

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劃」案

108 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 ○ 八 年 十 二 月 二 十 日

目錄

計畫執行成果檢核表與摘要	0-1-1
2019 年度期中報告之綜合審查意見回覆	0-2-1
2019 年度期末報告之綜合審查意見回覆	0-3-1
前言	0-4-1
壹、全國自殺防治中心組織	1
貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料.....	2
一、2018 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告	2-1-1
二、2018 年度 0-17 歲、全年齡及特定人口群自殺資料分析	2-2-1
三、2009-2018 年各縣市自殺死亡地圖	2-3-1
四、全國及各縣市因地制宜之具體自殺防治策略建言	2-4-1
五、自殺企圖者之通報與關懷追蹤	2-5-1
參、辦理自殺防治之實證研究	3
一、自殺死亡趨勢、現況分析及策略建議.....	3-1-1
二、新聞報導自殺事件與自殺資料相關分析及建議.....	3-2-1
三、巴拉刈禁止進口及自殺防治之系統性文獻回顧.....	3-3-1
四、多元性別族群之自殺防治策略	3-4-1
肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估	4
一、自殺防治互動式輔導訪查	4-1-1
二、強化媒體互動與聯繫	4-2-1
三、自殺新聞監測與投書	4-3-1
四、教唆自殺監測及追蹤	4-4-1
五、國內常用自殺方式或工具之歷年防治策略暨研擬限制自殺工具取得之對策指引	4-5-1
六、我國自殺防治策略、政策比較及具體措施建議	4-6-1
七、編製 107 年自殺防治年報(電子書).....	4-7-1
八、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練	4-8-1
伍、教育訓練、宣導規劃及聯繫會議	5
一、社群網站 Facebook 經營及推廣	5-1-1
二、心情溫度計行動應用程式(App)推廣	5-2-1
三、全國自殺防治中心網站及雲端數位學習平台之維護及推廣	5-3-1
四、雲端數位學習平台教育訓練課程規畫及線上學習認證機制	5-4-1
五、2019 年度自殺防治業務共識會議	5-5-1

六、2019 年度自殺防治年中討論會	5-6-1
七、大型宣導活動—世界自殺防治日記者會及相關系列活動	5-7-1
陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制	6
一、縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議	6-1-1
二、自殺防治通報系統功能修增建議及協助建置「知識庫維護功能」	6-2-1
三、自殺關懷訪視員核心能力困境及課程規畫	6-3-1
四、編製自殺防治系列教育手冊	6-4-1
五、自殺防治高峰論壇「關懷訪視督導共識會議」	6-5-1
柒、其他辦理事項	7
一、自殺防治法推動立法	7-1-1
二、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣	7-2-1
三、「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治	7-3-1
四、自殺防治網通訊之發行與推廣	7-4-1
五、網路成癮者之評估與轉介	7-5-1
六、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查	7-6-1

計畫執行成果檢核表與摘要

(期間：2019年1月1日至2019年12月20日)

工作項目 (依照 108 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
<p>(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。</p>	依規定執行完成 詳見附件1-1-1

(二) 提供自殺防治相關統計分析資料	
<p>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。</p>	依規定執行完成 詳見2-1章節
<p>2. 配合本部發布107年度國人死因統計結果完成下列工作：</p> <p>(1) 於108年5月31日前分析完成107年0-17歲兒少、全年齡層及特定人口群(如原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚、保護資訊服務系統個案、高風險家庭個案管理系統個案、精神照護資訊系統個案、醫療機構替代治療作業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案等)各縣市自殺死亡及通報資料(含戶籍地及居住地)，供本部發送各縣市參考運用。</p>	依規定執行完成 詳見2-2章節

摘要

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。

兒少族群正值求學階段，而若要針對兒少自殺加以防治的話，學校是最主要的場域。以校園為單位之自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，並整合教師、校醫、校護、心理師及社工師等人力。除學校內的團隊密切合作之外，亦須與社區的團體維繫良好互動。

總體而言，2018年0-17歲兒少自殺死亡資料分析中，以自殺死亡方式來看，由高處跳下自殺及自傷人數最多；以死亡地點來看，桃園市自殺死亡人數較高，建議可持續推動致命性自殺方式之熱點防治與宣導工作。就0-17歲兒少再自殺死亡而言，以性別來看，再自殺死亡所占比例女性(0.3%)高於男性(0.2%)；以7天內通報自殺死亡之個案而言，雖有進入通報系統，因涵蓋通報即死亡之個案，為關懷訪視較不易介入之部分。0-17歲兒少自殺死亡個案生前通報情形分析，其中18.9%個案於自殺死亡前曾經被通報過，62.2%的個案為自殺死亡後才被通報，

另有18.9%的個案沒有通報紀錄，本案於今年度已完成2018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1份，供全國及各縣市衛政及教育單位參考運用。

建議透過跨部會協商與教育部的校安通報系統連結串檔進行比對分析，了解未有通報紀錄的族群落在何處？俾後續介入並予各縣市因地制宜來加強兒童青少年有關的學校機構等自殺行為通報，以及此年齡層較常使用的高危險自殺方式介入之必要性等。

(2) 於108年6月30日前完成近10年(98至107年)之各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖(含戶籍地及死亡地點)及相關資料之分析結果及解讀，供本部及各縣市參考運用。(應包含自殺死亡人數、粗死亡率、標準化自殺死亡率、3年移動平均，及標準化死亡比等分析)，並協助將所需資料匯入本部「自殺防治通報系統」之自殺防治地圖功能。	依規定執行完成 詳見2-3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。

以標準化死亡率三年移動平均來看2009-2011年前三高縣市依序為基隆縣、花蓮縣、臺東縣；2012-2014年前三高縣市依序為基隆市、宜蘭縣、南投縣與嘉義縣；2015-2017年前三高縣市依序為南投縣、宜蘭縣、嘉義縣。本案所製之自殺地圖以各行政區為單位，分別根據自殺死亡人數(戶籍地與死亡地)、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、標準化自殺死亡比，以顏色深淺作為區隔，繪製出各縣市之區、鄉、鎮層級之自殺地圖；同時根據地圖內容做初步文字敘述，以供參考。

建議各縣市除可依據以上分析結果研議因地制宜的全縣或市的因應策略外，尚可對重點區或鄉鎮研議在地化介入策略

(3) 比對前一年度通報個案之再自殺死亡率及自殺死亡個案生前有被通報之分析報告，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、再自殺死亡個案、自殺通報拒訪/訪視未遇個案之自殺通報死亡原因、危險指標，提報各年齡層及高風險人口群之「107年度自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議」，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。	依規定執行完成 詳見2-1章節
---	--------------------

摘要

2018年持續配合衛生福利部，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。

全國2018年自殺死亡人數3,865人(男性2,551人、女性1,314人，性別比1.94)；自殺粗死亡率每十萬人口16.4人(男性21.8人、女性11.1人)。與2017年相比整體減少6人(粗死亡率四捨五入後持平)，其中男性減少23人、女性增加17人，自殺占全國死因排名與2017年相同為第11名。各縣市2018年與2017年相比，自殺死亡人數增加的縣市為臺北市32人、基隆市24人、彰化縣17人、臺中市及花蓮縣均15人、臺東縣5人，屏東縣4人、新北市2人、雲林縣1人。2018年自殺死因前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(34.5%)、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(24.9%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(15.2%)。2018年自殺通報人次為33,207人次(男性12,325人次、女性20,882人次)，與2017年相比增加8.5%，自殺通報比為8.1，女性為男性之1.69倍(通報比=特定期間自殺企圖通報人次／特定期間自殺死亡人數)。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」(2018年全國通報15,956人次，占48.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(2018年全國通報9,801人次，占29.5%)及「由高處跳下自殺及自傷」(2018年全國通報2,246人次，占6.8%)。自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(2018年全國通報15,327人次，占46.2%)、「精神健康／物質濫用」(13,568人次，占40.9%)及「工作／經濟」(3,542人次，占10.7%)。

建議針對自殺死亡人數有增加趨勢的年齡層，高風險自殺方式及各縣市等，持續透過跨部會協商推動防治策略介入及重點縣市持續聯繫輔導。

3. 於108年3月31日前，併同107年自殺通報年報表及107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言，提供本部、各縣市政府於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施，以及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。

依規定執行完成
詳見2-4章節

摘要

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。全國自殺防治中心於2017、2018年製作更新全國及22縣市因地制宜之具體自殺防治策略建言。2019年持續更新政策建言內容，依據前一年執行情形針對各縣市實際情形做策略修正。內容依照2017年度全國自殺死亡資料統計、各縣市自殺死亡地圖、2018年訪視紀錄抽查摘要、2018年縣市互動式輔導訪查摘要、各縣市自殺防治策略實施成效，更新全國及22縣市因地制宜之具體自殺防治策略建言，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

本案完成全國性自殺防治策略建言1份，分析臺灣自殺相關數據與現況，擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建言。22縣市因地制宜自殺防治策略建言共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言。為了解縣市對於本自殺防治策略建言的利用情形，建議未來執行項目加入追蹤各縣市對於自殺防治策略建言的回應，包含執行結果及執行上所遭遇之問題，作

為未來計畫執行參考。

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，並產出下列資料：

- (1) 按月寄發全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析、滾動式修正自殺防治策略建議)，以供本部、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(彙整後函知本部知悉)。
- (2) 按季依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，寄發自殺通報關懷季報表(含趨勢分析)予責任區域縣市之精神醫療網核心醫院，供其與區域內縣市衛生局合作，協助規劃及推動區域內自殺防治業務，據以判讀數據並提供專業建議；並提列各分區之外督專家學者建議名單，於辦理外督共識會議後，提供縣市衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

依規定執行完成
詳見2-5、6-5章節

摘要

全國通報人次在2006年後大致為逐年上升的趨勢，2019年1-9月通報共26,079人次，其中女性通報16,640人次占63.8%，男性通報9,439人次占36.2%，女性為男性1.76倍。全國通報比在2006年僅4.3之後逐年上升，2019年1-9月為8.4，建議持續加強宣導衛生局所、醫療院所、警消單位、教育單位及社政、民政等單位配合自殺行為者的通報作業。

在自殺方法選擇上，2019年1-9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」(46.8%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(30.2%)。自殺原因方面，2019年1-9月間通報個案中，最常見自殺原因前三名為「情感／人際關係」(46.5%)、「精神健康／物質濫用」(42.6%)及「工作／經濟」(10.7%)。分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占16.2%、家暴被害人占12.7%、家暴加害人占9.9%、兒少被害人占6.4%、兒少加害人占4.6%、嚴重病人占1.3%、家暴高危被害人占0.7%、家暴高危加害人占0.5%、性侵加害人占0.3%。0-14歲通報人次整體有逐年上升的趨勢，且在2018年大幅上升，其中女性上升幅度高於男性，2018年全國0-14歲通報826人次，其中女性通報583人次(70.6%)，男性通報243人次(29.4%)，女性為男性的2.4倍；15-19歲通報人次整體亦有逐年上升的趨勢，2018年全國15-19歲通報2,798人次，其中女性通報2,086人次(74.6%)，男性通報712人次(25.4%)，女性為男性的2.9倍。

進一步分析歷年來0-14歲及15-19歲通報個案自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為主要方式，而「高處跳下自殺及自傷」則為第三高自殺方式；自殺原因的趨勢分析結果顯示，「情感／人際關係」一直是此年齡層占率最高的自殺原因，但近年呈現下降趨勢，而「精神健康／物質濫用」及「校園學生問題」則呈現上升趨勢。其中15-19歲個案自殺原因「精神健康／物質濫用」自2015年後急速攀升，占率從17.1%上升至2018年的45.4%，應多加留意此年齡層的精神健康及物質濫用等問題，建議與教育單

位合作，即時提供個案關懷訪視及資源轉介等服務。

截至2019年10月本中心共製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」203份、「自殺通報關懷季報表」(含趨勢分析)66份，且持續根據每月通報數據變化，提供各縣市滾動式自殺防治策略建議，並定期每季追蹤各縣市策略建議執行情形，將各縣市執行結果彙整後送至貴部，未來將持續追蹤各縣市後續執行情形。本中心除透過自殺高風險縣市訪查提供實務督導外，另為凝聚各縣市關懷訪視個案外部督導共識，確定外督任務、功能以及角色定位，提升自殺關懷訪視業務之效用，召開關懷訪視督導共識會議。會上以「自殺數據判讀」、「透過分享經驗：督導角色功能界定共識」為引言，再針對反覆自傷、拒絕訪視案例進行「困難個案督導討論」，匯集意見並凝聚共識。本案根據會議討論結果，提列各分區外督專家學者建議名單，予各縣市衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用，俾利自殺防治通報關懷與追蹤更臻完善。

