.7%)至 2016 年(1.3%)變動不大，歷年變化不大，2016 年與 2015 年占率相同。(如圖 2-1-10)

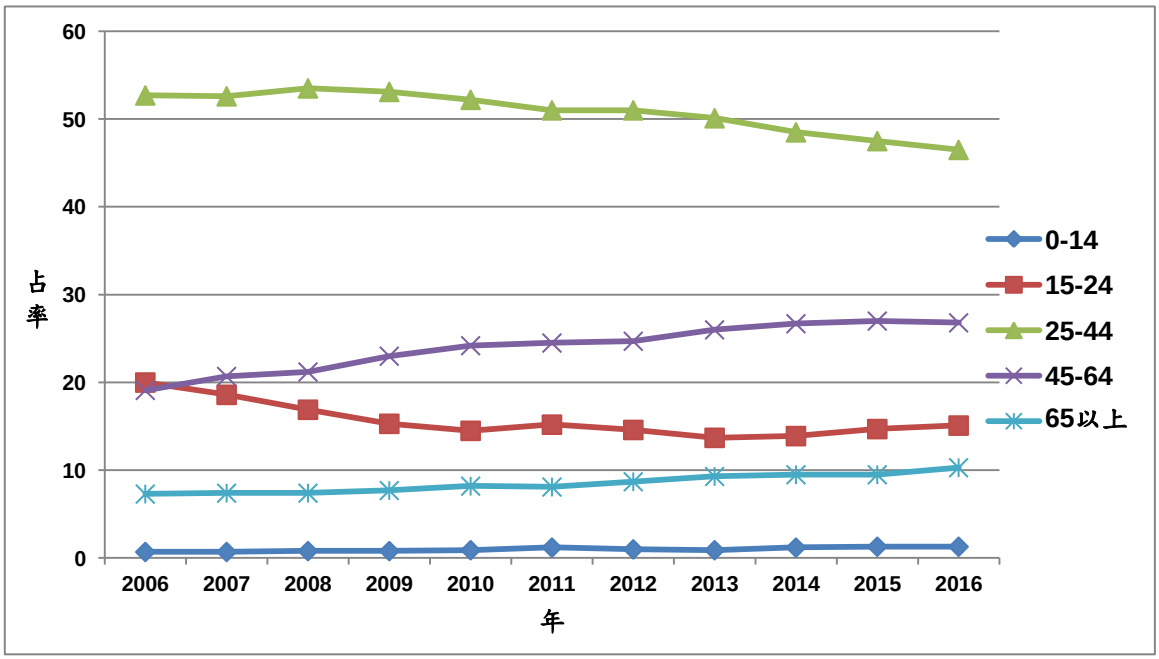


圖 2-1-10、2006-2016 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

以性別分析全國各年齡層通報占率，男性「14 歲以下」2016 年自殺通報占率 1.4%，歷年變化不大。男性「15-24 歲」2016 年自殺通報占率為 13.8%與 2015 年(13.7%)相比，增幅 0.7%。男性「25-44 歲」2016 年自殺通報占率為 42.9%與 2015 年(43.8%)相比，降幅 2.1%。男性「45-64 歲」2016 年自殺通報占率為 28.1%與 2015 年(28.6%)相比，降幅為 1.7%。男性「65 歲以上」2016 年自殺通報占率為 13.7%與 2015 年(12.8%)相比，增幅為 7.0%。(如圖 2-1-11)

女性「14 歲以下」2016 年自殺通報占率為 1.2%，歷年變化不大。女性「15-24 歲」自殺通報占率呈逐年下降趨勢，至 2016 年為 15.8%。2016 年與 2006 年(20.9%)的自殺通報占率相比，降幅 24.4%。2016 年與 2015 年(15.3%)的自殺通報占率相比，增幅 3.3%。女性「25-44 歲」自 2006 年至 2012 年持續上下波動，後逐年下降至 2016 年(48.7%)，與 2006 年(55.0%)相比降幅達到 11.5%，與 2015 年(49.7%)的自殺通報占率相比，降幅 2.0%。以三年移動平均來看，呈現先稍微上升後下降趨勢。女性「45-64 歲」自

2006 年逐年上升至 2016 年(26.0%)，與 2006 年(18.1%)相比增幅達到 43.6%，與 2015 年(26.0%)自殺通報占率相同。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(8.3%)，與 2006 年(5.2%)相比增幅達到 59.6%，與 2015 年(7.6%)的自殺通報占率相比，增幅為 9.2%。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 歲以上」(2016 年全國通報 1,485 人次，占率 13.7%)相較女性(1,509 人次，占率 8.3%)占率高，男性「45-64 歲」(2016 年全國通報 3,038 人次，占率 28.1%)相較女性(4,726 人次，占率 26.0%)占率稍高，男性「25-44 歲」(2016 年全國通報 4,630 人次，占率 42.9%)則相較女性(8,862 人次，占率 48.7%)為低。

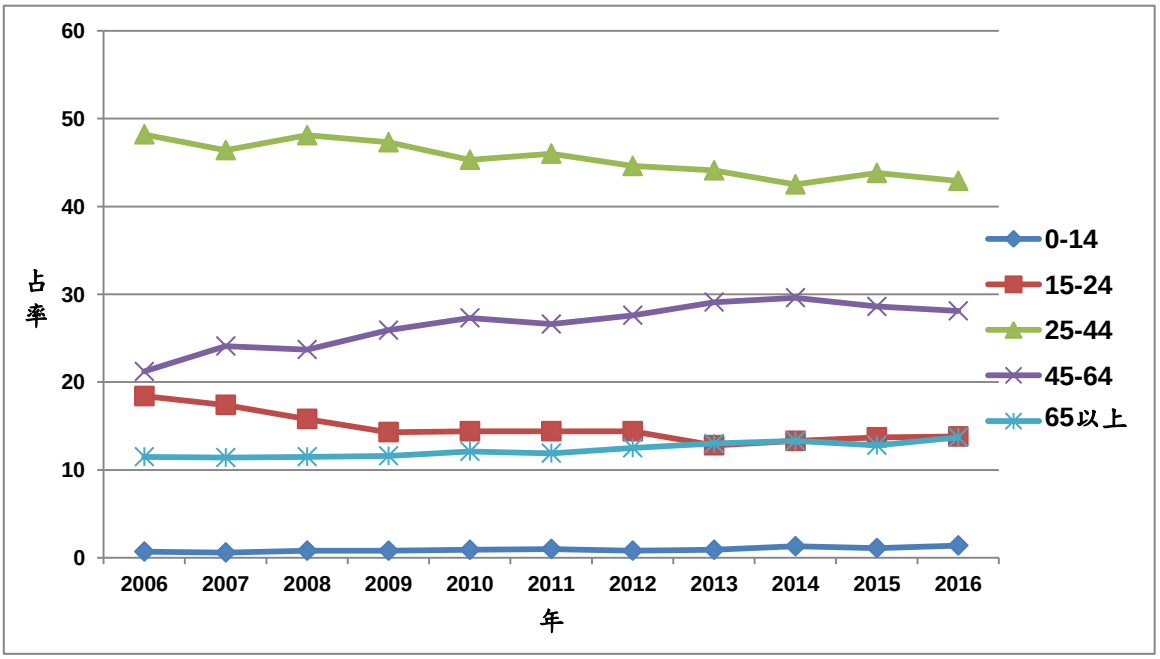


圖 2-1-11、2006-2016 年全國男性分年齡層自殺通報人次占率圖

以縣市分析，「14 歲以下」自殺通報占率以 2016 年與 2015 年比較，增幅較大的是金門縣(增幅 300.0%)、基隆市(增幅 200.0%)、彰化縣(增幅 71.4%)、雲林縣、屏東縣及臺東縣(各增幅 50.0%)、花蓮縣(增幅 40.0%)及臺北市(增幅 28.6%)。「15-24 歲」自殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 325.0%)、澎湖縣(增幅 37.5%)、新竹市(增幅 36.5%)、新竹縣(增幅 35.1%)、嘉義縣(增幅 25.4%)、基隆市(增幅 21.9%)及屏東縣(20.2%)。「25-44 歲」自殺通報占率上升較明顯的是屏東縣(增幅 8.0%)、基隆市(增幅 7.6%)及新竹市(增幅 3.8%)。「45-64 歲」自殺通報占率上升較明顯的是澎湖縣(增幅 55.6%)、屏東縣(增幅 16.0%)、金門縣(增幅 15.4%)、新竹縣(增幅 11.3%)、

臺東縣(增幅 10.5%)及桃園市(增幅 10.3%)。「65 歲以上」自殺通報占率上升較明顯的是新竹市(增幅 37.9%)、嘉義縣(增幅 34.1%)、南投縣(增幅 21.4%)、苗栗縣(增幅 18.1%)、嘉義市(增幅 17.9%)、屏東縣(增幅 17.6%)、宜蘭縣(增幅 15.5%)、臺北市(增幅 15.3%)及桃園市(增幅 12.6%)。

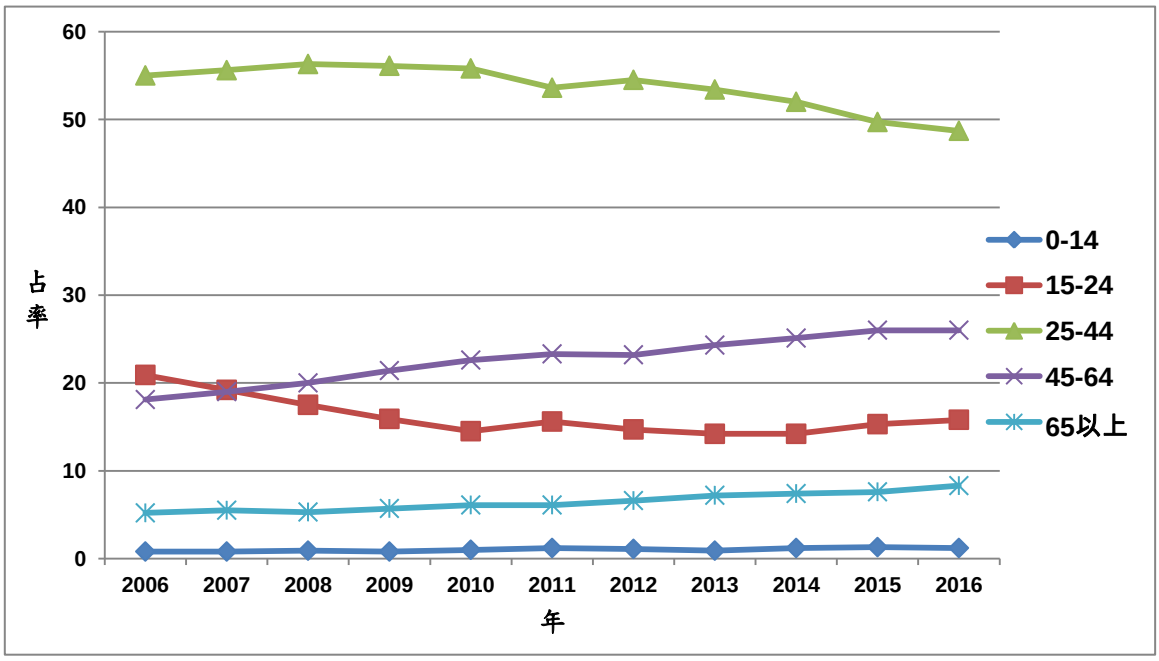


圖 2-1-12、2006-2016 年全國女性分年齡層自殺通報人次占率圖

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」(2016 年全國通報 15,052 人次，占率 51.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 8,277 人次，占率 28.5%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,910 人次，占率 6.6%)。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 2016 年(51.9%)，2016 年較 2006 年降幅為 11.6%，較 2015 年(53.9%)降幅為 3.7%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2015 年上升縣市為連江縣(增幅 140.2%)、嘉義縣(增幅 10.2%)、金門縣(增幅 9.8%)、花蓮縣(增幅 4.9%)及高雄市(增幅 1.8%)。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(24.2%)逐年呈上升趨勢至 2016 年(28.5%)，2016 年較 2006 年增幅為 17.8%，與 2015 年(27.1%)相比增幅為 5.2%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。以縣市來看 2016 年「切穿工具自殺及自傷」較 2015 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 78.8%)、臺東縣(增幅 43.7%)、苗栗縣(增幅 15.5%)、南投縣(增幅 12.9%)、臺南市(增幅 12.3%)、臺中市(增幅 11.5%)、嘉義縣(增幅 10.9%)、新竹市(增幅 10.8%)及雲林縣(增幅 10.5%)。另外「以其他氣體及蒸汽自殺

或自為中毒」自 2006 年(8.1%)持續上下波動到 2016 年(6.6%)，2016 年較 2006 年降幅為 18.5%，與 2015 年(7.3%)相比降幅為 9.6%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2016 年「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」上升較明顯的縣市為宜蘭縣(增幅 53.3%)、花蓮縣(增幅 48.1%)、新竹縣(增幅 41.5%)、屏東縣(增幅 39.2%)、臺南市(增幅 21.3%)及嘉義市(增幅 14.0%)。

以性別來看全國通報個案自殺方式，2016 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」(44.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(22.2%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(10.9%)；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 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 16.4%，較 2015 年(44.2%)增幅為 1.1%。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 2016 年，2016 年較 2006 年升幅為 14.4%，較 2015 年(20.8%)增幅為 6.7%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」自 2006 年(13.5%)持續上下波動至 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 19.3%，較 2015 年(10.2%)增幅為 6.9%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。

2016 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」(56.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(32.3%)及「由高處跳下自殺及自傷」(4.9%)；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 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 8.2%，較 2015 年(57.8%)降幅為 2.8%，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 2016 年，2016 年較 2006 年升幅為 21.4%，較 2015 年(30.7%)增幅為 5.2%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「由高處跳下自殺及自傷」自 2006 年(2.1%)持續上升至 2016 年，2016 年較 2006 年增幅為 133.3%，較 2015 年(4.5%)增幅為 8.9%。以三年移動平均來看，呈現上升趨勢。

其中男性以「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,178 人次，占率 10.9%)相較女性(732 人次，占率 4.0%)占率較高；男性「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2016 年全國通報 687 人次，占率 6.4%)相較女性(467 人次，占率 2.6%)占率為高；男性以「由高處跳下自殺及自傷」(2016 年全國通報 715 人次，占率 6.6%)相較女性(897 人次，占率 4.9%)占率為高；男性「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2016 年全國通報 4,827 人次，占率 44.7%)則相較女性(10,225 人次，占率 56.2%)為低；男性「切

穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 2,394 人次，占率 22.2%)相較女性(5,883 人次，占率 32.3%)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」(2016 年全國通報 13,638 人次，占率 47.0%)、「精神健康／物質濫用」(10,261 人次，35.4%)及「工作／經濟」(2,870 人次，占率 9.9%)，其中「情感／人際關係」占率較 2015 年(49.4%)下降 4.9%。

以縣市來看 2016 年「情感／人際關係」較 2015 年上升縣市為花蓮縣(增幅 5.7%)、苗栗縣(增幅 2.3%)及嘉義市(增幅 0.2%)。「精神健康／物質濫用」2016 年占率較 2015 年(28.0%)上升 26.4%。以縣市來看，除嘉義縣及金門縣外，2016 年「精神健康／物質濫用」占率皆較 2015 年上升。「工作／經濟」占率較 2015 年(11.1%)下降 10.8%。以縣市來看 2016 年「工作／經濟」較 2015 年上升縣市為金門縣(增幅 43.4%)、新竹市(增幅 12.8%)、臺北市(增幅 5.2%)及澎湖縣(增幅 4.3%)。

以性別分析全國通報個案自殺原因，2016 年男性通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 3,940 人次，占率 36.5%)、「精神健康／物質濫用」(3,558 人次，32.9%)及「工作／經濟」(1,412 人次，占率 13.1%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(38.9%)下降 6.2%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(28.1%)上升 17.1%；「工作／經濟」較 2015 年(15.2%)下降 13.8%。

2016 年女性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2016 年通報 9,698 人次，占率 53.3%)、「精神健康／物質濫用」(6,703 人次，36.8%)及「工作／經濟」(1,458 人次，占率 8.0%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(55.5%)下降 4.0%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(27.8%)上升 32.4%；「工作／經濟」較 2015 年(8.6%)下降 7.0%。

其中男性「工作／經濟」(2016 年全國通報 1,412 人次，占率 13.1%)相較女性(1,458 人次，占率 8.0%)占率高；男性「生理疾病」(2016 年全國通報 1,154 人次，占率 10.7%)相較女性(985 人次，占率 5.4%)占率高；男性「情感／人際關係」(2016 年全國通報 3,940 人次，占率 36.5%)則相較女性(9,698 人次，占率 53.3%)為低。

以年齡層來看全國通報個案自殺原因，2016 年「14 歲以下」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 201 人次，占率 54.2%)、「校園學生問題」(116 人次，占率 31.3%)及「精神健康／物質濫用」(83 人次，占率 22.4%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(61.2%)

下降 11.4%；「校園學生問題」較 2015 年(26.4%)上升 18.6%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(11.3%)上升 98.2%。(如圖 2-1-13)

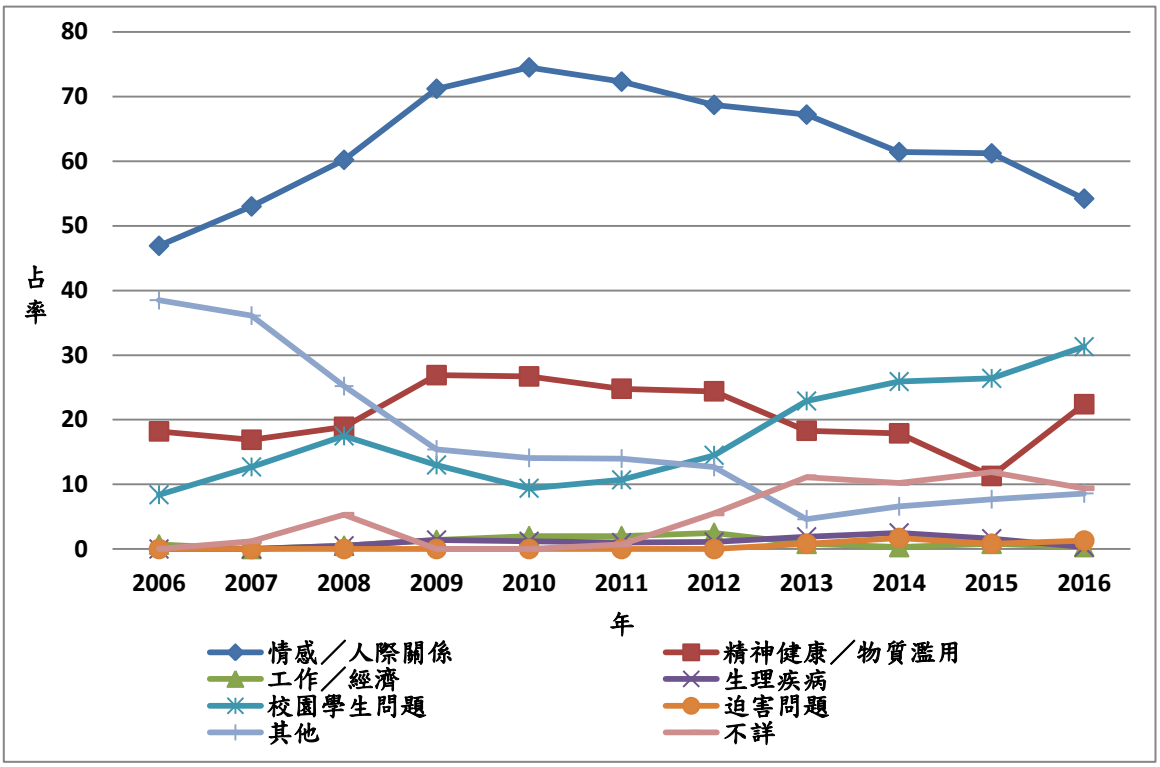


圖 2-1-13、2006-2016 年全國 14 歲以下自殺通報原因占率圖

2016 年「15-24 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 2,400 人次，占率 54.9%)、「精神健康／物質濫用」(1,289 人次，29.5%)及「工作／經濟」(332 人次，7.6%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(60.3%)下降 9.0%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(19.6%)上升 50.5%；「工作／經濟」較 2015 年(8.2%)下降 7.3%。(如圖 2-1-14)

2016 年「25-44 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 7,072 人次，占率 52.4%)、「精神健康／物質濫用」(4,845 人次，35.9%)及「工作／經濟」(1,686 人次，占率 12.5%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(53.5%)下降 2.1%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(28.9%)上升 24.2%；「工作／經濟」較 2015 年(13.1%)下降 4.6%。(如圖 2-1-15)

2016 年「45-64 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(3,173 人次，占率 40.9%)、「精神健康／物質濫用」(3,088 人次，39.8%)及「工作／經濟」(818 人次，占率 10.5%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(43.3%)下降 5.5%。；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(33.5%)

上升 18.8%；「工作／經濟」較 2015 年(12.7%)下降 17.3%。(如圖 2-1-16)

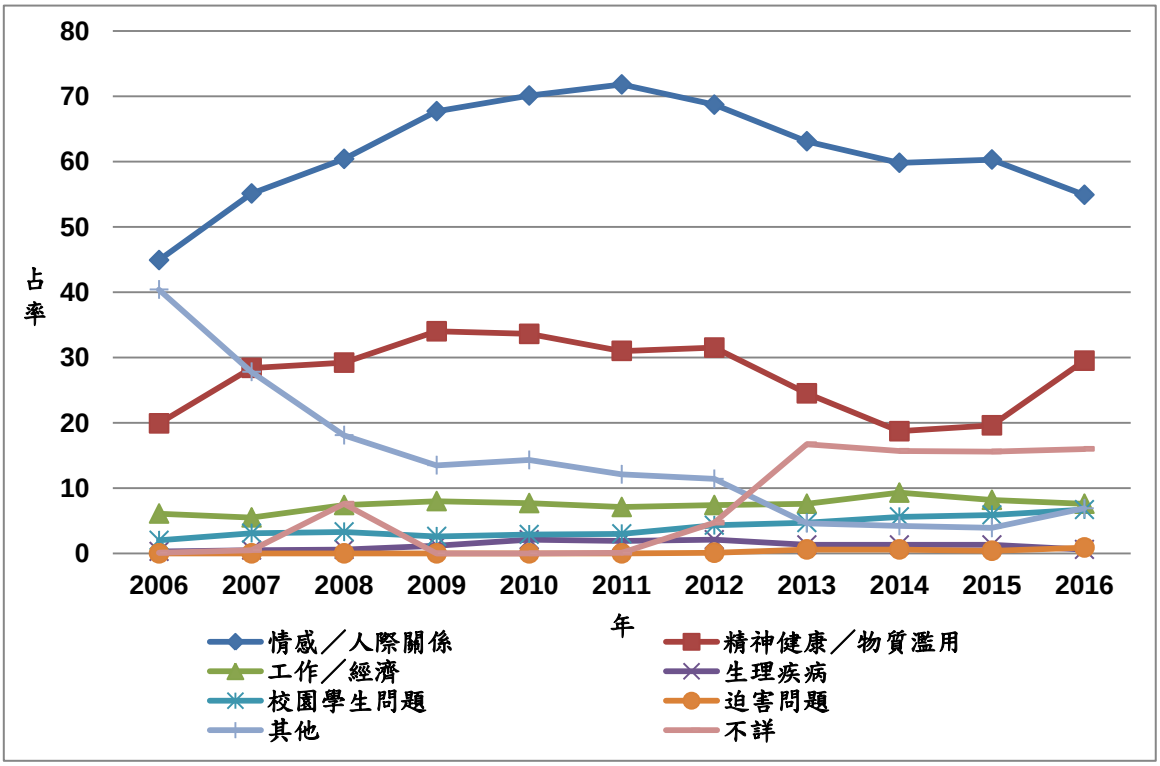


圖 2-1-14、2006-2016 年全國 15-24 歲自殺通報原因占率圖

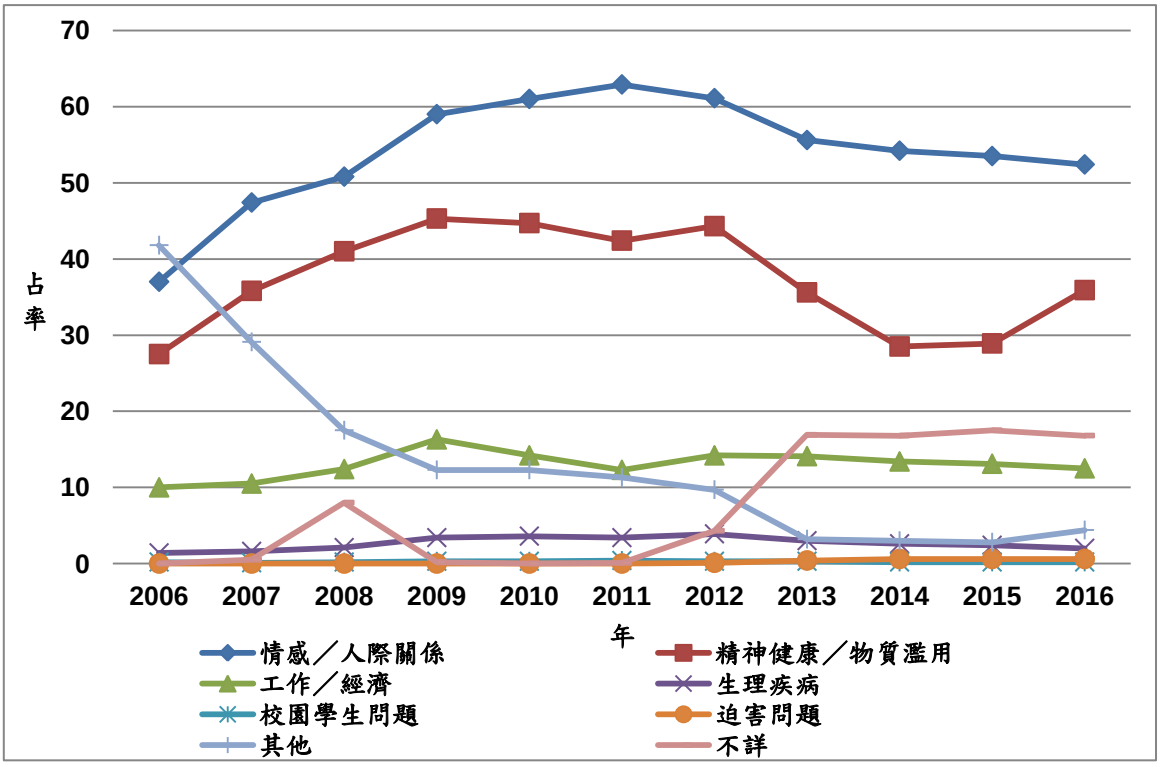


圖 2-1-15、2006-2016 年全國 25-44 歲自殺通報原因占率圖

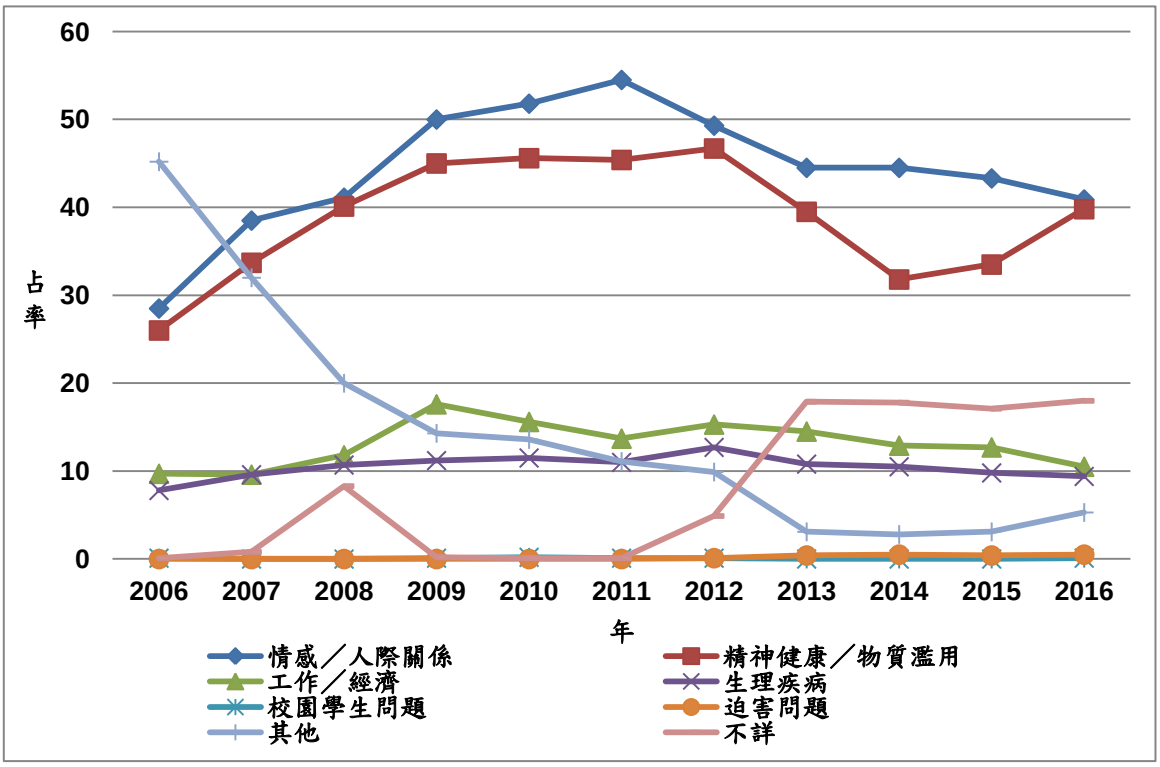


圖 2-1-16、2006-2016 年全國 45-64 歲自殺通報原因占率圖

2016 年「65 歲以上」通報個案自殺原因前三位依序為「生理疾病」(1,112 人次，占率 37.1%)、「精神健康／物質濫用」(955 人次，占率 31.9%)及「情感／人際關係」(786 人次，26.3%)，其中「生理疾病」較 2015 年(39.2%)下降 5.4%;「精神健康／物質濫用」較 2015 年(22.4%)上升 42.4%；「情感／人際關係」較 2015 年(28.2%)下降 6.7%。(如圖 2-1-17)

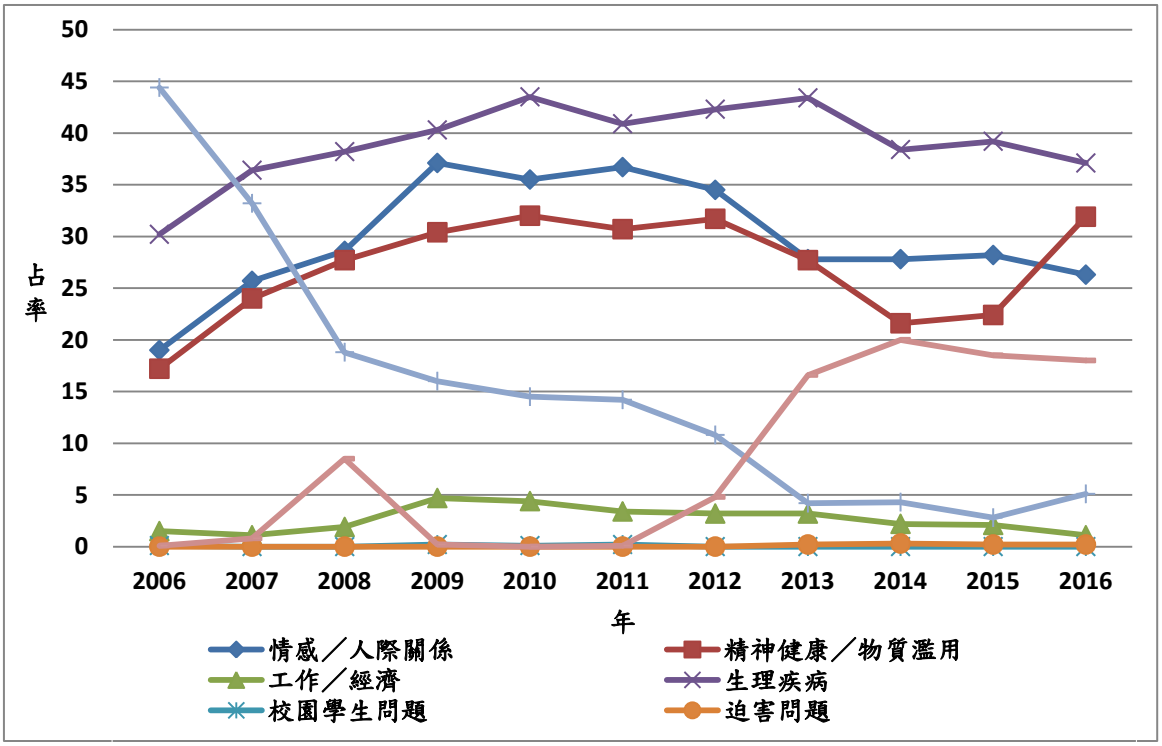


圖 2-1-17、2006-105 年全國 65 歲以上自殺通報原因占率圖

4. 實施結果總結

1)2015 年建議之重點縣市執行結果

2015 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、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. 2016 年通報比增加之縣市

a) 基隆市 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 24.7 人，2016 年降為 19.3 人(降幅 21.9%)；2015 年自殺通報比為 5.8(全國 7.7)，2016 年上升至 7.9(全國 7.2)，增幅 36.2%。
b) 彰化縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 17.8 人，2016 年降為 15.4 人(降幅 13.5%)；2015 年自殺通報比為 6.6，2016 年上升至 6.9(增幅 4.5%)。
c) 金門縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 15.4 人，2016 年降為 7.5 人(降幅 51.3%)；2015 年自殺通報比為 2.6，2016 年上升至 6.3(增幅 142.3%)。

b. 2016 年通報比下降之縣市

a) 臺北市 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 11.8 人，2016 年降為 11.4 人(降幅 3.4%)；2015 年自殺通報比為 5.1，2016 年下降至 4.9(降幅 3.9%)。
b) 苗栗縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 18.6 人，2016 年上升為 19.1 人(增幅 2.7%)；2015 年自殺通報比為 7.4，2016 年下降至 6.9(降幅 6.8%)。
c) 南投縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 21.7 人，2016 年上升為 25.6 人(增幅 18.0%)；2015 年自殺通報比為 6.6，2016 年下降至 5.3(降幅 19.7%)。
d) 嘉義縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 18.2 人，2016 年上升為 24.7 人(增幅 35.7%)；2015 年自殺通報比為 6.4，2016 年下降至 4.0(降幅 37.5%)。
e) 屏東縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 16.9 人，2016 年上升為 23.3 人(增幅 37.9%)；2015 年自殺通報比為 6.0，2016 年下降至 4.9(降幅

18.3%)。

(2) 降低自殺通報中自殺原因不詳之占率

2015 年自殺通報中自殺原因不詳占率排名前 6 名縣市為彰化縣(2015 年占率 26.4%)、新北市(2015 年占率 22.0%)、新竹市(2015 年占率 19.5%)、臺中市(2015 年占率 19.3%)、苗栗縣(2015 年占率 18.6%)及桃園市(2015 年占率 17.7%)。以上縣市 2016 年度之占率有改善的為新北市(降至 20.1%、降幅 8.6%)、新竹市(降至 19.1%、降幅 2.1%)、臺中市(降至 16.3%、降幅 15.5%)及桃園市(降至 16.8%、降幅 5.1%)。

(3) 老人族群自殺防治工作

a. 南投縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 37 人、自殺粗死亡率每十萬人口 48.3 人，2016 年死亡人數降至 32 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 40.6 人。

b. 基隆市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 22 人、自殺粗死亡率每十萬人口 45.9 人，2016 年死亡人數降至 20 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 39.6 人。

c. 苗栗縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 35 人、自殺粗死亡率每十萬人口 43.9 人，2016 年死亡人數降至 26 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.8 人。

d. 彰化縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 71 人、自殺粗死亡率每十萬人口 41.0 人，2016 年死亡人數降至 48 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 26.8 人。

e. 嘉義縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 36 人、自殺粗死亡率每十萬人口 40.4 人，2016 年死亡人數升至 52 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 57.1 人。

f. 雲林縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 46 人、自殺粗死亡率每十萬人口 40.2 人，2016 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 39.3 人。

g. 臺南市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 91 人、自殺粗死亡率每十萬人口 37.6 人，2016 年死亡人數升至 99 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 39.1 人。

h. 桃園市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 68 人、自殺粗死亡率每十萬人口 34.4 人，2016 年死亡人數降至 60 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 28.4 人。

i. 花蓮縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 15 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.6 人，2016 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.5 人。

j. 屏東縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 38 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.6 人，2016 年死亡人數升至 57 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 45.8 人。

k. 新竹縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 19 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.1 人，2016 年死亡人數降至 17 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 27.0 人。

(4) 持續強化農藥自殺防治

a. 雲林縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 42.7%(61 人)，2016 年占率降至 36.1%(48 人)。

b. 花蓮縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 39.7%(27 人)，2016 年占率降至 25.0%(17 人)。

c. 屏東縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 37.8%(54 人)，2016 年占率降至 36.9%(72 人)。

d. 嘉義縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 36.8%(35 人)，2016 年占率升至 42.2%(54 人)。

e. 苗栗縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 35.2%(37 人)，2016 年占率降至 29.0%(31 人)。

f. 彰化縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.5%(77 人)，2016 年占率降至 27.3%(54 人)。

g. 南投縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.3%(37 人)，2016 年占率升至 33.8%(44 人)。

h. 臺東縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 30.6%(11 人)，2016 年占率升至 32.6%(14 人)。

(5)「由高處跳下自殺及自傷」占率較高之縣市

a. 嘉義市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 22.0%(9 人)，2016 年占率降至 20.0%(8 人)。

b. 臺北市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 21.7%(69 人)，2016 年占率升至 22.1%(68 人)。

c. 新竹市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 18.5%(10 人)，2016 年占率降至 17.3%(9 人)。

d. 新北市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 17.7%(104 人)，2016 年占率降至 17.6%(108 人)。

e. 澎湖縣 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 16.7%(2 人)，2016 年占率升至 26.7%(4 人)。

f. 基隆市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 14.1%(13 人)，2016 年占率降至 9.7%(7 人)。

(6)「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率上升之縣市

a. 臺北市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.6%(5 人)，2016 年占率降至 0.3%(1 人)。

b. 新北市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.2%(7 人)，2016 年占率降至 0.3%(2 人)。

c. 臺南市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.3%(4 人)，2016 年占率降至 0%(0 人)。

d. 高雄市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.3%(6 人)，2016 年占率降至 0.4%(2 人)。

e. 基隆市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.1%(1 人)，2016 年占率升至 1.4%(1 人)。

f. 桃園市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.0%(3 人)，2016 年占率降至 0.3%(1 人)。

g. 彰化縣 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.9%(2 人)，2016 年占率降至 0%(0 人)。

2)2016 年度自殺防治統計分析(總結)

(1) 自殺死亡個案分析(總結)

2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12),自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.8%)。

各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

標準化自殺死亡率 2016 年較 2015 年上升之縣市依序為屏東縣(每十萬人口 12.1 人上升至 16.8 人)、南投縣(15.4 人上升至 19.1 人)、嘉義縣(12.6 人上升至 16.2 人)、澎湖縣(8.4 人上升至 10.7 人)、臺東縣(12.5 人上升至 13.8 人)、苗栗縣(13.5 人上升至 14.7 人)、臺南市(12.2 人上升至 13.0 人) 、新北市(11.7 人上升至 12.2 人)、新竹市(10.1 人上升至 10.4 人)、高雄市(12.2 人上升至 12.4 人)及臺中市(11.6 人上升至 11.8 人)。

2014-2016 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 16.3 人)、南投縣(15.4 人)、嘉義縣(15.1 人)、宜蘭縣(14.8 人)、花蓮縣(14.8 人)、雲林縣(14.4 人)、屏東縣(13.9 人)。

(2) 自殺死亡個案年齡層分析(總結)

2016 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 2015 年相同。「15-24 歲」自殺死亡人數為 209 人、自殺粗死亡率每十萬人口 6.8 人，與 2015 年相比人數增加 26 人，粗死亡率上升 15.3%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,173 人、自殺粗死亡率每十萬人口 16.1 人，與 2015 年相比人數增加 8 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,401 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.1 人，與 2015 年相比人數減少 23 人，粗死亡率下降 2.4%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 976 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.3 人，與 2015 年相比人數增加 79 人，粗死亡率上升 3.5%。

a. 青少年族群「15-24 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明

顯的縣市為苗栗縣(由每十萬人口 1.3 人增為 8.0 人，增幅 515.4%)、新竹市(由每十萬人口 3.6 人增為 12.5 人，增幅 247.2%)、臺東縣(由每十萬人口 3.3 人增為 10.1 人，增幅 206.1%)、新竹縣(由每十萬人口 4.0 人增為 12.1 人，增幅 202.5%)、南投縣(由每十萬人口 5.6 人增為 11.5 人，增幅 105.4%)及屏東縣(由每十萬人口 4.3 人增為 8.0 人，增幅 86.0%)。相較於 2015 年青少年族群自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市及新竹縣(各增加 6 人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加 5 人)、南投縣及屏東縣(各增加 4 人)。

b. 中年族群「45-64 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為嘉義縣(由每十萬人口 18.9 人增為 26.9 人，增幅 42.3%)、臺東縣(由 20.6 人增為 26.4 人，增幅 28.2%)、南投縣(由 27.8 人增為 34.8 人，增幅 25.2%)、屏東縣(由 23.5 人增為 28.5 人，增幅 21.3%)及嘉義市(由 18.1 人增為 21.8 人，增幅 20.4%)。相較於 2015 年人數增加較多縣市為嘉義縣、屏東縣(各增加 13 人)、南投縣(增加 11 人)、臺中市(增加 9 人)及臺東縣(增加 4 人)。

c. 壯年族群「25-44 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加的縣市為澎湖縣(由每十萬人口 12.7 人增為 19.0 人，增幅 49.6%)、屏東縣(由每十萬人口 15.6 人增為 22.4 人，增幅 43.6%)、南投縣(由每十萬人口 17.7 人增為 25.0 人，增幅 41.2%)、嘉義縣(由每十萬人口 17.6 人增為 21.4 人，增幅 21.6%)、臺南市(由每十萬人口 14.8 人增為 17.0 人，增幅 14.9%)、新北市(由每十萬人口 14.6 人增為 16.5 人，增幅 13.0%)及苗栗縣(由每十萬人口 15.8 人增為 17.8 人，增幅 12.7%)。相較於 2015 年人數增加較多縣市為新北市(增加 22 人)、屏東縣(增加 16 人)、臺南市(增加 12 人)、南投縣(增加 10 人)及嘉義縣(增加 5 人)。

d. 老年族群「65 歲以上」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為金門縣(由每十萬人口 13.7 人增為 32.7 人，增幅 138.7%)、澎湖縣(由每十萬人口 20.1 人增為 45.6 人，增幅 126.9%)、臺東縣(由每十萬人口 22.0 人增為 43.0 人，增幅 95.5%)、屏東縣(由每十萬人口 31.6 人增為 45.8 人，增幅 44.9%)、嘉義縣(由每十萬人口 40.4 人增為 57.1 人，增幅 41.3%)、宜蘭縣(由每十萬人口 26.4 人增加為 36.1 人，增幅 36.7%)及臺中市(由每十萬人口 27.0 人增為 35.6 人，增幅 31.9%)。相較於 2015 年老年族群自殺死亡人數增加較多縣市分別為臺中市(增加 32 人)、屏東縣(增加 19 人)、臺北市(增加 17 人)、嘉義縣(增加 16 人)、新

北市(增加 13 人)、臺南市(增加 8 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 7 人)。

(3) 自殺死因分析(總結)

a. 2016 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」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。

b. 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)；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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。

c. 全國 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為 18.7%，與 2015 年 (18.9%)相比降幅為 1.1%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣(增幅 39.9%)、臺中市(增幅 19.1%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 13.0%)、高雄市(增幅 12.0%)、臺東縣(增幅 6.5%)、嘉義市(增幅 2.7%)及南投縣(增幅 1.5%)。

d. 全國 2016 年以「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為 24.2%，與 2015 年的 25.9%相比，降幅為 6.6%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 48.6%)、嘉義市(增幅 37.0%)、澎湖縣(增幅 33.2%)、新竹縣(增幅 21.5%)、彰化縣(增幅 18.9%)、基隆市(增幅 17.3%)、臺東縣(增幅 7.7%)、南投縣(增幅 6.9%)及高雄市(增幅 1.9%)。

e. 全國 2016 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡之占率為 31.5%，與 2015 年的 30.8%相比，增幅為 2.3%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 66.5%)、苗栗縣(增幅 49.3%)、雲林縣(增幅 39.2%)、基隆市(增幅 23.4%)、桃園市(增幅 19.5%)、嘉義市(增幅 17.3%)、彰化縣(增幅 14.0%)、花蓮縣(增幅 7.9%)、高雄市(增幅 5.4%)、新北市(增幅 5.3%)及臺北市(增幅 2.4%)。

f. 全國 2016 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之占率為 2.3%，與 2015 年(2.2%)相比增幅為 4.5%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 1000.0%)、屏東縣(增幅 271.4%)、嘉義市(增幅 108.3%)、宜蘭縣(增幅 100.0%)、臺東縣(增幅 67.9%)、雲林縣(增幅 64.3%)及嘉義縣(增幅 45.5%)。

g. 全國 2016 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之占率為 12.4%，與 2015 年(12.0%)相比增幅為 3.3%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣(增幅 300.0%)、宜蘭縣(增幅 134.4%)、澎湖縣(增幅 59.9%)、臺南市(增幅 29.9%)、臺中市(增幅 13.9%)、屏東縣(增幅 10.7%)、新竹縣(增幅 10.3%)、桃園市(增幅 4.7%)、高雄市(增幅 3.6%)、南投縣(增幅 2.2%)及臺北市(增幅 1.8%)。

h. 全國 2016 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之占率為 7.3%，與 2015 年(6.4%)相比增幅為 14.1%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣(增幅 300.0%)、苗栗縣(增幅 124.1%)、新竹縣(增幅 122.2%)、臺北市(增幅 95.2%)、臺中市(增幅 94.4%)、花蓮縣(增幅 93.3%)、新竹市(增幅 37.5%)、桃園市(增幅 31.0%)、嘉義縣(增幅 23.8%)、臺南市(增幅 11.2%)及彰化縣(增幅 1.5%)。

i. 全國 2016 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」自殺死亡之占率為 0.4%，與 2015 年(0.8%)相比降幅為 50.0%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為基隆市(增幅 27.3%)；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

j. 全國 2016 年以「其他及未明示之方式自殺及自傷」自殺死亡之占率為 3.2%，與 2015 年(3.0%)相比增幅為 6.7%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 100.0%)、屏東縣(增幅 95.2%)、新北市(增幅 85.7%)、臺中市(增幅 69.0%)、臺南市(增幅 55.2%)、雲林縣(增幅 51.4%)及彰化縣(增幅 13.6%)。

(4) 自殺通報個案自殺原因分析(總結)

2016 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」(47.0%)、「精神健康／物質濫用」(35.4%)及「工作／經濟」(9.9%)。

a.「情感／人際關係」2016 年較 2015 年增幅明顯的縣市為花蓮縣(增幅 5.7%)、苗栗縣(增幅 2.3%)及嘉義市(增幅 0.2%)。

b.「精神健康／物質濫用」除嘉義縣及金門縣外，2016 年占率皆較 2015 年上升。

c.「工作／經濟」2016 年較 2015 年增幅明顯的縣市為金門縣(增幅 43.4%)、新竹市(增幅 12.8%)、臺北市(增幅 5.2%)及澎湖縣(增幅 4.3%)。

5. 資料提供分析報告

1)2017 年 6 月 5 日於衛生福利部召開「2017 年自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部心理及口腔健康司詹金月科長、張冠偉科員，全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、孔祥玲專員、范凱森專員。

會議討論內容如下：

(1) 巴拉刈相關

a. 巴拉刈自殺死亡 2016 年較 2015 年少 13 人，2016 年 194 人，2015 年 209 人，最近三年皆在 200 人上下。原先介入策略成效有限，農藥儲存管理不彰及農民對農藥毒性之認知不夠，仍是未來待努力之方向。

b. 巴拉刈對人體有立即性毒性及慢性毒性，研究指出長期接觸可能導致罹患巴金森氏症。農藥專家高度宣稱巴拉刈對環境無害，但完全忽略對人體的危害，最終應以人道關懷角度來看。

c. 目前農委會預計巴拉刈 2019 年正式禁用巴拉刈，應以不影響弱勢農民生計為前提，政府及專家應有對策，幫助弱勢農民面對禁用巴拉刈後之處境，例如比照香港元朗區跟屯門區針對燒炭防治之作法，請農委會每兩年免費提供替代的藥物，並大力推動巴拉刈之替代方案或補助方案。氯酸鈉相較巴拉刈為較安全之替代藥品，缺點為造成土壤鹼化。

d. 高雄美濃農會建立完善產銷制度，且保證收購以促進農民配合禁用低價巴拉刈之意願。

(2) 2016 年自殺死亡及中低收入相關

a. 2016 年自殺死亡個案中，生前曾通報比例僅 13.7%，顯示自殺防治通報工作仍有改善空間。

b. 以自殺死亡率及自殺死亡增加人數選定新北市、臺南市、南投縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣為 2017 年高風險訪查之縣市。

c. 自殺死亡中低收入戶比例提高，2016 年較 2015 年自殺死亡人數增加 90 人，其中 68 位屬於中低收入戶，低收入戶由 2015 年 80 人升至 2016 年 116 人，中低收入戶由 2015 年 62 人升至 2016 年 94 人，以各縣市而言，低收入及中低收入戶自殺死亡人數最多為屏東縣。

d. 美國近年來整體自殺死亡率均上升，1999 年至 2014 年增加 42%，尤其中年女性增加 62%。

(3) 關懷訪視員相關

a. 請衛生福利部心口司提供關訪員聯絡名單，以利後續訪視抽查等作業，藉以改善關懷訪視成效。

b. 目前關懷訪視類型以電訪為主，為了改善訪視品質，針對關懷訪視後續追蹤流程需修正，以提升面訪比例方式提升訪視品質。

c. 各縣市自殺關懷流程不相同，為精進自殺關懷訪視，需要掌握各縣市有涉及自殺關懷訪視之公衛護理師名單。

2) 依據衛生福利部統計處 2017 年 3 月 31 日所提供之自殺死亡數據表格內容解讀，並於 2016 年度十大死因記者會提供衛生福利部「2016 年與 2015 年自殺死亡比較分析報告」。

6. 策略及建議

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制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 1 問 2 應 3 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。

全國自殺防治中心今年度製作「全國與 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議」，提供衛生福利部與各縣市衛生局參考運用。並於每月自殺防治通報關懷月報表中根據數據變化編寫滾動式修正策略。

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，就通報現狀分析，通報單

位以醫療院所為最大宗，可加強自殺防治通報宣導。當自殺事件發生時，第一線通常是警察及消防人員，但是警消通報占率就 2016 年分析僅占全體通報 7%，警消單位在第一線處理自殺事件時若能積極通報可提升通報比。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，需建立起 SOP 流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。關懷訪視員須落實 1 問 2 應 3 轉介，其中最重要的動作是轉介，目的在於轉介個案到精神醫療院所。因此訪員必須進行資源盤點，掌握轄區內的心理衛生資源、精神科醫師名單及其他相關資源，以建立起自己的口袋名單。進而降低再自殺之比例，甚至再自殺死亡之風險。

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」占率於 2015 年為 17.1%，2016 年上升至 18.1%，顯示各單位之通報人員訓練仍需加強，以期通報資料完善並具分析價值，有利於後續關懷訪視流程。其中 2016 年與 2015 年相比增幅最高的五個縣市分別為澎湖縣(2016 年占率 23.2%、增幅 146.8%)、基隆市(2016 年占率 24.0%、增幅 70.2%)、嘉義縣(2016 年占率 20.4%、增幅 45.7%)、新竹縣(2016 年占率 21.7%、增幅 36.5%)及南投縣(2016 年占率 16.7%、增幅 28.5%)，建議加強通報人員之教育訓練。

3) 2016 年男性自殺粗死亡率每十萬人口 21.8 人較 2015 年(20.7 人)上升 5.3%，而死亡人數較 2015 年上升 133 人。自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升，女性則無明顯趨勢變化，整體來說男性自殺粗死亡率為女性之 2 倍。在傳統社會印象中男性常被要求堅強或不能掉淚，因此男性較難開口尋求協助，但是男性自殺防治也是同等重要。在男性自殺防治上需要注意男性自殺粗死亡率較高，原因可能是男性常使用致命性較高的自殺方式，需要減少高致命性自殺工具的可得性。

4) 2016 年青少年族群(15-24 歲)自殺死亡人數為 209 人，較 2015 年(183 人)增加 26 人；粗死亡率為每十萬人口 6.8 人，與 2015 年(5.9 人)相比增幅為 15.3%。此族群主要人口為學生，故將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程中，教導青少年珍愛生命與心理健康促進的理念，教育青少年自我保護與疾病預防的概念。學校教師與輔導老師等，應注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。必要時予以轉介醫療評估及處置。

5) 2016 年中壯年(45-64 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 20.1 人，較 2015 年下降 2.4%，人數較 2015 年減少 23 人。此族群為主要就業人口，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。

6)2016 年老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，較 2015 年上升 3.5%。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，透過政策工具提供老人可近性(accessible)、接受度(acceptable)與可負擔(affordable)的心理衛生與精神醫療服務，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。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。另外以農藥或巴拉刈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。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「1 問 2 應 3 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，在一般醫療情境中提升憂鬱疾

患、焦慮疾患以及物質使用問題之篩檢與轉介治療。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

7) 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡(703 人，18.7%)之占率較 2015 年(9 人)增加 1.3%。農委會預計巴拉刈 2019 年正式禁用巴拉刈，但各界仍有不同意見，是否能於 2019 年實行巴拉刈禁用政策仍不確定，於正式禁用巴拉刈前須持續強化巴拉刈防治政策。有關農藥相關自殺防治策略，請參照今年上半年中心提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

8) 以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡(467 人，12.4%)之占率較 2015 年(12.0%)增加 3.3%。有關高處跳下之相關自殺防治策略，請參照今年上半年中心提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

9) 雖然自殺占全國死因排名由 2015 年第 11 名降至 2016 年第 12 名，但 2016 年全國自殺粗死亡率仍較 2015 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。

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 2016 年與 2015 年自殺死亡比較分析報告

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

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

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

2. 業務或方案的目的與目標

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，並擬訂因應策略，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) 2016 年自殺死亡檔
   (2) 2006 年至 2016 年自殺企圖通報檔
2) 資料分析
   (1) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算自殺企圖通報個案再自殺死亡率，並將自殺企圖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企圖通報檔，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) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算各年齡層自殺企圖通報個案再自殺死亡率。並以自殺死亡檔串聯自殺企圖通報檔，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. 申購 2016 年死因統計檔

1)6 月 19 日衛生福利統計處召開記者會公布 2016 年國人十大死因。

2)8 月 2 日向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」申請 2016 年死因統計檔。

3)8 月 3 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信確認申請費用及欄位。

4)8 月 18 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」通知變更案資料檔準備完成。

2. 資料分析及討論：3 月至 9 月

1)3 月 6 日召開第一次研究會議討論研究方向及分析內容。

2)3 月 13 日召開全國自殺防治中心第二次研究會議針對死因統計檔及全民健保檔串連、分析內容做初步討論。

3)3 月 20 日召開全國自殺防治中心第三次研究會議針對分析程式碼做討論。

4)4 月 10 日召開全國自殺防治中心第四研究會議針對資料庫串聯程式碼做修正及討論。

5)5 月 1 日召開全國自殺防治中心第五次研究會議針對分析內容程式碼做修正及討論。

6)8 月 30 日進入衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行資料分析，並於 9 月 1 日取得分析結果。

7)9 月 15 日將分析結果寄給中心長官以尋求中心長官之建議。

四、 成果 (Product)

2016 年自殺企圖通報個案計 25,133 人，扣除通報企圖日於死亡日之前之個案 100 人(通報之企圖日有誤抑或是死亡後才進行通報)，一共 25,033 人，其中 6.8%為首次通報時即死亡個案，1.0%為再自殺死亡個案，92.2%無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 11.8%)及再自殺死亡的比例(占率 1.4%)均高於女性(占率 3.7%及占率 0.7%)(詳如表 2-2-1)。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡層越高之人口群，首次通報即死亡及再自殺死亡率也越高，「65 歲以上」自殺企圖者首次通報即死亡占其

年齡層首次通報人口的 17.1%，再自殺死亡率 2.0%。

以通報中的死亡個案之自殺死亡方法別進行分析，發現使用「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」之個案，首次通報即死亡所占的比例最高，占使用此方法之死亡總人數的 100.0%，其次為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」占 89.4%；再自殺死亡所占比例相對較高方法為使用「其他及未明示之方式自殺及自傷」(占率 18.9%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 18.3)、「以固體或液體之自殺及自為中毒」(占率 13.7%)及「切穿工具自殺及自傷」(占率 13.0%)。若由自殺通報中的方法別進行分析，在各種方法中使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 48.2%)與「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 47.1%)者有接近半數的個案第一次通報即死亡；對再自殺死亡的個案而言，通報自殺方式以「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(占率 2.0%)及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 1.8%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 1.7%)之比例相對較高。

分析自殺原因，因「生理疾病」(占率 16.9%)、「不詳」(占率 16.5%)以及「工作/經濟」(占率 6.0%)自殺者，其首次通報即死亡的比例較高；通報後再自殺死亡比例相對較高的自殺原因為「生理疾病」(占率 2.0%)、「不詳」(占率 1.2%)、「工作/經濟」(占率 1.1%)及「精神健康/物質濫用」(占率 1.1%)。

居住地方面，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為南投縣(占率 13.6%)、宜蘭縣(占率 11.2%)及彰化縣(占率 10.3%)；而屏東縣(占率 1.7%)、嘉義市(占率 1.6%)、雲林縣(占率 1.4%)、澎湖縣(占率 1.4%)、基隆市 (占率 1.3%)及臺南市(1.3%)為通報後再自殺死亡的比例相對較高的縣市。(如表 1)。

特殊身分註記方面，首次通報即死亡比例相對較高的身分為嚴重病人(占率 6.3%)及精神列管(占率 5.3%)，通報後再自殺死亡比例相對較高的身分為家暴高危加害人(占率 1.5%)、嚴重病人(占率 1.4%)、兒少加害人(占率 1.2%)及精神列管(占率 1.1%)。

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		**總和**
	n	%	n	%	n	%	n
性別							
男性	1134	11.8	8313	86.7	138	1.4	9585
女性	578	3.7	14764	95.6	106	0.7	15448
總和	1712	6.8	23077	92.2	244	1.0	25033
年齡							
0-24 歲	119	2.9	3929	96.6	18	0.4	4066
25-44 歲	490	4.3	10764	94.9	89	0.8	11343
45-64 歲	620	9.1	6097	89.7	80	1.2	6797
65 歲以上	483	17.1	2280	80.9	57	2.0	2820
不詳	0	0	7	100	0	0	7
死亡者自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	416	86.3			66	13.7	482
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	372	89.4			44	10.6	416
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	498	88.6			64	11.4	562
溺水(淹死)自殺及自傷	98	81.7			22	18.3	120
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	6	100.0			0	0.0	6
切穿工具自殺及自傷	40	87.0			6	13.0	46
由高處跳下自殺及自傷	239	88.2			32	11.8	271
其他及未明示之方式自殺及自傷	43	81.1			10	18.9	53
自殺通報方法別							
以固體或液體自殺及自為中毒	459	3.5	12401	95.4	135	1.0	12995
以家用瓦斯自殺及自為中毒	5	2.9	163	95.3	3	1.8	171
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	370	22.1	1269	75.9	34	2.0	1673
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	480	48.2	502	50.4	14	1.4	996
溺水(淹死)自殺及自傷	93	15.4	500	82.9	10	1.7	603
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	8	47.1	9	52.9	0	0.0	17
切穿工具自殺及自傷	54	0.8	6785	98.5	49	0.7	6888
由高處跳下自殺及自傷	230	16.2	1178	83.1	9	0.6	1417
其他及未明示之方式自殺及自傷	65	2.9	2139	96.1	21	0.9	2225

註、自殺通報方法別為複選

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		總和
	n	%	n	%	n	%	n
自殺原因							
工作／經濟	150	6.0	2312	92.9	27	1.1	2489
不詳	719	16.5	3577	82.2	54	1.2	4350
生理疾病	336	16.9	1608	81.1	39	2.0	1983
其他	50	3.9	1230	95.1	13	1.0	1293
迫害問題	1	0.6	153	99.4	0	0.0	154
校園學生問題	5	1.3	394	98.5	1	0.3	400
情感／人際關係	238	2.0	11550	97.4	75	0.6	11863
精神健康／物質濫用	451	5.4	7753	93.5	91	1.1	8295
居住地							
臺北市	41	3.0	1327	95.9	16	1.2	1384
新北市	392	7.8	4616	91.3	48	0.9	5056
基隆市	20	3.8	503	94.9	7	1.3	530
宜蘭縣	71	11.2	561	88.5	2	0.3	634
桃園市	221	8.2	2443	91.2	16	0.6	2680
新竹市	11	2.6	417	96.8	3	0.7	431
新竹縣	30	5.3	534	93.5	7	1.2	571
苗栗縣	48	6.8	655	92.8	3	0.4	706
臺中市	125	4.6	2576	94.4	29	1.1	2730
彰化縣	131	10.3	1122	88.6	13	1.0	1266
南投縣	91	13.6	573	85.4	7	1.0	671
雲林縣	70	8.1	786	90.6	12	1.4	868
嘉義市	12	3.9	294	94.5	5	1.6	311
嘉義縣	43	8.7	447	90.1	6	1.2	496
臺南市	139	7.1	1801	91.7	25	1.3	1965
高雄市	132	4.5	2755	94.7	23	0.8	2910
屏東縣	86	9.9	770	88.4	15	1.7	871
臺東縣	21	6.8	288	92.6	2	0.6	311
花蓮縣	21	4.2	481	95.1	4	0.8	506
澎湖縣	4	5.4	69	93.2	1	1.4	74
金門縣	3	5.3	54	94.7	0	0.0	57
連江縣	0	0	5	100.0	0	0.0	5

註、自殺原因為複選

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		總和
	N	%	n	%	n	%	N
過去精神病史							
有	317	4.3	6931	94.8	67	0.9	7315
無	513	5.2	9250	93.8	97	1.0	9860
不詳	882	11.2	6896	87.8	80	1.0	7858
特殊身分註記							
精神列管							
是	165	5.3	2942	93.7	34	1.1	3141
否	1547	7.1	20135	92.0	210	1.0	21892
嚴重病人							
是	13	6.3	191	92.3	3	1.4	207
否	1699	6.8	22886	92.2	241	1.0	24826
家暴高危加害人							
是	3	2.3	126	96.2	2	1.5	131
否	1709	6.9	22951	92.2	242	1.0	24902
家暴高危被害人							
是	0	0.0	193	99.0	2	1.0	195
否	1712	6.9	22884	92.1	242	1.0	24838
家暴加害人							
是	37	3.5	1021	95.8	8	0.8	1066
否	1675	7.0	22056	92.0	236	1.0	23967
家暴被害人							
是	28	2.0	1354	97.5	7	0.5	1389
否	1684	7.1	21723	91.9	237	1.0	23644
兒少加害人							
是	11	1.9	552	96.8	7	1.2	570
否	1701	7.0	22525	92.1	237	1.0	24463
兒少被害人							
是	13	1.9	658	97.2	6	0.9	677
否	1699	7.0	22419	92.0	238	1.0	24356
性侵加害人							
是	2	3.4	56	96.6	0	0.0	58
否	1710	6.8	23021	92.2	244	1.0	24975

2016 年自殺死亡個案 3,765 人，其中 25.2%個案於自殺死亡前曾經被通報過(如表 2-2-2)，35.9%的個案為自殺死亡後才被通報，另有 38.3%的個案沒有通報紀錄。以性別分析，男性自殺身亡前有通報的比例為 21.3%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 33.7%來的低。若依照不同的年齡層進行分析，發現各年齡層皆有近 20%以上的自殺身亡個案生前曾被通報過，其中以「25-44 歲」自殺身亡前曾被通報的比例最高，占率為 29.7%；「0-24 歲以上」次之，占率為 26.5%。

就自殺方法別而言，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(41.3%)、「溺水(淹水)之自殺及自傷」(26.9%)及「由高處跳下自殺及自傷」(25.3%)的自殺身亡者在生前曾被通報的比例相對較高。

若依戶籍地進行分析，發現除臺北市(18.2%)、澎湖縣(13.3%)外，其餘縣市的自殺身亡者在生前有被通報的比例均有二成以上，其中又以雲林縣(36.1%)、屏東縣(31.8%)、金門縣(30.0%)及花蓮縣(29.4%)自殺身亡者生前曾被通報的比例相對較高。

表 2-2-2、2016 年自殺死亡個案生前通報情形

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日＞指標通報日		死亡日≦指標通報日		無通報紀錄		
	n	%	n	%	n	%	**N**
性別							
男性	544	21.3	938	36.7	1077	42.1	2559
女性	406	33.7	415	34.4	385	31.9	1206
總和	950	25.2	1353	35.9	1462	38.8	3765
年齡層							
0-24 歲	57	26.5	97	45.1	61	28.4	215
25-44 歲	348	29.7	374	31.9	451	38.4	1173
45-64 歲	335	23.9	488	34.8	578	41.3	1401
65 歲以上	210	21.5	394	40.4	372	38.1	976
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	290	41.3	250	35.6	163	23.2	703
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	190	20.8	318	34.9	404	44.3	912
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	233	19.7	444	37.5	508	42.9	1185
溺水（淹死）自殺及自傷	74	26.9	77	28.0	124	45.1	275
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	6.7	6	40.0	8	53.3	15
切穿工具自殺及自傷	17	19.3	35	39.8	36	40.9	88
由高處跳下自殺及自傷	118	25.3	187	40.0	162	34.7	467
其他及未明示之方式自殺及自傷	27	22.5	36	30.0	57	47.5	120

表 2-2-2、2016 年自殺死亡個案生前通報情形(續)

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日＞指標通報日		死亡日≦指標通報日		無通報紀錄		
	N	%	n	%	n	%	N
戶籍地							
臺北市	56	18.2	68	22.1	184	59.7	308
新北市	162	26.4	271	44.1	181	29.5	614
基隆市	16	22.2	21	29.2	35	48.6	72
宜蘭縣	21	22.6	58	62.4	14	15.1	93
桃園市	70	23.1	186	61.4	47	15.5	303
新竹市	12	23.1	11	21.2	29	55.8	52
新竹縣	18	26.9	26	38.8	23	34.3	67
苗栗縣	29	27.1	46	43.0	32	29.9	107
臺中市	92	22.7	99	24.4	214	52.8	405
彰化縣	55	27.8	96	48.5	47	23.7	198
南投縣	36	27.7	73	56.2	21	16.2	130
雲林縣	48	36.1	55	41.4	30	22.6	133
嘉義市	11	27.5	7	17.5	22	55.0	40
嘉義縣	28	21.9	35	27.3	65	50.8	128
臺南市	77	23.2	123	37.0	132	39.8	332
高雄市	121	26.8	88	19.5	243	53.8	452
屏東縣	62	31.8	51	26.2	82	42.1	195
臺東縣	11	25.6	13	30.2	19	44.2	43
花蓮縣	20	29.4	17	25.0	31	45.6	68
澎湖縣	2	13.3	4	26.7	9	60.0	15
金門縣	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0

2016 年自殺企圖通報個案計 25,133 人，年齡不詳的共有 7 人，故將這 7 人視為遺漏值；除此之外，企圖日期於死亡日期之前，共有 100 人，亦不納入分析，扣除年齡不詳的個案及通報資料錯誤後，實際分析人數一共 25,026 人(如表 2-2-3)。

就 24 歲以下的年齡層而言，2016 年自殺企圖通報的個案共 4,066 人，有 2.9%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日的有 2.7%，另有 0.2%的人死亡於指標通報日後一至七天內；0.4%為再自殺死亡個案，96.6%無死亡紀錄。年齡層 25-44 歲，自殺企圖通報的個案共 11,343 人，有 4.3%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 3.6%，另有 0.7%的人死亡於指標通報日後一至七天內;0.8%為再自殺死亡個案，94.9%無死亡紀錄。年齡層 45-64 歲，自殺企圖通報的個案共 6,797 人，有 9.1%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 7.3%，另有 1.9%的人死亡於指標通報日後一至七天內;1.2%為再自殺死亡個案，89.7%無死亡紀錄。就 65 歲以上的年齡層而言，自殺企圖通報的個案一共 2,820 人，有 17.1%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 12.8%，另有 4.4%的人死亡於指標通報日後一至七天內；2.0%為再自殺死亡個案，80.9%無死亡紀錄。

表 2-2-3、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日		首次通報即死亡，死亡於指標通報日後1-7日內		再自殺死亡個案		無死亡紀錄		總計
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
24 歲以下	110	2.7	9	0.2	18	0.4	3929	96.6	4066
25-44 歲	407	3.6	83	0.7	89	0.8	10764	94.9	11343
45-64 歲	494	7.3	126	1.9	80	1.2	6097	89.7	6797
65 歲以上	360	12.8	123	4.4	57	2.0	2280	80.9	2820
總計	1371	5.5	341	1.4	244	1.0	23070	92.2	25026

1) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(表 2-2-4)

針對「各年齡層首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日」的個案進行分析。就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日之個案，占所有男性該年齡層通報總人數的 5.1%，相對於女性的 1.3%來得高；年齡層 25-44 歲一樣以男性所占的比例較高，占所有男性通報總人數的 7.0%，女性所有女性該年齡層通報總人數的 1.7%；45-64 歲、65 歲以上則同樣以男性所占比例較高，分別占男性通報總人數中的 12.6%以及 16.6%。總體而言，各年齡層分析之結果均顯示男性在首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的比例較女性來的高。

若以居住地進行分析，看首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案。24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 24 歲以下通報總人數比例相對較高的縣市分別為宜蘭縣(占率 6.4%)及新竹縣(占率 4.7%)、南投縣(占率 4.3%)、雲林縣(占率 4.3%)、屏東縣(占率 4.3%)。25-44 歲首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，在 25-44 歲該縣市所屬縣市通報總人數占率相對較高的分別為南投縣(占率 6.2%)、宜蘭縣(占率 6.1%)、桃園市(占率 5.6%)以及彰化縣(占率 5.4%)。45-64 歲占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的縣市分別為南投縣(占率 17.6%)、彰化縣(占率 11.7%)、宜蘭縣(占率 11.0%)、桃園市(占率 10.1%)以及苗栗縣(占率 9.5%)。65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的個案，占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的分別為金門縣(占率 66.7%)、澎湖縣(占率 28.6%)以及宜蘭縣(占率 20.7%)。綜合各年齡層之分析結果發現宜蘭縣、南投縣以及彰化縣首次通報即死亡並且死亡於指標通報日在各年齡層的個案，占各年齡層通報總人數相對都較高。各縣市首次通報即死亡並且死亡於指標通報日的個案，占各縣市通報總人數比例隨年齡層增加而升高。

分析各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺原因，24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 24 歲以下因該種自殺原因自殺比例相對較高的為「不詳」(占率 10.5%)、「其他」(占率 2.1%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 1.9%)；就 25-44 歲這個年齡層來看，在此年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳」(占率 10.0%%)、「生理疾病」(占率 5.9%)、「校園學生問題」(占率 4.3%)以及「工作/經濟」(占率 4.0%)；45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日者，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高的為「不詳」(19.2%)、

「生理疾病」(14.6%)；就年齡層 65 歲以上而言，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳」、「生理疾病」及「工作/經濟」，分別占 25.0%、14.6%及 12.5%。總體而言，在各種自殺原因中，除了「不詳」外，24 歲以下因「精神健康/物質濫用」自殺之自殺者在首次通報即死亡並於指標通報日並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；25-44 歲因「校園學生問題」自殺之自殺者在首次通報即死亡並於指標通報日並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；因「生理疾病」自殺之自殺者在 45 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占 24 歲以下使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息」(占率 24.3%)、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 20.0%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 17.9%)；25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 25-44 歲使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 60.0%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 35.7%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 18.1%)；在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占 45-64 歲使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 50.0%)、「槍砲爆炸物自殺及自傷」(占率 33.0%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 26.0%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 65 歲以上使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 52.3)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 30.3)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 26.0)。綜括各年齡層之結果來看，在各種自殺方法中，各年齡層使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺之自殺者在各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率都相對較高；24 歲以下相較其他年齡層，使用「以家用瓦斯自殺及自為中毒」自殺之自殺者 24 歲以下首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；25-44 歲及 45-64 歲相較其他年齡層，使用「槍砲爆炸物自殺及自傷」自殺之自殺者 25-44 歲及 45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；65 歲以上相較其他年齡層，使用「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺之自殺者在 65 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相

對較高。

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
性別										
男性	75	5.1	283	7.0	342	12.6	230	16.6	930	9.7
女性	35	1.3	124	1.7	152	3.7	130	9.1	441	2.9
總和	110	2.7	407	3.6	494	7.3	360	12.8	1371	5.5
居住地										
臺北市	2	0.9	5	0.9	14	3.7	17	8.3	38	2.7
新北市	30	3.5	122	5.2	130	9.3	72	15.1	354	7.0
基隆市	1	1.4	4	1.7	6	3.6	6	11.1	17	3.2
宜蘭縣	5	6.4	15	6.1	24	11.0	19	20.7	63	9.9
桃園市	13	2.8	71	5.6	72	10.1	36	15.1	192	7.2
新竹市	2	2.3	2	0.9	2	2.2	2	5.0	8	1.9
新竹縣	5	4.7	5	1.8	10	7.4	6	12.0	26	4.6
苗栗縣	2	2.0	13	3.7	15	9.5	6	6.1	36	5.1
臺中市	9	2.2	29	2.2	22	3.0	27	9.3	87	3.2
彰化縣	5	3.2	32	5.4	39	11.7	29	16.2	105	8.3
南投縣	4	4.3	17	6.2	33	17.6	19	16.1	73	10.9
雲林縣	5	4.3	12	3.0	11	4.9	19	14.6	47	5.4
嘉義市	1	1.8	2	1.4	3	3.8	3	8.8	9	2.9
嘉義縣	0	0.0	7	3.7	9	7.1	12	10.9	28	5.6
臺南市	7	2.1	32	3.7	38	7.2	36	14.8	113	5.8
高雄市	12	2.3	26	2.0	33	4.1	22	8.6	93	3.2
屏東縣	6	4.3	8	2.2	19	7.7	17	14.7	50	5.7
臺東縣	0	0	1	0.8	7	6.4	5	15.6	13	4.2
花蓮縣	1	1.0	3	1.3	5	3.7	3	6.3	12	2.4
澎湖縣	0	0.0	1	3.3	1	4.0	2	28.6	4	5.4
金門縣	0	0.0	0	0.0	1	8.3	2	66.7	3	5.3
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	5	1.7	57	4.0	41	5.6	4	12.5	107	4.3
不詳	68	10.5	195	10.0	239	19.2	128	25.0	630	14.5
生理疾病	0	0.0	14	5.9	87	13.2	155	14.6	256	12.9
其他	6	2.1	13	2.6	11	3.1	6	4.3	36	2.8
迫害問題	0	0.0	0	0.0	1	2.8	0	0.0	1	0.6
校園學生問題	3	0.8	1	4.3	0	0.0	0	0.0	4	1.0
情感／人際關係	21	0.9	70	1.2	46	1.6	36	4.9	173	1.5
精神健康／物質濫用	20	1.9	108	2.9	139	5.4	74	8.4	341	4.1
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	5	0.3	30	0.5	90	2.2	109	6.1	234	1.8
以家用瓦斯自殺及自為中毒	2	20.0	1	1.3	1	1.5	1	5.9	5	2.9
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	37	17.9	164	18.1	127	26.0	19	26.0	347	20.7
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	26	24.3	102	35.7	158	50.0	150	52.3	436	43.8
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2.5	16	6.8	30	15.7	30	30.3	78	12.9
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	6	60.0	2	33.3	0	0.0	8	47.1
切穿工具自殺及自傷	3	0.8	12	1.9	17	5.7	9	8.0	41	0.6
由高處跳下自殺及自傷	37	2.2	80	2.3	58	4.4	36	10.7	211	14.9
其他及未明示之方式自殺及自傷	4	0.9	12	1.3	24	4.1	9	3.7	49	2.2

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

1) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內(表 2-2-5)

就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內，占所有 24 歲以下男性通報總人數的 0.3%，相對於女性的 0.2%來得高；在 25-44 歲同樣以男性所占的比例較高，占該男性年齡層所有通報的 1.2%，而女性則為 0.5%；45-64 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 天內之人數，占所有 45-64 歲以下男性通報總人數的 2.8%，相對於女性的 1.2%來得高；年齡層 65 歲以上也都是男性所占比例較高，占該年齡層男性所有通報總人數中的 5.4%。值得注意的是 65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天之女性，其占所有 65 歲以上女性通報總人數的 3.3%，相較於其他年齡層之占率，老年女性在這一塊的占率高出許多。

若以居住地來看，24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日 1-7 天內，該年齡層中占該縣市 24 歲以下所有通報人數相對比例較高的縣市為南投縣(占率 1.1%)、彰化縣(占率 0.6%)以及台南市(占率 0.6)；而在 25-44 歲中，占該縣市 25-44 所有通報人數相對比例較高的縣市則是屏東縣(占率 2.7%)、南投縣(占率 1.8%)、彰化縣(占率 1.2%)以及宜蘭縣(占率 1.2%)；在 45-64 歲中，占該縣市通報人數相對比例較高的縣市則是屏東縣(占率 4.9%)、苗栗縣(占率 3.7%)、臺東縣(占率 3.7%)以及花蓮縣(占率 3.7%)；65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日 1-7 天內，則以屏東縣(占率 12.1%)、雲林縣(占率 10.0%)、臺東縣(占率 9.4%)以及嘉義縣(占率 9.1%)，占該縣市 65 歲以上通報人數比例相對較高。總體而言，各年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，在屏東縣、臺東縣、南投縣、花蓮縣占率相對較高；以各縣市而言，各年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案占各年齡層通報總人數比例，隨年齡增加而升高。

分析各年齡層首次通報即死亡，並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之死亡者的自殺原因，在 24 歲以下因該種自殺原因自殺的通報人數中，占率相對較高為「不詳」(占率 0.5%)以及「工作/經濟」(占率 0.3%)；在 25-44 歲因該種自殺原因被通報的總人數中，占率相對較高的自殺原因為「生理疾病」(占率 2.5%)、「工作/經濟」(占率 1.4%)；在 45-64 歲，因該種自殺原因被通報的總人數中，占率相對較高的為「生理疾病」占率(3.3%)、「工作/經濟」(占率 3.0%)；65 歲以上則以「不詳」(占率 6.4%)、「生理疾病」(占率 4.9%)以及「其他」(占率 4.3%)，在該種自殺原因自殺的通報人數比

例較高。總體而言，在各種自殺原因中，因「生理疾病」及「工作/經濟」自殺之自殺者在 25-44 歲、45-64 歲以上首次通報即死亡並於死亡於指標通報日後 1-7 天內之死亡者占率相對較高；24 歲以下除不詳，則為「工作/經濟」占該種自殺原因的通報人數比例相對較高，65 歲以上除「不詳」外，則為「生理疾病」占該種自殺原因的通報人數比例相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 0.9%)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率為 0.5%)；25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 2.8%)以及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 2.6%)；在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 6.0%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 4.2%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，其占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 5.6%)。總體而言，各年齡層在首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，其自殺方法占率相對較高的均為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」，25-44 歲及 45-64 歲相較其他年齡層，「溺水(淹死)自殺及自傷」為除「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」之外，相對較高的自殺方法。

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	5	0.3	48	1.2	76	2.8	75	5.4	204	2.1
女性	4	0.2	35	0.5	50	1.2	48	3.3	137	0.9
總和	9	0.2	83	0.7	126	1.9	123	4.4	341	1.4
居住地										
臺北市	1	0.4	1	0.2	1	0.3	0	0.0	3	0.2
新北市	2	0.2	10	0.4	12	0.9	14	2.9	38	0.8
基隆市	0	0.0	0	0	2	1.2	1	1.9	3	0.6
宜蘭縣	0	0.0	3	1.2	4	1.8	1	1.1	8	1.3
桃園市	0	0.0	8	0.6	15	2.1	6	2.5	29	1.1
新竹市	0	0.0	2	0.9	0	0.0	1	2.5	3	0.7
新竹縣	0	0.0	2	0.7	1	0.7	1	2.0	4	0.7
苗栗縣	0	0.0	2	0.6	6	3.8	4	4.0	12	1.7
臺中市	1	0.2	10	0.8	16	2.2	11	3.8	38	1.4
彰化縣	1	0.6	7	1.2	9	2.7	9	5.0	26	2.1
南投縣	1	1.1	5	1.8	5	2.7	7	5.9	18	2.7
雲林縣	0	0.0	3	0.8	7	3.1	13	10.0	23	2.6
嘉義市	0	0.0	1	0.7	1	1.3	1	2.9	3	1.0
嘉義縣	0	0.0	1	0.5	4	3.1	10	9.1	15	3.0
臺南市	2	0.6	6	0.7	7	1.3	11	4.5	26	1.3
高雄市	1	0.2	11	0.8	15	1.9	12	4.7	39	1.3
屏東縣	0	0.0	10	2.7	12	4.9	14	12.1	36	4.1
臺東縣	0	0.0	1	0.8	4	3.7	3	9.4	8	2.6
花蓮縣	0	0.0	0	0.0	5	3.7	4	8.3	9	1.8
澎湖縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
金門縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	1	0.3	20	1.4	22	3.0	0	0.0	43	1.7
不詳	3	0.5	18	0.9	35	2.8	33	6.4	89	2.0
生理疾病	0	0.0	6	2.5	22	3.3	52	4.9	80	4.0
其他	1	0.3	3	0.6	4	1.1	6	4.3	14	1.1
迫害問題	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
校園學生問題	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	-	1	0.3
情感／人際關係	4	0.2	24	0.4	21	0.7	16	2.2	65	0.5
精神健康／物質濫用	2	0.2	26	0.7	49	1.9	33	3.7	110	1.3
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	2	0.1	46	0.8	79	2.0	98	5.5	225	1.7
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	1	0.5	10	1.1	11	2.3	1	1.4	23	1.4
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	1	0.9	8	2.8	19	6.0	16	5.6	44	4.4
溺水(淹死)自殺及自傷	0	0.0	6	2.6	8	4.2	1	1.0	15	2.5
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	1	0.3	4	0.6	7	2.3	1	0.9	13	0.2
由高處跳下自殺及自傷	4	0.2	8	0.2	3	0.2	4	1.2	19	1.3
其他及未明示之方式自殺及自傷	1	0.2	6	0.6	5	0.8	4	1.7	16	0.7

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

1) 各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後(表 2-2-6)

就性別而言，24 歲以下男性通報後再自殺死亡之人數，占所有 24 歲以下男性 24 歲以下通報總人數的 0.5%，相較於女性的 0.4%高；25-44 歲之男性通報後再自殺死亡之人數，占該年齡層所有男性通報總人數的 1.1%，相對於女性的 0.6%來得高；年齡層 45-64 歲、65 歲以上也都是男性所占比例較高，分別占該年齡層所有男性通報總人數中的 1.9%及 2.5%。總體來說，各年齡層男性通報後再自殺死亡的人數占率均較女性來的高。

若以居住地來看，24 歲以下通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 24 歲以下所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為新竹市(占率 0.9%)、嘉義市(占率 0.7%)及嘉義縣(占率 0.5%)；25-44 歲通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 25-44 歲所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為澎湖縣(占率 1.4%)、雲林縣(占率 0.7%)、屏東縣(占率 0.7%)、臺北市(占率 0.6%)以及嘉義市(占率 0.6%)；45-64 歲通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 45-64 歲所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為新竹縣(占率 3.0%)、雲林縣(占率 2.2%)以及屏東縣(占率 2.0%)；65 歲以上通報後再自殺死亡之個案，在其所屬縣市 65 歲以上所有通報總人數中占率相對較高縣市分別為基隆市(占率 5.6%)、新竹縣(占率 4.0%)、南投縣(占率 3.4%)以及屏東縣(占率 3.4%)。總體而言，各年齡層之通報後再自殺死亡之個案分別占該縣市所有通報總人數，以屏東縣、嘉義市、雲林縣、澎湖縣以及基隆市占率相對較高。

分析各年齡層通報後再自殺死亡個案的自殺原因，24 歲以下通報後再自殺死亡的個案，在 24 歲以下因該種自殺原因被通報的所有人數中，占率相對較高為「不詳」(占率 0.9%)、「其他」(占率 0.7%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 0.7%)；25-44 歲通報後再自殺死亡的個案，在因該種自殺原因被通報的所有 25-44 歲個案中，占率相對較高為「生理疾病」(占率 1.3%)、「其他」(占率 1.0%)以及「工作/經濟」(占率 1.1%)；45-64 歲通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 45-64 歲個案中，占率相對較高為「生理疾病」(占率 1.7%)及「工作/經濟」(占率 1.5%)；65 歲以上通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 65 歲以上民眾中，占率相對較高為「不詳」(占率 2.4%)、「生理疾病」(占率 2.4%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 2.0%)。總體而言，在各種自殺原因除「不詳」及「其他」之外，因「生理疾病」、「精神健康/物質濫用」以及「工作/經濟」自殺之自殺者，在各年齡層中通報後再自殺

占因該種自殺原因被通報人數比例相對較高。

針對各年齡層通報後再自殺死亡個案者的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現 24 歲以下通報後再自殺死亡者，在該年齡層使用該種自殺方法之自殺死亡個案中，占率相對較高的方法為「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 2.5%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 0.9%)以及「切穿工具自殺及自傷」(占率 0.8%)；25-44 歲的通報後再自殺死亡者，在該年齡層使用該種自殺方法之自殺死亡者中，占率相對較高的方法分別為「切穿工具自殺及自傷」(占率 3.6%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 2.0%)；在 45-64 歲通報後再自殺死亡者，其占該年齡層使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具自殺及自傷」(占率 5.0%)、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 4.5%)； 65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占該年齡層使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具自殺及自傷」(占率 7.1%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 4.1%)以及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 3.0%)。總體而言，24 歲以下通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法為「溺水(淹死)自殺及自傷」；25-44 歲、45-64 歲及 65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法均是「切穿工具自殺及自傷」；在各自方方法別中，通報後再自殺死亡人數占該種自殺方法別人數比例較高的為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」。

表 2-2-6、各年齡層首次通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	7	0.5	45	1.1	51	1.9	35	2.5	138	1.4
女性	11	0.4	44	0.6	29	0.7	22	1.5	106	0.7
總和	18	0.4	89	0.8	80	1.2	57	2.0	244	1.0
居住地										
臺北市	0	0.0	8	0.6	3	0.8	5	2.5	16	1.2
新北市	5	0.2	20	0.4	17	1.2	6	1.3	48	0.9
基隆市	0	0.0	1	0.2	3	1.8	3	5.6	7	1.3
宜蘭縣	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	1.1	2	0.3
桃園市	1	0.1	7	0.3	6	0.8	2	0.8	16	0.6
新竹市	2	0.9	0	0.0	1	1.1	0	0.0	3	0.7
新竹縣	1	0.4	0	0.0	4	3.0	2	4.0	7	1.2
苗栗縣	0	0.0	0	0.0	2	1.3	1	1.0	3	0.4
臺中市	2	0.2	12	0.4	8	1.1	7	2.4	29	1.1
彰化縣	2	0.3	3	0.2	4	1.2	4	2.2	13	1.0
南投縣	0	0.0	3	0.4	0	0.0	4	3.4	7	1.0
雲林縣	0	0.0	6	0.7	5	2.2	1	0.8	12	1.4
嘉義市	1	0.7	2	0.6	1	1.3	1	2.9	5	1.6
嘉義縣	1	0.5	1	0.2	1	0.8	3	2.7	6	1.2
臺南市	2	0.2	8	0.4	8	1.5	7	2.9	25	1.3
高雄市	1	0.1	8	0.3	9	1.1	5	2.0	23	0.8
屏東縣	0	0.0	6	0.7	5	2.0	4	3.4	15	1.7
臺東縣	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	3.1	2	0.6
花蓮縣	0	0.0	2	0.4	2	1.5	0	0.0	4	0.8
澎湖縣	0	0.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	1.4
金門縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0

表 2-2-6、各年齡層首次通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	0	0.0	16	1.1	11	1.5	0	0.0	27	1.1
不詳	6	0.9	16	0.8	17	1.4	15	2.9	54	1.2
生理疾病	0	0.0	3	1.3	11	1.7	25	2.4	39	2.0
其他	2	0.7	5	1.0	5	1.4	1	0.7	13	1.0
迫害問題	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
校園學生問題	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	-	1	0.3
情感／人際關係	2	0.1	40	0.7	22	0.8	11	1.5	75	0.6
精神健康／物質濫用	7	0.7	34	0.9	32	1.2	18	2.0	91	1.1
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	8	0.5	49	0.9	41	1.0	37	2.1	135	1.0
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0	3	4.5	0	0.0	3	1.8
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	0.0	18	2.0	13	2.7	3	4.1	34	2.0
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	1	0.9	2	0.7	5	1.6	6	2.1	14	1.4
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2.5	3	1.3	2	1.0	3	3.0	10	1.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	3	0.8	23	3.6	15	5.0	8	7.1	49	0.7
由高處跳下自殺及自傷	3	0.2	3	0.1	3	0.2	0	0.0	9	0.6
其他及未明示之方式自殺及自傷	1	0.2	9	1.0	6	1.0	5	2.1	21	0.9

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

一、研擬之策略與建議

1. 危險指標

針對首次通報即死亡,死亡日於指標通報日當天及死亡日於指標通報日 7 天內，通報性別以「男性」比例較高；自殺死亡方式以「鎗砲彈藥及爆炸物自殺及自傷」比例較高；自殺通報方法別以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」比例較高；以自殺原因而言，以「不詳」、「生理疾病」比例較高；以居住地而言，以「南投縣」比例較高；在特殊身分註記方面，則以「嚴重病人」及「精神列管」比例較高。

針對首次通報後再自殺死亡，性別以「男性」比例較高；年齡層以「65 歲以上」比例最高；自殺死亡方式以「其他及未明示之方式自殺及自傷」及「溺水(淹死)自殺及自傷」,以自殺通報方法別而言,「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」及「溺水(淹死)自殺及自傷」之比例均較高，以自殺原因而言,「生理疾病」比例最高；以居住地而言,以中南部縣市比例較高,尤其是屏東縣(占率 1.7%)為比例最高之縣市；在特殊身分註記方面，則以「家暴高危加害人」、「嚴重病人」比例較高。

針對「24 歲以下」首次通報再自殺死亡之個案，發現自殺通報性別以「男性」,自殺通報方法別以「自殺方式以溺水(淹死)自殺及自傷為主」,自殺原因則以「不詳」,居住地則以新竹市、縣及嘉義市、縣，需特別注意。

針對「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以切穿工具自殺及自傷」居多，自殺原因以「生理疾病」及「精神健康/物質濫用」為主，以居住地而言,「25-44 歲」以澎湖縣、屏東縣、雲林縣比例較高、「45-64 歲」以新竹縣、雲林縣、屏東縣;「65 歲以上」以基隆市、新竹縣、南投縣、屏東縣需特別注意。

針對這些危險因子擬訂之策略如下：

2. 指標性策略

針對這些高風險個案應積極轉介資源以及時介入,包括心理衛生資源、並給予支持系統，心情溫度計 APP，以增加保護因子，除此之外，可針對自殺者之親友(亦為自殺之高危險群),提供自殺企圖者或死亡者家屬後續關懷輔導服務。

1) 強化關懷訪視員的專業能力訓練

(1) 建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。
(2) 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)。
(3) 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。
(4) 第一線人員應發揮「一問二應三轉介」之守門人原則，將個案轉介至適當的資源，同時要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。
(5) 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。

2) 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，均可能是造成自殺企圖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。

3) 自殺原因為精神健康/物質濫用

精神疾病為重要危險因子之一，許多過往文獻均指出尤其以憂鬱症、思覺失調症、人格疾患等，自殺風險會比一般人高出許多，故如何針對精

神疾患制定有效的防治策略是相當重要的。除應妥善協助個案連結精神醫療資源及心理衛生資源，亦須確保個案後續是否有穩定就診及服藥，以減少個案精神疾病之復發。

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,心理治療也可以提供給這類個案情緒抒發的管道，加強家庭、社會的支持系統均有助於降低自殺事件的發生。

而對於有物質濫用情形的個案,應採取「減少傷害」(Harm Reduction)，減少傷害是減少使用成癮性藥物所造成的各種可能負面結果(例如：感染HIV、傳染性疾病、過量使用、暴力犯罪、死亡等)為主要目標，對於使用成癮性藥物採階段式漸減的策略，以尋求各種可行的策略及方式來降低藥癮者的的傷害，權衡不同的措施可能的危害、優點及其經濟效益，來達到最大的效果，並多強化心理輔導與家庭支持的功能。

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，因擬訂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、自殺企圖、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。

5) 針對自殺死亡方式為溺水(淹死)自殺及自傷

針對投水、溺水點進行熱點分析，並在熱點周圍放置珍愛生命警語之立牌，或建置圍欄防止自殺企圖者投水。未來可針對警察系統辦理守門人訓練，請警察人員、增派鄉鄰里巡守隊至該點巡邏加強對熱點的巡守，以

降低溺水自殺死亡人數。

6)針對自殺死亡方式為由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒

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。

7)針對自殺死亡方式為以吊死、勒死及窒息自殺及自傷

防範上吊自殺的策略重點，包括環境控制、上吊企圖者的緊急處置、以及全面性防治策略，可針對吊死、勒死及窒息自殺及自傷之較容易發生之地點、或醫院、老人安養機構等地點，減少其可懸掛點，並推廣心情溫度計之使用，以利及時轉介高風險個案。針對長期照護機構之醫療人員亦應加強其對上吊的緊急處置及高風險個案之辨識，以強化安養機構在老人及上吊、勒死及窒息自殺防治上之功能性。

3. 選擇性策略

1)運用 BSRS-5 篩檢出高危險群

(1) 針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介：如失業人口、老年人、獨居者、特殊職業(例如容易獲得致命自殺方法的醫療從業人員、軍人與警察等)。

(2) 於照護機構及醫療院所推動 BSRS-5 之檢測，讓照顧者透過關懷應用 BSRS-5 了解個案之情緒困擾程度，並提供必要的資源連結及轉介等；鼓勵親友多陪伴有自殺傾向的民眾，避免讓其獨處，並以謹慎、尊重的態度與其交談，提供支持與正向力量。

(3) 可針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用 BSRS-5 等量表，早期偵測情緒困擾，提供心理健康的服務。

(4) 各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

2)遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置

(1) 透過導師或學輔人員平時觀察，及同學、家長投訴等管道，瞭解學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象。
(2) 如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則由校長召集因應小組進行評估，瞭解事件嚴重程度、個案身心狀態等。
(3) 啟動校園危機處理機制，由校長指定專人進行責任通報及校安通報、媒體應對及發言。
(4) 啟動輔導機制，召開輔導會議(由校長召集，成員得包括導師、學務人員、輔導人員、家長或視個案需要請專業輔導人員、性平委員或少年隊等)。
(5) 加強與社會工作專業人員之協調聯繫，必要時應陪同學生配合司法調查，如遇轉學，更應結合社工訂定個案處遇計畫。
(6) 如有需求，在徵求家長同意後，將個案轉介專業諮商輔導或醫療機構實施矯正與輔導；學校輔導小組仍應持續關懷並與該專業諮商輔導或醫療機構保持聯繫，定期追蹤輔導情形，必要時應落實轉介精神醫療治療服務及追蹤。
(7) 對於離婚者關懷：提供戶政事務所轉介資源小卡及 BSRS-5 量表，並於民眾辦理離婚登記時主動關心，提供求助資訊。

3)職場自殺防治

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，而此年齡層亦為主要就業人口，故針對企業職場之自殺防治建議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。

4. 全面性策略

限制致命性工具之取得乃是最有效之自殺防治策略，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。
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，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。

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。

全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議

一、 背景 (Context)

全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議為 2017 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目，係依需求說明書項目而分析編寫。重點在提供自殺防治相關統計分析資料；需求說明書內文如下：「**依 104 年度全國自殺死亡資料統計、105 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、105 年實務督導，及抽查自殺防治通報系統訪視紀錄結果，擬定全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供本部及各縣市衛生局參考運用**」。

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。全國自殺防治中心 2016 年度規劃 22 場次的實務督導，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。

依照 2015 年度全國自殺死亡資料統計、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及前述 2016 年實務督導摘要，擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 根據 2015 年度全國自殺死亡資料、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料分析全國及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析。
2) 參考 2016 年訪視紀錄抽查摘要、2016 年 22 縣市實務督導摘要及高風險縣市輔導訪查，整理各縣市辦理自殺防治業務現況及所遭遇實務困境。
3) 整理現有自殺防治策略，徵詢專家意見，擬定 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。
4) 彙整報告及建議函送衛生福利部心理及口腔健康司。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局。
2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、自殺防治通報系統訪視紀錄抽查、縣市實務督導等。

三、 過程 (Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔
   (1) 資料期間：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，改由中心每一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) 自殺死亡初步資料檔
   (1) 資料期間：2016 年。
   (2) 說明：衛生福利部於正式公布前一年度死亡資料前，不定期提供中心自殺初步資料，提供分析使用。
3) 訪視紀錄及實務督導摘要
   蒐集 2016 年中心所辦理各縣市實務督導紀錄及自殺防治通報系統訪視紀錄抽查摘要。

2. 資料分析

1) 自殺死亡特性分析
2) 實務督導紀錄及訪視紀錄抽查摘要整理

3. 策略擬定

根據自殺數據分析結果、各縣市辦理自殺防治現況與困境及現有自殺防治

策略，徵詢專家意見，擬定 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 完成全國性自殺防治策略建議 1 份。
內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含 2015 年及 2016 年各項自殺死亡數據比較，擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。
摘要如下：

(1) 全面性策略

a. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略，包含木炭、農藥、安眠藥鎮靜劑及高處跳下(跳樓)。

b. 建立社區自殺防治網絡：結合社區及各級學校關懷據點，安排心理健康課程、宣傳自殺防治相關訊息。配合世界自殺防治日推動自殺防治活動，擴大宣導效益，呼籲全民重視自殺防治議題。

c. 校園自殺防治：將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程，教導孩童珍愛生命與心理健康促進的理念。學校教師與輔導老師注意學生異常表現，針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺，落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(2) 選擇性策略

a. 運用 BSRS-5 篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

b. 針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。

c. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。

d. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65 歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。

e. 加強對特殊註記個案關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記的個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。

(3) 指標性策略

a. 自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追

蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

b. 自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。

c. 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，建立不同於自殺企圖個案的標準流程。

d. 強化關懷訪視員的專業能力訓練，建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。

e. 學校的自殺通報個案建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。

f. 心情溫度計(BSRS-5)容易篩檢，因此建議各局處如社會處，在接獲高風險或弱勢個案之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用。

2) 完成 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議共 22 份。

分別分析各縣市自殺現況、各縣市辦理自殺防治業務現況、執行自殺防治相關業務所遇困境，擬定因地制宜的自殺防治策略建議，內容為不與全國性自殺防治策略建議重複，符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。

各縣市自殺防治策略建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

2. 各縣市自殺防治策略建議整理於附件，詳見附件 2.3.1

五、 附件

附件 2.3.1 全國及 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議

自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形

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。

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

綜言之，自殺防治通報關懷系統之建置主要目的有下列三大項：

1) 落實自殺企圖行為、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)，將有助於了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

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

2. **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：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

2) 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 2-4-1、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
1/16	心理及口腔健康司	2016 年 1-11 月 65 歲老人通報及關懷人次
1/17	心理及口腔健康司	2016 年度自殺通報人次及關懷訪視人次
3/6	心理及口腔健康司	台東縣 2015 年、2016 年自殺通報與死亡數據整理
4/20	心理及口腔健康司	2017 年 1-3 月 65 歲老人通報及關懷人次
5/10	屏東縣政府衛生局	2015～2017 年 3 月屏東縣自殺通報分析
5/10	心理及口腔健康司	2015 年與 2016 年各縣市自殺原因比較
6/19	心理及口腔健康司	歷年各縣市、性別、年齡層通報人次
7/7	心理及口腔健康司	歷年通報單位類型統計
7/24	心理及口腔健康司	2017 年 1-6 月平均自殺關懷訪視次數
8/16	心理及口腔健康司	提升自殺通報比策略
8/24	心理及口腔健康司	2016 年自殺通報、訪視人次
8/25	屏東縣政府衛生局	2016 年 0-9 歲、10-14 歲通報資料
9/5	新北市政府衛生局	再自殺率公式說明
9/19	心理及口腔健康司	2017 年 1-8 月 65 歲老人通報及關懷人次
9/29	心理及口腔健康司	歷年全國自殺死亡資料統計暨自殺通報統計
10/24	心理及口腔健康司	歷年警消通報數據
10/26	心理及口腔健康司	2017 年 1-9 月 65 歲老人通報數據
10/30	宜蘭縣政府衛生局	2016 年、2017 年農藥自殺占率
11/3	基隆市衛生局	基隆市 9 月份未關懷名單

四、 成果(Product)

1. 自殺通報資料分析

1) 每月製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，統計至 11 月 30 日共 208 份。(報表型式如附件 2.4.1、附件 2.4.2)

2) 每年製作「自殺通報關懷年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。

3) 2006 年 1 月至 2017 年 10 月統計分析如下(擷取日期：2017 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 2016 年通報人次為 28,996 人次，2017 年 1 月至 10 月通報人次為 25,735 人次。

全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，2016 年為 7.2、2017 年 1 至 10 月為 7.4。(如圖 2-4-1)。

(2) 通報單位類型

由 2006 年至 2017 年 10 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-4-2)，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%，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 年降至 7.4%後，2017 年 1 至 10 月再升至 8.9%。

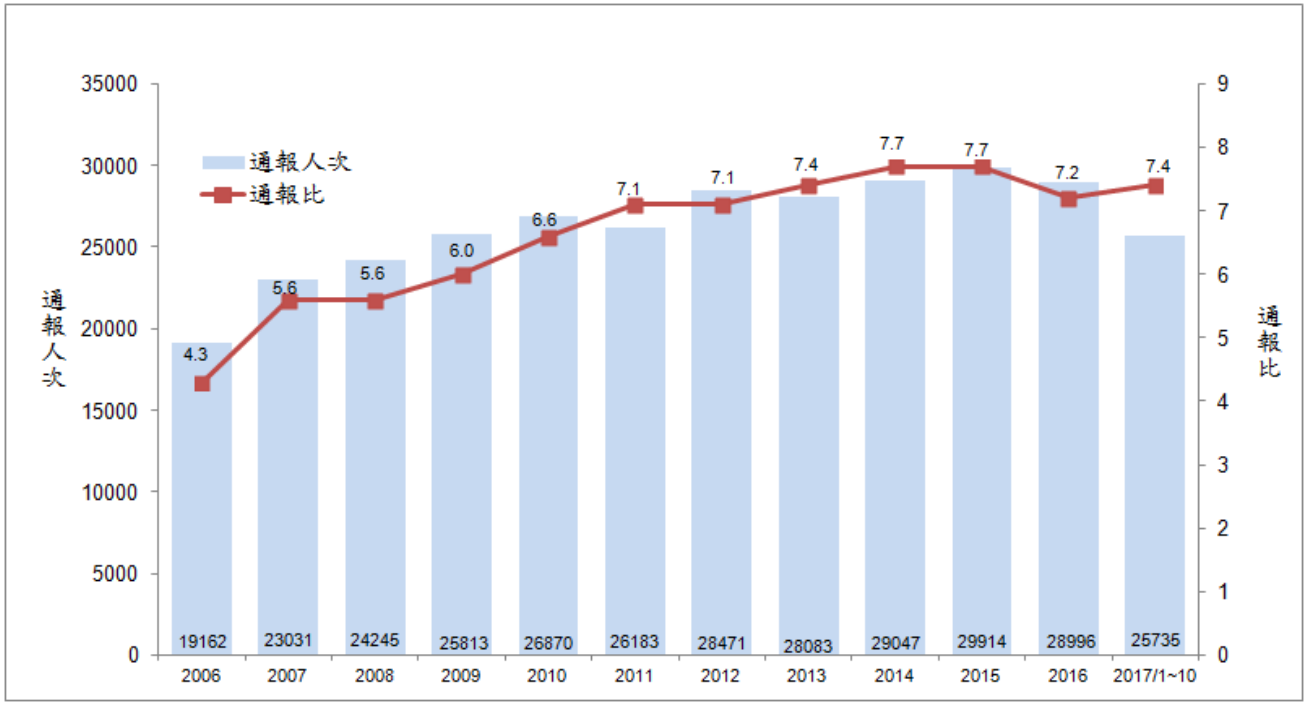


圖 2-4-1、2006 年至 2017 年 10 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

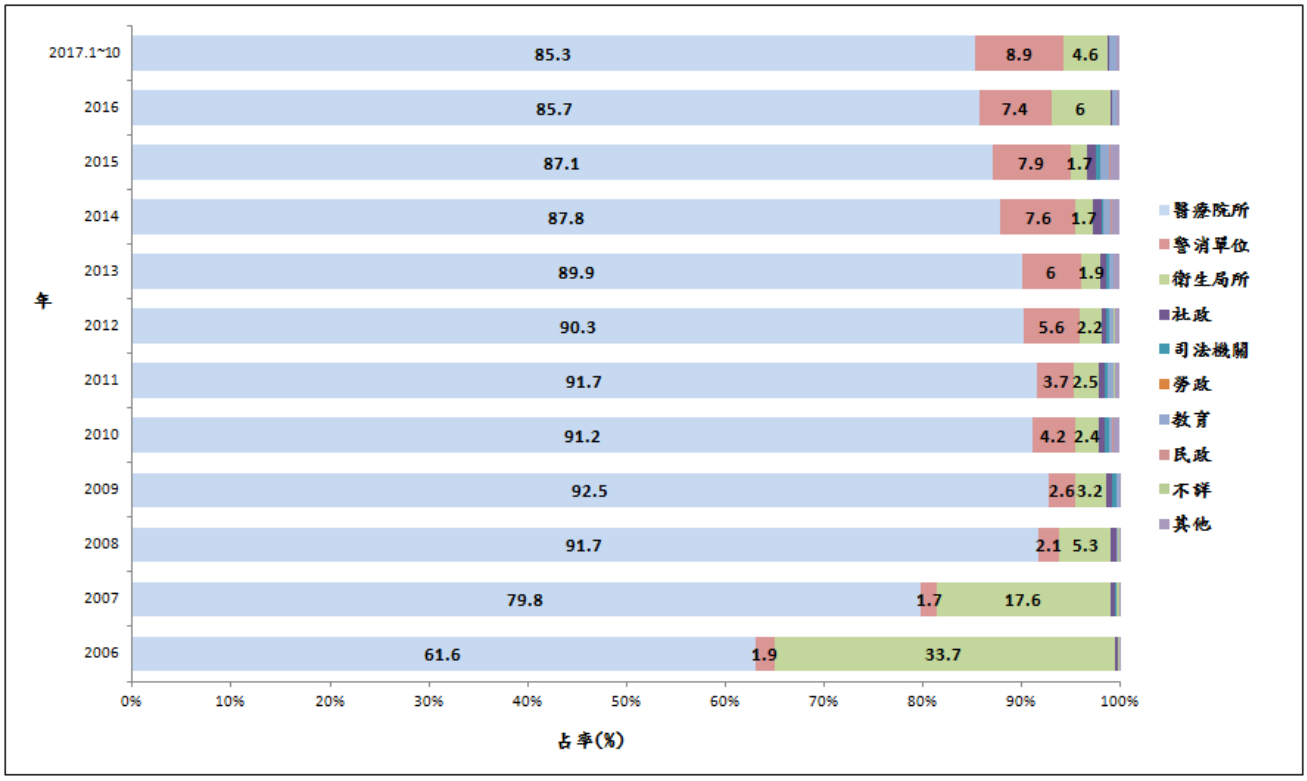


圖 2-4-2、2006 年至 2017 年 10 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-4-2)，2007 年時通報比為 5.6。在中心持續推動以及各單位努力合作之下，通報比逐年上升，至 2014 年通報比達到 7.7，2017 年 1-10 月通報比則略為下降至 7.4。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在 99%以上，至 2016 年分案率為 100%，分案關懷率達到 99.4%，2017 年 1-10 月分案率則為 100%，分案關懷率 99.7%。

表 2-4-2、2007 年至 2017 年 10 月通報指標

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 註 1 (1~10 月)
通報人次	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	25,735
通報比	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.4
分案率(%)	99.9	100	100	100	100	100	100
分案關懷率(%)	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.7
30 天再自殺率(%)註 2	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4

註 1：2017 年 1 至 10 月之資料，擷取日期：2017 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：由於每位自殺企圖者因自殺行為而進入通報系統的時間不一，為避免時間間隔較遠發生再自殺行為的可能性也增加，因此將時間間隔做了限制，目前再自殺率的計算方式為：針對自殺企圖個案在一定的期限內有無再次自殺企圖的行為發生。

註 3：2017 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 2017 年 1 至 9 月。

(4) 自殺企圖者之特性

2017 年 1 至 10 月通報共 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性 1.69 倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為 35-44 歲(占率 24.3%)、25-34 歲(占率 21.5%)、45 歲至 54 歲(占率 16.9%)、15-24 歲以上(占率 15.7%)、55-64 歲(占率 10%)、75 歲以上(占率 5.5%)、65-74 歲(占率 4.8%)、14 歲以下(占率 1.3%)。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相似。(如表 2-4-3)。

表 2-4-3、2017 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	120	1.3	215	1.3	335	1.3
15-24	1,317	13.8	2,715	16.8	4,032	15.7
25-34	2,009	21	3,531	21.8	5,540	21.5
35-44	2,133	22.3	4,131	25.6	6,264	24.3
45-54	1,574	16.4	2,776	17.2	4,350	16.9
55-64	1,110	11.6	1,456	9	2,566	10
65-74	630	6.6	600	3.7	1,230	4.8
75 以上	680	7.1	733	4.5	1,413	5.5
不詳	1	0	4	0	5	0
總計	4,714	100	7,650	100	12,364	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(50.6%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)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 2-4-4)。

表 2-4-4、2017 年 1-10 月自殺企圖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	4,161	43.5	8,858	54.8	13,019	50.6
以家用瓦斯自殺及自為中毒	120	1.3	56	0.3	176	0.7
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	1,045	10.9	685	4.2	1,730	6.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	639	6.7	520	3.2	1,159	4.5
溺水(淹死)自殺及自傷	307	3.2	408	2.5	715	2.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	17	0.2	1	0	18	0.1
切穿工具自殺及自傷	2,089	21.8	5,054	31.3	7,143	27.8
由高處跳下自殺及自傷	655	6.8	854	5.3	1,509	5.9

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」(39.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(25.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(17.0%)。15-24 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」(40.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(40%)、「由高處跳下自殺及自傷」(8.1%)。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」(44.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(36.4%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.9%)。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」(52.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(27.6%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.9%)。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」(57.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(21.2%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.5%)。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」(56.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(15.5%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(7.5%)。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」(57.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(14.6%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(9.9%)。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」(62.3%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(11.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(10.8%)。(如表 2-4-5)

表 2-4-5、2017 年 1-10 月自殺企圖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	25.7	40.1	44.3	52.7	57.8	56.8	57.1	62.3
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.3	0.1	0.5	0.8	0.9	1.1	0.8	0.6
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	0.9	5.3	7.9	7.9	7.5	7.1	4.8	1.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5.4	3	3	3.1	4.3	7.5	9.9	11.3
溺水(淹死)自殺及自傷	1.5	2.2	2.4	2.5	3	3.5	4.5	4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0
切穿工具自殺及自傷	39.4	40	36.4	27.6	21.2	15.5	14.6	10.8
由高處跳下自殺及自傷	18.2	8.1	6.2	5.1	4.9	4.8	5.7	3.9

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 36.1%、女 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(男 33.8%、女 39.2%)及「工作／經濟」(男 13.8%、女 7.6%) 。(如表 2-4-6)。

表 2-4-6、2017 年 1-10 月自殺企圖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	3,456	36.1	8,323	51.5	11,779	45.8
精神健康／物質濫用	3,235	33.8	6,338	39.2	9,573	37.2
工作／經濟	1,321	13.8	1,236	7.6	2,557	9.9
生理疾病	981	10.2	832	5.1	1,813	7.0
校園學生問題	162	1.7	324	2.0	486	1.9
迫害問題	43	0.4	154	1.0	197	0.8
其他原因	585	6.1	772	4.8	1,357	5.3
無法說明及不詳	2,044	21.3	2,384	14.8	4,428	17.2

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」(49.0%)、「校園學生問題」(35.5%)、「精神健康／物質濫用」(21.2%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(52.3%)、「精神健康／物質濫用」(34.0%)、「校園學生問題」(7.8%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(53.3%)、「精神健康／物質濫用」(36.1%)、「工作／經濟」(12.6%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(49.8%)、「精神健康／物質濫用」(38.6%)、「工作／經濟」(11.5%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(43.2%)、「情感／人際關係」(40.8%)、「工作／經濟」(12.4%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(40.8%)、「情感／人際關係」(37.2%)、「生理疾病」(14.9%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(31.2%)、「精神健康／物質濫用」(31.1%)、「情感／人際關係」(28.9%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(40.8%)、「精神健康／物質濫用」(28.8%)、「情感／人際關係」(24.3%)。(如表 2-4-7)。

表 2-4-7、2017 年 1-10 月自殺企圖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	49.0	52.3	53.3	49.8	40.8	37.2	28.9	24.3
精神健康／物質濫用	21.2	34.0	36.1	38.6	43.2	40.8	31.1	28.8
工作／經濟	0	7.6	12.6	11.5	12.4	9.0	4.2	0.6
生理疾病	0.9	0.7	1.0	2.3	5.5	14.9	31.2	40.8
校園學生問題	35.5	7.8	0.6	0.1	0.2	0.2	0	0
迫害問題	3.0	0.9	0.8	0.8	0.7	0.5	0.5	0.2
其他	12.5	6.2	4.8	4.6	5.4	5.1	5.0	6.2
不願說明或無法說明	10.7	15.0	16.2	17.7	18.0	18.9	19.3	19.4

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 2017 年 1-10 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.4 次，尚未達到平均次數之縣市有基隆市(平均 4.2 次)、臺北市(平均 4.7 次)、苗栗縣(平均 4.7 次)、屏東縣(平均 5.1 次)、彰化縣(平均 5.5 次)、嘉義市(平均 5.5 次)、雲林縣(平均 5.6 次)、花蓮縣(平均 5.6 次)、新竹市(平均 5.7 次)、新竹縣(平均 6.1 次)、宜蘭縣(平均 6.2 次)、高雄市(平均 6.3 次)。(如表 2-4-8)。

表 2-4-8、2017 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表

	2017 年 1-10 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.4	4	6	69	0
臺北市	4.7	3.3	5	27	1
新北市	7.3	4.2	8	39	0
基隆市	4.2	2.4	4	22	1
宜蘭縣	6.2	3.6	6	21	0
桃園市	7.3	4.3	7	35	1
新竹市	5.7	3.3	5	34	1
新竹縣	6.1	3	7	21	0
苗栗縣	4.7	3	5	19	0
臺中市	6.4	3.5	7	29	0
彰化縣	5.5	3.2	6	21	1
南投縣	9.1	5	9	27	0
雲林縣	5.6	2.8	6	26	1
嘉義市	5.5	4	6	30	1
嘉義縣	6.8	7.4	5	50	0
臺南市	6.8	3.6	7	46	0
高雄市	6.3	3.9	6	69	0
屏東縣	5.1	2.8	6	20	0
臺東縣	7	4.1	7	22	0
花蓮縣	5.6	2.9	6	19	0
澎湖縣	6.5	4.4	6.5	17	1
金門縣	7.1	4.4	8	26	1
連江縣	8.5	5	6.5	19	4

(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 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占

2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(25.5%)、花蓮縣(23.4%)、高雄市(20.4%)。家暴被害人占率最高的為澎湖縣(12.9%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(9.7%)。(如表 2-4-9)。

表 2-4-9、2017 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	15.3	1.3	0.4	0.8	4.7	5.9	2.8	3.3	0.2
臺北市	16.4	1.7	0.8	0.9	4.8	6.7	2.8	2.5	0.1
新北市	14.5	0.8	0.2	0.6	4.2	5.2	2.5	4.1	0.2
基隆市	16.6	1.1	1.1	1.1	4	9.8	3.6	3	0.2
宜蘭縣	19.9	1.7	0.8	0.8	4.3	8.1	1.9	2.8	0.5
桃園市	14.1	1.1	0.4	1.1	4.2	4.6	1.7	3.5	0.2
新竹市	8.1	0.7	0.7	1.6	5.9	8.1	2.3	4.3	0
新竹縣	11	0.3	0.2	1.5	3.9	7.9	1.8	5.1	0.3
苗栗縣	10	0.3	0.2	0.3	3.5	6.1	2.6	2.6	0.5
臺中市	11.7	1.6	0.4	1.1	4.7	5.2	3.8	2.1	0.2
彰化縣	19.7	0.9	0.7	0.2	5.8	7	3.1	2.8	0.5
南投縣	14.5	1.1	0.2	0.3	5.4	10.1	1.8	5.4	0.5
雲林縣	11.4	0.1	1.1	1.1	6.6	7	1.9	3.1	0.4
嘉義市	10.8	0.6	0.6	0	9.7	8.3	1.9	3.9	0.6
嘉義縣	11.6	0	0.4	1.2	6.4	6.8	1.8	2.2	0
臺南市	15.3	1.8	0.4	0.6	3.7	4	3.6	3.4	0.2
高雄市	20.4	2.2	0.5	0.7	5.3	5.9	3.9	2.8	0.1
屏東縣	17.9	3.1	0.1	0.5	5.7	6.2	2.6	2.7	0
臺東縣	25.5	0.3	0	0.7	6.6	3.1	3.4	4.5	0.7
花蓮縣	23.4	2.7	0.4	1.8	4.1	6.4	3.5	4.3	0
澎湖縣	15.7	0	0	0	2.9	12.9	0	0	0
金門縣	7.3	0	1.8	0	5.5	7.3	3.6	1.8	0
連江縣	12.5	0	0	0	0	12.5	0	12.5	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. 滾動式修正策略建議

1) 依照需求說明書內容辦理，按月寄發之自殺通報關懷月報表須含滾動式修正策略建議以修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
2) 自 2017 年 3 月交付全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議後，於每月各縣市通報個案特性分析表附上滾動式修正策略建議。(如附件 2.4.3)
3) 滾動式修正策略建議內容針對月報表中數據加以判讀，並由中心編寫自殺防治策略的修正建議，供各縣市衛生局參考。
4) 追蹤各縣市衛生局執行情形，包含執行結果與意見回饋。(如附件 2.4.4)

3. 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，2016 年通報人次較 2015 年略降，為 28,996 人次，2017 年 1 月至 10 月通報人次為 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性 1.69 倍。全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，而 2016 年為 7.2。

在自殺方法選擇上，2017 年 1-10 月自殺通報個案最常使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(50.6%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)。

自殺原因方面，2017 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，2017 年 1-10 月通報個案中，精照列管個案占 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占 2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。

2)根據各縣市每月通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。
3)持續檢測自殺通報資料撈取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防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部。(參照章節 6.10 輔助自殺關懷訪視

作業及自殺防治通報系統之功能增修)

5)建議與改善：

本中心根據 2015 年、2016 年自殺死亡數據及自殺通報數據得知，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，藉由各項數據及 2016 年實務督導訪查紀錄擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

指標性策略主要對象為高自殺風險個人，也就是曾經有自殺企圖的個案，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務為主要工作。自殺防治通報系統的功能增修為重要的一環，中心除了每月分析自殺通報數據外，亦持續收集各縣市使用者對於系統的增修建議，並提供系統維護廠商做為年度增修的參考，以期自殺防治通報系統能更加完善。

五、 附件

附件 2.4.1 2017 年 10 月自殺通報月報表

附件 2.4.2 2017 年 10 月臺北市通報個案特性分析表

附件 2.4.3 2017 年 10 月滾動式修正策略建議彙整

附件 2.4.4 各縣市滾動式修正策略建議執行情形

精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

1) 緣起

自殺防治措施的預期效果必須反映在問題的盛行率和嚴重性上，為了使防治措施發揮功效，必須考量影響身心健康的多重因素，包括生物的、心理的及社會的相關因素，防治措施的預期效果必須受到民眾及社會的認同。有效的自殺防治措施必須仰賴下列事項：(1)找出針對個人及群整體的危險因素；(2)危險因子與問題之間因果關係的強度；以及(3)危險因子的可改變。

本研究的主要策略規劃依據，來自於下列主要資料分析結果。死因統計檔，提供自殺身亡者的資訊，是判斷自殺問題盛行情況及嚴重性的重要依據。若能即時、定期取得完整及準確之死亡檔資料，便可進一步與即時的自殺通報資料(自殺企圖與關懷追蹤資料)串聯，做為評估再自殺與死亡之間的關係或關懷追蹤成效的依據。此外，透過自殺死亡檔與全民健保資料的串聯，可以分析自殺身亡者生前的醫療服務利用型態，藉以找出更明確的介入點，並確認醫療服務系統各環節所應扮演的自殺防治角色與功能。健保資料串連亦可提供最新分析結果，做為各地區即時的自殺防治策略擬定之重要參考依據。

2) 背景

根據衛福部統計，國內於精神科就診人數正逐年提升，不論男性、女性，均以 45-54 歲及 55-64 歲為就診人數較多之年齡層，且就 2016 年自 殺通報系統中，在通報系統自殺原因為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病占率均居最高，在男性占率 27.9%；女性占率 34.9%，且根據中心過去研究發現具有精神病史是再自殺死亡相當重要的危險因子，因此精神疾患在自殺企圖或自殺死亡群裡皆是相當重要的議題。

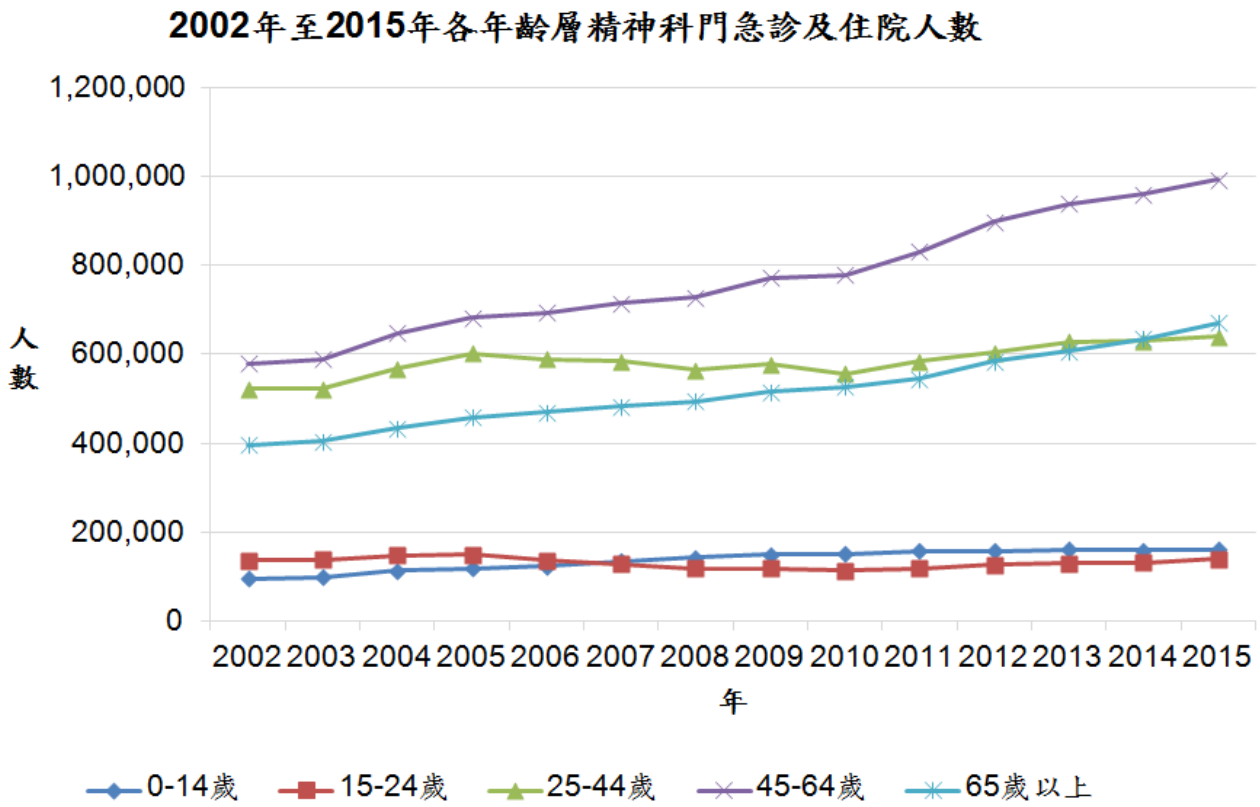


圖 3-1-1、2002 年至 2015 年各年齡層精神科門急診、住院人數

而根據世界衛生組織的公布，全球每四人當中就會有一人在一生中遭遇精神疾病的問題。國際衛生組織的最新報告就顯示，全世界接受醫療衛生服務的人口中，有 1/4 是 患有精神疾病，因罹患精神神精疾病，造成的「失能生命人年(DALYs)」，已佔各種疾病或傷害的 11.5%，估計到了 2020 年還會上昇到 15%。這都顯見精神疾病患者的議題是普遍存在各個群。由於心理解剖研究發現精神疾病是自殺死亡重要的危險因子之一(Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003)，也因此如何針對精神疾患制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

(Anderberg, Bogren, Mattisson, & Bradvik, 2016)採取大規模世代研究，將 1947-1997 生活在瑞典的居民，利用田野調查訪問當地居民並追蹤 54-64 年後，發現到沒有罹患任何精神疾患、罹患一種精神疾患、一種以上精神疾患其自殺風險分別為 0.3%、3.4%及 6.2%；只罹患憂鬱症自殺風險則為 6.0%，只有酒癮患者自殺風險則是 4.7%，而只要有心理疾病自殺風險則為 3.1%；然而一旦合併其他疾病，其自殺風險更是上升。

(Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, & Stress Research Group of the Japanese Society for, 2008)則利用文獻回顧方式，回顧 1990 年至 2007 年心理解剖文獻，發現有物質濫用之疾病史其自殺風險較一般人而言，約

是 5 倍(OR=5.24、95%CI=3.30-8.31)，而若是情感性疾患的話，自殺風險約是 13 倍(OR=13.4、95%CI=8.05-22.4)。

(Bertolote & Fleischmann, 2002)回顧了 1959 年至 2001 年世界各地的文獻 31 篇，將所有自殺個案是否為住院精神病患做為區分，比較一般大眾與住院的精神疾病患者的精神診斷差異，結果發現不論在哪一群，情感性疾患均為最常見之疾病、其中在共病的部分，所有研究一般大眾的文獻中，均指出情感性疾患合併物質濫用為最常見之共病症，特別是憂鬱症合併酒癮。(Ostergaard, Nordentoft, & Hjorthoj, 2017)在丹麥針對當地的物質濫用治療紀錄、死亡資料等進行研究，發現到有任何物質濫用的人都比沒有物質濫用的人有更高的自殺危險性，尤其以酒精濫用的人會有更高的自殺危險性(HR=1.99-2.70)。

就國內文獻回顧而言：鄭氏(Cheng, 1995)做過國內東台灣地區 116 自殺死亡者，發現到有 97%-100%均罹患 1 種或多種精神疾患在自殺死亡前，而同樣以罹患憂鬱症及酒癮為最常見的精神疾病，此部分研究與國外相似而國內台北榮總青少年身心科曾以病歷回顧方式，將 12-18 歲住進精神科急性病房之自殺意圖與個人狀況做分析，發現在有自殺意圖之個案以憂鬱症所占比例最高其次為雙極性情感性疾病及思覺失調症。

劉氏(Liu et al., 1996)對曾在精神科住院者中有自殺行為者佔總住院者之 0.91%，而 2/3 者具有憂鬱或思覺失調症的診斷，且大部份發生在隱蔽的地方且大多病患使用非暴力的方法。白氏(Bai, Liu, & Lin, 1997)，1997)發現思覺失調症的危險因子為過去具有自殺行為史，憂鬱症者為住院時有自殺行為，而其他診斷者則為在住院時具有暴力情形。(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000)亦曾做過病例對照研究針對台灣東部 113 位自殺死亡者，採用心理解剖方式，研究自殺死亡之危險因子，包含曾有重大失落、一等親友有過自殺行為、患有憂鬱症、情緒不穩的人格異常疾病患者及有物質濫用情況者，均對自殺危險性增高。

綜合國內外獻均指出精神疾病患者之自殺議題在自殺防治上不容忽視，精神疾病患者除自傷及自殺外，對於社會及家庭所造成的負擔也格外巨大，因此如何針對精神病患做出有效的防治策略，及後續追蹤、關懷；並適當的轉介顯得格外重要。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來精神疾患自殺之趨勢以及精神疾患的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報資料庫與健保資料庫，進行資料串連與分析。藉以訂定出精神疾患之自殺防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

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：死亡個案之情形記錄。

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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2006 年至 2015 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。

d. 資料串聯：以個人身份証字號與死因統計檔、全民健康保險資料庫進行串聯。

(3) 2005 年至 2015 年全民健康保險資料

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) 資料庫串聯方式

(1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_門急診分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_西醫住院分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(3) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2006 年-2015 年全民健保承保檔與 2006 年-2015 年死因統計檔進行串聯後，再利用隨機配對方式進行資料

篩選。

3) 串聯分析重點

(1) 藉由全民健保資料庫與死因統計檔串聯，了解精神疾患病人之就診科別及診斷與自殺死亡之相關性，藉以找出防治策略之介入點。

(2) 藉由全民健保資料庫與自殺通報資料庫及死因統計檔串聯，了解自殺企圖者之精神醫療資源利用情況，並找出防治策略之介入點。

4)研究方法

(1) 利用自殺死亡個案(病例組)之性別及出生年配對無死亡個案、或死因非自殺之個案(對照組)，並將病例組及配對組按 1：10 之比例配對。

(2) 利用病例對照研究法以找出病例組及對照組之就醫診斷及就診科別差異，以利自殺風險性較高的精神疾患之就診科別及診斷特徵判斷。

(3) 名詞解釋：Population attributable fraction (PAF)—有多少比例之暴露群發生率可歸因於一特定暴露；Odds ratio (OR)—在病例對照研究中，實驗組中發生疾病的勝算或危險性/對照組中發生該疾病的勝算或危險性。

(4) 就診診斷依 ICD9 診斷碼初分類共可分為 18 類分別是傳染病及寄生蟲病、腫瘤、內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患、血液及造血器官之疾病、精神疾患 、神經系統及感覺器官之疾病 、循環系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、泌尿生殖系統疾病 、妊娠、生產及產褥期之併發症、皮膚及皮下組織疾病、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病、先天畸形 、周產期病態 、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態 、損傷及中毒、需要醫療服務之其他原因 (V 分類)(詳如表 3-1-16)。

(5) 就醫診斷細分類部分，則依據衛生福利部統計處公布之全民健康醫療保險統計年報分析之疾病別，共 24 類，分別為結核病、病毒性肝炎、惡性腫瘤、糖尿病、精神官能症及人格異常、眼及其附屬器官之疾患、耳及乳突之疾患、高血壓疾病、心臟病 、腦血管疾病、急性上呼吸道感染、流行性感冒、支氣管炎、肺氣腫及氣喘、肺炎、胃及十二指腸之潰瘍、闌尾炎、腹腔疝氣、腎炎、腎徵候群及腎變性病、膀胱炎、尿結石、攝護腺肥大、直接生產病態、正常生產(詳如表 3-1-16)。

(6) 就醫診斷在精神疾患的部分，將診斷碼 290-319 進行逐一分析，共 30 類精神疾患，其中 3004 精神性憂鬱症及憂鬱症(2962、2963、3004、311)另外單獨分析(詳如表 3-1-16)。

(7) 就醫科別部分則分別依據 Health01_全民健保處方及治療明細檔_門急診之及 Health02_全民健保處方及治療明細檔_住院兩個資料庫之科別分類，進行分析，共 45 個科別，分別為不分科、家醫科、內科、外科、

小兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、整形外科、急診醫學科、職業醫學科、麻醉科、放射科、病理科、核醫科、結核科、洗腎科、消化內科(胃腸內科)、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、潛醫科、胸腔暨重症加護科、直腸外科、心臟血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科、新生兒科、疼痛科、居家護理、放射診斷科、放射腫瘤科學科、脊椎骨科。

5)研究會議討論

日期	討論內容	會議決議及執行結果
3/6	研究方法及方向討論及實證研究資料分析檔案年份確認。	1. 採用巢式病例對照研究法。 2. 分析期程之規劃。 3. 依各實證研究案成立研究小組，並指派負責人。 4. 規劃分析期程，下半年期程詳如執行成果。
3/13	針對死因統計檔及全民健保檔串連、分析內容做初步討論	1. 利用健保承保檔與死因統計檔串聯後，利用隨機配對以篩選出病例組及對照組，再分析其就診科別及就醫診斷。 2. 將程式碼各段及使用資料庫之說明，製作成簡報檔。
3/20	針對健保承保檔串連方式以及病例配對程式碼進行修正	將歷年健保承保檔直接進行合併，不針對 ID 及 ID1 之內容做額外篩選，並利用健保承保檔個案之生日、性別，以相同之最多筆數進行篩選及確認後，再與死因統計檔進行串聯。
4/10	針對修正後之程式碼進行確認	待取得初步分析結果後再進一步討論。
9/18	針對對照組及病例組配對結果進行確認	將病歷組與對照組門急診就醫次數、門急診就醫診斷、門急診就診科別、住院次數、住院診斷及住院科別做次數分析。

日期	討論內容	會議決議及執行結果
10/24	針對對照組及病例組分析結果進行數據解讀及報告撰寫方向確認	1. 計算病例組及對照組在各就診科別及就診診斷上之比例是否具有顯著差異，並計算 p 值。 2. 搜尋精神疾病與自殺相關之文獻 2 篇，將文獻摘要一併寫入期末報告中。
11/27	針對分析結果進行策略討論	1. 計算各疾病診斷之 PAF 值。 2. 擇定各門急診、住院科別 OR 值前 10 名及門急診、住院診斷 OR 值前 10 名及 PAF 前 10 名。

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. IRB 申請：1 月底至 4 月初

1) 1 月 11 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2) 1 月 20 日依臺大醫院研究倫理委員會修正 IRB 計畫書、計劃書摘要及前後對照表後回傳，以繼續進行 IRB 變更申請。

3) 4 月 10 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」資料申請相關事宜：4 月份至 7 月份

1) 4 月 10 日郵寄新案資料申請案表單、特殊需求申請書及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行新案件申請。

2) 4 月 14 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信要求針對新案申請表單進行內容修正及過往案件成果回饋，並於 4 月 18 日將修正後之申請單及成果回饋寄回。

3) 6 月 3 日統計處將複審之審查意見表寄至中心，並於當日填具完成後回傳。

4) 6 月 16 日統計處來函通知進行繳費，6 月 20 日與統計處申請 H105047 天數移轉至新案上，6 月 22 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」重新將繳費通知寄至中心。

5)6 月 29 日將案件編號 H106087 之繳費收據回傳至衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

3. 資料分析：8 月份至 11 月份

1)8 月 9 日、8 月 14 日、8 月 16 日、8 月 23 日將 95 至 104 年死因統計檔串聯、94 年至 104 年健保承保檔以及將病例組及對照組進行 1：10 之比例配對。

2)9 月 6 日、9 月 21 日、9 月 30 日、10 月 18 日、11 月 9 日進行資料分析，並進行資料攜出申請。

3)10 月 3 日衛生福利部統計處通知因分析結果仍可回推出小於 3 之細格，故予以攜出申請退件。

4)10 月 3 日、10 月 11 日將小於 3 之細格重新合併後，進行攜出申請。

四、 成果 (Product)

1. 分析結果

分析自殺通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之人次(詳見表 3-1-1)，各年齡層以 25-44 歲為最多，其次為 45-64 歲；若以占率來(詳見表 3-1-2)看，在歷年通報中，則以 25-44 歲及 45-64 歲兩個年齡層彼此輪替占率最高之年齡層，而 0-14 歲與 65 歲以上之群，不論在人次或占率，近五年均呈現增加趨勢。

表 3-1-1、2006 年至 2014 年歷年通報中「過去有精神病史」之人次

年份	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	總計
2006	22	791	2,743	856	174	4,586
2007	27	1,177	4,300	1,383	250	7,137
2008	34	1,166	5,058	1,702	282	8,242
2009	34	1,122	5,405	2,109	327	8,997
2010	41	1,090	5,600	2,368	363	9,462
2011	60	1,082	5,363	2,447	391	9,343
2012	44	1,118	5,566	2,614	408	9,750
2013	40	972	5,079	2,693	435	9,219
2014	70	1,108	5,176	2,857	506	9,717
2015	79	1,285	5,262	3,061	531	10,218
2016	82	1,281	4,606	2,750	615	9,334

表 3-1-2、2006 年至 2014 年歷年通報中各年齡層「過去有精神病史」之占率

年份	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2006	15.4	20.6	27.1	23.3	12.5
2007	16.3	27.5	35.5	29.1	14.6
2008	16.5	28.4	39.0	33.1	15.7
2009	16.3	28.3	39.4	35.6	16.4
2010	16.1	28.0	39.9	36.4	16.6
2011	19.5	27.2	40.1	38.2	18.4
2012	16.0	26.9	38.3	37.1	16.5
2013	15.3	25.3	36.1	36.8	16.7
2014	19.3	27.4	36.7	36.8	18.3
2015	20.8	29.3	37.0	38.0	18.6
2016	22.1	29.3	34.1	35.4	20.5

歷年自殺企圖者在精神科開立精神疾患診斷比例有逐漸提高，而在非精神科的部分近年則都維持在四成七上下，而精神科診斷比例較非精神科比例少將近一成，有可能是自殺企圖者較常於非精神科就診，因此如何提高非精神科正確診治精神疾患顯得相當重要。(表 3-1-3)

表 3-1-3、2006 年至 2014 年自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用

指標企圖日年份 (總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷 N(%)	非精神科精神疾患診斷 N(%)
2006(n=17647)	6781(38.4)	8843(50.1)
2007(n=19018)	6865(36.1)	9170(48.2)
2008(n=18891)	6749(35.7)	8897(47.1)
2009(n=19246)	6863(35.7)	8824(45.8)
2010(n=19377)	7204(37.2)	9043(46.7)
2011(n=18476)	6985(37.8)	8675(47)
2012(n=19331)	7496(38.8)	9171(47.4)
2013(n=18752)	7329(39.1)	8871(47.3)
2014(n=19090)	7715(40.4)	8971(47)
2015(n=19310)	7987(41.4)	9101(47.1)
總計(n=189138)	71974(38.1)	89566(47.4)

由自殺關懷通報資料檔串連健保資料庫可發現到，女性在自殺企圖日

前一年於精神科有精神疾患診斷之比例歷年均高於男性，女性雖然在2007年於精神科被開立精神疾患診斷比例降至四成以下，但2012年隨即回到四成以上；男性例年則小於四成有於精神就診之紀錄；而不論男女，非精神科之精神疾患診斷比例均高於精神科開立診斷比例，其中在男性部分精神科與非精神科開立診斷比例差距較女生大，有可能是因為男性自殺企圖者在精神科就診上仍有其他困難(例如較不願意就醫及求助)。(表3-1-4)

表3-1-4、2006年至2014年自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用-性別

性別	男性		性別	女性	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=6031)	2076(34.4)	2775(46)	2006(n=11616)	4705(40.5)	6068(52.2)
2007(n=6616)	2154(32.6)	2960(44.7)	2007(n=12402)	4711(38)	6210(50.1)
2008(n=6916)	2200(31.8)	3038(43.9)	2008(n=11975)	4549(38)	5859(48.9)
2009(n=7254)	2342(32.3)	3080(42.5)	2009(n=11992)	4521(37.7)	5744(47.9)
2010(n=7407)	2492(33.6)	3220(43.5)	2010(n=11970)	4712(39.4)	5823(48.6)
2011(n=7048)	2483(35.2)	3118(44.2)	2011(n=11428)	4502(39.4)	5557(48.6)
2012(n=7663)	2652(34.6)	3356(43.8)	2012(n=11668)	4844(41.5)	5815(49.8)
2013(n=7652)	2784(36.4)	3438(44.9)	2013(n=11100)	4545(40.9)	5433(48.9)
2014(n=7688)	2859(37.2)	3395(44.2)	2014(n=11402)	4856(42.6)	5576(48.9)
2015(n=8078)	3037(37.6)	3616(44.8)	2015(n=11232)	4950(44.1)	5485(48.8)
總計(n=72353)	25079(34.7)	31996(44.2)	總計(n=116785)	46895(40.2)	57570(49.3)

若以年齡層分析，可發現到65歲以上之自殺企圖個案為各年齡層於精神科之診斷比例最低，歷年均低於三成；其次為0-24歲之群自殺企圖前一年於精神科被開立精神疾患診斷歷年均將近三成，而25-44歲及45-64歲均有超過四成於精神科被開立精神疾患診斷。結果顯示65歲以上自殺企圖者可能較其他年齡層沒有受到妥善的治療。因此如何強化65歲以上自殺企圖者後續轉介精神科做適當治療會是重要的一環。(表3-1-5)

表 3-1-5、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層

年齡層	0-24 歲		年齡層	25-44 歲	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3650)	1375(37.7)	1415(38.8)	2006(n=9172)	3828(41.7)	4678(51)
2007(n=3657)	1219(33.3)	1256(34.3)	2007(n=9628)	3790(39.4)	4688(48.7)
2008(n=3435)	1036(30.2)	1122(32.7)	2008(n=9501)	3749(39.5)	4444(46.8)
2009(n=3255)	1030(31.6)	1047(32.2)	2009(n=9528)	3680(38.6)	4291(45)
2010(n=3235)	1038(32.1)	1019(31.5)	2010(n=9317)	3831(41.1)	4251(45.6)
2011(n=3286)	1066(32.4)	1026(31.2)	2011(n=8662)	3568(41.2)	3961(45.7)
2012(n=3320)	1089(32.8)	1027(30.9)	2012(n=8912)	3750(42.1)	4144(46.5)
2013(n=2995)	928(31)	956(31.9)	2013(n=8540)	3652(42.8)	3879(45.4)
2014(n=3247)	1112(34.2)	965(29.7)	2014(n=8354)	3649(43.7)	3817(45.7)
2015(n=3407)	1285(37.7)	1083(31.8)	2015(n=8243)	3626(44)	3651(44.3)
總計(n=33487)	11178(33.4)	10916(32.6)	總計(n=89857)	37123(41.3)	41804(46.5)

表 3-1-5、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層(續)

年齡層	45-64 歲		年齡層	65 歲以上	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3460)	1252(36.2)	1981(57.3)	2006(n=1365)	326(23.9)	769(56.3)
2007(n=4125)	1454(35.2)	2293(55.6)	2007(n=1608)	402(25)	933(58)
2008(n=4286)	1559(36.4)	2390(55.8)	2008(n=1669)	405(24.3)	941(56.4)
2009(n=4628)	1686(36.4)	2506(54.1)	2009(n=1835)	467(25.4)	980(53.4)
2010(n=4839)	1833(37.9)	2689(55.6)	2010(n=1986)	502(25.3)	1084(54.6)
2011(n=4594)	1848(40.2)	2619(57)	2011(n=1934)	503(26)	1069(55.3)
2012(n=4933)	2076(42.1)	2808(56.9)	2012(n=2166)	581(26.8)	1192(55)
2013(n=4921)	2134(43.4)	2745(55.8)	2013(n=2296)	615(26.8)	1291(56.2)
2014(n=5131)	2293(44.7)	2853(55.6)	2014(n=2358)	661(28)	1336(56.7)
2015(n=5204)	2372(45.6)	2953(56.7)	2015(n=2456)	704(28.7)	1414(57.6)
總計(n=46121)	18507(40.1)	25837(56)	總計(n=19673)	5166(26.3)	11009(56)

在自殺關懷通報檔過去精神病史一欄勾選有之自殺企圖個案，在自殺企圖前一年有將近八成五的個案於精神科被開立精神疾患診斷，在過去精神病史一欄勾選無之自殺企圖個案歷年均有一成多於精神科被開立精神疾患診斷之紀錄；可以看出訪員在詢問自殺企圖個案仍有進步的空間，以強化該欄位之準確性，並強化個案後續確實就醫及服藥遵從性。(表 3-1-6)

表 3-1-6、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-通報中過去精神病史

過去精神病史	有		過去精神病史	無	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3875)	3223(83.2)	2797(72.2)	2006(n=4721)	695(14.7)	1801(38.1)
2007(n=4756)	3894(81.9)	3376(71)	2007(n=5768)	724(12.6)	2149(37.3)
2008(n=4955)	4025(81.2)	3392(68.5)	2008(n=6282)	732(11.7)	2273(36.2)
2009(n=5024)	4060(80.8)	3413(67.9)	2009(n=6356)	806(12.7)	2283(35.9)
2010(n=5058)	4101(81.1)	3341(66.1)	2010(n=6134)	866(14.1)	2245(36.6)
2011(n=4790)	3911(81.6)	3245(67.7)	2011(n=6071)	861(14.2)	2282(37.6)
2012(n=4765)	3931(82.5)	3202(67.2)	2012(n=6162)	977(15.9)	2356(38.2)
2013(n=4359)	3702(84.9)	2933(67.3)	2013(n=6401)	1033(16.1)	2458(38.4)
2014(n=4616)	3953(85.6)	3022(65.5)	2014(n=6691)	1119(16.7)	2606(38.9)
2015(n=4749)	4081(85.9)	3108(65.4)	2015(n=6676)	1176(17.6)	2586(38.7)
總計(n=46947)	38881(82.8)	31829(67.8)	總計(n=61262)	8989(14.7)	23039(37.6)

以自殺關懷通報資料檔內過去是否有精神病史而言，在過去精神病史為不詳者，各年大致有三成左右之自殺企圖者在自殺企圖前一年於精神科被開立精神疾患診斷，而四成左右的自殺企圖者曾經有在其他科別被開立精神疾患診斷，顯示個案若回答過去精神病史為不詳時，仍有將近三成個案在自殺企圖日之前仍有在精神科被開立精神疾患之診斷之紀錄。(表 3-1-6)

表 3-1-6、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-通報中過去精神病史(續)

過去精神病史	不詳	
指標企圖日年份 (總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)
2006(n=9051)	2863(31.6)	4245(46.9)
2007(n=8494)	2247(26.5)	3645(42.9)
2008(n=7654)	1992(26)	3232(42.2)
2009(n=7866)	1997(25.4)	3128(39.8)
2010(n=8185)	2237(27.3)	3457(42.2)
2011(n=7615)	2213(29.1)	3148(41.3)
2012(n=8404)	2588(30.8)	3613(43)
2013(n=7992)	2594(32.5)	3480(43.5)
2014(n=7783)	2643(34)	3343(43)
2015(n=7885)	2730(34.6)	3407(43.2)
總計(n=80929)	24104(29.8)	34698(42.9)

若進一步分析自殺企圖個案於指標企圖日前一年之精神疾患診斷來看，以精神官能症之比例最高，歷年均有三成五以上；若再針對精神官能症細分，可發現精神官能憂鬱症之比例佔精神官能症診斷比例將近一半以上，其中精神官能性憂鬱症(憂鬱症輕症)，歷年均有一成七以上；其次為情感性精神病，歷年均有一成九至兩成，緊接著是比例第三高的是特定症狀或徵候群，歷年比例也有將近一成六至一成七，且比例有逐年提高的跡象，也因此給予自殺企圖個案之精神疾患適當的醫療資源，便是自殺企圖者後續就診精神科重要的防治手段(表 3-1-7)。

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形

年份(自殺企圖總人數)	老年期及初老年期器質性精神病態 290	酒精性精神病 291	藥物性精神病 292	暫時性器質性精神病態 293	其他器質性精神病態(慢性)294	思覺失調症 295	情感性精神病 296
2006(n=17647)	112(0.6)	217(1.2)	540(3.1)	122(0.7)	253(1.4)	941(5.3)	4123(23.4)
2007(n=19018)	132(0.7)	240(1.3)	637(3.3)	112(0.6)	263(1.4)	966(5.1)	4043(21.3)
2008(n=18891)	131(0.7)	235(1.2)	588(3.1)	122(0.6)	250(1.3)	902(4.8)	3874(20.5)
2009(n=19246)	160(0.8)	244(1.3)	615(3.2)	130(0.7)	278(1.4)	920(4.8)	3723(19.3)
2010(n=19377)	156(0.8)	239(1.2)	769(4)	161(0.8)	296(1.5)	923(4.8)	3841(19.8)
2011(n=18476)	170(0.9)	256(1.4)	790(4.3)	176(1)	304(1.6)	876(4.7)	3505(19)
2012(n=19331)	214(1.1)	262(1.4)	870(4.5)	192(1)	320(1.7)	877(4.5)	3715(19.2)
2013(n=18752)	262(1.4)	253(1.3)	834(4.4)	165(0.9)	324(1.7)	883(4.7)	3438(18.3)
2014(n=19090)	271(1.4)	236(1.2)	762(4)	208(1.1)	347(1.8)	928(4.9)	3635(19)
2015(n=19310)	300(1.6)	294(1.5)	812(4.2)	209(1.1)	340(1.8)	908(4.7)	3704(19.2)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	源於兒童期之精神病 299	精神官能症 300	人格違常 301	性心理偏差及疾患 302	酒癮徵候群 303	藥癮 304	藥物濫用 305
2006(n=17647)	13(0.1)	6185(35)	591(3.3)	26(0.1)	713(4)	239(1.4)	1261(7.1)
2007(n=19018)	11(0.1)	6401(33.7)	467(2.5)	29(0.2)	698(3.7)	181(1)	1122(5.9)
2008(n=18891)	16(0.1)	6313(33.4)	389(2.1)	19(0.1)	694(3.7)	213(1.1)	1053(5.6)
2009(n=19246)	13(0.1)	6385(33.2)	367(1.9)	30(0.2)	728(3.8)	231(1.2)	1063(5.5)
2010(n=19377)	29(0.1)	6551(33.8)	349(1.8)	39(0.2)	744(3.8)	232(1.2)	1126(5.8)
2011(n=18476)	23(0.1)	6283(34)	301(1.6)	27(0.1)	679(3.7)	353(1.9)	1097(5.9)
2012(n=19331)	22(0.1)	6735(34.8)	316(1.6)	25(0.1)	735(3.8)	414(2.1)	1291(6.7)
2013(n=18752)	25(0.1)	6590(35.1)	306(1.6)	36(0.2)	736(3.9)	373(2)	1292(6.9)
2014(n=19090)	41(0.2)	6886(36.1)	289(1.5)	31(0.2)	729(3.8)	340(1.8)	1289(6.8)
2015(n=19310)	46(0.2)	7018(36.3)	273(1.4)	27(0.1)	717(3.7)	348(1.8)	1431(7.4)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	特定症狀或徵候群，NEC307	急性心理壓力反應 308	環境適應障礙 309	器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患 310	憂鬱性疾患，NEC311	行為障礙，NEC312	特發於兒童及青少年期之情緒障礙 313
2006(n=17647)	2036(11.5)	446(2.5)	950(5.4)	58(0.3)	1478(8.4)	50(0.3)	38(0.2)
2007(n=19018)	2217(11.7)	491(2.6)	888(4.7)	47(0.2)	1502(7.9)	48(0.3)	34(0.2)
2008(n=18891)	2302(12.2)	454(2.4)	974(5.2)	53(0.3)	1455(7.7)	43(0.2)	38(0.2)
2009(n=19246)	2430(12.6)	472(2.5)	959(5)	75(0.4)	1532(8)	58(0.3)	38(0.2)
2010(n=19377)	2656(13.7)	629(3.2)	1075(5.5)	73(0.4)	1604(8.3)	57(0.3)	49(0.3)
2011(n=18476)	2625(14.2)	716(3.9)	1089(5.9)	72(0.4)	1631(8.8)	72(0.4)	72(0.4)
2012(n=19331)	3017(15.6)	702(3.6)	1178(6.1)	70(0.4)	1773(9.2)	72(0.4)	52(0.3)
2013(n=18752)	2979(15.9)	697(3.7)	1192(6.4)	93(0.5)	1788(9.5)	86(0.5)	49(0.3)
2014(n=19090)	3221(16.9)	647(3.4)	1200(6.3)	64(0.3)	1870(9.8)	106(0.6)	71(0.4)
2015(n=19310)	3447(17.9)	670(3.5)	1173(6.1)	81(0.4)	1876(9.7)	90(0.5)	61(0.3)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	兒童期過動徵候群 314	與其他特定疾病相關之精神因素 316	輕度智能不足 317	其他特定智能不足 318	智能不足 319	精神官能性憂鬱症 3004
2006(n=17647)	28(0.2)	22(0.1)	39(0.2)	17(0.1)	15(0.1)	3205(18.2)
2007(n=19018)	34(0.2)	20(0.1)	36(0.2)	7(0)	22(0.1)	3218(16.9)
2008(n=18891)	38(0.2)	18(0.1)	53(0.3)	16(0.1)	23(0.1)	3111(16.5)
2009(n=19246)	59(0.3)	17(0.1)	39(0.2)	12(0.1)	22(0.1)	3145(16.3)
2010(n=19377)	63(0.3)	34(0.2)	57(0.3)	10(0.1)	45(0.2)	3252(16.8)
2011(n=18476)	79(0.4)	12(0.1)	54(0.3)	11(0.1)	43(0.2)	3182(17.2)
2012(n=19331)	68(0.4)	10(0.1)	52(0.3)	23(0.1)	46(0.2)	3340(17.3)
2013(n=18752)	75(0.4)	14(0.1)	42(0.2)	27(0.1)	42(0.2)	3239(17.3)
2014(n=19090)	126(0.7)	6(0)	62(0.3)	32(0.2)	46(0.2)	3313(17.4)
2015(n=19310)	106(0.5)	14(0.1)	51(0.3)	30(0.2)	37(0.2)	3340(17.3)

自殺企圖者前一年之精神疾患診斷比例最高的是情感性精神病，診斷比例由 2006 年的 9.4%逐漸下降至 2011 年 5.9%，2012 年至 2015 年則均維持在 5%上下；其次為思覺失調症歷年均維持在 2.5%，然而其比例也有逐漸下降的趨勢。(表 3-1-8)

表 3-1-8、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院

年份(自殺企圖總人數)	老年期及初老年期器質性精神病態 290	酒精性精神病 291	藥物性精神病 292	暫時性器質性精神病態 293	其他器質性精神病態(慢性)294	思覺失調症 295	情感性精神病 296	妄想狀態 297
2006(n=17647)	20(0.1)	135(0.8)	76(0.4)	26(0.1)	121(0.7)	498(2.8)	1666(9.4)	31(0.2)
2007(n=19018)	30(0.2)	133(0.7)	71(0.4)	33(0.2)	113(0.6)	493(2.6)	1425(7.5)	36(0.2)
2008(n=18891)	18(0.1)	133(0.7)	53(0.3)	21(0.1)	103(0.5)	486(2.6)	1259(6.7)	25(0.1)
2009(n=19246)	32(0.2)	128(0.7)	44(0.2)	25(0.1)	110(0.6)	450(2.3)	1184(6.2)	35(0.2)
2010(n=19377)	32(0.2)	139(0.7)	65(0.3)	36(0.2)	97(0.5)	476(2.5)	1208(6.2)	28(0.1)
2011(n=18476)	37(0.2)	132(0.7)	50(0.3)	32(0.2)	117(0.6)	418(2.3)	1092(5.9)	29(0.2)
2012(n=19331)	36(0.2)	152(0.8)	70(0.4)	35(0.2)	119(0.6)	430(2.2)	1090(5.6)	27(0.1)
2013(n=18752)	47(0.3)	137(0.7)	56(0.3)	36(0.2)	111(0.6)	436(2.3)	1046(5.6)	28(0.1)
2014(n=19090)	48(0.3)	147(0.8)	64(0.3)	37(0.2)	129(0.7)	455(2.4)	981(5.1)	23(0.1)
2015(n=19310)	43(0.2)	151(0.8)	82(0.4)	54(0.3)	116(0.6)	442(2.3)	1003(5.2)	20(0.1)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

年份(自殺企圖總人數)	其他非器質性精神病 298	精神官能症 300	人格違常 301	酒癮徵候群 303	藥癮 304	藥物濫用 305	心因性之生理功能障礙 306
2006(n=17647)	120(0.7)	667(3.8)	339(1.9)	229(1.3)	78(0.4)	184(1)	27(0.2)
2007(n=19018)	106(0.6)	591(3.1)	218(1.1)	193(1)	54(0.3)	159(0.8)	16(0.1)
2008(n=18891)	82(0.4)	527(2.8)	145(0.8)	187(1)	50(0.3)	118(0.6)	19(0.1)
2009(n=19246)	81(0.4)	496(2.6)	152(0.8)	170(0.9)	52(0.3)	121(0.6)	14(0.1)
2010(n=19377)	91(0.5)	517(2.7)	148(0.8)	203(1)	49(0.3)	130(0.7)	8(0)
2011(n=18476)	114(0.6)	508(2.7)	146(0.8)	196(1.1)	66(0.4)	136(0.7)	4(0)
2012(n=19331)	99(0.5)	486(2.5)	158(0.8)	224(1.2)	46(0.2)	167(0.9)	7(0)
2013(n=18752)	93(0.5)	480(2.6)	128(0.7)	200(1.1)	69(0.4)	144(0.8)	14(0.1)
2014(n=19090)	115(0.6)	465(2.4)	121(0.6)	204(1.1)	40(0.2)	132(0.7)	20(0.1)
2015(n=19310)	130(0.7)	492(2.5)	104(0.5)	195(1)	59(0.3)	165(0.9)	8(0)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

	特定症狀或徵候群，NEC307	急性心理壓力反應 308	環境適應障礙 309	器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患 310	憂鬱性疾患，NEC311	行為障礙，NEC312	兒童期過動徵候群 314
2006(n=17647)	76(0.4)	26(0.1)	354(2)	14(0.1)	836(4.7)	17(0.1)	5(0)
2007(n=19018)	81(0.4)	19(0.1)	260(1.4)	13(0.1)	723(3.8)	11(0.1)	5(0)
2008(n=18891)	67(0.4)	20(0.1)	233(1.2)	7(0)	701(3.7)	24(0.1)	9(0)
2009(n=19246)	50(0.3)	13(0.1)	255(1.3)	15(0.1)	664(3.5)	30(0.2)	14(0.1)
2010(n=19377)	74(0.4)	22(0.1)	283(1.5)	8(0)	723(3.7)	21(0.1)	13(0.1)
2011(n=18476)	54(0.3)	33(0.2)	234(1.3)	11(0.1)	648(3.5)	22(0.1)	12(0.1)
2012(n=19331)	69(0.4)	28(0.1)	225(1.2)	13(0.1)	703(3.6)	25(0.1)	13(0.1)
2013(n=18752)	64(0.3)	28(0.1)	238(1.3)	8(0)	654(3.5)	10(0.1)	13(0.1)
2014(n=19090)	71(0.4)	26(0.1)	217(1.1)	10(0.1)	631(3.3)	15(0.1)	14(0.1)
2015(n=19310)	71(0.4)	26(0.1)	191(1)	10(0.1)	617(3.2)	14(0.1)	13(0.1)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

	輕度智能不足 317	其他特定智能不足 318	智能不足 319	精神官能性憂鬱症
2006(n=17647)	26(0.1)	5(0)	20(0.1)	390(2.2)
2007(n=19018)	16(0.1)	5(0)	15(0.1)	328(1.7)
2008(n=18891)	9(0)	7(0)	22(0.1)	301(1.6)
2009(n=19246)	16(0.1)	5(0)	11(0.1)	262(1.4)
2010(n=19377)	15(0.1)	7(0)	18(0.1)	298(1.5)
2011(n=18476)	34(0.2)	6(0)	31(0.2)	292(1.6)
2012(n=19331)	17(0.1)	7(0)	10(0.1)	281(1.5)
2013(n=18752)	15(0.1)	6(0)	16(0.1)	261(1.4)
2014(n=19090)	26(0.1)	17(0.1)	21(0.1)	231(1.2)
2015(n=19310)	20(0.1)	14(0.1)	22(0.1)	242(1.3)

下表(3.1.9)為自殺死亡與非自殺死亡按 1:10 配對後，再依性別及年齡層進行次數分析，一共 42473 自殺個案，配到 424,730 控制組，其性別及出生年份分佈如下表 3-1-11。

表 3-1-9、隨機抽樣配對結果依性別

性別	對照組	病例組	總計
男	287,560	28,756	316,316
女	137,170	13,717	150,887

從就醫次數可發現到，病例組在平均門急診就醫次數遠高於對照組次數，顯示病例組對醫療資源的需求及利用是遠高於一般群眾。(表 3-1-10)

表 3-1-10 對照組及病例組門急診及住院醫療利用次數

配對組別	門急診就醫次數			住院次數		
	總人數	平均值	標準差	總人數	平均值	標準差
對照組	424,730	9.9	13.0	424,730	0.1	0.5
病例組	42,473	20.6	22.6	42,473	0.7	1.4

若進一步細看各科別平均就診次數，可發現病例組在精神科、家醫科、內科、麻醉科、血液腫瘤科平均就診次數均高於對照組將近一次以上，故可針對有此部分醫療使用特徵之病人，協助其使用心情溫度計，並進一步連結其他精神醫療、心衛資源。(表 3-1-11)

表 3-1-11、2006 年至 2015 年對照組及病例組各科別門急診就診次數

		個數	平均值	標準差	最小值	最大值	T 值	p-value
精神科	對照組	14693	6.8	6.6	1	111	-30.1	<0.0001
	病例組	14549	9.5	8.7	1	123		
洗腎科	對照組	1532	10.8	3.2	1	25	2.3	0.0205
	病例組	462	10.3	4.1	1	27		
神經外科	對照組	10355	2.9	2.9	1	53	-6.5	<.0001
	病例組	2603	3.4	3.6	1	53		
家醫科	對照組	162671	5.3	7.5	1	146	-33.9	<.0001
	病例組	20354	8.2	11.9	1	214		
內科	對照組	126208	4.9	6.8	1	234	-26.2	<.0001
	病例組	18367	6.9	10.0	1	176		

		個數	平均值	標準差	最小值	最大值	T 值	p-value
外科	對照組	54169	3.1	4.4	1	142	-10.2	<.0001
	病例組	9869	3.7	5.4	1	90		
小兒科	對照組	46745	3.1	4.3	1	86	-7.3	<.0001
	病例組	4150	3.9	6.2	1	81		
婦產科	對照組	46019	3.7	4.7	1	83	-6.0	<.0001
	病例組	5569	4.2	5.2	1	73		
骨科	對照組	65219	3.3	4.2	1	115	-15.7	<.0001
	病例組	9693	4.3	5.6	1	159		
神經科	對照組	27797	4.0	3.9	1	104	-9.5	<.0001
	病例組	7206	4.5	4.9	1	163		
整形外科	對照組	4729	2.8	3.6	1	108	-2.8	0.0059
	病例組	1282	3.1	3.7	1	39		
急診醫學科	對照組	46715	1.5	1.6	1	106	-33.5	<.0001
	病例組	16279	2.5	3.5	1	125		
麻醉科	對照組	174	3.3	5.1	1	42	-3.1	0.0022
	病例組	93	5.7	6.5	1	26		
血液腫瘤科	對照組	3342	5.8	6.3	1	52	-7.5	<.0001
	病例組	1156	7.6	7.6	1	50		
放射腫瘤科學科	對照組	1717	5.1	5.1	1	65	-5.6	<.0001
	病例組	782	6.5	6.1	1	49		

以門急診就診科別而言，自殺死亡之勝算比以精神科最高，將近 9.9 倍，且 Z 值為 173.3(P-value<0.05)達到統計上的顯著，此一結果顯示出於精神科就診紀錄比起沒有於精神科就診紀錄之自殺死亡風險高達 9.9 倍；其次為麻醉科(OR=5.3)、淺醫科(OR=4.9)、疼痛科(OR=4.6)、放射腫瘤科(OR=4.6)、胸腔暨重症加護科(OR=4.0)、急診醫學科(OR=3.5)、胸腔外科(OR=3.5)、洗腎科(OR=3.0)之勝算比亦遠高於其於科別，且均達統計上顯著。由上述分析可發現自殺死亡病人在自殺死亡之前較易使用在醫院科別分別是精神科、麻醉科、潛醫科、疼痛科、放射腫瘤科、洗腎科的醫療資源。(表 3-1-12)

而胸腔暨重症加護科(OR=4.0)、急診醫學科(OR=3.5)、胸腔外科(OR=3.5)較有可能是因為自殺死亡病人於死亡前送去醫療院所急救，故有較高的醫療使用度；然而仍需要進一步分析自殺死亡的人自殺前一個月至一週的分析的就醫需求。

表 3-1-12、2006 年至 2015 年對照組及病例組門急診就診情形

門急診就診科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
不分科	37501(8.8)	4802(11.3)	1.3	1.2-1.3	15.2	<0.05
家醫科	162671(38.3)	20354(47.9)	1.3	1.2-1.3	21.9	<0.05
內科	126208(29.7)	18367(43.2)	1.5	1.4-1.5	36.2	<0.05
外科	54169(12.8)	9869(23.2)	1.8	1.8-1.9	48.5	<0.05
小兒科	46745(11)	4150(9.8)	0.9	0.9-0.9	-7.0	<0.05
婦產科	46019(10.8)	5569(13.1)	1.2	1.2-1.2	12.5	<0.05
骨科	65219(15.4)	9693(22.8)	1.5	1.5-1.5	32.2	<0.05
神經外科	10355(2.4)	2603(6.1)	2.5	2.4-2.6	40.9	<0.05
泌尿科	26469(6.2)	4855(11.4)	1.8	1.8-1.9	36.7	<0.05
耳鼻喉科	119119(28)	11659(27.5)	1.0	1-1	-1.9	<0.05
眼科	94798(22.3)	10806(25.4)	1.1	1.1-1.2	11.2	<0.05
皮膚科	77936(18.3)	7858(18.5)	1.0	1-1	0.6	0.27
神經科	27797(6.5)	7206(17)	2.6	2.5-2.7	66.4	<0.05
精神科	14693(3.5)	14549(34.3)	9.9	9.6-10.2	173.3	<0.05
復健科	25951(6.1)	3907(9.2)	1.5	1.5-1.6	22.8	<0.05
整形外科	4729(1.1)	1282(3)	2.7	2.5-2.9	31.3	<0.05
急診醫學科	46715(11)	16279(38.3)	3.5	3.4-3.6	112.3	<0.05
職業醫學科	180(0)	26(0.1)	1.4	1-2.2	1.8	<0.05
麻醉科	174(0)	93(0.2)	5.3	4.2-6.9	13.0	<0.05
放射科	3218(0.8)	456(1.1)	1.4	1.3-1.6	6.9	<0.05
病理科	6727(1.6)	768(1.8)	1.1	1.1-1.2	3.4	<0.05
核醫科	174(0)	47(0.1)	2.7	2-3.7	6.0	<0.05
結核科	424(0.1)	124(0.3)	2.9	2.4-3.6	10.5	<0.05
洗腎科	1532(0.4)	462(1.1)	3.0	2.7-3.3	20.7	<0.05
消化內科(胃腸內科)	39616(9.3)	7221(17)	1.8	1.8-1.9	43.0	<0.05
心臟血管內科	33850(8)	5147(12.1)	1.5	1.5-1.6	26.3	<0.05
胸腔內科	19116(4.5)	3558(8.4)	1.9	1.8-1.9	32.7	<0.05
腎臟內科	9751(2.3)	2045(4.8)	2.1	2-2.2	29.8	<0.05
風濕免疫科	5967(1.4)	983(2.3)	1.6	1.5-1.8	14.3	<0.05
血液腫瘤科	3342(0.8)	1156(2.7)	3.5	3.2-3.7	36.0	<0.05
內分泌科	15956(3.8)	2482(5.8)	1.6	1.5-1.6	19.9	<0.05

門急診就診科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
感染科	3100(0.7)	794(1.9)	2.6	2.4-2.8	23.5	<0.05
潛醫科	87(0)	43(0.1)	4.9	3.4-7.1	8.6	<0.05
胸腔暨重症加護科	53(0)	21(0)	4.0	2.4-6.6	5.3	<0.05
直腸外科	6754(1.6)	1295(3)	1.9	1.8-2	21.2	<0.05
心臟血管外科	2553(0.6)	581(1.4)	2.3	2.1-2.5	17.8	<0.05
胸腔外科	1341(0.3)	466(1.1)	3.5	3.1-3.9	23.1	<0.05
消化外科	1700(0.4)	342(0.8)	2.0	1.8-2.3	11.8	<0.05
小兒外科	111(0)	15(0)	1.4	0.8-2.3	1.1	0.14
新生兒科	112(0)	5(0)	0.4	0.2-1.1	-1.8	<0.05
疼痛科	409(0.1)	190(0.4)	4.6	3.9-5.5	17.5	<0.05
居家護理	1080(0.3)	83(0.2)	0.8	0.6-1	-2.3	<0.05
放射診斷科	1228(0.3)	179(0.4)	1.5	1.2-1.7	4.7	<0.05
放射腫瘤科學科	1717(0.4)	782(1.8)	4.6	4.2-5	34.9	<0.05
脊椎骨科	159(0)	34(0.1)	2.1	1.5-3.1	4.0	<0.05

若以住院科別來看，自殺死亡之勝算比以急診醫學科(OR=41)、胸腔暨重症加護科(OR=16.5)，而精神科(OR=6.3)次之、緊接著為核醫科(OR=5.8)、胸腔外科(OR=4.5)、放射科(OR=3.2)。其中，急診醫學科、胸腔暨重症加護科及胸腔外科同樣較有可能是自殺死亡者於自殺後被送往醫院進行急救，以至於這三個科別的 OR 值較其他科別高之原因。(表 3-1-13)

表 3-1-13、2006 年 2015 年對照組及病例組住院科別情形

住院科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
家醫科	358(1.1)	227(1.5)	1.3	1.3-1.5	3.1	<0.05
內科	2712(8.4)	2011(13.1)	1.6	1.6-1.7	15.7	<0.05
外科	3836(11.8)	1839(12)	1	1-1.1	0.0	0.50
小兒科	429(1.3)	37(0.2)	0.2	0.2-0.3	-9.4	<0.05
婦產科	3071(9.5)	289(1.9)	0.2	0.2-0.2	-26.1	<0.05
骨科	4571(14.1)	1472(9.6)	0.7	0.7-0.7	-11.7	<0.05
神經外科	1735(5.3)	1087(7.1)	1.3	1.3-1.4	6.7	<0.05
泌尿科	2607(8)	665(4.3)	0.5	0.5-0.5	-15.8	<0.05
耳鼻喉科	1322(4.1)	393(2.6)	0.6	0.6-0.7	-8.9	<0.05

住院科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
眼科	472(1.5)	119(0.8)	0.5	0.5-0.6	-6.7	<0.05
皮膚科	66(0.2)	21(0.1)	0.7	0.7-1.1	-1.4	0.08
神經科	1895(5.8)	1077(7)	1.2	1.2-1.3	4.7	<0.05
精神科	826(2.5)	2434(15.9)	6.3	6.3-6.8	45.3	<0.05
復健科	285(0.9)	116(0.8)	0.9	0.9-1.1	-1.0	0.17
整形外科	838(2.6)	530(3.5)	1.3	1.3-1.5	4.7	<0.05
急診醫學科	3(0)	58(0.4)	41	36.5-130.9	6.3	<0.05
牙科	99(0.3)	37(0.2)	0.8	0.8-1.2	-1.2	0.12
放射科	4(0)	6(0)	3.2	2.8-11.3	1.8	<0.05
核醫科	7(0)	19(0.1)	5.8	5.3-13.8	4.0	<0.05
結核科	41(0.1)	18(0.1)	0.9	0.9-1.6	-0.4	0.36
職業醫學科	4(0)	5(0)	2.7	2.4-10.1	1.5	0.07
消化內科(胃腸內科)	2957(9.1)	1486(9.7)	1.1	1.1-1.2	3.0	<0.05
心臟血管內科	2813(8.7)	1005(6.6)	0.8	0.8-0.9	-6.0	<0.05
胸腔內科	2472(7.6)	1998(13.1)	1.7	1.7-1.8	17.4	<0.05
腎臟內科	1291(4)	1682(11)	2.8	2.8-3	27.6	<0.05
風濕免疫科	241(0.7)	138(0.9)	1.2	1.2-1.5	1.7	<0.05
血液腫瘤科	600(1.8)	554(3.6)	2	2-2.2	11.7	<0.05
內分泌科	580(1.8)	302(2)	1.1	1.1-1.3	1.3	0.0900
感染科	921(2.8)	356(2.3)	0.8	0.8-0.9	-3.6	<0.05
胸腔暨重症加護科	47(0.1)	365(2.4)	16.5	16-22.4	18.1	<0.05
直腸外科	902(2.8)	257(1.7)	0.6	0.6-0.7	-7.2	<0.05
心臟血管外科	495(1.5)	179(1.2)	0.8	0.8-0.9	-2.6	<0.05
胸腔外科	337(1)	719(4.7)	4.5	4.4-5.1	22.7	<0.05
消化外科	323(1)	130(0.8)	0.9	0.9-1.1	-1.0	0.16
小兒外科	5(0)	4(0)	1.7	1.5-6.3	0.8	0.21
新生兒科	78(0.2)	3(0)	0.1	0.1-0.3	-3.9	<0.05
疼痛科	10(0)	6(0)	1.3	1.2-3.6	0.5	0.31
放射腫瘤科學科	37(0.1)	37(0.2)	2.1	2-3.3	3.2	<0.05
口腔顎面外科	86(0.3)	53(0.3)	1.3	1.3-1.8	1.5	0.07
脊椎骨科	38(0.1)	12(0.1)	0.7	0.7-1.3	-1.1	0.14

由分析結果可知，綜觀所有疾病別，精神疾患相較於其他疾病之勝算比(OR)及可歸因危險分率均(PAF)最高，若細分精神疾患各診斷碼，藥物性精神疾病、酒癮徵候群、人格違常、藥癮、憂鬱症、情感性精神病、精神官能性憂鬱症之勝算比高於其他精神疾患，而若排除精神疾患，其他疾病勝算比較高的則是結核病(OR=3.4)、惡性腫瘤(OR=2.9)、腦血管疾病(OR=2.4)、血液及造血器官之疾病(OR=2.3)、肺炎(OR=2.3)、腎炎、腎徵候群及腎變性病(OR=2.3)。以 PAF 值而言，(PAF 定義為每一百個人自殺，有 n%的人會因為罹患此疾病而自殺)，以精神官能症之(PAF=0.24)最高、憂鬱症(PAF=0.23)、情感性疾患(PAF=0.16)、其他疾病則以徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(PAF=0.23)較高。(表 3-1-14)

表 3-1-14、2006 年至 2015 年對照組及病例組門急診開立疾病診斷情形

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
傳染病及寄生蟲病	67960(16)	8644(20.4)	1.3	1.2-1.3	18.9	<0.05	0.04
結核病	1095(0.3)	376(0.9)	3.4	3.1-3.9	20.6	<0.05	0.01
病毒性肝炎	9878(2.3)	1368(3.2)	1.4	1.3-1.5	11.1	<0.05	0.01
腫瘤	30411(7.2)	5298(12.5)	1.7	1.7-1.8	35.0	<0.05	0.05
惡性腫瘤	10124(2.4)	2966(7)	2.9	2.8-3.1	49.9	<0.05	0.05
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	80500(19)	11468(27)	1.4	1.4-1.5	30.5	<0.05	0.08
糖尿病	36165(8.5)	5786(13.6)	1.6	1.6-1.6	31.0	<0.05	0.05
血液及造血器官之疾病	7631(1.8)	1748(4.1)	2.3	2.2-2.4	30.7	<0.05	0.02
精神疾患	41719(9.8)	20177(47.5)	4.8	4.7-4.9	143.3	<0.05	0.38
精神官能症及人格異常	24822(5.8)	13006(30.6)	5.2	5.1-5.4	133.6	<0.05	0.25
老年期及初老年期器質性精神病態	2970(0.7)	731(1.7)	2.5	2.3-2.7	21.6	<0.05	0.01
酒精性精神病	250(0.1)	444(1)	17.8	15.2-20.7	36.3	<0.05	0.01
藥物性精神病	125(0)	638(1.5)	51.0	42.1-61.8	40.2	<0.05	0.01
暫時性器質性精神病態	316(0.1)	342(0.8)	10.8	9.3-12.6	30.5	<0.05	0.01

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
其他器質性精神病態(慢性)	1309(0.3)	750(1.8)	5.7	5.2-6.3	37.9	<0.05	0.01
思覺失調症	2037(0.5)	2552(6)	12.5	11.8-13.3	83.8	<0.05	0.06
情感性精神病	4097(1)	7264(17.1)	17.7	17-18.5	141.6	<0.05	0.16
妄想狀態	234(0.1)	381(0.9)	16.3	13.8-19.2	33.5	<0.05	0.01
其他非器質性精神病	473(0.1)	966(2.3)	20.4	18.3-22.8	53.5	<0.05	0.02
源於兒童期之精神病	62(0)	21(0)	3.4	2.1-5.6	4.8	<0.05	0.00
精神官能症	24758(5.8)	12855(30.3)	5.2	5.1-5.3	132.5	<0.05	0.24
精神官能性憂鬱症	5161(1.2)	5969(14.1)	11.6	11.1-12	123.8	<0.05	0.13
人格違常	161(0)	528(1.2)	32.8	27.5-39.1	38.7	<0.05	0.01
性心理偏差及疾患	189(0)	55(0.1)	2.9	2.2-3.9	7.0	<0.05	0.00
酒癮徵候群	602(0.1)	887(2.1)	14.7	13.3-16.3	50.7	<0.05	0.02
藥癮	281(0.1)	701(1.7)	24.9	21.7-28.7	45.4	<0.05	0.02
藥物濫用	2884(0.7)	1512(3.6)	5.2	4.9-5.6	51.5	<0.05	0.03
心因性之生理功能障礙	2135(0.5)	954(2.2)	4.5	4.1-4.8	38.1	<0.05	0.02
特定症狀或徵候群，NEC	9066(2.1)	5732(13.5)	6.3	6.1-6.5	104.0	<0.05	0.11
急性心理壓力反應	619(0.1)	557(1.3)	9.0	8-10.1	37.5	<0.05	0.01
環境適應障礙	940(0.2)	1212(2.9)	12.9	11.8-14	58.4	<0.05	0.03
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	313(0.1)	114(0.3)	3.6	2.9-4.5	11.8	<0.05	0.00
憂鬱性疾患，NEC	1855(0.4)	2998(7.1)	16.2	15.2-17.1	92.7	<0.05	0.07
行為障礙，NEC	38(0)	87(0.2)	22.9	15.6-33.5	16.1	<0.05	0.00
特發於兒童及青	19(0)	24(0.1)	12.6	6.9-23.1	8.3	<0.05	0.00

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
少年期之情緒障礙							
兒童期過動徵候群	70(0)	37(0.1)	5.3	3.5-7.9	8.2	<0.05	0.00
特定發展遲滯	38(0)	8(0)	2.1	1-4.5	1.9	<0.05	0.00
與其他特定疾病相關之精神因素	46(0)	39(0.1)	8.5	5.5-13	9.8	<0.05	0.00
輕度智能不足	90(0)	34(0.1)	3.8	2.5-5.6	6.6	<0.05	0.00
其他特定智能不足	98(0)	14(0)	1.4	0.8-2.5	1.2	0.106	0.00
智能不足	109(0)	22(0.1)	2.0	1.3-3.2	3.0	<0.05	0.00
憂鬱症	8576(2)	10737(25.3)	12.5	12.1-12.9	161.9	<0.05	0.23
神經系統及感覺器官之疾病	125830(29.6)	16504(38.9)	1.3	1.3-1.3	25.8	<0.05	0.09
眼及其附屬器官之疾患	93383(22)	10894(25.6)	1.2	1.1-1.2	13.2	<0.05	0.04
耳及乳突之疾患	36311(8.5)	5566(13.1)	1.5	1.5-1.6	27.8	<0.05	0.05
循環系統疾病	99054(23.3)	14884(35)	1.5	1.5-1.5	37.7	<0.05	0.12
高血壓疾病	74935(17.6)	10458(24.6)	1.4	1.4-1.4	27.9	<0.05	0.07
心臟病	11440(2.7)	1270(3)	1.1	1-1.2	3.5	<0.05	0.00
腦血管疾病	14547(3.4)	3456(8.1)	2.4	2.3-2.5	44.0	<0.05	0.05
呼吸系統疾病	94370(22.2)	6330(14.9)	0.7	0.7-0.7	-28.3	<0.05	-0.07
急性上呼吸道感染	61670(14.5)	3665(8.6)	0.6	0.6-0.6	-29.2	<0.05	-0.06
流行性感冒	13412(3.2)	1524(3.6)	1.1	1.1-1.2	4.6	<0.05	0.00
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	22341(5.3)	3881(9.1)	1.7	1.7-1.8	30.4	<0.05	0.04
肺炎	6993(1.6)	1613(3.8)	2.3	2.2-2.4	29.7	<0.05	0.02
消化系統疾病	141650(33.4)	20709(48.8)	1.5	1.4-1.5	37.1	<0.05	0.15
牙及其支持組織之疾病	4356(1)	810(1.9)	1.9	1.7-2	16.1	<0.05	0.01
胃及十二指腸之	28398(6.7)	6266(14.8)	2.2	2.1-2.3	52.8	<0.05	0.08

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
潰瘍							
闌尾炎	501(0.1)	77(0.2)	1.5	1.2-2	3.5	<0.05	0.00
腹腔疝氣	1316(0.3)	228(0.5)	1.7	1.5-2	7.6	<0.05	0.00
泌尿生殖系統疾病	79834(18.8)	12425(29.3)	1.6	1.5-1.6	38.9	<0.05	0.10
腎炎、腎徵候群及腎變性病	9258(2.2)	2095(4.9)	2.3	2.2-2.4	33.0	<0.05	0.03
膀胱炎	7881(1.9)	1616(3.8)	2.1	1.9-2.2	25.8	<0.05	0.02
尿結石	1860(0.4)	162(0.4)	0.9	0.7-1	-1.7	<0.05	0.00
攝護腺肥大	16270(3.8)	3229(7.6)	2.0	1.9-2.1	34.3	<0.05	0.04
妊娠、生產及產褥期之併發症	4083(1)	404(1)	1.0	0.9-1.1	-0.2	0.42	0.00
直接生產病態	406(0.1)	23(0.1)	0.6	0.4-0.9	-2.7	<0.05	0.00
正常生產	43(0)	6(0)	1.4	0.6-3.3	0.8	0.22	0.00
皮膚及皮下組織疾病	111625(26.3)	13672(32.2)	1.2	1.2-1.3	18.5	<0.05	0.06
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	123246(29)	17209(40.5)	1.4	1.4-1.4	32.0	<0.05	0.12
先天畸形	2614(0.6)	497(1.2)	1.9	1.7-2.1	13.1	<0.05	0.01
周產期病態	655(0.2)	22(0.1)	0.3	0.2-0.5	-5.0	<0.05	0.00
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	142218(33.5)	24147(56.9)	1.7	1.7-1.7	51.3	<0.05	0.23
損傷及中毒	99491(23.4)	18512(43.6)	1.9	1.8-1.9	59.5	<0.05	0.20
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	101402(23.9)	13167(31)	1.3	1.3-1.3	23.5	<0.05	0.07

以住院診斷比例各疾病自殺死亡勝算比依序同樣以為精神疾患(OR=4.5)最高、，而若細看各精神疾患，以人格違常最高(OR=20.5)、藥癮(OR=15.5)、憂鬱症(OR=11.4) 、情感性精神病(OR=10.8)、急性心理壓力反應(OR=10.6)、藥物濫用(OR=10.5)、藥物性精神病(OR=9.1)；其他疾病則以腎炎、腎徵候群及腎變性病(OR=2.8)及損害中毒(OR=2.6)較高；以 PAF 而言，在精神疾患部分，以憂鬱症(PAF=0.15)、情感性精神病(PAF=0.12)、思覺失調症(PAF=0.06)、精神官能症(PAF=0.05)較高；其

他疾病以損傷及中毒(PAF=0.31)、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(PAF=0.1)、腎炎、腎徵候群及腎變性病(PAF=0.08)較高。(表 3-1-15)

表 3-1-15、2006 年至 2015 年對照組及病例組住院診斷比例

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
傳染病及寄生蟲病	4501(13.9)	2433(15.9)	1.1	1-1.2	3.7	<0.05	0.01
結核病	353(1.1)	231(1.5)	1.4	1.2-1.7	4.0	<0.05	0.00
病毒性肝炎	1224(3.8)	679(4.4)	1.2	1.1-1.3	3.8	<0.05	0.01
腫瘤	4458(13.7)	2255(14.7)	1.1	1-1.2	3.6	<0.05	0.01
惡性腫瘤	3055(9.4)	1885(12.3)	1.3	1.2-1.4	8.8	<0.05	0.03
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	9557(29.4)	4685(30.6)	1	1-1	0.0	0.50	0.00
糖尿病	5973(18.4)	2508(16.4)	0.9	0.9-0.9	-4.3	<0.05	-0.02
血液及造血器官之疾病	2529(7.8)	1295(8.5)	1.1	1-1.2	2.8	<0.05	0.01
精神疾患	2314(7.1)	4928(32.2)	4.5	4.3-4.7	58.4	<0.05	0.25
精神官能症及人格異常	353(1.1)	1030(6.7)	6.2	5.5-7	29.5	<0.05	0.06
老年期及初老年期器質性精神病態	333(1)	83(0.5)	0.5	0.4-0.6	-5.6	<0.05	-0.01
酒精性精神病	115(0.4)	202(1.3)	3.7	2.9-4.7	11.2	<0.05	0.01
藥物性精神病	29(0.1)	124(0.8)	9.1	6.1-13.6	10.7	<0.05	0.01
暫時性器質性精神病態	58(0.2)	66(0.4)	2.4	1.7-3.4	4.9	<0.05	0.00
其他器質性精神病態(慢性)	395(1.2)	221(1.4)	1.2	1-1.4	2.2	<0.05	0.00
思覺失調症	487(1.5)	1071(7)	4.7	4.2-5.2	28.2	<0.05	0.06
情感性精神病	402(1.2)	2039(13.3)	10.8	9.7-12	43.4	<0.05	0.12
妄想狀態	28(0.1)	91(0.6)	6.9	4.5-10.5	8.9	<0.05	0.01
其他非器質性精	54(0.2)	172(1.1)	6.8	5-9.2	12.3	<0.05	0.01

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
神病							
源於兒童期之精神病	8(0)	4(0)	1.1	0.3-3.7	0.2	0.44	0.00
精神官能症	332(1)	852(5.6)	5.4	4.8-6.1	26.0	<0.05	0.05
精神官能性憂鬱症	96(0.3)	368(2.4)	8.1	6.5-10.1	18.2	<0.05	0.02
人格違常	24(0.1)	232(1.5)	20.5	13.5-31.2	14.1	<0.05	0.01
酒癮徵候群	204(0.6)	341(2.2)	3.5	2.9-4.2	14.1	<0.05	0.02
藥癮	19(0.1)	139(0.9)	15.5	9.6-25	11.2	<0.05	0.01
藥物濫用	49(0.2)	242(1.6)	10.5	7.7-14.3	15.0	<0.05	0.01
心因性之生理功能障礙	7(0)	20(0.1)	6.1	2.6-14.4	4.1	<0.05	0.00
特定症狀或徵候群，NEC	62(0.2)	108(0.7)	3.7	2.7-5.1	8.2	<0.05	0.01
急性心理壓力反應	4(0)	20(0.1)	10.6	3.6-31	4.3	<0.05	0.00
環境適應障礙	35(0.1)	163(1.1)	9.9	6.9-14.3	12.3	<0.05	0.01
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	23(0.1)	22(0.1)	2	1.1-3.6	2.3	<0.05	0.00
憂鬱性疾患，NEC	206(0.6)	1017(6.6)	10.5	9-12.2	30.7	<0.05	0.06
行為障礙，NEC							
特發於兒童及青少年期之情緒障礙							
兒童期過動徵候群	26(0.1)	42(0.3)	3.4	2.1-5.5	4.9	<0.05	0.00
特定發展遲滯							
與其他特定疾病相關之精神因素							

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
輕度智能不足							
其他特定智能不足							
性心理偏差及疾患							
智能不足	34(0.1)	13(0.1)	0.8	0.4-1.5	-0.7	0.25	0.00
憂鬱症	475(1.5)	2564(16.7)	11.4	10.3-12.6	48.5	<0.05	0.15
神經系統及感覺器官之疾病	3259(10)	2246(14.7)	1.5	1.4-1.6	14.5	<0.05	0.05
眼及其附屬器官之疾患	824(2.5)	339(2.2)	0.9	0.8-1	-1.6	0.05	0.00
耳及乳突之疾患	571(1.8)	222(1.5)	0.8	0.7-0.9	-2.8	<0.05	0.00
循環系統疾病	13438(41.4)	5939(38.8)	0.9	0.9-0.9	-6.4	<0.05	-0.04
高血壓疾病	9443(29.1)	3657(23.9)	0.8	0.8-0.8	-11.1	<0.05	-0.06
心臟病	4270(13.2)	1962(12.8)	1	0.9-1.1	0.0	0.5	0.00
腦血管疾病	2879(8.9)	1116(7.3)	0.8	0.7-0.9	-6.3	<0.05	-0.02
呼吸系統疾病	5316(16.4)	3865(25.2)	1.5	1.4-1.6	18.6	<0.05	0.08
急性上呼吸道感染	234(0.7)	130(0.8)	1.2	1-1.5	1.7	<0.05	0.00
流行性感冒	159(0.5)	34(0.2)	0.5	0.3-0.7	-3.7	<0.05	0.00
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	1600(4.9)	706(4.6)	0.9	0.8-1	-2.3	<0.05	-0.01
肺炎	2771(8.5)	1307(8.5)	1	0.9-1.1	0.0	0.5	0.00
消化系統疾病	9323(28.7)	4946(32.3)	1.1	1.1-1.1	5.2	<0.05	0.03
牙及其支持組織之疾病	147(0.5)	117(0.8)	1.7	1.3-2.2	4.3	<0.05	0.00
胃及十二指腸之潰瘍	2444(7.5)	1339(8.7)	1.2	1.1-1.3	5.3	<0.05	0.01
闌尾炎	361(1.1)	52(0.3)	0.3	0.2-0.4	-8.1	<0.05	-0.01
腹腔疝氣	876(2.7)	184(1.2)	0.4	0.3-0.5	-11.3	<0.05	-0.02
泌尿生殖系統疾病	7957(24.5)	4069(26.6)	1.1	1.1-1.1	4.8	<0.05	0.02

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
腎炎、腎徵候群及腎變性病	1404(4.3)	1866(12.2)	2.8	2.6-3	28.8	<0.05	0.08
膀胱炎	89(0.3)	75(0.5)	1.8	1.3-2.4	3.7	<0.05	0.00
尿結石	1225(3.8)	188(1.2)	0.3	0.3-0.3	-15.3	<0.05	-0.03
攝護腺肥大	1659(5.1)	686(4.5)	0.9	0.8-1	-2.3	<0.05	-0.01
妊娠、生產及產褥期之併發症	2264(7)	110(0.7)	0.1	0.1-0.1	-23.6	<0.05	-0.06
直接生產病態	1108(3.4)	43(0.3)	0.1	0.1-0.1	-14.8	<0.05	-0.03
正常生產	861(2.7)	35(0.2)	0.1	0.1-0.1	-13.3	<0.05	-0.02
皮膚及皮下組織疾病	2239(6.9)	887(5.8)	0.8	0.7-0.9	-5.6	<0.05	-0.01
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	4018(12.4)	1875(12.2)	1	0.9-1.1	0.0	0.50	0.00
先天畸形	466(1.4)	155(1)	0.7	0.6-0.8	-3.8	<0.05	0.00
周產期病態	425(1.3)	25(0.2)	0.1	0.1-0.1	-11.2	<0.05	-0.02
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	4644(14.3)	3758(24.5)	1.7	1.6-1.8	23.5	<0.05	0.10
損傷及中毒	6210(19.1)	7622(49.8)	2.6	2.5-2.7	53.1	<0.05	0.31
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	5583(17.2)	2176(14.2)	0.8	0.8-0.8	-8.6	<0.05	-0.04

表 3-1-16 各疾病及其診斷碼

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
傳染病及寄生蟲病	001-139
結核病	010-018
病毒性肝炎	70
腫瘤	140-239
惡性腫瘤	140-208
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	240-259,270-279,260-269
糖尿病	250

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
血液及造血器官之疾病	280-289
精神疾患	290-319
精神官能症及人格異常	300,301
老年期及初老年期器質性精神病態	290
酒精性精神病	291
藥物性精神病	292
暫時性器質性精神病態	293
其他器質性精神病態(慢性)	294
思覺失調症	295
情感性精神病	296
妄想狀態	297
其他非器質性精神病	298
源於兒童期之精神病	299
精神官能症	300
精神官能性憂鬱症	3004
人格違常	301
酒癮徵候群	303
藥癮	304
藥物濫用	305
心因性之生理功能障礙	306
特定症狀或徵候群，NEC	307
急性心理壓力反應	308
環境適應障礙	309
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	310
憂鬱性疾患，NEC	311
行為障礙，NEC	312
特發於兒童及青少年期之情緒障礙	313
兒童期過動徵候群	314
特定發展遲滯	315
與其他特定疾病相關之精神因素	316
輕度智能不足	317
其他特定智能不足	318
性心理偏差及疾患	302
智能不足	319
憂鬱症	2962,2963,3004,311

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
神經系統及感覺器官之疾病	320-389
眼及其附屬器官之疾患	360-379
耳及乳突之疾患	380-389
循環系統疾病	390-459
高血壓疾病	401-405
心臟病	390-398,410-414,415-429
腦血管疾病	430-438
呼吸系統疾病	460-466,470-478,480-519
急性上呼吸道感染	460-462,465
流行性感冒	487
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	490-493
肺炎	480-486
消化系統疾病	520-579
牙及其支持組織之疾病	520-525
胃及十二指腸之潰瘍	531-533
闌尾炎	540-543
腹腔疝氣	550-553
泌尿生殖系統疾病	580-629
腎炎、腎徵候群及腎變性病	580-589
膀胱炎	595
尿結石	592,594
攝護腺肥大	600
妊娠、生產及產褥期之併發症	630-676
直接生產病態	640-646,651-676
正常生產	650
皮膚及皮下組織疾病	680-709
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	710-739
先天畸形	740-759
周產期病態	760-779
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	780-799
損傷及中毒	800-999,E800-E999
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	V00-V82

1) 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企圖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。

精神疾患的自傷與自殺防治，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，熟悉精神疾患自殺的危險因子，早期認出危險群，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企圖之高危險群，給予正確精神醫療的評估，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，回顧國內外精神病人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣精神病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

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、熟悉精神疾患自傷與自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。

針對曾經有自殺企圖之個案，亦應強化訪員在辨識個案是否有精神疾患及醫療資源利用情形，特別是針對個案若有合併物質濫用的情形應特別注意，因此訪員在給予個案訪視時，應同時詢問自殺企圖個案亦或者是個案家屬是否有物質濫用之情形，若有此情形，則應合併考量個案之物質濫用情形及自殺危險性評估，並為個案適時轉介精神科亦或者其他支持性團體之資源介入，以提供個案整合性治療。

若詢問個案家屬亦或者個案本人曾有藥物性精神疾病、情感性疾患、精神官能症、人格異常或憂鬱症都應特別注意個案之精神科就診情形及是否有規律、規律服藥之情況，並加強精神病 人規律就診之醫院及強化精神病人後續之追蹤亦是相當重要的。

此外除個案本人外，亦應強化家屬與個案之間的連結，並進一步了解個案與家屬之連結強度，以及個案之保護因子，並進一步強化個案之保護因子。

(2) 選擇性策略

防治對象是高風險個案，由以上分析結果可知精神疾患在自殺危險性為所有疾病別之最，在門急診診斷的部分以藥物性精神疾病、情感性疾性疾患(PAF=0.16)、精神官能症(PAF=0.24)、人格異常、憂鬱症(PAF=0.23)及酒藥癮者，故應加強在不分科、家醫科、及各科別門急診醫師在辨識精神疾病的敏感度，在其他疾病別的部分，則需特別注意結核病、惡性腫瘤、腦血管疾病、血液及造血器官之疾病、肺炎、腎炎、腎徵候群及腎變性病之自殺危險性，並適度為病人轉介支持性團體、精神科甚至是其他社會資源。

以門急診各科別來看除精神科以外，尚需針對麻醉科、潛醫科、疼痛科、放射腫瘤科、洗腎科醫師強化醫師本身辨識自殺危險性之能力，並給予病人心情溫度計，若病人屬自殺高風險群，則應轉介精神科；或開立整合性科別、跨科別醫師共同整治病人身體疾病及精神疾患。

在住院科別的部分，住院醫師同樣需特別注意精神科住院病患，尤其

人格違常、藥癮、憂鬱症(PAF=0.15)、情感性精神病(PAF=0.12)均需特別注意其自殺風險，務必給予住院病人適當治療及其他心衛資源連結。而住院醫師尚需注意腎炎、腎徵候群及腎變性病病患，同樣適時轉介精神醫療資源、心衛資源及支持性團體。

(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。

在醫院方面，亦應強化醫院家醫科、內外科醫師對藥物性精神疾患、情感性精神疾患、精神官能症、人格異常等之診斷能力，並舉辦研習課程以增進各門及診科別醫師對精神疾患、自殺危險因子辨識。醫院之服務人員均需特別注意高醫療需求者或醫療資源使用較頻繁者，尤其是醫院第一線服務人員，並主動提供心情溫度計，讓病患能監控自我的狀態，並適時主動接觸精神科，甚至是心衛中心資源。

媒體對精神病汙名化，一直都是舉足輕重的地位。媒體經常將暴力、情緒化、傷害自己、怪異行為與精神疾病在報導中做不當的連結，以致於一般大眾對精神病患產生諸多的負面印象，因而對精神疾病患者產生排斥、害怕、甚至歧視。而另一方面，社會對於精神疾患的認知與包容，普遍還是相當不足，更甚至連自己的家人、鄰人都缺乏諒解，也難怪就診率低迷，何況回家後，還要備受歧視；同時也一直是去機構化成功的一大挑戰，因此持續強化一般大眾對精神疾患之認識，精神疾病去汙名化之活動辦理仍是相當重要的。

因此應結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，對於有自殺史的精神疾病患者則應提供「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，預防精神疾患的自殺。

未來不論是透過媒體教育宣導，已達到去汙名化，亦或者是透過更多的實證研究以辨識出精神病人之高風險特徵，藉以提早轉介資源，在自殺防治策略都是在精神病人相當重要的策略。

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med, 33*(3), 395-405.

Anderberg, J., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2016). Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. *Arch Suicide Res, 20*(3), 463-475. doi:10.1080/13811118.2015.1057663

Bai, Y. M., Liu, C. Y., & Lin, C. C. (1997). Risk factors for parasuicide among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv, 48*(9), 1201-1203. doi:10.1176/ps.48.9.1201

Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*(3), 181-185.

Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry, 52*(7), 594-603.

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry, 177*, 360-365.

Liu, C. Y., Bai, Y. M., Yang, Y. Y., Lin, C. C., Sim, C. C., & Lee, C. H. (1996). Suicide and parasuicide in psychiatric inpatients: ten years experience at a general hospital in Taiwan. *Psychol Rep, 79*(2), 683-690. doi:10.2466/pr0.1996.79.2.683

Ostergaard, M. L., Nordentoft, M., & Hjorthoj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. doi:10.1111/add.13788

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & Stress Research Group of

the Japanese Society for, H. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med, 13*(5), 243-256. doi:10.1007/s12199-008-0037-x

憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

1)緣起

自殺防治措施的預期效果必須反映在問題的盛行率和嚴重性上，為了使防治措施發揮功效，必須考量影響身心健康的多重因素，包括生物的、心理的及社會的相關因素，防治措施的預期效果必須受到民眾及社會的認同。有效的自殺防治措施必須仰賴下列事項：(1)找出針對個人及人口群整體的危險因素；(2)危險因子與問題之間因果關係的強度；以及(3)危險因子的可改變。

本研究的主要策略規劃依據，來自於下列主要資料分析結果。死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)，提供自殺身亡者的資訊，是判斷自殺問題盛行情況及嚴重性的重要依據。進一步與即時的自殺通報資料(自殺企圖與關懷追蹤資料)串聯，做為評估再自殺與死亡之間的關係或關懷追蹤成效的依據。此外，透過自殺死亡檔與全民健保資料的串聯，可以分析自殺身亡者生前的醫療服務利用型態，藉以找出更明確的介入點，並確認醫療服務系統各環節所應扮演的自殺防治角色與功能。健保資料串連亦可提供最新分析結果，做為各地區即時的自殺防治策略擬定之重要參考依據。

2)背景

憂鬱症已是聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，全球超過百分之四的人為憂鬱症所苦，又以女性、青年及老人最容易受憂鬱症影響而無法正常生活或工作。世界衛生組織公布全球憂鬱症與其他常見精神障礙的報告顯示，隨著人類壽命延長，二〇一五年估計有三億兩千兩百萬人罹患憂鬱症，占全球人口的百分之四點三；憂鬱症患者十年來增加了百分之十八點四。依據美國調查結果，每五個女性就有一個在一生中有一次的憂鬱症發作，其中女性的終身盛行率約在 10-25%，男性為 5-12%。

以台灣而言，15 歲以上民眾 8.9%有中度以上憂鬱，5.2%有重度憂鬱。年齡 65 歲以上有 8.4%重度憂鬱，其次 15-17 歲有 6.8%重度憂鬱，估計憂鬱人口逾百萬。且就 2016 年自殺通報系統中，在通報系統自殺原因為憂鬱

傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病占率均居最高，在男性占率 27.9%；女性占率 34.9%。這麼多的憂鬱症人口，但是實際接受治療的比例仍顯不足，顯見憂鬱症患者的議題是普遍存在各個人口群，因此如何針對憂鬱症患者制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

(Anderberg, Bogren, Mattisson, & Bradvik, 2016)採用病例對照研究，評估憂鬱症患者不同的抗抑鬱藥治療和自殺的發生率和企圖自殺或自我傷害之間的關聯，利用 QResearch 資料庫將 2000 至 2011 年首次診斷為憂鬱症並追蹤至 2012 年後，發現使用選擇性 5-羥色胺再攝取抑製劑和三環和相關抗抑鬱藥治療期間，自殺和企圖自殺或自殘的發生率相似。另外發現開始治療後的前 28 天，發生率最高，停藥後第 28 天發生率也會增加。

(Georgios D. Makris, Johan Reutfors et al. 2017) 研究發現年齡大於 65 歲的患者在夏季啟動抗抑鬱藥治療時有較高的自殺風險，而在春季和夏季開始治療也有較高的自殺企圖風險。年輕患者（0-24 歲）在秋季開始治療時發生自殺企圖風險較高。

王嘉薇(2008)研究臺灣失能老人，發現有重鬱症傾向者占 12.6%，雙變項分析中發現女性、65-74 歲、未受正式教育、免部份負擔、居住在直轄市、有認知障礙、完全依賴、四種以上慢性疾病、居住在機構、低社會網絡、低情緒性支持、低工具性支持者有重鬱症傾向的比率較高。另外有重鬱症傾向者，在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物者占 17.5%；而有重鬱症傾向者，且在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症者，僅占 5.9%。

(Chi-ShinWuM.D., et al. 2013)採取回顧性隊列研究，收集 1998 年至 2009 年間年齡在 18 歲或以上的所有新的抗抑鬱藥憂鬱症患者，發現只有 17.4%的患者繼續使用總體抗抑鬱藥治療，7.6%的患者持續服用 180 天或更長時間的抗抑鬱藥。男性、年齡較大、伴有焦慮或睡眠障礙的合併症及更多伴隨使用藥物有較低的停藥率，另外就抗抑鬱藥的比較而言，發現用選擇性 5-羥色胺再攝取抑製劑治療的患者不太可能改變最初的單一治療。

綜合國內外文獻，如何設法確保憂鬱症病人按時服藥以及如何提升憂鬱症患者服藥遵從性是關鍵問題，這些議題在憂鬱症自殺防治上是不容忽視的重點，憂鬱症患者除自傷及自殺外，對於社會及家庭所造成的負擔也很重大，因此如何針對憂鬱症患者做出有效的防治策略，及後續追蹤、關懷顯得格外重要。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來憂鬱症疾患自殺之趨勢以及憂鬱症疾患的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報及關懷訪視資料與健保資料庫，進行資料串聯與分析。藉以訂定出憂鬱症疾患之自殺防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處「資料科學中心」。

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2006 年至 2015 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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號與死因統計檔、全民健康保險資料庫進行串聯。

(3) 2005 年-2015 年全民健康保險資料

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：主要包含性別、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) 資料串聯

(1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_門急診分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_西醫住院分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(3) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2006 年-2015 年全民健保承保檔與 2006

年-2015 年死因統計檔進行串聯後,再利用隨機配對方式進行資料篩選。

3) 資料串聯目的

(1) 藉由死因統計檔與健保資料串聯，了解憂鬱症病患與死亡間之相關性分析自殺行為與生理、服藥遵從率之相關性以及自殺先前個案就醫之型態，藉此找出防治策略之介入點

(2) 藉由全民健保資料庫與自殺通報資料庫及死因統計檔串聯，了解自殺企圖者之精神醫療資源利用情況，並找出防治策略之介入點。

4) 研究方法

(1) 憂鬱症診定義：診斷碼含 296.2、296.3、300.4、311

(2) 服藥遵從性定義：以藥品持有率來代表服藥遵從率，計算方法＝給藥日份/180 天(半年追蹤天數)，服藥遵從性分為四個等級，81%以上：高、80%-51%：中高、50%-21%：中、20%以下：低。

(3) 將 2005 年至 2014 年被診斷出憂鬱症之個案篩選出後，將個案之診斷日期按照時間先後進行排序後，取出第一筆被開立憂鬱症診斷日期及開立抗憂鬱藥物之日期為同一天(index date)之憂鬱症個案

(4) 研究對象為將憂鬱症診斷日與抗憂鬱症患者為同一日之個案篩選出，且不將首次憂鬱症診斷日及首次開立抗憂鬱症日為 2006 年或 2015 年之個案納入分析，並扣除首次開藥日後 180 天內死亡個案。

(5) 計算個案於指標日後 180 天內之服藥遵從性、追蹤個案至 2015 年底之存活情形，追蹤個案 180 天內之遵從性，並以個案 180 天內於門急診就診之共病診斷碼如下：腦血管疾病 36234、4370、4371、4379、7814、7843、9970、431-436、438；心血管疾病 414、糖尿病(輕度至中度 2500-2503)、糖尿病(含併發症)2504-2509、高血壓 401-405、高血脂 272、酒精濫用 2911、2992、2915、2918、2919、30390-30393、30500-30503、V113、3575、4255、5353、5710-5713；藥物濫用 292、304、3052-3059；雙極性情感性疾患 2960-2961、2964-2968；重鬱症 2962、2963、2969；精神性憂鬱性疾患 3004、憂鬱性疾患 311、3090-3092、思覺失調症 295、297、298、7801；焦慮症 3000-3003、3005-3009；睡眠障礙 3074、7805。

5)研究會議討論

日期	討論內容	會議決議及執行結果
3/6	研究方法及方向討論及實證研究資料分析檔案年份確認。	(1) 採用世代追蹤研究法。 (2) 分析期程之規劃。 (3) 依各實證研究案成立研究小組，並指派負責人。 (4) 規劃分析期程，下半年期程詳如執行成果。
3/13	針對死因統計檔及全民健保檔串聯、分析內容做初步討論	(1) 進行死因檔與健保資料庫串聯以分析自殺死亡個案之就診精神科狀況及診斷 (2) 進行自殺關懷通報檔與健保資料庫串聯以分析自殺企圖個案之就診精神科狀況及診斷 (3) 將程式碼各段及使用資料庫之說明，製作成簡報檔。
4/10	針對修正後之程式碼進行確認	待取得初步分析結果後再進一步討論。
9/18	定義服藥遵從性及分析憂鬱症病人之特性	以藥品持有率(medication possession ratio MPR)來計算其憂鬱症患者服藥遵從性，追蹤個案 180 天內之藥物遵從性，扣除追蹤期限內死亡之個案，並將遵從性分為四組(0.8、0.5、0.2 作為切點)。
10/24	針對分析結果進行數據解讀及報告撰寫方向確認	(1) 以比例風險模型來分析憂鬱症個案之服藥遵從率與自殺之相關性，並加入干擾因子以校正各服藥遵從率組別之風險比，並針對性別及年齡層進行分層分析。 (2) 搜尋憂鬱症與自殺相關之文獻 2 篇，將文獻摘要一併寫入期末報告中。
11/13	針對初步分析結果進行討論	(1) 將服藥遵從率重新計算並更正表格數字。 (2) 針對重鬱症有無進行分層分析，並針對個案診斷前後精神科住院紀錄進行分析。
11/27	針對分析結果討論策略	將分析結果彙整成表格，並依照討論結果撰寫建議與策略

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. IRB 申請：1 月底至 4 月份

1)1 月 11 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2)1 月 20 日依臺大醫院研究倫理委員會修正 IRB 計畫書、計劃書摘要及前後對照表後回傳，以繼續進行 IRB 變更申請。

3)4 月 10 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」資料申請相關事宜：4 月份至 7 月份

1)4 月 10 日郵寄新案資料申請案表單、特殊需求申請書及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行新案件申請。

2)4 月 14 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信要求針對新案申請表單進行內容修正及過往案件成果回饋，並於 4 月 18 日將修正後之申請單及成果回饋寄回。

3)6 月 3 日統計處將複審之審查意見表寄至中心，並於當日填具完成後回傳。

4)6 月 16 日統計處來函通知進行繳費，6 月 20 日與統計處申請 H105047 天數移轉至新案上，6 月 22 日衛生福利部統計處「資料科學中心」重新將繳費通知寄至中心。

5)6 月 29 日將案件編號 H106087 之繳費收據回傳至衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

3. 資料分析：8 月份至 11 月份

1)8 月 9 日、8 月 14 日、8 月 16 日、8 月 23 日將 95 至 104 年死因統計檔串聯。

2)9 月 6 日、9 月 21 日、9 月 30 日、10 月 18 日、11 月 9 日進行資料分析，並進行資料攜出申請。

四、 成果 (Product)

1. 分析結果

由自殺關懷通報資料檔串連健保資料庫可發現到(見表 3-2-1)，女性在自殺企圖日前一年於精神科有憂鬱症疾患診斷之比例歷年均高於男性，女性於精神科被開立憂鬱症疾患診斷比例均在二成五左右，男性有一成左右有於精神就診之紀錄；而不論男女，非精神科之憂鬱疾患診斷比例均低於精神科開立診斷比例。

表 3-2-1、自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用-性別

男性			女性		
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)
2006(n=6031)	1036(17.2)	201(3.3)	2006(n=11616)	3169(27.3)	473(4.1)
2007(n=6616)	1018(15.4)	192(2.9)	2007(n=12402)	3099(25.0)	457(3.7)
2008(n=6916)	1069(15.5)	186(2.7)	2008(n=11975)	2958(24.7)	405(3.4)
2009(n=7254)	1079(14.9)	219(3.0)	2009(n=11992)	2863(23.9)	399(3.3)
2010(n=7407)	1166(15.7)	164(2.2)	2010(n=11970)	2977(24.9)	388(3.2)
2011(n=7048)	1117(15.8)	184(2.6)	2011(n=11428)	2701(23.6)	384(3.4)
2012(n=7663)	1254(16.4)	179(2.3)	2012(n=11668)	2916(25.0)	326(2.8)
2013(n=7652)	1257(16.4)	228(3.0)	2013(n=11100)	2733(24.6)	309(2.8)
2014(n=7688)	1255(16.3)	353(4.6)	2014(n=11402)	2869(25.2)	613(5.4)
2015(n=8078)	1349(16.7)	363(4.5)	2015(n=11232)	2964(26.4)	607(5.4)
總計(n=72353)	12360(17.1)	2269(3.1)	總計(n=116785)	31008(26.6)	4361(3.7)

若以年齡層分析(見表 3-2-2)，可發現到 65 歲以上之自殺企圖個案為各年齡層於精神科之診斷比例最低，近幾年有增加的趨勢；其次為 0-24 歲之年齡層自殺企圖前一年於精神科被開立憂鬱症疾患診斷歷年均將近二成，而 25-44 歲有超過三成於精神科被開立憂鬱症疾患診斷。結果顯示 65 歲以上自殺企圖者可能較其他年齡層沒有受到妥善的治療。

表 3-2-2、自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層

年齡層	0-24 歲		年齡層	25-44 歲	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)
2006(n=3650)	813(22.3)	124(3.4)	2006(n=9172)	2378(25.9)	366(4.0)
2007(n=3657)	697(19.1)	101(2.8)	2007(n=9628)	2276(23.6)	362(3.8)
2008(n=3435)	549(16.0)	70(2.0)	2008(n=9501)	2228(23.5)	329(3.5)
2009(n=3255)	562(17.3)	73(2.2)	2009(n=9528)	2111(22.2)	338(3.5)
2010(n=3235)	536(16.6)	70(2.2)	2010(n=9317)	2212(23.7)	284(3.0)
2011(n=3286)	518(15.8)	74(2.3)	2011(n=8662)	1913(22.1)	290(3.3)
2012(n=3320)	548(16.5)	46(1.4)	2012(n=8912)	2060(23.1)	241(2.7)
2013(n=2995)	439(14.7)	49(1.6)	2013(n=8540)	1979(23.2)	229(2.7)
2014(n=3247)	551(17.0)	98(3.0)	2014(n=8354)	1908(22.8)	387(4.6)
2015(n=3407)	673(19.8)	96(2.8)	2015(n=8243)	1902(23.1)	375(4.5)
總計(n=33487)	6153(18.4)	801(2.4)	總計(n=89857)	22121(24.6)	3201(3.6)

表 3-2-2、自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層(續)

年齡層	45-64 歲		年齡層	65 歲以上	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷	非精神科憂鬱症疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷	非精神科憂鬱症疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3460)	818(23.6)	158(4.6)	2006(n=1365)	196(14.4)	26(1.9)
2007(n=4125)	913(22.1)	133(3.2)	2007(n=1608)	231(14.4)	53(3.3)
2008(n=4286)	1003(23.4)	160(3.7)	2008(n=1669)	247(14.8)	32(1.9)
2009(n=4628)	1004(21.7)	164(3.5)	2009(n=1835)	265(14.4)	43(2.3)
2010(n=4839)	1113(23.0)	164(3.4)	2010(n=1986)	282(14.2)	34(1.7)
2011(n=4594)	1078(23.5)	171(3.7)	2011(n=1934)	309(16.0)	33(1.7)
2012(n=4933)	1232(25.0)	179(3.6)	2012(n=2166)	330(15.2)	39(1.8)
2013(n=4921)	1229(25.0)	184(3.7)	2013(n=2296)	343(14.9)	75(3.3)
2014(n=5131)	1316(25.6)	339(6.6)	2014(n=2358)	349(14.8)	142(6.0)
2015(n=5204)	1354(26.0)	373(7.2)	2015(n=2456)	384(15.6)	126(5.1)
總計(n=46121)	11875(25.7)	2025(4.4)	總計(n=19673)	3219(16.4)	603(3.1)

由表 3-2-3 可看出男性自殺企圖者其標準死亡比例年均高於全體憂鬱症患者將近 1.2 至 1.4 倍，且達到統計上顯著。

表 3-2-3、自殺企圖關懷通報檔中之憂鬱症標準死亡比

			男性			女性		
指標企圖日年份	精神科憂鬱症診斷人數	再自殺死亡	expected	D	SMR(95%CI)	expected	D	SMR(95%CI)
2006	4205	260	64.1	77	1.2(0.98-1.43)	195.9	183	0.93(0.79-1.07)
2007	4117	221	54.6	77	1.41(1.19-1.63)	166.4	144	0.87(0.7-1.03)
2008	4027	236	62.6	72	1.15(0.92-1.38)	173.4	164	0.95(0.79-1.1)
2009	3942	198	54.2	72	1.33(1.1-1.56)	143.8	126	0.88(0.7-1.05)
2010	4143	182	51.2	70	1.37(1.13-1.6)	130.8	112	0.86(0.67-1.05)
2011	3818	119	34.8	49	1.41(1.13-1.69)	84.2	70	0.83(0.6-1.06)
2012	4170	168	50.5	68	1.35(1.11-1.58)	117.5	100	0.85(0.66-1.05)
2013	3990	130	41.0	55	1.34(1.08-1.61)	89.0	75	0.84(0.62-1.07)
2014	4124	122	37.1	51	1.37(1.1-1.65)	84.9	71	0.84(0.6-1.07)
2015	4313	100	31.3	42	1.34(1.04-1.65)	68.7	58	0.84(0.59-1.1)

由表 3-2-4 可發現自殺企圖前一年有將近五成的憂鬱症患者均有重鬱症診斷，但比例有逐年下降趨勢，而每年均有一成五左右的憂鬱症患者會有精神科住院紀錄，約二成五會有非精神科住院紀錄；而約三成之病患精神科門急診的就診次數半年是少於 4 次、二成會就診次數會超過九次；而非精神科就診部分，0-5 次就診人數比例約占憂鬱症患者三成。

表 3-2-4、2006 年至 2014 年憂鬱症患者指標通報企圖日後 180 天精神科住院情形、非精神科住院情形

指標企圖日年份	憂鬱症	重鬱者患者	精神科住院	非精神科住院
	N	N(%)	N(%)	N(%)
2006	5019	3096(61.7)	958(19.1)	1273(25.4)
2007	4944	2901(57.8)	789(15.7)	1266(25.2)
2008	4748	2722(54.2)	714(14.2)	1209(24.1)
2009	4807	2641(52.6)	776(15.5)	1187(23.7)
2010	5006	2721(54.2)	855(17)	1170(23.3)
2011	4696	2314(46.1)	759(15.1)	1121(22.3)
2012	4964	2428(48.4)	818(16.3)	1148(22.9)
2013	4756	2266(45.1)	812(16.2)	1261(25.1)
2014	5030	2333(46.5)	827(16.5)	1261(25.1)

表 3-2-4、2006 年至 2014 年憂鬱症患者指標通報企圖日後 180 天門急診就診情形(續)

指標企圖日年份	精神科就診次數			非精神科就診次數		
	<4 次	4-8 次	9 次以上	0-5 次	6-12 次	13 次以上
2006	1470(29.3)	2047(40.8)	1502(29.9)	1620(32.3)	1739(34.6)	1660(33.1)
2007	1611(32.1)	1889(37.6)	1444(28.8)	1615(32.2)	1716(34.2)	1613(32.1)
2008	1548(30.8)	1878(37.4)	1322(26.3)	1493(29.7)	1637(32.6)	1618(32.2)
2009	1503(29.9)	1994(39.7)	1310(26.1)	1550(30.9)	1677(33.4)	1580(31.5)
2010	1636(32.6)	1986(39.6)	1384(27.6)	1564(31.2)	1747(34.8)	1695(33.8)
2011	1531(30.5)	1916(38.2)	1249(24.9)	1468(29.2)	1597(31.8)	1631(32.5)
2012	1673(33.3)	2000(39.8)	1291(25.7)	1571(31.3)	1788(35.6)	1605(32)
2013	1546(30.8)	2019(40.2)	1191(23.7)	1543(30.7)	1697(33.8)	1516(30.2)
2014	1636(32.6)	2120(42.2)	1274(25.4)	1710(34.1)	1724(34.3)	1596(31.8)

針對 2006 年至 2014 年第一次開立憂鬱症處方人數(見圖 3-2-1)，可以發現人數隨著時間呈現遞減趨勢，顯示每年憂鬱症新發人數變少，有可能是人口結構的改變，造成每年新發病例數逐年減少。

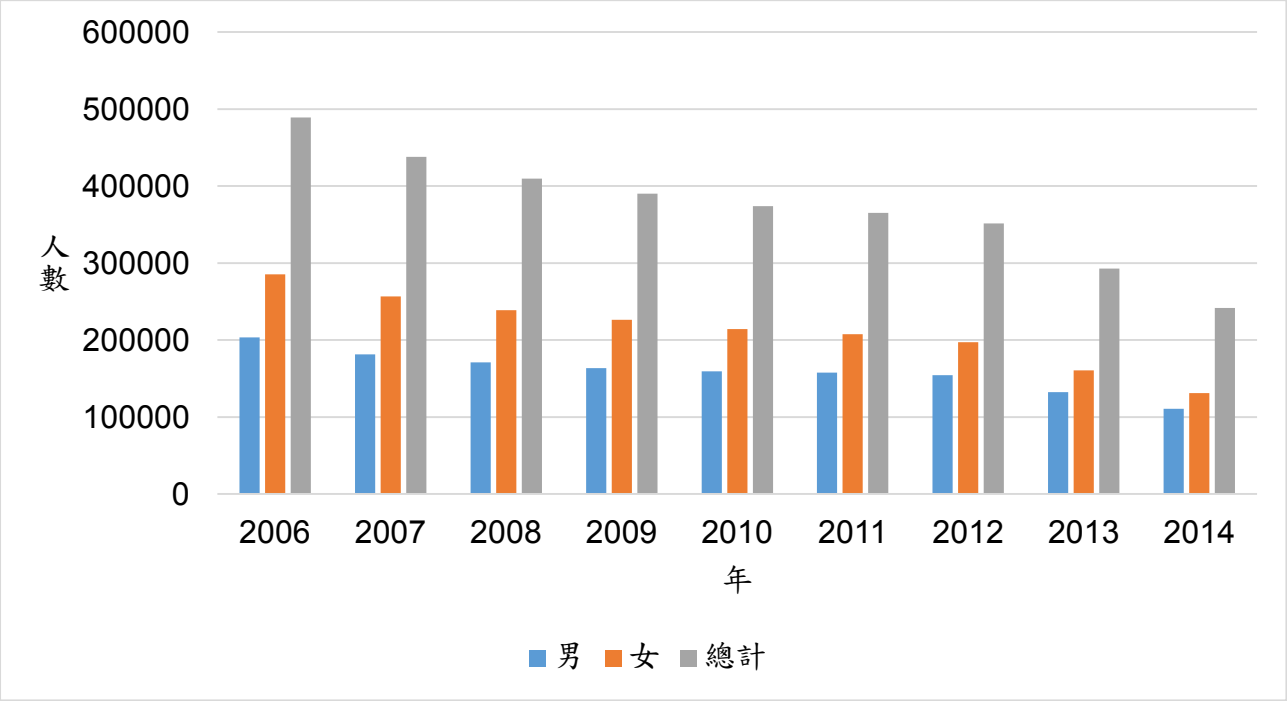


圖 3-2-1、2006 年至 2014 年第一次開立憂鬱症處方人數

由表 3-2-5 分析結果可發現憂鬱症患者共病情形，以性別而言，男性與女性患者同時患有高血壓或高血脂症或糖尿病或精神官能性憂鬱症或焦慮症或睡眠障礙占率明顯高於其他共病，其中精神官能性憂鬱症及焦慮症高達三成，高血壓也有二成。

表 3-2-5、憂鬱症患者共病按性別

	男性		女性	
	N	%	N	%
腦血管疾病	7498	4.6	7489	2.9
心血管疾病	11775	7.3	14409	5.5
糖尿病（輕度至中度）	13481	8.3	18197	7.0
慢性併發症糖尿病（SDM）	5177	3.2	6734	2.6
高血壓	34349	21.3	46855	17.9
高血脂症	17171	10.6	26504	10.1
酒精濫用	9312	5.8	2333	0.9
藥物濫用	3297	2.0	1487	0.6
雙相情感疾患	3242	2.0	4304	1.6

	男性		女性	
	N	%	N	%
重鬱症	11625	7.2	19190	7.3
精神官能性憂鬱症	55173	34.1	82817	31.7
憂鬱性疾患	116741	72.2	194863	74.5
思覺失調症	6511	4.0	6893	2.6
焦慮症	52770	32.7	91873	35.1
睡眠障礙	28823	17.8	45546	17.4
TOTAL	161595	100.0	261565	100.0

由表 3-2-6 以性別來看，女性憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率(17.1%)，而男性憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率(18.7%)，顯示男性有較高的服藥遵從性；以年齡層而言，中老年齡層憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率比其他年齡層高出許多，可推測由於老年人病情嚴重，因而遵從醫師的指示服藥；整體而言，低服藥遵從率高達 5 成，有可能是憂鬱症病人的對病況的不夠清楚，亦或者病情屬於較輕微，造成低服藥遵從率佔大多數。

表 3-2-6、各服藥遵從率性別及年齡層分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
性別								
男	80562	49.9	32494	20.1	18377	11.4	30162	18.7
女	140006	53.5	49197	18.8	27592	10.5	44770	17.1
年齡層								
0-24	35514	61.2	11214	19.3	5286	9.1	5993	10.3
25-44	91321	55.3	30651	18.6	16814	10.2	26214	15.9
45-64	65729	48.3	26780	19.7	15710	11.5	27997	20.6
65+	28004	43.8	13046	20.4	8159	12.8	14728	23.0

由表 3-2-7 分析結果以就診次數來看，就診次數在十至十九次及二十次以上服藥遵從率大於 0.8 占率分別為 25.8%及 32.9%，表示服藥遵從率較高之患者仍有持續就醫，而服藥遵從率較低者，較無規律就醫。

表 3-2-7、各服藥遵從率門急診次數分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
門急診次數								
0-9	137803	67.0	38921	18.9	14949	7.3	13933	6.8
10-19	59929	39.9	30141	20.1	21252	14.2	38772	25.8
>=20	22836	33.9	12629	18.7	9768	14.5	22227	32.9

由表 3-2-8 分析結果以有無住院來看，可發現有住院者服藥遵從率大於 0.8 占率(20.0%)比無住院者(17.5%)略高，顯示有住院之患者越會依照醫生指示吃藥。

表 3-2-8、各服藥遵從率有無住院分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
有無住院								
無	202804	52.8	73259	19.1	40636	10.6	67047	17.5
有	17764	45.1	8432	21.4	5333	13.5	7885	20.0

由表 3-2-9 可發現到至 2011 年高服藥遵從率人數比例緩慢上升，2011 年之後人數比例緩後下降，有可能是新一代抗憂鬱藥效果較佳，造成病患自覺情況較佳後，自行停藥。

表 3-2-9、2007 年至 2014 年服藥遵從率比例

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
2007	37281	52.5	13881	19.5	7333	10.3	12513	17.6
2008	31591	52.5	11583	19.2	6365	10.6	10672	17.7

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
2009	29646	50.9	11349	19.5	6386	11.0	10896	18.7
2010	27257	50.8	10323	19.2	5906	11.0	10178	19.0
2011	27379	51.1	10128	18.9	5838	10.9	10189	19.0
2012	26156	51.4	9585	18.8	5642	11.1	9476	18.6
2013	22755	52.9	8316	19.3	4918	11.4	7014	16.3
2014	18503	56.8	6526	20.0	3581	11.0	3994	12.3

由表 3-2-10 憂鬱症患者共病情形來看，除服藥遵從率小於 0.2 之組別外，有共病之服藥遵從率均較沒共病高，顯示病況越複雜之憂鬱症個案較容易回診領藥。

表 3-2-10、各服藥遵從率與憂鬱症共病分布占率

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
腦血管疾病	6190	41.3	3199	21.3	2047	13.7	3551	23.7
心血管疾病	12092	46.2	5471	20.9	3162	12.1	5459	20.8
糖尿病（輕度至中度）	14352	45.3	6563	20.7	3889	12.3	6874	21.7
慢性併發症糖尿病（SDM）	5240	44.0	2584	21.7	1442	12.1	2645	22.2
高血壓	36419	44.8	16653	20.5	10127	12.5	18005	22.2
高血脂症	20410	46.7	8895	20.4	5355	12.3	9015	20.6
酒精濫用	5512	47.3	2515	21.6	1419	12.2	2199	18.9
藥物濫用	2135	44.6	1078	22.5	614	12.8	957	20.0
雙極性情感疾患	2506	33.2	1700	22.5	1263	16.7	2077	27.5
重鬱症	8345	27.1	6554	21.3	5181	16.8	10735	34.8
精神官能性憂鬱症	67920	49.2	27490	19.9	16002	11.6	26578	19.3
憂鬱性疾患	160975	51.7	60212	19.3	34382	11.0	56035	18.0

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
思覺失調症	5039	37.6	2801	20.9	1861	13.9	3703	27.6
焦慮症	67610	46.7	29284	20.2	17768	12.3	29981	20.7
睡眠障礙	34290	46.1	14840	20.0	9273	12.5	15966	21.5

由表 3-2-11 分析結果來看，歷年高服藥遵從率的平均年齡皆落在 50 歲左右，低服藥遵從率的平均年齡皆落在 42 歲；整體而言，服藥遵從率平均年齡在 40-50 歲之間，顯示年齡越高，其服藥遵從率也較好。

表 3-2-11、2007 年至 2014 年服藥遵從率平均年齡

服要遵從率	0.0<=服藥遵從率<=0.2	0.2<服藥遵從率<=0.5	0.5<服藥遵從率<=0.8	服藥遵從率>0.8
平均年齡	42.60	45.06	46.57	48.75
年份				
2007	42.89	45.59	46.22	48.90
2008	42.88	45.35	46.58	48.89
2009	42.99	45.24	46.24	49.20
2010	42.44	44.52	46.67	48.35
2011	42.02	44.48	46.57	48.32
2012	42.33	44.84	46.62	48.68
2013	42.58	44.86	46.95	48.75
2014	42.41	45.40	47.02	48.93

藉由比例風險模型校正後(見表 3-2-12)，以性別做分層，服藥遵從率大於 0.8，男性與女性自殺死亡風險無明顯差異；男性年齡層對其自殺死亡風險是危險因子；相較女性在各年齡層無明顯差異，在門急診就診次數部分，不論男女性，其就診次數越多，其危險比越高，有可能是個案病情較複雜，需要經常就醫；住院亦有類似情況，有住院的其自殺風險亦較高。從共病方面來看，不論男女性，有物質濫用之個案其自殺危險性均比沒有高出 1-3 倍，特別是男性憂鬱症患者合併藥物濫用者，而思覺失調症及雙極性情感性疾患者其自殺死亡風險亦會較沒共病之患者高，而若看服藥遵從率與自殺危險之關係，則可發現服藥遵從性較高者其自殺死亡危險比較高。

表 3-2-12、比例風險模型針對男女性分層分析

分層分析	無分層	男性	女性
		Adjust Hazard Ratio(95%CI)	
性別			
男性	1.00	-	-
女性	0.56(0.51-0.62)***	-	-
0-24 歲	-	1.00	1.00
25-44 歲	-	1.82(1.43-2.31)***	1.28(1.01-1.63)**
45-64 歲	-	1.58(1.22-2.05)**	1.05(0.81-1.36)
65 歲以上	-	1.74(1.28-2.36)**	1.22(0.89-1.68)
年份			
2007	1.00	1.00	1.00
2008	0.85(0.74-0.99)**	0.82(0.67-0.99)**	0.9(0.73-1.11)
2009	0.82(0.7-0.96)**	0.71(0.57-0.88)**	0.97(0.78-1.2)
2010	0.79(0.67-0.94)**	0.78(0.62-0.98)**	0.82(0.64-1.04)
2011	0.84(0.71-1.01)	0.91(0.73-1.15)	0.77(0.59-1)
2012	0.79(0.65-0.96)**	0.75(0.58-0.99)**	0.85(0.64-1.14)
2013	0.86(0.68-1.09)	0.92(0.68-1.25)	0.79(0.55-1.14)
2014	0.68(0.47-0.98)**	0.82(0.53-1.29)	0.48(0.24-0.94)**
診斷後 180 天內門急診就醫次數			
0-9 次	1.00	1.00	1.00
10-19 次	1.19(1.06-1.34)**	1.26(1.07-1.47)**	1.15(0.96-1.37)
20 次以上	1.67(1.45-1.92)***	1.61(1.32-1.96)***	1.74(1.42-2.14)***
診斷後 180 天內住院紀錄			
無	1.00	1.00	1.00
有	1.32(1.15-1.52)***	1.25(1.04-1.5)**	1.51(1.22-1.86)**
共病			
腦血管疾病	0.91(0.7-1.18)	0.86(0.61-1.2)	1.02(0.67-1.55)
心血管疾病	0.93(0.76-1.14)	1.02(0.78-1.33)	0.85(0.61-1.18)
糖尿病（輕度至中度）	1.3(1.08-1.57)**	1.32(1.03-1.7)**	1.33(0.99-1.79)
慢性併發症糖尿病	0.78(0.56-1.08)	0.72(0.46-1.12)	0.86(0.53-1.4)

分層分析	無分層	男性	女性
		Adjust Hazard Ratio(95%CI)	
（SDM）			
高血壓	0.84(0.73-0.97)**	0.95(0.79-1.15)	0.77(0.61-0.97)**
高血脂症	0.75(0.63-0.9)**	0.69(0.54-0.89)**	0.85(0.65-1.1)
酒精濫用	2.01(1.68-2.42)***	1.9(1.54-2.33)***	2.02(1.31-3.13)**
藥物濫用	2.9(2.33-3.6)***	3.08(2.41-3.94)***	1.86(1.15-3.03)**
雙極性情感疾患	1.6(1.28-2)***	1.47(1.07-2.01)**	1.82(1.33-2.49)**
重鬱症	1.69(1.48-1.93)***	1.67(1.39-2.02)***	1.73(1.43-2.09)***
精神官能性憂鬱症	1.4(1.21-1.63)***	1.24(1-1.54)	1.63(1.33-2.01)***
憂鬱性疾患	1.4(1.19-1.66)***	1.2(0.95-1.52)	1.69(1.33-2.13)***
思覺失調症	2(1.68-2.37)***	1.98(1.59-2.46)***	1.97(1.5-2.6)***
焦慮症	1.13(1.02-1.25)**	1.02(0.89-1.17)	1.25(1.08-1.44)**
睡眠障礙	1.21(1.08-1.36)**	1.25(1.07-1.46)**	1.12(0.94-1.33)
服藥遵從率			
遵從率<=0.2	1.00	1.00	1.00
0.2<遵從率<=0.5	1.33(1.17-1.52)***	1.82(1.43-2.31)***	1.42(1.17-1.73)**
0.5<遵從率<=0.8	1.41(1.2-1.64)***	1.58(1.22-2.05)**	1.57(1.25-1.97)**
遵從率>0.8	1.81(1.59-2.05)***	1.74(1.28-2.36)**	1.98(1.64-2.39)***

***P<0.0001

**P<0.05

藉由比例風險模型校正後(見表 3-2-13)，在 64 歲以下其服藥遵從率越高其自殺死亡比亦越高，顯示老年人服藥遵從性高，可推測可能老年人通常病況較嚴重，因此會按時吃藥;各年齡層男性自殺死亡風險比皆相對女性高，顯示男性有較高的自殺危險性。在門急診就診次數方面，除 0-24 歲外，其餘年齡層其自殺危險比均隨次數增加而有顯著增加；在住院紀錄方面，25-44 歲及 45-64 歲有住院紀錄之憂鬱症病患在自殺危險相較無住院紀錄有顯著增加。在共病方面而言，年齡層在 0-24 歲，由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者、憂鬱性疾患、思覺失調症等均會造成其自殺危險比之上升；25-44 歲酒精濫用、藥物濫用、雙極性情感疾患、重鬱症、精神官能性憂鬱症、憂鬱性疾患、思覺失調症患者其自殺危險比亦較高；45 至 64 歲憂鬱症患者合併藥物濫用、思覺失調症及雙極性情緒性疾患自殺危險比都較

沒有共病之患者高約 2 倍，而其他共病包含酒精濫用、由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者、糖尿病(輕度至中度)、憂鬱性疾患、精神官能性憂鬱症、焦慮症及睡眠障礙均會造成其自殺危險比的增加；65 歲以上則以雙極性情感性疾病及由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者均會造成自殺危險比的顯著上升。

在服藥遵從性方面，25-44 歲及 45-64 歲之服藥遵從性越高其自殺危險性也越高，其他年齡層則無顯著差異。

表 3-2-13、使用比例風險模型針對服藥遵從率計算各分組之危險性

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
	Adjust Hazard Ratio(95%CI)			
性別				
女性	1.00	1.00	1.00	1.00
男性	1.25(0.91-1.72)	1.8(1.56-2.09)***	1.9(1.59-2.27)***	1.95(1.52-2.49)***
年份				
2007	1.00	1.00	1.00	1.00
2008	0.66(0.42-1.02)	0.95(0.77-1.17)	0.68(0.52-0.89)**	1.22(0.83-1.78)
2009	0.45(0.27-0.77)**	0.91(0.73-1.15)	0.8(0.61-1.05)	0.95(0.62-1.45)
2010	0.42(0.23-0.74)**	0.94(0.74-1.2)	0.66(0.48-0.9)**	1.1(0.69-1.73)
2011	0.48(0.27-0.86)**	0.94(0.73-1.22)	0.57(0.4-0.8)**	1.85(1.21-2.82)**
2012	0.61(0.33-1.13)	0.81(0.6-1.09)	0.79(0.56-1.1)	0.96(0.55-1.69)
2013	0.72(0.35-1.45)	0.88(0.61-1.26)	0.81(0.54-1.2)	1.21(0.64-2.26)
2014	0.14(0.02-1.05)	0.47(0.23-0.97)**	0.69(0.38-1.26)	2.15(1.06-4.38)**
診斷後 180 天內門急診就醫次數				
0-9 次	1.00	1.00	1.00	1.00
10-19 次	1.17(0.82-1.69)	1.16(0.98-1.38)	1.11(0.89-1.38)	1.47(0.99-2.18)
20 次以上	0.95(0.51-1.75)	1.44(1.15-1.81)**	1.73(1.36-2.22)***	2.42(1.63-3.6)***
診斷後 180 天內住院紀錄				
無	1.00	1.00	1.00	1.00
有	1.3(0.81-2.09)	1.43(1.15-1.77)**	1.47(1.15-1.87)**	1.02(0.74-1.41)
診斷後 180 天內共病紀錄				
腦血管疾病	-	0.94(0.44-1.99)	1.03(0.68-1.57)	0.87(0.6-1.27)
心血管疾病	1.22(0.17-8.85)	0.98(0.57-1.67)	0.91(0.66-1.26)	0.92(0.68-1.26)
糖尿病（輕度至中度）	-	1.14(0.7-1.85)	1.64(1.25-2.15)**	1.05(0.76-1.45)
慢性併發症糖尿病（SDM）	-	0.74(0.26-2.07)	0.99(0.64-1.53)	0.55(0.31-0.98)**
高血壓	1.1(0.15-7.89)	0.92(0.66-1.28)	0.82(0.67-1.02)	0.86(0.67-1.11)
高血脂症	-	0.75(0.5-1.11)	0.67(0.51-0.88)**	0.86(0.63-1.18)

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
酒精濫用	1.94(0.78-4.81)	1.98(1.57-2.5)***	1.91(1.38-2.66)**	-
藥物濫用	3.83(1.97-7.43)	2.64(2.02-3.45)***	2.78(1.7-4.55)***	3.18(0.78-12.94)
雙極性情感疾患	1.21(0.65-2.26)	1.47(1.08-2.01)**	1.98(1.3-3.02)**	2.83(1.39-5.78)**
重鬱症	1.89(1.27-2.83)**	1.61(1.33-1.96)***	1.73(1.35-2.21)***	1.73(1.15-2.62)**
精神官能性憂鬱症	1.49(0.96-2.3)	1.4(1.13-1.73)**	1.54(1.17-2.02)**	1.17(0.72-1.88)
憂鬱性疾患	1.63(1-2.66)**	1.46(1.15-1.86)**	1.39(1.02-1.88)**	1.13(0.68-1.86)
思覺失調症	2.46(1.54-3.94)**	1.94(1.53-2.46)***	2.15(1.56-2.96)***	1.22(0.57-2.61)
焦慮症	0.99(0.7-1.4)	1.04(0.9-1.21)	1.33(1.11-1.58)**	1.09(0.84-1.4)
睡眠障礙	1.22(0.79-1.88)	1.12(0.95-1.33)	1.26(1.03-1.54)**	1.22(0.9-1.66)
服藥遵從性				
遵從率<0.2	1.00	1.00	1.00	1.00
0.2<=遵從率<0.5	1.14(0.75-1.73)	1.62(1.33-1.97)***	1.34(1.04-1.71)**	0.88(0.62-1.24)
0.5<遵從率<=0.8	1.16(0.67-1.99)	1.66(1.31-2.1)***	1.61(1.23-2.11)**	0.76(0.5-1.17)
遵從率>0.8	2.1(1.34-3.29)**	2.35(1.93-2.85)***	1.69(1.34-2.12)***	1.08(0.8-1.47)

***P<0.0001

**P<0.05

由表 3-2-14 可發現男性不論是開立診斷前後，精神科住院比例均較女性高，若以服藥遵從率來看，診斷前有精神科住院紀錄其服藥遵從率亦較高；而診斷後有精神科住院紀錄，服藥遵從率大於 0.8 之比例反而較服藥遵從率在 0.5 至 0.8 低。

表 3-2-14、2007 年至 2014 年憂鬱症個案在精神科住院前後，針對性別、年齡層、服藥遵從率進行次數分析

	指標日前 365 天是否有精神科住院紀錄		指標日後 180 天內是否有精神科住院紀錄		總人數
	無	有	無	有	
性別					
男	159603(98.8)	1992(1.2)	157723(97.6)	3872(2.4)	161595
女	260606(99.6)	959(0.4)	259503(99.2)	2062(0.8)	261565
服藥遵從率					
0<遵從率<=0.2	219598(99.6)	970(0.4)	218702(99.2)	1866(0.8)	220568
0.2<遵從率<=0.5	81084(99.3)	607(0.7)	80255(98.2)	1436(1.8)	81691
0.5<遵從率<=0.8	45532(99)	437(1)	44842(97.5)	1127(2.5)	45969
遵從率>0.8	73995(98.7)	937(1.3)	73427(98)	1505(2)	74932
年齡層					

	指標日前 365 天是否有精神科住院紀錄		指標日後 180 天內是否有精神科住院紀錄		總人數
	無	有	無	有	
0-24	57274(98.7)	733(1.3)	55978(96.5)	2029(3.5)	58007
25-44	163708(99.2)	1292(0.8)	162716(98.6)	2284(1.4)	165000
45-64	135462(99.4)	754(0.6)	134982(99.1)	1234(0.9)	136216
65+	63765(99.7)	172(0.3)	63550(99.4)	387(0.6)	63937

由表 3-2-15 可發現女首次診斷為重鬱症比例較男性稍高，服藥遵從性越高之組別其重鬱症患者比例越高，從年齡層分析可發現年輕人口初發重鬱症之診斷比例較高。

表 3-2-15、2007 年至 2014 年有無重鬱症患者，針對性別、年齡層、服藥遵從率進行次數分析

性別	無重鬱症	%	有重鬱症	%	Total
男	158577	98.1	3018	1.9	161595
女	255732	97.8	5833	2.2	261565
服藥遵從率					
0<遵從性<=0.2	216487	98.1	4081	1.9	220568
0.2<遵從性<=0.5	79934	97.8	1757	2.2	81691
0.5<遵從性<=0.8	44914	97.7	1055	2.3	45969
遵從性>0.8	72974	97.4	1958	2.6	74932
年齡層					
0-24	56329	97.1	1678	2.9	58007
25-44	161208	97.7	3792	2.3	165000
45-64	133668	98.1	2548	1.9	136216
65+	63104	98.7	833	1.3	63937

由表 3-2-16 可看出不論是否有診斷出重鬱症，其服藥遵從性大於 0.8 該組，標準死亡比均大於 1。

表 3-2-16、2007 年至 2014 年以第一天診斷有無重鬱症做分組，計算各服藥遵從率死亡標準比

	診斷重鬱症			診斷無重鬱症		
服藥遵從率	Expected	D	SMR(95%CI)	Expected	D	SMR(95%CI)
遵從率<0.2	18.99	8	0.42(0.2-0.8)	899.33	605	0.67(0.59-0.75)
0.2<=遵從率<0.5	8.18	10	1.22(0.62-2.18)	332.06	348	1.05(0.94-1.15)
0.5<=遵從率<0.8	4.91	4	0.81(0.26-1.97)	186.58	231	1.24(1.11-1.37)
遵從率>0.8	9.11	19	2.09(1.29-3.2)	303.15	530	1.75(1.66-1.83)
重鬱症診斷總人數(n=8810)			1	無重鬱症診斷總人數(n=412595)		1

由表 3-2-17 可看出隨著診斷時間往後，其自殺危險性均逐漸下降。而第一次診斷為輕度憂鬱症，若有其他共病，其自殺危險比都會顯著升高，而若於診斷後有住院紀錄其自殺危險比會降低約一半；若開立診斷前一年有精神科住院紀錄其自殺危險性亦會增加，若看服藥遵從性則可發現服藥遵從性較高之憂鬱症患者其自殺危險性亦越高。

表 3-2-17 服藥遵從性對其存活之影響，並針對有無重憂鬱進行分層分析

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
性別		
男性	1.00	1.00
女性	0.75(0.68-0.83)***	0.77(0.38-1.57)
年份		
2007	1.00	1.00
2008	0.65(0.56-0.76)***	0.94(0.35-2.49)
2009	0.47(0.4-0.55)***	0.45(0.15-1.31)
2010	0.28(0.24-0.34)***	0.19(0.05-0.8)**
2011	0.16(0.14-0.2)***	0.1(0.02-0.5)**
2012	0.06(0.05-0.08)***	0.04(0.01-0.21)**
2013	0.02(0.02-0.03)***	0.09(0.03-0.33)**
2014	0.01(0-0.01)***	-
門急診就醫次數		
0-9 次	1.00	1.00

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
10-19 次	1.1(0.98-1.25)	1.17(0.52-2.63)
20 次以上	1.17(1.01-1.36)**	0.76(0.23-2.47)
診斷後 180 天內住院紀錄		
無	1.00	-
有	0.47(0.4-0.55)***	-
第一次開立憂鬱症前 365 天有住院紀錄		
無	1.00	-
有	1.76(1.21-2.55)**	-
第一次開立憂鬱症後 180 天有住院紀錄		
無	1.00	1.00
有	1.78(1.31-2.43)**	2.08(0.5-8.63)
精神科住院紀錄		
無紀錄	1.00	-
第一次開立憂鬱症診斷前 365 天有住院紀錄及開立診斷後亦有住院紀錄	0.58(0.24-1.38)	-
180 天內共病診斷		
腦血管疾病	0.62(0.48-0.81)**	-
心血管疾病	0.93(0.76-1.15)	1.46(0.25-8.48)
糖尿病（輕度至中度）	0.98(0.81-1.19)	0.82(0.17-3.9)
慢性併發症糖尿病（SDM）	0.54(0.39-0.75)**	1.48(0.14-15.87)
高血壓	0.88(0.76-1.02)	0.72(0.2-2.68)
高血脂症	1.18(0.98-1.41)	0.97(0.16-6.02)
酒精濫用	2.57(2.07-3.2)***	1.09(0.12-9.62)
藥物濫用	1.14(0.94-1.38)	1.98(0.53-7.43)
雙極性情感疾患	1.75(1.39-2.2)***	1.75(0.61-5.01)
重鬱症	1.94(1.68-2.25)***	-
精神官能性憂鬱症	1.37(1.18-1.6)***	0.61(0.24-1.54)
憂鬱性疾患	1.5(1.27-1.78)***	0.81(0.35-1.87)
思覺失調症	1.82(1.52-2.17)***	1.97(0.52-7.46)
焦慮症	1.34(1.21-1.48)***	1.14(0.51-2.52)
睡眠障礙	1.2(1.07-1.35)**	0.31(0.07-1.3)

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
服藥遵從性		
遵從率<0.2	1.00	1.00
0.2<=遵從率<0.5	1.31(1.14-1.5)***	3.54(1.29-9.71)
0.5<遵從率<=0.8	1.39(1.19-1.63)***	2.08(0.56-7.73)
遵從率>0.8	1.69(1.48-1.92)***	4.64(1.71-12.59)

由圖 3-2-2 及圖 3-2-3 可推論出服藥遵從率越高，存活時間越短，原因可能是病情越嚴重的病患，其治療難度越大，使用醫療資源需求也越大，以致於其不論存活率或累積危險性都較高。

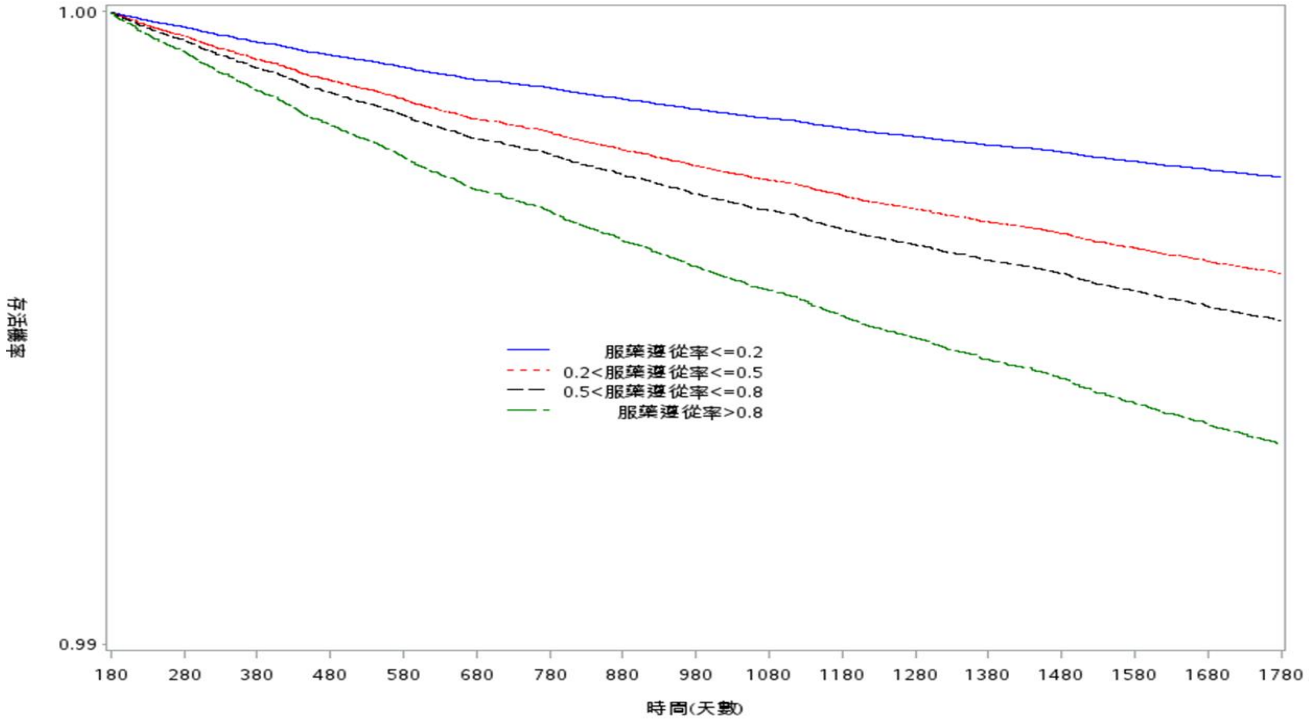


圖 3-2-2、憂鬱症個案存活時間對服藥遵從率作存活曲線圖

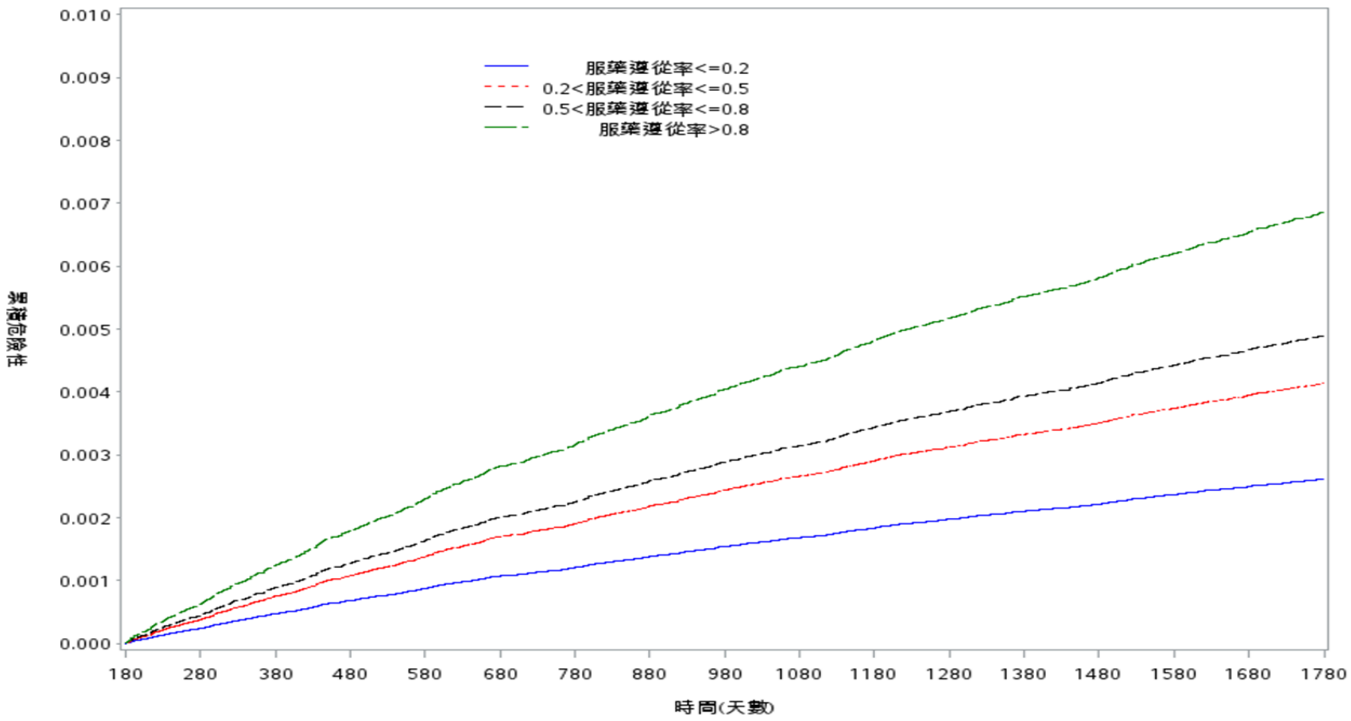


圖 3-2-3、憂鬱症個案存活時間對服藥遵從率作累積危險性

2. 結論

從分析結果來看，以現有之健保資料庫分析，並無法得到良好之估計模型原因包含

1) 服藥遵從性高者其自殺死亡率越高，此表示服藥遵從率僅反應出疾病嚴重度，而疾病越嚴重且複雜者其自殺死亡率亦較高；且服藥遵從性並無法完全反應病人是否有治癒好。
2) 以現有之資料連結變項並無法校正掉所有干擾因子，包含男性、年紀較長者，須從衛福部開放更多資料庫連結以發展更好之預測模型。

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；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企圖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。

憂鬱症疾患的自傷與自殺防治，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，則是讓有高危險憂鬱症疾患，能夠更妥善的治療，並讓社區公共衛生、社會工作人員、基層醫療院所，熟悉憂鬱症疾患自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。另外針對非精神科專業醫師實施研習課程，提升其對憂鬱症之敏感度。

指標性策略則是針對有過自傷或自殺企圖之高危險群，給予正確精神醫療的評估，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，回顧國內外憂鬱症病人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣憂鬱症病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

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、熟悉精神疾患自傷與自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。

針對曾經有自殺企圖之個案，亦應強化訪員在辨識個案是否有憂鬱症疾患及醫療資源利用情形，特別是針對個案若有合併物質濫用的情形應特別注意，因此訪員在給予個案訪視時，應同時詢問自殺企圖個案亦或者是個案家屬是否有物質濫用之情形，若有此情形，則應合併考量個案之物質濫用情形及自殺危險性評估，並為個案適時轉介精神科亦或者其他支持性團體之資源介入，以提供個案整合性治療。

(1) 針對個案本人

若詢問個案家屬亦或者個案本人曾有憂鬱症、重鬱症都應特別注意個案之精神科就診情形及是否有規律、規律服藥之情況，並加強憂鬱症病患規律就診之醫院及強化憂鬱症病患後續之追蹤亦是相當重要的。

若個案合併藥物濫用之情形，則可以案主為中心，包含強化個案對物質濫用之認知，減少個案濫用行為之惡化，改善因物質濫用造成之身心健康狀況，提升個案對成癮行為之掌控，並適當提供個案其他社會資源，強化個案之保護因子。

(2) 家庭教育團體

家庭教育團體(包含個案及個案生命中重要他人)可提供憂鬱症、成癮和復原歷程等相關知識給家屬，並且讓家屬彼此有機會可以討論擔憂的事情，此團體對於協助家屬們去支持正在接受治療的憂鬱症合併物質濫用者是非常重要的，家庭教育團體目標包含以下

a. 提供有關憂鬱症、物質濫用、復原、治療和人際動力的正確知識。
b. 幫助個案和家庭成員了解復原歷程會如何影響他們現在和未來的家庭關係。
c. 提供家屬們討論復原歷程中的議題。
d. 提供有關憂鬱症、物質濫用的正確知識。
e. 教導、促進並鼓勵家屬在支持個案復原的過程中，也要同時照顧自己。
f. 在團體中提供專業的氛圍，以協助個案和家屬們彼此互相尊重。

2)選擇性策略

防治對象是高風險個案，由以上分析結果可知憂鬱症疾患當合併藥物濫用、物質濫用或酒癮時，其自殺風險相較於只有憂鬱症患者，將會高達 1-3 倍，尤其是男性、25-64 歲之個案，若個案合併思覺失調症或躁鬱症其自殺死亡風險亦會顯著增加；故須特別注意。

而憂鬱症患者醫療資源需求較大者，亦須注意，分析結果亦顯示門急診就醫次數越多，有精神科住院紀錄者其自殺危險比亦越大，同樣適時轉介精神醫療資源、心衛資源及支持性團體。

針對各年齡層憂鬱症患者若合併以下症狀為高危險群：○表示危險度

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
共病				
腦血管疾病				
心血管疾病				
糖尿病（輕度至中度）			○○	
慢性併發症糖尿病（SDM）				○
高血壓				
高血脂症			○	
酒精濫用		○○	○○	
藥物濫用		○○○	○○○	
雙極性情感疾患		○	○○	○○○
重鬱症	○○	○○	○○	○○
思覺失調症	○○	○○	○○	
焦慮症			○	
睡眠障礙			○	

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。

推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育。並透過與基層醫療結合

成為憂鬱症病患照護的主要提供者，以提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務，增加醫療可近性並增進基層醫療對憂鬱疾患篩檢、診斷與治療的知能，並開辦憂鬱整合性照護課程、家屬支持團體與課程，以強化憂鬱症病人之照護。

結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，包含與各縣市衛生局所定期舉辦宣導活動，以強化全體國民對憂鬱症之認識，以破除一般民眾對精神疾病刻板印象，藉以提高憂鬱症就診率，並持續推動與民間團體如憂鬱症防治協會之合作，舉辦學術研討會，以提升國內醫療院所在診斷及治療憂鬱症之水準，對於有自殺史的憂鬱症患者則應提供「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群，如自傷行為者、憂鬱病患者等，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，預防憂鬱症的自殺。

Anderberg, J., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2016). Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. Arch Suicide Res, 20(3), 463-475. doi:10.1080/13811118.2015.1057663

Makris, G. D., Reutfors, J., Andersen, M., White, R. A., Ekselius, L., & Papadopoulos, F. C. (2017). Season of treatment initiation with antidepressants and suicidal behavior: A population-based cohort study in Sweden. J Affect Disord, 215, 245-255. doi:10.1016/j.jad.2017.03.028

Chia-Wei Wang.(2008). Antidepressant Utilization Among Disabled Elderly in Taiwan.

