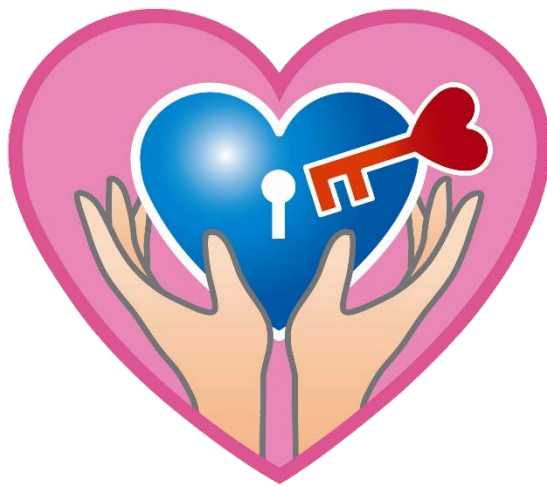


衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理

「全國自殺防治中心計畫」案

107 年度期末成果報告



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

受委託單位：社團法人台灣自殺防治學會

計畫主持人：李明濱

地 址：台北市中正區懷寧街 90 號 2 樓

中 華 民 國 一 〇 七 年 十 二 月 十 四 日

計畫執行成果檢核表

(期間：2018年1月1日至2018年12月31日)

工作項目 (依照 107 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(一) 設置全國自殺防治中心組織：聘請專責人力15人(含駐部人力1名)，辦理本案所訂各項工作，並依實際業務需求，分配適當人力，聘用人員以具有自殺防治實務工作經驗者為佳。	已依規定辦理 詳見附件1-1
(二) 提供自殺防治相關統計分析資料	
1. 配合本部要求，指派專業人員辦理臨時性資料分析(本部同仁偕同)，例如：自殺通報檔、自殺死亡檔及跨部會資料比對、串連等統計分析作業，並提供分析結果報告及相關因應策略，如涉及運用本部統計處「資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。	已依規定辦理
2. 配合本部發布106年度國人死因統計結果完成下列工作： (1) 於107年3月31日前完成105年0-17歲兒少各縣市自殺死亡及通報資料。 (3) 於107年5月31日前分析完成106年度0-17歲兒少、全年齡層及特定人口群各縣市自殺死亡及通報資料(含戶籍地及居住地)，以及串聯健保等資料庫，供本部發送各縣市參考運用。	已依規定辦理 詳見2-4章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>綜觀全球，目前兒少族群中，15歲以下的自殺行為並不常見。雖然有些兒少在14歲時已有自殺行為，且多發生在兒少早期，但是12歲以下的自殺仍不常見。儘管如此，有些國家提出警訊，不管是15歲以下的族群，或是15-19歲的族群，自殺行為的發生同樣在逐漸增加當中。兒少的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺加以防治的話，學校是最理想的場域。以學校為單位的最佳自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，包括整合老師、校醫、學校護理師、心理諮商師、以及社工等人力資源。除了學校內的團隊密切合作之外，同時也必須與社區的團體有良好的交流互動。中心完成2016年0-17歲兒少各縣市自殺死亡及通報資料報告、2017年度0-17歲兒少、全年齡層及特定人口群各縣市自殺死亡及通報資料（含戶籍地及居住地），以及串聯健保等資料庫報告各一份，分別分析2016年、2017年兒少自殺數據，供全國及各縣市參考。</p>	
(2) 於107年3月31日前完成105年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖，供本部及各縣市參考運用。 (4) 於107年6月30日前完成106年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖，供本部及各縣市參考運用。	已依規定辦理 詳見2-5章節

摘要

資料視覺化是指運用視覺的方式呈現數據，有效的圖表可以將繁雜的數據簡化成為易於吸收的內容。透過圖像化的方式，我們更容易辨別數據的規律(Patterns)、趨勢(Trends)及關聯(Correlations)。在資訊爆炸的時代，有效並快速吸收資訊是人們渴望的能力，不僅節省時間，並能加速學習效率。自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、自殺死因，以顏色深淺作為區隔，繪製出貴縣市及各鄉鎮或行政區自殺地圖；同時根據地圖內容做初步文字敘述，以供參考。

(5) 比對前一年度通報個案之再自殺死亡率及自殺死亡個案生前有被通報之分析報告，運用推論統計分析，針對其個案資料、自殺原因等，及分析各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標，提報「106年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告」，及依據上述結果報告擬訂具體策進作為及本部對外政策說帖等，包含文字檔及簡報檔等。

已依規定辦理
詳見2-1章節

摘要

全國2017年自殺死亡人數3,871人(男性2,574人、女性1,297人，性別比1.98)；自殺粗死亡率每十萬人口16.4人(男性22人、女性11人)，較2006年(每十萬人口19.3人)下降15%、與2016年(每十萬人口16人)相比上升2.5%，三年移動平均呈現上升趨勢。

2017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」(1,263人，占率32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(956人，占率24.7%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(663人，占率17.1%)、「由高處跳下自殺及自傷」(482人，占率12.5%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(276人，占率7.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(107人，占率2.8%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(98人，占率2.5%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(26人，占率0.7%)。

2017年通報人次上升為30,619人次(男性11,430人次、女性19,189人次)，自殺通報比為7.6，女性為男性之1.68倍，2017年自殺通報人次較2006年增加59.8%、若與2016年相比增加5.6%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2017年自殺通報比與2006年相比增加76.7%、較2016年相比則增幅為5.6%。

2017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」(50.5%)、「切穿工具自殺及自傷」(27.8%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(6.8%)。自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(45.8%)、「精神健康／物質濫用」(37.7%)及「工作／經濟」(10%)。自殺占全國死因排名由2016年第12名上升至2017年第11名，2017年全國自殺粗死亡率亦較2016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。

<p>3. 於107年3月31日前，併同106年自殺通報年報表及106年總體自殺防治策略報告，更新全國及22縣市具體之自殺防治策略建議，提供本部及各縣市做為規劃在地因地制宜自殺防治行動方案或措施之參考。</p>	<p>已依規定辦理 詳見2-2章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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。</p> <p>2017年全國自殺防治中心編寫全國及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。今年依照2016年度全國自殺死亡資料統計、2017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實務督導及高風險縣市輔導訪查摘要，更新全國及22縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。另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2016年及2017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。</p> <p>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。</p>	
<p>4. 定期向本部資訊處撈取自殺防治通報系統資料，進行相關統計分析，按月寄發全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含滾動式修正自殺防治策略建議)，以供本部及各縣市衛生局運用，並按季追蹤各縣市後續因應作為及執行情形，最終於108年2月10日前交付年報表及總體自殺防治策略報告，以及交回全年度系統資料清檔檔案。</p>	<p>已依規定辦理 詳見2-3章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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。</p> <p>2018年1-10月通報共27,880人次，其中女性通報17,466人次占62.6%，男性通報10,414人次占37.4%，女性為男性1.68倍，通報比為8.1。分案率及分案關懷率逐年上升，2018年1-10月分案率為100%，分案關懷率為99.9%。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相似。自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(48.2%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(29.3%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式為男性的占率高於女性。自殺原因除了「無法說明及不詳」</p>	

以外，排序前三位為「情感／人際關係」(45.9%)、「精神健康／物質濫用」(40.7%)及「工作／經濟」(10.6%)。精照列管個案占16.3%、家暴被害人占7%、家暴加害人占5.6%、兒少被害人占4.8%、兒少加害人占3.8%、嚴重病人占1.2%、家暴高危被害人占0.7%、家暴高危加害人占0.4%、性侵加害人占0.2%。

(三) 辦理自殺防治之實證研究

1. 收集國內外文獻，並由自殺死亡資料庫串聯健保資料庫及本部相關服務系統資料庫，運用統計模型，分析近5年自殺高風險人口群相對危險指標，提出自殺通報個案追蹤關懷分級管理標準(含流程)。	已依規定辦理 詳見3-1章節
---	-------------------

摘要

每年將近3萬自殺企圖通報人次，然而往往再自殺死亡及有再自殺企圖之個案比例不高，因此如何針對高風險個案強化其後續關懷訪視服務顯得相當重要。

本章節延續全國自殺防治中心計畫案所修改之訪視流程，透過文獻回顧以強化並驗證修改之成果。文獻回顧方面則利用PICO議題分析技巧，擬訂文獻搜尋策略，並透過系統性文獻回顧，整理2010-2017年之相關文獻，發現針對自殺企圖者前次自殺方法及自殺意念之強度都會影響其自殺風險，並透過分析2012-2016年自殺企圖個案之存活分析，利用比例存活風險模型，藉以計算各自殺企圖個案之特性對其後續存活風險之，並依據分析結果，更改關懷訪視流程，並透過適當的關懷訪視流分級管理，強化自殺防治指標性策略。

2. 收集國內外文獻，進行「網路與自殺相關」之系統性文獻回顧，並提出具體可行之網路自殺防治策略。	已依規定辦理 詳見3-2章節
--	-------------------

摘要

網際網路之興起，使得民眾得以隨時搜尋各層面之醫療資訊，同時亦改變了人際溝通之模式，亦即民眾可以在社群團體中，與涵蓋所有次文化的使用者，經由即時性的互動，獲取並交換訊息。已有研究顯示，許多健康照護目標，都可經由網路介入計畫，而獲得改善。然而有關心理衛生，則尚在起步之階段。本文獻回顧之目的，在探討網際網路之使用對自殺行為之效應。以suicide、suicide prevention、internet、internet addiction、social network、suicide prevention、suicide intervention及web-based psychological intervention為關鍵字，搜尋自2000至2018年6月底，於資料庫Cochrane Library、PubMed、Medline、及PsycINFO之文獻，並由搜尋出文獻之索引，找出相關資料進行分析，並提出建議。

對於有憂鬱或焦慮之使用者，網際網路之使用與自殺率上升有正相關。而經由心理衛生專業人員經由網路提供諮商、進行認知行為治療、以及擔任如守門人角色之網路網站管理員，都能形成有效之保護因子。隨著網際網路科技之日新月異，良好的心理衛生工作，對民眾之需求評估，必需能掌握時效性。心理衛生計畫，必需走在時代發展之尖端，始能整合相關知識，規劃符合國情之自殺防治策略與具體措施，以適時有效地防危杜漸，落實自殺防治工作。

(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
<p>1. 擇定自殺死亡率、三年移動平均及106年較105年自殺標準化死亡率上升幅度較高之6縣市，辦理107年度自殺防治互動式輔導訪查，辦理內容建議如下：(1)統計該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告、降低自殺率具體方案(2)協助加強受訪查縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值(3)需依各縣市需求進行專案討論；本項工作每縣市至少偕同本部辦理1場次實地輔導，並視需求增加實地輔導訪查次數。</p>	<p>已依規定辦理 詳見4-1章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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。</p> <p>過去全國自殺防治中心參與各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逐步轉型為協助地方政府有效蒐集資料。</p> <p>今年擇定自殺死亡率、三年移動平均及2017年較2016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、需依各縣市需求進行專案討論。</p>	
<p>2. 平時加強與媒體之溝通，運用通訊軟體(如LINE等)建立媒體通訊群組，並召開新聞媒體聯繫會議或研討會1場次，及辦理大專院校新聞系及媒體從業人員之珍愛生命守門人訓練，編修「自殺新聞報導準則」供媒體從業人員參考運用，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p>	<p>已依規定辦理 詳見4-2、4-3章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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事件新聞報導，使報導能在不侵害自殺當事者及其遺族之隱私權的前提下，顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。中心致力推廣WHO所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「六不六要」原則，每年於我國重要節日及針對重大自殺事件召開記者會、籌辦年度「新聞媒體聯繫會議」、例行拜訪四大報社舉行溝通會議，並於2015年始設立「自殺事件報導諮詢LINE群組」作為媒體工作者與本中心專家學者即時互動平台，皆意在加強與媒體工作者之間的交流。</p> <p>今年為因應世界衛生組織於2017年公布之媒體專業人員指引為參考，編修「媒體從業人員自殺防治手冊」供媒體工作者參考運用，藉此加強媒體的正向功能。另有鑑於媒體對自殺</p>	

<p>防治的重要性及自殺防治工作持續向下扎根之進程，本中心針對大專院校新聞學系及媒體從業人員辦理「珍愛生命守門人訓練」，使與會者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，並透過講授WHO與本中心針對媒體專業人員建立之自殺事件報導原則，提升新聞系學生及媒體從業人員對傳播自殺事件之素養及敏感度。</p>	
<p>3. 進行媒體監測(網路及報紙)，監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守世界衛生組織所建議的六不、六要原則，若有違反情形，需主動發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體(學者)召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應；若網路上有教唆自殺及教導使用自殺工具進行自殺等內容，則需向「IWIN網路內容防護機構」(https://www.win.org.tw/)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。</p>	<p>已依規定辦理 詳見4-4、4-5章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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。</p> <p>網路媒體為現今消息散播最及時與迅速之媒體，如何與網路媒體平臺保持良好共識與溝通管道，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質，為未來需投注更大心力之區塊。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「提及自殺以外的問題解決方法」、「要報導危險指標及警訊徵兆」及「要與醫療衛生專家密切討論」遵守情形較低。中心進行媒體監測遇不符合WHO「六不六要」原則之自殺新聞報導，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。</p> <p>自2014年起，中心針對教唆、鼓動、教導自殺等網站或網路訊息進行檢舉，然將未下架之網站類型進行歸類，發現多數網站來自跳板式IP，避開我國司法管轄範圍；而部分網站檢舉機制疏鬆及聯絡管道之闕如，其網站規模一般而言較小，且年代久遠而出現無人管理之情形。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。本業務也將持續善用相關資源，如透過使用中央網信辦違法和不良信息舉報中心網站及與香港地區合作單位聯繫，嘗試多方進行檢舉。</p> <p>網路作為我國一般民眾獲取多元資訊之主要管道，期望廣大之網際網路平台管理者能針對不良或有害之訊息逐步建立完善之檢舉機制，再輔以舉報，共同戮力於網路自殺防治，以收成效。教唆自殺及教導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。</p>	
<p>4. 結合國內、外學術團體，運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，以提升民眾對自殺防治認知，針對重大議題或事件及本部交辦之議題，</p>	<p>已依規定辦理 詳見4-4章節</p>

需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清，以避免模仿效應。	
5. 於107年3月31日前精簡並條列歷年收集之國外資訊及作法，針對國內常用自殺方式或工具提出具體可推動之防治策略，供本部、各縣市衛生局及關訪員參考運用，並刊登於中心網頁。	已依規定辦理 詳見4-6章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>現行自殺防治策略可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)，因著自殺防治工作有其困難性，瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗更顯重要。本中心針對國內常用自殺方式或工具，蒐集國外歷年自殺防治策略文獻，共蒐集85篇。針對本次文獻蒐集與策略規劃，中心制訂一套系統性文獻搜尋與管理方式，以提升文獻蒐集品質與標準，期待能透過彙整有效且具體的自殺防治策略，促進臺灣自殺防治領域的發展。此外，文獻蒐集彙整成果除呈現於報告中，亦供我國中央與各縣市衛生局參考及運用，實踐宣導之目的。</p>	
6. 持續監測自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。	已依規定辦理 詳見4-4章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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。</p> <p>網路媒體為現今消息散播最及時與迅速之媒體，如何與網路媒體平臺保持良好共識與溝通管道，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質，為未來需投注更大心力之區塊。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「提及自殺以外的問題解決方法」、「要報導危險指標及警訊徵兆」及「要與醫療衛生專家密切討論」遵守情形較低。中心進行媒體監測遇不符合WHO「六不六要」原則之自殺新聞報導，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。</p>	
7. 依據100年度「醫療機構老人自殺個案管理計畫品質提升促進之建議方案」，更新編製「醫院自殺防治工作手冊（電子書）」推展至各級醫院，並研擬醫院自殺防治工作推動情形之衡量指標，提供衛生局於督考醫院時參考運用。	已依規定辦理 詳見4-7章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>醫院自殺防治網絡中，除了精神專科醫療人員之外，非精神科及其他醫事人員等醫療機構照顧者亦相當重要。今年度中心將出版「醫院自殺防治工作手冊（電子書）」，內容主要包含「自殺防治綜論」、「醫院自殺防治」、「醫院自殺防治之組織與運作」、「醫院特定族群自殺防治」等章節。盼能結合實務現況，推展至各級醫院，增強醫療人員對自殺防治的認識、處理能力，以及提升院內規劃自殺防治作業流程、監督與評估管理之機制。</p>	

8. 與自殺防治第一線醫療專業合作，結合至少5個醫療、社會工作相關學協會，辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練。	已依規定辦理 詳見4-8章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>今年的「第一線專業人員自殺防治守門人課程」由台灣自殺防治學會張書森理事、台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事，並結合13個醫療、社會工作相關學協會及6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」，探討全國自殺率趨勢變化，自殺原因、迷思、警訊、與探詢，以公共衛生角度預防自殺：心理與環境安全；醫療場域預防自殺；「自殺防治業務之精進與落實」，探討自殺高風險群之辨識與評估，自殺高風險群之關懷與處遇，如何增強自殺防治實務第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論。</p> <p>當日於全國27間地區醫院同步視訊轉播，總人數為813，醫師占168人，護理人員占389人，臨床心理師占41人、諮商心理師占7人，藥師占63人，社工師占39人，職能治療師占46人，非執業中之醫事人員占45人及其他占15人。</p>	
9. 持續蒐集國外自殺防治相關文獻及自殺防治策略、措施，規劃符合國內自殺防治策略及具體措施。	已依規定辦理 詳見4-9章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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。</p> <p>中心以國外近年最新的100篇自殺防治文獻、世界各國關於自殺方法或工具的研究與防治策略，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、如何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。</p>	

(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議	
1. 結合名人，針對青少年及職場勞工製作個案見證或心路歷程分享之自殺防治衛教短片各1部。	已依規定辦理 詳見5-1章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>青少年自殺防治衛教短片以案例改編社會寫實類劇情片之手法拍攝。故事描述一位17歲、單親青少年游雅婷，目前高三。獨自扶養雅婷的游媽媽，從雅婷開始有升學壓力之後便對她的學業成績非常地嚴格，採取高壓控制的態度，給予雅婷許多長期的壓力。雅婷總是回應媽媽的期待，但卻也感受不到媽媽直接的肯定和溫暖。某天雅婷透過同學介紹，下載手機聊天APP，認識一位年齡較長的男網友，但卻馬上被媽媽發現後沒收手機。雅婷一氣之下便翹課與男網友出門，但換來媽媽完全無法諒解的反應。雅婷忍受不了、感到非常絕望的時候，服下大量的安眠藥。後來雅婷被送至醫院緊急治療，接受急診醫師後與媽媽心理師的介入。雅婷媽媽則從本來的震驚、生氣，到慢慢接受現在雅婷的狀況，在心理師的說服之下，和雅婷一起嘗試接受數次的家族治療。在數次治療後，雅婷的精神狀況和情緒好轉了許多，而媽媽也更能正視雅婷的需要。</p> <p>職場勞工自殺防治衛教短片以微紀錄片之手法，針對職場勞工族群，尋求一位曾有相關經歷的個案報導人，邀請其接受訪問、拍攝，形成一部具有衛教意義的真人真事短片。本劇主要報導人是一位長期受憂鬱折磨的中年職業婦女，自三十歲出頭便與案夫決定攜手從事沖床製造業，在共同經營開設的工廠內擔任副手。然而，當時工作尚處開發階段與面臨家庭經濟壓力、又處在職業婦女與全職母親的雙重角色下，在與案夫發生數次工作上的衝突和爭執的情況下，每次的衝突都使她感受到被否定。邁入四十歲以後，報導人描述當時出現憂鬱症的情況，身體逐漸消瘦並出現狀況，工作表現與成果不如以往，凡事得仰賴他人提醒與協助。此時報導人與案夫開始到處求神問卜、學習太極拳和瑜珈、爬山運動，但憂鬱情況仍未見起色，在情緒擺盪到谷底時，也曾經出現想要自我了斷的強烈意念。後來，在親戚的引介下，報導人接觸到精神醫療的資源，憂鬱症逐漸好轉，甚至加入團體心理治療的行列，結交了一群可以支持自己、能夠信任的朋友，漸漸改變以前不安和壓抑的性格。同時報導人仍維持爬山運動的習慣、穩定就醫，並會嘗試運用自己的經驗，支持身邊處於低潮的親友們。</p>	
2. 製作10~15秒網路自殺防治衛教影片9(含求助管道)1部，並連繫相關社群網站(如：臉書、LINE、Instagram等)，協助廣為周知宣導。	已依規定辦理 詳見5-1章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>網路自殺防治衛教短片以設計動畫手法呈現10~15秒的故事，共有〈學生想不開怎麼辦？關懷與資源連結〉和〈想自殺怎麼辦？1問2應3轉介〉兩部影片。在〈學生想不開怎麼辦？關懷與資源連結〉中，故事描述主角在教室難過哭泣，恰巧被滑手機經過的同學看見上前安慰，並利用心情溫度計App提供協助，轉介精神醫療。在〈想自殺怎麼辦？1問2應3轉介〉中，故事描述同學在社群網站上看到主角難過的訊息，因此主動接觸關心，並善用「一問二應三轉</p>	

介」的關懷技巧，提供主角所需之轉介資源。	
3. 維護全國自殺防治中心網站資料、臉書粉絲團及珍愛生命學習網，定期更新及提供自殺防治相關訊息予本部，並提供自殺防治相關統計數據，匯集每月貼文製作總結報告，並應本部要求相關展覽宣導，以提供民眾所需之自殺防治宣導、教育訓練等資料。	已依規定辦理 詳見5-2章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>隨著網路時代的來臨，藉著民眾每日滑手機的習慣，中心於2010年底設立珍愛生命打氣網專頁。陪伴著許多民眾度過了兩千多個的日子，其中不僅宣導了珍愛生命理念、心理健康衛教資訊，也成了中心與民眾連結的重要管道。</p> <p>另外自2009年中心也籌建「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。107年1月至10月累計通過認證積分人次為323,059人次，數位學習網所有課程總點閱次數為753,994次。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107年1月至10月累計觀看次數為579,985次。</p>	
4. 提升珍愛生命學習網之網站流量連線頻寬，並建置各場域(如：學校、職場、醫療院所、網路)及各類服務人員(如：自殺關懷訪視員、社區精神病人關懷訪視員、毒品危害防制中心個案管理員、社工、照顧服務員、軍警消防人員等)個別之自殺防治數位教育訓練課程內容(各類服務人員至少各1堂，每堂50分鐘)，及其上網學習之認證機制，供各機關參考運用。	已依規定辦理 詳見5-3、5-4章節
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>本中心希望藉由網際網路無國界的特性，透過網站宣導推廣之功效、順利的將珍愛生命的觀念，深植於人們的心中。而上半年度網站維護作業，除定期更新發佈網站消息及宣導品資訊；並善用網路資源進行自殺防治之宣導及推廣。引用issuu提升線上資料閱讀之便利性，供民眾線上閱讀；使用「Google雲端硬碟-表單功能」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。網站流量統計自2018年1月1日至2018年10月31日，訪客總數為20,993人次，網頁總瀏覽數為38,751頁。最新消息累計發布14則，最新宣導品發布4則，電子報發布7則。</p>	
5. 追蹤巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機，即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。	已依規定辦理 詳見4-4章節

<p>6. 配合世界自殺防治日(9月10日)以本部名義辦理大型宣導活動1場次，辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。</p>	<p>已依規定辦理 詳見5-5章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>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)。2018年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺(Working Together to Prevent Suicide.)」，呼應「自殺防治人人有責，網網相連」的概念。中心規劃響應世界自殺防治日活動包含「日出健走 Walk in Hope」、世界自殺防治日記者會、世界自殺防治日徵件活動與國際性活動—單車繞世界等，以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。</p>	
<p>7. 擇定自殺防治特定議題，邀集各縣市政府、精神醫療網核心醫院，召開107年度自殺防治年中討論會議或工作坊1場次，可採標竿學習、經驗分享，或腦力激盪等模式辦理，期啟發創新思考以凝聚共識，共同討論自殺防治新思維。</p>	<p>已依規定辦理 詳見5-6章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>本次年中討論會以自殺高風險精神疾病個案為例，討論自殺防治網絡之資源整合，透過世界咖啡館的討論方式，讓各縣市衛生局瞭解全國自殺防治與關懷訪視之現況，並針對特定議題進行探討。會中出席人員包含衛生福利部、各縣市衛生局代表、精神醫療網核心代表、安心專線代表、自殺關懷訪視員代表及督導人員共同參與。參與人數共計66位，包含心口司長官、中心幹部及現場報名者。</p> <p>討論會中除報告自殺防治最新數據與新進展、自殺地圖與關訪員紀錄審查之識讀說明外，亦結合世界咖啡館模式讓與會人員針對實務現況進行深度討論，包含自殺防治網絡間的合作現況、關訪員的轉介現況、社會安全網議題，以及各縣市因地制宜的因應方法等，藉此啟發創新思考、凝聚共識、提升與強化各地之自殺防治策略與措施。</p>	
<p>(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制</p>	
<p>1. 由本部「自殺防治通報系統」每月抽查3縣市（抽查之縣市不得與上月份抽查之縣市相同，履約期限內各縣市需至少被抽查1次）衛生局20則以上訪視紀錄，進行稽核後做成紀錄，提出具體建議及追蹤縣市改善情形。</p>	<p>已依規定辦理 詳見6-1章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>根據衛生福利部擬定「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」之標準，當自殺個案之身分資料確認後，會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，以用於後續轉介及結案等流程。為避免衛生局在填寫訪視紀錄上不夠確實，影響後續關懷訪視流程及自殺個案與親友的權益，本中心安排每月抽查不同3縣市衛生局之訪視紀錄(20則以上)，進行審查並針對審查</p>	

結果提出建議，期盼各縣市衛生局能詳加落實訪視紀錄之填寫，確實為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關要求之服務內容與品質。

依據106年1-10月各縣市標準化自殺死亡率排名順序，以及去年度抽查縣市順序，截至11月30日前，已完成22縣市初審，以及12縣市複審。每階段段審查，各縣市皆須抽查21則訪視紀錄，除了基隆縣於初審階段缺一則外，初審共計461則已被審查，複審共計252則已被審查。預計12月31日前將完成15縣市複審，共計315篇。

藉由本次訪視紀錄審查，除了瞭解訪員的工作現況，亦發現各縣市訪員在紀錄撰寫上大致皆能採用SOAP的格式撰寫。若從SOAP的角度來評估，大部份縣市仍需加強的部份為「客觀資料(O)」與「個案自殺風險評估(A)」撰寫。另外，大部分結案評估之撰寫過於簡化，僅粗略描述追蹤期滿或依督導會議決議，建議此部份可多加蒐集個案在訪視過程中對於自我好轉的評估或對於結案之想法，以利訪員針對結案評估，提供適當處遇。

2. 研修「自殺關懷訪視工作內/外部督導指引」及「訪視紀錄登打指引」等文件，並研擬自殺關懷訪視工作評核指標(含過程面及結果面指標)，提供各縣市參考運用。

已依規定辦理
詳見6-2章節

摘要

作為第一線的自殺關懷訪視員不僅需具備基本守門人的正確態度與訪視技巧，面對背景多元且問題複雜多重的個案，訪員亦需具備各種憂鬱、自傷、自殺生心理相關知識，且良好的內外部督導機制亦是訪員重要的支持與援助。中心今年度邀請各縣市自殺關懷訪視相關內部及外部督導，與專家同仁，共同研擬內外部督導指引、登打記錄，並針對關訪工作定制服務與效能評核指標，以有效管理訪視服務之品質。

在「自殺關懷訪視內外部督導指引」部份，中心針對全國各縣市35個自殺關懷訪視業務承辦單位進行全面性督導業務調查，並彙整專家意見，研擬《自殺關懷訪視督導手冊》大綱內容，包含：自殺關懷訪視員督導、內部督導、外部督導及督導的實務指引等章節。在「訪視紀錄登打指引」部份，邀請專家提供SOAP撰寫範例，編寫訪視紀錄登打指引，並供自殺關懷通報系統參考。在「自殺關懷訪視工作評核指標」部份，邀請專家研擬自殺關懷訪視工作評核指標，並加入「自殺關懷訪視內外部督導指引」及「訪視紀錄登打指引」內容，完成評核指標。

3. 追蹤自殺關懷訪視員核心能力之落實情形，提供相關課程（如線上課程）供關懷訪視員參考運用。

已依規定辦理
詳見6-3章節

摘要

了解與追蹤自殺關懷訪視員之核心能力與進修需求，並持續支持其精進自殺防治相關知識，實為自殺防治工作中不可缺少的一環。今年度中心透過問卷調查方式，追蹤各縣市自殺關懷訪視員核心能力之落實情形，並依據調查結果規劃符合需求之相關課程，供自殺關懷訪視員參考運用。在核心能力落實情形之追蹤結果顯示，約有七成以上的訪員對其核心能力之

<p>落實上較有信心；另外，從整體填寫內容，反映出訪員普遍希望開設的課程面向包含「實務技巧」、「處遇」與「自我照顧」等主題。中心透過檢視歷年中心線上課程內容，依此追蹤分析結果重新架構關懷訪視專業課程，並陸續規劃符合訪員需求之專業課程，以支持訪員持續精進其核心能力。</p>	
<p>(七)視需要協助八仙塵爆個案心理關懷訪視相關事項</p>	<p>已依規定辦理 詳見8-1章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>2015年八仙水上樂園粉塵爆炸案造成上百人燒傷，許多傷患需要住院執行重建手術，研究顯示，隨著時間流逝，燒傷傷患的心理社會需求逐漸高於生理需求，故了解塵爆個案出院後的精神創傷問題及需求有其必要性。燒燙傷個案之精神創傷影響相對來說是較為長期的，嚴重燒傷個案由急性期、適應期到復原期各有不同的身心問題，透過追蹤塵爆個案，了解中長期的精神創傷影響、失能、因應及生活品質，提供身心長期適應之協助方能幫助傷患重回社會。</p>	
<p>(八)自殺防治國際合作及交流</p>	
<p>1. 就自殺防治議題與日本進行事務及學術單位（如：厚生労働省自殺総合対策推進センター、東京都健康福祉局自殺予防コーナー、国立精神・神経医療研究センター、日本いのちの電話連盟等）進行實務交流，偕同本部辦理赴日本考察1場次（為期4天，不超過3人次），提供作為我國研擬防治策略時之參考。</p>	<p>已依規定辦理 詳見7-1章節</p>
<p style="text-align: center;">摘要</p> <p>為了解兩國間自殺防治相關計畫及探討日本2006年設立之「自殺對策基本法」後續業務推動整合與改變，研擬及跨部門自殺防治網絡整合，並商討台日合作共同發表跨國研究之可能。規劃業務承辦同仁及全國自殺防治中心人員至日本考察，安排參訪國立精神・神經醫療研究中心、東京都立中部綜合精神保健福祉中心、電話聯盟旗下TELL以及辦理圓桌會議一場，以瞭解並探討日本自殺防治工作之現況與運作情形，就整合民間與政府相關單位力量時所遭遇之問題逐一討論，並期望藉此促進台日醫療與健康之互惠合作。</p> <p>整體而言台灣自殺防治相關工作在組織建置及功能，於部分面向優於日本現況，例如全國性自殺企圖未遂通報系統，由國家建置付費自殺防治熱線「安心專線」，以及涵蓋所有精神疾患之可近性高與費用低廉的全民健康保險系統等。然而由日本近年自殺死亡人數明顯下降趨勢觀之，排除宏觀經濟復甦與失業下降的有利社會經濟環境外，從國會立法，內閣府推動跨部會自殺防治工作之整合，到系統建置運作順利後回歸厚生省主責，由國家策略落實至地方行動方案，這種由中央到地方，從立法到執行，環環相扣鉅細靡遺的防治策略，確實為台灣面對未來自殺防治工作挑戰之重要參考。</p>	

2018 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、「計畫執行成果檢核表」應重點摘錄執行結果。

已依照建議增補執行結果，詳見「計畫執行成果檢核表」(p.0-1-1)。

二、文件應注意頁序，用詞應避免誤用，圖表之標示應完整，地圖應按比例調整大小。

已依照建議修改。

三、請敘明本案配置 15 名人力之分組及其工作內容。

已依照建議增補，詳見附件 1-1。

四、請參照 106 年 0-17 歲兒少各縣市自殺死亡及通報分析報告，將 105 年報告 0-18 歲兒少各縣市自殺死亡及通報分析報告修正為 0-17 歲。

已參照 106 年 0-17 歲兒少各縣市自殺死亡及通報分析報告，將 105 年 0-18 歲兒少各縣市自殺死亡及通報分析報告修正為 0-17 歲，詳如附件 2-4-1。

五、自殺死亡地圖應納入 3 年平均之變化。

已納入自殺死亡地圖應納入 3 年平均之變化，詳如附件 2-5-1、2-5-2。

六、統計分析除單變項之描述性分析外，應就變動較大者，或改善較優者之特性作交叉分析，也可進階作推論性之分析，並將統計發現提報予心口司。

近年來自殺死亡率有一小波上升趨勢，一部分原因可能是近幾年社會變遷過於快速，造成倒致的；但自殺非單一因素所造成的，也不應歸就於單一政府單位之權責，因此將 2013-2016 年之自殺死亡個案作趨勢分析可發現到 0-24 歲在以槍砲及爆炸物有減少之趨勢，而 25-44 歲於精神科有就診診斷比例亦有提高，且達到顯著($p<0.05$)。詳見表 1。

而表 2-表 5 則呈現各年齡層生前一年沒有完整精神疾病評估，較可能的特徵，也就是更需要除精神醫療外，其他團體的協助，以 0-24 歲而言，男性較女性更有可能於自殺前沒有至精神科診斷， $OR=2.4(1.72-3.34)$ ，在自殺方式中以氣體及蒸氣自殺者在生前一年較沒有精神科診斷，其 $OR=1.96(1.34-2.87)$ ；以 25-44 歲而言，男性同樣較女性更可能於自殺前沒

有精神科診斷，OR=3.06(2.7-3.47)，在自殺方式中以氣體及蒸氣及吊死及勒死自殺者在生前一年較沒有精神科診斷，其 OR 分別為 1.99(1.76-2.26) 及 1.18(1.03-1.36)，以 45-64 歲而言，男性同樣較女性更容易於自殺前沒有完整的精神科就診，OR=3.11(2.76-3.51)，在自殺方式中以氣體及蒸氣及槍砲及爆炸物 OR 值大於 1，OR 分別為 1.53(1.34-1.74)及 3.86(1.34-11.14)，在重大傷病部分，則以癌症、慢性腎衰竭其 OR 值大於 1，分別為 1.46(1.18-1.81)及 1.7(1.19-2.43)；以 65 歲而言，男性較女性更容易於自殺前一年沒有接受過精神疾病的診斷評估 1.84(1.6-2.11)，自殺方式則以固體或液體物質 1.34(1.16-1.55)，在重大傷病部分，則以癌症為重要特徵，OR=1.25(1.01-1.53)。

綜合上述各年齡層特層，需要各單位及跨部會之協助，才比較有機會在自殺防治上能有更突破性的進展，透過跨部會合作，藉以達到網網相連。

表一、2013-2016 年趨勢檢定

	0-24 歲			25-44 歲			45-64 歲			65 歲以上		
	Z 值	單尾 p-value	雙尾 p-value	Z 值	單尾 p-value	雙尾 p-value	Z 值	單尾 p-value	雙尾 p-value	Z 值	單尾 p-value	雙尾 p-value
以固體或液體物質	-0.287	0.387	0.774	0.935	0.175	0.35	-0.289	0.387	0.773	0.259	0.398	0.796
以氣體及蒸汽	-0.124	0.451	0.901	-0.417	0.338	0.677	-0.564	0.286	0.573	-0.899	0.184	0.369
吊死、勒死及窒息	0.857	0.196	0.392	1.172	0.121	0.241	0.292	0.385	0.77	0.331	0.37	0.741
溺水	0.61	0.271	0.542	-0.506	0.306	0.613	0.585	0.279	0.558	0.812	0.208	0.417
鎗砲及爆炸物	2.047	0.02	0.041	-1.141	0.127	0.254	-0.082	0.467	0.935	1.33	0.092	0.184
切穿工具	-0.153	0.439	0.878	-0.789	0.215	0.43	-0.098	0.461	0.922	-1.169	0.121	0.243
由高處跳下	-1.479	0.07	0.139	-0.686	0.246	0.493	1.213	0.113	0.225	0.009	0.497	0.993
其他方式	0.546	0.293	0.585	-0.174	0.431	0.862	-1.607	0.054	0.108	-1.041	0.149	0.298
就診精神科比例	0.5	0.309	0.617	-3.085	0.001	0.002	-0.06	0.476	0.952	-0.76	0.224	0.447

表二、0-24 歲自殺死亡個案

	Total	一年內有三次以 上精神疾患診斷 或住院主診斷有 精神疾患診斷	一年內沒有精神 疾患診斷或住院 主診斷無精神疾 患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別	737	210	527				
男性	498(67.6)	112(53.3)	386(73.2)	26.4817	<.0001	2.4(1.72-3.34)	
女性	239(32.4)	98(46.7)	141(26.8)	26.4817	<.0001	0.42(0.3-0.58)	
死亡年份							
2013	170(23.1)	50(23.8)	120(22.8)	0.0914	0.7625	0.94(0.65-1.38)	
2014	163(22.1)	51(24.3)	112(21.3)	0.801	0.3708	0.84(0.58-1.23)	
2015	189(25.6)	47(22.4)	142(26.9)	1.6356	0.2009	1.28(0.88-1.87)	
2016	215(29.2)	62(29.5)	153(29)	0.0176	0.8944	0.98(0.69-1.39)	
死亡方式							
以固體或液體物質	41(5.6)	12(5.7)	29(5.5)	0.013	0.9093	0.96(0.48-1.92)	1.11(0.55-2.25)
以氣體及蒸汽	240(32.6)	45(21.4)	195(37)	16.1577	<.0001	2.15(1.48-3.13)	1.96(1.34-2.87)**
吊死、勒死及窒息	193(26.2)	52(24.8)	141(26.8)	0.3085	0.5786	1.11(0.77-1.6)	1.13(0.78-1.64)
溺水	38(5.2)	13(6.2)	25(4.7)	0.6391	0.424	0.76(0.38-1.51)	0.7(0.35-1.43)
鎗砲及爆炸物&其它方式	216(29.3)	85(40.5)	131(24.9)	0.5357	0.4642	1.41(0.56-3.55)	1.41(0.55-3.59)
切穿工具	9(1.2)	3(1.4)	6(1.1)	0.1043	0.7467	0.8(0.2-3.21)	0.72(0.17-2.98)
由高處跳下自殺及自傷	189(25.6)	79(37.6)	110(20.9)	21.5266	<.0001	0.44(0.31-0.62)	0.47(0.33-0.67)

表三、25-44 歲自殺死亡個案

	Total	一年內有三次以 上精神疾患診斷 或住院主診斷有 精神疾患診斷	一年內沒有精神 疾患診斷或住院 主診斷無精神疾 患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別	4688	2079	2609				
男性	3101(66.1)	1089(52.4)	2012(77.1)	305.7189	<.0001	3.06(2.7-3.47)	
女性	1587(33.9)	990(47.6)	597(22.9)	305.7189	<.0001	0.33(0.29-0.37)	
死亡年份							
2013	1190(25.4)	499(24)	691(26.5)	3.7647	0.0523	1.14(1-1.3)	
2014	1160(24.7)	499(24)	661(25.3)	1.0997	0.2943	1.07(0.94-1.23)	
2015	1165(24.9)	516(24.8)	649(24.9)	0.0019	0.965	1(0.88-1.15)	
2016	1173(25)	565(27.2)	608(23.3)	9.2347	0.0024	0.81(0.71-0.93)	
死亡方式							
以固體或液體物質	516(11)	299(14.4)	217(8.3)	42.4883	<.0001	0.54(0.45-0.65)	0.53(0.44-0.65)
以氣體及蒸汽	1875(40)	628(30.2)	1247(47.8)	147.0268	<.0001	2.12(1.87-2.39)	1.99(1.76-2.26)**
吊死、勒死及窒息	1159(24.7)	469(22.6)	690(26.4)	9.3821	0.0022	1.23(1.08-1.41)	1.18(1.03-1.36)**
溺水	249(5.3)	163(7.8)	86(3.3)	44.777	<.0001	0.4(0.31-0.52)	0.45(0.34-0.59)**
鎗砲及爆炸物	47(1)	14(0.7)	33(1.3)	3.9431	0.0471	1.89(1.01-3.54)	1.36(0.72-2.56)
切穿工具	81(1.7)	36(1.7)	45(1.7)	0.0003	0.9858	1(0.64-1.55)	0.89(0.56-1.41)
由高處跳下	646(13.8)	411(19.8)	235(9)	107.8798	<.0001	0.4(0.34-0.48)	0.49(0.41-0.58)
其他方式	115(2.5)	59(2.8)	56(2.1)	2.2974	0.1296	0.75(0.52-1.09)	0.68(0.46-0.99)

	Total	一年內有三次以上精神疾患診斷或住院主診斷有精神疾患診斷	一年內沒有精神疾患診斷或住院主診斷無精神疾患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
重大傷病							
需積極或長期治療之癌症	61(1.3)	32(1.5)	29(1.1)	0.2581	0.6114	0.88(0.53-1.46)	0.92(0.54-1.56)
慢性腎衰竭〔尿毒症〕 必須接受定期透析治療者。	12(0.3)	7(0.3)	5(0.2)	0.0345	0.8526	1.12(0.35-3.52)	1.12(0.34-3.67)
需終身治療之 全身性自體免疫症候群。	23(0.5)	8(0.4)	15(0.6)	3.84	0.05	0.42(0.18-1)	0.6(0.25-1.46)

表四、45-64 歲自殺死亡個案

	Total	一年內有三次以 上精神疾患診斷 或住院主診斷有 精神疾患診斷	一年內沒有精 神疾患診斷或 住院主診斷無 精神疾患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別							
男性	3808(68.8)	1474(56.3)	2334(80)	348.8944	<.0001	3.11(2.76-3.51)	
女性	1729(31.2)	1146(43.7)	583(20)	348.8944	<.0001	0.32(0.29-0.36)	
死亡年份							
2013	1355(24.5)	616(23.5)	739(25.3)	2.4719	0.1159	1.1(0.98-1.25)	
2014	1357(24.5)	677(25.8)	680(23.3)	4.7759	0.0289	0.87(0.77-0.99)	
2015	1424(25.7)	677(25.8)	747(25.6)	0.0386	0.8442	0.99(0.88-1.12)	
2016	1401(25.3)	650(24.8)	751(25.7)	0.6394	0.4239	1.05(0.93-1.19)	
死亡方式							
以固體或液體物質	1035(18.7)	531(20.3)	504(17.3)	8.1255	0.0044	0.82(0.72-0.94)	0.82(0.72-0.95)
以氣體及蒸汽	1346(24.3)	513(19.6)	833(28.6)	59.8756	<.0001	1.64(1.45-1.86)	1.53(1.34-1.74)**
吊死、勒死及窒息	1802(32.5)	808(30.8)	994(34.1)	6.5814	0.0103	1.16(1.04-1.3)	1.07(0.95-1.2)
溺水	440(7.9)	259(9.9)	181(6.2)	25.1378	<.0001	0.6(0.5-0.74)	0.77(0.62-0.94)
鎗砲及爆炸物	28(0.5)	4(0.2)	24(0.8)	9.7784	0.0018	5.42(1.88-15.65)	3.86(1.34-11.14)**
切穿工具	146(2.6)	61(2.3)	85(2.9)	1.8369	0.1753	1.26(0.9-1.76)	1.19(0.84-1.68)
由高處跳下	560(10.1)	366(14)	194(6.7)	78.0172	<.0001	0.44(0.37-0.53)	0.53(0.44-0.64)
其他	180(3.3)	78(3)	102(3.5)	1.1826	0.2768	1.18(0.88-1.59)	1.06(0.78-1.44)

	Total	一年內有三次以上精神疾患診斷或住院主診斷有精神疾患診斷	一年內沒有精神疾患診斷或住院主診斷無精神疾患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
重大傷病							
需積極或長期治療之癌症	403(7.3)	250(9.5)	153(5.2)	15.0776	0.0001	1.51(1.23-1.86)	1.46(1.18-1.81)**
慢性腎衰竭〔尿毒症〕	149(2.7)	101(3.9)	48(1.6)	13.552	0.0002	1.92(1.36-2.72)	1.7(1.19-2.43)**
必須接受定期透析治療者。							
需終身治療之	71(1.3)	18(0.7)	53(1.8)	19.2091	<.0001	0.3(0.18-0.52)	0.41(0.24-0.72)
全身性自體免疫症候群。							

表五、65 歲以上自殺死亡個案

	Total	一年內有三次以上精神疾患診斷或住院主 診斷有精神疾患診斷	一年內沒有精神疾患 診斷或住院主診斷無 精神疾患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別	3585	1456	2129				
男性	2328(64.9)	825(56.7)	1503(70.6)	73.0093	<.0001	1.84(1.6-2.11)**	NA
女性	1257(35.1)	631(43.3)	626(29.4)	73.0093	<.0001	0.55(0.47-0.63)	
死亡年份							
2013	850(23.7)	323(22.2)	527(24.8)	3.1531	0.0758	1.15(0.99-1.35)	NA
2014	862(24)	373(25.6)	489(23)	3.3211	0.0684	0.87(0.74-1.01)	
2015	897(25)	360(24.7)	537(25.2)	0.1139	0.7357	1.03(0.88-1.2)	
2016	976(27.2)	400(27.5)	576(27.1)	0.0762	0.7825	0.98(0.84-1.14)	
死亡方式							
以固體或液體物質	1148(32)	428(29.4)	720(33.8)	7.7607	0.0053	1.23(1.06-1.42)	1.34(1.16-1.55)**
以氣體及蒸汽	179(5)	60(4.1)	119(5.6)	3.9017	0.0482	1.38(1-1.89)	1.26(0.92-1.74)
吊死、勒死及窒息	1422(39.7)	576(39.6)	846(39.7)	0.0113	0.9155	1.01(0.88-1.15)	0.94(0.82-1.08)
溺水	296(8.3)	134(9.2)	162(7.6)	2.8926	0.089	0.81(0.64-1.03)	0.59(0.11-3.28)
鎗砲及爆炸物&其它方式	454(12.7)	231(15.9)	223(10.5)	0.5225	0.4698	0.86(0.57-1.3)	0.8(0.53-1.21)
切穿工具	86(2.4)	27(1.9)	59(2.8)	3.0628	0.0801	1.51(0.95-2.39)	1.52(0.95-2.42)
由高處跳下	359(10)	189(13)	170(8)	23.528	<.0001	0.58(0.47-0.72)	0.59(0.47-0.74)

	Total	一年內有三次以上精神疾患診斷或住院主 診斷有精神疾患診斷	一年內沒有精神疾患 診斷或住院主診斷無 精神疾患診斷	CHISQ	p 值	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
重大傷病							
需積極或長期治療之癌症	470(13.1)	163(11.2)	307(14.4)	7.8557	0.0051	1.34(1.09-1.64)	1.25(1.01-1.53)**
慢性腎衰竭〔尿毒症〕 必須接受定期透析治療者。	230(6.4)	79(5.4)	151(7.1)	3.9777	0.0461	1.33(1.01-1.76)	1.31(0.99-1.75)
需終身治療之 全身性自體免疫症候群。	73(2)	36(2.5)	37(1.7)	2.3157	0.1281	0.7(0.44-1.11)	0.77(0.48-1.23)

七、統計分析應更深入，並探討國內外文獻，提出具體防治策略及政策建言，例如：

(一) 強化工作項目間之交叉分析，例如：媒體及網路監測，應統計媒體露出自殺方式與相同時間點之國內自殺方式，分析其是否具相關性。

研究指出，自殺新聞的揭露，特別是名人相關的自殺新聞，可能會引發規模性的模仿效應(Chen, 2010)，具高風險的族群可能會模仿自殺新聞所報導之自殺方式。由於人類大腦對於圖像及聲音的注意力及記憶力皆比純文字來的容易，加上國內媒體對於名人自殺的報導常是持續一段時間，因此這些自殺相關訊息如自殺原因、地點或自殺方式，就容易在觀眾的腦海裡留下印象，若觀眾本身是高風險族群、具有類似的處境或是往後遇到類似情況，就容易產生輕生的念頭或是模仿相同的自殺方式。

以 2017 年 4 月 27 日新聞報導林奕含自殺為例，在新聞報導後兩週自殺死亡人數較其他時間點 $OR=1.05(95\%CI=1.03-1.05)$ ，換句話說會有 8(95%CI=5-12)人因為自殺新聞報導而自殺死亡，在校正其他變數後，則變為 $1.01(95\%CI=0.92-1.1)$ ，但由於截距項部份 $p<0.0001$ ，故表示現有校正變數可能仍無法校正其他因素之影響。而冬天、上個月失業率及 2015 年的 Crude Odds ratio 的 p 值均小於 0.05，也就是具有顯著影響的，若針對三大主要自殺方式來看，吊死、勒死及窒息自殺及自傷其 OR 值最高， $OR=1.12(95\%CI=1.08-1.16)$ ，校正其他變數後， $OR=1.2(95\%CI=1.03-1.4)$ ，也就是 10(95%CI=2-17)人會因為該件自殺新聞報導，而上吊自殺死亡，另外固體或液體自殺及自為中毒其 $OR=1.09(95\%CI=1.03-1.16)$ ，而校正其他變數後，OR 值仍高於 1， $OR=1.21(95\%CI=1.02-1.43)$ 。

參考文獻

Chen, Y. Y., Liao, S. F., Teng, P. R., Tsai, C. W., Fan, H. F., Lee, W. C., & Cheng, A. T. (2012). The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 215-221.

	OR(95%CI)	P-VALUE	aOR(95%CI)	P-VALUE
時間點				
自殺新聞報導後兩週	1.05(1.03-1.07)	<.0001	1.01(0.92-1.1)	0.8851
其他時間	1(1-1)		1(1-1)	
季節				
春天(3-5 月)	1(1-1)			
夏(6-8 月)	1.01(0.95-1.08)	0.6501	1.01(0.94-1.08)	0.7406
秋(9-11 月)	0.97(0.9-1.05)	0.4374	0.94(0.86-1.03)	0.1835
冬(12-2 月)	0.88(0.79-0.97)	0.0143	0.88(0.78-0.98)	0.0255
年份				
2015	0.93(0.88-0.99)	0.0302	0.94(0.88-1)	0.0468
2016	0.97(0.91-1.03)	0.2785	0.93(0.86-1.01)	0.0777
2017	1(1-1)			
失業率(前月)	1.06(0.86-1.31)	0.5615	1.3(0.95-1.77)	0.1043
前二週自殺死亡人數	1(1-4.31)	0.1435	1(1-1)	0.8108
自殺方式				
以固體或液體物質自殺	1.09(1.03-1.16)	0.0018	1.21(1.02-1.43)	0.0303
氣體及蒸氣	1(0.96-1.05)	0.9821	1.05(0.94-1.17)	0.3959
上吊自殺	1.12(1.08-1.16)	<.0001	1.2(1.03-1.4)	0.018

(二) 研析各年齡層人口群之危險因子及保護因子，並供予相關部會研商建議。
(舉例：0-17 歲學齡層及 15-24 歲青年人口群統計應提供政策建言予教育部，25-44 歲中壯年人口群統計則可提供政策建言予勞動部、經濟部及相關公協會)

依據自殺防治通報系統數據分析顯示，性別為女性、年齡為 0-14 歲、15-24 歲、25-44 歲、婚姻狀態離婚與喪偶為目前自殺通報個案之危險因子，以下將從不同年齡層分析其自殺之危險因子、保護因子，及其相關防治建議。

1.0-17 歲學齡層及 15-24 歲青年人口

1) 自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人生理與心理層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖、校園與網路霸凌
環境層面	模仿效應、經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導

2) 相關高風險群舉例說明

影響青少年自殺的危險因子有很多，可見上表的危險因子，大致分為兩項：基因遺傳與環境（家庭、學校、社會）。基因遺傳包括精神疾患，如情感性疾患，或一些慢性疾病，如癌症等，都有可能提高青少年的自殺比。

另外環境因子則顯示在特殊家庭環境成長的孩童，如低社經狀態、低教育水準、照顧者失業、原住民或外來移民（語言隔閡、價值觀衝突）、家暴家庭等，都可能是自殺高風險群；在學校也可能會碰到性別認同、性取向等自我認同與接納問題，若青少年發展過程中缺少接納，缺乏支持，將可能造成自我貶低，對生命產生迷惘。此外，曾有過自殺企圖的青少年更是自殺高風險群之一。

3) 自殺防治策略建議

(1) 全面性策略

標的：青少年、家長、教師

- 當發生學生的自殺與自傷新聞事件時，校園設有單一發言人，針對媒體做出統一的因應：單一發言人應根據兒童及少年福利與權益保障法第 46 條、第 49 條 14 項與網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則，適度提供媒體正確的報導資訊，以免各種臆測的言論瀰漫校園；亦保護校園裡師生，免於在未準備的情況下，面臨媒體逼問而不知所措。例如：當有學生跳樓事件發生時，校園可以有單一的發言人，於媒體採訪時負責解說。
- 透過宣導活動、演講、課程的辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，增進青少年、家長、教師的心理衛生知識，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：建議針對高中職及大學新生訓練例行性介紹守門人、心情溫度計，可舉辦演講，邀請知名醫師、作家等人員，針對心理健康、認識精神疾病議題和學生分享，如壓力紓解、認

識躁鬱症與憂鬱症；另外在學校開設生命教育、珍愛生命守門人、自我認同發展、情感與人際的相關課程，增強青少年的心理健康及自殺防治的知識。亦可對於家長的家庭教育增設情感表達訓練課程。

- c. **調查並實施學校之自殺防治策略：**分析學童自殺特徵及傾向，研究學童自殺防治策略實施狀況。而考量目前網路使用普及，建議和內政部、通訊相關團體舉辦網路使用安心講座，以家長、教職人員、學童為對象，製作能促進學童身心健康之教材及文宣品，以使學童學習應對困難及壓力。
- d. **針對校園內的自殺方式進行防治加強校園心靈健康，透過經費補助設置校園諮商人員及校園社工，使校園諮商體制更為充實：**針對校園內可取得之自殺方式，推廣自殺防治的設施，如可針對校園內的頂樓進行監控管理；或根據公寓大廈管理條例第8條「公寓大廈有十二歲以下兒童或六十五歲以上老人之住戶，外牆開口部或陽臺得設置不妨礙逃生且不突出外牆面之防墜設施」、公寓大廈防墜設施設置原則，在樓梯間內部裝上防墜網，外部裝上細網以免學生從高處墜下。

(2) 選擇性策略

標的：高風險群

- a. **針對高自殺風險群進行篩檢：**針對具有自殺危險因子的高風險學生，如精神疾患患者、家庭經濟不穩定、遭受校園或網路霸凌的學生，可由教師、家長進行一問、二應、三轉介的自殺篩檢步驟，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。
- b. **推廣心情溫度計及心理衛生資源：**要使教師及家長能迅速了解學生心理照護的需求，強化篩檢與辨識可能有自殺風險的學生，目前自殺防治工作中積極推動心情溫度計(BSRS-5)，除了篩檢外，也能強化師生自我健康覺察的能利。除了加強此量表的推廣，增設辦理心情溫度計使用方法的演講與課程，亦可將關懷單張附上心情溫度計的量表與APP、QR code，同時將心理衛生資源放置於背面，發放給各校的教師與家長，增進心理照護需求的瞭解，並在有需要時能有資源及時求助。如可在家長日發給與會家長。
- c. **對教職人員推動珍愛生命守門人教育訓練：**針對可能會接觸自殺企圖者的教師、家長、偏鄉數位關懷教師進行珍愛生命守門人訓練，以一問二應三轉介為原則，如可在師資培育政策中設置此課

程為教師的必修課程，或者設為資格考核標準之一；樂齡學習中亦可推廣此課程。

- d. **針對高風險學生給予關懷與支持**：相較於一般青少年，高風險學生，例如：遭受校園或網路霸凌者、海外僑生等，有較高的自殺風險。可針對此類學生推動心理健康相關宣導與關懷，例如：班級輔導、電話關懷、建立同儕互助機制。

(3) 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

- a. **強化第一線輔導教師之自殺危機辨識及處理能力**：針對輔導教師辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。
- b. **持續推動自殺者同儕及遺族關懷**：為自殺者同儕進行去汙名化宣導，並提供支持與關懷服務，例如辦理班級輔導。
- c. **自殺企圖學童之相關自殺防治策略介入措施**：設立學童專用諮商電話，確立兒童能更容易使用輔導資源；改訂霸凌防治指導方針，並編製指導手冊與簡要標語發給全國中小學兒童，與相關機關合作，共同促進心理健康。

2. 25-44 歲中壯年人口

1) 自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人生理與心理層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具

2) 相關高風險舉例說明

包括高工時高壓力工作者，或高勞動力工作者，例如：醫生、護士、律師、卡車司機；長期失業者、退休者、身心障礙者、中低收入戶、經濟困難者、物質成癮者、精神疾患患者、在職場上經歷過自殺事件者。

3) 自殺防治策略實施方針

(1) 全面性策略

標的：全體勞動工作者

- a. **可透過大型宣導活動、傳播媒體、演講、藝文活動辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化，落實職場之心理健康促進**：製作相關文宣，於特定時節進行心理健

康相關宣導或發放。也可建議公司行號定時舉辦心理健康促進、自殺防治與壓力管理相關課程，或由主管機關定期舉辦課程，邀請公司派員參與。員工及主管了解心理健康之重要性，學習覺察自身的心理狀態，以及在怎麼樣的情況下需要尋求資源。

- b. **職場精神衛生對策之推動**：採取調查研究，加強宣導及諮商機制，對民間團體活動給予支援，由於網路的發達，建議可設立上班族精神衛生入門網，提供精神衛生相關資訊及透過電話、電子郵件之諮商服務。

(2) 選擇性策略

標的：過勞勞工、低薪勞工、失業勞工

- a. **推動珍愛生命守門人教育訓練**：提供守門人訓練給第一線接觸勞工的相關人員，包括勞檢員、勞資調解員、就業輔導員、勞工及健康護理人員等，強化相關人員辨識自殺高風險群並給予關懷、提供轉介資源等能力。
- b. **推廣心情溫度計**：於勞工諮詢、勞資調解、職業訓練等場域發放心情溫度計宣導單張，提供勞工自我檢測心理健康工具及可運用之心理衛生資源。
- c. **提供失業或經濟貧困者相關資源**：針對失業者提供相關心理諮商、就職訓練及職場體驗之資源，協助失業者就業與自立，減緩生活或經濟壓力，以有效促進自殺防治之保護因子，降低自殺風險。
- d. **設立經營者相關支援窗口**：針對中小型企業提供援助專線，針對經營上之困難，提供法律或心理資源之協助，輔導經營者。

(3) 指標性策略

標的：自殺企圖勞工、自殺身亡勞工遺族與同事

- a. **輔導公司企業針對自殺企圖者提供後續關懷**：根據研究，曾有過自殺行為，其再度自殺之機率較一般人高。因此，針對曾有自殺企圖之勞工，建議公司企業提高敏感度，定期給予關懷，以防憾事發生。
- b. **推動職場自殺相關心理衛生介入體制**：職場發生員工自殺事件後，往往讓公司同仁難以接受，也產生情緒反應。適當的輔導資源介入將有助於情緒紓解及提升自我照顧能力，因此建議提供相關心理衛生資源供企業運用。如加強自殺防治及情緒舒緩講座，及提供如線上或熱線之諮商服務。

(三) 資料顯示個案再自殺與 **BSRS** 之相關性不高，建議可再深入分析其原因，

並將分析結果產出對應之政策建言。(例如：透過縣市訪視紀錄抽查結果，進一步分析應強化之關懷訪視員核心能力及其問題，並納入關懷訪視員培訓之參考)

影響自殺的因素多元，評估自殺風險評估有助於危機的辨識及預防再自殺。其中，BSRS 為自殺風險評估工具之一，能夠藉由個案當下的情緒狀態評估自殺風險。根據通報系統 107 年 1~7 月資料顯示，初次訪視評估 BSRS ≥ 6 分的個案其再自殺率是 12.2%，而初次訪視評估 BSRS < 6 分的個案其再自殺率則是 6.4%；由此資料可知，初次訪視評估 BSRS ≥ 6 分的個案其再自殺率高於 BSRS < 6 分的個案。然而，針對自殺風險，除了情緒狀態的項目評估之外，生理精神狀態、壓力源、經濟因素、人際因素、生活環境威脅或資源等，亦是影響自殺風險的重要評估項目。

舉例來說，個案曾使用的自殺方式(如個案曾使用的自殺手段較激烈，像是跳樓或上吊，那麼自殺意念可能就相對較強烈，相對的再自殺的風險也可能較高)、引發自殺的壓力源或事件(若過去引發個案自殺的壓力源又出現時，其再自殺風險會較高)、自殺行為出現的頻率(若個案過去出現自殺行為具有一定頻率，則當時間接近個再自殺行為出現的時間，風險就會較高)等等，亦是自殺風險重要的評估方向。因此，BSRS 雖能夠提供訪員個案情緒狀態的相關訊息，但針對自殺風險評估，仍需要加入其他的評估資訊，以提供更全面與完整的評估。

另外，從各縣市訪視紀錄之抽查結果來看，訪員在 SOAP 的訪視紀錄架構中，普遍缺少客觀資料(O)與評估資料(A)的撰寫，特別是在評估資料(A)的撰寫更容易缺少完整性的評估。然而，不論是客觀資料或者是評估資料，此兩項內容對於訪員後續的整體評估與處遇相當重要，關係到訪員訪視時所關注的重點訊息；因此當訪員的 SOAP 紀錄有缺漏時，將難以從紀錄上得知訪員在訪視時所進行的評估項目及處遇的適當性。另外，若根據訪員核心能力追蹤調查結果來看，有進行自殺關懷訪視業務的人員當中，自評訪視過程中較沒有信心落實的核心能力為「覺察個案自殺行為徵兆」、「提供重複自殺個案轉介資源」以及「了解拒訪原因」，表示訪員普遍在自殺行為徵兆的敏感度、轉介的執行以及拒訪個案處遇上是相對較需被強化的能力。

因此，根據以上分析提出下列六點建議：

1. 增加訪員對於自殺風險評估項目的知識。
2. 增加訪員落實評估自殺風險的能力。

3. 增加訪員對於評估結果形成自殺風險等級分類的能力。
4. 針對個案風險等級(評估結果)提供適當資源的能力。
5. 增加訪員轉介知識與相關資源的口袋名單
6. 提高關訪員處理拒訪個案的能力。

八、社群網站之建置與推廣，應訂定具體成效指標。

根據珍愛生命打氣網近兩年「貼文總讚數」、「總觸及人次」及「粉絲成長率」訂定成效指標如下：

1. 每月貼文按讚數需達到 550 個。
2. 每月貼文觸及人次需達 38000 人次。
3. 每月粉絲上升率需達 0.7%。

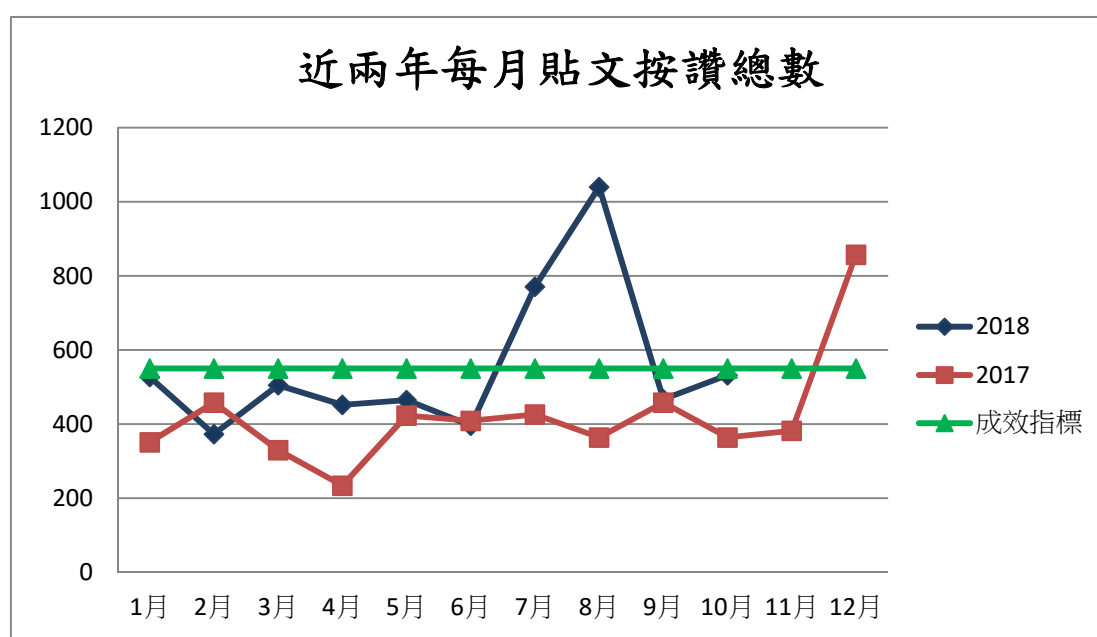


圖 1、2017 年與 2018 年每月貼文總讚數趨勢圖

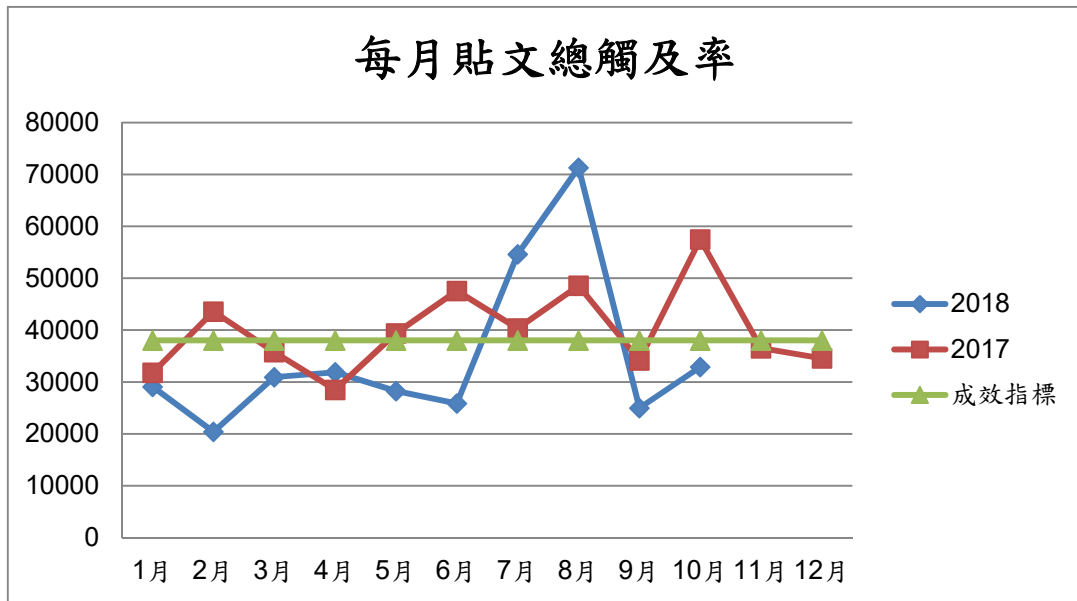


圖 2、2017 年與 2018 年每月貼文總觸及人次趨勢圖

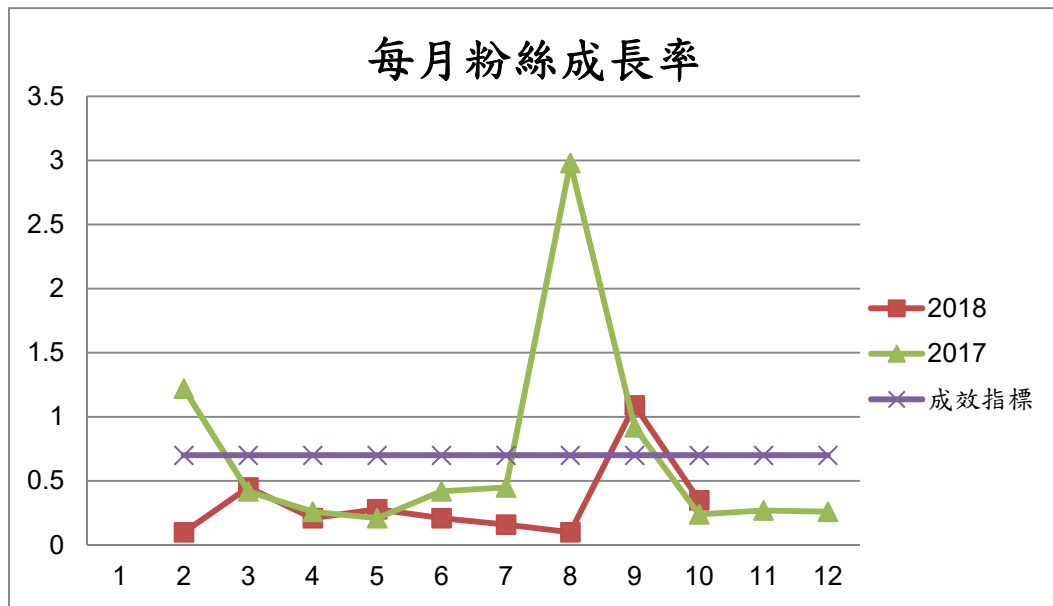


圖 3、2017 年與 2018 年每月粉絲人數成長率趨勢圖

九、目前媒體遵循自殺新聞報導之改善仍有限，應探討其原因，並進行溝通成效分析。

根據全國自殺防治中心統計，四大報中「六不六要」遵守率偏低之原則如下：

在「六不」的部分，「不要簡化自殺原因」及「不要刊登照片或遺書」為遵守率偏低的原則。自殺通常並非單一因素所造成，與當事人之生理、心理及社會狀況皆有所關連，難以在短時間完全掌握。中心目前提供給媒體的報導原則為至少要報導說明三項（含）以上之因素、原因來自當事人之遺書內容或是由自殺企圖者自身說明，才不算是簡化原因。以當前媒體工作市場

競爭的狀況下，要盡力把採訪的資訊深入分析了解，再呈現給觀眾並不是容易的事。而在照片刊登方面，中心目前的標準為不管照片類型為何，只要有刊登照片皆會被歸為未遵守，在目前媒體之工作型態下，若其它報社皆有刊登照片，則以報社的立場不可能不刊登，只能盡力馬賽克，因此要求媒體從業人員在撰寫自殺新聞時完全不刊登照片或許是過於嚴苛的標準。中心目前正積極研擬刊登照片之分級制度，未來會只將特定類型的照片歸為不能刊登的部分。

在「六要」的部分，「與醫療衛生專家密切討論」、「提及其他解決方式」、「報導呼籲危險指標」為遵守率偏低的原則，此三項原則之遵守皆涉及需與醫療衛生專家討論，而目前媒體從業人員諮詢專家意見的管道為將自殺新聞傳至有專家之通訊群組中，並由專家進行回覆，但群組中也有其他報社之媒體從業人員，因此若要與專家討論勢必會提前流出獨家新聞且無法以最快的時間刊登出來，在講求即時性及獨家性的工作性質下，各媒體人員將較難遵守此三項原則。

在溝通成效分析方面，若事後針對不當新聞進行投書，報社端也願意配合修改或下架，統計自 7 月 3 日至 10 月 22 日止共投書 40 則自殺相關新聞其中蘋果日報有 23 則、聯合報 9 則、自由時報 4 則以及中時 4 則；在回應的部分，共 27 則有進行改善與下架，其中蘋果日報 12 則、聯合報 8 則、自由時報 4 則以及中時 3 則，回應率分別為 52.2%、88.9%、100%及 75% 其顯示出，中心應繼續加強與蘋果日報的溝通與交流。

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。

2017 年國人自殺死亡率較 2016 年增加 2.5%，雖已連續 8 年在十大死因之外，但排名由 2016 年第 12 位上升至 2017 年第 11 位，詳如圖 1。就性別而言，女性自殺粗死亡率由 2016 年每十萬人口 10.2 人增加至 2017 年的 11.0 人；男性則由 2016 年每十萬人口 21.8 人增加至 2017 年的 22.0 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，2017 年青少年 15-24 歲的自殺粗死亡率較前一年減少 5.9%；65 歲以上老年族群的自殺死亡率雖下降 3.7%，但仍為各年齡層之冠。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。

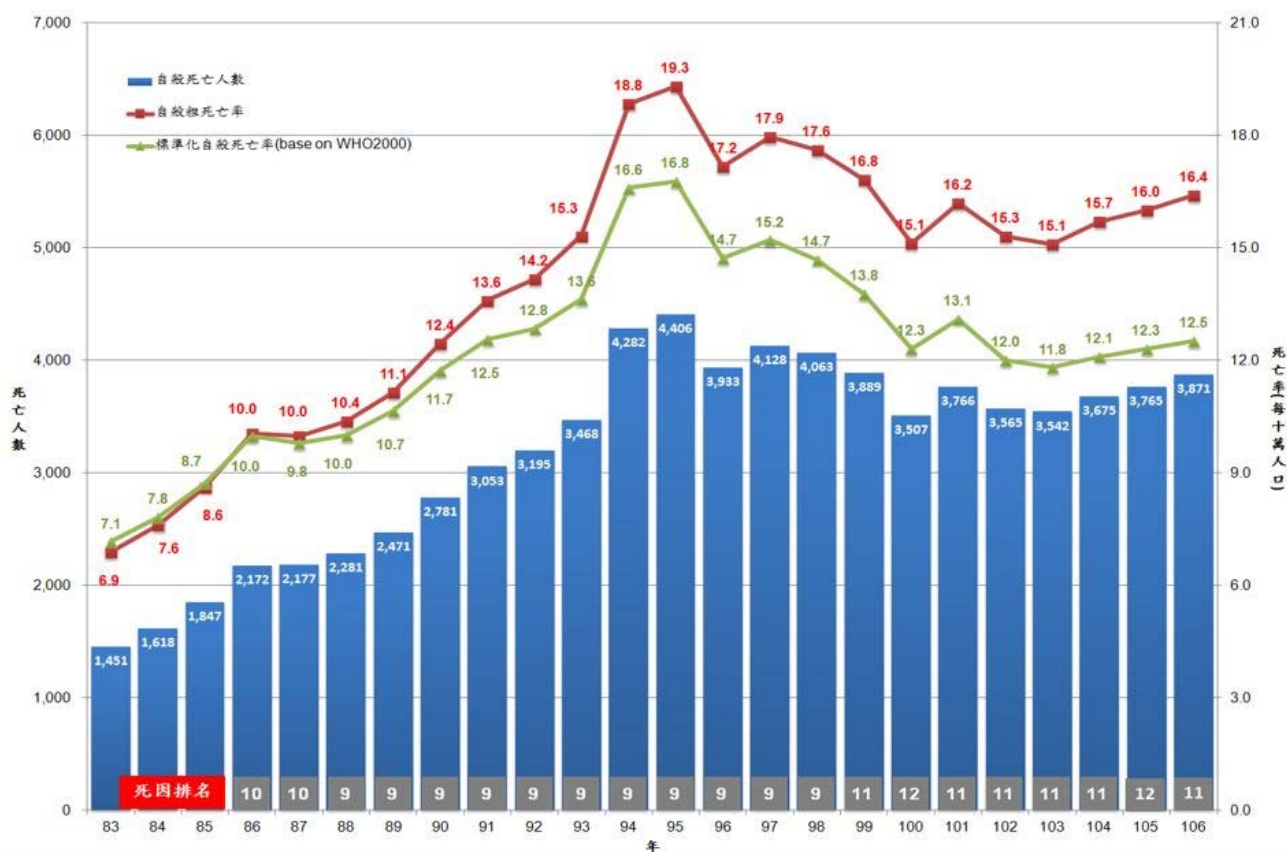


圖1、全國1994年至2017年自殺死亡率

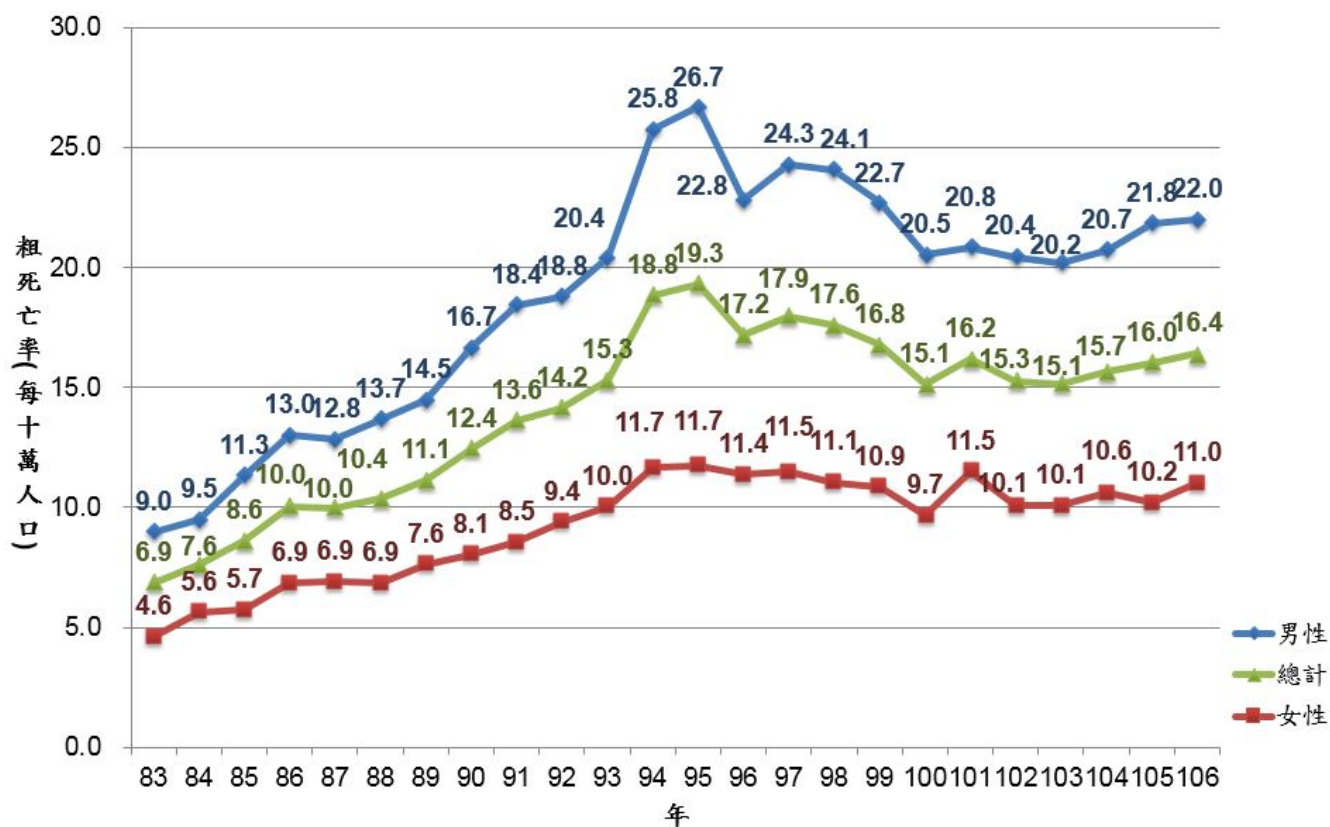


圖2、全國1994至2017年性別自殺死亡率

2018 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 2018 年之自殺通報比及關懷率持續上升。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「一問、二應、三轉介」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、編製醫院自殺防治工作手冊、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、延續去年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，並研擬自殺關懷訪視工作評核指標，追蹤自殺關訪員核心能力之落實情形。今年也至日本考察，以自殺防治為議題與日本進行實務及學術單位進行實務交流，提供我國研擬防治策略時參考。另外也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縣市輔導訪查，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，編修自殺新聞報導準則，也持續蒐集國內外自殺防治相關文獻及策略。在農藥自殺防治上亦結合多家專業團體聲明支持農委會之巴拉刈禁用政策。

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；國外文獻報告已指出，搏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，2018 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 2017 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。

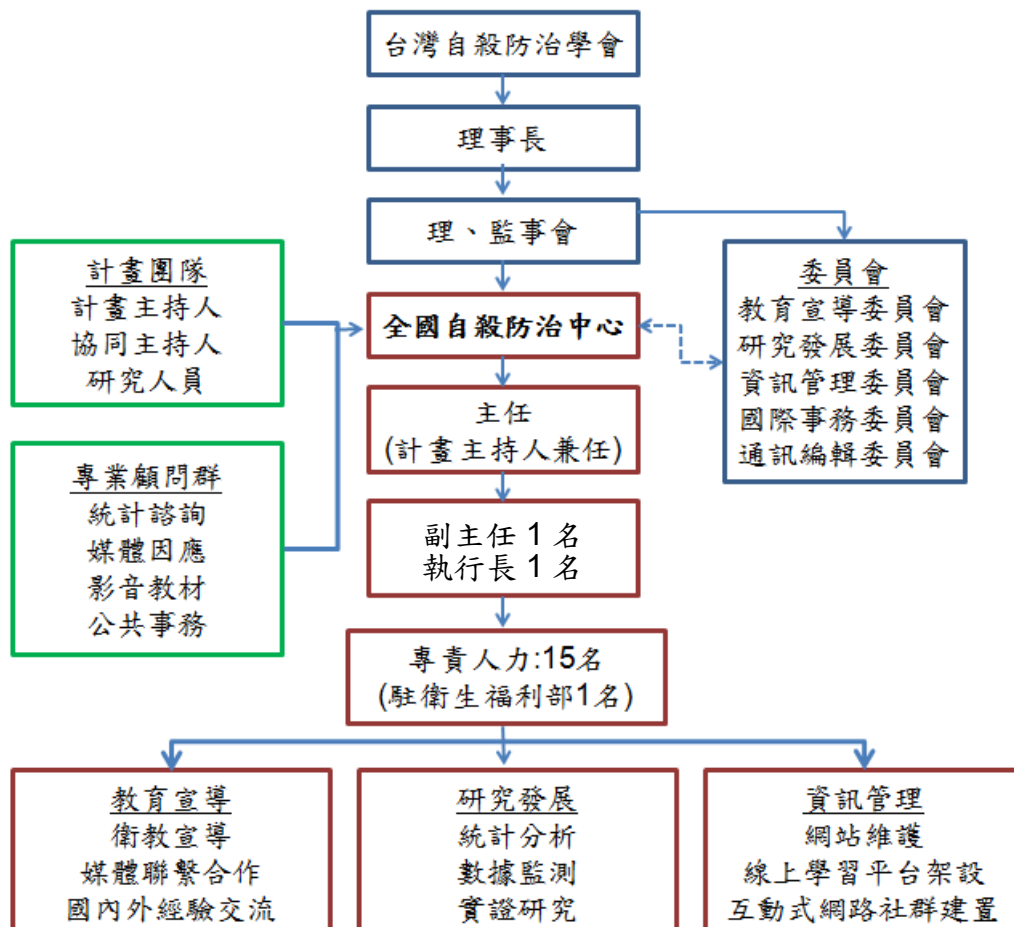


圖 1-1 組織圖

2017 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。

2017 年持續配合衛生福利部心理及口腔健康司，以本中心做為全國自殺防治工作之平台，辦理包括自殺防治相關之統計分析、實證研究、草擬自殺防治法、推動法律草擬階段之資料蒐集及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提之下，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，俾利有效降低國人自殺死亡率。另外，為協助地方持續推動自殺防治工作，辦理強化自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

- b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。
- c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因。

(2) 自殺企圖通報資料檔

- a. 資料來源：公共衛生資訊入口網自殺通報系統。
- b. 資料說明：自殺企圖通報個案之相關資料。
- c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、居住所在地、訪視情形、訪視方式等。

3) 資料清檔：進行資料清檔與串聯彙整。

4) 統計分析

- (1) 建立評估指標及分析自殺企圖者特性，包含自殺粗死亡率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺死因占率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺通報比(全國、各縣市)、自殺通報占率(性別、年齡層、自殺方式、自殺原因)、分案率、分案關懷率、結案率、通報單位類型分布、關懷方式類型比例、全國及各縣市個案關懷次數(平均值、標準差、中位數、最大值、最小值)、關懷後處遇計畫比例等。監測全國自殺死亡及自殺通報概況，並對全國自殺防治策略進行評估，藉以作為修正的參考。
- (2) 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。
- (3) 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、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。
- 2) 資源連結內容及形式：提供分析報表及數據、系統使用回饋問題蒐集、縣市訪查等。

三、過程 (Process)

1. 組織建立：延續籌組研究小組的規劃，由李明濱計畫主持人親自督導，小組成員專長涵蓋精神醫學、心理學、社會學、流行病學、生物統計、衛生政策及醫療保健等領域，持續進行老人相關議題、疾病與自殺、燒炭自殺、自殺風險評估量表工具及巨觀的自殺防治等研究；並定期召開會議討論，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 2017 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 2000 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 2017 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。

3. 研究分析

1) 自殺死亡特性分析

2) 自殺企圖個案特性分析

四、成果 (Product)

1. 執行結果

1) 全國自殺死亡率變動趨勢

臺灣的自殺死亡情況在 1994 年自殺死亡人數為 1,451 人(男性 977 人、女性 474 人，性別比 2.06)，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人(男性 9.0 人、女性 4.6 人)。其後逐年攀升，自殺死亡人數於 2005 年大幅躍升至 4,282 人(男性 2,977 人、女性 1,305 人，性別比 2.28)，自殺粗死亡率每十萬人口 18.8 人(男性 25.8 人、女性 11.7 人)。2006 年持續上升，自殺死亡人數達到 4,406 人(男性 3,088 人、女性 1,318 人，性別比 2.34)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，其後則呈現下降趨勢。(如圖 2-1-1)

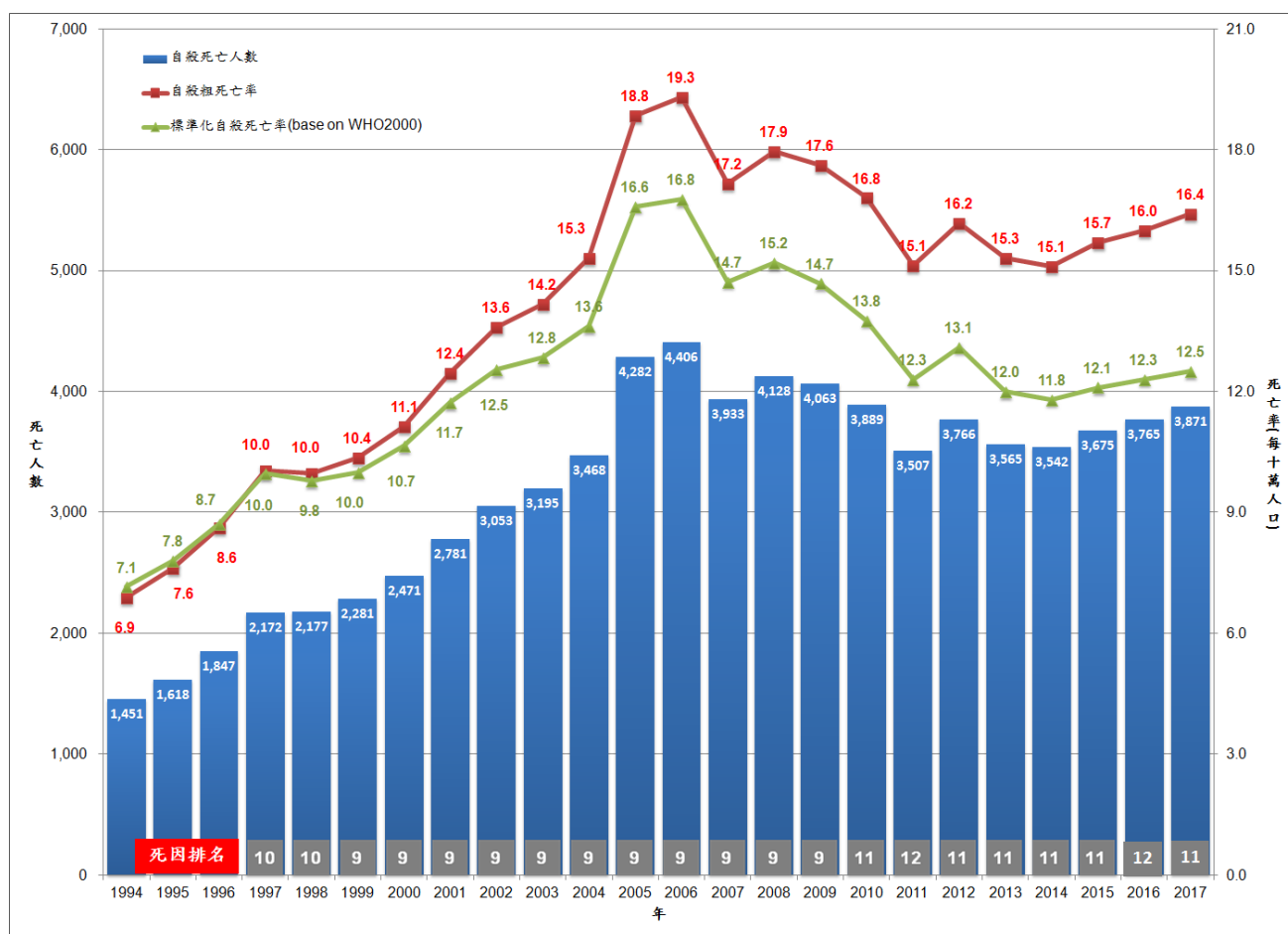


圖 2-1-1、1994-2017 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2017 年自殺死亡人數 3,871 人(男性 2,574 人、女性 1,297 人，性別比 1.98)；自殺粗死亡率每十萬人口 16.4 人(男性 22 人、女性 11 人)，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 15%、與 2016 年(每十萬人口 16 人)相比上升 2.5%，三年移動平均呈現上升趨勢。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率自 1994 年起逐年增加，於 1995 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 2017 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 22 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 17.6%。

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 2016 年為 10.2 人，2017 年上升至 11 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 6%。(如圖 2-1-2)

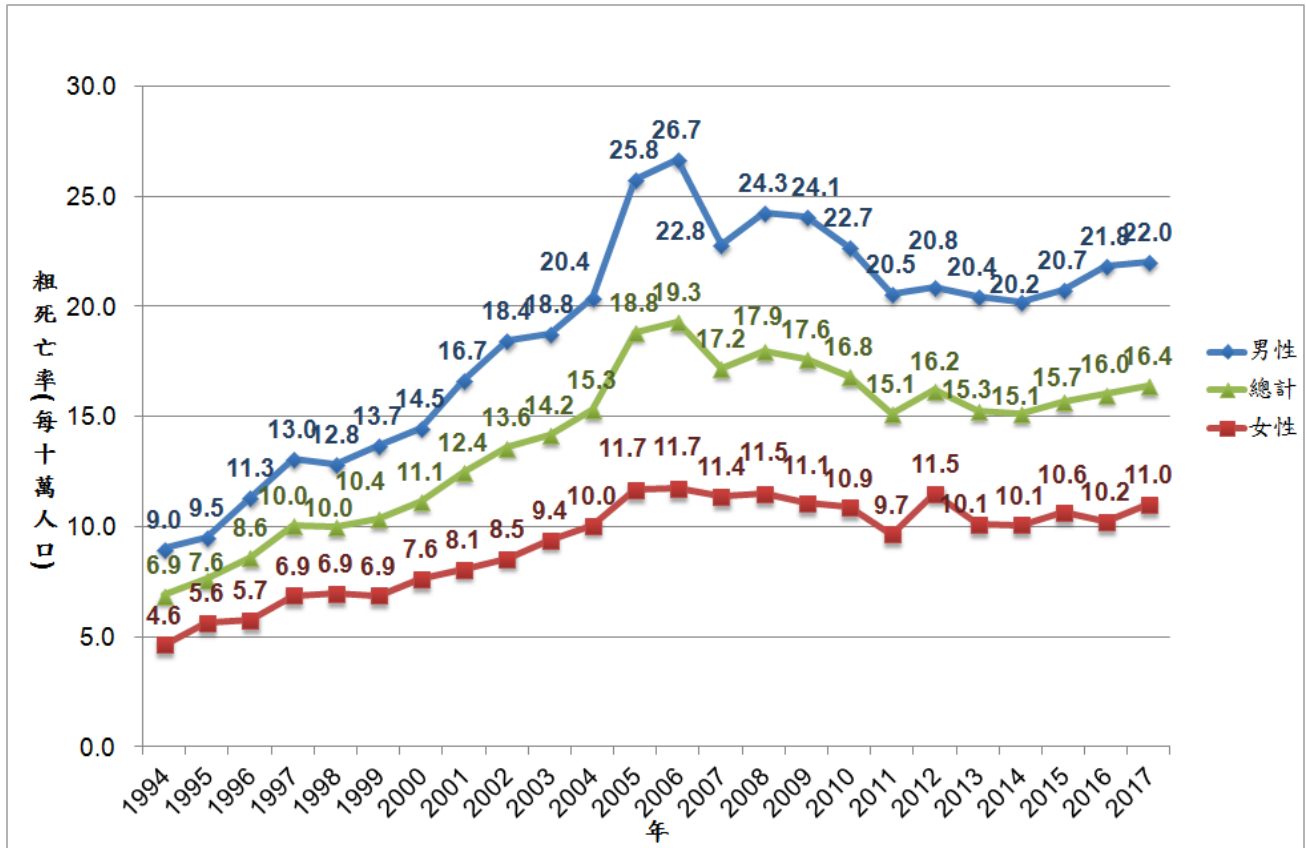


圖 2-1-2、1994-2017 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析，1994 年以來各年自殺粗死亡率皆隨著年齡老化而上升，且由標準化自殺死亡率自 1998 年後逐年低於粗死亡率可得知臺灣年齡層人口分佈趨向高齡化，突顯針對老年人口自殺防治策略的重要性。

男性年齡層中「14 歲以下」2017 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.1 人，較 2016 年下降 75%；「15-24 歲」自殺粗死亡率逐年上升，於 2005 年達到最高點每十萬人口 9.2 人，並於 2007 年後呈現逐年下降趨勢，至 2013 年每十萬人口 6.0 人後又呈現上升趨勢，至 2017 年微幅下降至每十萬人口 8.1 人，2017 年與 2005 年相比，降幅 12%；與 2016 年相比降幅為 5.8%；「25-44 歲」於 2005 年大幅增加(每十萬人口 32.7 人)，與 2004 年相比增幅達到 30.8%，至 2006 年(每十萬人口 35.3 人)為最高峰，其後呈現下降趨勢至 2015 年每十萬人口 20.4 人，2017 年為每十萬人口 21.4 人，與 2006 年相比降幅為 39.4%，與 2016 年相比減少 2.7%；「45-64 歲」於 2005 年大幅上升至每十萬人口 39.3 人(與 2004 年相比增幅達到 29.3%)，2006 年

起呈現下降趨勢，至 2014 年每十萬人口 28.0 人，而 2017 年上升至每十萬人口 29.9 人，與 2016 年相比增幅為 6%；「65 歲以上」亦於 2006 年達到高點每十萬人口 51.1 人，其後呈現下降之趨勢，至 2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 43.2 人，而 2017 年為每十萬人口 43.8 人，與 2006 年相比下降 14.3%，較 2016 年減少 5.2%。(如圖 2-1-3)

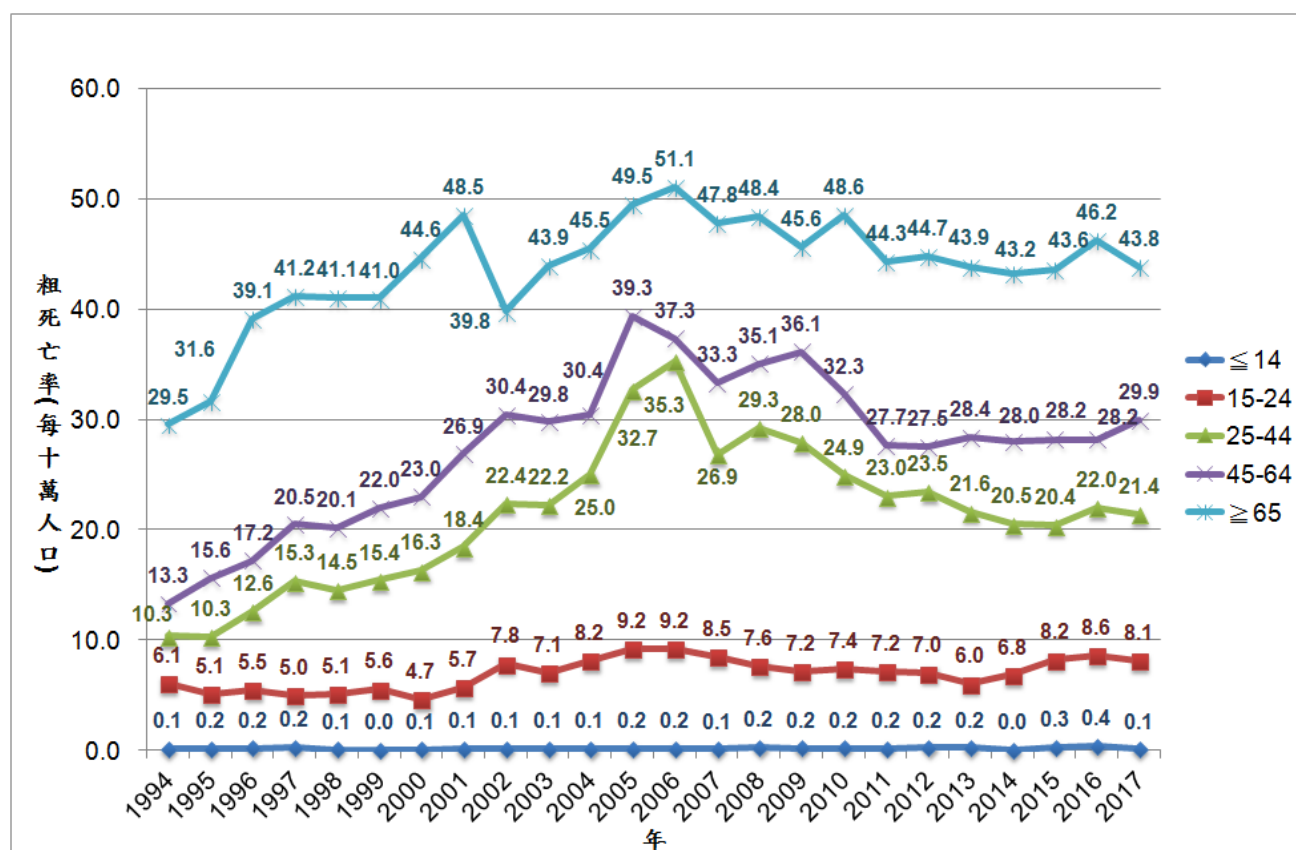


圖 2-1-3、1994-2017 年男性各年齡層自殺粗死亡率

女性「14 歲以下」2017 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.1 人，歷年變化不大，均在 0~0.3 之間；「15-24 歲」於 2003 至 2013 年間上下起伏，其中在 2005 年達到最高點(每十萬人口 5.8 人)，2010 年大幅下降(每十萬人口 3.4 人)，較 2009 年減少 35.5%，2014 年降至近年來的低點每十萬人口 3.2 人，2017 年為每十萬人口 4.6 人，較 2016 年減少 4.2%；「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，2017 年為每十萬人口 11.8 人，較 2016 年增加 15.7%；「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，2017 年為每十萬人口 12.7 人，較 2016 年每十萬人口 12.2 人增加 4.1%；「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，2017 年自殺粗死亡率每十萬人口 20.3 人，與 2016 年相同。(如圖 2-1-4)

2017 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」(1,263 人，占率 32.6%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(956 人，占率 24.7%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(663 人，占率 17.1%)、「由高處跳下自殺及自傷」(482 人，占率 12.5%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(276 人，占率 7.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(107 人，占率 2.8%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(98 人，占率 2.5%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(26 人，占率 0.7%)。

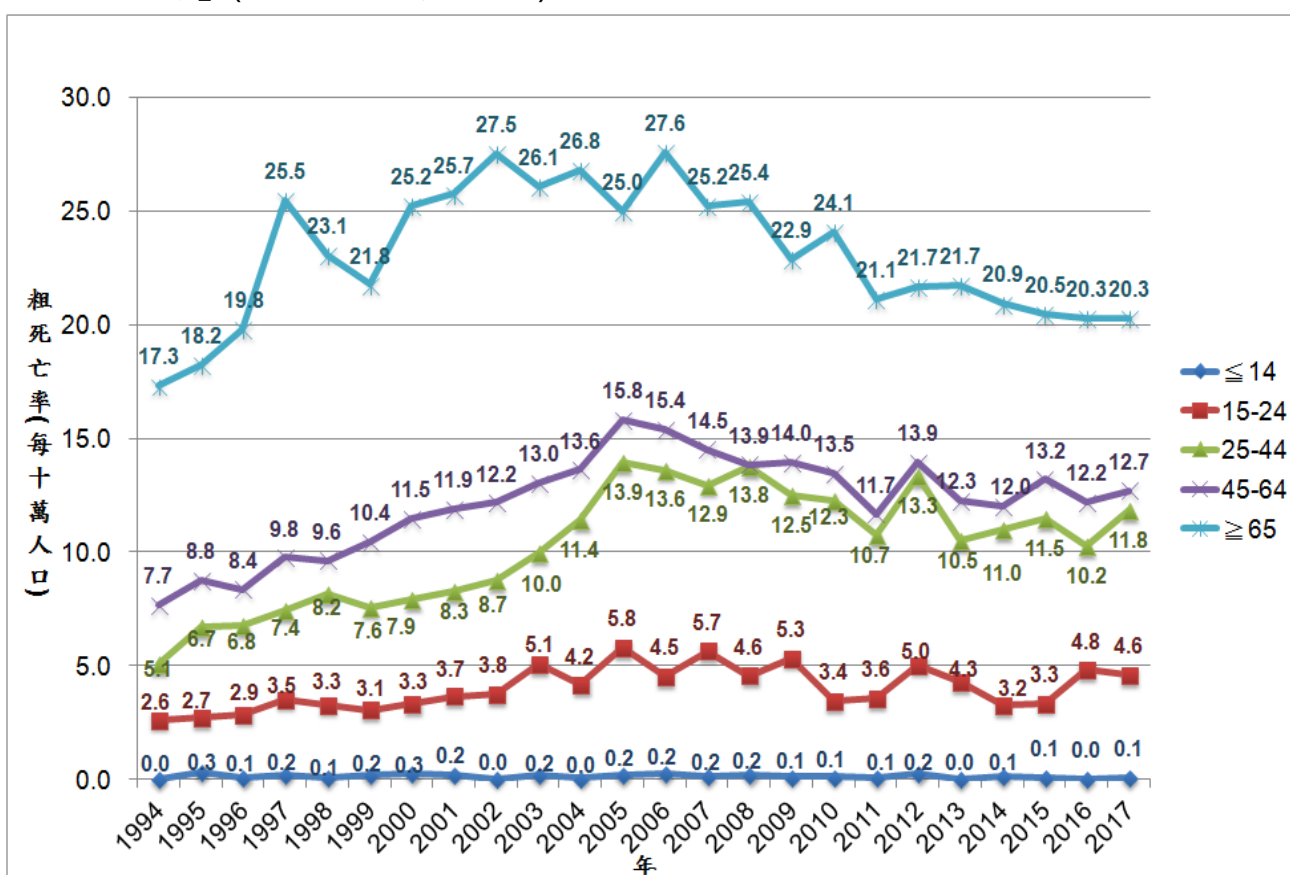


圖 2-1-4、1994-2017 年女性各年齡層自殺粗死亡率

自殺死因 2017 年占率增幅依序為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(增幅 75%、增加 11 人)、「切穿工具自殺及自傷」(增幅 21.7%、增加 19 人)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(增幅 3.5%、增加 78 人)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(增幅 2.1%、增加 44 人)、「由高處跳下自殺及自傷」(增幅 0.8%、增加 15 人)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(降幅 2.7%、增加 1 人)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(降幅 8.6 %、減少 40 人)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(降幅 21.9%、減少 22 人)。(如圖 2-1-5)

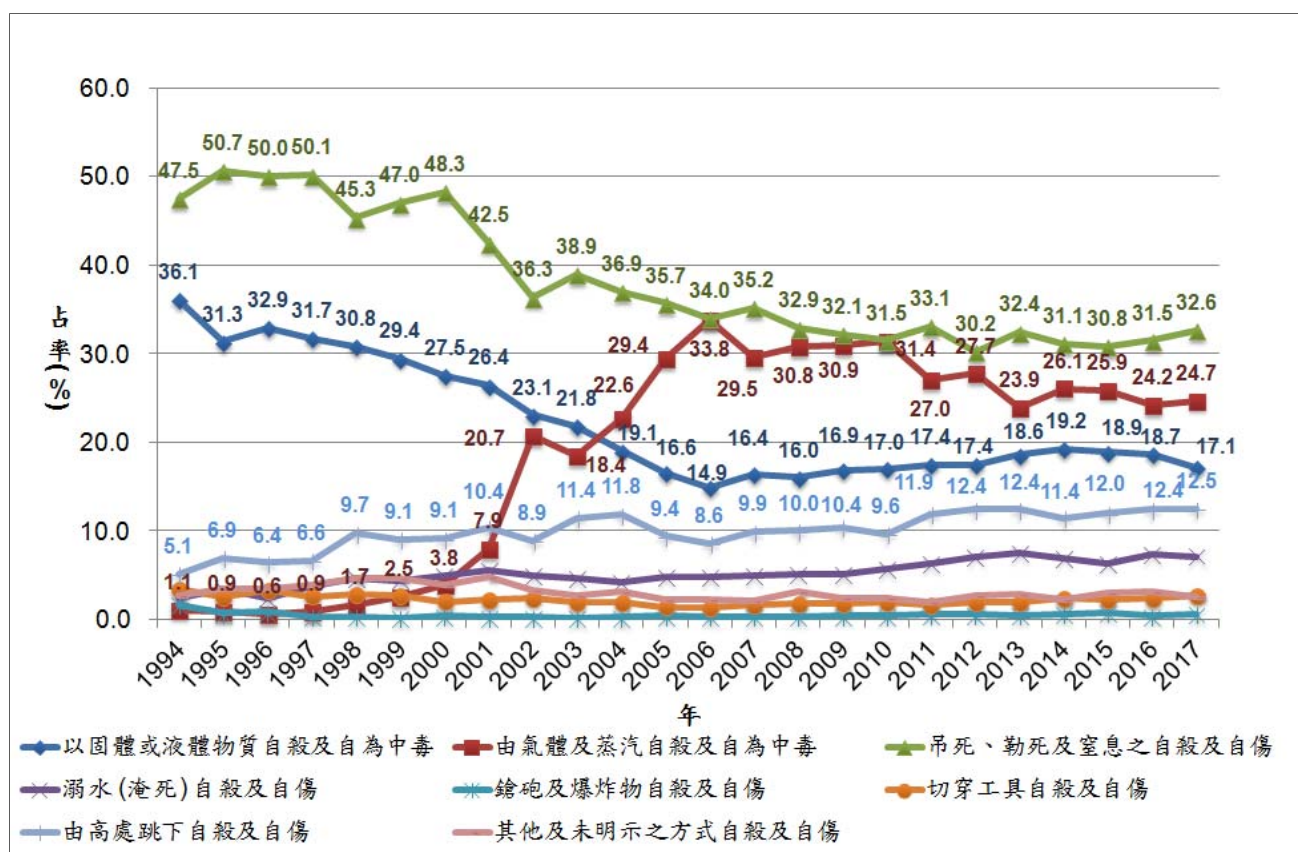


圖 2-1-5、1994-2017 年全國自殺死亡方式占率

以性別觀察全國自殺死因，2017 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」(393 人，30.3%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(247 人，19%)及「由高處跳下自殺及自傷」(232 人，17.9%)。「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率為 17.7%，較 2016 年(21.7%)下降 18.4%；「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」占率為 19%，較 2016 年(16.5%)上升 15.2%；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率為 30.3%，較 2016 年(29.1%)上升 4.1%；「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 11.1%，較 2016 年(10.7%)上升 3.7%；「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」及「切穿工具自殺及自傷」占率與 2016 年相同；「由高處跳下自殺及自傷」占率為 17.9%，較 2016 年(17%)上升 5.3%。(如圖 2-1-6)

2017 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」(870 人，33.8%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(709 人，27.5%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(434 人，16.9%)。「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率為 16.9%，較 2016 年(17.2%)下降 1.7%；「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」占率為 27.5%，較 2016 年(27.9%)下降 1.4%；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率為 33.8%，較 2016 年(32.6%)上升 3.7%；「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 5.1%，較 2016 年(5.7%)下降 10.5%；「鎗