(3) 最終於109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。	依規定期程執行 詳見2-1章節
--	--------------------

(三) 辦理自殺防治之實證研究

- 於108年5月31日前，收集國內外文獻，並由自殺死亡資料庫串聯健保資料庫，研析近10年（98-107年）自殺死亡趨勢之成因，針對全年齡（含原住民族）及各年齡層（含0-17歲兒少、0-17歲原住民族、14歲以下、15-24歲、25-34歲、35-44歲、45-54歲、55-64歲、65-74歲、75-84歲、85歲以上等）以及流行病學變項（如：多重因素之高風險人口群、週期特性、鄉鎮市區等）之單變項之描述性分析及推論性統計，並依統計發現提出自殺防治策略建議。
- 研析住院病人自殺資料（包含近5年各家醫院之住院病人自殺率、以及我國住院病人自殺數據分析），並提出策略建議，供本部進行政策溝通。

摘要

本章節透過數據分析以發展我國實證為基礎之自殺防治策略，欲探討之目標，共三個，分別為1)近10年自殺死亡趨勢之成因，針對全年齡（含原住民族）及各年齡層以及流行病學變項之單變項之描述性分析及推論性統計。2)住院病人自殺資料3)戶籍地與死亡地之自殺死亡分析

研究結果發現近十年自殺死亡趨勢大至呈現下降，僅0-24歲近年些微上升，另45-54歲自殺死亡率與失業率呈現高度相關；出住院病人自殺死亡率為58.4人／每十萬人年與先前(鄭懿之、曾美智，2018)所指出約百分之一至百分之五自殺死亡為住院病人自殺一致，與美國住院病人自殺死亡率約略相同(Williams, Schmaltz, Castro, & Baker, 2018)，而精神科住院病人自殺死亡率則偏低，有可能是因為自殺後送往其他科別進行急救、觀察；客死異鄉方面的分析，

則可以發現戶籍地與死亡地不一致之個案，可能與兩地經濟部平等有關，優渥的經濟條件形成遷移的推力，而客死異鄉與青壯年、自殺方式及地區別均有關。

自殺是多重因素造成之悲劇性結果，防治策略亦需要多層面介入。John Mann等人彙整55年至94年間發表的5,020篇文獻，發現對整體自殺率有影響的防治方法包括自殺防治相關之教育訓練、藥物治療、企圖自殺者之關懷照護、限制使用致命物品以及媒體管制等，其中，守門人教育方案介入，合併多層面之網絡連結以及心理衛生促進等作為(Mann JJ et al, 2005)。若以性別年齡層自殺死亡率來看，男性以25-44歲，女性以45-64歲需要強化其自殺防治策略，而罹患疾病以情緒性疾患、憂鬱症需注意，而在自殺死亡前未通報比例，以45-64歲尚需加強，居各年齡層之最。

建議住院病人自殺防治須跨專業、跨團隊之連結；自殺死亡仍受當地縣市自殺防治效力所調節，除政策需考量該縣市推力及拉力外，未來仍應補足縣市自殺防治於客死異鄉之調節效果研究缺口，方可更客觀審視自殺死亡率指標。

3. 收集國內外文獻，研析近10年新聞報導自殺事件與自殺死亡及自殺通報數據之相關性，並依統計發現提出新聞媒體報導自殺事件之建議。	依規定執行 詳見3-2章節
---	------------------

摘要

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。本案自Embase資料庫篩選取得12篇國內外自殺新聞報導與自殺資料相關文獻，並參考〈世界衛生組織：自殺新聞報導指引〉2017版所引用之文獻資料，再與專家學者共擬適當之統計分析方式，研析近10年來自殺新聞報導與自殺死亡及自殺通報之關聯性。

分析樣本取自本中心自2006年以來每日針對四大報蒐集之紙本及網路新聞。結果顯示，我國新聞媒體報導對WHO自殺新聞報導準則之遵從率，與自殺通報人次及自殺死亡人數有關聯性，如紙本新聞「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」的遵從率越高，當月及隔月的自殺通報人次越低，而網路新聞越是遵從「不要將自殺光榮化或聳動化」，當月及隔月之自殺通報人次則越低。與英國或加拿大等國家相較，可發現以六不六要為基礎所建制之指標管控範圍越廣，遵從率越好。媒體根據六不六要指標報導自殺事件的確可降低自殺風險因素，惟自殺乃多重原因，也需協同其他危險因子之管控方收實效。建議配合「自殺防治法」之實施，不僅傳統新聞媒體，尚有社群媒體、電子雜誌、書籍，在報導及敘述自殺事件時均應遵循六不六要的指標原則，以免自殺風險邊緣者釀成悲劇。

4. 進行巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析，並與其他國家做比較，且於109年發表至少1篇論文。	依規定執行 詳見3-3章節
---	------------------

摘要

自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防制策略之一，而全球已有50多個國家全面禁用巴拉刈。行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，已公告自2018年2月1日

起禁止巴拉刈之加工及輸入。行政院原定於2019年2月1日開始禁止分裝、販售及使用，但由於農民反彈聲量過大，在2019年1月30日政策修正，宣佈巴拉刈禁用延後至2020年2月1日。

台灣2003-2017年間超過2600人死於巴拉刈中毒，若是巴拉刈能夠早日禁用，將會對自殺防治有所成效。本案文獻資料以Embase資料庫為來源，彙整、摘要出2017年後巴拉刈禁用之相關國外文獻，並分析我國自殺死亡及自殺企圖通報資料。

自2012年至2018年間，每年平均約有206人以巴拉刈自殺身亡，而全國將近有5.5%自殺死亡肇因於巴拉刈。本案將巴拉刈自殺死亡率劃分為農業縣與非農業縣，並進行時間趨勢分析，發現農業縣、非農業縣於近1年標準化自殺死亡率明顯下降，此顯示政策上的改變對巴拉刈自殺死亡有其影響實效。

建議透過跨部會協商，與農委會達成督促各縣市政府建立有效的巴拉刈回收機制，確保有要處理巴拉刈正式禁用後仍有農家或商家囤貨的現象。

5. 收集國內外文獻，進行「多元性別」(LGBTQ人口群)與自殺相關議題之系統性文獻回顧，並提出具體可行之自殺防治策略。	依規定執行完成 詳見3-4章節
--	--------------------

摘要

為促進多元性別族群之心理健康並進一步降低自殺風險，本會針對台灣多元性別人口族群之需求，制定符合國情及社會脈絡且具體可行之自殺防治策略。多元性別族群包括LGBTQ+，亦即女同性戀(lesbian)、男同性戀(gay)、雙性戀(bisexual)、跨性別(transgender)、性別認同疑問者(questioned)及更廣義的「非傳統異性戀順性別」族群。同性戀或雙性戀者，於醫學研究常併稱為「性取向少數」或「性少數」(sexual minorities)。以美國為例，2010年的「全國性健康與性行為調查」(National Survey of Sexual Health and Behavior)，其中18至44歲男性自陳為同性戀或雙性戀的比例為6.8%、女性則為4.5%；另有一美國研究選取兩個州進行人口學調查，該分析結果推論全美共有超過八百萬人屬於L(女同性戀，占1.8%)、G(男同性戀，占1.7%)、或B(雙性戀)，前兩者就佔了總人口的3.5%。惟需注意目前流行病學調查結果存在一些差異，但LGBT至少佔了3.5-6.8%之間(不含跨性別或其他更廣義族群)。

本案以Embase、Pubmed及Google Scholar蒐集2008年至2019年間國內外相關文獻共22篇，並召開「多元性別自殺防治」專案小組會議。根據文獻彙整及專家會議提供之意見，以全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicative)三大策略與保護因子／風險因子的概念，整合呈現具體可行之自殺防治策略。

建議三類策略如下(1)自殺防治守門人通識教育向下紮根：在小學至高中階段應普遍推廣守門人之概念，讓學生奠定自殺防治基礎概念，了解一般情境下的自殺危險因子、保護因子及危險警訊如何因應或轉介，以利高風險者及一般學生從小知悉高風險的辨識與求助管道；(2)多元性別族群自殺防治協力計畫：結合LGBTQ+相關網路及社群的力量，在社區各地推動「尊重少數族群的聲音、珍愛多元族群之生命」類型之活動，不特別汙名化LGBTQ+族群或只針對此族群進行自殺防治之社會推廣教育，而是全面提升一般大眾對少數族群(包括原住民、身心障礙者、多元性別族群等)的防治敏感度，共同防護自殺行為之發生；(3)共同營造多元性別友

善環境：在LGBTQ+族群較常接觸的醫療或非醫療環境中，積極營造支持性氛圍與支持資源(例如：在校園中建立同志與非同志聯盟Gay-Straight Alliances)，廣為宣導友善環境的重要性，並加強求助資源的提供，在兼顧隱私性與可及性的前提下，促進需要專業服務的LGBTQ+個案即時取得服務。進一步從一般職場逐步推廣至特殊職場(如軍警消)或權控機構(如矯正單位)等場域進行重點式自殺防治服務。

6. 分析近年我國自殺死亡之趨勢及自殺防治現況，由得標廠商依重要性程度訂定1項主題，辦理自殺防治之實證研究，並提出政策建議。	依規定執行完成 詳見3-1章節
---	--------------------

摘要

本案針對100-102年戶籍地與死亡地不同之個案進行深入分析，藉以探討客死異鄉之特徵，及社經資訊之相關性，並透過邏輯式迴歸、卜瓦松迴歸，獨立t檢定進一步進行分析。

結果顯示，客死異鄉死亡率與 2011-2013 年之扶養比($r=0.436$)、暫離率($r=0.603$)呈統計顯著之正相關，並且與 2011-2013 年勞動參與率($r=-0.484$)成負相關。反之，異地死亡率與勞動、家庭、與所得指標皆無顯著關聯。至於暫離人口自殺死亡率則與客死異鄉比例成正相關($r=0.884$)。

年齡分組而言，24 歲以下客死異鄉比例與 2011-2013 年扶養比成中度相關($r=0.556$)，25-44 歲客死異鄉比例與 2011-2013 年扶養比($r=0.439$)、暫離率($r=0.591$)呈統計顯著之正相關，而與 2011-2013 年勞動參與率($r=-0.633$)成負相關。45-64 歲客死異鄉比例與房價所得比、中位數收入、撫養比皆為正相關，惟並未達統計上顯著意義。65 歲以上族群客死異鄉比例僅與房價所得比成顯著正相關($r=0.454$)。

本案亦分析了2011、2012、2013 各個單一年度的縣市房價所得比、中位數收入，和連續兩年的中位數收入增減率與房價所得比增減率，其個別結果與使用三年平均的指標皆一致。

(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估

1. 針對燒炭、高處墜落、溺水等限制自殺工具取得之議題，併同基本工作項目(三)1.所提自殺防治策略建議(包含統計數據、問題分析、建議方案與作法、KPI等)，並訂定期程邀集公部門、專家學者及相關專業團體(提出建議名單供本部邀請)，召開會議共同研擬具體可行之對策指引。	依規定執行完成 詳見4-5章節
2. 擇定自殺死亡率3年移動平均呈現上升趨勢及截至108年6月30日自殺死亡人數初步數據較107年同時段上升幅度較高之6縣市，辦理108年度自殺防治互動式輔導訪查，辦理內容建議如下： <ul style="list-style-type: none"> (1) 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； (2) 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。 	依規定執行完成 詳見4-1章節

摘要

衛生福利部為瞭解各社區心理衛生中心及自殺關懷訪視計畫辦理現況與困境，並協助地方衛生局針對各縣市自殺死亡等特性擬訂「因地制宜」自殺防治策略，於2010年進行全國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。2012年起，本中心始針對自殺死亡率全國排行前五名之縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。

本案今年度以自殺標準化死亡率之三年移動平均及2019年1-2月初步自殺死亡人數較2018年1-2月自殺死亡人數上升幅度較高之六縣市，辦理自殺防治互動式輔導訪查。經本中心業務會議討論擇定台北市、台中市、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、台東縣為今年於7-8月份辦理面訪之縣市；另高序位離島地區連江縣、澎湖縣列為關懷名單，改採非面訪形式會議。訪查將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告、降低自殺率之具體方案，並協助加強自殺防治跨專業團隊橫向連結，依各縣市需求進行專案討論，藉以提供即時輔導追蹤及後續成效評值。