Wu, C. S., Shau, W. Y., Chan, H. Y., & Lai, M. S. (2013). Persistence of antidepressant treatment for depressive disorder in Taiwan. Gen Hosp Psychiatry, 35(3), 279-285. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.12.003

Freccero, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Ji, J. (2016). Primary adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden. Scand J Prim Health Care, 34(1), 83-88. doi:10.3109/02813432.2015.1132884

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A.,Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064

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。

2017 年，延續 2011 年之方針但更為精進，擇定自殺死亡率、三年移動平均及 2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，進行自殺高風險縣市互動式輔導訪查。訪查中將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告及降低自殺率之具體方案、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。

二、 輸入(Input)

1. 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。

3) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視，轄內地段護理人員、關懷訪視員透過家訪或電訪予遺族持續關懷。

2. 執行步驟與方法

1) 根據 2016 年衛生福利部公告國人死因資料，依 2016 年自殺粗死亡率、自殺粗死亡率三年移動平均及 2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，扣除離島地區(人數少)，再以順序排列考量，擇定屏東縣、嘉義縣、南投縣、臺東縣、臺南市及新北市共 6 縣市，各縣市擇定原因如下。

(1) 屏東縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.1 人上升至 16.8 人，增幅 38.8%(排名全國第一)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 23.3 人(排名全國第三)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：由每十萬人口 17.6 人上升至 19.2 人。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 12 位。

(2) 嘉義縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.6 人上升至 16.2 人，增幅 28.6%(排名全國第二)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 24.7 人(排名全國第二)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：每十萬人 22.1 人(排名全國第一)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 13 位。

(3) 南投縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 15.4 人上升至 19.1 人，增幅 24%(排名全第四)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 25.6 人(排名全國第一)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 21.1 人(排名全國第三)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 12 位。

(4) 臺東縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.5 人上升至 13.8 人，增幅 10.4%(排名全國第五)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 19.4 人(排名全國第六)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 17.9 人(排名全國第九)。

d.自殺在死因中排名：男性第 12 位、女性第 12 位。

(5) 臺南市

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.2 人上升至 13 人，增幅 6.6%(排名全國第七)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 17.6 人(排名全國第十)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 16.4 人(排名全國第十)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 13 位。

(6) 新北市

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 11.7 人上升至 12.2 人，增幅 4.3%(排名全國第八)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 15.4 人(排名全國第十二)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：每十萬人口 14.8 人(排名全國第十四)。

d.自殺在死因中排名：第 9 位(男性第 8 位、女性第 10 位)。

3. 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. 6 月 19 日十大死因公布，本中心根據統計處提供之 2016 年自殺死亡交叉表，依據衛生福利部之標準擇定屏東縣、嘉義縣、南投縣、臺東縣、臺南市及新北市共 6 縣市。
2. 函知衛生福利部擇定之縣市，並請協助轉知訪查縣市，進行聯繫及確認時間，邀請部內長官及縣市各相關網絡人員出席。
3. 研究發展組進行各縣市自殺死亡及通報趨勢分析並製作簡報。
4. 8 月 04 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-新北市」會議，地點於新北市政府衛生局，主持人為新北市政府衛生局心理衛生及長期照顧科杜仲傑科長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為新北市醫療院所代表(慈暨醫院、臺北醫院、淡水馬偕紀念醫院、汐止國泰醫院、八里療養院)、新北市政府局處代表(衛生局、社會局、勞工局、警察局、消防局、工務局、水利局)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副

執行長、廖健鈞專員代表出席，共 24 人。

5. 8 月 09 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-屏東縣」，地點於屏安醫院，主持人為屏東縣衛生局李佳芳代理局長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員、與會人員為屏東醫院黃文翔院長、王世宗主任及自殺關懷訪視員、屏東縣政府局處代表(衛生局、社會處)，中心由臺灣自殺防治學會周煌智理事、顏永杰監事、孔祥玲專員代表出席，共 24 人。
6. 8 月 17 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-南投縣」，地點於南投縣政府衛生局，主持人為南投縣林明溱縣長，列席長官為衛生福利部心口司謎立中司長、廖敏桂技正、張冠偉科員，與會人員為南投縣政府局處代表(民政處、社會及勞動處、農業處、新聞及行政處、警察局)、南投縣醫療院所代表(衛生福利部草屯療養院、衛生福利部南投醫院、埔基醫療社團法人埔里基督教醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、竹山秀傳醫院、新泰宜婦幼醫院、南基醫院、佑民醫療社團法人佑民醫院、東華醫院)，學生校外生活輔導會導陳佳佑助理督，學生輔導諮商中心劉心怡主任，中心由臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長、陳俊鶯顧問、賴忠治專員代表出席，共 35 人。
7. 8 月 21 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-臺南市」，地點於臺南市衛生局，主持人為臺南市衛生局陳怡局長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為臺南市政府局處代表(衛生局、勞工局、教育局)，臺南市醫療院所代表(衛生福利部嘉南療養院、奇美醫療財團法人奇美醫院臺南分院)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、許信育專員代表出席，共 32 人。
8. 8 月 30 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-嘉義縣」，地點於嘉義縣衛生局，主持人為嘉義縣衛生局許家禎局長，列席長官為衛福部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為嘉義縣衛生局代表，南區精神醫療網核心醫院嘉南療養院王禎邦主任，信安醫院代表(督導及自殺關懷訪視員)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員代表出席，共 22 人。
9. 9 月 01 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-臺東縣」，地點於臺東縣政府，主持人為臺投縣政府陳明仁秘書長，列席長官為衛福部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為臺東縣政府局處代表(衛生局、社會處、教育處、警察局、消防局)，臺東縣衛生所代表(臺東市、卑南鄉、鹿野鄉、關山鎮、海端鄉、池上鄉、東河鄉、長濱鄉、金峰鄉、大武鄉、達仁鄉、成功鎮)，臺東縣醫療院所代表(馬偕紀念醫院臺東分院、東基醫療財團法人臺東基督教醫院、臺北榮民醫院臺東分院、衛生福利部臺東醫院、東區精

神醫療網、衛生福利部臺東醫院附設康復之家)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、林亭孜專員代表出席，共 41 人。

四、 成果(Product)

1. 新北市

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

新北市標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.04 及 1.1。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 4%，較 2014 年增加 10%。

(2) 年齡層

除「45-64 歲」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「14 歲以下」 (1.58)、「15-24 歲」(1.16)、 「25-44 歲」(1.13)、 「65 歲以上」(1.03) 。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為其他及未明示之方式自殺及自傷(2.00)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.18)、吊死、勒死及窒息自殺及自傷(1.09)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 5,943 人次。

(2) 性別

男性 2,212 人次，女性 3,731 人次；性別比(男/女)0.59，女性為男性的 1.69 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 1,488 人次，佔 25.0% ；第二為「25-34 歲」，計 1,345 人次，佔 22.6% ；第三為「45-54 歲」，計 1,063 人次，佔 17.9% 。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 2,156 人次，佔 36.3% ；第二為「割腕」，計 1,450 人次，佔 24.4% ；第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 494 人次，佔 8.3% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 1,829 人次，佔 30.8% ；第二為「感情因素」，計 1,057 人次，佔 17.8% ；第三為「家庭成員問題」，計 975 人次，佔 16.4% 。

3) 會議摘要

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛生福利部心口司		**指標性策略** (1) 建立共案共管模式外，並加強熟悉案家的社工為單一主責。以家庭為中心、社區為資源，採垂直分工、橫向整合的方式來建置一個整合性的服務模式。 (2) 警消單位受理個案為高風險，應將個案通報。
		選擇性策略 (1) 加強職場自殺防治政策。 (2) 社區內的醫師可以提高敏感度，就醫的民眾如有心理相關的問題可以轉介到身心科。
		全面性策略 加強宣導正確就醫的觀念及精神病的去汙名化。

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**指標性策略** 將每月通報月報表數據在督導會議中提出討論、判讀數據並針對數據結果進行跨局處討論每月熱點或策略分析應該回歸督導或跨局處討論。
衛生局	(1) 校園輔導體系為獨立系統，衛生局缺乏服務介入之方式。 (2) 自關員人力資源有限。	**指標性策略** (1) 兒少福利委員會在近期內會重新召開會議，會議中將針對校園內自殺事件進行分析。 (2) 面訪應做危險分級，找出急迫需要做面訪的個案，個案若合併其他狀況，應考慮共訪。
		選擇性策略 強化心理衛生及長期照顧科與家庭照顧者關懷協會之間合作。
社會局	(1) 社會面的資源在情緒、心理層面缺乏專業人才。 (2) 資源的分配能不能及時。	**指標性策略** 家長如果自殺(不穩定性高)也會影響到兒童、青少年，個案的狀況資訊如果能和社會局端連結，在做家庭關懷訪視時就能從這些危險因子著手。
		選擇性策略 (1) 加強獨居老人的關懷輔導。 (2) 社區的關懷，結合里長跟家庭照顧者關懷協會在社區針對家庭照顧者做宣傳與服務。

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
警察局		**指標性策略** 對於關懷訪視後個案不再有自殺意念的個案，可分享、參考其自殺防治經驗，推廣到其他自殺企圖個案。
水利局		**全面性策略** 強化自殺地點(如橋樑處)之自殺防治相關宣導張貼。
醫療院所	淡水馬偕紀念醫院： 通報系統使用較困難。通報時需要輸入完整資料才能通報成功，但是在急診時有時候只知道部分資料便無法通報。 臺北醫院： 訪員流動率高，對自殺防治業務有很大影響 汐止國泰醫院： 自殺防治需要跨局處合作，實務上很難制定一個標準流程，需要依個案分別處理。	**指標性策略** 慈濟醫院： 強化外部督導討論，在因應突發狀況時較有效率。 淡水馬偕紀念醫院： (1) 對於這些高齡的長者，或許可以用社區或電話的方式關懷問候。 (2) 辦理宣導講座，當家屬觀察到個案出現狀況時可以幫助個案。 (3) 針對自殺相關數據做交叉分析。 八里療養院： (1) 社群網站的機制來找出自殺風險者。 (2) 自殺防治可以多利用保護因子。 **選擇性策略** 淡水馬偕紀念醫院： 強化新生兒家庭在母親罹患產後憂鬱症之策略。

2. 屏東縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

屏東縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.37 及 1.34。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 37%，較 2014 年增加 34%。

(2) 年齡層

除 14 歲以下外，其餘年齡層標準化死亡比均大於 1。由高至低依序是「15-24 歲」(1.84)、「65 歲以上」(1.45)、「25-44 歲」(1.43)、「45-64 歲以上」(1.21)。

(3) 自殺方法

除鎗砲及爆炸物自殺及自傷外，其餘自殺方法標準化死亡比均大於 1。標準化死亡比前三高依序為－溺水(淹死)自殺及自傷(5.50)、切穿工具自殺及自傷(5.00)、其他及未明示之方式自殺及自傷(2.67)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 997 人次。

(2) 性別

男性 366 人次，女性 631 人次；性別比(男/女)0.58，女性為男性的 1.72 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 235 人次，佔 23.6% ；第二為「25-34 歲」，計 199 人次，佔 20% ；第三為「45-54 歲」，計 161 人次，佔 16.1% 。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 307 人次，佔 30.8% ；第二為「割腕」，計 225 人次，佔 22.6% ；第三為「一般農藥」，計 74 人次，佔 7.4% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 314 人次，佔 31.5% ；第二為「感情因素」，計 164 人次，佔 16.4% ；第三為「家庭成員問題」，計 159 人次，佔 15.9% 。

3) 會議摘要

(1) 現況分析

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛生福利部心口司	(1) 屏東縣農藥自殺占率相當高。 (2) 由於 2019 年才禁用，農民可能將農藥巴拉刈屯貨。	**全面性策略** (1) 加強巴拉刈農民在使用上的安全宣導及注意。 (2) 中央跟農委會也一直在溝通，那目前訂出來禁用的期程是在 2019 年 2 月會全部禁用。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 強化自官員對自殺企圖者之狀況掌握，以利自關員後續服務介入。 (2) 提高通報率。 (3) 在自殺原因的分析，各年齡層都以憂鬱情緒為最多，憂鬱情緒絕對不是單一因素，在海平面以下是壓力源，這些壓力源是我們要去注意的。 (4) 了解電訪的定義、本質以及有效性。 (5) 電訪的對象以及強度，都是要注意的。 (6) 降低再自殺率。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 / 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**選擇性策略** (1) 針對大於 65 歲以上罹患多種急慢性病，各個醫院，特別是綜合醫院應該要注意是否有自殺傾向。 (2) 針對兒少被害人的部份，亦須審慎處理，以免被害人的成長扭曲，成為下一位家性暴加害人或被害人。 (3) 針對家性暴，家性暴不是只有被害人會自殺，加害人也會自殺。 (4) 心理健康的末端是四合一，因為社會安全網的末論就是屬於我們心理健康的精神疾病，所謂的四合一是指：自殺、精神病病、家性暴以及酒藥癮，這些壓力源是我們要去注意的。 (5) 特別針對男性仍須強化其資源連結、危險因子辨識、自殺防治策略。
		全面性策略 (1) 強化各局處之心理健康促進辦理。(如：強化年齡人的情感受挫力、降低勞工失業率及促進毒防人口、家暴性侵人口之心理健康等)。 (2) 高樓的女兒牆要有一些預防的措施， (3) 針對跳河，像高雄的愛河有立警語，所以跳河死亡的人數不多。 (4) 心情溫度計的免費 APP 之推廣。 (5) 強化就醫可近性。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 / 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 校園即使通報量提高仍自關員仍難以介入進行服務，尤其跨到家庭部分，資源難以整合。 (2) 老人以安眠藥鎮靜劑自殺，很難去預防，只能做後端訪視的部份。 (3) 醫院不重視督考。	**指標性策略** (1) 2017 年起針對關懷員(專業社工師及心理師)做訪談教育訓練及情境模擬演練。 (2) 針對農藥自殺個案，關懷員在訪視時會特別注意居家環境，將農藥移除，並且了解農藥是如何取得，購買農藥的原因以及保管方式等問題。 (3) 提高通報之簡易度，只需電話即可通報個案。 (4) 將精神及自殺關懷員業務合併辦理，個案的關懷訪視過程都由同一位關懷員進行，以避免資源重複。 (5) 遺族關懷個案：2017 年起採主動陪伴、關懷問候方式，於適當時間提供自殺遺族關懷信、醫療資訊、心理諮商轉介等協助，並依規定安排家訪、電訪服務，持續關懷至少一個月，且達三次以上關懷訪視服務。
		選擇性策略 (1) 針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用最簡單的 BSRS-5 量表，早期偵測個案的情緒困擾並提供心理健康的服務。 (2) 辦理各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練。 (3) 辦理壓力調適課程，以強化自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**全面性策略** (1) 開自殺防治專家會議，一同分析探討屏東縣的自殺死亡資料以及屏東縣可以實施的策略。 (2) 訂定老人自殺死亡案件遺族關懷訪談指引。 (3) 針對農藥販賣商將查核項目(表 4-1-3)納入農藥行換證的必要條件之一。 (4) 承接衛生福利部 2017 年度「幸福捕手種子師資培訓課程」執行計畫，我們在屏東 33 個鄉鎮中 29 個都有自殺防治的種子師資，也有一些醫療院所派人來參加。 (5) 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。 (6) 與農業處合作針對農民進行宣導，，另外在農藥商品外包裝都會貼上關懷警語與求助資訊的貼紙，也針對農藥行販售業者做個別訓練。 (7) 建立社區自殺防治網路，包含社區宣導、去除精神疾病與自殺的污名化、配合世界自殺防治日。 (8) 針對校園自殺防治，辦理校園宣導活動跟講座。

表 4-1-3、屏東縣農藥販賣商檢核表

項目		首次查核 月　日	複　查 月　日
1	「落實」販售劇毒性農藥管理之登記，詳記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式及購買數量，並保存三年。	□符合 □不符合	□符合 □不符合
2	販賣點放置自殺防治衛教單張	□符合 □不符合	□符合 □不符合
3	販賣點張貼自殺防治海報	□符合 □不符合	□符合 □不符合
4	販賣劇毒性成品農藥以專櫥加鎖貯存於安全地點	□符合 □不符合	□符合 □不符合
輔導項目	販賣點之農藥瓶上貼上「珍愛生命及諮詢專線」之標語	□配合 □不配合	□配合 □不配合

(2) 未來精進方向

表 4-1-4、屏東縣自殺防治策略未來方向

未來精進方向	**衛福部及中心回饋**
連結縣政府內各局處共同推廣「人人都是自殺防治守門人」，並於相關會議提出各局處辦理情形，進行檢討及修正策略方向。	**衛福部心口司** (1) 針對孕產婦的產後憂鬱的部份，將手冊給予婦產科相關的醫療院所。 (2) 光碟片及單張的部份是針對慢性病、重病及罕病的病人之後的心理健康的衛教資源的部份。 (3) 關輔導老師的評核時，把自殺防治的知能加入評核的項目中。其他領域主管亦須比照辦理。 **全國自殺防治中心** (1) 由縣長領導各局處，以及跨局處溝通 (2) 除了農藥販售商外，農藥保管使用，亦須注意。 (3) 諮詢專線要如何去維持或是讓它運作順暢，須考量人量以及如何去訓練。

表 4-1-4、屏東縣自殺防治策略未來方向(續)

未來精進方向	衛福部及中心回饋
每季召開自殺防治專家會議，檢討推動策略及執行成效。	
發揮幸福捕手種子師資功能～推動衛生所自殺防治業務持續性。	**衛福部心口司** (1) 幸福捕手跟守門人的概念透過「看、聽、轉、牽、走」的部份是強化自殺個案後續支持性。 (2) 衛生局將幸福捕手的概念可以推廣出去，推廣出去不只在衛生領域、甚至校園與職場。
自殺防治工作列為本縣醫院督導考核之重點項目，今年特別在九月份將邀請自殺防治中心的戴傳文顧問以及全縣醫療院所共同參與「醫療院所於自殺防治推動之角色及任務」的教育訓練。	**衛福部心口司** 增加醫事人員的一些自殺防治工作知能部份的教育訓練。 **全國自殺防治中心** (1) 可進一步去評鑑醫院急診的人數是否與通報人數成比例。 (2) 強化通報機制固定的跟各醫療院所輔導討論，包含醫院內亦須有各科進行溝通與訓練。 (3) 強化醫院針對自殺企圖個案持續追蹤，依據精神衛生法的第 38 條出院準備服務。 (4) 健保署出院準備計畫有針對出院給予醫院給付。 (5) 可參考臺南市與高雄市之作法。
每年於自殺防治記者會表揚「主動自殺通報」及衛生局查核結果為「合格」之農藥行發給獎狀。	可針對表現良好之醫療院所頒予獎勵。

3. 南投縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

南投縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.18 及 1.59。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 18%，較 2014 年增加 59%。

(2) 年齡層

除「14 歲以下」及「65 歲以上」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「15-24 歲」(2.05)、「25-44 歲」(1.41)、 「45-64 歲」(1.25)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低依序為由氣體及蒸汽自殺或自為中毒(1.26)、由高處跳下自殺及自傷(1.21)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.20)、吊死、勒死及窒息自殺及自傷(1.07)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 767 人次。

(2) 性別

男性 336 人次，女性 431 人次；性別比(男/女)0.78，女性為男性的 1.28 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 174 人次，佔 22.7% ；第二為「25-34 歲」，計 156 人次，佔 20.3% ；第三為「45-54 歲」，計 125 人次，佔 16.3%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 254 人次，佔 33.1% ；第二為「割腕」，計 172 人次，佔 22.4% ；第三為「一般農藥」，計 82 人次，佔 10.7% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 247 人次，佔 32.2% ；第二為「家庭成員問題」，計 142 人次，佔 18.5% ；第三為「夫妻問題」，計 126 人次，佔 16.4%。

3) 會議摘要

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司	南投縣初次自殺就死亡的比例較高。	**指標性策略** (1) 針對通報比應加強各網絡間的敏感度，落實標準作業流程，並以心情溫度計進行評估。 (2) 針對慢性化疾病常至醫療院所就醫，可以透過健保社區醫療群來介入。
		全面性策略 (1) 「幸福捕手」師資培訓部份，希望培訓可以擴大延伸到社區、職場等。 (2) 建議在民眾申請社福資源時，一定要主動關懷並提供多元資源，以利主動尋求幫忙。
全國自殺防治中心	南投縣近年自殺死亡的年齡層走向中壯年群，是否因觀光產業低落的衝擊？或和就業率之間是否有間接的影響？因此失業的問題可以視為未來警訊，可儘早擬定相關策略。	**指標性策略** (1) 分析自殺亡前曾接觸社政資源及衛政資源，並針對此分析結果制定策略。 (2) 透過定期的督導關懷機制，以提升自殺關訪員工作的服務。 (3) 針對通報第一次就死亡的問題，可從3A(通報系統存取便利性、通報品質、文化因素)來評估通報流程是否落實。 (4) 強化重大精神疾病通報管控機制。 (5) 自殺、自傷及自殺威脅之差異性，應有不同的預防以及服務方式。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**選擇性策略** (1) 身心障礙個案比例偏高,可串連不同部會(衛生局、草屯、在地的服務站)間的網絡，特別進行關懷。 (2) 在篩檢工具的善用上，應注意地板效應,像嚴重個案量表檢測結果卻只有 0 或 1 分，這部份建議結合其它量表，針對不同年齡層或不同對象,細分設計不同題目，可篩檢出較精確的結果。 (3) 強化心理諮商服站與生命線服務之區隔，以提升兩者之資源利用度。
		全面性策略 (1) 前端和民眾接觸的社福資源窗口,應持續訓練，保持敏感度，主動提供資源之外，也要多給予關懷。 (2) 各縣市生命線 1995，但有些縣市可能非 24 小時，衛福部的全國安心專線 0800-788995 為 24 小時服務,這部份可多加結合利用。
衛生局	心理諮商站服務及長照的服務案量高,人力有嚴重不足的問題。	**指標性策略** (1) 透過村里鄰長通報的機制,鼓勵多連結公共衛生資源，來加強通報率。 (2) 進行分析原因並加強通報比問題。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**選擇性策略** (1) 長照專員對老人適度的資源轉介,強化服務對自殺危險因子辨識能力。 (2) 強化各單位人員的對自殺危險因子敏辨識能力。 (3) 針對 40 歲以上的中壯年，可以以慢性疾病的特點，來切入關懷。
		全面性策略 (1) 透過流感的接種，搭配心理諮商的服務，提升職場的心理衛生。 (2) 幸福捕手目前著重 65 歲上的老人的評估並轉介,未來社區資源的連結會再加強。
社會及勞動處		**指標性策略** 針對個案的特殊行業來進行研究分析，研討措施並提供協助。
		選擇性策略 (1) 針對社福資源取得困難之高危個案,另開案服務或提供急難協助。 (2) 針對身障且年齡較偏高的身份,若被通報進來，針對這些對象，我們即時掌握並提供服務。 (3) 加強對身障對象的服務敏感度,提升通報率。
醫療院所		**指標性策略** 草屯療養院： 透過訪員相關訓練、定期辦理困難個案討論會，針對去年比率較高鄉鎮，辦理個案討論，提升敏感度，結合社區護理長、心理諮商站，互相支援。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 具體建議	困境	策略建議
		選擇性策略 草屯療養院 (1) 針對精神病、及慢性病群，透過基層醫師及醫療院所結合，運用關懷技巧，主動察覺高風險病人。 (2) 老年及中壯年群死亡率的提升，應特別加強篩檢及關懷高風險群。

4. 臺南市

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

臺南市標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.06 及 1.17。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 6%，較 2014 年增加 17%。

(2) 年齡層

「15-24 歲」 、「45-64 歲以下」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「25-44 歲」(1.14)、「65 歲以上」(1.04)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為切穿工具自殺及自傷(11.0)、其他及未明示之方式自殺及自傷(1.67)、由高處跳下自殺及自傷(1.38)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 2,298 人次。

(2) 性別

男性 841 人次，女性 1,457 人次；性別比(男/女)0.58，女性為男性的 1.73 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 556 人次，佔 24.2%；第二為「25-34 歲」，計 486 人次，佔 21.1%；第三為「45-54 歲」，計 400 人次，佔 17.4%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 868 人次，佔 37.8%；第二為「割腕」，計 574 人次，佔 25.0%；第三為「燒炭」，計 167 人次，佔 7.3%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 732 人次，佔 31.9%；第二為「家庭成員問題」，計 460 人次，佔 20.0%。；第三為「感情因素」，計 432 人次，佔 18.8% 。

3) 會議摘要

(1) 現況分析

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位 / 具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司	(1) 個資法問題導致無法即時提供自殺死亡數據。 (2) 礙於法令規定，目前尚無法為安心專線設定簡碼。	**指標性策略** 各部門可以推廣自殺防治守門人的觀念，以提升通報比。
		選擇性策略 (1) 加強職場自殺防治的策略，當員工被開除時，可以使用心情溫度計量表篩檢，並進一步給予轉介。 (2) 社政單位應多加注意獨居老人。 (3) 使用運復健康手冊中評量表評估孕婦是否有心理問題，並針對有心理問題之孕婦建議孕婦於心理衛生相關醫療院所就醫。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司		**全面性策略** 加強安心專線宣導。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 建議勞工局推廣並使用心情溫度計進行篩選，可使用心情溫度計 APP 讓勞工自行檢測。 (2) 臺南市各局處應針對困難個案進行跨部會溝通的會議，才能夠有效將個案轉介。 (3) 老人照護機構中之中若有自殺企圖個案應適當轉介心理衛生資源。
衛生局	(1) 2014 年至 2016 年自殺死亡者歸籍計算。本市自行統計(依戶政除戶死診並與臺南地檢署法醫每月核對筆數)與年終中央統計誤差約 60 人/年。 (2) 中央無法給差額筆數之名冊，致無法進行遺族關懷。 (3) 標註自殺死亡地，將可落實風險縣市評估與防治作為調整。 (4) 戶役政系統統計有疾病等類別，然自殺未列入，故無法自系統整理清冊。	**指標性策略** 教育局已和少年隊有合作關係，未來將將協助訪員訪視有毒品問題之自殺個案。 **選擇性策略** (1) 心衛志工電話宣導農藥販賣業者。 (2) 強化農藥販賣業者及農民團體珍愛生命守門人角色。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(5) 衛福部提供月報表之自殺通報比母數為前年自殺死亡人數，可否修正為本年度自殺死亡人數為母數。	**全面性策略** (1) 老人心理健康服務。 (2) 心理健康傳播行銷。 (3) 高樓防墜自殺部分，鼓勵加高樓大廈入珍愛生命公寓大廈社會行列。 (4) 針對自殺方式為溺水部分，於跳水處張貼自殺防治宣導品。 (5) 發放農藥自殺防治海報、農藥瓶貼紙(第 3 版)、高風險個案轉介單及心理資源單張至本市農藥商及農會。 (6) 制定農藥自殺防治查核表，並宣導張貼農藥自殺防治宣導海報及貼紙，及向農藥商宣導珍愛生命守門人及安心專線等資源。
教育局	(1) 僅能協助處理國中、小，及市內兩所高中，其餘學皆無法處理。 (2) 可能會發生家長或學生抗拒訪員訪視之情形。	**選擇性策略** 在中、小學推廣生命教育，倡導珍愛生命守門人之概念。
		全面性策略 在校園推廣職場心理健康、班級經營等相關課程，降低教師自殺風險。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
社會局		**選擇性策略** 區公所的里幹事若發現老人有情緒困擾會主動將個案轉介治社會局，若老人有自殺意念或企圖時則轉介心衛中心。
勞工局	企業主目前較少關注勞工心理健康相關問題。	**選擇性策略** (1) 為失業勞工提供就業服務時會使用心情溫度計量表作檢測。 (2) 徵才活動會對雇主進行心情溫度計的置入性宣導。
		全面性策略 職訓課程帶入心理健康課程。

(2) 未來持續加強部分

表 4-1-7、臺南市未來加強方向

衛生局	**選擇性策略** (1) 成立「珍愛生命巡守隊」，藉巡邏提高跳水干預。 (2) 派遣「珍愛生命大樓」保全人員巡守。 (3) 持續「無鬱卒長者社區」、「珍愛生命守門照服員」、「珍愛生命社區藥局」「憂鬱症共同照護網」。
	全面性策略 (1) 針對木炭持續拜訪商家，以強化守門人概念。 (2) 與職場連結，員工訓練加心理健康促進。

5. 嘉義縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

嘉義縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.36 及 1.06。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加

36%，較 2014 年增加 6%。

(2) 年齡層

除「14 歲以下」 及「15-24 歲」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「45-64 歲以下」(1.43)、「65 歲以上」(1.41)、 「25-44 歲」(1.22)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低依序為由氣體及蒸汽自殺及自為中毒(2.02)、切穿工具自殺及自傷(2.00)、溺水(淹死)自殺及自傷(1.69)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.56)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 554 人次。

(2) 性別

男性 251 人次，女性 303 人次；性別比(男/女)0.83，女性為男性的 1.21 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 123 人次，佔 22.2% ；第二為「45-54 歲」，計 93 人次，佔 16.8%；第三為「25-34 歲」，計 91 人次，佔 16.4%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 179 人次，佔 32.3%；第二為「割腕」，計 112 人次，佔 20.2%；第三為「一般農藥」，計 75 人次，佔 13.5%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 136 人次，佔 24.5%；第二為「夫妻問題」，計 100 人次，佔 18.1%；第三為「家庭成員問題」，計 89 人次，佔 16.1%。

3) 會議摘要

表 4-1-8、嘉義縣自殺防治策略及困境綜合整理

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 推動毒品防治，若要比照如自殺設置熱點管理，將會面臨自殺死亡率與毒品的熱點不太一樣的，造成相關單位涉入出現困難。 (2) 偏鄉的精神科醫療資源缺乏。 (3) 高處跳樓多發生位嘉義市而非嘉義縣，或是於嘉義市燒炭，造成縣市負責機關對通報個案控管困難。 (4) 如何有效利用資源，避免資源重覆投入造成使用上的浪費？ (5) 面訪率是高的，但自殺率仍高，中間是否有訪視時可以改善的部份。	**指標性策略** **全國自殺防治中心** (1) 鞏固家屬支持功能。 (2) 加強派案的篩選制度與管理，將資源放在更需要資源的群上就更加重要。 (3) 蒐集建檔可轉介名單，降低轉介失敗。 (4) 辦理督導中，周督導要解決個案的問題，月督導則要判讀數據，並邀請專家辦理以群眾關懷自殺防治議題為主的演講。 (5) 關懷訪視員保持後續資源盤點。

表 4-1-8、嘉義縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**選擇性策略** **衛福部心口司** 強化醫療院所自殺的體系，例如老人群，並宣導正確就醫，提供就醫管道，結合社區醫療群，在民眾就醫時，可以提供通報的就醫機制，協調轄區醫療院所醫師加強辨識。 **全國自殺防治中心** (1) 落實推廣心情溫度計普及強化後續轉介。 (2) 自殺熱點分析。 (3) 建立公共衛生、志工、鄰里長人力，篩選也是透過主觀的感覺，也以能夠接觸高風險群人員加強教育增加敏感程度 (4) 透過醫療人員將心情溫度計作為例行檢查。
		全面性策略 **衛福部心口司** (1) 策略上幸福補守若能夠增加全民的敏感度。 (2) 推廣精神醫療、去汙名化的理念，多關心周遭的人的心理健康。 **全國自殺防治中心** (1) 建立關懷訪視員可以轉介個案的醫師、民政資源的名單。 (2) 持續推動APP產品在地防治。

6. 臺東縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

臺東縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.20 及 1.06。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 20%，較 2014 年增加 6%。

(2) 年齡層

除「45-64 歲」及 「65 歲以上」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均小於 1。標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為、 「65 歲以上」(1.94) 、「 45-64 歲」(1.28)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為切穿工具自殺及自傷(2.00)、由氣體及蒸汽自殺或自為中毒(1.30)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.28)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 355 人次。

(2) 性別：

男性 138 人次，女性 217 人次；性別比(男/女)0.64，女性為男性的 1.57 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「45-54 歲」，計 85 人次，佔 23.9% 第二為「25-34 歲」，計 75 人次，佔 21.1%；第三為「35-44 歲」，計 67 人次，佔 18.9%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 117 人次，佔 33.0%；第二為「割腕」，計 85 人次，佔 23.9%；第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 25 人次，佔 7.0%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 103 人次，佔 29.0%；第二為「家庭成員問題」，計 75 人次，佔 21.1%；第三為「感情因素」，計 67 人

次，佔 18.9%。

3) 會議摘要

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司		**選擇性策略** (1) 建議啟動跨網絡合作。另外，進入原鄉服務部分，不同文化背景之資源介入可後續討論。 (2) 若將責任歸屬於關訪員直接進行服務會有較大的困難與壓力，應規劃並與法務部合作。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 若遇到拒訪或困難之個案，應在相關之精神醫療專業人員參與之督導會議中提案討論，必要時亦需提供必要之跨專業資源轉介。 (2) 透過實證及實務分析來了解自殺動態，以制定因地制宜策略提供即時介入。 (3) 風險分級以強化訪員訪視效率。 (4) 自殺防治數據趨勢與變化應每個月判讀並針對當月特殊狀況，在督導時進行討論。 (5) 針對自殺企圖個案應強化其精神科資源利用說明，以提升個案就醫意願及求助意願。
		選擇性策略 建立與整合精神及心理資源地圖，並優先針對鄰近地區之特色進行策略介入。
		全面性策略 (1) 精神科去汙名化，持續強化宣導。 (2) 強化安心專線之宣導。

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 經濟困境：關訪員在訪視工作上無法立即改善個案經濟需求。 (2) 青壯年群，其多半因失業而自殺。 (3) 特殊個案：針對拒訪以及相關精神／人格疾患之個案給予訪視指引。 (4) 藥酒癮個案部分，則想請教如何與家屬合作，以及酗酒後自殺的介入。 (5) 地理環境與醫療分配：臺東為南北狹長型，較偏鄉之年長者容易在就醫過程中，因較長的就醫時程中死亡。 (6) 文化背景與多元群：原民家庭結構複雜，可能出現就業、飲酒等較綜合性的問題。 (7) 個案會拒絕看診，造成個案流失。 (8) 受刑人無法立即提供關懷與相關處遇。	**指標性策略** (1) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視，轄內地段護理人員、關懷訪視員透過家訪或電訪予遺族持續關懷。 **選擇性策略** (1) 結合各醫院辦理 65 歲以上住院老人自殺防治作業，包含落實通報作業、通報流程、憂鬱篩檢及單張海報宣導。 (2) 針對社區老人自殺防治辦理 65 歲以上及獨居老人之憂鬱症篩檢與追蹤。 **全面性策略** (1) 針對本縣農藥販賣業者商品、店家張貼自殺防治警語與關懷專線。 (2) 針對本縣 60 家藥局張貼心情溫度計篩檢、安眠鎮靜藥劑正確使用海報、結合藥師公會會員 FB 自殺守門人 123 宣導。

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
社會處		**選擇性策略** (1) 各鄉公所的食物銀行及馬上關懷進行合作，或來電社會救助科聯繫民間資源。 (2) 未報低收入戶者，公所業務窗亦能聯繫。 (3) 開辦相關職訓班，提供管道解決問題。
社會處		**選擇性策略** (1) 各鄉公所的食物銀行及馬上關懷進行合作，或來電社會救助科聯繫民間資源。 (2) 未報低收入戶者，公所業務窗亦能聯繫。 (3) 開辦相關職訓班，提供管道解決問題。

7. 縣市後續追蹤成效

1)屏東縣

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤

	建議	執行情形
1	針對通報率之提升，可以頒獎狀或記功等低成本方式鼓勵各通報 單位爭取榮譽；另可將心理健康 四大議題統時列入醫院督導考核 項目中。	(1) 2018 年針對通報率提升單位於自殺防治日 記者會辦理頒獎。 (2) 本局已將推動心理健康相關活動列入本縣 2018 年醫院督導考核項目中。
2	針對醫院可加強住院病人之自殺 防治，並落實出院準備計畫。	本局於 2017 年 11 月 24 日召開「2018 年醫院督導考核新增項目之說明會」，將醫院推動住院 病人自殺防治工作情形及落實出院準備計畫之項目列入督導考核項目。
3	針對第一線人員應持續訓練危險 群之辨識敏感度。	持續辦理本縣各局處第一線人員持續訓練危 險群之辨識敏感度，並規範各局處完成之指標，每季執行情形回報本局。

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
4	針對老人送餐人員或其他到宅服 務人員，可使其了解自殺防治之 重要性，與使命感，在服務老人 時可順帶一句關心問候。	本縣已規範針對老人送餐人員或其他到宅服 務人員須完成自殺防治之教育訓練及身心健 康篩檢目標數： 社會處:需完成全縣獨居老人身心健康篩檢 80%。 長照中心:需完成居家服務中個案身心篩檢 80%。 民政處: (1) 村(里)長完成教育訓練人數達 80%。 (2) 村(里)長幹事完成教育訓練人數 達 80%。
5	針對電話訪談，除目前量的指標以外，應更注意其本質，例如訪談之對象及訪談之內容。	(1) 關懷員無論家訪或電訪，訪視前先詳讀通 報資料，進行初步評估，並做好自身心理 準備及調適。 (2) 關懷員提供服務時適時運用一問二應三轉 介技巧及簡式健康量表詢問個案情況。訪 視除了表達關心之意(非例行公事)，以面 訪本人為優先考量個案，但家屬部分仍會 介入關心及心理支持。 (3) 關懷員面臨拒訪情形時，不急著結束會談 及訪視，會進一步關心個案現況或日常事 務，並提供電話專線諮詢或安心專線電 話，適切提供資源。

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
6	針對關懷員之壓力紓解，應維持內部督導管道暢通，當關懷員遭 遇困難時能獲得解決。	(1) 關懷員每月至少一次與單位主管召開團督會議，討論當月訪視狀況或困難個案討論。每位關懷員皆安排專屬之個別督導，依關懷員狀況由個別督導評估個督次數，以提供關懷員適切諮詢。 (2) 不定期辦理關懷訪視員心靈成長或舒壓課程，以關照關懷員心理健康及提升自我能量(2017 年度已辦理二次)。
7	針對職場之自殺防治。	配合勞工處於屏東縣就業博覽會進行自殺防 治宣導及針對求職遇挫勞工辦理心理健康促 進相關課程。
8	自殺之預防可由自殺原因方面著 手，提高各種保護因子。	謝謝建議，列入未來教育訓練規劃內容。
9	針對家中農藥存放方式，如何妥 善保管的部份可再加強宣導。	針對飲用農藥自殺之個案及家屬，進行家訪 衛教農藥之安全存放位置或協助移除，並蒐集購買管道、存有農藥之因、如何保管農藥 之資訊，以利統計與分析，進而提高自殺預 防之工作。
10	針對校園及職場：當衛生主管機 關與教育及勞工主管機關已達成合作共識後，應與校園及職場內 之心理衛生工作人員保持持續接觸的模式，如此即可使自殺防治 網絡持續擴大。	本縣已規範教育及勞工單位推動心理衛生工 作人員之合作模式： 教育處:完成全縣 80%國中以下學校辦理相關課程至少 1 場次及全縣輔導老師參與自殺守門人教育訓練可達 80%。 校外會: 完成全縣 80%高中以上學校辦理相關課程至少 1 場次。 勞工處: 辦理失業勞工、求職遇挫之心理健康促進課程，年度至少辦理 4 場次及轉介失業勞工、求職遇挫之個案心理諮商輔導，年度至少轉介 20 人次以上。

2)嘉義縣

表 4-1-10、嘉義縣後續執行結果追蹤

	建議	執行情形
1	針對如何避免資源重覆投入, 有效利用資源: (1) 建議策略為定期資源盤點，掌握資源分配及取得區域。 (2) 鞏固家屬支持功能:家屬對於個案來說是關鍵人物，因此，若能納入守門人的教育，拓展至公衛護理、鄰里長及第一線人員，便可達到自殺防治預防。 (3) 增加居住偏遠地區個案控管，落實民眾使用心情溫度計 APP 推廣，讓民眾能以自我管理，強化覺察，以社群軟體、APP 來提升心理健康自我覺察，達到早期預防目標。	(1) 本局針對不同對象辦理「珍愛生命守門人」教育訓練，包含公衛護士、村里長、村里幹事、18 鄉鎮市獨老志工隊、長期照顧專員、警消社工等，另也利用各活動宣導一般社區民眾，尤其讓民眾了解衛生局在自殺通報後會如何介入服務的流程，讓民眾勇於通報，達到早期關懷、提早預防的目的。 (2) 預計明年推廣民眾使用心情溫度計 APP 推廣，讓民眾能以自我管理，強化覺察，以社群軟體、APP 來提升心理健康自我覺察，達到早期預防目標。
2	針對嘉義縣尚未被通報的自殺企圖者，擁有強烈自殺意圖、意念: 應該加強派案的篩選制度與管理，將資源放投入所需群上，並加強採用心情溫度計篩檢高風險群。	(1) 本縣透過各宣導活動、關懷據點、職訓課程等，請網絡單位協助以 BSRS-5 篩檢，當有分數偏高個案則轉介心理衛生中心，由專人電訪個案，再依評估結果轉由心理師諮商輔導或由志工電訪或家訪追蹤關懷。 (2) 加強在各網絡單位宣導自殺通報的重要性及自殺通報後衛政可介入的資源，鼓勵各相關單位通報，以利早期介入。

表 4-1-10、嘉義縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
3	針對辦理督導: 建議周督導要解決個案的問題，月督導則要判讀數據，並邀請專家辦理以群眾關懷自殺防治議題為主的演講。	(1) 自殺防治分別聘請醫師及心理師 2 位督導，每週召開內督會議，針對新開案個案、高風險個案、特殊個案及有服務困境之個案進行討論、諮詢，提供處遇之建議以實行之，心理師督導另偕同訪員前往面訪高風險個案或特殊個案狀況進行評估及諮詢等服務，以期提高服務成效及降低再自殺率。 (2) 每月召開個案討論會，邀請督導及網絡單位討論困難個案共同擬定處遇服務方向, 並於次月追蹤辦理情形。會中並同時討論自殺數據，例如 30 天再自殺率、訪視頻率等。 (3) 不定期邀請專家辦理自殺防治議題演講，2017.2.20 邀請臺中榮總嘉義分院沈正哲醫師、2017.4.6 邀請趙紋華科長、2017.7.11 邀請孫中肯心理師及李亦欣心理師等。

8. 結論

綜觀 6 場高風險縣市訪查，可發現跨局處合作及溝通不足之現象普遍存在於此六縣市，因此未來如何將資源妥善連結、增進各局處之溝通為未來重要的課題，自殺防治需透過網網相連才能為個案找到最佳的資源，也唯有透過由上而下，由地方政府帶領各局處一同協調，並為自殺防治努力，才有可能達成。

而校園之服務介入亦需強化，由縣市訪查可看出校園有獨立的輔導系統，難以介入，故需由各縣市政府與教育相關單位共同協商，協助自殺高風險個案進行資源轉介，抑或是訪員之服務介入、協調，甚至是共訪。隨著青少年自殺死亡率逐漸攀升，如何有效、友善介入校園獨立輔導機轉勢必為自殺防治相當重要的一環。

綜觀六縣市，推動守門人及各社福醫療機構第一線人員危險因子辨識

能力仍是相當重要的，惟有提高各機關人員守門人意識、甚至是一般民眾，才有機會針對高風險個案及時介入，並進一步提供轉介資源。因此推動心情溫度計 APP 乃是各縣市未來可努力方向。

針對自殺企圖者個案情況較為複雜者則須採取共訪共管制，透過跨局處合作以強化資源整合，一方面減少資源重複使用，另一方面亦可增加個案之安全感。

各縣市應針對當地心理衛生、社福資源進行盤點，並提供給關訪員，讓個案能及時獲得所需資源，必要時亦須透過跨局處連結，以協助個案獲得最好的處置。

辦理縣市關懷訪視實務督導

一、 背景(Context)

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱並與個案建立良好關係，更要基於珍愛生命的信念,讓自殺關懷訪視不僅是一份工作,更是一份助人、救人的責任與義務。因此將 1 問、2 應、3 轉介的精神發揮淋漓盡致外，亦要作為個案與社會資源間之聯繫橋樑，協助自殺/自傷個案走進醫療體系並獲得有效醫療。

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。各縣市受到地理、人口、文化等不同因素影響，第一線人員在處理個案時，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、性侵被害人/加害人、或是高風險家庭之個案，亦常遇到相關網絡單位之權責應如何劃分的問題，如教育、勞政、警政、消防等單位間轉介之議題，諸多狀況在自殺關懷訪視裡，並非所有通則皆可解決，常讓相關從業人員感到棘手。

今年度規劃 6 場次的實務督導，以派遣專業人員的方式，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) 依照 2016 年全國自殺死亡初步統計資料及 2017 年自殺通報統計結果，擇定 6 個自殺死亡人數增加較多或再自殺率較高縣市。
2) 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。
3) 至排定之縣市進行「實務督導」。
4) 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. 8 月 18 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吳澤誠局長，與會人員有衛生局王瑛蘭科長、消防局王美玲辦事員、警察局徐永煌警務員、文化局李明信科長、政府教育處邱馨瑩社工組長、政府民政處廖文輝科員、政府社會處劉庭女弋社工員、政府產業發展處趙晨洋臨時人員、八里療養院戴萬祥主任、鐘玟社工師、謝安庭社工員、許佩雯社工師、黃思綺社工師、曾俊傑心理師、社區心理衛生中心黃鈞麟督導、范美玲關訪員、郭安怡關訪員、李孟盈關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、駱惠旋專員。

2. 8 月 21 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陳怡局長，與會人員有衛生局吳桂琳科長、林治純技正、黃惠理股長、葉宴伶約聘人員、姜佳琪約聘人員、許玉蘭約聘人員、蘇怡安約用人員、鄭隼涵約用人員、衛生福利部嘉南療養院王禎邦主任、王雪吟護理長、陳佳君關訪員、蘇意珊關訪員、林嘉祺關訪員、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、奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院：林建禾主任、黃怡紋關訪員、郭芳君關訪員、蔡菲比關訪員、陳怡樺關訪員、何孟凌關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、許信育專員。

3. 8 月 23 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廖育瑋副局長，與會人員有衛生局王鳳玉科長、張鈞堯專案管理師、李雨軒專案管理師、臺中榮民總醫院嘉義分院：黃敏偉副院長、精神部李世雄主任、曾德耀心理師、劉晏汝關懷訪視員、許堃澤關懷訪視員、張芳毓關懷訪視員、吳懿芳關懷訪視員、柯堂昀關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、許庭禎專員。

4. 8 月 25 日召開「臺北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺北市衛生局曾光佩副執行長，與會人員有陳映燁組長、廖敏桂技正、陽明大學衛生福利研究所碩一翁羚瑄、傅元德關訪員、杜慈英關訪員、游于嬅關訪員、溫如盈關訪員、吳季鴻關訪員、孫培菱關訪員、朱乃錦關訪員、朱子敏關訪員、賴佑臻關訪員、王釭瑄關訪員、黃瓊惠關訪員、林庭瑋關訪員、施懿芳關訪員、劉岳儒關訪員、吳珮羽關訪員、柯雨汎關訪員、林小安關訪

員、楊晟瑞關訪員、林純綺關訪員、何佩瑾關訪員、宋偲嘉關訪員、陳秋遠關訪員、紀曉君關訪員、練士菁關訪員、魏弘軒關訪員、楊晴雅關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳俊宇專員。

5. 8 月 30 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藥師廖振甫，與會人員有衛生局個案管理員黃珮芳、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院邱郁斐社工師、信安醫院督導王一叡、關懷訪視員林裕清、關懷訪視員李緯坤、關懷訪視員吳浩賓、關懷訪視員蔡淞霖、關懷訪視員廖敏棋、關懷訪視員林珊如、關懷訪視員鄭智文、關懷訪視員鍾心怡、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員。

6. 9 月 1 日召開「臺東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺東縣政府陳明仁秘書長，與會人員有臺東縣政府黃秀芳督導、教育處許琇雯社工、社會處高忠雲副處長、社會處林建鴻督導、衛生局辛進祥局長、蘇美珠科長、鄭琪齡衛生稽查員、吳佩芬個案管理師、台東市楊琇雯公衛護理師、劉書桓關訪員、林靜怡關訪員、卑南鄉雷喬安關訪員、鹿野鄉黃惠琦關訪員、關山鎮黃玲馨公衛護理師、海端鄉余曉菁公衛護理師、池上鄉張婉柔公衛護理師、王詩涵關訪員、東河鄉洪惠蘭公衛護理師、長濱鄉王美萍公衛護理師、金峰鄉陳鈺芳公衛護理師、大武鄉陳永錚公衛護理師、達仁鄉葛靜修公衛護理師、成功鎮張致和關訪員、馬偕紀念醫院臺東分院李宜頻社工師、東基醫療財團法人臺東基督教醫院洪莉娟代理組長、臺北榮民醫院臺東分院蔡耀庭醫師、衛生福利部臺東醫院周牛莒光心理師、東區精神醫療網曾筱筑專案助理、衛生福利部臺東醫院附設康復之家鍾明書專案管理員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員。

四、 成果(Product)

1. 今年度至 6 縣市辦理實務督導訪查(基隆市、臺南市、嘉義市、臺北市、雲林縣與臺東縣)，除邀集關懷訪視員外，亦邀請與關懷訪視有相關業務之網絡單位一同參與。由全國自殺防治中心及各縣市代表人員報告全國與縣市自殺趨勢與各縣市自殺通報處理流程及實務上困難。

2. 會中以座談討論會形式與第一線關懷訪視員針對各項辦理自殺防治業務所遭遇困難進行討論；以實際個案為例，探討面對困難個案時如何因應與提供服務。

3. 於會後將會議內容製作成會議紀錄，並於督導會議後 2 週內將會議紀錄發

文至縣市衛生局，提供各縣市做為參考。

4. 各縣市會議紀錄摘要如下：(詳細內容請參閱附件 4.2.1 至 4.2.5)

1) **基隆市(訪查時間 2017 年 8 月 18 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 基隆市人口現況與去年相比變化不大，截止今年 6 月止總人數為 37 萬 1 千多人，其中男性和女性的比率接近 1:1，差值少於 0.5%。

b. 醫療資源有其中 5 家精神醫療機構能提供自殺防治後端治療，社區資源共含有 83 關懷據點、147 個發展協會和其他人民團體組織，納入自殺關懷與防治系統，常年提供守門人之教育訓練。

c. 自殺未逐通報流程及高風險通報流程

a) 由社區單位(警消、公衛護理師)通報企圖自殺個案至心理衛生中心，接到通報後 24 小時內開案審查個案資料，進行分派給地段或中心同仁作訪視，並開始關懷作業流程。後續追蹤三到六個月，每個月至少訪視兩次或以上，並以 BSRS 健康檢視量表評估個案，也為準備結案之個案進行完整評估。

b) 高風險通報流程通報單位與關懷流程作業如前述所行，唯高風險個案特別強調資源轉介部分，依個案所需轉介至醫療院所、勞政單位、民間機構等。

c) 自殺通報個案依其危險程度做分級管理，根據衛福部認定標準評估為 A 級個案由中心自殺關訪員提供服務；B、C 級有合併精障則由衛生所來做後續管理；家暴個案若合併精障也由衛生所來管理。

d) 每兩個月召開自殺關訪員個案討論及督導會議，由精神科醫師或心理師來討論個案管理技巧、風險處遇與結案評估。提供不同的領域工作人員專業訓練，根據他們的需求和層次分不同等級程度來辦理，包括在職訪員、社區醫師、藥師、公衛護理師、學校相關人員等。

d. 2017 年自殺防治工作報告

a) 心理健康資源地圖:建立基隆市 7 區域分佈的心理健康相關資源地圖，讓民眾上網時更容易搜索到自助資源。

b) 一般性策略：擴大組織編制，加強行政效能及大樓安全管理；接受教育局轉介，提供校園心理諮商服務；今年度印有「多份關懷能炭息，精彩人生零遺憾」木炭專用塑膠袋；落實網路聯繫應用於農藥及老人自殺防治；辦理男性、職場、家庭主婦心理健康宣導。

c) 特案性策略：加強自殺守門人的對自殺企圖者的敏感度，包括大樓管

理員、社區民眾、鄰里長等；與生命線合作協助高齡長者、與教育部合作辦理校內生命教育宣導，理解生命意義與重要。

(2) 關懷訪視員座談討論會

a. 全國自殺防治中心李明濱主任表示訪視紀錄的審查並非為評估訪員的專業能力與服務品質,其著重的地方在於完整的資料也使得後續接管人員或分析人員能更完整判斷個案處境,以做出自殺防治最佳處遇和策略。BSRS 的填寫也能理解個案是否為高風險群，有助於轉介和處遇的效益。

b. 衛生局吳局長表示內部已經檢討兩次,初時報告無法呈現出整體狀況，第二次具體的報告知服務人次和效益，才能再進行檢討和修正。

c. 全國自殺防治中心吳佳儀副執行長認為基隆在自殺防治上是積極主動的，建議去掉訪視內容的分數制度因為並沒有太大實質的意義(以中央規範為主)，反而較應該注重在處遇計劃。特別是具一些議題的個案例如失婚、失業,其 BSRS 的分數和其處遇辦法。同時建議以結構化 SOAP 方式撰寫內容摘要。

(3) 個案討論

a. 男性個案已婚，49 歲，臨時工人，瘦弱黝黑，骯髒（因工作），7 月底吞藥尋死，送醫治療。父母雙亡，兄弟不親，罹患癌症。病歷：血管瘤根、輕度憂鬱。(詳細內容請參閱附件 4.2.1)

b. 女性個案已婚，為前一個提出個案之太太。個案與現任丈夫屬第三次婚姻，與第一任丈夫生下一男一女,與第二任丈夫生下一女目前由個案撫養。20 幾歲的時候被判斷患上憂鬱症至今，具情緒議題，有看精神科，抗拒吃藥。(詳細內容請參閱附件 4.2.1)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對個案討論會案一

a) 建議訪員列出所有個案的問題，確認哪些問題是能處理或優先處理。

b) 訪員要擁有足夠同理對方在面對太太離家出走、外遇時的心情，並使用 BSRS 評估對方的身心狀態以利後續處遇和轉介。

c) 建立充足的督導資源來協助關訪員，評估和討論個案的身心狀態和處遇方式。

d) 建議共訪機制，財務管理轉由個案處理。

b. 針對個案討論會案二

a) 回歸關懷訪視員的角色和可以做到的期待，協助危機處理、個管、一

問二應三轉介，判斷短期與長期可以處理的問題，藉由轉介引入系統合作協助個案。

b) 將精神科和癌症內科移至同一醫院。

c) 建議運用家訪方式關懷個案，資源移到個案丈夫管口。

2) **臺南市(訪查時間 2017 年 8 月 21 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 臺南市通報來源：醫院及網絡單位(警消單位、診所、 市府各局處、區公所、學校、民間單位等)。其中醫院主要以自殺防治通報系統線上通報，網絡單位多為紙本通報。上班時段通報個案由衛生局當日派案，初訪由公衛護理師，訪視完成，個管檢視訪視紀錄後，轉派關懷訪視員。下班或假日時段通報個案由衛生局個管次日派案,假日時段則由值班衛生局個管派予值班關懷訪視員訪視。

b. 關懷訪視員訪視業務

a) 家訪或面訪服務則需達該月總服務人數之 1/3 比例，而 BSRS-5 分數大於 15 分者或重複自殺或問題多重且複雜者或情緒不穩處於安全疑慮狀態者，以家訪為主。

b) 自殺合併家庭暴力高危機之個案：平均訪視次數需≧4.5 次。

c) 針對 65 歲以上老人再自殺個案，延長關懷訪視服務時程及增加訪視頻率 (每個月至少 2 次，採面訪方式至 50%以上)。

d) 自殺企圖者併有精神疾病之個案需優先訪視。

e) 關懷訪視員服務區域劃分為醫院的就近性、交通工具的協助，臺南市各區域之追蹤關懷個案數；以平衡每位訪員照護之個案數量，以兼顧照護品質。

f) 為協助自殺企圖個案面對困境所帶來的心理壓力，及自殺者遺族調整逝者已世後的悲傷情緒，辦理家屬支持團體。派案方式由衛生局統一派案。

c. 關懷訪視員訓練及督導

a) 關懷訪視員每年需接受中央或地方主管機關辦理之初階或進階相關教育訓練課程 (30 小時)。課程涵蓋自殺個案訪談技巧、精神病人關懷服務及社會資源運用等專業課程。

b) 衛生局每年 1 次至委辦醫院進行實地訪查及座談。訪查內容為個案服務狀況、訪視紀錄、機構差勤管理及業務交流。

c) 內部督導會議每周一次，由督導與 17 名訪視員針對個案管理、訪視技巧、讀書會、特殊個案討論..等問題進行討論與回饋。外部督導會議每 4 個月召開一次。討論內容精神醫療服務專業知能、自殺防治技巧、社會資源轉介與連結…等。訪視紀錄查核由衛生局人員查核，每月抽查一次，共抽查 10 份。

(2) 個案討論

a. 男性離婚個案， 54 歲，已退休，憂慮焦慮疾患確診。個案目前於高雄的精神科就診，持續重複自殺數次，某次自殺時將自己左手小指切斷，目前個案自殺的頻率已逐漸降低。太太經營便當店，為外籍新娘，個案為了辦低收入戶才與妻子離婚，但兩人仍同居。妻子因為房子被迫賣出處理個案債務導致兩人關係惡化，個案與自己手足、兒女也因債務問題惡化。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

b. 個案經營之公司資金周轉不靈，與原生家庭關係不睦，國中畢業後與家人不再往來。個案曾有兩位交往的女友，第一任女友為個案金主，自從結識第二任女友後便斷絕男女朋友關係，之後因第二任女友和其他人交往而分手，現有一名乾女兒為金主。個案目前接受心理諮商(兩次一星期)及精神科門診，為憂鬱症確診，個案一有情緒困擾，便玩賭博性電玩、飲酒、飆車、嚴重時尋死，就診診所因個資法不願意多談個案狀況。個案曾於訪視時透露想要在深夜開車製造車禍，詐領保險金還錢給第一任女友，還員工薪水。目前個案表示自己無法入睡，每天飲酒過日，只想死。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

c. 個案為男性，經營理髮店，經濟穩定。女兒有精神疾病，但個案不認為女兒有病，在今年 3 月時不忍心看女兒受精神疾病困擾便帶著女兒燒炭，因為燒炭前傳訊息給朋友才得以阻止。個案認為女兒所有的發病狀況都是因為精神科藥物造成的後遺症，因此拒絕就醫，也不願意讓女兒就醫，寧願用民俗療法治療女兒。個案目前表示只要看到女兒眼睛上吊就會帶女兒一起死。診療女兒的醫師認為個案思想僵化，也認為院方的藥物沒有問題。雖然訪員曾建議個案換醫師，但常常預約醫師之後又臨時變卦取消就醫，覺得藥物會影響隔天上班，拒絕服藥。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

d. 男性個案，已退休。個案有酒癮，且有許多身體疾病。個案與妻子感情不睦，妻子常離家出走，直到 8 月妻子因車禍返家休養。個案因年金改革問題，兒子仍在就學等因素自殺。個案第一次自殺時用燒炭方式逼

迫妻子回家。第二次燒炭時因為妻子不在家中，便燒炭自殺。訪視個案時僅抱怨年改問題，對其他狀況隻字未提。訪員已建議個案找工作，目前個案已找到工作，且願意嘗試該工作。最近一次訪視時發現家中有許多空酒瓶，可能因壓力問題而再次飲酒。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 針對訪員實務之建議：建議於外部督導會議中，討論自殺通報數據及初步死亡數據，並以此為基礎推動因地制宜的自殺防治策略。

b. 針對個案討論會案一

a) 訪員可建議個案臨近醫院或診所尋求幫助。
b) 該個案可能有借高利貸，可以向衛生局通報，與警察局合作處理。
c) 設法讓家屬知道，如果個案自殺頻率漸增，使用方法致命性變高，很有可能造成個案下次自殺身亡。
d) 建議訪員不用先下定論認為個案自殺只是一種要脅的手段，可以前往個案自殺送醫之醫院確認個案自殺後身體的狀況。
e) 個案自殺頻率有降低之跡象，建議可以多加探問最近個案面對的問題是否產生變化。

c. 針對個案討論會案二

a) 盡量向個案澄清不要以詐騙保險金的方式尋死。
b) 病人為依賴性性格和負責任性格的人，盡可能從此點同理、關懷個案。
c) 如遇個資法情形導致個案的醫師不願透露個案相關就診資料，建議訪員可以問該醫師自己該做什麼，需要注意什麼，以問題代替建議，不直接詢問病人狀態。

d. 針對個案討論會案三

a) 個案性格固執，需多讓個案說出自己的困難，不要直接給予建議。
b) 建議可讓個案及女兒一起就醫，並於個案討論會提出討論。
c) 個案有妄想症狀。案妻及個案在討論女兒狀況時，有可能加強了個案本身的妄想狀況。宜多加留意案妻本身有妄想症狀。

e. 針對個案討論會案四

a) 個案有酒癮問題，須要讓身心科專業醫師評估。
b) 個案在訪視時只講年金改革問題，有可能只為單純宣洩情緒。
c) 妻子車禍返家療院可能是個案穩定的主因，家訪時宜注意個案與妻子目前相處狀況。

3) 嘉義市(訪查時間 2017 年 8 月 23 日)

(1) 縣市報告重點摘要

a. 高處墜落自殺防治策略,以拜訪嘉義市六層樓以上高樓熱點之大廈管理委員會為例。由衛生局科長、自殺防治業務承辦人與都發處承辦人一同前往，以關懷為出發點，加強保全人員敏感度訓練(例如守門人課程)、張貼標語或加裝警鈴、監視器等設備。2. 衛生局委員會召開次數:由副市長主持，每年約一至二次，分別在 6、7 月及 11、12 月。

b. 嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容,週督導分別由精神科醫師及心理師帶領。會議中訪員回報個案訪視狀況,心理師給予回饋與建議；結案前則由精神科醫師評估是否達到結案標準,較困難的個案也會與精神科醫師討論處遇方式。嘉義市自殺關懷員跟社區關懷員的督導是分開進行,自關部份督導為精神科醫師與心理師;社關部分則是精神科醫師與社工師。

c. 嘉義市關懷訪視員派案、訪視及共訪機制，以 105 年針對 65 歲以上人口進行全面性篩檢為例，使用 GDS 量表篩檢，若分數達 7 分以上，將轉至衛生所進行第二次篩檢。若二篩結果為 7 至 11 分由衛生所自行辦理，若分數高於 11 分則直接轉介至醫院。自殺通報中個案若是使用低致命性自殺方式，例如割腕、服用安眠藥等，會轉由公衛護理師進行關懷；若是使用高致命性自殺方式，例如上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、高處墜落、農藥、跳水等,則會派案給關懷訪視員於 24 小時進行訪視。為因應個案特性，有時會協同社工進行訪視，雖然資源能多重利用，但也得配合社工的調整訪員的訪視方式。

(2) 個案討論

a. 個案江先生(54 歲)於今年 3 月由嘉義市政府心衛處轉介至衛生局，教育程度國中、婚姻狀態為離婚，現為無業但曾任廣告公會理事長，目前每個月領有身心障礙補助金;個案疾病史為慢性阻塞性肺病、高血壓、失眠症及憂鬱症，有規律就醫及服藥，診斷為反社會傾向，且認知判斷能力較差，目前最新診斷為雙極疾患。心情溫度計中分數起伏主要是睡眠及情緒部分，情緒狀態呈現憤怒。(詳細內容請參閱附件 4.2.3)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容：

a) 建議每個月一次外部督導，由精神科醫師、社工師及各局處共同參與並研討自殺防治通報月報表。
b) 醫政科也可將近兩個月自殺死亡的死因及地點納入討論，跟中央提供的通報資料結合以更了解目前自殺現況。
c) 建議委員會能召集各局處的專業人員，一同判讀自殺數據。

b. 嘉義市關訪員派案、訪視及共訪機制：
a) 精照或家暴個案的共訪，建議由已跟個案建立關係的一方主責，進行客觀與危險性評估，尤其是心情溫度計分數較高者，應積極轉介至精神醫療院所且持續關懷。
b) 無論是自關或社關，皆應落實 1 問 2 應 3 轉介，其中「轉介」重點在於協助個案至精神醫療院所接受專業評估與治療，因此每位訪員必須建立「口袋名單」以即時因應。
c) 建議將公衛護理師也加入 1 問 2 應 3 轉介及 SOAP 訪視原則的訓練。
d) 對於老年人口或困難個案，建議改用心情溫度計即可。

c. 個案研討會之「農保問題」及「醫療糾紛」個案：
a) 此個案明顯為精神疾患問題，需轉至精神科醫師治療，且持續追蹤其服藥的遵從性，建議將此特殊個案納入月督導會議，由精神科醫師做診斷分析，提供醫療專業建議，亦或將警消單位加入協助法律問題。
b) 考量訪員的案量前提下，結案後不主動聯絡個案，若還是對個案不放心，可以簡單一通電話關懷。
c) 在面對困難或特殊個案，必須加強關訪員的敏感度，確實做到積極聆聽、釐清原因、同理等才能善用資源、對症下藥。

(4) 嘉義市針對建議回覆

a. 針對嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容
a) 本市目前關懷訪視員每月一次個案督導，迄今共 11 次，每次除了邀請精神科醫師、心理師和社工師與會，若有外單位服務 者也會邀請共同討論。
b) 中央提供通報資料每月均會提供訪員，爾後擬於個案督導會議中，討論近兩個月自殺死因及地點，進而分析。
c) 目前跨局處的專業人員會議，一年召開 2 次。今年會議日期為 6/27、12/4，並於每次會議分析自殺通報及自殺死亡資料數據。

b. 針對關訪員派案、訪視及共訪機制

a) 本市早有共訪機制，均經由關訪員與外單位服務者一同討論服務概況並決定由誰主責或進行分工，心情溫度計分數較高者，均先轉介公衛護理人員，再由公衛護理人員轉介至精神醫療院所且持續關懷。
b) 本市自關、社關均落實一問二應三轉介之訪視原則，連結適當之資源。
c) 本市公衛護士均落實一問二應三轉介及 SOAP 訪視原則，連結適當之資源。
d) 本局已更改 BSRS-5 做為老年篩檢之依據。

c. 針對「農保問題」及「醫療糾紛」個案

a) 個案研討所提出的個案已轉派社區精神關懷訪員，並偕同返診與醫師確認案主病況，繼而加強疾病及藥物衛教，增進個案病識感，目前返診狀況穩定，將持續追蹤。
b) 將提醒訪員已結案後不主動聯絡個案為原則。
c) 定期安排關訪員教育訓練，提升關訪員的敏感度，確實做到積極聆聽、釐清原因、同理等才能善用資源、對症下藥。

4) 臺北市(訪查時間 2017 年 8 月 25 日)

(1) 縣市報告重點摘要

a. 臺北市現況報告

a) 臺北市高處跳下有緩降的趨勢，但是溺水方式呈上升趨勢。男性自殺死亡率約為女性的兩倍，因此應重視男性自殺防治。
b) 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，不同高風險群與議題訂定防制機制。
c) 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。
d) 65 歲以上長者死亡率高，老人自殺防治結合一些關懷方案包含長照的共照據點，並且與長照共同照護網做篩檢與健康促進。
e) 與消防局合作找出自殺熱點，與旅館業者合作強化自殺防治宣導。持續推動高處防墜措施，各學校、相關局處針對相關建物做建物檢核。
f) 守門人訓練，勞動局針對失業給付及經濟議題，加強防治工作的知識及敏感度。各個局處都有相關守門人的課程，另外也強化推展職場心理衛生。加強男性自殺防治宣導及守門人相關課程。

b. 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 10 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 10 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) 結合民間團體協助辦理中度風險自殺個案關懷訪視，建構本市自殺防治網絡，另外高風險個案由北市自殺防治中心處理。

c. 關懷訪視員訓練及督導

a) 關懷訪視員之訓練課程包含自殺風險評估及訪視技巧之實務演練、社福資源之簡介及實務連結、自殺遺族之悲傷輔導、個案訪視的結構式資料蒐集及自殺高風險個案與物質濫用。
b) 督導部分，每月固定辦理個案之團體督導。

(2) 關懷訪視員座談討論會

實務面臨之困境：

a. 照護比是 1:102，人力吃緊，負擔太大。
b. 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。
c. 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。

(3) 個案討論

a. 住在萬華區 75 歲男性是帕金森氏症患者,行動不便,教育程度是國小，現在已退休。是直腸癌的末期也是身心障礙者,與孩子跟前妻關係疏遠。(詳細內容請參閱附件 4.2.4)
b. 住在內湖區 18 歲男性，高中肄業，是一名同志，從小有同儕排擠的問題以及父親家暴的問題，因為家暴原因有被列管；主要服用藥物是抗焦慮劑，被診斷有躁鬱症，本身有攻擊性。(詳細內容請參閱附件 4.2.4)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對個案討論會中的個案一：

a) 釐清自殺真正原因、想法才能正確評估以及擬定處遇計畫。
b) 協助填寫量表外，與精神科醫師、社區護理聯繫評估個案狀況。
c) 藉由筆談關懷個案，持續建立信任關係。

b. 針對個案討論會中的個案二：

a) 釐清個案之心理狀態與性格、家庭關係、家暴真正原因。
b) 與其他單位討論，做出適切的資源分配和整合。
c) 困難個案應定時或即時提至團隊督導討論，並邀請精神科醫師參與精

神科診斷分析，以便連結相關資源擬定關懷訪視之方向與角色定位。

(5) 臺北市針對建議回覆

a. 針對個案一

個案因身體疾病過世，因仍為在案個案，續提供家屬訪視關懷，後以個案死亡送結。

b. 針對個案二

a) 已於 8 月 25 日邀請精神科醫師參與團督討論，並持續追蹤個案狀況及連結相關資源單位。

b) 每 2 周邀請專家(含精神科醫師)辦理個案督導，或依訪視員需求安排個別督導討論。

5) 雲林縣(訪查時間 2017 年 8 月 30 日)

(1) 關懷訪視員座談討論會

a. 數據分析落差與困難，為完成年度期中、期末報告之自殺防治建議及策略，須提供數據分析與比較，但面臨作業時間短缺、人力缺乏相關技術，額外耗時。針對自殺通報數據，中央的每月月報與地方的資料有落差。

b. 共訪機制人力重疊，每年有兩次跨局處業務會議，於各鄉鎮市公所舉辦，只是推廣時仍會遇到非衛生局部會，認為自殺防治是衛生局的業務導致合作效率不佳。面對社工與自關協同訪視，如何開啟對話機制？自關的角色定位是什麼？例如社區緊急醫療的責任歸屬。

c. 轉介資源反讓個案碰壁，個案轉介後續聯繫需個管員提供個案狀況，但個管員都不願透露個案資訊，陷入資訊不均等的困境。關懷訪視架構於實際操作有困難，例如無法將個案轉介給公部門，民間資源也會面臨村鄰長採取消極態度的窘境，或甚至因對個案不了解，形成負面觀感，反而造成個案更大的挫折，引發再自殺危機。

(2) 個案討論

a. 個案 42 歲，男性。除家暴、自殺等高風險因子，在精神部份被評估為重度憂躁症及合併毒癮，屬於較多元的個案。第一次通報於 105 年的六月開案，中間暫停三個月，今年又再開案，目前服務此個案已超過一年。自殺原因為案妻外遇。(詳細內容請參閱附件 4.2.5)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 數據分析落差與困難：

a) 建議與民政單位合作，透過不同部門的合作機制，掌握即時數據。

b) 通報重於判讀資料的意義及應用時效性，建議定期聘請外部督導，安排前 15 分鐘進行資料判讀，並將關訪員面對的問題於月督導或週督導提案討論。

b. 共訪機制人力重疊議題：

a) 建議共同討論 SOP 機制，對各部會與關訪員的角色定位會更清楚。

b) 關懷訪視所面臨的困難，建議加強資源盤點機制，羅列出各資源所在地，例如精神診所、臨床心理師駐點。

c) 利用心情溫度計 APP，針對像是中年個案作為關心工具，幫助個案自我觀照、覺察，多讓訪員將力氣可以發揮在對的地方。

d) 將精神醫療納入，不單以輔導作為因應策略，應轉介到相關資源做評估，同時落實守門人教育的宣導，結合實務經驗，讓地方再降低再自殺率。

c. 轉介資源反讓個案碰壁：

a) 鄰里長關懷建議蒐集「口袋名單」，避免個案在轉介時遭受挫折。

b) 邀請鄰里長參觀醫院,接受守門人課程訓練,提升自殺防治的敏感度，透過分工分責、轉介、了解 BSRS 的分數代表的意義，納入關懷語句等。

d. 個案討論

a) 安非他命本身會引起妄想症，建議透過外督導轉介至醫療單位，而信安醫院的督導可以與個案的醫師討論，了解個案狀況對症下藥。

b) 關懷訪視本以收錄資訊為主，並非僅聽個案訴說，建議與督導討論，評估藥物治療或心理治療的適切性。

e. 建議每個月一次外部督導,由精神科醫師及各局處共同針對數據做解釋，進一步滾動式修改自殺防治策略。

f. 對於狀況危機的個案，除以個案為中心，同理並給予情緒上的支持，醫療端仍需介入，而關訪員可持續從睡眠、飲食、生活活動、作息安排等予以關懷，亦或進一步討論生活調適、回診狀況等。

g. 針對重複自殺個案

a) 應釐清自殺原因、通報來源背景、保護因子與自殺時間間距等等，同時透過心情溫度計做評估，並於月督導或週督導提出討論，必要時轉介精神醫療院所。

b) 派案需留意性別上的議題，有許多重複自我傷害的女性個案，其實在和異性建立關係上是有困難的，或許將訪視員換為女性效果會好些。

c) 過去經驗在面臨年輕女性自傷時，可以取代性行為做替代轉移其注意

力，例如聽喜歡的音樂、與朋友聊天，這都能藉由督導討論，找到自傷行為的替代方式。

d) 除了建立關係，醫療端仍需介入，而關訪員可繼續從睡眠、飲食、生活活動、作息安排等予以關懷，亦或進一步討論生活調適、回診狀況等。

6) **臺東縣(訪查時間 2017 年 9 月 1 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 個案管理人員作業內容：包含自殺防業務、資源網絡連結、民眾心理衛生專業諮詢、網絡單位人員教育訓練、民眾心理衛生宣導教育。

b. 關懷訪視員訓練內容：包含每年度衛福部 14 小時之初階與 16-18 小時之進階課程外，並定期舉辦每季自殺個案研討會及 30 天內再自殺個案研討會。

c. 自殺個案訪視追蹤績效、獨居及非獨居篩檢績效一覽表：台東市人口居多，因此是通報之高點，多數以電訪為主；一旦通報收案，除了固定流程，另有紙本作業，確保每月訪視狀況。

(2) 關懷訪視員座談討論會

a. 共訪制度與單位合作

a) 關訪員目前除了自殺企圖個案外，也有訪視其他需求－如家暴、精障等個案；關訪員並非專業心理衛生背景，但對訪視的成效期待及自我要求也高，但專業資源人力也較少，因此會出現實務成效與期待落差的狀況。

b) 單位合作間會出現個案需求與其他單位重疊之現象，其他單位多向關訪員詢問個案狀況但不直接協助，一旦個案自殺身亡，其他單位會認為是關訪員的責任。

b. 個案討論與督導現況

內部每個月督導，外部為三個月開一次，並由精神科醫師進行督導，多數諮商心理師皆在學校端工作。

c. 拒訪個案訪視現況

某個案因有幼子,在關訪員通報社會處進行資源轉介為高風險家庭後就失去聯繫。

d. 關訪員工作風險

訪視過程中有機會遇到攻擊傾向之個案,曾有過個案直接拿刀槍等武器攻擊關訪員；另外，由於台東多山區地形，關訪員在訪視過程中多以車

輛交通，過程中如遇事故，目前仍以個人保險支付醫療，讓關訪員感到較有壓力與辛苦。

(3) 個案討論

a. 個案為自殺遺族，無法承認親人因自殺而身亡，且決定隱瞞家中其他長輩家人死亡原因，在前段訪視時直接拒訪，並表示不需要心理諮商轉介，導致資源介入困難。(詳細內容請參閱附件 4.2.6)

b. 關訪員在一位育有兩個智能障礙幼子的個案第一次自殺後，開始持續家訪介入，個案的外顯狀態持續好轉，精神科治療快一年，有持續服藥；但在某個母親節個案接完孩子且致電其母親表達「小孩會自己上廁所了」（意指明顯進步）之後，便攜子臥軌自殺身亡。當天情境為個案來到母親節表揚大會旁，曾有大會志工看到個案臥軌前看見她坐在場外哭泣，可惜來不及阻止憾事發生。對於本案例，關訪員認為個案自殺前一天才去回診，且沒有留遺書，面對突然自殺死亡的結果，訪員除感到無力，不知道還能多作甚麼。(詳細內容請參閱附件 4.2.6)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對特殊議題之個案（家暴、精障等）缺乏資源人力，資源重疊現象使其他單位不直接介入協助：訪員需釐清轉介流程，並統整台東縣的心理及醫療資源，列出統整之名單，使資源有效轉介。

b. 針對通報為高風險家庭後失去聯繫現況：若高風險家庭需要社福資源介入或轉介，訪員與個案需要事前有妥善的溝通，以在穩定關係的前提下將資源引入。

c. 針對自殺遺族個案拒訪：除將遺族納入可關懷名單，需考量遺族的心理狀態。訪員需多同理及關懷個案，在情感涉入層次上需多加考量，另外也可邀請外部督導，共同評估個案心理狀態與合適介入策略。

d. 針對長期關懷的個案在無預警下自殺身亡：自殺有很多重原因，和訪員並無直接關係，訪員可先自我調適，整頓心情。其他介入方需敏感於個案自殺警訊，早日通知並訪員一同進行訪視與評估，以適時引進外部督導資源及跨單位專業合作。

e. 針對訪員工作風險：若評估個案有攻擊風險，能事先與警消單位合作，降低訪員訪視之風險。

f. 針對臺東地理環境及相關心理及醫療資源：整合並建立資源網絡地圖，以供因地制宜之資源介入，並提供訪員相關資源口袋名單，利

於個案需求得以適時轉介。

g. 訪員在接手較困難之個案應即時向督導提出討論，若有精神疾患之疑慮或就醫之需求，須由精神科醫師提供可能之精神疾患診斷並提供專業轉介建議。

5. 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 6 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。

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。全國自殺防治中心今年編寫全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供各縣市衛生局做為自殺防治業務參考。

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。

五、 附件

附件 4.2.1 2017 年度基隆市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.2 2017 年度臺南市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.3 2017 年度嘉義市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.4 2017 年度臺北市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.5 2017 年度雲林縣「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.6 2017 年度臺東縣「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄

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

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%，此一數據突顯第一線專業人員在自殺防治的重要性。醫療與社會工作者在面臨自殺風險個案時，須審慎評估和辨識危險程度，即時做出因應和處置，以降低自殺行為發生的風險。因此，提升第一線醫師、護理人員、社工師及心理師等等專業人員自殺防治的因應技巧和能力刻不容緩，其重要性不言而喻。本會結合了多個醫療與社會工作相關學協會，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，提供醫療情境中的高風險者適度關懷，並能適時轉介資源，協助有需要的個案或已有自殺意念/企圖/行為者。

當個人接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做出適當的回應或轉介，此即為「珍愛生命守門人」。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。在全國自殺防治策略中，守門人概念及訓練之推展亦扮演相當關鍵的角色。

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新知，結合理論與實務應用知識，增進國內自殺防治工作之效能。
2) 提升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。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 規劃課程大綱及內容。
2) 聯繫合作單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、牙醫師、護理人員、諮商心理師、臨床心理師、社工師、職能治療師、藥師、家醫、

公務人員。

3) 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、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、中華民國基層醫療協會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國醫務社會工作協會、台灣失落關懷與諮商協會、臺灣憂鬱症防治協會、社團法人台灣失智症協會、社團法人國際生命線台灣總會。

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. 2 月 3 日於中心業務會議提案討論相關內容及規劃，依規格書內容辦理一場「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。
2. 考量課程推廣效益，3 月中旬確定與中華民國醫師公會全國聯合會合作辦理，日期訂於 5 月 20 日假台大醫院第七講堂進行「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。於全國主要地區 29 間醫院以視訊方式，同步轉播與進行單向及雙向討論方式，舉辦此課程，並錄製影片以供之後開放為數位學習課程。
3. 由計畫主持人(李明濱教授)擬定課程主題及綱要，於 3-4 月間持續聯繫合作協辦之學、協會相關單位。
4. 3 月開始持續與合辦單位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，邀請共同協辦此訓練課程，協助在其網站或會員通訊上轉知活動及報名資訊。
5. 4 月初與講師們聯繫、蒐集課程相關資料及講師資訊，以申請該訓練之各專業人員繼續教育積分。
6. 5 月初匯集講師簡報及簡歷，製作課程手冊。
7. 5 月 20 日於臺大醫院第七講堂辦理「第一線專業人員之自殺防治守門人課程」。並於課後整理成果，處理學員申請繼續教育積分之相關作業。
8. 由資訊組同仁將當日課程錄影後製完成，放置本中心之數位學習網，設為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

5 月 20 日於臺大醫院第七講堂辦理「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、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：自殺防治新視野(全球自殺防治趨勢、自殺防治問題與挑戰)、自殺防治實務(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險者之關懷與溝通)、資源網網相連(轉介方法與技巧、社會安全網絡與資源連結)，最後並有綜合討論，詳細議程請見下表 4-3-1。

當日亦於全國 29 間地區醫院同步視訊轉播，詳細場地詳見表 4-3-2。當日總人數為 846 人，醫師占 263 人、牙醫師占 2 人、護理人員占 361 人，臨床/諮商心理師占 15 人，藥師占 45 人，社工占 26 人，職能治療師占 19 人，公務人員占 53 人及其他占 62 人。

表 4-3-1、第一線專業人員之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) 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：李明濱教授(全國自殺防治中心計畫主持人)、邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會) 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) 高 雄 市：鍾飲文院長(高雄醫學大學附設醫院)、王欽程理事長(高雄市醫師公會) 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 4-3-1、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
13:45~14:25	**第一場：自殺防治新視野** • 全球自殺防治趨勢 • 自殺防治問題與挑戰 主講人：全國自殺防治中心 廖士程 執行長
14:25~15:05	**第二場：自殺防治實務** • 自殺高風險群之辨識與評估 • 自殺高風險者之關懷與溝通 主講人：全國自殺防治中心 吳佳儀 副執行長
15:05~15:45	**第三場：資源網網相連** • 轉介方法與技巧 • 社會安全網絡與資源連結 主講人：臺灣自殺防治學會 鄭宇明 秘書長
15:45~16:00	**綜合討論**(主持人及所有主講人)

表 4-3-2、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	
【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 2 樓第三會場
【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】	埔里基督教醫院圖書館會議室

表 4-3-2、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	
【雲林縣】	中國醫藥大學北港附設醫院 B1 第一會議室
【嘉義市】	天主教聖馬爾定醫院 10 樓學術講堂
【嘉義縣】	大林慈濟醫院感恩樓 13 樓階梯教室
【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
	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】	衛生福利部台東醫院五樓第一會議室
	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
【金門縣】	衛生福利部金門醫院醫療大樓 8 樓會議室
【連江縣】	連江縣立醫院 3 樓講堂

2. 結論

1) 本課程主題訂為自殺防治新知與實務探討，係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。

2) 本次課程中，講師以自殺防治理論、最新數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及自身經歷講述，提醒第一線專業人員自殺往往是多重因素造成之悲劇結果，勿簡化原因，且由最新數據了解自殺防治現況，並協助學員了解高風險群之評估與辨識、關懷和溝通的技巧。另外，講師提供自殺防治資源連結與轉介相關知識，使第一線人員了解實務上可協助個案之管道。整體課程緊扣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」。

3) 本次課程與中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理，透過全國 29 間醫院同步視訊，將本訓練課程推廣至更多醫療及社會工作相關之第一線專業人員；當日最後的綜合討論，即時連線不同會場的學員精彩提問，講師們及主持人積極回應，補充講解相關資訊，現場互動熱絡。

強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片

一、 背景(Context)

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: 當媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，確實會引發自殺模仿效應；反之，正確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動。

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺報導，期望使自殺新聞報導能在不侵害自殺當事者隱私權的前提下，同時顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。而自 2006 年起，中心每日蒐集及整理自殺相關新聞報導，除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，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，全國自殺防治中心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或甚至內化成為自我約束管理，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。

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，促使記者能撰寫正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因子有所理解並適時防範，同時將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) 不定期與各大媒體合作、接受專訪或拜訪媒體，增進與新聞傳播實務工作者的溝通，提升國內媒體自殺新聞報導品質，同時藉由不同主題之間散佈

自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」的理念傳達至社會各角落，期望一同共創健康的自殺新聞報導，並藉以導正民眾對於自殺事件的認知，達到「自殺防治，人人有責」之目標。

3) 將最新專訪及新聞稿更新於中心網站最新消息、珍愛生命數位學習專區與珍愛生命打氣網粉絲專頁，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。

4) 持續辦理「新聞媒體聯繫會議」，本年度主題為「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程。

(1) 彙整中心過去針對新聞媒體之相關數據、策略和建議，並蒐集國內、外針對新聞媒體之相關策略建議。

(2) 資源連結與合作

a. 合作單位：衛生福利部心口司、中華民國醫藥衛生記者聯誼會以及各大新聞媒體等。

b. 召開新聞媒體聯繫會議會前會，專家與第一線媒體工作者進行交流，研擬聯繫會議內涵。

(3) 發布會前新聞稿並召開新聞媒體聯繫會議，並於會後發表活動成果於中心網站最新消息及珍愛生命打氣網粉絲專頁。

三、 過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

1)「溫馨送暖迎金雞 生命關懷不打烊」春節新聞稿。

(1) 於 1 月 26 日發布「溫馨送暖迎金雞 生命關懷不打烊」春節新聞稿，共有 5 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

國人期待的農曆春節即將來臨，在這闔家團圓的時刻，台灣自殺防治學會理事長龍佛衛與全國自殺防治中心主任李明濱特別呼籲，不論是否與親友團聚，可利用佳節多加關懷親朋好友，特別是獨居長者、未返鄉之遊子每逢佳節倍思親，此時您的關心此時特別令人窩心。此外，提醒長期服藥者年節期間勿自行停藥，特別是精神科用藥，年節期間更要穩定服藥，溫馨過個金雞年。

關懷長者，共同把關身心健康

李明濱主任表示，根據自殺通報人次顯示，65 歲以上的長者近兩年在 3 月份之數量較 2 月份上升約 50%，自殺首要原因為「生理疾病問題」

(37.1%)，其次為「憂鬱症及其他精神疾病」(31.9%)，因此在春節前後須更加注意老年人的心理狀態，李明濱主任提醒民眾三大要點共同關懷親友長輩。

1. 利用春節連假，陪伴家中長輩，家庭社會支持為重要的保護因子，建議民眾多以關懷性的傾聽與正面回應多陪伴家人。
2. 假期過後持續關懷不輕忽，連假過後民眾各自返回工作崗位與學校，忙碌之餘記得問候遠方長輩。
3. 長期服藥者，勿驟然自行停藥，年節期間親友可互相提醒，若自行停藥易有戒斷症狀，特別是精神科用藥，如有焦慮或憂鬱症狀服藥治療的病人應持續依照醫師指示服藥。

親友相聚問候不越界，家庭和諧融洽過好年

根據歷年資料發現自殺企圖通報人次在 1 月及 2 月時為最低點，由 3 月開始通報數據往上攀升。2016 年自殺通報資料中，以 35 至 44 歲此年齡層為最多，分析其自殺原因，以「情感、人際關係」為最高(47.1%)，其中包含「感情因素」、「家庭成員問題」、「夫妻問題」等因素。由此可知，家庭關係及人際交流在自殺防治中極具重要性。李明濱主任建議，應多把握年節期間互相關懷問候，多聊聊生活趣事以及分享近況，珍惜相聚時光，家庭氣氛愉快更能享受美好春節。

此外，春節期間，若有發現身旁有他人身心狀況超出自身可控制之情況，可透過心情溫度計篩檢或是協助轉介至社區心理衛生資源、精神科就診，亦可撥打安心專線，0800-788-995(請幫幫救救我)，年節期間 24 小時不打烊。

2)「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」會前新聞稿。

(1) 6 月 23 日於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱主任，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授、社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委、衛生福利部心口司諶立中司長以及詹金月科長皆共同與會。媒體與談人出席代表為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS 沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV 台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共 51 人，出席媒體共 16 間、學協會共 4 間、衛生局共 10 間以及臺北市自殺防治中心，會後新聞稿露出共 11 則，會議圓滿落幕。

(2) 新聞稿內容詳見「新聞媒體聯繫會議」章節。

3)「支持農委會禁用巴拉刈之聯合聲明」新聞稿。

(1) 6 月 6 日中心與 14 個學協會，包括中華民國急重症護理學會、中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會、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、台灣老年學暨老年醫學會、台灣急診醫學會、台灣精神醫學會、台灣憂鬱症防治協會、台灣護理學會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣毒物學學會、社團法人老年精神醫學會以及社團法人自殺防治學會連署發布「支持農委會禁用巴拉刈之聯合聲明」新聞稿，新聞稿露出共 6 則。

(2) 新聞稿內容如下：

欣聞農委會於 5 月 24 日公告禁用巴拉刈之時程，將自 2018 年 2 月 1 日起禁止加工及輸入,2019 年 2 月 1 日起禁止販賣及使用。在此關鍵時刻，政府能有此政策之宣示，將對民眾生命與健康之保護更上層樓。本聲明支持農委會禁用巴拉刈之政策，乃基於眾多臨床經驗與實證研究，以及對病人、家屬與弱勢農村民眾之關懷。

劇毒巴拉刈造成痛苦死亡

除草劑巴拉刈對人體有極高毒性，沒有解毒劑。大量攝入會造成多重器官衰竭，小量攝入（即使只是一小口）也可能造成肺纖維化與呼吸衰竭，造成痛苦的死亡，過程中病人與親友承受極大煎熬，存活者也可能留下呼吸系統後遺症，嚴重損害生活品質。

許多臨床人員見證過病人衝動下飲用巴拉刈的悲劇。許多自殺企圖是在急性壓力、生活危機、人際衝突、低落情緒、甚至酒醉下，隨手拿取和飲下巴拉刈，造成不可逆的痛苦死亡。

禁用巴拉刈減少衝動自殺死亡

十位服用巴拉刈者，可能高達六至九人死亡，即使衝動過去積極求生，亦求生不得；相較下，服用其它除草劑，死亡者不到一人，危機化解與想法轉變後，可重獲新生化險為夷。禁用劇毒的巴拉刈，大大提高衝動自殺後重生的機會。

台灣巴拉刈自殺死亡人數從 2006 年的 119 人，增加到 2015 年的 209 人，是過去十年的最高點。2015 年有 479 人農藥中毒自殺身亡，巴拉刈所占比例超過四成，是造成中毒死亡的首要農藥。使用巴拉刈企圖自殺者，有六成來自農家。

巴拉刈中毒死亡經常發生在農村地區，尤其是年長者，但也偶有年輕人衝動下飲用巴拉刈而自殺身亡的不幸憾事。我們應當同理自殺企圖者，經常是身處危機，或者已受嚴重憂鬱所困擾，為因應痛苦而發生自殺行為。然而危機經常是短暫的，而精神困擾或憂鬱情緒是可以治療的，禁用巴拉

刈可大大增加存活與後續治療的機會。

韓國在 2012 年全面禁用巴拉刈之後，農藥自殺率減少 40%。斯里蘭卡在 2008-2011 年逐步禁用巴拉刈和其它兩種劇毒殺蟲劑之後，農藥自殺率減少 50%。這兩個國家禁用巴拉刈後，非農藥自殺率沒有增加，全國自殺率也下降。

巴拉刈可能增加巴金森氏症風險

全球已有超過 50 個國家禁用巴拉刈，除了預防中毒死亡，也旨在保護人體健康。2007 年歐盟全體國家禁用巴拉刈，理由是無法排除對施用者有神經毒性，台灣與其它國家的研究發現，長期使用巴拉刈的農民得到巴金森氏症的風險增加。

推動配套措施與替代藥物，創造多贏

我們因此共同支持禁用巴拉刈的政策，並希望政府同步大力推動配套措施，協助並考慮補助農民使用替代藥物、改變農作方式，和改善產銷制度，同時回收農家裡儲存的巴拉刈、持續讓其它已有替代藥物的劇毒農藥退場，並監測中毒與死亡統計趨勢。我們也呼籲消費大眾共同支持不使用巴拉刈的農產品，一起創造多贏、關懷、與保護健康與生命的社會。

2. 媒體拜會

1)5 月 19 日至蘋果日報拜會宋伯東總編輯，針對媒體自律、新聞媒體聯繫會議等議題進行交流，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長代表出席。

2)6 月 16 日至自由時報拜會莊榮宏執行長、王貝林副主任，針對媒體自律、新聞媒體聯繫會議等議題進行交流，中心由李明濱計畫主持人、媒體因應小組陳映燁醫師代表出席。

3. 媒體合作

1)5 月 2 日中心李明濱計畫主持人受邀至《寶島聯播網》〈超級報報〉時段接受專訪，討論自殺防治相關議題，主持人為李惠仁先生。

2)7 月 20 日中心李明濱計畫主持人受邀至《教育廣播電台》接受〈生活 In Design〉節目接受專訪，討論自殺遺族相關議題，主持人為蕭曼屏小姐。

3)9 月 19 日中心李明濱計畫主持人受邀至《飛碟廣播電台》，接受「今天我尚青」節目專訪，討論青少年自殺相關議題，節目主持人為林青蓉小姐。

4. 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

1)為因應媒體產業人口流動較普遍，因此透過將自殺新聞報導原則與自殺防治相關知識拍攝成影片，內容以 WHO「六不六要」原則為主軸，提供未來新聞媒體在報導時，能進行自我檢視，增加新進媒體人對於自殺新聞報導

撰寫需注意的事項更加熟稔。

2)6 月 4 日與左鳳翔演員拍攝新進媒體人教育短片第一幕，內容大綱為一位上班族因承受來自工作、經濟、家庭多方壓力，在看到負面自殺新聞後，選擇結束自己的生命。

3)6 月 13 日與吳佳儀副執行長拍攝新進媒體人教育短片第二幕，內容大綱為一名新進的記者採訪新聞時，發現第一幕的自殺企圖者可能因看了自己報導之新聞後自殺送醫，導致自己數日睡不好，坐立難安，因此去找熟識的精神科醫師聊天，醫師在與記者講話的過程中，帶出「六不六要」原則與範例。

5. 新聞媒體聯繫會議

1) 召開新聞媒體聯繫會議會前會

2017 年 4 月 24 日(星期一)下午 5 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會前會，中心與會人員為吳佳儀副執行長、臺灣自殺防治學會楊聰財理事、臺灣自殺防治學會呂淑妤理事、全國自殺防治中心王文德顧問、臺北醫學大學林進修先生；與會平面媒體與網路媒體為 PChome 新聞台、醫藥世界、台灣新生報、太平洋新聞網、天下雜誌、健康醫療網。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，決議今年度新聞媒體聯繫會議將與中華民國醫藥衛生記者聯誼會協辦，主題為「老人自殺防治：問題與挑戰」，以期藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程。

2) 寄送邀請函

本年度新聞媒體聯繫會議共寄發邀請函(含電子郵件、公文、紙本邀請函)共 574 份，包括衛福部心口司、社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、大專院校新聞傳播學系專家、學協會、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

3) 發布會前新聞稿

(1) 中心於 6 月 22 日發布新聞媒體聯繫會議新聞稿，也更新於中新網站最新消息與珍愛生命打氣網粉絲專頁。

(2) 新聞稿內容如下：

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於 2017 年 6 月 23 日(星期五)下午 2 時至下午 4 時，假台大校友會館 4 樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為全國自殺防治中心李明濱主任。本次會議將藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過

專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程！

臺灣自殺最新數據

衛福部於今年 6 月 19 日公布 2016 年十大死因，依序為癌症(死亡率為每十萬人口 203.1 人)、心臟疾病(88.5 人)、肺炎(51.9 人)、腦血管疾病(50.4 人)、糖尿病(42.4 人)、事故傷害(30.6 人)、慢性下呼吸道疾病(28.9 人)、高血壓性疾病(25.0 人)、腎炎、腎病症候群及腎病變(22.2 人)、慢性肝病及肝硬化(20.1 人)，癌症自 1982 年起已連續 35 年高居國人死因首位。全國自殺防治中心李明濱主任表示，2017 年自殺死亡率為每十萬人口 16.0 人(男性 21.8 人、女性 10.2 人)，排名第十二位，雖已連續七年退居十大死因之外，但是其比率與 2015 年(15.7 人)相較之下仍上升 1.9%。全國自殺防治中心廖士程執行長指出，其中 65 歲以上老年人口自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，約為一般人的 2 倍；就自殺企圖通報資料而言，同年 65 歲以上老年人口總共通報人次為 2994 人次，自殺原因中前三高為「生理疾病」(37.1%)；其次為「精神健康／物質濫用」(31.9%)；第三為「情感/人際關係」(26.3%)。由此可見，隨著臺灣老年人口的攀升(2016 年老年人口已達 12.9%)，老人的自殺率也呈現著逐漸增加的趨勢，所以老人的身心健康不容忽視。

老人照護與主要照顧者負荷

老人的身心健康值得重視，政府已如火如荼在推動長期照護政策，其中老人及其照顧者更是重要的議題。以最常見的失智症為例，依衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 2016 年 9 月人口統計資料估算：台灣 65 歲以上的老人(共 305 萬人)，失智症人口約 24 萬人，佔 7.98%。有 95.9%的失智症患者是住在家中，71.3%完全由家人照顧。許多研究顯示，照顧失智症患者雖然可以獲得正向照顧經驗，但通常會對照顧者的身體健康和情緒產生重大的負面影響。

根據長庚大學護理學系徐亞瑛教授的研究表示，有三成的家庭照顧者具有嚴重的憂鬱症狀。照顧者覺得有困難的照顧活動包括：必須傾聽並回答他重複的問題；處理他的躁動行為或不安；處理他的疑心病、或懷疑別人要害他；以及處理他藏東西、找不到東西的行為。失智症家庭照顧者除了照顧病人以外，還同時處理很多事，在照顧過程中常遇到的互相競爭需求，例如約八成的照顧者一方面照顧家人，一方面也要顧到自己的身體健康、自己也有社交活動需要參與。有近六成的家庭照顧者，要同時照顧其他家人、賺錢或工作。我們的研究發現，如果可以在照顧過程的各項需求之間尋找到平衡點，可以減少照顧者的憂鬱症狀。

目前政府設立失智共同照護中心，整合社區中各項服務，包括失智社區服務據點、照顧者支持服務、居家服務、居家復健、居家護理、環境改善、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規多機、安寧照護、機構照護、喘息服務等，鼓勵失智症的家庭照顧者能走出來，使用各項社區服務，以期能在許多需求中找到平衡點，減少嚴重憂鬱的情形。

媒體報導與自殺防治

李明濱主任表示，媒體報導一向是我們中心歷年來關心的議題。根據國內外研究指出，媒體在自殺防治上扮演重要角色，描寫個案努力渡過自殺危機的報導，具有保護因子的作用；而明確且詳細的自殺事件報導，則顯示與自殺率之「高峰」相關，報導文字內容與圖片皆可能引發民眾模仿效應。隨著科技的日新月異，近年來網路新聞蓬勃發展，資訊傳播速度已超越過往紙本報章雜誌，讀者可隨時隨地透過自己的智慧型手機及電腦設備吸收資訊。而部份媒體業者更為了吸引群眾及衝高點擊率，會於網路新聞頁面置入動畫影片，再透過社群平台的分享，使得資訊受眾增加，於此同時，若媒體不當報導自殺事件，其負向影響將比以往更甚。

全國自殺防治中心吳佳儀副執行長指出,根據中心分析 2016 年平面報紙自殺新聞相關報導(共 378 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(30.7%)」及「不要簡化自殺原因(48.1%)」與「不要報導自殺方式的細節(52.1%)」較易被忽略。而「六要」原則中「與醫療衛生專家密切討論(18.5%)」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(41.3%)」與「凸顯不用自殺的其他解決方法(65.9%)」則是較不易在新聞內容中提及。另外，網路新聞近來三個月的自殺相關報導(共 810 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(31.5%)」及「不要簡化自殺原因(36.3%)」較易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(5.1%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(20.6%)」與「與醫療衛生專家密切討論(32.5%)」則不易在新聞內容中提及。就民眾觀點而言，中心 2016 年之民調結果顯示(共 2148 人)，當電視或報章媒體在報導自殺事件時，民眾認為報導中最不應出現內容依序為「自殺照片/畫面」(93%)、「當事人資料」(91%)、「自殺方式」(84%)、「遺書」(75%)、「自殺地點描述」(73%)、及「親友感受」(63%)等，顯示出報導內容與民眾偏好不見得一致。

最後，國際自殺防治協會今年度的口號為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life)」，李明濱主任呼籲，自殺防治在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生。自殺防治在臺灣是必須關切的重要議題，而只有喚起社會大眾對自殺議題的重視，而同時持續推廣自殺相關

知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

4)發布會後活動成果，詳見附件 4.4.1。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)記者會／新聞發布：

共發布 3 則新聞稿，總計共 22 則媒體露出之相關報導。

2)媒體拜會：

(1) 拜會蘋果日報宋伯東總編輯內容整理如下：

a. 邀請參與 2017 年「媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」。

b. 近日動新聞越來越盛行，內容涉及聳動的自殺畫面令人擔憂會影響高風險自殺危險群或較脆弱者如兒童，且民眾可自行下載儲存。雖然動新聞的製作僅以重要新聞為主，且相較以往，現在動新聞的細節已大幅修正，討論後仍建議能減少自殺相關的動新聞製作，並將此花費投資在其他有意義的項目，例如心理健康促進。

c. 關於自殺事件報導，建議能在刊登之前與專家學者討論，並將其意見與求助專線附在報導後面。平面報紙部份蘋果內部有自律公約，定版前會由總編輯與資深記者把關，且鮮少放置在頭版；網路新聞則由社長負責，若遇到違反六不六要的自殺報導，目前僅能維持現狀以 Email 投至蘋果爆料專線建議下架，或透過 iWIN 通報。未來可考慮建立溝通管道。

d. 有關心理健康相關或自殺防治的正面報導，由於無設置專欄，建議中心專家學者可投稿至民意論壇，書面或網路都可刊登。

(2) 拜會自由時報莊榮宏執行長與王貝林副主任內容整理如下：

a. 邀請莊榮宏執行長與王貝林副主任參與 2017 年「媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」。

b. 自殺新聞報導有時是基於媒體報導的公益性或應家屬要求刊登，例如牽扯到非法事件或迫害，期望藉由輿論影響，促使警方調查。雖然原因很難不提及，但會盡量避免臆測或將自殺原因單一化。

c. 自由時報電子報與即時新聞都是由外勤記者發稿，內勤人員只有核稿，但會將世界衛生組織(WHO)的六不六要原則廣發給記者們。若有違反的自殺相關新聞，可將疑慮轉告給自由時報編政組相關人員。

d. 建議可將「六要」原則中「要報導危險指標及警訊徵兆」擬出不同類型的指標與警訊徵兆範例，如學業相關、感情相關等，讓記者們能在撰寫稿件時使用。

e. 建議六不六要原則可於一段時間後統一公布給各報社參考。

3) 媒體合作：

(1) 專訪影片發布於《寶島聯播網》YouTube 頻道，名稱為「170502 超級報報專訪李明濱教授談自殺防治」。

(2) 《教育廣播電台》與《飛碟廣播電台》專訪影音於中心留存。

4) 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

(1) 完整影片內容詳見附件 4.4.2。

5) 新聞媒體聯繫會議：

(1) 實證分析研究

a. 平面四大報「六不六要」趨勢分析

根據 2016 年中心所統計及分析之 378 則自殺事件及相關新聞報導如圖 4.4.1、圖 4.4.2，發現媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 97.9%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 95.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.7%)及「不要簡化自殺的原因」(達 48.1%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 92.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 77.8%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 18.5%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 41.3%)則是比較容易被忽略的原則。

b. 網路四大報「六不六要」趨勢分析

根據 2017 年 3 月 23 日至 6 月 23 日中心所統計及分析之 813 則自殺事件及相關新聞報導，如圖 4.4.3、圖 4.4.4，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」(達 99.8%)、「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 99.5%)及「不要過度責備」(達 99.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.8%)及「不要簡化自殺的原因」(達 37.4%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「要用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 90.0%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 4.9%)、及「凸顯自殺以外的問題解決方法」(達 19.6%)則是比較容易被忽略的原則。

c. 網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六不六要」趨勢分析

根據 2017 年 3 月 23 日至 6 月 23 日中心所統計及分析之 44 則 65 歲以上老人自殺事件及相關新聞報導，如圖 4.4.5、圖 4.4.6，發現媒體

在進行自殺新聞報導時,「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 100%)、「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 100%)及「不要過度責備」(達 100%)較易被遵循,而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 31.8%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.8%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內,「要使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 95.5%)是較易被遵循的原則,但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 6.8%)、及「要與醫療衛生專家密切討論」(達 6.8%)則是比較容易被忽略的原則

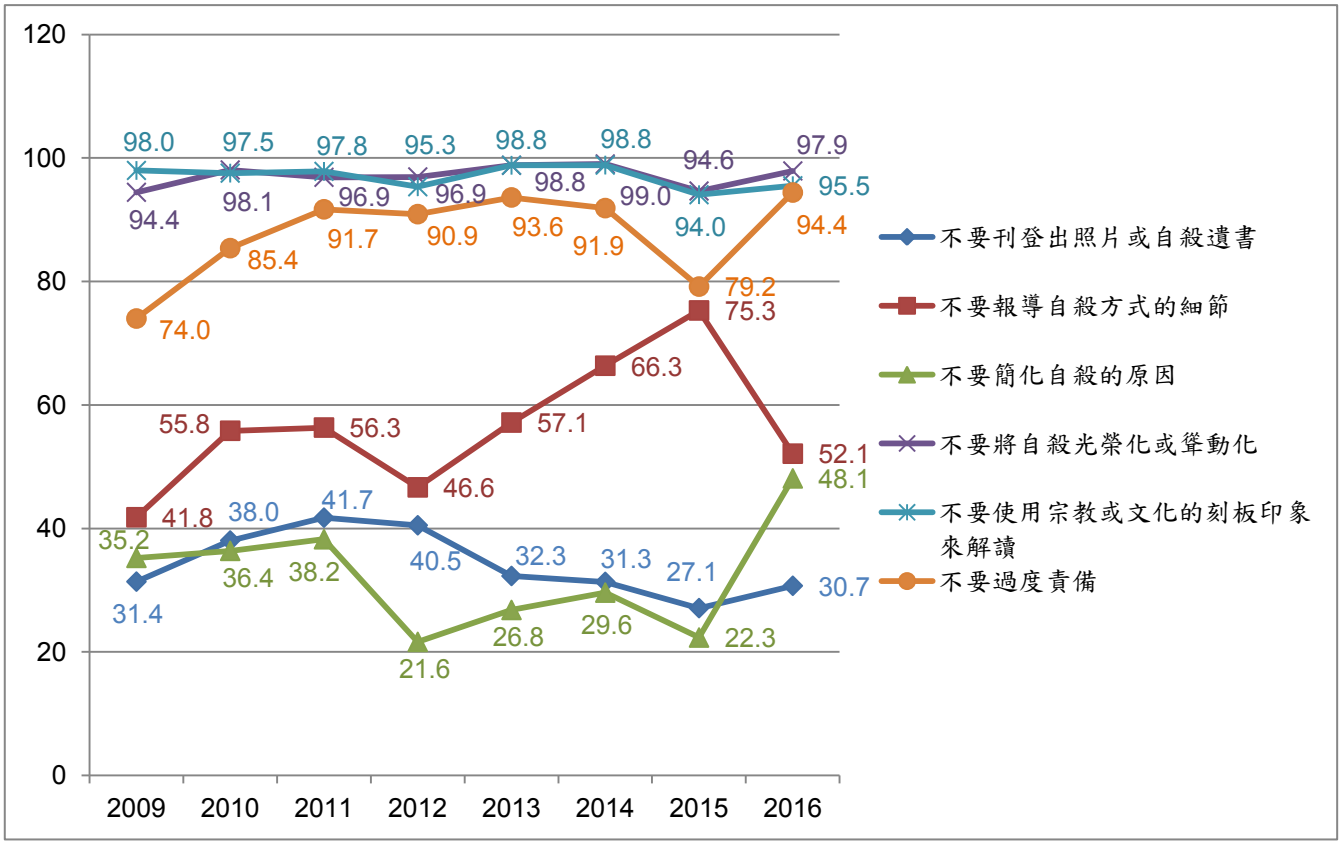


圖 4-4-1、平面四大報「六不」趨勢

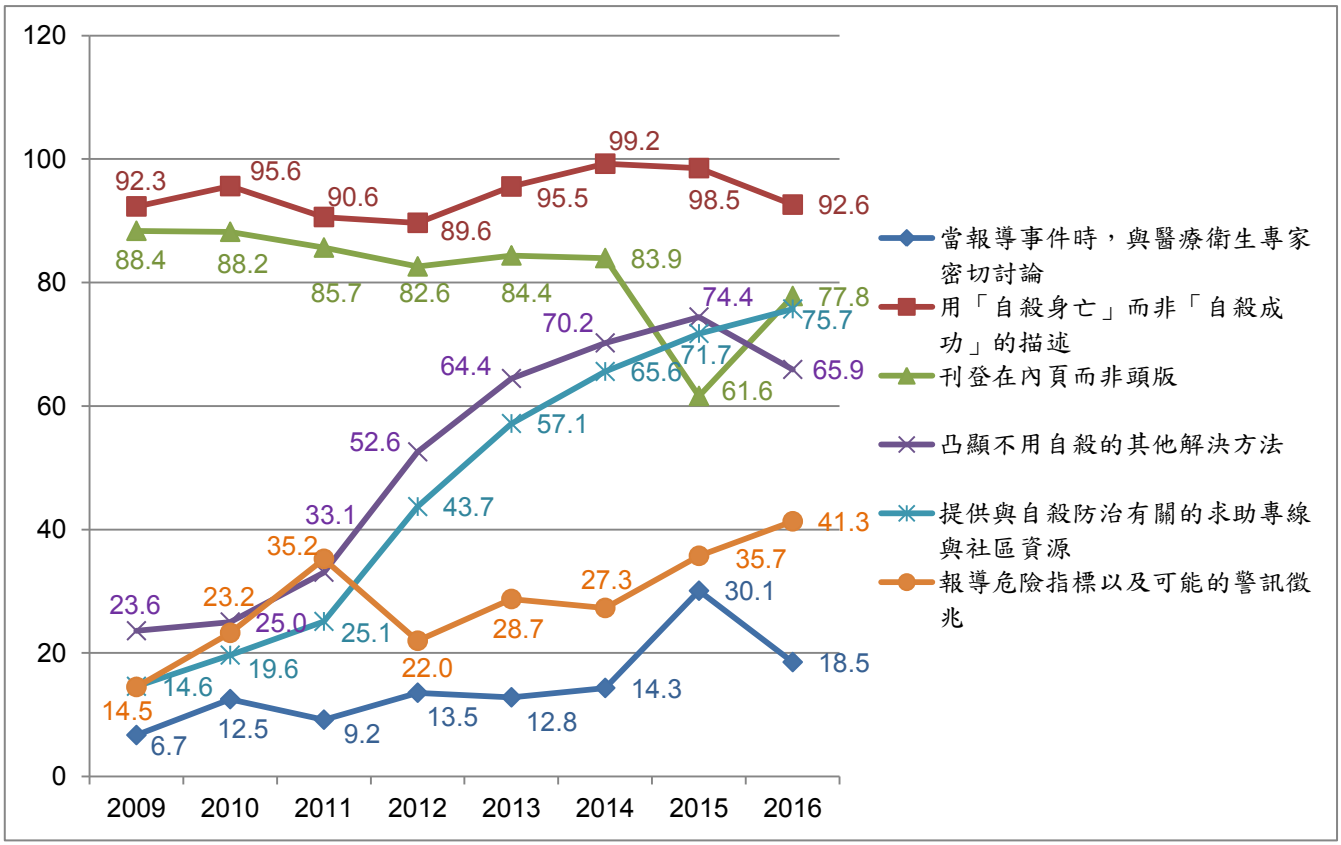


圖 4-4-2、平面四大報「六要」趨勢

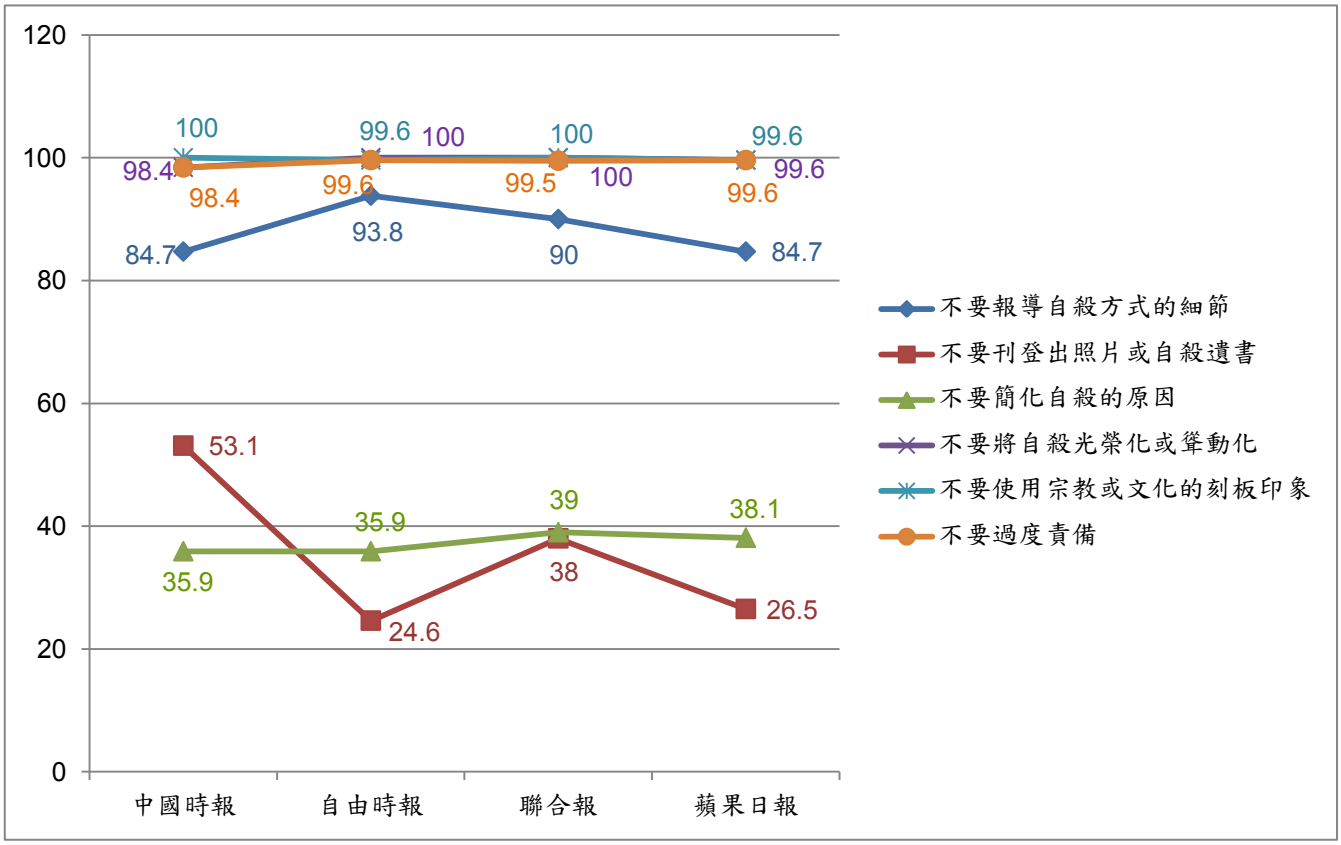


圖 4-4-3、網路四大報「六不」趨勢

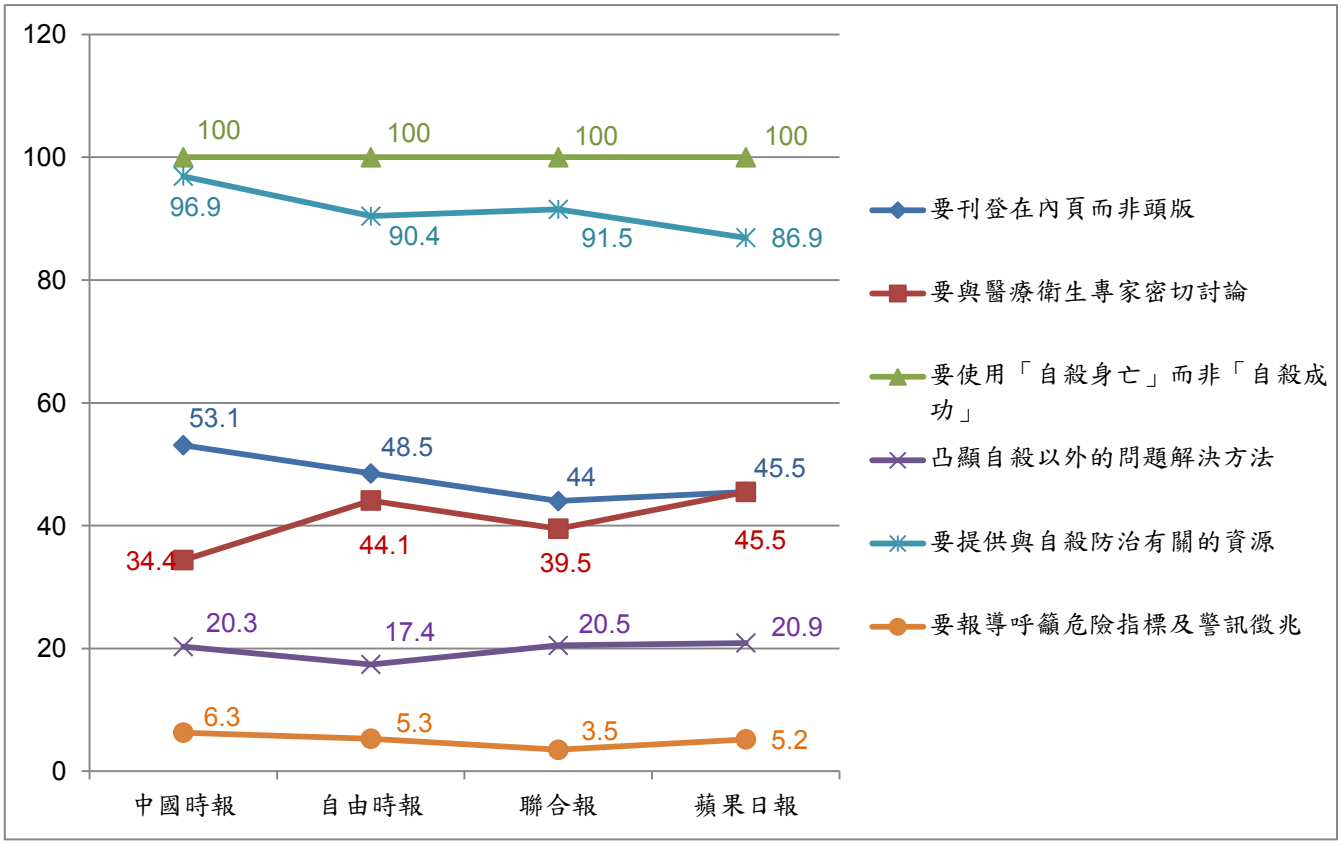


圖 4-4-4、網路四大報「六要」趨勢

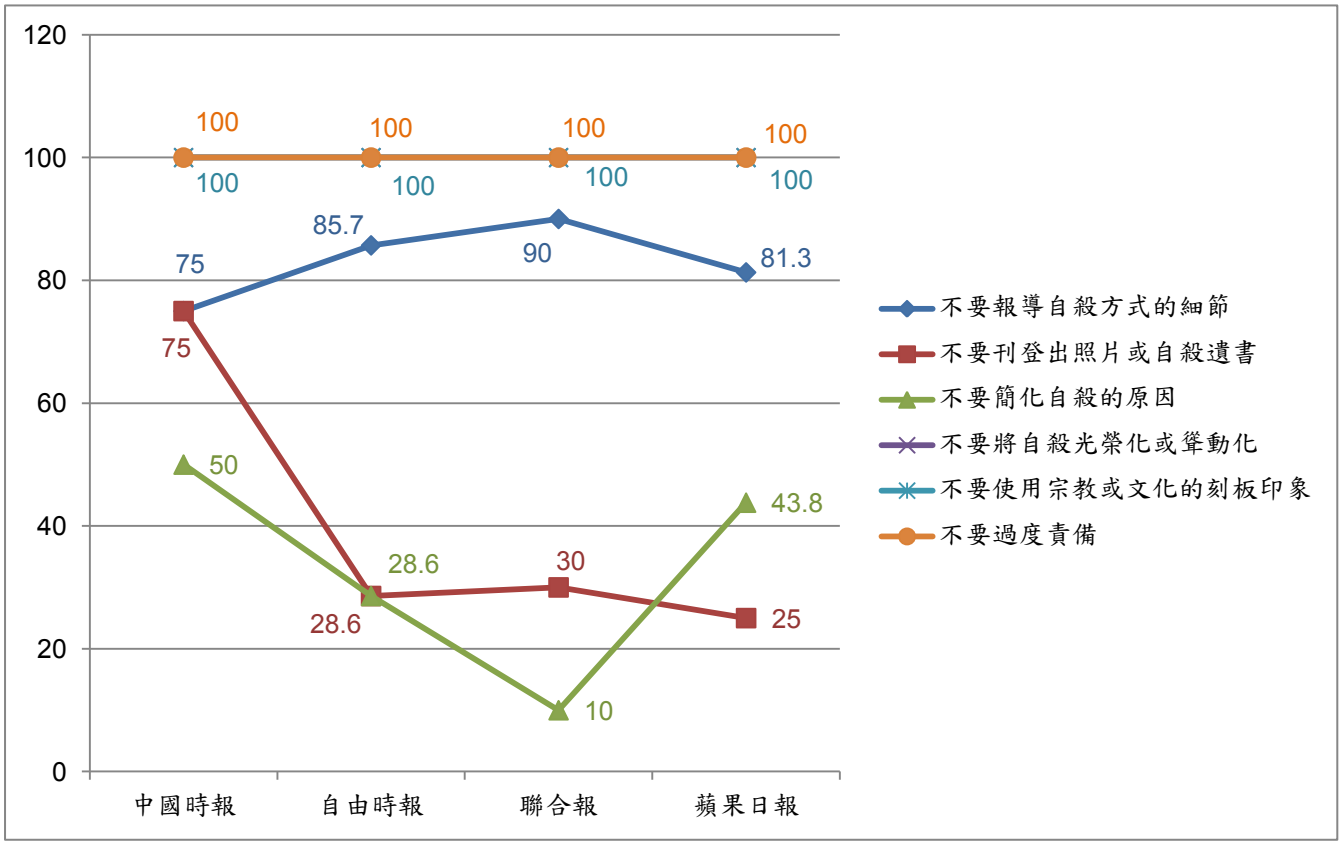


圖 4-4-5、網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六不」趨勢

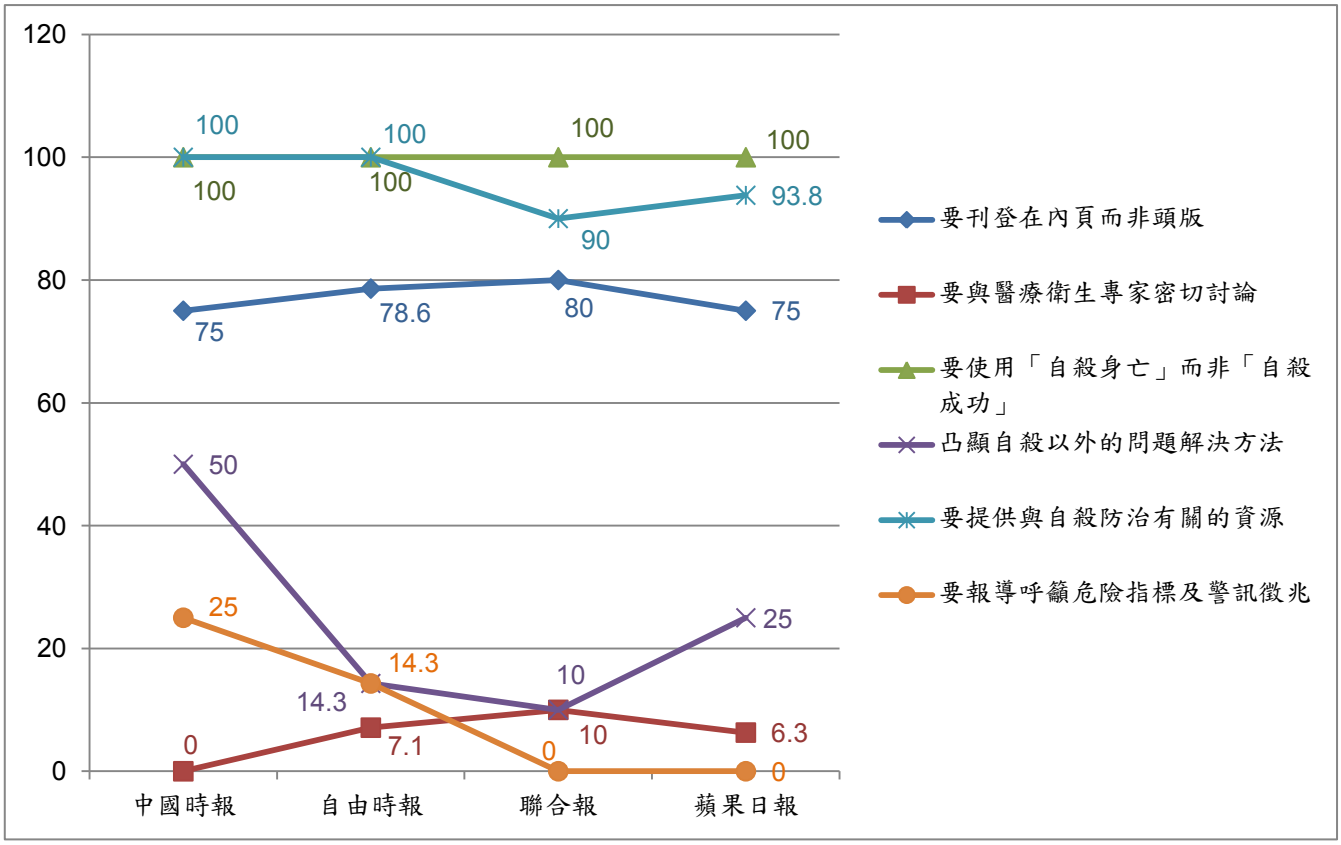


圖 4-4-6、網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六要」趨勢

(2) 2017 年 6 月 23 日(星期五)14:00-16:00 於臺大校友會館四樓會議室辦理「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱主任，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授、社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委、衛生福利部心口司諶立中司長以及詹金月科長皆共同與會。媒體與談人出席代表為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS 沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV 台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共 51 人，出席媒體共 16 間、學協會共 4 間、衛生局共 10 間以及臺北市自殺防治中心，會後新聞稿露出共 11 則，會議圓滿落幕。

(3) 新聞媒體聯繫會議之議程包含：老年自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷、老人自殺事件之媒體報導—分析與建議，最末為媒體代表經驗分享與綜合座談。

(4) 出席人員

a. 當日出席的長官及貴賓如表 4-4-1：

表 4-4-1、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
	詹金月	科長
	張冠偉	科員
社會福利及衛生環境委員	吳玉琴	委員
台灣自殺防治學會	楊聰財	理事
	李明濱	主任
全國自殺防治中心	廖士程	執行長
	吳佳儀	副執行長
長庚大學護理學系	徐亞瑛	教授

b. 當日與會之新聞媒體代表，如表 4-4-2：

表 4-4-2、新聞媒體代表名單

出席單位(人數)	
康健雜誌(3 位)	中央社(1 位)
太平洋電子報(1 位)	ETtoday 新聞雲(1 位)
中國時報(1 位)	今日新聞(1 位)
聯合報(2 位)	青年日報(2 位)
蘋果日報(2 位)	台灣新生報(1 位)
民視(1 位)	數位網路報(1 位)
大愛電視台(1 位)	三立新聞網(1 位)
中華日報(1 位)	非凡新聞(1 位)
TVBS (1 位)	TTV 台視 (1 位)

c. 當日與會之學協會代表，如表 4-4-3

表 4-4-3、學協會代表名單

出席單位(人數)
社團法人台灣失智症協會(1 位)
社團法人老年精神醫學會(1 位)
台灣老年學暨老年醫學會(1 位)
中華民國家庭照顧總會(1 位)

d. 當日與會之衛生局代表，如表 4-4-4

表 4-4-4、衛生局代表名單

出席單位(人數)	
基隆市政府衛生局(1 位)	彰化縣政府衛生局(1 位)
新北市政府衛生局(2 位)	雲林縣政府衛生局(1 位)
桃園市政府衛生局(2 位)	嘉義縣政府衛生局(1 位)
新竹縣政府衛生局(2 位)	臺南市政府衛生局(1 位)
台中市政府衛生局(1 位)	臺北市自殺防治中心(1 位)
南投縣政府衛生局(2 位)	

(5) 會議進行與討論

a. 致詞

a) 全國自殺防治中心李明濱主任致詞

媒體在自殺防治與心理健康促進所扮演的角色大家眾所皆知，這次的會議期望能與媒體一同研發媒體報導與策略如何結合在一起，讓自殺防治更能夠往上一層樓。6 月 19 日衛福部公告 2016 年死因統計，雖然自殺死亡率比 2015 年增加 1.9%，但已連續七年在十大死因之外，排名第十二位。更令我們關心的是，台灣的老化速度跟少子化速度是全世界居冠，很不幸地，去年青少年 15-24 歲的自殺死亡率比前年增加了 15.3%，再者 65 歲以上老年人口群的自殺死亡率上升 3.5%，由此數據看來，老年人與青少年是我們更要關心的對象。長照 2.0 在政府與立法院如火如荼展開，老年人的心理健康固然重要，但我們也不能忽略老人健康照護所引發的家庭照顧者負荷問題。全國自殺防治中心在三年前曾提出自殺防治法，也經過公聽會，可惜目前仍塵埃未定，呼籲政府能一同推動。

b) 衛生福利部心理及口腔健康司謝立中司長致詞

近年來臺灣老年人口攀升，老年人口群的自殺死亡率又升高，這會是臺灣未來社會必須面對的考驗。最近可以在報紙新聞上看到照顧悲劇的發生，所以無論是老人或照顧者身心的需求都是我們現在很大的挑戰。新聞媒體在這扮演非常重要的角色，因為身在媒體的世代，媒體有非常大的傳染與影響力，因此呼籲大家為全民的身心健康，尤其是老人與其照顧者，一同來努力。

c) 社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委致詞

當站在使用者中心思考，問題其實非常簡單，以老人與其照顧者來說，把每個照顧的細節或過程透過各部會、各司署之間銜接起來，

障礙才能去除。現在媒體也都將自殺報導置入警語，避免這些事件的擴散，值得讚賞。

b. 專題報告

a) 專題報告一：老年自殺新數據

(a) 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

(b) 摘要：

- 全國 2016 年自殺死亡人數為 3,765 人，較 2015 年(3,675 人)上升 2.4%、自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2015 年(每十萬人口 15.7 人)上升 1.9%。男性 2,559 人，自殺粗死亡率男性每十萬人口 21.8 人，較 2015 年(每十萬人口 20.7 人)上升 5.3%；女性 1,206 人，自殺粗死亡率女性每十萬人口 10.2 人，較 2015 年(每十萬人口 10.6 人)下降 3.8%；2016 年自殺居國人主要死因第 12 位、2016 年自殺居男性主要死因第 11 位、2016 年自殺居女性主要死因第 12 位。
- 臺灣在 2016 年老年人口已達 12.9%。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)。
- 2016 年 65 歲以上自殺死亡人數為 976 人，占全體自殺死亡人數 25.9%，較 2015 年(897 人)上升 8.8%；死因前三高分別為「吊死、勒死及窒息」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」及「由高處跳下自殺及自傷」；65 歲以上老年人口通報人次為 2,994 人次，自殺原因中「慢性疾病」占 35%，較 2015 年(32.4%)上升 2.6%。
- 老人自殺企圖者特性包括自殺意圖強、很少透露出自殺想法或計畫、較多獨居者、原本的身體疾病及身體的脆弱性，致使老人自殺時不易存活、嘗試自殺與爾後自殺身亡的比率逼近 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。老人自殺高風險的因素則是社會關係較孤立、社會網絡資源較薄弱、孤獨感、無助感、無望感。
- 全國自殺防治策略分為指標性(Indicative)策略，針對最高風險個人施以企圖者與家屬追踪、關懷、處遇；選擇性(Selective)策略針對特定高風險群，加強高危險群發現、治療、 處遇；全面性(Universal)策略則針對一般大眾，推動心理健康促進與特殊自殺方式防治。

b) 專題報告二：老人照護與主要照顧者負荷

(a) 主講人：長庚大學護理學系徐亞瑛教授

(b) 摘要：

- 中華民國家庭照顧者關懷總會調查發現，國內家庭照顧者人數已高達 90 萬人，且家庭照顧者以女性居多，約占 73%，照顧者身份子女占 49.3%，配偶則占 34.8%；家庭照顧者年齡分布為 61 歲以上 24.4%、51-60 歲 32.9%、41-50 歲 25.5%；平均照顧時間 9.9 年，每天平均照顧約 10 小時；照顧時間 10 年以上為 21%、5-10 年為 25%、3-5 年為 17%、3 年以下為 37%。
- 依衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 2016 年 9 月人口統計資料估算，65 歲以上的老人(共 305 萬人)。其中輕微認知障礙(MCI)56 萬人占 18.45%、失智症人口 24 萬人占 7.98%。每 13 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。
- 95.9%的失智症患者是住在家中，71.3%完全由家人照顧。許多研究顯示，照顧失智症患者雖然可以獲得正向照顧經驗，但通常會對照顧者的身體健康和情緒產生重大的負面影響，例如憂鬱症是照顧者常反應的心理障礙，20%-50%照顧者有憂鬱症或憂鬱症狀，照顧失智症患者其憂鬱程度更為嚴重，且根據研究顯示，有 30%至 40%失智症患者的照顧者患有憂鬱症及情緒困擾、身體健康受影響，包括免疫系統受損、健康維護行為較差(Poorer health maintenance practices)、主觀幸福感(subjective well-being)降低、經濟壓力、失智症患者提早被安置至照護機構等。
- 在照顧需求與憂鬱症狀之關係尋找平衡點，而影響平衡點的四個因素包括對病人的瞭解、照顧原則、照顧困難度，以及家庭資源，也因此長照 2.0 創新設立失智共同照護中心(失智共照中心)，提供失智社區服務據點、照顧者支持服務、居家服務、居家復健、居家護理、環境改善、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規多機、安寧照護、機構照護、喘息服務等。

c) 專題報告三：老人自殺事件之媒體報導：分析與建議

(a) 主講人：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

(b) 摘要：

- 2017 年 3 月 23 日至 2017 年 6 月 23 日共 25 起 65 歲以上老人自殺事件被報導、其中自殺死亡 18 人、自殺企圖 5 人、自殺意念

2 人；四大報紙共刊登 44 則自殺新聞報導。 媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 100%)、「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 100%)及「不要過度責備」(達 100%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 31.8%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.8%)則是較易被忽略的原則；反之，「六要」原則內，「要使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 95.5%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 6.8%)、及「要與醫療衛生專家密切討論」(達 6.8%)則是比較容易被忽略的原則。

- 2016 年中心所統計及分析之 378 則自殺事件及相關新聞報導發現，媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 97.9%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 95.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.7%)及「不要簡化自殺的原因」(達 48.1%)則是較易被忽略的原則。反之，「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 92.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 77.8%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 18.5%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 41.3%)則是比較容易被忽略的原則。

c. 經驗分享與綜合討論

a) 發言人：台灣自殺防治學會楊聰財理事

(a) 希望媒體朋友能針對銀髮族的專欄多呼籲自殺不能解決問題，還會造成家人及晚輩等遺族的心理創傷。

(b) 由於現今社會雙薪家庭較多，子女白天出門在外上班，年邁長輩還是單獨在家，很難以「家」為單位，因此建議老人關懷可以從「鄰」開始，因為「鄰」是行政區最小的單位，以里長帶著鄰長去關懷左鄰右舍，例如邀請長輩去活動中心，且讓這些長輩們知道當在孤單、無助無望的時候，可以向臨里長尋求協助。

(c) 面對「老老照護」的負擔，我們要加強守門人的概念。長期照顧者應該要有敏感度，來呼應「傾聽、陪伴、帶動」與「一問、二應、三轉介」，即時跟適當的精神醫療或心理衛生資源做連結，才能防患未然。

(d) 由於長輩們大多有很長的時間在家中看電視，因此常接觸到媒體的

負面訊息，這不僅會影響他們的心理健康，也會造成照顧者的負擔。

b) 發言人：TVBS/中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會沈文慈副總監

(a) 這次會議中老年自殺的議題，同業公會在每三個月的例行會議中進行討論。但就電視台而言，個人自殺事件被報導的比例非常低，除非當事者具有非常高的知名度或此事件與社會公益有關。

(b) 雖然個人自殺事件幾乎不會被報導，但近兩年的報導趨勢為殺人(或殺家人)後自殺的事件，這樣類型的新聞我們會歸類在社會新聞，幾乎每一家電視台都會報導。

c) 發言人：TTV 臺灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任

(a) 電視台對於自殺與性侵事件幾乎很少報導，因為了解到會對社會大眾的身心健康有影響，然而刊登照片的問題改善速度可能會比較慢，畢竟媒體要吸引觀眾，但遺書不同以往，已盡量不做報導。

(b) 老人長照所引發的自殺問題，政府的角色比較吃重，例如鄰里協助，會需要政府資源的進入。至於長照系列的報導，由於觀眾數量較少，也期望能與政府合作。

d) 發言人：蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)

(a) 蘋果日報從 2010 年開始陸續找一些公民團體，成立「新聞自律委員會」，跟青少年、婦女、衛生、精神醫療等相關組織一同討論建立執行綱要，並於 2012 年開始運作，目前每三個月開一次會，針對平面或網路新聞做檢討。雖然剛開始雙方處於平行線狀態，但在經過這幾年的磨合後，許多建議與規範已內化成為蘋果日報的自我約束管理。

(b) 自律綱要的第七點是有關自殺新聞的部分，例如自殺事件不要浪漫化與英雄化、提醒標語等。過去五年的運作的結果，公民團體提出約八則新聞需要改善，例如不要刊登照片或遺書、不要刊登在頭版等，之後也都有做修改。另外臺北市報業公會有兒少自律委員會，是針對兒少法 45 條成立，維護兒童的視聽權力，對媒體也是一個約束。若能站在媒體的角度，我們已是能夠做盡量做，但就現實考量，自殺新聞報導無法立即做到最好，可是只要有問題我們就會盡快修正。

(c) 蘋果日報現在因為即時新聞、網路新聞與紙本新聞的區隔，目前已著手規劃多類性的專欄，例如老人長照、兒童相關等。爽報則是與

董氏基金會合作出一個老年人口相關的專欄，由專家學者提供各種題材。

(d) 教授們提到的例如求助管道，已是每則新聞的基本配備，它會提到由專家給一些相關指導。但目前紙本的篇幅較少，網路新聞也可能被忽略，才會讓大眾覺得這類型的文章少了一點。爽報目前多放在醫療版，供老年人口觀看。

e) 發言人：非凡新聞傅秀玉副理

(a) 非凡新聞台主要是做財經新聞，社會新聞觸及較少，關於自殺相關的議題基本上是沒有處理過，例如 2015 年科技業者發生許多自殺事件，也完全沒有播報。

(b) 衛星公會本來就有既定的規範，尤其關於自殺的部分，例如用詞、標提不放自殺二字等。

(c) 近來發現自殺新聞其實在網路上比較多，尤其現在手機非常方便，民眾馬上就可以看到，無論是聳動的標題、細節的描述，甚至是臆測自殺原因等，網路新聞比電視台露出的多。建議下次座談也應該把網路媒體納入，討論如何不再將自殺新聞報導的氛圍繼續擴散。

(d) 在製作新聞報導的時候，有時候也會產生資訊錯誤的問題，例如老人們常見因久病不癒而自殺，這有可能是在資訊傳達上的困難。醫藥新聞可能因畫面不夠光彩吸引人，而有收視率的考量，但其實還是有人需要。因此建議可以針對老人常見的慢性疾病做相關的資訊宣導。

f) 發言人：聯合報魏忻忻醫藥組長

(a) 聯合報在去年剛過 65 年的社慶，由於長官們年紀較長，自律性比較強，多年來聯合報處理自殺新聞一直都很謹慎，例如兩年前楊又穎因網路霸凌的自殺事件，聯合報是四大報中唯一沒有放在頭版的，還有最近作家林奕含的自殺事件，我們報版完全沒有寫。但剛剛吳教授提供的一些自殺新聞報導的確是聯合報要再努力的地方。

(b) 在自殺報導事件諮詢群組裡，有時候會有自殺相關新聞報導的違反訊息。由於聯合報的即時新聞要求要有照片，接觸自殺現場的大都是社會記者而非醫藥記者，所以第一線記者的第一個反應通常是拿起相機拍照，因為有圖有真相，才知道記者真的有到現場；而影音的部分是因為要吸引讀者增加點閱率。

(c) 聯合報網路新聞負則人對於六不六要的原則也非常重視，同意在報導自殺相關事件時應謹慎妥當處理，雖然無法保證不再發生，但相

信連合網路新聞的類似事件會越來越少。

(d) 至於老人自殺的議題，目前碰到的問題是，聯合報不會報導自殺的個案，但如果是因為社會問題而引發的自殺事件無法不報導，不過我們會避免直接去描述這個案件，而去多分析一些背後的因素。

(e) 聯合報在很早以前就開始關心長照與老老照護的問題，大約在兩年前我們做了一個人瑞大調查，當時就已發現老老照護是一個嚴重的議題，也陸續都有在關心。然而有一個面向是我們比較沒有觸及到的，就是徐教授提及的失智者壓力與老人自殺，因為對於報導的角度有疑慮，需要再與專家學者討論。

g) 講者：長庚大學護理學系徐亞瑛教授

(a) 除了可以在報導中推廣長期照護的相關資源外，過往有些案例是家庭照顧者不敢去使用，例如媳婦，因為可能會被質疑為何要申請在宅服務。因此在相關報導中，建議以鼓勵的描述去正常化或正當化社會資源的利用，並不是說這些照顧者很懶惰或能力不足，而是期望能提升照顧的品質與身心健康。

h) 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

(a) 當我們用社會新聞的角度去看殺人後自殺的事件時，有以下兩件事想跟各位做交流。第一、當我們人類碰到難以理解的事情時，例如孩子殺了父親、父親殺了孩子等逆倫的事件，我們人性都希望能夠找到單純的解釋，而精神疾病常常是會被不小心連結到的事情，所以想在這呼籲避免將人倫的悲劇跟精神疾病連在一起。

(b) 當憂鬱症發病的時候，病患會不自覺的選擇去閱讀負面的自殺新聞，每一個細節對病患而言都有暗示效果，但當憂鬱症狀比較緩和的時候，新聞就只是新聞。因此第二個想呼籲的是，大家都希望讓社會更好，消弭不公平等等，但有一群特別脆弱的病患，當他們的病情嚴重的時候，難以去化解負面的情緒與暗示性的訊息。

i) 講者：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

(a) 以媒體的角度而言，社會新聞與自殺新聞的處理方式不一樣，但我們要呼籲的不是完全不要報導，例如名人自殺，而是建立雙方的共識，避免去描述自殺細節、不要放在頭版、不要簡化原因等，還有廖執行長提到的避免與精神疾病做連結。重點是要聚焦在教育民眾，例如憂鬱症的治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病的去汙名化。

(b) 非凡新聞傅秀玉副理提出報導慢性病新知是一個非常正向的做法，可對老年人口，教育社會大眾如何提升老人的自我照護或疾病部份

的知能。

(c) 蘋果日報的即時新聞與動新聞是目前希望能一起達成共識的部分，例如加入專家學者的意見等，還是有很大的改善空間。

j) 發言人：老人精神醫學會李耀東醫師

(a) 自殺新聞重要的是加入專家的意見。

(b) 就老人精神醫學的觀點，老人自殺絕對不等於憂鬱症，雖然失智症中有非常高的比例會有老人憂鬱的症狀，但不是老人憂鬱症，因此建議可以在報導中的一部份找一位該領域的專家詢問意見，給社會大眾正面的教育。

(c) 發言人：失智症協會媒體連絡人代表

(d) 在新聞有疑慮或錯誤的時候，要反映給媒體的難度比較高，有時候在不得已的狀況下向NCC投訴，卻也造成協會與媒體關係的緊張，並非大家所樂見。

(e) TVBS 沈文慈副總監回應：可以多利用客服電話與電子郵件聯繫。

k) 發言人：家庭照顧者關懷總會張筱嬋主任/媒體連絡負責人

(a) 其實專家都很樂意跟媒體互動，近期也跟聯合報、TVBS 做老人長照的專題。

(b) 家總近來發現，新聞報導照顧悲劇的事件有攀升的趨勢，這兩年也都有召開記者會呼籲社會大眾與媒體朋友，盡量避免模仿效應的產生。

(c) 2011-2015 年統計大約平均一年發生九起案例，但去年九月就已超越過去五年的標準值，攀升速度非常之快。因此家總近年來也積極關注除了老人長照之外，另外一個令人擔憂的社會議題。

(d) 在照顧悲劇中，有男性化的趨勢，因此在 2015 年之後家總把男性列入服務指標中，因為社會傳統觀念使得男性較難求助，造成壓力無法排解。另外在假期前後照顧悲劇的發生頻率較高，有可能是看到家人時想到自己照顧的辛苦，也有可能是親人間的問候反而造成照顧者的壓力。

(e) 希望可以與媒體合作，例如放置家總的免付費專線 0800-507272，讓需要的家庭能夠直接連結資源，不只是長照而已，還包括醫療、身心障礙者、特殊疾病等。

(6) 會後新聞露出，如表 4-4-5。

表 4-4-5、新聞露出一欄表

日期	露出平台	標題
6 月 23 日	蘋果日報	輕生者老人竟占 4 分之 1 久病厭世是主因
	中央社	家有長者別輕忽 自殺身亡者 1/4 是老人
	大紀元	家有長者別輕忽 台灣老人自殺死亡率較高
	今日新聞	自殺死亡率常人 2 倍 去年輕生 1/4 是老人
	聯合報	老人憂鬱別輕忽！自殺率比一般人高 2 倍
	太平洋電子報	老人自殺防治：問題與挑戰
	青年日報	1 問、2 應、3 轉介 挽救寶貴生命
	青年日報	「照護警鐘」老人自殺率攀升 久病、憂鬱為主因
6 月 24 日	中國時報	老人憂鬱想不開 占自殺率 1/4
	ETtoday 健康雲	老人自殺率為常人2倍！有這3現象...憂鬱可能上身了
6 月 25 日	聯合報	貧病交迫 老人自殺死亡常人 2 倍

2. 結論

透過此次的媒體拜會及聯繫會議，和與會者在自殺防治建立共同的核心價值，擴及各大報章雜誌與社群網站。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。除此之外，為提升自殺新聞報導品質，利用數據分析，配合科技發展，首次製作「自殺新聞報導須知」廣發給各電視台與媒體，增加媒體專業人士對撰寫自殺新聞報導需注意的事項更加熟稔，並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

附件 4.4.1「新聞媒體聯繫會議」後成果分享－老人自殺防治：問題與挑戰

附件 4.4.2 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

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。

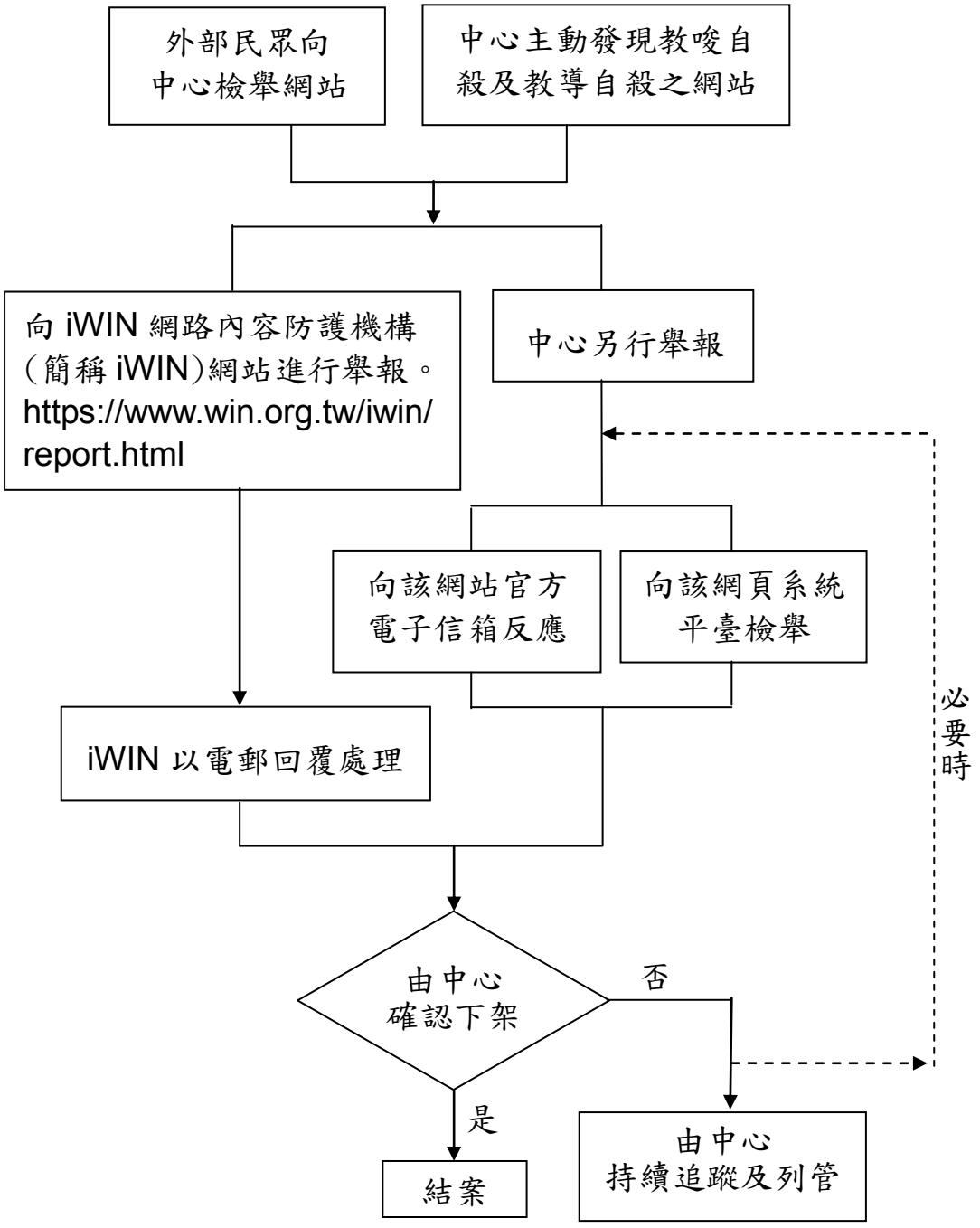


圖 4-5-1、監測及舉報流程圖

2. 截至 2017 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 219 則，已下架為 166 則，下架率為 75.8%。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 101 則，已下架為 88 則，下架率為 87%。

2) 位於境外者共檢舉 118 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 78 則被下架，下架率為 66.1%。

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 40 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) 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。

自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知

一、 背景(Context)

中心自 2006 年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導,除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。

在世界衛生組織(WHO)的報告中,媒體是自殺防治不可或缺的守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道之一，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示當媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，確實會引發自殺模仿效應，然適當的媒體報導有助於自殺防治的推動。根據 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197：234-243)中的一篇奧地利研究發現：就平面媒體報導而言，自殺死亡報導的數量與其後短時間內的自殺死亡率增加有相關；而個體處於逆境但有正向因應行為的報導數量與之後的自殺死亡率下降呈現有意義的相關。然專家意見以及流行病學資訊的揭露，其影響力不如處於逆境正向的因應行為報導來的大。

因此，本中心致力推廣 WHO 所公佈的自殺新聞報導「六不六要」原則，並針對重大新聞事件時適時給予回應、不定期召開記者會、主動建構正向議題或與媒體合作等進行溝通互動，期待能促進媒體自殺事件新聞報導方式的改善，避免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) 收集平面與網路之自殺新聞相關報導，並進行編碼及資料分析，整理每日重大自殺新聞。於每週業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論。

2) 因應重大新聞事件適時給予回應，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、各縣市衛生局、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. 必要時，與當地心理衛生中心聯繫了解。

(4) 呈報主管，經討論後，必要時可採取下列因應方式：
a. 與相關縣市召開個案討論會。
b. 研擬專案，供相關單位參考。(如安養機構老人等)
c. 發布新聞稿。
d. 報紙投書。
e. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
f. 其他適當措施。

(5) 執行因應方案。

三、 過程(Process)

1. 自殺新聞監測

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」原則之自殺新聞報導，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) 針對社會關切之重大自殺事件或議題，主動召開記者會或投書媒體，以避免模仿效應。
6) 結合國內外學術團體，運用多向管道宣導自殺防治及可預防的危險因子，以提升民眾對自殺防治之認知及了解。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺新聞監測：

(1) 網路四大報自殺新聞摘要，4 月至 10 月共製作 2422 則自殺新聞摘要，分析結果詳見表 4-6-1。

a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 376 位、自殺企圖個案 434 位、自殺意念個案共 36 位、不詳共 35 位。

b. 報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因除其他外，自殺身亡者排行前三項分別為久病不癒、憂鬱症病史、感情因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、家人情感因素、夫妻問題。詳見表 4-6-2。

c. 報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，自殺身亡者排行排行前三項為高處墜落、上吊自縊、燒炭，自殺企圖者排行前三名為高處墜落、溺水；跳水、利器自戕。詳見表 4-6-3。

(2) 網路四大報自殺新聞六不六要原則遵守情形分析，4 月至 10 月共製作 2422 則自殺新聞，分析趨勢請參考圖 4-6-1、圖 4-6-2。

表 4-6-1、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=376)	331 (88.0%)	27 (7.2%)	8 (2.1%)	3 (0.8%)	7 (1.9%)
企圖(n=434)	405 (93.3%)	8 (1.8%)	9 (2.1%)	11 (2.5%)	1 (0.2%)

表 4-6-2、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(n=376)	久病不癒	憂鬱症病史	感情因素
	52 (13.8%)	48 (12.8%)	43 (11.4%)
企圖(n=434)	感情因素	家人情感因素	夫妻問題
	91 (21%)	63 (14.5%)	57 (13.1%)

表 4-6-3、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(n=376)	高處墜落 102 (27.1%)	上吊自縊 67 (17.8%)	燒炭 65 (17.3%)
企圖(n=434)	高處墜落 107 (24.7%)	溺水(淹死)跳水 72 (16.6%)	利器自戕 40 (9.2%)

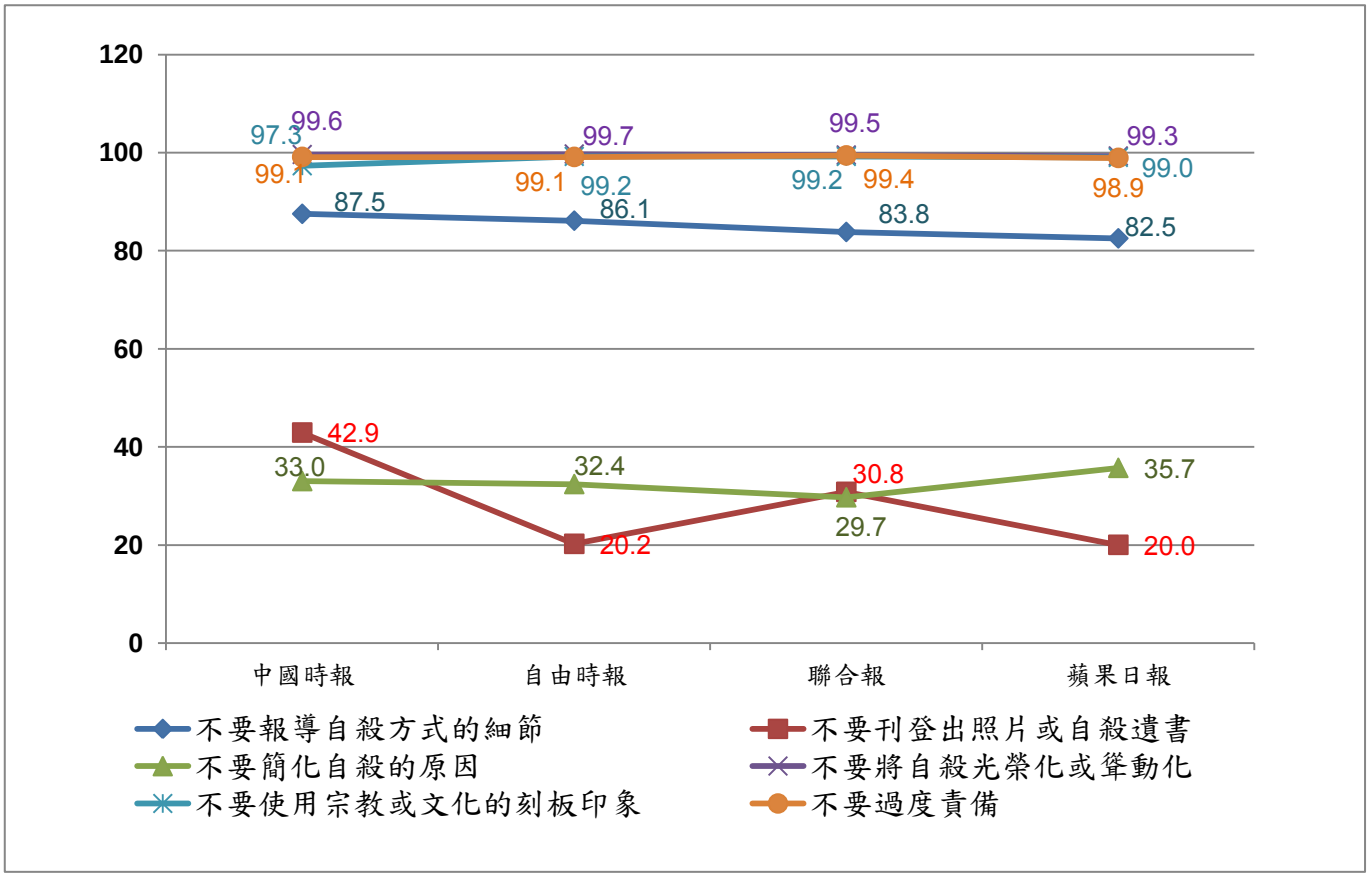


圖 4-6-1、網路四大報「六不」趨勢

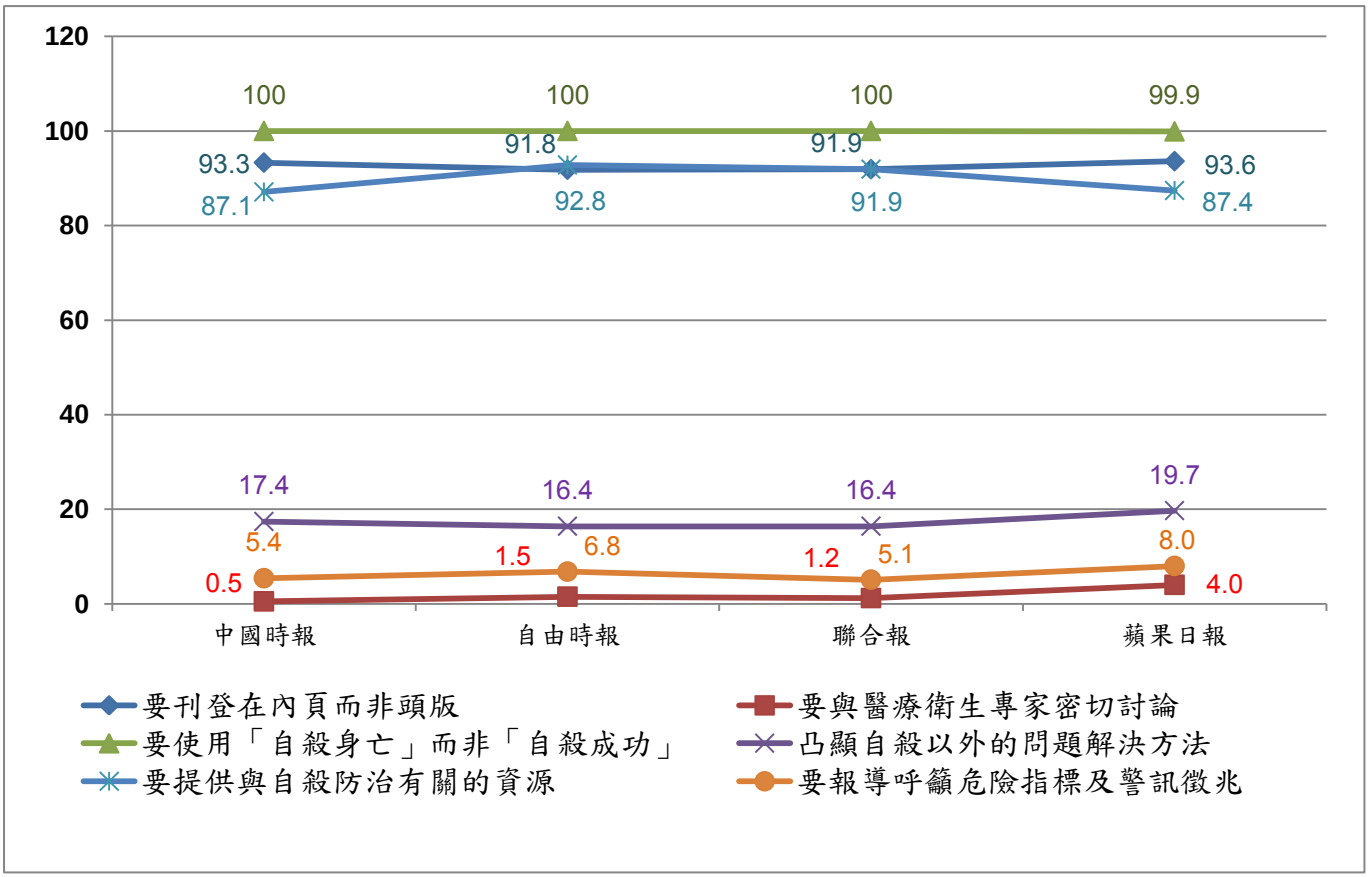


圖 4-6-2、網路四大報「六要」趨勢

(3) 平面四大報自殺新聞「六不六要」原則遵守情形分析

a. 2017 年中心統計及分析的 255 則自殺相關新聞報導。

b. 「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(99.2%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(98.4%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(29%)及「不要簡化自殺的原因」(54.9%)則是較易被忽略的原則，詳見圖 4-6-3。

c. 「六要」原則中，「使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(99.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(89.4%)較易被遵循，但「凸顯自殺以外的問題解決方法」(9.4%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(13.7%)則是比較容易被忽略的原則，詳見圖 4-6-4。

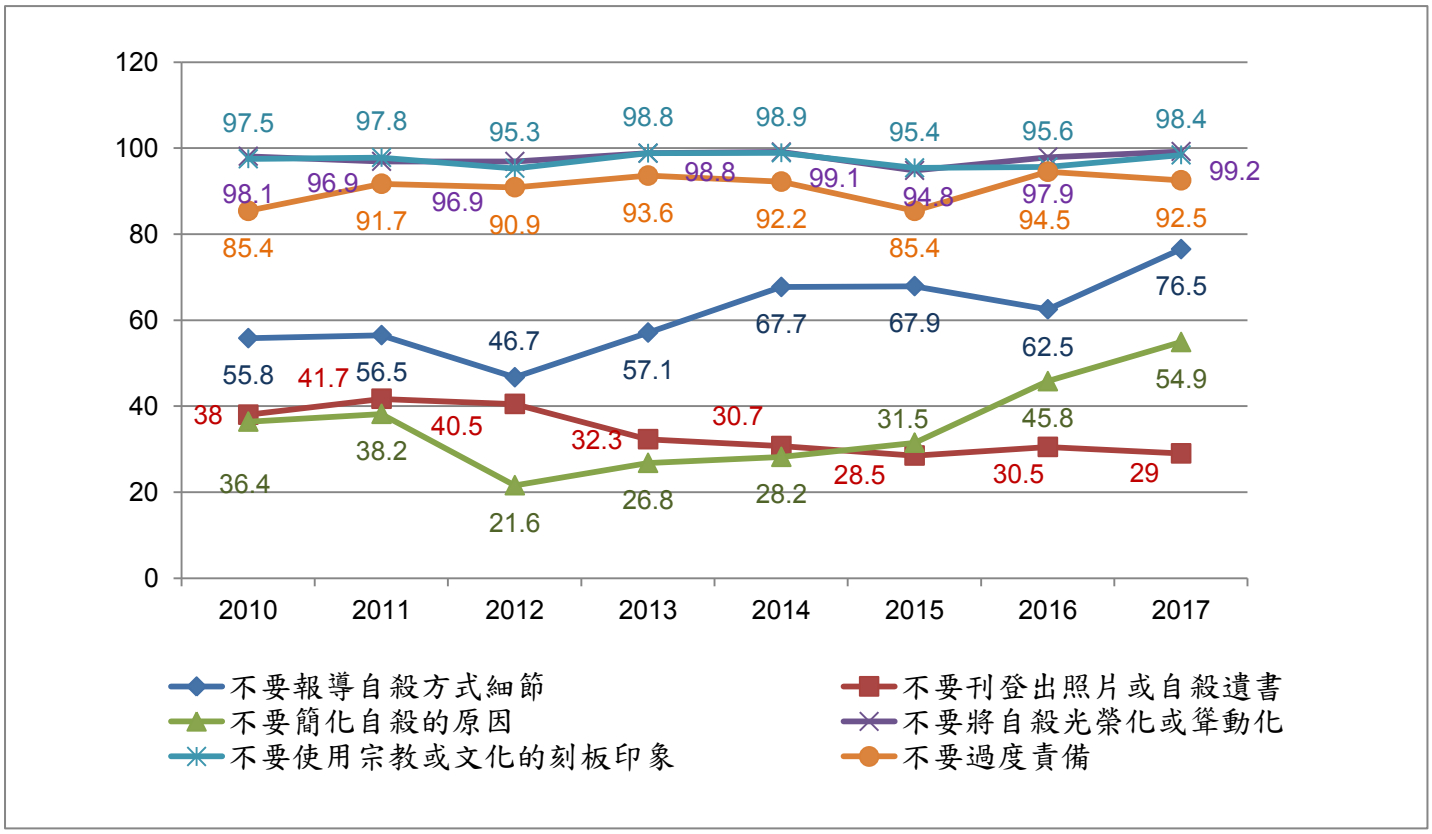


圖 4-6-3、平面四大報「六不」趨勢

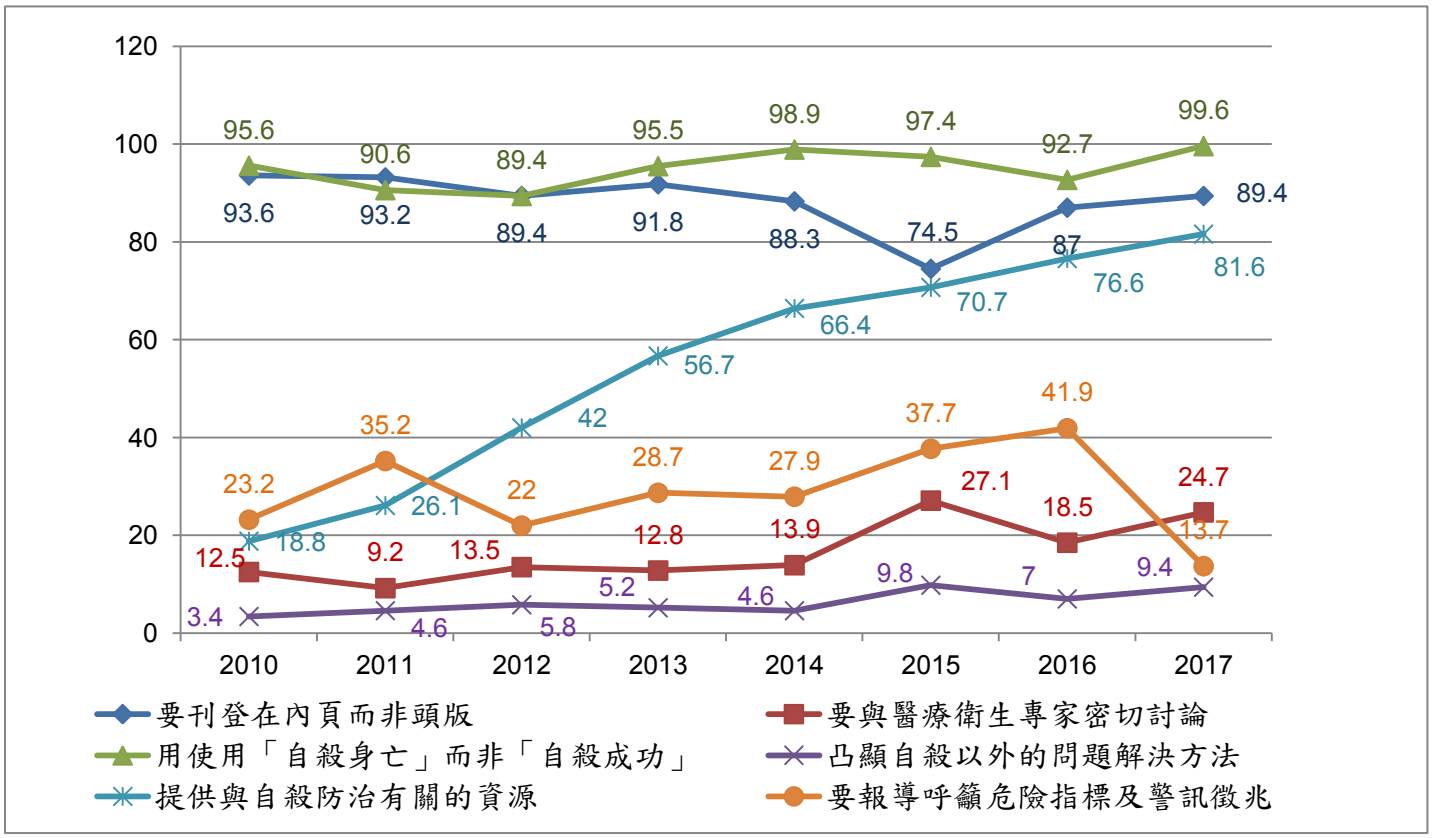


圖 4-6-4、平面四大報「六要」趨勢

(4) 截至 10 月底,不當自殺新聞投書共 61 則,已下架 32 則,下架率為 52%,各報違規及下架率詳見表 4-6-4。

表 4-6-4、四大報不當自殺新聞投書統計表

報別	則數	下架則數	下架率
蘋果日報	34	17	50%
聯合報	12	7	58%
自由時報	13	8	62%
中國時報	2	0	0%
總計	61	32	52%

(5) 截至 10 月底，重大自殺事件共 5 例，詳見表 4-6-5。

表 4-6-5、2017 年重大自殺事件統計表

日期	事件名稱	結果	方法	被報導則數
1 月 7 日	澎湖五人集體自殺	死亡	燒炭	59
4 月 28 日	作家林奕含	死亡	上吊	25
7 月 11 日	澎湖再自殺	死亡	燒炭	19
9 月 28 日	台北市議員李新	死亡	高處墜下	75
10 月 20 日	台大潑酸案	死亡	利器自戕	83

(6) 截至 10 月底，中心針對重大自殺事件發表之建議，詳見表 4-6-6。

表 4-6-6、2017 年重大自殺事件受訪簡述

日期	標題	刊登平台	議題	受訪者
2 月 6 日	資深台語演員高鳴 今晨在家尋短身亡	公視	演員高鳴	李明濱主任 吳佳儀副執行長
	宜蘭防制自殺 非開放式販售木炭	大紀元	木炭管制	吳佳儀副執行長
3 月 14 日	減少燒炭尋短 宜縣300店家不擺木炭改領提貨單	自由時報	木炭管制	吳佳儀副執行長
	宜縣木炭明起改臨櫃購買 全民當「守門人」防自殺	聯合報	木炭管制	吳佳儀副執行長
4 月 28 日	防護自殺效應 多傾聽關懷以免發生憾事	中國時報	作家林奕含	吳佳儀副執行長

日期	標題	刊登平台	議題	受訪者
4 月 30 日	防範林奕含自殺效應 多累積保護因子	必 PO TV	作家林奕含	吳佳儀副執行長
5 月 8 日	林奕含之死 專家：難作單一歸因	聯合報	作家林奕含	吳佳儀副執行長
5 月 11 日	罪大惡極 煽動自殺售遺物	中國時報	藍鯨遊戲	張書森副執行長
9 月 6 日	北一女新生跳樓自殺 專家：自殺前 5 到 7 成有線索	聯合報	北一女跳樓	鄭宇明副執行長
9 月 7 日	【新知】治療失眠，有助預防自殺！	董氏快訊	自殺議題	李明濱主任

2. 結論

根據今年的監測結果可以發現，無論是平面媒體或是網路新聞，WHO 六不原則中「不要刊登出照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺的原因」遵守情形皆較低；六要原則中則是「凸顯自殺以外的問題解決方法」遵守情形較低，然實際符合臺灣媒體使用與否，藉由今年媒體拜會及聯繫會議將更加了解新聞傳播實務工作所遇到的困難，未來將繼續加強與各家媒體的溝通管道，尤其是網路平臺，並研擬面對重大新聞事件的因應措施及回饋機制，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質。

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)

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。足見自殺防治的重要性，但自殺並非單一因素可以解釋，涉及到複雜的現象，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。也由於自殺的複雜性，無法由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，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。現行之自殺防治策略由涉及的層面，可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是與國際主流的自殺防治策略相同的區分方式。

全面性自殺防治策略之標的對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、降低致命性工具之可近性、督導媒體報導、提升社會大眾心理健康等方式降低自殺的風險。選擇性自殺防治策略針對的是某些自殺危險因子特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體未有自殺行為，但是他們在生理、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險性，透過提升精神疾患與具自殺風險者的篩檢、推動自殺防治守門人等方式降低高風險群的危險性。指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷特定的高自殺風險群，像是自殺企圖者，協助高自殺風險群，可以得到適當的支持與依照其需求連結相關資源。

綜合上述，本次計畫依據衛福部計畫，透過「收集國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具(如：燒炭、墜樓、溺水等)提出具體可推動之防治策略，供我國本部及各縣市衛生局參考」，來自於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，學習他國經驗確保我國自殺防治能走在正確的道路上。其中，許多文獻均指出「降低致命自殺方法可得性」為全面性策略中有效的具體措施，特別是針對衝動性自殺，因為這可以讓那些自殺者有更多的時間重新考慮，並且希望他們能在這段時間打消自殺念頭。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，

自殺方法在不同國家間的差異極大，像是槍枝自殺是高收入國家常見的自殺方法，而農藥自殺則是中低收入國家主要的自殺方法之一。事實上，即使是國家內部的不同區域，其自殺率與自殺人口學特徵的差異也不小，如都市與鄉村地區。換言之，自殺防治策略必須詳細考慮到該國家自殺的人口學特徵，得以擬定因地制宜的具體措施。

根據本學會之研究分析，我國自殺死亡方法同樣具有明顯的年齡、地域以及臨床特性差異，除上吊與燒炭為各年齡層主要自殺方法外，青壯年群中，墜樓為常用自殺方法之一，中老年人口則以農藥自殺為常見自殺方法。104 年台灣自殺死亡方法 30.8%為上吊，25.9%為燒炭，18.9%為農藥，12%為墜樓，性別因素於年齡別風險與方法選擇無顯著差異。

因此本中心除延續 2016 年的國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃，追求精益求精，蒐集自殺防治策略更為先進之國家近 2 年最新的自殺防治相關文獻，以及近年系統性回顧文獻外，將特別針對我國常見的自殺死亡方法或工具(如上吊、燒炭、農藥、墜樓等)，蒐集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等。後續將資料彙整後，規劃符合國內的自殺防治策略及具體措施，且特別針對我國常見的自殺死亡方法或工具彙整與規劃符合國內民情之自殺防治策略及具體措施，供我國中央與各縣市衛生局參考及運用。

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

2. 文獻整理：將蒐集到的文獻進行分類與彙整。

1) 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。

3. 資源連結合作：

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人臺灣自殺防治學會、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

「國外自殺防治文獻收集與國內自殺防治策略及具體措施之規劃」從2017年4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)，小組成員專長涵蓋心理學、社會學等領域。本案持續針對自殺防治之國家策略、實務指引、實證研究與文獻回顧等資料來源進行彙整；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) 4月24日於全國自殺防治中心會議室與吳副執行長進行專家會議，初步規劃文獻蒐集與策略規劃之方向。

(2) 4月25日於全國自殺防治中心會議室規畫針對自殺防治國外文獻，進一步規劃如何進行系統性搜尋文獻之綱要，並以Endnote做為整合文獻的工具，提升系統性文獻分類資料，建立出系統性搜尋之策略。

2) 進行系統性文獻蒐集

(1) 4月25日至4月27月根據規劃的系統性搜尋策略，針對國外的自殺防治相關文獻透過資料庫、自殺防治、國家以矩正排列進行系統性搜尋。

3. 文獻整理

團隊將5月2日至11月14日間將符合本文獻搜尋需求的國外自殺防治相關文章，進行分類摘要、翻譯與主題彙整。於本期中報告中，將所有搜尋策略及分析方法做詳細之描述；預計於期末報告中，團隊將整合所有文獻內容及彙整之結果，做一完整之書面報告與建議。

4. 策略規劃

本案執行團隊人員將於下半年持續針對至今已查到的文獻，以自殺防治辦法進行摘要深讀，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。

「自殺防治具體策略」的文獻資料來源是以搜尋線上資料庫的方式取得，例如：PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL、Web of Science(Science, Social Sciences, Arts & Humanities)、Google Scholar 等。除了以上透過資料庫、搜尋引擎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，或是從既有文獻中再找尋 2015 年至 2017 年文獻。

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) 資料庫搜尋

以醫學文獻資料庫 PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、護理文獻資料庫 CINAHL、搜尋我國常見的自殺防治方法之相關文獻，針對 6 個國家的自殺死亡防治或政策策略之相關文獻，關鍵字採用以六個國家，分別為日本(Japan)、韓國(Korea)、香港(Hong kong)、美國(America)、英國(England)、澳洲(Australia)與自殺(suicide)、企圖自殺(suicide attempt)、自殺行為(suicidal behavio)、自傷(self-injur 、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning) 之間的組合，點選 2015 至 2017 年搜尋結果，而部分主題(如溺水、系統回顧文獻等)礙於近年缺乏探討文獻，因此將搜尋時間拉長至 10 年內所蒐尋的結果。

3) 其他搜尋

(1) 國外專家與組織所提供之自殺防治相關文獻。

(2) 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。

4) 文獻管理

(1) 將搜尋到的文獻存放於中心的雲端資料庫，並根據文獻的出處國家類型做分類歸檔。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匯入書目管理系統 EndNote 作彙整。

2. 自殺防治方法或策略政策之文獻蒐集

截至 4 月 27 日為止，中心使用 PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL 與其他資料庫共蒐集到 151 篇自殺防治方法或策略、政策之相關文獻與資料，以下分別敘述：

1) 資料庫搜尋

中心在 2017 年 4 月分別用 6 個資料庫，6 個國家，6 種自殺方式，搭配 6 種自殺防治方法關鍵字，作組合關鍵字分別列出如下：

(1) 資料庫：PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL。

(2) 國家：日本(Japan)、韓國(Korea)、香港(Hong kong)、美國(America)、英國(England)、澳洲(Australia)。

(3) 自殺方式：自殺(suicide)、企圖自殺(suicide attempt)、自殺行為(suicidal behavio)、自傷(self-injur 、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning)。

(4) 自殺防治方法：預防(prevention)、介入(intervention)、策略(strategy)、管理(management)、政策(polic)、指南(guideline)。

然後點選 2015 年至 2017 年的文獻搜尋結果。然後選取 2015 年至 2017 年所有與自殺防治方法或策略、政策相關的搜尋結果，並扣除重複出現的文獻。根據關鍵字的排列方式與數量製成表 4-7-1(以 Scopus 為例)：

表 4-7-1、Scopus 搜尋結果

Title,國家名(Title OR Abstart),AND, English, 2016-2017	suicid*					
	preve-r tion	interv- ention	strateg*	manage -ment	polic*	guide-li ne*
Scopus-Japan	6	3	0	0	0	0
Scopus-Korea	4	1	0	1	0	0
Scopus-Hong Kong	0	0	0	0	0	0
Scopus-America	22	12	2	2	3	0
Scopus-England	1	0	1	0	1	0
Scopus-Australia	11	7	5	3	2	1

2) Google 搜尋

以 Google 為搜尋資料庫，蒐集世界各國的自殺死亡方法或工具之相關文獻，關鍵字採用自殺(suicide)、防治(prevention)、回顧(review)、方法(method)與手段(mean)之間的組合，然後點選前 5 頁的所有文獻搜尋結果。

3) 以上述方式搜尋文獻後，共搜尋到 140 篇，扣除重複的內容文獻內容後，共計 97 篇自殺防治與自殺工具防治相關文獻，再進一步做分析整理。

3. 國外自殺防治文獻整理摘要討論規畫

中心上半年度首先分析整理其中 63 篇自殺防治相關文獻，閱讀進度與報告討論時間如表 4-7-2，下半年則分別針對 38 篇自殺工具與防治策略相關文獻，並分配給團隊成員依序摘要閱讀防治策略，並於 10 月開始至 11 月持續針對自殺工具做閱讀。

表 4-7-2、分配摘要討論時間列表清單

日期	時間	國家分類文獻	分配篇數
5/2(二)	13:30	美國	4
5/9(二)	13:30	美國	9
5/19(五)	13:30	美國	9
5/23(二)	13:30	美國	9
6/2(五)	13:30	美國、澳洲	9
6/6(二)	13:30	英國、澳洲	9
6/13(二)	13:30	澳洲、韓國	8
6/20(二)	13:30	日本、香港、澳洲、政策	7

4. 國外自殺防治文獻整理

中心另外將蒐集到的 101 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：

截至 11 月 14 日為止，根據系統性文獻搜尋策略的搜尋方式，團隊已將國家策略、介入階段、實務指引的部分蒐集完畢，根據其主題做分類，可以分成 17 種類型：減少致命性自殺方法的可得性、自殺數據監控、國家自殺防治策略、自殺與國家經濟、媒體報導、科技與自殺防治策略、原住民自殺防治策略、校園自殺防治策略、軍人自殺防治策略、老人自殺防治策略、社區自殺防治策略、地方自殺防治策略、臨床實務、心理衛生、電話與自殺防治、守門人訓練與教育、LGBT。將文獻依據 17 種類型排列如下：

(1) 減少致命性自殺方法的可得性

a. Chung, Y. W., Kang, S. J., Matsubayashi, T., Sawada, Y., & Ueda, M. (2016). The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *Journal of affective disorders, 194*, 80-83.
b. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646-659.
c. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.
d. Chen, Y. Y., Chien-Chang Wu, K., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2011). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews, 34*(1), 129-144.
e. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama, 294*(16), 2064-2074.
f. Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine*, 47(3), S264-S272.
g. Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's

access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine, 47*(3), S264-S272.

h. Wu, K. C. C., Chen, Y. Y., & Yip, P. S. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health, 9*(4), 1135-1158.

i. Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International journal of environmental research and public health, 8*(12), 4550-4562.

j. Florentine, J. B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine, 70*(10), 1626-1632.

k. Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., ... & Giupponi, G. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*(6), 545-551.

l. Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology, 34*(2), 433-442.

m. Goldney, R. D. (2003). Hanging crepe in suicide prevention.

n. Kosky, R. J., & Dundas, P. (2000). Death by hanging: implications for prevention of an important method of youth suicide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(5), 836-841.

o. Chen, Y. Y., Chen, F., Chang, S. S., Wong, J., & Yip, P. S. (2015). Assessing the efficacy of restricting access to barbecue charcoal for suicide prevention in Taiwan: a community-based intervention trial. *PloS one, 10*(8), e0133809.

p. Liu, P. M., Chan, W. S., Law, Y. W., Law, S. C., Fu, K. W., Li, H. S., ... & Yip, P. S. (2009). An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide and life-threatening behavior, 39*(1), 82-90.

q. Wirthl, I., Schulz, R., & Schmeling, A. (2007). Suicide by means of a charcoal grill. Casuistic report with review of the literature. *Archiv fur Kriminologie, 221*(5-6), 129-137.

r. Page, A., Liu, S., Gunnell, D., Astell-Burt, T., Feng, X., Wang, L., &

Zhou, M. (2017). Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: Analysis of national mortality trends 2006–2013. *Journal of affective disorders, 208*, 418-423.

s. Lamb, T., Selvarajah, L. R., Mohamed, F., Jayamanne, S., Gawarammana, I., Mostafa, A., ... & Eddleston, M. (2016). High lethality and minimal variation after acute self-poisoning with carbamate insecticides in Sri Lanka–implications for global suicide prevention. *Clinical toxicology, 54*(8), 624-631.

t. Pires, M. C. D. C., Silva, T. D. P. S. D., Passos, M. P. D., Sougey, E. B., & Bastos Filho, O. C. (2014). Risk factors of suicide attempts by poisoning. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 36*(2), 63-74.

u. Kapur, N., Clements, C., Bateman, N., Foëx, B., Mackway-Jones, K., Hawton, K., & Gunnell, D. (2010). Self-poisoning suicide deaths in England: could improved medical management contribute to suicide prevention?. *QJM: An International Journal of Medicine, 103*(10), 765-775.

v. Kapur, N., Turnbull, P., Hawton, K., Simkin, S., Mackway‐Jones, K., & Gunnell, D. (2006). The Hospital Management of Fatal Self‐Poisoning in Industrialized Countries: An Opportunity for Suicide Prevention?. *Suicide and life-threatening behavior, 36*(3), 302-312.

w. Hemmer, A., Meier, P., & Reisch, T. (2017). Comparing different suicide prevention measures at bridges and buildings: lessons we have learned from a national survey in Switzerland. *PloS one, 12*(1), e0169625.

x. Lester, D. (2007). Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: a review. *Psychological reports, 100*(3_suppl), 1121-1122.

y. Combalbert, N., & Bourdet-Loubere, S. (2006). Suicide by jumping and strategies to prevent it. *EVOLUTION PSYCHIATRIQUE, 71*(4), 685-695.

z. Isaac, M., & Bennett, J. (2005). Prevention of suicide by jumping: The impact of restriction of access at Beachy Head, Sussex during the foot and mouth crisis 2001. *Public Health Med, 6*(1), 19-22.

aa. Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household MembersA Systematic Review and Meta-analysis. *Annals*

of internal medicine, 160(2), 101-110.

bb. Lewiecki, E. M., & Miller, S. A. (2013). Suicide, guns, and public policy. American journal of public health, 103(1), 27-31.

cc. Viel, G., Schröder, A. S., Püschel, K., & Braun, C. (2009). Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: case study and review of the literature. *Forensic science international, 187*(1), e7-e11.

dd. Cheng, Q., Chen, F., & Yip, P. S. (2017). Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005. PloS one, 12(4), e0175580.

ee. McPhedran, S., & Baker, J. (2012). Suicide prevention and method restriction: evaluating the impact of limiting access to lethal means among young Australians. *Archives of suicide research, 16*(2), 135-146.

ff. Gunnell, D., Middleton, N., & Frankel, S. (2000). Method availability and the prevention of suicide–a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(10), 437-443.

gg. Beautrais, A. L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 413-419.

hh. Lung, F. W., Liao, S. C., Wu, C. Y., & Lee, M. B. (2017). The effectiveness of suicide prevention programmes: urban and gender disparity in age-specific suicide rates in a Taiwanese population. Public health, 147, 136-143.

ii. Alonge, O., Agrawal, P., Talab, A., Rahman, Q. S., Rahman, A. F., El Arifeen, S., & Hyder, A. A. (2017). Fatal and non-fatal injury outcomes: results from a purposively sampled census of seven rural subdistricts in Bangladesh. The Lancet Global Health, 5(8), e818-e827.

jj. Haw, C., & Hawton, K. (2016). Suicide and self-harm by drowning: a review of the literature. Archives of suicide research, 20(2), 95-112.

kk. Jin, H. M., Khazem, L. R., & Anestis, M. D. (2016). Recent advances in means safety as a suicide prevention strategy. Current psychiatry reports, 18(10), 96.

ll. Wallis, B. A., Watt, K., Franklin, R. C., Taylor, M., Nixon, J. W., &

Kimble, R. M. (2015). Interventions associated with drowning prevention in children and adolescents: systematic literature review. Injury prevention, 21(3), 195-204.

(2) 自殺數據監控

a. Miharu Nakanishi, Kaori Endo and Shuntaro Ando. (2017). The Basic Act for Suicide Prevention: Effects on Longitudinal Trend in Deliberate Self-Harm with Reference to National Suicide Data for 1996-2014. *Public Health, 14(1)*, 104. doi:10.3390/ijerph14010104.
b. Yik Wa LAW. (2016).Youth suicide and its prevention in Hong Kong: Emerging approaches to a long-standing issue. *Journal of Youth Studies, 19(2)*, 3-12.

(3) 國家自殺防治策略

a. Todd DL, Kathleen MR, Sy-Miin C, Anna PS, Leslie-Ann B. (2016). National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop:Advancing Research to Prevent Youth Suicide. Annals of Internal Medicine, 165, 795-799.
b. Dequincy AL. (2017). U.S. Political Parties and Support for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behavior*. doi: 10.1111/sltb.12350.
c. John M. (September 2016). The Continuing Challenge of Suicide Prevention *Journal of Psychiatric Practice, 22*, 5.
d. Nebraska State Government. (2015).*Nebraska Statewide Suicide Prevention Plan 2016-2020.* Retrieved from http://www.sprc.org/sites/default/files/NEBraska%20STATE%20SUIC %20PREV%20PLAN % 202016- 2020.pdf
e. Rhode Island Department of Health, Government of Rhode Island. (2002). *A Suicide Prevention Framework For Rhode Islanders Ages 15-24.* Retrieved from http://www.health.ri.gov/publications/programreports/ASuicidePreventionFrameworkForRhodeIslanders15-242002.pdf
f. Krysinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Calear, A. L., Cockayne, N., & Christensen, H. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(2)*, 115-118.
g. Jorm A. (2016).A month for reflecting on suicide prevention. *Aust N Z J Psychiatry, 50(2)*, 109-110. doi: 10.1177/0004867415626313.

h. Government of South Australia. (2012). *South Australian Suicide Prevention Strategy 2012-2016: Every life is worth living*.
i. Australian Healthcare Associates. (2014). *Evaluation of suicide prevention activities*.
j. Canadian Centre on Substance Abuse. (2010). *Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse*.
k. Carter, G., Page, A., Large, M., Hetrick, S., Milner, A. J., Bendit, N., & Burns, J. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(10)*, 939-1000.

(4) 自殺與國家經濟

a. Irina Kinchin, and Christopher M. Doran. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behaviour in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(4)*, 1-14. doi: 10.3390/ijerph14040347.
b. Shepard,D.S., Gurewich,D., Lwin,A.K., Reed,G.A..Jr, Silverman,M.M. (2016)Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy ImplicationsSuicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life-Threat Behavior, 46(3)*, 352-362.
c. Hajime Sueki. (2016). Willingness to pay for suicide prevention in Japan. *Death Studies, 40(5)*, 283-289.

(5) 心理衛生

a. Marutani, M., Yamamoto-Mitani, N., & Kodama, S. (2016). Public Health Nurses' Activities for Suicide Prevention in Japan. *Public Health Nursing, 33(4)*, 325-334.

(6) 媒體報導

a. Canady, V. A. (2016). AFSP guidance on suicide coverage stresses hope, prevention. Mental Health Weekly, 26(7), 6-6.
b. Torok, M., Calear, A., Shand, F., & Christensen, H. (2016). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for

successful behavioral and literacy change. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12324.

(7) 科技與自殺防治策略

a. Jo Robinson, Sarah Hetrick, Georgina Cox, Sarah Bendall, Hok Pan Yuen, Alison Yung, and Jane Pirkis. (2016).Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*, 28-35.
b. Alison J. Kennedy, Vincent Lawrence Versace and Susan A. Brumby. (2016). Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC Public Health, 16(1)*, 1-8. doi: 10.1186/s12889-016-3874-3.
c. Joseph Tighe, Fiona Shand, Rebecca Ridani, Andrew Mackinnon, Nicole De La Mata, Helen Christensen. (2017). Ibobbly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Journals, 7*, doi:10.1136/bmjopen-2016-013518.
d. Christabel Owens and Nigel Charles. (2016). Implementation of a text-messaging intervention for adolescents who self-harm (TeenTEXT): a feasibility study using normalisation process theory. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 10*, 1-9. doi: 10.1186/s13034-016-0101-z.

(8) 原住民自殺防治策略

a. Bushra Farah Nasir1, Leanne Hides, Steve Kisely, Geetha Ranmuthugala, Geoffrey C. Nicholson, Emma Black, Neeraj Gill, Srinivas Kondalsamy-Chennakesavan and Maree Toombs. (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Psychiatry, 16*, 1-7. doi: 10.1186/s12888-016-1059-3.
b. Campbell A, Chapman M, McHugh C, Sng A& Balaratnasingam S. (2016). Rising Indigenous suicide rates in Kimberly and implications for suicide prevention. *Australasian Psychiatry, 24(6)*, 561-564.
c. McCalman, J., Bainbridge, R., Russo, S., Rutherford, K., Tsey, K.,

Wenitong, M., & Jacups, S. (2016). Psycho-social resilience, vulnerability and suicide prevention: impact evaluation of a mentoring approach to modify suicide risk for remote Indigenous Australian students at boarding school. *BMC public health, 16(1)*, 98.

d. Lauren Tingey MPH, M. S. W., Lee, A., Suttle, R., Lake, K., Walkup, J. T., & Allison Barlow, M. A. (2016). Development and piloting of a brief intervention for suicidal American Indian adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online), 23(1)*, 105.
e. Philip, J., Ford, T., Henry, D., Rasmus, S., & Allen, J. (2016). Relationship of Social Network to Protective Factors in Suicide and Alcohol Use Disorder Intervention for Rural Yup'ik Alaska Native Youth. *Psychosocial Intervention*, *25*, 45-54.
f. Tingey, L., Larzelere-Hinton, F., Goklish, N., Ingalls, A., Craft, T., Sprengeler, F., McGuire, C., & Barlow, A. (2016). Entrepreneurship Education: A Strength-based Approach to Substance Use and Suicide Prevention for American Indian Adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*., *23(3)*, 248-270. DOI: 10.5820/aian.2303.2016.248.
g. James A, Sarah B, John G. (2016). Suicide and Substance Use disorder prevention for Rural American Indian and Alaska Native Youth. *Rural Ethnic Minority Youth and Families in the United States,* 185-201.

(9) 校園自殺防治策略

a. Kong, J. W., & Kim, J. W. (2016). A review of school-based suicide prevention interventions in South Korea, 1995–2015. *Children and Youth Services Review, 69*, 193-200.
b. W. LaVome Robinson, Mary H. Case, Christopher R. Whipple, Adia S. Gooden, Roberto Lopez-Tamayo, Sharon F. Lambert, and Leonard A. Jason. (2016). Culturally Grounded Stress Reduction and Suicide Prevention for African American Adolescents. *HHS Public Access, 1(2)*, 117-128.
c. Totura CM, Kutash K, Labouliere CD& Karver MS. (2017). Evaluating Active Parental Consent Procedure for School Programming: Addressing the Sensitive Topic of Suicide Prevention. *Journal of School Health, 87(2)*, 114-120.

(10)軍人自殺防治策略

a. Elizabeth K, Naiji L, Guoxin Z, Xin MT, Brady S, John D, Caitlin T, Robert MB. (2016). Measuring Associations of the Department of Veterans Affairs' Suicide Prevention Campaign on the Use of Crisis Support Services. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(4)*, 447-456.
b. Ramchand, R., Ayer, L., Geyer, L., AND Kofner, A. (2016). Factors that Influence Chaplains' Suicide Intervention Behavior in the Army. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46 (1)*, 35-45.

(11)老人自殺防治策略

a. Kim, J. P., & Yang, J. (2017). Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational study. *Geriatric nursing, 38(2)*, 97-105.
b. Hirofumi Oyama, Tomoe Sakashita. (2016)Long-Term Effects of a Screening Intervention for Depression on Suicide Rates among Japanese Community-Dwelling Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry, 24(4)*, 287-296. doi: 10.1016/j.jagp.2015.10.008.

(12)社區自殺防治策略

a. Godoy Garraza, L., Peart Boyce, S., Walrath, C., Goldston, D. B., & McKeon, R. (2016). An economic evaluation of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12321.
b. Antonios Paraschakis, Ioannis Michopoulos, Christos Christodoulou, Filippos Koutsaftis, and Athanassios Douzenis. (2016) Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention. *Journal of forensic sciences, 61*, 1660-1663.
c. Wilcox HC, Kharrazi H, Wilson RF, Musci RJ, Susukida R, Gharghabi F, Zhang A, Wissow L& Robinson KA. (2016). Data Linkage Strategies to Advance Youth Suicide Prevention: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine*,*165(11)*,779-785.
d. H. Oyama and T. Sakashita. (2017). Community-based screening intervention for depression affects suicide rates among middle-aged

Japanese adults. *Psychol Med, 47(8)*, 1-10. doi: 10.1017/S0033291717000204.

(13)地方自殺防治策略

a. McHugh, C., Balaratnasingam, S., Campbell, A., & Chapman, M. (2017). Suicidal ideation and non-fatal deliberate self-harm presentations in the Kimberley from an enhanced police–mental health service notification database. *Australasian Psychiatry, 25(1),* 35-39.
b. Sun, H. J. (2016). Suicide prevention efforts for the elderly in Korea. *Perspectives in public health, 136(5),* 269.

(14)守門人訓練與教育

a. Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Kramer, A. C., Wills, A., & A King, C. (2016). Identification, response, and referral of suicidal youth following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide and life-threatening behavior, 47(3), 297-308*. doi: 10.1111/sltb.12272.
b. Shannonhouse, L., Lin, Y., Shaw., K., Porter., M. (2017). Suicide Intervention Training in K-12 Schools: A Quasi-experimental Study on ASIST. *Journal of Counseling and Development, 94(1)*, 3-13.
c. Rutt, C. C., Buser, T. J., & Buser, J. K. (2016). Evaluating a Training Intervention for Assessing Nonsuicidal Self-Injury: The HIRE Model. *American Counseling Association*, *55*, 123-136.
d. Philip O, Jodi MF, Makenna NW, Jungyai KO, Stacey S. (2016). Modeling the Longitudinal Direct and Indirect Effects of Attitudes, Self-Efficacy, and Behavioral Intentions on Practice Behavior Outcomes of Suicide Intervention Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* doi: 10.1111/sltb.12288
e. Hashimoto, N., Suzuki, Y., Kato, T. A., Fujisawa, D., Sato, R., Aoyama-Uehara, K., Otsuka, K. (2016). Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70*(1), 62-70.
f. Alan R. Teo, Sarah B. Andrea, Rae Sakakibara, Satoko Motohara, Monica M. Matthieu and Michael D. Fetters. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. BMC Psychiatry, 16(211), 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-0924-4.
g. Choi, Y. J., & Lee, W. Y. (2017). The prevalence of suicidal ideation and

depression among primary care patients and current management in South Korea. *International journal of mental health systems, 11(1),* 18.

(15)LGBT

a. Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA pediatrics, 171(4)*, 350-356.
b. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health,106(5)*, 1-12.

(16)臨床實務

a. Haddock G, Davies L, Evans E, Emsley R, Gooding P, Heaney L, Jones S, Kelly J, Munro A, Peters S, Pratt D, Tarrier N, Windfuhr K, & Awenat Y.(2016). Investigating the feasibility and acceptability of a cognitive behavioural suicide prevention therapy for people in acute psychiatric wards (the 'INSITE' trial): study protocol for a randomised controlled trial. Trials, 17, 1.doi: 10.1186/s13063-016-1192-9.
b. Karen Jamesa, Isaac Samuelsb, Paul Moranc, Duncan Stewartd. (2017).Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders, 214*, 67-73.
c. Jo Robinson, Sarah Hetrick, Georgina Cox, Sarah Bendall, Hok Pan Yuen, Alison Yung, and Jane Pirkis. (2016).Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*, 28-35.
d. Devenish B, Berk L& Lewis AJ. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(8),*726-740.
e. Brent, D. (2016). Prevention programs to augment family and child resilience can have lasting effects on suicidal risk. *Suicide and life-threatening behavior,46(1)*, 39-47.
f. Bucy, R. A., Hanisko, K. A., Kamphuis, L. A., Nallamothu, B. K.,

Iwashyna, T. J., & Pfeiffer, P. N. (2017). Suicide Risk Management Protocol in Post–Cardiac Arrest Survivors: Development, Feasibility, and Outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, *14*(3), 363-367.

g. Elizabeth GM, Eva Maria MA, Carolyn EB, Phillip A. (2016). Management of Self-Harm Injuries in the Maxillofacial Region: A Report of 2 Cases and Review of the Literature. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 74(1198)*, 1-9.

(17)電話與自殺防治

a. Brian LM, Marc D, Cecile B,Francois C, Bogdan B, Sylvaine R, Julie C. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(5)*, 577-587.

b. Gould, M. S., Lake, A. M., Munfakh, J. L., Galfalvy, H., Kleinman, M., Williams, C., & McKeon, R. (2015). Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: Evaluation of caller risk profiles and interventions implemented. *Suicide and life-threatening behavior, 46(2)*, 172-190. doi: 10.1111/sltb.12182.

c. Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J. L., Wright, J., & McKeon, R. (2017). Follow‐up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12339.

d. Jan KM, Merijn E, Annemiek H, Jasper W, Renske G, Ad JFMK, Johannes HS. (2016). Evaluation of the 113Online Suicide Prevention Crisis Chat Service: Outcomes, Helper Behaviors and Comparison to Telephone Hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47(3)*, 282-296. doi: 10.1111/sltb.12286.