砲及爆炸物自殺及自傷」占率 1%，較 2016 年(0.5%)上升 100%；及「切穿工具自殺及自傷」占率 3%，較 2016 年(2.3%)上升 30.4%；「由高處跳下自殺及自傷」占率為 9.7%，較 2016 年(10.2%)下降 4.9%。(如圖 2-1-7)

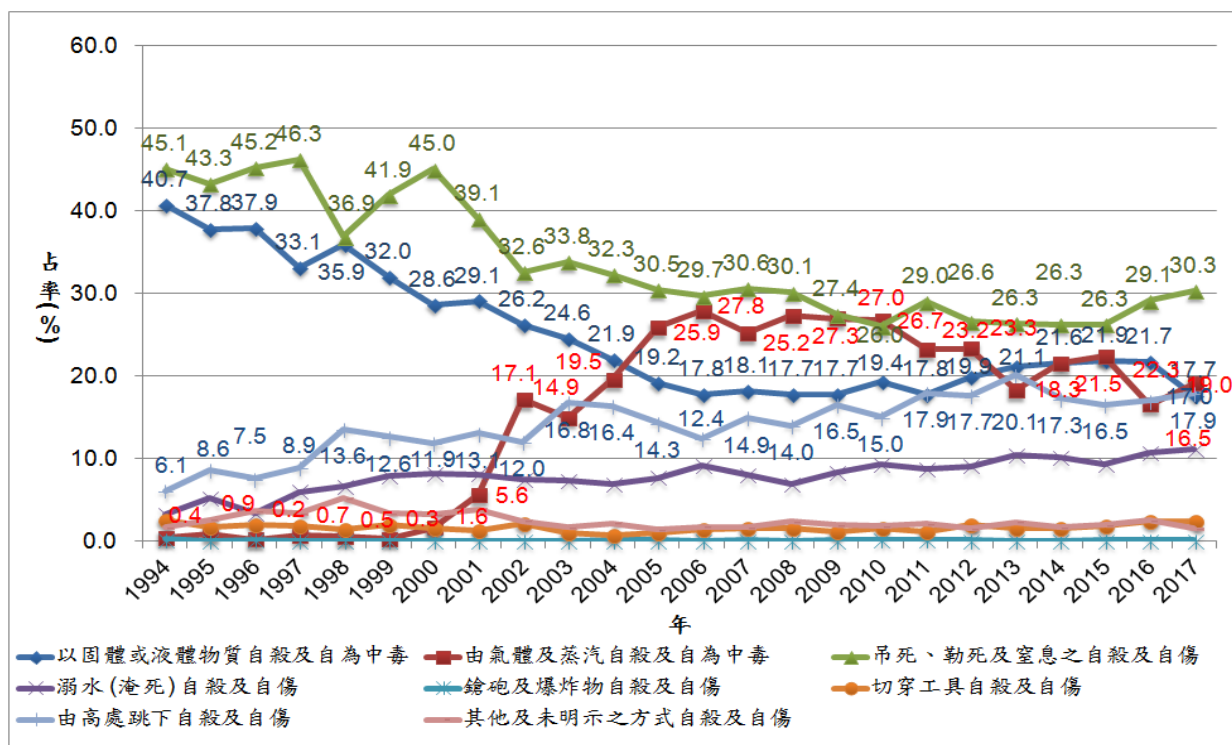


圖 2-1-6、1994-2017 年全國女性自殺死亡方式占率

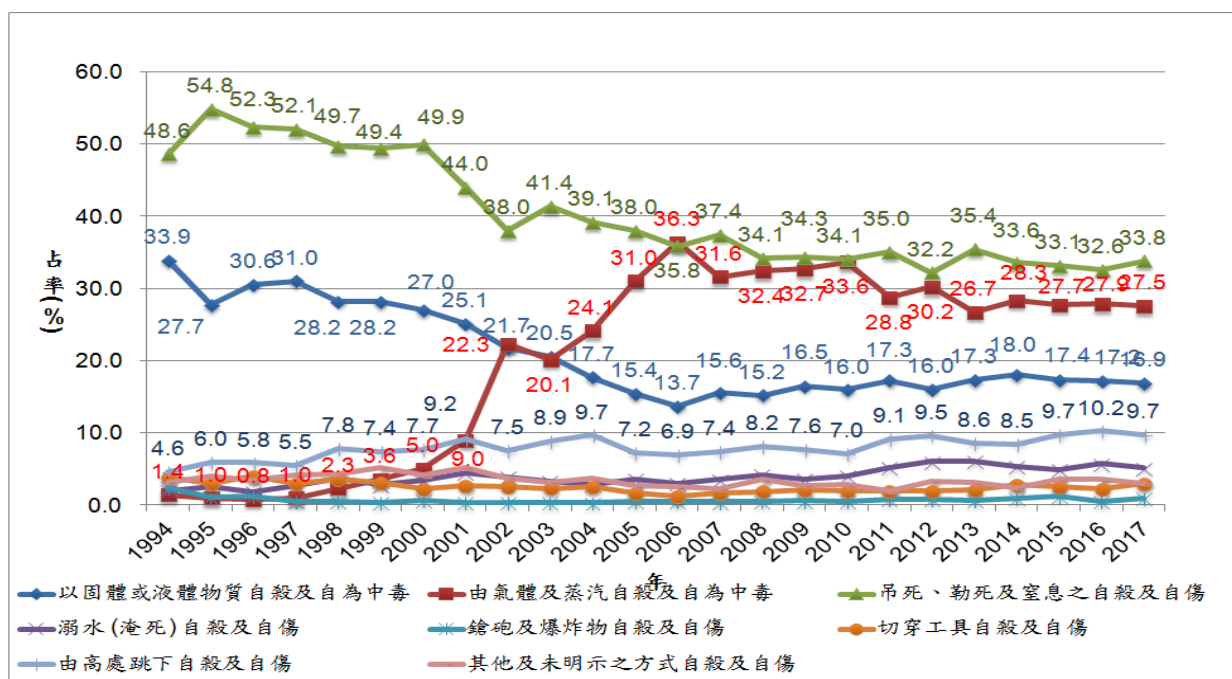


圖 2-1-7、1994-2017 年全國男性自殺死亡方式占率

2017 年自殺粗死亡率前六高縣市為連江縣(39 人)、澎湖縣(26 人)、嘉義縣(24.9 人)、南投縣(24.4 人)、宜蘭縣(24.1 人)、臺東縣(20.9 人)，如表 2-1-1；2017 年標準化自殺死亡率前六高縣市為連江縣(34 人)、澎湖縣(21 人)、南投縣(18.4 人)、宜蘭縣(17.2 人)、嘉義縣(17.1 人)、臺東縣及花蓮縣(14.2 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、2016-2017 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	2016 年		2017 年		增減率 (%)
	粗死亡率	排名	粗死亡率	排名	
全國	16	-	16.4	-	2.7
臺北市	11.4	20	11.8	22	3.5
新北市	15.4	12	16	16	3.9
基隆市	19.3	7	16.1	15	-16.6
宜蘭縣	20.3	5	24.1	5	18.7
桃園市	14.2	17	15.5	17	9.2
新竹市	11.9	19	13.9	20	16.8
新竹縣	12.3	18	16.9	13	37.4
苗栗縣	19.1	8	17.1	12	-10.5
臺中市	14.7	15	15.3	18	4.1
彰化縣	15.4	12	14.5	19	-5.8
南投縣	25.6	1	24.4	4	-4.7
雲林縣	19.1	8	19.2	8	0.5
嘉義市	14.8	14	16.3	14	10.1
嘉義縣	24.7	2	24.9	3	0.8
臺南市	17.6	10	17.4	10	-1.1
高雄市	16.3	11	17.3	11	6.1
屏東縣	23.3	3	18.4	9	-21
臺東縣	19.4	6	20.9	6	7.7
花蓮縣	20.5	4	19.7	7	-3.9
澎湖縣	14.6	16	26	2	78.1
金門縣	7.5	21	12.5	21	66.7
連江縣	0	22	39	1	-

表 2-1-2、2016-2017 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	2016 年		2017 年		增減率 (%)
	標準化死亡率	排名	標準化死亡率	排名	
全國	12.3		12.5		1.6
臺北市	8.4	20	8.9	21	6
新北市	12.2	12	12.4	16	1.6
基隆市	14	7	11.1	19	-20.7
宜蘭縣	15	4	17.2	4	14.7
桃園市	11.9	13	12.8	14	7.6
新竹市	10.4	18	11.5	18	10.6
新竹縣	10.3	19	13.7	8	33
苗栗縣	14.7	6	13.5	9	-8.2
臺中市	11.8	14	12.2	17	3.4
彰化縣	11.8	14	10.9	20	-7.6
南投縣	19.1	1	18.4	3	-3.7
雲林縣	13.8	8	13.2	11	-4.3
嘉義市	11.8	14	13.2	11	11.9
嘉義縣	16.2	3	17.1	5	5.6
臺南市	13	10	12.9	13	-0.8
高雄市	12.4	11	12.8	14	3.2
屏東縣	16.8	2	13.5	9	-19.6
臺東縣	13.8	8	14.2	6	2.9
花蓮縣	14.8	5	14.2	6	-4.1
澎湖縣	10.7	17	21	2	96.3
金門縣	5.7	21	8.5	22	49.1
連江縣	0	22	34	1	-

各縣市自殺死亡人數 2017 年較 2016 年增減數如表 2-1-3。

表 2-1-3、2016 年與 2017 年相比各縣市自殺死亡人數增減依性別

縣市	男性			女性			總計		
	總人數 Total	增減數 N	增減率 (%)	總人數 Total	增減數 N	增減率 (%)	增減數 N	增減率 (%)	增加數占率 (%)
全國	2574	15	0.6	1297	91	7.5	106	2.8	-
臺北市	193	-4	-2	124	13	11.7	9	2.9	8.5
新北市	384	-27	-6.6	252	49	24.1	22	3.6	20.8
基隆市	38	-12	-24	22	0	0	-12	-16.7	-11.3
宜蘭縣	76	16	26.7	34	1	3	17	18.3	16
桃園市	223	26	13.2	114	8	7.5	34	11.2	32.1
新竹市	42	7	20	19	2	11.8	9	17.3	8.5
新竹縣	67	17	34	26	9	52.9	26	38.8	24.5
苗栗縣	63	-6	-8.7	32	-6	-15.8	-12	-11.2	-11.3
臺中市	277	14	5.3	148	6	4.2	20	4.9	18.9
彰化縣	132	-2	-1.5	54	-10	-15.6	-12	-6.1	-11.3
南投縣	83	-16	-16.2	40	9	29	-7	-5.4	-6.6
雲林縣	94	1	1.1	39	-1	-2.5	0	0	0
嘉義市	29	-1	-3.3	15	5	50	4	10	3.8
嘉義縣	97	7	7.8	31	-7	-18.4	0	0	0
臺南市	215	-26	-10.8	114	23	25.3	-3	-0.9	-2.8
高雄市	340	27	8.6	141	2	1.4	29	6.4	27.4
屏東縣	113	-23	-16.9	40	-19	-32.2	-42	-21.5	-39.6
臺東縣	30	1	3.4	16	2	14.3	3	7	2.8
花蓮縣	47	-1	-2.1	18	-2	-10	-3	-4.4	-2.8
澎湖縣	15	6	66.7	12	6	100	12	80	11.3
金門縣	12	7	140	5	0	0	7	70	6.6
連江縣	4	4	-	1	1	-	5	-	4.7

各年齡層自殺死亡人數較 2016 年增加之縣市前三名如下；各縣市各年齡層自殺死亡人數增減數，詳如表 2-1-4。

年齡層	前三名縣市
14 歲以下	臺北市(增加 1 人) 桃園市(增加 1 人)
15-24 歲	苗栗縣(增加 6 人) 臺北市、桃園市、嘉義縣及澎湖縣(各增加 2 人) 臺南市(增加 8 人)
25-34 歲	新北市(增加 7 人) 臺中市(增加 6 人) 新竹縣(增加 14 人)
35-44 歲	新竹市及臺東縣(各增加 8 人)
45-54 歲	臺中市(增加 26 人) 新竹縣及臺南市(各增加 9 人) 高雄市(增加 22 人)
55-64 歲	新北市(增加 18 人) 桃園市(增加 14 人) 新北市(增加 22 人)
65-74 歲	高雄市(增加 16 人) 桃園市(增加 11 人) 高雄市(增加 27 人)
75 歲以上	雲林縣(增加 8 人) 苗栗縣(增加 6 人)

自殺死因占率較 2016 年增加之縣市前三名如下；各縣市各自自殺死因人數增減數，詳如表 2-1-5。

自殺死因	2017 (%)	2016 (%)	增減率(%)	前三名縣市
固體或液體物質	17.1	18.7	-8.6	宜蘭縣 16 人(增幅 88.9%) 高雄市 12 人(增幅 20.3%) 桃園市 30 人(增幅 38.5%)
以氣體及蒸汽	24.7	24.2	2.1	新竹縣 10 人(增幅 45.5%) 嘉義市 10 人(增幅 45.5%)
吊死、勒死及窒息	32.6	31.5	3.5	高雄市 33 人(增幅 23.4%) 新北市 26 人(增幅 13.3%)

溺水(淹死)	7.1	7.3	-2.7	臺中市 13 人(增幅 9.6%)
				臺南市 13 人(增幅 12.4%)
				宜蘭縣 6 人(增幅 200.0%)
				嘉義市 4 人(增幅 200.0%)
				臺中市 4 人(增幅 28.6%)
鎗砲及爆炸物	0.7	0.4	75	臺南市 4 人(增幅 300.0%)
				臺北市 3 人(增幅 300.0%)
				新北市 3 人(150.0%)
切穿工具	2.8	2.3	21.7	新北市 6 人(增幅 46.2%)
				桃園市 5 人(增幅 71.4%)
				花蓮縣 5 人(500.0%)
由高處跳下	12.5	12.4	0.8	臺中市 12 人(增幅 22.6%)
				新北市 6 人(增幅 5.6%)
				桃園市 6 人(增幅 14.6%)
其他及未明示方式	2.5	3.2	-21.9	高雄市 5 人(增幅 41.7%)
				新竹縣 3 人(增幅 41.7%)
				基隆市 2 人(增幅 200.0%)

表 2-1-4、2016 年與 2017 年相比各縣市自殺死亡人數增減依年齡

	合計		0-14 歲		15-24 歲		25-34 歲		35-44 歲		45-54 歲		55-64 歲		65-74 歲		75 歲以上	
	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率
臺北市	9	2.9	1	-	2	15.4	11	31.4	-8	-15.1	14	27.5	2	3.6	-11	-22.0	-2	-3.9
新北市	22	3.6	-3	-100.0	-4	-9.8	7	9.2	5	3.7	1	0.8	18	18.0	22	35.5	-24	-32.9
基隆市	-12	-16.7	0	-	-3	-60.0	2	50.0	-1	-10.0	-8	-40.0	0	0.0	-5	-38.5	3	42.9
宜蘭縣	17	18.3	0	-	-1	-16.7	0	0.0	3	20.0	7	41.2	1	5.0	8	114.3	-1	-5.9
桃園市	34	11.2	1	-	2	11.1	-4	-6.5	5	9.4	7	10.9	14	30.4	11	39.3	-2	-6.3
新竹市	9	17.3	0	-	-1	-14.3	-1	-11.1	8	114.3	0	0.0	-3	-27.3	5	166.7	1	16.7
新竹縣	26	38.8	0	-	-3	-33.3	4	80.0	14	100.0	9	112.5	5	35.7	-1	-12.5	-2	-22.2
苗栗縣	-12	-11.2	0	-	6	100.0	-2	-13.3	0	0.0	-8	-32.0	-6	-30.0	-8	-61.5	6	46.2
臺中市	20	4.9	0	-	-7	-26.9	6	10.3	-3	-4.2	26	37.1	7	9.3	0	0.0	-9	-17.3
彰化縣	-12	-6.1	0	-	-3	-30.0	-8	-27.6	1	2.8	1	2.8	-4	-10.3	0	0.0	1	3.7
南投縣	-7	-5.4	0	-	-2	-25.0	-1	-6.3	4	20.0	-2	-8.0	-5	-17.2	-5	-31.3	4	25.0
雲林縣	0	0.0	0	-	-2	-33.3	-3	-20.0	0	0.0	2	8.7	3	15.8	-8	-38.1	8	32.0
嘉義市	4	10.0	0	-	1	50.0	3	60.0	-2	-25.0	-2	-18.2	0	0.0	2	40.0	2	66.7
嘉義縣	0	0.0	0	-	2	100.0	0	0.0	1	5.0	3	14.3	6	27.3	-3	-13.6	-9	-30.0
臺南市	-3	-0.9	0	0.0	0	0.0	8	22.2	-10	-15.9	9	17.0	-1	-1.5	-8	-20.0	-1	-1.7
高雄市	29	6.4	-1	-50.0	0	0.0	-2	-3.4	-11	-11.5	-22	-22.2	22	27.5	16	31.4	27	58.7
屏東縣	-42	-21.5	0	-	-2	-22.2	1	5.3	-9	-25.0	-1	-3.3	-17	-38.6	-6	-21.4	-8	-27.6
臺東縣	3	7.0	0	-	-3	-100.0	-1	-50.0	8	133.3	-7	-58.3	4	66.7	-2	-28.6	4	57.1
花蓮縣	-3	-4.4	0	-	0	0.0	2	50.0	-4	-30.8	-6	-31.6	-5	-35.7	7	100.0	3	37.5
澎湖縣	12	80.0	0	-	2	200.0	2	100.0	0	0.0	6	600.0	5	-	-1	-33.3	-2	-50.0
金門縣	7	70.0	0	-	0	-	0	0.0	1	-	2	100.0	4	400.0	-1	-25.0	1	100.0
連江縣	5	-	0	-	1	-	0	-	0	-	0	-	1	-	1	-	2	-

表 2-1-5、2016 年與 2017 年相比各縣市自殺死亡人數增減依自殺死因

	合計		以固體 或液體物質		以氣體及蒸汽		吊死、勒死 及窒息		溺水		鎗砲及爆炸物		切穿工具		由高處跳下		其他	
	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率
臺北市	9	2.9	8	53.3	1	1.5	1	1.0	-5	-13.2	3	300.0	2	25.0	-1	-1.5	0	0.0
新北市	22	3.6	-16	-25.0	3	1.8	26	13.3	2	4.0	3	150.0	6	46.2	6	5.6	-8	-50.0
基隆市	-12	-16.7	1	20.0	-11	-47.8	-7	-25.9	0	0.0	-1	-100.0	-1	-100.0	5	71.4	2	200.0
宜蘭縣	17	18.3	16	88.9	2	9.1	-2	-5.7	6	200.0	-2	-100.0	-2	-100.0	0	0.0	-1	-25.0
桃園市	34	11.2	0	0.0	30	38.5	-9	-8.8	1	4.3	0	0.0	5	71.4	6	14.6	1	12.5
新竹市	9	17.3	0	0.0	5	38.5	2	12.5	-3	-75.0	0	-	1	100.0	5	55.6	-1	-33.3
新竹縣	26	38.8	-1	-5.3	10	45.5	11	68.8	0	0.0	0	-	2	200.0	1	20.0	3	-
苗栗縣	-12	-11.2	-11	-35.5	8	36.4	-8	-22.9	-1	-14.3	-2	-100.0	1	-	0	0.0	1	50.0
臺中市	20	4.9	-6	-8.8	4	3.8	13	9.6	4	28.6	2	200.0	4	44.4	12	22.6	-13	-65.0
彰化縣	-12	-6.1	11	20.4	-6	-11.8	-5	-8.6	-6	-46.2	0	-	-1	-20.0	-6	-50.0	1	20.0
南投縣	-7	-5.4	-13	-29.5	-1	-3.3	0	0.0	1	25.0	1	-	4	200.0	1	8.3	0	0.0
雲林縣	0	0.0	-2	-4.2	5	17.9	-4	-11.4	2	28.6	2	-	1	33.3	0	0.0	-4	-57.1
嘉義市	4	10.0	-4	-66.7	10	250.0	3	18.8	4	200.0	-1	-100.0	-2	-100.0	-6	-75.0	0	0.0
嘉義縣	0	0.0	-20	-37.0	7	35.0	11	33.3	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	33.3	0	0.0
臺南市	-3	-0.9	-5	-7.7	5	6.8	13	12.4	-6	-18.2	4	-	-4	-36.4	-2	-6.9	-8	-53.3
高雄市	29	6.4	12	20.3	-22	-17.9	33	23.4	2	5.0	1	50.0	0	0.0	-2	-3.1	5	41.7
屏東縣	-42	-21.5	-24	-33.3	-6	-16.2	-12	-24.0	-3	-27.3	1	-	-1	-20.0	2	16.7	1	12.5
臺東縣	3	7.0	4	28.6	-2	-22.2	0	0.0	1	50.0	0	-	-1	-50.0	1	100.0	0	0.0
花蓮縣	-3	-4.4	5	29.4	-7	-58.3	0	0.0	1	50.0	-1	-100.0	5	500.0	-6	-85.7	0	0.0
澎湖縣	12	80.0	2	200.0	6	120.0	4	133.3	0	0.0	1	-	-1	-100.0	0	0.0	0	-
金門縣	7	70.0	2	-	2	200.0	6	200.0	1	-	0	-	0	0.0	-3	-75.0	-1	-100.0
連江縣	5	-	1	-	1	-	2	-	0	-	0	-	0	-	1	-	0	-

2)全國自殺通報資料趨勢說明

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，於 2016 年自殺通報人次微幅下降後，2017 年上升為 30,619 人次(男性 11,430 人次、女性 19,189 人次)，自殺通報比為 7.6，女性為男性之 1.68 倍，2017 年自殺通報人次較 2006 年增加 59.8%、若與 2016 年相比增加 5.6%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2017 年自殺通報比與 2006 年相比增加 76.7%、較 2016 年相比則增幅為 5.6%。(如圖 2-1-8)

分析 2017 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為嘉義市(10.3)、新竹市(9.6)、新竹縣 (9.5)、新北市及桃園市 (各為 9.1)。

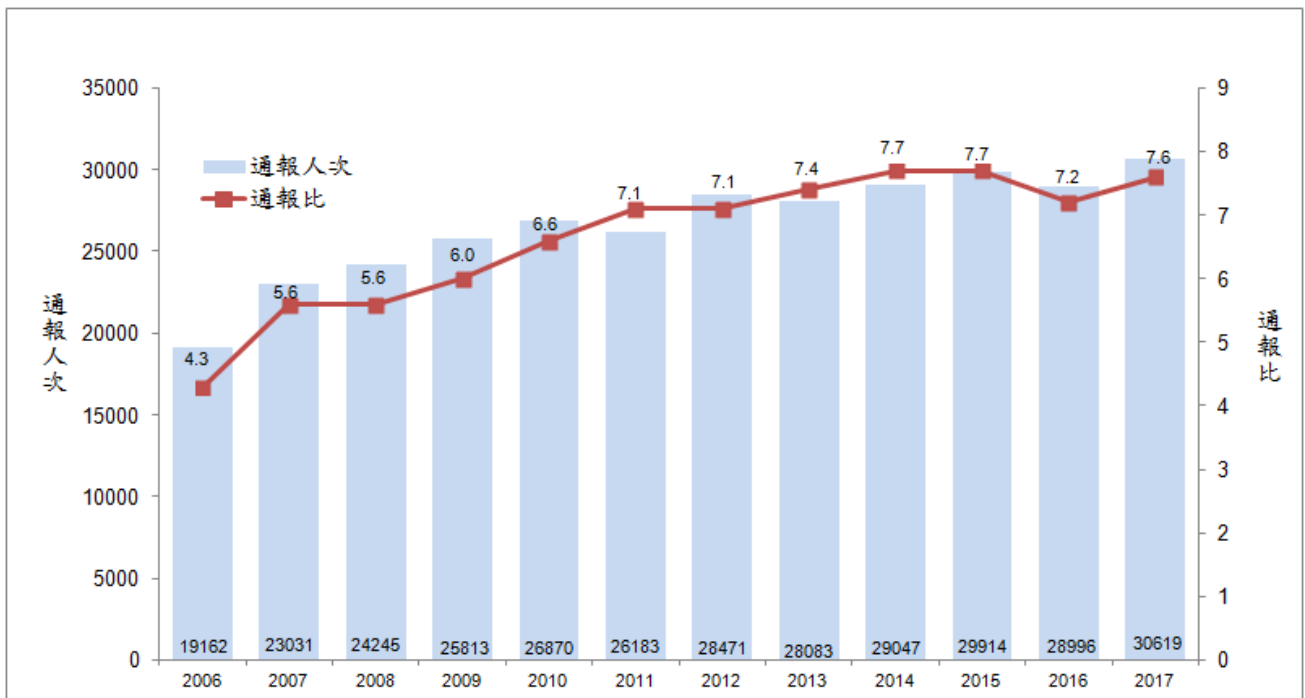


圖 2-1-8、2006-2017 年全國自殺通報趨勢圖

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，歷年呈現上升趨勢，2017 年為 11,430 人次，與 2016 年相比增幅為 5.8%，與 2006 年相比增幅為 78.8%。女性自殺通報人次 2006 年為 12,769 人次，歷年雖有上下起伏，但整體微上升趨勢，2017 年為 19,189 人次，與 2016 年相較增幅為 5.5%，與 2006 年相較增幅為 33.5%(如圖 2-1-9)。

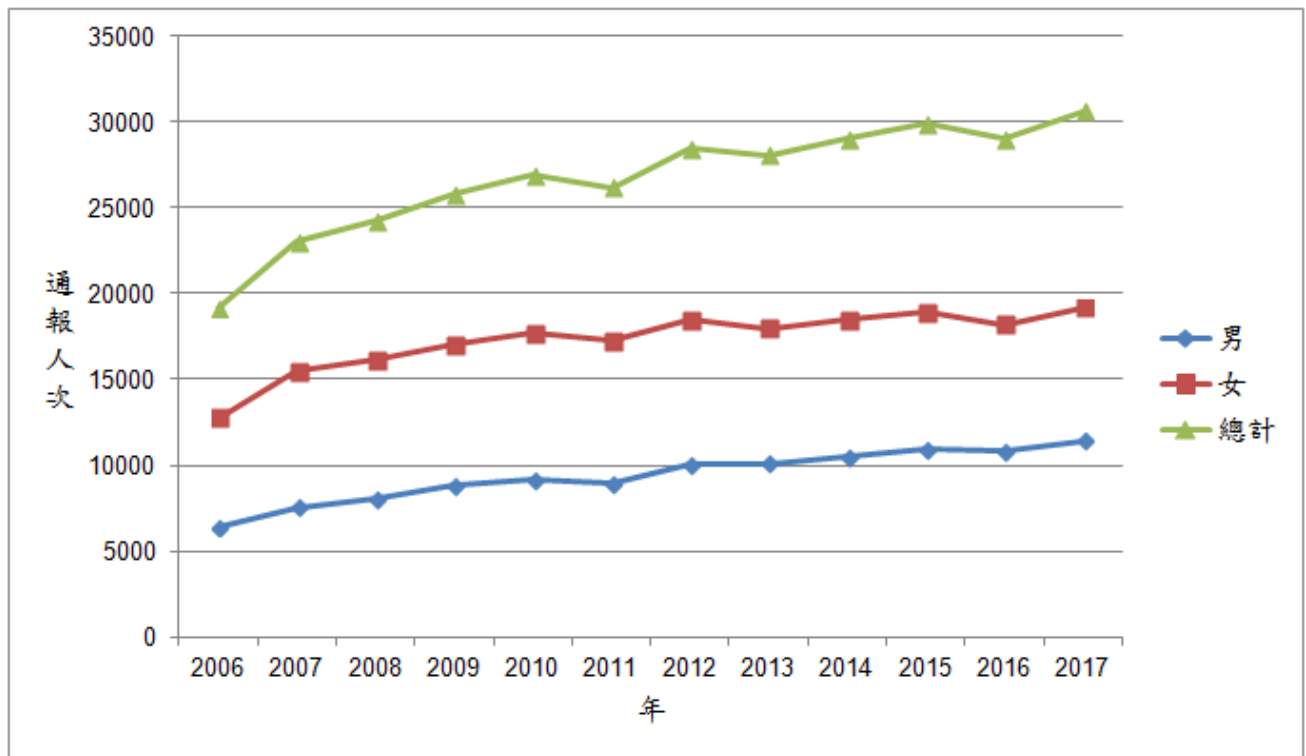


圖 2-1-9、2006-2017 年全國性別自殺通報趨勢圖

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 2017 年(45.6%)，與 2016 年(46.5%)相比降幅為 2%。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，2017 年(26.7%)與 2016 年(26.8%)相比降幅為 0.3%。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，2017 年占率 16%與 2016 年(15.1%)相比增幅為 6%。「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 2017 年(10.3%)，占率與 2016 年相同。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，自 2006 年(0.7%)至 2017 年(1.3%)變動不大，歷年變化不大，2017 年與 2016 年占率相同。(如圖 2-1-10)

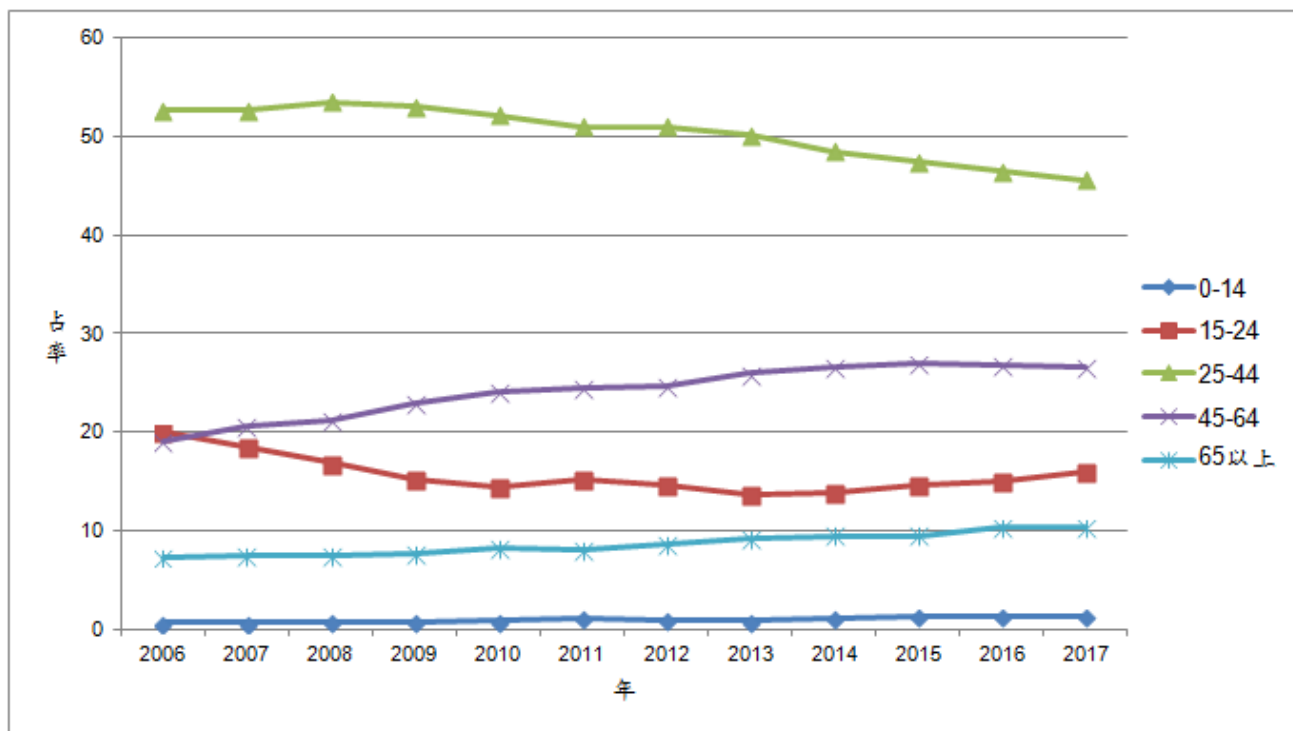


圖 2-1-10、2006-2017 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

以性別分析全國各年齡層通報占率，男性「14 歲以下」2017 年自殺通報占率 1.3%，歷年變化不大。「15-24 歲」2017 年自殺通報占率為 13.9% 與 2016 年(13.8%)相比，增幅 0.7%。「25-44 歲」2017 年自殺通報占率為 43.1% 與 2016 年(42.9%)相比，增幅 0.5%。「45-64 歲」2017 年自殺通報占率為 28% 與 2016 年(28.1%)相比，降幅為 0.4%。「65 歲以上」2017 年自殺通報占率為 13.8% 與 2015 年(13.7%)相比，降幅為 0.7%。(如圖 2-1-11)

女性「14 歲以下」2017 年自殺通報占率為 1.4% 與 2016 年(1.2%)相比，增幅為 16.7%。「15-24 歲」自殺通報占率連續三年呈現上升趨勢，至 2017 年為 17.3% 與 2016 年(15.8%)相比，增幅 9.5%。「25-44 歲」自 2006 年至 2012 年持續上下波動，後逐年下降至 2017 年(47.1%) 與 2016 年(48.7%)相比，降幅 3.3%。女性「45-64 歲」自 2006 年逐年上升，2015 年至 2017 年連續三年皆為 26%，與 2006 年(18.1%)相比增幅為 43.6%。女性「65 歲以上」自 2006 年至 2009 年持續上下波動，後逐年上升至 2016 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%，2017 年占率則與 2016 年相同。(如圖 2-1-12)

其中男性「65 歲以上」(2017 年全國通報 1,573 人次，占率 13.8%)相較女性(1,585 人次，占率 8.3%)占率高，男性「45-64 歲」(2017 年全國通報 3,197 人次，占率 28%)相較女性(4,987 人次，占率 26%)占率稍高，男性「25-44 歲」(2017 年全國通報 4,925 人次，占率 43.1%)則相較女性(9,032 人次，占率 47.1%)為低。

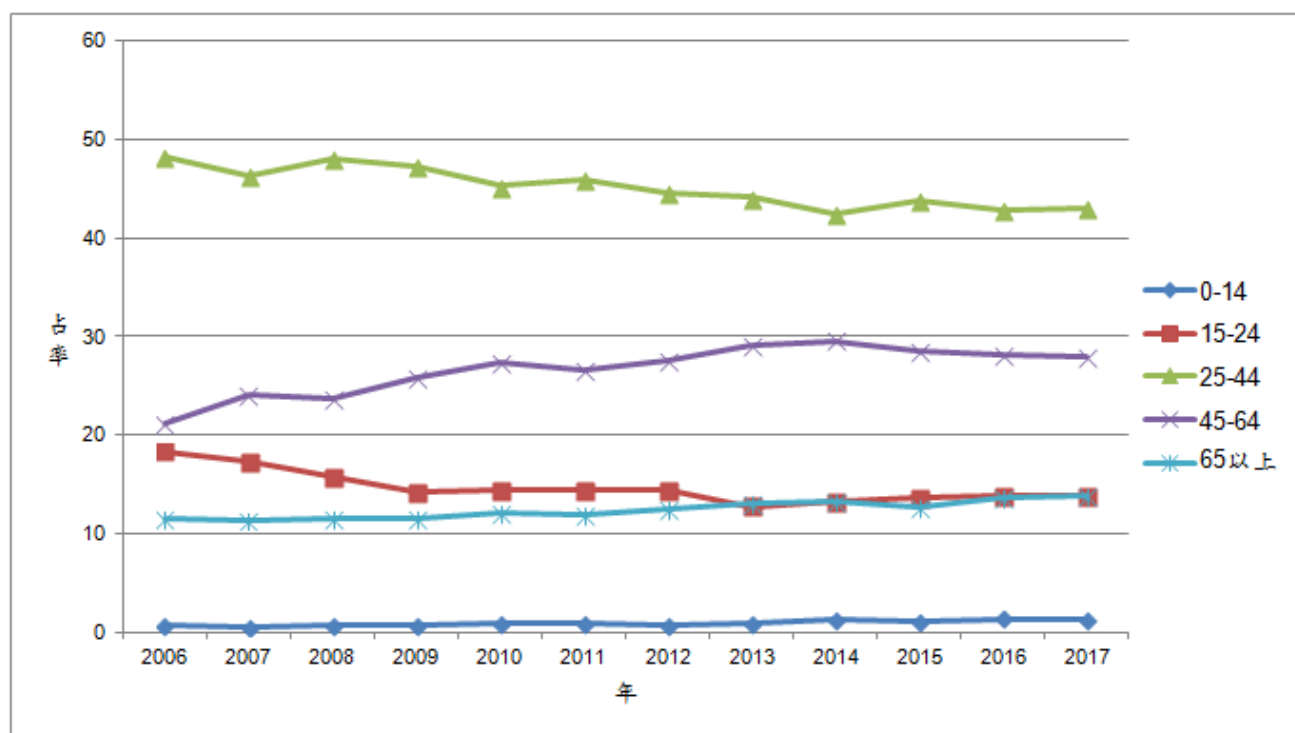


圖 2-1-11、2006-2017 年全國男性分年齡層自殺通報人次占率圖

以縣市分析，「14 歲以下」自殺通報占率以 2017 年與 2016 年比較，增幅較大的是苗栗縣(增幅 250%)、臺東縣(增幅 187.5%)、雲林縣(增幅 177.8%)、臺中市(增幅 75%)、新竹縣(增幅 66.7%)、彰化縣(增幅 31.3%)、高雄市(增幅 16.7%)及新北市(增幅 11.1%)。「15-24 歲」自殺通報占率上升較明顯的是彰化縣(增幅 46.5%)、雲林縣(增幅 32.8%)、苗栗縣(增幅 27.5%)、基隆市(增幅 16.2%)、新竹縣(增幅 13.4%)、台北市(增幅 11%)、連江縣(增幅 11%)、宜蘭縣(增幅 10.9%)、新竹市(增幅 10.7%)、澎湖縣(增幅 10.4%)、臺中市(增幅 7.6%)、嘉義縣(增幅 7.5%)、桃園市(增幅 4.5%)、新北市(增幅 4%)、屏東縣(1.3%)及嘉義市(增幅 0.6%)。「25-44 歲」自殺通報占率上升縣市為臺東縣(增幅 14%)、屏東縣(增幅 7.4%)、澎湖縣(增幅 7%)、嘉義市(5.4%)、臺北市(增幅 4.7%)、桃園市(增幅 2.1%)、臺南市(增幅 1.5%)及嘉義縣(增幅 0.5%)。「45-64 歲」自殺通報占率上升較明顯的是嘉義縣(增幅 16.6%)、新竹市(增幅 15.9%)、連江縣(增幅 11%)、南投縣(增幅 10.5%)、新北市(增幅 4.4%)、彰化縣(增幅 2.7%)、苗栗縣(增幅 2.2%)、

高雄市(增幅 2.2%)、嘉義市(增幅 1.2%)、花蓮縣(增幅 1.1%)、臺中市(增幅 0.8%)及基隆市(增幅 0.3%)。「65 歲以上」自殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 257.8%)、澎湖縣(增幅 60%)、新竹縣(增幅 41%)、臺東縣(增幅 27.8%)、花蓮縣(增幅 26.5%)、高雄市(增幅 12.5%)、宜蘭縣(增幅 12%)及桃園市(增幅 8.3%)。

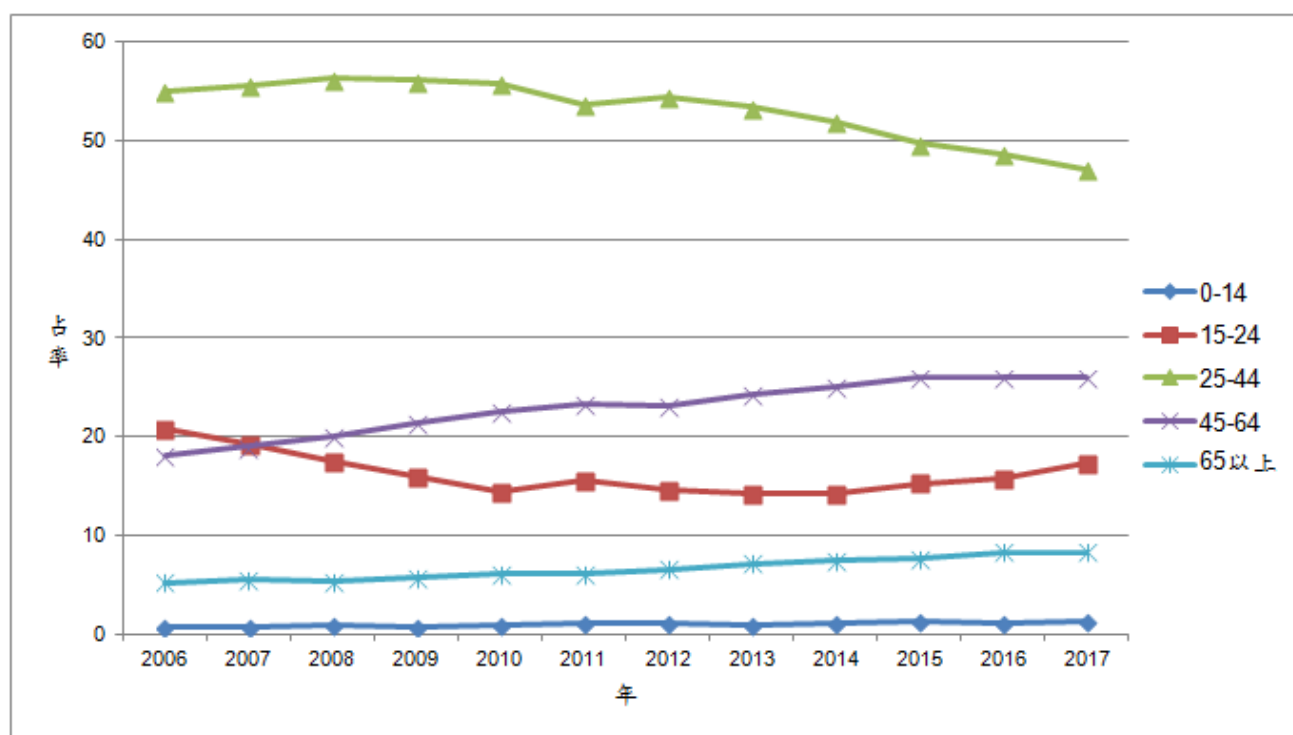


圖 2-1-12、2006-2017 年全國女性分年齡層自殺通報人次占率圖

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」(2017 年全國通報 15,463 人次，占率 50.5%)、「切穿工具自殺及自傷」(2017 年全國通報 8,506 人次，占率 27.8%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(2017 年全國通報 2,070 人次，占率 6.8%)。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 2017 年(50.5%)，2017 年較 2006 年降幅為 14%，較 2016 年(51.9%)降幅為 2.7%。(如圖 2-1-13)

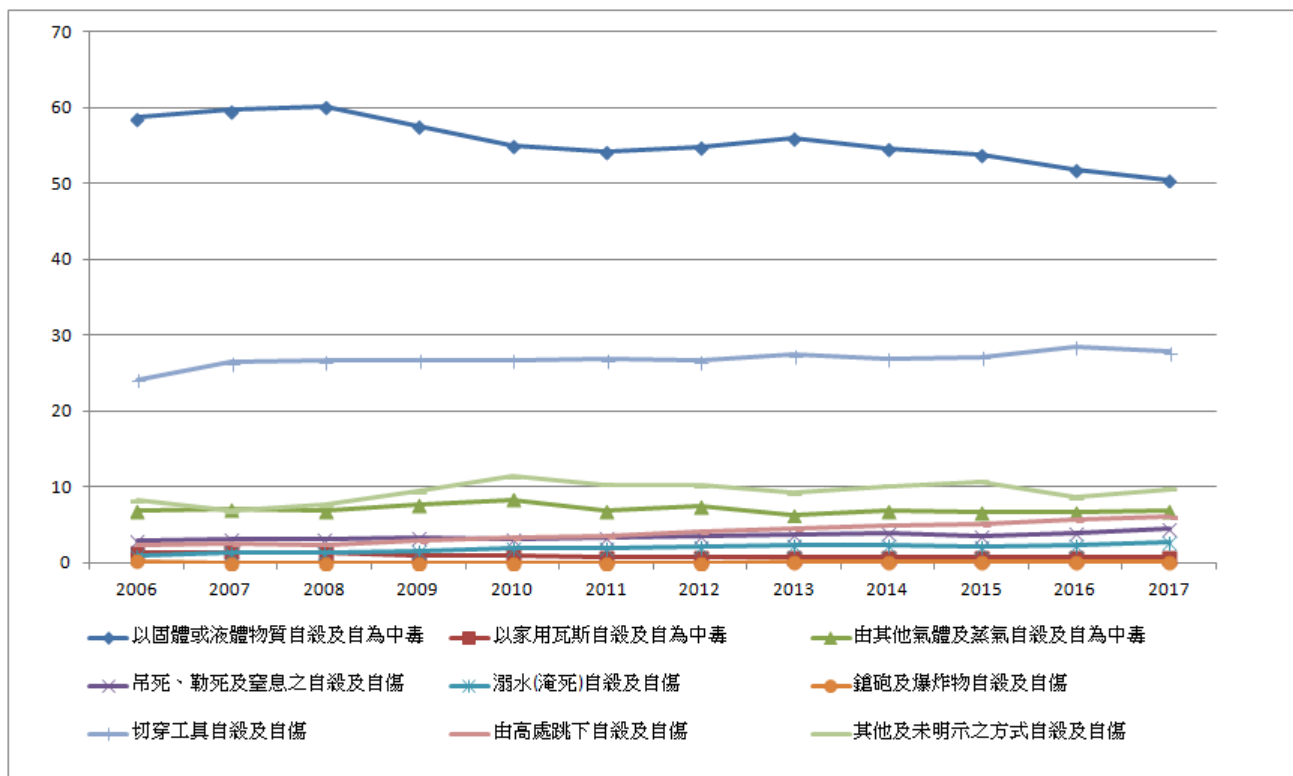


圖 2-1-13、2006-2017 年全國自殺通報方法占率圖

以縣市來看 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2016 年上升縣市為澎湖縣(增幅 13%)、嘉義市(增幅 10.4%)、宜蘭縣(增幅 4%)、臺東縣(增幅 2.7%)、南投縣(增幅 1.1%)及臺南市(增幅 0.2%)。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(24.2%)逐年呈上升趨勢至 2017 年(27.8%)，2017 年較 2006 年增幅為 14.9%，與 2016 年(28.5%)相比降幅為 2.5%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。以縣市來看 2017 年「切穿工具自殺及自傷」較 2016 年上升較為明顯的是彰化縣(增幅 13.1%)、屏東縣(增幅 10.9%)、臺北市(增幅 9.4%)及苗栗縣(增幅 7.7%)。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 2017 年(6.8%)，2017 年較 2006 年降幅為 16%，與 2016 年(6.6%)相比增幅為 3%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2017 年「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」上升較明顯的縣市為澎湖縣(增幅 258.3%)、金門縣(增幅 137.7%)、雲林縣(增幅 68.6%)、新竹市(增幅 65.9%)、嘉義縣(增幅 46.7%)、嘉義市(增幅 28.6%)、花蓮縣(增幅 17.5%)及桃園市(增幅 15.1%)。

以性別來看全國通報個案自殺方式，2017 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」(43.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(22%)及「以其他氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(11%)；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 2017

年，2017 年較 2006 年降幅為 19.1%，較 2016 年(44.7%)降幅為 3.1%。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(19.4%)持續上下波動至 2017 年，2017 年較 2006 年增幅為 13.4%，較 2016 年(22.2%)降幅為 0.9%。「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 2017 年，2017 年較 2006 年降幅為 18.5%，較 2016 年(10.9%)增幅為 0.9%。

2017 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」(54.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(31.2%)及「由高處跳下自殺及自傷」(5.5%);其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(61.2%)持續上下波動至 2017 年，2017 年較 2006 年降幅為 10.5%，較 2016 年(56.2%)降幅為 2.5%。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(26.6%)持續上下波動至 2017 年，2017 年較 2006 年增幅為 17.3%，較 2016 年(32.3%)降幅為 3.4%。「由高處跳下自殺及自傷」自 2006 年(2.1%)持續上升至 2017 年，2017 年較 2006 年增幅為 162%，較 2016 年(4.9%)增幅為 12.2%。

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」(2017 年全國通報 14,009 人次，占率 45.8%)、「精神健康／物質濫用」(11,550 人次，37.7%)及「工作／經濟」(3,075 人次，占率 10%)。(如圖 2-1-14)

「情感／人際關係」占率較 2016 年(47%)下降 2.6%。以縣市來看 2017 年「情感／人際關係」較 2016 年上升縣市為連江縣(增幅 233.5%)、基隆市(增幅 20.4%)、屏東縣(增幅 8.2%)及南投縣(增幅 6.6%)。「精神健康／物質濫用」2017 年占率較 2016 年(35.4%)上升 6.5%。以縣市來看，2017 年「精神健康／物質濫用」占率較 2016 年上升較明顯縣市為金門縣(增幅 44.3%)、嘉義市(增幅 29.2%)、花蓮縣(增幅 26.2%)、臺東縣(增幅 25.7%)、嘉義縣(增幅 21.6%)、桃園市(增幅 13.4%)、高雄市(增幅 12%)及新竹縣(增幅 12%)。「工作／經濟」占率較 2016 年(9.9%)下降 1%。以縣市來看 2017 年「工作／經濟」較 2016 年上升較明顯縣市為金門縣(增幅 111.8%)、澎湖縣(增幅 51%)、花蓮縣(增幅 18.7%)、宜蘭縣(增幅 10.9%)、臺北市(增幅 8.9%)及南投縣(增幅 8.9%)。

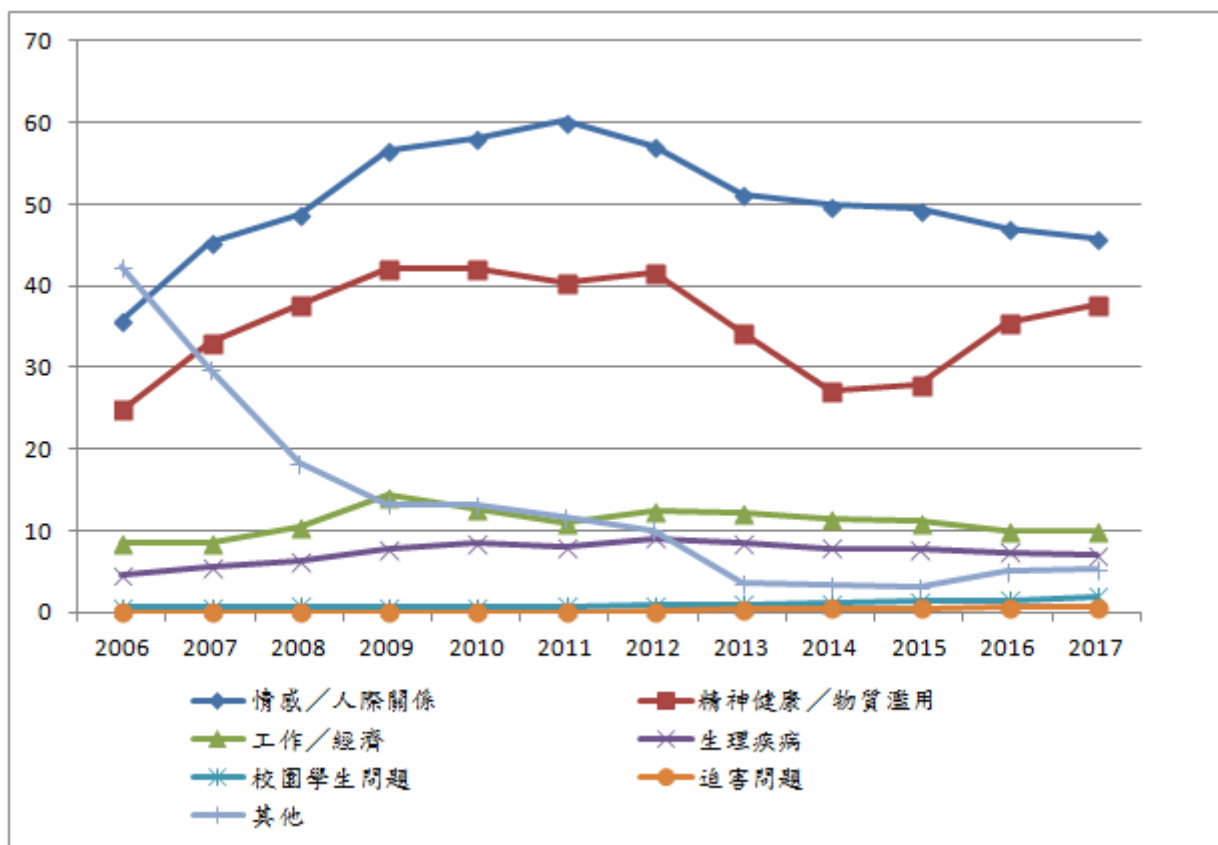


圖 2-1-14、2006-2017 年全國自殺通報原因占率圖

以性別分析全國通報個案自殺原因，2017 年男性通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(通報 4,134 人次，占率 36.2%)、「精神健康／物質濫用」(通報 3,899 人次，34.1%)及「工作／經濟」(通報 1,592 人次，占率 13.9%)，其中「情感／人際關係」較 2016 年(36.5%)下降 0.8%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(32.9%)上升 3.6%；「工作／經濟」較 2016 年(13.1%)下降 6.1%。

2017 年女性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(通報 9,875 人次，占率 51.5%)、「精神健康／物質濫用」(通報 7,651 人次，39.9%)及「工作／經濟」(通報 1,483 人次，占率 7.7%)，其中「情感／人際關係」較 2016 年(53.3%)下降 3.4%；「精神健康／物質濫用」較 2017 年(36.8%)上升 8.4%；「工作／經濟」較 2016 年(8%)下降 3.8%。

以年齡層來看全國通報個案自殺原因，2017 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」(2017 年通報 198 人次，占率 48.5%)、「校園學生問題」(146 人次，占率 35.8%)及「精神健康／物質濫用」(93 人次，占率 22.8%)，其中「情感／人際關係」較 2016 年(54.2%)下降 10.5%；「校園學生問題」較 2016 年(31.3%)上升 14.4%；「精神健康

／物質濫用」較 2016 年(22.4%)上升 1.8%。

2017 年「15-24 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2017 年通報 2,563 人次，占率 52.3%)、「精神健康／物質濫用」(1,711 人次，34.9%)及「工作／經濟」(358 人次，7.3%)，其中「情感／人際關係」較 2016 年(54.9%)下降 4.7%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(29.5%)上升 18.3%；「工作／經濟」較 2016 年(7.6%)下降 3.9%。

2017 年「25-44 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2017 年通報 7,158 人次，占率 51.3%)、「精神健康／物質濫用」(5,271 人次，37.8%)及「工作／經濟」(1,717 人次，占率 12.3%)，其中「情感／人際關係」較 2016 年(52.4%)下降 2.1%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(35.9%)上升 5.3%；「工作／經濟」較 2016 年(12.5%)下降 1.6%。

2017 年「45-64 歲」通報個案自殺原因前三位依序為「精神健康／物質濫用」(3,512 人次，42.9%)、「情感／人際關係」(3,254 人次，占率 39.8%)及「工作／經濟」(919 人次，占率 11.2%)，其中「情感／人際關係」較 2016 年(40.9%)下降 2.7%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(39.8%)上升 7.8%；「工作／經濟」較 2016 年(10.5%)上升 6.7%。

2017 年「65 歲以上」通報個案自殺原因前三位依序為「生理疾病」(1,165 人次，占率 36.9%)、「精神健康／物質濫用」(959 人次，占率 30.4%)及「情感／人際關係」(833 人次，26.4%)，其中「生理疾病」較 2016 年(37.1%)下降 0.5%；「精神健康／物質濫用」較 2016 年(31.9%)下降 4.7%；「情感／人際關係」較 2016 年(26.3%)下降 0.4%。

2. 實施結果總結

1)2016 年建議之執行結果

2016 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；重視男性、青少年、中壯年及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」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. 2017 年通報比增加

- a) 臺北市 2016 年自殺通報比為 5.1，2017 年上升至 5.5(增幅 7.8%)。
- b) 臺中市 2016 年自殺通報比為 7.8，2017 年上升至 8.6(增幅 10.3%)。
- c) 臺南市 2016 年自殺通報比為 6.9，2017 年上升至 8.3(增幅 20.3%)。
- d) 高雄市 2016 年自殺通報比為 7.4，2017 年上升至 7.7(增幅 4.1%)。
- e) 基隆市 2016 年自殺通報比為 8.3，2017 年上升至 9.3(增幅 12%)。
- f) 苗栗縣 2016 年自殺通報比為 7.3，2017 年上升至 7.4(增幅 1.4%)。
- g) 彰化縣 2016 年自殺通報比為 7.5，2017 年上升至 8.1(增幅 8%)。
- h) 雲林縣 2016 年自殺通報比為 7.5，2017 年上升至 7.8(增幅 4%)。
- i) 嘉義市 2016 年自殺通報比為 8.7，2017 年上升至 9.7(增幅 11.5%)。
- j) 嘉義縣 2016 年自殺通報比為 4.3，2017 年上升至 4.7(增幅 9.3%)。
- k) 屏東縣;2016 年自殺通報比為 5.1，2017 年上升至 6.8(增幅 33.3%)。
- l) 南投縣 2016 年自殺通報比為 5.9，2017 年上升至 6(增幅 1.7%)。
- m) 花蓮縣 2016 年自殺通報比為 9.1，2017 年上升至 9.5(增幅 4.4%)。

b. 2017 年通報比下降

- a) 2016 年自殺通報比為 9.7，2017 年下降至 9.6(降幅 1%)。
- b) 2016 年自殺通報比為 10.2，2017 年下降至 8.9(降幅 12.7%)。
- c) 2016 年自殺通報比為 9.5，2017 年下降至 8.5(降幅 10.5%)。
- d) 2016 年自殺通報比為 9.7，2016 年下降至 7.4(降幅 23.7%)。
- e) 2016 年自殺通報比為 8.3，2017 年下降至 6.7(降幅 19.3%)。
- f) 2016 年自殺通報比為 8.3，2017 年下降至 7.6(降幅 8.4%)。
- g) 2016 年自殺通報比為 5.5，2017 年下降至 3(降幅 45.5%)。
- h) 2016 年自殺通報比為 6.6，2017 年下降至 3.6(降幅 45.5%)。

(2) 降低自殺通報中自殺原因不詳之占率

2016 年自殺通報中自殺原因不詳占率較高縣市為彰化縣(2016 年占率 26.8%)、基隆市(2016 年占率 24%)、澎湖縣(2016 年占率 23.2%)、新竹縣(2016 年占率 21.7%)、苗栗縣(2016 年占率 20.8%)、嘉義縣(2016 年占率 20.4%)及新北市(2016 年占率 20.1%)。以上縣市 2017 年度之占率有改善的為基隆市(降至 16.2%、降幅 32.5%)、新竹縣(降至 19.5%、降幅 10.1%)、及新北市(降至 19.9%、降幅 1%)。

(3) 老人族群自殺防治工作

- a. 嘉義縣 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 52 人、自殺粗死亡率每十萬人口 57.1 人，2017 年死亡人數降至 45 人、自殺粗死亡率降至每十萬人

口 45 人。

- b. 屏東縣 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 57 人、自殺粗死亡率每十萬人口 45.8 人，2017 年死亡人數降至 44 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 34.1 人。
- c. 澎湖縣 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 7 人、自殺粗死亡率每十萬人口 45.6 人，2017 年死亡人數降至 4 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 25.2 人。
- d. 臺東縣 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 14 人、自殺粗死亡率每十萬人口 43 人，2017 年死亡人數升至 16 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 47.6 人。
- e. 宜蘭縣 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 24 人、自殺粗死亡率每十萬人口 36.1 人，2017 年死亡人數升至 32 人、自殺粗死亡率升至每十萬人口 46.4 人。
- f. 臺中市 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 104 人、自殺粗死亡率每十萬人口 35.6 人，2017 年死亡人數降至 98 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 31.5 人。
- g. 金門縣 2016 年「65 歲以上」自殺死亡人數 5 人、自殺粗死亡率每十萬人口 32.7 人，2017 年死亡人數不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 30.7 人。

(4) 持續強化農藥自殺防治

- a. 嘉義縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 42.2%(54 人)，2017 年占率降至 26.6%(34 人)。
- b. 屏東縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 36.9%(72 人)，2017 年占率降至 31.4%(48 人)。
- c. 雲林縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 36.1%(48 人)，2017 年占率降至 34.6%(46 人)。
- d. 南投縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.8%(44 人)，2017 年占率降至 25.2%(31 人)。
- e. 臺東縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 32.6%(14 人)，2017 年占率升至 39.1%(18 人)。
- f. 苗栗縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 29%(31 人)，2017 年占率降至 21.1%(20 人)。
- g. 新竹縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 28.4%(19 人)，2017 年占率降至 19.4%(18 人)。

h. 彰化縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 27.3%(54 人)，2017 年占率升至 34.9%(65 人)。

i. 花蓮縣 2016 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 25%(17 人)，2017 年占率升至 33.8%(22 人)。

(5) 「由高處跳下自殺及自傷」占率較高之縣市

a. 金門縣 2016 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 40%(4 人)，2017 年占率降至 5.9%(1 人)。

b. 澎湖縣 2016 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 26.7%(4 人)，2017 年占率降至 14.8%(4 人)。

c. 臺中市 2016 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 13.1%(53 人)，2017 年占率升至 15.3%(65 人)。

d. 桃園市 2016 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 13.5%(41 人)，2017 年占率升至 13.9%(47 人)。

e. 高雄市 2016 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 14.2%(64 人)，2017 年占率降至 12.9%(62 人)。

f. 臺北市 2016 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 22.1%(68 人)，2017 年占率降至 21.1%(67 人)。

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

2017 年自殺企圖通報個案計 26,290 人，扣除通報企圖日於死亡日之前之個案 153 人(通報之企圖日有誤抑或是死亡後才進行通報)，一共 26,137 人，其中 7.0%為首次通報時即死亡個案，1.2%為再自殺死亡個案，91.9%無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 11.9%)及再自殺死亡的比例(占率 1.6%)均高於女性(占率 3.9%及占率 0.9%)(詳如表 2-1-6)。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡層越高之族群，首次通報即死亡及再自殺死亡率也越高，「65 歲以上」族群首次通報即死亡占其年齡層首次通報人口的 17.3%，再自殺死亡率 1.8%。

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「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」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 87.8%，其次為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」占 87.5%；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 28.6%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 18.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(占率 16.1%)及「由高處跳下自殺及自傷」(占率 15.4%)。

若由自殺通報中的方法別進行分析，在各種方法中使用「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(占率 57.1%)與「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 48.9%)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「以家用瓦斯自殺及自為中毒」(占率 3.7%)及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 2.3%)及「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 1.6%)之比例相對較高。

分析自殺原因，因「不詳」(占率 18.2%)、「生理疾病」(占率 15.7%)以及「工作/經濟」(占率 6.4%)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 2.4%)、「其他」(占率 1.7%)、「不詳」(占率 1.4%)及「工作／經濟」(占率 1.3%)。

居住地方面，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為連江縣(占率 22.2%)、南投縣(占率 12.4%)、宜蘭縣(占率 11.4%)及金門縣(占率 11.3%)；而澎湖縣(占率 4.2%)、臺東縣(占率 1.7%)、新竹縣(占率 1.5%)、屏東縣(占率 1.5%)、桃園市(占率 1.4%)及南投縣(1.4%)為通報後再自殺死亡的比例相對較高的縣市。(如表 2-1-6)。

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 7.7%)及精神列管(占率 5.4%)，通報後再自殺死亡比例相對較高的身分為嚴重病人(占率 1.4%)、精神列管(占率 1.3%)、過去精神病史(占率 1.2%)、家暴高危害人(占率 1.0%)及家暴加害人(占率 1.0%)。

表 2-1-6、2017 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	1192	11.9	8704	86.5	161	1.6	10057
女性	629	3.9	15307	95.2	144	0.9	16080
總和	1821	7.0	24011	91.9	305	1.2	26137
年齡							
0-24 歲	96	2.2	4308	97.2	27	0.6	4431
25-44 歲	554	4.8	10986	94.4	103	0.9	11643
45-64 歲	659	9.3	6319	89.0	121	1.7	7099
65 歲以上	512	17.3	2393	80.9	54	1.8	2959
不詳	0	0.0	5	100.0	0	0.0	5
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	415	85.4	/		71	14.6	486
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	390	86.5			61	13.5	451
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	566	87.8			79	12.2	645
溺水(淹死)自殺及自傷	101	81.5			23	18.5	124
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	14	87.5			2	12.5	16
切穿工具自殺及自傷	52	83.9			10	16.1	62
由高處跳下自殺及自傷	248	84.6			45	15.4	293
其他及未明示之方式自殺及自傷	35	71.4			14	28.6	49
自殺通報方法別							
以固體或液體自殺及自為中毒	470	3.3	13396	95.4	180	1.3	14046
以家用瓦斯自殺及自為中毒	4	2.1	177	94.1	7	3.7	188
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	385	21.6	1359	76.1	41	2.3	1785
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	566	48.9	573	49.5	19	1.6	1158
溺水(淹死)自殺及自傷	108	15.3	586	83.2	10	1.4	704
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	12	57.1	9	42.9	0	0.0	21
切穿工具自殺及自傷	61	0.9	7047	98.3	59	0.8	7167
由高處跳下自殺及自傷	246	15.3	1343	83.6	17	1.1	1606
其他及未明示之方式自殺及自傷	71	2.7	2569	96.6	20	0.8	2660

表 2-1-6、2017 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		總和
	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		
	N	%	N	%	N	%	
自殺原因							
工作／經濟	182	6.4	2632	92.4	36	1.3	2850
不詳	863	18.2	3805	80.4	66	1.4	4734
生理疾病	317	15.7	1650	81.9	48	2.4	2015
其他	87	6.2	1302	92.1	24	1.7	1413
迫害問題	6	3.0	197	97.0	0	0.0	203
校園學生問題	8	1.4	543	98.4	1	0.2	552
情感／人際關係	297	2.3	12728	96.9	111	0.8	13136
精神健康／物質濫用	452	4.7	9146	94.2	109	1.1	9707
居住地							
臺北市	54	3.5	1461	95.4	16	1.0	1531
新北市	399	7.7	4712	91.3	48	0.9	5159
基隆市	17	3.6	453	95.8	3	0.6	473
宜蘭縣	71	11.4	547	87.7	6	1.0	624
桃園市	212	8.2	2325	90.3	37	1.4	2574
新竹市	18	4.1	417	94.8	5	1.1	440
新竹縣	52	8.6	543	89.9	9	1.5	604
苗栗縣	32	5.2	576	93.7	7	1.1	615
臺中市	156	5.1	2889	93.7	37	1.2	3082
彰化縣	121	9.5	1140	89.3	16	1.3	1277
南投縣	80	12.4	555	86.2	9	1.4	644
雲林縣	66	7.5	803	91.4	10	1.1	879
嘉義市	9	2.6	332	96.2	4	1.2	345
嘉義縣	43	8.2	477	90.5	7	1.3	527
臺南市	201	8.8	2062	90.0	29	1.3	2292
高雄市	180	5.6	3007	93.3	35	1.1	3222
屏東縣	58	6.6	813	92.0	13	1.5	884
臺東縣	18	6.0	279	92.4	5	1.7	302
花蓮縣	20	3.8	503	95.1	6	1.1	529
澎湖縣	6	8.3	63	87.5	3	4.2	72
金門縣	6	11.3	47	88.7	0	0.0	53
連江縣	2	22.2	7	77.8	0	0.0	9

表 2-1-6、2017 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		總和
	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		
	N	%	N	%	N	%	
過去精神病史							
有	289	3.5	7844	95.3	98	1.2	8231
無	797	7.6	9526	91.3	114	1.1	10437
不詳	735	9.8	6641	88.9	93	1.2	7469
特殊身分註記							
精神列管							
是	183	5.4	3158	93.3	43	1.3	3384
否	1638	7.2	20853	91.6	262	1.2	22753
嚴重病人							
是	22	7.7	260	90.9	4	1.4	286
否	1799	7.0	23751	91.9	301	1.2	25851
家暴高危加害人							
是	1	1.0	100	98.0	1	1.0	102
否	1820	7.0	23911	91.8	304	1.2	26035
家暴高危被害人							
是	3	2.0	147	98.0	0	0.0	150
否	1818	7.0	23864	91.8	305	1.2	25987
家暴加害人							
是	27	2.5	1054	96.5	11	1.0	1092
否	1794	7.2	22957	91.7	294	1.2	25045
家暴被害人							
是	20	1.5	1330	98.4	1	0.1	1351
否	1801	7.3	22681	91.5	304	1.2	24786
兒少加害人							
是	30	4.2	689	95.4	3	0.4	722
否	1791	7.0	23322	91.8	302	1.2	25415
兒少被害人							
是	11	1.3	840	98.2	4	0.5	855
否	1810	7.2	23171	91.7	301	1.2	25282
性侵加害人							
是	4	7.1	52	92.9	0	0.0	56
否	1817	7.0	23959	91.9	305	1.2	26081

2017 年自殺死亡個案 3,871 人，其中 13.1% 個案於自殺死亡前曾經被通報過(如表 2-1-7)，45.7% 的個案為自殺死亡後才被通報，另有 41.1% 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 11.1%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 17.3% 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 10% 以上的自殺身亡個案生前曾被通報過，其中以「0-24 歲」自殺身亡前曾被通報的比例最高，占率為 14.2%；「45-64 歲以上」次之，占率為 14.0%。

就自殺方法別而言，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(30.8%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(21.4%) 及「由高處跳下自殺及自傷」(11.8%) 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(6.6%)、新北市(9.4%)、基隆市(8.3%)、新竹市(8.2%)、臺中市(9.9%)、嘉義市(9.1%)、金門縣(5.9%)、連江縣(0.0%) 外，其餘縣市的自殺身亡者在生前有被通報的比例均有一成以上，其中又以臺東縣(26.1%)、澎湖縣(25.9%)、彰化縣(25.8%) 及花蓮縣(18.5%) 自殺身亡者生前曾被通報的比例相對較高。

表 2-1-7、2017 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 N
	死亡日> 指標通報日		死亡日≤ 指標通報日		無通報紀錄		
	N	%	N	%	N	%	
性別							
男性	285	11.1	1164	45.2	1125	43.7	2574
女性	224	17.3	606	46.7	467	36.0	1297
總和	509	13.1	1770	45.7	1592	41.1	3871
年齡層							
0-24 歲	28	14.2	99	50.3	70	35.5	197
25-44 歲	151	12.6	563	46.9	486	40.5	1200
45-64 歲	207	14.0	632	42.6	643	43.4	1482
65 歲以上	123	12.4	476	48.0	393	39.6	992
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	204	30.8	294	44.3	165	24.9	663
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	71	7.4	428	44.8	457	47.8	956
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	113	8.9	584	46.2	566	44.8	1263
溺水（淹死）自殺及自傷	29	10.5	109	39.5	138	50.0	276
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	2	7.7	16	61.5	8	30.8	26

切穿工具自殺及自傷	12	11.2	55	51.4	40	37.4	107
由高處跳下自殺及自傷	57	11.8	252	52.3	173	35.9	482
其他及未明示之方式自殺及自傷	21	21.4	32	32.7	45	45.9	98

表 2-1-7、2017 年自殺死亡個案生前通報情形(續)

戶籍地	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報				總和
	死亡日>		死亡日≤		無通報紀錄		
	指標通報日		指標通報日				
	N	%	N	%	N	%	
臺北市	21	6.62	76	23.97	220	69.40	317
新北市	60	9.43	392	61.64	184	28.93	636
基隆市	5	8.33	15	25.00	40	66.67	60
宜蘭縣	19	17.27	61	55.45	30	27.27	110
桃園市	39	11.57	217	64.39	81	24.04	337
新竹市	5	8.20	18	29.51	38	62.30	61
新竹縣	15	16.13	44	47.31	34	36.56	93
苗栗縣	11	11.58	37	38.95	47	49.47	95
臺中市	42	9.88	156	36.71	227	53.41	425
彰化縣	48	25.81	90	48.39	48	25.81	186
南投縣	20	16.26	81	65.85	22	17.89	123
雲林縣	22	16.54	70	52.63	41	30.83	133
嘉義市	4	9.09	13	29.55	27	61.36	44
嘉義縣	19	14.84	39	30.47	70	54.69	128
臺南市	50	15.20	212	64.44	67	20.36	329
高雄市	71	14.76	144	29.94	266	55.30	481
屏東縣	26	16.99	44	28.76	83	54.25	153
臺東縣	12	26.09	18	39.13	16	34.78	46
花蓮縣	12	18.46	20	30.77	33	50.77	65
澎湖縣	7	25.93	10	37.04	10	37.04	27
金門縣	1	5.88	11	64.71	5	29.41	17
連江縣	0	0.00	2	40.00	3	60.00	5

2017 年自殺企圖通報個案計 26,290 人，年齡不詳的共有 5 人，故將這 5 人視為遺漏值；除此之外，企圖日期於死亡日期之前，共有 153 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 26,132 人(如表 2-1-8)。

表 2-1-8、2017 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	首次通報即死亡				再自殺 死亡個案		無死亡紀錄		總計
	死亡於		死亡於						
	指標通報日當日		指標通報日後 1-7 日內						
	n	%	n	%	n	%	n	%	
24 歲以下	85	1.9	11	0.2	27	0.6	4308	97.2	4431
25-44 歲	471	4.0	83	0.7	103	0.9	10986	94.4	11643
45-64 歲	533	7.5	126	1.8	121	1.7	6319	89.0	7099
65 歲以上	405	13.7	107	3.6	54	1.8	2393	80.9	2959
總計	1494	5.7	327	1.3	305	1.2	24006	91.9	26132

(1) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(表 2-1-9)

表 2-1-9、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	54	3.6	306	7.2	367	12.9	260	17.8	987	9.8
女性	31	1.1	165	2.2	166	3.9	145	9.7	507	3.2
總和	85	1.9	471	4.0	533	7.5	405	13.7	1494	5.7
居住地										
臺北市	2	0.7	15	2.3	15	3.7	12	6.6	44	2.9
新北市	28	3.1	122	5.3	136	9.2	75	14.9	361	7.0
基隆市	1	1.5	9	4.4	1	0.7	2	3.9	13	2.7
宜蘭縣	2	2.6	13	5.0	17	8.9	21	21.9	53	8.5
桃園市	14	3.2	74	6.0	74	11.2	35	14.4	197	7.7
新竹市	1	1.1	5	2.6	7	6.3	4	9.5	17	3.9
新竹縣	2	1.5	18	6.7	12	9.2	8	11.4	40	6.6
苗栗縣	3	2.8	9	3.2	5	3.6	9	10.6	26	4.2
臺中市	8	1.7	31	2.1	55	6.7	44	13.5	138	4.5
彰化縣	2	0.9	28	5.1	32	9.5	20	11.3	82	6.4
南投縣	1	1.3	17	6.6	27	13.6	25	22.7	70	10.9
雲林縣	1	0.6	12	3.1	17	7.9	19	17.0	49	5.6
嘉義市	1	1.6	4	2.4	2	2.2	1	3.8	8	2.3

嘉義縣	1	1.4	7	3.5	6	3.8	8	8.7	22	4.2
臺南市	8	2.1	49	4.9	62	10.0	51	17.1	170	7.4
高雄市	8	1.4	38	2.6	45	5.0	38	11.9	129	4.0
屏東縣	1	0.7	14	3.5	9	4.0	18	16.2	42	4.8
臺東縣	0	0.0	2	1.5	5	5.6	3	8.6	10	3.3
花蓮縣	0	0.0	1	0.5	4	2.8	7	11.9	12	2.3
澎湖縣	1	9.1	1	3.4	1	4.8	1	9.1	4	5.6
金門縣	0	0.0	2	9.1	1	10.0	2	25.0	5	9.4
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2	22.2

表 2-1-9、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	9	2.8	58	3.7	71	8.0	5	6.9	143	5.0
不詳	52	7.8	263	12.4	274	20.3	168	28.0	757	16.0
生理疾病	0	0.0	10	5.0	73	10.9	163	14.6	246	12.2
其他	7	2.3	28	5.0	13	3.4	15	8.8	63	4.5
迫害問題	0	0.0	2	2.0	1	2.2	1	9.1	4	2.0
校園學生問題	4	0.8	1	2.6	0	0.0	0	0	5	0.9
情感／人際關係	11	0.4	104	1.6	56	1.8	40	4.8	211	1.6
精神健康／物質濫用	13	0.9	102	2.3	153	4.9	86	9.7	354	3.6
自殺通報方法別										
以固體或液體	1	0.1	40	0.7	88	2.0	118	6.3	247	1.8
以家用瓦斯	0	0.0	0	0.0	2	2.7	0	0.0	2	1.1
由其他氣體及蒸汽	31	13.4	190	19.9	121	23.1	20	26.3	362	20.3
吊死、勒死及窒息	22	17.1	142	41.9	189	48.0	171	57.8	524	45.3
溺水(淹死)	1	1.1	19	6.8	39	18.3	28	23.3	87	12.4
鎗砲及爆炸物	2	33.3	4	44.4	4	80.0	1	100.0	11	52.4
切穿工具	1	0.1	13	0.4	25	1.9	14	3.5	53	0.7
由高處跳下	27	6.2	68	9.9	76	21.7	57	43.2	228	14.2
其他及未明示之方式	1	0.2	20	1.7	22	3.0	13	4.8	56	2.1

註：自殺原因、自殺通報方法別為複選

(2) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日(表 2-1-10)

表 2-1-10、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	4	0.3	58	1.4	83	2.9	60	4.1	205	2.0
女性	7	0.2	25	0.3	43	1.0	47	3.1	122	0.8
總和	11	0.2	83	0.7	126	1.8	107	3.6	327	1.3
居住地										
臺北市	1	0.4	2	0.3	2	0.5	5	2.8	10	0.7
新北市	2	0.2	15	0.7	13	0.9	8	1.6	38	0.7
基隆市	0	0.0	2	1.0	2	1.3	0	0.0	4	0.8
宜蘭縣	0	0.0	6	2.3	8	4.2	4	4.2	18	2.9
桃園市	1	0.2	2	0.2	9	1.4	3	1.2	15	0.6
新竹市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4	1	0.2
新竹縣	1	0.7	4	1.5	6	4.6	1	1.4	12	2.0
苗栗縣	0	0.0	1	0.4	2	1.4	3	3.5	6	1.0
臺中市	0	0.0	6	0.4	8	1.0	4	1.2	18	0.6
彰化縣	1	0.5	9	1.6	14	4.2	15	8.5	39	3.1
南投縣	1	1.3	1	0.4	4	2.0	4	3.6	10	1.6
雲林縣	0	0.0	2	0.5	8	3.7	7	6.3	17	1.9
嘉義市	1	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
嘉義縣	0	0.0	8	4.0	5	3.1	8	8.7	21	4.0
臺南市	1	0.3	4	0.4	11	1.8	15	5.0	31	1.4
高雄市	2	0.4	14	1.0	20	2.2	15	4.7	51	1.6
屏東縣	0	0.0	4	1.0	7	3.1	5	4.5	16	1.8
臺東縣	0	0.0	1	0.7	2	2.2	5	14.3	8	2.6
花蓮縣	0	0.0	2	0.9	2	1.4	4	6.8	8	1.5
澎湖縣	0	0.0	0	0.0	2	9.5	0	0.0	2	2.8
金門縣	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	1	1.9
連江縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 2-1-10、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	2	0.6	13	0.8	21	2.4	3	4.2	39	1.4
不詳	3	0.5	39	1.8	36	2.7	28	4.7	106	2.2
生理疾病	0	0.0	5	2.5	18	2.7	48	4.3	71	3.5
其他	3	1.0	6	1.1	12	3.1	3	1.8	24	1.7
迫害問題	0	0.0	0	0.0	2	4.4	0	0.0	2	1.0
校園學生問題	3	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0	3	0.5
情感／人際關係	4	0.2	30	0.5	30	1.0	22	2.7	86	0.7
精神健康／物質濫用	3	0.2	22	0.5	49	1.6	24	2.7	98	1.0
自殺通報方法別										
以固體或液體	1	0.1	48	0.8	86	2.0	88	4.7	223	1.6
以家用瓦斯	0	0.0	0	0.0	2	2.7	0	0.0	2	1.1
由其他氣體及蒸汽	1	0.4	9	0.9	12	2.3	1	1.3	23	1.3
吊死、勒死及窒息	5	3.9	8	2.4	18	4.6	11	3.7	42	3.6
溺水(淹死)	1	1.1	9	3.2	5	2.3	6	5.0	21	3.0
鎗砲及爆炸物	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.8
切穿工具	1	0.1	4	0.1	3	0.2	0	0.0	8	0.1
由高處跳下	1	0.2	8	1.2	7	2.0	2	1.5	18	1.1
其他及未明示之方式	0	0.0	4	0.3	5	0.7	6	2.2	15	0.6

註、自殺原因、自殺通報方法別為複選

(3) 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 2-1-11)

表 2-1-11、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	17	1.1	46	1.1	65	2.3	33	2.3	161	1.6
女性	10	0.3	57	0.8	56	1.3	21	1.4	144	0.9
總和	27	0.6	103	0.9	121	1.7	54	1.8	305	1.2
居住地										
臺北市	0	0.0	7	1.1	6	1.5	3	1.7	16	1.0
新北市	2	0.2	19	0.8	20	1.4	7	1.4	48	0.9
基隆市	0	0.0	0	0.0	3	2.0	0	0.0	3	0.6
宜蘭縣	1	1.3	1	0.4	4	2.1	0	0.0	6	1.0
桃園市	3	0.7	16	1.3	12	1.8	6	2.5	37	1.4
新竹市	2	2.2	1	0.5	2	1.8	0	0.0	5	1.1
新竹縣	2	1.5	3	1.1	1	0.8	3	4.3	9	1.5
苗栗縣	1	0.9	3	1.1	2	1.4	1	1.2	7	1.1
臺中市	4	0.8	10	0.7	13	1.6	10	3.1	37	1.2
彰化縣	0	0.0	6	1.1	7	2.1	3	1.7	16	1.3
南投縣	0	0.0	3	1.2	4	2.0	2	1.8	9	1.4
雲林縣	2	1.2	1	0.3	4	1.9	3	2.7	10	1.1
嘉義市	1	1.6	1	0.6	1	1.1	1	3.8	4	1.2
嘉義縣	0	0.0	0	0.0	5	3.1	2	2.2	7	1.3
臺南市	2	0.5	13	1.3	11	1.8	3	1.0	29	1.3
高雄市	5	0.9	10	0.7	12	1.3	8	2.5	35	1.1
屏東縣	0	0.0	5	1.3	8	3.6	0	0.0	13	1.5
臺東縣	0	0.0	2	1.5	3	3.3	0	0.0	5	1.7
花蓮縣	1	0.9	1	0.5	2	1.4	2	3.4	6	1.1
澎湖縣	1	9.1	1	3.4	1	4.8	0	0.0	3	4.2
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 2-1-11、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	4	1.3	12	0.8	19	2.2	1	1.4	36	1.3
不詳	5	0.8	24	1.1	20	1.5	17	2.8	66	1.4
生理疾病	0	0.0	3	1.5	22	3.3	23	2.1	48	2.4
其他	2	0.7	10	1.8	8	2.1	4	2.3	24	1.7
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	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0	1	0.2
情感／人際關係	9	0.4	49	0.7	44	1.4	9	1.1	111	0.8
精神健康／物質濫用	10	0.7	37	0.9	52	1.7	10	1.1	109	1.1
自殺通報方法別										
以固體或液體	13	0.7	49	0.8	85	2.0	33	1.8	180	1.3
以家用瓦斯	0	0.0	2	2.3	2	2.7	3	16.7	7	3.7
由其他氣體及蒸汽	4	1.7	23	2.4	14	2.7	0	0.0	41	2.3
吊死、勒死及窒息	1	0.8	5	1.5	10	2.5	3	1.0	19	1.6
溺水(淹死)	0	0.0	2	0.7	5	2.3	3	2.5	10	1.4
鎗砲及爆炸物	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
切穿工具	8	0.5	22	0.6	17	1.3	12	3.0	59	0.8
由高處跳下	3	0.7	8	1.2	3	0.9	3	2.3	17	1.1
其他及未明示之方式	1	0.2	8	0.7	7	1.0	4	1.5	20	0.8

3) 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

- (1) 各縣市自殺死亡串連通報分析：綜觀 2008-2016 年自殺死亡個案生前兩年通報紀錄來看，男性未曾通報比例較高，女性未曾通報比例較低，而通報後再自殺死亡比例亦以女性較低。(詳如表 2-1-12)

表 2-1-12、2008-2016 年自殺死亡生前兩年通報情形依性別分析

性別	未曾通報	通報後再自殺死亡	誤報	總計
男性	12033(82.2)	2272(15.5)	341(2.3)	14646
女性	5248(73.7)	1727(24.3)	146(2.1)	7121
總計	17281(79.4)	3999(18.4)	487(2.2)	21767

通報後再自殺死亡比例僅 0-14 歲、45-54 歲、55-64 歲、75 歲以上四個年齡層低於全體通報後再自殺死亡比例(18.4%)。(詳如表 2-1-13)

表 2-1-13、2008-2016 年自殺死亡生前兩年通報情形依年齡層分析

年齡層	未曾通報	通報後再自殺死亡	誤報	總計
0-14	13(76.5)	1(5.9)	3(17.6)	17
15-24	777(76.6)	217(21.4)	20(2)	1014
25-34	2758(78)	694(19.6)	83(2.3)	3535
35-44	3592(78.1)	909(19.8)	100(2.2)	4601
45-54	3651(80.4)	803(17.7)	87(1.9)	4541
55-64	2988(82.5)	546(15.1)	86(2.4)	3620
65-74	1726(78)	436(19.7)	50(2.3)	2212
75+	1776(79.7)	393(17.6)	58(2.6)	2227

各縣市通報後再自殺死亡比例較高前五名依序是，彰化縣(53.7%)、桃園市(40.1%)、南投縣(34.0%)、苗栗縣(26.0%)、宜蘭縣(24.4%)。(詳如表2-1-14)

表 2-1-14、2008-2016 年自殺死亡生前兩年通報情形依縣市分析

縣市別	未曾通報	通報後再自殺死亡	誤報	總計
臺中縣	963(86.8)	137(12.4)	9(0.8)	1109
臺中市舊制	1325(82.3)	268(16.6)	17(1.1)	1610
臺北市	2018(86.6)	291(12.5)	21(0.9)	2330
臺東縣	205(80.1)	48(18.8)	3(1.2)	256
臺南縣	512(71.4)	135(18.8)	70(9.8)	717
臺南市舊制	948(75.9)	203(16.3)	98(7.8)	1249
宜蘭縣	332(74.4)	109(24.4)	5(1.1)	446
花蓮縣	382(84.1)	65(14.3)	7(1.5)	454
金門縣	51(78.5)	12(18.5)	2(3.1)	65
南投縣	215(64.2)	114(34)	6(1.8)	335
屏東縣	882(83)	176(16.6)	5(0.5)	1063
苗栗縣	338(71)	126(26.5)	12(2.5)	476
桃園市	457(55.9)	328(40.1)	32(3.9)	817
高雄市縣	1528(84)	272(15)	19(1)	1819
高雄市舊制	1247(84.4)	220(14.9)	11(0.7)	1478
基隆市	546(86.8)	77(12.2)	6(1)	629
連江縣	6(100)	0(0)	0(0)	6
雲林縣	602(77.7)	157(20.3)	16(2.1)	775
新北市	2947(80)	651(17.7)	85(2.3)	3683
新竹市	332(80.6)	77(18.7)	3(0.7)	412
新竹縣	387(81)	89(18.6)	2(0.4)	478
嘉義市	216(81.2)	49(18.4)	1(0.4)	266
嘉義縣	571(82.5)	107(15.5)	14(2)	692
彰化縣	199(39.1)	272(53.4)	38(7.5)	509
澎湖縣	72(77.4)	16(17.2)	5(5.4)	93

(2) 2017 年自殺死亡個案生前通報情形

2017 年自殺死亡個案且於通報系統中 2516 人，其中 35.7% 為自殺生前有通報個案(自殺死亡日-自殺企圖日>3 天)，64.3% 為自殺生前無通報個案(自殺死亡日-自殺企圖日≤3 天)。以性別分析，男性 31.6% 為自殺生前有通報個案，低於女性 42.6，其統計上亦具顯著差異。以年齡分析，25-44 歲 42.6% 為自殺生前有通報個案，其占率遠高於其他年齡層；而 65 歲以上 25.6% 為自殺生前有通報個案，其占率遠低於其他年齡層，其中 25-44 歲、65 歲以上分別和其他年齡層相比，其統計上具顯著差異。以戶籍地分析，東部地區 48.6% 為自殺生前有通報個案，和其他地區相比為佔率最高。以特殊身分別分析，精神照護列管系統、毒藥品列管系統、過去精神疾病、家暴加害人其統計上具顯著差異。以婚姻狀況分析，喪偶、鰥寡與不詳，各為 20.7%、69.1% 自殺生前有通報個案，其統計上亦具顯著差異。以自殺原因分析，不詳、其他情感／人際關係、精神健康／物質濫用，其統計上具顯著差異。以自殺方式分析，除鎗砲及爆炸物自殺及自傷外，自殺原因皆具統計上顯著差異。以死因分析，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 30.4% 為自殺生前有通報個案，其統計上亦具顯著差異。

表 2-1-15、自殺死亡個案且於通報系統中死亡情形

	自殺生前有通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日>3 天)		自殺生前無通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日≤3 天)	
性別				
男性	500	31.6	1082	68.4
女性	398	42.6	536	57.4
年齡				
10-24	46	33.8	90	66.2
25-44	350	42.6	472	57.4
45-64	340	36.8	585	63.2
65+	162	25.6	471	74.4
戶籍地				
北	377	35.0	700	65.0
中	217	34.6	410	65.4
南	264	36.5	460	63.5
東	35	48.6	37	51.4
離島	5	31.3	11	68.8
特殊身分別				
原住民	31	44.9	38	55.1
替代治療列管系統	13	34.2	25	65.8

精神照護列管系統	242	65.8	126	34.2
毒藥品列管系統	55	48.2	59	51.8
過去精神疾病	322	59.9	216	40.1
精照列管	51	31.1	113	68.9
嚴重病人	4	21.1	15	78.9
家暴高危加害人	3	75.0	1	25.0
家暴高危被害人	0	0.0	2	100.0
家暴加害人	33	68.8	15	31.3
家暴被害人	8	34.8	15	65.2
兒少加害人	13	34.2	25	65.8
兒少被害人	3	25.0	9	75.0
性侵加害人	1	20.0	4	80.0

表 2-1-15、自殺死亡個案且於通報系統中死亡情形(續)

	CHISQ	P-value	Odds(95%CI)	adjust odds(95%CI)
性別				
男性	30.80	<.0001	1.61(1.36-1.90)	NA
女性	30.80	<.0001	0.62(0.53-0.74)	NA
年齡				
10-24	0.22	0.6402	1.09(0.76-1.57)	NA
25-44	25.08	<.0001	0.65(0.54-0.77)	NA
45-64	0.72	0.3952	0.93(0.79-1.10)	NA
65+	36.90	<.0001	1.87(1.53-2.28)	NA
戶籍地				
北	0.39	0.5343	1.05(0.89-1.24)	1.14(0.97-1.35)
中	0.42	0.5158	1.07(0.88-1.29)	1.01(0.83-1.22)
南	0.27	0.6062	0.95(0.80-1.14)	0.93(0.77-1.11)
東	5.27	0.0217	0.58(0.36-0.92)	0.52(0.32-0.84)
離島	0.14	0.7103	1.22(0.42-3.53)	1.08(0.37-3.16)
特殊身分別				
原住民	2.61	0.1065	0.67(0.42-1.09)	0.71(0.44-1.16)
替代治療列管系統	0.04	0.8492	1.07(0.54-2.10)	1.14(0.58-2.25)
精神照護列管系統	152.40	<.0001	0.23(0.18-0.29)	0.26(0.21-0.33)
毒藥品列管系統	8.03	0.0046	0.58(0.40-0.85)	0.64(0.43-0.94)
毒藥品列管系統	166.19	<.0001	0.23(0.19-0.29)	0.25(0.20-0.31)
過去精神疾病	3.42	0.0642	0.72(0.51-1.02)	0.79(0.56-1.12)
精照列管	0.16	0.6864	1.26(0.42-3.80)	1.33(0.44-4.03)
嚴重病人	4.06	0.0438	0.10(0.01-0.94)	0.10(0.01-0.95)

家暴高危加害人	0.00	0.9768	>999.999(<0.001->999.999)	>999.999(<0.001->999.999)
家暴高危被害人	42.92	<.0001	0.13(0.07-0.23)	0.12(0.07-0.23)
家暴加害人	1.78	0.1817	0.56(0.23-1.32)	0.61(0.26-1.47)
家暴被害人	2.86	0.0909	0.56(0.28-1.10)	0.58(0.30-1.16)
兒少加害人	0.04	0.846	0.88(0.24-3.26)	1.16(0.29-4.54)
兒少被害人	0.02	0.8871	1.17(0.13-10.51)	1.19(0.13-10.77)
性侵加害人	2.61	0.1065	0.67(0.42-1.09)	0.71(0.44-1.16)

表 2-1-15、自殺死亡個案且於通報系統中死亡情形(續)

	自殺生前有通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日>3 天)		自殺生前無通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日≤3 天)	
教育程度				
國小以下(含)	84	48.6	89	51.4
國中	190	35.2	350	64.8
高中	213	34.1	411	65.9
大學	95	43.2	125	56.8
碩博士	7	21.2	26	78.8
不詳、其他、未詳、遺漏數值	309	33.4	617	66.6
婚姻狀況				
未婚、同居	229	34.1	443	65.9
已婚	315	33.0	640	67.0
離婚、分居	153	35.4	279	64.6
喪偶、鰥寡	49	20.7	188	79.3
不詳	152	69.1	68	30.9
自殺原因				
工作／經濟	114	41.5	161	58.5
不詳	118	13.6	749	86.4
生理疾病	124	30.3	285	69.7
其他	71	48.6	75	51.4
迫害問題	3	33.3	6	66.7
校園學生問題	5	41.7	7	58.3
情感／人際關係	364	60.3	240	39.7
精神健康／物質濫用	360	50.8	348	49.2
自殺方式				
以固體或液體物質	532	60.0	354	40.0
以家用瓦斯	17	89.5	2	10.5
由其他氣體及蒸氣	104	22.3	362	77.7
溺水(淹死)自殺及自傷	49	8.5	529	91.5

鎗砲及爆炸物	19	16.0	100	84.0
切穿工具	1	7.7	12	92.3
由高處跳下	171	77.7	49	22.3
其他及未明示之方式	28	12.1	204	87.9
溺水（淹死）	70	53.0	62	47.0
鎗砲及爆炸物	532	60.0	354	40.0

表 2-1-15、自殺死亡個案且於通報系統中死亡情形(續)

	自殺生前有通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日>3 天)		自殺生前無通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日≤3 天)	
教育程度				
國小以下(含)	13.10	0.0003	0.56(0.41-0.77)	0.41(0.29-0.56)
國中	0.08	0.7822	1.03(0.84-1.26)	1.10(0.89-1.35)
高中	0.88	0.3493	1.10(0.91-1.32)	1.26(1.03-1.53)
大學	5.85	0.0156	0.71(0.54-0.94)	0.851(0.64-1.14)
碩博士	2.93	0.0872	2.08(0.90-4.81)	2.37(1.02-5.51)
不詳、其他、未詳、遺漏數值	3.44	0.0636	1.18(0.99-1.39)	1.01(0.84-1.22)
婚姻狀況				
未婚、同居	1.04	0.3077	1.10(0.92-1.33)	1.45(1.16-1.81)
已婚	4.91	0.0267	1.21(1.02-1.44)	1.09(0.91-1.30)
離婚、分居	0.02	0.8959	1.02(0.82-1.26)	1.10(0.88-1.37)
喪偶、鰥寡	24.55	<.0001	2.28(1.65-3.16)	1.96(1.36-2.83)
不詳	101.34	<.0001	0.22(0.16-0.29)	0.23(0.17-0.32)
自殺原因				
工作／經濟	4.45	0.035	0.76(0.59-0.98)	0.78(0.6-1.02)
不詳	247.26	<.0001	5.70(4.59-7.08)	6.00(4.81-7.48)
生理疾病	6.12	0.0134	1.34(1.06-1.68)	0.94(0.73-1.22)
其他	11.05	0.0009	0.57(0.41-0.79)	0.56(0.40-0.79)
迫害問題	0.02	0.8842	1.11(0.28-4.44)	1.29(0.32-5.28)
校園學生問題	0.19	0.6658	0.78(0.25-2.45)	0.89(0.27-2.90)
情感／人際關係	195.73	<.0001	0.26(0.21-0.31)	0.28(0.23-0.34)
精神健康／物質濫用	96.06	<.0001	0.41(0.34-0.49)	0.43(0.36-0.52)
自殺方式				
以固體或液體物質	329.58	<.0001	0.19(0.16-0.23)	0.17(0.14-0.20)
以家用瓦斯	13.46	0.0002	0.06(0.02-0.28)	0.05(0.01-0.23)
由其他氣體及蒸氣	43.09	<.0001	2.20(1.74-2.79)	2.64(2.07-3.38)
吊死、勒死及窒息	186.02	<.0001	8.42(6.20-11.43)	8.07(5.93-10.98)
溺水（淹死）	19.27	<.0001	3.05(1.85-5.01)	3.091(1.87-5.11)

鎗砲及爆炸物	3.34	0.0678	6.70(0.87-51.63)	5.90(0.76-45.62)
切穿工具	144.21	<.0001	0.13(0.10-0.19)	0.14(0.10-0.19)
由高處跳下	52.97	<.0001	4.48(2.99-6.71)	4.82(3.20-7.26)
其他及未明示之方式	17.53	<.0001	0.47(0.33-0.67)	0.46(0.32-0.66)

表 2-1-15、自殺死亡個案且於通報系統中死亡情形(續)

死因	自殺生前有通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日>3 天)		自殺生前無通報個案 (自殺死亡日-自殺企圖日≤3 天)	
以固體或液體物	205	38.3	330	61.7
由其他氣體及蒸氣	215	37.1	365	62.9
吊死、勒死及窒息	230	30.4	526	69.6
溺水(淹死)	71	43.3	93	56.7
由高處跳下	125	37.7	207	62.3
鎗砲及爆炸物	3	16.7	15	83.3
切穿工具	20	28.2	51	71.8
其他及未明示之方式	29	48.3	31	51.7

表 2-1-15、自殺死亡個案且於通報系統中死亡情形(續)

死因	CHISQ	P-value	Odds(95%CI)	adjust odds(95%CI)
以固體或液體物質	2.04	0.1532	0.87(0.71-1.06)	0.73(0.59-0.89)
由其他氣體及蒸氣	0.62	0.43	0.93(0.76-1.12)	1.07(0.87-1.31)
吊死、勒死及窒息	13.01	0.0003	1.40(1.17-1.68)	1.34(1.11-1.61)
溺水(淹死)	4.38	0.0363	0.71(0.52-0.98)	0.73(0.52-1.01)
由高處跳下	0.64	0.424	0.91(0.72-1.15)	0.99(0.78-1.30)
鎗砲及爆炸物	2.62	0.1053	2.79(0.81-9.67)	2.62(0.75-9.14)
切穿工具	1.78	0.1818	1.43(0.85-2.41)	1.36(0.80-2.32)
其他及未明示之方式	4.19	0.0408	0.59(0.35-0.98)	0.58(0.35-0.98)

3. 提供資料分析報告

- 1) 2018 年 5 月 30 日於衛生福利部召開「107 年自殺防治策略討論會」。
- 2) 依據衛生福利部統計處所提供之自殺死亡數據表格內容解讀，並於 2017 年度十大死因記者會提供衛生福利部「106 年與 105 年自殺死亡比較分析報告」。

4. 策略及建議

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「吊死、勒死

及窒息自殺及自傷」比例較高；自殺通報方法別以「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」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「連江縣」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，「以家用瓦斯自殺及自為中毒」、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」及「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」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，尤其是澎湖縣(占率 4.2%)為比例最高之縣市；在特殊身分註記方面，則以「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「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」，自殺原因則以「工作／經濟」，居住地則以澎湖縣、新竹市及嘉義市，需特別注意。

針對「25-44歲」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」居多，自殺原因以「其他」為主，以居住地而言，「25-44歲」以澎湖縣比例較高。

針對「45-64歲」首次通報再自殺之個案，發現自殺通報之自殺方法以「以家用瓦斯自殺及自為中毒」、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」居多，自殺原因以「生理疾病」為主，以居住地而言，以澎湖縣比例較高。

針對「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「以家用瓦斯自殺及自為中毒」居多，自殺原因以「不詳」為主，以居住地而言，以花蓮縣比例較高。

以上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

- a. 建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。
- b. 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)。

- c. 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。
- d. 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。
- e. 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。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族群做特定的辨識，例如強化醫療院所之自殺防治，尤其久病不癒、長期慢性疾病等男性患者；落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、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

- a. 針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介：如失業人口、老年人、獨居者、特殊職業族群(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)。
- b. 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。
- c. 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。
- d. 各相關網絡及接觸高風險族群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

(2) 遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置

- a. 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。
- b. 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。
- c. 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。
- d. 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)。
- e. 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。

- f. 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。
- g. 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，而此族群亦為主要就業人口，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：

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。

全國自殺防治中心於2017年製作「全國與22縣市因地制宜自殺防治策略建議」並於2018年更新相關策略建議，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，包含在地資源盤點與整合、轉介管道之暢通以及落實後續追蹤部分都需加強。其中後續追蹤階段，則需建立起SOP流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。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2016年為17%，2017年下降至16.9%，通報資料的完善性會提昇數據分析價值，有利於後續關懷訪視流程，通報人員之教育訓練仍需加強。
- 3) 2017年男性自殺粗死亡率每十萬人口22人較2016年(21.8人)上升0.9%，而死亡人數較2016年上升15人，自殺粗死亡率男性近三年逐漸上升；2017年女性自殺粗死亡率每十萬人口11人較2016年(10.2人)上升07.8%，而死亡人數較2016年上升91人(7.5%)。
- 4) 2017年中壯年(45-64歲)自殺粗死亡率為每十萬人口21.1人，較2016年上升5%，人數較2016年增加81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。

- 5) 2017 年老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 31.1 人，較 2016 年下降 3.7%。老年人自殺粗死亡率最高，且老年人口數逐年上升，老人自殺防治將是自殺防治一大課題，建議特別注意老年人心理照護。而老人憂鬱症診斷不易，常造成數據無法反映實際罹患憂鬱症或其相關情感性精神疾患之人數，且老人憂鬱症之診斷常需要家屬協助，故應針對一般大眾加強對老人憂鬱症之認識，方以提高相關精神疾患之診斷以及後續治療成功率。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。
- 6) 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。

自殺占全國死因排名由 2016 年第 12 名上升至 2017 年第 11 名，2017 年全國自殺粗死亡率亦較 2016 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

2-1-1、全國自殺死亡資料統計

2-1-2、全國自殺通報資料統計

2-1-3、2017 年與 2016 年自殺死亡比較分析報告

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 2018 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：「於 107 年 3 月 31 日前，併同 106 年自殺通報年報表及 106 年總體自殺防治策略報告，更新全國及 22 縣市具體之自殺防治策略建議，提供本部及各縣市做為規劃在地因地制宜自殺防治行動方案或措施之參考。」。

關於各縣市因地制宜的自殺防治策略，過去全國自殺防治中心，參與縣市自殺防治業務輔導訪查，累積經驗發現，各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。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。

2017 年全國自殺防治中心編寫全國及 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。今年依照 2016 年度全國自殺死亡資料統計、2017 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實務督導及高風險縣市輔導訪查摘要，更新全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 根據 2016 年度全國自殺死亡資料、2017 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 2017 年訪視紀錄抽查摘要、2017 年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) 根據 2017 年自殺通報資料，分析各縣市自殺通報特性，包含自殺方法、自殺原因。
- 4) 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。
- 5) 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：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：2017 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) 自殺通報資料檔
 - (1) 資料期間：2006-2017 年。
 - (2) 說明：向自殺防治通報系統維護廠商以電子郵件申請自殺通報資料。(詳見章節 2.3 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)
- 4) 實務督導及高風險縣市輔導訪查摘要：蒐集 2017 年中心所辦理縣市實務督導紀錄及高風險縣市輔導訪查摘要。
- 5) 自殺防治通報系統訪視紀錄抽查

2. 資料分析

- 1) 自殺死亡特性分析
- 2) 運用 QGIS 繪製各縣市自殺地圖
- 3) 自殺通報資料分析
- 4) 實務督導及高風險縣市輔導訪查摘要整理
- 5) 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 2016 年及 2017 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。
- d. 去除精神疾病與自殺的污名效應及加強心理衛生教育宣導，促進國人身心健康。

(2) 選擇性策略

- a. 運用 BSR5-5 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. 加強對特殊註記族群關懷：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。
- f. 精神疾病患者，為具有高自殺風險的族群，但過去發現，因社會汙名化，許多人忌諱就醫，應由政府定期推動去汙名化之宣導活動，以利就醫行為。

(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，建立不同於未遂的標準流程。
- 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。訪視紀錄應有簡單、重要可茲遵循的標準格式，例如常用的 S.O.A.P. 格式，S 為 subjective 主訴，O 為 objective 客觀，A 為 assessment 評估，P 為 plan 處遇計畫；以利持續關懷追蹤與成效評估。
- 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，在接獲高風險族群或弱勢族群之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用。

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 2-2-1。

五、 附件

2-2-1、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

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，最主要是曾經自殺過的人，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 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。

衛生福利部基於上述原因，於 2006 年建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市建立自殺防治關懷網絡，針對存有自殺意念、自殺企圖、自殺死亡個案及其家屬進行即時關懷並介入輔導，並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品質，活絡社區支持網絡。衛生福利部另於 2015 年 12 月進行通報系統改版，以期自殺企圖個案管理更完善，並有效縮短行政作業流程。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」、「促進相關服務資源之整合」。

過往對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。但建立自殺防治通報系統目的是要挽救活著的人，透過分析自殺通報資料將有助於了解自殺企圖者的特性。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，以及進行自殺企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

2. 業務目的與目標

- 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。
- 3) 抽查訪視紀錄，給予綜合建議。

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。
- 3) 按月抽查訪視紀錄，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。(詳見章節 6.1 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議)

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、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、系統修改建議及專家諮詢等。

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. 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資訊入口網。
 - (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，提供中心加密檔，以密碼開啟原始資料檔。
- 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 2-3-1、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
1/22	心理及口腔健康司	2017 年通報及關懷人次
2/2	心理及口腔健康司	2017 年度 65 歲以上男性自殺通報人次及關懷訪視人次
2/27	心理及口腔健康司	2017 年度男性自殺通報人次及關懷訪視人次
3/1	心理及口腔健康司	2017 年關懷訪視資料
3/26	心理及口腔健康司	自殺通報自焚案件數據
4/17	桃園市政府衛生局	桃園市 2006-2010 年通報人次
4/30	心理及口腔健康司	2017 年度 65 歲以上自殺通報人次及關懷訪視人次
5/8	心理及口腔健康司	2013-2017 年各縣市自殺收案人數
5/25	心理及口腔健康司	2013-2017 年 65 歲以上老人通報數據
5/31	心理及口腔健康司	2016 年與 2017 年各縣市通報、訪視數據比較
6/1	心理及口腔健康司	2016 年與 2017 年自殺企圖人數比較表
6/13	心理及口腔健康司	2017 年各季訪視人次
7/19	臺南市政府衛生局	2011-2017 年全國及臺南市自殺通報人次趨勢
7/24	屏東縣衛生局	歷年屏東縣自殺死亡與通報圖
7/30	心理及口腔健康司	2016、2017 年 0-17 歲兒少自殺通報原因
8/6	心理及口腔健康司	2018 年 1-6 月全國平均關懷次數

8/29	南投縣政府衛生局	2016-2018 年 7 月南投縣自殺數據
9/13	嘉義縣衛生局	2017 年嘉義縣自殺通報數據

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 224 份。(報表型式如附件 2-3-1、附件 2-3-2)
- 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 2018 年 10 月統計分析如下(擷取日期：2018 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 2017 年總通報人次為 30,619 人次，2018 年 1 月至 10 月通報人次為 27,880 人次。

全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，2017 年為 7.6、2018 年 1 至 10 月為 8.1。(如圖 2-3-1)。

(2) 通報單位類型

由 2006 年至 2018 年 10 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-3-2)，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 2018 年 1 至 10 月升至 10.1%。