今年度六縣市訪查於8月底前陸續辦理完畢；縣市於推動自殺防治業務及辦理自殺關懷訪視計畫所遭遇的主要問題包含：青少年及校園學生自殺防治及轉介、自殺關懷訪視問題及困境，以及資源盤點及整合與跨網絡合作問題。本中心就自殺死亡及自殺通報資料註記學生身份資料、相關數據分析所涉層級及在地化策略之形成的關係、外部督導會議之運作形式及角色、與以衛生局為中心連結校園周邊資源之案例等，協助縣市深化自殺防治策略。

根據今年度辦理情形，本中心建議未來各縣市衛生局於召開輔導訪查會議時可納入各區精神醫療網核心醫院代表人員，以利協調各區精神醫療網內縣市推動自殺防治業務與提供資源連結。另本案今年度欲給予各縣市於下半年度依建議改善時間，提早於5月份始分析排行指標時僅能夠取得1-2月初步自殺死亡人數，尚無法適切反映各縣市今年上半年度相較於去年上半年度之自殺死亡人數變化並依此擇定訪查對象，因此建議未來此指標涵蓋的時間範圍應參採當年度訪查行程加以訂定。

- | | |
|---|----------------------------|
| <p>3. 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，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p> | <p>依規定執行完成
詳見4-2章節</p> |
|---|----------------------------|

摘要

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」，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。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。

本中心已於2月1日發佈「豬事大吉迎新年 溫暖關懷賀新春」新春新聞稿、3月26日則發佈「【找回愛的連結】青少年自殺防治」青年節新聞稿、2019年9月8日發布「世界自殺防治日記者會—同心協力防自殺，網路牽起你我他」會後新聞稿以及2019年9月12日發布「中秋佳節來相聚 傳遞關懷吐心聲」中秋節新聞稿。續於6月21日於臺大校友會館四樓會議室辦理「新聞媒體聯繫會議—媒體報導與自殺防治：網路與自殺」，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。經上述事項，本中心與我國新聞媒體專業工作者及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

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。建議未來配合自殺防治法再次持續活化通訊軟體加強深入與媒體的互動聯繫，必促進自殺事件報導的精神及準則的體認。

4. 進行媒體監測(網路及報紙)，監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守世界衛生組織所建議的六不、六要原則，若有違反情形，需主動發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體(學者)召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應；若網路上有教唆自殺及教導使用自殺工具進行自殺等內容，則需向「IWIN網路內容防護機構」(<https://www.win.org.tw/>)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。

依規定執行完成
詳見4-3、4-4章節

5. 結合國內、外學術團體，運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，以提升民眾對自殺防治認知，針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清，以避免模仿效應。

摘要

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。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「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，則針對重大違規處進行不當新聞投書，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；2019年1月1日至2019年9月30日為止，共投訴50則自殺新聞報導，下架或改善34則。改善率約68%，不當新聞追蹤一覽表詳如附件4-3-1。另本中心今年度將持續追蹤巴拉刈禁用之相關報導，配合農委會政策，採用網路平台、新聞稿、媒體投書或記者會等方式積極倡議巴拉刈之禁用。

另本中心已於2014年研擬教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，亦逐年針對監測及舉報流程加以改善，一但經由常例監測或一般大眾檢舉，發現網路上有教導自殺或如何使用自殺工具進行自殺等內容之網站，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。本中心監測來源為中心主動發現教唆自殺及教導自殺之網站或外部民眾所檢舉提供，將相關網站列冊登錄後，寄送信件予網站管理人員呼籲下架或向該網站系統平台檢舉，同時向「iWIN網路內容防護機構」進行舉報。最後再由中心追蹤以確認是否已經修改或撤除，必要時須再進行一次舉報流程。5月21日iWIN蒞臨全國自殺防治中心參訪交流，討論網路自殺網站申訴之相關問題，雙方針對網路自殺相關案例討論下架程序與標準，並建議未來常規性舉辦案例討論會議。

截自2019年10月23日，共393個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中268個(68.2%)違規網頁已撤除或網址連結失效。在境內網頁部分，已下架者為141則(89.9%)、未下架者為16則(10.2%)；在境外網頁部分，已下架者為127則(53.8%)已下架、未下架者為109則(46.2%)。針對境外檢舉未下架之109筆中文繁(簡)體網站，進行歸類後發現多數採跳板IP(其中66筆IP位於美國各州，佔60.6%)，避開我國司法管轄範圍。另外檢舉未下架網頁屬中國大陸及香港管轄範圍、其論壇規模較小者，管理機制疏鬆、舉報無門；在檢舉者、境外國家法規、網站管理者，三方在內容認知上的差異，影響下架成效。雖然持續進行監測及透過iWIN舉報，境外網站仍不易有效移除，此部份只能透過另行舉報的方式，儘量讓網站管理者了解，進而下架。持續善用相關資源，利用已知中國官方不良訊息舉報平臺網站及香港合作夥伴，多方進行檢舉，建議衛生福利部配合自殺防治法上路，相關子法規、施行細則及裁罰標準等辦理說明會宣導。

6.於108年3月31日前，更新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。	依規定執行完成 詳見4-5章節
---	--------------------

摘要

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100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。

根據國內外系統性文獻回顧結果，以固體或液體物質自殺及自為中毒、與由氣體及蒸氣自殺及自為中毒之自殺防治策略皆以禁止、限制取得以及減少其近用性(accessibility)為主要方式，如我國因應燒炭自殺方法針對大型連鎖超商及量販店進行木炭非開方式陳列販賣管制、提供超商及量販店販賣人員教育宣導；另有因應使用劇毒農藥自殺方法全台發放農藥上鎖貯藏箱、結合農藥管理人員宣導，並自2018年2月起禁止進口、加工及分裝巴拉刈。

而在吊死、勒死及窒息自殺及自傷、由高度跳下自殺及自殺、與溺水(淹死)自殺及自傷方法的防治策略上，是以環境控制、強化設施安全性、以及針對自殺高危險者之辨識與增強其社會支持網絡為主，如我國於各界持續辦理珍愛生命自殺防治守門人訓練及增進第一線人員(如：警消、醫護人員)自殺防治相關知能之課程；而今年度召開限制高危險自殺工具取得對策會議則就墜樓(含墜橋)自殺方法之防治策略及現行法規與有關單位初步討論。

未來除了透過跨部會會議協商推動高風險自殺方式介入外，建議針對高風險自殺工具逐一與相關部會進行溝通與對話，進一步強化其限制自殺工具之效力。除此之外，針對公寓大廈及橋梁之結構設計與管理人員的培訓一併加以研擬及強化，勢必能更佳完善的防治策略。

7. 持續監測自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。	依規定執行完成 詳見4-3章節
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、長期照顧等相關學協會，辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練。	依規定執行完成 詳見4-9章節

摘要

中心於5月25日假臺大醫院第七講堂辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」，由台灣自殺防治學會廖士程常務理事、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：「自殺防治新進展」，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。

當日於全國23所醫院會場同步視訊轉播與雙向討論。本次課程參與人數為502人(醫師141人、護理人員285人、臨床心理師6人、諮商心理師2人、藥師16人、社工師12人、職能治療師7人，物理治療師2人、醫事放射師9人、牙醫師1人及其他人員21人)。本中心亦錄製並製作成數位課程，提供無法參與之人員於線上自行閱覽。

建議未來於辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練時，先針對第一線人員所需的資源安排課程內容。

9. 整理我國94年迄今推動之自殺防治策略，比較與美國、英國、日本、	依規定執行完成
------------------------------------	---------

韓國自殺防治政策，規劃研擬我國未來自殺防治策略及具體措施建議書 1份。	詳見4-7章節
--	---------

摘要

自殺的危險因子根據地區文化與世代變遷會有所異同。台灣的自殺現象與其他亞洲國家有其相似性和特殊性，而透過文獻和資料的搜尋可以發現他國自殺防治的成功經驗，進而精進並完善台灣的自殺防治策略，並規劃出自殺防治各階段的目標與藍圖。

文獻資料來源是以搜尋線上資料庫的方式取得，例如：Embase、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，關鍵字採用自殺(suicide)、策略(strategy)、防治(prevention)放文章標題>Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keyword)之間的組合的文獻搜尋結果。

目前各項策略缺乏中央統合者、地方監督者，經費與人力是影響推動計畫的重要因素，建議需要投入更多資源、提升預算才可能有效推行各項自殺防治策略。限制致命自殺工具的取得是最有效的自殺防治策略，針對自殺熱點進行分析，瞭解自殺熱點的自殺率狀況。社會救助計畫應納入心理健康服務，提升保險制度對於精神醫療、物質濫用等部分的公平性。由政府建立校園自殺防治的指引，並鼓勵學校在學生有情緒困擾或有自殺行為時依照SOP處理，當自殺防治的重要性與相關實務在各部門能夠落實，各部會各局處間網網相連，其效益才能更為顯著，要發展具在地特色、符合在地需要之自殺防治模式。

10. 編製107年自殺防治年報(電子書) ，編纂當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，並對推動工作進行客觀記載及系統性整理與分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。	依規定執行完成 詳見4-8章節
---	--------------------

摘要

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，如何擬定有效之防治策略，加強各單位間之網網相連是重要課題。自殺防治工作除由中央推動發展外，各縣市因為可用資源、特性不同，皆有因地制宜的個別做法，可能發展出不同於其他縣市的自殺防治策略，若能整合各縣市不同的自殺防治工作推動情形，分析各縣市防治策略的優勢，將有利中央及各縣市自殺防治業務發展，亦能提供一般民眾了解臺灣自殺防治現況。因此全國自殺防治中心於2019年編製「107年自殺防治年報」，以電子書形式提供衛生福利部及地方政府相關部門。

年報內容分析歷年自殺死亡及通報趨勢及最新自殺相關數據，並彙集2018年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。本案完成自殺防治年報1份，內容包含臺灣自殺相關數據與現況，整理中央及各縣市2018年自殺防治工作成果，並提供相關資源，供衛生福利部，作為探究當前自殺防治策略、問題，以及作為成效評值之參考。

今年編製自殺防治年報發現各縣市的自殺防治工作各異，於蒐集地方自殺防治工作成果時，產生各縣市策略上沒有一致的分類標準的問題，建議未來年報編纂各縣市部分的資料以各縣市整合式心理健康計畫成果報告為依據，較能完整呈現各縣市自殺防治工作成果。

(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議

1. 維護全國自殺防治中心網站資料(應確認網頁內容之所有權)並增加資訊安全措施；推廣心情溫度計；維護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活動，以提供民眾所需之自殺防治衛教活動、教育訓練等資料；另本部安心專線電話號碼業經行政院於107年10月5日同意改為1925四碼，請配合本部辦理相關事宜。	依規定執行完成 詳見5-1、5-2、5-3章節
---	----------------------------

摘要

在數位化的現代，全球正處於數位資訊媒體快速成長之階段，而網際網路、智慧型行動裝置等相關媒體平台，實為極重要的行銷通路。根據台灣網路資訊中心〈2018台灣網路報告〉，台灣12歲(含)以上國人，其智慧行動裝置上網率已達77.3%(約1,637萬人)；DataYougurt資料優格〈2017 4G行動生活使用行為調查〉則顯示國人平均一天使用手機4小時又5分鐘。

全國自殺防治中心網站今年流量統計10月31日，訪客總數為9,411人次，網頁總瀏覽數為17,851頁。最新消息累計發布9則，最新宣導品發布4則，電子報發布4則。珍愛生命數位學習網為因應更多的醫事人員學習自殺防治相關知識及提供更加優質的學習環境，於2019年8月將網站更新為RWD(響應式網頁設計)介面。由於未來瀏覽器將不再支援Flash，因此，全國自殺防治中心網站將於2020年進行改版，並與珍愛生命數位學習網相互連結。同時，學會將持續充實網站內容，提供最新的資訊及相關知識，以期更多民眾能了解自殺防治的重要性。

從2010年底設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過七年多的耕耘，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。今年度截至10月15日止，粉絲專頁按讚人數共有7,290位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，共發布280則貼文、獲得4,825個讚、2,051人次留言及公開轉載、總瀏覽人次為263,201，並且每則貼文平均約有近1000以上的瀏覽人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