2) 國外自殺防治文獻整理：以三大策略為框架，將這 17 種類型再根據三大策略區分成表 4-7-3：

表 4-7-3、國外自殺防治文獻類型

全面性自殺防治策略(57)	減少致命性自殺方法的可得性(38)
	自殺數據監控(2)
	國家自殺防治策略(11)
	自殺與國家經濟(3)
	心理衛生(1)
	媒體報導(2)
選擇性自殺防治策略(33)	科技與自殺防治策略(4)
	原住民自殺防治策略(7)
	校園自殺防治策略(3)
	軍人自殺防治策略(2)
	同志自殺防治策略(2)
	老人自殺防治策略(2)
	社區自殺防治策略(4)
	地方自殺防治策略(2)
	守門人訓練與教育(7)
指標性自殺防治策略(11)	臨床實務(7)
	電話自殺防治(4)

3) 為因應 2017 年需求項目之分析常見自殺工具之具體策略，另外將全面性策略中「減少致命性自殺方法的可得性」此類別的 38 篇文章，根據其主題以及所關注的議題區分成 8 種類型：自殺防治策略回顧、自殺方法回顧、特定自殺方法─上吊、特定自殺方法─燒炭、特定自殺方法─固體或液體中毒、特定自殺方法─高處跳下、特定自殺方法─溺水、特定自殺方法─其他與其他主題。

表 4-7-4、常見自殺方法或工具相關文獻清單

排序	名稱	年代
	自殺防治策略回顧	
1	Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review	2016
2	Preventing suicide: a global imperative	2014
3	Suicide in Asia: opportunities and challenges	2012
4	Suicide prevention strategies: a systematic review	2005
	自殺方法回顧	
1	Reducing a Suicidal Person's Access to Lethal Means of Suicide	2014
2	Means restriction for suicide prevention	2012
3	Suicide Methods in Asia: Implications in Suicide Prevention	2012
4	Controlling Access to Suicide Means	2011
5	Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice	2010
6	Lethality of suicide methods	2008
7	Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression"	2008
	特定自殺方法─上吊	
1	The epidemiology and prevention of suicide by hanging: A systematic review	2005
2	Death by hanging: Implications for prevention of an important method of youth suicide	2000
	特定自殺方法─燒炭	
1	Assessing the efficacy of Restricting access to barbecue charcoal for suicide prevention in Taiwan: A community-based	2015

排序	名稱	年代
	intervention trial	
2	An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact	2009
3	Suicide by means of a charcoal grill. Casuistic report with review of the literature	2008
4	Overview of Suicide by Charcoal Burning and Prevention Strategies	2016
	特定自殺方法—固體或液體中毒	
1	Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: Analysis of national mortality trends 2006–2013	2017
2	High lethality and minimal variation after acute self-poisoning with carbamate insecticides in Sri Lanka – implications for global suicide prevention	2016
3	Risk factors of suicide attempts by poisoning: Review	2014
4	Self-poisoning suicide deaths in England: Could improved medical management contribute to suicide prevention	2010
5	The hospital management of fatal self-poisoning in industrialized countries: An opportunity for suicide prevention?	2006
	特定自殺方法—高處跳下	
1	Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland	2017
2	Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: A review	2007
3	Suicide by jumping and strategies to prevent it	2006
4	Prevention of suicide by jumping: The impact of restriction of access at Beachy Head, Sussex during the foot and mouth crisis 2001	2005
	特定自殺方法—溺水	
1	Suicide and Self-Harm by Drowning: A Review of the Literature	2016
2	Recent Advances in Means Safety as a Suicide Prevention Strategy	2016

排序	名稱	年代
3	Suicidal Drownings with Psychiatric Disorders in Shanghai: A Retrospective Study from 2010.1 to 2014.6	2015
4	Methods of Committing Suicide Among 2,347 People in Ohio	2015
	特定自殺方法─其他	
1	The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household Members: A Systematic Review and Meta-analysis	2014
2	Suicide, Guns, and Public Policy	2013
3	Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: Case study and review of the literature	2009
	其他主題	
1	Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005	2017
2	Suicide Prevention and Method Restriction: Evaluating the Impact of Limiting Access to Lethal Means Among Young Australians	2012
3	Method availability and the prevention of suicide – a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975	2000
4	Methods of Youth Suicide in New Zealand: Trends and Implications for Prevention	2000

另針對表 4-7-4 可以討論歸納成八組特徵，以下將說明各類型的特徵：

(1) 自殺防治策略回顧

「自殺防治策略回顧」為回顧亞洲自殺概況、世界自殺概況與各種自殺防治策略等文獻，可對自殺研究與自殺防治策略建立一個整體性的認識與架構。

(2) 自殺方法回顧

「自殺方法回顧」則是針對各種自殺方法或工具的現況、調查與防治，做一個整體性的研究與回顧，其中包含亞洲自殺方法與歐洲自殺方法的研究。

(3) 特定自殺方法─上吊

「特定自殺方法─上吊」為針對上吊這種自殺方法研究之文獻。

(4) 特定自殺方法─燒炭

「特定自殺方法─燒炭」為針對燒炭這種自殺方法研究之文獻。

(5) 特定自殺方法─固體或液體中毒

「特定自殺方法─固體或液體中毒」為針對固體或液體中毒這種自殺方法研究之文獻。

(6) 特定自殺方法─高處跳下

「特定自殺方法─高處跳下」為針對高處跳下這種自殺方法研究之文獻。

(7) 特定自殺方法─溺水

「特定自殺方法─溺水」為針對溺水這種自殺方法研究之文獻。

(8) 特定自殺方法─其他

「特定自殺方法─其他」為針對其他自殺方法研究之文獻，其中包含槍械自殺與特殊自殺方法之文獻。

(9) 其他主題

「其他主題」指的是針對自殺方法的特定或相關主題研究之文獻，其中包含研究媒體對自殺方法之影響、評估限制致命自殺方法對特定群之影響或針對特定國家之自殺方法調查與防治等文獻。

最後，這些先進國家的近兩年文獻都可以用「全面性」(universal)、「選擇性」(selective)和「指標性」(indicated)策略這三種層次來區分，且這三層次的文獻數目呈現遞減狀態。上半年度已將「選擇性」策略的文獻翻譯並整理完畢，將於下點呈現之，下半年將繼續分析整理全面性、指標性及自殺工具防治相關文獻，並根據結果提出我國自殺防治策略擬定建議。

4) 國外全面性自殺防治策略整理

本次搜尋之全面性自殺防治相關文獻內容，涵蓋國家級自殺防治策略(包含自殺與國家經濟間的影響、致命性自殺方法的可得性、自殺數據監控，以及媒體報導。

(1) 國家級自殺防治策略

「國家級自殺防治策略」指的是該國政府的自殺防治策略，同時也代表政府對於自殺防治的相關規畫。典型的國家策略有一系列的防治措施，本次蒐集南澳、內布拉斯加州、羅德島、美國、澳洲以及世界衛生組織，下面將針對幾個重點國家策略做摘要與介紹。

a. 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)提出簡易型公共衛生模式，請見圖 4-7-1

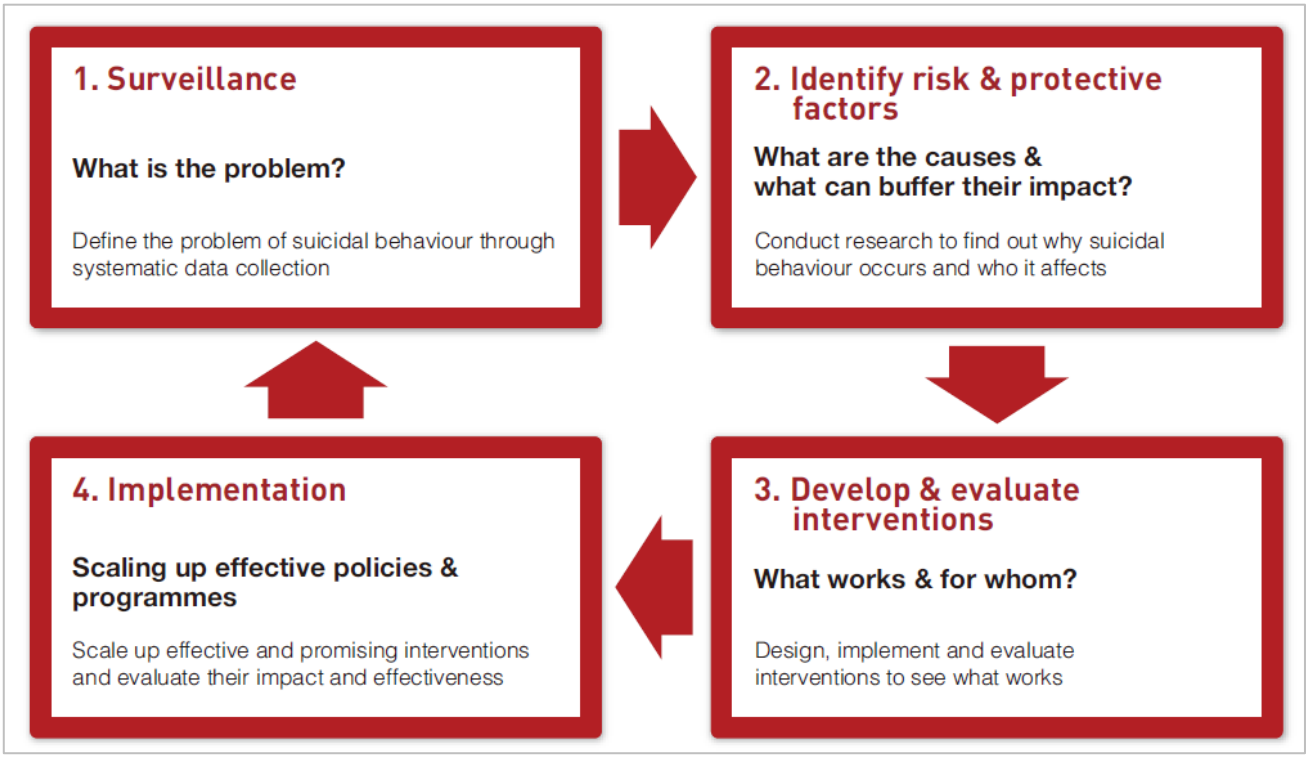


圖 4-7-1、公共衛生模型

見圖 4-7-1 的公共衛生模型從界定問題並監測(Surveillance)自殺事件定義自殺想法與行為，並蒐集相關資料辨認危險因子與保護因子(Identify risk& protective factors)，找出引發自殺行為的原因，發展出評估與介入方法(Develop & evaluate interventions)，最後則是實施(Implementation)介入措施與評估，完成一輪後再作一輪的監測步驟。世界衛生組織所提供的自殺防治公共衛生模型雖然看起來容易，但對於國家設立策略，仍具備足夠參考價值與典範。

《自殺防治：全國要務》這本報告書，最大的貢獻則是針對自殺危險因子與其相關介入方式繪製成圖表，見圖 4-7-2 可以清楚看見自殺危險因子的介入和方式產生的關聯。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(relationship)與個體(individual)，這是一個層級生態的模式。而圖 4-7-2 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的情境。

Figure 7. **Key risk factors for suicide aligned with relevant interventions**
(Lines reflect the relative importance of interventions at different levels for different areas of risk factors)

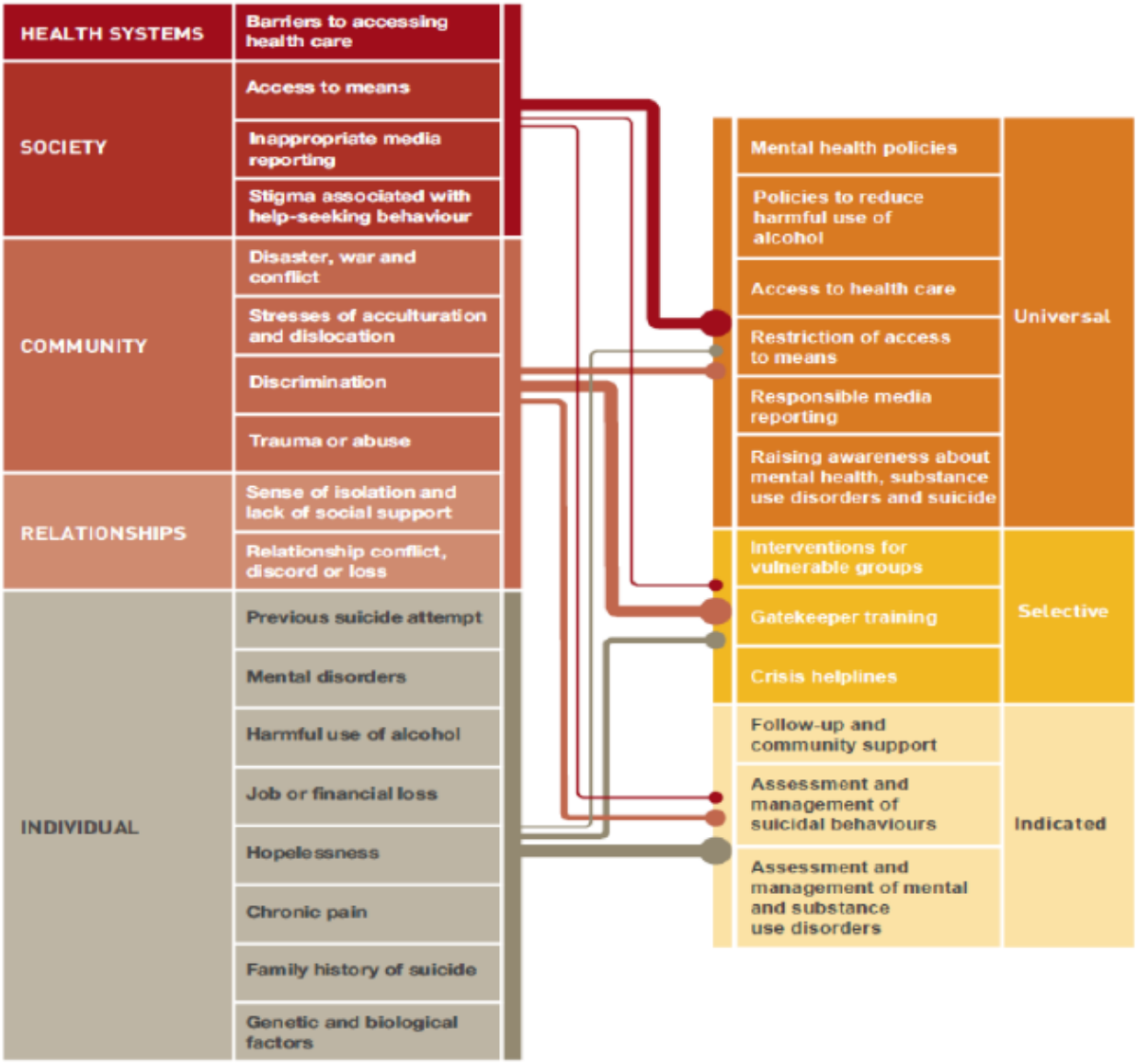


圖 4-7-2、自殺危險因子與其相關介入方式

自殺介入則被分類成全面性(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的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、

降低致命性工具取得性、監督媒體報導等，來促進心理衛生與減少自殺危機。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高風險群，像是精神疾患、重複在自殺者、自殺企圖者。

由圖 4-7-2 除了可以看到危險因子以及列入方法的分類，更可以從線條的粗細看見它們彼此間的關係，線條粗則代表重要，反之細則代表不重要。原則上可以看到衛生系統與社會為全面性，社區與人際關係則被列為指標性原則，個人則被列為選擇性。

總結以上，我國可以參照圖 4-7-2「自殺危險因子與其相關介入方式」，設立規畫自殺防治的架構，用來檢視我國的自殺防治策略。

b. 美國

2016 年紐約時報頭版標題「美國自殺率上升至 30 年來最高」，美國從 1999 年至 2014 年的自殺率上升 24%，其中 45 歲至 64 歲的女性上升 63%，男性則上升 43%，顯示近年來美國中年自殺率上升，多少和社會轉變有相關。

美國《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》是建立在 2012 年《國家自殺防治策略》(*National Suicide Prevention Strategy*, 2012) 的基礎上，採用生態學取徑(ecological approach)，來假設危險因子和保護因子可從許多不同層次（包含個人、圍繞在個人的人際關係及其對行為的影響、人際關係的社群、社會因素）的互動中獲得，以便能規劃行動計畫，在每個層次上加強保護來遠離自殺或減少周遭的自殺危險因子，見圖 4-7-3。

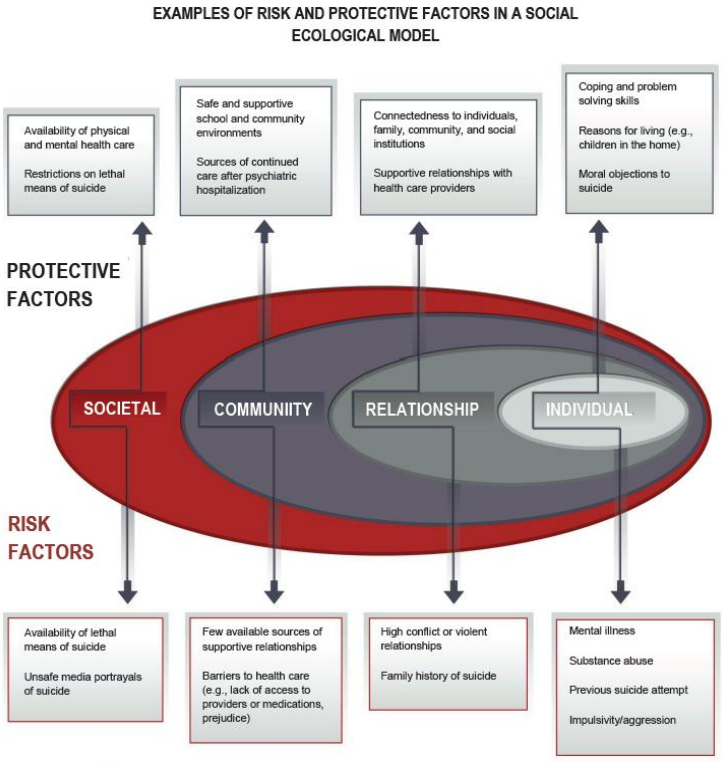


圖 4-7-3、社會生態模型中的危險與保護因子

《國家自殺防治策略》是由四個「相互關聯與互動，而非單獨運作」的戰略方向組織而成，包含：

a) 提升個人、家庭與社群的健康與權力
b) 臨床與社區防治的服務
c) 治療與支持的服務
d) 監測、研究與評估

《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》則是在這四個相互連結的策略方向上組織目標與對象，必須與全國各州的個人、組織、社區、系統（例如:教育、公共衛生、司法等）來共享，為州立機構、區域單位、社區聯盟與組織提供了一個框架，指導與發展自殺防治相關的行動計劃，並通過確立優先的策略來促進共同的責任感，《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》的策略如下：

a) 提升個人、家庭與社群的健康與權力

策略1：增進內布拉斯加州人關於提升健康與復原力之因子的知識。

策略2：增加內布拉斯加州人知道危險信號及如何幫助處於自殺風險的人們之數量。

b) 臨床與社區防治的服務

策略3：整合內布拉斯加州內所有系統中，具有實證資料、具文化敏感度的自殺防治策略。

策略4：強化的在地/區域的合作，提升衛生促進與早期預防。

c) 治療與支持的服務

策略5：提升國家對於自殺風險評估與管理的臨床專業知識。

策略6：增加國家危機管理機構的可用度。

d) 監測、研究與評估

策略7：拓展定期收集數據的使用，以衡量所有層級(州、區、地方、組織)在自殺防治目標與行動計劃的進展狀況

策略8：強化各層級在資訊傳播上的合作。

c. 澳洲

《南澳自殺防治策略 2012-2016》報告中首先提出，自殺因素是複雜的，非由單一原因所造成，這些因子屬於個人，亦有部分屬於社會結構，見圖 4-7-4。

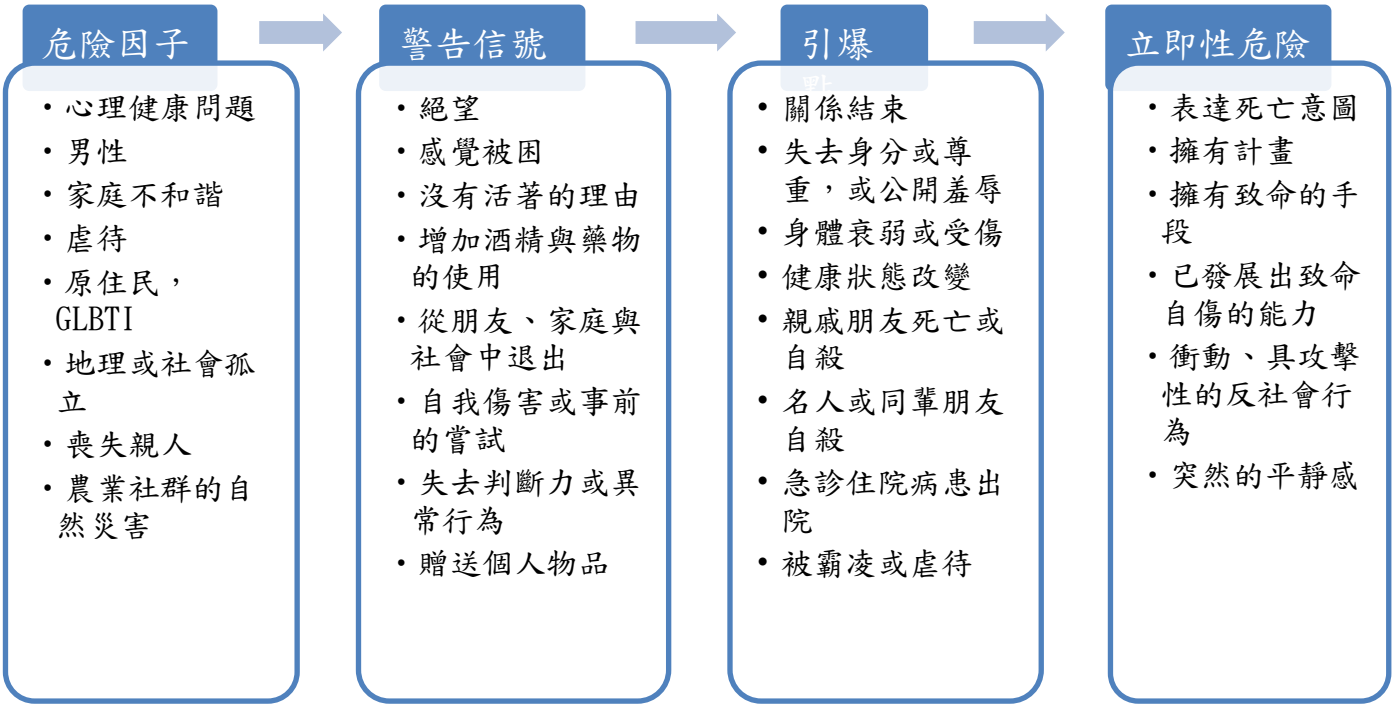


圖 4-7-4、從危險因子過度到立即性危險

藉此，《南澳自殺防治策略 2012-2016》提出九個指導原則，包含：

a) 不要傷害。
b) 第一道門是正確的門。
c) 每個人都需要同情與理解。
d) 自殺防治活動應以最佳的實踐為基礎。
e) 提升個人韌性與健全的環境。
f) 發展夥伴關係。
g) 提供並回應那些處於心理壓力人們的需求。
h) 認識並尊重社群的多樣性。
i) 顯示可持續發展和長期的承諾。
j) 以及七個目標，包括覺察、預防、介入及事後介入，以回應全體社群：
k) 提供一個擁有復原力個體與支持性環境的包容性社群。
l) 提供一個可持續的、可協調的方式提供服務、資源及社區資訊以預防自殺。
m) 提供具有針對性的自殺防治倡議、活動與計畫。
n) 將這個影響南澳的區域問題列為優先事項。
o) 提供具有針對性的事後介入活動與計畫。
p) 改善及理解自殺與自殺防治的實證資料。
q) 自殺防治實踐的標準與持續精進。

澳洲《國家自殺防治策略》（National Suicide Prevention Strategy，NSPS）自 1990 年代提出，使得自殺率下降並持續十年，藉此，為回應社會的聲音，國家精神健康委員會(National Mental Health Commission)希望能達成十年內降低 50%的自殺死亡率，Krysinska 等學者，建議採取「多層次系統」的自殺防治方法，有助於辨識哪些策略應優先考慮並產生最大的影響力，以及同時在地區實施多種策略，其提出九種可實施的策略，並預估每年可拯救的生命，但實行後成果遠低於降低 50%的目標，但從計算人口可預測分數的結果得出，系統取向方法能導致澳洲自殺企圖及自殺身亡人數大幅減少，另外，考慮到介入措施的普及率，最有效減少自殺企圖的策略是「社會心理治療」。

針對十年內降低 50%的自殺死亡率目標，Hegerl & Kohls 表示需加強憂鬱症治療作為自殺防治策略；Schaffer & Sinyor 則表示要加強精神衛生上的照顧與抗憂鬱症的治療(Jorm , 2016)。

澳洲衛生與老年部門(Australian Government Department of Health

and Ageing，DoHA)委託澳洲醫療保健協會(Australian Healthcare Associates，AHA) 負責評估從 2006 年至 2013 年間，根據國家自殺防治計畫(National Suicide Prevention Program，NSPP)資助的全面性、選擇性、指標性自殺防治活動及採取行動解決自殺(Taking Action to Tackle Suicide，TATS)方案的內容，以確定這些活動的適用性、效用及效率，以便了解未來政策方向與實施自殺防治活動，建立一個可持續使用的全面評估框架，並製作《自殺防治活動評估》報告。

其中 NSPP 及 TATS 計畫的共同目標旨在減少自殺企圖、自殺身亡與自殺行為對澳洲的影響，NSPS 其中一個組成部分是「活著，為了所有人」(Living Is For Everyone，LIFE)框架，它為澳大利亞的自殺防治提供了實證基礎的策略政策框架；LIFE 框架概略描述了澳洲自殺防治的願景、目的、原則、行動區域與建議成果，2011 年 9 月，LIFE 框架在所有的管轄範圍內被採納為澳洲整體的自殺防治框架(自殺防治活動評估)。

(2) 致命性自殺方法的可得性

本次搜尋國外常見自殺方法或工具自殺防治相關文獻內容包含自殺方法以及自殺策略的回顧、特殊自殺方法(包含上吊、燒炭、固體或液體中毒、高處跳下、溺水、其他)、自殺數據監控、媒體報導，以下將針對此三類主題介紹國外相關研究結果。

a. 自殺防治策略回顧

自殺防治為當今重要的公眾議題，擬定自殺防治策略為當務之急。從鄰近亞洲國家來看，日本自 1996 年至 2014 年進行縱貫性趨勢研究，發現自殺個案從 1996 年的 2,078 人直至 2008 年達到高峰，約有一半的病人因自殺而入院 (Nakanishi, Endo & Ando, 2017)。顯現自殺防治之重要性。而自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性。香港於 2016 年針對自殺現況進行研究，發現自殺防治策略已經不能以單一群或個體進行，而要能以更為廣泛的方向進行，從環境及脈絡工作，以提高自殺防治工作之完整性。

b. 自殺方法回顧

全面性的自殺防治，最重要的部分在於大眾宣傳及推廣自殺防治的重要性。藉由系統性文獻回顧，發現在自殺防治策略上，透過大眾傳播媒體能成為有效預防自殺之策略(Torok, Calear, Shand, & Christensen, 2016)。而針對比較特殊的場域進行自殺防治的推廣，則會需要透過不同的專業人員與以協助。如針對提高學生參與公共自殺防治策略之動機進行研究，發

現透過學校端的專業輔導老師與學生直接面對面進行溝通及互動，將有助於自殺防治策略之推動(Totura, Kutash, Labouliere & Karver, 2017)。

c. 減少致命性自殺方法

a) 特定自殺方法-上吊

在所有自殺致命性工具中，上吊是最困難防禦的一個方法，在臺灣過去 20 年上吊占率最高的方法之一占率達 4.2%，自殺方法排名第 8，大約占三到四成的自殺方法，近 5 年雖然這方法在整體自殺趨勢變化皆為下降，近幾年每年仍至少有一千多個左右的個案死於上吊，而有九成死於家中。Gunnell 等人於 2005 年研究針對上吊自殺的自殺工具與方法做系統性回顧研究，結果顯示上吊工具從皮帶、電線等都可備受利用，同時透過懸掛點(例如：樑、掛勾、門把、樹木)，即可完成上吊自殺動作。在預防方式上，在家中部分主動預防方式仍缺少，僅能以消極性的提醒家中成員、社區鄰里增加對自殺的敏感度，幫助內心感到脆弱的危險群，能夠及時獲得資源協助。在監獄與病房則有較積極的方式，美國研究上發現若在監獄中移除懸掛點，並於監獄中的配備或者衛浴需要事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應(Gunnell et al.,2005)，增加相關人員輔導傾聽技巧，並改善醫療體系的緊急醫療管理、自殺管理指引，及時能夠對上吊自殺事件及時介入。

b) 特定自殺方法-燒炭

燒炭從國外文獻中發現，多數發生在香港、韓國、臺灣等亞洲國家，使用燒炭群可歸類為男性、離婚或未婚、並有經濟上困難之對象是高自殺危險群，韓國 Nam-Ju 等學者於 2014 研究 2000 到 2001 年在韓國使用燒炭自殺方法趨勢，發現燒炭自殺深受媒體影響，特別是當報導出現燒炭的方式、報導過於聳動使用燒炭自殺事件，都會使民眾出現仿效，導致燒炭自殺案例增加，而對於使用燒炭自殺的人員，在出院後重複自殺率是高的，城鄉比較上使用燒炭自殺，城鎮上會因為容易取得燒炭工具，而自殺比率高於郊區鄉鎮，目前燒炭防治方法，在香港與韓國則是透過限制木柴販售降低自殺者。

近年我國研究，燒炭自殺占率 6.5%，排名自殺方法第 4 是較多人使用的方法之一，目前則是有部分縣市透過限制木炭方式來降低燒炭自殺率，研究顯示在臺灣施行限制木炭取得方式納入限制，例如於購買時做登記、或將放置地點放在店員能夠管控地方，但成效不明顯(Chen et al.,2015)，

卻可以看到燒炭使用年齡中 25 歲到 64 歲男性以及 25 歲到 44 歲女性使用燒炭自殺比率減少，而透過社區做為單位的控制，的確減低區域上整體以木炭作為自殺方式自殺率。

c)特定自殺方法-固體或液體中毒

在所有自殺防治中，固體或液體中毒在台統計從 2017 年 1 月至 10 月占率達 50.6%，排名第 1，為最主要自殺通報的方法。Pires 等人於 2014 年研究發現，藥物由於容易取得，成為自殺者最常被使用的方式，而多數使用藥物者都有精神疾病、負面壓力的生活事件等複雜因素，且使用性別上女性多於男性，平均年齡落在 15-40 歲，並伴隨單身(離婚、喪偶)、低教育程度、失業、酒精藥物濫用、精神疾病、服用抗憂鬱劑等高危險特徵，因應高危險群設計介入策略。

另外，在美國透過文獻回顧，發現 2003 年，英國及威爾斯則將罐裝藥瓶改為硬塑膠包裝(blister pack)，但此方法並沒有發現顯著的效用，但對於降低高危險群處碰到藥物的確可以降低服用藥物自殺率，因此應針對藥物管理研擬服藥、領用藥物條例，避免讓患者有過度儲藥的機會(Jin et al.,2016)。

d)特定自殺方法-高處跳下

對於高處跳下自殺，歐洲 Hemmer 等學者於 2017 年檢驗瑞士在預防高處墜落(如橋梁、或其他高建築物)是否有成效，發現設立柵欄與安全網等結構性防阻設施對於自殺防治是有效的。該研究透過柵欄與安全網護相比較下，柵欄高度至少要有 2.3 公尺高，橋墩部分則應該加設防護欄，避免民眾攀爬，而安全網則應顯著低於行人路面，並有足夠的寬、深度，約 4 公尺深是必要的且防護完善，或至少在 15 公尺以上的高度時禁止跳躍，而加設護欄及安全網介入，明顯讓自殺率下降。

在美國的研究中，試圖從降低青少年以及精神疾患減低能獲取自殺工具做管制，探討是否能夠因此減少自殺比率，研究發現若能夠在橋梁邊安裝護欄或屏障，跳橋事件也明顯降低(Barber et al.,2014)，而且發現降低報章與電子傳播媒體報導相關事件，避免讓民眾了解其方法之使用，也能夠降低跳橋被使用做來自殺，反應我國在高處跳樓占率 5.9，排名自殺方法第 6 名或許也能在主要幹道、建築物上設置安全網，以降低高處跳下自殺率。

e)特定自殺方法-溺水自殺防治

溺水自殺事件發生頻繁，從過去報導案例比較城鄉間與性別對於自殺的差異，會發現郊區、靠水邊有較高的地區發生溺水自殺事件較多，性別上則以男性居多，自殺占 2.8%，自殺方法排名第 12 名。由從中國大陸的溺水研究中，透過心理剖析研究了解溺水自殺者的特性，發現男性遠比女性多，且透過溺水自殺年齡層多位於 22 到 29 歲，而自殺原因除了精神疾患以外，還包含感情因素、失業、經濟壓力等原因，精神疾患部分則以憂鬱症占率最高達 33.7，思覺失調症則占率 20.2%，而從這些亡者得就診紀錄來看，發現多數並未接受就診或是根本無長期遵從遺囑(Fang et al.,2015)。

而面對溺水自殺事件，英國學者 Haw 等人於 2016 年透過英格蘭、威爾士從 2000 年至 2012 年蒐集文獻以系統性探討研究，試圖從中透過自殺趨勢研擬出相關介入方法，發現歐洲國家溺水率除盧森堡，多女性多於男性，而從西方研究會發現老人比年輕人使用溺水方法較多，而在 3 成的比率占有癌症。而由於溺水相關高質量研究稀少，對於研擬具體策略是有困難的，主要多為在熱點或者水邊設立警告標示以及電話，限制進入深水區域，並針對自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區，以降低跳水自殺的再發生。

f)特定自殺方法─其他

而除了範圍較廣之全面性防治策略，另外也探討特定自殺方法之防治策略。例如(Chung, Kang, Matsubayashi, Sawada, & Ueda, 2016)針對鐵路自殺進行研究，發現若能在月台加裝全高式月台門，將能比半高式月台門更加有效預防自殺發生。顯示在不同的情境場合與團體群之下，自殺防治策略應能因地制宜，以達到更佳的防治效益。

d. 自殺數據監控

每年全球各國都會進行各地區的自殺數據統計，以監控自殺死亡率在社會的趨勢。自殺數據監控可謂預防自殺的基礎，一旦發現有上升的情形，當局可立刻採取相應的對策降低自殺發生幾率。例如日本於 2014 年時進行了一項全國蓄意自傷而入院的個案數據調查，結果發現從 1996 年到 2004 年之間 13014 個患者當中，男女比例相差不大，而以藥物或物質中毒自損的死亡率不超過 7%。當局即可從藥物或物質自殺工具實行介入策略，降低自殺或自傷風險性。

同時，自殺率也反映了某些社會議題是助長自殺議題的危險因子，也

可以分析出具有自殺高風險的群，加以實行重要政策等。有鑒於此， Law（2016）也指出香港 15 歲到 24 歲的自殺率從 1981 年到 2014 年在 5.9%到 6.1%間徘徊。自殺原因大多為人際關係(感情、家庭關係等)或學業壓力與大型測驗成績不良。偵測年輕人的自傷行為原由與年齡，便可配合其社會網絡落實關懷與介入策略，例如加強學校心理健康宣導或結合網絡發展趨勢實行線上救援、手機 apps 年輕人支持網絡等。

因此自殺數據的監控成為了一道重要的基礎防線，降低自殺風險。

e. 媒體報導

當今媒體在社會中影響深遠，藉由各式各樣的媒介如報紙、電視、網路等提供民眾各種資訊，近至國內，遠至國外，深深影響社會大眾態度、信念與行為，包括媒體在自殺防治上也扮演著重要的角色。

其中，大眾媒體宣傳活動越來越被視為自殺防治重要的一環。近期的文獻回顧旨了解其的功效，並探討如何優化大眾媒體宣傳活動以防止自殺。Torok 等人（2016）透過觀察大眾媒體在全球的效能以及成功機制，指出其中十二個大眾媒體自殺宣傳活動的效能，相較其他自殺防治策略的效果最為顯著，而“獨立廣告”則適用於提高自殺知能(literacy)。曝光的程度，重複曝光和社區參與對促成這些宣傳活動的成功似乎是很基本的要素。Candy（2016）也同時指出，媒體報道自殺新聞所涵蓋的圖文也可能會影響社會大眾對自殺行為的視角與認知，導致偏差的自殺價值觀。

當各種傳統媒體和社交媒體平台的迅速發展，Law（2016）一項香港在地研究提出可用多層次的自殺防治策略，例：利用線上的心理教育網站，給社區成員、守門人及危機處理人員(警衛、警察、至公)並改良醫療與社政對有自傷行為的個案的轉介系統。

(3) 國外選擇性自殺防治策略整理

本次搜尋之選擇性自殺防治相關文獻內容涵蓋守門人訓練、社區及校園自殺防治、科技自殺防治及特定團體(軍人、同志、老人、原住民)自殺防治等，以下將針對此四類主題介紹國外相關研究結果。

a. 守門人訓練

守門人訓練為選擇性自殺防治最重要的一環，許多國外研究皆發現守門人訓練對於降低自殺率有幫助。美國研究發現守門人訓練對於軍隊關懷自殺軍人的牧師而言，可以提高其介入意願及介入後成效，並減少牧師本

身對自殺行為的汙名化(Garraza et al., 2016)。Ewell 等人於 2016 的研究針對一般民眾(年齡從 18 歲至 70 歲)進行守門人訓練，結果顯示受訓者辨認他人自殺徵兆的能力相較於受訓前有顯著上升。

b.社區及校園自殺防治

社區及校園自殺防治方面，日本有研究發現在社區進行憂鬱症篩檢，並在篩檢後給予立即的照護或支持，有助於減低日本中年人自殺率(Oyama et al., 2017)。同在亞洲的韓國目前的基層醫療體系則尚無有效的篩檢系統來識別高自殺風險的患者，因此有研究建議應提供基層醫師足夠的相關自殺防治訓練，包括自殺意念及憂鬱症的辨識(Sun, 2016)。校園防治方面，美國 Totura 等學者認為校園自殺防治教育宣導是有效的，但因美國社會對於自殺仍有汙名化的問題，因此如何促成家長積極性的同意孩子參加自殺防治教育宣導值得探討。該研究發現校方和家長採面對面討論方式溝通及澄清疑慮有助於提升家長對議題的關心和積極性同意孩子參加宣導之比率。Brent(2016)則認為校園中自殺防治的介入也能夠降低自殺威脅，例如自殺守門人訓練、適時篩檢及轉介、教育心理衛生例如憂鬱症、自殺、尋求資源，有效降低自殺風險，自殺守門人訓練短期並沒有太大效果，需長期政策落實，才知道是否有效。

c.科技與自殺防治

近年科技迅速發展，利用科技推廣自殺防治的方式越來越常見。澳洲 Kennedy 等學者於 2016 年研究藉由數位化的衛教模式來降低 30 到 64 歲澳洲農業社區男性對於自殺的汙名化及增加自殺防治知識，發現此模式可以大量增加可接觸性，還能擴大至男性各年齡層及其家屬。數位課程的內容包括分享經驗與故事、衛教宣導、個人目標設定與資源支持服務。Robinson 等人則測試網路版認知行為治療對於青少年自殺風險的影響，結果顯示接受治療的個案雖然自殺意念普遍仍偏高，其自殺意念、憂鬱症狀及絕望感卻是有顯著降低的。此線上治療方式共有八單元，每單元 15 到 20 分鐘，每單元都先由一位成人講解相關內容，再搭配不同影片，內容皆依據認知行為治療的原則。此外，也有研究結合 app 和接納與承諾治療(Acceptance and Commitment Therapy)，發現 app 的介入模式有效降低澳洲原住民社區居民的憂鬱症狀及心理壓力，然而此模式對於自殺相關行為與想法以及衝動性並無顯著改善。app 內容包括辨識想法、管理情緒及辨識價值等。

d.特定團體

a) 原住民

針對原住民的自殺防治，Nasir 等學者於 2016 年回顧各國家針對原住民之守門人訓練相關研究，發現守門人訓練對於原住民群有其成效，然而長時間的效果則不穩定。Campell 等學者則針對澳洲 Kimberly 地區的原住民進行研究，指出若要降低該地區的自殺率，建議因地制宜，著重於聯合各社區實行可提升當地社會及情緒心理健康之方式，傳統西方針對憂鬱症患者一對一的治療方式則建議降低比重。另外，關於美國印地安青少年的自殺議題，Tingey 帶領的研究團隊在印第安社區進行青少年創業教育計劃，發現藉此有助於協助青少年提升生活技巧並與學校連結，進而減少青少年的高風險行為。Tingey 的另外一篇研究則指出若要改善印第安青少年自殺狀況，需進行自殺防治衛教、增加門診治療資源、改善個案對諮商的態度等。

b) 老人

關於老人自殺防治，日本 Oyama 等學者發現憂鬱症篩檢及介入除了上述對於中年人有效果外，亦對於社區居住老人自殺率具有長期影響。該研究對社區老人進行憂鬱症篩檢及篩後介入，發現實施後自殺率明顯下降(48%)，且女性的自殺死亡率顯著下降，影響大於男性，此現象也在實驗結束後持續發生。

c) 軍人

退伍軍人是美國自殺的高風險群，相關研究指出，針對退伍軍人之自殺防治運動能發揮重要作用，並可加強更廣泛的健康觀念傳播。此外，由退伍軍人危機專線在推行期間通話量增加，可反映出透過各國各區的努力，包括媒體報導，促進了求助行為和可用照護之資源的宣傳(Elizabeth, 2016)。

d) 性少數群團體

性少數群團體也是自殺防治不可忽視的一塊，美國有研究透過文獻回顧，評估 LGB 成人及社區為基礎之樣本與自殺相關的行為。研究結果顯示，在 1680 份樣本中，16%的人在過去一年內有自殺企圖，82%在一生中曾有過自殺企圖，50%在過去一年內有自殺意念，11%在一生中曾有自殺意念。研究也發現，自殺相關行為和性少數群體在北美和歐洲都受到汙名化影響，因此在衛生研究方面報告普遍不足，而造成訊息偏見(即錯誤分類)(TS et al.,

2016)。Raifman 的研究結果則發現，美國實施同性婚姻政策後，高中生企圖自殺率的確有下降，這些減少的團體群為性少數(包含 LGBT)群。此外也發現在同性婚姻合法化後的 2 年間，社會以及政策擔憂的民眾精神衛生並未因此惡化。由此顯示，同性婚姻政策可能有助於降低現行青少年的企圖自殺率，而青少年情緒憂鬱與企圖自殺死亡有高度的相關，但此研究無法確認高中生中的性別少數者在自殺企圖間是否有其他因素干涉。

(4) 國外指標性自殺防治策略

本次搜尋國外常見自殺方法或工具自殺防治相關文獻內容包含臨床實務以及電話自殺防治。

a. 臨床實務

在臨床實務方面，英國在 2003-2013 年自殺死亡人數高達約 5 萬人，有 90%有心理健康的問題且求助過相關心理治療或甚至入院，其中有 28%被確診有心理疾患，9%則為住院病患。在精神疾病中人格障礙和精神分裂症，是重複性自我傷害的最強預測因素。

在澳洲自殺是青少年最常見的死因，Robinson 等人測試網路版認知行為治療對於中學生自殺風險的影響，經由前後測的實驗設計、八週的介入，發現雖然普遍自殺意念的分數還是偏高，但自殺意念、憂鬱症狀與絕望感有顯著的下降。

透過兒童診斷調查、綜合診斷、創傷後壓力症候群、青少年自陳報告、兒童行為中發現自殺意念及行為皆降低(Brent, 2016)。另外 Elizabeth 等人發現心理動力學治療、認知行為治療、家庭和人際關係介入治療特別是在兒童和青少年上治療自我傷害行為有效。

在精神健康與物質成癮方面，對於自殺意念與企圖自殺者的影響，Brent 研究四個家庭預防，發現在家庭聯邦的介入下，父母與孩童之間缺乏溝通下，企圖自殺率也降低，實施隨機家庭追蹤，結合全面性及選擇性策略，提供這些家庭學校的資源，以及密集的監控家庭中紀律、溝通以及父母的監護，結果顯示自殺危機獲得控制且下降。父母管理培訓研究比其他研究更著重於父母的自殺意念，並蒐集父母在介入後，六個月內的症狀。這個介入策略對於父母在創傷後壓力症候群、情緒調節、對家庭氣氛以及孩子的精神健康有明顯的幫助。

b. 電話自殺防治

在現代電話普及又便利且快速，在自殺防治方面，進行電話訪問時沒有視覺化等輔助方式可以運用，需透過專業人員或志願者的語言力量與受訪者訪談。在電話訪談中最常使用介入方式：接受、導向/調查、提供信息、建議和諮詢以及澄清/解釋，比較不適合用威脅、道德化和拒絕，透過在電話中的討論介入狀況，即可立即降低自殺危機，尤其在來電者願意接受緊急中心的後續追蹤電話，或者接受第三方(像是醫療機構等機構)的關懷來電，自殺危機便會下降(Gould et al.,2015)，整體的電話訪談效果女性改善結果大於男性(Brian et al., 2016)。Gould(2017)等人發現透過電訪進行追蹤及輔導行動做情感上支持、問題解決與因應介入，幫助尋找社會支持、討論自殺意念來源會讓案主感到自己被照顧是安全的(59.6%)，但未受到電訪的案主則回應他們的感覺是很糟的，在後續追蹤電訪介入後，皆能夠阻止當下的行為，而讓案主感到更加的安全。

電訪中服務人員是志工或專業者，在通話處理的滿意度上，給薪人員明顯高於志工外(78.6% vs. 58.3%)，其他方面如介入風格皆無顯著差異(Brian et al., 2016)。再來應該注意，服務人員接線的時間會影響提供資源的積極程度，當接聽電話的時間、次數，越久、越多時，針對非自願個案給予有效介入救援行為便會越少，有可能是為了給予介入方法，而忽略了危機風險評估，可透過輪班制度能夠幫助維持介入的品質；另外則是因為熟悉個案，反而低估了其中可能的危機風險，降低了即時策略的介入。

5. 國內自殺防治策略規劃

中心將回顧國內自殺防治現況與自殺防治策略後，再對照前面蒐集與整理之國外自殺防治策略與工具文獻摘要，規畫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

根據中心統計至 2016 年自殺數據資料，觀察臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人，其後則呈現下降趨勢。(如圖 4-7-5)

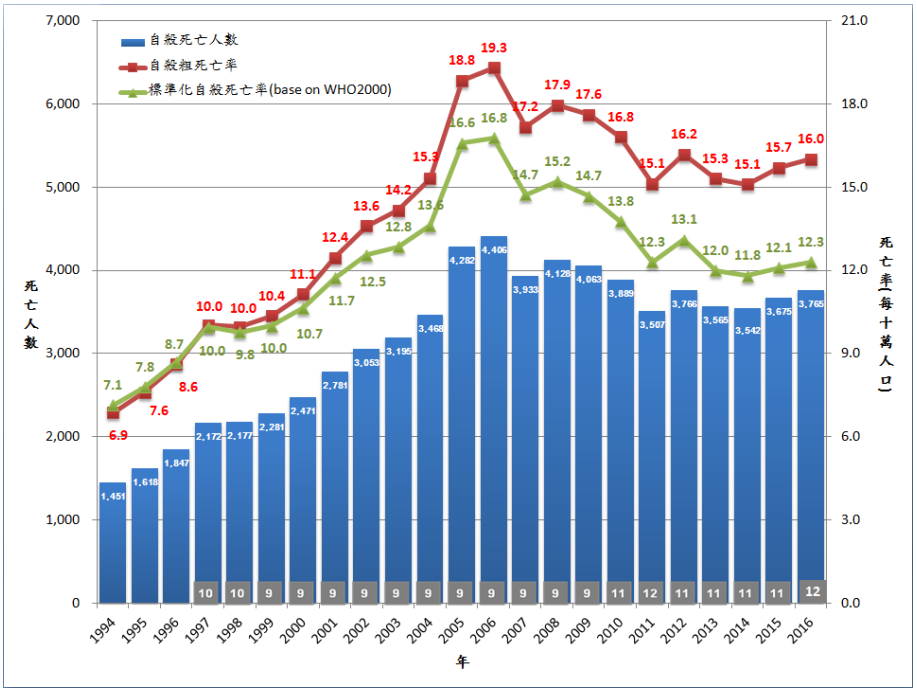


圖 4-7-5、1994-2016 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 17.1%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 1.9%(如表 2-1-1)。粗死亡率三年移動平均由 2013-2015 年的 15.4 人升至 15.6 人呈現些微上升趨勢；但長期來看，粗死亡率由 2005-2007 年至 2014-2016 年呈現逐年下降趨勢。

依據圖 4-7-6「1994-2016 年全國自殺死因占率」趨勢圖，可以見到「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,185 人，占率 31.5%)自 2001 年持續下降，但仍居於全台自殺方式排名第一，而「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)則排名前三名，「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)，累計至 2016 年是有逐漸上升的趨勢。而「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」則在台灣近十年中有較高比率陡升陡降趨勢，該方法於 2002 年之占率 20.7%，至 2006 年已達 33.8%，於 2016 年下降至 24.2%，明顯接近該年度上吊比例(31.5%)。

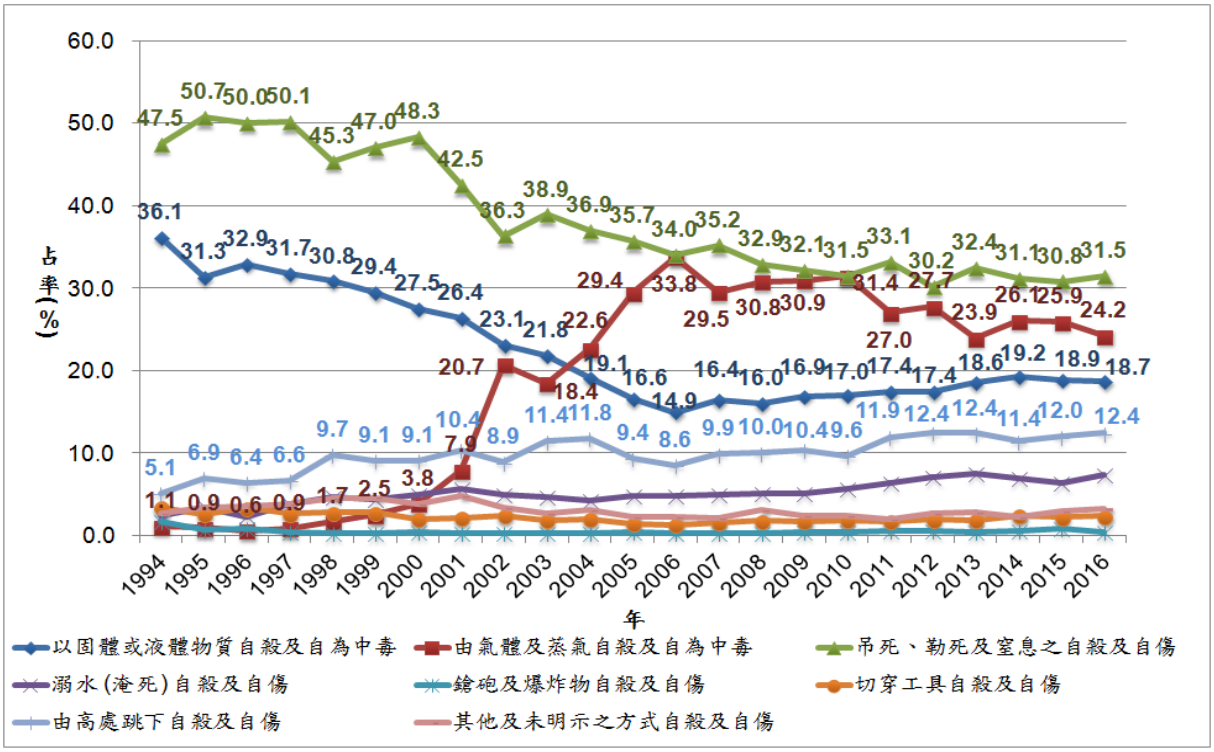


圖 4-7-6「1994-2016 年全國自殺死因占率」趨勢圖

世界衛生組織於 2014 年的《自殺防治：全球要務》中列出近 20 種自殺危險因子，可歸納出自殺是經過多重因素以及複雜的背景與成因，絕非單一危險因子可以囊括解釋。過去研究指出，曾經發生過自殺事件個案，日後再自殺之標準比(Standardized mortalityratio,SMR)為一般人的 40 倍，高於重度憂鬱症(重度憂鬱症死亡之 SMR=20)。一個人過去曾有自殺企圖與意念或者自傷行為，是已經被列入導致自殺危險因子中最顯著的因子。

回顧台灣自殺相關文獻，自殺死亡者危險因子包含精神疾病、酒精成癮、過去有自殺史，特別相異於西方在家庭女性間的糾紛。而目前亞洲國家已經設立更多憂鬱症相關資源政策，但精神疾病汙名化仍是尚待解決的一塊，減少患者害怕就診延誤病情。而就鉅觀之心理社會、文化、經濟以及地理環境因素，過去台灣本土研究就陸續發現與亞洲其他國家如日本、南韓有共同點，在於失業率有明顯相關。根據 2010 年〈台灣的自殺與失業率：人口學研究 1978-2006〉(Suicide and unemployment rate in Taiwanm a population-based study, 1978-2006)，以過去 30 年研究續列資料，成縣台灣失業率「絕對值」每增加 1%，45-64 歲男性自殺死亡率增加 4.9%。此外，常見精神疾病、鄉鎮城市、家庭收入、單親家庭比例，都明顯與自殺死亡率有明顯相關。就自殺死亡事件發生後，都有本土研究實證出名人自殺事件報導、對自殺事件方法詳盡報導都會增加模仿效應，甚至增加民

眾對於自殺的認知與新興自殺方法之流行風潮。整體而言，自殺危險因子，分布廣泛，難以透過單一決定性因子欲作防範，因此需要透過國家防治三階段策略，全面性、指標性、選擇性做整體規劃相關防治策略。

2) 目前的國內自殺防治策略

我國的國家自殺防治策略，符合當代各國自殺防治工作潮流，主要從三個層面擬定方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicatived)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。

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，建置自殺企圖個案通報關懷系統，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 2017 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。

2017 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」包含精神病人自殺與就醫之實證研究、憂鬱症病人服藥尊重性與自殺相關性之實證研究。「強化自殺防治策略」有縣市訪查、媒體聯繫會議、媒體監測、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見表 4.8.3 圖，整理出以下 11 種最常見的防治措施：(1)國家心理健康政策(2)自殺數據監控(3)限制致命自殺工具可得性(4)媒體監督與報導(5)科技與自殺防治(6)對高危險群介入關懷(7)守門人訓練(8)社區及校園自殺防治(9)後續追蹤與持續關懷(10)特定群團體(11)臨床與電話自殺防治

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 4-7-5 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
(1)國家心理健康政策	全國自殺防治中心計畫分為全面性、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社區處置策略)
(2)自殺數據監控	a. 自殺防治相關統計資料 b. 辦理自殺行為之精神病人自殺與就醫行為之實證研究以及憂鬱正併人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究 c. 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
(3)限制致命自殺工具可得性	a. 針對高樓地區、橋梁設置警告標語與安全網。 b. 控管木炭販售以上架處 c. 對深水處設立警告標誌，並針對熱點設立人員巡邏管控 d. 管理監獄與病房，並對懸掛物品挑選不易調掛之懸掛勾	a. 高樓部分仍未確實設立安全防護網，橋梁警告資訊也相對缺乏 b. 目前仍僅只有少數縣市將木炭置於櫃台販賣 c. 難以掌握跳水熱點區域，以及人員配置 d. 多數上吊發生於家中及社區，需持續增加家庭成員對自殺議題的敏感度
(4)媒體監督與報導	a. 每日媒體監測：針對每日四大報導蒐尋，若有不恰當不符合六不六要之報導新聞，做規勸下架，並於年末進行資料彙整與趨勢分析，提出相關因應之策略建議。 b. 年度新聞媒體聯繫會議 c. 不定時辦理記者會與媒體拜會聯繫媒體與發放新聞稿 d. 製作自殺新聞媒體報導指引教	a. 表揚優良自殺報導 b. 重大事件及時投書回饋給予建議去除汙名化報導 c. 針對媒體報導製作指引內容 d. 目前尚未針對網路媒體建立相關因應措施

	材 e. 「自殺事件報導媒體諮詢」Line 群組 f. 每月蒐尋監控「教唆自殺網站」交由 iWIN 做下架	
(5)科技與自殺防治	a. 心情溫度計 APP 推廣 b. 透過「網路成癮與身心健康調查表」提供進一步諮詢 c. 社群網站 Facebook 之推廣	宜持續於各縣市基層社區宣傳推廣 APP，包括偏遠縣市、各級學校有關人員、社區大樓管理委員會、長期照顧機構人員等
(6)對高危險群介入關懷	a. 自殺通報系統，輔助自殺關懷訪視員訪視作業，針對通報系統功能增修建議。 b. 協助八仙塵爆個案關懷訪視服務 c. 針對離婚群擬定關懷專案	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
(7)守門人訓練	a. 辦理第一線專業人員之自殺防治之守門人訓練 b. 自殺關懷訪視培訓 c. 特定自殺方法之防治教育宣導與守門人培訓：如農藥管理人員(巴拉刈)、學校(教職員、學生) d. 中心手冊編撰：《政府跨部會自殺防治手冊》、《關懷訪視員教育手冊》	宜持續強化校園、社區、醫療之專業人員之自殺防治實務訓練，以及守門人基礎教育宣導，包含一應二問三轉介、通報單位溝通連結
(8)社區及校園自殺防治	a. 針對高危險縣市做訪查 b. 服務學習之推廣自殺防治	強化各縣市校園、社工人員的心理健康，促進情感表達照護服務的教育推廣相關訊息
(9)後續追蹤與持續關懷	a. 「畢業後一般醫學訓練」課程 b. 自殺通報系統	加強通報訓練與通報單位之溝通聯結、通報系統改善問題
(10)特定群團體	a. 翻譯警消人員 WHO 策略文章 b. 學習網設立不同群教學關懷影片	針對特定群團體之具體自殺防治措施，尤其跨部會處置模式(例如結合衛生、社教機構)仍待研擬

(11)臨床與電話自殺防治	設立安心專線、衛福部電話專線	電話線與人力不足，缺乏完備制度，造成經驗上傳承出現落差，而人力上的不足也難以全面性協助需要求助之民眾

從表 4-7-5 可以看到我國的自殺防治策略措施是符合國際策略與趨勢。其中部分項目項是「社區及校園自殺防治」的防治策略，是以「青少年心理衛生與自殺」、「老人心理衛生與自殺防治」手冊編撰為主；部分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，除了在木炭上增設警語標章，還可以將木炭改為在櫃台處設置販售區，並持續針對販售店家、店員做珍愛守門人訓練；而上吊部分除了可以對於懸掛部分設計無法做一定重量之吊掛，並調整移除懸掛點，並於醫療空間或監獄中的配備事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應。另外除了以上 11 點常見的項目外，但也提到重視的項目：強化政府與民間之間的連結，目前各縣市除了心衛中心設立自殺防治機構外，更有「張老師」專線可以協助做線上諮詢，但對於大多數民眾之需求仍是供不應急，且資訊的推廣仍有待加強。

前面所做的文獻回顧《Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews*》也指出亞洲地區的自殺方法是越來越激烈，但自殺防治占國家社會福利預算編列則是越來越偏低，線上諮詢人員多為約聘或志工人員居多造成人力上的缺乏、技能也難以延續，此外對於媒體報導自殺事件，也尚未有明顯且強制規範，造成自殺事件報導泛濫，且圖片與自殺現場影片居多，促使模仿效益產生。而多數文獻《Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda》研究則說明降低自殺工具的可得性的確能夠有效降低自殺事件發生，像是於高處建築物、橋梁設置安全防護網、避免於媒體宣導自殺方法，並試圖研擬減少向危險群提供藥量，即使一次全部服用也不會造成嚴重危險，可能阻止死亡，並減輕企圖自殺的嚴重性。我國目前有針對禁止劇毒農藥、針對熱點自殺熱點做巡邏、設置安全監獄與病房中懸掛物，並結合媒體與政府力量提供救助資源等措施及介入方式。同樣的從限制自殺工具文獻《Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention》也不斷驗證限制致命自殺工具取得是少數有證據顯示有效之防治策略。這也意味我國自殺防治策略除了需要結合國外自殺防治策略、與趨勢以外，也需要針對在地化分

別以不同年齡層、性別擬定不同之自殺防治策略。

最後自殺防治策略,除了需要與時俱進與科技結合以外,更需要定時、長期的透過官方與非官方組織穩定介入，才能達到降低自殺率之原則。

6. 結論

自殺防治工作需要各層面領域之互相結合，不論是政府、民間、衛生機構、非衛生機構等在自殺防治上都扮演一定的角色，因為自殺本身就是多重且複雜因素造成的事件，這也說明防範自殺事件的困難點，不但難理解引發「自殺」危險因子、保護因子、介入策略與方式，對於實際成效，往往難以透過實證研究類推與驗證，因此以完善的整合與協調各機關單位之資源，才是推動自殺防治之主要態度。

本中心懷抱「他山之石，可以攻玉」的精神，主要以國外近兩年最新的自殺防治文獻、世界各國關於自殺方法或工具的研究與防治策略，共蒐集 97 篇，以了解自殺防治、自殺工具在世界各國領域經驗，幫助了解危險因子與保護因子、有效介入策略、如合整合資源在關鍵時刻進行轉介、自殺防治指引之防範措施。這些蒐集之文獻顯示我國自殺防治策略、自殺工具防範，符合世界自殺防治現況與趨勢。中心並在蒐集資料後，彙整並提出符合我國採用之建議。

此外，針對這次的文獻蒐集與策略規劃，中心制訂一套系統性的文獻搜尋與管理方式，以提升文獻蒐集與管理的效度(品質)與信度(標準)。期待能透過文獻瞭解世界各國近年在自殺防治領域的發展，彙整有效的介入方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢等，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告

一、背景 (Context)

自殺防治是全球公共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)指出全球每年有超過 80 萬人死於自殺，平均每 20 人就有一位企圖自殺者，亞洲國家占全世界 60%的自殺議題，臺灣自殺率從過去 1995 年至 2009 年 7.6%增加至 17.6%，日本則在亞洲金融風暴後自殺率從 1995 年至 1997 年 17%增加到 24%，因此，自殺是全球性的議題，在不同區域的自殺問題、資源分配與社會經濟背景上有極大的落差。

然而日本在 1996、1997 年戰後自殺潮，自殺死亡率在 50%以上，因而日本於 2006 年設立「自殺對策基本法」，強調自殺是一個重大的社會議題，應該以社會的方式介入，宣導「自殺防治，人人有責」的觀念，促使日本在 2009、2010 年自殺死亡率開始下降，並於 2015 年開始，自殺死亡人數下降至每年三萬人以下。

自殺行為的複雜性所造成的影響不容小覷，也絕非單一因素造成，在地的多元文化、經濟、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺的風險，仍需密切注意。在自殺率方面，各國趨勢上均有不同，顯示出自殺防治是需要以國家作為領導統籌者，擬訂全面性的策略方針才能有效達到結果。國家政策的擬定需要整合衛生福利部門、民間地區組織、社區、媒體力量，共同推動自殺防治策略，為因應臺灣自殺現象中的變與不變，從其他在自殺防治工作上有顯著成效的國家進行標竿學習是相當重要，因此，了解各國在自殺防治工作上之相關策略是不可或缺的一環。其次，自殺防治預算需要整併進入衛生健康中做編列，特別當有精神疾病史者更容易造成自殺行為的發生，若能夠在早期篩選及管控，更能確保民眾受到良好的照顧、滿足其需求以減少自殺意念。

因全國自殺防治中心於 2011 年與日本自殺防治中心代表 Yoshitomo Takahashi 教授，Takashi Yamauchi 研究員與韓國自殺防治學會理事長 Kyooseob Ha 教授皆出席大會，分享日、韓經驗，並於會中簽署三邊合作意願書，以促進日後三邊之交流，強化並促進自殺防治之經驗交流、學習與研究，促進與國外自殺防治組織之交流與經驗分享，期望能參與國外舉辦之國際自殺防治研討會，以利交流分享，以及鼓勵學會之專家學者能進

行更多的研究報告並發表於國際期刊，提昇臺灣的國際能見度。

綜合上述，由於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，以確保能走在正確的道路上，考量日本自殺率有逐步下滑之趨勢，因此將特別針對其國家策略《自殺政策白書》進行翻譯與彙整，其中詳細記載了「自殺總合對策大綱中各項政策施行情形」做為日本該年度的自殺防治策略與措施之報告，參考值得我國採用之策略與具體措施，並與國內自殺防治策略做比較，以供我國中央與各縣市衛生局參考及運用，並於衛生福利部舉辦專題演講一場。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1)蒐集並彙整日本近年出版《自殺防治白書》與相關文獻。
2)安排翻譯日本相關文獻期程。
3)安排演講相關事宜、邀請講師及確認場地。
4)比較日本 2015 至 2017 年 3 年自殺防治政策大綱。
5)協助講師完成演講相關資料。
6)逐步將翻譯完畢之日本相關文獻以三大指標加以整理並和臺灣自殺防治政策做比較。
7)將針對國外自殺防治策略文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃之專案，於衛生福利部辦理專題演講一場。
8)於活動完畢後撰寫成果報告及逐字稿。

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、社團法人臺灣自殺防治學會、臺大醫學院圖書館、前司法院院長秘書陳瀅光小姐。
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. 翻譯文獻

1)2017 年 7 月 27 日將 2015 年至 2017 年日本《自殺防治白書》利用電子郵寄的方式寄給前司法院院長秘書陳瀅光小姐，協助翻譯。
2)2017 年 7 月 31 日陳瀅光小姐協助翻譯 2016 年至 2017 年日本《自殺防治白書》完成。
3)2017 年 8 月 7 日完成 2015 年至 2017 年日本《自殺防治白書》翻譯。

2. 專題演講期程

表 4-8-1、專題演講期程表

時程	執行項目
6 月	1. 持續辦理每週文獻討論會議，並彙整每週報告文獻摘要。 2. 仿效去年與韓國合作農藥自殺防治策略之模式，向日本川野健治教授請教日本最新的自殺防治策略。
8 月上旬	1. 蒐集並彙整日本近年出版《自殺防治白書》與相關文獻。 2. 安排翻譯日本相關文獻期程。 3. 草擬演講相關安排、邀請對象、場地確認等事宜。 4. 逐步彙整翻譯完畢之日本相關文獻。
8 月下旬	1. 完成演講講義，確定邀請對象與講師，並送部備查。
9 月	1. 協助講師統整及蒐集講座相關資料。
10 月 20 日	1. 於全國自殺防治中心進行組內報告 2. 進行日本相關文獻以三大指標加以整理並和臺灣自殺防治政策比較。
10 月 27 日	1. 辦理專題演講。
11 月	1. 於活動完畢後撰寫成果報告。 2. 撰寫逐字稿與統整。

3. 演講事宜

1)2017 年 9 月 11 日邀請全國自殺防治中心廖士程執行長擔任講師。

2)2017 年 10 月 20 日中心同仁於全國自殺防治中心會議室進行組內報告。

4. 專題演講

1)2017 年 10 月 27 日於衛生福利部辦理「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1)2017 年 10 月 27 日 10:00-12:00 於衛生福利部 203 會議室辦理「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」，主席為衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長，主持人為李明濱計畫主持人，專題演講者為廖士程執行長。

2) 出席人員

(1) 當日出席的長官及貴賓如表 4-8-2。

表 4-8-2、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
	張雍敏	副司長
	詹金月	科長
	張冠偉	科員
全國自殺防治中心	廖晃聖	研發替代役
	吳懿庭	駐署專員
	李明濱	計畫主持人
	廖士程	執行長

3) 講座進行及討論

(1) 致詞

a. 衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長致詞

儘管日本自殺率高，但其近年自殺率快速下降，有一些做為可供參考，藉此以了解日本在自殺防治上的策略，以及有哪些做法值得臺灣借鏡及參考，若有機會希望能讓行政院及衛福部長官了解別的國家在自殺防治上的做法。

b. 全國自殺防治中心李明濱計畫主持人致詞

臺灣在 2005 年設立自殺防治中心，當時以全球化的思維做為規劃，並瀏覽全世界各國自殺防治策略，以擬訂國家自殺防治策略，並在成立的第一年就拜訪美國社區心理衛生中心最具代表性的地區性單位，在過去六年來，臺灣和日本、韓國都有聯繫，日本有許多經驗和臺灣類似，值得臺灣學習，由於日本的資料多以日文為主，因此很感謝賴浩敏前司法院院長的秘書陳瀅光小姐協助翻譯「自殺防治白書」。

(2) 專題報告

a. 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

b. 摘要：

a) 日本自殺問題近況

圖 4-8-1 為 1994 年到 2016 年目前部分亞洲國家標準化的自殺死亡率。臺灣是藍色的折線，日本是紅色的折線，從 1996 年到 1997 年，對於日本在自殺防治上面是一個巨大的挑戰，因為自殺死亡率瞬間上升大約 50%，發現與日本當時戰後自殺潮有關，並在 1997 年後長達 10 多年處於一個高自殺死亡率的階段。

在 2009 到 2010 年之後，日本的自殺死亡率逐漸的下降，從 2015 年起，日本一年當中自殺死亡人數首次下降到 3 萬人以下。在亞洲四小龍裡，南韓自殺率最高，不過南韓從 2010 跟 2011 年也有下降的趨勢。相比之下，臺灣最近三年開始有微幅上升的趨勢，且上升的人口結構跟臺灣過去 10 年有些不同。

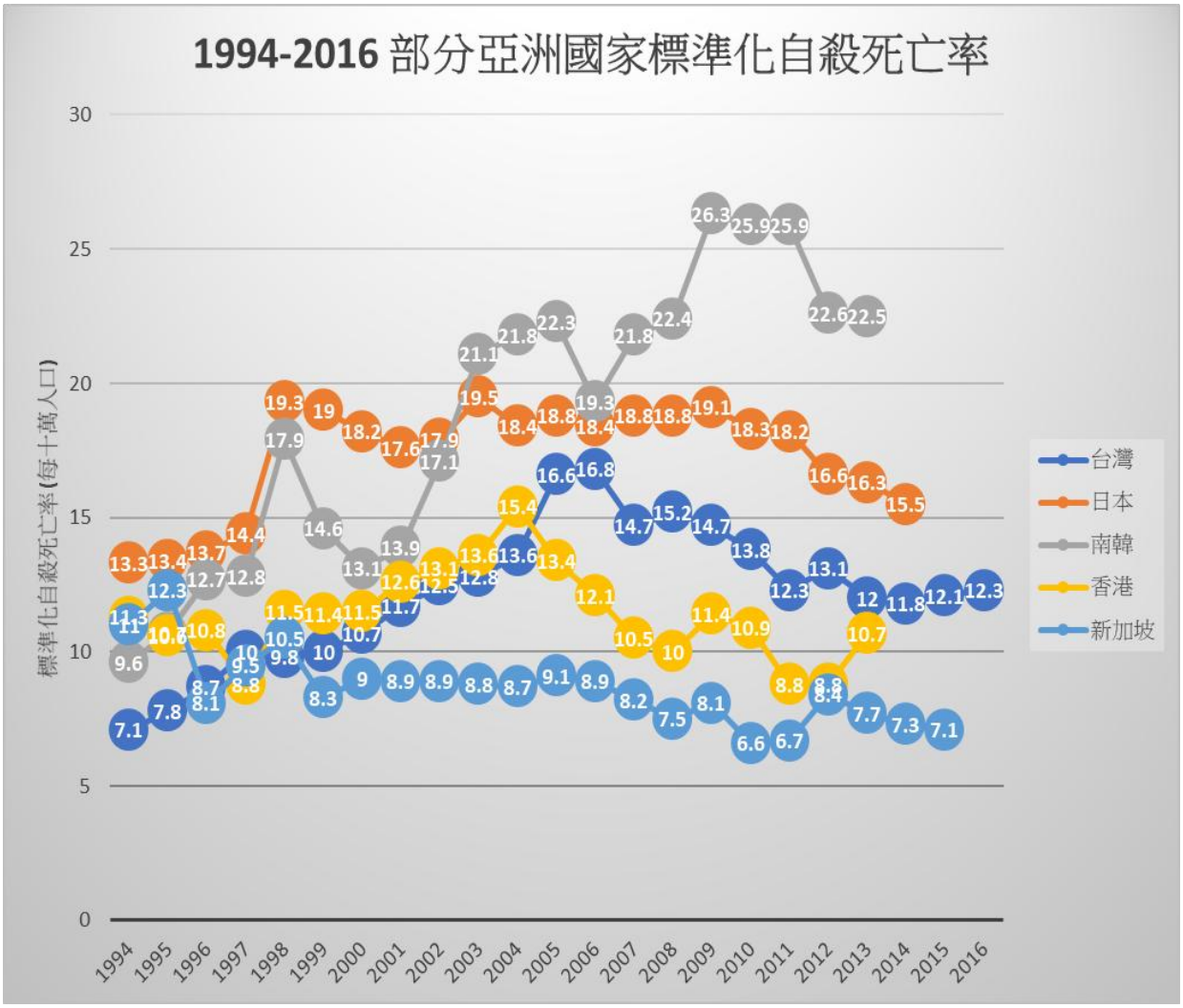


圖 4-8-1、1994 年至 2016 年亞洲國家標準化自殺死亡率

如圖4-8-2，粗線是1998到2000年日本自殺死亡率暴增的年代，細線是1989年到1995年自殺死亡率相對較低的年代。藍色的線代表男性，紅色的線為女生性，x軸為年齡，在1997到1998年自殺死亡率最高年齡層為退休前男性，並且形成一種趨勢，持續至今。日本會有這樣現象，其實和日本當地文化相關，在日本文化裡自殺相對是被容忍且尊重的，加上武士道精神代表看透死亡，在法律上面亦沒有一個相抗衡的力量。

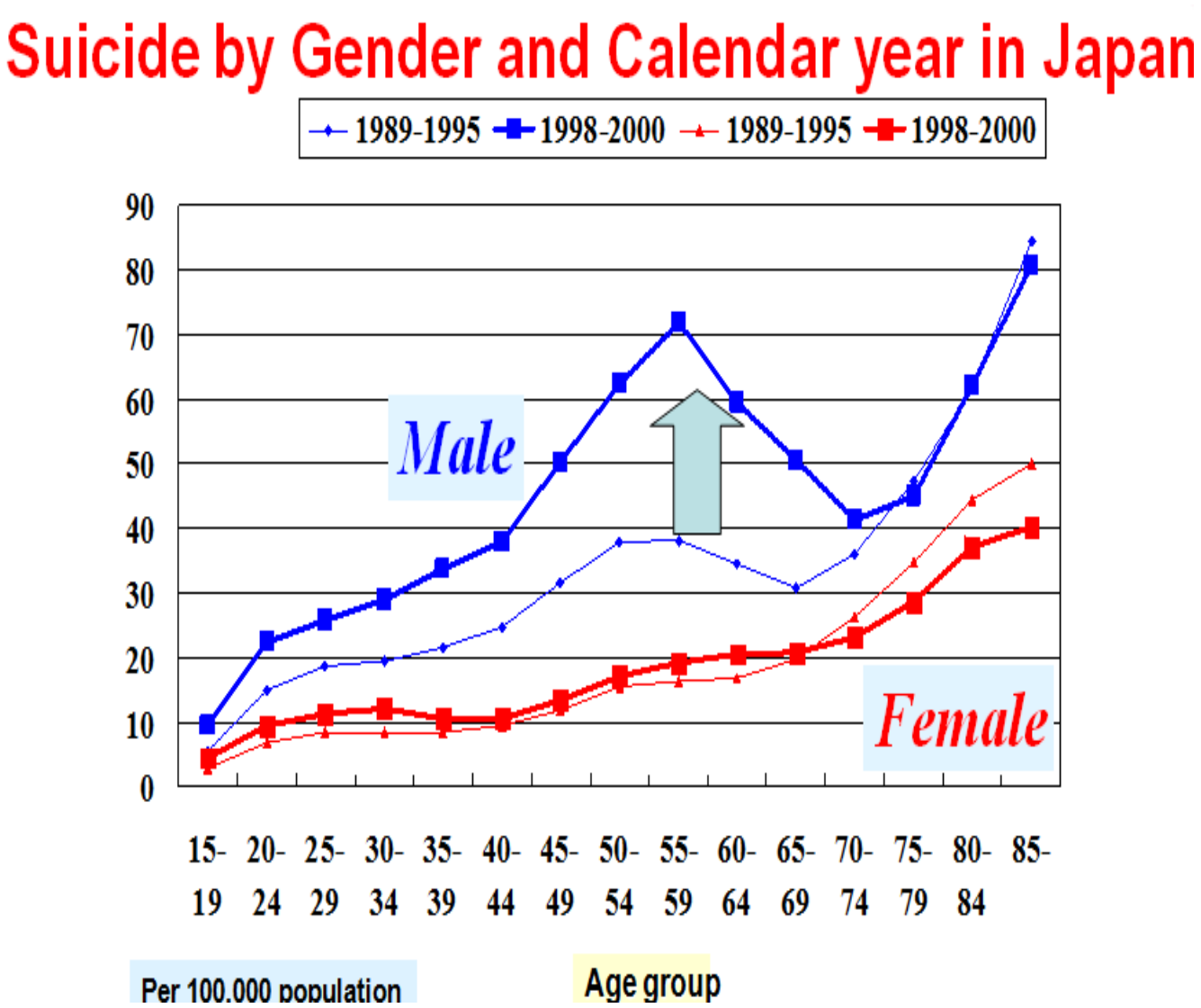


圖 4-8-2、1989 年至 2000 年日本自殺死亡率

日本自殺率及失業率如圖4-8-3。藍色折線為自殺死亡率，紅色折線為失業率，1997、1998年到2000年失業率大幅上升，導致日本自殺率上升的因素除了文化之外，推升自殺率最重要的原因，是日本的失業率，日本近年的失業率下降，所以自殺死亡率也下降。

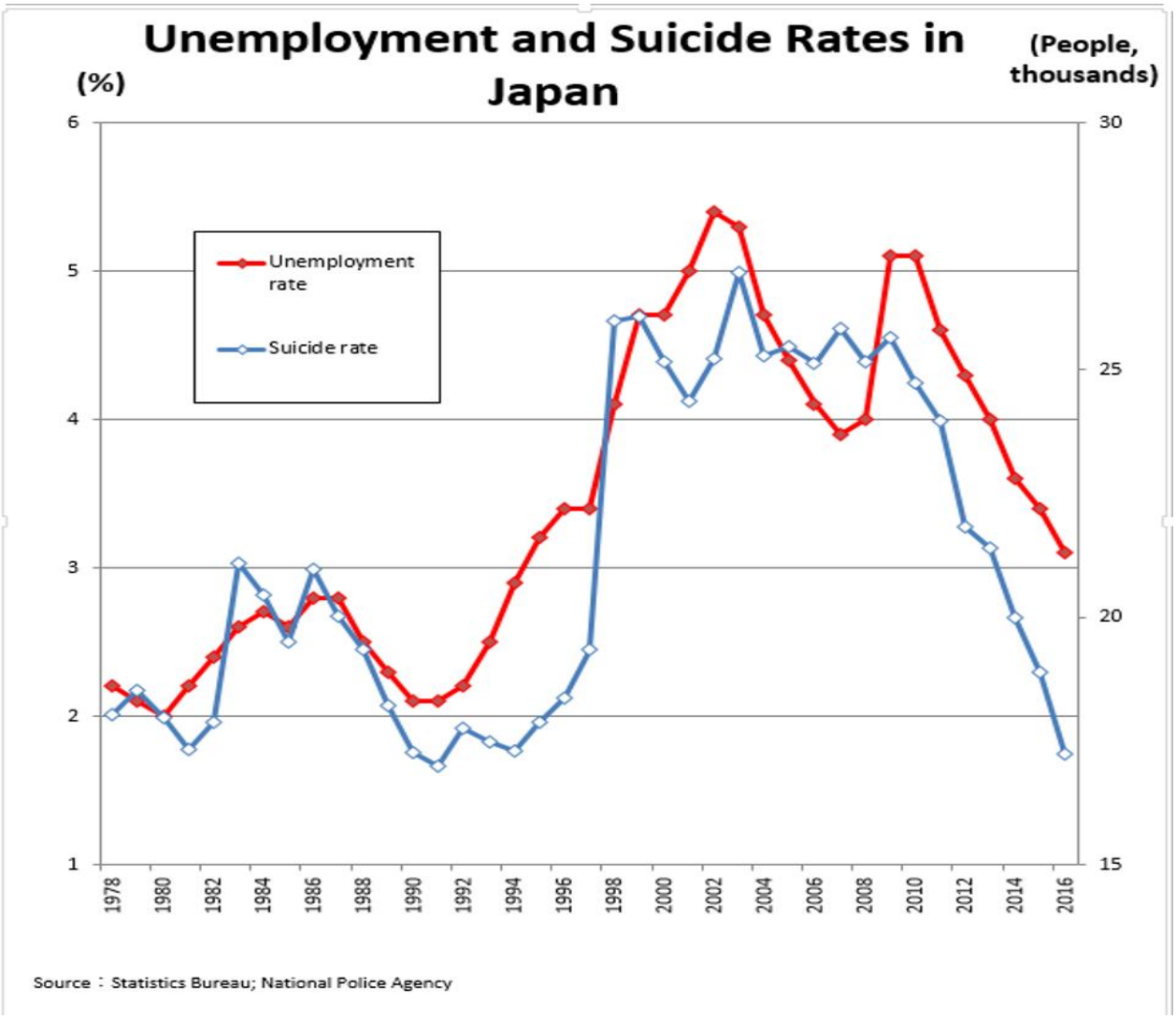


圖 4-8-3、日本 1989 年至 2000 年自殺率及失業率

b) 日本內閣及臺灣部會對照

日本屬於內閣制，裡面包含許多部會，和臺灣相對照，可以看圖4-8-4與圖4-8-5，其中日本較特別的地方在於有個復興廳，是日本在311大地震之後為因應災後重建問題所成立的，類似臺灣在921大地震之後於行政院成立之委員會。

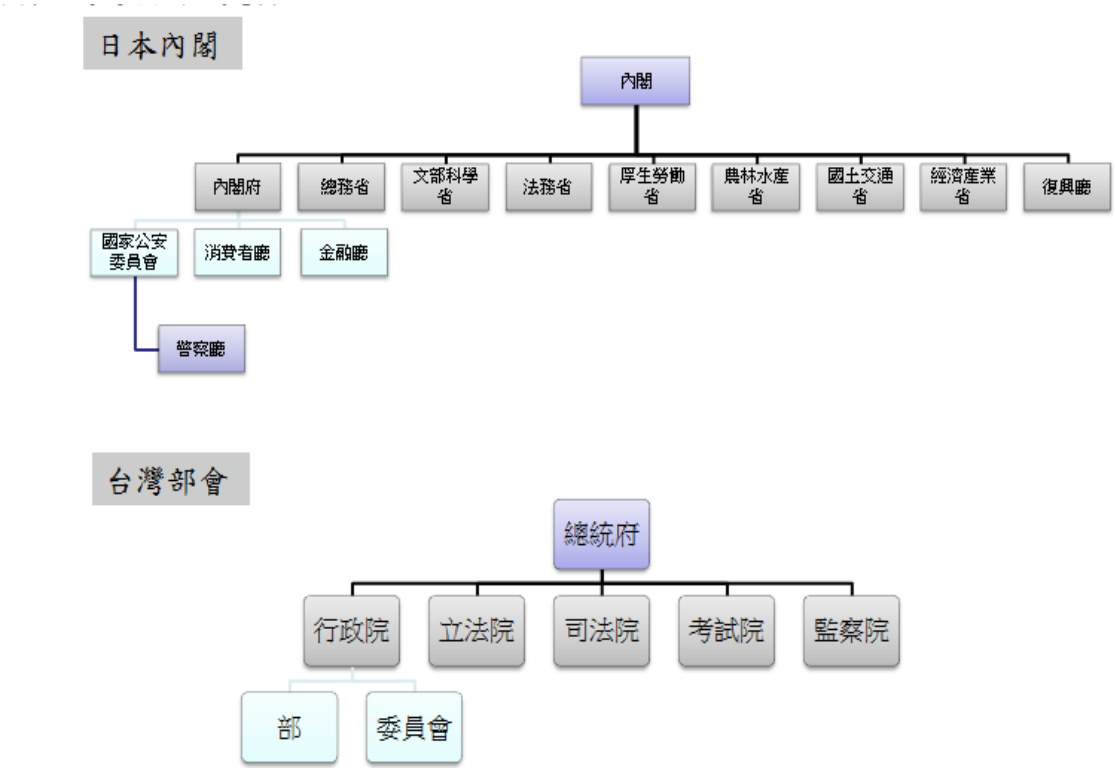


圖 4-8-4、日本內閣組織圖及臺灣部會組織圖

日本內閣及台灣部會對照表

日本內閣	台灣部會
內閣府	行政院
國家公安委員會	國家安全局
金融廳	金融監督管理委員會
消費者廳	消費者保護會
總務省	內政部
文部科學省	教育部
法務省	法務部
厚生勞動省	衛福部與勞動部
農林水產省	農業發展委員會
國土交通省	交通部
經濟產業省	經濟部

圖 4-8-5、日本內閣及臺灣部會對照表

c) 2017 年日本自殺總合對策大綱中各項政策施行情形

(a) 了解自殺實態之措施

- 自殺實態調查之實施：日本在 2016 年發表地區自殺的對策實施的一個案例，地區推動內容像標竿取捨概念。2016 年至 2017 年變化從中央開始到地方。臺灣每年電話訪查部分呈現相關的內容。
- 情報提供等之充實：日本自殺防治工作為內閣層次，由內閣主持系統，從 2016 年開始建立，由上而下整合強。
- 自殺企圖者、遺族等實態之調查及其支援對策之推動：強化各地區自殺企圖者遺族資源之機制，自殺企圖者遺族資源的推進為中心，成立推進室，依據地區特色檢討時態，強調道府之具體資源方案從中央到地方間的落實，加強民學官資源的合作機制。
- 學童自殺防治調查之推動：持續的關切學童自殺特徵傾向，學童自殺防治相關調查研究應有的概念實施調查研究。
- 憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術之開發：由中央經費補助款，疾病障礙對策研究向下。
- 善加活用既存資料之對動：每月警察廳提供之都道府市町村分類自殺者之生前居住地、發現地與自殺防治製作地區自殺基礎資料。臺灣可向日本借鏡如何讓地方的局處能夠第一時間掌握第一資料，能夠立即的對應。

(b) 呼籲國民人人注意及守護之措施

- 實施自殺防治週、自殺對策加強月：與臺灣類似跟世界同步，自殺防治日活動等，與世界接軌。日本的自殺防治週 9 月 10 日至 16 日及自殺對策加強月 3 月，自殺率在 4、5、6 月較高，若能在 3 月有相關的活動，對後來三個月的自殺高峰會有幫助。
- 學童自殺防治教育之實施：促進青少年適度使用網路，製作給保護者及業者之普及宣導資料，並公開之。另外，由總務省、文部科學省所謂的教育部及通訊相關團體等合作，舉辦以孩童安全、安心使用網路為題，以保護者、教職人員及學童為對象之宣導講座並透過自殺防治教育課程「GRIP」教導兒童如何求助與尋求幫助。與臺灣最大的不同是，教育部部分，反霸凌相關對於學童自殺防治的內容，在自殺防治的概念下被實施與執行。
- 憂鬱症相關知識普及之推動：於厚生勞動省的網站、衛福部的網站「精神衛生總和篇－心靈保健」中介紹有關於正確了解憂鬱症精神疾病治療方式等。在臺灣，衛生福利部有最新、針對各種精神疾病衛教資料。

- 自殺與自殺有關現象之正確知識之普及:為去污名化、擴大民眾參與，日本法務部人權擁護機構為宣傳反性傾向歧視、反性統一性障礙歧視製作相關的手冊，並且實施分發宣傳手冊、宣傳活動；在臺灣相關的關注也越來越高。

(c) 以早期因應為中心之人才培育計畫

- 門診醫師對於憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術之提升：對非以精神科的專業醫師等實施「住院醫師等心靈健康對應能力提升研修」，以提升其診斷憂鬱症之能力。
- 教職員普及宣導之實施：透過各種會議將「想傳達給孩童的自殺防治」、「孩童自殺發生時之背景調查指針」之改訂版、及「孩童自殺等實態分析」公告周知予教育委員會、學校等。以各教育委員會等之學生指導負責人、校長、教務主任等管理職為對象，在全國各地區召開學童自殺防治普及宣導協議會，同時與獨立行政法人日本學生支援機構合作，包含自殺問題學生心理輔導，實施促進大學等教職員理解及修習正確知識之措施。
- 地域保健人員及產業保健人員資質之提升：日本在自殺防治總合對策中心實施地區自殺對策推動中心相關研習。另外，對於產業保健關係人及各地區自殺企圖者、自殺遺族有關之民學官人士，實施素質提升研習。
- 介護支援專業人員研修之實施：實施介護支援專業人員素質提升之研修。
- 民生委員、兒童委員研修之實施：厚生勞動省實施使之具備單位民生委員、兒童委員協議會會長，有必要引導有利的研習，中堅民生委員針對特定群的福利或福祉安全的一些委員會須做相關的一些內容，誇大自殺防治的概念跟民眾有關的一些組織擴展相關的內容和能力等。
- 合作計畫協調人才養成之充實：強調培育促進各地區相關機構、民間團體、專家、守門人以及負責相關人士間合作協調的人才，目前臺灣應思考如何體系之間怎麼樣有個好的鏈接，自殺防治網網相連。
- 社會性原因諮商人員資質之提升：包括自治團體人才之研習、因應心理問題、心理輔導相關資訊之多重債務者諮商指南，特別是著重在多重債務者諮商指南。對金融服務利用者諮商室之諮商人員實施影片在教學，內閣府製作注意心情的指標守門人養成研習 DVD。
- 對應遺族之公職人員之資質之提升：指導從事自殺者、自殺者遺族、

自殺企圖者等相關業務的警察人員，應以適切態度對應遺族等，避免不當傷害自殺者之名譽、自殺者遺族、以及自殺企圖者之心情。臺灣全國自殺防治中心對警察、消防人員亦有類似相關訓練。

- 研修資材之開發等：推動地域階段自殺總合對策，開發以自殺總合推動中心為出發點，將地域自殺總合對策類型化的政策懶人包，做為研修資材，加以活用。
- 對從事自殺對策者實施心理輔導之推動：在自殺總合對策推動中心所實施之研修中加入許多關懷從事自殺對策業務人員心靈健康之相關事項。
- 各領域守門人培育事業之促進：於 2017 年自殺防治週 9 月 10 日至 16 日及 2017 年度自殺對策加強月呼籲對於需要守門人的團體給予協助。

(d) 推動健康心環境之措施

- 職場精神衛生對策之推動：過勞死的防治推動法，及過勞死的防治大綱,還有實行細則等內容結合。採取調查研究,加強宣傳諮商機制，對民間團體活動給予支援過勞死防治相關對策。道府縣勞動局，實施從上而下監督，由全國產業保健總合支援中心做連接，另外在上班族精神衛生入門網站－心靈之耳中，提供精神衛生相關資訊，聚焦上班族精神衛生入門網站。另外，因精神健康不佳及過勞導致健康障礙者的熱線電話－心靈熱線的運用。
- 地域推動建構心靈健康之體制之健全：在自殺總合對策推動中心實施以自治團體、精神保健福祉中心職員為對象之研修之同時推動相關機關間互相合作之體制。因應日本高齡化部份，強調如何運用山村地區本身的特性，提升高齡者的生存價值，對於特用林產務之生產基盤等生產環境建構給予支援建全，在地的老化跟當地的產業結合，讓老人家在鄉村有生存價值的部份。
- 學校推動建構心靈健康之體制之健全：補助經費，設置校園諮商人員及校園社工，使校園諮商體制更為充實。臺灣需思考校園諮商體制如何順暢轉介。
- 大規模災後受災者心理輔導及生活重建等之推動：為處理避難長期化及受災者分散化等,除確保推動守護活動所必要的諮商人員及復興支援人員外，以對受災者實施心理重建以建構生存價值、實施彈性支援使災害公營住宅形成社區、整合受災者支援來源及創設總合交付金等總合對策為本，與受災者相關自治團體及相關團體合作，與政府成

為一體，共同支援受災者；消費者廳宣導放射性物質之正確理解，如幅射農產品的問題。

(e) 即時接受適切精神科醫療之措施

- 精神科醫療人才培育等精神科醫療體制之充實：推動中心實施培育精神科醫療人才所需的各種研習課程。
- 憂鬱症就診率之提升：針對非精神科專業，實施以提升憂鬱症診斷能力為目的之門診醫師心理健康因應能力;臺灣因健保關係需較長時間推動。
- 健全兒童心理診療體制之推動:強調為廣泛因應各式孩童心理問題，都道府縣域之據點醫院為中心，以地區醫師為中心，實施由醫療機構及保健福祉機關合作的支援事業，如孩童心理診療網事業。
- 憂鬱症健檢（Screening）之實施：持續推動，為有助於有憂鬱症疾病疑慮者早期發現，提高高齡者介入護預防、有助其參與社會活動之多樣化的管道等順應地區實態，有效果、有效率的介護預防措施。
- 針對憂鬱症以外精神疾病高風險群之措施之推動：酒精健康障礙對策推動基本計畫，針對防治酒精成立「酒精健康障礙對策基本法」，於酒精相關問題宣導週召開座談會等,包括自殺等酒精相關問題實施宣導；在臺灣國衛院有個整合的計畫，為物質濫用的部分，應思考如何與自殺防治做結合。並以精神醫療及精神保健相關人士為對象，實施研修課程，使得以適切因應憂鬱症以外之精神疾病。
- 對慢性病患者之支援：利用地域醫療介護總合確保基金，對提升護理人員資質之相關研修，提供財政支援。

(f) 透過社會活動之自殺防治

- 地域諮商體制之充實及支援對策、諮商窗口之訊息以簡單明瞭的方式發送：活用地區自殺對策緊急強化專用款，充實全面性支援諮商等地區諮商體制，利用專用的款項及單一窗口來實施 24 小時的免費自殺防治諮詢；並支援可連結具體解決方式之電話諮商事業，而在臺灣亦有安心專線的服務，如何將撥打諮詢專線的個案轉介，是一項重要的事情。
- 多重債務諮商窗口之健全與安全網（Safety Net）融資之充實：日本在自殺防治上對於金融債務方面也很重視，負責廳包含：金融廳、消費者廳、厚生勞働省；在支援上給予資金、資源及諮商。
- 失業者等諮詢窗口之充實等：失業率是造成日本自殺死亡率變動的一項重大因素，透過 Hello Work（相當於臺灣勞動部職訓局支機構）

提供詳細職業諮商等，以及使早期再就業之各種支援；特別針對因心理問題導致無法求職者，給予支援；另外針對全國各地年輕無業者，年輕群失業率跟年輕群自殺死亡率逐漸上升有某部分的關聯，因此日本在全國各地設置針對年輕無業者所設置之地區支援據點之地區少年支援站，並透過個別專業諮商及溝通訓練。

- 經營者諮詢窗口之實施等
- 為解決法律問題而提供之相關訊息之充實：透過網路廣告及分發手冊摺頁等，提升司法扶助機構的認知以及業務內容的理解。針對法扶會的機構，做一些跟自殺防治內容相關的連結；另外在災區的部分，持續相關機構合作協力就自殺問題舉辦諮商會；與消費者廳、地方自治管理合作在受災地區臨時派出所內，實施由司法書士、社會福祉士、社會保險勞務士等共同組成一站式總合諮商會，類似一個高風險平臺的概念，司法書士類似法務人員，社會福祉士即社會工作人員，社會保險即勞保局、健保局的一些相關專業人員。
- 危險場所、藥品之規定及管制等：厚生勞働省針對毒品及化學藥品的部分，要求自治團體及業者團體向一般消費者販售時之自律，呼籲大家要做守門人，對於使用目的及數量有疑慮之購買者，均要求業者向警察機關通報，像買氦氣。國土交通省針對鐵道部分，開發新型閘門（防跌落）；另外，警察廳則致力尋找有自殺疑慮之失蹤人口。
- 網路提供自殺相關情報對策之推動：因為年輕世代自殺死亡率上升，與網路有較大的關係，為了促進青少年適切使用網路，製作給保護者之宣導資料並公開，教導父母親如何協助小朋友使用網路。另外實施青少年網路使用環境實態調查；並繼續支援適切運用規範條款，同時設置違法有害情報諮商中心，維護其營運，相對之下，臺灣 Iwin 實施較好。在教育部的方面，為保護青少年遠離網路上之有害環境，推動可與保護者及青少年直接互動之宣導教育活動；經濟部的部分，管制商業行為、廣告分級，繼續普及理想分級方法判斷基準。另外警察廳對於網路上之自殺相關資訊，由都道府縣警察委託網站管理員予以刪除。
- 對於網路上自殺預告事案之因應：即自殺直播的問題，內政部繼續支援適切運用規範條款，同時，設置並管理違法有害情報諮商中心；警察廳對於網路上之自殺預告事案，都道府縣警察接獲電信業者、報案者提供之發信者情報後，實施自殺預防措施。
- 介護者支援之充實：將服務範圍擴大至照顧者，亦包含居家看護等，

提供短期入設施生活介護及通所介護之介護保險給付,即一種短期臨時的日間照護。另外，以地區總括支援中心職員為對象，實施研習課程,以及舉辦介護教室與介護者交流會做為地區支援事業中家族介護支援事業之一環。

- 遭霸凌孩童之自殺防治：製作一些兒童適宜的衛教資料（例如：兒童人權 SOS 小紙條），教導家長如何去面對霸凌問題，及架設兒童專用的「網路人權諮商受理窗口」、「兒童人權 110」。
- 受虐兒童、性犯罪、性暴力受害者援助措施之充實：對於被害人提供精神科的支援、諮商專門職責的負責事業的研習，還有民間被害者支援團體辦理諮商業務,委託民間被害者支援團體辦理性犯罪者被害援助的一些業務，以及持續考察、實施，並考量被害人的心情，傾聽及陳述。另外，為援助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體等辦理促進地區相關機關與團體間合作之措施。
- 貧困者援助措施之充實：在 2017 年日本依據「貧窮者自立援助現況相關論點整理」，檢討貧困者自立援助的制度。
- 將世界保健機關指南周知予報導機關：由自殺防治總合對策中心以媒體為對象，實施媒體會議；並在自殺防治總合對策中心推廣世界保健機關指南。

(g) 預防自殺企圖者企圖再度自殺之措施

- 急救醫療設施之精神科醫師診療制度之充實：改善 209 個急救中心之精神科醫師診療制度;另外由自殺防治總合對策推動中心對急救醫療設施之精神科醫師之醫事人員之研習，給予協助，針對診療自殺企圖者的精神科醫師，提供一些專門的教育。
- 給家人等近距離守護者之支援：由於自殺企圖者的主要照顧者承擔很大的壓力，日本特別注意主要照顧者的服務需求，因此由自殺防治總合對策中心辦理研習、事業專案之方式為之。

(h) 充實支援遺孤者之措施

- 對遺族自助團體等之營運給予支援：活化民間的力量，政府設置一個標準或支援的過程,利用地區自殺對策緊急強化專用款支援自殺遺族集會之營運；此外，召集其父母因過勞致死之孤兒等，透過活動使其身心獲得紓解，實施以孤兒及其保護者為對象之諮商「過勞死孤兒交流會事業」。另外,自殺防治總合對策中心發行自殺遺族支援指南，諮商人員用修訂版，在心理學解剖檢查調查過程中，為確實提供遺族情報，成立 CSP 自殺遺族支援網，即在做心理學解剖檢查或法務部

的驗屍過程中，協助遺族連結相關的服務。

- 促進學校、職場的事後因應：依據學童自殺背景實施相關報告，將必要事項向教育委員會等公告周知；在職場部分，厚生勞働省透過上班族精神衛生網的心靈之耳，將載有自殺發生後職場的即時因應指引公告周知。
- 推動對遺族等之情報提供：以地區自殺對策緊急強化專用款，支援製作手冊給遺族，手冊內載有各地區諮商處、自助團體之聯絡方式。

(i) 強化與民間團體合作之措施

- 對民間團體人才培育之支援：強調「地區」自殺對策緊急強化專用款與民間團體人才培育，例如民間的一些團體，我們給予補助，另外厚生勞働省要對於由自殺防治總合對策中心收集國內外情報，透過 Web 網站發表為之。對提供自殺高風險者支援之相關組織團體等，提供情報並協助其辦理研習課程。此外，根據各界對少年自殺對策所作建言，對學術及與現場合作之示範活動實施檢討。以上皆以自殺防治總合對策推動中心為中心，與地區自殺對策推動中心合作，企劃並實施地區民間團體人才培育相關研習課程。
- 地區合作體制之確立：包含製作「地區自殺對策措施案例集」，與臺灣縣市輔導訪查的概念類似；另外召開自殺對策官民連合協進集團會議，介紹地方公共團體及民間團體實施之案例，不僅是各縣市各局處的連合，亦是當地民間組織的結合，這也是日本強調的一項策略。厚生勞働省下由自殺防治總合對策中心調查都道府縣、政令指定都市及市區町村自殺對策施行狀況，即臺灣縣市輔導訪查。再來是設置負責檢討相關省廳、地方自治體、民間團體等相關機關之案例、從事聯繫事務之自殺對策網路協議會，臺灣也在進行當中。
- 對民間團體電話諮詢事業之支援：以自殺對策緊急強化專用款支援之。
- 對民間團體之前導型、實驗性措施及於自殺多發地區所為措施，給予支援：臺灣未來可思考如何讓民間的活力能依循中央的方針來好好的發揮，如何讓一些前瞻性、實驗性的措施能在某些法規上適度的彈性，能夠去做一些相關的研發及因應。日本由自殺對策官民連合協進集團會議介紹民間團體實施之案例，發揮民間的力量去做一些更貼近民眾之所需，而且創新、研發與前瞻的一些做法；另外，對從事前瞻性自殺防治之民間團體給予財政支援之方式，實施「自殺防治事業」。

d) 跨國比較應注意事項

- 不同的國家、不同的民族，對於照護體系價值定位不一樣。例如：每當批評美國的保險制度時，新生兒死亡率都會做國際間比較，但新生兒死亡率的定義每個國家都不太一樣。
- 需了解照護體系在當地國家價值是什麼。例如：美國醫療體系不公平性是比較高的，但是臺灣是非常強調公平性的體系。
- 思考指數背後的意義。例如：自殺率在臺灣自殺是一百個死亡的國民裡面有幾個死於自殺。
- 在各國社會經濟上，不一樣的背景。如：臺灣與日本在社會經濟環境上面，失業率跟自殺死亡率的連動，持續地關聯在不一樣的地方，日本自殺高峰年為退休前年齡(50 至 60 歲)的男性；臺灣自殺高峰年為青壯年男性燒炭自殺。
- 臺日系統比較，需思考過去十幾年來，臺灣自殺死亡的波段上升背後某些人口學結構，與我們推測的文化的因素上面，有些差別。

e. 結語

不論是日本或臺灣所進行的自殺防治對策，有臺灣值得向日本借鏡，也有臺灣實施情況比日本好的情況，在未來臺灣如何加強自殺防治可參考日本自殺防治對策。

日本為針對防治酒精的問題，已成立相關法條，臺灣應思考酒精的問題是什麼、扮演什麼角色，在物質濫用的部分，臺灣應如何與自殺防治做結合，是值得思考的事情。

另外值得與日本參考借鏡，臺灣如何讓地方的局處能夠掌握即時資訊，並立即對應。

強調針對大眾宣傳並擴大民眾參與自殺防治，日本除自殺防治週亦有自殺防治對策加強月並呼籲相關廳省、地方自治團體協助宣導，從中央到地方做標語等並透過資源情報網檢索、諮商會員訊息等求助資源、報紙網路的媒體披露；臺灣有相關活動推動，並響應世界自殺防治日的活動等系列活動，可借鏡日本自殺防治加強月進行宣導。

日本的自殺防治綱領與臺灣自殺防治體系內容類似，日本從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣以社會安全的概念為出發點，若跟醫療結合更佳。建議臺灣學習日本內閣從中央到地方層次的整合，跨部會整合是最重要，臺灣未來如何推進，日本是值得學習的對象。

3)「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較，如表 4-8-3：

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
全面性策略	調查自殺現況	● 針對國民意識、行動及民間、地方團體實施的自殺防治對策進行調查。 ● 運用厚生勞働科研補助金，成立統計室分析自殺實況，加以探討可行的自殺防治對策。	● 設置全國自殺防治中心，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、人員教育訓練規劃、研擬防治策略及召開聯繫會議。 ● 辦理自殺防治之實證研究 ● 各縣市高風險平台與跨機制，提供充實的訊息。
	蒐集國內外自殺防治策略	● 製作及發表「地區性自殺防治策略施行案例」 ● 更新自殺總合對策中心網站，介紹全國、各地區及 WHO 自殺防治對策，廣泛推廣自殺防治訊息。	持續進行中。
比較	調查學童自殺防治策略	● 分析學童自殺特徵及傾向，就學童自殺防治理念實施相關調查及研究。	● 加強學校心理衛生教育課程等方式進行，並建立全國性精神疾病與自殺防治的網站，提供相關資訊與醫療轉介諮詢服務。
	實施學童自殺防治教育	● 舉辦研討會，促進青少年適度及安心的使用網路，製作保護者宣導資料。 ● 和各單位合作舉辦孩童安心使用網路之講座，以保護者、教職人員、學童為對象。 ● 製作能保護學童身心的教材及文宣品以使學童學習應對困難及壓力。	● 將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中。除教導孩童珍愛生命的理念，教育兒少自我保護，並教導孩童發現家長有異狀或不當行為，即時報告老師及如何尋求協助。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	加強校園心靈健康	● 經費補助設置校園諮商人員與社工，使校園輔導體制更完善。	● 校園宣導相關求助資源：如發放兒童節禮品或獎品時，可在上面貼上顯眼的標語、求助管道等 。 ● 學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。 ● 學校落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。 ● 強化校園體系成癮防治與服務網絡。 ● 推動校園自我傷害三級預防工作計畫。
	善用既有資料	● 警察廳每月提供「自殺統計數據」及「東日本大震災自殺者」相關數據提供給厚生勞働省，並發表每年度自殺情形。 ● 活用既有資料數據的資料庫。	● 自殺防治中心收集相關之資料檔案:(1)自殺死亡登記檔(2)自殺通報關懷資料擋(3)通報個案基本資料(4)健保資料檔。為充分利用既有的資料檔，以進一步去連結、整合這些資料變項，進行多因子的統計分析 。 ● 自殺防治諮詢專線每月將資料提供給全國自殺防治中心彙總分析後，回饋給各醫院。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	實施自殺防治週與自殺對策加強月	● 每年皆設有自殺防治週及自殺對策加強月，透過報紙、網路、鐵路廣告、地方自治團體宣導諮商會訊息。	● 辦理「推動心理健康促進行動教育訓練」、「推動心理健康網試辦計畫成果發表會」及「心理健康促進方案設計、評估與行銷教育訓練」等活動，以提升服務品質及業務成效。 ● 規劃並辦理「心理健康促進媒體宣導」、「心理健康促進計畫」、「心理健康網計畫」等 3 案心理健康促進服務方案，推動場域涵蓋家庭、學校、職場及媒體，服務對象包括：兒童、青少年、一般民眾及老人等，倡導心理健康概念，提高社會大眾對心理健康問題之體認。
	宣導憂鬱症相關知識	● 召開「精神保健福祉大會」，為普及正確的相關知識。 ● 於厚生勞働省網站介紹精神疾病相關治療方法與因應對策。	● 於衛生福利部網站針對最新的各種精神疾病衛教資料以提醒民眾。
	宣導自殺相關現象的正確知識	● 在自殺防治週與對策加強月進行網路宣導。 ● 分發有關「反性別歧視」宣導手冊等宣傳活動。 ● 24 小時免付費電話諮商。	● 運用大型宣導活動（記者會）、區域型活動，製作衛教手冊、單張、海報、文宣品等，透過大眾網路、電視、廣播等媒體宣導，加強推廣民眾心理健康知識。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	加強建構地區人口心靈健康機制	● 推動農業領域與機構間合作，並改善地區居民的生活環境設施。 ● 建構橋梁，使人口稀少、高齡地區能與社會接軌，並提供給問題少年庇護所。	● 透過農會、四建會系統，關懷探視區內孤獨老農民。
	提供法律問題解決方法相關訊息	● 提供「震災司法輔助專線」介紹關於導致自殺相關因素以及解決法律問題。 ● 透過網路、廣告及分發手冊，提升對於司法輔助機構的認知及業務內容之理解。	● 成立「全民免費法律諮詢網」，期望能以免費的法律諮詢，幫助有需要的人了解問題的關鍵、尋找適合的解決方法。
	支援民間團體人才培育	● 中央及地區的自殺防治對策推動中心共同合作，規劃並實施民間團體人才培育課程，並撥款支援。	● 結合民間資源共同參與，促進心理健康概念的發展、整合實務和行動，補助民間團體辦理心理健康促進與自殺防治工作計畫。 ● 與民間自殺防治或心理衛生相關之非營利組織以及學協會，以及宗教或慈善團體共同合作，推動心理衛生及自殺防治之相關宣導工作。
	確立地區合作體制	● 製作並公布「地區自殺對策措施案例集」。 ● 中央及地方的自殺防治對策推動中心共同合作，強化保健、醫療、福址、教	● 按月統計、分析自殺通報資料並依通報單位、性別及年齡層別、自殺方式、自殺原因、個案關懷及處遇計畫進行分析，定期製

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		育、勞動等相互合作。	作自殺防治通報關懷月報表、季報表及年報表，提供各縣市政府參考。
	支援民間團體電話諮商事業及前瞻性、實驗性措施	● 撥款支援民間團體電話諮商及前瞻性、實驗性措施，並協助其相關活動。	● 提供 24 小時免費心理諮詢服務：委託臺北生命線承辦安心專線電話 0800-788-995，提供民眾 24 小時免費心理諮詢服務。
選擇性策略	**開發憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術**	● 厚生勞働科研補助金撥款補助研究「如何使精神疾病的診斷、治療效果提升及標準化」。	● 辦理精神醫療網區域輔導計畫，並持續精進精神醫療照護機構評鑑制度及落實監測精神照護服務品質，完成精神照護機構實地評鑑及不定時追蹤輔導作業。 ● 提供適當的藥物及心理治療，結合其他社會資源及活化其支持系統之外，也必需長期追縱及持續評估。
	提升門診醫師對於憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術	● 針對非精神科專業醫師實施研習課程，提升其對憂鬱症之敏感度。	● 推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育。 ● 透過與基層醫療結合成為憂鬱症病患照護的主要提供者，以提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務，增加醫療可近性。 ● 增進基層醫療對精神疾患

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			篩檢、診斷與治療的知能，加強與共病疾病的全面照護。
	提升憂鬱症就診率	● 實施「門診醫師心理健康因應能力研習課程」，以提升憂鬱症診斷能力。	● 加強病患的疾病認知與治療順從度外，與精神醫療體系建立良好的合作關係，暢通諮詢與轉介管道。
	實施憂鬱症健檢	● 針對高齡者推動有效率之介護預防措施，有助其參與社會活動。	● 強化老人心理健康促進，提供老人憂鬱症篩檢。
	推動憂鬱症以外精神疾病高風險群相關措施	● 召開與自殺相關的藥物問題座談會，並加強宣導。 ● 實施「精神科醫療從事者自殺防治研習」，使其得以因應憂鬱症以外的精神疾病患者。	● 成立跨局處「高風險個案評估小組」針對高困難個案定期討論處遇。 ● 針對高風險個案辦理提供團體治療，包含高風險青少年敘說團體、自殺遺族團體及憂鬱症暨自殺防治病友支持團體的辦理。 ● 成立「臺南市政府心理健康推動委員會」促進各相關單位資源整合及網絡功能連結運用，受理自殺高風險群轉介，期使個案得到完整及連續性的關懷服務。
	培育精神科醫療人才及充實精神科醫療體	● 在「自殺防治總合對策推動中心」培育精神科醫療人才所需的各種研習課程。	● 規劃辦理精神醫療專業人員及其他人員（如：專任管理人員、個案管理員、照顧服務員、志工）教育訓練 (涵蓋合併多重問題之精神病人評估，及相關

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	制		資源轉介)及提報考核。
	對教職人員之宣導	● 透過會議讓教育委員會、學校得知關於孩童自殺防治的相關資訊。 ● 針對大學教職員、校長、副校長，加強宣導關於學生自殺防治的指導方針，結合「獨立行政法人日本學生支援機構」，促進教職員相關正確知識。	無。
	提升地區保健人員、產業保健人員及介護支援人員敏感度	● 針對地區保健人員、產業保健人員及各地辦理自殺企圖者、自殺遺族相關人員，辦理研習以提升其素質。	● 為提升基層醫療人員對於自殺防治的知鈍，持續推動： (1)教材編撰與散發：「自殺者親友關懷手冊」及「陪你渡過傷慟一給失去摯愛的朋友」共兩款。 (2)自殺防治網通訊：做為全國自殺防治工作者的資訊交流與經驗分享的平台，以季刊形式發行。 (3)重要演講及研討會：醫事人員教育訓練，對象包括精神醫學領域人員、公衛護士、社工師等。
	提升諮商人員專業度	● 培育金融服務使用者之諮商人員，使之具備守門人觀念，並製作「多重債務者諮商指南」。 ● 支援地方公共團體辦理多重債務相關問題研習課	● 辦理「第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程」。 ● 針對心理健康行政人員、公共衛生護理師及關懷訪視員需接受緊急送醫評估與技能、合併物質成癮或

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		程。 ● 針對厚生勞働省職員實施精神衛生相關研習。	家暴、自殺個案之精神病人訪視照護技巧及資源轉介等相關教育訓練課程，訓練內容： 1. 精神病人症狀及服藥遵從性評估 2. 關係建立及處置技巧 3. 電話訪視及面訪評估項目 4. 多重問題合併精神疾病評估及轉介 5. 危機處置
	提升承辦遺族問題之公職人員敏感度	● 警察人員在承辦遺族、自殺企圖者、自殺案件時，需以適切態度，避免傷害到其自尊、名譽及心情。 ● 訓練公職人員素質，以適切回應遺族。	● 各縣市各分局警察局長所長相關教育訓練。
	開發研習教材等	● 活用「地區自殺總合對策懶人包」做為「自殺總合推動中心」之研習教材。	無。
	推動從事自殺對策者心理輔導	● 於教材中，加入「從事自殺業務人員」心靈健康因應辦法。	無。
	培育各領域守門人專業度	● 在自殺防治週及自殺對策加強月中，呼籲給予守門人團體協助。	● 各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。 ● 針對有機會接觸自殺高危險群的醫療及非醫療服務體系人員持續進行訓練，針對老人、校園、醫院志工、醫護人員、國軍、企業及便利商店人員進行課程推動。
	推動職場心理衛生	● 依據「過勞死等防治推動法」、「過勞死等防治大綱」採取調查，加強宣導及諮商，並支援民間團體過勞死防治對策。 ● 上班族精神衛生網站「心靈之耳」，提供相關資訊及電子郵件諮商服務；電話諮商窗口「心靈熱線」提供諮詢服務給勞動者因過勞導致健康問題者。	● 著重過勞死及個人價值感（如：在大企業內看不到自己）的問題，可與勞工局等勞政單位合作。 ● 舉辦宣導活動強化鼓勵企業重視員工身心健康。 ● 建構勞工健康服務體制，協助事業單位規劃辦理勞工身心健康促進事宜。
	推動兒童心理診療體制	● 以各縣市醫院為核心，實施由醫療機關及健保福祉合作之「孩童心理診療網」。	● 針對有重大疾病或罕見疾病兒童之家屬，以 BSRS-5 量測其心理狀態，篩檢出需要心理衛生專業服務的個案，使其獲得適切地介入。
	充實地區諮商	● 運用「心靈健康諮商統一專線」，活用專用款全面性	● 透過社區關懷、結合政府及民間力量（含志工團

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	體制	支持諮商體制。	體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。 ● 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。 ● 落實社區精神病人管理及追蹤關懷。
	健全多重債務諮商窗口與融資安全網	● 針對多重債務者提供諮商協助，在全國各地舉行精神衛生的免費諮商會，並撥款支援地方公共團體的措施。	無。
	危險場所、藥品之規定及管制	● 當業者對消費者購買有毒物品及危險化學品數量及目的有疑慮時，需向警察通報。 ● 以資金支援新型閘門技術(防跌落)的開發。	● 提供酒癮戒治服務機構數量。
	充實急救醫療	● 以急救醫療的精神科醫師為對象，進行急救醫療研	無。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	設施之精神科醫師診療制度	習，並改善精神科醫師診療制度。	
指標性策略	**推動受災者心理輔導及生活重建等**	● 對於受災者給予心理重建及建立其生存價值，並建立公營住宅，以達到彼此關懷、建立歸屬感的目標。	● 更新年度「災難心理衛生緊急動員計畫」(包含重大公共安全危機事件之應變機制)，內容包括災情收集、指揮體系、通訊錄、集合方式、任務分配、\作業流程、注意事項及回報流程。 ● 辦理相關人員教育訓練及演練。 ● 建立及更新所轄公部門及社會資源災難心理衛生服務人員名冊及聯繫資訊。
	充實失業者諮商窗口	● 針對失業少年提供個別諮商、溝通訓練及職場體驗，協助失業者就業及自立。	無。
	設立經營者諮商窗口	● 實施「中小企業電話諮商專線」。 ● 針對經營上困難，於電子刊物中公告「自殺對策相關諮商窗口」;派遣相關專業人員輔導經營者。	無。
	充實貧困者援助措施	● 在福祉事務所設置自治體，對於各種因素導致生活貧困者提供諮商服務、	● 協助改善就學設備、課業輔導或提升學歷。 ● 協助就業準備、排除就業

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		就業輔導。	障礙，提供或轉介就業服務、職業訓練、輔導證照考試、小本創業或穩定就業誘因。 ● 協助儲蓄、投資、融資，累積有形資產或無形資產。 ● 結合地方特色產業，協助增加在地謀生技能或在地就業。 ● 協助參與相關教育訓練、社區活動、志願服務或公共服務。
	支援自殺企圖者近距離守護者	● 由自殺防治總合對策推動中心辦理以適切援助相關之研習。	● 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。
	對於網路上自殺預告案件之因應	● 設置管理違法有害的情報諮商中心。 ● 警察接獲通報對於網路上的自殺預告案件，實施自殺預防措施。	無。
	遭霸凌孩童之自殺防治	● 設立兒童用「網路人權諮商受理窗口」及「兒童人權 110」免費專用諮商電話，確立兒童容易使用諮商體制，解決兒童霸凌問題。 ● 改訂霸凌防治的指導方針，明載於指導手冊，提	● 一級預防(教育與宣導)：應著重於學生法治、品德、人權、生命及性別平等教育，培養學生尊重他人與友愛待人之良好處世態度，透過完善宣導教材、辦理學校相關人員研習活動，分層強化行政人員、

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		供「兒童人權 SOS 小紙條」發給全國中小學兒童。 ● 在開學之際，校內實施早期發現注意措施、請長輩在家中提高注意、網路警察加強巡邏。	教師及學生對於霸凌行為之認知與辨識處理能力。 ● 二級預防(發現處置)：成立中央跨部會、地方跨局處維護校園安全聯繫會報，研提防制策略；敦促各級學校與警察(分)局完成簽訂「校園安全支援約定書」，強化警政支援網絡；如遭遇糾紛事件，除應迅即判斷屬偶發或霸凌事件，並依據校園霸凌事件處理作業流程，循「發現」、「處理」、「追蹤」3階段，成立校內「防制校園霸凌因應小組」。 ● 三級預防(輔導介入)：啟動輔導機制，積極介入霸凌、受凌及旁觀學生輔導，必要時結合專業心理諮商人員協助輔導，務求長期追蹤觀察，導正學生偏差行為。若霸凌行為已有傷害結果產生，如屬情節嚴重個案，應立即通報警政及社政單位協處及提供法律諮詢，以維護當事人及其法定代理人權益，必要時將個案轉介至專業諮商輔導矯治。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	充實受虐兒童、性犯罪、性暴力受害者援助措施	● 為幫助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體促進地區相關機關合作措施。	● 密集探訪及關心受虐兒童家庭，透過親子示範與陪伴，增加父母保護孩子的能力。 ● 連結社區資源守護家庭。減低兒童少年虐待事件的發生，讓兒童可以在安全、健康的環境下成長。 ● 提供親子教育及後續追蹤服務，孩子的課業就學輔導、就業輔導、醫療協助、急難救助或經濟補助等，幫助有兒虐風險的家庭，讓孩子可以持續安穩健康的成長。 ● 為幫助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體促進地區相關機關合作措施。 ● 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。
	促進學校、職場的事後因應	● 根據學童自殺背景做成報告，將相關資訊告知教育委員會。 ● 透過「心靈之耳」網站，公告「職場自殺及時防治與因應措施」。	● 有關學校的自殺個案，建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。 ● 在自殺行動後，針對校園師生所受到的創傷進行處理，並要預防自殺事件再次發生。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			● 在職場建立求助與通報的管理系統，組織應建立清楚明確的溝通管道，讓心理有困擾的員工能主動尋求協助，或當員工發現其他同事有異狀時可以依循該通報管道尋求協助。
	提供給遺族相關資源	● 撥款製作有關各地區諮商場所及自治團體相關聯絡資訊手冊，提供給自殺遺族。 ● 架設 CSP 自殺死遺族支援網。	● 自殺企圖者之通報關懷：自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率，特別是自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。 ● 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。 ● 架設遺族指南。

2. 結論

藉由蒐集文獻瞭解世界各國近年在自殺防治領域的發展，彙整有效的策略方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢等，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

日本自殺防治綱領，與臺灣的自殺防治體系內容相似，而日本是從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣目前以社會安全概念出發，可思考與醫療整合，日本的優點也是臺灣可效法的。

在自殺防治的部分，日本的優點是內閣層次的整合，從中央到地方，以日本 2017 年跟 2016 年對照，認為跨部會整合是最重要的，臺灣應學習日本如何推進未來跨部會的策略。

參考各國的自殺防治策略為可行之工作，不僅可以與本國策略進行比較，亦可參考其他國家策略之優點，作為參考臺灣未來自殺防治推動之工作，期許臺灣能多方面提升我國心理衛生與精神醫療，活絡社區支持網絡，落實於以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療，並有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖，期待能有效降低國人自殺死亡率，促進國人心理健康。

因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理

一、 背景 (Context)

依據2017年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書項目中研修自殺防治相關工作規範(含印製):**研修「全國自殺防治策略與因地制宜應應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範，草擬自殺關懷訪視作業要點，含標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制...等事項。**

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱並與個案建立良好關係，且面對棘手個案時，更要基於珍愛生命的信念，讓自殺關懷訪視不僅是一份工作，更是一份助人、救人的責任與義務。因此將一問、二應、三轉介的精神發揮淋漓盡致外，亦要作為個案與社會資源間之聯繫橋樑，協助自殺/自傷個案走進醫療體系並獲得有效醫療。

然而各縣市受到地理、人口、文化等不同因素影響，第一線人員在處理個案時，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、性侵被害人/加害人、或是高風險家庭之個案，亦常遇到相關網絡單位之權責應如何劃分的問題，如教育、勞政、警政、消防等單位間轉介之議題，諸多狀況在自殺關懷訪視裡，並非所有通則皆可解決，常讓相關從業人員感到棘手。因此，本學會將檢視「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範，討論是否有需改良之處，並針對其中標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，請教專家意見及進行文獻探討，草擬出自殺關懷訪視作業要點，以提供相關從業人員在面臨自殺企圖者時能夠運用，並藉此提升人員之專業知能及技術，透過人員之熱忱及專才、正確的自殺防治策略、良好的督導機制、緊密的跨網絡合作，以建立關懷、接納個案之氛圍，並建立一個尊重及信任的關係，協助自殺個案連結社會資源，減少再自殺率與自殺死亡率。

二、 輸入(Input)

1. **策略與文獻。**
   1) 全國自殺防治相關策略與文獻。
   2) 全國自殺防治中心內部資料。
   3) 年中討論會議相關意見。

2. **專家意見**
   1) 召開專家會議，將會議結果整合。

三、 過程(Process)

1. **蒐集策略與文獻。**
   1) 蒐集全國自殺防治相關策略與文獻。
   2) 整理中心內部資料。
   3) 整理年中討論會議針對「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」、「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」及「關懷訪視作業要點」之意見。

2. **會議討論**
   1) 草擬「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」、「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」及「關懷訪視作業要點」。
   2) 召開專家會議，將會議結果整合再進行研修。

四、 成果(Product)

1. 全國自殺防治策略與因地制宜因應措施

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。

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。因此自殺防治策略的規劃

須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。

1) 全國自殺防治策略

自殺防治在於降低危險因子與提升保護因子，策略分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicated)策略，策略的制定與宣導涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將有利於政策的推行。

(1) 全面性策略

a. 全面性防治策略目標為全體民眾，透過心理衛生教育，增進民眾風險行為管理知能，提升社會大眾對自殺議題之認識，推廣心理健康促進相關資訊及網站，落實「自殺防治、人人有責」，擔任自殺防治守門人。

b. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略(包括木炭、農藥、安眠藥、高處跳下)，對販賣業者宣導珍愛生命守門人觀念，並在賣場放置宣導訊息。

c. 建立社區自殺防治網絡，結合社區關懷據點共同合作，納入社區的藥師、診所、衛生所、派出所等共同防治。結合學校的社會服務隊，辦理生命課程或營隊，關懷長者或青年人口。

d. 呼籲媒體報導遵循六不六要之報導原則，並儘量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。

e. 學校教育宣導，將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，教導孩童珍愛生命的理念，教育兒少自我保護。學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺，落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(2) 選擇性策略

a. 選擇性防治策略目標為高風險個案，其心理健康篩檢及高危險群之辨識工作是很重要的環節。

b. 運用 BSRS-5(The 5-item Brief Symptom Rating Scale, 簡式健康量表，又稱心情溫度計)篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

c. 針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。

d. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。

e. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65

歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。

f. 加強對特殊註記個案關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記的個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。

(3) 指標性策略

a. 選擇性防治策略目標為高自殺風險的個人，主要為曾自殺過的自殺企圖者及自殺遺族。

b. 自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

c. 自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。

d. 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，建立不同於自殺企圖的標準流程。

e. 強化關懷訪視員的專業能力訓練，建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。

f. 學校的自殺通報個案建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。

(4) 特殊個案自殺防治

a. 原住民自殺防治

以部落為基礎推動自殺防治工作，並以部落為單位來盤點資源，可透過教會合作推行守門人概念。文宣部分翻譯成原住民母語，以增進宣傳之效。

b. 殺子後自殺防治

持續推動相關網絡人員「珍愛生命守門人」訓練，提高相關人員對於高風險個案所透露的訊息之敏感度，運用 1 問、2 應、3 轉介技巧，給予適當的協助。也能與鄰里長合作，積極關懷鄰里內弱勢家庭或中低收入家庭。

c. 網路霸凌自殺防治

針對遭受網路霸凌的學生，可由家長或老師進行 1 問、2 應、3 轉介的自殺防治篩檢，也可使用心情溫度計(BSRS-5)進行檢測，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。向大眾宣導當遭受網路

霸凌時，亦可直接撥打「iWIN 網路內容防護機構」申訴專線，後續處理流程如下 (https://ppt.cc/fcvmtx)：

a) 網路霸凌行為涉及犯罪，轉由內政部警政署 110 查處。
b) 網路霸凌行為涉及自殺防治，轉由衛生福利部查處(安心專線 0800-788995)。
c) 涉及校園霸凌防制，轉由教育部查處(防制校園霸凌專線 0800-200885)。

2) 因地制宜因應措施

(1) 掌握地方特性：瞭解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員廣闊等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等。
(2) 提升縣市主管之重視度：縣市自殺防治工作之成功與否，與當地縣市主管之重視有極大之關係。
(3) 跨局處協調自殺防治之架構：在縣市自殺防治組織管理架構部份，建議應有縣政層級之自殺防治相關跨局處委員會或相當層級之工作小組，廣邀轄內相關單位主管，負責自殺防治重點工作之推動。(若不單針對自殺防治做討論，也可以心理健康等名稱來成立。且該協調性組織架構一定要由高層長官來主持如市長或縣長，以提升決策力與行動力。)
(4) 縣市衛生局要有自殺防治主責人員：應有一主管負責自殺防治工作之執行，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督考等實際自殺防治業務。
(5) 落實關懷訪視督導制度：應有督導協助衛生局檢視其轄內之關懷訪視流程、通報系統、自殺防治業務、跨網絡運作相關事宜等，建議由精神科專科醫師、心理師或有經驗的自殺防治專業人員擔任，定期(如每週一次)召開個案及督導討論會，協助關懷訪視員評估個案自殺危險性等。同時也應針對關懷訪視員辦理定期的教育訓練課程，增進訪員知能。
(6) 跨局處個案討論會：衛生局應辦理跨局處之個案討論會，除了可即時掌握個案管理情形，更可充分發揮網絡間之交流合作能力，避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。
(7) 自殺威脅個案送醫流程：衛生局宜規劃轄內各區優先負責接受警消轉送個案之醫院清單，各醫院應設有窗口，以利聯繫，而衛生局可扮演督導、協調之角色。
(8) 縣市資源盤點：將轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡了解、運用與連結。

3) 關於全國及各縣市因地制宜自殺防治策略請參照全國自殺防治中心 2017

年提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

2. 自殺風險個案危機處理注意事項

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關(構)網絡密切合作且無縫銜接，訂定本注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

1) 本注意事項所稱之自殺風險個案，係指下列個案之一
   (1) 自殺企圖者：指已發生自殺行為但未死亡者；或指已準備好執行自殺行動(含計劃型或衝動型)之自殺計畫者(如高樓跳樓、臥軌企圖者)。
   (2) 自殺意念者：指心存自殺想法，尚未付諸行動者。
2) 建立自殺風險個案通報聯絡窗口：
   (1) 衛生局應定期召開跨局處業務協調會議，加強自殺防治網絡橫向聯繫與協調溝通，建立所轄自殺風險個案處理機制，以避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。
   (2) 為利於非上班時間通報自殺風險個案，衛生局應依所轄地區特性及資源，建立 24 小時自殺風險個案通報聯絡窗口，定期更新資料，並提供相關單位參考。
3) 落實自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報：
   (1) 如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件時，應依據「兒童及少年福利與權益保障法」第 53 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。
   (2) 如發現通報案件已涉家庭暴力事件，應依據「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「重大兒童及少年虐待事件」個案時，應依衛生福利部頒訂「重大兒童及少年虐待事件防治小組實施計畫」，填報重大兒童及少年虐待事件個案檢討-個案相關就醫及診療報告(如附件 5.1.1)，提報縣(市)政府及衛生福利部檢討。
   (4) 當衛生局接獲「重大家庭暴力及性侵害事件個案」個案時，應依衛生福利部頒訂「重大性侵害事件檢討及策進實施計畫」，填報重大性侵害事件個案檢討報告(如附件 5.1.2)，提報縣(市)政府及衛生福利部檢討。
4) 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務：
   (1) 衛生局受理自殺風險個案通報後，如發現個案有危及生命之緊急情況，

應立即通報警察機關 110 或消防機關 119 派員前往現場處理；倘個案符合「精神衛生法」第 32 條第 1 項之規定，應請警察及消防機關立即護送前往就近適當之醫療機構就醫。

(2) 針對自殺企圖個案，醫療機構應至自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報單(如附件 5.1.3)，其他網絡機關(構)，則以紙本方式，傳真通報衛生局，將通報資料鍵入該系統。

(3) 衛生局受理通報後，應依自殺高風險個案通報後關懷作業流程(如圖 5-1-1)辦理，於接獲個案通報 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，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。

(4) 若通報個案為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，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。

(5) 如遇自殺風險個案具危險及急迫性，需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整，不受第 3)項之限制。有關個案追蹤關懷訪視工作內容應包括：

a. 主動與通報機關(構)電話聯繫。
b. 掌握個案行蹤資料(聯絡電話、現居住址)。
c. 掌握個案家屬、親友聯絡方式(聯絡電話、現居住址)，並告知個案自殺危險性及相關處置建議。
d. 評估會同相關機關(構)共同處置之必要性。
e. 立即電話訪問並安排家庭訪問時間。
f. 回復轉介機關(構)評估及訪視結果。

(6) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS-5)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，原則上每一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，如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。(如圖 5-1-1)

(7) 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。

(8) 衛生局應加強督導醫院提供自殺企圖個案評估及進行通報，尤其針對不

符強制住院或無住院意願者，應向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。

(9) 有關醫院急診處理自殺企圖個案流程如附件 5.1.4，衛生局宜納入所轄醫院年度督導考核事項。

5) 強化自殺風險個案處理與網絡合作：

針對自殺防治網絡各機關通報之自殺風險個案，應請網絡機關人員依自殺風險個案轉介單，提供充足之個案資訊，以利自殺關懷訪視員掌握後續關懷訪視重點。另鑑於自殺非單一因素造成，個案常涉及有感情問題或婚姻破裂、負債或失業致經濟困難、罹患重病或長期疾病、個人或家庭支持系統欠佳、有法律或司法糾紛...等問題，衛生局應加強與警察、消防、社政、教育及勞政等機關建立合作機制，並協調各機關依權責及專業資源，提供以下協助：

(1) 警察機關：

a. 遇有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，立即派遣員警到場處理，協助護送前往就近適當之醫療機構就醫，以確保民眾生命安全。

b. 如遇自殺風險個案行蹤不明或不願意提供正確地址，請求透過警政系統協尋失聯個案時，應啟用「e 化勤務指揮管理系統」追蹤偵測電話發話號碼、位置，並即時派遣警員抵達現場協助救援。

c. 針對非管束不能救護其生命者，得依「警察職權行使法」第 19 條規定辦理，其管束應於危險或危害結束時終止，管束時間最長不得逾 24 小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬、其他關係人、適當之機關(構)或人員保護。

(2) 消防機關：

a. 受理自殺風險個案通報，依據報案人陳述與現場狀況，進行專業分析研判，依照案件的類型需求作調度，立即派遣人員及所需出動的工具、車輛進行現場救援。

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。

(3) 社政機關：

a. 如有緊急個案需衛生機關配合處置，除以書面轉介個案資料外，應以言詞、電話通訊方式通報，以利優先處理該個案問題，並避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。

b. 針對通報高風險家庭之自殺風險個案，應依據「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，繼續提供專業人員關懷訪視，以個案管理員角色模式，為個案家庭做需求評估、尋求資源、安排轉介、督導服務、追蹤評估等，提供支持性、補充性服務，增權家庭，建立完整家庭功能服務。

c. 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。

(4) 教育機關：

依據教育部頒訂之「各級學校及幼兒園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」辦理，並落實校園三級預防輔導措施辦理。

(5) 勞政機關：

適時提供就業諮詢、職訓諮詢、安排就業促進研習等服務，以協助個案排除就業障礙、職業適應與穩定就業。

6)加強教育訓練：

(1) 自殺關懷訪視員應參加自殺關懷訪視研習課程，及精神醫療網核心醫院之專業訓練與督導等，並由執行關懷訪視計畫之機構(以下簡稱執行機構)提供定期在職教育訓練，以強化其服務品質。

(2) 執行機構需遴聘具臨床精神醫療或心理諮商輔導資歷人員，定期督導自殺關懷訪視員。

(3) 執行機構需定期召開個案討論會，必要時並邀請相關網絡人員參加，共同討論個案處置。

(4) 有關自殺防治課程及師資，得由全國自殺防治中心協助提供。

7)加強預防宣導：

(1) 針對兒童青少年、婦女、男性及老人等各人口群特性，辦理心理健康衛生教育宣導活動，強化初級預防工作。

(2) 持續宣導民眾求助管道，包括：安心專線(0800-788-995 請幫幫救救我)提供民眾 24 小時自殺防治諮詢服務;所轄社區心理衛生中心定點心理諮詢服務資訊。

(3) 持續推廣「自殺防治守門人 1 問、2 應、3 轉介」概念及運用簡式健康量表(BSRS-5)為工具，發揮人人都是自殺防治守門人的精神。

(4) 加強民眾及自殺防治網絡人員自殺警訊及救援管道的認知。

3. 自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程

目前自殺通報資料用途包括：提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視需求轉介相關單位提供自殺企圖者之服務及衛教宣導，以及進行自殺

企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

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。因此自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，這些亦為自殺防治業務重點。

全國自殺防治中心收集國內外文獻並彙整各縣市實務經驗，訂定自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，如圖 5-1-1 所示。

1) 自殺企圖個案通報

發現自殺意念、自殺企圖、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。通報人員可直接上網登錄系統通報的相關單位(主要為全國各縣市醫院及衛生局)，此外，亦鼓勵警察、消防、民政、教育、社政、勞政等相關單位以紙本方式，將通報資料傳真至當地衛生局，由衛生局人員代將通報資料鍵入系統。

2) 分案並進行關懷訪視

(1) 關訪員在收到通報資料後須於 3 個工作天內完成初次關懷(若個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，需於 24 小時內進行初次關懷)。如遇個案具危險及急迫性需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整。

(2) 關懷方式主要分為電訪、家訪或其他地點面談等三種。關訪員在訪視過程中，須以「簡式健康量表(BSRS-5)」為評估工具，判斷自殺意念或自殺企圖個案之情緒困擾的嚴重程度(若個案自殺死亡，則評估對象改為其親友或遺族)，以及再自殺風險、心理需求評估，並擬訂處遇計畫，連結或轉介其他服務資源，訪視內容須記錄於「自殺個案訪視紀錄回覆表」中，做為深入關懷或後續轉介服務的依據。以上過程，均須通報並記錄於通報系統中。

(3) 原則上，每一個案之關懷訪視追蹤服務為 3 個月，每月訪視次數依照「簡式健康量表(BSRS-5)」分數與自殺風險而定，得依個案狀況延長至 6 個月。如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。有關個案分級及關懷訪視頻率，由於各縣市情形不同、資源相異，得落實行動在地化之策略，各縣市可因地制宜，擬定合適行動。

3) 個案轉介與結案

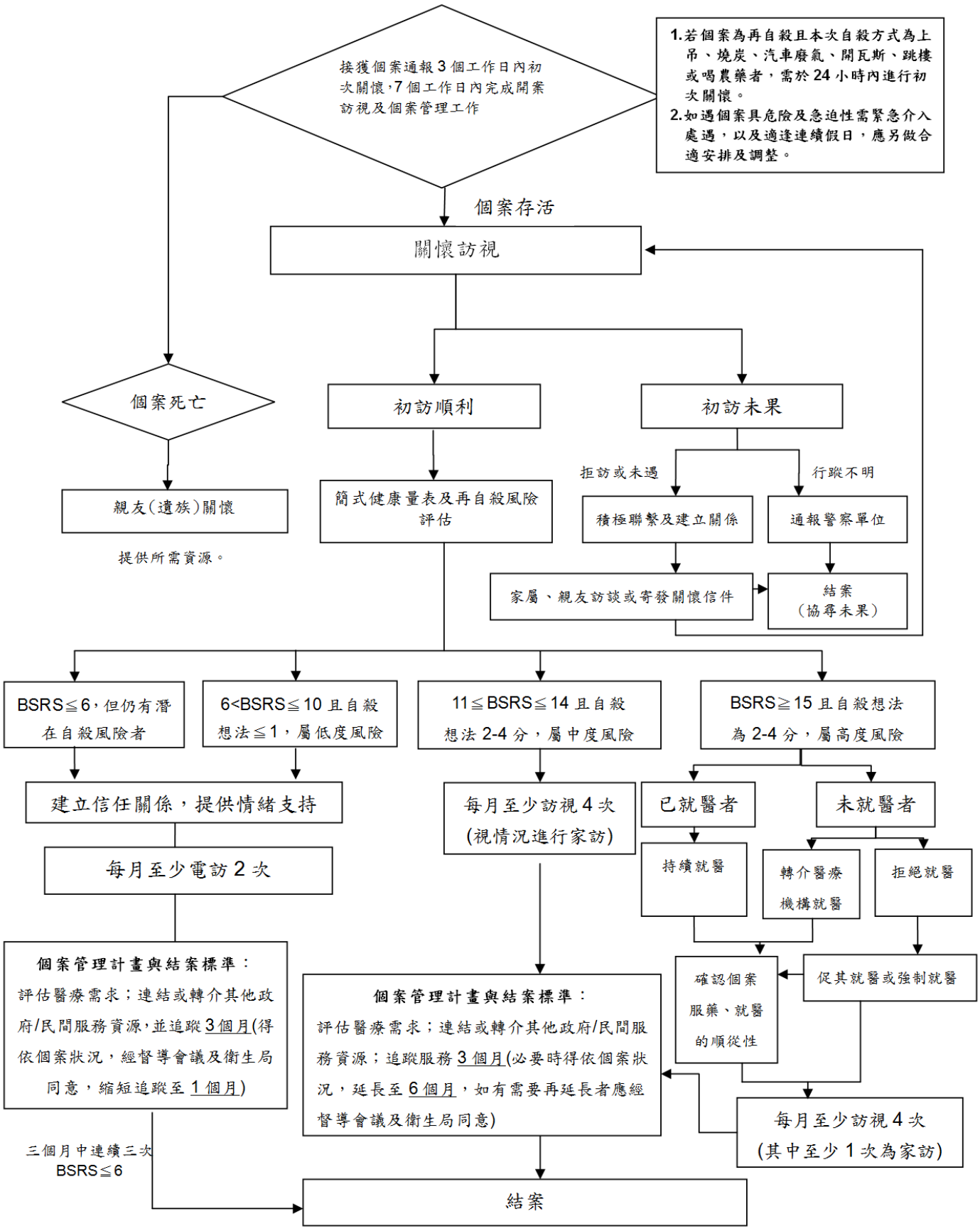
關訪員依據訪視內容，包括「簡式健康量表(BSRS-5)」、有無支持系統、再自殺風險、心理需求等綜合評估後，擬訂處遇計畫。若經關訪員評估須轉介其他服務，則填寫轉介單後，方可轉介其他單位進行後續服務(轉

介單位包括：社會局、勞工局、心理諮商輔導單位、醫療院所等)。若關訪員評估個案無轉介需求，則可結案，主要有下列可結案緣由：追蹤屆滿 3 個月、依縣市自訂標準結案、依督導會議決議、再次被通報、個案居住地變更，故轉出至其他縣市衛生局、拒訪、失聯等。結案標準如表 5-1-1。

4) 自殺高風險個案共訪

自殺是多重原因導致的行為，其中，精神疾病與自殺行為高度相關。近九成的自殺企圖者患有任何一種精神疾病(如憂鬱症、焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症...等)，七成個案患有憂鬱症，憂鬱症住院患者中有 15%最終自殺身亡；而思覺失調症患者出現自殺行為的比例也相當高，其他如人格疾患(反社會、邊緣型人格障礙症等)，亦與自殺行為的出現有關。早期介入精神醫療、提升民眾對精神疾病的瞭解、並去除大眾對自殺與精神科的污名化，有助於防止自殺事件的發生。

針對自殺高風險的精神疾病患者，由專業團隊分工負責，建立共同訪視機制，聯合相關資源，例如社區、宗教或醫療及社福等系統。由關訪員定期關懷訪視，相關資源系統於評估危機程度後，得以及時介入、轉介資源，以幫助穩定個案身心狀況。相關流程如圖 5-1-2。

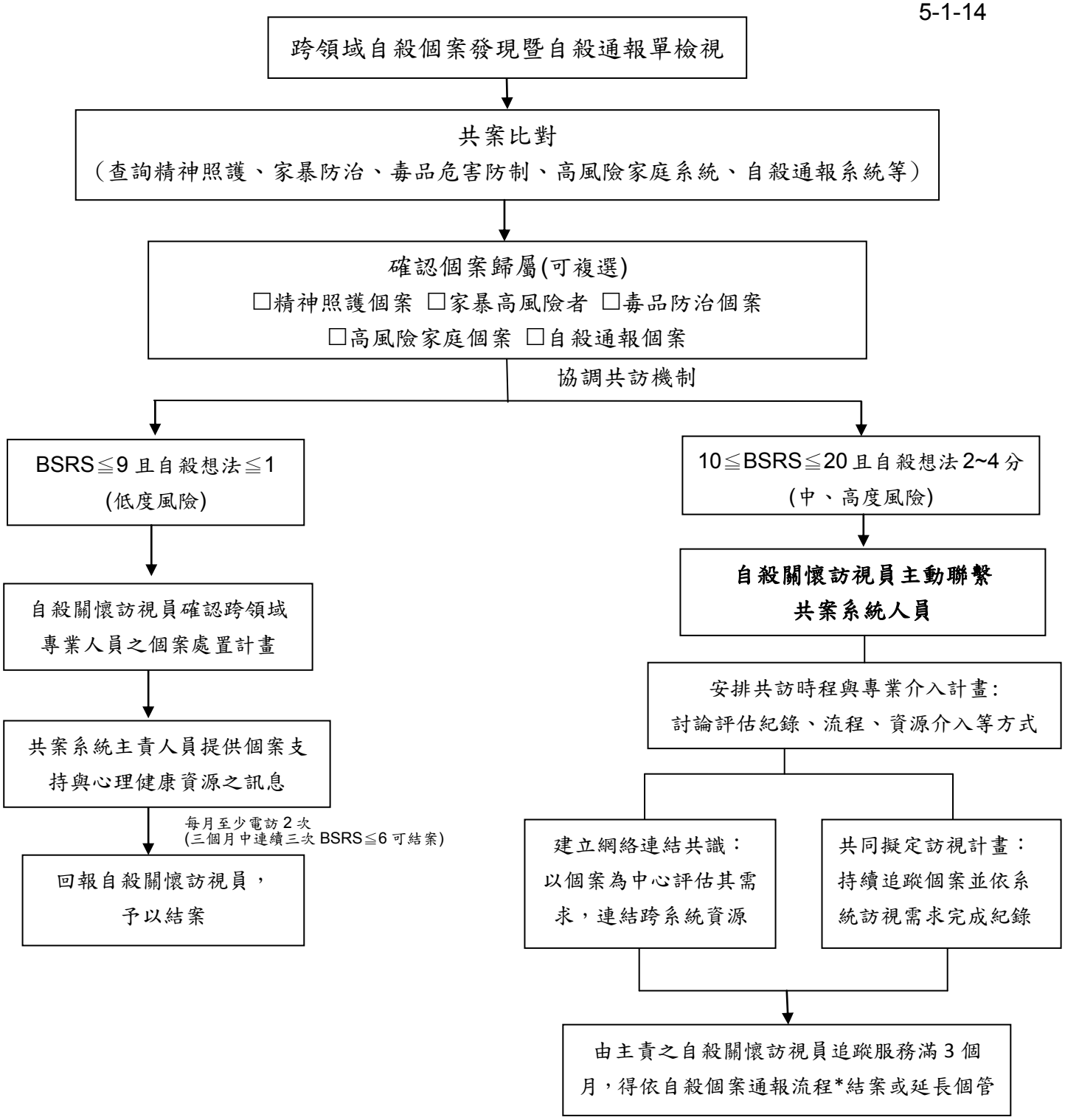


註：BSRS為心情溫度計五題(另附自殺意念題)，評估個案七日內之心理困擾程度(0-4分)。

圖 5-1-1、自殺高風險個案通報後關懷作業流程

表 5-1-1、結案標準表

結案原因	說明	處遇要點
1.個案風險程度降低	個管期間，如個案連續 3 次以上 BSRS≦6 且無自殺想法者。	此類個案管理期間(三個月)，若符合圖 5-1-1「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」的結案標準，經督導會議與衛生局同意，可於 3 個月內結案。
2.個案死亡	個案已死亡，因此予結束訪視。	視情況提供親友遺族關懷。
3.高度風險之個案遷移至其他縣市	訪視期間個案可能有無法預期的搬遷，若遷移至外縣市且失聯，則可予以結案。	原訪員須確實追蹤聯繫個案。若可掌握其外縣市動向，可轉介至外縣市衛生局；若失聯則予結案。
4.其他無法預期之狀況	個案於個管期間將有不可預期之生活安排，導致無法接受訪視服務，如入監服刑等。	若可預期高風險個案將於保護性環境中(監獄、醫院)超過三個月，則予以結案。
5.誤報	經訪員與個案/家屬確認無實際自殺企圖者，或與督導討論判斷為吳風險者，可予以結案。	若懷疑個案刻意低報其風險狀態，或明顯具有高風險，宜與督導討論。必要時轉介醫療共同判斷其風險。
6.再次被通報	個案於個管期間(如三個月中)，無論何種自殺方法或原因，再次被通報至系統中。	再次通報後須重新評估、重新開案。
7.拒訪	兩週內訪視個案至少 3 次，其中包含 2 次家訪，且為不同時段皆遭個案拒訪。	投遞關懷卡片與衛教單張，並告知家屬或親友相關求助管道。
8.失聯(未遇)	關懷訪視員經由 3 次不同時段家訪未遇	連繫當地鄰里長、員警，訪員得知個案狀態後，依然無法聯繫上個案。



註：BSRS-5 為心情溫度計五題(另附自殺意念題)，評估個案七日內之心理困擾程度(0-4 分)。

*詳「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」說明。

圖 5-1-2、自殺高風險個案共訪流程

5)精神病患訪視注意事項

(1) 事前準備：訪員須掌握個案是否合併精神疾病，若無法確定，則需考慮連結精神醫療專業人員協同判斷。當個案同時具有精神科診斷，訪員切忌標籤化其罹病狀態，除事先認識精神疾病外，更應了解個案生活需求及其醫療現況。例如疾病類型及就醫情況(含服藥、回診)等，將這些問題與負責的相關領域專業人員或訪員討論，確立處遇原則和計畫後，再前往訪視。

(2) 評估就醫情形：訪視過程中，須了解個案生心理健康及就醫情形，針對懷疑有精神疾病或確診之個案，尤其應詢問個案及/或家屬之精神科就醫狀況、是否規律服藥，藉以判斷個案就醫順從性。同時，應評估案家是否存在對精神疾病之汙名現象，對於精神醫療有任何疑問，均應予以傾聽、了解，進一步釐清疑問或迷思，鼓勵正確就醫及服藥行為。

(3) 成功轉介：把握守門人 1 問 2 應 3 轉介原則給予個案支持，其中最重要的動作是須落實最後一步驟－轉介，目的在於轉介個案到精神醫療院所。因此訪員必須進行資源盤點，掌握轄區內的心理衛生資源、精神科醫師名單及其他相關資源，以建立起自己的口袋名單。成功轉介的秘訣在於同理個案處境、了解生活困擾程度、針對其需求、必要時陪伴就醫，建立說帖感動個案願意接受就醫。

(4) 落實督導制度：訪視過程遇有困難時，應與督導保持密切討論，必要時可請督導陪同家訪，觀察訪視過程中哪些部分需要加強或修正。另外，衛生局召開的個案研討會或督導會議，都是解決問題的好時機，可以有效針對困難個案的問題深入討論因應策略。

(5) 持續評估及關懷：合併精神疾病的個案需要花時間建立關係、持續予以關懷及陪伴，然而自殺危機下則需快速的危機處理以保住個案性命，訪員務必掌握自殺風險評估的技巧與內容(涵蓋自殺危險因子及保護因子等)，以建立穩定的關係並合適評估個案的風險等級。

(6) 個案主責歸屬：共案訪視中，通報資料不足或難以判斷共案狀態之個案，初次訪視時確認個案歸屬，按照標準區分為下列兩種類型：

a. 自殺關懷訪視員(自關員)轉介社區關懷訪視員(社關員)：

BSRS≦9 且自殺想法≦1 個案屬於低度風險，由自關員與社關員交班，由社關員進行關懷訪視。自關員定期追蹤社關員在訪視個案後的訪視內容及個案訊息，欲結案時須由自關員與社關員共同評估後再結案。

b. 共訪個案：

10≦BSRS≦20 或自殺想法 2~4 分個案屬於中、高度風險，由自關員與社

關員共同擬定訪視計畫，加強網絡交流，由與個案接觸較久的訪員為主責訪員。以個案為中心、家庭為單位、社區為範疇評估其需求，連結跨系統資源。結案標準依中央規定辦理。

6) 關懷訪視員訪視品質指標

根據 2017 年「全國自殺防治中心計畫」需求說明書內容辦理關懷訪視紀錄抽查與建議，整理出各縣市訪視紀錄建議。摘要如下：

(1) 訪員填寫訪視紀錄時建議由個案主觀認知資料、訪員客觀觀察資料詳實記錄，並確實評估自殺風險及選定訪視後處遇計畫。

(2) 再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，建議確實評估，以利決定後續處遇，確保降低個案再自殺的風險性。

(3) 使用簡式健康量表(BSRS-5)評估再自殺風險，當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議除了持續訪視外，應落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制可參考下列指標：

a. 訪視紀錄完整性：各項目是否確實填寫、訪視紀錄是否過於雷同、訪視內容有無過於簡略、訪視紀錄語意是否清楚。

b. 訪視歷程完善性：進行責任通報、提供相關資源及轉介、後續處遇計畫。

c. 簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念及風險評估是否確實填寫。

d. 結案評估嚴謹性：有無詳實紀錄結案原因、是否符合結案標準。

五、 附件

附件 5.1.1 重大兒童及少年虐待事件個案檢討個案相關就醫及診療報告

附件 5.1.2 重大性侵害事件個案檢討報告

附件 5.1.3 紙本自殺防治通報單

附件 5.1.4 醫院急診處理自殺企圖個案流程

政府跨部會自殺防治工作方針

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

衛生福利部(前行政院衛生署)自 2005 年底開始推動「全國自殺防治行動策略」，委託台灣自殺防治學會辦理「全國自殺防治中心計畫」，迄今已邁入第 12 年。在政府相關單位、民間團體、及社會大眾的努力，配合全面性、選擇性與指標性三大策略之下，我國的自殺率逐年下降。但根據最新統計數據，2016 年自殺死亡率有微幅上升的趨勢，因此除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，自殺防治工作仍須仰賴社會各界的努力參與，藉由網網相連、持續合作，共同編織出社會安全網絡，而能貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，降低自殺死亡率。

106 年度「全國自殺防治中心計畫」為提升自殺防治於跨部會的整合與推動，針對各部會業務權責編印《政府跨部會自殺防治手冊》，藉由蒐集近百篇之兩年內文獻回顧並與專家討論結合國內實務，擬定自殺防治方針供各部會參考。

「策略國家化」具有承先啟後的地位，因此推動國家層級的自殺防治工作，各部會彼此合作，更是自殺防治中關鍵一步。藉由落實跨部會網絡資源的整合，促進跨領域合作默契，各部會可針對自殺防治相關業務，強化橫向合作互動機制，共同支持政策的執行，才能以整體性的觀點加強自殺防治工作的推廣。為此，依據各部會之業務權責及服務標的人口研擬自殺工作防治方針將有助化解本位主義之藩籬，協助各部會發揮優質的領導力與其專業性，透過彼此合作，呼應政策的制定，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於各個領域。

2. 業務或方案的目的與目標

1）藉由編製政府跨部會自殺防治手冊，提供中央政府機關各部會相關單位推動自殺防治業務之參考，進而提高自殺防治之成效，持續降低全國自殺率，進而達到「自殺防治人人有責」、「人人都是珍愛生命守門人」之目標。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集與彙整

a. 《政府跨部會自殺防治手冊》

a) 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。參考資料如下：

(a) 自殺防治系列 2-自殺防範指引
(b) 自殺防治系列 3-青少年心理衛生與自殺防治
(c) 自殺防治系列 4-老人心理衛生與自殺防治
(d) 自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治
(e) 自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治
(f) 自殺防治系列 8-職場心理衛生
(g) 自殺防治系列 9-自殺者親友關懷手冊
(h) 自殺防治系列 11-珍愛生命守門人
(i) 自殺防治系列 12-心情溫度計
(j) 自殺防治系列 14-失業鬱悶怎麼辦
(k) 自殺防治系列 17-以醫院為基礎之自殺防治-
(l) 自殺防治系列 19-全國自殺防治策略
(m) 自殺防治系列 21-基層醫療人員與自殺防治
(n) 自殺防治系列 23-社會福利工作人員與自殺防治
(o) 自殺防治系列 29-自殺防治概論
(p) 心理健康促進衛教手冊系列-原住民族之心理健康促進
(q) 自殺防治網通訊

b) 參考 WHO 最新出版自殺防治工作手冊

(a) Preventing Suicide: A Resource for How to Start a Survivors'Group (2008)
(b) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals (2008)
(c) Preventing Suicide IN JAILS AND PRISONS (2007)
(d) Preventing Suicide: A resource at work (2006)
(e) Preventing Suicide: A resource for Counsellors (2006)
(f) Preventing Suicide: A resource for Police, Firefighters and Other First Line Responders(2009)

c) 日本自殺總合對策大綱中各項政策施行情形
d) 學術網路搜尋期刊論文並彙整。

2) 召開專家討論會議
3) 撰寫手冊
4) 召開手冊初稿專家討論會議，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，進行後續修正。
7) 依長官指示修訂
8) 完稿並送印，交付衛福部

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部。
2) 資源連結內容及形式：過去中心出版資料彙整、意見交流、文獻閱讀。

三、 過程(Process)

1. **蒐集策略與文獻。**

1) 蒐集國內外自殺防治相關策略與文獻。
2) 整理中心內部自殺防治系列手冊及文獻數據進行參考。

2. **會議討論**

1) 草擬手冊含括之部會範圍、自殺防治策略之對象族群及相關自殺防治概念方針。
2) 召開專家會議，將會議結果整合再進行研修。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 《政府跨部會自殺防治手冊》的內容規劃，包括自殺防治的基本概念，了解自殺防治之重要性與策略，並認識守門人之概念，另外針對各部會研擬自殺防治工作之方向。然而自殺危險因子具有不同族群之多樣性與共通性，若多加了解，能更有效預防自殺行為，因此列於各部會簡介之開頭供方便閱讀；最後為相關資料，供各部會未來研擬自殺防治工作實務時可供參考。

(1) 各章節標題節錄如下：

a. 自殺防治的基本概念
   a) 臺灣自殺概況與自殺防治之重要性
   b) 全國自殺防治策略
   c) 自殺防治的核心基礎－推動「守門人」策略

b. 跨部會自殺防治工作方針
   a) 衛生福利部
   b) 教育部
   c) 勞動部
   d) 內政部

e) 國防部
f) 法務部
g) 行政院農業委員會
h) 交通部
i) 行政院環境保護署
j) 國軍退除役官兵輔導委員會
k) 原住民族委員會
l) 國家通訊傳播委員會

c. 延伸讀物
a) 自殺防治策略行動方案參考
b) 自殺防治手冊系列
c) 自殺防治資源網絡
d) 相關諮詢專線

d. 參考文獻
e. 意見回饋表

(2) 各部會自殺防治策略摘要如下：

a. 衛生福利部：統合精神衛生資源，協助推廣心理衛生觀念，持續推動自殺防治相關宣導講座與教材，並能針對現有之自殺風險篩選機制，如心情溫度計或珍愛生命守門人訓練進行運用，並持續管控與強化自殺關懷訪視與醫療機制。

b. 教育部：針對學校端之自殺防治策略，包含持續推動學生族群之自殺防治策略，並能加強教職員及學校輔導網絡之自殺危機辨識與處理能力，並針對自殺企圖學童、同儕及遺族進行關懷與介入。

c. 勞動部：依業務權掌，主要針對勞動工作者研擬相關自殺防治及相關心理衛生策略之宣導，促進職場之精神衛生進行守門人教育，並持續完備職場心理衛生介入體制，針對失業及經濟困頓者，能提供心理、精神醫療及社會支援，預防自殺行為之發生。

d. 內政部：針對警消人員教育訓練，對常見的自殺方法進行了解，以能使人員針對防治策略進行宣導，並能強化第一線警消人員自殺危機辨識及轉介處理能力，以利持續發揮自殺防治網絡之功能。

e. 國防部：落實心理衛生中心的三級防處標準，持續推動自殺防治策略，並加強訓練第一線輔導人員之專業之能訓練，如了解精神疾患病徵、自殺工具可得性宣導等，使專業人員具備辨識自殺企圖者及自殺高風險群之能力，以持續推動自殺防治網絡。

f. 法務部矯正署：除了定期針對受刑人進行心理衛生宣導，並針對常見之自殺方式進行策略建議外，應能針對不同受刑人之精神疾患或毒藥癮之狀況給予妥善治療與支持，輔助受刑人之身心健康，將有助於預防自殺行為之發生。

g. 行政院農業委員會：由於巴拉刈為老年人口常使用之自殺工具，因此除在農藥管理上,推動禁用巴拉刈,並對自家農藥儲藏管理進行教育宣導，同時也針對第一線販賣農藥之業者及農會推動守門人訓練，強化自殺危機辨識之能力，並能在適當時機提供支持與關懷。

h. 交通部：藉由宣導活動及傳播媒體持續推動自殺防治策略、宣導正確觀念，另外也在自殺熱點或人煙稀少處設立警示告牌，設立自殺防治電話與文宣，並提供捷運及鐵路月台設立全高式月台門，減少捷運或鐵路自殺率之策略參考。

i. 行政院環境保護署毒物及化學物質局：考量化學物質及相關工作場所之危險性，建議針對有毒物質進行教育訓練，並能建立通報機制、設立生命關懷專線，以利自殺防治資源之介入。

j. 國軍退除役官兵輔導委員會：針對退役軍人定期進行心理健康篩檢與諮詢，並能與鄰里合作，建立心理社會支持網絡，在需要之時協助提供資源。

k. 原住民族委員會：依循部落文化與信仰，透過教會及社區活動宣導心理衛生概念，並能針對高風險群進行篩檢、建立部落自殺防治網，推動社區資源網絡，介入服務與關懷。

l. 國家通訊傳播委員會：主要針對媒體廣播之特性，建議實踐 WHO 六不六要原則，並協助推廣自殺防治策略與偵測自殺資訊。

2. 結論

藉由此手冊之編製，盼能促進政府跨部會資源之整合。自殺防治、人人有責，若能在持續推廣自殺防治宣導概念時，政府各部會結合彼此專業職掌與資源，將能更有效推動自殺防治工作之效益，未來各部會在研擬相關自殺防治策略計畫或舉辦各種活動時，若需進一步之協助，中心將持續秉持期待能共同成功地推動自殺防治策略之角度，與先進共同合作與努力。

五、 附件

附件 5.2.1 《政府跨部會自殺防治手冊》

縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

一、 背景(Context)

根據衛生福利部擬定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，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。

訪視紀錄完善度、個案狀況是否清楚呈現，均會對關懷訪視之成效有所影響，且當進行轉介時，訪視紀錄亦會影響承接同一個案之關懷訪視員以及相關從業人員的工作成效，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知、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。

為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響到後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心將安排每月抽查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(20 則以上)，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 取得名單方式為聯絡衛生福利部，以更新本年度自殺關懷訪視員名單。
2) 召開內部專家會議，針對衛生福利部委託辦理 2017 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) 排定欲審查縣市之順序。
4) 制定審查資料之範圍。
5) 依據衛生福利部自殺防治通報系統所有自殺關懷訪視員必填項目，逐一制定細部審查標準。
6) 進行初評與複評。
7) 彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議。
8) 將審查結果交付衛生福利部心理及口腔健康司，並發送予各縣市。

三、 過程(Process)

1. 訪員名單更新：完善的訪視紀錄有助於增進訪員對個案狀況的理解，亦對日後相關人員業務進行有極高之效益，且可檢視自殺關懷訪視員於工作上之專業度。為有效提升在職之自殺關懷訪視員專業度，故以在職之自殺關懷訪視員作為審查紀錄之標準，以電話連絡方式，請衛生福利部心理及口腔健康司更新並寄送現有自殺關懷訪視員名單。
2. 訪視紀錄審查規劃：審查流程分兩輪進行，初審將抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議。待初審結束後，根據結果展開複審，以追蹤各縣市的改善情形。
3. 審查之縣市擇定標準是根據 2015 年標準化自殺死亡率之縣市排名(如表 5-3-1)排定抽查：

表 5-3-1、2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名

縣市	排名	縣市	排名
基隆市	1	高雄市	12
宜蘭縣	2	臺南市	13
南投縣	3	屏東縣	14
花蓮縣	4	金門縣	15
雲林縣	5	新北市	16
彰化縣	6	臺中市	17
苗栗縣	7	新竹縣	18
嘉義縣	8	新竹市	19
嘉義市	9	臺北市	20
臺東縣	10	澎湖縣	21
桃園市	11	連江縣	22

4. 初審抽查縣市:依2015年各縣市標準化自殺死亡率排名順序(如表 5-3-1)，每月份排定三縣市進行審查。截止 7 月底前，本年度 22 縣市初審訪視紀錄審查已完成，8 月進入複審階段。
   1) 一月份：基隆市、宜蘭縣、南投縣。
   2) 二月份：花蓮縣、雲林縣、彰化縣。
   3) 三月份：苗栗縣、嘉義縣、嘉義市。
   4) 四月份：臺東縣、桃園市、高雄市。
   5) 五月份：臺南市、屏東縣、金門縣。
   6) 六月份：新北市、臺中市、新竹縣。

7) 七月份：新竹市、臺北市、澎湖縣、連江縣。

5. 複審抽查縣市：複審縣市排定順序與初審相同，各月份抽查縣市如下：

1) 八月份：基隆市、宜蘭縣、南投縣。

2) 九月份：花蓮縣、雲林縣、彰化縣。

3) 十月份：苗栗縣、嘉義縣、嘉義市。

4) 十一月份：臺東縣、桃園市、高雄市。

5) 十二月份：彙整初審與複審結果，綜合各縣市改善情形，對縣市、訪員名稱進行匿名後，寄送各縣市參考。

6. 訪視紀錄資料抽查時段：每月份訪視紀錄的審查資料是抽取該縣市最近一個月的訪視紀錄，若最近一個月審查資料不足則往前幾個月抽取補齊，初審與複審所抽查資料不得重複。

7. 訪視紀錄案件狀態擇定：自殺防治通報系統案件狀態有五大選項，包括「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。初審乃選取「已結案」、「已訪視，建議結案」的訪視紀錄作為審查資料；複審更聚焦於選取「已結案」的訪視紀錄。這些狀態具備較完善的內容紀錄，更能了解訪員的訪視狀況，及檢核有無提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

8. 訪視紀錄抽查流程與標準：

1) 初審: 為了全面性評估各縣市的關懷訪視員，訪視紀錄審查是抽取每位自殺關懷訪視員的訪視紀錄 1 則，以「面訪」(如家訪、其他地點之面談)為優先。如果沒有個案本人之「面訪」紀錄，則採「個案本人」之電訪紀錄。因每個縣市須抽取 20 則訪視紀錄，若該縣市訪員不足 20 人，則補齊 20 份(可包含公衛護理師)；若該縣市訪員多於 20 人，則隨機抽取 20 人，並依前述方式抽取紀錄。

2) 複審:為了更深入及聚焦在訪員整體訪視紀錄撰寫之完整性，複審是從該縣市訪員名單中隨機選取其中 10 位，抽查最近一個月每位訪員「已結案」之案件，其中 2 則訪視紀錄：一則為「個案本人」首次的「面訪」紀錄；另一則為「個案本人」結案的「面訪」紀錄。若「面訪」紀錄之案件不足，則採「電訪」紀錄，共抽取 20 則。若該縣市訪員不足 10 人，則重複抽取，同樣依前述方式進行紀錄抽查。

9. 訪視紀錄評等標準設立：根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 2017 年訪視紀錄審查標準，經多次內部專家會議，制訂訪視紀錄審查標準，包含如下：

1) 檢閱訪視紀錄中各個項目填寫是否詳實，有無缺漏。

2) 檢閱受訪對象及訪視方式填寫是否與所撰寫之內容摘要一致。

3)檢閱內容摘要的結構是否詳實，並包含醫療紀錄格式 SOAP 之資料，意即須有 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估)、Plan(處遇計畫)。

(1) Subjective(主觀資料)：個案主觀描述、外觀/症狀，個案和家屬對問題的認知與期待。

(2) Objective(客觀資料)：含個案就醫病史、檢查結果，或自殺關懷訪視員對個案、家屬、案家環境的評估。

(3) Assessment(評估)：整理 S 及 O 之資料，做出進一步評估：

a. 心理社會評估：對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與記錄。如物質成癮、經濟狀況不穩定、缺乏社會支持等。

b. 治療順從性評估：須詢問個案於精神科就診或接受心理健康諮詢之情況，針對已就診或或接受心理健康諮詢者，進一步詢問其就診、諮詢與服藥情形是否規則。

c. 簡式健康量表分數 (BSRS-5)。

d. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依危險等級分類為低、中、高三級。

(4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，進一步建立處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。如當個案 BSRS-5 的分數高於 6 分，須轉介心理諮商、精神科就診；當個案背景為學生，須轉介學校輔導。

(5) 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。

(6) 審查過程乃是由中心業務負責人針對抽查的訪視紀錄進行初評，並列出問題、建議，再由中心專家進行複評審查並給予意見。

(7) 每月份彙整該月審查縣市自殺關懷訪視員訪視紀錄初評與複評之結果，將其謄寫至訪視紀錄審查結果表，並交付衛生福利部心理及口腔健康司，並提供各縣市做為參考。

四、 成果(Product)

1. 審查流程：

經過多次內部專家會議討論，制訂出訪視紀錄審查結果表(圖 5-3-1)，爾後依據訪視紀錄審查表的各項目，針對各縣市訪視紀錄進行審查，再給予建議，初評完畢後，交付中心專家給予複評。最後綜合和彙整審查表之評核與建議，於訪視紀錄審查結果表統一列出。表格樣式如下：

貳、 訪視紀錄審查結果

1、基本資料建置完整性 (自殺防治通報單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
1. 個案姓名 2. *身分證字號 3. *自殺類別 4. *性別 5. 個案年齡 6. 通報次數 7. *電話（日/夜） 8. 手機 9. 戶籍地址 10. *居住地址 11. 身分別註記 12. *婚姻狀況 13. *教育程度 14. *職業 15. *自殺行為發生日期 16. *通報日期 17. *自殺方式 18. *自殺原因 19. *自殺後身體狀況 20. *目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢 21. 聯絡人			1. *為通報單位必填欄位。 2. 以下欄位由戶政系統直接帶入： 1) 個案姓名 2) 個案年齡 3) 戶籍地址 4) 婚姻狀況 5) 教育程度 3. 若「自殺類別」為自殺意念，則以下3個欄位會呈現空白，在本表則會填選無： 1) 自殺行為發生日期 2) 自殺方式 3) 自殺後身體狀況 4. 自殺個案如無特殊身分，則身分別註記欄位會呈現空白在本表則會填選無。

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表

3、關懷訪視品質 (自殺個案訪視紀錄單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
1. 訪視紀錄必填項目 1) *訪視方式 □面訪 2) *個案受訪情形：個案本人 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) *曾透露出自殺的訊息 8) *曾有過自殺行為或企圖 9) *是否育有 6 歲以下幼兒			1. *為訪員必填欄位。 2. 若訪員以家訪、其他地點面訪進行個案本人之訪視，則會在本表「面訪」一欄填選有，其餘則為電訪方式。 3. 個案目前狀態欄位是指自殺的狀態，例如：有自殺意念、無自殺意念、通報時已死亡等。 4. 目前問題欄位是指個案目前遭遇到的問題，例如：生活適應、人際適應、工作適應等。
2. *內容摘要 1) S（個案主觀描述） 2) O（客觀觀察資料） 3) A（個案自殺風險評估） (1) 心理社會評估：（有、無） (2) 治療順從性評估 ·有無詢問個案是否於精神科就診或進行心理健康諮詢？（有、無） ·若上述答案為有，是否有詢問個案就診情形？ (規則服藥、規則就診) 4) P（訪視處遇計畫）			1. 內容摘要欄位原表單上並無分項，為訪員自填。中心以 SOAP 結構化紀錄方式，作為審查訪視紀錄之參考。 2. 心理社會評估欄位是指對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與紀錄。

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 1)

二、關懷訪視品質 **(自殺個案訪視紀錄單)**	有 **N (%)**	無 **N (%)**	**註記**
3. 簡式健康量表**(BSRS-5)**與再自殺意念風險評估 1) *簡式健康量表 □BSRS-5 分數≧6 □BSRS-5 分數≦6 2) *再自殺意念及風險評估 (1) 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 (2) 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 (3) 低度風險 □否認目前有再自殺意念或計畫者			1. 若簡式健康量表(BSRS-5) 積分為 6 或以上，則在本表中的「BSRS-5 分數≧6」一欄填選有。
4. 處遇計畫 **(**複選**)** *處遇計畫（有、無填選） □安排家訪 □安排電訪 □安排其他地點之面談 □安排遺族關懷 □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			

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 2)

□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：			
綜合建議			

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 3)

2. **執行結果**：

1)訪視方式統計結果:

依據 2017 年 1 月到 10 月全國關懷訪視紀錄的統計數據，自殺通報共有 25735 人次，訪員訪視總次數為 161334。其中電訪比率最多共占整體之 81.8%(131967 次)，次要為家訪占率 15.4%(24857 次)，最後為其他地點面訪占率 2.8%(4510 次)。詳細如表 5-3-2：

表 5-3-2、2017 年全國訪視方式統計結果

通報人次	訪視次數	家訪次數(%)	電訪次數(%)	其他地點面談次數(%)
25735	161334	24857(15.4)	131967(81.8)	4510(2.8)

2)訪視情形統計結果：

(1)電訪：統計數據顯示 2017 年電訪總次數為 131967，其中訪視未遇情形比率最高，占率 29.8%；其次為訪視個案家屬，占率 28.7%；訪視個案本人排名第三，占率 24.8%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 5.9%。

(2)家訪：家訪總次數為 24857，其中訪視個案本人比率最高，分別占率 35.2%；其次為訪視個案家屬，占率 30.9%；訪視未遇情形排名第三，占率 29.3%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 4%。

(3)其他地點面訪:其他地點面訪總次數為 4510,其中訪視個案本人比率最高，分別占率 49.3%；其次為訪視個案家屬，占率 17.1%；訪視未遇情形排名第三，占率 7.8%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 1.9%。詳細如表 5-3-3：

表 5-3-3、2017 年全國訪視情形統計結果

	家訪		電訪		其他地點面談	
總次數	24857		131967		4510	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
個案本人	8751	35.2	32751	24.8	2222	49.3
家屬	7670	30.9	37814	28.7	769	17.1
朋友	337	1.4	2350	1.8	56	1.2
本人拒訪	996	4	7819	5.9	87	1.9
訪視未遇	7287	29.3	39261	29.8	351	7.8
家屬拒訪	452	1.8	3824	2.9	18	0.4
朋友拒訪	27	0.1	224	0.2	1	0
其他拒訪	44	0.2	310	0.2	4	0.1

(4)統計分析結果顯示,三個訪視方式中最常被用來關懷個案的途徑是電訪，總次數超過整體八成比率，同時也是有最多訪視未遇的通報情形。在 131967 次電訪中有 39261 次(29.8%)訪視未遇、37814 次(28.7%)非個案本人之電訪，7819(5.9%)本人拒訪，僅存下來的個案本人之電訪不超過整體電訪 1/4，即為 32751 次。由於訪視著重於個案本人之關懷、支持、評估與資源轉介等，是否能成功訪視或訪視到個案本人乃服務重要之成效評估，說明電訪之訪視成效仍有待商討及檢視。

(5)相較之下，家訪和其他地點面訪雖然僅占整體二成比率，但比起電訪更

能達到以個案本人為主來進行關懷，訪視次數各為 8751(35.2%)和2222(49.3%)。

3)處遇計劃統計結果：

(1) 依據統計結果顯示，自 2015 年至 2017 年 10 月為止的處遇計劃統計結果並無顯明差異，安排電訪、面訪(家訪和其他地點面訪)與結案持續是訪員處遇計劃中的主要項目，其他轉介每年各不超過 10%例如社會局、勞工局、心理諮商機構、醫療院所或其他單位等；緊急資源、協助就醫在 2015 年後有持續下降的現象，於 2017 年比率少過 2%；協助家庭尋求及應用資源三年來都維持在 10%以下；通報學校輔導和安排遺族關懷三年比率各自亦少過 5%。詳細如表 5-3-4：

表 5-3-4、2015-2017 年全國訪視處遇計劃統計結果

處遇計劃(複選)	**2015(%)**	**2016 年(%)**	**2017 年(%)**
安排家訪	59.1	57.3	59.3
安排電訪	72	78.3	77
安排其他地點面訪	5.2	7	7.6
緊急資源、協助就醫	8.3	2.1	1.5
協助家庭尋求及應用資源	9.5	4.6	5.2
轉介社會局	0.7	0.5	0.6
轉介勞工局	0.2	0.1	0
轉介心理諮商機構	1.5	0.7	1
轉介醫療院所處置	5.1	2.3	2.2
轉介其他單位	4.9	5.7	6
通報學校輔導	0.6	0.3	0.2
安排遺族關懷	2.1	3.3	3.5
結案	24.8	26.8	23.7

(2) 關懷訪視工作主要是依居家訪視評估，擬定個人處遇計劃，提供適當的轉介服務資源例如醫療、社會、勞政、就學資源、緊急狀況處理等，以透過多方面介入協助個案，降低其自殺和自傷之風險。不過近這三年統計結果顯示，訪員主要的處遇計劃是透過電訪和面訪持續追蹤關懷個案近況，這兩項處遇計劃比率比其他項目高出數十倍。相較之下，落實轉介相關資源單位的薄弱，例如轉介社會局和勞工局比率各都少於 1%，顯

示訪員與社會資源單位合作的有限和困境。緊急資源、協助就醫社區高風險個案之協助與管理除了需要訪員持續追蹤關懷，更重要的是促進相關資源之整合，因此訪員推動社會資源單位的合作網絡仍有待加強。

4) 截至 11 月 30 日前，初審依據 2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名順序已完成抽查 22 縣市，並依同樣排序複審 12 縣市。各縣市皆須抽查 20 則訪視紀錄，共計審查數 680 則，隨後將各縣市訪視紀錄審查結果分為共通審查問題和建議、個別縣市審查建議，彙整如下：

5) 共通審查問題和建議：

(1)「受訪情形」:

a. 部分訪員在「受訪情形」項目上填寫個案本人，但撰寫內容摘要時卻表明主要訪視對象為家屬、親友或鄰居等，與前項填寫不符，建議訪員依據實際情形填寫個案受訪情形。

b. 部分訪員原定處遇計劃為居家訪視，但卻遇個案本人不在之情形應填寫「訪視未遇」，而非「個案本人」。

(2)「訪視方式」:

a. 部分訪員填寫之「訪視方式」項目與內容摘要不符，例如「訪視方式」項目填寫家訪，內文描述"...於 2.15 分撥電給案主..."，建議訪員需確實修改紀錄，並註明計畫更改之原因或過程中遇到之困難，確保紀錄之完整及正確性，也能協助了解個案狀況，以擬定下一步處遇計劃。

(3)「內容摘要」建議：

a. 電訪與面訪內容檢閱：

a) 電訪：電訪雖是訪員主要追蹤關懷個案的方式，但礙於性質與形式的限制，多數訪員遇收集資料的困難，導致大部分電訪紀錄撰寫過於簡略且重點不足，較難從內容中得知確切的訪視目標、個案危險因子和保護因子之評估、與落實處遇。因此建議訪員在電訪前先備明確目標方案，能在短時間的電訪中實行有效追蹤服務。

b) 家訪：大部分內容摘要詳實紀錄訪視過程，但仍有小部分內容摘要填寫過於簡略，難以做出核心評估，建議將內容摘要紀錄詳實，具體化描寫個案的處境與狀況。

b. 自殺原因內容檢閱：除了個案及其家屬不願說明外，小部分紀錄缺少個案自殺原因之紀錄，建議訪員在初期進行訪視時，蒐集個案自殺原因，以利「危險因子」與「保護因子」之評估，也有助於後續追蹤上聚焦在壓力源對個案再自殺意念的影響程度。

c. SOAP 格式資料檢閱：

a) 大部分紀錄擁有豐富的主觀資料（S），缺乏客觀資料(O)，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。

b) 採用評估性的角度撰寫完整的心理社會評估(A)，有助於後續處遇的安排，並持續追蹤就診和服藥情形，鼓勵個案提出問題與醫師討論。

d. 結案內容檢閱：大部分結案紀錄撰寫過於簡化，僅粗略描述個案近況而無結案評估。建議滿三個月追蹤準備結案的個案，訪視內容增加對其自殺「保護因子」、「危險因子」與再自殺意念的評估。

(4)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

a. 當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 簡式健康量表與再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，當訪視對象為個案本人時，須確實填寫於紀錄，有助於決定後續處遇，確保降低個案再自殺的風險性。若非訪視本人依續有評量分數，需列明備註。

(5)「處遇計畫」建議：

a. 應根據訪員對個案之評估(心理社會評估、治療順從性評估)，提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

(6)「非個案本人之訪談摘要」：訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」，訪員應避免欄位填寫錯誤。

6) 個別縣市審查建議

(1) 宜蘭縣

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」：

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣有訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」，訪員應避免欄位填寫錯誤。

(c) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」：

(a) 本縣有個案心理社會狀況都不太穩定，自述持續有自殺意念，且 BSRS-5 分數達 6 分以上，宜轉介精神科就診或進行心理健康諮詢。

(b) 本縣有個案 BSRS-5 分數也大於 6 分，且有輕微自殺想法，其「再自

殺意念風險評估」卻為低度風險，宜說明其為低度風險之原因；若有所疑慮宜考慮提升風險等級至中度。

(c) 個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 高達 15 分，且案母亦表示個案病情不穩定，強烈建議立即轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 15 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本縣有個案情緒狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊。

(b) 本次審查訪視紀錄中有 6 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 3 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計畫」:

(a) 配合度不高的個案願意提供的資訊不多，家屬也不一定願意配合，因此能收集到的資訊以及後續處遇也有限。建議與個案、家屬訪視過程中建立信任關係，並採間接問法，循序漸進的方式逐步確認重要資訊。

(b) 具情感問題個案建議可多了解個案親密關係互動狀態與情緒，並將其整理為心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子，並給予情緒支持。

(2) 南投縣

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有出現將訪談摘要誤植於「非個案本人之訪談摘要」之情形，建議將其填寫於「內容摘要」，以便回顧與轉介。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但部分訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本縣有少數訪員雖有進行心理社會評估，但散亂於個案主觀認知資料及訪員客觀觀察資料中，建議可以整併為單獨的心理社會評估。

(d) 本縣有出現個案雖有就醫，但 BSRS-5 分數仍持續高於 6 分，建議訪員可於每次關懷中加強追蹤個案的就診與服藥情形，並鼓勵個案與醫師討論其困擾。

(e) 建議結案時，應註記結案原因，並能在記錄上完整描述保護因子、危險因子及支持系統之評估。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，建議仍須轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 6 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 多數訪員皆有描述個案主觀認知資料(Subjective)，並客觀記錄自殺相關危險因子與社會情境脈絡，唯其中一位訪員之內容摘要空白，僅完成簡式健康量表。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 6 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計畫」:

(a) 建議訪員能針對每位個案記錄完整訪視歷程，從含安排未來訪視之方式及過程、個案對訪視及自殺各層面之心理狀態等進行記錄，有助於未來訂定介入策略時，能至連續脈絡性加以客觀評估，並連結可用資源進行介入。

(b) 訪員在與個案約定未來訪視安排時，應能參考過去個案所提供之資訊(如工作時間、方便面談之地點，以及希望訪視之方式)，尊重個案生活型態，並將約訪視過程同視為一種與個案建立關係之機會，除有助於有效進行訪視，也能讓自殺防治工作更加順利。

(c) 建議在未來處遇計畫時，能評估協同鄉鎮里鄰長一同合作介入之可能性，除共同分擔訪員關懷訪視之負擔，能在個案有緊急需要時，多一管道及時協助或轉介。

(3) 基隆市

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本市不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本市訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本市有部分個案具多次自殺企圖紀錄，但訪員關懷時個案均表示狀態良好。建議了解個案的自殺原因，評估其保護因子及危險因子，並詢問其精神科就診情形以及治療順從性。

(d) 本市有些個案有自行減藥或停藥之現象，建議了解原因，並鼓勵其向醫師諮詢藥物劑量問題。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有出現個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，建議仍須轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 6 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本市有個案工作狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介勞工局

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，唯有幾篇電訪紀錄過於簡略，可再多加資訊。

(b) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較為缺乏。本次審查訪視紀錄中有 8 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本市訪員可以將訪視過程中觀察到的資料詳細紀錄。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市均有填寫簡式健康量表，但有 5 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半個案的具憂鬱傾向或罹患憂鬱症，然而醫療的介入與協助卻有限。建議適時與個案討論用藥和就診情形，澄清其面對的問題（用藥未改善、金錢和距離困擾等），給予建議和協助；若遇拒醫個案，可了解其過去接受醫療的經驗，給予對方空間

去表達並同理其不舒服的感覺，理解拒醫原因，並適時澄清接受醫療目前可能對其的幫助。

(b) 此外也可評估個案之需求,轉介心理諮商資源以協助其在關係、人際、家庭、情感上的應對與出口，特別是重複自殺、或以自傷、自殺方式因應生活之壓力和問題之個案。

(c) 若訪員遇個案疑具精神疾病相關症狀，例如「思想跳躍未能聚焦在同一議題上，說話像是在兩條平行線上」，建議轉介醫療進行診斷與就診。

(d) 若個案具物質濫用的紀錄包括酒、藥、毒品等，建議蒐集相關資料並澄清目前是否已成功戒斷，以評估其「身心狀況」危及自殺意念與行為之可能性，並適時轉介醫療就診。

(4) 花蓮縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective),但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本縣有個案資訊模糊，建議嘗試從心情狀態、睡眠狀態等方向評估了解案主心理狀態，並可嘗試強化與個案建立關係。

(d) 本縣有個案服用毒品，建議可從如何獲取藥物與自殺史建立紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現個案表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，仍建議轉介精神科就診或進行心理健康諮詢。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本縣訪員對於個案的處遇計畫多僅安排面訪及電訪，建議可依據評估個案狀況，提供適當的資源轉介。

b. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄絕大部分致完整詳實，清楚闡明個案主觀和客觀狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，部分有採用評估性的角度撰寫、具體化描寫個案的處境與狀況，有助於後續處遇的安排。

(b) 本次審查訪視紀錄中雖有 5 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，然而有填寫的訪視紀錄均帶出重要的評估和客觀性，有助於評

估個案自身和環境狀況。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為"有"或"不詳"時，建議主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表與再自殺意念風險評估。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中值得關注是結合了「經濟與債務壓力」和「關係衝突」、「精障」多重原因引起自殺動機的個案，另外有「福利依賴者」類型的個案。

(b) 除了轉介社會局或提供相關緊急物質資源外，建議可以透過「共訪」的途徑，更全面性地協助個案。另外，訪員也詳細地去評估個人與家庭在心理與物質上的資源支援，與個案建立信任的互動關係，給予傾聽同理的空間、情感的支持，再漸漸地介入社會福利與個人財務規劃的衛教，以協助個案因應在各方面所帶來的焦慮與壓力。

(5) 雲林縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但部分訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(b) 本縣有出現個案雖有就醫，但 BSRS-5 分數仍持續高於 6 分，建議訪員可加強追蹤個案的就診與服藥情形，並鼓勵個案與醫師討論其困擾。

(c) 本縣有個案重聽，電訪時聽不清楚訪員說的話，理應無法完成 BSRS-5 與再自殺意念及風險評估。若該兩項評估為詢問外籍看護的看法，或是外籍看護代為轉述問題後回答，則應於訪視摘要註明為看護的判斷或透過看護轉述問題。

(d) 本縣出現自殺通報單顯示個案自殺原因是遭受暴力及夫妻問題，由分案日期及訪視紀錄可判斷本次訪視為第一次，內容摘要卻未填寫個案遭受暴力及夫妻問題的相關事項，建議應補充相關資料以利後續關懷訪視。

(e) 對於服用安眠藥自殺之個案，雖個案看診時已無服用安眠藥，仍應確認個案自殺用的安眠藥從何處取得，並進行降低致命性物品可近性的處遇。

(f) 遭遇個案雖否認自己有割腕的意圖，表示傷口為割傷或是被牆壁割傷

時，建議訪員應進一步確實釐清並評估個案的現況，確認個案是否有否認自殺的情形。

b) 「處遇計畫」:

(a) 針對重聽個案，建議處遇計畫不應只安排電訪，應設法採取家訪、其他地點面談的形式來訪視。

(b) 針對學生個案，應通報校方輔導個案，以達到網網相連，形成學生的自殺防護網。

(c) 本縣有個案為有經濟壓力之產婦，應協助案家尋求可應用的資源，以增進家庭支持性能力。

(d) 本縣有個案為憂鬱且人際關係逐漸封閉，處遇計畫卻僅描述依縣市自訂標準結案，建議可將該個案可轉介社會局由社工進行後續關心，避免該個案因人際關係因素再自殺，且提升個案的保護因子。

(e) 訪視單之通報日期分別與分案日期、訪視日期間隔超過兩個月，且於分案後不到一個月內便屆滿 3 個月結案，應確認資料填寫是否發生問題或是說明詳細原因。

b. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 將近百分之五十訪視紀錄中的內容摘要填寫過於簡略，或個案資料撰寫不足，難以評估其現況、保護因子與危險因子，建議將內容摘要紀錄詳實。

(b) 本縣有數篇標記以「個案本人」為主的訪視紀錄，但將其訪視內容撰寫於第五點「非個案本人之訪談摘要」，建議將訪談內容撰寫之地方修正或更改「個案受訪情形」為非個案本人，以避免資料閱讀之混肴。

(c) 本縣訪員的客觀觀察資料(O)部分未填寫或填寫過於簡略，建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

(d) 本縣大部分訪員的心理社會評估較為簡略，建議可多收集個案背景資料，例如「經濟狀態」、「家庭功能」、「身心狀況」等以能做出完整保護因子和危險因子的評估。

(e) 建議多觀察個案的身心狀況，有無心理疾病相關症狀（例如老年憂鬱），落實轉介精神科就診，并主動收集個案的身心疾病資料和就醫情形，詳實紀錄用藥狀況。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 5 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半自殺企圖者為年齡超過 90 以上的老年人，其中有患長期疾病、失智症與重聽等，建議可多觀察是否疑有老人憂鬱傾向，適時落實轉介精神科就診。

(6) 彰化縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

(d) 本縣有出現個案 BSRS-5 分數達 6 分，有於精神科就診的情形，建議針對此類個案，訪員可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，以確保降低個案自殺風險性。

b) 「處遇計畫」:

(a) 本縣有個案情緒狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

c. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 多數訪員記錄精簡，且以記錄個案描述之事實資料為主，歸類於個案主觀描述(S)；然而客觀描述(O)，也為關訪評估工作中重要的一環，能從第三者的角度觀察及蒐集個案資料，加以完整個案評估面向，因此需在記錄中加以描述由訪員所觀察之個案狀況，以能對個案有更加全面之瞭解。

(b) 多數訪員皆有評估個案的心理社會狀況。然而若為同時罹患精神疾患之個案，需詢問就醫及用藥情形；而若是重複自殺之個案，需評估是否有就醫或其他社福或家庭層面介入之狀況，並適時轉介。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 當透過訪視得到量表得分結果後，仍需參照關訪歷程對個案的了解進行評估；得分結果僅為一參考依據，即便得分較低，也不代表全無自殺危機，仍需留意過去歷史及目前個人身心與社會狀態，以綜合判斷接下來的處遇計畫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 多數記錄上於「訪視方式」雖勾選家訪，內容摘要卻補充說明因家訪未果，採以電訪為之。需釐清關懷訪視記錄之撰寫定義，並統一執行。

(b) 多數記錄顯示訪員有已至案家門外準備家訪，卻訪視未果之狀況；關懷訪視不僅實際個案接觸為工作評估之一環，任何歷程皆能是資料蒐集及評估的機會。訪員應能參考訪視歷程，安排最適切於個案之訪視策略及處遇計畫。

(c) 若該個案經督導會議評估結案，考量記錄之完整性，建議仍能簡短描述評估面向及結案原因，以利後續若有需要仍能藉此評估。

(7) 苗栗縣

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪仍可從個案語氣進行描述。

(b) 本縣有出現個案已被轉介生命線心理師，而訪視紀錄中內容摘要欄位呈現空白，但即使已進行轉介，建議內容摘要仍應填寫詳實，以便於清楚判斷該次訪視狀況。

(c) 本縣有個案的通報單上有填寫就醫紀錄，但訪視紀錄卻填寫無。訪員應詳加確認個案實際狀況，以完善訪視紀錄。此外，個案的通報單上如記錄至精神科就診，建議可針對個案之就診情形與結果作後續關懷。

b. 複審建議-十月

a) 「受訪情形」建議:

(a) 其中有 2 則訪視對象非個案本人或未訪視到個案，但在「個案受訪情形」項目上卻填寫為個案本人，建議訪員依據實際情形填寫個案受訪情形。

b) 「內容摘要」:

(a) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較為缺乏。

(b) 本縣審查記錄中有 7 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，無法客觀得知個案的風險評估。建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，超過百分之五十的訪員未詢問個案「目前有無精神科就診或進

行心理健康諮詢」，建議訪員應主動詢問個案就診情形，以便更清楚了解個案及給予處遇。

(d) 本縣審查記錄中有 7 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，無法得知個案的風險評估，建議訪員可多評估個案的身心狀態及社會支持系統。

c) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

d) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有一半以上個案的自殺原因和情感關係、家庭問題、憂鬱傾向有關，建議落實轉介至心理諮商與輔導，鼓勵個案順找情緒與壓力的出口，提高個案覺察自我-他人因應模式，並循序漸進改變壓力應對之策略。

(8) 嘉義市

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 內容摘要與非個案本人之內容摘要擇一填寫即可，無須重複填寫。

(c) 本市訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪，亦可描寫個案的語氣。

(d) 本市有個案雖已結案轉給社區關懷訪視員，但建議關懷訪視員仍可定期關心個案的情況，以確保降低個案自殺風險。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有訪員負責重複自殺個案，此種個案為極高風險的個案，建議訪員須將其轉介精神科就診或進行心理健康諮詢，若已有於精神科就診，則可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診。

b. 複審建議-十月

a) 「內容摘要」:

(a) 建議撰寫紀錄之過程，需進一步確認訪視方式，若原先排定家訪個案本人，但實質進行訪視時為電訪或與他人接觸，則需確實修改紀錄，並註明計畫更改之原因或過程中遇到之困難，確保紀錄之完整及正確性，也能協助了解個案狀況，以擬定下一步處遇計劃。

(b) 有關安排其他地點面談宜注意倫理原則以維護訪員與個案之關係。
(c) 多數訪員皆有描述訪視歷程，但有一份紀錄內容摘要空白，且在心理功能評估面向較少針對自殺相關評估因素描述。
(d) 在心理功能評估中，應能著重描述相關心理狀態，包含讓個案身心理狀態穩定或惡化之因素，以能在更加清楚保護因子及危險因子之下，研擬處遇計畫。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:
(a) 由於簡式健康量表(BSRS-5)為個案自陳量表,建議若當下訪視未能直接接觸個案，但仍透過其他管道蒐集到量表結果，應在下方備註狀況描述評估歷程，以讓紀錄完整。

c) 「處遇計劃」:
(a) 建議應透過訪視歷程(含內容摘要)與 BSRS-5 與再自殺意念風險評估結果，研擬處遇計畫。
(b) 訪員在與個案約定訪視安排時，應能參考個案居住及工作狀況，共同研擬出最適切的訪視方式，能使訪視歷程及與個案之關係更加有所助益。
(c) 若訪視當下，訪員得知案主目前心理狀況不穩定，或有再自殺/自傷風險高之狀況，需進一步評估當下外部資源介入之可能性；若已出現自傷行為，則需進一步了解是否需尋求警消或醫療資源協助。建議訪員應詳實紀錄提供之資源及個案或其他關係人之反應，供未來處遇參考。
(d) 建議結案時，應註記結案原因，並能在紀錄上完整描述保護因子、危險因子及支持系統之評估。

(9) 嘉義縣

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:
(a) 針對不願接受訪談之個案，建議訪員詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。
(b) 本縣訪員僅記錄個案所做出之行為，建議可將個案所說出的言語、行為、語氣皆納入記錄的範疇。並將行為與語氣等皆歸入客觀觀察資料。
(c) 本縣有訪員評估個案狀態憂鬱，建議可於個案主觀認知資料、訪員客觀觀察資料中描述出評估的依據。
(d) 本縣有出現個案有家暴議題，建議訪員可詢問個案家中的情形，對個

案家庭功能做出更多評估。

(e) 本縣有個案目前問題為情感及家庭問題，但此次的訪視內容摘要僅提到案主即將入獄，並未提個案的情況及家庭問題。建議訪員可以繼續追蹤個案的情感與家庭問題。

(f) 本縣有個案無業且無居所，卻有手機可以聯繫，平日也有食物。應設法向案主本人或週遭住戶探詢平日由誰接濟生活，以利後續追蹤。同時個案曾表示「若再沒有住所將帶妻子自殺」，訪員應設法聯絡案妻釐清個案的狀況。

(g) 本縣有個案記錄案子為案主自殺的可能原因，訪員應聯絡案子以釐清狀況。同時案妻為精神列管個案，多次蓄意通報個案欲自殺，這部分則建議可由公權力介入，設法讓已為精照列管的案妻進入醫療體系，避免社會資源被濫用。最後，若個案欲與妻子離婚，建議可以提供法律資源或轉介至法律相關單位，提供未來官司之協助。

(h) 本縣有個案曾有服用農藥自殺的念頭，建議訪員可向個案探問農藥儲存相關狀況,避免個案可能因一時衝動再服農藥自殺。同時個案無業，且案夫又於安養院照護，因此訪視時應關心案主的經濟狀況，必要時提供相關社會福利資源或提供轉介資源。

(i) 本縣有個案喝農藥自殺，案女表示是因為案妻的因素，但個案又表示案妻並非自殺原因，建議訪員可以進一步釐清個案自殺的原因，依據其需求，提供轉介資源。

(j) 本縣有訪談摘要的目前問題為生活適應，但從內容摘要看不出個案的生活適應的情形，應詳細敘述。

b) 「處遇計劃」:

(a) 針對無業個案，建議訪員可提供就業資源或將其轉介至勞工局

(b) 訪員已作出處遇，但並未描述出處遇的評估依據，例如鼓勵個案與家人同住時，建議可先評估個案與家人的互動情形做為此處遇可行之依據。

(c) 鼓勵個案生活規律時，可先描述出對於個案生活型態的評估以作為處遇依據。

b. 複審建議-十月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，但有小部分結案之內容摘要過於簡略，建議詳實紀錄結案之「保護因子」與「危險因子」評估。

(b) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較

為缺乏。本縣審查記錄中有 8 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中大部分個案的自殺原因來自於情感關係、家庭問題和精神疾病等有關，建議落實轉介至精神科與心理諮商與輔導之餘，可鼓勵個案順找情緒與壓力的出口，並追蹤個案就醫與用藥情形。

(10) 桃園市

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市有個案有多次自殺通報紀錄，但訪視紀錄中未提及重覆自殺的原因。建議訪員應進一步了解重複自殺之原因，以評估案主身心狀況。並了解個案是否患有精神疾患及其就醫狀況，鼓勵其接受心理諮商輔導或就診精神科。

(b) 本市有訪員已進行初步關懷，但未進行完整訪視即遭中斷。若出現此種時間不足的情形，建議給予個案醫療相關資源或訪員的聯繫方式，供個案需要時利用。

(c) 本市有個案被收押，建議可以請看守所人員或警察注意個案狀況。此外，若個案有家暴情形，建議轉介社會局做家暴相關處置。

(d) 針對電訪，建議訪員留意個案非語言訊息，例如個案的說話的語氣，以蒐集個案的客觀觀察資料，予以紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 進行簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估，建議可綜合考量兩者的評估結果，可增進對個案的瞭解，並做出一致性的評估結果，如有個案 BSRS-5 分數為 13 分，且有多次通報記錄，建議評估為中、高度風險個案。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有個案為重聽，訪員對其採用電訪的形式，建議視個案狀況和需求調整訪視方式為面訪。

(b) 本市的訪視紀錄中，其中一份內容摘要中記載未來處遇為「約定之後至家中附近便利商店面訪」，但在處遇計畫中卻仍勾選電訪而非「安

排其他地點面談」，建議訪員的處遇計畫應留意與填寫內容的前後一致。

(c) 有份紀錄記載個案拒訪且不需要關懷信件，建議訪員可釐清個案之需求，藉此擬定處遇計畫，如評估個案需身心資源，提供醫療相關資訊或訪員的聯繫方式，供個案需要時利用。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄建議參照 SOAP 之面向撰寫，多數訪員之主觀描述大致填寫完整，但需注意客觀觀察資料為訪員角度之資料蒐集，包含外顯行為描述、語氣或居住環境等，也可補齊拒絕訪視或訪視歷程中不常發言之資料蒐集。

(b) 自殺風險評估結果(A)包括個案再自殺意念及風險評估、心理社會評估、與治療順從性評估。本縣大部分訪員有填寫心理社會評估，但散落於紀錄中。建議可將收集來的資料類別化來撰寫，例如「經濟狀態」、「家庭功能」等。

(c) 建議滿三個月追蹤準備結案的個案，訪視內容增加對其自殺保護因子、危險因子與再自殺意念的評估，並於結案原因備註，以確保資料之完善。

(d) 1 則結案報告中，處遇計劃部分勾選至電訪，建議應再確認記錄之準確性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 在 20 則審查的訪視紀錄中，其中 1 則未填寫量表，然而該訪員有特地註明未評分之原因，確實完整記錄。另外，再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，當訪視對象為個案本人時，建議應將個案訪談歷程資料及量表分數綜合評估，以利決定後續處遇。

(11) 高雄市

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本市有訪員記錄較為簡略，缺乏個案主觀認知資料，建議可以記錄個案的主觀描述，如個案表示自身的情況。

(c) 本市有訪員有填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則缺乏，建議加強客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有個案 BSRS-5 分數達 6 分以上，且已於精神科就診的情形，建議訪員仍可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診，以降低再自殺的風險性。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有訪員負責重複自殺個案，此類型個案為高自殺風險個案，建議訪員將其轉介精神科就診或進行心理諮商輔導；若已於精神科就診，則可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 若訪員原先排定家訪個案本人，但實質進行訪視時為非個案本人，則需確實修改「個案受訪情形」為家屬或其他人，確保紀錄之完整及正確性。

(b) 本次抽查中雖有幾份紀錄略為簡短，但大部分紀錄完整詳實，列明訪視目標，評估個案自殺壓力源與資源處遇。其中一名訪員之內容摘要並無依照訪視次數更新資料，數篇紀錄內容相同，故建議訪員應依據當次訪視之結果撰寫紀錄，以能確切評估服務成效。

(c) 本市大部分訪員均無填寫客觀觀察資料(O)，缺乏客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本縣訪員可以將訪視過程中觀察到的資料詳細紀錄。

(d) 本市大部分訪員均有填寫心理社會評估，但部分內容略為簡短或資料不齊全，以「未改變」、「無」填寫就業狀況、家庭狀況、感情狀況、就醫情形等，建議每次訪視收集並更新個案近況，補充身心、社會資料和再自殺意念，以能確切評估個案整體近況。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

(12) 臺東縣

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有訪員的描寫，紀錄較為簡略，缺乏個案主觀認知資料，建議加強記錄個案主觀認知資料。

(b) 部分訪員有填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 進行簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估,建議可綜合考量兩者的評估結果，可增進對個案的瞭解，並做出一致性的評估結果。

(b) 本縣有出現個案 BSRS-5 分數達 9 分，且有輕微自殺想法的個案，宜轉介精神科就診或進行心理諮商輔導，並追蹤後續個案就診與服藥情形是否規則。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本縣有個案出現睡眠困擾，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

(b) 處遇計畫採取結案時須謹慎，須描述出結案的原因，並且不可再勾選其餘處遇計畫。

(c) 針對學生個案，建議轉介學校輔導，促進網絡間的合作，形成針對學生個案的保護網，減少再自殺的風險。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 本次抽查紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，唯有幾篇紀錄過於簡略，可再多加資訊。

(b) 有 1 則個案本人之「內容摘要」填寫在「非個案本人之訪談摘要」中，建議訪員要依據訪視對象正確填寫「內容摘要」之欄位。

(c) 個案主觀認知資料(S)大致填寫完整,唯有一篇未填寫個案主觀認知資料，另外有兩篇紀錄因個案有智能上缺陷而無法溝通，由案家人代回答。

(d) 本次審查訪視紀錄中有 10 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本縣訪員可以增加在訪視過程中觀察到的訊息。

(e) 本縣僅有一半的訪員有填寫心理社會評估(A),建議針對每位個案進行完整的心理社會評估，也就是對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半個案的具憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病以及在身分別註記為精神病人，然而醫療的介入與協助卻

有限，建議適時與個案討論用藥和就診情形，澄清其面對的問題（用藥未改善、金錢和距離困擾等），給予建議和協助；若遇拒醫個案，可了解其過去接受醫療的經驗，給予對方空間去表達並同理其不舒服的感覺，理解拒醫原因，並適時澄清接受醫療目前可能對其的幫助。

(b) 此外也可評估個案之需求,轉介心理諮商資源以協助其在關係、人際、家庭、情感上的應對與出口，特別是重複自殺、或以自傷、自殺方式因應生活之壓力和問題之個案。

(c) 若訪員遇個案疑具精神疾病相關症狀，例如「說話前後不一，思想跳躍散亂，說話像是在兩條平行線上，前後不連貫」或是「個案主述有女鬼在身旁，耳邊有吱吱聲，常入夢干擾睡眠」，建議轉介醫療進行診斷與就診。

(13) 金門縣

a. 審查建議-五月

a) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現一則有填寫個案 BSRS-5 分數，但是未填寫再自殺意念風險評估之紀錄，應為漏填，建議須注意填寫完整。

(14) 屏東縣

a. 審查建議-五月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 本縣訪員皆詳實記錄案主的表述，建議可將這些詳實資料進一步整理為心理社會評估。

(c) 本縣有出現訪員評估親密關係中的感情問題，建議可進一步評估親密關係的支持功能。

(d) 針對訪員衛教個案紓解情緒壓力的方式，建議亦可進一步評估其家庭支持系統，藉由家庭提供案主情緒支持。

(e) 針對案主以「都一樣」帶過自身的情況，建議訪員可進一步澄清案主的情況，以利心理社會評估的資料蒐集。

(f) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(g) 若個案已有精神疾患的診斷，建議訪員可詢問現今精神疾患的情況，藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

(h) 本縣有個案有服藥的議題，如服用過多劑量藥物、藥物無法解決睡眠困擾，建議鼓勵個案將此問題提出與醫師討論。

b) 「處遇計劃」:

(i) 本縣有個案有睡眠困擾，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理健康諮詢。

(15) 臺南市

a. 審查建議-五月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市有出現訪視方式將電訪誤植成家訪的情況，建議電話訪視選擇電訪即可。

(b) 本市有出現訪員對於 SOAP 的客觀觀察資料與自殺風險評估結果之意涵理解錯誤，將客觀觀察資料當成評估，自殺風險評估結果當成處遇計畫，建議將客觀觀察資料中評估的部分放置於自殺風險評估結果，例如可將「家人支持佳」置於自殺風險評估結果。將自殺風險評估結果中的處遇部分放置於訪視處遇計畫，如可將「遺族關懷」放置於處遇計畫。

(c) 本市訪員皆會進行部分心理社會評估，建議可更進一步完整的完成各項評估。

(d) 本市有個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有出現個案 BSRS-5 分數大於六分且已有憂鬱症診斷，建議可確認個案現今的就醫情形，若無則轉介精神科就診或進行心理諮商輔導，若有則追蹤後續個案就診與服藥情形是否規則。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有訪員評估個案有親密關係情感問題，導致情緒低落，建議可依據評估連結婚姻諮商的資源予案主。

(b) 本市有個案有睡眠議題，建議可進一步詢問是否有於精神科就診，若無則推薦其於精神科就診。

(c) 本市有個案經濟狀況不穩定，且訪員有詢問個案的補助機構，建議可進一步評估個案的經濟狀況在已有補助的情況下是否充足，並依據評估連結更多補助資源。

(16) 新北市

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可記錄案主的語氣。

(b) 本市有訪員僅評估案主自殺原因，建議可進行完整的心理社會評估。

(c) 部分訪員在評估保護因子的社會支持時，僅提及案主與家人同住，並以此做為降低再自殺風險的部分依據，建議可針對此保護因子多做資料蒐集，評估家人如何對案主提供支持，確保其可為降低自殺風險的支持系統。

(d) 部分訪員僅評估案家的衝突，並無進一步評估案家間彼此支持的互動，建議評估危險因子時，可加強評估有所相關的保護因子。

(e) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(f) 針對已有疾患診斷的個案，建議訪員可詢問現今疾患的情況，藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市訪員在內容摘要中多會記錄轉介的處遇，但未填寫於處遇計畫中，建議將其確實填寫，維持紀錄內容一致。

(17) 新竹縣

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(18) 臺中市

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料，但部分訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 部分訪員的客觀觀察資料多僅描述周圍環境，建議可加入蒐集案主身上的客觀觀察資料。

(c) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(d) 若個案已有精神疾患的診斷，建議訪員可詢問現今精神疾患的情況，

藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

(e) 若個案先前有於精神科就醫卻未有成效的經驗，因而抗拒就醫，建議訪員針對此類型個案可澄清其是否曾與醫師討論過未有成效之事以及當時就醫與服藥的規則性。

(f) 本市個案有主動提及藥物的劑量，建議可進一步確認其治療順從性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有三分之一的訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(19) 臺北市

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本市不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 個案主觀認知資料紀錄較為簡略，建議可以多加描述個案的主觀敘述，如個案表示自身的情況。

(c) 訪員的客觀觀察資料則缺乏，建議加強客觀觀察資料，如對個案的身心、生活及家庭人際的觀察。在電訪的部分，也可紀錄個案的語氣與回應狀態。

(d) 若在「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現“不詳”，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有 4 名訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(20) 連江縣

a. 審查建議-七月

a) 「處遇計劃」:

(a) 應根據訪員對個案之評估(心理社會評估、治療順從性評估)，提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

(21) 新竹市

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 部分訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強紀錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 訪員的客觀觀察資料多僅描述周圍環境，建議可加入蒐集案主身上的客觀觀察資料。

(c) 本市訪員皆有進行心理社會評估，但皆散落於紀錄中，建議可將其單獨整理為一項心理社會評估。

(d) 個案自殺原因為多為夫妻問題，因此建議可加以瞭解夫妻間之互動情形，並將其整理為心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子。

(e) 訪員有詢問個案之家庭狀況，建議可從蒐集得來之資料，整理出家庭互動情形，放置於心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子，並進一步歸納家人的支持性。

(f) 個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(g) 個案自行停藥之個案,建議可以與討論停藥原因,給予藥物相關衛教，並建議其提出與醫生討論。

(h) 個案強烈拒絕前往精神科就診，建議可了解且澄清其抗拒原因，並依據原因提供衛教宣導。

(i) 個案服用藥物但狀況未改善，建議可鼓勵期將自身情況提出與醫生討論。

(j) 本市有個案提及此次自殺事件為誤報的情形，建議可紀錄個案與案家的客觀觀察資料，如身體上的傷痕、表情、語氣，以做為確認誤報的依據。

c) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有 3 名訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(22) 澎湖縣

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 電訪的客觀觀察資料則較為缺乏，建議電訪可紀錄對方回應方式及語氣等非語言類信息。

(b) 訪視內容中擁有豐富的社會生活與家庭系統相關的客觀資料，建議亦可透過觀察與會談方式蒐集身心狀態的資訊。

(c) 案自行停藥之個案，建議可以與其討論停藥之原因，給予其藥物的衛教，並建議其提出與醫生討論。

(d) 個案強烈拒絕前往精神科就診，建議可澄清其抗拒之原因，並依據原因提供衛教宣導。

(e) 個案服用藥物但狀況未改善，建議可鼓勵期將自身情況提出與醫生討論。

3. **結論**

1) 自殺關懷訪視員身為自殺防治守門人,面對臺灣今日大量的自殺通報數量，除了沉重的業務壓力外，也需要處理個案各式各樣的困難和窘境，是一份相當艱辛的工作。

2) 本次訪視紀錄數據統計中,發現 2017 年電訪仍為最常被訪員採用的訪視方式，總次數超過整體八成比率，其次才是家訪占率 15.4%，最後為其他地點面訪占率 2.8%。電訪雖然占率最高，但同時也是出現最多訪視未遇的通報情形，而電訪到個案本人之比率也不超過整體的 1/4。由於訪視著重於個案本人之關懷、支持、評估與資源轉介等，是否能成功訪視或訪視到個案本人乃服務重要之成效評估，說明電訪之訪視成效仍有待商討及檢視。相較之下，家訪和其他地點面訪雖然僅占整體二成比率，但比起電訪更能達到以個案本人為主來進行關懷。

3) 近這三年統計結果顯示，訪員主要的處遇計劃是透過電訪和面訪持續追蹤關懷個案近況，這兩項處遇計劃比率比其他項目高出數十倍。相較之下，落實轉介相關資源單位的薄弱,例如轉介社會局和勞工局比率各都少於 1%，顯示訪員與社會資源單位合作的有限和困境。自殺是多重因素造成，每個個案都有自己的困難點，訪員需要藉由訪視過程找出個案所需資源，轉介至各單位。因此，確實轉介是降低自殺企圖個案再自殺風險的重要因素，以 2015 年至 2017 年數據分析，轉介至各單位的比率還有加強的空間。

4) 本次的訪視紀錄審查，各縣市訪員須統一「受訪情形」、「訪視方式」與「非個案本人之訪談摘要」之定義，並針對進行訪視時的各種處境進行討論如何填寫，以避免造成紀錄內容不一致的情形。

5) 訪視紀錄抽查的情況中也發現，大部分訪員在電訪撰寫方面較為簡略，且有訪視目標模糊之情形。

6) 除了瞭解訪員的工作情形，也發現各縣市的訪員在紀錄撰寫都擁有屬於各自一套方式，並無共同的格式，但大部分訪視紀錄都涵蓋 SOAP 格式的資料,而少部分縣市則直接採用了SOAP格式撰寫。若從SOAP的角度來評估,各縣市仍需加強自殺保護因子與危險因子的評估，並確切地針對個案處境給予最適合的介入和處遇，將方案撰寫於訪視紀錄。

7) 各縣市在紀錄中所著重的資料向度反映出了訪員的境遇、在地自殺特殊情形和督導著力方向等，例如一些縣市較傾向老人自殺議題、夫妻或情感壓力自殺或精神疾患自殺等，且可提高訪員在相關議題上的敏感度與介入能力。其次，許多個案的困難需要多方社福機構介入協助，訪員與相關人員若能建立共訪機制，相信更能全面性地提供個案所需，度過困難的時刻。

8)藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，期能協助關懷訪視員工作上能更加順利，也給予更加專業的關懷。

雲端數位學習平台之維護與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

近年因網際網路使用逐漸普及，人人皆有行動裝置，及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。有鑑於此，為提升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專業人員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，「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，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。

2012 年底，社團法人臺灣自殺防治學會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，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使民眾可利用家中電視、電腦隨選隨看。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」。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。

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)數位課程之製作與評估流程(圖 6-1-1)：

(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編輯。

(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台及 YouTube 頻道，供專業人員及民眾學習。

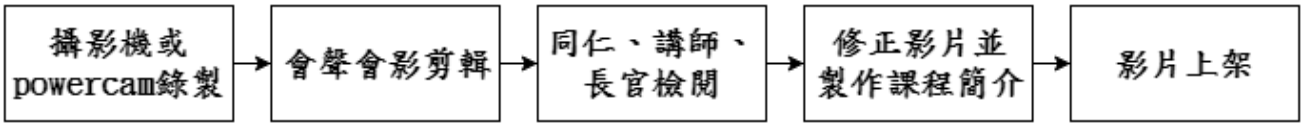


圖 6-1-1、影音課程之製作與評估流程圖

2)YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」推廣：

(1) 2009 年於 YouTube 平臺建立「全國自殺防治中心珍愛生命影音頻道」；2017 年 4 月將頻道改名為「自殺防治 e 學院」。

(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 頻道推廣工具：於影片新增搜尋標籤，讓民眾更加容易搜尋自殺防治相關影音。

(4) 2015 年與台大「心理健康促進與自殺防治」通識課程合作，於自殺防治 e 學院頻道推出學生拍攝之自殺防治微電影。

(5) 2017 年分別與臺灣憂鬱症防治學會、財團法人敦安社會福利基金會合作，將研討會演講及校園演講錄製程數位課程，並將數位課程影片於自殺防治 e 學院頻道與珍愛生命數位學習網公開，供專業人員及一般民眾學習。

3)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，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，並提升 YouTube「自殺防治 e 學院」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.關訪員課程專區內容包含訪員必備之基本及核心能力課程，課程皆設有測驗機制，可讓關訪員評量自己的學習成果。本課程專區將每年持續更新，以期讓關訪員能精進自身專業能力。

(3) 多元管道之連結與推廣：

a.主動與相關專業人員公會單位合作，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台，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。

4)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。

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、學習平台之推展、Hicloud 雲端伺服器服務等。

三、 過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

1) 數位學習網維護及推廣：

(1) 本年度數位學習網新增影音清單及上架時間依序如表 6-1-1。

表 6-1-1、2017 年度新增影音清單

上架時間	課程名稱
2017 年 2 月	珍愛生命守門人-警察_吳佳儀、守護校園心理健康：高自殺風險大學生之辨識與處遇_吳佳儀
2017 年 3 月	心身醫學在台大_廖士程、整合式心身醫學住院模式之建立與展望_陳錫中、心身醫學社區再融入計畫之理念與推展_吳佳儀、心身醫學的實踐_廖士程、精神科醫師的社會承擔：從心身醫學出發_李明濱
2017 年 6 月	正向思考的力量_游琇雅、從腦科學解析身心健康 DIY_楊聰財、由腦科學解析身心壓力及紓壓 DIY_魏兆玟、起飛吧我的 EQ_劉鴻徽
2017 年 9 月	老人自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷_徐亞瑛、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會專題報告

表 6-1-1、2017 年度新增影音清單(續)

上架時間	課程名稱
2017 年 11 月	自殺防治面面觀_廖士程、自殺防治實務_吳佳儀、資源網網相連_鄭宇明、媒體自殺事件報導之分析與建議-以老人自殺為例_吳佳儀、藥物濫用防制之護理角色功能_洪翠妹、生命線在自殺防治的推動_何振宇、職場自殺防治_楊聰財、物連網與自殺防治_劉慕恩、心理健康行動科技於自殺防治之應用_吳佳儀、全國自殺防治中心成果報告_廖士程

(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 6-1-2。

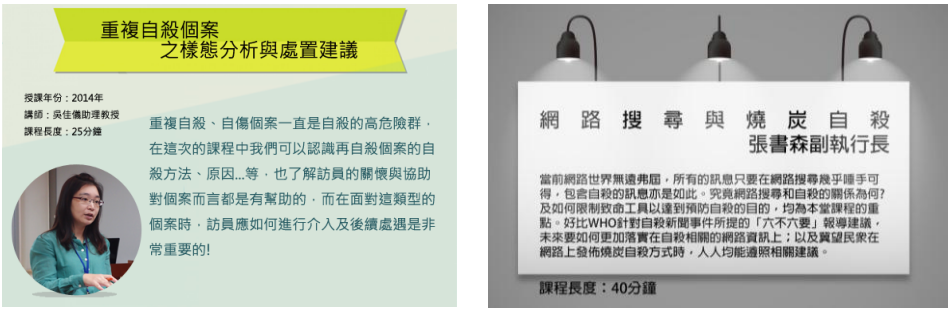


圖 6-1-2 課程簡介(preview)示意圖

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。

(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台連結，提供課程內容之授權，授權課程清單如表 6-1-2。

表 6-1-2、授權課程清單

課程名稱	講師	長度
自殺防治與守門人訓練	李明濱醫師	85 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
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
青少年自殺防治對策與展望	吳佳儀教授	46 分鐘
老年人之自殺防治	吳其炘醫師	25 分鐘
農藥管制與自殺防治	張書森醫師	41 分鐘
媒體自殺事件與教唆自殺之因應	吳佳儀教授	33 分鐘

c.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。其中，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 等公務園學習網已於 2017 年 7 月後整併為「e 等公務園+學習平台」。

d.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) 2017 年度 YouTube「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 6-1-3。

3) 凱擘大寬頻之合作：

(1) SuperMOD 之「名醫相隨」節目，目前可於凱擘聯製中心之 YouTube 頻道觀看。。

(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。

表 6-1-3、2017 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

公布時間	影音名稱
2017 年 2 月	珍愛生命守門人-警察_吳佳儀、守護校園心理健康：高自殺風險大學生之辨識與處遇_吳佳儀
2017.年 3 月	心身醫學在台大_廖士程、整合式心身醫學住院模式之建立與展望_陳錫中、心身醫學社區再融入計畫之理念與推展_吳佳儀、心身醫學的實踐_廖士程、精神科醫師的社會承擔：從心身醫學出發_李明濱、守門人微電影之-【即刻救『原』】、守門人微電影之-【REBIRTH】、守門人微電影之-【快樂何在】、守門人微電影之-【發現自我】
2017.6 月	精神衛生法：強制住院制度之國際比較_吳建昌、憂鬱症不可忽視的恐慌發作_許世杰、正向思考的力量_游琇雅、從腦科學解析身心健康 DIY_楊聰財、由腦科學解析身心壓力及紓壓 DIY_魏兆玟、起飛吧我的 EQ_劉鴻徽
2017 年 9 月	老人自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷_徐亞瑛、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會專題報告、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」宣導影片、守門人微電影之 【挽命關頭】、守門人微電影之 【老核救老邊】、守門人微電影之【金絮其外】、守門人微電影之 【心情不好時，五種最不想聽到的安慰】

表 6-1-3、2017 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單(續)

公布時間	影音名稱
2017 年 11 月	自殺防治面面觀_廖士程、自殺防治實務_吳佳儀、資源網網相連_鄭宇明、媒體自殺事件報導之分析與建議-以老人自殺為例_吳佳儀、藥物濫用防制之護理角色功能_洪翠妹、生命線在自殺防治的推動_何振宇、職場自殺防治_楊聰財、物連網與自殺防治_劉慕恩、心理健康行動科技於自殺防治之應用_吳佳儀、全國自殺防治中心成果報告_廖士程

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：28 堂。

(2) 線上課程總數：

a. 專業人員認證課程共 172 堂。含公務人員 5 堂、護理人員 42 堂、藥師 34 堂、醫師 33 堂、家醫科醫師 29 堂、諮商心理師 29 堂。

b. 自殺防治課程：179 堂。

c. 媒體訪談實錄：17 堂。

d. 記者會實錄：25 堂。

e. 中心活動：1 堂。

(3) 2017 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 204,421 人次、醫師 1,364 人次、家醫科醫師 1,563 人次、藥師 13,160 人次、諮商心理師 1,809 人次、公務人員 263 人次。

(4) 2017 年度學習網整體點閱率統計如下：

a. 2017 年 1 月至 10 月累計總點閱次數共 526, 920 次。

b. 2017 年 1 月至 10 月學習網各月份累積點閱次數趨勢如圖 6-1-3。

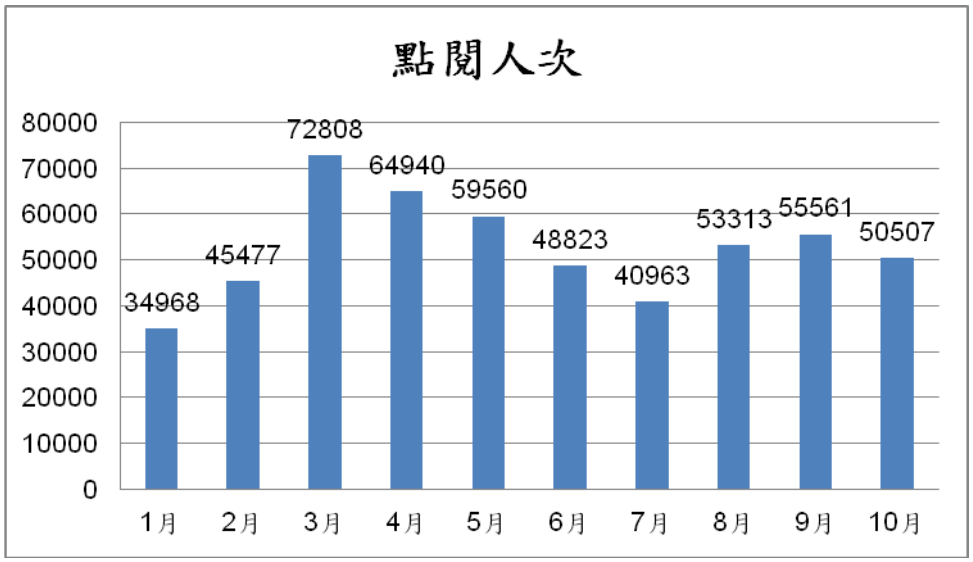


圖 6-1-3、2017 年 1 月至 10 月學習網各月份點閱次數

(5) 2017 年 1 月至 10 月數位學習網問卷回收共 232,631 份。共有 98.7%之學員認為課程令其感到獲益良多；98.5%之學員對課程感到滿意；92.7%之學員未來會推廣心情溫度計;99.2%之學員認為課程能增進關心他人預防自殺的能力，問卷細項結果如表 6-1-4。

表 6-1-4、問卷細項結果

問卷題目	選項	調查結果
本次課程內容，讓您感到有所收穫	非常同意	61.7%
	同意	37.0%
	普通	1.3%
	不同意	0.0%
	非常不同意	0.0%
整體而言，您對本課程之滿意程度為	非常同意	64.7%
	同意	33.8%
	普通	1.5%
	不同意	0.0%
	非常不同意	0.0%
未來您願意推廣使用心情溫度計嗎	願意	92.7%
	不願意	2.6%
	課程沒提到	4.6%
本次課程是否能增進您關心他人預防自殺的能力呢	可以	99.2%
	不可以	0.8%

(6)「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平台，進行課程連結。表 6-1-5 為個平台修課人次數據， e 等公務園、e 學補給站及港都 e 學院在 2017 年 6 月整併為 e 等公務園+學習平台，僅有 2017 年 1-5 月的數據。

表 6-1-5、各平台修課人次回饋數據

平台名稱	授權課程數	選修人次	完修人數
台北 e 大	5	2474	1688
中華郵政 e 大學	5	1519	1438
e 等公務園(1-5 月)	8	12852	9984
e 學補給站(1-5 月)	3	1656	1449
港都 e 學院(1-5 月)	6	1344	904
e 等公務園+學習平台(7-10 月)	5	482	295

(7) 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，2017 年上半年總計有 82 人次完成課程。

(8) 電子書推廣至雲端平臺，連結合作單位共計 7 個。

2) Youtube 影音頻道：

(1) 2017 年度 1 月至 11 月上傳之影音：自殺防治課程 28 支、微電影 8 支。

(2) YouTube 頻道目前分享 331 部完整影片。

(3) 2017 年度 1 月至 10 月總觀看時間共 11,842,521 分鐘；總觀看次數共 407,441 次。

3) 凱擘大寬頻:凱擘大寬頻 SuperMOD 授權協議續約至 2018 年 12 月 31 日。

2. 結論

1) 珍愛生命數位學習網：

(1) 數位課程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台接洽，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，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，因此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台連結，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。

社群網站 facebook 之運用與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

facebook 為近年來最受歡迎的社群網站，其使用者涵蓋各年齡層，為青少年與上班群最常使用的社群網站之一，是人們分享生活、維繫社交及獲取新資訊的管道之一。為推廣心理衛生教育以及珍愛生命之理念，全國自殺防治中心於 2010 年底在 facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平台將正向資訊有效傳遞給更多民眾。

珍愛生命打氣網除宣導心理衛生健康資訊，亦著重推廣珍愛生命守門人概念，鼓勵民眾適時以 1 問 2 應 3 轉介之方式，關懷周遭的每一個人，使自殺防治達到人人參與、網網相連之理想。

此外，中心亦於 2011 年 9 月開始，持續與 facebook 公司合作推動網路自殺防治，提供心理衛生資源給網路上有自殺意念之民眾，建立更全面的自殺防治網絡。

2. 方案的目的與目標

1) 推廣珍愛生命之理念，培養更多珍愛生命守門人。
2) 加強心理衛生教育宣導，促進民眾心理健康。
3) 針對於 facebook 上發表有關自殺意念訊息之個案，提供關懷及相關求助資源。

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) 每週一到週六於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，發文頻率為平日兩篇，假日一篇。內容如下：

a. 每月主題規劃

表 6-2-1、2017 年每月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	2017 新年新氣象	四月	閱讀與心靈
二月	自我成長	五月	旅行的意義
三月	人際關係與溝通	六月	生涯規劃

表 6-2-1、2017 年每月主題規劃列表(續)

月份	主題	月份	主題
七月	電影與人生	十月	長者關懷
八月	媒體、科技與社會	十一月	壓力管理
九月	世界自殺防治日	十二月	告別過去，展望未來

b. 貼文類型

表 6-2-2、2017 年專頁貼文類型說明

貼文類型	說明
衛教宣導	推廣心理衛生之相關資訊與資源。 (例如守門人技巧、精神疾病去汙名化及自殺防治議題等)
時事新知	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
舒壓秘方	提供壓力管理的相關資訊與資源。
溫馨小品	提供溫馨、感性與有趣的圖片、文章或影片。
打氣小語	提供勵志與打氣的圖片、文章或影片。
中心活動	即時發布中心相關活動與資訊，如貴賓參訪、新聞媒體聯繫會議、記者會、世界自殺防治日徵文活動等。

a) 貼文內容來源以中心同仁自創貼文為主，或分享中心自殺防治與心理衛生促進相關書籍文宣。若參考其他電子新聞、雜誌平台之內容，會輔以內容摘要及說明。

b) 每月依月份主題規劃每週貼文內容，並於前一個月月底的業務會議中進行提案討論，必要時調整修正。

c) 每週業務會議皆針對上週粉絲人數與受歡迎貼文類型進行討論，適時調整專頁經營策略。

d) 於中心活動及網路平台推廣專頁，如電子書、PGY 課程、文宣品、YouTube 頻道、活動海報等進行宣傳。

e) 定期更新及提供自殺防治相關統計數據，匯集每月貼文，按月製作總結報告，交給衛生福利部備查。

三、 過程(Process)

1. 2016 年 12 月 30 日業務會議針對 2017 年 1 月臉書貼文主題「2017 新年新氣象」進行每周貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-3：

表 6-2-3、2017 年 1 月每週貼文規劃

週次	主題

1/2-1/7	**放下：斷、捨、離** 該如何告別過去不良的習慣、清掃囤積許久的物品，以及在新的年度開始時，如何真誠的面對自己的未竟事宜，揮別過去，迎向未來。
1/9-1/14	**回顧與展望** 回顧本年度心理健康之重大議題以及相關發展，政府部門所推廣之活動以及新上路之政策等等，新年度台灣心理衛生推廣主力方向。
1/16-1/21	**新年人生夢想清單** 設定年度學習目標，溯及既往以及展望未來，如何規劃不同階段之人生目標，以期自我實現。
1/23-1/31	**春節期間限定話題** 農曆春節年間，提醒眾人除舊佈新之際，勿忘關懷家中長輩以及異鄉遊子，以及其他春節與自殺防治之相關議題。

2. 1 月 20 日業務會議針對如何提升粉絲專頁追蹤人數進行討論，決議未來可以漫畫圖文或微電影的方式吸引民眾瀏覽，並擬於春節過後邀請手繪圖文專家提供協助，以提升專頁點閱率。
3. 2017 年 1 月 13 日業務會議針對 2017 年 2 月臉書貼文主題「自我成長」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-4：

表 6-2-4、2017 年 2 月每週貼文規劃

週次	主題
2/1-2/4	**新年新希望** 春節假期結束，在回到工作崗位之際，透過振奮人心的小故事，為自己帶來滿滿的正能量，充滿活力迎接新挑戰。
2/6-2/11	**珍愛自己** 學會愛別人之前，先讓我們珍愛自己，接納自己，無論自己的個性、特質如何，定有其獨特之處。
2/13-2/18	**身、心靈的自我照顧** 擁有良好的健康，是穩定成長的基礎；而健全的心理，才能造就美好的人生。遭遇挫折時，如何安頓自己、支持自己，有力量走下去，值得我們一起來關心。

表 6-2-4、2017 年 2 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
2/20-2/28	**在人際關係中成長** 在人與人之間的互動中，往往會產生許多激盪，透過這些關係我們可以更認識自己、也認識他人。

4. 2月10日業務會議針對2017年度專頁每月主題規劃及同仁分工進行討論，並將今年度專頁之2大主要目標訂為「提升粉絲人數」及「導正相關迷思」。
5. 2月17日業務會議針對臉書粉絲群資料提出分析報告：2017年1月16日統計粉絲專頁的粉絲(按讚者)男女比例與年齡分佈，粉絲中女性占比63%，男性占比36%，其中男、女性粉絲中以25-34歲年齡層為最大宗。以當時近一週內粉絲瀏覽流量數據而言，週一至週日平均瀏覽人次為4,744人次，整週的瀏覽量相當平均。
6. 2017年2月16日業務會議針對2017年3月臉書貼文主題「人際關係與溝通」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表6-2-5：

表 6-2-5、2017 年 3 月每週貼文規劃

週次	主題
3/1-3/4	**愛情** 有人從愛情中找到能伴隨終生的伴侶，但也有人最後由愛生恨，引發許多社會問題。既使交往到最後分手，也要懂得調適自我，期許雙方都能找到更好的伴侶。
3/5-3/11	**家庭** 家庭生活並非只依賴金錢維繫，家庭中的每一位成員才是家庭生活的核心。將「聯繫、溝通、關懷」運用在家庭中，才是創造幸福家庭生活的重要因素。
3/12-3/18	**校園** 學生在校園中學習的不僅僅是知識，同時也學習如何與人相處。如何培養良好的人際關係，不僅對未來在職場上有所幫助，更能建構一個人文關懷的社會。

表 6-2-5、2017 年 3 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
3/19-3/25	**職場** 空有專業的技能，卻不擅與人相處，將會破壞整個團隊的運作，使工作不順。學會與如何與職場上的夥伴和諧的相處，也是一門重要的課題。

7. 2017 年 3 月 31 日業務會議針對 2017 年 4 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-6：

表 6-2-6、2017 年 4 月每週貼文規劃

週次	主題
4/1-4/8	**閱讀與心理** 閱讀是一場心靈的饗宴。透過閱讀，我們得以療癒現實中疲憊的心靈；藉由閱讀，我們的思想得以昇華。在忙碌的生活中，別忘了拾起書本，來場豐富心靈的閱讀旅行。
4/9-4/15	**閱讀與個人** 作家余秋雨說：「閱讀是自己生命的擴大，為自己的人格打下寬廣的基礎。」閱讀引領我們體會不同人生的況味，開展對世界的視野與想像。
4/16-4/22	**閱讀與社會** 閱讀與社會究竟有什麼關係，是閱讀風氣改變社會，還是說閱讀的內容改變社會？抑或是社會影響著大眾的閱讀口味？回顧歷史可以發現，閱讀與社會兩者其實有密切的關連。
4/23-4/30	**閱讀與媒體** 講到閱讀，我們通常會直覺想到書本。閱讀的媒介通常是平面媒體，像是書籍、報紙、雜誌等等，但其實其他形式的媒體也可以閱讀唷！本週想要探討數位媒體對閱讀造成什麼樣的影響。

8. 3 月 31 日業務會議決議於四月份在臉書粉絲專頁推廣介紹中心文宣品與曾出版之書籍，並邀請民眾線上討論與分享閱讀心得。
9. 4 月 7 日及 4 月 10 日於專頁分享中心製作之「健康上網秘訣」宣導圖文，4 月 21 日介紹中心李明濱主任及吳佳儀副執行長合著之《解憂診療室》一書。
10. 2017 年 4 月 28 日業務會議針對 2017 年 5 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」

進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-7：

表 6-2-7、2017 年 5 月每週貼文規劃

週次	主題
5/1-5/6	**出發旅行吧!** 旅行，是日常生活中的一部份，為了不讓自己陷入每天上下班的輪迴中，漸漸變成宅男腐女，不如出發旅行去！無需大費周章的規劃行程，也無需打包很多行李，只要帶對物品，說走就走！
5/8-5/13	**內外在旅程** 旅行，是逃離，還是尋找？無論是哪一種，都讓我們藉由旅行，來探索自我生命！
5/15-5/20	**旅行中的省思** 旅行在不同地方，除了欣賞風景、接觸不同的人文風情，有什麼是可以思索的？旅行的意義在於獲得新體驗或是暫時遠離日常生活？旅途中的思考或許能幫助心靈的成長。
5/22-5/31	**旅途結束，返家** 離開，是為了回來，旅行只是一個過程，人終究要回到自己熟悉的地方。結束一段旅行後回到家，慢慢回味旅途中的經歷，化為自己再次前進的動力，重回生活的軌道。

11. 5 月 5 日業務會議針對臉書珍愛生命打氣網粉絲專頁經營方式及貼文著作權相關議題進行討論，決議日後專頁發文以中心同仁自創內容或分享中心著作為原則，降低轉載文章之頻率。轉載或分享其他電子平台之文章、圖片或影片時，則需注意作者是否註明同意轉載。若可轉載，須註明出處及作品連結。
12. 5 月 15 日專案負責人召開會議討論貼文內容規劃及分工機制。會中決議每周二、四晚上時段需發佈與當月主題有關之貼文內容，其餘時段不限；另配合讀者使用臉書的高峰時段,每日發文時間訂於週一到週五每日早上 11：30 至 12：30，及晚上 8：30 至 9：30。
13. 5 月 26 日業務會議決議於每則貼文後方加入邀請讀者按讚之標語，以提升貼文按讚人數。
14. 2017 年 6 月 2 日業務會議針對 2017 年 6 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-8：

表 6-2-8、2017 年 6 月每週貼文規劃

週次	主題
6/1-6/10	**各年齡層的生涯規劃小撇步** 不同的高度有不同的視野，本週將分享在人生的不同階段，該如何發揮自身優勢，活的自在精采！
6/12-6/17	**關鍵一刻的身心調適** 重要決策時刻、工作排山倒海而來、焦頭又爛額，此時該怎麼和自己最真實的情緒共處，在夾縫中如何找到快樂的那道光，是人生必修的課業。
6/19-6/24	**人算不如天算，時時保有彈性的心境** 往往一切準備就緒，卻發生意料外的插曲，挫折來敲門時，心境的轉化往往是關鍵，保持信心，才能脫穎而出。
6/26-6/30	**扭轉一生，關照自己也守護他人** 人生高低起伏，隨時關注自己的情緒之餘，對身邊的親友多一些關懷，多一句問候，我們都能拉別人一把。

針對第一週主題，中心長官建議可針對青少年自殺防治(包含畢業後面臨生涯規劃及進入職場之壓力問題)、中年失業及老年人退休等議題進行宣導。

15. 2017 年 6 月 30 日業務會議針對 2017 年 7 月臉書貼文主題「電影與人生」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-9：

表 6-2-9、2017 年 7 月每週貼文規劃

週次	主題
7/1-7/8	**電影與心理健康** 每部電影都有它想要傳達的意念與故事，藉由電影傳達心理健康的觀念給民眾。當電影藝術和心理學相遇，人性內心的陰暗、脆弱、至真至純通通一覽無遺。
7/10-7/15	**電影與人生意義** 每部電影的角色都有他們獨特的故事，藉由融入電影情節反思自我的價值。
7/17-7/22	**電影與社會議題** 電影不僅是虛構於人們的創意，也是依託著時代的文化脈絡而生，兩者是彼此互相影響，讓我們從電影的不同視角，來檢視現今社會上未受我們注意到的角落吧!