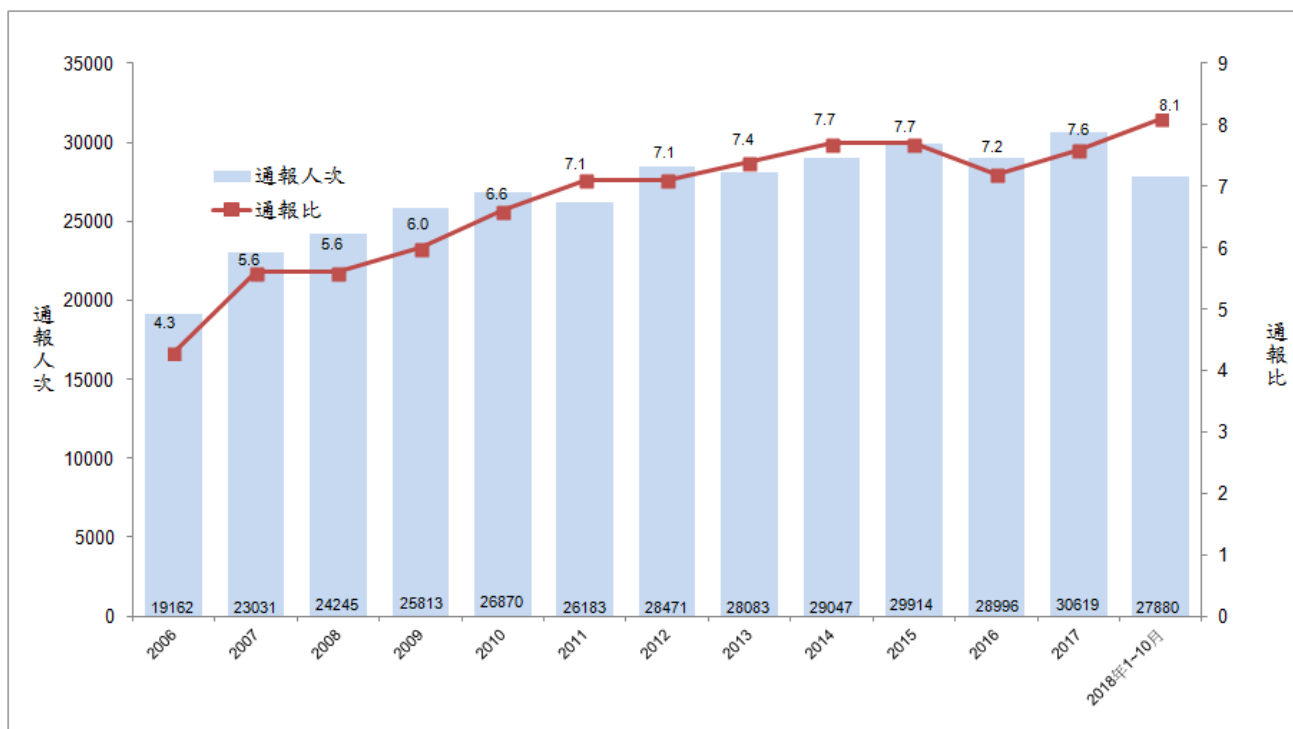


圖 2-3-1、2006 年至 2018 年 10 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

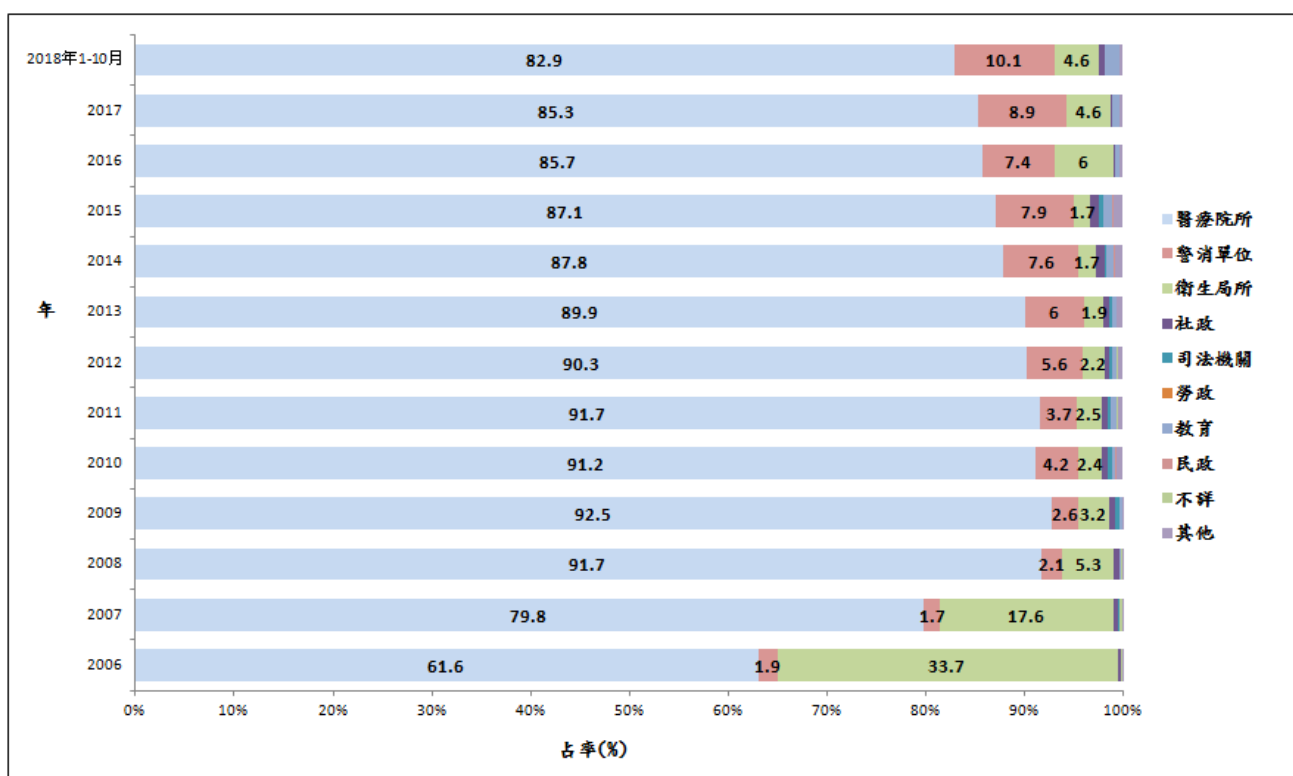


圖 2-3-2、2006 年至 2018 年 10 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-3-2)，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 7.7，2018 年 1-5 月通報比則為 7.8。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在 99%以上，至 2017 年分案率為 100%，分案關懷率達到 99.8%，2018 年 1-10 月分案率則為 100%，分案關懷率 99.9%。

表 2-3-2、2008 年至 2018 年 10 月通報指標

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 註 ¹ (1-10 月)
通報人次	24,245	25,813	26,870	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	30,619	27,880
通報比	5.6	6.0	6.6	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.6	8.1
分案率(%)	99.5	99.9	100	99.9	100	100	100	100	100	100	100
分案關懷率(%)	99.7	100	99.9	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.8	99.9
30 天再自殺率(%) ^{註 3}	4.3	4.4	4.0	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4	6.0

註 1：2018 年 1 至 10 月之資料，擷取日期：2018 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 3：2018 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 2018 年 1 至 9 月。

(4) 自殺企圖者之特性

2018 年 1 至 10 月通報共 27,880 人次，其中女性通報 17,466 人次占 62.6%，男性通報 10,414 人次占 37.4%，女性為男性 1.68 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 23.1%)、25-34 歲(占率 19.9%)、15-24 歲以上(占率 18.6%)、45-54 歲(占率 15.9%)、55-64 歲(占率 9.8%)、75 歲以上(占率 5.4%)、65-74 歲(占率 5.0%)、14 歲以下(占率 2.3%)。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，惟女性 15-24 歲人次占率為第二高，與全體及男性趨勢不同，詳見表 2-3-3。

表 2-3-3、2018 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	186	1.8	459	2.6	645	2.3
15-24	1626	15.6	3546	20.3	5172	18.6
25-34	2023	19.4	3536	20.2	5559	19.9
35-44	2225	21.4	4218	24.1	6443	23.1
45-54	1666	16	2774	15.9	4440	15.9
55-64	1204	11.6	1516	8.7	2720	9.8
65-74	698	6.7	689	3.9	1387	5
75 以上	782	7.5	723	4.1	1505	5.4
不詳	4	0	5	0	9	0
總計	10414	100	17466	100	645	2.3

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(41.3%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(22.3%)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 2-3-4。

表 2-3-4、2018 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	4299	41.3	9131	52.3	13430	48.2
以家用瓦斯自殺及自為中毒	131	1.3	53	0.3	184	0.7
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	1143	11	727	4.2	1870	6.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	742	7.1	552	3.2	1294	4.6
溺水(淹死)自殺及自傷	284	2.7	388	2.2	672	2.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	16	0.2	1	0	17	0.1
切穿工具自殺及自傷	2324	22.3	5849	33.5	8173	29.3
由高處跳下自殺及自傷	848	8.1	1067	6.1	1915	6.9

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」(48.5%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(26%)及「由高處跳下自殺及自傷」(16.6%)。15-24 歲自殺方式占率排序為「切穿工具自殺及自傷」(40.7%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.2%)及「由高處跳下自殺及自傷」(9.3%)。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」(40.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(37.3%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(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」(50.4%)、「切穿工具自殺及自傷」(29.4%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(7.6%)。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」(54.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(22.6%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(8.2%)。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%)、「切穿工具自殺及自傷」(15.6%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(7.7%)。65-74 歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(58.4%)、「切穿工具自殺及自傷」(12.7%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(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」(60.5%)、「切穿工具自殺及自傷」(12%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(11.4%)，如表 2-3-5。

表 2-3-5、2018 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	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥ 75
以固體或液體物質自殺及自為中毒	26	40.2	40.9	50.4	54.3	56	58.4	60.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.2	0.2	0.5	0.8	1	1.3	0.8	0.4
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0.9	5.5	7.9	7.6	8.2	7.1	5.3	1.3
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	4	3.7	3.2	2.9	4.5	7.7	9	11.4
溺水(淹死)自殺及自傷	0.5	1.3	2.1	2.2	2.7	3.7	5.5	3.1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	48.5	40.7	37.3	29.4	22.6	15.6	12.7	12
由高處跳下自殺及自傷	16.6	9.3	7.8	5.9	5.5	5.6	4.6	4

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，排序前三位為「情感／人際關係」(45.9%)、「精神健康／物質濫用」(40.7%)及「工作／經濟」(10.6%)。男性前三位為「情感／人際關係」(37.5%)、「精神健康／物質濫用」(36.6%)及「工作／經濟」(14.4%)；女性前三位為「情感／人際關係」(50.9%)、「精神健康／物質濫用」(43.2%)及「工作／經濟」(8.4%)。(如表 2-3-6)。

表 2-3-6、2018 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	3909	37.5	8884	50.9	12793	45.9
精神健康／物質濫用	3811	36.6	7549	43.2	11360	40.7
工作／經濟	1495	14.4	1471	8.4	2966	10.6
生理疾病	1194	11.5	866	5	2060	7.4
校園學生問題	233	2.2	558	3.2	791	2.8
迫害問題	51	0.5	164	0.9	215	0.8
其他原因	701	6.7	907	5.2	1608	5.8
無法說明及不詳	1944	18.7	2212	12.7	4156	14.9

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」(47.1%)、「精神健康／物質濫用」(35%)、「校園學生問題」(33.8%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(50.7%)、「精神健康／物質濫用」(42.9%)、「校園學生問題」(10.1%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(53.4%)、「精神健康／物質濫用」(39.8%)、「工作／經濟」(13.1%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(49.1%)、「精神健康／物質濫用」(41.8%)、「工作／經濟」(13.7%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(43.7%)、「情感／人際關係」(43.3%)、「工作／經濟」(13.4%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(41%)、「情感／人際關係」(37.1%)、「生理疾病」(15%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(37.6%)、「生理疾病」(31.7%)、「情感／人際關係」(31.1%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(43.3%)、「精神健康／物質濫用」(28.6%)、「情感／人際關係」(24.3%)。(如表 2-3-7)。

表 2-3-7、2018 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	47.1	50.7	53.4	49.1	43.3	37.1	31.1	24.3
精神健康／物質濫用	35	42.9	39.8	41.8	43.7	41	37.6	28.6
工作／經濟	0.3	7	13.1	13.7	13.4	11.4	5	1.1
生理疾病	0.3	0.9	1.2	2.7	6.1	15	31.7	43.3
校園學生問題	33.8	10.1	0.8	0.1	0	0	0	0
迫害問題	1.4	1	0.8	0.9	0.6	0.7	0.1	0.3
其他	9.5	6.3	5.3	5	5.4	6.1	5.9	7.4
不願說明或無法說明	9.8	12.6	13.9	16	16	17.5	14.4	16.5

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 2018 年 1-10 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.2 次，尚未達到平均次數之縣市有澎湖縣(平均 3.8 次)、臺北市(平均 4.1 次)、苗栗縣(平均 4.5 次)、基隆市(平均 4.6 次)、花蓮縣(平均 4.6 次)、新竹市(平均 5 次)、高雄市(平均 5.2 次)、雲林縣(平均 5.4 次)、彰化縣(平均 5.5 次)、嘉義市(平均 5.7 次)、屏東縣(平均 5.8 次)、嘉義縣(平均 6.1 次)。(如表 2-3-8)。

表 2-3-8、2018 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表

	2018 年 1-10 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.2	3.9	6	43	0
臺北市	4.1	3.2	4	33	1
新北市	7.1	4.1	7	35	0
基隆市	4.6	2.8	5	20	0
宜蘭縣	6.2	4	6.5	22	1
桃園市	6.7	3.8	7	35	1
新竹市	5	2.8	5	19	1
新竹縣	6.4	3.5	7	24	0
苗栗縣	4.5	2.5	4	18	1
臺中市	6.6	4	7	24	0
彰化縣	5.5	2.9	6	20	1
南投縣	10.4	5.3	10	28	0
雲林縣	5.4	2.6	6	22	1
嘉義市	5.7	4.1	6	29	0
嘉義縣	6.1	5.5	6	43	0
臺南市	6.8	3.4	7	26	0
高雄市	5.2	3.4	5	33	0
屏東縣	5.8	2.7	6	21	0
臺東縣	7.8	5.1	7	26	0
花蓮縣	4.6	2.6	5	17	0
澎湖縣	3.8	2.2	4	9	1
金門縣	7.5	4.4	6.5	21	1
連江縣	6.3	3.1	7	9	3

(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 16.3%、家暴被害人占 7%、家暴加害人占 5.6%、兒少被害人占 4.8%、兒少加害人占 3.8%、嚴重病人占 1.2%、家暴高危被害人占 0.7%、家暴高危加害人占 0.4%、性侵加害人占 0.2%。(如表 2-3-9)。

表 2-3-9、2018 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	16.3	1.2	0.4	0.7	5.6	7	3.8	4.8	0.2
臺北市	16.1	1.2	0.5	0.4	5	7.5	3	4.2	0
新北市	16.3	1	0.4	0.6	5	6.2	3	6.1	0.2
基隆市	16.9	1.4	0.2	0.6	6.6	8.2	4.7	4.5	0.2
宜蘭縣	19.5	0.7	0.7	1.2	4.6	11.2	3.3	5.8	0.2
桃園市	12.3	0.5	0.6	1	4.9	6.9	3.5	5.9	0.3
新竹市	6	0.4	0.8	0.6	6	10.8	3.9	3.9	0.6
新竹縣	12.8	0.2	0	0.4	3.4	5.7	2.1	6.5	0.4
苗栗縣	13.1	1	0.2	0.3	6.7	4.8	2.5	4	0.3
臺中市	14.2	1.5	0.3	0.6	5	6	3.8	3.8	0.3
彰化縣	18	1.1	0.4	0.4	6.2	5.1	3.9	5.1	0.4
南投縣	17.3	0.8	0	0.1	9.2	11.7	3.8	4.1	0.4
雲林縣	13.1	0.5	1.3	1.2	6.9	7.3	4.6	4.5	0.6
嘉義市	13.2	1.8	0	0.3	5.3	6.8	3.5	3.8	0
嘉義縣	15	0.3	0.3	1.2	6.2	6.3	6	2.3	1
臺南市	17.5	2.1	0.3	0.9	3.9	5.1	4.6	4.1	0
高雄市	21.4	1.3	0.8	0.8	8	9.4	5.2	4.3	0
屏東縣	17.4	3	0.3	0.7	5.5	6.9	3.5	3.6	0.1
臺東縣	23.7	1.2	1.2	0.6	5	10.4	4.2	5.6	0.6
花蓮縣	22.7	1.2	0.4	1	4.5	5.8	5.2	7.6	0
澎湖縣	18.6	1.4	0	0	2.9	4.3	1.4	5.7	0
金門縣	26.5	1.5	0	0	10.3	7.4	7.4	1.5	0
連江縣	0	0	0	0	33.3	0	66.7	0	0

註：特殊身份註記個案比例=該縣市特殊身份註記人次÷該縣市通報人次

- 4) 不定期提供衛生福利部及各縣市衛生局相關統計與分析資料。
- 5) 持續檢測系統相關問題(含撈取資料)，進行討論後，與系統維護廠商聯繫及建議改善。

2. 滾動式修正策略建議

- 1) 以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) 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 2-3-3)
- 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 2018 年 1-8 月策略建議執行情形，包含執行結果與意見回饋。(如附件 2-3-4)

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，2018 年 1-10 月通報共 27,880 人次，其中女性通報 17,466 人次占 62.6%，男性通報 10,414 人次占 37.4%，女性為男性 1.68 倍。全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，2018 年 1-10 月為 8.1。

在自殺方法選擇上，2018 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」(48.2%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(29.3%)。自殺原因方面，2018 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，2018 年 1-10 月通報個案中，精照列管個案占 16.3%、家暴被害人占 7%、家暴加害人占 5.6%、兒少被害人占 4.8%、兒少加害人占 3.8%、嚴重病人占 1.2%、家暴高危及被害人占 0.7%、家暴高危及加害人占 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，2018 年提出自殺防治通報系統訪視紀錄輸入介面修改建議，建議內容詳見章節 6.2 自殺防治關懷訪視內外部督導指引、紀錄登打指引及工作評核指標。
- 5) 建議與改善

本中心藉由歷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。今年依照 2016 年度全國自殺死亡資料統計、2017 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實務督導

及高風險縣市輔導訪查摘要，更新全國及 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

2-3-1、2018 年 10 月自殺通報月報表

2-3-2、2018 年 10 月臺北市通報個案特性分析表

2-3-3、2018 年 1-8 月滾動式修正策略建議彙整

2-3-4、各縣市滾動式修正策略建議執行情形

0-17 歲兒少自殺資料分析

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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

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

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

2. 業務目的與目標

本報告之主要目的在於分析 2016 年、2017 年各縣市自殺通報資料與自殺死亡資料，以臺灣地區之兒童與青少年(以下簡稱兒少)為對象，分析兒少自殺相關資料。

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。
- 3) 其他資料檔：包含全民健康保險研究資料庫、原住民清冊、替代治療清冊、

精神照護系統。

2. 統計分析

- 1) 0-17 歲通報個案與全年齡層比較分析自殺企圖者特性，包含自殺方式、自殺原因及特殊身份註記個案比例。
- 2) 0-17 歲自殺死亡個案，以自殺方式、縣市、性別交叉分析。
- 3) 串聯自殺企圖通報資料及自殺死亡檔，計算自殺企圖個案之再自殺死亡率以及自殺原因與危險指標等；串連全民健康保險研究資料庫、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統、毒藥品列管清冊。

三、過程(Process)

1. 資料蒐集

- 1) 自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：2008 年至 2017 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，由中心每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。
- 2) 自殺企圖通報資料檔
 - (1) 資料期間：2006 年至 2017 年。
 - (2) 說明：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。
- 3) 全民健康保險研究資料庫、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統、毒藥品列管清冊。
 - (1) 資料期間：2012 年至 2017 年。
 - (2) 說明：向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心申請特定族群資料。

2. 研究分析

- 1) 自殺死亡特性分析，以自殺方式、縣市、性別進行交叉分析。
- 2) 自殺企圖個案特性分析，以及自殺企圖通報與自殺死亡檔串聯。
- 3) 特定人口自殺死亡分析，計算特定族群標準化死亡率並利用各特定人口群系統清冊串連自殺企圖檔。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 完成 2016 年 0-17 歲兒少各縣市自殺死亡及通報資料報告乙份。
- 2) 完成 2017 年度 0-17 歲兒少、全年齡層及特定人口群各縣市自殺死亡及通報資料（含戶籍地及居住地），以及串聯健保等資料庫報告乙份。
- 3) 報告節錄如下：

(1) 全國自殺通報數據

2017 年全國 0-17 歲兒少自殺通報為 1,381 人次，占總通報(30,619 人次)4.5%；其中男性通報 446 人次占 32.3%，女性通報 935 人次占 67.7%，女性為男性的 2.1 倍。

以自殺方式分析，0-17 歲兒少以「切穿工具自殺及自傷」(38.9%) 為最多人採用之方式，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(34.3%) 次之，第三高為「由高處跳下自殺及自傷」(13%)。其他年齡層大多「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為最高、「切穿工具自殺及自傷」次之(如圖 2-4-1)

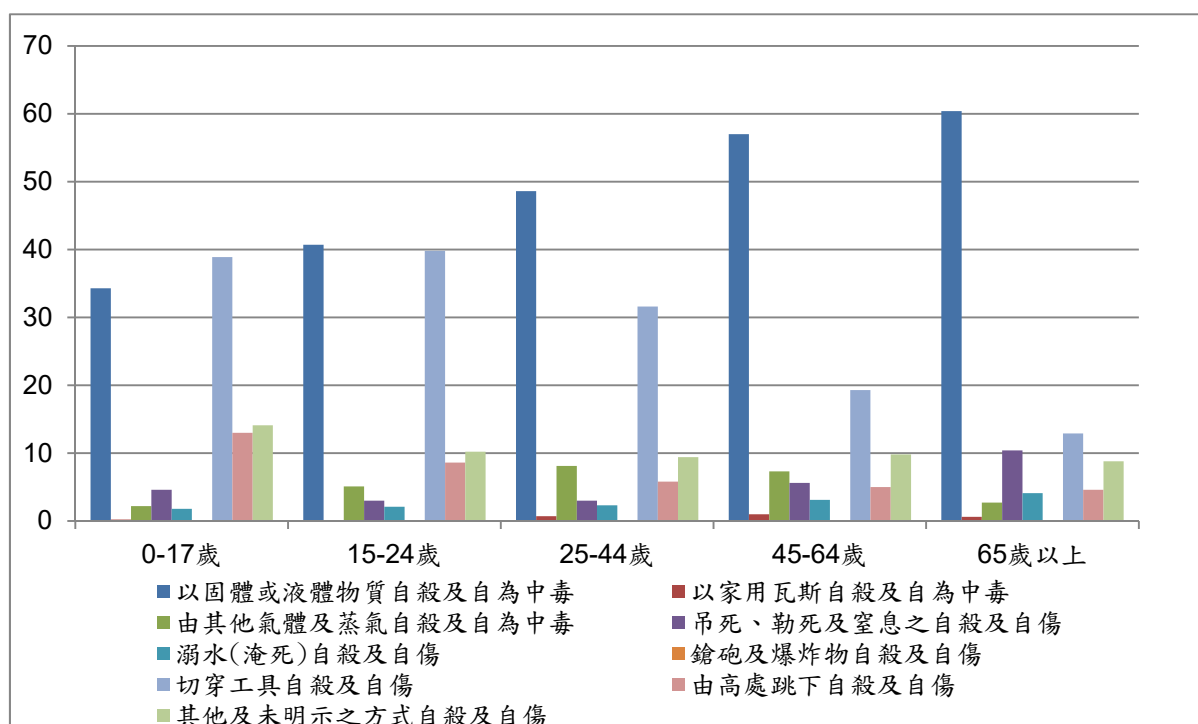


圖 2-4-1、2017 年全國兒少及各年齡層自殺通報方式占率圖

以自殺原因分析，除了「無法說明及不詳」以外，0-17 歲兒少通報排序前三位為「情感／人際關係」(50.1%)、「精神健康／物質濫用」(32.1%)及「校園學生問題」(25.2%)，其他年齡層前二高與兒少差距不大，但第三高通報原因為「工作／經濟」或「生理疾病」。(如圖 2-4-2)

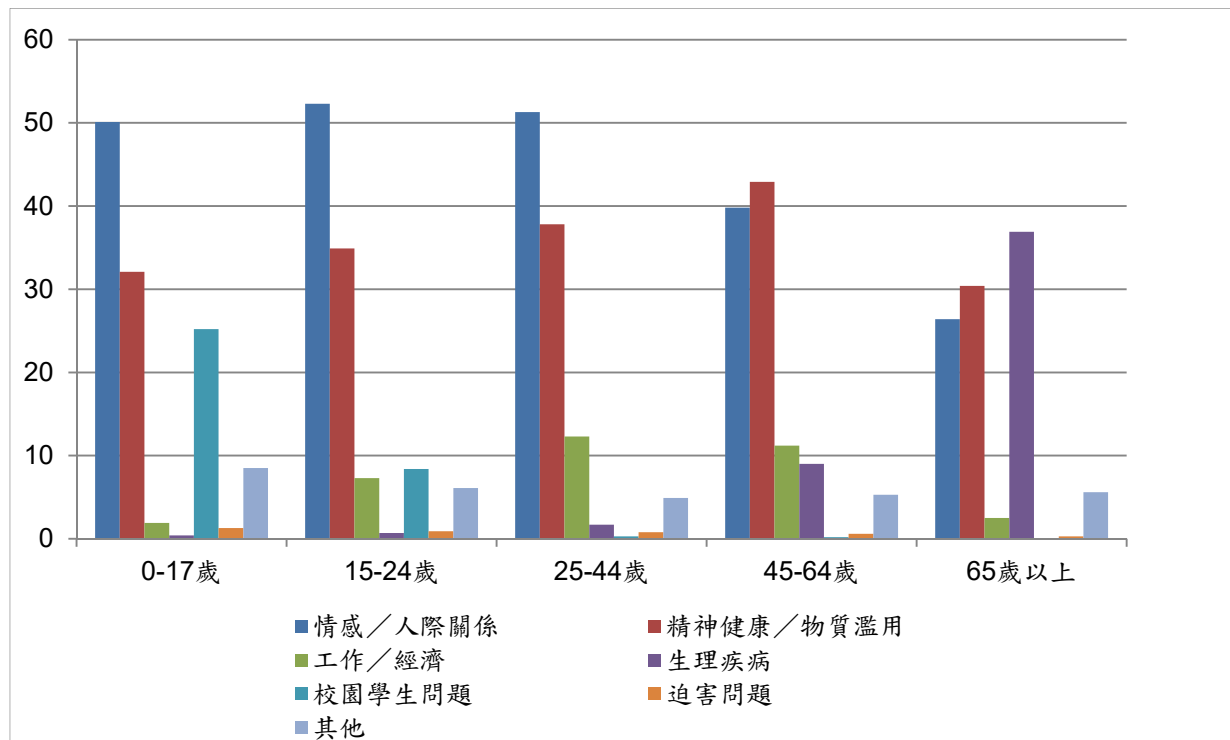


圖 2-4-2、2017 年全國兒少及各年齡層自殺通報原因占率圖

分析兒少自殺通報個案之特殊身份註記，兒少被害人占 44%、家暴被害人占 5.7%、精照列管個案占 4.7%、兒少加害人占 2.2%、家暴加害人占 1.7%、性侵加害人占 0.4%、嚴重病人占 0.1%。

(2) 2017 年 0-17 歲兒少自殺死亡

以 ICD9 而言，由高處跳下自殺及自傷人數及吊死、勒死及窒息之自殺及自傷，均為 15 人，而若以性而言，男性 17 人，女性 18 人，細看男女性自殺方式差異，則可發現，男性以吊死、勒死及窒息之自殺及自傷較多，女性則以由高處跳下自殺及自傷較多。(如表 2-4-1)。各縣而言，0-17 歲自殺死亡個案人數前三位分別是新北市(9 人)，臺南市(5 人)、桃園市(4 人)。(如表 2-4-2)

若再將各縣市 0-17 歲可發現，由高處跳下自殺及自傷仍主要集中於大都市，故仍需針對都會區之學校，需強化學校內高樓之管制以及翻越女兒牆之困難度，並應將校內高樓設為校警巡邏處，以減少自殺個案人數。

表 2-4-1、2017 年 0-17 歲兒少自殺死亡依縣市別及自殺死因

	由其他氣體 及蒸汽自殺 及自為中毒	吊死、勒死 及窒息之自 殺及自傷	鎗砲及爆炸 物自殺及自 傷	由高處跳 下自殺及自 傷	總計
男性	3	9	1	4	17
女性	1	6	0	11	18
總計	4	15	1	15	35

表 2-4-2、2017 年 0-17 歲兒少自殺死亡依縣市別及自殺死因

縣市	由其他氣體 及蒸汽自殺 及自為中毒	吊死、勒死 及窒息之自 殺及自傷	鎗砲及爆炸 物自殺及自 傷	由高處跳下 自殺及自傷	總計
臺北市	1	1	0	1	3
新北市	1	2	1	5	9
基隆市	0	0	0	0	0
宜蘭縣	0	0	0	0	0
桃園市	0	0	0	4	4
新竹市	0	0	0	0	0
新竹縣	0	2	0	0	2
苗栗縣	0	1	0	1	2
臺中市	0	0	0	2	2
彰化縣	0	0	0	0	0
南投縣	0	1	0	1	2
雲林縣	0	0	0	0	0
嘉義市	0	2	0	0	2
嘉義縣	0	1	0	0	1
臺南市	2	3	0	0	5
高雄市	0	2	0	0	2
屏東縣	0	0	0	0	0
臺東縣	0	0	0	0	0
花蓮縣	0	0	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	1	1
金門縣	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0

(3) 0-17 歲自殺企圖通報個案與自殺死亡個案生前通報情形

2017 年 0-17 歲自殺企圖通報個案計 1,171 人，其中 1.9% 為首次通報時即死亡個案，0.2% 為再自殺死亡個案，98.0% 無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 2.3%)高於女性(占率 1.7%)，而女性通報後再自殺死亡(0.3%)則高於男性(占率 0.0%)。

就自殺死亡個案的死亡方法別而言，由「其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」通報即死亡比例最高，占率均為 100.0%；再自殺死亡所占比例相對較高方法為使用「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(占率 10.0%)、「由高處跳下自殺及自傷」(占率 9.1%)。(如表 2-4-3)

表 2-4-3、2017 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(性別、自殺方法別)

	通報後自殺死亡				通報後無死亡		總和
	通報後即死亡		通報後續死亡		無死亡記錄		
	(死亡日於指標通報日 7 天內)		(死亡日於指標通報日 7 天後)				
	n	%	n	%	n	%	
<hr/>							
性別							
男性	9	2.3	0	0.0	384	97.7	393
女性	13	1.7	2	0.3	763	98.1	778
總和	22	1.9	2	0.2	1147	98.0	1171
<hr/>							
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	0	-	0	-			0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	2	100	0	0			2
吊死、勒死及窒息自殺及自傷	9	90	1	10			10
溺水(淹死)自殺及自傷	0	-	0	-			0
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	100	0	0			1
切穿工具自殺及自傷	0	-	0	-			0
由高處跳下自殺及自傷	10	90.9	1	9.1			11
其他及未明示之方式自殺及自傷	0	-	0	-			0

居住地方面，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為澎湖縣(占率 33.3%)、嘉義市(占率 11.8%)、臺南市(占率 4.3%)、南投縣(占率 3.7%)、新北市(占率 2.8%)、新竹縣(占率 2.6%)及桃園市(占率 2.4%)；而新竹縣(占率 2.6%)為通報後再自殺死亡的比例相對較高的縣市。(如表 2-4-4)

表 2-4-4、2017 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(居住地)

居住地	通報後自殺死亡				通報後無死亡		總和
	通報後即死亡		通報後續死亡		無死亡記錄		
	(死亡日於指標通報日 7 天內)		(死亡日於指標通報日 7 天後)				
	N	%	n	%	n	%	
臺北市	0	0.0	0	0.0	53	100.0	53
新北市	8	2.8	0	0.0	280	97.2	288
基隆市	0	0.0	0	0.0	11	100.0	11
宜蘭縣	0	0.0	0	0.0	15	100.0	15
桃園市	3	2.4	1	0.8	119	96.7	123
新竹市	0	0.0	0	0.0	24	100.0	24
新竹縣	1	2.6	1	2.6	36	94.7	38
苗栗縣	0	0.0	0	0.0	32	100.0	32
臺中市	1	1.0	0	0.0	95	99.0	96
彰化縣	0	0.0	0	0.0	70	100.0	70
南投縣	1	3.7	0	0.0	26	96.3	27
雲林縣	0	0.0	0	0.0	44	100.0	44
嘉義市	2	11.8	0	0.0	15	88.2	17
嘉義縣	0	0.0	0	0.0	17	100.0	17
臺南市	4	4.3	0	0.0	88	95.7	92
高雄市	1	0.8	0	0.0	125	99.2	126
屏東縣	0	0.0	0	0.0	37	100.0	37
臺東縣	0	0.0	0	0.0	20	100.0	20
花蓮縣	0	0.0	0	0.0	35	100.0	35
澎湖縣	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3
金門縣	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
連江縣	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1

過去精神病史方面，通報後及死亡以過去精神病史不詳(占率 2.2%)最高，其次是無過去精神病史(占率 2.1%)，通報再自殺死亡則以過去精神病史不詳最高(占率 0.4%)，其次為有過去精神病史(占率 0.3%)。

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兒少加害人(占率 3.8%)、及兒少被害人(占率 1.3%)，通報後再自殺死亡比例

相對較高的身分為兒少被害人(占率 0.2%)，如表 2-4-5。

表 2-4-5、2017 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(特殊身份註記)

	通報後自殺死亡				通報後無自殺死亡		總和
	通報後即死亡		通報後續死亡		無死亡記錄		
	(死亡日於指標通報日 7 天內)		(死亡日於指標通報日 7 天後)				
	N	%	n	%	n	%	
過去精神病史							
有	4	1.2	1	0.3	327	98.5	332
無	12	2.1	0	0.0	556	97.9	568
不詳	6	2.2	1	0.4	264	97.4	271
特殊身分註記							
精神列管							
是	0	0.0	0	0.0	31	100.0	31
否	22	1.9	2	0.2	1116	97.9	1140
嚴重病人							
是	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1
否	22	1.9	2	0.2	1146	97.9	1170
家暴高危加害人							
是	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
否	22	1.9	2	0.2	1147	98.0	1171
家暴高危被害人							
是	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
否	22	1.9	2	0.2	1147	98.0	1171
家暴加害人							
是	1	5.6	0	0.0	17	94.4	18
否	21	1.8	2	0.2	1130	98.0	1153
家暴被害人							
是	0	0.0	0	0.0	64	100.0	64
否	22	2.0	2	0.2	1083	97.8	1107
兒少加害人							
是	1	3.8	0	0.0	25	96.2	26
否	21	1.8	2	0.2	1122	98.0	1145
兒少被害人							
是	6	1.3	1	0.2	469	98.5	476

否	16	2.3	1	0.1	678	97.6	695
性侵加害人							
是	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4
否	22	1.9	2	0.2	1143	97.9	1167

2017 年 0-17 歲自殺死亡個案 35 人，其中 14.3%個案於自殺死亡前曾經被通報過(如表 2-4-6)，60.0%的個案為自殺死亡後才被通報，另有 25.7%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 0.0%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 27.8%來的低。

就自殺死亡方法別而言，「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(20.0%)、「由高處跳下自殺及自傷」(13.3%)的自殺身亡者在生前曾被通報的比例相對較高。而自殺方法為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(占率 50.0%)及「由高處跳下自殺及自傷」(占率 26.7%)其自殺生前無通報比例相對較高(詳如表 2-4-6)。

就戶籍地而言，自殺死亡前有通報比例較高的縣市為新竹縣(占率 50.0%)、臺中市(占率 50.0%)、南投縣(占率 50.0%)及高雄市(占率 50.0%)；自殺死亡前未通報比例則以臺北市(占率 100.0%)、苗栗縣(占率 100.0%)較高。(如表 2-4-6)

表 2-4-6、2017 年 0-17 歲自殺死亡生前通報情形(性別、自殺方式別、戶籍地)

	自殺死亡前有通報				自殺死亡前 無通報		總和
	死亡日 > 指標		死亡日 ≤ 指標		無通報紀錄		
	通報日		通報日				
	n	%	n	%	n	%	
性別							
男性	0	0	11	64.7	6	35.3	17
女性	5	27.8	10	55.6	3	16.7	18
總和	5	14.3	21	60	9	25.7	35
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	0	0	0	0	0	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	0	2	50	2	50	4
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	3	20	9	60	3	20	15
溺水 (淹死) 自殺及自傷	0	-	0	-	0	-	0
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	1	100	0	0	1

切穿工具自殺及自傷	0	-	0	-	0	-	0
由高處跳下自殺及自傷	2	13.3	9	60	4	26.7	15
其他及未明示之方式自殺及自傷	0	-	0	-	0	-	0
戶籍地							
臺北市	0	0	0	0	3	100	3
新北市	0	0	8	88.9	1	11.1	9
基隆市	0	-	0	-	0	-	0
宜蘭縣	0	-	0	-	0	-	0
桃園市	1	25	3	75	0	0	4
新竹市	0	-	0	-	0	-	0
新竹縣	1	50	1	50	0	0	2
苗栗縣	0	0	0	0	2	100	2
臺中市	1	50	0	0	1	50	2
彰化縣	0	-	0	-	0	-	0
南投縣	1	50	0	0	1	50	2
雲林縣	0	-	0	-	0	-	0
嘉義市	0	0	2	100	0	0	2
嘉義縣	0	0	1	100	0	0	1
臺南市	0	0	5	100	0	0	5
高雄市	1	50	0	0	1	50	2
屏東縣	0	-	0	-	0	-	0
臺東縣	0	-	0	-	0	-	0
花蓮縣	0	-	0	-	0	-	0
澎湖縣	0	0	1	100	0	0	1
金門縣	0	-	0	-	0	-	0
連江縣	0	-	0	-	0	-	0

(4) 0-17 歲自殺企圖通報個案與自殺死亡個案生前通報情形

以男性而言，自殺死亡個案或自殺企圖個案前一年至門急診就醫科別，除急診醫學科外，就診比例前三高同為家醫科、內科與精神科，而自殺企圖就診精神科比例(38.6)略高於自殺死亡個案(37.3)。

以女性而言，自殺死亡前一年至門急診就醫科別與自殺企圖個案略有不同，但最高均為家醫科，其中自殺死亡個案精神科就診比例(56.7)略高於自殺企圖個案(48.2)。(詳如表 2-4-7)

表 2-4-7、2012-2016 年自殺死亡個案生前及自殺企圖個案就診科別(依性別)

	自殺死亡		自殺企圖		
	男性(N=10803)		男性(N=51479)		
	N(%)		N(%)		
家醫科	6267(58)	17661(57.3)	家醫科	3811(64.5)	31396(61)
內科	5102(47.2)	14047(45.6)	內科	3107(52.6)	24779(48.1)
外科	2805(26)	8268(26.8)	外科	1664(28.2)	12793(24.9)
骨科	2860(26.5)	8610(28)	骨科	2002(33.9)	14098(27.4)
耳鼻喉科	3510(32.5)	10644(34.6)	耳鼻喉科	2312(39.2)	23796(46.2)
眼科	3106(28.8)	7691(25)	眼科	2172(36.8)	16520(32.1)
皮膚科	2329(21.6)	7009(22.8)	皮膚科	1549(26.2)	15522(30.2)
精神科	4026(37.3)	11894(38.6)	精神科	3351(56.7)	22030(42.8)
急診醫學科	5299(49.1)	14518(47.1)	急診醫學科	3161(53.5)	23759(46.2)
消化內科 (胃腸內科)	2247(20.8)	5611(18.2)	婦產科	2391(40.5)	27105(52.7)

以男性而言，自殺死亡前一年門急診診斷比例前三高同為精神疾患、症狀、徵候及診斷欠明之病態、呼吸系統疾病。

以女性而言，不論自殺死亡或自殺企圖個案前一年門急診診斷比例前三高同為精神疾患、症狀、徵候及診斷欠明之病態與呼吸系統疾病。其中自殺死亡個案精神疾患診斷比例(31.6)略高於自殺企圖者(22.2)。(詳如表 2-4-8)

表 2-4-8、2012-2016 年自殺死亡個案及自殺企圖個案門急診診斷-粗分類-依性別

	自殺死亡 男性(N=10803) N(%)	自殺死亡 女性(N=5905) N(%)	自殺企圖 男性(N=51479) N(%)	自殺企圖 女性(N=30798) N(%)
傳染病及寄生蟲病	470(4.4)	151(2.6)	1336(4.3)	1578(3.1)
腫瘤	516(4.8)	204(3.5)	905(2.9)	1226(2.4)
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	1170(10.8)	490(8.3)	2798(9.1)	3395(6.6)
精神疾患	2365(21.9)	1865(31.6)	6754(21.9)	11435(22.2)
神經系統疾病	417(3.9)	270(4.6)	1137(3.7)	1652(3.2)
眼睛及其附屬器官的疾病	441(4.1)	257(4.4)	1116(3.6)	2188(4.3)
耳及乳突之疾患	186(1.7)	119(2)	469(1.5)	853(1.7)
循環系統疾病	1601(14.8)	648(11)	3544(11.5)	3712(7.2)
呼吸系統疾病	1778(16.5)	832(14.1)	6164(20)	10789(21)
消化系統疾病	1484(13.7)	769(13)	4100(13.3)	6245(12.1)
泌尿生殖器官之疾病	677(6.3)	441(7.5)	1373(4.5)	5517(10.7)
妊娠、生產與產褥期合併症	0(0)	23(0.4)	0(0)	395(0.8)
皮膚及皮下組織疾病	723(6.7)	324(5.5)	2262(7.3)	3818(7.4)
肌肉骨骼系統及結締組織疾病	1167(10.8)	679(11.5)	2997(9.7)	4440(8.6)
先天性畸形	11(0.1)	10(0.2)	54(0.2)	87(0.2)
症狀、徵候及診斷欠明之病態	1801(16.7)	1102(18.7)	4769(15.5)	9406(18.3)
傷害中毒與其它外因造成的特定影響	1516(14)	676(11.4)	4330(14.1)	5233(10.2)
影響健康狀況及健康服務	384(3.6)	217(3.7)	869(2.8)	1880(3.7)

(5) 特定人口群標準化死亡率

以各年特定人口群自殺死亡人數占全部自殺死亡人數來看，精神照護系統歷年都占全體自殺死亡人數相當大的比例且有逐年攀升的趨勢，也因此特別值得注意、其次為毒藥品列管個案，占自殺死亡人數之比例亦逐年提高，因此也需相當注意，再來為原住民歷年都占將近 2% 的自殺死亡人數，最後則是替代治療歷年將近 1.7% 左右，詳表 2-4-9。

表 2-4-9、2012-2017 年特定人口群自殺死亡人數及比例

	原住民	替代治療	精神照護	毒藥品
2012	-	40(1.1)	265(7)	108(2.9)
2013	78(2.2)	66(1.9)	268(7.5)	144(4)
2014	66(1.9)	63(1.8)	302(8.5)	129(3.6)
2015	74(2)	55(1.5)	332(9)	159(4.3)
2016	75(2)	56(1.5)	315(8.4)	162(4.3)
2017	95(2.5)	66(1.7)	371(9.6)	182(4.7)

以標準化死亡率而言，精神照護族群標準化死亡率最高，其次是替代治療人口群、毒藥品人口群、最後則為原住民，不過各特定人口群標準化死亡率均大於全國標準化死亡率，詳表 2-4-10。

表 2-4-10、2012-2017 年特定人口群標準化自殺死亡率

	全國	原住民	替代治療	精神照護	毒藥品列管個案
2012	13.1	-	181	317.5	103
2013	12.0	13.9	491.1	341.7	164.1
2014	11.8	12.1	324.9	298.3	107.6
2015	12.1	12.6	302.4	296.1	123.8
2016	12.3	12.8	154.8	337.5	97.4
2017	12.5	15.9	159.7	519	146.7

五、附件

2-4-1、2016 年 0-17 歲兒少各縣市自殺死亡及通報資料報告

2-4-2、2017 年度 0-17 歲兒少、全年齡層及特定人口群各縣市自殺死亡及通報資料(含戶籍地及居住地)，以及串聯健保等資料庫報告

各縣市自殺死亡地圖

一、背景 (Context)

資料視覺化是指運用視覺的方式呈現數據，有效的圖表可以將繁雜的數據簡化成為易於吸收的內容。透過圖像化的方式，我們更容易辨別數據的規律(Patterns)、趨勢(Trends)及關聯(Correlations)。在資訊爆炸的時代，有效並快速吸收資訊是人們渴望的能力，不僅節省時間，並能加速學習效率。

衛生行政決策必須參考許多統計資料，但是不同決策相關者對統計數據的分析方法與呈現有不同要求，進而影響決策溝通效率。商用智慧資料視覺化透過視覺元素(顏色與形狀)與選項等功能，讓決策相關者可觀察出所需的資訊，提高決策效率與品質。

自殺防治需要中央與地方政府間的縱向連結，除了中央訂定、施行策略外，各縣市根據轄內特點進行防治工作。全國自殺防治中心過去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。

本中心於 2017 年依照全國自殺死亡資料統計、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。

各縣市施行因地制宜自殺防治策略時，需配合各行政區自殺特性(包含自殺人數、自殺死亡率及自殺死因)做調整與資源運用的分配。因此，本中心特根據各項自殺統計指標，繪製不同種類自殺地圖供各縣市運用。

本自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、自殺死因，以顏色深淺作為區隔，繪製出 貴縣市及各鄉鎮或行政區自殺地圖；同時根據地圖內容做初步文字敘述，以供參考。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 年中人口：以社會經濟資料平臺提供的各鄉鎮市年底人口，並加兩年相加除以二，得到年中人口數。
- 2) 繪製地圖使用 QGIS2.18(地理資訊系統)。
- 3) 2016 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖：以 2016 年死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)連結各鄉鎮之經緯度，以視覺化的方式呈現各

地區的自殺死亡熱點，繪製內容：各縣市(含鄉鎮市)標準化自殺死亡率、粗死亡率、自殺死亡人數及自殺方式。

4)2017 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖

(1) 以 2017 年死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)連結各鄉鎮之經緯度，以視覺化的方式呈現各地區的自殺死亡熱點，並繪製 2017 年各縣市(含鄉鎮市)標準化自殺死亡率、粗死亡率。

(2) 標準化死亡比

當研究的族群，其年齡別死亡率不知道，或者由於數目太少致變動很大的時候，可利用標準人口的穩定比率來求出此研究族群的各年齡層的期望死亡率。該族群觀察到的實際死亡數再與各年齡層期望死亡數的總和相比，得到標準化死亡比。可表示如下：

$$\text{SMR} = (\text{觀察到的實際死亡數} / \text{各年齡層期望死亡數之總和}) \times 100\%$$

此標準化死亡比的主要用途是在族群人口組成不同時的比較，透過標準化的計算，可比較出研究族群與標準人口間死亡率的差異，而不受人口組成不同的影響。

(3) 以全國 2014-2016 年各年齡層自殺死亡人數及年中人口數，乘上各鄉鎮市各年齡層年中人口數，以計算死亡人數期望值，並將該鄉鎮市 2014-2016 年實際自殺死亡人數除以期望值則得到標準死亡比。

(4) 以各縣市 2014-2016 年各年齡層自殺死亡人數及年中人口數，乘上各鄉鎮市各年齡層年中人口數，以計算死亡人數期望值，並將該鄉鎮市 2014-2016 年實際自殺死亡人數除以期望值則得到標準死亡比；並分別計算 15-24、25-44、45-64、65 歲以上標準化死亡比，並將 SMR 分成 8 組(<0.5、0.5-0.67、0.67-0.9、0.9-1.1、1.1-1.5、1.5-2.0、2.0-5.0、>5.0)。

(5) 2017 年各鄉鎮市標準化死亡率及粗死亡率資料來自於衛生福利部統計處。

(6) SMR 的計算以 SAS9.4 進行計算。

2. 資源連結合作

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人台灣自殺防治學會、各縣市衛生局、衛生福利部統計處、內政部。

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. 2016 年自殺死亡地圖(按鄉鎮市)

- 1) 蒐集各鄉鎮之經緯度、標準化自殺死亡率、粗死亡率、自殺死亡人數及自殺方式，進行各變數的合併。
- 2) 使用 QGIS 繪製自殺死亡地圖，將繪製的地圖撰寫成報告。

2. 2017 年自殺死亡地圖(按鄉鎮市)

- 1) 進入衛生福利部「資料科學中心」針對 2014 年-2016 年各鄉鎮市自殺死亡進行分析。
- 2) 繪製各鄉鎮市 2014-2016 年 SMR(以全國為基準及以縣市為基準)及各年齡層 SMR 及 2017 年各鄉鎮市標準化死亡率及粗死亡率地圖。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 2016 年各縣市(按鄉鎮市)自殺地圖整理於附件，詳見附件 2-5-1。內容繪製臺灣自殺死亡地圖及彙整內容，包含 2016 年標準化死亡率、粗死亡率、自殺死亡人數及自殺方式。分別分析各縣市自殺熱點區域，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用，摘要如下：

以全國來看

- (1) 標準化死亡率：前三名分別為南投縣、屏東縣、嘉義縣
- (2) 粗死亡率：前三名分別為南投縣、屏東縣、嘉義縣
- (3) 死亡人數：前三名分別為新北市、高雄市、臺中市
- (4) 以固體或液體物質：臺中市、臺南市、新北市死亡人數最多，此方法的標準化死亡率最高的區域為南投縣
- (5) 以氣體及蒸汽：新北市、高雄市、臺中市死亡人數最多，此方法的標準化死亡率最高的區域為南投縣
- (6) 吊死勒死及窒息：新北市、高雄市、臺中市死亡人數最多，此方法的標準化死亡率最高的區域為宜蘭縣
- (7) 溺水：新北市、高雄市、臺北市死亡人數最多，此方法的標準化死亡率最高的區域為嘉義縣
- (8) 鎗砲及爆炸物：新北市、高雄市、宜蘭縣、苗栗縣死亡人數皆為 2 人，此方法的標準化死亡率最高的區域為宜蘭縣
- (9) 切穿工具：新北市、臺南市、高雄市死亡人數最多，此方法的標準化死亡率最高的區域為澎湖縣
- (10) 由高處跳下：新北市、臺北市、高雄市死亡人數最多，此方法的標準化

死亡率最高的區域為嘉義市

(11) 其他：臺中市、新北市、臺南市死亡人數最多，此方法的標準化死亡率最高的區域為屏東縣

2) 2017 年各縣市(按鄉鎮市)自殺地圖整理於附件，詳見附件 2-5-2。內容繪製臺灣自殺死亡地圖及彙整內容，包含如下：

(1) 全國(按縣市)

a. 2017 年標準化死亡率、粗死率

b. 2017 年各死因標準化死亡率

(2) 各縣市(按鄉鎮)

a. 2017 年標準化死亡率、粗死亡率

b. 2014-2016 年平均標準化死亡比(以全國為基準、以縣市為基準)

c. 2014-2016 年平均標準化死亡比 15-24 歲

d. 2014-2016 年平均標準化死亡比 25-44 歲

e. 2014-2016 年平均標準化死亡比 45-64 歲

f. 2014-2016 年平均標準化死亡比 65 歲以上

全國摘要如下：

(3) 全國各自殺方式標準化自殺死亡率

a. 以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率：普遍以東部縣市較高，其中前三高縣市依序為連江縣、宜蘭縣、花蓮縣。

b. 以氣體及蒸氣自殺及自為中毒標準化死亡率：普遍以中部及北部縣市較高，其中前三高縣市依序為澎湖縣、南投縣、苗栗縣。

c. 吊死、勒死及窒息自殺及自傷標準化死亡率：普遍以中部縣市較高，其中前三高縣市依序為連江縣、花蓮縣、嘉義市。

d. 溺水(淹死)自殺及自傷標準化自殺死亡率：普遍以北部及南部靠海縣市較高，其中前三高依序為嘉義市、宜蘭縣、嘉義縣。

e. 鎗砲及爆炸物自殺及自傷標準化自殺死亡率：以澎湖縣標準化死亡率最高，需特別注意澎湖縣槍枝及爆炸物管制是否確實。

f. 切穿工具自殺及自傷標準化自殺死亡率：普遍以中部縣市較高，其中前三高縣市依序為花蓮縣、南投縣、雲林縣。

g. 由高處跳下自殺及自傷標準化自殺死亡率：普遍以中部及北部縣市較高，其中前三高縣市依序為連江縣、澎湖縣、基隆市。

h. 其他及未明示之方式自殺及自傷標準化自殺死亡率：普遍以北部及南部較高，其中前三高縣市依序為屏東縣、嘉義縣、臺東縣。

(4) 總論

不論標準化死亡率或粗死亡率而言，中部及東部縣市普遍較高，也顯示中部及東部縣市自殺問題仍是相當嚴重，故需進一步探討死亡率較高之縣市的自殺防治方法是否恰當且落實、及其他問題，以降低高危險縣市之死亡率。而離島縣市即便人口相當少，但普遍而言，2017 年死亡率仍偏高，亦須關切，並進一步探討過去一年死亡人數攀升之原因。

- 3) 提供 2016、2017 年自殺死亡地圖資料至衛生福利部「自殺防治通報系統」，供自殺關懷訪視員參考利用，用以瞭解各縣市自殺熱點區域及各種自殺死因分佈情形。系統已於 2018 年 11 月 30 日上線。

五、 附件

2-5-1、2016 年全國及 22 縣市自殺地圖

2-5-2、2017 年全國及 22 縣市自殺地圖

自殺通報個案追蹤關懷分級管理標準

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

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)找出針對個人及群體整體的危險因素；(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。

根據 2017 年全國自殺防治中心發布最新調查，全國約一五三萬人有情緒困擾，高達四成曾想自殺，約一成的人曾有自殺行為，但會尋求協助的人不到二成。而具自殺企圖者，透過關懷訪視追蹤，可有效防治自殺達三成。但全臺社區關懷訪視員僅一二六人，得關懷近三萬人，因此如何將自殺企圖者依危險性作分級管理格外顯得相當重要。

透過系統性回顧文獻尋找國內外自殺企圖者相關文獻，以流行病學和統計學的方法，從龐大的醫學資料庫中嚴格評讀、綜合分析並找出值得信賴的部分，並將所能獲得的最佳文獻證據應用於臨床工作中，使病人得到最佳的照顧。根據過往文獻指出性別，曾經有過自殺企圖、低社交支持的、物質濫用、沒有宗教信仰者、等自殺死亡之危險性較自殺企圖者來的高，自殺企圖者從意念到採取行動，甚至是死亡往往會有一段期間，也因此如何在適當的時機介入自殺企圖者會是相當重要的。雖然自殺意念和自殺企圖的現象相當普遍，但在社區中，自殺死亡率每年僅 1/10000，若能有確定大部分人未來自殺行為的可能性風險分層方式，沒有太多誤報情形，將會有助於專注在預防自殺策略與提供有價值之信息和患者及其家屬的溝通。

在自殺評估預測中最重要的是陽性預測值(PPV)，PPV 是「高風險」階層患者因自殺而死亡的可能性。陽性預測值(PPV)最重要的是，它決定了必定需要治療的高風險個案中的偽陽性數目。不幸的是，這個方法作為高風險患者和自殺死亡者兩者間的統計重複性相當高，而低自殺率也限制陽性預測值(PPV)。這個限制使臨床醫生無法對自殺風險評估族群做出可用的分層。

2. 業務目的與目標

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. 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。
- 3) 其他資料檔：包含全民健康保險研究資料庫、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統、毒藥品系統檔、嚴重病人、家暴通報明細檔、兒童及少年保護通報明細檔、性侵害通報明細檔。

2. 統計分析

- 1) 2012-2016 年自殺企圖通報個案與 2005-2017 年自殺死亡檔做串連分析，並針對其一年存活情形做分析。
- 2) 串聯自殺企圖通報資料及自殺死亡檔，計算自殺企圖個案之間接標準化死亡率。並串聯原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統、毒藥品系統檔、嚴重病人、家暴通報明細檔、兒童及少年保護通報明細檔、性侵害通報明細檔。

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、衛生福利部統計處資料科學中心。
- 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. 執行步驟與方法

1) 蒐尋策略擬定

(1) 利用問題的 PICO 結構 (如下述) 設定搜尋策略

P：病患(Patient)：病患的臨床問題。

I：介入(Intervention)：治療處置、診斷工具或暴露因子。

C：對照比較(Comparison)：與介入因素的差異比。

O：結果(Out-comes)：與病人最相關之(可測量)結果。

(2) PICO 議題分析

	議題一	議題二
Patient	有進入通報系統的自殺企圖者 (Suicide Attempt)	出院病人(Discharge)
Intervention	關懷訪視(Intervention) 高服藥順從性(High Medication Adherence) 危險分級(Classification)	預後因子(Predict /Risk /Prognosis)
Comparison	未經進入通報系統或未經關懷訪視	
Outcome	自殺死亡(Completed Suicide) 再自殺(Repeat /Subsequent Suicide)	自殺死亡(Completed Suicide) 再自殺(Repeat/Subsequent Suicide)

(3) 搜尋關鍵字設定

- Suicide attempt AND (Intervention\$ OR high medication adherence OR classification\$)
- Suicide attempt AND (completed suicide OR repeat /subsequent suicide)
- (Intervention\$ OR high medication adherence OR classification\$) AND (completed suicide OR repeat /subsequent suicide)
- Discharge* AND (Suicide OR completed suicide OR repeat suicide OR subsequent suicide)
- (Risk * OR Predict* OR prognosis*) AND (completed suicide OR repeat suicide OR subsequent suicide)
- Discharge* AND (Risk * OR Predict* OR prognosis*)

(4) 搜尋資料庫：Pubmed、Embase

(5) 搜尋年份限制：2010 年至 2018 年

- 文獻整理：將蒐集到的文獻進行分類與彙整，依照文獻內容大致分類為三個主題，分別是自殺企圖及再自殺相關共 15 篇、精神病人自殺危險因子相關相關文獻共 8 篇、其他主題共 12 篇。

2) 資料分析：

- (1) 針對 2012-2016 年自殺企圖個案，分析性別、年齡、通報年份、自殺方式、就醫紀錄、首次訪視之 BSRS 得分、特殊身分別、自殺意念對通報後一年內存活時間，做 cox 比例風險模型分析。
- (2) 針對 2014-2017 年各特殊身分別(原住民、替代治療列管、精照個案、
- (3) 毒藥品列管個案、嚴重病人、家暴加害人、家暴被害人、高危家暴加害

人、高危及暴被害人、兒少加害人、兒少被害人、性侵加害人)分別分析其間接標準化死亡率(SMR)。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

由 PUBMED 及 Embase 一共搜尋到 522 篇，扣除重複之文獻，並針對標題作初步過濾後剩餘 130 篇，剩餘之文獻再針對摘要做進一步篩選，並針對文獻內容大致分類為三類分別為 suicide attempt and repeat suicide Related 相關文獻共 15 篇、psychiatric patient suicide risk related 相關文獻共 8 篇、其他主題共 12 篇。

1) 自殺企圖及再自殺相關

其中針對再自殺風險評估文獻內，都有提及第一次自殺企圖方法對是否有最後自殺死亡是有預測性的；然前次自殺企圖方法種類對最後是否自殺死亡的預測各篇結論不一，而大部份文獻都嘗試透過自殺方法來衡量自殺意念的強度，顯然評估自殺意念對後續自殺風險是相當重要的。

而再自殺風險各篇提及均落在 6-12 個月內最高，雖與國內訂定訪視標準 3 個月內需結案仍有一段時間差，但此部分仍需更多數據分析證明。其他則提到在人際關係受到虐待、歧視等遭遇亦同有較高的風險。

- (1) Methods of Suicide Attempt and Reaction to Survival as Predictors of Repeat Suicide Attempts: A Longitudinal Analysis(Bhaskaran, J. et al.,2014)
- (2) Interpersonal violence and the prediction of short-term risk of repeat suicide attempt(Haglund et al., 2016)
- (3) Mortality and suicide after self-harm: community cohort study in Taiwan(V. C. Chen et al., 2011)
- (4) Methods of most recent self-harm episode is related to risk of subsequent suicide (Carter, 2012)
- (5) Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew (Bostwick, Pabbati, Geske, & McKean, 2016)
- (6) Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients (Ruengorn et al., 2011)
- (7) Switching suicide method as a predictor of completed suicide in individuals with repeated self-harm: A community cohort study in

northern Taiwan(Wang, Huang, Lee, Wu, & Chen, 2015)

- (8) Facets of anger, childhood sexual victimization, and gender as predictors of suicide attempts by psychiatric patients after hospital discharge (Sadeh & McNiel, 2013)
- (9) Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide (Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan, & Fazel, 2014)
- (10) Violent and non-violent of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors (Stenbacka & Jokinen, 2015)
- (11) Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons (Rivlin, Fazel, Marzano, & Hawton, 2012)
- (12) Last suicide attempt before completed suicide in severe depression: an extended suicidal process may be found in men rather than women. (Bradvik, 2013)
- (13) Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults (Miche et al., 2017)
- (14) Predictors of daily life suicidal ideation in adults recently discharged after a serious suicide attempt: A pilot study (Husky et al., 2017)
- (15) Risk of completed suicide in 89,049 young males assessed by a mental health professional (Weiser et al., 2016)

2)精神病人自殺危險因子相關

由此主題相關文獻，回顧 PsycINFO、Embase、MEDLINE/PubMed、CINAHL 當中利用病例對照研究關於出院病人自殺死亡風險文獻發現到，沒有任何單一危險因子或結合因子經過統合分析後，與出院一年內的自殺死亡具有強烈關係；因此想要針對自殺危險性高低進行分級是困難的，並且有些低自殺風險族群，最終卻可能自殺死亡原因是他們被剝奪治療的權利。(M. Large, Sharma, Cannon, Ryan, & Nielssen, 2011; M. M. Large, Ryan, Carter, & Kapur, 2017)

除此之外，尚有一篇文獻提及針對出院病人使用自殺觀念調查問卷探詢個案對自殺的態度，亦可當作評估短時間內是否具有高風險的評估標準 (Galynker, Yaseen, Briggs, & Hayashi, 2015)，而其他文獻則針對不同精神

疾病探討其自殺風險，然而各文獻結論不一。

- (1) Altitude is a risk factor for completed suicide in bipolar disorder (Huber, Coon, Kim, Renshaw, & Kondo, 2014)
- (2) Short-Term suicide risk after psychiatric hospital discharge (Olfson et al., 2016)
- (3) Suicide Within 72 Hours After Discharge From Health Care Settings: Decedent Characteristics (Drake SA et al., 2016)
- (4) Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis (Chung et al., 2017)
- (5) Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. (M. Large et al., 2011)
- (6) A comparison of suicides in psychiatric in-patients, after discharge and in not recently hospitalized individuals (Deisenhammer, Behrndt, Kemmler, Haring, & Miller, 2016)
- (7) Attitudes of acceptability and lack of condemnation toward suicide may be predictive of post-discharge suicide attempts (Galynker et al., 2015)
- (8) Suicide in hospitalized early psychosis patients at the time of discharge from hospital: An exploratory study of attempters and nonattempters (Shrivastava et al., 2016)

3) 其他主題

從此其他主題文獻中，不難發現到，對自殺企圖者的自殺意念評估相當重要，高自殺意念會顯著增加其後續自殺死亡風險，而針對受事者測驗其對自殺的看法，Suicide Opinion Questionnaire 將會是一個簡單可以提供作為鑑別高自殺風險的問卷 (Galynker et al., 2015)；而另一篇同樣提到自殺企圖者對自殺的脆弱性，將會是後續是否是高危險的評估要點。而身體狀況、心理狀態、家族有自殺史都有可能影響到後續其自殺風險。

- (1) Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients (Czyz & King, 2015)
- (2) Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge (Links et al., 2012)
- (3) Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study (Qin, Webb, Kapur, & Sorensen, 2013)
- (4) Risk of suicide and fatal drug poisoning after discharge from the

emergency department: A nested case-control study (Gunnarsdottir & Rafnsson, 2010)

- (5) Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide.(Rodante et al., 2016)
- (6) Between-visit changes in suicidal ideation and risk of subsequent suicide attempt (Simon et al., 2017)
- (7) Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? (Simon et al., 2013)
- (8) Completed suicide with violent and non-violent method in rural Shandong, China: A psychological autopsy study (Sun & Jia, 2014)
- (9) Predictive validity of the suicide trigger scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients (Yaseen et al., 2014)
- (10) Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. (Borges, Benjet, Orozco, Medina-Mora, & Menendez, 2017)
- (11) The association between childhood relocations and subsequent risk of suicide attempt, psychiatric problems, and low academic achievement. (Bramson et al., 2016)
- (12) Classification Algorithm for the Determination of Suicide Attempt and Suicide (CAD-SAS). Development and psychometric properties.(Fedyszyn, Harris, Robinson, & Paxton, 2012)

4)BSRS 相關文獻

從 BSRS 相關文獻可發現到，BSRS 針對自殺企圖個案是個良好的篩檢表，能夠將仍具有高自殺意念及患有精神疾病的患者篩選出，不論個案是一般大眾或是住院病人，透過此量表均能有不錯的陽性預測值。

- (1) Validity of the five-item Brief Symptom Rating Scale among subjects admitted for general health screening(Chen, Wu, Lee, Liao, & Lee, 2005)
- (2) Predicting suicide in older adults - a community-based cohort study in Taipei City, Taiwan(Hung, Kwok, Yip, Gunnell, & Chen, 2015)
- (3) Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population(J. I. Lee et al., 2010)

- (4) Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity(M. B. Lee et al., 2003)
- (5) BSRS-5 (5-item Brief Symptom Rating Scale) scores affect every aspect of quality of life measured by WHOQOL-BREF in healthy workers(Lu, Yen Jean, Lei, Cheng, & Wang, 2011)
- (6) The five-item Brief-Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents(Lung & Lee, 2008)
- (7) Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings(Wu et al., 2016)
- (8) The Validity of the Five-item Brief Psychiatric Symptom Rating Scale among General Hospital Inpatients(王裕庭, 楊延光, 陳高欽, 葉宗烈, & 陸汝斌, 2008)

5) 中心過往分析

由表 3-1-1 不難看出再自殺死亡率均相當低，不論各組 BSRS 分數之切割，或者訪視情形，而以再自殺企圖而言，BSRS10 分以上再自殺比例則顯著提高。

表 3-1-1、2006 至 2011 年 30 天「自訪視日起算並排除當次通報及死亡」之再自殺企圖(未遂)率及再自殺死亡率

	再自殺企圖(未遂)率 (%)	再自殺死亡率 (%)	再自殺率(%)
受訪情形			
本人受訪	3.5	0.2	3.7
他人受訪	3.4	0.9	4.3
拒訪	3.5	0.3	3.8
訪視未遇	6.1	0.5	6.6
不詳	3.3	0.3	3.6
訪視方式			
家訪	2.4	0.4	2.8
門診	4.3	0.6	4.9

電訪	3.9	0.6	4.5
BSRS			
0-5	2.1	0.2	2.3
6-9	4.3	0.4	4.7
10-14	6.1	0.5	6.6
15+	6.7	0.6	7.2

註¹ 30天再自殺率計算公式=(當年度再自殺(死亡或未遂)人數+自殺死亡人數)/(當年度自殺人數-通報即死亡人數)。

註² 資料來源：自殺通報關懷資料、死亡登記檔。

由表 3-1-2 可以發現到，男性相較女性其存活風險較大， $HR=2.88(2.73-3.03)$ ，以年齡層而言，則是隨著年齡增加而增加，65 歲以上相對 0-24 歲，其存活風險最大， $HR=26.97(23.11-31.49)$ ，各年以 2012 年其存活風險最小，相較於 2016 年，其 $HR=0.86(0.8-0.93)$ 、其次為 2013 年，以自殺方式而言，以吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、溺水(淹死)自殺及自傷、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒、其他及未明示之方式自殺及自傷/鎗砲及爆炸物自殺及自傷、以固體或液體物質自殺及自為中毒其 HR 都大於 1，較正完性別、年齡、通報年份後，以吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由高處跳下自殺及自傷、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒其 HR 仍大於 1，且達到統計上顯著。

以第一次訪視之 BSRS 而言，其死亡分險隨著分數增高而增加，以 15 分以上最高，其 $HR=1.76(1.32-2.34)$ ，且達到統計上顯著，較正性別、年齡、通報年份後， HR 在大於 10 分以上的組別，均大於 1，10-14 分及 15 分以上其 HR 分別為 $1.46(1.15-1.84)$ 、 $1.76(1.32-2.34)$ 。

以特殊身分別言，無特殊身分別之 HR 大於 1，但較正性別、年齡、通報年份等後，以替代治療個案其 HR 大於 1， $HR=1.4(1.14-1.73)$ ，且 p 值達到統計上顯著，以自殺意念而言，相較於 0 分之自殺企圖個案，其一年內死亡風險隨分數增加而增加，且 1-4 分其 HR 均大於 1，較正性別、年齡、通報年份後，仍大於 1，且自殺意念 4 分者，其 HR 高達 3， $HR=3.11(2.05-4.73)$ 。

表 3-1-2、2012-2016 年自殺企圖個案一年內存活情形，對各變數做 cox regression

	chisq	p	Hazard RATIO (95%CI)	Adjust Hazard Ratio (95%CI)
性別				
男性	1649.822	<.0001	2.88(2.73-3.03)***	NA
女性			1	
年齡層				
0-24			1	NA
25-44	175.236	<.0001	2.93(2.5-3.43)***	
45-64	684.0115	<.0001	8.02(6.86-9.37)***	
65+	1741.776	<.0001	26.97(23.11-31.49)***	
通報年份				
2012	13.6554	0.0002	0.86(0.8-0.93)***	
2013	5.4985	0.019	0.91(0.84-0.99)*	
2014	3.1897	0.0741	0.93(0.86-1.01)	
2015	4.0136	0.0451	0.92(0.85-1)*	
2016			1	NA
就醫紀錄				
是否有精神疾病診斷	3.5177	0.0607	1.05(1-1.1)	1.04(0.98-1.09)
自殺方式				
切穿工具自殺及自傷	470.0447	<.0001	0.46(0.43-0.49)***	0.74(0.69-0.8)***
以固體或液體物質自殺及自為中毒	13.5319	0.0002	1.1(1.05-1.16)***	0.91(0.86-0.96)**
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	12.6061	0.0004	1.19(1.08-1.31)***	1.21(1.1-1.33)***
由高處跳下自殺及自傷	0.6106	0.4345	1.05(0.93-1.19)	1.34(1.18-1.51)***
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	723.5369	<.0001	3.85(3.49-4.25)***	2.1(1.9-2.32)***
其他及未明示之方式自殺及自傷/ 鎗砲及爆炸物自殺及自傷	7.8478	0.0051	1.12(1.03-1.21)***	0.96(0.89-1.04)
溺水(淹死)自殺及自傷	11.9142	0.0006	1.32(1.13-1.55)***	1.07(0.92-1.26)
首次訪視 BSRs 得分				
0-5			1	1
6-10	8.3006	0.004	1.34(1.1-1.63)**	1.2(0.99-1.47)
11-14	14.3146	0.0002	1.58(1.25-1.99)***	1.46(1.15-1.84)**
15+	17.3899	<.0001	1.83(1.38-2.42)***	1.76(1.32-2.34)***
特殊身分別				
原住民	76.4391	<.0001	0.49(0.41-0.57)***	0.89(0.76-1.05)
替代治療列管	1.948	0.1628	1.16(0.94-1.43)	1.4(1.14-1.73)**

精照個案	0.072	0.7884	1.01(0.96-1.06)	1.09(0.97-1.22)
毒藥品列管個案	46.0875	<.0001	0.63(0.55-0.72)***	1.03(0.98-1.08)
嚴重病人	0.2872	0.592	1.12(0.75-1.67)	1.26(0.84-1.88)
家暴加害人	11.2341	0.0008	0.75(0.63-0.89)***	0.76(0.64-0.9)**
家暴被害人	68.6291	<.0001	0.47(0.39-0.56)***	0.79(0.65-0.94)*
高危家暴加害人	0.0991	0.7529	0.94(0.64-1.37)	0.78(0.53-1.15)
高危家暴被害人	10.3025	0.0013	0.45(0.27-0.73)**	1.26(0.77-2.07)
兒少加害人	13.2369	0.0003	0.52(0.37-0.74)***	0.79(0.55-1.14)
兒少被害人	39.5988	<.0001	0.17(0.1-0.3)***	0.96(0.54-1.7)
性侵加害人	0.2349	0.6279	0.82(0.37-1.83)	1.37(0.61-3.06)
自殺意念				
0			1	1
1	36.3509	<.0001	1.75(1.46-2.1)***	1.56(1.3-1.88)***
2	19.9469	<.0001	1.8(1.39-2.33)***	1.62(1.25-2.1)**
3	23.2559	<.0001	2.49(1.72-3.61)***	2.22(1.53-3.22)***
4	38.9582	<.0001	3.77(2.49-5.72)***	3.11(2.05-4.73)***

由表 3-1-3 可以發現到，男性相較女性其存活風險較大， $HR=2.74(2.63-2.86)$ ，以年齡層而言，則是隨著年齡增加而增加，65 歲以上相對 0-24 歲，其存活風險最大， $HR=24.14(21.33-27.3)$ ，各年以 2012 年其存活風險最大，相較於 2016 年，其 $HR=2.09(1.94-2.24)$ 、其次為 2013 年，以就醫紀錄來看，自殺企圖前有精神科紀錄其自殺死亡風險為 $HR=1.26(1.21-1.32)$ ，再校正，性別、年齡層、通報年份後仍大於 1。

以自殺方式而言，以吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、溺水(淹死)自殺及自傷、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒、其他及未明示之方式自殺及自傷/鎗砲及爆炸物自殺及自傷其 HR 都大於 1，校正完性別、年齡、通報年份後，以吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒其 HR 仍大於 1，且達到統計上顯著。

以第一次訪視之 BSRS 而言，其死亡分險隨著分數增高而增加，以 15 分以上最高，其 $HR=1.61(1.34-1.94)$ ，且達到統計上顯著，校正性別、年齡、通報年份後， HR 在大於 10 分以上的組別，均大於 1，10-14 分及 15 分以上其 HR 分別為 $1.22(1.04-1.42)$ 、 $1.46(1.22-1.76)$ 。

以特殊身分別言，替代治療個案、精照個案、家暴加害人、之 HR 大於，但校正性別、年齡、通報年份等後，以替代治療列管、精照個案、毒藥品列管個案其 HR 大於 1，且 p 值達到統計上顯著，

以自殺意念而言，相較於 0 分之自殺企圖個案，其一年內死亡風險隨

分數增加而增加，且 1-4 分其 HR 均大於 1，較正性別、年齡、通報年份後，仍大於 1，且自殺意念 4 分者，其 HR 高達 3，HR=3.21(2.09-4.93)。

表 3-1-3、2012-2016 年自殺企圖個案(不含 7 天內死亡)一年內存活情形，對各變數做 cox regression

	chisq	p	Hazard RATIO (95%CI)	Adjust Hazard Ratio (95%CI)
性別				
男性	2184.94	<.0001	2.74(2.63-2.86)***	NA
女性			1	
年齡層				
0-24			1	NA
25-44	323.024	<.0001	3.16(2.79-3.58)***	
45-64	974.081	<.0001	7.22(6.37-8.17)***	
65+	2559.31	<.0001	24.14(21.33-27.3)***	
通報年份				
2012	396.368	<.0001	2.09(1.94-2.24)***	
2013	249.965	<.0001	1.83(1.7-1.98)***	
2014	138.322	<.0001	1.59(1.47-1.72)***	
2015	38.6383	<.0001	1.29(1.19-1.4)***	
2016			1	NA
就醫紀錄				
是否有精神疾病診斷				
是	109.24	<.0001	1.26(1.21-1.32)***	1.22(1.17-1.27)***
否				
自殺方式				
切穿工具自殺及自傷				
是	265.886	<.0001	0.65(0.61-0.68)***	1.03(0.95-1.12)
否				
以固體或液體物質自殺及自為中毒				
是	0.0125	0.911	1(0.96-1.05)	0.77(0.73-0.82)***
否				
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒				
是	61.2027	<.0001	1.35(1.25-1.46)***	1.45(1.3-1.62)***
否				

由高處跳下 自殺及自傷	14.0788	0.0002	0.8(0.71-0.9)***	1.04(0.88-1.24)
吊死、勒死及 窒息之自殺 及自傷	333.72	<.0001	2.56(2.32-2.83)***	1.67(1.46-1.92)***
其他及未明 示之方式自 殺及自傷/鎗 砲及爆炸物 自殺及自傷	77.6036	<.0001	1.32(1.24-1.4)***	1.14(1.04-1.25)*
溺水(淹死)自 殺及自傷	12.746	0.0004	1.28(1.12-1.47)***	0.96(0.78-1.18)
首次訪視 BSRS 得分				
0-5			1	1
6-9	40.8583	<.0001	1.47(1.31-1.66)***	1.26(1.12-1.42)***
10-14	16.3926	<.0001	1.37(1.18-1.6)***	1.22(1.04-1.42)*
15+	25.1589	<.0001	1.61(1.34-1.94)***	1.46(1.22-1.76)***
特殊身分別			1	1
原住民	93.0603	<.0001	0.53(0.47-0.6)***	0.92(0.81-1.05)
替代治療 列管	12.6247	0.0004	1.34(1.14-1.58)***	1.49(1.26-1.75)***
精照個案	29.4059	<.0001	1.15(1.09-1.21)***	1.15(1.1-1.21)***
毒藥品列 管個案	20.3791	<.0001	0.79(0.72-0.88)***	1.19(1.07-1.32)**
嚴重病人	3.1156	0.0775	1.36(0.97-1.92)	1.43(1.01-2.02)
家暴加害 人	8.699	0.0032	1.23(1.07-1.4)***	1.04(0.9-1.2)
家暴被害 人	33.9375	<.0001	0.63(0.54-0.74)***	0.93(0.79-1.09)
高危及暴 加害人	1.8943	0.1687	1.26(0.91-1.75)	0.87(0.62-1.22)
高危及暴 被害人	6.0414	0.014	0.58(0.38-0.9)*	1.41(0.91-2.18)

兒少加害人	0.5616	0.4536	0.9(0.69-1.18)	1.26(0.95-1.67)
兒少被害人	40.2191	<.0001	0.17(0.1-0.3)***	0.95(0.53-1.68)
性侵加害人	0.2294	0.632	0.82(0.37-1.83)	0.79(0.3-2.08)
自殺意念				
0			1	1
1	59.5573	<.0001	1.57(1.4-1.76)***	1.63(1.35-1.96)***
2	53.4272	<.0001	1.79(1.53-2.1)***	1.63(1.24-2.12)**
3	29.3123	<.0001	1.99(1.55-2.56)***	2.08(1.4-3.09)**
4	70.5988	<.0001	3.23(2.46-4.25)***	3.21(2.09-4.93)***

相較一般人口，SMR 以自殺企圖、嚴重病人及自殺企圖及替代治療個案之 SMR 均大於自殺企圖個案，詳見表 3-1-4。

表 3-1-4、2014-2017 年自殺企圖個案及特殊身分別 SMR

自殺企圖特殊身分別	族群人口數		實際自殺死亡人數	期望值	SMR		
	男性	女性			SMR	SMR95% lower	SMR95% upper
自殺企圖個案	36013	55359	8872	15.3	581.4	569.4	593.6
自殺企圖(不含 7 天內死亡)	31327	53027	1854	13.50	137.38	131.24	143.74
自殺企圖+原住民	1281	3016	198	0.5	368.1	319.5	422.2
自殺企圖+毒藥品列管個案	3180	1901	349	0.8	416.8	374.7	462.2
自殺企圖+替代治療列管個案	711	381	133	0.2	611.5	514.0	722.3
自殺企圖+精照列管個案	6947	9776	1186	2.8	427.4	403.6	452.3
自殺企圖+嚴重病人	359	328	79	0.1	651.8	519.5	808.0
自殺企圖+高危及暴加害人	594	54	42	0.1	281.5	205.5	376.9
自殺企圖+高危及暴被害人	17	761	23	0.1	265.7	172.5	392.4
自殺企圖+家暴加害人	3254	1195	272	0.9	314.4	278.6	353.5
自殺企圖+家暴被害人	877	4895	193	0.7	261.3	226.4	300.2
自殺企圖+兒少加害人	786	862	91	0.3	350.0	283.4	427.7
自殺企圖+兒少被害人	628	1270	46	0.1	702.2	520.1	928.5
自殺企圖+性侵加害人	169	8	13	0.0	438.9	244.1	731.7
精照+原住民	217	468	31	0.09	331.83	229.45	465.24
精照+毒藥品列管個案	759	456	50	0.21	234.85	176.18	307.12
精照+替代治療列管個案	157	87	13	0.05	266.2	148.06	443.78
精照+高危及暴被害人	2	176	3	0.02	142.62	36.28	388.16
精照+高危及暴加害人	149	22	10	0.04	253.45	128.74	451.77
精照+家暴加害人	947	371	67	0.26	256.15	200.09	323.28

精照+家暴被害人	216	1078	52	0.17	301.39	227.41	392.16
精照+兒少加害人	172	257	15	0.07	219.52	127.56	353.95
精照+兒少被害人	80	150	5	0.01	507.74	186.03	1125.41
精照+性侵加害人	31	2	0	0.01	<0.000001	0.001162	456.38
精照+毒藥+保護司任一特殊身分別	214	133	14	0.06	229.53	130.65	375.97
精照+保護司任一特殊身分別	1268	1618	118	0.46	259	215.33	309.02

由自殺企圖者自殺死亡發生密度來看，嚴重病人及替代治療列管個案，其自殺死亡發生密度高於自殺企圖個案(詳表 3-1-5)。

表 3-1-5、2014-2017 年特殊身分別自殺死亡發生密度

	通報年 2014-2017					
	自殺死亡(包含通報 當天死亡)	自殺死亡(不包含通 報當天死亡)	總追蹤天數	總追蹤年	發生密度(包含當天 死亡)	發生密度(不包含當 天死亡)
嚴重病人	46	30	491556	1346.73	0.0342	0.0223
替代治療個案	61	38	770821	2111.84	0.0289	0.0180
自殺企圖	4632	2623	63009439	172628.60	0.0268	0.0152
性侵加害人	8	6	111559	305.64	0.0262	0.0196
精照	792	582	12866521	35250.74	0.0225	0.0165
高危家暴加害 人	29	25	481945	1320.40	0.0220	0.0189
家暴加害人	187	141	3159247	8655.47	0.0216	0.0163
兒少加害人	56	40	1003119	2748.27	0.0204	0.0146
毒藥品	182	131	3662031	10032.96	0.0181	0.0131
原住民	124	73	3137800	8596.71	0.0144	0.0085

兒少被害人	30	14	1001326	2743.36	0.0109	0.0051
高危及暴被害 人	17	13	601730	1648.58	0.0103	0.0079
家暴被害人	121	86	4338468	11886.21	0.0102	0.0072

各自殺企圖者含二種特殊身分別比例如表 3-1-6。

表 3-1-6、2014-2017 年自殺企圖個案及多重特殊身分別人數及比例

自殺企圖+其它特身分別	其他特殊身分別	自殺企圖+其它特身分別 人數	其他特殊身分別 人數及比例
自殺企圖+嚴重病人	高危及暴加害人	687	10(1.46)
自殺企圖+嚴重病人	高危及暴被害人	687	6(0.87)
自殺企圖+嚴重病人	家暴加害人	687	84(12.23)
自殺企圖+嚴重病人	家暴被害人	687	54(7.86)
自殺企圖+嚴重病人	兒少加害人	687	24(3.49)
自殺企圖+嚴重病人	性侵加害人	687	3(0.44)
自殺企圖+嚴重病人	原住民	687	31(4.51)
自殺企圖+嚴重病人	替代治療列管個案	687	7(1.02)
自殺企圖+嚴重病人	毒藥品列管個案	687	64(9.32)
自殺企圖+高危及暴加害人	高危及暴被害人	648	17(2.62)
自殺企圖+高危及暴加害人	兒少加害人	648	93(14.35)
自殺企圖+高危及暴加害人	原住民	648	37(5.71)
自殺企圖+高危及暴加害人	替代治療列管個案	648	18(2.78)
自殺企圖+高危及暴加害人	毒藥品列管個案	648	107(16.51)
自殺企圖+高危及暴加害人	精照列管個案	648	171(26.39)
自殺企圖+高危及暴被害人	家暴加害人	778	108(13.88)
自殺企圖+高危及暴被害人	兒少加害人	778	43(5.53)
自殺企圖+高危及暴被害人	原住民	778	86(11.05)
自殺企圖+高危及暴被害人	替代治療列管個案	778	10(1.29)
自殺企圖+高危及暴被害人	毒藥品列管個案	778	65(8.35)
自殺企圖+高危及暴被害人	精照列管個案	778	178(22.88)
自殺企圖+家暴加害人	兒少加害人	4449	399(8.97)
自殺企圖+家暴加害人	兒少被害人	4449	60(1.35)
自殺企圖+家暴加害人	性侵加害人	4449	25(0.56)
自殺企圖+家暴加害人	原住民	4449	224(5.03)
自殺企圖+家暴加害人	替代治療列管個案	4449	105(2.36)
自殺企圖+家暴加害人	毒藥品列管個案	4449	611(13.73)
自殺企圖+家暴加害人	精照列管個案	4449	1318(29.62)
自殺企圖+家暴被害人	兒少加害人	5772	243(4.21)
自殺企圖+家暴被害人	兒少被害人	5772	168(2.91)
自殺企圖+家暴被害人	原住民	5772	446(7.73)
自殺企圖+家暴被害人	替代治療列管個案	5772	67(1.16)
自殺企圖+家暴被害人	毒藥品列管個案	5772	370(6.41)

自殺企圖+家暴被害人	精照列管個案	5772	1294(22.42)
自殺企圖+兒少加害人	嚴重病人	1648	24(1.46)
自殺企圖+兒少加害人	高危及暴加害人	1648	93(5.64)
自殺企圖+兒少加害人	高危及暴被害人	1648	43(2.61)
自殺企圖+兒少加害人	家暴加害人	1648	399(24.21)
自殺企圖+兒少加害人	家暴被害人	1648	243(14.75)
自殺企圖+兒少加害人	兒少被害人	1648	31(1.88)
自殺企圖+兒少加害人	性侵加害人	1648	21(1.27)
自殺企圖+兒少加害人	原住民	1648	117(7.1)
自殺企圖+兒少加害人	替代治療列管個案	1648	39(2.37)
自殺企圖+兒少加害人	毒藥品列管個案	1648	193(11.71)
自殺企圖+兒少加害人	精照列管個案	1648	429(26.03)
自殺企圖+兒少被害人	家暴加害人	1898	60(3.16)
自殺企圖+兒少被害人	家暴被害人	1898	168(8.85)
自殺企圖+兒少被害人	兒少加害人	1898	31(1.63)
自殺企圖+兒少被害人	原住民	1898	173(9.11)
自殺企圖+兒少被害人	毒藥品列管個案	1898	124(6.53)
自殺企圖+兒少被害人	精照列管個案	1898	230(12.12)
自殺企圖+性侵加害人	家暴加害人	177	25(14.12)
自殺企圖+性侵加害人	兒少加害人	177	21(11.86)
自殺企圖+性侵加害人	原住民	177	14(7.91)
自殺企圖+性侵加害人	毒藥品列管個案	177	32(18.08)
自殺企圖+性侵加害人	精照列管個案	177	33(18.64)
自殺企圖+原住民	嚴重病人	4297	31(0.72)
自殺企圖+原住民	高危及暴加害人	4297	37(0.86)
自殺企圖+原住民	高危及暴被害人	4297	86(2)
自殺企圖+原住民	家暴加害人	4297	224(5.21)
自殺企圖+原住民	家暴被害人	4297	446(10.38)
自殺企圖+原住民	兒少加害人	4297	117(2.72)
自殺企圖+原住民	兒少被害人	4297	173(4.03)
自殺企圖+原住民	性侵加害人	4297	14(0.33)
自殺企圖+原住民	替代治療列管個案	4297	25(0.58)
自殺企圖+原住民	毒藥品列管個案	4297	242(5.63)
自殺企圖+原住民	精照列管個案	4297	685(15.94)
自殺企圖+替代治療列管個案	高危及暴加害人	1092	18(1.65)
自殺企圖+替代治療列管個案	高危及暴被害人	1092	10(0.92)
自殺企圖+替代治療列管個案	家暴加害人	1092	105(9.62)
自殺企圖+替代治療列管個案	家暴被害人	1092	67(6.14)

自殺企圖+替代治療列管個案	兒少加害人	1092	39(3.57)
自殺企圖+替代治療列管個案	原住民	1092	25(2.29)
自殺企圖+替代治療列管個案	毒藥品列管個案	1092	875(80.13)
自殺企圖+替代治療列管個案	精照列管個案	1092	244(22.34)
自殺企圖+毒藥品列管個案	嚴重病人	5081	64(1.26)
自殺企圖+毒藥品列管個案	高危家暴加害人	5081	107(2.11)
自殺企圖+毒藥品列管個案	高危家暴被害人	5081	65(1.28)
自殺企圖+毒藥品列管個案	家暴加害人	5081	611(12.03)
自殺企圖+毒藥品列管個案	家暴被害人	5081	370(7.28)
自殺企圖+毒藥品列管個案	兒少加害人	5081	193(3.8)
自殺企圖+毒藥品列管個案	兒少被害人	5081	124(2.44)
自殺企圖+毒藥品列管個案	性侵加害人	5081	32(0.63)
自殺企圖+毒藥品列管個案	原住民	5081	242(4.76)
自殺企圖+毒藥品列管個案	替代治療列管個案	5081	875(17.22)
自殺企圖+毒藥品列管個案	精照列管個案	5081	1215(23.91)
自殺企圖+精照列管個案	高危家暴加害人	16723	171(1.02)
自殺企圖+精照列管個案	高危家暴被害人	16723	178(1.06)
自殺企圖+精照列管個案	家暴加害人	16723	1318(7.88)
自殺企圖+精照列管個案	家暴被害人	16723	1294(7.74)
自殺企圖+精照列管個案	兒少加害人	16723	429(2.57)
自殺企圖+精照列管個案	兒少被害人	16723	230(1.38)
自殺企圖+精照列管個案	性侵加害人	16723	33(0.2)
自殺企圖+精照列管個案	原住民	16723	685(4.1)
自殺企圖+精照列管個案	替代治療列管個案	16723	244(1.46)
自殺企圖+精照列管個案	毒藥品列管個案	16723	1215(7.27)

6) 自殺通報個案關懷訪視流程

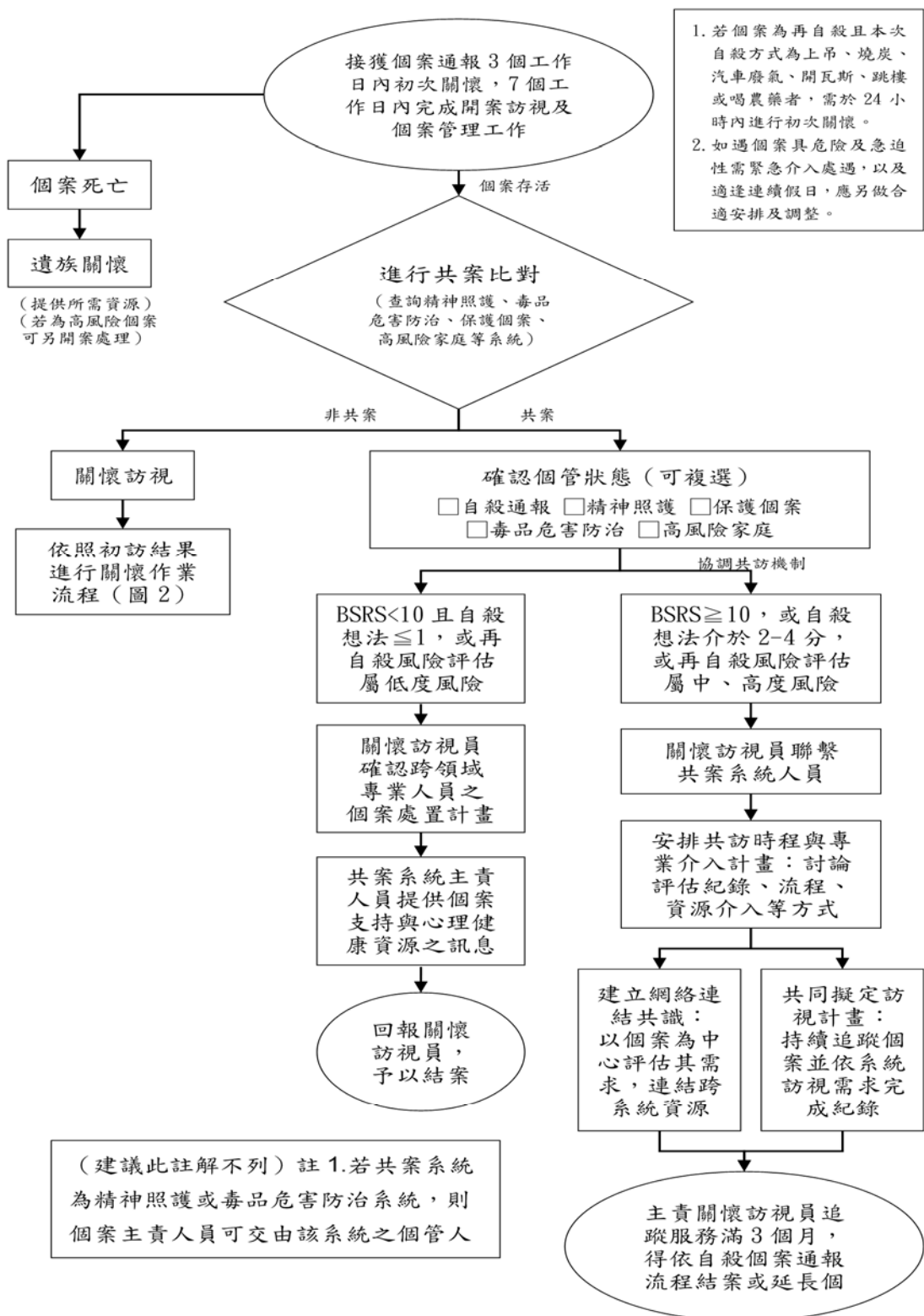
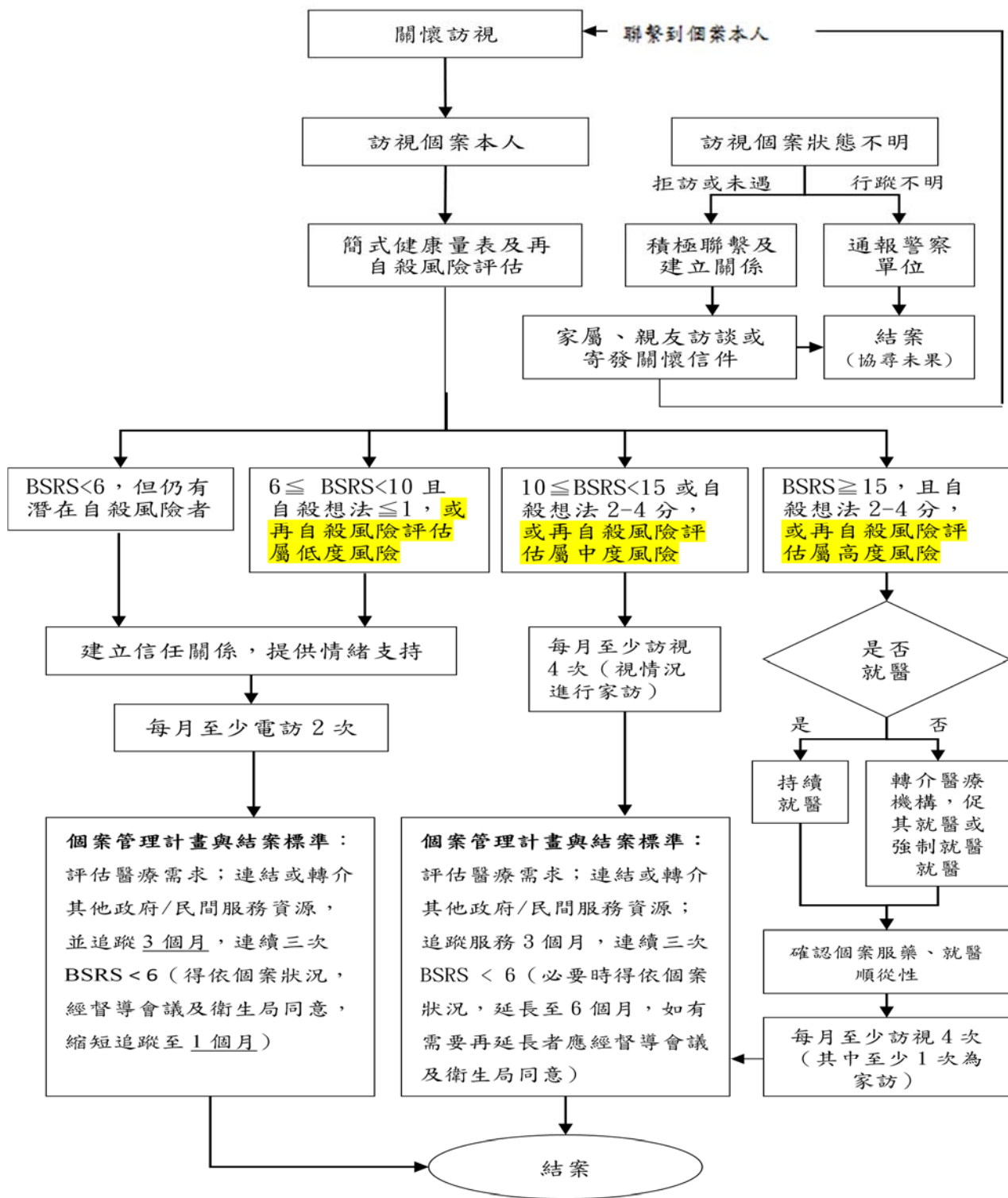


圖 1、自殺高風險個案共訪流程

圖 3-1-1、自殺企圖共案通報關懷訪視流程



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。

圖 2、自殺高風險個案通報後關懷作業流程

圖 3-1-2、自殺高風險個案通報後關懷作業流程

表 3.1.4、結案標準表

結案原因	說明	處遇要點
個案風險程度降低-適用以下個案(初訪個案 BSRs<6，但仍有潛在自殺風險者及 6≤BSRS<10 或再自殺風險為低度以下者)。	個管期間，如個案連續 3 次以上 BSRs<6。	此類個案管理期間(3 個月)，若符合圖 2「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」結案標準，得經督導會議與衛生局同意，縮短追蹤服務期程至 1 個月。(含第一次訪視個案測量之 BSRs)
個案風險程度降低-適用以下個案(初訪個案 BSRs≥10 或自殺意念 ≥2 者)	個管期間，追蹤滿三個月且個案連續 3 次以上 BSRs<6。	此類個案管理期間(3 個月)，若於追蹤期屆滿，仍無風險明顯降低或風險仍有不可預期之變化者，可經督導會議與衛生局同意，延長追蹤服務期程至六個月。
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。
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。
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 3 個月，則予以結案。
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無風險者，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。
通報資料錯誤	經訪員確認地址及電話等聯繫管道均為錯誤之資料。	需確實確認已無聯繫個案方式，則直接予以結案。

再次被通報	個案於個管期間(如 3 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。
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。(備註:包含家屬不同意訪視)	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。
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。

五、參考資料

- Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Menendez, D. (2017). Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *J Psychiatr Res*, 91, 74-82. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.02.025
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry*, 173(11), 1094-1100. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15070854
- Bradvik, L. (2013). Last suicide attempt before completed suicide in severe depression: an extended suicidal process may be found in men rather than women. *Arch Suicide Res*, 17(4), 426-433. doi:10.1080/13811118.2013.803003
- Bramson, L. M., Rickert, M. E., Class, Q. A., Sariaslan, A., Almqvist, C., Larsson, H., . . . D'Onofrio, B. M. (2016). The association between childhood relocations and subsequent risk of suicide attempt, psychiatric problems, and low academic achievement. *Psychol Med*, 46(5), 969-979. doi:10.1017/S0033291715002469
- Chen, H. C., Wu, C. H., Lee, Y. J., Liao, S. C., & Lee, M. B. (2005). Validity of the five-item Brief Symptom Rating Scale among subjects admitted for general health screening. *J Formos Med Assoc*, 104(11), 824-829.
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044

- Czyz, E. K., & King, C. A. (2015). Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(1), 181-193.
doi:10.1080/15374416.2013.836454
- Deisenhammer, E. A., Behrndt, E. M., Kemmler, G., Haring, C., & Miller, C. (2016). A comparison of suicides in psychiatric in-patients, after discharge and in not recently hospitalized individuals. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 100-105. doi:10.1016/j.comppsy.2016.05.003
- Fedyszyn, I. E., Harris, M. G., Robinson, J., & Paxton, S. J. (2012). Classification Algorithm for the Determination of Suicide Attempt and Suicide (CAD-SAS). Development and psychometric properties. *Crisis*, 33(3), 151-161. doi:10.1027/0227-5910/a000122
- Galynker, I., Yaseen, Z. S., Briggs, J., & Hayashi, F. (2015). Attitudes of acceptability and lack of condemnation toward suicide may be predictive of post-discharge suicide attempts. *BMC Psychiatry*, 15(1).
doi:10.1186/s12888-015-0462-5
- Gunnarsdottir, O. S., & Rafnsson, V. (2010). Risk of suicide and fatal drug poisoning after discharge from the emergency department: A nested case-control study. *Emergency Medicine Journal*, 27(2), 93-96.
doi:10.1136/emj.2008.065060
- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet*, 383(9923), 1147-1154. doi:10.1016/s0140-6736(13)62118-2
- Huber, R. S., Coon, H., Kim, N., Renshaw, P. F., & Kondo, D. G. (2014). Altitude is a risk factor for completed suicide in bipolar disorder. *Med Hypotheses*, 82(3), 377-381. doi:10.1016/j.mehy.2014.01.006
- Hung, G. C., Kwok, C. L., Yip, P. S., Gunnell, D., & Chen, Y. Y. (2015). Predicting suicide in older adults - a community-based cohort study in Taipei City, Taiwan. *J Affect Disord*, 172, 165-170.
doi:10.1016/j.jad.2014.09.037
- Husky, M., Swendsen, J., Ionita, A., Jaussent, I., Genty, C., & Courtet, P. (2017). Predictors of daily life suicidal ideation in adults recently discharged after a serious suicide attempt: A pilot study. *Psychiatry Research*, 256, 79-84.
doi:10.1016/j.psychres.2017.06.035
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk

- factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 619-628. doi:10.3109/00048674.2011.590465
- Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ*, 359, j4627. doi:10.1136/bmj.j4627
- Lee, J. I., Lee, M. B., Liao, S. C., Chang, C. M., Sung, S. C., Chiang, H. C., & Tai, C. W. (2010). Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc*, 109(2), 138-147. doi:10.1016/s0929-6646(10)60034-4
- Lee, M. B., Liao, S. C., Lee, Y. J., Wu, C. H., Tseng, M. C., Gau, S. F., & Rau, C. L. (2003). Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *J Formos Med Assoc*, 102(10), 687-694.
- Links, P., Nisenbaum, R., Ambreen, M., Balderson, K., Bergmans, Y., Eynan, R., . . . Cutcliffe, J. (2012). Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *General Hospital Psychiatry*, 34(1), 88-97. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.08.016
- Lu, I. C., Yen Jean, M. C., Lei, S. M., Cheng, H. H., & Wang, J. D. (2011). BSR5-5 (5-item Brief Symptom Rating Scale) scores affect every aspect of quality of life measured by WHOQOL-BREF in healthy workers. *Qual Life Res*, 20(9), 1469-1475. doi:10.1007/s11136-011-9889-4
- Lung, F.-W., & Lee, M.-B. (2008). The five-item Brief-Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry*, 8, 53-53. doi:10.1186/1471-244X-8-53
- Miche, M., Hofer, P. D., Voss, C., Meyer, A. H., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2017). Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-017-1060-5
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S. M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-Term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1119-1126. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2035
- Qin, P., Webb, R., Kapur, N., & Sorensen, H. T. (2013). Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J Intern Med*, 273(1), 48-58. doi:10.1111/j.1365-2796.2012.02572.x
- Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L., & Hawton, K. (2012). Studying survivors of

near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons. *Forensic Science International*, 220(1-3), 19-26.

doi:10.1016/j.forsciint.2012.01.022

- Rodante, D., Rojas, S. M., Feldner, M. T., Dutton, C., Rebok, F., Teti, G. L., . . . Daray, F. M. (2016). Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Compr Psychiatry*, 70, 25-31. doi:10.1016/j.comppsy.2016.06.006
- Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Patumanond, J. (2011). Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clinical Epidemiology*, 3(1), 305-313.
- Sadeh, N., & McNiel, D. E. (2013). Facets of anger, childhood sexual victimization, and gender as predictors of suicide attempts by psychiatric patients after hospital discharge. *Journal Of Abnormal Psychology*, 122(3), 879-890. doi:10.1037/a0032769
- Shrivastava, A., Berlemont, C., Campbell, R., Johnston, M., De Sousa, A., & Shah, N. (2016). Suicide in hospitalized early psychosis patients at the time of discharge from hospital: An exploratory study of attempters and nonattempters. *Indian Journal Of Psychiatry*, 58(2), 142-146. doi:10.4103/0019-5545.183773
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatr Serv*, 64(12), 1195-1202. doi:10.1176/appi.ps.201200587
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., Johnson, E., Beck, A., Coleman, K. J., Rossom, R. C., . . . Penfold, R. B. (2017). Between-visit changes in suicidal ideation and risk of subsequent suicide attempt. *Depress Anxiety*, 34(9), 794-800. doi:10.1002/da.22623
- Stenbacka, M., & Jokinen, J. (2015). Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors. *BMC Psychiatry*, 15, 196. doi:10.1186/s12888-015-0570-2
- Sun, S. H., & Jia, C. X. (2014). Completed suicide with violent and non-violent methods in rural Shandong, China: A psychological autopsy study. *PLoS ONE*, 9(8). doi:10.1371/journal.pone.0104333
- Wang, L. J., Huang, Y. C., Lee, S. Y., Wu, Y. W., & Chen, C. K. (2015). Switching suicide methods as a predictor of completed suicide in individuals with repeated self-harm: A community cohort study in northern Taiwan. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 65-73.

doi:10.1177/0004867414553951

Weiser, M., Goldberg, S., Werbeloff, N., Fenchel, D., Reichenberg, A., Shelef, L., . . . Fruchter, E. (2016). Risk of completed suicide in 89,049 young males assessed by a mental health professional. *Eur Neuropsychopharmacol*, 26(2), 341-349.

doi:10.1016/j.euroneuro.2015.12.001

Wu, C. Y., Lee, J. I., Lee, M. B., Liao, S. C., Chang, C. M., Chen, H. C., & Lung, F. W. (2016). Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. *J Formos Med Assoc*, 115(6), 395-403.

doi:10.1016/j.jfma.2015.05.004

Yaseen, Z. S., Kopeykina, I., Gutkovich, Z., Bassirnia, A., Cohen, L. J., & Galyunker, II. (2014). Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLoS ONE*, 9(1), e86768. doi:10.1371/journal.pone.0086768

王裕庭, 楊延光, 陳高欽, 葉宗烈, & 陸汝斌. (2008). The Validity of the Five-item Brief Psychiatric Symptom Rating Scale among General Hospital Inpatients. [五題簡式精神症狀量表在綜合醫院住院病人的效度]. *臺灣精神醫學*, 22(4), 316-321. doi:10.29478/tjp.200812.0008

網路與自殺相關系統性文獻回顧

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

隨著網際網路技術近年來不斷的進步，社群媒體之角色，使得資訊傳播領域，越來越形重要，網路環境的快速發展，從訊息單向的傳播到多向溝通，社群媒體經由互聯網的應用程序，深化了人際互動之融合度，例如使用聊天室、個人部落格、電子論壇、視頻網站 YouTube、社交網站 Facebook 或 Twitter 等訊息或視頻聊天，可以在即時性的互動中，由網際網路獲取並交換訊息。如此即時性互動之人際溝通交流，改變了傳統的通信方式，也影響及現今公共衛生知識傳播的格局。

研究結果顯示網路成癮與自殺意念之間存在顯著的相關性，因此，一般民眾瀏覽與自殺議題有關的網站，對於憂鬱或焦慮情緒，以及自殺意念與自殺行為，具有負面的影響。當網路使用者的憂鬱情緒、孤單感受、或自殺意念愈強烈，他們對網路的使用愈頻繁；在自殺行為發生之前，即採取具體的預防措施，是絕對必要的。

隨著網際網路科技及資訊時代的來臨，3C 產品的普及如：智慧型手機、平板、電腦等科技產物已是當代生活不可或缺的一環，尤其近十年來智慧型手機興起也在當代人面臨網路過度使用的問題中扮演重要關鍵，導致產生與使用網路相關的身心健康問題。Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peebles D(2011)研究視頻遊戲或日常網路使用時間為 5 小時以上的青少年更有可能曾出現過自殺意念，並在過去幾年中訂定自殺計畫。

2017 年日本發生一起以網路相約自殺的案例，這些自殺者原本並不認識，各有不同原因想結束自己的生命，而網路提供了一個平台，讓這些互不相識但已有自殺意圖者能夠彼此聯結，有自殺傾向者互相交流經驗、想法，加速了原本不一定會執行的自殺行動。

由於智慧型手機的網路可及性高，且難以管控，成為臺灣亟待關切的精神健康與公共衛生議題。為了規劃相關防治策略，並因應國際疾病分類第十一版初版新增電遊異常為診斷名稱，需瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，因此本中心透過各種交流與分享管道，蒐集國內外網路成癮與自殺相關文獻、自殺防治策略、措施及相關研究，並將資料彙整規劃

符合國內之網路自殺防治策略及具體措施。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：教育宣導組。

2) 文獻蒐集：

(1) 建立系統性搜尋策略

(2) 進行系統性文獻蒐集

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：

2) 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。

3) 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

「網路與自殺相關系統性文獻回顧」從 2018 年 2 月開始，由李明濱教授(計畫主持人)親自邀請台灣自殺防治學會秘書長、副秘書長、台大醫院精神科住院醫師、新光醫院精神科醫師等專家一同協助閱讀由全國自殺防治中心教育宣導組所蒐集的相關文獻，並針對文獻內容，編寫具體可行之網路自殺防治策略，並指導全國自殺防治中心教育宣導組，小組成員專長涵蓋心理學、社會學等領域。本案針對國內外網路與自殺相關之國家策略、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) 進行專家討論，初步規劃文獻蒐集與策略規劃之方向。

(2) 規劃針對網路與自殺國內外文獻，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，建立起系統性搜尋之策略。

2) 進行系統性文獻蒐集：根據規劃的系統性搜尋策略，針對國內外的網路與自殺防治相關文獻透過資料庫 Embase 進行系統性搜尋。

3. 文獻整理

團隊將符合本文獻搜尋需求的國內外網路與自殺防治相關文章，進行分類摘要、翻譯與主題彙整及策略建議。於本期末報告中，已將所有搜尋策略及分析方法做詳細之描述；全國自殺防治中心教育宣導組整合所有文獻內容及彙整之結果，於此書面報告中呈現。

4. 策略規劃

本案執行團隊人員於下半年針對至今已查到的文獻，以網路與自殺防治辦法進行研讀，與專家進行討論他國策略建議，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。

「網路與自殺相關」的文獻資料來源是以搜尋線上資料庫的方式取得，如：Cochrane Library、PubMed、Medline、及 PsycINFO 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 2013 年至 2018 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 Embase 搜尋國內外相關文獻，針對網路與自殺相關文獻，關鍵字採用防治(prevention)、策略(strategy)、回顧(review) 放 Title+Abstract+Author keywords，網路(internet)、網路成癮(internet addiction)、網路遊戲(internet gaming)、網路社群(social network)、網路直播(live webcast)放 Title 及自殺(suicid*) 放 Title 之間的組合，然後點選 2013 年至 2018 年的文獻搜尋結果。

3) 文獻管理

- (1) 將搜尋到的文獻存放於中心的雲端資料庫，並根據關鍵字搜尋文獻做分類歸檔。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 2018 年 3 月 31 日為止，中心使用 Embase 資料庫共蒐集到 53 篇自殺防治方法、策略、政策之相關文獻，以下分述之：

- 1) 資料庫搜尋：中心在 2018 年 3 月使用 Embase 搜尋 2013 年至 2018 年區間出版之文獻，組合之各關鍵字如下
 - a. 「網路」關鍵字：網路(internet)、網路成癮(internet addiction)、網路遊戲(internet gaming)、網路社群(social network)、網路直播(live webcast)。
 - b. 「自殺」關鍵字：自殺(suicid*)。
 - c. 「防治方法」關鍵字：防治(prevention)、策略(strategy)、回顧(review)。

表 3-2-1、Embase 搜尋結果

Title	Title	Title+Abstract +Author keywords	數量
Suicid*	internet	prevention	18
		strategy	3
		review	5
		(none)	58
	internet addiction	prevention	0
		strategy	1
		review	1
		(none)	5

internet gaming	prevention	0
	strategy	0
	review	0
	(none)	0
social network	prevention	0
	strategy	0
	review	0
	(none)	7
live webcast	(none)	0
(none)	live webcast	0

2) 以上述方式搜尋文獻後，共搜尋到 100 篇，扣除重複的內容文獻內容後，共計 53 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

中心另外將蒐集到的 53 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 2018 年 6 月 29 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、關聯性部分蒐集完畢，根據其主題做分類，可以分成 3 種類型：網際網路、網路成癮、社群網絡。文獻 3 種類型排列如下：

(1) 網際網路

a. 可得性

- a) Gunnell, D., Derges, J., Chang, S. S., & Biddle, L. (2015). Searching for Suicide Methods: Accessibility of Information About Helium as a Method of Suicide on the Internet. *Crisis*, 36(5), 325-331.
- b) Gunn, J. F., 3rd, & Lester, D. (2013). Using google searches on the internet to monitor suicidal behavior. *J Affect Disord*, 148(2-3), 411-412.
- c) Wong, P. W., Fu, K. W., Yau, R. S., Ma, H. H., Law, Y. W., Chang, S. S., & Yip, P. S. (2013). Accessing suicide-related information on the internet: a retrospective observational study of search behavior. *J Med Internet Res*, 15(1), e3.