由於我國網際網路、智慧型裝置及行動應用已普及化，並成為國民日常生活中經常接觸之媒體，為使「心情溫度計」更有利於民眾觸及與使用，本會於2014年開發「心情溫度計」App，並兼顧Android及iOS兩大作業系統，提供用戶一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務，並提供心衛資源及線上電子書，以利民眾查詢。於2018年升級「心情溫度計」App，更新內容有：新增提醒使用者定時檢測之功能；新增閱覽本中心YouTube頻道「自殺防治e學院」相關影片之功能；新增彈出視窗功能，有利於宣傳本中心最新訊息及出版品；新增檢測

紀錄之視覺化圖表；優化使用者介面；新增、整合管理者平台，以利本中心維護及定期更新相關資訊。

「心情溫度計」App透過數位及社群媒體網絡之連結，進行多元推廣。包含：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；置入珍愛生命數位學習網之課程，於課後評估表加入「心情溫度計」App QR code，提升曝光率；置入本中心各類實體課程授課講師之簡報，於課程中介紹「心情溫度計」時，邀請學員下載、安裝並學習使用；於Facebook粉絲專頁、Line通訊群組、本中心網站電子報及相關合作單位繼續加強推廣之外，另將自殺防治系列手冊之電子書、宣傳品等皆附上「心情溫度計」App QR code；與全國精神科診所協會合作，定期更新精神科診所的聯絡方式及地址，並請該會協助向基層精神科醫師宣傳，以利置入診間推廣；2019年2月本中心與台灣大哥大公關暨品牌管理處合作，對台灣大哥大特定用戶群體寄發總共約二十五萬則「心情溫度計」App宣傳簡訊；自殺防治學會方監事於7月16日「醫師好辣」節目推廣心情溫度計，16日至17日共增加1,093次的下載數；於「『心好有你』1925(依舊愛我)一起來做生命守門人-安心專線特展」擺攤及現場演說心情溫度計App相關內容，邀請民眾下載安裝及檢測，並於現場協助解說檢測結果。

除了以上推廣，本會於2019年亦製作兩部關於「心情溫度計」App影片。一為App操作教學影片，提供使用者下載前後觀看，以協助其操作。另一為以社會新鮮人為故事主角切入，切合近年自殺族群年輕化問題，描述其於工作、自我、家庭間的心情變化，並使用「心情溫度計」App後之轉變，使民眾更了解心情溫度計之使用時機與內涵。

整合多項「心情溫度計」App之更新與推廣，累計至2019年10月31日為止，Android版本下載總數為18,281次，iOS版本下載總數為17,369次。兩大作業系統版本共有21,772筆檢測紀錄；以總分6分為切點(cut point)，0-5分占全體36.6%、6分以上占63.4%。若以性別而言，6分以上者女性占多數；以年齡層分析，6分以上者在15-24歲占最多，而65歲以上最少。

「心情溫度計」App未來預定更新計畫：(1)於心衛資源、電子書、影片專區新增分類或搜尋的功能，如心衛資源可再細分為診所、醫院，或於電子書及影片專區可搜尋特定名稱項目、(2)影片專區內新增連結至本中心YouTube頻道「自殺防治e學院」、(3)新增「推播」功能用於宣傳目前推廣中的影片、文宣品及活動等、(4)新增定位功能，協助使用者定位心衛資源。

2009年籌建「珍愛生命數位學習網」，於2011年引進中華電信Hicloud雲端伺服器服務，2015年將「珍愛生命數位學習網」升級為TMS平台，且陸續推出醫師、護理師、藥師、家醫科醫師、諮商心理師、公務人員之繼續教育積分認證，且認證課程亦持續擴展中。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。從2011年起推出護理人員、藥師、諮商心理師、臨床心理師、醫師之繼續教育積分認證，目前已新增199堂課程，累計通過認證積分人次為416,924人次。2018年7月開設珍愛生命守門人課程專區，供一般大眾及專業人員閱讀，目前已新增12堂課程，通過人次

為1,167人次。以及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，目前已新增39堂課程，通過人次為3,999人次。為提升數位影音之質與量，規劃訓練課程製作的SOP，使線上課程更加活潑易懂。認證機制為透過TMS平台系統「列印證書」機制，做為專業人員已完成課程的證明。

2. 維護並持續充實珍愛生命學習網之各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程內容(含關懷訪視員共訓之系列課程)，及其上網學習之認證機制，供各機關參考運用。	依規定執行完成 詳見5-4章節
--	--------------------

摘要

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，新一代的學習方式也有了日新月異的成長。為了推廣自殺防治守門人之概念，學會建構「珍愛生命數位學習網」，且陸續推出護理人員、醫師、藥師、諮商心理師、臨床心理師之繼續教育積分認證，也會持續增加關懷訪視員課程，提升數位影音之質與量，改善錄製品質及提升拍攝技術吸引目光，使數位學習更加活潑易懂。線上學習認證機制為透過TMS平台系統「列印證書」機制，做為專業人員已完成課程的證明，108年1月至9月新上架了20堂課程，累計通過認證積分人次為422,090人次。

3. 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。	依規定執行完成 詳見4-3章節
4. 於108年3月31日前，邀集各縣市衛生局自殺防治承辦人員及長官、自殺關懷訪視業務督導、精神醫療網核心醫院代表及相關專家學者，召開「自殺防治業務共識會議」1場次(至少8小時)，辦理「自殺數據判讀指引」、「關懷訪視員共訓」、「訪視紀錄撰寫」、「資源轉介技巧」等課程，共同研討自殺防治策略；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。	依規定執行完成 詳見5-5章節

摘要

為凝聚中央與地方推動自殺防治業務之共識，提升自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，爰召開本共識會議。會議主題內容包括自殺數據判讀指引、關懷訪視員共同訓練、關懷訪視紀錄撰寫以及資源轉介技巧。期透過各項主題之討論，了解各單位於各項業務內容之觀點、所遭遇之困境，以及可行之因應對策，並透過匯集意見及凝聚共識，共同強化中央與地方推動自殺防治工作之效能。本中心於2019年3月29日假台大醫學院102講堂召開「2019年度自殺防治業務共識會議」，出席人員包含各縣市衛生局長官及業務承辦人(41人)、精神醫療網核心醫院代表(7人)、醫療院所自殺關懷訪視業務督導(13人)、關懷訪視員及其他人員(9人)，總計70位。

與會人員於各項主題所提建議包括：(1)自殺數據判讀指引：各縣市衛生局在資源有限的情況下，將以較具有效果的指標性策略為首，但仍持續推展選擇性及指標性策略。(2)關懷訪

視員共同訓練：關懷訪視員接案量目前並未訂定上限，且遭遇相對困難之個案(如：失聯、拒訪)時將耗費大量的時間成本，另部分縣市社區關懷訪視員與自殺關懷訪視員合併後因接案量增加，除影響自殺關懷訪視品質也同時衝擊精神病人列管業務；雖然目前以自殺通報數量變化幅度較大而難以推估合理之接案量上限，衛生福利部持續爭取更多人力配額，另於近期自殺防治法立法後將有助於獲取資源、強化關懷訪視制度。(3)關懷訪視紀錄撰寫：S.O.A.P.雖有助於關懷訪視員以更加結構化地、系統化地方式評估自殺風險及提供更連續的處遇計畫，唯部分關懷訪視員因其教育背景須再經在職教育訓練；另由於關懷訪視員每次並未如預期蒐集到足夠量之資訊或因接案量過多以致無法逐筆(次)以S.O.A.P.呈現，建議可於訪視紀錄登打系統上於S.O.A.P.內設置點擊式或下拉式選項，以俾減少行政耗損。(4)資源轉介困境與建議：外部資源單位及轉介單位經常期待關懷訪視員具有輔導員角色功能，而偶有危急事件時仍會遭遇基層單位人員拒絕協助之情況，因此除各單位主管層級透過各委員會、跨局處或跨網絡會議形成聯繫以外，建議可形成基層單位人員之間定期及不定期之聯繫機制(如：相關會議或個案研討會)，以俾外部資源單位及轉介單位定位關懷訪視員角色功能及單位層級、建立基層單位人員之間密切合作窗口；另近期自殺防治法立法後將有助於各有關單位提供個案資料時於法有據。

<p>5. 擇定自殺關懷訪視特定議題，邀集各縣市政府自殺防治承辦人員、關懷訪視員及、精神醫療網核心醫院代表，以「世界咖啡館」形式召開108年度自殺防治年中討論會議1場次，並邀請地方衛生局關懷訪視業務資深督導擔任桌長，期啟發自殺關懷訪視業務之創新思考以凝聚共識，共同討論自殺防治新思維；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。</p>	<p>依規定執行完成 詳見5-6章節</p>
---	----------------------------

摘要

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，本中心於2019年6月28日辦理「2019年度自殺防治年中討論會」，將以自殺防治網絡之資源整合為討論核心，會中邀請衛生福利部、各縣市自殺防治承辦人員、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員代表及督導、安心專線代表、社政代表一同參與，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。

當日會議除報告自殺防治最新數據、自殺地圖與關訪員紀錄審查之結果與建議之外，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。在76位參與人中，共計35人完成會後滿意度調查問卷(填答率為46.1%)。整體滿意度(含非常同意與同意)為60%；整體收穫度為68.6%。

此次與會人員與往年相比增加不少，導致場地與座位安排上略為擁擠，在討論上各組容易彼此干擾，也造成時間倉促，無法達到解決實務困難之目的，建議討論時除提問外，應一併討論解決策略，回應時間也應延長，請專家學者針對問題進行回應，另也建議邀請其他領域的夥

伴，增加討論面向。

6. 配合世界自殺防治日(9月10日)以本部名義辦理大型活動1場次，包括籌劃舉辦自殺新聞報導媒體頒獎儀式(可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理)；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。	依規定執行完成 詳見5-7章節
--	--------------------

摘要

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)。2019年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺(Working Together to Prevent Suicide.)」，而本中心另訂2019年世界自殺防治日記者會主題為「同心協力防自殺，網路牽起你我他」，呼應「自殺防治人人有責，網網相連」的概念，「世界自殺防治日」記者會於2019年9月8日在張榮發基金會國際會議中心，誠如歷年記者會，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，本年度世界自殺防治日記者會共91人與會。中心響應世界自殺防治日活動包含世界自殺防治日記者會、世界自殺防治日徵件活動、世界自殺防治日媒體徵文活動與國際性活動—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。

(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

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。	依規定執行完成 詳見6-1章節
---	--------------------

摘要

訪視紀錄完善度、個案狀況是否清楚呈現，均會對關懷訪視之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，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知、有效運用既有之資訊來協助個案，因此訪視紀錄之填寫是否詳實，是極為重要的事。為增進關懷訪視員訪視紀錄之可靠度，提升後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的照護品質，中心安排每月抽查不同3縣市之訪視紀錄，進行審查以及針對審查結果提出建議。

截至2019年10月，共抽選31縣市(9縣市為第二輪審查)，並針對第二輪審查縣市追蹤其改善情形。第一輪審查中，各縣市較常出現情形為個案主觀描述填寫完整，但在客觀觀察資料方面則較為缺乏，推測應與電訪紀錄較多有關，而電訪個案雖較難觀察個案外觀及表情變化，但仍建議訪員可根據語氣和語調變化進行觀察及記錄。第二輪審查中，抽查縣市的紀錄完整性大致上有提高，明顯提高的項目為風險評估項目；個案主觀敘述方面因在第一輪審查的完成度高，第二輪審查較無明顯進步的情形；在客觀資料部份，仍較為薄弱。

訪視紀錄對於關懷訪視工作中有著重要的價值，詳實記錄關懷訪視過程能由內容掌握服務的決策與處遇確保服務品質，亦能讓被轉介單位了解情況，鞏固人員間的合作。自殺防治通報系統於2019年5月1日啟用S.O.A.P.登打格式輸入介面，期待以清楚明瞭的登打格式，協助關懷訪視員工作上能更加順利，也給予個案更加專業的關懷。

2.分析自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題，納入關懷訪視員培訓之參考，研擬關懷訪視員所需之課程(如線上課程)供關懷訪視員參考運用。

依規定執行完成
詳見6-3章節

摘要

為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，於全國自殺防治中心業務會議訂定核心能力困境調查方式。以中心出版之《自殺防治系列34-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。透過追蹤自殺關懷訪視員核心能力遭遇之困境及問題，研擬符合實務需求之相關課程，供自殺關懷訪視員參考運用。