表 6-2-9、2017 年 7 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
7/24-7/31	**從電影談起生命的啟發** 電影是現代人休閒的重要組成，每部電影都有它想要傳達的意念與故事，在看電影時我們不僅在接收，同時在進行的是交流，藉由投入電影角色，兩段生命故事在彼此激盪，藉由激盪而出的獨特視角為我們的生命帶來啟發。

16. 2017 年 7 月 28 日業務會議針對 2017 年 8 月臉書貼文主題「媒體、科技與社會」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-10：

表 6-2-10、2017 年 8 月每週貼文規劃

週次	主題
8/1-8/6	**近年媒體與科技發展** 人類科技發展日新月異，資訊傳遞之管道多元創新，民眾接收資訊之速度也越來越即時，在方便的過程，卻也看見人們情緒上，因此出現不同的負面影響因子。本周探討近年媒體與科技之創新發展，對閱聽者心靈健康適應狀況。
8/7-8/13	**媒體與科技對台灣社會之影響** 隨著媒體與科技發展快速，台灣民眾可自由選擇資訊來源，每日所觸及之資訊也更勝以往。因此對於自殺新聞報導內容，媒體更需謹慎規劃，本周粉絲頁面將教導民眾如何安全選擇媒體新聞。
8/14-8/20	**媒體與科技對國際社會之影響** 放眼國際社會，媒體與科技都在資訊傳播上扮演重要角色，進而對社會帶來不同現象。本周帶領讀者從國際社會角度觀看不同國家在面對重大、名人自殺新聞事件如何面對與因應，避免民眾心理健康遭受影響。
8/21-8/31	**近代媒體與科技對社會之反思** 回顧媒體與科技對台灣及國際社會之影響，如何在資訊洪流中選擇正確且有效之資訊，避免影響心靈健康，成為有判斷力之閱聽人。

17. 2017 年 8 月 25 日業務會議針對 2017 年 9 月臉書貼文主題「世界自殺防治日」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-11：

表 6-2-11、2017 年 9 月每週貼文規劃

週次	**主題**
9/1-9/8	**關鍵一刻，扭轉一生** 每個人都有遭逢不幸的時候，然而有些人因此以自殺作為人生的終點，倘若我們能花點時間關心他們，或許人生的旅程也會有所不同。

表 6-2-11、2017 年 9 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
9/11-9/15	**關鍵一刻，同理心傾聽** 有嚴重自殺意念的人需要的往往不是人生的解答,而是以同理心傾聽並關懷，便能化解當下的危機。如何同理心傾聽是相當重要，這週將分享傾聽的技巧，讓粉絲們都能成為一個好的傾聽者。
9/18-9/22	**善用資源，扭轉一生** 我們身邊有許多資源能幫助想自殺的人,藉由資源的發掘及串聯，及時網住每條寶貴的生命、網住每個悲憾的發生；善用資源，拉住每條懸崖邊的生命。
9/25-9/29	**邀請你我一同加入守門人行列** 守門人扮演著「傾聽、關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候察覺到他所發出的警訊，並透過 1 問 2 應 3 轉介技巧，守住你我身邊的人。

18. 9 月 22 日業務會議針對台大通識課「心理健康促進與自殺防治」學生推廣珍愛生命打氣網粉絲專頁宣導案，提請討論，決議將粉絲專頁之介紹、QR CODE 及搜尋名稱並附上歡迎加入等字樣製作成宣導簡報，提供楊珞庭同學於通識課程協助推廣。
19. 2017 年 9 月 29 日業務會議針對 2017 年 10 月臉書貼文主題「長者關懷」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-12：

表 6-2-12、2017 年 10 月每週貼文規劃

週次	主題
10/2-10/6	**月圓人團圓，溫馨送暖** 本週適逢中秋佳節，是家人團聚的時刻，針對獨居長者，給予適切關懷、協助及陪伴，照顧長者的身體，關懷他們的心理健康，讓長者感受到「家」的溫暖，知道自己並不孤單。
10/9-10/13	**長者與心理健康** 介紹長者生理機能退化、心理功能老化方面的相關資訊，如失智症、憂鬱症、焦慮等，以喚醒社會大眾更加重視長者的生心理健康以及摒除對長者的年齡歧視,營造一個成功老化的環境。

10/16-10/20	**照顧者與心理健康** 長者生心健康問題固然重要，但也不能忽略照顧者的壓力。新聞中偶有照顧者因長期照護及經濟上的壓力，與長者一同自盡的社會事件，因此，本週將帶大家認識照顧者的心理狀態及其可能承受的壓力，提供及發掘可運用的資源，如喘息服務、社福機構提供協談與照顧技巧諮詢、經濟補助、親友的支持、輔具租借等，挽回可能失去寶貴親人的遺憾。
10/23-10/31	**寒冬送暖，關懷長者** 十月底接近冬天的到來，有些低收入戶、獨居長者面臨物資匱乏的情形。藉由舉辦社區聚餐、表演、送餐服務及送保暖物質讓長者感到溫暖，以及傳遞長者照護需知、居家安全需知等，以「傾聽、關懷、支持」的方式使人人都能成為「守門人」的角色。

20. 9 月 29 日業務會議針對臉書珍愛生命打氣網粉絲專頁宣傳，進行討論，決議請秘書長於門診協助宣傳以及請同仁將粉絲專頁推薦給親朋好友。

21. 2017 年 10 月 20 日業務會議針對 2017 年 11 月臉書貼文主題「壓力管理」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-13：

表 6-2-13、2017 年 11 月每週貼文規劃

日期	主題
11/1-11/11	**職場壓力停看聽** 職場是人最大的壓力來源，壓力源不僅是手邊的工作，與主管和同仁溝通相處也是壓力，下了班也可能被奪命連環 call，弄得自己身心俱疲。如何面對職場壓力，可以決定一個人的身心是否健康。
11/12-11/18	**家庭關係與壓力調適** 家家有本難念的經，家庭的壓力若處理不慎，可能造成一個家庭破碎。如何幫助家人面對壓力，或是面對家人給予的壓力，可說是決定一家是否幸福的關鍵。
11/19-11/25	**校園生活壓力因應** 學生在校園要面對的事情不僅只有課業壓力，還有未來的人生規劃，與同儕相處也是重要的課題。本週將探討校園壓力，協助每一位求學的學生面對壓力。
11/26-11/31	**壓力舒緩小妙招** 無論一個人能力再強，抗壓性再好，仍然有可能被壓力壓垮。適當地紓緩壓力，必要時向外求助，讓自己隨時保持最佳狀態，才能面對未來每一個挑戰。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至 2017 年 10 月之統計如下：

(1) 至 2017 年 10 月 31 日止，按讚粉絲人數共有 6,585 人，每月趨勢分析見表 6-2-14。

表 6-2-14、2017 一月至十月趨勢分析表

月份	貼文篇數	按讚人數	公開分享及留言人數	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	49	351	79	31,784	7.2	1.6	648.7	6130
2	44	458	71	43,579	10.4	1.6	990.4	6212
3	50	330	53	35,772	6.6	1.1	715.4	6231
4	40	234	46	32,699	5.9	1.2	817.5	6247
5	41	423	69	39,392	10.3	1.7	960.8	6267
6	41	396	88	44,916	9.6	4.5	1095.5	6287
7	43	426	59	40,336	9.9	1.4	938	6311
8	50	364	70	48,573	7.28	1.4	971.5	6503
9	47	458	75	34,180	9.74	2	727	6562
10	47	364	56	57,476	7.75	1.2	1222.9	6578
共	405	3804	666	408,707	84.7	17.7	9088	63328

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 (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，內容如圖 6-2-1。



圖 6-2-1、facebook 自殺防治頁面

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 6-2-2：

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 6-2-2、facebook 舉報關懷機制

3）線上關懷有自殺意念之網友

除 facebook 舉報關懷機制外，中心亦會不定期收到民眾來信反應其親友在 facebook 上發表有自殺意念之動態，請求中心協助關懷。針對此類個案，中心會以珍愛生命打氣網之帳號傳訊息給欲自殺之個案，提供關懷以及可利用之心理衛生醫療資源。

2. 結論

從 2010 年設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過六年多的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導珍愛生命理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。

整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，每則貼文平均約有 900 以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達 57,476 人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

就不同貼文類型而言，2017 年最受歡迎的類型為「衛教宣導」以及「溫馨小品」。其中，衛教宣導著重於增進民眾對精神疾病之認識、促進精神疾病去汙名化與提供患者相關求助資源。從民眾對相關內容的熱烈迴響看來，

民眾對於精神疾病之介紹與相關處遇方式普遍有興趣了解，中心將持續發表衛教宣導相關貼文，以增進大眾對精神疾病之認識。

此外，中心亦會同時強化專頁的曝光度，並參考其他專頁經營模式，擬定有效增加人氣之經營策略。期盼藉由此平台的運作，持續推廣中心理念與價值，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。

未來，仍然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；邀請擁有極多數粉絲群之名人與長官，共同推薦珍愛生命打氣網，增加粉絲人數及觸及率，強力推廣自殺防治理念。

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 2016 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) 持續運用雲端各種免費軟體與平臺，協助活動業務之推展，提升網站附加功能，包括：使用 JotForm 平臺及 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。

4) 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。

5) 持續結合臉書(facebook)「珍愛生命打氣粉絲團」，共同發布相關訊息，強化宣導程度。

6) 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，成立「自殺防治 e 學院」，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、JotForm 平臺、Google Analytics、Issuu 電子書平臺，facebook 及 YouTube 社群網絡平臺。

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：

(1) 陸續增修「人員簡介」、「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「心情溫度計專區」、「微電影專區」、「心理健康知能衛教專區」、「媒體報導專區」、「網路使用與身心健康專區」、「健康使用網路小訣竅」、「徵件活動得獎作品回顧」、「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) 1 月上傳自殺防治網通訊-第十一卷第四期。

(2) 5 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第一期。

(3) 9 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第二期。

(4) 11 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第三期。

4) 網站資訊安全維護：

(1) 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. 運用雲端免費軟體提升網站附加功能：

1) 使用 Google 雲端硬碟及 JotForm 平臺建立相關活動資料：

(1) 2017 年自殺防治日徵文活動線上報名。

(2) 2017 年自殺防治年中討論會線上報名。

(3) 2017 年自殺防治年中討論會-會後滿意度調查。

(4) 每日網路新聞線上建檔及編碼。

(5) 不定期「珍愛生命數位學習網─課後評估表」資料回饋。

(6) 不定期「「珍愛生命義工志願服務報名表」資料回饋。

(7) 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 2017 年 11 月 26 日)

1) 網站流量統計：全年度訪客總數為 30,235 人次，網頁總瀏覽數為 43,825 頁。2013 年 7 月至 2017 年 11 月累計總參觀次數為 159,642 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 25 則消息。

3) 網站電子報目前累積訂閱人數為 8,276 人，全年度共寄發 10 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 7 次，總計收集 3,209 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 67 件；其中自我求助的共 25 件，為他人求助共 41 件，其它單位轉介共 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訪率，進而促進珍愛生命理念更廣泛之宣導。

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，實體課程中介紹到心情溫度計時，則邀請學員下載並善用 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。

7)Android 系統 APP 因後台管理介面尚未建置，因而無法匯整使用者檢測資料，且電子書及心衛資源亦無法即時增修，因此邀請相關專家共同商討。

8)為活化 APP 功能，鼓勵使用者透過 APP 定期施測心情溫度計，特別規劃

「檢測提醒小鬧鐘」，透過設定主動提醒使用者定期量測，做好情緒管理。

9) 為提升心情溫度計的活潑度，邀集顧問專家，繪製漫畫版心情溫度計，以利後續應用於教育宣導或 APP 未來規劃。

10) iOS 系統心情溫度計之檢測題目頁面，因缺少檢測說明，因此委請廠商協助修正頁面文字。另針對未來 APP 創新功能，邀集顧問專家進行討論。

11) 提供衛生福利部心情溫度計內容及 APP QR code，以利後續推廣之應用。

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，由衛生福利部發函，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。未來亦將針對其它人口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 6-4-1)，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。



圖 6-4-1、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，由廠商完成修正。
9) 2017 年 6 月召開「心情溫度計 APP 討論會議」，邀請吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android 版本程式設計者游佳蓉小姐，針對心情溫度計 APP 未來功能增修進行討論。並於會後開始著手相關功能之製作。
10) 2017 年 11 月由炘業科技規劃 iOS 系統 APP 之頁面修正。另外邀集校園製作 APP 相關科系專家，針對未來發展進行初步討論。
11) Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之程式及頁面設計，如表 6-4-2。累計至 11 月 25 日，APP 累積安裝之總人數 7,509 人。
12) iOS 系統心情溫度計應用程式(APP)相關圖標如表 6-4-2。累計至 11 月 25 日，已註冊 3,439 個會員帳號，累計已有 5,053 筆檢測記錄。民眾檢測結果依區間及性別分析如表 6-4-1。

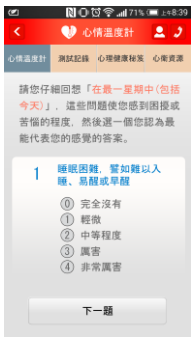
表 6-4-1、iOS 版本 APP 民眾檢測結果分析

區間	男性		女性		總人次
	人數	百分比	人數	百分比	
0-5 分	713	38.8	1125	61.2	1838
6-9 分	357	30.4	816	69.6	1173
10-14 分	380	32.3	795	67.7	1175
15-20 分	295	34	572	66	867
總計	1745	34.5	3308	65.5	5053

表 6-4-2、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		

表 6-4-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面(續)

(3) 首頁選單		
(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) 目前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，未來將結合各項美編或創新功能，正式對外公開宣導心情溫度計 APP。

2) 建議與改善：

(1) 除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，並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。

大型宣導活動之
世界自殺防治日系列及相關活動

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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,將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day),呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性,推動自殺去污名化、澄清自殺相關迷思,並且宣導「自殺是可以預防的」的觀念。

歷年來,本中心所舉辦之世界自殺防治系列活動中央政府首長皆共同共襄盛舉,各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表皆共同與會,並邀請媒體朋友一起共襄盛舉,散布自殺防治之正確概念。一同關懷世界自殺防治,響應人人皆為珍愛守門人之理念。

2017 年世界自殺防治日之主題為「關鍵一刻,扭轉一生(Take a minute, change a life.)。本主題與守門人精神不謀而合,強調每個人多一分關心、陪伴,多多注意身邊的人之身心狀況,提供正確的資源進行協助,或許就能網住每一個可能消逝的生命。本中心響應世界自殺防治日與國際接軌,歷年來皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動,持續規劃一系列宣導活動,喚起大家對於自殺防治議題的關心,並呼應今年度世界自殺防治日主題「關鍵一刻,扭轉一生」,在 9 月 10 日,加入其他在世界各地以自殺防治為目標而努力的人們,聯繫周遭所關心的親友,展開一段關懷的對話,瞭解他們的近況,並探討如何讓社區、國家、甚至是國際間的自殺防治網網相連。

2. 方案目的與目標

1) 藉由舉辦一系列相關活動,讓民眾能於活動參與的過程中,認識世界自殺防治日之意義,並重視自殺防治的重要性,因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、各級學校,辦理各式大型自殺防治宣導活動,促進民眾心理衛生之觀念,喚起社會大眾關心自殺防治議題。
3) 本年度「世界自殺防治日」記者會,預計將於 2017 年 9 月 3 日於臺大國際會議中心會議室辦理,誠如歷年記者會,預計邀請中央政府單位總統與副總統以及衛生福利部與各地方機關代表,民間單位一同共襄盛舉。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 日出健走 Walk in Hope Taipei
   (1) 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。
   (2) 提供相關文宣品、心情溫度計單張等協助宣傳。
   (3) 於 5 月 7 日於虎山舉辦「日出健走 Walk in Hope Taipei」活動。
2) 世界自殺防治日系列活動
   (1) 召開內部會議規劃世界自殺防治日系列活動。
   (2) 召開世界自殺防治日系列活動籌備會議，並依其提供建議修改活動規劃。
   (3) 依規劃期程辦理活動，於常規會議研議細部及日期，並透過各種管道發布消息。
   (4) 與相關合作單位共同辦理世界自殺防治日系列活動。
3) 2017 年台灣全國健康論壇─感動、行動、全面推動：SDGs 實踐
   (1) 針對今年心理健康及護理專題「心理及口腔健康：自殺防治之挑戰與轉機」推薦演講者。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：民間組織「活出希望 Live in Hope」、各縣市政府衛生局、各縣市政府教育局(處)、珍愛生命打氣網、網路媒體、各大網路討論區(批踢踢、獎金獵人)、中華民國自行車騎士協會。
2) 資源連結內容與形式：發布消息、新聞消息報導、活動支援。

三、 過程(Process)

1. 活出希望 Live in Hope Taipei

1) 與合辦單位「活出希望 Live in Hope」負責人 Dean Brownless 確認活動時間以及相關事宜，並提供中心文宣品，活動簡章詳見附件 6.5.1。

2. 世界自殺防治日

1) 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，含溫馨小故事徵文、單車繞世界、記者會等系列活動。
2) 5 月 12 日於業務會議上提出討論，並於通過後執行，詳見表 6-5-1。

表 6-5-1、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「關鍵一刻，扭轉一生」為主題，以溫馨小故事徵文的方式，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	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。	8 月至 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。	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 3 日

3)5 月 12 日於業務會議中，討論徵件活動型式。

4)5 月 19 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. 世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動

1)5 月 19 日於業務會議中，討論徵件活動形式。

2)6 月 9 日公告「關鍵一刻，扭轉一生」2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳，詳件附件 6.5.2。

(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、廣告平臺、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)7 月 28 日截止收件並彙整所有投稿作品。8 月 7 日至 8 月 24 日於珍愛生命打氣網粉絲專頁中，進行徵件活動人氣獎按讚投票活動。8 月 25 日統計票數選出人氣獎 2 名。

4)8 月 1 日先行選出前 20 名參賽作品，並於 8 月 16 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 25 日於粉絲專頁及中心官方網站公布得獎名單，並邀請得獎者出席 2017 年世界自殺防治日記者會。

6)9 月 3 日世界自殺防治日記者會共有 3 名參賽者出席領獎，分別為人氣獎及兩名佳作得獎者。

4. 單車繞世界活動

1)7 月至 8 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)7 月 28 日於業務會議中提案，討論國際自殺防治協會(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)8 月 24 日與中華民國自行車騎士協會施小姐洽談合作事宜，決議與其共同舉辦「單車繞世界」單車活動兩場次，分別為 9 月 9 日(六)北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊與 9 月 16 日(六)Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列。

4)8 月底完成「單車繞世界」活動簡章，9 月初開始宣傳國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」活動，針對腳踏車騎士於中心網站、中心電子報及 facebook 珍愛生命打氣網進行宣傳，活動簡章詳見附件 6.5.3。

5. 國際連結

1)3 月底 IASP 已公布 2017 年世界自殺防治日主題為「Take a minute, change a life」並提供相關解釋文宣給中心。本中心已於 5 月將解釋文宣翻譯完成，且決定標語翻譯為「關鍵一刻，扭轉一生」，並回寄給 IASP，同時在各大場合廣為宣傳。

2)2017 年臺灣全球健康論壇─感動、行動、全面推動：SDGs 實踐

(1) 全國自殺防治中心李明濱擔任研討會主持人。

(2) 推薦講者為美國羅徹斯特大學醫學與牙科學院精神醫學部主任 Dr. Caine、英國布里斯托大學醫學與牙科學院社會及社區醫療學系流行病學教授 Prof. Gunnell 與全國自殺防治中心廖士程執行長。

6. 世界自殺防治日記者會

1) 召開世界自殺防治日記者會內部籌備會議

(1) 4 月 28 日討論世界自殺防治日活動方向及內容，通過後執行，依時序辦理世界自殺防治日記者會活動。

(2) 5 月 12 日決議以「關鍵一刻，扭轉一生」作為 2017 年世界自殺防治日之主題。

(3) 7 月 14 日討論專家籌備會議議程、記者會活動流程、主持人、邀請名單，及相關禮品等。

2) 召開世界自殺防治日專家籌備會議

(1) 7 月 21 日邀請顧問專家共同參與討論記者會聚焦儀式、當天活動細節及人力配置事宜。

(2) 8 月 11 日邀請顧問專家共同參與，決議聚焦儀式最終形式。

3) 寄送邀請函

(1) 本年度世界自殺防治日記者會共寄發 470 封邀請函(含電子郵件、公文、

紙本邀請函)，包含各部會首長、社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、學協會、醫師公會、生命線協會、憂鬱症防治聯盟、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

4)衛福部部長拜會

(1) 8 月 15 日至衛福部拜會陳時中部長，討論世界自殺防治日記者會與自殺防治相關議題，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、王文德資深顧問、陳俊鶯資深顧問代表出席，另有台大醫院精神科吳建昌主任一同前往。

5)發布會前新聞稿

(1) 中心於 9 月 1 日發布世界自殺防治日記者會會前新聞稿。

(2) 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」。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心有幸承辦衛生福利部之「2017 世界自殺防治日記者會」，本年度主題為「關鍵一刻，扭轉一生」(Take a minute, change a life)。本記者會除了與國際接軌，也結合國內心理衛生團體，假台大醫院國際會議中心 301 會議室舉行，呼籲社會大眾，自殺防治在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生。而只有喚起全民對自殺議題的重視，同時持續推廣自殺相關知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

台灣自殺防治學會理事長龍佛衛表示，為呼應今年世界自殺防治日之主題，學會除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，也舉辦「溫馨小故事徵文活動」，邀請民眾透過文字一同分享如何在關鍵一刻，扭轉一個人的人生。並同時響應 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。

關鍵一刻，扭轉一生

自殺是全球性的問題，根據世界衛生組織（WHO）的資料，全球每年有 80 萬以上的人死於自殺，還有更多的人企圖自殺，每年有數以百萬計的人經歷自殺帶來的喪親之痛或受此影響。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。政府於 94 年成立全國自殺防治中心推動全國自殺防治，將邁入第十三年。在政府與民間合作下，台灣的自殺死亡率自 96 年來逐漸下降，並於 99 年首度退出國人十大死因，近七年都維持在十大死因排名之

外。2016 年自殺死亡率為每十萬人口 16.0 人(男性 21.8 人、女性 10.2 人)，與 104 年(15.7 人)相較之下仍上升 1.9%，因此仍須政府政策之大力支持與全民的努力。

年度電話調查 「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」

全國自殺防治中心李明濱主任表示，2017 年「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，總計共 2098 人。結果顯示，雖 6 成 2 民眾認為台灣自殺問題嚴重，但此想法已逐年減少；6.7%民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺念頭，為歷年調查新低。而「認為自己對自殺防治可以幫上忙」的民眾有高達 59.2%；但是仍有 56.9%民眾認為「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」、62.3%民眾也抱持著「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，顯示 6.5%國人有情緒困擾(約 153.1 萬人)，其中高達 41.3%「曾認真想自殺」、15.9%「近一年曾認真想自殺」、8.1%「近一個月曾認真想自殺」、11.4%「現在會想著未來要自殺」、10.9%「曾有自殺行為」、2.1%「近一年曾有自殺行為」。另外，有自殺想法民眾當下僅 17.3%會尋求協助，其中以求助「親朋好友」居多(9.1%)，其次是「心理諮商輔導專線或機構」(4.0%)。民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有 53.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，34.5%會轉移話題。雖多數民眾自認對自殺防治幫得上忙，可惜仍有些許民眾不清楚自殺防治相關資源，建議善用電視或網路媒體加強宣傳與「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。

針對自殺防治資訊的接觸，民眾的來源以「電視」(29.3%)為主，其次為「網路」(20.8%)、「報紙」(9.0%)。而 15-24 歲、專業人員及學生主要從網路得知，其他屬性民眾則主要從電視得知。歷年調查顯示，「電視」一直是民眾資訊主要管道，而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。今年也針對民眾是否曾因為媒體報導的影響而導致自殺行為，調查結果顯示，曾有過自殺行為的民眾(約 2.4%)有 1.7%表示曾受到媒體報導的影響而導致自殺行為。

綜合以上發現，民眾覺得自殺嚴重性有逐年降低的趨勢，多項資訊顯示近幾年的自殺防治推動是有成效的，然自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因而掉以輕心。

媒體報導與自殺防治

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，以協助其正確報導自殺相關新聞。

全國自殺防治中心廖士程執行長表示,根據中心分析 2016 年平面報紙自殺相關新聞(共 378 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(30.7%)」及「不要簡化自殺原因(48.1%)」與「不要報導自殺方式的細節(52.1%)」較易被忽略。而「六要」原則中「與醫療衛生專家密切討論(18.5%)」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(41.3%)」與「凸顯不用自殺的其他解決方法(65.9%)」則較不易在新聞內容中提及。另外，2017 年網路新聞近三個月的自殺相關新聞(共 810 篇),「六不」原則中也是以「不要刊登出照片或自殺遺書(31.5%)」及「不要簡化自殺原因(36.3%)」較易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(5.1%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(20.6%)」與「與醫療衛生專家密切討論(32.5%)」則不易在新聞內容中提及。建議媒體報導重點要聚焦在教育民眾，例如憂鬱症的治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病的去汙名化。該如何在記者職責與報導中取得平衡，以更中立與可靠的方式報導新聞，是所有媒體從業人員重要之課題。

最後，呼應今年度「關鍵一刻，扭轉一生」主題，李明濱主任再次呼籲在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生，對發出自殺警訊的人伸出援手，發揮 1 問 2 應 3 轉介，人人都可以成為珍愛生命守門人。

6) 發布世界自殺防治日系列活動成果，詳見附件 6.5.4。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 日出健走 Walk in Hope Taipei

(1) 總計約 40 人參與，透過此活動讓大家更正視以及面對心理的相關問題，並於會後於中心網站發佈活動消息。

2) 世界自殺防治日系列活動會議

(1) 內部會議：共計 3 場次。

(2) 專家會議：共計 2 場次。

3) 世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動

(1) 寄發電子郵件、公告訊息、公文等，共約 8317 封。

(2) 活動宣傳露出：網路露出總計 60 則，寄發電子郵件給各個民間團體及義工總計約 8272 封。

(3) 作品收件截止後，共有 157 人網路報名，共收到 158 件作品，其中 124 件作品符合參賽資格，得獎作品共 10 件。

(4) 2017 世界自殺防治日 facebook 人氣票選活動，20 件參賽作品共有 1447 個按讚數，其中第一名票數為 459 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，得獎作品詳見附件 6.5.5。

4) 單車繞世界活動

(1) 單車繞世界宣傳露出結果：中心網站 2 則，珍愛生命打氣網粉絲專頁露出 2 則以及寄發電子郵件總計 584 封。

(2) 單車繞世界活動，中心協助中華民國自行車騎士協會舉辦 2 場活動：

a. 9 月 9 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與推廣心情溫度計，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 337 人參加。騎完全程後，有 46 位民眾現場主動至中心活動攤位填寫活動里程資料，里程數共 11262.58 公里。

b. 9 月 16 日「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」：中心同仁於台灣鹽博物館廣場設立宣傳攤位，並宣揚珍愛生命理念與推廣心情溫度計，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。除了各縣市單車社團外，也有全家人及小學生群組一同參與，挑戰此次 36 公里與 64 公里路程，共有 436 人參加。騎完全程後，有 82 位民眾現場主動至中心活動攤位填寫活動里程資料，里程數共 23020 公里。

(3) 單車繞世界活動共計有 786 人參加，總里程數共 34282.58 公里，分別於 9 月 15 日與 9 月 18 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。

(4) 全球截至 9 月 20 日總計里程數為 301,839 公里，參與活動共有 41 個國家，前三名各為愛爾蘭 121,615.9 公里、英國 73,019.27 公里、臺灣 34,282.58 公里。

5) 世界自殺防治日記者會

全台關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業、學協會等代表

一同出席當日的記者會，衛福部陳時中部長親自蒞臨，並偕李明濱主任、龍佛衛理事長、衛福部心口司謎立中司長、前司法院賴浩敏院長、吳玉琴立委、林靜儀立委、衛福部心口司詹金月科長與廖士程執行長分別旋轉代表「關鍵一刻，扭轉一生」的向日葵。同時在會中發表心理健康網、跨部會自殺防治會報、巴拉刈農藥等重要議題，呼籲社會大眾關心他人由自身做起，讓台灣這個社會更溫暖。

(1) 當日出席人數共約 200 人

a. 與會貴賓共 51 人，詳見表 6-5-2

b. 出席媒體共 10 間，電視媒體 2 間、平面與網路媒體 8 間，分別為大愛電視台、客家電視台、聯合報、中國時報、蘋果日報、數位網路報、台灣醒報、台灣新生報、中央社新聞網、中華日報。

(2) 宣導文宣發出：提袋 61 個、世界自殺防治日大會手冊 61 份。

(3) 媒體露出：新聞露出網路共 11 則，詳見表 6-5-3。

(4) 記者會之活動影片可至 Youtube 的全國自殺防治中心「自殺防治 e 學院」中收看。

表 6-5-2、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
	林靜儀	委員
司法院	賴浩敏	前院長
衛生福利部	陳時中	部長
衛生福利部 心口司	謎立中	司長
	詹金月	科長
新北市衛生局	杜仲傑	科長
基隆市衛生局	王瑛蘭	科長
宜蘭縣衛生局	游淑靜	科長
桃園市衛生局	陳小燕	科長
新竹縣衛生局	余福信	科長
南投縣衛生局	黃昭郎	局長
	陳淑怡	科長
屏東縣衛生局	李佳芳	局長
	周宗賢	科長
台南市衛生局	陳怡	局長
金門縣衛生局	李金治	副局長
國際生命線台灣總會	何振宇	理長

單位名稱	姓名	職稱
新北市生命線協會	江惠貞	理事長
中華心理衛生協會	張菊惠	副理事長
急重症護理學會	陳麗琴	理事長
家庭照顧總會	陳景寧	秘書長
臨床心理師公會全聯會	謝玲玉	秘書長
醫師公會全聯會	周慶明	常務理事
台北市醫師公會	王三郎	常務理事
雲林縣醫師公會	夏保介	常務監事
藥師公會全聯會	古博仁	理事長
台北市藥師公會	張文靜	常務理事
學名藥協會	王南勛	藥師
台北市西藥代理商業同業公會	張躍霖	會務主委
台灣精神醫學會	張家銘	秘書長
台灣臨床心理學會	劉彥君	副秘書長
台灣護理學會	王桂芸	理事長
	陳淑芬	秘書長
台灣老年精神醫學會	梁珪瑜	秘書長
臺灣家庭醫學學會	李汝禮	秘書長
衛生福利部八里、桃園療養院	李新民	院長
衛生福利部嘉南療養院	鄭靜明	院長
生活調適愛心會	吳章安	理事
董氏基金會	葉雅馨	主任
台灣失落關懷與諮商協會	方俊凱	理事長
台灣心靈健康資訊協會	黃世琤	監事
台灣憂鬱症防治聯盟	廖士程	理事長
台北市敦安社會福利基金會	楊聰財	執行長
台灣自殺防治學會	鄭宇明	秘書長
	陳碧霞	監事
全國自殺防治中心	吳佳儀	副執行長
	王文德	資深顧問
1111 人力銀行	何啟聖	副總經理
三花棉業	施純鎰	董事長
	洪德任	副總經理

表 6-5-3、新聞露出總整理

露出平台	標題
青年日報	1 問 2 應 3 轉介 防自殺伸援手
臺灣醒報	41.3%曾想自殺 防治難題卡在社工
	126 訪視員看顧近 3 萬人… 自殺防治難推
聯合新聞網	全台訪視員竟僅 126 人 自殺防治「跛腳」
	男人真苦！男性自殺死亡數是女性 2 到 3 倍
ETtoday 健康雲	台灣逾 150 萬人有情緒困擾　調查：四成曾認真想過自殺
中央社	打破迷思 訴說自殺意念不是發洩
大紀元	全台約 153 萬人 有情緒問題
蘋果日報	男人有苦難言 自殺死亡男比女多 1 倍
自由時報	男性壓力大 自殺死亡比女多 1 倍
中國時報	壓力大！8 成自殺者為中壯年 男是女 2 倍

(5) 世界自殺防治日全台串連，彙整內容詳列如下：

a. 台中市舉辦「幸福人生、由心做起」心理健康月活動，藉由 SMILE 意象，鼓勵市民，從生活中關心自己與他人的身心健康。

b. 台北市舉辦「M&M 音樂會暨紓壓樂活市集」，以「過、關、斬、將」四字口訣，協助暫處生命低潮的民眾渡過難關。

c. 台南市在心理健康月舉辦一系列活動，例如「大手牽小手，身心健康齊步走」園遊會及互動性與知識性有獎徵答闖關活動等。

d. 苗栗縣舉辦「「網結同心，向自殺 say goodbye」活動，邀請所有鄉親成為自殺防治安全網，協助徬徨無助的生命，幫助身邊需要關懷的朋友。

e. 桃園市舉辦記者會，邀請員警分享救援經驗，呼籲大家關懷彼此，珍愛生命。

f. 高雄市在心理健康月舉辦記者會，同時宣布今年「食米飯拜田頭」感恩微電影徵選比賽正式起跑。

g. 新竹市舉辦「世界自殺防治日—愛沒有距離」活動記者會，透過明信片寫下一句簡單真摯的關懷，用小小溫馨舉動，帶給他人正面能量，一起做自殺防治守門人。

6)2017 年臺灣全球健康論壇—感動、行動、全面推動：SDGs 實踐

(1) 10 月 22 日、23 日在財團法人張榮發基金會國際會議中心舉辦，主題為「感動、行動、全面推動：SDGs 實踐」，與會人員來自全球重要醫療衛生組織領導者與各國衛生部部次長與代表、醫衛官員及專家共 35 國 76

位外賓，總與會人數約 1,010 人。

(2) 心理健康及護理專題「心理及口腔健康：自殺防治之挑戰與轉機」演講者與主題如下：

a.「自殺防治：挑戰與轉機」由美國羅徹斯特大學醫學與牙科學院精神醫學部主任 Dr. Caine 主講，著重在探討如何建構一個全面性且具整合效用的自殺防治策略。

b.「農藥自殺：自殺防治重點」由英國布里斯托大學醫學與牙科學院社會及社區醫療學系流行病學教授 Prof. Gunnell 主講，聚焦在劇毒農藥管制策略在各個國家的研究成果。

c.「臺灣自殺防治策略：全國自殺防治中心之角色」由全國自殺防治中心廖士程執行長主講，發表台灣歷年自殺防治策略施行的成果。

2. 結論

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心多年來致力與國際接軌，為響應世界自殺防治日，每年都會舉辦相關的系列活動，從日出健走、以今年「關鍵一刻，扭轉一生」為主題的溫馨小故事徵文、單車繞世界、世界自殺防治日記者會等等，期望能藉此喚起全民對自殺議題的重視，挽救更多寶貴的生命。另外今年也透過「臺灣全球健康論壇」分享台灣的自殺防治策略跟行動，還有現在的結果，同時瞭解美國、英國等相關的經驗。

五、 附件

附件 6.5.1「日出健走 Walk In Hope Taipei」活動簡章

附件 6.5.2「關鍵一刻，扭轉一生」2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動簡章

附件 6.5.3 「單車繞世界」活動簡章

附件 6.5.4　2017 世界自殺防治日系列活動成果

附件 6.5.5　2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動得獎作品

2017 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，各相關單位之資源投入與協助配合是非常重要的。本次年中討論會以燒炭自殺為例，讓各縣市衛生局瞭解全國自殺防治最新數據與關懷訪視之現況，且透過討論與交流的方式，針對特定議題進行探討，包含自殺通報、工作規範、各縣市因地制宜的因應方法等議題，盼能啟發創新思考以凝聚共識，藉此機會提升與強化各地之自殺防治策略與措施。本中心於 2017 年 6 月 30 日辦理「2017 年度自殺防治年中討論會」。會中邀請衛生福利部、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。

本次會議採世界咖啡館模式進行，係因世界咖啡館是一種顛覆傳統會議當中「坐而言」然後再「起而行」的團體討論方式，可以帶動同步對話、反思問題、分享共同知識、甚至找到新的行動契機，從匯談過程中構成反思和行動的循環。世界咖啡館由華妮塔．布朗(Juanita Brown)、大衛．伊薩克(David Isaacs)所發展，匯談進行的方式可以 12-15 人為單位進行對談，並採取肯定式探尋法(Appreciative Inquiry)規劃多個回合的議題討論，鼓勵參與者在每回合中分享個人見地、積極聆聽，逐漸在對談小組當中探索多元觀點背後的模式與深層問題，成為一個智慧匯集的平台。在對談回合的後半部分，更引導參與者從集體智慧當中形構出集體行動方案。

2. 業務或方案的目的與目標

提供最新數據及現況，透過腦力激盪，讓各縣市衛生局藉此提出豐富而多元的觀點，進行實務經驗交流，為自殺防治注入新的思維，進而研修自殺關懷訪視作業之相關規範，強化防治之具體作法及成效，使自殺防治網絡更為綿密，期使自殺防治工作能發揮最大功效。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)擇定特定議題，規劃討論會議程及進行方式。

2) 討論會內容函報衛生福利部核備。
3) 依部內指示修改議程，再次函報衛生福利部核備。
4) 部內再次修改議程，函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
5) 開放報名系統，並彙整名單。
6) 邀請主持人、主講人及各桌桌長。
7) 彙整並編製年中討論會手冊。
8) 會議資料及手冊函報衛生福利部核備。
9) 於 6/30 召開辦理「106 年度自殺防治年中討論會」。
10) 寄發合照和滿意度調查表。

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 2017 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，辦理自殺防治年中討論會。
2. 3-4 月初步規畫年中討論會之內容及辦理形式。
3. 4 月 26 日將討論會之議程函文至衛福部備查。
4. 5 月依部內指示修改議程及討論議題。
5. 5 月 26 日將討論會之議程再次函文至衛福部備查。
6. 部內修正議程及討論題目，並於 6/7 函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
7. 中心於 6/1-6/27 期間受理報名，截至 6/27，報名人數共 60 人，經篩選後寄發行前通知及參考資料。
8. 會前將參加者依據先後報名次序編號，並採亂數表分組方式形成 4 個小組(一組 15 人)，每組配置一名桌長、一名紀錄和一名行政協助，以便進行三回合的分組討論。
9. 匯集講師之簡報、參考資料，並製作手冊。
10. 6/28 將會議資料及手冊函報衛生福利部核備。
11. 6/30 召開辦理「106 年度自殺防治年中討論會」。
    1)人員設置：由 4 位專家擔任桌長，負責帶領各組依據既定之主題大綱討論，並於三回合後上台及報告小組討論之成果。

2)小組討論流程：會前分組形成 4 個小組後，再依當天出席情形進行微調，總共分 4 組，一組 15-16 人。每一回合對話 30 分鐘，鈴響換下一組位置，桌長不動，其他成員自由換位置至下一組，共進行三回合。最後各組報告及回饋時間，成員回到原來之組別，觀看大家智慧分享的內容，聆聽各組桌長彙整與分享各組成果。

12. 年中討論會當日，針對各桌分組討論及桌長重點報告撰寫紀錄。
13. 於會議結束後一周內寄發滿意度調查表，請參與人員填寫。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 議程

當日會議除報告自殺防治最新數據，也包含關懷訪視之現況，並制訂充分的討論時間，讓與會人員能針對三大議題進行探討，從而針對自殺防治相關議題，及相關的因應之道提供意見與方法。當日議程如圖 6-5-1。

106 年度自殺防治年中討論會

日　　期：106 年 6 月 30 日（五）
時　　間：13:30-17:00
地　　點：台大校友會館 4 樓大會議室
主辦單位：衛生福利部
承辦單位：台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心
主 持 人：李明濱主任
出席人員：各縣市衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、
　　自殺關懷訪視員暨第一線工作相關人員
議　　程：

時間	主題	主講人/主持人
13：00-13：30	報到	
13：30-13：40	致歡迎詞	衛生福利部 心理及口腔健康司 謝立中司長
	主持人致詞	全國自殺防治中心 李明濱主任
13：40-14：10	自殺防治最新數據及關懷訪視現況	全國自殺防治中心 吳佳儀副執行長
14：10-14：30	世界咖啡館進行方式說明	全國自殺防治中心 吳佳儀副執行長
14：30-16：00	分組討論	全體
16：00-16：10	〔休息〕	
16：10-16：30	反思及觀摩	全體
16：20-16：50	各組報告及回饋	桌長及全體
16：50-17：00	結語	全國自殺防治中心 李明濱主任

圖 6.5.1、106 年度自殺防治年中討論會議程

2) 討論題目

(1)如何善用自殺通報數據推動自殺防治？

a.說明：根據全國自殺防治中心的研究指出，重複自殺者約占通報系統的 11.7%個案，其中有 1.5%最後死於自殺。大多數進入通報系統之個案為初次自殺個案，然而，最後死於自殺的方法也可能由先前的非致命轉為致命方式，例如：原來以安眠藥或割腕自殺轉為燒炭。

b.討論：

a)在經驗中，有哪些通報分析數據應密切即時關注？又有哪些必須需要長期追蹤分析？

b)縣市衛生局如何利用通報數據（如：通報分析資料、通報比之趨勢變化等），思考自殺防治對策？

(2)自殺關懷訪視員在訪視過程中，如何降低個案再自殺的風險？

a.說明：根據全國自殺防治中心研究指出，自殺企圖通報中再自殺危險指標包含：男性；高年齡層；居住地於中南部縣市；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、以氣體及蒸汽自殺等值得特別注意。有將近七成曾以燒炭與上吊兩種方式被通報之個案，最後採同樣方法自殺身亡。如何在訪視過程中及早辨識個案的自殺計畫？又，如何藉由訪員的訪視技巧阻卻自殺之發生？（會中提供之手冊中附有自殺防治通報系統通報後關懷作業流程草案）

b.討論：

a)訪視實務面

(a)如何增進訪員的訪視技巧，以利自殺計畫之早期辨識、轉介與持續關懷？

(b)如何輔導訪員兼顧電訪與面訪，有效防止個案自殺之發生？

b)制度連結面

(a)如何藉由啟動共訪機制，強化各網絡間之串聯學習？

(b)如何評值訪員對於自殺個案之管理成效（例如拒訪率）？

(3)各縣市如何擬定燒炭自殺防治策略？

a.說明：根據 105 年的統計資料，有將近 910 位民眾因燒炭身亡，約佔同年全國自殺死亡人數（3,765 人）的四分之一。有鑑於燒炭自殺的防治與全面性、選擇性與指標性策略均有關，各縣市如何依據現行狀況，研擬因地制宜的防治策略？（會中提供之手冊中附有各縣市燒炭自殺死亡與企圖之數據供參）

b.討論：

(a)有哪些全面性策略與燒炭自殺防治有關？ 例如: 因地制宜落實木炭管理之作法有哪些？ 針對燒炭自殺防治，縣市政府有哪些部會/單位/資源可以共同加入？

(b)有哪些選擇性策略與燒炭自殺防治有關？ 建立關懷訪視的資源地圖

有何優點？

(c)有哪些指標性策略與燒炭自殺防治有關？

3) 出席人員

當日出席人員包含縣市政府衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員以及第一線工作相關人員。加上現場報名者，參與人數共計 61 位，名單與人數如表 6.5.2 與 6.5.3。

表 6-5-2、自殺防治網絡單位與會名單

醫療網絡單位(23 位)	
臺北榮總玉里分院	桃園療養院北區醫療網
臺中榮總嘉義分院	草屯療養院中區醫療網
台中慈濟醫院	嘉南療養院南區醫療網
信安醫院	衛生福利部八里療養院
屏安醫院	衛生福利部金門醫院
台大竹東醫院	衛生福利部基隆醫院
高雄市立凱旋醫院	臺北市立聯合醫院

表 6-5-3、縣市政府單位與會名單

縣市政府單位(38 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

4) 會議進行與討論

會議當日，由全國自殺防治中心吳佳儀副執行長報告自殺防治 105 年最新數據及關懷訪視現況，接著再說明本次世界咖啡館工作坊的進行方式與流程。最後，透過各組的討論及報告，凝聚共識、相互交流，激發出因地制宜之自殺防治策略。當日各組討論內容摘要如下：

(1)如何善用自殺通報數據推動自殺防治？(議題一)

a.老年自殺防治

a)雲林縣 65 歲以上的老人服務尚未普及，僅久病者被看見。

b)南投縣 65 歲以上多會採用上吊、農藥等高致命性的方法。

c)

d)針對 65 歲以上老人會於健檢時使用 BSRS 篩檢。(臺中榮總嘉義分院)

e)在偏鄉約 70-80 歲的老年族群常見的自殺方法是使用切穿工具，例如割腕，雖然並非致命性，但由於老人們常單獨在家，仍有身亡的風險；在面對這樣事件，我們通常會提供家人衛教資訊，以防範再自殺風險。(澎湖衛生局專任個管師)

f) 65 歲以上老人自殺率較高。(桃園市政府)

g)65 歲以上通報比較低，但自殺率高，應加強一般醫師，如家醫科、內科醫師等重視此族群的轉介。(桃園療養院)

h)以年齡來看，年輕男性很難給予即時關注，老年族群的部分則給予長期關注。(基隆市衛生局個管師)

i) 建議可以分析自殺通報數據來追蹤自殺企圖的發展史；以金門縣來說，老年人的自殺比率較高，目前的做法是連結社區單位提供相關協助。(金門縣衛生局約僱人員)

j) 建議針對老人自殺防治需加強一般醫師提升自殺警訊的關注。

k)嘉義市去年針對老人全面推動憂鬱症篩檢，也因此自殺率有明顯下降。

b.農藥自殺防治

a) 衛生局宣導控管農藥，使用農藥自殺人數下降。自殺方式排名，上吊成為第一名，農藥第二名。(臺中榮總嘉義分院)

b)農藥自殺較多人，防治策略上會針對農藥行設心理健康小站。(花蓮縣衛生局)

c.燒炭自殺防治

a)臺北市現在鼓勵旅館加裝 CO 監測器，降低燒炭自殺。

b)針對燒炭自殺推行鎖櫃販賣，但缺乏採用此方式後的自殺數據變化而無法說服市府。(桃園市政府衛生局)

c) 花蓮燒炭排名較為後面，針對燒炭的防治為在據點推行關懷。

d.高處跳下自殺防治

a)燒炭監測，則跳樓增加。(新北市政府衛生局)

b)自殺方式中高處跳下仍居不下，因此加強警衛的敏感度訓練，並給予其通報流程與通報單位的連絡方式。(臺北市政府)

c)高處墜下自殺方式上升中，因此擬推行將大樓評鑑加入此方式的防治作為指標。(桃園市政府衛生局)

e.溺水自殺防治

a)內湖區有溺水自殺死亡人數上升的現象，可能是因企圖者有所增加，因此需加強通報的連結。(臺北市政府)

b)桃園市多灌溉設備，導致採用溺水方式自殺難以防範仍為困境。因此將建立訪員的訪視紀錄中需加強確認溺水自殺的地點，以利推動熱點防治。

f.上吊、安眠藥、性別及職場自殺防治

a) 自殺方法中的上吊、自縊往往未通報就已經身亡，該如何防治仍然是一個問題。(嘉義市衛生局專案管理師)

b)安眠藥也將推行在藥局設立心理健康小站。(花蓮縣衛生局)

c)以年齡與性別來看自殺率與再自殺率，例如中年女性的自殺率雖然較低，但再自殺率就比較高，需多加注意。(台大竹東醫院自殺關懷訪視員)

d)目前嘉義市在著手的事男性職場壓力所引發的身心健康問題。(嘉義市衛生局專案管理師)

e)近來我們聚焦在職場壓力所引發的身心健康議題，尤其是科技業者，目前作法為跟各公司合作提供相關協助。(新竹縣衛生局科長)

g.其他自殺防治

a)嘉義會分析自殺熱點，並針對熱點加強巡邏與防治。熱點的資訊是由訪員詢問個案而得知。

b)可由跨局處會議得知自殺熱點的資訊。(嘉義市政府衛生局)

c)第一次通報即死亡的年齡層數據應重視，此族群尚未有機會接受關懷，可加強此族群的心理健康促進推廣。(雲林縣信安醫療社團法人信安醫院)

d)第一次通報即死亡，未進入通報系統者有 80%。(南投縣政府衛生局)

e)會比對個案註記，若有則交給專門系統，如家防等處理。會依據自殺方

式的數據進行分類而推行防治策略。(南投縣政府衛生局)

f) 個案若能皆有訪員關懷對於自殺防治成效會良好。現行心理健康資源尚未被廣泛知曉。(雲林縣信安醫療社團法人信安醫院)

g)通報年齡層下降。(臺中榮總嘉義分院)

h)定期針對旅館檢查設備。(臺北市政府)

i) 衛生所有進行憂鬱量表篩檢，而依據分數進行關懷。(花蓮縣衛生局)

j) 基隆醫院這邊，由社工在急診室做第一時間的接觸。如果有憂鬱的話就是轉精神科。如果有些個案沒有到憂鬱的程度，就會轉給其他科。然後由心衛中心追蹤。

k)台南嘉義苗栗連江針對數據方面都有一些發想。像台南苗栗和連江針對直接的執行單位針對半年或是月督或是高風險的即時的呼應。一週內高風險個案藉由訪員的速件回報在 24 小時內去做訪視。

l) 針對家電訪次數：另外在訪視次數的部分，針對高危和一般的訪視次數，嘉義是一般的個案要兩次，家訪大於電訪。台中佛教慈濟醫院提到也是委外單位，其規定的訪問次數是電訪三家訪二。然後針對 65 歲以上的長者比率提高至一比一。

(2)自殺關懷訪視員在訪視過程中，如何降低個案再自殺的風險？(議題二)

a.訪視實務面

a)增進技巧的方式可採用加強教育訓練，建議可以進行內部模擬演練。

b)關於電訪與面訪的部分，高風險個案可用面訪，老人也包括在內；一般個案則可採電訪為主，但須注意仍要有彈性。

c)訪員可善用通報單上的線索，依據通報單上的自殺方式與原因，調整對個案關心的方向，如從其傷口開始關心，進而關心至其自殺狀況。

d)針對拒訪個案，若能採取面訪有助於克服拒訪。

e)初訪時，若能以非制式化的方式開場，如詢問個案期待，有助於關係的建立，且與其他單位共同訪視亦有助力。

f) 轉介的部分可由醫師提供轉介，較能令個案信服。

g)老人會認為訪員無相同經驗，同理與其有距離。

h)訪員的知能上，態度最為重要，須膽大心細的直接詢問自殺細節。

i) 屏東原住民族群較多，針對原住民個案可邀請原住民訪員共同訪視。

j) 通報單的填寫與實務上個案是有所差距。

k)拒訪:有些個案的自殺風險很低，再訪對他們會造成困擾，是否需要尊重個案權益。

l) 多數個案是衝動自殺型，固定訪視反而會有困擾，此時就未考量到個案

權益。這裡需思考，如何相信訪員之專業判斷？

m)　高雄目前有提供誘因給通報單位，採按件計酬，通報量因此大幅上升，但衛生局還是會過濾。(高雄市衛生局 陳慧慈訪員)

n)電訪時得到的心情溫度計分數不一定客觀。(台中榮總嘉義分院 張芳毓訪員)

o)關於自殺通報關懷流程，檢傷分級制度可以減輕訪員負擔，但 BSRS-5 分數有時無法反映真實情況，例如個案自述 BSRS-5 分數為 0 分，但實際上訪員認為其有高風險。

p)通報單上會問個案是否同意接受訪視，但是個案寫不願意時，訪員依然去訪視就會引起個案反感。

q)訪視時會遇到的困難包括通報警察時，警員要求需有家屬到場。強制就醫不容易執行。

r) 通報單資訊不一定準確，有遇過通報單上有三個地址，讓訪員感到困擾。

s)報警時有做過筆錄，對訪員跟警察來說都很困擾。

t) 訪員報警時會遇到的困難是警察要求訪員做筆錄，過程很繁瑣。

u)目前合約裡面有 30 天內再自殺率 5%的規定，其他單位會把這個指標當作箭靶指責自關員沒做好，但實務上很難達成，因很多問題是家暴等因素。

v)訪視技巧加強:增加同理心與內心與關係建立能力。

w)　通報單上要與實際情況符合

x)委外單位與非委外單位在執行 p.24 頁的流程時可能會有不同。

y)各縣市訪員普遍不夠。(例如：那敏感度的地方我們也是在教育訓練裡面會提到。我們 105 年通報量案人次就將近 6000，一年。5800 多案這個樣子，那我們的訪員數才 16 位。我們去做過這樣的負荷的話一個訪員一年要接 366 案。事實上整個計畫給我們自關員才 12 位。)

z)初階及進階訪員教育訓練的部分，應做教育訓練之分級，以適度增進訪員能力。

aa)　衛生局鼓勵家訪，因為家訪時可以了解個案狀況，評估其風險程度，可做為後續介入之指標。另外，關於訪視機制的草案，遺族關懷部份有改善，肯定中央給與訪員彈性，有聽到基層的聲音。(台中市衛生局 游明樺科員)

bb)　訪員的上班時間和個案的上班時間常重疊，因此訪視都會未遇。另外，家訪時訪員很難進到個案家裡，因為若管理員或他人詢問來訪目的時，考量個案隱私不能講太多。(新竹市衛生局 柯元訪員)

cc)　通報警察時，會遇到的困難包括警察會要求家屬出面、個案在他縣

市，無法幫助定位。(台中榮總嘉義分院 劉晏汝訪員)

b.制度連結面

a)增進技巧的方式可在關懷訪視員的表揚大會上，邀請獲獎訪員提供經驗分享。

b)訪視員需要被鼓勵，照顧自身的心理健康。

c)院內通報可將急診情況打在通報單上，避免訪員須重複詢問，減輕個案負擔。

d)院內與心衛中心雙方能互通資訊有助於關照個案，提升自殺防治的成效。

e)院內可藉由不同測驗，即時將個案轉介至精神科。

f) 接受衛生局委託，院內同時負責分案與接案。

g)訪員變動快速，導致訪員年資呈現兩極化，因此將困難個案派予資深訪員，僅自殺意念個案派予資歷較輕之訪員，但也造成案量的差別。

h)現正推行檢傷分類，克服案量過大的困境。

i) 個案依自殺方式、精神疾患等特性皆有所不同，因此可先與不同資源連結，再進行初訪，在訪視時提供給個案實質幫助。

j) 評值中的拒訪率需要詳加思考，困難個案拒訪並非全部皆為訪員責任，因此將此列入有所不公。

k)通報單位能將資料確實提供，如勿遮住資料、避免 BSRS 分數的誤填，皆有助於訪視。

l) 降低再自殺風險最重要的是把資源做串連，例如學校、社區、家庭、警察、心衛中心或精神醫療等。(連江縣衛生局醫政科科長)

m)　將拒訪率納入評估不是很適當，因為拒訪並不是可以控制的，應朝向質性數據去瞭解拒訪的理由，以及如何運用共訪。(臺中市衛生局自殺關懷訪視員)

n)關訪員的流動率相當高，因此當個案比較多的時候，就很難每一位都進行家訪；通報單裡的資訊可信度待加強，有些醫院會因為不知道個案的資訊而使評斷都落在中間的位置，沒有辨別性。(桃園市衛生局自殺關懷訪視員)

o)宜蘭縣的共訪不會有問題。建議訪員有問題直接反應給科長。

p)精神疾病個案可以共訪，老人、兒少、家暴這三類個案應該積極連接網絡，例如召開網絡會議。(連江縣衛生局 李怡薇訪員)

q)共訪:社政端就像把刀，會傷害個案，訪員再負責包紮傷口。例如安置兒童時，個案不一定能依社工說的時間看到小孩，對個案來說是種傷害。(新北市衛生局 胡穎綺技佐)

r) 自殺是網絡之間的共業，但衛政之外的部門很消極。連江縣目前有網絡聯繫會議，鼓勵大家善用資源，若有問題可請局長協助聯繫網絡。(連江縣醫政科陳月欽科長)

s)關於心情溫度計的風險分級，大於 10 分需要訪 4 次讓訪員壓力很大，因為案量很多，由其又包括含自殺意念之當個案。(南投縣政府個管師劉倍卿)

t) 關於衛政合作，有時訪員會變社政的手下。

u)社政問題沒解決，會導致自殺問題上升。轉介時會被社工質疑認為是訪員問題沒處理好。

v)有時醫療端提供的資訊不足。

w)　訪員是衛政委外，社政也有很多委外，兩造之間的協調很難。

x)有案例是訪員協助個案轉介就業，之後個案失聯 2 次即結案，被縣長質疑為何無法找到個案。目前宜蘭縣衛生局已與警察單位達成共識，警局副局長同意衛生局可聯繫警察單位協助尋找失聯個案。

y)拒訪率、未遇率及家訪率三者可能產生衝突。例如，為了提生家訪率去家訪，但是當個案不在家時，未遇率即會上升。另外，心情溫度計很難讓個案自填，而訪員幫忙填表時，有時若訪員覺得個案屬於低風險，可能會自己幫個案調降分數。(台大竹東分院 張根榮訪員)

z)若要增加家訪率，需增加自關員的人數。(桃園療養院 汪振洋主任)

aa)　去年訪視紀錄審查時，因為宗教一欄沒填，被扣了很多分，因此被長官責備，訪員認為直接評估記錄不公平。另外建議可以針對記錄撰寫方式進行教學，不然訪員不知標準何在。(基隆市衛生局 郭安怡個管師)

bb)　共訪制度若要落實，重點在於連絡相關單位，例如村里長、學校等，然而如果對方不願意合作，就算有資源也很難運用，所以應加強網絡交流或由主管機關推動；各縣市對於關訪都有自己的標準，應把這樣的機制標準化，讓大家比較好執行。(嘉南療養院主任)

cc)　關訪員的工作量其實很大，且各單位都有上層主管會督導進行管理。(台北榮民總醫院玉里分院醫師)

dd)　嘉義縣的地域很廣，但卻只有配四名關訪員，每週進行關訪都困難重重，因此期望藉由共訪制度來分攤，提升關訪的效益；另建議財政局能處理人力配給的問題，例如設置一名整合性社工，了解各專業與流程機制。(嘉義縣衛生局技士)

ee)　建議可以把精神醫療與自殺防治分開；拒訪率很難控制，且金門人口流動率大，把拒訪率列入評斷不太妥當，標準設定應為家訪為主，電訪為輔。(金門縣衛生局約僱人員)

ff)家訪應先告知個案，讓對方先有心理準備；不把拒訪率列入訪員成效評估；建議以 BSRS 分數做為訂定關訪的頻率。(臺中榮總嘉義分院訪視員)

gg) 應建立基層共識，以及關訪的 SOP，例如如何連絡；不把拒訪率列入評分，因為個案有權利拒訪，關訪員是義務訪視。(桃園市衛生局科長)

(3)各縣市如何擬定燒炭自殺防治策略？(議題三)

a.全面性

a)針對燒炭防治策略，除了與地方衛生所合作全面推廣各類衛教資訊外，也與便利商店、旅館合作來宣導珍愛生命的理念。(新竹市衛生局科長)

b)購買木炭的方法還包括網購，因此除了宣導，更應加強管理；另外若媒體報導燒炭相關的自殺新聞頻率過高也容易造成渲染，這部份也應呼籲媒體加強自殺防治宣導。(凱旋醫院醫師)

c)從縣政府的一個策略開始，木炭不上架的策略到剛花蓮提到說不同的情境。我們還是要針對這個全面性的策略裡面跨局處的合作，針對幅員廣大這樣特性上我想也是一些早期要去辨識風險這樣一個，來防治自殺的這個發生。

d)花蓮縣針對木炭防治，以跨局處會議處理，請工商發展處，有販賣木炭之商家註冊則提供宣導單張，但工商發展處對商家並無強制力。

e)因基隆雜貨店居多，木炭取得容易，因此製造木炭關懷袋，免費提供給購買者，在其購買木炭時裝。邀請雜貨店老闆參加自殺防治訓練，提升其敏感度。基隆因上述兩種措施燒炭率有所下降。

f) 高雄市政府衛生局針對在地商家張貼警示標語，以及對商家宣導木炭不在非熱銷時期(如中秋節)上架，降低木炭的易取得性，但僅部分商家配合。針對販賣商家之店員培養其敏感度及提供資源。

g)新竹縣以柔性勸說推行木炭不上架與上鎖。

h)連江縣木炭現已可網路購買，所以更易取得，且因自殺是有計畫性的，因此想知道有效的防治方法。

i) 連江縣之自殺防治由秘書長層級主持跨部會議，有助於縣內的跨部合作。針對木炭防治由縣長主持，衛生局撰寫說明稿予其推動。可參考此方法針對不同自殺方法，聯絡相關部會，並給予他們說明稿推行。

j) 建議跟全國性的公司合作，因為小型店家會因為怕業績消損而拒絕；之前曾經試過放關心小卡或發放印有標語的塑膠袋，但數據似乎沒有顯著的變化；媒體也會影響民眾選擇自殺的方式，甚至引發模仿效應，因此建議針對媒體朋友提供衛教資訊。(彰化縣社區心衛中心臨時約僱人員)

k)媒體報導燒炭自殺新聞頻率太高的話也會影響大眾，因此可以呼籲媒體

一同宣導自殺防治與珍愛生命；與其過度限制木炭的買賣，另一個做法是教育店員，使其多留心，成為守門人。(雲林縣衛生局個案管理員)

l) 媒體報導會影響自殺行為；木炭的防治策略目前會因影響業績的理由被拒絕，建議可以從連鎖商店開始推動。(桃園市政府衛生局聘用督導)

m) 建議針對木炭進行源頭管理，例如衡量經濟效益價值等。(桃園市政府衛生局科長)

b.選擇性

a)在選擇性的部分，像彰化針對高風險已經有燒炭自殺的個案。做一個特性的分析，這個部分的分析，這樣才能掌握那些自殺的個案他們在哪些區域或是商店最容易拿到商店做一個分析。其次守門人訓練可以加強我們針對高風險群的辨識。

b)針對守門人的訓練可以不用學術術語，而直接提供角色扮演的對話範例。

c.指標性

桃園跟雲林在指標性的高風險策略上提到的就是，個案已經燒炭了，然後會有一些後遺症，那家庭以及後續一些個案的防治策略該怎麼加強，未來在精神醫療專業的介入做一個成功的、持續性的轉介，跟就醫情況的追蹤，是個重點。

d.其他

a)建議將指標在地化；管道有時候取得困難，例如資源多集中在台北；將資源的源頭管理做好，再適當的分配給各地區，並將流程簡單化。(高雄市衛生局個案關懷員)

b)建議先了解近三年的自殺通報數據，再來制定自殺防治策略，以燒炭為例，應該知道管理木炭的是哪一個單位、節日假期囤貨、都市與鄉村的購買行為差異等，再根據各地需求制定策略。

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

統計 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，以性別來作分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，在男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡統計 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五位。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」老年人口，使用農藥自殺死亡占該年齡層所有自殺死亡 22.0%，位居老年人口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，共同為防治盡一份力。

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) 5 月蒐集已線上刊登農委會農藥管理人員複訓規畫單位，並與承辦人員聯繫合辦事宜，共同討論農藥自殺防治在課程中推廣型式，增加農藥管理人員對自殺議題提升敏感度。

表 6-7-1 所蒐集聯繫單位及資料

時間	課程名稱	辦理單位	與自殺防治相關課程	時數
2017/5/5	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第一場次）	臺南市政府農業局(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr
2017/5/11	2017 年度農藥管理人員複訓講習	彰化縣政府(聯絡人：陳嘉惠，電話：04-7531634)	自殺守門人-自殺防治宣導(講師：彰化縣衛生局)	0.5hr
2017/5/12	2017 年度農藥管理人員複訓講習	彰化縣政府(聯絡人：陳嘉惠，電話：04-7531634)	自殺守門人-自殺防治宣導(講師：彰化縣衛生局)	0.5hr
2017/5/19	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第二場次）	臺南市政府農業局(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr
2017/6/2	嘉義市 2017 年農藥販賣業者及農藥管理人員講習	嘉義市政府(嘉義大學承辦，連絡人：張閣宏，電話：05-2717818；0934088978)	政策宣導、自殺防治(講師：嘉義市建設處、衛生局)	1hr
2017/6/12	2017 年苗栗縣農藥販賣管理人員第 1 梯次複訓講習會	苗栗縣政府(連絡人：謝先生，電話：037-559774)	農藥防治自殺守門人教育(講師:苗栗縣政府衛生局)	50mins
2017/6/12	2017 年農藥販賣業者複訓講習會	苗栗縣植物保護商業同業公會(連絡人：張淑芳，電話：037353378)	農藥用藥安全宣導(講師：苗栗區農業改良場)	1hr
2017/7/7	2017 年臺南市農	臺南市政府農業局	心理健康促進暨自殺防	1.5hr

	藥管理人員複訓講習會（第三場次）	(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	
2017/7/14	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第四場次）	臺南市政府農業局 (聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr

2) 蒐集 2016 年辦理農藥管理人員單位、毒物防治所聯繫承辦人員聯繫資訊，派遣專家實地對農藥販賣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包含珍愛守門人之議題。整堂課以新近數據及圖表讓聽眾瞭解臺灣農藥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，最後再以珍愛守門人帶入介紹心情溫度計(BSRS-5)與可用之社會資源做為結尾，同時針對已經規畫固定講師縣市，例如臺中市、臺南市，聯繫講師提供當地縣市農藥自殺防治教材資訊，以雙向規畫作為推廣策略。詳細課程內容如附件 6.7.1「2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」，教育宣導內容囊括簡式健康量表之運用及推廣，讓學員能在課後自行填寫 BSRS 量表檢測，正面內容詳如圖 6-7-1。

表 6-7-2 為執行推廣計畫清單

日期	課程名稱	辦理對象
	推派農藥自殺防治專家現場授課	
7/3	2017 年度臺北市農藥管理人員複訓講習	
7/19		
7/26	2017 年度雲林縣農藥管理人員複訓講習會	農藥販售商
8/2		
7/21	2017 年度新北市農藥管理人員複訓講習會	
8/16	2017 年度宜蘭市農藥管理人員複訓講習會	
11/01	2017 年度基隆市農藥管理人員複訓講習會	
	聯繫講師討論當地農藥自殺防治授課內容	
7/7	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會	農藥販售商
7/14		
7/13	農藥管理人員資格訓練：農藥中毒急救	
8/30	農藥代噴技術人員訓練：農藥中毒急救	代噴業者
9/14	農藥管理人員資格訓練：農藥中毒急救	農藥販售商



2016.06.07 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	厲害	非厲常害
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謹誌

圖 6-7-1、2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導講座課後量表

3) 規劃本年度 11 場農藥自殺防治教育宣導課程。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：行政院農業委員會與臺北市公農業產銷基金會、雲林縣動植物防疫所、新北市政府農業局、臺南縣政府、臺中毒物防治檢疫所、基隆市政府。

2) 資源連結內容及形式：資料提供、講師推薦、辦理農藥自殺防治教育宣導課程。

三、 過程(Process)

1. 5 月與各縣農業局、動植物防疫檢驗局連繫，先針對現階段農藥管控與停用農藥及巴拉刈自殺防治教育宣導之規劃進行討論會議。

2. 6 月與各縣市農業局、動植物防疫檢疫局持續聯繫及安排本年度 11 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程規畫。
3. 6 月抵定本年度 12 場巴拉刈自殺防治教育宣導之推薦講師、課程內容。
4. 7 月開始接連 12 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。

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；本次聯合舉行教育宣導之縣市除依據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縣市分別為臺中市、雲林縣、臺南市，另針對臺北市及新北市，其中雲林縣辦理次數較多，臺北市場次辦理時間最早，後續場次將會陸續辦理；場次詳如表 6-7-3。

表 6-7-3、2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導場次表

場次日期	地點
7/3	臺灣金融研訓院菁業堂
7/7	臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳
7/13	農業委員會農業藥物毒物試驗所
7/14	走馬瀨農場蘭花會館會議廳
7/19	雲林縣政府大禮堂
7/21	新北市板橋區區公所
7/26	雲林縣政府大禮堂
8/2	雲林縣政府大禮堂
8/16	宜蘭縣政府文康中心
8/30	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9/14	農業委員會農業藥物毒物試驗所
11/1	基隆市政府產業發展處義消會議室

2. 辦理情形

(1)7 月 3 日在臺北市臺灣金融研訓院菁業堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心鄭宇明醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，剛日共 180 名學員參與。



圖 6-7-2 全國自殺防治中心鄭宇明醫師為學員講解自殺防治現況



圖 6-7-3 全國自殺防治中心鄭宇明醫師為學員講授農藥管理正確觀念

(2)7 月 7 日在臺南市臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺南臨床心理師理事長葉金源講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 220 名學員。

(3)7 月 13 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 160 名學員。

(4)7 月 14 日在臺南市走馬瀨農場蘭花會館會議廳辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺南臨床心理師理事長葉金源講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 220 名學員。

(5)7 月 19 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院陳姿婷醫師講述農藥自殺狀況、心情溫度計使用方式，當日共 423 名學員，學員回饋講師風格有趣，內容活潑，且分享許多農藥自殺之案例，更加幫助學員了解禁止巴拉刈使用之議題。



圖 6-7-4 臺大醫院雲林分院陳姿婷醫師為學員講授自殺防治守門人轉介概念。

(6)7 月 21 日在新北市新北市板橋區區公所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心楊聰財醫師講述農藥自殺現況、農藥管理方式，當日共 150 名學員，主辦單位回饋內容豐富，講師回饋場地無法放映影片內容深感可惜。

(7)7 月 26 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師講述巴拉刈使用的危險性、農藥自殺現況、以及管理人員販賣控管，當日共 336 名學員，學員回饋講師分析巴拉刈

的危險性清晰，內容清楚明瞭。



圖 6-7-5 臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師為學員講授農藥自殺現況。

(8)8 月 2 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師講述巴拉刈使用的危險性、農藥自殺現況、以及管理人員販賣控管，當日共 291 名學員，學員回饋講師分析巴拉刈的危險性清晰，內容清楚明瞭。



圖 6-7-6 臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師為學員講授珍愛守門人轉介概念。

(9)8 月 16 日在宜蘭縣政府文康中心辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心楊聰財醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 192 名學員。主辦單位回應，講師口條幽默，課堂間學員發問熱烈。



圖 6-7-7 全國自殺防治中心楊聰財醫師為學員講授農藥管理與自殺防治概念。

(10) 8 月 30 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 40 名學員。

(11) 9 月 14 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 160 名學員。

(12)11 月 1 日在基隆市政府產業發展處義消會議室辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心鄭宇明醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 50 名學員。

3. 檢討與建議

本次聯合農委會結合農藥管理人員複訓課程辦理此次教育宣導，講師建議未來可以先獲得當地縣市農藥管理資料，整合中心資源，進而討論辦理當地縣市訂立因地制宜教材，擬定符合當地自殺防治因應對策，例如針對未來農藥自殺率高縣市，如合在販售商貼上或附上求助資源以及衛教訊息，加以宣導。

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。此次課程觀察到各縣市農藥自殺防治教材似乎缺乏當地農藥自殺與防治相關資訊。

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，將來也可考慮進一步聯合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民農藥使用教育訓練。

五、 附件

附件 6.7.1「2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」

「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治之推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

自殺是全世界都關注的公共衛生議題。根據世界衛生組織(World Health Organization)的統計，2000 年將近有 100 萬人死於自殺，約有 60%發生在亞洲。此外自殺更是台灣國人十大死因之第九位，死亡率從 1994 年持續增加至 2005 年每十萬人口 18.38 人，而近這幾年仍維持在每十萬人口 15-16 人左右。

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見，醫護相關人員是重要的守門人，尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

因此衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。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)。

本中心自 2009 年起，持續提供給「畢業後一般醫學訓練(PGY)」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。兩年後 PGY 將「憂鬱症與自殺防治」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。

透過課程的參與，使臨床醫師了解.臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神落實在臨床與生活上，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，完成「人人都是自殺防治守門人」之宏願。

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。 並於 2017 年年初再次將雲端連結以公文的形式寄送至各家醫院參考。

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課前閱讀資訊供預覽。

(5) 於課程結束後發放課程評值問卷及課後測驗問卷。並於課程結束之後統整問卷結果並分析。詳細課程評值問卷內容，如圖 6-8-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 6-8-2。

(6) 除課程評值及課後測驗問卷外，另有發放守門人問卷，邀請對自殺防治有更進一步興趣之學員擔任守門人及自殺防治課程種子講師。請學員留下相關資料，若是中心有進一步的自殺防治課程相關訊息，會將訊息轉知給學員。詳細守門人問卷內容，如圖 6-8-3

(7) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。

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

●請問您的性別：□1. 男　□2. 女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

□1. 非常符合　□2. 符合　□3. 尚可　□4. 不太符合　□5. 非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

□1. 非常好　□2. 良好　□3. 可接受　□4. 不太好　□5. 非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

□1. 非常清楚　□2. 很清楚　□3. 尚可　□4. 不清楚　□5. 非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

□1. 非常同意　□2. 同意　□3. 尚可　□4. 不同意　□5. 非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

□1. 非常滿意　□2. 滿意　□3. 普通　□4. 不滿意　□5. 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

□1. 沒有困難　□2. 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?

□1. 沒有困難　□2. 有困難，原因：_____

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 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？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

_____

參訪心得與感想(100 字)

圖 6-8-1、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程評值問卷

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

●第一部份：個人基本資料

1. 姓名：_____
2. 性別：□1.男 □2.女

●第二部份：課後測驗

1. 一般而言，哪一年齡層自殺死亡率最高?
   □1.15-24 歲 □2.25-44 歲 □3.45-64 歲 □4.65 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?
   □1.上吊 □2.燒炭 □3.農藥 □4.割腕
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?
   □1.二成五 □2.三成 □3.四成五 □4.七成
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?
   □1.二成 □2.四成 □3.六成 □4.八成
5. 根據中心研究分析，65 歲以上老人自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診比例(不分科別)約占幾成?
   □1.三成 □2.五成 □3.七成 □4.九成
6. 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.台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
7. 請問下列何者為指標性策略?
   □1.導正媒體報導 □2.促進社會大眾心理健康
   □3.針對自殺企圖者提供關懷服務 □4.減少致命工具之可近性
8. 守門人 123 步驟中第一步為何?
   □1.應：聆聽、回應與支持 □2.問：主動關心、詢問情況
   □3.轉介：轉介相關資源並持續關懷 □4.靜：內心空明
9. 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
10. 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

圖 6-8-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

~~歡迎成為珍愛生命守門人種子講師，一同推廣自殺防治理念~~

很高興這次大家能來參與 PGY 自殺防治課程。

為加強自殺防治的推廣，在此邀請您加入珍愛生命種子講師的行列。

未來可以協助推動自殺防治教育宣導，為自殺防治共盡一份心力。

若您願意擔任守門人種子講師，會提供您自殺防治之相關資訊與教育訓練課程。

☐ 我願意擔任珍愛生命守門人種子講師，並協助推廣自殺防治相關訊息。

（如願意，請打勾，並協助完成資料表）

姓　名：_____　性別：☐男☐女　出生年：_____

聯絡電話：（手機）_____（H）_____

電子信箱：_____

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謹誌

圖 6-8-3、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程守門人問卷

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。2017 年持續進行心情溫度計之推廣，並將心情溫度計 APP 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員於上課前先行進行下載並使用，於課堂上再由講師帶領討論，並蒐集學員的使用經驗，以便在未來繼續精進此 APP。詳細文宣內容，如圖 6-8-4。



圖 6-8-4、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、吳佳儀副執行長、陳宜明醫師、張家銘醫師擔任講師。

1)2 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 10 名學員參加。

2)2 月 15 日 PGY 課程參與醫院有中心綜合醫院，共 4 名學員參加。

3)2 月 22 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、恩主公醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院，共 26 名學員參加。

4)3 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 13

名學員參加。

5)3 月 15 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)，共 15 名學員參加。

6)3 月 22 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、亞東醫院永和耕莘醫院、臺安醫院，共 6 名學員參加。

7)4 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院中興院區、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院，共 9 名學員參加。

8)4 月 26 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、恩主公醫院，共 19 名學員參加。

9)5 月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院，共 17 名學員參加。

10) 5 月 10 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)，共 12 名學員參加。

11) 6 月 7 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 11 名學員參加。

12) 6 月 21 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平院區)、新北市立聯合醫院、博仁綜合醫院，共 12 名學員參加。

13) 6 月 28 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院，共 16 名學員參加。

14) 7 月 5 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 7 名學員參加。

15) 8 月 9 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 30 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、新北聯合醫院，共 22 名學員參加。

17) 9 月 6 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)、中心綜合醫院，共 12 名學員參加。

18) 9 月 20 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、臺安社區醫院，共 13 名學員參加。

19) 10 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 25 名學員參加。

20) 10 月 18 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、宏恩醫院，共 14 名學員參加。

21) 11 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)、宏恩醫院，共 22 名學員參加。

22) 11 月 29 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明)、恩主公醫院，共 21 名學員參加。

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，並帶入到自殺防治課程之主題。

2) 國際臺灣自殺現況與全國自殺防治策略:以歷年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，與亞洲鄰近國家進行比較，並帶出目前臺灣自殺防治策略的三個主要層面，分別為全面性、選擇性和指標性策略，進而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。並提供醫療、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。另介紹簡式健康量表(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，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：講述自殺防治守門人「1 問、2 應、3 轉介」之概念，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺干預技巧。另提供全國相關精神醫療院所、心理衛生等相關資源。讓學員懂得尋求協助或提供適當資源，幫助有自殺意念者並給予關懷，這些都對於自殺防治工作成效有很大的幫助。推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，讓學員了解臨床醫師在自殺防治中扮演著重要的角色。

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 6-8-1。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 6-8-1、「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
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、心情溫度計 APP
10 分鐘	結語、大合照
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 29 日共辦理 22 場次，327 人參與。詳細如表 6-8-2

表 6-8-2、PGY 合作單位及人數

合作單位	臺北市立聯合醫院	新北市立聯合醫院	宏恩醫院	中心診所醫院	永和耕莘醫院	恩主公醫院	博仁綜合醫院	臺安醫院
人數	254	21	15	9	12	5	5	6

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估結果，滿意以上為 96%，詳如表 6-8-3。

表 6-8-3、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	165 (50.5)	143 (43.7)	15 (3.8)	2 (0.6)	2 (0.6)
2.授課方式的安排	160 (48.9)	143 (43.7)	22 (6.7)	1 (0.3)	1 (0.3)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	176 (53.8)	142 (43.4)	7 (2.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
4.此次課程獲益良多	165 (50.5)	152 (46.5)	8 (2.4)	1 (0.3)	1 (0.3)
5.整體課程滿意	171 (52.3)	143 (43.7)	12 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.3)

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86.7%，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 4.，答對人數為 311 人(95%)；

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 4.，答對人數為 304 人(93%)；

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.自殺企圖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 4.，答對人數為 304 人(93%)。

(4) 各題的答對率分別如表 6-8-4，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 4.，僅 235 人答對(71.8%)。

表 6-8-4、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答正確	299 (91.4)	292 (89.3)	241 (73.7)	297 (90.8)	271 (82.8)	304 (93)	257 (78.6)	261 (79.8)	311 (95)	304 (93)
作答錯誤	25 (7.7)	35 (10.8)	89 (27.2)	22 (6.7)	64 (19.6)	22 (6.7)	60 (18.3)	63 (19.2)	16 (4.9)	23 (7)
未作答個數	3 (0.9)	0 (0)	7 (2.1)	8 (2.4)	4 (1.2)	5 (1.6)	10 (3.1)	3 (0.9)	0 (0)	8 (2.6)

(5) 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 98.9%,願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

1)PGY 是臨床醫師成為珍愛生命守門人的第一步，亦是實施自殺防治計劃不可缺少的重要環節。短短三個小時，落實了 9 年的課程將近培養了 1900 位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師，遍佈全臺各個角落。

2)學員回饋認為大學醫療教育與臨床實務並不具備自殺防治相關教學與知識宣導，而 PGY 課程正補足了這方面的學習。在課堂上學員分享自身生命經驗，敘述曾經歷的自殺事件和疑慮，並由講師帶領和其他學員一起討論、解答。學員藉此了解自殺的普同性，且此一議題並非不可討論、難以啟齒。

3)多年來,超過 9 成學員課後回饋 PGY 教學目標與內容都符合預期目標和臨床需求，講師透過活潑風趣的方式分享臨床經驗與技巧，同時讓學員瞭解自殺事件不只是精神科醫師或是急診醫師需要面對的議題，是需要各科醫師、各層級的專業人員一起面對。

4)許多學員表示常會遇見存有自殺意念及行為的親友和病人，然而在未接觸過 PGY 課程前並不知道可以如何因應。透過課程的介入技巧和資源處遇介紹，才懂得如何用人文關懷的角度出發，一應二問三轉介協助身邊的人走出生命低潮，同時也擔任守門人，進行轉介之後持續的關心對方。無論在生活上還是臨床專業上都有突破與成長。

5)透過此課程，學員才意識到許多自殺者生前都曾有就醫行為，臨床醫師扮演了守門人重要一道防線。PGY 課程教導的自殺風險評估與評測工具-心情溫度計成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。配合心情溫度計 APP 不只容易使用，亦符合現代人生活習慣。

6)幾乎所有的學員在課後回饋中，都願意在未來的臨床實務上運用心情溫度

計評估個案身心狀況和自殺意念，保持人文關懷態度持續協助病人，成為重要的守門人一員，傳達人人都是自殺防治守門人的理念。

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

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的防治策略中，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自殺防治相關訓練訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並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」，給予周遭的親友關懷與協助，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基礎的自殺干預技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源、助有自殺意念者。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

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」的理念。
3)為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地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，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

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，請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、講師以及主辦單位之意願，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理解程度與滿意度，會於課程結束後請

受訓學員填寫講座課程評估問卷，並請課程承辦人員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等，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，以利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) 由專責人員錄製課程、剪輯並製作成數位影音教材，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之餘，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中，皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。

(3) 將上傳完之課程影片網址提供給講座主辦單位參考。

2. **資源連結與合作**

1) 合作單位華興育幼院社工組、建國科技大學諮商輔導組、中正萬華區身心障礙者資源中心、臺北市文山區健康服務中心、崑山科技大學學生事務處學生輔導中心、建國科技大學諮商輔導組、能仁家商、德明財經科技大學學生輔導中心、社團法人新北市國際生命線協會、中山醫學大學附設醫院精神科/自殺防治中心、澎湖縣學生輔導諮商中心、康寧大學、臺灣師範大學、大龍老人住宅、西湖老人日間照顧中心、桃園市政府衛生局、國防部電訊發展室、新生醫護管理專科學校、體育大學、朱崙老人公寓、基隆市社區心理衛生中心、大安老人服務中心、生活調適愛心會、彰化資通支援第三大隊、彰化縣衛生局、暨南大學、新北市長期照護發展協會、中心診所

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 8 日協助華興育幼院社工組辦理「自殺防治課程」，對象為育幼院學生，講師為張吏頡心理師，參與人數共 12 人。

2) 2 月 23 日協助建國科技大學諮商輔導組辦理「自殺守門員(初階)訓練」，對象為該校大學生，講師為李俊德醫師，參與人數共 200 人。

3)3 月 7 日協助中正萬華區身心障礙者資源中心辦理「自殺防治守門人課程」，對象為專業社工人員，講師為鄭宇明醫師，參與人數共 50 人。

4)4 月 21 日協助臺北市文山區健康服務中心辦理「心靈雞湯-長者心理健康」講座，對象為高齡長者，講師為單位自行邀請，人數共 40 人。

5)5 月 3 日協助崑山科技大學學生事務處學生輔導中心辦理「Hold 住人生翻轉幸福-自殺防治守門人培訓」講座，對象為該校大學生，講師為顏永杰醫師，人數共 50 人。

6)5 月 4 日協助建國科技大學 諮商輔導組辦理「自殺守門員(進階)訓練」講座，對象為該校大學生，講師為李俊德醫師，人數共 50 人。

7)5 月 18 日協助能仁家商辦理「能仁家商-自殺防治宣導」講座，對象為該校老師，講師為鄭宇明副執行長，人數共 60 人。

8)6 月 15 日協助德明財經科技大學 學生輔導中心辦理「生命教育主題輔導系列活動-自殺防治班級講座」，對象為該校學生，講師為該校自行邀請，人數共 45 人。

9)6 月 17 日協助社團法人新北市國際生命線協會辦理「自殺防治現況與因應策略」課程，對象為該校生命線 1995 志工，講師為吳佳儀副執行長，人數共 65 人。

10)6 月 22 日協助中山醫學大學附設醫院精神科及中山醫學大學附設醫院自殺防治中心，辦理「中區醫療機構人員自殺防治教育訓練」，對象為醫療相關從業人員，講師為廖士程執行長、鄭宇明副行長、吳佳儀副執行長，人數共 100 人。

11)6 月 23 日協助澎湖縣學生輔導諮商中心，辦理「守門人訓練營」，對象為教職員，講師為鄭宇明副行長、張吏頡心理師，人數共 30 人。

12)6 月 28 日協助康寧大學，辦理「自殺防治與危機處遇」課程，對象為大學導師，講師為該校自行邀請，人數共 40 人。

13)7 月 13 日協助國立臺灣師範大學特殊教育中心北金分區辦理「自傷行為的防治與輔導(含危機處理機制)」研習，對象為臺北市及金門縣等大專校院特殊教育輔導人員，講師為吳佳儀副執行長，人數 50 人。

14)8 月 8 日協助臺北市大龍老人住宅辦理「長者憂鬱問題與自殺防治宣導課程」，對象為老人，講師為鄭宇明醫師，人數為 30 人。

15)8 月 14 日協助臺北市西湖老人日間照顧中心辦理「老人自殺防治課程」，對象為中心同仁（社工、護理師、照服員、司機人員），講師為陳

碧霞顧問，人數為 20 人。

16)9 月 8 日協助桃園市政府衛生局辦理「2017 年度第 4 次自殺關懷訪視在職教育訓練課程暨個案討論會」，對象為關懷訪視員，講師為吳佳儀副執行長，人數為 37 人。

17)9 月 12 日協助國防部電訊發展室辦理「珍愛生命，希望無限：走過憂鬱的低谷」，對象為單位官、士、兵及聘雇人員，講師為張家銘醫師擔，人數為 150 人。

18)9 月 13 日協助新生醫護管理專科學校辦理「自殺防治守門人課程」，對象為高一高二班級輔導股長，講師為吳佳儀副執行長，人數為 60 人。

19)9 月 14 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為校內教師，講師為張家銘醫師，人數為 79 人。

20)9 月 22 日協助臺北市朱崙老人公寓辦理「高齡者如何維持健康心理及人際關係」，對象為 65 歲以上高齡者(住民)、其家屬、工作人員及社區居民，講師為吳佳儀副執行長，人數為 20 人。

21)9 月 26 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為班級班長或輔導股長，講師為黃彥霖臨床心理師，人數為 29 人。

22)9 月 27 日協助基隆市社區心理衛生中心辦理「2017 年度個案自殺企圖諮詢及討論會議」，對象為公衛護士、自關員及社關員，講師為陳碧霞顧問，人數為 30 人。

23)10 月 2 日協助大安老人服務中心辦理「老人自殺防治暨個案研討」，對象為各老人服務中心之主任、督導及社工，講師為吳佳儀副執行長，人數為 20 人。

24)10 月 5 日協助中華民國生活調適愛心會辦理「關於身心靈健康」，對象為生活調適愛心會志工，講師為吳佳儀副執行長，人數為 27 人。

25)10 月 11 日協助彰化資通支援第三大隊辦理「自我傷害防治」講座，講師為蘇偉碩醫師，對象為全體官士兵，人數為 250 人。

26)10 月 16 日協助彰化縣衛生局辦理「2017 年彰化縣自殺防治守門人 123 種子講師培訓課程」講座，對象為專業人員，講師為該校自行邀約，人數為 80 人。

27)10 月 24 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為學生，講師為黃彥霖臨床心理師，人數為 100 人。

28)10 月 25 日協助暨南大學學務處諮商中心辦理「暨大守門人培訓團─學生篇」，對象為學生，講師為張清棊 醫師，人數為 50 人。

29)11 月 1 日協助暨南大學學務處諮商中心辦理「暨大守門人培訓團─師長

篇」，對象為師長，講師為薛凱仁心理師，人數為 50 人。

30)11 月 15 日協助中心診所辦理「珍愛生命守門人」，對象為全院人員，講師為吳佳儀副執行長，人數為 50 人。

31)11 月 29 日協助新北市長期照護發展協會辦理「老人福利機構自殺防治教育宣導」，對象為老人福利機構負責人或主任，講師為陳俊鶯常務理事，人數為 150 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)講座安排

(1) 截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人 31 相關課程，場參與訓練的學員共 1974 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、軍營，對象包含各級學校師生、醫療人員、專業社工人員、志工、官士兵等。詳細資料請參考表 6-9-1。

表 6-9-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校	醫療單位	一般民間機構	軍營/大隊
場次	14	1	12	2
人數	845	150	629	400

(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。講座問卷內容詳如圖 6-9-1 及圖 6-9-2。

(3) 問卷分析：

依據回收之課後回饋問卷分析結果，總計回收 188 份問卷，回收率 9.5%。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 88.8%的人表示滿意，如表 6-9-2。

表 6-9-2、整體守門人課程內容滿意度

課程 滿意度	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	未填
占率%	43.9%	44.9%	11.2%	0%	0%	0.5%

(4)擔任守門人意願

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 188 人中的 82.3%，如表 6-9-3。

表 6-9-3、願意運用守門人 123 技巧幫助親友者

願意運用守門人 123 技巧	佔率%
我願意	82.8%
我不清楚	17.2%
未填	0.5%

(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 78.9%，如表 6-9-4。

表 6-9-4、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	78.9%
我不清楚	17.8%
我不會推薦	3.2%
未填	0%

2)結論

(1) 隨著軍營自殺事件增加，除了大專院校、醫療院所、社區機構和商家單位之外，2017 年增加了軍營、大隊、國防部等單位申請講師推薦服務。顯示自殺防治相關議題已漸漸受到大眾所重視，中心亦竭盡所能推薦符合課程之講師，協助推廣自殺防治、守門人等重要理念，盼達到推廣自殺防治之最大功效。

(2) 根據主辦單位回饋，多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格多樣，大多數都以幽默、風趣、活潑和輕鬆等講授方式，並以淺顯易懂以實際例子，搭配圖片、照片或流程圖讓學員更加容易理解。講師更會邀請臺下學員一同討論、分享，增加與學員在講座的互動，而非單一方向的授課，課程中與學員互動頻繁，學員回饋表示受益良多，對自殺防治相關議題有更進一步的了解。並了解到了「人人皆為自殺防治守門人」之理念，期盼參與講座的學員都能在日常生活中落實守門人精神，為自殺防治編織出一片綿密的安全網絡，守護每一個寶貴的性命。

填寫日期：　　年　　月　　日

2017.07 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. 哪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：_____

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 6-9-1、講座問卷表

2017.07 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	厲害	非厲常害
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。

歡迎免費下載使用心情溫度計 APP

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 6-9-2、心情溫度計 BSRS-5 問卷

輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修

一、 背景(Context)

1. 重要性

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

綜言之，自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、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絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能。

2. 目的與目標

1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡。

2) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。

3) 精進自殺關懷訪視作業流程。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

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. 資源連結與合作

1) 合作單位：

自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

三、 過程(Process)

1. 檢討現行自殺防治通報系統，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. 2017 年度自殺防治通報系統功能增修紀錄

1) 發文至各縣市衛生局進行功能增修意見收集

1 月 11 日發文至各縣市衛生局以收集各縣市系統使用者增修建議。

2) 各縣市建議彙整：

(1) 收集、整理各縣市使用者建議，中心內部進行討論。

(2) 於 1 月 25 日提供自殺防治通報系統維護廠商(東捷資訊服務股份有限公司)增修建議。(附件 6-10-1)

3. 輔助自殺關懷訪視作業

修改自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程，包含草擬自殺關懷訪視作業要點、標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項。

四、 成果(Product)

1. 自殺防治通報系統功能增修

經中心提出，2017 年自殺防治通報系統功能增修摘要如下：

1) 通報單功能中，增加判斷條件，自殺日期不得晚於通報日期。

2) 通報單功能中，居住地址(縣市、區)預設為請選擇，避免未填寫時誤判至其他縣市。

3) 通報時如為自殺死亡的個案，【自殺後身體狀況】固定為死亡。

4) 衛生局權限增加轄區內衛生所互轉案件功能，當調整通報單居住地址時亦變動個案隸屬地區。

5) 衛生局權限新增修改通報單內個案身分證，並具備判斷是否為正確身分證字號功能。

6)訪視單功能，【個案狀態】增加【不清楚】選項，並增加說明欄位。
7)移除【結案原因】中，【轉出至其他縣市衛生局】選項；於訪視紀錄中【處遇計劃】選項新增【轉出至其他縣市衛生局】選項。
8)家暴高危機個案介接清冊調整為其他系統介接清冊並增加【精神照護系統個案介接清冊】功能。

2. 輔助自殺關懷訪視作業

1)自殺風險個案危機處理注意事項

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，全國自殺防治中心修訂自殺風險個案危機處理注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

本事項包含下列要點：

(1) 自殺風險個案包含自殺企圖者與自殺意念者。
(2) 建立自殺風險個案通報聯絡窗口
(3) 落實自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報
(4) 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務
(5) 強化自殺風險個案處理與網絡合作
(6) 加強預防宣導

詳細內容請參閱章節 5.1：因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理。

2)自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程

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

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。因此自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項為自殺防治業務重點。

全國自殺防治中心收集國內外文獻並彙整各縣市實務經驗，訂定自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，包含自殺通報關懷訪視流程、開/結案標準、自殺高風險共訪流程、精神病患訪視注意事項及關懷訪視員訪視品

質指標，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考。(詳細內容請參閱章節 5.1：「因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理。」)

五、 附件

附件 6.10.1 自殺防治通報系統系統建議彙整

自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

關懷及介入自殺企圖者的工作為指標性自殺防治策略的重點，國內外研究發現，在自殺企圖者中，曾接受關懷訪視者其再自殺企圖或自殺死亡率呈下降趨勢，顯見關懷訪視之重要性。

自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色，訪員除了需熟練訪視技巧，還需具備專業知識以及掌握可運用之資源。為幫助自殺關懷訪視員精進訪視技巧以及處遇個案的能力，中心邀集各縣市衛生局研擬關懷訪視員教育手冊，內容包含訪視員應具備之專業能力及核心能力等內容，並加入進階課程推薦清單以及進修管道之資訊，希望對於不同工作年資之訪員皆有所助益。

另外，為協助關懷訪視員熟悉工作內容與訪視技巧，中心亦錄製關懷訪視員教學影片，片中邀請專家及資深訪視員教學示範，完成後將發送至各縣市衛生局，供自殺關懷訪視員及相關專業人員參考運用。

2. 業務或方案的目的與目標

藉由手冊編製，使自殺關懷訪視員了解關懷訪視工作所需基本能力及進階能力，並提供進階學習資源管道供訪員持續精進，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。參考資料如下：

a. 自殺防治系列 2-自殺防範指引
b. 自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治
c. 自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治
d. 自殺防治系列 15-關懷訪視員工作手冊
e. 自殺防治系列 24-重複自殺個案之關懷管理
f. 自殺防治系列 29-自殺防治概論

g. 自殺防治系列 30-自殺風險 評估與處遇

h. 自殺防治系列 31-重複自殺個案 關懷訪視指引

i. 自殺防治系列 32-自殺風險個案 追蹤關懷實務

(2) 學術網路搜尋相關期刊論文。

(3) 邀請各縣市自殺關懷訪視員及社工師分享實務經驗與內容建議。

2) 內容編審

(1) 關懷訪視員教育手冊

a.參考中心已出版手冊及相關實務文獻，由中心負責專員草擬手冊大綱。而後召開由吳佳儀副執行長主持之編輯會議，經討論後確認手冊大綱架構。

b.依據手冊大綱，編寫各章節內容。

c.草稿完成後，召開中心內部專家會議，進行討論與修正。

d.修正後初稿函送衛生福利部進行初審，並依據部指示修正。

e.修正後之手冊內容函送至衛生福利部。

f.定稿後交由廠商印製，並於手冊後方附帶教學影片 DVD，依衛生福利部指示發送至各縣市衛生局。

(2) 關懷訪視員入門教學影片 DVD

a.3 月 20 日與吳佳儀副執行長討論教學影片 DVD 形式與內容。

b.4 月 11 日完成教學影片 DVD 劇本草稿。

c.4 月 18 日經吳佳儀副執行長指導後，修正教學影片 DVD 劇本草稿。

d.5 月 11 日完成影片拍攝計畫書，函請各縣市關懷訪視員參與實務分享及劇本討論會。

e.6 月 6 日召開實務分享會議,邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對影片內容給予建議。

f.6 月 7 日依據實務分享會議之建議，修改影片架構，草擬片中專家示範之訪談架構，並送交吳佳儀副執行長審閱。

g.6 月 16 日確認影片中專家示範之訪談架構。

h.7 月 7 日依照影片劇本修正並確認影片拍攝細節。

i.8 月 30 日前完成影片拍攝及剪輯作業。

j.10 月 8 日邀請長官同仁、俞凱程個管師與蕭雪雯社工師給予影片意見，並作出修正。

k.11 月 15 日送交衛生福利部審閱，依據部指示修正後送請廠商錄製影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院俞凱程個管師、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：實務經驗分享、內容建議及影片拍攝。

三、 過程(Process)

1. 自殺關懷訪視員教育手冊

1) 1-2 月蒐集資料，閱讀中心出版手冊及訪視實務相關文獻。
2) 2 月 17 日完成手冊大綱草稿。
3) 3 月 10 日召開編輯會議，與吳佳儀副執行長討論手冊大綱及內容，討論後修正手冊大綱草稿。
4) 5 月 26 日完成手冊內容初稿，送請吳佳儀執行長審閱修正。
5) 6 月 6 日召開實務分享會議，邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對手冊內容給予建議。
6) 6 月 30 日參考實務建議後，修改草稿，完成手冊初稿，並送請中心長官審閱。
7) 7 月底修訂一版完成，邀集專家進行會議討論，並給予建議。
8) 9 月修訂二版完成,邀集中心專家針對主題章節段落及線上課程推薦清單進行討論。
9) 11 月修訂三版完成，送交至衛生福利部審閱，依部指示修正定稿後送至廠商送印，並發送至各縣市衛生局。

2. 關懷訪視員教學影片 DVD

1) 3 月 20 日與吳佳儀副執行長討論教學影片 DVD 形式與內容。
2) 4 月 11 日完成教學影片 DVD 劇本草稿。
3) 4 月 18 日經吳佳儀副執行長指導後，修正教學影片 DVD 劇本草稿。
4) 5 月 11 日完成影片拍攝計畫書，函請各縣市關懷訪視員參與實務分享及劇本討論會。
5) 6 月 6 日召開實務分享會議，邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對影片內容給予建議。
6) 6 月 7 日依據實務分享會議之建議，修改影片架構，草擬片中專家示範之訪談架構，並送交吳佳儀副執行長審閱。
7) 6 月 16 日確認影片中專家示範之訪談架構。
8) 預計於 7 月 7 日前完成影片劇本修正並確認影片拍攝細節。
9) 預計於 7 月 21 日前完成影片拍攝及剪輯作業。
10) 預計於 7 月底前送交衛生福利部審閱，依據部指示修正後送請廠商錄製

影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺關懷訪視員教育手冊

手冊內容主要分成「關懷訪視員工作目標與任務」、「認識自殺行為」、「關懷訪視員應備之基本能力」、「關懷訪視員應備之核心能力」、「關懷訪視員的自我照顧」及「進階學習資源」等五部分。手冊大綱如表 6-11-1：

表 6-11-1、自殺關懷訪視員教育手冊大綱

大綱	細項
一、關訪員工作任務與目標	1.關訪員工作任務 2.關訪員工作目標 3.通報系統與關懷流程
二、認識自殺行為	1.自殺成因 2.分析自殺通報個案特性(以 2016 年為例) 3.常見自殺迷思與倫理思辨 4.認識自殺行為與精神疾患
三、關訪員應備之基本能力	1.關懷訪視員訪視任務之基本知識 2.訪視知能技巧與實務 3.訪視紀錄撰寫架構
四、關訪員應具備之核心能力	1.自殺風險評估與處遇 1-1 自殺危險因子與保護因子 1-2 自殺個案評估項目 1-3 自殺行為的特徵與徵兆：FACT 1-4 自殺危險性評估 1-5 自殺風險程度分級與建議處遇方式 1-6 轉介之建議處遇方式 2.困難個案訪視技巧
五、關懷訪視員的自我照顧	1.關懷訪視員的身心照顧與自我覺察 2.遇個案重複自殺或自殺死亡的心理調適
六、進階學習資源	1.線上學習資源 2.資源連結

2) 關懷訪視員教學影片 DVD

(1) 為使影片內容符合實務需求，6 月 6 日於中心召開實務分享討論會，邀

請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師針對影片劇本與架構提供建議，會議重點整理如下：

a. 影片內容

a) 主要內容

(a) 初次訪視以結構式訪談，蒐集資料為主。

(b) 示範如何使用評估架構蒐集資料。

(c) 進行有層次性的訪談，結束後需可以評估個案再自殺風險，並完成紀錄。內容包括:場面構成、個案近況、自殺原因、自殺史、家族自殺史、就醫情況、工作、生活安排、有情緒困擾時的處理方式、資源、再自殺危險性等。

(d) 示範面對困難個案的回應方式(當被個案句點時如何回應)，例如:「喔喔這樣子喔」、「嗯哼，還有嗎」。

b) 訪談原則

(a) 蒐集資料時應該視情況，判斷詢問重點的先後順序。

(b) 結構式訪談是基礎，但實務上不一定適用於每位個案，尤其是困難個案。因此，訪員應該掌握訪談原則，因應現實狀況，訂立不同訪視目標。

(c) 一般訪談時間為 30 到 50 分鐘。

c) 對訪員之提醒

(a) 真誠的關懷是最重要的態度，以不傷害個案為原則。

(b) 個案不想跟你講太多是正常的。

(c) 避免放射狀的漫談。

(d) 助人者也有需要被幫助的時候，要主動求助。有狀況時，隨時反應。

(e) 自我成長與終身學習的重要性。

(f) 加強對個案的敏感度，充實病理知識。

b. 影片形式

a) 訪談形式不拘，面訪或電訪皆可行。

b) 影片開頭列出影片架構、訪談目標，強調教學重點。

c) 示範訪談時，搭配口白或字幕說明重點。

d) 片尾強調終身學習的重要性，並為訪員打氣。

e) 最後呈現回顧影片重點之懶人包。

(2) 關懷訪視員教學影片架構，見表 6-11-2：

表 6-11-2、關懷訪視員教學影片架構表

項目		說明	時間
1	影片主旨說明	• 介紹教學目標	10 分
2	訪視事前準備與架構	• 訪視事前準備:資料收集與訪前聯繫 • 訪談架構說明	11 分 30 秒
3	SOAP 紀錄撰寫格式	• 紀錄撰寫架構(SOAP)說明	6 分 30 秒
4	結構話訪談示範	• 訪員示範如何依照訪談架構，有層次的蒐集資料。 • 以一對一家訪的方式進行。 • 示範內容包括遇到個案抗拒的情況該如何回應。 • 每段訪談架構結束後，畫面會暫停，由專家講解訪談目標、內容與紀錄重點。	8 分 30 秒
4	訪視過程解析	• 分析個案情況，說明如何評估及轉介 • 以個案為例，說明 SOAP 撰寫方式	7 分 30 秒
5	如何訪視拒訪個案	• 專家說明如何與拒訪個案循序漸進建立關係。	7 分
6	如何善用心情溫度計評估個案	• 專家說明心情溫度計實務上的運用。	15 分
7	對訪員的提醒與打氣	• 專家以影片形式給予訪員提醒與打氣。	12 分

(3) 於 7 月 11 及 12 號拍攝教學影片，邀請全國自殺防治中心主任李明濱教授說明教學目標，吳佳儀副執行長解說 SOAP 結構式訪談與紀錄撰寫格式，同時由中心同仁模擬訪員及案主示範結構性訪談之架構。

(4) 意見回饋整理與修改：為使影片更貼近訪員之需求，完成初剪的影片經由長官同仁、俞凱程個管師與蕭雪雯社工師檢核後，陸續補充重點內容於手冊及 DVD 中，見表 6-11-3：

表 6-11-3、關懷訪視員教學影片意見回饋整理與修改

	綜合意見	修改與處理
1	整部影片非常詳細且完整地介紹訪員的工作內容、關懷基本態度、結構性訪談、拒訪、心情溫度計、以及給訪員的建議。	-
2	影片中穿插專業人士豐富的訪談經驗及技巧，對訪員有極大的幫助。	-
3	建議增加資深訪員化解拒訪個案之經驗，豐富影片實用性。	已編寫於手冊中，拒訪或失聯案例與因應方式
4	可將整個影片分成數個小影片，易於觀看。	將影片分別輸出幾個小影片,後續在 DVD 上製作可點選的章節。
5	影片最後一部分成幾個小主題，易於觀看。	已分出三個小主題，並摘要內容重點，列進影片中。
6	可具體地列明訪員的處遇計劃（P）有哪些，提升訪員轉介效能。	已編寫於手冊中
7	精神科資源的提供，除了給資訊外，訪員也可主動詢問個案須不要要幫忙做聯繫或掛號。	已編寫於手冊中
8	自殺危險評估，除了問再自殺行為外，建議也要詢問自殺意念。	已編寫於手冊中
9	建議增加講解如何撰寫電訪的客觀資料（O），並提供範例。	已編寫於手冊中

(5) 衛生福利部審閱及燒錄影片：修改後最終影片版本分成兩個主章節及八個次章節並於 11 月 15 日送交衛福部審閱，再依據部指示修正後送請廠商錄製影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

3) 自殺關懷訪視員核心與精進課程

(1) 修課管道：珍愛生命學習網設立之關懷訪視員課程專區

(2) 課程製作方式：參考歷年各縣市實務督導由關懷訪視員提供的實務建議回饋，並配合關懷訪視員實務需求，蒐集專家意見，研擬核心與精進課程大綱，並邀請專家學者依據大綱教學，除編製關懷訪視員教育手冊，再針對過去中心所建立之關懷訪視與自殺防治相關資料庫－共 168 堂課程中，討論出專家共識，建立關懷訪視員相關核心及精進課程，課程內

容如下：

a. 核心課程：除了關懷訪視員教育手冊、關懷訪視員教育影片之外，並規畫兩週內可學習的六堂核心課程，供關懷訪視員作為補充教材，內容包含自殺行為成因、常見保護因子、自殺防治與資源連結及高風險辨識與處置；上述六堂核心課程均提供課後測驗，供學員檢驗學習成果。

b. 精進課程：關訪員之核心能力考量其訪視任務除關心個案，給予個案社會支持外，更重要的是進行個案自殺風險評估，並轉介醫療，提供適當的資源。因此需要了解精神疾患特徵，並熟悉如何幫助困難個案。關懷訪視員實務精進課程包含常見的精神疾病之處遇及困難個案之評估與處遇。

2. 結論

自殺關懷訪視員是自殺防治非常重要的基礎，有效的關懷可以降低個案再自殺的風險。期盼透過編寫教育手冊與製作教學影片，可以幫助自殺關懷訪視員提升專業知能，同時讓訪員了解實務訪視技巧，進而為訪視工作做好準備。

五、 附件

附件 6.11.1 《自殺關懷訪視員教育手冊》

附件 6.11.2 《關懷訪視員教學影片封面》

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，更朝向電子報形式發行，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。並提供交流平臺，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臺。

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。
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：梁佳臻
(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、第一線心理師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十二卷第一期之大綱如表 6-12-1。

表 6-12-1、自殺防治網通訊第十二卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	一句關心就能改變對方的一生
主題文章	認識情緒開關：談兒童情緒健康與自殺防治
自殺防治新視野	媒體報導和自殺防治的影響
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)8 月發行自殺防治網通訊第十二卷第二期之大綱如表 6-12-2。

表 6-12-2、自殺防治網通訊第十二卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	關鍵一刻扭轉一生
專刊	IASP 世界自殺防治學會年度主題 【聯合聲明】關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈
主題文章	談團體生活的自殺防治
自殺防治新視野	非典型僱用與自殺
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—2017 年 1-6 月通報個案統計
自殺防治工作要覽	金門縣邁進「零自殺」心理健康協調聯繫會 寶島聯播網採訪-如何面對生命的重量 Live in Hope 日出健走活動-正面的態度了解身心靈健康 世界萬象—索命藍鯨遊戲(Blue Whale)防治 第一線專業人員自殺防治守門人課程—「自殺防治新知與實務」 長庚科技大學進修部學生參訪 【新聞媒體聯繫會議】會後成果分享—老人自殺防治：問題與挑戰 自殺防治年中討論會
交流園地	珍愛生命工作者心得

4)10 月發行自殺防治網通訊第十二卷第三期之大綱如表 6-12-3。

表 6-12-3、自殺防治網通訊第十二卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	自殺防治人人有責
專刊	2017年世界自殺防治日 「關鍵一刻，扭轉一生」專題報導 • 世界自殺防治日記者會 • 「溫馨小故事」徵文活動及得獎作品
主題文章	心理健康行動科技於自殺防治之應用

表 6-12-3、自殺防治網通訊第十二卷第三期大綱(續)

項目	文章標題
自殺防治新視野	貧窮議題與自殺防治
自殺防治動態與經驗分享	重生的轉折點 工作、家庭與自殺 在他死了之後 自殺當代
自殺統計解析	2016 年自殺死亡數據 2017 年度電話調查 2017 年 1-8 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	世界自殺防治日系列活動—單車繞世界 縣市強化自殺防治-高風險與實務督導訪查
交流園地	那段與生、死為伍的日子 談面對自殺者心理壓力與處遇 面對陰影，才知道陽光在哪！不害怕看見傷痛，傷痛才能被療癒 和大學生們談自殺防治

5)12 月發行自殺防治網通訊第十二卷第四期之大綱如表 6-12-4。

表 6-12-4、自殺防治網通訊第十二卷第四期大綱

項目	文章標題
理事長的話	媒體自殺事件報導對自殺防治的影響
主題文章	精神作用藥物與自殺防治 讓守門人訓練方案發揮成效
自殺防治新視野	網路與臺灣青年人的自傷及自殺行為
自殺防治動態與經驗分享	新手社關遇上自殺個案的反思 自殺防治關懷訪視員過去工作經驗分享
自殺統計解析	2017 年 1-10 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	【2017 年台灣全國健康論壇】感動、行動、全面推動：SDGs 實踐 【日本近年自殺防治策略及執行情形專題演講】成果分享

表 6-12-4、自殺防治網通訊第十二卷第四期大綱(續)

項目	文章標題
理事長的話	媒體自殺事件報導對自殺防治的影響
	珍愛生命守門人教育訓練與推廣
	畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」PGY
	2017 年『自殺防治 e 學院』YouTube 頻道回顧
	一個諮商學習者對自殺議題的反思筆記
	//在路上// 一名新手諮商心理師面對自殺個案的存有焦慮
交流園地	歷程
	兒孫自有兒孫福、活躍老化真幸福
	自殺防治的系統合作觀

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，第十二卷第一期紙本寄發數量為 128 份，第十二卷第二期紙本寄發數量為 125 份，第十二卷第三期紙本寄發數量為 162 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「宣導專區」，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) 自殺防治網通訊第十二卷第一期至第四期分別於 4、8、10、12 月出版，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 24 篇。
2) 自殺防治網通訊第十二卷各期印製份數為 200 份，紙本通路寄發份數分別為 128、125、162 份，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懷訪視員之投稿意願，今年度「自殺防治動態與經驗分享」之稿件持續以有償獎勵方式，投稿數量因此明顯增加，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。

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)。全球已有超過 120 個國家極力推動各國國民投入志願服務活動。臺灣在 2001 年通過「志願服務法」,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，至 2009 年起，每年持續招募珍愛生命義工，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、通訊訊息交流、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、協助辦理活動單位。

2) 資源連結內容與形式：網站宣導、心情檢測站 BSRS-5 宣導、守門人講座等。

三 過程(Process)

1. 義工招募

1) 主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站、facebook 珍愛生命打氣網與義工推薦等。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做彈性調整。

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。

3)每月月初發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得，以及對於中心的建議、鼓勵與想說的話。不需填寫推廣數量，使義工於在地化服務時，能更簡便的回覆推廣結果。

4. 義工支援活動

1)媒體監測：為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，定期至全國自殺防治中心進行平面媒體的監督，並蒐集相關資訊是否違反六不六要，再提交由中心人員進行彙整與編碼。

2)支援活動。

(1) 9 月份世界自殺防治日系列活動-單車繞世界：今年協辦中華民國自行車騎士協會台南「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」，邀請義工們響應世界自殺防治日活動，協助自殺防治工作，推動珍愛生命理念與重要性，人人都是守門人。

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，除了將活動照片上傳至 facebook 珍愛生命打氣網外，並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、中秋節等，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) 製作 2017 年感謝狀嘉獎在地關懷，持續推廣自殺防治理念，關懷他人的義工們，讓積極熱心的義工們感受到鼓勵，及中心的注重，也持續讓義工們保持動力持續推廣及服務。

6) 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，以此增進彼此情感。

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 6-13-1)：

(1) 本年度新增義工 27 人，目前義工人數為 797 人。

表 6-13-1、義工基本資料

人數 797 人(截至 2016 年 11 月 1 日)						
電子信箱	有			無		
	591(74.2%)			206(25.8%)		
性別	男			女		
	258(32.4%)			467(58.6%)		
	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
分區	390 (48.9%)	157 (19.7%)	135 (16.9%)	29 (3.6%)	3 (0.4%)	81 (10.2%)

表 6-13-1、義工基本資料(續)

分區	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
	基隆市(20)	苗栗縣(18)	嘉義市(5)	宜蘭縣(24)	澎湖縣(1)	
	臺北市(154)	臺中市(98)	嘉義縣(15)	花蓮縣(4)	金門縣(1)	
	新北市(153)	南投縣(6)	臺南市(53)	臺東縣(1)	連江縣(1)	
	桃園縣(41)	彰化縣(32)	屏東縣(21)			
	新竹市(11)	雲林縣(5)	高雄市(41)			
	新竹縣(11)					
教育程度	**小學以下**	**國中**	**高中**	**大專或大學**	**研究所以上**	**不詳**
	16	35	109	341	90	206
	(2%)	(4.4%)	(13.7%)	(42.8%)	(11.3%)	(25.8%)
年齡（歲）	**14 以下**	**15~24**	**25~44**	**45~64**	**64 以上**	**不詳**
	0	33	289	317	44	114
	(0%)	(4.1%)	(36.3%)	(39.8%)	(5.5%)	(14.3%)

(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 838 則，以及於日常生活中使用 LINE 與義工保持聯繫。

(3) 發送 2017 年感謝狀共 18 張，使積極熱心的義工們感受到鼓勵、中心的注重，也持續讓義工們保持動力持續推廣及服務。

2) 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 8,113 人次，「善用心情溫度計、助己又助人」點閱率為 3,048 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、關懷與通知活動相關訊息，並在義工們協助活動後寄送感謝函及活動照片，回饋義工朋友付出的心力及支持。遇特定節日或義工朋友們生日，中心會設計電子賀卡祝福並寄送，以此建立雙方良好的互動並讓義工感受到關懷，必要時應有固定聚會促使義工之間情感交流。

招募義工時亦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。

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，自殺雖已連續七年未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託臺灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

每年電話調查之目的在於瞭解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、復原力量表(Brief Resilience Coping Scale, BRCS)、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, 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) 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。

2) 委託市調公司辦理調查作業。
3) 電訪資料蒐集。
4) 檔案整理及分析 (描述性統計以個數、百分比呈現；交叉統計則依性別、年齡、職業別、心情困擾程度、及地區分析各題項分布之百分比)。
5) 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)4 月 7 日蒐集專家學者對於「2017 年度自殺防治調查」內容之建議。
2)5 月 5 日中心彙整歷年自殺防治調查問卷題目。
3)6 月 2 日擬定 2017 年自殺防治調查問卷初稿，作問卷修訂。
4)6 月 3 日回傳心口司問卷及調查計畫簡表。
5)6 月 16 日召開 2017 年自殺防治認知調查討論會議，並針對 2017 年自殺防治調查問卷架構、設計作修訂及調整。
6) 本年度問卷納入四題「復原力量表」，並增加一題題目來探討媒體報導對自殺行為的影響。
7) 設計問卷(詳見附件 7.1.1《2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷》)，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 4 題。
(4) 個人與親友自殺經歷與求助問題，共 19 題，其中有 1 題屬於「媒體報導對自殺行為影響」。
(5) 心理健康情形，共 12 題，其中 4 題屬於「復原力量表」，其中有 3 題屬於「簡明心理健康篩檢表」。
(6) 心情溫度計檢測及求助專業心理衛生人員相關問題共 7 題，其中前五題屬於「簡明心理健康篩檢表」。
(7) 基本資料共 6 題。
(8) 委託全方位市場調查有限公司執行 2017 年電話調查，執行期間為 6 月 22 日至 8 月 7 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。

四、 成果(Product)

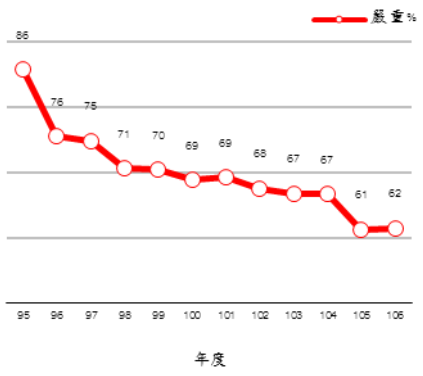
1. 執行結果

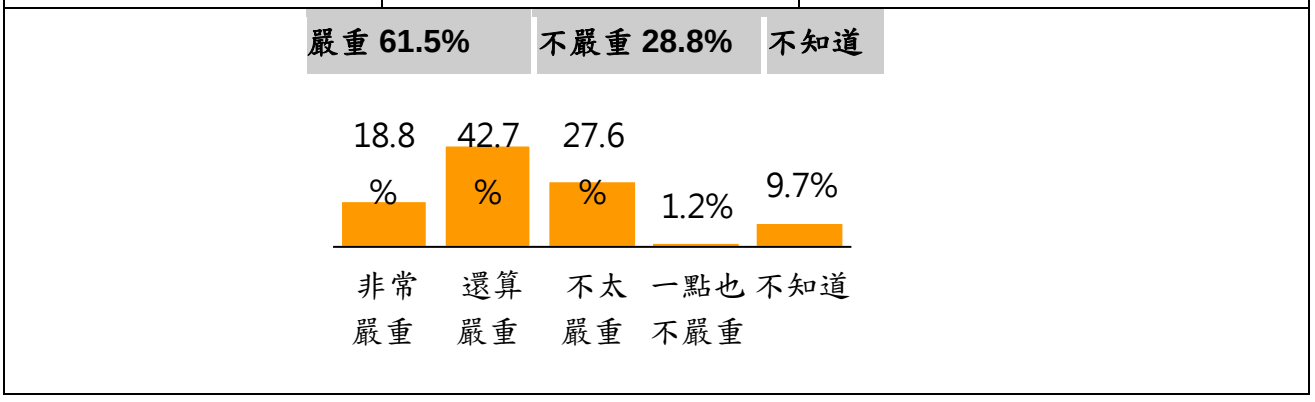
2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以 CATI(電腦輔助電話調查系統)電話訪問方式訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,098 人，在 95%信心水準下，抽樣誤差在±2.1%以內。各項調查結果如下：

1) 民眾對臺灣自殺問題的看法

本部分詢問民眾的題目為:「臺灣自殺問題嚴重性」本項目依四個等級評分(非常嚴重、還算嚴重、不太嚴重、一點也不嚴重)，另外設立一個選項為「不知道」。結果指出最多人選擇臺灣自殺問題還算嚴重(42.7%)、其次為不太嚴重(27.6%)，有 9.7%回答不知道。整體而言，61.5%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的(含非常嚴重 18.8%及還算嚴重 42.7%)，28.8%認為不嚴重(不太嚴重 27.6%、1.2%一點也不嚴重) (表 7.1.1)。

表 7-1-1、臺灣民眾對自殺問題的看法。

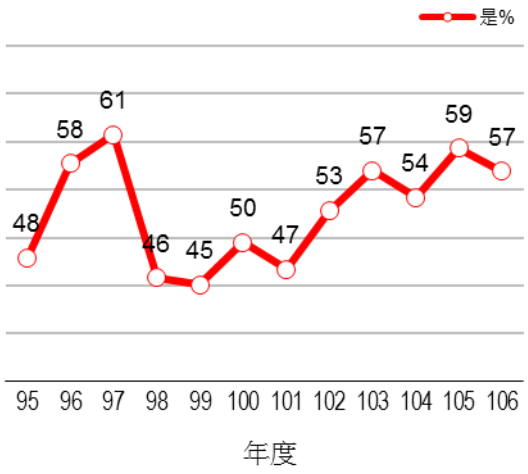
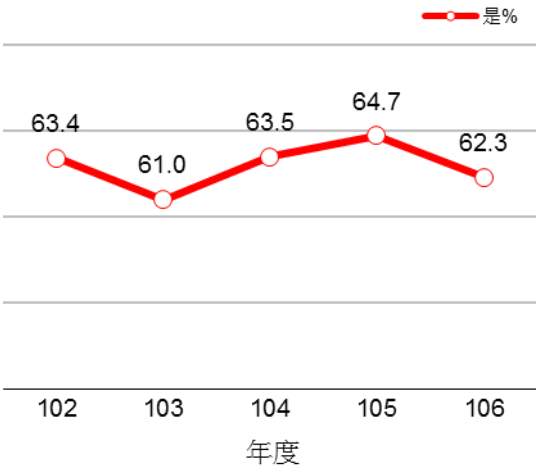
問題	結果	圖表
1.臺灣自殺問題嚴重性	61.5%民眾認為自殺問題嚴重，28.8%認為不嚴重。 ● 歷年調查皆有 6 成以上民眾認為嚴重，不過認為嚴重者有逐年減少趨勢，而今年與去年調查結果類似。	

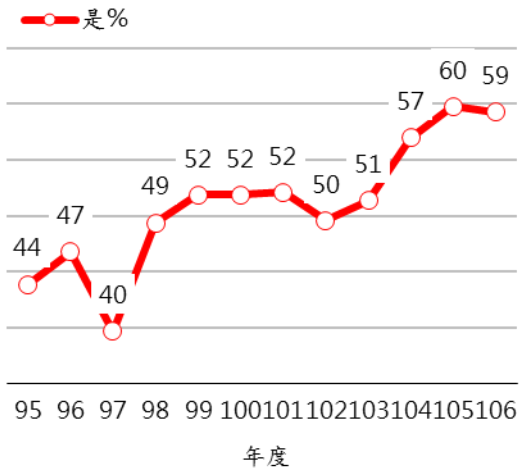
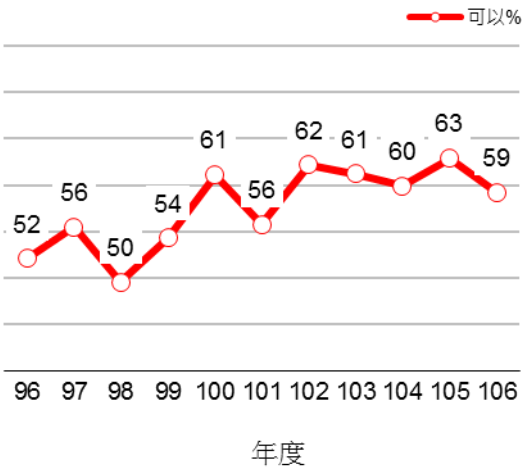


2) 民眾對自殺的人的認識與迷思

民眾對自殺的人的認識與迷思的部份問題分為:「自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？」、「說想自殺者並非想死，只是發洩而已？」、「自殺是個人權利，決定權在於自己？」、「自殺防治工作，自己可以幫得上忙？」這四個問題的調查結果，整理如下。(表 7.1.2)

表 7-1-2 、民眾對自殺的人的認識與迷思題目與圖表

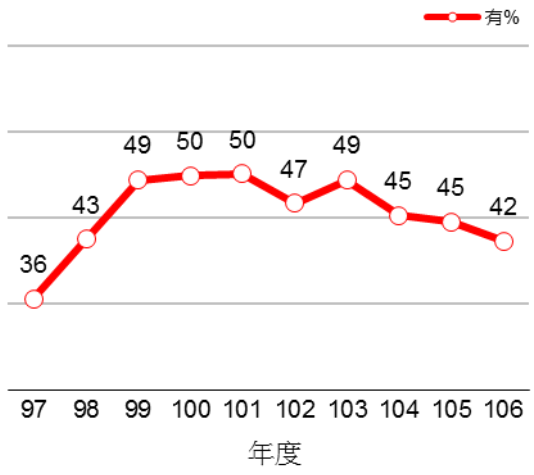
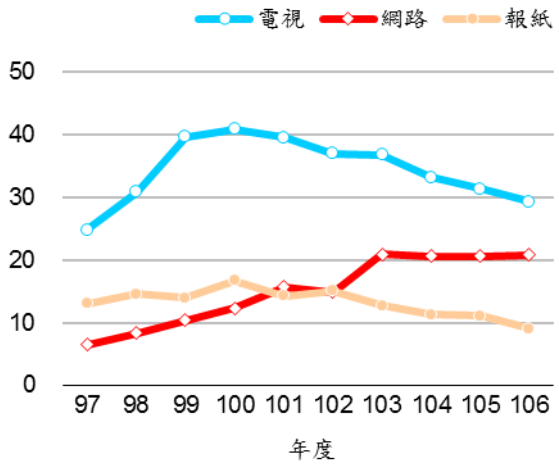
問題	結果	圖表
1. 自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？	56.9%民眾認同「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」，36.2%不認同。 ● 歷年調查顯示，自99年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢，今年認同此說法比率較去年下降。	
2. 說想自殺者並非想死，只是發洩而已？	62.3%民眾認同「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」說法，31.8%不認同。 ● 歷年調查顯示，均有6成多認同此說法。	

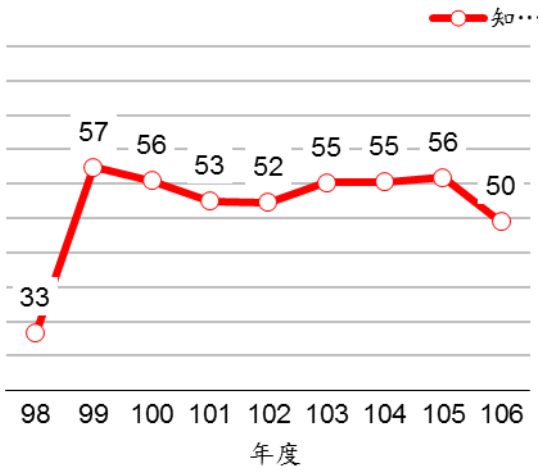
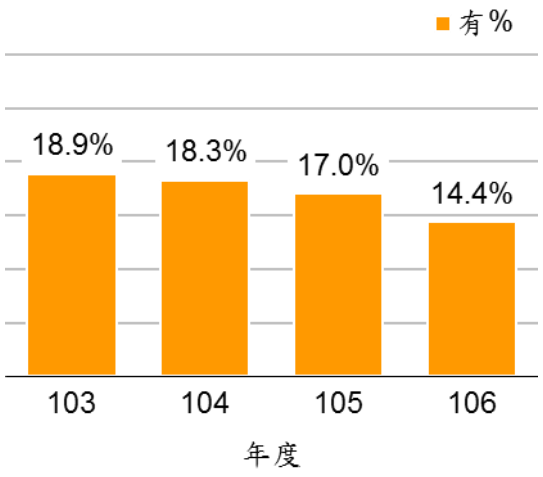
3.自殺是個人權利，決定權在於自己？	59.3%民眾認同「自殺是個人的權利，決定權在於自己」說法，37.5%不認同。 ● 歷年調查顯示，自102年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢。	
4.自殺防治工作，自己可以幫得上忙？	59.2%民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙。 ● 歷年調查顯示，均有過半數民眾認為可以幫得上忙。	

3) 民眾對自殺防治資訊的接觸

此部份調查的問題分為:「近一年接觸自殺防治相關資訊情況？」、「得知自殺防治相關資訊的管道？」、「自殺防治諮詢專線認知度？」、「接觸過自殺防治守門人相關資訊情況？」這四個問題，結果整理如下。(表 7.1.3)

表 7-1-3、民眾對自殺防治資訊的接觸題目與圖表

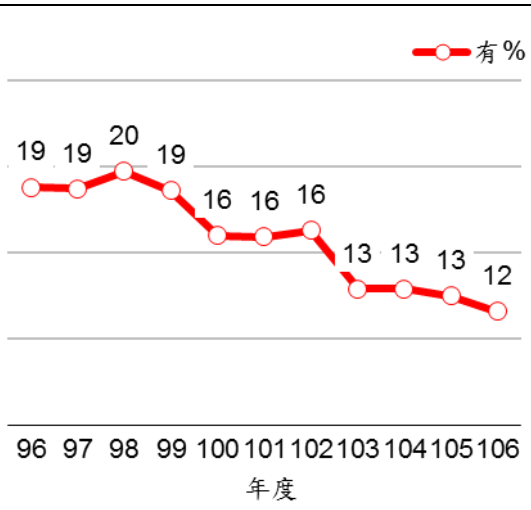
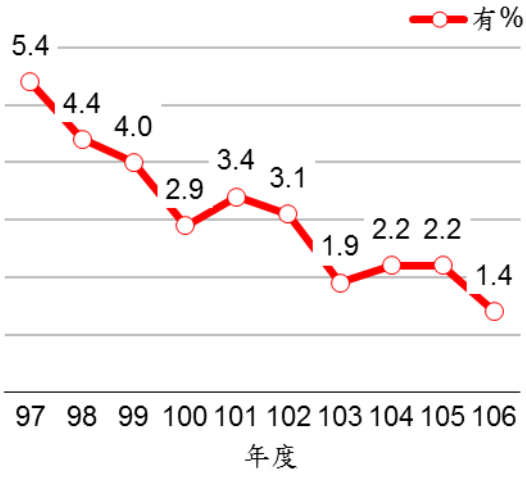
問題	結果	圖表
1.近一年接觸自殺防治相關資訊情況	42.3%民眾表示近一年看過或聽過自殺防治相關資訊。 ● 歷年調查顯示，自 103 年起，民眾接觸過自殺防治相關資訊有逐年下滑的趨勢。	
2.得知自殺防治相關資訊的管道	民眾得知自殺防治相關資訊來源以「電視」(29.3%)為主，其次為「網路」(20.8%)、「報紙」(9.0%)。 ● 歷年調查顯示，「電視」一直是民眾資訊主要管道，而從網路得知有逐年上升趨勢。	

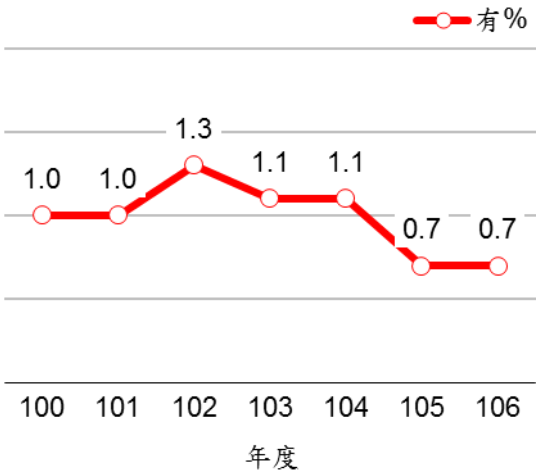
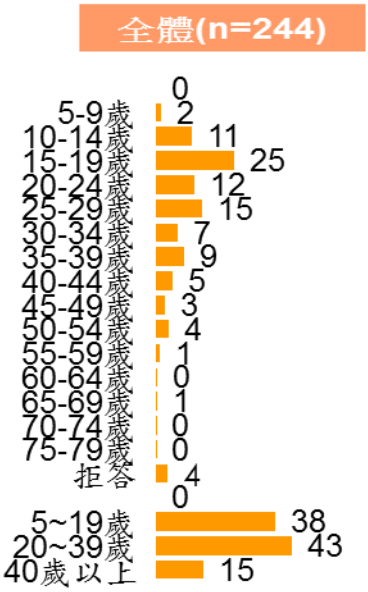
3.「自殺防治諮詢專線」認知度	49.5%民眾知道自殺防治有諮詢專線。 ● 歷年調查顯示，近幾年約5成多民眾知道「自殺防治有諮詢專線」，而今年知道率明顯下降。	
4.接觸過自殺防治守門人相關資訊情況	14.4%民眾近1年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人123步驟，1問、2應、3轉介」相關資訊。 ● 歷年調查顯示，民眾接觸率有逐年下降的趨勢。	

4)民眾的自殺意念調查

此部份問題分為:「一生中曾經認真地想過要自殺？」、「一年中曾經認真地想過要自殺？」、「近一月曾認真想過要自殺？」、「第一次認真想過要自殺的年紀」這四個問題。調查結果整理如下。(表 7.1.4)

表 7-1-4、民眾的自殺的意念調查題目與圖表

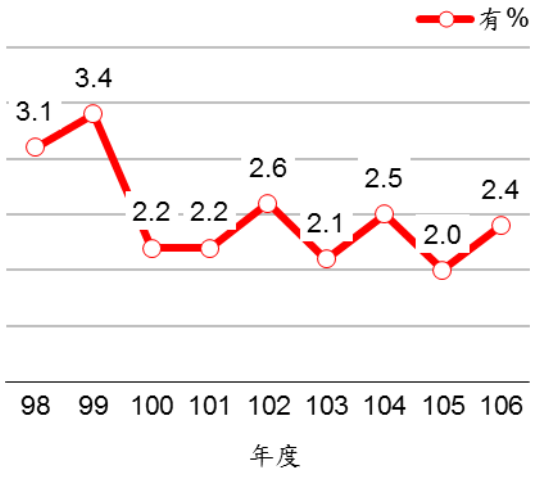
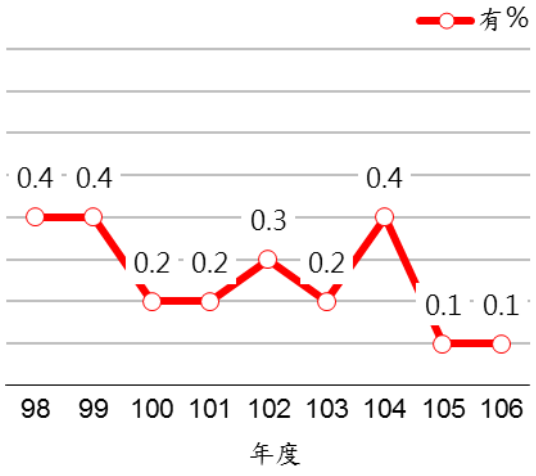
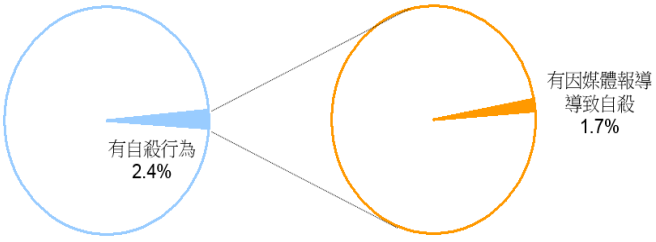
問題	結果	圖表
1.一生中曾經認真地想過要自殺？	11.6%民眾表示一生中曾認真想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，表示一生中曾認真想過要自殺的比率，有逐年下降趨勢。	
2.一年中曾經認真地想過要自殺？	1.4%民眾表示近一年曾認真想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，近一年曾認真想過要自殺的比率，明顯有逐年下降趨勢。	

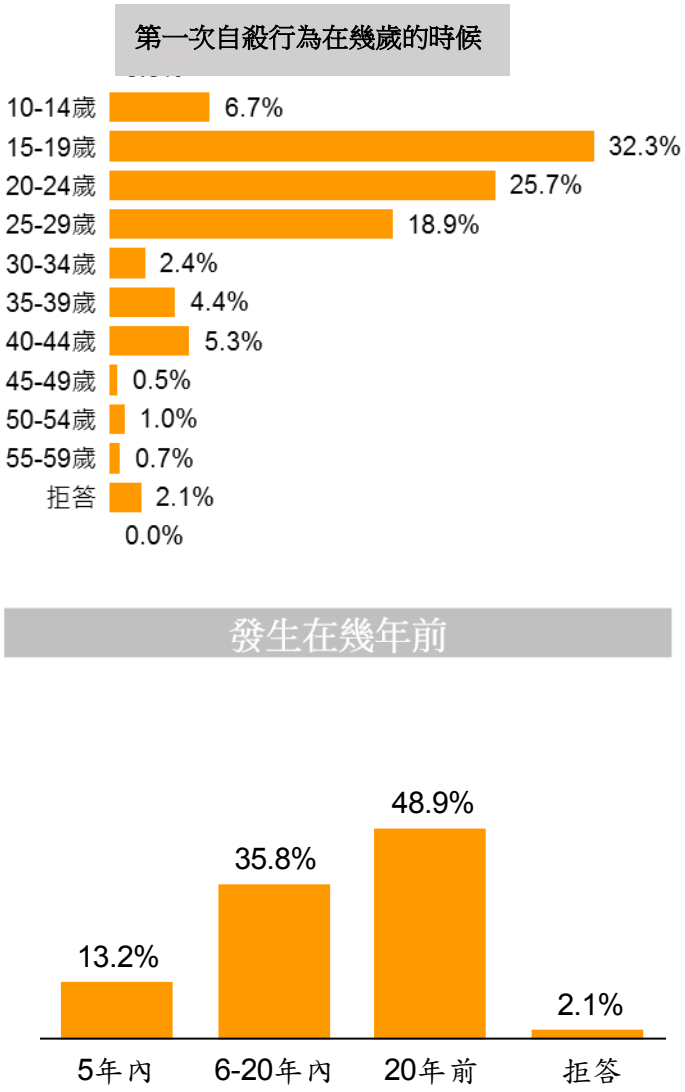
3.近一個月曾認真想過要自殺？	0.7%民眾表示近一月想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，歷年皆維持約 **1%**民眾表示近一個月曾認真想過要自殺。	
4. 第一次認真想過要自殺的年紀	曾有自殺想法民眾第一次認真想自殺的年紀有 38%在 19 歲以下，43%在 20~39 歲，15%在 40 歲以上。	

5) 民眾的自殺行為調查

此部份調查的題目包括:「曾有過自殺行為？」、「最近一年曾有過自殺行為？」、「有沒有曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)？」、「第一次自殺行為的年紀」這四個問題，結果如下。(表 7.1.5)

表 7-1-5、民眾的自殺行為題目與圖表

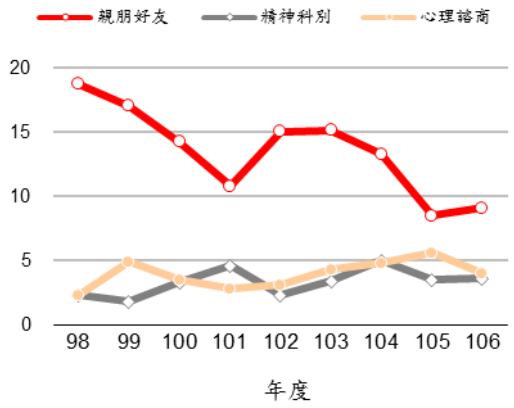
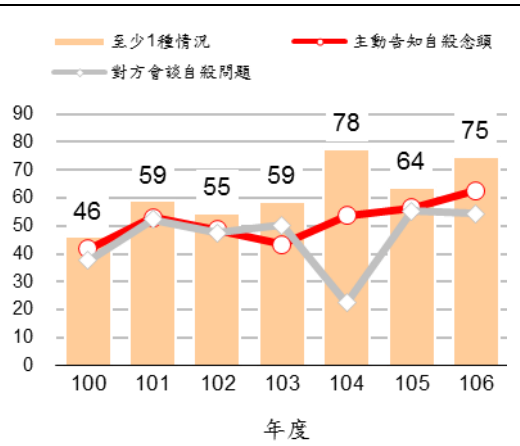
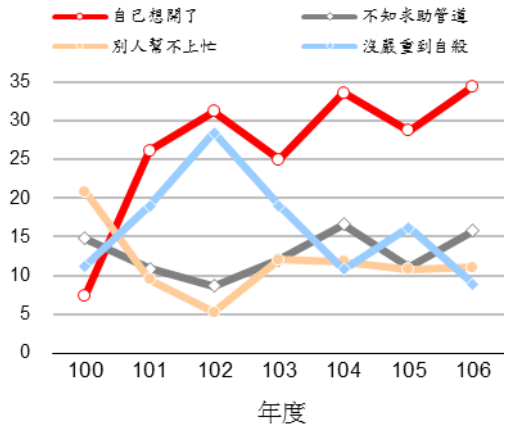
問題	結果	圖表
1. 曾有過自殺行為？	2.4%民眾表示一生中有過自殺行為。 ● 歷年調查顯示，歷年民眾有過自殺行為的比率均落在**2.0%~3.5%**間。	
2. 最近一年曾有過自殺行為？	0.1%民眾表示最近一年有過自殺行為。 ● 歷年調查顯示，近一年自殺行為比率均低於**0.5%**。	
3. 有沒有曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)	2.4%民眾表示一生中有過自殺行為。 ● 曾有過自殺行為的民眾僅有1.7%表示曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)。	

4. 第一次自殺行為的年紀	一生曾有自殺行為的民眾(n=50)第一次自殺行為的年紀以 15-19 歲(32.3%)居多，其次為 20-24 歲(25.7%)。 ● 第一次自殺行為的年紀的時間大多在 5 年以前，僅 13.2%是在最近 5 年內。	

6) 民眾的自殺求助行為

此部份問題分為:「曾經因自殺問題求助於誰？」、「求助他人時會提及自殺問題？」、「為何沒有去求助？」這三個問題，內容整理如下。(表 7.1.6)

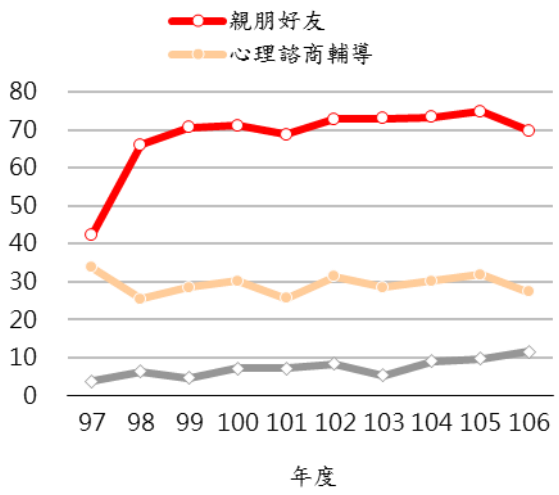
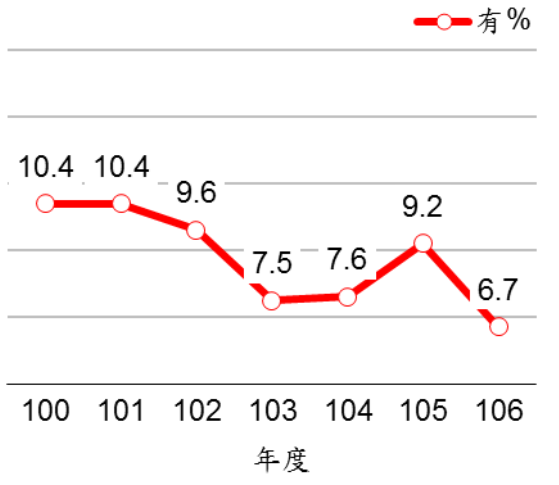
表 7-1-6、民眾的自殺求助行為題目與圖表

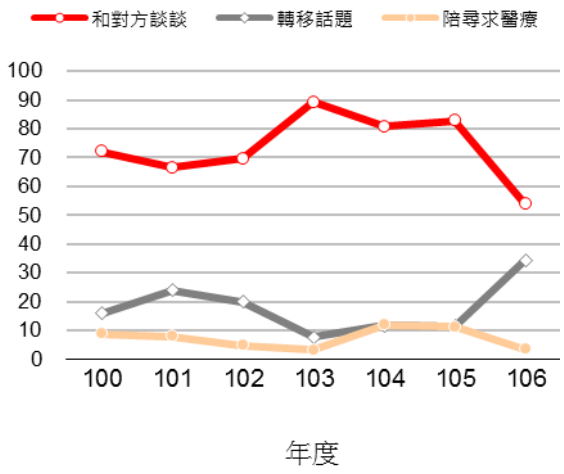
問題	結果	圖表
1. 曾經因自殺問題求助於誰	有自殺想法民眾當下僅17.3%求助 ● 以求助親朋好友居多(9.1%)，其次「心理諮商輔導專線或機構」(4.0%)。	
2. 求助他人時會提及自殺問題？	曾有自殺想法民眾，有16.8%當時有求助過他人或機構，其中有62.6%表示有主動告知自己想自殺的念頭，54.4%表示求助對象有跟您談到自殺的問題。 ● 歷年調查顯示，求助他人時會談及自殺問題比率有逐年上升趨勢。	
3. 為何沒有去求助	曾有自殺想法的民眾，有82.0%當時沒去求助，主因為「自己想開了」(34.4%)。 ● 歷年調查顯示，民眾不去求助的原因皆以「自己想開了」居多。	

7) 民眾對於幫助自殺者的看法

此部份問題分為:「誰最能幫助想要自殺的人？」、「過去一年有人向您透露自殺念頭？」、「有人透露自殺念頭時的處理方式？」這三個問題，內容詳細整理如下。 (表 7.1.7)

表 7-1-7、民眾對於幫助自殺者的看法之題目與圖表

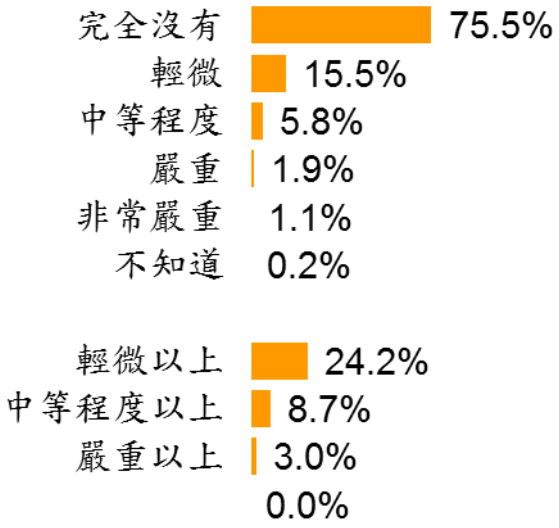
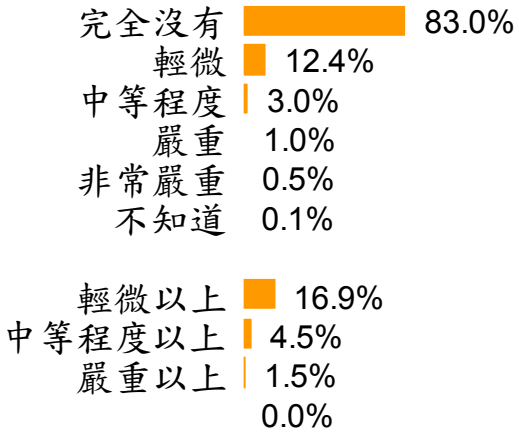
問題	結果	圖表
1. 誰最能幫助想要自殺的人	民眾認為求助「親朋好友」(69.8%)最能幫助自殺者，其次為「心理諮商輔導專線/機構」(27.4%)，再次為「醫療院所-精神科別」(11.6%) 。 ● 歷年調查，皆認為「親朋好友」最能幫助自殺者居多。	
2. 過去一年有人向您透露自殺念頭？	6.7%民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺念頭。 ● 歷年調查顯示，今年民眾表示有人對他透露過自殺念頭的比率為歷年最低。	

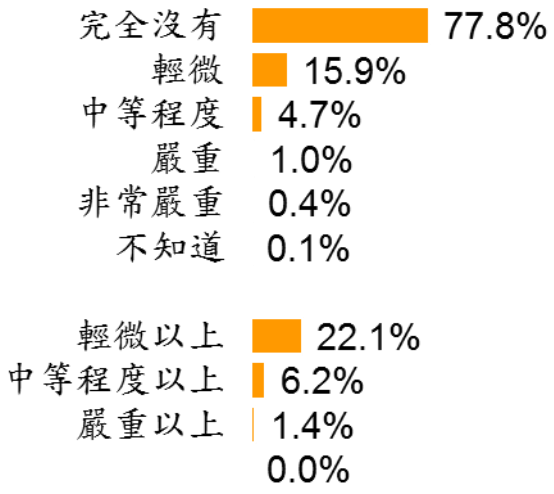
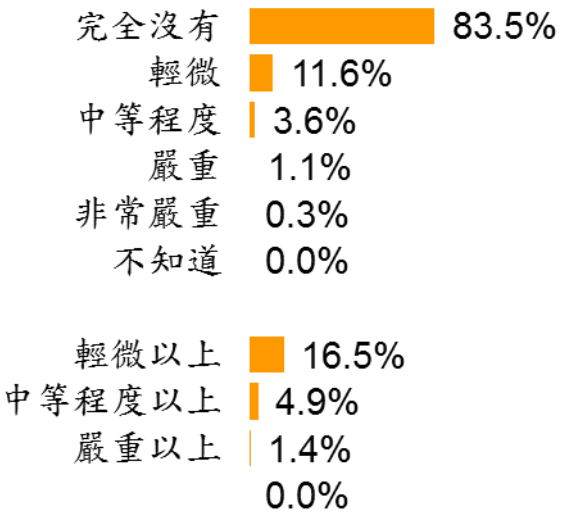
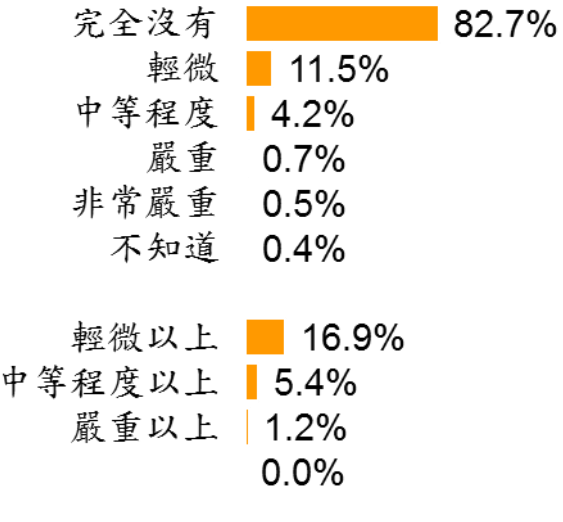
3. **有人透露自殺念頭時的處理方式**	民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有53.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，34.5%會轉移話題，僅3.3%陪伴他一起尋求專業諮詢。 ● 歷年調查顯示，皆以「和對方談一談他對自殺想法」居多。	

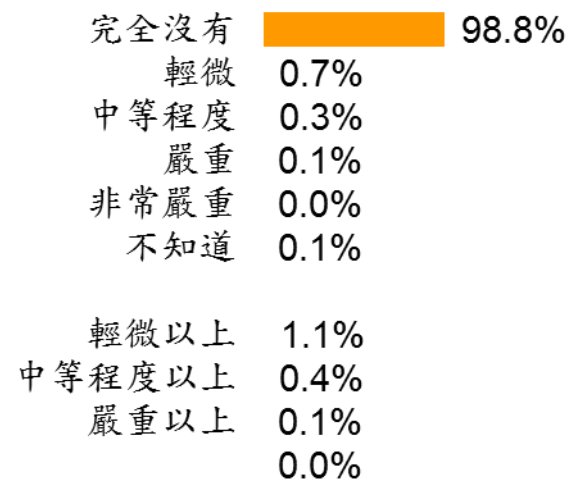
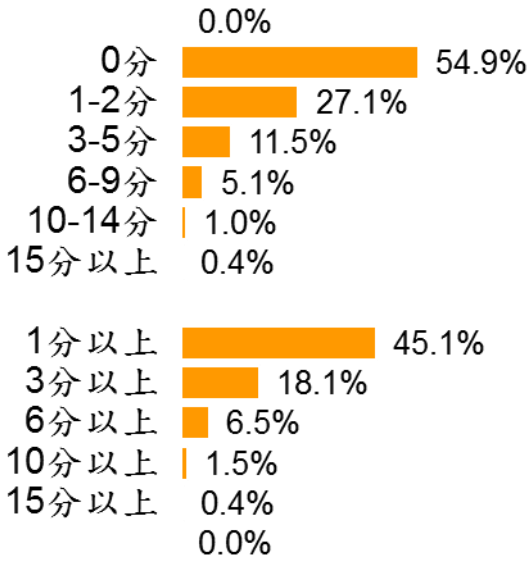
8)心情溫度計(BSRS-5)調查結果

本部份問題分為:「最近一星期中有睡眠困難問題？」、「最近一星期中有感覺緊張不安？」、「最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？」、「最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？」、「最近一星期中有覺得比不上別人？」、「最近一星期中有自殺的想法？」這六個問題，並呈現「心情溫度計總分」，內容詳細整理如下。(表 7.1.8)

表 7-1-8、心情溫度計調查結果題目與圖表

問題	結果	圖表
1. 最近一星期中有睡眠困難問題？	24.3%民眾近一星期有睡眠困難問題，8.7%達中等程度以上，3.0%達嚴重程度。	
2. 最近一星期中有感覺緊張不安？	16.9%民眾近一星期感覺緊張不安，4.5%達中等程度，1.5%達嚴重程度。	

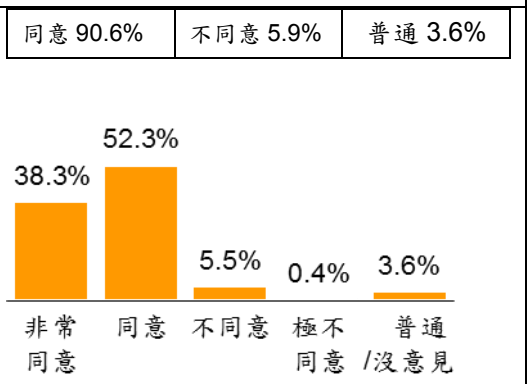
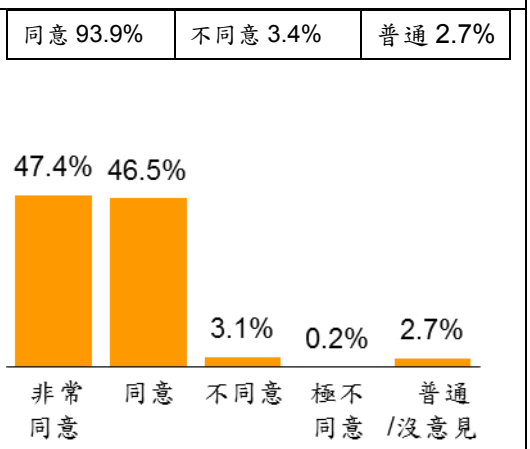
3. 最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？	22.1%民眾近一星期覺得容易苦惱或動怒，6.2%達中等程度，1.4%達嚴重程度。	
4. 最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？	16.5%民眾近一星期感覺憂鬱、心情低落，4.9%達中等程度，1.4%達嚴重程度。	
5. 最近一星期中有覺得比不上別人？	16.9%民眾近一週覺得比不上別人，5.4%達中等程度，1.2%達嚴重程度。	

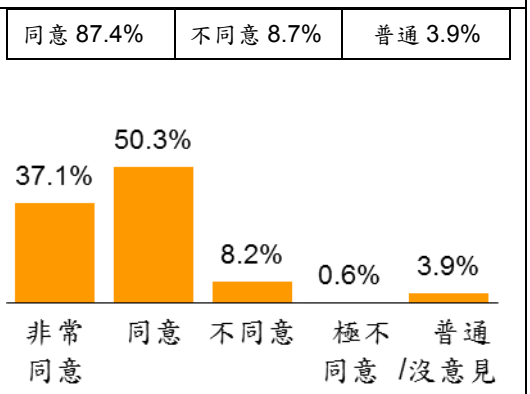
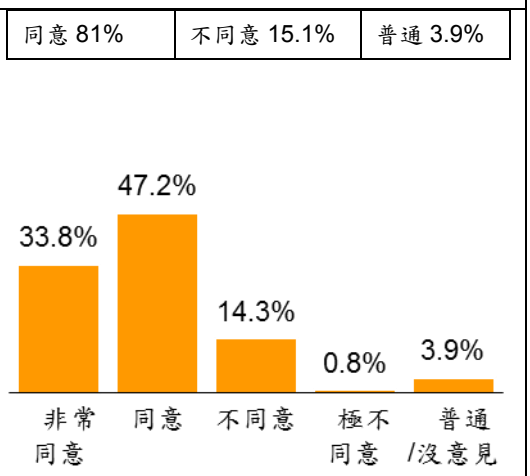
6. 最近一星期中有自殺的想法？	1.1%民眾近一星期有自殺的想法，0.4%達中等程度，0.1%達嚴重程度。	
7.心情溫度計總分	心情溫度計 BSRS-5 量表檢測結果，有 6.5%民眾總分在 6 分以上，代表這些民眾可能存在情緒困擾，需要適度紓壓(6-9 分輕度困擾者)或諮詢專業人員(10 分以上中重度困擾者)。	

9)復原力量表調查結果

本部份問題分為:「您同不同意碰到失落時，會主動尋找方法填補？」、「您同不同意相信自己可以從處理困難中得到正向的成長？」、「您同不同意遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決？」、「您同不同意不管遇到任何事情，有信心可掌控自己反應？」這四個問題，結果如下。(表 7-1-9)

表 7-1-9 復原力量表調查結果題目與圖表

問題	結果	圖表
1. 同不同意「碰到失落時，會主動尋找方法填補」	90.6%民眾同意「當碰到失戀、生意失敗、親友過世或其他失落事件時，會主動尋找方法來填補這樣的失落」，僅 5.9%不同意。	
2. 同不同意「相信自己可以從處理困難中得到正向的成長」	93.9%民眾同意「你相信你自己可以從處理困難中，得到正向的成長」，僅 3.4%不同意。	

3. 同不同意「遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決」	87.4%民眾同意「遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決」，8.7%不同意。	
4. 同不同意「不管遇到任何事情，有信心可掌控自己反應」	81.0%民眾同意「不管遇到任何事情，你都有信心可以掌控自己的反應」，15.1%不同意。	

10) 簡明心理健康篩檢表-九題版 (CMHC-9)

本篩檢表分為兩部分檢測民眾的心理困擾(下表 1-5 題)以及自殺風險(下表 6-9 題)程度，其中前五題為心情溫度計新版(BSRS-5R)篩檢題，後四題為評估整體自殺風險的危險及保護因子，各題均已是(1 分)或否(0 分)評分。結果呈現如下:

第 1-5 題由「心情溫度計」重新編碼為 0(輕微/中等程度)或 1 分(嚴重/非常嚴重)，整體而言約有五分之一(16.5-24.3%)民眾前五題回答”是”，代

表五位民眾之中有一位在近一週內有明顯的心理困擾情形；第 6 題約有 2.4%的民眾回答一生中曾經傷害過自己或企圖自殺。此外，有 1.8%的民眾回答現在（仍）會想著「未來要自殺」；約有十分之一(9.7%)的民眾自呈在情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴。 (表 7-1-10)

表 7-1-10、CMHC-9 民眾回答百分比表

題目	是	否	不知道
1.最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾	24.30	75.50	0.20
2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾	16.90	83.00	0.10
3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾	22.10	77.80	0.10
4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	16.50	83.50	0.00
5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾	16.90	82.70	0.40
6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	2.40	97.50	0.10
7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」	1.80	96.10	2.10
8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	2.20	97.60	0.20
9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	9.70	89.70	0.60

2. 檢討與建議

1) 民眾認為台灣的自殺問題仍偏嚴重

根據今年度調查結果，大部分的臺灣民眾約有六成一的人覺得自殺問題是嚴重的。而且歷年調查結果也是約莫六成以上，雖然從 2006 年度的八成六，逐年下降至 2017 年的六成一。但是總體而言，從 2006 年度到 2017 年度，臺灣民眾都至少有六成以上民眾覺得台灣自殺問題是嚴重的。表示自殺問題臺灣民眾心中仍有一定的嚴重程度。

有 56.9%的人認同自殺身亡的人在生前不會說出想自殺；有 62.3%民眾認同說想自殺者並非想死，只是發洩而已；且有 59.3%的民眾，自殺是個人權利，決定權在於自己，而認同此說法的民眾有越來越多的趨勢。上述結果表示民眾對自殺的人存有迷思或偏向錯誤的態度，認為自殺者生前不會說出來、即使說出想自殺者也只是發洩、或自殺是個人權利，這些回答恰好與民調中自殺高風險者的回答(62.6%都會主動告知自己想自殺的念頭)形成對比，顯示臺灣的自殺問題仍然值得注意，尤其應提升民眾對高風險者自殺警訊之敏感度。

2) 持續推動自殺防治資訊的大眾宣導

今年的調查中發現民眾在自殺防治諮詢專線的認知度較去年下降了 6%(56%->49.5%)，僅約一成五民眾看過/接觸過自殺防治守門人的相關資訊，此數據有逐年下降的趨勢。其次，近一年約有四成二民眾接觸過自殺防治有關資訊，此部分在近三年有逐年下降的趨勢，這些結果表示目前台灣民眾仍對自殺防治的認識有限，自殺防治是長期而連續的工作，對於守門人或自殺防治專線等相關資訊仍需持續宣導，使防治效果有延續性及顯著成效。

再者，近 1/3 與 1/5 民眾得知自殺防治相關訊息的管道來源為「電視」與「網路」，自 102 年起網路就超越報紙成為第二大民眾的訊息管道來源，報紙反而逐年遞減，因此，在自殺防治的教育宣導工作上，不可忽略透過電視與網路兩者之媒介，提供民眾正確、正向的資訊來源，以利防治工作之推動。

3) 以自殺意念及自殺企圖盛行率推估整體自殺人口數仍偏高

有關臺灣民眾的自殺意念調查，今年的資料顯示一生中曾認真的想要自殺顧的民眾佔 11.6%。從歷年來看，2007 年 19%至 2017 年的 12%有逐

年降低的趨勢。而在一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 1.4%，歷年調查裡面算是最低的一年，從 2008 年開始的 5.4%逐年降低至 2017 年的 1.4%。在一個月中曾經想要自殺的民眾佔有 0.7%，歷年調查從 100 年至 2017 年為止，皆維持約 1%的民眾。另一方面，今年度調查民眾的自殺企圖盛行率約為 2.4%，此比例與就醫人口相比雖然低了 2 倍以上(以內科病房為例: 8.3%有自殺企圖，參 Wu et al., 2016*)。

上述結果若推論至全臺 2300 萬民眾，其中一星期內有 1.1%民眾曾有自殺意念—換算成全人口數就是 23±9.2 萬民眾曾有此意念、一月內有 0.7%--就是 13.5±7.0 萬、一年內有 1.4%--就是 29.1±10.3 萬、而近一生中曾有自殺意念者，就是 236±27.9 萬人(11.6%)；而過去曾經實際有過自殺企圖者，推估有將近 48.1±13.2 萬人口。這些人因為只有自殺意念而無自殺行為，但仍屬於潛在具有高風險性的個案，針對臺灣民眾的心理健康促進以及防護自殺死亡的工作，包含如何觸及將自殺求助管道給予這些人以及建立自殺防治安全網等策略，是刻不容緩的議題。

* **Wu CY**, Chang HY, Lee MB, Kuo PH, Tseng CL. (2016). Association of suicide risk and healthcare utilization in medical patients. BAOJ Medical & Nursing 2: 024.

4) 加強媒體溝通與自律

臺灣民眾的自殺行為調查，調查結果表示民眾一生中有 2.4%的人曾經有過自殺行為，歷年從 98 年至 2017 年比率約莫落在 2.0%以及 3.5%之間。最近一年曾經有過自殺行為的比率佔有 0.1%，約莫和前年一樣 0.1%。有沒有曾因受到媒體報導的影響而導致自殺則是有 2.4%的民眾表示一生中有過自殺行為，而在這 2.4%曾有過自殺行為的人中約有 1.7%的人曾因受到媒體報導的影響而導致自殺。

結果顯示，媒體報導對自殺脆弱群而言，雖不是全部的脆弱群都會受到影響，但是仍然有一定比例會受到媒體報導的影響而導致自殺行為。建議媒體報導相關自殺訊息須特別留意是否遵守六不六要原則，需客觀公正不猩羶等，為自殺防治工作中之一不可忽視的一環。

5) 提升民眾心理健康問題之求助動機，同時落實守門人訓練及成功轉介，以降低潛在精神疾病導致自殺風險

臺灣民眾會因自殺意念而求助的比例不高，有自殺想法的民眾中僅有

17.3%的人求助，而求助對象以親朋好友居多(9.1%)，其次為心理諮商輔導專線或機構(4.0%)，此結果顯示自殺高風險民眾的求助動機偏低。然而，自殺意念者求助的當下，高達 62.6%都會主動告知自己想自殺的念頭，意即求助代表了一個自殺警訊，守門人加強敏感度、辨識自殺意念者的危險因子是很重要的。

其次，最多民眾認為最能幫助自殺的人是親朋好友(69.8%)、其次為心理諮商輔導專線或機構(27.4%)。這樣前兩大類的結果和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 6.7%民眾在過去一年曾經歷有人向自己透露自殺念頭，民眾的處理方式大部分(53.8%)是跟對方聊一聊、近三成(34.5%)的人會轉移話題，僅 3.3%會陪伴他一起尋求專業諮詢。對照前述的自殺者的求助對象第一為親朋好友，其次為心理諮商和機構的數據，兩項統計結果可以觀查出自殺者的求助資源脈絡，一般自殺者多為先跟親朋好友傾訴、再尋求心理諮商或機構，進行更專業的服務與支持。從「五成二民眾覺得自己是可以幫上自殺者的忙」之結果，我們得知珍愛生命守門人的推廣仍應持續努力，但實際在教育資源的推動與宣傳上，如何落實「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」知能訓練以提升其成效，如何教導民眾正確地幫助自殺者，將是訓練重點。今年度有 14.4%的民眾曾聽過守門人的相關訊息，期待未來持續推廣相關的教育訓練活動、善用「心情溫度計」(結合紙本、網路及 APP 應用等多重管道)強化民眾自我檢測情緒，做好自我心情關照，依舊是全面性策略中重要的一環。

五、 附件

附件 7.1.1《2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷》

離婚民眾關懷暨心衛資源專案

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

多數研究發現,離婚後除需適應因雙方關係斷裂所引發之內心反應外,同時還必需面對生活上子女撫養及經濟等多重改變,往往會造成巨大的心理壓力。若未正視或因應不當,將導致身心適應困難,並潛藏自殺的隱憂。婚姻所帶來的有意義的社會互動關係,可以形成保護因子,其自殺風險明顯低於單身者。另外,從離婚事件可發現,男女也會因社會期待帶來不同的壓力。一般而言,女性離婚後在社會資源及經濟上的支持明顯下降,社會支持則是上升;男性則相反,經濟上的影響較小,而接受到社會支持也較低,因此離婚女性的自殺風險會比男性高。

從社會文化觀點中兩性間親職責任不同可發現,母親為主要照顧者,撫育孩子的責任多半會落在母親身上,家庭中的家務工作也通常由女性負責,也因此為女性帶來低自尊、低成就感的心理壓力連結(Gove,1973);反之男性在家中多扮演主要經濟來源的角色,壓力源來自於職場,兩性在婚姻中承擔的角色與壓力是有差異的,因而自殺風險程度也不同。且離婚本身就是一個壓力源,過去研究顯示男性有大量酗酒問題,可能是造成離婚男性高死亡率的原因。因此,可以想見離婚民眾在離婚後的重建過程中,是多重壓力因子及危險因子,也容易面臨困境,並在衝動下容易做出令人後悔的抉擇。

為了規劃防治策略,需了解現代人離婚後的心理健康狀態,因此本中心針對離婚民眾設計「關懷暨心衛資源單張』,於戶政單位辦理,透過填寫問卷與了解填寫對象的心情健康現況,並提供回饋。期待藉由填寫問卷而多一份關懷,以期能夠為離婚民眾多建立一道守護生命的防線。

2. 業務或方案目的與目標

1)擴大宣導使用心情溫度計自我檢測。
2)關懷高風險離婚民眾的心理健康。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1)設計離婚民眾關懷暨心衛資源單張，並於業務會議進行審閱討論，確認是否符合需求，以及建立關懷資訊是否足以達到關懷目的。
2)擬針對新北市(2017 至 10 月計算，每一千人中有 2.09 對離婚)作為前導區域，試辦期程為 1-2 個月，發函至該縣市各戶政事務所，同時提供關懷暨心衛資源單張(包含心情溫度計及心衛資源等資訊)，請戶政人員於民眾辦理離婚手續時發放。
3) 蒐集兩願離婚與法律調解與和解離婚流程程序，確認戶政事務所為最後辦理離婚手續。
4)研擬關懷暨心衛資源單張，包含心衛資訊、離婚民眾心理衛生關懷專案說明、發放步驟、說帖、後續回饋表單，以及中心內部合適之「珍愛守門人」教學影片。
5)聯繫新北市政府心理健康委員會，遞交相關資訊給聯繫承辦人，以新北市作為預計試辦地點，並以獎勵方式回收回饋表單，再進一步檢討、改善實施環節與方式。
6)預計明年規劃針對高離婚率縣市(以高離婚對數縣市：六都為優先)發放關懷暨心衛資源單張，並於半年後，邀請協助戶政事務所人員，填寫辦理回應問卷，以利檢討修改流程，讓未來發放至各縣市關懷與建議更加完善。

2. 資源連結與合作

1)合作單位：衛生福利部心口司、新北市衛生局、新北市戶政事務所。
2) 資源連結內容及形式：傳遞電子公文、紙本關懷暨心衛資源單張、發布訊息、後續問卷回覆。

三、 過程 (Process)

1. 2017 年 2 月規劃離婚民眾關懷暨衛生資源單張，預計於 2 月底前完成設計單張。
2. 2017 年 2 月完成稿件設計，包含心情溫度計 5 題選擇題，電子 QRcode 放置於正面，並將全省社會救助、心理衛生、其他關懷聯繫話，以及各縣市心衛中心聯絡電話放置於背面。
3. 3 月蒐集離婚手續、法定程序、求助資源管道資源，並將兩願離婚、法院

調解離婚製作成樹狀圖。

4. 4 月針對 2015 年高離婚民眾縣市規畫發放流程，包括擬定公文、關懷暨心衛資源單張發放指引，詳見附件 7.2.1《關懷暨心衛資源單張發放指引》。
5. 10 月針對內政部統計數據，調查 2017 年全台離婚對數與離婚率。
6. 11 月規劃發放流程，詳見如圖 7-2-2。

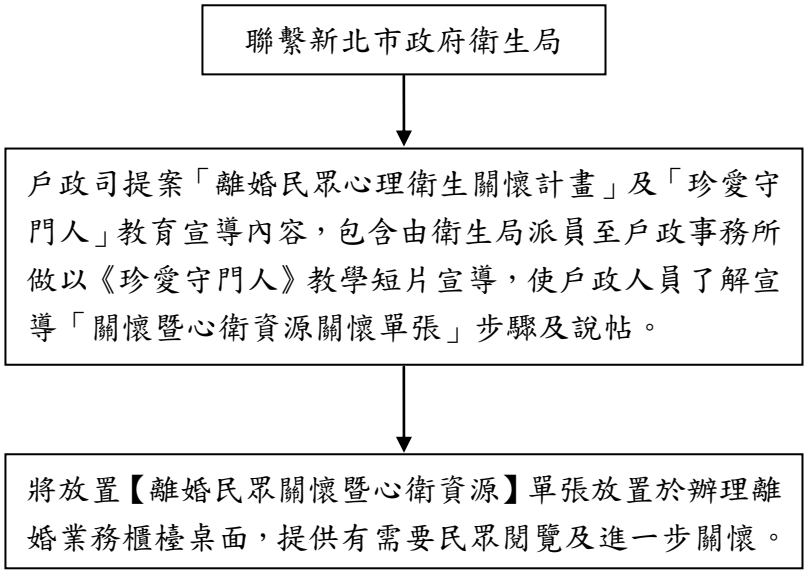


圖 7-2-2、發放流程圖

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 離婚法定程序及相關資訊

(1) 無論是兩願離婚或法院調解、和解離婚，當事人會分別依照不同程序到戶政事務所辦理離婚手續。

(2) 判決離婚辦理手續樹狀圖詳見圖 7-2-3。

(3) 離婚民眾普遍會面對到經濟、協談、家暴、家事案件等立即性服務，因此規劃關懷暨衛生資源需要包含此類資訊，得以協助當事人。

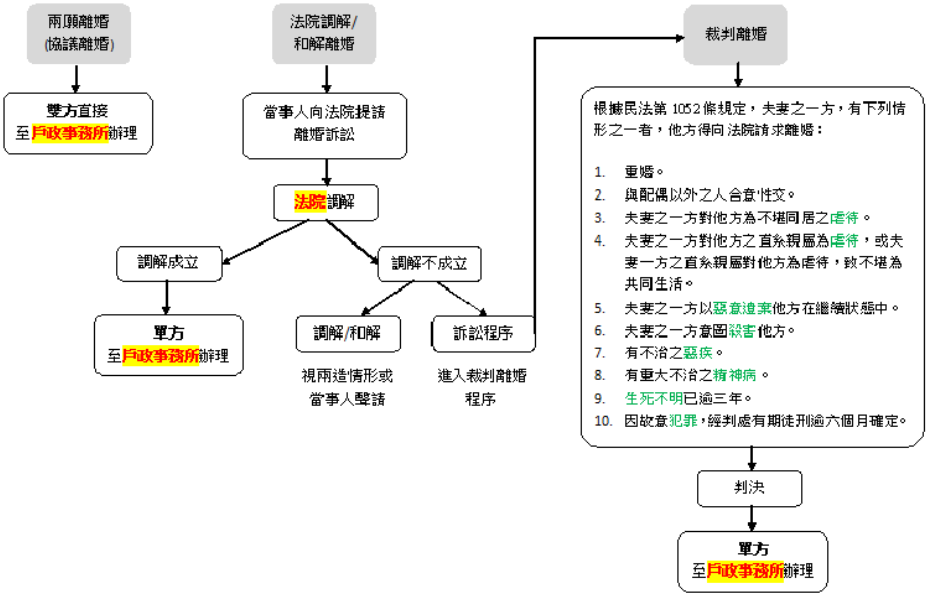


圖 7-2-3、判決離婚辦理手續樹狀圖

2) 規劃關懷暨心衛資源單張，詳見圖 7-2-4

(1) 正面：關懷離婚民眾說帖、心情溫度計使用說明方法、心情溫度計選擇題 5 題，再加上 1 題自殺想法檢測題、心情溫度計得分說明、心情溫度計 APP 下載說明、心情溫度計 QR code、使用 APP 可獲得之參考資訊。

(2) 背面：社會救助資源，求助資源電話，含福利諮詢專線、就業諮詢專線、法律扶助基金會全國專縣，心理衛生專線涵蓋安心專線、生命線、張老師，其他相關保護專線、家庭婚姻問題諮詢、外來人士在臺生活諮詢、衛福部男性關懷專線、同志健康免費專線、各縣市地區心衛中心服務專線等。



心情溫度計

改變就是轉機，結束一段關係是個不容易的決定，或許您在這段經歷中，承受許多壓力，或有心情低落、躁動不安的情形，長期累積下可能影響身心健康，為關心您的心情健康，建議可透過下列問題來自我檢測。

填表說明：本量表可協助您檢測自身身心適應狀況，請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，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

		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…	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

【得分說明與建議】前 5 題總分

0-5 分：為一般正常範圍。

6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10 分以上：有明顯的情緒困擾，建議尋求精神科醫療團隊協助進一步評估。

若有自殺想法，建議尋求專業諮詢或接受精神科治療。

歡迎免費下載使用心情溫度計 APP →→→→→掃描 QR code

你可以…

1.定期檢測心情　2.觀看測驗紀錄

3.心情健康秘笈　4.心衛資源

全國自殺防治中心　衛生福利部關心您

社會救助
- 福利諮詢專線：1957
- 就業諮詢專線：0800-777-888
- 法律扶助基金會全國專線：(02)412-8518

心理衛生
- 安心專線：0800-788-995
- 生命線：1995
- 張老師：1980

其他相關
- 保護專線：113
- 家庭婚姻問題諮詢：0800-314-888
- 外來人士在臺生活諮詢服務熱線：0800-024-111
- 衛福部男性關懷專線：0800-013-999
- 同志健康免費諮詢專線：0800-010-569

各縣市社區心理衛生中心聯絡方式

縣市	電話
基隆市	02-24300195
台北市	02-33936779 #18
新北市	02-22572623
桃園縣	03-3325880
新竹縣	03-6567138
新竹市	03-5234647
苗栗縣	037-332621
台中市	04-25155148
彰化縣	04-7127839
雲林縣	05-5370885
嘉義縣	05-3621150
嘉義市	05-2328177
台南市	06-6357756
高雄市	07-3874649
屏東縣	08-7370123
台東縣	089-336575
花蓮縣	03-8351885
宜蘭縣	03-9367885
南投縣	049-2205885
澎湖縣	06-9272162 #228
金門縣	082-337885
連江縣	0836-22095

圖 7-2-4、關懷暨心衛資源單張

2. 結論

本次針對離婚民眾關懷暨心衛單張為初步嘗試，還需累積與戶政事務所合作之發放經驗，討論如何針對各縣市離婚民眾之心理健康協助，擬定心理衛生推廣策略，例如 APP 可讓民眾在面對危機時能及時取得相關的求助資源。另外，針對戶政事務所人員，該如何透過「珍愛守門人」訓練，增加對離婚民眾情緒、自殺危機之敏感度，並以關懷口吻詢問等，都是本專案未來之計畫內容。

五、 附件

附件 7.2.1《關懷暨心衛資源單張發放指引》

網路成癮者之評估與轉介

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

跟著資訊時代的降臨，3C 產品如：智慧型手機、平板、電腦的普及，人手一機讓網路已是現代人生活不可或缺的一環，也因此現代人面對網路過度使用，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，泛指重度網路使用得當事人在網路使用上出現一般上癮問題的核心症狀與負面影響，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，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，今年度重新發放新版問卷，期待藉由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) 將網路身心與健康調查問卷放置於中心網站、粉絲專頁、透過電子報發放，讓自願者做填寫動作。
5) 寄發施測結果與關懷信件給問卷中有留下電子信箱之受測者。
6) 未來規劃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 12 月規劃今年度網路成癮研究時程，於 2 月底前完成新版問卷，並於 3 月初開始發布電子報。
2. 2016 年 12 月 26 日修改新版網路成癮問卷，將背景資料年齡部份新增「0-14 歲」、「75 歲以上」，就業情形新增「失業/待退休」，並修改相關描述。
3. 2017 年 2 月將「陳氏網路成癮量表」(CIAS-R)置換為「上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)」，加入「復原力及因應量表」(BRCS)，為 9 題單選題。
4. 2017 年 2 月將後測問卷製作成 google 表單形式，並依測試結果修改部分題型，例如在原上網活動頻率，在前項加入每周上網平均時間，為更精確了解填寫人上網的時間，新增題目為「因『學業或工作』的需求，每周上網時間平均幾小時？」、「因『非學業或非工作』的需求，每周上網時間平均幾小時？」。
5. 擬定後續關懷信件內容，並架設中心網站「網路使用檢測專區」宣傳正確使用網路資訊。

6. 於 2017 年 3 月 3 日業務會議公告中心於 2017 年 2 月 24 日正式公告新版「網路使用與身心健康調查」，3 月 3 日當日統計已有 22 名填寫完畢受測者。
7. 2017 年 6 月 20 日將問券內容及連結頁面以公文發布給予教育部，尋求共同廣發其內容，並設立未來將優先聯繫高中、高職學校，推廣檢定網路使用狀況。
8. 2017 年 9 月 27 日將問券結合「珍愛生命打氣網」，除了宣傳網路使用對生活造成的影響，同時讓粉絲會員透過問卷，了解自己的心情狀況是否受到網路所影響。後續持續規畫每月發文主題，讓 FB 上粉絲使用者，能定時透過問卷，了解不同時期心情狀況，進而尋求專業諮詢。
9. 2017 年 10 月持續透過各大專教師，在課堂上推廣問卷，幫助新生了解自己目前的心理穩定程度。

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、上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)、與簡式性格量表。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電子郵件。

2) 截至 2017 年 11 月 08 日止，總共有 492 人填答問卷，總計寄出 344 封問卷結果，占所有受測人數的 69.9%。

3) 新版問卷描述性統計

492 位施測對象中，男性 229 位(46.5%)；女性 262 位(53.3%)；其他 1 位(0.2%)。年齡層分布以 15-19 歲最多，共 262 位(53.3%)，其次為 20-24 歲，共 77 位(15.7%)，25-29 歲以上則有 50 位(10.2%)。以教育程度區分，大學共有 318 位(64.6%)，其次為高中職，共 81 位(16.5%)，研究所以上共 43 位(8.7%)，其餘為專科 32 位(6.5%)、國中 16 位(3.3%)、國小以下 2 位(0.4%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 419 位(85.2%)，其次為已婚 67 位(13.6%)。以職業區分，目前學生共 324 位(65.9%)，其次為就業中 130 位(26.4%)，接著是無業(含失業、待業者)共 28 位(5.7%)，退休人數最少，有 4 位(0.8%)。詳見表 7-3-1。

表 7-3-1、新版基本資料表(N=492)

	沒有 email		有 email	
	N	%	N	%
性別				
男	82	55.4	147	42.7
女	66	44.6	196	57.0
年齡				
0-14 歲	3	2.0	9	2.0
15-19 歲	80	54.1	182	54.1
20-24 歲	20	13.5	57	13.5
25-29 歲	21	14.2	29	14.2
30-34 歲	6	4.1	21	6.1
35-39 歲	8	5.4	11	3.2
40-44 歲	4	2.7	16	4.7
45-49 歲	4	2.7	12	3.5
50-54 歲	1	0.7	5	1.5
55-59 歲	0	0	1	0.3
60-64 歲	1	0.7	1	0.3
教育程度				
國小以下	1	0.7	1	0.3
國中	3	2.0	13	3.8
高中職	19	12.8	62	18.0
專科	10	6.8	22	6.4
大學	102	68.9	216	62.8
研究所以上	13	8.8	30	8.7
婚姻狀況				
單身	127	85.8	292	84.9
已婚/同居	19	12.8	48	14.0
離婚/分居	2	1.4	4	1.2
職業				
學生	91	61.5	233	67.7
就業中	45	30.4	85	24.7
家管	3	2.0	3	0.9
退休	1	0.7	3	0.9
無業(失業/待業)	8	5.4	20	5.8

而根據上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，在 492 位受測對象中，共有 114 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，占 23.2%；另 378 位之網路成癮分數低於 5 分，占 76.8%。BSRS-5 分數高於 6 分者界定為心理狀態低落需要尋求資源，在 492 位受測對象中，共有 183 位受測者之 BSRS-5 分數大於 6 分，占 37.2%，另 309 位之 BSRS-5 分數低於 6 分，占 62.8%，詳見表表 7-3-2。

表 7-3-2 IAD 與 BSRS-5 人數分配表單(N=492)

		有填寫 EMAIL	無填寫 EMAIL	
		N(%)	N(%)	總計
IAD-9	＜5	263(76.5)	115(77.7)	378(76.8)
	≧5	81(23.5)	33(22.3)	114(23.2)
BSRS-5	＜6	201(58.4)	108(73.0)	309(62.8)
	≧6	143(41.6)	40(27.0)	183(37.2)
總計		344(69.9)	148(30.1)	492

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：線上影音(如 Youtube、Vimeo 等)、與其他活動(如購物、賭博、看影片等)，該題為複選題。皮爾森積差相關分析上網成癮(IAD)與簡式健康量表(BSRS-5)，分析結果顯示，有留 email 填寫問卷者上網成癮與簡式健康量表的相關分數為 0.286，沒有留 email 填寫問卷者上網成癮與簡式健康量表的相關分數為 0.557，彼此間具有達到顯著差異。

根據過往研究，上網成癮(IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，將簡式健康量表(BSRS-5)與上網成癮傾向相關分析比較，如表 7-3-3 所示，有留 email 的相關為 0.286，沒有留 email 的相關為 0.557，彼此皆為正相關，而沒有留 email 的相關系數相較有留 email 偏高。

表 7-3-3、有 email 上網成癮與簡式健康量表(BSRS-5)相關表

		IAD總分	BSRS總分
IAD總分	皮爾森 (Pearson) 相關	1	.286**
	顯著性 （雙尾）		.000
	N	344	344
BSRS總分	皮爾森 (Pearson) 相關	.286**	1
	顯著性 （雙尾）	.000	
	N	344	344

表 7-3-4、沒有 email 上網成癮與簡視健康量表(BSRS-5)相關表

		IAD 總分	BSRS 總分
IAD 總分	皮爾森 (Pearson) 相關	1	.557**
	顯著性 （雙尾）		.000
	N	148	148
BSRS 總分	皮爾森 (Pearson) 相關	.557**	1
	顯著性 （雙尾）	.000	
	N	148	148

**. 相關性在 0.01 層上顯著(雙尾)。

觀看簡式健康量表(BSRS-5)與有無自殺想法，在留 email 與沒有留 email 問卷者分別求取卡方分析比較，發現自殺意念與簡式健康量表(BSRS-5)彼此間不但有差異，有留 email 者相關有 0.424，沒有留 email 者則相關有 0.668，彼此達到顯著且呈現正相關。因此，觀察當簡式健康量表(BSRS-5)分數越高，自殺意念也越強烈，不論有無留下 email，都有超過 5 成以上的比率；同時也觀察到少數式健康量表(BSRS-5)分數即便低分，卻也存在自殺意念，而這個部分有留 email 與沒有留 email 的比例是

較近的，分別為 18%與 12.1%，見表 7-3-5、有無留 email 有自殺想法與簡視健康量表(BSRS-5)總分相關卡方表。

表 7-3-5、有無留 email 有自殺想法與簡視健康量表(BSRS-5)總分相關卡方表

	有留email BSRS-5		沒有留email BSRS-5	
	6< N(%)	≧6 N(%)	6< N(%)	≧6 N(%)
自殺想法				
有	36(18.0)	72(50.4)	30(12.1)	28(70)
無	165(82.0)	71(49.6)	95(87.9)	12(30)
總數	201	143	108	40
卡方	.000		.000	
相關	.424**		.668**	

4)網路成癮與身心問卷粉絲發文

透過粉絲頁面，邀及訂閱粉絲透過填寫問卷，了解自己的網路成癮程度，本次發文有 1 名粉絲來信洽詢，並獲得後續轉介回饋，發文內容如圖 7-3-1。

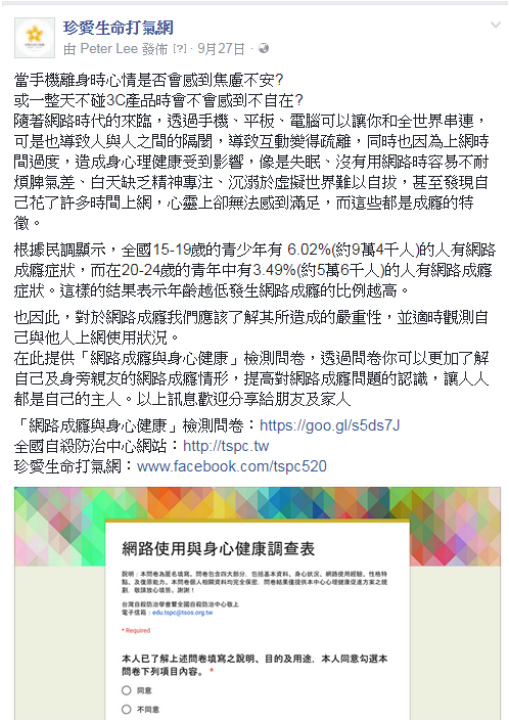


圖 7-3-1 臉書發文內容

2. 結論

1) 新版測驗結果顯示，基本資料中學生、未婚、之網路成癮平均分數較高；在整體問卷中，看見 IAD>5 分占全體填寫人數的 23.2%，BSRS>6 分以上則占全體人數 37.2%，顯示在網路成癮以及情緒上困擾仍是占有不少數量。
2) 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。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；而在蒐集資料時，有明顯情緒困擾則落在 20 歲以上 50 歲以下。
3) 對於未來規畫粉絲專業主題，可以鎖定在 20-50 歲年齡，針對健康新知推廣，定期做為發文主題，幫助此年齡可以透過文章內容，不但測得自我網路成癮狀況，同時獲得心理健康新知。

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
2月		
2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(中興、陽明院區)學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
2月8日	協助華興育幼院辦理「自殺防治團體」，對象為全院學生，由張吏頡心理師擔任講師。	華興育幼院
2月9日	工研院張滋煒經理及其團隊至中心拜會，針對「集視數位影音平台」進行介紹及合作討論。	全國自殺防治中心
2月9日	新竹市衛生局召開「新竹市重大兒童及少年虐待事件防治小組會議」，由廖士程執行長代表出席。	新竹市衛生局
2月15日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為中心綜合醫院學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
2月16日	三軍總醫院北投分院曾冬勝院長、江國棟主任、李彥鋒醫師、朱宣德醫師及美國佛羅里達州立大學心理系首席教授及美軍自殺防治顧問Prof. Joiner至中心拜會。	全國自殺防治中心
2月22日	新北市衛生局辦理「2017自殺防治趨勢研討會」，由龍佛衛理事長、李明濱計畫主持人、鄭宇明副執行長、吳佳儀副執行長代表出席。	新北市政府 507會議室
2月22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)、恩主公醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月		
3月7日	協助中正萬華區身心障礙者資源中心辦理「自殺防治守門人」課程，對象為專業社工人員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	中正萬華區 身心障礙者 資源中心
3月8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、陽明院區)學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
3月13日	衛生福利部心理及口腔健康司辦理「2017年度精神及心理衛生人員訓練班-第一梯」，由廖士程執行長擔任講師，主題為「自殺防治及處置」。	衛生福利部 衛生福利 人員訓練中心
3月14日	宜蘭縣政府與縣內各大賣場、超商及零售商，共同辦理「你我零距離、關懷一起來」-宜蘭縣木炭非開放式販售啟動記者會，由吳佳儀副執行長代表出席。	宜蘭縣政府 縣民大廳
3月15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、和平院區)學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
3月19日	與台灣憂鬱症防治協會合作辦理「2017精神衛生法暨心身醫學之春季專題學術研討會」，由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席。	臺大醫學院 101講堂
3月20日	衛生福利部心理及口腔健康司辦理「2017年度精神及心理衛生人員訓練班-第二梯」，由廖士程執行長擔任講師，主題為「自殺防治及處置」。	衛生福利部 衛生福利 人員訓練中心
3月22日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為永和耕莘醫院、台安醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
3月27日	衛生福利部心理及口腔健康司辦理「2017年度精神及心理衛生人員訓練班-第三梯」，由廖士程執行長擔任講師，主題為「自殺防治及處置」。	衛生福利部 衛生福利 人員訓練中心
4月		
4月6日	中區精神醫療網辦理「2017年度中區醫療機構人員自殺防治教育訓練」，由廖士程執行長代表出席。	草屯療養院
4月11日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為學生，人數共100人，由游琇雅諮商心理師擔任講師。	新北市 私立開明工商
4月12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、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
4月17日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為學生，人數共476人，由敦安基金會楊聰財執行長擔任講師。	台北市立 南門國中
4月21日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為學生，人數共1000人，由魏兆玟護理師擔任講師。	新北市立 土城國中
4月24日	召開「新聞媒體聯繫會議會前會」，主持人為李明濱計畫主持人，出席者為吳佳儀副執行長、王文德顧問、楊聰財理事、魏兆玟老師、呂淑妤教授、林進修組長、盛綺嵐記者、賴深水社長、鍾佩芳記者、陳家珍記者、陳敏敏(江力行)記者、林怡廷記者、郭庚儒記者。針對新聞媒體聯繫會議內容及規劃、媒體新進人員教育短片進行討論。	全國自殺防治中心
4月26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、陽明院區)新北市立聯合醫院、恩主公醫院學員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
5月		
5月1日	金門縣政府召開「2017年度金門縣心理健康促進暨自殺防治推動委員會暨網絡協調聯繫第一次會議」，主持人為吳成典副縣長，與會人員有吳阿瑾、姜丹榴、張翠華、莊錦智、衛生局李金治副局長、金門縣生命線、金防部、金門縣警察局等代表，由吳佳儀副執行長代表出席。	金門縣政府 第一會議室
5月2日	李明濱計畫主持人受邀至《寶島聯播網》〈給我報報〉時段接受專訪，主持人為李惠仁先生，討論自殺相關議題。	寶島聯播網
5月3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、陽明院區)新北市立聯合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
5月7日	與Live in Hope合作辦理「日出健走Walk in Hope Taipei」活動，對象為一般民眾。	虎山
5月10日	張書森副執行長代表中心接受中國時報採訪，談論關於俄羅斯自殺遊戲「藍鯨」之相關防治議題。	電話採訪
5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(中興、和平院區)學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
5月19日	拜會蘋果日報宋伯東主編，針對媒體自律等議題進行交流，由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、專員孔祥玲、許庭禎、林欣樺代表出席。	蘋果日報
5月20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」，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888人，由廖士程執行長、吳佳儀副執行長、鄭宇明副執行長擔任講師。	臺大醫院第七講堂
5月22日	長庚科技大學二技護理系進修部至中心參訪，主持人為吳佳儀副執行長。會中內容針對台灣自殺防治現況、策略及推廣等議題進行討論。	全國自殺防治中心
5月26日	與敦安基金會合作辦理「心情DIY，青春HIGH起來」校園宣導講座，對象為該校七年級學生，人數650人，由劉鴻徽醫師擔任講師。	台北市立 敦化國中
6月		
6月5日	衛生福利部心理及口腔健康司召開「2017年自殺防治策略討論會議」，由李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、專員孔祥玲、范凱森代表出席。	衛生福利部 208會議室

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日期	事　　件	地　點
6月6日	中心與14個醫護學協會(中華民國急重症護理學會、中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣老年學暨老年醫學會、台灣急診醫學會、台灣精神醫學會、台灣憂鬱症防治協會、台灣護理學會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣毒理學學會、社團法人老年精神醫學會、社團法人自殺防治學會)共同發佈【關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈聯合聲明】新聞稿，呼籲禁用巴拉刈。	全國自殺防治中心
6月6日	召開「新進關懷訪視員入門教學影片攝前會」，主持人為吳佳儀副執行長，列席人員為俞凱程心理師、蕭雪雯社工師，專員趙婉儒、黃鈺翔。	全國自殺防治中心
6月7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、陽明院區)學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
6月9日	由鍾佳濱立法委員召開「巴拉刈退役座談會」，討論農藥巴拉刈退場相關事宜，出席單位有行政院農業委員會動植物防疫檢疫局、行政院農業委員會農業藥物毒物試驗所、行政院農業委員會高雄區農業改良場、衛生福利部心理及口腔健康司、屏東縣萬丹鄉農會、國立臺灣大學農業化學系顏教授瑞泓、國立中興大學植物病理學系曾教授德賜、屏東縣農權會盧理事長同協；由張家銘理事代表出席。	立法院紅樓 201會議室
6月13日	召開「心情溫度計APP討論會議」，主持人為李明濱計劃主持人，與會人員為吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android版本程式設計者-游佳蓉小姐，針對APP未來發展進行討論	全國自殺防治中心
6月16日	召開「2017年自殺防治認知調查討論會議」，主持人為李明濱計畫計持人，與會人員為劉元欽總監、吳佳儀副執行長及研發組同仁。	全國自殺防治中心
6月16日	拜會自由時報莊榮宏執行長、王貝林副主任，針對媒體自律等議題進行交流，由李明濱計畫主持人、陳映燁醫師、專員孔祥玲、許庭禎、林欣樺代表出席。	自由時報
6月17日	協助新北市生命線協會辦理「自殺防治現況與因應策略」課程，對象為1995協談專線志工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	新北市生命線協會
6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和平院區、新北市立聯合醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
6月23日	辦理「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱計畫主持人，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授，與談人為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共51人。	台大校友會館四樓會議室
6月28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、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
6月30日	召開「2017年度自殺防治年中討論會」，主持人為李明濱計畫主持人，主講人為吳佳儀副執行長，列席長官為衛生福利部心理及口腔健康司謝立中司長、詹金月科長、張冠偉科員、臺南市衛生局陳怡局長，與會人員為各縣市衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員暨第一線工作相關人員，以世界咖啡館方式進行討論，共有70人出席。	台大校友會館四樓會議室
7月		
7月3日	與台北市公農業產銷基金會合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商與代噴業者，人數為140人，由鄭宇明副執行長擔任講師。	台灣金融研訓院
7月5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、陽明院區)學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
7月7日	與臺南市政府農業局合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為220人，由葉金源理事長擔任講師。	臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳
7月8日	與國家衛生研究院合辦「國家衛生研究院論壇：藥物濫用對健康與社會之衝擊：問題與對策」研討會。中心由李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長出席研討會。	集思台大國際會議中心蘇格拉底廳
7月13日	協助國立臺灣師範大學特殊教育中心北金分區辦理「自傷行為的防治與輔導(含危機處理機制)」研習，對象為臺北市及金門縣等大專校院特殊教育輔導人員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	國立臺灣師範大學
7月13日	與農業委員會農業藥物毒物試驗所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為160人，由毛彥喬醫師擔任講師。	農業委員會農業藥物毒物試驗所

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
7月14日	與臺南市政府農業局合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為220人，由葉金源理事長擔任講師。	走馬瀨農場 蘭花會館會議廳
7月19日	與雲林縣動植物防疫所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為423人，由陳姿婷醫師擔任講師。	雲林縣政府 大禮堂
7月21日	與新北市政府農業局合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為150人，由楊聰財醫師擔任講師。	新北市板橋區 區公所六樓
7月21日	召開「世界自殺防治日記者會第一次籌備會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、陳俊鶯顧問、王文德顧問、呂淑妤教授、徐雪平顧問、宋旻穗小姐。	全國自殺防治中心
7月26日	與雲林縣動植物防疫所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為336人，由黃偉烈醫師擔任講師。	雲林縣政府 大禮堂
8月		
8月2日	與雲林縣動植物防疫所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為291人，由黃偉烈醫師擔任講師。	雲林縣政府 大禮堂
8月4日	辦理「新北市高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表，同仁廖健鈞隨行。	新北市衛生局 202會議室
8月8日	與臺北市大龍老人住宅合作辦理「長者憂鬱問題與自殺防治宣導課程」，對象為老人，由鄭宇明副執行長擔任講師。	大龍老人公寓
8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和平院區、陽明院區宏恩醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
8月9日	辦理「屏東縣高風險縣市互動式訪查」，中心由周煌智理事、顏永杰監事代表，同仁孔祥玲隨行。	屏安醫院 A棟1樓會議室
8月14日	與臺北市西湖老人日間照顧中心合作辦理「老人自殺防治課程」，對象為中心同仁(社工、護理師、照服員、司機人員)，由陳碧霞顧問擔任講師。	西湖老人 日間照顧中心 601教室
8月15日	拜會衛福部陳時中部長，討論世界自殺防治日記者會與自殺防治相關議題，中心出席代表為李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、王文德資深顧問、陳俊鶯資深顧問與台大醫院精神科吳建昌主任，同仁許庭禎隨行。	衛生福利部

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
8月16日	與宜蘭縣政府農業處合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥管理人員，人數為150人，由楊聰財醫師擔任講師。	宜蘭縣政府 地下一樓 文康中心
8月17日	辦理「南投縣高風險縣市互動式訪查」，中心由龍佛衛理事長、陳俊鶯顧問代表，同仁賴忠志隨行。	南投縣衛生局 五樓會議室
8月18日	辦理「基隆市高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁駱惠旋隨行。	基隆市議會 第三會議室
8月21日	辦理「台南市高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁許信育隨行。	台南市衛生局 林森辦公室
8月21日	辦理「台南市關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁許信育隨行。	台南市衛生局 林森辦公室
8月22日	由全方位市場調查有限公司報告「自殺防治認知調查報告」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為吳佳儀副執行長、張書森副執行長、劉元欽總監、徐碧霞小姐及全體同仁。	全國自殺防治中心
8月23日	辦理「嘉義市-關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁許庭禎隨行。	嘉義市衛生局
8月25日	辦理「台北市-關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁陳俊宇隨行。	臺北市衛生局
8月30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及其他醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
8月30日	與農業委員會農業藥物毒物試驗所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，由毛彥喬醫師擔任講師。	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9月		
9月1日	辦理「台東縣高風險縣市互動式訪查」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁林亭孜隨行。	台東縣政府 第一會議室
9月1日	辦理「台東縣關懷訪視實務督導」，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長代表出席，同仁林亭孜隨行。	台東縣政府 第一會議室
9月3日	辦理「2017世界自殺防治日記者會」及「台灣自殺防治學會年會暨學術研討會」。	台大醫院 國際會議中心
9月6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、中心綜合醫院學員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
9月8日	與桃園市政府衛生局合作辦理「2017年度第4次自殺關懷訪視在職教育訓練課程暨個案討論會」，對象為關懷訪視員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	桃園市政府衛生局

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
9月9日	與自行車騎士協會合作辦理「北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊」，推廣心情溫度計及自殺防治守門人概念，出席人數337人，總里程數11262.58公里，並於活動結束後上傳里程數響應IASP單車繞世界活動。	淡水捷運站後方廣場
9月12日	與國防部電訊發展室合作辦理「珍愛生命，希望無限：走過憂鬱的低谷」，對象為單位官、士、兵及聘雇人員，人數為150人，由張家銘理事擔任講師。	國防部電訊發展室
9月13日	與新生醫護管理專科學校合作辦理「自殺防治守門人課程」，對象為高一高二班級輔導股長 ，由吳佳儀副執行長擔任講師。	新生醫護管理專科學校
9月14日	與農業委員會農業藥物毒物試驗所合作辦理「巴拉刈自殺防治教育宣導課程」，對象為農藥販賣廠商，人數為160人，由毛彥喬醫師擔任講師。	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9月14日	與國立體育大學合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為校內教師，由張家銘理事擔任講師。	國立體育大學
9月16日	與自行車騎士協會協辦「 Light up TAIWAN臺灣極點慢旅騎遊系列」，推廣心情溫度計與自殺守門人概念，出席人數786人，總里程數23020公里，並於活動結束後上傳里程數響應IASP單車繞世界活動。	臺灣鹽博物館前方廣場
9月19日	李明濱計畫主持人受邀至飛碟廣播電台，接受「今天我尚青」節目專訪，討論青少年自殺相關議題，節目主持人為林青蓉小姐。	飛碟電台
9月20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、臺安社區醫院學員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
9月22日	與臺北市朱崙老人公寓合作辦理「高齡者如何維持健康心理及人際關係」，對象為65歲以上高齡者(住民)、其家屬、工作人員及社區居民，由吳佳儀副執行長擔任講師。	臺北市朱崙老人公寓
9月26日	與國立體育大學合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為班級班長或輔導股長，由黃彥霖臨床心理師擔任講師。	國立體育大學
9月27日	與基隆市社區心理衛生中心合作辦理「2017年度個案自殺未遂諮詢及討論會議」，對象為公衛護士、自關員及社關員，由陳碧霞顧問擔任講師。	基隆市社區心理衛生中心
10月		
10月2日	與大安老人服務中心合作辦理「老人自殺防治暨個案研討」，對象為各老人服務中心之主任、督導及社工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	大安老人服務中心

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日期	事　　件	地　點
10月5日	與中華民國生活調適愛心會合作辦理「關於身心靈健康講座」，對象為生活調適愛心會志工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	中華民國生活調適愛心會
10月6日	衛生福利部召開「地方衛生機關考評心理及口腔健康類指標共識會議」暨「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程修訂草案討論會」，主持人為心理及口腔健康司諶立中司長，出席人員為各縣市衛生局代表。中心由吳副執行長佳儀代表出席。	衛生福利部201會議室
10月11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、和平院區醫院學員，由鄭宇明副執行長擔任講師。	全國自殺防治中心
10月11日	與資通支援第三大隊合作辦理「自我傷害防治講座」，對象為全體官士兵，人數為250人，由蘇偉碩醫師擔任講師。	華山營區
10月13日	台南市衛生局辦理「台南市關懷訪視員業務聯繫會議」，參加對象為台南市衛生局心理健康科業務相關人員、精神病人暨自殺個案關懷訪視員，中心由李明濱計畫主持人擔任會議指導委員。	台南市衛生局林森辦公室
10月18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、宏恩醫院學員，由張家銘理事擔任講師。	全國自殺防治中心
10月18日	與東南科技大學學生諮商中心合作辦理「救命！陪伴學生走過生命幽谷」，對象為校內教師、職員工，由吳佳儀副執行長擔任講師。	東南科技大學
10月24日	與國立體育大學合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為學生，人數為100人，由黃彥霖臨床心理師擔任講師。	國立體育大學
10月25日	與暨南大學學務處諮商中心合作辦理「暨大守門人培訓團—學生篇」，對象為學生，由張清基醫師擔任講師。	暨南大學
10月27日	於衛生福利部舉辦「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」，主席為衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長，由廖士程執行長擔任報告者。與會人員有張雍敏副司長、詹金月科長、張冠偉科員等，中心參與人員有李明濱計畫主持人、廖士程執行長、同仁孔祥玲、許信育及黃馨儀。	衛生福利部203會議室
11月		
11月1日	與基隆市政府合作辦理「基隆市農藥管理人員複訓講習會」，對象為農藥販賣廠商，由鄭宇明副執行長擔任講師。	基隆市政府產業發展處義消會議室

重要工作要覽
(2017年1月1日至2017年11月30日)

日 期	事　　件	地　點
11月1日	與暨南大學學務處諮商中心合作辦理「暨大守門人培訓團-師長篇」，對象為師長，由薛凱仁心理師擔任講師。	暨南大學
11月8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、和平院區，宏恩醫院學員，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
11月15日	與中心診所合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為全院人員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	中心診所
11月27日	與心路基金會台北就業中心合作辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為全院人員，由吳佳儀副執行長擔任講師。	心路基金會
11月29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、陽明院區，恩主公醫院學員，由陳宜明醫師擔任講師。	全國自殺防治中心
11月29日	與中心診所合作辦理「老人福利機構自殺防治教育宣導」，對象為老人福利機構負責人或主任，人數為150人，由陳俊鶯常務理事擔任講師。	新北市立圖書館總館

重要工作紀實



2 月 16 日外賓 Prof. Joiner 至中心拜會



2 月 22 日 PGY 畢業後一般醫學訓練



3 月 14 日宜蘭縣木炭非開放式販售啟動記者會



4 月 24 日「新聞媒體聯繫會議會前會」



5 月 22 日長庚科技大學護理系進修部參訪



6 月 16 日拜會自由時報



6 月 23 日「新聞媒體聯繫會議」



6 月 30 日「2017 年自殺防治年中討論會」

<table>
<tr><td>
</td><td></td></tr>
<tr><td>7 月 3 日巴拉刈自殺防治教育宣導課程</td><td>8 月 15 日拜會衛生福利部 陳時中部長</td></tr>
<tr><td>
</td><td></td></tr>
<tr><td>8 月 17 日南投縣高風險縣市互動式訪查</td><td>9 月 1 日台東縣關懷訪視實務督導</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
<tr><td>9 月 3 日世界自殺防治日記者會</td><td>9 月 3 日台灣自殺防治學會年會暨學術研討會</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9 月 9 日響應 IASP 單車繞世界活動</td><td>11 月 29 日 PGY 畢業後一般醫學訓練</td></tr>
</table>

目　錄

2017 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 …… 22

前言 …… 42

壹、全國自殺防治中心組織 …… 46

貳、自殺防治相關統計分析資料

一、2016 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告 …… 47

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 …… 97

三、全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議…… 125

四、自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形…… 129

參、辦理自殺防治之實證研究

一、精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究 …… 143

二、憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究…… 180

肆、強化自殺防治策略

一、自殺高風險縣市互動式輔導訪查…… 207

二、辦理縣市關懷訪視實務督導…… 244

三、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練…… 261

四、強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片…… 266

五、教唆自殺網站之監測與處置…… 290

六、自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知…… 294

七、國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃 …… 302

八、日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告…… 348

目　錄

伍、研修自殺防治相關工作規範

一、因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理 …… 380

二、政府跨部會自殺防治工作方針 …… 396

三、縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議 …… 401

陸、教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議

一、雲端數位學習平台之維護與推廣 …… 435

二、社群網站 facebook 之運用與推廣 …… 447

三、自殺防治中心網站之維護及宣導 …… 460

四、心情溫度計應用程式(APP)之推廣 …… 464

五、大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動 …… 470

六、2017 年度自殺防治年中討論會 …… 482

七、巴拉刈自殺防治之教育宣導 …… 496

八、「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治推廣 …… 506

九、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣 …… 518

十、輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修 …… 526

十一、自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片 …… 530

十二、自殺防治網通訊之發行與推廣 …… 538

十三、珍愛生命義工之推動 …… 545

柒、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 …… 550

二、離婚民眾關懷暨心衛資源專案 …… 573

三、網路成癮者之評估與轉介 …… 578

捌、全國自殺防治中心重要工作要覽及紀實 …… 586

執行結果摘要

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。其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

2016 年全國自殺防治中心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。

1. 一、自殺防治相關統計分析資料

2. 1. 2016 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。其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12)，自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.4%)。

各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

2016 年自殺死因前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(24.2%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.7%)。

2016 年自殺通報人次為 28,996 人次(男性 10,801 人次、女性 18,195 人次) ，與 2015 年相比降幅則為 3.1%，自殺通報比為 8.2(男性 4.2、女性 15.1)，女性為男性之 1.68 倍。

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」(2016 年全國通報 15,052 人次，占率 51.9%)、

「切穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 8,277 人次，占率 28.5%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,910 人次，占率 6.6%)。自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(47.0%)、「精神健康／物質濫用」(35.4%)及「工作／經濟」(9.9%)。

自殺占全國死因排名由 2015 年第 11 名降至 2016 年第 12 名，但 2016 年全國自殺粗死亡率仍較 2015 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。

3. 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、
4. 危險指標及因應策略

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。

本章節透過自殺通報關懷系統檔串連死因統計檔，以觀察 2016 自殺企圖個案通報後是否有再自殺情形及自殺死亡方式等；同時分析各年齡層通報後即自殺(當天及指標通報企圖日 1-7 天內)及各年齡層首次通報後再自殺死亡之危險性。同時觀察 2016 年自殺死亡個案生前通報之情形、自殺通報方別、自殺死亡方式等。

結果發現男性、年齡越長者、首次自殺企圖通報之自殺方法為由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒、自殺原因為生理疾病、通報縣市位於中南部、特殊身分別為嚴重病人或家暴高危被害人其再自殺死亡比例較高。

針對「24 歲以下」首次通報再自殺死亡之個案，發現自殺通報性別以「男性」，自殺通報方法別以「自殺方式以溺水(淹死)自殺及自傷為主」，自殺原因則以「不詳」，居住地則以新竹市、縣及嘉義市、縣，需特別注意。

針對「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以切穿工具自殺及自傷」居多，自殺原因以「生理疾病」及「精神健康/物質濫用」為主，以居住地而言，「25-44 歲」以澎湖縣、屏東縣、雲林縣比例較高、「45-64 歲」以

新竹縣、雲林縣、屏東縣;「65 歲以上」以基隆市、新竹縣、南投縣、屏東縣需特別注意。

因此如何針對通報後即死亡及再自殺亡高危個案制訂有效之防治策略將是自殺防治策略重要的手段。

5. 3.全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。

中心依照 2015 年度全國自殺死亡資料統計、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及前述 2016 年實務督導摘要，擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

完成全國性自殺防治策略建議 1 份，內容分析臺灣自殺相關數據與現況,包含 2015 年及 2016 年各項自殺死亡數據比較,擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。

22 縣市因地制宜自殺防治策略建議共 22 份，分別分析各縣市自殺現況、各縣市辦理自殺防治業務現況、執行自殺防治相關業務所遇困境，擬定因地制宜的自殺防治策略建議，內容為全國性自殺防治策略建議外符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。各縣市自殺防治策略建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

6. 4.自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形

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。

2017 年 1-10 月全國自殺通報共 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性

1.69 倍。2017 年 1-10 月通報比為 7.4，自 2007 年至 2016 年全國通報比由 5.6 逐年上升至 7.2，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， 2016 年分案率達到 100%，分案關懷率為 99.4%，2017 年 1-10 月分案率為 100%，分案關懷率為 99.7%。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」(50.6%)為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)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 36.1%、女 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(男 33.8%、女 39.2%)及「工作／經濟」(男 13.8%、女 7.6%)。分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占 2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(25.5%)、花蓮縣(23.4%)、高雄市(20.4%)。家暴被害人占率最高的為澎湖縣(12.9%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(9.7%)。

7. 二、辦理自殺防治之實證研究

8. 1.精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究

根據世界衛生組織的公布，全球每四人當中就會有一人在一生中遭遇精神疾病的問題。國際衛生組織的最新報告就顯示，全世界接受醫療衛生服務的人口中，有 1/4 是 患有精神疾病，因罹患精神神精疾病，造成的「失能生命人年(DALYs)」，已佔各種疾病或傷害的 11.5%，估計到了 2020 年還會上昇到 15%。這都顯見精神疾病患者的議題是普遍存在各個族群。也由於心理解剖研究發現精神疾病是自殺死亡重要的危險因子之一，也因此如何針對精神疾患制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

本研究目的乃透過 2006 年 2015 年自殺死亡者進行巢式病例研究，藉以觀察自殺死亡者比起一般人在生前一年的醫療需求及診斷別之差異，並分別計算 Odds Ratio(OR)及 Population attributable fraction(PAF)。

結果發現在門急診斷部分藥物性精神疾病患者(OR=51、PAF=0.01)、人格違常(OR=32.8、PAF=0.01)、精神官能症(OR=5.2、

PAF=0.24、情感性精神疾病(OR=17.7、PAF=0.16)；而在住院診斷部分人格違常(OR=20.5、PAF=0.01)、情感性疾患(OR=10.8、PAF=0.12)；且自殺死亡者之醫療利用通常比一般人大，不論在內、外科，因此如何針對這群高風險族群制定有效的療程，並提供整合性治療、支持性團體均是相當重要的。

9. 2.憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究

憂鬱症已是聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，全球超過百分之四的人為憂鬱症所苦，又以女性、青年及老人最容易受憂鬱症影響而無法正常生活或工作。這麼多的憂鬱症人口，但是實際接受治療的比例仍顯不足，顯見憂鬱症患者的議題是普遍存在各個族群，因此如何針對憂鬱症患者制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

本研究乃透過 2006 年 2015 年憂鬱症患者進行世代追蹤研究法藉以觀察病人服藥遵從性及其趨勢變化，另外使用比例風險模型計算其死亡危險性，作為防治策略之方向。

就分析結果來看，老年人服藥遵從性高，可推測老年人通常病況較嚴重，因此會按時吃藥;各年齡層男性自殺死亡風險比皆相對女性高，顯示男性有較高的自殺危險性。綜合來說，服藥遵從性高者其自殺死亡率越高，在此表示服藥遵從率僅反應出疾病嚴重度，而疾病越嚴重且複雜者其自殺死亡率亦較高；且服藥遵從性並無法完全反應病人是否有治癒好。因此如何強化全體國民對憂鬱症之認識，以破除一般民眾對精神疾病刻板印象，藉以提高憂鬱症就診率，並針對高風險族群制定有效的療程，並提供整合性治療是相當重要的。

10. 三、強化自殺防治策略

11. 1.自殺高風險縣市互動式輔導訪查

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。

12.

13. 2.辦理縣市關懷訪視實務督導

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 6 場次的實務督導，以派遣專業人員的方式，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。

14. 3.第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

中心於 5 月 20 日假臺大醫院第七講堂辦理「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、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，並結合 10 個醫療、社會工作相關學協會及 5 個專業人員公會全聯會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。

課程主題包含：自殺防治新視野(全球自殺防治趨勢、自殺防治問題與挑戰)、自殺防治實務(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險者之關懷與溝通)、資源網網相連(轉介方法與技巧、社會安全網絡與資源連結)，最後進行綜合討論。

當日於全國 29 間地區醫院同步視訊轉播，總人數為 846 人，醫師占 263 人、護理人員占 361 人，臨床/諮商心理師占 15 人，藥師占 45 人，社工占 26 人，職能治療師占 19 人，公務人員占 53 人及其他占 62 人。

15. 4. 強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺報導，期望使自殺新聞報導能在不侵害自殺當事者隱私權的前提下，同時顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。

透過今年的媒體拜會及聯繫會議，和與會者在自殺防治建立共同

的核心價值，擴及各大報章雜誌與社群網站。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。除此之外，為提升自殺新聞報導品質，利用數據分析，配合科技發展，首次製作「自殺新聞報導須知」廣發給各電視台與媒體，增加媒體專業人士對撰寫自殺新聞報導需注意的事項更加熟稔，並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。

16. 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 2017 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 219 則，其中網站 IP 位於國內有 101 則，已下架為 88 則(下架率 87%)。而網站 IP 位於境外有 118 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 78 則被下架(下架率 66.1%)。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。

17. 6.自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知

中心自 2006 年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導,除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。

根據今年的監測結果可以發現，無論是平面媒體或是網路新聞，WHO 六不原則中「不要刊登出照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺的原因」遵守情形皆較低；六要原則中則是「凸顯自殺以外的問題解決

方法」遵守情形較低，然實際符合臺灣媒體使用與否，藉由今年媒體拜會及聯繫會議將更加了解新聞傳播實務工作所遇到的困難，未來將繼續加強與各家媒體的溝通管道，尤其是網路平臺，並研擬面對重大新聞事件的因應措施及回饋機制，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質。

18. 7.國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃

自殺防治是全球公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，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。足見自殺防治的重要性，但自殺並非單一因素可以解釋，涉及到複雜的現象，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。也由於自殺的複雜性，無法由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，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。現行之自殺防治策略由涉及的層面，可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是與國際主流的自殺防治策略相同的區分方式。

全面性自殺防治策略之標的對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、降低致命性工具之可近性、督導媒體報導、提升社會大眾心理健康等方式降低自殺的風險。選擇性自殺防治策略針對的是某些自殺危險因子特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體未有自殺行為，但是他們在生理、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險性，透過提升精神疾患與具自殺風險者的篩檢、推動自殺防治守門人等方式降低高風險群的危險性。指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷特定的高自殺風險群，像是自殺企圖者與自殺未遂者，協助高自殺風險群，可以得到適當的支持與依照其需求連結相關資源。

綜合上述，本次計畫依據衛福部計畫，透過「收集國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具(如：燒炭、墜樓、溺水等)提出具體可推動之防治策略，供我國本部及各縣市衛生局參考」，來自於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，學習他國經驗確保我國自殺防治能走在正確的道路上。

19. 8.日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告

為瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，考量日本自殺率有逐步下滑之趨勢，因此特別針對其國家策略《自殺政策白書》進行翻譯與彙整，詳細記載了「自殺總合對策大綱中各項政策施行情形」做為日本該年度的自殺防治策略與措施之報告，參考值得臺灣採用之策略與具體措施，並與國內自殺防治策略做比較。

日本為針對防治酒精的問題，已成立相關法條，臺灣應思考酒精的問題是什麼、扮演什麼角色，在物質濫用的部分，臺灣應如何與自殺防治做結合，是值得思考的事情。

強調針對大眾宣傳並擴大民眾參與自殺防治，日本除自殺防治週亦有自殺防治對策加強月並呼籲相關廳省、地方自治團體協助宣導，從中央到地方做標語等並透過資源情報網檢索、諮商會員訊息等求助資源、報紙網路的媒體披露；臺灣有相關活動推動，並響應世界自殺防治日的活動等系列活動，可借鏡日本自殺防治加強月進行宣導。

日本的自殺防治綱領與臺灣自殺防治體系內容類似，日本從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣以社會安全的概念為出發點，若跟醫療結合更佳。建議臺灣學習日本內閣從中央到地方層次的整合，跨部會整合是最重要，臺灣未來如何推進，日本是值得學習的對象。

20. 四、研修自殺防治相關工作規範

21. 1. 因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理

自殺防治在於降低危險因子與提升保護因子,策略分別為全面性、選擇性、指標性策略。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，因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」,以掌握不同地區的特性。

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，訂定注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。指標性策略的防治對象為自殺企圖者，自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，皆為自殺防治業務重點。

22. 2. 政府跨部會自殺防治工作方針

自殺防治工作為當今重要的公共衛生議題，臺灣近年的自殺死亡率在自殺防治政策及專業人員的努力下，已於 2010 年退出國人十大死因之列。然而，自殺防治工作，仍需仰賴政府及民間各界共同努力，盼能跨部會整合資源，得以發揮「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

本手冊旨在提升自殺防治於各部會之整合與推動，首先介紹自殺防治的基本概念，了解臺灣自殺概況與自殺防治之重要性，並介紹自殺防治策略。而其中自殺防治的核心基礎，在於若人人皆有自殺防治的基本概念與意識，即可在自殺防治的工作上盡一份心力，透過一問、二應、三轉介的守門人三步驟，主動關懷、適當回應，並適時提供協助，將有助於在對方需要之時陪伴度過低潮期。

而依循參考各部會業務職掌與臺灣自殺防治工作之推動，本手冊列出十二個部會，各章節從部會職掌可能接觸到之風險族群，介紹相關風險因子，透過文獻閱讀及專家會議研擬自殺防治工作之方向，並藉由全面性、指標性與選擇性策略，共三個面向之策略加以建議，以供各部會未來擬定自殺防治工作之參考。最後，除針對各部會進行自殺防治策略之建議外，另列上相關自自殺防治延伸讀物，包含自殺防治策略行動方案、自殺防治手冊及自殺防治資源網絡，盼能在自殺防治的工作上，促進有效之資源連結，完整關懷服務，共為自殺防治盡一份心力。

23. 3. 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

依衛生福利部訂定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，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。為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響到後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心將安排每月抽查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(20 則以上)，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

截至 11 月 30 日前，初審依據 2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名順序已完成抽查 22 縣市，並依同樣排序複審 12 縣市以作後續追蹤。各縣市皆須抽查 20 則訪視紀錄，共計審查數 680 則，隨後將各

縣市訪視紀錄審查結果分為共通審查問題和建議、個別縣市審查建議。

藉由本次的訪視紀錄審查，除了瞭解訪員的工作情形，也發現各縣市的訪員在紀錄撰寫都擁有屬於各自一套方式，並無共同的格式，但大部分訪視紀錄都涵蓋 SOAP 格式的資料，而少部分縣市則直接採用了 SOAP 格式撰寫。若從 SOAP 的角度來評估，各縣市仍需加強自殺保護因子與危險因子的評估，並確切地針對個案處境給予最適合的介入和處遇，將方案撰寫於訪視紀錄。

各縣市在紀錄中所著重的資料向度反映出了訪員的境遇、在地自殺特殊情形和督導著力方向等，例如一些縣市較傾向老人自殺議題、夫妻或情感壓力自殺或精神疾患自殺等，且可提高訪員在相關議題上的敏感度與介入能力。其次，許多個案的困難需要多方社福機構介入協助，訪員與相關人員若能建立共訪機制，相信更能全面性地提供個案所需，度過困難的時刻。

24. 五、教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議

25. 1.雲端數位學習平台之維護與推廣

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，數位學習已經成為獲取知識技能的重要管道之一。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，2015 年將「珍愛生命數位學習網」升級為 TMS 平台，且陸續推出醫師、護理師、藥師、家醫科醫師、諮商心理師、公務人員之繼續教育積分認證，且認證課程亦持續擴展中。106 年上半年度累計通過認證積分人次為 118,598 人次，數位學習網所有課程總點閱次數為 526,920 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，總計有 15,758 人次通過課程。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 7 個。

中心於 YouTube 影音平台成立「自殺防治 e 學院」，並持續活化此通路，供民眾觀賞並分享自殺防治相關課程及資訊。自殺防治 e 學院頻道累計共分享了 331 部影片，106 年 1-5 月累計總點閱次數為 407,441 次。

26. 2.社群網站 facebook 之運用與推廣

因應網路社群型態的興起，中心於 2010 年成立 facebook「珍愛生

命打氣網」，期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。

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、網路使用與身心健康調查表、增進民眾自我心理健康管理。

2010 年 10 月成立至今年 10 月 31 日止，粉絲人數共 6,578 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 405 則貼文、獲得 3,804 個讚、666 人次留言及公開公開轉載、瀏覽人次為 408,707，約為去年瀏覽人次(336,110)的 1.22 倍。

facebook 是青少年與上班族最常使用得社群網站之一，有鑑於網際網絡之發達,且為了將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，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。

27. 3.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，深植於民眾心中。而全年度網站維護作業，除定期更新自殺防治宣導資訊及相關統計數據；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」及「JotForm 平臺」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 2017 年 11 月 26 日，全年度訪客總數為 30,235 人次，網頁總瀏覽數為 43,825 頁。2013 年 7 月至 2017 年 11 月累計總參觀次數為 159,642 人次。而網站電子報目前累積訂閱人數為 8,726 人；全年度處理的求助信件共 67 件。透過 Google 表單功能收集資料之活動共 7 場，總計收集 3,209 筆資料。

28. 4.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 版本於 2014 年 8 月 28 日正式上架，Android 版本於 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、中心網站電子報及相關合作單位持續加強，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，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。2017 年 6 月及 11 月，召開心情溫度計 APP 討論會議，邀請吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android 版本程式設計者游佳蓉小姐，針對未來功能增修及發展進行討論。累計至 11 月底，iOS 版本已註冊 3,439 個會員帳號，累計已有 5,053 筆檢測記錄。而 Android 版本累積安裝之總人數 7,509 人。

29. 5.大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動

2017 年世界自殺防治日之主題為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life)，與守門人精神不謀而合，強調每個人多一分關心、陪伴，多多注意身邊的人之身心狀況，提供正確的資源進行協助，或許就能網住每一個可能消逝的生命。本中心響應世界自殺防治日與國際接軌，歷年來皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，持續規劃一系列宣導活動，從日出健走、以今年「關鍵一刻，扭轉一生」為主題的溫馨小故事徵文、單車繞世界、世界自殺防治日記者會等等，期望能藉此喚起全民對自殺議題的重視，挽救更多寶貴的生命。另外今年也透過「臺灣全球健康論壇」分台灣的自殺防治策略跟行動，還有現在的結果，同時瞭解美國、英國等相關的經驗。

30. 6. 2017 年度自殺防治年中討論會

自殺防治工作得以順利推行，各相關單位之資源投入與協助配合是非常重要的。本次年中討論會以燒炭自殺為例，讓各縣市衛生局瞭

解全國自殺防治最新數據與關懷訪視之現況，且透過討論與交流的方式，針對特定議題進行探討，包含自殺通報、工作規範、各縣市因地制宜的因應方法等議題，盼能啟發創新思考以凝聚共識，藉此機會提升與強化各地之自殺防治策略與措施。本中心於 2017 年 6 月 30 日辦理「2017 年度自殺防治年中討論會」。會中邀請衛生福利部、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。

本年度會議採世界咖啡館模式進行，係因世界咖啡館是一種顛覆傳統會議當中「坐而言」然後再「起而行」的團體討論方式，可以帶動同步對話、反思問題、分享共同知識、甚至找到新的行動契機，從匯談過程中構成反思和行動的循環。世界咖啡館由華妮塔・布朗(Juanita Brown)、大衛・伊薩克(David Isaacs)所發展，匯談進行的方式可以 12-15 人為單位進行對談，並採取肯定式探尋法(Appreciative Inquiry)規劃多個回合的議題討論，鼓勵參與者在每回合中分享個人見地、積極聆聽，逐漸在對談小組當中探索多元觀點背後的模式與深層問題，成為一個智慧匯集的平台。在對談回合的後半部分，更引導參與者從集體智慧當中形構出集體行動方案。

31. 7.巴拉刈自殺防治之教育宣導

統計 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，以性別來作分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，在男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡統計 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，共同為防治盡一份力。

32. 8.「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治推廣

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。有鑒於此，醫護相關人員肩負著守門人重要的防線，是自殺防治網絡中極重要的一環。因此在衛生福利部推行下，自 2009 年起本中心持續提供「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程給臨床醫師，了解臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神如何落實在臨床與生活上，促進醫院單位為基礎進行自殺事件的預防。而至今，落實了 9 年的課程已培養了 1900 位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師。

2017 年 11 月為止 PGY 訓練課程共辦理了 22 場，共 327 人參加，由中心李明濱計畫主持人、鄭宇明秘書長、吳佳儀副執行長、陳宜明醫師、張家銘醫師擔任講師。講師活潑風趣的授課方式分享臨床經驗與技巧，讓超過 9 成學員認為 PGY 教學內容相當符合臨床需求。其中自殺風險評估與評測工具-心情溫度計,成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。幾乎所有學員都回饋，願意在未來的臨床實務上運用心情溫度計作為評估工具，以人文關懷態度持續協助病人，成為重要的守門人一員，傳達人人都是自殺防治守門人的理念。

33. 9.珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

在貫穿三大自殺防治策略當中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。大多數民眾認為只有專業人員和販賣危險物品的商家才能從事自殺防治工作，然而近幾年越來越多學者開始留意到一般民眾擔任守門人對自殺防治的影響力。接受過守門人訓練的民眾、家屬、親友等對於自殺危險警訊會比未接受訓練者有更高的敏銳度，並且能在早期階段做出適當的干預和轉介，達到人人是自殺防治守門人之宏願。有鑒於此本中心應合各相關行政機構之自殺防治講座、課程、學術與個案研討會之需求，提供守門人講師建議名單，並準備相關訓練教材與數據供機關參考。

截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人 31 課程，場

參與訓練的學員共 1974 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、軍營，對象包含各級學校師生、醫療人員、專業社工人員、志工、官士兵等。隨著今年軍營自殺事件日益月增，除了大專院校、醫療院所、社區機構和商家單位之外，2017 年增加了軍營、大隊、國防部等單位申請講師推薦服務。

學員除對自殺防治相關議題有更進一步的了解，更知道如何面對自殺企圖者時如何冷靜應對，運用「1 問、2 應、3 轉介」介入適當的干預和關懷，並尋求資源協助。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

34. 10.輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修

自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、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絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能。

全國自殺防治中心為改善自殺防治通報系統，俾利自殺防治及關懷業務之進行，協助彙整各縣市使用時之相關問題與建議，並持續追蹤系統維護廠商修改進度。

35. 1.自殺關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片

自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色，在訪視過程中，為接觸個案的第一線專業人員，不論家訪、面訪或電訪皆有不同的狀況需要仰賴關懷訪視員之專業知能加以評估與介入，因此撰寫自殺關懷訪視員教育手冊，針對實務需求錄製新進關懷訪視員入門教學影片，並規劃線上進階學習課程供訪員繼續學習。

自殺關懷訪視員教育手冊，包含關懷訪視員工作目標與任務，以及認識自殺行為，簡介關懷訪視工作之內涵、介紹關懷訪視通報流程，並針對自殺防治相關專業知能加以介紹，以讓訪員對關懷訪視任務有更加完整的了解。再來進入關訪員應具備之基本及核心能力，綜合文獻探討、各縣市歷年關訪員實務督導回饋以及專家會議討論，擬定關訪員應具備之基本能力包含訪視知能技巧實務、訪視記錄撰寫架構，核心能力則應包含自殺風險評估處遇以及困難個案訪視技巧，盼能以

較為全面性的知能，提供訪員從垂直到整合式的概念學習。

為符合實務需求，本中心更著手製作關懷訪視員教學 DVD 以使訪員更能掌握訪談原則因應現實狀況。影片內容除講解訪視前應準備事項和 SOAP 訪談架構，協助訪員進行有層次的訪談，特邀請同心同仁示範初次訪視之過程和如何有結構性蒐集資料、運用心情溫度計評估個案身心情形和再自殺意念，提供轉介服務。

最後，為持續支持關懷訪視員實務訓練與學習，從中心資料庫匯集合式訪員之線上學習課程，課程共有兩類，一為新進關懷訪視員在兩週內學習之核心課程，包含基本專業知能及自殺防治資源連結等課程，訪員亦可藉由課後測驗自我檢核學習狀態，另外則為精進課程，針對實務現場之困難個案處遇與評估提供更進階之學習資源，以利訪員得以更加完備專業能力，豐厚實務概念與經驗。

36. 12.自殺防治網通訊之發行與推廣

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。

同時規畫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。並提供交流平臺，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。

37. 13.珍愛生命義工之推動

義工招募主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站、facebook 珍愛生命打氣網與義工推薦等。加入珍愛生命義工們能獲得義工新訊內容包含活動邀請、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。

為使義工對服務理念更加貼切，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，及每月發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得與對於中心的建議、鼓勵或想說的話。

在支援活動方面9月份世界自殺防治日系列活動-單車繞世界協辦中華民國自行車騎士協會台南「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」，邀請義工們響應世界自殺防治日活動，協助自殺防治工作，推動珍愛生命理念與重要性。

為促進情感與交流增加凝聚力，感謝義工協助支援活動，於活動結束後，寄送感謝函及活動照片，回饋義工朋友付出的心力及支持。另外遇特定節日，如農曆新年、端午節、中秋節等，設計電子賀卡並寄送。

38. 六、其他辦理事項

39. 1.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、復原力量表(Brief Resilience Coping Scale, BRCS)、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

40. 2.離婚民眾關懷暨心衛資源專案

多數研究發現，離婚後除需適應因雙方關係斷裂，所引發之內心反應外，同時必需面對生活、子女撫養及經濟等多重改變，往往會造成巨大心理壓力，若未正視或因應不當，將導致身心適應困難，並潛藏自殺的隱憂。婚姻所帶來的親密人際關係以及有意義的社會互動，可以保護個人在他殺、自殺與意外的死亡率上均明顯低於未婚者，從夫妻間的離婚事件發現，在男女上又因應社會期待帶來不同的壓力差異。一般而言，女性在離婚後既有社會資源及經濟上的支持明顯下降，

社會支援上則是上升，男性部分則相反，分別整理重要性，會發現經濟上的影響是大於社會支援，因此與男性比較，會發現離婚女性遭受較大的死亡風險。

婚姻風險的角色連結也將造成離婚夫妻雙方死亡上的差異。從兩性間的親職責任不同，社會文化觀點傾向，母親為主要照顧者，撫育孩子的責任多半會落在母親身上，家庭中的家務工作女性也通常是主要負責勞動者，因此多半為女性帶來低自尊低成就感的心理壓力連結(Gove,1973)；男性則在家中多扮演主要經濟來源的角色，壓力源多半來自於職場，由此可見兩性在婚姻中承擔的角色與壓力是互相有所差異的，使得各自所面對的壓力與死亡風險有明顯的不同；在婚姻中止後，離婚本身就是一個壓力源，過去研究顯示男性有大量酗酒問題，可能是造成離婚男性高死亡率的原因。因此，可以想見離婚民眾在離婚後的重建過程中，是具有多從壓力因子及危險因子，而也造成面臨困境，容易在衝動下容易做出令人遺憾的抉擇。

為了規劃防治策略，需了解現代人離婚後的心理健康狀態，因此本中心針對離婚民眾設計『關懷暨心衛資源單張』，於高離婚率縣市，辦理離婚手續的戶政單位後，透過填寫問卷與了解填寫對象的心情健康現況，提供相關心衛資源，期待藉由填寫問卷多一份關懷連結資源，以期能夠為離婚族群多建立一道守護生命的關懷防線。

41. 3.網路成癮者之評估與轉介

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，泛指重度網路使用得當事人在網路使用上出現一般上癮問題的核心症狀與負面影響，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。」

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，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。

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，今年度重新發放新版問卷，期待藉由改良現有問卷與指標，以更為精簡預測網路成癮行為。

42.