- d) Paul, E., Mergl, R., & Hegerl, U. (2017). Has information on suicide methods provided via the Internet negatively impacted suicide rates? PLOS ONE, 12(12), e0190136. doi:10.1371/journal.pone.0190136.
- e) Song, T. M., Song, J., An, J.-Y., Hayman, L. L., & Woo, J.-M. (2014). Psychological and Social Factors Affecting Internet Searches on Suicide in Korea: A Big Data Analysis of Google Search Trends. Yonsei Medical Journal, 55(1), 254-263.

b. 網際網路與自殺關聯性

- a) Biddle, L., Derges, J., Mars, B., Heron, J., Donovan, J. L., Potokar, J., Gunnell, D. (2016). Suicide and the Internet: Changes in the accessibility of suicide-related information between 2007 and 2014. J Affect Disord, 190, 370-375.
- b) Chan, M., Li, T. M. H., Law, Y. W., Wong, P. W. C., Chau, M., Cheng, C., Yip, P. S. F. (2017). Engagement of vulnerable youths using internet platforms. PLOS ONE, 12(12), e0189023.
- c) Chappell, P. B., Mahableshwarkar, A. R., Alphas, L. D., Bangs, M. E., Butler, A., DuBrava, S. J., Stewart, M. (2014). Prospective assessment of suicidal ideation and behavior: an internet survey of pharmaceutical sponsor practices. Innov Clin Neurosci, 11(9-10), 14-22.
- d) Harris, K. M., Starcevic, V., Ma, J., Zhang, W., & Aboujaoude, E. (2017). Suicidality, psychopathology, and the internet: Online time vs. online behaviors. Psychiatry Res, 255, 341-346.
- e) Jun, H. J., & Kim, M. Y. (2017). What Accounts for the Relationship Between Internet Use and Suicidal Ideation of Korean Older Adults? A Mediation Analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 72(5), 846-855.
- f) Jolin, E., & Weller, R. (2017). 207. Problematic Internet Use (PIU) and Its Relationship with Suicidality in Adolescents. Biological Psychiatry, 81(10), S85-S86.
- g) Kim, K., Lee, H., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., Jeon, H. J. (2017). Poor sleep quality and suicide attempt among adults with internet addiction: A nationwide community sample of Korea. PLOS ONE, 12(4), e0174619.

- h) Krysinska, K., & Andriessen, K. (2015). Online Memorialization and Grief After Suicide: An Analysis of Suicide Memorials on the Internet. *Omega (Westport)*, 71(1), 19-47.
- i) Lee, D., Seo, J. Y., Lee, C. S., Park, C. S., Kim, B. J., Cha, B., & Lee, S. J. (2015). Allergic diseases, excessive Internet use and suicidal ideation in Korean adolescents. *Compr Psychiatry*, 62, 100-104. doi:10.1016/j.comppsy.2015.06.012
- j) Lee, S. Y., Park, E. C., Han, K. T., Kim, S. J., Chun, S. Y., & Park, S. (2016). The Association of Level of Internet Use with Suicidal Ideation and Suicide Attempts in South Korean Adolescents: A Focus on Family Structure and Household Economic Status. *Can J Psychiatry*, 61(4), 243-251.
- k) Lin, I. H., Ko, C. H., Chang, Y. P., Liu, T. L., Wang, P. W., Lin, H. C., Yen, C. F. (2014). The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents. *Compr Psychiatry*, 55(3), 504-510.
- l) Lee, D., Seo, J. Y., Lee, C. S., Park, C. S., Kim, B. J., Cha, B., & Lee, S. J. (2015). Allergic diseases, excessive Internet use and suicidal ideation in Korean adolescents. *Compr Psychiatry*, 62, 100-104.
- m) Ikunaga, A., Nath, S. R., & Skinner, K. A. (2013). Internet suicide in Japan: a qualitative content analysis of a suicide bulletin board. *Transcult Psychiatry*, 50(2), 280-302.
- n) Mars, B., Heron, J., Biddle, L., Donovan, J. L., Holley, R., Piper, M., Gunnell, D. (2015). Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *J Affect Disord*, 185, 239-245.
- o) Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, 12(8), e0181722.
- p) Mok, K., Jorm, A. F., & Pirkis, J. (2015). Suicide-related Internet use: A review. *Aust N Z J Psychiatry*, 49(8), 697-705.

- q) Niezen, R. (2013). Internet suicide: communities of affirmation and the lethality of communication. *Transcult Psychiatry*, 50(2), 303-322.
 - r) Park, S., Hong, K. E., Park, E. J., Ha, K. S., & Yoo, H. J. (2013). The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*, 47(2), 153-159.
 - s) Robert, A., Suelves, J. M., Armayones, M., & Ashley, S. (2015). Internet use and suicidal behaviors: internet as a threat or opportunity? *Telemed J E Health*, 21(4), 306-311.
 - t) Sueki, H. (2015). The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: a cross-sectional study of young internet users in Japan. *J Affect Disord*, 170, 155-160.
 - u) Sueki, H., Yonemoto, N., Takeshima, T., & Inagaki, M. (2014). The Impact of Suicidality-Related Internet Use: A Prospective Large Cohort Study with Young and Middle-Aged Internet Users. *PLOS ONE*, 9(4), e94841.
 - v) Sueki, H. (2013). The effect of suicide-related Internet use on users' mental health. *Crisis*, 34(5), 348-353.
 - w) Stewart, M., Butler, A., Alphas, L., Chappell, P. B., Feltner, D. E., Lenderking, W. R., Behavior Assessment Working, G. (2013). Study Site Experiences and Attitudes Toward Prospective Assessments of Suicidal Ideation and Behavior in Clinical Trials: Results of an Internet-based Survey. *Innov Clin Neurosci*, 10(5-6 Suppl A), 20S-28S.
 - x) Tseng, F. Y., & Yang, H. J. (2015). Internet use and web communication networks, sources of social support, and forms of suicidal and nonsuicidal self-injury among adolescents: different patterns between genders. *Suicide Life Threat Behav*, 45(2), 178-191.
 - y) Westerlund, M., Hadlaczky, G., & Wasserman, D. (2015). Case study of posts before and after a suicide on a Swedish internet forum. *Br J Psychiatry*, 207(6), 476-482.
- c. 介入方式
- a) D'aulerio, M., Carli, V., Iosue, M., Basilico, F., De Marco, A. M.,

Recchia, L., Wasserman, D. (2013). 1849 – Young and suicide prevention programs through internet and media: supreme. *European Psychiatry*, 28, 1.

- b) Bolinski, F., Kleiboer, A., Karyotaki, E., Bosmans, J. E., Zarski, A. C., Weisel, K. K., Riper, H. (2018). Effectiveness of a transdiagnostic individually tailored Internet-based and mobile-supported intervention for the indicated prevention of depression and anxiety (ICare Prevent) in Dutch college students: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 118.
- c) Martinez, P., Rojas, G., Martinez, V., Lara, M. A., & Perez, J. C. (2018). Internet-based interventions for the prevention and treatment of depression in people living in developing countries: A systematic review. *J Affect Disord*, 234, 193-200.
- d) Jacob, N., Scourfield, J., & Evans, R. (2014). Suicide prevention via the Internet: a descriptive review. *Crisis*, 35(4), 261-267.
- e) Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Interv Psychiatry*, 10(1), 28-35.

(2) 網路成癮

a. 介入方式

- a) Liu, J., Nie, J., & Wang, Y. (2017). Effects of Group Counseling Programs, Cognitive Behavioral Therapy, and Sports Intervention on Internet Addiction in East Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1470.
- b) Steinbuchel, T. A., Herpertz, S., Kulpmann, I., Kehyayan, A., Dieris-Hirche, J., & Te Wildt, B. T. (2017). [Internet Addiction, Suicidality and Non-Suicidal Self-Harming Behavior - A Systematic Review]. *Psychother Psychosom Med Psychol*.
- c) Vondráčková, P., & Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 568-579.

(3) 社群網絡

a. 社群網絡與自殺關聯性

a) Hagaman, A. K., Maharjan, U., & Kohrt, B. A. (2016). Suicide surveillance and health systems in Nepal: a qualitative and social network analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 46.

b) Tang, F., & Qin, P. (2015). Influence of Personal Social Network and Coping Skills on Risk for Suicidal Ideation in Chinese University Students. *PLOS ONE*, 10(3), e0121023.

b. 社群網絡與自殺介入方式

a) Di Napoli, W., & Andreatta, O. (2014). Health Technology Assessment and Social Network in Mental Health: a pilot study to evaluate use of new technology communication in prevention, monitoring and treatment of mental disorders in Trentino region. *Psychiatr Danub*, 26 Suppl 1, 142-143.

b) Veuillette, I., Morel, G., Pitois, S., Haler, R., Mercier, P., Aubry, C., & Cannet, D. (2015). General practice and the Internet revolution. Use of an Internet social network to communicate information on prevention in France. *Health Informatics J*, 21(1), 3-9.

c) Onrust, S., Buber, A., & Lazic, A. (2015). Use of Social Network Facebook for Mental Health Prevention and Counselling. *European Psychiatry*, 30, 222.

表 3-2-3、國內外網路與自殺文獻類型

網際網路(44)	可得性(5)
	關聯性(33)
	介入方式(6)
網路成癮(4)	介入方式(4)
社群網絡(5)	關聯性(2)
	介入方式(3)

4. 策略建議

(1) 利用網路傳播預防自殺訊息

若要實踐網路自殺防治的措施，善用社交網路的工具是一個實用的傳達方法，社交網路的普及和大量的交流，對信息的傳播非常重要，主要的目標是透過像 Facebook 的社交網路，向網路使用者提供自殺防治相關的宣導，次要的目標是告知民眾自我求救，使用社交互聯網傳播信息。要注意的是，其內容具備應有的專業資訊以及正面資訊。一項世代研究 (Longitudinal Study) 顯示曾瀏覽自殺方法網站的個案當中，大部分 (81%) 也曾瀏覽提供幫助之網站。有關於自殺方式之搜尋，以網路搜尋針對使用氫氣自殺在英格蘭及威爾斯盛行率日漸增加之現象為例，分析自 2004 至 2014 年 Google 搜尋紀錄與由 Google 延展出之網頁以及自 2013 至 2014 年維基百科相關條目點擊數，指出相關搜尋及點擊數會在發生氫氣自殺事件或名人自殺新聞後短暫增加，由於具有自殺或自傷的想法，欲尋求自殺方式之個案，在搜尋過程中仍會同時搜索到提供幫助的網站，因此若能在大型搜尋網站將自殺防治資源，置放於關鍵字搜尋結果，對於降低自殺率可望有所改變。

(2) 推廣自殺防治及高風險族群辨識和認知行為治療

一項澳洲之研究，探討精神病理的變異，例如自殺傾向 (suicidality) 是否可以預測個人使用網路的時間。同時探討一群高自殺風險個案，比較有無上網去做和自殺有關目的搜尋，結果發現精神科病史或是精神病理與網路使用時間無關。會上網做自殺相關搜尋目的的多為年輕人、具較高自殺風險，但也更願意從線上心理健康專業尋求協助。由此觀之於國內可試行在線上建立如張老師的互助系統。

有問題的網路使用 (Problematic internet use) 與青少年憂鬱症有關。而自殺是青少年憂鬱症的一項嚴重且可能危及生命的議題。因此，了解自殺與問題網路使用的聯結具有意義。對於自殺防治而言，問題網際網路使用或網路成癮等狀況都是需要特別留意的，當個案有合併此類問題時，可能增加自殺的風險，南韓的研究則顯示，網路成癮合併睡眠質量差與終生自殺企圖有顯著相關。

合理的網路使用，對於某些個性，如較內向、不習慣和他人面對面接觸，可減少憂鬱的症狀，可以是一項合適的心理健康促進方案。一項針對高中生之研究，以網路內建一個成人角色，會用口語合併影片，進行網路認知行為治療，包含建立治療關係與議程設定、情緒覺察、辨識負向自動化思考、求助行為促進、問題解決、辨識與挑戰問題思考、以及認知重建。

完成治療後的評估，可發現自殺意念，憂鬱與絕望感都有顯著下降。於國內可考慮利用雲端科技連結至相關公共心理衛生平台資源，建構個人的心理健康評估，可錄製針對自殺意念與憂鬱情緒的認知行為治療影片與互動式認知行為治療腳本，以網路方式提供給個案，作為處理自殺意念之介入方式。

網路使用雖對自殺率有所影響，但也提供社交孤立之人群互相連結的機會，同時也能提供自殺防治相關資訊及資源。網路資源可用以協助辨識有自殺風險之年輕網路使用者，未來可考慮發展新的媒體工具，透過網路提供合適的資源給予有自殺風險之年輕網路使用者。專業之心理衛生協助者若能擬定策略性之方法，以充分運用網路社交媒體，必能更有效地幫助有情緒困擾之民眾。發展出的數位工具(digital tools)將可早期辨識自殺風險個案。網路資訊對民眾影響極大，網路上所取得的一般醫學資訊也影響民眾就醫行為，網站自殺訊息讓民眾輕易獲得，網路集結自殺的影響力不容小覷，有效的措施，將可防範網路糾集共同自殺。於國內可考慮於 PTT 成立反自殺討論區或自殺邊緣關懷版，透過討論版提供正面防治力量。

網路具有雙面性，可以是加速自殺過程的工具也可是防止自殺的工具。在瑞典轟動的社會新聞分析，在網站論壇上，一位自殺死亡者的發文，關注到事前事後網友的留言分析，發現一半自殺前的留言都是鼓勵完成自殺，而自殺死亡後的留言大多是表達驚訝，一半以上都是表達這是場悲劇。網路已成為自殺者主要的溝通工具，自殺者傾向選用網路和他人溝通而非面對面的溝通。借由網路可傳佈求救行為的知識技巧，加強對於自殺訊息的辨識，以協助民眾對自殺者的了解。在國內則可考慮訓練出「網路論壇管理員」，試行於網路線上之第一線介入。論壇和社交媒體相比，較有一定的規章與管理；論壇管理員較可調整相關溝通內容。

(3) 結合地方政府或相關輔導社群團體、社區志工或社區學校學生服務社團

以高自殺風險的個案為中心，透過社會志工網路或政府民間資源推動預防自殺宣導。一個回顧性的研究整理從 2006 年到 2015 年的文獻，指出青少年最有可能發起關於憂鬱症，酒精，自殺，性交和大麻的談話，並傾向於使用個人故事來討論問題。每天使用網路視頻或遊戲超過 5 小時的青少年有顯著較高的自殺風險，社區學校的相關社團服務，可以配合整合性宣導防治管理。

現代人在接觸到專業意見前，多已先上網尋求資訊；社群網絡可為提供資訊與後續照顧的媒介；於國內可搜尋與網路科技(手機、網站、社群、部落格、手機軟體等)有關的資料，以評估介入之可行性。其執行面

包括兩個方向：其一為運用網路科技來增進「現有」臨床工作的效能，像是用手機軟體(apps)調查情緒焦慮程度，線上心理治療，線上諮詢等；其二為以新科技傳達「新的」治療，例如像是病友網路(patients internet networks)，專業人士藉由網路科技提供輔導，包括專業諮詢、預防性介入、協助健康之生活型態。在周全考慮病人隱私與安全之下，有效率地藉由網路媒介傳遞正面訊息。

(4) 規劃自殺防治策略，整合可用資源

現代通訊與社群網絡提供了心理健康的資訊，東歐研究者嘗試於一年內提供免費的專業諮詢（以塞爾維亞/克羅地亞/波斯尼亞語，由臉書頁面與收件箱傳達），藉由 Facebook 頁面提供「心理健康衛教」，「保密的精神科醫師諮詢」，「分享意見和小組討論」。透過諮詢，試圖提高專業協助的可近性。

為平衡網路資訊帶來的負面或錯誤訊息，國家通訊傳播委員會針對網路內容安全之提昇政策應更進一步落實，在網頁上附註警示標誌及語句是必要的，對於網路媒體及社群的資訊則有需要加以過濾及分級管制，關於自殺的資訊及討論的限制或攔截是有必要的。當以網路搜尋引擎進行有「自殺」關鍵字之搜尋時，應優先將關於自殺防治的網頁提至最前。在學校教育方面，可比照煙害及檳榔防治的教育課程，提供如何正確解讀網路訊息的學習，進而增強青少年對於網路使用的知識。在運用網路來做自殺防治方面，初步的研究支持：網路可做為心理健康專業人員，外展其服務與正向影響之重要工具。各級政府，對於網際網路，應有周全之立法規劃與執行。對一般被認為「好的」的網站，考慮定期評估其效應，以及原預期達到的正面效應是否真能達到。對於詳細描述自殺方法的網站、平面與電子媒體，應採取措施限制其散播。

(5) 加強自殺事件的察覺與關懷宣導

網路搜尋自殺相關資訊，可以反映出相關族群的自殺風險。國內某項研究曾探討台北自殺死亡資料與搜尋引擎關鍵字之關係，同時搜尋重度憂鬱症與離婚，可解釋 30% 的自殺率變異度；但此關鍵字組合僅與男性成人自殺率有關，而搜尋焦慮則僅與女性自殺率有關。用「自殺」做為關鍵字搜尋，比較容易進入有科學資訊或社區相關資源的網站；以「如何執行自殺」做為關鍵字搜尋，比較容易進入特定自殺方法的網站。

利用網路來表達使用者對於自殺的感受，研究顯示自殺者會利用與自殺相關或無關的網站來表達與自殺有關的感受。自殺者之貼文內容和非自殺者有所不同，通常自殺者之文章較短，較常用極端的表達方式(如：總

是、永遠不會)，以及較常使用負面的語詞，自殺者較常歸因於負面生活事件的影響，較常表達有難以承受的心理傷害，以及固著的負面思考。

及早發現自殺想法及行為有助於個案安全之提升，找出有自殺風險的個案可進行具時效之介入，並可做為相關族群自殺風險之流行病學指標。網路會藉由各種不同的方式來促進自殺行為，包括：利用網路取得自殺方法的資訊、利用網路約定集體自殺、或是傳播其自殺行為，需要政府機關、搜尋引擎公司與自殺防治相關單位的共同合作，才能減少不當資訊的接觸。過去曾透漏自殺意念以及在網路搜尋自殺方式的人，之後追蹤自殺意念也會增加，比較「尋求正式協助」組和「尋求非正式協助」組，「尋求非正式協助」組較常於網路上表達情緒困擾，而約有百分之二十的有情緒困擾的群體，儘管在網路上表達此類困擾，但卻從未尋求協助。

(6) 加強網路自殺防治相關研究、找出相關因子以發展更有效的介入方法

目前關於網路介入治療的文獻，多以已開發國家的研究為主。於開發中國家正進行的研究，包含中國、印尼、墨西哥及智利的網路介入憂鬱防治，文獻指出網路介入模式，於開發中國家的憂鬱防治，是可行且能被接受的，然而如何增進此一治療模式的進行方式及持續性，則需要進一步的研究。網路介入模式在憂鬱的防治仍在初步階段，尚未有系統性或一致性的結論。對電腦網路發達的台灣而言，運用網路介入模式同時進行憂鬱或自殺防治，及進行相關之前瞻性研究將有很大的可能性。

一項由中國科技部所贊助的研究，以中國大學生為樣本，發現「逃避型的因應方式(avoidance coping skills)」為自殺意念中最重要的相關因子。並就此發展預防計畫，以期降低自殺風險。

5. 結論

中心蒐集國內外近 5 年最新的網路與自殺防治文獻、關於網路自殺或工具的研究與防治策略，共蒐集 53 篇。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品質與信度標準。

網際網路的科技發展與人際互動平台日新月異，電腦、智慧型手機、網上論壇、社交通訊軟體在人們生活中隨時可見，水能載舟亦能覆舟，透過網路使用方式及互動，人們除了利用網路搜尋自殺方式或討論自殺經驗及想法，催化了自殺企圖，而心理衛生相關專業人士也能利用網路提供衛教進行自殺防治，相關專業及研究人員需與時俱進，瞭解網路之使用，從被動的「個案追蹤」進展為主動的「生命關懷」；隨著有關網際網路之使用對醫療所產生之效應，不斷有新的相關知識，如何透過網路促進民眾健康

的概念框架也將不斷發展，期望透過本文獻回顧與建議，能強化網際網路的有效運用，並精進自殺防治的策略規劃。

對於有憂鬱或焦慮之使用者，網際網路之使用與自殺率上升有正相關。而經由心理衛生專業人員經由網路提供諮商、進行認知行為治療、以及擔任如守門人角色之網路網站管理員，都能形成有效之保護因子。隨著網際網路科技之日新月異，良好的心理衛生工作，對民眾之需求評估，必需能掌握時效性。心理衛生計劃，必需走在時代發展之尖端，始能整合相關知識，規劃符合國情之自殺防治策略與具體措施，以適時有效地防危杜漸，落實自殺防治工作。

自殺防治互動式輔導訪查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

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

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。

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理衛生中心之目標，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。

過去全國自殺防治中心參與各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逐步轉型為協助地方政府有效蒐集資料。

未來應藉由中央主關機關之政策促進縣市層級自殺防治業務的跨局處整合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：

- 1) 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、警消單位、教育局、勞工局、社會局、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等，提升橫向聯繫與責任共享之跨局處整合機制，化解各單位間面對困難個案時的負向反應及壓力，促進各單位的正向態度與成就感。
- 2) 強化各縣市自殺防治工作第一線工作人員之聘雇及在職訓練督導機制，包括關懷訪視與精神疾病個案管理人員。
- 3) 在地防治工作以跨局處整合為出發點，充份利用現有資源並產生加成協同綜效，另針對「六都」以外資源取得相對困難縣市給予特別鼓勵，同時將相關成果提供各縣市交流學習。

2018 年擇定自殺死亡率、三年移動平均及 2017 年較 2016 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、需依各縣市需求進行專案討論。

二、輸入(Input)

1. 業務目的與目標

- 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。

2. 執行步驟與方法

- 1) 根據衛生福利部公告國人死因資料，依「2017 年自殺粗死亡率」、「自殺粗死亡率三年移動平均」及「2017 年較 2016 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，擇定宜蘭縣、嘉義縣、新竹縣、嘉義市、新竹市及桃園市共 6 縣市，各縣市詳細擇定原因如下。

(1) 宜蘭縣

項目	內容	名次
2017 年自殺粗死亡率	較 2016 年上升 18.7%	排名全國第二
自殺粗死亡率三年移動平均	2015-2017 年增幅為 10.2%	排名全國第三
2017 年標準化自殺死亡率	較 2016 年上升 14.7%	排名全國第二
2017 年自殺粗死亡率	每十萬人口 24.1 人	排名全國第三

(2) 桃園市

項目	內容	名次
2017 年自殺粗死亡率	較 2016 年上升 9.2%	排名全國第五
2017 年標準化自殺死亡率	較 2016 年上升 7.6%	排名全國第五
2017 年自殺死亡人數	較 2016 年增加 34 人	排名全國第一

(3) 新竹縣

項目	內容	名次
2017 年自殺粗死亡率	較 2016 年上升 37.4%	排名全國第一
自殺粗死亡率三年移動平均	2015-2017 年增幅為 14.4%	排名全國第一
2017 年標準化自殺死亡率	較 2016 年上升 33%	排名全國第一

(4) 新竹市

項目	內容	名次
2017 年自殺粗死亡率	較 2016 年上升 16.8%	排名全國第三
2017 年標準化自殺死亡率	較 2016 年上升 10.6%	排名全國第四

(5) 嘉義縣

項目	內容	名次
2017 年自殺粗死亡率	每十萬人口 24.9 人	排名全國第一
自殺粗死亡率三年移動平均	自 2011-2013 年起皆為上升	排名全國第二

(6) 嘉義市

項目	內容	名次
2017 年自殺粗死亡率	較 2016 年上升 10.1%	排名全國第四
自殺粗死亡率三年移動平均	自 2013-2015 年起皆為上升	排名全國第十四
2017 年標準化自殺死亡率	較 2016 年上升 11.9%	排名全國第三

3. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、警消單位、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等。
- 2) 資源連結形式：會議討論。

三、過程(Process)

1. 6月15日十大死因公布，本中心根據統計處提供之2017年自殺死亡交叉表，依據衛生福利部之標準擇定宜蘭縣、桃園市、新竹縣、新竹市、嘉義縣、嘉義市共6縣市。
2. 函知衛生福利部擇定之縣市，並請協助聯繫及確認訪查時間，同時邀請部內長官及各縣市相關網絡人員出席。
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. 六縣市訪查時程

時間	縣市	中心出席代表
8月10日	宜蘭縣	李明濱主任、吳佳儀副教授、王君緯專員
8月22日	新竹縣	李明濱主任、吳佳儀副教授、董志強專員
9月13日	桃園市	陳俊鶯副主任、林品翰專員
9月20日	嘉義市	陳俊鶯副主任、王禎邦副秘書長、翁聞惠專員
9月21日	嘉義縣	陳俊鶯副主任、黃柔嘉專員
9月28日	新竹市	陳俊鶯副主任、吳恩亮副秘書長、廖健鈞專員

四、成果(Product)

(一) 宜蘭縣會議摘要

議題一、宜蘭縣自殺通報比近年有下降趨勢的可能原因何在？

全國自殺防治中心

1. 與資源在地化有關，例如是否主要通報來源單位通報下降的情況，其中承辦通報業務的人員流動過程中是否產生通報標準的差異？
2. 另外是自殺使用上吊即導致死亡的案例，需從自殺地圖觀察，如高風險熱點區域、老年人口集中區域、該區缺乏大型醫療院所，再透過選擇性策略將之篩檢出來。宜蘭幅員廣大，可能需要透過社區老人、當地教會、當地組織介入該族群。
3. 需釐清哪些在地力量能將分眾族群經篩檢後，送至精神及心理衛生資源、社區心理衛生據點、或其他在地資源。例如關訪員與當地開業精神科醫師合作互相轉介。

議題二、劇毒農藥回收機制與配套

宜蘭縣政府農業處

劇毒農藥(巴拉刈)108/2/1 會全面禁止販售和使用，目前八成的農藥行沒有再販賣巴拉刈，但可能有農民自存的黑數，這是由於巴拉刈一瓶最大容量是 3L，每次農用僅需少量原液，消耗不易。另目前廠商並無量能處理巴拉刈，防檢局正透過環保局嘗試推動專案的方式回收巴拉刈。待巴拉刈禁用後，剩下劇毒農藥福瑞松(Phorate)跟托福松(Terbufos)臭味濃厚難以食用，使用農藥自殺有機會趨緩。另各地方農會期待有回收後端的處置配套，以免農會囤積大量的回收廢液。而農藥行是地域性較強的商家，販售商販賣給不熟的顧客會再多加詢問；有些農藥行已經配合衛生局張貼宣導海報。

衛福部心口司

- 1.針對燒炭人數去年有上升趨勢的鄉鎮(如蘇澳、頭城)，根據當地的情況追蹤落實的程度。
- 2.部內有和農委會研討相關回收機制，對於如何處理廢液尚無確切方式；另顧及囤積的效應，部內不指定為巴拉刈的問題，期待農委會落實管制劇毒農藥。目前農委會有分階段性管制，陸續公佈禁用。在禁用後需落實查核，即使有執行的困難度但要向大眾宣導相關罰則。另回收的獎勵機制正在研議中。

議題三、媒體報導自殺事件對青少年族群的影響，如何在教育端(如：情感教育及生命教育)強是需要思考的。當地高中職單位對衛生局目前是否有聯繫的窗口？

宜蘭縣政府衛生局

縣市校外會主要管理毒品及偏差行為，尚不處遇自殺業務。日前已向國教署行文，國教署回覆本局本於權責處理，但地方仍找不到對口單位。

衛福部心口司

日後相關會議討論行文給國教署請他們派員處理，因非直轄縣市的高中職需回到國教署處理。

全國自殺防治中心

就校園部份，建議青少年族群在入學新生訓練時給予自評篩選表，以震後慈明高中為例，經校長及導師同意入校演講，再提供自評篩選表予導師關懷使用(相關資料保密)，若導師無法處遇可結合外部資源來轉介。

議題四、老人及慢性病族群自殺防治

全國自殺防治中心

- 1.老人族群自殺若常與慢性疾病相關，可透過指定幾家大型醫院經衛生局督導考核內增加自殺防治相關指標，落實針對慢性疾病的老人族群BSRS檢測。有需要進一步協助的人可以轉介到大型醫院精神科及病房。
- 2.對於自殺人數較多區域中，需針對該區域老人集中的那些單位(如安養院、護理之家、或是家中)，再動員當地會接觸老人的人力和資源，例如當地的基金會、生命線、社區機構等。

宜蘭縣政府衛生局

- 1.衛生局目前有推動慢性病長者關懷計畫，協助醫院端做慢性病(高風險)長者在出院後兩周做BSRS篩檢，每年3,000~4,000筆，今年4,000多筆中有200多個協助轉介。
- 2.另有本局心理健康促進會，上千位的衛生保健志工坐落在社區關懷據點協助。教育處這邊有實施師生關懷篩檢，特別是高風險個案，一般也會安排普篩。
- 3.村里長、幹事有上過相關守門人訓練，在資料內可見有透過村里長通報的數據。

議題五、宜蘭縣高風險個案轉介管道、心理衛生相關資源網絡

臺北榮總蘇澳分院

冬山鄉及三星鄉青壯年人口外移，老人多獨自在家裡沒人陪伴，也未有適當的生活娛樂及社會支持。不過老人彼此能夠形成支持網絡例如冬澳有長青食堂，免費提供午餐使老人聚集在一起，或有老人會辦理的活動。平常在公園區域內也會有老人聚集活動。但是有些慢性、長期的老人個案不願意踏出家門，但即使透過關懷訪視說服個案願意踏出家門，在醫療資源較難觸及的地區沒有年輕家人的陪伴和照顧，在交通、穩定回診上又浮現問題。

全國自殺防治中心

- 1.深入當地有持續運作的老人會，協調單位人力拜訪足不出戶的老人，透過在地老人對民情的熟悉度將個案帶出門。若發現有為數個案因交通不便，可比照偏遠地區醫療模式，指派醫師至地方老人會單位服務。
- 2.關於使用上吊和農藥自殺，由於患慢性病的老人一定會使用到藥物，實務上常見多重用藥，要呼籲接觸老人族群的相關人員能夠運用BSRS，注意其自殺計畫、有無準備自殺工具？另可注意自殺事件發生的地點，例如出現在野外、旅館、家中，涵義完全不同。針對老人族群進駐到家中、主動篩選發現、追蹤轉介是非常重要的。

衛福部心口司

1. 部份縣市使用長期照顧相關計畫的補助，例如與當地醫院連結、指派專車載有需求的老人至院所就診。跟目前正在推動的長照計劃相關資源做連結，結合各個單位，也針對長照專員或相關照顧者做心理評估的教育訓練及課程，落實自殺防治。
2. 自殺防治中心每年都有和媒體聯繫，而近年內也有觀察到老人族群看電視模仿自殺的現象(原先預期是使用上吊和農藥，但近年內燒炭人數也有上升)。據了解，警消人員通常會將訊息直接提供給社會線記者，因此請警方是否能在搶救時盡量少提供資訊予媒體朋友，相對期待自殺新聞零報導。

宜蘭縣政府衛生局

1. 宜蘭縣政府目前已成立長照服務管理所，縣市內共有九十四個據點，分成三種方向，衛福據點、社會處社會關懷據點、老來寶健康促進家園站。本局去年向中央申請衛福據點相關費用，善用長照資源。去年衛生所徵集到 7 台汽車，接送足不出戶的老人、帶入社區促進。如何轉銜、利用單位、溝通協調分享，長照服務管理所跟心理衛生與毒品防治科密切合作。
2. 另宜蘭縣有 7 家護理之家及 41 家老人福利機構(合稱為長期照顧機構)，可依建議嘗試訓練長期照顧者對被照顧者的心理支持技巧來防治自殺。

(二) 新竹縣會議摘要

議題一、在失學及失業等高風險族群，在新竹縣裡面是如何進行防治？

新竹縣政府衛生局

在失學的部分，主要是接受輔諮中心的轉介，但若遇到長期未上學的情況，也會接收來自學校的通報；在失業的部分，主要與勞工處合作，目標為幫助他們獲得正常工作回歸社會以減少自殺之風險因子。

議題二、尖石鄉在 2016 年時以農藥自殺最高，但在 2017 年以上吊最高，為何有如此的改變？

全國自殺防治中心

分到鄉鎮區後，死亡人數皆為個位數。真正該問的是在各自殺方式的防治中是否確實執行？在關訪員的內部督導時，可以調查各區關訪員手上個案的自殺方式，一個例子是若有高比例燒炭的個案，那應進一步詢問他們木炭是從何處取得，因為現在木炭的取得都是受到管理的，從中可以找出是否有漏網之魚，以利更全面的防治。在這部分第一線的關訪員扮演重要的角色，可以請關訪員分享是否有遇到甚麼困難，來讓中心可以做具體的因應。

議題三、針對有自殺意念的個案是否有必要動用到關訪員、進行個案管理是否不合成本效益？某個城市將自殺意念列入關懷以後，因個案量大增造成關訪員的離職率提升，想了解一下實務上的經驗

台大醫院竹東分院

收集當事人跳樓或燒炭的地點，我們再反應給衛生局是個不錯的介入方式，也可以幫助衛生局進一步了解以及提升各地守門員的認知。這次是個很特別機會讓我們臨床工作者可以透過縣市的角度來思考。訪員們在第一線的時候是缺乏法律的保障，有些人會基於隱私的原因拒訪，使訪員們冒著很大的風險。四個訪員要在 50 萬人中尋找有自殺意念者其實相當困難，很難從數據中去預測他們的行為，期待未來收集更多的資料可以看到這些影像。

張根榮訪員分享

1. 關於農藥跟木炭取得方式的資訊，衛生局以前有推動過相關的策略，在執行上並不太容易，因為有些偏遠地帶是跟雜貨店購買，基於人情他們不太會跟你說。再加上他們有些人是務農的，所以他們的農藥是長期存放，這部分要去預防也是相對困難，只能持續衛教家屬將這些物品上鎖，不致於方便取得。
2. 針對失學的部分，早期在輔諮中心那塊合作並沒有做得很好，後來透過心衛不斷努力而達成共識是，只要還在學的學生，輔諮那邊就會協助他。除非是真的需要分工，家屬這邊會由訪員處理。到現在合作還蠻好的。
3. 警消的部分也會遇到一些困難，在不同分出所提供的資訊會不太一樣，例如消防單可能本身資訊也不足夠，只有一個地址和報案人的電話，而報案人與個案之間可能也只是鄰居關係。在警消單子的部分就會去評估流程，評估的時候有時比未遂個案更花心力，因為要很完整的去評估是否需要去服務他以及服務的內容要包含甚麼。如何警消那邊的單子能更詳細，我們這邊也會相對好做事。

4. 意念的部分，原本是公衛站在第一線，近年由訪員站在第一線時，案量是倍增的，所以在做評估案的時候，開案的數量就會比較少，因為我們人力上有些限制、工作量上也會有限制。
5. 依據案主醫療史、自殺史、家庭狀況、社會支持度、經濟狀況等都會納入我們的評估標準。在篩選個案時就會更謹慎，因為過去比較有時間會收比較多案子，現在是比較有需要、較高風險的才會去收。

江佑倫訪員分享

1. 關於青壯年的部分，有部分個案是在園區或工業區工作，而會遇到的困難是去訪視的時候他們剛好在上班或他們的住處是租屋的，這類相對於其他個案也較難從家屬進行衛教，比較缺乏進行介入的方式。另外，新竹縣從 2015 年開始自殺率有上升，可能因為從那年起我們訪員的人數從六人減至四人，雖然衛生局和各局處也都很幫忙，但在這樣的狀態下每個人的工作量都提升不少。內部的統計資料顯示，每個訪員的探視次數都增加兩倍以上，會擔心在這樣的個案量之下，難以維持應有的關懷品質。
2. 不管資訊來源為何，只要有地址或電話都會進行評估，只是相對困難，因為要先找到本人，有時若大樓管理員不提供資訊我們也沒其他辦法，若找不到人的話只能發關懷信。

全國自殺防治中心

1. 是否有精神科評估？精神科醫師不一定在，所以有心情溫度計的分數，是個案主觀痛苦的指數。統計資料顯示其分數越高，三個月、半年、一年內的再自殺率會增加、死亡率也會增加。表示情緒不好的話，將來自殺危險性也相當高。這是個重要的指標，讓訪員能有個依據去執行訪視的動作。數據顯示病情嚴重的話，未來再自殺的風險也更高，精神醫療團隊如何來支持關訪員，來讓他們工作起來更得心應手。針對有精神疾病史的個案，不能由關訪員個別去資源連結，一定要交由團隊去處理。在內部督導時，關訪員可以提出遇到困難的個案，並進行適當的轉介。如何讓訪員做得得心應手，一個團隊是很重要的。
2. 或許可以思考一個比較彈性的策略，在香港藥酒癮的防治上，由於那些逃學的青少年們都在晚上的時候聚集，所以他們的社工就變成彈性的在晚上的時候上班，時段可以進行調整。如果青壯年的自殺在新竹縣上升明顯，還是要想辦法因應，不過 45-64 歲的族群他們自殺死亡率上升的幅度比 25-44 歲還明顯，他們的身分或所用的方法及所在的區域是否有特殊的分布是值得研議的。到底訪員要如何有效的去接觸這群人，要怎

麼樣調整訪視的策略讓少數的人力能夠發揮最有效的功能是相當重要的。

- 3.通報比下降也是要正視的問題，期待的目標是通報比上升、自殺率下降，未來的趨勢看能不能提高通報比。

議題四、針對中壯年人口的防治策略

全國自殺防治中心

- 1.科學園區將來可以用一個大計畫，像是員工協助方案(EAP)，但不是以自殺為名，而以促進心理健康人人有責，讓社會處或勞工處來協助關懷，提供免費的心情溫度計來讓大家測量看看，引起民眾興趣了解原來心理健康可以自我測量。在心情溫度計裡也提供門診的電話、心理衛生的電話，也有許多免費的電子資源提供。從關懷訪視雖然是從單一個案，但整個側面圖可以延伸到其他各局處包括校園，這樣就可以做到網網相連。
- 2.老年人通常會有很多事情抱怨，訪員在接觸時可適時的使用心情溫度計來測量其分數，並依其分數進行適當的轉介。若個案抱怨沒錢則可以結合衛生局資源以提供就醫補助。心情溫度計並非單純的評估工具，也可以是與個案接觸的媒介，因此是否每個個案都有一個分數，然後精神科有沒有去看過是很重要的。如果這個無法掌握的話那整個方向會很困難，因為自殺太多原因，盡可能透過內部督導來討論出下一步介入的方式。
- 3.這是訪員最痛苦的部分，因此今年度我們特別希望能夠落實內部督導，由團隊的方式，包括各專業、部處都是同樣的團隊。善用資源很重要，拒訪是一個專業問題，這部分都有指導原則，但一定要跟精神科醫師討論，因為拒訪有其差異，有的是性格、有的是疾病、有的是藥酒癮等。經由團隊討論以後就有一個方向，以及下一步該如何進行，由警察同仁跟著去還是透過電訪就好，這在團隊裡要有個共識。關訪員的三不變：1、站在關懷的立場來看待個案。2、自殺是一個專業問題，並非陪伴就會好，專業就是內部要提出專業討論。3、品質跟安全。有困難隨時反應給中央或中心，隨時可以支持。中心有開發了關訪員的專區，裡面有課程及Q&A。只要遇到狀況也可以上去回應，來讓團隊來告訴你下一步該如何處理。

范雅涵訪員分享

報告當中有提到老年人自殺主因為慢性疾病，在竹東服務的經驗也是如此，在過程中會花很多時間在聽他們的身體狀況以及處理家屬的情緒問題。近年來慢性疾病年輕化，發現很多五十多歲的個案也因慢性疾病所苦，但他們都還達不到申請資源的標準，家裡的經濟也無法支持，所以容易生活更為困苦。或許未來罹患慢性疾病的人也可以有一個心理健康的機制，以轉介他們接受心理治療或心理建設，因為在面對慢性疾病他們也需要一些勇氣。

廖庭萱訪員分享

困難的部分其實是常常會遇到拒訪的個案，那今年剛好有訪員因為個案不願意訪視因而被告，覺得第一線訪員常缺少一些保障，也造成訪員在實務工作上難以拿捏，也會有比較不安的感覺。

(三) 桃園市會議摘要

議題一：如何藉由各網絡改善自殺狀況？

桃園市政府衛生局

- 1.除民眾心理健康促進外，本府人事處也積極推動員工協助方案(EAP)。
- 2.本局推廣定點心理諮詢服務，可替代精神醫療對民眾而言之刻板印象，避免民眾抗拒接受心理衛生資源。

議題二：如何提升自殺通報？

桃園市警消代表

- 1.自殺死亡個案中 80%未曾自殺通報，建議可強化民政單位、鄰里長之守望相助功能(如頒發守望相助社區)。
- 2.從各分局提報至本局之自殺案件，平均每月約 40 至 50 件，但僅有數字，而未有詳細資料，除通報案量外，是否有自殺原因等相關統計，或是否可知經過關懷服務後仍自殺死亡的比例，進而強化自殺關懷員的能力或增加關懷員激勵、獎勵措施。

桃園市政府衛生局

- 1.各分局派出所之警察若接獲自殺案件，採傳真方式主動通報本局，相關通報單已有警方初步瞭解結果可供分析。
- 2.針對鄰里長守望相助功能，本局於里長聯繫會議及社會安全網區級會議上均布達相關自殺通報、護送就醫等資訊供其瞭解運用。
- 3.經過關懷後之自殺死亡比例較低，對個案而言通報反而係其保護因子。

衛福部心口司

- 1.除落實自殺通報外，同時也推動自殺防治守門人，目的為發現身旁的人

有出現徵兆時就可以轉介與協助，而非醫師、護理師、心理師等專業人員才可伸出援手。

- 2.45 至 64 歲為桃園市自殺死亡率微幅上升之族群，此族群係勞動人口，雖勞動局今日未與會，建議可針對此族群特性再做宣導與防治強化。
3. 死亡個案中 80% 未曾自殺通報，顯示強化守門人的重要性，早一步發現就有機會為對方拉一把。
4. 本部規劃設計關懷員每年須完成之線上課程，如核心課程、進階課程，利於關懷員強化處遇能力並了解其學習狀況。
5. 建議關懷員採用 SOAP 撰寫方式目的為強調內容不在多寡而是有架構的紀錄，本部將製作督導手冊供大家參考運用。
6. 建議可將年齡和自殺方式串聯，有助瞭解其差異、特性，據以擬定分區不同防治目標。
7. 個案複雜度較高之個案，如合併酒癮、家暴相對人、性侵加害人議題，應適時調整面訪率。

議題三：如何使關訪品質提升？

新竹市政府教育局

1. 雖然關懷訪視服務可降低自殺死亡，但據所知關懷員案量較大，學校之自殺通報可能又回歸校內服務，鼓勵通報之意義不大。
2. 個案複雜性較高時，很難因家訪次數增加就可有效處理，尚需網絡溝通、合作討論，惟關懷員工作需訪視案家和與網絡單位溝通，在有限時間內關懷員的工作實在艱鉅。

新竹市政府衛生局

1. 目前每位關懷員服務中的個案約 80 至 90 案，常接到通報時無任何描述資訊，故需花時間先詢問通報單位，部分通報單位甚至無法詳細說明當時通報人通報之緣由，詢問個案亦會被認為已經陳述或發生過之內容，為何又需再次描述或解釋而感到困擾。
2. 部分個案會向關懷員反映主要自殺企圖或意念原因係因與公部門之溝通問題，如福利資格未通過、申請結果不符期待、司法判決不公正等，卻轉介至衛生局關懷而無法實際處理主訴問題，令個案感到不滿、憤怒，甚至部分個案告知自殺原因僅為表達不滿，而非真實有自殺想法，使關懷員介入困難。
3. 65 歲以上長者要求需面訪 50%，如關懷員電訪次數越多，代表家訪次數亦要隨著增加，不僅關懷員需花費時間訪視，部分個案亦會反映頻繁關心反而造成困擾。

- 4.雖增加訪視次數有其意義，但期望網絡單位通報時，能夠篩選、轉介真正具高風險個案，使服務能更加切合目的。
- 5.關懷員若服務對象為學生有其限制，如學生白天時間在校內上課，故通報後建議學校輔導室或輔導中心可與關懷員一同討論分工、合作方式。
- 6.自殺通報尤其為意念時，如民眾係因申請案件不符期待等類似情形而以死作為表達、反映，甚至陳述當時只是氣話，請關懷員評估其是否具有自殺風險，若非因危機事件而有自殺企圖者可提報督導會議結案。
- 7.從 96 年開始聘用自殺關懷員進行關懷訪視工作，建議與各局處、醫療單位工作方式應先談合作再分工，而非分工之後再合作，以彈性的方式討論共同服務模式。
- 8.未來關懷訪視計畫將再調整分案方式，雖執行上會有一定阻力與難度，但目標非在原有機制上疊床架屋，而是再檢視指標內容是否合宜。
- 9.合作需要先承認彼此的限制、卸下心牆後，如同身在一艘船上攜手合作。

全國自殺防治中心

- 1.目前國內無自殺防治相關立法，主要為精神衛生法訂定自傷傷人之虞處理方式，故關懷自殺企圖者需要靠大家一起合作，每個工作人員都是助力，而非只有關懷員。
- 2.各局處單位人員均可進行通報，非專業人員可能無法在第一時間即時獲得完整資訊，故數據分析上有其限制。
- 3.建議以有限人力下優先考量自殺企圖者關懷服務。

衛福部心口司

- 1.現今大環境氛圍易將社會事件醫療化解讀，過於將事件歸因於單一因素造成或把醫療單位功能視為萬能。
- 2.建議自殺意念個案關懷可分流予關懷員以外工作人員。
- 3.留意復興區家暴被害人身分註記比例高，可針對該區域推展心理健康促進工作。
- 4.自殺合併一、二級精神照護個案之處遇，請多加留意訪視品質。

議題四：影響自殺死亡率的其他原因？

衛福部桃園療養院

- 1.桃園近 10 年人口成長快速，可思考通報或死亡是否與移入人口之文化差異有關。
- 2.醫院心理衛生業務督導考核中，多數醫院老人憂鬱量表篩檢執行率偏低，建議可再強化老人篩檢工作。

(四) 嘉義市會議摘

議題一、嘉義市自殺死亡趨勢

嘉義市政府衛生局

1. 嘉義市在東、西區的自殺率多半是西區大於東區，然而目前嘉義市在策略因應上仍以全面性來考量，未區分東、西區的差異與策略；未來嘉義市會考慮分析東、西區的屬性，並做分區給予適合的因應策略。
2. 嘉義市歷年來的自殺死亡趨勢浮動大，此變化可能與人口數有關，因市區的人口母群較小，故若稍微有人數上的變動，就會產生較大的浮動；然而面對自殺死亡趨勢的浮動，除了從人口數來解釋，嘉義市仍會將數據的升高作為一個警訊。

嘉義市政府衛生局

嘉義市的面訪比率雖較全國高，但再自殺率卻未比全國低，針對此現象，原因可能是高危險群的個案原就難以面訪到，或者訪視到了卻可能沒有注意到個案的危險因子，此是日後訪視品質需再加強的地方。

關訪員與督導

1. 訪員的工作量較大，有時可能會疏漏掉一些危險因子評估，此也許能解釋為何面訪率高，但品質卻沒有全國的好，此為日後需再改進之處。
2. 根據中央統計，通報比約 9.7，表示在 44 個死亡人數中，大約只有 5 人能進入衛生體系中，而有近九成的人無法進入通報系統，此亦是訪視工作需再努力的部份。

全國自殺防治中心

1. 嘉義市在關訪業務方面面訪率高，且嘉義市亦屬南區表現良好縣市，值得鼓勵。中央設立面訪最低比例門檻，應需考量到訪員與公衛護士的工作負荷量，當個案數多，同時又設立高面訪門檻，難免會犧牲到訪視品質。且有時可能為了達成面訪比例門檻，訪員會多去訪視那些比較好面訪到的個案，然而個案或許不見得需要這麼多次數的面訪，因此門檻的設立需要再思考。
2. 關懷訪視的成效能夠降低約 4 成的再自殺率，提高通報率是降低自殺死亡率的方法之一，然目前社區投入的訪員人力不足，此也是訪視工作辛苦之處。需試想如何在有限的時間，做有彈性、有效率的運用。
3. 有些第一次被通報的個案就身亡了，無法進到通報體系作後續的服務。自殺的成因多元，包含生活壓力事件或精神疾病等等多重因素，在生活壓力方面，許多訪員常無法解決個案活下去的最低需求，因此整個社會的經濟環境、適當資源的給予也很重要。自殺的指標性策略是較後端的

處遇，若能夠在前端就處理到個案的悲觀、絕望、債務、失業等困擾，或解決精神疾病的相關問題，使跨局處共同合作，引進不同資源，相信亦也會有所幫助。

議題三、嘉義市各局處燒炭防治策略困難討論

嘉義市建設處

木炭的販售點或通路是由工商科負責，進期有關木炭的媒體報導，使民眾有些反彈的聲音，需設想有時政府在執行某項政策或宣導時，是否會影響到一些民眾的權力。

全國自殺防治中心

木炭管制初期在北區推廣近 2 年，雖一開始的推廣也不太順利，但後續因鍥而不捨的溝通，一一拜訪了每一家販售商，了解木炭管制對民眾的阻礙，最終突破困難，民眾才願意配合執行管制。

(五) 嘉義縣會議摘要

議題一、針對嘉義縣自殺通報比低於全國之現象，討論如何推廣通報系統以發現更多潛在自殺高危險案主。

嘉義縣政府衛生局

1. 透過近十年嘉義縣自殺企圖通報概況圖可知，2015 年之通報比相較其他年份高，衛生局內部可針對該年份之自殺通報相關策略進行深入了解，再推動可行之通報推廣方案。
2. 由於嘉義縣幅員遼闊，若自殺企圖通報量提升，勢必需考量相關人力成本，另外，關訪員評估與關懷自殺風險案主之效率亦需透過訓練加以提升。
3. 目前縣內因地區廣闊，訪員進行家訪比例亦高於全國，縣內訪員人數略為吃緊，若通報量持續增加，建議衛福部未來可在發配訪員人數時將偏遠地區因素納入考量。

全國自殺防治中心

針對關訪員需至偏遠地區進行家訪以致人力吃緊之狀況，據了解在大埔鄉與阿里山鄉符合「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之資格，可透過該計畫服務該地區自殺高風險案主。

議題二、針對嘉義縣老年、中壯年族群高自殺率之現象，討論如何推動相關防治策略。

嘉義縣政府衛生局

1. 老年族群之防治策略：由於年長者可能因對精神疾患之汙名化有所顧慮而不敢就醫，抑或因行動不便而難以就醫求助，未來可與醫院合作，在整合性健康篩檢或年長者失智症篩檢時進行心理健康檢測，及早發現自殺高風險案主；另外，可增加長照巷弄站之相關活動，提升年長者活動參與感與生活重心，亦是降低該族群自殺率之方法。
2. 中壯年族群之防治策略：中壯年族群較高比例因感情議題而企圖自殺，縣內已與職場合作舉辦與異性、夫妻相處之講座。建議未來可與做月子中心、家庭教育中心合作，針對新婚與即將成為父母之伴侶進行相關心理健康衛教；另可對許多中壯年所關注之「綠豆嘉義人」臉書社團進行自殺訊息監測。
3. 醫院內癌症病人之防治策略：目前醫院安寧病房已使用心情溫度計做為自殺風險篩檢工具，但礙於人力限制，所能提供之關懷服務有限，期盼未來能有心理師進駐安寧或癌症中心團隊，甚至在醫院督考時可加入癌症自殺防治之工作評核項目。

全國自殺防治中心

針對醫院內設有自殺防治專責單位之需求，中心將於今年底前出版醫院自殺防治手冊，期待未來各醫療院所採用手冊內相關架構與規範。

議題三、採取農藥自殺為嘉義縣目前自殺死亡人數最多之自殺原因，討論未來如何強化相關防治策略。

嘉義縣政府衛生局

1. 縣內已針對農藥購買進行管制，發放農藥上鎖工具給各農藥販售點，農會同時進行多場農藥使用安全宣導，建議未來邀請自殺防治專家針對農民宣導心理健康概念。
2. 由於負責農藥販售與存放管制之單位未派員到場，未來將與該單位持續研擬相關自殺防治策略。

議題四、關於本地與歸戶後自殺死亡人數差距討論。

嘉義縣政府衛生局

2017 年統計之縣內自殺死亡人數為 44 人，但 2017 年終衛福部提供歸戶後之自殺死亡人數暴增為 127 人，亦即增加之 83 位自殺死亡民眾皆非於縣內自殺，期盼未來統計各縣市自殺死亡人數時能針對此誤差做出因應。

全國自殺防治中心

由於可能有部分自殺死亡人口未進行自殺死亡通報，建議衛生局內部先將本地自殺死亡人數與各醫療院所自殺死亡證明資料做核對，若本地自殺死亡人數與歸戶後人數差距依然龐大可再進行後續因應討論。

(六) 新竹市會議摘要

議題一、新竹市自殺死亡趨勢探討

新竹市政府衛生局

1. 新竹市 2017 年自殺死亡人數為 61 人，2016 年為 52 人，增加 9 個人，因為新竹市人口較少所以經過計算後自殺粗死亡率就會比較高。自殺死亡 61 人中，有十幾人是在外縣市自殺，但因為戶籍地在新竹市，所以最後計算在新竹市內，以前有跟自殺防治中心的主任討論過，是否能提供自殺死亡個案更細部的資訊，進而幫助這些在外縣市個案，中心當時表示再提供更細部的資訊有困難。
2. 新竹市平均年齡為 38 歲，轄內又有新竹科學園區，很多年輕人都在這邊工作，並且在這邊結婚，所以 40 歲以下年輕人自殺原因很多都是婚姻問題、工作問題，因為婚姻問題跟工作壓力其實是環環相扣的。

新竹市政府

因為新竹科學園區在新竹市，所以就業比例及就業意願都比較高，所以經濟因素相較於全國是比較好的，但是貧富差距問題還是有，而在 25-34 歲間會面臨環境的不適應及工作壓力因素。而在老年化社會議題上，由於老年人的照顧重擔也會落在 25-34 歲之間，加上少子化，如果不懂得運用求助管道可能就會引發結構的問題。

全國自殺防治中心

新竹市人口結構較為年輕，不過在標準化死亡率的計算上已經將人口結構考慮進去，所以還是能跟全國比較。雖然自殺粗死亡率的比較上因為新竹市人口少，所以增加一點自殺死亡人數就會讓自殺死亡率往上升，但是如果以新竹市跟自己做比較，整體趨勢還是往上升。

議題二、自殺防治策略在地化探討

全國自殺防治中心

平常在中央分析自殺相關數據時，因為不了解在地化的狀況，所以比較難解讀細部資訊。衛福部希望中心每個月的自殺通報月報表要附上滾動式修正策略建議，中心也認真的編寫每個月的滾動式修正策略建議，但是不知道這些策略到了各縣市是否有達到應該有的作用。也希望縣市衛生局將來能跟

中心有直接的電話溝通聯繫，讓中心能更加了解各縣市在地化的情形。

衛福部心口司

在自殺通報數據中有針對特殊身份註記作統計，相較於其他縣市是以精神列管個案比例較高，新竹市則是以家暴被害人的比例較高，家庭的問題應該有一個癥結在。

新竹市政府

以實際情形來做例子，新竹市以「固體或液體自殺物質自殺及自為中毒」死亡的人數少，因為新竹市農業較少，如果到了農業縣市，以農藥或巴拉刈自殺死亡的人數就會較多。數據統計方面沒有問題，但是數據解讀上因為地方公務人員的瑣事較多，所以比較沒辦法做到。我們一直想做到提升中級公務人員解讀能力，如果能多分析一些，這樣他們對資源的判斷投入跟分配就會更有效率，另外還能有多餘時間輔導同仁的策略。

新竹市政府衛生局

- 1.新竹市近兩年 15-24 歲的自殺率比較高，所以特別請教育處跟新竹市的國、高中及大學加強聯繫。
- 2.針對燒炭自殺，衛生局有製作文宣單張，加強宣導。目前新竹市還沒有做木炭不上架的防治策略。

新竹市教育處

教育處主要負責所屬的國中、小(不包含私立學校)，還有三所的完全中學，學生輔導諮商中心成立於 2011 年，從 2011 年至 2018 年間在 2013 年、2015 年各有一起學生自殺身亡事件。

台大醫院新竹分院

因為台大醫院內部員工的壓力也蠻大的，所以院內有加強員工諮商，也從前幾年開始每年開放 60 小時免費給網絡的轉介個案，從門診量來看，青少年確實是占率蠻大的年齡層。

議題三、新竹市自殺死因中「高處跳下」占率較高相關討論。

新竹市政府

新竹市公共建設不高，但是私人商辦大樓有越來越高的趨勢，這部份請個案分析自殺地點；南寮漁港部份市長已經請產業發展處在除了漁民作業區外做車阻。

全國自殺防治中心

新竹市的年齡組成跟桃園市類似，都是以年輕族群為主，但是桃園市沒有跟新竹市一樣有「高處跳下」占率較高的趨勢，可能需要思考背後的原因。

衛福部心口司

通常針對溺水跟跳樓自殺案件，會分析熱點，可以在熱點附近執行相關防治策略。

(七) 結論

綜觀六場高風險縣市訪查，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。

至於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。

而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。

強化媒體互動與聯繫

一、背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)之報告，媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的關鍵載體。根據過去相關的研究，媒體報導自殺相關新聞可以降低模仿行為(copypat)效應，但也可能增加自殺風險；而正確與適當地報導自殺新聞，有助於呼籲民眾勇於求助。當媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，則有助於整體自殺防治工作之推行。

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事件新聞報導，使報導能在不侵害自殺當事者及其遺族之隱私權的前提下，顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。中心致力推廣 WHO 所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「六不六要」原則，每年於我國重要節日及針對重大自殺事件召開記者會、籌辦年度「新聞媒體聯繫會議」、例行拜訪四大報社舉行溝通會議，並於 2015 年始設立「自殺事件報導諮詢 LINE 群組」作為媒體工作者與本中心專家學者即時互動平台，皆意在加強與媒體工作者之間的交流。另外因應世界衛生組織於 2017 年公布之媒體專業人員指引為參考，編修「媒體從業人員自殺防治手冊」供媒體工作者參考運用，藉此加強媒體的正向功能。

有鑑於媒體對自殺防治的重要性及自殺防治工作持續向下扎根之進程，本中心今年度針對大專院校新聞學系及媒體從業人員辦理「珍愛生命守門人訓練」，受訓之新聞系學生與媒體從業人員可掌握「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，並透過講授 WHO 與本中心針對媒體專業人員建立之自殺事件報導原則，提升新聞系學生及媒體從業人員對傳播自殺事件之素養及敏感度。

全國自殺防治中心藉由與我國新聞媒體領域建立長期交流互動，與媒體工作者共同建構健康的自殺新聞報導，以期共同建立我國自殺事件新聞報導之核心價值、提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。

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—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」，將透過 2017 年 WHO 最新版媒體工作者報導原則，從重大傷病厭世自殺現象的諸多層面探討到制度和政策面，延伸至長期照顧資源的利用與自殺防治的推廣，亦透過專家學者及媒體代表與談，共創重大傷病之自殺防治與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. 協辦單位：衛生福利部心理與口腔衛生司。
 - b. 召開新聞媒體聯繫會議籌備會，與第一線媒體工作者進行交流，研擬新聞媒體聯繫會議活動內涵。
 - (3) 發佈會前新聞稿、召開新聞媒體聯繫會議，會後在本中心網站最新消息及珍愛生命打氣網粉絲專頁發表活動成果。
- 5) 將世界衛生組織於 2017 年公布之《Preventing suicide: a resource for media professionals (Update 2017)》翻譯為中文版，並根據此最新版本手冊編修供媒體工作者參考之「媒體從業人員自殺防治手冊」
 - (1) 將《Preventing suicide: a resource for media professionals (Update 2017)》翻譯為中文版。
 - (2) 依據世界衛生組織提供之最新版手冊編修「媒體從業人員自殺防治手冊」手冊內容。

- (3) 彙整之手冊初稿寄予專家編輯及顧問校閱。
- (4) 根據專家編輯顧問給予之建議修改手冊內容。
- (5) 於 10 月 16 日完成手冊並上傳至媒體專區並在各相關活動上推廣予媒體工作者參考。
- 6) 媒體從業人員珍愛生命守門人訓練
 - (1) 規劃課程大綱及課程內容。
 - (2) 考量基層媒體工作者不易安排時間參與訓練講座，便將此訓練內容併入 2018 年 6 月 22 日「新聞媒體聯繫會議」議程內，以單堂講座形式辦理，主題為〈媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議〉。
 - (3) 資源連結與合作
 - a. 經「新聞媒體聯繫會議」轉知講座訊息。

三、過程(Process)

1. 記者會/新聞發佈

1) 「迎新瑞犬報年豐 守護生命一起來」新春新聞稿

- (1) 2018 年 2 月 13 日發布「迎新瑞犬報年豐 守護生命一起來」新春新聞稿，共有 7 則新聞稿露出。
- (2) 新聞稿內容如下：

農曆新年一直是華人重要的節慶，此時每逢佳節倍思親的情懷特別濃烈，隨著春節的腳步接近，全國自殺防治中心敬祝大家迎新瑞犬報年豐，也邀請全民大眾共同展開守護生命的羽翼。

關懷你我他，新春送暖情相挺

台灣自殺防治學會李明濱理事長表示，年關將近，自殺事件頻傳，特別是集體自殺常引起大眾高度注目，追蹤背後自殺原因，多為經濟、病痛、情感壓力、負向情緒等因素而選擇走上絕路。本土研究發現又以青壯年、女性、家有學齡幼子，合併失業、經濟、家庭問題，或自己/家人有精神疾病、酒藥癮者為高風險群。

根據 2017 年自殺通報數據，主要通報年齡為 35-44 歲，被通報的自殺原因前兩名為「情感/人際關係」(45.8%)及「精神健康/物質濫用」(37.7%)。在 65 歲以上的長者 2017 年之通報人次較 2016 年上升約 5.5%，自殺首要原因為「生理疾病問題」(36.9%)，其次為「憂鬱症及其他精神疾病」(29.4%)。

因此，呼籲大家可利用新春與親友相聚時多多關懷，若發現與平常習慣不同的行為或言語內容：如長時間陷入低落、對過去喜好的事物突

然缺乏興趣等，都是需多加注意的警訊徵兆，李明濱理事長提醒全體民眾落實三大原則，共同守護身邊親朋好友。

【一問】主動關懷身邊的人，提供陪伴與溫暖，透過家庭聯誼或社群軟體加強成員間的交流，增加正向支持保護因子。

【二應】以關懷傾聽及正面回應成為支持家人間的橋樑，年節假期過後即便各自返回工作崗位或學校，也能保持聯繫；鼓勵長輩學習使用 3C 產品，主動分享生活細節，增進人際連結。

【三轉介】面對家庭成員出現情緒持續低落或表達負面訊息時，切勿輕忽；應隨時注意成員身心狀況，並持續鼓勵成員就診，遵循醫師指示服藥以達到最佳治療成效。

少問多聽零距離，賀歲團圓喜相迎

全國自殺防治中心歷年資料顯示，自殺通報人次在過年前後有上升趨勢，且華人社會的家庭關係及人際交流常出現「沒話找話說」、「報喜不報憂」的情況，使得在面對缺乏界線的人際互動倍感壓力。

李明濱理事長建議，平時以真誠的態度與家人互動，把握年節相聚，學習站在他人立場關懷但不探究隱私，讓家人間保有尊重，又能凝聚彼此情感，才能長保相聚好時光。

最後，若發現旁人身心狀況不佳，可使用心情溫度計篩檢或協助轉介社區心理衛生資源、精神科就診，亦可撥打年節期間 24 小時不打烊之安心專線：0800-788-995(請幫幫救救我)。

2) 「自殺高居青少年死因第二位 需加強關懷」青年節新聞稿。

(1) 2018 年 3 月 30 日發布「自殺高居青少年死因第二位 需加強關懷」青年節新聞稿，共有 3 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

近日傳出多起青少年自殺事件，如何協助處理青少年情緒 EQ，避免白髮人送黑髮人的情景再次上演，一直是青少年自殺防治的重要課題。衛生福利部公佈近兩年死因中，15-24 歲自殺死亡率持續上升，105 年自殺死亡率較 104 年高出 15.3%，已讓自殺成為青少年死因第二位。

全國自殺防治中心分析近兩年自殺通報資料發現，2017 年 15-24 歲通報共 4,905 人次，較 105 年上升 12.3%，占總通報人次 16%。從自殺原因來看，「情感與人際關係」及「精神疾病相關問題」占多數，若再將 15-24 歲青少年分為 15-18 歲與 19-24 歲兩個族群，則發現自殺的壓力來源不盡相同，除人際關係及精神疾病外，15-18 歲壓力源以「校園學生問題」為主，19-24 歲則多為「工作經濟問題」。

台灣自殺防治學會李明濱理事長指出，15-24 歲族群面臨繼續升學或是就業的重要抉擇，也因現實壓力與理想抱負的落差，很容易產生挫折感，引發情緒低落、自我價值懷疑等負面想法。若沒有適當的紓發及調整，很有可能衍生長期憂鬱情緒，甚至罹患憂鬱症，進而出現自殺或自傷行為。

因此，青少年非常需要身邊親友的關懷，牽引他們走出煩惱的死胡同。值得注意的是，這個年齡的族群正值求學階段，也是身心發展的關鍵時期，學校是最需加強自殺防治的場域。以團隊合作模式為基礎，包括整合導師、校醫、學校護理師、輔導老師、巡迴心理諮商師及社工等，再加上與社區其他專業團體合作，一同守護學童們的身心健康。

煩惱勇敢說出口 專業諮詢解憂鬱

針對青少年的自殺與自傷行為，除提供心理諮商或精神醫療資源之外，更重要的是即早發現高危險群並予以協助。一般而言，影響青少年自殺及自傷行為的原因主要為家庭、精神疾病、性格或生活壓力事件等。面對身處上述危險因子的青少年，應注意其發出的求救警訊，同時提供必要的支持和陪伴，也可一同討論適當紓壓管道。

李明濱理事長也向全國學童呼籲，若心中有無法承受的煩惱時，可以主動尋求傾聽對象，如師長、親友或專業的諮商人員，勇敢訴說心中的憂愁，有助於紓解心理的壓力。另外，平日多參與課外活動、培養運動的好習慣、學習自我放鬆方法等，也可以搭配心情溫度計 App，做好自我身心健康管理。

細心觀察情緒變化 一問二應三轉介

全國自殺防治中心吳佳儀副執行長指出，全球有 1/20 的青少年經歷過發展、情緒或行為上的問題，但透過教育，是可以建立青少年正確的心理健康促進觀，而藉由醫療，則可準確判斷其心理健康問題。此外，媒體具有教化及宣導正確觀念之影響力，更需留心報導對於青少年之影響，強化保護因子，或是營造具備支持性、引導性、安全性的環境以協助青少年度過不同的場合。

研究證實，超過一半的自殺者在生前曾經發出過訊息，透露自殺意圖或曾有過自殺行為。七成以上的自殺死亡者生前的精神狀態已經達到憂鬱症的情形，或持續感到憂鬱及焦慮之情緒。另外有些不擅長言語的人，亦可從其行為上發現端倪，例如長期情緒低落、對任何事都沒有興趣、容易負面思考、飲食睡眠異常等，或是原來有情緒問題的人突然好轉，都可能是自殺的警訊。

最後，台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心呼籲全民發揮「一問、二應、三轉介」的精神，多關懷身旁的孩童，用心傾聽、耐心陪伴，必要時尋求專業醫療的協助，共同守護仍在萌芽的生命，讓他們有機會綻放生命的光彩。

3) 「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」會議新聞稿。

(1) 2018 年 6 月 22 日發布「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」會議新聞稿，共有 3 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容詳見「新聞媒體聯繫會議」章節。

4) 「2018 世界自殺防治日記者會」會前新聞稿

(1) 2018 年 9 月 9 日發布「2018 世界自殺防治日記者會」新聞稿，共有 13 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容詳見「2018 世界自殺防治日記者會」章節。

5) 「中秋佳節聚人心 關懷親友道平安」中秋節新聞稿

(1) 2018 年 9 月 21 日發布「中秋佳節聚人心 關懷親友道平安」中秋節新聞稿，共有 9 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

中秋佳節即將到來，在這個代表月圓人團圓的重要節日，全國自殺防治中心李明濱主任表示，相聚使親友之間的正向情感加溫，是表達關懷的好時刻，但仍有許多人反而逢佳節倍思親，因為種種因素而獨自一人過節；這時可能會更加感到寂寞、孤單、無望或是無助，其實相當需要周圍親友關心與問候。

全台近 300 萬人常感寂寞，亟需關懷

李明濱主任表示，根據全國自殺防治中心心理健康民調數據，106 年國內 15 歲以上人口中有 14.8%(預估約 300 萬人)常常有寂寞或孤單的感覺，比起 105 年的 12.2%(預估約 240 萬人)明顯增加。而針對寂寞或孤單的人口深入了解則發現，有 26%民眾飽受情緒的困擾(BSRS□6 分，即心情溫度計)。另需注意的是，婚姻狀況也是影響孤獨感的因子之一，其中離異以及喪偶是產生孤獨感的危險因子，更加需要眾人的關懷與陪伴。

孤獨感並非只是感受而已，其對於心理所產生的影響不容小覷，從全國自殺防治中心近兩年心理健康民調數據可以發現，除了情緒困擾之外，孤獨感亦能預測個體一生中是否曾經認真地想過要自殺。故「常常有寂寞或孤單的感覺」的民眾中，高達 7.7%在近一年內想過要自殺(相比不會感到寂寞或孤單的民眾，其危險性達 9 倍)；有 8.3%民眾有「未

來要自殺」的想法(相比不會感到寂寞或孤單的民眾,其危險性高達5倍)。對此,李明濱主任建議民眾,在團聚之餘不妨多關心身旁的親友,表達對彼此的支持與問候,或許一通電話、一封訊息,甚至僅是一聲慰問,就能夠避免憾事的發生。

自殺原因多重,防治更要同心協力

全國自殺防治中心廖士程執行長表示,近日國內披露多起自殺事件新聞,民眾不幸地用令人惋惜的方式結束生命,不捨之餘更引發社會各界關注。自殺是多重因素造成的悲劇結果,防治工作仰賴多層面介入,無法靠單一方式奏效。舉凡社會疏離、社會結構與價值觀快速轉變、經濟局勢波動、身心疾病、社會心理壓力事件、致命工具可得性與模仿效應等因素,都可能共同催化不幸事件發生。自殺雖有多重原因,但人類的自然反應傾向於單純歸因,故每當發生不幸事件,礙於篇幅便侷限於單一因子的討論,有可能引發以偏概全的疑慮甚至爭議。

珍愛生命,您我都是最佳守門人

世界衛生組織(WHO)與國際自殺防治協會(IASP)訂定每年9月10日為「世界自殺防治日」,今年度主題「同心協力防自殺」,其傳達出擴大社會正向參與自殺防治工作十分重要,並且期待全民皆能具備自殺防治相關知識。

自殺在人心、工具是手段,針對工具做好管理是成功防治自殺重要工作之一。廖士程執行長表示過去文獻指出,限制致命工具可得性,例如南韓管制劇毒農藥、英國改良藥物包裝等,都是眾多被證明是有效的防治策略之一。燒炭導致一氧化碳中毒,在過去14年間,是國人自殺身亡排名第二的方式,亦有研究發現在香港與國內新北市實施木炭上架管理後,有明顯降低自殺死亡率的效果,因此如何將限制致命工具可得性,整合進入多層面多向度的國家防治策略,仍需各界持續努力。

李明濱主任再次呼籲,中秋佳節將至,除了與周遭親友互道「中秋節快樂,請常保平安喜樂!」之外,若是能夠對於遭逢不幸、孤單以及任何需要幫助的民眾,勇於伸出援手,同時企盼政府與民間能夠緊密合作,活用「一問二應三轉介」,共同達成「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界,一起為了台灣的自殺防治工作而努力。

2. 媒體拜訪

今年度共拜訪三家報社，分別為聯合報系、蘋果日報及自由時報，並與各報社之社長、總編輯與其他幹部深入討論近一年來報社遵循「六不六要」原則之統計資訊，並與報社建立即時聯繫窗口以加強協助監測自殺事件報導之品質，且按月將報社遵循「六不六要」原則之統計資訊寄至該窗口。

3. 新聞媒體聯繫會議

1) 召開新聞媒體聯繫會議籌備會

2018 年 5 月 23 日(星期三)上午 10 時 00 分，由全國自殺防治中心李明濱計畫主持人召開新聞媒體聯繫會議籌備會，中心與會人員為全國自殺防治中心陳俊鶯副主任、台灣自殺防治學會吳佳儀理事、臺灣自殺防治學會楊聰財理事、臺北醫學大學林進修先生、台北市媒體服務代理商會協會陳振忠理事長、台灣媒體觀察教育基金會鄭人豪專員；與會之平面及網路媒體分別為 PChome 新聞台、台灣新生報、恆寶媒體集團。會中針對新聞媒體聯繫會議相關內容及規劃深入討論，決議今年度新聞媒體聯繫會議主題為「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」，將透過 2017 年 WHO 最新版媒體工作者報導原則，探討重大傷病之自殺防治，內容將涵蓋制度、長期照顧資源的利用與自殺防治的推廣。會中亦透過專家學者及媒體代表與談，共創重大傷病之自殺防治與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 552 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) 舉辦新聞媒體聯繫會議

2018 年 6 月 22 日上午 10 時 00 分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會張家銘理事、台灣自殺防治學會吳佳儀理事，而衛生福利部心口司詹金月科長及鄭淑心簡任秘書皆共同與會。與談人為本中心陳俊鶯副主任、陽明大學公共衛生研究所陳映燁兼任教授，媒體與談人出席代表為蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、聯合新聞網張立總編輯、蘋果日報莊勝鴻紙媒總編輯、銘傳大學新聞學系孔令信系主任。與會人員共 50 人，出席媒體共 12 間、學協會共 3 間、衛生局共 12 間以及臺北市自殺防治中心，大專新聞系院校 1 間。會後新聞

稿露出共 3 則。會議圓滿落幕。

4) 發佈會議新聞稿

(1) 中心於 6 月 22 日發佈新聞媒體聯繫會議新聞稿。

(2) 新聞稿內容如下：

媒體自殺事件報導：問題與挑戰

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於 2018 年 6 月 22 日(五)上午 10 時至 12 時，假台大校友會館 4 樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」。本次聯繫會以 2017 年世界衛生組織最新出版之《自殺新聞報導準則》為基礎，探討重大傷病族群之自殺防治，內容涵蓋長期照護制度、資源運用及自殺防治工作推廣，綜合座談時間亦與媒體朋友們討論熱絡，使本次會議圓滿完成。期待透過本次與專家及媒體代表交流之機會，持續努力使國內自殺防治工作日益茁壯，為台灣社會帶來穩定與進步的新榮景！

台灣自殺防治學會李明濱理事長於會中表示，就自殺企圖通報資料來看，2017 年因生理疾病問題而自殺個案占全體通報 7.1%，其中 65 歲以上老年人因久病不癒自殺比例高達 34.6%。由此可見，隨著臺灣老年人口比例的攀升，疾病原因所造成的自殺率呈現逐漸增加的趨勢，因此，老年族群的身心健康議題刻不容緩，而媒體在自殺防治與心理健康促進所扮演的關鍵角色更是眾所皆知。本次會議特別針對 2017 最新版 WHO《自殺新聞報導準則》進行報告，便盼望與媒體朋友一同將自殺新聞報導與防治策略做結合，往後全國自殺防治中心更將逐月提供各大報網路自殺新聞數據之分析報表，使自殺防治工作落實於媒體專業領域。

立法院衛環委員吳玉琴立委則表示，老年族群自殺比例一直是最高，尤其在 2006 年達到高峰。近期長照 2.0 制度與照顧者傷人自殺之議題引起許多討論，反映出國內照顧者之傳統價值觀，並顯示該族群成為自殺之高風險族群。不過，吳立委也提及，其實台灣有許多長照資源可供運用，媒體的報導將有利於大眾了解相關資源之取得管道。另外，高品質的自殺報導是自殺防治的保護因子，期待眾人共同努力於自殺防治。

在會議綜合討論時間，各大報總編輯表示目前網路搜尋自殺關鍵字所呈現的訊息改善非常多，表示照片是新聞一個很重要元素，且網路新聞追求時效性，無法進行詳細的查證，便會用「疑似」等字眼進行敘述。透過台灣自殺防治學會與媒體的溝通，目前媒體已盡可能減少放置相關圖片於報導，同時針對自殺新聞進行內部監督。

重大傷病之自殺防治

根據全國自殺防治中心分析資料，罹患重大傷病之病人，其自殺風險是一般人的 2~3 倍，另也發現自殺身亡者生前合併有重大傷病診斷比例隨年齡增長而上升。自殺死亡個案生前一年內之醫療資源利用情形，歷年來皆有 85% 以上自殺死亡個案曾在自殺死亡前一年內有就醫紀錄，診斷科別以內科為主，其次為家醫科(皆在 50% 以上)。以疾病診斷分析，自殺身亡者其精神疾病診斷比例高於其他疾病，其中以精神官能症佔率為最高，另藥物性精神病自殺風險更高達 51 倍；非精神疾病患者中，自殺風險則以惡性腫瘤為最高，達 2.9 倍。

台灣自殺防治學會張家銘理事呼籲，近來殺人後自殺事件頻傳，尤其照顧者不堪長期照護之壓力，導致殺害被照顧者後自殺。由於自殺事件存在潛在的模仿性，媒體報導便扮演了舉足輕重的關鍵角色，過度的描述自殺細節甚至遺書內容、簡化自殺原因，甚至將之放在頭版、頭條、跑馬燈，並加上聳動的標題與照片，反而可能使遭遇類似困境的民眾，學習模仿類似的行為。

媒體報導與自殺防治

台灣自殺防治學會吳佳儀理事指出，網路新聞在今年 1 至 5 月的自殺相關報導中(共 1,472 則)，「六不」原則之「不要刊登出照片或自殺遺書(23.8%)」及「不要簡化自殺原因(35.3%)」兩項準則較容易被忽略。而「六要」原則中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆(11.6%)」、及「凸顯不用自殺的其他解決方法(14.4%)」與「與醫療衛生專家密切討論(2%)」等三項較不易在新聞內容中被提及。

媒體針對社會新聞與自殺新聞的處理方式不同，其訴求並非完全不要報導自殺事件，為顧及新聞倫理與閱聽者權益，建議採用台灣自殺防治學會依循國際自殺防治協會，提出媒體報導自殺事件之三不三要守則，例如報導名人自殺事件應避免詳述自殺細節、勿置於頭版且不簡化自殺原因等。另外，由於媒體對民眾極具影響力，若媒體能多加聚焦於教育民眾，例如憂鬱症治療資源、傳達正確訊息以及精神疾病去汙名化等，將有助於保障民眾知的權利，同時免除受自殺新聞影響之負向效應。

殺人後自殺之自殺防治

全國自殺防治中心每日蒐集及彙整自殺相關新聞報導發現，今年 1 至 5 月共有 24 起「殺人後自殺」事件被報導，不論平面媒體或電子媒體，皆大篇幅報導關於此類案件的細節及各種訊息，台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事呼籲針對高危險群—用心傾聽、伸出援手、陪伴尋求專業協助，做到一問二應三轉介的守門人三步驟，人人都可以是自殺防治守門

人，透過媒體、醫療到社會大眾攜手投入自殺防治工作，預防勝於治療。

台灣自殺防治學會建議媒體於報導中可增加專家意見之內容，或是提供協助專線資源、報導自殺危險因子及警訊，讓潛在個案得以依循及求助，在無助無望中看見希望，也能幫助導正民眾對自殺事件的迷思。

最後，國際自殺防治協會今年度以「同心協力防自殺(Working together to prevent suicide)」為口號，台灣自殺防治學會李明濱理事長呼籲，自殺防治人人有責，透過網網相連，邀請各界「同心協力防自殺」。自殺防治在臺灣是必須關切的重要議題，唯有喚起社會大眾對自殺議題的重視，同時持續推廣自殺防治相關知識，才有機會挽救更多寶貴的生命。

4. 《媒體從業人員自殺防治手冊》

- 1) 由中心全體同仁合力翻譯《Preventing suicide: a resource for media professionals (Update 2017)》，以《世界衛生組織：自殺新聞報導指引(2017 更新版)》由中心發行。
- 2) 根據《世界衛生組織：自殺新聞報導指引(2017 更新版)》、中心相關出版品及相關研究資料，擬定〈媒體從業人員自殺防治手冊〉之目錄大綱，經專家編輯和顧問審查後方撰寫內容。
- 3) 彙集並整理相關資料後，予專家編輯和顧問陸續修編。
- 4) 已於 10 月 16 日完成手冊並上傳至媒體專區並在各相關活動上推廣予媒體工作者參考。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 記者會／新聞發佈：共發佈 5 則新聞稿，總計共 35 則媒體露出之相關報導。
- 2) 媒體拜訪：
 - (1) 拜訪聯合報系之會議內容整理如下：
 - a. 邀請張立總編輯、位明宇內容部副總編輯及劉映宜內容部新聞組主任參與 2018 年新聞媒體聯繫會議，主題為網路新聞自殺防治相關，建立未來與聯合新聞網之聯絡窗口(劉映宜主任)，強化媒體與學術間交流。
 - b. 關於「六不」中「不要刊登出照片及遺書」，總編輯表示相較其他報社，內部已多一層審核，因此照片刊登較少，除非是名人。但聯合報仍有改善的空間，例如地點照片(賣場、醫院、學校)，就算沒有屍體，也恐形成自殺熱點，讓有意圖的人效仿與自殺身亡者生前生活照片，是否也符合「不要刊登自殺者照片」的範圍內。

- c. 關於「不要簡化自殺原因」中心建議在後續報導中可與專業精神醫療人員合作，以正向教育精神為目的一起向閱聽者傳達「自殺非單因子所造成」。
- d. 建議中心可提供一系列醫藥衛生資訊予媒體，例如自殺危險因子、保護因子、自殺警訊等，幫助記者撰寫新聞時能直接參考分眾危險因子等重點，有效結合專業建議，強化優質自殺新聞報導。
- e. 建議中心可每月提供六不六要分析數據給聯合報(未來可進一步推行予各報)參考，含總體趨勢及該報違反摘要。另也建議「台灣媒體報導須知」影片不僅可納入新進記者之教育訓練，也可廣為宣傳讓民眾一起成為媒體監測的守門人。

(2) 拜訪蘋果日報之會議內容整理如下：

- a. 李明濱計畫主持人邀請蘋果日報參與今年 6 月 22 日媒體聯繫會議，陳裕鑫社長表示將派員參與。
- b. 本中心提供「蘋果日報紙本報導與電子報導遵守六不六要統計資訊」予報社卓參。根據資料，蘋果日報近十個月內報導自殺新聞在紙本或電子報遵循六不情形中，以「不要刊登照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺原因」兩項遵循程度較低。
- c. 張書森理事針對蘋果日報近日幾則自殺事件報導表達幾點看法：
 - a) 報導新種類自殺方式的自殺事件(如【離奇片】口鼻封膠帶雙手反铐 停車場員工死諫：主管不公)，可能引起模仿效應。
 - b) 以動畫透過網路來報導自殺事件容易獲得大量關注，對於自殺方式的呈現須再三斟酌。
 - c) 自殺事件報導引用警方錄製到當事者遂行自殺的畫面並重複播放，請報社考量下架。
 - d) 自殺事件報導含當事者走出困境的內容，值得借鑑。
- d. 陳裕鑫社長表示報社對自殺事件報導早已設有可遵循的原則及政策，包括不置入 A1 版、不於手機上推播 (Push Notification) 自殺事件報導、不報導詳細的自殺方式等，惟完全不報導自殺事件尚屬困難。此外，針對「刊登照片或自殺遺書」與「報導自殺方式細節」兩方的定義尚待釐清。
- e. 莊勝鴻紙媒總編輯表示在報導的文稿中，一定會有專家意見、做表呈現自殺警訊，並且附帶珍愛生命呼籲及專線電話。
- f. 吳玉愛數位媒體總編輯表示電子報導與紙本報導不同，通常在該則短消息下方有提供網路讀者閱讀更加詳細報導的連結；意指以「則數」或是

「事件數」為單位來計算報社遵守六不六要的情形將產生差異。

- g. 李明濱計畫主持人表示將於本中心網站開設媒體從業人員可自行取得自殺警訊及自殺危險因子之行文範例、專家意見等相關資訊。對於今日自媒體（We Media）的興起，未來考量拉升至全面性（universal）的角度來發展媒體的自殺防治工作。

(3) 拜訪自由時報之會議內容整理如下：

- a. 邀請鄒景雯總編輯參與 2018 年世界自殺防治日記者會。
- b. 本中心提供「自由時報紙本報導與電子報導遵守六不六要統計資訊」予報社卓參。根據資料，自由時報近十二個月內及近八年報導自殺新聞在紙本或電子報遵循六不情形中，以「不要刊登照片或自殺遺書」與「不要簡化自殺原因」兩項遵循程度較低。
- c. 建立未來與自由時報之聯絡窗口（賴仁中執行長），強化媒體與學術間交流，並將媒體監測結果每月提供給自由時報做為參考並給予協助。
- d. 張書森理事補充媒體自殺事件報導對於自殺產生的影響
 - a) 名人報導的影響，如倪敏然事件隔月增加了 70 人自殺身亡。
 - b) 詳細報導自殺方法，如 2000 年後燒炭自殺率上升；每天燒炭自殺報導增加一則，隔天燒炭自殺率增加 15%；每週燒炭搜尋量增加 10%，當週與隔週燒炭自殺率增加 4%。
 - c) 可能引起心理認同並且以正面方式描述自殺，如無名紅衣男上吊輕生警多方尋親助他「落葉歸根」。
 - d) 直接呈現墜樓畫面並且將自殺者的家庭背景與自殺現場畫面刊出，如慎入！影片曝光 舞小姐當毛小孩面前跳下 12 樓。
- e. 張書森醫師建議可以多做困境中正向發展之報導有助於降低自殺率，並且希望資深編輯能做到把關的效果。
- f. 李明濱主任介紹珍愛生命守門人概念並提供自由時報可用的資源來做使用。
- g. 鄒景雯總編輯表示媒體應為現象問題而非本質問題，就如一面鏡子，事件本身問題還在鏡子依然會呈現出效果。媒體扮演的角色只能防止效應的擴散，但本質問題無法改變，處理末端是無效的，必須去處理本質問題而非對事件視而不見。
- h. 鄒景雯總編輯表達願意在報導中增加專家意見，而非不去報導。另需要一對一的專家作為諮詢窗口，並補充說明其正向報導為全國第一。

3) 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 2017 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 4-2-1、圖 4-2-2，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 99.1%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 97.9%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 25.4%)及「不要簡化自殺的原因」(達 50.5%)則是較易被忽略的原則。另於「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 97.9%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 88.7%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 22.0%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 19.6%)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 2018 年 1 月 1 日至 5 月 30 日中心所統計及分析之 1,472 則自殺事件及相關新聞報導，如圖 4-2-3、圖 4-2-4，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 99.1%)、「不要過度責備」(達 97.2%)及「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 94.4%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 20.2%)及「不要簡化自殺的原因」(達 34.6%)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 99.4%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 95.7%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 12.2%)、及「要與醫療衛生專家討論」(達 3.4%)則是比較容易被忽略的原則。

四大報2010~2017年六不原則遵守情形(5291篇)

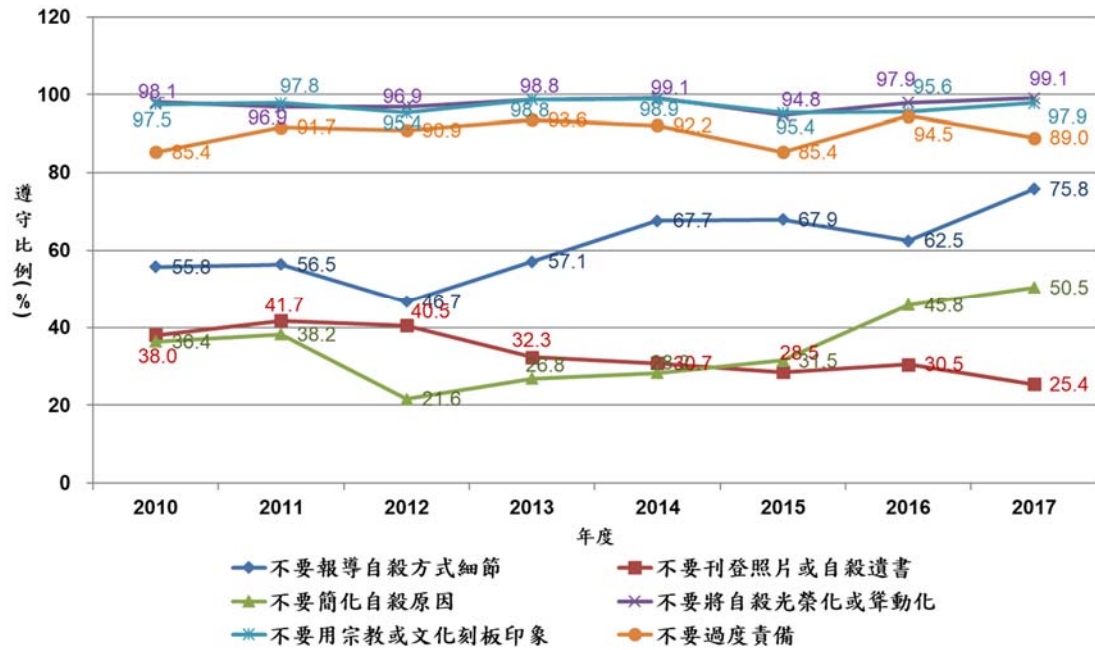


圖 4-2-1、平面四大報「六不」趨勢

四大報2010~2017年六要原則遵守情形(5291篇)

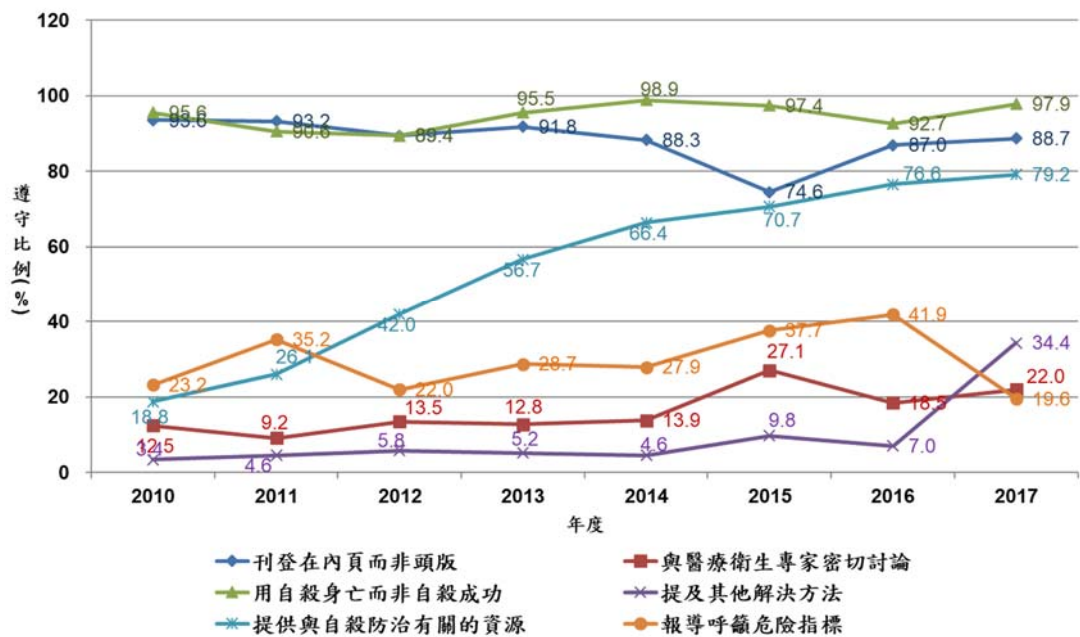


圖 4-2-2、平面四大報「六要」趨勢

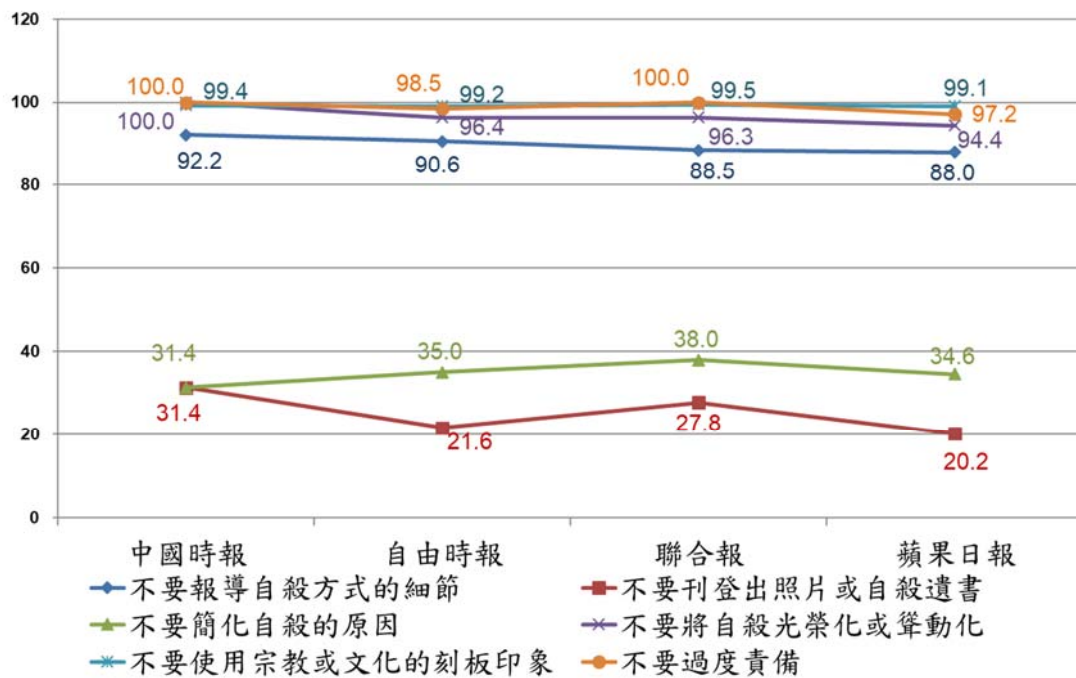


圖 4-2-3、網路四大報「六不」趨勢

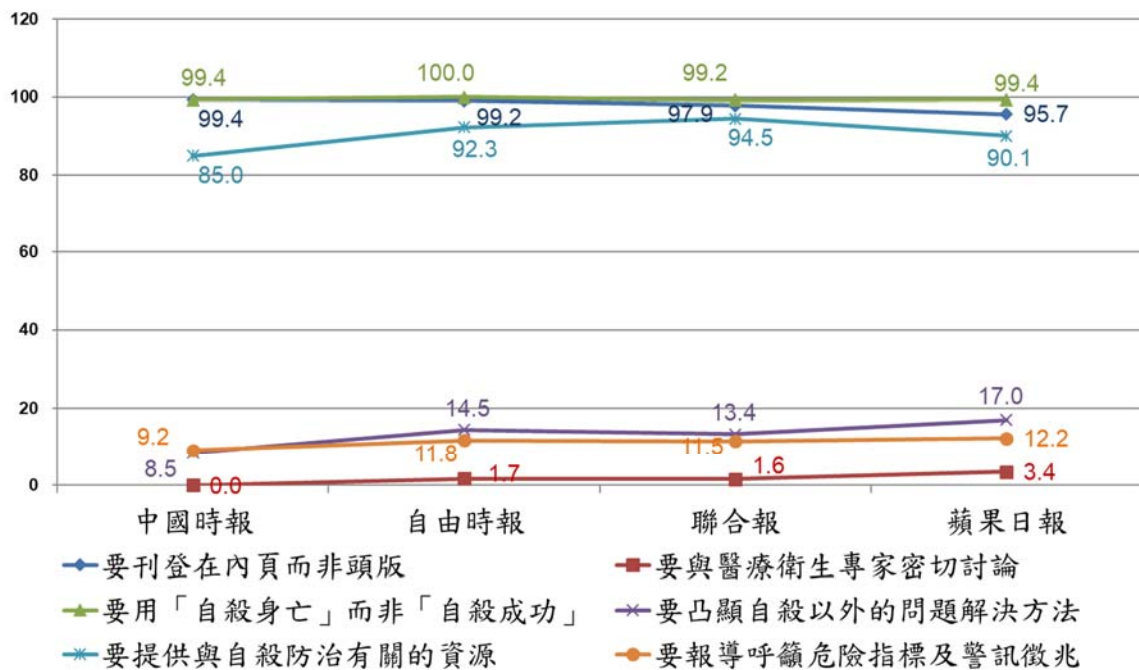


圖 4-2-4、網路四大報「六要」趨勢

(2) 2018 年 6 月 22 日(星期五)上午 10:00-12:00 於臺大校友會館四樓會議室辦理「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會張家銘理事、吳佳儀理事，而衛生福利部心口司詹金月科長及鄭淑心簡任秘書皆共同與會。學會與談人為陳俊鶯常務理事、陽明大學陳映燁教授，媒體與談人出席代表為蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、聯合新聞網張立總編輯、蘋果日報莊勝鴻總編輯、銘傳大學新聞學系孔令信系主任。與會人員共 50 人，出席媒體共 12 間、學協會共 3 間、衛生局共 12 間以及臺北市自殺防治中心，大專新聞系院校 1 間，會後新聞稿露出共 2 則，會議圓滿落幕。

(3) 議程：包含重大傷病之自殺防治、媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議，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下

單位	名稱	職稱
衛生福利部心理及口腔健康司	鄭淑心	簡任秘書
	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
	李明濱	理事長
	陳俊鶯	常務理事
台灣自殺防治學會	吳佳儀	理事
	張家銘	理事
	吳恩亮	副秘書長

b. 當日與會之新聞媒體代表如下

出席單位(人數)	
環球郵報(1 位)	太平洋社(1 位)
太平洋電子報(1 位)	警廣(1 位)
中國都會網路(2 位)	ETtoday 新聞雲(1 位)
聯合報(2 位)	台灣新生報(1 位)
蘋果日報(2 位)	大紀元(1 位)
美麗日報(1 位)	TVBS (1 位)
公視(1 位)	

c. 當日與會之學協會代表如下

出席單位(人數)
衛星廣播電視事業暨商業同業公會諮詢委員會(1 位)
台灣少年權益與福利促進聯盟(1 位)
台灣新聞記者協會(1 位)

d. 當日與會之衛生局代表如下

出席單位(人數)
基隆市政府衛生局(1 位)
雲林縣政府衛生局(1 位)
新北市政府衛生局(1 位)
嘉義縣政府衛生局(1 位)
桃園市政府衛生局(2 位)
臺南市政府衛生局(1 位)
宜蘭縣政府衛生局(1 位)
高雄市政府衛生局(1 位)
新竹縣政府衛生局(1 位)
金門縣政府衛生局(1 位)
台中市政府衛生局(1 位)
澎湖縣政府衛生局(1 位)
南投縣政府衛生局(1 位)
臺北市自殺防治中心(2 位)
彰化縣政府衛生局(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

自殺是世界性的議題，有多重因素影響，包括身體、心理、家庭、情感，所以不能簡化成單一原因，媒體在自殺防治與心理健康促進所扮演的角色非常重要，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，自殺防治中心每一天都會監測四大報自殺新聞，各大報在自殺防治中心拜會後建議每個月將監測結果提供參考，並進行討論交流，讓自殺防治更能夠往上一層樓。

b) 衛生福利部心理及口腔健康司譚立中司長致詞

社會人口老化及社會結構快速轉變，最近傷人後自殺的事件發生，透過媒體傳播，視聽大眾的情緒會受到傳染，自殺議題事件備受關注。這些事件雖然跟精神疾病、酗酒、毒癮有關，但不是直接相關而造成這些憾事發生，而是因為這些議題同時上也有一些生活上事件，包括親密關係、家庭相處、經濟、長期照顧疲累都有相關。當媒體對於事件鉅細靡遺的描述的時候，也會造成嚴重的模仿效應等。因此在此呼應，每一次的傷人事件或是自傷事件都是多重原因導致，因此也難以用單一方式預防。若鉅細靡遺描述傷人事件或自傷事件的特徵會造成汙名化，並且會導致民眾不敢就醫與尋求協助。關心周遭的人，學習辨識周邊人的情

緒狀態與自殺可能性，自殺防治需要大家從各方面來努力。

c) 立法院社會福利及衛生環境委員會吳玉琴立委致詞

有在關注高齡者自殺議題，高年齡層自殺在各年齡層裡是最高長照政策反映照顧者議題。最近也看到傷人自殺的事件，尤其是照顧者不堪長期照護之壓力，導致殺害被照顧者後自殺。這也代表著台灣的照顧文化裡及價值觀深植在照顧者身上，其實台灣有許多長照資源可供運用，媒體的報導將有利於大眾了解相關資源之取得管道。另外，高品質的自殺報導是自殺防治的保護因子，自殺防治的策略需要透過媒體的傳播，才能廣為宣傳，期待眾人共同努力於自殺防治，支持與推動自殺防治政策。

b. 專題報告

a) 專題報告一：重大傷病與自殺防治

(a) 講者：台灣自殺防治學會張家銘理事

(b) 摘要

- 2017 年自殺死亡率為每十萬人口 16.4 人(男性 22 人、女性 11 人)，排名第十一位，雖已連續八年退居十大死因之外，但是與 105 年(16 人)相較之下仍上升 2.5%。
- 就自殺企圖通報資料而言，2017 年因為慢性化疾病問題而自殺個案人次為 2019 人次，占全體通報 6.6%，其中 65 歲以上老年人因為久病不癒自殺比例高達 34.6%。由此可見，隨著臺灣老年人口的攀升(2017 年老年人口已達 13.5%)，疾病原因所造成的自殺率呈現著逐漸增加的趨勢，所以老人的身心健康不容忽視。
- 自殺死亡個案生前一年內之醫療資源利用情形，歷年來皆有 85% 以上自殺死亡個案曾在自殺死亡前一年內有就醫紀錄，診斷科別以內科為主，其次為家醫科(皆在 50% 以上)。以疾病診斷分析，自殺身亡者其精神疾病診斷比例高於其他疾病，其中以精神官能症佔率為最高，另藥物性精神病自殺風險更高達 51 倍；非精神疾病患者中，自殺風險則以惡性腫瘤為最高，達 2.9 倍。
- 由於健保普及，第一線醫療人員是重要的自殺防治守門人，由數據分析來看老人的重大傷病者占率較高。而癌症、中風、精神疾病者有較高的自殺風險。
- 近年來照顧者與被照顧者殺人後自殺的事件也逐漸增加，尤其照顧者不堪長期照護之壓力，導致殺害被照顧者後自殺。由於自殺事件存在潛在的模仿性，媒體報導便扮演了舉足輕重的關鍵角色，過度的描述