自2019年3月起研擬核心能力困境調查問卷內容，於5月20日至6月21日間蒐集問卷資料，將核心能力困境調查問卷連結網址，張貼於「自殺關懷通報系統」，鼓勵各單位訪員填寫。總共回收137份問卷，勾選「自殺關懷訪視員」職務者共117份，其中有效回應共114份，占97.8%。本報告以有效回應問卷作為分析樣本進行統整分析。

依據分析結果規劃課程如下：重複自殺個案訪視技巧、拒訪或失聯個案訪視技巧、自殺防治與資源連結，並將配合今年甫通過之自殺防治法、即將於12月31日前公佈之自殺防治法施行細則及自殺防治法相關子法規等規定，於2020年初推出線上配套課程。

3.編製(1)自殺數據判讀指引、(2)長期照顧專業人員及家庭照顧者自殺防治、(3)網路自殺防治、(4)保護服務個案自殺防治、(5)自行擇定主題，共5項主題之教育手冊(電子書)；供本部提供本部相關單位及縣市衛生局、社會局參考運用。

依規定執行完成
詳見6-4章節

摘要

導致自殺的因素複雜而多元，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2005年本中心成立以來，已持續推行共38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。

自殺相關數據之運用一直是自殺防治工作中相當重要的一環，尤其透過分析數據並加以應用於自殺防治策略的擬定方向、引領政策形成，當優化工作效能並提升決策的有效性，本中心編製《自殺數據判讀指引》藉以提升政府單位、民間團體運用自殺相關數據之能力。而隨著台灣近年社會文化變遷，老年人口族群及兒少族群中特定的自殺防治議題逐漸浮現，有鑑於此趨勢，本中心編製《長期照顧專業人員及家庭照顧者自殺防治》及《網路與自殺防治》

教育手冊，俾反映社會的需求。另在醫療、衛生及社會福利體系的業務中，有關警察、第一線救援人員及保護服務工作所面臨的自殺防治情境及其所扮演的角色定位，本中心也於今年編製《警消與第一線救援人員之自殺防治指引》與《保護服務與自殺防治》教育手冊，以協助相關人員依循相關原則進行自殺防治工作。

本項目透過文獻探討及邀集不同領域之專家學者，如：精神醫療、護理、社工等專業人員，共同研討各項主題、架構，並製作成電子書置於線上平台，以利相關人員及社會大眾加以運用。執行成果詳見附件6-4-1《自殺數據判讀指引》、附件6-4-2《長期照顧專業人員及家庭照顧者自殺防治》、附件6-4-3《網路與自殺防治》、附件6-4-4《保護服務與自殺防治》、附件6-4-5《警消與第一線救援人員之自殺防治指引》。

建議未來編纂與跨部會相關業務之手冊時，可預先蒐集跨部會業務承辦人對於自殺防治業務及工作的現況與需求，彙整相關單位意見後，作為未來修訂之參考。

4. 輔助自殺關懷訪視作業，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，協助將關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員於登打資料時參閱，並配合將自殺通報關懷月報表及年報表建置於本部自殺防治通報系統，供衛生局及自殺關懷訪視員即時查閱。

依規定執行完成
詳見6-2章節

摘要

自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、自殺意念及自殺死亡個案之通報、建立個案輔導轉介關懷之網絡及促進相關服務資源之整合。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能，中心持續提出系統修改建議並協助建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員於登打資料時參閱。

2019 年度期中報告之綜合審查意見回覆

一、分析性資料應深化處理，對自殺防治成效提出具體陳述，並加強統計資料及策略研擬之關聯性，以及後續如何整合應用於「因地制宜」自殺防治策略規劃執行：

中心每年三月提供「因地制宜自殺防治策略建議」予各縣市，內容涵蓋數據分析並依據數據擬定各縣市不同的自殺防治策略建議，作為縣市衛生局制訂自殺防治策略參考之用。另於每月提供之自殺通報關懷月報表，分析各縣市通報數據變化，提供滾動式策略予各縣市作為修正各縣市自殺防治策略之參考，並按季追蹤各縣市對於滾動式策略建議之執行結果與回覆意見，詳見 2-5 章節。

二、針對特定人口群尚未統計分析之類別，如中（低）收入戶、農民、榮民、原住民族等，請於下半年持續完成。其統計分析應更深入，相關因應策略應更具體，以利執行：

已依照建議分析 2016-2018 年自殺死亡生前有通報、無通報個案之特殊身分別分析，包括離婚人口、農民、榮民、精神照護、毒品成癮、家暴相對人、家暴受害人、中低收入戶、低收入戶、原住民、替代治療、嚴重病人、兒少受害人、性侵受害人、性侵相對人及兒少施虐人，共 16 項身份別。分析 2018 年自殺死亡生前特殊身分別資料顯示，人數前三高依序為離婚人口(占總自殺死亡人的 24.2%)、農民(占總自殺死亡人的 10.8%)、精神照護(占總自殺死亡人的 10.6%)；詳如附件 2-2-2

三、原住民族自殺資料之分析面向，應洽詢原民會，避免重複性分析：

1. 洽詢原住民委員會後，發現原住民委員會分析之原住民族資料主要內容為臺灣原住民經濟狀況調查、原住民人口數統計資料、就業狀況調查統計、性別統計專區、公務統計方案報表、國民年金原住民給付統計資料…等；但並無自殺統計相關資料。
2. 其中原住民族人口及健康統計年報中，截至目前為止更新至 2015 年，原住民族自殺死亡分析內容主要為原住民自殺死亡之人數、占率、標準化死亡率以及粗死亡率。
3. 衛生福利部統計處公開數據，其中包含 2016-2017 年原住民自殺死亡人數、標準化死亡率以及粗死亡率。

四、針對青少年人口群自殺率微幅上升，建議將 3C、網路成癮、網路遊戲、網路社群媒體等議題，納入重點分析討論：

本中心已針對兒童及青少年群體，分析 0-17 歲兒少自殺死亡資料(含自殺死亡人數、方式、地點、性別差異、通報死亡時間、通報紀錄等)以了解其群體之相關特性，並融入校園學生自殺防治策略，詳見 2-1 與 2-2 章節。另今年度本中心編製之《網路與自殺防治》教育手冊中即針對網路成癮與自殺、網路霸凌與自殺、網路媒體與自殺之現象回顧相關文獻，並分別提出網路自殺防治策略。

五、請加強實證研究結果內容之呈現，文獻蒐集應納入國內文獻(含中英文之參考論文)，並提出防治策略建議：

已針對實證研究結果內容做加強並納入國內文獻於附件 3-1-1，同時補上防治策略建議，詳見 3-1 章節。

六、發表之期刊論文及辦理研討會之簡報等會議資料(經演講者同意)請放置於全國自殺防治中心網站供大眾參考：

已將本中心至今年度發表之期刊論文置於全國自殺防治中心網站「研究文獻」區塊(<http://tspc.tw/tspc/portal/know/index.jsp?type=1>)供社會大眾參考；另歷年辦理之世界自殺防治日記者會與台灣自殺防治學會學術研討會之會議資料，已製作成高畫質課程影片置於本中心「珍愛生命數位學習網」與 YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」，供社會大眾免費閱覽。

七、鑑於自殺防治法業於 108 年 6 月 19 日經總統公告實施，建議於辦理各縣市輔導訪查時，進一步了解各縣市對自殺防治法及其施行細則的理解、規劃及策略等；各縣市自殺防治業務輔導建議應依據各地問題需求及資源狀況，研擬更具體可行之策略，以利各縣市參考：

中心每年提供「因地制宜自殺防治策略」及每月「滾動式策略建議」，旨在依據各地問題需求及資源狀況，擬定具體策略建議，作為各縣市訂定自殺防治策略之參考。2020 年將加入調查各縣市依據自殺防治法及其施行細則於規劃及施行自殺防治策略之狀況及滾動式策略建議執行結果回覆，使因地制宜自殺防治策略的提供更能符合當地現況需求。

八、請追蹤媒體報導或記載相關內容，媒體監測發現之不當新聞，倘涉及自殺防治法第 16、17 條之情形，應針對不符之原則、處理方式及結果加以彙整：

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。2019年1月1日至2019年9月30日為止，共投訴50則自殺新聞報導，下架或改善34則。改善率約68%，不當新聞追蹤一覽表詳如附件4-3-1。

九、自殺關懷訪視員核心知能之困境仍以拒訪、失聯及重複自殺企圖為主，應加強研擬相關教育訓練課程：

檢視全國自殺防治中心目前已開設網路課程中，與「拒訪或失聯個案訪視技巧」、「重複自殺個案訪視技巧」及「依個案需求提供適當之資源轉介」三項核心能力相關之課程，並依此規劃新課程。

1. 透過完成訪視「拒訪」或「失聯」個案的成功案例，安排更具實務面向之專業課程，供關懷訪視員閱覽學習拒訪或失聯個案訪視技巧。
2. 配合10月27日舉辦之「2019年度自殺防治高峰論壇-關懷訪視督導共識會議」，透過與會專家學者針對重複自殺個案之督導重點探討拍攝課程影片，以提升關懷訪視員對於重複自殺個案訪視技巧。
3. 原有之資源轉介相關課程內容知識充分且切合實務經驗，將於投影片上增補更新資訊訊息後持續開放關懷訪視員閱覽學習。

十、自殺率仍持續微幅上升，應持續關注其成因並進行原因解構，提出可加強及精進之防治策略；針對106及107年各縣市自殺人數增減之原因，應向各縣市了解其反映之意見，做為未來研擬策略之參考：

2018年自殺死亡人數3,865人(較2017年下降6人)，自殺粗死亡率每十萬人口16.4人(與2017年相同)。針對各縣市自殺死亡人數，將分析增減死因，並收集各縣市對於每月自殺防治通報月報表「滾動式策略建議」之回饋意見，作為2020年度「因地制宜自殺防治策略」之研擬依據。

十一、建議規劃未來以「互動式平臺」方式呈現自殺統計分析資料，以促進自殺防治推動人員對資料的掌握性及運用：

目前於台灣自殺防治學會網站網站已有建立通報資料專區，專區內放置各縣市自殺防治通報月報表、年報表，提供各縣市衛生局利用，衛生局可使用中心提供之特定帳號，手動下載該全國及該縣市自殺防治通報報表(目前未開放下載跨縣市資料)。另自殺死亡資料可於衛生福利部網站，統計專區內取得，衛生福利部已建置統計互動式指標查詢系統供一般民眾及各界人士使用。

2019 年度期末報告之綜合審查意見回覆

一、計畫執行成果檢核表之摘要應以下列體例撰寫：計畫目標、執行成果(或結果)、結論與政策建議，以及建議未來可進一步執行之項目：

已根據建議依「計劃目標、執行成果(或結果)、結論與政策建議，以及未來可進一步執行之項目」體例撰寫期末成果報告計畫執行成果檢核表；請詳見期末成果報告本文 0-1-1。

二、相關統計之依變項應更多元，並有次群體之分析，相關統計圖表應配合撰寫說明文字，以利閱讀者正確判讀。(例如：自殺死亡個案通報時間之邏輯式迴歸分析，建議應可依年齡層分析，以符合相關因素分析之合理性。)：

目前中心已彙理有關的分析項目，研究團隊已進一步持續分析中，惟後續需進入衛生福利部資料科學中心連結資料庫，故本事項將列入 109 年度統計分析規劃及期程中。

三、請補充提供「原住民族」及「0-17 歲兒少年齡層」之描述性分析及推論性統計，並依統計發現提出自殺防治策略建議，以利本部提供予原住民族委員會及教育部參考運用：

0-17 歲兒少年齡層，建議透過跨部會協商與教育部的校安通報系統連結串檔進行比對分析，了解未有通報紀錄的族群落在何處？俾後續介入並予各縣市因地制宜來加強兒童青少年有關的學校機構等自殺行為通報，以及此年齡層較常使用的高危險自殺方式介入之必要性等。

原住民族描述性資料分析中，現階段自殺死亡個案數尚嫌不足，故統計分析不足以作最後的結論，需待後續累積收集案量，且依據文獻回顧，原住民族分析需了解各原住民族之文化，未來可持續進行溝通討論。