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，在 2006 年為高峰，自殺粗死亡率達到每十萬人口 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，因此國內自殺防治工作，在政府跨部會與民間單位之通力合作下，持續擴大社會救助與關懷。

2016 年國人自殺死亡率雖較 2015 年增加 1.9%，但已連續 7 年在十大死因之外，排名第 12 位 (詳如圖 1)。就性別而言，女性自殺粗死亡率由2015 年每十萬人口 10.6 人降至 2016 年的 10.2 人；男性則由 2015 年每十萬人口 20.7 人增加至 2016 年的 21.8 人(詳如圖 2)。以年齡結構而言， 台灣近年的人口老化速度與少子化速度全球居冠，很不幸地，2015 年青少年 15-24 歲的自殺粗死亡率較前一年增加 15.3%；再者 65 歲以上老年族群的自殺死亡率上升 3.5%。因此，自殺防治需要中央與地方共同合作並持續推動以將因地制宜之策略徹底落實。

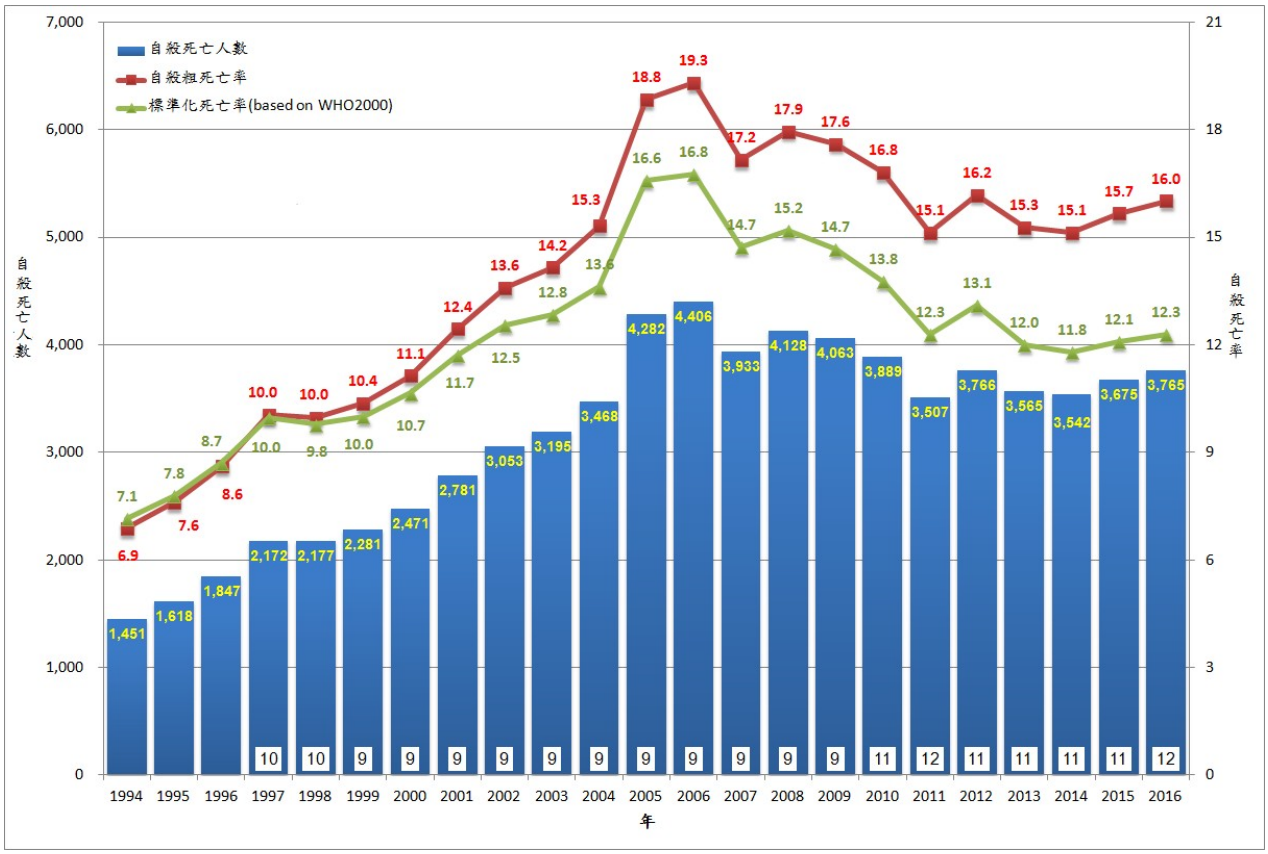


圖 1、全國 1990 至 2016 年自殺死亡率

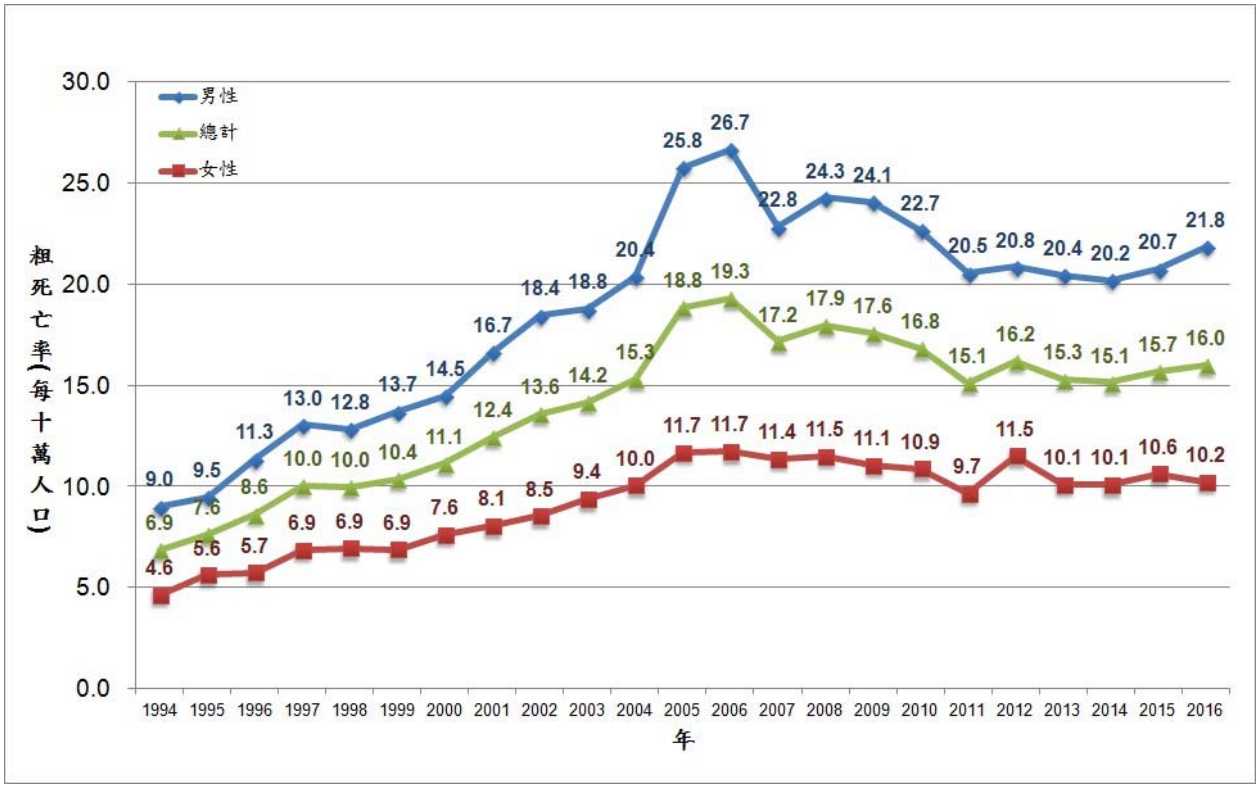


圖 2、全國 1994 至 2016 年性別自殺死亡率

2017 年社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，以作為全國自殺防治工作平台，除與國內醫療專業、心理健康、公共衛生、教育訓練、社會工作、流行病學、統計資訊、傳播媒體等之專業人員、意見領袖以及其他相關學、協會共同合作外，亦持續秉持著「思維全球化」之角度，與國際上相關學者及機構維持雙邊交流。

在自殺防治三大策略中之「指標性策略」所建置的自殺防治通報系統數據顯示，2006 年至 2017 年之自殺通報比及關懷率持續上升，且有接受關懷者三年內再自殺率(17.8%)較未接受關懷者(30.8%)減少 42.2%。另外經由民眾認知調查，我們了解到社會大眾對於本身投入自殺防治的意願逐年升高，而在自殺防治相關訊息的接觸上也有越來越多的機會。對於自殺事件之新聞，民眾也認同六不六要之報導原則。中心在各種教育訓練及講座中皆持續宣導「人人都是自殺防治守門人」之理念，並介紹「1 問 2 應 3 轉介」之運用技巧，以期自殺防治不斷地逐步落實達到全民參與，達到建立救人的關懷文化之目標。

本年度工作重點依當今自殺防治重要議題包含擬訂全國及 22 縣市因地制宜之年度以及每月自殺防治策略建議、編寫跨部會自殺防治工作方針、結合自殺防治相關學協會辦理第一專業人員自殺防治守門人訓練。首創以世界咖啡館之模式，辦理年中討論會。針對關懷訪視紀錄之抽查標準、關懷訪視作業之相關規範進行研修，編制關懷訪視員教育手冊以及製作新進關懷訪視員入門教學影片。針對前一年度自殺死亡數據及今年度初步數據進行分析並辦理高風險縣市互動式訪查與實務督導，串聯歷年數據以進行實證研究。對於傳播媒體持續監測並維持雙向溝通蒐集國內外自殺防治相關文獻及策略。在農藥自殺防治上除持續辦理巴拉刈自殺防治教育訓練外， 亦結合多家專業團體聲明支持農委會之巴拉刈禁用政策。針對網路成癮者及離婚族群進行選擇性之自殺防治推動，另外隨時配合辦理衛生福利部交辦事項及出席相關會議。

本中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「 2016 年度自殺防治統計分析及策略實施報告」、「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」與「全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議及自殺企圖者之通報與關懷追蹤」。(三)辦理自殺防治之實證研究：內容包括「精神病人自殺與就醫行為影響」及「憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性實證研究」。(四)強化自殺防治策略：包括「自殺高風險縣市互動式輔導訪查」、「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練」、「強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片」、「教唆自殺網站之監測與處置」、「自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知」、「國外自殺防治文獻蒐集與國

內自殺防治策略規劃」及「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」。(五)研修自殺防治相關工作規範：包含、「因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理」、「政府跨部會自殺防治工作方針」及「縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議」。(六)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫會議：包含「雲端數位學習平台之維護與推廣」、「社群網站facebook之運用與推廣」、「自殺防治中心網站之維護及宣導」、「心情溫度計應用程式(APP)之推廣」、「大型宣導活動之世界自殺防治日系列及相關活動」、「2017年度自殺防治年中討論會」、「巴拉刈自殺防治之教育宣導」、「畢業後一般醫學訓練之自殺防治推廣」、「珍愛生命守門人之教育訓練與推廣」、「自殺防治網通訊之發行與推廣」及「珍愛生命義工之推動」。 (七)輔導精進自殺關懷訪視員作業機制：包含「關懷訪視員教育手冊及新進關懷訪視員入門教學影片」、「辦理縣市關懷訪視實務督導」及「輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修」。(八)其他辦理事項：包含「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」、「離婚民眾關懷暨心衛資源專案」及「網路成癮者之評估與轉介」。

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，2017 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 2016 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。

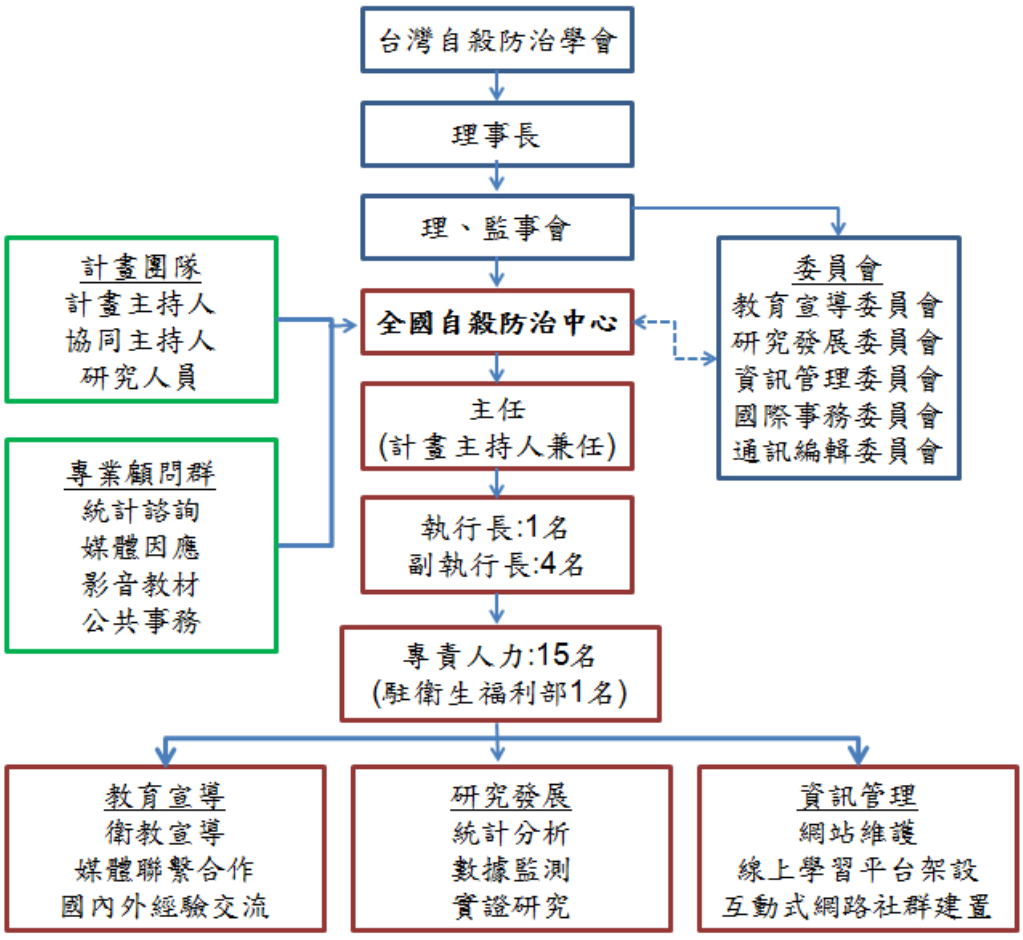


圖 1-1 組織圖

2016 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」。

2016 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. 資料來源：

1) 自殺死亡資料檔：由衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心提供，內容為自殺個案死亡情形之簡要資料，包含性別、年齡層、縣市、死因。

2) 自殺企圖通報資料檔：由公共衛生資訊入口網自殺通報系統提供，內容為自殺企圖通報個案之相關資料，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

2. 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。

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，，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) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：2006 年至 2016 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，改由中心每一年向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心進行使用資料申請，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 2016 年。

(2) 說明：研究發展組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「2.4 自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形」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. 全國自殺死亡數據

1) 整體趨勢

臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人，其後則呈現下降趨勢。(如圖 2-1-1)

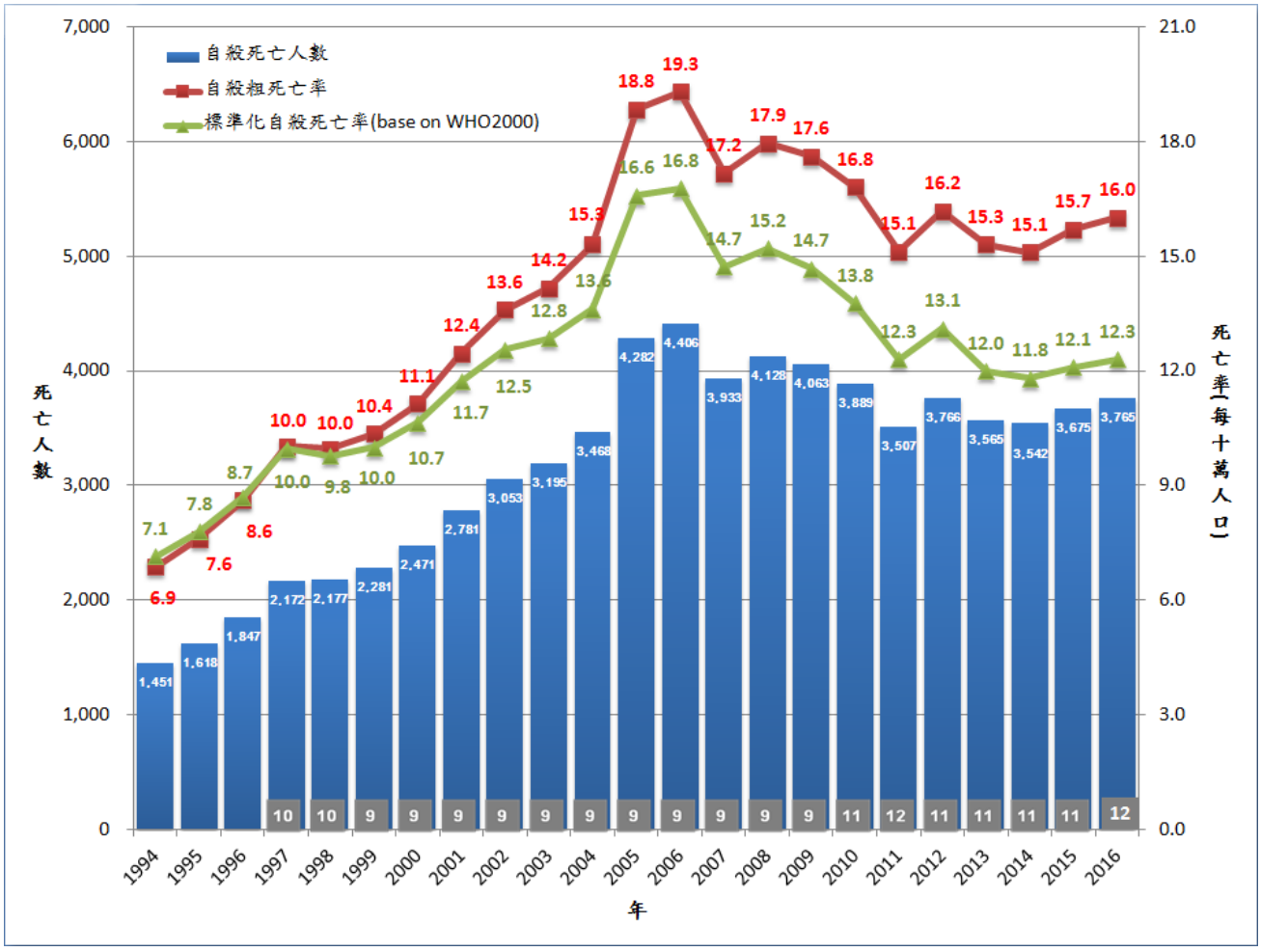


圖 2-1-1、1994-2016 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 17.1%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 1.9%(如表 2-1-1)。粗死亡率三年移動平均由 2013-2015 年的 15.4 人升至 15.6 人呈現些微上升趨勢；但長期來看，粗死亡率由 2005-2007 年至 2014-2016 年呈現逐年下降趨勢。

表 2-1-1、全國 2016 年度自殺死亡數據與 2015 年度數據比較

年度 項目	2015 年		2016 年		增減(%)	
粗死亡率(每十萬人)	15.7		16.0		1.9	
男性	20.7		21.8		5.3	
女性	10.6		10.2		-3.8	
≦14	0.2		0.2		0	
15-24	5.9		6.8		15.3	
25-44	15.9		16.1		1.3	
45-64	20.6		20.1		-2.4	
≧65	31.2		32.3		3.5	
	N	%	N	%	N	%
死亡人數及占率	3675	100	3765	100	90	2.4
男性	2426	66	2559	68	133	5.5
女性	1249	34	1206	32	-43	-3.4
≦14	6	0.2	6	0.2	0	0
15-24	183	5	209	5.6	26	14.2
25-44	1165	31.7	1173	31.2	8	0.7
45-64	1424	38.7	1401	37.2	-23	-1.6
≧65	897	24.4	976	25.9	79	8.8
以固體或液體物質	694	18.9	703	18.7	9	1.3
由氣體及蒸汽	952	25.9	912	24.2	-40	-4.2
吊死、勒死及窒息	1132	30.8	1185	31.5	53	4.7
溺水 (淹死)	234	6.4	275	7.3	41	17.5
鎗砲及爆炸物	30	0.8	15	0.4	-15	-50
切穿工具	82	2.2	88	2.3	6	7.3
由高處跳下	441	12	467	12.4	26	5.9
其他及未明示之方式	110	3	120	3.2	10	9.1

2) 以性別分析

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 2016 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 18.4%。(如

圖 2-1-2)

2016 年男性自殺死亡人數為 2,559 人，較 2015 年 2,462 人增加 133 人，增幅 5.5%；自殺粗死亡率為每十萬人口 21.8 人，較 2015 年 20.7 人增加 5.3%。(如表 2-1-1)

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 人後，至 2014 年前呈現下降趨勢，而 2015 年雖上升至 10.6 人，2016 年再次下降至 10.2 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 12.8%。(如圖 2-1-2)

2016 年女性自殺死亡人數為 1,206 人，較 2015 年 1,249 人減少 43 人，降幅 3.4%；自殺粗死亡率為每十萬人口 10.2 人，較 2015 年 10.6 人減少 3.8%。(如表 2-1-1)

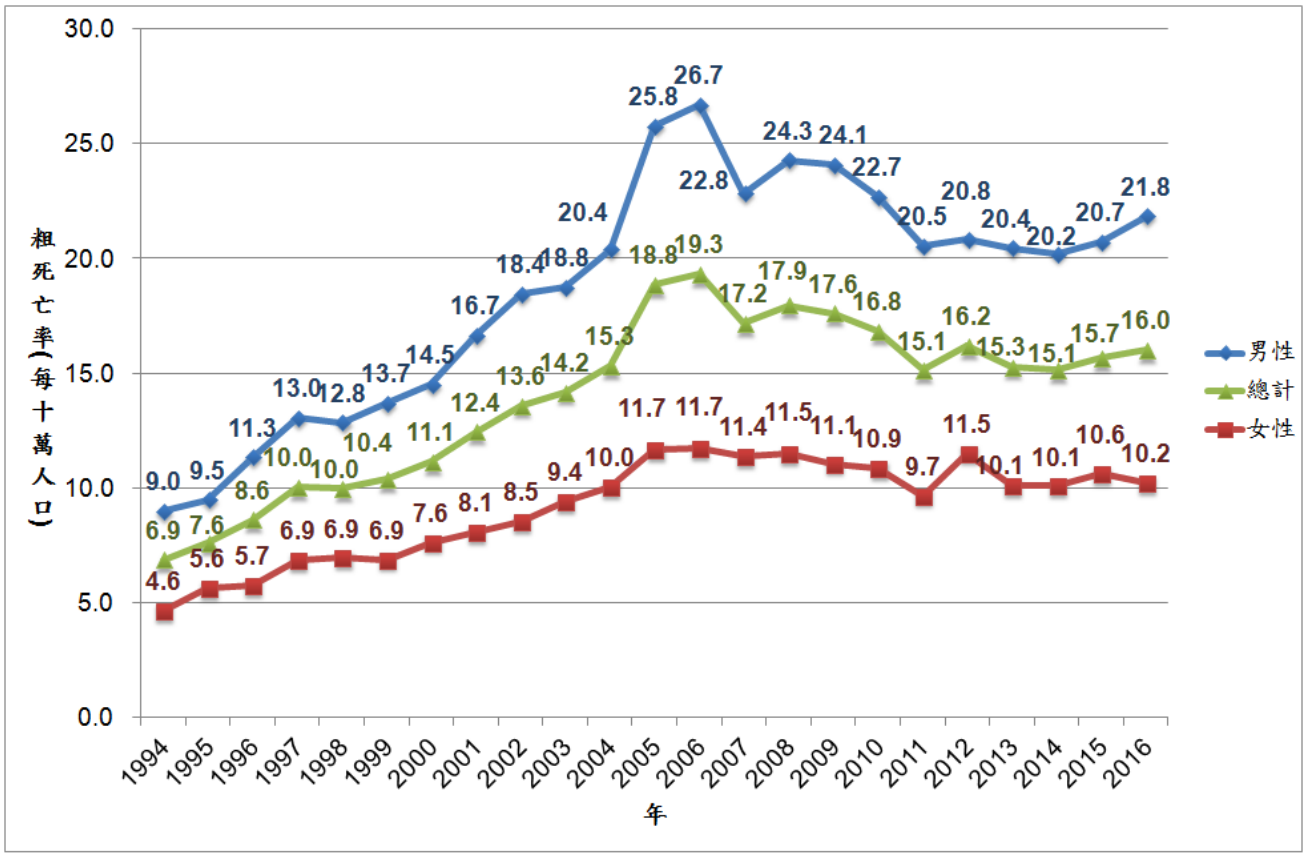


圖 2-1-2、1994-2016 年性別自殺粗死亡率

3) 以年齡層分析

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。

2016 年各年齡層與 2015 年相比分別如下：

(1) 14 歲以下與 2015 年自殺死亡人數相同為 6 人，自殺粗死亡率與 2015 年相同皆為每十萬人口 0.2 人。

(2) 15-24 歲自殺死亡人數為 209 人，較 2015 年增加 26 人，增幅 14.2%，自殺粗死亡率為每十萬人口 6.8 人，較 2015 年增加 15.3%。

(3) 25-44 歲自殺死亡人數為 1,173 人，較 2015 年增加 8 人，增幅 0.7%，自殺粗死亡率為每十萬人口 16.1 人，較 2015 年增加 1.3%。

(4) 45-64 歲自殺死亡人數為 1,401 人，較 2015 年減少 23 人，降幅 1.6%，自殺粗死亡率為每十萬人口 20.1 人，較 2015 年減少 2.4 %。

(5) 65 歲以上自殺死亡人數為 976 人，較 2015 年增加 79 人，增幅 8.8%，自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，較 2015 年增加 3.5%。(如表 2-1-1)

4) 以性別與年齡層交叉分析

男性年齡層中「14 歲以下」2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.4 人，歷年變化不大；「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，2014 年又呈現上升趨勢，至 2016 年上升至每十萬人口 8.6 人，與 2015 年相比增幅為 4.9%；「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 2016 年為每十萬人口 22.0 人，與 2015 年相比增加 7.8%；「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 2016 年為每十萬人口 28.2 人與 2015 年相同；「65 歲以上」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 2016 年為每十萬人口 46.2 人，較 2015 年相比增加 6.0%。(如圖 2-1-3)

女性「14 歲以下」2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 0 人，歷年變化不大，均在 0~0.3 之間；「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)，2016 年為每十萬人口 4.8 人，較 2015 年增加 45.5%；「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，此後呈現上下起伏，2016 年為每十萬人口 10.2 人，較 2015 年減少 11.3%；「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)，之後呈現上下起伏，2016 年為每十萬人口 12.2 人，較 2015 年每十萬人口 13.2 人減少 7.6%；「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，2016 年自殺粗死亡率每十萬人口 20.3 人，較 2015 年(每十萬人口 20.5 人)下降 1.0%。(如圖 2-1-4)

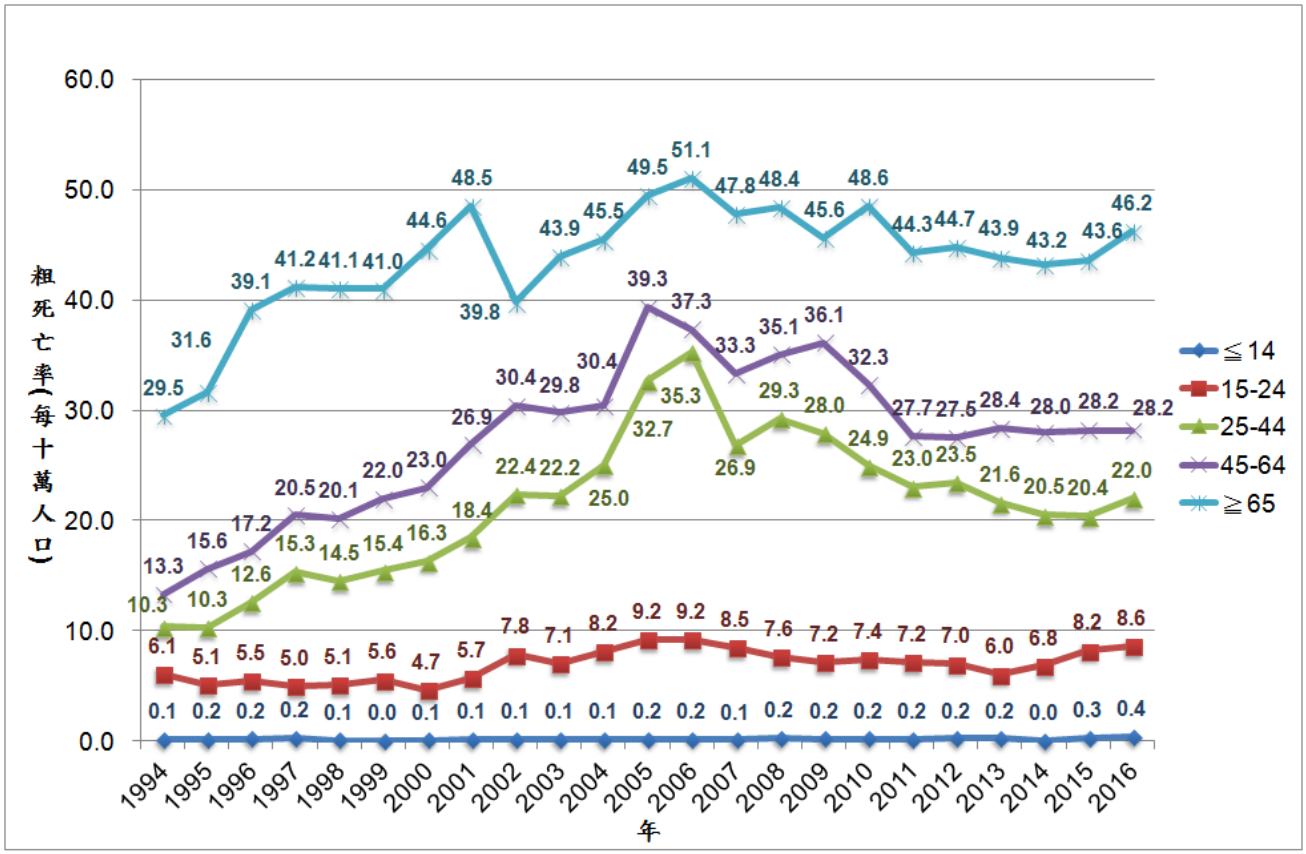


圖 2-1-3、1994-2016 年男性各年齡層自殺粗死亡率

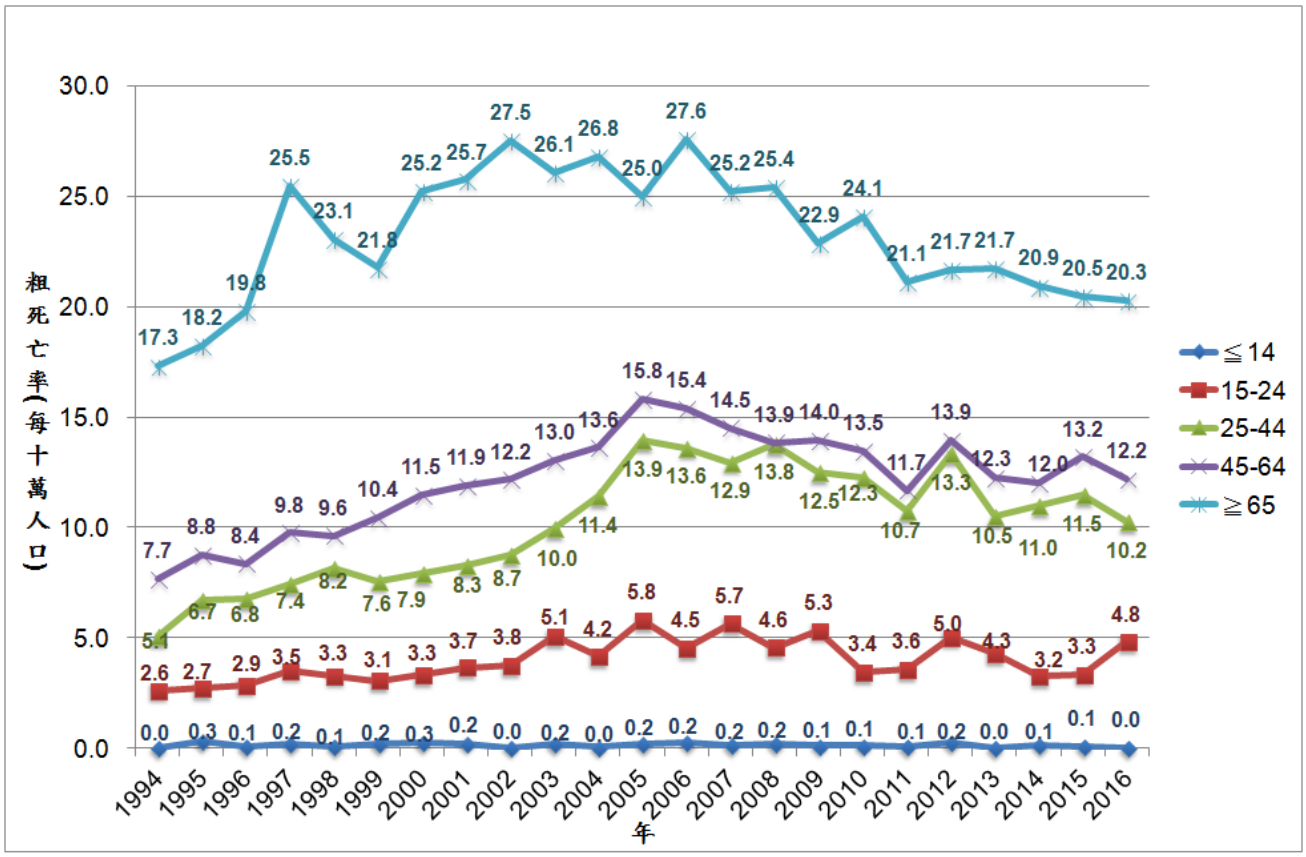


圖 2-1-4、1994-2016 年女性各年齡層自殺粗死亡率

5) 標準化死亡比分析

以各年齡層自殺死亡人數標準化死亡比分析，由 1994-2015 年標準化死亡比分析可觀察到長期以來在 65 歲以上的族群，自殺死亡率已經有些許的改善，而跟 2015 年相比各年齡層則差異不大，僅 15-24 歲族群自殺死亡人數增加較多。(如表 2-1-2、表 2-1-3)

表 2-1-2、各年齡層自殺死亡人數標準化死亡比分析

年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	4.8	167.0	1148.6	1377.4	1010.7
2016 年自殺死亡人數	6	209	1173	1401	976
SMR	1.25	1.25	1.02	1.02	0.97

表 2-1-3、各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	5.9	180.4	1157.7	1436.7	943.4
2016 年自殺死亡人數	6	209	1173	1401	976
SMR	1.02	1.16	1.01	0.98	1.03

以男女自殺死亡人數標準化死亡比分析，將男女依年齡層來分 1994-2015 年的標準死亡比；男生 SMR 各年齡層無明顯下降，女生則是 14 歲以下及 65 歲以上之族群有比例上有較大下降。依 2015 年期望值所計算出來的標準死亡比，男生各年齡層同樣無明顯下降，與 1994-2015 年的標準死亡比計算出來無明顯差別，而女性則是各年齡層除 15-24 歲外，其餘年齡層之標準化死亡比均下降。(如表 2-1-4 至表 2-1-7)

表 2-1-4、男性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

男性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	2.6	109.1	775.4	940.3	607.3
2016 年自殺死亡人數	6	138	801	968	646
SMR	2.31	1.26	1.03	1.03	1.06

表 2-1-5、男性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

男性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	4.9	131.1	742.3	967.3	609.3
2016 年自殺死亡人數	6	138	801	968	646
SMR	1.22	1.05	1.08	1.00	1.06

表 2-1-6、女性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

女性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 83-2015 年自殺粗死亡率計算)	2.2	58.2	369.8	430.9	379.1
2016 年自殺死亡人數	0	71	372	433	330
SMR	0.00	1.22	1.01	1.00	0.87

表 2-1-7、女性各年齡層自殺死亡人數標準化比死亡比分析

女性各年齡層	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2016 年自殺死亡人數期望值(以 2015 年自殺粗死亡率計算)	1.0	49.3	415.9	468.8	332.6
2016 年自殺死亡人數	0	71	372	433	330
SMR	0.00	1.44	0.89	0.92	0.99

6) 自殺死因分析

2016 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」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。(如表 2-1-1)

自殺死因 2016 年與 2015 年相比占率增幅依序為「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(增幅 14.1%、增加 41 人)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(增幅 6.7%、增加 10 人)、「切穿工具自殺及自傷」(增幅 4.5%、增加 6 人)、「由高處跳下自殺及自傷」(增幅 3.3%、增加 26 人)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(增幅 2.3%、增加 53 人)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(降幅 1.1 %、增加 9 人)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(降幅 6.6%、減少 40 人)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(降幅 50.0%、減少 15 人)。(如圖 2-1-5)

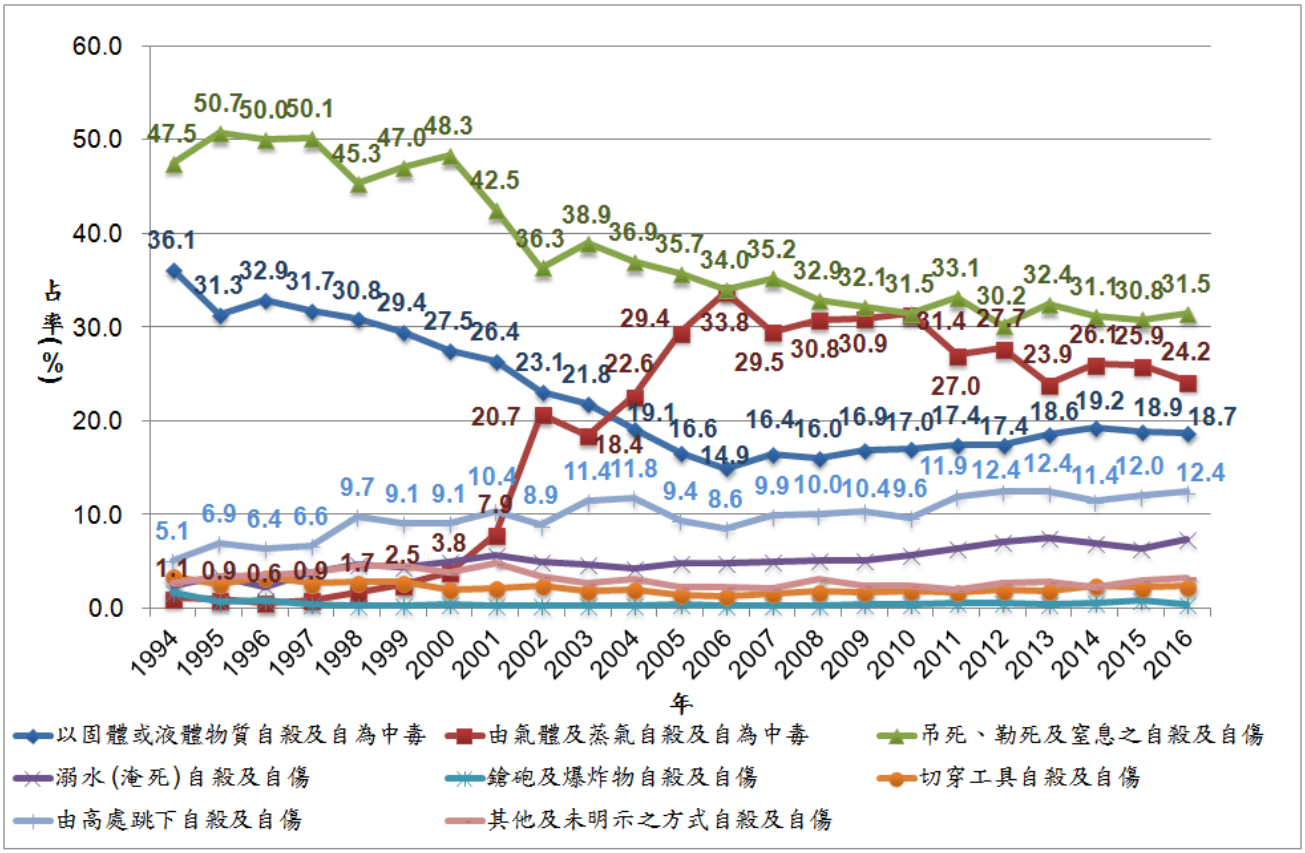


圖 2-1-5、1994-2016 年全國自殺死因占率

7) 以性別及自殺死因交叉分析

2016 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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。而「切穿工具自殺及自傷」占率為 2.4%，較 2015 年(1.8%)上升 33.3%。「其他及未明示之方式自殺及自傷」占率為 2.5%，較 2015 年(1.9%)上升 31.6%；「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2011 年開始逐年上升，但 2016 年下降至 21.7%，較 2015 年下降 0.9%；「溺水 (淹死) 自殺及自傷」占率 10.7%，較 2015 年上升 15.1%；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率於 2013 至 2015 年連續三年皆為 26.3%，2016 年上升至 29.1%，較前三年上升 10.6%。(如圖 2-1-6)

2016 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)。「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率在 2014 年至 2016 年呈現逐年下降；「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」自殺死亡之占率自 2006 年高峰後與女性同樣呈現逐年下降之趨勢，2016 年為 27.9%，較 2015 年(27.7%)上升 0.7%；「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，之後連續兩年呈現下降趨勢，2016 年下降至 17.2%；「其他及未明示之方式自殺及自傷」2016 年占率為 3.5%，與 2015 年同為自 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」2016 年占率為 10.2%，為自 2005 年以來最高，與 2015 年(9.7%)相比增幅為 5.2%；「槍砲及爆炸物自殺及自傷」2016 年占率為 0.4，與 2015 年相比降幅為 58.3%。(如圖 2-1-7)

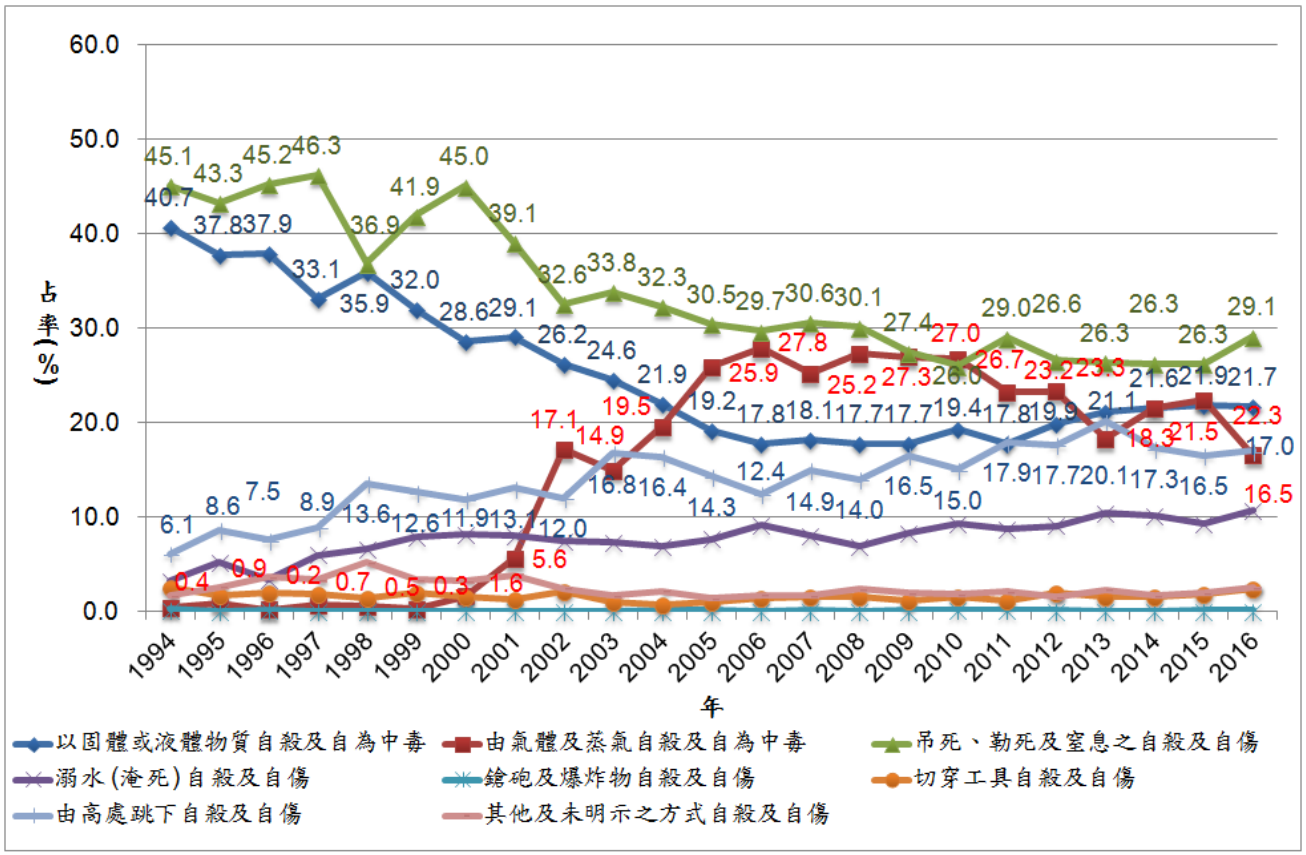


圖 2-1-6、1994-2016 年全國女性自殺死因占率

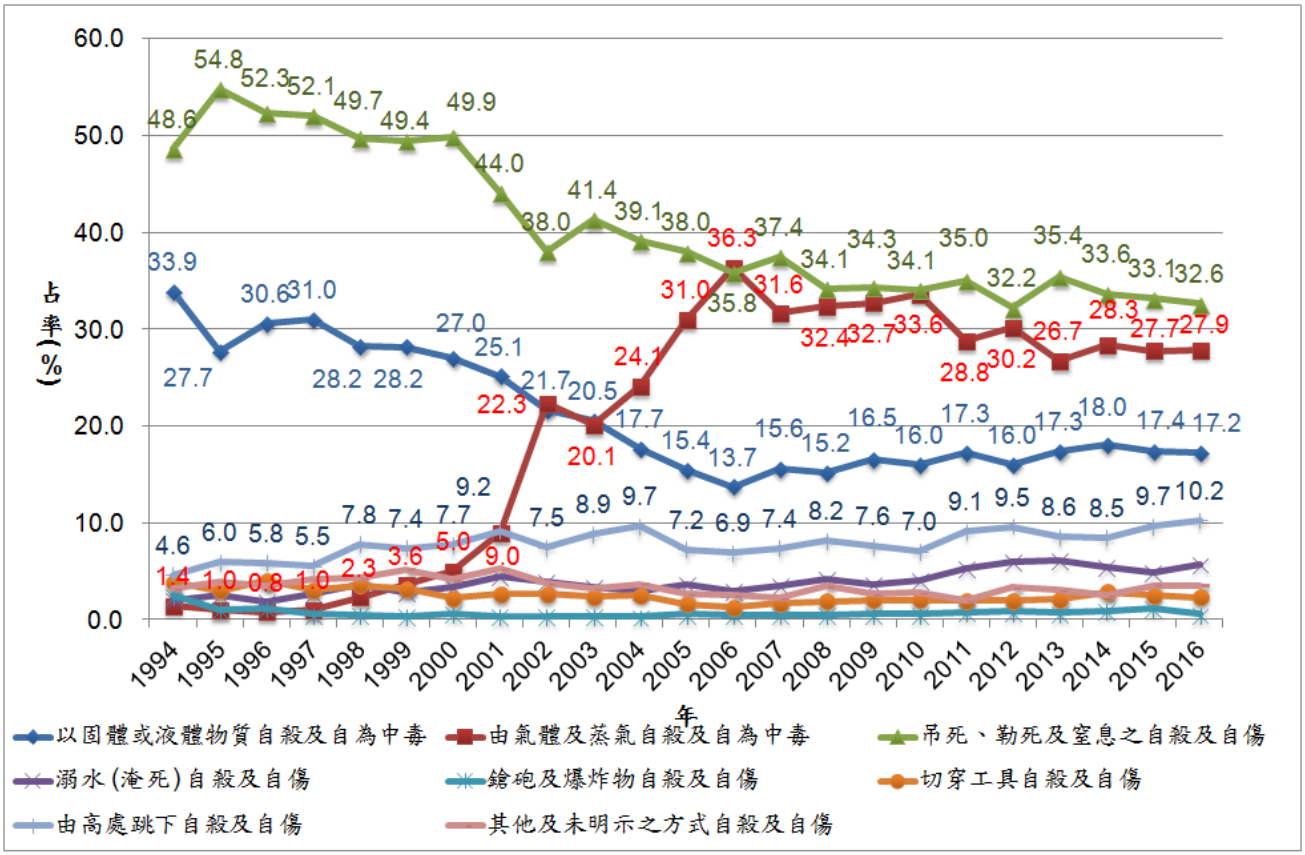


圖 2-1-7、1994-2016 年全國男性自殺死因占率

8) 結論

(1) 2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12)，自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.8%)。自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升；女性則無明顯趨勢變化；整體來說男性自殺粗死亡率仍為女性之 2 倍。

(2) 「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 2015 年相同。「15-24 歲」自殺死亡人數為 209 人、自殺粗死亡率每十萬人口 6.8 人，與 2015 年相比人數增加 26 人，粗死亡率上升 15.3%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,173 人、自殺粗死亡率每十萬人口 16.1 人，與 2015 年相比人數增加 8 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,401 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.1 人，與 2015 年相比人數減少 23 人，粗死亡率下降 2.4%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 976 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.3 人，與 2015 年相比人數增加 79 人，粗死亡率上升 3.5%。

(3) 全國自殺死因占率依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。

(4) 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)；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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。

2. 縣市自殺死亡數據

1) 自殺粗死亡率分析

2016 年各縣市自殺粗死亡率，高至低依序為南投縣(每十萬人口 25.6 人)、金門縣(每十萬人口 24.7 人)、屏東縣(每十萬人口 23.3 人)、花蓮縣(每十萬人口 20.5 人)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人)、臺東縣(每十萬人口 19.4 人) 、基隆市(每十萬人口 19.3 人)、雲林縣及苗栗縣(每十萬人口 19.1 人)、臺南市(每十萬人口 17.6 人)、高雄市(每十萬人口 16.3 人)、新北市及彰化縣(每十萬人口 15.4 人)、嘉義市(每十萬人口 14.8 人)、臺中市(每十萬人口 14.7 人)、澎湖縣(每十萬人口 14.6 人)、桃園市(每十萬人口 14.2 人)、新竹縣(每十萬人口 12.3 人)、新竹市(每十萬人口 11.9 人)、臺北市(每十萬人口 11.4 人)、金門縣(每十萬人口 7.5 人)、連江縣(每十萬人口 0 人)。(如表 2-1-8)

自殺粗死亡率 2016 年與 2015 年相比增幅多至少依序為屏東縣(增幅 37.9%)、嘉義縣(增幅 35.7%)、澎湖縣(增幅 23.7%)、臺東縣(增幅 20.5%)、南投縣(增幅 18.0%)、臺南市(增幅 6.0%)、臺中市(增幅 4.3%)、新北市(增幅 4.1%)、苗栗縣(增幅 2.7%)、高雄市(增幅 1.9%)、花蓮縣(增幅 0.5%)、宜蘭縣(持平)、嘉義市(降幅 2.6%)、臺北市(降幅 3.4%)、桃園市(降幅 4.1%)、新竹市(降幅 4.8%)、雲林縣(降幅 6.4%)、新竹縣(降幅 10.2%)、彰化縣(降幅 13.5%)、基隆市(降幅 21.9%)、金門縣(降幅 51.3%)。(如表 2-1-8)

表 2-1-8、2016 年與 2015 年相比各縣市自殺粗死亡率、標準化死亡率

縣市	粗死亡率			標準化死亡率		
	人 每十萬人	粗死亡率 排名	增減率[註]	人 每十萬人	標準化死亡率 排名	增減率[註]
全國	16	-	1.9	12.3	-	1.7
新北市	15.4	12	4.1	12.2	12	4.3
臺北市	11.4	20	-3.4	8.4	20	-3.4
桃園市	14.2	17	-4.1	11.9	13	-3.3
臺中市	14.7	15	4.3	11.8	14	1.7
臺南市	17.6	10	6.0	13.0	10	6.6
高雄市	16.3	11	1.9	12.4	11	1.6
宜蘭縣	20.3	5	0.0	15.0	4	-3.2
新竹縣	12.3	18	-10.2	10.3	19	-5.5
苗栗縣	19.1	8	2.7	14.7	6	8.9
彰化縣	15.4	12	-13.5	11.8	15	-13.2
南投縣	25.6	1	18.0	19.1	1	24.0
雲林縣	19.1	8	-6.4	13.8	9	-8.0
嘉義縣	24.7	2	35.7	16.2	3	28.6
屏東縣	23.3	3	37.9	16.8	2	38.8
臺東縣	19.4	6	20.5	13.8	8	10.4
花蓮縣	20.5	4	0.5	14.8	5	-2.6
澎湖縣	14.6	16	23.7	10.7	17	27.4
基隆市	19.3	7	-21.9	14.0	7	-25.9
新竹市	11.9	19	-4.8	10.4	18	3.0
嘉義市	14.8	14	-2.6	11.8	16	-5.6
金門縣	7.5	21	-51.3	5.7	21	-51.7
連江縣	0	22	-	0.0	22	-

註：增減率為 2016 年死亡率與 2015 年死亡率比較

2) 自殺死亡人數分析

總自殺死亡人數與2015年相比增加之縣市為屏東縣52人、嘉義縣33人、新北市25人、臺中市22人、南投縣19人、臺南市19人、臺東縣7人、高雄市6人、澎湖縣3人、苗栗縣2人；花蓮縣及宜蘭縣自殺死亡人數與2015年相同，其餘縣市自殺死亡人數均減少。(如表2-1-9)

表2-1-9、2016年與2015年相比各縣市自殺死亡人數增減

縣市	男性		女性		總計		
	增減數	增減率 (%)	增減數	增減率 (%)	增減數	增減率 (%)	增加數占全國增加數 (%)
全國	133	5.5	-43	-3.4	90	2.4	100.0
新北市	30	7.9	-5	-2.4	25	4.2	27.8
臺北市	-8	-3.9	-2	-1.8	-10	-3.1	-11.1
桃園市	-14	-6.6	8	8.2	-6	-1.9	-6.7
臺中市	36	15.9	-14	-9.0	22	5.7	24.4
臺南市	28	13.1	-9	-9.0	19	6.1	21.1
高雄市	18	6.1	-12	-7.9	6	1.3	6.7
宜蘭縣	-6	-9.1	6	22.2	0	0.0	0.0
新竹縣	2	4.2	-9	-34.6	-7	-9.5	-7.8
苗栗縣	-10	-12.7	12	46.2	2	1.9	2.2
彰化縣	-25	-15.7	-7	-9.9	-32	-13.9	-35.6
南投縣	22	28.6	-3	-8.8	19	17.1	21.1
雲林縣	-3	-3.1	-7	-14.9	-10	-7.0	-11.1
嘉義縣	36	66.7	-3	-7.3	33	34.7	36.7
屏東縣	35	34.7	17	40.5	52	36.4	57.8
臺東縣	0	0.0	7	100.0	7	19.4	7.8
花蓮縣	2	4.3	-2	-9.1	0	0.0	0.0
澎湖縣	3	50.0	0	0.0	3	25.0	3.3
基隆市	-5	-9.1	-15	-40.5	-20	-21.7	-22.2
新竹市	0	0.0	-2	-10.5	-2	-3.7	-2.2
嘉義市	1	3.4	-2	-16.7	-1	-2.4	-1.1
金門縣	-9	-64.3	-1	-16.7	-10	-50.0	-11.1
連江縣	0	-	0	-	0	-	0.0

註：增減率為2016年自殺死亡人數與2015年比較

3) 性別分析

男性各縣市2016年自殺粗死亡率與2015年相比上升的為嘉義縣(增幅67.8%)、澎湖縣(增幅49.1%)、屏東縣(增幅36.1%)、南投縣(增幅29.7%)、臺中市(增幅14.9%)、臺南市(增幅12.8%)、新北市(增幅8.2%)、高雄市(增幅6.6%)、花蓮縣(增幅4.8%)、嘉義市(增幅4.1%)、新竹縣(增幅2.9%)、臺東縣(增幅1.2%)。

男性各縣市2016年自殺死亡人數與2015年相比上升的為臺中市、嘉義縣(各增加36人)、屏東縣(增加35人)、新北市(增加30人)、臺南市(增加28人)、南投縣(增加22人)、高雄市(增加18人)、澎湖縣(增加3人)、新竹縣、花蓮縣(各增加2人)、嘉義市(增加1人)。

女性各縣市2016年自殺粗死亡率與2015年相比上升的為臺東縣(增幅101.5%)、苗栗縣(增幅47.4%)、屏東縣(增幅41.2%)、宜蘭縣(增幅21.7%)、桃園市(增幅6.4%)。

女性各縣市2016年自殺死亡人數與2015年相比上升的為屏東縣(增加17人)、苗栗縣(增加12人)、桃園市(增加8人)、臺東縣(增加6人)。(如表2-1-9)

4) 年齡層分析

(1) 「14歲以下」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為新北市、臺南市、高雄市(各增加1人)。

(2) 「15-24歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為高雄市及新竹縣(各增加6人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加5人)、南投縣及屏東縣(各增加4人)、雲林縣(增加3人)、臺東縣(增加2人)、澎湖縣及宜蘭縣(各增加1人)。

(3) 「25-34歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為桃園市(增加16人)、屏東縣(增加11人)、南投縣(增加7人)、嘉義縣(增加6人)、臺南市及苗栗縣(各增加4人)、新竹市、澎湖縣及嘉義市(各增加1人)。

(4) 「35-44歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為新北市(增加32人)、臺北市(增加13人)、臺南市(增加8人)、屏東縣(增加5人)、花蓮縣(增加4人)、南投縣(增加3人)、彰化縣及高雄市(各增加2人)、澎湖縣、宜蘭縣及臺東縣(各增加1人)。

(5) 「45-54歲」自殺死亡人數較2015年增加之縣市為桃園市(增加13人)、

高雄市(增加 8 人)、嘉義縣及臺東縣(各增加 6 人)、苗栗縣(增加 5 人)、南投縣、基隆市及嘉義市(各增加 4 人)、花蓮縣(增加 2 人)。

(6) 「55-64 歲」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為屏東縣及臺中市(各增加 17 人)、嘉義縣及南投縣(各增加 7 人)、臺南市(增加 6 人)、宜蘭縣(增加 4 人)、新竹縣(增加 2 人)。

(7) 「65-74 歲」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為屏東縣(增加 19 人)、臺中市(增加 12 人)、臺北市(增加 11 人)、臺南市及臺東縣(各增加 7 人)、金門縣及南投縣(各增加 4 人)、澎湖縣(增加 3 人)、宜蘭縣及基隆市(各增加 2 人)、嘉義市(增加 1 人)。

(8) 「75 歲以上」自殺死亡人數較 2015 年增加之縣市為臺中市(增加 20 人)、新北市(增加 14 人)、嘉義縣(增加 10 人)、臺北市(增加 6 人)、宜蘭縣(增加 5 人)、高雄市(增加 4 人)、新竹市(增加 2 人)、臺南市及澎湖縣(各增加 1 人)。

5) 自殺死因分析

(1) 自殺死因「固體或液體物質自殺及自為中毒」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣(增幅 39.9%)、臺中市(增幅 19.1%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 13.0%)、高雄市(增幅 12.0%)、臺東縣(增幅 6.5%)、嘉義市(增幅 2.7%)及南投縣(增幅 1.5%)。

(2) 「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 48.6%)、嘉義市(增幅 37.0%)、澎湖縣(增幅 33.2%)、新竹縣(增幅 21.5%)、彰化縣(增幅 18.9%)、基隆市(增幅 17.3%)、臺東縣(增幅 7.7%)、南投縣(增幅 6.9%)及高雄市(增幅 1.9%)。

(3) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 66.5%)、苗栗縣(增幅 49.3%)、雲林縣(增幅 39.2%)、基隆市(增幅 23.4%)、桃園市(增幅 19.5%)、嘉義市(增幅 17.3%)、彰化縣(增幅 14.0%)、花蓮縣(增幅 7.9%)、高雄市(增幅 5.4%)、新北市(增幅 5.3%)及臺北市(增幅 2.4%)。

(4) 「溺水(淹死)自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣(增幅 300.0%)、苗栗縣(增幅 124.1%)、新竹縣(增幅 122.2%)、臺北市(增幅 95.2%)、臺中市(增幅 94.4%)、花蓮縣(增幅 93.3%)、新竹市(增幅 37.5%)、桃園市(增幅 31.0%)、嘉義縣(增幅 23.8%)、臺南市(增幅 11.2%)及彰化縣(增幅 1.5%)。

(5) 「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅

大於 1%的為基隆市(增幅 27.3%)；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

(6) 「切穿工具自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 1000.0%)、屏東縣(增幅 271.4%)、嘉義市(增幅 108.3%)、宜蘭縣(增幅 100.0%)、臺東縣(增幅 67.9%)、雲林縣(增幅 64.3%)及嘉義縣(增幅 45.5%)。

(7) 「由高處跳下自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣(增幅 300.0%)、宜蘭縣(增幅 134.4%)、澎湖縣(增幅 59.9%)、臺南市(增幅 29.9%)、臺中市(增幅 13.9%)、屏東縣(增幅 10.7%)、新竹縣(增幅 10.3%)、桃園市(增幅 4.7%)、高雄市(增幅 3.6%)、南投縣(增幅 2.2%)及臺北市(增幅 1.8%)。

(8) 「其他及未明示之方式自殺及自傷」各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 100.0%)、屏東縣(增幅 95.2%)、新北市(增幅 85.7%)、臺中市(增幅 69.0%)、臺南市(增幅 55.2%)、雲林縣(增幅 51.4%)及彰化縣(增幅 13.6%)。(如表 2-1-10)

表 2-1-10、2016 年各縣市自殺死因占率與增減率表

	以固體或液體物質自殺及自為中毒		以氣體及蒸氣自殺及自為中毒		吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		溺水 (淹死) 自殺及自傷	
	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率
臺北市	4.9	-14	21.8	-14.5	33.8	2.4	12.3	95.2
新北市	10.4	15.6	27	-9.1	31.8	5.3	8.1	0
臺中市	16.8	19.1	25.9	-11.3	33.3	-9.5	3.5	94.4
臺南市	19.6	-5.8	22.3	-16.8	31.6	0	9.9	11.2
高雄市	13.1	12	27.2	1.9	31.2	5.4	8.8	-8.3
基隆市	6.9	-29.6	31.9	17.3	37.5	23.4	9.7	-19.2
新竹市	11.5	-11.5	25	-41.3	30.8	66.5	7.7	37.5
嘉義市	15	2.7	10	37	40	17.3	5	-65.8
桃園市	14.2	-8.4	25.7	-8.9	33.7	19.5	7.6	31
新竹縣	28.4	39.9	32.8	21.5	23.9	-29.3	6	122.2
宜蘭縣	19.4	-4.9	23.7	-8.1	37.6	-5.5	3.2	-25.6
苗栗縣	29	-17.6	20.6	-16.9	32.7	49.3	6.5	124.1
彰化縣	27.3	-18.5	25.8	18.9	29.3	14	6.6	1.5
南投縣	33.8	1.5	23.1	6.9	27.7	-9.5	3.1	-13.9
雲林縣	36.1	-14	21.1	0.5	26.3	39.2	5.3	-5.4
嘉義縣	42.2	14.7	15.6	48.6	25.8	-31.9	7.8	23.8
屏東縣	36.9	-0.5	19	-3.1	25.6	-20.5	5.6	300
澎湖縣	6.7	-19.3	33.3	33.2	20	-20	6.7	-19.3
花蓮縣	25	-37	17.6	8.6	39.7	7.9	2.9	93.3
臺東縣	32.6	6.5	20.9	7.7	30.2	-9.3	4.7	-
金門縣	0	-100	10	-50	30	-33.3	0	-100
連江縣	0	-	0	-	0	-	0	-

註：增減率為 2016 年占率與 2015 年比較

表 2-1-10、2016 年各縣市自殺死因占率與增減率表(續)

	鎗砲及爆炸物自殺及自傷		切穿工具自殺及自傷		由高處跳下自殺及自傷		其他及未明示之方式自殺及自傷	
	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率	占率	增減率
臺北市	0.3	-81.3	2.6	-7.1	22.1	1.8	2.3	-34.3
新北市	0.3	-75	2.1	-16	17.6	-0.6	2.6	73.3
臺中市	0.2	-	2.2	-29	13.1	13.9	4.9	44.1
臺南市	0	-100	3.3	1000	8.7	29.9	4.5	28.6
高雄市	0.4	-69.2	2.4	-11.1	14.2	3.6	2.7	-42.6
基隆市	1.4	27.3	1.4	-36.4	9.7	-31.2	1.4	-57.6
新竹市	0	-	1.9	-	17.3	-6.5	5.8	205.3
嘉義市	2.5	-	5	108.3	20	-9.1	2.5	-49
桃園市	0.3	-70	2.3	-11.5	13.5	4.7	2.6	-55.2
新竹縣	0	-	1.5	-72.2	7.5	10.3	0	-100
宜蘭縣	2.2	-	2.2	100	7.5	134.4	4.3	-20.4
苗栗縣	1.9	-	0	-100	7.5	-12.8	1.9	-60.4
彰化縣	0	-100	2.5	-16.7	6.1	-6.2	2.5	13.6
南投縣	0	-	1.5	-	9.2	2.2	1.5	-16.7
雲林縣	0	-100	2.3	64.3	3.8	-32.1	5.3	8.2
嘉義縣	0.8	-	1.6	-	2.3	-68.9	3.9	254.5
屏東縣	0	-100	2.6	271.4	6.2	10.7	4.1	46.4
澎湖縣	0	-	6.7	-	26.7	59.9	0	-100
花蓮縣	1.5	-	1.5	-48.3	10.3	-	1.5	-48.3
臺東縣	0	-	4.7	67.9	2.3	-17.9	4.7	-57.7
金門縣	0	-	10	-	40	300	10	100
連江縣	0	-	0	-	0	-	0	-

註：增減率為 2016 年占率與 2015 年比較

6) 自殺粗死亡率較高縣市分析

2016年自殺粗死亡率增加率前六位依序為:屏東縣(增加率37.9%)、嘉義縣(增加率 35.7%)、澎湖縣(增加率 23.7%)、臺東縣(增加率 20.5%)、南投縣(增加率 18%)、臺南市(增加率 6%)，以上述縣市分析如下：

(1) 屏東縣：2016 年自殺死亡人數為 195 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 23.2 人，人數與 2015 年相比總數增加 52 人(增幅 36.4%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 57.8%。

男性增加 35 人(增幅 34.7%)、女性增加 17 人(增幅 40.5%)；65-74 歲增加 19 人(增幅 211.1%)、55-64 歲增加 17 人(增幅 63%)、25-34 歲增加 11 人(增幅 137.5%)、35-44 歲增加 5 人(增幅 16.1%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 18 人(增幅 33.3%)、以氣體及蒸汽增加 9 人(增幅 32.1%)、溺水增加 9 人(450%)、切穿工具增加 4 人(增幅 400%)、由高處跳下增加 4 人(增幅 50%)、其他增加 5 人(增幅 166.7%)。

(2) 嘉義縣：2016 年自殺死亡人數為 128 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 24.7 人，人數與 2015 年相比增加 33 人(增幅 34.7%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 36.7%。

男性增加 36 人(增幅 66.7%)、女性減少 3 人(降幅 7.3%)；75 歲以上增加 10 人(增幅 50%)、55-64 歲增加 7 人(增幅 46.7%)、25-34 歲增加 6 人(增幅 120%)、45-54 歲增加 6 人(增幅 40%)、65-74 歲增加 6 人(增幅 37.5%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 19 人(增幅 54.3%)、以氣體及蒸汽增加 10 人(增幅 100%)、溺水增加 4 人(增幅 66.7%)、切穿工具增加 1 人(增幅 100%)、其他增加 5 人。

(3) 澎湖縣:2016 年自殺死亡人數為 15 人,自殺粗死亡率為每十萬人口 14.6 人，人數與 2015 年相比增加 3 人(增幅 25%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 3.3%。

男性增加 3 人(增幅 50%)、女性人數不變；65-74 歲增加 3 人、15-24 歲增加 1 人、25-34 歲增加 1 人(增幅 100%)、35-44 歲增加 1 人(增幅 33.3%)、75 歲以上增加 1 人(增幅 33.3%)。

以自殺死因分析，以氣體及蒸汽增加 2 人(增幅 66.7%)、由高處跳下增加 2 人(增幅 100%)。

(4) 臺東縣:2016 年自殺死亡人數為 43 人,自殺粗死亡率為每十萬人口 19.4 人，人數與 2015 年相比增加 7 人(增幅 19.4%)；自殺死亡人數自殺死亡

增加占全國自殺死亡增加人數 7.8%。

男性人數不變、女性增加 7 人(增幅 100%)；65-74 歲增加 7 人、45-54 歲增加 6 人(增幅 100%)、15-24 歲增加 2 人(增幅 200%)、35-44 歲增加 1 人(增幅 20%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 3 人(增幅 27.3%)、以氣體及蒸汽增加 2 人(增幅 28.6%)、溺水增加 2 人、吊死、勒死及窒息增加 1 人(增幅 100%)。

(5) 南投縣：2016 年自殺死亡人數為 130 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 25.6 人，人數與 2015 年相比增加 19 人(增幅 17.1%)；自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 21.1%。

男性增加 22 人(增幅 28.6%)，自殺粗死亡率 38.0 人(較 2015 年增加 29.7%)；女性減少 3 人(降幅 8.8%)，自殺粗死亡率 12.5 人(較 2015 年減少 8.1%)；25-34 歲增加 7 人(增幅 77.8%)、55-64 歲增加 7 人(增幅 31.8%)、15-24 歲增加 4 人(增幅 100.0%)、45-54 歲增加 4 人(增幅 19.0%)、65-74 歲增加 4 人(增幅 33.3%)、35-44 歲增加 3 人(增幅 17.6%)。

以自殺死因分析，以固體或液體物質增加 7 人(增幅 18.9%)、以氣體及蒸汽增加 6 人(增幅 25%)、吊死、勒死及窒息增加 2 人(增幅 5.9%)、由高處跳下增加 2 人(增幅 20%)、切穿工具增加 2 人。

(6) 臺南市：2016 年自殺死亡人數為 332 人，自殺粗死亡率為每十萬人口 17.6 人，人數與 2015 年相比增加 19 人(增幅 6.1%)，自殺死亡人數自殺死亡增加占全國自殺死亡增加人數 21.1%。

男性增加 28 人(增幅 13.1%)、女性減少 9 人(降幅 9%)；35-44 歲增加 8 人(增幅 14.5%)、65-74 歲增加 7 人(增幅 21.2%)、55-64 歲歲增加 6 人(增幅 10%)、25-34 歲增加 4 人(增幅 12.5%)、0-14 歲增加 1 人。

以自殺死因分析，切穿工具增加 10 人(增幅 1,000%)、由高處跳下增加 8 人(增幅 38.1%)、吊死、勒死及窒息增加 5 人(增幅 5%)、溺水增加 5 人(增幅 17.9%)、其他增加 6 人(增幅 66.7%)。

7) 結論

(1) 各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

(2) 自殺粗死亡率由高至低前六位依序為：南投縣(每十萬人口 25.6 人，較 2015 年增加 18.0%)、嘉義縣(每十萬人口 24.7 人，較 2015 年增加 35.7%)、屏東縣(每十萬人口 23.3 人，較 2015 年增加 37.9%)、花蓮縣(每十萬人口 20.5 人，較 2015 年增加 0.5%)、宜蘭縣(每十萬人口 20.3 人，與 2015 年相同)、臺東縣(每十萬人口 19.4 人，較 2015 年增加 20.5%)。

(3) 以年齡層分析

a. 「15-24 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為苗栗縣、新竹市、臺東縣、新竹縣、南投縣及屏東縣。相較於 2015 年自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市及新竹縣(各增加 6 人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加 5 人)、南投縣及屏東縣(各增加 4 人)。

b. 「45-64 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為嘉義縣、臺東縣、南投縣、屏東縣及嘉義市。相較於 2015 年人數增加較多縣市為嘉義縣、屏東縣(各增加 13 人)、南投縣(增加 11 人)、臺中市(增加 9 人)及臺東縣(增加 4 人)。

c. 「25-44 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加的縣市為澎湖縣、屏東縣、南投縣、嘉義縣、臺南市、新北市及苗栗縣。相較於 2015 年人數增加較多縣市為新北市(增加 22 人)、屏東縣(增加 16 人)、臺南市(增加 12 人)、南投縣(增加 10 人)及嘉義縣(增加 5 人)。

d. 「65 歲以上」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為金門縣、澎湖縣、臺東縣、屏東縣、嘉義縣、宜蘭縣及臺中市。相較於 2015 年老年族群自殺死亡人數增加較多縣市分別為臺中市(增加 32 人)、屏東縣(增加 19 人)、臺北市(增加 17 人)、嘉義縣(增加 16 人)、新北市(增加 13 人)、臺南市(增加 8 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 7 人)。

(4) 以死因分析

a. 各縣市 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡占率與

2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣、臺中市、嘉義縣、新北市、高雄市、臺東縣、嘉義市及南投縣。

b. 各縣市 2016 年以「氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣、嘉義市、澎湖縣、新竹縣、彰化縣、基隆市、臺東縣、南投縣及高雄市。

c. 各縣市 2016 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市、苗栗縣、雲林縣、基隆市、桃園市、嘉義市、彰化縣、花蓮縣、高雄市、新北市及臺北市。

d. 各縣市 2016 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市、屏東縣、嘉義市、宜蘭縣、臺東縣、雲林縣及嘉義縣。

e. 各縣市 2016 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣、宜蘭縣、澎湖縣、臺南市、臺中市、屏東縣、新竹縣、桃園市、高雄市、南投縣及臺北市。

f. 各縣市 2016 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣、苗栗縣、新竹縣、臺北市、臺中市、花蓮縣、新竹市、桃園市、嘉義縣、臺南市及彰化縣。

g. 各縣市 2016 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」自殺死亡占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為基隆市；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

3. 自殺通報數據分析

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 2016 年自殺通報人次為 28,996 人次(男性 10,801 人次、女性 18,195 人次)，自殺通報比為 7.2，女性為男性之 1.68 倍，2016 年自殺通報人次較 2006 年增加 51.3%、若與 2015 年相比降幅則為 3.1%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2016 年自殺通報比與 2006 年相比增加 90.7%、較 2015 年相比則增幅為 6.5%。(如圖 2-1-8)

分析 2016 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為桃園市及新竹縣(各為 9.3)、新竹市 (9.2)、新北市 (8.9)、花蓮縣 (8.8)。

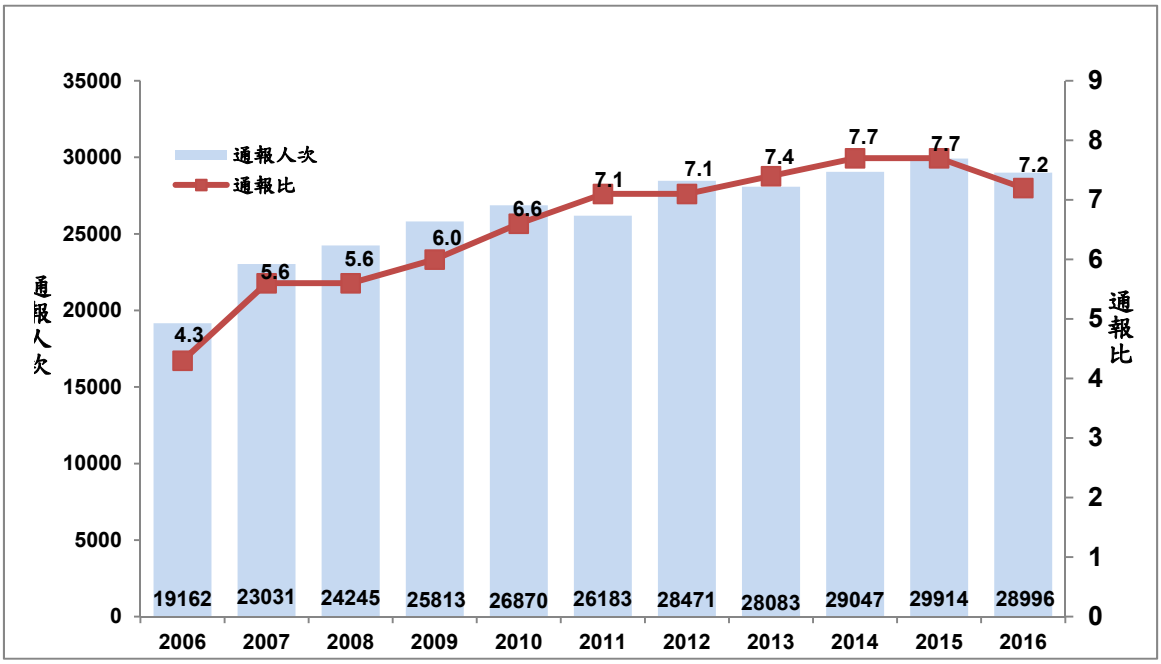


圖 2-1-8、2006-2016 年全國自殺通報趨勢圖

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，2016 年略降為 10,801 人次，與 2015 年相比降幅為 1.4%，與 2006 年相比增幅為 69.0%，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 2006 年為 12,769 人次，逐年增加至 2015 年達到 18,962 人次，2016 年則下降至 18,195 人次，與 2015 年相較降幅為 4.0%，與 2006 年相較增幅為 42.5%，觀察三年移動平均亦呈現上升趨勢(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 2016 年為 4.2，與 2006 年相比增幅為 100.0%，與 2015 年相比降幅為

6.7%。女性自殺通報比 2006 年為 9.7，逐年增加至 2016 年為 15.1，與 2006 年相比增幅為 55.7%，與 2015 年相比降幅為 0.7%。

以縣市分析性別之自殺通報人次，2016 年與 2015 年相比男性增加的縣市為金門縣(增幅 35.0%)、屏東縣(增幅 14.0%)、桃園市(增幅 12.5%)、澎湖縣(增幅 8.3%)、新北市(增幅 4.5%)、臺中市(增幅 3.7%)、新竹縣(增幅 0.8%)及臺北市(增幅 0.4%)；女性增加的縣市為屏東縣(增幅 12.9%)、基隆市(增幅 11.4%)、新竹市(增幅 8.5%)、花蓮縣(增幅 6.6%)、新竹縣(增幅 5.7%)、金門縣(增幅 5.4%)、桃園市(增幅 1.6%)。再分析性別自殺通報比之增減率，男性上升的是金門縣(增幅 285.7%)、桃園市(增幅 22.0%)、彰化縣(增幅 8.5%)、基隆市(增幅 5.3%)、苗栗縣(增幅 4.3%)、臺北市及宜蘭縣(增幅各為 4.2%)；女性上升則為基隆市(增幅 87.6%)、新竹縣(增幅 61.7%)、金門縣(增幅 25.8%)、新竹市(增幅 21.1%)、花蓮縣(增幅 17.6%)、嘉義市(增幅 16.0%)、臺中市(增幅 9.8%)、雲林縣(增幅 5.0%)及高雄市(增幅 1.3%)。

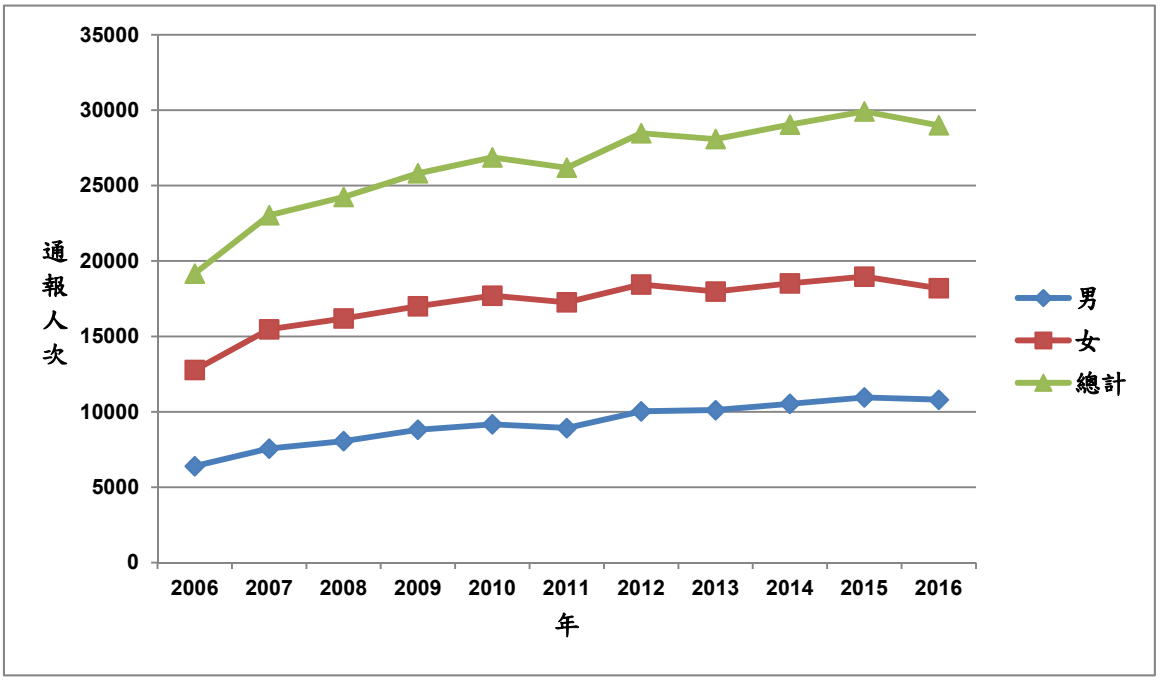


圖 2-1-9、2006-2016 年全國性別自殺通報趨勢圖

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 2016 年(46.5%)，2016 年與 2015 年(47.5%)相比降幅為 2.1%。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，2016 年(26.8%)與 2015 年相比(27.0%)降幅為 0.7%。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，2016 年占率 15.1%與 2015 年(14.7%)相比增幅為 2.7%。「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 2016 年(10.3%)，占率與 2015 年(9.5%)相比增幅為 8.4%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，自 2006 年(0.7%)至 2016 年(1.3%)變動不大，歷年變化不大，2016 年與 2015 年占率相同。(如圖 2-1-10)

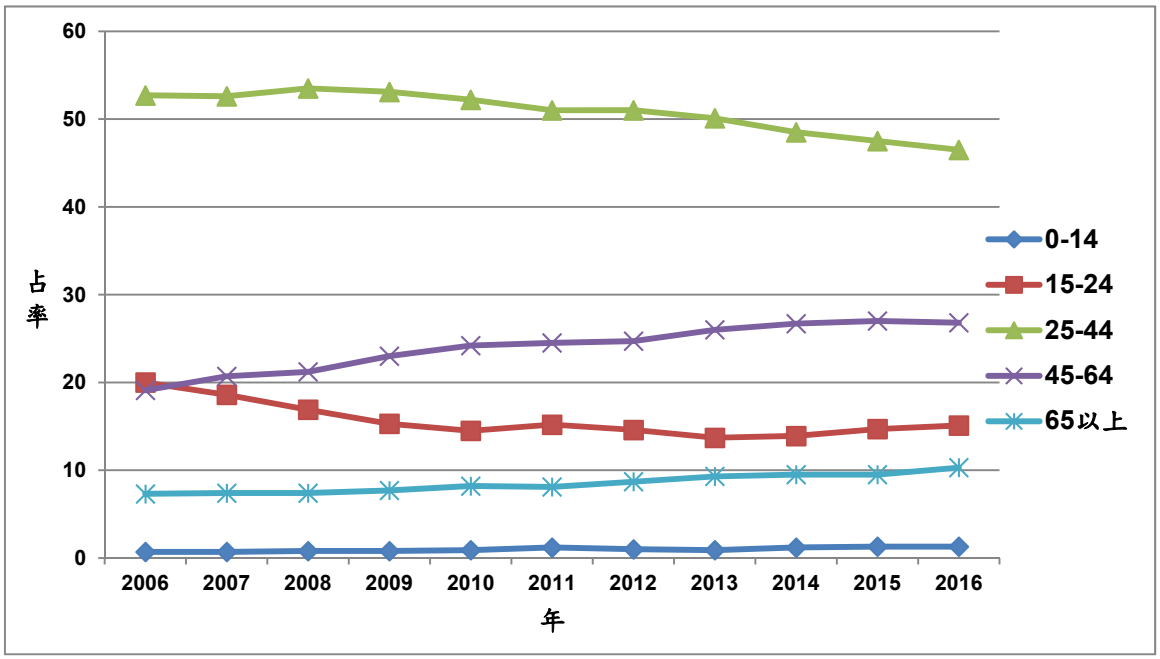


圖 2-1-10、2006-2016 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

以性別分析全國各年齡層通報占率，男性「14 歲以下」2016 年自殺通報占率 1.4%，歷年變化不大。男性「15-24 歲」2016 年自殺通報占率為 13.8%與 2015 年(13.7%)相比，增幅 0.7%。男性「25-44 歲」2016 年自殺通報占率為 42.9%與 2015 年(43.8%)相比，降幅 2.1%。男性「45-64 歲」2016 年自殺通報占率為 28.1%與 2015 年(28.6%)相比，降幅為 1.7%。男性「65 歲以上」2016 年自殺通報占率為 13.7%與 2015 年(12.8%)相比，增幅為 7.0%。(如圖 2-1-11)

女性「14 歲以下」2016 年自殺通報占率為 1.2%，歷年變化不大。女性「15-24 歲」自殺通報占率呈逐年下降趨勢，至 2016 年為 15.8%。2016 年與 2006 年(20.9%)的自殺通報占率相比，降幅 24.4%。2016 年與 2015 年(15.3%)的自殺通報占率相比，增幅 3.3%。女性「25-44 歲」自 2006 年至 2012 年持續上下波動，後逐年下降至 2016 年(48.7%)，與 2006 年(55.0%)相比降幅達到 11.5%，與 2015 年(49.7%)的自殺通報占率相比，降幅 2.0%。以三年移動平均來看，呈現先稍微上升後下降趨勢。女性「45-64 歲」自

2006 年逐年上升至 2016 年(26.0%)，與 2006 年(18.1%)相比增幅達到 43.6%，與 2015 年(26.0%)自殺通報占率相同。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(8.3%)，與 2006 年(5.2%)相比增幅達到 59.6%，與 2015 年(7.6%)的自殺通報占率相比，增幅為 9.2%。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 歲以上」(2016 年全國通報 1,485 人次，占率 13.7%)相較女性(1,509 人次，占率 8.3%)占率高，男性「45-64 歲」(2016 年全國通報 3,038 人次，占率 28.1%)相較女性(4,726 人次，占率 26.0%)占率稍高，男性「25-44 歲」(2016 年全國通報 4,630 人次，占率 42.9%)則相較女性(8,862 人次，占率 48.7%)為低。

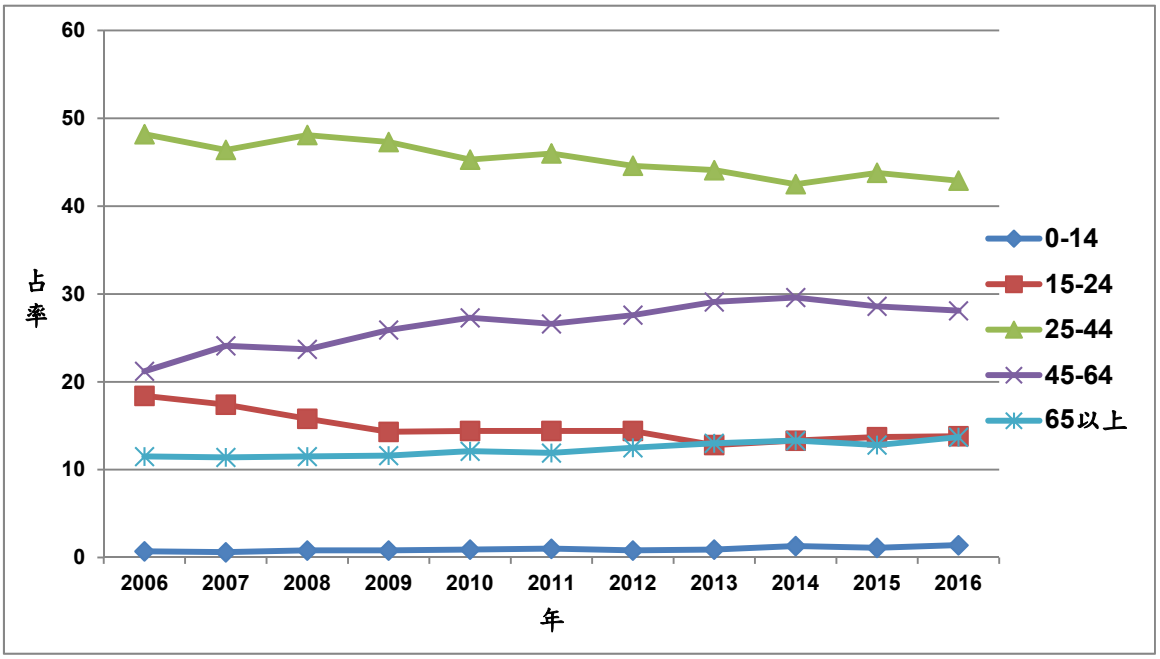


圖 2-1-11、2006-2016 年全國男性分年齡層自殺通報人次占率圖

以縣市分析，「14 歲以下」自殺通報占率以 2016 年與 2015 年比較，增幅較大的是金門縣(增幅 300.0%)、基隆市(增幅 200.0%)、彰化縣(增幅 71.4%)、雲林縣、屏東縣及臺東縣(各增幅 50.0%)、花蓮縣(增幅 40.0%)及臺北市(增幅 28.6%)。「15-24 歲」自殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 325.0%)、澎湖縣(增幅 37.5%)、新竹市(增幅 36.5%)、新竹縣(增幅 35.1%)、嘉義縣(增幅 25.4%)、基隆市(增幅 21.9%)及屏東縣(20.2%)。「25-44 歲」自殺通報占率上升較明顯的是屏東縣(增幅 8.0%)、基隆市(增幅 7.6%)及新竹市(增幅 3.8%)。「45-64 歲」自殺通報占率上升較明顯的是澎湖縣(增幅 55.6%)、屏東縣(增幅 16.0%)、金門縣(增幅 15.4%)、新竹縣(增幅 11.3%)、

臺東縣(增幅 10.5%)及桃園市(增幅 10.3%)。「65 歲以上」自殺通報占率上升較明顯的是新竹市(增幅 37.9%)、嘉義縣(增幅 34.1%)、南投縣(增幅 21.4%)、苗栗縣(增幅 18.1%)、嘉義市(增幅 17.9%)、屏東縣(增幅 17.6%)、宜蘭縣(增幅 15.5%)、臺北市(增幅 15.3%)及桃園市(增幅 12.6%)。

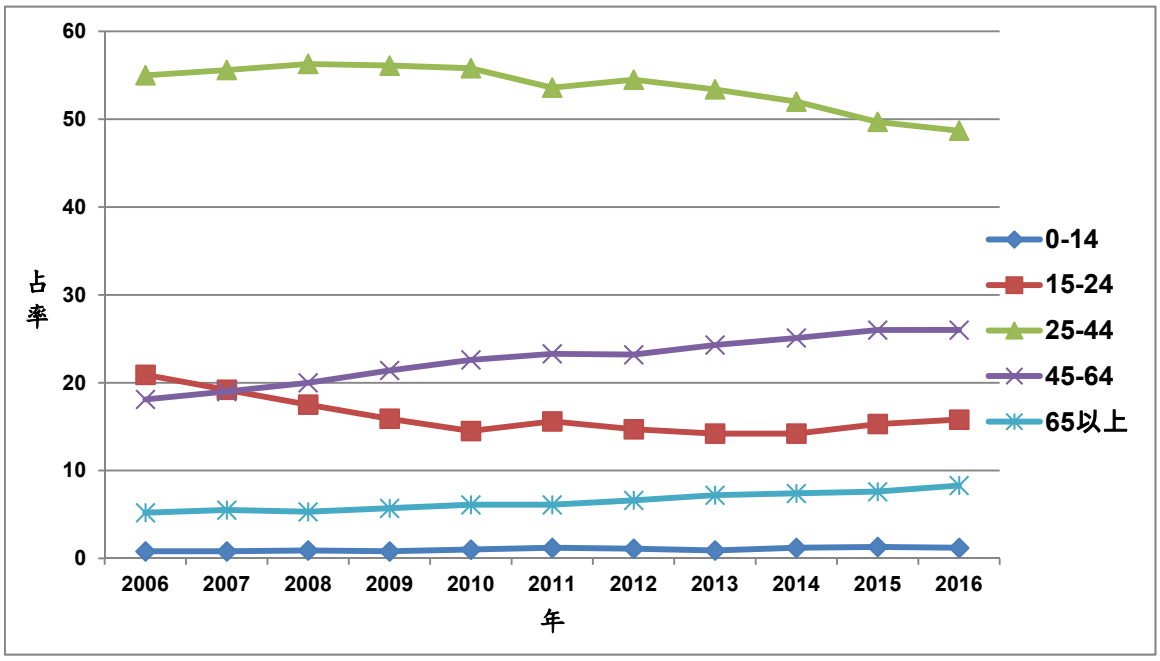


圖 2-1-12、2006-2016 年全國女性分年齡層自殺通報人次占率圖

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」(2016 年全國通報 15,052 人次，占率 51.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 8,277 人次，占率 28.5%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,910 人次，占率 6.6%)。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 2016 年(51.9%)，2016 年較 2006 年降幅為 11.6%，較 2015 年(53.9%)降幅為 3.7%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2015 年上升縣市為連江縣(增幅 140.2%)、嘉義縣(增幅 10.2%)、金門縣(增幅 9.8%)、花蓮縣(增幅 4.9%)及高雄市(增幅 1.8%)。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(24.2%)逐年呈上升趨勢至 2016 年(28.5%)，2016 年較 2006 年增幅為 17.8%，與 2015 年(27.1%)相比增幅為 5.2%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。以縣市來看 2016 年「切穿工具自殺及自傷」較 2015 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 78.8%)、臺東縣(增幅 43.7%)、苗栗縣(增幅 15.5%)、南投縣(增幅 12.9%)、臺南市(增幅 12.3%)、臺中市(增幅 11.5%)、嘉義縣(增幅 10.9%)、新竹市(增幅 10.8%)及雲林縣(增幅 10.5%)。另外「以其他氣體及蒸汽自殺

或自為中毒」自 2006 年(8.1%)持續上下波動到 2016 年(6.6%)，2016 年較 2006 年降幅為 18.5%，與 2015 年(7.3%)相比降幅為 9.6%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2016 年「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」上升較明顯的縣市為宜蘭縣(增幅 53.3%)、花蓮縣(增幅 48.1%)、新竹縣(增幅 41.5%)、屏東縣(增幅 39.2%)、臺南市(增幅 21.3%)及嘉義市(增幅 14.0%)。

以性別來看全國通報個案自殺方式，2016 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」(44.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(22.2%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(10.9%)；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 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 16.4%，較 2015 年(44.2%)增幅為 1.1%。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 2016 年，2016 年較 2006 年升幅為 14.4%，較 2015 年(20.8%)增幅為 6.7%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」自 2006 年(13.5%)持續上下波動至 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 19.3%，較 2015 年(10.2%)增幅為 6.9%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。

2016 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」(56.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(32.3%)及「由高處跳下自殺及自傷」(4.9%)；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 2016 年，2016 年較 2006 年降幅為 8.2%，較 2015 年(57.8%)降幅為 2.8%，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 2016 年，2016 年較 2006 年升幅為 21.4%，較 2015 年(30.7%)增幅為 5.2%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「由高處跳下自殺及自傷」自 2006 年(2.1%)持續上升至 2016 年，2016 年較 2006 年增幅為 133.3%，較 2015 年(4.5%)增幅為 8.9%。以三年移動平均來看，呈現上升趨勢。

其中男性以「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2016 年全國通報 1,178 人次，占率 10.9%)相較女性(732 人次，占率 4.0%)占率較高；男性「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2016 年全國通報 687 人次，占率 6.4%)相較女性(467 人次，占率 2.6%)占率為高；男性以「由高處跳下自殺及自傷」(2016 年全國通報 715 人次，占率 6.6%)相較女性(897 人次，占率 4.9%)占率為高；男性「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2016 年全國通報 4,827 人次，占率 44.7%)則相較女性(10,225 人次，占率 56.2%)為低；男性「切

穿工具自殺及自傷」(2016 年全國通報 2,394 人次，占率 22.2%)相較女性(5,883 人次，占率 32.3%)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」(2016 年全國通報 13,638 人次，占率 47.0%)、「精神健康／物質濫用」(10,261 人次，35.4%)及「工作／經濟」(2,870 人次，占率 9.9%)，其中「情感／人際關係」占率較 2015 年(49.4%)下降 4.9%。

以縣市來看 2016 年「情感／人際關係」較 2015 年上升縣市為花蓮縣(增幅 5.7%)、苗栗縣(增幅 2.3%)及嘉義市(增幅 0.2%)。「精神健康／物質濫用」2016 年占率較 2015 年(28.0%)上升 26.4%。以縣市來看，除嘉義縣及金門縣外，2016 年「精神健康／物質濫用」占率皆較 2015 年上升。「工作／經濟」占率較 2015 年(11.1%)下降 10.8%。以縣市來看 2016 年「工作／經濟」較 2015 年上升縣市為金門縣(增幅 43.4%)、新竹市(增幅 12.8%)、臺北市(增幅 5.2%)及澎湖縣(增幅 4.3%)。

以性別分析全國通報個案自殺原因，2016 年男性通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 3,940 人次，占率 36.5%)、「精神健康／物質濫用」(3,558 人次，32.9%)及「工作／經濟」(1,412 人次，占率 13.1%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(38.9%)下降 6.2%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(28.1%)上升 17.1%；「工作／經濟」較 2015 年(15.2%)下降 13.8%。

2016 年女性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2016 年通報 9,698 人次，占率 53.3%)、「精神健康／物質濫用」(6,703 人次，36.8%)及「工作／經濟」(1,458 人次，占率 8.0%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(55.5%)下降 4.0%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(27.8%)上升 32.4%；「工作／經濟」較 2015 年(8.6%)下降 7.0%。

其中男性「工作／經濟」(2016 年全國通報 1,412 人次，占率 13.1%)相較女性(1,458 人次，占率 8.0%)占率高；男性「生理疾病」(2016 年全國通報 1,154 人次，占率 10.7%)相較女性(985 人次，占率 5.4%)占率高；男性「情感／人際關係」(2016 年全國通報 3,940 人次，占率 36.5%)則相較女性(9,698 人次，占率 53.3%)為低。

以年齡層來看全國通報個案自殺原因，2016 年「14 歲以下」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 201 人次，占率 54.2%)、「校園學生問題」(116 人次，占率 31.3%)及「精神健康／物質濫用」(83 人次，占率 22.4%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(61.2%)

下降 11.4%；「校園學生問題」較 2015 年(26.4%)上升 18.6%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(11.3%)上升 98.2%。(如圖 2-1-13)

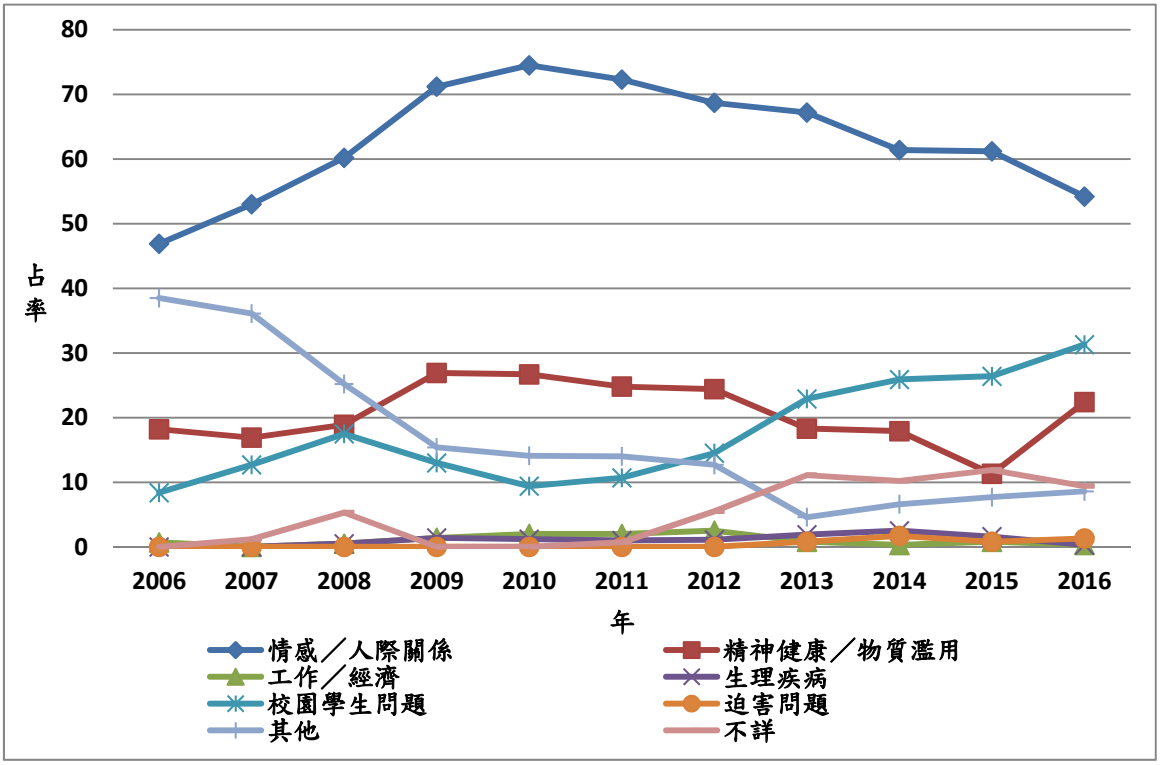


圖 2-1-13、2006-2016 年全國 14 歲以下自殺通報原因占率圖

2016 年「15-24 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 2,400 人次，占率 54.9%)、「精神健康／物質濫用」(1,289 人次，29.5%)及「工作／經濟」(332 人次，7.6%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(60.3%)下降 9.0%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(19.6%)上升 50.5%；「工作／經濟」較 2015 年(8.2%)下降 7.3%。(如圖 2-1-14)

2016 年「25-44 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2016 年通報 7,072 人次，占率 52.4%)、「精神健康／物質濫用」(4,845 人次，35.9%)及「工作／經濟」(1,686 人次，占率 12.5%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(53.5%)下降 2.1%；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(28.9%)上升 24.2%；「工作／經濟」較 2015 年(13.1%)下降 4.6%。(如圖 2-1-15)

2016 年「45-64 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(3,173 人次，占率 40.9%)、「精神健康／物質濫用」(3,088 人次，39.8%)及「工作／經濟」(818 人次，占率 10.5%)，其中「情感／人際關係」較 2015 年(43.3%)下降 5.5%。；「精神健康／物質濫用」較 2015 年(33.5%)

上升 18.8%；「工作／經濟」較 2015 年(12.7%)下降 17.3%。(如圖 2-1-16)

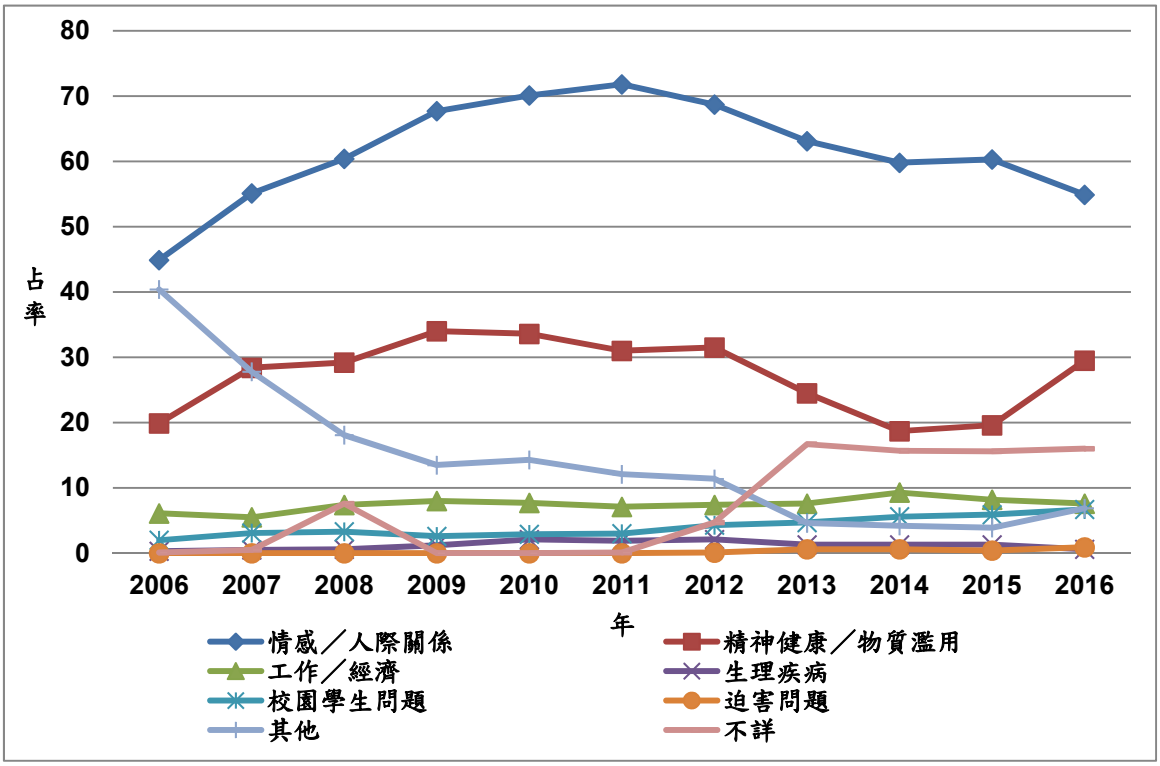


圖 2-1-14、2006-2016 年全國 15-24 歲自殺通報原因占率圖

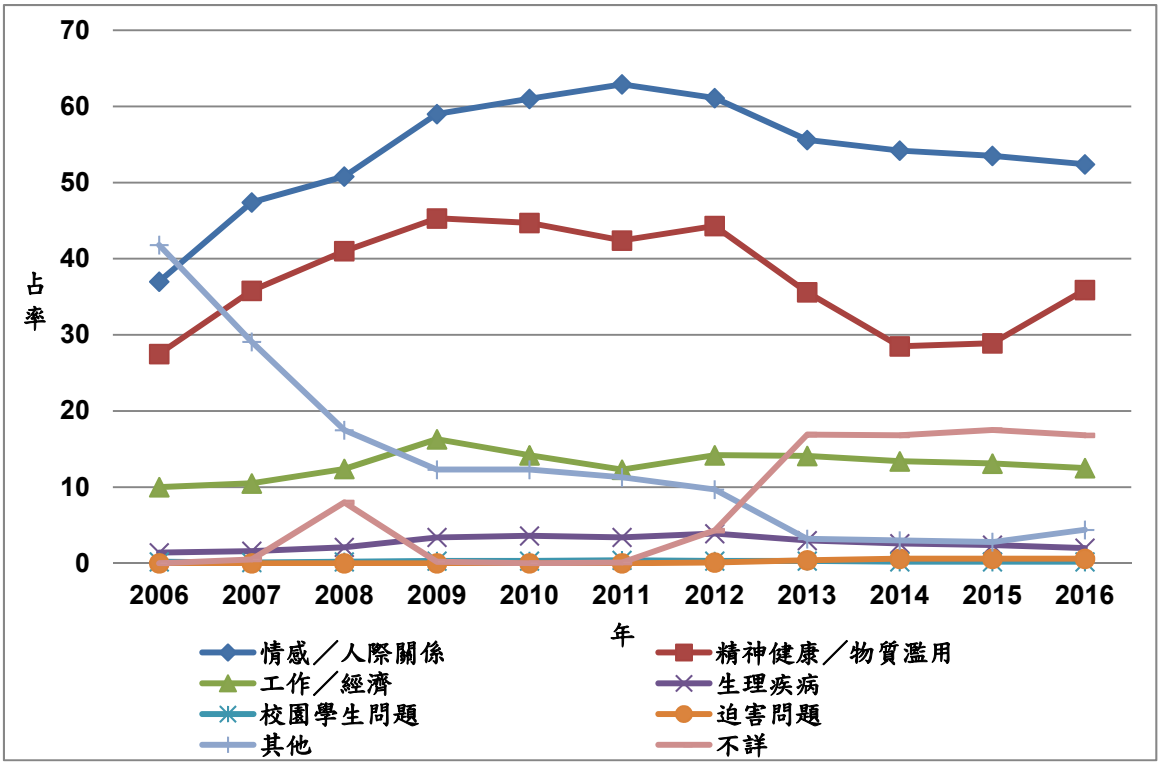


圖 2-1-15、2006-2016 年全國 25-44 歲自殺通報原因占率圖

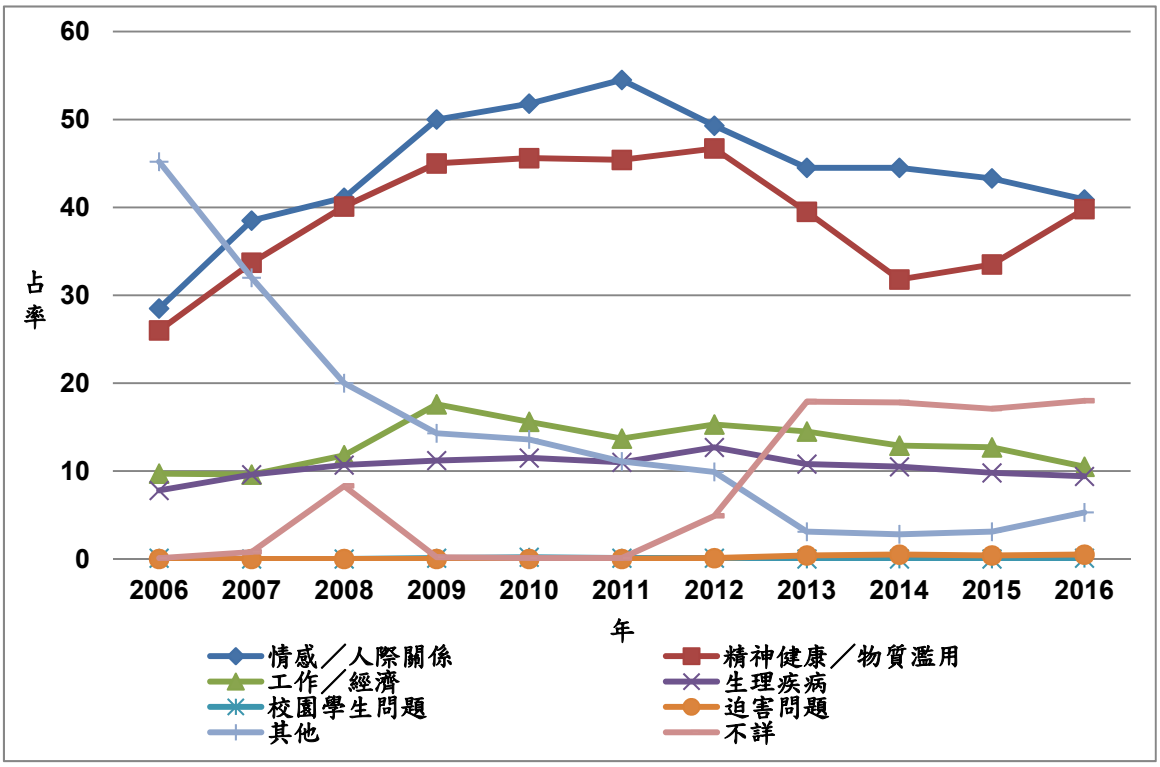


圖 2-1-16、2006-2016 年全國 45-64 歲自殺通報原因占率圖

2016 年「65 歲以上」通報個案自殺原因前三位依序為「生理疾病」(1,112 人次，占率 37.1%)、「精神健康／物質濫用」(955 人次，占率 31.9%)及「情感／人際關係」(786 人次，26.3%)，其中「生理疾病」較 2015 年(39.2%)下降 5.4%;「精神健康／物質濫用」較 2015 年(22.4%)上升 42.4%；「情感／人際關係」較 2015 年(28.2%)下降 6.7%。(如圖 2-1-17)

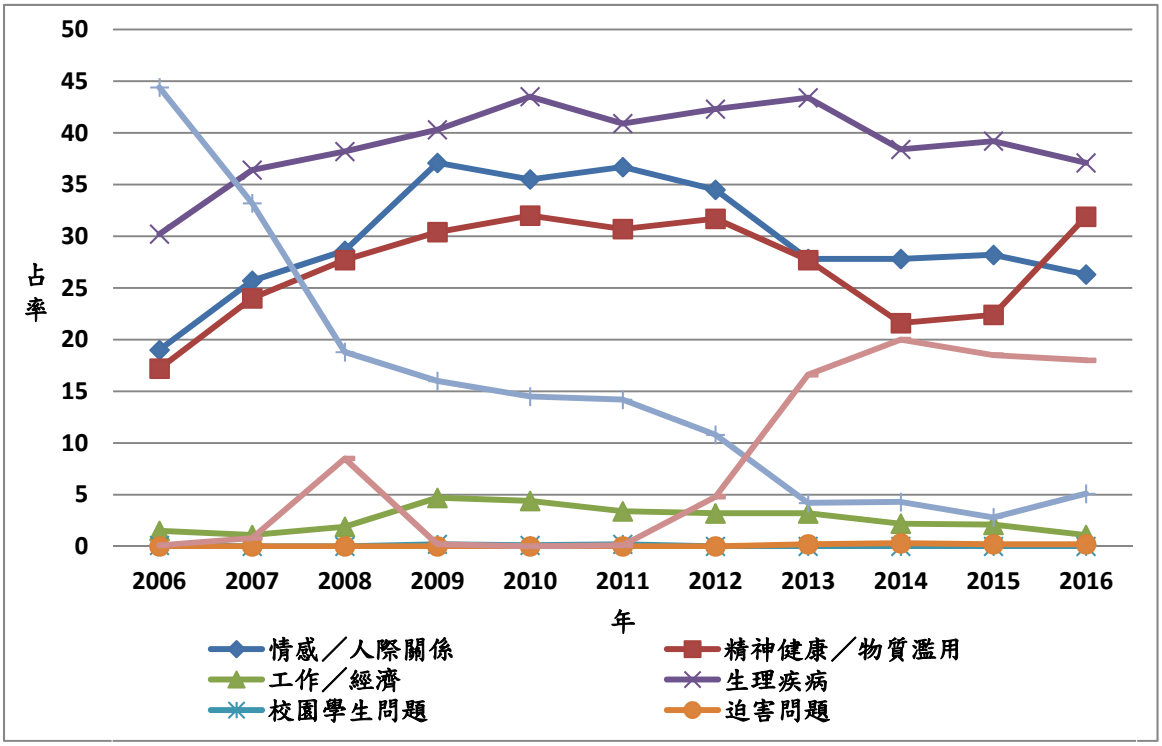


圖 2-1-17、2006-105 年全國 65 歲以上自殺通報原因占率圖

4. 實施結果總結

1)2015 年建議之重點縣市執行結果

2015 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、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. 2016 年通報比增加之縣市

a) 基隆市 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 24.7 人，2016 年降為 19.3 人(降幅 21.9%)；2015 年自殺通報比為 5.8(全國 7.7)，2016 年上升至 7.9(全國 7.2)，增幅 36.2%。
b) 彰化縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 17.8 人，2016 年降為 15.4 人(降幅 13.5%)；2015 年自殺通報比為 6.6，2016 年上升至 6.9(增幅 4.5%)。
c) 金門縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 15.4 人，2016 年降為 7.5 人(降幅 51.3%)；2015 年自殺通報比為 2.6，2016 年上升至 6.3(增幅 142.3%)。

b. 2016 年通報比下降之縣市

a) 臺北市 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 11.8 人，2016 年降為 11.4 人(降幅 3.4%)；2015 年自殺通報比為 5.1，2016 年下降至 4.9(降幅 3.9%)。
b) 苗栗縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 18.6 人，2016 年上升為 19.1 人(增幅 2.7%)；2015 年自殺通報比為 7.4，2016 年下降至 6.9(降幅 6.8%)。
c) 南投縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 21.7 人，2016 年上升為 25.6 人(增幅 18.0%)；2015 年自殺通報比為 6.6，2016 年下降至 5.3(降幅 19.7%)。
d) 嘉義縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 18.2 人，2016 年上升為 24.7 人(增幅 35.7%)；2015 年自殺通報比為 6.4，2016 年下降至 4.0(降幅 37.5%)。
e) 屏東縣 2015 年自殺粗死亡率每十萬人 16.9 人，2016 年上升為 23.3 人(增幅 37.9%)；2015 年自殺通報比為 6.0，2016 年下降至 4.9(降幅

18.3%)。

(2) 降低自殺通報中自殺原因不詳之占率

2015 年自殺通報中自殺原因不詳占率排名前 6 名縣市為彰化縣(2015 年占率 26.4%)、新北市(2015 年占率 22.0%)、新竹市(2015 年占率 19.5%)、臺中市(2015 年占率 19.3%)、苗栗縣(2015 年占率 18.6%)及桃園市(2015 年占率 17.7%)。以上縣市 2016 年度之占率有改善的為新北市(降至 20.1%、降幅 8.6%)、新竹市(降至 19.1%、降幅 2.1%)、臺中市(降至 16.3%、降幅 15.5%)及桃園市(降至 16.8%、降幅 5.1%)。

(3) 老人族群自殺防治工作

a. 南投縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 37 人、自殺粗死亡率每十萬人口 48.3 人，2016 年死亡人數降至 32 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 40.6 人。

b. 基隆市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 22 人、自殺粗死亡率每十萬人口 45.9 人，2016 年死亡人數降至 20 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 39.6 人。

c. 苗栗縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 35 人、自殺粗死亡率每十萬人口 43.9 人，2016 年死亡人數降至 26 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.8 人。

d. 彰化縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 71 人、自殺粗死亡率每十萬人口 41.0 人，2016 年死亡人數降至 48 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 26.8 人。

e. 嘉義縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 36 人、自殺粗死亡率每十萬人口 40.4 人，2016 年死亡人數升至 52 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 57.1 人。

f. 雲林縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 46 人、自殺粗死亡率每十萬人口 40.2 人，2016 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 39.3 人。

g. 臺南市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 91 人、自殺粗死亡率每十萬人口 37.6 人，2016 年死亡人數升至 99 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 39.1 人。

h. 桃園市 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 68 人、自殺粗死亡率每十萬人口 34.4 人，2016 年死亡人數降至 60 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 28.4 人。

i. 花蓮縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 15 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.6 人，2016 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.5 人。

j. 屏東縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 38 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.6 人，2016 年死亡人數升至 57 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 45.8 人。

k. 新竹縣 2015 年「65 歲以上」自殺死亡人數 19 人、自殺粗死亡率每十萬人口 31.1 人，2016 年死亡人數降至 17 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 27.0 人。

(4) 持續強化農藥自殺防治

a. 雲林縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 42.7%(61 人)，2016 年占率降至 36.1%(48 人)。

b. 花蓮縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 39.7%(27 人)，2016 年占率降至 25.0%(17 人)。

c. 屏東縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 37.8%(54 人)，2016 年占率降至 36.9%(72 人)。

d. 嘉義縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 36.8%(35 人)，2016 年占率升至 42.2%(54 人)。

e. 苗栗縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 35.2%(37 人)，2016 年占率降至 29.0%(31 人)。

f. 彰化縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.5%(77 人)，2016 年占率降至 27.3%(54 人)。

g. 南投縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.3%(37 人)，2016 年占率升至 33.8%(44 人)。

h. 臺東縣 2015 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 30.6%(11 人)，2016 年占率升至 32.6%(14 人)。

(5)「由高處跳下自殺及自傷」占率較高之縣市

a. 嘉義市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 22.0%(9 人)，2016 年占率降至 20.0%(8 人)。

b. 臺北市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 21.7%(69 人)，2016 年占率升至 22.1%(68 人)。

c. 新竹市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 18.5%(10 人)，2016 年占率降至 17.3%(9 人)。

d. 新北市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 17.7%(104 人)，2016 年占率降至 17.6%(108 人)。

e. 澎湖縣 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 16.7%(2 人)，2016 年占率升至 26.7%(4 人)。

f. 基隆市 2015 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 14.1%(13 人)，2016 年占率降至 9.7%(7 人)。

(6)「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率上升之縣市

a. 臺北市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.6%(5 人)，2016 年占率降至 0.3%(1 人)。

b. 新北市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.2%(7 人)，2016 年占率降至 0.3%(2 人)。

c. 臺南市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.3%(4 人)，2016 年占率降至 0%(0 人)。

d. 高雄市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.3%(6 人)，2016 年占率降至 0.4%(2 人)。

e. 基隆市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.1%(1 人)，2016 年占率升至 1.4%(1 人)。

f. 桃園市 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1.0%(3 人)，2016 年占率降至 0.3%(1 人)。

g. 彰化縣 2015 年「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占率 0.9%(2 人)，2016 年占率降至 0%(0 人)。

2)2016 年度自殺防治統計分析(總結)

(1) 自殺死亡個案分析(總結)

2016 年自殺死亡人數 3,765 人(男性 2,559 人、女性 1,206 人、性別比 2.12),自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人(男性每十萬人口 21.8 人、女性每十萬人口 10.2 人)。與 2015 年相比整體增加 90 人(粗死亡率上升 1.9%)，其中男性增加 133 人(粗死亡率上升 5.3%)、女性減少 43 人(粗死亡率下降 3.8%)。

各縣市 2016 年與 2015 年相比，自殺死亡人數增加的縣市為屏東縣(增加 52 人)、嘉義縣(增加 33 人)、新北市(增加 25 人)、臺中市(增加 22 人)、臺南市及南投縣(各增加 19 人)、臺東縣(增加 7 人)、高雄市(增加 6 人)、澎湖縣(增加 3 人)及苗栗縣(增加 2 人)。

標準化自殺死亡率 2016 年較 2015 年上升之縣市依序為屏東縣(每十萬人口 12.1 人上升至 16.8 人)、南投縣(15.4 人上升至 19.1 人)、嘉義縣(12.6 人上升至 16.2 人)、澎湖縣(8.4 人上升至 10.7 人)、臺東縣(12.5 人上升至 13.8 人)、苗栗縣(13.5 人上升至 14.7 人)、臺南市(12.2 人上升至 13.0 人) 、新北市(11.7 人上升至 12.2 人)、新竹市(10.1 人上升至 10.4 人)、高雄市(12.2 人上升至 12.4 人)及臺中市(11.6 人上升至 11.8 人)。

2014-2016 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 16.3 人)、南投縣(15.4 人)、嘉義縣(15.1 人)、宜蘭縣(14.8 人)、花蓮縣(14.8 人)、雲林縣(14.4 人)、屏東縣(13.9 人)。

(2) 自殺死亡個案年齡層分析(總結)

2016 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 2015 年相同。「15-24 歲」自殺死亡人數為 209 人、自殺粗死亡率每十萬人口 6.8 人，與 2015 年相比人數增加 26 人，粗死亡率上升 15.3%。「25-44 歲」自殺死亡人數為 1,173 人、自殺粗死亡率每十萬人口 16.1 人，與 2015 年相比人數增加 8 人，粗死亡率上升 1.3%。「45-64 歲」自殺死亡人數為 1,401 人、自殺粗死亡率每十萬人口 20.1 人，與 2015 年相比人數減少 23 人，粗死亡率下降 2.4%。「65 歲以上」自殺死亡人數為 976 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.3 人，與 2015 年相比人數增加 79 人，粗死亡率上升 3.5%。

a. 青少年族群「15-24 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明

顯的縣市為苗栗縣(由每十萬人口 1.3 人增為 8.0 人，增幅 515.4%)、新竹市(由每十萬人口 3.6 人增為 12.5 人，增幅 247.2%)、臺東縣(由每十萬人口 3.3 人增為 10.1 人，增幅 206.1%)、新竹縣(由每十萬人口 4.0 人增為 12.1 人，增幅 202.5%)、南投縣(由每十萬人口 5.6 人增為 11.5 人，增幅 105.4%)及屏東縣(由每十萬人口 4.3 人增為 8.0 人，增幅 86.0%)。相較於 2015 年青少年族群自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市及新竹縣(各增加 6 人)、新北市、苗栗縣及新竹市(各增加 5 人)、南投縣及屏東縣(各增加 4 人)。

b. 中年族群「45-64 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為嘉義縣(由每十萬人口 18.9 人增為 26.9 人，增幅 42.3%)、臺東縣(由 20.6 人增為 26.4 人，增幅 28.2%)、南投縣(由 27.8 人增為 34.8 人，增幅 25.2%)、屏東縣(由 23.5 人增為 28.5 人，增幅 21.3%)及嘉義市(由 18.1 人增為 21.8 人，增幅 20.4%)。相較於 2015 年人數增加較多縣市為嘉義縣、屏東縣(各增加 13 人)、南投縣(增加 11 人)、臺中市(增加 9 人)及臺東縣(增加 4 人)。

c. 壯年族群「25-44 歲」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加的縣市為澎湖縣(由每十萬人口 12.7 人增為 19.0 人，增幅 49.6%)、屏東縣(由每十萬人口 15.6 人增為 22.4 人，增幅 43.6%)、南投縣(由每十萬人口 17.7 人增為 25.0 人，增幅 41.2%)、嘉義縣(由每十萬人口 17.6 人增為 21.4 人，增幅 21.6%)、臺南市(由每十萬人口 14.8 人增為 17.0 人，增幅 14.9%)、新北市(由每十萬人口 14.6 人增為 16.5 人，增幅 13.0%)及苗栗縣(由每十萬人口 15.8 人增為 17.8 人，增幅 12.7%)。相較於 2015 年人數增加較多縣市為新北市(增加 22 人)、屏東縣(增加 16 人)、臺南市(增加 12 人)、南投縣(增加 10 人)及嘉義縣(增加 5 人)。

d. 老年族群「65 歲以上」2016 年自殺粗死亡率與 2015 年相比增加較明顯的縣市為金門縣(由每十萬人口 13.7 人增為 32.7 人，增幅 138.7%)、澎湖縣(由每十萬人口 20.1 人增為 45.6 人，增幅 126.9%)、臺東縣(由每十萬人口 22.0 人增為 43.0 人，增幅 95.5%)、屏東縣(由每十萬人口 31.6 人增為 45.8 人，增幅 44.9%)、嘉義縣(由每十萬人口 40.4 人增為 57.1 人，增幅 41.3%)、宜蘭縣(由每十萬人口 26.4 人增加為 36.1 人，增幅 36.7%)及臺中市(由每十萬人口 27.0 人增為 35.6 人，增幅 31.9%)。相較於 2015 年老年族群自殺死亡人數增加較多縣市分別為臺中市(增加 32 人)、屏東縣(增加 19 人)、臺北市(增加 17 人)、嘉義縣(增加 16 人)、新

北市(增加 13 人)、臺南市(增加 8 人)、宜蘭縣及臺東縣(各增加 7 人)。

(3) 自殺死因分析(總結)

a. 2016 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」(1,185 人，占率 31.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(120 人，占率 3.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(88 人，占率 2.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(15 人，占率 0.4%)。

b. 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」(834 人，32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(713 人，27.9%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(441 人，17.2%)；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」(351 人，29.1%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(262 人，21.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(205 人，17.0%)。

c. 全國 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為 18.7%，與 2015 年 (18.9%)相比降幅為 1.1%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹縣(增幅 39.9%)、臺中市(增幅 19.1%)、嘉義縣(增幅 14.7%)、新北市(增幅 13.0%)、高雄市(增幅 12.0%)、臺東縣(增幅 6.5%)、嘉義市(增幅 2.7%)及南投縣(增幅 1.5%)。

d. 全國 2016 年以「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為 24.2%，與 2015 年的 25.9%相比，降幅為 6.6%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為嘉義縣(增幅 48.6%)、嘉義市(增幅 37.0%)、澎湖縣(增幅 33.2%)、新竹縣(增幅 21.5%)、彰化縣(增幅 18.9%)、基隆市(增幅 17.3%)、臺東縣(增幅 7.7%)、南投縣(增幅 6.9%)及高雄市(增幅 1.9%)。

e. 全國 2016 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡之占率為 31.5%，與 2015 年的 30.8%相比，增幅為 2.3%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 66.5%)、苗栗縣(增幅 49.3%)、雲林縣(增幅 39.2%)、基隆市(增幅 23.4%)、桃園市(增幅 19.5%)、嘉義市(增幅 17.3%)、彰化縣(增幅 14.0%)、花蓮縣(增幅 7.9%)、高雄市(增幅 5.4%)、新北市(增幅 5.3%)及臺北市(增幅 2.4%)。

f. 全國 2016 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之占率為 2.3%，與 2015 年(2.2%)相比增幅為 4.5%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為臺南市(增幅 1000.0%)、屏東縣(增幅 271.4%)、嘉義市(增幅 108.3%)、宜蘭縣(增幅 100.0%)、臺東縣(增幅 67.9%)、雲林縣(增幅 64.3%)及嘉義縣(增幅 45.5%)。

g. 全國 2016 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之占率為 12.4%，與 2015 年(12.0%)相比增幅為 3.3%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為金門縣(增幅 300.0%)、宜蘭縣(增幅 134.4%)、澎湖縣(增幅 59.9%)、臺南市(增幅 29.9%)、臺中市(增幅 13.9%)、屏東縣(增幅 10.7%)、新竹縣(增幅 10.3%)、桃園市(增幅 4.7%)、高雄市(增幅 3.6%)、南投縣(增幅 2.2%)及臺北市(增幅 1.8%)。

h. 全國 2016 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之占率為 7.3%，與 2015 年(6.4%)相比增幅為 14.1%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為屏東縣(增幅 300.0%)、苗栗縣(增幅 124.1%)、新竹縣(增幅 122.2%)、臺北市(增幅 95.2%)、臺中市(增幅 94.4%)、花蓮縣(增幅 93.3%)、新竹市(增幅 37.5%)、桃園市(增幅 31.0%)、嘉義縣(增幅 23.8%)、臺南市(增幅 11.2%)及彰化縣(增幅 1.5%)。

i. 全國 2016 年以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」自殺死亡之占率為 0.4%，與 2015 年(0.8%)相比降幅為 50.0%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為基隆市(增幅 27.3%)；2015 年占率為 0 且 2016 年占率增加縣市為宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及花蓮縣。

j. 全國 2016 年以「其他及未明示之方式自殺及自傷」自殺死亡之占率為 3.2%，與 2015 年(3.0%)相比增幅為 6.7%。各縣市 2016 年占率與 2015 年相比，增幅大於 1%的為新竹市(增幅 100.0%)、屏東縣(增幅 95.2%)、新北市(增幅 85.7%)、臺中市(增幅 69.0%)、臺南市(增幅 55.2%)、雲林縣(增幅 51.4%)及彰化縣(增幅 13.6%)。

(4) 自殺通報個案自殺原因分析(總結)

2016 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」(47.0%)、「精神健康／物質濫用」(35.4%)及「工作／經濟」(9.9%)。

a. 「情感／人際關係」2016 年較 2015 年增幅明顯的縣市為花蓮縣(增幅 5.7%)、苗栗縣(增幅 2.3%)及嘉義市(增幅 0.2%)。

b.「精神健康／物質濫用」除嘉義縣及金門縣外，2016 年占率皆較 2015 年上升。

c.「工作／經濟」2016 年較 2015 年增幅明顯的縣市為金門縣(增幅 43.4%)、新竹市(增幅 12.8%)、臺北市(增幅 5.2%)及澎湖縣(增幅 4.3%)。

5. 資料提供分析報告

1)2017 年 6 月 5 日於衛生福利部召開「2017 年自殺防治策略討論會」，與會人員有衛生福利部心理及口腔健康司詹金月科長、張冠偉科員，全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、孔祥玲專員、范凱森專員。

會議討論內容如下：

(1) 巴拉刈相關

a. 巴拉刈自殺死亡 2016 年較 2015 年少 13 人，2016 年 194 人，2015 年 209 人，最近三年皆在 200 人上下。原先介入策略成效有限，農藥儲存管理不彰及農民對農藥毒性之認知不夠，仍是未來待努力之方向。

b. 巴拉刈對人體有立即性毒性及慢性毒性，研究指出長期接觸可能導致罹患巴金森氏症。農藥專家高度宣稱巴拉刈對環境無害，但完全忽略對人體的危害，最終應以人道關懷角度來看。

c. 目前農委會預計巴拉刈 2019 年正式禁用巴拉刈，應以不影響弱勢農民生計為前提，政府及專家應有對策，幫助弱勢農民面對禁用巴拉刈後之處境，例如比照香港元朗區跟屯門區針對燒炭防治之作法，請農委會每兩年免費提供替代的藥物，並大力推動巴拉刈之替代方案或補助方案。氯酸鈉相較巴拉刈為較安全之替代藥品，缺點為造成土壤鹼化。

d. 高雄美濃農會建立完善產銷制度，且保證收購以促進農民配合禁用低價巴拉刈之意願。

(2) 2016 年自殺死亡及中低收入相關

a. 2016 年自殺死亡個案中，生前曾通報比例僅 13.7%，顯示自殺防治通報工作仍有改善空間。

b. 以自殺死亡率及自殺死亡增加人數選定新北市、臺南市、南投縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣為 2017 年高風險訪查之縣市。

c. 自殺死亡中低收入戶比例提高，2016 年較 2015 年自殺死亡人數增加 90 人，其中 68 位屬於中低收入戶，低收入戶由 2015 年 80 人升至 2016 年 116 人，中低收入戶由 2015 年 62 人升至 2016 年 94 人，以各縣市而言，低收入及中低收入戶自殺死亡人數最多為屏東縣。

d. 美國近年來整體自殺死亡率均上升，1999 年至 2014 年增加 42%，尤其中年女性增加 62%。

(3) 關懷訪視員相關

a. 請衛生福利部心口司提供關訪員聯絡名單，以利後續訪視抽查等作業，藉以改善關懷訪視成效。

b. 目前關懷訪視類型以電訪為主，為了改善訪視品質，針對關懷訪視後續追蹤流程需修正，以提升面訪比例方式提升訪視品質。

c. 各縣市自殺關懷流程不相同，為精進自殺關懷訪視，需要掌握各縣市有涉及自殺關懷訪視之公衛護理師名單。

2) 依據衛生福利部統計處 2017 年 3 月 31 日所提供之自殺死亡數據表格內容解讀，並於 2016 年度十大死因記者會提供衛生福利部「2016 年與 2015 年自殺死亡比較分析報告」。

6. 策略及建議

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制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 1 問 2 應 3 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。

全國自殺防治中心今年度製作「全國與 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議」，提供衛生福利部與各縣市衛生局參考運用。並於每月自殺防治通報關懷月報表中根據數據變化編寫滾動式修正策略。

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，就通報現狀分析，通報單

位以醫療院所為最大宗，可加強自殺防治通報宣導。當自殺事件發生時，第一線通常是警察及消防人員，但是警消通報占率就 2016 年分析僅占全體通報 7%，警消單位在第一線處理自殺事件時若能積極通報可提升通報比。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，需建立起 SOP 流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。關懷訪視員須落實 1 問 2 應 3 轉介，其中最重要的動作是轉介，目的在於轉介個案到精神醫療院所。因此訪員必須進行資源盤點，掌握轄區內的心理衛生資源、精神科醫師名單及其他相關資源，以建立起自己的口袋名單。進而降低再自殺之比例，甚至再自殺死亡之風險。

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」占率於 2015 年為 17.1%，2016 年上升至 18.1%，顯示各單位之通報人員訓練仍需加強，以期通報資料完善並具分析價值，有利於後續關懷訪視流程。其中 2016 年與 2015 年相比增幅最高的五個縣市分別為澎湖縣(2016 年占率 23.2%、增幅 146.8%)、基隆市(2016 年占率 24.0%、增幅 70.2%)、嘉義縣(2016 年占率 20.4%、增幅 45.7%)、新竹縣(2016 年占率 21.7%、增幅 36.5%)及南投縣(2016 年占率 16.7%、增幅 28.5%)，建議加強通報人員之教育訓練。

3) 2016 年男性自殺粗死亡率每十萬人口 21.8 人較 2015 年(20.7 人)上升 5.3%，而死亡人數較 2015 年上升 133 人。自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升，女性則無明顯趨勢變化，整體來說男性自殺粗死亡率為女性之 2 倍。在傳統社會印象中男性常被要求堅強或不能掉淚，因此男性較難開口尋求協助，但是男性自殺防治也是同等重要。在男性自殺防治上需要注意男性自殺粗死亡率較高，原因可能是男性常使用致命性較高的自殺方式，需要減少高致命性自殺工具的可得性。

4) 2016 年青少年族群(15-24 歲)自殺死亡人數為 209 人，較 2015 年(183 人)增加 26 人；粗死亡率為每十萬人口 6.8 人，與 2015 年(5.9 人)相比增幅為 15.3%。此族群主要人口為學生，故將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程中，教導青少年珍愛生命與心理健康促進的理念，教育青少年自我保護與疾病預防的概念。學校教師與輔導老師等，應注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。必要時予以轉介醫療評估及處置。

5) 2016 年中壯年(45-64 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 20.1 人，較 2015 年下降 2.4%，人數較 2015 年減少 23 人。此族群為主要就業人口，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。

6)2016 年老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，較 2015 年上升 3.5%。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，透過政策工具提供老人可近性(accessible)、接受度(acceptable)與可負擔(affordable)的心理衛生與精神醫療服務，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。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。另外以農藥或巴拉刈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。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「1 問 2 應 3 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，在一般醫療情境中提升憂鬱疾

患、焦慮疾患以及物質使用問題之篩檢與轉介治療。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

7) 2016 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡(703 人，18.7%)之占率較 2015 年(9 人)增加 1.3%。農委會預計巴拉刈 2019 年正式禁用巴拉刈，但各界仍有不同意見，是否能於 2019 年實行巴拉刈禁用政策仍不確定，於正式禁用巴拉刈前須持續強化巴拉刈防治政策。有關農藥相關自殺防治策略，請參照今年上半年中心提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

8) 以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡(467 人，12.4%)之占率較 2015 年(12.0%)增加 3.3%。有關高處跳下之相關自殺防治策略，請參照今年上半年中心提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

9) 雖然自殺占全國死因排名由 2015 年第 11 名降至 2016 年第 12 名，但 2016 年全國自殺粗死亡率仍較 2015 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。

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 2016 年與 2015 年自殺死亡比較分析報告

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

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

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

2. 業務或方案的目的與目標

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，並擬訂因應策略，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) 2016 年自殺死亡檔
   (2) 2006 年至 2016 年自殺企圖通報檔
2) 資料分析
   (1) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算自殺企圖通報個案再自殺死亡率，並將自殺企圖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企圖通報檔，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) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算各年齡層自殺企圖通報個案再自殺死亡率。並以自殺死亡檔串聯自殺企圖通報檔，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. 申購 2016 年死因統計檔

1)6 月 19 日衛生福利統計處召開記者會公布 2016 年國人十大死因。

2)8 月 2 日向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」申請 2016 年死因統計檔。

3)8 月 3 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信確認申請費用及欄位。

4)8 月 18 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」通知變更案資料檔準備完成。

2. 資料分析及討論：3 月至 9 月

1)3 月 6 日召開第一次研究會議討論研究方向及分析內容。

2)3 月 13 日召開全國自殺防治中心第二次研究會議針對死因統計檔及全民健保檔串連、分析內容做初步討論。

3)3 月 20 日召開全國自殺防治中心第三次研究會議針對分析程式碼做討論。

4)4 月 10 日召開全國自殺防治中心第四研究會議針對資料庫串聯程式碼做修正及討論。

5)5 月 1 日召開全國自殺防治中心第五次研究會議針對分析內容程式碼做修正及討論。

6)8 月 30 日進入衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行資料分析，並於 9 月 1 日取得分析結果。

7)9 月 15 日將分析結果寄給中心長官以尋求中心長官之建議。

四、 成果 (Product)

2016 年自殺企圖通報個案計 25,133 人，扣除通報企圖日於死亡日之前之個案 100 人(通報之企圖日有誤抑或是死亡後才進行通報)，一共 25,033 人，其中 6.8%為首次通報時即死亡個案，1.0%為再自殺死亡個案，92.2%無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 11.8%)及再自殺死亡的比例(占率 1.4%)均高於女性(占率 3.7%及占率 0.7%)(詳如表 2-2-1)。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡層越高之人口群，首次通報即死亡及再自殺死亡率也越高，「65 歲以上」自殺企圖者首次通報即死亡占其

年齡層首次通報人口的 17.1%，再自殺死亡率 2.0%。

以通報中的死亡個案之自殺死亡方法別進行分析，發現使用「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」之個案，首次通報即死亡所占的比例最高，占使用此方法之死亡總人數的 100.0%，其次為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」占 89.4%；再自殺死亡所占比例相對較高方法為使用「其他及未明示之方式自殺及自傷」(占率 18.9%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 18.3)、「以固體或液體之自殺及自為中毒」(占率 13.7%)及「切穿工具自殺及自傷」(占率 13.0%)。若由自殺通報中的方法別進行分析，在各種方法中使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 48.2%)與「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 47.1%)者有接近半數的個案第一次通報即死亡；對再自殺死亡的個案而言，通報自殺方式以「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(占率 2.0%)及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 1.8%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 1.7%)之比例相對較高。

分析自殺原因，因「生理疾病」(占率 16.9%)、「不詳」(占率 16.5%)以及「工作/經濟」(占率 6.0%)自殺者，其首次通報即死亡的比例較高；通報後再自殺死亡比例相對較高的自殺原因為「生理疾病」(占率 2.0%)、「不詳」(占率 1.2%)、「工作/經濟」(占率 1.1%)及「精神健康/物質濫用」(占率 1.1%)。

居住地方面，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為南投縣(占率 13.6%)、宜蘭縣(占率 11.2%)及彰化縣(占率 10.3%)；而屏東縣(占率 1.7%)、嘉義市(占率 1.6%)、雲林縣(占率 1.4%)、澎湖縣(占率 1.4%)、基隆市 (占率 1.3%)及臺南市(1.3%)為通報後再自殺死亡的比例相對較高的縣市。(如表 1)。

特殊身分註記方面，首次通報即死亡比例相對較高的身分為嚴重病人(占率 6.3%)及精神列管(占率 5.3%)，通報後再自殺死亡比例相對較高的身分為家暴高危加害人(占率 1.5%)、嚴重病人(占率 1.4%)、兒少加害人(占率 1.2%)及精神列管(占率 1.1%)。

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		總和
	n	%	n	%	n	%	n
性別							
男性	1134	11.8	8313	86.7	138	1.4	9585
女性	578	3.7	14764	95.6	106	0.7	15448
總和	1712	6.8	23077	92.2	244	1.0	25033
年齡							
0-24 歲	119	2.9	3929	96.6	18	0.4	4066
25-44 歲	490	4.3	10764	94.9	89	0.8	11343
45-64 歲	620	9.1	6097	89.7	80	1.2	6797
65 歲以上	483	17.1	2280	80.9	57	2.0	2820
不詳	0	0	7	100	0	0	7
死亡者自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	416	86.3			66	13.7	482
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	372	89.4			44	10.6	416
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	498	88.6			64	11.4	562
溺水(淹死)自殺及自傷	98	81.7			22	18.3	120
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	6	100.0			0	0.0	6
切穿工具自殺及自傷	40	87.0			6	13.0	46
由高處跳下自殺及自傷	239	88.2			32	11.8	271
其他及未明示之方式自殺及自傷	43	81.1			10	18.9	53
自殺通報方法別							
以固體或液體自殺及自為中毒	459	3.5	12401	95.4	135	1.0	12995
以家用瓦斯自殺及自為中毒	5	2.9	163	95.3	3	1.8	171
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	370	22.1	1269	75.9	34	2.0	1673
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	480	48.2	502	50.4	14	1.4	996
溺水(淹死)自殺及自傷	93	15.4	500	82.9	10	1.7	603
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	8	47.1	9	52.9	0	0.0	17
切穿工具自殺及自傷	54	0.8	6785	98.5	49	0.7	6888
由高處跳下自殺及自傷	230	16.2	1178	83.1	9	0.6	1417
其他及未明示之方式自殺及自傷	65	2.9	2139	96.1	21	0.9	2225

註、自殺通報方法別為複選

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		**總和**
	n	%	n	%	n	%	n
自殺原因							
工作／經濟	150	6.0	2312	92.9	27	1.1	2489
不詳	719	16.5	3577	82.2	54	1.2	4350
生理疾病	336	16.9	1608	81.1	39	2.0	1983
其他	50	3.9	1230	95.1	13	1.0	1293
迫害問題	1	0.6	153	99.4	0	0.0	154
校園學生問題	5	1.3	394	98.5	1	0.3	400
情感／人際關係	238	2.0	11550	97.4	75	0.6	11863
精神健康／物質濫用	451	5.4	7753	93.5	91	1.1	8295
居住地							
臺北市	41	3.0	1327	95.9	16	1.2	1384
新北市	392	7.8	4616	91.3	48	0.9	5056
基隆市	20	3.8	503	94.9	7	1.3	530
宜蘭縣	71	11.2	561	88.5	2	0.3	634
桃園市	221	8.2	2443	91.2	16	0.6	2680
新竹市	11	2.6	417	96.8	3	0.7	431
新竹縣	30	5.3	534	93.5	7	1.2	571
苗栗縣	48	6.8	655	92.8	3	0.4	706
臺中市	125	4.6	2576	94.4	29	1.1	2730
彰化縣	131	10.3	1122	88.6	13	1.0	1266
南投縣	91	13.6	573	85.4	7	1.0	671
雲林縣	70	8.1	786	90.6	12	1.4	868
嘉義市	12	3.9	294	94.5	5	1.6	311
嘉義縣	43	8.7	447	90.1	6	1.2	496
臺南市	139	7.1	1801	91.7	25	1.3	1965
高雄市	132	4.5	2755	94.7	23	0.8	2910
屏東縣	86	9.9	770	88.4	15	1.7	871
臺東縣	21	6.8	288	92.6	2	0.6	311
花蓮縣	21	4.2	481	95.1	4	0.8	506
澎湖縣	4	5.4	69	93.2	1	1.4	74
金門縣	3	5.3	54	94.7	0	0.0	57
連江縣	0	0	5	100.0	0	0.0	5

註、自殺原因為複選

表 2-2-1、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		
	死亡日於指標通報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		總和
	N	%	n	%	n	%	**N**
過去精神病史							
有	317	4.3	6931	94.8	67	0.9	7315
無	513	5.2	9250	93.8	97	1.0	9860
不詳	882	11.2	6896	87.8	80	1.0	7858
特殊身分註記							
精神列管							
是	165	5.3	2942	93.7	34	1.1	3141
否	1547	7.1	20135	92.0	210	1.0	21892
嚴重病人							
是	13	6.3	191	92.3	3	1.4	207
否	1699	6.8	22886	92.2	241	1.0	24826
家暴高危加害人							
是	3	2.3	126	96.2	2	1.5	131
否	1709	6.9	22951	92.2	242	1.0	24902
家暴高危被害人							
是	0	0.0	193	99.0	2	1.0	195
否	1712	6.9	22884	92.1	242	1.0	24838
家暴加害人							
是	37	3.5	1021	95.8	8	0.8	1066
否	1675	7.0	22056	92.0	236	1.0	23967
家暴被害人							
是	28	2.0	1354	97.5	7	0.5	1389
否	1684	7.1	21723	91.9	237	1.0	23644
兒少加害人							
是	11	1.9	552	96.8	7	1.2	570
否	1701	7.0	22525	92.1	237	1.0	24463
兒少被害人							
是	13	1.9	658	97.2	6	0.9	677
否	1699	7.0	22419	92.0	238	1.0	24356
性侵加害人							
是	2	3.4	56	96.6	0	0.0	58
否	1710	6.8	23021	92.2	244	1.0	24975

2016 年自殺死亡個案 3,765 人，其中 25.2%個案於自殺死亡前曾經被通報過(如表 2-2-2)，35.9%的個案為自殺死亡後才被通報，另有 38.3%的個案沒有通報紀錄。以性別分析，男性自殺身亡前有通報的比例為 21.3%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 33.7%來的低。若依照不同的年齡層進行分析，發現各年齡層皆有近 20%以上的自殺身亡個案生前曾被通報過，其中以「25-44 歲」自殺身亡前曾被通報的比例最高，占率為 29.7%；「0-24 歲以上」次之，占率為 26.5%。

就自殺方法別而言，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(41.3%)、「溺水(淹水)之自殺及自傷」(26.9%)及「由高處跳下自殺及自傷」(25.3%)的自殺身亡者在生前曾被通報的比例相對較高。

若依戶籍地進行分析，發現除臺北市(18.2%)、澎湖縣(13.3%)外，其餘縣市的自殺身亡者在生前有被通報的比例均有二成以上，其中又以雲林縣(36.1%)、屏東縣(31.8%)、金門縣(30.0%)及花蓮縣(29.4%)自殺身亡者生前曾被通報的比例相對較高。

表 2-2-2、2016 年自殺死亡個案生前通報情形

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日＞指標通報日		死亡日≦指標通報日		無通報紀錄		
	n	%	n	%	n	%	**N**
性別							
男性	544	21.3	938	36.7	1077	42.1	2559
女性	406	33.7	415	34.4	385	31.9	1206
總和	950	25.2	1353	35.9	1462	38.8	3765
年齡層							
0-24 歲	57	26.5	97	45.1	61	28.4	215
25-44 歲	348	29.7	374	31.9	451	38.4	1173
45-64 歲	335	23.9	488	34.8	578	41.3	1401
65 歲以上	210	21.5	394	40.4	372	38.1	976
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	290	41.3	250	35.6	163	23.2	703
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	190	20.8	318	34.9	404	44.3	912
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	233	19.7	444	37.5	508	42.9	1185
溺水（淹死）自殺及自傷	74	26.9	77	28.0	124	45.1	275
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	6.7	6	40.0	8	53.3	15
切穿工具自殺及自傷	17	19.3	35	39.8	36	40.9	88
由高處跳下自殺及自傷	118	25.3	187	40.0	162	34.7	467
其他及未明示之方式自殺及自傷	27	22.5	36	30.0	57	47.5	120

表 2-2-2、2016 年自殺死亡個案生前通報情形(續)

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日＞指標通報日		死亡日≦指標通報日		無通報紀錄		
	N	%	n	%	n	%	**N**
戶籍地							
臺北市	56	18.2	68	22.1	184	59.7	308
新北市	162	26.4	271	44.1	181	29.5	614
基隆市	16	22.2	21	29.2	35	48.6	72
宜蘭縣	21	22.6	58	62.4	14	15.1	93
桃園市	70	23.1	186	61.4	47	15.5	303
新竹市	12	23.1	11	21.2	29	55.8	52
新竹縣	18	26.9	26	38.8	23	34.3	67
苗栗縣	29	27.1	46	43.0	32	29.9	107
臺中市	92	22.7	99	24.4	214	52.8	405
彰化縣	55	27.8	96	48.5	47	23.7	198
南投縣	36	27.7	73	56.2	21	16.2	130
雲林縣	48	36.1	55	41.4	30	22.6	133
嘉義市	11	27.5	7	17.5	22	55.0	40
嘉義縣	28	21.9	35	27.3	65	50.8	128
臺南市	77	23.2	123	37.0	132	39.8	332
高雄市	121	26.8	88	19.5	243	53.8	452
屏東縣	62	31.8	51	26.2	82	42.1	195
臺東縣	11	25.6	13	30.2	19	44.2	43
花蓮縣	20	29.4	17	25.0	31	45.6	68
澎湖縣	2	13.3	4	26.7	9	60.0	15
金門縣	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0

2016 年自殺企圖通報個案計 25,133 人，年齡不詳的共有 7 人，故將這 7 人視為遺漏值；除此之外，企圖日期於死亡日期之前，共有 100 人，亦不納入分析，扣除年齡不詳的個案及通報資料錯誤後，實際分析人數一共 25,026 人(如表 2-2-3)。

就 24 歲以下的年齡層而言，2016 年自殺企圖通報的個案共 4,066 人，有 2.9%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日的有 2.7%，另有 0.2%的人死亡於指標通報日後一至七天內；0.4%為再自殺死亡個案，96.6%無死亡紀錄。年齡層 25-44 歲，自殺企圖通報的個案共 11,343 人，有 4.3%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 3.6%，另有 0.7%的人死亡於指標通報日後一至七天內;0.8%為再自殺死亡個案，94.9%無死亡紀錄。年齡層 45-64 歲，自殺企圖通報的個案共 6,797 人，有 9.1%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 7.3%，另有 1.9%的人死亡於指標通報日後一至七天內;1.2%為再自殺死亡個案，89.7%無死亡紀錄。就 65 歲以上的年齡層而言，自殺企圖通報的個案一共 2,820 人，有 17.1%為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 12.8%，另有 4.4%的人死亡於指標通報日後一至七天內；2.0%為再自殺死亡個案，80.9%無死亡紀錄。

表 2-2-3、2016 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日		首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 日內		再自殺死亡個案		無死亡紀錄		總計
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
24 歲以下	110	2.7	9	0.2	18	0.4	3929	96.6	4066
25-44 歲	407	3.6	83	0.7	89	0.8	10764	94.9	11343
45-64 歲	494	7.3	126	1.9	80	1.2	6097	89.7	6797
65 歲以上	360	12.8	123	4.4	57	2.0	2280	80.9	2820
總計	1371	5.5	341	1.4	244	1.0	23070	92.2	25026

1) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(表 2-2-4)

針對「各年齡層首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日」的個案進行分析。就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日之個案，占所有男性該年齡層通報總人數的 5.1%，相對於女性的 1.3%來得高；年齡層 25-44 歲一樣以男性所占的比例較高，占所有男性通報總人數的 7.0%，女性所有女性該年齡層通報總人數的 1.7%；45-64 歲、65 歲以上則同樣以男性所占比例較高，分別占男性通報總人數中的 12.6%以及 16.6%。總體而言，各年齡層分析之結果均顯示男性在首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的比例較女性來的高。

若以居住地進行分析，看首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案。24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 24 歲以下通報總人數比例相對較高的縣市分別為宜蘭縣(占率 6.4%)及新竹縣(占率 4.7%)、南投縣(占率 4.3%)、雲林縣(占率 4.3%)、屏東縣(占率 4.3%)。25-44 歲首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，在 25-44 歲該縣市所屬縣市通報總人數占率相對較高的分別為南投縣(占率 6.2%)、宜蘭縣(占率 6.1%)、桃園市(占率 5.6%)以及彰化縣(占率 5.4%)。45-64 歲占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的縣市分別為南投縣(占率 17.6%)、彰化縣(占率 11.7%)、宜蘭縣(占率 11.0%)、桃園市(占率 10.1%)以及苗栗縣(占率 9.5%)。65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的個案，占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的分別為金門縣(占率 66.7%)、澎湖縣(占率 28.6%)以及宜蘭縣(占率 20.7%)。綜合各年齡層之分析結果發現宜蘭縣、南投縣以及彰化縣首次通報即死亡並且死亡於指標通報日在各年齡層的個案，占各年齡層通報總人數相對都較高。各縣市首次通報即死亡並且死亡於指標通報日的個案，占各縣市通報總人數比例隨年齡層增加而升高。

分析各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺原因，24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 24 歲以下因該種自殺原因自殺比例相對較高的為「不詳」(占率 10.5%)、「其他」(占率 2.1%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 1.9%)；就 25-44 歲這個年齡層來看，在此年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳」(占率 10.0%%)、「生理疾病」(占率 5.9%)、「校園學生問題」(占率 4.3%)以及「工作/經濟」(占率 4.0%)；45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日者，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高的為「不詳」(19.2%)、

「生理疾病」(14.6%)；就年齡層 65 歲以上而言，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳」、「生理疾病」及「工作/經濟」，分別占 25.0%、14.6%及 12.5%。總體而言，在各種自殺原因中，除了「不詳」外，24 歲以下因「精神健康/物質濫用」自殺之自殺者在首次通報即死亡並於指標通報日並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；25-44 歲因「校園學生問題」自殺之自殺者在首次通報即死亡並於指標通報日並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；因「生理疾病」自殺之自殺者在 45 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占 24 歲以下使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息」(占率 24.3%)、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 20.0%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 17.9%)；25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 25-44 歲使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 60.0%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 35.7%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 18.1%)；在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占 45-64 歲使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 50.0%)、「槍砲爆炸物自殺及自傷」(占率 33.0%)以及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 26.0%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 65 歲以上使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 52.3)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 30.3)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 26.0)。綜括各年齡層之結果來看，在各種自殺方法中，各年齡層使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺之自殺者在各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率都相對較高；24 歲以下相較其他年齡層，使用「以家用瓦斯自殺及自為中毒」自殺之自殺者 24 歲以下首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；25-44 歲及 45-64 歲相較其他年齡層，使用「槍砲爆炸物自殺及自傷」自殺之自殺者 25-44 歲及 45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；65 歲以上相較其他年齡層，使用「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺之自殺者在 65 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相

對較高。

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
性別										
男性	75	5.1	283	7.0	342	12.6	230	16.6	930	9.7
女性	35	1.3	124	1.7	152	3.7	130	9.1	441	2.9
總和	110	2.7	407	3.6	494	7.3	360	12.8	1371	5.5
居住地										
臺北市	2	0.9	5	0.9	14	3.7	17	8.3	38	2.7
新北市	30	3.5	122	5.2	130	9.3	72	15.1	354	7.0
基隆市	1	1.4	4	1.7	6	3.6	6	11.1	17	3.2
宜蘭縣	5	6.4	15	6.1	24	11.0	19	20.7	63	9.9
桃園市	13	2.8	71	5.6	72	10.1	36	15.1	192	7.2
新竹市	2	2.3	2	0.9	2	2.2	2	5.0	8	1.9
新竹縣	5	4.7	5	1.8	10	7.4	6	12.0	26	4.6
苗栗縣	2	2.0	13	3.7	15	9.5	6	6.1	36	5.1
臺中市	9	2.2	29	2.2	22	3.0	27	9.3	87	3.2
彰化縣	5	3.2	32	5.4	39	11.7	29	16.2	105	8.3
南投縣	4	4.3	17	6.2	33	17.6	19	16.1	73	10.9
雲林縣	5	4.3	12	3.0	11	4.9	19	14.6	47	5.4
嘉義市	1	1.8	2	1.4	3	3.8	3	8.8	9	2.9
嘉義縣	0	0.0	7	3.7	9	7.1	12	10.9	28	5.6
臺南市	7	2.1	32	3.7	38	7.2	36	14.8	113	5.8
高雄市	12	2.3	26	2.0	33	4.1	22	8.6	93	3.2
屏東縣	6	4.3	8	2.2	19	7.7	17	14.7	50	5.7
臺東縣	0	0	1	0.8	7	6.4	5	15.6	13	4.2
花蓮縣	1	1.0	3	1.3	5	3.7	3	6.3	12	2.4
澎湖縣	0	0.0	1	3.3	1	4.0	2	28.6	4	5.4
金門縣	0	0.0	0	0.0	1	8.3	2	66.7	3	5.3
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	5	1.7	57	4.0	41	5.6	4	12.5	107	4.3
不詳	68	10.5	195	10.0	239	19.2	128	25.0	630	14.5
生理疾病	0	0.0	14	5.9	87	13.2	155	14.6	256	12.9
其他	6	2.1	13	2.6	11	3.1	6	4.3	36	2.8
迫害問題	0	0.0	0	0.0	1	2.8	0	0.0	1	0.6
校園學生問題	3	0.8	1	4.3	0	0.0	0	0.0	4	1.0
情感／人際關係	21	0.9	70	1.2	46	1.6	36	4.9	173	1.5
精神健康／物質濫用	20	1.9	108	2.9	139	5.4	74	8.4	341	4.1
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	5	0.3	30	0.5	90	2.2	109	6.1	234	1.8
以家用瓦斯自殺及自為中毒	2	20.0	1	1.3	1	1.5	1	5.9	5	2.9
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	37	17.9	164	18.1	127	26.0	19	26.0	347	20.7
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	26	24.3	102	35.7	158	50.0	150	52.3	436	43.8
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2.5	16	6.8	30	15.7	30	30.3	78	12.9
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	6	60.0	2	33.3	0	0.0	8	47.1
切穿工具自殺及自傷	3	0.8	12	1.9	17	5.7	9	8.0	41	0.6
由高處跳下自殺及自傷	37	2.2	80	2.3	58	4.4	36	10.7	211	14.9
其他及未明示之方式自殺及自傷	4	0.9	12	1.3	24	4.1	9	3.7	49	2.2

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

1) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內(表 2-2-5)

就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內，占所有 24 歲以下男性通報總人數的 0.3%，相對於女性的 0.2%來得高；在 25-44 歲同樣以男性所占的比例較高，占該男性年齡層所有通報的 1.2%，而女性則為 0.5%；45-64 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 天內之人數，占所有 45-64 歲以下男性通報總人數的 2.8%，相對於女性的 1.2%來得高；年齡層 65 歲以上也都是男性所占比例較高，占該年齡層男性所有通報總人數中的 5.4%。值得注意的是 65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天之女性，其占所有 65 歲以上女性通報總人數的 3.3%，相較於其他年齡層之占率，老年女性在這一塊的占率高出許多。

若以居住地來看，24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日 1-7 天內，該年齡層中占該縣市 24 歲以下所有通報人數相對比例較高的縣市為南投縣(占率 1.1%)、彰化縣(占率 0.6%)以及台南市(占率 0.6)；而在 25-44 歲中，占該縣市 25-44 所有通報人數相對比例較高的縣市則是屏東縣(占率 2.7%)、南投縣(占率 1.8%)、彰化縣(占率 1.2%)以及宜蘭縣(占率 1.2%)；在 45-64 歲中，占該縣市通報人數相對比例較高的縣市則是屏東縣(占率 4.9%)、苗栗縣(占率 3.7%)、臺東縣(占率 3.7%)以及花蓮縣(占率 3.7%)；65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日 1-7 天內，則以屏東縣(占率 12.1%)、雲林縣(占率 10.0%)、臺東縣(占率 9.4%)以及嘉義縣(占率 9.1%)，占該縣市 65 歲以上通報人數比例相對較高。總體而言，各年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，在屏東縣、臺東縣、南投縣、花蓮縣占率相對較高；以各縣市而言，各年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案占各年齡層通報總人數比例，隨年齡增加而升高。

分析各年齡層首次通報即死亡，並且死亡於指標通報日後 1-7 天內之死亡者的自殺原因，在 24 歲以下因該種自殺原因自殺的通報人數中，占率相對較高為「不詳」(占率 0.5%)以及「工作/經濟」(占率 0.3%)；在 25-44 歲因該種自殺原因被通報的總人數中，占率相對較高的自殺原因為「生理疾病」(占率 2.5%)、「工作/經濟」(占率 1.4%)；在 45-64 歲，因該種自殺原因被通報的總人數中，占率相對較高的為「生理疾病」占率(3.3%)、「工作/經濟」(占率 3.0%)；65 歲以上則以「不詳」(占率 6.4%)、「生理疾病」(占率 4.9%)以及「其他」(占率 4.3%)，在該種自殺原因自殺的通報人數比

例較高。總體而言，在各種自殺原因中，因「生理疾病」及「工作/經濟」自殺之自殺者在 25-44 歲、45-64 歲以上首次通報即死亡並於死亡於指標通報日後 1-7 天內之死亡者占率相對較高；24 歲以下除不詳，則為「工作/經濟」占該種自殺原因的通報人數比例相對較高，65 歲以上除「不詳」外，則為「生理疾病」占該種自殺原因的通報人數比例相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 0.9%)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率為 0.5%)；25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 2.8%)以及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 2.6%)；在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 6.0%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 4.2%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，其占所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 5.6%)。總體而言，各年齡層在首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天內者，其自殺方法占率相對較高的均為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」，25-44 歲及 45-64 歲相較其他年齡層，「溺水(淹死)自殺及自傷」為除「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」之外，相對較高的自殺方法。

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	5	0.3	48	1.2	76	2.8	75	5.4	204	2.1
女性	4	0.2	35	0.5	50	1.2	48	3.3	137	0.9
總和	9	0.2	83	0.7	126	1.9	123	4.4	341	1.4
居住地										
臺北市	1	0.4	1	0.2	1	0.3	0	0.0	3	0.2
新北市	2	0.2	10	0.4	12	0.9	14	2.9	38	0.8
基隆市	0	0.0	0	0	2	1.2	1	1.9	3	0.6
宜蘭縣	0	0.0	3	1.2	4	1.8	1	1.1	8	1.3
桃園市	0	0.0	8	0.6	15	2.1	6	2.5	29	1.1
新竹市	0	0.0	2	0.9	0	0.0	1	2.5	3	0.7
新竹縣	0	0.0	2	0.7	1	0.7	1	2.0	4	0.7
苗栗縣	0	0.0	2	0.6	6	3.8	4	4.0	12	1.7
臺中市	1	0.2	10	0.8	16	2.2	11	3.8	38	1.4
彰化縣	1	0.6	7	1.2	9	2.7	9	5.0	26	2.1
南投縣	1	1.1	5	1.8	5	2.7	7	5.9	18	2.7
雲林縣	0	0.0	3	0.8	7	3.1	13	10.0	23	2.6
嘉義市	0	0.0	1	0.7	1	1.3	1	2.9	3	1.0
嘉義縣	0	0.0	1	0.5	4	3.1	10	9.1	15	3.0
臺南市	2	0.6	6	0.7	7	1.3	11	4.5	26	1.3
高雄市	1	0.2	11	0.8	15	1.9	12	4.7	39	1.3
屏東縣	0	0.0	10	2.7	12	4.9	14	12.1	36	4.1
臺東縣	0	0.0	1	0.8	4	3.7	3	9.4	8	2.6
花蓮縣	0	0.0	0	0.0	5	3.7	4	8.3	9	1.8
澎湖縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
金門縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	1	0.3	20	1.4	22	3.0	0	0.0	43	1.7
不詳	3	0.5	18	0.9	35	2.8	33	6.4	89	2.0
生理疾病	0	0.0	6	2.5	22	3.3	52	4.9	80	4.0
其他	1	0.3	3	0.6	4	1.1	6	4.3	14	1.1
迫害問題	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
校園學生問題	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	-	1	0.3
情感／人際關係	4	0.2	24	0.4	21	0.7	16	2.2	65	0.5
精神健康／物質濫用	2	0.2	26	0.7	49	1.9	33	3.7	110	1.3
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	2	0.1	46	0.8	79	2.0	98	5.5	225	1.7
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	1	0.5	10	1.1	11	2.3	1	1.4	23	1.4
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	1	0.9	8	2.8	19	6.0	16	5.6	44	4.4
溺水(淹死)自殺及自傷	0	0.0	6	2.6	8	4.2	1	1.0	15	2.5
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	1	0.3	4	0.6	7	2.3	1	0.9	13	0.2
由高處跳下自殺及自傷	4	0.2	8	0.2	3	0.2	4	1.2	19	1.3
其他及未明示之方式自殺及自傷	1	0.2	6	0.6	5	0.8	4	1.7	16	0.7

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

1) 各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後(表 2-2-6)

就性別而言，24 歲以下男性通報後再自殺死亡之人數，占所有 24 歲以下男性 24 歲以下通報總人數的 0.5%，相較於女性的 0.4%高；25-44 歲之男性通報後再自殺死亡之人數，占該年齡層所有男性通報總人數的 1.1%，相對於女性的 0.6%來得高；年齡層 45-64 歲、65 歲以上也都是男性所占比例較高，分別占該年齡層所有男性通報總人數中的 1.9%及 2.5%。總體來說，各年齡層男性通報後再自殺死亡的人數占率均較女性來的高。

若以居住地來看，24 歲以下通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 24 歲以下所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為新竹市(占率 0.9%)、嘉義市(占率 0.7%)及嘉義縣(占率 0.5%)；25-44 歲通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 25-44 歲所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為澎湖縣(占率 1.4%)、雲林縣(占率 0.7%)、屏東縣(占率 0.7%)、臺北市(占率 0.6%)以及嘉義市(占率 0.6%)；45-64 歲通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 45-64 歲所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為新竹縣(占率 3.0%)、雲林縣(占率 2.2%)以及屏東縣(占率 2.0%)；65 歲以上通報後再自殺死亡之個案，在其所屬縣市 65 歲以上所有通報總人數中占率相對較高縣市分別為基隆市(占率 5.6%)、新竹縣(占率 4.0%)、南投縣(占率 3.4%)以及屏東縣(占率 3.4%)。總體而言，各年齡層之通報後再自殺死亡之個案分別占該縣市所有通報總人數，以屏東縣、嘉義市、雲林縣、澎湖縣以及基隆市占率相對較高。

分析各年齡層通報後再自殺死亡個案的自殺原因，24 歲以下通報後再自殺死亡的個案，在 24 歲以下因該種自殺原因被通報的所有人數中，占率相對較高為「不詳」(占率 0.9%)、「其他」(占率 0.7%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 0.7%)；25-44 歲通報後再自殺死亡的個案，在因該種自殺原因被通報的所有 25-44 歲個案中，占率相對較高為「生理疾病」(占率 1.3%)、「其他」(占率 1.0%)以及「工作/經濟」(占率 1.1%)；45-64 歲通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 45-64 歲個案中，占率相對較高為「生理疾病」(占率 1.7%)及「工作/經濟」(占率 1.5%)；65 歲以上通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 65 歲以上民眾中，占率相對較高為「不詳」(占率 2.4%)、「生理疾病」(占率 2.4%)以及「精神健康/物質濫用」(占率 2.0%)。總體而言，在各種自殺原因除「不詳」及「其他」之外，因「生理疾病」、「精神健康/物質濫用」以及「工作/經濟」自殺之自殺者，在各年齡層中通報後再自殺

占因該種自殺原因被通報人數比例相對較高。

針對各年齡層通報後再自殺死亡個案者的自殺通報中，分析其自殺方法別，發現 24 歲以下通報後再自殺死亡者，在該年齡層使用該種自殺方法之自殺死亡個案中，占率相對較高的方法為「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 2.5%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 0.9%)以及「切穿工具自殺及自傷」(占率 0.8%)；25-44 歲的通報後再自殺死亡者，在該年齡層使用該種自殺方法之自殺死亡者中，占率相對較高的方法分別為「切穿工具自殺及自傷」(占率 3.6%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 2.0%)；在 45-64 歲通報後再自殺死亡者，其占該年齡層使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具自殺及自傷」(占率 5.0%)、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 4.5%)； 65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占該年齡層使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具自殺及自傷」(占率 7.1%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 4.1%)以及「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 3.0%)。總體而言，24 歲以下通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法為「溺水(淹死)自殺及自傷」；25-44 歲、45-64 歲及 65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法均是「切穿工具自殺及自傷」；在各自方方法別中，通報後再自殺死亡人數占該種自殺方法別人數比例較高的為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」。

表 2-2-6、各年齡層首次通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	7	0.5	45	1.1	51	1.9	35	2.5	138	1.4
女性	11	0.4	44	0.6	29	0.7	22	1.5	106	0.7
總和	18	0.4	89	0.8	80	1.2	57	2.0	244	1.0
居住地										
臺北市	0	0.0	8	0.6	3	0.8	5	2.5	16	1.2
新北市	5	0.2	20	0.4	17	1.2	6	1.3	48	0.9
基隆市	0	0.0	1	0.2	3	1.8	3	5.6	7	1.3
宜蘭縣	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	1.1	2	0.3
桃園市	1	0.1	7	0.3	6	0.8	2	0.8	16	0.6
新竹市	2	0.9	0	0.0	1	1.1	0	0.0	3	0.7
新竹縣	1	0.4	0	0.0	4	3.0	2	4.0	7	1.2
苗栗縣	0	0.0	0	0.0	2	1.3	1	1.0	3	0.4
臺中市	2	0.2	12	0.4	8	1.1	7	2.4	29	1.1
彰化縣	2	0.3	3	0.2	4	1.2	4	2.2	13	1.0
南投縣	0	0.0	3	0.4	0	0.0	4	3.4	7	1.0
雲林縣	0	0.0	6	0.7	5	2.2	1	0.8	12	1.4
嘉義市	1	0.7	2	0.6	1	1.3	1	2.9	5	1.6
嘉義縣	1	0.5	1	0.2	1	0.8	3	2.7	6	1.2
臺南市	2	0.2	8	0.4	8	1.5	7	2.9	25	1.3
高雄市	1	0.1	8	0.3	9	1.1	5	2.0	23	0.8
屏東縣	0	0.0	6	0.7	5	2.0	4	3.4	15	1.7
臺東縣	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	3.1	2	0.6
花蓮縣	0	0.0	2	0.4	2	1.5	0	0.0	4	0.8
澎湖縣	0	0.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	1.4
金門縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0

表 2-2-6、各年齡層首次通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)(續)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
自殺原因										
工作／經濟	0	0.0	16	1.1	11	1.5	0	0.0	27	1.1
不詳	6	0.9	16	0.8	17	1.4	15	2.9	54	1.2
生理疾病	0	0.0	3	1.3	11	1.7	25	2.4	39	2.0
其他	2	0.7	5	1.0	5	1.4	1	0.7	13	1.0
迫害問題	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
校園學生問題	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	-	1	0.3
情感／人際關係	2	0.1	40	0.7	22	0.8	11	1.5	75	0.6
精神健康／物質濫用	7	0.7	34	0.9	32	1.2	18	2.0	91	1.1
自殺通報方法別										
以固體或液體自殺及自為中毒	8	0.5	49	0.9	41	1.0	37	2.1	135	1.0
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0	3	4.5	0	0.0	3	1.8
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	0.0	18	2.0	13	2.7	3	4.1	34	2.0
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	1	0.9	2	0.7	5	1.6	6	2.1	14	1.4
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2.5	3	1.3	2	1.0	3	3.0	10	1.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	-	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	3	0.8	23	3.6	15	5.0	8	7.1	49	0.7
由高處跳下自殺及自傷	3	0.2	3	0.1	3	0.2	0	0.0	9	0.6
其他及未明示之方式自殺及自傷	1	0.2	9	1.0	6	1.0	5	2.1	21	0.9

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

一、研擬之策略與建議

1. 危險指標

針對首次通報即死亡,死亡日於指標通報日當天及死亡日於指標通報日 7 天內，通報性別以「男性」比例較高；自殺死亡方式以「鎗砲彈藥及爆炸物自殺及自傷」比例較高；自殺通報方法別以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」比例較高；以自殺原因而言，以「不詳」、「生理疾病」比例較高；以居住地而言，以「南投縣」比例較高；在特殊身分註記方面，則以「嚴重病人」及「精神列管」比例較高。

針對首次通報後再自殺死亡，性別以「男性」比例較高；年齡層以「65 歲以上」比例最高；自殺死亡方式以「其他及未明示之方式自殺及自傷」及「溺水(淹死)自殺及自傷」,以自殺通報方法別而言,「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」及「溺水(淹死)自殺及自傷」之比例均較高，以自殺原因而言,「生理疾病」比例最高；以居住地而言,以中南部縣市比例較高,尤其是屏東縣(占率 1.7%)為比例最高之縣市；在特殊身分註記方面，則以「家暴高危加害人」、「嚴重病人」比例較高。

針對「24 歲以下」首次通報再自殺死亡之個案，發現自殺通報性別以「男性」,自殺通報方法別以「自殺方式以溺水(淹死)自殺及自傷為主」,自殺原因則以「不詳」,居住地則以新竹市、縣及嘉義市、縣，需特別注意。

針對「25-44 歲」、「45-64 歲」、「65 歲以上」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以切穿工具自殺及自傷」居多，自殺原因以「生理疾病」及「精神健康/物質濫用」為主，以居住地而言,「25-44 歲」以澎湖縣、屏東縣、雲林縣比例較高、「45-64 歲」以新竹縣、雲林縣、屏東縣;「65 歲以上」以基隆市、新竹縣、南投縣、屏東縣需特別注意。

針對這些危險因子擬訂之策略如下：

2. 指標性策略

針對這些高風險個案應積極轉介資源以及時介入,包括心理衛生資源、並給予支持系統，心情溫度計 APP，以增加保護因子，除此之外，可針對自殺者之親友(亦為自殺之高危險群),提供自殺企圖者或死亡者家屬後續關懷輔導服務。

1) 強化關懷訪視員的專業能力訓練

(1) 建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。
(2) 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)。
(3) 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。
(4) 第一線人員應發揮「一問二應三轉介」之守門人原則，將個案轉介至適當的資源，同時要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。
(5) 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。

2) 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，均可能是造成自殺企圖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。

3) 自殺原因為精神健康/物質濫用

精神疾病為重要危險因子之一，許多過往文獻均指出尤其以憂鬱症、思覺失調症、人格疾患等，自殺風險會比一般人高出許多，故如何針對精

神疾患制定有效的防治策略是相當重要的。除應妥善協助個案連結精神醫療資源及心理衛生資源，亦須確保個案後續是否有穩定就診及服藥，以減少個案精神疾病之復發。

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，心理治療也可以提供給這類個案情緒抒發的管道，加強家庭、社會的支持系統均有助於降低自殺事件的發生。

而對於有物質濫用情形的個案，應採取「減少傷害」(Harm Reduction)，減少傷害是減少使用成癮性藥物所造成的各種可能負面結果(例如：感染HIV、傳染性疾病、過量使用、暴力犯罪、死亡等)為主要目標，對於使用成癮性藥物採階段式漸減的策略，以尋求各種可行的策略及方式來降低藥癮者的的傷害，權衡不同的措施可能的危害、優點及其經濟效益，來達到最大的效果，並多強化心理輔導與家庭支持的功能。

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，因擬訂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、自殺企圖、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。

5) 針對自殺死亡方式為溺水(淹死)自殺及自傷

針對投水、溺水點進行熱點分析，並在熱點周圍放置珍愛生命警語之立牌，或建置圍欄防止自殺企圖者投水。未來可針對警察系統辦理守門人訓練，請警察人員、增派鄉鄰里巡守隊至該點巡邏加強對熱點的巡守，以

降低溺水自殺死亡人數。

6)針對自殺死亡方式為由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒

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。

7)針對自殺死亡方式為以吊死、勒死及窒息自殺及自傷

防範上吊自殺的策略重點，包括環境控制、上吊企圖者的緊急處置、以及全面性防治策略，可針對吊死、勒死及窒息自殺及自傷之較容易發生之地點、或醫院、老人安養機構等地點，減少其可懸掛點，並推廣心情溫度計之使用，以利及時轉介高風險個案。針對長期照護機構之醫療人員亦應加強其對上吊的緊急處置及高風險個案之辨識，以強化安養機構在老人及上吊、勒死及窒息自殺防治上之功能性。

3. 選擇性策略

1)運用 BSRS-5 篩檢出高危險群

(1) 針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介：如失業人口、老年人、獨居者、特殊職業(例如容易獲得致命自殺方法的醫療從業人員、軍人與警察等)。

(2) 於照護機構及醫療院所推動 BSRS-5 之檢測，讓照顧者透過關懷應用 BSRS-5 了解個案之情緒困擾程度，並提供必要的資源連結及轉介等；鼓勵親友多陪伴有自殺傾向的民眾，避免讓其獨處，並以謹慎、尊重的態度與其交談，提供支持與正向力量。

(3) 可針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用 BSRS-5 等量表，早期偵測情緒困擾，提供心理健康的服務。

(4) 各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

2)遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置

(1) 透過導師或學輔人員平時觀察，及同學、家長投訴等管道，瞭解學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象。
(2) 如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則由校長召集因應小組進行評估，瞭解事件嚴重程度、個案身心狀態等。
(3) 啟動校園危機處理機制，由校長指定專人進行責任通報及校安通報、媒體應對及發言。
(4) 啟動輔導機制，召開輔導會議(由校長召集，成員得包括導師、學務人員、輔導人員、家長或視個案需要請專業輔導人員、性平委員或少年隊等)。
(5) 加強與社會工作專業人員之協調聯繫，必要時應陪同學生配合司法調查，如遇轉學，更應結合社工訂定個案處遇計畫。
(6) 如有需求，在徵求家長同意後，將個案轉介專業諮商輔導或醫療機構實施矯正與輔導；學校輔導小組仍應持續關懷並與該專業諮商輔導或醫療機構保持聯繫，定期追蹤輔導情形，必要時應落實轉介精神醫療治療服務及追蹤。
(7) 對於離婚者關懷：提供戶政事務所轉介資源小卡及 BSRS-5 量表，並於民眾辦理離婚登記時主動關心，提供求助資訊。

3)職場自殺防治

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，而此年齡層亦為主要就業人口，故針對企業職場之自殺防治建議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。

4. 全面性策略

限制致命性工具之取得乃是最有效之自殺防治策略，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。
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，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。

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。

全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議

一、 背景 (Context)

全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議為 2017 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目，係依需求說明書項目而分析編寫。重點在提供自殺防治相關統計分析資料；需求說明書內文如下：「**依 104 年度全國自殺死亡資料統計、105 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、105 年實務督導，及抽查自殺防治通報系統訪視紀錄結果，擬定全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供本部及各縣市衛生局參考運用**」。

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。全國自殺防治中心 2016 年度規劃 22 場次的實務督導，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。

依照 2015 年度全國自殺死亡資料統計、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及前述 2016 年實務督導摘要，擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 根據 2015 年度全國自殺死亡資料、2016 年度全國自殺死亡人數初步資料分析全國及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析。
2) 參考 2016 年訪視紀錄抽查摘要、2016 年 22 縣市實務督導摘要及高風險縣市輔導訪查，整理各縣市辦理自殺防治業務現況及所遭遇實務困境。
3) 整理現有自殺防治策略，徵詢專家意見，擬定 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。
4) 彙整報告及建議函送衛生福利部心理及口腔健康司。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局。
2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、自殺防治通報系統訪視紀錄抽查、縣市實務督導等。

三、 過程 (Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔
   (1) 資料期間：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，改由中心每一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) 自殺死亡初步資料檔
   (1) 資料期間：2016 年。
   (2) 說明：衛生福利部於正式公布前一年度死亡資料前，不定期提供中心自殺初步資料，提供分析使用。
3) 訪視紀錄及實務督導摘要
   蒐集 2016 年中心所辦理各縣市實務督導紀錄及自殺防治通報系統訪視紀錄抽查摘要。

2. 資料分析

1) 自殺死亡特性分析
2) 實務督導紀錄及訪視紀錄抽查摘要整理

3. 策略擬定

根據自殺數據分析結果、各縣市辦理自殺防治現況與困境及現有自殺防治

策略，徵詢專家意見，擬定 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 完成全國性自殺防治策略建議 1 份。
內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含 2015 年及 2016 年各項自殺死亡數據比較，擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。
摘要如下：

(1) 全面性策略

a. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略，包含木炭、農藥、安眠藥鎮靜劑及高處跳下(跳樓)。

b. 建立社區自殺防治網絡：結合社區及各級學校關懷據點，安排心理健康課程、宣傳自殺防治相關訊息。配合世界自殺防治日推動自殺防治活動，擴大宣導效益，呼籲全民重視自殺防治議題。

c. 校園自殺防治：將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程，教導孩童珍愛生命與心理健康促進的理念。學校教師與輔導老師注意學生異常表現，針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺，落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(2) 選擇性策略

a. 運用 BSRS-5 篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

b. 針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。

c. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。

d. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65 歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。

e. 加強對特殊註記個案關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記的個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。

(3) 指標性策略

a. 自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追

蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

b. 自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。

c. 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，建立不同於自殺企圖個案的標準流程。

d. 強化關懷訪視員的專業能力訓練，建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。

e. 學校的自殺通報個案建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。

f. 心情溫度計(BSRS-5)容易篩檢，因此建議各局處如社會處，在接獲高風險或弱勢個案之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用。

2) 完成 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議共 22 份。

分別分析各縣市自殺現況、各縣市辦理自殺防治業務現況、執行自殺防治相關業務所遇困境，擬定因地制宜的自殺防治策略建議，內容為不與全國性自殺防治策略建議重複，符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。

各縣市自殺防治策略建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

2. 各縣市自殺防治策略建議整理於附件，詳見附件 2.3.1

五、 附件

附件 2.3.1 全國及 22 縣市因地制宜自殺防治策略建議

自殺企圖者之通報與關懷追蹤暨滾動式策略建議執行情形

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。

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

綜言之，自殺防治通報關懷系統之建置主要目的有下列三大項：

1) 落實自殺企圖行為、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)，將有助於了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

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

2. **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：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

2) 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 2-4-1、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
1/16	心理及口腔健康司	2016 年 1-11 月 65 歲老人通報及關懷人次
1/17	心理及口腔健康司	2016 年度自殺通報人次及關懷訪視人次
3/6	心理及口腔健康司	台東縣 2015 年、2016 年自殺通報與死亡數據整理
4/20	心理及口腔健康司	2017 年 1-3 月 65 歲老人通報及關懷人次
5/10	屏東縣政府衛生局	2015～2017 年 3 月屏東縣自殺通報分析
5/10	心理及口腔健康司	2015 年與 2016 年各縣市自殺原因比較
6/19	心理及口腔健康司	歷年各縣市、性別、年齡層通報人次
7/7	心理及口腔健康司	歷年通報單位類型統計
7/24	心理及口腔健康司	2017 年 1-6 月平均自殺關懷訪視次數
8/16	心理及口腔健康司	提升自殺通報比策略
8/24	心理及口腔健康司	2016 年自殺通報、訪視人次
8/25	屏東縣政府衛生局	2016 年 0-9 歲、10-14 歲通報資料
9/5	新北市政府衛生局	再自殺率公式說明
9/19	心理及口腔健康司	2017 年 1-8 月 65 歲老人通報及關懷人次
9/29	心理及口腔健康司	歷年全國自殺死亡資料統計暨自殺通報統計
10/24	心理及口腔健康司	歷年警消通報數據
10/26	心理及口腔健康司	2017 年 1-9 月 65 歲老人通報數據
10/30	宜蘭縣政府衛生局	2016 年、2017 年農藥自殺占率
11/3	基隆市衛生局	基隆市 9 月份未關懷名單

四、 成果(Product)

1. 自殺通報資料分析

1) 每月製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，統計至 11 月 30 日共 208 份。(報表型式如附件 2.4.1、附件 2.4.2)

2) 每年製作「自殺通報關懷年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。

3) 2006 年 1 月至 2017 年 10 月統計分析如下(擷取日期：2017 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 2016 年通報人次為 28,996 人次，2017 年 1 月至 10 月通報人次為 25,735 人次。

全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，2016 年為 7.2、2017 年 1 至 10 月為 7.4。(如圖 2-4-1)。

(2) 通報單位類型

由 2006 年至 2017 年 10 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-4-2)，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%，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 年降至 7.4%後，2017 年 1 至 10 月再升至 8.9%。

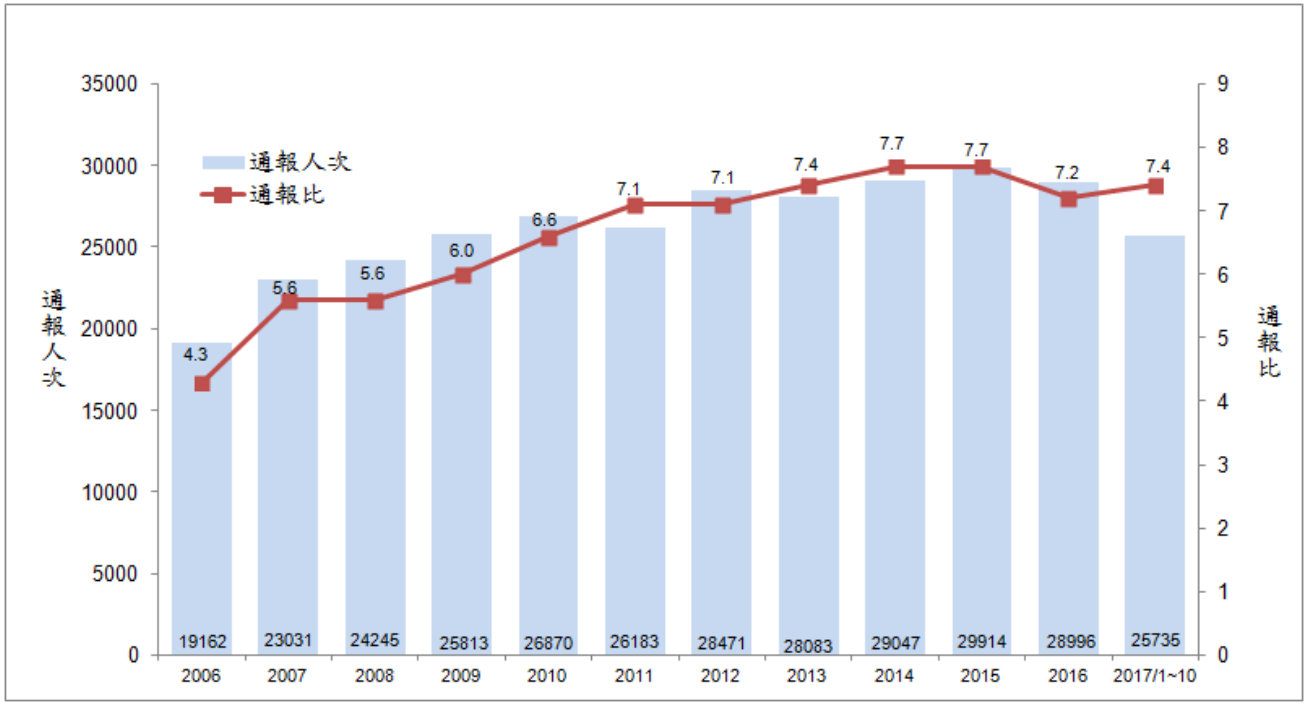


圖 2-4-1、2006 年至 2017 年 10 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

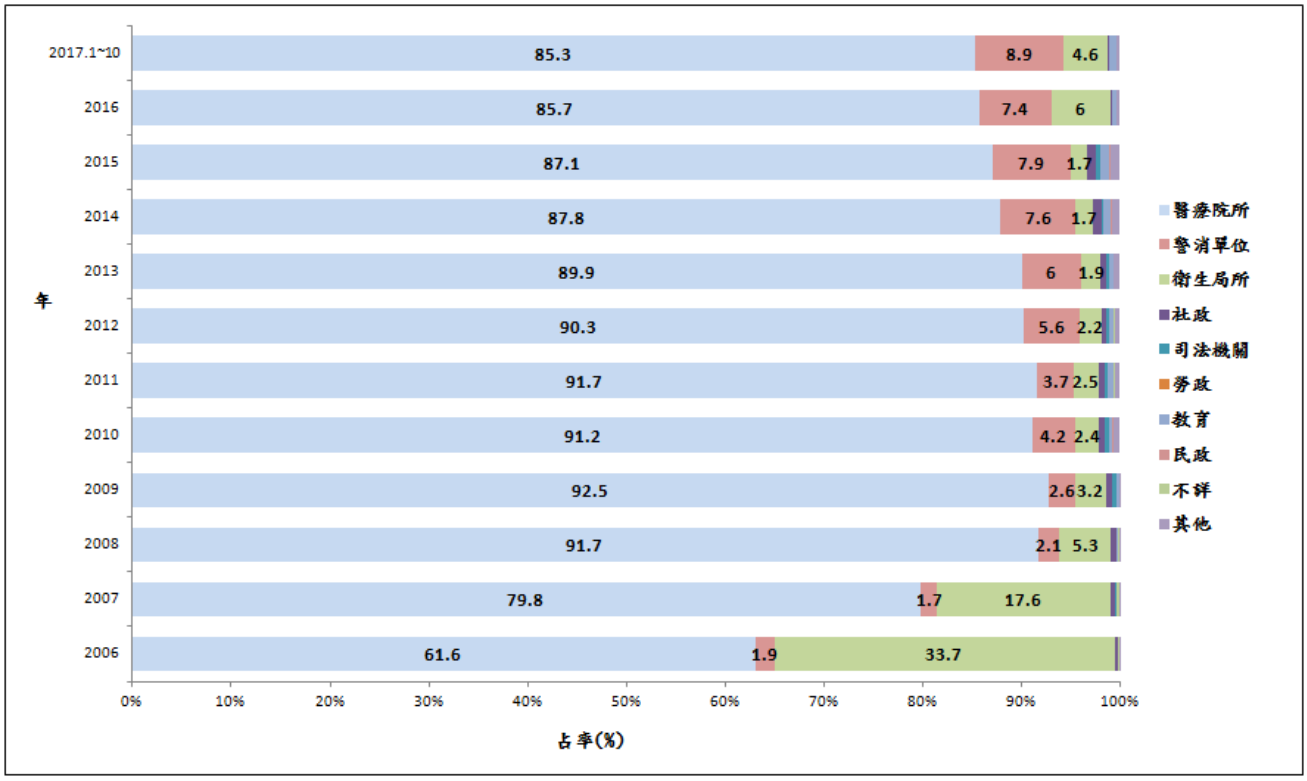


圖 2-4-2、2006 年至 2017 年 10 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-4-2)，2007 年時通報比為 5.6。在中心持續推動以及各單位努力合作之下，通報比逐年上升，至 2014 年通報比達到 7.7，2017 年 1-10 月通報比則略為下降至 7.4。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在 99%以上，至 2016 年分案率為 100%，分案關懷率達到 99.4%，2017 年 1-10 月分案率則為 100%，分案關懷率 99.7%。

表 2-4-2、2007 年至 2017 年 10 月通報指標

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 註 1 (1~10 月)
通報人次	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	25,735
通報比	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.4
分案率(%)	99.9	100	100	100	100	100	100
分案關懷率(%)	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.7
30 天再自殺率(%)註 2	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4

註 1：2017 年 1 至 10 月之資料，擷取日期：2017 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：由於每位自殺企圖者因自殺行為而進入通報系統的時間不一，為避免時間間隔較遠發生再自殺行為的可能性也增加，因此將時間間隔做了限制，目前再自殺率的計算方式為：針對自殺企圖個案在一定的期限內有無再次自殺企圖的行為發生。

註 3：2017 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 2017 年 1 至 9 月。

(4) 自殺企圖者之特性

2017 年 1 至 10 月通報共 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性 1.69 倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為 35-44 歲(占率 24.3%)、25-34 歲(占率 21.5%)、45 歲至 54 歲(占率 16.9%)、15-24 歲以上(占率 15.7%)、55-64 歲(占率 10%)、75 歲以上(占率 5.5%)、65-74 歲(占率 4.8%)、14 歲以下(占率 1.3%)。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相似。(如表 2-4-3)。

表 2-4-3、2017 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	120	1.3	215	1.3	335	1.3
15-24	1,317	13.8	2,715	16.8	4,032	15.7
25-34	2,009	21	3,531	21.8	5,540	21.5
35-44	2,133	22.3	4,131	25.6	6,264	24.3
45-54	1,574	16.4	2,776	17.2	4,350	16.9
55-64	1,110	11.6	1,456	9	2,566	10
65-74	630	6.6	600	3.7	1,230	4.8
75 以上	680	7.1	733	4.5	1,413	5.5
不詳	1	0	4	0	5	0
總計	4,714	100	7,650	100	12,364	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(50.6%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)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 2-4-4)。

表 2-4-4、2017 年 1-10 月自殺企圖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	4,161	43.5	8,858	54.8	13,019	50.6
以家用瓦斯自殺及自為中毒	120	1.3	56	0.3	176	0.7
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	1,045	10.9	685	4.2	1,730	6.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	639	6.7	520	3.2	1,159	4.5
溺水(淹死)自殺及自傷	307	3.2	408	2.5	715	2.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	17	0.2	1	0	18	0.1
切穿工具自殺及自傷	2,089	21.8	5,054	31.3	7,143	27.8
由高處跳下自殺及自傷	655	6.8	854	5.3	1,509	5.9

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」(39.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(25.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(17.0%)。15-24 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」(40.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(40%)、「由高處跳下自殺及自傷」(8.1%)。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」(44.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(36.4%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.9%)。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」(52.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(27.6%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.9%)。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」(57.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(21.2%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.5%)。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」(56.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(15.5%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(7.5%)。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」(57.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(14.6%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(9.9%)。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」(62.3%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(11.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(10.8%)。(如表 2-4-5)

表 2-4-5、2017 年 1-10 月自殺企圖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	25.7	40.1	44.3	52.7	57.8	56.8	57.1	62.3
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.3	0.1	0.5	0.8	0.9	1.1	0.8	0.6
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	0.9	5.3	7.9	7.9	7.5	7.1	4.8	1.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5.4	3	3	3.1	4.3	7.5	9.9	11.3
溺水(淹死)自殺及自傷	1.5	2.2	2.4	2.5	3	3.5	4.5	4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0
切穿工具自殺及自傷	39.4	40	36.4	27.6	21.2	15.5	14.6	10.8
由高處跳下自殺及自傷	18.2	8.1	6.2	5.1	4.9	4.8	5.7	3.9

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 36.1%、女 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(男 33.8%、女 39.2%)及「工作／經濟」(男 13.8%、女 7.6%) 。(如表 2-4-6)。

表 2-4-6、2017 年 1-10 月自殺企圖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	3,456	36.1	8,323	51.5	11,779	45.8
精神健康／物質濫用	3,235	33.8	6,338	39.2	9,573	37.2
工作／經濟	1,321	13.8	1,236	7.6	2,557	9.9
生理疾病	981	10.2	832	5.1	1,813	7.0
校園學生問題	162	1.7	324	2.0	486	1.9
迫害問題	43	0.4	154	1.0	197	0.8
其他原因	585	6.1	772	4.8	1,357	5.3
無法說明及不詳	2,044	21.3	2,384	14.8	4,428	17.2

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」(49.0%)、「校園學生問題」(35.5%)、「精神健康／物質濫用」(21.2%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(52.3%)、「精神健康／物質濫用」(34.0%)、「校園學生問題」(7.8%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(53.3%)、「精神健康／物質濫用」(36.1%)、「工作／經濟」(12.6%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(49.8%)、「精神健康／物質濫用」(38.6%)、「工作／經濟」(11.5%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(43.2%)、「情感／人際關係」(40.8%)、「工作／經濟」(12.4%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(40.8%)、「情感／人際關係」(37.2%)、「生理疾病」(14.9%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(31.2%)、「精神健康／物質濫用」(31.1%)、「情感／人際關係」(28.9%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(40.8%)、「精神健康／物質濫用」(28.8%)、「情感／人際關係」(24.3%)。(如表 2-4-7)。

表 2-4-7、2017 年 1-10 月自殺企圖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	49.0	52.3	53.3	49.8	40.8	37.2	28.9	24.3
精神健康／物質濫用	21.2	34.0	36.1	38.6	43.2	40.8	31.1	28.8
工作／經濟	0	7.6	12.6	11.5	12.4	9.0	4.2	0.6
生理疾病	0.9	0.7	1.0	2.3	5.5	14.9	31.2	40.8
校園學生問題	35.5	7.8	0.6	0.1	0.2	0.2	0	0
迫害問題	3.0	0.9	0.8	0.8	0.7	0.5	0.5	0.2
其他	12.5	6.2	4.8	4.6	5.4	5.1	5.0	6.2
不願說明或無法說明	10.7	15.0	16.2	17.7	18.0	18.9	19.3	19.4

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 2017 年 1-10 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.4 次，尚未達到平均次數之縣市有基隆市(平均 4.2 次)、臺北市(平均 4.7 次)、苗栗縣(平均 4.7 次)、屏東縣(平均 5.1 次)、彰化縣(平均 5.5 次)、嘉義市(平均 5.5 次)、雲林縣(平均 5.6 次)、花蓮縣(平均 5.6 次)、新竹市(平均 5.7 次)、新竹縣(平均 6.1 次)、宜蘭縣(平均 6.2 次)、高雄市(平均 6.3 次)。(如表 2-4-8)。

表 2-4-8、2017 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表

	2017 年 1-10 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.4	4	6	69	0
臺北市	4.7	3.3	5	27	1
新北市	7.3	4.2	8	39	0
基隆市	4.2	2.4	4	22	1
宜蘭縣	6.2	3.6	6	21	0
桃園市	7.3	4.3	7	35	1
新竹市	5.7	3.3	5	34	1
新竹縣	6.1	3	7	21	0
苗栗縣	4.7	3	5	19	0
臺中市	6.4	3.5	7	29	0
彰化縣	5.5	3.2	6	21	1
南投縣	9.1	5	9	27	0
雲林縣	5.6	2.8	6	26	1
嘉義市	5.5	4	6	30	1
嘉義縣	6.8	7.4	5	50	0
臺南市	6.8	3.6	7	46	0
高雄市	6.3	3.9	6	69	0
屏東縣	5.1	2.8	6	20	0
臺東縣	7	4.1	7	22	0
花蓮縣	5.6	2.9	6	19	0
澎湖縣	6.5	4.4	6.5	17	1
金門縣	7.1	4.4	8	26	1
連江縣	8.5	5	6.5	19	4

(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 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占

2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(25.5%)、花蓮縣(23.4%)、高雄市(20.4%)。家暴被害人占率最高的為澎湖縣(12.9%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(9.7%)。(如表 2-4-9)。

表 2-4-9、2017 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	15.3	1.3	0.4	0.8	4.7	5.9	2.8	3.3	0.2
臺北市	16.4	1.7	0.8	0.9	4.8	6.7	2.8	2.5	0.1
新北市	14.5	0.8	0.2	0.6	4.2	5.2	2.5	4.1	0.2
基隆市	16.6	1.1	1.1	1.1	4	9.8	3.6	3	0.2
宜蘭縣	19.9	1.7	0.8	0.8	4.3	8.1	1.9	2.8	0.5
桃園市	14.1	1.1	0.4	1.1	4.2	4.6	1.7	3.5	0.2
新竹市	8.1	0.7	0.7	1.6	5.9	8.1	2.3	4.3	0
新竹縣	11	0.3	0.2	1.5	3.9	7.9	1.8	5.1	0.3
苗栗縣	10	0.3	0.2	0.3	3.5	6.1	2.6	2.6	0.5
臺中市	11.7	1.6	0.4	1.1	4.7	5.2	3.8	2.1	0.2
彰化縣	19.7	0.9	0.7	0.2	5.8	7	3.1	2.8	0.5
南投縣	14.5	1.1	0.2	0.3	5.4	10.1	1.8	5.4	0.5
雲林縣	11.4	0.1	1.1	1.1	6.6	7	1.9	3.1	0.4
嘉義市	10.8	0.6	0.6	0	9.7	8.3	1.9	3.9	0.6
嘉義縣	11.6	0	0.4	1.2	6.4	6.8	1.8	2.2	0
臺南市	15.3	1.8	0.4	0.6	3.7	4	3.6	3.4	0.2
高雄市	20.4	2.2	0.5	0.7	5.3	5.9	3.9	2.8	0.1
屏東縣	17.9	3.1	0.1	0.5	5.7	6.2	2.6	2.7	0
臺東縣	25.5	0.3	0	0.7	6.6	3.1	3.4	4.5	0.7
花蓮縣	23.4	2.7	0.4	1.8	4.1	6.4	3.5	4.3	0
澎湖縣	15.7	0	0	0	2.9	12.9	0	0	0
金門縣	7.3	0	1.8	0	5.5	7.3	3.6	1.8	0
連江縣	12.5	0	0	0	0	12.5	0	12.5	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. 滾動式修正策略建議

1) 依照需求說明書內容辦理，按月寄發之自殺通報關懷月報表須含滾動式修正策略建議以修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
2) 自 2017 年 3 月交付全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議後，於每月各縣市通報個案特性分析表附上滾動式修正策略建議。(如附件 2.4.3)
3) 滾動式修正策略建議內容針對月報表中數據加以判讀，並由中心編寫自殺防治策略的修正建議，供各縣市衛生局參考。
4) 追蹤各縣市衛生局執行情形，包含執行結果與意見回饋。(如附件 2.4.4)

3. 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，2016 年通報人次較 2015 年略降，為 28,996 人次，2017 年 1 月至 10 月通報人次為 25,735 人次，其中女性通報 16,161 人次占 62.8%，男性通報 9,574 人次占 37.2%，女性為男性 1.69 倍。全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，而 2016 年為 7.2。

在自殺方法選擇上，2017 年 1-10 月自殺通報個案最常使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(50.6%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)。

自殺原因方面，2017 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，2017 年 1-10 月通報個案中，精照列管個案占 15.3%、家暴被害人占 5.9%、家暴加害人占 4.7%、兒少被害人占 3.3%、兒少加害人占 2.8%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.8%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。

2)根據各縣市每月通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。
3)持續檢測自殺通報資料撈取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防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部。(參照章節 6.10 輔助自殺關懷訪視

作業及自殺防治通報系統之功能增修)

5)建議與改善：

本中心根據 2015 年、2016 年自殺死亡數據及自殺通報數據得知，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，藉由各項數據及 2016 年實務督導訪查紀錄擬定全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

指標性策略主要對象為高自殺風險個人，也就是曾經有自殺企圖的個案，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務為主要工作。自殺防治通報系統的功能增修為重要的一環，中心除了每月分析自殺通報數據外，亦持續收集各縣市使用者對於系統的增修建議，並提供系統維護廠商做為年度增修的參考，以期自殺防治通報系統能更加完善。

五、 附件

附件 2.4.1 2017 年 10 月自殺通報月報表

附件 2.4.2 2017 年 10 月臺北市通報個案特性分析表

附件 2.4.3 2017 年 10 月滾動式修正策略建議彙整

附件 2.4.4 各縣市滾動式修正策略建議執行情形

精神病人自殺與就醫行為影響之實證研究

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

1) 緣起

自殺防治措施的預期效果必須反映在問題的盛行率和嚴重性上，為了使防治措施發揮功效，必須考量影響身心健康的多重因素，包括生物的、心理的及社會的相關因素，防治措施的預期效果必須受到民眾及社會的認同。有效的自殺防治措施必須仰賴下列事項：(1)找出針對個人及群整體的危險因素；(2)危險因子與問題之間因果關係的強度；以及(3)危險因子的可改變。

本研究的主要策略規劃依據，來自於下列主要資料分析結果。死因統計檔，提供自殺身亡者的資訊，是判斷自殺問題盛行情況及嚴重性的重要依據。若能即時、定期取得完整及準確之死亡檔資料，便可進一步與即時的自殺通報資料(自殺企圖與關懷追蹤資料)串聯，做為評估再自殺與死亡之間的關係或關懷追蹤成效的依據。此外，透過自殺死亡檔與全民健保資料的串聯，可以分析自殺身亡者生前的醫療服務利用型態，藉以找出更明確的介入點，並確認醫療服務系統各環節所應扮演的自殺防治角色與功能。健保資料串連亦可提供最新分析結果，做為各地區即時的自殺防治策略擬定之重要參考依據。

2) 背景

根據衛福部統計，國內於精神科就診人數正逐年提升，不論男性、女性，均以 45-54 歲及 55-64 歲為就診人數較多之年齡層，且就 2016 年自 殺通報系統中，在通報系統自殺原因為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病占率均居最高，在男性占率 27.9%；女性占率 34.9%，且根據中心過去研究發現具有精神病史是再自殺死亡相當重要的危險因子，因此精神疾患在自殺企圖或自殺死亡群裡皆是相當重要的議題。

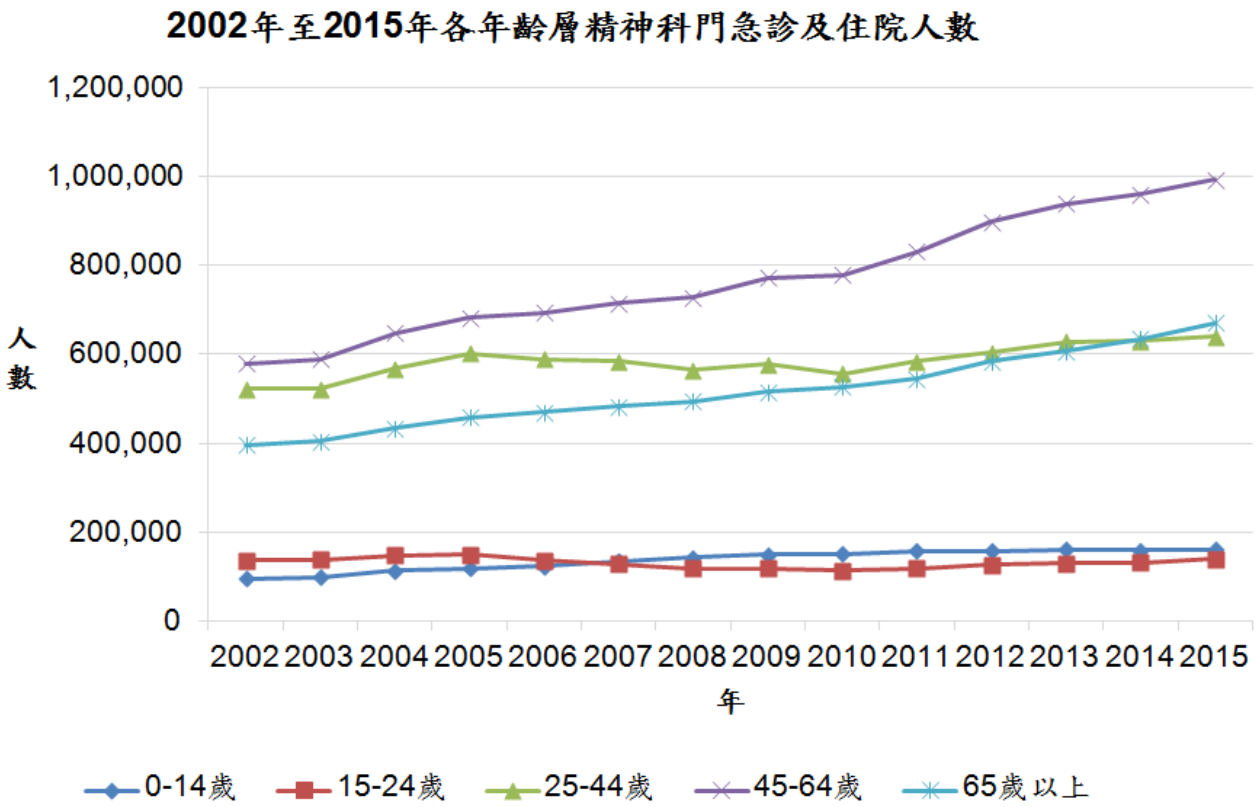


圖 3-1-1、2002 年至 2015 年各年齡層精神科門急診、住院人數

而根據世界衛生組織的公布，全球每四人當中就會有一人在一生中遭遇精神疾病的問題。國際衛生組織的最新報告就顯示，全世界接受醫療衛生服務的人口中，有 1/4 是 患有精神疾病，因罹患精神神精疾病，造成的「失能生命人年(DALYs)」，已佔各種疾病或傷害的 11.5%，估計到了 2020 年還會上昇到 15%。這都顯見精神疾病患者的議題是普遍存在各個群。由於心理解剖研究發現精神疾病是自殺死亡重要的危險因子之一(Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003)，也因此如何針對精神疾患制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

(Anderberg, Bogren, Mattisson, & Bradvik, 2016)採取大規模世代研究，將 1947-1997 生活在瑞典的居民，利用田野調查訪問當地居民並追蹤 54-64 年後，發現到沒有罹患任何精神疾患、罹患一種精神疾患、一種以上精神疾患其自殺風險分別為 0.3%、3.4%及 6.2%；只罹患憂鬱症自殺風險則為 6.0%，只有酒癮患者自殺風險則是 4.7%，而只要有心理疾病自殺風險則為 3.1%；然而一旦合併其他疾病，其自殺風險更是上升。

(Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, & Stress Research Group of the Japanese Society for, 2008)則利用文獻回顧方式，回顧 1990 年至 2007 年心理解剖文獻，發現有物質濫用之疾病史其自殺風險較一般人而言，約

是 5 倍(OR=5.24、95%CI=3.30-8.31)，而若是情感性疾患的話，自殺風險約是 13 倍(OR=13.4、95%CI=8.05-22.4)。

(Bertolote & Fleischmann, 2002)回顧了 1959 年至 2001 年世界各地的文獻 31 篇，將所有自殺個案是否為住院精神病患做為區分，比較一般大眾與住院的精神疾病患者的精神診斷差異，結果發現不論在哪一群，情感性疾患均為最常見之疾病、其中在共病的部分，所有研究一般大眾的文獻中，均指出情感性疾患合併物質濫用為最常見之共病症，特別是憂鬱症合併酒癮。(Ostergaard, Nordentoft, & Hjorthoj, 2017)在丹麥針對當地的物質濫用治療紀錄、死亡資料等進行研究，發現到有任何物質濫用的人都比沒有物質濫用的人有更高的自殺危險性，尤其以酒精濫用的人會有更高的自殺危險性(HR=1.99-2.70)。

就國內文獻回顧而言：鄭氏(Cheng, 1995)做過國內東台灣地區 116 自殺死亡者，發現到有 97%-100%均罹患 1 種或多種精神疾患在自殺死亡前，而同樣以罹患憂鬱症及酒癮為最常見的精神疾病，此部分研究與國外相似而國內台北榮總青少年身心科曾以病歷回顧方式，將 12-18 歲住進精神科急性病房之自殺意圖與個人狀況做分析，發現在有自殺意圖之個案以憂鬱症所占比例最高其次為雙極性情感性疾病及思覺失調症。

劉氏(Liu et al., 1996)對曾在精神科住院者中有自殺行為者佔總住院者之 0.91%，而 2/3 者具有憂鬱或思覺失調症的診斷，且大部份發生在隱蔽的地方且大多病患使用非暴力的方法。白氏(Bai, Liu, & Lin, 1997)，1997)發現思覺失調症的危險因子為過去具有自殺行為史，憂鬱症者為住院時有自殺行為，而其他診斷者則為在住院時具有暴力情形。(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000)亦曾做過病例對照研究針對台灣東部 113 位自殺死亡者，採用心理解剖方式，研究自殺死亡之危險因子，包含曾有重大失落、一等親友有過自殺行為、患有憂鬱症、情緒不穩的人格異常疾病患者及有物質濫用情況者，均對自殺危險性增高。

綜合國內外獻均指出精神疾病患者之自殺議題在自殺防治上不容忽視，精神疾病患者除自傷及自殺外，對於社會及家庭所造成的負擔也格外巨大，因此如何針對精神病患做出有效的防治策略，及後續追蹤、關懷；並適當的轉介顯得格外重要。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來精神疾患自殺之趨勢以及精神疾患的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報資料庫與健保資料庫，進行資料串連與分析。藉以訂定出精神疾患之自殺防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

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：死亡個案之情形記錄。

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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2006 年至 2015 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。

d. 資料串聯：以個人身份証字號與死因統計檔、全民健康保險資料庫進行串聯。

(3) 2005 年至 2015 年全民健康保險資料

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) 資料庫串聯方式

(1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_門急診分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_西醫住院分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(3) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2006 年-2015 年全民健保承保檔與 2006 年-2015 年死因統計檔進行串聯後，再利用隨機配對方式進行資料

篩選。

3) 串聯分析重點

(1) 藉由全民健保資料庫與死因統計檔串聯，了解精神疾患病人之就診科別及診斷與自殺死亡之相關性，藉以找出防治策略之介入點。

(2) 藉由全民健保資料庫與自殺通報資料庫及死因統計檔串聯，了解自殺企圖者之精神醫療資源利用情況，並找出防治策略之介入點。

4)研究方法

(1) 利用自殺死亡個案(病例組)之性別及出生年配對無死亡個案、或死因非自殺之個案(對照組)，並將病例組及配對組按 1：10 之比例配對。

(2) 利用病例對照研究法以找出病例組及對照組之就醫診斷及就診科別差異，以利自殺風險性較高的精神疾患之就診科別及診斷特徵判斷。

(3) 名詞解釋：Population attributable fraction (PAF)—有多少比例之暴露群發生率可歸因於一特定暴露；Odds ratio (OR)—在病例對照研究中，實驗組中發生疾病的勝算或危險性/對照組中發生該疾病的勝算或危險性。

(4) 就診診斷依 ICD9 診斷碼初分類共可分為 18 類分別是傳染病及寄生蟲病、腫瘤、內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患、血液及造血器官之疾病、精神疾患 、神經系統及感覺器官之疾病 、循環系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、泌尿生殖系統疾病 、妊娠、生產及產褥期之併發症、皮膚及皮下組織疾病、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病、先天畸形 、周產期病態 、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態 、損傷及中毒、需要醫療服務之其他原因 (V 分類)(詳如表 3-1-16)。

(5) 就醫診斷細分類部分，則依據衛生福利部統計處公布之全民健康醫療保險統計年報分析之疾病別，共 24 類，分別為結核病、病毒性肝炎、惡性腫瘤、糖尿病、精神官能症及人格異常、眼及其附屬器官之疾患、耳及乳突之疾患、高血壓疾病、心臟病 、腦血管疾病、急性上呼吸道感染、流行性感冒、支氣管炎、肺氣腫及氣喘、肺炎、胃及十二指腸之潰瘍、闌尾炎、腹腔疝氣、腎炎、腎徵候群及腎變性病、膀胱炎、尿結石、攝護腺肥大、直接生產病態、正常生產(詳如表 3-1-16)。

(6) 就醫診斷在精神疾患的部分，將診斷碼 290-319 進行逐一分析，共 30 類精神疾患，其中 3004 精神性憂鬱症及憂鬱症(2962、2963、3004、311)另外單獨分析(詳如表 3-1-16)。

(7) 就醫科別部分則分別依據 Health01_全民健保處方及治療明細檔_門急診之及 Health02_全民健保處方及治療明細檔_住院兩個資料庫之科別分類，進行分析，共 45 個科別，分別為不分科、家醫科、內科、外科、

小兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、整形外科、急診醫學科、職業醫學科、麻醉科、放射科、病理科、核醫科、結核科、洗腎科、消化內科(胃腸內科)、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、潛醫科、胸腔暨重症加護科、直腸外科、心臟血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科、新生兒科、疼痛科、居家護理、放射診斷科、放射腫瘤科學科、脊椎骨科。

5)研究會議討論

日期	討論內容	會議決議及執行結果
3/6	研究方法及方向討論及實證研究資料分析檔案年份確認。	1. 採用巢式病例對照研究法。 2. 分析期程之規劃。 3. 依各實證研究案成立研究小組，並指派負責人。 4. 規劃分析期程，下半年期程詳如執行成果。
3/13	針對死因統計檔及全民健保檔串連、分析內容做初步討論	1. 利用健保承保檔與死因統計檔串聯後，利用隨機配對以篩選出病例組及對照組，再分析其就診科別及就醫診斷。 2. 將程式碼各段及使用資料庫之說明，製作成簡報檔。
3/20	針對健保承保檔串連方式以及病例配對程式碼進行修正	將歷年健保承保檔直接進行合併，不針對 ID 及 ID1 之內容做額外篩選，並利用健保承保檔個案之生日、性別，以相同之最多筆數進行篩選及確認後，再與死因統計檔進行串聯。
4/10	針對修正後之程式碼進行確認	待取得初步分析結果後再進一步討論。
9/18	針對對照組及病例組配對結果進行確認	將病歷組與對照組門急診就醫次數、門急診就醫診斷、門急診就診科別、住院次數、住院診斷及住院科別做次數分析。

日期	討論內容	會議決議及執行結果
10/24	針對對照組及病例組分析結果進行數據解讀及報告撰寫方向確認	1. 計算病例組及對照組在各就診科別及就診診斷上之比例是否具有顯著差異，並計算 p 值。 2. 搜尋精神疾病與自殺相關之文獻 2 篇，將文獻摘要一併寫入期末報告中。
11/27	針對分析結果進行策略討論	1. 計算各疾病診斷之 PAF 值。 2. 擇定各門急診、住院科別 OR 值前 10 名及門急診、住院診斷 OR 值前 10 名及 PAF 前 10 名。

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. IRB 申請：1 月底至 4 月初

1) 1 月 11 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2) 1 月 20 日依臺大醫院研究倫理委員會修正 IRB 計畫書、計劃書摘要及前後對照表後回傳，以繼續進行 IRB 變更申請。

3) 4 月 10 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」資料申請相關事宜：4 月份至 7 月份

1) 4 月 10 日郵寄新案資料申請案表單、特殊需求申請書及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行新案件申請。

2) 4 月 14 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信要求針對新案申請表單進行內容修正及過往案件成果回饋，並於 4 月 18 日將修正後之申請單及成果回饋寄回。

3) 6 月 3 日統計處將複審之審查意見表寄至中心，並於當日填具完成後回傳。

4) 6 月 16 日統計處來函通知進行繳費，6 月 20 日與統計處申請 H105047 天數移轉至新案上，6 月 22 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」重新將繳費通知寄至中心。

5)6 月 29 日將案件編號 H106087 之繳費收據回傳至衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

3. 資料分析：8 月份至 11 月份

1)8 月 9 日、8 月 14 日、8 月 16 日、8 月 23 日將 95 至 104 年死因統計檔串聯、94 年至 104 年健保承保檔以及將病例組及對照組進行 1：10 之比例配對。

2)9 月 6 日、9 月 21 日、9 月 30 日、10 月 18 日、11 月 9 日進行資料分析，並進行資料攜出申請。

3)10 月 3 日衛生福利部統計處通知因分析結果仍可回推出小於 3 之細格，故予以攜出申請退件。

4)10 月 3 日、10 月 11 日將小於 3 之細格重新合併後，進行攜出申請。

四、 成果 (Product)

1. 分析結果

分析自殺通報中「有在精神科就診或進行心理健康諮詢」之人次(詳見表 3-1-1)，各年齡層以 25-44 歲為最多，其次為 45-64 歲；若以占率來(詳見表 3-1-2)看，在歷年通報中，則以 25-44 歲及 45-64 歲兩個年齡層彼此輪替占率最高之年齡層，而 0-14 歲與 65 歲以上之群，不論在人次或占率，近五年均呈現增加趨勢。

表 3-1-1、2006 年至 2014 年歷年通報中「過去有精神病史」之人次

年份	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	總計
2006	22	791	2,743	856	174	4,586
2007	27	1,177	4,300	1,383	250	7,137
2008	34	1,166	5,058	1,702	282	8,242
2009	34	1,122	5,405	2,109	327	8,997
2010	41	1,090	5,600	2,368	363	9,462
2011	60	1,082	5,363	2,447	391	9,343
2012	44	1,118	5,566	2,614	408	9,750
2013	40	972	5,079	2,693	435	9,219
2014	70	1,108	5,176	2,857	506	9,717
2015	79	1,285	5,262	3,061	531	10,218
2016	82	1,281	4,606	2,750	615	9,334

表 3-1-2、2006 年至 2014 年歷年通報中各年齡層「過去有精神病史」之占率

年份	0-14 歲	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2006	15.4	20.6	27.1	23.3	12.5
2007	16.3	27.5	35.5	29.1	14.6
2008	16.5	28.4	39.0	33.1	15.7
2009	16.3	28.3	39.4	35.6	16.4
2010	16.1	28.0	39.9	36.4	16.6
2011	19.5	27.2	40.1	38.2	18.4
2012	16.0	26.9	38.3	37.1	16.5
2013	15.3	25.3	36.1	36.8	16.7
2014	19.3	27.4	36.7	36.8	18.3
2015	20.8	29.3	37.0	38.0	18.6
2016	22.1	29.3	34.1	35.4	20.5

歷年自殺企圖者在精神科開立精神疾患診斷比例有逐漸提高，而在非精神科的部分近年則都維持在四成七上下，而精神科診斷比例較非精神科比例少將近一成，有可能是自殺企圖者較常於非精神科就診，因此如何提高非精神科正確診治精神疾患顯得相當重要。(表 3-1-3)

表 3-1-3、2006 年至 2014 年自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用

指標企圖日年份 (總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷 N(%)	非精神科精神疾患診斷 N(%)
2006(n=17647)	6781(38.4)	8843(50.1)
2007(n=19018)	6865(36.1)	9170(48.2)
2008(n=18891)	6749(35.7)	8897(47.1)
2009(n=19246)	6863(35.7)	8824(45.8)
2010(n=19377)	7204(37.2)	9043(46.7)
2011(n=18476)	6985(37.8)	8675(47)
2012(n=19331)	7496(38.8)	9171(47.4)
2013(n=18752)	7329(39.1)	8871(47.3)
2014(n=19090)	7715(40.4)	8971(47)
2015(n=19310)	7987(41.4)	9101(47.1)
總計(n=189138)	71974(38.1)	89566(47.4)

由自殺關懷通報資料檔串連健保資料庫可發現到，女性在自殺企圖日

前一年於精神科有精神疾患診斷之比例歷年均高於男性，女性雖然在2007年於精神科被開立精神疾患診斷比例降至四成以下，但2012年隨即回到四成以上；男性例年則小於四成有於精神就診之紀錄；而不論男女，非精神科之精神疾患診斷比例均高於精神科開立診斷比例，其中在男性部分精神科與非精神科開立診斷比例差距較女生大，有可能是因為男性自殺企圖者在精神科就診上仍有其他困難(例如較不願意就醫及求助)。(表3-1-4)

表3-1-4、2006年至2014年自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用-性別

性別	男性		性別	女性	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=6031)	2076(34.4)	2775(46)	2006(n=11616)	4705(40.5)	6068(52.2)
2007(n=6616)	2154(32.6)	2960(44.7)	2007(n=12402)	4711(38)	6210(50.1)
2008(n=6916)	2200(31.8)	3038(43.9)	2008(n=11975)	4549(38)	5859(48.9)
2009(n=7254)	2342(32.3)	3080(42.5)	2009(n=11992)	4521(37.7)	5744(47.9)
2010(n=7407)	2492(33.6)	3220(43.5)	2010(n=11970)	4712(39.4)	5823(48.6)
2011(n=7048)	2483(35.2)	3118(44.2)	2011(n=11428)	4502(39.4)	5557(48.6)
2012(n=7663)	2652(34.6)	3356(43.8)	2012(n=11668)	4844(41.5)	5815(49.8)
2013(n=7652)	2784(36.4)	3438(44.9)	2013(n=11100)	4545(40.9)	5433(48.9)
2014(n=7688)	2859(37.2)	3395(44.2)	2014(n=11402)	4856(42.6)	5576(48.9)
2015(n=8078)	3037(37.6)	3616(44.8)	2015(n=11232)	4950(44.1)	5485(48.8)
總計(n=72353)	25079(34.7)	31996(44.2)	總計(n=116785)	46895(40.2)	57570(49.3)

若以年齡層分析，可發現到65歲以上之自殺企圖個案為各年齡層於精神科之診斷比例最低，歷年均低於三成；其次為0-24歲之群自殺企圖前一年於精神科被開立精神疾患診斷歷年均將近三成，而25-44歲及45-64歲均有超過四成於精神科被開立精神疾患診斷。結果顯示65歲以上自殺企圖者可能較其他年齡層沒有受到妥善的治療。因此如何強化65歲以上自殺企圖者後續轉介精神科做適當治療會是重要的一環。(表3-1-5)

表 3-1-5、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層

年齡層	0-24 歲		年齡層	25-44 歲	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3650)	1375(37.7)	1415(38.8)	2006(n=9172)	3828(41.7)	4678(51)
2007(n=3657)	1219(33.3)	1256(34.3)	2007(n=9628)	3790(39.4)	4688(48.7)
2008(n=3435)	1036(30.2)	1122(32.7)	2008(n=9501)	3749(39.5)	4444(46.8)
2009(n=3255)	1030(31.6)	1047(32.2)	2009(n=9528)	3680(38.6)	4291(45)
2010(n=3235)	1038(32.1)	1019(31.5)	2010(n=9317)	3831(41.1)	4251(45.6)
2011(n=3286)	1066(32.4)	1026(31.2)	2011(n=8662)	3568(41.2)	3961(45.7)
2012(n=3320)	1089(32.8)	1027(30.9)	2012(n=8912)	3750(42.1)	4144(46.5)
2013(n=2995)	928(31)	956(31.9)	2013(n=8540)	3652(42.8)	3879(45.4)
2014(n=3247)	1112(34.2)	965(29.7)	2014(n=8354)	3649(43.7)	3817(45.7)
2015(n=3407)	1285(37.7)	1083(31.8)	2015(n=8243)	3626(44)	3651(44.3)
總計(n=33487)	11178(33.4)	10916(32.6)	總計(n=89857)	37123(41.3)	41804(46.5)

表 3-1-5、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層(續)

年齡層	45-64 歲		年齡層	65 歲以上	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3460)	1252(36.2)	1981(57.3)	2006(n=1365)	326(23.9)	769(56.3)
2007(n=4125)	1454(35.2)	2293(55.6)	2007(n=1608)	402(25)	933(58)
2008(n=4286)	1559(36.4)	2390(55.8)	2008(n=1669)	405(24.3)	941(56.4)
2009(n=4628)	1686(36.4)	2506(54.1)	2009(n=1835)	467(25.4)	980(53.4)
2010(n=4839)	1833(37.9)	2689(55.6)	2010(n=1986)	502(25.3)	1084(54.6)
2011(n=4594)	1848(40.2)	2619(57)	2011(n=1934)	503(26)	1069(55.3)
2012(n=4933)	2076(42.1)	2808(56.9)	2012(n=2166)	581(26.8)	1192(55)
2013(n=4921)	2134(43.4)	2745(55.8)	2013(n=2296)	615(26.8)	1291(56.2)
2014(n=5131)	2293(44.7)	2853(55.6)	2014(n=2358)	661(28)	1336(56.7)
2015(n=5204)	2372(45.6)	2953(56.7)	2015(n=2456)	704(28.7)	1414(57.6)
總計(n=46121)	18507(40.1)	25837(56)	總計(n=19673)	5166(26.3)	11009(56)

在自殺關懷通報檔過去精神病史一欄勾選有之自殺企圖個案，在自殺企圖前一年有將近八成五的個案於精神科被開立精神疾患診斷，在過去精神病史一欄勾選無之自殺企圖個案歷年均有一成多於精神科被開立精神疾患診斷之紀錄；可以看出訪員在詢問自殺企圖個案仍有進步的空間，以強化該欄位之準確性，並強化個案後續確實就醫及服藥遵從性。(表 3-1-6)

表 3-1-6、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-通報中過去精神病史

過去精神病史	有		過去精神病史	無	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3875)	3223(83.2)	2797(72.2)	2006(n=4721)	695(14.7)	1801(38.1)
2007(n=4756)	3894(81.9)	3376(71)	2007(n=5768)	724(12.6)	2149(37.3)
2008(n=4955)	4025(81.2)	3392(68.5)	2008(n=6282)	732(11.7)	2273(36.2)
2009(n=5024)	4060(80.8)	3413(67.9)	2009(n=6356)	806(12.7)	2283(35.9)
2010(n=5058)	4101(81.1)	3341(66.1)	2010(n=6134)	866(14.1)	2245(36.6)
2011(n=4790)	3911(81.6)	3245(67.7)	2011(n=6071)	861(14.2)	2282(37.6)
2012(n=4765)	3931(82.5)	3202(67.2)	2012(n=6162)	977(15.9)	2356(38.2)
2013(n=4359)	3702(84.9)	2933(67.3)	2013(n=6401)	1033(16.1)	2458(38.4)
2014(n=4616)	3953(85.6)	3022(65.5)	2014(n=6691)	1119(16.7)	2606(38.9)
2015(n=4749)	4081(85.9)	3108(65.4)	2015(n=6676)	1176(17.6)	2586(38.7)
總計(n=46947)	38881(82.8)	31829(67.8)	總計(n=61262)	8989(14.7)	23039(37.6)

以自殺關懷通報資料檔內過去是否有精神病史而言，在過去精神病史為不詳者，各年大致有三成左右之自殺企圖者在自殺企圖前一年於精神科被開立精神疾患診斷，而四成左右的自殺企圖者曾經有在其他科別被開立精神疾患診斷，顯示個案若回答過去精神病史為不詳時，仍有將近三成個案在自殺企圖日之前仍有在精神科被開立精神疾患之診斷之紀錄。(表 3-1-6)

表 3-1-6、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-通報中過去精神病史(續)

過去精神病史	不詳	
指標企圖日年份 (總自殺企圖人數)	精神科精神疾患診斷	非精神科精神疾患診斷
	N(%)	N(%)
2006(n=9051)	2863(31.6)	4245(46.9)
2007(n=8494)	2247(26.5)	3645(42.9)
2008(n=7654)	1992(26)	3232(42.2)
2009(n=7866)	1997(25.4)	3128(39.8)
2010(n=8185)	2237(27.3)	3457(42.2)
2011(n=7615)	2213(29.1)	3148(41.3)
2012(n=8404)	2588(30.8)	3613(43)
2013(n=7992)	2594(32.5)	3480(43.5)
2014(n=7783)	2643(34)	3343(43)
2015(n=7885)	2730(34.6)	3407(43.2)
總計(n=80929)	24104(29.8)	34698(42.9)

若進一步分析自殺企圖個案於指標企圖日前一年之精神疾患診斷來看，以精神官能症之比例最高，歷年均有三成五以上；若再針對精神官能症細分，可發現精神官能憂鬱症之比例佔精神官能症診斷比例將近一半以上，其中精神官能性憂鬱症(憂鬱症輕症)，歷年均有一成七以上；其次為情感性精神病，歷年均有一成九至兩成，緊接著是比例第三高的是特定症狀或徵候群，歷年比例也有將近一成六至一成七，且比例有逐年提高的跡象，也因此給予自殺企圖個案之精神疾患適當的醫療資源，便是自殺企圖者後續就診精神科重要的防治手段(表 3-1-7)。

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形

年份(自殺企圖總人數)	老年期及初老年期器質性精神病態 290	酒精性精神病 291	藥物性精神病 292	暫時性器質性精神病態 293	其他器質性精神病態(慢性)294	思覺失調症 295	情感性精神病 296
2006(n=17647)	112(0.6)	217(1.2)	540(3.1)	122(0.7)	253(1.4)	941(5.3)	4123(23.4)
2007(n=19018)	132(0.7)	240(1.3)	637(3.3)	112(0.6)	263(1.4)	966(5.1)	4043(21.3)
2008(n=18891)	131(0.7)	235(1.2)	588(3.1)	122(0.6)	250(1.3)	902(4.8)	3874(20.5)
2009(n=19246)	160(0.8)	244(1.3)	615(3.2)	130(0.7)	278(1.4)	920(4.8)	3723(19.3)
2010(n=19377)	156(0.8)	239(1.2)	769(4)	161(0.8)	296(1.5)	923(4.8)	3841(19.8)
2011(n=18476)	170(0.9)	256(1.4)	790(4.3)	176(1)	304(1.6)	876(4.7)	3505(19)
2012(n=19331)	214(1.1)	262(1.4)	870(4.5)	192(1)	320(1.7)	877(4.5)	3715(19.2)
2013(n=18752)	262(1.4)	253(1.3)	834(4.4)	165(0.9)	324(1.7)	883(4.7)	3438(18.3)
2014(n=19090)	271(1.4)	236(1.2)	762(4)	208(1.1)	347(1.8)	928(4.9)	3635(19)
2015(n=19310)	300(1.6)	294(1.5)	812(4.2)	209(1.1)	340(1.8)	908(4.7)	3704(19.2)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	源於兒童期之精神病 299	精神官能症 300	人格違常 301	性心理偏差及疾患 302	酒癮徵候群 303	藥癮 304	藥物濫用 305
2006(n=17647)	13(0.1)	6185(35)	591(3.3)	26(0.1)	713(4)	239(1.4)	1261(7.1)
2007(n=19018)	11(0.1)	6401(33.7)	467(2.5)	29(0.2)	698(3.7)	181(1)	1122(5.9)
2008(n=18891)	16(0.1)	6313(33.4)	389(2.1)	19(0.1)	694(3.7)	213(1.1)	1053(5.6)
2009(n=19246)	13(0.1)	6385(33.2)	367(1.9)	30(0.2)	728(3.8)	231(1.2)	1063(5.5)
2010(n=19377)	29(0.1)	6551(33.8)	349(1.8)	39(0.2)	744(3.8)	232(1.2)	1126(5.8)
2011(n=18476)	23(0.1)	6283(34)	301(1.6)	27(0.1)	679(3.7)	353(1.9)	1097(5.9)
2012(n=19331)	22(0.1)	6735(34.8)	316(1.6)	25(0.1)	735(3.8)	414(2.1)	1291(6.7)
2013(n=18752)	25(0.1)	6590(35.1)	306(1.6)	36(0.2)	736(3.9)	373(2)	1292(6.9)
2014(n=19090)	41(0.2)	6886(36.1)	289(1.5)	31(0.2)	729(3.8)	340(1.8)	1289(6.8)
2015(n=19310)	46(0.2)	7018(36.3)	273(1.4)	27(0.1)	717(3.7)	348(1.8)	1431(7.4)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	特定症狀或徵候群，NEC307	急性心理壓力反應 308	環境適應障礙 309	器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患 310	憂鬱性疾患，NEC311	行為障礙，NEC312	特發於兒童及青少年期之情緒障礙 313
2006(n=17647)	2036(11.5)	446(2.5)	950(5.4)	58(0.3)	1478(8.4)	50(0.3)	38(0.2)
2007(n=19018)	2217(11.7)	491(2.6)	888(4.7)	47(0.2)	1502(7.9)	48(0.3)	34(0.2)
2008(n=18891)	2302(12.2)	454(2.4)	974(5.2)	53(0.3)	1455(7.7)	43(0.2)	38(0.2)
2009(n=19246)	2430(12.6)	472(2.5)	959(5)	75(0.4)	1532(8)	58(0.3)	38(0.2)
2010(n=19377)	2656(13.7)	629(3.2)	1075(5.5)	73(0.4)	1604(8.3)	57(0.3)	49(0.3)
2011(n=18476)	2625(14.2)	716(3.9)	1089(5.9)	72(0.4)	1631(8.8)	72(0.4)	72(0.4)
2012(n=19331)	3017(15.6)	702(3.6)	1178(6.1)	70(0.4)	1773(9.2)	72(0.4)	52(0.3)
2013(n=18752)	2979(15.9)	697(3.7)	1192(6.4)	93(0.5)	1788(9.5)	86(0.5)	49(0.3)
2014(n=19090)	3221(16.9)	647(3.4)	1200(6.3)	64(0.3)	1870(9.8)	106(0.6)	71(0.4)
2015(n=19310)	3447(17.9)	670(3.5)	1173(6.1)	81(0.4)	1876(9.7)	90(0.5)	61(0.3)

表 3-1-7、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形(續)

年份(自殺企圖總人數)	兒童期過動徵候群 314	與其他特定疾病相關之精神因素 316	輕度智能不足 317	其他特定智能不足 318	智能不足 319	精神官能性憂鬱症 3004
2006(n=17647)	28(0.2)	22(0.1)	39(0.2)	17(0.1)	15(0.1)	3205(18.2)
2007(n=19018)	34(0.2)	20(0.1)	36(0.2)	7(0)	22(0.1)	3218(16.9)
2008(n=18891)	38(0.2)	18(0.1)	53(0.3)	16(0.1)	23(0.1)	3111(16.5)
2009(n=19246)	59(0.3)	17(0.1)	39(0.2)	12(0.1)	22(0.1)	3145(16.3)
2010(n=19377)	63(0.3)	34(0.2)	57(0.3)	10(0.1)	45(0.2)	3252(16.8)
2011(n=18476)	79(0.4)	12(0.1)	54(0.3)	11(0.1)	43(0.2)	3182(17.2)
2012(n=19331)	68(0.4)	10(0.1)	52(0.3)	23(0.1)	46(0.2)	3340(17.3)
2013(n=18752)	75(0.4)	14(0.1)	42(0.2)	27(0.1)	42(0.2)	3239(17.3)
2014(n=19090)	126(0.7)	6(0)	62(0.3)	32(0.2)	46(0.2)	3313(17.4)
2015(n=19310)	106(0.5)	14(0.1)	51(0.3)	30(0.2)	37(0.2)	3340(17.3)

自殺企圖者前一年之精神疾患診斷比例最高的是情感性精神病，診斷比例由 2006 年的 9.4%逐漸下降至 2011 年 5.9%，2012 年至 2015 年則均維持在 5%上下；其次為思覺失調症歷年均維持在 2.5%，然而其比例也有逐漸下降的趨勢。(表 3-1-8)

表 3-1-8、2006 年至 2014 年自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院

年份(自殺企圖總人數)	老年期及初老年期器質性精神病態 290	酒精性精神病 291	藥物性精神病 292	暫時性器質性精神病態 293	其他器質性精神病態(慢性)294	思覺失調症 295	情感性精神病 296	妄想狀態 297
2006(n=17647)	20(0.1)	135(0.8)	76(0.4)	26(0.1)	121(0.7)	498(2.8)	1666(9.4)	31(0.2)
2007(n=19018)	30(0.2)	133(0.7)	71(0.4)	33(0.2)	113(0.6)	493(2.6)	1425(7.5)	36(0.2)
2008(n=18891)	18(0.1)	133(0.7)	53(0.3)	21(0.1)	103(0.5)	486(2.6)	1259(6.7)	25(0.1)
2009(n=19246)	32(0.2)	128(0.7)	44(0.2)	25(0.1)	110(0.6)	450(2.3)	1184(6.2)	35(0.2)
2010(n=19377)	32(0.2)	139(0.7)	65(0.3)	36(0.2)	97(0.5)	476(2.5)	1208(6.2)	28(0.1)
2011(n=18476)	37(0.2)	132(0.7)	50(0.3)	32(0.2)	117(0.6)	418(2.3)	1092(5.9)	29(0.2)
2012(n=19331)	36(0.2)	152(0.8)	70(0.4)	35(0.2)	119(0.6)	430(2.2)	1090(5.6)	27(0.1)
2013(n=18752)	47(0.3)	137(0.7)	56(0.3)	36(0.2)	111(0.6)	436(2.3)	1046(5.6)	28(0.1)
2014(n=19090)	48(0.3)	147(0.8)	64(0.3)	37(0.2)	129(0.7)	455(2.4)	981(5.1)	23(0.1)
2015(n=19310)	43(0.2)	151(0.8)	82(0.4)	54(0.3)	116(0.6)	442(2.3)	1003(5.2)	20(0.1)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

年份(自殺企圖總人數)	其他非器質性精神病 298	精神官能症 300	人格違常 301	酒癮徵候群 303	藥癮 304	藥物濫用 305	心因性之生理功能障礙 306
2006(n=17647)	120(0.7)	667(3.8)	339(1.9)	229(1.3)	78(0.4)	184(1)	27(0.2)
2007(n=19018)	106(0.6)	591(3.1)	218(1.1)	193(1)	54(0.3)	159(0.8)	16(0.1)
2008(n=18891)	82(0.4)	527(2.8)	145(0.8)	187(1)	50(0.3)	118(0.6)	19(0.1)
2009(n=19246)	81(0.4)	496(2.6)	152(0.8)	170(0.9)	52(0.3)	121(0.6)	14(0.1)
2010(n=19377)	91(0.5)	517(2.7)	148(0.8)	203(1)	49(0.3)	130(0.7)	8(0)
2011(n=18476)	114(0.6)	508(2.7)	146(0.8)	196(1.1)	66(0.4)	136(0.7)	4(0)
2012(n=19331)	99(0.5)	486(2.5)	158(0.8)	224(1.2)	46(0.2)	167(0.9)	7(0)
2013(n=18752)	93(0.5)	480(2.6)	128(0.7)	200(1.1)	69(0.4)	144(0.8)	14(0.1)
2014(n=19090)	115(0.6)	465(2.4)	121(0.6)	204(1.1)	40(0.2)	132(0.7)	20(0.1)
2015(n=19310)	130(0.7)	492(2.5)	104(0.5)	195(1)	59(0.3)	165(0.9)	8(0)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

	特定症狀或徵候群，NEC307	急性心理壓力反應 308	環境適應障礙 309	器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患 310	憂鬱性疾患，NEC311	行為障礙，NEC312	兒童期過動徵候群 314
2006(n=17647)	76(0.4)	26(0.1)	354(2)	14(0.1)	836(4.7)	17(0.1)	5(0)
2007(n=19018)	81(0.4)	19(0.1)	260(1.4)	13(0.1)	723(3.8)	11(0.1)	5(0)
2008(n=18891)	67(0.4)	20(0.1)	233(1.2)	7(0)	701(3.7)	24(0.1)	9(0)
2009(n=19246)	50(0.3)	13(0.1)	255(1.3)	15(0.1)	664(3.5)	30(0.2)	14(0.1)
2010(n=19377)	74(0.4)	22(0.1)	283(1.5)	8(0)	723(3.7)	21(0.1)	13(0.1)
2011(n=18476)	54(0.3)	33(0.2)	234(1.3)	11(0.1)	648(3.5)	22(0.1)	12(0.1)
2012(n=19331)	69(0.4)	28(0.1)	225(1.2)	13(0.1)	703(3.6)	25(0.1)	13(0.1)
2013(n=18752)	64(0.3)	28(0.1)	238(1.3)	8(0)	654(3.5)	10(0.1)	13(0.1)
2014(n=19090)	71(0.4)	26(0.1)	217(1.1)	10(0.1)	631(3.3)	15(0.1)	14(0.1)
2015(n=19310)	71(0.4)	26(0.1)	191(1)	10(0.1)	617(3.2)	14(0.1)	13(0.1)

表 3-1-8、自殺企圖者企圖日前一年精神疾患診斷情形-住院(續)

	輕度智能不足 317	其他特定智能不足 318	智能不足 319	精神官能性憂鬱症
2006(n=17647)	26(0.1)	5(0)	20(0.1)	390(2.2)
2007(n=19018)	16(0.1)	5(0)	15(0.1)	328(1.7)
2008(n=18891)	9(0)	7(0)	22(0.1)	301(1.6)
2009(n=19246)	16(0.1)	5(0)	11(0.1)	262(1.4)
2010(n=19377)	15(0.1)	7(0)	18(0.1)	298(1.5)
2011(n=18476)	34(0.2)	6(0)	31(0.2)	292(1.6)
2012(n=19331)	17(0.1)	7(0)	10(0.1)	281(1.5)
2013(n=18752)	15(0.1)	6(0)	16(0.1)	261(1.4)
2014(n=19090)	26(0.1)	17(0.1)	21(0.1)	231(1.2)
2015(n=19310)	20(0.1)	14(0.1)	22(0.1)	242(1.3)

下表(3.1.9)為自殺死亡與非自殺死亡按 1:10 配對後，再依性別及年齡層進行次數分析，一共 42473 自殺個案，配到 424,730 控制組，其性別及出生年份分佈如下表 3-1-11。

表 3-1-9、隨機抽樣配對結果依性別

性別	對照組	病例組	總計
男	287,560	28,756	316,316
女	137,170	13,717	150,887

從就醫次數可發現到，病例組在平均門急診就醫次數遠高於對照組次數，顯示病例組對醫療資源的需求及利用是遠高於一般群眾。(表 3-1-10)

表 3-1-10 對照組及病例組門急診及住院醫療利用次數

配對組別	門急診就醫次數			住院次數		
	總人數	平均值	標準差	總人數	平均值	標準差
對照組	424,730	9.9	13.0	424,730	0.1	0.5
病例組	42,473	20.6	22.6	42,473	0.7	1.4

若進一步細看各科別平均就診次數，可發現病例組在精神科、家醫科、內科、麻醉科、血液腫瘤科平均就診次數均高於對照組將近一次以上，故可針對有此部分醫療使用特徵之病人，協助其使用心情溫度計，並進一步連結其他精神醫療、心衛資源。(表 3-1-11)

表 3-1-11、2006 年至 2015 年對照組及病例組各科別門急診就診次數

		個數	平均值	標準差	最小值	最大值	T 值	p-value
精神科	對照組	14693	6.8	6.6	1	111	-30.1	<0.0001
	病例組	14549	9.5	8.7	1	123		
洗腎科	對照組	1532	10.8	3.2	1	25	2.3	0.0205
	病例組	462	10.3	4.1	1	27		
神經外科	對照組	10355	2.9	2.9	1	53	-6.5	<.0001
	病例組	2603	3.4	3.6	1	53		
家醫科	對照組	162671	5.3	7.5	1	146	-33.9	<.0001
	病例組	20354	8.2	11.9	1	214		
內科	對照組	126208	4.9	6.8	1	234	-26.2	<.0001
	病例組	18367	6.9	10.0	1	176		

		個數	平均值	標準差	最小值	最大值	T 值	p-value
外科	對照組	54169	3.1	4.4	1	142	-10.2	<.0001
	病例組	9869	3.7	5.4	1	90		
小兒科	對照組	46745	3.1	4.3	1	86	-7.3	<.0001
	病例組	4150	3.9	6.2	1	81		
婦產科	對照組	46019	3.7	4.7	1	83	-6.0	<.0001
	病例組	5569	4.2	5.2	1	73		
骨科	對照組	65219	3.3	4.2	1	115	-15.7	<.0001
	病例組	9693	4.3	5.6	1	159		
神經科	對照組	27797	4.0	3.9	1	104	-9.5	<.0001
	病例組	7206	4.5	4.9	1	163		
整形外科	對照組	4729	2.8	3.6	1	108	-2.8	0.0059
	病例組	1282	3.1	3.7	1	39		
急診醫學科	對照組	46715	1.5	1.6	1	106	-33.5	<.0001
	病例組	16279	2.5	3.5	1	125		
麻醉科	對照組	174	3.3	5.1	1	42	-3.1	0.0022
	病例組	93	5.7	6.5	1	26		
血液腫瘤科	對照組	3342	5.8	6.3	1	52	-7.5	<.0001
	病例組	1156	7.6	7.6	1	50		
放射腫瘤科學科	對照組	1717	5.1	5.1	1	65	-5.6	<.0001
	病例組	782	6.5	6.1	1	49		

以門急診就診科別而言，自殺死亡之勝算比以精神科最高，將近 9.9 倍，且 Z 值為 173.3(P-value<0.05)達到統計上的顯著，此一結果顯示出於精神科就診紀錄比起沒有於精神科就診紀錄之自殺死亡風險高達 9.9 倍；其次為麻醉科(OR=5.3)、淺醫科(OR=4.9)、疼痛科(OR=4.6)、放射腫瘤科(OR=4.6)、胸腔暨重症加護科(OR=4.0)、急診醫學科(OR=3.5)、胸腔外科(OR=3.5)、洗腎科(OR=3.0)之勝算比亦遠高於其於科別，且均達統計上顯著。由上述分析可發現自殺死亡病人在自殺死亡之前較易使用在醫院科別分別是精神科、麻醉科、潛醫科、疼痛科、放射腫瘤科、洗腎科的醫療資源。(表 3-1-12)

而胸腔暨重症加護科(OR=4.0)、急診醫學科(OR=3.5)、胸腔外科(OR=3.5)較有可能是因為自殺死亡病人於死亡前送去醫療院所急救，故有較高的醫療使用度；然而仍需要進一步分析自殺死亡的人自殺前一個月至一週的分析的就醫需求。

表 3-1-12、2006 年至 2015 年對照組及病例組門急診就診情形

門急診就診科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
不分科	37501(8.8)	4802(11.3)	1.3	1.2-1.3	15.2	<0.05
家醫科	162671(38.3)	20354(47.9)	1.3	1.2-1.3	21.9	<0.05
內科	126208(29.7)	18367(43.2)	1.5	1.4-1.5	36.2	<0.05
外科	54169(12.8)	9869(23.2)	1.8	1.8-1.9	48.5	<0.05
小兒科	46745(11)	4150(9.8)	0.9	0.9-0.9	-7.0	<0.05
婦產科	46019(10.8)	5569(13.1)	1.2	1.2-1.2	12.5	<0.05
骨科	65219(15.4)	9693(22.8)	1.5	1.5-1.5	32.2	<0.05
神經外科	10355(2.4)	2603(6.1)	2.5	2.4-2.6	40.9	<0.05
泌尿科	26469(6.2)	4855(11.4)	1.8	1.8-1.9	36.7	<0.05
耳鼻喉科	119119(28)	11659(27.5)	1.0	1-1	-1.9	<0.05
眼科	94798(22.3)	10806(25.4)	1.1	1.1-1.2	11.2	<0.05
皮膚科	77936(18.3)	7858(18.5)	1.0	1-1	0.6	0.27
神經科	27797(6.5)	7206(17)	2.6	2.5-2.7	66.4	<0.05
精神科	14693(3.5)	14549(34.3)	9.9	9.6-10.2	173.3	<0.05
復健科	25951(6.1)	3907(9.2)	1.5	1.5-1.6	22.8	<0.05
整形外科	4729(1.1)	1282(3)	2.7	2.5-2.9	31.3	<0.05
急診醫學科	46715(11)	16279(38.3)	3.5	3.4-3.6	112.3	<0.05
職業醫學科	180(0)	26(0.1)	1.4	1-2.2	1.8	<0.05
麻醉科	174(0)	93(0.2)	5.3	4.2-6.9	13.0	<0.05
放射科	3218(0.8)	456(1.1)	1.4	1.3-1.6	6.9	<0.05
病理科	6727(1.6)	768(1.8)	1.1	1.1-1.2	3.4	<0.05
核醫科	174(0)	47(0.1)	2.7	2-3.7	6.0	<0.05
結核科	424(0.1)	124(0.3)	2.9	2.4-3.6	10.5	<0.05
洗腎科	1532(0.4)	462(1.1)	3.0	2.7-3.3	20.7	<0.05
消化內科(胃腸內科)	39616(9.3)	7221(17)	1.8	1.8-1.9	43.0	<0.05
心臟血管內科	33850(8)	5147(12.1)	1.5	1.5-1.6	26.3	<0.05
胸腔內科	19116(4.5)	3558(8.4)	1.9	1.8-1.9	32.7	<0.05
腎臟內科	9751(2.3)	2045(4.8)	2.1	2-2.2	29.8	<0.05
風濕免疫科	5967(1.4)	983(2.3)	1.6	1.5-1.8	14.3	<0.05
血液腫瘤科	3342(0.8)	1156(2.7)	3.5	3.2-3.7	36.0	<0.05
內分泌科	15956(3.8)	2482(5.8)	1.6	1.5-1.6	19.9	<0.05

門急診就診科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
感染科	3100(0.7)	794(1.9)	2.6	2.4-2.8	23.5	<0.05
潛醫科	87(0)	43(0.1)	4.9	3.4-7.1	8.6	<0.05
胸腔暨重症加護科	53(0)	21(0)	4.0	2.4-6.6	5.3	<0.05
直腸外科	6754(1.6)	1295(3)	1.9	1.8-2	21.2	<0.05
心臟血管外科	2553(0.6)	581(1.4)	2.3	2.1-2.5	17.8	<0.05
胸腔外科	1341(0.3)	466(1.1)	3.5	3.1-3.9	23.1	<0.05
消化外科	1700(0.4)	342(0.8)	2.0	1.8-2.3	11.8	<0.05
小兒外科	111(0)	15(0)	1.4	0.8-2.3	1.1	0.14
新生兒科	112(0)	5(0)	0.4	0.2-1.1	-1.8	<0.05
疼痛科	409(0.1)	190(0.4)	4.6	3.9-5.5	17.5	<0.05
居家護理	1080(0.3)	83(0.2)	0.8	0.6-1	-2.3	<0.05
放射診斷科	1228(0.3)	179(0.4)	1.5	1.2-1.7	4.7	<0.05
放射腫瘤科學科	1717(0.4)	782(1.8)	4.6	4.2-5	34.9	<0.05
脊椎骨科	159(0)	34(0.1)	2.1	1.5-3.1	4.0	<0.05

若以住院科別來看，自殺死亡之勝算比以急診醫學科(OR=41)、胸腔暨重症加護科(OR=16.5)，而精神科(OR=6.3)次之、緊接著為核醫科(OR=5.8)、胸腔外科(OR=4.5)、放射科(OR=3.2)。其中，急診醫學科、胸腔暨重症加護科及胸腔外科同樣較有可能是自殺死亡者於自殺後被送往醫院進行急救，以至於這三個科別的 OR 值較其他科別高之原因。(表 3-1-13)

表 3-1-13、2006 年 2015 年對照組及病例組住院科別情形

住院科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
家醫科	358(1.1)	227(1.5)	1.3	1.3-1.5	3.1	<0.05
內科	2712(8.4)	2011(13.1)	1.6	1.6-1.7	15.7	<0.05
外科	3836(11.8)	1839(12)	1	1-1.1	0.0	0.50
小兒科	429(1.3)	37(0.2)	0.2	0.2-0.3	-9.4	<0.05
婦產科	3071(9.5)	289(1.9)	0.2	0.2-0.2	-26.1	<0.05
骨科	4571(14.1)	1472(9.6)	0.7	0.7-0.7	-11.7	<0.05
神經外科	1735(5.3)	1087(7.1)	1.3	1.3-1.4	6.7	<0.05
泌尿科	2607(8)	665(4.3)	0.5	0.5-0.5	-15.8	<0.05
耳鼻喉科	1322(4.1)	393(2.6)	0.6	0.6-0.7	-8.9	<0.05

住院科別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value
總人數	424730(100)	42473(100)				
眼科	472(1.5)	119(0.8)	0.5	0.5-0.6	-6.7	<0.05
皮膚科	66(0.2)	21(0.1)	0.7	0.7-1.1	-1.4	0.08
神經科	1895(5.8)	1077(7)	1.2	1.2-1.3	4.7	<0.05
精神科	826(2.5)	2434(15.9)	6.3	6.3-6.8	45.3	<0.05
復健科	285(0.9)	116(0.8)	0.9	0.9-1.1	-1.0	0.17
整形外科	838(2.6)	530(3.5)	1.3	1.3-1.5	4.7	<0.05
急診醫學科	3(0)	58(0.4)	41	36.5-130.9	6.3	<0.05
牙科	99(0.3)	37(0.2)	0.8	0.8-1.2	-1.2	0.12
放射科	4(0)	6(0)	3.2	2.8-11.3	1.8	<0.05
核醫科	7(0)	19(0.1)	5.8	5.3-13.8	4.0	<0.05
結核科	41(0.1)	18(0.1)	0.9	0.9-1.6	-0.4	0.36
職業醫學科	4(0)	5(0)	2.7	2.4-10.1	1.5	0.07
消化內科(胃腸內科)	2957(9.1)	1486(9.7)	1.1	1.1-1.2	3.0	<0.05
心臟血管內科	2813(8.7)	1005(6.6)	0.8	0.8-0.9	-6.0	<0.05
胸腔內科	2472(7.6)	1998(13.1)	1.7	1.7-1.8	17.4	<0.05
腎臟內科	1291(4)	1682(11)	2.8	2.8-3	27.6	<0.05
風濕免疫科	241(0.7)	138(0.9)	1.2	1.2-1.5	1.7	<0.05
血液腫瘤科	600(1.8)	554(3.6)	2	2-2.2	11.7	<0.05
內分泌科	580(1.8)	302(2)	1.1	1.1-1.3	1.3	0.0900
感染科	921(2.8)	356(2.3)	0.8	0.8-0.9	-3.6	<0.05
胸腔暨重症加護科	47(0.1)	365(2.4)	16.5	16-22.4	18.1	<0.05
直腸外科	902(2.8)	257(1.7)	0.6	0.6-0.7	-7.2	<0.05
心臟血管外科	495(1.5)	179(1.2)	0.8	0.8-0.9	-2.6	<0.05
胸腔外科	337(1)	719(4.7)	4.5	4.4-5.1	22.7	<0.05
消化外科	323(1)	130(0.8)	0.9	0.9-1.1	-1.0	0.16
小兒外科	5(0)	4(0)	1.7	1.5-6.3	0.8	0.21
新生兒科	78(0.2)	3(0)	0.1	0.1-0.3	-3.9	<0.05
疼痛科	10(0)	6(0)	1.3	1.2-3.6	0.5	0.31
放射腫瘤科學科	37(0.1)	37(0.2)	2.1	2-3.3	3.2	<0.05
口腔顎面外科	86(0.3)	53(0.3)	1.3	1.3-1.8	1.5	0.07
脊椎骨科	38(0.1)	12(0.1)	0.7	0.7-1.3	-1.1	0.14

由分析結果可知，綜觀所有疾病別，精神疾患相較於其他疾病之勝算比(OR)及可歸因危險分率均(PAF)最高，若細分精神疾患各診斷碼，藥物性精神疾病、酒癮徵候群、人格違常、藥癮、憂鬱症、情感性精神病、精神官能性憂鬱症之勝算比高於其他精神疾患，而若排除精神疾患，其他疾病勝算比較高的則是結核病(OR=3.4)、惡性腫瘤(OR=2.9)、腦血管疾病(OR=2.4)、血液及造血器官之疾病(OR=2.3)、肺炎(OR=2.3)、腎炎、腎徵候群及腎變性病(OR=2.3)。以 PAF 值而言，(PAF 定義為每一百個人自殺，有 n%的人會因為罹患此疾病而自殺)，以精神官能症之(PAF=0.24)最高、憂鬱症(PAF=0.23)、情感性疾患(PAF=0.16)、其他疾病則以徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(PAF=0.23)較高。(表 3-1-14)

表 3-1-14、2006 年至 2015 年對照組及病例組門急診開立疾病診斷情形

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
傳染病及寄生蟲病	67960(16)	8644(20.4)	1.3	1.2-1.3	18.9	<0.05	0.04
結核病	1095(0.3)	376(0.9)	3.4	3.1-3.9	20.6	<0.05	0.01
病毒性肝炎	9878(2.3)	1368(3.2)	1.4	1.3-1.5	11.1	<0.05	0.01
腫瘤	30411(7.2)	5298(12.5)	1.7	1.7-1.8	35.0	<0.05	0.05
惡性腫瘤	10124(2.4)	2966(7)	2.9	2.8-3.1	49.9	<0.05	0.05
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	80500(19)	11468(27)	1.4	1.4-1.5	30.5	<0.05	0.08
糖尿病	36165(8.5)	5786(13.6)	1.6	1.6-1.6	31.0	<0.05	0.05
血液及造血器官之疾病	7631(1.8)	1748(4.1)	2.3	2.2-2.4	30.7	<0.05	0.02
精神疾患	41719(9.8)	20177(47.5)	4.8	4.7-4.9	143.3	<0.05	0.38
精神官能症及人格異常	24822(5.8)	13006(30.6)	5.2	5.1-5.4	133.6	<0.05	0.25
老年期及初老年期器質性精神病態	2970(0.7)	731(1.7)	2.5	2.3-2.7	21.6	<0.05	0.01
酒精性精神病	250(0.1)	444(1)	17.8	15.2-20.7	36.3	<0.05	0.01
藥物性精神病	125(0)	638(1.5)	51.0	42.1-61.8	40.2	<0.05	0.01
暫時性器質性精神病態	316(0.1)	342(0.8)	10.8	9.3-12.6	30.5	<0.05	0.01

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
其他器質性精神病態(慢性)	1309(0.3)	750(1.8)	5.7	5.2-6.3	37.9	<0.05	0.01
思覺失調症	2037(0.5)	2552(6)	12.5	11.8-13.3	83.8	<0.05	0.06
情感性精神病	4097(1)	7264(17.1)	17.7	17-18.5	141.6	<0.05	0.16
妄想狀態	234(0.1)	381(0.9)	16.3	13.8-19.2	33.5	<0.05	0.01
其他非器質性精神病	473(0.1)	966(2.3)	20.4	18.3-22.8	53.5	<0.05	0.02
源於兒童期之精神病	62(0)	21(0)	3.4	2.1-5.6	4.8	<0.05	0.00
精神官能症	24758(5.8)	12855(30.3)	5.2	5.1-5.3	132.5	<0.05	0.24
精神官能性憂鬱症	5161(1.2)	5969(14.1)	11.6	11.1-12	123.8	<0.05	0.13
人格違常	161(0)	528(1.2)	32.8	27.5-39.1	38.7	<0.05	0.01
性心理偏差及疾患	189(0)	55(0.1)	2.9	2.2-3.9	7.0	<0.05	0.00
酒癮徵候群	602(0.1)	887(2.1)	14.7	13.3-16.3	50.7	<0.05	0.02
藥癮	281(0.1)	701(1.7)	24.9	21.7-28.7	45.4	<0.05	0.02
藥物濫用	2884(0.7)	1512(3.6)	5.2	4.9-5.6	51.5	<0.05	0.03
心因性之生理功能障礙	2135(0.5)	954(2.2)	4.5	4.1-4.8	38.1	<0.05	0.02
特定症狀或徵候群，NEC	9066(2.1)	5732(13.5)	6.3	6.1-6.5	104.0	<0.05	0.11
急性心理壓力反應	619(0.1)	557(1.3)	9.0	8-10.1	37.5	<0.05	0.01
環境適應障礙	940(0.2)	1212(2.9)	12.9	11.8-14	58.4	<0.05	0.03
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	313(0.1)	114(0.3)	3.6	2.9-4.5	11.8	<0.05	0.00
憂鬱性疾患，NEC	1855(0.4)	2998(7.1)	16.2	15.2-17.1	92.7	<0.05	0.07
行為障礙，NEC	38(0)	87(0.2)	22.9	15.6-33.5	16.1	<0.05	0.00
特發於兒童及青	19(0)	24(0.1)	12.6	6.9-23.1	8.3	<0.05	0.00

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
少年期之情緒障礙							
兒童期過動徵候群	70(0)	37(0.1)	5.3	3.5-7.9	8.2	<0.05	0.00
特定發展遲滯	38(0)	8(0)	2.1	1-4.5	1.9	<0.05	0.00
與其他特定疾病相關之精神因素	46(0)	39(0.1)	8.5	5.5-13	9.8	<0.05	0.00
輕度智能不足	90(0)	34(0.1)	3.8	2.5-5.6	6.6	<0.05	0.00
其他特定智能不足	98(0)	14(0)	1.4	0.8-2.5	1.2	0.106	0.00
智能不足	109(0)	22(0.1)	2.0	1.3-3.2	3.0	<0.05	0.00
憂鬱症	8576(2)	10737(25.3)	12.5	12.1-12.9	161.9	<0.05	0.23
神經系統及感覺器官之疾病	125830(29.6)	16504(38.9)	1.3	1.3-1.3	25.8	<0.05	0.09
眼及其附屬器官之疾患	93383(22)	10894(25.6)	1.2	1.1-1.2	13.2	<0.05	0.04
耳及乳突之疾患	36311(8.5)	5566(13.1)	1.5	1.5-1.6	27.8	<0.05	0.05
循環系統疾病	99054(23.3)	14884(35)	1.5	1.5-1.5	37.7	<0.05	0.12
高血壓疾病	74935(17.6)	10458(24.6)	1.4	1.4-1.4	27.9	<0.05	0.07
心臟病	11440(2.7)	1270(3)	1.1	1-1.2	3.5	<0.05	0.00
腦血管疾病	14547(3.4)	3456(8.1)	2.4	2.3-2.5	44.0	<0.05	0.05
呼吸系統疾病	94370(22.2)	6330(14.9)	0.7	0.7-0.7	-28.3	<0.05	-0.07
急性上呼吸道感染	61670(14.5)	3665(8.6)	0.6	0.6-0.6	-29.2	<0.05	-0.06
流行性感冒	13412(3.2)	1524(3.6)	1.1	1.1-1.2	4.6	<0.05	0.00
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	22341(5.3)	3881(9.1)	1.7	1.7-1.8	30.4	<0.05	0.04
肺炎	6993(1.6)	1613(3.8)	2.3	2.2-2.4	29.7	<0.05	0.02
消化系統疾病	141650(33.4)	20709(48.8)	1.5	1.4-1.5	37.1	<0.05	0.15
牙及其支持組織之疾病	4356(1)	810(1.9)	1.9	1.7-2	16.1	<0.05	0.01
胃及十二指腸之	28398(6.7)	6266(14.8)	2.2	2.1-2.3	52.8	<0.05	0.08

疾病別	對照組	病例組	OR	95%CI	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
潰瘍							
闌尾炎	501(0.1)	77(0.2)	1.5	1.2-2	3.5	<0.05	0.00
腹腔疝氣	1316(0.3)	228(0.5)	1.7	1.5-2	7.6	<0.05	0.00
泌尿生殖系統疾病	79834(18.8)	12425(29.3)	1.6	1.5-1.6	38.9	<0.05	0.10
腎炎、腎徵候群及腎變性病	9258(2.2)	2095(4.9)	2.3	2.2-2.4	33.0	<0.05	0.03
膀胱炎	7881(1.9)	1616(3.8)	2.1	1.9-2.2	25.8	<0.05	0.02
尿結石	1860(0.4)	162(0.4)	0.9	0.7-1	-1.7	<0.05	0.00
攝護腺肥大	16270(3.8)	3229(7.6)	2.0	1.9-2.1	34.3	<0.05	0.04
妊娠、生產及產褥期之併發症	4083(1)	404(1)	1.0	0.9-1.1	-0.2	0.42	0.00
直接生產病態	406(0.1)	23(0.1)	0.6	0.4-0.9	-2.7	<0.05	0.00
正常生產	43(0)	6(0)	1.4	0.6-3.3	0.8	0.22	0.00
皮膚及皮下組織疾病	111625(26.3)	13672(32.2)	1.2	1.2-1.3	18.5	<0.05	0.06
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	123246(29)	17209(40.5)	1.4	1.4-1.4	32.0	<0.05	0.12
先天畸形	2614(0.6)	497(1.2)	1.9	1.7-2.1	13.1	<0.05	0.01
周產期病態	655(0.2)	22(0.1)	0.3	0.2-0.5	-5.0	<0.05	0.00
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	142218(33.5)	24147(56.9)	1.7	1.7-1.7	51.3	<0.05	0.23
損傷及中毒	99491(23.4)	18512(43.6)	1.9	1.8-1.9	59.5	<0.05	0.20
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	101402(23.9)	13167(31)	1.3	1.3-1.3	23.5	<0.05	0.07

以住院診斷比例各疾病自殺死亡勝算比依序同樣以為精神疾患(OR=4.5)最高、，而若細看各精神疾患，以人格違常最高(OR=20.5)、藥癮(OR=15.5)、憂鬱症(OR=11.4) 、情感性精神病(OR=10.8)、急性心理壓力反應(OR=10.6)、藥物濫用(OR=10.5)、藥物性精神病(OR=9.1)；其他疾病則以腎炎、腎徵候群及腎變性病(OR=2.8)及損害中毒(OR=2.6)較高；以 PAF 而言，在精神疾患部分，以憂鬱症(PAF=0.15)、情感性精神病(PAF=0.12)、思覺失調症(PAF=0.06)、精神官能症(PAF=0.05)較高；其

他疾病以損傷及中毒(PAF=0.31)、徵候、症狀及診斷欠明之各種病態(PAF=0.1)、腎炎、腎徵候群及腎變性病(PAF=0.08)較高。(表 3-1-15)

表 3-1-15、2006 年至 2015 年對照組及病例組住院診斷比例

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
傳染病及寄生蟲病	4501(13.9)	2433(15.9)	1.1	1-1.2	3.7	<0.05	0.01
結核病	353(1.1)	231(1.5)	1.4	1.2-1.7	4.0	<0.05	0.00
病毒性肝炎	1224(3.8)	679(4.4)	1.2	1.1-1.3	3.8	<0.05	0.01
腫瘤	4458(13.7)	2255(14.7)	1.1	1-1.2	3.6	<0.05	0.01
惡性腫瘤	3055(9.4)	1885(12.3)	1.3	1.2-1.4	8.8	<0.05	0.03
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	9557(29.4)	4685(30.6)	1	1-1	0.0	0.50	0.00
糖尿病	5973(18.4)	2508(16.4)	0.9	0.9-0.9	-4.3	<0.05	-0.02
血液及造血器官之疾病	2529(7.8)	1295(8.5)	1.1	1-1.2	2.8	<0.05	0.01
精神疾患	2314(7.1)	4928(32.2)	4.5	4.3-4.7	58.4	<0.05	0.25
精神官能症及人格異常	353(1.1)	1030(6.7)	6.2	5.5-7	29.5	<0.05	0.06
老年期及初老年期器質性精神病態	333(1)	83(0.5)	0.5	0.4-0.6	-5.6	<0.05	-0.01
酒精性精神病	115(0.4)	202(1.3)	3.7	2.9-4.7	11.2	<0.05	0.01
藥物性精神病	29(0.1)	124(0.8)	9.1	6.1-13.6	10.7	<0.05	0.01
暫時性器質性精神病態	58(0.2)	66(0.4)	2.4	1.7-3.4	4.9	<0.05	0.00
其他器質性精神病態(慢性)	395(1.2)	221(1.4)	1.2	1-1.4	2.2	<0.05	0.00
思覺失調症	487(1.5)	1071(7)	4.7	4.2-5.2	28.2	<0.05	0.06
情感性精神病	402(1.2)	2039(13.3)	10.8	9.7-12	43.4	<0.05	0.12
妄想狀態	28(0.1)	91(0.6)	6.9	4.5-10.5	8.9	<0.05	0.01
其他非器質性精	54(0.2)	172(1.1)	6.8	5-9.2	12.3	<0.05	0.01

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
神病							
源於兒童期之精神病	8(0)	4(0)	1.1	0.3-3.7	0.2	0.44	0.00
精神官能症	332(1)	852(5.6)	5.4	4.8-6.1	26.0	<0.05	0.05
精神官能性憂鬱症	96(0.3)	368(2.4)	8.1	6.5-10.1	18.2	<0.05	0.02
人格違常	24(0.1)	232(1.5)	20.5	13.5-31.2	14.1	<0.05	0.01
酒癮徵候群	204(0.6)	341(2.2)	3.5	2.9-4.2	14.1	<0.05	0.02
藥癮	19(0.1)	139(0.9)	15.5	9.6-25	11.2	<0.05	0.01
藥物濫用	49(0.2)	242(1.6)	10.5	7.7-14.3	15.0	<0.05	0.01
心因性之生理功能障礙	7(0)	20(0.1)	6.1	2.6-14.4	4.1	<0.05	0.00
特定症狀或徵候群，NEC	62(0.2)	108(0.7)	3.7	2.7-5.1	8.2	<0.05	0.01
急性心理壓力反應	4(0)	20(0.1)	10.6	3.6-31	4.3	<0.05	0.00
環境適應障礙	35(0.1)	163(1.1)	9.9	6.9-14.3	12.3	<0.05	0.01
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	23(0.1)	22(0.1)	2	1.1-3.6	2.3	<0.05	0.00
憂鬱性疾患，NEC	206(0.6)	1017(6.6)	10.5	9-12.2	30.7	<0.05	0.06
行為障礙，NEC							
特發於兒童及青少年期之情緒障礙							
兒童期過動徵候群	26(0.1)	42(0.3)	3.4	2.1-5.5	4.9	<0.05	0.00
特定發展遲滯							
與其他特定疾病相關之精神因素							

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
輕度智能不足							
其他特定智能不足							
性心理偏差及疾患							
智能不足	34(0.1)	13(0.1)	0.8	0.4-1.5	-0.7	0.25	0.00
憂鬱症	475(1.5)	2564(16.7)	11.4	10.3-12.6	48.5	<0.05	0.15
神經系統及感覺器官之疾病	3259(10)	2246(14.7)	1.5	1.4-1.6	14.5	<0.05	0.05
眼及其附屬器官之疾患	824(2.5)	339(2.2)	0.9	0.8-1	-1.6	0.05	0.00
耳及乳突之疾患	571(1.8)	222(1.5)	0.8	0.7-0.9	-2.8	<0.05	0.00
循環系統疾病	13438(41.4)	5939(38.8)	0.9	0.9-0.9	-6.4	<0.05	-0.04
高血壓疾病	9443(29.1)	3657(23.9)	0.8	0.8-0.8	-11.1	<0.05	-0.06
心臟病	4270(13.2)	1962(12.8)	1	0.9-1.1	0.0	0.5	0.00
腦血管疾病	2879(8.9)	1116(7.3)	0.8	0.7-0.9	-6.3	<0.05	-0.02
呼吸系統疾病	5316(16.4)	3865(25.2)	1.5	1.4-1.6	18.6	<0.05	0.08
急性上呼吸道感染	234(0.7)	130(0.8)	1.2	1-1.5	1.7	<0.05	0.00
流行性感冒	159(0.5)	34(0.2)	0.5	0.3-0.7	-3.7	<0.05	0.00
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	1600(4.9)	706(4.6)	0.9	0.8-1	-2.3	<0.05	-0.01
肺炎	2771(8.5)	1307(8.5)	1	0.9-1.1	0.0	0.5	0.00
消化系統疾病	9323(28.7)	4946(32.3)	1.1	1.1-1.1	5.2	<0.05	0.03
牙及其支持組織之疾病	147(0.5)	117(0.8)	1.7	1.3-2.2	4.3	<0.05	0.00
胃及十二指腸之潰瘍	2444(7.5)	1339(8.7)	1.2	1.1-1.3	5.3	<0.05	0.01
闌尾炎	361(1.1)	52(0.3)	0.3	0.2-0.4	-8.1	<0.05	-0.01
腹腔疝氣	876(2.7)	184(1.2)	0.4	0.3-0.5	-11.3	<0.05	-0.02
泌尿生殖系統疾病	7957(24.5)	4069(26.6)	1.1	1.1-1.1	4.8	<0.05	0.02

疾病別	對照組	病例組	OR	95%信賴區間	Z 值	P-value	PAF
總人數	424730(100)	42473(100)					
腎炎、腎徵候群及腎變性病	1404(4.3)	1866(12.2)	2.8	2.6-3	28.8	<0.05	0.08
膀胱炎	89(0.3)	75(0.5)	1.8	1.3-2.4	3.7	<0.05	0.00
尿結石	1225(3.8)	188(1.2)	0.3	0.3-0.3	-15.3	<0.05	-0.03
攝護腺肥大	1659(5.1)	686(4.5)	0.9	0.8-1	-2.3	<0.05	-0.01
妊娠、生產及產褥期之併發症	2264(7)	110(0.7)	0.1	0.1-0.1	-23.6	<0.05	-0.06
直接生產病態	1108(3.4)	43(0.3)	0.1	0.1-0.1	-14.8	<0.05	-0.03
正常生產	861(2.7)	35(0.2)	0.1	0.1-0.1	-13.3	<0.05	-0.02
皮膚及皮下組織疾病	2239(6.9)	887(5.8)	0.8	0.7-0.9	-5.6	<0.05	-0.01
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	4018(12.4)	1875(12.2)	1	0.9-1.1	0.0	0.50	0.00
先天畸形	466(1.4)	155(1)	0.7	0.6-0.8	-3.8	<0.05	0.00
周產期病態	425(1.3)	25(0.2)	0.1	0.1-0.1	-11.2	<0.05	-0.02
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	4644(14.3)	3758(24.5)	1.7	1.6-1.8	23.5	<0.05	0.10
損傷及中毒	6210(19.1)	7622(49.8)	2.6	2.5-2.7	53.1	<0.05	0.31
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	5583(17.2)	2176(14.2)	0.8	0.8-0.8	-8.6	<0.05	-0.04

表 3-1-16 各疾病及其診斷碼

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
傳染病及寄生蟲病	001-139
結核病	010-018
病毒性肝炎	70
腫瘤	140-239
惡性腫瘤	140-208
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	240-259,270-279,260-269
糖尿病	250

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
血液及造血器官之疾病	280-289
精神疾患	290-319
精神官能症及人格異常	300,301
老年期及初老年期器質性精神病態	290
酒精性精神病	291
藥物性精神病	292
暫時性器質性精神病態	293
其他器質性精神病態(慢性)	294
思覺失調症	295
情感性精神病	296
妄想狀態	297
其他非器質性精神病	298
源於兒童期之精神病	299
精神官能症	300
精神官能性憂鬱症	3004
人格違常	301
酒癮徵候群	303
藥癮	304
藥物濫用	305
心因性之生理功能障礙	306
特定症狀或徵候群，NEC	307
急性心理壓力反應	308
環境適應障礙	309
器質性腦損傷後之特定非精神病性精神疾患	310
憂鬱性疾患，NEC	311
行為障礙，NEC	312
特發於兒童及青少年期之情緒障礙	313
兒童期過動徵候群	314
特定發展遲滯	315
與其他特定疾病相關之精神因素	316
輕度智能不足	317
其他特定智能不足	318
性心理偏差及疾患	302
智能不足	319
憂鬱症	2962,2963,3004,311

疾病別	國際疾病傷害分類臨床修訂
神經系統及感覺器官之疾病	320-389
眼及其附屬器官之疾患	360-379
耳及乳突之疾患	380-389
循環系統疾病	390-459
高血壓疾病	401-405
心臟病	390-398,410-414,415-429
腦血管疾病	430-438
呼吸系統疾病	460-466,470-478,480-519
急性上呼吸道感染	460-462,465
流行性感冒	487
支氣管炎、肺氣腫及氣喘	490-493
肺炎	480-486
消化系統疾病	520-579
牙及其支持組織之疾病	520-525
胃及十二指腸之潰瘍	531-533
闌尾炎	540-543
腹腔疝氣	550-553
泌尿生殖系統疾病	580-629
腎炎、腎徵候群及腎變性病	580-589
膀胱炎	595
尿結石	592,594
攝護腺肥大	600
妊娠、生產及產褥期之併發症	630-676
直接生產病態	640-646,651-676
正常生產	650
皮膚及皮下組織疾病	680-709
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	710-739
先天畸形	740-759
周產期病態	760-779
徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	780-799
損傷及中毒	800-999,E800-E999
需要醫療服務之其他原因（V 分類）	V00-V82

1) 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企圖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。

精神疾患的自傷與自殺防治，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，熟悉精神疾患自殺的危險因子，早期認出危險群，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企圖之高危險群，給予正確精神醫療的評估，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，回顧國內外精神病人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣精神病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

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、熟悉精神疾患自傷與自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。

針對曾經有自殺企圖之個案，亦應強化訪員在辨識個案是否有精神疾患及醫療資源利用情形，特別是針對個案若有合併物質濫用的情形應特別注意，因此訪員在給予個案訪視時，應同時詢問自殺企圖個案亦或者是個案家屬是否有物質濫用之情形，若有此情形，則應合併考量個案之物質濫用情形及自殺危險性評估，並為個案適時轉介精神科亦或者其他支持性團體之資源介入，以提供個案整合性治療。

若詢問個案家屬亦或者個案本人曾有藥物性精神疾病、情感性疾患、精神官能症、人格異常或憂鬱症都應特別注意個案之精神科就診情形及是否有規律、規律服藥之情況，並加強精神病 人規律就診之醫院及強化精神病人後續之追蹤亦是相當重要的。

此外除個案本人外，亦應強化家屬與個案之間的連結，並進一步了解個案與家屬之連結強度，以及個案之保護因子，並進一步強化個案之保護因子。

(2) 選擇性策略

防治對象是高風險個案，由以上分析結果可知精神疾患在自殺危險性為所有疾病別之最，在門急診診斷的部分以藥物性精神疾病、情感性疾性疾患(PAF=0.16)、精神官能症(PAF=0.24)、人格異常、憂鬱症(PAF=0.23)及酒藥癮者，故應加強在不分科、家醫科、及各科別門急診醫師在辨識精神疾病的敏感度，在其他疾病別的部分，則需特別注意結核病、惡性腫瘤、腦血管疾病、血液及造血器官之疾病、肺炎、腎炎、腎徵候群及腎變性病之自殺危險性，並適度為病人轉介支持性團體、精神科甚至是其他社會資源。

以門急診各科別來看除精神科以外，尚需針對麻醉科、潛醫科、疼痛科、放射腫瘤科、洗腎科醫師強化醫師本身辨識自殺危險性之能力，並給予病人心情溫度計，若病人屬自殺高風險群，則應轉介精神科；或開立整合性科別、跨科別醫師共同整治病人身體疾病及精神疾患。

在住院科別的部分，住院醫師同樣需特別注意精神科住院病患，尤其

人格違常、藥癮、憂鬱症(PAF=0.15)、情感性精神病(PAF=0.12)均需特別注意其自殺風險，務必給予住院病人適當治療及其他心衛資源連結。而住院醫師尚需注意腎炎、腎徵候群及腎變性病病患，同樣適時轉介精神醫療資源、心衛資源及支持性團體。

(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。

在醫院方面，亦應強化醫院家醫科、內外科醫師對藥物性精神疾患、情感性精神疾患、精神官能症、人格異常等之診斷能力，並舉辦研習課程以增進各門及診科別醫師對精神疾患、自殺危險因子辨識。醫院之服務人員均需特別注意高醫療需求者或醫療資源使用較頻繁者，尤其是醫院第一線服務人員，並主動提供心情溫度計，讓病患能監控自我的狀態，並適時主動接觸精神科，甚至是心衛中心資源。

媒體對精神病汙名化，一直都是舉足輕重的地位。媒體經常將暴力、情緒化、傷害自己、怪異行為與精神疾病在報導中做不當的連結，以致於一般大眾對精神病患產生諸多的負面印象，因而對精神疾病患者產生排斥、害怕、甚至歧視。而另一方面，社會對於精神疾患的認知與包容，普遍還是相當不足，更甚至連自己的家人、鄰人都缺乏諒解，也難怪就診率低迷，何況回家後，還要備受歧視；同時也一直是去機構化成功的一大挑戰，因此持續強化一般大眾對精神疾患之認識，精神疾病去汙名化之活動辦理仍是相當重要的。

因此應結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，對於有自殺史的精神疾病患者則應提供「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，預防精神疾患的自殺。

未來不論是透過媒體教育宣導，已達到去汙名化，亦或者是透過更多的實證研究以辨識出精神病人之高風險特徵，藉以提早轉介資源，在自殺防治策略都是在精神病人相當重要的策略。

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med, 33*(3), 395-405.