自殺細節甚至遺書內容、簡化自殺原因，甚至將之放在頭版、頭條、跑馬燈，並加上聳動的標題與照片，反而可能使遭遇類似困境的民眾，學習模仿類似的行為。。

- 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蹤、關懷、處遇；選擇性(Selective)策略針對特定高風險族群，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：媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議

(a) 主講人：台灣自殺防治學會吳佳儀理事

(b) 摘要

- 根據 2017 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 99.1%)及「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 97.9%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 25.4%)及「不要簡化自殺的原因」(達 50.5%)則是較易被忽略的原則。
- 另於「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(達 97.9%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 88.7%)是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(達 22.0%)、及「報導危險指標及警訊徵兆」(達 19.6%)則是比較容易被忽略的原則。
- 根據 2018 年 1 月 1 日至 5 月 30 日中心所統計及分析之 1472 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「不要使用宗教或文化的刻板印象」(達 99.1%)、「不要過度責備」(達 97.2%)及「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 94.4%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(達 20.2%)及「不要簡化自殺的原因」(達 34.6%)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 99.4%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 95.7%)是較易被遵循的原則，但「要報導危險指標及警訊徵兆」(達 12.2%)、及「要與醫療衛生專家討論」(達 3.4%)則是比較容易被忽略的原則。
- 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。

- 媒體的社會新聞與自殺新聞的處理方式不一樣，但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。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。即時新聞與動新聞也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。
- 由於媒體對民眾極具影響力，而其報導方式皆會對民眾造成正負面影響，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。

c. 經驗分享與綜合討論

a. 發言人：陽明大學陳映燁教授

- a) 近年以「自殺」為關鍵詞搜尋網頁，發現與三年前相比，現在網路搜尋自殺所呈現的訊息改善很多，例如：自殺地點的照片所呈現的訊息較少，不會讓閱聽者知道在哪個地方，不過，我想詢問媒體，根據 WHO 規定的六不六要，自殺新聞報導不放照片有可能嗎？

b. 發言人：蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)

- a) 關於自殺網路新聞中刊登照片與否是新聞媒體的重要元素，蘋果日報本身有自律綱要與限制，自殺手法照片或示意圖等有大量減少，近年來也盡量不放照片。例如：前幾天有個香港新聞報導一位患有嚴重濕疹的個案，因為重大傷病導致憂鬱，進而殺了父母後自殺，這則新聞在爽報就歸類為醫療新聞來報導，隔天有醫生講到濕疹的防治，後來同仁在處理這則新聞時就自律的詢問是否該放警示標語，而且標語的版面跟酒駕一樣很大。

c. 發言人：蘋果日報莊勝鴻總編輯

- a) 蘋果日報在十多年前自殺新聞非常多，但近幾年自殺新聞的數量相當少，因為網路化的關係，我們第一時間知道有人死掉，但不知道是自殺或殺人，所以我們第一時間都會搶先報導，報導後發現如果是自殺的話，每周三會召開「新聞媒體自律委員會」一同指導，所以在處理自殺新聞都有內部監督，報導則數亦有減少，例如：昨天台中女生跳樓自殺新聞，網路新聞上皆有經過處理，紙本新聞則完全沒刊登。

- b) 關於自殺新聞是否要刊登照片，現在也比較傾向於不刊登或刊登較小的照片。
 - c) 不過像是波登自殺的新聞，在紙本新聞上雖然放在頭版，但照片只會放生前好看的照片，不會刊登死者的最後身影；內容上也不會刊登臆測的內容。
 - d) 蘋果長期以來對於疾病及自殺的關係，一直想做深入的追蹤報導，想了解為什麼久病的人會想自殺，但一直找不到答案，很高興今天有這機會能參與這個會議，後續我們也會做相關報導。
- d. 發言人：聯合新聞網張立總編輯
- a) 透過台灣自殺防治學會與我們的溝通，帶來一些思考，對於自殺新聞刊登照片的問題，以往一定會刊登照片，波登是名人用本人的照片，但是其他不知名的人如果跳樓自殺以往會拍自殺地點，現在因為接觸到自殺防治中心的教育，進而能夠理解為何要盡量少刊登自殺照片，以及不要畫示意圖，因此，現在較少刊登照片。
 - b) 網路新聞追求時間，因此，第一時間一定要發新聞，不過，第一時間只會說“疑似”自殺。
 - c) 聯合報在報導名人自殺的則數雖然比較多，但除了報導自殺新聞本身，我們也會去訪問專家、學者，從正面的角度去思考，所以則數多不代表我們一直在報導自殺新聞本身。
- e. 發言人：銘傳大學新聞學系孔令信系主任
- a) 預防是在教育，媒體是報導過去，媒體會以社會事件的觀點報導自殺，對於編輯來講一定會做出「因為」、「所以」的標題。對大眾來說名人自殺新聞帶有些許娛樂性，大眾會想知道他為什麼會自殺，所以媒體會報導。
 - b) 如美國設計師自殺事件，若不報導出來為何她要自殺，大眾就會不太清楚她生活的痛苦。另外，自殺原因若出現「疑似」是即時新聞，沒辦法做詳細報導，因為需要第一時間發布，但後續是可以做六不六要的動作。
 - c) 自殺相關照片不只記者會放，民眾朋友也會搜尋，另外，可以使用大數據化、圖表、數據推廣自殺防治相關教育，在網路點擊的時候也會有一些影響效果。因影像的東西越來越多，網路新聞被接觸的較多，應該要注意網路新聞報導，影像新聞在網路上影響很大，所以可以利用這部份，加上正面性的內容使報導有教育性。

f. 發言人：TVBS 沈文慈副總監

現在報導自殺新聞已經有減少很多，但是無法完全不報導。即使有一些電視台在電視上沒有報導但是在網路上還是會報導自殺新聞，自殺新聞報導要判斷是不是跟公眾利益有關，不要簡化自殺原因、不要過度描述自殺的細節。關於波登的新聞，受限於版權問題，報導的很少，像我們只能使用 CNN 的畫面跟敘述，作簡單的波登的新聞。

g. 發言人：中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會葉大華主委

a) 感謝自殺防治學會每年都舉辦與媒體的聯繫會，特別看到去年有成立媒體焦點團體並且提出對於媒體報導自殺新聞指引，現在是數位匯流時代，所以不會只有傳統四大報跟電視台，大家都進入網路媒介，長年來的報導綱要可能較難擴展到一些新興網路媒體，傳統媒體其實在自殺新聞報導上都有相當的自律，但最大的困難就是在自媒體本身，當事件出來會有些網友就會放大照片跟言論，需要加強對網路媒體的小編等大量溝通。

b) 不要認為自殺新聞都是年輕一代的問題，是媒體產業發展的結果，我們理解小編有他們的壓力，所以要讓他們理解自殺報導會對社會大眾有什麼影響力，需要自律。最大的挑戰是當問題發生時不只是媒體應該自律，因為很多照片一開始不是媒體記者散播的，也應該教育閱聽人、與一般人溝通不要隨意散布不當照片。

c) 不只是名人，未成年新聞也不該過於報導，對自殺倖存者與家屬都有不當影響、對於這些人的復原歷程有負面影響。也許以後全國自殺防治中心可以用六不六要的案例，每年跟媒體朋友討論、分享。

d) 未來中心可以拿一些案例，跟媒體朋友溝通，依據指引可以怎麼報導會更好，溝通的對象也拓展到年輕一帶的小編，促成互相理解報導會產生甚麼效果。思考自殺與公共利益的關係是甚麼？例如性侵與自殺的新聞，涉及到層面越來越複雜，不單只是自殺。並且建議中心將自殺新聞報導指引透過案例來溝通，自殺新聞報導不要過多，一天的報導就好，希望節制是考量到後續復原歷程要花很多力氣。

h. 主持人：台灣自殺防治學會李明濱理事長

a) 自殺防治與媒體都須建構在人文關懷為基礎。媒體社群與日俱進，媒體報導影響不只有媒體專業人員，每個人都扮演著重要的資訊傳播守門人，最近的報導讓我們重新省思守門人概念。傳播者跟閱聽者對於自殺事件報導從教育做起，每個人都知道媒體報導守則，並且與媒體團體反映是很重要的，自殺防治需要大家一起來共同努力。

(6) 會後新聞露出如下

日期	露出平台	標題
6 月 22 日	聯合報	媒體自殺事件報導座談共同努力於自殺防治
6 月 22 日	ETtoday	自殺報導今年前 5 個月共 1472 篇媒體「教育市民」的挑戰
6 月 26 日	台灣新生報	因病自殺比例趨增守護長者刻不容緩

4) 《媒體從業人員自殺防治手冊》

(1) 已將《Preventing suicide: a resource for media professionals (Update 2017)》翻譯完成，中文翻譯版命名為《世界衛生組織：自殺新聞報導指引(2017 更新版)》，詳見附件 4-2-1。翻譯的章節包含：「前言」(Introduction)、「新聞媒體報導責任」(Repsonsible reporting)、「可靠的資源來源」(Sources of reliable)、「附件：數位媒體指南」(Considerations for digital media)、「附件：恐怖主義與大規模槍擊案的媒體報導」(Reporting on mass shootings and terrorism)、「附件：綜覽：媒體效應的科學文獻」(Overview of the scientific literature on media impacts)及「附件：自殺的迷思與真相」(Myths and facts about suicide)等七部份。

(2) 已透過專家編輯及顧問審查〈媒體從業人員自殺防治手冊〉之目錄大綱，並完成〈媒體從業人員自殺防治手冊〉手冊，詳見附件 4-2-2。手冊架構如下：

a. 認識自殺

- a) 自殺的嚴重性
- b) 自殺的迷思與事實
- c) 自殺危險因子與保護因子
- d) 珍愛生命守門人

b. 媒體效應之研究

- a) 具有傷害性的媒體效應
- b) 媒體扮演保護因子之角色
- c) 數位媒體
- d) 結論

c. 媒體自殺事件報導準則

- a) 世界衛生組織(WHO)準則
- b) 台灣媒體自殺報導建議
- c) 數位媒體指南

d. 參考文獻

e. 附件

- a) 恐怖主義與大規模槍擊案的媒體報導
- b) 國際資源
- c) 台灣資源

2. 結論

本中心經由針對重要節日及重大自殺事件新聞報導發佈新聞稿、例行拜訪報社舉行溝通會議及辦理年度新聞媒體聯繫會議，與我國新聞媒體專業工作者及媒體專家學者建立長期合作關係，將自殺防治理念擴及各大報章雜誌、深化自殺防治於傳播訊息上的角色、提升健康的自殺事件新聞報導及其品質。即使專業實踐領域之間有所殊異，但對於人文之關懷及尊重生命存續的態度是共通之處。未來將持續與媒體專業維護易受動之脆弱族群之生命安全、共同精進富有人文關懷之報導主題及提升自殺事件新聞報導品質。另本中心因應世界衛生組織於 2017 年公布之媒體專業人員指引為參考，編修「自殺新聞報導準則」供媒體工作者參考運用，藉此加強媒體的正向功能。

透過新聞媒體聯繫會議，希望讓所有與會者在自殺防治建立共同的核心價值，不管是報章雜誌，還是社群網站。現在網路發達，儘管新聞媒體以經非常自律，但很多時候第一時間傳播資訊的是社會大眾，自殺新聞報導指引可以使用圖片化、數據化，藉此教育一般大眾，傳統四大報對於自殺新聞報導非常自律，但現在很多新興自媒體，及一般大眾都需要再度教育及溝通。

中心本今年度針對大專院校新聞學系及媒體從業人員辦理「珍愛生命守門人訓練」，受訓之新聞系學生與媒體從業人員可掌握「1 問、2 應、3 轉介」的方法，並透過講授 WHO 與本中心針對媒體專業人員建立之自殺事件報導原則，提升新聞系學生及媒體從業人員對傳播自殺事件之素養及敏感度。經新聞媒體聯繫會議辦理媒體從業人員珍愛生命守門人訓練講座〈媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議〉，使與會人員了解我國新聞媒體報導自殺事件在自殺防治工作中所佔的重要性，並針對近年報紙與網路媒體遵守世界衛生組織報導指引的情況，詳細分析不當報導之數量、內容，與媒體從業人員共同商議如何改善我國媒體報導自殺事件之品質。

除了關懷之外，如何將自殺新聞報導品質提升，除透過研究與數據的分析來提供專業的創新。更需配合數據及科技的發展。媒體與醫療、專業人員、衛生等，各方面要網網相連，媒體與自殺防治同業之共同核心價值就是生命價值品質的保障，另一層面為生命安全的維護。期許未來心理衛生與媒體專業共同精進人文專業品質跟安全，提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。

五、 附件

4-2-1、世界衛生組織：自殺新聞報導指引(2017 更新版)

4-2-2、媒體從業人員自殺防治手冊

大專院校新聞系及媒體從業人員之珍愛生命守門人訓練

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

根據世界衛生組織(WHO)之報告，媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的關鍵載體。根據過去相關的研究，媒體報導自殺相關新聞可以降低模仿行為(copypcat)效應，但也可能增加自殺風險；而正確與適當地報導自殺新聞，有助於呼籲民眾勇於求助。當媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，則有助於整體自殺防治工作之推行。

有鑑於媒體對自殺防治的重要性，以及自殺防治工作持續向下扎根之進程，本中心本今年度針對大專院校新聞學系及媒體從業人員辦理「珍愛生命守門人訓練」，受訓之新聞系學生與媒體從業人員可掌握「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，並透過講授 WHO 與本中心針對媒體專業人員建立之自殺事件報導原則，提升新聞系學生及媒體從業人員對傳播自殺事件之素養及敏感度。

2. 方案目的與目標

- 1)提升受訓者對自殺防治新知之掌握，結合理論與實務應用知識，增進國內自殺防治工作整體效能。
- 2)提升受訓者辨認自殺危險因子之敏感度，並學習基礎的自殺干預技巧，能提供潛在自殺意念者關懷，並適時轉介適當資源予以協助。
- 3)提升受訓者熟悉世界衛生組織及本中心針對媒體專業人員建立之自殺事件報導原則及其內涵，掌握自殺事件報導敘述之「不」及「要」，以期從基層改善我國新聞報導自殺事件之品質。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)大專院校新聞學系珍愛生命守門人訓練
 - (1)蒐集我國大專院校新聞及傳播相關學系之在學人數，瞭解主要學群及掌握指標性大專院校。
 - (2)聯繫指標性大專院校私立世新大學傳播學院，商議辦理及課程大綱建議。
 - (3)與私立銘傳大學合作，以講座形式穿插於課程中，辦理「媒體自殺事件

報導須知：理念分析與實務探討及珍愛生命守門人訓練」。

(4) 資源連結與合作

- a. 合辦單位：私立銘傳大學新聞學系、私立銘傳大學新媒體暨傳播管理學系
- b. 資源連結內容及形式：由該院系所相關課程召集受訓學生，並經由院系所轉知講座訊息。

2) 媒體從業人員珍愛生命守門人訓練

(1) 規劃課程大綱及課程內容。

- (2) 考量基層媒體工作者不易安排時間參與訓練講座，便將此訓練內容併入「新聞媒體聯繫會議」議程內，以單堂講座形式辦理，主題為〈媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議〉。

(3) 資源連結與合作

- a. 「新聞媒體聯繫會議」轉知講座訊息。

2. 資源連結與合作

1) 大專院校新聞學系珍愛生命守門人訓練

- (1) 合辦單位：私立銘傳大學新聞系、私立銘傳大學新媒體暨傳播管理學系
- (2) 資源連結內容及形式：由該院系所相關課程召集受訓學生，並經由院系所轉知講座訊息。

2) 媒體從業人員珍愛生命守門人訓練

- (1) 資源連結內容及形式：經「新聞媒體聯繫會議」轉知講座訊息。

三、過程(Process)

1. 大專院校新聞學系珍愛生命守門人訓練

- 1) 調查全國大專院校新聞及傳播相關學系之院系所 106 年在學人數統計，釐清珍愛生命守門人訓練辦理之指標性大專院校院系所。
- 2) 與私立世新大學商議辦理方式以及給予課程內容大綱建議。
- 3) 配合私立銘傳大學傳播學院 107 學年度上學期新媒體暨傳播管理學系傳播政策與法規課程、通識教育媒體識讀及邏輯思考課程，以講座形式穿插於課程中辦理「媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討及珍愛生命守門人訓練」共計兩堂課。
- 4) 配合國立中央大學 107 學年度上學期通識教育大眾傳播與生活課程，以講座形式穿插於課程中辦理「媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討及珍愛生命守門人訓練」。

2. 媒體從業人員珍愛生命守門人訓練

- 1) 召開「新聞媒體聯繫會議」籌備會，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。
- 2) 製作「媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議」簡報。
- 3) 6 月 22 日上午於台大校友會館 4 樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議－媒體自殺事件報導：問題與挑戰」。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 大專院校新聞學系珍愛生命守門人訓練

經統整後得，全臺共 33 間大專院校含有新聞及傳播相關系所，全臺新聞系及傳播相關系所人數達 17,662 人，平均每所學校有 535 人為新聞系及傳播相關。其中以私立世新大學、私立中國文化大學及私立銘傳大學新聞系及傳播相關系所學生人數最為眾多。新聞及傳播相關系所 106 年度在學生人數詳見表 4-3-1。

為使課程對新聞系相關之學生產生最大效果，在釐清全台大專院校新聞及傳播相關系所後即與世新大學新聞系共同商議課程合作形式以及課程內容大綱。經過討論後歸納出之課程目標著重於使新聞及傳播相關學系學生熟悉自殺事件報導原則並加強媒體報導之正向功能以及提升學生對報導自殺事件之素養及敏感度且幫助學生學習自殺防治守門人訓練之核心理念與實務技巧。針對上述課程目標，規劃出課程內容主要分為四大點，分別為認識自殺、WHO 自殺新聞報導準則：六不六要、珍愛生命守門人：一問二應三轉介以及心情溫度計(BSRS-5)，其中認識的自殺部分包含自殺相關數據及自殺風險因子與保護因子。

於私立銘傳大學以講座形式穿插於課程中辦理「媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討及珍愛生命守門人訓練」課程，課程共兩堂課，分別為上午及下午各一堂，共計四小時。上午為新媒體暨傳播管理學系四年級選修課「傳播政策與法規」由台灣自殺防治學會吳佳儀理事授課，修課人數共 71 人；下午通識教育「媒體識讀」與「邏輯思考」兩堂通識課程併班授課，其課程則由台灣自殺防治學會張書森理事授課，修課人數共 104 人。另於國立中央大學通識教育「大眾傳播與生活」課程中辦理「媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討及珍愛生命守門人訓練」課程，共計一小時，授課講師為台灣自殺防治學會陳映燁理事，修課人數共 150 人。以上述之課程內容大綱與私立銘傳大學以及國立中央大學合作，並在課後

製作成影片作為日後全面性推廣課程的範本。

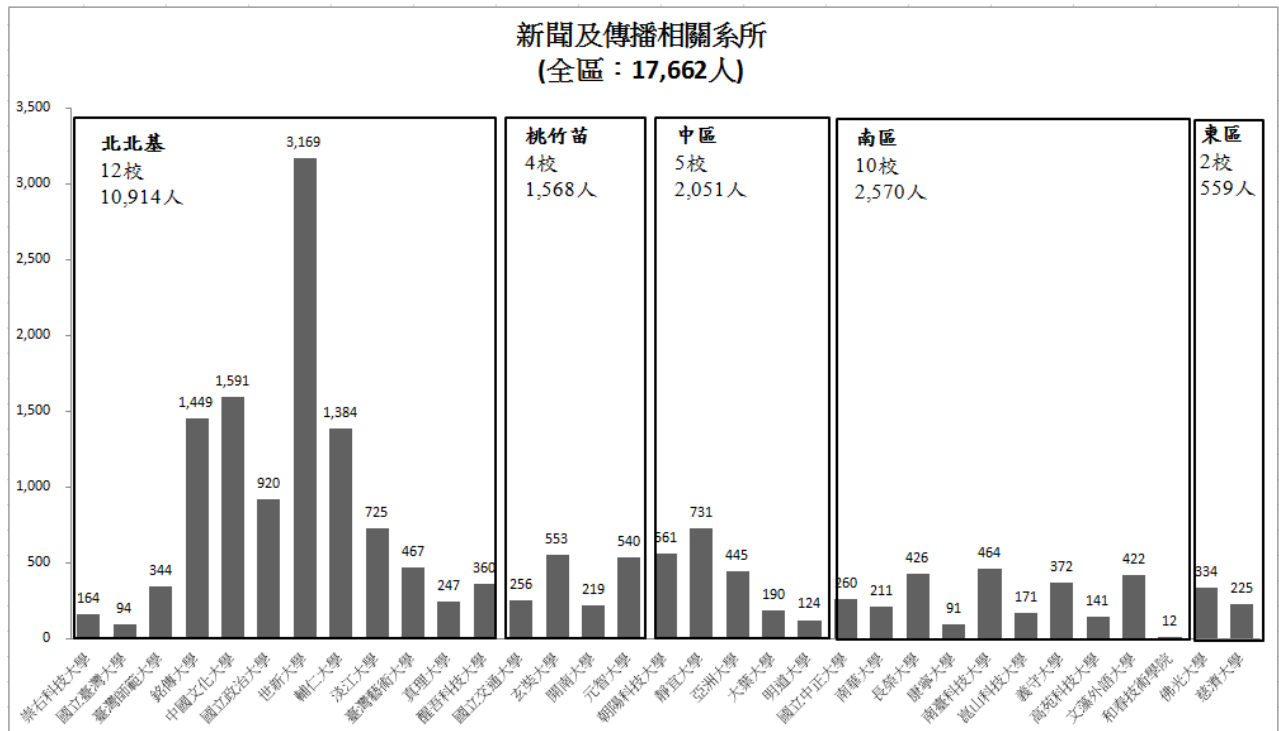


表 4-3-1、新聞及傳播相關系所 106 年度在學生人數

2)媒體從業人員珍愛生命守門人訓練

2018 年 6 月 22 日上午於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會張家銘理事、全國自殺防治中心吳佳儀副執行長，而衛生福利部心口司詹金月科長及鄭淑心簡任秘書皆共同與會。與談人為本中心陳俊鶯副主任、陽明大學公共衛生研究所陳映燁兼任教授，媒體與談人出席代表為蘋果日報(爽報)許麗美副總編輯(總編輯)、聯合新聞網張立總編輯、蘋果日報莊勝鴻紙媒總編輯、銘傳大學新聞學系孔令信系主任。與會人員共 50 人，出席媒體共 12 間、學協會共 3 間、衛生局共 12 間以及臺北市自殺防治中心，大專新聞系院校 1 間。

媒體從業人員珍愛生命守門人訓練是由全國自殺防治中心吳佳儀副執行長講授〈媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議〉講座，主要內容包含全國自殺防治策略、世界衛生組織 2017 年更新版自殺新聞報導指引、近年自殺新聞報導遵循「六不六要」統計資訊、建議報導方式以及珍愛生命守門人之概念。會議圓滿落幕。

2. 結論

- 1) 本中心本今年度針對大專院校新聞學系及媒體從業人員辦理「媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討及珍愛生命守門人訓練」，受訓之新聞系學生與媒體從業人員可掌握「1 問、2 應、3 轉介」的方法，並透過講授 WHO 與本中心針對媒體專業人員建立之自殺事件報導原則，提升新聞系學生及媒體從業人員對傳播自殺事件之素養及敏感度。
- 2) 本年度上半年已辦理媒體從業人員珍愛生命守門人訓練講座〈媒體自殺新聞事件報導分析：趨勢與建議〉，透過此講座使媒體從業人員了解我國新聞媒體報導自殺事件在自殺防治工作中所佔的重要性，並針對近年報紙與網路媒體遵守世界衛生組織報導指引的情況，詳細分析不當報導之數量、內容，與媒體從業人員共同商議如何改善我國媒體報導自殺事件之品質。同時帶入珍愛生命守門人提倡之「1 問、2 應、3 轉介」概念、自殺高危險族群之徵兆及警訊以及自殺的實情與破除迷思，邀請媒體從業人員成為自殺防治網網相連的一員。

自殺新聞監測與投書

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。

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，並於每週業務會議彙整報告。
- 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，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、各縣市衛生局及專家等。
 - (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) 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. 發布新聞稿。
 - b. 報紙投書。
 - c. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
 - d. 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，2018 年 1 月至 10 月共製作 2,978 則自殺新聞摘要，分析結果詳見表 4-4-1。
- a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 418 位、自殺企圖個案 430 位、自殺意念個案共 53 位、不詳共 30 位。
- b. 2018 年 1-10 月之自殺人數分布，分析結果詳見圖 4-4-1
- c. 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精神健康因素、工作經濟因素及感情因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、工作經濟因素及精神健康因素。詳見表 4-4-2。
- d. 報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，自殺身亡者排行前三項為高處墜落、燒炭、上吊自縊，自殺企圖者排行前三名為高處墜落、溺水；跳水、燒炭。詳見表 4-4-3。
- (2) 網路四大報自殺新聞六不六要原則遵守情形分析，趨勢請參考圖 4-4-2、圖 4-4-3。

表 4-4-1、報導個案自殺類型統計表

自殺結果	個人自殺	相約自殺	殺人後自殺	殺家人後自殺	不詳
死亡(n=418)	370 (88.5%)	34 (8.1%)	6 (1.4%)	6 (1.4%)	2(0.5%)
企圖(n=430)	391 (90.9%)	18 (4.2%)	10 (2.3%)	8 (1.9%)	3(0.7%)

表 4-4-2、新聞報導個案自殺原因前三項排序(不含其他)

自殺結果	自殺原因前三項		
	第一項	第二項	第三項
死亡(n=418)	精神健康因素 98 (23.4%)	工作經濟因素 81 (19.4%)	感情因素 79 (18.9%)
企圖(n=430)	感情因素 223 (51.9%)	工作經濟因素 73 (17.0%)	精神健康因素 63 (14.7%)

表 4-4-3、新聞報導個案自殺方式前三項排序(不含其他)

自殺結果	自殺方式前三項		
	第一項	第二項	第三項
死亡(n=418)	高處墜落 107 (25.6%)	燒炭 90 (21.5%)	上吊自縊 74 (18.7%)
企圖(n=430)	高處墜落 121 (28.1%)	溺水(淹死)跳水 101 (23.5%)	燒炭 58 (13.5%)

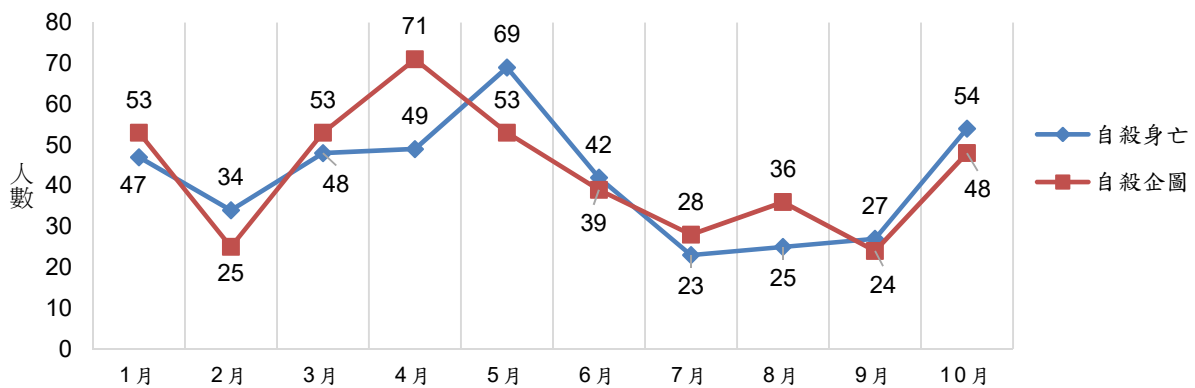


圖 4-4-1、2018 年 1-10 月自殺人數分布圖

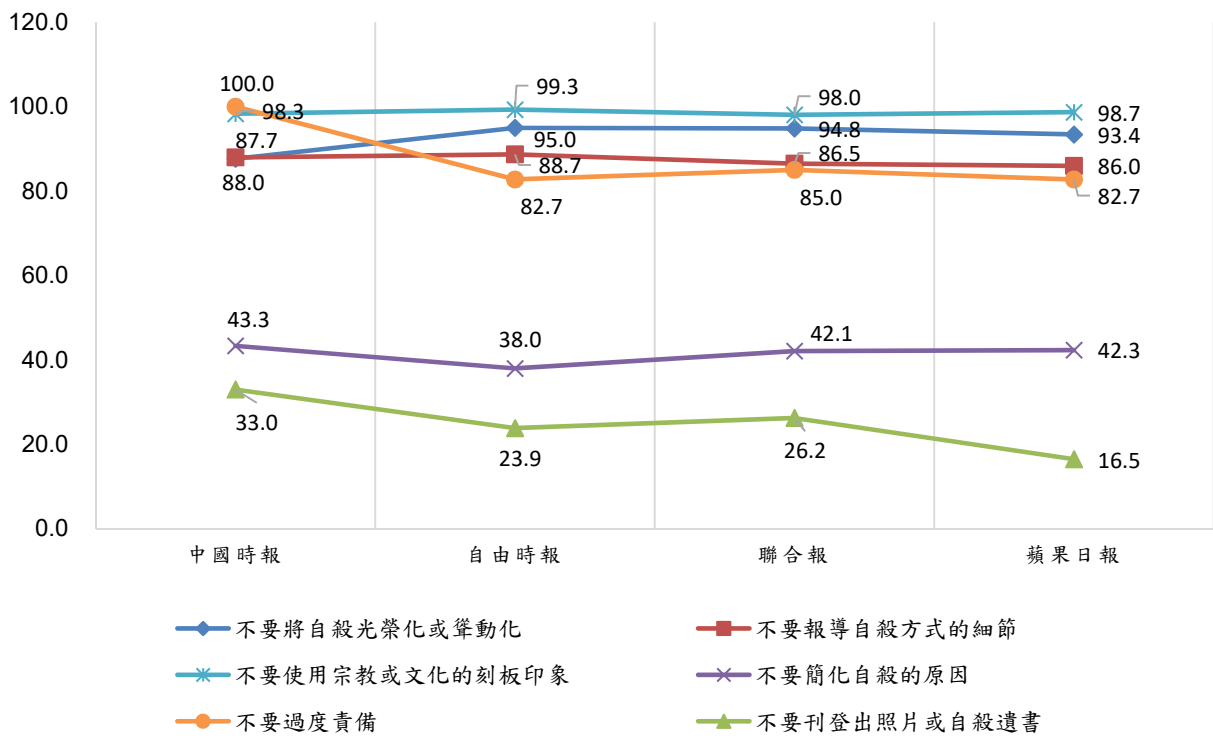


圖 4-4-2、網路四大報「六不」趨勢圖

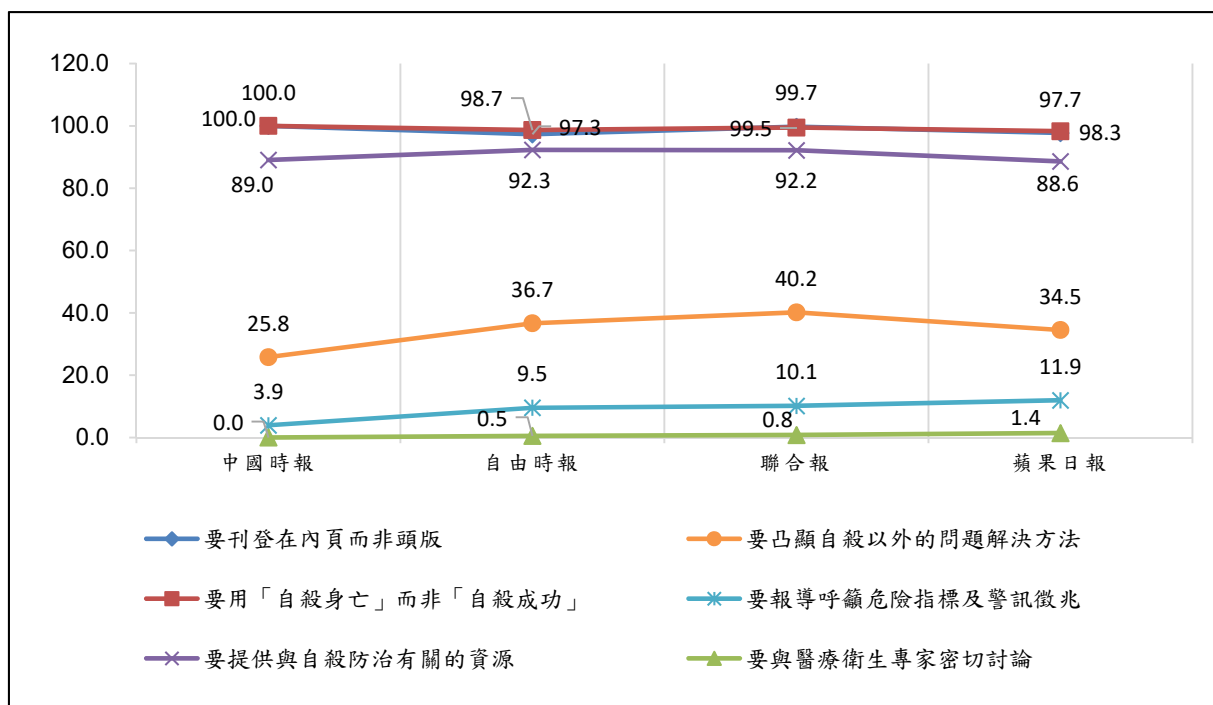


圖 4-4-3、網路四大報「六要」趨勢圖

(3) 平面四大報自殺新聞「六不六要」原則遵守情形分析，根據中心所統計及分析之 2010 年至 2018 年 1-10 月自殺事件相關新聞報導如圖 4-4-4、圖 4-4-5，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」(2018 年達 99.5%)及「不要用宗教或文化刻板印象」(2018 年達 96.8%)較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(26.8%)及「不要簡化自殺的原因」(33.6%)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 99.2%)及「要刊登在內頁而非頭版」(達 95.8%)是較易被遵循的原則，但「要凸顯自殺以外的問題解決方法」(8.5%)、「要報導危險指標及警訊徵兆」(11.2%)及「要與醫療衛生專家密切討論」(13.6%)則是比較容易被忽略的原則。

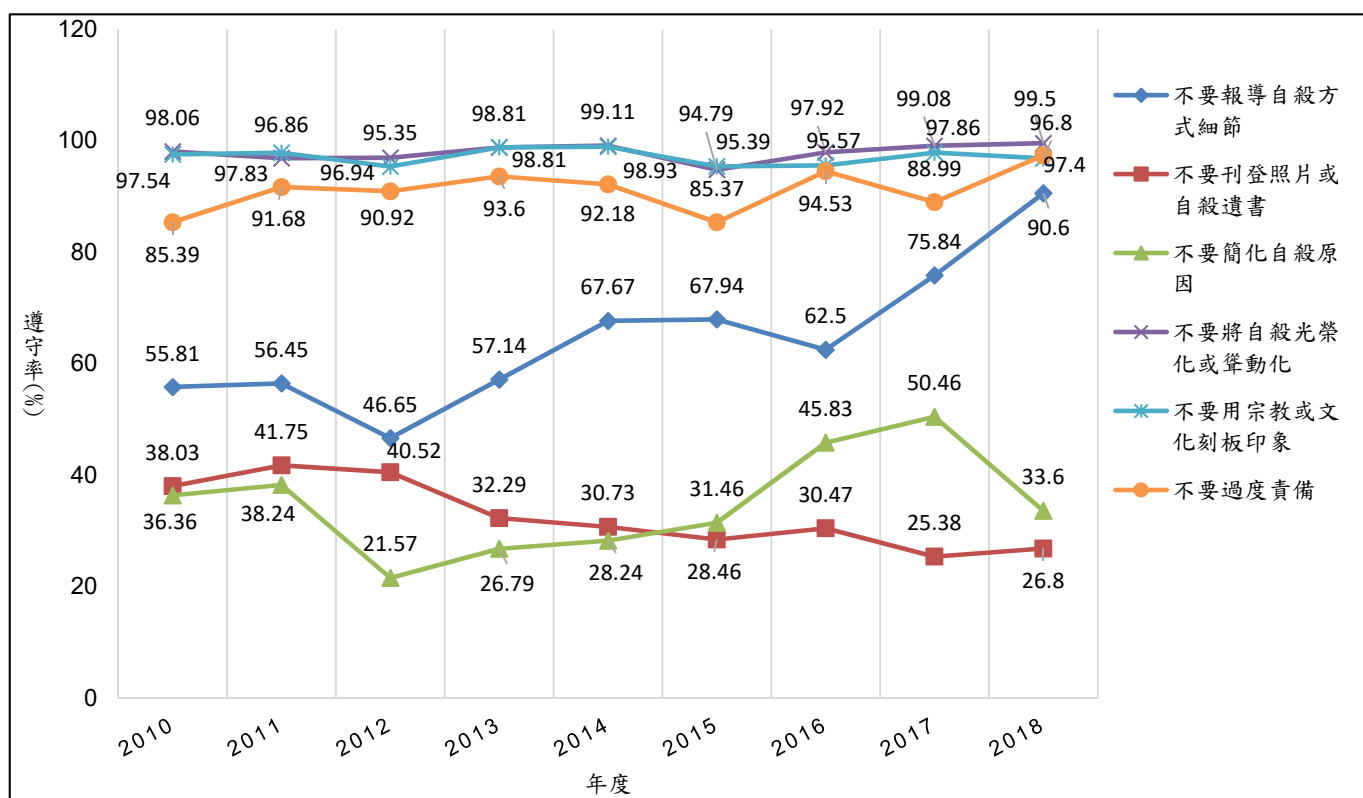


圖 4-4-4、平面四大報「六不」趨勢圖

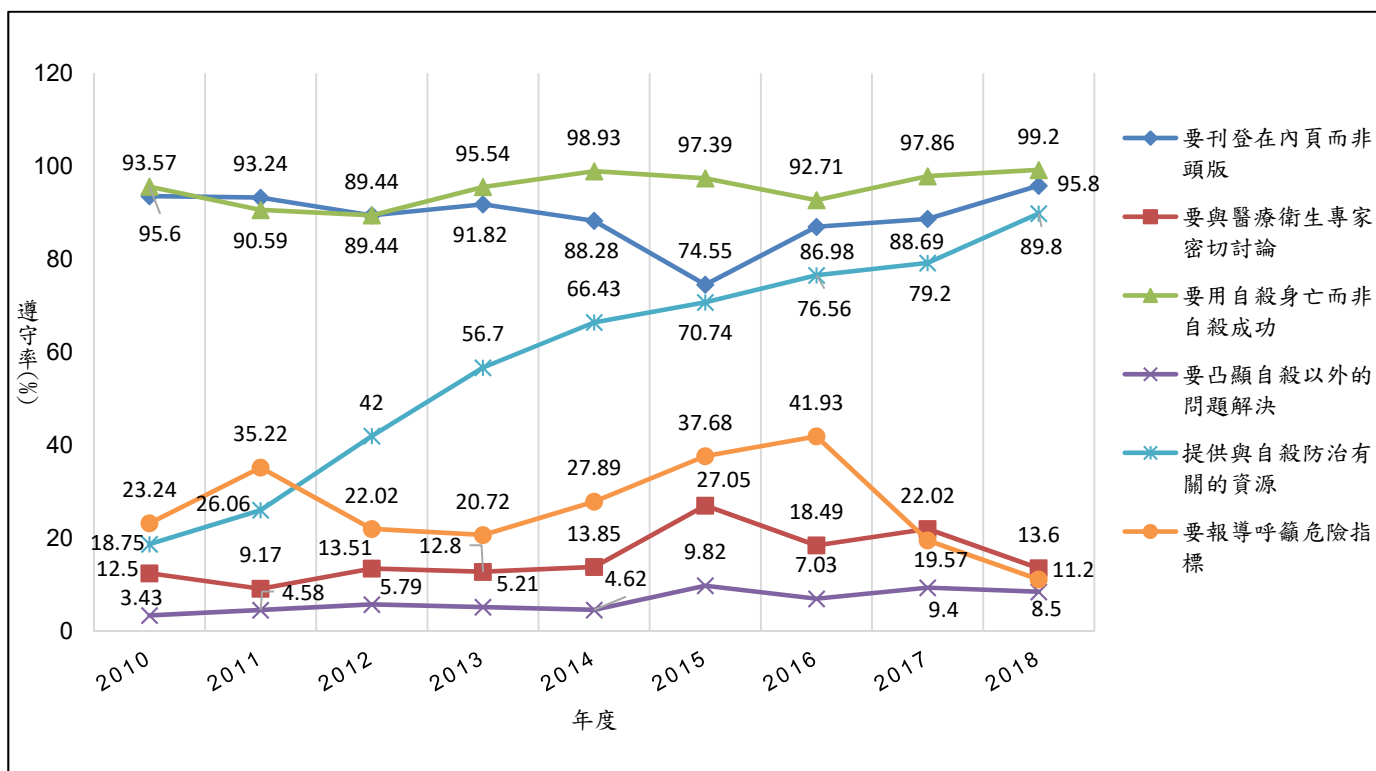


圖 4-4-5、平面四大報「六要」趨勢圖

(4) 不當新聞投訴，中心進行媒體監測遇不符合 WHO「六不六要」原則之自殺新聞報導，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。2018 年自 2018 年 6 月 25 日至 2018 年 10 月 25 日為止，共投訴 40 則自殺新聞報導。

(5) 針對農委會禁用農藥巴拉刈之相關新聞追蹤如下：

日期	標題
6/29	禁劇毒巴拉刈後 醫警告:用「它」輕生者急增、醒來失憶
6/29	超毒巴拉刈明年禁用 以這「取代品」輕生數倍增
6/29	巴拉刈明年禁用 醫警：用「替代品」輕生人數已增加
11/02	【食聞】農糧署擴大獎勵紅豆農 產銷履歷且無落葉劑食用更安心
11/08	農委會：國產紅豆不用巴拉刈 2019 年 2 月 1 日起禁用
11/08	[北部] 栽培國產紅豆不用巴拉刈 農友多元選擇更益環境
11/13	【食聞】2019 全面禁用巴拉刈 新款「NA-yci1 紅豆植株乾燥處理劑」低毒害更友善
11/19	明年 2 月起全面禁用巴拉刈 農委會推紅豆友善耕作
11/29	巴拉刈 2019 年 2 月 1 日禁用 農委會啟用「拉曼」快檢新利器
12/01	【食聞】紅豆全面禁用巴拉刈！農委會推動「拉曼快檢」5 分鐘揪出農藥殘留
12/06	〈南部〉（屏東）禁用巴拉刈 紅豆農爭取緩衝配套
12/06	張書森、陳映燁：共組安全網 接住選舉受傷害者

2. 結論

網路媒體為現今消息散播最及時與迅速之媒體，如何與網路媒體平臺保持良好共識與溝通管道，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質，為未來需投注更大心力之區塊。中心將持續每日監看四大報網路自殺相關新聞，並製作摘要以電子郵件寄予各長官、專家、衛生局相關人員參考，讓各相關單位能即時掌握每日自殺新聞事件，以期自殺防治網絡更加縝密，預防漏網之魚。WHO「六不六要」原則就平面媒體而言，歷年的監測結果中，「六不」原則中的「不要刊登出照片或自殺遺書」及「不要簡化自殺的原因」則是較易被忽略的原則。另於「六要」原則內，「要凸顯自殺以外的問題解決方法」、「要報導危險指標及警訊徵兆」及「要與醫療衛生專家密切討論」則是比較容易被忽略的原則。

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，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 關鍵字搜尋、Yahoo 奇摩關鍵字搜尋、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) 搜尋方式

2014 年試辦期間以十二組關鍵字組合於 Google 搜尋引擎上搜索。試行期間後檢討修正為「無痛_自殺」、「完全_自殺」、「氫氣_自殺」三組關鍵字怎合。有鑑於本業務於 2014 年試行後經重複檢討修正所選之三組關鍵字組合「無痛_自殺」、「完全_自殺」、「氫氣_自殺」搜索之部分網站數量於近年大量銳減，搜索效率不彰，故於 2018 年 7 月份始暫停使用「完全_自殺」及「氫氣_自殺」兩組關鍵字組合，並新增「跳樓_高度」、「燒炭_方法」及「上吊_方法」三組關鍵字，且另於搜索時依照搜索人之經驗再自訂一組關鍵字，主要目的在於強化對自殺高危險性手法其網站訊息傳播之監測。同時開始使用 Yahoo 奇摩搜尋引擎，俾涵蓋我國一般民眾常用之搜尋引擎。

2) 搜尋頻率：每十天一次。

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。針對香港地區之網站，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。針對中華人民共和國地區之網址，可經由該國中央網信辦(國家互聯網信息辦公室)違法和不良信息舉報中心，線上提出舉報。
4. 針對所有發現之網站，除向我國 iWIN 申訴外，全面進行該網站平臺檢舉或以郵電方式向該網站反映。

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) 使用 Google 搜尋引擎及 Yahoo 搜尋引擎鍵入關鍵字組合，搜尋教唆及教導自殺之相關網站。
- 2) 舉報係根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」；依據〈兒童及少年福利法〉規定之第 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，部分網站具檢舉機制。若網站並未設有檢舉機制，則以電子郵件向該網站管理單位反應。
- 4) iWIN 舉報作業步驟
 - (1) 進入 iWIN「我要申訴」，登入本中心註冊帳號後，在新增案件頁面填寫「不當案件內容申訴表單」，其中案件申訴類型勾選為「暴力」——「生命暴力」——「自殺、自殘」，送出表單後方完成舉報。
 - (2) 經由「不當案件內容申訴表單」登錄之案件，會顯示在註冊帳號「不當案件申訴詳情列表」上，供使用者追蹤案件處理進度，進度包括「不受理」、「處理中」、「處理完成」、「完成回饋」。
 - (3) 當案件進行至「處理完成」後，iWIN 系統以電子郵件回覆舉報人之信箱，說明案件處理情形。

2. 截至 2018 年 10 月 31 日，檢舉之含教唆及教導自殺相關中文(繁體)網站累計共 300 則，已下架為 241 則，下架率為 80.3%。檢舉結果依 IP 位於國內及境外區分，如下：

- 1) 位於國內網站者共檢舉 137 則，已下架為 127 則，下架率高達 92.7%。
- 2) 位於境外網站者共檢舉 163 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 114 則被下架，下架率為 69.9%。
- 3) 針對未下架之境外網站之類型及來源地分析，主要類型包括社群論壇(40%)、鏡像備份網站(23%)及個人部落格(11%)，且多數網站來源地實屬跳板式 IP(來源地如：美國堪薩斯州、日本東京等等)。
- 4) 另外，未下架之境外網站其未有檢舉機制或網站管理單位電子信箱聯絡管道者佔 63%，具檢舉機制或網站管理電子信箱聯絡管道者則有部分網站長期疏於管理，難以透過管理單位介入。

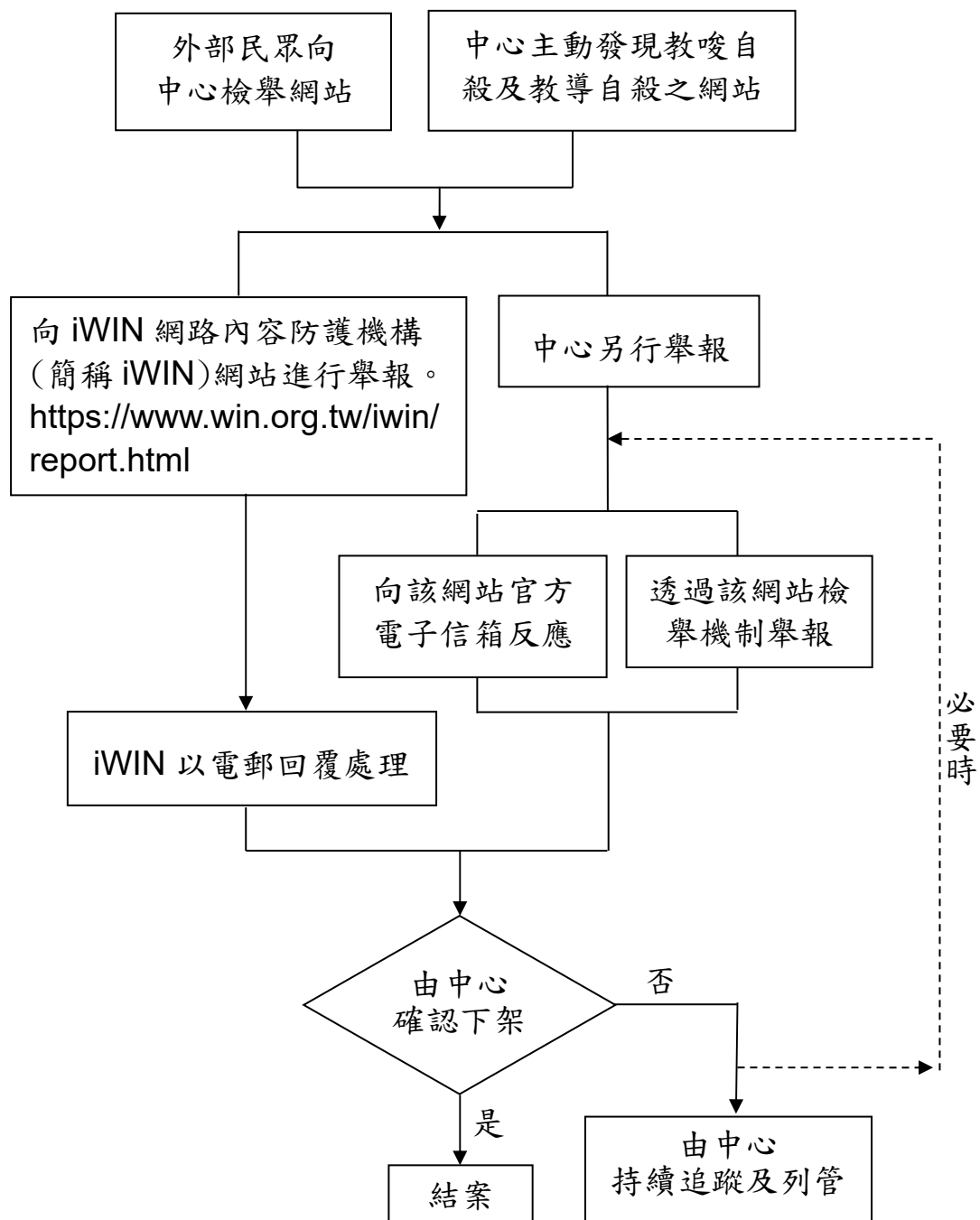


圖 4-5-1、監測及舉報流程圖

3. 結論

- 1) 針對境外檢舉未下架之網站類型進行歸類，發現多數網站來自跳板式 IP，避開我國司法管轄範圍；而部分網站檢舉機制疏鬆及聯絡管道之闕如，其網站規模一般而言較小，且年代久遠而出現無人管理之情形。
- 2) 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，儘量接觸網站管理單位人員，勸請下架。本業務也將持續善用相關資源，如透過使用中央網信辦違法和不良信息舉報中心網站及與香港地區合作單位聯繫，嘗試多方進行檢舉。
- 3) 實究我國全面性網際網路管理及監測之相關實作，其實尚待發展。如可向我國國家通訊傳播委員會(NCC)或相關單位提議，對於管理教唆、鼓動、教導自殺等網站或網路訊息，研擬相關法規及罰則，達到遏阻歪風之效，阻卻自殺高危險族群暴露在有害訊息之下之風險。
- 4) 正本清源，在網路作為我國一般民眾獲取多元資訊之主要管道，期望廣大之網際網路平台管理者能針對不良或有害之訊息逐步建立完善之檢舉機制，再輔以舉報，共同戮力於網路自殺防治，以收成效。
- 5) 教唆自殺及教導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。

國內常用自殺方式或工具之歷年防治策略一覽

一、背景 (Context)

自殺是由個人、社會、心理、文化、生物和環境等多種因素相互作用而導致，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可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)，與國際主流自殺防治策略為相同區分方式。

全面性自殺防治策略針對全體民眾，提升獲得醫療服務與社會福利之機會，同時降低致命性工具之可近性及受媒體報導影響之自殺風險。選擇性自殺防治策略以自殺高風險族群為對象，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降低危險性。指標性自殺防治策略則追蹤關懷自殺族群，使其得到適當的支持與資源連結。

因著自殺防治工作有其困難性，瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗更顯重要，因此本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，針對全面性自殺防治策略，就國內十年內常用自殺方式與工具提出具體之防治策略，供政府單位、各縣市衛生局、各級學校與全民參考並共同防範自殺憾事之發生。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：教育宣導組。

2) 文獻蒐集

(1) 建立系統性搜尋策略

(2) 進行系統性文獻蒐集

3) 文獻整理與彙整：將蒐集到的文獻進行分類與彙整，摘要出國內常用自殺方式或工具之防治策略。

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、各縣市衛生局、臺大醫學院圖書館、臺大醫學院護理學系吳佳儀副教授、新光醫院詹佳達醫師、衛生福利部嘉南療養院王禎邦醫師、凱旋醫院劉仁儀醫師、衛生福利部桃園療養院吳恩亮醫師、臺大醫院陳宜明醫師、中山醫學大學附設醫院張清棊醫師、臺北榮民總醫院楊凱鈞醫師。

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

「國內常用自殺方式與工具之防治策略」從 2018 年 1 月開始，由李明濱計畫主持人督導，協同吳佳儀副執行長指導本中心教育宣導組成員執行本案，並邀請相關領域醫學專家組成專家諮詢小組，針對國內常用自殺方式蒐集各國防治策略並進行彙整。

2.文獻蒐集

- 1)建立系統性搜尋策略：針對國內常用自殺方式與工具防治之國外文獻進行文獻系統性搜尋綱要，訂定關鍵字為自殺(suicide)、防治(prevention)、上吊(hanging)、燒炭(charcoal burning)、固體或液體中毒(poisoning、overdose、pesticide)、高處跳下(jumping)、溺水(drowning)。
- 2)進行系統性文獻蒐集：2 月 13 日於全國自殺防治中心以 Endnote 做為整合文獻的工具，根據當時規劃之系統性搜尋策略，以 Embase 為主要資料庫進行文獻蒐集。

3.文獻整理與彙整

團隊將所蒐集之國外自殺防治文獻進行分類摘要、翻譯與主題彙整，並邀請相關專家進行諮詢小組討論，將所有搜尋策略做詳細描述，撰寫成文章後發文提供衛生福利部與各縣市衛生局參考，同時放置於中心網站宣導。

四、成果 (Product)

1.自殺防治方法防治策略之文獻蒐集

中心使用 Embase 資料庫共蒐集到 85 篇國內常用自殺方式與工具防治方法、策略與政策之相關文獻；搜尋年代從 1974 年至 2018 年；搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keywords)；關鍵字為自殺(Suicide)、防治(Prevention)、上吊(Hanging)、燒炭(Charcoal Burning)、固體或液體中毒(Poisoning、Overdose、Pesticide)、高處跳下(Jumping)、溺水(Drowning)，文獻分類列表如下：

1) 上吊(Hanging)

- (1) Baker, S. P., Hu, G., Wilcox, H. C., & Baker, T. D. (2013). Increase in suicide by hanging/suffocation in the U.S., 2000-2010. *Am J Prev Med*, 44(2), 146-149.
- (2) 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.

- (3) Bennewith, O., Gunnell, D., Kapur, N., Turnbull, P., Simkin, S., Sutton, L., & Hawton, K. (2018). Suicide by hanging: multicentre study based on coroners' records in England. *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 260-261.
- (4) Biddle, L., Donovan, J., Owen-Smith, A., Potokar, J., Longson, D., Hawton, K., Gunnell, D. (2010). Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: qualitative study. *Br J Psychiatry*, 197(4), 320-325.
- (5) De Leo, D., Dwyer, J., Firman, D., & Neulinger, K. (2003). Trends in hanging and firearm suicide rates in Australia: substitution of method? *Suicide Life Threat Behav*, 33(2), 151-164.
- (6) De Leo, D., Evans, R., & Neulinger, K. (2002). Hanging, firearm, and non-domestic gas suicides among males: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(2), 183-189.
- (7) Goldney, R. D. (2003). Hanging crepe in suicide prevention. *Crisis*, 24(4), 177-178.
- (8) Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*, 34(2), 433-442.
- (9) Höfer, P., Rockett, I. R. H., Värnik, P., Etzersdorfer, E., & Kapusta, N. D. (2012). Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*, 12(1), 644.
- (10) Hernandez-Alvarado, M. M., Gonzalez-Castro, T. B., Tovilla-Zarate, C. A., Fresan, A., Juarez-Rojop, I. E., Lopez-Narvaez, M. L., Genis-Mendoza, A. (2016). Increase in Suicide Rates by Hanging in the Population of Tabasco, Mexico between 2003 and 2012. *Int J Environ Res Public Health*, 13(6).
- (11) Jordan, F. B., Schmeckpeper, K., & Strobe, M. (1987). Jail suicides by hanging. An epidemiological review and recommendations for prevention. *Am J Forensic Med Pathol*, 8(1), 27-31.
- (12) Kanamuller, J., Riipinen, P., Riala, K., Paloneva, E., & Hakko, H. (2016). Hanging suicides in northern Finland: A descriptive epidemiological study. *Death Stud*, 40(4), 205-210.

- (13) Kanchan, T., & Menezes, R. G. (2008). Suicidal hanging in Manipal, South India - victim profile and gender differences. *J Forensic Leg Med*, 15(8), 493-496.
- (14) Kosky, R. J., & Dundas, P. (2000). Death by hanging: implications for prevention of an important method of youth suicide. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(5), 836-841.
- (15) Starkuviene, S., Kalediene, R., & Petrauskiene, J. (2006). Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: does socio-demographic status matter? *Public Health*, 120(8), 769-775.

2) 燒炭(Charcoal Burning)

- (1) Chang, S.-S., Gunnell, D., Wheeler, B. W., Yip, P., & Sterne, J. A. C. (2010). The Evolution of the Epidemic of Charcoal-Burning Suicide in Taiwan: A Spatial and Temporal Analysis. *PLOS Medicine*, 7(1), e1000212.
- (2) Chang, S. S., Kwok, S. S., Cheng, Q., Yip, P. S., & Chen, Y. Y. (2015). The association of trends in charcoal-burning suicide with Google search and newspaper reporting in Taiwan: a time series analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(9), 1451-1461.
- (3) Chen, Y. Y., Yip, P. S., Lee, C. K., Gunnell, D., & Wu, K. C. (2015). The diffusion of a new method of suicide: charcoal-burning suicide in Hong Kong and Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(2), 227-236.
- (4) Cheng, Q., Chang, S.-S., Guo, Y., & Yip, P. S. F. (2015). Information Accessibility of the Charcoal Burning Suicide Method in Mainland China. *PLOS ONE*, 10(10), e0140686.
- (5) Kuo, C. J., Conwell, Y., Yu, Q., Chiu, C. H., Chen, Y. Y., Tsai, S. Y., & Chen, C. C. (2008). Suicide by charcoal burning in Taiwan: implications for means substitution by a case-linkage study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(4), 286-290.
- (6) Law, C.-k., & Leung, C. M. C. (2012). Temporal patterns of charcoal burning suicides among the working age population in Hong Kong SAR: the influence of economic activity status and sex. *BMC Public Health*, 12(1), 505.
- (7) Lee, A. R., Ahn, M. H., Lee, T. Y., Park, S., & Hong, J. P. (2014). Rapid spread of suicide by charcoal burning from 2007 to 2011 in Korea.

Psychiatry Res, 219(3), 518-524.

- (8) Lin, C., Yen, T. H., Juang, Y. Y., Leong, W. C., Hung, H. M., Ku, C. H., Lee, S. H. (2012). Comorbid psychiatric diagnoses in suicide attempt by charcoal burning: a 10-year study in a general hospital in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry*, 34(5), 552-556.
 - (9) Pan, Y. J., & Lee, M. B. (2008). Charcoal burning and maternal filicide-suicide trends in Taiwan: the impact of accessibility of lethal methods. *J Formos Med Assoc*, 107(10), 811-815.
 - (10) Wong, P. W., Liu, P. M., Chan, W. S., Law, Y. W., Law, S. C., Fu, K. W., . . . Yip, P. S. (2009). An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide Life Threat Behav*, 39(1), 82-90.
- 3) 固體或液體中毒(Poisoning、Overdose、Pesticide)
- (1) Allgulander, C., & Fisher, L. D. (1990). Clinical predictors of completed suicide and repeated self-poisoning in 8895 self-poisoning patients. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 239(4), 270-276.
 - (2) Badrane, N., Abadi, F., Soulaymani, A., Rhalem, N., & Bencheikh, R. (2014). *Suicide attempt and suicide by medication poisoning in children and adolescents: Moroccan Poison Control Centre data* (Vol. 52).
 - (3) Banerjee, S., Chowdhury, A. N., Schelling, E., Brahma, A., Biswas, M. K., & Weiss, M. G. (2009). Deliberate self-harm and suicide by pesticide ingestion in the Sundarban region, India. *Trop Med Int Health*, 14(2), 213-219.
 - (4) Bilginer, C., Cop, E., Goker, Z., Hekim, O., Sekmen, E., & Uneri, O. (2017). Overview of Young People Attempting Suicide by Drug Overdose and Prevention and Protection Services. *İlaç içerek intihar girişiminde bulunan gençler ve koruyucu-önleyici hizmetlere genel bakış.*, 30(3), 243-250.
 - (5) Bohnert, A. S., McCarthy, J. F., Ignacio, R. V., Ilgen, M. A., Eisenberg, A., & Blow, F. C. (2013). Misclassification of suicide deaths: examining the psychiatric history of overdose decedents. *Inj Prev*, 19(5), 326-330.
 - (6) Bohnert, A. S., Roeder, K., & Ilgen, M. A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: a review of overlap

and risk factors. *Drug Alcohol Depend*, 110(3), 183-192.

- (7) Calello D.P., C. A. F., Marcus S.M. (2009). A New At-Risk Population: Suicide Attempts by Poisoning in Patients 40-64 Years of Age. *Clinical Toxicology*, 7(47), 746.
- (8) Cha, E.S., Chang, S. S., Gunnell, D., Eddleston, M., Khang, Y. H., and Lee, W. J. (2016). *Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea*. *Int. J. Epidemiol*, 45, 470-479.
- (9) Chang, S.-S., Lu, T.-H., Sterne, J. A. C., Eddleston, M., Lin, J.-J., & Gunnell, D. (2012). The impact of pesticide suicide on the geographic distribution of suicide in Taiwan: a spatial analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 260.
- (10) Cheatle, M. D. (2011). Depression, Chronic Pain, and Suicide by Overdose: On the Edge. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 12(Suppl 2), S43-S48.
- (11) Chen, Y. Y., Kwok, C. L., Yip, P. S., & Wu, K. C. (2013). A test of the substitution hypothesis: an analysis of urban and rural trends in solid/liquid poisoning suicides in Taiwan. *Soc Sci Med*, 96, 45-51.
- (12) Coklo, M., Stemberga, V., Cuculic, D., Sosa, I., & Bosnar, A. (2009). Toxicology and methods of committing suicide other than overdose. *Med Hypotheses*, 73(5), 809-810.
- (13) Davanzo, F., Vignally, P., & Settini, L. (2009). *Suicide Attempt by Poisoning in Italy: A Preliminary Characterization* (Vol. 47).
- (14) Eddleston, M., & Bateman, D. N. (2011). Major reductions in global suicide numbers can be made rapidly through pesticide regulation without the need for psychosocial interventions. *Soc Sci Med*, 72(1), 1-2; discussion 3-5.
- (15) F, H., Latifa, A., A, A., A, M., Lahcen, O., Bencheikh, R., & Soulaymani, A. (2016). *Epidemiology of cases presenting neuropsychiatric disorders, following a suicidal poisoning by drugs, in Morocco* (Vol. 469).
- (16) Farzaneh, E., Mehrpour, O., Alfred, S., Moghaddam, H. H., Behnoush, B., & Seghatoleslam, T. (2010). Self-poisoning suicide attempts among students in Tehran, Iran. *Psychiatr Danub*, 22(1), 34-38.
- (17) Finkelstein, Y., Macdonald, E. M., Hollands, S., Sivilotti, M. L.,

- Hutson, J. R., Mamdani, M. M., Juurlink, D. N. (2015). Risk of Suicide Following Deliberate Self-poisoning. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 570-575.
- (18) Gunnell, D., Ho, D., & Murray, V. (2004). Medical management of deliberate drug overdose: a neglected area for suicide prevention? *Emerg Med J*, 21(1), 35-38.
- (19) Hacker, K., Collins, J., Gross-Young, L., Almeida, S., & Burke, N. (2008). Coping with youth suicide and overdose: one community's efforts to investigate, intervene, and prevent suicide contagion. *Crisis*, 29(2), 86-95.
- (20) Hampson, N. B., & Holm, J. R. (2015). Suicidal carbon monoxide poisoning has decreased with controls on automobile emissions. *Undersea Hyperb Med*, 42(2), 159-164.
- (21) Ho, C. S. H., Ong, Y. L., Tan, G. H. J., Yeo, S. N., & Ho, R. C. M. (2016). Profile differences between overdose and non-overdose suicide attempts in a multi-ethnic Asian society. *BMC Psychiatry*, 16, 379.
- (22) Holzbach, R., Jahn, H., Pajonk, F. G., & Mahne, C. (1998). Suicide attempts with mirtazapine overdose without complications. *Biol Psychiatry*, 44(9), 925-926.
- (23) Jick, S. S., Dean, A. D., & Jick, H. (1995). Antidepressants and suicide. *BMJ : British Medical Journal*, 310(6974), 215-218.
- (24) 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.
- (25) Kapur, N., Clements, C., Bateman, N., Foex, B., Mackway-Jones, K., Hawton, K., & Gunnell, D. (2010). Self-poisoning suicide deaths in England: could improved medical management contribute to suicide prevention? *Qjm*, 103(10), 765-775.
- (26) 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 Life Threat Behav*, 36(3), 302-312.
- (27) Kapur, N., Turnbull, P., Hawton, K., Simkin, S., Sutton, L., Mackway-Jones, K., Gunnell, D. (2005). Self-poisoning suicides in

England: a multicentre study. *Qjm*, 98(8), 589-597.

- (28) Kar, N. (2006). Lethality of suicidal organophosphorus poisoning in an Indian population: exploring preventability. *Annals of General Psychiatry*, 5, 17-17.
- (29) Kastanaki, A. E., Kraniotis, C. F., Kranioti, E. F., Nathena, D., Theodorakis, P. N., & Michalodimitrakis, M. (2010). Suicide by pesticide poisoning: findings from the island of Crete, Greece. *Crisis*, 31(6), 328-334.
- (30) Keskinoglu, A., & Inan, F. (2012). *Evaluation of renal functions in adolescent suicide attempts by drug overdose* (Vol. 50).
- (31) Knipe, D. W., Chang, S.-S., Dawson, A., Eddleston, M., Konradsen, F., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2017a). Correction: Suicide prevention through means restriction: Impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLOS ONE*, 12(4), e0176750.
- (32) Knipe, D. W., Chang, S.-S., Dawson, A., Eddleston, M., Konradsen, F., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2017b). Suicide prevention through means restriction: Impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLOS ONE*, 12(3), e0172893.
- (33) 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. *Clin Toxicol (Phila)*, 54(8), 624-631.
- (34) Lin, C., Yen, T. H., Juang, Y. Y., Lin, J. L., & Lee, S. H. (2014). Psychiatric comorbidity and its impact on mortality in patients who attempted suicide by paraquat poisoning during 2000-2010. *PLOS ONE*, 9(11), e112160.
- (35) Metz, T. D., Rovner, P., Allshouse, A. A., Beckwith, K., Hoffman, M. C., & Binswanger, I. (2016). 210: Maternal deaths from suicide and drug overdose in Colorado. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 214(1), S126-S127.
- (36) Metz, T. D., Rovner, P., Hoffman, M. C., Allshouse, A. A., Beckwith, K. M., & Binswanger, I. A. (2016). Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004-2012. *Obstet Gynecol*, 128(6),

1233-1240.

- (37) Muazzam, S., Swahn, M. H., Alamgir, H., & Nasrullah, M. (2012). Differences in poisoning mortality in the United States, 2003-2007: epidemiology of poisoning deaths classified as unintentional, suicide or homicide. *West J Emerg Med*, 13(3), 230-238.
- (38) 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. *J Affect Disord*, 208, 418-423.
- (39) Pickett, W., King, W. D., Lees, R. E., Bienefeld, M., Morrison, H. I., & Brison, R. J. (1998). Suicide mortality and pesticide use among Canadian farmers. *Am J Ind Med*, 34(4), 364-372.
- (40) Pires, M. C., Raposo, M. C., Pires, M., Sougey, E. B., & Bastos Filho, O. C. (2012). Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(1), 25-30.
- (41) Rezaie, L., Khazaie, H., Soleimani, A., & Schwebel, D. C. (2011). Self-immolation a predictable method of suicide: a comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*, 37(8), 1419-1426.
- (42) Rockett, I. R. H., Hobbs, G., De Leo, D., Stack, S., Frost, J. L., Ducatman, A. M., and Walker, R. L. (2010). Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena? *BMC Public Health*, 10(1), 705.
- (43) Schaffer, A. (2012). Suicide by overdose in a bipolar disorder cohort. *Bipolar Disorders*, 14, 122.
- (44) Schaffer, A., Sinyor, M., Howlett, A., & Cheung, A. (2012). P-208 - Suicide by overdose in a bipolar disorder cohort. *European Psychiatry*, 27, 1.
- (45) Shepherd, G., & Klein-Schwartz, W. (1998). Accidental and suicidal adolescent poisoning deaths in the United States, 1979-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152(12), 1181-1185.
- (46) Simkin, S., Hawton, K., Sutton, L., Gunnell, D., Bennewith, O., & Kapur, N. (2005). Co-proxamol and suicide: preventing the continuing toll of overdose deaths. *Qjm*, 98(3), 159-170.
- (47) Zhang, X., Li, H. S., Zhu, Q. H., Zhou, J., Zhang, S., Zhang, L., &

Sun, C. Y. (2008). Trends in suicide by poisoning in China 2000-2006: age, gender, method, and geography. *Biomed Environ Sci*, 21(3), 253-256.

4) 高處跳下(Jumping)

- (1) Beautrais, A. L. (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(5), 557-562.
- (2) Gunnell, D., & Nowers, M. (1997). Suicide by jumping. *Acta Psychiatr Scand*, 96(1), 1-6.
- (3) 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.
- (4) Kimura, R., Ikeda, S., Kumazaki, H., Yanagida, M., & Matsunaga, H. (2013). Comparison of the clinical features of suicide attempters by jumping from a height and those by self-stabbing in Japan. *J Affect Disord*, 150(2), 695-698.
- (5) Reisch, T., Schuster, U., & Michel, K. (2008). Suicide by jumping from bridges and other heights: social and diagnostic factors. *Psychiatry Res*, 161(1), 97-104.
- (6) Skegg, K., & Herbison, P. (2009). Effect of restricting access to a suicide jumping site. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(6), 498-502.
- (7) Vasquez, F., Nicolas, Y., Falconi, S., & Vite, V. (2008). *P.2.g.009 Follow-up study of suicide attempters by jumping in five years* (Vol. 18).
- (8) Wong, P. W., Caine, E. D., Lee, C. K., Beautrais, A., & Yip, P. S. (2014). Suicides by jumping from a height in Hong Kong: a review of coroner court files. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(2), 211-219.

5) 溺水(Drowning)

- (1) Cox, G. R., Owens, C., Robinson, J., Nicholas, A., Lockley, A., Williamson, M., Cheung, YTD, and Pirkis, J. (2013). *Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review*. *BMC Public Health*, 13, 214.
- (2) Haw, C., & Hawton, K. (2016). Suicide and Self-Harm by Drowning: A Review of the Literature. *Arch Suicide Res*, 20(2), 95-112.

- (3) Nowers, M. P. (1999). Suicide by Drowning in the Bath. *Medicine, Science and the Law*, 39(4), 349-353.
- (4) Salib, E. (2005). Trends in suicide by drowning in the elderly in England and Wales 1979-2001. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(2), 175-181.
- (5) Sarma, K., & Kola, S. (2010). Firearms, hanging, and drowning suicides in the Republic of Ireland. *Crisis*, 31(2), 69-75.

2. 「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文內容

我國對自殺高風險個案採取之自殺防治策略，分別為全面性(Universal)、選擇性(Selective)與指標性(Indicated)三面向。全面性策略重點在促進全體民眾心理健康，同時施以自殺相關資訊之監測；選擇性策略聚焦在高風險族群，強化其心理健康篩選及風險辨識；指標性策略則是關注高自殺風險個人，提供自殺企圖者即時的關懷與介入服務。其中，系統性的推動自殺防治工作使全面性自殺防治策略被認為有效降低自殺死亡發生，因此，本文將針對自殺防治全面性策略，就國內常用自殺方式與工具提出具體之防治策略。

分析近十年自殺身亡使用方法與工具之占率(請見下圖 4-7-1)，以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」約占三成(30.2%~35.2%)，105 年最新數據為 31.5%，為所有自殺死亡中比例最高之方法，但近年有些微下降趨勢；其次為「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」，民國 95 年至 99 年一度占率超過三成(30.8%~33.8%)，而後逐漸往下降，最新 105 年數據為 24.2%；再來是「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，從 95 年 14.9%漸升至 105 年 18.7%，有逐年上升之趨勢；而同樣為逐漸上升的「由高處跳下自殺及自傷」，從 95 年未滿 10%至今已有 12.4%，為第四常見自殺方法；排名第五的「溺水(淹死)自殺及自傷」雖未滿 10%但依然逐年些微上升至 7.3%亦不容小覷。

在自殺通報使用方法與工具方面(請見下圖 4-7-2)，依比例排序則以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」超過半數比例為最多(51.9%~60.1%)；「切穿工具自殺及自傷」近三成(24.2%~28.5%)；而低於 10%的項目為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」與「溺水(淹死)自殺及自傷」等。

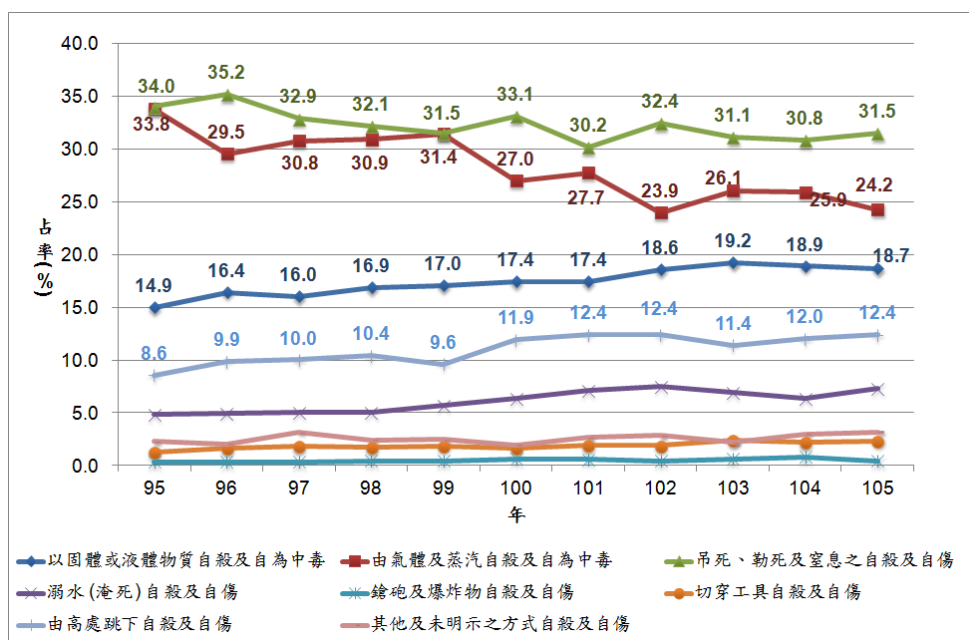


圖 4-7-1、民國 95 年到 105 年自殺方法死亡占率折線圖

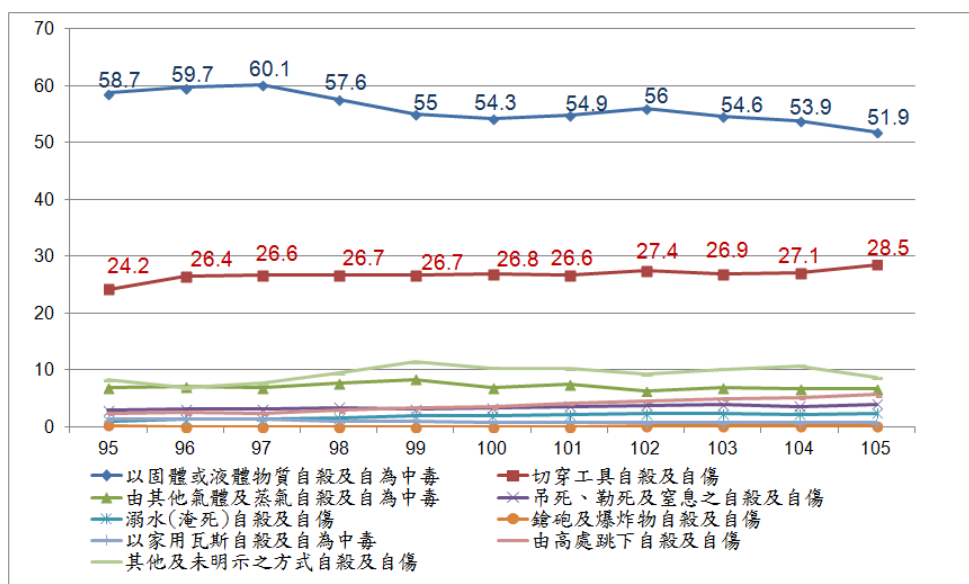


圖 4-7-2、民國 95 年到 105 年各自殺方法通報占率折線圖

綜合比較上述自殺身亡與通報之使用方法比例，以下將針對「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」、「由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」、「由高處跳下自殺及自傷」與「溺水(淹死)自殺及自傷」等五種高危險性自殺方法之防治策略提出討論。本文依據全國自殺防治中心 12 年來的工作成效與近年國外最新文獻回顧，在聚集專家召開諮詢會議後，歸納出自殺方法的防治策略，將實務與研究整合成得以提供政策擬訂與專業人員工作之建議方針。

1) 吊死、勒死及窒息自殺及自傷

此自殺方法的致命性高達七成，欲藉由管制危險物品取得的方法來防治上吊是非常困難的一項任務(僅 10%發生於監獄或醫院) (³²Gunnell et al., 2005)，由於大部分的案例發生於家中，其上吊或窒息物品(如皮帶、繩索、塑膠袋等)或環境難以防範，因此，一般防治策略重點強調早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者(near-hanging)的緊急處置、以及全面性防治策略三者(吳佳儀、李明濱，2017)。此外，文獻中多提及醫院病人與監獄受刑人的上吊防治策略，乃以環境控制與管理人員培訓兩向度為重點方向，以下條列其要點：

(1) 環境控制

a. 監獄內改裝

- a) 改變獄窗設計，去除欄杆，或是用壓克力包覆。
- b) 使用嵌入式燈具或受力就會掉落的燈具。
- c) 移除掛勾並使用非欄杆式的床。
- d) 使用嵌入式與牆壁平行的櫥子。
- e) 水龍頭與馬桶供水開關改為按鈕式，移除洗手槽固定塞子。

b. 醫院內改裝(Gunnell et al.,2005)

- a) 檢視院內可能發生上吊的環境，並更改硬體設施以維護病患安全，像是避免使用固定式支架的床、蓮蓬頭以及窗簾軌道。
- b) 評估住院病患自殺風險，高風險病患宜去除皮帶、腰帶、毛巾、床單、鞋帶等可能會被使用作為自殺的工具。
- c) 注意大多數的上吊事件並非完全懸空式的自殺行為(即懸吊高度低於身高)。

c. 管理人員培訓

- a) 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)。
- b) 訓練醫院急診人員針對上吊企圖個案進行緊急救治(Gunnell et al.,2005)。
- c) 培訓管理人員早期高風險個案辨識與自殺風險篩檢分級能力，了解其自殺危險/保護因子以利醫療轉介。
- d. 針對潛在高風險者與上吊存活者的緊急處置與後續關懷，增加相關人員輔導傾聽技巧。

2)由氣體及蒸汽自殺及自為中毒

臺灣近年致力於木炭販賣管理，請店員特別關心只買炭但沒買肉、烤肉醬等相關用品的民眾，觀察其是否面露憂鬱神色，適時提供求助資訊，有若干民眾也因此被挽回寶貴性命。此外，以下提供其他幾項具體防治策略供參考：

- (1) 連鎖量販店及便利商店收銀機可在客人購買木炭時顯示提醒關懷訊息，跳出「適時關懷，珍惜生命」字樣，提醒店員特別關心該位民眾。
- (2) 於木炭外包裝印製或張貼警語、求助資訊，並隨機抽驗通路商販賣之木炭商品是否印製警語與衛生福利部自殺防治安心專線 0800-788-995 免付費電話。
- (3) 由於木炭包裝屬「商品標示法」規範，建議請經濟部修正條例，未來將木炭外包裝印製警語列為強制性執行。
- (4) 與販售之通路商合作，於賣場木炭販賣架上或其週邊牆面，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃台等明顯處張貼宣導海報、放置關懷吊牌、摺頁或小卡等宣導資訊，尤其在烤肉熱季前夕(如中秋節)擴大燒炭自殺防治之宣導。
- (5) 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、設立木炭儲放櫃加強管制或上鎖，由店員協助方可取得等，限制其易取得性。
- (6) 透過新聞媒體及記者會宣導燒炭自殺或一氧化碳中毒之後遺症等。

3)以固體或液體物質自殺及自為中毒

以農藥與藥物自殺之防治若從政策面著手則能顯現成效，以斯里蘭卡在 2008 年起施行劇毒農藥禁令的經驗 (Knipe et al., 2017b) 顯示，施行三項劇毒農藥(paraquat 巴拉刈, dimethoate 大滅松及 fenthion 芬殺松)的輸入及使用禁令之後，使用農藥自殺死亡的案例大幅減少了 50%。南韓在 2012 年 10 月後，禁止 paraquat 巴拉刈在國內販售，亦減少了 37%的使用農藥之自殺死亡率(Cha et al., 2016)。而臺灣經過近幾年的研究與推廣，即將在 2019 年禁用劇毒農藥巴拉刈，想必能大幅降低使用該方式自殺之比例。以下將分別針對使用農藥與一般藥物採取自殺之防治策略進行闡述：

(1) 農藥

a. 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等。
- 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。
- b. 安全存放宣導：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(例如上鎖等)。
- c. 農藥購買建議採用以舊罐換新農藥的方式來管制。
- d. 宣導資訊：
 - a) 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。
 - b) 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。
 - c) 透過媒體宣導安全存放農藥(如巴拉刈)及誤食之中毒症狀和後遺症等。
 - d) 透過農會、農改場及農藥販售通路，向農民宣導壓力管理及珍愛生命守門人之概念，呼籲人人互相關懷，並推廣簡式健康量表(心情溫度計)，促進農民進行自我心理健康管理。
 - e) 強化緊急醫療救護，加強急診對於常見農藥中毒之處理及急救。
 - f) 透過農會、四健會系統，關懷探視區內孤獨老農民。

(2) 一般藥物

- a. 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)。
- b. 與藥局合作，於店內如立牌、海報、單張、結帳櫃檯電視廣告、店內廣播等通路，宣導自殺防治概念；並於店內週邊牆面，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃台等明顯處張貼宣導海報、放置關懷吊牌、摺頁或小卡等宣導資訊。
- c. 與藥師公會及社區藥局合作，加強縣市內社區藥局及藥師之「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。
- d. 特殊病人用藥注意事項：慢性疼痛病人：該症狀病人有很高的比例合併憂鬱症及自殺意念，臨床醫師若開立鴉片類止痛藥，務必開立較短期的處方，且最好由家人保管這些鴉片類止痛藥；憂鬱症病人：其在急性期時將合併高比例的自殺意念，醫師開立用藥時，宜優先考慮過量時較不易造成生命危險的用藥，如抗鬱劑的使用，「選擇性血清素回收抑制劑(SSRI)」、「選擇性正腎上腺素/血清素回收抑制劑(SNRI)」，就比傳統的三環抗鬱劑安全。

4)由高處跳下自殺及自傷

預防高處跳下的自殺事件皆以設施的安全性強化為主，有研究發現增設柵欄與安全網有助自殺率下降，像是橋柵欄高度在 2.3 公尺以上，以及架設低於行人路面 4 公尺深的安全網，或限制至少在 15 公尺以上的高度禁止跳躍而加設護欄及安全網等(Hemmer et al., 2017)。以下將列舉其他幾項具體策略提供參考：

(1) 硬體安全裝置及監測有利於防治自殺(Barber et al.,2014)

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

(2) 高樓的安全設計、醫院與精神醫療機構樓梯和屋頂入口管制，甚至設置緊急諮詢用電話，都可能具有預防自殺的效果。

5)溺水(淹死)自殺及自傷

(1) 年老多病者是浴缸溺死的高危險群，特別是久病年邁且具有精神疾病病史和自殺史之女性，故預防方式仍應著重在分析發生事前的原因和線索並加強年長久病者的社會支持網絡等(Nowers, 1999)。因此，勿使年長多病體衰者有機會進入浴缸，並額外加強社會支持網絡等(Nowers, 1999)成為最根本的防治策略。另外，針對戶外水域自殺事件的防範，有以下兩點建議：

- a. 將自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區(Cox et al., 2013)。
- b. 在自殺熱點或者水邊設立警告標示以及電話，限制進入深水區域。

最後，期盼上述條列之全面性自殺防治策略得以連結社區、商家、醫療與照護機構到各地方衛生局處，甚至是大眾媒體管道，推廣各社群之自殺防治知能，促成網網相連的安全防護系統，落實「人人都是自殺防治守門人」之終極目標。

3. 專文宣導管道

「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文除發布於本中心網站最新消息外，同時發文至衛生福利部以及各縣市衛生局，以期自殺防治相關業務承辦單位閱讀與執行相關策略擬訂。另外，於本中心所發行之「自殺防治網通訊」季刊中亦刊載本專文之摘要以利推廣至全體民眾，強化「自殺防治，人人有責」之理念。

4. 結論

本中心針對國內常用自殺方式或工具，蒐集國外歷年自殺防治策略文獻，共蒐集 85 篇。針對本次文獻蒐集與策略規劃，中心制訂一套系統性文獻搜尋與管理方式，以提升文獻蒐集品質與標準。期待能透過彙整有效且具體的自殺防治策略，促進臺灣自殺防治領域的發展。此外，文獻蒐集彙整成果除呈現於報告中，亦供我國中央與各縣市衛生局參考及運用，實踐宣導之目的。

醫院自殺防治工作手冊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

所謂「自殺防治、人人有責」，在自殺防治工作中，為達全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理想，各類專業人員的積極投入十分重要。根據研究指出，自殺身亡者在自殺前一週內就醫的比例為 54.3%，前一個月就醫的比例更可達 74.6%，然而卻有相當比例的人不曾求助過精神醫療專業人員。而在自殺死亡率最高的族群—65 歲以上之老年人，自殺身亡前一個月內，曾至醫院診所就診的比例高達九成。由此可見，醫院非常容易接觸到自殺高風險群，故推動以醫院為基礎的自殺防治，實為自殺防治網絡中重要的一環。

在醫院的自殺防治網絡中，除了精神專科醫療人員之外，非精神科及其他醫事人員等醫療機構照顧者亦相當重要。增加醫療人員對自殺防治的認識與投入的熱忱、提高自殺高風險群的辨識率、擬訂院內高風險群之有效防治策略、規劃院內自殺防治作業流程、監督與評估醫院自殺防治個案管理機制，乃醫院自殺防治工作當務之急。

2. 業務或方案的目的與目標

更新編製「醫院自殺防治工作手冊（電子書）」推展至各級醫院；並同時研擬醫院自殺防治工作推動情形之衡量指標置放於手冊內，供醫院推動自殺防治相關業務時自我評量，以及提供各縣市衛生局督考醫院時參考運用。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 成立專家編輯小組，並召開專家編輯小組會議。
- 2) 依據會議結論編修手冊內容。
- 3) 彙整手冊初稿並寄予專家編輯顧問審閱。
- 4) 根據專家編輯顧問給予之建議修改手冊內容。
- 5) 手冊內容定稿。
- 6) 進行手冊排版、校稿、申請手冊平裝 ISBN、申請手冊電子書 ISBN。
- 7) 印刷成冊、將手冊電子檔上傳中心網站供民眾下載閱覽。
- 8) 推廣手冊致各縣市衛生局及各級醫院。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、衛生福利部八里療養院前院長陳俊鶯、臺大醫院廖士程醫師、國立臺灣大學醫學院護理學系吳佳儀副教授、新光吳火獅紀念醫院詹佳達醫師、臺北榮民總醫院楊凱鈞醫師、衛生福利部桃園療養院吳恩亮醫師、衛生福利部八里療養院戴萬祥醫師。
- 2) 資源連結內容及形式：專家會議、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

三、過程(Process)

1. 於全國自殺防治中心業務會議，決議成立「醫院手冊修改專家編輯小組」，招集人為陳俊鶯常務理事，邀請各專家組成編輯小組。
2. 召開「醫院自殺防治手冊編輯小組會議」。
3. 邀請專家編輯委員編寫手冊內容。
4. 彙整專家編輯委員之撰寫初稿。
5. 邀請專家進行審閱，修正後定稿。
6. 將手冊交予廠商進行排版。
7. 申請國際標準書號(ISBN)。
8. 校稿確認後印刷成冊。
9. 將手冊電子檔上傳至中心網站。
10. 函文至各縣市衛生局，將手冊推廣至各縣市衛生局與各級醫院。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 召開「醫院自殺防治手冊修改編輯小組會議」，會議決議如下：
 - (1) 更新大綱，新增「醫院特殊族群之自殺防治」章節，包含老年病人、兒童與青少年病人、癌症病人。
 - (2) 確定撰寫項目分配。
- 2) 《醫院自殺防治工作手冊》內容主要分為「自殺防治綜論」、「醫院自殺防治策略」、「醫院自殺防治組織與運作」、「醫院特定族群自殺防治」等四部份。各章節目錄如下：
 - (1) 自殺防治綜論
 - a. 自殺防治的重要性
 - b. 自殺之保護因子與危險因子
 - c. 全國自殺防治策略
 - (2) 醫院自殺防治策略

- a.全面性
- b.選擇性
- c.指標性

(3) 醫院自殺防治組之與運作

- a.自殺防治小組之組織與任務
- b.自殺通報標準作業流程
 - a) 綜合醫院
 - b) 專科醫院
- c.自殺高風險個案追蹤關懷
- d.自殺防治教育訓練
- e.自殺防治環境安全管理
- f.自殺防治機制評值指標

(4) 醫院特定族群自殺防治

- a.老年病人
- b.兒童與青少年
- c.癌症病人

(5) 相關資源

3) 醫院自殺防治工作摘要如下：

- (1) 行政管理：發展完備組織、運作機制及作業規範。
- (2) 個案管理機制：院內應建立暢通之自殺個案通報流程與追蹤關懷制度，指引院內醫療人員進行個案評估、通報、追蹤管理與關懷。
- (3) 教育宣導：院內應定期辦理自殺防治教育訓練，促進醫療團隊知能。
- (4) 環境安全管理：應定期檢視及維護院內自殺防治環境安全。

2. 結論

藉由此手冊之編製，盼能協助各醫院自發展適用於院內的自殺防治工作手冊或指引，以增強醫療人員對於自殺高風險個案的敏感度及處理能力，擬訂有效的防治策略、作業流程與評估機制，並藉由主管暨全體員工的推動與投入，促進全院自殺防治工作。

五、 附件

4-7-1、《自殺防治系列 37-醫院自殺防治工作手冊》

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

全國的三個自殺防治策略中為指標性、選擇性、全面性策略，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命守門人意指當接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做適當的回應或轉介，預防憾事之發生。

根據研究顯示，自殺死亡者在自殺身亡前 7 天內就醫的比例皆在 60% 左右，自殺身亡前 90 天更可達 80%，此一數據突顯第一線專業人員醫師、臨床心理師、社會工作師、護理師等必備自殺防治相關的理論知識與實務是相當重要。

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，期盼透過此次守門人訓練課程，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介入技巧，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。最後，便是針對具有自殺相關議題的族群擬定介入處遇計畫以降低個案的自殺危險性，亦促進對於每一個人對自殺議題的關懷。

2. 方案的目的與目標

- 1) 透過本課程讓參與訓練者了解自殺防治新知，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) 辨識自殺高風險族群到評估自殺意念者、自殺企圖者的危險性，並理解大部份具有自殺相關議題的個案在生理、心理、社會的各個層面上具有一些共通的特徵，形成加重自殺危險的危險因子或減緩自殺危險的保護因子。
- 3) 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，並學習基礎的自殺介入技巧，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。
- 4) 透過了解自殺防治現況及精神醫療專家之實務經驗傳授，結合理論與寶貴經驗交流，增進國內自殺防治工作之效能。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 規劃課程大綱及內容。
- 2) 聯繫合作、協辦單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：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、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、中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、台灣輔導與諮商學會、中華民國基層醫療協會、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、台北市社會工作師公會、中華民國醫務社會工作協會、社團法人中華民國肯愛社會服務協會、社團法人國際生命線台灣總會、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、台灣年輕藥師協會、財團法人陽光社會福利基金會、社團法人台灣向日葵全人關懷協會
- 3) 資源連結內容及形式：透過協辦單位將課程訊息轉知報名、共同辦理 1 場次大型自殺防治守門人講座。

三、過程(Process)

1. 與專家會議提案討論合作單位名單以及課程內容規劃。
2. 專家會議提案討論相關課程內容及規劃，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」。
3. 考量課程推廣效益，與中華民國醫師公會全國聯合會合作辦理，日期訂於 5 月 19 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 27 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。
4. 專家會議討論擬定課程主題及綱要，聯繫合作協辦之學、協會相關單位。
5. 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。
6. 與講師們聯繫、蒐集課程相關資料及講師資訊，及申請該訓練之各專業人員

繼續教育積分。

7. 匯集講師簡報及簡歷，製作課程手冊。
8. 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。
9. 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，設為數位學習課程之一，供當日未能參加之人員觀看。
10. 課後填寫講座滿意度調查回饋，問卷內容包含對於課程整體滿意度、場地、講師授課內容、時間規劃，並做整理分析，為往後講座改進之指標。

四、成果(Product)

1. 執行結果

5月19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」。由全國自殺防治中心張書森副執行長及陳俊鶯副主任擔任講師。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)、自殺防治業務之精進與落實(自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險群之關懷與處遇、如何增強自殺防治實務第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作、如何建立自殺高風險者之整合性與持續性之照護防治網)，最後並結合綜合討論，詳細議程請見下表 4-8-1。

當日亦於全國 27 間地區醫院同步視訊轉播，詳細場地詳見表 4-8-2。當日總人數為 813 人，醫師占 168 人，護理人員占 389 人，臨床心理師占 41 人、諮商心理師占 7 人，藥師占 63 人，社工師占 39 人，職能治療師占 46 人，非執業中之醫事人員占 45 人及其他占 15 人。

表 4-8-1、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練議程表

時間	議程表
13:30~13:40	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：李明濱名譽教授(台大醫學院)
	主 持 人：
	台北現場：李明濱名譽教授(台大醫學院) 邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會)
13:40~14:15	彰 化 縣：黃明和總裁(彰濱秀傳紀念醫院) 巫喜得理事長(彰化縣醫師公會)
	台 南 市：郭宗正院長(郭綜合醫院) 黃仁享理事長(台南市醫師公會)
	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)
	周煌智醫師(高雄凱旋醫院)
14:15~15:20	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)
	龍佛衛院長(迦樂醫院)
	第一場：自殺防治新視野 主講人：張書森 副執行長(全國自殺防治中心)
	第二場：自殺防治業務之精進與落實
15:20~15:30	• 自殺高風險群之辨識與評估
	• 自殺高風險群之關懷與處遇
	• 如何增強自殺防治實務第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作
	• 如何建立自殺高風險者之整合性與持續性之照護防治網
	主講人：陳俊鶯 副主任(全國自殺防治中心)
	綜合討論(主持人及所有主講人)

表 4-8-2、第一線專業人員自殺防治守門人課程場地分配

地區	地點
現場	臺大醫院第七講堂(臺北市常德街 1 號)
雙向互動會場	
【彰化縣】	彰濱秀傳紀念醫院八樓會議室
【臺南市】	郭綜合醫院 B 區 5 樓榕華廳
【高雄市】	高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川六樓第一講堂
【屏東縣】	安泰醫院 B 棟 11 樓第一禮堂
單向會場	
【宜蘭縣】	國立陽明大學附設醫院知行樓 1 樓會議室
【桃園市】	天晟醫院 B1 國際會議室
【新竹縣】	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
【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 高雄市立小港醫院 8 樓教學討論室
【高雄市】	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】	花蓮縣醫師公會會議室 玉里慈濟醫院七樓慈濟部會議室 慈濟綜合醫院關山分院 5 樓慈濟部
【臺東縣】	蘭嶼鄉衛生所長期照護中心 綠島鄉衛生所主任辦公室
【澎湖縣】	三軍總醫院澎湖分院醫療大樓第一會議室
【連江縣】	連江縣立醫院 3 樓講堂

2. 結論

- 1) 本課程主題訂為自殺防治：新知與精進，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，目的在於學習辨識高風險族群、關懷與溝通且利用轉介資源，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 27 間醫院同步視訊，進行單向及雙向討論，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。
- 4) 本次課程滿意度回饋中，許多第一線人員建議課程內容能夠多一些實際相關案例，以更好了解、發現潛在危險自殺者，更多關於場地指引以及一些硬體設備的改善意見，課程整體滿意度高達 95% 以上，也希望未來有更多關於自殺防治相關講座可以參與。

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之重要課題，根據 2014 年世界衛生組織 (WHO) 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，涉及個人、社會、心理、文化、生物和環境等多種因素的相互作用。也因此，識別出相關的危險因子，並透過適當的方式來介入，成為自殺防治策略有所成效的基礎。現行國內自殺防治策略包含全面性(Universal)、選擇性(Selective)和指標性(Indicated)三個層面，這也與國際主流的自殺防治策略相同。

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、督導媒體報導與提升社會大眾心理健康等方式降低自殺風險。選擇性自殺防治策略針對自殺高風險群為對象，雖然未有自殺行為，但是其生理、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自殺風險者的心理健康篩檢、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追蹤關懷特定的自殺高風險群，並協助得到適當的支持，同時依照其需求連結相關資源。

本章節透過瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗，以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，再者根據本學會之研究分析，我國自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域以及臨床特性之差異，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。2017 年台灣自殺死亡方法 32.6% 為上吊、24.7% 為氣體相關中毒、17.1% 為固體相關中毒、12.5% 為墜樓，而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 2017 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。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，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，中心陳俊鶯副主任與學會吳佳儀理事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、公共衛生學等領域。本案將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 月底於全國自殺防治中心會議室進行專家會議，初步規劃文獻蒐集與策略規劃之方向。

(2) 4 月底針對自殺防治國外文獻，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，建立系統性搜尋之策略。

2) 進行系統性文獻蒐集

(1) 4 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、國家等關鍵字以矩陣排列進行系統性搜尋。

3. **文獻整理**：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。於本報告將所有搜尋策略及分析方法做詳細之描述，並提供完整之書面報告與建議。
4. **策略規劃**：本案執行團隊人員將已查到的文獻，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。

「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、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。

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 等搜尋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 behavior)、自傷(self-injury、self-harm)與中毒自殺(self-poisoning)、預防(prevention)、介入(intervention)、策略(strategy)、管理(management)、政策(policy)與指南(guideline)之間的組合，然後點選 2017 年至 2018 年系統回顧文獻搜尋結果。

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，根據上述分類方式匯入書目管理系統 EndNote 彙整。

2. 自殺防治方法或策略政策之文獻蒐集

今年度中心共蒐集到 32 篇自殺防治方法、策略或政策之相關文獻與資料，以下分別敘述：

- 1) 資料庫搜尋：中心用 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 behavior)、自傷(self-injury、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(policy)、指南(guideline)。

然後選取 2017 年至 2018 年所有與自殺防治方法、策略或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 4-9-1(以 Scopus 為例)：

表 4-9-1、Scopus 搜尋結果

Title, 國家名 (Title suicid* OR Abstract),AND, 2017-2018	preve- ntion	interv- ention	strateg*	Manag- ement	polic*	guidel-i 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：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)、方法(method)與手段(mean)之間的組合，然後點選前 10 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，扣除重複或不符合需求之文獻後，共計 32 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

本報告結合前幾年搜尋之文獻，並加上今年度新增之 32 篇自殺防治相關文獻共 100 篇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：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、心理衛生、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、守門人訓練與教育、LGBT、臨床實務、電話與自殺防治。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. 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.
- h. 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.
 - i. 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.
 - j. 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.
 - k. 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.
 - l. Goldney, R. D. (2003). Hanging crepe in suicide prevention.
 - m. 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.
 - n. 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.
 - o. 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.
 - p. 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.
 - q. 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.
 - r. 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.
- s. 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.
 - t. 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.
 - u. 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.
 - v. 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.
 - w. Lester, D. (2007). Sex differences in surviving suicide attempts by jumping: a review. *Psychological reports*, 100(3_suppl), 1121-1122.
 - x. Combalbert, N., & Bourdet-Loubere, S. (2006). Suicide by jumping and strategies to prevent it. *EVOLUTION PSYCHIATRIQUE*, 71(4), 685-695.
 - y. 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.
 - z. Anglemeyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household Members A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 160(2), 101-110.
 - aa. Lewiecki, E. M., & Miller, S. A. (2013). Suicide, guns, and public policy. *American journal of public health*, 103(1), 27-31.
 - bb. 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.