推論性統計之部分目前中心已整理相關分析項目，有關細部分析研究團隊已在持續進行中，因後續分析需進入衛生福利部資料科學中心連結資料庫，故細部分析列入下年度統計分析規劃與討論。

四、專責人力配置之圖表，建議應補充說明人員流動之情形，以避免造成誤解：

有關本中心聘任專責人力及其專長為統計分析技術或專長為數位教材編輯技術人次呈現，為避免使用圓餅圖以致閱覽者誤解，本中心已改為長條圖呈現。人次計算方式乃為一人若曾熟習且可應用於本中心所涉業務之技術即計一次，故專長統計分析技術或專長數位教材編輯技術之「總人次」

將可能超過總人力人數(已排除離職人力)。請詳見期末成果報告(附件)1-1-1。

五、自殺防治互動式輔導訪查之具體結果，應歸納主要議題，據以為日後政策修正參考：

已根據委員建議，依 2019 年度自殺防治互動式輔導訪查成果，歸納出今年度各縣市共通議題分別為通報資料登載及利用、校內外資源連結管道、資源地圖建置、訪視人力及量能、分流機制與轉介率、以及醫療資源可近性，請詳見期末成果報告本文 4-1 章之表 4-1-1。

六、2019 年自殺防治調查問卷，建議進行交叉分析(例如：填答一年中曾經認真想過要自殺，與一年內有真正自殺行為之關係)：

本中心將持續依照來年調查針對有關題項進行交叉分析。依 2019 年度自殺防治調查問卷進行交叉分析結果顯示，一生中曾經有(或無)認真地想過要自殺者與一生中有過(或無)自殺行為者兩群體之間具有顯著相關；一生中曾認真想過自殺者中有 14.4% 的人表示一生中曾有過自殺行為。而最近一年仍(或未有)認真地想過要自殺者與最近一年仍有(或未有)過自殺行為者之間也具有顯著相關性；最近一年仍認真地想過自殺者，則有 5.5% 的人表是最近一年仍有過自殺行為。惟最近一個月是否仍(或未有)認真地想過要自殺者與最近一個月是否仍(或未有)自殺行為者之間未達顯著相關。 χ^2 關聯性分析表請詳見期末成果報告本文 7-6 章之表 7-6-2、7-6-3、7-6-4。

七、有自殺通報紀錄僅占自殺死亡個案之 25%，請研議如何增加通報率：

每一年的縣市互動訪查及各縣市衛生局督導考核，都有強調各通報單位應積極通報並將通報指標列入醫院考核項目，依近 10 年來的自殺通報數據顯示，以自殺企圖通報人次所計算的通報比已經趨於穩定且在 107 年達到 8.1，表示各通報單位的通報工作皆持續努力。歷年通報人次與通報比詳情請見期末成果報告本文 2-5 章之表 2-5-2。

針對自殺死亡個案中，未有自殺通報紀錄的 75% 個案，應以早期辨識、早期診斷並且給予適當的轉介資源，以心情溫度計做篩檢，發揮自殺防治守門人的精神，預防有自殺風險者的自殺行為。自殺防治法正式施行後，根據第 11 條規定，通報人員除醫事、教育與警消人員外，擴及社工、長照人員、村里長、村里幹事及其他業務相關人員，在通報人員的範圍增加後，通報比應會再上升。

八、住院病人中，腎臟科、胸腔科病人自殺比率較高，請再分析疾病類別之影響，提出因應策略：

住院自殺病人因應策略含蓋全面性、選擇性及指標性策略，而全面性策略包含住院的安全環境的設置，醫護人員自殺防治守門人的教育訓練，病人的安全是否能妥當受到監控等。選擇性策略方面則以高關懷個案的發現為要務，由於住院病人自殺死亡前住院科別不僅一科，故難以特別針對哪一科別去強化，而本研究案所分析的住院科別僅挑選住院自殺病人生前最後一個住院科別，故因應策略方面，仍須以住院病人疾病來發展。

本中心及許多研究皆發現以罹患情感性精神病、憂鬱症及思覺失調症之住院病患需特別注意其自殺風險，並透過 BSRS 及 CMHC 的篩檢，期提早發現高關懷個案，並及時轉介其他資源並適當的治療。而選擇性策略部份，則需特別強化後續醫院內跨專業整合服務及定期的關懷，及完善的出院準備計畫。住院自殺病人的診斷疾患則補充於期末成果報告本文 3-1 章之第六點。

九、針對本年度具挑戰之重要議題，提出後續應如何落實努力之建議：

根據今年度本中心執行計畫成果及社會相關趨勢，本中心針對跨部會自殺防治標的分析、兒童及青少年自殺防治、網際網路及自媒體自殺防治、民眾自殺防治教育宣導、新聞媒體報導自殺事件情形、社會安全網等六大重要議題，提出來年落實努力之方向如下：

1. 跨部會自殺防治標的分析：「自殺防治法」已於 6 月 19 日正式施行、衛生福利部也已於今(109 年)11 月 6 日依法召開自殺防治諮詢會第 1 次會議，本中心已於諮詢會上呈報「自殺防治最新數據分析及因應對策」；本中心建議衛生福利部逐一邀請某一部會於自殺防治諮詢會上提出自殺防治報告及面臨困難，俾協助該部會詳加研擬相關計畫及行動方案；另針對「自殺防治法」所定中央主管機關設自殺防治諮詢會，本中心未來將朝以行政院召集跨部會自殺防治諮詢會為方向，持續倡議修法，以利於中央層級落實跨部會自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。
2. 網際網路與自媒體之自殺防治：由於近年來兒童及青少年自殺防治議題漸興與社會趨勢轉變，本中心來年將針對網際網路及自媒體自殺防治持續提出政策建議；建議衛生福利部將本項議題納入跨部會自殺防治諮詢會，以促進各相關部會依「自殺防治法」及其施行細則與子法規，推動各層級制定符合國情之兒童及青少年自殺防治策略並落實執行自殺防

治工作。

3. 民眾自殺防治教育宣導：根據本中心歷年「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」，台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約兩成主動求助，而求助對象又以親朋好友居多，其次為醫療院所精神科別，顯示自殺高風險民眾的求助動機偏低；本中心來年將持續針對向民眾宣導自我協助方法及資源等面向，更新並編製電子及紙本書籍或文宣品，並持續倡導珍愛生命守門人「一問、二應、三轉介」的概念及「心情溫度計」行動應用程式，提升大眾對個人心理健康狀態的自我省察能力。
4. 社會安全網議題：社會安全網議題與自殺防治工作密不可分，本中心來年將配合 109-110 年社會安全網計畫方向，辦理「全國自殺防治中心計畫案」及大部協請交辦自殺防治工作事宜。

十、有關期末成果報告及審查會議中，簡報提及之分析項目及結果之解讀，請一併補充說明：

本中心今(109)年已針對 2006-2015 年各年齡層(15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、及 65 歲以上)其各類健保申報診斷對於自殺死亡之人群歸因，進行巢式病例對照研究，發現 15-24 歲住院自殺死亡比例仍屬少數。整體而言，各年齡皆需特別注意之疾病診斷類別包含憂鬱症、情感性疾患、思覺失調症、腎臟病等，其自殺風險對比值及人群可歸因分率均較高。

前言

一、背景提要

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，期間以「全國自殺防治中心計畫」設立全國性自殺防治中心，至今已邁入第十四年。

國人自殺粗死亡率於 2018 年、2017 年分別較 2016 年增約 2.5%；自殺死因排行雖已連續 8 年列於十大死因之外，但近兩年排行較 2016 年由第 12 位上升至第 11 位(詳見第貳章，圖 2-1-1)。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 2018 年的 11.1 人，而男性則由 2016 年每十萬人口 21.8 人增加至 2017 年的 22.0 人，隨後 2018 年又回至 21.8 人(詳見第貳章，圖 2-1-2)。以年齡結構而言，台灣近年的人口老化速度與少子化進程全球居冠；2018 年青少年 15-24 歲的自殺粗死亡率較前一年增加約 12.5%；65 歲以上老年族群的自殺死亡率雖下降約 8.7%，但仍為各年齡層之冠(詳見第貳章，圖 2-1-3)。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。

二、衛生福利部委託「108 年度全國自殺防治中心計畫」

2019 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，除作為全國自殺防治工作交流平臺，亦與國內醫療專業、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、意見領袖以及其他國內外相關機構、專家學者等共同合作，持續秉持著「思維全球化」之角度，維繫多邊交流管道。

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，推廣「一問、二應、三轉介」技巧，逐步落實全民參與，達到建立救人關懷文化之目標。

今年度工作重點依當今自殺防治重要議題包含擬訂全國及各縣市因地制宜之年度以及每月自殺防治策略建議、召開全國性自殺防治業務共識會議、結合自殺防治相關學協會辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練，並於年中辦理世界咖啡館討論會。承去年追蹤自殺關訪員核心能力之落實情形，再進一步調查核心能力落實所面臨之困境並規劃相關課程。針對各縣市自殺死亡數據及今年度初步自殺死亡數據進行分析、辦理自殺防治互動式輔導訪查。持續監測新聞媒體報導及網際網路教唆自殺之資訊，並舉辦新聞媒體聯繫會議溝通交流。今年度除持續蒐集國內外自殺防治相關文獻及策略俾更新國內常用自殺方式或工具之資訊，另針對巴拉刈禁用與多元性別人口群分別進行系統性文獻回顧，以及回顧我國歷來自殺防治策略之演變並蒐集美、英、日、韓與自殺防治策略有關之研究，制定各項具體可行之自殺防策略。「自殺防治法」已於今年 5 月 31 日於立法院三讀通過，並於 6 月 19 日經總統公佈正式施行；而衛生福利部預計於今年 12 月 31 日前公告並施行「自殺防治法施行細則」與相關子法規。

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，撙節政策可能伴隨失業率與自殺率升高，而經濟衰退可能加深社會不均衡及心理衛生問題；凡此皆可做為臺灣自殺防治工作之借鏡與警惕。面對此一局勢，未來除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，各級長官應發揮優質領導力以化解本位主義藩籬，並挹注足夠之經費，藉由實證資料引領不同專業資源之投入與增能，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，以促進全國民眾的同心協力，共同迎接挑戰，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，共同達成、「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

三、報告編撰格式

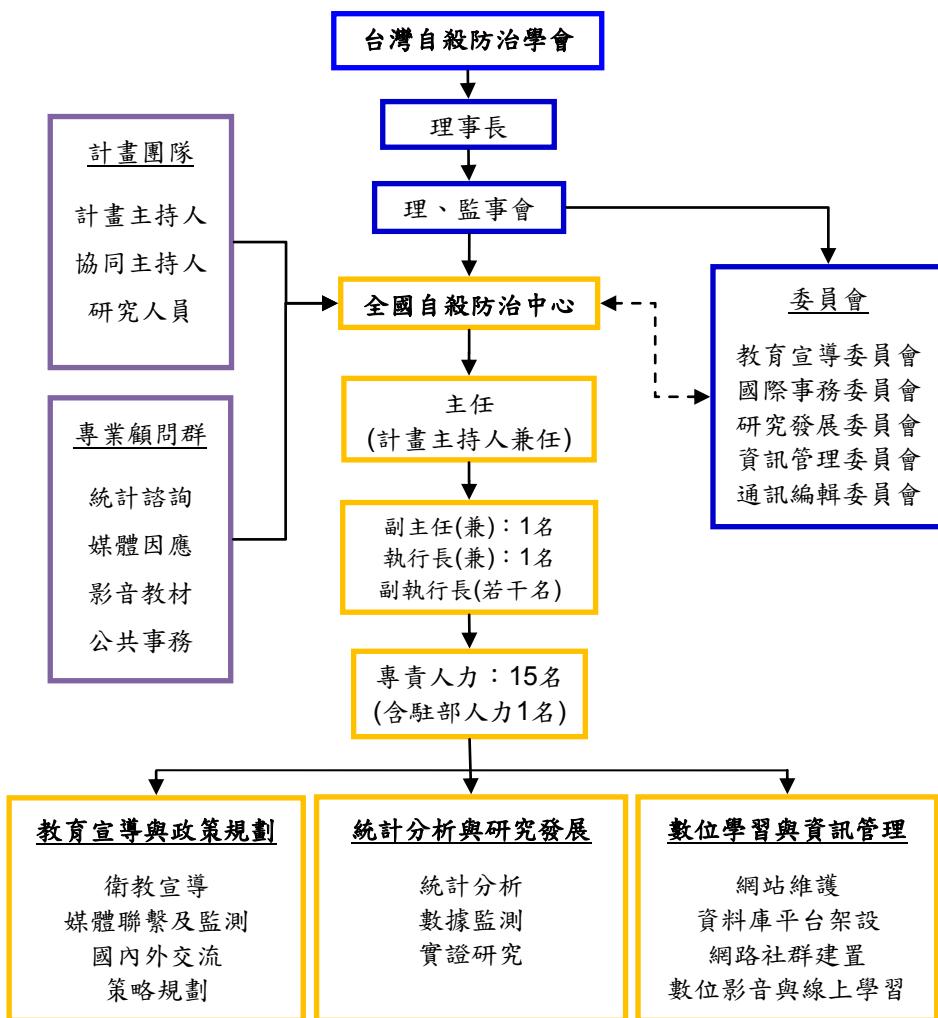
本報告章節配置乃以「108 年度全國自殺防治中心計畫」廠商服務建議企劃書「工作目標、具體規劃及重要參考資源」所述需求說明項目為基礎，並將各項目依其類似性，分述為各具體章節，以利整合呈現執行成果。