Anderberg, J., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2016). Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. *Arch Suicide Res, 20*(3), 463-475. doi:10.1080/13811118.2015.1057663

Bai, Y. M., Liu, C. Y., & Lin, C. C. (1997). Risk factors for parasuicide among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv, 48*(9), 1201-1203. doi:10.1176/ps.48.9.1201

Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*(3), 181-185.

Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry, 52*(7), 594-603.

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry, 177*, 360-365.

Liu, C. Y., Bai, Y. M., Yang, Y. Y., Lin, C. C., Sim, C. C., & Lee, C. H. (1996). Suicide and parasuicide in psychiatric inpatients: ten years experience at a general hospital in Taiwan. *Psychol Rep, 79*(2), 683-690. doi:10.2466/pr0.1996.79.2.683

Ostergaard, M. L., Nordentoft, M., & Hjorthoj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. doi:10.1111/add.13788

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & Stress Research Group of

the Japanese Society for, H. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med, 13*(5), 243-256. doi:10.1007/s12199-008-0037-x

憂鬱症病人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

1)緣起

自殺防治措施的預期效果必須反映在問題的盛行率和嚴重性上，為了使防治措施發揮功效，必須考量影響身心健康的多重因素，包括生物的、心理的及社會的相關因素，防治措施的預期效果必須受到民眾及社會的認同。有效的自殺防治措施必須仰賴下列事項：(1)找出針對個人及人口群整體的危險因素；(2)危險因子與問題之間因果關係的強度；以及(3)危險因子的可改變。

本研究的主要策略規劃依據，來自於下列主要資料分析結果。死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)，提供自殺身亡者的資訊，是判斷自殺問題盛行情況及嚴重性的重要依據。進一步與即時的自殺通報資料(自殺企圖與關懷追蹤資料)串聯，做為評估再自殺與死亡之間的關係或關懷追蹤成效的依據。此外，透過自殺死亡檔與全民健保資料的串聯，可以分析自殺身亡者生前的醫療服務利用型態，藉以找出更明確的介入點，並確認醫療服務系統各環節所應扮演的自殺防治角色與功能。健保資料串連亦可提供最新分析結果，做為各地區即時的自殺防治策略擬定之重要參考依據。

2)背景

憂鬱症已是聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，全球超過百分之四的人為憂鬱症所苦，又以女性、青年及老人最容易受憂鬱症影響而無法正常生活或工作。世界衛生組織公布全球憂鬱症與其他常見精神障礙的報告顯示，隨著人類壽命延長，二〇一五年估計有三億兩千兩百萬人罹患憂鬱症，占全球人口的百分之四點三；憂鬱症患者十年來增加了百分之十八點四。依據美國調查結果，每五個女性就有一個在一生中有一次的憂鬱症發作，其中女性的終身盛行率約在 10-25%，男性為 5-12%。

以台灣而言，15 歲以上民眾 8.9%有中度以上憂鬱，5.2%有重度憂鬱。年齡 65 歲以上有 8.4%重度憂鬱，其次 15-17 歲有 6.8%重度憂鬱，估計憂鬱人口逾百萬。且就 2016 年自殺通報系統中，在通報系統自殺原因為憂鬱

傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病占率均居最高，在男性占率 27.9%；女性占率 34.9%。這麼多的憂鬱症人口，但是實際接受治療的比例仍顯不足，顯見憂鬱症患者的議題是普遍存在各個人口群，因此如何針對憂鬱症患者制定一個良好的自殺防治策略在自殺防治上是相當重要的一環。

(Anderberg, Bogren, Mattisson, & Bradvik, 2016)採用病例對照研究，評估憂鬱症患者不同的抗抑鬱藥治療和自殺的發生率和企圖自殺或自我傷害之間的關聯，利用 QResearch 資料庫將 2000 至 2011 年首次診斷為憂鬱症並追蹤至 2012 年後，發現使用選擇性 5-羥色胺再攝取抑製劑和三環和相關抗抑鬱藥治療期間，自殺和企圖自殺或自殘的發生率相似。另外發現開始治療後的前 28 天，發生率最高，停藥後第 28 天發生率也會增加。

(Georgios D. Makris, Johan Reutfors et al. 2017) 研究發現年齡大於 65 歲的患者在夏季啟動抗抑鬱藥治療時有較高的自殺風險，而在春季和夏季開始治療也有較高的自殺企圖風險。年輕患者（0-24 歲）在秋季開始治療時發生自殺企圖風險較高。

王嘉薇(2008)研究臺灣失能老人，發現有重鬱症傾向者占 12.6%，雙變項分析中發現女性、65-74 歲、未受正式教育、免部份負擔、居住在直轄市、有認知障礙、完全依賴、四種以上慢性疾病、居住在機構、低社會網絡、低情緒性支持、低工具性支持者有重鬱症傾向的比率較高。另外有重鬱症傾向者，在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物者占 17.5%；而有重鬱症傾向者，且在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症者，僅占 5.9%。

(Chi-ShinWuM.D., et al. 2013)採取回顧性隊列研究，收集 1998 年至 2009 年間年齡在 18 歲或以上的所有新的抗抑鬱藥憂鬱症患者，發現只有 17.4％的患者繼續使用總體抗抑鬱藥治療，7.6％的患者持續服用 180 天或更長時間的抗抑鬱藥。男性、年齡較大、伴有焦慮或睡眠障礙的合併症及更多伴隨使用藥物有較低的停藥率，另外就抗抑鬱藥的比較而言，發現用選擇性 5-羥色胺再攝取抑製劑治療的患者不太可能改變最初的單一治療。

綜合國內外文獻，如何設法確保憂鬱症病人按時服藥以及如何提升憂鬱症患者服藥遵從性是關鍵問題，這些議題在憂鬱症自殺防治上是不容忽視的重點，憂鬱症患者除自傷及自殺外，對於社會及家庭所造成的負擔也很重大，因此如何針對憂鬱症患者做出有效的防治策略，及後續追蹤、關懷顯得格外重要。

2. 方案目的與目標

為了解近十年來憂鬱症疾患自殺之趨勢以及憂鬱症疾患的自殺危險因子，將針對自殺死亡資料、自殺通報及關懷訪視資料與健保資料庫，進行資料串聯與分析。藉以訂定出憂鬱症疾患之自殺防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

(1) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處「資料科學中心」。

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2006 年至 2015 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。

d. 資料串聯：以個人身分證字號與死因統計檔、全民健康保險資料庫進行串聯。

(3) 2005 年-2015 年全民健康保險資料

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：主要包含性別、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) 資料串聯

(1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_門急診分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2005 年-2015 年全民健保及處方明細檔_西醫住院分別與 2006 年-2015 年自殺通報資料庫及 2006 年-2015 年死因統計檔進行資料庫串聯。

(3) 以個人身份證字號做為鍊值，將 2006 年-2015 年全民健保承保檔與 2006

年-2015 年死因統計檔進行串聯後,再利用隨機配對方式進行資料篩選。

3) 資料串聯目的

(1) 藉由死因統計檔與健保資料串聯，了解憂鬱症病患與死亡間之相關性分析自殺行為與生理、服藥遵從率之相關性以及自殺先前個案就醫之型態，藉此找出防治策略之介入點

(2) 藉由全民健保資料庫與自殺通報資料庫及死因統計檔串聯，了解自殺企圖者之精神醫療資源利用情況，並找出防治策略之介入點。

4) 研究方法

(1) 憂鬱症診定義：診斷碼含 296.2、296.3、300.4、311

(2) 服藥遵從性定義：以藥品持有率來代表服藥遵從率，計算方法＝給藥日份/180 天(半年追蹤天數)，服藥遵從性分為四個等級，81%以上：高、80%-51%：中高、50%-21%：中、20%以下：低。

(3) 將 2005 年至 2014 年被診斷出憂鬱症之個案篩選出後，將個案之診斷日期按照時間先後進行排序後，取出第一筆被開立憂鬱症診斷日期及開立抗憂鬱藥物之日期為同一天(index date)之憂鬱症個案

(4) 研究對象為將憂鬱症診斷日與抗憂鬱症患者為同一日之個案篩選出，且不將首次憂鬱症診斷日及首次開立抗憂鬱症日為 2006 年或 2015 年之個案納入分析，並扣除首次開藥日後 180 天內死亡個案。

(5) 計算個案於指標日後 180 天內之服藥遵從性、追蹤個案至 2015 年底之存活情形，追蹤個案 180 天內之遵從性，並以個案 180 天內於門急診就診之共病診斷碼如下：腦血管疾病 36234、4370、4371、4379、7814、7843、9970、431-436、438；心血管疾病 414、糖尿病(輕度至中度 2500-2503)、糖尿病(含併發症)2504-2509、高血壓 401-405、高血脂 272、酒精濫用 2911、2992、2915、2918、2919、30390-30393、30500-30503、V113、3575、4255、5353、5710-5713；藥物濫用 292、304、3052-3059；雙極性情感性疾患 2960-2961、2964-2968；重鬱症 2962、2963、2969；精神性憂鬱性疾患 3004、憂鬱性疾患 311、3090-3092、思覺失調症 295、297、298、7801；焦慮症 3000-3003、3005-3009；睡眠障礙 3074、7805。

5)研究會議討論

日期	討論內容	會議決議及執行結果
3/6	研究方法及方向討論及實證研究資料分析檔案年份確認。	(1) 採用世代追蹤研究法。 (2) 分析期程之規劃。 (3) 依各實證研究案成立研究小組，並指派負責人。 (4) 規劃分析期程，下半年期程詳如執行成果。
3/13	針對死因統計檔及全民健保檔串聯、分析內容做初步討論	(1) 進行死因檔與健保資料庫串聯以分析自殺死亡個案之就診精神科狀況及診斷 (2) 進行自殺關懷通報檔與健保資料庫串聯以分析自殺企圖個案之就診精神科狀況及診斷 (3) 將程式碼各段及使用資料庫之說明，製作成簡報檔。
4/10	針對修正後之程式碼進行確認	待取得初步分析結果後再進一步討論。
9/18	定義服藥遵從性及分析憂鬱症病人之特性	以藥品持有率(medication possession ratio MPR)來計算其憂鬱症患者服藥遵從性，追蹤個案 180 天內之藥物遵從性，扣除追蹤期限內死亡之個案，並將遵從性分為四組(0.8、0.5、0.2 作為切點)。
10/24	針對分析結果進行數據解讀及報告撰寫方向確認	(1) 以比例風險模型來分析憂鬱症個案之服藥遵從率與自殺之相關性，並加入干擾因子以校正各服藥遵從率組別之風險比，並針對性別及年齡層進行分層分析。 (2) 搜尋憂鬱症與自殺相關之文獻 2 篇，將文獻摘要一併寫入期末報告中。
11/13	針對初步分析結果進行討論	(1) 將服藥遵從率重新計算並更正表格數字。 (2) 針對重鬱症有無進行分層分析，並針對個案診斷前後精神科住院紀錄進行分析。
11/27	針對分析結果討論策略	將分析結果彙整成表格，並依照討論結果撰寫建議與策略

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. IRB 申請：1 月底至 4 月份

1)1 月 11 日提出臺大醫院 IRB 變更申請案。

2)1 月 20 日依臺大醫院研究倫理委員會修正 IRB 計畫書、計劃書摘要及前後對照表後回傳，以繼續進行 IRB 變更申請。

3)4 月 10 日收到 IRB 變更申請案通過之公文。

2. 衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」資料申請相關事宜：4 月份至 7 月份

1)4 月 10 日郵寄新案資料申請案表單、特殊需求申請書及 IRB 變更申請審核通過公文，並同時提供攜入資料與譯碼簿，向衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」進行新案件申請。

2)4 月 14 日衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」來信要求針對新案申請表單進行內容修正及過往案件成果回饋，並於 4 月 18 日將修正後之申請單及成果回饋寄回。

3)6 月 3 日統計處將複審之審查意見表寄至中心，並於當日填具完成後回傳。

4)6 月 16 日統計處來函通知進行繳費，6 月 20 日與統計處申請 H105047 天數移轉至新案上，6 月 22 日衛生福利部統計處「資料科學中心」重新將繳費通知寄至中心。

5)6 月 29 日將案件編號 H106087 之繳費收據回傳至衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

3. 資料分析：8 月份至 11 月份

1)8 月 9 日、8 月 14 日、8 月 16 日、8 月 23 日將 95 至 104 年死因統計檔串聯。

2)9 月 6 日、9 月 21 日、9 月 30 日、10 月 18 日、11 月 9 日進行資料分析，並進行資料攜出申請。

四、 成果 (Product)

1. 分析結果

由自殺關懷通報資料檔串連健保資料庫可發現到(見表 3-2-1)，女性在自殺企圖日前一年於精神科有憂鬱症疾患診斷之比例歷年均高於男性，女性於精神科被開立憂鬱症疾患診斷比例均在二成五左右，男性有一成左右有於精神就診之紀錄；而不論男女，非精神科之憂鬱疾患診斷比例均低於精神科開立診斷比例。

表 3-2-1、自殺企圖者於指標企圖日前一年精神醫療資源利用-性別

男性			女性		
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)
2006(n=6031)	1036(17.2)	201(3.3)	2006(n=11616)	3169(27.3)	473(4.1)
2007(n=6616)	1018(15.4)	192(2.9)	2007(n=12402)	3099(25.0)	457(3.7)
2008(n=6916)	1069(15.5)	186(2.7)	2008(n=11975)	2958(24.7)	405(3.4)
2009(n=7254)	1079(14.9)	219(3.0)	2009(n=11992)	2863(23.9)	399(3.3)
2010(n=7407)	1166(15.7)	164(2.2)	2010(n=11970)	2977(24.9)	388(3.2)
2011(n=7048)	1117(15.8)	184(2.6)	2011(n=11428)	2701(23.6)	384(3.4)
2012(n=7663)	1254(16.4)	179(2.3)	2012(n=11668)	2916(25.0)	326(2.8)
2013(n=7652)	1257(16.4)	228(3.0)	2013(n=11100)	2733(24.6)	309(2.8)
2014(n=7688)	1255(16.3)	353(4.6)	2014(n=11402)	2869(25.2)	613(5.4)
2015(n=8078)	1349(16.7)	363(4.5)	2015(n=11232)	2964(26.4)	607(5.4)
總計(n=72353)	12360(17.1)	2269(3.1)	總計(n=116785)	31008(26.6)	4361(3.7)

若以年齡層分析(見表 3-2-2)，可發現到 65 歲以上之自殺企圖個案為各年齡層於精神科之診斷比例最低，近幾年有增加的趨勢；其次為 0-24 歲之年齡層自殺企圖前一年於精神科被開立憂鬱症疾患診斷歷年均將近二成，而 25-44 歲有超過三成於精神科被開立憂鬱症疾患診斷。結果顯示 65 歲以上自殺企圖者可能較其他年齡層沒有受到妥善的治療。

表 3-2-2、自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層

年齡層	0-24 歲		年齡層	25-44 歲	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)	非精神科憂鬱症疾患診斷 N(%)
2006(n=3650)	813(22.3)	124(3.4)	2006(n=9172)	2378(25.9)	366(4.0)
2007(n=3657)	697(19.1)	101(2.8)	2007(n=9628)	2276(23.6)	362(3.8)
2008(n=3435)	549(16.0)	70(2.0)	2008(n=9501)	2228(23.5)	329(3.5)
2009(n=3255)	562(17.3)	73(2.2)	2009(n=9528)	2111(22.2)	338(3.5)
2010(n=3235)	536(16.6)	70(2.2)	2010(n=9317)	2212(23.7)	284(3.0)
2011(n=3286)	518(15.8)	74(2.3)	2011(n=8662)	1913(22.1)	290(3.3)
2012(n=3320)	548(16.5)	46(1.4)	2012(n=8912)	2060(23.1)	241(2.7)
2013(n=2995)	439(14.7)	49(1.6)	2013(n=8540)	1979(23.2)	229(2.7)
2014(n=3247)	551(17.0)	98(3.0)	2014(n=8354)	1908(22.8)	387(4.6)
2015(n=3407)	673(19.8)	96(2.8)	2015(n=8243)	1902(23.1)	375(4.5)
總計(n=33487)	6153(18.4)	801(2.4)	總計(n=89857)	22121(24.6)	3201(3.6)

表 3-2-2、自殺企圖者企圖日前一年精神醫療利用情形-年齡層(續)

年齡層	45-64 歲		年齡層	65 歲以上	
指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷	非精神科憂鬱症疾患診斷	指標企圖日年份(總自殺企圖人數)	精神科憂鬱症疾患診斷	非精神科憂鬱症疾患診斷
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)
2006(n=3460)	818(23.6)	158(4.6)	2006(n=1365)	196(14.4)	26(1.9)
2007(n=4125)	913(22.1)	133(3.2)	2007(n=1608)	231(14.4)	53(3.3)
2008(n=4286)	1003(23.4)	160(3.7)	2008(n=1669)	247(14.8)	32(1.9)
2009(n=4628)	1004(21.7)	164(3.5)	2009(n=1835)	265(14.4)	43(2.3)
2010(n=4839)	1113(23.0)	164(3.4)	2010(n=1986)	282(14.2)	34(1.7)
2011(n=4594)	1078(23.5)	171(3.7)	2011(n=1934)	309(16.0)	33(1.7)
2012(n=4933)	1232(25.0)	179(3.6)	2012(n=2166)	330(15.2)	39(1.8)
2013(n=4921)	1229(25.0)	184(3.7)	2013(n=2296)	343(14.9)	75(3.3)
2014(n=5131)	1316(25.6)	339(6.6)	2014(n=2358)	349(14.8)	142(6.0)
2015(n=5204)	1354(26.0)	373(7.2)	2015(n=2456)	384(15.6)	126(5.1)
總計(n=46121)	11875(25.7)	2025(4.4)	總計(n=19673)	3219(16.4)	603(3.1)

由表 3-2-3 可看出男性自殺企圖者其標準死亡比例年均高於全體憂鬱症患者將近 1.2 至 1.4 倍，且達到統計上顯著。

表 3-2-3、自殺企圖關懷通報檔中之憂鬱症標準死亡比

			男性			女性		
指標企圖日年份	精神科憂鬱症診斷人數	再自殺死亡	expected	D	SMR(95%CI)	expected	D	SMR(95%CI)
2006	4205	260	64.1	77	1.2(0.98-1.43)	195.9	183	0.93(0.79-1.07)
2007	4117	221	54.6	77	1.41(1.19-1.63)	166.4	144	0.87(0.7-1.03)
2008	4027	236	62.6	72	1.15(0.92-1.38)	173.4	164	0.95(0.79-1.1)
2009	3942	198	54.2	72	1.33(1.1-1.56)	143.8	126	0.88(0.7-1.05)
2010	4143	182	51.2	70	1.37(1.13-1.6)	130.8	112	0.86(0.67-1.05)
2011	3818	119	34.8	49	1.41(1.13-1.69)	84.2	70	0.83(0.6-1.06)
2012	4170	168	50.5	68	1.35(1.11-1.58)	117.5	100	0.85(0.66-1.05)
2013	3990	130	41.0	55	1.34(1.08-1.61)	89.0	75	0.84(0.62-1.07)
2014	4124	122	37.1	51	1.37(1.1-1.65)	84.9	71	0.84(0.6-1.07)
2015	4313	100	31.3	42	1.34(1.04-1.65)	68.7	58	0.84(0.59-1.1)

由表 3-2-4 可發現自殺企圖前一年有將近五成的憂鬱症患者均有重鬱症診斷，但比例有逐年下降趨勢，而每年均有一成五左右的憂鬱症患者會有精神科住院紀錄，約二成五會有非精神科住院紀錄；而約三成之病患精神科門急診的就診次數半年是少於 4 次、二成會就診次數會超過九次；而非精神科就診部分，0-5 次就診人數比例約占憂鬱症患者三成。

表 3-2-4、2006 年至 2014 年憂鬱症患者指標通報企圖日後 180 天精神科住院情形、非精神科住院情形

指標企圖日年份	憂鬱症	重鬱者患者	精神科住院	非精神科住院
	N	N(%)	N(%)	N(%)
2006	5019	3096(61.7)	958(19.1)	1273(25.4)
2007	4944	2901(57.8)	789(15.7)	1266(25.2)
2008	4748	2722(54.2)	714(14.2)	1209(24.1)
2009	4807	2641(52.6)	776(15.5)	1187(23.7)
2010	5006	2721(54.2)	855(17)	1170(23.3)
2011	4696	2314(46.1)	759(15.1)	1121(22.3)
2012	4964	2428(48.4)	818(16.3)	1148(22.9)
2013	4756	2266(45.1)	812(16.2)	1261(25.1)
2014	5030	2333(46.5)	827(16.5)	1261(25.1)

表 3-2-4、2006 年至 2014 年憂鬱症患者指標通報企圖日後 180 天門急診就診情形(續)

指標企圖日年份	精神科就診次數			非精神科就診次數		
	<4 次	4-8 次	9 次以上	0-5 次	6-12 次	13 次以上
2006	1470(29.3)	2047(40.8)	1502(29.9)	1620(32.3)	1739(34.6)	1660(33.1)
2007	1611(32.1)	1889(37.6)	1444(28.8)	1615(32.2)	1716(34.2)	1613(32.1)
2008	1548(30.8)	1878(37.4)	1322(26.3)	1493(29.7)	1637(32.6)	1618(32.2)
2009	1503(29.9)	1994(39.7)	1310(26.1)	1550(30.9)	1677(33.4)	1580(31.5)
2010	1636(32.6)	1986(39.6)	1384(27.6)	1564(31.2)	1747(34.8)	1695(33.8)
2011	1531(30.5)	1916(38.2)	1249(24.9)	1468(29.2)	1597(31.8)	1631(32.5)
2012	1673(33.3)	2000(39.8)	1291(25.7)	1571(31.3)	1788(35.6)	1605(32)
2013	1546(30.8)	2019(40.2)	1191(23.7)	1543(30.7)	1697(33.8)	1516(30.2)
2014	1636(32.6)	2120(42.2)	1274(25.4)	1710(34.1)	1724(34.3)	1596(31.8)

針對 2006 年至 2014 年第一次開立憂鬱症處方人數(見圖 3-2-1)，可以發現人數隨著時間呈現遞減趨勢，顯示每年憂鬱症新發人數變少，有可能是人口結構的改變，造成每年新發病例數逐年減少。

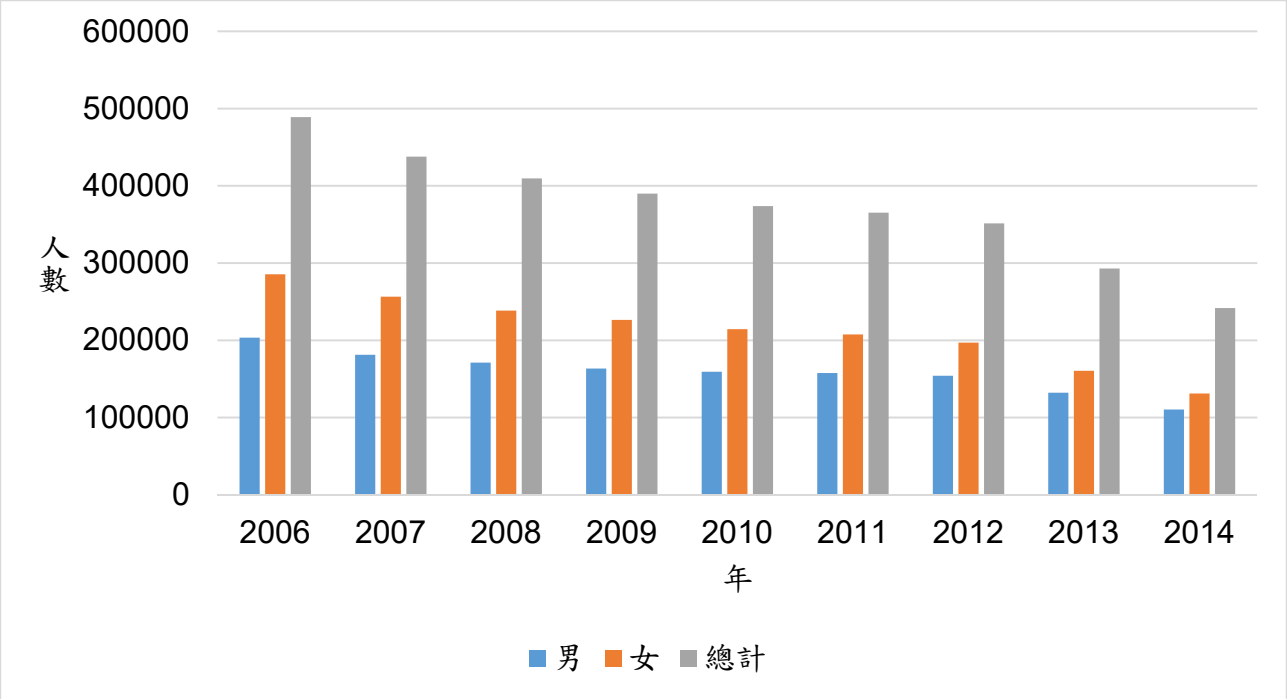


圖 3-2-1、2006 年至 2014 年第一次開立憂鬱症處方人數

由表 3-2-5 分析結果可發現憂鬱症患者共病情形，以性別而言，男性與女性患者同時患有高血壓或高血脂症或糖尿病或精神官能性憂鬱症或焦慮症或睡眠障礙占率明顯高於其他共病，其中精神官能性憂鬱症及焦慮症高達三成，高血壓也有二成。

表 3-2-5、憂鬱症患者共病按性別

	男性		女性	
	N	%	N	%
腦血管疾病	7498	4.6	7489	2.9
心血管疾病	11775	7.3	14409	5.5
糖尿病（輕度至中度）	13481	8.3	18197	7.0
慢性併發症糖尿病（SDM）	5177	3.2	6734	2.6
高血壓	34349	21.3	46855	17.9
高血脂症	17171	10.6	26504	10.1
酒精濫用	9312	5.8	2333	0.9
藥物濫用	3297	2.0	1487	0.6
雙相情感疾患	3242	2.0	4304	1.6

	男性		女性	
	N	%	N	%
重鬱症	11625	7.2	19190	7.3
精神官能性憂鬱症	55173	34.1	82817	31.7
憂鬱性疾患	116741	72.2	194863	74.5
思覺失調症	6511	4.0	6893	2.6
焦慮症	52770	32.7	91873	35.1
睡眠障礙	28823	17.8	45546	17.4
TOTAL	161595	100.0	261565	100.0

由表 3-2-6 以性別來看，女性憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率(17.1%)，而男性憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率(18.7%)，顯示男性有較高的服藥遵從性；以年齡層而言，中老年齡層憂鬱症患者服藥遵從率大於 0.8 占率比其他年齡層高出許多，可推測由於老年人病情嚴重，因而遵從醫師的指示服藥；整體而言，低服藥遵從率高達 5 成，有可能是憂鬱症病人的對病況的不夠清楚，亦或者病情屬於較輕微，造成低服藥遵從率佔大多數。

表 3-2-6、各服藥遵從率性別及年齡層分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
性別								
男	80562	49.9	32494	20.1	18377	11.4	30162	18.7
女	140006	53.5	49197	18.8	27592	10.5	44770	17.1
年齡層								
0-24	35514	61.2	11214	19.3	5286	9.1	5993	10.3
25-44	91321	55.3	30651	18.6	16814	10.2	26214	15.9
45-64	65729	48.3	26780	19.7	15710	11.5	27997	20.6
65+	28004	43.8	13046	20.4	8159	12.8	14728	23.0

由表 3-2-7 分析結果以就診次數來看，就診次數在十至十九次及二十次以上服藥遵從率大於 0.8 占率分別為 25.8%及 32.9%，表示服藥遵從率較高之患者仍有持續就醫，而服藥遵從率較低者，較無規律就醫。

表 3-2-7、各服藥遵從率門急診次數分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
門急診次數								
0-9	137803	67.0	38921	18.9	14949	7.3	13933	6.8
10-19	59929	39.9	30141	20.1	21252	14.2	38772	25.8
>=20	22836	33.9	12629	18.7	9768	14.5	22227	32.9

由表 3-2-8 分析結果以有無住院來看，可發現有住院者服藥遵從率大於 0.8 占率(20.0%)比無住院者(17.5%)略高，顯示有住院之患者越會依照醫生指示吃藥。

表 3-2-8、各服藥遵從率有無住院分布

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
有無住院								
無	202804	52.8	73259	19.1	40636	10.6	67047	17.5
有	17764	45.1	8432	21.4	5333	13.5	7885	20.0

由表 3-2-9 可發現到至 2011 年高服藥遵從率人數比例緩慢上升，2011 年之後人數比例緩後下降，有可能是新一代抗憂鬱藥效果較佳，造成病患自覺情況較佳後，自行停藥。

表 3-2-9、2007 年至 2014 年服藥遵從率比例

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
2007	37281	52.5	13881	19.5	7333	10.3	12513	17.6
2008	31591	52.5	11583	19.2	6365	10.6	10672	17.7

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
2009	29646	50.9	11349	19.5	6386	11.0	10896	18.7
2010	27257	50.8	10323	19.2	5906	11.0	10178	19.0
2011	27379	51.1	10128	18.9	5838	10.9	10189	19.0
2012	26156	51.4	9585	18.8	5642	11.1	9476	18.6
2013	22755	52.9	8316	19.3	4918	11.4	7014	16.3
2014	18503	56.8	6526	20.0	3581	11.0	3994	12.3

由表 3-2-10 憂鬱症患者共病情形來看，除服藥遵從率小於 0.2 之組別外，有共病之服藥遵從率均較沒共病高，顯示病況越複雜之憂鬱症個案較容易回診領藥。

表 3-2-10、各服藥遵從率與憂鬱症共病分布占率

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
All row%	220568	52.1	81691	19.3	45969	10.9	74932	17.7
腦血管疾病	6190	41.3	3199	21.3	2047	13.7	3551	23.7
心血管疾病	12092	46.2	5471	20.9	3162	12.1	5459	20.8
糖尿病（輕度至中度）	14352	45.3	6563	20.7	3889	12.3	6874	21.7
慢性併發症糖尿病（SDM）	5240	44.0	2584	21.7	1442	12.1	2645	22.2
高血壓	36419	44.8	16653	20.5	10127	12.5	18005	22.2
高血脂症	20410	46.7	8895	20.4	5355	12.3	9015	20.6
酒精濫用	5512	47.3	2515	21.6	1419	12.2	2199	18.9
藥物濫用	2135	44.6	1078	22.5	614	12.8	957	20.0
雙極性情感疾患	2506	33.2	1700	22.5	1263	16.7	2077	27.5
重鬱症	8345	27.1	6554	21.3	5181	16.8	10735	34.8
精神官能性憂鬱症	67920	49.2	27490	19.9	16002	11.6	26578	19.3
憂鬱性疾患	160975	51.7	60212	19.3	34382	11.0	56035	18.0

服要遵從率	0<服藥遵從率<=0.2	%	0.2<服藥遵從率<=0.5	%	0.5<服藥遵從率<=0.8	%	服藥遵從率>0.8	%
思覺失調症	5039	37.6	2801	20.9	1861	13.9	3703	27.6
焦慮症	67610	46.7	29284	20.2	17768	12.3	29981	20.7
睡眠障礙	34290	46.1	14840	20.0	9273	12.5	15966	21.5

由表 3-2-11 分析結果來看，歷年高服藥遵從率的平均年齡皆落在 50 歲左右，低服藥遵從率的平均年齡皆落在 42 歲；整體而言，服藥遵從率平均年齡在 40-50 歲之間，顯示年齡越高，其服藥遵從率也較好。

表 3-2-11、2007 年至 2014 年服藥遵從率平均年齡

服要遵從率	0.0<=服藥遵從率<=0.2	0.2<服藥遵從率<=0.5	0.5<服藥遵從率<=0.8	服藥遵從率>0.8
平均年齡	42.60	45.06	46.57	48.75
年份				
2007	42.89	45.59	46.22	48.90
2008	42.88	45.35	46.58	48.89
2009	42.99	45.24	46.24	49.20
2010	42.44	44.52	46.67	48.35
2011	42.02	44.48	46.57	48.32
2012	42.33	44.84	46.62	48.68
2013	42.58	44.86	46.95	48.75
2014	42.41	45.40	47.02	48.93

藉由比例風險模型校正後(見表 3-2-12)，以性別做分層，服藥遵從率大於 0.8，男性與女性自殺死亡風險無明顯差異；男性年齡層對其自殺死亡風險是危險因子；相較女性在各年齡層無明顯差異，在門急診就診次數部分，不論男女性，其就診次數越多，其危險比越高，有可能是個案病情較複雜，需要經常就醫；住院亦有類似情況，有住院的其自殺風險亦較高。從共病方面來看，不論男女性，有物質濫用之個案其自殺危險性均比沒有高出 1-3 倍，特別是男性憂鬱症患者合併藥物濫用者，而思覺失調症及雙極性情感性疾患者其自殺死亡風險亦會較沒共病之患者高，而若看服藥遵從率與自殺危險之關係，則可發現服藥遵從性較高者其自殺死亡危險比較高。

表 3-2-12、比例風險模型針對男女性分層分析

分層分析	無分層	男性	女性
		Adjust Hazard Ratio(95%CI)	
性別			
男性	1.00	-	-
女性	0.56(0.51-0.62)***	-	-
0-24 歲	-	1.00	1.00
25-44 歲	-	1.82(1.43-2.31)***	1.28(1.01-1.63)**
45-64 歲	-	1.58(1.22-2.05)**	1.05(0.81-1.36)
65 歲以上	-	1.74(1.28-2.36)**	1.22(0.89-1.68)
年份			
2007	1.00	1.00	1.00
2008	0.85(0.74-0.99)**	0.82(0.67-0.99)**	0.9(0.73-1.11)
2009	0.82(0.7-0.96)**	0.71(0.57-0.88)**	0.97(0.78-1.2)
2010	0.79(0.67-0.94)**	0.78(0.62-0.98)**	0.82(0.64-1.04)
2011	0.84(0.71-1.01)	0.91(0.73-1.15)	0.77(0.59-1)
2012	0.79(0.65-0.96)**	0.75(0.58-0.99)**	0.85(0.64-1.14)
2013	0.86(0.68-1.09)	0.92(0.68-1.25)	0.79(0.55-1.14)
2014	0.68(0.47-0.98)**	0.82(0.53-1.29)	0.48(0.24-0.94)**
診斷後 180 天內門急診就醫次數			
0-9 次	1.00	1.00	1.00
10-19 次	1.19(1.06-1.34)**	1.26(1.07-1.47)**	1.15(0.96-1.37)
20 次以上	1.67(1.45-1.92)***	1.61(1.32-1.96)***	1.74(1.42-2.14)***
診斷後 180 天內住院紀錄			
無	1.00	1.00	1.00
有	1.32(1.15-1.52)***	1.25(1.04-1.5)**	1.51(1.22-1.86)**
共病			
腦血管疾病	0.91(0.7-1.18)	0.86(0.61-1.2)	1.02(0.67-1.55)
心血管疾病	0.93(0.76-1.14)	1.02(0.78-1.33)	0.85(0.61-1.18)
糖尿病（輕度至中度）	1.3(1.08-1.57)**	1.32(1.03-1.7)**	1.33(0.99-1.79)
慢性併發症糖尿病	0.78(0.56-1.08)	0.72(0.46-1.12)	0.86(0.53-1.4)

分層分析	無分層	男性	女性
		Adjust Hazard Ratio(95%CI)	
（SDM）			
高血壓	0.84(0.73-0.97)**	0.95(0.79-1.15)	0.77(0.61-0.97)**
高血脂症	0.75(0.63-0.9)**	0.69(0.54-0.89)**	0.85(0.65-1.1)
酒精濫用	2.01(1.68-2.42)***	1.9(1.54-2.33)***	2.02(1.31-3.13)**
藥物濫用	2.9(2.33-3.6)***	3.08(2.41-3.94)***	1.86(1.15-3.03)**
雙極性情感疾患	1.6(1.28-2)***	1.47(1.07-2.01)**	1.82(1.33-2.49)**
重鬱症	1.69(1.48-1.93)***	1.67(1.39-2.02)***	1.73(1.43-2.09)***
精神官能性憂鬱症	1.4(1.21-1.63)***	1.24(1-1.54)	1.63(1.33-2.01)***
憂鬱性疾患	1.4(1.19-1.66)***	1.2(0.95-1.52)	1.69(1.33-2.13)***
思覺失調症	2(1.68-2.37)***	1.98(1.59-2.46)***	1.97(1.5-2.6)***
焦慮症	1.13(1.02-1.25)**	1.02(0.89-1.17)	1.25(1.08-1.44)**
睡眠障礙	1.21(1.08-1.36)**	1.25(1.07-1.46)**	1.12(0.94-1.33)
服藥遵從率			
遵從率<=0.2	1.00	1.00	1.00
0.2<遵從率<=0.5	1.33(1.17-1.52)***	1.82(1.43-2.31)***	1.42(1.17-1.73)**
0.5<遵從率<=0.8	1.41(1.2-1.64)***	1.58(1.22-2.05)**	1.57(1.25-1.97)**
遵從率>0.8	1.81(1.59-2.05)***	1.74(1.28-2.36)**	1.98(1.64-2.39)***

***P<0.0001

**P<0.05

藉由比例風險模型校正後(見表 3-2-13)，在 64 歲以下其服藥遵從率越高其自殺死亡比亦越高，顯示老年人服藥遵從性高，可推測可能老年人通常病況較嚴重，因此會按時吃藥;各年齡層男性自殺死亡風險比皆相對女性高，顯示男性有較高的自殺危險性。在門急診就診次數方面，除 0-24 歲外，其餘年齡層其自殺危險比均隨次數增加而有顯著增加；在住院紀錄方面，25-44 歲及 45-64 歲有住院紀錄之憂鬱症病患在自殺危險相較無住院紀錄有顯著增加。在共病方面而言，年齡層在 0-24 歲，由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者、憂鬱性疾患、思覺失調症等均會造成其自殺危險比之上升；25-44 歲酒精濫用、藥物濫用、雙極性情感疾患、重鬱症、精神官能性憂鬱症、憂鬱性疾患、思覺失調症患者其自殺危險比亦較高；45 至 64 歲憂鬱症患者合併藥物濫用、思覺失調症及雙極性情緒性疾患自殺危險比都較

沒有共病之患者高約 2 倍，而其他共病包含酒精濫用、由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者、糖尿病(輕度至中度)、憂鬱性疾患、精神官能性憂鬱症、焦慮症及睡眠障礙均會造成其自殺危險比的增加；65 歲以上則以雙極性情感性疾病及由輕度憂鬱症發展成重鬱症之患者均會造成自殺危險比的顯著上升。

在服藥遵從性方面，25-44 歲及 45-64 歲之服藥遵從性越高其自殺危險性也越高，其他年齡層則無顯著差異。

表 3-2-13、使用比例風險模型針對服藥遵從率計算各分組之危險性

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
	Adjust Hazard Ratio(95%CI)			
性別				
女性	1.00	1.00	1.00	1.00
男性	1.25(0.91-1.72)	1.8(1.56-2.09)***	1.9(1.59-2.27)***	1.95(1.52-2.49)***
年份				
2007	1.00	1.00	1.00	1.00
2008	0.66(0.42-1.02)	0.95(0.77-1.17)	0.68(0.52-0.89)**	1.22(0.83-1.78)
2009	0.45(0.27-0.77)**	0.91(0.73-1.15)	0.8(0.61-1.05)	0.95(0.62-1.45)
2010	0.42(0.23-0.74)**	0.94(0.74-1.2)	0.66(0.48-0.9)**	1.1(0.69-1.73)
2011	0.48(0.27-0.86)**	0.94(0.73-1.22)	0.57(0.4-0.8)**	1.85(1.21-2.82)**
2012	0.61(0.33-1.13)	0.81(0.6-1.09)	0.79(0.56-1.1)	0.96(0.55-1.69)
2013	0.72(0.35-1.45)	0.88(0.61-1.26)	0.81(0.54-1.2)	1.21(0.64-2.26)
2014	0.14(0.02-1.05)	0.47(0.23-0.97)**	0.69(0.38-1.26)	2.15(1.06-4.38)**
診斷後 180 天內門急診就醫次數				
0-9 次	1.00	1.00	1.00	1.00
10-19 次	1.17(0.82-1.69)	1.16(0.98-1.38)	1.11(0.89-1.38)	1.47(0.99-2.18)
20 次以上	0.95(0.51-1.75)	1.44(1.15-1.81)**	1.73(1.36-2.22)***	2.42(1.63-3.6)***
診斷後 180 天內住院紀錄				
無	1.00	1.00	1.00	1.00
有	1.3(0.81-2.09)	1.43(1.15-1.77)**	1.47(1.15-1.87)**	1.02(0.74-1.41)
診斷後 180 天內共病紀錄				
腦血管疾病	-	0.94(0.44-1.99)	1.03(0.68-1.57)	0.87(0.6-1.27)
心血管疾病	1.22(0.17-8.85)	0.98(0.57-1.67)	0.91(0.66-1.26)	0.92(0.68-1.26)
糖尿病（輕度至中度）	-	1.14(0.7-1.85)	1.64(1.25-2.15)**	1.05(0.76-1.45)
慢性併發症糖尿病（SDM）	-	0.74(0.26-2.07)	0.99(0.64-1.53)	0.55(0.31-0.98)**
高血壓	1.1(0.15-7.89)	0.92(0.66-1.28)	0.82(0.67-1.02)	0.86(0.67-1.11)
高血脂症	-	0.75(0.5-1.11)	0.67(0.51-0.88)**	0.86(0.63-1.18)

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
酒精濫用	1.94(0.78-4.81)	1.98(1.57-2.5)***	1.91(1.38-2.66)**	-
藥物濫用	3.83(1.97-7.43)	2.64(2.02-3.45)***	2.78(1.7-4.55)***	3.18(0.78-12.94)
雙極性情感疾患	1.21(0.65-2.26)	1.47(1.08-2.01)**	1.98(1.3-3.02)**	2.83(1.39-5.78)**
重鬱症	1.89(1.27-2.83)**	1.61(1.33-1.96)***	1.73(1.35-2.21)***	1.73(1.15-2.62)**
精神官能性憂鬱症	1.49(0.96-2.3)	1.4(1.13-1.73)**	1.54(1.17-2.02)**	1.17(0.72-1.88)
憂鬱性疾患	1.63(1-2.66)**	1.46(1.15-1.86)**	1.39(1.02-1.88)**	1.13(0.68-1.86)
思覺失調症	2.46(1.54-3.94)**	1.94(1.53-2.46)***	2.15(1.56-2.96)***	1.22(0.57-2.61)
焦慮症	0.99(0.7-1.4)	1.04(0.9-1.21)	1.33(1.11-1.58)**	1.09(0.84-1.4)
睡眠障礙	1.22(0.79-1.88)	1.12(0.95-1.33)	1.26(1.03-1.54)**	1.22(0.9-1.66)
服藥遵從性				
遵從率<0.2	1.00	1.00	1.00	1.00
0.2<=遵從率<0.5	1.14(0.75-1.73)	1.62(1.33-1.97)***	1.34(1.04-1.71)**	0.88(0.62-1.24)
0.5<遵從率<=0.8	1.16(0.67-1.99)	1.66(1.31-2.1)***	1.61(1.23-2.11)**	0.76(0.5-1.17)
遵從率>0.8	2.1(1.34-3.29)**	2.35(1.93-2.85)***	1.69(1.34-2.12)***	1.08(0.8-1.47)

***P<0.0001

**P<0.05

由表 3-2-14 可發現男性不論是開立診斷前後，精神科住院比例均較女性高，若以服藥遵從率來看，診斷前有精神科住院紀錄其服藥遵從率亦較高；而診斷後有精神科住院紀錄，服藥遵從率大於 0.8 之比例反而較服藥遵從率在 0.5 至 0.8 低。

表 3-2-14、2007 年至 2014 年憂鬱症個案在精神科住院前後，針對性別、年齡層、服藥遵從率進行次數分析

	指標日前 365 天是否有精神科住院紀錄		指標日後 180 天內是否有精神科住院紀錄		總人數
	無	有	無	有	
性別					
男	159603(98.8)	1992(1.2)	157723(97.6)	3872(2.4)	161595
女	260606(99.6)	959(0.4)	259503(99.2)	2062(0.8)	261565
服藥遵從率					
0<遵從率<=0.2	219598(99.6)	970(0.4)	218702(99.2)	1866(0.8)	220568
0.2<遵從率<=0.5	81084(99.3)	607(0.7)	80255(98.2)	1436(1.8)	81691
0.5<遵從率<=0.8	45532(99)	437(1)	44842(97.5)	1127(2.5)	45969
遵從率>0.8	73995(98.7)	937(1.3)	73427(98)	1505(2)	74932
年齡層					

	指標日前 365 天是否有精神科住院紀錄		指標日後 180 天內是否有精神科住院紀錄		總人數
	無	有	無	有	
0-24	57274(98.7)	733(1.3)	55978(96.5)	2029(3.5)	58007
25-44	163708(99.2)	1292(0.8)	162716(98.6)	2284(1.4)	165000
45-64	135462(99.4)	754(0.6)	134982(99.1)	1234(0.9)	136216
65+	63765(99.7)	172(0.3)	63550(99.4)	387(0.6)	63937

由表 3-2-15 可發現女首次診斷為重鬱症比例較男性稍高，服藥遵從性越高之組別其重鬱症患者比例越高，從年齡層分析可發現年輕人口初發重鬱症之診斷比例較高。

表 3-2-15、2007 年至 2014 年有無重鬱症患者，針對性別、年齡層、服藥遵從率進行次數分析

性別	無重鬱症	%	有重鬱症	%	Total
男	158577	98.1	3018	1.9	161595
女	255732	97.8	5833	2.2	261565
服藥遵從率					
0<遵從性<=0.2	216487	98.1	4081	1.9	220568
0.2<遵從性<=0.5	79934	97.8	1757	2.2	81691
0.5<遵從性<=0.8	44914	97.7	1055	2.3	45969
遵從性>0.8	72974	97.4	1958	2.6	74932
年齡層					
0-24	56329	97.1	1678	2.9	58007
25-44	161208	97.7	3792	2.3	165000
45-64	133668	98.1	2548	1.9	136216
65+	63104	98.7	833	1.3	63937

由表 3-2-16 可看出不論是否有診斷出重鬱症，其服藥遵從性大於 0.8 該組，標準死亡比均大於 1。

表 3-2-16、2007 年至 2014 年以第一天診斷有無重鬱症做分組，計算各服藥遵從率死亡標準比

	診斷重鬱症			診斷無重鬱症		
服藥遵從率	Expected	D	SMR(95%CI)	Expected	D	SMR(95%CI)
遵從率<0.2	18.99	8	0.42(0.2-0.8)	899.33	605	0.67(0.59-0.75)
0.2<=遵從率<0.5	8.18	10	1.22(0.62-2.18)	332.06	348	1.05(0.94-1.15)
0.5<=遵從率<0.8	4.91	4	0.81(0.26-1.97)	186.58	231	1.24(1.11-1.37)
遵從率>0.8	9.11	19	2.09(1.29-3.2)	303.15	530	1.75(1.66-1.83)
重鬱症診斷總人數(n=8810)			1	無重鬱症診斷總人數(n=412595)		1

由表 3-2-17 可看出隨著診斷時間往後，其自殺危險性均逐漸下降。而第一次診斷為輕度憂鬱症，若有其他共病，其自殺危險比都會顯著升高，而若於診斷後有住院紀錄其自殺危險比會降低約一半；若開立診斷前一年有精神科住院紀錄其自殺危險性亦會增加，若看服藥遵從性則可發現服藥遵從性較高之憂鬱症患者其自殺危險性亦越高。

表 3-2-17 服藥遵從性對其存活之影響，並針對有無重憂鬱進行分層分析

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
性別		
男性	1.00	1.00
女性	0.75(0.68-0.83)***	0.77(0.38-1.57)
年份		
2007	1.00	1.00
2008	0.65(0.56-0.76)***	0.94(0.35-2.49)
2009	0.47(0.4-0.55)***	0.45(0.15-1.31)
2010	0.28(0.24-0.34)***	0.19(0.05-0.8)**
2011	0.16(0.14-0.2)***	0.1(0.02-0.5)**
2012	0.06(0.05-0.08)***	0.04(0.01-0.21)**
2013	0.02(0.02-0.03)***	0.09(0.03-0.33)**
2014	0.01(0-0.01)***	-
門急診就醫次數		
0-9 次	1.00	1.00

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
10-19 次	1.1(0.98-1.25)	1.17(0.52-2.63)
20 次以上	1.17(1.01-1.36)**	0.76(0.23-2.47)
診斷後 180 天內住院紀錄		
無	1.00	-
有	0.47(0.4-0.55)***	-
第一次開立憂鬱症前 365 天有住院紀錄		
無	1.00	-
有	1.76(1.21-2.55)**	-
第一次開立憂鬱症後 180 天有住院紀錄		
無	1.00	1.00
有	1.78(1.31-2.43)**	2.08(0.5-8.63)
精神科住院紀錄		
無紀錄	1.00	-
第一次開立憂鬱症診斷前 365 天有住院紀錄及開立診斷後亦有住院紀錄	0.58(0.24-1.38)	-
180 天內共病診斷		
腦血管疾病	0.62(0.48-0.81)**	-
心血管疾病	0.93(0.76-1.15)	1.46(0.25-8.48)
糖尿病（輕度至中度）	0.98(0.81-1.19)	0.82(0.17-3.9)
慢性併發症糖尿病（SDM）	0.54(0.39-0.75)**	1.48(0.14-15.87)
高血壓	0.88(0.76-1.02)	0.72(0.2-2.68)
高血脂症	1.18(0.98-1.41)	0.97(0.16-6.02)
酒精濫用	2.57(2.07-3.2)***	1.09(0.12-9.62)
藥物濫用	1.14(0.94-1.38)	1.98(0.53-7.43)
雙極性情感疾患	1.75(1.39-2.2)***	1.75(0.61-5.01)
重鬱症	1.94(1.68-2.25)***	-
精神官能性憂鬱症	1.37(1.18-1.6)***	0.61(0.24-1.54)
憂鬱性疾患	1.5(1.27-1.78)***	0.81(0.35-1.87)
思覺失調症	1.82(1.52-2.17)***	1.97(0.52-7.46)
焦慮症	1.34(1.21-1.48)***	1.14(0.51-2.52)
睡眠障礙	1.2(1.07-1.35)**	0.31(0.07-1.3)

	第一次開立診斷為輕度憂鬱症(300.4、311)	第一次開立憂鬱症診斷當天為重鬱症(296.2、296.3)
服藥遵從性		
遵從率<0.2	1.00	1.00
0.2<=遵從率<0.5	1.31(1.14-1.5)***	3.54(1.29-9.71)
0.5<遵從率<=0.8	1.39(1.19-1.63)***	2.08(0.56-7.73)
遵從率>0.8	1.69(1.48-1.92)***	4.64(1.71-12.59)

由圖 3-2-2 及圖 3-2-3 可推論出服藥遵從率越高，存活時間越短，原因可能是病情越嚴重的病患，其治療難度越大，使用醫療資源需求也越大，以致於其不論存活率或累積危險性都較高。

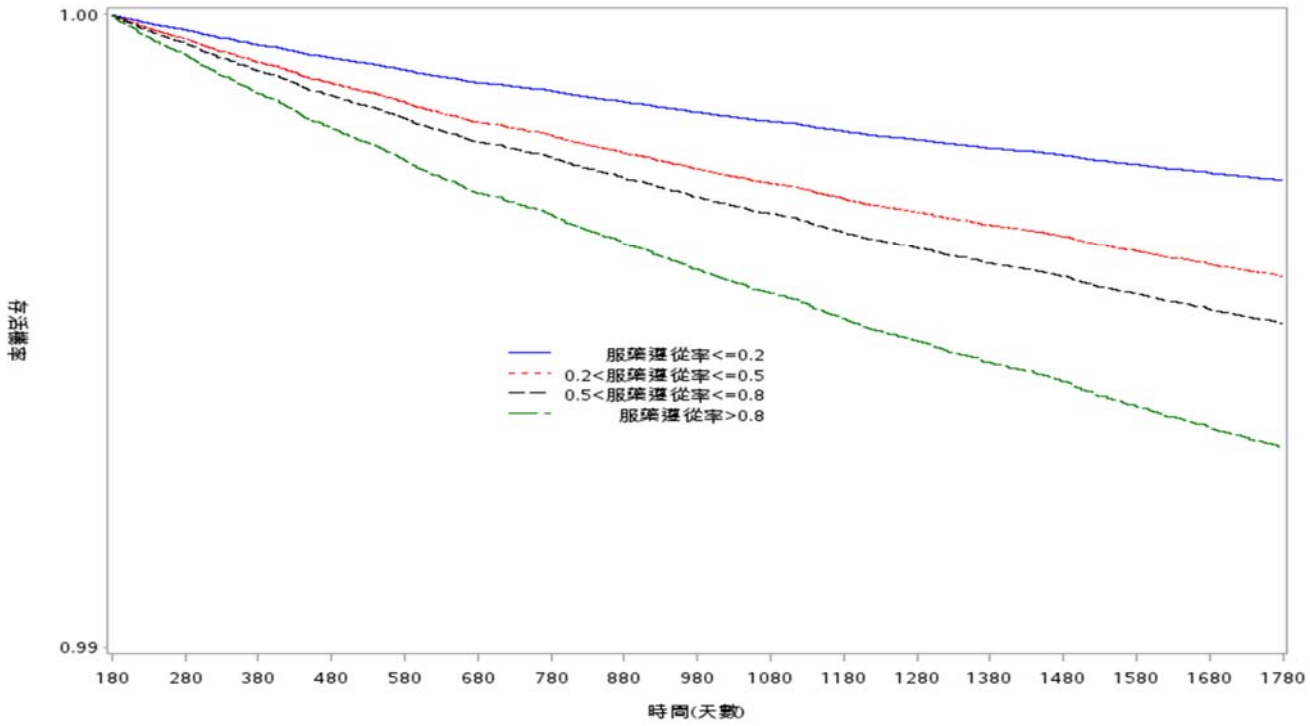


圖 3-2-2、憂鬱症個案存活時間對服藥遵從率作存活曲線圖

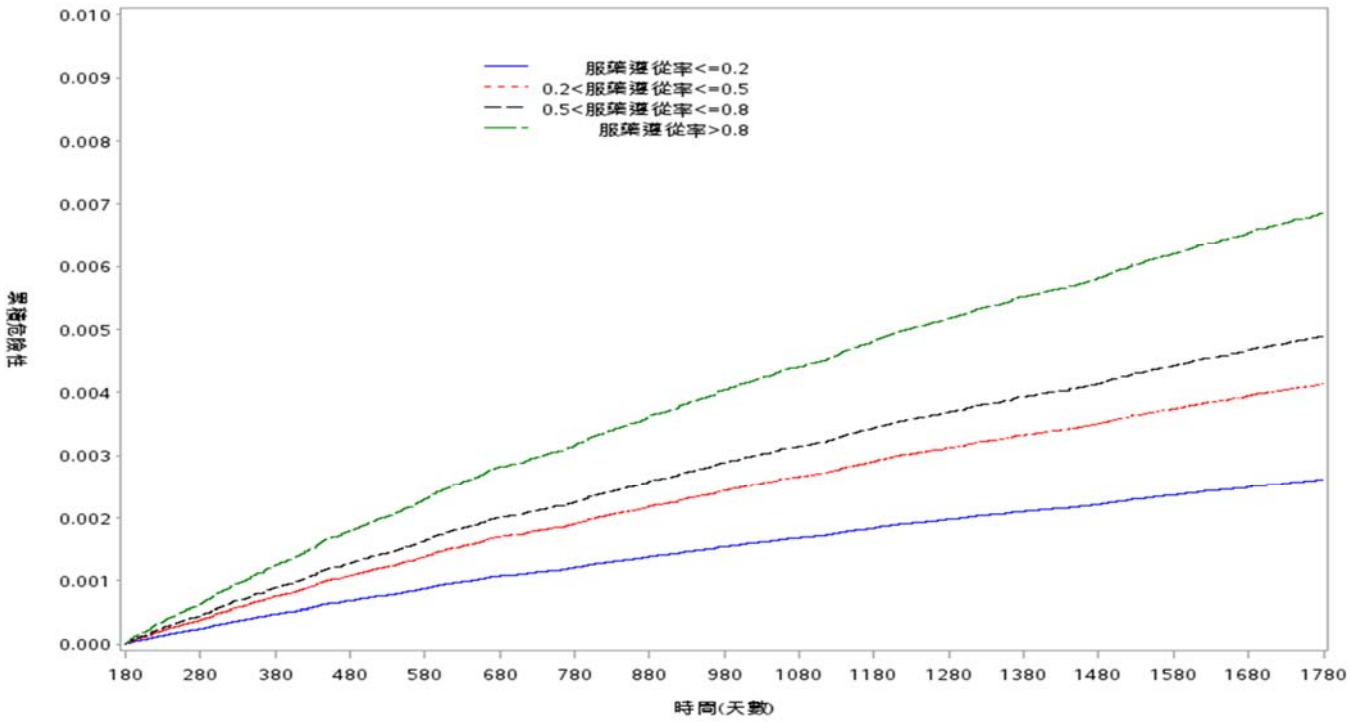


圖 3-2-3、憂鬱症個案存活時間對服藥遵從率作累積危險性

2. 結論

從分析結果來看，以現有之健保資料庫分析，並無法得到良好之估計模型原因包含

1) 服藥遵從性高者其自殺死亡率越高，此表示服藥遵從率僅反應出疾病嚴重度，而疾病越嚴重且複雜者其自殺死亡率亦較高；且服藥遵從性並無法完全反應病人是否有治癒好。
2) 以現有之資料連結變項並無法校正掉所有干擾因子，包含男性、年紀較長者，須從衛福部開放更多資料庫連結以發展更好之預測模型。

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；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企圖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。

憂鬱症疾患的自傷與自殺防治，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，則是讓有高危險憂鬱症疾患，能夠更妥善的治療，並讓社區公共衛生、社會工作人員、基層醫療院所，熟悉憂鬱症疾患自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。另外針對非精神科專業醫師實施研習課程，提升其對憂鬱症之敏感度。

指標性策略則是針對有過自傷或自殺企圖之高危險群，給予正確精神醫療的評估，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，回顧國內外憂鬱症病人自傷與自殺防治策略，並共同針對臺灣憂鬱症病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

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、熟悉精神疾患自傷與自殺的危險因子，早期認出危險群，積極介入並減少可能的危險因子。

針對曾經有自殺企圖之個案，亦應強化訪員在辨識個案是否有憂鬱症疾患及醫療資源利用情形，特別是針對個案若有合併物質濫用的情形應特別注意，因此訪員在給予個案訪視時，應同時詢問自殺企圖個案亦或者是個案家屬是否有物質濫用之情形，若有此情形，則應合併考量個案之物質濫用情形及自殺危險性評估，並為個案適時轉介精神科亦或者其他支持性團體之資源介入，以提供個案整合性治療。

(1) 針對個案本人

若詢問個案家屬亦或者個案本人曾有憂鬱症、重鬱症都應特別注意個案之精神科就診情形及是否有規律、規律服藥之情況，並加強憂鬱症病患規律就診之醫院及強化憂鬱症病患後續之追蹤亦是相當重要的。

若個案合併藥物濫用之情形，則可以案主為中心，包含強化個案對物質濫用之認知，減少個案濫用行為之惡化，改善因物質濫用造成之身心健康狀況，提升個案對成癮行為之掌控，並適當提供個案其他社會資源，強化個案之保護因子。

(2) 家庭教育團體

家庭教育團體(包含個案及個案生命中重要他人)可提供憂鬱症、成癮和復原歷程等相關知識給家屬，並且讓家屬彼此有機會可以討論擔憂的事情，此團體對於協助家屬們去支持正在接受治療的憂鬱症合併物質濫用者是非常重要的，家庭教育團體目標包含以下

a. 提供有關憂鬱症、物質濫用、復原、治療和人際動力的正確知識。
b. 幫助個案和家庭成員了解復原歷程會如何影響他們現在和未來的家庭關係。
c. 提供家屬們討論復原歷程中的議題。
d. 提供有關憂鬱症、物質濫用的正確知識。
e. 教導、促進並鼓勵家屬在支持個案復原的過程中，也要同時照顧自己。
f. 在團體中提供專業的氛圍，以協助個案和家屬們彼此互相尊重。

2)選擇性策略

防治對象是高風險個案，由以上分析結果可知憂鬱症疾患當合併藥物濫用、物質濫用或酒癮時，其自殺風險相較於只有憂鬱症患者，將會高達 1-3 倍，尤其是男性、25-64 歲之個案，若個案合併思覺失調症或躁鬱症其自殺死亡風險亦會顯著增加；故須特別注意。

而憂鬱症患者醫療資源需求較大者，亦須注意，分析結果亦顯示門急診就醫次數越多，有精神科住院紀錄者其自殺危險比亦越大，同樣適時轉介精神醫療資源、心衛資源及支持性團體。

針對各年齡層憂鬱症患者若合併以下症狀為高危險群：○表示危險度

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
共病				
腦血管疾病				
心血管疾病				
糖尿病（輕度至中度）			○○	
慢性併發症糖尿病（SDM）				○
高血壓				
高血脂症			○	
酒精濫用		○○	○○	
藥物濫用		○○○	○○○	
雙極性情感疾患		○	○○	○○○
重鬱症	○○	○○	○○	○○
思覺失調症	○○	○○	○○	
焦慮症			○	
睡眠障礙			○	

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。

推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育。並透過與基層醫療結合

成為憂鬱症病患照護的主要提供者，以提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務，增加醫療可近性並增進基層醫療對憂鬱疾患篩檢、診斷與治療的知能，並開辦憂鬱整合性照護課程、家屬支持團體與課程，以強化憂鬱症病人之照護。

結合現有資源，與縣市政府各單位一同合作，包含與各縣市衛生局所定期舉辦宣導活動，以強化全體國民對憂鬱症之認識，以破除一般民眾對精神疾病刻板印象，藉以提高憂鬱症就診率，並持續推動與民間團體如憂鬱症防治協會之合作，舉辦學術研討會，以提升國內醫療院所在診斷及治療憂鬱症之水準，對於有自殺史的憂鬱症患者則應提供「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群，如自傷行為者、憂鬱病患者等，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，預防憂鬱症的自殺。

Anderberg, J., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2016). Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. Arch Suicide Res, 20(3), 463-475. doi:10.1080/13811118.2015.1057663

Makris, G. D., Reutfors, J., Andersen, M., White, R. A., Ekselius, L., & Papadopoulos, F. C. (2017). Season of treatment initiation with antidepressants and suicidal behavior: A population-based cohort study in Sweden. J Affect Disord, 215, 245-255. doi:10.1016/j.jad.2017.03.028

Chia-Wei Wang.(2008). Antidepressant Utilization Among Disabled Elderly in Taiwan.

Wu, C. S., Shau, W. Y., Chan, H. Y., & Lai, M. S. (2013). Persistence of antidepressant treatment for depressive disorder in Taiwan. Gen Hosp Psychiatry, 35(3), 279-285. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.12.003

Freccero, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Ji, J. (2016). Primary adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden. Scand J Prim Health Care, 34(1), 83-88. doi:10.3109/02813432.2015.1132884

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A.,Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064

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。

2017 年，延續 2011 年之方針但更為精進，擇定自殺死亡率、三年移動平均及 2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，進行自殺高風險縣市互動式輔導訪查。訪查中將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告及降低自殺率之具體方案、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。

二、 輸入(Input)

1. 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。

3) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視，轄內地段護理人員、關懷訪視員透過家訪或電訪予遺族持續關懷。

2. 執行步驟與方法

1) 根據 2016 年衛生福利部公告國人死因資料，依 2016 年自殺粗死亡率、自殺粗死亡率三年移動平均及 2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，扣除離島地區(人數少)，再以順序排列考量，擇定屏東縣、嘉義縣、南投縣、臺東縣、臺南市及新北市共 6 縣市，各縣市擇定原因如下。

(1) 屏東縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.1 人上升至 16.8 人，增幅 38.8%(排名全國第一)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 23.3 人(排名全國第三)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：由每十萬人口 17.6 人上升至 19.2 人。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 12 位。

(2) 嘉義縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.6 人上升至 16.2 人，增幅 28.6%(排名全國第二)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 24.7 人(排名全國第二)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：每十萬人 22.1 人(排名全國第一)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 13 位。

(3) 南投縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 15.4 人上升至 19.1 人，增幅 24%(排名全第四)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 25.6 人(排名全國第一)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 21.1 人(排名全國第三)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 12 位。

(4) 臺東縣

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.5 人上升至 13.8 人，增幅 10.4%(排名全國第五)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 19.4 人(排名全國第六)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 17.9 人(排名全國第九)。

d.自殺在死因中排名：男性第 12 位、女性第 12 位。

(5) 臺南市

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 12.2 人上升至 13 人，增幅 6.6%(排名全國第七)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 17.6 人(排名全國第十)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均:每十萬人口 16.4 人(排名全國第十)。

d.自殺在死因中排名：男性第 10 位、女性第 13 位。

(6) 新北市

a.2016 年較 2015 年自殺標準化死亡率上升幅度：由每十萬人口 11.7 人上升至 12.2 人，增幅 4.3%(排名全國第八)。

b.2016 年自殺粗死亡率：每十萬人口 15.4 人(排名全國第十二)。

c.2016 年自殺粗死亡率三年移動平均：每十萬人口 14.8 人(排名全國第十四)。

d.自殺在死因中排名：第 9 位(男性第 8 位、女性第 10 位)。

3. 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. 6 月 19 日十大死因公布，本中心根據統計處提供之 2016 年自殺死亡交叉表，依據衛生福利部之標準擇定屏東縣、嘉義縣、南投縣、臺東縣、臺南市及新北市共 6 縣市。
2. 函知衛生福利部擇定之縣市，並請協助轉知訪查縣市，進行聯繫及確認時間，邀請部內長官及縣市各相關網絡人員出席。
3. 研究發展組進行各縣市自殺死亡及通報趨勢分析並製作簡報。
4. 8 月 04 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-新北市」會議，地點於新北市政府衛生局，主持人為新北市政府衛生局心理衛生及長期照顧科杜仲傑科長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為新北市醫療院所代表(慈暨醫院、臺北醫院、淡水馬偕紀念醫院、汐止國泰醫院、八里療養院)、新北市政府局處代表(衛生局、社會局、勞工局、警察局、消防局、工務局、水利局)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副

執行長、廖健鈞專員代表出席，共 24 人。

5. 8 月 09 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-屏東縣」，地點於屏安醫院，主持人為屏東縣衛生局李佳芳代理局長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員、與會人員為屏東醫院黃文翔院長、王世宗主任及自殺關懷訪視員、屏東縣政府局處代表(衛生局、社會處)，中心由臺灣自殺防治學會周煌智理事、顏永杰監事、孔祥玲專員代表出席，共 24 人。
6. 8 月 17 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-南投縣」，地點於南投縣政府衛生局，主持人為南投縣林明溱縣長，列席長官為衛生福利部心口司謎立中司長、廖敏桂技正、張冠偉科員，與會人員為南投縣政府局處代表(民政處、社會及勞動處、農業處、新聞及行政處、警察局)、南投縣醫療院所代表(衛生福利部草屯療養院、衛生福利部南投醫院、埔基醫療社團法人埔里基督教醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、竹山秀傳醫院、新泰宜婦幼醫院、南基醫院、佑民醫療社團法人佑民醫院、東華醫院)，學生校外生活輔導會導陳佳佑助理督，學生輔導諮商中心劉心怡主任，中心由臺灣自殺防治學會龍佛衛理事長、陳俊鶯顧問、賴忠治專員代表出席，共 35 人。
7. 8 月 21 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-臺南市」，地點於臺南市衛生局，主持人為臺南市衛生局陳怡局長，列席長官為衛生福利部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為臺南市政府局處代表(衛生局、勞工局、教育局)，臺南市醫療院所代表(衛生福利部嘉南療養院、奇美醫療財團法人奇美醫院臺南分院)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、許信育專員代表出席，共 32 人。
8. 8 月 30 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-嘉義縣」，地點於嘉義縣衛生局，主持人為嘉義縣衛生局許家禎局長，列席長官為衛福部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為嘉義縣衛生局代表，南區精神醫療網核心醫院嘉南療養院王禎邦主任，信安醫院代表(督導及自殺關懷訪視員)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員代表出席，共 22 人。
9. 9 月 01 日召開「自殺高風險縣市互動式輔導訪查-臺東縣」，地點於臺東縣政府，主持人為臺投縣政府陳明仁秘書長，列席長官為衛福部心口司詹金月科長、張冠偉科員，與會人員為臺東縣政府局處代表(衛生局、社會處、教育處、警察局、消防局)，臺東縣衛生所代表(臺東市、卑南鄉、鹿野鄉、關山鎮、海端鄉、池上鄉、東河鄉、長濱鄉、金峰鄉、大武鄉、達仁鄉、成功鎮)，臺東縣醫療院所代表(馬偕紀念醫院臺東分院、東基醫療財團法人臺東基督教醫院、臺北榮民醫院臺東分院、衛生福利部臺東醫院、東區精

神醫療網、衛生福利部臺東醫院附設康復之家)，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、林亭孜專員代表出席，共 41 人。

四、 成果(Product)

1. 新北市

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

新北市標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.04 及 1.1。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 4%，較 2014 年增加 10%。

(2) 年齡層

除「45-64 歲」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「14 歲以下」 (1.58)、「15-24 歲」(1.16)、 「25-44 歲」(1.13)、 「65 歲以上」(1.03) 。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為其他及未明示之方式自殺及自傷(2.00)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.18)、吊死、勒死及窒息自殺及自傷(1.09)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 5,943 人次。

(2) 性別

男性 2,212 人次，女性 3,731 人次；性別比(男/女)0.59，女性為男性的 1.69 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 1,488 人次，佔 25.0% ；第二為「25-34 歲」，計 1,345 人次，佔 22.6% ；第三為「45-54 歲」，計 1,063 人次，佔 17.9% 。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 2,156 人次，佔 36.3% ；第二為「割腕」，計 1,450 人次，佔 24.4% ；第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 494 人次，佔 8.3% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 1,829 人次，佔 30.8% ；第二為「感情因素」，計 1,057 人次，佔 17.8% ；第三為「家庭成員問題」，計 975 人次，佔 16.4% 。

3) 會議摘要

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛生福利部心口司		**指標性策略** (1) 建立共案共管模式外，並加強熟悉案家的社工為單一主責。以家庭為中心、社區為資源，採垂直分工、橫向整合的方式來建置一個整合性的服務模式。 (2) 警消單位受理個案為高風險，應將個案通報。
		選擇性策略 (1) 加強職場自殺防治政策。 (2) 社區內的醫師可以提高敏感度，就醫的民眾如有心理相關的問題可以轉介到身心科。
		全面性策略 加強宣導正確就醫的觀念及精神病的去汙名化。

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**指標性策略** 將每月通報月報表數據在督導會議中提出討論、判讀數據並針對數據結果進行跨局處討論每月熱點或策略分析應該回歸督導或跨局處討論。
衛生局	(1) 校園輔導體系為獨立系統，衛生局缺乏服務介入之方式。 (2) 自關員人力資源有限。	**指標性策略** (1) 兒少福利委員會在近期內會重新召開會議，會議中將針對校園內自殺事件進行分析。 (2) 面訪應做危險分級，找出急迫需要做面訪的個案，個案若合併其他狀況，應考慮共訪。
		選擇性策略 強化心理衛生及長期照顧科與家庭照顧者關懷協會之間合作。
社會局	(1) 社會面的資源在情緒、心理層面缺乏專業人才。 (2) 資源的分配能不能及時。	**指標性策略** 家長如果自殺(不穩定性高)也會影響到兒童、青少年，個案的狀況資訊如果能和社會局端連結，在做家庭關懷訪視時就能從這些危險因子著手。
		選擇性策略 (1) 加強獨居老人的關懷輔導。 (2) 社區的關懷，結合里長跟家庭照顧者關懷協會在社區針對家庭照顧者做宣傳與服務。

表 4-1-1、新北市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
警察局		**指標性策略** 對於關懷訪視後個案不再有自殺意念的個案，可分享、參考其自殺防治經驗，推廣到其他自殺企圖個案。
水利局		**全面性策略** 強化自殺地點(如橋樑處)之自殺防治相關宣導張貼。
醫療院所	淡水馬偕紀念醫院： 通報系統使用較困難。通報時需要輸入完整資料才能通報成功，但是在急診時有時候只知道部分資料便無法通報。 臺北醫院： 訪員流動率高，對自殺防治業務有很大影響 汐止國泰醫院： 自殺防治需要跨局處合作，實務上很難制定一個標準流程，需要依個案分別處理。	**指標性策略** 慈濟醫院： 強化外部督導討論，在因應突發狀況時較有效率。 淡水馬偕紀念醫院： (1) 對於這些高齡的長者，或許可以用社區或電話的方式關懷問候。 (2) 辦理宣導講座，當家屬觀察到個案出現狀況時可以幫助個案。 (3) 針對自殺相關數據做交叉分析。 八里療養院： (1) 社群網站的機制來找出自殺風險者。 (2) 自殺防治可以多利用保護因子。 **選擇性策略** 淡水馬偕紀念醫院： 強化新生兒家庭在母親罹患產後憂鬱症之策略。

2. 屏東縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

屏東縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.37 及 1.34。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 37%，較 2014 年增加 34%。

(2) 年齡層

除 14 歲以下外，其餘年齡層標準化死亡比均大於 1。由高至低依序是「15-24 歲」(1.84)、「65 歲以上」(1.45)、「25-44 歲」(1.43)、「45-64 歲以上」(1.21)。

(3) 自殺方法

除鎗砲及爆炸物自殺及自傷外，其餘自殺方法標準化死亡比均大於 1。標準化死亡比前三高依序為－溺水(淹死)自殺及自傷(5.50)、切穿工具自殺及自傷(5.00)、其他及未明示之方式自殺及自傷(2.67)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 997 人次。

(2) 性別

男性 366 人次，女性 631 人次；性別比(男/女)0.58，女性為男性的 1.72 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 235 人次，佔 23.6% ；第二為「25-34 歲」，計 199 人次，佔 20% ；第三為「45-54 歲」，計 161 人次，佔 16.1% 。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 307 人次，佔 30.8% ；第二為「割腕」，計 225 人次，佔 22.6% ；第三為「一般農藥」，計 74 人次，佔 7.4% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 314 人次，佔 31.5% ；第二為「感情因素」，計 164 人次，佔 16.4% ；第三為「家庭成員問題」，計 159 人次，佔 15.9% 。

3) 會議摘要

(1) 現況分析

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛生福利部心口司	(1) 屏東縣農藥自殺占率相當高。 (2) 由於 2019 年才禁用，農民可能將農藥巴拉刈屯貨。	**全面性策略** (1) 加強巴拉刈農民在使用上的安全宣導及注意。 (2) 中央跟農委會也一直在溝通，那目前訂出來禁用的期程是在 2019 年 2 月會全部禁用。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 強化自官員對自殺企圖者之狀況掌握，以利自關員後續服務介入。 (2) 提高通報率。 (3) 在自殺原因的分析，各年齡層都以憂鬱情緒為最多，憂鬱情緒絕對不是單一因素，在海平面以下是壓力源，這些壓力源是我們要去注意的。 (4) 了解電訪的定義、本質以及有效性。 (5) 電訪的對象以及強度，都是要注意的。 (6) 降低再自殺率。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**選擇性策略** (1) 針對大於 65 歲以上罹患多種急慢性病，各個醫院，特別是綜合醫院應該要注意是否有自殺傾向。 (2) 針對兒少被害人的部份，亦須審慎處理，以免被害人的成長扭曲，成為下一位家性暴加害人或被害人。 (3) 針對家性暴，家性暴不是只有被害人會自殺，加害人也會自殺。 (4) 心理健康的末端是四合一，因為社會安全網的末論就是屬於我們心理健康的精神疾病，所謂的四合一是指：自殺、精神病病、家性暴以及酒藥癮，這些壓力源是我們要去注意的。 (5) 特別針對男性仍須強化其資源連結、危險因子辨識、自殺防治策略。
		全面性策略 (1) 強化各局處之心理健康促進辦理。(如：強化年齡人的情感受挫力、降低勞工失業率及促進毒防人口、家暴性侵人口之心理健康等)。 (2) 高樓的女兒牆要有一些預防的措施， (3) 針對跳河，像高雄的愛河有立警語，所以跳河死亡的人數不多。 (4) 心情溫度計的免費 APP 之推廣。 (5) 強化就醫可近性。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 校園即使通報量提高仍自關員仍難以介入進行服務，尤其跨到家庭部分，資源難以整合。 (2) 老人以安眠藥鎮靜劑自殺，很難去預防，只能做後端訪視的部份。 (3) 醫院不重視督考。	**指標性策略** (1) 2017 年起針對關懷員(專業社工師及心理師)做訪談教育訓練及情境模擬演練。 (2) 針對農藥自殺個案，關懷員在訪視時會特別注意居家環境，將農藥移除，並且了解農藥是如何取得，購買農藥的原因以及保管方式等問題。 (3) 提高通報之簡易度，只需電話即可通報個案。 (4) 將精神及自殺關懷員業務合併辦理，個案的關懷訪視過程都由同一位關懷員進行，以避免資源重複。 (5) 遺族關懷個案：2017 年起採主動陪伴、關懷問候方式，於適當時間提供自殺遺族關懷信、醫療資訊、心理諮商轉介等協助，並依規定安排家訪、電訪服務，持續關懷至少一個月，且達三次以上關懷訪視服務。
		選擇性策略 (1) 針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用最簡單的 BSRS-5 量表，早期偵測個案的情緒困擾並提供心理健康的服務。 (2) 辦理各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練。 (3) 辦理壓力調適課程，以強化自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

表 4-1-2、屏東縣自殺防策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**全面性策略** (1) 開自殺防治專家會議，一同分析探討屏東縣的自殺死亡資料以及屏東縣可以實施的策略。 (2) 訂定老人自殺死亡案件遺族關懷訪談指引。 (3) 針對農藥販賣商將查核項目(表 4-1-3)納入農藥行換證的必要條件之一。 (4) 承接衛生福利部 2017 年度「幸福捕手種子師資培訓課程」執行計畫，我們在屏東 33 個鄉鎮中 29 個都有自殺防治的種子師資，也有一些醫療院所派人來參加。 (5) 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。 (6) 與農業處合作針對農民進行宣導，，另外在農藥商品外包裝都會貼上關懷警語與求助資訊的貼紙，也針對農藥行販售業者做個別訓練。 (7) 建立社區自殺防治網路，包含社區宣導、去除精神疾病與自殺的污名化、配合世界自殺防治日。 (8) 針對校園自殺防治，辦理校園宣導活動跟講座。

表 4-1-3、屏東縣農藥販賣商檢核表

項目		首次查核 月　日	複　查 月　日
1	「落實」販售劇毒性農藥管理之登記，詳記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式及購買數量，並保存三年。	□符合 □不符合	□符合 □不符合
2	販賣點放置自殺防治衛教單張	□符合 □不符合	□符合 □不符合
3	販賣點張貼自殺防治海報	□符合 □不符合	□符合 □不符合
4	販賣劇毒性成品農藥以專櫥加鎖貯存於安全地點	□符合 □不符合	□符合 □不符合
輔導項目	販賣點之農藥瓶上貼上「珍愛生命及諮詢專線」之標語	□配合 □不配合	□配合 □不配合

(2) 未來精進方向

表 4-1-4、屏東縣自殺防治策略未來方向

未來精進方向	**衛福部及中心回饋**
連結縣政府內各局處共同推廣「人人都是自殺防治守門人」，並於相關會議提出各局處辦理情形，進行檢討及修正策略方向。	**衛福部心口司** (1) 針對孕產婦的產後憂鬱的部份，將手冊給予婦產科相關的醫療院所。 (2) 光碟片及單張的部份是針對慢性病、重病及罕病的病人之後的心理健康的衛教資源的部份。 (3) 關輔導老師的評核時，把自殺防治的知能加入評核的項目中。其他領域主管亦須比照辦理。 **全國自殺防治中心** (1) 由縣長領導各局處，以及跨局處溝通 (2) 除了農藥販售商外，農藥保管使用，亦須注意。 (3) 諮詢專線要如何去維持或是讓它運作順暢，須考量人量以及如何去訓練。

表 4-1-4、屏東縣自殺防治策略未來方向(續)

未來精進方向	衛福部及中心回饋
每季召開自殺防治專家會議，檢討推動策略及執行成效。	
發揮幸福捕手種子師資功能～推動衛生所自殺防治業務持續性。	**衛福部心口司** (1) 幸福捕手跟守門人的概念透過「看、聽、轉、牽、走」的部份是強化自殺個案後續支持性。 (2) 衛生局將幸福捕手的概念可以推廣出去，推廣出去不只在衛生領域、甚至校園與職場。
自殺防治工作列為本縣醫院督導考核之重點項目，今年特別在九月份將邀請自殺防治中心的戴傳文顧問以及全縣醫療院所共同參與「醫療院所於自殺防治推動之角色及任務」的教育訓練。	**衛福部心口司** 增加醫事人員的一些自殺防治工作知能部份的教育訓練。 **全國自殺防治中心** (1) 可進一步去評鑑醫院急診的人數是否與通報人數成比例。 (2) 強化通報機制固定的跟各醫療院所輔導討論，包含醫院內亦須有各科進行溝通與訓練。 (3) 強化醫院針對自殺企圖個案持續追蹤，依據精神衛生法的第 38 條出院準備服務。 (4) 健保署出院準備計畫有針對出院給予醫院給付。 (5) 可參考臺南市與高雄市之作法。
每年於自殺防治記者會表揚「主動自殺通報」及衛生局查核結果為「合格」之農藥行發給獎狀。	可針對表現良好之醫療院所頒予獎勵。

3. 南投縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

南投縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.18 及 1.59。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 18%，較 2014 年增加 59%。

(2) 年齡層

除「14 歲以下」及「65 歲以上」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「15-24 歲」(2.05)、「25-44 歲」(1.41)、 「45-64 歲」(1.25)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低依序為由氣體及蒸汽自殺或自為中毒(1.26)、由高處跳下自殺及自傷(1.21)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.20)、吊死、勒死及窒息自殺及自傷(1.07)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 767 人次。

(2) 性別

男性 336 人次，女性 431 人次；性別比(男/女)0.78，女性為男性的 1.28 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 174 人次，佔 22.7% ；第二為「25-34 歲」，計 156 人次，佔 20.3% ；第三為「45-54 歲」，計 125 人次，佔 16.3%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 254 人次，佔 33.1% ；第二為「割腕」，計 172 人次，佔 22.4% ；第三為「一般農藥」，計 82 人次，佔 10.7% 。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 247 人次，佔 32.2% ；第二為「家庭成員問題」，計 142 人次，佔 18.5% ；第三為「夫妻問題」，計 126 人次，佔 16.4%。

3) 會議摘要

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司	南投縣初次自殺就死亡的比例較高。	**指標性策略** (1) 針對通報比應加強各網絡間的敏感度，落實標準作業流程，並以心情溫度計進行評估。 (2) 針對慢性化疾病常至醫療院所就醫，可以透過健保社區醫療群來介入。
		全面性策略 (1) 「幸福捕手」師資培訓部份，希望培訓可以擴大延伸到社區、職場等。 (2) 建議在民眾申請社福資源時，一定要主動關懷並提供多元資源，以利主動尋求幫忙。
全國自殺防治中心	南投縣近年自殺死亡的年齡層走向中壯年群，是否因觀光產業低落的衝擊？或和就業率之間是否有間接的影響？因此失業的問題可以視為未來警訊，可儘早擬定相關策略。	**指標性策略** (1) 分析自殺亡前曾接觸社政資源及衛政資源，並針對此分析結果制定策略。 (2) 透過定期的督導關懷機制，以提升自殺關訪員工作的服務。 (3) 針對通報第一次就死亡的問題，可從3A(通報系統存取便利性、通報品質、文化因素)來評估通報流程是否落實。 (4) 強化重大精神疾病通報管控機制。 (5) 自殺、自傷及自殺威脅之差異性，應有不同的預防以及服務方式。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
全國自殺防治中心		**選擇性策略** (1) 身心障礙個案比例偏高,可串連不同部會(衛生局、草屯、在地的服務站)間的網絡，特別進行關懷。 (2) 在篩檢工具的善用上，應注意地板效應,像嚴重個案量表檢測結果卻只有 0 或 1 分，這部份建議結合其它量表，針對不同年齡層或不同對象,細分設計不同題目，可篩檢出較精確的結果。 (3) 強化心理諮商服站與生命線服務之區隔，以提升兩者之資源利用度。
		全面性策略 (1) 前端和民眾接觸的社福資源窗口,應持續訓練，保持敏感度，主動提供資源之外，也要多給予關懷。 (2) 各縣市生命線 1995，但有些縣市可能非 24 小時，衛福部的全國安心專線 0800-788995 為 24 小時服務,這部份可多加結合利用。
衛生局	心理諮商站服務及長照的服務案量高,人力有嚴重不足的問題。	**指標性策略** (1) 透過村里鄰長通報的機制,鼓勵多連結公共衛生資源，來加強通報率。 (2) 進行分析原因並加強通報比問題。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**選擇性策略** (1) 長照專員對老人適度的資源轉介,強化服務對自殺危險因子辨識能力。 (2) 強化各單位人員的對自殺危險因子敏辨識能力。 (3) 針對 40 歲以上的中壯年，可以以慢性疾病的特點，來切入關懷。
		全面性策略 (1) 透過流感的接種，搭配心理諮商的服務，提升職場的心理衛生。 (2) 幸福捕手目前著重 65 歲上的老人的評估並轉介,未來社區資源的連結會再加強。
社會及勞動處		**指標性策略** 針對個案的特殊行業來進行研究分析，研討措施並提供協助。
		選擇性策略 (1) 針對社福資源取得困難之高危個案,另開案服務或提供急難協助。 (2) 針對身障且年齡較偏高的身份,若被通報進來，針對這些對象，我們即時掌握並提供服務。 (3) 加強對身障對象的服務敏感度,提升通報率。
醫療院所		**指標性策略** 草屯療養院： 透過訪員相關訓練、定期辦理困難個案討論會，針對去年比率較高鄉鎮，辦理個案討論，提升敏感度，結合社區護理長、心理諮商站，互相支援。

表 4-1-5、南投縣自殺防治策略與困境綜合整理(續)

議題 / 各單位 具體建議	困境	策略建議
		選擇性策略 草屯療養院 (1) 針對精神病、及慢性病群，透過基層醫師及醫療院所結合，運用關懷技巧，主動察覺高風險病人。 (2) 老年及中壯年群死亡率的提升，應特別加強篩檢及關懷高風險群。

4. 臺南市

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

臺南市標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.06 及 1.17。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 6%，較 2014 年增加 17%。

(2) 年齡層

「15-24 歲」 、「45-64 歲以下」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「25-44 歲」(1.14)、「65 歲以上」(1.04)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為切穿工具自殺及自傷(11.0)、其他及未明示之方式自殺及自傷(1.67)、由高處跳下自殺及自傷(1.38)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 2,298 人次。

(2) 性別

男性 841 人次，女性 1,457 人次；性別比(男/女)0.58，女性為男性的 1.73 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 556 人次，佔 24.2%；第二為「25-34 歲」，計 486 人次，佔 21.1%；第三為「45-54 歲」，計 400 人次，佔 17.4%。

(4)自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 868 人次，佔 37.8%；第二為「割腕」，計 574 人次，佔 25.0%；第三為「燒炭」，計 167 人次，佔 7.3%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 732 人次，佔 31.9%；第二為「家庭成員問題」，計 460 人次，佔 20.0%。；第三為「感情因素」，計 432 人次，佔 18.8% 。

3) 會議摘要

(1) 現況分析

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理

議題 / 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司	(1) 個資法問題導致無法即時提供自殺死亡數據。 (2) 礙於法令規定，目前尚無法為安心專線設定簡碼。	**指標性策略** 各部門可以推廣自殺防治守門人的觀念，以提升通報比。
		選擇性策略 (1) 加強職場自殺防治的策略，當員工被開除時，可以使用心情溫度計量表篩檢，並進一步給予轉介。 (2) 社政單位應多加注意獨居老人。 (3) 使用運復健康手冊中評量表評估孕婦是否有心理問題，並針對有心理問題之孕婦建議孕婦於心理衛生相關醫療院所就醫。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 / 各單位具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司		**全面性策略** 加強安心專線宣導。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 建議勞工局推廣並使用心情溫度計進行篩選，可使用心情溫度計 APP 讓勞工自行檢測。 (2) 臺南市各局處應針對困難個案進行跨部會溝通的會議，才能夠有效將個案轉介。 (3) 老人照護機構中之中若有自殺企圖個案應適當轉介心理衛生資源。
衛生局	(1) 2014 年至 2016 年自殺死亡者歸籍計算。本市自行統計(依戶政除戶死診並與臺南地檢署法醫每月核對筆數)與年終中央統計誤差約 60 人/年。 (2) 中央無法給差額筆數之名冊，致無法進行遺族關懷。 (3) 標註自殺死亡地，將可落實風險縣市評估與防治作為調整。 (4) 戶役政系統統計有疾病等類別，然自殺未列入，故無法自系統整理清冊。	**指標性策略** 教育局已和少年隊有合作關係，未來將將協助訪員訪視有毒品問題之自殺個案。 **選擇性策略** (1) 心衛志工電話宣導農藥販賣業者。 (2) 強化農藥販賣業者及農民團體珍愛生命守門人角色。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(5) 衛福部提供月報表之自殺通報比母數為前年自殺死亡人數，可否修正為本年度自殺死亡人數為母數。	**全面性策略** (1) 老人心理健康服務。 (2) 心理健康傳播行銷。 (3) 高樓防墜自殺部分，鼓勵加高樓大廈入珍愛生命公寓大廈社會行列。 (4) 針對自殺方式為溺水部分，於跳水處張貼自殺防治宣導品。 (5) 發放農藥自殺防治海報、農藥瓶貼紙(第 3 版)、高風險個案轉介單及心理資源單張至本市農藥商及農會。 (6) 制定農藥自殺防治查核表，並宣導張貼農藥自殺防治宣導海報及貼紙，及向農藥商宣導珍愛生命守門人及安心專線等資源。
教育局	(1) 僅能協助處理國中、小，及市內兩所高中，其餘學皆無法處理。 (2) 可能會發生家長或學生抗拒訪員訪視之情形。	**選擇性策略** 在中、小學推廣生命教育，倡導珍愛生命守門人之概念。 **全面性策略** 在校園推廣職場心理健康、班級經營等相關課程，降低教師自殺風險。

表 4-1-6、臺南市自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
社會局		**選擇性策略** 區公所的里幹事若發現老人有情緒困擾會主動將個案轉介治社會局，若老人有自殺意念或企圖時則轉介心衛中心。
勞工局	企業主目前較少關注勞工心理健康相關問題。	**選擇性策略** (1) 為失業勞工提供就業服務時會使用心情溫度計量表作檢測。 (2) 徵才活動會對雇主進行心情溫度計的置入性宣導。
		全面性策略 職訓課程帶入心理健康課程。

(2) 未來持續加強部分

表 4-1-7、臺南市未來加強方向

衛生局	**選擇性策略** (1) 成立「珍愛生命巡守隊」，藉巡邏提高跳水干預。 (2) 派遣「珍愛生命大樓」保全人員巡守。 (3) 持續「無鬱卒長者社區」、「珍愛生命守門照服員」、「珍愛生命社區藥局」「憂鬱症共同照護網」。
	全面性策略 (1) 針對木炭持續拜訪商家，以強化守門人概念。 (2) 與職場連結，員工訓練加心理健康促進。

5. 嘉義縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

嘉義縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.36 及 1.06。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加

36%，較 2014 年增加 6%。

(2) 年齡層

除「14 歲以下」 及「15-24 歲」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均大於 1。 標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為「45-64 歲以下」(1.43)、「65 歲以上」(1.41)、 「25-44 歲」(1.22)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低依序為由氣體及蒸汽自殺及自為中毒(2.02)、切穿工具自殺及自傷(2.00)、溺水(淹死)自殺及自傷(1.69)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.56)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 554 人次。

(2) 性別

男性 251 人次，女性 303 人次；性別比(男/女)0.83，女性為男性的 1.21 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「35-44 歲」，計 123 人次，佔 22.2% ；第二為「45-54 歲」，計 93 人次，佔 16.8%；第三為「25-34 歲」，計 91 人次，佔 16.4%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 179 人次，佔 32.3%；第二為「割腕」，計 112 人次，佔 20.2%；第三為「一般農藥」，計 75 人次，佔 13.5%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」，計 136 人次，佔 24.5%；第二為「夫妻問題」，計 100 人次，佔 18.1%；第三為「家庭成員問題」，計 89 人次，佔 16.1%。

3) 會議摘要

表 4-1-8、嘉義縣自殺防治策略及困境綜合整理

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 推動毒品防治，若要比照如自殺設置熱點管理，將會面臨自殺死亡率與毒品的熱點不太一樣的，造成相關單位涉入出現困難。 (2) 偏鄉的精神科醫療資源缺乏。 (3) 高處跳樓多發生位嘉義市而非嘉義縣，或是於嘉義市燒炭，造成縣市負責機關對通報個案控管困難。 (4) 如何有效利用資源，避免資源重覆投入造成使用上的浪費？ (5) 面訪率是高的，但自殺率仍高，中間是否有訪視時可以改善的部份。	**指標性策略** **全國自殺防治中心** (1) 鞏固家屬支持功能。 (2) 加強派案的篩選制度與管理，將資源放在更需要資源的群上就更加重要。 (3) 蒐集建檔可轉介名單，降低轉介失敗。 (4) 辦理督導中，周督導要解決個案的問題，月督導則要判讀數據，並邀請專家辦理以群眾關懷自殺防治議題為主的演講。 (5) 關懷訪視員保持後續資源盤點。

表 4-1-8、嘉義縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局		**選擇性策略** **衛福部心口司** 強化醫療院所自殺的體系，例如老人群，並宣導正確就醫，提供就醫管道，結合社區醫療群，在民眾就醫時，可以提供通報的就醫機制，協調轄區醫療院所醫師加強辨識。 **全國自殺防治中心** (1) 落實推廣心情溫度計普及強化後續轉介。 (2) 自殺熱點分析。 (3) 建立公共衛生、志工、鄰里長人力，篩選也是透過主觀的感覺，也以能夠接觸高風險群人員加強教育增加敏感程度 (4) 透過醫療人員將心情溫度計作為例行檢查。
		全面性策略 **衛福部心口司** (1) 策略上幸福補守若能夠增加全民的敏感度。 (2) 推廣精神醫療、去汙名化的理念，多關心周遭的人的心理健康。 **全國自殺防治中心** (1) 建立關懷訪視員可以轉介個案的醫師、民政資源的名單。 (2) 持續推動APP產品在地防治。

6. 臺東縣

1) 自殺死亡概況簡述

(1) 整體

臺東縣標準化死亡比(以 2015 年為基準及以 2014 年為基準)均大於 1，分別為 1.20 及 1.06。2016 年自殺死亡率(校正人口數)較 2015 年增加 20%，較 2014 年增加 6%。

(2) 年齡層

除「45-64 歲」及 「65 歲以上」之外，其餘年齡層之標準化死亡比均小於 1。標準化死亡比大於 1，年齡層由高至低依序為、 「65 歲以上」(1.94) 、「 45-64 歲」(1.28)。

(3) 自殺方法

標準化死亡比大於 1，自殺方法由高至低前三位依序為切穿工具自殺及自傷(2.00)、由氣體及蒸汽自殺或自為中毒(1.30)、以固體或液體物質自殺或自為中毒(1.28)。

2) 自殺通報概況簡述

(1) 自殺企圖 355 人次。

(2) 性別：

男性 138 人次，女性 217 人次；性別比(男/女)0.64，女性為男性的 1.57 倍。

(3) 年齡分層前三位

第一為「45-54 歲」，計 85 人次，佔 23.9% 第二為「25-34 歲」，計 75 人次，佔 21.1%；第三為「35-44 歲」，計 67 人次，佔 18.9%。

(4) 自殺方式前三位

第一為「安眠藥鎮靜劑」，計 117 人次，佔 33.0%；第二為「割腕」，計 85 人次，佔 23.9%；第三為「除安眠藥鎮靜劑外藥物」，計 25 人次，佔 7.0%。

(5) 自殺原因前三位

第一為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」，計 103 人次，佔 29.0%；第二為「家庭成員問題」，計 75 人次，佔 21.1%；第三為「感情因素」，計 67 人

次，佔 18.9%。

3) 會議摘要

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛福部心口司		**選擇性策略** (1) 建議啟動跨網絡合作。另外，進入原鄉服務部分，不同文化背景之資源介入可後續討論。 (2) 若將責任歸屬於關訪員直接進行服務會有較大的困難與壓力，應規劃並與法務部合作。
全國自殺防治中心		**指標性策略** (1) 若遇到拒訪或困難之個案，應在相關之精神醫療專業人員參與之督導會議中提案討論，必要時亦需提供必要之跨專業資源轉介。 (2) 透過實證及實務分析來了解自殺動態，以制定因地制宜策略提供即時介入。 (3) 風險分級以強化訪員訪視效率。 (4) 自殺防治數據趨勢與變化應每個月判讀並針對當月特殊狀況，在督導時進行討論。 (5) 針對自殺企圖個案應強化其精神科資源利用說明，以提升個案就醫意願及求助意願。
		選擇性策略 建立與整合精神及心理資源地圖，並優先針對鄰近地區之特色進行策略介入。
		全面性策略 (1) 精神科去汙名化，持續強化宣導。 (2) 強化安心專線之宣導。

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
衛生局	(1) 經濟困境：關訪員在訪視工作上無法立即改善個案經濟需求。 (2) 青壯年群，其多半因失業而自殺。 (3) 特殊個案：針對拒訪以及相關精神／人格疾患之個案給予訪視指引。 (4) 藥酒癮個案部分，則想請教如何與家屬合作，以及酗酒後自殺的介入。 (5) 地理環境與醫療分配：臺東為南北狹長型，較偏鄉之年長者容易在就醫過程中，因較長的就醫時程中死亡。 (6) 文化背景與多元群：原民家庭結構複雜，可能出現就業、飲酒等較綜合性的問題。 (7) 個案會拒絕看診，造成個案流失。 (8) 受刑人無法立即提供關懷與相關處遇。	**指標性策略** (1) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視，轄內地段護理人員、關懷訪視員透過家訪或電訪予遺族持續關懷。 **選擇性策略** (1) 結合各醫院辦理 65 歲以上住院老人自殺防治作業，包含落實通報作業、通報流程、憂鬱篩檢及單張海報宣導。 (2) 針對社區老人自殺防治辦理 65 歲以上及獨居老人之憂鬱症篩檢與追蹤。 **全面性策略** (1) 針對本縣農藥販賣業者商品、店家張貼自殺防治警語與關懷專線。 (2) 針對本縣 60 家藥局張貼心情溫度計篩檢、安眠鎮靜藥劑正確使用海報、結合藥師公會會員 FB 自殺守門人 123 宣導。

表 4-1-8、臺東縣自殺防治策略及困境綜合整理(續)

議題 各單位 具體建議	困境	策略建議
社會處		**選擇性策略** (1) 各鄉公所的食物銀行及馬上關懷進行合作，或來電社會救助科聯繫民間資源。 (2) 未報低收入戶者，公所業務窗亦能聯繫。 (3) 開辦相關職訓班，提供管道解決問題。
社會處		**選擇性策略** (1) 各鄉公所的食物銀行及馬上關懷進行合作，或來電社會救助科聯繫民間資源。 (2) 未報低收入戶者，公所業務窗亦能聯繫。 (3) 開辦相關職訓班，提供管道解決問題。

7. 縣市後續追蹤成效

1)屏東縣

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤

	建議	執行情形
1	針對通報率之提升，可以頒獎狀或記功等低成本方式鼓勵各通報 單位爭取榮譽；另可將心理健康 四大議題統時列入醫院督導考核 項目中。	(1) 2018 年針對通報率提升單位於自殺防治日 記者會辦理頒獎。 (2) 本局已將推動心理健康相關活動列入本縣 2018 年醫院督導考核項目中。
2	針對醫院可加強住院病人之自殺 防治，並落實出院準備計畫。	本局於 2017 年 11 月 24 日召開「2018 年醫院督導考核新增項目之說明會」，將醫院推動住院 病人自殺防治工作情形及落實出院準備計畫之項目列入督導考核項目。
3	針對第一線人員應持續訓練危險 群之辨識敏感度。	持續辦理本縣各局處第一線人員持續訓練危 險群之辨識敏感度，並規範各局處完成之指標，每季執行情形回報本局。

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
4	針對老人送餐人員或其他到宅服 務人員，可使其了解自殺防治之 重要性，與使命感，在服務老人 時可順帶一句關心問候。	本縣已規範針對老人送餐人員或其他到宅服 務人員須完成自殺防治之教育訓練及身心健 康篩檢目標數： 社會處:需完成全縣獨居老人身心健康篩檢 80%。 長照中心:需完成居家服務中個案身心篩檢 80%。 民政處: (1) 村(里)長完成教育訓練人數達 80%。 (2) 村(里)長幹事完成教育訓練人數 達 80%。
5	針對電話訪談，除目前量的指標以外，應更注意其本質，例如訪談之對象及訪談之內容。	(1) 關懷員無論家訪或電訪，訪視前先詳讀通 報資料，進行初步評估，並做好自身心理 準備及調適。 (2) 關懷員提供服務時適時運用一問二應三轉 介技巧及簡式健康量表詢問個案情況。訪 視除了表達關心之意(非例行公事)，以面 訪本人為優先考量個案，但家屬部分仍會 介入關心及心理支持。 (3) 關懷員面臨拒訪情形時，不急著結束會談 及訪視，會進一步關心個案現況或日常事 務，並提供電話專線諮詢或安心專線電 話，適切提供資源。

表 4-1-9、屏東縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
6	針對關懷員之壓力紓解，應維持內部督導管道暢通，當關懷員遭 遇困難時能獲得解決。	(1) 關懷員每月至少一次與單位主管召開團督會議，討論當月訪視狀況或困難個案討論。每位關懷員皆安排專屬之個別督導，依關懷員狀況由個別督導評估個督次數，以提供關懷員適切諮詢。 (2) 不定期辦理關懷訪視員心靈成長或舒壓課程，以關照關懷員心理健康及提升自我能量(2017 年度已辦理二次)。
7	針對職場之自殺防治。	配合勞工處於屏東縣就業博覽會進行自殺防 治宣導及針對求職遇挫勞工辦理心理健康促 進相關課程。
8	自殺之預防可由自殺原因方面著 手，提高各種保護因子。	謝謝建議，列入未來教育訓練規劃內容。
9	針對家中農藥存放方式，如何妥 善保管的部份可再加強宣導。	針對飲用農藥自殺之個案及家屬，進行家訪 衛教農藥之安全存放位置或協助移除，並蒐集購買管道、存有農藥之因、如何保管農藥 之資訊，以利統計與分析，進而提高自殺預 防之工作。
10	針對校園及職場：當衛生主管機 關與教育及勞工主管機關已達成合作共識後，應與校園及職場內 之心理衛生工作人員保持持續接觸的模式，如此即可使自殺防治 網絡持續擴大。	本縣已規範教育及勞工單位推動心理衛生工 作人員之合作模式： 教育處:完成全縣 80%國中以下學校辦理相關課程至少 1 場次及全縣輔導老師參與自殺守門人教育訓練可達 80%。 校外會: 完成全縣 80%高中以上學校辦理相關課程至少 1 場次。 勞工處: 辦理失業勞工、求職遇挫之心理健康促進課程，年度至少辦理 4 場次及轉介失業勞工、求職遇挫之個案心理諮商輔導，年度至少轉介 20 人次以上。

2)**嘉義縣**

表 4-1-10、嘉義縣後續執行結果追蹤

	建議	執行情形
1	針對如何避免資源重覆投入, 有效利用資源: (1) 建議策略為定期資源盤點，掌握資源分配及取得區域。 (2) 鞏固家屬支持功能:家屬對於個案來說是關鍵人物，因此，若能納入守門人的教育，拓展至公衛護理、鄰里長及第一線人員，便可達到自殺防治預防。 (3) 增加居住偏遠地區個案控管，落實民眾使用心情溫度計 APP 推廣，讓民眾能以自我管理，強化覺察，以社群軟體、APP 來提升心理健康自我覺察，達到早期預防目標。	(1) 本局針對不同對象辦理「珍愛生命守門人」教育訓練，包含公衛護士、村里長、村里幹事、18 鄉鎮市獨老志工隊、長期照顧專員、警消社工等，另也利用各活動宣導一般社區民眾，尤其讓民眾了解衛生局在自殺通報後會如何介入服務的流程，讓民眾勇於通報，達到早期關懷、提早預防的目的。 (2) 預計明年推廣民眾使用心情溫度計 APP 推廣，讓民眾能以自我管理，強化覺察，以社群軟體、APP 來提升心理健康自我覺察，達到早期預防目標。
2	針對嘉義縣尚未被通報的自殺企圖者，擁有強烈自殺意圖、意念: 應該加強派案的篩選制度與管理，將資源放投入所需群上，並加強採用心情溫度計篩檢高風險群。	(1) 本縣透過各宣導活動、關懷據點、職訓課程等，請網絡單位協助以 BSRS-5 篩檢，當有分數偏高個案則轉介心理衛生中心，由專人電訪個案，再依評估結果轉由心理師諮商輔導或由志工電訪或家訪追蹤關懷。 (2) 加強在各網絡單位宣導自殺通報的重要性及自殺通報後衛政可介入的資源，鼓勵各相關單位通報，以利早期介入。

表 4-1-10、嘉義縣後續執行結果追蹤(續)

	建議	執行情形
3	針對辦理督導: 建議周督導要解決個案的問題，月督導則要判讀數據，並邀請專家辦理以群眾關懷自殺防治議題為主的演講。	(1) 自殺防治分別聘請醫師及心理師 2 位督導，每週召開內督會議，針對新開案個案、高風險個案、特殊個案及有服務困境之個案進行討論、諮詢，提供處遇之建議以實行之，心理師督導另偕同訪員前往面訪高風險個案或特殊個案狀況進行評估及諮詢等服務，以期提高服務成效及降低再自殺率。 (2) 每月召開個案討論會，邀請督導及網絡單位討論困難個案共同擬定處遇服務方向, 並於次月追蹤辦理情形。會中並同時討論自殺數據，例如 30 天再自殺率、訪視頻率等。 (3) 不定期邀請專家辦理自殺防治議題演講，2017.2.20 邀請臺中榮總嘉義分院沈正哲醫師、2017.4.6 邀請趙紋華科長、2017.7.11 邀請孫中肯心理師及李亦欣心理師等。

8. 結論

綜觀 6 場高風險縣市訪查，可發現跨局處合作及溝通不足之現象普遍存在於此六縣市，因此未來如何將資源妥善連結、增進各局處之溝通為未來重要的課題，自殺防治需透過網網相連才能為個案找到最佳的資源，也唯有透過由上而下，由地方政府帶領各局處一同協調，並為自殺防治努力，才有可能達成。

而校園之服務介入亦需強化，由縣市訪查可看出校園有獨立的輔導系統，難以介入，故需由各縣市政府與教育相關單位共同協商，協助自殺高風險個案進行資源轉介，抑或是訪員之服務介入、協調，甚至是共訪。隨著青少年自殺死亡率逐漸攀升，如何有效、友善介入校園獨立輔導機轉勢必為自殺防治相當重要的一環。

綜觀六縣市，推動守門人及各社福醫療機構第一線人員危險因子辨識

能力仍是相當重要的，惟有提高各機關人員守門人意識、甚至是一般民眾，才有機會針對高風險個案及時介入，並進一步提供轉介資源。因此推動心情溫度計 APP 乃是各縣市未來可努力方向。

針對自殺企圖者個案情況較為複雜者則須採取共訪共管制，透過跨局處合作以強化資源整合，一方面減少資源重複使用，另一方面亦可增加個案之安全感。

各縣市應針對當地心理衛生、社福資源進行盤點，並提供給關訪員，讓個案能及時獲得所需資源，必要時亦須透過跨局處連結，以協助個案獲得最好的處置。

辦理縣市關懷訪視實務督導

一、 背景(Context)

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱並與個案建立良好關係，更要基於珍愛生命的信念,讓自殺關懷訪視不僅是一份工作,更是一份助人、救人的責任與義務。因此將 1 問、2 應、3 轉介的精神發揮淋漓盡致外，亦要作為個案與社會資源間之聯繫橋樑，協助自殺/自傷個案走進醫療體系並獲得有效醫療。

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。各縣市受到地理、人口、文化等不同因素影響，第一線人員在處理個案時，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、性侵被害人/加害人、或是高風險家庭之個案，亦常遇到相關網絡單位之權責應如何劃分的問題，如教育、勞政、警政、消防等單位間轉介之議題，諸多狀況在自殺關懷訪視裡，並非所有通則皆可解決，常讓相關從業人員感到棘手。

今年度規劃 6 場次的實務督導，以派遣專業人員的方式，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) 依照 2016 年全國自殺死亡初步統計資料及 2017 年自殺通報統計結果，擇定 6 個自殺死亡人數增加較多或再自殺率較高縣市。
2) 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。
3) 至排定之縣市進行「實務督導」。
4) 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. 8 月 18 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吳澤誠局長，與會人員有衛生局王瑛蘭科長、消防局王美玲辦事員、警察局徐永煌警務員、文化局李明信科長、政府教育處邱馨瑩社工組長、政府民政處廖文輝科員、政府社會處劉庭女弋社工員、政府產業發展處趙晨洋臨時人員、八里療養院戴萬祥主任、鐘玟社工師、謝安庭社工員、許佩雯社工師、黃思綺社工師、曾俊傑心理師、社區心理衛生中心黃鈞麟督導、范美玲關訪員、郭安怡關訪員、李孟盈關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、駱惠旋專員。

2. 8 月 21 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陳怡局長，與會人員有衛生局吳桂琳科長、林治純技正、黃惠理股長、葉宴伶約聘人員、姜佳琪約聘人員、許玉蘭約聘人員、蘇怡安約用人員、鄭隼涵約用人員、衛生福利部嘉南療養院王禎邦主任、王雪吟護理長、陳佳君關訪員、蘇意珊關訪員、林嘉祺關訪員、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、奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院：林建禾主任、黃怡紋關訪員、郭芳君關訪員、蔡菲比關訪員、陳怡樺關訪員、何孟凌關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、許信育專員。

3. 8 月 23 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廖育瑋副局長，與會人員有衛生局王鳳玉科長、張鈞堯專案管理師、李雨軒專案管理師、臺中榮民總醫院嘉義分院：黃敏偉副院長、精神部李世雄主任、曾德耀心理師、劉晏汝關懷訪視員、許堃澤關懷訪視員、張芳毓關懷訪視員、吳懿芳關懷訪視員、柯堂昀關懷訪視員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、許庭禎專員。

4. 8 月 25 日召開「臺北市自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺北市衛生局曾光佩副執行長，與會人員有陳映燁組長、廖敏桂技正、陽明大學衛生福利研究所碩一翁羚瑄、傅元德關訪員、杜慈英關訪員、游于嬅關訪員、溫如盈關訪員、吳季鴻關訪員、孫培菱關訪員、朱乃錦關訪員、朱子敏關訪員、賴佑臻關訪員、王釭瑄關訪員、黃瓊惠關訪員、林庭瑋關訪員、施懿芳關訪員、劉岳儒關訪員、吳珮羽關訪員、柯雨汎關訪員、林小安關訪

員、楊晟瑞關訪員、林純綺關訪員、何佩瑾關訪員、宋偲嘉關訪員、陳秋遠關訪員、紀曉君關訪員、練士菁關訪員、魏弘軒關訪員、楊晴雅關訪員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、陳俊宇專員。

5. 8 月 30 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藥師廖振甫，與會人員有衛生局個案管理員黃珮芳、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院邱郁斐社工師、信安醫院督導王一叡、關懷訪視員林裕清、關懷訪視員李緯坤、關懷訪視員吳浩賓、關懷訪視員蔡淞霖、關懷訪視員廖敏棋、關懷訪視員林珊如、關懷訪視員鄭智文、關懷訪視員鍾心怡、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員。

6. 9 月 1 日召開「臺東縣自殺關懷訪視員之實務督導」，主持人為臺東縣政府陳明仁秘書長，與會人員有臺東縣政府黃秀芳督導、教育處許琇雯社工、社會處高忠雲副處長、社會處林建鴻督導、衛生局辛進祥局長、蘇美珠科長、鄭琪齡衛生稽查員、吳佩芬個案管理師、台東市楊琇雯公衛護理師、劉書桓關訪員、林靜怡關訪員、卑南鄉雷喬安關訪員、鹿野鄉黃惠琦關訪員、關山鎮黃玲馨公衛護理師、海端鄉余曉菁公衛護理師、池上鄉張婉柔公衛護理師、王詩涵關訪員、東河鄉洪惠蘭公衛護理師、長濱鄉王美萍公衛護理師、金峰鄉陳鈺芳公衛護理師、大武鄉陳永錚公衛護理師、達仁鄉葛靜修公衛護理師、成功鎮張致和關訪員、馬偕紀念醫院臺東分院李宜頻社工師、東基醫療財團法人臺東基督教醫院洪莉娟代理組長、臺北榮民醫院臺東分院蔡耀庭醫師、衛生福利部臺東醫院周牛莒光心理師、東區精神醫療網曾筱筑專案助理、衛生福利部臺東醫院附設康復之家鍾明書專案管理員、全國自殺防治中心李明濱主任、吳佳儀副執行長、梁佳臻專員。

四、 成果(Product)

1. 今年度至 6 縣市辦理實務督導訪查(基隆市、臺南市、嘉義市、臺北市、雲林縣與臺東縣)，除邀集關懷訪視員外，亦邀請與關懷訪視有相關業務之網絡單位一同參與。由全國自殺防治中心及各縣市代表人員報告全國與縣市自殺趨勢與各縣市自殺通報處理流程及實務上困難。

2. 會中以座談討論會形式與第一線關懷訪視員針對各項辦理自殺防治業務所遭遇困難進行討論；以實際個案為例，探討面對困難個案時如何因應與提供服務。

3. 於會後將會議內容製作成會議紀錄，並於督導會議後 2 週內將會議紀錄發

文至縣市衛生局，提供各縣市做為參考。

4. 各縣市會議紀錄摘要如下：(詳細內容請參閱附件 4.2.1 至 4.2.5)

1) **基隆市(訪查時間 2017 年 8 月 18 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 基隆市人口現況與去年相比變化不大，截止今年 6 月止總人數為 37 萬 1 千多人，其中男性和女性的比率接近 1:1，差值少於 0.5%。

b. 醫療資源有其中 5 家精神醫療機構能提供自殺防治後端治療，社區資源共含有 83 關懷據點、147 個發展協會和其他人民團體組織，納入自殺關懷與防治系統，常年提供守門人之教育訓練。

c. 自殺未逐通報流程及高風險通報流程

a) 由社區單位(警消、公衛護理師)通報企圖自殺個案至心理衛生中心，接到通報後 24 小時內開案審查個案資料，進行分派給地段或中心同仁作訪視，並開始關懷作業流程。後續追蹤三到六個月，每個月至少訪視兩次或以上，並以 BSRS 健康檢視量表評估個案，也為準備結案之個案進行完整評估。

b) 高風險通報流程通報單位與關懷流程作業如前述所行，唯高風險個案特別強調資源轉介部分，依個案所需轉介至醫療院所、勞政單位、民間機構等。

c) 自殺通報個案依其危險程度做分級管理，根據衛福部認定標準評估為 A 級個案由中心自殺關訪員提供服務；B、C 級有合併精障則由衛生所來做後續管理；家暴個案若合併精障也由衛生所來管理。

d) 每兩個月召開自殺關訪員個案討論及督導會議，由精神科醫師或心理師來討論個案管理技巧、風險處遇與結案評估。提供不同的領域工作人員專業訓練，根據他們的需求和層次分不同等級程度來辦理，包括在職訪員、社區醫師、藥師、公衛護理師、學校相關人員等。

d. 2017 年自殺防治工作報告

a) 心理健康資源地圖:建立基隆市 7 區域分佈的心理健康相關資源地圖，讓民眾上網時更容易搜索到自助資源。

b) 一般性策略：擴大組織編制，加強行政效能及大樓安全管理；接受教育局轉介，提供校園心理諮商服務；今年度印有「多份關懷能炭息，精彩人生零遺憾」木炭專用塑膠袋；落實網路聯繫應用於農藥及老人自殺防治；辦理男性、職場、家庭主婦心理健康宣導。

c) 特案性策略：加強自殺守門人的對自殺企圖者的敏感度，包括大樓管

理員、社區民眾、鄰里長等；與生命線合作協助高齡長者、與教育部合作辦理校內生命教育宣導，理解生命意義與重要。

(2) 關懷訪視員座談討論會

a. 全國自殺防治中心李明濱主任表示訪視紀錄的審查並非為評估訪員的專業能力與服務品質,其著重的地方在於完整的資料也使得後續接管人員或分析人員能更完整判斷個案處境,以做出自殺防治最佳處遇和策略。BSRS 的填寫也能理解個案是否為高風險群，有助於轉介和處遇的效益。

b. 衛生局吳局長表示內部已經檢討兩次,初時報告無法呈現出整體狀況，第二次具體的報告知服務人次和效益，才能再進行檢討和修正。

c. 全國自殺防治中心吳佳儀副執行長認為基隆在自殺防治上是積極主動的，建議去掉訪視內容的分數制度因為並沒有太大實質的意義(以中央規範為主)，反而較應該注重在處遇計劃。特別是具一些議題的個案例如失婚、失業,其 BSRS 的分數和其處遇辦法。同時建議以結構化 SOAP 方式撰寫內容摘要。

(3) 個案討論

a. 男性個案已婚，49 歲，臨時工人，瘦弱黝黑，骯髒（因工作），7 月底吞藥尋死，送醫治療。父母雙亡，兄弟不親，罹患癌症。病歷：血管瘤根、輕度憂鬱。(詳細內容請參閱附件 4.2.1)

b. 女性個案已婚，為前一個提出個案之太太。個案與現任丈夫屬第三次婚姻，與第一任丈夫生下一男一女,與第二任丈夫生下一女目前由個案撫養。20 幾歲的時候被判斷患上憂鬱症至今，具情緒議題，有看精神科，抗拒吃藥。(詳細內容請參閱附件 4.2.1)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對個案討論會案一

a) 建議訪員列出所有個案的問題，確認哪些問題是能處理或優先處理。

b) 訪員要擁有足夠同理對方在面對太太離家出走、外遇時的心情，並使用 BSRS 評估對方的身心狀態以利後續處遇和轉介。

c) 建立充足的督導資源來協助關訪員，評估和討論個案的身心狀態和處遇方式。

d) 建議共訪機制，財務管理轉由個案處理。

b. 針對個案討論會案二

a) 回歸關懷訪視員的角色和可以做到的期待，協助危機處理、個管、一

問二應三轉介，判斷短期與長期可以處理的問題，藉由轉介引入系統合作協助個案。

b) 將精神科和癌症內科移至同一醫院。

c) 建議運用家訪方式關懷個案，資源移到個案丈夫管口。

2) **臺南市(訪查時間 2017 年 8 月 21 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 臺南市通報來源：醫院及網絡單位(警消單位、診所、 市府各局處、區公所、學校、民間單位等)。其中醫院主要以自殺防治通報系統線上通報，網絡單位多為紙本通報。上班時段通報個案由衛生局當日派案，初訪由公衛護理師，訪視完成，個管檢視訪視紀錄後，轉派關懷訪視員。下班或假日時段通報個案由衛生局個管次日派案,假日時段則由值班衛生局個管派予值班關懷訪視員訪視。

b. 關懷訪視員訪視業務

a) 家訪或面訪服務則需達該月總服務人數之 1/3 比例，而 BSRS-5 分數大於 15 分者或重複自殺或問題多重且複雜者或情緒不穩處於安全疑慮狀態者，以家訪為主。

b) 自殺合併家庭暴力高危機之個案：平均訪視次數需≧4.5 次。

c) 針對 65 歲以上老人再自殺個案，延長關懷訪視服務時程及增加訪視頻率 (每個月至少 2 次，採面訪方式至 50%以上)。

d) 自殺企圖者併有精神疾病之個案需優先訪視。

e) 關懷訪視員服務區域劃分為醫院的就近性、交通工具的協助，臺南市各區域之追蹤關懷個案數；以平衡每位訪員照護之個案數量，以兼顧照護品質。

f) 為協助自殺企圖個案面對困境所帶來的心理壓力，及自殺者遺族調整逝者已世後的悲傷情緒，辦理家屬支持團體。派案方式由衛生局統一派案。

c. 關懷訪視員訓練及督導

a) 關懷訪視員每年需接受中央或地方主管機關辦理之初階或進階相關教育訓練課程 (30 小時)。課程涵蓋自殺個案訪談技巧、精神病人關懷服務及社會資源運用等專業課程。

b) 衛生局每年 1 次至委辦醫院進行實地訪查及座談。訪查內容為個案服務狀況、訪視紀錄、機構差勤管理及業務交流。

c) 內部督導會議每周一次，由督導與 17 名訪視員針對個案管理、訪視技巧、讀書會、特殊個案討論..等問題進行討論與回饋。外部督導會議每 4 個月召開一次。討論內容精神醫療服務專業知能、自殺防治技巧、社會資源轉介與連結…等。訪視紀錄查核由衛生局人員查核，每月抽查一次，共抽查 10 份。

(2) 個案討論

a. 男性離婚個案， 54 歲，已退休，憂慮焦慮疾患確診。個案目前於高雄的精神科就診，持續重複自殺數次，某次自殺時將自己左手小指切斷，目前個案自殺的頻率已逐漸降低。太太經營便當店，為外籍新娘，個案為了辦低收入戶才與妻子離婚，但兩人仍同居。妻子因為房子被迫賣出處理個案債務導致兩人關係惡化，個案與自己手足、兒女也因債務問題惡化。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

b. 個案經營之公司資金周轉不靈，與原生家庭關係不睦，國中畢業後與家人不再往來。個案曾有兩位交往的女友，第一任女友為個案金主，自從結識第二任女友後便斷絕男女朋友關係，之後因第二任女友和其他人交往而分手，現有一名乾女兒為金主。個案目前接受心理諮商(兩次一星期)及精神科門診，為憂鬱症確診，個案一有情緒困擾，便玩賭博性電玩、飲酒、飆車、嚴重時尋死，就診診所因個資法不願意多談個案狀況。個案曾於訪視時透露想要在深夜開車製造車禍，詐領保險金還錢給第一任女友，還員工薪水。目前個案表示自己無法入睡，每天飲酒過日，只想死。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

c. 個案為男性，經營理髮店，經濟穩定。女兒有精神疾病，但個案不認為女兒有病，在今年 3 月時不忍心看女兒受精神疾病困擾便帶著女兒燒炭，因為燒炭前傳訊息給朋友才得以阻止。個案認為女兒所有的發病狀況都是因為精神科藥物造成的後遺症，因此拒絕就醫，也不願意讓女兒就醫，寧願用民俗療法治療女兒。個案目前表示只要看到女兒眼睛上吊就會帶女兒一起死。診療女兒的醫師認為個案思想僵化，也認為院方的藥物沒有問題。雖然訪員曾建議個案換醫師，但常常預約醫師之後又臨時變卦取消就醫，覺得藥物會影響隔天上班，拒絕服藥。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

d. 男性個案，已退休。個案有酒癮，且有許多身體疾病。個案與妻子感情不睦，妻子常離家出走，直到 8 月妻子因車禍返家休養。個案因年金改革問題，兒子仍在就學等因素自殺。個案第一次自殺時用燒炭方式逼

迫妻子回家。第二次燒炭時因為妻子不在家中，便燒炭自殺。訪視個案時僅抱怨年改問題，對其他狀況隻字未提。訪員已建議個案找工作，目前個案已找到工作，且願意嘗試該工作。最近一次訪視時發現家中有許多空酒瓶，可能因壓力問題而再次飲酒。(詳細內容請參閱附件 4.2.2)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 針對訪員實務之建議：建議於外部督導會議中，討論自殺通報數據及初步死亡數據，並以此為基礎推動因地制宜的自殺防治策略。

b. 針對個案討論會案一

a) 訪員可建議個案臨近醫院或診所尋求幫助。
b) 該個案可能有借高利貸，可以向衛生局通報，與警察局合作處理。
c) 設法讓家屬知道，如果個案自殺頻率漸增，使用方法致命性變高，很有可能造成個案下次自殺身亡。
d) 建議訪員不用先下定論認為個案自殺只是一種要脅的手段，可以前往個案自殺送醫之醫院確認個案自殺後身體的狀況。
e) 個案自殺頻率有降低之跡象，建議可以多加探問最近個案面對的問題是否產生變化。

c. 針對個案討論會案二

a) 盡量向個案澄清不要以詐騙保險金的方式尋死。
b) 病人為依賴性性格和負責任性格的人，盡可能從此點同理、關懷個案。
c) 如遇個資法情形導致個案的醫師不願透露個案相關就診資料，建議訪員可以問該醫師自己該做什麼，需要注意什麼，以問題代替建議，不直接詢問病人狀態。

d. 針對個案討論會案三

a) 個案性格固執，需多讓個案說出自己的困難，不要直接給予建議。
b) 建議可讓個案及女兒一起就醫，並於個案討論會提出討論。
c) 個案有妄想症狀。案妻及個案在討論女兒狀況時，有可能加強了個案本身的妄想狀況。宜多加留意案妻本身有妄想症狀。

e. 針對個案討論會案四

a) 個案有酒癮問題，須要讓身心科專業醫師評估。
b) 個案在訪視時只講年金改革問題，有可能只為單純宣洩情緒。
c) 妻子車禍返家療院可能是個案穩定的主因，家訪時宜注意個案與妻子目前相處狀況。

3) **嘉義市(訪查時間 2017 年 8 月 23 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 高處墜落自殺防治策略,以拜訪嘉義市六層樓以上高樓熱點之大廈管理委員會為例。由衛生局科長、自殺防治業務承辦人與都發處承辦人一同前往，以關懷為出發點，加強保全人員敏感度訓練(例如守門人課程)、張貼標語或加裝警鈴、監視器等設備。2. 衛生局委員會召開次數:由副市長主持，每年約一至二次，分別在 6、7 月及 11、12 月。

b. 嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容,週督導分別由精神科醫師及心理師帶領。會議中訪員回報個案訪視狀況,心理師給予回饋與建議；結案前則由精神科醫師評估是否達到結案標準,較困難的個案也會與精神科醫師討論處遇方式。嘉義市自殺關懷員跟社區關懷員的督導是分開進行,自關部份督導為精神科醫師與心理師;社關部分則是精神科醫師與社工師。

c. 嘉義市關懷訪視員派案、訪視及共訪機制，以 105 年針對 65 歲以上人口進行全面性篩檢為例，使用 GDS 量表篩檢，若分數達 7 分以上，將轉至衛生所進行第二次篩檢。若二篩結果為 7 至 11 分由衛生所自行辦理，若分數高於 11 分則直接轉介至醫院。自殺通報中個案若是使用低致命性自殺方式，例如割腕、服用安眠藥等，會轉由公衛護理師進行關懷；若是使用高致命性自殺方式，例如上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、高處墜落、農藥、跳水等,則會派案給關懷訪視員於 24 小時進行訪視。為因應個案特性，有時會協同社工進行訪視，雖然資源能多重利用，但也得配合社工的調整訪員的訪視方式。

(2) 個案討論

a. 個案江先生(54 歲)於今年 3 月由嘉義市政府心衛處轉介至衛生局，教育程度國中、婚姻狀態為離婚，現為無業但曾任廣告公會理事長，目前每個月領有身心障礙補助金;個案疾病史為慢性阻塞性肺病、高血壓、失眠症及憂鬱症，有規律就醫及服藥，診斷為反社會傾向，且認知判斷能力較差，目前最新診斷為雙極疾患。心情溫度計中分數起伏主要是睡眠及情緒部分，情緒狀態呈現憤怒。(詳細內容請參閱附件 4.2.3)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容：

a) 建議每個月一次外部督導，由精神科醫師、社工師及各局處共同參與並研討自殺防治通報月報表。
b) 醫政科也可將近兩個月自殺死亡的死因及地點納入討論，跟中央提供的通報資料結合以更了解目前自殺現況。
c) 建議委員會能召集各局處的專業人員，一同判讀自殺數據。

b. 嘉義市關訪員派案、訪視及共訪機制：
a) 精照或家暴個案的共訪，建議由已跟個案建立關係的一方主責，進行客觀與危險性評估，尤其是心情溫度計分數較高者，應積極轉介至精神醫療院所且持續關懷。
b) 無論是自關或社關，皆應落實 1 問 2 應 3 轉介，其中「轉介」重點在於協助個案至精神醫療院所接受專業評估與治療，因此每位訪員必須建立「口袋名單」以即時因應。
c) 建議將公衛護理師也加入 1 問 2 應 3 轉介及 SOAP 訪視原則的訓練。
d) 對於老年人口或困難個案，建議改用心情溫度計即可。

c. 個案研討會之「農保問題」及「醫療糾紛」個案：
a) 此個案明顯為精神疾患問題，需轉至精神科醫師治療，且持續追蹤其服藥的遵從性，建議將此特殊個案納入月督導會議，由精神科醫師做診斷分析，提供醫療專業建議，亦或將警消單位加入協助法律問題。
b) 考量訪員的案量前提下，結案後不主動聯絡個案，若還是對個案不放心，可以簡單一通電話關懷。
c) 在面對困難或特殊個案，必須加強關訪員的敏感度，確實做到積極聆聽、釐清原因、同理等才能善用資源、對症下藥。

(4) 嘉義市針對建議回覆

a. 針對嘉義市督導會議及個案管理人員作業內容
a) 本市目前關懷訪視員每月一次個案督導，迄今共 11 次，每次除了邀請精神科醫師、心理師和社工師與會，若有外單位服務 者也會邀請共同討論。
b) 中央提供通報資料每月均會提供訪員，爾後擬於個案督導會議中，討論近兩個月自殺死因及地點，進而分析。
c) 目前跨局處的專業人員會議，一年召開 2 次。今年會議日期為 6/27、12/4，並於每次會議分析自殺通報及自殺死亡資料數據。

b. 針對關訪員派案、訪視及共訪機制

a) 本市早有共訪機制，均經由關訪員與外單位服務者一同討論服務概況並決定由誰主責或進行分工，心情溫度計分數較高者，均先轉介公衛護理人員，再由公衛護理人員轉介至精神醫療院所且持續關懷。
b) 本市自關、社關均落實一問二應三轉介之訪視原則，連結適當之資源。
c) 本市公衛護士均落實一問二應三轉介及 SOAP 訪視原則，連結適當之資源。
d) 本局已更改 BSRS-5 做為老年篩檢之依據。

c. 針對「農保問題」及「醫療糾紛」個案

a) 個案研討所提出的個案已轉派社區精神關懷訪員，並偕同返診與醫師確認案主病況，繼而加強疾病及藥物衛教，增進個案病識感，目前返診狀況穩定，將持續追蹤。
b) 將提醒訪員已結案後不主動聯絡個案為原則。
c) 定期安排關訪員教育訓練，提升關訪員的敏感度，確實做到積極聆聽、釐清原因、同理等才能善用資源、對症下藥。

4) **臺北市(訪查時間 2017 年 8 月 25 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 臺北市現況報告

a) 臺北市高處跳下有緩降的趨勢，但是溺水方式呈上升趨勢。男性自殺死亡率約為女性的兩倍，因此應重視男性自殺防治。
b) 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，不同高風險群與議題訂定防制機制。
c) 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。
d) 65 歲以上長者死亡率高，老人自殺防治結合一些關懷方案包含長照的共照據點，並且與長照共同照護網做篩檢與健康促進。
e) 與消防局合作找出自殺熱點，與旅館業者合作強化自殺防治宣導。持續推動高處防墜措施，各學校、相關局處針對相關建物做建物檢核。
f) 守門人訓練，勞動局針對失業給付及經濟議題，加強防治工作的知識及敏感度。各個局處都有相關守門人的課程，另外也強化推展職場心理衛生。加強男性自殺防治宣導及守門人相關課程。

b. 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 10 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 10 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) 結合民間團體協助辦理中度風險自殺個案關懷訪視，建構本市自殺防治網絡，另外高風險個案由北市自殺防治中心處理。

c. 關懷訪視員訓練及督導

a) 關懷訪視員之訓練課程包含自殺風險評估及訪視技巧之實務演練、社福資源之簡介及實務連結、自殺遺族之悲傷輔導、個案訪視的結構式資料蒐集及自殺高風險個案與物質濫用。
b) 督導部分，每月固定辦理個案之團體督導。

(2) 關懷訪視員座談討論會

實務面臨之困境：

a. 照護比是 1:102，人力吃緊，負擔太大。
b. 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。
c. 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。

(3) 個案討論

a. 住在萬華區 75 歲男性是帕金森氏症患者,行動不便,教育程度是國小，現在已退休。是直腸癌的末期也是身心障礙者,與孩子跟前妻關係疏遠。(詳細內容請參閱附件 4.2.4)
b. 住在內湖區 18 歲男性，高中肄業，是一名同志，從小有同儕排擠的問題以及父親家暴的問題，因為家暴原因有被列管；主要服用藥物是抗焦慮劑，被診斷有躁鬱症，本身有攻擊性。(詳細內容請參閱附件 4.2.4)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對個案討論會中的個案一：

a) 釐清自殺真正原因、想法才能正確評估以及擬定處遇計畫。
b) 協助填寫量表外，與精神科醫師、社區護理聯繫評估個案狀況。
c) 藉由筆談關懷個案，持續建立信任關係。

b. 針對個案討論會中的個案二：

a) 釐清個案之心理狀態與性格、家庭關係、家暴真正原因。
b) 與其他單位討論，做出適切的資源分配和整合。
c) 困難個案應定時或即時提至團隊督導討論，並邀請精神科醫師參與精

神科診斷分析，以便連結相關資源擬定關懷訪視之方向與角色定位。

(5) 臺北市針對建議回覆

a. 針對個案一

個案因身體疾病過世，因仍為在案個案，續提供家屬訪視關懷，後以個案死亡送結。

b. 針對個案二

a) 已於 8 月 25 日邀請精神科醫師參與團督討論，並持續追蹤個案狀況及連結相關資源單位。

b) 每 2 周邀請專家(含精神科醫師)辦理個案督導，或依訪視員需求安排個別督導討論。

5) **雲林縣(訪查時間 2017 年 8 月 30 日)**

(1) 關懷訪視員座談討論會

a. 數據分析落差與困難，為完成年度期中、期末報告之自殺防治建議及策略，須提供數據分析與比較，但面臨作業時間短缺、人力缺乏相關技術，額外耗時。針對自殺通報數據，中央的每月月報與地方的資料有落差。

b. 共訪機制人力重疊，每年有兩次跨局處業務會議，於各鄉鎮市公所舉辦，只是推廣時仍會遇到非衛生局部會，認為自殺防治是衛生局的業務導致合作效率不佳。面對社工與自關協同訪視，如何開啟對話機制？自關的角色定位是什麼？例如社區緊急醫療的責任歸屬。

c. 轉介資源反讓個案碰壁，個案轉介後續聯繫需個管員提供個案狀況，但個管員都不願透露個案資訊，陷入資訊不均等的困境。關懷訪視架構於實際操作有困難，例如無法將個案轉介給公部門，民間資源也會面臨村鄰長採取消極態度的窘境，或甚至因對個案不了解，形成負面觀感，反而造成個案更大的挫折，引發再自殺危機。

(2) 個案討論

a. 個案 42 歲，男性。除家暴、自殺等高風險因子，在精神部份被評估為重度憂躁症及合併毒癮，屬於較多元的個案。第一次通報於 105 年的六月開案，中間暫停三個月，今年又再開案，目前服務此個案已超過一年。自殺原因為案妻外遇。(詳細內容請參閱附件 4.2.5)

(3) 全國自殺防治中心建議

a. 數據分析落差與困難：

a) 建議與民政單位合作，透過不同部門的合作機制，掌握即時數據。

b) 通報重於判讀資料的意義及應用時效性，建議定期聘請外部督導，安排前 15 分鐘進行資料判讀，並將關訪員面對的問題於月督導或週督導提案討論。

b. 共訪機制人力重疊議題：

a) 建議共同討論 SOP 機制，對各部會與關訪員的角色定位會更清楚。

b) 關懷訪視所面臨的困難，建議加強資源盤點機制，羅列出各資源所在地，例如精神診所、臨床心理師駐點。

c) 利用心情溫度計 APP，針對像是中年個案作為關心工具，幫助個案自我觀照、覺察，多讓訪員將力氣可以發揮在對的地方。

d) 將精神醫療納入，不單以輔導作為因應策略，應轉介到相關資源做評估，同時落實守門人教育的宣導，結合實務經驗，讓地方再降低再自殺率。

c. 轉介資源反讓個案碰壁：

a) 鄰里長關懷建議蒐集「口袋名單」，避免個案在轉介時遭受挫折。

b) 邀請鄰里長參觀醫院,接受守門人課程訓練,提升自殺防治的敏感度，透過分工分責、轉介、了解 BSRS 的分數代表的意義，納入關懷語句等。

d. 個案討論

a) 安非他命本身會引起妄想症，建議透過外督導轉介至醫療單位，而信安醫院的督導可以與個案的醫師討論，了解個案狀況對症下藥。

b) 關懷訪視本以收錄資訊為主，並非僅聽個案訴說，建議與督導討論，評估藥物治療或心理治療的適切性。

e. 建議每個月一次外部督導,由精神科醫師及各局處共同針對數據做解釋，進一步滾動式修改自殺防治策略。

f. 對於狀況危機的個案，除以個案為中心，同理並給予情緒上的支持，醫療端仍需介入，而關訪員可持續從睡眠、飲食、生活活動、作息安排等予以關懷，亦或進一步討論生活調適、回診狀況等。

g. 針對重複自殺個案

a) 應釐清自殺原因、通報來源背景、保護因子與自殺時間間距等等，同時透過心情溫度計做評估，並於月督導或週督導提出討論，必要時轉介精神醫療院所。

b) 派案需留意性別上的議題，有許多重複自我傷害的女性個案，其實在和異性建立關係上是有困難的，或許將訪視員換為女性效果會好些。

c) 過去經驗在面臨年輕女性自傷時，可以取代性行為做替代轉移其注意

力，例如聽喜歡的音樂、與朋友聊天，這都能藉由督導討論，找到自傷行為的替代方式。

d) 除了建立關係，醫療端仍需介入，而關訪員可繼續從睡眠、飲食、生活活動、作息安排等予以關懷，亦或進一步討論生活調適、回診狀況等。

6) **臺東縣(訪查時間 2017 年 9 月 1 日)**

(1) 縣市報告重點摘要

a. 個案管理人員作業內容：包含自殺防業務、資源網絡連結、民眾心理衛生專業諮詢、網絡單位人員教育訓練、民眾心理衛生宣導教育。

b. 關懷訪視員訓練內容：包含每年度衛福部 14 小時之初階與 16-18 小時之進階課程外，並定期舉辦每季自殺個案研討會及 30 天內再自殺個案研討會。

c. 自殺個案訪視追蹤績效、獨居及非獨居篩檢績效一覽表：台東市人口居多，因此是通報之高點，多數以電訪為主；一旦通報收案，除了固定流程，另有紙本作業，確保每月訪視狀況。

(2) 關懷訪視員座談討論會

a. 共訪制度與單位合作

a) 關訪員目前除了自殺企圖個案外，也有訪視其他需求－如家暴、精障等個案；關訪員並非專業心理衛生背景，但對訪視的成效期待及自我要求也高，但專業資源人力也較少，因此會出現實務成效與期待落差的狀況。

b) 單位合作間會出現個案需求與其他單位重疊之現象，其他單位多向關訪員詢問個案狀況但不直接協助，一旦個案自殺身亡，其他單位會認為是關訪員的責任。

b. 個案討論與督導現況

內部每個月督導，外部為三個月開一次，並由精神科醫師進行督導，多數諮商心理師皆在學校端工作。

c. 拒訪個案訪視現況

某個案因有幼子,在關訪員通報社會處進行資源轉介為高風險家庭後就失去聯繫。

d. 關訪員工作風險

訪視過程中有機會遇到攻擊傾向之個案,曾有過個案直接拿刀槍等武器攻擊關訪員；另外，由於台東多山區地形，關訪員在訪視過程中多以車

輛交通，過程中如遇事故，目前仍以個人保險支付醫療，讓關訪員感到較有壓力與辛苦。

(3) 個案討論

a. 個案為自殺遺族，無法承認親人因自殺而身亡，且決定隱瞞家中其他長輩家人死亡原因，在前段訪視時直接拒訪，並表示不需要心理諮商轉介，導致資源介入困難。(詳細內容請參閱附件 4.2.6)

b. 關訪員在一位育有兩個智能障礙幼子的個案第一次自殺後，開始持續家訪介入，個案的外顯狀態持續好轉，精神科治療快一年，有持續服藥；但在某個母親節個案接完孩子且致電其母親表達「小孩會自己上廁所了」（意指明顯進步）之後，便攜子臥軌自殺身亡。當天情境為個案來到母親節表揚大會旁，曾有大會志工看到個案臥軌前看見她坐在場外哭泣，可惜來不及阻止憾事發生。對於本案例，關訪員認為個案自殺前一天才去回診，且沒有留遺書，面對突然自殺死亡的結果，訪員除感到無力，不知道還能多作甚麼。(詳細內容請參閱附件 4.2.6)

(4) 全國自殺防治中心建議

a. 針對特殊議題之個案（家暴、精障等）缺乏資源人力，資源重疊現象使其他單位不直接介入協助：訪員需釐清轉介流程，並統整台東縣的心理及醫療資源，列出統整之名單，使資源有效轉介。

b. 針對通報為高風險家庭後失去聯繫現況：若高風險家庭需要社福資源介入或轉介，訪員與個案需要事前有妥善的溝通，以在穩定關係的前提下將資源引入。

c. 針對自殺遺族個案拒訪：除將遺族納入可關懷名單，需考量遺族的心理狀態。訪員需多同理及關懷個案，在情感涉入層次上需多加考量，另外也可邀請外部督導，共同評估個案心理狀態與合適介入策略。

d. 針對長期關懷的個案在無預警下自殺身亡：自殺有很多重原因，和訪員並無直接關係，訪員可先自我調適，整頓心情。其他介入方需敏感於個案自殺警訊，早日通知並訪員一同進行訪視與評估，以適時引進外部督導資源及跨單位專業合作。

e. 針對訪員工作風險：若評估個案有攻擊風險，能事先與警消單位合作，降低訪員訪視之風險。

f. 針對臺東地理環境及相關心理及醫療資源：整合並建立資源網絡地圖，以供因地制宜之資源介入，並提供訪員相關資源口袋名單，利

於個案需求得以適時轉介。

g. 訪員在接手較困難之個案應即時向督導提出討論，若有精神疾患之疑慮或就醫之需求，須由精神科醫師提供可能之精神疾患診斷並提供專業轉介建議。

5. 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 6 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。

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。因此自殺防治策略的規劃須「因地制宜」,以掌握不同地區的特性。全國自殺防治中心今年編寫全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供各縣市衛生局做為自殺防治業務參考。

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。

五、 附件

附件 4.2.1 2017 年度基隆市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.2 2017 年度臺南市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.3 2017 年度嘉義市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.4 2017 年度臺北市「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.5 2017 年度雲林縣「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄
附件 4.2.6 2017 年度臺東縣「自殺關懷訪視員之實務督導」會議紀錄

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

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%，此一數據突顯第一線專業人員在自殺防治的重要性。醫療與社會工作者在面臨自殺風險個案時，須審慎評估和辨識危險程度，即時做出因應和處置，以降低自殺行為發生的風險。因此，提升第一線醫師、護理人員、社工師及心理師等等專業人員自殺防治的因應技巧和能力刻不容緩，其重要性不言而喻。本會結合了多個醫療與社會工作相關學協會，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，提供醫療情境中的高風險者適度關懷，並能適時轉介資源，協助有需要的個案或已有自殺意念/企圖/行為者。

當個人接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做出適當的回應或轉介，此即為「珍愛生命守門人」。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。在全國自殺防治策略中，守門人概念及訓練之推展亦扮演相當關鍵的角色。

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新知，結合理論與實務應用知識，增進國內自殺防治工作之效能。
2) 提升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。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 規劃課程大綱及內容。
2) 聯繫合作單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、牙醫師、護理人員、諮商心理師、臨床心理師、社工師、職能治療師、藥師、家醫、

公務人員。

3) 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、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、中華民國基層醫療協會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、中華民國醫務社會工作協會、台灣失落關懷與諮商協會、臺灣憂鬱症防治協會、社團法人台灣失智症協會、社團法人國際生命線台灣總會。

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. 2 月 3 日於中心業務會議提案討論相關內容及規劃，依規格書內容辦理一場「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。
2. 考量課程推廣效益，3 月中旬確定與中華民國醫師公會全國聯合會合作辦理，日期訂於 5 月 20 日假台大醫院第七講堂進行「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。於全國主要地區 29 間醫院以視訊方式，同步轉播與進行單向及雙向討論方式，舉辦此課程，並錄製影片以供之後開放為數位學習課程。
3. 由計畫主持人(李明濱教授)擬定課程主題及綱要，於 3-4 月間持續聯繫合作協辦之學、協會相關單位。
4. 3 月開始持續與合辦單位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，邀請共同協辦此訓練課程，協助在其網站或會員通訊上轉知活動及報名資訊。
5. 4 月初與講師們聯繫、蒐集課程相關資料及講師資訊，以申請該訓練之各專業人員繼續教育積分。
6. 5 月初匯集講師簡報及簡歷，製作課程手冊。
7. 5 月 20 日於臺大醫院第七講堂辦理「第一線專業人員之自殺防治守門人課程」。並於課後整理成果，處理學員申請繼續教育積分之相關作業。
8. 由資訊組同仁將當日課程錄影後製完成，放置本中心之數位學習網，設為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

5 月 20 日於臺大醫院第七講堂辦理「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、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：自殺防治新視野(全球自殺防治趨勢、自殺防治問題與挑戰)、自殺防治實務(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險者之關懷與溝通)、資源網網相連(轉介方法與技巧、社會安全網絡與資源連結)，最後並有綜合討論，詳細議程請見下表 4-3-1。

當日亦於全國 29 間地區醫院同步視訊轉播，詳細場地詳見表 4-3-2。當日總人數為 846 人，醫師占 263 人、牙醫師占 2 人、護理人員占 361 人，臨床/諮商心理師占 15 人，藥師占 45 人，社工占 26 人，職能治療師占 19 人，公務人員占 53 人及其他占 62 人。

表 4-3-1、第一線專業人員之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) 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：李明濱教授(全國自殺防治中心計畫主持人)、邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會) 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) 高 雄 市：鍾飲文院長(高雄醫學大學附設醫院)、王欽程理事長(高雄市醫師公會) 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 4-3-1、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
13:45~14:25	**第一場：自殺防治新視野** • 全球自殺防治趨勢 • 自殺防治問題與挑戰 主講人：全國自殺防治中心 廖士程 執行長
14:25~15:05	**第二場：自殺防治實務** • 自殺高風險群之辨識與評估 • 自殺高風險者之關懷與溝通 主講人：全國自殺防治中心 吳佳儀 副執行長
15:05~15:45	**第三場：資源網網相連** • 轉介方法與技巧 • 社會安全網絡與資源連結 主講人：臺灣自殺防治學會 鄭宇明 秘書長
15:45~16:00	**綜合討論**(主持人及所有主講人)

表 4-3-2、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	
【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 2 樓第三會場
【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】	埔里基督教醫院圖書館會議室

表 4-3-2、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	
【雲林縣】	中國醫藥大學北港附設醫院 B1 第一會議室
【嘉義市】	天主教聖馬爾定醫院 10 樓學術講堂
【嘉義縣】	大林慈濟醫院感恩樓 13 樓階梯教室
【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
	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】	衛生福利部台東醫院五樓第一會議室
	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
【金門縣】	衛生福利部金門醫院醫療大樓 8 樓會議室
【連江縣】	連江縣立醫院 3 樓講堂

2. 結論

1) 本課程主題訂為自殺防治新知與實務探討，係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。

2) 本次課程中，講師以自殺防治理論、最新數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及自身經歷講述，提醒第一線專業人員自殺往往是多重因素造成之悲劇結果，勿簡化原因，且由最新數據了解自殺防治現況，並協助學員了解高風險群之評估與辨識、關懷和溝通的技巧。另外，講師提供自殺防治資源連結與轉介相關知識，使第一線人員了解實務上可協助個案之管道。整體課程緊扣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」。

3) 本次課程與中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理，透過全國 29 間醫院同步視訊，將本訓練課程推廣至更多醫療及社會工作相關之第一線專業人員；當日最後的綜合討論，即時連線不同會場的學員精彩提問，講師們及主持人積極回應，補充講解相關資訊，現場互動熱絡。

強化媒體互動、聯繫與製作媒體人教學短片

一、 背景(Context)

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: 當媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，確實會引發自殺模仿效應；反之，正確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動。

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺報導，期望使自殺新聞報導能在不侵害自殺當事者隱私權的前提下，同時顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。而自 2006 年起，中心每日蒐集及整理自殺相關新聞報導，除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，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，全國自殺防治中心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或甚至內化成為自我約束管理，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。

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，促使記者能撰寫正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因子有所理解並適時防範，同時將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) 不定期與各大媒體合作、接受專訪或拜訪媒體，增進與新聞傳播實務工作者的溝通，提升國內媒體自殺新聞報導品質，同時藉由不同主題之間散佈

自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」的理念傳達至社會各角落，期望一同共創健康的自殺新聞報導，並藉以導正民眾對於自殺事件的認知，達到「自殺防治，人人有責」之目標。

3) 將最新專訪及新聞稿更新於中心網站最新消息、珍愛生命數位學習專區與珍愛生命打氣網粉絲專頁，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。

4) 持續辦理「新聞媒體聯繫會議」，本年度主題為「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程。

(1) 彙整中心過去針對新聞媒體之相關數據、策略和建議，並蒐集國內、外針對新聞媒體之相關策略建議。

(2) 資源連結與合作

a. 合作單位：衛生福利部心口司、中華民國醫藥衛生記者聯誼會以及各大新聞媒體等。

b. 召開新聞媒體聯繫會議會前會，專家與第一線媒體工作者進行交流，研擬聯繫會議內涵。

(3) 發布會前新聞稿並召開新聞媒體聯繫會議，並於會後發表活動成果於中心網站最新消息及珍愛生命打氣網粉絲專頁。

三、 過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

1)「溫馨送暖迎金雞 生命關懷不打烊」春節新聞稿。

(1) 於 1 月 26 日發布「溫馨送暖迎金雞 生命關懷不打烊」春節新聞稿，共有 5 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

國人期待的農曆春節即將來臨，在這闔家團圓的時刻，台灣自殺防治學會理事長龍佛衛與全國自殺防治中心主任李明濱特別呼籲，不論是否與親友團聚，可利用佳節多加關懷親朋好友，特別是獨居長者、未返鄉之遊子每逢佳節倍思親，此時您的關心此時特別令人窩心。此外，提醒長期服藥者年節期間勿自行停藥，特別是精神科用藥，年節期間更要穩定服藥，溫馨過個金雞年。

關懷長者，共同把關身心健康

李明濱主任表示，根據自殺通報人次顯示，65 歲以上的長者近兩年在 3 月份之數量較 2 月份上升約 50%，自殺首要原因為「生理疾病問題」

(37.1%)，其次為「憂鬱症及其他精神疾病」(31.9%)，因此在春節前後須更加注意老年人的心理狀態，李明濱主任提醒民眾三大要點共同關懷親友長輩。

1. 利用春節連假，陪伴家中長輩，家庭社會支持為重要的保護因子，建議民眾多以關懷性的傾聽與正面回應多陪伴家人。
2. 假期過後持續關懷不輕忽，連假過後民眾各自返回工作崗位與學校，忙碌之餘記得問候遠方長輩。
3. 長期服藥者，勿驟然自行停藥，年節期間親友可互相提醒，若自行停藥易有戒斷症狀，特別是精神科用藥，如有焦慮或憂鬱症狀服藥治療的病人應持續依照醫師指示服藥。

親友相聚問候不越界，家庭和諧融洽過好年

根據歷年資料發現自殺企圖通報人次在 1 月及 2 月時為最低點，由 3 月開始通報數據往上攀升。2016 年自殺通報資料中，以 35 至 44 歲此年齡層為最多，分析其自殺原因，以「情感、人際關係」為最高(47.1%)，其中包含「感情因素」、「家庭成員問題」、「夫妻問題」等因素。由此可知，家庭關係及人際交流在自殺防治中極具重要性。李明濱主任建議，應多把握年節期間互相關懷問候，多聊聊生活趣事以及分享近況，珍惜相聚時光，家庭氣氛愉快更能享受美好春節。

此外，春節期間，若有發現身旁有他人身心狀況超出自身可控制之情況，可透過心情溫度計篩檢或是協助轉介至社區心理衛生資源、精神科就診，亦可撥打安心專線，0800-788-995(請幫幫救救我)，年節期間 24 小時不打烊。

2)「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」會前新聞稿。

(1) 6 月 23 日於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱主任，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授、社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委、衛生福利部心口司諶立中司長以及詹金月科長皆共同與會。媒體與談人出席代表為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS 沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV 台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共 51 人，出席媒體共 16 間、學協會共 4 間、衛生局共 10 間以及臺北市自殺防治中心，會後新聞稿露出共 11 則，會議圓滿落幕。

(2) 新聞稿內容詳見「新聞媒體聯繫會議」章節。

3)「支持農委會禁用巴拉刈之聯合聲明」新聞稿。

(1) 6 月 6 日中心與 14 個學協會，包括中華民國急重症護理學會、中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會、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、台灣老年學暨老年醫學會、台灣急診醫學會、台灣精神醫學會、台灣憂鬱症防治協會、台灣護理學會、社團法人台灣失智症協會、社團法人台灣毒物學學會、社團法人老年精神醫學會以及社團法人自殺防治學會連署發布「支持農委會禁用巴拉刈之聯合聲明」新聞稿，新聞稿露出共 6 則。

(2) 新聞稿內容如下：

欣聞農委會於 5 月 24 日公告禁用巴拉刈之時程，將自 2018 年 2 月 1 日起禁止加工及輸入,2019 年 2 月 1 日起禁止販賣及使用。在此關鍵時刻，政府能有此政策之宣示，將對民眾生命與健康之保護更上層樓。本聲明支持農委會禁用巴拉刈之政策，乃基於眾多臨床經驗與實證研究，以及對病人、家屬與弱勢農村民眾之關懷。

劇毒巴拉刈造成痛苦死亡

除草劑巴拉刈對人體有極高毒性，沒有解毒劑。大量攝入會造成多重器官衰竭，小量攝入（即使只是一小口）也可能造成肺纖維化與呼吸衰竭，造成痛苦的死亡，過程中病人與親友承受極大煎熬，存活者也可能留下呼吸系統後遺症，嚴重損害生活品質。

許多臨床人員見證過病人衝動下飲用巴拉刈的悲劇。許多自殺企圖是在急性壓力、生活危機、人際衝突、低落情緒、甚至酒醉下，隨手拿取和飲下巴拉刈，造成不可逆的痛苦死亡。

禁用巴拉刈減少衝動自殺死亡

十位服用巴拉刈者，可能高達六至九人死亡，即使衝動過去積極求生，亦求生不得；相較下，服用其它除草劑，死亡者不到一人，危機化解與想法轉變後，可重獲新生化險為夷。禁用劇毒的巴拉刈，大大提高衝動自殺後重生的機會。

台灣巴拉刈自殺死亡人數從 2006 年的 119 人，增加到 2015 年的 209 人，是過去十年的最高點。2015 年有 479 人農藥中毒自殺身亡，巴拉刈所占比例超過四成，是造成中毒死亡的首要農藥。使用巴拉刈企圖自殺者，有六成來自農家。

巴拉刈中毒死亡經常發生在農村地區，尤其是年長者，但也偶有年輕人衝動下飲用巴拉刈而自殺身亡的不幸憾事。我們應當同理自殺企圖者，經常是身處危機，或者已受嚴重憂鬱所困擾，為因應痛苦而發生自殺行為。然而危機經常是短暫的，而精神困擾或憂鬱情緒是可以治療的，禁用巴拉

刈可大大增加存活與後續治療的機會。

韓國在 2012 年全面禁用巴拉刈之後，農藥自殺率減少 40%。斯里蘭卡在 2008-2011 年逐步禁用巴拉刈和其它兩種劇毒殺蟲劑之後，農藥自殺率減少 50%。這兩個國家禁用巴拉刈後，非農藥自殺率沒有增加，全國自殺率也下降。

巴拉刈可能增加巴金森氏症風險

全球已有超過 50 個國家禁用巴拉刈，除了預防中毒死亡，也旨在保護人體健康。2007 年歐盟全體國家禁用巴拉刈，理由是無法排除對施用者有神經毒性，台灣與其它國家的研究發現，長期使用巴拉刈的農民得到巴金森氏症的風險增加。

推動配套措施與替代藥物，創造多贏

我們因此共同支持禁用巴拉刈的政策，並希望政府同步大力推動配套措施，協助並考慮補助農民使用替代藥物、改變農作方式，和改善產銷制度，同時回收農家裡儲存的巴拉刈、持續讓其它已有替代藥物的劇毒農藥退場，並監測中毒與死亡統計趨勢。我們也呼籲消費大眾共同支持不使用巴拉刈的農產品，一起創造多贏、關懷、與保護健康與生命的社會。

2. 媒體拜會

1)5 月 19 日至蘋果日報拜會宋伯東總編輯，針對媒體自律、新聞媒體聯繫會議等議題進行交流，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長代表出席。

2)6 月 16 日至自由時報拜會莊榮宏執行長、王貝林副主任，針對媒體自律、新聞媒體聯繫會議等議題進行交流，中心由李明濱計畫主持人、媒體因應小組陳映燁醫師代表出席。

3. 媒體合作

1)5 月 2 日中心李明濱計畫主持人受邀至《寶島聯播網》〈超級報報〉時段接受專訪，討論自殺防治相關議題，主持人為李惠仁先生。

2)7 月 20 日中心李明濱計畫主持人受邀至《教育廣播電台》接受〈生活 In Design〉節目接受專訪，討論自殺遺族相關議題，主持人為蕭曼屏小姐。

3)9 月 19 日中心李明濱計畫主持人受邀至《飛碟廣播電台》，接受「今天我尚青」節目專訪，討論青少年自殺相關議題，節目主持人為林青蓉小姐。

4. 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

1) 為因應媒體產業人口流動較普遍，因此透過將自殺新聞報導原則與自殺防治相關知識拍攝成影片，內容以 WHO「六不六要」原則為主軸，提供未來新聞媒體在報導時，能進行自我檢視，增加新進媒體人對於自殺新聞報導

撰寫需注意的事項更加熟稔。

2)6 月 4 日與左鳳翔演員拍攝新進媒體人教育短片第一幕，內容大綱為一位上班族因承受來自工作、經濟、家庭多方壓力，在看到負面自殺新聞後，選擇結束自己的生命。

3)6 月 13 日與吳佳儀副執行長拍攝新進媒體人教育短片第二幕，內容大綱為一名新進的記者採訪新聞時，發現第一幕的自殺企圖者可能因看了自己報導之新聞後自殺送醫，導致自己數日睡不好，坐立難安，因此去找熟識的精神科醫師聊天，醫師在與記者講話的過程中，帶出「六不六要」原則與範例。

5. 新聞媒體聯繫會議

1) 召開新聞媒體聯繫會議會前會

2017 年 4 月 24 日(星期一)下午 5 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會前會，中心與會人員為吳佳儀副執行長、臺灣自殺防治學會楊聰財理事、臺灣自殺防治學會呂淑妤理事、全國自殺防治中心王文德顧問、臺北醫學大學林進修先生；與會平面媒體與網路媒體為 PChome 新聞台、醫藥世界、台灣新生報、太平洋新聞網、天下雜誌、健康醫療網。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，決議今年度新聞媒體聯繫會議將與中華民國醫藥衛生記者聯誼會協辦，主題為「老人自殺防治：問題與挑戰」，以期藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程。

2) 寄送邀請函

本年度新聞媒體聯繫會議共寄發邀請函(含電子郵件、公文、紙本邀請函)共 574 份，包括衛福部心口司、社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、大專院校新聞傳播學系專家、學協會、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

3) 發布會前新聞稿

(1) 中心於 6 月 22 日發布新聞媒體聯繫會議新聞稿，也更新於中新網站最新消息與珍愛生命打氣網粉絲專頁。

(2) 新聞稿內容如下：

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於 2017 年 6 月 23 日(星期五)下午 2 時至下午 4 時，假台大校友會館 4 樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為全國自殺防治中心李明濱主任。本次會議將藉由老人照護議題，提供老人自殺最新全國統計數據，並透過

專家學者及媒體代表與談，共創老人自殺防治及媒體報導指引的新里程！

臺灣自殺最新數據

衛福部於今年 6 月 19 日公布 2016 年十大死因，依序為癌症(死亡率為每十萬人口 203.1 人)、心臟疾病(88.5 人)、肺炎(51.9 人)、腦血管疾病(50.4 人)、糖尿病(42.4 人)、事故傷害(30.6 人)、慢性下呼吸道疾病(28.9 人)、高血壓性疾病(25.0 人)、腎炎、腎病症候群及腎病變(22.2 人)、慢性肝病及肝硬化(20.1 人)，癌症自 1982 年起已連續 35 年高居國人死因首位。全國自殺防治中心李明濱主任表示，2017 年自殺死亡率為每十萬人口 16.0 人(男性 21.8 人、女性 10.2 人)，排名第十二位，雖已連續七年退居十大死因之外，但是其比率與 2015 年(15.7 人)相較之下仍上升 1.9%。全國自殺防治中心廖士程執行長指出，其中 65 歲以上老年人口自殺粗死亡率為每十萬人口 32.3 人，約為一般人的 2 倍；就自殺企圖通報資料而言，同年 65 歲以上老年人口總共通報人次為 2994 人次，自殺原因中前三高為「生理疾病」(37.1%)；其次為「精神健康／物質濫用」(31.9%)；第三為「情感/人際關係」(26.3%)。由此可見，隨著臺灣老年人口的攀升(2016 年老年人口已達 12.9%)，老人的自殺率也呈現著逐漸增加的趨勢，所以老人的身心健康不容忽視。

老人照護與主要照顧者負荷

老人的身心健康值得重視，政府已如火如荼在推動長期照護政策，其中老人及其照顧者更是重要的議題。以最常見的失智症為例，依衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 2016 年 9 月人口統計資料估算：台灣 65 歲以上的老人(共 305 萬人)，失智症人口約 24 萬人，佔 7.98%。有 95.9%的失智症患者是住在家中，71.3%完全由家人照顧。許多研究顯示，照顧失智症患者雖然可以獲得正向照顧經驗，但通常會對照顧者的身體健康和情緒產生重大的負面影響。

根據長庚大學護理學系徐亞瑛教授的研究表示，有三成的家庭照顧者具有嚴重的憂鬱症狀。照顧者覺得有困難的照顧活動包括：必須傾聽並回答他重複的問題；處理他的躁動行為或不安；處理他的疑心病、或懷疑別人要害他；以及處理他藏東西、找不到東西的行為。失智症家庭照顧者除了照顧病人以外，還同時處理很多事，在照顧過程中常遇到的互相競爭需求，例如約八成的照顧者一方面照顧家人，一方面也要顧到自己的身體健康、自己也有社交活動需要參與。有近六成的家庭照顧者，要同時照顧其他家人、賺錢或工作。我們的研究發現，如果可以在照顧過程的各項需求之間尋找到平衡點，可以減少照顧者的憂鬱症狀。

目前政府設立失智共同照護中心，整合社區中各項服務，包括失智社區服務據點、照顧者支持服務、居家服務、居家復健、居家護理、環境改善、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規多機、安寧照護、機構照護、喘息服務等，鼓勵失智症的家庭照顧者能走出來，使用各項社區服務，以期能在許多需求中找到平衡點，減少嚴重憂鬱的情形。

媒體報導與自殺防治

李明濱主任表示，媒體報導一向是我們中心歷年來關心的議題。根據國內外研究指出，媒體在自殺防治上扮演重要角色，描寫個案努力渡過自殺危機的報導，具有保護因子的作用；而明確且詳細的自殺事件報導，則顯示與自殺率之「高峰」相關，報導文字內容與圖片皆可能引發民眾模仿效應。隨著科技的日新月異，近年來網路新聞蓬勃發展，資訊傳播速度已超越過往紙本報章雜誌，讀者可隨時隨地透過自己的智慧型手機及電腦設備吸收資訊。而部份媒體業者更為了吸引群眾及衝高點擊率，會於網路新聞頁面置入動畫影片，再透過社群平台的分享，使得資訊受眾增加，於此同時，若媒體不當報導自殺事件，其負向影響將比以往更甚。

全國自殺防治中心吳佳儀副執行長指出,根據中心分析 2016 年平面報紙自殺新聞相關報導(共 378 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(30.7%)」及「不要簡化自殺原因(48.1%)」與「不要報導自殺方式的細節(52.1%)」較易被忽略。而「六要」原則中「與醫療衛生專家密切討論(18.5%)」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(41.3%)」與「凸顯不用自殺的其他解決方法(65.9%)」則是較不易在新聞內容中提及。另外，網路新聞近來三個月的自殺相關報導(共 810 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(31.5%)」及「不要簡化自殺原因(36.3%)」較易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(5.1%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(20.6%)」與「與醫療衛生專家密切討論(32.5%)」則不易在新聞內容中提及。就民眾觀點而言，中心 2016 年之民調結果顯示(共 2148 人)，當電視或報章媒體在報導自殺事件時，民眾認為報導中最不應出現內容依序為「自殺照片/畫面」(93%)、「當事人資料」(91%)、「自殺方式」(84%)、「遺書」(75%)、「自殺地點描述」(73%)、及「親友感受」(63%)等，顯示出報導內容與民眾偏好不見得一致。

最後，國際自殺防治協會今年度的口號為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life)」，李明濱主任呼籲，自殺防治在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生。自殺防治在臺灣是必須關切的重要議題，而只有喚起社會大眾對自殺議題的重視，而同時持續推廣自殺相關

知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

4) 發布會後活動成果，詳見附件 4.4.1。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 記者會／新聞發布：

共發布 3 則新聞稿，總計共 22 則媒體露出之相關報導。

2) 媒體拜會：

(1) 拜會蘋果日報宋伯東總編輯內容整理如下：

a. 邀請參與 2017 年「媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」。

b. 近日動新聞越來越盛行，內容涉及聳動的自殺畫面令人擔憂會影響高風險自殺危險群或較脆弱者如兒童，且民眾可自行下載儲存。雖然動新聞的製作僅以重要新聞為主，且相較以往，現在動新聞的細節已大幅修正，討論後仍建議能減少自殺相關的動新聞製作，並將此花費投資在其他有意義的項目，例如心理健康促進。

c. 關於自殺事件報導，建議能在刊登之前與專家學者討論，並將其意見與求助專線附在報導後面。平面報紙部份蘋果內部有自律公約，定版前會由總編輯與資深記者把關，且鮮少放置在頭版；網路新聞則由社長負責，若遇到違反六不六要的自殺報導，目前僅能維持現狀以 Email 投至蘋果爆料專線建議下架，或透過 iWIN 通報。未來可考慮建立溝通管道。

d. 有關心理健康相關或自殺防治的正面報導，由於無設置專欄，建議中心專家學者可投稿至民意論壇，書面或網路都可刊登。

(2) 拜會自由時報莊榮宏執行長與王貝林副主任內容整理如下：

a. 邀請莊榮宏執行長與王貝林副主任參與 2017 年「媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」。

b. 自殺新聞報導有時是基於媒體報導的公益性或應家屬要求刊登，例如牽扯到非法事件或迫害，期望藉由輿論影響，促使警方調查。雖然原因很難不提及，但會盡量避免臆測或將自殺原因單一化。

c. 自由時報電子報與即時新聞都是由外勤記者發稿，內勤人員只有核稿，但會將世界衛生組織(WHO)的六不六要原則廣發給記者們。若有違反的自殺相關新聞，可將疑慮轉告給自由時報編政組相關人員。

d. 建議可將「六要」原則中「要報導危險指標及警訊徵兆」擬出不同類型的指標與警訊徵兆範例，如學業相關、感情相關等，讓記者們能在撰寫稿件時使用。

e. 建議六不六要原則可於一段時間後統一公布給各報社參考。

3) 媒體合作：

(1) 專訪影片發布於《寶島聯播網》YouTube 頻道，名稱為「170502 超級報報專訪李明濱教授談自殺防治」。

(2) 《教育廣播電台》與《飛碟廣播電台》專訪影音於中心留存。

4) 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

(1) 完整影片內容詳見附件 4.4.2。

5) 新聞媒體聯繫會議：

(1) 實證分析研究

a. 平面四大報「六不六要」趨勢分析

根據 2016 年中心所統計及分析之 378 則自殺事件及相關新聞報導如圖 4.4.1、圖 4.4.2，發現媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 97.9%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 95.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.7%)及「不要簡化自殺的原因」(達 48.1%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 92.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 77.8%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 18.5%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 41.3%)則是比較容易被忽略的原則。

b. 網路四大報「六不六要」趨勢分析

根據 2017 年 3 月 23 日至 6 月 23 日中心所統計及分析之 813 則自殺事件及相關新聞報導，如圖 4.4.3、圖 4.4.4，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」(達 99.8%)、「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 99.5%)及「不要過度責備」(達 99.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.8%)及「不要簡化自殺的原因」(達 37.4%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「要用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 90.0%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 4.9%)、及「凸顯自殺以外的問題解決方法」(達 19.6%)則是比較容易被忽略的原則。

c. 網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六不六要」趨勢分析

根據 2017 年 3 月 23 日至 6 月 23 日中心所統計及分析之 44 則 65 歲以上老人自殺事件及相關新聞報導，如圖 4.4.5、圖 4.4.6，發現媒體

在進行自殺新聞報導時,「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 100%)、「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 100%)及「不要過度責備」(達 100%)較易被遵循,而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 31.8%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.8%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內,「要使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 95.5%)是較易被遵循的原則,但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 6.8%)、及「要與醫療衛生專家密切討論」(達 6.8%)則是比較容易被忽略的原則

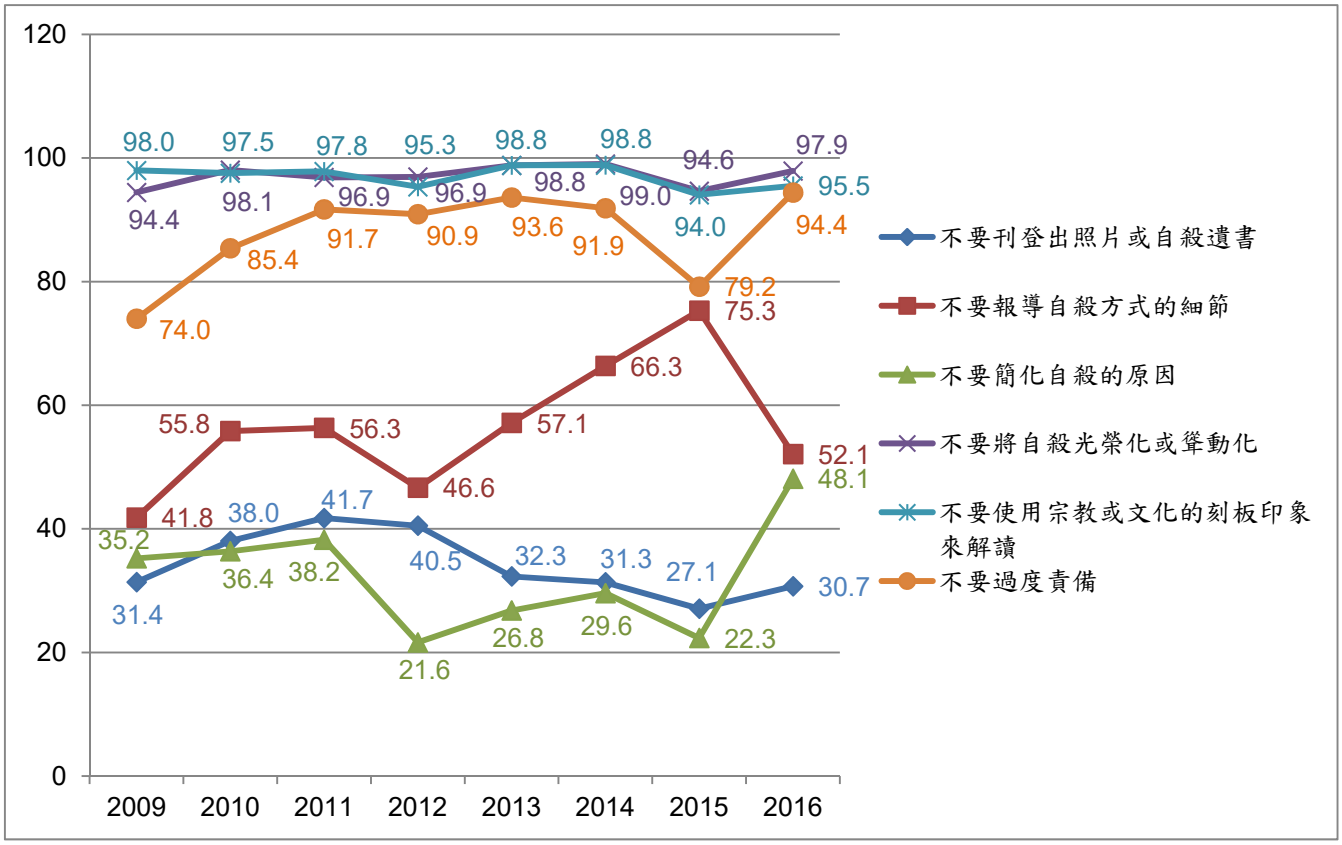


圖 4-4-1、平面四大報「六不」趨勢

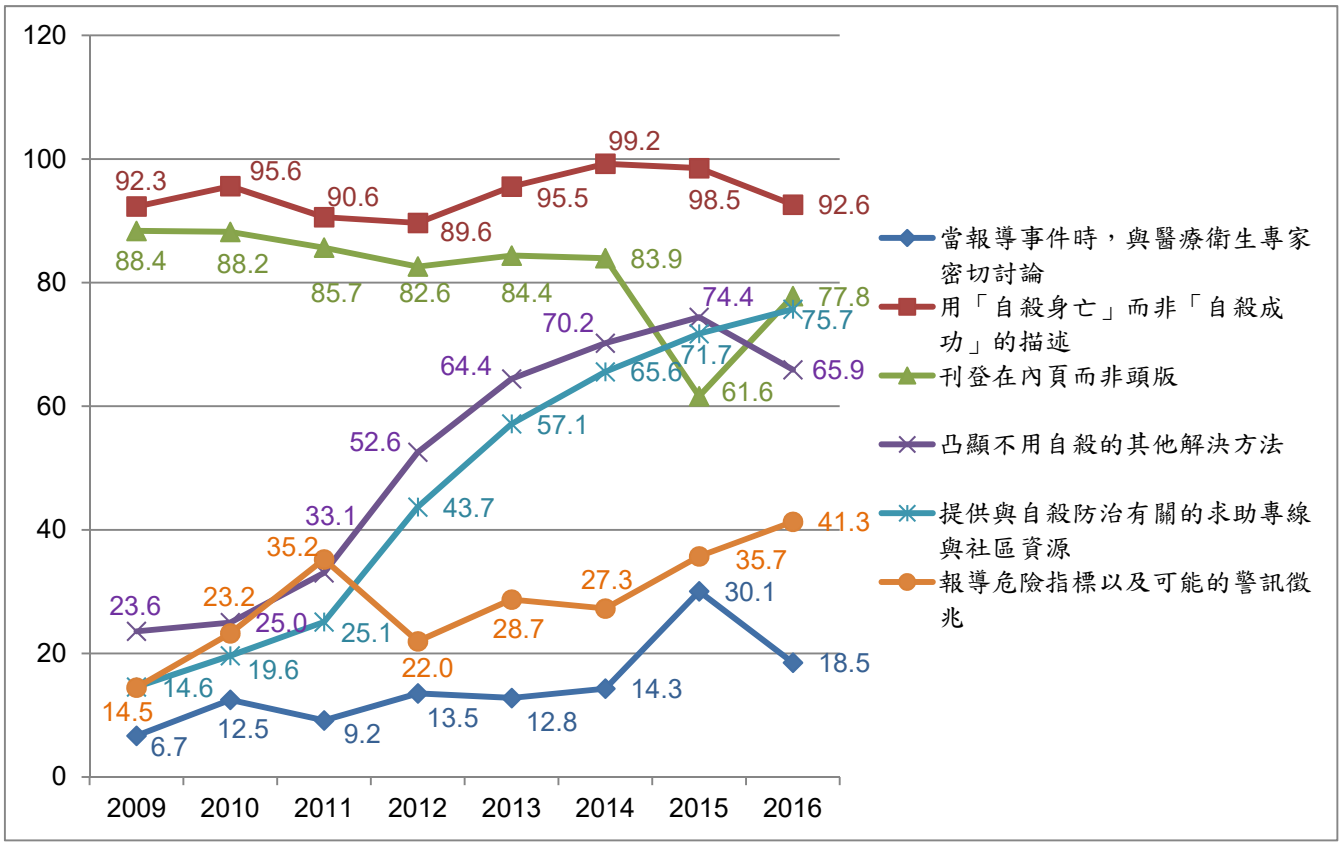


圖 4-4-2、平面四大報「六要」趨勢

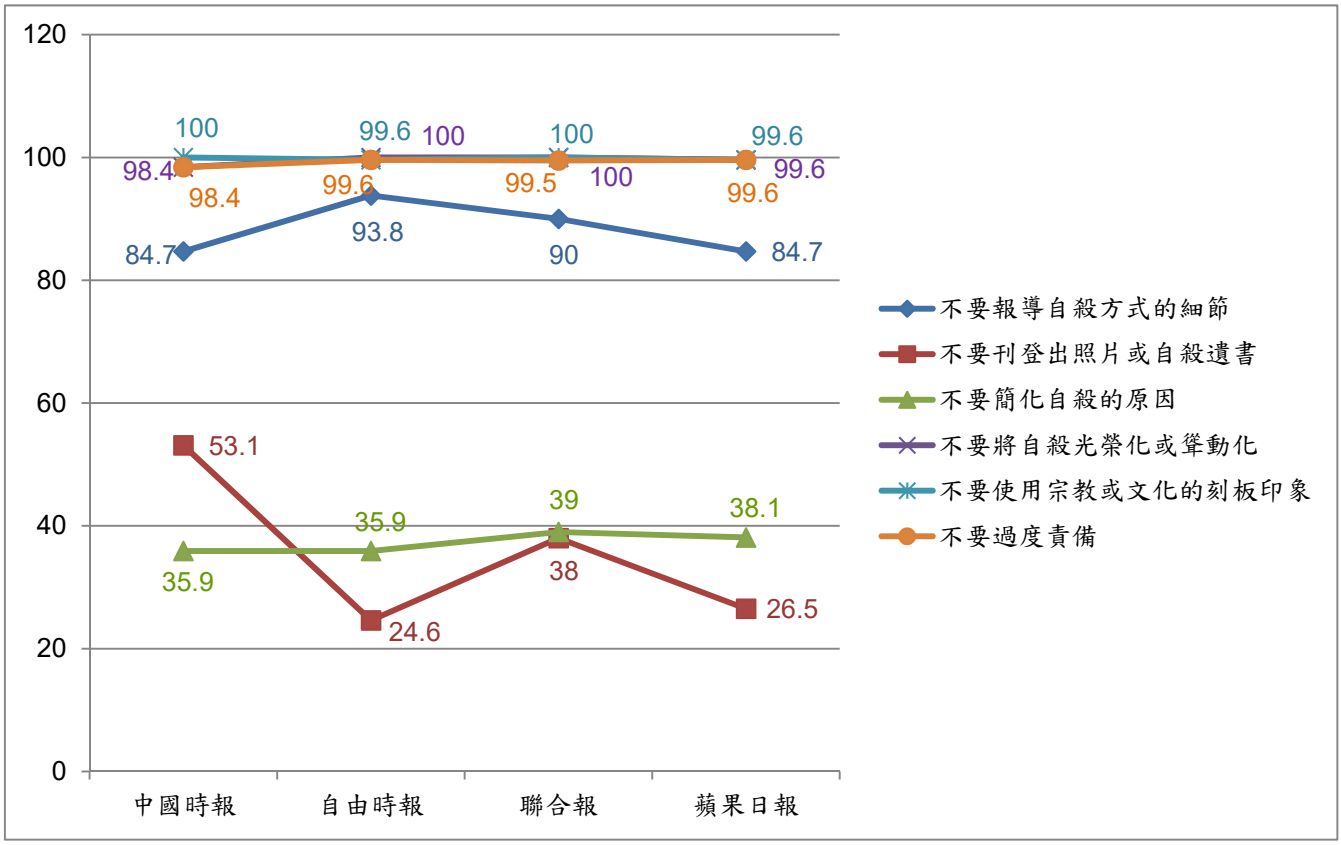


圖 4-4-3、網路四大報「六不」趨勢

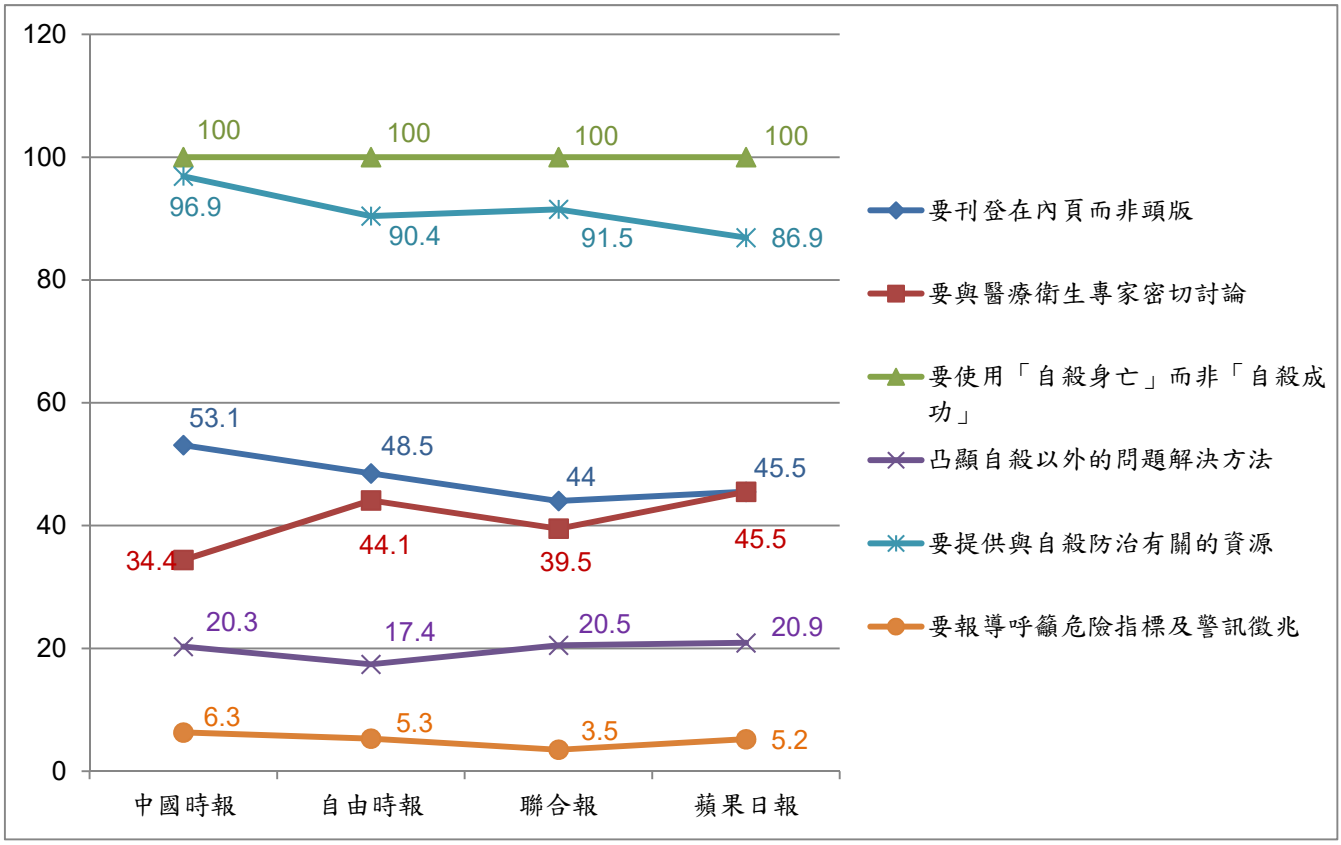


圖 4-4-4、網路四大報「六要」趨勢

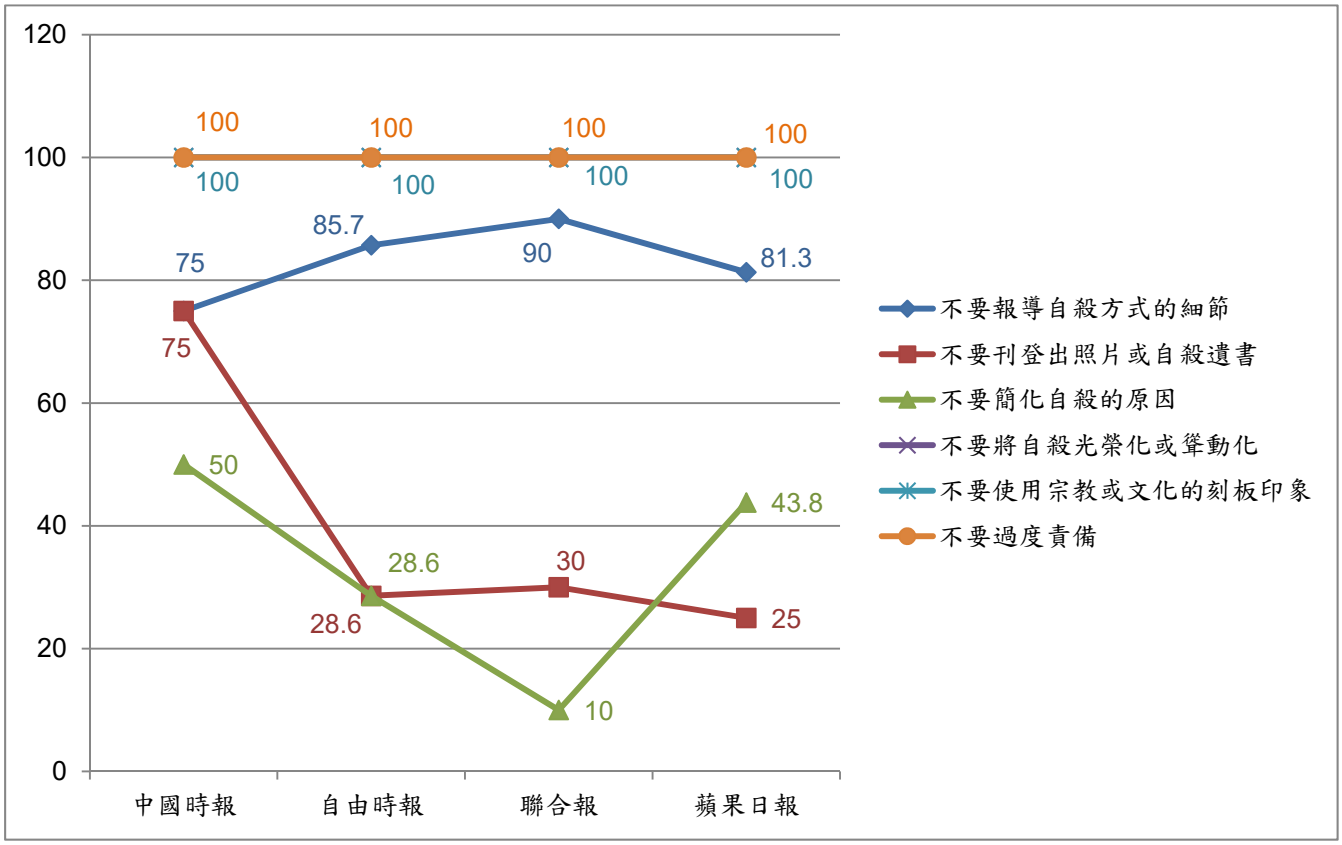


圖 4-4-5、網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六不」趨勢

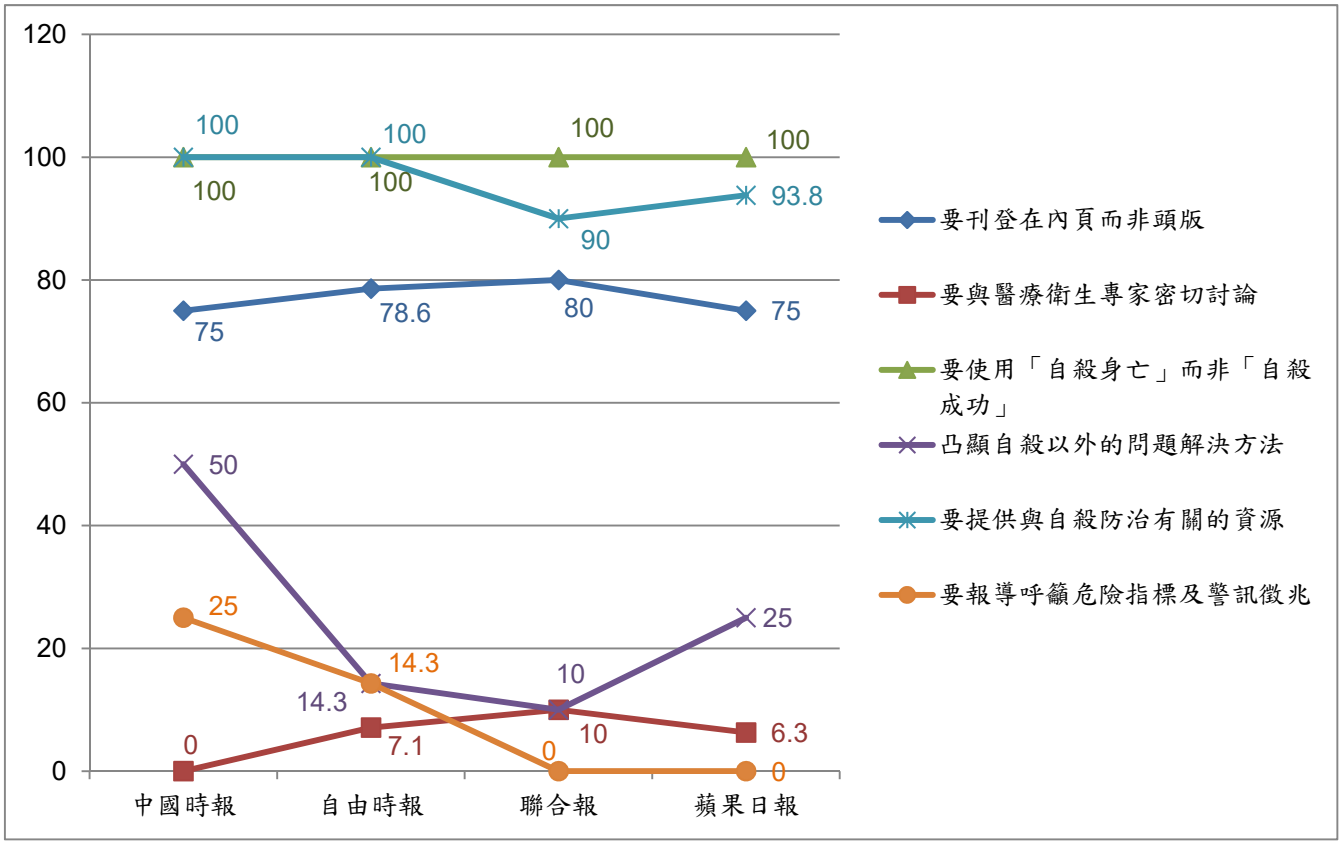


圖 4-4-6、網路四大報 65 歲以上老人自殺新聞「六要」趨勢

(2) 2017 年 6 月 23 日(星期五)14:00-16:00 於臺大校友會館四樓會議室辦理「新聞媒體聯繫會議－老人自殺防治：問題與挑戰」，主持人為李明濱主任，專題演講者為廖士程執行長、吳佳儀副執行長、長庚大學護理學系徐亞瑛教授、社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委、衛生福利部心口司諶立中司長以及詹金月科長皆共同與會。媒體與談人出席代表為聯合報醫藥組魏忻忻組長、TVBS 沈文慈副總監、蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、TTV 台灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任、非凡新聞傅秀玉副理。與會人員共 51 人，出席媒體共 16 間、學協會共 4 間、衛生局共 10 間以及臺北市自殺防治中心，會後新聞稿露出共 11 則，會議圓滿落幕。

(3) 新聞媒體聯繫會議之議程包含：老年自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷、老人自殺事件之媒體報導—分析與建議，最末為媒體代表經驗分享與綜合座談。

(4) 出席人員

a. 當日出席的長官及貴賓如表 4-4-1：

表 4-4-1、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
	詹金月	科長
	張冠偉	科員
社會福利及衛生環境委員	吳玉琴	委員
台灣自殺防治學會	楊聰財	理事
	李明濱	主任
全國自殺防治中心	廖士程	執行長
	吳佳儀	副執行長
長庚大學護理學系	徐亞瑛	教授

b. 當日與會之新聞媒體代表，如表 4-4-2：

表 4-4-2、新聞媒體代表名單

出席單位(人數)	
康健雜誌(3 位)	中央社(1 位)
太平洋電子報(1 位)	ETtoday 新聞雲(1 位)
中國時報(1 位)	今日新聞(1 位)
聯合報(2 位)	青年日報(2 位)
蘋果日報(2 位)	台灣新生報(1 位)
民視(1 位)	數位網路報(1 位)
大愛電視台(1 位)	三立新聞網(1 位)
中華日報(1 位)	非凡新聞(1 位)
TVBS (1 位)	TTV 台視 (1 位)

c. 當日與會之學協會代表，如表 4-4-3

表 4-4-3、學協會代表名單

出席單位(人數)
社團法人台灣失智症協會(1 位)
社團法人老年精神醫學會(1 位)
台灣老年學暨老年醫學會(1 位)
中華民國家庭照顧總會(1 位)

d. 當日與會之衛生局代表，如表 4-4-4

表 4-4-4、衛生局代表名單

出席單位(人數)	
基隆市政府衛生局(1 位)	彰化縣政府衛生局(1 位)
新北市政府衛生局(2 位)	雲林縣政府衛生局(1 位)
桃園市政府衛生局(2 位)	嘉義縣政府衛生局(1 位)
新竹縣政府衛生局(2 位)	臺南市政府衛生局(1 位)
台中市政府衛生局(1 位)	臺北市自殺防治中心(1 位)
南投縣政府衛生局(2 位)	

(5) 會議進行與討論

a. 致詞

a) 全國自殺防治中心李明濱主任致詞

媒體在自殺防治與心理健康促進所扮演的角色大家眾所皆知，這次的會議期望能與媒體一同研發媒體報導與策略如何結合在一起，讓自殺防治更能夠往上一層樓。6 月 19 日衛福部公告 2016 年死因統計，雖然自殺死亡率比 2015 年增加 1.9%，但已連續七年在十大死因之外，排名第十二位。更令我們關心的是，台灣的老化速度跟少子化速度是全世界居冠，很不幸地，去年青少年 15-24 歲的自殺死亡率比前年增加了 15.3%，再者 65 歲以上老年人口群的自殺死亡率上升 3.5%，由此數據看來，老年人與青少年是我們更要關心的對象。長照 2.0 在政府與立法院如火如荼展開，老年人的心理健康固然重要，但我們也不能忽略老人健康照護所引發的家庭照顧者負荷問題。全國自殺防治中心在三年前曾提出自殺防治法，也經過公聽會，可惜目前仍塵埃未定，呼籲政府能一同推動。

b) 衛生福利部心理及口腔健康司謝立中司長致詞

近年來臺灣老年人口攀升，老年人口群的自殺死亡率又升高，這會是臺灣未來社會必須面對的考驗。最近可以在報紙新聞上看到照顧悲劇的發生，所以無論是老人或照顧者身心的需求都是我們現在很大的挑戰。新聞媒體在這扮演非常重要的角色，因為身在媒體的世代，媒體有非常大的傳染與影響力，因此呼籲大家為全民的身心健康，尤其是老人與其照顧者，一同來努力。

c) 社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委致詞

當站在使用者中心思考，問題其實非常簡單，以老人與其照顧者來說，把每個照顧的細節或過程透過各部會、各司署之間銜接起來，

障礙才能去除。現在媒體也都將自殺報導置入警語，避免這些事件的擴散，值得讚賞。

b. 專題報告

a) 專題報告一：老年自殺新數據

(a) 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

(b) 摘要：

- 全國 2016 年自殺死亡人數為 3,765 人，較 2015 年(3,675 人)上升 2.4%、自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2015 年(每十萬人口 15.7 人)上升 1.9%。男性 2,559 人，自殺粗死亡率男性每十萬人口 21.8 人，較 2015 年(每十萬人口 20.7 人)上升 5.3%；女性 1,206 人，自殺粗死亡率女性每十萬人口 10.2 人，較 2015 年(每十萬人口 10.6 人)下降 3.8%；2016 年自殺居國人主要死因第 12 位、2016 年自殺居男性主要死因第 11 位、2016 年自殺居女性主要死因第 12 位。
- 臺灣在 2016 年老年人口已達 12.9%。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)。
- 2016 年 65 歲以上自殺死亡人數為 976 人，占全體自殺死亡人數 25.9%，較 2015 年(897 人)上升 8.8%；死因前三高分別為「吊死、勒死及窒息」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」及「由高處跳下自殺及自傷」；65 歲以上老年人口通報人次為 2,994 人次，自殺原因中「慢性疾病」占 35%，較 2015 年(32.4%)上升 2.6%。
- 老人自殺企圖者特性包括自殺意圖強、很少透露出自殺想法或計畫、較多獨居者、原本的身體疾病及身體的脆弱性，致使老人自殺時不易存活、嘗試自殺與爾後自殺身亡的比率逼近 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。老人自殺高風險的因素則是社會關係較孤立、社會網絡資源較薄弱、孤獨感、無助感、無望感。
- 全國自殺防治策略分為指標性(Indicative)策略，針對最高風險個人施以企圖者與家屬追踪、關懷、處遇；選擇性(Selective)策略針對特定高風險群，加強高危險群發現、治療、 處遇；全面性(Universal)策略則針對一般大眾，推動心理健康促進與特殊自殺方式防治。

b) 專題報告二：老人照護與主要照顧者負荷

(a) 主講人：長庚大學護理學系徐亞瑛教授

(b) 摘要：

- 中華民國家庭照顧者關懷總會調查發現，國內家庭照顧者人數已高達 90 萬人，且家庭照顧者以女性居多，約占 73%，照顧者身份子女占 49.3%，配偶則占 34.8%；家庭照顧者年齡分布為 61 歲以上 24.4%、51-60 歲 32.9%、41-50 歲 25.5%；平均照顧時間 9.9 年，每天平均照顧約 10 小時；照顧時間 10 年以上為 21%、5-10 年為 25%、3-5 年為 17%、3 年以下為 37%。
- 依衛生福利部委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 2016 年 9 月人口統計資料估算，65 歲以上的老人(共 305 萬人)。其中輕微認知障礙(MCI)56 萬人占 18.45%、失智症人口 24 萬人占 7.98%。每 13 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。
- 95.9%的失智症患者是住在家中，71.3%完全由家人照顧。許多研究顯示，照顧失智症患者雖然可以獲得正向照顧經驗，但通常會對照顧者的身體健康和情緒產生重大的負面影響，例如憂鬱症是照顧者常反應的心理障礙，20%-50%照顧者有憂鬱症或憂鬱症狀，照顧失智症患者其憂鬱程度更為嚴重，且根據研究顯示，有 30%至 40%失智症患者的照顧者患有憂鬱症及情緒困擾、身體健康受影響，包括免疫系統受損、健康維護行為較差(Poorer health maintenance practices)、主觀幸福感(subjective well-being)降低、經濟壓力、失智症患者提早被安置至照護機構等。
- 在照顧需求與憂鬱症狀之關係尋找平衡點，而影響平衡點的四個因素包括對病人的瞭解、照顧原則、照顧困難度，以及家庭資源，也因此長照 2.0 創新設立失智共同照護中心(失智共照中心)，提供失智社區服務據點、照顧者支持服務、居家服務、居家復健、居家護理、環境改善、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規多機、安寧照護、機構照護、喘息服務等。

c) 專題報告三：老人自殺事件之媒體報導：分析與建議

(a) 主講人：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

(b) 摘要：

- 2017 年 3 月 23 日至 2017 年 6 月 23 日共 25 起 65 歲以上老人自殺事件被報導、其中自殺死亡 18 人、自殺企圖 5 人、自殺意念

2 人；四大報紙共刊登 44 則自殺新聞報導。 媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 100%)、「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 100%)及「不要過度責備」(達 100%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 31.8%)及「不要簡化自殺原因」(達 31.8%)則是較易被忽略的原則；反之，「六要」原則內，「要使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 100%)及「要提供與自殺防治有關的資源」(達 95.5%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 6.8%)、及「要與醫療衛生專家密切討論」(達 6.8%)則是比較容易被忽略的原則。

- 2016 年中心所統計及分析之 378 則自殺事件及相關新聞報導發現，媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 97.9%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 95.5%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 30.7%)及「不要簡化自殺的原因」(達 48.1%)則是較易被忽略的原則。反之，「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 92.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 77.8%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 18.5%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 41.3%)則是比較容易被忽略的原則。

c. 經驗分享與綜合討論

a) 發言人：台灣自殺防治學會楊聰財理事

(a) 希望媒體朋友能針對銀髮族的專欄多呼籲自殺不能解決問題，還會造成家人及晚輩等遺族的心理創傷。

(b) 由於現今社會雙薪家庭較多，子女白天出門在外上班，年邁長輩還是單獨在家，很難以「家」為單位，因此建議老人關懷可以從「鄰」開始，因為「鄰」是行政區最小的單位，以里長帶著鄰長去關懷左鄰右舍，例如邀請長輩去活動中心，且讓這些長輩們知道當在孤單、無助無望的時候，可以向臨里長尋求協助。

(c) 面對「老老照護」的負擔，我們要加強守門人的概念。長期照顧者應該要有敏感度，來呼應「傾聽、陪伴、帶動」與「一問、二應、三轉介」，即時跟適當的精神醫療或心理衛生資源做連結，才能防患未然。

(d) 由於長輩們大多有很長的時間在家中看電視，因此常接觸到媒體的

負面訊息，這不僅會影響他們的心理健康，也會造成照顧者的負擔。

b) 發言人：TVBS/中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會沈文慈副總監

(a) 這次會議中老年自殺的議題，同業公會在每三個月的例行會議中進行討論。但就電視台而言，個人自殺事件被報導的比例非常低，除非當事者具有非常高的知名度或此事件與社會公益有關。

(b) 雖然個人自殺事件幾乎不會被報導，但近兩年的報導趨勢為殺人(或殺家人)後自殺的事件，這樣類型的新聞我們會歸類在社會新聞，幾乎每一家電視台都會報導。

c) 發言人：TTV 臺灣電視事業股份有限公司楊先謹副主任

(a) 電視台對於自殺與性侵事件幾乎很少報導，因為了解到會對社會大眾的身心健康有影響，然而刊登照片的問題改善速度可能會比較慢，畢竟媒體要吸引觀眾，但遺書不同以往，已盡量不做報導。

(b) 老人長照所引發的自殺問題，政府的角色比較吃重，例如鄰里協助，會需要政府資源的進入。至於長照系列的報導，由於觀眾數量較少，也期望能與政府合作。

d) 發言人：蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)

(a) 蘋果日報從 2010 年開始陸續找一些公民團體，成立「新聞自律委員會」，跟青少年、婦女、衛生、精神醫療等相關組織一同討論建立執行綱要，並於 2012 年開始運作，目前每三個月開一次會，針對平面或網路新聞做檢討。雖然剛開始雙方處於平行線狀態，但在經過這幾年的磨合後，許多建議與規範已內化成為蘋果日報的自我約束管理。

(b) 自律綱要的第七點是有關自殺新聞的部分，例如自殺事件不要浪漫化與英雄化、提醒標語等。過去五年的運作的結果，公民團體提出約八則新聞需要改善，例如不要刊登照片或遺書、不要刊登在頭版等，之後也都有做修改。另外臺北市報業公會有兒少自律委員會，是針對兒少法 45 條成立，維護兒童的視聽權力，對媒體也是一個約束。若能站在媒體的角度，我們已是能夠做盡量做，但就現實考量，自殺新聞報導無法立即做到最好，可是只要有問題我們就會盡快修正。

(c) 蘋果日報現在因為即時新聞、網路新聞與紙本新聞的區隔，目前已著手規劃多類性的專欄，例如老人長照、兒童相關等。爽報則是與

董氏基金會合作出一個老年人口相關的專欄，由專家學者提供各種題材。

(d) 教授們提到的例如求助管道，已是每則新聞的基本配備，它會提到由專家給一些相關指導。但目前紙本的篇幅較少，網路新聞也可能被忽略，才會讓大眾覺得這類型的文章少了一點。爽報目前多放在醫療版，供老年人口觀看。

e) 發言人：非凡新聞傅秀玉副理

(a) 非凡新聞台主要是做財經新聞，社會新聞觸及較少，關於自殺相關的議題基本上是沒有處理過，例如 2015 年科技業者發生許多自殺事件，也完全沒有播報。

(b) 衛星公會本來就有既定的規範，尤其關於自殺的部分，例如用詞、標提不放自殺二字等。

(c) 近來發現自殺新聞其實在網路上比較多，尤其現在手機非常方便，民眾馬上就可以看到，無論是聳動的標題、細節的描述，甚至是臆測自殺原因等，網路新聞比電視台露出的多。建議下次座談也應該把網路媒體納入，討論如何不再將自殺新聞報導的氛圍繼續擴散。

(d) 在製作新聞報導的時候，有時候也會產生資訊錯誤的問題，例如老人們常見因久病不癒而自殺，這有可能是在資訊傳達上的困難。醫藥新聞可能因畫面不夠光彩吸引人，而有收視率的考量，但其實還是有人需要。因此建議可以針對老人常見的慢性疾病做相關的資訊宣導。

f) 發言人：聯合報魏忻忻醫藥組長

(a) 聯合報在去年剛過 65 年的社慶，由於長官們年紀較長，自律性比較強，多年來聯合報處理自殺新聞一直都很謹慎，例如兩年前楊又穎因網路霸凌的自殺事件，聯合報是四大報中唯一沒有放在頭版的，還有最近作家林奕含的自殺事件，我們報版完全沒有寫。但剛剛吳教授提供的一些自殺新聞報導的確是聯合報要再努力的地方。

(b) 在自殺報導事件諮詢群組裡，有時候會有自殺相關新聞報導的違反訊息。由於聯合報的即時新聞要求要有照片，接觸自殺現場的大都是社會記者而非醫藥記者，所以第一線記者的第一個反應通常是拿起相機拍照，因為有圖有真相，才知道記者真的有到現場；而影音的部分是因為要吸引讀者增加點閱率。

(c) 聯合報網路新聞負則人對於六不六要的原則也非常重視，同意在報導自殺相關事件時應謹慎妥當處理，雖然無法保證不再發生，但相

信連合網路新聞的類似事件會越來越少。

(d) 至於老人自殺的議題，目前碰到的問題是，聯合報不會報導自殺的個案，但如果是因為社會問題而引發的自殺事件無法不報導，不過我們會避免直接去描述這個案件，而去多分析一些背後的因素。

(e) 聯合報在很早以前就開始關心長照與老老照護的問題，大約在兩年前我們做了一個人瑞大調查，當時就已發現老老照護是一個嚴重的議題，也陸續都有在關心。然而有一個面向是我們比較沒有觸及到的，就是徐教授提及的失智者壓力與老人自殺，因為對於報導的角度有疑慮，需要再與專家學者討論。

g) 講者：長庚大學護理學系徐亞瑛教授

(a) 除了可以在報導中推廣長期照護的相關資源外，過往有些案例是家庭照顧者不敢去使用，例如媳婦，因為可能會被質疑為何要申請在宅服務。因此在相關報導中，建議以鼓勵的描述去正常化或正當化社會資源的利用，並不是說這些照顧者很懶惰或能力不足，而是期望能提升照顧的品質與身心健康。

h) 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

(a) 當我們用社會新聞的角度去看殺人後自殺的事件時，有以下兩件事想跟各位做交流。第一、當我們人類碰到難以理解的事情時，例如孩子殺了父親、父親殺了孩子等逆倫的事件，我們人性都希望能夠找到單純的解釋，而精神疾病常常是會被不小心連結到的事情，所以想在這呼籲避免將人倫的悲劇跟精神疾病連在一起。

(b) 當憂鬱症發病的時候，病患會不自覺的選擇去閱讀負面的自殺新聞，每一個細節對病患而言都有暗示效果，但當憂鬱症狀比較緩和的時候，新聞就只是新聞。因此第二個想呼籲的是，大家都希望讓社會更好，消弭不公平等等，但有一群特別脆弱的病患，當他們的病情嚴重的時候，難以去化解負面的情緒與暗示性的訊息。

i) 講者：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

(a) 以媒體的角度而言，社會新聞與自殺新聞的處理方式不一樣，但我們要呼籲的不是完全不要報導，例如名人自殺，而是建立雙方的共識，避免去描述自殺細節、不要放在頭版、不要簡化原因等，還有廖執行長提到的避免與精神疾病做連結。重點是要聚焦在教育民眾，例如憂鬱症的治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病的去汙名化。

(b) 非凡新聞傅秀玉副理提出報導慢性病新知是一個非常正向的做法，可對老年人口，教育社會大眾如何提升老人的自我照護或疾病部份

的知能。

(c) 蘋果日報的即時新聞與動新聞是目前希望能一起達成共識的部分，例如加入專家學者的意見等，還是有很大的改善空間。

j) 發言人：老人精神醫學會李耀東醫師

(a) 自殺新聞重要的是加入專家的意見。

(b) 就老人精神醫學的觀點，老人自殺絕對不等於憂鬱症，雖然失智症中有非常高的比例會有老人憂鬱的症狀，但不是老人憂鬱症，因此建議可以在報導中的一部份找一位該領域的專家詢問意見，給社會大眾正面的教育。

(c) 發言人：失智症協會媒體連絡人代表

(d) 在新聞有疑慮或錯誤的時候，要反映給媒體的難度比較高，有時候在不得已的狀況下向NCC投訴，卻也造成協會與媒體關係的緊張，並非大家所樂見。

(e) TVBS 沈文慈副總監回應：可以多利用客服電話與電子郵件聯繫。

k) 發言人：家庭照顧者關懷總會張筱嬋主任/媒體連絡負責人

(a) 其實專家都很樂意跟媒體互動，近期也跟聯合報、TVBS 做老人長照的專題。

(b) 家總近來發現，新聞報導照顧悲劇的事件有攀升的趨勢，這兩年也都有召開記者會呼籲社會大眾與媒體朋友，盡量避免模仿效應的產生。

(c) 2011-2015 年統計大約平均一年發生九起案例，但去年九月就已超越過去五年的標準值，攀升速度非常之快。因此家總近年來也積極關注除了老人長照之外，另外一個令人擔憂的社會議題。

(d) 在照顧悲劇中，有男性化的趨勢，因此在 2015 年之後家總把男性列入服務指標中，因為社會傳統觀念使得男性較難求助，造成壓力無法排解。另外在假期前後照顧悲劇的發生頻率較高，有可能是看到家人時想到自己照顧的辛苦，也有可能是親人間的問候反而造成照顧者的壓力。

(e) 希望可以與媒體合作，例如放置家總的免付費專線 0800-507272，讓需要的家庭能夠直接連結資源，不只是長照而已，還包括醫療、身心障礙者、特殊疾病等。

(6) 會後新聞露出，如表 4-4-5。

表 4-4-5、新聞露出一欄表

日期	露出平台	標題
6 月 23 日	蘋果日報	輕生者老人竟占 4 分之 1 久病厭世是主因
	中央社	家有長者別輕忽 自殺身亡者 1/4 是老人
	大紀元	家有長者別輕忽 台灣老人自殺死亡率較高
	今日新聞	自殺死亡率常人 2 倍 去年輕生 1/4 是老人
	聯合報	老人憂鬱別輕忽！自殺率比一般人高 2 倍
	太平洋電子報	老人自殺防治：問題與挑戰
	青年日報	1 問、2 應、3 轉介 挽救寶貴生命
	青年日報	「照護警鐘」老人自殺率攀升 久病、憂鬱為主因
6 月 24 日	中國時報	老人憂鬱想不開 占自殺率 1/4
	ETtoday 健康雲	老人自殺率為常人2倍！有這3現象...憂鬱可能上身了
6 月 25 日	聯合報	貧病交迫 老人自殺死亡常人 2 倍

2. 結論

透過此次的媒體拜會及聯繫會議，和與會者在自殺防治建立共同的核心價值，擴及各大報章雜誌與社群網站。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。除此之外，為提升自殺新聞報導品質，利用數據分析，配合科技發展，首次製作「自殺新聞報導須知」廣發給各電視台與媒體，增加媒體專業人士對撰寫自殺新聞報導需注意的事項更加熟稔，並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

附件 4.4.1「新聞媒體聯繫會議」後成果分享－老人自殺防治：問題與挑戰

附件 4.4.2 新進媒體人教育短片－自殺新聞報導須知

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。

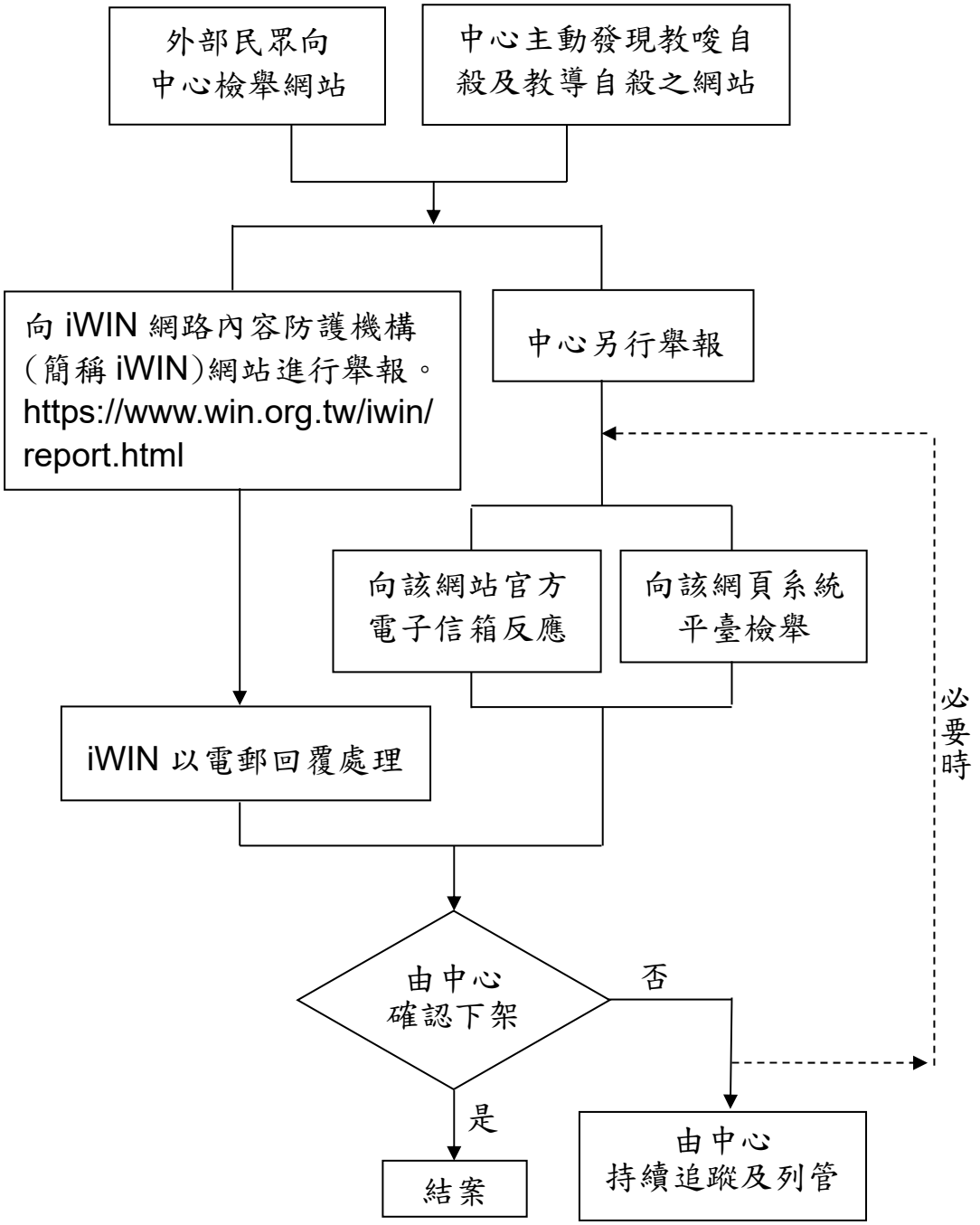


圖 4-5-1、監測及舉報流程圖

2. 截至 2017 年 11 月，整體檢舉網頁累計共 219 則，已下架為 166 則，下架率為 75.8%。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 101 則，已下架為 88 則，下架率為 87%。
   2) 位於境外者共檢舉 118 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 78 則被下架，下架率為 66.1%。

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 40 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) 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。

自殺新聞之監測及提升民眾對自殺防治認知

一、 背景(Context)

中心自 2006 年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導,除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。

在世界衛生組織(WHO)的報告中,媒體是自殺防治不可或缺的守門人,同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道之一，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示當媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，確實會引發自殺模仿效應，然適當的媒體報導有助於自殺防治的推動。根據 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197：234-243)中的一篇奧地利研究發現：就平面媒體報導而言，自殺死亡報導的數量與其後短時間內的自殺死亡率增加有相關；而個體處於逆境但有正向因應行為的報導數量與之後的自殺死亡率下降呈現有意義的相關。然專家意見以及流行病學資訊的揭露，其影響力不如處於逆境正向的因應行為報導來的大。

因此，本中心致力推廣 WHO 所公佈的自殺新聞報導「六不六要」原則，並針對重大新聞事件時適時給予回應、不定期召開記者會、主動建構正向議題或與媒體合作等進行溝通互動，期待能促進媒體自殺事件新聞報導方式的改善，避免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) 收集平面與網路之自殺新聞相關報導，並進行編碼及資料分析，整理每日重大自殺新聞。於每週業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論。

2) 因應重大新聞事件適時給予回應，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、各縣市衛生局、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. 必要時，與當地心理衛生中心聯繫了解。

(4) 呈報主管，經討論後，必要時可採取下列因應方式：
a. 與相關縣市召開個案討論會。
b. 研擬專案，供相關單位參考。(如安養機構老人等)
c. 發布新聞稿。
d. 報紙投書。
e. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
f. 其他適當措施。

(5) 執行因應方案。

三、 過程(Process)

1. 自殺新聞監測

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」原則之自殺新聞報導，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) 針對社會關切之重大自殺事件或議題，主動召開記者會或投書媒體，以避免模仿效應。
6) 結合國內外學術團體，運用多向管道宣導自殺防治及可預防的危險因子，以提升民眾對自殺防治之認知及了解。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺新聞監測：

(1) 網路四大報自殺新聞摘要，4 月至 10 月共製作 2422 則自殺新聞摘要，分析結果詳見表 4-6-1。

a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 376 位、自殺企圖個案 434 位、自殺意念個案共 36 位、不詳共 35 位。

b. 報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因除其他外，自殺身亡者排行前三項分別為久病不癒、憂鬱症病史、感情因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、家人情感因素、夫妻問題。詳見表 4-6-2。

c. 報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，自殺身亡者排行排行前三項為高處墜落、上吊自縊、燒炭，自殺企圖者排行前三名為高處墜落、溺水；跳水、利器自戕。詳見表 4-6-3。

(2) 網路四大報自殺新聞六不六要原則遵守情形分析，4 月至 10 月共製作 2422 則自殺新聞，分析趨勢請參考圖 4-6-1、圖 4-6-2。

表 4-6-1、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=376)	331 (88.0%)	27 (7.2%)	8 (2.1%)	3 (0.8%)	7 (1.9%)
企圖(n=434)	405 (93.3%)	8 (1.8%)	9 (2.1%)	11 (2.5%)	1 (0.2%)

表 4-6-2、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(n=376)	久病不癒 52 (13.8%)	憂鬱症病史 48 (12.8%)	感情因素 43 (11.4%)
企圖(n=434)	感情因素 91 (21%)	家人情感因素 63 (14.5%)	夫妻問題 57 (13.1%)

表 4-6-3、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(n=376)	高處墜落 102 (27.1%)	上吊自縊 67 (17.8%)	燒炭 65 (17.3%)
企圖(n=434)	高處墜落 107 (24.7%)	溺水(淹死)跳水 72 (16.6%)	利器自戕 40 (9.2%)

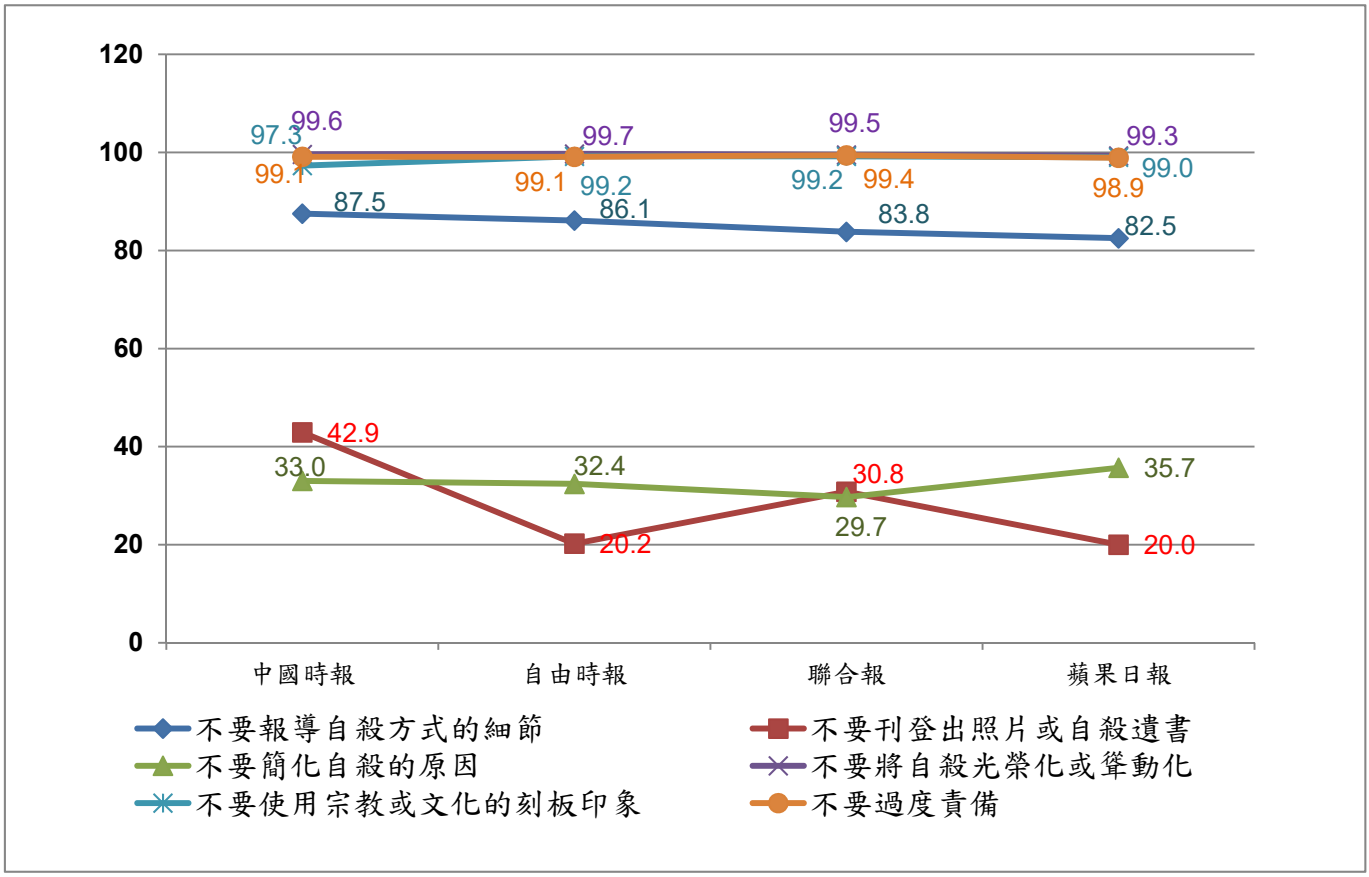


圖 4-6-1、網路四大報「六不」趨勢

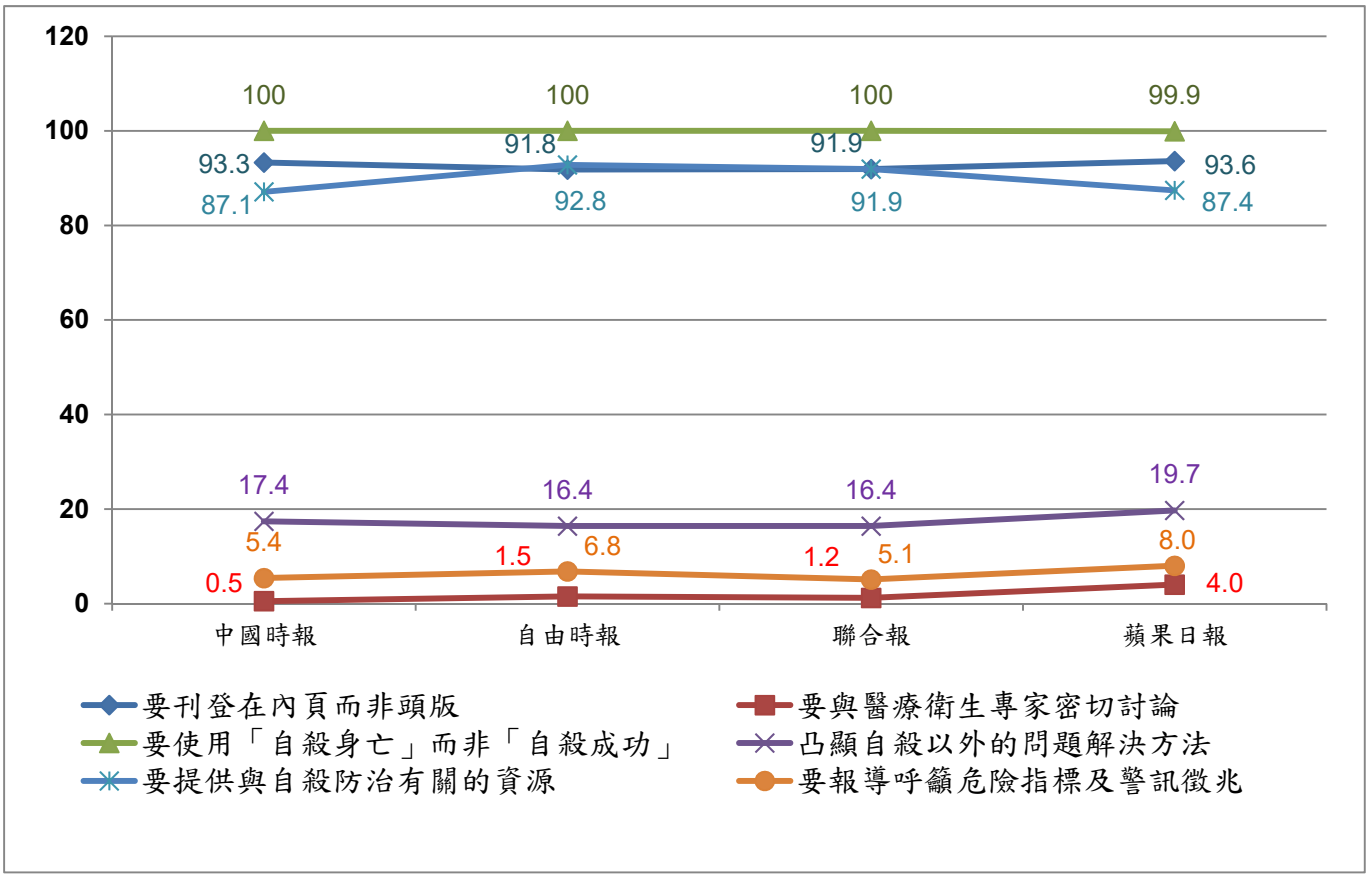


圖 4-6-2、網路四大報「六要」趨勢

(3) 平面四大報自殺新聞「六不六要」原則遵守情形分析

a. 2017 年中心統計及分析的 255 則自殺相關新聞報導。

b. 「六不」原則中的「不要將自殺光榮化或聳動化」(99.2%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(98.4%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(29%)及「不要簡化自殺的原因」(54.9%)則是較易被忽略的原則，詳見圖 4-6-3。

c. 「六要」原則中，「使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(99.6%)及「要刊登在內頁而非頭版」(89.4%)較易被遵循，但「凸顯自殺以外的問題解決方法」(9.4%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(13.7%)則是比較容易被忽略的原則，詳見圖 4-6-4。

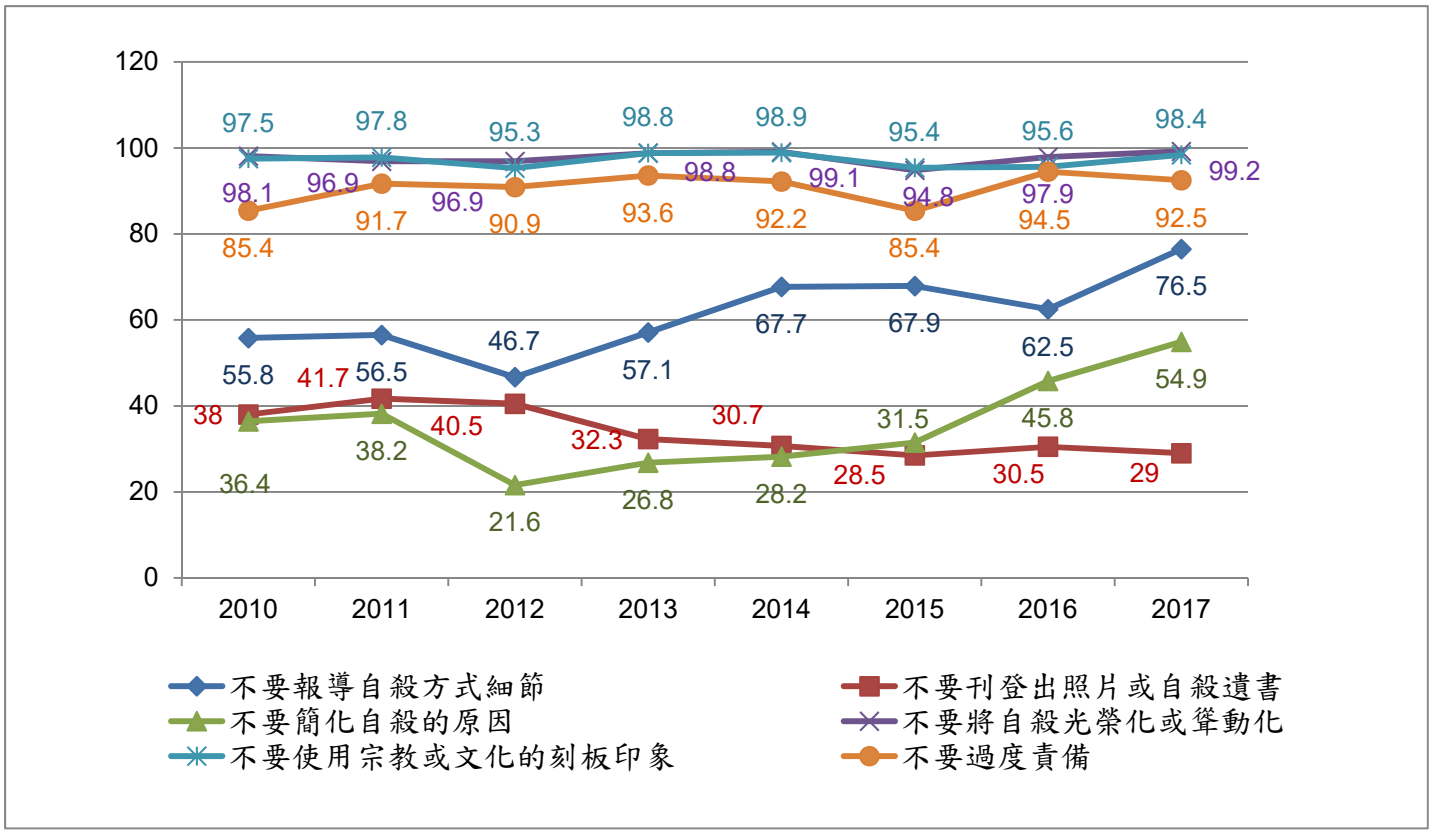


圖 4-6-3、平面四大報「六不」趨勢

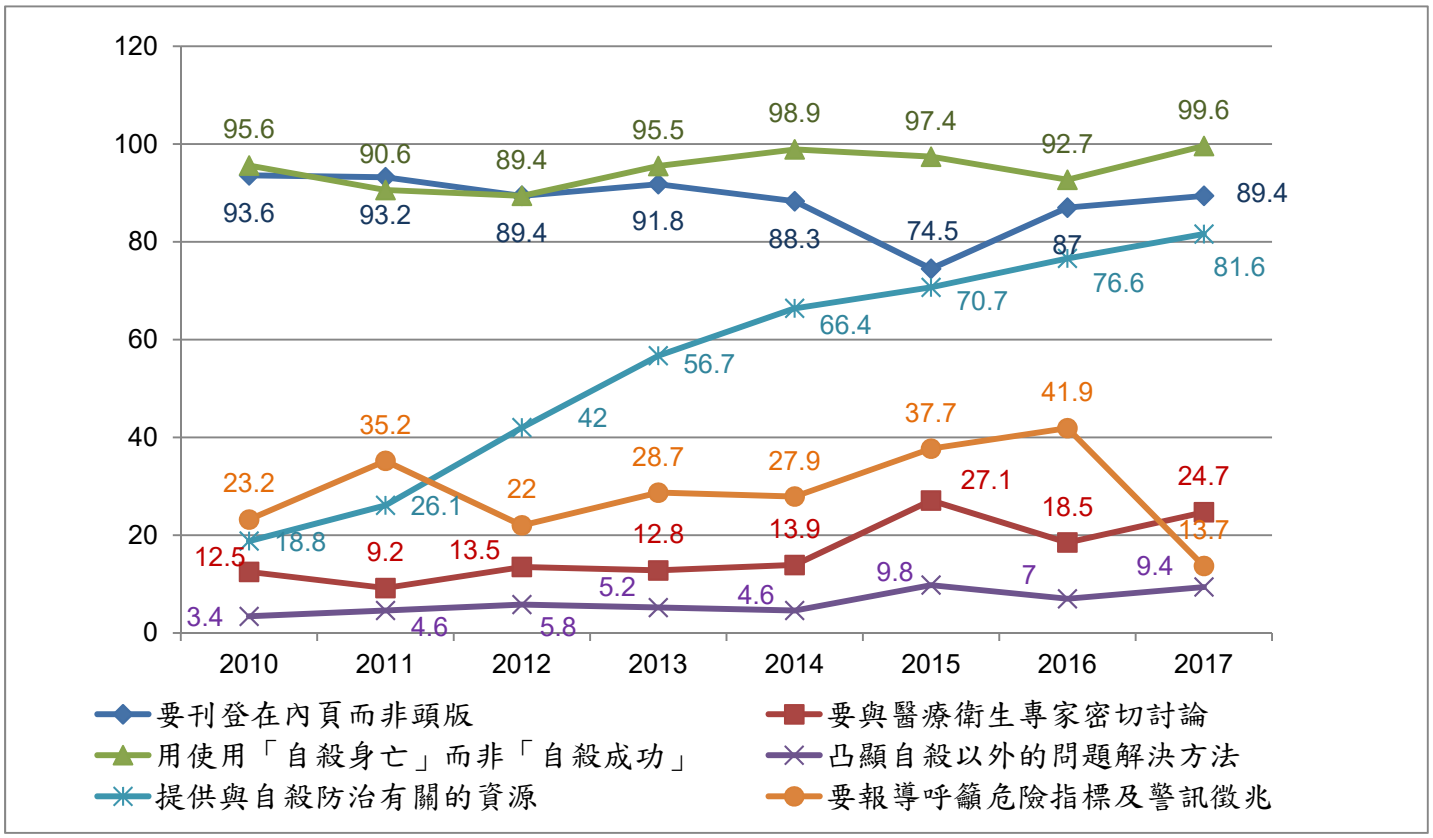


圖 4-6-4、平面四大報「六要」趨勢

(4) 截至 10 月底,不當自殺新聞投書共 61 則,已下架 32 則,下架率為 52%,各報違規及下架率詳見表 4-6-4。

表 4-6-4、四大報不當自殺新聞投書統計表

報別	則數	下架則數	下架率
蘋果日報	34	17	50%
聯合報	12	7	58%
自由時報	13	8	62%
中國時報	2	0	0%
總計	61	32	52%

(5) 截至 10 月底，重大自殺事件共 5 例，詳見表 4-6-5。

表 4-6-5、2017 年重大自殺事件統計表

日期	事件名稱	結果	方法	被報導則數
1 月 7 日	澎湖五人集體自殺	死亡	燒炭	59
4 月 28 日	作家林奕含	死亡	上吊	25
7 月 11 日	澎湖再自殺	死亡	燒炭	19
9 月 28 日	台北市議員李新	死亡	高處墜下	75
10 月 20 日	台大潑酸案	死亡	利器自戕	83

(6) 截至 10 月底，中心針對重大自殺事件發表之建議，詳見表 4-6-6。

表 4-6-6、2017 年重大自殺事件受訪簡述

日期	標題	刊登平台	議題	受訪者
2 月 6 日	資深台語演員高鳴 今晨在家尋短身亡	公視	演員高鳴	李明濱主任 吳佳儀副執行長
	宜蘭防制自殺 非開放式販售木炭	大紀元	木炭管制	吳佳儀副執行長
3 月 14 日	減少燒炭尋短 宜縣300店家不擺木炭改領提貨單	自由時報	木炭管制	吳佳儀副執行長
	宜縣木炭明起改臨櫃購買 全民當「守門人」防自殺	聯合報	木炭管制	吳佳儀副執行長
4 月 28 日	防護自殺效應 多傾聽關懷以免發生憾事	中國時報	作家林奕含	吳佳儀副執行長

日期	標題	刊登平台	議題	受訪者
4 月 30 日	防範林奕含自殺效應 多累積保護因子	必 PO TV	作家林奕含	吳佳儀副執行長
5 月 8 日	林奕含之死 專家：難作單一歸因	聯合報	作家林奕含	吳佳儀副執行長
5 月 11 日	罪大惡極 煽動自殺售遺物	中國時報	藍鯨遊戲	張書森副執行長
9 月 6 日	北一女新生跳樓自殺 專家：自殺前 5 到 7 成有線索	聯合報	北一女跳樓	鄭宇明副執行長
9 月 7 日	【新知】治療失眠，有助預防自殺！	董氏快訊	自殺議題	李明濱主任

2. 結論

根據今年的監測結果可以發現，無論是平面媒體或是網路新聞，WHO 六不原則中「不要刊登出照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺的原因」遵守情形皆較低；六要原則中則是「凸顯自殺以外的問題解決方法」遵守情形較低，然實際符合臺灣媒體使用與否，藉由今年媒體拜會及聯繫會議將更加了解新聞傳播實務工作所遇到的困難，未來將繼續加強與各家媒體的溝通管道，尤其是網路平臺，並研擬面對重大新聞事件的因應措施及回饋機制，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質。

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)

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。足見自殺防治的重要性，但自殺並非單一因素可以解釋，涉及到複雜的現象，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。也由於自殺的複雜性，無法由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，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。現行之自殺防治策略由涉及的層面，可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)三個層面，這也是與國際主流的自殺防治策略相同的區分方式。

全面性自殺防治策略之標的對象為全體民眾，透過減少獲得醫療服務與社會福利之障礙、降低致命性工具之可近性、督導媒體報導、提升社會大眾心理健康等方式降低自殺的風險。選擇性自殺防治策略針對的是某些自殺危險因子特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體未有自殺行為，但是他們在生理、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險性，透過提升精神疾患與具自殺風險者的篩檢、推動自殺防治守門人等方式降低高風險群的危險性。指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷特定的高自殺風險群，像是自殺企圖者，協助高自殺風險群，可以得到適當的支持與依照其需求連結相關資源。

綜合上述，本次計畫依據衛福部計畫，透過「收集國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具(如：燒炭、墜樓、溺水等)提出具體可推動之防治策略，供我國本部及各縣市衛生局參考」，來自於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，學習他國經驗確保我國自殺防治能走在正確的道路上。其中，許多文獻均指出「降低致命自殺方法可得性」為全面性策略中有效的具體措施，特別是針對衝動性自殺，因為這可以讓那些自殺者有更多的時間重新考慮，並且希望他們能在這段時間打消自殺念頭。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，

自殺方法在不同國家間的差異極大，像是槍枝自殺是高收入國家常見的自殺方法，而農藥自殺則是中低收入國家主要的自殺方法之一。事實上，即使是國家內部的不同區域，其自殺率與自殺人口學特徵的差異也不小，如都市與鄉村地區。換言之，自殺防治策略必須詳細考慮到該國家自殺的人口學特徵，得以擬定因地制宜的具體措施。

根據本學會之研究分析，我國自殺死亡方法同樣具有明顯的年齡、地域以及臨床特性差異，除上吊與燒炭為各年齡層主要自殺方法外，青壯年群中，墜樓為常用自殺方法之一，中老年人口則以農藥自殺為常見自殺方法。104 年台灣自殺死亡方法 30.8%為上吊，25.9%為燒炭，18.9%為農藥，12%為墜樓，性別因素於年齡別風險與方法選擇無顯著差異。

因此本中心除延續 2016 年的國外自殺防治文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃，追求精益求精，蒐集自殺防治策略更為先進之國家近 2 年最新的自殺防治相關文獻，以及近年系統性回顧文獻外，將特別針對我國常見的自殺死亡方法或工具(如上吊、燒炭、農藥、墜樓等)，蒐集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等。後續將資料彙整後，規劃符合國內的自殺防治策略及具體措施，且特別針對我國常見的自殺死亡方法或工具彙整與規劃符合國內民情之自殺防治策略及具體措施，供我國中央與各縣市衛生局參考及運用。

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

2. 文獻整理：將蒐集到的文獻進行分類與彙整。

1) 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。

3. 資源連結合作：

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人臺灣自殺防治學會、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

「國外自殺防治文獻收集與國內自殺防治策略及具體措施之規劃」從2017年4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)，小組成員專長涵蓋心理學、社會學等領域。本案持續針對自殺防治之國家策略、實務指引、實證研究與文獻回顧等資料來源進行彙整；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) 4月24日於全國自殺防治中心會議室與吳副執行長進行專家會議，初步規劃文獻蒐集與策略規劃之方向。

(2) 4月25日於全國自殺防治中心會議室規畫針對自殺防治國外文獻，進一步規劃如何進行系統性搜尋文獻之綱要，並以Endnote做為整合文獻的工具，提升系統性文獻分類資料，建立出系統性搜尋之策略。

2) 進行系統性文獻蒐集

(1) 4月25日至4月27月根據規劃的系統性搜尋策略，針對國外的自殺防治相關文獻透過資料庫、自殺防治、國家以矩正排列進行系統性搜尋。

3. 文獻整理

團隊將5月2日至11月14日間將符合本文獻搜尋需求的國外自殺防治相關文章，進行分類摘要、翻譯與主題彙整。於本期中報告中，將所有搜尋策略及分析方法做詳細之描述；預計於期末報告中，團隊將整合所有文獻內容及彙整之結果，做一完整之書面報告與建議。

4. 策略規劃

本案執行團隊人員將於下半年持續針對至今已查到的文獻，以自殺防治辦法進行摘要深讀，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。

「自殺防治具體策略」的文獻資料來源是以搜尋線上資料庫的方式取得，例如：PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL、Web of Science(Science, Social Sciences, Arts & Humanities)、Google Scholar 等。除了以上透過資料庫、搜尋引擎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，或是從既有文獻中再找尋 2015 年至 2017 年文獻。

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) 資料庫搜尋

以醫學文獻資料庫 PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、護理文獻資料庫 CINAHL、搜尋我國常見的自殺防治方法之相關文獻，針對 6 個國家的自殺死亡防治或政策策略之相關文獻，關鍵字採用以六個國家，分別為日本(Japan)、韓國(Korea)、香港(Hong kong)、美國(America)、英國(England)、澳洲(Australia)與自殺(suicide)、企圖自殺(suicide attempt)、自殺行為(suicidal behavio)、自傷(self-injur 、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning) 之間的組合，點選 2015 至 2017 年搜尋結果，而部分主題(如溺水、系統回顧文獻等)礙於近年缺乏探討文獻，因此將搜尋時間拉長至 10 年內所蒐尋的結果。

3) 其他搜尋

(1) 國外專家與組織所提供之自殺防治相關文獻。

(2) 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。

4) 文獻管理

(1) 將搜尋到的文獻存放於中心的雲端資料庫，並根據文獻的出處國家類型做分類歸檔。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匯入書目管理系統 EndNote 作彙整。

2. 自殺防治方法或策略政策之文獻蒐集

截至 4 月 27 日為止，中心使用 PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL 與其他資料庫共蒐集到 151 篇自殺防治方法或策略、政策之相關文獻與資料，以下分別敘述：

1) 資料庫搜尋

中心在 2017 年 4 月分別用 6 個資料庫，6 個國家，6 種自殺方式，搭配 6 種自殺防治方法關鍵字，作組合關鍵字分別列出如下：

(1) 資料庫：PubMed、Embase、Medline、PsycINFO、Scopus、CINAHL。

(2) 國家：日本(Japan)、韓國(Korea)、香港(Hong kong)、美國(America)、英國(England)、澳洲(Australia)。

(3) 自殺方式：自殺(suicide)、企圖自殺(suicide attempt)、自殺行為(suicidal behavio)、自傷(self-injur 、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning)。

(4) 自殺防治方法：預防(prevention)、介入(intervention)、策略(strategy)、管理(management)、政策(polic)、指南(guideline)。

然後點選 2015 年至 2017 年的文獻搜尋結果。然後選取 2015 年至 2017 年所有與自殺防治方法或策略、政策相關的搜尋結果，並扣除重複出現的文獻。根據關鍵字的排列方式與數量製成表 4-7-1(以 Scopus 為例)：

表 4-7-1、Scopus 搜尋結果

Title,國家名(Title OR Abstart),AND, English, 2016-2017	suicid*					
	preve-r tion	interv- ention	strateg*	manage -ment	polic*	guide-li ne*
Scopus-Japan	6	3	0	0	0	0
Scopus-Korea	4	1	0	1	0	0
Scopus-Hong Kong	0	0	0	0	0	0
Scopus-America	22	12	2	2	3	0
Scopus-England	1	0	1	0	1	0
Scopus-Australia	11	7	5	3	2	1

2) Google 搜尋

以 Google 為搜尋資料庫，蒐集世界各國的自殺死亡方法或工具之相關文獻，關鍵字採用自殺(suicide)、防治(prevention)、回顧(review)、方法(method)與手段(mean)之間的組合，然後點選前 5 頁的所有文獻搜尋結果。

3) 以上述方式搜尋文獻後，共搜尋到 140 篇，扣除重複的內容文獻內容後，共計 97 篇自殺防治與自殺工具防治相關文獻，再進一步做分析整理。

3. 國外自殺防治文獻整理摘要討論規畫

中心上半年度首先分析整理其中 63 篇自殺防治相關文獻，閱讀進度與報告討論時間如表 4-7-2，下半年則分別針對 38 篇自殺工具與防治策略相關文獻，並分配給團隊成員依序摘要閱讀防治策略，並於 10 月開始至 11 月持續針對自殺工具做閱讀。

表 4-7-2、分配摘要討論時間列表清單

日期	時間	國家分類文獻	分配篇數
5/2(二)	13:30	美國	4
5/9(二)	13:30	美國	9
5/19(五)	13:30	美國	9
5/23(二)	13:30	美國	9
6/2(五)	13:30	美國、澳洲	9
6/6(二)	13:30	英國、澳洲	9
6/13(二)	13:30	澳洲、韓國	8
6/20(二)	13:30	日本、香港、澳洲、政策	7

4. 國外自殺防治文獻整理

中心另外將蒐集到的 101 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：

截至 11 月 14 日為止，根據系統性文獻搜尋策略的搜尋方式，團隊已將國家策略、介入階段、實務指引的部分蒐集完畢，根據其主題做分類，可以分成 17 種類型：減少致命性自殺方法的可得性、自殺數據監控、國家自殺防治策略、自殺與國家經濟、媒體報導、科技與自殺防治策略、原住民自殺防治策略、校園自殺防治策略、軍人自殺防治策略、老人自殺防治策略、社區自殺防治策略、地方自殺防治策略、臨床實務、心理衛生、電話與自殺防治、守門人訓練與教育、LGBT。將文獻依據 17 種類型排列如下：

(1) 減少致命性自殺方法的可得性

a. Chung, Y. W., Kang, S. J., Matsubayashi, T., Sawada, Y., & Ueda, M. (2016). The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *Journal of affective disorders, 194*, 80-83.
b. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646-659.
c. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.
d. Chen, Y. Y., Chien-Chang Wu, K., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2011). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews, 34*(1), 129-144.
e. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama, 294*(16), 2064-2074.
f. Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine*, 47(3), S264-S272.
g. Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's

access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine, 47*(3), S264-S272.

h. Wu, K. C. C., Chen, Y. Y., & Yip, P. S. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health, 9*(4), 1135-1158.

i. Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International journal of environmental research and public health, 8*(12), 4550-4562.

j. Florentine, J. B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine, 70*(10), 1626-1632.

k. Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., ... & Giupponi, G. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*(6), 545-551.

l. Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology, 34*(2), 433-442.

m. Goldney, R. D. (2003). Hanging crepe in suicide prevention.

n. Kosky, R. J., & Dundas, P. (2000). Death by hanging: implications for prevention of an important method of youth suicide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(5), 836-841.

o. Chen, Y. Y., Chen, F., Chang, S. S., Wong, J., & Yip, P. S. (2015). Assessing the efficacy of restricting access to barbecue charcoal for suicide prevention in Taiwan: a community-based intervention trial. *PloS one, 10*(8), e0133809.

p. Liu, P. M., Chan, W. S., Law, Y. W., Law, S. C., Fu, K. W., Li, H. S., ... & Yip, P. S. (2009). An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide and life-threatening behavior, 39*(1), 82-90.

q. Wirthl, I., Schulz, R., & Schmeling, A. (2007). Suicide by means of a charcoal grill. Casuistic report with review of the literature. *Archiv fur Kriminologie, 221*(5-6), 129-137.

r. Page, A., Liu, S., Gunnell, D., Astell-Burt, T., Feng, X., Wang, L., &

Zhou, M. (2017). Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: Analysis of national mortality trends 2006–2013. *Journal of affective disorders, 208*, 418-423.

s. Lamb, T., Selvarajah, L. R., Mohamed, F., Jayamanne, S., Gawarammana, I., Mostafa, A., ... & Eddleston, M. (2016). High lethality and minimal variation after acute self-poisoning with carbamate insecticides in Sri Lanka–implications for global suicide prevention. *Clinical toxicology, 54*(8), 624-631.

t. Pires, M. C. D. C., Silva, T. D. P. S. D., Passos, M. P. D., Sougey, E. B., & Bastos Filho, O. C. (2014). Risk factors of suicide attempts by poisoning. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 36*(2), 63-74.

u. Kapur, N., Clements, C., Bateman, N., Foëx, B., Mackway-Jones, K., Hawton, K., & Gunnell, D. (2010). Self-poisoning suicide deaths in England: could improved medical management contribute to suicide prevention?. *QJM: An International Journal of Medicine, 103*(10), 765-775.

v. Kapur, N., Turnbull, P., Hawton, K., Simkin, S., Mackway‐Jones, K., & Gunnell, D. (2006). The Hospital Management of Fatal Self‐Poisoning in Industrialized Countries: An Opportunity for Suicide Prevention?. *Suicide and life-threatening behavior, 36*(3), 302-312.

w. Hemmer, A., Meier, P., & Reisch, T. (2017). Comparing different suicide prevention measures at bridges and buildings: lessons we have learned from a national survey in Switzerland. *PloS one, 12*(1), e0169625.

x. Lester, D. (2007). Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: a review. *Psychological reports, 100*(3_suppl), 1121-1122.

y. Combalbert, N., & Bourdet-Loubere, S. (2006). Suicide by jumping and strategies to prevent it. *EVOLUTION PSYCHIATRIQUE, 71*(4), 685-695.

z. Isaac, M., & Bennett, J. (2005). Prevention of suicide by jumping: The impact of restriction of access at Beachy Head, Sussex during the foot and mouth crisis 2001. *Public Health Med, 6*(1), 19-22.

aa. Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household MembersA Systematic Review and Meta-analysis. *Annals*

of internal medicine, 160(2), 101-110.

bb. Lewiecki, E. M., & Miller, S. A. (2013). Suicide, guns, and public policy. American journal of public health, 103(1), 27-31.

cc. Viel, G., Schröder, A. S., Püschel, K., & Braun, C. (2009). Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: case study and review of the literature. *Forensic science international, 187*(1), e7-e11.

dd. Cheng, Q., Chen, F., & Yip, P. S. (2017). Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005. PloS one, 12(4), e0175580.

ee. McPhedran, S., & Baker, J. (2012). Suicide prevention and method restriction: evaluating the impact of limiting access to lethal means among young Australians. *Archives of suicide research, 16*(2), 135-146.

ff. Gunnell, D., Middleton, N., & Frankel, S. (2000). Method availability and the prevention of suicide–a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(10), 437-443.

gg. Beautrais, A. L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 413-419.

hh. Lung, F. W., Liao, S. C., Wu, C. Y., & Lee, M. B. (2017). The effectiveness of suicide prevention programmes: urban and gender disparity in age-specific suicide rates in a Taiwanese population. Public health, 147, 136-143.

ii. Alonge, O., Agrawal, P., Talab, A., Rahman, Q. S., Rahman, A. F., El Arifeen, S., & Hyder, A. A. (2017). Fatal and non-fatal injury outcomes: results from a purposively sampled census of seven rural subdistricts in Bangladesh. The Lancet Global Health, 5(8), e818-e827.

jj. Haw, C., & Hawton, K. (2016). Suicide and self-harm by drowning: a review of the literature. Archives of suicide research, 20(2), 95-112.

kk. Jin, H. M., Khazem, L. R., & Anestis, M. D. (2016). Recent advances in means safety as a suicide prevention strategy. Current psychiatry reports, 18(10), 96.

ll. Wallis, B. A., Watt, K., Franklin, R. C., Taylor, M., Nixon, J. W., &

Kimble, R. M. (2015). Interventions associated with drowning prevention in children and adolescents: systematic literature review. Injury prevention, 21(3), 195-204.