- cc. 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.
- dd. 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.
- ee. 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.
- ff. 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.
- gg. 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.
- hh. 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.
- ii. Haw, C., & Hawton, K. (2016). Suicide and self-harm by drowning: a review of the literature. *Archives of suicide research*, 20(2), 95-112.
- jj. 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.
- kk. 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. Miharuru 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](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. Kryszynska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Caele, 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 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., Cleave, 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 Koutsafitis, 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. Feters. (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., Nallamotheu, 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 4-9-2：

表 4-9-2、國外自殺防治文獻類型，共 100 篇

全面性自殺防治策略(56)	減少致命性自殺方法的可得性(37)
	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)
	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)
	LGBT(2)
指標性自殺防治策略(11)	臨床實務(7)
	電話自殺防治(4)

可以從表 4-9-2 發現到幾個特徵。首先，這 100 篇文獻可以根據其主題分為 17 種類型，除了「科技與自殺防治策略」、「自殺與國家經濟」外，其餘 15 種類型皆為自殺防治常見的主題，像是媒體報導、校園自殺防治策略、原住民自殺防治策略、臨床實務、老人自殺防治、軍人自殺防治等。這代表近兩年這些先進國家在自殺防治策略的規劃方向上，其實都大同小異。至於「科技與自殺防治策略」、「自殺與國家經濟」這個主題，「科技與自殺防治策略」為去年的國外文獻即出現之主題，在近兩年數目有相當的成長，由 1 篇成長為 4 篇，顯示出未來自殺防治策略規劃的趨勢，各國開始致力於結合科技技術與社會等不同層面，追求策略應符合群眾的需求；「自殺與國家經濟」則顯示出各國不僅推行自殺防治策略，亦開始檢視推行策略所能帶來的經濟效益，減輕自殺防治所可能面臨的阻力，鞏固及加強自殺防治策略的推行。

- 3) 為因應 2018 年需求項目之分析常見自殺工具之具體策略 37 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 4-9-3、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

排序	名稱	年代
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 intervention trial	2015
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

排序	名稱	年代
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
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

4) 國外自殺防治策略整理

(1) 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，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，其中男性、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。

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

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。

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觸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)。

在國際性的文獻回顧中，橫跨 16 個國家並進行 27 項相關研究。其研究結果皆顯示在頒布農藥禁用之後，其農藥自殺率明顯下降。然而沒有證據指出限制職業的銷售是有效的。故透過禁令降低農藥的可能性是有效的自殺防治策略(Gunnell, Knipe, et al., 2017)。中國的研究亦指出相似的結論，於 2006-2013 年的自殺死亡率趨勢分析中，提及對於農藥的自殺防治政策則強調安全使用的重要性，限制獲取可導致農藥自殺率的下降(Page & Liu, 2017)。另有研究指出除去高危險性的農藥是更有效的

預防自殺策略，減少農藥儲存量之效用並不大(Pearson, et al., 2017)。

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。Sinyor 等人於 2017 年分析 5403 筆自殺資料後，亦得到相似的結論，即搭設屏障後，高處跳下之自殺率明顯下降，且會牽動整體自殺率的顯著下降。但自殺率仍會受到媒體的長期影響，當重複報導發生時，將致使自殺率部分上升。

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。

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。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病以外，還包含感情因素、失業、經濟壓力等原因，精神疾病部分則以憂鬱症佔率最高達 33.7%，思覺失調症則佔率 20.2%，而從這些亡者得就診紀錄來看，發現多數並未就診或是根本無長期遵從醫囑(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 成的比率佔有癌症。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。

(2) 全面性自殺防治策略

a. 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，媒體報導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。Nicholas 等人於 2018 年提及在大眾媒體傳播中納入自殺防治專家、自殺倖存者的意見或心路歷程是重要的，這些訊息相當有助於在媒體中的自殺防治。

當各種傳統媒體和社交媒體平台的迅速發展，Law 於 2016 年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、志工)並改良醫療與社政對有自傷行為的個案的轉介系統。

(3) 選擇性自殺防治策略

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污名化(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，日本的 Oyama 等人於 2017 年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。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，Sun 等人於 2016 年的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。校園防治方面，美國 Totura (2011)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污名化的問題，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。Han 等人於 2018 年進一步地說明在校園中實施低強度的(low intensity)線上心理教育課程(ProHelp)提供友善、清楚且有幫助的訊息，藉此強化助人行為的信念，以讓學生成為自殺防治守門人，有足夠能力去協助身邊具有自殺意念的親友。此外，Bailey 等人於 2017 年舉辦相關的自殺防治工作坊亦是有幫助的。

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污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 等人於 2016 年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 等人於 2015 年針對澳洲 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。Nasir 等人 2017 年亦強調有效的策略必須對所有當地社區具實用性與關聯性，並且可以持續發展。在充分諮詢社區狀況後，所發展的策略即因地制宜之訓練與介入。Tighe 等人於 2017 年就針對澳洲 Kimberly 地區宣傳與安裝行動應用程式(APP)，以自助式的行動應用來推廣自殺防治等概念，其結果顯示可以有效地減少憂鬱及心理困擾，但對於自殺意念的減低效果仍不明顯。另外，關於美國印地安青少年的自殺議題，Tingey 於 2014 年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 於 2016 年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 等人於 2004 年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，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，Elizabeth 於 2016 年的研究建議，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。

d) LGBT

性少數群團體也是自殺防治不可忽視的一塊，美國的 TS 等人於 2016 年透過文獻回顧，評估同性戀、雙性戀傾向之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污名化影響，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)。Raifman 於 2016 年的研究結果則發現，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(包含同性戀、雙性戀及跨性別者)。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) 指標性自殺防治策略

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% 被確診有心理疾病，9% 則為住院病人。在精神疾病中人格障礙和思覺失調症，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 等人於 2016 年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 等人於 2016 年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 於 2015 年的研究指出四個家庭預防，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、情緒調適、對家庭氣氛以及孩子的精神健康有明顯的幫助。

整體而言，Andriessen 等人於 2017 年提出對於自殺介入的三項重點：(a)提升跨文化的合作性，並銜接在地與國際之間的差距，特別是要重視非西方觀點的哀傷議題，由此才能更加深入理解自殺後的喪痛。因此，須要考量文化、歷史、傳統與其他社會信念系統所扮演的角色；(b)提升

以理論為基礎的研究，因為目前大多數都是非理論為基礎的研究。所以，須要提及相映實證基礎的理論或模式，使其更加深理解哀悼經驗與發展軌跡；(c)建立理論與實務的連結，而衛教是理論與實務中不可或缺的要素，進一步地把理論轉換為實務上可用的形式。訓練也同樣是提供充足的機會去包含相關的研究理論並進展到實務。

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。

Brian 等人於 2016 年的研究指出電訪中服務人員是志工或專業者，在通話處理的滿意度上，正式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。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。

4. 國內自殺防治策略規劃

1) 國內自殺防治現況

根據中心統計至 2017 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。

全國 2017 年自殺死亡人數 3,871 人；自殺粗死亡率每十萬人口 16.4 人，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 15.0%、與 2015 年(每十萬人口 15.7 人)相比上升 2.5%(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 4-9-2 之「1994-2016 年全國自殺死因佔率」趨勢圖，可以見到「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,263 人，佔率 32.6%)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」(956 人，佔率 24.7%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(663 人，佔率 17.1%)則排名前三名，「由高處跳下自殺及自傷」(482 人，佔率 12.5%)、「溺水 (淹死) 自殺及自傷」(276 人，佔率 7.1%)，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 年之佔率 20.7%，至 2006 年已達 33.8%，於 2017 年下降至 24.7%，明顯接近該年度上吊比例(32.6%)。

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 mortality ratio, 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 Taiwan: 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(Indicative)策略。全面性自殺防治策略之目標對象為全體民眾，像是提升公眾對自殺議題的關注與認識、降低致命工具之易取得性、負責任的媒體報導等方式，來促進心理衛生與減少自殺的危險。選擇性自殺防治策略針對的是某些特徵(如年齡、性別、職業狀況等)的高風險群為對象，雖然個體並沒有自殺行為，但是他們在生物、心理或社會經濟等方面有較高的自殺風險，以守門人(Gatekeeper)工作推廣為核心方法。指標性自殺防治策略主要在於追蹤特定的高風險個案，主要在於追蹤關懷自殺企圖者，強化偏遠地區之緊急救護能力，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，以防止其再度企圖自殺。像是精神疾病患者、自殺企圖者與自殺未遂者。

為有效降低國人自殺死亡率，行政院於 2005 年 5 月核定「全國自殺防治策略行動方案」第一期計畫，計畫期程為 2005 年至 2008 年，計畫期間以委託經營方式成立國家級「全國自殺防治中心」，在此期間，由「台灣憂鬱症防治協會」承接該中心之經營運作。該中心為全國性自殺防治工作最高指導機制「行政院心理健康促進及自殺防治會報」中協助執行幕僚工作，亦擔任全國性自殺防治工作之整合平臺，協助各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院及相關自殺防治機關(構)等，推動以下措施：(一)依據全體民眾、高風險群及企圖自殺未遂者不同對象，推動全面性、選擇性及指標性自殺防治策略；(二)試辦先導區及推廣區計畫，並將其自殺防治個案關懷模式經驗，推展至各縣市；(三)辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，做為政策研擬之參考；(四)自殺危險性評估工具發展；(五)資源及衛教手冊編訂；(六)專業人員教育訓練；(七)協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；(八)促成國際交流合作等。此外，並開辦 0800788995 免付費 24 小時安心專線，建置自殺未遂個案通報關懷系統，擇定 11 個縣市試辦先導區及推廣區計畫，推動自殺防治守門人訓練等重點工作，推動「自殺防治、人人有責；網網相連、繼往開來」之理念。

第一期計畫執行成效經檢討評估，開始執行「全國自殺防治策略行動方案」第二期計畫，期程為 2009 年至 2012 年。修正後精神衛生法已於 2008 年 7 月正式施行，第二期計畫重點工作包括：由先導區及推廣區擴展至全國，強化各縣市層級自殺防治工作之推動，提升社區心理衛生中心功能，以落實推動第一期計畫於先導區及推廣區之試辦經驗。在此同時，「台灣自殺防治學會」承接「全國自殺防治中心計畫」，進一步結合醫事專業、心理學、衛生教育、社會工作、流行病學、統計資訊、健康傳播等專業人員及

該領域之意見領袖，並與其他自殺防治相關專業學協會共同合作，以全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，推動全國自殺防治工作。自 2013 年至 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。

2018 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，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 4-9-4、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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
(5)科技與自殺防治	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>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</p>
(6)對高危險群介入關懷	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>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</p>
(7)守門人訓練	<ul style="list-style-type: none"> 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》 	<p>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</p>
(8)社區及校園自殺防治	<ul style="list-style-type: none"> a. 針對高危險縣市做訪查 b. 服務學習之推廣自殺防治 	<p>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</p>

(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	a. 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 4-9-4 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求，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。

5. 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。

中心以國外近年最新的 100 篇自殺防治文獻、世界各國關於自殺方法或工具的研究與防治策略，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、如何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。

青少年、職場勞工與網路自殺防治衛教短片

一、背景(Context)

近年來，有許多與青少年、職場勞工、網路族群相關的自殺消息受媒體報導，引起社會大眾關注。為促進社會對青少年、職場勞工、及網路族群對自殺防治的重視，本中心欲透過製作個案心路歷程或個案見證短片及劇情片，藉此鼓勵身處逆境的民眾，並適時結合訪談有名人士，去除自殺社會汙名化、增添社會對遭遇自殺議題者的接納及包容。

此外，根據研究指出台灣人平均擁有四個社群帳號，其中 Facebook(90.9%)與 LINE(87.1%)分別占第一、二名，而 Instagram 也擁有 32.7%的使用者，進一步分析使用社群網站的頻率，發現每週瀏覽 LINE 和 Facebook 的頻率高達八成五。依據內政部警政署統計，2014 年至 2017 年 3 年間，各縣市警消局處共接獲 2,046 件自殺報案，而網路自殺通報僅佔 1.4%(約 29 件)，然而，事實上有許多自殺身亡者曾經在社群網站上透露出輕生念頭，若能及時給予協助，或許能挽救寶貴的生命。

本中心將製作一部青少年自殺防治衛教短片、一部職場勞工自殺防治衛教短片以及一部長度為 10~15 秒之網路自殺防治衛教短片，並透過社群網站的影響來推廣求助資源、宣導自殺防治的觀念，使民眾更加了解自殺防治的重要性，藉此讓有自殺意念的人能主動求助、廣為傳播。

二、輸入(Input)

1. 青少年自殺防治衛教短片

- 1) 影片內容：本劇以案例改編社會寫實類劇情片之手法，拍攝一部青少年自殺防治衛教短片，其故事為社會中常見的青少年之發展及生命階段任務危機為核心，且從中衍生自殺企圖。
- 2) 劇本/故事大綱：故事描述一位 17 歲、單親青少年游雅婷，目前高三。獨自扶養雅婷的游媽媽，從雅婷開始有升學壓力之後便對她的學業成績非常地嚴格，採取高壓控制的態度，給予雅婷許多長期的壓力。雅婷總是回應媽媽的期待，但卻也感受不到媽媽直接的肯定和溫暖。某天雅婷透過同學介紹，下載手機聊天 APP，認識一位年齡較長的男網友，但卻馬上被媽媽發現後沒收手機。雅婷一氣之下便翹課與男網友出門，但換來媽媽完全無法諒解的反應。雅婷忍受不了、感到非常絕望的時候，服下大量的安眠藥。後來雅婷被送至醫院緊急治療，接受急診醫師後與媽媽心理師的介入。雅

婷媽媽則從本來的震驚、生氣，到慢慢接受現在雅婷的狀況，在心理師的說服之下，和雅婷一起嘗試接受數次的家族治療。在數次治療後，雅婷的精神狀況和情緒好轉了許多，而媽媽也更能正視雅婷的需要。(完整劇本請見附件 5-1-1)

3) 製作期程

工作內容	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
【前置期】								
劇組形成								
勘景								
尋求演員								
劇本形成								
分鏡表								
器材及場地安排								
【拍攝期】								
【後置期】								
剪輯、字幕、配樂								
【影片完成】								

2. 職場勞工自殺防治衛教短片

- 1) 影片內容：本劇以微紀錄片之手法，針對職場勞工族群，尋求一位曾有相關經歷的個案報導人，邀請其接受訪問、拍攝，形成一部具有衛教意義的真人真事短片。影片以拍攝「報導人日常生活及工作」與「報導人訪問」影像為主，並於中後段穿插結合「專家訪談」片段，最後在故事尾聲放置「社會名人呼籲」片段。
- 2) 劇本/故事大綱：本劇主要報導人是一位長期受憂鬱折磨的中年職業婦女，自三十歲出頭便與案夫決定攜手從事沖床製造業，在共同經營開設的工廠內擔任副手。然而，當時工作尚處開發階段與面臨家庭經濟壓力、又處在職業婦女與全職母親的雙重角色下，在與案夫發生數次工作上的衝突和爭執的情況下，每次的衝突都使她感受到被否定。邁入四十歲以後，報導人描述當時出現憂鬱症的情況，身體逐漸消瘦並出現狀況，工作表現與成果不如以往，凡事得仰賴他人提醒與協助。此時報導人與案夫開始到處求神問卜、學習太極拳和瑜珈、爬山運動，但憂鬱情況仍未見起色，在情緒擺盪到谷底時，也曾經出現想要自我了斷的強烈意念。後來，在親戚的引介下，報導人接觸到精神醫療的資源，憂鬱症逐漸好轉，甚至加入團體心理

治療的行列，結交了一群可以支持自己、能夠信任的朋友，漸漸改變以前不安和壓抑的性格。同時報導人仍維持爬山運動的習慣、穩定就醫，並會嘗試運用自己的經驗，支持身邊處於低潮的親友們。

3) 製作期程

月份	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
工作內容								
【前置期】								
尋求個案及預訪								
名人邀請								
勘景								
器材安排								
【拍攝期】								
【後置期】								
剪輯、後製、配樂								
【影片完成】								

3. 網路自殺防治衛教短片

- 1) 影片內容：本劇以設計動畫手法呈現 10~15 秒的故事，旨在藉由社群網站推廣求助資源、宣導自殺防治的觀念，使社會大眾能了解自殺防治的重要性，以及轉介精神醫療的可近性和必要性，藉此促進一般民眾面對自殺意念者求助時，能積極關懷並即時給予協助。
- 2) 劇本/故事大綱：共有〈學生想不開怎麼辦？關懷與資源連結〉和〈想自殺怎麼辦？1 問 2 應 3 轉介〉兩部影片。在〈學生想不開怎麼辦？關懷與資源連結〉中，故事描述主角小雯在教室難過哭泣，恰巧被滑手機經過的同學小倩看見，小倩上前安慰並利用心情溫度計 APP 提供協助，轉介精神醫療。在〈想自殺怎麼辦？1 問 2 應 3 轉介〉中，故事描述同學小倩在社群網站上看到主角小雯難過的訊息，因此主動接觸關心，並善用「一問二應三轉介」的關懷技巧，提供主角小雯所需之轉介資源。

3) 製作期程

月份	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
工作內容								
【前置期】								
撰寫企劃書								
題材形成								
【製作期】								

【影片完成】	
影片發佈	
成果報告	

三、過程(Process)

1. 青少年自殺防治衛教短片

1) 前置期

(1) 2018 年 4 月由專案負責人規劃、討論拍攝方式，包含演出、時間長短等。
最後定案以改編真實案例之劇情片為優先，並且將時間限制於 15 分鐘以內。

(2) 2018 年 5 月故事大綱撰寫完畢。

(3) 2018 年 9 月完整劇本撰寫完畢。

(4) 2018 年 10 月場次分鏡表繪製完畢。

2) 拍攝期

(1) 2018 年 11 月依完整劇本及場次分鏡表進行拍攝。

3) 後製期

(1) 2018 年 11 月-12 月進行剪輯、字幕、配樂完成影片。

2. 職場勞工自殺防治衛教短片

1) 前置期：透過引介連繫主要演員，說明本片初步企劃，徵求出演意願。

(1) 2018 年 4 月由專案負責人規劃、討論拍攝方式，包含演出、時間長短等。
最後定案以報導式微紀錄片拍攝，並且將時間限制於 15 分鐘以內。

(2) 2018 年 5 月預訪主要演員，針對本片拍攝手法、身份曝光程度深入討論，
並初步了解主要演員之背景及其生命故事。

2) 拍攝期

(1) 2018 年 6 月-10 月依主要演員之生命故事撰寫預計拍攝畫面，並前往主要演員工作場所勘景、訪談及實地拍攝。

(2) 2018 年 10 月-11 月拍攝「專家 1 訪談」、「專家 2 訪談」及「社會名人呼籲」片段畫面。

3) 後製期

(1) 2018 年 10 月-12 月進行剪輯、字幕、配樂完成影片。

3. 網路自殺防治衛教短片

1) 前置期

- (1) 2018 年 4 月-8 月透過多次督導會議和長官們一同討論網路自殺防治衛教影片的內容，搜尋相關的自殺案例及新聞以融合做為題材，並撰寫企劃書。

2) 製作期

- (1) 2018 年 6 月-10 月設計、製作動畫，並經長官及同仁給予建議後修改，於 9 月中旬已完成多部網路自殺防治衛教影片初稿。

3) 發佈期

- (1) 2018 年 10 月 16 日決議提出兩部影片，並由長官同仁討論定名及影片於社群網路上之定位及相關傳播策略。
- (2) 主要使用 Facebook 及 Youtube 管道宣傳兩部網路自殺防治影片，並利用關鍵字設定及 Hashtag，提升搜尋之可近性。關鍵字設定如：自殺防治、心理健康促進、一問二應三轉介；Hashtag 設定如：自殺、想死、走投無路、立志、柳暗花明、轉介資源、心情溫度計 APP、一問二應三轉介。

4. 行銷推廣計畫

1) 上傳至 Facebook 粉絲專頁「珍愛生命打氣網」及 Youtube 頻道「自殺防治 e 學院」

- (1) 配合臉書系列貼文，於該片上映前一周預告（如：劇照曝光）。
- (2) 經由衛生福利部心理及口腔健康司，並邀請各縣市政府與自殺防治相關之衛政單位經營之臉書粉絲團，分享該片。另依短片主題類別，分為學生教育類及職場勞工類，可再邀請中央及地方縣市政府相關單位（如：教育部、勞動部、教育及勞動局處等）所經營之臉書粉絲團分享該片。

2) 上傳至〈心情溫度計〉行動應用(APP)

- (1) 在本中心開發之〈心情溫度計〉行動應用之「影音」區塊內上架該片。

3) 製作宣傳單(摺頁)

- (1) 製作紙本 DM 摺頁，併函(文)發送至政府、學校、民間團體等相關單位。
- (2) 製作單頁或跨頁 A4 DM，置入〈自殺防治網通訊〉季刊入宣傳

4) 透過電子郵件寄發 e-DM

- (1) 將 e-DM 透過電子郵件寄發至與本會合作之醫療院所、服務志工團隊成員及新聞媒體聯繫窗口；預計總共寄發 884 則電子郵件訊息。

5) 記者座談會

- (1) 配合 2 月上旬之春節及 3 月下旬之青年節記者座談會，分別推廣職場及

青少年自殺防治衛教短片之上映消息。

四、 成果(Product)

1. 青少年自殺防治衛教短片：詳見 DVD 《青少年自殺防治劇場【找回愛的連結】》
2. 職場勞工自殺防治衛教短片：詳見 DVD 《職場自殺防治【雨過天晴】微紀錄片》
3. 網路自殺防治衛教短片：詳見 DVD《學生想不開怎麼辦？關懷與資源連結》、《想自殺怎麼辦？1 問 2 應 3 轉介》

五、 附件

5-1-1、〈青少年自殺防治衛教短片完整劇本〉

5-1-2、107 年度「全國自殺防治中心計畫」衛教影片 DVD

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，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，鼓勵民眾適時以一問二應三轉介之方式，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. 方案目標

推廣珍愛生命之理念，培養更多珍愛生命守門人，同時加強心理衛生教育宣導，促進民眾心理健康。另針對於 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) 每週於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，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。每週業務會議也會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，同時推廣中心電子書、PGY 課程、文宣品、YouTube 頻道、活動海報等。相關內容見表 5-2-1 及表 5-2-2。

表 5-2-1、2018 年每月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	新年新希望	七月	活出健康自我風格
二月	人際關係	八月	收假的心理調適
三月	兩性相處	九月	世界自殺防治日
四月	親子關係	十月	哀傷、失落、陪伴

五月	提升自我價值	十一月	關懷身邊你我他
六月	壓力調適	十二月	不論好壞，感謝自己

表 5-2-2、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、精神疾病去污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。
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。
當月主題	每月主題討論與延伸議題。

三、過程(Process)

1. 2018 年 Facebook 粉絲專頁貼文詳細規劃見表 5-2-3

表 5-2-3、2018 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
一月	遇見新的自己： 春節假期結束，新年新氣象，我們需要不斷地追求新的思想突破和境界遞升，在新的挑戰之下遇見新的自我。
	做一次最勇敢的冒險： 人生充滿冒險，冒險可以開闢出新的色彩和樂章。每個人在新的一年，都需要去面對新的冒險及挑戰，透過正向思考，為自己帶來滿滿的正能量，充滿活力迎接新挑戰。
	追趕心中的理想與成長： 躺在這片土地上，日復一日地沉睡，仿佛如沙漠塵埃撲向一座千年古跡，心死而悠久...當你打開眼睛，會發現最黑暗夜晚卻擁有最美麗浪漫的星空。此刻，初晨馬上降臨。你準備好甦醒，迎向第一道光暉了嗎？
	展開新的人生： 曾經看過有部電影《白日夢冒險王》，一個懷著夢想算著存款的男主角，因為一張照片經歷了一連串連自己意想不到的冒險事件(例如用公事包打鯊魚)，一步步脫下西裝、領帶、皮鞋...最後新的故事使他變得更勇敢主動，奪得某女芳心。新的人生，當然不是說變就變，但肯定的是今年一定會有新的故事。

二月	人際關係與溝通技巧： 日常生活中常常需要與他人溝通，溝通內容又取決對方的位置與角色，而表達的時間、非語言動作、地點、姿勢、表情等都影響對方解讀訊息時的反應，藉本周主題分享不同溝通技巧，幫助粉絲們在生活中學會適切的表達，成為溝通達人。
	人際關係斷捨離—不再勉強自己與他人好： 生活中常常面對他人踩過界線把自己當好人？而面對他人(如家人、同儕、職場長官、同事..等)的批評與壞臉色，卻只能委屈求全，一味的退讓卻讓生活感到不順遂。在進入年節時期，學習如何強化自我內在的力量，和他人建立界線，勇敢說出「拒絕」話語，好好的對待自己。
	先處理心情，再處理事情： 聰明的人常常懂得控制自己的情緒，失敗的人容易陷入情緒作繭自縛，面對人與人之間的相處，最重要的就是先處理好自己的心情，用幽默的方式來面對事情，才能平和的將事情處理好，而不受困在憂鬱負面情緒當中。
三月	爭吵： 感情中必然少不了爭吵，而爭吵也最容易傷害彼此間的關係，因此如何在爭吵後仍維持良好的關係，進而減少對往後感情的影響，顯然是相當重要的。
	分手： 一段感情的結束絕對是令人痛苦的事，無論交往時間長短，也因此如何培養正確的愛情觀相當重要。以健全的態度面對感情的變動，才能走出分手的陰霾，找到人生的新方向。
	離婚： 在這離婚率逐漸攀高的時代，離婚儼然已成為另一個夫妻關係的出口，然而離婚重來不是容易的，即使暫時失去人生中的另一半，也不要失去擁有快樂的權利。
	喪偶： 夫妻關係最終難免會面臨另一半提早離世的場面，該以怎樣的心態，來面對失去相處一輩子的夥伴，該如何放下心中執著，也放下悲傷，給自己重新擁抱人生的機會。
四月	家中兄弟姐妹吵架怎麼辦： 中有兩個子女以上的家庭，最怕小孩子們爭寵、互相嫉妒，甚至大吵一架。作為父母，肯定為此傷神，排解這種情形，就是個相當重要的議題。
	不打不罵 v 過度溺愛： 人說小孩不打不罵肯定是家長寵過頭，將來小孩肯定變成小屁孩，但事實真是如此嗎？即使是打罵教育，也可能會讓小孩子變壞。不如一起來學習正確的教養方式，讓子女朝正確的方向發展。
	子女的未來誰做主： 子成龍、望女成鳳，是很常聽到的成語，但也常常是父母和子女吵架的開端。如何與子女溝通，討論未來的方向絕對是親子關係的重要課題之一。

	<p>手機滑不停，我該怎麼辦：多父母看著小孩哭鬧，就將手機丟給小孩，但過了幾年後，小孩卻可能因為玩不到手機就「一哭二鬧三上吊」。養成子女正確的 3C 產品使用習慣，才不會導致子女成癮，手機滑不停。</p>
五月	<p>自我了解：趣、能力、價值觀的發掘與探索，鼓勵了解不同面向的自己，以在生活中更有方向性的朝向適合自己的目標前進。</p>
	<p>自我接納：納過去及現在的自己，包括情緒、經驗及自我價值的接納，當我們開始學習自我接納，真正願意改變的勇氣也才會出現。</p>
	<p>自我充實：活中也許有太多外在的聲音干擾著我們的決定，然而自己的價值應該由自己定義，學習創造自我價值、決定自己在社會中想成為的角色，為提升自我價值重要的一環。</p>
	<p>自我肯定：長的過程中不免都會犯錯或遇到挫折，然而一時的錯誤常使我們連帶否定自我價值。每個人都需要學習自我肯定，學習看見自己的價值。</p>
六月	<p>認識壓力從何而來：們都是怎麼感覺到自己正被壓力影響呢？壓力對個體的心理和生理起了什麼樣的作用？壓力一定都會帶給我們負面影響嗎？如果想成功調適壓力，先釐清自己的壓力源更顯重要。</p>
	<p>如何面對人際衝突壓力：處不同群體的我們，不論面對家庭親情、伴侶愛情或同儕友情，與人溝通互動時難免有意見相左的情況，若堅持立場甚至可能演變成衝突場面。本週討論如何在遇上人際衝突壓力時穩定自己，也能達到溝通的最佳效果。</p>
	<p>如何面對課業壓力：學考試與期末考來臨，學生在校園中要面對的不僅止課業壓力，幾乎大多數學生都承受著莫大的壓力，如：課程負荷過重、升學壓力等。本週探討校園壓力，為協助每一位求學的學生面對與因應。</p>
	<p>如何面對職場壓力：入社會後，職場人際與工作是人最大的壓力來源，因工作時數長、競爭激烈，常使個人生活壓力高漲，輕則影響緒穩定，重則造成生活、人際互動不良。本週分享如何面對職場壓力，有效管理職場壓力。</p>

七月	<p>運動與心理健康</p> <p>當面臨排山倒海的各方壓力時，我們常說：「運動是最好的舒壓方式」。的確，在研究中指出運動能夠牽連著社會、心理層面的進步，甚至能在各種不同疾病中形成保護因子。不論是游泳、重訓、慢跑或是其他運動皆能擺脫憂鬱的影響。</p>
	<p>給自己一首歌的時間</p> <p>固定的生活模式是不是偶爾會感到厭煩，在為了生活忙碌中發展出自己的興趣是很重要的，有時候在通勤期間聽上一首自己喜愛的音樂、遇到心情煩悶時大聲的吶喊一首，跟著旋律注入感情，適時的宣洩自己的情緒。</p>
	<p>勇敢的冒險吧！</p> <p>每天忙碌的生活，工作、課業、家庭，一天之中要扮演好多角色，適時的放自己呼吸一下，不需要行程滿檔的行程表，給自己多點時間去深度了解一個你想去的地方，不管是極旅、打工換宿、漫遊，在旅行中更了解自己，深呼吸，迎接接下來的挑戰！</p>
八月	<p>莫忘初衷</p> <p>當我們曾是一位孩子時，必定擁有過一些夢想。夢想著成為與眾不同的人，夢想著發揮自己的長才。但經過許多學校、社會的磨練之後，夢想也會接連著變遷。曾幾何時，我們已經淡忘了夢想。在短暫的人生當中，為了獲取滿足感，無不是逐夢踏實。</p>
	<p>認識收假症候群(post-holiday syndrome)</p> <p>收假症候群是指放完長假以後，開始上班、上學時會出現的狀況，包括心情低落、疲勞感、焦慮，而身體可能會出現心跳加快、肌肉緊繃、嘔吐、暈眩、腸胃不適……。正視收假症候群，注意自己身心上的細小變化，才不會變成為另一種壓力喔！</p>
	<p>如何預防收假症候群？避免社會時差(social jet leg)</p> <p>平常上班一直加班、念書念到半夜三點，放假時就要宅家裡狂補眠？小心沒有補到眠，收假症候群卻找上你！研究發現長期經歷社會時差的人，BMI 偏高、新陳代謝功能較差、心情更不好，甚至罹患心血管疾病的風險也提升了。透過適當地安排假日活動作息，避免社會時差，就能有效預防收假症候群。</p>
	<p>禁止勞累！度過一個真正放鬆的假期</p> <p>各大景點超級塞、坐車一直憋尿、暈眩嘔吐…放個假出門旅遊居然爆累，「起得比雞早、吃得比豬差、跑得比馬快」變成台灣最美的風景。有一個真正放鬆的假期何時變得如此奢侈？有幾個安排假期的原則，請你一定不要錯過。</p>

	<p>No more Monday Blue～收心的小撇步</p> <p>美好的假期進入尾聲，不想面對的「Blue Monday」終究會到來。有幾招收心的小撇步，從收假之前調適作息和心情，到安排接下來一整週的活動，我們一起快樂上工去！</p>
九月	<p>自殺的迷思與事實</p> <p>大眾對於自殺常常有許多誤解，在自殺防治中，減少大家對於自殺的污名化與標籤是一件相當重要的工作，剔除標籤，方能讓更多遊走在自殺邊緣的人勇於向外界求助，而不讓情況繼續惡化。</p>
	<p>認識自殺-青少年族群</p> <p>2017 年自殺死亡人數 3,871 人，以年齡而言，青少年族群(15~24 歲)的自殺在主要死因中排名第二，僅次於事故傷害。兒童和青少年的自殺行為往往由複雜的因素而產生，包括:憂鬱的心情、物質濫用、感情受挫，無法應付學業挑戰和其他生活壓力，以及低自尊和性別認同等等。</p>
	<p>認識自殺-老年族群</p> <p>老年人(65 歲以上)的自殺率則為一般人口平均值的三倍以上。老年人口往往須面對相當多沉重的議題，諸如:慢性疾病的折磨、生理機能的退化、獨居無人照護以及孤單的情況，而常見的自殺方式為藥物的濫用，因此老年人口的自殺防治在高齡化社會中應更為重視。</p>
	<p>珍愛生命守門人</p> <p>大眾在接收到對方的自殺訊息時，往往因為不知如何面對而選擇忽略或責備，但其變向的造成了許多自殺族群無門求助的狀況，因此向大家宣導一問二應三轉介等相關衛教宣導，讓每個人都能成為珍愛生命守門人，讓我們一起同心協力防治自殺。</p>
十月	<p>認識哀傷----失落五階段</p> <p>人在經歷哀傷事件時，會反覆經歷五個階段：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、否認階段—感到麻木，不願接受現實 二、憤怒階段—質疑或埋怨他人 三、討價還價階段—委曲求全、試圖改變事實 四、放棄階段—心理矛盾、出現生理症狀 五、接納階段—了解失落是不可避免的遭遇，重新開始，建立新生活。接納失落為生命的一部分，從中得到學習與成長並找到正面的意義。
	<p>腦筋急轉彎----壓力認知 ABC</p> <p>情緒的產生(Consequence)，是個體內在對該事件(Activating Event)的信念(Belief)所造成。假如能改變自己的信念，腦筋急轉彎，轉念間就能做自己情緒的主人。</p>

	<p>情緒的自我覺察----心情溫度計的 Magic</p> <p>現在心情如何？有時對於自己的情緒，有如坐船觀海，高高低低，起起伏伏，心情如何連自己都說不準。而心情溫度計透過簡單的五題就能反映出自己的情緒困擾，也進一步更加認識自己。</p>
	<p>陪伴的藝術----一問二應三轉介</p> <p>發現身邊有人經歷失落事件時，應認真看待，除了使用心情溫度計評估其困擾外，也應主動關懷及聆聽。若其問題超出自身能處理的範圍時，則應幫忙尋找適當資源並進行連結。</p>

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 珍愛生命打氣網截至 2018 年 10 月 31 日統計如下

(1) 按讚粉絲人數共有 6,887 人，每月趨勢分析見表 5-2-4。

表 5-2-4、2018 年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	48	815	80	28,806	16.9	1.6	600.1	6683
2	40	541	97	19,726	13.5	2.4	493.1	6690
3	47	796	189	30,680	16.9	4.6	652.7	6720
4	46	636	130	31,029	13.8	2.8	674.5	6734
5	50	909	121	29,931	18.1	2.4	598.6	6757
6	46	396	113	25,856	8.6	2.5	562.1	6767
7	47	771	234	54,634	16.4	5	1,162.4	6778
8	52	1,040	206	71,317	20	4	1,371.4	6785
9	47	467	117	24,989	9.9	2.5	531.7	6860
10	51	532	142	32,894	10.4	2.8	645	6887

2) 持續與 Facebook 公司合作

(1) 臺灣 Facebook 自殺事件處置

- 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 5-2-1。

我要為自己或朋友尋找自殺防治熱線。

分享文章

自殺防治熱線提供協助給需要幫助的人士。如果您本人需要支援或想瞭解如何協助朋友，請撥打熱線。如果您擔心朋友的狀況，請鼓勵他／她撥打此熱線。

台灣

Taiwan Suicide Prevention Center (台灣自殺防治中心)

<http://www.tspc.tw>

0800 788 995

圖 5-2-1、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 5-2-2。
- a) 以私訊方式，直接提供個案本人協助或支援或通知第三方親友，一起共同關懷個案。
- b) 通知 Facebook 並經其審查後，立即提供個案相關資源。

協助我們瞭解發生的狀況	你可採取的行動
<div><p>由 Jeff Ko 建立</p></div> <div><p>這張相片有什麼問題？</p><ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 這污辱或攻擊他人的宗教、族裔或性取向 範例：種族歧視、恐同症或性別主義毀謗；號召暴力<input type="radio"/> 這張相片鼓吹暴力、傷害他人或動物 例如：露出血淋淋的傷口、宣揚恐怖主義，或是含有虐待動物的圖像<input checked="" type="radio"/> 相片中顯露出自殘行為或意圖 例如：自殘造成的傷口、將武器瞄準頭部、遺書、提倡飲食失調行為<input type="radio"/> 這相片描述了藥物／毒品、槍枝或管制商品買賣。 例如：槍枝、大麻、煙草、情趣用品<input type="radio"/> 我認為這張相片使用了未經授權的內容，並且侵犯了我的智慧財產權 例如：著作權或商標權侵權</div>	<p>若你的朋友人身安全受到威脅，請立即聯絡當地執法機關。</p> <div><p>提供協助或支援</p><p>告訴 Jeff Ko 你隨時可以提供協助和支援。</p></div> <div><p>聯絡朋友</p><p>和你信任的人深入討論這個問題。</p></div> <div><p>要求我們審查貼文</p><p>如果你認為我們應該瞭解這則貼文，我們願意盡快加以審查，並提供支援給 Jeff Ko。你的姓名將保密。</p></div> <div><p>返回 完成</p></div>

圖 5-2-2、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，今年度截至 10 月 31 日止，粉絲專頁按讚人數共有 6,887 位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，共發布 474 則貼文、獲得 6,903 個讚、1,429 人次留言及公開公開轉載、總瀏覽人次為 349,862，並且每則貼文平均約有 700 以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達 71,317 人次。就不同貼文類型而言，2018 年下半年最受歡迎的類型為「衛教宣導」以及「打氣小語」。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，未來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。

未來中心將強化專頁的曝光度，並針對粉絲專頁現況訂定具體成效指標，每月貼文總按讚數達 550 個；每月總觸及率達 38,000 以及每月粉絲人數成長率達 0.7%。另外將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。

雲端數位學習平臺之維護與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

近年因網際網路使用逐漸普及，人人皆有行動裝置等因素影響下，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與全國醫師公會全聯會及富邦集團旗下之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。此外，學會也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「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」及「自殺防治守門人 1 問 2 應 3 轉介」之概念。

2. 業務或方案目標

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，提升數位學習資訊之多元化與豐富化，期許國人在自殺防治議題上能更深入了解。另透過網網相連理念，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，同時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見圖 5-3-1

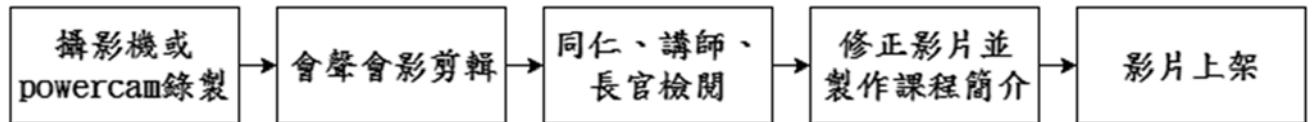


圖 5-3-1、影音課程之製作與評估流程圖

2) YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」推廣

中心於 2009 年開設 YouTube 頻道後，即致力於將自殺防治相關之數位課程上傳至 YouTube 頻道供專業人員與民眾閱讀。數位課程、活動等影片剪輯後，依據影片類型上傳至不同播放清單，並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。

近年，中心與台大「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。且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成數位課程，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) 平臺升級及 YouTube 頻道結合方式：

中心購置台灣數位之 TMS 數位學習系統，並將系統安裝於中華電信 hicloud 之虛擬雲端主機供民眾學習。數位學習網採 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，並透過 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。目前數位學習網課程皆使用 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道影片內嵌至學習網。除可確保學員之學習品質之外，更可提升 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道的能見度。

(2) 數位學習網課程分為四種專區，專區說明內容下

- a. 繼續教育積分課程：中心向醫療人員所屬之職業工會申請網路繼續教育積分後，開設自殺防治相關課程供專業人員獲得繼續教育積分，加強自身專業能力。本區課程包含護理人員、醫師、藥師、諮商心理師、家醫科醫師及公務人員之認證課程。
- b. 自殺防治宣導影音：本區課程內容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. 關訪員課程專區：本區課程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，更可讓新進訪員學習關懷訪視必備的專業能力。
 - d. 珍愛生命守門人課程：本區課程內容包含各場域專業人員的自殺防治課程(例如警察、百貨服務業...等)，以及心理健康促進相關課程。學員完成課程後，可透過「證書下載」的功能，以證明在珍愛生命數位學習網修習其所屬專業人員之課程。期望透過此專區更能將「珍愛生命守門人，一問二應三轉介」之概念推廣給更多社會大眾。
- (3) 多元管道之連結與推廣：中心除主動與相關專業人員公會單位合作提供網路繼續教育積分認證之服務外，更結合其他機構內數位學習平臺，進行數位課程授權，提供機構人員網內學習。近年與台大通識課「心理健康與自殺防治」進行校園合作，選擇適合學生之課程，供學生學習。
- 4) 凱擘大寬頻合作：學會將數位課程以 HD 畫質輸出，並在進行剪輯後提供凱擘大寬頻上架供一般民眾點閱。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作方式：中心除主動與相關專業人員公會單位合作提供網路繼續教育積分認證之服務外，更結合其他機構內數位學習平臺，進行數位課程授權，提供機構人員網內學習。
- 2) 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、社團法人臨床心理師公會全國聯合會、中華郵政 e 大學、臺北 e 大、e 等公務園+學習平台、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、國家教育研究院愛學網、國家教育研究院教育雲。

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如表 5-3-1。

(2) 中心分別向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、社團法人臨床心理師公會全國聯

合會申請自殺防治相關之繼續教育積分課程，並開設「繼續教育積分課程專區」供專業人員獲取繼續教育積分。

- (3) 中心挑選歷年適合關懷訪視員學習之課程，將其分類為基礎課程、初階核心課程、進階核心課程、自殺防治概念課程、其他課程。目前中心共設有 33 堂課程，供關懷訪視員學習。

表 5-3-1、2018 年度新增影音清單

上架時間	課程名稱
2018 年 2 月	憂鬱症社區整合治療模式學習
	憂鬱症防治也有前瞻計畫嗎
	慢性化憂鬱症個案的社區再融入
	人際心理治療建立與應用
2018 年 6 月	自殺防治新視野
	自殺防治實務
	百貨服務業中的自殺高風險者辨識回應與轉介
2018 年 10 月	全國自殺防治中心 13 年
	衛生福利部安心專線
2018 年 11 月	1999 話務人員珍愛生命守門人
	媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討
	媒體自殺事件報導須知
	媒體與自殺防治：談自殺之多元成因與媒體呈現

- (4) 中心設立珍愛生命守門人自殺防治課程專區，目前包含課程如表 5-3-2，未來將持續新增各場域各類服務人員相關之自殺防治守門人課程。

表 5-3-2、2018 年度新增珍愛生命守門人課程清單

課程名稱	課程對象	講師
珍愛生命、樂活職場	職場	劉惠玲
珍愛生命守門人-校園	校園	劉昀玲
媒體自殺事件與教唆自殺之因應	媒體、一般大眾	吳佳儀
自殺防治與守門人訓練	一般大眾	李明濱
警察珍愛生命守門人	警察	吳佳儀
善用心情溫度計	一般大眾	李明濱
一夜安穩到天明：談舒壓安眠與心理健康促進	一般大眾	陳錫中
高自殺風險大學生之辨識與處遇	校園	吳佳儀

百貨服務業中的自殺高風險者辨識回應與轉介	職場	吳佳儀
軍人自我傷害防制	軍人	楊聰財
1999 話務人員珍愛生命守門人	1999 話務人員	陳俊鶯
媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討	媒體記者	吳佳儀
媒體自殺事件報導須知	媒體記者	張書森
媒體與自殺防治：談自殺之多元成因與媒體呈現	媒體記者	陳映燁

- (5) 多元管道之連結與推廣：為推廣數位學習資源連結共享之概念，中心於 2012 年起陸續與其它機構內部數位學習平臺連結，無償提供數位課程供其內部人員修課。近年更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。中心提供之授權課程清單如表 5-3-3。

表 5-3-3、授權課程清單

課程名稱	講師
自殺防治與守門人訓練	李明濱
壓力管理與自殺防治	李明濱
珍愛生命、樂活職場	劉惠玲
珍愛生命守門人-校園	劉昀玲
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計	朱柏全、李明濱
老年期之心理健康促進	陳錫中
自殺迷思與危險因子保護因子介紹	吳佳儀
談校園之情緒管理與壓力調適	劉惠玲
認識網路成癮的現象	張立人
青少年自殺防治對策與展望	吳佳儀
老年人之自殺防治	吳其炘
農藥管制與自殺防治	張書森
媒體自殺事件與教唆自殺之因應	吳佳儀

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 Embed 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) 2018 年度 YouTube「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 5-3-4。

3) 凱擘大寬頻之合作：SuperMOD 之「名醫相隨」節目，目前可於凱擘聯製中心之 YouTube 頻道觀看。目前凱擘大寬頻有線電視估計共 110 萬收視戶，而透過其數位平臺收視戶約 30 萬收視戶。

表 5-3-4、2018 年度 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

公布時間	影音名稱
2018 年 2 月	憂鬱症社區整合治療模式學習 憂鬱症防治也有前瞻計畫嗎 慢性化憂鬱症個案的社區再融入 人際心理治療建立與應用 手紙 to be continued ! Rebirth 重生 If You Fall I Will Catch You
2018 年 6 月	自殺防治新視野 自殺防治實務 百貨服務業中的自殺高風險者辨識回應與轉介
2018 年 10 月	全國自殺防治中心 13 年 衛生福利部安心專線
2018 年 11 月	1999 話務人員珍愛生命守門人 媒體自殺事件報導須知：理念分析與實務探討 媒體自殺事件報導須知 媒體與自殺防治：談自殺之多元成因與媒體呈現

四、成果(Product)

1. 執行成果

1) 珍愛生命數位學習網：

(1) 線上課程總數：學習網自建置至今累計有 189 堂自殺防治學導影音，各種課程類型數量如下表 5-3-5(供不同人員選修之課程有重複)

表 5-3-5、各類課程總數一覽表

課程類型	課程數
護理人員繼續教育積分課程	46
藥師繼續教育積分課程	36
諮商心理師繼續教育積分課程	31
臨床心理師繼續教育積分課程	29
家醫科醫師繼續教育積分課程	33
醫師繼續教育積分課程	33
公務人員繼續教育積分課程	5

表 5-3-5 續、各類課程總數一覽表

課程類型	課程數
關懷訪視員課程專區	33
珍愛生命守門人課程	11

(2) 2018 年度 1 月至 5 月各類型課程專區通過人次如表 5-3-6

表 5-3-6、各類型課程專區通過人次表

課程類型	通過人次
護理人員繼續教育積分課程	302229
藥師繼續教育積分課程	16616
諮商心理師繼續教育積分課程	1405
臨床心理師繼續教育積分課程	948
家醫科醫師繼續教育積分課程	99
醫師繼續教育積分課程	1642
公務人員繼續教育積分課程	120
關懷訪視員課程專區	1033

(3) 2018 年度學習網整體點閱率統計為 753,994 次，逐月份累積點閱次數趨勢圖如 5-3-2。

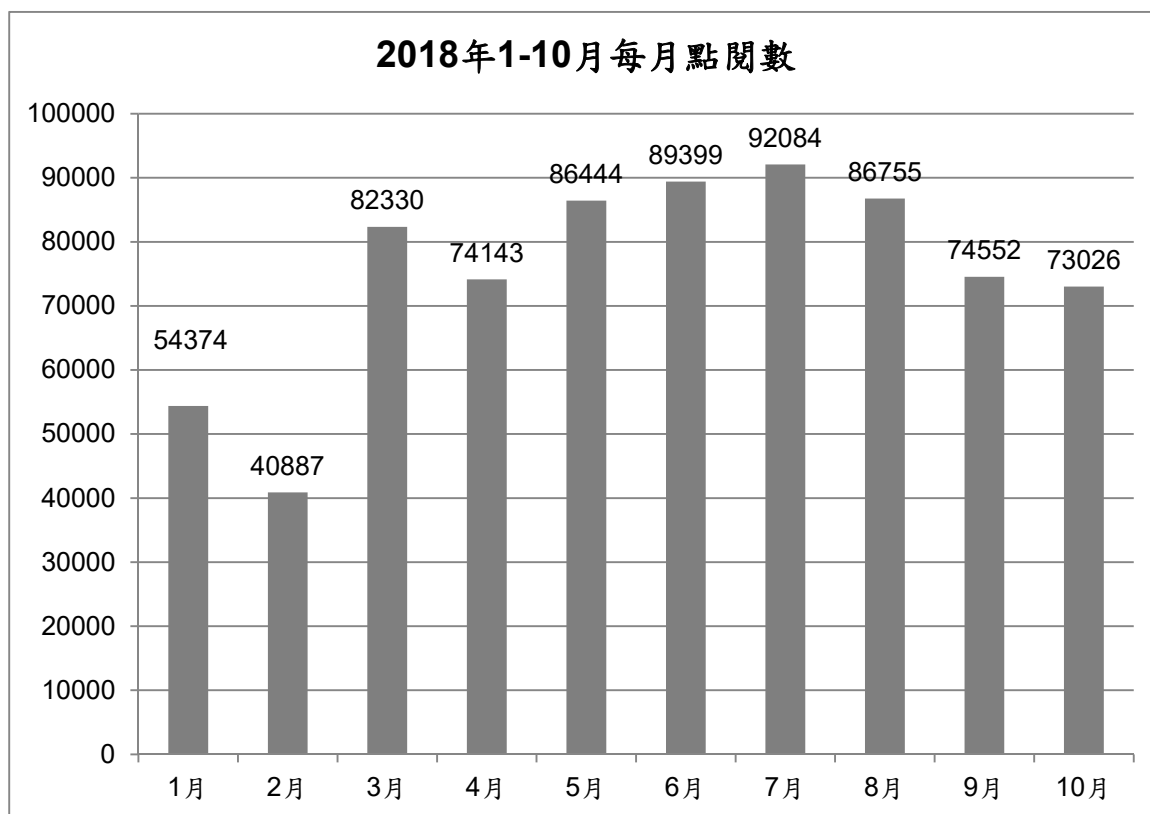


圖 5-3-2、2018 年 1 月至 10 月學習網各月份點閱次數

(4) 2018 年 1 月至 10 月數位學習網問卷回收共 332,173 份。共有 98.6%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；93.2%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 5-3-7。

表 5-3-7、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	65.3%
	同意	33.3%
	普通	1.4%
	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	65.9%
	同意	32.6%
	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	93.2%
	不願意	2.5%
	課程沒提到	4.3%
本次課程是否能增進您關心他人預防自殺的能力呢	可以	99.3%
	不可以	0.7%

- (5) 「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平臺，進行課程連結。由於中華郵政在本年度將「自殺防治與憂鬱症及心情溫度計」列為推薦課程之因素，因此中華郵政 e 大學的完修人次有顯著提昇。表 5-3-8 為各平台修課人次數據。

表 5-3-8、各平台修課人次回饋數據

平台名稱	授權課程數	完修人次
台北 e 大	5	1610
中華郵政 e 大學	5	20031
e 等公務園+學習平台	5	6004

- 2) Youtube 影音頻道：自殺防治 e 學院目前分享 351 影片，今年 1 月至 10 月上傳 14 部自殺防治課程及 4 部微電影。總觀看時間共 271,257 小時；總觀看次數共 579,985 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. 業務現況及問題彙整

1) 珍愛生命數位學習網

- (1) 由於數位學習網的獲取學分的便利性，及免費上課的特性，珍愛生命學習網已成為護理人員申請執業執照獲取積分的首選。
- (2) 為響應數位資源連結共享及延伸學習之概念，主動和政府及民間數位學習平臺接洽，提供具指標性之課程，藉由外部它網平臺之管道，透過課程之共享宣導，除提升珍愛生命數位學習網之能見度，同時引導更多民眾回流至中心學習網，進行延伸學習。
- (3) 數位學習系統升級為 TMS 數位學習系統後，使跨平臺使用者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。

- 2) YouTube 影音頻道：結合 Facebook 及數位學習網，已使 YouTube 點閱率大幅提升，但多數點閱率仍來自數位學習網的繼續教育積分課程，顯示頻道的非繼續教育積分影片仍須妥善宣傳及製作，才可將頻道的珍愛生命守門人概念推廣至大眾。
- 3) 凱擘大寬頻合作：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，唯與凱擘股份有限公司之合作、上傳時間仍需配合該公司時程安排。
- 4) 數位課程錄製及製作：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。且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。

3. 業務建議及改善

- 1) 未來可與有線寬頻電視業者或其它網路學習平臺連結，持續授權中心課程，透過雲端學習，推廣珍愛生命理念。
- 2) 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) 邀請台灣自殺防治學會理監事拍攝片長約 5 分鐘的宣導影片，宣導內容可包含自殺防治相關的各種議題，喚醒國人對心理健康及自殺防治的重視，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，或是請志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。

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 2018 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，更能讓民眾迅速與容易取得相關資訊。

2. 業務的目的與目標

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，並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，同時透過網網相連，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：中心除持續定期更新自殺防治宣導資訊及相關統計數據，例如每年自殺死亡相關數據，發表最新研究文章及宣導心理健康相關資訊。為促進國際社會對中心之認識與交流，持續維護英文版介紹頁面。近年結合中心臉書粉絲專業「珍愛生命打氣網」共同發布相關訊息，以利將自殺防治相關資訊推廣給一般大眾。
- 2) 免費線上網站之運用：為提升中心電子書線上閱讀之便利性，中心引用 Issuu 線上閱讀功能，提升宣導品線上閱讀之便利性。且結合 Facebook「珍愛生命打氣粉絲團」，共同發布相關訊息，強化自殺防治訊息的宣導。近年

更將 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道之自有影片內嵌於中心網站的文章中，以期能提升民眾閱讀的興趣，並增進中心 YouTube 頻道之能見度。

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. 網站訊息更新及上架

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。持續更新網站資料，例如「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「心情溫度計專區」、「微電影專區」、「人員簡介」，並更正相關資訊及超連結。不定期透過電子報系統寄發電子報，發佈最新訊息。

2. 網站文宣品更新及上架

今年度已上傳自殺防治網通訊-第十二卷第四期、自殺防治網通訊-第十三卷第一期、自殺防治網通訊-第十三卷第二期、自殺防治網通訊-第十三卷第三期、輔導人員自殺防治工作手冊，並於 3 月將歷年中心出版之所有自殺防治手冊內容更新，供民眾及自殺防治相關工作人員閱覽。

3. 網站資訊安全維護

定期針對網站進行快照備份，透過中華電信防火牆服務阻斷可能的駭客入侵行為，並續購網域名稱(<http://tspc.tw/>)至 2020 年 6 月。

4. 運用雲端免費工具提升網站功能

使用 Google 表單設置「2018 年第一線專業人員之自殺防治守門人訓練」、2018 年自殺防治年中討論會線上報名、「珍愛生命義工志願服務報名表」、「網路使用與身心健康調查」資料回饋。

四、成果(Product)

1. 執行結果

中心網站定期發布「最新消息」、「最新宣導品」、「電子報」，自本年度 1 月 1 日至 10 月 31 日，最新消息累計發布 14 則、最新宣導品發布 4 則、電子報發布 7 則；累積網站訪客總數為 20,993 人次，網頁總瀏覽數為 38,751 次。

2. 業務現況及問題彙整

- 1) 網站推廣：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。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。
- 2) 網站使用者介面問題：目前多數網站為配合使用者使用各種不同裝置瀏覽網頁，網站使用響應式網頁設計，能夠配合使用者使用裝置的螢幕大小自動調整畫面。而中心網站並無此設計，不利於手機使用者瀏覽網站。
- 3) 網站資訊安全問題：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。但是網站使用的 flash 將在 2020 年後停止更新，且 2008 年設計的網站並沒有考量現今資訊安全相關的問題，可能有資訊安全的疑慮。

3. 建議與改善

建議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。藉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。

大型宣導活動－世界自殺防治日系列及其他相關活動

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」之觀念。

歷年本中心所舉辦之世界自殺防治系列活動，除了有中央政府首長的共襄盛舉，各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表，甚至是民間媒體朋友皆熱情響應與會，齊聚散布自殺防治之正確概念，一同關懷世界自殺防治，響應人人皆為珍愛生命守門人之理念。

2018 年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺(Working Together to Prevent Suicide.)」。呼應「自殺防治人人有責，網網相連」的概念，眾人「同心」關懷周遭親人、朋友，乃至於陌生人的心理健康；並「協力」發揮「一問二應三轉介」與持續關懷的守門人原則。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「同心協力防自殺」，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. 方案的目的與目標

藉由舉辦一系列相關活動，使民眾於活動參與過程認識世界自殺防治日之意義，一同重視自殺防治重要性，進而身體力行投入自殺防治工作，達到「同心協力防自殺」之目標，也結合政府單位、各級學校及民間團體，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。

本年度「世界自殺防治日」記者會於 2018 年 9 月 9 日在臺大醫院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、衛生福利部、各地方機關代表與民間單位一同共襄盛舉。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 2018 年 5 月 6 日象山「日出健走 Walk in Hope」：與「活出希望 Live in Hope」合辦，在中心官方網站、臉書廣發消息，並寄送電子報予台灣自殺防治學會所有會員，也提供自殺防治相關文宣品與心情溫度計單張等協助宣傳。
- 2) 世界自殺防治日系列活動：自 6 月起召開內部業務會議與籌備會議規劃世界自殺防治日系列活動，依規劃期程辦理活動與相關單位合作，並透過各種管道發布消息。

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)、網路媒體與各大網路討論區(批踢踢、獎金獵人)
- 2) 資源連結內容與形式：消息發布、新聞報導與活動支援。

三、過程(Process)

1. 召開「日出健走 Walk in Hope」會議

與合辦單位「活出希望 Live in Hope」簡德皓先生團隊確認活動時間以及相關事宜，詳細活動簡章如下圖 5-5-1。



圖 5-5-1、「日出健走 Walk in Hope」活動簡章

2. 召開內部業務會議與籌備會議

商討及規劃世界自殺防治日系列活動內容，含文宣品推廣、世界自殺防

治日徵件活動、單車繞世界活動與 2018 年世界自殺防治日記者會等系列活動，詳見表 5-5-1。

表 5-5-1、業務會議規畫世界自殺防治日系列活動內容

活動模式	內容概要	期程
徵件活動	以「同心協力防自殺」為主題，設計出溫馨、感人又具有宣導自殺防治意義之海報，推廣珍愛生命理念。	6-8 月
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。	7-9 月
文宣推廣	設計活動宣傳單張於各縣市政府心理衛生中心放置。	7-9 月
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
記者會暨學術研討會	呈現相關活動成果與學術議題交流。	9 月 9 日

3. 「同心協力防自殺」2018 年世界自殺防治日海報設計徵選活動

- 1) 活動於 6 月 15 日至 7 月 31 日舉行，簡章於中心網站公告，並同時於多元管道宣傳，詳見附件 5-5-1。
- (1) 網路露出部分包括各縣市衛生局及教育局(處)、部落格及討論區、facebook 珍愛生命打氣網、比賽訊息網站、PTT 的 sw_job、design、calendar、painting、soho 五個版等。
- (2) 寄發電子郵件對象為珍愛生命義工、中心網站訂閱電子報者、各社福團體，共計 33 家。
- (3) 各組最終選出特優 1 名、優選 1 名、佳作 2 名與人氣獎 2 名，兩組合計共 12 位得獎者。
- (4) 8 月 27 日公告得獎名單，展示於 9 月 9 日記者會暨學術研討會，並邀請得獎者出席。

4. 國際性活動—單車繞世界

- 1) 6 月針對國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」(Cycle Around the Globe)活動相關資訊，活動稿、官方圖檔、證書、活動形式等進行蒐集。
- 2) 7 月初規劃相關事宜，與過去合作單位聯繫並討論合作形式及可運用之露出平台，並於業務會議上提案通過和執行。最終決議舉行於 2018 年 9 月 1

日(六)一五股濕地生態鐵馬遊(里程共計 30 公里)與 2018 年 9 月 15 日(六)一環大臺北自行車挑戰(里程共計 100 公里)兩場。

- 3)8 月中完成活動簡章，並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 5-5-2。

5. 文宣推廣

- 1)為喚醒民眾對自殺防治之重視，同時推廣世界自殺防治日系列活動，於 8 月初完成相關文宣設計，8 月中將文宣透過公文方式傳送至各縣市政府衛生局進行推廣公告，文宣詳見附件 5-5-3。

6. 「世界自殺防治日」記者會

- 1)2018 年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺」。
- 2)7 月初召開籌備會議一場，決議邀請中央機關首長、各地方機關單位與民間機構等代表與會，並討論聚焦儀式設計與確立議程。
- 3)記者會邀請函共發送約 471 封，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。

7. 發布會前新聞稿

- 1)中心於 9 月 7 日發布世界自殺防治日記者會會前新聞稿，內容如下：

每年的 9 月 10 日為國際自殺防治協會(IASP)與世界衛生組織(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負責承辦衛生福利部主辦之「2018 世界自殺防治日記者會」，本年度主題為「同心協力防自殺」(Working Together to Prevent Suicide)。本記者會結合政府單位、國內心理衛生相關團體與媒體之力量，假台大醫院國際會議中心 301 會議室舉行，共同呼籲政府單位與社會大眾同心關懷周遭親友心理健康，協力發揮「一問二應三轉介」的守門人精神，締造更加和諧與安定的社會。

為呼應今年度世界自殺防治日之主題，台灣自殺防治學會之年會暨學術研討會首先強調「策略國家化」，回顧全國自殺防治中心十三年來之工作成果並展望未來，同時簡介安心專線服務概況；而「思維全球化」則特別邀請日本與韓國專家學者等前來分享該國自殺防治政策與經驗；並以「行動在地化」為出發，由地方衛生局處重要代表針對地方自殺防治進行研討。此外，於今年六月舉辦「海報設計徵選活動」，邀請民眾透過海報設計響應自殺防治工作。而行之有年的「單車繞世界」里程數累積活動亦於月初緊鑼密鼓地展開，邀請民眾走出戶外、踏上單車，每一個里程都象徵對自殺

防治工作的支持，提升大眾對於自殺議題之重視。

全國自殺率近三年微幅上升，值得關注

根據世界衛生組織(WHO)的資料，全球每年約有 80 萬左右人口死於自殺，更有 1 億多的人口因自殺事件而深受影響。台灣自民國 94 年成立全國自殺防治中心以來，即將邁入第十四個年頭，在政府與民間合作之下，台灣的自殺死亡率自 96 年(總計 3,933 人，每十萬人口 17.2 人)來逐年下降，並於 99 年首度退出國人十大死因之列持續至今，持續降至 104 年(總計 3,675 人，每十萬人口 15.7 人)，但近三年來開始呈現微幅上升趨勢；民國 106 年國人死亡原因排名第 11 名，自殺粗死亡率為每十萬人口 16.4 人(總計 3,871 人)，較 105 年上升 2.5 %。若以性別分析，106 年男性自殺粗死亡率為每十萬人口 22 人，較前一年上升 0.9%；女性自殺粗死亡率為每十萬人口 11 人，較前一年上升 7.8%，女性上升幅度高於男性。再以年齡分析可發現，45 到 64 歲之中壯年族群自殺粗死亡率上升最多，達 5%。從自殺方式來看，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷(即上吊)與由高處跳下自殺及自傷(即跳樓)等兩項之自殺死亡人數與占率亦逐年上升；而以固體或液體物質自殺及自為中毒之自殺方式則有所下降，可能與劇毒農藥巴拉刈禁止進口與使用之政策有所成效有關。

自殺企圖者通報關懷工作推動有成

自殺企圖為再自殺最高風險因子，政府從 95 年開辦自殺通報個案關懷訪視機制，透過十幾年來的積極推動，各醫療院所的自殺企圖通報數逐年上升。106 年共有 26,387 人(共計 30,619 人次)因自殺被通報，較 105 年通報 25,201 人(共計 28,996 人次)上升 4.7%(通報人次上升 5.6%)，為自殺通報系統開辦以來之高峰。再者，女性(每十萬人口 162.1 人次)被通報率較男性(每十萬人口 97.5 人次)高，被通報之上升幅度亦女性大於男性。由此可見，自殺議題仍為國內政府單位與全民須同心協力持續支持之挑戰。

民眾心理健康調查

全國自殺防治中心除關心國內自殺死亡相關情形，亦關注民眾心理健康，例行性進行民眾之心理健康及自殺防治認知與行為電話調查。台灣自殺防治學會李明濱理事長表示，透過心情溫度計(BSRS-5)檢測民眾心理健康，顯示出 106 年全國約有 6.5%民眾有情緒困擾(推估約 132.8 萬人)，從民國 95 年以來，具有情緒困擾之民眾比率從 10.4%(推估約 193.7 萬人)逐年下降至今。在自殺想法方面，全國約有 11.5%(推估約 233 萬人口)之 15 歲以上民眾一生中曾經出現自殺想法，另有 1.5%(推估約 30 萬人口) 15 歲以上民眾曾於一年內認真想過要自殺。以近十年趨勢來分析，無論是一生

中曾出現自殺想法或近一年內出現自殺想法之民眾比例皆有所下降，分別從民國 97 年約 18.7%(推估約 355.8 萬人)與 5.4%(推估約 102.8 萬人)一路下降至約 11.5%(推估約 233 萬人)與 1.5%(推估約 30 萬人)。

李明濱理事長強調，在民眾身處的群體之中可能就有許多情緒困擾而需求助的親友，若能透過網路或媒體力量加強宣傳「自殺防治守門人」訊息，幫助民眾建立對自殺防治的正確認知，同時發揮一問二應三轉介技巧，簡單的一句關心，都可能幫助處於自殺風險當事人看見生命的一線希望。「自殺防治，人人有責」，無論民眾身在何處、擔任何種角色，皆可以成為珍愛生命守門人，實踐「同心協力防自殺」之理想境地。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 「日出健走 Walk in Hope」：總計約 40 人參與，期待透過此活動使民眾正視以及面對心理的相關困擾，並於象山山頂寫下攻頂後內心的希望，在健行活動結束後於 Nola kitchen 分享心得。
- 2) 世界自殺防治日系列活動會議
 - (1) 內部業務會議：共計 5 場次。
 - (2) 專家籌備會議：共計 1 場次。
- 3) 世界自殺防治日徵件活動
 - (1) 寄發電子郵件、公告訊息、公文等：總計約 8971 封。
 - (2) 作品收件截止後，青少年組(0-18 歲)共有 88 項作品參賽；社會組(19 歲以上)共有 63 項作品參賽。
 - (3) facebook 人氣獎票選活動，24 件入選作品共有 873 個按讚數，其中第一名票數為 133 票。
 - (4) 得獎作品除於 9 月 9 日世界自殺防治日記者會暨學術研討會會場張貼外，亦刊載於大會手冊及 12 月中出刊之自殺防治網通訊中，得獎作品詳見附件 5-5-4。

4)單車繞世界

(1)單車繞世界宣傳露出成果：中心網站 1 則、珍愛生命打氣網粉絲專頁露出 3 則共觸及 1,347 人次瀏覽。

(2)中心協辦中華民國自行車騎士協會 2 場活動

a.9 月 1 日「五股濕地生態鐵馬遊」：中心同仁於新北市成蘆橋下設立宣傳攤位，宣揚珍愛生命理念與推廣心情溫度計，現場民眾反應熱烈。參與人數共 130 人，里程數共計 4,661.8 公里。

b.9 月 15 日「環大臺北自行車挑戰」：報名人數眾多，且吸引多組自行車車隊共襄盛舉，亦有家長攜家帶眷挑戰 100-160 公里路程，從新北市板橋出發，沿線經過中永和、新店、深坑、平溪、貢寮等地區，最終抵達國立臺灣海洋大學終點。當日共有 1800 人參與，里程數共約 271,200 公里。

(3)單車繞世界活動共計 1930 人參加，總里程數共 275,861.8 公里，於 9 月 17 日將成果上傳至國際自殺防治協會(IASP)供官方統計。

(4)截至 9 月 26 日，全球共有 32 個國家參與活動，總計里程數為 503,525.92 公里，前三名各為臺灣 275,861 公里、斯里蘭卡 33,325 公里、西班牙 31,247 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、司法院賴浩敏前院長、衛福部心口司謔立中司長、國家通訊委員會陳耀祥委員、王育敏立委、吳焜裕立委、林靜儀立委、陳曼麗立委、各縣市衛生局局長、三總北投分院楊斯年院長、相關學協會理事長與韓國學者貴賓，一同將臺灣島嶼從悲傷翻轉象徵關懷的粉色新氣象，呼應記者會「同心協力防自殺」主題。

(1)記者會出席人數共 92 人，其中 17 人為媒體單位代表，全數皆備有大會手冊與帆布袋紀念品。與會貴賓名單詳見表 5-5-2。

(2)媒體露出：新聞露出網路共 11 則、電視共 2 則，詳見表 5-5-3。

表 5-5-2、世界自殺防治日記者會貴賓出席名單

單位	出席代表
衛生福利部	陳時中部長
	謔立中司長
	詹金月科長
	張冠偉科員

國防部
國家通訊委員會

立法院社會福利及衛生環境委員會

台北市衛生局

新北市衛生局

桃園市衛生局

台南市衛生局

台中市衛生局

宜蘭縣衛生局

花蓮縣衛生局

南投縣衛生局

彰化縣衛生局

嘉義市衛生局

嘉義縣衛生局

屏東縣衛生局

中華心理衛生協會

中華民國急重症護理學會

中華民國臨床心理師公會全國聯合會

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

中華團體心理治療學會

台北市西藥代理商商業同業公會

台灣心靈家園關懷協會

台灣臨床心理學會

台灣護理學會

社團法人中華民國生活調適愛心會

三軍總醫院北投分院楊斯年院長

陳耀祥委員

王育敏委員

吳焜裕委員

林靜儀委員

陳曼麗委員

黃世傑局長

林奇宏局長

杜仲傑科長

胡穎綺技佐

蘇柏文副局長

李莘瑜督導

陳怡局長

黃惠理股長

林宛蓁科長

徐秋君科長

廖欣瑜護理師

陳淑怡科長

張淑真衛生稽查員

郭容嫻技士

林卿瑜技士

祝年豐局長

李昭仁局長

劉嘉年秘書長

陳麗琴理事長

詹雅雯秘書長

洪德仁理事

高靖秋理事長

陳俊鶯理事長

謝明昇副主委

王琳協談老師

吳佩容秘書

陳淑芬秘書長

吳章安先生

社團法人台北市生命線協會

社團法人台灣自殺防治學會

社團法人台灣心靈健康資訊協會
社團法人台灣失落關懷與諮商協會
社團法人台灣老年精神醫學會
社團法人台灣快樂列車協會
社團法人台灣減害協會

社團法人國際生命線台灣總會

財團法人董氏基金會

臺大醫院

臺北市立聯合醫院

臺北榮民總醫院

臺灣憂鬱症防治協會

銘傳大學新聞學系

衛生福利部桃園療養院

衛生福利部嘉南療養院

貴賓

(依姓氏筆畫排序)

張秀桂小姐

蘇達筠主任

李明濱理事長

陳碧霞監事

吳佳儀理事

詹佳達秘書長

吳恩亮副秘書長

戴萬祥副秘書長

江宜蓁顧問

蕭彤恩副秘書長

方俊凱理事長

黃宗正理事長

黃俊銘理事長

呂淑貞理事長

黃敏偉理事長

張文亮理事

陳萱佳主任

謝秉廷組長

張麗燕小姐

林奕廷醫師

姜丹榴技正

陳映燁醫師

蔡世仁主任

廖士程理事長

孔令信系主任

李新民院長

歐陽文貞副院長

王文德總裁

全弘鎮教授等 7 人(韓國學者)

何啟聖副總(1111 人力銀行)

賴浩敏前司法院長

表 5-5-3、世界自殺防治日記者會新聞露出總整理

露出平臺

新聞標題

三立新聞網

群組頻污衊同志 林靜儀籲勇敢反駁

中央社	自殺死亡率升 專家估 30 萬人一年內想過自殺
中央廣播電台	自殺率微幅上升 人人皆是自殺防治守門人
公視	世衛統計全球每年 80 萬人死於自殺 自殺死亡率連 3 年微升 老人輕生率高
台灣新生報	自殺死亡率升 估 30 萬人 1 年內想過 炭排自殺死因占率全國第二 秋節後燒炭者確實增加
台灣醒報	2 百多萬人想自殺 防治要有同理心
芋傳媒	全球每 40 秒一人自殺 「關懷親友避免憾事」
教育廣播電台	一問二應三轉介 人人都是自殺防治守門人
蘋果日報	台灣人心很苦 自殺死亡人數連續 3 年上升
公視(電視)	自殺死亡率連 3 年微升 老人輕生率高
東森新聞(電視)	一問二應三轉介 同心協力防範自殺

6)世界自殺防治日全台串連，彙整內容詳列如下

- (1)臺北市府於 9 月 8 日主辦「衛教主軸宣導活動」，以「您的健康、我們共同守護」為口號，呼應「2018 世界自殺防治日——自殺防治人人共守！」。活動將邀請市長柯文哲、藝人納豆與民間社福團體等一同出席，現場還備有闖關及豐富摸彩獎項，更有健康保健、癌症篩檢、藥物諮詢、心理關懷等免費服務。
- (2)桃園市政府響應世界自殺防治日舉辦大型宣導活動，透過戲劇演出，呈現自殺防治重要性，現場亦有相關專家現身說法分享案例，使民眾對於自殺防治議題更加熟悉。
- (3)新竹市舉辦 2018 世界心理健康日，主題為「在變遷世界中的年輕世代與心理健康」，由新竹市政府與新竹市生命線協會合作，於 9 月 13 日至 27 日的每個周末，於影像博物館辦理「有故事的人」影展，並邀請各級學生來說故事，分享生命時刻。
- (4)苗栗縣政府舉辦世界自殺防治日響應記者會，由苗栗縣長徐耀昌化身滋養幼苗的元素，象徵以愛與關懷照顧幼苗般的青少年，盼他們能健康快樂成長。
- (5)嘉義市衛生局為呼應 9 月 10 日「世界自殺防治日」與 10 月 10 日「世界精神衛生日」，特於 9 月至 10 月期間擴大辦理心理健康系列活動，活動以青少年族群為主體，設計豐富多元的動靜態活動如桌遊、卡牌、沙遊、園藝、繪畫、性別電影賞析、情緒講座等課程，鼓勵青少年及其家人共同參與，使其在活動過程中，進行自我探索及增進親子情感，創造個人幸福感。

(6)屏東縣衛生局辦理「屏東縣心理健康月啟動暨自殺防治日宣導活動」，除邀請曾有自殺意念而後調適成功之民眾現身分享，亦邀請各專業單位簽署策略聯盟合作，呼應「同心協力防自殺」。

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「同心協力防自殺」為主題的海報徵件、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。

五、 附件

5-5-1、2018 年世界自殺防治日海報徵件活動簡章

5-5-2、2018 年單車繞世界活動簡章

5-5-3、2018 年世界自殺防治日相關活動文宣

5-5-4、2018 年世界自殺防治日海報徵件活動得獎作品

2018 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。本次年中討論會以自殺高風險之精神疾病個案為例，讓各縣市衛生局瞭解全國自殺防治與關懷訪視現況，並透過討論與交流方式，針對特定議題進行討論。

本次會議採世界咖啡館模式進行。世界咖啡館是由華妮塔·布朗(Juanita Brown)、大衛·伊薩克(David Isaacs)所發展，是一種匯聚各方觀點、發現關鍵問題、形成最佳結論的團體討論模式。建議會談方式可採 12-15 人為單位進行對談，鼓勵參與者在每回合中分享個人看法、積極聆聽，並逐漸在對談小組當中探索多元觀點與深層問題；在後半段的討論回合中，更引導參與者從集體智慧中形構出集體的行動方案。

本中心於 2018 年 6 月 29 日辦理「107 年度自殺防治年中討論會」，主軸以自殺高風險精神疾病個案為例，討論自殺防治網絡之資源整合。會中邀請衛生福利部、各縣市衛生局、精神醫療網核心代表、安心專線代表、自殺關懷訪視員代表及督導一同參與，藉此機會凝聚共識、提升與強化各地之自殺防治策略與措施。

2. 業務目的與目標

提供自殺相關的最新數據與進展，透過小組內跨網絡成員的經驗分享與腦力激盪，使參與者藉此提出豐富而多元的觀點，進行實務經驗交流，強化自殺防治之具體作法及成效，使自殺防治網絡更為綿密並發揮最大功效。

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) 將討論會內容函報衛生福利部核備。
- 3) 部內將議程與報名資訊函至各縣市衛生局、精神醫療網、安心專線代表等，請其報名。
- 4) 開放報名系統，並彙整名單。
- 5) 邀請主持人、主講人及各桌桌長，同時編製年中討論會手冊。
- 6) 於 6 月 29 日召開辦理「107 年度自殺防治年中討論會」，會後寄發成果海報、大合照及滿意度調查表。

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、安心專線。
- 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. 於全國自殺防治中心業務會議，提案年中討論會之辦理方式、時間及地點；會中決議以世界咖啡館模式舉行，並將時間訂為 6 月 29 日下午，地點為台大校友會館。
2. 將討論會之議程與討論議題以公文函文至衛福部備查，其後衛福部函文至各縣市衛生局、精神醫療網等單位，於 5 月 15 日至 6 月 15 日期間受理報名，並寄發行前通知及參考資料。
3. 由中心邀請主講人與各桌桌長，匯集講師之簡報、參考資料，並製作手冊。
4. 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(一組約 14 人)，每組配置一名桌長、一名紀錄和一名行政協助，以便進行四回合的分組討論。
5. 6 月 29 日召開辦理「107 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，並於四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，一組約 14 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，共進行四回合。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。
 - 3) 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。
6. 會後寄發會議成果海報、大合照與滿意度調查表，邀請參與人員填寫。

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、自殺地圖等資料之識讀說明之外，亦結合世界咖啡館模式讓與會人員針對四大議題進行探討，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。當日議程如附件 5-6-1。

2) 討論題目

題目與說明	討論子題
<p>(一) 自殺防治單位如何跨網絡處遇合併嚴重精神疾病的個案？</p> <p>根據 106 年的自殺通報統計數據，最常見的自殺原因為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」(34.6%)，由此可知精神疾病個案為自殺高風險群；同為精神疾病的藥、酒癮個案亦是社會近來關注的族群。若能對上述群體即早診斷、治療、評估其自殺風險，可能降低自殺事件的發生。</p>	<p>目前有哪些自殺防治單位有跨網絡處遇合併精神疾病與藥、酒癮個案的經驗？有無困難之處？還有哪些單位可以共同加入跨網絡的合作？</p>
<p>(二) 各縣市在自殺高風險個案的醫療轉介或其他資源轉介方面有甚麼困境？促進個案轉介的策略為何？</p> <p>提供並連結自殺個案轉介資源一直是關懷訪視員重要的工作項目之一。實務現場中，許多自殺高風險個案常因問題與壓力的長期累積、精神狀態不佳或缺乏足夠的社會支持系統，而嚴重影響其生活或工作能力，長期且穩定的支持常是個案所需的資源。在關懷訪視員定期追蹤關懷之虞，了解並盤點社區中可利用之專業轉介資源，使個案逐步適應社會生活，實為推動自殺防治工作中重要的一環。</p>	<p>各單位關懷訪視員在資源轉介的執行現況如何？有無面臨之困境？促進個案轉介的策略為何？有哪些資源(如：醫療機構、社福機構、復健機構、就業/補助服務單位、社區心理診所.....)可以加以利用？</p>

(三)自殺個案處遇實務過程中，如何有效結合社會福利服務與精神衛生醫療等單位，建構更完整的社會安全網？

完善的自殺防治工作需具備高度的團隊運作特性，為使自殺防治網絡更為綿密並發揮最大功效，有效整合社會服務與精神衛生醫療單位等資源，以提供高風險個案更完善之心理衛生資源服務，實為自殺防治工作中重要之一環。

(四)如何善用既有自殺相關數據，擬訂因地制宜的策略與措施？

經以往自殺相關數據及參與縣市自殺防治業務輔導訪查之累積經驗發現，各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可利用資源、優勢與挑戰等，均具有高度差異。故自殺防治策略規劃須「因地制宜」，掌握不同地區的特性，以便有效推動自殺防治策略。

在自殺防治網絡中，社福單位與精神衛生醫療機構之角色與功能為何？如何有效整合社福與精神衛生醫療資源，以提供個案更完整與全面性的服務？

各縣市如何運用自殺地圖，擬訂因地制宜策略？各縣市如何判讀本中心每月提報之「自殺企圖通報數據」及「滾動式修正策略建議」，擬訂因地制宜策略？

3) 出席人員：當日出席人員包含縣市政府衛生局代表(34 人)、精神醫療網核心醫院代表(20 人)、安心專線代表(4 人)，參與人數總計 58 位。各單位參與人數如表 5-6-1、5-6-2 與 5-6-3。

表 5-6-1、縣市政府單位與會名單

縣市政府單位(34 位)	
臺北市府衛生局 3 人	彰化縣政府衛生局 1 人
新北市政府衛生局 1 人	南投縣政府衛生局 2 人
基隆市政府衛生局 2 人	雲林縣政府衛生局 1 人
宜蘭縣政府衛生局 1 人	嘉義縣政府衛生局 1 人
桃園市政府衛生局 2 人	嘉義市政府衛生局 1 人
新竹市政府衛生局 3 人	臺南市政府衛生局 1 人
新竹縣政府衛生局 1 人	高雄市政府衛生局 1 人
苗栗縣政府衛生局 1 人	屏東縣政府衛生局 2 人
臺中市政府衛生局 1 人	花蓮縣政府衛生局 3 人
金門縣政府衛生局 2 人	臺東縣政府衛生局 3 人
澎湖縣政府衛生局 1 人	

表 5-6-2、自殺防治網絡單位與會名單

醫療網絡單位(20 位)	
桃園療養院北區醫療網 3 人	信安醫院 1 人
草屯療養院中區醫療網 1 人	屏安醫院 1 人
高雄市立凱旋醫院 2 人	台大竹東醫院 2 人
衛生福利部八里療養院 1 人	台中慈濟醫院 1 人
嘉南療養院南區醫療網 2 人	財團法人義大醫院 1 人
財團法人亞東紀念醫院 2 人	台北榮總蘇澳分院 1 人
臺北市立聯合醫院松德院區 1 人	奇美醫院臺南分院 1 人

表 5-6-3、安心專線單位與會名單

安心專線單位(4 位)	
台北市生命線協會 2 人	桃園市生命線協會 1 人
苗栗縣生命線協會 1 人	

4) 會議進行與討論

會議當日，由全國自殺防治中心廖士程執行長報告自殺防治 2017 年最新數據、自殺地圖與關訪員紀錄審查之識讀說明；接著再由中心說明本次世界咖啡館工作坊的進行方式與討論議題。最後，透過各組討論及報告，凝聚共識、相互交流，討論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) 自殺防治單位如何跨網絡處遇合併嚴重精神疾病的個案？

a. 目前有哪些自殺防治單位有跨網絡處遇合併精神疾病與藥、酒癮個案的經驗？有無困難之處？

a) 困境一：藥癮、酒癮個案的求助動機不高

(a) 酒、藥癮個案處遇的困難之處往往在於個案本身的否認與拒絕，此也造成關係難以建立。(高雄凱旋醫院)

(b) 酒癮個案常未有明顯的改善動機。(榮總蘇澳分院)

(c) 會遇到個案未被列管或是家庭否認疾病的狀況。(台大竹東分院)

(d) 在處遇酒、藥癮的部分，自殺防治是有足夠資源的，但常常會變成個案透過自殺來獲得更多的資源或關注。(苗栗縣毒防科)

(e) 曾經接獲司法或觀護人有關合併酒藥癮、自殺的個案，然而在合作上是有困難的；另說服就醫也是一困境；而通緝犯的關懷困難包含難以建立關係以及自身安全的疑慮。(屏安醫院)

(f) 藥、酒癮個案所處的環境亦會導致問題重複發生。如：當藥酒癮個案

的症狀緩解後，醫院無法久留治療；且返回社區後，原本的負向循環模式會再次發生。(嘉義市衛生局)

- (g) 酒癮個案的困難之處在於不一定能夠以法律規範來治療，若沒有其他的議題難以強制醫療介入，且個案常常覺得自己並非精神病患。(草屯療養院)
- (h) 藥癮的個案常有失去聯繫的情形，使得難以進行介入；警政協尋的效果亦相當有限。(新北市衛生局)

b) 困境二：跨網絡間的合作困境

- (a) 與警政、消防合作時會面臨困難，因警消單位有時不一定會受理，只有在必要條件下，如：必須當場目睹一些狀況發生，才會適當地介入。(台大竹東分院)
- (b) 在康復之友機構方面，會面臨到機構將有自殺議題的族群逐出，致使遠離復健歷程。(基隆市衛生局)
- (c) 在網絡連結部分會面臨資訊不明確或資料造假的情況(基隆市衛生局)。
- (d) 自殺防治常仰賴生命線資源，但若遇到酒藥癮個案，生命線常難以做更深入的服務，僅能做到情緒上的安撫。(基隆市衛生局)
- (e) 不同網絡單位對於個案的處遇方式會有認知上的落差。例如：社區中若發現有疑似病情時，衛生局會希望列管或帶走，而非關懷。(基隆市衛生局)
- (f) 有關自殺合併精神疾病的議題，上層往往會在不清楚詳細資訊的情況下，以指派或踢皮球的態度來處理。(雲林縣信安醫院)

c) 跨網絡合作的正向經驗分享與相關建議

- (a) 雲林縣有家暴高危機個案網絡，透過其網絡可多做一些系統性的服務。如：召開跨網絡的會議，以降低高危機再發生的機率。(雲林縣信安醫院)
- (b) 建議藥、酒癮是否可以透過法律的限制，比如保護管束等，讓觀護人來執行。(台大竹東分院)。
- (c) 關訪員需與派出所建立良好關係，以便透過派出所進行非正式的管理；定期拜訪合作單位是重要也是待加強的部份。(台中榮總嘉義)
- (d) 酒癮個案在處置方面往往會需要警政單位的協助，因此警政單位亦需要一些教育(桃園療養院)。

b. 還有哪些單位可以共同加入跨網絡的合作？

- a) 從跨網絡關懷訪視的觀點，最常與公衛護士或社關員合作；然而在一年

一聘的條件之下備受限制。另外，醫療院所是最有密切連結的資源，可向主治醫師瞭解一些狀況。

- b) 目前全日照中心具備許多資源與長期照顧的人力，因此若全日照中心能加入跨網絡合作，亦是一項可行的選擇。
 - c) 學校單位也是可以合作的，但學校單位的通報其實有連結上的困難，有些學校會密集地處理，有些則採取消極的態度。(高雄凱旋醫院)
 - d) 可加入軍中單位，比如心輔官；在軍警中也會有合併精神疾病的情形。
 - e) 嘉義市有與藥師公會合作，給藥商或其他相關單位做一些宣導上的合作。(嘉義市衛生局)
 - f) 民間單位有許多合作的對象，包含社區基層的部分；依靠這些人員往往能夠達到通報或防治的目的，特別是在緊急危難的時候。(凱旋醫院)
 - g) 飯店旅宿業也會遭遇到自殺防治的議題，因此也可以考量納入。(桃園療養院護理長)
 - h) 花蓮縣服用農藥的比率較高，因此會與農藥販售商合作，每年都會舉辦農藥販售商的自殺防治教育訓練。(花蓮縣衛生局)
 - i) 建議可與心理師公會合作，加入更多的心理師在其中服務。其實有許多地方或偏鄉地區都相當需要這些資源。(屏東衛生局)。
 - j) 可邀請里長一起進來參與防治，使得社區都能認識這位個案，與里長調查個案酒的購買處、使用率，並與商家合作。
- (2) 各縣市在自殺高風險個案的醫療轉介或其他資源轉介方面有甚麼困境？促進個案轉介的策略為何？**
- a. 各單位關訪員在資源轉介的執行現況如何？有無面臨之困境？**
- a) 困境一：個案或個案周遭系統的求助動機不高**
- (a) 許多個案有關係性的議題，但當訪員想要轉介家族治療或伴侶治療時，家庭多會排拒；因此雖有資源，但難以讓個案的家庭接上資源，也影響個案的自殺危險因子無法下降。(基隆市社區心理衛生中心督導)
 - (b) 服務的原住民個案多半有酒癮問題，然個案在家中的支持系統較差，且個案就醫的動機也不高，因此即便有送到醫院，但問題緩解後回到部落，酒癮的問題又會再出現，致使問題不斷重複。(花蓮縣政府衛生局)
 - (c) 當把個案轉介到區公所申請福利資源，個案也會受到歧視，因此自尊心較高的個案也會反彈。(新竹市衛生局社區關懷訪視員)
 - (d) 當訪員將精障個案轉介到心理諮商資源時，個案多回應不願意去；因此後續變成當就服員一聽到是精障個案，就會怕媒合不成功。(花蓮

縣衛生局關訪員督導)

- (e) 轉介上主要的困境是個案的求助意願。本單位會先幫個案轉介到縣市的心理諮詢，但幫個案預約心理諮商時間後，個案來的意願又不高或缺席。(基隆市衛生局社區心理衛生中心自殺關懷訪視員)
- (f) 有關未成年個案，有時會受限於需要監護人同意的問題，很多家長會否認小孩有資源介入的需要。(基隆市社區心理衛生中心督導)
- (g) 處遇戒酒個案時，會面臨到大環境對於戒酒宣導不足的困境。(臺中榮林總醫院嘉義分院關懷訪視員)

b) 困境二：就業上的轉介困境

- (a) 在就業的轉介上常會遇到的困境，如：在鄉村地區的個案，除了資源相對少之外，轉介到的單位也在較遠的城市地區，因此有時不是自殺個案不願接受轉介的工作，而是因交通工具短缺，加上可能又是中年婦女，生理上的限制致使難以媒合到轉介的資源。(衛生福利部嘉南療養院)
- (b) 基隆市雖資源夠，但許多就業服務員不是很了解如何服務有精神疾病或有自殺狀況的個案，因此就服員會用對待一般民眾的方式來協助個案，而忽略個案本身的議題；此現象也導致訪員與就業服務單位的摩擦，或個案會產生對訪員的不信任。(基隆市社區心理衛生中心督導)
- (c) 服務社區精神病患時，同時會有就業與社會補助的問題，因此個案會為了領取社會補助資格，期待找沒有勞健保的工作。但當遇到這樣的個案，就業服務單位也很難幫個案介紹到沒有勞健保的工作，且以關懷員的身份也不適合這麼做。(新竹市衛生局社區關懷員)
- (d) 轉介難以落實，有資源，可是難以連結；此外，個案與訪員的關係亦會影響到轉介的成功率。(臺中榮民總醫院嘉義分院關懷訪視員)

c) 困境三：資源不足的困境

- (a) 個案有時需要的是即時的心理諮商，但往往被安排到的諮商時間都在很久以後(如：一、二個月以後)，因此有緩不濟急的困境。另外是費用上個案經濟亦負荷不來，因此雖有心理諮商的資源，但實際上卻難以用上，立即性的需求難以滿足。(桃園療養院社區精神科護理長)
- (b) 心理諮商的資源很少，且個案需要的是立即性的幫助，但常常需要等，造成家長的無力感。(桃園市生命線協會自殺關懷訪視員)

d) 困境四：不同網絡單位的合作困境

- (a) 安心專線服務的個案量大，本單位對於在地資源較不熟悉，因此若遇到有精神疾病問題的個案會將其轉介到精神醫療單位，但往往精神醫

療單位還是會宣導撥打安心專線，因此造成個案雖已有在地資源的服務，但仍會不斷回打安心專線，此狀況也導致安心專線及個案的困擾。
(臺北市生命線協會主任)

(b) 學校端(高中)會面臨轉介精神疾病個案的困境。曾遇過單位將個案轉介到兒少保時，兒少單位認為個案身分不符(已滿 18 歲)，因此無法開案。最後處理方式是將個案連接到當地醫療資源與 NGO 協會。(新竹縣政府衛生局個案管理員)

(c) 警消不能協助就醫是一困擾，因自殺(傷)人個案仍需要警消協助。建議心口司可把相關制度做修正，包含人力資源問題，以及經費不足問題。(桃園療養院社區精神科主任)

b. 促進個案轉介的策略為何？有哪些資源(如：醫療機構、社福機構、復健機構、就業/補助服務單位、社區心理診所.....)可以加以利用？

- a) 高雄市的就業服務單位會依民眾的特性來提供資源，分有一般就業與有精神疾患的資源；因此精障個案除了有一般的就業途徑之外，還有一些社區復建的資源，且企業單位也會特別針對精障的個案提供督導，讓其熟悉工作內容。(高雄市立凱旋醫院自殺防治中心關訪員)
- b) 嘉義市目前有對月嫂進行教育訓練，會透過月嫂到宅篩檢有產後憂鬱症的婦女，將需要的個案做轉介，而縣市也會與心理師公會合作，請諮商心理師到宅做心理諮商的服務，用關懷的方式主動對高風險群做篩檢。(嘉義市政府衛生局技士)
- c) 建議能加強公衛護士有關社會資源轉介的專業知識與能力。(屏東縣政府衛生局技士)
- d) 雲林縣目前老年化問題日益嚴重，有在努力增加資源以及在地化的策略，例如：村里會針對獨居老人，每週關懷至少一～二次；另外網絡單位也會與村里幹事合作、或是會鼓勵村莊的宗教中心(例如：公廟的管理委員會)多去關懷村裡的榮民，以降低高風險個案。(雲林縣信安醫院自殺關懷訪視員)
- e) 面臨就服員對精障個案不熟悉的困境，若各縣市有專門為身心障礙者設立就業服務單位，也許這方面的問題會少一些。(新竹市衛生局社區關懷訪視員)
- f) 建議訪員可以提供個案轉介資源的選擇，但不提供保證，因轉介個案做心理治療或看精神科都不能保證資源對個案的效用，而需看個案的需要；且需要教育個案不論是治療或諮商都需要時間，非短期就能看到成效。(奇美醫院臺南分院關訪員)

- g) 建議可先評估個案狀況並了解需求，確認後再進行轉介，才不會浪費資源。(新北市政府亞東醫院自殺關懷訪視員)
 - h) 轉介上主要可分為就學(輔導諮商，會跟學校端合作)、就醫(醫院、診所)、就業、就養(社會處、家暴、性侵等民間單位)。建議不同單位間能共享資源或分工。(臺大竹東醫院自殺關懷訪視員)
 - i) 關於個案依賴安心專線的困境，可教育訪員甚麼樣的個案較適合撥打安心專線。(臺大竹東醫院自殺關懷訪視員)
 - j) 澎湖縣會有心衛中心的專線，單位亦有設立 line 群組，因此同仁間可以即時討論如何處理特殊個案需求。(澎湖縣政府衛生局衛生稽查員)
 - k) 社會福利可分為轉介與轉銜，轉介是只告訴個案資源，轉銜則是把資源交到個案手上。訪員手上有 list，但實際上難以運用，社安網的社工是要做轉銜。(臺北市立聯合醫院松德院區技正)
- (3) 自殺個案處遇實務過程中，如何有效結合社會福利服務與精神衛生醫療等單位，建構更完整的社會安全網？**
- a. 在自殺防治網絡中，社福單位與精神衛生醫療機構之角色與功能為何？**
 - a) 安心專線的功能是針對自殺個案即時做線上的評估，若遇有精神症狀明顯的個案則提供衛教資訊。(社團法人台北市生命線協會主任)
 - b) 在網絡連結裡，衛生局會針對個案的需求做一些連結，如：回饋給轉介單位個案狀況。在網絡資源裡，會做不定期的人員訓練，如：讓關訪員了解社福單位在做哪些訓練。(南投縣衛生局科長)
 - c) 精神衛生醫療機構可與當地的診所合作，如：行動醫院、巡迴醫療，針對缺乏醫療的地區提供醫療資源的可近性。許多關訪員最大的困難仍在於個案不願意就醫，因此若提高就醫的方便性，亦會有所幫助。
 - d) 精神衛生醫療機構可與衛生所端的公衛護士有共訪的計畫。共訪的優點是能即時溝通、一起合作，此有助於釐清彼此之間的落差。醫院端若更完整的話，亦有一些居家治療、社區資源可多加利用。
 - c. 如何有效整合社福與精神衛生醫療資源，以提供個案更完整與全面性的服務？**
 - a) 困境一：與社福單位有溝通上的困境**
 - (a) 社福機構會針對高危險群召開個案會議，然而通常在連結溝通上，社福單位認為精障跟自殺個案是較棘手的問題，因此社工對於加害者的部份(通常是精障個案)，通常只針對問題做處理而無法整合。精神衛生與社福之間在溝通上還需多加強。(臺東縣政府衛生局個管員)
 - (b) 個案常需要的是社福相關單位的服務，但往往社福單位並不是那麼清

楚，建議可由中央辦理針對社福機構的相關會議，邀請他們一起討論。
(南投縣政府衛生局個管員)

- (c) 社會局有時對於精神疾患或自殺個案有些疑懼，因此傾向把個案推到自關或社關這邊來，此背後可能亦有一些了解上的問題，包含一些迷思或汙名化。

b) 困境二：在整合方面會面臨個案隱私權的問題

- (a) 以前關訪員以個案為單位，但在建立社會安全網後會以家庭為單位，因此當精神疾病有自殺意念，社工員需做統籌的角色，如：協助轉介到所需資源，讓衛生局的列管個案可以少一部份。(澎湖縣政府衛生局衛生稽查員)
- (b) 針對家暴個案進行轉介時，若個案不願意，通常會請該單位聯絡個案，然而各自對於隱私權的看法不一樣，因此很難拿捏界線，動用私人關係的轉介通常較容易。(花蓮縣衛生局督導)
- (c) 系統權限再大也要尊重保密切結，管理好的資訊平台，聯繫會更有保障。(高雄凱旋醫院護理師)
- (d) 在共享個案的資訊方面，許多人提到需要靠一些私人的關係，跟醫師或醫院方面的單位聯繫，若沒有這些私人關係，中間的訊息要分享或溝通是有困難的，因為醫院也有尊重個案隱私權的兩難。

c) 經驗分享與建議

- (a) 針對個案，期待能先透過醫療讓個案的生理狀況回到穩定，再做後續的資源連結；與醫師、診所做合作時，可以了解個案回診頻率與用藥狀況。(奇美醫院關訪員)
- (b) 在跟其他單位合作上基本上沒有大問題，之前轉介個案給訪員，個案反映訪視經驗不是很好，因此希望訪員的專業能力可以更精進。轉介上有時會面臨單位間的認知落差，可盡量在轉介時詳細描述個案的狀況。(亞東醫院訪員)
- (c) 衛生局會有合併精障跟自殺的個案，在會議當中會邀請精神科醫師與會，也有警政消防員，甚至與法院結合。在花蓮比較大型的醫院亦有精神科醫師到部落做巡迴醫療。(花蓮縣衛生局)
- (d) 建議對各單位的分工項目做釐清，需告訴社政相關的評估與協助。(台北市政府衛生局關訪員)
- (e) 建議轉介窗口之間可有多一點交集、多一點溝通，建立良好關係，可使合作更順暢。(台大竹東分院關訪員)
- (f) 可建構個管的社會安全網，讓社工人員也可以隨時上網看個案的狀況，

資訊共享平台。(屏東縣政府衛生局技士)

- (g) 曾遇過訪視時評估個案風險很高，希望醫院盡快安排住院，但醫院端會因為精神衛生法等規定而有法令上的限制。此期待的落差，應該透過彼此之間對法律與醫院的運作模式有更多了解，來弭平期待上的落差。
- (h) 合作的關係須持續才能穩定、順利，但許多單位指出自關員與社關員之間有一些結構上不穩定的因素。建議可透過教育訓練、個案討論會，讓各個單位、社關、自關中間有個聯繫或了解的更深化。
- (i) 針對複雜的個案希望能有一個討論平台。此部分衛生局有會回應，針對精神障礙合併自殺個案是有平台在做討論的，包括警政、社政、醫療可以一起參與討論。
- (j) 對於社會安全網的期待，是希望能夠將特殊個案(如：加害人同時涉及自殺風險與精神疾病的問題)，統一由安全網的社工師來做管理，此可能分擔一些自關與社關的負擔，但也可能造成排擠效應，因安全網的社工收入較高，且計畫相對穩定。
- (k) 目前網絡間會面臨資訊無法共享的問題。如：醫院端有法律的限制，而社會局的通報系統與精神照護或自殺關懷通報間的資訊亦無法共享，希望此問題能夠釐清。

(4) 如何善用既有自殺相關數據，擬訂因地制宜的策略與措施？

a. 縣市如何運用自殺地圖，擬訂因地制宜策略？

- a) 針對桃園市新屋區以固體或液體自殺死亡率較高，因是以農業為主的區域。(桃園療養院社區精神科護理長)
- b) 高雄市會向農業局拿取販售業者清冊，除農業局每年兩次的講習外，會請工作人員至販售業者那裡做宣導，在農藥販賣品上黏貼紙。高雄市跳水自殺最多是鳥松區，但因為自殺死亡地圖是用戶籍地登錄，無法顯示出澄清湖為自殺熱點，會針對中心給的地圖再做比對，針對水公司、巡守隊有在做宣導。(高雄市政府衛生局社區心衛中心約聘心理人員)
- c) 桃園市針對溺水、農藥、木炭，結合區域內店家或業者比較會有幫助，但像是上吊、跳樓因為區域範圍很大比較不行。(桃園市政府衛生局聘用督導)
- d) 苗栗後龍鎮常碰到使用農藥的案件，但大約只有兩到三成通報至單位關懷，但警方處理過後(例如已死亡者直接送醫者)就不會再通報。後龍每 13 位自殺死亡者就有一位使用農藥死亡。假設有青少年自殺者去年較明顯增加，今天我們就會以青少年為主軸，因為裡面有一半自殺死亡

者是上吊，應該有一些時事的影響。針對原因處理，包括人際和情感因素，這些青少年滿多是重組家庭或是外籍配偶家庭。（社團法人苗栗縣生命線協會自殺關懷訪視員）

- e) 高雄市三民區跟鳳山區人口數較多，兩個區域各設有兩個衛生局或戶政事務所以茲區分，鳳山區除自殺和社區關懷訪視，還有社區品質計畫、社會安全網計畫都是重點區域。鳳山區有滿多大型醫療院所，包括精神科診所，醫療資源可近性高，但是民眾運用或是獲取的管道其實是不高的，或者意願是不高的，也不會跨區醫療。（高雄市立凱旋醫院自殺防治中心關懷訪視員）
 - f) 高雄市最近發現住在安養院或護理之家的自殺意念通報量開始增加的狀況，由於屬於流動人口，以戶籍地來說會出現誤判。高雄市（北區）需考慮氣爆及去年地震整個媒體渲染所產生的後續效應，其實要再重新思考的。有分析自殺意念者轉成自殺企圖至死亡案例的數據，但病患因精神症狀影響導致自殺者在數據上看不出來。（高雄市立凱旋醫院護理師）
 - g) 新北市高處跳下與燒炭較多，但因地點較分散，故從自殺地圖中較顯示不出熱點。碧潭吊橋和淡水河是新北市較明顯的跳水熱點，因此有針對碧潭吊橋的設計做一些預防措施；此外，針對高處跳下有跟公務局合作，在公寓大廈管理委員會裡跟保全宣導。（新北市政府衛生局技佐）
 - h) 花蓮山地鄉自殺死亡率比較高，交通不便（找山路、路曲折，送到救不活）、醫療資源少、工作機會少。有研究飲酒問題較嚴重，先天條件難以克服，如萬榮鄉和卓溪鄉。（花蓮縣衛生局專任助理）
 - i) 去年有針對 103~106 年台東縣各鄉鎮自殺者年齡比例跟方法，今年年初再將分析的結果送給各鄉鎮，若農藥使用比例較高那他們自殺防治會以農藥為主，宣導部分也會再請工會加強。（臺東縣政府衛生局個案管理師）
- b. 各縣市如何判讀本中心每月提報之「自殺企圖通報數據」及「滾動式修正策略建議」，擬訂因地制宜策略？**
- a) 針對使用農藥的自殺方式，跟農業局合作，每年針對有登記販售的業者做例行性教育宣導課程；另有寄出文宣品請販售商幫忙擺放和展示。去年針對農藥的策略是由於前年發現固體或液體比較高；去年則發現使用燒炭較高、使用農藥下降。推行區域式策略的困難在於大多都是跟各局處整體說明，沒有示範區域。（桃園市政府衛生局聘用督導）
 - b) 嘉義市衛生局針對木炭販售商做守門人訓練，對購買木炭疑似自殺高危

險性的民眾會通報衛生局。(嘉義市政府衛生局技士)

- c) 由於台中縣市合併，城鄉差距大，城中區會針對社區大廈管委會做宣導。舊台中縣的死亡率集中在以農業為主的區域，有講師跟農委會宣導，並呼籲農藥販售商上鎖販售的農藥（如：巴拉刈），讓業者能夠了解消費者購買農藥的原因。每年針對木炭會召集經銷商，如「全家」或賣場，請業者參加講習。(臺中市政府衛生局專案管理員)
- d) 對農會、販售店家、大樓警衛宣導守門人，前幾年會辦課程宣導邀請大樓警衛來參與。(臺南市政府衛生局關懷訪視員)
- e) 至少近兩年來南投縣衛生局會將去年跟今年同期的通報量、死亡人數、鄉鎮排序、死亡方式的比較。由於南投縣地廣人散，每個區域的狀況都不太一樣。以南投縣四個人口較多城鎮而言，自殺方式是以燒炭，或上吊為主而非農藥，策略就不會著重在農藥。其他比較會是在農藥。(南投縣政府衛生局科長)
- f) 偏遠地區（山區）自殺死亡者大部分使用農藥且自殺死亡率高，雖然日前有規定要管制，但商家尚有存貨，或者農民會自行囤積。科技業上班族，壓力非常大，都市人口大多住得比較高，主要死因是高處跳下。燒炭則是在都市和偏遠地區兩邊都有，因為比較容易取得。針對農藥商我們有跟動保處和農藥商合作，新竹縣市一起每年有兩次教育訓練。(新竹縣政府衛生局個案管理員)
- g) 因應去年重大事件（一家人燒炭的事件）有推「木炭不上架」，而有觀察到燒炭有下降的趨勢。目前學生割腕的狀況增加。澎湖有緊急醫療，靠內海用船，較遠的地方推直升機。(澎湖縣政府衛生局衛生稽查員)
- h) 當時基隆市自殺死亡率較高時，有制訂幾項策略，例如跨局處討論會議，請都發處做高樓跳下措施、教育處處理未成年學子的自殺狀況，社會處要做老人關懷和未成年子女的關懷。其實經過很多次的溝通，過程中會被婉拒或排斥，首長肯定是很重要的。透過大數據分析和整合能夠讓首長了解不同自殺類型應該要採取什麼樣的策略，透過討論來要求使各單位都要做，近幾年自殺率才會慢慢下降。(基隆市社區心理衛生中心督導)
- i) 嘉義也是農業為主的縣市，有針對安眠藥高通報比跟藥師公會聯繫，當民眾購買藥物時會通報縣市衛生局，再請輔導人員過去協助這位民眾和了解購買的原因。針對藥物濫用有製作海報再發送給各鄉鎮，請公衛護理人員至轄區藥師和販賣商宣導。嘉義鄉村地區獨居老人居多，有針對十八鄉鎮做憂鬱量表，再配合自殺通報數據，對兩個數據最高的鄉鎮做

大概六周的老人社區活動，把獨居老人找出來辦活動。(嘉義縣衛生局自殺防治個管)

j) 其他建議

- (a) 在原住民的區域或某些資源較不足的地方，因就醫的便捷性低，而影響了轉介之後的成效。此部分仍要請各縣市的衛生局設法將醫療資源普及化。
- (b) 自殺數據都是歸到戶籍地，因此希望能夠增加分析自殺行為發生區域的分析。因實務現場常因為追蹤到後來，若發覺此案是客死異鄉的話，很難有後續的作為，也很難要求其他縣市提供甚麼樣的介入。
- (c) 半數以上的縣市，自殺意念有做通報、關懷，然而關訪員表示僅有自殺意念的個案很難做處遇，也不曉得如何開案與結案(也可能一直結不了案)。此造成一個擔憂，若訪員將資源或心力放在自殺意念的個案，可能會排擠到更高危險群的關懷。

2. 結論

(1) 自殺防治單位如何跨網絡處遇合併嚴重精神疾病的個案？

目前各縣市跨網絡在處遇合併精神疾病與藥酒癮個案的合作上有遇到一些困境，而較常被提出的困境如：警消單位常因顧慮到後續所牽涉到的法律議題，因此只會在必要條件下配合將個案送醫；在與醫療網絡的連結上，則常因個人資料保護法的規定，阻礙單位間訊息的獲取；再者，有些縣市雖有舉辦跨網絡合作會議，但實際上卻難以在每次會議中都邀請到每個單位參與。

在正向合作經驗的分享中，各縣市有提出幾項能夠跨網絡合作的單位，如：學校單位、軍中單位、藥師公會、心理師公會、社區民間單位、全日照中心、飯店旅宿業、農藥商、議員或里長等；建議縣市能夠透過系統性的服務，邀請各單位一同參與，以降低高危機事件的再發生率。另外，單位間亦需要建立良好關係，如：定期拜訪，必要時亦可進行相關宣導與教育，此將有助於單位間的合作。

【綜合建議】

- a. **落實跨網絡連結**:強化縣市跨網絡合作會議之單位出席率，以共同討論精神疾病與藥酒癮個案之處遇。
- b. **改善網絡訊息傳遞**:嘗試克服醫療網絡連結過程中訊息獲取的阻礙。
- c. **提升網絡服務效能**:縣市增加自殺防治系統性服務效能，邀請有關單位一同參與合作並建立單位間良好關係，以減少高危機事件之發生。

**(2) 各縣市在自殺高風險個案的醫療轉介或其他資源轉介方面有甚麼困境？
促進個案轉介的策略為何？**

各縣市在轉介上所面臨困境大致可分為三點，分別是從案主(案家)、從轉介單位、以及從精神衛生醫療環境的角度來看。從案主觀點來看，遇到最大的困境是案主的求助動機不高，或者案家本身不願正視問題，以致難以轉介成功。從單位的觀點來看，較常提到轉介單位往往對合併精障與自殺個案缺乏了解，故難以用貼近案主的需求提供服務；另外也提到單位間會出現相互推責的狀況。最後，在環境面向則常出現如心理諮商資源不足的困境，使訪員在轉介心理諮商資源時無法滿足個案立即性的需求。

精障個案轉介到心理諮商資源時易被個案拒絕或猶豫其需求性，導致後續就服員對精障個案轉介缺乏信心，因此缺乏成功轉介經驗可能是影響就服員轉介的阻礙因子。在促進個案轉介策略方面，不同縣市亦提出幾項策略，例如：有的縣市在就業服務單位會將精障個案的轉介管道獨立出來，因此能夠依據個案的特性提供所需服務，同時亦會為個案安排工作督導，提高個案對工作的熟悉度；而有些縣市會有下鄉心理師，或受過專業訓練的人員，主動對地方的高風險群(如：產婦、獨居老人、合併藥酒癮個案)進行關懷。另外，有縣市會設立單位的溝通平台(如：line 群組)，以便即時針對特殊狀況的個案做討論。

【綜合建議】

- a. **克服醫療轉介困境**:針對自殺高風險個案轉介的困境，應針對個案、轉介單位、醫療資源三個面向分別克服阻礙因子，以提升精神醫療服務介入的可能性。
- b. **發展醫療資源成功連結策略**:未來宜提升對於具醫療需求的精障個案在轉介過程中的去汙名化、成功連結與持續照護，可透過獨立服務方案或管道增加成功轉介率，亦可考慮發展網路或社交媒體的跨領域溝通平台。

(3) 自殺個案處遇實務過程中，如何有效結合社會福利服務與精神衛生醫療等單位，建構更完整的社會安全網？

整體上，與醫療機構的合作方面遇到的問題較少，此可能與部分醫院有承接自殺防治計畫有關。與會人員較常面臨的困境如：單位間合作關係的不穩定，以及個案資訊共享的困難。在與社會福利單位的合作上，則相對有較多的問題被提出，例如：自殺防治單位與社福單位雙方對於彼此的理解不足，造成的期待落差。此外，社會局對於精神疾患或自殺個案仍有些疑懼，故有時在合作態度上較為消極；且轉介上亦會遇到資訊無法共享的問題。對此提出的相關建議，如：需針對複雜個案建立討論平台，且希望此類個案能夠由一位專業社工處理；多舉辦教育訓練，將自殺防治相關知識更廣泛的推廣到社會福利機構中；面對多重議題的個案建議可採共訪機制。

此外，討論過程中亦出現一些待解決的問題，如：1.資訊共享的問題：目前社會局的通報系統與精神照護或自殺關懷通報之間的資訊無法共享，能揭露多少個案之訊息有待釐清。2.合作關係不穩定：包含訪員與個案之間的關係、單位同儕之間的關係，此與自關員與社關員的工作穩定度有關。

【綜合建議】

- a. **發展醫療與社福合作機制並落實資訊共享**:專業網絡間宜發展並保持穩定的合作關係，透過教育訓練與討論平台增加對自殺個案的理解，互相了解各自的運作模式與文化，以設定可行的合作機制。
- b. **改善社福與自殺關懷通報資訊間之連結度**:在社會與資訊安全網的架構下，強化社福與衛生單位對個案資訊的溝通網絡，以減輕網絡單位對資訊收集的負擔、提升個案狀況的掌握度，有效發揮個案管理成效。

(4) 如何善用既有自殺相關數據，擬訂因地制宜的策略與措施？

討論結果發現絕大部分縣市對於自殺相關資料都有善加利用，特別是有關自殺方法的統計；各縣市會應用這些資料做在地化的自殺策略，且有些縣市會建置該縣市獨立的資料庫，並聘請專家定期做即時性的分析。在數據的利用方式上，各縣市亦有所不同。有的縣市會把數據轉給相關的承辦單位；有的雖不會轉發給承辦自殺關懷計畫的單位，但會在衛生局內部做檢討，並在相關會議上提出改變策略；而有的縣市會在每個月的行政督導會議分享數據，並與同仁一起討論策略。

討論中出現的待解決議題與建議，如：1.針對人口老化的問題，勾

選慢性疾病或精神疾病的比例有較高的趨勢。2.某些資源較不足的地方，因就醫的便捷性低，而影響轉介的後續成效，故各縣市衛生局需再強化醫療資源的普及性。3.自殺數據過去都是歸到戶籍地，有些縣市提出希望能夠增加自殺行為發生區域的分析，以利後續追蹤與介入處遇。4.有縣市反映僅有自殺意念的個案難以處遇，且擔心若將資源或心力放在自殺意念個案的關懷，將可能排擠對更高危個案的關懷，此部分有待釐清通報標準。

【綜合建議】

- a. 持續善用縣市自殺數據分析反饋策略擬定:各縣市衛生局可利用本中心定期提供之「自殺地圖」、「自殺企圖通報數據」及「滾動式修正策略建議」，及時修正因地制宜之自殺防治策略。
- b. 依據實證數據與訪視經驗修正縣市自殺防治重點方向:持續利用自殺高風險族群(如特定自殺方法者、老年人、青少年、精神疾病患者、低收入戶、失聯或常遷徙之高風險者等)及資源使用情形等數據分析，進行跨網絡策略討論，並依據縣市經驗及訪員處遇成效，修正自殺防治及關懷訪視計畫之實務服務內容。

5) 會後滿意度調查

(1) 性別

性別	人數	百分比
男性	18	42.9
女性	24	57.1
總計	42	100

(2) 地區

區域	人數	百分比
北部	14	33.3
中部	8	19
南部	14	33.3
東部	4	9.5
離島	2	4.8
總計	42	100

(3) 身分別

	人數	百分比
縣市衛生局	19	45.2
第一線人員	23	54.8
總計	42	100

(4) 滿意度統計(百分比)