本報告各章節內容格式則依循 C.I.P.P. 之評鑑模式，以背景(Context)、輸入(Input)、過程(Process)及成果(Product)此四大向度撰寫計畫執行成果，藉此呈現執行「全國自殺防治中心計畫」落實國家級自殺防治三大策略所採取的具體目標、計畫、行動與結果之面向，以利提供各工作項目執行績效，並指導未來改善計畫方向之決策。

壹、全國自殺防治中心組織

全國自殺防治中心組織

社團法人台灣自殺防治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，並依據衛生福利部規定及業務需求，聘請具有自殺防治工作經驗之專責人力 15 人，設置全國自殺防治中心(詳見組織圖如下)，辦理本案之各項工作，同時藉由本學會各委員會及顧問群之協助督導，以促進各項專案業務之推動。「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件 1-1-1)



承續過去自殺防治工作之理念與實務，2019 年全國自殺防治中心之角色任務包括：協助衛生福利部加強整合心理衛生與自殺防治業務及資源、針對各種特定族群探討自殺之可能原因，研擬具體防治策略，預防自殺死亡率之增加；藉由 2016 年度國內發生多起重大自殺死亡事件，積極檢討瞭解現有防治體制、處理流程之問題；協助各縣市衛生局，擬訂因地制宜之自殺防治措施，提升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。

貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

2018 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告

一、背景

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。

2018 年持續配合衛生福利部，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

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：衛生福利部自殺防治通報系統。
- 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、通報縣市、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、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

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、自殺工具與方式、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 2018 年。

(2) 說明：自 2000 年衛生福利部「衛生福利資料科學中心」成立後，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 2018 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

3)自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔分析

四、成果

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)，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，於 2006 年上升至自殺死亡人數 4,406 人(男性 3,088 人、女性 1,318 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，其後逐年下降，並於 2010 年退出國人十大死因，以標準化自殺死亡率觀察亦為同樣趨勢。惟自 2015 年起，連續三年自殺死亡率上升，至 2017 年自殺粗死亡率為 16.4 人(男性 22.0 人、女性 11.0 人)。(如圖 2-1-1)

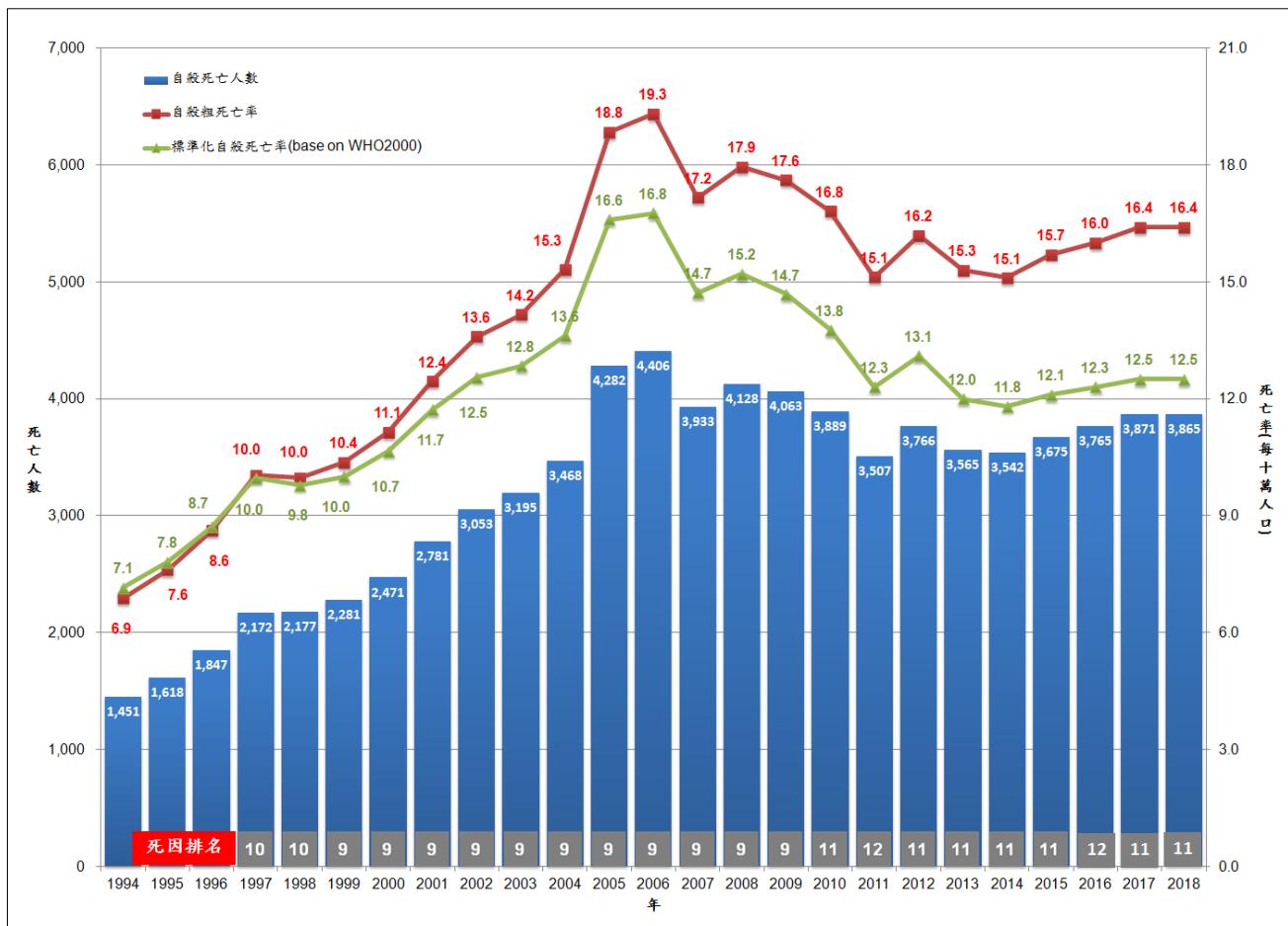


圖 2-1-1、1994-2018 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 2018 年自殺死亡人數 3,865 人(男性 2,551 人、女性 1,314 人，性別比 1.94)；自殺粗死亡率每十萬人口 16.4 人(男性 21.8 人、女性 11.1 人)，較 2006 年(每十萬人口 19.3 人)下降 15%、與 2017 年相同，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 2018 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 18.4%。

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 2017 年為 11 人，2018 年上升至 11.1 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 5.1%。(如圖 2-1-2)

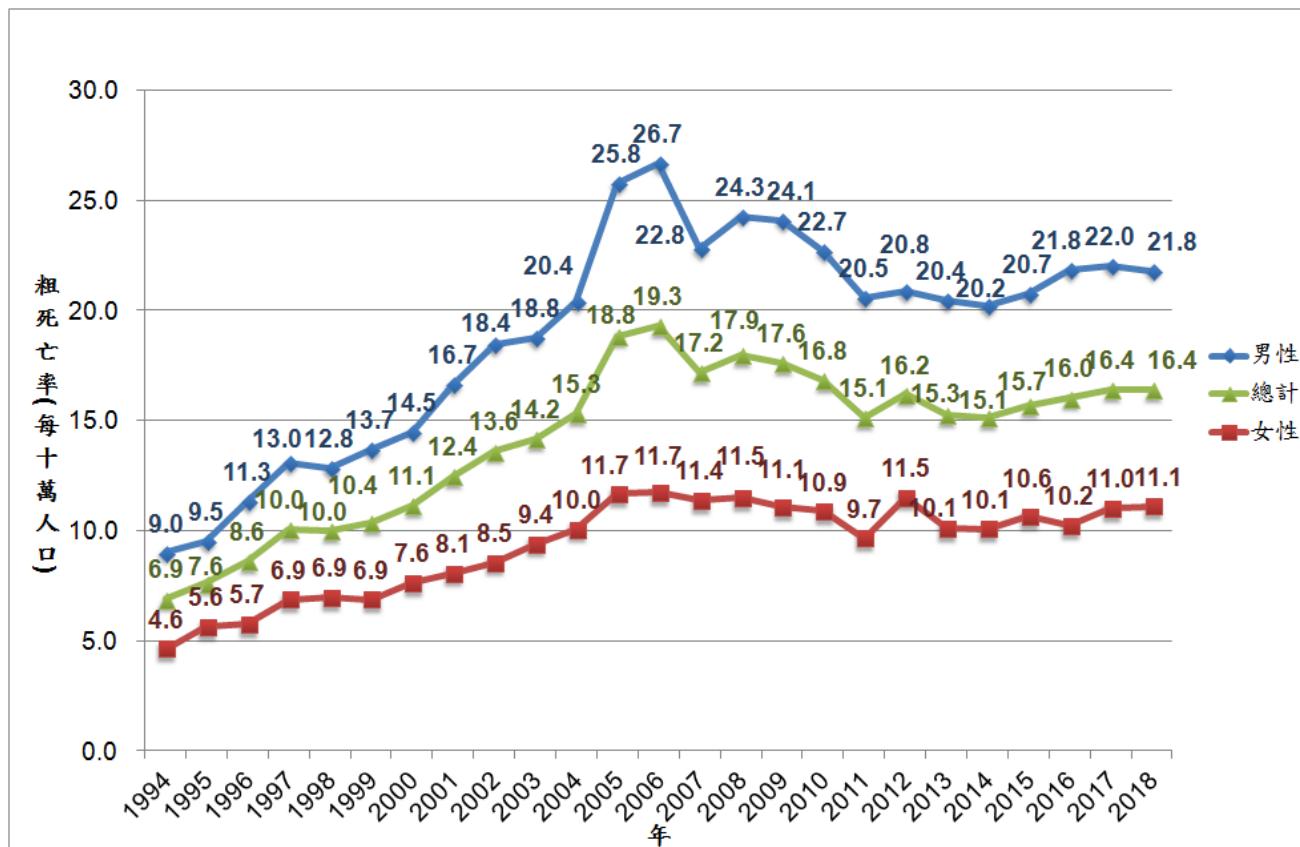


圖 2-1-2、1994-2018 年性別自殺粗死亡率

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。如圖 2-1-3。

2018 年全國自殺死因占率前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,334 人，占率 34.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(963 人，占率 24.9%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(586 人，占率 15.2%)。

自殺死因占率是一個相對數值，僅能看出各個自殺死因間的相互關係，因此需要觀察各死因的自殺死亡率，以自殺死亡率的增減趨勢評估自殺死因的嚴重程度。2018 年死亡率前三高自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」。(如圖 2-1-4)