(2) 自殺數據監控

a. Miharu Nakanishi, Kaori Endo and Shuntaro Ando. (2017). The Basic Act for Suicide Prevention: Effects on Longitudinal Trend in Deliberate Self-Harm with Reference to National Suicide Data for 1996-2014. *Public Health, 14(1)*, 104. doi:10.3390/ijerph14010104.
b. Yik Wa LAW. (2016).Youth suicide and its prevention in Hong Kong: Emerging approaches to a long-standing issue. *Journal of Youth Studies, 19(2)*, 3-12.

(3) 國家自殺防治策略

a. Todd DL, Kathleen MR, Sy-Miin C, Anna PS, Leslie-Ann B. (2016). National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop:Advancing Research to Prevent Youth Suicide. Annals of Internal Medicine, 165, 795-799.
b. Dequincy AL. (2017). U.S. Political Parties and Support for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behavior*. doi: 10.1111/sltb.12350.
c. John M. (September 2016). The Continuing Challenge of Suicide Prevention *Journal of Psychiatric Practice, 22*, 5.
d. Nebraska State Government. (2015).*Nebraska Statewide Suicide Prevention Plan 2016-2020.* Retrieved from http://www.sprc.org/sites/default/files/NEBraska%20STATE%20SUIC %20PREV%20PLAN % 202016- 2020.pdf
e. Rhode Island Department of Health, Government of Rhode Island. (2002). *A Suicide Prevention Framework For Rhode Islanders Ages 15-24.* Retrieved from http://www.health.ri.gov/publications/programreports/ASuicidePreventionFrameworkForRhodeIslanders15-242002.pdf
f. Krysinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Calear, A. L., Cockayne, N., & Christensen, H. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(2)*, 115-118.
g. Jorm A. (2016).A month for reflecting on suicide prevention. *Aust N Z J Psychiatry, 50(2)*, 109-110. doi: 10.1177/0004867415626313.

h. Government of South Australia. (2012). *South Australian Suicide Prevention Strategy 2012-2016: Every life is worth living*.
i. Australian Healthcare Associates. (2014). *Evaluation of suicide prevention activities*.
j. Canadian Centre on Substance Abuse. (2010). *Stronger together: Canadian standards for community-based youth substance abuse prevention. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse*.
k. Carter, G., Page, A., Large, M., Hetrick, S., Milner, A. J., Bendit, N., & Burns, J. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(10)*, 939-1000.

(4) 自殺與國家經濟

a. Irina Kinchin, and Christopher M. Doran. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behaviour in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(4)*, 1-14. doi: 10.3390/ijerph14040347.
b. Shepard,D.S., Gurewich,D., Lwin,A.K., Reed,G.A..Jr, Silverman,M.M. (2016)Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy ImplicationsSuicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life-Threat Behavior, 46(3)*, 352-362.
c. Hajime Sueki. (2016). Willingness to pay for suicide prevention in Japan. *Death Studies, 40(5)*, 283-289.

(5) 心理衛生

a. Marutani, M., Yamamoto-Mitani, N., & Kodama, S. (2016). Public Health Nurses' Activities for Suicide Prevention in Japan. *Public Health Nursing, 33(4)*, 325-334.

(6) 媒體報導

a. Canady, V. A. (2016). AFSP guidance on suicide coverage stresses hope, prevention. Mental Health Weekly, 26(7), 6-6.
b. Torok, M., Calear, A., Shand, F., & Christensen, H. (2016). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for

successful behavioral and literacy change. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12324.

(7) 科技與自殺防治策略

a. Jo Robinson, Sarah Hetrick, Georgina Cox, Sarah Bendall, Hok Pan Yuen, Alison Yung, and Jane Pirkis. (2016).Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*, 28-35.
b. Alison J. Kennedy, Vincent Lawrence Versace and Susan A. Brumby. (2016). Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC Public Health, 16(1)*, 1-8. doi: 10.1186/s12889-016-3874-3.
c. Joseph Tighe, Fiona Shand, Rebecca Ridani, Andrew Mackinnon, Nicole De La Mata, Helen Christensen. (2017). Ibobbly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Journals, 7*, doi:10.1136/bmjopen-2016-013518.
d. Christabel Owens and Nigel Charles. (2016). Implementation of a text-messaging intervention for adolescents who self-harm (TeenTEXT): a feasibility study using normalisation process theory. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 10*, 1-9. doi: 10.1186/s13034-016-0101-z.

(8) 原住民自殺防治策略

a. Bushra Farah Nasir1, Leanne Hides, Steve Kisely, Geetha Ranmuthugala, Geoffrey C. Nicholson, Emma Black, Neeraj Gill, Srinivas Kondalsamy-Chennakesavan and Maree Toombs. (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Psychiatry, 16*, 1-7. doi: 10.1186/s12888-016-1059-3.
b. Campbell A, Chapman M, McHugh C, Sng A& Balaratnasingam S. (2016). Rising Indigenous suicide rates in Kimberly and implications for suicide prevention. *Australasian Psychiatry, 24(6)*, 561-564.
c. McCalman, J., Bainbridge, R., Russo, S., Rutherford, K., Tsey, K.,

Wenitong, M., & Jacups, S. (2016). Psycho-social resilience, vulnerability and suicide prevention: impact evaluation of a mentoring approach to modify suicide risk for remote Indigenous Australian students at boarding school. *BMC public health, 16(1)*, 98.

d. Lauren Tingey MPH, M. S. W., Lee, A., Suttle, R., Lake, K., Walkup, J. T., & Allison Barlow, M. A. (2016). Development and piloting of a brief intervention for suicidal American Indian adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online), 23(1)*, 105.
e. Philip, J., Ford, T., Henry, D., Rasmus, S., & Allen, J. (2016). Relationship of Social Network to Protective Factors in Suicide and Alcohol Use Disorder Intervention for Rural Yup'ik Alaska Native Youth. *Psychosocial Intervention*, *25*, 45-54.
f. Tingey, L., Larzelere-Hinton, F., Goklish, N., Ingalls, A., Craft, T., Sprengeler, F., McGuire, C., & Barlow, A. (2016). Entrepreneurship Education: A Strength-based Approach to Substance Use and Suicide Prevention for American Indian Adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*., *23(3)*, 248-270. DOI: 10.5820/aian.2303.2016.248.
g. James A, Sarah B, John G. (2016). Suicide and Substance Use disorder prevention for Rural American Indian and Alaska Native Youth. *Rural Ethnic Minority Youth and Families in the United States,* 185-201.

(9) 校園自殺防治策略

a. Kong, J. W., & Kim, J. W. (2016). A review of school-based suicide prevention interventions in South Korea, 1995–2015. *Children and Youth Services Review, 69*, 193-200.
b. W. LaVome Robinson, Mary H. Case, Christopher R. Whipple, Adia S. Gooden, Roberto Lopez-Tamayo, Sharon F. Lambert, and Leonard A. Jason. (2016). Culturally Grounded Stress Reduction and Suicide Prevention for African American Adolescents. *HHS Public Access, 1(2)*, 117-128.
c. Totura CM, Kutash K, Labouliere CD& Karver MS. (2017). Evaluating Active Parental Consent Procedure for School Programming: Addressing the Sensitive Topic of Suicide Prevention. *Journal of School Health, 87(2)*, 114-120.

(10)軍人自殺防治策略

a. Elizabeth K, Naiji L, Guoxin Z, Xin MT, Brady S, John D, Caitlin T, Robert MB. (2016). Measuring Associations of the Department of Veterans Affairs' Suicide Prevention Campaign on the Use of Crisis Support Services. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(4)*, 447-456.
b. Ramchand, R., Ayer, L., Geyer, L., AND Kofner, A. (2016). Factors that Influence Chaplains' Suicide Intervention Behavior in the Army. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46 (1)*, 35-45.

(11)老人自殺防治策略

a. Kim, J. P., & Yang, J. (2017). Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational study. *Geriatric nursing, 38(2)*, 97-105.
b. Hirofumi Oyama, Tomoe Sakashita. (2016)Long-Term Effects of a Screening Intervention for Depression on Suicide Rates among Japanese Community-Dwelling Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry, 24(4)*, 287-296. doi: 10.1016/j.jagp.2015.10.008.

(12)社區自殺防治策略

a. Godoy Garraza, L., Peart Boyce, S., Walrath, C., Goldston, D. B., & McKeon, R. (2016). An economic evaluation of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12321.
b. Antonios Paraschakis, Ioannis Michopoulos, Christos Christodoulou, Filippos Koutsaftis, and Athanassios Douzenis. (2016) Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention. *Journal of forensic sciences, 61*, 1660-1663.
c. Wilcox HC, Kharrazi H, Wilson RF, Musci RJ, Susukida R, Gharghabi F, Zhang A, Wissow L& Robinson KA. (2016). Data Linkage Strategies to Advance Youth Suicide Prevention: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine*,*165(11)*,779-785.
d. H. Oyama and T. Sakashita. (2017). Community-based screening intervention for depression affects suicide rates among middle-aged

Japanese adults. *Psychol Med, 47(8)*, 1-10. doi: 10.1017/S0033291717000204.

(13)地方自殺防治策略

a. McHugh, C., Balaratnasingam, S., Campbell, A., & Chapman, M. (2017). Suicidal ideation and non-fatal deliberate self-harm presentations in the Kimberley from an enhanced police–mental health service notification database. *Australasian Psychiatry, 25(1),* 35-39.
b. Sun, H. J. (2016). Suicide prevention efforts for the elderly in Korea. *Perspectives in public health, 136(5),* 269.

(14)守門人訓練與教育

a. Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Kramer, A. C., Wills, A., & A King, C. (2016). Identification, response, and referral of suicidal youth following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide and life-threatening behavior, 47(3), 297-308*. doi: 10.1111/sltb.12272.
b. Shannonhouse, L., Lin, Y., Shaw., K., Porter., M. (2017). Suicide Intervention Training in K-12 Schools: A Quasi-experimental Study on ASIST. *Journal of Counseling and Development, 94(1)*, 3-13.
c. Rutt, C. C., Buser, T. J., & Buser, J. K. (2016). Evaluating a Training Intervention for Assessing Nonsuicidal Self-Injury: The HIRE Model. *American Counseling Association*, *55*, 123-136.
d. Philip O, Jodi MF, Makenna NW, Jungyai KO, Stacey S. (2016). Modeling the Longitudinal Direct and Indirect Effects of Attitudes, Self-Efficacy, and Behavioral Intentions on Practice Behavior Outcomes of Suicide Intervention Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* doi: 10.1111/sltb.12288
e. Hashimoto, N., Suzuki, Y., Kato, T. A., Fujisawa, D., Sato, R., Aoyama-Uehara, K., Otsuka, K. (2016). Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70*(1), 62-70.
f. Alan R. Teo, Sarah B. Andrea, Rae Sakakibara, Satoko Motohara, Monica M. Matthieu and Michael D. Fetters. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. BMC Psychiatry, 16(211), 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-0924-4.
g. Choi, Y. J., & Lee, W. Y. (2017). The prevalence of suicidal ideation and

depression among primary care patients and current management in South Korea. *International journal of mental health systems, 11(1),* 18.

(15)LGBT

a. Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA pediatrics, 171(4)*, 350-356.
b. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health,106(5)*, 1-12.

(16)臨床實務

a. Haddock G, Davies L, Evans E, Emsley R, Gooding P, Heaney L, Jones S, Kelly J, Munro A, Peters S, Pratt D, Tarrier N, Windfuhr K, & Awenat Y.(2016). Investigating the feasibility and acceptability of a cognitive behavioural suicide prevention therapy for people in acute psychiatric wards (the 'INSITE' trial): study protocol for a randomised controlled trial. Trials, 17, 1.doi: 10.1186/s13063-016-1192-9.
b. Karen Jamesa, Isaac Samuelsb, Paul Moranc, Duncan Stewartd. (2017).Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders, 214*, 67-73.
c. Jo Robinson, Sarah Hetrick, Georgina Cox, Sarah Bendall, Hok Pan Yuen, Alison Yung, and Jane Pirkis. (2016).Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*, 28-35.
d. Devenish B, Berk L& Lewis AJ. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(*8*),*726-740.
e. Brent, D. (2016). Prevention programs to augment family and child resilience can have lasting effects on suicidal risk. *Suicide and life-threatening behavior,46(1)*, 39-47.
f. Bucy, R. A., Hanisko, K. A., Kamphuis, L. A., Nallamothu, B. K.,

Iwashyna, T. J., & Pfeiffer, P. N. (2017). Suicide Risk Management Protocol in Post–Cardiac Arrest Survivors: Development, Feasibility, and Outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, *14*(3), 363-367.

g. Elizabeth GM, Eva Maria MA, Carolyn EB, Phillip A. (2016). Management of Self-Harm Injuries in the Maxillofacial Region: A Report of 2 Cases and Review of the Literature. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 74(1198)*, 1-9.

(17)電話與自殺防治

a. Brian LM, Marc D, Cecile B,Francois C, Bogdan B, Sylvaine R, Julie C. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(5)*, 577-587.

b. Gould, M. S., Lake, A. M., Munfakh, J. L., Galfalvy, H., Kleinman, M., Williams, C., & McKeon, R. (2015). Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: Evaluation of caller risk profiles and interventions implemented. *Suicide and life-threatening behavior, 46(2)*, 172-190. doi: 10.1111/sltb.12182.

c. Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J. L., Wright, J., & McKeon, R. (2017). Follow‐up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide and life-threatening behavior.* doi: 10.1111/sltb.12339.

d. Jan KM, Merijn E, Annemiek H, Jasper W, Renske G, Ad JFMK, Johannes HS. (2016). Evaluation of the 113Online Suicide Prevention Crisis Chat Service: Outcomes, Helper Behaviors and Comparison to Telephone Hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47(3)*, 282-296. doi: 10.1111/sltb.12286.

2) 國外自殺防治文獻整理：以三大策略為框架，將這 17 種類型再根據三大策略區分成表 4-7-3：

表 4-7-3、國外自殺防治文獻類型

全面性自殺防治策略(57)	減少致命性自殺方法的可得性(38)
	自殺數據監控(2)
	國家自殺防治策略(11)
	自殺與國家經濟(3)
	心理衛生(1)
	媒體報導(2)
選擇性自殺防治策略(33)	科技與自殺防治策略(4)
	原住民自殺防治策略(7)
	校園自殺防治策略(3)
	軍人自殺防治策略(2)
	同志自殺防治策略(2)
	老人自殺防治策略(2)
	社區自殺防治策略(4)
	地方自殺防治策略(2)
	守門人訓練與教育(7)
指標性自殺防治策略(11)	臨床實務(7)
	電話自殺防治(4)

3) 為因應 2017 年需求項目之分析常見自殺工具之具體策略，另外將全面性策略中「減少致命性自殺方法的可得性」此類別的 38 篇文章，根據其主題以及所關注的議題區分成 8 種類型：自殺防治策略回顧、自殺方法回顧、特定自殺方法─上吊、特定自殺方法─燒炭、特定自殺方法─固體或液體中毒、特定自殺方法─高處跳下、特定自殺方法─溺水、特定自殺方法─其他與其他主題。

表 4-7-4、常見自殺方法或工具相關文獻清單

排序	名稱	年代
	自殺防治策略回顧	
1	Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review	2016
2	Preventing suicide: a global imperative	2014
3	Suicide in Asia: opportunities and challenges	2012
4	Suicide prevention strategies: a systematic review	2005
	自殺方法回顧	
1	Reducing a Suicidal Person's Access to Lethal Means of Suicide	2014
2	Means restriction for suicide prevention	2012
3	Suicide Methods in Asia: Implications in Suicide Prevention	2012
4	Controlling Access to Suicide Means	2011
5	Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice	2010
6	Lethality of suicide methods	2008
7	Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression"	2008
	特定自殺方法─上吊	
1	The epidemiology and prevention of suicide by hanging: A systematic review	2005
2	Death by hanging: Implications for prevention of an important method of youth suicide	2000
	特定自殺方法─燒炭	
1	Assessing the efficacy of Restricting access to barbecue charcoal for suicide prevention in Taiwan: A community-based	2015

排序	名稱	年代
	intervention trial	
2	An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact	2009
3	Suicide by means of a charcoal grill. Casuistic report with review of the literature	2008
4	Overview of Suicide by Charcoal Burning and Prevention Strategies	2016
	特定自殺方法—固體或液體中毒	
1	Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: Analysis of national mortality trends 2006–2013	2017
2	High lethality and minimal variation after acute self-poisoning with carbamate insecticides in Sri Lanka – implications for global suicide prevention	2016
3	Risk factors of suicide attempts by poisoning: Review	2014
4	Self-poisoning suicide deaths in England: Could improved medical management contribute to suicide prevention	2010
5	The hospital management of fatal self-poisoning in industrialized countries: An opportunity for suicide prevention?	2006
	特定自殺方法—高處跳下	
1	Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland	2017
2	Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: A review	2007
3	Suicide by jumping and strategies to prevent it	2006
4	Prevention of suicide by jumping: The impact of restriction of access at Beachy Head, Sussex during the foot and mouth crisis 2001	2005
	特定自殺方法—溺水	
1	Suicide and Self-Harm by Drowning: A Review of the Literature	2016
2	Recent Advances in Means Safety as a Suicide Prevention Strategy	2016

排序	名稱	年代
3	Suicidal Drownings with Psychiatric Disorders in Shanghai: A Retrospective Study from 2010.1 to 2014.6	2015
4	Methods of Committing Suicide Among 2,347 People in Ohio	2015
	特定自殺方法─其他	
1	The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household Members: A Systematic Review and Meta-analysis	2014
2	Suicide, Guns, and Public Policy	2013
3	Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: Case study and review of the literature	2009
	其他主題	
1	Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005	2017
2	Suicide Prevention and Method Restriction: Evaluating the Impact of Limiting Access to Lethal Means Among Young Australians	2012
3	Method availability and the prevention of suicide – a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975	2000
4	Methods of Youth Suicide in New Zealand: Trends and Implications for Prevention	2000

另針對表 4-7-4 可以討論歸納成八組特徵，以下將說明各類型的特徵：

(1) 自殺防治策略回顧

「自殺防治策略回顧」為回顧亞洲自殺概況、世界自殺概況與各種自殺防治策略等文獻，可對自殺研究與自殺防治策略建立一個整體性的認識與架構。

(2) 自殺方法回顧

「自殺方法回顧」則是針對各種自殺方法或工具的現況、調查與防治，做一個整體性的研究與回顧，其中包含亞洲自殺方法與歐洲自殺方法的研究。

(3) 特定自殺方法─上吊

「特定自殺方法─上吊」為針對上吊這種自殺方法研究之文獻。

(4) 特定自殺方法─燒炭

「特定自殺方法─燒炭」為針對燒炭這種自殺方法研究之文獻。

(5) 特定自殺方法─固體或液體中毒

「特定自殺方法─固體或液體中毒」為針對固體或液體中毒這種自殺方法研究之文獻。

(6) 特定自殺方法─高處跳下

「特定自殺方法─高處跳下」為針對高處跳下這種自殺方法研究之文獻。

(7) 特定自殺方法─溺水

「特定自殺方法─溺水」為針對溺水這種自殺方法研究之文獻。

(8) 特定自殺方法─其他

「特定自殺方法─其他」為針對其他自殺方法研究之文獻，其中包含槍械自殺與特殊自殺方法之文獻。

(9) 其他主題

「其他主題」指的是針對自殺方法的特定或相關主題研究之文獻，其中包含研究媒體對自殺方法之影響、評估限制致命自殺方法對特定群之影響或針對特定國家之自殺方法調查與防治等文獻。

最後，這些先進國家的近兩年文獻都可以用「全面性」(universal)、「選擇性」(selective)和「指標性」(indicated)策略這三種層次來區分，且這三層次的文獻數目呈現遞減狀態。上半年度已將「選擇性」策略的文獻翻譯並整理完畢，將於下點呈現之，下半年將繼續分析整理全面性、指標性及自殺工具防治相關文獻，並根據結果提出我國自殺防治策略擬定建議。

4) 國外全面性自殺防治策略整理

本次搜尋之全面性自殺防治相關文獻內容，涵蓋國家級自殺防治策略(包含自殺與國家經濟間的影響、致命性自殺方法的可得性、自殺數據監控，以及媒體報導。

(1) 國家級自殺防治策略

「國家級自殺防治策略」指的是該國政府的自殺防治策略，同時也代表政府對於自殺防治的相關規畫。典型的國家策略有一系列的防治措施，本次蒐集南澳、內布拉斯加州、羅德島、美國、澳洲以及世界衛生組織，下面將針對幾個重點國家策略做摘要與介紹。

a. 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)提出簡易型公共衛生模式，請見圖 4-7-1

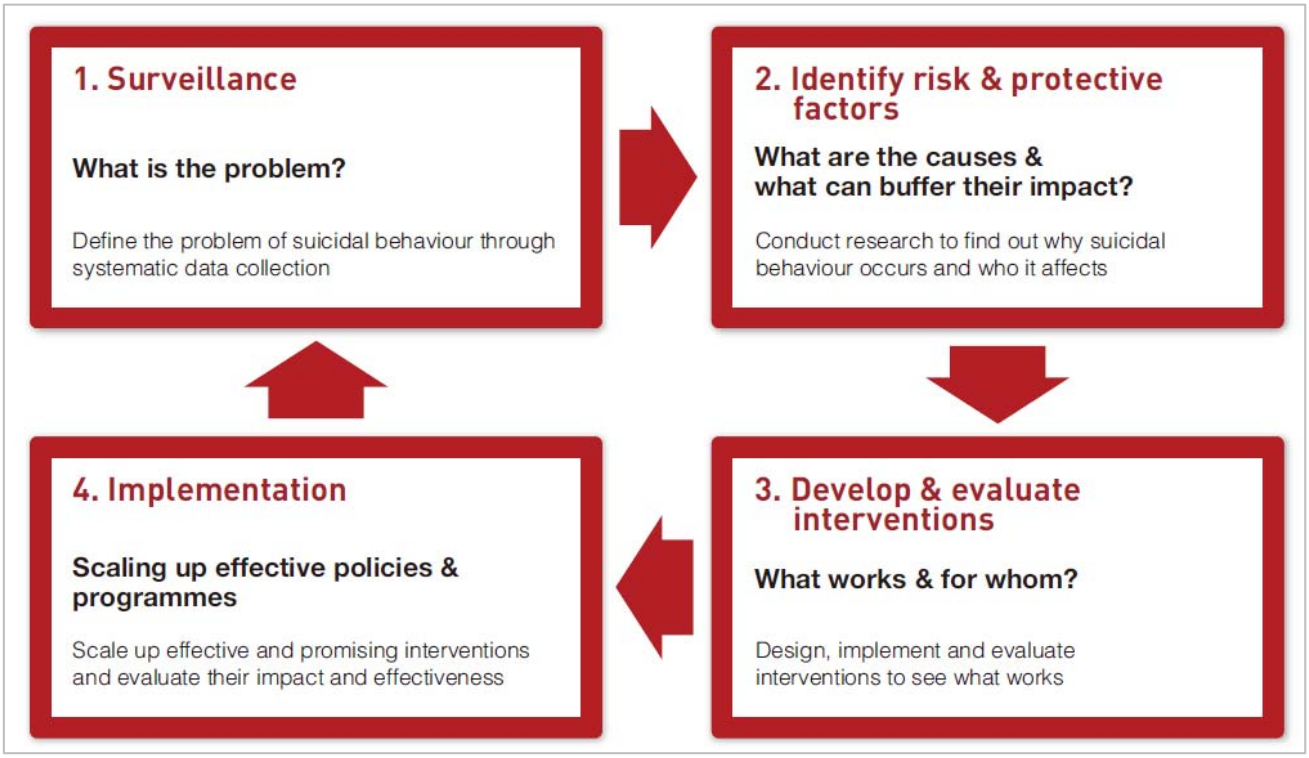


圖 4-7-1、公共衛生模型

見圖 4-7-1 的公共衛生模型從界定問題並監測(Surveillance)自殺事件定義自殺想法與行為，並蒐集相關資料辨認危險因子與保護因子(Identify risk& protective factors)，找出引發自殺行為的原因，發展出評估與介入方法(Develop & evaluate interventions)，最後則是實施(Implementation)介入措施與評估，完成一輪後再作一輪的監測步驟。世界衛生組織所提供的自殺防治公共衛生模型雖然看起來容易，但對於國家設立策略，仍具備足夠參考價值與典範。

《自殺防治：全國要務》這本報告書，最大的貢獻則是針對自殺危險因子與其相關介入方式繪製成圖表，見圖 4-7-2 可以清楚看見自殺危險因子的介入和方式產生的關聯。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(relationship)與個體(individual)，這是一個層級生態的模式。而圖 4-7-2 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的情境。

Figure 7. **Key risk factors for suicide aligned with relevant interventions**
(Lines reflect the relative importance of interventions at different levels for different areas of risk factors)

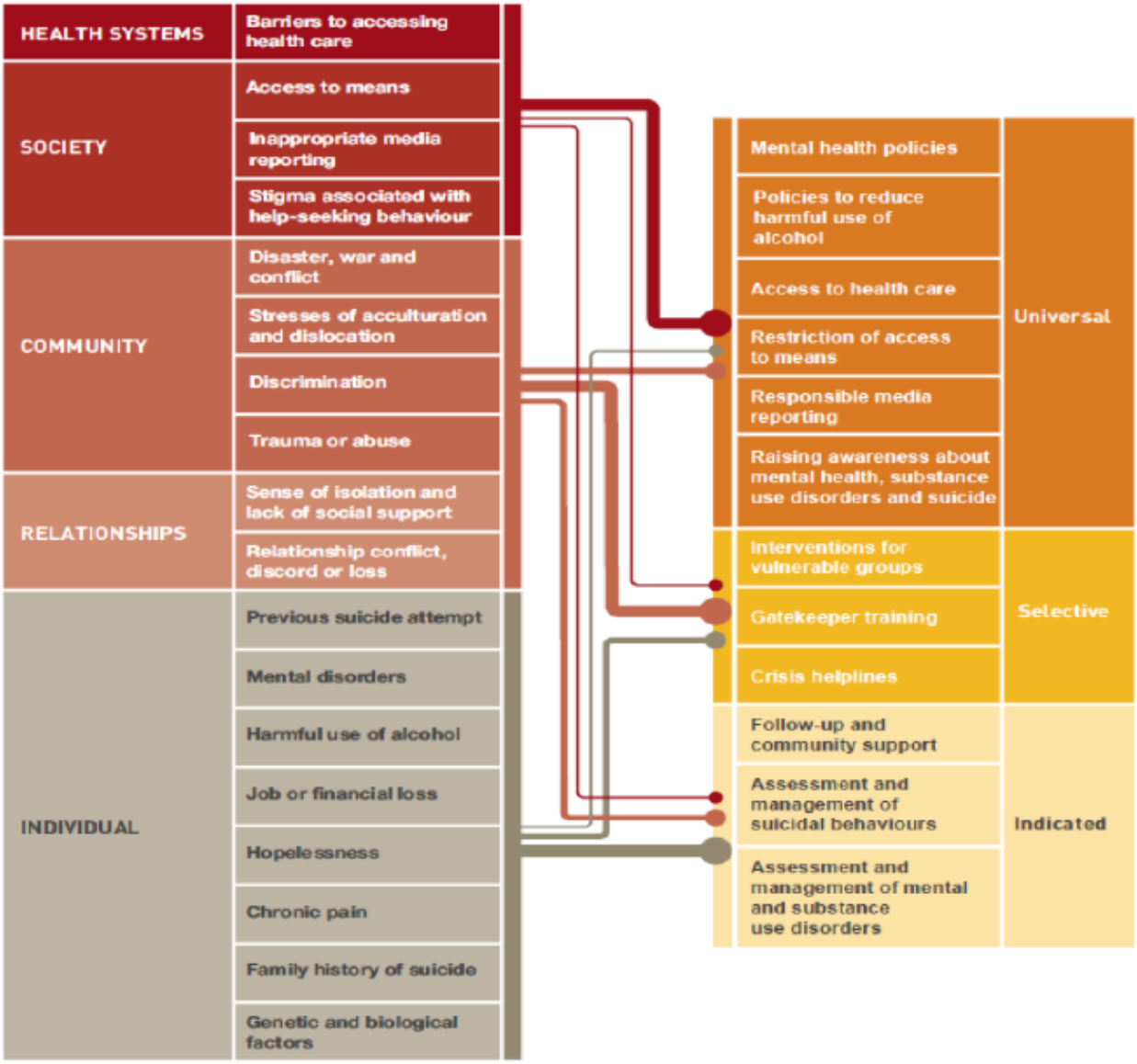


圖 4-7-2、自殺危險因子與其相關介入方式

自殺介入則被分類成全面性(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的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、

降低致命性工具取得性、監督媒體報導等，來促進心理衛生與減少自殺危機。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高風險群，像是精神疾患、重複在自殺者、自殺企圖者。

由圖 4-7-2 除了可以看到危險因子以及列入方法的分類，更可以從線條的粗細看見它們彼此間的關係，線條粗則代表重要，反之細則代表不重要。原則上可以看到衛生系統與社會為全面性，社區與人際關係則被列為指標性原則，個人則被列為選擇性。

總結以上，我國可以參照圖 4-7-2「自殺危險因子與其相關介入方式」，設立規畫自殺防治的架構，用來檢視我國的自殺防治策略。

b. 美國

2016 年紐約時報頭版標題「美國自殺率上升至 30 年來最高」，美國從 1999 年至 2014 年的自殺率上升 24%，其中 45 歲至 64 歲的女性上升 63%，男性則上升 43%，顯示近年來美國中年自殺率上升，多少和社會轉變有相關。

美國《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》是建立在 2012 年《國家自殺防治策略》(*National Suicide Prevention Strategy*, 2012) 的基礎上，採用生態學取徑(ecological approach)，來假設危險因子和保護因子可從許多不同層次（包含個人、圍繞在個人的人際關係及其對行為的影響、人際關係的社群、社會因素）的互動中獲得，以便能規劃行動計畫，在每個層次上加強保護來遠離自殺或減少周遭的自殺危險因子，見圖 4-7-3。

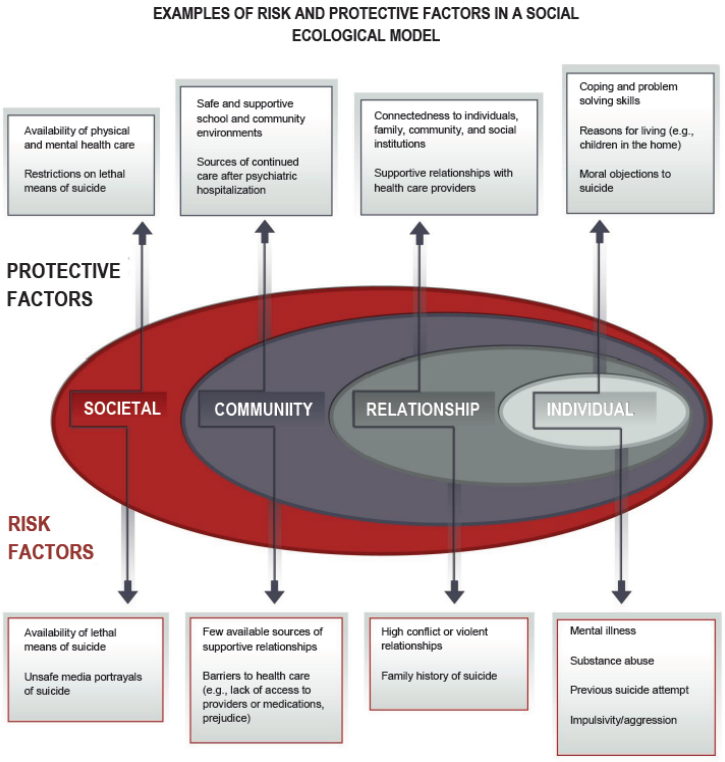


圖 4-7-3、社會生態模型中的危險與保護因子

《國家自殺防治策略》是由四個「相互關聯與互動，而非單獨運作」的戰略方向組織而成，包含：

a) 提升個人、家庭與社群的健康與權力
b) 臨床與社區防治的服務
c) 治療與支持的服務
d) 監測、研究與評估

《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》則是在這四個相互連結的策略方向上組織目標與對象，必須與全國各州的個人、組織、社區、系統（例如:教育、公共衛生、司法等）來共享，為州立機構、區域單位、社區聯盟與組織提供了一個框架，指導與發展自殺防治相關的行動計劃，並通過確立優先的策略來促進共同的責任感，《內布拉斯加州自殺防治計畫 2016-2020》的策略如下：

a) 提升個人、家庭與社群的健康與權力

策略1：增進內布拉斯加州人關於提升健康與復原力之因子的知識。

策略2：增加內布拉斯加州人知道危險信號及如何幫助處於自殺風險的人們之數量。

b) 臨床與社區防治的服務

策略3：整合內布拉斯加州內所有系統中，具有實證資料、具文化敏感度的自殺防治策略。

策略4：強化的在地/區域的合作，提升衛生促進與早期預防。

c) 治療與支持的服務

策略5：提升國家對於自殺風險評估與管理的臨床專業知識。

策略6：增加國家危機管理機構的可用度。

d) 監測、研究與評估

策略7：拓展定期收集數據的使用，以衡量所有層級(州、區、地方、組織)在自殺防治目標與行動計劃的進展狀況

策略8：強化各層級在資訊傳播上的合作。

c. 澳洲

《南澳自殺防治策略 2012-2016》報告中首先提出，自殺因素是複雜的，非由單一原因所造成，這些因子屬於個人，亦有部分屬於社會結構，見圖 4-7-4。

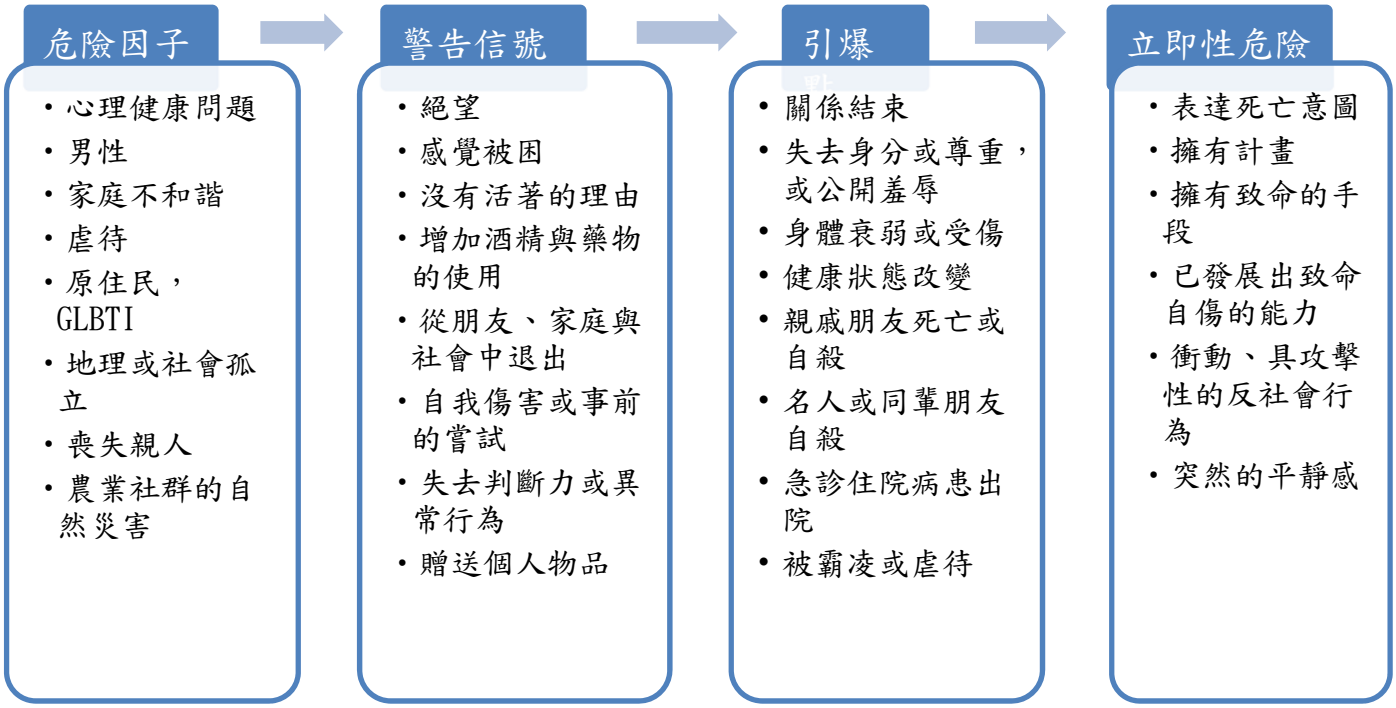


圖 4-7-4、從危險因子過度到立即性危險

藉此，《南澳自殺防治策略 2012-2016》提出九個指導原則，包含：

a) 不要傷害。
b) 第一道門是正確的門。
c) 每個人都需要同情與理解。
d) 自殺防治活動應以最佳的實踐為基礎。
e) 提升個人韌性與健全的環境。
f) 發展夥伴關係。
g) 提供並回應那些處於心理壓力人們的需求。
h) 認識並尊重社群的多樣性。
i) 顯示可持續發展和長期的承諾。
j) 以及七個目標，包括覺察、預防、介入及事後介入，以回應全體社群：
k) 提供一個擁有復原力個體與支持性環境的包容性社群。
l) 提供一個可持續的、可協調的方式提供服務、資源及社區資訊以預防自殺。
m) 提供具有針對性的自殺防治倡議、活動與計畫。
n) 將這個影響南澳的區域問題列為優先事項。
o) 提供具有針對性的事後介入活動與計畫。
p) 改善及理解自殺與自殺防治的實證資料。
q) 自殺防治實踐的標準與持續精進。

澳洲《國家自殺防治策略》（National Suicide Prevention Strategy，NSPS）自 1990 年代提出，使得自殺率下降並持續十年，藉此，為回應社會的聲音，國家精神健康委員會(National Mental Health Commission)希望能達成十年內降低 50%的自殺死亡率，Krysinska 等學者，建議採取「多層次系統」的自殺防治方法，有助於辨識哪些策略應優先考慮並產生最大的影響力，以及同時在地區實施多種策略，其提出九種可實施的策略，並預估每年可拯救的生命，但實行後成果遠低於降低 50%的目標，但從計算人口可預測分數的結果得出，系統取向方法能導致澳洲自殺企圖及自殺身亡人數大幅減少，另外，考慮到介入措施的普及率，最有效減少自殺企圖的策略是「社會心理治療」。

針對十年內降低 50%的自殺死亡率目標，Hegerl & Kohls 表示需加強憂鬱症治療作為自殺防治策略；Schaffer & Sinyor 則表示要加強精神衛生上的照顧與抗憂鬱症的治療(Jorm , 2016)。

澳洲衛生與老年部門(Australian Government Department of Health

and Ageing，DoHA)委託澳洲醫療保健協會(Australian Healthcare Associates，AHA) 負責評估從 2006 年至 2013 年間，根據國家自殺防治計畫(National Suicide Prevention Program，NSPP)資助的全面性、選擇性、指標性自殺防治活動及採取行動解決自殺(Taking Action to Tackle Suicide，TATS)方案的內容，以確定這些活動的適用性、效用及效率，以便了解未來政策方向與實施自殺防治活動，建立一個可持續使用的全面評估框架，並製作《自殺防治活動評估》報告。

其中 NSPP 及 TATS 計畫的共同目標旨在減少自殺企圖、自殺身亡與自殺行為對澳洲的影響，NSPS 其中一個組成部分是「活著，為了所有人」(Living Is For Everyone，LIFE)框架，它為澳大利亞的自殺防治提供了實證基礎的策略政策框架；LIFE 框架概略描述了澳洲自殺防治的願景、目的、原則、行動區域與建議成果，2011 年 9 月，LIFE 框架在所有的管轄範圍內被採納為澳洲整體的自殺防治框架(自殺防治活動評估)。

(2) 致命性自殺方法的可得性

本次搜尋國外常見自殺方法或工具自殺防治相關文獻內容包含自殺方法以及自殺策略的回顧、特殊自殺方法(包含上吊、燒炭、固體或液體中毒、高處跳下、溺水、其他)、自殺數據監控、媒體報導，以下將針對此三類主題介紹國外相關研究結果。

a. 自殺防治策略回顧

自殺防治為當今重要的公眾議題，擬定自殺防治策略為當務之急。從鄰近亞洲國家來看，日本自 1996 年至 2014 年進行縱貫性趨勢研究，發現自殺個案從 1996 年的 2,078 人直至 2008 年達到高峰，約有一半的病人因自殺而入院 (Nakanishi, Endo & Ando, 2017)。顯現自殺防治之重要性。而自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性。香港於 2016 年針對自殺現況進行研究，發現自殺防治策略已經不能以單一群或個體進行，而要能以更為廣泛的方向進行，從環境及脈絡工作，以提高自殺防治工作之完整性。

b. 自殺方法回顧

全面性的自殺防治，最重要的部分在於大眾宣傳及推廣自殺防治的重要性。藉由系統性文獻回顧，發現在自殺防治策略上，透過大眾傳播媒體能成為有效預防自殺之策略(Torok, Calear, Shand, & Christensen, 2016)。而針對比較特殊的場域進行自殺防治的推廣，則會需要透過不同的專業人員與以協助。如針對提高學生參與公共自殺防治策略之動機進行研究，發

現透過學校端的專業輔導老師與學生直接面對面進行溝通及互動，將有助於自殺防治策略之推動(Totura, Kutash, Labouliere & Karver, 2017)。

c. 減少致命性自殺方法

a) 特定自殺方法-上吊

在所有自殺致命性工具中，上吊是最困難防禦的一個方法，在臺灣過去 20 年上吊占率最高的方法之一占率達 4.2%，自殺方法排名第 8，大約占三到四成的自殺方法，近 5 年雖然這方法在整體自殺趨勢變化皆為下降，近幾年每年仍至少有一千多個左右的個案死於上吊，而有九成死於家中。Gunnell 等人於 2005 年研究針對上吊自殺的自殺工具與方法做系統性回顧研究，結果顯示上吊工具從皮帶、電線等都可備受利用，同時透過懸掛點(例如：樑、掛勾、門把、樹木)，即可完成上吊自殺動作。在預防方式上，在家中部分主動預防方式仍缺少，僅能以消極性的提醒家中成員、社區鄰里增加對自殺的敏感度，幫助內心感到脆弱的危險群，能夠及時獲得資源協助。在監獄與病房則有較積極的方式，美國研究上發現若在監獄中移除懸掛點，並於監獄中的配備或者衛浴需要事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應(Gunnell et al.,2005)，增加相關人員輔導傾聽技巧，並改善醫療體系的緊急醫療管理、自殺管理指引，及時能夠對上吊自殺事件及時介入。

b) 特定自殺方法-燒炭

燒炭從國外文獻中發現，多數發生在香港、韓國、臺灣等亞洲國家，使用燒炭群可歸類為男性、離婚或未婚、並有經濟上困難之對象是高自殺危險群，韓國 Nam-Ju 等學者於 2014 研究 2000 到 2001 年在韓國使用燒炭自殺方法趨勢，發現燒炭自殺深受媒體影響，特別是當報導出現燒炭的方式、報導過於聳動使用燒炭自殺事件，都會使民眾出現仿效，導致燒炭自殺案例增加，而對於使用燒炭自殺的人員，在出院後重複自殺率是高的，城鄉比較上使用燒炭自殺，城鎮上會因為容易取得燒炭工具，而自殺比率高於郊區鄉鎮，目前燒炭防治方法，在香港與韓國則是透過限制木柴販售降低自殺者。

近年我國研究，燒炭自殺占率 6.5%，排名自殺方法第 4 是較多人使用的方法之一，目前則是有部分縣市透過限制木炭方式來降低燒炭自殺率，研究顯示在臺灣施行限制木炭取得方式納入限制，例如於購買時做登記、或將放置地點放在店員能夠管控地方，但成效不明顯(Chen et al.,2015)，

卻可以看到燒炭使用年齡中 25 歲到 64 歲男性以及 25 歲到 44 歲女性使用燒炭自殺比率減少，而透過社區做為單位的控制，的確減低區域上整體以木炭作為自殺方式自殺率。

c)特定自殺方法-固體或液體中毒

在所有自殺防治中，固體或液體中毒在台統計從 2017 年 1 月至 10 月占率達 50.6%，排名第 1，為最主要自殺通報的方法。Pires 等人於 2014 年研究發現，藥物由於容易取得，成為自殺者最常被使用的方式，而多數使用藥物者都有精神疾病、負面壓力的生活事件等複雜因素，且使用性別上女性多於男性，平均年齡落在 15-40 歲，並伴隨單身(離婚、喪偶)、低教育程度、失業、酒精藥物濫用、精神疾病、服用抗憂鬱劑等高危險特徵，因應高危險群設計介入策略。

另外，在美國透過文獻回顧，發現 2003 年，英國及威爾斯則將罐裝藥瓶改為硬塑膠包裝(blister pack)，但此方法並沒有發現顯著的效用，但對於降低高危險群處碰到藥物的確可以降低服用藥物自殺率，因此應針對藥物管理研擬服藥、領用藥物條例，避免讓患者有過度儲藥的機會(Jin et al.,2016)。

d)特定自殺方法-高處跳下

對於高處跳下自殺，歐洲 Hemmer 等學者於 2017 年檢驗瑞士在預防高處墜落(如橋梁、或其他高建築物)是否有成效，發現設立柵欄與安全網等結構性防阻設施對於自殺防治是有效的。該研究透過柵欄與安全網護相比較下，柵欄高度至少要有 2.3 公尺高，橋墩部分則應該加設防護欄，避免民眾攀爬，而安全網則應顯著低於行人路面，並有足夠的寬、深度，約 4 公尺深是必要的且防護完善，或至少在 15 公尺以上的高度時禁止跳躍，而加設護欄及安全網介入，明顯讓自殺率下降。

在美國的研究中，試圖從降低青少年以及精神疾患減低能獲取自殺工具做管制，探討是否能夠因此減少自殺比率，研究發現若能夠在橋梁邊安裝護欄或屏障，跳橋事件也明顯降低(Barber et al.,2014)，而且發現降低報章與電子傳播媒體報導相關事件，避免讓民眾了解其方法之使用，也能夠降低跳橋被使用做來自殺，反應我國在高處跳樓占率 5.9，排名自殺方法第 6 名或許也能在主要幹道、建築物上設置安全網，以降低高處跳下自殺率。

e)特定自殺方法-溺水自殺防治

溺水自殺事件發生頻繁，從過去報導案例比較城鄉間與性別對於自殺的差異，會發現郊區、靠水邊有較高的地區發生溺水自殺事件較多，性別上則以男性居多，自殺占 2.8%，自殺方法排名第 12 名。由從中國大陸的溺水研究中，透過心理剖析研究了解溺水自殺者的特性，發現男性遠比女性多，且透過溺水自殺年齡層多位於 22 到 29 歲，而自殺原因除了精神疾患以外，還包含感情因素、失業、經濟壓力等原因，精神疾患部分則以憂鬱症占率最高達 33.7，思覺失調症則占率 20.2%，而從這些亡者得就診紀錄來看，發現多數並未接受就診或是根本無長期遵從遺囑(Fang et al.,2015)。

而面對溺水自殺事件，英國學者 Haw 等人於 2016 年透過英格蘭、威爾士從 2000 年至 2012 年蒐集文獻以系統性探討研究，試圖從中透過自殺趨勢研擬出相關介入方法，發現歐洲國家溺水率除盧森堡，多女性多於男性，而從西方研究會發現老人比年輕人使用溺水方法較多，而在 3 成的比率占有癌症。而由於溺水相關高質量研究稀少，對於研擬具體策略是有困難的，主要多為在熱點或者水邊設立警告標示以及電話，限制進入深水區域，並針對自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區，以降低跳水自殺的再發生。

f)特定自殺方法─其他

而除了範圍較廣之全面性防治策略，另外也探討特定自殺方法之防治策略。例如(Chung, Kang, Matsubayashi, Sawada, & Ueda, 2016)針對鐵路自殺進行研究，發現若能在月台加裝全高式月台門，將能比半高式月台門更加有效預防自殺發生。顯示在不同的情境場合與團體群之下，自殺防治策略應能因地制宜，以達到更佳的防治效益。

d. 自殺數據監控

每年全球各國都會進行各地區的自殺數據統計，以監控自殺死亡率在社會的趨勢。自殺數據監控可謂預防自殺的基礎，一旦發現有上升的情形，當局可立刻採取相應的對策降低自殺發生幾率。例如日本於 2014 年時進行了一項全國蓄意自傷而入院的個案數據調查，結果發現從 1996 年到 2004 年之間 13014 個患者當中，男女比例相差不大，而以藥物或物質中毒自損的死亡率不超過 7%。當局即可從藥物或物質自殺工具實行介入策略，降低自殺或自傷風險性。

同時，自殺率也反映了某些社會議題是助長自殺議題的危險因子，也

可以分析出具有自殺高風險的群，加以實行重要政策等。有鑒於此， Law（2016）也指出香港 15 歲到 24 歲的自殺率從 1981 年到 2014 年在 5.9%到 6.1%間徘徊。自殺原因大多為人際關係(感情、家庭關係等)或學業壓力與大型測驗成績不良。偵測年輕人的自傷行為原由與年齡，便可配合其社會網絡落實關懷與介入策略，例如加強學校心理健康宣導或結合網絡發展趨勢實行線上救援、手機 apps 年輕人支持網絡等。

因此自殺數據的監控成為了一道重要的基礎防線，降低自殺風險。

e. 媒體報導

當今媒體在社會中影響深遠，藉由各式各樣的媒介如報紙、電視、網路等提供民眾各種資訊，近至國內，遠至國外，深深影響社會大眾態度、信念與行為，包括媒體在自殺防治上也扮演著重要的角色。

其中，大眾媒體宣傳活動越來越被視為自殺防治重要的一環。近期的文獻回顧旨了解其的功效，並探討如何優化大眾媒體宣傳活動以防止自殺。Torok 等人（2016）透過觀察大眾媒體在全球的效能以及成功機制，指出其中十二個大眾媒體自殺宣傳活動的效能，相較其他自殺防治策略的效果最為顯著，而“獨立廣告”則適用於提高自殺知能(literacy)。曝光的程度，重複曝光和社區參與對促成這些宣傳活動的成功似乎是很基本的要素。Candy（2016）也同時指出，媒體報道自殺新聞所涵蓋的圖文也可能會影響社會大眾對自殺行為的視角與認知，導致偏差的自殺價值觀。

當各種傳統媒體和社交媒體平台的迅速發展，Law（2016）一項香港在地研究提出可用多層次的自殺防治策略，例：利用線上的心理教育網站，給社區成員、守門人及危機處理人員(警衛、警察、至公)並改良醫療與社政對有自傷行為的個案的轉介系統。

(3) 國外選擇性自殺防治策略整理

本次搜尋之選擇性自殺防治相關文獻內容涵蓋守門人訓練、社區及校園自殺防治、科技自殺防治及特定團體(軍人、同志、老人、原住民)自殺防治等，以下將針對此四類主題介紹國外相關研究結果。

a. 守門人訓練

守門人訓練為選擇性自殺防治最重要的一環，許多國外研究皆發現守門人訓練對於降低自殺率有幫助。美國研究發現守門人訓練對於軍隊關懷自殺軍人的牧師而言，可以提高其介入意願及介入後成效，並減少牧師本

身對自殺行為的汙名化(Garraza et al., 2016)。Ewell 等人於 2016 的研究針對一般民眾(年齡從 18 歲至 70 歲)進行守門人訓練，結果顯示受訓者辨認他人自殺徵兆的能力相較於受訓前有顯著上升。

b.社區及校園自殺防治

社區及校園自殺防治方面，日本有研究發現在社區進行憂鬱症篩檢，並在篩檢後給予立即的照護或支持，有助於減低日本中年人自殺率(Oyama et al., 2017)。同在亞洲的韓國目前的基層醫療體系則尚無有效的篩檢系統來識別高自殺風險的患者，因此有研究建議應提供基層醫師足夠的相關自殺防治訓練，包括自殺意念及憂鬱症的辨識(Sun, 2016)。校園防治方面，美國 Totura 等學者認為校園自殺防治教育宣導是有效的，但因美國社會對於自殺仍有汙名化的問題，因此如何促成家長積極性的同意孩子參加自殺防治教育宣導值得探討。該研究發現校方和家長採面對面討論方式溝通及澄清疑慮有助於提升家長對議題的關心和積極性同意孩子參加宣導之比率。Brent(2016)則認為校園中自殺防治的介入也能夠降低自殺威脅，例如自殺守門人訓練、適時篩檢及轉介、教育心理衛生例如憂鬱症、自殺、尋求資源，有效降低自殺風險，自殺守門人訓練短期並沒有太大效果，需長期政策落實，才知道是否有效。

c.科技與自殺防治

近年科技迅速發展，利用科技推廣自殺防治的方式越來越常見。澳洲 Kennedy 等學者於 2016 年研究藉由數位化的衛教模式來降低 30 到 64 歲澳洲農業社區男性對於自殺的汙名化及增加自殺防治知識，發現此模式可以大量增加可接觸性，還能擴大至男性各年齡層及其家屬。數位課程的內容包括分享經驗與故事、衛教宣導、個人目標設定與資源支持服務。Robinson 等人則測試網路版認知行為治療對於青少年自殺風險的影響，結果顯示接受治療的個案雖然自殺意念普遍仍偏高，其自殺意念、憂鬱症狀及絕望感卻是有顯著降低的。此線上治療方式共有八單元，每單元 15 到 20 分鐘，每單元都先由一位成人講解相關內容，再搭配不同影片，內容皆依據認知行為治療的原則。此外，也有研究結合 app 和接納與承諾治療(Acceptance and Commitment Therapy)，發現 app 的介入模式有效降低澳洲原住民社區居民的憂鬱症狀及心理壓力，然而此模式對於自殺相關行為與想法以及衝動性並無顯著改善。app 內容包括辨識想法、管理情緒及辨識價值等。

d.特定團體

a) 原住民

針對原住民的自殺防治，Nasir 等學者於 2016 年回顧各國家針對原住民之守門人訓練相關研究，發現守門人訓練對於原住民群有其成效，然而長時間的效果則不穩定。Campell 等學者則針對澳洲 Kimberly 地區的原住民進行研究，指出若要降低該地區的自殺率，建議因地制宜，著重於聯合各社區實行可提升當地社會及情緒心理健康之方式，傳統西方針對憂鬱症患者一對一的治療方式則建議降低比重。另外，關於美國印地安青少年的自殺議題，Tingey 帶領的研究團隊在印第安社區進行青少年創業教育計劃，發現藉此有助於協助青少年提升生活技巧並與學校連結，進而減少青少年的高風險行為。Tingey 的另外一篇研究則指出若要改善印第安青少年自殺狀況，需進行自殺防治衛教、增加門診治療資源、改善個案對諮商的態度等。

b) 老人

關於老人自殺防治，日本 Oyama 等學者發現憂鬱症篩檢及介入除了上述對於中年人有效果外，亦對於社區居住老人自殺率具有長期影響。該研究對社區老人進行憂鬱症篩檢及篩後介入，發現實施後自殺率明顯下降(48%)，且女性的自殺死亡率顯著下降，影響大於男性，此現象也在實驗結束後持續發生。

c) 軍人

退伍軍人是美國自殺的高風險群，相關研究指出，針對退伍軍人之自殺防治運動能發揮重要作用，並可加強更廣泛的健康觀念傳播。此外，由退伍軍人危機專線在推行期間通話量增加，可反映出透過各國各區的努力，包括媒體報導，促進了求助行為和可用照護之資源的宣傳(Elizabeth, 2016)。

d) 性少數群團體

性少數群團體也是自殺防治不可忽視的一塊，美國有研究透過文獻回顧，評估 LGB 成人及社區為基礎之樣本與自殺相關的行為。研究結果顯示，在 1680 份樣本中，16%的人在過去一年內有自殺企圖，82%在一生中曾有過自殺企圖，50%在過去一年內有自殺意念，11%在一生中曾有自殺意念。研究也發現，自殺相關行為和性少數群體在北美和歐洲都受到汙名化影響，因此在衛生研究方面報告普遍不足，而造成訊息偏見(即錯誤分類)(TS et al.,

2016)。Raifman 的研究結果則發現，美國實施同性婚姻政策後，高中生企圖自殺率的確有下降，這些減少的團體群為性少數(包含 LGBT)群。此外也發現在同性婚姻合法化後的 2 年間，社會以及政策擔憂的民眾精神衛生並未因此惡化。由此顯示，同性婚姻政策可能有助於降低現行青少年的企圖自殺率，而青少年情緒憂鬱與企圖自殺死亡有高度的相關，但此研究無法確認高中生中的性別少數者在自殺企圖間是否有其他因素干涉。

(4) 國外指標性自殺防治策略

本次搜尋國外常見自殺方法或工具自殺防治相關文獻內容包含臨床實務以及電話自殺防治。

a. 臨床實務

在臨床實務方面，英國在 2003-2013 年自殺死亡人數高達約 5 萬人，有 90%有心理健康的問題且求助過相關心理治療或甚至入院，其中有 28%被確診有心理疾患，9%則為住院病患。在精神疾病中人格障礙和精神分裂症，是重複性自我傷害的最強預測因素。

在澳洲自殺是青少年最常見的死因，Robinson 等人測試網路版認知行為治療對於中學生自殺風險的影響，經由前後測的實驗設計、八週的介入，發現雖然普遍自殺意念的分數還是偏高，但自殺意念、憂鬱症狀與絕望感有顯著的下降。

透過兒童診斷調查、綜合診斷、創傷後壓力症候群、青少年自陳報告、兒童行為中發現自殺意念及行為皆降低(Brent, 2016)。另外 Elizabeth 等人發現心理動力學治療、認知行為治療、家庭和人際關係介入治療特別是在兒童和青少年上治療自我傷害行為有效。

在精神健康與物質成癮方面，對於自殺意念與企圖自殺者的影響，Brent 研究四個家庭預防，發現在家庭聯邦的介入下，父母與孩童之間缺乏溝通下，企圖自殺率也降低，實施隨機家庭追蹤，結合全面性及選擇性策略，提供這些家庭學校的資源，以及密集的監控家庭中紀律、溝通以及父母的監護，結果顯示自殺危機獲得控制且下降。父母管理培訓研究比其他研究更著重於父母的自殺意念，並蒐集父母在介入後，六個月內的症狀。這個介入策略對於父母在創傷後壓力症候群、情緒調節、對家庭氣氛以及孩子的精神健康有明顯的幫助。

b. 電話自殺防治

在現代電話普及又便利且快速，在自殺防治方面，進行電話訪問時沒有視覺化等輔助方式可以運用，需透過專業人員或志願者的語言力量與受訪者訪談。在電話訪談中最常使用介入方式：接受、導向/調查、提供信息、建議和諮詢以及澄清/解釋，比較不適合用威脅、道德化和拒絕，透過在電話中的討論介入狀況，即可立即降低自殺危機，尤其在來電者願意接受緊急中心的後續追蹤電話，或者接受第三方(像是醫療機構等機構)的關懷來電，自殺危機便會下降(Gould et al.,2015)，整體的電話訪談效果女性改善結果大於男性(Brian et al., 2016)。Gould(2017)等人發現透過電訪進行追蹤及輔導行動做情感上支持、問題解決與因應介入，幫助尋找社會支持、討論自殺意念來源會讓案主感到自己被照顧是安全的(59.6%)，但未受到電訪的案主則回應他們的感覺是很糟的，在後續追蹤電訪介入後，皆能夠阻止當下的行為，而讓案主感到更加的安全。

電訪中服務人員是志工或專業者，在通話處理的滿意度上，給薪人員明顯高於志工外(78.6% vs. 58.3%)，其他方面如介入風格皆無顯著差異(Brian et al., 2016)。再來應該注意，服務人員接線的時間會影響提供資源的積極程度，當接聽電話的時間、次數，越久、越多時，針對非自願個案給予有效介入救援行為便會越少，有可能是為了給予介入方法，而忽略了危機風險評估，可透過輪班制度能夠幫助維持介入的品質；另外則是因為熟悉個案，反而低估了其中可能的危機風險，降低了即時策略的介入。

5. 國內自殺防治策略規劃

中心將回顧國內自殺防治現況與自殺防治策略後，再對照前面蒐集與整理之國外自殺防治策略與工具文獻摘要，規畫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

根據中心統計至 2016 年自殺數據資料，觀察臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人，其後則呈現下降趨勢。(如圖 4-7-5)

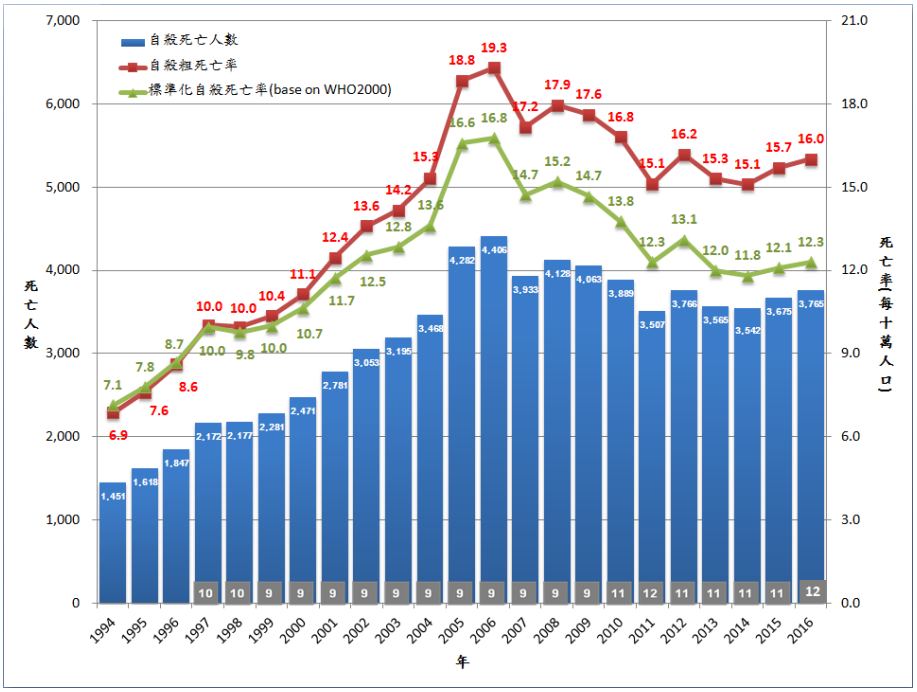


圖 4-7-5、1994-2016 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.0 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 17.1%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 1.9%(如表 2-1-1)。粗死亡率三年移動平均由 2013-2015 年的 15.4 人升至 15.6 人呈現些微上升趨勢；但長期來看，粗死亡率由 2005-2007 年至 2014-2016 年呈現逐年下降趨勢。

依據圖 4-7-6「1994-2016 年全國自殺死因占率」趨勢圖，可以見到「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,185 人，占率 31.5%)自 2001 年持續下降，但仍居於全台自殺方式排名第一，而「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(912 人，占率 24.2%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(703 人，占率 18.7%)則排名前三名，「由高處跳下自殺及自傷」(467 人，占率 12.4%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(275 人，占率 7.3%)，累計至 2016 年是有逐漸上升的趨勢。而「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」則在台灣近十年中有較高比率陡升陡降趨勢，該方法於 2002 年之占率 20.7%，至 2006 年已達 33.8%，於 2016 年下降至 24.2%，明顯接近該年度上吊比例(31.5%)。

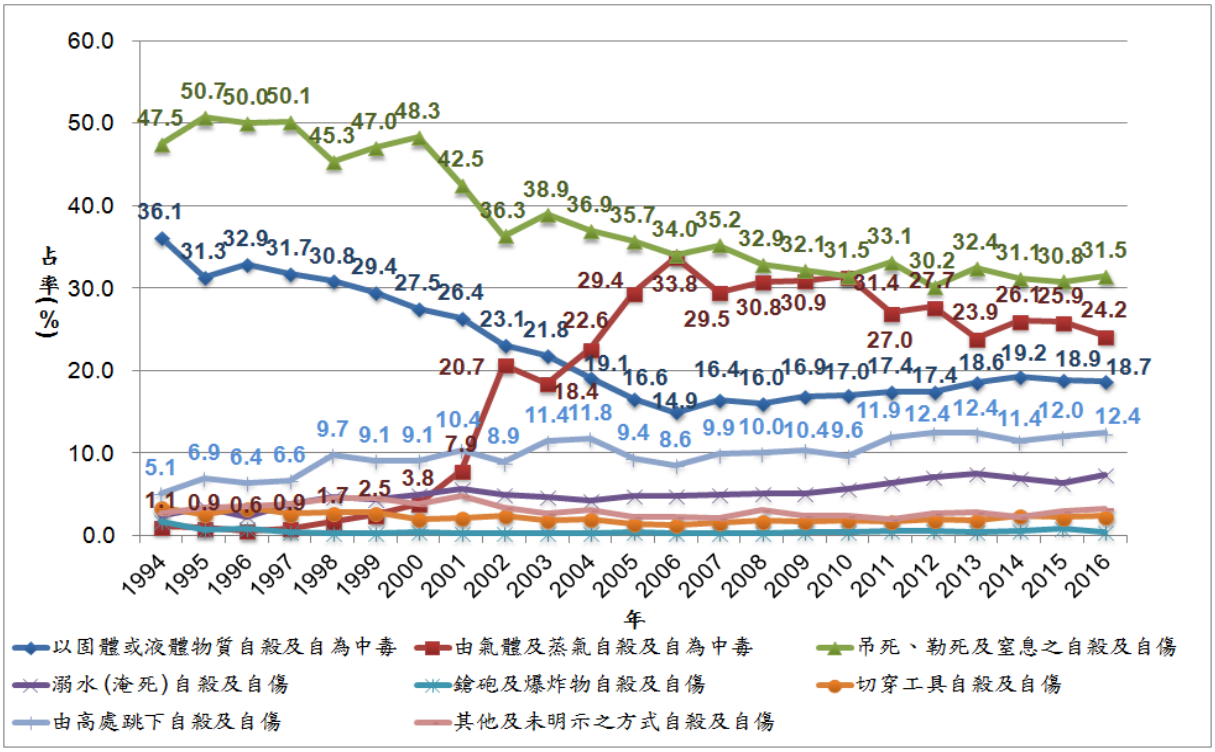


圖 4-7-6「1994-2016 年全國自殺死因占率」趨勢圖

世界衛生組織於 2014 年的《自殺防治：全球要務》中列出近 20 種自殺危險因子，可歸納出自殺是經過多重因素以及複雜的背景與成因，絕非單一危險因子可以囊括解釋。過去研究指出，曾經發生過自殺事件個案，日後再自殺之標準比(Standardized mortalityratio,SMR)為一般人的 40 倍，高於重度憂鬱症(重度憂鬱症死亡之 SMR=20)。一個人過去曾有自殺企圖與意念或者自傷行為，是已經被列入導致自殺危險因子中最顯著的因子。

回顧台灣自殺相關文獻，自殺死亡者危險因子包含精神疾病、酒精成癮、過去有自殺史，特別相異於西方在家庭女性間的糾紛。而目前亞洲國家已經設立更多憂鬱症相關資源政策，但精神疾病汙名化仍是尚待解決的一塊，減少患者害怕就診延誤病情。而就鉅觀之心理社會、文化、經濟以及地理環境因素，過去台灣本土研究就陸續發現與亞洲其他國家如日本、南韓有共同點，在於失業率有明顯相關。根據 2010 年〈台灣的自殺與失業率：人口學研究 1978-2006〉(Suicide and unemployment rate in Taiwanm a population-based study, 1978-2006)，以過去 30 年研究續列資料，成縣台灣失業率「絕對值」每增加 1%，45-64 歲男性自殺死亡率增加 4.9%。此外，常見精神疾病、鄉鎮城市、家庭收入、單親家庭比例，都明顯與自殺死亡率有明顯相關。就自殺死亡事件發生後，都有本土研究實證出名人自殺事件報導、對自殺事件方法詳盡報導都會增加模仿效應，甚至增加民

眾對於自殺的認知與新興自殺方法之流行風潮。整體而言，自殺危險因子，分布廣泛，難以透過單一決定性因子欲作防範，因此需要透過國家防治三階段策略，全面性、指標性、選擇性做整體規劃相關防治策略。

2) 目前的國內自殺防治策略

我國的國家自殺防治策略，符合當代各國自殺防治工作潮流，主要從三個層面擬定方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicatived)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。

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，建置自殺企圖個案通報關懷系統，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 2017 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。

2017 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」包含精神病人自殺與就醫之實證研究、憂鬱症病人服藥尊重性與自殺相關性之實證研究。「強化自殺防治策略」有縣市訪查、媒體聯繫會議、媒體監測、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見表 4.8.3 圖，整理出以下 11 種最常見的防治措施：(1)國家心理健康政策(2)自殺數據監控(3)限制致命自殺工具可得性(4)媒體監督與報導(5)科技與自殺防治(6)對高危險群介入關懷(7)守門人訓練(8)社區及校園自殺防治(9)後續追蹤與持續關懷(10)特定群團體(11)臨床與電話自殺防治

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 4-7-5 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
(1)國家心理健康政策	全國自殺防治中心計畫分為全面性、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社區處置策略)
(2)自殺數據監控	a. 自殺防治相關統計資料 b. 辦理自殺行為之精神病人自殺與就醫行為之實證研究以及憂鬱正併人服藥遵從性與自殺相關性之實證研究 c. 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
(3)限制致命自殺工具可得性	a. 針對高樓地區、橋梁設置警告標語與安全網。 b. 控管木炭販售以上架處 c. 對深水處設立警告標誌，並針對熱點設立人員巡邏管控 d. 管理監獄與病房，並對懸掛物品挑選不易調掛之懸掛勾	a. 高樓部分仍未確實設立安全防護網，橋梁警告資訊也相對缺乏 b. 目前仍僅只有少數縣市將木炭置於櫃台販賣 c. 難以掌握跳水熱點區域，以及人員配置 d. 多數上吊發生於家中及社區，需持續增加家庭成員對自殺議題的敏感度
(4)媒體監督與報導	a. 每日媒體監測：針對每日四大報導蒐尋，若有不恰當不符合六不六要之報導新聞，做規勸下架，並於年末進行資料彙整與趨勢分析，提出相關因應之策略建議。 b. 年度新聞媒體聯繫會議 c. 不定時辦理記者會與媒體拜會聯繫媒體與發放新聞稿 d. 製作自殺新聞媒體報導指引教	a. 表揚優良自殺報導 b. 重大事件及時投書回饋給予建議去除汙名化報導 c. 針對媒體報導製作指引內容 d. 目前尚未針對網路媒體建立相關因應措施

	材 e. 「自殺事件報導媒體諮詢」Line 群組 f. 每月蒐尋監控「教唆自殺網站」交由 iWIN 做下架	
(5)科技與自殺防治	a. 心情溫度計 APP 推廣 b. 透過「網路成癮與身心健康調查表」提供進一步諮詢 c. 社群網站 Facebook 之推廣	宜持續於各縣市基層社區宣傳推廣 APP，包括偏遠縣市、各級學校有關人員、社區大樓管理委員會、長期照顧機構人員等
(6)對高危險群介入關懷	a. 自殺通報系統，輔助自殺關懷訪視員訪視作業，針對通報系統功能增修建議。 b. 協助八仙塵爆個案關懷訪視服務 c. 針對離婚群擬定關懷專案	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
(7)守門人訓練	a. 辦理第一線專業人員之自殺防治之守門人訓練 b. 自殺關懷訪視培訓 c. 特定自殺方法之防治教育宣導與守門人培訓：如農藥管理人員(巴拉刈)、學校(教職員、學生) d. 中心手冊編撰：《政府跨部會自殺防治手冊》、《關懷訪視員教育手冊》	宜持續強化校園、社區、醫療之專業人員之自殺防治實務訓練，以及守門人基礎教育宣導，包含一應二問三轉介、通報單位溝通連結
(8)社區及校園自殺防治	a. 針對高危險縣市做訪查 b. 服務學習之推廣自殺防治	強化各縣市校園、社工人員的心理健康，促進情感表達照護服務的教育推廣相關訊息
(9)後續追蹤與持續關懷	a. 「畢業後一般醫學訓練」課程 b. 自殺通報系統	加強通報訓練與通報單位之溝通聯結、通報系統改善問題
(10)特定群團體	a. 翻譯警消人員 WHO 策略文章 b. 學習網設立不同群教學關懷影片	針對特定群團體之具體自殺防治措施，尤其跨部會處置模式(例如結合衛生、社教機構)仍待研擬

(11)臨床與電話自殺防治	設立安心專線、衛福部電話專線	電話線與人力不足，缺乏完備制度，造成經驗上傳承出現落差，而人力上的不足也難以全面性協助需要求助之民眾

從表 4-7-5 可以看到我國的自殺防治策略措施是符合國際策略與趨勢。其中部分項目項是「社區及校園自殺防治」的防治策略，是以「青少年心理衛生與自殺」、「老人心理衛生與自殺防治」手冊編撰為主；部分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，除了在木炭上增設警語標章，還可以將木炭改為在櫃台處設置販售區，並持續針對販售店家、店員做珍愛守門人訓練；而上吊部分除了可以對於懸掛部分設計無法做一定重量之吊掛，並調整移除懸掛點，並於醫療空間或監獄中的配備事先設計安全裝置，使繩索不能碰觸到欄杆，並覆蓋透明的聚碳酸脂和嵌入式氣窗、燈具、管線，並且適當移除可能潛在的懸掛點，並將監獄或者護理人員隨身攜帶可切斷的刀做緊急反應。另外除了以上 11 點常見的項目外，但也提到重視的項目：強化政府與民間之間的連結，目前各縣市除了心衛中心設立自殺防治機構外，更有「張老師」專線可以協助做線上諮詢，但對於大多數民眾之需求仍是供不應急，且資訊的推廣仍有待加強。

前面所做的文獻回顧《Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews*》也指出亞洲地區的自殺方法是越來越激烈，但自殺防治占國家社會福利預算編列則是越來越偏低，線上諮詢人員多為約聘或志工人員居多造成人力上的缺乏、技能也難以延續，此外對於媒體報導自殺事件，也尚未有明顯且強制規範，造成自殺事件報導泛濫，且圖片與自殺現場影片居多，促使模仿效益產生。而多數文獻《Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda》研究則說明降低自殺工具的可得性的確能夠有效降低自殺事件發生，像是於高處建築物、橋梁設置安全防護網、避免於媒體宣導自殺方法，並試圖研擬減少向危險群提供藥量，即使一次全部服用也不會造成嚴重危險，可能阻止死亡，並減輕企圖自殺的嚴重性。我國目前有針對禁止劇毒農藥、針對熱點自殺熱點做巡邏、設置安全監獄與病房中懸掛物，並結合媒體與政府力量提供救助資源等措施及介入方式。同樣的從限制自殺工具文獻《Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention》也不斷驗證限制致命自殺工具取得是少數有證據顯示有效之防治策略。這也意味我國自殺防治策略除了需要結合國外自殺防治策略、與趨勢以外，也需要針對在地化分

別以不同年齡層、性別擬定不同之自殺防治策略。

最後自殺防治策略,除了需要與時俱進與科技結合以外,更需要定時、長期的透過官方與非官方組織穩定介入，才能達到降低自殺率之原則。

6. 結論

自殺防治工作需要各層面領域之互相結合，不論是政府、民間、衛生機構、非衛生機構等在自殺防治上都扮演一定的角色，因為自殺本身就是多重且複雜因素造成的事件，這也說明防範自殺事件的困難點，不但難理解引發「自殺」危險因子、保護因子、介入策略與方式，對於實際成效，往往難以透過實證研究類推與驗證，因此以完善的整合與協調各機關單位之資源，才是推動自殺防治之主要態度。

本中心懷抱「他山之石，可以攻玉」的精神，主要以國外近兩年最新的自殺防治文獻、世界各國關於自殺方法或工具的研究與防治策略，共蒐集 97 篇，以了解自殺防治、自殺工具在世界各國領域經驗，幫助了解危險因子與保護因子、有效介入策略、如合整合資源在關鍵時刻進行轉介、自殺防治指引之防範措施。這些蒐集之文獻顯示我國自殺防治策略、自殺工具防範，符合世界自殺防治現況與趨勢。中心並在蒐集資料後，彙整並提出符合我國採用之建議。

此外，針對這次的文獻蒐集與策略規劃，中心制訂一套系統性的文獻搜尋與管理方式，以提升文獻蒐集與管理的效度(品質)與信度(標準)。期待能透過文獻瞭解世界各國近年在自殺防治領域的發展，彙整有效的介入方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢等，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告

一、背景 (Context)

自殺防治是全球公共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)指出全球每年有超過 80 萬人死於自殺，平均每 20 人就有一位企圖自殺者，亞洲國家占全世界 60%的自殺議題，臺灣自殺率從過去 1995 年至 2009 年 7.6%增加至 17.6%，日本則在亞洲金融風暴後自殺率從 1995 年至 1997 年 17%增加到 24%，因此，自殺是全球性的議題，在不同區域的自殺問題、資源分配與社會經濟背景上有極大的落差。

然而日本在 1996、1997 年戰後自殺潮，自殺死亡率在 50%以上，因而日本於 2006 年設立「自殺對策基本法」，強調自殺是一個重大的社會議題，應該以社會的方式介入，宣導「自殺防治，人人有責」的觀念，促使日本在 2009、2010 年自殺死亡率開始下降，並於 2015 年開始，自殺死亡人數下降至每年三萬人以下。

自殺行為的複雜性所造成的影響不容小覷，也絕非單一因素造成，在地的多元文化、經濟、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺的風險，仍需密切注意。在自殺率方面，各國趨勢上均有不同，顯示出自殺防治是需要以國家作為領導統籌者，擬訂全面性的策略方針才能有效達到結果。國家政策的擬定需要整合衛生福利部門、民間地區組織、社區、媒體力量，共同推動自殺防治策略，為因應臺灣自殺現象中的變與不變，從其他在自殺防治工作上有顯著成效的國家進行標竿學習是相當重要，因此，了解各國在自殺防治工作上之相關策略是不可或缺的一環。其次，自殺防治預算需要整併進入衛生健康中做編列，特別當有精神疾病史者更容易造成自殺行為的發生，若能夠在早期篩選及管控，更能確保民眾受到良好的照顧、滿足其需求以減少自殺意念。

因全國自殺防治中心於 2011 年與日本自殺防治中心代表 Yoshitomo Takahashi 教授，Takashi Yamauchi 研究員與韓國自殺防治學會理事長 Kyooseob Ha 教授皆出席大會，分享日、韓經驗，並於會中簽署三邊合作意願書，以促進日後三邊之交流，強化並促進自殺防治之經驗交流、學習與研究，促進與國外自殺防治組織之交流與經驗分享，期望能參與國外舉辦之國際自殺防治研討會，以利交流分享，以及鼓勵學會之專家學者能進

行更多的研究報告並發表於國際期刊，提昇臺灣的國際能見度。

綜合上述，由於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，以確保能走在正確的道路上，考量日本自殺率有逐步下滑之趨勢，因此將特別針對其國家策略《自殺政策白書》進行翻譯與彙整，其中詳細記載了「自殺總合對策大綱中各項政策施行情形」做為日本該年度的自殺防治策略與措施之報告，參考值得我國採用之策略與具體措施，並與國內自殺防治策略做比較，以供我國中央與各縣市衛生局參考及運用，並於衛生福利部舉辦專題演講一場。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1)蒐集並彙整日本近年出版《自殺防治白書》與相關文獻。
2)安排翻譯日本相關文獻期程。
3)安排演講相關事宜、邀請講師及確認場地。
4)比較日本 2015 至 2017 年 3 年自殺防治政策大綱。
5)協助講師完成演講相關資料。
6)逐步將翻譯完畢之日本相關文獻以三大指標加以整理並和臺灣自殺防治政策做比較。
7)將針對國外自殺防治策略文獻蒐集與國內自殺防治策略規劃之專案，於衛生福利部辦理專題演講一場。
8)於活動完畢後撰寫成果報告及逐字稿。

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、社團法人臺灣自殺防治學會、臺大醫學院圖書館、前司法院院長秘書陳瀅光小姐。
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. 翻譯文獻

1)2017 年 7 月 27 日將 2015 年至 2017 年日本《自殺防治白書》利用電子郵寄的方式寄給前司法院院長秘書陳瀅光小姐，協助翻譯。
2)2017 年 7 月 31 日陳瀅光小姐協助翻譯 2016 年至 2017 年日本《自殺防治白書》完成。
3)2017 年 8 月 7 日完成 2015 年至 2017 年日本《自殺防治白書》翻譯。

2. 專題演講期程

表 4-8-1、專題演講期程表

時程	執行項目
6 月	1. 持續辦理每週文獻討論會議，並彙整每週報告文獻摘要。 2. 仿效去年與韓國合作農藥自殺防治策略之模式，向日本川野健治教授請教日本最新的自殺防治策略。
8 月上旬	1. 蒐集並彙整日本近年出版《自殺防治白書》與相關文獻。 2. 安排翻譯日本相關文獻期程。 3. 草擬演講相關安排、邀請對象、場地確認等事宜。 4. 逐步彙整翻譯完畢之日本相關文獻。
8 月下旬	1. 完成演講講義，確定邀請對象與講師，並送部備查。
9 月	1. 協助講師統整及蒐集講座相關資料。
10 月 20 日	1. 於全國自殺防治中心進行組內報告 2. 進行日本相關文獻以三大指標加以整理並和臺灣自殺防治政策比較。
10 月 27 日	1. 辦理專題演講。
11 月	1. 於活動完畢後撰寫成果報告。 2. 撰寫逐字稿與統整。

3. 演講事宜

1)2017 年 9 月 11 日邀請全國自殺防治中心廖士程執行長擔任講師。

2)2017 年 10 月 20 日中心同仁於全國自殺防治中心會議室進行組內報告。

4. 專題演講

1)2017 年 10 月 27 日於衛生福利部辦理「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1)2017 年 10 月 27 日 10:00-12:00 於衛生福利部 203 會議室辦理「日本近年自殺防治策略及執行情形整理報告」，主席為衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長，主持人為李明濱計畫主持人，專題演講者為廖士程執行長。

2) 出席人員

(1) 當日出席的長官及貴賓如表 4-8-2。

表 4-8-2、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
	張雍敏	副司長
	詹金月	科長
	張冠偉	科員
全國自殺防治中心	廖晃聖	研發替代役
	吳懿庭	駐署專員
	李明濱	計畫主持人
	廖士程	執行長

3) 講座進行及討論

(1) 致詞

a. 衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長致詞

儘管日本自殺率高，但其近年自殺率快速下降，有一些做為可供參考，藉此以了解日本在自殺防治上的策略，以及有哪些做法值得臺灣借鏡及參考，若有機會希望能讓行政院及衛福部長官了解別的國家在自殺防治上的做法。

b. 全國自殺防治中心李明濱計畫主持人致詞

臺灣在 2005 年設立自殺防治中心，當時以全球化的思維做為規劃，並瀏覽全世界各國自殺防治策略，以擬訂國家自殺防治策略，並在成立的第一年就拜訪美國社區心理衛生中心最具代表性的地區性單位，在過去六年來，臺灣和日本、韓國都有聯繫，日本有許多經驗和臺灣類似，值得臺灣學習，由於日本的資料多以日文為主，因此很感謝賴浩敏前司法院院長的秘書陳瀅光小姐協助翻譯「自殺防治白書」。

(2) 專題報告

a. 講者：全國自殺防治中心廖士程執行長

b. 摘要：

a) 日本自殺問題近況

圖 4-8-1 為 1994 年到 2016 年目前部分亞洲國家標準化的自殺死亡率。臺灣是藍色的折線，日本是紅色的折線，從 1996 年到 1997 年，對於日本在自殺防治上面是一個巨大的挑戰，因為自殺死亡率瞬間上升大約 50%，發現與日本當時戰後自殺潮有關，並在 1997 年後長達 10 多年處於一個高自殺死亡率的階段。

在 2009 到 2010 年之後，日本的自殺死亡率逐漸的下降，從 2015 年起，日本一年當中自殺死亡人數首次下降到 3 萬人以下。在亞洲四小龍裡，南韓自殺率最高，不過南韓從 2010 跟 2011 年也有下降的趨勢。相比之下，臺灣最近三年開始有微幅上升的趨勢，且上升的人口結構跟臺灣過去 10 年有些不同。

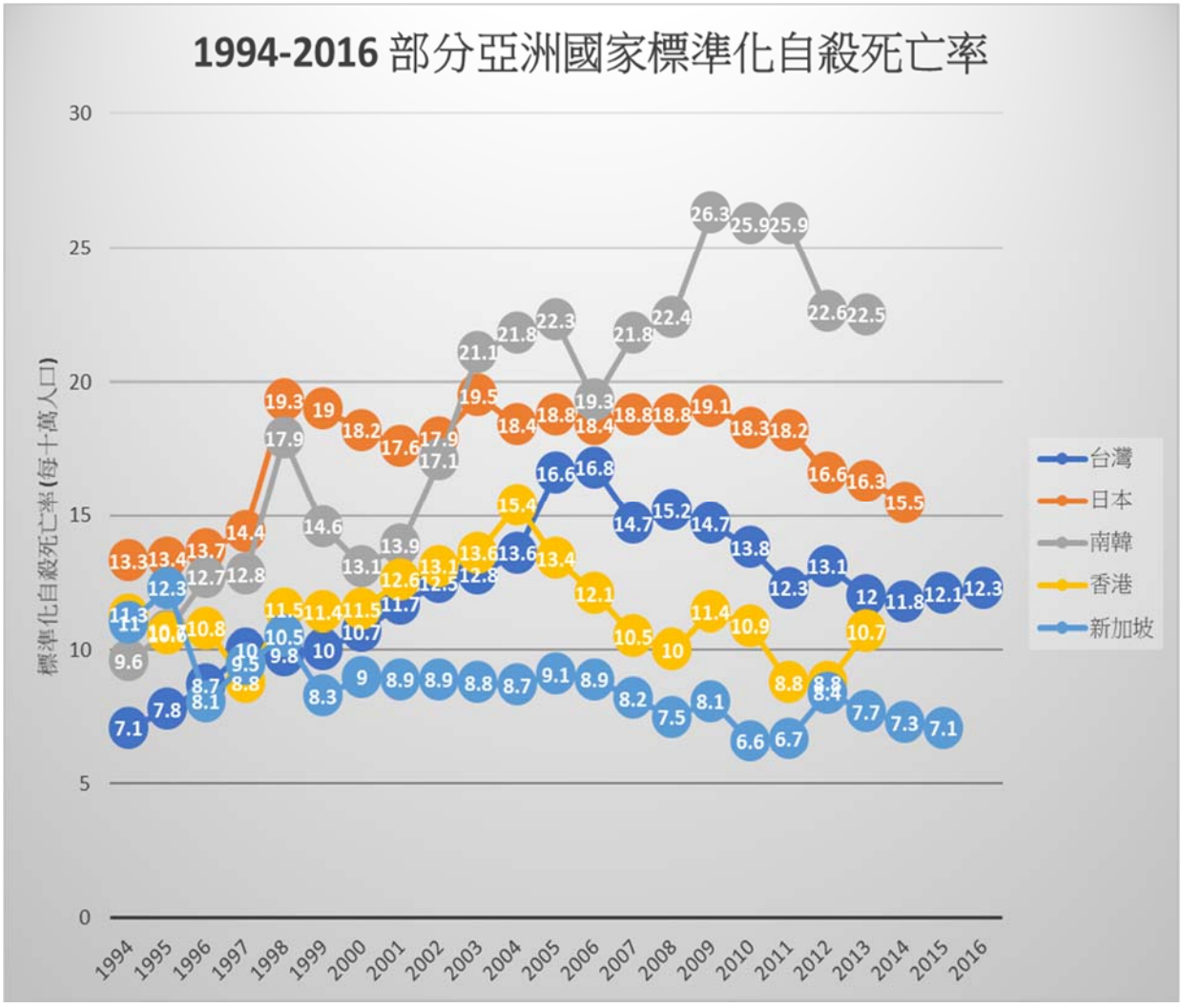


圖 4-8-1、1994 年至 2016 年亞洲國家標準化自殺死亡率

如圖4-8-2，粗線是1998到2000年日本自殺死亡率暴增的年代，細線是1989年到1995年自殺死亡率相對較低的年代。藍色的線代表男性，紅色的線為女生性，x軸為年齡，在1997到1998年自殺死亡率最高年齡層為退休前男性，並且形成一種趨勢，持續至今。日本會有這樣現象，其實和日本當地文化相關，在日本文化裡自殺相對是被容忍且尊重的，加上武士道精神代表看透死亡，在法律上面亦沒有一個相抗衡的力量。

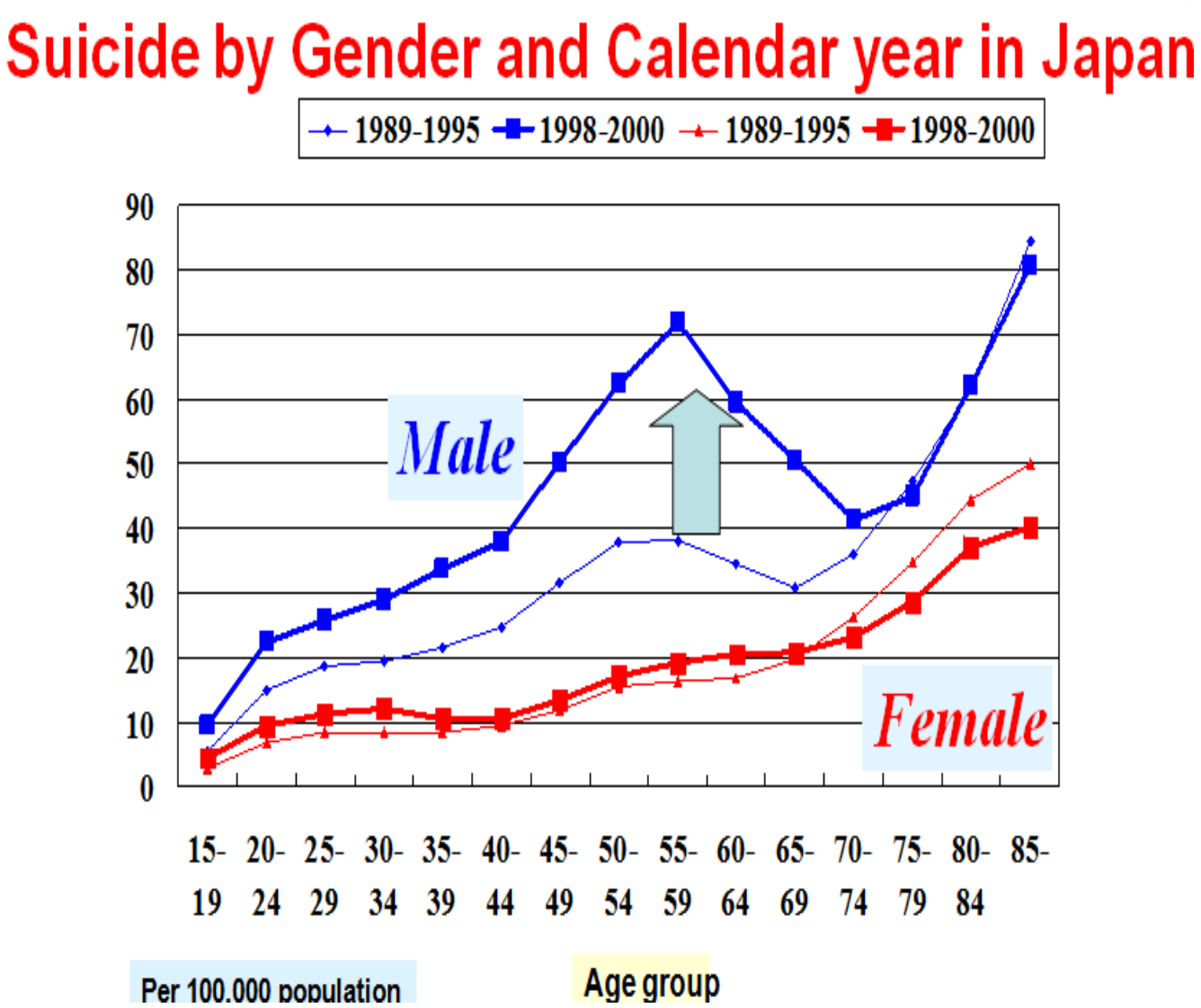


圖 4-8-2、1989 年至 2000 年日本自殺死亡率

日本自殺率及失業率如圖4-8-3。藍色折線為自殺死亡率，紅色折線為失業率，1997、1998年到2000年失業率大幅上升，導致日本自殺率上升的因素除了文化之外，推升自殺率最重要的原因，是日本的失業率，日本近年的失業率下降，所以自殺死亡率也下降。

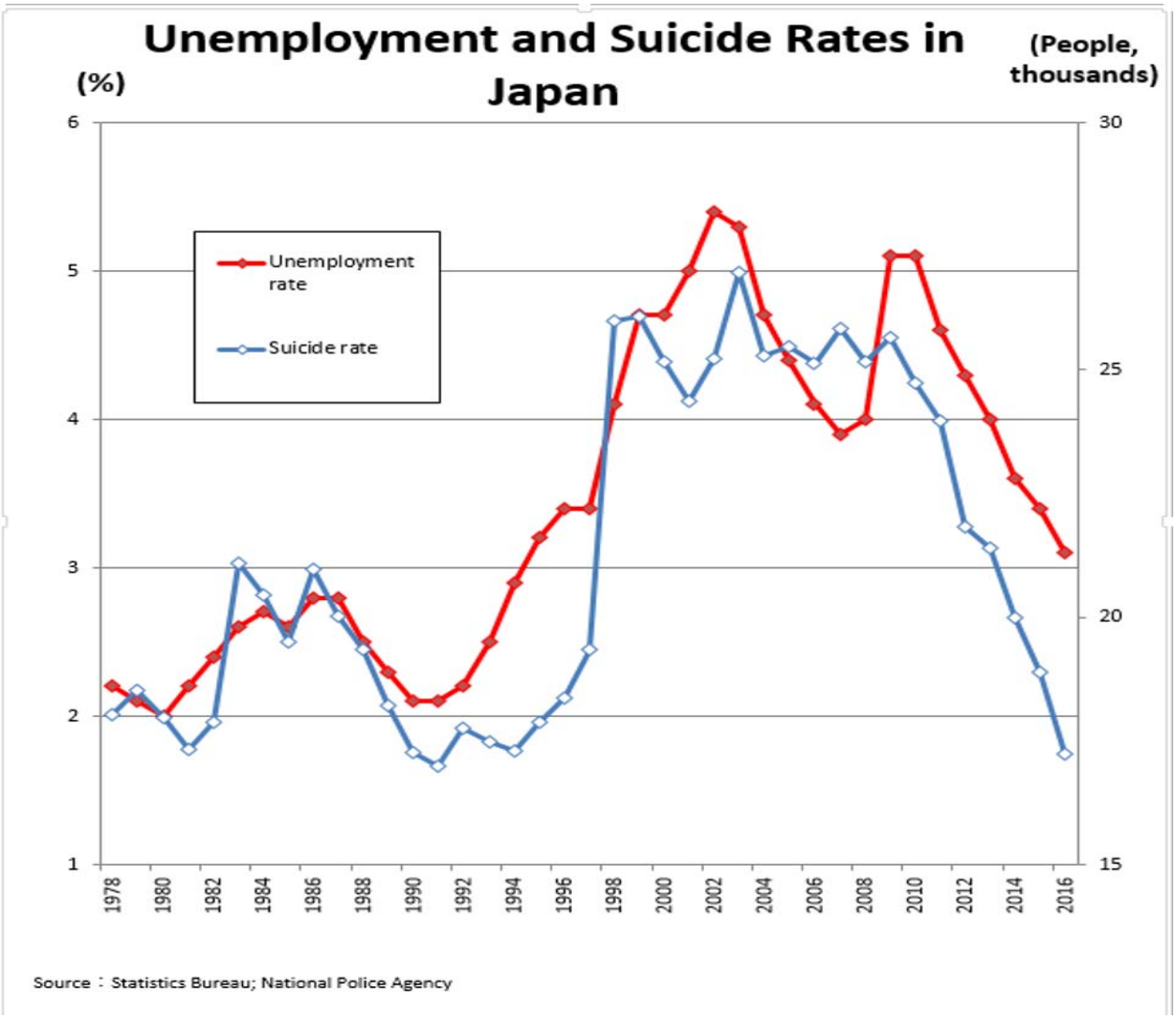


圖 4-8-3、日本 1989 年至 2000 年自殺率及失業率

b) 日本內閣及臺灣部會對照

日本屬於內閣制，裡面包含許多部會，和臺灣相對照，可以看圖4-8-4與圖4-8-5，其中日本較特別的地方在於有個復興廳，是日本在311大地震之後為因應災後重建問題所成立的，類似臺灣在921大地震之後於行政院成立之委員會。

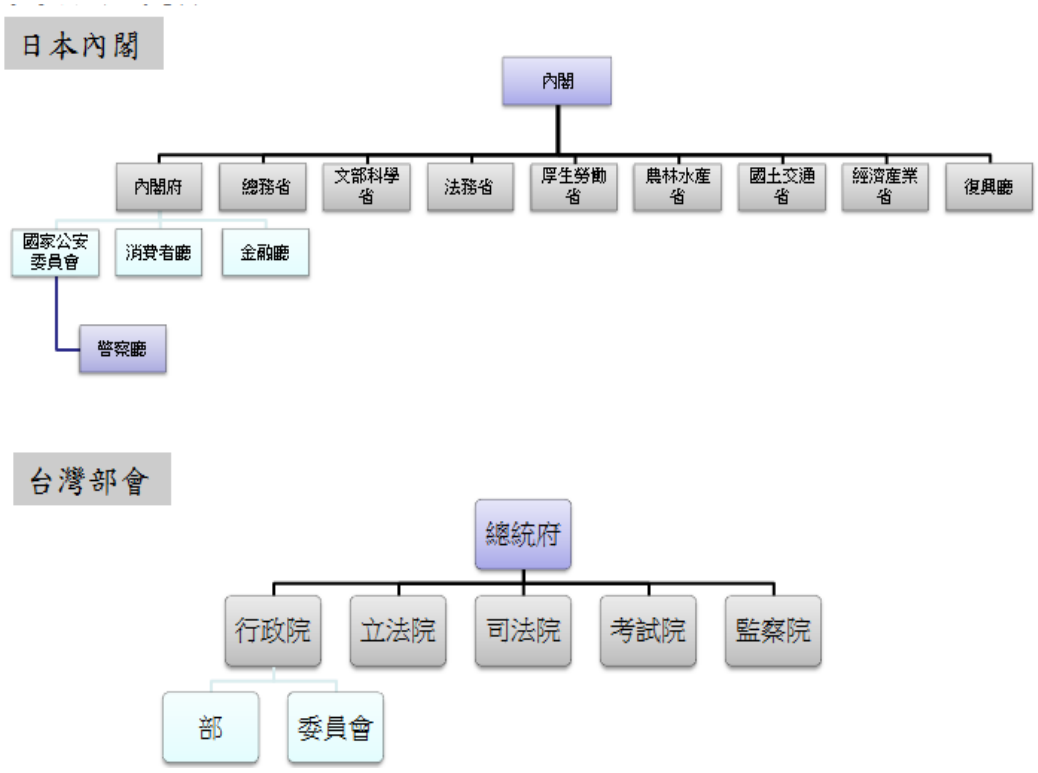


圖 4-8-4、日本內閣組織圖及臺灣部會組織圖

日本內閣及台灣部會對照表

日本內閣	台灣部會
內閣府	行政院
國家公安委員會	國家安全局
金融廳	金融監督管理委員會
消費者廳	消費者保護會
總務省	內政部
文部科學省	教育部
法務省	法務部
厚生勞動省	衛福部與勞動部
農林水產省	農業發展委員會
國土交通省	交通部
經濟產業省	經濟部

圖 4-8-5、日本內閣及臺灣部會對照表

c) 2017 年日本自殺總合對策大綱中各項政策施行情形

(a) 了解自殺實態之措施

- 自殺實態調查之實施：日本在 2016 年發表地區自殺的對策實施的一個案例，地區推動內容像標竿取捨概念。2016 年至 2017 年變化從中央開始到地方。臺灣每年電話訪查部分呈現相關的內容。
- 情報提供等之充實：日本自殺防治工作為內閣層次，由內閣主持系統，從 2016 年開始建立，由上而下整合強。
- 自殺企圖者、遺族等實態之調查及其支援對策之推動：強化各地區自殺企圖者遺族資源之機制，自殺企圖者遺族資源的推進為中心，成立推進室，依據地區特色檢討時態，強調道府之具體資源方案從中央到地方間的落實，加強民學官資源的合作機制。
- 學童自殺防治調查之推動：持續的關切學童自殺特徵傾向，學童自殺防治相關調查研究應有的概念實施調查研究。
- 憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術之開發：由中央經費補助款，疾病障礙對策研究向下。
- 善加活用既存資料之對動：每月警察廳提供之都道府市町村分類自殺者之生前居住地、發現地與自殺防治製作地區自殺基礎資料。臺灣可向日本借鏡如何讓地方的局處能夠第一時間掌握第一資料，能夠立即的對應。

(b) 呼籲國民人人注意及守護之措施

- 實施自殺防治週、自殺對策加強月：與臺灣類似跟世界同步，自殺防治日活動等，與世界接軌。日本的自殺防治週 9 月 10 日至 16 日及自殺對策加強月 3 月，自殺率在 4、5、6 月較高，若能在 3 月有相關的活動，對後來三個月的自殺高峰會有幫助。
- 學童自殺防治教育之實施：促進青少年適度使用網路，製作給保護者及業者之普及宣導資料，並公開之。另外，由總務省、文部科學省所謂的教育部及通訊相關團體等合作，舉辦以孩童安全、安心使用網路為題，以保護者、教職人員及學童為對象之宣導講座並透過自殺防治教育課程「GRIP」教導兒童如何求助與尋求幫助。與臺灣最大的不同是，教育部部分，反霸凌相關對於學童自殺防治的內容，在自殺防治的概念下被實施與執行。
- 憂鬱症相關知識普及之推動：於厚生勞動省的網站、衛福部的網站「精神衛生總和篇－心靈保健」中介紹有關於正確了解憂鬱症精神疾病治療方式等。在臺灣，衛生福利部有最新、針對各種精神疾病衛教資料。

- 自殺與自殺有關現象之正確知識之普及:為去污名化、擴大民眾參與，日本法務部人權擁護機構為宣傳反性傾向歧視、反性統一性障礙歧視製作相關的手冊，並且實施分發宣傳手冊、宣傳活動；在臺灣相關的關注也越來越高。

(c) 以早期因應為中心之人才培育計畫

- 門診醫師對於憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術之提升：對非以精神科的專業醫師等實施「住院醫師等心靈健康對應能力提升研修」，以提升其診斷憂鬱症之能力。
- 教職員普及宣導之實施：透過各種會議將「想傳達給孩童的自殺防治」、「孩童自殺發生時之背景調查指針」之改訂版、及「孩童自殺等實態分析」公告周知予教育委員會、學校等。以各教育委員會等之學生指導負責人、校長、教務主任等管理職為對象，在全國各地區召開學童自殺防治普及宣導協議會，同時與獨立行政法人日本學生支援機構合作，包含自殺問題學生心理輔導，實施促進大學等教職員理解及修習正確知識之措施。
- 地域保健人員及產業保健人員資質之提升：日本在自殺防治總合對策中心實施地區自殺對策推動中心相關研習。另外，對於產業保健關係人及各地區自殺企圖者、自殺遺族有關之民學官人士，實施素質提升研習。
- 介護支援專業人員研修之實施：實施介護支援專業人員素質提升之研修。
- 民生委員、兒童委員研修之實施：厚生勞動省實施使之具備單位民生委員、兒童委員協議會會長，有必要引導有利的研習，中堅民生委員針對特定群的福利或福祉安全的一些委員會須做相關的一些內容，誇大自殺防治的概念跟民眾有關的一些組織擴展相關的內容和能力等。
- 合作計畫協調人才養成之充實：強調培育促進各地區相關機構、民間團體、專家、守門人以及負責相關人士間合作協調的人才，目前臺灣應思考如何體系之間怎麼樣有個好的鏈接，自殺防治網網相連。
- 社會性原因諮商人員資質之提升：包括自治團體人才之研習、因應心理問題、心理輔導相關資訊之多重債務者諮商指南，特別是著重在多重債務者諮商指南。對金融服務利用者諮商室之諮商人員實施影片在教學，內閣府製作注意心情的指標守門人養成研習 DVD。
- 對應遺族之公職人員之資質之提升：指導從事自殺者、自殺者遺族、

自殺企圖者等相關業務的警察人員，應以適切態度對應遺族等，避免不當傷害自殺者之名譽、自殺者遺族、以及自殺企圖者之心情。臺灣全國自殺防治中心對警察、消防人員亦有類似相關訓練。

- 研修資材之開發等：推動地域階段自殺總合對策，開發以自殺總合推動中心為出發點，將地域自殺總合對策類型化的政策懶人包，做為研修資材，加以活用。
- 對從事自殺對策者實施心理輔導之推動：在自殺總合對策推動中心所實施之研修中加入許多關懷從事自殺對策業務人員心靈健康之相關事項。
- 各領域守門人培育事業之促進：於 2017 年自殺防治週 9 月 10 日至 16 日及 2017 年度自殺對策加強月呼籲對於需要守門人的團體給予協助。

(d) 推動健康心環境之措施

- 職場精神衛生對策之推動：過勞死的防治推動法，及過勞死的防治大綱,還有實行細則等內容結合。採取調查研究,加強宣傳諮商機制，對民間團體活動給予支援過勞死防治相關對策。道府縣勞動局，實施從上而下監督，由全國產業保健總合支援中心做連接，另外在上班族精神衛生入門網站－心靈之耳中，提供精神衛生相關資訊，聚焦上班族精神衛生入門網站。另外，因精神健康不佳及過勞導致健康障礙者的熱線電話－心靈熱線的運用。
- 地域推動建構心靈健康之體制之健全：在自殺總合對策推動中心實施以自治團體、精神保健福祉中心職員為對象之研修之同時推動相關機關間互相合作之體制。因應日本高齡化部份，強調如何運用山村地區本身的特性，提升高齡者的生存價值，對於特用林產務之生產基盤等生產環境建構給予支援建全，在地的老化跟當地的產業結合，讓老人家在鄉村有生存價值的部份。
- 學校推動建構心靈健康之體制之健全：補助經費，設置校園諮商人員及校園社工，使校園諮商體制更為充實。臺灣需思考校園諮商體制如何順暢轉介。
- 大規模災後受災者心理輔導及生活重建等之推動：為處理避難長期化及受災者分散化等,除確保推動守護活動所必要的諮商人員及復興支援人員外，以對受災者實施心理重建以建構生存價值、實施彈性支援使災害公營住宅形成社區、整合受災者支援來源及創設總合交付金等總合對策為本，與受災者相關自治團體及相關團體合作，與政府成

為一體，共同支援受災者；消費者廳宣導放射性物質之正確理解，如幅射農產品的問題。

(e) 即時接受適切精神科醫療之措施

- 精神科醫療人才培育等精神科醫療體制之充實：推動中心實施培育精神科醫療人才所需的各種研習課程。
- 憂鬱症就診率之提升：針對非精神科專業，實施以提升憂鬱症診斷能力為目的之門診醫師心理健康因應能力;臺灣因健保關係需較長時間推動。
- 健全兒童心理診療體制之推動:強調為廣泛因應各式孩童心理問題，都道府縣域之據點醫院為中心，以地區醫師為中心，實施由醫療機構及保健福祉機關合作的支援事業，如孩童心理診療網事業。
- 憂鬱症健檢（Screening）之實施：持續推動，為有助於有憂鬱症疾病疑慮者早期發現，提高高齡者介入護預防、有助其參與社會活動之多樣化的管道等順應地區實態，有效果、有效率的介護預防措施。
- 針對憂鬱症以外精神疾病高風險群之措施之推動：酒精健康障礙對策推動基本計畫，針對防治酒精成立「酒精健康障礙對策基本法」，於酒精相關問題宣導週召開座談會等,包括自殺等酒精相關問題實施宣導；在臺灣國衛院有個整合的計畫，為物質濫用的部分，應思考如何與自殺防治做結合。並以精神醫療及精神保健相關人士為對象，實施研修課程，使得以適切因應憂鬱症以外之精神疾病。
- 對慢性病患者之支援：利用地域醫療介護總合確保基金，對提升護理人員資質之相關研修，提供財政支援。

(f) 透過社會活動之自殺防治

- 地域諮商體制之充實及支援對策、諮商窗口之訊息以簡單明瞭的方式發送：活用地區自殺對策緊急強化專用款，充實全面性支援諮商等地區諮商體制，利用專用的款項及單一窗口來實施 24 小時的免費自殺防治諮詢；並支援可連結具體解決方式之電話諮商事業，而在臺灣亦有安心專線的服務，如何將撥打諮詢專線的個案轉介，是一項重要的事情。
- 多重債務諮商窗口之健全與安全網（Safety Net）融資之充實：日本在自殺防治上對於金融債務方面也很重視，負責廳包含：金融廳、消費者廳、厚生勞働省；在支援上給予資金、資源及諮商。
- 失業者等諮詢窗口之充實等：失業率是造成日本自殺死亡率變動的一項重大因素,透過 Hello Work（相當於臺灣勞動部職訓局支機構）

提供詳細職業諮商等，以及使早期再就業之各種支援；特別針對因心理問題導致無法求職者，給予支援；另外針對全國各地年輕無業者，年輕群失業率跟年輕群自殺死亡率逐漸上升有某部分的關聯，因此日本在全國各地設置針對年輕無業者所設置之地區支援據點之地區少年支援站，並透過個別專業諮商及溝通訓練。

- 經營者諮詢窗口之實施等
- 為解決法律問題而提供之相關訊息之充實：透過網路廣告及分發手冊摺頁等，提升司法扶助機構的認知以及業務內容的理解。針對法扶會的機構，做一些跟自殺防治內容相關的連結；另外在災區的部分，持續相關機構合作協力就自殺問題舉辦諮商會；與消費者廳、地方自治管理合作在受災地區臨時派出所內，實施由司法書士、社會福祉士、社會保險勞務士等共同組成一站式總合諮商會，類似一個高風險平臺的概念，司法書士類似法務人員，社會福祉士即社會工作人員，社會保險即勞保局、健保局的一些相關專業人員。
- 危險場所、藥品之規定及管制等：厚生勞働省針對毒品及化學藥品的部分，要求自治團體及業者團體向一般消費者販售時之自律，呼籲大家要做守門人，對於使用目的及數量有疑慮之購買者，均要求業者向警察機關通報，像買氦氣。國土交通省針對鐵道部分，開發新型閘門（防跌落）；另外，警察廳則致力尋找有自殺疑慮之失蹤人口。
- 網路提供自殺相關情報對策之推動：因為年輕世代自殺死亡率上升，與網路有較大的關係，為了促進青少年適切使用網路，製作給保護者之宣導資料並公開，教導父母親如何協助小朋友使用網路。另外實施青少年網路使用環境實態調查；並繼續支援適切運用規範條款，同時設置違法有害情報諮商中心，維護其營運，相對之下，臺灣 Iwin 實施較好。在教育部的方面，為保護青少年遠離網路上之有害環境，推動可與保護者及青少年直接互動之宣導教育活動；經濟部的部分，管制商業行為、廣告分級，繼續普及理想分級方法判斷基準。另外警察廳對於網路上之自殺相關資訊，由都道府縣警察委託網站管理員予以刪除。
- 對於網路上自殺預告事案之因應：即自殺直播的問題，內政部繼續支援適切運用規範條款，同時，設置並管理違法有害情報諮商中心；警察廳對於網路上之自殺預告事案，都道府縣警察接獲電信業者、報案者提供之發信者情報後，實施自殺預防措施。
- 介護者支援之充實：將服務範圍擴大至照顧者，亦包含居家看護等，

提供短期入設施生活介護及通所介護之介護保險給付,即一種短期臨時的日間照護。另外，以地區總括支援中心職員為對象，實施研習課程,以及舉辦介護教室與介護者交流會做為地區支援事業中家族介護支援事業之一環。

- 遭霸凌孩童之自殺防治：製作一些兒童適宜的衛教資料（例如：兒童人權 sos 小紙條），教導家長如何去面對霸凌問題，及架設兒童專用的「網路人權諮商受理窗口」、「兒童人權 110」。
- 受虐兒童、性犯罪、性暴力受害者援助措施之充實：對於被害人提供精神科的支援、諮商專門職責的負責事業的研習，還有民間被害者支援團體辦理諮商業務,委託民間被害者支援團體辦理性犯罪者被害援助的一些業務，以及持續考察、實施，並考量被害人的心情，傾聽及陳述。另外，為援助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體等辦理促進地區相關機關與團體間合作之措施。
- 貧困者援助措施之充實：在 2017 年日本依據「貧窮者自立援助現況相關論點整理」，檢討貧困者自立援助的制度。
- 將世界保健機關指南周知予報導機關：由自殺防治總合對策中心以媒體為對象，實施媒體會議；並在自殺防治總合對策中心推廣世界保健機關指南。

(g) 預防自殺企圖者企圖再度自殺之措施

- 急救醫療設施之精神科醫師診療制度之充實：改善 209 個急救中心之精神科醫師診療制度;另外由自殺防治總合對策推動中心對急救醫療設施之精神科醫師之醫事人員之研習，給予協助，針對診療自殺企圖者的精神科醫師，提供一些專門的教育。
- 給家人等近距離守護者之支援：由於自殺企圖者的主要照顧者承擔很大的壓力，日本特別注意主要照顧者的服務需求，因此由自殺防治總合對策中心辦理研習、事業專案之方式為之。

(h) 充實支援遺孤者之措施

- 對遺族自助團體等之營運給予支援：活化民間的力量，政府設置一個標準或支援的過程,利用地區自殺對策緊急強化專用款支援自殺遺族集會之營運；此外，召集其父母因過勞致死之孤兒等，透過活動使其身心獲得紓解，實施以孤兒及其保護者為對象之諮商「過勞死孤兒交流會事業」。另外,自殺防治總合對策中心發行自殺遺族支援指南，諮商人員用修訂版，在心理學解剖檢查調查過程中，為確實提供遺族情報，成立 CSP 自殺遺族支援網，即在做心理學解剖檢查或法務部

的驗屍過程中，協助遺族連結相關的服務。

- 促進學校、職場的事後因應：依據學童自殺背景實施相關報告，將必要事項向教育委員會等公告周知；在職場部分，厚生勞働省透過上班族精神衛生網的心靈之耳，將載有自殺發生後職場的即時因應指引公告周知。
- 推動對遺族等之情報提供：以地區自殺對策緊急強化專用款，支援製作手冊給遺族，手冊內載有各地區諮商處、自助團體之聯絡方式。

(i) 強化與民間團體合作之措施

- 對民間團體人才培育之支援：強調「地區」自殺對策緊急強化專用款與民間團體人才培育，例如民間的一些團體，我們給予補助，另外厚生勞働省要對於由自殺防治總合對策中心收集國內外情報，透過 Web 網站發表為之。對提供自殺高風險者支援之相關組織團體等，提供情報並協助其辦理研習課程。此外，根據各界對少年自殺對策所作建言，對學術及與現場合作之示範活動實施檢討。以上皆以自殺防治總合對策推動中心為中心，與地區自殺對策推動中心合作，企劃並實施地區民間團體人才培育相關研習課程。
- 地區合作體制之確立：包含製作「地區自殺對策措施案例集」，與臺灣縣市輔導訪查的概念類似；另外召開自殺對策官民連合協進集團會議，介紹地方公共團體及民間團體實施之案例，不僅是各縣市各局處的連合，亦是當地民間組織的結合，這也是日本強調的一項策略。厚生勞働省下由自殺防治總合對策中心調查都道府縣、政令指定都市及市區町村自殺對策施行狀況，即臺灣縣市輔導訪查。再來是設置負責檢討相關省廳、地方自治體、民間團體等相關機關之案例、從事聯繫事務之自殺對策網路協議會，臺灣也在進行當中。
- 對民間團體電話諮詢事業之支援：以自殺對策緊急強化專用款支援之。
- 對民間團體之前導型、實驗性措施及於自殺多發地區所為措施，給予支援：臺灣未來可思考如何讓民間的活力能依循中央的方針來好好的發揮，如何讓一些前瞻性、實驗性的措施能在某些法規上適度的彈性，能夠去做一些相關的研發及因應。日本由自殺對策官民連合協進集團會議介紹民間團體實施之案例，發揮民間的力量去做一些更貼近民眾之所需，而且創新、研發與前瞻的一些做法；另外，對從事前瞻性自殺防治之民間團體給予財政支援之方式，實施「自殺防治事業」。

d) 跨國比較應注意事項

- 不同的國家、不同的民族，對於照護體系價值定位不一樣。例如：每當批評美國的保險制度時，新生兒死亡率都會做國際間比較，但新生兒死亡率的定義每個國家都不太一樣。
- 需了解照護體系在當地國家價值是什麼。例如：美國醫療體系不公平性是比較高的，但是臺灣是非常強調公平性的體系。
- 思考指數背後的意義。例如：自殺率在臺灣自殺是一百個死亡的國民裡面有幾個死於自殺。
- 在各國社會經濟上，不一樣的背景。如：臺灣與日本在社會經濟環境上面，失業率跟自殺死亡率的連動，持續地關聯在不一樣的地方，日本自殺高峰年為退休前年齡(50 至 60 歲)的男性；臺灣自殺高峰年為青壯年男性燒炭自殺。
- 臺日系統比較，需思考過去十幾年來，臺灣自殺死亡的波段上升背後某些人口學結構，與我們推測的文化的因素上面，有些差別。

e. 結語

不論是日本或臺灣所進行的自殺防治對策，有臺灣值得向日本借鏡，也有臺灣實施情況比日本好的情況，在未來臺灣如何加強自殺防治可參考日本自殺防治對策。

日本為針對防治酒精的問題，已成立相關法條，臺灣應思考酒精的問題是什麼、扮演什麼角色，在物質濫用的部分，臺灣應如何與自殺防治做結合，是值得思考的事情。

另外值得與日本參考借鏡，臺灣如何讓地方的局處能夠掌握即時資訊，並立即對應。

強調針對大眾宣傳並擴大民眾參與自殺防治，日本除自殺防治週亦有自殺防治對策加強月並呼籲相關廳省、地方自治團體協助宣導，從中央到地方做標語等並透過資源情報網檢索、諮商會員訊息等求助資源、報紙網路的媒體披露；臺灣有相關活動推動，並響應世界自殺防治日的活動等系列活動，可借鏡日本自殺防治加強月進行宣導。

日本的自殺防治綱領與臺灣自殺防治體系內容類似，日本從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣以社會安全的概念為出發點，若跟醫療結合更佳。建議臺灣學習日本內閣從中央到地方層次的整合，跨部會整合是最重要，臺灣未來如何推進，日本是值得學習的對象。

3)「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較，如表 4-8-3：

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
全面性策略	調查自殺現況	● 針對國民意識、行動及民間、地方團體實施的自殺防治對策進行調查。 ● 運用厚生勞働科研補助金，成立統計室分析自殺實況，加以探討可行的自殺防治對策。	● 設置全國自殺防治中心，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、人員教育訓練規劃、研擬防治策略及召開聯繫會議。 ● 辦理自殺防治之實證研究 ● 各縣市高風險平台與跨機制，提供充實的訊息。
	蒐集國內外自殺防治策略	● 製作及發表「地區性自殺防治策略施行案例」 ● 更新自殺總合對策中心網站，介紹全國、各地區及 WHO 自殺防治對策，廣泛推廣自殺防治訊息。	持續進行中。
比較	調查學童自殺防治策略	● 分析學童自殺特徵及傾向，就學童自殺防治理念實施相關調查及研究。	● 加強學校心理衛生教育課程等方式進行，並建立全國性精神疾病與自殺防治的網站，提供相關資訊與醫療轉介諮詢服務。
	實施學童自殺防治教育	● 舉辦研討會，促進青少年適度及安心的使用網路，製作保護者宣導資料。 ● 和各單位合作舉辦孩童安心使用網路之講座，以保護者、教職人員、學童為對象。 ● 製作能保護學童身心的教材及文宣品以使學童學習應對困難及壓力。	● 將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中。除教導孩童珍愛生命的理念，教育兒少自我保護，並教導孩童發現家長有異狀或不當行為，即時報告老師及如何尋求協助。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	加強校園心靈健康	● 經費補助設置校園諮商人員與社工，使校園輔導體制更完善。	● 校園宣導相關求助資源：如發放兒童節禮品或獎品時，可在上面貼上顯眼的標語、求助管道等 。 ● 學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。 ● 學校落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。 ● 強化校園體系成癮防治與服務網絡。 ● 推動校園自我傷害三級預防工作計畫。
	善用既有資料	● 警察廳每月提供「自殺統計數據」及「東日本大震災自殺者」相關數據提供給厚生勞働省，並發表每年度自殺情形。 ● 活用既有資料數據的資料庫。	● 自殺防治中心收集相關之資料檔案:(1)自殺死亡登記檔(2)自殺通報關懷資料擋(3)通報個案基本資料(4)健保資料檔。為充分利用既有的資料檔，以進一步去連結、整合這些資料變項，進行多因子的統計分析 。 ● 自殺防治諮詢專線每月將資料提供給全國自殺防治中心彙總分析後，回饋給各醫院。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	實施自殺防治週與自殺對策加強月	● 每年皆設有自殺防治週及自殺對策加強月，透過報紙、網路、鐵路廣告、地方自治團體宣導諮商會訊息。	● 辦理「推動心理健康促進行動教育訓練」、「推動心理健康網試辦計畫成果發表會」及「心理健康促進方案設計、評估與行銷教育訓練」等活動，以提升服務品質及業務成效。 ● 規劃並辦理「心理健康促進媒體宣導」、「心理健康促進計畫」、「心理健康網計畫」等 3 案心理健康促進服務方案，推動場域涵蓋家庭、學校、職場及媒體，服務對象包括：兒童、青少年、一般民眾及老人等，倡導心理健康概念，提高社會大眾對心理健康問題之體認。
	宣導憂鬱症相關知識	● 召開「精神保健福祉大會」，為普及正確的相關知識。 ● 於厚生勞働省網站介紹精神疾病相關治療方法與因應對策。	● 於衛生福利部網站針對最新的各種精神疾病衛教資料以提醒民眾。
	宣導自殺相關現象的正確知識	● 在自殺防治週與對策加強月進行網路宣導。 ● 分發有關「反性別歧視」宣導手冊等宣傳活動。 ● 24 小時免付費電話諮商。	● 運用大型宣導活動（記者會）、區域型活動，製作衛教手冊、單張、海報、文宣品等，透過大眾網路、電視、廣播等媒體宣導，加強推廣民眾心理健康知識。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	加強建構地區人口心靈健康機制	● 推動農業領域與機構間合作，並改善地區居民的生活環境設施。 ● 建構橋梁，使人口稀少、高齡地區能與社會接軌，並提供給問題少年庇護所。	● 透過農會、四建會系統，關懷探視區內孤獨老農民。
	提供法律問題解決方法相關訊息	● 提供「震災司法輔助專線」介紹關於導致自殺相關因素以及解決法律問題。 ● 透過網路、廣告及分發手冊，提升對於司法輔助機構的認知及業務內容之理解。	● 成立「全民免費法律諮詢網」，期望能以免費的法律諮詢，幫助有需要的人了解問題的關鍵、尋找適合的解決方法。
	支援民間團體人才培育	● 中央及地區的自殺防治對策推動中心共同合作，規劃並實施民間團體人才培育課程，並撥款支援。	● 結合民間資源共同參與，促進心理健康概念的發展、整合實務和行動，補助民間團體辦理心理健康促進與自殺防治工作計畫。 ● 與民間自殺防治或心理衛生相關之非營利組織以及學協會，以及宗教或慈善團體共同合作，推動心理衛生及自殺防治之相關宣導工作。
	確立地區合作體制	● 製作並公布「地區自殺對策措施案例集」。 ● 中央及地方的自殺防治對策推動中心共同合作，強化保健、醫療、福址、教	● 按月統計、分析自殺通報資料並依通報單位、性別及年齡層別、自殺方式、自殺原因、個案關懷及處遇計畫進行分析，定期製

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		育、勞動等相互合作。	作自殺防治通報關懷月報表、季報表及年報表，提供各縣市政府參考。
	支援民間團體電話諮商事業及前瞻性、實驗性措施	● 撥款支援民間團體電話諮商及前瞻性、實驗性措施，並協助其相關活動。	● 提供 24 小時免費心理諮詢服務：委託臺北生命線承辦安心專線電話 0800-788-995，提供民眾 24 小時免費心理諮詢服務。
選擇性策略	**開發憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術**	● 厚生勞働科研補助金撥款補助研究「如何使精神疾病的診斷、治療效果提升及標準化」。	● 辦理精神醫療網區域輔導計畫，並持續精進精神醫療照護機構評鑑制度及落實監測精神照護服務品質，完成精神照護機構實地評鑑及不定時追蹤輔導作業。 ● 提供適當的藥物及心理治療，結合其他社會資源及活化其支持系統之外，也必需長期追縱及持續評估。
	提升門診醫師對於憂鬱症等精神疾病之診斷及治療技術	● 針對非精神科專業醫師實施研習課程，提升其對憂鬱症之敏感度。	● 推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育。 ● 透過與基層醫療結合成為憂鬱症病患照護的主要提供者，以提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務，增加醫療可近性。 ● 增進基層醫療對精神疾患

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			篩檢、診斷與治療的知能，加強與共病疾病的全面照護。
	提升憂鬱症就診率	● 實施「門診醫師心理健康因應能力研習課程」，以提升憂鬱症診斷能力。	● 加強病患的疾病認知與治療順從度外，與精神醫療體系建立良好的合作關係，暢通諮詢與轉介管道。
	實施憂鬱症健檢	● 針對高齡者推動有效率之介護預防措施，有助其參與社會活動。	● 強化老人心理健康促進，提供老人憂鬱症篩檢。
	推動憂鬱症以外精神疾病高風險群相關措施	● 召開與自殺相關的藥物問題座談會，並加強宣導。 ● 實施「精神科醫療從事者自殺防治研習」，使其得以因應憂鬱症以外的精神疾病患者。	● 成立跨局處「高風險個案評估小組」針對高困難個案定期討論處遇。 ● 針對高風險個案辦理提供團體治療，包含高風險青少年敘說團體、自殺遺族團體及憂鬱症暨自殺防治病友支持團體的辦理。 ● 成立「臺南市政府心理健康推動委員會」促進各相關單位資源整合及網絡功能連結運用，受理自殺高風險群轉介，期使個案得到完整及連續性的關懷服務。
	培育精神科醫療人才及充實精神科醫療體	● 在「自殺防治總合對策推動中心」培育精神科醫療人才所需的各種研習課程。	● 規劃辦理精神醫療專業人員及其他人員（如：專任管理人員、個案管理員、照顧服務員、志工）教育訓練 (涵蓋合併多重問題之精神病人評估，及相關

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	制		資源轉介)及提報考核。
	對教職人員之宣導	● 透過會議讓教育委員會、學校得知關於孩童自殺防治的相關資訊。 ● 針對大學教職員、校長、副校長，加強宣導關於學生自殺防治的指導方針，結合「獨立行政法人日本學生支援機構」，促進教職員相關正確知識。	無。
	提升地區保健人員、產業保健人員及介護支援人員敏感度	● 針對地區保健人員、產業保健人員及各地辦理自殺企圖者、自殺遺族相關人員，辦理研習以提升其素質。	● 為提升基層醫療人員對於自殺防治的知鈍，持續推動： (1)教材編撰與散發：「自殺者親友關懷手冊」及「陪你渡過傷慟一給失去摯愛的朋友」共兩款。 (2)自殺防治網通訊：做為全國自殺防治工作者的資訊交流與經驗分享的平台，以季刊形式發行。 (3)重要演講及研討會：醫事人員教育訓練，對象包括精神醫學領域人員、公衛護士、社工師等。
	提升諮商人員專業度	● 培育金融服務使用者之諮商人員，使之具備守門人觀念，並製作「多重債務者諮商指南」。 ● 支援地方公共團體辦理多重債務相關問題研習課	● 辦理「第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程」。 ● 針對心理健康行政人員、公共衛生護理師及關懷訪視員需接受緊急送醫評估與技能、合併物質成癮或

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		程。 ● 針對厚生勞働省職員實施精神衛生相關研習。	家暴、自殺個案之精神病人訪視照護技巧及資源轉介等相關教育訓練課程，訓練內容： 1. 精神病人症狀及服藥遵從性評估 2. 關係建立及處置技巧 3. 電話訪視及面訪評估項目 4. 多重問題合併精神疾病評估及轉介 5. 危機處置
	提升承辦遺族問題之公職人員敏感度	● 警察人員在承辦遺族、自殺企圖者、自殺案件時，需以適切態度，避免傷害到其自尊、名譽及心情。 ● 訓練公職人員素質，以適切回應遺族。	● 各縣市各分局警察局長所長相關教育訓練。
	開發研習教材等	● 活用「地區自殺總合對策懶人包」做為「自殺總合推動中心」之研習教材。	無。
	推動從事自殺對策者心理輔導	● 於教材中，加入「從事自殺業務人員」心靈健康因應辦法。	無。
	培育各領域守門人專業度	● 在自殺防治週及自殺對策加強月中，呼籲給予守門人團體協助。	● 各相關網絡及接觸高風險群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。 ● 針對有機會接觸自殺高危險群的醫療及非醫療服務體系人員持續進行訓練，針對老人、校園、醫院志工、醫護人員、國軍、企業及便利商店人員進行課程推動。
	推動職場心理衛生	● 依據「過勞死等防治推動法」、「過勞死等防治大綱」採取調查，加強宣導及諮商，並支援民間團體過勞死防治對策。 ● 上班族精神衛生網站「心靈之耳」，提供相關資訊及電子郵件諮商服務；電話諮商窗口「心靈熱線」提供諮詢服務給勞動者因過勞導致健康問題者。	● 著重過勞死及個人價值感（如：在大企業內看不到自己）的問題，可與勞工局等勞政單位合作。 ● 舉辦宣導活動強化鼓勵企業重視員工身心健康。 ● 建構勞工健康服務體制，協助事業單位規劃辦理勞工身心健康促進事宜。
	推動兒童心理診療體制	● 以各縣市醫院為核心，實施由醫療機關及健保福祉合作之「孩童心理診療網」。	● 針對有重大疾病或罕見疾病兒童之家屬，以 BSRS-5 量測其心理狀態，篩檢出需要心理衛生專業服務的個案，使其獲得適切地介入。
	充實地區諮商	● 運用「心靈健康諮商統一專線」，活用專用款全面性	● 透過社區關懷、結合政府及民間力量（含志工團

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	體制	支持諮商體制。	體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。 ● 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。 ● 落實社區精神病人管理及追蹤關懷。
	健全多重債務諮商窗口與融資安全網	● 針對多重債務者提供諮商協助，在全國各地舉行精神衛生的免費諮商會，並撥款支援地方公共團體的措施。	無。
	危險場所、藥品之規定及管制	● 當業者對消費者購買有毒物品及危險化學品數量及目的有疑慮時，需向警察通報。 ● 以資金支援新型閘門技術(防跌落)的開發。	● 提供酒癮戒治服務機構數量。
	充實急救醫療	● 以急救醫療的精神科醫師為對象，進行急救醫療研	無。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	設施之精神科醫師診療制度	習，並改善精神科醫師診療制度。	
指標性策略	**推動受災者心理輔導及生活重建等**	● 對於受災者給予心理重建及建立其生存價值，並建立公營住宅，以達到彼此關懷、建立歸屬感的目標。	● 更新年度「災難心理衛生緊急動員計畫」(包含重大公共安全危機事件之應變機制)，內容包括災情收集、指揮體系、通訊錄、集合方式、任務分配、\作業流程、注意事項及回報流程。 ● 辦理相關人員教育訓練及演練。 ● 建立及更新所轄公部門及社會資源災難心理衛生服務人員名冊及聯繫資訊。
	充實失業者諮商窗口	● 針對失業少年提供個別諮商、溝通訓練及職場體驗，協助失業者就業及自立。	無。
	設立經營者諮商窗口	● 實施「中小企業電話諮商專線」。 ● 針對經營上困難，於電子刊物中公告「自殺對策相關諮商窗口」；派遣相關專業人員輔導經營者。	無。
	充實貧困者援助措施	● 在福祉事務所設置自治體，對於各種因素導致生活貧困者提供諮商服務、	● 協助改善就學設備、課業輔導或提升學歷。 ● 協助就業準備、排除就業

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		就業輔導。	障礙，提供或轉介就業服務、職業訓練、輔導證照考試、小本創業或穩定就業誘因。 ● 協助儲蓄、投資、融資，累積有形資產或無形資產。 ● 結合地方特色產業，協助增加在地謀生技能或在地就業。 ● 協助參與相關教育訓練、社區活動、志願服務或公共服務。
	支援自殺企圖者近距離守護者	● 由自殺防治總合對策推動中心辦理以適切援助相關之研習。	● 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。
	對於網路上自殺預告案件之因應	● 設置管理違法有害的情報諮商中心。 ● 警察接獲通報對於網路上的自殺預告案件，實施自殺預防措施。	無。
	遭霸凌孩童之自殺防治	● 設立兒童用「網路人權諮商受理窗口」及「兒童人權 110」免費專用諮商電話，確立兒童容易使用諮商體制，解決兒童霸凌問題。 ● 改訂霸凌防治的指導方針，明載於指導手冊，提	● 一級預防(教育與宣導)：應著重於學生法治、品德、人權、生命及性別平等教育，培養學生尊重他人與友愛待人之良好處世態度，透過完善宣導教材、辦理學校相關人員研習活動，分層強化行政人員、

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
		供「兒童人權 SOS 小紙條」發給全國中小學兒童。 ● 在開學之際，校內實施早期發現注意措施、請長輩在家中提高注意、網路警察加強巡邏。	教師及學生對於霸凌行為之認知與辨識處理能力。 ● 二級預防(發現處置)：成立中央跨部會、地方跨局處維護校園安全聯繫會報，研提防制策略；敦促各級學校與警察(分)局完成簽訂「校園安全支援約定書」，強化警政支援網絡；如遭遇糾紛事件，除應迅即判斷屬偶發或霸凌事件，並依據校園霸凌事件處理作業流程，循「發現」、「處理」、「追蹤」3階段，成立校內「防制校園霸凌因應小組」。 ● 三級預防(輔導介入)：啟動輔導機制，積極介入霸凌、受凌及旁觀學生輔導，必要時結合專業心理諮商人員協助輔導，務求長期追蹤觀察，導正學生偏差行為。若霸凌行為已有傷害結果產生，如屬情節嚴重個案，應立即通報警政及社政單位協處及提供法律諮詢，以維護當事人及其法定代理人權益，必要時將個案轉介至專業諮商輔導矯治。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
	充實受虐兒童、性犯罪、性暴力受害者援助措施	● 為幫助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體促進地區相關機關合作措施。	● 密集探訪及關心受虐兒童家庭，透過親子示範與陪伴，增加父母保護孩子的能力。 ● 連結社區資源守護家庭。減低兒童少年虐待事件的發生，讓兒童可以在安全、健康的環境下成長。 ● 提供親子教育及後續追蹤服務，孩子的課業就學輔導、就業輔導、醫療協助、急難救助或經濟補助等，幫助有兒虐風險的家庭，讓孩子可以持續安穩健康的成長。 ● 為幫助性犯罪、性暴力受害者，協助地方公共團體促進地區相關機關合作措施。 ● 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。
	促進學校、職場的事後因應	● 根據學童自殺背景做成報告，將相關資訊告知教育委員會。 ● 透過「心靈之耳」網站，公告「職場自殺及時防治與因應措施」。	● 有關學校的自殺個案，建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。 ● 在自殺行動後，針對校園師生所受到的創傷進行處理，並要預防自殺事件再次發生。

表 4-8-3、「日本自殺防治白書」和「臺灣自殺防治政策」比較

項目	政策	日本自殺防治白書政策內容	臺灣自殺防治實施情形
			● 在職場建立求助與通報的管理系統，組織應建立清楚明確的溝通管道，讓心理有困擾的員工能主動尋求協助，或當員工發現其他同事有異狀時可以依循該通報管道尋求協助。
	提供給遺族相關資源	● 撥款製作有關各地區諮商場所及自治團體相關聯絡資訊手冊，提供給自殺遺族。 ● 架設CSP自殺死遺族支援網。	● 自殺企圖者之通報關懷：自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率，特別是自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於24小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。 ● 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。 ● 架設遺族指南。

2. 結論

藉由蒐集文獻瞭解世界各國近年在自殺防治領域的發展，彙整有效的策略方式、如何整合資源與合作、自殺防治的最新趨勢等，為全國性自殺防治策略提供整合性資訊之參考。

日本自殺防治綱領，與臺灣的自殺防治體系內容相似，而日本是從自殺預防為核心貫穿社會安全建構，臺灣目前以社會安全概念出發，可思考與醫療整合，日本的優點也是臺灣可效法的。

在自殺防治的部分，日本的優點是內閣層次的整合，從中央到地方，以日本 2017 年跟 2016 年對照，認為跨部會整合是最重要的，臺灣應學習日本如何推進未來跨部會的策略。

參考各國的自殺防治策略為可行之工作，不僅可以與本國策略進行比較，亦可參考其他國家策略之優點，作為參考臺灣未來自殺防治推動之工作，期許臺灣能多方面提升我國心理衛生與精神醫療，活絡社區支持網絡，落實於以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療，並有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖，期待能有效降低國人自殺死亡率，促進國人心理健康。

因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理

一、 背景 (Context)

依據2017年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書項目中研修自殺防治相關工作規範(含印製):**研修「全國自殺防治策略與因地制宜應應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範，草擬自殺關懷訪視作業要點，含標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制...等事項。**

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱並與個案建立良好關係，且面對棘手個案時，更要基於珍愛生命的信念，讓自殺關懷訪視不僅是一份工作，更是一份助人、救人的責任與義務。因此將一問、二應、三轉介的精神發揮淋漓盡致外，亦要作為個案與社會資源間之聯繫橋樑，協助自殺/自傷個案走進醫療體系並獲得有效醫療。

然而各縣市受到地理、人口、文化等不同因素影響，第一線人員在處理個案時，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、性侵被害人/加害人、或是高風險家庭之個案，亦常遇到相關網絡單位之權責應如何劃分的問題，如教育、勞政、警政、消防等單位間轉介之議題，諸多狀況在自殺關懷訪視裡，並非所有通則皆可解決，常讓相關從業人員感到棘手。因此，本學會將檢視「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範，討論是否有需改良之處，並針對其中標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，請教專家意見及進行文獻探討，草擬出自殺關懷訪視作業要點，以提供相關從業人員在面臨自殺企圖者時能夠運用，並藉此提升人員之專業知能及技術，透過人員之熱忱及專才、正確的自殺防治策略、良好的督導機制、緊密的跨網絡合作，以建立關懷、接納個案之氛圍，並建立一個尊重及信任的關係，協助自殺個案連結社會資源，減少再自殺率與自殺死亡率。

二、 輸入(Input)

1. **策略與文獻。**
   1) 全國自殺防治相關策略與文獻。
   2) 全國自殺防治中心內部資料。
   3) 年中討論會議相關意見。

2. **專家意見**
   1) 召開專家會議，將會議結果整合。

三、 過程(Process)

1. **蒐集策略與文獻。**
   1) 蒐集全國自殺防治相關策略與文獻。
   2) 整理中心內部資料。
   3) 整理年中討論會議針對「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」、「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」及「關懷訪視作業要點」之意見。

2. **會議討論**
   1) 草擬「全國自殺防治策略與因地制宜因應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」、「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」及「關懷訪視作業要點」。
   2) 召開專家會議，將會議結果整合再進行研修。

四、 成果(Product)

1. 全國自殺防治策略與因地制宜因應措施

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。

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。因此自殺防治策略的規劃

須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。

1) 全國自殺防治策略

自殺防治在於降低危險因子與提升保護因子，策略分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicated)策略，策略的制定與宣導涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將有利於政策的推行。

(1) 全面性策略

a. 全面性防治策略目標為全體民眾，透過心理衛生教育，增進民眾風險行為管理知能，提升社會大眾對自殺議題之認識，推廣心理健康促進相關資訊及網站，落實「自殺防治、人人有責」，擔任自殺防治守門人。

b. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略(包括木炭、農藥、安眠藥、高處跳下)，對販賣業者宣導珍愛生命守門人觀念，並在賣場放置宣導訊息。

c. 建立社區自殺防治網絡，結合社區關懷據點共同合作，納入社區的藥師、診所、衛生所、派出所等共同防治。結合學校的社會服務隊，辦理生命課程或營隊，關懷長者或青年人口。

d. 呼籲媒體報導遵循六不六要之報導原則，並儘量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。

e. 學校教育宣導，將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，教導孩童珍愛生命的理念，教育兒少自我保護。學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺，落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(2) 選擇性策略

a. 選擇性防治策略目標為高風險個案，其心理健康篩檢及高危險群之辨識工作是很重要的環節。

b. 運用 BSRS-5(The 5-item Brief Symptom Rating Scale, 簡式健康量表，又稱心情溫度計)篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。

c. 針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。

d. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。

e. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65

歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。

f. 加強對特殊註記個案關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記的個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。

(3) 指標性策略

a. 選擇性防治策略目標為高自殺風險的個人，主要為曾自殺過的自殺企圖者及自殺遺族。

b. 自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

c. 自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。

d. 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，建立不同於自殺企圖的標準流程。

e. 強化關懷訪視員的專業能力訓練，建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。

f. 學校的自殺通報個案建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案。

(4) 特殊個案自殺防治

a. 原住民自殺防治

以部落為基礎推動自殺防治工作，並以部落為單位來盤點資源，可透過教會合作推行守門人概念。文宣部分翻譯成原住民母語，以增進宣傳之效。

b. 殺子後自殺防治

持續推動相關網絡人員「珍愛生命守門人」訓練，提高相關人員對於高風險個案所透露的訊息之敏感度，運用 1 問、2 應、3 轉介技巧，給予適當的協助。也能與鄰里長合作，積極關懷鄰里內弱勢家庭或中低收入家庭。

c. 網路霸凌自殺防治

針對遭受網路霸凌的學生，可由家長或老師進行 1 問、2 應、3 轉介的自殺防治篩檢，也可使用心情溫度計(BSRS-5)進行檢測，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。向大眾宣導當遭受網路

霸凌時，亦可直接撥打「iWIN 網路內容防護機構」申訴專線，後續處理流程如下 (https://ppt.cc/fcvmtx)：

a) 網路霸凌行為涉及犯罪，轉由內政部警政署 110 查處。
b) 網路霸凌行為涉及自殺防治，轉由衛生福利部查處(安心專線 0800-788995)。
c) 涉及校園霸凌防制，轉由教育部查處(防制校園霸凌專線 0800-200885)。

2) 因地制宜因應措施

(1) 掌握地方特性：瞭解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員廣闊等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等。
(2) 提升縣市主管之重視度：縣市自殺防治工作之成功與否，與當地縣市主管之重視有極大之關係。
(3) 跨局處協調自殺防治之架構：在縣市自殺防治組織管理架構部份，建議應有縣政層級之自殺防治相關跨局處委員會或相當層級之工作小組，廣邀轄內相關單位主管，負責自殺防治重點工作之推動。(若不單針對自殺防治做討論，也可以心理健康等名稱來成立。且該協調性組織架構一定要由高層長官來主持如市長或縣長，以提升決策力與行動力。)
(4) 縣市衛生局要有自殺防治主責人員：應有一主管負責自殺防治工作之執行，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督考等實際自殺防治業務。
(5) 落實關懷訪視督導制度：應有督導協助衛生局檢視其轄內之關懷訪視流程、通報系統、自殺防治業務、跨網絡運作相關事宜等，建議由精神科專科醫師、心理師或有經驗的自殺防治專業人員擔任，定期(如每週一次)召開個案及督導討論會，協助關懷訪視員評估個案自殺危險性等。同時也應針對關懷訪視員辦理定期的教育訓練課程，增進訪員知能。
(6) 跨局處個案討論會：衛生局應辦理跨局處之個案討論會，除了可即時掌握個案管理情形，更可充分發揮網絡間之交流合作能力，避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。
(7) 自殺威脅個案送醫流程：衛生局宜規劃轄內各區優先負責接受警消轉送個案之醫院清單，各醫院應設有窗口，以利聯繫，而衛生局可扮演督導、協調之角色。
(8) 縣市資源盤點：將轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡了解、運用與連結。

3) 關於全國及各縣市因地制宜自殺防治策略請參照全國自殺防治中心 2017

年提出之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」報告。

2. 自殺風險個案危機處理注意事項

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關(構)網絡密切合作且無縫銜接，訂定本注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

1) 本注意事項所稱之自殺風險個案，係指下列個案之一
   (1) 自殺企圖者：指已發生自殺行為但未死亡者；或指已準備好執行自殺行動(含計劃型或衝動型)之自殺計畫者(如高樓跳樓、臥軌企圖者)。
   (2) 自殺意念者：指心存自殺想法，尚未付諸行動者。
2) 建立自殺風險個案通報聯絡窗口：
   (1) 衛生局應定期召開跨局處業務協調會議，加強自殺防治網絡橫向聯繫與協調溝通，建立所轄自殺風險個案處理機制，以避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。
   (2) 為利於非上班時間通報自殺風險個案，衛生局應依所轄地區特性及資源，建立 24 小時自殺風險個案通報聯絡窗口，定期更新資料，並提供相關單位參考。
3) 落實自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報：
   (1) 如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件時，應依據「兒童及少年福利與權益保障法」第 53 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。
   (2) 如發現通報案件已涉家庭暴力事件，應依據「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「重大兒童及少年虐待事件」個案時，應依衛生福利部頒訂「重大兒童及少年虐待事件防治小組實施計畫」，填報重大兒童及少年虐待事件個案檢討-個案相關就醫及診療報告(如附件 5.1.1)，提報縣(市)政府及衛生福利部檢討。
   (4) 當衛生局接獲「重大家庭暴力及性侵害事件個案」個案時，應依衛生福利部頒訂「重大性侵害事件檢討及策進實施計畫」，填報重大性侵害事件個案檢討報告(如附件 5.1.2)，提報縣(市)政府及衛生福利部檢討。
4) 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務：
   (1) 衛生局受理自殺風險個案通報後，如發現個案有危及生命之緊急情況，

應立即通報警察機關 110 或消防機關 119 派員前往現場處理；倘個案符合「精神衛生法」第 32 條第 1 項之規定，應請警察及消防機關立即護送前往就近適當之醫療機構就醫。

(2) 針對自殺企圖個案，醫療機構應至自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報單(如附件 5.1.3)，其他網絡機關(構)，則以紙本方式，傳真通報衛生局，將通報資料鍵入該系統。

(3) 衛生局受理通報後，應依自殺高風險個案通報後關懷作業流程(如圖 5-1-1)辦理，於接獲個案通報 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，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。

(4) 若通報個案為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，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。

(5) 如遇自殺風險個案具危險及急迫性，需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整，不受第 3)項之限制。有關個案追蹤關懷訪視工作內容應包括：

a. 主動與通報機關(構)電話聯繫。
b. 掌握個案行蹤資料(聯絡電話、現居住址)。
c. 掌握個案家屬、親友聯絡方式(聯絡電話、現居住址)，並告知個案自殺危險性及相關處置建議。
d. 評估會同相關機關(構)共同處置之必要性。
e. 立即電話訪問並安排家庭訪問時間。
f. 回復轉介機關(構)評估及訪視結果。

(6) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS-5)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，原則上每一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，如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。(如圖 5-1-1)

(7) 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。

(8) 衛生局應加強督導醫院提供自殺企圖個案評估及進行通報，尤其針對不

符強制住院或無住院意願者，應向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。

(9) 有關醫院急診處理自殺企圖個案流程如附件 5.1.4，衛生局宜納入所轄醫院年度督導考核事項。

5) 強化自殺風險個案處理與網絡合作：

針對自殺防治網絡各機關通報之自殺風險個案，應請網絡機關人員依自殺風險個案轉介單，提供充足之個案資訊，以利自殺關懷訪視員掌握後續關懷訪視重點。另鑑於自殺非單一因素造成，個案常涉及有感情問題或婚姻破裂、負債或失業致經濟困難、罹患重病或長期疾病、個人或家庭支持系統欠佳、有法律或司法糾紛...等問題，衛生局應加強與警察、消防、社政、教育及勞政等機關建立合作機制，並協調各機關依權責及專業資源，提供以下協助：

(1) 警察機關：

a. 遇有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，立即派遣員警到場處理，協助護送前往就近適當之醫療機構就醫，以確保民眾生命安全。

b. 如遇自殺風險個案行蹤不明或不願意提供正確地址，請求透過警政系統協尋失聯個案時，應啟用「e 化勤務指揮管理系統」追蹤偵測電話發話號碼、位置，並即時派遣警員抵達現場協助救援。

c. 針對非管束不能救護其生命者，得依「警察職權行使法」第 19 條規定辦理，其管束應於危險或危害結束時終止，管束時間最長不得逾 24 小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬、其他關係人、適當之機關(構)或人員保護。

(2) 消防機關：

a. 受理自殺風險個案通報，依據報案人陳述與現場狀況，進行專業分析研判，依照案件的類型需求作調度，立即派遣人員及所需出動的工具、車輛進行現場救援。

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。

(3) 社政機關：

a. 如有緊急個案需衛生機關配合處置，除以書面轉介個案資料外，應以言詞、電話通訊方式通報，以利優先處理該個案問題，並避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。

b. 針對通報高風險家庭之自殺風險個案，應依據「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，繼續提供專業人員關懷訪視，以個案管理員角色模式，為個案家庭做需求評估、尋求資源、安排轉介、督導服務、追蹤評估等，提供支持性、補充性服務，增權家庭，建立完整家庭功能服務。

c. 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。

(4) 教育機關：

依據教育部頒訂之「各級學校及幼兒園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」辦理，並落實校園三級預防輔導措施辦理。

(5) 勞政機關：

適時提供就業諮詢、職訓諮詢、安排就業促進研習等服務，以協助個案排除就業障礙、職業適應與穩定就業。

6)加強教育訓練：

(1) 自殺關懷訪視員應參加自殺關懷訪視研習課程，及精神醫療網核心醫院之專業訓練與督導等，並由執行關懷訪視計畫之機構(以下簡稱執行機構)提供定期在職教育訓練，以強化其服務品質。

(2) 執行機構需遴聘具臨床精神醫療或心理諮商輔導資歷人員，定期督導自殺關懷訪視員。

(3) 執行機構需定期召開個案討論會，必要時並邀請相關網絡人員參加，共同討論個案處置。

(4) 有關自殺防治課程及師資，得由全國自殺防治中心協助提供。

7)加強預防宣導：

(1) 針對兒童青少年、婦女、男性及老人等各人口群特性，辦理心理健康衛生教育宣導活動，強化初級預防工作。

(2) 持續宣導民眾求助管道，包括：安心專線(0800-788-995 請幫幫救救我)提供民眾 24 小時自殺防治諮詢服務；所轄社區心理衛生中心定點心理諮詢服務資訊。

(3) 持續推廣「自殺防治守門人 1 問、2 應、3 轉介」概念及運用簡式健康量表(BSRS-5)為工具，發揮人人都是自殺防治守門人的精神。

(4) 加強民眾及自殺防治網絡人員自殺警訊及救援管道的認知。

3. 自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程

目前自殺通報資料用途包括：提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視需求轉介相關單位提供自殺企圖者之服務及衛教宣導，以及進行自殺

企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

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。因此自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項，這些亦為自殺防治業務重點。

全國自殺防治中心收集國內外文獻並彙整各縣市實務經驗，訂定自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，如圖 5-1-1 所示。

1) 自殺企圖個案通報

發現自殺意念、自殺企圖、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。通報人員可直接上網登錄系統通報的相關單位(主要為全國各縣市醫院及衛生局)，此外，亦鼓勵警察、消防、民政、教育、社政、勞政等相關單位以紙本方式，將通報資料傳真至當地衛生局，由衛生局人員代將通報資料鍵入系統。

2) 分案並進行關懷訪視

(1) 關訪員在收到通報資料後須於 3 個工作天內完成初次關懷(若個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，需於 24 小時內進行初次關懷)。如遇個案具危險及急迫性需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整。

(2) 關懷方式主要分為電訪、家訪或其他地點面談等三種。關訪員在訪視過程中，須以「簡式健康量表(BSRS-5)」為評估工具，判斷自殺意念或自殺企圖個案之情緒困擾的嚴重程度(若個案自殺死亡，則評估對象改為其親友或遺族)，以及再自殺風險、心理需求評估，並擬訂處遇計畫，連結或轉介其他服務資源，訪視內容須記錄於「自殺個案訪視紀錄回覆表」中，做為深入關懷或後續轉介服務的依據。以上過程，均須通報並記錄於通報系統中。

(3) 原則上，每一個案之關懷訪視追蹤服務為 3 個月，每月訪視次數依照「簡式健康量表(BSRS-5)」分數與自殺風險而定，得依個案狀況延長至 6 個月。如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。有關個案分級及關懷訪視頻率，由於各縣市情形不同、資源相異，得落實行動在地化之策略，各縣市可因地制宜，擬定合適行動。

3) 個案轉介與結案

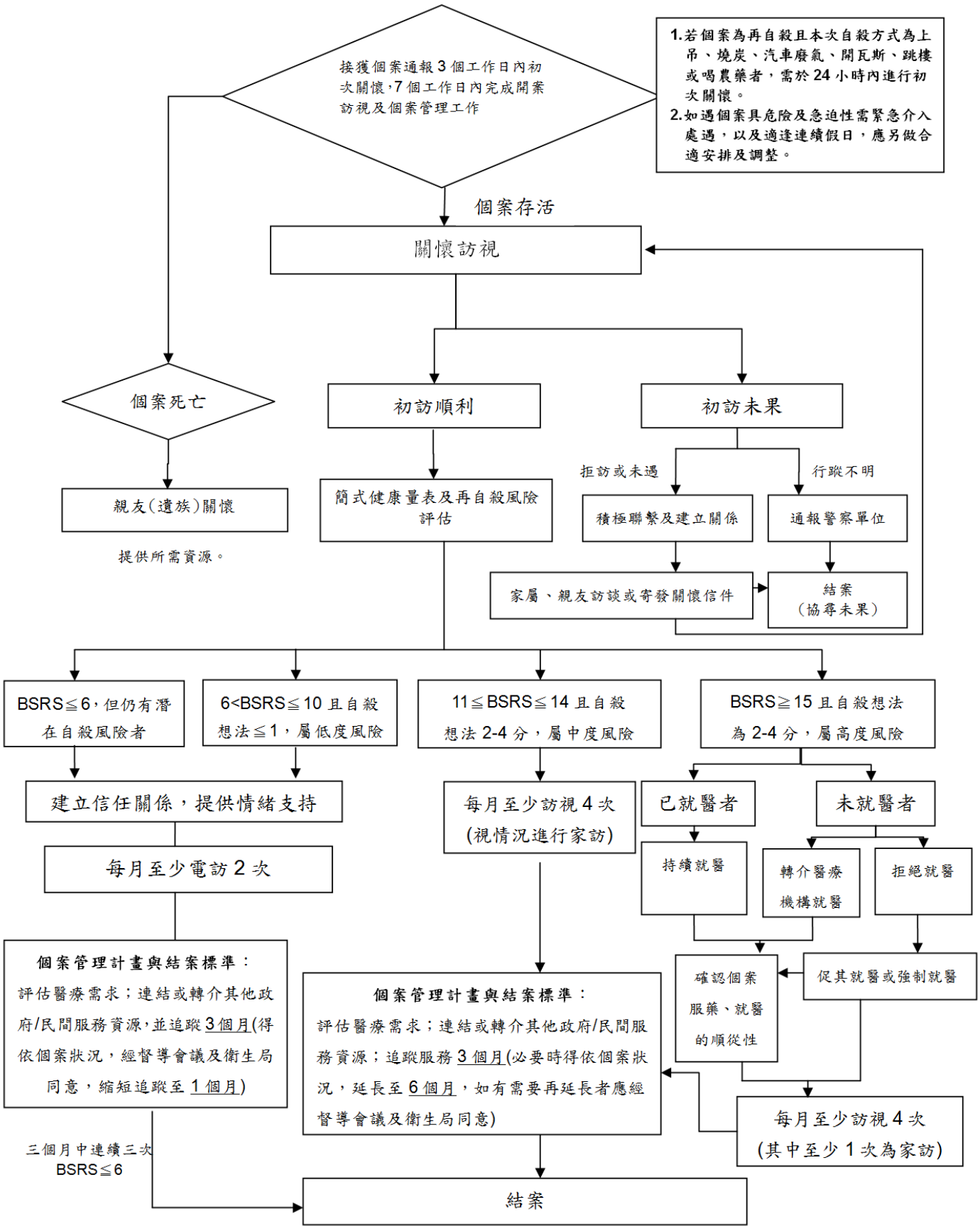
關訪員依據訪視內容，包括「簡式健康量表(BSRS-5)」、有無支持系統、再自殺風險、心理需求等綜合評估後，擬訂處遇計畫。若經關訪員評估須轉介其他服務，則填寫轉介單後，方可轉介其他單位進行後續服務(轉

介單位包括：社會局、勞工局、心理諮商輔導單位、醫療院所等)。若關訪員評估個案無轉介需求，則可結案，主要有下列可結案緣由：追蹤屆滿 3 個月、依縣市自訂標準結案、依督導會議決議、再次被通報、個案居住地變更，故轉出至其他縣市衛生局、拒訪、失聯等。結案標準如表 5-1-1。

4) 自殺高風險個案共訪

自殺是多重原因導致的行為，其中，精神疾病與自殺行為高度相關。近九成的自殺企圖者患有任何一種精神疾病(如憂鬱症、焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症...等)，七成個案患有憂鬱症，憂鬱症住院患者中有 15%最終自殺身亡；而思覺失調症患者出現自殺行為的比例也相當高，其他如人格疾患(反社會、邊緣型人格障礙症等)，亦與自殺行為的出現有關。早期介入精神醫療、提升民眾對精神疾病的瞭解、並去除大眾對自殺與精神科的污名化，有助於防止自殺事件的發生。

針對自殺高風險的精神疾病患者，由專業團隊分工負責，建立共同訪視機制，聯合相關資源，例如社區、宗教或醫療及社福等系統。由關訪員定期關懷訪視，相關資源系統於評估危機程度後，得以及時介入、轉介資源，以幫助穩定個案身心狀況。相關流程如圖 5-1-2。

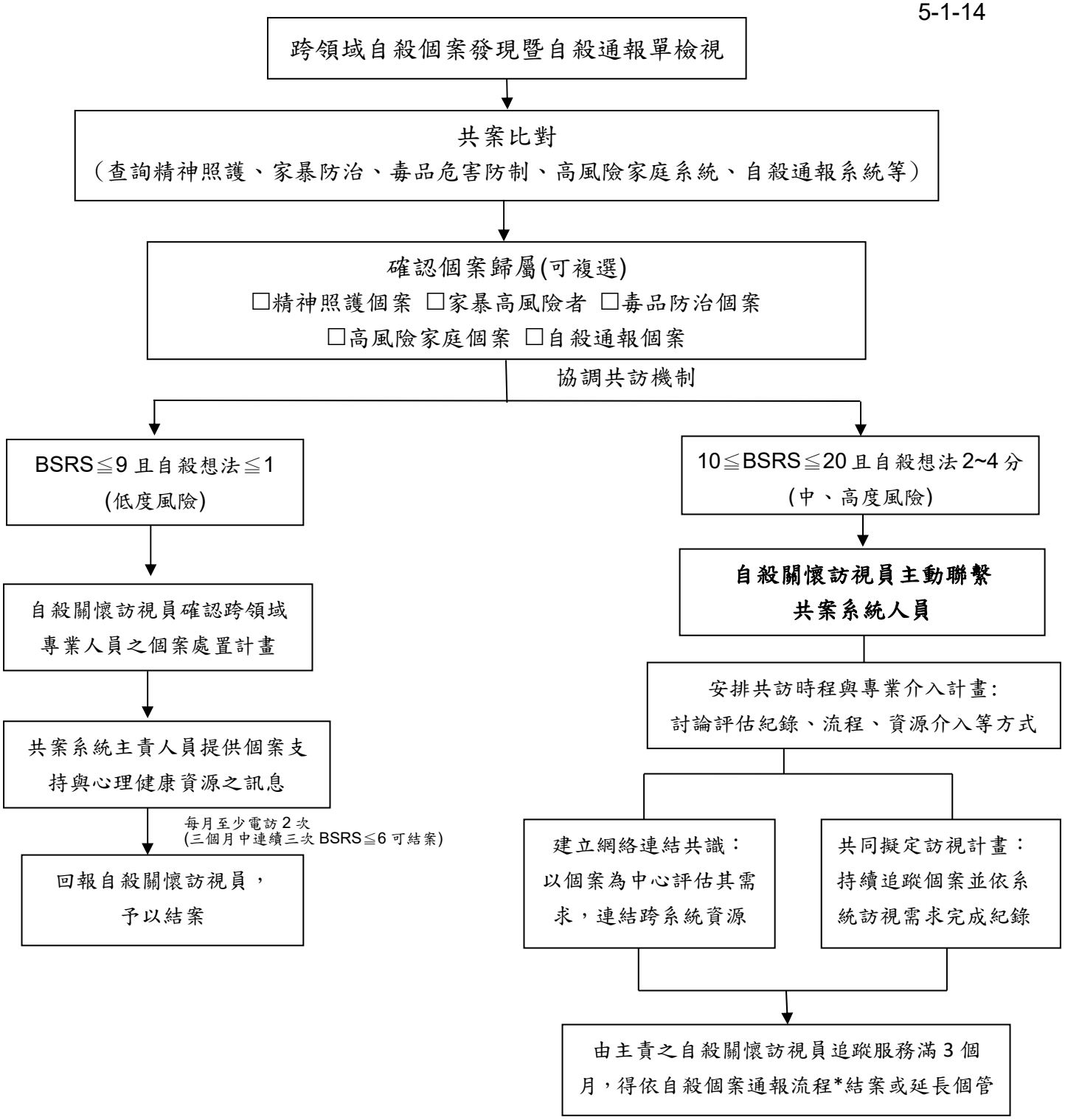


註：BSRS為心情溫度計五題(另附自殺意念題)，評估個案七日內之心理困擾程度(0-4分)。

圖 5-1-1、自殺高風險個案通報後關懷作業流程

表 5-1-1、結案標準表

結案原因	說明	處遇要點
1.個案風險程度降低	個管期間，如個案連續 3 次以上 BSRS≦6 且無自殺想法者。	此類個案管理期間(三個月)，若符合圖 5-1-1「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」的結案標準，經督導會議與衛生局同意，可於 3 個月內結案。
2.個案死亡	個案已死亡，因此予結束訪視。	視情況提供親友遺族關懷。
3.高度風險之個案遷移至其他縣市	訪視期間個案可能有無法預期的搬遷，若遷移至外縣市且失聯，則可予以結案。	原訪員須確實追蹤聯繫個案。若可掌握其外縣市動向，可轉介至外縣市衛生局；若失聯則予結案。
4.其他無法預期之狀況	個案於個管期間將有不可預期之生活安排，導致無法接受訪視服務，如入監服刑等。	若可預期高風險個案將於保護性環境中(監獄、醫院)超過三個月，則予以結案。
5.誤報	經訪員與個案/家屬確認無實際自殺企圖者，或與督導討論判斷為吳風險者，可予以結案。	若懷疑個案刻意低報其風險狀態，或明顯具有高風險，宜與督導討論。必要時轉介醫療共同判斷其風險。
6.再次被通報	個案於個管期間(如三個月中)，無論何種自殺方法或原因，再次被通報至系統中。	再次通報後須重新評估、重新開案。
7.拒訪	兩週內訪視個案至少 3 次，其中包含 2 次家訪，且為不同時段皆遭個案拒訪。	投遞關懷卡片與衛教單張，並告知家屬或親友相關求助管道。
8.失聯(未遇)	關懷訪視員經由 3 次不同時段家訪未遇	連繫當地鄰里長、員警，訪員得知個案狀態後，依然無法聯繫上個案。



註：BSRS-5 為心情溫度計五題(另附自殺意念題)，評估個案七日內之心理困擾程度(0-4 分)。

*詳「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」說明。

圖 5-1-2、自殺高風險個案共訪流程

5)精神病患訪視注意事項

(1) 事前準備：訪員須掌握個案是否合併精神疾病，若無法確定，則需考慮連結精神醫療專業人員協同判斷。當個案同時具有精神科診斷，訪員切忌標籤化其罹病狀態，除事先認識精神疾病外，更應了解個案生活需求及其醫療現況。例如疾病類型及就醫情況(含服藥、回診)等，將這些問題與負責的相關領域專業人員或訪員討論，確立處遇原則和計畫後，再前往訪視。

(2) 評估就醫情形：訪視過程中，須了解個案生心理健康及就醫情形，針對懷疑有精神疾病或確診之個案，尤其應詢問個案及/或家屬之精神科就醫狀況、是否規律服藥，藉以判斷個案就醫順從性。同時，應評估案家是否存在對精神疾病之汙名現象，對於精神醫療有任何疑問，均應予以傾聽、了解，進一步釐清疑問或迷思，鼓勵正確就醫及服藥行為。

(3) 成功轉介：把握守門人 1 問 2 應 3 轉介原則給予個案支持，其中最重要的動作是須落實最後一步驟－轉介，目的在於轉介個案到精神醫療院所。因此訪員必須進行資源盤點，掌握轄區內的心理衛生資源、精神科醫師名單及其他相關資源，以建立起自己的口袋名單。成功轉介的秘訣在於同理個案處境、了解生活困擾程度、針對其需求、必要時陪伴就醫，建立說帖感動個案願意接受就醫。

(4) 落實督導制度：訪視過程遇有困難時，應與督導保持密切討論，必要時可請督導陪同家訪，觀察訪視過程中哪些部分需要加強或修正。另外，衛生局召開的個案研討會或督導會議，都是解決問題的好時機，可以有效針對困難個案的問題深入討論因應策略。

(5) 持續評估及關懷：合併精神疾病的個案需要花時間建立關係、持續予以關懷及陪伴，然而自殺危機下則需快速的危機處理以保住個案性命，訪員務必掌握自殺風險評估的技巧與內容(涵蓋自殺危險因子及保護因子等)，以建立穩定的關係並合適評估個案的風險等級。

(6) 個案主責歸屬：共案訪視中，通報資料不足或難以判斷共案狀態之個案，初次訪視時確認個案歸屬，按照標準區分為下列兩種類型：

a. 自殺關懷訪視員(自關員)轉介社區關懷訪視員(社關員)：

BSRS≦9 且自殺想法≦1 個案屬於低度風險，由自關員與社關員交班，由社關員進行關懷訪視。自關員定期追蹤社關員在訪視個案後的訪視內容及個案訊息，欲結案時須由自關員與社關員共同評估後再結案。

b. 共訪個案：

10≦BSRS≦20 或自殺想法 2~4 分個案屬於中、高度風險，由自關員與社

關員共同擬定訪視計畫，加強網絡交流，由與個案接觸較久的訪員為主責訪員。以個案為中心、家庭為單位、社區為範疇評估其需求，連結跨系統資源。結案標準依中央規定辦理。

6) 關懷訪視員訪視品質指標

根據 2017 年「全國自殺防治中心計畫」需求說明書內容辦理關懷訪視紀錄抽查與建議，整理出各縣市訪視紀錄建議。摘要如下：

(1) 訪員填寫訪視紀錄時建議由個案主觀認知資料、訪員客觀觀察資料詳實記錄，並確實評估自殺風險及選定訪視後處遇計畫。

(2) 再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，建議確實評估，以利決定後續處遇，確保降低個案再自殺的風險性。

(3) 使用簡式健康量表(BSRS-5)評估再自殺風險，當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議除了持續訪視外，應落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制可參考下列指標：

a. 訪視紀錄完整性：各項目是否確實填寫、訪視紀錄是否過於雷同、訪視內容有無過於簡略、訪視紀錄語意是否清楚。

b. 訪視歷程完善性：進行責任通報、提供相關資源及轉介、後續處遇計畫。

c. 簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念及風險評估是否確實填寫。

d. 結案評估嚴謹性：有無詳實紀錄結案原因、是否符合結案標準。

五、 附件

附件 5.1.1 重大兒童及少年虐待事件個案檢討個案相關就醫及診療報告

附件 5.1.2 重大性侵害事件個案檢討報告

附件 5.1.3 紙本自殺防治通報單

附件 5.1.4 醫院急診處理自殺企圖個案流程

政府跨部會自殺防治工作方針

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

衛生福利部(前行政院衛生署)自 2005 年底開始推動「全國自殺防治行動策略」，委託台灣自殺防治學會辦理「全國自殺防治中心計畫」，迄今已邁入第 12 年。在政府相關單位、民間團體、及社會大眾的努力，配合全面性、選擇性與指標性三大策略之下，我國的自殺率逐年下降。但根據最新統計數據，2016 年自殺死亡率有微幅上升的趨勢，因此除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，自殺防治工作仍須仰賴社會各界的努力參與，藉由網網相連、持續合作，共同編織出社會安全網絡，而能貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，降低自殺死亡率。

106 年度「全國自殺防治中心計畫」為提升自殺防治於跨部會的整合與推動，針對各部會業務權責編印《政府跨部會自殺防治手冊》，藉由蒐集近百篇之兩年內文獻回顧並與專家討論結合國內實務，擬定自殺防治方針供各部會參考。

「策略國家化」具有承先啟後的地位，因此推動國家層級的自殺防治工作，各部會彼此合作，更是自殺防治中關鍵一步。藉由落實跨部會網絡資源的整合，促進跨領域合作默契，各部會可針對自殺防治相關業務，強化橫向合作互動機制，共同支持政策的執行，才能以整體性的觀點加強自殺防治工作的推廣。為此，依據各部會之業務權責及服務標的人口研擬自殺工作防治方針將有助化解本位主義之藩籬，協助各部會發揮優質的領導力與其專業性，透過彼此合作，呼應政策的制定，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於各個領域。

2. 業務或方案的目的與目標

1）藉由編製政府跨部會自殺防治手冊，提供中央政府機關各部會相關單位推動自殺防治業務之參考，進而提高自殺防治之成效，持續降低全國自殺率，進而達到「自殺防治人人有責」、「人人都是珍愛生命守門人」之目標。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集與彙整

a. 《政府跨部會自殺防治手冊》

a) 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。參考資料如下：

(a) 自殺防治系列 2-自殺防範指引
(b) 自殺防治系列 3-青少年心理衛生與自殺防治
(c) 自殺防治系列 4-老人心理衛生與自殺防治
(d) 自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治
(e) 自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治
(f) 自殺防治系列 8-職場心理衛生
(g) 自殺防治系列 9-自殺者親友關懷手冊
(h) 自殺防治系列 11-珍愛生命守門人
(i) 自殺防治系列 12-心情溫度計
(j) 自殺防治系列 14-失業鬱悶怎麼辦
(k) 自殺防治系列 17-以醫院為基礎之自殺防治-
(l) 自殺防治系列 19-全國自殺防治策略
(m) 自殺防治系列 21-基層醫療人員與自殺防治
(n) 自殺防治系列 23-社會福利工作人員與自殺防治
(o) 自殺防治系列 29-自殺防治概論
(p) 心理健康促進衛教手冊系列-原住民族之心理健康促進
(q) 自殺防治網通訊

b) 參考 WHO 最新出版自殺防治工作手冊

(a) Preventing Suicide: A Resource for How to Start a Survivors'Group (2008)
(b) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals (2008)
(c) Preventing Suicide IN JAILS AND PRISONS (2007)
(d) Preventing Suicide: A resource at work (2006)
(e) Preventing Suicide: A resource for Counsellors (2006)
(f) Preventing Suicide: A resource for Police, Firefighters and Other First Line Responders(2009)

c) 日本自殺總合對策大綱中各項政策施行情形
d) 學術網路搜尋期刊論文並彙整。

2) 召開專家討論會議
3) 撰寫手冊
4) 召開手冊初稿專家討論會議，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，進行後續修正。
7) 依長官指示修訂
8) 完稿並送印，交付衛福部

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部。
2) 資源連結內容及形式：過去中心出版資料彙整、意見交流、文獻閱讀。

三、 過程(Process)

1. **蒐集策略與文獻。**

1) 蒐集國內外自殺防治相關策略與文獻。
2) 整理中心內部自殺防治系列手冊及文獻數據進行參考。

2. **會議討論**

1) 草擬手冊含括之部會範圍、自殺防治策略之對象族群及相關自殺防治概念方針。
2) 召開專家會議，將會議結果整合再進行研修。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 《政府跨部會自殺防治手冊》的內容規劃，包括自殺防治的基本概念，了解自殺防治之重要性與策略，並認識守門人之概念，另外針對各部會研擬自殺防治工作之方向。然而自殺危險因子具有不同族群之多樣性與共通性，若多加了解，能更有效預防自殺行為，因此列於各部會簡介之開頭供方便閱讀；最後為相關資料，供各部會未來研擬自殺防治工作實務時可供參考。

(1) 各章節標題節錄如下：

a. 自殺防治的基本概念
   a) 臺灣自殺概況與自殺防治之重要性
   b) 全國自殺防治策略
   c) 自殺防治的核心基礎－推動「守門人」策略

b. 跨部會自殺防治工作方針
   a) 衛生福利部
   b) 教育部
   c) 勞動部
   d) 內政部

e) 國防部
f) 法務部
g) 行政院農業委員會
h) 交通部
i) 行政院環境保護署
j) 國軍退除役官兵輔導委員會
k) 原住民族委員會
l) 國家通訊傳播委員會

c. 延伸讀物
a) 自殺防治策略行動方案參考
b) 自殺防治手冊系列
c) 自殺防治資源網絡
d) 相關諮詢專線

d. 參考文獻
e. 意見回饋表

(2) 各部會自殺防治策略摘要如下：

a. 衛生福利部：統合精神衛生資源，協助推廣心理衛生觀念，持續推動自殺防治相關宣導講座與教材，並能針對現有之自殺風險篩選機制，如心情溫度計或珍愛生命守門人訓練進行運用，並持續管控與強化自殺關懷訪視與醫療機制。

b. 教育部：針對學校端之自殺防治策略，包含持續推動學生族群之自殺防治策略，並能加強教職員及學校輔導網絡之自殺危機辨識與處理能力，並針對自殺企圖學童、同儕及遺族進行關懷與介入。

c. 勞動部：依業務權掌，主要針對勞動工作者研擬相關自殺防治及相關心理衛生策略之宣導，促進職場之精神衛生進行守門人教育，並持續完備職場心理衛生介入體制，針對失業及經濟困頓者，能提供心理、精神醫療及社會支援，預防自殺行為之發生。

d. 內政部：針對警消人員教育訓練，對常見的自殺方法進行了解，以能使人員針對防治策略進行宣導，並能強化第一線警消人員自殺危機辨識及轉介處理能力，以利持續發揮自殺防治網絡之功能。

e. 國防部：落實心理衛生中心的三級防處標準，持續推動自殺防治策略，並加強訓練第一線輔導人員之專業之能訓練，如了解精神疾患病徵、自殺工具可得性宣導等，使專業人員具備辨識自殺企圖者及自殺高風險群之能力，以持續推動自殺防治網絡。

f. 法務部矯正署：除了定期針對受刑人進行心理衛生宣導，並針對常見之自殺方式進行策略建議外，應能針對不同受刑人之精神疾患或毒藥癮之狀況給予妥善治療與支持，輔助受刑人之身心健康，將有助於預防自殺行為之發生。

g. 行政院農業委員會：由於巴拉刈為老年人口常使用之自殺工具，因此除在農藥管理上,推動禁用巴拉刈,並對自家農藥儲藏管理進行教育宣導，同時也針對第一線販賣農藥之業者及農會推動守門人訓練，強化自殺危機辨識之能力，並能在適當時機提供支持與關懷。

h. 交通部：藉由宣導活動及傳播媒體持續推動自殺防治策略、宣導正確觀念，另外也在自殺熱點或人煙稀少處設立警示告牌，設立自殺防治電話與文宣，並提供捷運及鐵路月台設立全高式月台門，減少捷運或鐵路自殺率之策略參考。

i. 行政院環境保護署毒物及化學物質局：考量化學物質及相關工作場所之危險性，建議針對有毒物質進行教育訓練，並能建立通報機制、設立生命關懷專線，以利自殺防治資源之介入。

j. 國軍退除役官兵輔導委員會：針對退役軍人定期進行心理健康篩檢與諮詢，並能與鄰里合作，建立心理社會支持網絡，在需要之時協助提供資源。

k. 原住民族委員會：依循部落文化與信仰，透過教會及社區活動宣導心理衛生概念，並能針對高風險群進行篩檢、建立部落自殺防治網，推動社區資源網絡，介入服務與關懷。

l. 國家通訊傳播委員會：主要針對媒體廣播之特性，建議實踐 WHO 六不六要原則，並協助推廣自殺防治策略與偵測自殺資訊。

2. 結論

藉由此手冊之編製，盼能促進政府跨部會資源之整合。自殺防治、人人有責，若能在持續推廣自殺防治宣導概念時，政府各部會結合彼此專業職掌與資源，將能更有效推動自殺防治工作之效益，未來各部會在研擬相關自殺防治策略計畫或舉辦各種活動時，若需進一步之協助，中心將持續秉持期待能共同成功地推動自殺防治策略之角度，與先進共同合作與努力。

五、 附件

附件 5.2.1 《政府跨部會自殺防治手冊》

縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

一、 背景(Context)

根據衛生福利部擬定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，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。

訪視紀錄完善度、個案狀況是否清楚呈現，均會對關懷訪視之成效有所影響，且當進行轉介時，訪視紀錄亦會影響承接同一個案之關懷訪視員以及相關從業人員的工作成效，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知、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。

為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響到後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心將安排每月抽查不同 3 縣市衛生局之訪視紀錄(20 則以上)，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 取得名單方式為聯絡衛生福利部，以更新本年度自殺關懷訪視員名單。
2) 召開內部專家會議，針對衛生福利部委託辦理 2017 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) 排定欲審查縣市之順序。
4) 制定審查資料之範圍。
5) 依據衛生福利部自殺防治通報系統所有自殺關懷訪視員必填項目，逐一制定細部審查標準。
6) 進行初評與複評。
7) 彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議。
8) 將審查結果交付衛生福利部心理及口腔健康司，並發送予各縣市。

三、 過程(Process)

1. 訪員名單更新：完善的訪視紀錄有助於增進訪員對個案狀況的理解，亦對日後相關人員業務進行有極高之效益，且可檢視自殺關懷訪視員於工作上之專業度。為有效提升在職之自殺關懷訪視員專業度，故以在職之自殺關懷訪視員作為審查紀錄之標準，以電話連絡方式，請衛生福利部心理及口腔健康司更新並寄送現有自殺關懷訪視員名單。
2. 訪視紀錄審查規劃：審查流程分兩輪進行，初審將抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議。待初審結束後，根據結果展開複審，以追蹤各縣市的改善情形。
3. 審查之縣市擇定標準是根據 2015 年標準化自殺死亡率之縣市排名(如表 5-3-1)排定抽查：

表 5-3-1、2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名

縣市	排名	縣市	排名
基隆市	1	高雄市	12
宜蘭縣	2	臺南市	13
南投縣	3	屏東縣	14
花蓮縣	4	金門縣	15
雲林縣	5	新北市	16
彰化縣	6	臺中市	17
苗栗縣	7	新竹縣	18
嘉義縣	8	新竹市	19
嘉義市	9	臺北市	20
臺東縣	10	澎湖縣	21
桃園市	11	連江縣	22

4. 初審抽查縣市:依2015年各縣市標準化自殺死亡率排名順序(如表5-3-1)，每月份排定三縣市進行審查。截止 7 月底前，本年度 22 縣市初審訪視紀錄審查已完成，8 月進入複審階段。
   1) 一月份：基隆市、宜蘭縣、南投縣。
   2) 二月份：花蓮縣、雲林縣、彰化縣。
   3) 三月份：苗栗縣、嘉義縣、嘉義市。
   4) 四月份：臺東縣、桃園市、高雄市。
   5) 五月份：臺南市、屏東縣、金門縣。
   6) 六月份：新北市、臺中市、新竹縣。

7) 七月份：新竹市、臺北市、澎湖縣、連江縣。

5. 複審抽查縣市：複審縣市排定順序與初審相同，各月份抽查縣市如下：

1) 八月份：基隆市、宜蘭縣、南投縣。

2) 九月份：花蓮縣、雲林縣、彰化縣。

3) 十月份：苗栗縣、嘉義縣、嘉義市。

4) 十一月份：臺東縣、桃園市、高雄市。

5) 十二月份：彙整初審與複審結果，綜合各縣市改善情形，對縣市、訪員名稱進行匿名後，寄送各縣市參考。

6. 訪視紀錄資料抽查時段：每月份訪視紀錄的審查資料是抽取該縣市最近一個月的訪視紀錄，若最近一個月審查資料不足則往前幾個月抽取補齊，初審與複審所抽查資料不得重複。

7. 訪視紀錄案件狀態擇定：自殺防治通報系統案件狀態有五大選項，包括「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。初審乃選取「已結案」、「已訪視，建議結案」的訪視紀錄作為審查資料；複審更聚焦於選取「已結案」的訪視紀錄。這些狀態具備較完善的內容紀錄，更能了解訪員的訪視狀況，及檢核有無提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

8. 訪視紀錄抽查流程與標準：

1) 初審: 為了全面性評估各縣市的關懷訪視員，訪視紀錄審查是抽取每位自殺關懷訪視員的訪視紀錄 1 則，以「面訪」(如家訪、其他地點之面談)為優先。如果沒有個案本人之「面訪」紀錄，則採「個案本人」之電訪紀錄。因每個縣市須抽取 20 則訪視紀錄，若該縣市訪員不足 20 人，則補齊 20 份(可包含公衛護理師)；若該縣市訪員多於 20 人，則隨機抽取 20 人，並依前述方式抽取紀錄。

2) 複審:為了更深入及聚焦在訪員整體訪視紀錄撰寫之完整性，複審是從該縣市訪員名單中隨機選取其中 10 位，抽查最近一個月每位訪員「已結案」之案件，其中 2 則訪視紀錄：一則為「個案本人」首次的「面訪」紀錄；另一則為「個案本人」結案的「面訪」紀錄。若「面訪」紀錄之案件不足，則採「電訪」紀錄，共抽取 20 則。若該縣市訪員不足 10 人，則重複抽取，同樣依前述方式進行紀錄抽查。

9. 訪視紀錄評等標準設立：根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 2017 年訪視紀錄審查標準，經多次內部專家會議，制訂訪視紀錄審查標準，包含如下：

1) 檢閱訪視紀錄中各個項目填寫是否詳實，有無缺漏。

2) 檢閱受訪對象及訪視方式填寫是否與所撰寫之內容摘要一致。

3)檢閱內容摘要的結構是否詳實，並包含醫療紀錄格式 SOAP 之資料，意即須有 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估)、Plan(處遇計畫)。

(1) Subjective(主觀資料)：個案主觀描述、外觀/症狀，個案和家屬對問題的認知與期待。

(2) Objective(客觀資料)：含個案就醫病史、檢查結果，或自殺關懷訪視員對個案、家屬、案家環境的評估。

(3) Assessment(評估)：整理 S 及 O 之資料，做出進一步評估：

a. 心理社會評估：對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與記錄。如物質成癮、經濟狀況不穩定、缺乏社會支持等。

b. 治療順從性評估：須詢問個案於精神科就診或接受心理健康諮詢之情況，針對已就診或或接受心理健康諮詢者，進一步詢問其就診、諮詢與服藥情形是否規則。

c. 簡式健康量表分數 (BSRS-5)。

d. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依危險等級分類為低、中、高三級。

(4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，進一步建立處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。如當個案 BSRS-5 的分數高於 6 分，須轉介心理諮商、精神科就診；當個案背景為學生，須轉介學校輔導。

(5) 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。

(6) 審查過程乃是由中心業務負責人針對抽查的訪視紀錄進行初評，並列出問題、建議，再由中心專家進行複評審查並給予意見。

(7) 每月份彙整該月審查縣市自殺關懷訪視員訪視紀錄初評與複評之結果，將其謄寫至訪視紀錄審查結果表，並交付衛生福利部心理及口腔健康司，並提供各縣市做為參考。

四、 成果(Product)

1. 審查流程：

經過多次內部專家會議討論，制訂出訪視紀錄審查結果表(圖 5-3-1)，爾後依據訪視紀錄審查表的各項目，針對各縣市訪視紀錄進行審查，再給予建議，初評完畢後，交付中心專家給予複評。最後綜合和彙整審查表之評核與建議，於訪視紀錄審查結果表統一列出。表格樣式如下：

貳、 訪視紀錄審查結果

1、基本資料建置完整性 (自殺防治通報單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
1. 個案姓名 2. *身分證字號 3. *自殺類別 4. *性別 5. 個案年齡 6. 通報次數 7. *電話（日/夜） 8. 手機 9. 戶籍地址 10. *居住地址 11. 身分別註記 12. *婚姻狀況 13. *教育程度 14. *職業 15. *自殺行為發生日期 16. *通報日期 17. *自殺方式 18. *自殺原因 19. *自殺後身體狀況 20. *目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢 21. 聯絡人			1. *為通報單位必填欄位。 2. 以下欄位由戶政系統直接帶入： 1) 個案姓名 2) 個案年齡 3) 戶籍地址 4) 婚姻狀況 5) 教育程度 3. 若「自殺類別」為自殺意念，則以下3個欄位會呈現空白，在本表則會填選無： 1) 自殺行為發生日期 2) 自殺方式 3) 自殺後身體狀況 4. 自殺個案如無特殊身分，則身分別註記欄位會呈現空白在本表則會填選無。

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表

3、關懷訪視品質 (自殺個案訪視紀錄單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
1. 訪視紀錄必填項目 1) *訪視方式 □面訪 2) *個案受訪情形：個案本人 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) *曾透露出自殺的訊息 8) *曾有過自殺行為或企圖 9) *是否育有 6 歲以下幼兒			1. *為訪員必填欄位。 2. 若訪員以家訪、其他地點面訪進行個案本人之訪視，則會在本表「面訪」一欄填選有，其餘則為電訪方式。 3. 個案目前狀態欄位是指自殺的狀態，例如：有自殺意念、無自殺意念、通報時已死亡等。 4. 目前問題欄位是指個案目前遭遇到的問題，例如：生活適應、人際適應、工作適應等。
2. *內容摘要 1) S（個案主觀描述） 2) O（客觀觀察資料） 3) A（個案自殺風險評估） (1) 心理社會評估：（有、無） (2) 治療順從性評估 ·有無詢問個案是否於精神科就診或進行心理健康諮詢？（有、無） ·若上述答案為有，是否有詢問個案就診情形？ (規則服藥、規則就診) 4) P（訪視處遇計畫）			1. 內容摘要欄位原表單上並無分項，為訪員自填。中心以 SOAP 結構化紀錄方式，作為審查訪視紀錄之參考。 2. 心理社會評估欄位是指對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與紀錄。

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 1)

二、關懷訪視品質 (自殺個案訪視紀錄單)	有 N (%)	無 N (%)	註記
3. 簡式健康量表**(BSRS-5)**與再自殺意念風險評估 1) *簡式健康量表 □BSRS-5 分數≥6 □BSRS-5 分數≤6 2) *再自殺意念及風險評估 (1) 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 (2) 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 (3) 低度風險 □否認目前有再自殺意念或計畫者			1. 若簡式健康量表(BSRS-5)積分為6或以上，則在本表中的「BSRS-5 分數≥6」一欄填選有。
4. 處遇計畫 **(**複選**)** *處遇計畫（有、無填選） □安排家訪 □安排電訪 □安排其他地點之面談 □安排遺族關懷 □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			

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 2)

□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：			
綜合建議			

圖 5-3-1、訪視紀錄審查結果表(續 3)

2. **執行結果**：

1)訪視方式統計結果:

依據 2017 年 1 月到 10 月全國關懷訪視紀錄的統計數據，自殺通報共有 25735 人次，訪員訪視總次數為 161334。其中電訪比率最多共占整體之 81.8%(131967 次)，次要為家訪占率 15.4%(24857 次)，最後為其他地點面訪占率 2.8%(4510 次)。詳細如表 5-3-2：

表 5-3-2、2017 年全國訪視方式統計結果

通報人次	訪視次數	家訪次數(%)	電訪次數(%)	其他地點面談次數(%)
25735	161334	24857(15.4)	131967(81.8)	4510(2.8)

2)訪視情形統計結果：

(1)電訪：統計數據顯示 2017 年電訪總次數為 131967，其中訪視未遇情形比率最高，占率 29.8%；其次為訪視個案家屬，占率 28.7%；訪視個案本人排名第三，占率 24.8%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 5.9%。

(2)家訪：家訪總次數為 24857，其中訪視個案本人比率最高，分別占率 35.2%；其次為訪視個案家屬，占率 30.9%；訪視未遇情形排名第三，占率 29.3%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 4%。

(3)其他地點面訪:其他地點面訪總次數為 4510,其中訪視個案本人比率最高，分別占率 49.3%；其次為訪視個案家屬，占率 17.1%；訪視未遇情形排名第三，占率 7.8%，而個案本人拒訪的情形也占了整體之 1.9%。詳細如表 5-3-3：

表 5-3-3、2017 年全國訪視情形統計結果

	家訪		電訪		其他地點面談	
總次數	24857		131967		4510	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
個案本人	8751	35.2	32751	24.8	2222	49.3
家屬	7670	30.9	37814	28.7	769	17.1
朋友	337	1.4	2350	1.8	56	1.2
本人拒訪	996	4	7819	5.9	87	1.9
訪視未遇	7287	29.3	39261	29.8	351	7.8
家屬拒訪	452	1.8	3824	2.9	18	0.4
朋友拒訪	27	0.1	224	0.2	1	0
其他拒訪	44	0.2	310	0.2	4	0.1

(4)統計分析結果顯示,三個訪視方式中最常被用來關懷個案的途徑是電訪，總次數超過整體八成比率，同時也是有最多訪視未遇的通報情形。在 131967 次電訪中有 39261 次(29.8%)訪視未遇、37814 次(28.7%)非個案本人之電訪，7819(5.9%)本人拒訪，僅存下來的個案本人之電訪不超過整體電訪 1/4，即為 32751 次。由於訪視著重於個案本人之關懷、支持、評估與資源轉介等，是否能成功訪視或訪視到個案本人乃服務重要之成效評估，說明電訪之訪視成效仍有待商討及檢視。

(5)相較之下，家訪和其他地點面訪雖然僅占整體二成比率，但比起電訪更

能達到以個案本人為主來進行關懷，訪視次數各為 8751(35.2%)和2222(49.3%)。

3)處遇計劃統計結果：

(1) 依據統計結果顯示，自 2015 年至 2017 年 10 月為止的處遇計劃統計結果並無顯明差異，安排電訪、面訪(家訪和其他地點面訪)與結案持續是訪員處遇計劃中的主要項目，其他轉介每年各不超過 10%例如社會局、勞工局、心理諮商機構、醫療院所或其他單位等；緊急資源、協助就醫在 2015 年後有持續下降的現象，於 2017 年比率少過 2%；協助家庭尋求及應用資源三年來都維持在 10%以下；通報學校輔導和安排遺族關懷三年比率各自亦少過 5%。詳細如表 5-3-4：

表 5-3-4、2015-2017 年全國訪視處遇計劃統計結果

處遇計劃(複選)	**2015(%)**	**2016 年(%)**	**2017 年(%)**
安排家訪	59.1	57.3	59.3
安排電訪	72	78.3	77
安排其他地點面訪	5.2	7	7.6
緊急資源、協助就醫	8.3	2.1	1.5
協助家庭尋求及應用資源	9.5	4.6	5.2
轉介社會局	0.7	0.5	0.6
轉介勞工局	0.2	0.1	0
轉介心理諮商機構	1.5	0.7	1
轉介醫療院所處置	5.1	2.3	2.2
轉介其他單位	4.9	5.7	6
通報學校輔導	0.6	0.3	0.2
安排遺族關懷	2.1	3.3	3.5
結案	24.8	26.8	23.7

(2) 關懷訪視工作主要是依居家訪視評估，擬定個人處遇計劃，提供適當的轉介服務資源例如醫療、社會、勞政、就學資源、緊急狀況處理等，以透過多方面介入協助個案，降低其自殺和自傷之風險。不過近這三年統計結果顯示，訪員主要的處遇計劃是透過電訪和面訪持續追蹤關懷個案近況，這兩項處遇計劃比率比其他項目高出數十倍。相較之下，落實轉介相關資源單位的薄弱，例如轉介社會局和勞工局比率各都少於 1%，顯

示訪員與社會資源單位合作的有限和困境。緊急資源、協助就醫社區高風險個案之協助與管理除了需要訪員持續追蹤關懷，更重要的是促進相關資源之整合，因此訪員推動社會資源單位的合作網絡仍有待加強。

4) 截至 11 月 30 日前，初審依據 2015 年各縣市標準化自殺死亡率排名順序已完成抽查 22 縣市，並依同樣排序複審 12 縣市。各縣市皆須抽查 20 則訪視紀錄，共計審查數 680 則，隨後將各縣市訪視紀錄審查結果分為共通審查問題和建議、個別縣市審查建議，彙整如下：

5) 共通審查問題和建議：

(1)「受訪情形」:

a. 部分訪員在「受訪情形」項目上填寫個案本人，但撰寫內容摘要時卻表明主要訪視對象為家屬、親友或鄰居等，與前項填寫不符，建議訪員依據實際情形填寫個案受訪情形。

b. 部分訪員原定處遇計劃為居家訪視，但卻遇個案本人不在之情形應填寫「訪視未遇」，而非「個案本人」。

(2)「訪視方式」:

a. 部分訪員填寫之「訪視方式」項目與內容摘要不符，例如「訪視方式」項目填寫家訪，內文描述"...於 2.15 分撥電給案主..."，建議訪員需確實修改紀錄，並註明計畫更改之原因或過程中遇到之困難，確保紀錄之完整及正確性，也能協助了解個案狀況，以擬定下一步處遇計劃。

(3)「內容摘要」建議：

a. 電訪與面訪內容檢閱：

a) **電訪：電訪雖是訪員主要追蹤關懷個案的方式，但礙於性質與形式的限制，多數訪員遇收集資料的困難，導致大部分電訪紀錄撰寫過於簡略且重點不足，較難從內容中得知確切的訪視目標、個案危險因子和保護因子之評估、與落實處遇。因此建議訪員在電訪前先備明確目標方案，能在短時間的電訪中實行有效追蹤服務。**

b) **家訪：大部**分內容摘要詳實紀錄訪視過程，但仍有小部分內**容摘要填寫過於簡略，難以做出核心評估，建議將內容摘要紀錄詳實，具體化描寫個案的處境與狀況。**

b. 自殺原因內容檢閱：**除了個案及其家屬不願說明外，小部分紀錄缺少個案自殺原因之紀錄，建議訪員在初期進行訪視時，**蒐集個案自殺原因，以利「危險因子」與「保護因子」之評估，也有助於後續追蹤上聚焦在壓力源對個案再自殺意念的影響程度。

c. SOAP **格式資料檢閱**：

a) **大部分紀錄擁有豐富的主觀資料**(S),**缺乏**客觀資料(O),較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。

b) **採用評估性的角度撰寫**完整的心理社會評估(A),**有助於後續處遇的安排,並持續追蹤就診和服藥情形,鼓勵個案提出問題與醫師討論。**

d. 結案內容檢閱:大部分結案紀錄撰寫過於簡化,僅粗略描述個案近況而無結案評估。建議滿三個月追蹤準備結案的個案,訪視內容增加對其自殺「保護因子」、「危險因子」與再自殺意念的評估。

(4)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議:

a. 當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時,建議落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 簡式健康量表與再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標,當訪視對象為個案本人時,須確實填寫於紀錄,有助於決定後續處遇,確保降低個案再自殺的風險性。若非訪視本人依續有評量分數,需列明備註。

(5)「處遇計畫」建議:

a. 應根據訪員對個案之評估(心理社會評估、治療順從性評估),提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

(6)「非個案本人之訪談摘要」:訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」,訪員應避免欄位填寫錯誤。

6)個別縣市審查建議

(1) 宜蘭縣

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案,請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況,以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣有訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」,訪員應避免欄位填寫錯誤。

(c) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective),但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏,建議加強記錄客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有個案心理社會狀況都不太穩定,自述持續有自殺意念,且 BSRS-5 分數達 6 分以上,宜轉介精神科就診或進行心理健康諮詢。

(b) 本縣有個案 BSRS-5 分數也大於 6 分,且有輕微自殺想法,其「再自

殺意念風險評估」卻為低度風險，宜說明其為低度風險之原因；若有所疑慮宜考慮提升風險等級至中度。

(c) 個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 高達 15 分，且案母亦表示個案病情不穩定，強烈建議立即轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 15 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本縣有個案情緒狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊。

(b) 本次審查訪視紀錄中有 6 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 3 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計畫」:

(a) 配合度不高的個案願意提供的資訊不多，家屬也不一定願意配合，因此能收集到的資訊以及後續處遇也有限。建議與個案、家屬訪視過程中建立信任關係，並採間接問法，循序漸進的方式逐步確認重要資訊。

(b) 具情感問題個案建議可多了解個案親密關係互動狀態與情緒，並將其整理為心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子，並給予情緒支持。

(2) 南投縣

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有出現將訪談摘要誤植於「非個案本人之訪談摘要」之情形，建議將其填寫於「內容摘要」，以便回顧與轉介。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但部分訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本縣有少數訪員雖有進行心理社會評估，但散亂於個案主觀認知資料及訪員客觀觀察資料中，建議可以整併為單獨的心理社會評估。

(d) 本縣有出現個案雖有就醫，但 BSRS-5 分數仍持續高於 6 分，建議訪員可於每次關懷中加強追蹤個案的就診與服藥情形，並鼓勵個案與醫師討論其困擾。

(e) 建議結案時，應註記結案原因，並能在記錄上完整描述保護因子、危險因子及支持系統之評估。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，建議仍須轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 6 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 多數訪員皆有描述個案主觀認知資料(Subjective)，並客觀記錄自殺相關危險因子與社會情境脈絡，唯其中一位訪員之內容摘要空白，僅完成簡式健康量表。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 6 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計畫」:

(a) 建議訪員能針對每位個案記錄完整訪視歷程，從含安排未來訪視之方式及過程、個案對訪視及自殺各層面之心理狀態等進行記錄，有助於未來訂定介入策略時，能至連續脈絡性加以客觀評估，並連結可用資源進行介入。

(b) 訪員在與個案約定未來訪視安排時，應能參考過去個案所提供之資訊(如工作時間、方便面談之地點，以及希望訪視之方式)，尊重個案生活型態，並將約訪視過程同視為一種與個案建立關係之機會，除有助於有效進行訪視，也能讓自殺防治工作更加順利。

(c) 建議在未來處遇計畫時，能評估協同鄉鎮里鄰長一同合作介入之可能性，除共同分擔訪員關懷訪視之負擔，能在個案有緊急需要時，多一管道及時協助或轉介。

(3) 基隆市

a. 初審建議-一月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本市不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本市訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本市有部分個案具多次自殺企圖紀錄，但訪員關懷時個案均表示狀態良好。建議了解個案的自殺原因，評估其保護因子及危險因子，並詢問其精神科就診情形以及治療順從性。

(d) 本市有些個案有自行減藥或停藥之現象，建議了解原因，並鼓勵其向醫師諮詢藥物劑量問題。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有出現個案雖表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，建議仍須轉介醫療機構處置，特別是若有多次測量均大於 6 分的情形，更應即刻轉介醫療機構處置。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本市有個案工作狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介勞工局

b. 複審建議-八月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，唯有幾篇電訪紀錄過於簡略，可再多加資訊。

(b) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較為缺乏。本次審查訪視紀錄中有 8 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本市訪員可以將訪視過程中觀察到的資料詳細紀錄。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市均有填寫簡式健康量表，但有 5 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半個案的具憂鬱傾向或罹患憂鬱症，然而醫療的介入與協助卻有限。建議適時與個案討論用藥和就診情形，澄清其面對的問題（用藥未改善、金錢和距離困擾等），給予建議和協助；若遇拒醫個案，可了解其過去接受醫療的經驗，給予對方空間

去表達並同理其不舒服的感覺，理解拒醫原因，並適時澄清接受醫療目前可能對其的幫助。

(b) 此外也可評估個案之需求,轉介心理諮商資源以協助其在關係、人際、家庭、情感上的應對與出口，特別是重複自殺、或以自傷、自殺方式因應生活之壓力和問題之個案。

(c) 若訪員遇個案疑具精神疾病相關症狀，例如「思想跳躍未能聚焦在同一議題上，說話像是在兩條平行線上」，建議轉介醫療進行診斷與就診。

(d) 若個案具物質濫用的紀錄包括酒、藥、毒品等，建議蒐集相關資料並澄清目前是否已成功戒斷，以評估其「身心狀況」危及自殺意念與行為之可能性，並適時轉介醫療就診。

(4) 花蓮縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective),但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c) 本縣有個案資訊模糊，建議嘗試從心情狀態、睡眠狀態等方向評估了解案主心理狀態，並可嘗試強化與個案建立關係。

(d) 本縣有個案服用毒品，建議可從如何獲取藥物與自殺史建立紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現個案表示沒有自殺想法，但 BSRS-5 分數達 6 分以上，仍建議轉介精神科就診或進行心理健康諮詢。

c) 「處遇計畫」:

(a) 本縣訪員對於個案的處遇計畫多僅安排面訪及電訪，建議可依據評估個案狀況，提供適當的資源轉介。

b. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄絕大部分致完整詳實，清楚闡明個案主觀和客觀狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，部分有採用評估性的角度撰寫、具體化描寫個案的處境與狀況，有助於後續處遇的安排。

(b) 本次審查訪視紀錄中雖有 5 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，然而有填寫的訪視紀錄均帶出重要的評估和客觀性，有助於評

估個案自身和環境狀況。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為"有"或"不詳"時，建議主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表與再自殺意念風險評估。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中值得關注是結合了「經濟與債務壓力」和「關係衝突」、「精障」多重原因引起自殺動機的個案，另外有「福利依賴者」類型的個案。

(b) 除了轉介社會局或提供相關緊急物質資源外，建議可以透過「共訪」的途徑，更全面性地協助個案。另外，訪員也詳細地去評估個人與家庭在心理與物質上的資源支援，與個案建立信任的互動關係，給予傾聽同理的空間、情感的支持，再漸漸地介入社會福利與個人財務規劃的衛教，以協助個案因應在各方面所帶來的焦慮與壓力。

(5) 雲林縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但部分訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(b) 本縣有出現個案雖有就醫，但 BSRS-5 分數仍持續高於 6 分，建議訪員可加強追蹤個案的就診與服藥情形，並鼓勵個案與醫師討論其困擾。

(c) 本縣有個案重聽，電訪時聽不清楚訪員說的話，理應無法完成 BSRS-5 與再自殺意念及風險評估。若該兩項評估為詢問外籍看護的看法，或是外籍看護代為轉述問題後回答，則應於訪視摘要註明為看護的判斷或透過看護轉述問題。

(d) 本縣出現自殺通報單顯示個案自殺原因是遭受暴力及夫妻問題，由分案日期及訪視紀錄可判斷本次訪視為第一次，內容摘要卻未填寫個案遭受暴力及夫妻問題的相關事項，建議應補充相關資料以利後續關懷訪視。

(e) 對於服用安眠藥自殺之個案，雖個案看診時已無服用安眠藥，仍應確認個案自殺用的安眠藥從何處取得，並進行降低致命性物品可近性的處遇。

(f) 遭遇個案雖否認自己有割腕的意圖，表示傷口為割傷或是被牆壁割傷

時，建議訪員應進一步確實釐清並評估個案的現況，確認個案是否有否認自殺的情形。

b) 「處遇計畫」:

(a) 針對重聽個案，建議處遇計畫不應只安排電訪，應設法採取家訪、其他地點面談的形式來訪視。

(b) 針對學生個案，應通報校方輔導個案，以達到網網相連，形成學生的自殺防護網。

(c) 本縣有個案為有經濟壓力之產婦，應協助案家尋求可應用的資源，以增進家庭支持性能力。

(d) 本縣有個案為憂鬱且人際關係逐漸封閉，處遇計畫卻僅描述依縣市自訂標準結案，建議可將該個案可轉介社會局由社工進行後續關心，避免該個案因人際關係因素再自殺，且提升個案的保護因子。

(e) 訪視單之通報日期分別與分案日期、訪視日期間隔超過兩個月，且於分案後不到一個月內便屆滿 3 個月結案，應確認資料填寫是否發生問題或是說明詳細原因。

b. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 將近百分之五十訪視紀錄中的內容摘要填寫過於簡略，或個案資料撰寫不足，難以評估其現況、保護因子與危險因子，建議將內容摘要紀錄詳實。

(b) 本縣有數篇標記以「個案本人」為主的訪視紀錄，但將其訪視內容撰寫於第五點「非個案本人之訪談摘要」，建議將訪談內容撰寫之地方修正或更改「個案受訪情形」為非個案本人，以避免資料閱讀之混肴。

(c) 本縣訪員的客觀觀察資料(O)部分未填寫或填寫過於簡略，建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

(d) 本縣大部分訪員的心理社會評估較為簡略，建議可多收集個案背景資料，例如「經濟狀態」、「家庭功能」、「身心狀況」等以能做出完整保護因子和危險因子的評估。

(e) 建議多觀察個案的身心狀況，有無心理疾病相關症狀（例如老年憂鬱），落實轉介精神科就診，并主動收集個案的身心疾病資料和就醫情形，詳實紀錄用藥狀況。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 5 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半自殺企圖者為年齡超過 90 以上的老年人，其中有患長期疾病、失智症與重聽等，建議可多觀察是否疑有老人憂鬱傾向，適時落實轉介精神科就診。

(6) 彰化縣

a. 初審建議-二月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料。

(c)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

(d) 本縣有出現個案 BSRS-5 分數達 6 分，有於精神科就診的情形，建議針對此類個案，訪員可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，以確保降低個案自殺風險性。

b) 「處遇計畫」:

(a) 本縣有個案情緒狀況不穩定，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

c. 複審建議-九月

a) 「內容摘要」:

(a) 多數訪員記錄精簡，且以記錄個案描述之事實資料為主，歸類於個案主觀描述(S)；然而客觀描述(O)，也為關訪評估工作中重要的一環，能從第三者的角度觀察及蒐集個案資料，加以完整個案評估面向，因此需在記錄中加以描述由訪員所觀察之個案狀況，以能對個案有更加全面之瞭解。

(b) 多數訪員皆有評估個案的心理社會狀況。然而若為同時罹患精神疾患之個案，需詢問就醫及用藥情形；而若是重複自殺之個案，需評估是否有就醫或其他社福或家庭層面介入之狀況，並適時轉介。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 當透過訪視得到量表得分結果後，仍需參照關訪歷程對個案的了解進行評估；得分結果僅為一參考依據，即便得分較低，也不代表全無自殺危機，仍需留意過去歷史及目前個人身心與社會狀態，以綜合判斷接下來的處遇計畫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 多數記錄上於「訪視方式」雖勾選家訪，內容摘要卻補充說明因家訪未果，採以電訪為之。需釐清關懷訪視記錄之撰寫定義，並統一執行。

(b) 多數記錄顯示訪員有已至案家門外準備家訪，卻訪視未果之狀況；關懷訪視不僅實際個案接觸為工作評估之一環，任何歷程皆能是資料蒐集及評估的機會。訪員應能參考訪視歷程，安排最適切於個案之訪視策略及處遇計畫。

(c) 若該個案經督導會議評估結案，考量記錄之完整性，建議仍能簡短描述評估面向及結案原因，以利後續若有需要仍能藉此評估。

(7) 苗栗縣

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪仍可從個案語氣進行描述。

(b) 本縣有出現個案已被轉介生命線心理師，而訪視紀錄中內容摘要欄位呈現空白，但即使已進行轉介，建議內容摘要仍應填寫詳實，以便於清楚判斷該次訪視狀況。

(c) 本縣有個案的通報單上有填寫就醫紀錄，但訪視紀錄卻填寫無。訪員應詳加確認個案實際狀況，以完善訪視紀錄。此外，個案的通報單上如記錄至精神科就診，建議可針對個案之就診情形與結果作後續關懷。

b. 複審建議-十月

a) 「受訪情形」建議:

(a) 其中有 2 則訪視對象非個案本人或未訪視到個案，但在「個案受訪情形」項目上卻填寫為個案本人，建議訪員依據實際情形填寫個案受訪情形。

b) 「內容摘要」:

(a) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較為缺乏。

(b) 本縣審查記錄中有 7 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，無法客觀得知個案的風險評估。建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

(c) 當「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現為“有”或“不詳”時，超過百分之五十的訪員未詢問個案「目前有無精神科就診或進

行心理健康諮詢」，建議訪員應主動詢問個案就診情形，以便更清楚了解個案及給予處遇。

(d) 本縣審查記錄中有 7 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，無法得知個案的風險評估，建議訪員可多評估個案的身心狀態及社會支持系統。

c) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

d) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有一半以上個案的自殺原因和情感關係、家庭問題、憂鬱傾向有關，建議落實轉介至心理諮商與輔導，鼓勵個案順找情緒與壓力的出口，提高個案覺察自我-他人因應模式，並循序漸進改變壓力應對之策略。

(8) 嘉義市

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 內容摘要與非個案本人之內容摘要擇一填寫即可，無須重複填寫。

(c) 本市訪員通常都會填寫個案主觀認知資料(Subjective)，但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪，亦可描寫個案的語氣。

(d) 本市有個案雖已結案轉給社區關懷訪視員，但建議關懷訪視員仍可定期關心個案的情況，以確保降低個案自殺風險。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有訪員負責重複自殺個案，此種個案為極高風險的個案，建議訪員須將其轉介精神科就診或進行心理健康諮詢，若已有於精神科就診，則可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診。

b. 複審建議-十月

a) 「內容摘要」:

(a) 建議撰寫紀錄之過程，需進一步確認訪視方式，若原先排定家訪個案本人，但實質進行訪視時為電訪或與他人接觸，則需確實修改紀錄，並註明計畫更改之原因或過程中遇到之困難，確保紀錄之完整及正確性，也能協助了解個案狀況，以擬定下一步處遇計劃。

(b) 有關安排其他地點面談宜注意倫理原則以維護訪員與個案之關係。
(c) 多數訪員皆有描述訪視歷程，但有一份紀錄內容摘要空白，且在心理功能評估面向較少針對自殺相關評估因素描述。
(d) 在心理功能評估中，應能著重描述相關心理狀態，包含讓個案身心理狀態穩定或惡化之因素，以能在更加清楚保護因子及危險因子之下，研擬處遇計畫。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:
(a) 由於簡式健康量表(BSRS-5)為個案自陳量表,建議若當下訪視未能直接接觸個案，但仍透過其他管道蒐集到量表結果，應在下方備註狀況描述評估歷程，以讓紀錄完整。

c) 「處遇計劃」:
(a) 建議應透過訪視歷程(含內容摘要)與 BSRS-5 與再自殺意念風險評估結果，研擬處遇計畫。
(b) 訪員在與個案約定訪視安排時，應能參考個案居住及工作狀況，共同研擬出最適切的訪視方式，能使訪視歷程及與個案之關係更加有所助益。
(c) 若訪視當下，訪員得知案主目前心理狀況不穩定，或有再自殺/自傷風險高之狀況，需進一步評估當下外部資源介入之可能性；若已出現自傷行為，則需進一步了解是否需尋求警消或醫療資源協助。建議訪員應詳實紀錄提供之資源及個案或其他關係人之反應，供未來處遇參考。
(d) 建議結案時，應註記結案原因，並能在紀錄上完整描述保護因子、危險因子及支持系統之評估。

(9) 嘉義縣

a. 初審建議-三月

a) 「內容摘要」:
(a) 針對不願接受訪談之個案，建議訪員詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。
(b) 本縣訪員僅記錄個案所做出之行為，建議可將個案所說出的言語、行為、語氣皆納入記錄的範疇。並將行為與語氣等皆歸入客觀觀察資料。
(c) 本縣有訪員評估個案狀態憂鬱，建議可於個案主觀認知資料、訪員客觀觀察資料中描述出評估的依據。
(d) 本縣有出現個案有家暴議題，建議訪員可詢問個案家中的情形，對個

案家庭功能做出更多評估。

(e) 本縣有個案目前問題為情感及家庭問題，但此次的訪視內容摘要僅提到案主即將入獄，並未提個案的情況及家庭問題。建議訪員可以繼續追蹤個案的情感與家庭問題。

(f) 本縣有個案無業且無居所，卻有手機可以聯繫，平日也有食物。應設法向案主本人或週遭住戶探詢平日由誰接濟生活，以利後續追蹤。同時個案曾表示「若再沒有住所將帶妻子自殺」，訪員應設法聯絡案妻釐清個案的狀況。

(g) 本縣有個案記錄案子為案主自殺的可能原因，訪員應聯絡案子以釐清狀況。同時案妻為精神列管個案，多次蓄意通報個案欲自殺，這部分則建議可由公權力介入，設法讓已為精照列管的案妻進入醫療體系，避免社會資源被濫用。最後，若個案欲與妻子離婚，建議可以提供法律資源或轉介至法律相關單位，提供未來官司之協助。

(h) 本縣有個案曾有服用農藥自殺的念頭，建議訪員可向個案探問農藥儲存相關狀況,避免個案可能因一時衝動再服農藥自殺。同時個案無業，且案夫又於安養院照護，因此訪視時應關心案主的經濟狀況，必要時提供相關社會福利資源或提供轉介資源。

(i) 本縣有個案喝農藥自殺，案女表示是因為案妻的因素，但個案又表示案妻並非自殺原因，建議訪員可以進一步釐清個案自殺的原因，依據其需求，提供轉介資源。

(j) 本縣有訪談摘要的目前問題為生活適應，但從內容摘要看不出個案的生活適應的情形，應詳細敘述。

b) 「處遇計劃」:

(a) 針對無業個案，建議訪員可提供就業資源或將其轉介至勞工局

(b) 訪員已作出處遇，但並未描述出處遇的評估依據，例如鼓勵個案與家人同住時，建議可先評估個案與家人的互動情形做為此處遇可行之依據。

(c) 鼓勵個案生活規律時，可先描述出對於個案生活型態的評估以作為處遇依據。

b. 複審建議-十月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄大致完整詳實，但有小部分結案之內容摘要過於簡略，建議詳實紀錄結案之「保護因子」與「危險因子」評估。

(b) 個案主觀認知資料(Subjective)充足，客觀觀察資料(Objective)依然較

為缺乏。本縣審查記錄中有 8 則的心理社會評估未填寫或過於簡略，建議可多撰寫訪員在訪視過程中觀察到環境、關係、個人等的客觀資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中大部分個案的自殺原因來自於情感關係、家庭問題和精神疾病等有關，建議落實轉介至精神科與心理諮商與輔導之餘，可鼓勵個案順找情緒與壓力的出口，並追蹤個案就醫與用藥情形。

(10) 桃園市

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市有個案有多次自殺通報紀錄，但訪視紀錄中未提及重覆自殺的原因。建議訪員應進一步了解重複自殺之原因，以評估案主身心狀況。並了解個案是否患有精神疾患及其就醫狀況，鼓勵其接受心理諮商輔導或就診精神科。

(b) 本市有訪員已進行初步關懷，但未進行完整訪視即遭中斷。若出現此種時間不足的情形，建議給予個案醫療相關資源或訪員的聯繫方式，供個案需要時利用。

(c) 本市有個案被收押，建議可以請看守所人員或警察注意個案狀況。此外，若個案有家暴情形，建議轉介社會局做家暴相關處置。

(d) 針對電訪，建議訪員留意個案非語言訊息，例如個案的說話的語氣，以蒐集個案的客觀觀察資料，予以紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 進行簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估，建議可綜合考量兩者的評估結果，可增進對個案的瞭解，並做出一致性的評估結果，如有個案 BSRS-5 分數為 13 分，且有多次通報記錄，建議評估為中、高度風險個案。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有個案為重聽，訪員對其採用電訪的形式，建議視個案狀況和需求調整訪視方式為面訪。

(b) 本市的訪視紀錄中，其中一份內容摘要中記載未來處遇為「約定之後至家中附近便利商店面訪」，但在處遇計畫中卻仍勾選電訪而非「安

排其他地點面談」，建議訪員的處遇計畫應留意與填寫內容的前後一致。

(c) 有份紀錄記載個案拒訪且不需要關懷信件，建議訪員可釐清個案之需求，藉此擬定處遇計畫，如評估個案需身心資源，提供醫療相關資訊或訪員的聯繫方式，供個案需要時利用。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 訪視紀錄建議參照 SOAP 之面向撰寫，多數訪員之主觀描述大致填寫完整，但需注意客觀觀察資料為訪員角度之資料蒐集，包含外顯行為描述、語氣或居住環境等，也可補齊拒絕訪視或訪視歷程中不常發言之資料蒐集。

(b) 自殺風險評估結果(A)包括個案再自殺意念及風險評估、心理社會評估、與治療順從性評估。本縣大部分訪員有填寫心理社會評估，但散落於紀錄中。建議可將收集來的資料類別化來撰寫，例如「經濟狀態」、「家庭功能」等。

(c) 建議滿三個月追蹤準備結案的個案，訪視內容增加對其自殺保護因子、危險因子與再自殺意念的評估，並於結案原因備註，以確保資料之完善。

(d) 1 則結案報告中，處遇計劃部分勾選至電訪，建議應再確認記錄之準確性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 在 20 則審查的訪視紀錄中，其中 1 則未填寫量表，然而該訪員有特地註明未評分之原因，確實完整記錄。另外，再自殺意念及風險評估為評估個案自殺風險的重要指標，當訪視對象為個案本人時，建議應將個案訪談歷程資料及量表分數綜合評估，以利決定後續處遇。

(11) 高雄市

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本縣不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 本市有訪員記錄較為簡略，缺乏個案主觀認知資料，建議可以記錄個案的主觀描述，如個案表示自身的情況。

(c) 本市有訪員有填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則缺乏，建議加強客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有個案 BSRS-5 分數達 6 分以上，且已於精神科就診的情形，建議訪員仍可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診，以降低再自殺的風險性。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有訪員負責重複自殺個案，此類型個案為高自殺風險個案，建議訪員將其轉介精神科就診或進行心理諮商輔導；若已於精神科就診，則可追蹤個案就診與服藥情形是否規則，並鼓勵個案規則就診。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 若訪員原先排定家訪個案本人，但實質進行訪視時為非個案本人，則需確實修改「個案受訪情形」為家屬或其他人，確保紀錄之完整及正確性。

(b) 本次抽查中雖有幾份紀錄略為簡短，但大部分紀錄完整詳實，列明訪視目標，評估個案自殺壓力源與資源處遇。其中一名訪員之內容摘要並無依照訪視次數更新資料，數篇紀錄內容相同，故建議訪員應依據當次訪視之結果撰寫紀錄，以能確切評估服務成效。

(c) 本市大部分訪員均無填寫客觀觀察資料(O)，缺乏客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本縣訪員可以將訪視過程中觀察到的資料詳細紀錄。

(d) 本市大部分訪員均有填寫心理社會評估，但部分內容略為簡短或資料不齊全，以「未改變」、「無」填寫就業狀況、家庭狀況、感情狀況、就醫情形等，建議每次訪視收集並更新個案近況，補充身心、社會資料和再自殺意念，以能確切評估個案整體近況。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

(12) 臺東縣

a. 初審建議-四月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有訪員的描寫，紀錄較為簡略，缺乏個案主觀認知資料，建議加強記錄個案主觀認知資料。

(b) 部分訪員有填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強客觀觀察資料。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 進行簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估,建議可綜合考量兩者的評估結果，可增進對個案的瞭解，並做出一致性的評估結果。

(b) 本縣有出現個案 BSRS-5 分數達 9 分，且有輕微自殺想法的個案，宜轉介精神科就診或進行心理諮商輔導，並追蹤後續個案就診與服藥情形是否規則。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本縣有個案出現睡眠困擾，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理諮商輔導。

(b) 處遇計畫採取結案時須謹慎，須描述出結案的原因，並且不可再勾選其餘處遇計畫。

(c) 針對學生個案，建議轉介學校輔導，促進網絡間的合作，形成針對學生個案的保護網，減少再自殺的風險。

b. 複審建議-十一月

a) 「內容摘要」:

(a) 本次抽查紀錄大致完整詳實，清楚闡明個案狀況、訪視過程與家屬會談內容等資訊，唯有幾篇紀錄過於簡略，可再多加資訊。

(b) 有 1 則個案本人之「內容摘要」填寫在「非個案本人之訪談摘要」中，建議訪員要依據訪視對象正確填寫「內容摘要」之欄位。

(c) 個案主觀認知資料(S)大致填寫完整,唯有一篇未填寫個案主觀認知資料，另外有兩篇紀錄因個案有智能上缺陷而無法溝通，由案家人代回答。

(d) 本次審查訪視紀錄中有 10 則的客觀觀察資料(O)未填寫或填寫過於簡略，較難透過客觀資訊評估個案主訴的真實性與客觀性。建議本縣訪員可以增加在訪視過程中觀察到的訊息。

(e) 本縣僅有一半的訪員有填寫心理社會評估(A),建議針對每位個案進行完整的心理社會評估，也就是對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與紀錄。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣均有填寫簡式健康量表，但有 1 則訪視紀錄未填寫再自殺意念風險評估，建議須確實填寫。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本次訪視紀錄審查中有將近一半個案的具憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病以及在身分別註記為精神病人，然而醫療的介入與協助卻

有限，建議適時與個案討論用藥和就診情形，澄清其面對的問題（用藥未改善、金錢和距離困擾等），給予建議和協助；若遇拒醫個案，可了解其過去接受醫療的經驗，給予對方空間去表達並同理其不舒服的感覺，理解拒醫原因，並適時澄清接受醫療目前可能對其的幫助。

(b) 此外也可評估個案之需求,轉介心理諮商資源以協助其在關係、人際、家庭、情感上的應對與出口，特別是重複自殺、或以自傷、自殺方式因應生活之壓力和問題之個案。

(c) 若訪員遇個案疑具精神疾病相關症狀，例如「說話前後不一，思想跳躍散亂，說話像是在兩條平行線上，前後不連貫」或是「個案主述有女鬼在身旁，耳邊有吱吱聲，常入夢干擾睡眠」，建議轉介醫療進行診斷與就診。

(13) 金門縣

a. 審查建議-五月

a) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本縣有出現一則有填寫個案 BSRS-5 分數，但是未填寫再自殺意念風險評估之紀錄，應為漏填，建議須注意填寫完整。

(14) 屏東縣

a. 審查建議-五月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料(Subjective),但訪員的客觀觀察資料(Objective)則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 本縣訪員皆詳實記錄案主的表述，建議可將這些詳實資料進一步整理為心理社會評估。

(c) 本縣有出現訪員評估親密關係中的感情問題，建議可進一步評估親密關係的支持功能。

(d) 針對訪員衛教個案紓解情緒壓力的方式，建議亦可進一步評估其家庭支持系統，藉由家庭提供案主情緒支持。

(e) 針對案主以「都一樣」帶過自身的情況，建議訪員可進一步澄清案主的情況，以利心理社會評估的資料蒐集。

(f) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(g) 若個案已有精神疾患的診斷，建議訪員可詢問現今精神疾患的情況，藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

(h) 本縣有個案有服藥的議題，如服用過多劑量藥物、藥物無法解決睡眠困擾，建議鼓勵個案將此問題提出與醫師討論。

b) 「處遇計劃」:

(i) 本縣有個案有睡眠困擾，可參考 BSRS-5 評分結果及其他心理社會評估結果，將其轉介至精神科就診或進行心理健康諮詢。

(15) 臺南市

a. 審查建議-五月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市有出現訪視方式將電訪誤植成家訪的情況，建議電話訪視選擇電訪即可。

(b) 本市有出現訪員對於 SOAP 的客觀觀察資料與自殺風險評估結果之意涵理解錯誤，將客觀觀察資料當成評估，自殺風險評估結果當成處遇計畫，建議將客觀觀察資料中評估的部分放置於自殺風險評估結果，例如可將「家人支持佳」置於自殺風險評估結果。將自殺風險評估結果中的處遇部分放置於訪視處遇計畫，如可將「遺族關懷」放置於處遇計畫。

(c) 本市訪員皆會進行部分心理社會評估，建議可更進一步完整的完成各項評估。

(d) 本市有個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有出現個案 BSRS-5 分數大於六分且已有憂鬱症診斷，建議可確認個案現今的就醫情形，若無則轉介精神科就診或進行心理諮商輔導，若有則追蹤後續個案就診與服藥情形是否規則。

c) 「處遇計劃」:

(a) 本市有訪員評估個案有親密關係情感問題，導致情緒低落，建議可依據評估連結婚姻諮商的資源予案主。

(b) 本市有個案有睡眠議題，建議可進一步詢問是否有於精神科就診，若無則推薦其於精神科就診。

(c) 本市有個案經濟狀況不穩定，且訪員有詢問個案的補助機構，建議可進一步評估個案的經濟狀況在已有補助的情況下是否充足，並依據評估連結更多補助資源。

(16) 新北市

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料，但訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可記錄案主的語氣。

(b) 本市有訪員僅評估案主自殺原因，建議可進行完整的心理社會評估。

(c) 部分訪員在評估保護因子的社會支持時，僅提及案主與家人同住，並以此做為降低再自殺風險的部分依據，建議可針對此保護因子多做資料蒐集，評估家人如何對案主提供支持，確保其可為降低自殺風險的支持系統。

(d) 部分訪員僅評估案家的衝突，並無進一步評估案家間彼此支持的互動，建議評估危險因子時，可加強評估有所相關的保護因子。

(e) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(f) 針對已有疾患診斷的個案，建議訪員可詢問現今疾患的情況，藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市訪員在內容摘要中多會記錄轉介的處遇，但未填寫於處遇計畫中，建議將其確實填寫，維持紀錄內容一致。

(17) 新竹縣

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本縣有個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(18) 臺中市

a. 審查建議-六月

a) 「內容摘要」:

(a) 本市訪員通常都會詳實填寫個案主觀認知資料，但部分訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強記錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 部分訪員的客觀觀察資料多僅描述周圍環境，建議可加入蒐集案主身上的客觀觀察資料。

(c) 若個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(d) 若個案已有精神疾患的診斷，建議訪員可詢問現今精神疾患的情況，

藉此追蹤就醫與服藥的順從性。

(e) 若個案先前有於精神科就醫卻未有成效的經驗，因而抗拒就醫，建議訪員針對此類型個案可澄清其是否曾與醫師討論過未有成效之事以及當時就醫與服藥的規則性。

(f) 本市個案有主動提及藥物的劑量，建議可進一步確認其治療順從性。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有三分之一的訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(19) 臺北市

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 針對本市不願接受訪談之個案，請詳加描述當下的情境脈絡與個案狀況，以作為後續追蹤之參考。

(b) 個案主觀認知資料紀錄較為簡略，建議可以多加描述個案的主觀敘述，如個案表示自身的情況。

(c) 訪員的客觀觀察資料則缺乏，建議加強客觀觀察資料，如對個案的身心、生活及家庭人際的觀察。在電訪的部分，也可紀錄個案的語氣與回應狀態。

(d) 若在「目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢」一欄呈現“不詳”，建議訪員主動收集個案的就醫情形。

b) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有 4 名訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(20) 連江縣

a. 審查建議-七月

a) 「處遇計劃」:

(a) 應根據訪員對個案之評估(心理社會評估、治療順從性評估)，提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

(21) 新竹市

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 部分訪員的客觀觀察資料則較為缺乏，建議加強紀錄客觀觀察資料，即使是電訪亦可紀錄案主的語氣。

(b) 訪員的客觀觀察資料多僅描述周圍環境，建議可加入蒐集案主身上的客觀觀察資料。

(c) 本市訪員皆有進行心理社會評估，但皆散落於紀錄中，建議可將其單獨整理為一項心理社會評估。

(d) 個案自殺原因為多為夫妻問題，因此建議可加以瞭解夫妻間之互動情形，並將其整理為心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子。

(e) 訪員有詢問個案之家庭狀況，建議可從蒐集得來之資料，整理出家庭互動情形，放置於心理社會評估中的自殺危險因子與保護因子，並進一步歸納家人的支持性。

(f) 個案因其他疾病就診或住院，建議訪員可以順勢詢問是否有前往精神科就診。

(g) 個案自行停藥之個案,建議可以與討論停藥原因,給予藥物相關衛教，並建議其提出與醫生討論。

(h) 個案強烈拒絕前往精神科就診，建議可了解且澄清其抗拒原因，並依據原因提供衛教宣導。

(i) 個案服用藥物但狀況未改善，建議可鼓勵期將自身情況提出與醫生討論。

(j) 本市有個案提及此次自殺事件為誤報的情形，建議可紀錄個案與案家的客觀觀察資料，如身體上的傷痕、表情、語氣，以做為確認誤報的依據。

c) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」:

(a) 本市有 3 名訪員未填寫再自殺意念及風險評估，建議須確實填寫。

(22) 澎湖縣

a. 審查建議-七月

a) 「內容摘要」:

(a) 電訪的客觀觀察資料則較為缺乏，建議電訪可紀錄對方回應方式及語氣等非語言類信息。

(b) 訪視內容中擁有豐富的社會生活與家庭系統相關的客觀資料，建議亦可透過觀察與會談方式蒐集身心狀態的資訊。

(c) 案自行停藥之個案，建議可以與其討論停藥之原因，給予其藥物的衛教，並建議其提出與醫生討論。

(d) 個案強烈拒絕前往精神科就診，建議可澄清其抗拒之原因，並依據原因提供衛教宣導。

(e) 個案服用藥物但狀況未改善，建議可鼓勵期將自身情況提出與醫生討論。

3. **結論**

1) 自殺關懷訪視員身為自殺防治守門人,面對臺灣今日大量的自殺通報數量，除了沉重的業務壓力外，也需要處理個案各式各樣的困難和窘境，是一份相當艱辛的工作。

2) 本次訪視紀錄數據統計中,發現 2017 年電訪仍為最常被訪員採用的訪視方式，總次數超過整體八成比率，其次才是家訪占率 15.4%，最後為其他地點面訪占率 2.8%。電訪雖然占率最高，但同時也是出現最多訪視未遇的通報情形，而電訪到個案本人之比率也不超過整體的 1/4。由於訪視著重於個案本人之關懷、支持、評估與資源轉介等，是否能成功訪視或訪視到個案本人乃服務重要之成效評估，說明電訪之訪視成效仍有待商討及檢視。相較之下，家訪和其他地點面訪雖然僅占整體二成比率，但比起電訪更能達到以個案本人為主來進行關懷。

3) 近這三年統計結果顯示，訪員主要的處遇計劃是透過電訪和面訪持續追蹤關懷個案近況，這兩項處遇計劃比率比其他項目高出數十倍。相較之下，落實轉介相關資源單位的薄弱,例如轉介社會局和勞工局比率各都少於 1%，顯示訪員與社會資源單位合作的有限和困境。自殺是多重因素造成，每個個案都有自己的困難點，訪員需要藉由訪視過程找出個案所需資源，轉介至各單位。因此，確實轉介是降低自殺企圖個案再自殺風險的重要因素，以 2015 年至 2017 年數據分析，轉介至各單位的比率還有加強的空間。

4) 本次的訪視紀錄審查，各縣市訪員須統一「受訪情形」、「訪視方式」與「非個案本人之訪談摘要」之定義，並針對進行訪視時的各種處境進行討論如何填寫，以避免造成紀錄內容不一致的情形。

5) 訪視紀錄抽查的情況中也發現，大部分訪員在電訪撰寫方面較為簡略，且有訪視目標模糊之情形。

6) 除了瞭解訪員的工作情形，也發現各縣市的訪員在紀錄撰寫都擁有屬於各自一套方式，並無共同的格式，但大部分訪視紀錄都涵蓋 SOAP 格式的資料,而少部分縣市則直接採用了SOAP格式撰寫。若從SOAP的角度來評估，各縣市仍需加強自殺保護因子與危險因子的評估，並確切地針對個案處境給予最適合的介入和處遇，將方案撰寫於訪視紀錄。

7) 各縣市在紀錄中所著重的資料向度反映出了訪員的境遇、在地自殺特殊情形和督導著力方向等，例如一些縣市較傾向老人自殺議題、夫妻或情感壓力自殺或精神疾患自殺等，且可提高訪員在相關議題上的敏感度與介入能力。其次，許多個案的困難需要多方社福機構介入協助，訪員與相關人員若能建立共訪機制，相信更能全面性地提供個案所需，度過困難的時刻。

8)藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，期能協助關懷訪視員工作上能更加順利，也給予更加專業的關懷。

雲端數位學習平台之維護與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

近年因網際網路使用逐漸普及，人人皆有行動裝置，及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。有鑑於此，為提升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專業人員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，「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，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。

2012 年底，社團法人臺灣自殺防治學會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，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使民眾可利用家中電視、電腦隨選隨看。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」。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。

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) 數位課程之製作與評估流程(圖 6-1-1)：

(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編輯。

(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台及 YouTube 頻道，供專業人員及民眾學習。

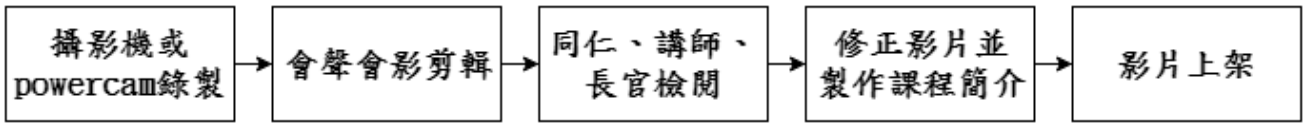


圖 6-1-1、影音課程之製作與評估流程圖

2) YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」推廣：

(1) 2009 年於 YouTube 平臺建立「全國自殺防治中心珍愛生命影音頻道」；2017 年 4 月將頻道改名為「自殺防治 e 學院」。

(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 頻道推廣工具：於影片新增搜尋標籤，讓民眾更加容易搜尋自殺防治相關影音。

(4) 2015 年與台大「心理健康促進與自殺防治」通識課程合作，於自殺防治 e 學院頻道推出學生拍攝之自殺防治微電影。

(5) 2017 年分別與臺灣憂鬱症防治學會、財團法人敦安社會福利基金會合作，將研討會演講及校園演講錄製程數位課程，並將數位課程影片於自殺防治 e 學院頻道與珍愛生命數位學習網公開，供專業人員及一般民眾學習。

3) 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，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，並提升 YouTube「自殺防治 e 學院」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.關訪員課程專區內容包含訪員必備之基本及核心能力課程，課程皆設有測驗機制，可讓關訪員評量自己的學習成果。本課程專區將每年持續更新，以期讓關訪員能精進自身專業能力。

(3) 多元管道之連結與推廣：

a.主動與相關專業人員公會單位合作，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台，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。

4)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。

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、學習平台之推展、Hicloud 雲端伺服器服務等。

三、 過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

1) 數位學習網維護及推廣：

(1) 本年度數位學習網新增影音清單及上架時間依序如表 6-1-1。

表 6-1-1、2017 年度新增影音清單

上架時間	課程名稱
2017 年 2 月	珍愛生命守門人-警察_吳佳儀、守護校園心理健康：高自殺風險大學生之辨識與處遇_吳佳儀
2017 年 3 月	心身醫學在台大_廖士程、整合式心身醫學住院模式之建立與展望_陳錫中、心身醫學社區再融入計畫之理念與推展_吳佳儀、心身醫學的實踐_廖士程、精神科醫師的社會承擔：從心身醫學出發_李明濱
2017 年 6 月	正向思考的力量_游琇雅、從腦科學解析身心健康 DIY_楊聰財、由腦科學解析身心壓力及紓壓 DIY_魏兆玟、起飛吧我的 EQ_劉鴻徽
2017 年 9 月	老人自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷_徐亞瑛、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會專題報告

表 6-1-1、2017 年度新增影音清單(續)

上架時間	課程名稱
2017 年 11 月	自殺防治面面觀_廖士程、自殺防治實務_吳佳儀、資源網網相連_鄭宇明、媒體自殺事件報導之分析與建議-以老人自殺為例_吳佳儀、藥物濫用防制之護理角色功能_洪翠妹、生命線在自殺防治的推動_何振宇、職場自殺防治_楊聰財、物連網與自殺防治_劉慕恩、心理健康行動科技於自殺防治之應用_吳佳儀、全國自殺防治中心成果報告_廖士程

(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 6-1-2。





圖 6-1-2 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。

(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台連結，提供課程內容之授權，授權課程清單如表 6-1-2。

表 6-1-2、授權課程清單

課程名稱	講師	長度
自殺防治與守門人訓練	李明濱醫師	85 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
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
青少年自殺防治對策與展望	吳佳儀教授	46 分鐘
老年人之自殺防治	吳其炘醫師	25 分鐘
農藥管制與自殺防治	張書森醫師	41 分鐘
媒體自殺事件與教唆自殺之因應	吳佳儀教授	33 分鐘

c.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。其中，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 等公務園學習網已於 2017 年 7 月後整併為「e 等公務園+學習平台」。

d.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) 2017 年度 YouTube「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 6-1-3。

3) 凱擘大寬頻之合作：

(1) SuperMOD 之「名醫相隨」節目，目前可於凱擘聯製中心之 YouTube 頻道觀看。。

(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。

表 6-1-3、2017 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

公布時間	影音名稱
2017 年 2 月	珍愛生命守門人-警察_吳佳儀、守護校園心理健康：高自殺風險大學生之辨識與處遇_吳佳儀
2017.年 3 月	心身醫學在台大_廖士程、整合式心身醫學住院模式之建立與展望_陳錫中、心身醫學社區再融入計畫之理念與推展_吳佳儀、心身醫學的實踐_廖士程、精神科醫師的社會承擔：從心身醫學出發_李明濱、守門人微電影之-【即刻救『原』】、守門人微電影之-【REBIRTH】、守門人微電影之-【快樂何在】、守門人微電影之-【發現自我】
2017.6 月	精神衛生法：強制住院制度之國際比較_吳建昌、憂鬱症不可忽視的恐慌發作_許世杰、正向思考的力量_游琇雅、從腦科學解析身心健康 DIY_楊聰財、由腦科學解析身心壓力及紓壓 DIY_魏兆玟、起飛吧我的 EQ_劉鴻徽
2017 年 9 月	老人自殺新數據、老人照護與主要照顧者負荷_徐亞瑛、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」記者會專題報告、2017 年世界自殺防治日：「關鍵一刻，扭轉一生」宣導影片、守門人微電影之 【挽命關頭】、守門人微電影之 【老核救老邊】、守門人微電影之【金絮其外】、守門人微電影之 【心情不好時，五種最不想聽到的安慰】

表 6-1-3、2017 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單(續)

公布時間	影音名稱
2017 年 11 月	自殺防治面面觀_廖士程、自殺防治實務_吳佳儀、資源網網相連_鄭宇明、媒體自殺事件報導之分析與建議-以老人自殺為例_吳佳儀、藥物濫用防制之護理角色功能_洪翠妹、生命線在自殺防治的推動_何振宇、職場自殺防治_楊聰財、物連網與自殺防治_劉慕恩、心理健康行動科技於自殺防治之應用_吳佳儀、全國自殺防治中心成果報告_廖士程

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：28 堂。

(2) 線上課程總數：

a. 專業人員認證課程共 172 堂。含公務人員 5 堂、護理人員 42 堂、藥師 34 堂、醫師 33 堂、家醫科醫師 29 堂、諮商心理師 29 堂。

b. 自殺防治課程：179 堂。

c. 媒體訪談實錄：17 堂。

d. 記者會實錄：25 堂。

e. 中心活動：1 堂。

(3) 2017 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 204,421 人次、醫師 1,364 人次、家醫科醫師 1,563 人次、藥師 13,160 人次、諮商心理師 1,809 人次、公務人員 263 人次。

(4) 2017 年度學習網整體點閱率統計如下：

a. 2017 年 1 月至 10 月累計總點閱次數共 526, 920 次。

b. 2017 年 1 月至 10 月學習網各月份累積點閱次數趨勢如圖 6-1-3。

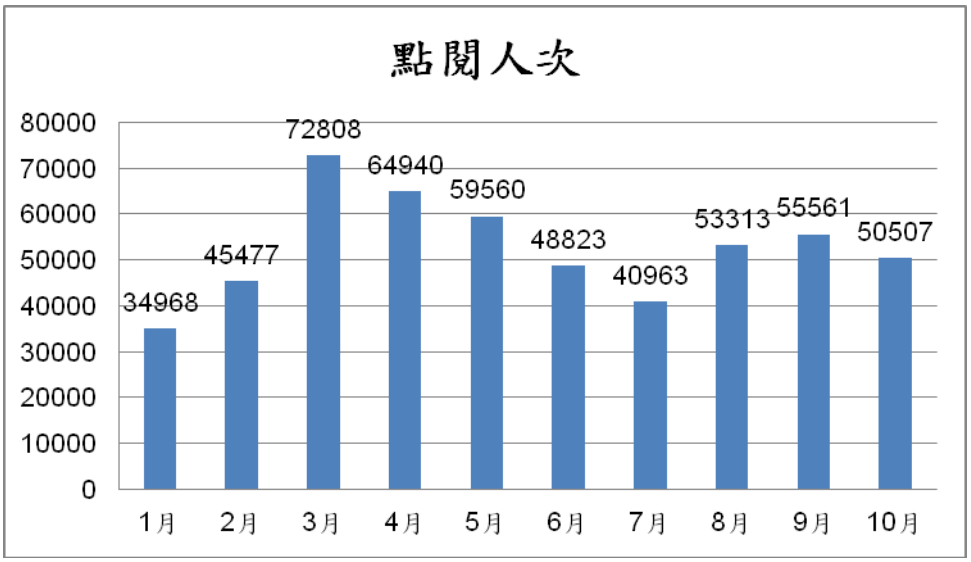


圖 6-1-3、2017 年 1 月至 10 月學習網各月份點閱次數

(5) 2017 年 1 月至 10 月數位學習網問卷回收共 232,631 份。共有 98.7%之學員認為課程令其感到獲益良多；98.5%之學員對課程感到滿意；92.7%之學員未來會推廣心情溫度計;99.2%之學員認為課程能增進關心他人預防自殺的能力，問卷細項結果如表 6-1-4。

表 6-1-4、問卷細項結果

問卷題目	選項	調查結果
本次課程內容，讓您感到有所收穫	非常同意	61.7%
	同意	37.0%
	普通	1.3%
	不同意	0.0%
	非常不同意	0.0%
整體而言，您對本課程之滿意程度為	非常同意	64.7%
	同意	33.8%
	普通	1.5%
	不同意	0.0%
	非常不同意	0.0%
未來您願意推廣使用心情溫度計嗎	願意	92.7%
	不願意	2.6%
	課程沒提到	4.6%
本次課程是否能增進您關心他人預防自殺的能力呢	可以	99.2%
	不可以	0.8%

(6)「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平台，進行課程連結。表 6-1-5 為個平台修課人次數據， e 等公務園、e 學補給站及港都 e 學院在 2017 年 6 月整併為 e 等公務園+學習平台，僅有 2017 年 1-5 月的數據。

表 6-1-5、各平台修課人次回饋數據

平台名稱	授權課程數	選修人次	完修人數
台北 e 大	5	2474	1688
中華郵政 e 大學	5	1519	1438
e 等公務園(1-5 月)	8	12852	9984
e 學補給站(1-5 月)	3	1656	1449
港都 e 學院(1-5 月)	6	1344	904
e 等公務園+學習平台(7-10 月)	5	482	295

(7) 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，2017 年上半年總計有 82 人次完成課程。

(8) 電子書推廣至雲端平臺，連結合作單位共計 7 個。

2) Youtube 影音頻道：

(1) 2017 年度 1 月至 11 月上傳之影音：自殺防治課程 28 支、微電影 8 支。

(2) YouTube 頻道目前分享 331 部完整影片。

(3) 2017 年度 1 月至 10 月總觀看時間共 11,842,521 分鐘；總觀看次數共 407,441 次。

3) 凱擘大寬頻:凱擘大寬頻 SuperMOD 授權協議續約至 2018 年 12 月 31 日。

2. 結論

1) 珍愛生命數位學習網：

(1) 數位課程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台接洽，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，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，因此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台連結，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。

社群網站 facebook 之運用與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

facebook 為近年來最受歡迎的社群網站，其使用者涵蓋各年齡層，為青少年與上班群最常使用的社群網站之一，是人們分享生活、維繫社交及獲取新資訊的管道之一。為推廣心理衛生教育以及珍愛生命之理念，全國自殺防治中心於 2010 年底在 facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平台將正向資訊有效傳遞給更多民眾。

珍愛生命打氣網除宣導心理衛生健康資訊，亦著重推廣珍愛生命守門人概念，鼓勵民眾適時以 1 問 2 應 3 轉介之方式，關懷周遭的每一個人，使自殺防治達到人人參與、網網相連之理想。

此外，中心亦於 2011 年 9 月開始，持續與 facebook 公司合作推動網路自殺防治，提供心理衛生資源給網路上有自殺意念之民眾，建立更全面的自殺防治網絡。

2. 方案的目的與目標

1) 推廣珍愛生命之理念，培養更多珍愛生命守門人。
2) 加強心理衛生教育宣導，促進民眾心理健康。
3) 針對於 facebook 上發表有關自殺意念訊息之個案，提供關懷及相關求助資源。

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) 每週一到週六於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，發文頻率為平日兩篇，假日一篇。內容如下：

a. 每月主題規劃

表 6-2-1、2017 年每月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	2017 新年新氣象	四月	閱讀與心靈
二月	自我成長	五月	旅行的意義
三月	人際關係與溝通	六月	生涯規劃

表 6-2-1、2017 年每月主題規劃列表(續)

月份	主題	月份	主題
七月	電影與人生	十月	長者關懷
八月	媒體、科技與社會	十一月	壓力管理
九月	世界自殺防治日	十二月	告別過去，展望未來

b. 貼文類型

表 6-2-2、2017 年專頁貼文類型說明

貼文類型	說明
衛教宣導	推廣心理衛生之相關資訊與資源。 (例如守門人技巧、精神疾病去汙名化及自殺防治議題等)
時事新知	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
舒壓秘方	提供壓力管理的相關資訊與資源。
溫馨小品	提供溫馨、感性與有趣的圖片、文章或影片。
打氣小語	提供勵志與打氣的圖片、文章或影片。
中心活動	即時發布中心相關活動與資訊，如貴賓參訪、新聞媒體聯繫會議、記者會、世界自殺防治日徵文活動等。

a) 貼文內容來源以中心同仁自創貼文為主，或分享中心自殺防治與心理衛生促進相關書籍文宣。若參考其他電子新聞、雜誌平台之內容，會輔以內容摘要及說明。

b) 每月依月份主題規劃每週貼文內容，並於前一個月月底的業務會議中進行提案討論，必要時調整修正。

c) 每週業務會議皆針對上週粉絲人數與受歡迎貼文類型進行討論，適時調整專頁經營策略。

d) 於中心活動及網路平台推廣專頁，如電子書、PGY 課程、文宣品、YouTube 頻道、活動海報等進行宣傳。

e) 定期更新及提供自殺防治相關統計數據，匯集每月貼文，按月製作總結報告，交給衛生福利部備查。

三、 過程(Process)

1. 2016 年 12 月 30 日業務會議針對 2017 年 1 月臉書貼文主題「2017 新年新氣象」進行每周貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-3：

表 6-2-3、2017 年 1 月每週貼文規劃

週次	主題

1/2-1/7	**放下：斷、捨、離** 該如何告別過去不良的習慣、清掃囤積許久的物品，以及在新的年度開始時，如何真誠的面對自己的未竟事宜，揮別過去，迎向未來。
1/9-1/14	**回顧與展望** 回顧本年度心理健康之重大議題以及相關發展，政府部門所推廣之活動以及新上路之政策等等，新年度台灣心理衛生推廣主力方向。
1/16-1/21	**新年人生夢想清單** 設定年度學習目標，溯及既往以及展望未來，如何規劃不同階段之人生目標，以期自我實現。
1/23-1/31	**春節期間限定話題** 農曆春節年間，提醒眾人除舊佈新之際，勿忘關懷家中長輩以及異鄉遊子，以及其他春節與自殺防治之相關議題。

2. 1 月 20 日業務會議針對如何提升粉絲專頁追蹤人數進行討論，決議未來可以漫畫圖文或微電影的方式吸引民眾瀏覽，並擬於春節過後邀請手繪圖文專家提供協助，以提升專頁點閱率。
3. 2017 年 1 月 13 日業務會議針對 2017 年 2 月臉書貼文主題「自我成長」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-4：

表 6-2-4、2017 年 2 月每週貼文規劃

週次	主題
2/1-2/4	**新年新希望** 春節假期結束，在回到工作崗位之際，透過振奮人心的小故事，為自己帶來滿滿的正能量，充滿活力迎接新挑戰。
2/6-2/11	**珍愛自己** 學會愛別人之前，先讓我們珍愛自己，接納自己，無論自己的個性、特質如何，定有其獨特之處。
2/13-2/18	**身、心靈的自我照顧** 擁有良好的健康，是穩定成長的基礎；而健全的心理，才能造就美好的人生。遭遇挫折時，如何安頓自己、支持自己，有力量走下去，值得我們一起來關心。

表 6-2-4、2017 年 2 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
2/20-2/28	**在人際關係中成長** 在人與人之間的互動中，往往會產生許多激盪，透過這些關係我們可以更認識自己、也認識他人。

4. 2 月 10 日業務會議針對 2017 年度專頁每月主題規劃及同仁分工進行討論，並將今年度專頁之 2 大主要目標訂為「提升粉絲人數」及「導正相關迷思」。
5. 2 月 17 日業務會議針對臉書粉絲群資料提出分析報告：2017 年 1 月 16 日統計粉絲專頁的粉絲(按讚者)男女比例與年齡分佈，粉絲中女性占比 63%，男性占比 36%，其中男、女性粉絲中以 25-34 歲年齡層為最大宗。以當時近一週內粉絲瀏覽流量數據而言，週一至週日平均瀏覽人次為 4,744 人次，整週的瀏覽量相當平均。
6. 2017 年 2 月 16 日業務會議針對 2017 年 3 月臉書貼文主題「人際關係與溝通」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-5：

表 6-2-5、2017 年 3 月每週貼文規劃

週次	主題
3/1-3/4	**愛情** 有人從愛情中找到能伴隨終生的伴侶，但也有人最後由愛生恨，引發許多社會問題。既使交往到最後分手，也要懂得調適自我，期許雙方都能找到更好的伴侶。
3/5-3/11	**家庭** 家庭生活並非只依賴金錢維繫，家庭中的每一位成員才是家庭生活的核心。將「聯繫、溝通、關懷」運用在家庭中，才是創造幸福家庭生活的重要因素。
3/12-3/18	**校園** 學生在校園中學習的不僅僅是知識，同時也學習如何與人相處。如何培養良好的人際關係，不僅對未來在職場上有所幫助，更能建構一個人文關懷的社會。

表 6-2-5、2017 年 3 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
3/19-3/25	**職場** 空有專業的技能，卻不擅與人相處，將會破壞整個團隊的運作，使工作不順。學會與如何與職場上的夥伴和諧的相處，也是一門重要的課題。

7. 2017 年 3 月 31 日業務會議針對 2017 年 4 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容見表 6-2-6：

表 6-2-6、2017 年 4 月每週貼文規劃

週次	主題
4/1-4/8	**閱讀與心理** 閱讀是一場心靈的饗宴。透過閱讀，我們得以療癒現實中疲憊的心靈；藉由閱讀，我們的思想得以昇華。在忙碌的生活中，別忘了拾起書本，來場豐富心靈的閱讀旅行。
4/9-4/15	**閱讀與個人** 作家余秋雨說：「閱讀是自己生命的擴大，為自己的人格打下寬廣的基礎。」閱讀引領我們體會不同人生的況味，開展對世界的視野與想像。
4/16-4/22	**閱讀與社會** 閱讀與社會究竟有什麼關係，是閱讀風氣改變社會，還是說閱讀的內容改變社會？抑或是社會影響著大眾的閱讀口味？回顧歷史可以發現，閱讀與社會兩者其實有密切的關連。
4/23-4/30	**閱讀與媒體** 講到閱讀，我們通常會直覺想到書本。閱讀的媒介通常是平面媒體，像是書籍、報紙、雜誌等等，但其實其他形式的媒體也可以閱讀唷！本週想要探討數位媒體對閱讀造成什麼樣的影響。

8. 3 月 31 日業務會議決議於四月份在臉書粉絲專頁推廣介紹中心文宣品與曾出版之書籍，並邀請民眾線上討論與分享閱讀心得。
9. 4 月 7 日及 4 月 10 日於專頁分享中心製作之「健康上網秘訣」宣導圖文，4 月 21 日介紹中心李明濱主任及吳佳儀副執行長合著之《解憂診療室》一書。
10. 2017 年 4 月 28 日業務會議針對 2017 年 5 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」

進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-7：

表 6-2-7、2017 年 5 月每週貼文規劃

週次	主題
5/1-5/6	**出發旅行吧!** 旅行，是日常生活中的一部份，為了不讓自己陷入每天上下班的輪迴中，漸漸變成宅男腐女，不如出發旅行去！無需大費周章的規劃行程，也無需打包很多行李，只要帶對物品，說走就走！
5/8-5/13	**內外在旅程** 旅行，是逃離，還是尋找？無論是哪一種，都讓我們藉由旅行，來探索自我生命！
5/15-5/20	**旅行中的省思** 旅行在不同地方，除了欣賞風景、接觸不同的人文風情，有什麼是可以思索的？旅行的意義在於獲得新體驗或是暫時遠離日常生活？旅途中的思考或許能幫助心靈的成長。
5/22-5/31	**旅途結束，返家** 離開，是為了回來，旅行只是一個過程，人終究要回到自己熟悉的地方。結束一段旅行後回到家，慢慢回味旅途中的經歷，化為自己再次前進的動力，重回生活的軌道。

11. 5 月 5 日業務會議針對臉書珍愛生命打氣網粉絲專頁經營方式及貼文著作權相關議題進行討論，決議日後專頁發文以中心同仁自創內容或分享中心著作為原則，降低轉載文章之頻率。轉載或分享其他電子平台之文章、圖片或影片時，則需注意作者是否註明同意轉載。若可轉載，須註明出處及作品連結。
12. 5 月 15 日專案負責人召開會議討論貼文內容規劃及分工機制。會中決議每周二、四晚上時段需發佈與當月主題有關之貼文內容，其餘時段不限；另配合讀者使用臉書的高峰時段,每日發文時間訂於週一到週五每日早上 11：30 至 12：30，及晚上 8：30 至 9：30。
13. 5 月 26 日業務會議決議於每則貼文後方加入邀請讀者按讚之標語，以提升貼文按讚人數。
14. 2017 年 6 月 2 日業務會議針對 2017 年 6 月臉書貼文主題「閱讀與心靈」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-8：

表 6-2-8、2017 年 6 月每週貼文規劃

週次	主題
6/1-6/10	**各年齡層的生涯規劃小撇步** 不同的高度有不同的視野，本週將分享在人生的不同階段，該如何發揮自身優勢，活的自在精采！
6/12-6/17	**關鍵一刻的身心調適** 重要決策時刻、工作排山倒海而來、焦頭又爛額，此時該怎麼和自己最真實的情緒共處，在夾縫中如何找到快樂的那道光，是人生必修的課業。
6/19-6/24	**人算不如天算，時時保有彈性的心境** 往往一切準備就緒，卻發生意料外的插曲，挫折來敲門時，心境的轉化往往是關鍵，保持信心，才能脫穎而出。
6/26-6/30	**扭轉一生，關照自己也守護他人** 人生高低起伏，隨時關注自己的情緒之餘，對身邊的親友多一些關懷，多一句問候，我們都能拉別人一把。

針對第一週主題，中心長官建議可針對青少年自殺防治(包含畢業後面臨生涯規劃及進入職場之壓力問題)、中年失業及老年人退休等議題進行宣導。

15. 2017 年 6 月 30 日業務會議針對 2017 年 7 月臉書貼文主題「電影與人生」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-9：

表 6-2-9、2017 年 7 月每週貼文規劃

週次	主題
7/1-7/8	**電影與心理健康** 每部電影都有它想要傳達的意念與故事，藉由電影傳達心理健康的觀念給民眾。當電影藝術和心理學相遇，人性內心的陰暗、脆弱、至真至純通通一覽無遺。
7/10-7/15	**電影與人生意義** 每部電影的角色都有他們獨特的故事，藉由融入電影情節反思自我的價值。
7/17-7/22	**電影與社會議題** 電影不僅是虛構於人們的創意，也是依託著時代的文化脈絡而生，兩者是彼此互相影響，讓我們從電影的不同視角，來檢視現今社會上未受我們注意到的角落吧!

表 6-2-9、2017 年 7 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
7/24-7/31	**從電影談起生命的啟發** 電影是現代人休閒的重要組成，每部電影都有它想要傳達的意念與故事，在看電影時我們不僅在接收，同時在進行的是交流，藉由投入電影角色，兩段生命故事在彼此激盪，藉由激盪而出的獨特視角為我們的生命帶來啟發。

16. 2017 年 7 月 28 日業務會議針對 2017 年 8 月臉書貼文主題「媒體、科技與社會」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-10：

表 6-2-10、2017 年 8 月每週貼文規劃

週次	主題
8/1-8/6	**近年媒體與科技發展** 人類科技發展日新月異，資訊傳遞之管道多元創新，民眾接收資訊之速度也越來越即時，在方便的過程，卻也看見人們情緒上，因此出現不同的負面影響因子。本周探討近年媒體與科技之創新發展，對閱聽者心靈健康適應狀況。
8/7-8/13	**媒體與科技對台灣社會之影響** 隨著媒體與科技發展快速，台灣民眾可自由選擇資訊來源，每日所觸及之資訊也更勝以往。因此對於自殺新聞報導內容，媒體更需謹慎規劃，本周粉絲頁面將教導民眾如何安全選擇媒體新聞。
8/14-8/20	**媒體與科技對國際社會之影響** 放眼國際社會，媒體與科技都在資訊傳播上扮演重要角色，進而對社會帶來不同現象。本周帶領讀者從國際社會角度觀看不同國家在面對重大、名人自殺新聞事件如何面對與因應，避免民眾心理健康遭受影響。
8/21-8/31	**近代媒體與科技對社會之反思** 回顧媒體與科技對台灣及國際社會之影響，如何在資訊洪流中選擇正確且有效之資訊，避免影響心靈健康，成為有判斷力之閱聽人。

17. 2017 年 8 月 25 日業務會議針對 2017 年 9 月臉書貼文主題「世界自殺防治日」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-11：

表 6-2-11、2017 年 9 月每週貼文規劃

週次	**主題**
9/1-9/8	**關鍵一刻，扭轉一生** 每個人都有遭逢不幸的時候，然而有些人因此以自殺作為人生的終點，倘若我們能花點時間關心他們，或許人生的旅程也會有所不同。

表 6-2-11、2017 年 9 月每週貼文規劃(續)

週次	主題
9/11-9/15	**關鍵一刻，同理心傾聽** 有嚴重自殺意念的人需要的往往不是人生的解答,而是以同理心傾聽並關懷，便能化解當下的危機。如何同理心傾聽是相當重要，這週將分享傾聽的技巧，讓粉絲們都能成為一個好的傾聽者。
9/18-9/22	**善用資源，扭轉一生** 我們身邊有許多資源能幫助想自殺的人,藉由資源的發掘及串聯，及時網住每條寶貴的生命、網住每個悲憾的發生；善用資源，拉住每條懸崖邊的生命。
9/25-9/29	**邀請你我一同加入守門人行列** 守門人扮演著「傾聽、關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候察覺到他所發出的警訊，並透過 1 問 2 應 3 轉介技巧，守住你我身邊的人。

18. 9 月 22 日業務會議針對台大通識課「心理健康促進與自殺防治」學生推廣珍愛生命打氣網粉絲專頁宣導案，提請討論，決議將粉絲專頁之介紹、QR CODE 及搜尋名稱並附上歡迎加入等字樣製作成宣導簡報，提供楊珞庭同學於通識課程協助推廣。
19. 2017 年 9 月 29 日業務會議針對 2017 年 10 月臉書貼文主題「長者關懷」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-12：

表 6-2-12、2017 年 10 月每週貼文規劃

週次	主題
10/2-10/6	**月圓人團圓，溫馨送暖** 本週適逢中秋佳節，是家人團聚的時刻，針對獨居長者，給予適切關懷、協助及陪伴，照顧長者的身體，關懷他們的心理健康，讓長者感受到「家」的溫暖，知道自己並不孤單。
10/9-10/13	**長者與心理健康** 介紹長者生理機能退化、心理功能老化方面的相關資訊，如失智症、憂鬱症、焦慮等，以喚醒社會大眾更加重視長者的生心理健康以及摒除對長者的年齡歧視,營造一個成功老化的環境。

10/16-10/20	**照顧者與心理健康** 長者生心健康問題固然重要，但也不能忽略照顧者的壓力。新聞中偶有照顧者因長期照護及經濟上的壓力，與長者一同自盡的社會事件，因此，本週將帶大家認識照顧者的心理狀態及其可能承受的壓力，提供及發掘可運用的資源，如喘息服務、社福機構提供協談與照顧技巧諮詢、經濟補助、親友的支持、輔具租借等，挽回可能失去寶貴親人的遺憾。
10/23-10/31	**寒冬送暖，關懷長者** 十月底接近冬天的到來，有些低收入戶、獨居長者面臨物資匱乏的情形。藉由舉辦社區聚餐、表演、送餐服務及送保暖物質讓長者感到溫暖，以及傳遞長者照護需知、居家安全需知等，以「傾聽、關懷、支持」的方式使人人都能成為「守門人」的角色。

20. 9 月 29 日業務會議針對臉書珍愛生命打氣網粉絲專頁宣傳，進行討論，決議請秘書長於門診協助宣傳以及請同仁將粉絲專頁推薦給親朋好友。

21. 2017 年 10 月 20 日業務會議針對 2017 年 11 月臉書貼文主題「壓力管理」進行每週貼文規畫討論，提案經討論後通過，提案內容如表 6-2-13：

表 6-2-13、2017 年 11 月每週貼文規劃

日期	主題
11/1-11/11	**職場壓力停看聽** 職場是人最大的壓力來源，壓力源不僅是手邊的工作，與主管和同仁溝通相處也是壓力，下了班也可能被奪命連環 call，弄得自己身心俱疲。如何面對職場壓力，可以決定一個人的身心是否健康。
11/12-11/18	**家庭關係與壓力調適** 家家有本難念的經，家庭的壓力若處理不慎，可能造成一個家庭破碎。如何幫助家人面對壓力，或是面對家人給予的壓力，可說是決定一家是否幸福的關鍵。
11/19-11/25	**校園生活壓力因應** 學生在校園要面對的事情不僅只有課業壓力，還有未來的人生規劃，與同儕相處也是重要的課題。本週將探討校園壓力，協助每一位求學的學生面對壓力。
11/26-11/31	**壓力舒緩小妙招** 無論一個人能力再強，抗壓性再好，仍然有可能被壓力壓垮。適當地紓緩壓力，必要時向外求助，讓自己隨時保持最佳狀態，才能面對未來每一個挑戰。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至 2017 年 10 月之統計如下：

(1) 至 2017 年 10 月 31 日止，按讚粉絲人數共有 6,585 人，每月趨勢分析見表 6-2-14。

表 6-2-14、2017 一月至十月趨勢分析表

月份	貼文篇數	按讚人數	公開分享及留言人數	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	49	351	79	31,784	7.2	1.6	648.7	6130
2	44	458	71	43,579	10.4	1.6	990.4	6212
3	50	330	53	35,772	6.6	1.1	715.4	6231
4	40	234	46	32,699	5.9	1.2	817.5	6247
5	41	423	69	39,392	10.3	1.7	960.8	6267
6	41	396	88	44,916	9.6	4.5	1095.5	6287
7	43	426	59	40,336	9.9	1.4	938	6311
8	50	364	70	48,573	7.28	1.4	971.5	6503
9	47	458	75	34,180	9.74	2	727	6562
10	47	364	56	57,476	7.75	1.2	1222.9	6578
共	405	3804	666	408,707	84.7	17.7	9088	63328

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 (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，內容如圖 6-2-1。



圖 6-2-1、facebook 自殺防治頁面

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 6-2-2：

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 6-2-2、facebook 舉報關懷機制

3）線上關懷有自殺意念之網友

除 facebook 舉報關懷機制外，中心亦會不定期收到民眾來信反應其親友在 facebook 上發表有自殺意念之動態，請求中心協助關懷。針對此類個案，中心會以珍愛生命打氣網之帳號傳訊息給欲自殺之個案，提供關懷以及可利用之心理衛生醫療資源。

2. 結論

從 2010 年設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過六年多的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導珍愛生命理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。

整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，每則貼文平均約有 900 以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達 57,476 人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

就不同貼文類型而言，2017 年最受歡迎的類型為「衛教宣導」以及「溫馨小品」。其中，衛教宣導著重於增進民眾對精神疾病之認識、促進精神疾病去汙名化與提供患者相關求助資源。從民眾對相關內容的熱烈迴響看來，

民眾對於精神疾病之介紹與相關處遇方式普遍有興趣了解，中心將持續發表衛教宣導相關貼文，以增進大眾對精神疾病之認識。

此外，中心亦會同時強化專頁的曝光度，並參考其他專頁經營模式，擬定有效增加人氣之經營策略。期盼藉由此平台的運作，持續推廣中心理念與價值，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。

未來，仍然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；邀請擁有極多數粉絲群之名人與長官，共同推薦珍愛生命打氣網，增加粉絲人數及觸及率，強力推廣自殺防治理念。

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 2016 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) 持續運用雲端各種免費軟體與平臺，協助活動業務之推展，提升網站附加功能，包括：使用 JotForm 平臺及 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。

4) 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。

5) 持續結合臉書(facebook)「珍愛生命打氣粉絲團」，共同發布相關訊息，強化宣導程度。

6) 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，成立「自殺防治 e 學院」，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、JotForm 平臺、Google Analytics、Issuu 電子書平臺，facebook 及 YouTube 社群網絡平臺。

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：

(1) 陸續增修「人員簡介」、「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「心情溫度計專區」、「微電影專區」、「心理健康知能衛教專區」、「媒體報導專區」、「網路使用與身心健康專區」、「健康使用網路小訣竅」、「徵件活動得獎作品回顧」、「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) 1 月上傳自殺防治網通訊-第十一卷第四期。

(2) 5 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第一期。

(3) 9 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第二期。

(4) 11 月上傳自殺防治網通訊-第十二卷第三期。

4) 網站資訊安全維護：

(1) 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. 運用雲端免費軟體提升網站附加功能：

1) 使用 Google 雲端硬碟及 JotForm 平臺建立相關活動資料：

(1) 2017 年自殺防治日徵文活動線上報名。

(2) 2017 年自殺防治年中討論會線上報名。

(3) 2017 年自殺防治年中討論會-會後滿意度調查。

(4) 每日網路新聞線上建檔及編碼。

(5) 不定期「珍愛生命數位學習網─課後評估表」資料回饋。

(6) 不定期「「珍愛生命義工志願服務報名表」資料回饋。

(7) 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 2017 年 11 月 26 日)

1) 網站流量統計：全年度訪客總數為 30,235 人次，網頁總瀏覽數為 43,825 頁。2013 年 7 月至 2017 年 11 月累計總參觀次數為 159,642 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 25 則消息。

3) 網站電子報目前累積訂閱人數為 8,276 人，全年度共寄發 10 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 7 次，總計收集 3,209 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 67 件；其中自我求助的共 25 件，為他人求助共 41 件，其它單位轉介共 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訪率，進而促進珍愛生命理念更廣泛之宣導。

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，實體課程中介紹到心情溫度計時，則邀請學員下載並善用 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。

7)Android 系統 APP 因後台管理介面尚未建置，因而無法匯整使用者檢測資料，且電子書及心衛資源亦無法即時增修，因此邀請相關專家共同商討。

8)為活化 APP 功能，鼓勵使用者透過 APP 定期施測心情溫度計，特別規劃

「檢測提醒小鬧鐘」，透過設定主動提醒使用者定期量測，做好情緒管理。

9) 為提升心情溫度計的活潑度，邀集顧問專家，繪製漫畫版心情溫度計，以利後續應用於教育宣導或 APP 未來規劃。

10) iOS 系統心情溫度計之檢測題目頁面，因缺少檢測說明，因此委請廠商協助修正頁面文字。另針對未來 APP 創新功能，邀集顧問專家進行討論。

11) 提供衛生福利部心情溫度計內容及 APP QR code，以利後續推廣之應用。

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，由衛生福利部發函，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。未來亦將針對其它人口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 6-4-1)，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。



圖 6-4-1、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，由廠商完成修正。
9) 2017 年 6 月召開「心情溫度計 APP 討論會議」，邀請吳佳儀副執行長、江宜蓁顧問、Android 版本程式設計者游佳蓉小姐，針對心情溫度計 APP 未來功能增修進行討論。並於會後開始著手相關功能之製作。
10) 2017 年 11 月由炘業科技規劃 iOS 系統 APP 之頁面修正。另外邀集校園製作 APP 相關科系專家，針對未來發展進行初步討論。
11) Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之程式及頁面設計，如表 6-4-2。累計至 11 月 25 日，APP 累積安裝之總人數 7,509 人。
12) iOS 系統心情溫度計應用程式(APP)相關圖標如表 6-4-2。累計至 11 月 25 日，已註冊 3,439 個會員帳號，累計已有 5,053 筆檢測記錄。民眾檢測結果依區間及性別分析如表 6-4-1。

表 6-4-1、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	713	38.8	1125	61.2	1838
6-9 分	357	30.4	816	69.6	1173
10-14 分	380	32.3	795	67.7	1175
15-20 分	295	34	572	66	867
總計	1745	34.5	3308	65.5	5053

表 6-4-2、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		

表 6-4-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面(續)

(3) 首頁選單		
(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) 目前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，未來將結合各項美編或創新功能，正式對外公開宣導心情溫度計 APP。

2) 建議與改善：

(1) 除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，並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。

大型宣導活動之
世界自殺防治日系列及相關活動

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性，推動自殺去污名化、澄清自殺相關迷思，並且宣導「自殺是可以預防的」的觀念。

歷年來，本中心所舉辦之世界自殺防治系列活動中央政府首長皆共同共襄盛舉，各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表皆共同與會，並邀請媒體朋友一起共襄盛舉，散布自殺防治之正確概念。一同關懷世界自殺防治，響應人人皆為珍愛守門人之理念。

2017 年世界自殺防治日之主題為「關鍵一刻，扭轉一生(Take a minute, change a life.)。本主題與守門人精神不謀而合，強調每個人多一分關心、陪伴，多多注意身邊的人之身心狀況，提供正確的資源進行協助，或許就能網住每一個可能消逝的生命。本中心響應世界自殺防治日與國際接軌，歷年來皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，持續規劃一系列宣導活動，喚起大家對於自殺防治議題的關心，並呼應今年度世界自殺防治日主題「關鍵一刻，扭轉一生」，在 9 月 10 日，加入其他在世界各地以自殺防治為目標而努力的人們，聯繫周遭所關心的親友，展開一段關懷的對話，瞭解他們的近況，並探討如何讓社區、國家、甚至是國際間的自殺防治網網相連。

2. 方案目的與目標

1) 藉由舉辦一系列相關活動，讓民眾能於活動參與的過程中，認識世界自殺防治日之意義，並重視自殺防治的重要性，因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、各級學校，辦理各式大型自殺防治宣導活動，促進民眾心理衛生之觀念，喚起社會大眾關心自殺防治議題。
3) 本年度「世界自殺防治日」記者會，預計將於 2017 年 9 月 3 日於臺大國際會議中心會議室辦理，誠如歷年記者會，預計邀請中央政府單位總統與副總統以及衛生福利部與各地方機關代表，民間單位一同共襄盛舉。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 日出健走 Walk in Hope Taipei
   (1) 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。
   (2) 提供相關文宣品、心情溫度計單張等協助宣傳。
   (3) 於 5 月 7 日於虎山舉辦「日出健走 Walk in Hope Taipei」活動。
2) 世界自殺防治日系列活動
   (1) 召開內部會議規劃世界自殺防治日系列活動。
   (2) 召開世界自殺防治日系列活動籌備會議，並依其提供建議修改活動規劃。
   (3) 依規劃期程辦理活動，於常規會議研議細部及日期，並透過各種管道發布消息。
   (4) 與相關合作單位共同辦理世界自殺防治日系列活動。
3) 2017 年台灣全國健康論壇─感動、行動、全面推動：SDGs 實踐
   (1) 針對今年心理健康及護理專題「心理及口腔健康：自殺防治之挑戰與轉機」推薦演講者。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：民間組織「活出希望 Live in Hope」、各縣市政府衛生局、各縣市政府教育局(處)、珍愛生命打氣網、網路媒體、各大網路討論區(批踢踢、獎金獵人)、中華民國自行車騎士協會。
2) 資源連結內容與形式：發布消息、新聞消息報導、活動支援。

三、 過程(Process)

1. 活出希望 Live in Hope Taipei

1) 與合辦單位「活出希望 Live in Hope」負責人 Dean Brownless 確認活動時間以及相關事宜，並提供中心文宣品，活動簡章詳見附件 6.5.1。

2. 世界自殺防治日

1) 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，含溫馨小故事徵文、單車繞世界、記者會等系列活動。
2) 5 月 12 日於業務會議上提出討論，並於通過後執行，詳見表 6-5-1。

表 6-5-1、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「關鍵一刻，扭轉一生」為主題，以溫馨小故事徵文的方式，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	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。	8 月至 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。	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 3 日

3)5 月 12 日於業務會議中，討論徵件活動型式。

4)5 月 19 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. 世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動

1)5 月 19 日於業務會議中，討論徵件活動形式。

2)6 月 9 日公告「關鍵一刻，扭轉一生」2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳，詳件附件 6.5.2。

(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、廣告平臺、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)7 月 28 日截止收件並彙整所有投稿作品。8 月 7 日至 8 月 24 日於珍愛生命打氣網粉絲專頁中，進行徵件活動人氣獎按讚投票活動。8 月 25 日統計票數選出人氣獎 2 名。

4)8 月 1 日先行選出前 20 名參賽作品，並於 8 月 16 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 25 日於粉絲專頁及中心官方網站公布得獎名單，並邀請得獎者出席 2017 年世界自殺防治日記者會。

6)9 月 3 日世界自殺防治日記者會共有 3 名參賽者出席領獎，分別為人氣獎及兩名佳作得獎者。

4. 單車繞世界活動

1)7 月至 8 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)7 月 28 日於業務會議中提案，討論國際自殺防治協會(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)8 月 24 日與中華民國自行車騎士協會施小姐洽談合作事宜，決議與其共同舉辦「單車繞世界」單車活動兩場次，分別為 9 月 9 日(六)北海岸麟山鼻鐵馬騎跡遊與 9 月 16 日(六)Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列。

4)8 月底完成「單車繞世界」活動簡章，9 月初開始宣傳國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」活動，針對腳踏車騎士於中心網站、中心電子報及 facebook 珍愛生命打氣網進行宣傳，活動簡章詳見附件 6.5.3。

5. 國際連結

1)3 月底 IASP 已公布 2017 年世界自殺防治日主題為「Take a minute, change a life」並提供相關解釋文宣給中心。本中心已於 5 月將解釋文宣翻譯完成，且決定標語翻譯為「關鍵一刻，扭轉一生」，並回寄給 IASP，同時在各大場合廣為宣傳。

2)2017 年臺灣全球健康論壇─感動、行動、全面推動：SDGs 實踐

(1) 全國自殺防治中心李明濱擔任研討會主持人。

(2) 推薦講者為美國羅徹斯特大學醫學與牙科學院精神醫學部主任 Dr. Caine、英國布里斯托大學醫學與牙科學院社會及社區醫療學系流行病學教授 Prof. Gunnell 與全國自殺防治中心廖士程執行長。

6. 世界自殺防治日記者會

1) 召開世界自殺防治日記者會內部籌備會議

(1) 4 月 28 日討論世界自殺防治日活動方向及內容，通過後執行，依時序辦理世界自殺防治日記者會活動。

(2) 5 月 12 日決議以「關鍵一刻，扭轉一生」作為 2017 年世界自殺防治日之主題。

(3) 7 月 14 日討論專家籌備會議議程、記者會活動流程、主持人、邀請名單，及相關禮品等。

2) 召開世界自殺防治日專家籌備會議

(1) 7 月 21 日邀請顧問專家共同參與討論記者會聚焦儀式、當天活動細節及人力配置事宜。

(2) 8 月 11 日邀請顧問專家共同參與，決議聚焦儀式最終形式。

3) 寄送邀請函

(1) 本年度世界自殺防治日記者會共寄發 470 封邀請函(含電子郵件、公文、

紙本邀請函)，包含各部會首長、社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、學協會、醫師公會、生命線協會、憂鬱症防治聯盟、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

4)衛福部部長拜會

(1) 8 月 15 日至衛福部拜會陳時中部長，討論世界自殺防治日記者會與自殺防治相關議題，中心由李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、王文德資深顧問、陳俊鶯資深顧問代表出席，另有台大醫院精神科吳建昌主任一同前往。

5)發布會前新聞稿

(1) 中心於 9 月 1 日發布世界自殺防治日記者會會前新聞稿。

(2) 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」。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心有幸承辦衛生福利部之「2017 世界自殺防治日記者會」，本年度主題為「關鍵一刻，扭轉一生」(Take a minute, change a life)。本記者會除了與國際接軌，也結合國內心理衛生團體，假台大醫院國際會議中心 301 會議室舉行，呼籲社會大眾，自殺防治在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生。而只有喚起全民對自殺議題的重視，同時持續推廣自殺相關知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

台灣自殺防治學會理事長龍佛衛表示，為呼應今年世界自殺防治日之主題，學會除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，也舉辦「溫馨小故事徵文活動」，邀請民眾透過文字一同分享如何在關鍵一刻，扭轉一個人的人生。並同時響應 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。

關鍵一刻，扭轉一生

自殺是全球性的問題，根據世界衛生組織（WHO）的資料，全球每年有 80 萬以上的人死於自殺，還有更多的人企圖自殺，每年有數以百萬計的人經歷自殺帶來的喪親之痛或受此影響。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。政府於 94 年成立全國自殺防治中心推動全國自殺防治，將邁入第十三年。在政府與民間合作下，台灣的自殺死亡率自 96 年來逐漸下降，並於 99 年首度退出國人十大死因，近七年都維持在十大死因排名之

外。2016 年自殺死亡率為每十萬人口 16.0 人(男性 21.8 人、女性 10.2 人)，與 104 年(15.7 人)相較之下仍上升 1.9%，因此仍須政府政策之大力支持與全民的努力。

年度電話調查 「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」

全國自殺防治中心李明濱主任表示，2017 年「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，總計共 2098 人。結果顯示，雖 6 成 2 民眾認為台灣自殺問題嚴重，但此想法已逐年減少；6.7%民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺念頭，為歷年調查新低。而「認為自己對自殺防治可以幫上忙」的民眾有高達 59.2%；但是仍有 56.9%民眾認為「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」、62.3%民眾也抱持著「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，顯示 6.5%國人有情緒困擾(約 153.1 萬人)，其中高達 41.3%「曾認真想自殺」、15.9%「近一年曾認真想自殺」、8.1%「近一個月曾認真想自殺」、11.4%「現在會想著未來要自殺」、10.9%「曾有自殺行為」、2.1%「近一年曾有自殺行為」。另外，有自殺想法民眾當下僅 17.3%會尋求協助，其中以求助「親朋好友」居多(9.1%)，其次是「心理諮商輔導專線或機構」(4.0%)。民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有 53.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，34.5%會轉移話題。雖多數民眾自認對自殺防治幫得上忙，可惜仍有些許民眾不清楚自殺防治相關資源，建議善用電視或網路媒體加強宣傳與「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。

針對自殺防治資訊的接觸，民眾的來源以「電視」(29.3%)為主，其次為「網路」(20.8%)、「報紙」(9.0%)。而 15-24 歲、專業人員及學生主要從網路得知，其他屬性民眾則主要從電視得知。歷年調查顯示，「電視」一直是民眾資訊主要管道，而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。今年也針對民眾是否曾因為媒體報導的影響而導致自殺行為，調查結果顯示，曾有過自殺行為的民眾(約 2.4%)有 1.7%表示曾受到媒體報導的影響而導致自殺行為。

綜合以上發現，民眾覺得自殺嚴重性有逐年降低的趨勢，多項資訊顯示近幾年的自殺防治推動是有成效的，然自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因而掉以輕心。

媒體報導與自殺防治

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，以協助其正確報導自殺相關新聞。

全國自殺防治中心廖士程執行長表示,根據中心分析 2016 年平面報紙自殺相關新聞(共 378 篇),「六不」原則中「不要刊登出照片或自殺遺書(30.7%)」及「不要簡化自殺原因(48.1%)」與「不要報導自殺方式的細節(52.1%)」較易被忽略。而「六要」原則中「與醫療衛生專家密切討論(18.5%)」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(41.3%)」與「凸顯不用自殺的其他解決方法(65.9%)」則較不易在新聞內容中提及。另外，2017 年網路新聞近三個月的自殺相關新聞(共 810 篇),「六不」原則中也是以「不要刊登出照片或自殺遺書(31.5%)」及「不要簡化自殺原因(36.3%)」較易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(5.1%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(20.6%)」與「與醫療衛生專家密切討論(32.5%)」則不易在新聞內容中提及。建議媒體報導重點要聚焦在教育民眾，例如憂鬱症的治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病的去汙名化。該如何在記者職責與報導中取得平衡，以更中立與可靠的方式報導新聞，是所有媒體從業人員重要之課題。

最後，呼應今年度「關鍵一刻，扭轉一生」主題，李明濱主任再次呼籲在關鍵時刻，簡單的一句關心，就可能改變對方的一生，對發出自殺警訊的人伸出援手,發揮 1 問 2 應 3 轉介,人人都可以成為珍愛生命守門人。

6) 發布世界自殺防治日系列活動成果，詳見附件 6.5.4。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 日出健走 Walk in Hope Taipei

(1) 總計約 40 人參與，透過此活動讓大家更正視以及面對心理的相關問題，並於會後於中心網站發佈活動消息。

2) 世界自殺防治日系列活動會議

(1) 內部會議：共計 3 場次。

(2) 專家會議：共計 2 場次。

3) 世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動

(1) 寄發電子郵件、公告訊息、公文等，共約 8317 封。

(2) 活動宣傳露出：網路露出總計 60 則，寄發電子郵件給各個民間團體及義工總計約 8272 封。

(3) 作品收件截止後，共有 157 人網路報名，共收到 158 件作品，其中 124 件作品符合參賽資格，得獎作品共 10 件。

(4) 2017 世界自殺防治日 facebook 人氣票選活動，20 件參賽作品共有 1447 個按讚數，其中第一名票數為 459 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，得獎作品詳見附件 6.5.5。

4) 單車繞世界活動

(1) 單車繞世界宣傳露出結果：中心網站 2 則，珍愛生命打氣網粉絲專頁露出 2 則以及寄發電子郵件總計 584 封。

(2) 單車繞世界活動，中心協助中華民國自行車騎士協會舉辦 2 場活動：

a. 9 月 9 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與推廣心情溫度計，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 337 人參加。騎完全程後，有 46 位民眾現場主動至中心活動攤位填寫活動里程資料，里程數共 11262.58 公里。

b. 9 月 16 日「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」：中心同仁於台灣鹽博物館廣場設立宣傳攤位，並宣揚珍愛生命理念與推廣心情溫度計，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。除了各縣市單車社團外，也有全家人及小學生群組一同參與，挑戰此次 36 公里與 64 公里路程，共有 436 人參加。騎完全程後，有 82 位民眾現場主動至中心活動攤位填寫活動里程資料，里程數共 23020 公里。

(3) 單車繞世界活動共計有 786 人參加，總里程數共 34282.58 公里，分別於 9 月 15 日與 9 月 18 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。

(4) 全球截至 9 月 20 日總計里程數為 301,839 公里，參與活動共有 41 個國家，前三名各為愛爾蘭 121,615.9 公里、英國 73,019.27 公里、臺灣 34,282.58 公里。

5) 世界自殺防治日記者會

全台關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業、學協會等代表

一同出席當日的記者會，衛福部陳時中部長親自蒞臨，並偕李明濱主任、龍佛衛理事長、衛福部心口司諶立中司長、前司法院賴浩敏院長、吳玉琴立委、林靜儀立委、衛福部心口司詹金月科長與廖士程執行長分別旋轉代表「關鍵一刻，扭轉一生」的向日葵。同時在會中發表心理健康網、跨部會自殺防治會報、巴拉刈農藥等重要議題，呼籲社會大眾關心他人由自身做起，讓台灣這個社會更溫暖。

(1) 當日出席人數共約 200 人
   a. 與會貴賓共 51 人，詳見表 6-5-2
   b. 出席媒體共 10 間，電視媒體 2 間、平面與網路媒體 8 間，分別為大愛電視台、客家電視台、聯合報、中國時報、蘋果日報、數位網路報、台灣醒報、台灣新生報、中央社新聞網、中華日報。
(2) 宣導文宣發出：提袋 61 個、世界自殺防治日大會手冊 61 份。
(3) 媒體露出：新聞露出網路共 11 則，詳見表 6-5-3。
(4) 記者會之活動影片可至 Youtube 的全國自殺防治中心「自殺防治 e 學院」中收看。

表 6-5-2、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
	林靜儀	委員
司法院	賴浩敏	前院長
衛生福利部	陳時中	部長
衛生福利部 心口司	諶立中	司長
	詹金月	科長
新北市衛生局	杜仲傑	科長
基隆市衛生局	王瑛蘭	科長
宜蘭縣衛生局	游淑靜	科長
桃園市衛生局	陳小燕	科長
新竹縣衛生局	余福信	科長
南投縣衛生局	黃昭郎	局長
	陳淑怡	科長
屏東縣衛生局	李佳芳	局長
	周宗賢	科長
台南市衛生局	陳怡	局長
金門縣衛生局	李金治	副局長
國際生命線台灣總會	何振宇	理長

單位名稱	姓名	職稱
新北市生命線協會	江惠貞	理事長
中華心理衛生協會	張菊惠	副理事長
急重症護理學會	陳麗琴	理事長
家庭照顧總會	陳景寧	秘書長
臨床心理師公會全聯會	謝玲玉	秘書長
醫師公會全聯會	周慶明	常務理事
台北市醫師公會	王三郎	常務理事
雲林縣醫師公會	夏保介	常務監事
藥師公會全聯會	古博仁	理事長
台北市藥師公會	張文靜	常務理事
學名藥協會	王南勛	藥師
台北市西藥代理商業同業公會	張躍霖	會務主委
台灣精神醫學會	張家銘	秘書長
台灣臨床心理學會	劉彥君	副秘書長
台灣護理學會	王桂芸	理事長
	陳淑芬	秘書長
台灣老年精神醫學會	梁珪瑜	秘書長
臺灣家庭醫學學會	李汝禮	秘書長
衛生福利部八里、桃園療養院	李新民	院長
衛生福利部嘉南療養院	鄭靜明	院長
生活調適愛心會	吳章安	理事
董氏基金會	葉雅馨	主任
台灣失落關懷與諮商協會	方俊凱	理事長
台灣心靈健康資訊協會	黃世琤	監事
台灣憂鬱症防治聯盟	廖士程	理事長
台北市敦安社會福利基金會	楊聰財	執行長
台灣自殺防治學會	鄭宇明	秘書長
	陳碧霞	監事
全國自殺防治中心	吳佳儀	副執行長
	王文德	資深顧問
1111 人力銀行	何啟聖	副總經理
三花棉業	施純鎰	董事長
	洪德任	副總經理

表 6-5-3、新聞露出總整理

露出平台	標題
青年日報	1 問 2 應 3 轉介 防自殺伸援手
臺灣醒報	41.3%曾想自殺 防治難題卡在社工
	126 訪視員看顧近 3 萬人… 自殺防治難推
聯合新聞網	全台訪視員竟僅 126 人 自殺防治「跛腳」
	男人真苦！男性自殺死亡數是女性 2 到 3 倍
ETtoday 健康雲	台灣逾 150 萬人有情緒困擾　調查：四成曾認真想過自殺
中央社	打破迷思 訴說自殺意念不是發洩
大紀元	全台約 153 萬人 有情緒問題
蘋果日報	男人有苦難言 自殺死亡男比女多 1 倍
自由時報	男性壓力大 自殺死亡比女多 1 倍
中國時報	壓力大！8 成自殺者為中壯年 男是女 2 倍

(5) 世界自殺防治日全台串連，彙整內容詳列如下：

a. 台中市舉辦「幸福人生、由心做起」心理健康月活動，藉由 SMILE 意象，鼓勵市民，從生活中關心自己與他人的身心健康。

b. 台北市舉辦「M&M 音樂會暨紓壓樂活市集」，以「過、關、斬、將」四字口訣，協助暫處生命低潮的民眾渡過難關。

c. 台南市在心理健康月舉辦一系列活動，例如「大手牽小手，身心健康齊步走」園遊會及互動性與知識性有獎徵答闖關活動等。

d. 苗栗縣舉辦「「網結同心，向自殺 say goodbye」活動，邀請所有鄉親成為自殺防治安全網，協助徬徨無助的生命，幫助身邊需要關懷的朋友。

e. 桃園市舉辦記者會，邀請員警分享救援經驗，呼籲大家關懷彼此，珍愛生命。

f. 高雄市在心理健康月舉辦記者會，同時宣布今年「食米飯拜田頭」感恩微電影徵選比賽正式起跑。

g. 新竹市舉辦「世界自殺防治日—愛沒有距離」活動記者會，透過明信片寫下一句簡單真摯的關懷，用小小溫馨舉動，帶給他人正面能量，一起做自殺防治守門人。

6)2017 年臺灣全球健康論壇—感動、行動、全面推動：SDGs 實踐

(1) 10 月 22 日、23 日在財團法人張榮發基金會國際會議中心舉辦，主題為「感動、行動、全面推動：SDGs 實踐」，與會人員來自全球重要醫療衛生組織領導者與各國衛生部部次長與代表、醫衛官員及專家共 35 國 76

位外賓，總與會人數約 1,010 人。

(2) 心理健康及護理專題「心理及口腔健康：自殺防治之挑戰與轉機」演講者與主題如下：

a.「自殺防治：挑戰與轉機」由美國羅徹斯特大學醫學與牙科學院精神醫學部主任 Dr. Caine 主講，著重在探討如何建構一個全面性且具整合效用的自殺防治策略。

b.「農藥自殺：自殺防治重點」由英國布里斯托大學醫學與牙科學院社會及社區醫療學系流行病學教授 Prof. Gunnell 主講，聚焦在劇毒農藥管制策略在各個國家的研究成果。

c.「臺灣自殺防治策略：全國自殺防治中心之角色」由全國自殺防治中心廖士程執行長主講，發表台灣歷年自殺防治策略施行的成果。

2. 結論

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心多年來致力與國際接軌，為響應世界自殺防治日，每年都會舉辦相關的系列活動，從日出健走、以今年「關鍵一刻，扭轉一生」為主題的溫馨小故事徵文、單車繞世界、世界自殺防治日記者會等等，期望能藉此喚起全民對自殺議題的重視，挽救更多寶貴的生命。另外今年也透過「臺灣全球健康論壇」分享台灣的自殺防治策略跟行動，還有現在的結果，同時瞭解美國、英國等相關的經驗。

五、 附件

附件 6.5.1「日出健走 Walk In Hope Taipei」活動簡章

附件 6.5.2「關鍵一刻，扭轉一生」2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動簡章

附件 6.5.3 「單車繞世界」活動簡章

附件 6.5.4　2017 世界自殺防治日系列活動成果

附件 6.5.5　2017 年世界自殺防治日溫馨小故事徵文活動得獎作品

2017 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，各相關單位之資源投入與協助配合是非常重要的。本次年中討論會以燒炭自殺為例，讓各縣市衛生局瞭解全國自殺防治最新數據與關懷訪視之現況，且透過討論與交流的方式，針對特定議題進行探討，包含自殺通報、工作規範、各縣市因地制宜的因應方法等議題，盼能啟發創新思考以凝聚共識，藉此機會提升與強化各地之自殺防治策略與措施。本中心於 2017 年 6 月 30 日辦理「2017 年度自殺防治年中討論會」。會中邀請衛生福利部、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。

本次會議採世界咖啡館模式進行，係因世界咖啡館是一種顛覆傳統會議當中「坐而言」然後再「起而行」的團體討論方式，可以帶動同步對話、反思問題、分享共同知識、甚至找到新的行動契機，從匯談過程中構成反思和行動的循環。世界咖啡館由華妮塔．布朗(Juanita Brown)、大衛．伊薩克(David Isaacs)所發展，匯談進行的方式可以 12-15 人為單位進行對談，並採取肯定式探尋法(Appreciative Inquiry)規劃多個回合的議題討論，鼓勵參與者在每回合中分享個人見地、積極聆聽，逐漸在對談小組當中探索多元觀點背後的模式與深層問題，成為一個智慧匯集的平台。在對談回合的後半部分，更引導參與者從集體智慧當中形構出集體行動方案。

2. 業務或方案的目的與目標

提供最新數據及現況，透過腦力激盪，讓各縣市衛生局藉此提出豐富而多元的觀點，進行實務經驗交流，為自殺防治注入新的思維，進而研修自殺關懷訪視作業之相關規範，強化防治之具體作法及成效，使自殺防治網絡更為綿密，期使自殺防治工作能發揮最大功效。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)擇定特定議題，規劃討論會議程及進行方式。

2) 討論會內容函報衛生福利部核備。
3) 依部內指示修改議程，再次函報衛生福利部核備。
4) 部內再次修改議程，函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
5) 開放報名系統，並彙整名單。
6) 邀請主持人、主講人及各桌桌長。
7) 彙整並編製年中討論會手冊。
8) 會議資料及手冊函報衛生福利部核備。
9) 於 6/30 召開辦理「106 年度自殺防治年中討論會」。
10) 寄發合照和滿意度調查表。

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 2017 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，辦理自殺防治年中討論會。
2. 3-4 月初步規畫年中討論會之內容及辦理形式。
3. 4 月 26 日將討論會之議程函文至衛福部備查。
4. 5 月依部內指示修改議程及討論議題。
5. 5 月 26 日將討論會之議程再次函文至衛福部備查。
6. 部內修正議程及討論題目，並於 6/7 函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
7. 中心於 6/1-6/27 期間受理報名，截至 6/27，報名人數共 60 人，經篩選後寄發行前通知及參考資料。
8. 會前將參加者依據先後報名次序編號，並採亂數表分組方式形成 4 個小組(一組 15 人)，每組配置一名桌長、一名紀錄和一名行政協助，以便進行三回合的分組討論。
9. 匯集講師之簡報、參考資料，並製作手冊。
10. 6/28 將會議資料及手冊函報衛生福利部核備。
11. 6/30 召開辦理「106 年度自殺防治年中討論會」。
    1)人員設置：由 4 位專家擔任桌長，負責帶領各組依據既定之主題大綱討論，並於三回合後上台及報告小組討論之成果。

2)小組討論流程：會前分組形成 4 個小組後，再依當天出席情形進行微調，總共分 4 組，一組 15-16 人。每一回合對話 30 分鐘，鈴響換下一組位置，桌長不動，其他成員自由換位置至下一組，共進行三回合。最後各組報告及回饋時間，成員回到原來之組別，觀看大家智慧分享的內容，聆聽各組桌長彙整與分享各組成果。

12. 年中討論會當日，針對各桌分組討論及桌長重點報告撰寫紀錄。
13. 於會議結束後一周內寄發滿意度調查表，請參與人員填寫。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 議程

當日會議除報告自殺防治最新數據，也包含關懷訪視之現況，並制訂充分的討論時間，讓與會人員能針對三大議題進行探討，從而針對自殺防治相關議題，及相關的因應之道提供意見與方法。當日議程如圖 6-5-1。

106 年度自殺防治年中討論會

日　　期：106 年 6 月 30 日（五）
時　　間：13:30-17:00
地　　點：台大校友會館 4 樓大會議室
主辦單位：衛生福利部
承辦單位：台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心
主 持 人：李明濱主任
出席人員：各縣市衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、
　　自殺關懷訪視員暨第一線工作相關人員
議　　程：

時間	主題	主講人/主持人
13：00-13：30	報到	
13：30-13：40	致歡迎詞	衛生福利部 心理及口腔健康司 謝立中司長
	主持人致詞	全國自殺防治中心 李明濱主任
13：40-14：10	自殺防治最新數據及關懷訪視現況	全國自殺防治中心 吳佳儀副執行長
14：10-14：30	世界咖啡館進行方式說明	全國自殺防治中心 吳佳儀副執行長
14：30-16：00	分組討論	全體
16：00-16：10	〔休息〕	
16：10-16：30	反思及觀摩	全體
16：20-16：50	各組報告及回饋	桌長及全體
16：50-17：00	結語	全國自殺防治中心 李明濱主任

圖 6.5.1、106 年度自殺防治年中討論會議程

2) 討論題目

(1)如何善用自殺通報數據推動自殺防治？

a.說明：根據全國自殺防治中心的研究指出，重複自殺者約占通報系統的 11.7%個案，其中有 1.5%最後死於自殺。大多數進入通報系統之個案為初次自殺個案，然而，最後死於自殺的方法也可能由先前的非致命轉為致命方式，例如：原來以安眠藥或割腕自殺轉為燒炭。

b.討論：

a)在經驗中，有哪些通報分析數據應密切即時關注？又有哪些必須需要長期追蹤分析？

b)縣市衛生局如何利用通報數據（如：通報分析資料、通報比之趨勢變化等），思考自殺防治對策？

(2)自殺關懷訪視員在訪視過程中，如何降低個案再自殺的風險？

a.說明：根據全國自殺防治中心研究指出，自殺企圖通報中再自殺危險指標包含：男性；高年齡層；居住地於中南部縣市；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、以氣體及蒸汽自殺等值得特別注意。有將近七成曾以燒炭與上吊兩種方式被通報之個案，最後採同樣方法自殺身亡。如何在訪視過程中及早辨識個案的自殺計畫？又，如何藉由訪員的訪視技巧阻卻自殺之發生？（會中提供之手冊中附有自殺防治通報系統通報後關懷作業流程草案）

b.討論：

a)訪視實務面

(a)如何增進訪員的訪視技巧，以利自殺計畫之早期辨識、轉介與持續關懷？

(b)如何輔導訪員兼顧電訪與面訪，有效防止個案自殺之發生？

b)制度連結面

(a)如何藉由啟動共訪機制，強化各網絡間之串聯學習？

(b)如何評值訪員對於自殺個案之管理成效（例如拒訪率）？

(3)各縣市如何擬定燒炭自殺防治策略？

a.說明：根據 105 年的統計資料，有將近 910 位民眾因燒炭身亡，約佔同年全國自殺死亡人數（3,765 人）的四分之一。有鑑於燒炭自殺的防治與全面性、選擇性與指標性策略均有關，各縣市如何依據現行狀況，研擬因地制宜的防治策略？（會中提供之手冊中附有各縣市燒炭自殺死亡與企圖之數據供參）

b.討論：

(a)有哪些全面性策略與燒炭自殺防治有關？ 例如: 因地制宜落實木炭管理之作法有哪些？ 針對燒炭自殺防治，縣市政府有哪些部會/單位/資源可以共同加入？

(b)有哪些選擇性策略與燒炭自殺防治有關？ 建立關懷訪視的資源地圖

有何優點？

(c)有哪些指標性策略與燒炭自殺防治有關？

3) 出席人員

當日出席人員包含縣市政府衛生局代表、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員以及第一線工作相關人員。加上現場報名者，參與人數共計 61 位，名單與人數如表 6.5.2 與 6.5.3。

表 6-5-2、自殺防治網絡單位與會名單

醫療網絡單位(23 位)	
臺北榮總玉里分院	桃園療養院北區醫療網
臺中榮總嘉義分院	草屯療養院中區醫療網
台中慈濟醫院	嘉南療養院南區醫療網
信安醫院	衛生福利部八里療養院
屏安醫院	衛生福利部金門醫院
台大竹東醫院	衛生福利部基隆醫院
高雄市立凱旋醫院	臺北市立聯合醫院

表 6-5-3、縣市政府單位與會名單

縣市政府單位(38 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

4) 會議進行與討論

會議當日，由全國自殺防治中心吳佳儀副執行長報告自殺防治 105 年最新數據及關懷訪視現況，接著再說明本次世界咖啡館工作坊的進行方式與流程。最後，透過各組的討論及報告，凝聚共識、相互交流，激發出因地制宜之自殺防治策略。當日各組討論內容摘要如下：

(1)如何善用自殺通報數據推動自殺防治？(議題一)

a.老年自殺防治

a)雲林縣 65 歲以上的老人服務尚未普及，僅久病者被看見。

b)南投縣 65 歲以上多會採用上吊、農藥等高致命性的方法。

c)

d)針對 65 歲以上老人會於健檢時使用 BSRS 篩檢。(臺中榮總嘉義分院)

e)在偏鄉約 70-80 歲的老年族群常見的自殺方法是使用切穿工具，例如割腕，雖然並非致命性，但由於老人們常單獨在家，仍有身亡的風險；在面對這樣事件，我們通常會提供家人衛教資訊，以防範再自殺風險。(澎湖衛生局專任個管師)

f) 65 歲以上老人自殺率較高。(桃園市政府)

g)65 歲以上通報比較低，但自殺率高，應加強一般醫師，如家醫科、內科醫師等重視此族群的轉介。(桃園療養院)

h)以年齡來看，年輕男性很難給予即時關注，老年族群的部分則給予長期關注。(基隆市衛生局個管師)

i) 建議可以分析自殺通報數據來追蹤自殺企圖的發展史；以金門縣來說，老年人的自殺比率較高，目前的做法是連結社區單位提供相關協助。(金門縣衛生局約僱人員)

j) 建議針對老人自殺防治需加強一般醫師提升自殺警訊的關注。

k)嘉義市去年針對老人全面推動憂鬱症篩檢，也因此自殺率有明顯下降。

b.農藥自殺防治

a) 衛生局宣導控管農藥，使用農藥自殺人數下降。自殺方式排名，上吊成為第一名，農藥第二名。(臺中榮總嘉義分院)

b)農藥自殺較多人，防治策略上會針對農藥行設心理健康小站。(花蓮縣衛生局)

c.燒炭自殺防治

a)臺北市現在鼓勵旅館加裝 CO 監測器，降低燒炭自殺。

b)針對燒炭自殺推行鎖櫃販賣，但缺乏採用此方式後的自殺數據變化而無法說服市府。(桃園市政府衛生局)

c) 花蓮燒炭排名較為後面，針對燒炭的防治為在據點推行關懷。

d.高處跳下自殺防治

a)燒炭監測，則跳樓增加。(新北市政府衛生局)

b)自殺方式中高處跳下仍居不下，因此加強警衛的敏感度訓練，並給予其通報流程與通報單位的連絡方式。(臺北市政府)

c)高處墜下自殺方式上升中，因此擬推行將大樓評鑑加入此方式的防治作為指標。(桃園市政府衛生局)

e.溺水自殺防治

a)內湖區有溺水自殺死亡人數上升的現象，可能是因企圖者有所增加，因此需加強通報的連結。(臺北市政府)

b)桃園市多灌溉設備，導致採用溺水方式自殺難以防範仍為困境。因此將建立訪員的訪視紀錄中需加強確認溺水自殺的地點，以利推動熱點防治。

f.上吊、安眠藥、性別及職場自殺防治

a) 自殺方法中的上吊、自縊往往未通報就已經身亡，該如何防治仍然是一個問題。(嘉義市衛生局專案管理師)

b)安眠藥也將推行在藥局設立心理健康小站。(花蓮縣衛生局)

c)以年齡與性別來看自殺率與再自殺率，例如中年女性的自殺率雖然較低，但再自殺率就比較高，需多加注意。(台大竹東醫院自殺關懷訪視員)

d)目前嘉義市在著手的事男性職場壓力所引發的身心健康問題。(嘉義市衛生局專案管理師)

e)近來我們聚焦在職場壓力所引發的身心健康議題，尤其是科技業者，目前作法為跟各公司合作提供相關協助。(新竹縣衛生局科長)

g.其他自殺防治

a)嘉義會分析自殺熱點，並針對熱點加強巡邏與防治。熱點的資訊是由訪員詢問個案而得知。

b)可由跨局處會議得知自殺熱點的資訊。(嘉義市政府衛生局)

c)第一次通報即死亡的年齡層數據應重視，此族群尚未有機會接受關懷，可加強此族群的心理健康促進推廣。(雲林縣信安醫療社團法人信安醫院)

d)第一次通報即死亡，未進入通報系統者有 80%。(南投縣政府衛生局)

e)會比對個案註記，若有則交給專門系統，如家防等處理。會依據自殺方

式的數據進行分類而推行防治策略。(南投縣政府衛生局)

f) 個案若能皆有訪員關懷對於自殺防治成效會良好。現行心理健康資源尚未被廣泛知曉。(雲林縣信安醫療社團法人信安醫院)

g)通報年齡層下降。(臺中榮總嘉義分院)

h)定期針對旅館檢查設備。(臺北市政府)

i) 衛生所有進行憂鬱量表篩檢，而依據分數進行關懷。(花蓮縣衛生局)

j) 基隆醫院這邊，由社工在急診室做第一時間的接觸。如果有憂鬱的話就是轉精神科。如果有些個案沒有到憂鬱的程度，就會轉給其他科。然後由心衛中心追蹤。

k)台南嘉義苗栗連江針對數據方面都有一些發想。像台南苗栗和連江針對直接的執行單位針對半年或是月督或是高風險的即時的呼應。一週內高風險個案藉由訪員的速件回報在 24 小時內去做訪視。

l) 針對家電訪次數：另外在訪視次數的部分，針對高危和一般的訪視次數，嘉義是一般的個案要兩次，家訪大於電訪。台中佛教慈濟醫院提到也是委外單位，其規定的訪問次數是電訪三家訪二。然後針對 65 歲以上的長者比率提高至一比一。

(2)自殺關懷訪視員在訪視過程中，如何降低個案再自殺的風險？(議題二)

a.訪視實務面

a)增進技巧的方式可採用加強教育訓練，建議可以進行內部模擬演練。

b)關於電訪與面訪的部分，高風險個案可用面訪，老人也包括在內；一般個案則可採電訪為主，但須注意仍要有彈性。

c)訪員可善用通報單上的線索，依據通報單上的自殺方式與原因，調整對個案關心的方向，如從其傷口開始關心，進而關心至其自殺狀況。

d)針對拒訪個案，若能採取面訪有助於克服拒訪。

e)初訪時，若能以非制式化的方式開場，如詢問個案期待，有助於關係的建立，且與其他單位共同訪視亦有助力。

f) 轉介的部分可由醫師提供轉介，較能令個案信服。

g)老人會認為訪員無相同經驗，同理與其有距離。

h)訪員的知能上，態度最為重要，須膽大心細的直接詢問自殺細節。

i) 屏東原住民族群較多，針對原住民個案可邀請原住民訪員共同訪視。

j) 通報單的填寫與實務上個案是有所差距。

k)拒訪:有些個案的自殺風險很低，再訪對他們會造成困擾，是否需要尊重個案權益。

l) 多數個案是衝動自殺型，固定訪視反而會有困擾，此時就未考量到個案

權益。這裡需思考，如何相信訪員之專業判斷？

m)　高雄目前有提供誘因給通報單位，採按件計酬，通報量因此大幅上升，但衛生局還是會過濾。(高雄市衛生局 陳慧慈訪員)

n)電訪時得到的心情溫度計分數不一定客觀。(台中榮總嘉義分院 張芳毓訪員)

o)關於自殺通報關懷流程，檢傷分級制度可以減輕訪員負擔，但 BSRS-5 分數有時無法反映真實情況，例如個案自述 BSRS-5 分數為 0 分，但實際上訪員認為其有高風險。

p)通報單上會問個案是否同意接受訪視，但是個案寫不願意時，訪員依然去訪視就會引起個案反感。

q)訪視時會遇到的困難包括通報警察時，警員要求需有家屬到場。強制就醫不容易執行。

r) 通報單資訊不一定準確，有遇過通報單上有三個地址，讓訪員感到困擾。

s)報警時有做過筆錄，對訪員跟警察來說都很困擾。

t) 訪員報警時會遇到的困難是警察要求訪員做筆錄，過程很繁瑣。

u)目前合約裡面有 30 天內再自殺率 5%的規定，其他單位會把這個指標當作箭靶指責自關員沒做好，但實務上很難達成，因很多問題是家暴等因素。

v)訪視技巧加強:增加同理心與內心與關係建立能力。

w)　通報單上要與實際情況符合

x)委外單位與非委外單位在執行 p.24 頁的流程時可能會有不同。

y)各縣市訪員普遍不夠。(例如：那敏感度的地方我們也是在教育訓練裡面會提到。我們 105 年通報量案人次就將近 6000，一年。5800 多案這個樣子，那我們的訪員數才 16 位。我們去做過這樣的負荷的話一個訪員一年要接 366 案。事實上整個計畫給我們自關員才 12 位。)

z)初階及進階訪員教育訓練的部分，應做教育訓練之分級，以適度增進訪員能力。

aa)　衛生局鼓勵家訪，因為家訪時可以了解個案狀況，評估其風險程度，可做為後續介入之指標。另外，關於訪視機制的草案，遺族關懷部份有改善，肯定中央給與訪員彈性，有聽到基層的聲音。(台中市衛生局 游明樺科員)

bb)　訪員的上班時間和個案的上班時間常重疊，因此訪視都會未遇。另外，家訪時訪員很難進到個案家裡，因為若管理員或他人詢問來訪目的時，考量個案隱私不能講太多。(新竹市衛生局 柯元訪員)

cc)　通報警察時，會遇到的困難包括警察會要求家屬出面、個案在他縣

市，無法幫助定位。(台中榮總嘉義分院 劉晏汝訪員)

b.制度連結面

a)增進技巧的方式可在關懷訪視員的表揚大會上，邀請獲獎訪員提供經驗分享。

b)訪視員需要被鼓勵，照顧自身的心理健康。

c)院內通報可將急診情況打在通報單上，避免訪員須重複詢問，減輕個案負擔。

d)院內與心衛中心雙方能互通資訊有助於關照個案，提升自殺防治的成效。

e)院內可藉由不同測驗，即時將個案轉介至精神科。

f) 接受衛生局委託，院內同時負責分案與接案。

g)訪員變動快速，導致訪員年資呈現兩極化，因此將困難個案派予資深訪員，僅自殺意念個案派予資歷較輕之訪員，但也造成案量的差別。

h)現正推行檢傷分類，克服案量過大的困境。

i) 個案依自殺方式、精神疾患等特性皆有所不同，因此可先與不同資源連結，再進行初訪，在訪視時提供給個案實質幫助。

j) 評值中的拒訪率需要詳加思考，困難個案拒訪並非全部皆為訪員責任，因此將此列入有所不公。

k)通報單位能將資料確實提供，如勿遮住資料、避免 BSRS 分數的誤填，皆有助於訪視。

l) 降低再自殺風險最重要的是把資源做串連，例如學校、社區、家庭、警察、心衛中心或精神醫療等。(連江縣衛生局醫政科科長)

m)　將拒訪率納入評估不是很適當，因為拒訪並不是可以控制的，應朝向質性數據去瞭解拒訪的理由，以及如何運用共訪。(臺中市衛生局自殺關懷訪視員)

n)關訪員的流動率相當高，因此當個案比較多的時候，就很難每一位都進行家訪；通報單裡的資訊可信度待加強，有些醫院會因為不知道個案的資訊而使評斷都落在中間的位置，沒有辨別性。(桃園市衛生局自殺關懷訪視員)

o)宜蘭縣的共訪不會有問題。建議訪員有問題直接反應給科長。

p)精神疾病個案可以共訪，老人、兒少、家暴這三類個案應該積極連接網絡，例如召開網絡會議。(連江縣衛生局 李怡薇訪員)

q)共訪:社政端就像把刀，會傷害個案，訪員再負責包紮傷口。例如安置兒童時，個案不一定能依社工說的時間看到小孩，對個案來說是種傷害。(新北市衛生局 胡穎綺技佐)

r) 自殺是網絡之間的共業，但衛政之外的部門很消極。連江縣目前有網絡聯繫會議，鼓勵大家善用資源，若有問題可請局長協助聯繫網絡。(連江縣醫政科陳月欽科長)

s)關於心情溫度計的風險分級，大於 10 分需要訪 4 次讓訪員壓力很大，因為案量很多，由其又包括含自殺意念之當個案。(南投縣政府個管師劉倍卿)

t) 關於衛政合作，有時訪員會變社政的手下。

u)社政問題沒解決，會導致自殺問題上升。轉介時會被社工質疑認為是訪員問題沒處理好。

v)有時醫療端提供的資訊不足。

w)　訪員是衛政委外，社政也有很多委外，兩造之間的協調很難。

x)有案例是訪員協助個案轉介就業，之後個案失聯 2 次即結案，被縣長質疑為何無法找到個案。目前宜蘭縣衛生局已與警察單位達成共識，警局副局長同意衛生局可聯繫警察單位協助尋找失聯個案。

y)拒訪率、未遇率及家訪率三者可能產生衝突。例如，為了提生家訪率去家訪，但是當個案不在家時，未遇率即會上升。另外，心情溫度計很難讓個案自填，而訪員幫忙填表時，有時若訪員覺得個案屬於低風險，可能會自己幫個案調降分數。(台大竹東分院 張根榮訪員)

z)若要增加家訪率，需增加自關員的人數。(桃園療養院 汪振洋主任)

aa)　去年訪視紀錄審查時，因為宗教一欄沒填，被扣了很多分，因此被長官責備，訪員認為直接評估記錄不公平。另外建議可以針對記錄撰寫方式進行教學，不然訪員不知標準何在。(基隆市衛生局 郭安怡個管師)

bb)　共訪制度若要落實，重點在於連絡相關單位，例如村里長、學校等，然而如果對方不願意合作，就算有資源也很難運用，所以應加強網絡交流或由主管機關推動；各縣市對於關訪都有自己的標準，應把這樣的機制標準化，讓大家比較好執行。(嘉南療養院主任)

cc)　關訪員的工作量其實很大，且各單位都有上層主管會督導進行管理。(台北榮民總醫院玉里分院醫師)

dd)　嘉義縣的地域很廣，但卻只有配四名關訪員，每週進行關訪都困難重重，因此期望藉由共訪制度來分攤，提升關訪的效益；另建議財政局能處理人力配給的問題，例如設置一名整合性社工，了解各專業與流程機制。(嘉義縣衛生局技士)

ee)　建議可以把精神醫療與自殺防治分開；拒訪率很難控制，且金門人口流動率大，把拒訪率列入評斷不太妥當，標準設定應為家訪為主，電訪為輔。(金門縣衛生局約僱人員)

ff)家訪應先告知個案，讓對方先有心理準備；不把拒訪率列入訪員成效評估；建議以 BSRS 分數做為訂定關訪的頻率。(臺中榮總嘉義分院訪視員)

gg) 應建立基層共識，以及關訪的 SOP，例如如何連絡；不把拒訪率列入評分，因為個案有權利拒訪，關訪員是義務訪視。(桃園市衛生局科長)

(3)各縣市如何擬定燒炭自殺防治策略？(議題三)

a.全面性

a)針對燒炭防治策略，除了與地方衛生所合作全面推廣各類衛教資訊外，也與便利商店、旅館合作來宣導珍愛生命的理念。(新竹市衛生局科長)

b)購買木炭的方法還包括網購，因此除了宣導，更應加強管理；另外若媒體報導燒炭相關的自殺新聞頻率過高也容易造成渲染，這部份也應呼籲媒體加強自殺防治宣導。(凱旋醫院醫師)

c)從縣政府的一個策略開始，木炭不上架的策略到剛花蓮提到說不同的情境。我們還是要針對這個全面性的策略裡面跨局處的合作，針對幅員廣大這樣特性上我想也是一些早期要去辨識風險這樣一個，來防治自殺的這個發生。

d)花蓮縣針對木炭防治，以跨局處會議處理，請工商發展處，有販賣木炭之商家註冊則提供宣導單張，但工商發展處對商家並無強制力。

e)因基隆雜貨店居多，木炭取得容易，因此製造木炭關懷袋，免費提供給購買者，在其購買木炭時裝。邀請雜貨店老闆參加自殺防治訓練，提升其敏感度。基隆因上述兩種措施燒炭率有所下降。

f) 高雄市政府衛生局針對在地商家張貼警示標語，以及對商家宣導木炭不在非熱銷時期(如中秋節)上架，降低木炭的易取得性，但僅部分商家配合。針對販賣商家之店員培養其敏感度及提供資源。

g)新竹縣以柔性勸說推行木炭不上架與上鎖。

h)連江縣木炭現已可網路購買，所以更易取得，且因自殺是有計畫性的，因此想知道有效的防治方法。

i) 連江縣之自殺防治由秘書長層級主持跨部會議，有助於縣內的跨部合作。針對木炭防治由縣長主持，衛生局撰寫說明稿予其推動。可參考此方法針對不同自殺方法，聯絡相關部會，並給予他們說明稿推行。

j) 建議跟全國性的公司合作，因為小型店家會因為怕業績消損而拒絕；之前曾經試過放關心小卡或發放印有標語的塑膠袋，但數據似乎沒有顯著的變化；媒體也會影響民眾選擇自殺的方式，甚至引發模仿效應，因此建議針對媒體朋友提供衛教資訊。(彰化縣社區心衛中心臨時約僱人員)

k)媒體報導燒炭自殺新聞頻率太高的話也會影響大眾，因此可以呼籲媒體

一同宣導自殺防治與珍愛生命；與其過度限制木炭的買賣，另一個做法是教育店員，使其多留心，成為守門人。(雲林縣衛生局個案管理員)

l) 媒體報導會影響自殺行為；木炭的防治策略目前會因影響業績的理由被拒絕，建議可以從連鎖商店開始推動。(桃園市政府衛生局聘用督導)

m) 建議針對木炭進行源頭管理，例如衡量經濟效益價值等。(桃園市政府衛生局科長)

b.選擇性

a)在選擇性的部分，像彰化針對高風險已經有燒炭自殺的個案。做一個特性的分析，這個部分的分析，這樣才能掌握那些自殺的個案他們在哪些區域或是商店最容易拿到商店做一個分析。其次守門人訓練可以加強我們針對高風險群的辨識。

b)針對守門人的訓練可以不用學術術語，而直接提供角色扮演的對話範例。

c.指標性

桃園跟雲林在指標性的高風險策略上提到的就是，個案已經燒炭了，然後會有一些後遺症，那家庭以及後續一些個案的防治策略該怎麼加強，未來在精神醫療專業的介入做一個成功的、持續性的轉介，跟就醫情況的追蹤，是個重點。

d.其他

a)建議將指標在地化；管道有時候取得困難，例如資源多集中在台北；將資源的源頭管理做好，再適當的分配給各地區，並將流程簡單化。(高雄市衛生局個案關懷員)

b)建議先了解近三年的自殺通報數據，再來制定自殺防治策略，以燒炭為例，應該知道管理木炭的是哪一個單位、節日假期囤貨、都市與鄉村的購買行為差異等，再根據各地需求制定策略。

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

統計 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，以性別來作分析，「男性」農藥自殺死亡計 997 人，占所有男性自殺死亡人數 13.4%，在男性自殺死亡方式排名第三位；「女性」農藥自殺死亡統計 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五位。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」老年人口，使用農藥自殺死亡占該年齡層所有自殺死亡 22.0%，位居老年人口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，共同為防治盡一份力。

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) 5 月蒐集已線上刊登農委會農藥管理人員複訓規畫單位，並與承辦人員聯繫合辦事宜，共同討論農藥自殺防治在課程中推廣型式，增加農藥管理人員對自殺議題提升敏感度。

表 6-7-1 所蒐集聯繫單位及資料

時間	課程名稱	辦理單位	與自殺防治相關課程	時數
2017/5/5	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第一場次）	臺南市政府農業局(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr
2017/5/11	2017 年度農藥管理人員複訓講習	彰化縣政府(聯絡人：陳嘉惠，電話：04-7531634)	自殺守門人-自殺防治宣導(講師：彰化縣衛生局)	0.5hr
2017/5/12	2017 年度農藥管理人員複訓講習	彰化縣政府(聯絡人：陳嘉惠，電話：04-7531634)	自殺守門人-自殺防治宣導(講師：彰化縣衛生局)	0.5hr
2017/5/19	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第二場次）	臺南市政府農業局(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr
2017/6/2	嘉義市 2017 年農藥販賣業者及農藥管理人員講習	嘉義市政府(嘉義大學承辦，連絡人：張閣宏，電話：05-2717818；0934088978)	政策宣導、自殺防治(講師：嘉義市建設處、衛生局)	1hr
2017/6/12	2017 年苗栗縣農藥販賣管理人員第 1 梯次複訓講習會	苗栗縣政府(連絡人：謝先生，電話：037-559774)	農藥防治自殺守門人教育(講師:苗栗縣政府衛生局)	50mins
2017/6/12	2017 年農藥販賣業者複訓講習會	苗栗縣植物保護商業同業公會(連絡人：張淑芳，電話：037353378)	農藥用藥安全宣導(講師：苗栗區農業改良場)	1hr
2017/7/7	2017 年臺南市農	臺南市政府農業局	心理健康促進暨自殺防	1.5hr

	藥管理人員複訓講習會（第三場次）	(聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	
2017/7/14	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會（第四場次）	臺南市政府農業局 (聯絡人：楊復森，電話:06-2991111#6796)	心理健康促進暨自殺防治(講師:臺南市政府衛生局、奇美醫療財團法人)	1.5hr

2) 蒐集 2016 年辦理農藥管理人員單位、毒物防治所聯繫承辦人員聯繫資訊，派遣專家實地對農藥販賣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包含珍愛守門人之議題。整堂課以新近數據及圖表讓聽眾瞭解臺灣農藥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，最後再以珍愛守門人帶入介紹心情溫度計(BSRS-5)與可用之社會資源做為結尾，同時針對已經規畫固定講師縣市，例如臺中市、臺南市，聯繫講師提供當地縣市農藥自殺防治教材資訊，以雙向規畫作為推廣策略。詳細課程內容如附件 6.7.1「2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」，教育宣導內容囊括簡式健康量表之運用及推廣，讓學員能在課後自行填寫 BSRS 量表檢測，正面內容詳如圖 6-7-1。

表 6-7-2 為執行推廣計畫清單

日期	課程名稱	辦理對象
	推派農藥自殺防治專家現場授課	
7/3	2017 年度臺北市農藥管理人員複訓講習	
7/19		
7/26	2017 年度雲林縣農藥管理人員複訓講習會	農藥販售商
8/2		
7/21	2017 年度新北市農藥管理人員複訓講習會	
8/16	2017 年度宜蘭市農藥管理人員複訓講習會	
11/01	2017 年度基隆市農藥管理人員複訓講習會	
	聯繫講師討論當地農藥自殺防治授課內容	
7/7	2017 年臺南市農藥管理人員複訓講習會	農藥販售商
7/14		
7/13	農藥管理人員資格訓練：農藥中毒急救	
8/30	農藥代噴技術人員訓練：農藥中毒急救	代噴業者
9/14	農藥管理人員資格訓練：農藥中毒急救	農藥販售商



2016.06.07 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	厲害	非厲常害
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謹誌

圖 6-7-1、2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導講座課後量表

3) 規劃本年度 11 場農藥自殺防治教育宣導課程。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：行政院農業委員會與臺北市公農業產銷基金會、雲林縣動植物防疫所、新北市政府農業局、臺南縣政府、臺中毒物防治檢疫所、基隆市政府。

2) 資源連結內容及形式：資料提供、講師推薦、辦理農藥自殺防治教育宣導課程。

三、 過程(Process)

1. 5 月與各縣農業局、動植物防疫檢驗局連繫，先針對現階段農藥管控與停用農藥及巴拉刈自殺防治教育宣導之規劃進行討論會議。

2. 6 月與各縣市農業局、動植物防疫檢疫局持續聯繫及安排本年度 11 場巴拉刈自殺防治教育宣導之課程規畫。
3. 6 月抵定本年度 12 場巴拉刈自殺防治教育宣導之推薦講師、課程內容。
4. 7 月開始接連 12 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。

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；本次聯合舉行教育宣導之縣市除依據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縣市分別為臺中市、雲林縣、臺南市，另針對臺北市及新北市，其中雲林縣辦理次數較多，臺北市場次辦理時間最早，後續場次將會陸續辦理；場次詳如表 6-7-3。

表 6-7-3、2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導場次表

場次日期	地點
7/3	臺灣金融研訓院菁業堂
7/7	臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳
7/13	農業委員會農業藥物毒物試驗所
7/14	走馬瀨農場蘭花會館會議廳
7/19	雲林縣政府大禮堂
7/21	新北市板橋區區公所
7/26	雲林縣政府大禮堂
8/2	雲林縣政府大禮堂
8/16	宜蘭縣政府文康中心
8/30	農業委員會農業藥物毒物試驗所
9/14	農業委員會農業藥物毒物試驗所
11/1	基隆市政府產業發展處義消會議室

2. 辦理情形

(1)7 月 3 日在臺北市臺灣金融研訓院菁業堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心鄭宇明醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，剛日共 180 名學員參與。



圖 6-7-2 全國自殺防治中心鄭宇明醫師為學員講解自殺防治現況



圖 6-7-3 全國自殺防治中心鄭宇明醫師為學員講授農藥管理正確觀念

(2)7 月 7 日在臺南市臺灣蘭花生物科技園區國際會議廳辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺南臨床心理師理事長葉金源講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 220 名學員。

(3)7 月 13 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 160 名學員。

(4)7 月 14 日在臺南市走馬瀨農場蘭花會館會議廳辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺南臨床心理師理事長葉金源講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 220 名學員。

(5)7 月 19 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院陳姿婷醫師講述農藥自殺狀況、心情溫度計使用方式，當日共 423 名學員，學員回饋講師風格有趣，內容活潑，且分享許多農藥自殺之案例，更加幫助學員了解禁止巴拉刈使用之議題。



圖 6-7-4 臺大醫院雲林分院陳姿婷醫師為學員講授自殺防治守門人轉介概念。

(6)7 月 21 日在新北市新北市板橋區區公所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心楊聰財醫師講述農藥自殺現況、農藥管理方式，當日共 150 名學員，主辦單位回饋內容豐富，講師回饋場地無法放映影片內容深感可惜。

(7)7 月 26 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師講述巴拉刈使用的危險性、農藥自殺現況、以及管理人員販賣控管，當日共 336 名學員，學員回饋講師分析巴拉刈

的危險性清晰，內容清楚明瞭。



圖 6-7-5 臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師為學員講授農藥自殺現況。

(8)8 月 2 日在雲林縣雲林縣政府大禮堂辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師講述巴拉刈使用的危險性、農藥自殺現況、以及管理人員販賣控管，當日共 291 名學員，學員回饋講師分析巴拉刈的危險性清晰，內容清楚明瞭。



圖 6-7-6 臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師為學員講授珍愛守門人轉介概念。

(9)8 月 16 日在宜蘭縣政府文康中心辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心楊聰財醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 192 名學員。主辦單位回應，講師口條幽默，課堂間學員發問熱烈。



圖 6-7-7 全國自殺防治中心楊聰財醫師為學員講授農藥管理與自殺防治概念。

(10) 8 月 30 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 40 名學員。

(11) 9 月 14 日在臺中市農業委員會農業藥物毒物試驗所辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由臺中榮總毛彥喬醫師講述農藥中毒急救，當日共 160 名學員。

(12)11 月 1 日在基隆市政府產業發展處義消會議室辦理巴拉刈自殺防治教育宣導，由全國自殺防治中心鄭宇明醫師講述農藥自殺概況、在地防治方向，當日共 50 名學員。

3. 檢討與建議

本次聯合農委會結合農藥管理人員複訓課程辦理此次教育宣導，講師建議未來可以先獲得當地縣市農藥管理資料，整合中心資源，進而討論辦理當地縣市訂立因地制宜教材，擬定符合當地自殺防治因應對策，例如針對未來農藥自殺率高縣市，如合在販售商貼上或附上求助資源以及衛教訊息，加以宣導。

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。此次課程觀察到各縣市農藥自殺防治教材似乎缺乏當地農藥自殺與防治相關資訊。

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，將來也可考慮進一步聯合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民農藥使用教育訓練。

五、 附件

附件 6.7.1「2017 年巴拉刈自殺防治教育宣導課程簡報資料」

「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治之推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

自殺是全世界都關注的公共衛生議題。根據世界衛生組織(World Health Organization)的統計，2000 年將近有 100 萬人死於自殺，約有 60%發生在亞洲。此外自殺更是台灣國人十大死因之第九位，死亡率從 1994 年持續增加至 2005 年每十萬人口 18.38 人，而近這幾年仍維持在每十萬人口 15-16 人左右。

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見，醫護相關人員是重要的守門人，尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

因此衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。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)。

本中心自 2009 年起，持續提供給「畢業後一般醫學訓練(PGY)」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。兩年後 PGY 將「憂鬱症與自殺防治」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。

透過課程的參與，使臨床醫師了解.臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神落實在臨床與生活上，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，完成「人人都是自殺防治守門人」之宏願。

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。 並於 2017 年年初再次將雲端連結以公文的形式寄送至各家醫院參考。
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課前閱讀資訊供預覽。
   (5) 於課程結束後發放課程評值問卷及課後測驗問卷。並於課程結束之後統整問卷結果並分析。詳細課程評值問卷內容，如圖 6-8-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 6-8-2。
   (6) 除課程評值及課後測驗問卷外，另有發放守門人問卷，邀請對自殺防治有更進一步興趣之學員擔任守門人及自殺防治課程種子講師。請學員留下相關資料，若是中心有進一步的自殺防治課程相關訊息，會將訊息轉知給學員。詳細守門人問卷內容，如圖 6-8-3
   (7) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。

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

●請問您的性別：□1. 男　□2. 女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

□1. 非常符合　□2. 符合　□3. 尚可　□4. 不太符合　□5. 非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

□1. 非常好　□2. 良好　□3. 可接受　□4. 不太好　□5. 非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

□1. 非常清楚　□2. 很清楚　□3. 尚可　□4. 不清楚　□5. 非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

□1. 非常同意　□2. 同意　□3. 尚可　□4. 不同意　□5. 非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

□1. 非常滿意　□2. 滿意　□3. 普通　□4. 不滿意　□5. 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

□1. 沒有困難　□2. 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?

□1. 沒有困難　□2. 有困難，原因：_____

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 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？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

_____

參訪心得與感想(100 字)

圖 6-8-1、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程評值問卷

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

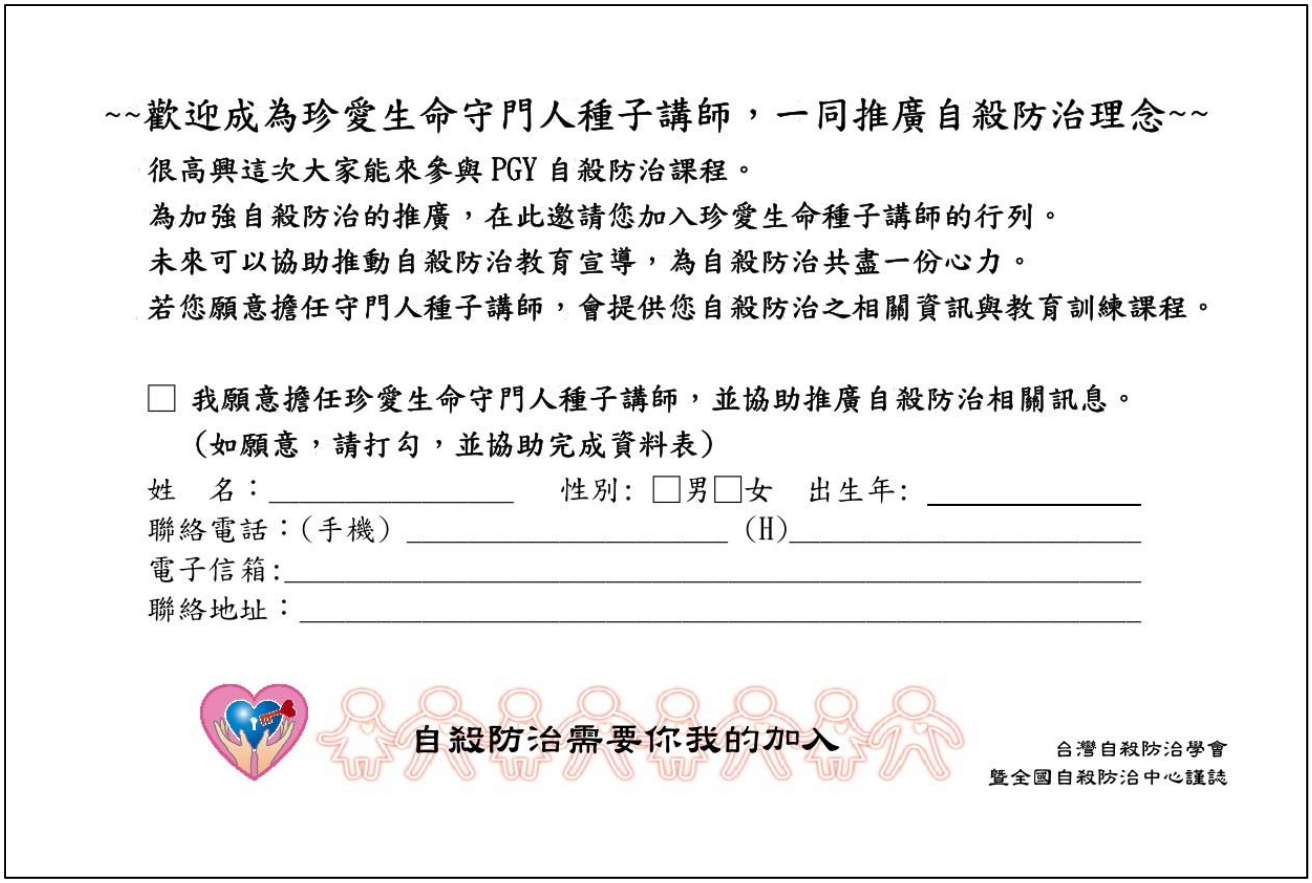
●第一部份：個人基本資料

1. 姓名：_____
2. 性別：□1.男 □2.女

●第二部份：課後測驗

1. 一般而言，哪一年齡層自殺死亡率最高?
   □1.15-24 歲 □2.25-44 歲 □3.45-64 歲 □4.65 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?
   □1.上吊 □2.燒炭 □3.農藥 □4.割腕
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?
   □1.二成五 □2.三成 □3.四成五 □4.七成
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?
   □1.二成 □2.四成 □3.六成 □4.八成
5. 根據中心研究分析，65 歲以上老人自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診比例(不分科別)約占幾成?
   □1.三成 □2.五成 □3.七成 □4.九成
6. 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.台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
7. 請問下列何者為指標性策略?
   □1.導正媒體報導 □2.促進社會大眾心理健康
   □3.針對自殺企圖者提供關懷服務 □4.減少致命工具之可近性
8. 守門人 123 步驟中第一步為何?
   □1.應：聆聽、回應與支持 □2.問：主動關心、詢問情況
   □3.轉介：轉介相關資源並持續關懷 □4.靜：內心空明
9. 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
10. 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

圖 6-8-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗



~~歡迎成為珍愛生命守門人種子講師，一同推廣自殺防治理念~~

很高興這次大家能來參與 PGY 自殺防治課程。
為加強自殺防治的推廣，在此邀請您加入珍愛生命種子講師的行列。
未來可以協助推動自殺防治教育宣導，為自殺防治共盡一份心力。
若您願意擔任守門人種子講師，會提供您自殺防治之相關資訊與教育訓練課程。

☐ 我願意擔任珍愛生命守門人種子講師，並協助推廣自殺防治相關訊息。
（如願意，請打勾，並協助完成資料表）

姓　名：_____　性別：☐男☐女　出生年：_____
聯絡電話：(手機) _____ (H)_____
電子信箱:_____
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謹誌

圖 6-8-3、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程守門人問卷

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。2017 年持續進行心情溫度計之推廣，並將心情溫度計 APP 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員於上課前先行進行下載並使用，於課堂上再由講師帶領討論，並蒐集學員的使用經驗，以便在未來繼續精進此 APP。詳細文宣內容，如圖 6-8-4。



圖 6-8-4、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、吳佳儀副執行長、陳宜明醫師、張家銘醫師擔任講師。

1)2 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 10 名學員參加。

2)2 月 15 日 PGY 課程參與醫院有中心綜合醫院，共 4 名學員參加。

3)2 月 22 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、恩主公醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院，共 26 名學員參加。

4)3 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 13

名學員參加。

5)3 月 15 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)，共 15 名學員參加。

6)3 月 22 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、亞東醫院永和耕莘醫院、臺安醫院，共 6 名學員參加。

7)4 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院中興院區、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院，共 9 名學員參加。

8)4 月 26 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、恩主公醫院，共 19 名學員參加。

9)5 月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、永和耕莘醫院，共 17 名學員參加。

10) 5 月 10 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)，共 12 名學員參加。

11) 6 月 7 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 11 名學員參加。

12) 6 月 21 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平院區)、新北市立聯合醫院、博仁綜合醫院，共 12 名學員參加。

13) 6 月 28 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院，共 16 名學員參加。

14) 7 月 5 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 7 名學員參加。

15) 8 月 9 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 30 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、新北聯合醫院，共 22 名學員參加。

17) 9 月 6 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)、中心綜合醫院，共 12 名學員參加。

18) 9 月 20 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、臺安社區醫院，共 13 名學員參加。

19) 10 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 25 名學員參加。

20) 10 月 18 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、宏恩醫院，共 14 名學員參加。

21) 11 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)、宏恩醫院，共 22 名學員參加。

22) 11 月 29 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明)、恩主公醫院，共 21 名學員參加。

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，並帶入到自殺防治課程之主題。

2) 國際臺灣自殺現況與全國自殺防治策略:以歷年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，與亞洲鄰近國家進行比較，並帶出目前臺灣自殺防治策略的三個主要層面，分別為全面性、選擇性和指標性策略，進而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。並提供醫療、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。另介紹簡式健康量表(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，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：講述自殺防治守門人「1 問、2 應、3 轉介」之概念，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺干預技巧。另提供全國相關精神醫療院所、心理衛生等相關資源。讓學員懂得尋求協助或提供適當資源，幫助有自殺意念者並給予關懷，這些都對於自殺防治工作成效有很大的幫助。推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，讓學員了解臨床醫師在自殺防治中扮演著重要的角色。

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 6-8-1。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 6-8-1、「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
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、心情溫度計 APP
10 分鐘	結語、大合照
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 29 日共辦理 22 場次，327 人參與。詳細如表 6-8-2

表 6-8-2、PGY 合作單位及人數

合作單位	臺北市立聯合醫院	新北市立聯合醫院	宏恩醫院	中心診所醫院	永和耕莘醫院	恩主公醫院	博仁綜合醫院	臺安醫院
人數	254	21	15	9	12	5	5	6

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估結果，滿意以上為 96%，詳如表 6-8-3。

表 6-8-3、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	165 (50.5)	143 (43.7)	15 (3.8)	2 (0.6)	2 (0.6)
2.授課方式的安排	160 (48.9)	143 (43.7)	22 (6.7)	1 (0.3)	1 (0.3)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	176 (53.8)	142 (43.4)	7 (2.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
4.此次課程獲益良多	165 (50.5)	152 (46.5)	8 (2.4)	1 (0.3)	1 (0.3)
5.整體課程滿意	171 (52.3)	143 (43.7)	12 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.3)

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86.7%，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 4.，答對人數為 311 人(95%)；

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 4.，答對人數為 304 人(93%)；

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.自殺企圖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 4.，答對人數為 304 人(93%)。

(4) 各題的答對率分別如表 6-8-4，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 4.，僅 235 人答對(71.8%)。

表 6-8-4、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答正確	299 (91.4)	292 (89.3)	241 (73.7)	297 (90.8)	271 (82.8)	304 (93)	257 (78.6)	261 (79.8)	311 (95)	304 (93)
作答錯誤	25 (7.7)	35 (10.8)	89 (27.2)	22 (6.7)	64 (19.6)	22 (6.7)	60 (18.3)	63 (19.2)	16 (4.9)	23 (7)
未作答個數	3 (0.9)	0 (0)	7 (2.1)	8 (2.4)	4 (1.2)	5 (1.6)	10 (3.1)	3 (0.9)	0 (0)	8 (2.6)

(5) 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 98.9%,願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

1)PGY 是臨床醫師成為珍愛生命守門人的第一步，亦是實施自殺防治計劃不可缺少的重要環節。短短三個小時，落實了 9 年的課程將近培養了 1900 位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師，遍佈全臺各個角落。

2) 學員回饋認為大學醫療教育與臨床實務並不具備自殺防治相關教學與知識宣導，而 PGY 課程正補足了這方面的學習。在課堂上學員分享自身生命經驗，敘述曾經歷的自殺事件和疑慮，並由講師帶領和其他學員一起討論、解答。學員藉此了解自殺的普同性，且此一議題並非不可討論、難以啟齒。

3) 多年來，超過 9 成學員課後回饋 PGY 教學目標與內容都符合預期目標和臨床需求，講師透過活潑風趣的方式分享臨床經驗與技巧，同時讓學員瞭解自殺事件不只是精神科醫師或是急診醫師需要面對的議題，是需要各科醫師、各層級的專業人員一起面對。

4) 許多學員表示常會遇見存有自殺意念及行為的親友和病人，然而在未接觸過 PGY 課程前並不知道可以如何因應。透過課程的介入技巧和資源處遇介紹，才懂得如何用人文關懷的角度出發，一應二問三轉介協助身邊的人走出生命低潮，同時也擔任守門人，進行轉介之後持續的關心對方。無論在生活上還是臨床專業上都有突破與成長。

5) 透過此課程，學員才意識到許多自殺者生前都曾有就醫行為，臨床醫師扮演了守門人重要一道防線。PGY 課程教導的自殺風險評估與評測工具-心情溫度計成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。配合心情溫度計 APP 不只容易使用，亦符合現代人生活習慣。

6) 幾乎所有的學員在課後回饋中，都願意在未來的臨床實務上運用心情溫度

計評估個案身心狀況和自殺意念，保持人文關懷態度持續協助病人，成為重要的守門人一員，傳達人人都是自殺防治守門人的理念。

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

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的防治策略中，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自殺防治相關訓練訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並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」，給予周遭的親友關懷與協助，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基礎的自殺干預技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源、助有自殺意念者。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

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」的理念。
3) 為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地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，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

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，請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、講師以及主辦單位之意願，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理解程度與滿意度，會於課程結束後請

受訓學員填寫講座課程評估問卷，並請課程承辦人員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等，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，以利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) 由專責人員錄製課程、剪輯並製作成數位影音教材，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之餘，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中，皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。

(3) 將上傳完之課程影片網址提供給講座主辦單位參考。

2. **資源連結與合作**

1) 合作單位華興育幼院社工組、建國科技大學諮商輔導組、中正萬華區身心障礙者資源中心、臺北市文山區健康服務中心、崑山科技大學學生事務處學生輔導中心、建國科技大學諮商輔導組、能仁家商、德明財經科技大學學生輔導中心、社團法人新北市國際生命線協會、中山醫學大學附設醫院精神科/自殺防治中心、澎湖縣學生輔導諮商中心、康寧大學、臺灣師範大學、大龍老人住宅、西湖老人日間照顧中心、桃園市政府衛生局、國防部電訊發展室、新生醫護管理專科學校、體育大學、朱崙老人公寓、基隆市社區心理衛生中心、大安老人服務中心、生活調適愛心會、彰化資通支援第三大隊、彰化縣衛生局、暨南大學、新北市長期照護發展協會、中心診所

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 8 日協助華興育幼院社工組辦理「自殺防治課程」，對象為育幼院學生，講師為張吏頡心理師，參與人數共 12 人。

2) 2 月 23 日協助建國科技大學諮商輔導組辦理「自殺守門員(初階)訓練」，對象為該校大學生，講師為李俊德醫師，參與人數共 200 人。

3)3 月 7 日協助中正萬華區身心障礙者資源中心辦理「自殺防治守門人課程」，對象為專業社工人員，講師為鄭宇明醫師，參與人數共 50 人。

4)4 月 21 日協助臺北市文山區健康服務中心辦理「心靈雞湯-長者心理健康」講座，對象為高齡長者，講師為單位自行邀請，人數共 40 人。

5)5 月 3 日協助崑山科技大學學生事務處學生輔導中心辦理「Hold 住人生翻轉幸福-自殺防治守門人培訓」講座，對象為該校大學生，講師為顏永杰醫師，人數共 50 人。

6)5 月 4 日協助建國科技大學 諮商輔導組辦理「自殺守門員(進階)訓練」講座，對象為該校大學生，講師為李俊德醫師，人數共 50 人。

7)5 月 18 日協助能仁家商辦理「能仁家商-自殺防治宣導」講座，對象為該校老師，講師為鄭宇明副執行長，人數共 60 人。

8)6 月 15 日協助德明財經科技大學 學生輔導中心辦理「生命教育主題輔導系列活動-自殺防治班級講座」，對象為該校學生，講師為該校自行邀請，人數共 45 人。

9)6 月 17 日協助社團法人新北市國際生命線協會辦理「自殺防治現況與因應策略」課程，對象為該校生命線 1995 志工，講師為吳佳儀副執行長，人數共 65 人。

10)6 月 22 日協助中山醫學大學附設醫院精神科及中山醫學大學附設醫院自殺防治中心，辦理「中區醫療機構人員自殺防治教育訓練」，對象為醫療相關從業人員，講師為廖士程執行長、鄭宇明副行長、吳佳儀副執行長，人數共 100 人。

11)6 月 23 日協助澎湖縣學生輔導諮商中心，辦理「守門人訓練營」，對象為教職員，講師為鄭宇明副行長、張吏頡心理師，人數共 30 人。

12)6 月 28 日協助康寧大學，辦理「自殺防治與危機處遇」課程，對象為大學導師，講師為該校自行邀請，人數共 40 人。

13)7 月 13 日協助國立臺灣師範大學特殊教育中心北金分區辦理「自傷行為的防治與輔導(含危機處理機制)」研習，對象為臺北市及金門縣等大專校院特殊教育輔導人員，講師為吳佳儀副執行長，人數 50 人。

14)8 月 8 日協助臺北市大龍老人住宅辦理「長者憂鬱問題與自殺防治宣導課程」，對象為老人，講師為鄭宇明醫師，人數為 30 人。

15)8 月 14 日協助臺北市西湖老人日間照顧中心辦理「老人自殺防治課程」，對象為中心同仁（社工、護理師、照服員、司機人員），講師為陳

碧霞顧問，人數為 20 人。

16)9 月 8 日協助桃園市政府衛生局辦理「2017 年度第 4 次自殺關懷訪視在職教育訓練課程暨個案討論會」，對象為關懷訪視員，講師為吳佳儀副執行長，人數為 37 人。

17)9 月 12 日協助國防部電訊發展室辦理「珍愛生命，希望無限：走過憂鬱的低谷」，對象為單位官、士、兵及聘雇人員，講師為張家銘醫師擔，人數為 150 人。

18)9 月 13 日協助新生醫護管理專科學校辦理「自殺防治守門人課程」，對象為高一高二班級輔導股長，講師為吳佳儀副執行長，人數為 60 人。

19)9 月 14 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為校內教師，講師為張家銘醫師，人數為 79 人。

20)9 月 22 日協助臺北市朱崙老人公寓辦理「高齡者如何維持健康心理及人際關係」，對象為 65 歲以上高齡者(住民)、其家屬、工作人員及社區居民，講師為吳佳儀副執行長，人數為 20 人。

21)9 月 26 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為班級班長或輔導股長，講師為黃彥霖臨床心理師，人數為 29 人。

22)9 月 27 日協助基隆市社區心理衛生中心辦理「2017 年度個案自殺企圖諮詢及討論會議」，對象為公衛護士、自關員及社關員，講師為陳碧霞顧問，人數為 30 人。

23)10 月 2 日協助大安老人服務中心辦理「老人自殺防治暨個案研討」，對象為各老人服務中心之主任、督導及社工，講師為吳佳儀副執行長，人數為 20 人。

24)10 月 5 日協助中華民國生活調適愛心會辦理「關於身心靈健康」，對象為生活調適愛心會志工，講師為吳佳儀副執行長，人數為 27 人。

25)10 月 11 日協助彰化資通支援第三大隊辦理「自我傷害防治」講座，講師為蘇偉碩醫師，對象為全體官士兵，人數為 250 人。

26)10 月 16 日協助彰化縣衛生局辦理「2017 年彰化縣自殺防治守門人 123 種子講師培訓課程」講座，對象為專業人員，講師為該校自行邀約，人數為 80 人。

27)10 月 24 日協助國立體育大學辦理「珍愛生命守門人課程」，對象為學生，講師為黃彥霖臨床心理師，人數為 100 人。

28)10 月 25 日協助暨南大學學務處諮商中心辦理「暨大守門人培訓團─學生篇」，對象為學生，講師為張清棊 醫師，人數為 50 人。

29)11 月 1 日協助暨南大學學務處諮商中心辦理「暨大守門人培訓團─師長

篇」，對象為師長，講師為薛凱仁心理師，人數為 50 人。

30)11 月 15 日協助中心診所辦理「珍愛生命守門人」，對象為全院人員，講師為吳佳儀副執行長，人數為 50 人。

31)11 月 29 日協助新北市長期照護發展協會辦理「老人福利機構自殺防治教育宣導」，對象為老人福利機構負責人或主任，講師為陳俊鶯常務理事，人數為 150 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)講座安排

(1) 截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人 31 相關課程，場參與訓練的學員共 1974 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、軍營，對象包含各級學校師生、醫療人員、專業社工人員、志工、官士兵等。詳細資料請參考表 6-9-1。

表 6-9-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校	醫療單位	一般民間機構	軍營/大隊
場次	14	1	12	2
人數	845	150	629	400

(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。講座問卷內容詳如圖 6-9-1 及圖 6-9-2。

(3) 問卷分析：

依據回收之課後回饋問卷分析結果，總計回收 188 份問卷，回收率 9.5%。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 88.8%的人表示滿意，如表 6-9-2。

表 6-9-2、整體守門人課程內容滿意度

課程 滿意度	非常 滿意	滿意	尚可	不滿意	非常 不滿意	未填
占率%	43.9%	44.9%	11.2%	0%	0%	0.5%

(4)擔任守門人意願

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 188 人中的 82.3%，如表 6-9-3。

表 6-9-3、願意運用守門人 123 技巧幫助親友者

願意運用守門人 123 技巧	佔率%
我願意	82.8%
我不清楚	17.2%
未填	0.5%

(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 78.9%，如表 6-9-4。

表 6-9-4、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	78.9%
我不清楚	17.8%
我不會推薦	3.2%
未填	0%

2)結論

(1) 隨著軍營自殺事件增加，除了大專院校、醫療院所、社區機構和商家單位之外，2017 年增加了軍營、大隊、國防部等單位申請講師推薦服務。顯示自殺防治相關議題已漸漸受到大眾所重視，中心亦竭盡所能推薦符合課程之講師，協助推廣自殺防治、守門人等重要理念，盼達到推廣自殺防治之最大功效。

(2) 根據主辦單位回饋，多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格多樣，大多數都以幽默、風趣、活潑和輕鬆等講授方式，並以淺顯易懂以實際例子，搭配圖片、照片或流程圖讓學員更加容易理解。講師更會邀請臺下學員一同討論、分享，增加與學員在講座的互動，而非單一方向的授課，課程中與學員互動頻繁，學員回饋表示受益良多，對自殺防治相關議題有更進一步的了解。並了解到了「人人皆為自殺防治守門人」之理念，期盼參與講座的學員都能在日常生活中落實守門人精神，為自殺防治編織出一片綿密的安全網絡，守護每一個寶貴的性命。

填寫日期：　　年　　月　　日

2017.07 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. 哪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：_____

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 6-9-1、講座問卷表

2017.07 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	厲害	非厲常害
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。

歡迎免費下載使用心情溫度計 APP

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 6-9-2、心情溫度計 BSRS-5 問卷

輔助自殺關懷訪視作業及自殺防治通報系統之功能增修

一、 背景(Context)

1. 重要性

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

綜言之，自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、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絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能。

2. 目的與目標

1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡。

2) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。

3) 精進自殺關懷訪視作業流程。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

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. 資源連結與合作

1) 合作單位：

自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

三、 過程(Process)

1. 檢討現行自殺防治通報系統，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. 2017 年度自殺防治通報系統功能增修紀錄

1) 發文至各縣市衛生局進行功能增修意見收集

1 月 11 日發文至各縣市衛生局以收集各縣市系統使用者增修建議。

2) 各縣市建議彙整：

(1) 收集、整理各縣市使用者建議，中心內部進行討論。

(2) 於 1 月 25 日提供自殺防治通報系統維護廠商(東捷資訊服務股份有限公司)增修建議。(附件 6-10-1)

3. 輔助自殺關懷訪視作業

修改自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程，包含草擬自殺關懷訪視作業要點、標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項。

四、 成果(Product)

1. 自殺防治通報系統功能增修

經中心提出，2017 年自殺防治通報系統功能增修摘要如下：

1) 通報單功能中，增加判斷條件，自殺日期不得晚於通報日期。

2) 通報單功能中，居住地址(縣市、區)預設為請選擇，避免未填寫時誤判至其他縣市。

3) 通報時如為自殺死亡的個案，【自殺後身體狀況】固定為死亡。

4) 衛生局權限增加轄區內衛生所互轉案件功能，當調整通報單居住地址時亦變動個案隸屬地區。

5) 衛生局權限新增修改通報單內個案身分證，並具備判斷是否為正確身分證字號功能。

6) 訪視單功能，【個案狀態】增加【不清楚】選項，並增加說明欄位。
7) 移除【結案原因】中，【轉出至其他縣市衛生局】選項；於訪視紀錄中【處遇計劃】選項新增【轉出至其他縣市衛生局】選項。
8) 家暴高危機個案介接清冊調整為其他系統介接清冊並增加【精神照護系統個案介接清冊】功能。

2. 輔助自殺關懷訪視作業

1) 自殺風險個案危機處理注意事項

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，全國自殺防治中心修訂自殺風險個案危機處理注意事項，供各縣市衛生局參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

本事項包含下列要點：

(1) 自殺風險個案包含自殺企圖者與自殺意念者。
(2) 建立自殺風險個案通報聯絡窗口
(3) 落實自殺風險個案涉及特殊情況之責任通報
(4) 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務
(5) 強化自殺風險個案處理與網絡合作
(6) 加強預防宣導

詳細內容請參閱章節 5.1：因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理。

2) 自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程

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

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。因此自殺企圖者後續關懷處理，包括標準作業流程、開/結案標準、訪視未遇/拒訪處理原則、縣市政府衛生局對訪員訪視品質督核機制等事項為自殺防治業務重點。

全國自殺防治中心收集國內外文獻並彙整各縣市實務經驗，訂定自殺防治通報系統通報後關懷作業流程，包含自殺通報關懷訪視流程、開/結案標準、自殺高風險共訪流程、精神病患訪視注意事項及關懷訪視員訪視品

質指標，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考。(詳細內容請參閱章節 5.1：「因地制宜之自殺防治策略、關懷訪視流程及個案危機處理。」)

五、 附件

附件 6.10.1 自殺防治通報系統系統建議彙整

自殺關懷訪視員教育手冊
及新進關懷訪視員入門教學影片

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

關懷及介入自殺企圖者的工作為指標性自殺防治策略的重點，國內外研究發現，在自殺企圖者中，曾接受關懷訪視者其再自殺企圖或自殺死亡率呈下降趨勢，顯見關懷訪視之重要性。

自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色，訪員除了需熟練訪視技巧，還需具備專業知識以及掌握可運用之資源。為幫助自殺關懷訪視員精進訪視技巧以及處遇個案的能力，中心邀集各縣市衛生局研擬關懷訪視員教育手冊，內容包含訪視員應具備之專業能力及核心能力等內容，並加入進階課程推薦清單以及進修管道之資訊，希望對於不同工作年資之訪員皆有所助益。

另外，為協助關懷訪視員熟悉工作內容與訪視技巧，中心亦錄製關懷訪視員教學影片，片中邀請專家及資深訪視員教學示範，完成後將發送至各縣市衛生局，供自殺關懷訪視員及相關專業人員參考運用。

2. 業務或方案的目的與目標

藉由手冊編製，使自殺關懷訪視員了解關懷訪視工作所需基本能力及進階能力，並提供進階學習資源管道供訪員持續精進，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。參考資料如下：

a. 自殺防治系列 2-自殺防範指引
b. 自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治
c. 自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治
d. 自殺防治系列 15-關懷訪視員工作手冊
e. 自殺防治系列 24-重複自殺個案之關懷管理
f. 自殺防治系列 29-自殺防治概論

g. 自殺防治系列 30-自殺風險 評估與處遇

h. 自殺防治系列 31-重複自殺個案 關懷訪視指引

i. 自殺防治系列 32-自殺風險個案 追蹤關懷實務

(2) 學術網路搜尋相關期刊論文。

(3) 邀請各縣市自殺關懷訪視員及社工師分享實務經驗與內容建議。

2) 內容編審

(1) 關懷訪視員教育手冊

a.參考中心已出版手冊及相關實務文獻，由中心負責專員草擬手冊大綱。而後召開由吳佳儀副執行長主持之編輯會議，經討論後確認手冊大綱架構。

b.依據手冊大綱，編寫各章節內容。

c.草稿完成後，召開中心內部專家會議，進行討論與修正。

d.修正後初稿函送衛生福利部進行初審，並依據部指示修正。

e.修正後之手冊內容函送至衛生福利部。

f.定稿後交由廠商印製，並於手冊後方附帶教學影片 DVD，依衛生福利部指示發送至各縣市衛生局。

(2) 關懷訪視員入門教學影片 DVD

a.3 月 20 日與吳佳儀副執行長討論教學影片 DVD 形式與內容。

b.4 月 11 日完成教學影片 DVD 劇本草稿。

c.4 月 18 日經吳佳儀副執行長指導後，修正教學影片 DVD 劇本草稿。

d.5 月 11 日完成影片拍攝計畫書，函請各縣市關懷訪視員參與實務分享及劇本討論會。

e.6 月 6 日召開實務分享會議,邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對影片內容給予建議。

f.6 月 7 日依據實務分享會議之建議，修改影片架構，草擬片中專家示範之訪談架構，並送交吳佳儀副執行長審閱。

g.6 月 16 日確認影片中專家示範之訪談架構。

h.7 月 7 日依照影片劇本修正並確認影片拍攝細節。

i.8 月 30 日前完成影片拍攝及剪輯作業。

j.10 月 8 日邀請長官同仁、俞凱程個管師與蕭雪雯社工師給予影片意見，並作出修正。

k.11 月 15 日送交衛生福利部審閱，依據部指示修正後送請廠商錄製影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院俞凱程個管師、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：實務經驗分享、內容建議及影片拍攝。

三、 過程(Process)

1. 自殺關懷訪視員教育手冊

1) 1-2 月蒐集資料，閱讀中心出版手冊及訪視實務相關文獻。
2) 2 月 17 日完成手冊大綱草稿。
3) 3 月 10 日召開編輯會議，與吳佳儀副執行長討論手冊大綱及內容，討論後修正手冊大綱草稿。
4) 5 月 26 日完成手冊內容初稿，送請吳佳儀執行長審閱修正。
5) 6 月 6 日召開實務分享會議，邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對手冊內容給予建議。
6) 6 月 30 日參考實務建議後，修改草稿，完成手冊初稿，並送請中心長官審閱。
7) 7 月底修訂一版完成，邀集專家進行會議討論，並給予建議。
8) 9 月修訂二版完成,邀集中心專家針對主題章節段落及線上課程推薦清單進行討論。
9) 11 月修訂三版完成，送交至衛生福利部審閱，依部指示修正定稿後送至廠商送印，並發送至各縣市衛生局。

2. 關懷訪視員教學影片 DVD

1) 3 月 20 日與吳佳儀副執行長討論教學影片 DVD 形式與內容。
2) 4 月 11 日完成教學影片 DVD 劇本草稿。
3) 4 月 18 日經吳佳儀副執行長指導後，修正教學影片 DVD 劇本草稿。
4) 5 月 11 日完成影片拍攝計畫書，函請各縣市關懷訪視員參與實務分享及劇本討論會。
5) 6 月 6 日召開實務分享會議，邀請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師分享實務經驗，並針對影片內容給予建議。
6) 6 月 7 日依據實務分享會議之建議，修改影片架構，草擬片中專家示範之訪談架構，並送交吳佳儀副執行長審閱。
7) 6 月 16 日確認影片中專家示範之訪談架構。
8) 預計於 7 月 7 日前完成影片劇本修正並確認影片拍攝細節。
9) 預計於 7 月 21 日前完成影片拍攝及剪輯作業。
10) 預計於 7 月底前送交衛生福利部審閱，依據部指示修正後送請廠商錄製

影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺關懷訪視員教育手冊

手冊內容主要分成「關懷訪視員工作目標與任務」、「認識自殺行為」、「關懷訪視員應備之基本能力」、「關懷訪視員應備之核心能力」、「關懷訪視員的自我照顧」及「進階學習資源」等五部分。手冊大綱如表 6-11-1：

表 6-11-1、自殺關懷訪視員教育手冊大綱

大綱	細項
一、關訪員工作任務與目標	1.關訪員工作任務 2.關訪員工作目標 3.通報系統與關懷流程
二、認識自殺行為	1.自殺成因 2.分析自殺通報個案特性(以 2016 年為例) 3.常見自殺迷思與倫理思辨 4.認識自殺行為與精神疾患
三、關訪員應備之基本能力	1.關懷訪視員訪視任務之基本知識 2.訪視知能技巧與實務 3.訪視紀錄撰寫架構
四、關訪員應具備之核心能力	1.自殺風險評估與處遇 1-1 自殺危險因子與保護因子 1-2 自殺個案評估項目 1-3 自殺行為的特徵與徵兆：FACT 1-4 自殺危險性評估 1-5 自殺風險程度分級與建議處遇方式 1-6 轉介之建議處遇方式 2.困難個案訪視技巧
五、關懷訪視員的自我照顧	1.關懷訪視員的身心照顧與自我覺察 2.遇個案重複自殺或自殺死亡的心理調適
六、進階學習資源	1.線上學習資源 2.資源連結

2) 關懷訪視員教學影片 DVD

(1) 為使影片內容符合實務需求，6 月 6 日於中心召開實務分享討論會，邀

請俞凱程個管師與蕭雪雯社工師針對影片劇本與架構提供建議，會議重點整理如下：

a. 影片內容

a) 主要內容

(a) 初次訪視以結構式訪談，蒐集資料為主。

(b) 示範如何使用評估架構蒐集資料。

(c) 進行有層次性的訪談，結束後需可以評估個案再自殺風險，並完成紀錄。內容包括:場面構成、個案近況、自殺原因、自殺史、家族自殺史、就醫情況、工作、生活安排、有情緒困擾時的處理方式、資源、再自殺危險性等。

(d) 示範面對困難個案的回應方式(當被個案句點時如何回應)，例如:「喔喔這樣子喔」、「嗯哼，還有嗎」。

b) 訪談原則

(a) 蒐集資料時應該視情況，判斷詢問重點的先後順序。

(b) 結構式訪談是基礎，但實務上不一定適用於每位個案，尤其是困難個案。因此，訪員應該掌握訪談原則，因應現實狀況，訂立不同訪視目標。

(c) 一般訪談時間為 30 到 50 分鐘。

c) 對訪員之提醒

(a) 真誠的關懷是最重要的態度，以不傷害個案為原則。

(b) 個案不想跟你講太多是正常的。

(c) 避免放射狀的漫談。

(d) 助人者也有需要被幫助的時候，要主動求助。有狀況時，隨時反應。

(e) 自我成長與終身學習的重要性。

(f) 加強對個案的敏感度，充實病理知識。

b. 影片形式

a) 訪談形式不拘，面訪或電訪皆可行。

b) 影片開頭列出影片架構、訪談目標，強調教學重點。

c) 示範訪談時，搭配口白或字幕說明重點。

d) 片尾強調終身學習的重要性，並為訪員打氣。

e) 最後呈現回顧影片重點之懶人包。

(2) 關懷訪視員教學影片架構，見表 6-11-2：

表 6-11-2、關懷訪視員教學影片架構表

項目		說明	時間
1	影片主旨說明	• 介紹教學目標	10 分
2	訪視事前準備與架構	• 訪視事前準備:資料收集與訪前聯繫 • 訪談架構說明	11 分 30 秒
3	SOAP 紀錄撰寫格式	• 紀錄撰寫架構(SOAP)說明	6 分 30 秒
4	結構話訪談示範	• 訪員示範如何依照訪談架構，有層次的蒐集資料。 • 以一對一家訪的方式進行。 • 示範內容包括遇到個案抗拒的情況該如何回應。 • 每段訪談架構結束後，畫面會暫停，由專家講解訪談目標、內容與紀錄重點。	8 分 30 秒
4	訪視過程解析	• 分析個案情況，說明如何評估及轉介 • 以個案為例，說明 SOAP 撰寫方式	7 分 30 秒
5	如何訪視拒訪個案	• 專家說明如何與拒訪個案循序漸進建立關係。	7 分
6	如何善用心情溫度計評估個案	• 專家說明心情溫度計實務上的運用。	15 分
7	對訪員的提醒與打氣	• 專家以影片形式給予訪員提醒與打氣。	12 分

(3) 於 7 月 11 及 12 號拍攝教學影片，邀請全國自殺防治中心主任李明濱教授說明教學目標，吳佳儀副執行長解說 SOAP 結構式訪談與紀錄撰寫格式，同時由中心同仁模擬訪員及案主示範結構性訪談之架構。

(4) 意見回饋整理與修改：為使影片更貼近訪員之需求，完成初剪的影片經由長官同仁、俞凱程個管師與蕭雪雯社工師檢核後，陸續補充重點內容於手冊及 DVD 中，見表 6-11-3：

表 6-11-3、關懷訪視員教學影片意見回饋整理與修改

	綜合意見	修改與處理
1	整部影片非常詳細且完整地介紹訪員的工作內容、關懷基本態度、結構性訪談、拒訪、心情溫度計、以及給訪員的建議。	-
2	影片中穿插專業人士豐富的訪談經驗及技巧，對訪員有極大的幫助。	-
3	建議增加資深訪員化解拒訪個案之經驗，豐富影片實用性。	已編寫於手冊中，拒訪或失聯案例與因應方式
4	可將整個影片分成數個小影片，易於觀看。	將影片分別輸出幾個小影片,後續在 DVD 上製作可點選的章節。
5	影片最後一部分成幾個小主題，易於觀看。	已分出三個小主題，並摘要內容重點，列進影片中。
6	可具體地列明訪員的處遇計劃（P）有哪些，提升訪員轉介效能。	已編寫於手冊中
7	精神科資源的提供，除了給資訊外，訪員也可主動詢問個案須不要要幫忙做聯繫或掛號。	已編寫於手冊中
8	自殺危險評估，除了問再自殺行為外，建議也要詢問自殺意念。	已編寫於手冊中
9	建議增加講解如何撰寫電訪的客觀資料（O），並提供範例。	已編寫於手冊中

(5) 衛生福利部審閱及燒錄影片：修改後最終影片版本分成兩個主章節及八個次章節並於 11 月 15 日送交衛福部審閱，再依據部指示修正後送請廠商錄製影片 DVD，並發送至各縣市衛生局。

3) 自殺關懷訪視員核心與精進課程

(1) 修課管道：珍愛生命學習網設立之關懷訪視員課程專區

(2) 課程製作方式：參考歷年各縣市實務督導由關懷訪視員提供的實務建議回饋，並配合關懷訪視員實務需求，蒐集專家意見，研擬核心與精進課程大綱，並邀請專家學者依據大綱教學，除編製關懷訪視員教育手冊，再針對過去中心所建立之關懷訪視與自殺防治相關資料庫－共 168 堂課程中，討論出專家共識，建立關懷訪視員相關核心及精進課程，課程內

容如下：

a. 核心課程：除了關懷訪視員教育手冊、關懷訪視員教育影片之外，並規畫兩週內可學習的六堂核心課程，供關懷訪視員作為補充教材，內容包含自殺行為成因、常見保護因子、自殺防治與資源連結及高風險辨識與處置；上述六堂核心課程均提供課後測驗，供學員檢驗學習成果。

b. 精進課程：關訪員之核心能力考量其訪視任務除關心個案，給予個案社會支持外，更重要的是進行個案自殺風險評估，並轉介醫療，提供適當的資源。因此需要了解精神疾患特徵，並熟悉如何幫助困難個案。關懷訪視員實務精進課程包含常見的精神疾病之處遇及困難個案之評估與處遇。

2. 結論

自殺關懷訪視員是自殺防治非常重要的基礎，有效的關懷可以降低個案再自殺的風險。期盼透過編寫教育手冊與製作教學影片，可以幫助自殺關懷訪視員提升專業知能，同時讓訪員了解實務訪視技巧，進而為訪視工作做好準備。

五、 附件

附件 6.11.1 《自殺關懷訪視員教育手冊》

附件 6.11.2 《關懷訪視員教學影片封面》

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，更朝向電子報形式發行，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。並提供交流平臺，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臺。

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。

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：梁佳臻

(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、第一線心理師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十二卷第一期之大綱如表 6-12-1。

表 6-12-1、自殺防治網通訊第十二卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	一句關心就能改變對方的一生
主題文章	認識情緒開關：談兒童情緒健康與自殺防治
自殺防治新視野	媒體報導和自殺防治的影響
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)8 月發行自殺防治網通訊第十二卷第二期之大綱如表 6-12-2。

表 6-12-2、自殺防治網通訊第十二卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	關鍵一刻扭轉一生
專刊	IASP 世界自殺防治學會年度主題 【聯合聲明】關鍵一刻，扭轉一生：支持農委會禁用巴拉刈
主題文章	談團體生活的自殺防治
自殺防治新視野	非典型僱用與自殺
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—2017 年 1-6 月通報個案統計
自殺防治工作要覽	金門縣邁進「零自殺」心理健康協調聯繫會 寶島聯播網採訪-如何面對生命的重量 Live in Hope 日出健走活動-正面的態度了解身心靈健康 世界萬象—索命藍鯨遊戲(Blue Whale)防治 第一線專業人員自殺防治守門人課程—「自殺防治新知與實務」 長庚科技大學進修部學生參訪 【新聞媒體聯繫會議】會後成果分享—老人自殺防治：問題與挑戰 自殺防治年中討論會
交流園地	珍愛生命工作者心得

4)10 月發行自殺防治網通訊第十二卷第三期之大綱如表 6-12-3。

表 6-12-3、自殺防治網通訊第十二卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	自殺防治人人有責
專刊	2017年世界自殺防治日 「關鍵一刻，扭轉一生」專題報導 • 世界自殺防治日記者會 • 「溫馨小故事」徵文活動及得獎作品
主題文章	心理健康行動科技於自殺防治之應用

表 6-12-3、自殺防治網通訊第十二卷第三期大綱(續)

項目	文章標題
自殺防治新視野	貧窮議題與自殺防治
自殺防治動態與經驗分享	重生的轉折點 工作、家庭與自殺 在他死了之後 自殺當代
自殺統計解析	2016 年自殺死亡數據 2017 年度電話調查 2017 年 1-8 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	世界自殺防治日系列活動—單車繞世界 縣市強化自殺防治-高風險與實務督導訪查
交流園地	那段與生、死為伍的日子 談面對自殺者心理壓力與處遇 面對陰影，才知道陽光在哪！不害怕看見傷痛，傷痛才能被療癒 和大學生們談自殺防治

5)12 月發行自殺防治網通訊第十二卷第四期之大綱如表 6-12-4。

表 6-12-4、自殺防治網通訊第十二卷第四期大綱

項目	文章標題
理事長的話	媒體自殺事件報導對自殺防治的影響
主題文章	精神作用藥物與自殺防治 讓守門人訓練方案發揮成效
自殺防治新視野	網路與臺灣青年人的自傷及自殺行為
自殺防治動態與經驗分享	新手社關遇上自殺個案的反思 自殺防治關懷訪視員過去工作經驗分享
自殺統計解析	2017 年 1-10 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	【2017 年台灣全國健康論壇】感動、行動、全面推動：SDGs 實踐 【日本近年自殺防治策略及執行情形專題演講】成果分享

表 6-12-4、自殺防治網通訊第十二卷第四期大綱(續)

項目	文章標題
理事長的話	媒體自殺事件報導對自殺防治的影響
	珍愛生命守門人教育訓練與推廣
	畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」PGY
	2017 年『自殺防治 e 學院』YouTube 頻道回顧
	一個諮商學習者對自殺議題的反思筆記
	//在路上// 一名新手諮商心理師面對自殺個案的存有焦慮
交流園地	歷程
	兒孫自有兒孫福、活躍老化真幸福
	自殺防治的系統合作觀

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，第十二卷第一期紙本寄發數量為 128 份，第十二卷第二期紙本寄發數量為 125 份，第十二卷第三期紙本寄發數量為 162 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「宣導專區」，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) 自殺防治網通訊第十二卷第一期至第四期分別於 4、8、10、12 月出版，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 24 篇。
2) 自殺防治網通訊第十二卷各期印製份數為 200 份，紙本通路寄發份數分別為 128、125、162 份，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懷訪視員之投稿意願，今年度「自殺防治動態與經驗分享」之稿件持續以有償獎勵方式，投稿數量因此明顯增加，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。

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)。全球已有超過 120 個國家極力推動各國國民投入志願服務活動。臺灣在 2001 年通過「志願服務法」,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，至 2009 年起，每年持續招募珍愛生命義工，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、通訊訊息交流、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、協助辦理活動單位。

2) 資源連結內容與形式：網站宣導、心情檢測站 BSRS-5 宣導、守門人講座等。

三 過程(Process)

1. 義工招募

1) 主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站、facebook 珍愛生命打氣網與義工推薦等。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做彈性調整。

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。

3)每月月初發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得，以及對於中心的建議、鼓勵與想說的話。不需填寫推廣數量，使義工於在地化服務時，能更簡便的回覆推廣結果。

4. 義工支援活動

1)媒體監測：為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，定期至全國自殺防治中心進行平面媒體的監督，並蒐集相關資訊是否違反六不六要，再提交由中心人員進行彙整與編碼。

2)支援活動。

(1) 9 月份世界自殺防治日系列活動-單車繞世界：今年協辦中華民國自行車騎士協會台南「Light up TAIWAN 臺灣極點慢旅騎遊系列」，邀請義工們響應世界自殺防治日活動，協助自殺防治工作，推動珍愛生命理念與重要性，人人都是守門人。

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，除了將活動照片上傳至 facebook 珍愛生命打氣網外，並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、中秋節等，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) 製作 2017 年感謝狀嘉獎在地關懷，持續推廣自殺防治理念，關懷他人的義工們，讓積極熱心的義工們感受到鼓勵，及中心的注重，也持續讓義工們保持動力持續推廣及服務。

6) 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，以此增進彼此情感。

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 6-13-1)：

(1) 本年度新增義工 27 人，目前義工人數為 797 人。

表 6-13-1、義工基本資料

人數 797 人(截至 2016 年 11 月 1 日)						
電子信箱	有			無		
	591(74.2%)			206(25.8%)		
性別	男			女		
	258(32.4%)			467(58.6%)		
	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
分區	390	157	135	29	3	81
	(48.9%)	(19.7%)	(16.9%)	(3.6%)	(0.4%)	(10.2%)

表 6-13-1、義工基本資料(續)

分區	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
	基隆市(20)	苗栗縣(18)	嘉義市(5)	宜蘭縣(24)	澎湖縣(1)	
	臺北市(154)	臺中市(98)	嘉義縣(15)	花蓮縣(4)	金門縣(1)	
	新北市(153)	南投縣(6)	臺南市(53)	臺東縣(1)	連江縣(1)	
	桃園縣(41)	彰化縣(32)	屏東縣(21)			
	新竹市(11)	雲林縣(5)	高雄市(41)			
	新竹縣(11)					
教育程度	**小學以下**	**國中**	**高中**	**大專或大學**	**研究所以上**	**不詳**
	16	35	109	341	90	206
	(2%)	(4.4%)	(13.7%)	(42.8%)	(11.3%)	(25.8%)
年齡（歲）	**14 以下**	**15~24**	**25~44**	**45~64**	**64 以上**	**不詳**
	0	33	289	317	44	114
	(0%)	(4.1%)	(36.3%)	(39.8%)	(5.5%)	(14.3%)

(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 838 則，以及於日常生活中使用 LINE 與義工保持聯繫。

(3) 發送 2017 年感謝狀共 18 張，使積極熱心的義工們感受到鼓勵、中心的注重，也持續讓義工們保持動力持續推廣及服務。

2) 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 8,113 人次，「善用心情溫度計、助己又助人」點閱率為 3,048 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、關懷與通知活動相關訊息，並在義工們協助活動後寄送感謝函及活動照片，回饋義工朋友付出的心力及支持。遇特定節日或義工朋友們生日，中心會設計電子賀卡祝福並寄送，以此建立雙方良好的互動並讓義工感受到關懷，必要時應有固定聚會促使義工之間情感交流。

招募義工時亦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。

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，自殺雖已連續七年未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託臺灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

每年電話調查之目的在於瞭解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、復原力量表(Brief Resilience Coping Scale, BRCS)、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, 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) 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。

2) 委託市調公司辦理調查作業。
3) 電訪資料蒐集。
4) 檔案整理及分析 (描述性統計以個數、百分比呈現；交叉統計則依性別、年齡、職業別、心情困擾程度、及地區分析各題項分布之百分比)。
5) 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)4 月 7 日蒐集專家學者對於「2017 年度自殺防治調查」內容之建議。
2)5 月 5 日中心彙整歷年自殺防治調查問卷題目。
3)6 月 2 日擬定 2017 年自殺防治調查問卷初稿，作問卷修訂。
4)6 月 3 日回傳心口司問卷及調查計畫簡表。
5)6 月 16 日召開 2017 年自殺防治認知調查討論會議，並針對 2017 年自殺防治調查問卷架構、設計作修訂及調整。
6) 本年度問卷納入四題「復原力量表」，並增加一題題目來探討媒體報導對自殺行為的影響。
7) 設計問卷(詳見附件 7.1.1《2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷》)，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 4 題。
(4) 個人與親友自殺經歷與求助問題，共 19 題，其中有 1 題屬於「媒體報導對自殺行為影響」。
(5) 心理健康情形，共 12 題，其中 4 題屬於「復原力量表」，其中有 3 題屬於「簡明心理健康篩檢表」。
(6) 心情溫度計檢測及求助專業心理衛生人員相關問題共 7 題，其中前五題屬於「簡明心理健康篩檢表」。
(7) 基本資料共 6 題。
(8) 委託全方位市場調查有限公司執行 2017 年電話調查，執行期間為 6 月 22 日至 8 月 7 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。

四、 成果(Product)

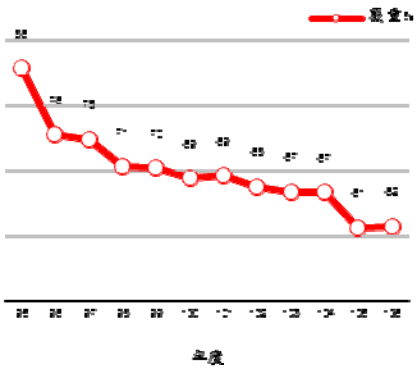
1. 執行結果

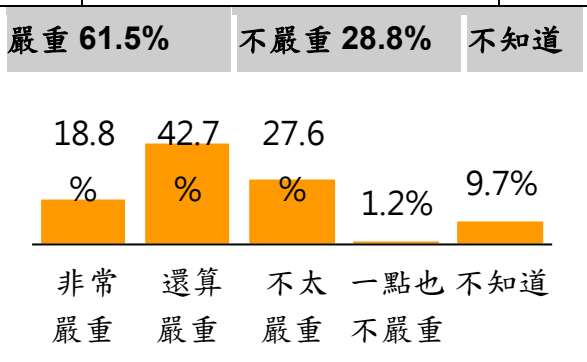
2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以 CATI(電腦輔助電話調查系統)電話訪問方式訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,098 人，在 95%信心水準下，抽樣誤差在±2.1%以內。各項調查結果如下：

1) 民眾對臺灣自殺問題的看法

本部分詢問民眾的題目為:「臺灣自殺問題嚴重性」本項目依四個等級評分(非常嚴重、還算嚴重、不太嚴重、一點也不嚴重)，另外設立一個選項為「不知道」。結果指出最多人選擇臺灣自殺問題還算嚴重(42.7%)、其次為不太嚴重(27.6%)，有 9.7%回答不知道。整體而言，61.5%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的(含非常嚴重 18.8%及還算嚴重 42.7%)，28.8%認為不嚴重(不太嚴重 27.6%、1.2%一點也不嚴重) (表 7.1.1)。

表 7-1-1、臺灣民眾對自殺問題的看法。

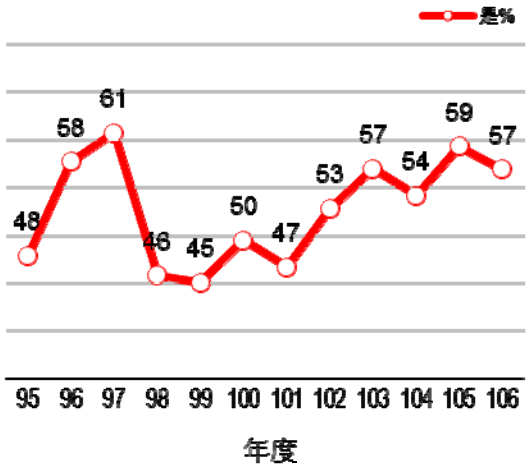
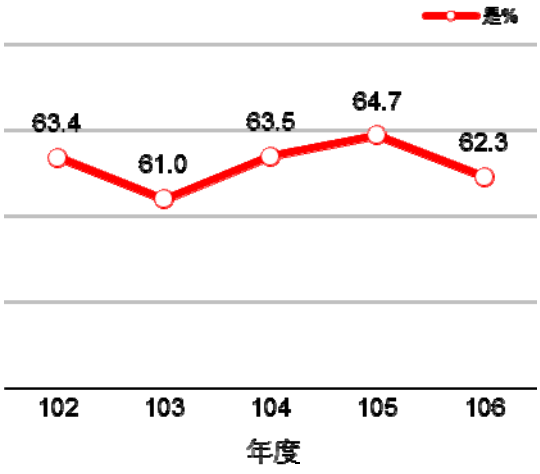
問題	結果	圖表
1.臺灣自殺問題嚴重性	61.5%民眾認為自殺問題嚴重，28.8%認為不嚴重。 ● 歷年調查皆有 6 成以上民眾認為嚴重，不過認為嚴重者有逐年減少趨勢，而今年與去年調查結果類似。	

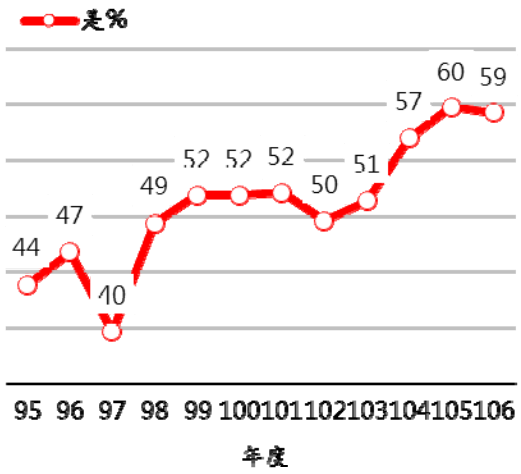
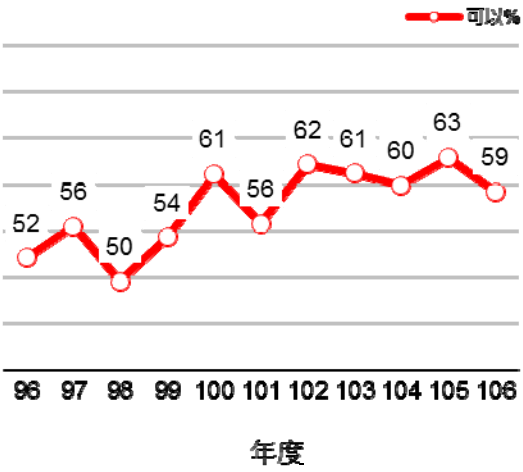


2) 民眾對自殺的人的認識與迷思

民眾對自殺的人的認識與迷思的部份問題分為:「自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？」、「說想自殺者並非想死，只是發洩而已？」、「自殺是個人權利，決定權在於自己？」、「自殺防治工作，自己可以幫得上忙？」這四個問題的調查結果，整理如下。(表 7.1.2)

表 7-1-2 、民眾對自殺的人的認識與迷思題目與圖表

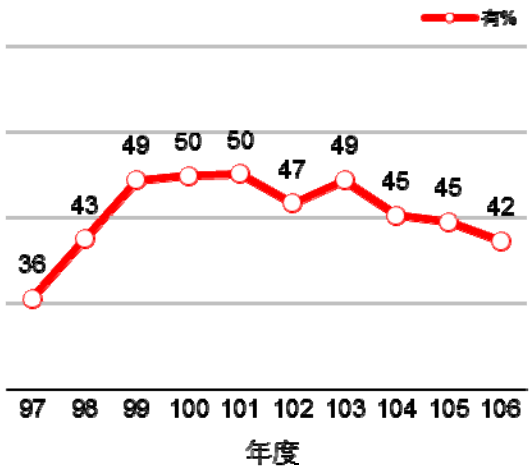
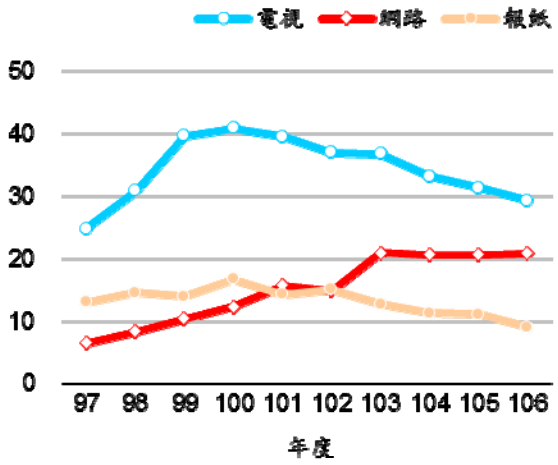
問題	結果	圖表
1. 自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？	56.9%民眾認同「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」，36.2%不認同。 ● 歷年調查顯示，自99年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢，今年認同此說法比率較去年下降。	
2. 說想自殺者並非想死，只是發洩而已？	62.3%民眾認同「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」說法，31.8%不認同。 ● 歷年調查顯示，均有6成多認同此說法。	

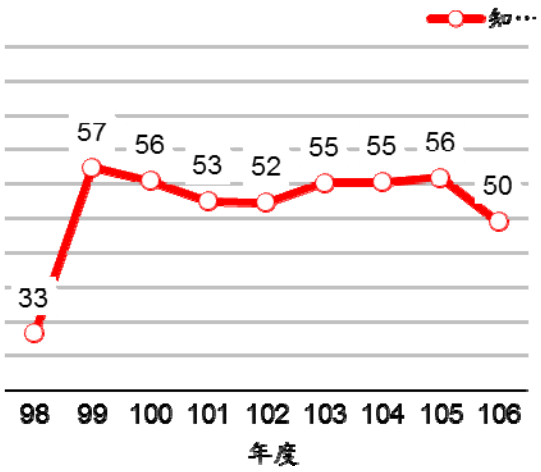
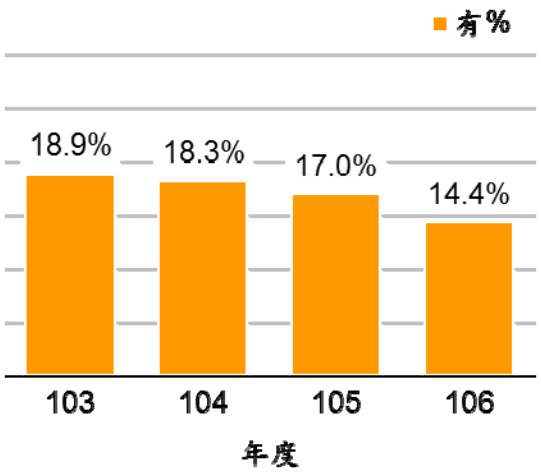
3.自殺是個人權利，決定權在於自己？	59.3%民眾認同「自殺是個人的權利，決定權在於自己」說法，37.5%不認同。 ● 歷年調查顯示，自102年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢。	
4.自殺防治工作，自己可以幫得上忙？	59.2%民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙。 ● 歷年調查顯示，均有過半數民眾認為可以幫得上忙。	

3) 民眾對自殺防治資訊的接觸

此部份調查的問題分為:「近一年接觸自殺防治相關資訊情況？」、「得知自殺防治相關資訊的管道？」、「自殺防治諮詢專線認知度？」、「接觸過自殺防治守門人相關資訊情況？」這四個問題，結果整理如下。(表 7.1.3)

表 7-1-3、民眾對自殺防治資訊的接觸題目與圖表

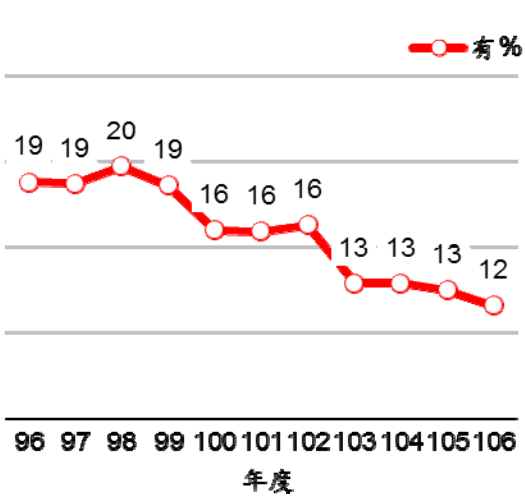
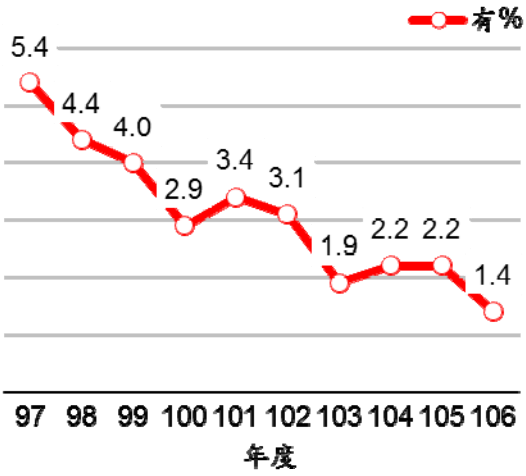
問題	結果	圖表
1.近一年接觸自殺防治相關資訊情況	42.3%民眾表示近一年看過或聽過自殺防治相關資訊。 ● 歷年調查顯示，自103 年起，民眾接觸過自殺防治相關資訊有逐年下滑的趨勢。	
2.得知自殺防治相關資訊的管道	民眾得知自殺防治相關資訊來源以「電視」(29.3%)為主，其次為「網路」(20.8%)、「報紙」(9.0%)。 ● 歷年調查顯示，「電視」一直是民眾資訊主要管道，而從網路得知有逐年上升趨勢。	

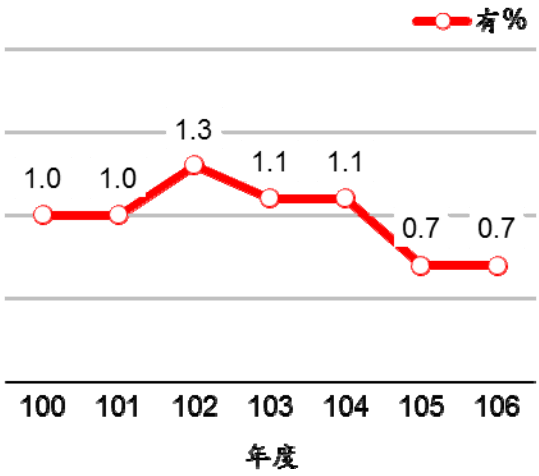
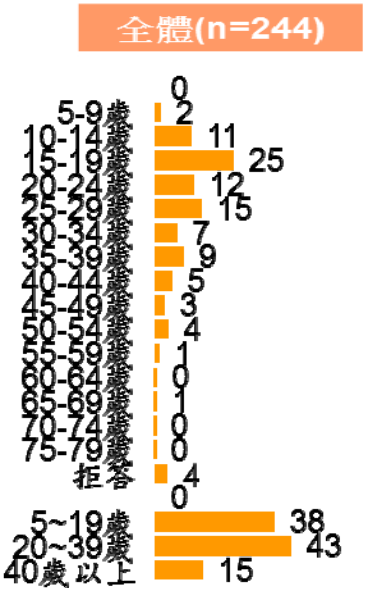
3.「自殺防治諮詢專線」認知度	49.5%民眾知道自殺防治有諮詢專線。 ● 歷年調查顯示，近幾年約5成多民眾知道「自殺防治有諮詢專線」，而今年知道率明顯下降。	
4.接觸過自殺防治守門人相關資訊情況	14.4%民眾近1年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人123步驟，1問、2應、3轉介」相關資訊。 ● 歷年調查顯示，民眾接觸率有逐年下降的趨勢。	

4)民眾的自殺意念調查

此部份問題分為:「一生中曾經認真地想過要自殺？」、「一年中曾經認真地想過要自殺？」、「近一月曾認真想過要自殺？」、「第一次認真想過要自殺的年紀」這四個問題。調查結果整理如下。(表 7.1.4)

表 7-1-4、民眾的自殺的意念調查題目與圖表

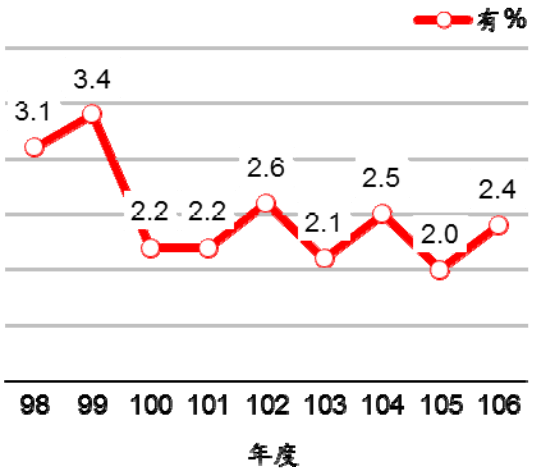
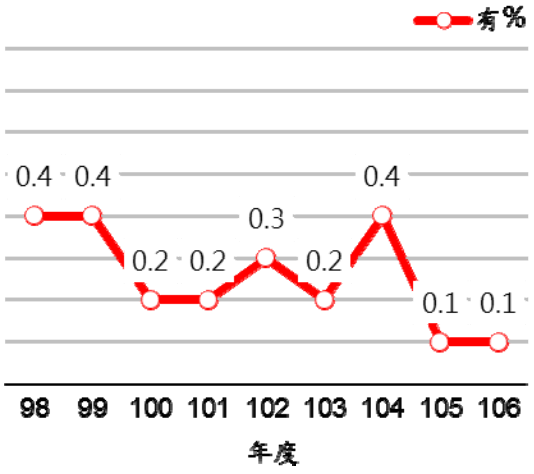
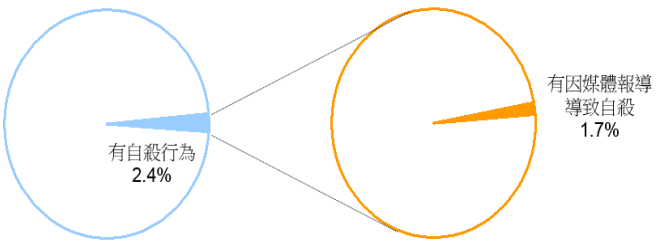
問題	結果	圖表
1.一生中曾經認真地想過要自殺？	11.6%民眾表示一生中曾認真想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，表示一生中曾認真想過要自殺的比率，有逐年下降趨勢。	
2.一年中曾經認真地想過要自殺？	1.4%民眾表示近一年曾認真想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，近一年曾認真想過要自殺的比率，明顯有逐年下降趨勢。	

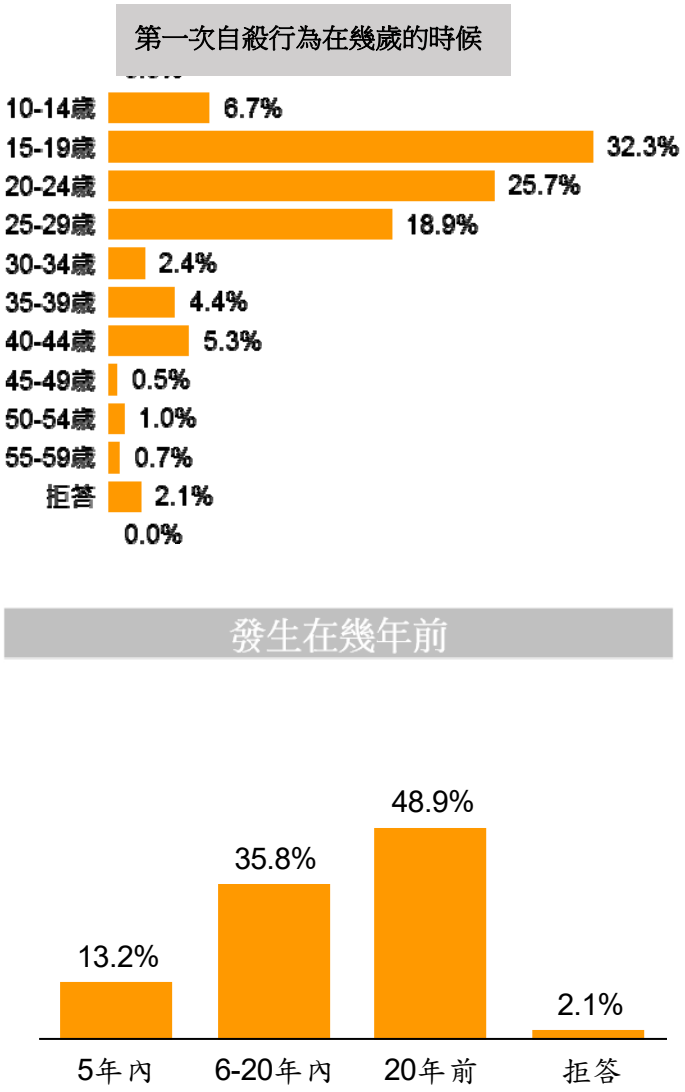
3.近一個月曾認真想過要自殺？	0.7%民眾表示近一月想過要自殺。 ● 歷年調查顯示，歷年皆維持約**1%**民眾表示近一個月曾認真想過要自殺。	
4. 第一次認真想過要自殺的年紀	曾有自殺想法民眾第一次認真想自殺的年紀有38%在19歲以下，43%在20~39歲，15%在40歲以上。	

5) 民眾的自殺行為調查

此部份調查的題目包括:「曾有過自殺行為？」、「最近一年曾有過自殺行為？」、「有沒有曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)？」、「第一次自殺行為的年紀」這四個問題，結果如下。(表 7.1.5)

表 7-1-5、民眾的自殺行為題目與圖表

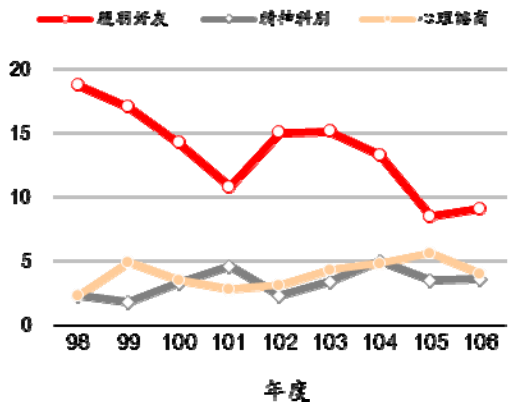
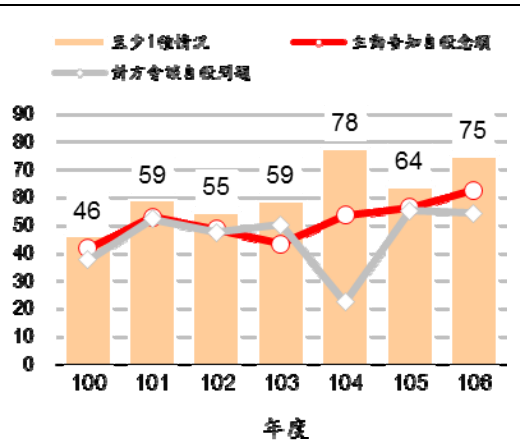
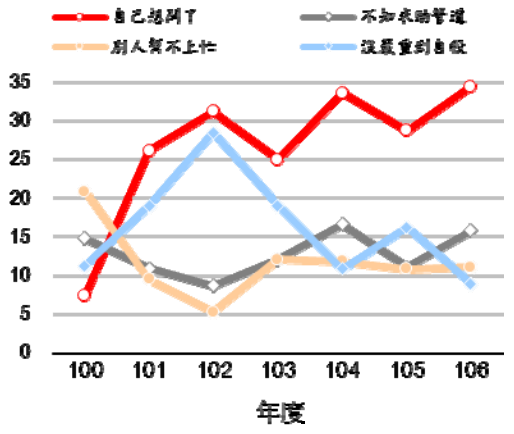
問題	結果	圖表
1. 曾有過自殺行為？	2.4%民眾表示一生中有過自殺行為。 ● 歷年調查顯示，歷年民眾有過自殺行為的比率均落在**2.0%~3.5%**間。	
2. 最近一年曾有過自殺行為？	0.1%民眾表示最近一年有過自殺行為。 ● 歷年調查顯示，近一年自殺行為比率均低於**0.5%**。	
3. 有沒有曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)	2.4%民眾表示一生中有過自殺行為。 ● 曾有過自殺行為的民眾僅有1.7%表示曾因為受到媒體報導的影響而導致自殺(行為)。	

4. 第一次自殺行為的年紀	一生曾有自殺行為的民眾(n=50)第一次自殺行為的年紀以 15-19 歲(32.3%)居多，其次為 20-24 歲(25.7%)。 ● 第一次自殺行為的年紀的時間大多在 5 年以前，僅 13.2%是在最近 5 年內。	

6) 民眾的自殺求助行為

此部份問題分為:「曾經因自殺問題求助於誰？」、「求助他人時會提及自殺問題？」、「為何沒有去求助？」這三個問題，內容整理如下。(表 7.1.6)

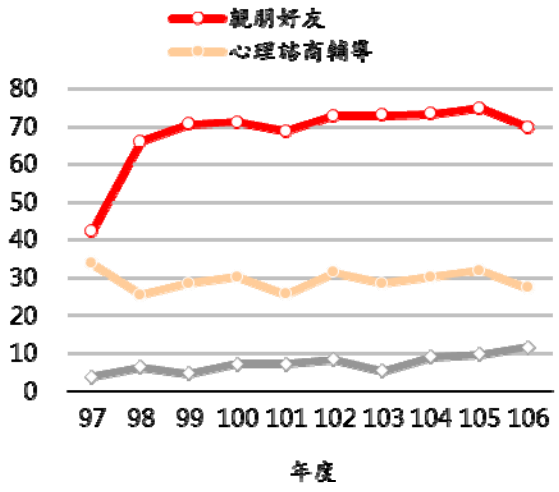
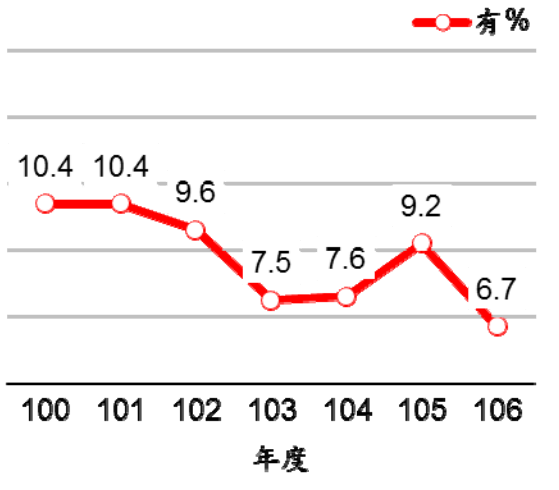
表 7-1-6、民眾的自殺求助行為題目與圖表

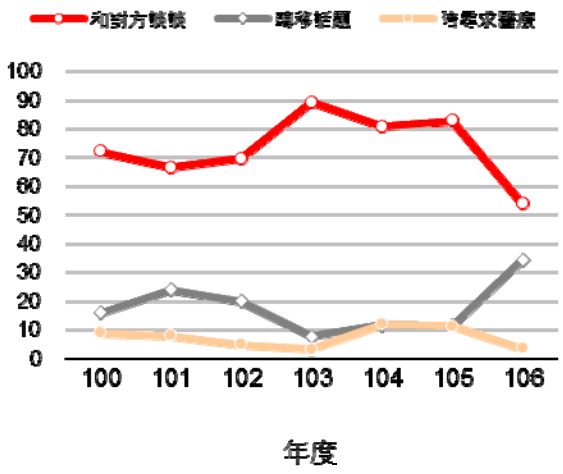
問題	結果	圖表
1. 曾經因自殺問題求助於誰	有自殺想法民眾當下僅17.3%求助 ● 以求助親朋好友居多(9.1%)，其次「心理諮商輔導專線或機構」(4.0%)。	
2. 求助他人時會提及自殺問題？	曾有自殺想法民眾，有16.8%當時有求助過他人或機構，其中有62.6%表示有主動告知自己想自殺的念頭，54.4%表示求助對象有跟您談到自殺的問題。 ● 歷年調查顯示，求助他人時會談及自殺問題比率有逐年上升趨勢。	
3. **為何沒有去求助**	曾有自殺想法的民眾，有82.0%當時沒去求助，主因為「自己想開了」(34.4%)。 ● 歷年調查顯示，民眾不去求助的原因皆以「自己想開了」居多。	

7) 民眾對於幫助自殺者的看法

此部份問題分為:「誰最能幫助想要自殺的人？」、「過去一年有人向您透露自殺念頭？」、「有人透露自殺念頭時的處理方式？」這三個問題，內容詳細整理如下。 (表 7.1.7)

表 7-1-7、民眾對於幫助自殺者的看法之題目與圖表

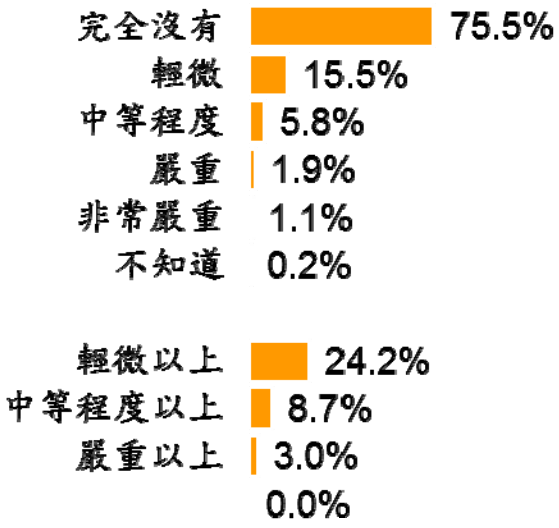
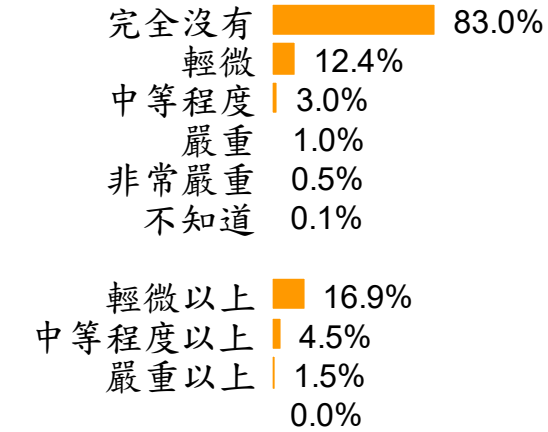
問題	結果	圖表
1. 誰最能幫助想要自殺的人	民眾認為求助「親朋好友」(69.8%)最能幫助自殺者，其次為「心理諮商輔導專線/機構」(27.4%)，再次為「醫療院所-精神科別」(11.6%) 。 ● 歷年調查，皆認為「親朋好友」最能幫助自殺者居多。	
2. 過去一年有人向您透露自殺念頭？	6.7%民眾表示過去一年中有人對他透露過自殺念頭。 ● 歷年調查顯示，今年民眾表示有人對他透露過自殺念頭的比率為歷年最低。	

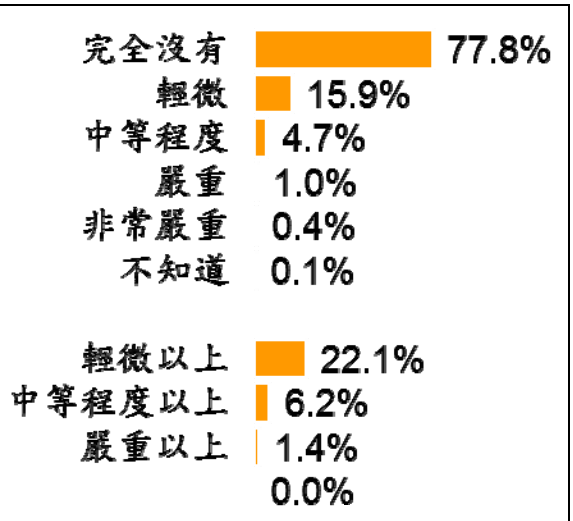
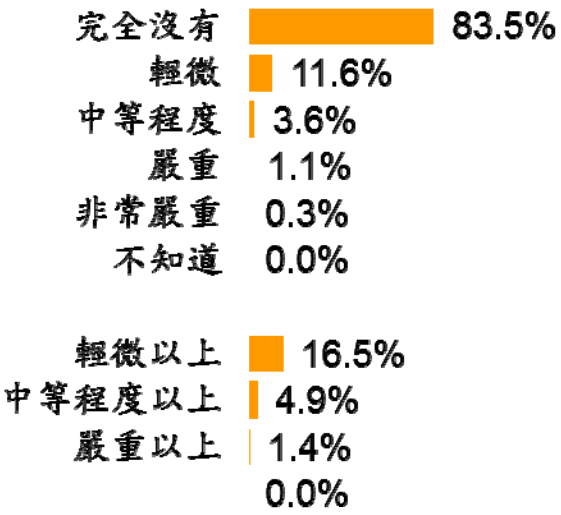
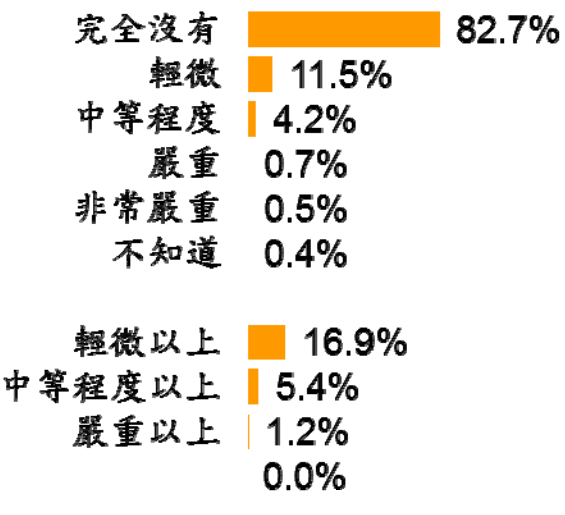
3. **有人透露自殺念頭時的處理方式**	民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有53.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，34.5%會轉移話題，僅3.3%陪伴他一起尋求專業諮詢。 ● 歷年調查顯示，皆以「和對方談一談他對自殺想法」居多。	

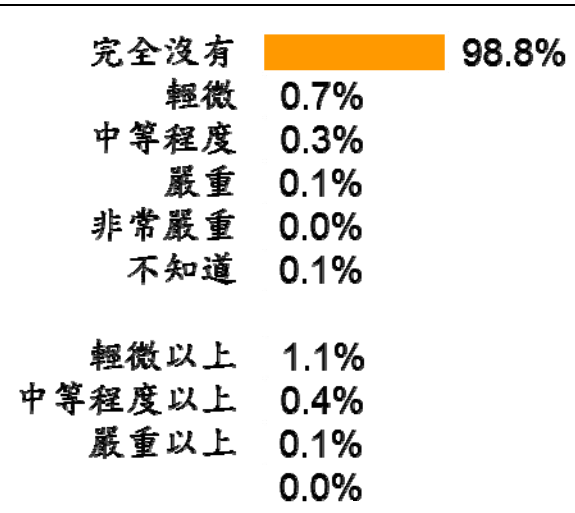
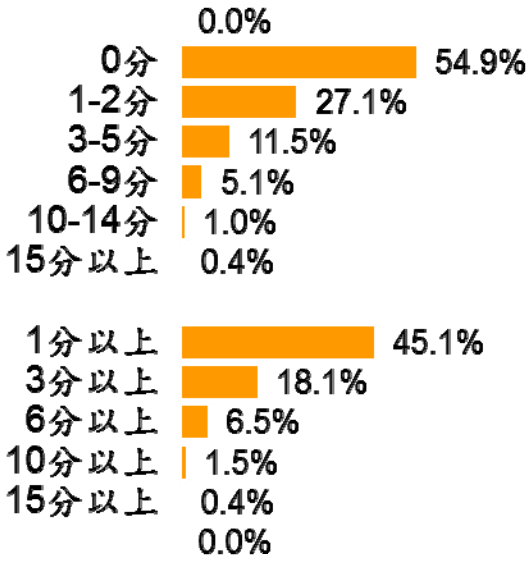
8)心情溫度計(BSRS-5)調查結果

本部份問題分為:「最近一星期中有睡眠困難問題？」、「最近一星期中有感覺緊張不安？」、「最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？」、「最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？」、「最近一星期中有覺得比不上別人？」、「最近一星期中有自殺的想法？」這六個問題，並呈現「心情溫度計總分」，內容詳細整理如下。(表 7.1.8)

表 7-1-8、心情溫度計調查結果題目與圖表

問題	結果	圖表
1. 最近一星期中有睡眠困難問題？	24.3%民眾近一星期有睡眠困難問題，8.7%達中等程度以上，3.0%達嚴重程度。	
2. 最近一星期中有感覺緊張不安？	16.9%民眾近一星期感覺緊張不安，4.5%達中等程度，1.5%達嚴重程度。	

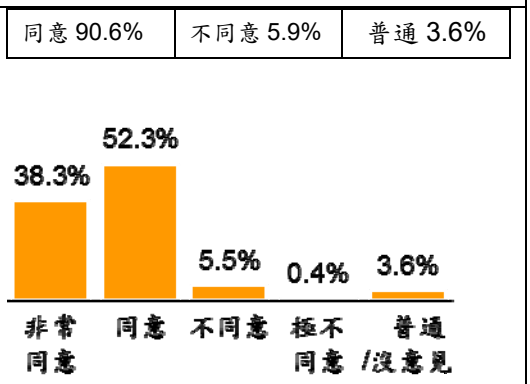
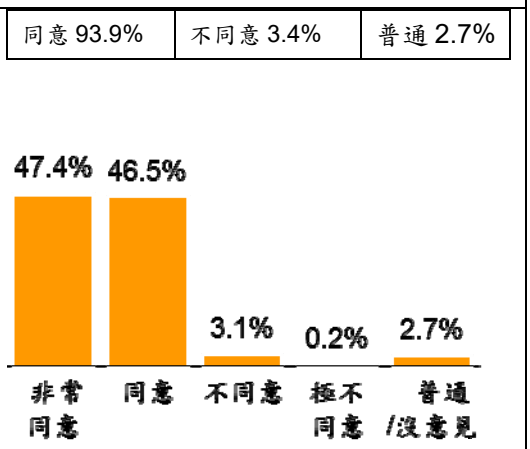
3. 最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？	22.1%民眾近一星期覺得容易苦惱或動怒，6.2%達中等程度，1.4%達嚴重程度。	
4. 最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？	16.5%民眾近一星期感覺憂鬱、心情低落，4.9%達中等程度，1.4%達嚴重程度。	
5. 最近一星期中有覺得比不上別人？	16.9%民眾近一週覺得比不上別人，5.4%達中等程度，1.2%達嚴重程度。	

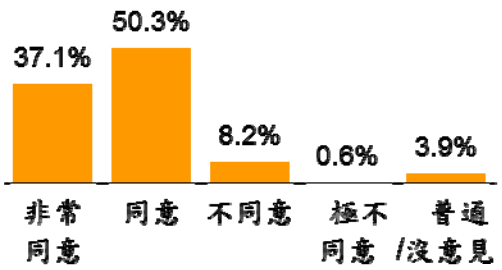
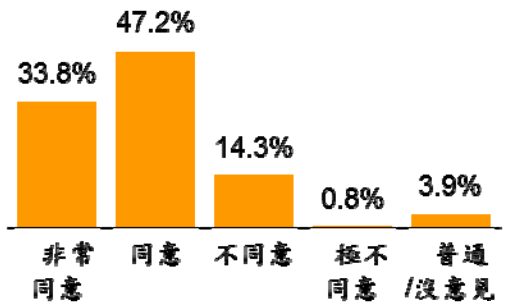
6. 最近一星期中有自殺的想法？	1.1%民眾近一星期有自殺的想法，0.4%達中等程度，0.1%達嚴重程度。	
7.心情溫度計總分	心情溫度計 BSRS-5 量表檢測結果，有 6.5%民眾總分在 6 分以上，代表這些民眾可能存在情緒困擾，需要適度紓壓(6-9 分輕度困擾者)或諮詢專業人員(10 分以上中重度困擾者)。	

9)復原力量表調查結果

本部份問題分為:「您同不同意碰到失落時，會主動尋找方法填補？」、「您同不同意相信自己可以從處理困難中得到正向的成長？」、「您同不同意遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決？」、「您同不同意不管遇到任何事情，有信心可掌控自己反應？」這四個問題，結果如下。(表 7-1-9)

表 7-1-9 復原力量表調查結果題目與圖表

問題	結果	圖表
1. 同不同意「碰到失落時，會主動尋找方法填補」	90.6%民眾同意「當碰到失戀、生意失敗、親友過世或其他失落事件時，會主動尋找方法來填補這樣的失落」，僅 5.9%不同意。	
2. 同不同意「相信自己可以從處理困難中得到正向的成長」	93.9%民眾同意「你相信你自己可以從處理困難中，得到正向的成長」，僅 3.4%不同意。	

3. 同不同意「遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決」	87.4%民眾同意「遇到困難時，你會尋求有創意的方法來解決」，8.7%不同意。	同意 87.4% | 不同意 8.7% | 普通 3.9% 
4. 同不同意「不管遇到任何事情，有信心可掌控自己反應」	81.0%民眾同意「不管遇到任何事情，你都有信心可以掌控自己的反應」，15.1%不同意。	同意 81% | 不同意 15.1% | 普通 3.9% 

10) 簡明心理健康篩檢表-九題版 (CMHC-9)

本篩檢表分為兩部分檢測民眾的心理困擾(下表 1-5 題)以及自殺風險(下表 6-9 題)程度，其中前五題為心情溫度計新版(BSRS-5R)篩檢題，後四題為評估整體自殺風險的危險及保護因子，各題均已是(1 分)或否(0 分)評分。結果呈現如下:

第 1-5 題由「心情溫度計」重新編碼為 0(輕微/中等程度)或 1 分(嚴重/非常嚴重)，整體而言約有五分之一(16.5-24.3%)民眾前五題回答”是”，代

表五位民眾之中有一位在近一週內有明顯的心理困擾情形；第 6 題約有 2.4%的民眾回答一生中曾經傷害過自己或企圖自殺。此外，有 1.8%的民眾回答現在（仍）會想著「未來要自殺」；約有十分之一(9.7%)的民眾自呈在情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴。 (表 7-1-10)

表 7-1-10、CMHC-9 民眾回答百分比表

題目	是	否	不知道
1.最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾	24.30	75.50	0.20
2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾	16.90	83.00	0.10
3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾	22.10	77.80	0.10
4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	16.50	83.50	0.00
5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾	16.90	82.70	0.40
6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	2.40	97.50	0.10
7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」	1.80	96.10	2.10
8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	2.20	97.60	0.20
9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	9.70	89.70	0.60

2. 檢討與建議

1) 民眾認為台灣的自殺問題仍偏嚴重

根據今年度調查結果，大部分的臺灣民眾約有六成一的人覺得自殺問題是嚴重的。而且歷年調查結果也是約莫六成以上，雖然從 2006 年度的八成六，逐年下降至 2017 年的六成一。但是總體而言，從 2006 年度到 2017 年度，臺灣民眾都至少有六成以上民眾覺得台灣自殺問題是嚴重的。表示自殺問題臺灣民眾心中仍有一定的嚴重程度。

有 56.9%的人認同自殺身亡的人在生前不會說出想自殺；有 62.3%民眾認同說想自殺者並非想死，只是發洩而已；且有 59.3%的民眾，自殺是個人權利，決定權在於自己，而認同此說法的民眾有越來越多的趨勢。上述結果表示民眾對自殺的人存有迷思或偏向錯誤的態度，認為自殺者生前不會說出來、即使說出想自殺者也只是發洩、或自殺是個人權利，這些回答恰好與民調中自殺高風險者的回答(62.6%都會主動告知自己想自殺的念頭)形成對比，顯示臺灣的自殺問題仍然值得注意，尤其應提升民眾對高風險者自殺警訊之敏感度。

2) 持續推動自殺防治資訊的大眾宣導

今年的調查中發現民眾在自殺防治諮詢專線的認知度較去年下降了 6%(56%->49.5%)，僅約一成五民眾看過/接觸過自殺防治守門人的相關資訊，此數據有逐年下降的趨勢。其次，近一年約有四成二民眾接觸過自殺防治有關資訊，此部分在近三年有逐年下降的趨勢，這些結果表示目前台灣民眾仍對自殺防治的認識有限，自殺防治是長期而連續的工作，對於守門人或自殺防治專線等相關資訊仍需持續宣導，使防治效果有延續性及顯著成效。

再者，近 1/3 與 1/5 民眾得知自殺防治相關訊息的管道來源為「電視」與「網路」，自 102 年起網路就超越報紙成為第二大民眾的訊息管道來源，報紙反而逐年遞減，因此，在自殺防治的教育宣導工作上，不可忽略透過電視與網路兩者之媒介，提供民眾正確、正向的資訊來源，以利防治工作之推動。

3) 以自殺意念及自殺企圖盛行率推估整體自殺人口數仍偏高

有關臺灣民眾的自殺意念調查，今年的資料顯示一生中曾認真的想要自殺顧的民眾佔 11.6%。從歷年來看，2007 年 19%至 2017 年的 12%有逐

年降低的趨勢。而在一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 1.4%，歷年調查裡面算是最低的一年，從 2008 年開始的 5.4%逐年降低至 2017 年的 1.4%。在一個月中曾經想要自殺的民眾佔有 0.7%，歷年調查從 100 年至 2017 年為止，皆維持約 1%的民眾。另一方面，今年度調查民眾的自殺企圖盛行率約為 2.4%，此比例與就醫人口相比雖然低了 2 倍以上(以內科病房為例: 8.3%有自殺企圖，參 Wu et al., 2016*)。

上述結果若推論至全臺 2300 萬民眾，其中一星期內有 1.1%民眾曾有自殺意念—換算成全人口數就是 23±9.2 萬民眾曾有此意念、一月內有 0.7%--就是 13.5±7.0 萬、一年內有 1.4%--就是 29.1±10.3 萬、而近一生中曾有自殺意念者，就是 236±27.9 萬人(11.6%)；而過去曾經實際有過自殺企圖者，推估有將近 48.1±13.2 萬人口。這些人因為只有自殺意念而無自殺行為，但仍屬於潛在具有高風險性的個案，針對臺灣民眾的心理健康促進以及防護自殺死亡的工作，包含如何觸及將自殺求助管道給予這些人以及建立自殺防治安全網等策略，是刻不容緩的議題。

* **Wu CY**, Chang HY, Lee MB, Kuo PH, Tseng CL. (2016). Association of suicide risk and healthcare utilization in medical patients. BAOJ Medical & Nursing 2: 024.

4) 加強媒體溝通與自律

臺灣民眾的自殺行為調查，調查結果表示民眾一生中有 2.4%的人曾經有過自殺行為，歷年從 98 年至 2017 年比率約莫落在 2.0%以及 3.5%之間。最近一年曾經有過自殺行為的比率佔有 0.1%，約莫和前年一樣 0.1%。有沒有曾因受到媒體報導的影響而導致自殺則是有 2.4%的民眾表示一生中有過自殺行為，而在這 2.4%曾有過自殺行為的人中約有 1.7%的人曾因受到媒體報導的影響而導致自殺。

結果顯示，媒體報導對自殺脆弱群而言，雖不是全部的脆弱群都會受到影響，但是仍然有一定比例會受到媒體報導的影響而導致自殺行為。建議媒體報導相關自殺訊息須特別留意是否遵守六不六要原則，需客觀公正不猩羶等，為自殺防治工作中之一不可忽視的一環。

5) 提升民眾心理健康問題之求助動機，同時落實守門人訓練及成功轉介，以降低潛在精神疾病導致自殺風險

臺灣民眾會因自殺意念而求助的比例不高，有自殺想法的民眾中僅有

17.3%的人求助，而求助對象以親朋好友居多(9.1%)，其次為心理諮商輔導專線或機構(4.0%)，此結果顯示自殺高風險民眾的求助動機偏低。然而，自殺意念者求助的當下，高達 62.6%都會主動告知自己想自殺的念頭，意即求助代表了一個自殺警訊，守門人加強敏感度、辨識自殺意念者的危險因子是很重要的。

其次，最多民眾認為最能幫助自殺的人是親朋好友(69.8%)、其次為心理諮商輔導專線或機構(27.4%)。這樣前兩大類的結果和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 6.7%民眾在過去一年曾經歷有人向自己透露自殺念頭，民眾的處理方式大部分(53.8%)是跟對方聊一聊、近三成(34.5%)的人會轉移話題，僅 3.3%會陪伴他一起尋求專業諮詢。對照前述的自殺者的求助對象第一為親朋好友，其次為心理諮商和機構的數據，兩項統計結果可以觀查出自殺者的求助資源脈絡，一般自殺者多為先跟親朋好友傾訴、再尋求心理諮商或機構，進行更專業的服務與支持。從「五成二民眾覺得自己是可以幫上自殺者的忙」之結果，我們得知珍愛生命守門人的推廣仍應持續努力，但實際在教育資源的推動與宣傳上，如何落實「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」知能訓練以提升其成效，如何教導民眾正確地幫助自殺者，將是訓練重點。今年度有 14.4%的民眾曾聽過守門人的相關訊息，期待未來持續推廣相關的教育訓練活動、善用「心情溫度計」(結合紙本、網路及 APP 應用等多重管道)強化民眾自我檢測情緒，做好自我心情關照，依舊是全面性策略中重要的一環。

五、 附件

附件 7.1.1《2017 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷》

離婚民眾關懷暨心衛資源專案

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

多數研究發現,離婚後除需適應因雙方關係斷裂所引發之內心反應外,同時還必需面對生活上子女撫養及經濟等多重改變,往往會造成巨大的心理壓力。若未正視或因應不當,將導致身心適應困難,並潛藏自殺的隱憂。婚姻所帶來的有意義的社會互動關係,可以形成保護因子,其自殺風險明顯低於單身者。另外,從離婚事件可發現,男女也會因社會期待帶來不同的壓力。一般而言,女性離婚後在社會資源及經濟上的支持明顯下降,社會支持則是上升;男性則相反,經濟上的影響較小,而接受到社會支持也較低,因此離婚女性的自殺風險會比男性高。

從社會文化觀點中兩性間親職責任不同可發現,母親為主要照顧者,撫育孩子的責任多半會落在母親身上,家庭中的家務工作也通常由女性負責,也因此為女性帶來低自尊、低成就感的心理壓力連結(Gove,1973);反之男性在家中多扮演主要經濟來源的角色,壓力源來自於職場,兩性在婚姻中承擔的角色與壓力是有差異的,因而自殺風險程度也不同。且離婚本身就是一個壓力源,過去研究顯示男性有大量酗酒問題,可能是造成離婚男性高死亡率的原因。因此,可以想見離婚民眾在離婚後的重建過程中,是多重壓力因子及危險因子,也容易面臨困境,並在衝動下容易做出令人後悔的抉擇。

為了規劃防治策略,需了解現代人離婚後的心理健康狀態,因此本中心針對離婚民眾設計「關懷暨心衛資源單張』,於戶政單位辦理,透過填寫問卷與了解填寫對象的心情健康現況,並提供回饋。期待藉由填寫問卷而多一份關懷,以期能夠為離婚民眾多建立一道守護生命的防線。

2. 業務或方案目的與目標

1)擴大宣導使用心情溫度計自我檢測。
2)關懷高風險離婚民眾的心理健康。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1)設計離婚民眾關懷暨心衛資源單張，並於業務會議進行審閱討論，確認是否符合需求，以及建立關懷資訊是否足以達到關懷目的。

2)擬針對新北市(2017 至 10 月計算，每一千人中有 2.09 對離婚)作為前導區域，試辦期程為 1-2 個月，發函至該縣市各戶政事務所，同時提供關懷暨心衛資源單張(包含心情溫度計及心衛資源等資訊)，請戶政人員於民眾辦理離婚手續時發放。

3) 蒐集兩願離婚與法律調解與和解離婚流程程序，確認戶政事務所為最後辦理離婚手續。

4)研擬關懷暨心衛資源單張，包含心衛資訊、離婚民眾心理衛生關懷專案說明、發放步驟、說帖、後續回饋表單，以及中心內部合適之「珍愛守門人」教學影片。

5)聯繫新北市政府心理健康委員會，遞交相關資訊給聯繫承辦人，以新北市作為預計試辦地點，並以獎勵方式回收回饋表單，再進一步檢討、改善實施環節與方式。

6)預計明年規劃針對高離婚率縣市(以高離婚對數縣市：六都為優先)發放關懷暨心衛資源單張，並於半年後，邀請協助戶政事務所人員，填寫辦理回應問卷，以利檢討修改流程，讓未來發放至各縣市關懷與建議更加完善。

2. 資源連結與合作

1)合作單位：衛生福利部心口司、新北市衛生局、新北市戶政事務所。

2) 資源連結內容及形式：傳遞電子公文、紙本關懷暨心衛資源單張、發布訊息、後續問卷回覆。

三、 過程 (Process)

1. 2017 年 2 月規劃離婚民眾關懷暨衛生資源單張，預計於 2 月底前完成設計單張。
2. 2017 年 2 月完成稿件設計，包含心情溫度計 5 題選擇題，電子 QRcode 放置於正面，並將全省社會救助、心理衛生、其他關懷聯繫話，以及各縣市心衛中心聯絡電話放置於背面。
3. 3 月蒐集離婚手續、法定程序、求助資源管道資源，並將兩願離婚、法院

調解離婚製作成樹狀圖。

4. 4 月針對 2015 年高離婚民眾縣市規畫發放流程，包括擬定公文、關懷暨心衛資源單張發放指引，詳見附件 7.2.1《關懷暨心衛資源單張發放指引》。
5. 10 月針對內政部統計數據，調查 2017 年全台離婚對數與離婚率。
6. 11 月規劃發放流程，詳見如圖 7-2-2。

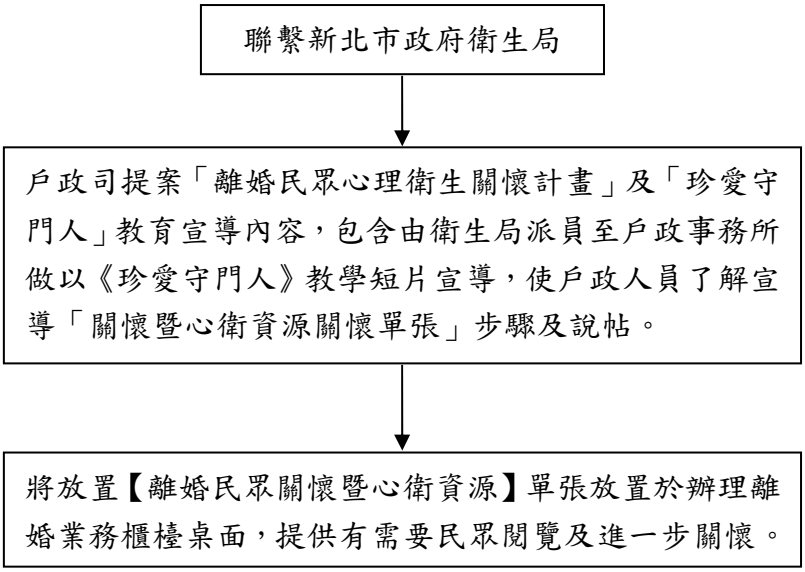


圖 7-2-2、發放流程圖

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) 離婚法定程序及相關資訊

(1) 無論是兩願離婚或法院調解、和解離婚，當事人會分別依照不同程序到戶政事務所辦理離婚手續。

(2) 判決離婚辦理手續樹狀圖詳見圖 7-2-3。

(3) 離婚民眾普遍會面對到經濟、協談、家暴、家事案件等立即性服務，因此規劃關懷暨衛生資源需要包含此類資訊，得以協助當事人。

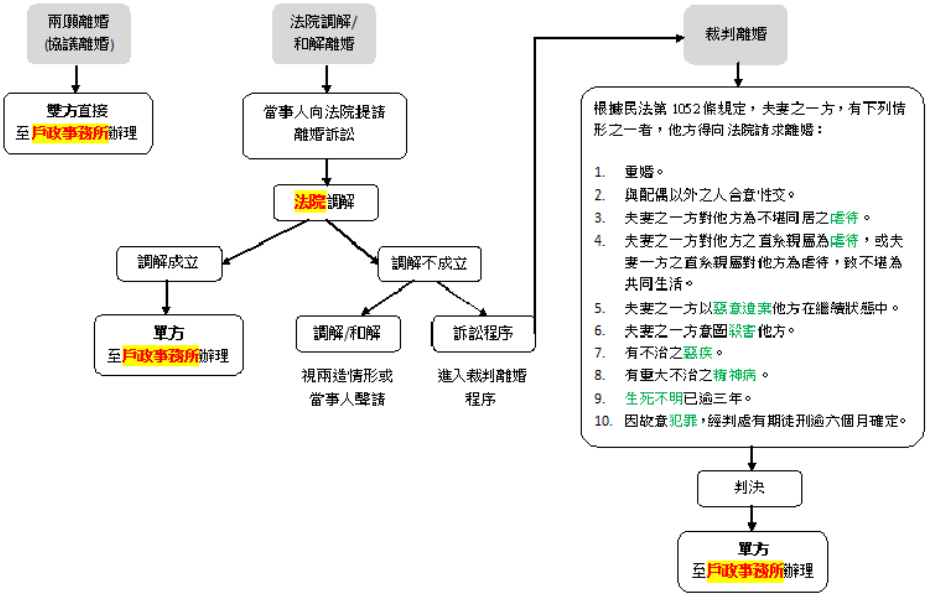


圖 7-2-3、判決離婚辦理手續樹狀圖

2)規劃關懷暨心衛資源單張，詳見圖 7-2-4

(1) 正面：關懷離婚民眾說帖、心情溫度計使用說明方法、心情溫度計選擇題 5 題，再加上 1 題自殺想法檢測題、心情溫度計得分說明、心情溫度計 APP 下載說明、心情溫度計 QR code、使用 APP 可獲得之參考資訊。

(2) 背面：社會救助資源，求助資源電話，含福利諮詢專線、就業諮詢專線、法律扶助基金會全國專縣，心理衛生專線涵蓋安心專線、生命線、張老師，其他相關保護專線、家庭婚姻問題諮詢、外來人士在臺生活諮詢、衛福部男性關懷專線、同志健康免費專線、各縣市地區心衛中心服務專線等。



心情溫度計

改變就是轉機，結束一段關係是個不容易的決定，或許您在這段經歷中，承受許多壓力，或有心情低落、躁動不安的情形，長期累積下可能影響身心健康，為關心您的心情健康，建議可透過下列問題來自我檢測。

填表說明：本量表可協助您檢測自身身心適應狀況，請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，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

		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…	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

【得分說明與建議】前 5 題總分

0-5 分：為一般正常範圍。

6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10 分以上：有明顯的情緒困擾，建議尋求精神科醫療團隊協助進一步評估。

若有自殺想法，建議尋求專業諮詢或接受精神科治療。

歡迎免費下載使用心情溫度計 APP →→→→→掃描 QR code

你可以…

1.定期檢測心情　2.觀看測驗紀錄

3.心情健康秘笈　4.心衛資源

全國自殺防治中心　衛生福利部關心您

社會救助
- 福利諮詢專線：1957
- 就業諮詢專線：0800-777-888
- 法律扶助基金會全國專線：(02)412-8518

心理衛生
- 安心專線：0800-788-995
- 生命線：1995
- 張老師：1980

其他相關
- 保護專線：113
- 家庭婚姻問題諮詢：0800-314-888
- 外來人士在臺生活諮詢服務熱線：0800-024-111
- 衛福部男性關懷專線：0800-013-999
- 同志健康免費諮詢專線：0800-010-569

各縣市社區心理衛生中心聯絡方式

縣市	電話
基隆市	02-24300195
台北市	02-33936779 #18
新北市	02-22572623
桃園縣	03-3325880
新竹縣	03-6567138
新竹市	03-5234647
苗栗縣	037-332621
台中市	04-25155148
彰化縣	04-7127839
雲林縣	05-5370885
嘉義縣	05-3621150
嘉義市	05-2328177
台南市	06-6357756
高雄市	07-3874649
屏東縣	08-7370123
台東縣	089-336575
花蓮縣	03-8351885
宜蘭縣	03-9367885
南投縣	049-2205885
澎湖縣	06-9272162 #228
金門縣	082-337885
連江縣	0836-22095

圖 7-2-4、關懷暨心衛資源單張

2. 結論

本次針對離婚民眾關懷暨心衛單張為初步嘗試，還需累積與戶政事務所合作之發放經驗，討論如何針對各縣市離婚民眾之心理健康協助，擬定心理衛生推廣策略，例如 APP 可讓民眾在面對危機時能及時取得相關的求助資源。另外，針對戶政事務所人員，該如何透過「珍愛守門人」訓練，增加對離婚民眾情緒、自殺危機之敏感度，並以關懷口吻詢問等，都是本專案未來之計畫內容。

五、 附件

附件 7.2.1《關懷暨心衛資源單張發放指引》

網路成癮者之評估與轉介

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

跟著資訊時代的降臨，3C 產品如：智慧型手機、平板、電腦的普及，人手一機讓網路已是現代人生活不可或缺的一環，也因此現代人面對網路過度使用，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，泛指重度網路使用得當事人在網路使用上出現一般上癮問題的核心症狀與負面影響，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，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，今年度重新發放新版問卷，期待藉由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) 將網路身心與健康調查問卷放置於中心網站、粉絲專頁、透過電子報發放，讓自願者做填寫動作。
5) 寄發施測結果與關懷信件給問卷中有留下電子信箱之受測者。
6) 未來規劃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 12 月規劃今年度網路成癮研究時程，於 2 月底前完成新版問卷，並於 3 月初開始發布電子報。
2. 2016 年 12 月 26 日修改新版網路成癮問卷，將背景資料年齡部份新增「0-14 歲」、「75 歲以上」，就業情形新增「失業/待退休」，並修改相關描述。
3. 2017 年 2 月將「陳氏網路成癮量表」(CIAS-R)置換為「上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)」，加入「復原力及因應量表」(BRCS)，為 9 題單選題。
4. 2017 年 2 月將後測問卷製作成 google 表單形式，並依測試結果修改部分題型，例如在原上網活動頻率，在前項加入每周上網平均時間，為更精確了解填寫人上網的時間，新增題目為「因『學業或工作』的需求，每周上網時間平均幾小時？」、「因『非學業或非工作』的需求，每周上網時間平均幾小時？」。
5. 擬定後續關懷信件內容，並架設中心網站「網路使用檢測專區」宣傳正確使用網路資訊。

6. 於 2017 年 3 月 3 日業務會議公告中心於 2017 年 2 月 24 日正式公告新版「網路使用與身心健康調查」，3 月 3 日當日統計已有 22 名填寫完畢受測者。
7. 2017 年 6 月 20 日將問券內容及連結頁面以公文發布給予教育部，尋求共同廣發其內容，並設立未來將優先聯繫高中、高職學校，推廣檢定網路使用狀況。
8. 2017 年 9 月 27 日將問券結合「珍愛生命打氣網」，除了宣傳網路使用對生活造成的影響，同時讓粉絲會員透過問卷，了解自己的心情狀況是否受到網路所影響。後續持續規畫每月發文主題，讓 FB 上粉絲使用者，能定時透過問卷，了解不同時期心情狀況，進而尋求專業諮詢。
9. 2017 年 10 月持續透過各大專教師，在課堂上推廣問卷，幫助新生了解自己目前的心理穩定程度。

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、上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)、與簡式性格量表。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電子郵件。

2) 截至 2017 年 11 月 08 日止，總共有 492 人填答問卷，總計寄出 344 封問卷結果，占所有受測人數的 69.9%。

3) 新版問卷描述性統計

492 位施測對象中，男性 229 位(46.5%)；女性 262 位(53.3%)；其他 1 位(0.2%)。年齡層分布以 15-19 歲最多，共 262 位(53.3%)，其次為 20-24 歲，共 77 位(15.7%)，25-29 歲以上則有 50 位(10.2%)。以教育程度區分，大學共有 318 位(64.6%)，其次為高中職，共 81 位(16.5%)，研究所以上共 43 位(8.7%)，其餘為專科 32 位(6.5%)、國中 16 位(3.3%)、國小以下 2 位(0.4%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 419 位(85.2%)，其次為已婚 67 位(13.6%)。以職業區分，目前學生共 324 位(65.9%)，其次為就業中 130 位(26.4%)，接著是無業(含失業、待業者)共 28 位(5.7%)，退休人數最少，有 4 位(0.8%)。詳見表 7-3-1。

表 7-3-1、新版基本資料表(N=492)

	沒有 email		有 email	
	N	%	N	%
性別				
男	82	55.4	147	42.7
女	66	44.6	196	57.0
年齡				
0-14 歲	3	2.0	9	2.0
15-19 歲	80	54.1	182	54.1
20-24 歲	20	13.5	57	13.5
25-29 歲	21	14.2	29	14.2
30-34 歲	6	4.1	21	6.1
35-39 歲	8	5.4	11	3.2
40-44 歲	4	2.7	16	4.7
45-49 歲	4	2.7	12	3.5
50-54 歲	1	0.7	5	1.5
55-59 歲	0	0	1	0.3
60-64 歲	1	0.7	1	0.3
教育程度				
國小以下	1	0.7	1	0.3
國中	3	2.0	13	3.8
高中職	19	12.8	62	18.0
專科	10	6.8	22	6.4
大學	102	68.9	216	62.8
研究所以上	13	8.8	30	8.7
婚姻狀況				
單身	127	85.8	292	84.9
已婚/同居	19	12.8	48	14.0
離婚/分居	2	1.4	4	1.2
職業				
學生	91	61.5	233	67.7
就業中	45	30.4	85	24.7
家管	3	2.0	3	0.9
退休	1	0.7	3	0.9
無業(失業/待業)	8	5.4	20	5.8

而根據上網成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，在 492 位受測對象中，共有 114 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，占 23.2%；另 378 位之網路成癮分數低於 5 分，占 76.8%。BSRS-5 分數高於 6 分者界定為心理狀態低落需要尋求資源，在 492 位受測對象中，共有 183 位受測者之 BSRS-5 分數大於 6 分，占 37.2%，另 309 位之 BSRS-5 分數低於 6 分，占 62.8%，詳見表表 7-3-2。

表 7-3-2 IAD 與 BSRS-5 人數分配表單(N=492)

		有填寫 EMAIL	無填寫 EMAIL	
		N(%)	N(%)	總計
IAD-9	＜5	263(76.5)	115(77.7)	378(76.8)
	≧5	81(23.5)	33(22.3)	114(23.2)
BSRS-5	＜6	201(58.4)	108(73.0)	309(62.8)
	≧6	143(41.6)	40(27.0)	183(37.2)
總計		344(69.9)	148(30.1)	492

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：線上影音(如 Youtube、Vimeo 等)、與其他活動(如購物、賭博、看影片等)，該題為複選題。皮爾森積差相關分析上網成癮(IAD)與簡式健康量表(BSRS-5)，分析結果顯示，有留 email 填寫問卷者上網成癮與簡式健康量表的相關分數為 0.286，沒有留 email 填寫問卷者上網成癮與簡式健康量表的相關分數為 0.557，彼此間具有達到顯著差異。

根據過往研究，上網成癮(IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，將簡式健康量表(BSRS-5)與上網成癮傾向相關分析比較，如表 7-3-3 所示，有留 email 的相關為 0.286，沒有留 email 的相關為 0.557，彼此皆為正相關，而沒有留 email 的相關系數相較有留 email 偏高。

表 7-3-3、有 email 上網成癮與簡式健康量表(BSRS-5)相關表

		IAD總分	BSRS總分
IAD總分	皮爾森 (Pearson) 相關	1	.286**
	顯著性 （雙尾）		.000
	N	344	344
BSRS總分	皮爾森 (Pearson) 相關	.286**	1
	顯著性 （雙尾）	.000	
	N	344	344

表 7-3-4、沒有 email 上網成癮與簡視健康量表(BSRS-5)相關表

		IAD 總分	BSRS 總分
IAD 總分	皮爾森 (Pearson) 相關	1	.557**
	顯著性 （雙尾）		.000
	N	148	148
BSRS 總分	皮爾森 (Pearson) 相關	.557**	1
	顯著性 （雙尾）	.000	
	N	148	148

**. 相關性在 0.01 層上顯著(雙尾)。

觀看簡式健康量表(BSRS-5)與有無自殺想法，在留 email 與沒有留 email 問卷者分別求取卡方分析比較，發現自殺意念與簡式健康量表(BSRS-5)彼此間不但有差異，有留 email 者相關有 0.424，沒有留 email 者則相關有 0.668，彼此達到顯著且呈現正相關。因此，觀察當簡式健康量表(BSRS-5)分數越高，自殺意念也越強烈，不論有無留下 email，都有超過 5 成以上的比率；同時也觀察到少數式健康量表(BSRS-5)分數即便低分，卻也存在自殺意念，而這個部分有留 email 與沒有留 email 的比例是

較近的，分別為 18%與 12.1%，見表 7-3-5、有無留 email 有自殺想法與簡視健康量表(BSRS-5)總分相關卡方表。

表 7-3-5、有無留 email 有自殺想法與簡視健康量表(BSRS-5)總分相關卡方表

	有留email BSRS-5		沒有留email BSRS-5	
	6< N(%)	≧6 N(%)	6< N(%)	≧6 N(%)
自殺想法				
有	36(18.0)	72(50.4)	30(12.1)	28(70)
無	165(82.0)	71(49.6)	95(87.9)	12(30)
總數	201	143	108	40
卡方	.000		.000	
相關	.424**		.668**	

4)網路成癮與身心問卷粉絲發文

透過粉絲頁面，邀及訂閱粉絲透過填寫問卷，了解自己的網路成癮程度，本次發文有 1 名粉絲來信洽詢，並獲得後續轉介回饋，發文內容如圖 7-3-1。

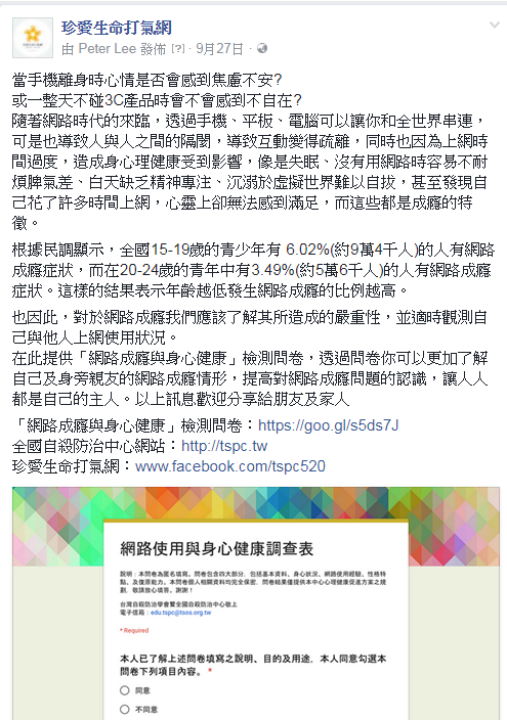


圖 7-3-1 臉書發文內容

2. 結論

1) 新版測驗結果顯示，基本資料中學生、未婚、之網路成癮平均分數較高；在整體問卷中，看見 IAD>5 分占全體填寫人數的 23.2%，BSRS>6 分以上則占全體人數 37.2%，顯示在網路成癮以及情緒上困擾仍是占有不少數量。
2) 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。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；而在蒐集資料時，有明顯情緒困擾則落在 20 歲以上 50 歲以下。
3) 對於未來規畫粉絲專業主題，可以鎖定在 20-50 歲年齡，針對健康新知推廣，定期做為發文主題，幫助此年齡可以透過文章內容，不但測得自我網路成癮狀況，同時獲得心理健康新知。