項目	選項	非常 不滿意		不滿意		普通		滿意		非常 滿意	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.對於此次年中討論會，您的整體滿意程度為		0	0	4	9.5	13	31	16	38.1	9	21.4
2.您對於此次年中討論會感到獲益良多		0	0	5	11.9	13	31	16	38.1	8	19
3.此次年中討論會有清晰的議目標		0	0	3	7.1	10	23.8	15	35.7	14	33.3
4.討論氣氛讓您感到輕鬆融洽		0	0	4	9.5	13	31	17	40.5	8	19
5.題目設計有助於刺激思考並引發討論		0	0	4	9.5	16	38.1	13	31	9	21.4
6.分組的設計有助於鼓勵大家踴躍貢獻己見		1	2.4	2	4.8	16	38.1	12	28.6	11	26.2
7.跨組討論之設計有助於交流與連結不同觀點		0	0	3	7.1	17	40.5	11	26.2	11	26.2
8.小組能依主題凝聚共識		0	0	3	7.1	13	31	16	38.1	10	23.8
9.小組討論成果有助於強化自殺防治策略與措施		2	4.8	4	9.5	12	28.6	15	35.7	9	21.4
10.小組討論成果有助於創新思維之產出		1	2.4	7	16.7	12	28.6	11	26.2	11	26.2

(5) 結論與討論

在 58 位參與人中，共計 42 人完成會後滿意度調查問卷(填答率為 72.4%)。就量表 10 題之內部一致性而言，其 Cronbach's alpha 值為.97，表示內部一致性信度佳。整體滿意度(含非常同意與同意)為 59.5%；整體收穫度為 57.1%。

根據會後滿意度調查發現，由於此次年中討論會的議題中有兩題較偏向社區與行政面，然而參與人員中，第一線工作人員占約五成，因此討論過程中確實可能造成缺少不同層面思維的交流。建議若往後設計的討論議題面向較為廣泛，可考慮增加邀請警政、社政、勞政等不同的單位，一同參與自殺防治議題之討論，以促進不同網絡之間的交流與合作。

五、附件

5-6-1、年中討論會議程

5-6-2、自殺關懷最新數據與新進展、世界咖啡館進行方式說明簡報檔

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「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身份資料確認後，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、填寫關懷訪視紀錄及回覆表，以利後續轉介及結案等流程。

訪視紀錄完整性、個案狀況與風險評估是否清楚呈現，均會對關懷訪視之處遇計畫及成效有所影響，且當進行轉介或結案後又再次被通報時，訪視紀錄亦會影響後續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；因此，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知並有效運用既有資訊來協助個案，故訪視紀錄之填寫是否詳實，是極為重要的事。

為增進關懷訪視員訪視紀錄之可信度，提升後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的照護品質，中心每月抽查 3 個不同縣市之訪視紀錄(20 則以上)，審查紀錄完成之比例，並依據審查結果提出具體建議及追蹤後續改善狀況。期盼各縣市衛生局聘任之訪員能落實訪視紀錄之填寫，並進一步提升紀錄水準，以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項目與品質。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 排定審查縣市

- (1) 初審：根據 2017 年標準化自殺死亡率之縣市排名以及去年度抽查縣市順序，以每月抽取 3 個縣市為原則，排定今年度每月審查縣市之順序。
- (2) 複審：待 22 個縣市初審完成後，根據初審結果，以每月抽取 3 個縣市為原則，排定後續審查縣市之順序並追蹤後續改善狀況。

2) 制定紀錄抽查方式與審查標準

- (1) 制定每月紀錄抽查時段、標準與則數。
- (2) 根據衛生福利部自殺防治通報系統中「自殺個案訪視紀錄單」需填寫項目，逐一制定審查標準。
- (3) 每月初，依中心排定之抽查縣市，進入自殺防治通報系統，依中心制定之標準抽取訪視紀錄。
- (4) 針對每月抽查之訪視紀錄進行初評與複評，並根據審查結果撰寫建議。

- (5) 每月底，將審查結果與建議交付衛生福利部心理及口腔健康司，並同時發送給該月抽查縣市之衛生局參考運用。

三、過程(Process)

1. 審查流程規劃：審查流程分兩輪進行，初審階段為抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議；待初審結束後，依據初審之內部評分結果，進行複審並追蹤各縣市的改善情形。
2. 初審抽查縣市排定：依照 2017 年 1~10 月各縣市標準化自殺死亡率排名順序(如下表 6-1-1)以及去年度抽查縣市順序，排出初審的抽查順序。

表 6-1-1、2017 年 1~10 月各縣市標準化自殺死亡率排名

縣市	排名	縣市	排名
連江縣	1	臺南市	12
嘉義縣	2	嘉義市	13
澎湖縣	3	高雄市	14
南投縣	4	新北市	15
宜蘭縣	5	金門縣	16
雲林縣	6	臺中市	17
花蓮縣	7	彰化縣	18
基隆市	8	桃園市	19
臺東縣	9	新竹縣	20
屏東縣	10	新竹市	21
苗栗縣	11	臺北市	22

截止 7 月底，完成 22 縣市初審訪視紀錄審查，8 月進入複審階段。

- 1) 一月份：連江縣、嘉義縣、澎湖縣。
- 2) 二月份：南投縣、宜蘭縣、雲林縣。
- 3) 三月份：花蓮縣、基隆市、臺東縣。
- 4) 四月份：屏東縣、臺北市、臺南市。
- 5) 五月份：嘉義市、高雄市、新北市。
- 6) 六月份：金門縣、臺中市、彰化縣。
- 7) 七月份：苗栗縣、桃園市、新竹市、新竹縣。

3. 複審抽查縣市排定：待初審完成後進行複審，複審縣市順序是依據初審結果以及初審抽查縣市順序排定，各月份抽查縣市如下。

- 1) 八月份：雲林縣、嘉義縣、南投縣。
- 2) 九月份：基隆市、花蓮縣、屏東縣。
- 3) 十月份：新北市、嘉義市、高雄市。
- 4) 十一月份：臺中市、彰化縣、金門縣。
- 5) 十二月份：新竹市、新竹縣、苗栗縣。

4. 訪視紀錄資料抽查時段擇定：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，且初審與複審所抽查資料不得重複。

5. 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類，包括「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。初審乃選取最近一個月「已結案」的訪視紀錄，因「已結案」之訪視紀錄具備較完善之訪視資訊，亦較能了解訪視狀況及檢視訪員有無提供適當之處遇計畫與資源轉介。

6. 訪視紀錄抽查標準訂定：每份訪視紀錄審查是從該縣市訪員名單中隨機選取其中 7 位，抽查最近一個月內，每位訪員「已結案」案件中 3 則訪視紀錄，標準如下。

- 1) 第一則為首次訪視到「個案本人」，並以具有 BSRs 分數的訪視紀錄為主。
- 2) 第二則為結案前最後訪視到「個案本人」的訪視紀錄。
- 3) 第三則隨機抽取案件中其中一則紀錄，但不得與前二則重複。
- 4) 以上三則至少需含括一次家訪紀錄。
- 5) 若該縣市訪員不足 7 人，則重複抽取，同樣依前述方式進行紀錄抽查。

7. 訪視紀錄內容審查標準訂定：根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 2018 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如下。

- 1) 檢閱訪視紀錄中各項目填寫是否詳實、有無缺漏。
- 2) 檢閱「受訪對象」及「訪視方式」之填寫是否與撰寫之「內容摘要」一致。
- 3) 檢閱內容摘要結構是否詳實，並包含 SOAP 格式之資料，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)：個案或案家屬主觀的陳述，包括自殺原因、日常生活情況，及個案或案家屬對問題的認知與期待。
 - (2) Objective(客觀資料)：自殺關懷訪視員對個案、案家所觀察到的客觀資料，

如外觀觀察、行為表現、情感表達、人際互動情形及居住環境。

(3) **Assessment(評估)**：根據 S 及 O 之資料，進一步做出評估。

- a. 生理精神狀態評估：包含個案的生理疾病、精神疾病暨相關症狀、以及簡式健康量表 (BSRS-5) 的分數變化。
- b. 保護因子與危險因子：社會支持功能、醫療資源介入、壓力事件、經濟狀況、自殺史等。
- c. 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，針對已就診或接受心理健康諮詢者，進一步追蹤其就診、諮詢與服藥情形是否規律。
- d. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依風險等級分類為低、中、高三級。

(4) **Plan(處遇計畫)**：由 **Assessment(評估)** 結果，進一步擬出處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。如當個案 BSRS-5 的分數高於或等於 6 分，須提供個案心理諮商或精神科就診資源；當個案的身份為學生，則須連結學校輔導資源。

4) 檢閱結案評估：檢閱結案當次之紀錄，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。

8. **初評**：審查過程先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建議。

9. **結果**：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，交付衛生福利部心理及口腔健康司，並提供各縣市衛生局作為參考。

四、成果(Product)

1. 審查流程

審查標準是以專家制訂之訪視紀錄審查結果表(圖 6-1-1)，針對各縣市訪視紀錄進行審查，並依據審查結果給予建議。審查過程先由中心業務負責人初評完畢後，交付中心專家進行複評，最後綜合彙整審查表之結果與建議，交付衛生福利部及當月抽查縣市。

貳、 訪視紀錄審查結果

107 年 XX 縣/市訪視紀錄抽取共 21 份，其中「家訪」紀錄共為 X 則，「其他地點面談」紀錄共為 X 則，「電訪」紀錄為 X 則。

一、基本資料建置完整性 (自殺防治通報單)	有	無	註記
	N (%)	N (%)	
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. *目前是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 6-1-1、訪視紀錄審查結果表

二、關懷訪視品質 (自殺個案訪視紀錄單)	有	無	註記
	N (%)	N (%)	
1. 訪視紀錄必填項目 1) *訪視方式 2) *個案受訪情形 3) *個案目前狀態 4) *有無支持系統 5) 宗教信仰 6) *目前問題 7) *曾透露出自殺的訊息 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) 生理精神狀態 (涵生理與精神疾病相關症狀描述) (2) 保護因子 (3) 危險因子 (4) 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)	-	-	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. 抽取之訪視紀錄若為結案當次之內容摘

圖 6-1-1、訪視紀錄審查結果表(續)

<ul style="list-style-type: none"> • 是否有詢問個案就診情形？ (規則服藥、規則就診) <p>(5) 再自殺意念與行為評估</p> <p>4) P (訪視處遇計畫)</p> <p>5) 結案評估</p>			要，將檢核有無撰寫結案評估。
<p>三、風險評估 (自殺個案訪視紀錄單)</p>	N	(%)	註記
<p>1. 簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估</p> <p>1) 簡式健康量表</p> <p><input type="checkbox"/>BSRS-5 分數\geq6</p> <p><input type="checkbox"/>BSRS-5 分數$<$6</p> <p>2) 再自殺意念及風險評估</p> <p>(1) 高度風險</p> <p><input type="checkbox"/>重複想到死，或是強烈的自殺意念</p> <p><input type="checkbox"/>有自殺計畫</p> <p><input type="checkbox"/>有立即生命危險</p> <p>(2) 中度風險</p> <p><input type="checkbox"/>有自殺意念，但衝動控制能力尚可</p> <p><input type="checkbox"/>無立即之自殺計畫</p> <p>(3) 低度風險</p> <p><input type="checkbox"/>否認目前有再自殺意念或計畫者</p>	<p> </p> <p> </p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p> </p> <p> </p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>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\geq6」一欄填選有。</p>
<p>2. 處遇計畫 (複選)</p> <p><input type="checkbox"/>安排家訪</p> <p><input type="checkbox"/>安排電訪</p> <p><input type="checkbox"/>安排其他地點之面談</p>			

圖 6-1-1、訪視紀錄審查結果表(續)

□安排遺族關懷	0	0	
□提供緊急資源、協助就醫	0	0	
□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	0	0	
□轉介社會局	0	0	
□轉介勞工局	0	0	
□轉介心理諮商輔導：	0	0	
□轉介醫療機構處置：	0	0	
□轉介其他縣市衛生局	0	0	
□通報學校輔導 (如為學生務必通知)	0	0	
□轉介其他單位：	0	0	
□結案，結案原因：	7	33.3	
綜合建議			

圖 6-1-1、訪視紀錄審查結果表(續)

2. 執行結果

1) 抽查則數統計：

初審階段，截至 7 月 31 日前完成 22 縣市初審，每一縣市固定抽取 21 則紀錄，除了基隆縣當月缺一則外，初審紀錄共計 461 則。複審階段，根據初審結果針對 15 個縣市進行複審；截至 11 月 30 日前完成 12 縣市複審，每一縣市固定抽取 21 則紀錄，複審紀錄共計 252 篇。預計在 12 月 31 日前完成 15 縣市複審，共 315 篇。

2) 審查建議彙整

(1) 「內容摘要」建議

a. SOAP 內容檢閱

a) 主觀資料(S)

- (a) 針對部分非拒訪個案可再多追蹤其自殺原因及壓力源的變化，以確切評估其身心狀況和再自殺風險性。
- (b) 通報表單資料完整性不足乃在所難免，然而訪員在接案後，建議可再針對重要的訊息進行了解，並補充於紀錄中，例如：針對「自殺方式」可詢問工具的取得方式及目前的可近性，或者追蹤自殺後的身體狀況、自殺後的生活變動等，以增加個案再自殺風險評估的訊息量。

b) 客觀資料(O)

- (a) 客觀資料普遍為訪視紀錄中較缺乏的部份，建議可增加訪視過程中，訪員對個案所處現況的觀察，包含個案外表觀察、非語言訊息、情感表達、生心理狀態觀察、人際互動、居住環境、生活現況、個案如何自我照顧等；在電訪中則能記錄個案口氣、音調變化等。
- (b) 若訪視資訊獲得困難的原因為個案本身之相關因素(如：抗拒、不願多談)，亦可在紀錄中描述訪員所觀察到的客觀訊息。
- (c) 部分縣市直接採用 SOAP 分類方式撰寫內容摘要，能夠清楚簡要的呈現訪視重點，但部分訪員會混淆客觀資料和自殺風險評估的概念，建議訪員可多加閱讀並熟悉 SOAP 架構內容。

c) 自殺風險評估(A)

- (a) 多數紀錄能夠呈現個案的保護因子，但除了保護因子的資訊，建議可再加強生理狀態評估、危險因子評估、治療順從性評估、再自殺風險評估。
- (b) 在再自殺風險評估中，建議可依照個案主觀描述及客觀觀察資料，評估個案有無立即自殺計畫、衝動程度及生命危險，以作為完整評估個案再自殺風險的依據。

- (c) 當因個案拒絕關懷而使評估資訊有限時，建議訪員可增加客觀資料的蒐集，例如：記錄個案說話的表情或體力、個案目前已有的資源等，進而增加對個案自殺風險的評估。
- (d) 在治療(或會談)順從性評估中，建議可記錄個案就醫及服藥情形、有無助益、治療(諮商)關係等；若個案無此方面的需求或目前未接受治療服務，亦可進行記錄，以能全盤了解個案目前所接受的資源介入有哪些，增加自殺風險評估的完整性。若個案具精神疾病相關症狀，建議鼓勵就醫並且追蹤用藥狀況。

d) 處遇計劃(P)

- (a) 處遇計畫內容多數較為精簡，可能僅簡述「持續關懷追蹤」，針對此部份建議訪員可再針對未來關懷重點、下次訪視時間與方式、預計轉介單位等資訊進行描述，此資訊的呈現亦能使訪員在後續追蹤時，迅速掌握訪視重點。
- (b) 在訪視紀錄中，若有於處遇計畫欄位勾選轉介單位，建議可於訪視紀錄中說明資源提供情形，並於下次訪視紀錄後續轉介情形或困境，以確保轉介之落實與了解改善方向。

b. 結案評估內容檢閱

- (a) 多數結案當次訪視紀錄之結案評估內容過於精簡，僅粗略描述個案近況而無結案評估。建議結案原因除了記錄「追蹤關懷屆滿」、「依督導會議決議」、「目前暫無自殺意念」之外，可再增加評估個案周遭是否有其他可利用的資源、詢問個案在訪視過程中對於自我好轉程度的評估或對於結案之想法，以增加訪員結案評估的完整性及提供適當之結案處遇。
- (b) 建議訪員可在結案當次訪視紀錄中，將整體訪視過程之重點摘要於「非個案本人之訪談摘要」欄位，如：摘錄訪視初期至訪視後期個案的狀況變化，以清楚掌握個案壓力源與自殺風險的關係，並作為結案評估依據。
- (c) 結案案件中，若個案的 **BSRS** 分數與再自殺意念風險評估都呈現低度風險，但紀錄摘要中仍顯示個案壓力源依續存在，且保護因子略顯不足，應與內、外部督導進行討論與評估，擬出適合個案的處遇方案或延長追蹤期限。

(2) 「再自殺意念風險評估」建議

- a. 部份紀錄在「個案目前狀態」中填寫「有自殺意念」，然而在「再自殺意念與風險評估」中卻勾選「低度風險：否認目前有在自殺意念或計畫者」，故在訊息呈現上有不一致的狀況。建議訪員在評估個案自殺風險時，能依據 SOAP 內容評估整體風險，以增加評估信度。
- b. 建議訪員在進行「再自殺意念及風險評估」評估時，能留意到個案在「通報次數」的訊息，當「通報次數」欄位顯示多次時，可加以評估個案是否仍有其他週期性的危險因子存在，例如：生理精神疾病、壓力源、週遭環境等影響自殺風險之因素。

(3) 「處遇計畫」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，訪員可多加留意個案目前的保護因子，以及是否已連結醫療或會談資源，若尚未有資源介入，建議訪員進一步轉介精神科就診或連結心理諮商相關資源，以提供適當之處遇。

(4) 「非個案本人之訪談摘要」：訪視對象為個案本人，卻誤填於「非個案本人之訪談摘要」，訪員應避免欄位填寫錯誤。

3) 追蹤縣市改善情形

- (1) SOAP 內容檢閱：複審階段中，截至 10 月 31 日前，在複審的 9 個縣市中，有 7 個縣市的紀錄內容完整性提高，特別是在主觀資料(S)與處遇計畫(P)能在較多紀錄中被呈現出來；然而，在客觀資料(O)與自殺風險評估(A)方面，個縣市被抽查之紀錄呈現的內容仍較為薄弱。建議各縣市關懷訪視督導時，能持續推廣 SOAP 紀錄撰寫之概念與其重要性。
- (2) 結案評估內容檢閱：在當次結案紀錄中，截至 10 月 31 日前，在複審的 9 個縣市中，僅 4 個縣市的結案評估完整性提高，由此可見結案評估仍普遍為各縣市需待加強的地方。針對結案當次之評估，建議各縣市訪員能確實依循個案受訪歷程，紀錄結案原因、整體評估與後續追蹤計畫，以確保個案能獲得最大福祉。

3. 結論

- 1) 各縣市訪員所呈現的訪視紀錄內容豐富度、結構完整性落差大，此現象可能造成不同訪員呈現訪視品質的差異或專業間溝通上的困境，而此現象或許也與訪員的年資及所接受到的專業訓練程度有關。針對此品質落差，除了可請各縣市承辦單位以內、外部督導方式，提供訪員相關訪視知能之指引與訓練外，亦可透過各縣市衛生局舉辦相關專業課程，提升訪視品質。
- 2) 從訪視紀錄抽查中也發現，大部分訪員在客觀資料(O)與自殺風險評估(A)撰寫較簡略，且訪視紀錄中常缺乏自殺風險評估概念，導致未聚焦在這方面的資料搜集，然而自殺風險評估應為訪員重要的核心能力之一，故應增強這方面的訓練，提升訪視服務效能。

自殺防治關懷訪視內外部督導指引

紀錄登打指引及工作評核指標

一、背景(Context)

指標性策略，主要防治對象是具有高自殺風險個人，也就是自殺企圖者，據研究顯示曾經自殺過的人，再自殺的機率比一般人高。由此可見，自殺企圖為自殺死亡最重要的預測因子。鑒於此，衛生福利部協助各縣市推動「自殺通報關懷訪視計畫」，並將其視為重點工作之一，落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理，全面執行指標性自殺防治策略。

作為第一線的自殺關懷訪視員不僅需具備基本守門人的正確態度與訪視技巧，面對背景多元且問題複雜的個案，訪員還需具備各種憂鬱、自傷、自殺等生心理相關知識，且熟悉各種在地化的網絡資源，以能針對個案做出正確評估、處遇及轉介等規劃。每年衛生福利部舉辦「精神衛生及自殺關懷員教育訓練」、「自殺關懷訪視專業訓練」等課程，培訓訪員們專業知識與實務能力，並透過邀請專家實地進行互動式輔導訪查與實務督導研討個案，盼能聯合多方單位介入，促進專業與資源之整合，一同輔助訪員解決難題。

然而個案狀況包羅萬象，加上訪員所承載的案量遠超過一年所規定的案數，形成業務量上的過度負荷進而影響服務品質，訪員的自我照顧和工作支持系統顯得更為重要。從過往執行各縣市輔導訪查得知，訪員服務情形因地制宜，良好的內、外部督導機制為訪員最主要的支持與援助，能給予棘手個案處遇及時性的建議與評估，因應各種狀況，減輕訪員的負擔與窘境。

有鑒於此，2018 年「全國自殺防治中心計畫」需求書實施「研修『自殺關懷訪視工作內/外部督導指引』及『訪視紀錄登打指引』等文件，並研擬自殺關懷訪視工作評核指標（含過程面及結果面指標），提供各縣市參考運用。」透過了解各縣市自殺關懷訪視內部及外部督導執行情形，及邀請自殺防治專家同仁針對關懷訪視流程、困難個案處理、自殺防治業務、跨網絡資源網運作等相關事宜進行討論，研擬內、外部督導指引，並針對關懷訪視工作研擬服務與效能評核指標，包含結果面與過程面，以更有效管理訪視服務之品質。此外，中心亦依據 2017 年各縣市訪視紀錄之抽查結果與專家建議，擬定最新標準化訪視紀錄登打指引，提供各縣市參考運用，精進關懷訪視業務品質。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 自殺關懷訪視內/外部督導指引

- (1) 蒐集各縣市自殺關懷訪視計畫承辦單位內/外部督導執行情形。
- (2) 研擬《自殺關懷訪視督導手冊》大綱內容。
- (3) 彙整專家意見，撰寫督導指引內容。
- (4) 經由專家討論與修正，確定《自殺關懷訪視督導手冊》內容。

2) 訪視紀錄登打指引

- (1) 邀集專家討論，研擬登打指引編寫方向。
- (2) 編寫訪視紀錄登打指引，以 SOAP 紀錄撰寫格式為填寫標準。
- (3) 以公文函復衛生福利部自殺防治通報系統修改建議，內容為 SOAP 紀錄撰寫格式系統輸入介面。
- (4) 邀請專家提供範例，範例內容為常見個案情形。
- (5) 編寫訪視紀錄登打指引供系統修改完成前參考，系統介面修改後亦可依此原則撰寫訪視紀錄。
- (6) 與專家再次確認後，函送衛生福利部。

3) 自殺關懷訪視工作評核指標

- (1) 邀請專家同仁開辦討論群組，研擬工作評核討論方向。
- (2) 彙整專家意見，由中心專員編撰相關評核指標初稿。
- (3) 經由專家討論與修正，擬定最終指標。
- (4) 增修完成，與專家再次確認後，函送衛生福利部。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、各縣市自殺關懷訪視業務承辦單位、衛生福利部嘉南療養院王禎邦醫師、衛生福利部八里療養院戴萬祥醫師、衛生福利部桃園療養院吳恩亮醫師、馬偕紀念醫院自殺防治中心蕭雪雯社工師。
- 2) 資源連結內容及形式：公文、電子信箱聯繫、專家討論群組、文獻閱讀、網路問卷、過去中心出版資料彙整等。

三、過程(Process)

1. 自殺關懷訪視內外部督導指引

- 1) 3月針對全國各縣市 35 個自殺關懷訪視業務承辦單位進行全面性督導業務調查。
- 2) 研擬「自殺關懷訪視內外部督導指引」大綱內容，區分為內部督導與外部督導核心任務及實施模式，並規劃督導實務指引。
- 3) 完成內部督導指引初稿，進行專家意見彙整。
- 4) 完成《自殺關懷訪視督導手冊》

2. 訪視紀錄登打指引

- 1) 4月以公文函復衛生福利部自殺防治通報系統修改建議，內容為 SOAP 紀錄撰寫格式系統輸入介面。
- 2) 邀請專家提供範例，範例內容為常見個案情形。
- 3) 編寫訪視紀錄登打指引供系統修改完成前參考，系統介面修改後亦可以此一原則撰寫訪視紀錄。
- 4) 完成登打指引初稿，進行專家意見彙整。
- 5) 針對專家建議進行修改，並寄予中心長官審閱，確定登打指引內容。

3. 自殺關懷訪視工作評核指標

- 1) 邀請專家開辦討論群組，研擬工作評核討論方向。
- 2) 研擬自殺關懷訪視工作評核指標，彙整專家意見。
- 3) 將「自殺關懷訪視內外部督導指引」及「訪視紀錄登打指引」相關內容列入評核指標。
- 4) 針對專家建議調整評核指標，並經由中心長官確定內容。

四、成果(Product)

1. 自殺關懷訪視內外部督導指引

- 1) 各縣市督導業務調查結果：問卷共回收 35 份(35 間承辦單位、含 22 縣市)，統計結果如下：

(1) 2017 年訪員、內部及外部督導總人數

根據問卷統計結果顯示，2017 年各縣市自殺關懷訪視業務承辦單位的訪員人數有 16 家(45.7%)不超過 5 位，9 家(25.7%)落在 6~10 位之間，其餘 8 家(22.9%)分別落在 11~20 位內。值得注意的是，有一家承辦單位(基隆市衛生局)的訪員人數超過 20 位以上，顯示自殺關懷訪視業務的資源支持相比其他單位來得充足。臺中市政府衛生局未填寫訪員人數。

大部分承辦單位均有內聘督導協助關訪業務，其中 22 家(63%)承辦

單位的內督人數落在 0~5 位之間，7 家(20%)落在 6~10 位之間，2 家(6%)落在 11~15 位之間，1 家(3%)落在 20 位以上。內督人數接近 20 位的有高雄市立凱旋醫院(19 位)。相反的，澎湖縣、新竹縣及南投縣政府衛生局未提供內部督導。

外督與內督人數比例大致一樣，23 家(66%)落在 0~5 人之間，5 家(14%)落在 6~10 人之間，4 家(11%)落在 20 位以上，2 家(6%)落在 11~15 人之間，1 家(3%)落在 16~20 人之間。其中聘用 20 位以上外督的單位包括新竹縣政府衛生局(24 位)、基隆市衛生局(38 位)、臺東縣衛生局(23 位)及臺北市政府衛生局(36 位)。另根據數據顯示有 7 家承辦單位是未提供外部督導，包括臺中榮總醫院、台北慈濟醫院、亞東醫院、雙和醫院、臺中榮總嘉義分院(嘉義縣)、臺中榮總嘉義分院(嘉義市)、澎湖縣政府衛生局。如圖 6-2-1。

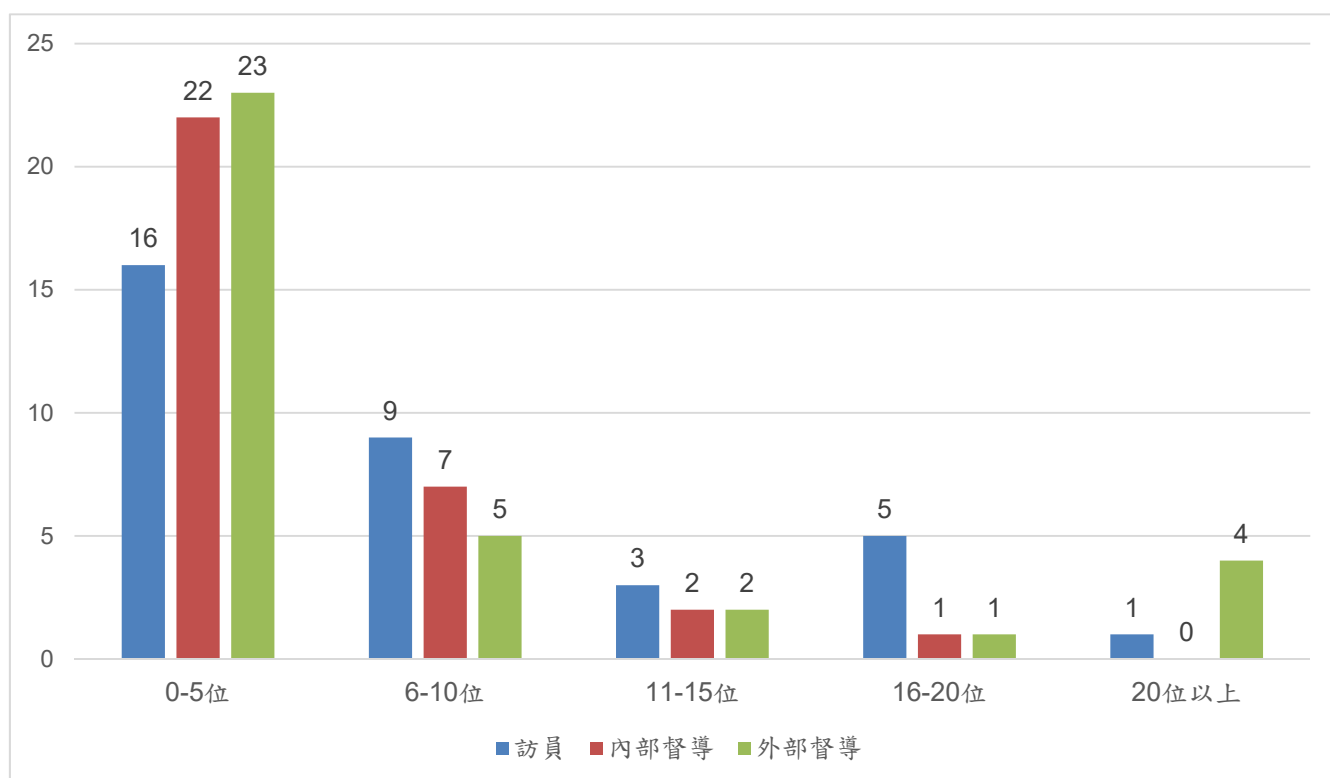


圖 6-2-1、2017 年各單位關懷訪視員、內部及外部督導總人數圖

(2) 2017 年關懷訪視內外部督導總次數

根據回收問卷的數據統計，2017 年各承辦單位的內部督導每月平均 2.8 次，每次平均 1.6 小時。有 9 家(26%)承辦單位一年內進行 11~20 次內部督導，8 家(24%)一年內進行 41~50 次，6 家(17%)一年內進行 51 次以上，5 家(14%)一年內進行 0~10 次，4 家(11%)一年內進行 31~40 次，2 家(6%)一年內進行 21~30 次。值得注意的是，南投縣與新竹縣政府衛生局無內聘督導，但有提供外部督導。澎湖縣政府衛生局無填寫內外部督導次數資料。

外部督導每月平均 1.65 次(扣除 7 個沒有外聘督導的承辦單位)，每次平均 3.15 小時。11 家(31%)承辦單位一年提供 0~10 次的外部督導，另外 11 家(31%)承辦單位一年提供 11~20 次，其他次數皆少於 4 家。7 單位未提供外部督導，包括臺中榮民總醫院、台北慈濟醫院、亞東醫院、雙和醫院、臺中榮總嘉義分院(嘉義縣)、臺中榮總嘉義分院(嘉義市)、澎湖縣政府衛生局。(如圖 6-2-2)

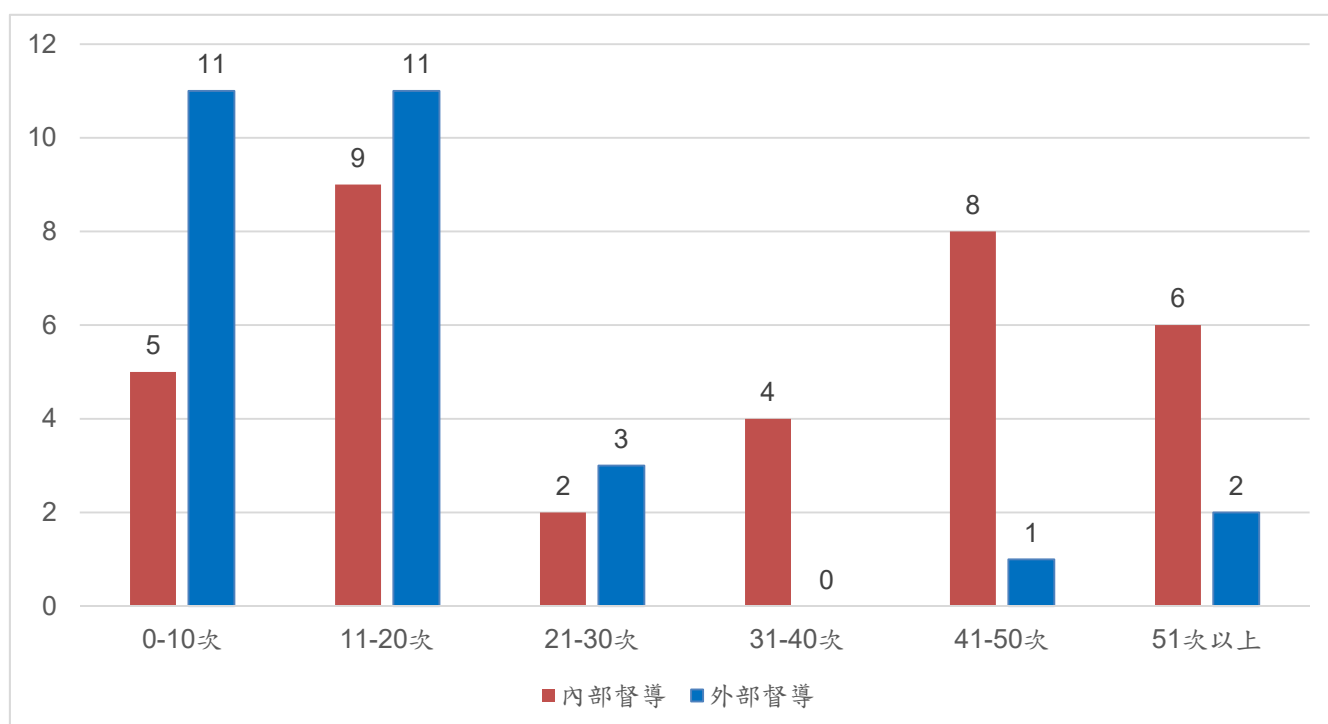


圖 6-2-2、2017 年關懷訪視內外部督導總次數圖

(3) 2017 年關懷訪視內外部督導項目比對

根據問卷回收統計，內部督導項目中，除「通報數據分析」(50%)及「精神科轉介」(55.9%)比例較低外，其餘督導項目比例皆在 60%以上。其中，又以「處遇計畫」(91.2%)占率最高，而「危機因應」及「自殺風險評估」為次高，比例為 85.3%。外部督導項目中，前三高比例項目為「處遇計畫」(89.3%)、「困難個案」(85.7%)及「自殺風險評估」(75%)。詳細請參表 6-2-1。

表 6-2-1、關懷訪視內外部督導項目占率表

	內部督導 (%)	外部督導 (%)
訪視關懷作業流程	64.7	39.3
結案評估	73.5	57.1
處遇計畫	91.2	89.3
可用資源	64.7	53.6
跨單位資源	70.6	60.7
危機因應	85.3	64.3
自殺風險評估	85.3	75
情緒支持	79.4	67.9
個人成長	76.5	57.1
通報數據分析	50	14.3
困難個案	79.4	85.7
精神科轉介	55.9	39.3

(4) 2017 年內外部督導專業背景比對

以專業背景比例分析，內部督導及外部督導占率最高的皆為精神科醫師(內、外督分別為 64.7%及 75%)；另外，內部督導背景比例次多者為臨床或諮商心理師(50%)，而外部督導背景比例次多者為社工師(53.6%)。詳細請參表 6-2-2。

表 6-2-2、內/外部督導專業背景占率表

	內部督導 (%)	外部督導 (%)
衛生局長官	29.4	32.1
精神科醫師	64.7	75
護理師	20.6	32.1

臨床/諮商心理師	50	46.4
社工師	29.4	53.6

2) 《自殺關懷訪視督導手冊》內容

編製《自殺關懷訪視督導手冊》，主要內容包含「自殺關懷訪視員督導」、「內部督導」、「外部督導」、「困難個案督導指引」、「自殺關懷訪視員之核心能力與紀錄登打」及「關懷訪視工作評核指標」等六部份，共約 40 頁，大綱請參表 6-2-3。詳細手冊內容請參閱附件 6-2-1。

表 6-2-3、自殺關懷訪視督導手冊大綱

大綱	內容
壹、自殺關懷訪視督導	一、督導目標與任務 二、有效督導的原則 三、機構聘任督導之參考準則 四、2017 年各縣市督導實務分析
貳、內部督導	一、內部督導核心任務 二、內部督導方式和運作 三、內部督導與訪員關係模式 四、新任內部督導的訓練方針
參、外部督導	一、外部督導的核心任務 二、外部督導的實施模式 三、外部督導的主要項目 四、跨領域外部督導的重要性 五、內外督導聯繫會議
肆、困難個案督導指引	一、拒訪個案 二、重複自殺個案 三、合併多重議題的自殺個案 四、社福資源之連結
伍、自殺關懷訪視員之核心能力與紀錄登打	一、自殺關懷訪視員核心能力 二、訪視紀錄登打指引
陸、關懷訪視工作評核指標	一、關懷訪視工作評核指標說明 二、關懷訪視工作評核指標內容

2. 訪視紀錄登打指引

訪視紀錄登打指引中採用 SOAP 紀錄撰寫格式，指引中包含 SOAP 各項目之說明與撰寫範例，另外亦針對自殺防治通報系統，提出撰寫格式之修改建議。

1) SOAP 紀錄撰寫格式：SOAP 核心是以問題為導向，蒐集個案的主觀(S)、客觀資料(O)，並依據所蒐集的主觀、客觀資料撰寫評估(A)與處遇(P)，以下說明 SOAP 的紀錄內涵。

(1) **個案主觀描述(Subjective)**：包含個案對自己現況的主觀描述，如：造成自殺的原因、情緒感受、工作或學業情況、經濟狀況、日常生活安排、就醫情況、社會支持等。

(2) **客觀觀察資料(Objective)**：包含訪員觀察到的客觀事實，如：個案外觀(外表、非語言訊息)、情感表達、生心理狀態、人際互動、居住環境等。

(3) **自殺風險評估(Assessment)**：訪員可將所蒐集到的主觀資料(S)與客觀資料(O)作為基礎，綜合評估案主的自殺風險，內容包含保護因子與危險因子的評估、治療順從性評估、生理與精神狀態評估以及再自殺意念風險評估。

(4) **處遇計畫(Plan)**：此部份內容將根據評估結果，進一步擬定處遇計畫，包括本次訪視處遇、資源連結及轉介、未來關懷重點、方式及時間等。

以 SOAP 作為關懷訪視過程的紀錄方法，能夠呈現出詳實且有架構的內容，不僅能掌握個案的風險評估與處遇計畫，亦能讓被轉介單位了解情況，鞏固專業人員間的合作，詳細指引內容請參閱附件 6-2-2。

2) 自殺防治通報系統修改建議

(1) 現行自殺防治通報系統訪視紀錄輸入項目分為「個案基本資料」、「訪談紀錄」、「簡式健康量表」、「再自殺意念評估」、「處遇計畫」，可供訪員以文字敘述輸入的項目僅有「訪談紀錄」中的「內容摘要」，沒有制式的紀錄格式可供參考。(如表 6-2-4)

(2) 自殺防治通報系統修改建議，內容為 SOAP 紀錄撰寫格式系統輸入介面，項目修改為「個案基本資料」、「訪談紀錄」、「主/客觀資料」、「自殺風險評估」、「處遇計畫」，依照 S、O、A、P 分別輸入至系統。(如表 6-2-5)

表 6-2-4、現行自殺防治通報系統訪視紀錄輸入項目

Step1.	Step2.	Step3.	Step4.	Step5.
個案 基本資料	訪談資料	簡式 健康量表	再自殺意念 評估	處遇計畫
與通報單上 相同	1. 訪視過程 紀錄 2. 內容摘要	BSRS-5 分 數及未填寫 原因	再自殺意念 及風險評 估，為複選	訪員勾選處遇 計畫，若為結 案則選擇結案 原因

表 6-2-5、擬修改自殺防治通報系統訪視紀錄輸入項目

Step1.	Step2.	Step3.	Step4.	Step5.
個案 基本資料	訪談資料	主/客觀 資料	自殺風險 評估	處遇計畫
與通報單 上相同	1. 訪視過程 紀錄 2. 非本人訪 視摘要	1. 主觀觀察 資料，含生 活情形、自 殺原因 2. 客觀觀察 資料，含外 觀觀察、人 際關係	1. 危險因子 2. 保護因子 3. 治療順從性 4. 生理精神狀 態 5. BSRS-5 6. 再自殺風險 評估	1. 現行項目不變。 2. 新增項目填寫 目前個案有無 其他機構介入 關懷。 3. 「處遇計畫」選 擇結案時，新增 「結案評估」

3. 自殺關懷訪視工作評核指標

- 1) 自殺關懷訪視工作評核指標共分有四個類別，分別為「自殺通報系統與關懷流程檢核指標」、「關懷訪視過程面檢核指標」、「訪視紀錄及資源轉介檢核指標」及「關懷訪視內外部督導指引檢核指標」。初步擬定四個類別總計 29 項評核指標。
- 2) 依照專家意見及實務經驗將初步擬定之 29 項評核指標精簡至 18 項指標，精簡後關懷訪視工作評核指標包含自殺通報系統與關懷流程檢核指標 6 項、關懷訪視檢核指標 3 項、訪視紀錄及資源轉介檢核指標 5 項、關懷訪視內外部督導檢核指標 4 項。(如表 6-2-6)

表 6-2-6、自殺關懷訪視工作評核指標

類別	項目
自殺通報系統與關懷流程 檢核指標	1. 是否有確實落實自殺企圖個案通報？
	2. 通報資訊是否填寫完整？
	3. 針對自殺企圖者或家屬，是否於通報後 7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作？
	4. 針對上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，是否於 24 小時內進行初次關懷？
	5. 是否依個案需求連結或轉介政府/民間服務資源？
	6. 簡式健康量表 (BSRS-5) 高於 10 分的個案有無評估其醫療需求並轉介醫療機構就醫？
關懷訪視檢核指標	1. 扣除第一次訪視前已發生再自殺個案，計算通報 30 天、90 天、180 天再自殺率
	2. 拒訪和失聯比例(請自訂拒訪和失聯比例的追蹤期限。)
	3. 針對個案進行健康量表 (BSRS-5) 及再自殺風險評估的比例(檢核訪視紀錄有無確切填寫「簡式健康量表(BSRS-5)」與「再自殺意念風險評估」)
訪視紀錄及資源轉介檢核 指標	1. 是否在最後一次訪視個案後完整填寫結案評估及原因？
	2. 訪員訪視後，是否確認個案已連結到所需資源？
	3. 訪員訪視後，針對自殺高風險或 BSRS-5 高分個案是否已落實轉介就醫？
	4. 訪員訪視後，是否確認精神病患者已轉介至精神科就診或進行心理諮商？
	5. 是否完整填寫個案自殺風險性評估？

類別	項目
關懷訪視內外部督導檢核指標	1. 機構/醫院是否邀請不同專業背景的外督主持個案研討，以整合新的技術和觀點精進訪視業務？
	2. 機構/醫院所聘請的內外部督導是否具備足夠的資格條件？
	3. 是否每月定期提供兩次以上內部督導提升訪視品質？
	4. 若機構/醫院未能達到內督標準配置，是否每月定期提供同等的外部督導提升訪視品質？

4. 結論(Conclusion)

督導是自殺關懷訪視業務中的核心元素。縱然督導者不會直接參與訪視服務，但藉由與訪員定期會面傳遞經驗、實務技巧及商討處遇計劃等能協助訪員跨越工作上的難題。因此，擬定該指引能統一且促進督導成效，進而增進訪視服務之成效，保障個案獲得最大福祉。

關懷訪視紀錄完善度、個案狀況清楚呈現與否，均會對關懷訪視之處遇計畫及成效有所影響，且當進行轉介或結案又再次被通報時，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。為協助訪員更有效追蹤和管理個案資料，中心建議紀錄採取 S.O.A.P.的方式撰寫，藉由建立標準流程讓訪員更能全面性進行個案管理，以及增進訪視紀錄完整性。

為方便訪員使用自殺防治通報系統登打訪視紀錄，中心於衛生福利部的指導下向系統維護廠商提供修改建議，配合 S.O.A.P.撰寫格式，提供訪員清楚明瞭的輸入介面，降低登打訪視紀錄的困難並使訪視紀錄更加完善。

自殺關懷訪視工作評核指標制定能提升各縣市衛生局管理訪視服務的效能。本次依據縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議結果、自殺關懷訪視工作督導指引、訪視紀錄登打指引與專家意見，擬定關懷訪視工作評核指標，藉由各項指標，精進自殺關懷訪視員之專業能力和因應技巧。未來將視實際執行或運用之意見，作為改善參考。

綜上所述，中心今年將內外部督導指引、紀錄登打指引、關懷訪視工作評核指標編列成冊，未來將推廣至各相關單位，作為精進自殺關懷訪視之用。

五、附件

6-2-1、自殺關懷訪視實務與督導手冊

6-2-2、訪視紀錄登打指引

6-2-3、自殺關懷訪視工作評核指標

自殺關懷訪視員核心能力檢核

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺的成因涉及生物、心理、社會、文化等層面，因此自殺防治網絡得以順利進行，各相關單位的資源投入與協助合作是相當重要的。其中，自殺關懷訪視員為第一線之工作人員，其主要工作目標為落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理，並透過定期的關懷訪視，減少自殺高危險群重複發生自殺或自傷的行為，因此自殺關懷訪視員可說是自殺防治工作中不可或缺的重要角色。

在國內外的研究中皆發現，在自殺企圖個案中有接受過關訪員關懷者，未來重複企圖自殺(自傷)的比率或自殺死亡率，顯著低於未接受關訪員介入者，顯示關懷訪視在自殺防治工作中的重要性。在不同的場域，針對不同族群，由受過訓練的專業人員進行篩選、辨認及危機處理，適時轉介自殺個案就醫或接受專業輔導，對於個案之自殺防治甚具助益。

然而，近年來隨著自殺通報人次的上升，除造成自殺關懷訪視員的人力不足外，更凸顯出自殺關懷訪視員工作效能之重要性。因此，了解與追蹤自殺關懷訪視員之核心能力與進修需求，並持續提供與支持其精進自殺防治工作相關知能，實為自殺防治工作中不可缺少的一環。

2. 業務目的與目標

透過追蹤自殺關懷訪視員核心能力之落實情形，規劃符合實務需求之相關課程，供自殺關懷訪視員參考運用。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 根據中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》，界定關訪員核心能力。
- 2) 規劃關懷訪視員核心能力之追蹤方式。
- 3) 編製關懷訪視員核心能力與課程需求調查問卷初稿。
- 4) 將初稿問卷送請中心長官審閱，並確定問卷內容。
- 5) 發放問卷，蒐集資料。
 - (1) 函文至各縣市衛生局及關懷訪視承辦單位，邀請訪員填寫問卷。
 - (2) 將線上問卷網址結合自殺關懷通報系統網站，說明問卷目的並鼓勵訪員填寫。
- 6) 統整問卷回收資料並進行資料分析。

7)依據分析結果撰寫建議並依據訪員需求規劃相關課程。

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：公文、電子信箱聯繫、網路問卷等。

三、過程(Process)

- 1.根據 107 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，追蹤關懷訪視員核心能力落實情形。
- 2.於全國自殺防治中心業務會議訂定追蹤方式；會議中決議以中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力編製問卷，並於問卷中提供「珍愛生命學習網」之關訪員專區線上課程資訊供訪員參考。
- 3.研擬追蹤問卷內容。
- 4.透過網路問卷蒐集資料，函文轉知各縣市衛生局及自殺關懷訪視承辦單位問卷入口，並同時將問卷連結網址張貼於「自殺關懷通報系統」，鼓勵各單位訪員填寫。
- 5.4 月 26 日至 6 月 15 日蒐集問卷資料。
- 6.回收資料並進行資料分析。
- 7.統整分析結果，並檢視中心歷年已開設課程。
- 8.依據訪員需求，重新規劃課程架構及相關課程。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1)《自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力

- (1) 自殺危險因子與保護因子評估
- (2) 自殺個案身心狀態評估
- (3) 自殺行為特徵與徵兆評估
- (4) 自殺風險評估
- (5) 自殺風險程度分級與處遇
- (6) 資源連結與轉介
- (7) 重複自殺個案訪視技巧
- (8) 拒訪或失聯個案訪視技巧

2)問卷內容(詳細問卷內容請參考附件 6-3-1)

(1) 指導語內容

各位關懷訪視員您好：

感謝您們在自殺防治工作崗位上的努力與付出，您在自殺防治網絡中扮演了相當重要的角色。為持續支持您精進自殺防治工作相關知能，中心特別設計本問卷，期待透過當前工作實況調查，了解關懷訪視員在專業核心能力之學習資源利用情形，以作為後續提供相關課程之重要依據。

本問卷共包含四個部分，分別為「基本資料」、「學習資源利用情形」、「核心能力落實情形」及「其他相關建議」等。邀請您撥冗填寫此問卷，您的寶貴意見將使臺灣自殺防治工作更上一層樓！

最後，本問卷雖可能透過各縣市政府衛生局做為傳送管道，但您所填寫的內容將僅供本中心參考，與您個別工作之績效評估無關，敬請安心填寫！非常感謝您的協助！

(2) 基本資料蒐集

- a. 姓名
- b. 服務縣市
- c. 工作年資

(3) 相關課程利用情形調查

- a. 請問您是否閱讀及觀看過【自殺關懷訪視員教育手冊】或【關懷訪視員教學影片】
- b. 請問您是否修習過「珍愛生命數位學習網-關訪員核心課程」
- c. 目前已修習過之線上「核心課程」

(4) 核心能力落實情形調查

- a. 我會在訪視過程中評估個案的危險因子與保護因子
- b. 我會在訪視過程中，有系統的去評估個案當下的身心狀態
- c. 訪視過程中，我能敏銳地察覺個案自殺的行為特徵及徵兆
- d. 我會在訪視中，應用評估工具來評估個案的自殺風險(如：心情溫度計或簡明心理健康量表)
- e. 我會在訪視中依個案的自殺風險程度給予適當之處遇
- f. 我會在訪視中依個案需求，提供適當之轉介資源
- g. 當與重複自殺個案工作時，我能運用下列所學之訪視技巧
 - a) 與個案建立關係
 - b) 提供個案資源與轉介
 - c) 對個案進行後續追蹤

- h. 當與拒訪或失聯等困難個案工作時，我能夠採取適當的方式以因應困境
 - a) 了解案主拒訪原因
 - b) 幫助個案了解來訪目的地與所能提供之協助
 - c) 視個案情況調整接觸方式與頻率
 - d) 必要時與個案家屬聯繫建立合作關係

(5) 其他相關建議蒐集

- a. 您希望未來能夠開設的課程主題或面向為何？

3) 計分方式：在「核心能力落實情形」部份採五點量尺計分，從 1 至 5 分別代表「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」以及「非常同意」；分數越高，表示訪員自陳此項核心能力能落實的程度越高。

4) 分析項目

(1) 基本資料分析

- a. 訪員填寫的人數/各縣市填答率
- b. 訪員年資分佈
- c. 各項核心能力落實情形

(2) 中心目前提供資源之利用情形與核心能力落實情形之關係

- a. 訪員閱讀過中心關訪手冊之比率
- b. 訪員修習過中心線上核心課程之比率
- c. 閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》與未閱讀過的訪員，在落實總分/各項核心能力之差異分析
- d. 修習過中心線上課程的人與未修習過的人，在落實總分/各項核心能力之差異分析

(3) 建議開設之未來課程

- a. 訪員自評需再精進之核心能力
- b. 訪員希望未來開設的課程面向

(4) 其他資訊

- a. 「工作年資」與「訪員自評需再精進的核心能力」之關係
- b. 年資兩年以上與兩年以下的訪員，在落實總分/各項核心能力之差異分析
- c. 「工作年資」與「希望開設課程面向」之關係
- d. 綜合建議

5) 分析結果

(1) 基本資料分析

- a. 填寫人數：共回收有效問卷 202 份。統計結果顯示「新北市」的訪員占率最高，占率為 10.4%。其次是高雄市，占率為 9.9%；再來是臺中市，占率為 9.4%。此外，若與「107 年精神疾病及自殺通報個案關懷訪員之員額數」對比，全國訪員填答率為 95.3%。詳細請參表 6-3-1。

表6-3-1、各縣市訪員填寫人數

縣市	填寫人數	占率(%)	縣市訪員人數	填答率(%)
臺北市	9	4.5	5	100
新北市	21	10.4	29	72.4
基隆市	7	3.5	5	100
宜蘭縣	5	2.5	7	71.4
桃園市	16	7.9	13	100
新竹市	3	1.5	5	60
新竹縣	1	0.5	8	12.5
苗栗縣	3	1.5	8	37.5
臺中市	19	9.4	19	100
彰化縣	11	5.4	11	100
南投縣	16	7.9	10	100
雲林縣	9	4.5	9	100
嘉義市	4	2	5	80
嘉義縣	7	3.5	7	100
臺南市	16	7.9	17	94.1
高雄市	20	9.9	26	76.9
屏東縣	10	5.0	12	83.3
花蓮縣	8	4.0	8	100
臺東縣	10	5.0	7	100
澎湖縣	1	0.5	3	33.3
金門縣	2	1.0	2	100
連江縣	1	0.5	1	100
遺漏值	3	1.5	-	-
總計	202	100	212	95.3

註：本問卷填答者包含地段公衛護士，因此可能超過估計之訪員人數

- b. 訪員年資分佈：年資以「1 年以下」占率最高，占率為 30.7%。另外，從累積百分比來看，年資 2 年以下的訪員就占了約五成，由此了解訪員的流動率稍高。詳細請參表 6-3-2。

表6-3-2、訪員年資百分比

年資	人數	占率(%)	累積百分比
1年以下	62	30.7	30.7
1	20	9.9	40.6
2	22	10.9	51.5
3	22	10.9	62.4
4	14	6.9	69.3
5	14	6.9	76.2
6	12	5.9	81.1
7	17	8.4	90.5
8	1	0.5	91.0
9	4	2.0	93.0
10	2	1.0	94.0
10年以上	12	6.0	100.0
總計	202	100	100.0

- c. 各項核心能力的落實情形：本問卷採五點量尺計分，從 1 至 5 分別代表「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」以及「非常同意」；分數越高，表示訪員自陳此項核心能力能落實的程度越高。統計結果顯示各項核心能力的落實情形，回答「同意」以上者近七成；其中「應用評估工具」此核心能力的落實情回答「非常同意」者占率最高，百分比為 41.1%。其他詳細統計請參閱表 6-3-3。

表 6-3-3、核心能力與落實情形之百分比列表

核心能力	選項		非常		不同意		普通		同意		非常	
			不同意		不同意		普通		同意		同意	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.自殺危險因子與保護因子評估	2	1	5	2.5	34	16.8	87	43.1	74	36.6		
2.自殺個案身心狀態評估	1	0.5	5	2.5	36	17.8	97	48	63	31.2		
3.自殺行為的特徵與徵兆	3	1.5	6	3	48	23.8	100	49.5	45	22.3		

評估										
4.自殺風險評估	2	1	7	3.5	31	15.3	79	39.1	83	41.1
5.自殺風險程度分級與處遇	2	1	4	2	33	16.3	97	48.0	66	32.7
6.資源連結與轉介	0	0	5	2.5	34	16.8	98	48.5	65	32.2
7-1.與重複自殺個案建立關係	2	1	2	1	43	21.3	97	48.0	58	28.7
7-2.提供重複自殺個案資源與轉介	1	0.5	7	3.5	50	24.8	102	50.5	42	20.8
7-3.追蹤重複自殺個案	2	1	4	2	33	16.3	99	49	64	31.7
8-1.了解拒訪原因	3	1.5	5	2.5	56	27.7	99	49	39	19.3
8-2.幫助拒訪個案了解來訪目的	2	1	3	1.5	41	20.3	108	53.5	48	23.8
8-3.視拒訪狀況調整接觸頻率	4	2	7	3.5	34	16.8	104	51.5	53	26.2
8-4.與拒訪個案家屬建立合作關係	2	1	1	0.5	31	15.3	105	52	63	31.2

(2) 中心目前提供資源之利用情形與核心能力落實情形之關係

- a. 訪員閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》之比率：在 202 位訪員中，有閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》的人數佔 76.7%；顯示有七成七的訪員曾閱讀過訪視員手冊。詳細請參表 6-3-4。

表 6-3-4、訪員閱讀《自殺關懷訪視員教育手冊》百分比例

	N	%
有閱讀過手冊	155	76.7
未閱讀過手冊	47	23.3
總計	202	100

- b. 訪員修習過中心線上核心課程之比率：在 202 位訪員中，有修習過線上課程的人數佔 53.5%；顯示有五成的訪員曾修習過中心線上課程。詳細請參表 6-3-5。

表 6-3-5、訪員修習課程百分比例

	N	%
有修習線上課程	108	53.5
未修習線上課程	94	46.5
總計	202	100

c. 閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》與未閱讀過的訪員，在落實總分/各項核心能力之差異分析

a) 落實總分：落實總分的計算是將 13 項核心能力的落實分數加總，每題皆採五點量尺計分，落實總分介於 13~65 分之間。分析結果顯示閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》的訪員，落實總分之平均分數為 53.75；未閱讀過此手冊的訪員，落總分平均分數為 47.73。而在單尾檢定的結果顯示達顯著差異($p<.05$)，表示閱讀過手冊的訪員之落實總分平均數，顯著高於未閱讀過手冊的訪員。詳細分析結果請參表 6-3-6、表 6-3-7。

表6-3-6、閱讀手冊與否之訪員落實總分平均數

	手冊	N	平均數	標準差
總分	有閱讀手冊	155	53.75	6.44
	未閱讀手冊	47	47.47	10.20

表6-3-7、閱讀手冊與核心能力落實總分差異分析

		Levene 變異數檢定		針對平均值 是否相等的 t 測試			
		F	p	T	df	P(單)	是否達顯著
總分	採用相等變異數	16.02	.000	5.05	200	.000	
	不採用相等變異數			3.99	57.52	.000	是

b) 各項核心能力：統計結果顯示除了「了解拒訪原因」未達顯著差異外($p>.05$)，其他核心能力皆達顯著。表示閱讀過手冊的訪員除了在「了解拒訪原因」此核心能力的平均分數未顯著高於未閱讀過的訪員，其餘核心能力之平均數皆顯著較高。詳細請參表 6-3-8、表 6-3-9。

表6-3-8、閱讀手冊與否之訪員各項核心能力平均數

	手冊	N	平均數	標準差
1.自殺危險因子與保護因子評估	1	155	4.28	.679
	0	47	3.60	1.097
2.自殺個案身心狀態評估	1	155	4.21	.664
	0	47	3.60	.993
3.自殺行為的特徵與徵兆評估	1	155	4.05	.710
	0	47	3.32	.980
4.自殺風險評估	1	155	4.27	.759
	0	47	3.79	1.122
5.自殺風險程度分級與處遇	1	155	4.23	.682
	0	47	3.64	1.009
6.資源連結與轉介	1	155	4.21	.709
	0	47	3.77	.840
7-1.與重複自殺個案建立關係	1	155	4.14	.739
	0	47	3.66	.867
7-2.提供重複自殺個案資源與轉介	1	155	3.97	.755
	0	47	3.55	.829
7-3.追蹤重覆自殺個案	1	155	4.19	.763
	0	47	3.74	.846
8-1.了解拒訪原因	1	155	3.88	.781
	0	47	3.62	.922
8-2.幫助拒訪個案了解來訪目的	1	155	4.08	.702
	0	47	3.62	.874
8-3.視拒訪狀況調整接觸頻率	1	155	4.04	.844
	0	47	3.72	.902
8-4.與拒訪個案家屬建立合作關係	1	155	4.20	.706
	0	47	3.85	.834

註：0=有閱讀過此手冊；1=未閱讀過此手冊

表6-3-9、閱讀手冊與各項核心能力落實情形差異分析

		Levene 變異數檢定		針對平均值是否 相等的 t 測試			是否 達顯著
		F	p	T	df	P(單)	
1. 自殺危險因子	採用相等變異數	23.136	.000	5.150	200	.000	
與保護因子評估	不採用相等變異數			4.033	57.10	.000	是
2. 自殺個案身心	採用相等變異數	16.712	.000	4.924	200	.000	
狀態評估	不採用相等變異數			4.000	59.02	.000	是
3. 自殺行為的特	採用相等變異數	11.045	.001	5.637	200	.000	
徵與徵兆評估	不採用相等變異數			4.758	61.32	.000	是
4. 自殺風險評估	採用相等變異數	16.415	.000	3.394	200	.001	是
	不採用相等變異數			2.771	59.30	.004	
5. 自殺風險程度	採用相等變異數	10.078	.002	4.634	200	.000	
分級與處遇	不採用相等變異數			3.781	59.28	.000	是
6. 資源連結與轉	採用相等變異數	1.123	.291	3.570	200	.000	是
介	不採用相等變異數			3.262	67.10	.001	
7-1. 與重複自殺個	採用相等變異數	2.885	.091	3.710	200	.000	是
案建立關係	不採用相等變異數			3.407	67.55	.001	
7-2. 提供重複自殺	採用相等變異數	4.786	.030	3.271	200	.001	
個案資源與轉介	不採用相等變異數			3.112	70.74	.002	是
7-3. 追蹤重覆自殺	採用相等變異數	.934	.335	3.395	200	.001	是
個案	不採用相等變異數			3.211	70.18	.002	
8-1. 了解拒訪原因	採用相等變異數	3.276	.072	1.965	200	.051	否
	不採用相等變異數			1.798	67.24	.077	
8-2. 幫助拒訪個案	採用相等變異數	6.813	.010	3.763	200	.000	
了解來訪目的	不採用相等變異數			3.350	65.04	.001	是
8-3. 視拒訪狀況調	採用相等變異數	1.295	.256	2.207	200	.014	是
整接觸頻率	不採用相等變異數			2.131	72.18	.037	
8-4. 與拒訪個案家	採用相等變異數	.278	.599	2.842	200	.003	是
屬建立合作關係	不採用相等變異數			2.601	67.25	.011	

d. 修習過中心線上課程的人與未修習過的人，在落實總分/各項核心能力之差異分析

a) 落實總分：將 13 項核心能力的落實分數加總，每題皆採五點量尺計分，落實總分介於 13~65 分之間。落實總分的分析結果顯示，修習過中心課程訪員的總分平均數為 52.86；未閱讀過中心課程訪員的總分平均數為 51.86。而在單尾檢定的結果顯示未達顯著($p>.05$)，表示修習過中心課程訪員的總分平均數沒有顯著高於未修習過中心課程訪員的總分平均數。詳細請參表 6-3-10、表 6-3-11。

表6-3-10、修習課程與否之訪員落實總分平均數

	課程	N	平均數	標準偏差	標準錯誤平均值
總分	有修習過課程	108	52.8611	7.29	.701
	未修習過課程	94	51.64	8.57	.884

表6-3-11、修習課程與核心能力落實總分差異分析

		Levene 變異數測試		t 檢定		是否達顯著
		F	p	T	df	P(單)
總分	採用相等變異數	.265	.608	1.096	200	.137
	不採用相等變異數			1.084	183.74	.140

b) 各項核心能力：統計結果顯示除了「評估個案的危險因子與保護因子」達顯著差異外($p<.05$)，其餘核心能力皆未達顯著；表示修習過線上課程的訪員，僅在「評估個案的危險因子與保護因子」此核心能力的平均分數顯著高於未修習過的訪員。詳細請參表 6-3-12、表 6-3-13。

表6-3-12、修習課程與否之訪員各項核心能力平均數

	課程	N	平均數	標準偏差
1.自殺危險因子與保護因子評估	1	108	4.21	.762
	0	94	4.01	.922
2.自殺個案身心狀態評估	1	108	4.14	.716
	0	94	3.99	.874
3.自殺行為的特徵與徵兆評估	1	108	3.96	.808
	0	94	3.79	.866
4.自殺風險評估	1	108	4.23	.756
	0	94	4.07	.997

5.自殺風險程度分級與處遇	1	108	4.14	.729
	0	94	4.04	.891
6.資源連結與轉介	1	108	4.16	.763
	0	94	4.04	.761
7-1.與重複自殺個案建立關係	1	108	4.05	.741
	0	94	4.00	.855
7-2.提供重複自殺個案資源與轉介	1	108	3.90	.808
	0	94	3.85	.775
7-3.追蹤重覆自殺個案	1	108	4.10	.785
	0	94	4.06	.827
8-1.了解拒訪原因	1	108	3.86	.779
	0	94	3.78	.869
8-2.幫助拒訪個案了解來訪目的	1	108	4.03	.716
	0	94	3.91	.825
8-3.視拒訪狀況調整接觸頻率	1	108	3.96	.796
	0	94	3.97	.944
8-4.與拒訪個案家屬建立合作關係	1	108	4.12	.707
	0	94	4.12	.801

註：0=沒有修習過中心線上課程；1=有修習過中心線上課程

表6-3-13、修習課程與否與各項核心能力情形差異分析

		Levene					是否 達顯著
		變異數測試		t 檢定			
		F	p	T	df	P(單)	
1.自殺危險因子與	採用相等變異數	.016	.899	1.708	200	.045	是
保護因子評估	不採用相等變異數			1.685	180.90	.047	
2.自殺個案身心狀	採用相等變異數	.508	.477	1.336	200	.092	否
態評估	不採用相等變異數			1.318	180.09	.095	
3.自殺行為的特徵	採用相等變異數	1.077	.301	1.491	200	.068	否
與徵兆評估	不採用相等變異數			1.484	191.68	.069	
4.自殺風險評估	採用相等變異數	3.615	.059	1.270	200	.136	否
	不採用相等變異數			1.246	171.98	.107	
5.自殺風險程度分	採用相等變異數	.230	.632	.845	200	.199	否
級與處遇	不採用相等變異數			.833	179.92	.206	
6.資源連結與轉介	採用相等變異數	1.256	.264	1.068	200	.143	否

	不採用相等變異數				1.069	196.34	.144	
7-1.與重複自殺個案建立關係	採用相等變異數	.023	.880	.412	200	.341	否	
	不採用相等變異數			.408	185.46	.342		
7-2.提供重複自殺個案資源與轉介	採用相等變異數	.752	.387	.421	200	.337	否	
	不採用相等變異數			.422	198.09	.337		
7-3.追蹤重覆自殺個案	採用相等變異數	.275	.600	.335	200	.369	否	
	不採用相等變異數			.334	192.90	.369		
8-1.了解拒訪原因	採用相等變異數	.233	.630	.729	200	.234	否	
	不採用相等變異數			.723	188.40	.236		
8-2.幫助拒訪個案了解來訪目的	採用相等變異數	.042	.837	1.041	200	.148	否	
	不採用相等變異數			1.031	185.62	.152		
8-3.視拒訪狀況調整接觸頻率	採用相等變異數	.934	.335	-.042	200	.483	否	
	不採用相等變異數			-.041	182.88	.483		
8-4.與拒訪個案家屬建立合作關係	採用相等變異數	.016	.900	.032	200	.488	否	
	不採用相等變異數			.031	187.04	.487		

(3) 建議開設之未來課程

- a. 訪員自評需再精進的核心能力：統計分析結果顯示「拒訪或失聯個案處遇」的核心能力被選為較難以落實之能力占率最高，占率達 77.2%；其次為「重複自殺個案處遇」，占率為 62.4%；再來是「提供適當之轉介資源」，占率為 25.7%。詳細請參表 6-3-14。

表 6-3-14、訪員提出困難落實之各項核心能力百分比(N=202)

	次數	%
自殺危險因子與保護因子評估	22	10.9
自殺個案身心狀態評估	14	6.9
自殺行為特徵及徵兆評估	32	15.8
自殺風險評估	29	14.4
自殺風險程度分級與處遇	39	19.3
資源連結與轉介	52	25.7
重複自殺個案訪視技巧	126	62.4
拒訪或失聯個案訪視技巧	156	77.2

註 1：困難落實能力為複選

註 2：以總人數為分母。

- b. 訪員希望未來開設的課程面向：將訪員填寫希望開設之課程內容進行歸

納後，共歸納出九項課程面向，分別為「實務技巧面向」、「評估面向」、「處遇面向」、「轉介與資源面向」、「自我照顧面向」、「遺族關懷面向」、「法律知識面向」、「自殺心理知識面向」及「家庭系統理論面向」。統計結果顯示占率前三高的面向為實務技巧(23.8%)、處遇(19.3%)以及自我照顧(16.3%)。詳細請參表 6-3-15。

表 6-3-15、訪員希望未來開設面向之百分比

課程面向	次數	%
實務技巧	48	23.8
訪視技巧	29	14.4
實務經驗分享	11	5.4
與拒訪個案工作技巧	8	4.0
評估	12	5.9
處遇	39	19.3
一般處遇計畫	8	4
精神疾病處遇	13	6.4
家暴加害人處遇	2	1.0
重複自殺個案處遇	9	4.5
老年個案處遇	4	2
危機處理	3	1.5
轉介與資源連結	20	9.9
自我照顧	33	16.3
紓壓	26	12.9
情緒管理	4	2
自我精進	3	1.5
遺族關懷	13	6.4
法律知識	6	3.0
自殺心理相關知識	4	2.0
家庭系統理論	1	0.5

註 1：課程面向為複選

註 2：以總人數為分母

(4) 其他資訊

- a. 「工作年資」與「認為困難落實的核心能力」之關係：分析結果顯示不同工作年資的訪員，普遍提到「重複自殺個案」及「拒訪或失聯個案」為較困難落實之核心能力；表示訪員在與重複自殺或拒訪個案工作時，較容易面臨實務的困難。其中，因年資 8 年的填答人數僅有 1 人，故統計結果較為主觀。詳細請參表 6-3-16。

表 6-3-16、工作年資與訪員提出難以落實之各項核心能力百分比例表

核心能力 \ 年資	<1 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
自殺危險因子與保護因子評估	11.3	10	9.1	18.2	7.1	0.0
自殺個案身心狀態評估	6.5	10	4.5	13.6	0	7.1
自殺行為特徵及徵兆評估	16.1	15	13.6	31.8	0	28.6
自殺風險評估	22.6	15	4.5	18.2	0	0
自殺風險程度分級與處遇	24.2	20	9.1	22.7	35.7	21.4
資源連結與轉介	24.2	30	36.4	31.8	7.1	21.4
重複自殺個案訪視技巧	58.1	50	54.5	63.6	64.3	71.4
拒訪或失聯個案訪視技巧	71	85	86.4	86.4	78.6	64.3

註 1：困難落實的核心能力為複選

註 2：以各年資人數為分母

表 6-3-16、工作年資與訪員提出難以落實之各項核心能力百分比例表

核心能力 \ 年資	6 (%)	7 (%)	8 (%)	9 (%)	10 (%)	10< (%)
自殺危險因子與保護因子評估	8.3	11.8	0	0	50	16.7
自殺個案身心狀態評估	8.3	5.9	0	0	0	8.3
自殺行為特徵及徵兆評估	16.7	5.9	100	0	0	8.3
自殺風險評估	16.7	11.8	0	0	0	25.0
自殺風險程度分級與處遇	25.0	5.9	0	0	0	8.3
資源連結與轉介	33.3	17.6	100	25	0	25
重複自殺個案訪視技巧	66.7	64.7	100	75	100	83.3
拒訪或失聯個案訪視技巧	75.0	70.6	0	75	100	91.7

註 1：困難落實的核心能力為複選

註 2：以各年資人數為分母

- b. 年資兩年以上與兩年以下的訪員，在落實總分/各項核心能力之差異分析
- a) 落實總分：將 13 項核心能力的落實分數加總，每題皆採五點量尺計分，落實總分介於 13~65 分之間。落實總分的分析結果顯示，年資兩年以下的訪員總分平均數為 52.82；年資兩年以上的訪員總分平均數為 51.73。而在單尾檢定的結果顯示未達顯(p>.05)，表示年資兩年以上的訪員總分平均數沒有顯著高於年資兩年以下的訪員總分平均數。詳細請參表 6-3-17、表 6-3-18。

表6-3-17、年資兩年以上與兩年以下之訪員落實總分平均數

	課程	N	平均數	標準偏差	標準錯誤平均值
總分	兩年以上	98	51.73	8.67	.88
	兩年以下	104	52.82	7.13	.70

表6-3-18、年資兩年以上與兩年以下之訪員核心能力落實總分差異分析

		Levene 變異數測試		t 檢定			是否 達顯著
		F	p	T	df	P(單)	
總分	採用相等變異數	1.325	.251	-.971	200	.166	否
	不採用相等變異數			-.966	188.16	.168	

- b) 各項核心能力：統計結果顯示除了「應用評估工具」、「視拒訪個案狀況調整接觸頻率」以及「必要時與拒訪個案家屬建立合作關係」達顯著差異外(p<.05)，其餘核心能力皆未達顯著；表示年資兩年以上的訪員在「應用評估工具」、「視拒訪個案狀況調整接觸頻率」以及「必要時與拒訪個案家屬建立合作關係」此三項核心能力的平均分數顯著高於兩年以下的訪員。詳細請參表 6-3-19、表 6-3-20。

表6-3-19、年資兩年以上與兩年以下之訪員各項核心能力平均數

	年資	N	平均數	標準偏差
1.自殺危險因子與保護因子評估	1	98	4.10	.914
	0	104	4.13	.777
2.自殺個案身心狀態評估	1	98	4.04	.836
	0	104	4.10	.757
3.自殺行為的特徵與徵兆評估	1	98	3.89	.918
	0	104	3.88	.759
4.自殺風險評估	1	98	4.04	.907

	0	104	4.27	.839
	1	98	4.09	.874
5.自殺風險程度分級與處遇	0	104	4.10	.744
	1	98	4.09	.774
6.資源連結與轉介	0	104	4.12	.754
	1	98	4.02	.837
7-1.與重複自殺個案建立關係	0	104	4.03	.756
	1	98	3.91	.761
7-2.提供重複自殺個案資源與轉介	0	104	3.85	.822
	1	98	4.05	.791
7-3.追蹤重覆自殺個案	0	104	4.12	.816
	1	98	3.76	.874
8-1.了解拒訪原因	0	104	3.88	.767
	1	98	3.89	.811
8-2.幫助拒訪個案了解來訪目的	0	104	4.06	.722
	1	98	3.84	.882
8-3.視拒訪狀況調整接觸頻率	0	104	4.09	.837
	1	98	4.02	.773
8-4.與拒訪個案家屬建立合作關係	0	104	4.21	.720

註：0=年資兩年以下；1=年資兩年以上

表6-3-20、年資兩年以上與兩年以下之訪員各項核心能力情形差異分析

		Levene					是否 達顯著
		變異數測試		t 檢定			
		F	p	T	df	P(單)	
1.自殺危險因子與保護因子評估	採用相等變異數	.668	.415	-.274	200	.393	否
	不採用相等變異數			-.272	190.76	.393	
2.自殺個案身心狀態評估	採用相等變異數	.032	.858	-.494	200	.311	否
	不採用相等變異數			-.492	195.10	.312	
3.自殺行為的特徵與徵兆評估	採用相等變異數	.893	.346	.108	200	.457	否
	不採用相等變異數			.107	188.56	.457	
4.自殺風險評估	採用相等變異數	.540	.463	-1.859	200	.032	是
	不採用相等變異數			-1.855	196.27	.032	
5.自殺風險程度分級與處遇	採用相等變異數	.918	.339	-.038	200	.485	否
	不採用相等變異數			-.038	190.86	.465	

6.資源連結與轉介	採用相等變異數	.003	.956	-.219	200	.413	否
	不採用相等變異數			-.219	198.53	.413	
7-1.與重複自殺個案建立關係	採用相等變異數	.943	.333	-.075	200	.470	否
	不採用相等變異數			-.075	194.98	.470	
7-2.提供重複自殺個案資源與轉介	採用相等變異數	.147	.702	.556	200	.289	否
	不採用相等變異數			.557	199.94	.289	
7-3.追蹤重覆自殺個案	採用相等變異數	.187	.666	-.568	200	.285	否
	不採用相等變異數			-.569	199.83	.285	
8-1.了解拒訪原因	採用相等變異數	3.810	.052	-1.121	200	.132	否
	不採用相等變異數			-1.116	193.10	.133	
8-2.幫助拒訪個案了解來訪目的	採用相等變異數	1.800	.181	-1.575	200	.059	否
	不採用相等變異數			-1.570	194.05	.059	
8-3.視拒訪狀況調整接觸頻率	採用相等變異數	.593	.442	-2.065	200	.020	是
	不採用相等變異數			-2.062	197.56	.020	
8-4.與拒訪個案家屬建立合作關係	採用相等變異數	.329	.567	-1.820	200	.035	是
	不採用相等變異數			-1.816	196.63	.035	

c. 「工作年資」與「希望開設課程面向」之關係：統計結果顯示訪員普遍對「實務技巧」面向的課程較為期待；而年資一年以下的訪員對「自我照顧」面向的課程有較多期待。詳細請參表 6-3-21。

表 6-3-21、工作年資與希望開設課程面向百分比比例表

年資 \ 課程面向	<1 (%)	1-2 (%)	2-3 (%)	3-4 (%)	4-5 (%)	5-6 (%)	6-7 (%)	7-8 (%)	8-9 (%)	9-10 (%)	10< (%)
實務技巧	16.1	35.0	18.2	22.7	14.3	50.0	33.3	35.3	0.0	25.0	50.0
評估	11.3	5.0	0.0	0.0	0.0	7.1	8.3	5.9	0.0	25.0	0.0
處遇	17.7	25.0	22.7	13.6	7.1	21.4	41.7	17.6	0.0	50.0	0.0
法律	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	16.7	5.9	0.0	25.0	0.0
遺族關懷	1.6	15.0	9.1	4.5	14.3	0.0	0.0	17.6	0.0	25.0	0.0
轉介資源	14.5	5.0	9.1	9.1	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0
自我照顧	24.2	15.0	9.1	13.6	21.4	21.4	0.0	23.5	0.0	0.0	0.0
心理知識	4.8	0.0	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
家庭系統理論	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

註 1：課程面向為複選

註 2：以各年資人數為分母

6) 結果討論與建議

- a. 本問卷為自陳式量表，目的為從訪員自評方式了解其在實務核心能力之落實情形、期望開設之課程面向，以及在本中心提供核心能力相關資源之利用情形。本問卷方法之優點為題目內容具體清楚、實行性高、計分方便；然而此方法亦有其缺點，如易受社會期望影響、缺乏客觀資料等。
 - b. 在核心能力落實情形之分析結果顯示，約有七成以上的訪員自陳能夠落實核心能力的程度在四分以上(滿分為五分)；表示訪員普遍對自己在核心能力落實上有信心。
 - c. 從中心目前針對訪員實務能力提供之《自殺關懷訪視員教育手冊》利用情形來看，有閱讀過本手冊之訪員占近七成七。從落實情形之差異分析結果來看，自述有閱讀過手冊的訪員普遍對自己在核心能力落實上較有信心；而坦承未看過手冊的訪員，則自覺在核心能力落實上有所不足。
 - d. 從中心目前已提供之線上課程利用情形來看，仍有近五成的訪員未利用過此資源。從落實情形之差異分析結果來看，線上課程之利用與否在落實情形上較無發現差異。有鑑於僅一半訪員使用過線上課程，此部分教育宣導仍有加強推廣的空間。
 - e. 從訪員的年資來看，年資兩年以上的訪員占約五成。從落實情形之差異分析結果來看，年資兩年以上的訪員普遍對於自己在「應用評估工具」、「視拒訪個案狀況調整接觸頻率」以及「必要時與拒訪個案家屬建立合作關係」此三項核心能力的落實上較有信心。
 - f. 訪員自評需再精進的核心能力，占率前三高的項目為「拒訪或失聯個案訪視技巧」、「重複自殺個案訪視技巧」，以及「資源連結與轉介」。而在課程面向上，訪員建議開設前三高的課程面向為「實務技巧」、「處遇」與「自我照顧」。
 - g. 從問卷調查結果總結來看，訪員普遍對於訪視實務技巧的精進有較大的期待與需求；再來，面對個案後所提供的處遇與後續的資源連結，亦是訪員希望能再加強的能力；最後，除了訪員的實務能力外，自我照顧的需求亦反映出訪員在第一線實務工作中的壓力，期望能夠透過紓壓或情緒管理的課程減緩工作壓力，以更有效能的面對訪視工作。此外，亦有部分訪員對於自殺個案的心理層面持有不解，期望能夠在更熟悉個案的心理需求與自殺心理相關知識後，以更貼近個案狀態的方式與個案互動。
- 7) 課程規劃與開設：依據調查結果顯示，訪員希望開設的課程面向占率前三高為「實務技巧(23.8%)」、「處遇(19.3%)」以及「自我照顧(16.3%)」。中

心透過檢視歷年開設課程與此次問卷調查結果，依訪員實際需求重新架構課程分類，分有「基礎課程」、「初階核心課程」、「進階核心課程」、「自殺防治概念課程」及「其他課程」五類，並將此架構更新於「珍愛生命數位學習網」(<http://www.tsos.org.tw/>)，供訪員參考運用。課程詳細分類如下：

(1) 基礎課程

- a. 關懷訪視員教學影片
- b. 自殺企圖之通報與關懷及自殺防治守門人

(2) 初階核心課程

- a. 高風險個案之評估
- b. 自殺高風險之辨識與處置
- c. 自殺自傷個案之評估與處遇
- d. 自殺防治與社區處遇實務
- e. 自殺防治守門人和自殺危險性之評估
- f. 自殺防治與資源連結
- g. 關訪員之危機處理、轉介技巧與資源連結
- h. 自殺高風險個案篩選及防治實務
- i. 個案危機評估與處理技巧、電話諮詢技巧
- j. 個案關懷訪視計畫與家庭訪視經驗及技巧
- k. 自殺者親友之後續關懷與溝通技巧
- l. 自殺者親友之心理歷程與危機
- m. 關懷訪視員訓練自殺個案電話諮詢及危機處置

(3) 進階核心課程

- a. 常見精神疾病與因應措施
- b. 困難個案之處遇及追蹤
- c. 拒訪個案之處置措施與成效評估
- d. 重複自殺個案之樣態分析與處置建議
- e. 老人自殺防治

(4) 自殺防治概念課程

- a. 自殺防治概論與措施

(5) 其他課程

- a. 自我覺察與壓力管理
- b. 壓力管理與自殺防治
- c. 關懷訪視實務困境

2. 結論

根據訪員核心能力追蹤調查結果顯示，訪員普遍認為自己在訪視工作中，須再精進的核心能力包含如何與拒訪、失聯、重複自殺等困難個案工作，以及在提供適當之轉介資源上有困境；因此在課成面向亦普遍反映希望開設實務技巧、處遇以及自我照顧等相關的專業課程。

此結果顯示，在面對多重問題的自殺個案，訪員確實須不斷提升對自殺個案多元心理狀態的了解，且必須同時具備對在地可利用資源的認識，以便提供個案適當的轉介資源，落實評估後之處遇、轉介與追蹤。此外，經由此追蹤調查結果，中心將會持續規劃符合訪員需求之專業課程，以支持訪員精進其核心能力。

五、 附件

6-3-1、自殺關懷訪視員工作實況調查問卷

日本自殺防治考察報告

一、背景 (Context)

根據世界衛生組織(WHO)報告預測，2020 年時，全球十大死因當中，自殺將排名為第九位(在已開發國家為第八位)，全球每年有超過一百萬人自殺，其中有百分之六十在亞洲地區，亞洲地區近年來包括：日本、韓國、中國大陸、香港等，其自殺死亡率均明顯增加。以 2003 年為例，日本每 10 萬人口之中有 19.5 人自殺死亡，韓國自殺死亡率更高達每 10 萬人口 21.1 人，名列部分亞洲國家第一名。

台灣自殺死亡率在 2006 年時達每 10 萬人口 19.3 人，並於 2006 起推行自殺防治之工作，在 2010 年自殺死亡率創 5 年來新低，且自 1997 年來首度退出 10 大死因，在 2016 年時每 10 萬人口 16.0 人，自殺人口並以 25 到 64 歲之青壯男性居多，這不僅是個人生命的問題，更是整體社會與國家的問題。為提升國民之心理健康，減少與預防憾事發生，自殺防治工作已成為我國當前公共衛生要務。

日本自殺死亡人數自 1998 年以後，每年均超過 3 萬人，每一自殺者將對其週遭 5 至 6 位親友造成嚴重心理影響推估，日本每年有將近 200 萬人，將因自殺事件的發生而對其身心造成影響。為此，日本政府近年來積極結合公私立部門推動自殺防治相關策略，除於 2006 年立法頒定「自殺對策基本法」，成立「自殺總合對策會議」，2007 年通過「自殺總合對策大綱」，各府省廳及都道府縣全面性、系統性推動自殺防治相關策略。

有關日本自殺防治相關業務推動現況，為了解兩國間文化差異與自殺防治相關計畫，探討日本在 2006 年設立「自殺對策基本法」後續業務推動整合及改變，其模式可供我國借鏡之處，研擬及跨部門自殺防治網絡整合，並商討台日合作共同發表跨國研究之可能。

本部規劃業務承辦同仁及全國自殺防治中心人員至日本考察，安排參訪國立精神・神經醫療研究中心、東京都立中部綜合精神保健福祉中心、電話聯盟旗下的 TELL 以及辦理圓桌會議一場，以瞭解並探討日本自殺防治工作之現況與運作情形，就整合民間與政府相關單位力量時所遭遇之問題逐一討論，並期望藉此促進台日醫療與健康之互惠合作，並建立彼此交流合作平台與資源共享之機制。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 蒐集赴日參訪單位之資訊及連絡方式。
- 2) 中心討論赴日參訪人員，並邀請周元華理事擔任聯繫日本窗口。
- 3) 和日本竹島正教授透過 email 聯繫洽談參訪事宜。
- 4) 聯繫到大久保善朗教授。
- 5) 聯繫到本橋豐教授。
- 6) 旅行社協助訂機票及住宿
- 7) 將確認的參訪人員名單寄給竹島正教授。
- 8) 3 月 6 日至 9 日赴日訪查四天。
- 9) 完成出國報告書並交至衛生福利部。

2. 資源連結合作：

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、喜美旅行社。

三、過程 (Process)

1. 搜尋和日本聯繫的資訊及討論赴日參訪人員，並聯繫日本大久保善朗及本橋豐學者討論赴日自殺防治國際合作及交流事項。
2. 確認台灣自殺防治學會及衛生福利部心理及口腔司參訪人員，並將參訪名單細節寄給日本。
3. 透過多次中心業務會議討論「自殺防治國際合作及交流」的行程表。
4. 3 月 6 日至 3 月 9 日赴日進行為期四天三夜的自殺防治學術交流。
5. 3 月 27 日完成出國報告書並繳交給衛生福利部心理及口腔健康司。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 2018年3月6日至9日赴日進行自殺防治考察，考察人員及行程如表7-1-1及7-1-2。

表 7-1-1、赴日訪查成員

職務	姓名	所屬單位	職稱
團長	鄭淑心	衛生福利部心口司	簡任
團員	廖敏桂	衛生福利部心口司	技正
團員	詹金月	衛生福利部心口司	科長
團員	廖士程	台灣自殺防治學會	常務理事
團員	黃敏偉	台灣自殺防治學會	理事
團員	許庭禎	全國自殺防治中心計畫	專員

表 7-1-2、赴日考察行程

日期	參訪行程	拜會對象
3月6日(二)	抵達日本東京都 行前問題討論 自殺綜合對策推進中心 (JSSC)	自殺綜合對策研究室長 藤田幸司 帝京大學醫學部附屬溝口病院教授 兼日本自殺防治學會理事長 張賢德 和光大學心理與教育系副教授 末本新 日本生命線電話線連盟執行董事 森野嘉郎 川崎市健康福祉局障害保健福祉部部長 兼精神保健福祉中心所長 竹島正 埼玉醫學大學急診醫學系講師 高井美智子 上智大學研究員 小高真奈美 立命館大學綜合心理系教授 川野健治 Executive Director Sam Annesley Lifeline Director Vickie Skorji
3月7日(三)	圓桌會議 地點：上智大學	
3月8日(四)	東京都立中部綜合精神 保健福祉中心	東京都立中部綜合精神保健福祉中心主任 熊谷直樹
3月9日(五)		返回台北

2) 參訪紀要

(1) 2018 年 3 月 7 日上午：拜會國立精神・神經醫療研究中心之自殺綜合對策推進中心(Japan Support Center for Suicide Countermeasures, JSSC)

a. 自殺綜合對策推進中心(JSSC)簡介

2006 年 10 月，基於「自殺總合對策大綱」及「自殺對策基本法」之頒布，精神保健研究所於精神保健計畫部下設立自殺預防綜合對策中心，單位內部共 9 人，包含室長 4 位、全職職員 2 位、兼職人員 3 位，主要任務為自殺防治相關資訊之彙整與傳播、人道服務資源之開發、自殺防治網絡之合作促進、自殺流行病學研究、精神疾病自殺潛在因素之研究、自殺身亡者遺族之照護研究及自殺企圖者之照護研究。

b. 近年日本自殺人口特性分析

1998 年日本經歷了亞洲金融風暴，自殺死亡人數從 24,391 提升至 32,863 人，增加 8,472 人，突破 3 萬人，主要族群仍為有工作能力但失業的中高年男性。此數據在往後的十多年一直維持在 3 萬人以上，並在 2003 年達自殺高峰期 34,427 人。2016 年的自殺身亡人數降低至 21,897 人，與上年相比減少了 2,128 人。

在 1998 年到 2006 年日本注重在「精神醫療法」，普遍認為自殺是個人的問題，限定自殺成因為憂鬱症或酗酒，當時人們對自殺及精神疾病有偏見及迷思，甚至認為在某些情境下，自殺行為是可被允許的，如何推動去污名化有其必要性。在 2006 年後日本社會開始重視自殺為社會問題，並且設立「自殺對策基本法」及「自殺總和對策大綱」，相關研究指出，一個人走向自殺時身上背負著至少四個危險因子。

依年齡別區分，中高年男性因心理因素及社會經濟壓力，自殺死亡人數快速增加，為日本自殺問題惡化之主要原因。另老年自殺者之自殺原因，主要為健康老化及老人照顧老人之體力負荷問題；兒童及青少年則因透過網路自殺訊息傳播，自殺比率有成長趨勢，為未來所應關注之重點族群。

c. 日本「自殺對策基本法」及「自殺總合對策大綱」

(a) 日本「自殺對策基本法」的目標

日本「自殺對策基本法」以“A society where no one is driven to suicide”為目標，希望締造一個不會有人被逼去自殺的社會，組織一個保護網，運用社會中所有的資源，強化連結各組織間合作以執行全面性自殺預防策略，整合心理健康促進、醫療照護、社會福利的策略，

大家一同做自殺防治。

(b) 立法旨意

1998 年日本經歷了亞洲金融風暴，自殺死亡人數從 2 萬 4,391 人，迅速攀升至 3 萬 2,863 人。1998 年到 2006 年間，日本社會普遍認為自殺是個人的問題，限定自殺成因出於憂鬱症或酗酒，且當時人們對精神疾病存有偏見及迷思。2005 年至 2006 年日本開始將自殺看作是社會問題，並且轉變發展成為具體行動。因此，日本政府鑒於自殺死亡人數居高不下，於 2006 年制定「自殺對策基本法」，此後自殺預防的任務從厚生勞動省轉換到內閣府，2007 年通過「自殺總合對策大綱」，旨在提供政府的指導，其哲學思想是希望自殺預防政策有助於國民生活在其中覺得生活有目的，各種責任有助於促進此種社會的建成，開始全面性及系統性推動自殺防治相關策略。

(c) 自殺對策基本法

- 2006 年的主導單位是內閣府，在 2015 年修法後主導單位變成厚生勞動省。
- 自殺對策基本法的設立是希望除了原先精神醫療的介入，另外納入更多跨領域的人一同合作，期望從第一線做起，因此，從 2016 年 4 月開始各個都道府縣和市町村都要制定自殺防治對策。
- 其中有一些對策，像是 **Change in the Money-Lending Business Control and Regulation Law** 主要在禁止高利貸，在以往有限定不能超過 20% 的利息，但是仍有一些非法的灰色地帶 20%-30% 的利息，經過法令設立後嚴厲禁止 20%-30% 的灰色地帶。
- 在 2015 年時內閣府編列 2016 年自殺防治策略預算為每年 25 億日幣。

(d) 「自殺對策基本法」修正案，於 2016 年 4 月 1 日施行，加強了學校方面的舉措，修正如下：

- 規定中央和地方政府要完善學校等方面的諮詢體制，並以教員等為對象開展研修。
- 修正法明確規定「爭取實現無人被迫自殺的社會」。
- 過去只規定了中央政府制定自殺對策的義務，而修正法要求所有都道府縣和市町村都要制定對策。
- 學校要同家長及當地居民攜手，對兒童和學生進行有關「SOS 出動方法」及應對壓力方法的教育和啟蒙。
- 將自殺總人數控制在每年一萬五千人，維持和其他已開發國家相同。

(e) 自殺綜合對策推進中心(JSSC)在自殺防治策略角色

- 日本有 47 個行政區，共 1700 市町村，由 JSSC 去分析 1700 個市町村的自殺相關數據以提供地方政府實際自殺情形，透過個別分析出來的自殺數據，發放給各地方政府由厚生勞動省所做的指南，並且輔導各市町村設立自己的計畫以及利用研究經費委託大學或講師來進行研修活動。
- 於各都道府縣建立針對自殺遺族支持之相關資訊，並且強化自殺企圖者之支持系統，加強自殺企圖者在出院後的追蹤
- 建立校園衛生教育資源，教導學生或兒童如何去求救，說出自殺前的求救訊息，這是目前日本最重要的課題，雖然兒童自殺人數不多，但這幾年一直沒有下降。

(2) 2018 年 3 月 7 日下午：圓桌會議

a. 一般社團法人日本自殺預防學會(JASP)簡介

講者：日本自殺防治學會理事長 張賢德

日本自殺預防學會於 1970 年成立，創始者為 Masuda Rokuro，也是當時的理事長，同時是日本生命線聯盟(FIND)的創始會員之一。成立初期曾幾次呼籲政府自殺議題的重要性，但未被採納。直至 2006 年日本政府設立自殺對策基本法(Basic Act on Suicide Prevention)，才逐漸提升自殺防治的重視。在這之前，自殺在日本被視為個人議題，沒有社會共識。

影響自殺的原因很多，尤其是精神疾病，如憂鬱症；另外可能的原因是宗教信仰，WHO 曾經發表研究顯示沒有宗教信仰的國家自殺死亡率非常高，雖然並非單一原因，但宗教確實對個人想法有很大的影響。1998 年日本受到泡沫經濟的影響，自殺死亡人數創下史上最高(超過 3 萬人)，所以從 2000 年開始日本政府便積極推動自殺防治，JASP 的成員也開始增加並與政府合作。

b. 如何在網路上防治自殺？

講者：和光大學心理與教育系副教授 末本新

去年 10 月日本發生一件利用推特(Twitter)假借相約自殺名義犯下 9 起殺人案件，受害者的共通點是在推特上發出尋死的訊息。本次是想分享日本在 2013 年針對與 Google 合作網路自殺防治所做的研究。

如果在網路搜尋欄位輸入自殺的關鍵字，Google 就會顯示心理諮詢的廣告，剛開始會先用 Email 聯繫，若對方願意就會提供較正式的協助。諮詢方式目前常用的是智慧型手機的聊天軟體，例如 LINE、Skype，但基本上還是使用桌上型電腦；除此之外，介入的方式也相當多元，若個案為高危險群，會協助就醫或家訪。進行諮商的人都是臨床心理師或是精神醫療相關專業人員，因研究結果發現接受專業人員諮商較接受義工諮商來的有效果。研究結果也顯示，越快回覆效果越好，因此都盡量在 24 小時內回應。一旦個案願意接受諮商，就會寄出表單請對方填寫做評估，目的是想了解能給個案最適切且持續性的支援。個案的結案標準有兩項：自殺計畫展延、願意求救。若個案透露出以上兩種訊息，就認定輔導是成功的。在次研究當中，有 30%至 40%達到上述兩項結案標準。

而目前碰到的困難有兩個，第一個是有些提供救助的廣告連結會被干擾，點擊進去反而會出現寫遺書教學；第二個是網路諮商還是有技術上無法克服的問題，無法完全取代掉面對面的方式。

c. 日本生命線電話線連盟(FIND)

講者：日本生命線電話線連盟執行董事 森野嘉郎

日本生命線電話線連盟於 1971 年在東京成立，至 1997 年 8 月成立全國生命線聯盟，當年僅有 5 個組織，隨後全國開始設置，目前共 49 個中心。一開始各地區提供自己的諮詢專線，在 2001 年才有一支全國性的電話，而至 2006 年開始接受 Email 諮商。近幾年遇到的困難是負責的人越來越少且有高齡化的趨勢，原本約有 8000 人，但現在僅不到 6000 人，人數正持續下降，且平均年齡為 60 歲左右。另外則是資金的問題，還有使用電話諮詢的人數也逐漸減少。

日本生命線電話線連盟的業務首先是「電話諮商」，49 個單位都是以全年每天 24 小時為服務目標，可惜實際上能提供這樣服務的只有 60% 左右。免費電話也無法每天都做到，只有每月的 10 日。多年來有許多提議希望能夠分門別類，因此在 2011 年東日本大震災提供了 2 年的免費服務給受創者，去年也開始針對東北大地震及福島核災的受害者免費的諮詢電話。

電話聯盟目前最常接到的抱怨是不容易接通，其實 49 個據點僅 3-5%能打通。經過調查，原因是有 10%的諮詢者占據 50%的時間，因此之後便開始限制，若上個月使用時間過多，下個月就會受到限制。官方同時也會針對內容做篩選，提供高風險的個案另一支電話。直到現在，有 40 支電話可以接通，免費電話撥打約 2 至 2.5 次便可以接通。

d. 川崎市的自殺對策

講者：川崎市健康福祉局障害保健福祉部部長 竹島正

川崎市大約有 150 萬人口(2017 年人口增加破 150 萬，日本整體人口下降)，面積為 144 平方公里，跟台灣一樣人口密度很高，有重工業、汙染公害的問題。因為川崎市有很多市民運動，所以一些比較先進觀念例如防治身心障害的做法會在這邊先行採用(試辦)。2014 年訂定了自殺防治對策的條例。2015 年針對全體市民實施 Care System。

從 2002 年開始發展自殺防治對策，起初是因為川崎市為神奈川縣一部分，所以跟著神奈川縣同時實施。2013 年制定了一部條例，2015 年(竹島正於川崎就職)制定一部三年期的推進計畫，2018 年再次實施新的三年期推進計畫。推進計畫是以上述條例為綱領，規範計畫應該執行的內容，並且必須每年做成報告於市議會報告。在地方政府另設置自殺對策評價委員會。

根據民政及警察單位提供的自殺粗死亡率趨勢圖，川崎市的自殺死亡率低於全日本數據，整體呈現下降趨勢。推進計畫是橫向連結的體制，由副市長擔任主席，市民團體等組織都是跟他們做橫向聯繫，JASP 的張賢德理事長就是其中一位重要的成員。另外一個就是評價委員會，基本上成員都是學者，對於計畫成果做出評價、討論與研究。

2018 年推進計畫的架構，以 Care System 作為計畫的核心概念，底下延伸出許多小型計畫，Care System 裡面有一部就是自殺防治的計畫。Care System 施行對象包含全體市民。因為做自殺防治時需要跟各種有自殺風險的人互動，所以 Care System 的幫助很大。

第一次推進計畫是根據 JASP 張賢德理事長的研究 Suicide Process Model 被採用。第二次推進計畫的主題如下：

- (a) 針對自殺企圖者跟自殺遺族的對策更加充實
- (b) 根據不同年齡層做出對應
- (c) 川崎市共有 7 個區，不同區有各自不同的對策。
- (d) 川崎市有很多外籍人士，所以對策必須兼具多樣性
- (e) 高風險群支持者的人才培養，以及強化支持者與各組織的連結。

- (f) 自殺跟精神健康問題的減少
- (g) 確保當地醫療資源

接下來三年計劃的目標分為兩類，第一類為定量目標，以過去三年(平成 26-28 年)的平均自殺粗死亡率每十萬人口 15 人為基準，定下往後三年平均自殺粗死亡率降低 5%以上(每十萬人口 14.2 人以下)的目標。第二類為定性目標，研究如何以科學作為根據，以有效性、效率性的方式推進自殺防治對策。地區自殺對策推進的重要要素：

- (a) 政府制訂條例以及推進計畫是重要的
- (b) 三個會議存在(市議會、地區性會議、評價會議)
- (c) 行政上的聯繫
- (d) 各種自治團體、研究者、地區活動的協助，由研究者研究數據，把結果回饋給地區從事活動者。
- (e) 講到自殺議題可能會讓人民恐懼，所以需要包裝成 Care System 這種比較 Soft 的概念，對於當地人民比較容易接受。

另外針對自殺汙名化的議題，日本的死因排行中，自殺一直在第七位，大約是癌症的十二分之一，他只是不停的教導大家要正視自殺問題的存在，太過於強調的時候反而不好，就是以自然的方式用資料去說明自殺這個問題是真正存在你我身邊。與其說是自殺汙名化的問題，不如說是自殺者所罹患的疾病被汙名化。因為在日本的歷史上有切腹的問題，切腹反而是被尊敬的行為，所以在日本自殺不一定是被汙名化，而是因為病去自殺，所以被汙名化的是疾病。

e. 川崎市自傷或自殺企圖個案之救急搬送服務

講者：埼玉醫學大學急診醫學系講師 高井美智子

WHO 在 2016 年出版針對自殺企圖或自傷者設置監控系統之實務手冊，日本對於自殺企圖者的數據來源包括國家政策機構提供的自殺統計數據、消防及災難機構(FDMA)提供的緊急急救現況，與醫療機構收置的自殺企圖患者統計數量。然目前日本並沒有任何自殺通報紀錄。

本研究是以川崎市試辦針對自殺企圖者之自殺通報系統，參與的醫院有三間，包括聖瑪莉安娜大學附設醫院、川崎市立醫院、日本醫科大學附設醫院。除這三間醫院以外，其他個案不列入本研究。共 412 位自傷或自殺企圖個案被納入且接受通報紀錄。

自殺監控是一個可以利用自殺企圖者準確評估當地地區的自殺習性，

另外當地的心理衛生及精神醫療相關機構也可以共享此資訊，進而針對地區的常用自殺方法擬定相關防治策略。

f. 日本心理剖析研究

講者：上智大學研究員 小高真奈美

此部分介紹日本自殺防治策略應用、心理健康促進狀況，最初為 JASP 張賢德理事長在 1991~1993 年間針對自殺危險因子的研究。在 2007 至 2016 年期間，上智大學的研究中心參與對醫院內受觀護對象(自殺行為者)之自殺因素關聯性的研究。上智大學的研究資料庫有嘗試連結台灣的自殺防治相關研究，但礙於語言因素，能做的事情較有限。研究內容如下：

- (a) 上智大學研究中心於 2007 年 12 月成立研究小組，近期出版將近二十篇自殺防治策略的論文；擁有四十七個相關策略，同時共有十七座城市參與相關研究計畫。
- (b) 服務對象主要為自殺行為者及其家屬（遺族），提供心理上與實際生活的支持。相關心理健康促進教育教材，例如自殺行為者的關懷聯絡資源（對象為親密關係的自殺者），這些問卷工具和教材主要是由 Michelle 博士和 kawakani 博士所設計。
- (c) 在 2014 年東京自殺防治中心，有進行自殺遺族的相關醫療測驗，以做為自殺遺族的研究。會發放意願卡給自殺遺族，自殺遺族無論是有意願、無意願或是仍在考慮中，他們都須將卡片寄回東京自殺防治中心，然後再撥打確認電話，以確保其家人的意願。
- (d) 2016 年再度開始進行自殺外部危險因子的小型相關研究。去年展開自殺外部危險因子因素的研究，但由於些許政治因素影響，並沒有拿到該計畫的預算。厚生勞動省有再編制其防治策略的預算，所以研究中心計畫的經費較少，要再尋找其他民間資源支援。

此計畫的研究目的和對象是想要了解中年男性的自殺行為，與一般自殺調查問卷有所不同。目前面臨的困難之一在於研究訪談很難尋找受試者，可能會有回溯性誤差。另外對象是中老年男性的研究樣板套用到其他研究對象尚有不適切之處。

g. 學校自殺防治計畫

講者：立命館大學綜合心理系教授 川野健治

日本社會有個特別的問題是兒童的自殺行為，且自殺率不容易降低。但實際上校內教師害怕接觸這個問題，因此如何設計出教師及學生皆可接受的計畫並有成效是須被克服的主要部分。目前我們使用 G(Gradual)、R(Resilience)、I(In a school setting)、P(Prepare scaffolds)，一種多階段的自殺防治方案，目標是促使學生能夠

- (a) 理解感受
- (b) 表達情緒
- (c) 了解和學習因應行為
- (d) 同理他人相關情緒。

方法則是以漫畫教導學生如何理解他人感受、使用牌卡表達自己及他人的感受、學習因應技巧、再來播放諮商影片 DVD。

目前在初中實施的結果發現有效提升了學生的自尊感受、減少負面壓力反應。原先執行此方案需要五節課的時間，但校方反映執行時間太長，所以另外製作濃縮為三節課。原則上須要達成的四個目標，縮短後變成只有一部份的成效，所以還是要五節課才可完整達成目標。另外，目前也正在針對大學生開發方案。也有開發給教師用的自殺防治教材，供給教師正確的知識及給學生正確的諮商，如先前提到有許多學校反對，因此我們將教材先準備好，再慢慢進行推廣。

(3) 2018 年 3 月 8 日上午：參訪 TELL 日本

早上驅車至 TELL JAPAN，為日本電話聯盟旗下的組織，過去五年來日本持續透過科技來改變社會服務，希望能滿足不同人口變項的需求，其中面對困難是多數人並非擁有智慧型手機，或是無法使用手機的聽障者；TELL 專線是以英語服務為主，但是，近年來 TELL 持續發展不同的語言服務，多數為日語及英語，TELL 在資金及政府支持方面仍需努力，目前資金平均有兩百萬日幣。

透過撥打電話追蹤個案，特別是高風險群，較特別的是線上督導，經由專業訓練協助高風險群，包含家暴、物質濫用等，該中心透過許多志工協助，經由互惠過程凝聚向心力。當個案來電時是處於緊急情形，個案有自殺企圖的情形下，應立即請求警消人員協助，然而，在非日語的情境下，語言成為最大的障礙。

除了提供電話諮詢服務，該中心亦有針對個別的個案需求媒合各心理健康中心，提供諮商及治療，同時也有精神科醫師、臨床心理師投入

其中，以便因應緊急情況，亦有提供一些支持性的團體治療，例如憂鬱支持團體、焦慮支持團體、哀悼支持團體等，因為系統的支持性是重要的，透過面對面的方式運作支持團體，能夠提供許多益處（友誼、連結性），同時也能夠協助危機處遇。

- a. TELL 的宗旨：以電話匿名、保密的免費英語談話服務，全年無休提供給整個日本地區。
 - (a) 提供安全、保密的空間去討論任何議題。
 - (b) 透過高度訓練的志工組成，並能在危機時提供情緒支持、社會資源媒合及連結。
 - (c) TELL Lifeline 的訓練為一年兩次，開放給在日本地區的英語使用者；在東京同時提供面對面、線上的訓練；東京以外，僅開放線上訓練。
 - (d) 每一年已經服務超過 7000 通電話。
 - (e) 大約 55% 的電話都來自日本的英語使用者，另外 45% 為外國人。
- b. 電話諮商服務：提供保密的面對面諮商服務，對象為成人、伴侶、家庭、兒童與青少年。
 - (a) 對於無法到診所諮商者，提供視訊諮商。
 - (b) 以日語或英語來提供完整的心理衡鑑給兒童與成人。
 - (c) 提供特殊治療予飲食相關疾患與酒藥癮濫用議題。
 - (d) 提供員工關懷服務。
 - (e) 所有的服務供給皆是按比例收費。
- c. 外展服務：努力推動創新的服務、提高覺察與擬定專案來改進每人與家庭的生活，並在社區之中更充分地發揮作用。
 - (a) 「兒童照護專案」提供工作坊與兒童保護系統中的資源。
 - (b) 「個別育兒專案」提供多種兒童相關需求的父母或教師一系列的工作坊、資源媒合、各項支持與交流機會。
 - (c) 提供教師、父母一些關於壓力、LGBTQ、網路霸凌與自殺防治的資訊。
 - (d) PFA 提供訓練於學校、大使館、商業與團體。
 - (e) 「飲食相關疾患專案」提供校園專業人員與社區一些工作坊與訓練課程。
 - (f) TELL Movies 具一系列的影片與討論，促進在心智方面相關議題的專業與社區教育。
 - (g) 對於主管或員工提供現場企業實務與工作坊。
- d. TELL 提供的服務

(a) 針對公司：厚生勞動省要求當公司人數超過 50 人時必須提供員工壓力評估。

(b) 針對員工

- 透過具有專業訓練及證照的治療師提供具隱私性的壓力評估以及下一步指引。
- 了解如何經由生活方式的選擇去調適工作壓力。
- 維持平衡生活及工作。

(c) 針對管理階層

- 加強雇主了解員工需要的幫助及支持。
- 了解增進員工的身心健康即能提升生產力。
- 提供工具去了解及支持團體的身心健康。

(4) 2018 年 3 月 8 日下午：參訪東京都立中部綜合精神保健福祉中心

下午驅車至位於東京都世田谷區之「東京都立中部綜合精神保健福祉中心」參訪，由 Dr. Kumagai 主任代表介紹，該中心位於東京區的中央，服務大約四百六十萬人，並涵蓋 44 間心理健康中心。該中心之成立目的，主要係提供東京都民心理健康諮詢及衛教宣導，並可作為精神障礙者回歸社會前之復健處所，及作為地方精神保健福利機構與基層保健所、醫療機關間之轉介平台，兼具我國社區心理衛生中心及康復之家、社區復健中心等精神復健機構之特性。

「東京都立中部綜合精神保健福祉中心」成立於 1985 年，主任為 Dr. Kumagai，員工皆為東京都全職公務員，包含 10 位全職精神科醫師、16 位辦公室職員、9 位公共健康護士、7 位社工、3 位職能治療師、5 位心理師、19 位護士，共 69 位員工，分成四大部門：

a. 行政部門

b. 日間護理部門：提供職業重建、增強生活及社交技能兩個部份，提供給有精神問題的個案各種職業課程、工作技能、社交技巧、認知行為治療，期限為一年，針對不同類型的個案給予不同的課程，包含庇護性工作訓練以及個別化訓練課程，例如：針對憂鬱症者主要目標是回歸職場，針對較年輕的患者，則是回歸學校；針對思覺失調患者提供工作訓練。情況較嚴重者住進日間護理中心，一年之後回歸「區」的層級，回到社區服務，並設有職業介紹所，協助病患回歸職場，因此，針對社會服務的員工訓練也是該中心負責。

c. 心理健康服務部門

- (a) 公共關係(Public Relations)：提供給國民知識及資訊，根據不同的病症亦有製作小冊子發放，以提升心理健康意識。
- (b) 研究(Research)：該中心研究各種心理健康服務，並將研究結果利用在計劃及增進公共服務上，並且發行研究結果以方便國民取得。
- (c) 教育及職員訓練(Education and Staff Training)：提供給相關系所(例如：醫藥、社會工作、職能治療、護理、公共健康)的大學生訓練，給予其實習機會；另外，還有員工在職訓練以及針對管理階層的人進行訓練。
- (d) 諮詢和技術協助(Consultation and Technical Assistance)
- (e) 社區網絡(Community Networking)：提供組織支持以及連結社區，例如：和有心理疾患的家屬合作、自助團體、社區工作坊以及連結義工。
- (f) 心理健康諮詢(Mental Health Consultation)：提供醫生、社工、精神科醫師給國民諮詢各種心理問題，注重在酒精依賴、物質濫用、青少年問題、心理疾患的預防及早期介入，但不會直接給予治療或診斷，嚴重者會轉介到診所或醫院。

d. 社區服務部門：由社區推廣服務及緊急求助據點組成，因應地區衛生中心的要求派遣外展人員給因缺乏經驗或中斷精神病治療而脫離精神衛生服務的個人，外展服務的成員包含精神科醫師、心理諮商師、護士、社工和臨床心理師。協助個案到外展服務下，以便當他們處於輕微的精神症狀時期，可以在緊急求助據點待長達六週的時間。外展服務包含：

- (a) 與中斷心理衛生服務的個案建立關係。
- (b) 整合不同的觀點及意見以支持服務供給者。
- (c) 準備因應危機處理的資源。
- (d) 建立持續的支持網絡。
- (e) 建立與訓練服務供給者。

東京共有 23 區，分成 10 區及 13 區，東京都立中部綜合精神保健福祉中心因位在 10 區的中間而命名之，該單位除了管轄自己的區域，還負責整個東京的心理健康，是個統合的單位。在心理健康方面有兩個主要的法律：社會服務及身心障礙者，其中身心障礙者的法律規範了所有支援身心障礙者生活，包含醫療、健康資源、保險、生活資源及社會服務資源。

社會服務分成「區」、「都」兩個管道來，基本上是以各區為基礎提供給病患社會服務，像是身心障礙者手冊，除非情況較為嚴重時，則

轉由東京都醫院協助，「都」的層級則分成兩個管道，一是直接提供給病患服務，二是透過「區」間接提供病患服務，一年大概會有一萬件個案。1995 年開始有精神障礙證明申請，由「區」的窗口申請，再由該中心精神科醫師或委由醫師公會舉薦的精神科醫師執行審核，審核出來後由「區」交給本人。然日本現今未強制規定使用新制身心障礙鑑定(ICF)，多數診斷書依照國際疾病分類標準(ICD-10)。

2. 結論及建議

1) 國外參訪整體綜效

- (1) 台灣自 2005 年 9 月 21 日成立由衛生署委辦之全國自殺防治中心計畫以來，於計畫實施早期，為不斷吸收國外新知，曾有多次主動參訪國外重要自殺防治機構，包括以團體會員的身分參加 IASP，2006 年參訪美國自殺防治重要機構，包括：NIMH、CDC、SAMHSA、SPAN、SPRC。
- (2) 2007 年參訪英國相關自殺防治組織，與英國 NIMHE、牛津大學、曼徹斯特大學、Samaritans、PAPYRUS 等代表經驗交流。過去亦曾多次邀請加拿大、澳洲、日本及香港的學者及專家分享自殺防治經驗。
- (3) 最近一次與自殺防治業務相關之出國參訪，是在 2009 年赴日本考察自殺防治及精神醫療業務，時隔 9 年後，再度出國參訪，對於與國際社會分享交流台灣經驗，為因應下一階段台灣自殺防治工作之挑戰，提供重要的參考資料。

2) 政策建議

(1) 制定自殺防治法

- a. 日本政府於 2006 年頒定「自殺對策基本法」，2007 年由內閣首長層級之「自殺對策推進室」制定，由內閣頒布「自殺綜合對策大綱」，該大綱第五章「自殺對策的數據目標」是 2016 年的目標數據是自殺死亡率要比 2005 年減少 20% 以上。
- b. 日本於 2016 年修訂「自殺對策基本法」以及「自殺綜合對策大綱」，更加落實以整體「社會安全」宏觀視野看待自殺問題，而避免將自殺僅單純歸因於精神疾病因素或個人因素，有利於跨部門跨專業之整合與相互支援。
- c. 由日本經驗觀之，制訂台灣的自殺防治專法，將對於整體自殺防治工作推展有重要影響。

(2) 強化從中央地方自殺防治策略互動回饋機制

- a. 自殺對策基本法的設立是希望除了原先精神醫療的介入，另外納入更多社會安全跨領域部門一同合作，從 2016 年 4 月開始各個都道府縣和市

町村都要制定自殺防治對策。

- b. 日本自殺防治中心分析提供自殺相關數據以提供地方政府實際自殺情形，透過個別分析出來的自殺數據，結合厚生勞動省所做的綜合性指南，以厚生勞動省於各市町村既有的基層衛生福利設施為基本執行單位，輔導各市町村設立自己的自殺防治計畫，並利用研究經費委託當地的學者專家進行教育訓練活動，市町村也要回報數據至道府縣，各道府縣要將數據彙整回報至日本自殺防治中心。
- c. 雖然日本當局尚未確認回報數據之具體內容，此種強化中央與地方自殺防治策略互動回饋之作為，值得台灣參考。

(3) 提升社區心理衛生中心及相關社會安全社區據點功能

- a. 我國於全國 25 縣市完成每一縣市均設有社區心理衛生中心之目標，自 1992 年開始進行到 2005 年 6 月底完成。且自殺防治業務已納入各縣市心理衛生中心的業務之一，是各縣市落實自殺防治心理衛生面向之重要平台，然而推行迄今，我國各縣市社區心理衛生中心制度，建置與功能之差異性極大。
- b. 由本次赴日參訪經驗，深感於社區第一線心理衛生或社會安全據點，對於自殺防治工作之重要性。日本方面相對應機構，其功能包括心理健康諮詢及衛教宣導，並可作為精神障礙者回歸社會前之復健處所，及作為地方精神保健福利機構與基層保健所、醫療機關間之轉介平台，兼具我國社區心理衛生中心及康復之家、社區復健中心等精神復健機構之特性。
- c. 其中與社會安全相關觸角，包括與中斷心理衛生服務的個案建立關係、整合不同的觀點及意見以支持服務供給者、準備因應危機處理的資源、建立持續的支持網絡、建立與訓練服務供給者等。
- d. 日本方面相對應機構，人員編制之充足，預算經費之充裕，配套法令之完善，實為我國欲提升社區心理衛生中心及相關社會安全社區據點功能之重要參考。

(4) 串聯各方面自殺防治策略管理資料庫

由自殺防治中心或是相關的學校及研究單位共同將所匯集的資料進行更細緻的大數據分析，由資料庫分析找到個別差異化的結果，結合 GIS 概念，具體的回饋給地方政府並提出一些可行建議，與地方政府就資料結果進行溝通，並由地方政府提出因地制宜的自殺防治策略，進一步將相關的結果做成年報，必要時可以讓縣市之間彼此觀摩交流，並將有優質成效的自殺防治結果進行揭露與表揚，鼓勵各縣市標竿學習，彼此互

相勉勵提攜，共同為自殺防治而努力。

- (5) 在推動可行的自殺防治法之前，以精神衛生法之前提下，先考量對自殺進行去污名化，建立國人對自殺議題的重視，並建立全民共識，邀集立法委員甚至專家學者以及各領域不同的專業和非營利組織共同努力制定台灣的自殺防治法。
- (6) 台灣目前有很多的新住民居住，希望也可以提供一個有效的電話或網路溝通平台，讓他們可以用本身熟悉的語言來表達個別的情緒，減少社會適應困難產生的自我傷害。
- (7) 建立行政院跨部會層級平台並邀集各縣市首長，結合各面向的全面性，選擇性與指標性策略，橫向與縱向全面展開，訂定明確之自殺防治 KPI，運用管理策略，逐步落實。
- (8) 運用科技輔助，結合搜尋網路平台與社群，建立關鍵字防範策略，並在各網路平台提供有效的自殺防治與心理健康促進相關主題，深化國人對自殺防治的重視與達到社會安全網路的目標。

3) 結語

整體而言台灣自殺防治相關工作在組織建置及功能，於部分面向優於日本現況，例如全國性自殺企圖未遂通報系統，由國家建置付費自殺防治熱線「安心專線」，以及涵蓋所有精神疾患之可近性高與費用低廉的全民健康保險系統等。然而由日本近年自殺死亡人數明顯下降趨勢觀之，排除宏觀經濟復甦與失業下降的有利社會經濟環境外，從國會立法，內閣府推動跨部會自殺防治工作之整合，到系統建置運作順利後回歸厚生省主責，由國家策略落實至地方行動方案，這種由中央到地方，從立法到執行，環環相扣鉅細靡遺的防治策略，確實為台灣面對未來自殺防治工作挑戰之重要參考。

八仙塵爆個案心理關懷訪視相關事項

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

依 2018 年度規格書項目第七項「視需要協助八仙塵爆個案心理關懷訪視相關事項」，本學會已依相關規定辦理完成。新北市衛生局委託本學會吳佳儀理事簽訂「八仙塵爆傷患心理及其他相關需求評估統計分析計畫」，與台灣自殺防自學會簽訂「八仙塵爆燒燙傷患長期適應評估計畫」，協助相關數據分析，計畫已如期依規定進行資料分析。

2015 年 6 月 27 日八仙塵爆事件發生至今已 2 年半，然而燒燙傷病人的復健之路辛苦而常，過程中除了生理方面的復健、回歸社會的重建，心理的健康也相當重要。除了傷患本身，照顧者亦承受著長期壓力。政府所成立的「627 燒燙傷專案管理中心」服務團隊持續以資源整合之模式，提供一人一專案的服務。

許多傷患需要住院執行重建手術，或於各醫院、陽光基金會進行復健，開始面臨生理、心理、生活與社會等長期適應問題。對適應期的燒傷病人而言，除要面對皮膚不適、復健的疼痛、與傷口結痂外，還要面對自己外表容貌的毀損。過去研究發現，外表疤痕與病人的身體形象、自我概念及自尊有高度相關，亦可能出現憂鬱情緒、失去興趣、疲倦、睡眠障礙、飲食障礙、無助、無望、精神運動緩慢、或容易激動等症狀，並加深對疼痛的敏感度。經本會研究分析發現，隨著時間流逝，燒傷傷患的心理社會需求會逐漸高於生理需求，故了解塵爆個案出院後的精神創傷問題及長期心理需求有其必要性。

2. 業務目的與目標

- 1) 擔任新北市八仙塵爆相關會議之專家顧問，提供具體建議。
- 2) 與新北市衛生局正式簽約，承接八仙塵爆傷患心理重建研究案，針對傷患進行長期適應評估。
- 3) 承接新北市衛生局「八仙塵爆燒燙傷患長期適應評估計畫」，針對傷患進行長期適應評估，數據的結果將可提供各縣市政府，進行心理重建供自殺防治追蹤關懷策略擬定之諮詢服務。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開專案小組會議，討論工作項目、專家團隊名單與研究案相關內容。
- 2) 與八仙塵爆專案專責處理中心接洽。
- 3) 針對八仙塵爆傷患進行長期適應評估計畫。
- 4) 為協助新北市八仙塵爆專案計畫，中心由李明濱理事長、吳佳儀理事協助問卷分析，分析已如期完成。
- 5) 研究報告內容應包括前言、文獻探討、歷年數值之趨勢分析與比較(包含人口學及健康基本資料、燒傷暨生活影響評估、簡式健康評量表、簡明心理健康篩檢表、SPAN、IES_6、PHQ-2、重大生活事件評估、家庭關懷量表、個案服務計畫各類面向、精神科醫師評估及質性資料、需求／滿意度調查表等)、滿意度分析、討論、建議。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、新北市衛生局、台大護理學系所。
- 2) 資源連結內容及形式：提供資料、專家諮詢、協助研究執行。

三、過程 (Process)

與八仙塵爆關懷小組聯繫，召開專案小組會議，討論工作項目、專家團隊名單與研究案相關內容，9月開始執行「八仙塵爆燒燙傷患者長期適應評估計畫」之資料分析，並於12月如期繳交新北市政府衛生局期末報告暨期刊發表之文章。

四、成果 (Product)

1. 完成「八仙塵爆事件三年後之回顧」論文一篇，刊登於台灣醫學雜誌，文章摘要如下，詳細內容詳見附錄 8-1-1。

2015年6月27日發生了台灣有史以來最重大的燒傷意外，新北市八仙樂園因粉塵爆燃導致499位傷患緊急送往醫院救治，後續造成15位傷友在六個月內死亡。為促進這484位存活傷友之復原，在三年歷程中政府醫療、社會福利與民間機構投注了多項資源協助他們重返生活軌道。本文主要目的在於回顧事件發生後的緊急處置、急性期醫療救治、急性後期照護及福利服務、與長期個案管理暨評估等歷程，並描述經由衛生福利部統籌規劃、新北市政府的全面性服務暨各縣市跨領域專責單位之協力合作之過程，此經驗值得做為未來重大燒傷災難之緊急處置與身心重建過程之重要參考。

2. 完成「八仙塵爆傷患心理及其他相關需求評估統計分析計畫」，分析結果摘

要如下。

本報告針對八仙塵爆發生後三年內之五波追蹤電訪資料，由新北市衛生局提供匿名檔案後，再由主持人進行資料彙整、除錯及插補，以利傷友的身心復原情形與心理暨各相關領域的需求分析。統計結果發現：T0-T4 五波調查的傷友基本人口學組成無顯著差異，男女性別比大約是 1.2，平均年齡約為 23.1 ± 8.7 。在追蹤期間，每波受訪者的組成特性，如性別、年齡與燒傷面積(TBSA)皆相似。雖說起初住院率較高，但追蹤期間接受復健服務的比率從 58.4% 降至 26.4%。然而，五次訪談期間的物質使用狀態變動不小，初始使用安眠藥的比率較高，然而在最後一次訪談結束後降至 10.3%；相對地，酒精使用率則穩定地從 3.8% 攀升至 7.9%，再降至 5.3%，同時仍有 3.8-5.0% 的個案數維持相同的酒精用量。從 T0 (事件後 6 個月) 到 T2 (事件後 2 年) 間，傷友的精神病理嚴重度有下降的趨勢，包括 BSRS-5 心情溫度計的五項症狀、自殺風險因子以及創傷後壓力症狀；然而值得注意的是，於第三年的訪談中，幾乎所有前述指標的百分比與一開始 T0 的測量值皆有顯著差異；在 T2-T3 所有精神病理學項目的百分比都有所增加，尤其是失眠症狀。這些變動顯示精神或心理困擾症狀可能在第二年後出現延遲反應。再者，傷友在近一週自殺意念與未來自殺意圖的比率接近，但改變趨勢不同，值得注意的是個案主觀陳述的未來自殺意圖仍占 3-5%，應持續長期追蹤關懷，以防範自殺行為的發生。

其次在所有”負向生活干擾”項目中，工作干擾與瘙癢相關的壓力是傷友最常見的兩個問題，從 T0 超過 70% 的嚴重影響程度下降到 T4 (事件後 3 年) 的 40% 左右；相反的，在所有的”正向生活改變”項目中(包含社會人際關係、家庭關係、適應與調適狀態)，從 T0 到 T4 期間一直維持在高水平狀態(介於 80-96% 之間)，這表示傷友在個人因應能力、家庭支持與社會關係裡展現出良好的恢復力(recovery)以及復原力(resilience)的特性。在傷友表達的所有照護需求當中，T0 最需要的兩個項目是法律與復健服務，其次是經濟與工作準備需求；從 T0 到 T4，除了心理健康照護的需求外，各項需求都有明顯下降的趨勢。另一方面，政府提供的醫療服務以及陽光基金會提供的復健照護，都有高達九成以上穩定的滿意度，73~85% 的傷友滿意 627 專案管理中心所提供的創傷後個案管理服務，而對於政府介入的滿意度則維持在 32~45% 間擺盪。

3. 完成「八仙塵爆燒燙傷患長期適應評值計畫」，分析結果摘要如下。

本計畫分析八仙塵爆事件中的 484 位傷友於三年半期間的長期復原適應歷程、精神病理學症狀變化與求醫情形。分析的樣本來自五波新北市衛生

局的電話追蹤調查，五次訪談時間分別在塵爆事件(104.6.27)之後的半年(T0)、一年(T1)、兩年(T2)、三年(T3)、三年半(T4)，回覆率分別為: 65.1%, 74.2%, 76.9%, 78.5%, 及 78.7%，傷友未完訪或退出(attrition)之理由種類包括無法完成(如周遭環境干擾、健康理由中斷等)、拒訪、及聯繫困難等。T1(2016.7)與 T2(2017.6)訪談之間，有 400 名傷友於 2016 年 12 月期間接受新北市衛生局所安排的精神科追蹤與診斷，結果發現有 57.3%無任何精神疾病診斷，最多傷友被診斷的類別為 PTSD(20.5%)，其次為憂鬱症(19.8%)，再來是焦慮症(10.3%)與適應障礙症(7.8%)；其中，具有兩種以上的共病(comorbidities)診斷(如 Major/Minor Depression+PTSD)者，佔了 17.5%。

進一步分析發現，隨著時間流逝、生理需求逐漸下降，燒傷傷患的心理社會需求呈現長期波動之趨勢。傷友在三年中的創傷後壓力症狀較起伏不定，而憂鬱或心理困擾症狀較屬於逐步下降之趨勢，五次訪談的組成族群間無顯著的診斷或人口學差異，因此不同族群間具有可比較性。我們分析了傷患的 BSRS-5 心理困擾症狀與半年內精神科求醫經驗之間的相關性及盛行率演進情形，結果指出這群年輕傷友對精神科的求醫比例不高，從 T0→T1 有一個微幅上升(9.2→11.4%)，然而從 T2 至 T4 則一路降至 3.4%，求醫的傾向原則上是依心理困擾程度越大而越高的，也就是心理困擾與求醫程度呈正相關。有關精神科診斷與求醫之間的關係，我們發現傷友罹患 Mood disorders 或 PTSD 且近半年曾於精神科求醫的比例，相較於 Adjustment 或 Anxiety disorders 等診斷來說是明顯較高的。本研究結果呼應國內外文獻所言，燒傷後的長期心理照護期可長達兩年以上，未來除了宜注意燒傷後慢性心理健康問題所帶來的負面影響，也可同步發展早期辨識與早期介入心理適應措施，並強化傷友於社區復原期間的正向成長歷程。

五、附錄 8-1-1、八仙塵爆事件三年後之回顧(台灣醫學 2018 文章)

「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

自殺是全世界都關注的公共衛生議題。自殺雖已不是台灣的十大死因，然而自 2014 年開始起至今，台灣的自殺死亡率持續上升，2017 年全國自殺死亡率提升至 16.4%。

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，並以個案實例分組討論。
- 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聯繫，並確認辦理日期。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。
- (2) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程課前閱讀資訊供預覽，課程結束後發放課程評值問卷及課後測驗問卷，統整問卷結果後分析，並寄送回各醫院。詳細課程評值問卷及課程測驗問卷內容如圖 9-1-1、圖 9-1-2。

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： <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	
一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標	
<input type="checkbox"/> 1. 非常符合 <input type="checkbox"/> 2. 符合 <input type="checkbox"/> 3. 尚可 <input type="checkbox"/> 4. 不太符合 <input type="checkbox"/> 5. 非常不符合	
二、整體而言，您對於授課方式的安排感到...	
<input type="checkbox"/> 1. 非常好 <input type="checkbox"/> 2. 良好 <input type="checkbox"/> 3. 可接受 <input type="checkbox"/> 4. 不太好 <input type="checkbox"/> 5. 非常不好	
三、您覺得講師的授課技巧及解說...	
<input type="checkbox"/> 1. 非常清楚 <input type="checkbox"/> 2. 很清楚 <input type="checkbox"/> 3. 尚可 <input type="checkbox"/> 4. 不清楚 <input type="checkbox"/> 5. 非常不清楚	
四、您對於此次課程感到獲益良多...	
<input type="checkbox"/> 1. 非常同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意 <input type="checkbox"/> 3. 尚可 <input type="checkbox"/> 4. 不同意 <input type="checkbox"/> 5. 非常不同意	
五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為	
<input type="checkbox"/> 1. 非常滿意 <input type="checkbox"/> 2. 滿意 <input type="checkbox"/> 3. 普通 <input type="checkbox"/> 4. 不滿意 <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 <input type="checkbox"/> 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？	
<input type="checkbox"/> 1. 沒有困難 <input type="checkbox"/> 2. 有困難，原因：_____	
八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？	
<input type="checkbox"/> 1. 會 <input type="checkbox"/> 2. 偶會 <input type="checkbox"/> 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？	
<input type="checkbox"/> 1. 會 <input type="checkbox"/> 2. 偶會 <input type="checkbox"/> 3. 不會，原因：_____	
十、綜合課程建議：	

參訪心得與感想(100字)	
<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>	

圖 9-1-1、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

請閱讀以下是非題題目，正確說明請在欄位打○，錯誤說明請在空欄X。

題目	答案
1. 年紀 65 歲以上的自殺死亡率在所有年齡層中最高。	
2. 一般而言，雖然女性自殺企圖率比男性高，但男性的自殺死亡率比女性高。	
3. 根據 105 年全國自殺死亡方法統計數據顯示，使用「上吊、勒死及窒息」之自殺方法占率最高。	
4. 家庭、親密關係問題和精神相關疾病都不是導致自殺企圖的原因之一。	
5. 導正媒體報導和檢測網路自殺相關資訊是屬於自殺防治全面性策略。	
6. 長期憂鬱的病人突然痊癒，代表自殺風險性降低，無需主動探詢自殺意念。	
7. 自殺防治指標性策略主要是針對自殺企圖者提供即時的關心與介入服務。	
8. 守門人 123 步驟中第一步為主動關心、詢問情況。	
9. 自殺防治的工作僅需要精神專業人員、社福團體和政府官員投入。	
10. 不管是精神科或非精神科臨床醫師，都是重要的珍愛生命守門人。	

圖 9-1-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

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. 本年度平均每個月辦理兩場 **PGY** 課程，並由中心李明濱計畫主持人、陳俊鶯副主任、吳佳儀副教授、詹佳達秘書長、楊凱鈞副秘書長、陳宜明副秘書長、張家銘醫師擔任講師。
2. 課程內容主題描述
 - 1) 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。
 - 2) 自殺評估處遇與工具運用：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。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。
 - 3) 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，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。
 - 4) 個案討論／案例演練：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。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 參與訓練

(1) 今年度截至 10 月 30 日共辦理 20 場次，341 人參與，詳細如表 9-1-1。

表 9-1-1、PGY 合作單位及人數

合作單位	人數
臺北市立聯合醫院	249
新北市立聯合醫院	31
宏恩醫院	23
中心診所醫院	11
永和耕莘醫院	13
恩主公醫院	5
博仁綜合醫院	3
臺安醫院	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共有 333 人回應，滿意以上為 96%，詳如表 9-1-2。

表 9-1-2、課程滿意度評值表

題目	選項 N(%)				
	非常不符合	不太符合	尚可	符合	非常符合
1.課程內容規劃符合預期目標	1	2	23	195	112
	(0.30)	(0.60)	(6.95)	(58.91)	(33.84)
2.授課方式的安排	2	3	33	188	107
	(0.60)	(0.91)	(9.97)	(56.80)	(32.33)
3.講師的授課技巧及解說	1.00	2.00	24.00	166.00	150.00
	(0.30)	(0.60)	(7.25)	(50.15)	(45.32)
4.此次課程獲益良多	2	3	30	181	137
	(0.60)	(0.91)	(9.06)	(54.68)	(41.39)
5.整體課程滿意	2	2	23	179	135
	(0.60)	(0.60)	(6.95)	(54.08)	(40.79)

每次課程結束前均會進行課後測驗，作答人數共 341 人，整體課後測驗平均答對率為 96.6%，顯示有九成以上的學員能夠確實的吸收到與自殺防治相關的知識，詳如表 9-1-3。

表 9-1-3、課程課後測驗 N(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答 正確	335 (98.3)	335 (98.3)	324 (95.0)	338 (99.1)	337 (98.8)	338 (99.1)	328 (94.7)	336 (98.5)	328 (99.1)	339 (99.4)
作答 錯誤	6 (1.7)	6 (1.7)	17 (5.0)	3 (0.9)	4 (0.2)	3 (0.9)	13 (5.3)	5 (1.5)	3 (0.9)	2 (0.6)

(3) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 97%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

透過此課程，學員意識到許多自殺者生前都曾就有就醫行為，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。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。

輔導人員自殺防治工作手冊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

「自殺防治，人人有責」，在自殺防治艱鉅的工作中，除了強調全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理念外，各方面專業人事的投入與支持亦是相當重要的，藉由網網相連、持續合作，共同編織出社會安全網絡，才能貫徹「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。

導致自殺的因子複雜而多元，有鑑於自殺防治與心理健康促進環環相扣；自殺防治策略分為三個主要層面，分別為全面性、選擇性及指標性策略，其中全面性策略之目標為全體民眾，旨在促進全民心理健康。宣導方面，自民國 94 年本中心成立以來，已持續推行共 34 本自殺防治系列相關手冊，供民眾及不同專業網絡的人員參考與運用。

在臺灣，教育體系、社區體系與醫療體系中，皆可見到輔導人員透過認知、情感、行為或系統性的專業介入，協助個人處理有關情緒、行為、人際以及心理疾病等生活適應困擾的問題，由此可見輔導人員在心理輔導工作中扮演了重要且關鍵的角色。本年度特別針對輔導人員編製《輔導人員自殺防治工作手冊》，其內容包含了自殺風險評估、處遇、倫理等議題，期盼透過手冊宣導提升輔導人員自殺防治相關知識，一同建立綿密牢固的自殺防治網絡。

2. 業務目的與目標

藉由編製輔導人員手冊，提供輔導人員認識自殺防治之職責與角色，促進輔導人員了解自殺現象、評估、處遇及工作倫理的重要性，並增進其處遇自殺個案之知能。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 蒐集相關資料與彙整。

(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。

(2) 參考 WHO 出版之自殺防治工作手冊：Preventing Suicide: A resource for Counsellors (2006)

(3) 參考輔導人員倫理相關書籍與工作守則。

2) 擬定手冊架構。

3) 撰寫手冊。

4) 完成手冊初稿並申請國際標準書號(ISBN)。

5) 校稿。

6) 排版並印刷成冊。

7) 將手冊電子檔上傳至中心網站供大眾閱覽及下載。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：中心顧問群。

2) 資源連結內容及形式：過去中心出版資料彙整、意見交流、相關資料閱讀。

三、過程(Process)

1. 初蒐集相關資料、進行資料彙整。

2. 依據所蒐集資料，擬定手冊大綱。

3. 完成冊手冊內容初稿，並送請中心長官審閱。

4. 於全國自殺防治中業務會議提案，決議通過手冊大綱，並由中心顧問群檢核手冊內容並給予建議。

5. 根據建議修改手冊內容，完成手冊內容，並交由印刷廠商進行排版、美編及封面製作。

6. 申請國際標準書號(ISBN)。

7. 再次進行校稿，確認手冊內容。

8. 印製手冊，並將電子檔上傳至中心網站。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 《輔導人員自殺防治工作手冊》內容主要分為「認識自殺」、「自殺風險評估」、「自殺之處遇」、「輔導人員的工作倫理」、「面對個案死亡」、「自殺防治宣導」及「相關網路資源」等七部份。手冊架構簡述如下：

- (1) 認識自殺
 - a. 自殺現象的嚴重性
 - b. 關於自殺的迷思
 - c. 自殺危險因子與保護因子
- (2) 自殺風險評估
 - a. 自殺風險評估工具簡介
 - b. 評估自殺行為
 - c. 特定族群之風險評估
- (3) 自殺之處遇
 - a. 輔導人員的基本工作原則
 - b. 個案處遇計畫
 - c. 特定族群之處遇建議
- (4) 輔導人員的工作倫理
 - a. 尊重個案的自主權
 - b. 了解責任與限制
 - c. 辨識輔導中的移情與反移情
 - d. 保密例外的說明
 - e. 避免因各人的價值觀對個案造成傷害
- (5) 面對個案死亡
 - a. 輔導人員的自我照顧
 - b. 自殺遺族的哀傷輔導
- (6) 自殺防治宣導
- (7) 相關網路資源
 - a. 全國自殺防治中心網站
 - b. 珍愛生命數位學習網
 - c. 自殺防治 e 學院
 - d. 世界衛生組織網站

五、附件

9-2-1、《輔導人員自殺防治工作手冊》

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的重要課題，本中心 2005 年成立後即規劃「自殺防治網通訊」季刊宣導自殺防治理念，其內容淺顯易讀，有助專家學者與一般大眾了解自殺防治相關資訊，亦可提升全民對自殺防治工作的認識。期待本刊物成為提供全國關心自殺議題之各領域學者，以及親身參與自殺防治工作的朋友們一個即時而豐富的互動平臺。另外，因應智慧行動裝置普及化，同時響應環保概念以減少印製資源，本刊物朝向電子報型式發行，邁向智慧雲端概念。

自殺防治需要眾人的努力，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，期許全民瞭解自殺防治之重要性，也提昇國人對自殺防治守門人之正確認知。

2. 業務目的與目標

- 1) 定期傳達自殺防治新知、相關數據分析以及探討自殺防治工作經驗。期待各地從事自殺防治工作的相關專業人員與機構，藉此平臺分享經驗與知能，而珍愛生命義工亦可將平日在社區擔任守門人的經歷呈現於刊物。
- 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，期許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邀稿，中心同仁共同協助。
- (3) 每年 3、6、9、12 月中出刊，一年發行四期，為季刊形式。
- (4) 編輯過程視需要以電話會議或視訊會議方式召開通訊編輯委員會進行討論與修訂。
- (5) 稿件蒐集完成後進行初步校正及潤稿，委外廠商排版美編，並再次進行校稿與印製確認。
- (6) 出版後，以紙本或電子報方式將刊物寄送至相關單位及對象，同時上傳中心網站與電子書平臺供大眾瀏覽與宣導。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市政府衛生局暨社區心理衛生中心、各縣市自殺關懷訪視員、國家圖書館、國立臺灣圖書館、國立公共資訊圖書館、臺灣大學護理學系吳佳儀副教授、新光吳火師紀念醫院詹佳達醫師、各縣市生命線協會、珍愛生命義工、吉興印刷品事業有限公司。
- 2) 資源連結內容及形式：邀稿、撰稿、排版印刷與刊物宣傳。

三、過程(Process)

1. 組織建立

- 1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會，邀請臺灣自殺防治學會理監事及各領域專長會員擔任委員；另由中心專員擔任助理編輯，追蹤各期通訊主題、邀稿細節、排版等內容與進度。
- 2) 自殺防治網通訊編輯委員名單
 - (1) 總編輯：吳佳儀
 - (2) 副總編輯：詹佳達
 - (3) 編輯委員：王禎邦、吳恩亮、孫凡軻、張清基、陳宜明、楊凱鈞、劉仁儀
 - (4) 編輯顧問：周元華、張家銘、陳俊鶯、陳恆順、陳映燁
 - (5) 助理編輯：黃柔嘉

2. 架構及資訊蒐集

- 1) 專家觀點：邀請台灣自殺防治學會理監事專家針對臺灣自殺防治工作現況進行評論與觀點闡述。
- 2) 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。
- 3) 自殺防治新視野：由通訊編輯委員協助搜尋並總結國內、外自殺防治研究論文，由助理編輯協助邀稿。
- 4) 自殺防治工作要覽：收錄全臺針對自殺防治工作所推展之業務與活動，進行工作摘要介紹，由中心相關業務同仁進行資料蒐集與撰寫。
- 5) 自殺統計解析：由中心研究發展組製作以季、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等最新數據概況分析。
- 6) 自殺防治經驗分享：邀請各地衛生局、社區心理衛生中心與相關民間團體之自殺關懷訪視員撰寫自殺防治工作經驗心得，作為資訊交流之專欄。
- 7) 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。
- 8) 其他：若辦理大型宣導活動或研討會等，將於刊物預告相關訊息與成果。

3. 工作期程

- 1) 2018 年 2 月 12 日召開自殺防治網通訊編輯委員會議，擬訂本年度通訊主題為「困難自殺個案分析與回顧」、「媒體與自殺」、「日本自殺防治策略」、「主要照顧者與自殺防治工作之角色」等，於 3 月、6 月、9 月及 12 月出刊。因應每年 9 月 10 日世界自殺防治日，今年 12 月中將增加「世界自殺防治日專題」內容，供大眾了解目前國內自殺防治最新趨勢及與國際接軌之進展。
- 2) 3 月發行自殺防治網通訊第十三卷第一期之大綱如表 9-3-1。

表 9-3-1、自殺防治網通訊第十三卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	共織更嚴密的自殺防治網
主題文章	從媒體報導看困難自殺個案的特質 困難個案的自殺防治處遇原則
自殺防治新視野	自殺者的社會心理預測因子
自殺統計解析	2017 年通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	畢業後一般醫學訓練：社區醫學「自殺防治」PGY 珍愛生命服務學習 自殺防治國際交流 新春記者座談：迎新瑞犬報年豐 守護生命一起來 「全國自殺防治中心」喬遷
自殺防治動態與 經驗分享	當思覺失調症遇上自殺 自殺防治工作心得 經歷悲傷；學習悲傷 你用你的傷，向世界證明你的痛 社區心理衛生中心督導經驗談 因個資法被告上法院的訪員 那些年的那些個案
交流園地	自殺防治，從宣導紮根 讓關心繫起自殺防治的網絡 媒體自殺報導對社會氛圍影響之反思

3) 6 月發行自殺防治網通訊第十三卷第二期之大綱如表 9-3-2。

表 9-3-2、自殺防治網通訊第十三卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	同心協力防自殺
專家觀點	指標性策略介入的精進 自殺防治的專業知能與心理從業人員應有的能力
主題文章	世界衛生組織 2017 年最新自殺報導指引：正確資訊、正向行為與網路媒體的重要性 用媒體活動或宣傳來預防自殺
自殺防治新視野	你知道自殺行為有多危險嗎？探討自殺死亡的最致命因子—自殺企圖史
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2018 年 1-4 月通報個案統計
自殺防治工作要覽	全國首創「社區自殺風險個案追蹤關懷多元照護服務模式」在臺南 青年節新聞稿發布「自殺高居青少年死因第二位 需加強關懷」 第一線專業人員之自殺防治守門人訓練全台同步連線 Live in Hope 日出健走活動—以正面的態度，了解身心靈健康 媒體交流：聯合報系與蘋果日報拜會 第二季「畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治」PGY 最新《輔導人員自殺防治工作手冊》出刊 「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文發布 活動預告：世界自殺防治日海報設計徵選活動
自殺防治動態與經驗分享	每個人 每段故事 自殺防治之感慨 你走了半年之後 助人工作者與飲酒自傷個案 因個資法被告上法院的訪員—判決篇
交流園地	那一年我與自殺案主相遇 初入自殺防治領域二三事—如何看待自殺 將 DBT 用於自殺防治的心得

4)9 月發行自殺防治網通訊第十三卷第三期之大綱如表 9-3-3。

表 9-3-3、自殺防治網通訊第十三卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	自殺防治，精益求精
特別報導	2018 世界自殺防治日主題：同心協力防自殺
專家觀點	自殺防治 人人有責
主題文章	日本能，臺灣有何不能？他山之石可創佳績 臺灣自殺防治面臨新挑戰
自殺防治新視野	國際新知—荷蘭的自殺防治政策簡介
中心工作成果	教唆自殺網站之監測
自殺統計解析	2017 年自殺死亡數據 自殺通報關懷系統—2018 年 1-7 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	學術交流：中韓學術會議之臺灣自殺防治 新聞媒體聯繫會議—媒體自殺事件報導：問題與挑戰 107 年度自殺防治年中討論會 升級版「心情溫度計 App」登場 畢業後一般醫學訓練：自殺防治 活動預告：世界自殺防治日系列活動
自殺防治動態與 經驗分享	生命的轉機 訪員的定位？互相合作才能解套 「0」與「1」的定義 重複自殺個案與敘事治療 這些年，那些感受
交流園地	當與世界的關係揮別時，自殺悄悄降臨 再給我一天—癌症與安寧病房自殺防治工作之省思

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、潤稿與統整，再委外廠商排版美編。
- 3)助理編輯校稿完成後，再請總編輯進行總校正，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：寄送對象為社團法人臺灣自殺防治學會會員、各縣市政府衛生局、國家圖書館、國立臺灣圖書館、國立公共資訊圖書館與投稿者，第十三卷第一期至第三期紙本寄發數量分別為 171 份、167 份與 92 份。
- (2) 電子報寄發通路：寄送對象為全國自殺防治中心電子報訂閱用戶。
- (3) 研討會發放紙本：於臺灣自殺防治學會年會暨學術研討會中，發放第十三卷第三期紙本供與會者閱讀，共計 238 份。
- (4) 數位推廣：各期電子報皆可在中心網站最新消息、宣導品專區與自殺防治網通訊專區供免費下載。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治網通訊第十三卷第一期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 1 篇、自殺防治動態與經驗分享共 7 篇、交流園地共 3 篇；第十三卷第二期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 1 篇、自殺防治動態與經驗分享共 5 篇、交流園地共 3 篇；第十三卷第三期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 1 篇、自殺防治動態與經驗分享共 5 篇、交流園地共 2 篇。
- 2) 自殺防治網通訊第十三卷第一期與第二期印製份數分別為 200 份、第十三卷第三期印製 350 份；紙本通路發放份數分別為 171 份、167 份與 330 份。
- 3) 本刊物持續於中心網站更新，供有興趣之相關專業人員或民眾下載或線上閱讀。

2. 結論

自殺防治網通訊今年持續穩定出刊，編輯委員會已將年度主題規劃完畢，將依規畫執行 12 月中出刊之第四期刊物。同時為提升各界專家學者與第一線自殺關懷訪視員之投稿意願，今年度「自殺防治動態與經驗分享」與「交流園地」之稿件持續以有償獎勵方式，投稿數量穩定且有利於加強自殺防治網溝通互動之成效。另外也持續增加宣導管道，除電子化上線並透過 EMAIL 宣傳外，新增與臺灣閱覽人數眾多之圖書館合作，期使更多民眾接觸自殺防治正確訊息及新知。

網路成癮者之評估與轉介

一、背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

近十幾年來智慧型手機、平板與電腦等 3C 產品普及，使網路成為現代人生活不可或缺的一環，隨之而來的是網路過度使用議題浮現，進而造成身心健康問題層出不窮，網路成癮即為其中一項問題。

所謂網路成癮(internet addiction)指個體在重度使用網路後出現上癮相關問題的核心症狀，包括對學業成績、人際關係、身心健康、家庭互動與職業表現等方面有負面影響。網路成癮型態包含線上遊戲、社交軟體、線上賭博、線上購物、虛擬性愛和資訊超載等，因為網路具有匿名性、虛擬性、方便性與逃避性等特質，容易吸引當事者耽溺其中。美國心理學家 David Greenfield 表示：「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，智慧型手機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，若要防範網路成癮行為，實需透過國家成立專責機構來推動政策，制訂網路使用法律，例如網路內容分級管制以利保護未成年者。目前臺灣已於 2012 年成立中亞聯大網路成癮防治中心，並開立網路成癮門診。

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，期待藉由問卷資料蒐集與分析，更為精簡預測網路成癮行為，進而達到自殺防治之成效。

2. 業務目的與目標

宣導使用網路自我檢測及關懷高風險族群

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

- 1)延續往年網路成癮問卷施測內容，將網路身心與健康調查問卷置於中心網站及電子報發放，供民眾填答。
- 2)每日更新受測者填答資料，並提供施測結果與健康使用網路指引連結予留下電子信箱之受測者。
- 3)必要時由中心合作之專業人員提供信件或電話諮詢，進而提供醫療或心理衛生相關資源轉介。

2. 資源連結

- 1) 資源連結內容及形式：傳遞電子郵件、於 FB 珍愛生命打氣網發布訊息、信件或電話關懷諮詢。

三、過程 (Process)

於 2018 年 3 月之業務會議擬訂後續關懷信件內容，包含「信件關懷標準化流程」、「『網路使用與身心健康調查』結果信件範本」、「『網路使用調查再次關懷信件』範本」與「網路使用調查關懷評估表」等相關表單，確立諮詢與轉介標準流程並執行新版流程。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 網路使用與身心健康調查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、網路成癮(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) 從 2017 年 2 月採用新版問卷至 2018 年 10 月底止，總共有 993 人填答問卷，總計寄出 766 封問卷結果，佔所有受測人數的 77%。另外，中心專業人員提供 17 人信件或電話諮詢。

3) 問卷描述性統計

993 位施測對象中，男性 475 位(47.8%)；女性 518 位(52.2%)。年齡層分布以 15-19 歲最多，共 555 位(55.9%)，其次為 20-24 歲，共 177 位(17.8%)。以教育程度區分，大學共有 688 位(69.3%)，其次為高中職，共 156 位(15.7%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 875 位(88.1%)，其次為已婚 107 位(10.8%)。以職業區分，學生有 687 位(69.2%)，其次為就業中有 230 位(23.2%)，詳細資料請詳見表 9-4-1。將網路成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，在 993 位受測對象中，共有 23 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，佔 23.7%；另 741 位之網路成癮分數低於 5 分，佔 76.3%。

將網路成癮(IAD)總分分別與簡式健康量表(BSRS)總分及自殺意念程度進行相關分析，結果顯示網路成癮與簡式健康量表呈現.526 的正向顯著相關；網路成癮與自殺意念程度則呈現.448 的正向顯著相關。代表網路成癮行為可能與心理困擾及自殺意念相互影響。相關表格詳見表 9-4-2 與 9-4-3。

4) 問卷卡方檢定

將受測對象依照網路成癮分數是否大於切截分數分為兩組，並與各變項進行卡方檢定，結果顯示，年齡介於 25 至 44 歲之受試者有網路成癮傾向的風險是年齡高於 45 歲受試者的 3.87 倍；在職業方面，無業或待業中的受試者有網路成癮傾向的風險是學生的 8.62 倍，而就業中的受試者有網路成癮傾向的風險是學生的 1.45 倍；生活功能減損的受試者有網路成癮傾向的風險是無生活功能減損受試者的 3.96 倍；在簡式健康量表 (BSRS) 上得分大於 5 分的受試者有網路成癮傾向的是得分小於 5 分受試者的 7.01 倍。詳細統計結果見表 9-4-4。

表 9-4-1、基本資料表(N=993)

	N	%
性別		
男	475	47.8
女	518	52.2
年齡		
0-14 歲	21	2.1
15-19 歲	555	55.9
20-24 歲	177	17.8
25-29 歲	86	8.7
30-34 歲	49	4.9
35-39 歲	33	3.3
40-44 歲	31	3.1
45-49 歲	28	2.8
50-54 歲	8	0.8
55-59 歲	3	0.3
60-64 歲	1	0.1
65-69 歲	1	0.1
教育程度		
國小以下	5	0.5
國中	33	3.3
高中職	156	15.7
專科	51	5.1
大學	688	69.3
研究所以上	60	6.0

婚姻狀況		
未婚	875	88.1
已婚/同居	107	10.8
離婚/分居	11	1.1
職業		
學生	687	69.2
就業中	13	1.3
家管	230	23.2
退休	59	5.9
無業/待業	4	0.4

表 9-4-2、網路成癮與簡式健康量表(BSRS)相關表

	IAD總分	BSRS總分
IAD總分 皮爾森 (Pearson) 相關	1	.526**
顯著性 (雙尾)		.000
N	993	993

表9-4-3、網路成癮與自殺意念程度相關表

	IAD總分	自殺意念程度
IAD總分 皮爾森 (Pearson) 相關	1	.448**
顯著性 (雙尾)		.000
N	993	993

表9-4-4、網路成癮與各變項之卡方檢定表

Covariates	Total (%)	Internet addiction		OR	95% CI of OR	
		Presence	Absence		Lower	Upper
		(n=230) N (%)	(n=741) N (%)			
性別						
女	505 (52.0)	117 (50.9)	388 (52.4)	1.06	.79	1.43
男	466 (48.0)	113 (49.1)	353 (47.6)			
年齡						
0-24	751 (77.3)	156 (67.8)	595 (80.3)	1.68	.64	4.38
25-44	183 (18.8)	69 (30.0)	114 (15.4)	3.87	1.44	10.41
45 and above	37 (3.8)	5 (2.2)	32 (4.3)			

教育程度						
國小以下	5 (.5)	2 (0.9)	3 (0.4)	1.87	.28	12.28
國中	33 (3.4)	13 (5.7)	20 (2.7)	1.82	.73	4.54
高中/職	154 (15.9)	55 (23.9)	99 (13.4)	1.56	.79	3.06
專科	49 (5.0)	12 (5.2)	37 (5.0)	.91	.38	2.19
大學	673 (69.3)	133 (57.8)	540 (72.9)	.69	.37	1.28
研究所以上	57 (5.9)	15 (6.5)	42 (5.7)			
婚姻狀況						
單身	866 (89.2)	203 (88.3)	663 (89.5)			
已婚/同居	94 (9.7)	22 (9.6)	72 (9.7)	.99	.60	1.65
離婚/分居	11 (1.1)	5 (2.2)	6 (0.8)	2.72	.82	9.01
職業						
學生	686 (70.6)	132 (57.4)	554 (74.8)			
家管	13 (1.3)	4 (1.7)	9 (1.2)	1.87	.57	6.15
就業中	210 (21.6)	54 (23.5)	156 (21.1)	1.45	1.01	2.09
無業/待業	58 (6.0)	39 (17.0)	19 (2.6)	8.62	4.82	15.39
退休	4 (.4)	1 (0.4)	3 (0.4)	1.40	.14	13.56
每周網路使用時間						
< 13小時	496 (51.1)	105 (45.7)	391 (52.8)			
≥13小時	475 (48.9)	125 (54.3)	350 (47.2)	1.33	.99	1.79
生活功能減損						
Yes	581 (59.8)	188 (81.7)	393 (53.0)	3.96	2.75	5.71
No	390 (40.2)	42 (18.3)	348 (47.0)			
BSRS-5分數						
0-5分	592 (61.0)	61 (26.5)	531 (71.7)			
6-20分	379 (39.0)	169 (73.5)	210 (28.3)	7.01	5.02	9.78

2. 結論

今年度截至 10 月底為止，中心專業人員共提供 17 人信件或電話諮詢。網路成癮與心理困擾及自殺意念有所相關，可能有彼此影響之現象，若能偵測出網路成癮行為並加以關懷，了解其依賴網路之原因是否反映出心理困擾，即早協助當事人緩和與紓解，便可避免其萌生自殺意念。

心情溫度計應用程式(APP)之改革與推廣

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 年調查數據發現，台灣 12 歲(含)以上民眾，已有 1,432 萬智慧型裝置持有者，有 74.4% 的使用者有下載 APP 的習慣，且正持續快速成長。全球市佔率以 Google Android 系統為最大宗約 81.2%，其次為 iOS 系統占 15.8%，Google Android 的 APP 以年輕、收入較低、學生族群為主，iOS 系統的 APP 則以壯年、教育程度較高、中高收入的專業人士族群為主。資策會「行動 APP 消費者調查分析」指出，台灣每位手機用戶在所持有的裝置內，平均有 16 個自行下載的 APP。2015 年資料更顯示，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. 方案目標

提供：心情溫度計(BSRS-5)檢測、分析建議、個人心理健康自我評量追蹤比較、全國心理衛生資源連結並分享心理健康秘笈(包含自殺防治系列手冊、影音資源)。

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：台灣大哥大通路暨金流技術處之相關 android 與 iOS 版本 app 開發人員、及其後台管理系統開發人員。
- 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、擬訂上架流程。

三、過程 (Process)

1. 心情溫度計應用程式開發與更新

- 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。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：為達期程規劃，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)台灣大哥大合作更新：2018 年 4 月與臺灣大哥大合作再開發與維護 APP。其程式開發專業人員協助整併 iOS 及 Android 系統，並且新增新功能如影音資源及定時檢測等)、優化使用者介面，使其操作更加直觀簡便。此外，亦建置心情溫度計整合管理後台，以達定期更新維護之目標。期間總共召開六次「心情溫度計 APP 開發設計討論會議」，並分別進行兩次 Android 版本的上架更新。於 2018 年 5 月 Android 版本正式更新上架；另於 2018 年 7 月中 iOS 版本正式更新上架。

2. 新版心情溫度計 App 功能

- 1)定時提醒檢測功能。
- 2)可觀看「自殺防治 e 學院」YouTube 頻道推廣之衛教影片。
- 3)新增最新消息功能，推廣自殺防治中心最新刊物與訊息。
- 4)新增管理者後台，可隨時修正心衛資源。
- 5)新增視覺化檢測記錄圖表
- 6)整合 iOS 及 Android 兩大系統
- 7)更新錯誤內容
- 8)優化使用者介面

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。亦函請衛生福利部，針對教育部及縣市政府單位，進行全面推廣。
- 2) 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。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。
- 3) 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。
- 4) 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。
- 5) 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活動推廣。
- 6) 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。
- 7) 2018 年使用 Google Firebase Dynamic Link 服務重新製作自動轉址連結，並使用該連結重製 QR code，QR code 中間嵌入全國自殺防治中心 Logo 提升 QR code 的辨識度，如下圖 9-5-1。



圖 9-5-1、雙平臺 QR code 圖示

- 8) 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)，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。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

1) 新版心情溫度計功能如下表

1	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
2	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。
3	測驗結果	其結果以視覺化的長條圖來呈現，附上簡短地說明並融合顏色以供使用者區辨其嚴重度，使其更容易理解。
4	電子書/影音資源	提供使用者連結各心理健康及自殺防治系列手冊；亦包含影音資源，提供使用者線上觀看。
5	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。同時也能夠撥打號碼及使用 app 地圖來加以連絡。
6	檢測設定	使用者可以設定檢測的提醒通知，並自動化地連結至該用戶的行事曆中，此後每週將會定期提醒檢測。
7	求助電話	當使用者有相應的負面情緒需要抒發或求助時，即可到此頁面撥打響應的電話以求助或諮詢。

2) 2018 年 10 月 31 日為止，Android APP 下載數為 10,743 次，iOS APP 下載數為 10,613 次。

3) 2018 年自 7 月 12 日至 10 月 31 日止，已有 4,773 筆檢測記錄。民眾檢測結果依區間及性別分析如表 9-5-1。

表 9-5-1、新版本心情溫度計 APP 民眾檢測結果分析

區間	男性		女性		總人次
	人次	百分比	人次	百分比	
0-5 分	751	42.6	1,012	57.4	1,763
6-9 分	404	33.5	801	66.5	1,205
10-14 分	308	28.4	777	71.6	1,085
15-20 分	213	29.6	507	70.4	720
總計	1,676	35.1	3,097	64.9	4,773

2. 結論

目前階段心情溫度計應用程式(APP)之功能與版面設計，於 2018 年 7 月已全面更新優化，並新增諸多創新功能，使推廣心理健康更加地有效。

往後除持續進行全面推廣外，未來將配合各項重要守門人議題以及開發特別適用其他專業人員的 APP 功能。也為擴大推廣心情溫度計之運用，期日後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，並透過政府相關的行政措施，讓心情溫度計更為普及化。

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，以促進心情溫度計 APP 之更高效益。

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自殺防治策略中，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介入技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源、協助有自殺意念者。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. 業務目的與目標

推廣守門人教育訓練達到「自殺防治人人有責」之理想，藉由不同的訓練對象期待落實「網網相連，面面俱到」的理念。同時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，並請學員針對課程上網填寫回饋表，再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，並請義工朋友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
- 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主題

1) 珍愛生命守門人

主辦單位	課程名稱	對象
中正高中	自殺防治守門人	高三學生
馬偕醫學院	醫護人員自殺防治守門人講座	醫學系 護理系學生
國立勤益科技大學	自殺防治守門人	全校輔導股長
新光三越 台北天母勞安部	百貨服務業中的自殺高風險者 辨識、回應與轉介	自營人員
中華民國紅十字會 南港區 健康服務中心	自殺防治守門人 自殺守門員訓練課程	新北市居家照服員 校內教職員、師生

警政署教育組	自殺防治守門人策略之推行	直轄市、縣市政府 諮商業務主管
新北市政府 研究發展考核委員會	自殺防治守門人	1999 話務同仁
玄奘大學心輔中心	珍惜生命的無限可能 -自殺防治守門人培訓計畫	校內教職員、師生
三重郵局	自殺防治守門人	本局員工
新生醫護管理專科學校	自殺防治守門人	高一高二學生
高雄師範大學 (和平校區)	自殺防治守門人	輔導幹部
高雄師範大學 (燕巢校區)	自殺防治守門人	輔導幹部
中國科技大學	珍愛生命守門人 -輔導知能訓練課程	本校學生 學務工作同仁
基隆市政府	自殺防治守門人	農藥管理人員
法務部矯正署 臺北看守所	自殺防治守門人	機關同仁

2)網路成癮

主辦單位	課程名稱	對象
點亮生命教育協會	網路成癮	志工

3)心理衛生

主辦單位	課程名稱	對象
新光三越百貨公司	心理衛生促進暨關懷課程	勞安衛生同仁
臺北城市科技大學	活出自我，人生不設限	四技部學生
恩主公醫院	自殺防治議題	院內員工
台南新光三越百貨	心理衛生(自殺防治)	自營人員
台北新光三越百貨	心理衛生促進 暨關懷種子教育訓練	自營員工

員林基督教醫院	職場自殺防治	護理人員
臺灣菸酒股份有限公司	談壓力舒解與情緒管理	隆田酒廠員工
朱崙老人公寓	高齡者如何維持 健康心理及人際關係	高齡者(住民) 家屬 工作人員及社區居民
財團法人老五老基金	自殺防治預防與關懷	社會工作人員
虎尾科技大學	生命之輕與重 -守住生命之門	校內學生
景文科大學生輔導中心	鬱不再來 談自我傷害與自傷防治	班級服務股長
旺福居家護理所	壓力管理與自殺防治	居家服務員 居家督導員

4) SOAP 訪視紀錄撰寫

主辦單位	課程名稱	對象
基隆市衛生局	SOAP 訪視紀錄撰寫	自殺關懷訪視員 公衛護士

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 講座安排：截至 11 月 15 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 35 場參與訓練的學員共 2919 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構，百貨商場等。對象包含各級教職、醫療及社心相關專業人員，一般領域也包括了居家照服員、百貨員工等。詳細資料請參考表 9-6-1。

表 9-6-1、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	百貨商場	政府部門
場次	17	5	5	3	5
人數	1844	290	540	140	105

- (1) 每場講座前均寄送「心情溫度計」電子檔案請主辦單位影印給學員們，並在課程結束後請學員掃描 QR code「珍愛生命守門人」講座問卷表。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 9-6-1 及圖 9-6-2。

「珍愛生命守門人」講座問卷表

非常感謝您參與此課程，希望講座的安排與課程的設計能讓您有豐富的收穫。為使下一次講座更臻完美，請您依本次參加講座的感受，提供寶貴的建議與回饋，以作為日後舉辦類似講座之參考，再次謝謝您！

*必填

壹、基本資料

性別 *

☐ 男

☐ 女

教育程度 *

☐ 小學以下

☐ 國高中

☐ 大專或大學

☐ 研究所以上

繼續

請勿利用 Google 表單送出密碼。

圖 9-6-1、「珍愛生命守門人」講座問卷表（第一頁）

「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绪！

心 情 溫 度 計(B S R S-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 9-6-2、心情溫度計 BSRS-5 問卷

2. 結論

相較以往大專院校、醫療院所之外，2018 年增加了許多家商圈、政府部門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。

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「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。

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，自殺雖已連續八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、植物人等)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、藥物濫用、酒精濫用、自我健康情形、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) 瞭解民眾藥物、酒精濫用之情形。
- 5) 瞭解民眾心理健康情形。
- 6) 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

民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查蒐集專家學者對於「2018 年度自殺防治調查」內容之建議，中心彙整歷年自殺防治調查問卷題目，擬定 2018 年自殺防治調查問卷初稿，作問卷修訂，並召開自殺防治認知調查討論會議，針對 2018 年自殺防治調查問卷架構、設計作修訂及調整，本年度問卷納入五題藥物濫用、兩題酒精濫用。2018 年電話調查執行期間為 8 月 23 日至 9 月 30 日，委託全方位市場調查有限公司執行電訪資料蒐集，並進行檔案整理及分析。

- 1) 設計問卷(詳見附件 9-7-1)，主要部分如下：

問卷議題	題數
民眾對臺灣自殺問題看法	1 題
民眾對自殺認知與態度	3 題
自殺防治相關資訊接觸概況	4 題
個人與親友自殺經歷與求助問題	18 題
民眾藥物濫用之情形	5 題
民眾酒精濫用之情形	2 題
心理健康情形	6 題
心情溫度計檢測及求助專業心理衛生人員相關問題	7 題
基本資料	6 題

四、成果(Product)

1. 執行結果

2018 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 2,126 人，在 95%信心水準下，抽樣誤差在 $\pm 2.1\%$ 以內。

各項調查結果如下：

- 民眾對臺灣自殺問題的看法：本部分題目為「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(42.6%)、其次為不太嚴重(29.7%)，有 9.6%回答不知道。整體而言，59.2%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的(含非常嚴重 16.6%及還算嚴重 42.6%)，31.2%認為不嚴重(不太嚴重 29.7%、1.5%一點也不嚴重)，詳見表 9-7-1。

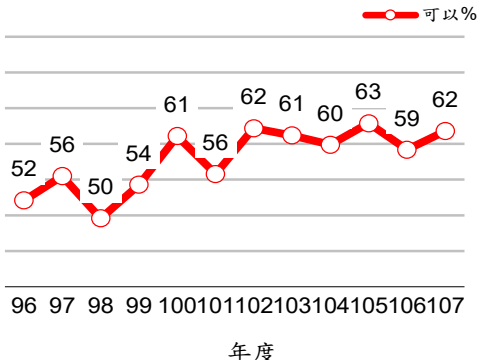
表 9-7-1、臺灣民眾對自殺問題的看法。

問題	結果	圖表																												
1.臺灣自殺問題嚴重性	59.2%民眾認為自殺問題嚴重，31.2%認為不嚴重。歷年調查皆有 5 成 9 以上民眾認為嚴重，不過認為嚴重者有逐年減少趨勢。	<p>嚴重%</p> <table><thead><tr><th>年度</th><th>嚴重%</th></tr></thead><tbody><tr><td>95</td><td>86</td></tr><tr><td>96</td><td>76</td></tr><tr><td>97</td><td>75</td></tr><tr><td>98</td><td>71</td></tr><tr><td>99</td><td>70</td></tr><tr><td>100</td><td>69</td></tr><tr><td>101</td><td>69</td></tr><tr><td>102</td><td>68</td></tr><tr><td>103</td><td>67</td></tr><tr><td>104</td><td>67</td></tr><tr><td>105</td><td>61</td></tr><tr><td>106</td><td>62</td></tr><tr><td>107</td><td>59</td></tr></tbody></table> <p>年度</p>	年度	嚴重%	95	86	96	76	97	75	98	71	99	70	100	69	101	69	102	68	103	67	104	67	105	61	106	62	107	59
年度	嚴重%																													
95	86																													
96	76																													
97	75																													
98	71																													
99	70																													
100	69																													
101	69																													
102	68																													
103	67																													
104	67																													
105	61																													
106	62																													
107	59																													
<div><div>嚴重 59.2%</div><div>不嚴重 31.2%</div><div>不知道</div></div> <table><thead><tr><th>嚴重程度</th><th>百分比</th></tr></thead><tbody><tr><td>非常嚴重</td><td>16.6%</td></tr><tr><td>還算嚴重</td><td>42.6%</td></tr><tr><td>不太嚴重</td><td>29.7%</td></tr><tr><td>一點也不嚴重</td><td>1.5%</td></tr><tr><td>不知道</td><td>9.6%</td></tr></tbody></table> <p>非常嚴重 還算嚴重 不太嚴重 一點也不嚴重 不知道</p>			嚴重程度	百分比	非常嚴重	16.6%	還算嚴重	42.6%	不太嚴重	29.7%	一點也不嚴重	1.5%	不知道	9.6%																
嚴重程度	百分比																													
非常嚴重	16.6%																													
還算嚴重	42.6%																													
不太嚴重	29.7%																													
一點也不嚴重	1.5%																													
不知道	9.6%																													

2)民眾對自殺的人的認識與迷思：部份問題分為「自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？」、「說出想自殺者並非想死，只是發洩而已？」、「自殺是個人權利，決定權在於自己？」這三個問題的調查結果，詳見表 9-7-2。

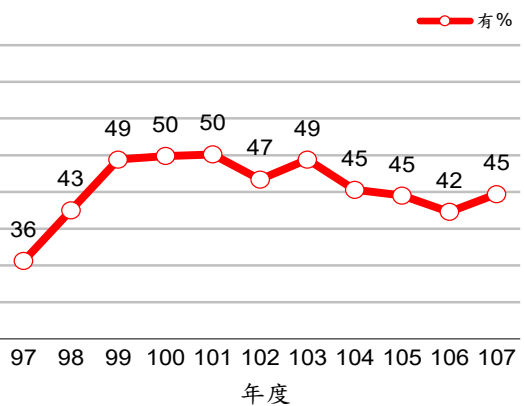
表 9-7-2 、民眾對自殺的人的認識與迷思題目與圖表

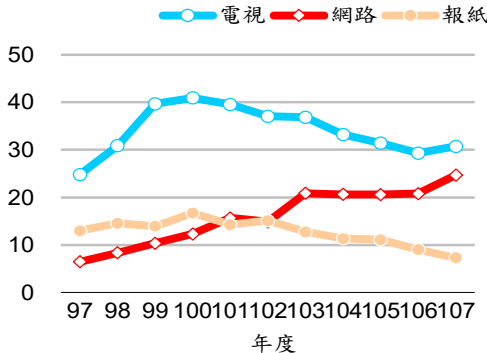
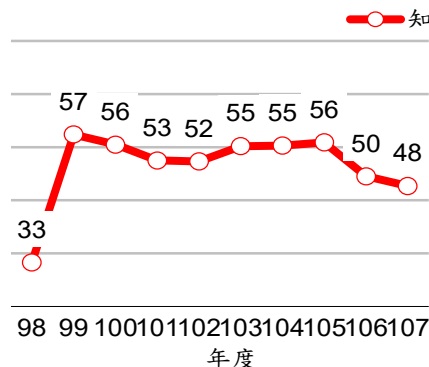
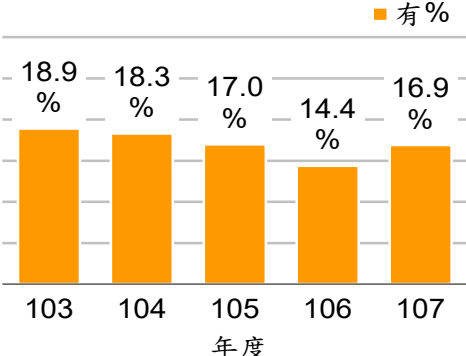
問題	結果	圖表																												
1. 自殺身亡的人在生前不會說出想自殺？	58.2%民眾認同「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」，36.3%不認同。歷年調查顯示，自 99 年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢，今年認同此說法比率與去年相近。	<p>是%</p> <table><tr><th>年度</th><th>是%</th></tr><tr><td>95</td><td>48</td></tr><tr><td>96</td><td>58</td></tr><tr><td>97</td><td>61</td></tr><tr><td>98</td><td>46</td></tr><tr><td>99</td><td>45</td></tr><tr><td>100</td><td>50</td></tr><tr><td>101</td><td>47</td></tr><tr><td>102</td><td>53</td></tr><tr><td>103</td><td>57</td></tr><tr><td>104</td><td>54</td></tr><tr><td>105</td><td>59</td></tr><tr><td>106</td><td>57</td></tr><tr><td>107</td><td>58</td></tr></table> <p>年度</p>	年度	是%	95	48	96	58	97	61	98	46	99	45	100	50	101	47	102	53	103	57	104	54	105	59	106	57	107	58
年度	是%																													
95	48																													
96	58																													
97	61																													
98	46																													
99	45																													
100	50																													
101	47																													
102	53																													
103	57																													
104	54																													
105	59																													
106	57																													
107	58																													
2. 說出想自殺者並非想死，只是發洩而已？	60.3%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，32.7%不認同。歷年調查顯示，均有 6 成多認同此說法。	<p>是%</p> <table><tr><th>年度</th><th>是%</th></tr><tr><td>102</td><td>63.4</td></tr><tr><td>103</td><td>61.0</td></tr><tr><td>104</td><td>63.5</td></tr><tr><td>105</td><td>64.7</td></tr><tr><td>106</td><td>62.3</td></tr><tr><td>107</td><td>60.3</td></tr></table> <p>年度</p>	年度	是%	102	63.4	103	61.0	104	63.5	105	64.7	106	62.3	107	60.3														
年度	是%																													
102	63.4																													
103	61.0																													
104	63.5																													
105	64.7																													
106	62.3																													
107	60.3																													
3. 自殺是個人權利，決定權在於自己？	60.9%民眾認同「自殺是個人的權利，決定權在於自己」說法，36.2%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。	<p>是%</p> <table><tr><th>年度</th><th>是%</th></tr><tr><td>95</td><td>44</td></tr><tr><td>96</td><td>47</td></tr><tr><td>97</td><td>40</td></tr><tr><td>98</td><td>49</td></tr><tr><td>99</td><td>52</td></tr><tr><td>100</td><td>52</td></tr><tr><td>101</td><td>52</td></tr><tr><td>102</td><td>50</td></tr><tr><td>103</td><td>51</td></tr><tr><td>104</td><td>57</td></tr><tr><td>105</td><td>60</td></tr><tr><td>106</td><td>59</td></tr><tr><td>107</td><td>61</td></tr></table> <p>年度</p>	年度	是%	95	44	96	47	97	40	98	49	99	52	100	52	101	52	102	50	103	51	104	57	105	60	106	59	107	61
年度	是%																													
95	44																													
96	47																													
97	40																													
98	49																													
99	52																													
100	52																													
101	52																													
102	50																													
103	51																													
104	57																													
105	60																													
106	59																													
107	61																													

<p>4.自殺防治工作，自己可以幫得上忙？</p>	<p>61.8%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。</p>	 <table><caption>可以%</caption><tr><th>年度</th><th>可以%</th></tr><tr><td>96</td><td>52</td></tr><tr><td>97</td><td>56</td></tr><tr><td>98</td><td>50</td></tr><tr><td>99</td><td>54</td></tr><tr><td>100</td><td>61</td></tr><tr><td>101</td><td>56</td></tr><tr><td>102</td><td>62</td></tr><tr><td>103</td><td>61</td></tr><tr><td>104</td><td>60</td></tr><tr><td>105</td><td>63</td></tr><tr><td>106</td><td>59</td></tr><tr><td>107</td><td>62</td></tr></table>	年度	可以%	96	52	97	56	98	50	99	54	100	61	101	56	102	62	103	61	104	60	105	63	106	59	107	62
年度	可以%																											
96	52																											
97	56																											
98	50																											
99	54																											
100	61																											
101	56																											
102	62																											
103	61																											
104	60																											
105	63																											
106	59																											
107	62																											

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？」。結果詳見表 9-7-3。

表 9-7-3、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	44.7%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 102 年起，民眾皆有四成多接觸過自殺防治相關資訊。	 <table><caption>有 %</caption><thead><tr><th>年度</th><th>有 %</th></tr></thead><tbody><tr><td>97</td><td>36</td></tr><tr><td>98</td><td>43</td></tr><tr><td>99</td><td>49</td></tr><tr><td>100</td><td>50</td></tr><tr><td>101</td><td>50</td></tr><tr><td>102</td><td>47</td></tr><tr><td>103</td><td>49</td></tr><tr><td>104</td><td>45</td></tr><tr><td>105</td><td>45</td></tr><tr><td>106</td><td>42</td></tr><tr><td>107</td><td>45</td></tr></tbody></table>	年度	有 %	97	36	98	43	99	49	100	50	101	50	102	47	103	49	104	45	105	45	106	42	107	45
年度	有 %																									
97	36																									
98	43																									
99	49																									
100	50																									
101	50																									
102	47																									
103	49																									
104	45																									
105	45																									
106	42																									
107	45																									

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」(30.7%)為主，其次為「網路」(24.7%)、「報紙」(7.3%)。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。	 <table><caption>得知自殺防治相關資訊的管道 (1997-2017)</caption><tr><th>年度</th><th>電視 (%)</th><th>網路 (%)</th><th>報紙 (%)</th></tr><tr><td>97</td><td>25</td><td>5</td><td>12</td></tr><tr><td>98</td><td>30</td><td>8</td><td>13</td></tr><tr><td>99</td><td>38</td><td>10</td><td>12</td></tr><tr><td>100</td><td>40</td><td>12</td><td>15</td></tr><tr><td>101</td><td>38</td><td>15</td><td>14</td></tr><tr><td>102</td><td>36</td><td>15</td><td>13</td></tr><tr><td>103</td><td>35</td><td>20</td><td>12</td></tr><tr><td>104</td><td>32</td><td>20</td><td>11</td></tr><tr><td>105</td><td>30</td><td>20</td><td>10</td></tr><tr><td>106</td><td>28</td><td>20</td><td>8</td></tr><tr><td>107</td><td>30</td><td>25</td><td>7</td></tr></table>	年度	電視 (%)	網路 (%)	報紙 (%)	97	25	5	12	98	30	8	13	99	38	10	12	100	40	12	15	101	38	15	14	102	36	15	13	103	35	20	12	104	32	20	11	105	30	20	10	106	28	20	8	107	30	25	7
年度	電視 (%)	網路 (%)	報紙 (%)																																															
97	25	5	12																																															
98	30	8	13																																															
99	38	10	12																																															
100	40	12	15																																															
101	38	15	14																																															
102	36	15	13																																															
103	35	20	12																																															
104	32	20	11																																															
105	30	20	10																																															
106	28	20	8																																															
107	30	25	7																																															
3. 「自殺防治諮詢專線」認知度	47.7%民眾知道自殺防治有諮詢專線。歷年調查顯示，自 106 年起知道率開始下滑。	 <table><caption>「自殺防治諮詢專線」認知度 (1998-2017)</caption><tr><th>年度</th><th>知道率 (%)</th></tr><tr><td>98</td><td>33</td></tr><tr><td>99</td><td>57</td></tr><tr><td>100</td><td>56</td></tr><tr><td>101</td><td>53</td></tr><tr><td>102</td><td>52</td></tr><tr><td>103</td><td>55</td></tr><tr><td>104</td><td>55</td></tr><tr><td>105</td><td>56</td></tr><tr><td>106</td><td>50</td></tr><tr><td>107</td><td>48</td></tr></table>	年度	知道率 (%)	98	33	99	57	100	56	101	53	102	52	103	55	104	55	105	56	106	50	107	48																										
年度	知道率 (%)																																																	
98	33																																																	
99	57																																																	
100	56																																																	
101	53																																																	
102	52																																																	
103	55																																																	
104	55																																																	
105	56																																																	
106	50																																																	
107	48																																																	
4.接觸過自殺防治守門人相關資訊情況	16.9%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，歷年民眾接觸率皆低於二成。	 <table><caption>接觸過自殺防治守門人相關資訊情況 (2013-2017)</caption><tr><th>年度</th><th>有 (%)</th></tr><tr><td>103</td><td>18.9</td></tr><tr><td>104</td><td>18.3</td></tr><tr><td>105</td><td>17.0</td></tr><tr><td>106</td><td>14.4</td></tr><tr><td>107</td><td>16.9</td></tr></table>	年度	有 (%)	103	18.9	104	18.3	105	17.0	106	14.4	107	16.9																																				
年度	有 (%)																																																	
103	18.9																																																	
104	18.3																																																	
105	17.0																																																	
106	14.4																																																	
107	16.9																																																	

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」。調查結果詳見表 9-7-4。

表 9-7-4、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，自 103 年起表示曾認真想過要自殺的比率低於 102 年以前。	<p>有%</p> <table><thead><tr><th>年度</th><th>有%</th></tr></thead><tbody><tr><td>96</td><td>19</td></tr><tr><td>97</td><td>19</td></tr><tr><td>98</td><td>20</td></tr><tr><td>99</td><td>19</td></tr><tr><td>100</td><td>16</td></tr><tr><td>101</td><td>16</td></tr><tr><td>102</td><td>16</td></tr><tr><td>103</td><td>13</td></tr><tr><td>104</td><td>13</td></tr><tr><td>105</td><td>13</td></tr><tr><td>106</td><td>12</td></tr><tr><td>107</td><td>12</td></tr></tbody></table>	年度	有%	96	19	97	19	98	20	99	19	100	16	101	16	102	16	103	13	104	13	105	13	106	12	107	12
年度	有%																											
96	19																											
97	19																											
98	20																											
99	19																											
100	16																											
101	16																											
102	16																											
103	13																											
104	13																											
105	13																											
106	12																											
107	12																											
2.一年中曾經認真地想過要自殺？	2.0%民眾表示近一年曾認真想過要自殺。歷年調查顯示，自 103 年起近一年曾認真想過要自殺的比率皆低於 3%。	<p>有%</p> <table><thead><tr><th>年度</th><th>有%</th></tr></thead><tbody><tr><td>97</td><td>5.4</td></tr><tr><td>98</td><td>4.4</td></tr><tr><td>99</td><td>4.0</td></tr><tr><td>100</td><td>2.9</td></tr><tr><td>101</td><td>3.4</td></tr><tr><td>102</td><td>3.1</td></tr><tr><td>103</td><td>1.9</td></tr><tr><td>104</td><td>2.2</td></tr><tr><td>105</td><td>2.2</td></tr><tr><td>106</td><td>1.4</td></tr><tr><td>107</td><td>2.0</td></tr></tbody></table>	年度	有%	97	5.4	98	4.4	99	4.0	100	2.9	101	3.4	102	3.1	103	1.9	104	2.2	105	2.2	106	1.4	107	2.0		
年度	有%																											
97	5.4																											
98	4.4																											
99	4.0																											
100	2.9																											
101	3.4																											
102	3.1																											
103	1.9																											
104	2.2																											
105	2.2																											
106	1.4																											
107	2.0																											

<p>3.近一個月曾認真想過要自殺？</p>	<p>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。</p>	 <table><caption>歷年認真想過要自殺的民眾百分比</caption><tr><th>年度</th><th>百分比</th></tr><tr><td>100</td><td>1.0</td></tr><tr><td>101</td><td>1.0</td></tr><tr><td>102</td><td>1.3</td></tr><tr><td>103</td><td>1.1</td></tr><tr><td>104</td><td>1.1</td></tr><tr><td>105</td><td>0.7</td></tr><tr><td>106</td><td>0.7</td></tr><tr><td>107</td><td>0.7</td></tr></table>	年度	百分比	100	1.0	101	1.0	102	1.3	103	1.1	104	1.1	105	0.7	106	0.7	107	0.7																						
年度	百分比																																									
100	1.0																																									
101	1.0																																									
102	1.3																																									
103	1.1																																									
104	1.1																																									
105	0.7																																									
106	0.7																																									
107	0.7																																									
<p>4. 第一次認真想過要自殺的年紀</p>	<p>曾有自殺想法民眾第一次認真想自殺的年紀有39%在19歲以下，38%在20~39歲，19%在40歲以上。</p>	<p>全體(n=244)</p>  <table><caption>第一次認真想過要自殺的年紀 (全體 n=244)</caption><tr><th>年紀</th><th>人數</th></tr><tr><td>5-9歲</td><td>1</td></tr><tr><td>10-14歲</td><td>16</td></tr><tr><td>15-19歲</td><td>22</td></tr><tr><td>20-24歲</td><td>9</td></tr><tr><td>25-29歲</td><td>11</td></tr><tr><td>30-34歲</td><td>8</td></tr><tr><td>35-39歲</td><td>10</td></tr><tr><td>40-44歲</td><td>7</td></tr><tr><td>45-49歲</td><td>3</td></tr><tr><td>50-54歲</td><td>5</td></tr><tr><td>55-59歲</td><td>1</td></tr><tr><td>60-64歲</td><td>1</td></tr><tr><td>65-69歲</td><td>0</td></tr><tr><td>70-74歲</td><td>0</td></tr><tr><td>75-79歲</td><td>1</td></tr><tr><td>拒答</td><td>4</td></tr><tr><td>5~19歲</td><td>39</td></tr><tr><td>20~39歲</td><td>38</td></tr><tr><td>40歲以上</td><td>19</td></tr></table>	年紀	人數	5-9歲	1	10-14歲	16	15-19歲	22	20-24歲	9	25-29歲	11	30-34歲	8	35-39歲	10	40-44歲	7	45-49歲	3	50-54歲	5	55-59歲	1	60-64歲	1	65-69歲	0	70-74歲	0	75-79歲	1	拒答	4	5~19歲	39	20~39歲	38	40歲以上	19
年紀	人數																																									
5-9歲	1																																									
10-14歲	16																																									
15-19歲	22																																									
20-24歲	9																																									
25-29歲	11																																									
30-34歲	8																																									
35-39歲	10																																									
40-44歲	7																																									
45-49歲	3																																									
50-54歲	5																																									
55-59歲	1																																									
60-64歲	1																																									
65-69歲	0																																									
70-74歲	0																																									
75-79歲	1																																									
拒答	4																																									
5~19歲	39																																									
20~39歲	38																																									
40歲以上	19																																									

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？」、「第一次自殺行為的年紀」。結果詳見表 9-7-5。

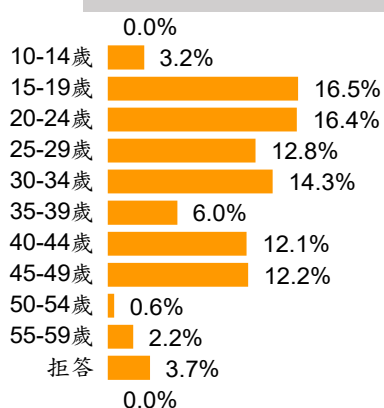
表 9-7-5、民眾的自殺行為題目與圖表

問題	結果	圖表																						
1. 曾有過自殺行為？	1.8%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 1.8%~3.5% 間。	<p>有%</p> <table><thead><tr><th>年度</th><th>比率 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>98</td><td>3.1</td></tr><tr><td>99</td><td>3.4</td></tr><tr><td>100</td><td>2.2</td></tr><tr><td>101</td><td>2.2</td></tr><tr><td>102</td><td>2.6</td></tr><tr><td>103</td><td>2.1</td></tr><tr><td>104</td><td>2.5</td></tr><tr><td>105</td><td>2.0</td></tr><tr><td>106</td><td>2.4</td></tr><tr><td>107</td><td>1.8</td></tr></tbody></table> <p>年度</p>	年度	比率 (%)	98	3.1	99	3.4	100	2.2	101	2.2	102	2.6	103	2.1	104	2.5	105	2.0	106	2.4	107	1.8
年度	比率 (%)																							
98	3.1																							
99	3.4																							
100	2.2																							
101	2.2																							
102	2.6																							
103	2.1																							
104	2.5																							
105	2.0																							
106	2.4																							
107	1.8																							
2. 最近一年曾有過自殺行為？	0.0%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% 。	<p>有%</p> <table><thead><tr><th>年度</th><th>比率 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>98</td><td>0.4</td></tr><tr><td>99</td><td>0.4</td></tr><tr><td>100</td><td>0.2</td></tr><tr><td>101</td><td>0.2</td></tr><tr><td>102</td><td>0.3</td></tr><tr><td>103</td><td>0.2</td></tr><tr><td>104</td><td>0.4</td></tr><tr><td>105</td><td>0.1</td></tr><tr><td>106</td><td>0.1</td></tr><tr><td>107</td><td>0.0</td></tr></tbody></table> <p>年度</p>	年度	比率 (%)	98	0.4	99	0.4	100	0.2	101	0.2	102	0.3	103	0.2	104	0.4	105	0.1	106	0.1	107	0.0
年度	比率 (%)																							
98	0.4																							
99	0.4																							
100	0.2																							
101	0.2																							
102	0.3																							
103	0.2																							
104	0.4																							
105	0.1																							
106	0.1																							
107	0.0																							

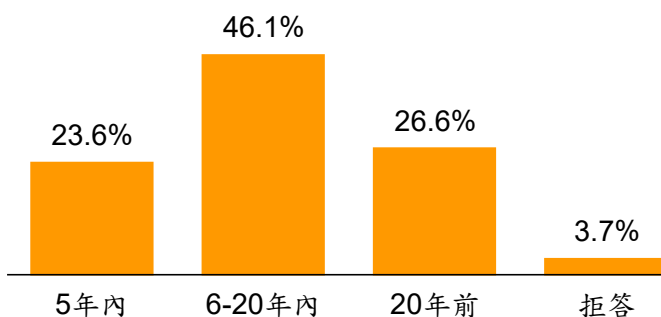
3. 第一次自殺行為的年紀

一生曾有自殺行為的民眾(n=38)第一次自殺行為的年紀以 10-14 歲(16.5%)與 15-19 歲(16.4%)居多，其次為 25-29 歲(14.3%)。第一次自殺行為的年紀的時間大多在 5 年以前，僅 23.6%是在最近 5 年內。

第一次自殺行為在幾歲的時候



發生在幾年前



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？」。內容詳見表 9-7-6。

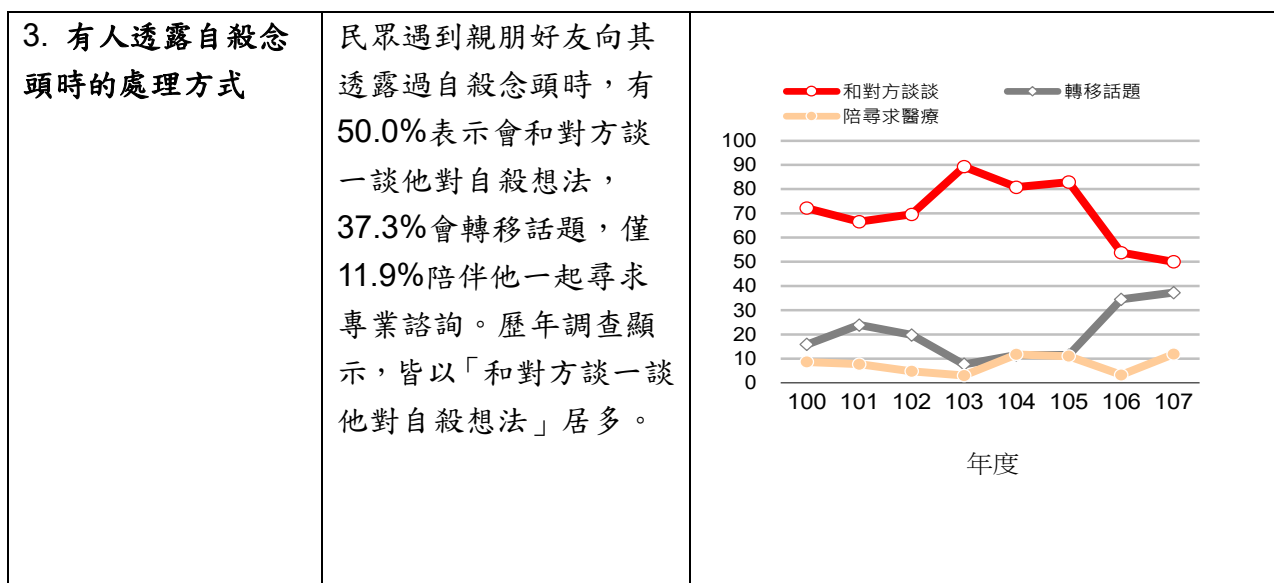
表 9-7-6、民眾的自殺求助行為題目與圖表

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24.8%求助。以求助親朋好友居多(14.2%)，其次「醫療院所-精神科別」(5.5%)。	<table><caption>曾經因自殺問題求助於誰 (1998-2017)</caption><thead><tr><th>年度</th><th>親朋好友 (%)</th><th>精神科別 (%)</th><th>心理諮商 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>98</td><td>18.5</td><td>2.5</td><td>2.5</td></tr><tr><td>99</td><td>17.5</td><td>2.0</td><td>4.5</td></tr><tr><td>100</td><td>14.5</td><td>3.5</td><td>3.5</td></tr><tr><td>101</td><td>11.0</td><td>4.5</td><td>2.5</td></tr><tr><td>102</td><td>15.0</td><td>3.0</td><td>3.0</td></tr><tr><td>103</td><td>15.0</td><td>3.5</td><td>4.5</td></tr><tr><td>104</td><td>13.5</td><td>4.5</td><td>5.0</td></tr><tr><td>105</td><td>8.5</td><td>3.5</td><td>5.5</td></tr><tr><td>106</td><td>9.0</td><td>3.5</td><td>4.0</td></tr><tr><td>107</td><td>14.5</td><td>5.5</td><td>5.0</td></tr></tbody></table>	年度	親朋好友 (%)	精神科別 (%)	心理諮商 (%)	98	18.5	2.5	2.5	99	17.5	2.0	4.5	100	14.5	3.5	3.5	101	11.0	4.5	2.5	102	15.0	3.0	3.0	103	15.0	3.5	4.5	104	13.5	4.5	5.0	105	8.5	3.5	5.5	106	9.0	3.5	4.0	107	14.5	5.5	5.0	
年度	親朋好友 (%)	精神科別 (%)	心理諮商 (%)																																												
98	18.5	2.5	2.5																																												
99	17.5	2.0	4.5																																												
100	14.5	3.5	3.5																																												
101	11.0	4.5	2.5																																												
102	15.0	3.0	3.0																																												
103	15.0	3.5	4.5																																												
104	13.5	4.5	5.0																																												
105	8.5	3.5	5.5																																												
106	9.0	3.5	4.0																																												
107	14.5	5.5	5.0																																												
2. 求助他人時會提及自殺問題？	曾有自殺想法民眾，有23.3%當時有求助過他人或機構，其中有76.0%表示有主動告知自己想自殺的念頭，50.2%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。	<table><caption>求助他人時會提及自殺問題 (2010-2017)</caption><thead><tr><th>年度</th><th>至少1種情況 (%)</th><th>主動告知自殺念頭 (%)</th><th>對方會談自殺問題 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>100</td><td>46</td><td>40</td><td>40</td></tr><tr><td>101</td><td>59</td><td>50</td><td>50</td></tr><tr><td>102</td><td>55</td><td>45</td><td>45</td></tr><tr><td>103</td><td>59</td><td>45</td><td>45</td></tr><tr><td>104</td><td>78</td><td>55</td><td>25</td></tr><tr><td>105</td><td>64</td><td>60</td><td>55</td></tr><tr><td>106</td><td>75</td><td>65</td><td>55</td></tr><tr><td>107</td><td>78</td><td>75</td><td>50</td></tr></tbody></table>	年度	至少1種情況 (%)	主動告知自殺念頭 (%)	對方會談自殺問題 (%)	100	46	40	40	101	59	50	50	102	55	45	45	103	59	45	45	104	78	55	25	105	64	60	55	106	75	65	55	107	78	75	50									
年度	至少1種情況 (%)	主動告知自殺念頭 (%)	對方會談自殺問題 (%)																																												
100	46	40	40																																												
101	59	50	50																																												
102	55	45	45																																												
103	59	45	45																																												
104	78	55	25																																												
105	64	60	55																																												
106	75	65	55																																												
107	78	75	50																																												
3. 為何沒有去求助	曾有自殺想法民眾有74.9%當時沒去求助，主因為「自己想開了」(26.5%)。歷年調查顯示，近6年調查皆以「自己想開了」居多。	<table><caption>為何沒有去求助 (2010-2017)</caption><thead><tr><th>年度</th><th>自己想開了 (%)</th><th>不知求助管道 (%)</th><th>別人幫不上忙 (%)</th><th>沒嚴重到自殺 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>100</td><td>8</td><td>15</td><td>22</td><td>12</td></tr><tr><td>101</td><td>26</td><td>12</td><td>10</td><td>18</td></tr><tr><td>102</td><td>31</td><td>9</td><td>5</td><td>28</td></tr><tr><td>103</td><td>25</td><td>12</td><td>12</td><td>18</td></tr><tr><td>104</td><td>34</td><td>17</td><td>12</td><td>11</td></tr><tr><td>105</td><td>29</td><td>12</td><td>11</td><td>16</td></tr><tr><td>106</td><td>34</td><td>16</td><td>11</td><td>9</td></tr><tr><td>1</td><td>28</td><td>14</td><td>14</td><td>12</td></tr></tbody></table>	年度	自己想開了 (%)	不知求助管道 (%)	別人幫不上忙 (%)	沒嚴重到自殺 (%)	100	8	15	22	12	101	26	12	10	18	102	31	9	5	28	103	25	12	12	18	104	34	17	12	11	105	29	12	11	16	106	34	16	11	9	1	28	14	14	12
年度	自己想開了 (%)	不知求助管道 (%)	別人幫不上忙 (%)	沒嚴重到自殺 (%)																																											
100	8	15	22	12																																											
101	26	12	10	18																																											
102	31	9	5	28																																											
103	25	12	12	18																																											
104	34	17	12	11																																											
105	29	12	11	16																																											
106	34	16	11	9																																											
1	28	14	14	12																																											

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？」。內容詳見表 9-7-7。

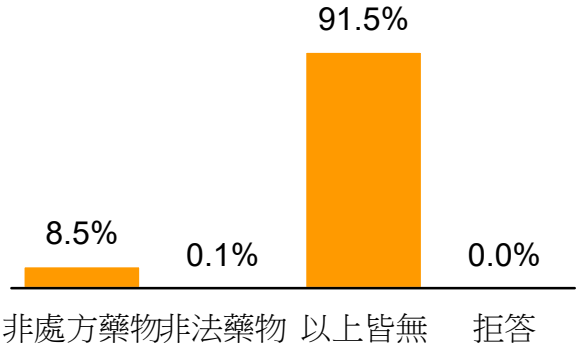
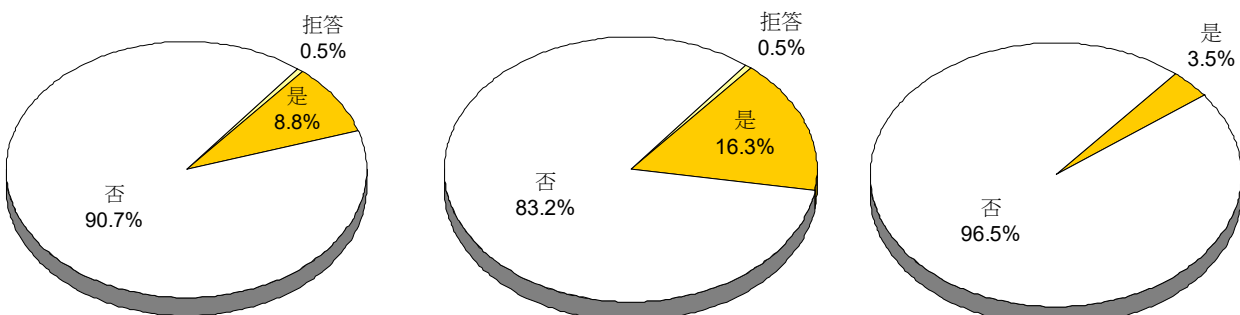
表 9-7-7、民眾對於幫助自殺者的看法之題目與圖表

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」(67.9%)最能幫助自殺者，其次為「心理諮商輔導專線/機構」(30.0%)，再次為「社福機構」(11.9%)及「醫療院所-精神科別」(11.7%)。歷年調查，皆認為「親朋好友」最能幫助自殺者居多。	<table><thead><tr><th>年度</th><th>親朋好友</th><th>心理諮商輔導</th></tr></thead><tbody><tr><td>97</td><td>40</td><td>35</td></tr><tr><td>98</td><td>65</td><td>25</td></tr><tr><td>99</td><td>70</td><td>28</td></tr><tr><td>100</td><td>72</td><td>30</td></tr><tr><td>101</td><td>70</td><td>28</td></tr><tr><td>102</td><td>72</td><td>32</td></tr><tr><td>103</td><td>72</td><td>28</td></tr><tr><td>104</td><td>72</td><td>30</td></tr><tr><td>105</td><td>75</td><td>32</td></tr><tr><td>106</td><td>70</td><td>28</td></tr><tr><td>107</td><td>68</td><td>30</td></tr></tbody></table>	年度	親朋好友	心理諮商輔導	97	40	35	98	65	25	99	70	28	100	72	30	101	70	28	102	72	32	103	72	28	104	72	30	105	75	32	106	70	28	107	68	30
年度	親朋好友	心理諮商輔導																																				
97	40	35																																				
98	65	25																																				
99	70	28																																				
100	72	30																																				
101	70	28																																				
102	72	32																																				
103	72	28																																				
104	72	30																																				
105	75	32																																				
106	70	28																																				
107	68	30																																				
2. 過去一年有人向您透露自殺念頭？	8.5%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，自102年起，民眾表示有人對他透露過自殺念頭的比率皆低於一成。	<table><thead><tr><th>年度</th><th>有</th></tr></thead><tbody><tr><td>100</td><td>10.1</td></tr><tr><td>101</td><td>10.4</td></tr><tr><td>102</td><td>9.6</td></tr><tr><td>103</td><td>7.5</td></tr><tr><td>104</td><td>7.6</td></tr><tr><td>105</td><td>9.2</td></tr><tr><td>106</td><td>6.7</td></tr><tr><td>107</td><td>8.5</td></tr></tbody></table>	年度	有	100	10.1	101	10.4	102	9.6	103	7.5	104	7.6	105	9.2	106	6.7	107	8.5																		
年度	有																																					
100	10.1																																					
101	10.4																																					
102	9.6																																					
103	7.5																																					
104	7.6																																					
105	9.2																																					
106	6.7																																					
107	8.5																																					



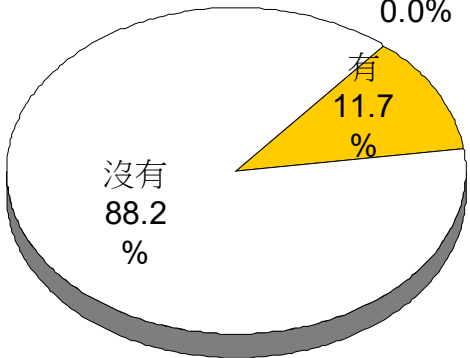
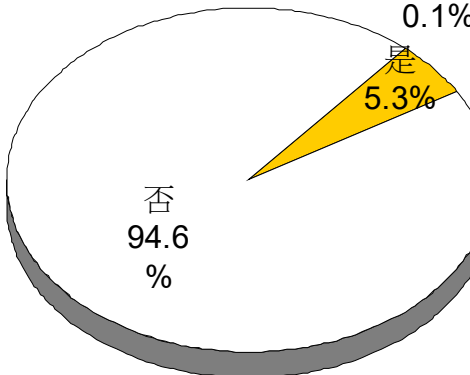
- 8) 藥物濫用調查結果：此部份問題分為「請問您過去一年中是否有用過不是由醫師開立的處方藥物？」、「請問您過去一年中是否有些非法藥物？」、「請問您當停止或減少藥物使用時，是否會 焦慮、易怒 或悲傷？」、「請問您是否曾經努力嘗試想要控制藥物的使用卻徒勞無功？」、「請問您是否曾因為藥物的過度使用而影響人際關係、工作學業或生涯發展等？」，內容詳見表 9-7-8。

表 9-7-8、民眾對於幫助自殺者的看法之題目與圖表

問題	結果	圖表
<p>1. 請問您過去一年中是否有用過不是由醫師開立的處方藥物？</p> <p>2. 請問您過去一年中是否有用些非法藥物？</p>	<p>8.5%民眾過去一年有藥物濫用的情形(8.5%過去一年有用過不是由醫師開立的處方藥物，0.1%過去一年中有用過非法藥物)。</p>	 <p>8.5% 0.1% 91.5% 0.0%</p> <p>非處方藥物 非法藥物 以上皆無 拒答</p>
<p>3. 請問您當停止或減少藥物使用時，是否會焦慮、易怒或悲傷？</p> <p>4. 請問您是否曾經努力嘗試想要控制藥物的使用卻徒勞無功？</p>	<p>過去一年有藥物濫用情形者，有 8.8%表示當停止或減少藥物使用時，會焦慮、易怒或悲傷；</p> <p>16.3%表示曾經努力嘗試想要控制藥物的使用卻徒勞無功；3.5%表示曾因為藥物的過度使用而影響人際關係、工作、學業或生涯發展等。</p>	 <p>停藥或減藥是否會焦慮... 嘗試控制藥物卻徒勞無功 過度使用影響人際關係、工作...</p> <p>拒答 0.5% 是 8.8% 否 90.7%</p> <p>拒答 0.5% 是 16.3% 否 83.2%</p> <p>否 96.5% 是 3.5%</p>



















9)酒精濫用調查結果:本部份問題分為「請問您平常有沒喝酒的習慣？」、「(男)請問您這一年來、有沒曾經一次喝到 6 罐小的鋁啤酒,或者一瓶紅玫/ 罐小的鋁啤酒,瑰/葡萄酒、甚至一次就喝瓶以上更烈的葡萄酒?/(女)請問您這一年來、有沒有曾經一次喝到 4 罐小的鋁罐啤酒,或者半瓶紹興酒/一瓶左右的葡萄酒、甚至一次就喝一瓶以上更烈的酒?」,並呈現「心情溫度計總分」,內容詳見表 9-7-9。




















表 9-7-9、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. 請問您平常有沒喝酒的習慣？	11.7%民眾平常有喝酒的習慣	 <table><thead><tr><th>Response</th><th>Percentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>沒有</td><td>88.2%</td></tr><tr><td>有</td><td>11.7%</td></tr><tr><td>拒答</td><td>0.0%</td></tr></tbody></table>	Response	Percentage	沒有	88.2%	有	11.7%	拒答	0.0%
Response	Percentage									
沒有	88.2%									
有	11.7%									
拒答	0.0%									
2. (男)請問您這一年來、有沒曾經一次喝到 6 罐小的鋁啤酒，或者一瓶紅玫/ 罐小的鋁啤酒，瑰/葡萄酒、甚至一次就喝瓶以上更烈的葡萄酒？ /(女)請問您這一年來、有沒有曾經一次喝到 4 罐小的鋁罐啤酒，或者半瓶紹興酒/一瓶左右的葡萄酒、甚至一次就喝一瓶以上更烈的酒？	5.3%民眾過去一年有酒精濫用的情形。	 <table><thead><tr><th>Response</th><th>Percentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>否</td><td>94.6%</td></tr><tr><td>是</td><td>5.3%</td></tr><tr><td>拒答</td><td>0.1%</td></tr></tbody></table>	Response	Percentage	否	94.6%	是	5.3%	拒答	0.1%
Response	Percentage									
否	94.6%									
是	5.3%									
拒答	0.1%									

10) 心情溫度計(BSR5-5)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？」，並呈現「心情溫度計總分」，內容詳見表 9-7-10。

表 9-7-10、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？	25.1%民眾近一星期有睡眠困難問題，9.1%達中等程度，2.6%達嚴重程度。	<p>完全沒有  74.6%</p> <p>輕微  15.9%</p> <p>中等程度  6.6%</p> <p>嚴重  1.5%</p> <p>非常嚴重  1.0%</p> <p>不知道  0.3%</p> <p>輕微以上  25.1%</p> <p>中等程度以上  9.1%</p> <p>嚴重以上  2.6%</p>
2. 最近一星期中有感覺緊張不安？	15.2%民眾近一星期感覺緊張不安，4.3%達中等程度，1.2%達嚴重程度。	<p>完全沒有  84.6%</p> <p>輕微  10.9%</p> <p>中等程度  3.1%</p> <p>嚴重  1.0%</p> <p>非常嚴重  0.3%</p> <p>不知道  0.1%</p> <p>輕微以上  15.2%</p> <p>中等程度以上  4.3%</p> <p>嚴重以上  1.2%</p>

<p>3. 最近一星期中有覺得容易苦惱或動怒？</p>	<p>21.3%民眾近一星期覺得容易苦惱或動怒，6.5%達中等程度，1.6%達嚴重程度。</p>	<p>完全沒有  78.6%</p> <p>輕微  14.8%</p> <p>中等程度  4.9%</p> <p>嚴重  1.3%</p> <p>非常嚴重 0.3%</p> <p>不知道 0.1%</p> <p>輕微以上  21.3%</p> <p>中等程度以上  6.5%</p> <p>嚴重以上  1.6%</p>
<p>4. 最近一星期中有感覺憂鬱、心情低落？</p>	<p>17.2%民眾近一星期感覺憂鬱、心情低落，4.3%達中等程度，1.1%達嚴重程度。</p>	<p>完全沒有  82.7%</p> <p>輕微  12.9%</p> <p>中等程度  3.2%</p> <p>嚴重 0.7%</p> <p>非常嚴重 0.4%</p> <p>不知道 0.1%</p> <p>輕微以上  17.2%</p> <p>中等程度以上  4.3%</p> <p>嚴重以上  1.1%</p>
<p>5. 最近一星期中有覺得比不上別人？</p>	<p>14.6%民眾近一週覺得比不上別人，4.4%達中等程度，1.5%達嚴重程度。</p>	<p>完全沒有  85.1%</p> <p>輕微  10.2%</p> <p>中等程度  2.9%</p> <p>嚴重 0.9%</p> <p>非常嚴重 0.6%</p> <p>不知道 0.4%</p> <p>輕微以上  14.6%</p> <p>中等程度以上  4.4%</p> <p>嚴重以上  1.5%</p>

<p>6. 最近一星期中有自殺的想法？</p>	<p>1.3%民眾近一星期有自殺的想法，0.4%達中等程度，0.3%達嚴重程度。</p>	<p>完全沒有  98.7%</p> <p>輕微 0.9%</p> <p>中等程度 0.2%</p> <p>嚴重 0.2%</p> <p>非常嚴重 0.0%</p> <p>不知道 0.0%</p> <p>輕微以上 1.3%</p> <p>中等程度以上 0.4%</p> <p>嚴重以上 0.3%</p>
<p>7.心情溫度計總分</p>	<p>心情溫度計 BSRS-5 量表檢測有 6.4%民眾有情緒困擾。</p>	<p>0分  56.4%</p> <p>1-2分  26.0%</p> <p>3-5分  11.2%</p> <p>6-9分  4.7%</p> <p>10-14分 1.3%</p> <p>15分以上 0.4%</p> <p>1分以上  43.6%</p> <p>3分以上  17.6%</p> <p>6分以上  6.4%</p> <p>10分以上 1.7%</p> <p>15分以上 0.4%</p>

11) 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。第 1-5 題由「心情溫度計」重新編碼為 0(完全沒有)或 1 分(輕微/中等程度/嚴重/非常嚴重)，整體而言約有五分之一(14.6-25.1%)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 1.8%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(10.7%)的民眾自呈在情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴。詳見表 9-7-11。

表 9-7-11、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	25.08	74.64	0.29
2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾	15.23	84.64	0.12
3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾	21.26	78.63	0.10
4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	17.22	82.68	0.10
5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾	14.56	85.08	0.37
6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	1.79	98.21	0.00
7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」	1.75	97.11	1.14
8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	2.28	97.60	0.12
9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	10.72	88.37	0.90

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八成九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左右，雖然從 2006 年的八成六，逐年下降至 2018 年的五成九。但是總體而言，從 2006 年到 2018 年，臺灣民眾都至少有五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 58.2% 的人認同自殺身亡的人在生前不會說出想自殺；有 60.3% 民眾認同說想自殺者並非想死，只是發洩而已；且有 60.9% 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(76.0% 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 1.8%(49.5%→47.7%)，僅約一成六民眾看過/接觸過自殺防治守門人的相關資訊。其次，自 2013 年起，民眾皆有四成多接觸過自殺防治相關資訊，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 1/4 民眾得知自殺防治相關訊息的管道來源為「電視」與「網路」，自 2013 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 2.0%，自 2014 年起近一年曾認真想過要自殺的比率皆低於 3%，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 2011 年至 2017 年為止，皆維持約 1% 的民眾。

上述結果若推論至全臺 15 歲以上 2000 萬民眾，其中一星期內有 1.3% 民眾曾有自殺意念—換算成全人口數就是 26.9 ± 9.9 萬民眾曾有此意念、一月內有 0.7%—就是 14.9 ± 7.4 萬、一年內有 2.0%—就是 40.4 ± 12.1 萬、而近一生中曾有自殺意念者，就是 237.4 ± 27.8 萬人(11.6%)；而過去曾經實際有過自殺企圖者，推估有將近 45.8 ± 12.8 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 8.5% 民眾過去一年有藥物濫用的情形，過去一年有藥物濫用情形者，有 8.8% 表示當停止或減少藥物使用時，會焦慮、易怒或悲傷；16.3% 表示曾經努力嘗試想要控制藥物的使用卻徒勞無功；3.5% 表示曾因為藥物的過度使用而影響人際關係、工作、學業或生涯發展等。

11.7% 民眾平常有喝酒的習慣，而男性、45-54 歲、藍領、商店老闆、無業待業、自由業、有情緒困擾或東部地區民眾達 1 成 5 以上平常有喝酒的習慣，其中商店老闆、有情緒困擾或東部地區民眾更高於 2 成平常有喝酒的習慣。5.3% 民眾過去一年有酒精濫用的情形，商店老闆或東部地區民眾達 1 成以上過去一年有酒精濫用情形；而男性、45-54 歲、無業待業或有情緒困擾民眾亦有 8%-9% 過去一年有酒精濫用情形，比率相對較高。

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 24.8% 的人求助，而求助對象以親朋好友居多(14.2%)，其次為醫療院所-精神科別(5.5%)，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 76.0% 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(67.9%)、其次為心理諮商輔導專線或機構(30.0%)。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 8.5% 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(50.0%)是跟對方聊一聊、近三成(37.3%)的人會轉移話題，僅 11.9% 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「六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 16.9% 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

9-7-1、2018 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