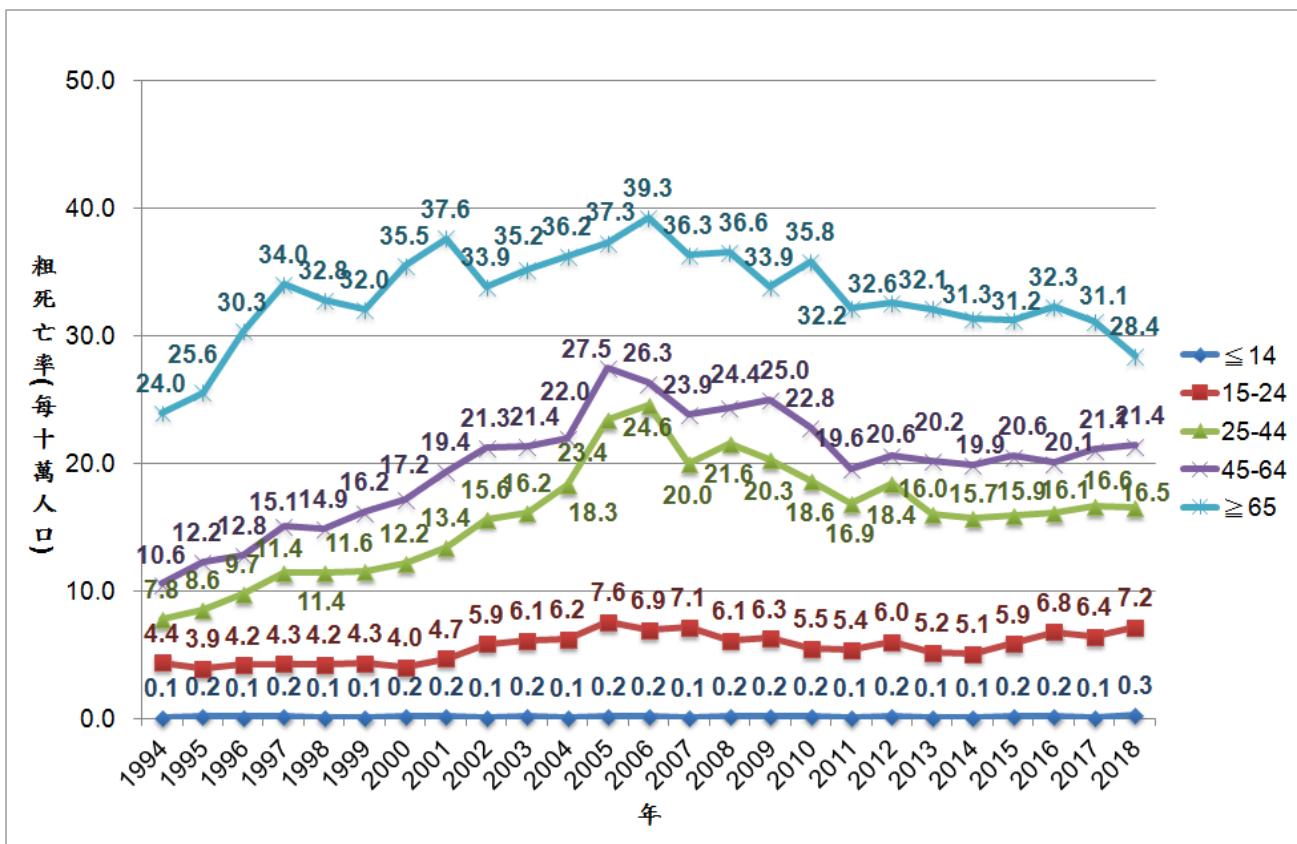


圖 2-1-3、1994-2018 年各年齡層自殺粗死亡率

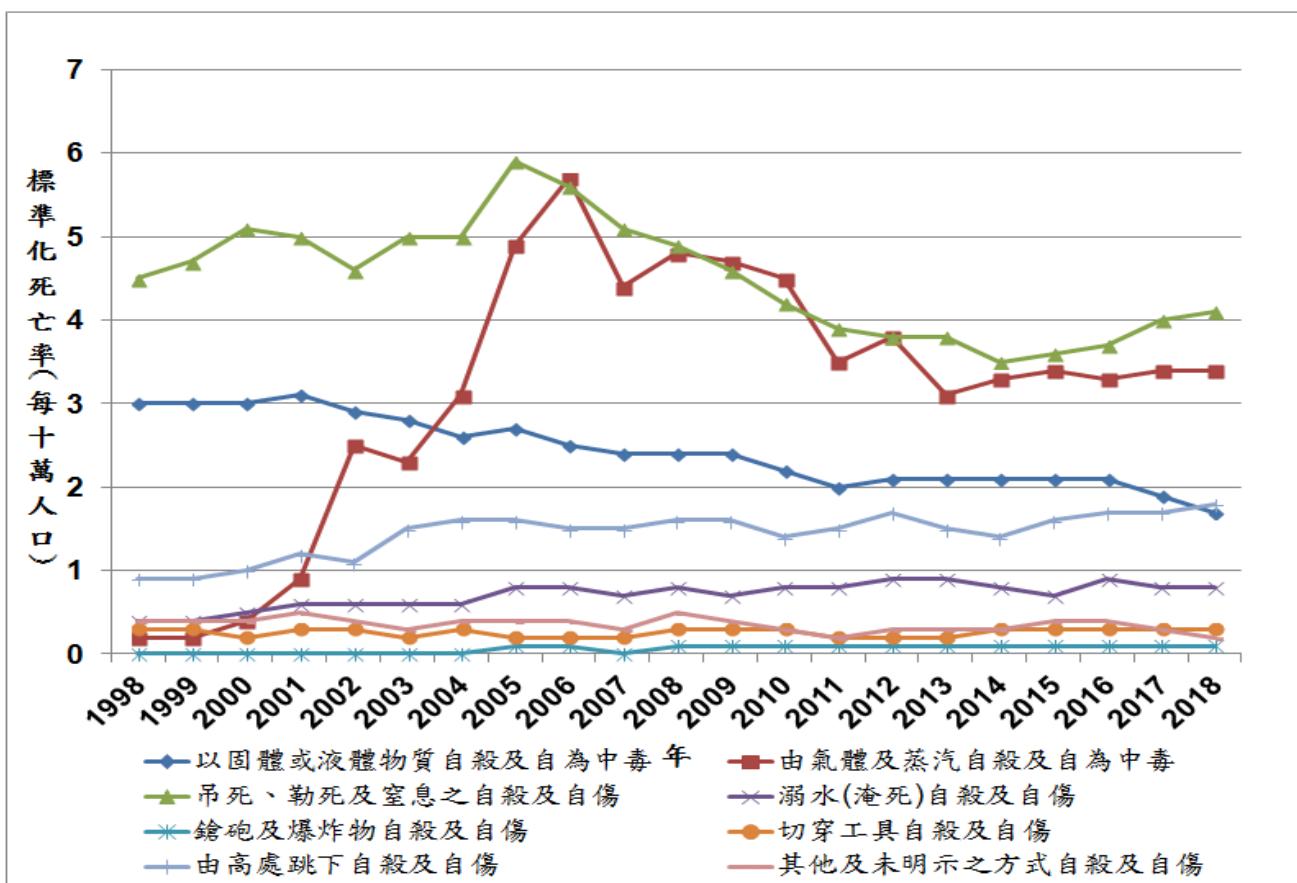


圖 2-1-4、1998-2018 年全國自殺死亡方式標準化自殺死亡率

2018 年自殺粗死亡率前六高縣市為花蓮縣(24.3 人)、臺東縣(23.3 人)、基隆市(22.7 人)、南投縣(21.4 人)、嘉義縣(21.4 人)、宜蘭縣(19.5 人)，如表 2-1-1；2018 年標準化自殺死亡率前六高縣市為臺東縣(18.5 人)、花蓮縣(17.7 人)、南投縣(16.5 人)、連江縣(15.7 人)、嘉義縣(15.6 人)、基隆市(14.9 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、2017-2018 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	2017 年		2018 年		增減率 (%)
	粗死亡率	排名	粗死亡率	排名	
全國	16.4	-	16.4	-	0
臺北市	11.8	22	13.0	20	10.2
新北市	16	16	16.0	12	0
基隆市	16.1	15	22.7	3	41
宜蘭縣	24.1	5	19.5	6	-19.1
桃園市	15.5	17	14.6	16	-5.8
新竹市	13.9	20	12.6	21	-9.4
新竹縣	16.9	13	13.9	19	-17.8
苗栗縣	17.1	12	17.0	11	-0.6
臺中市	15.3	18	15.7	14	2.6
彰化縣	14.5	19	15.9	13	9.7
南投縣	24.4	4	21.4	4	-12.3
雲林縣	19.2	8	19.5	7	1.6
嘉義市	16.3	14	14.1	18	-13.5
嘉義縣	24.9	3	21.4	5	-14.1
臺南市	17.4	10	17.4	9	0
高雄市	17.3	11	17.3	10	0
屏東縣	18.4	9	19.0	8	3.3
臺東縣	20.9	6	23.3	2	11.5
花蓮縣	19.7	7	24.3	1	23.4
澎湖縣	26	2	14.4	17	-44.6
金門縣	12.5	21	10.1	22	-19.2
連江縣	39	1	15.4	15	-60.8

以各縣市自殺死亡人數分析，2017 年相比增加縣市為臺北市 32 人、基隆市 24 人、彰化縣 17 人、臺中市及花蓮縣均 15 人、臺東縣 5 人，屏東縣 4 人、新北市 2 人、雲林縣 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-1-3。

表 2-1-2、2017-2018 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	2017 年		2018 年		增減率 (%)
	標準化死亡率	排名	標準化死亡率	排名	
全國	12.5	-	12.5	-	0
臺北市	8.9	21	9.8	21	10.1
新北市	12.4	16	12.4	14	0
基隆市	11.1	19	14.9	6	34.2
宜蘭縣	17.2	4	14.5	7	-15.7
桃園市	12.8	14	11.9	15	-7
新竹市	11.5	18	10.7	19	-7
新竹縣	13.7	8	10.7	18	-21.9
苗栗縣	13.5	10	12.8	11	-5.2
臺中市	12.2	17	12.5	13	2.5
彰化縣	10.9	20	11.6	16	6.4
南投縣	18.4	3	16.5	3	-10.3
雲林縣	13.2	11	13.5	9	2.3
嘉義市	13.2	12	10.5	20	-20.5
嘉義縣	17.1	5	15.6	5	-8.8
臺南市	12.9	13	12.7	12	-1.6
高雄市	12.8	15	12.8	10	0
屏東縣	13.5	9	14.2	8	5.2
臺東縣	14.2	6	18.5	1	30.3
花蓮縣	14.2	7	17.7	2	24.6
澎湖縣	21.0	2	10.9	17	-48.1
金門縣	8.5	22	7.6	22	-10.6
連江縣	34.2	1	15.7	4	-54.1

表 2-1-3、2017 年與 2018 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	
	Total	N	(%)	Total	N	(%)	N	(%)
全國	2551	-23	-0.9	1314	17	1.3	-6	-0.2
臺北市	219	26	13.5	130	6	4.8	32	10.1
新北市	398	14	3.6	240	-12	-4.8	2	0.3
基隆市	54	16	42.1	30	8	36.4	24	40.0
宜蘭縣	57	-19	-25.0	32	-2	-5.9	-21	-19.1
桃園市	221	-2	-0.9	100	-14	-12.3	-16	-4.7
新竹市	42	0	0.0	14	-5	-26.3	-5	-8.2
新竹縣	53	-14	-20.9	24	-2	-7.7	-16	-17.2
苗栗縣	61	-2	-3.2	33	1	3.1	-1	-1.1
臺中市	272	-5	-1.8	168	20	13.5	15	3.5
彰化縣	134	2	1.5	69	15	27.8	17	9.1
南投縣	71	-12	-14.5	36	-4	-10.0	-16	-13.0
雲林縣	99	5	5.3	35	-4	-10.3	1	0.8
嘉義市	23	-6	-20.7	15	0	0.0	-6	-13.6
嘉義縣	77	-20	-20.6	32	1	3.2	-19	-14.8
臺南市	226	11	5.1	102	-12	-10.5	-1	-0.3
高雄市	302	-38	-11.2	177	36	25.5	-2	-0.4
屏東縣	121	8	7.1	36	-4	-10.0	4	2.6
臺東縣	38	8	26.7	13	-3	-18.8	5	10.9
花蓮縣	60	13	27.7	20	2	11.1	15	23.1
澎湖縣	12	-3	-20.0	3	-9	-75.0	-12	-44.4
金門縣	9	-3	-25.0	5	0	0.0	-3	-17.6
連江縣	2551	-23	-0.9	1314	17	1.3	072	-0.2

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，2018 年上升為 33,207 人次(男性 12,325 人次、女性 20,882 人次)，自殺通報比為 8.1，女性為男性之 1.69 倍，2018 年自殺通報人次較 2006 年增加 73.3%、若與 2017 年相比增加 8.5%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2018 年自殺通報比與 2006 年相比增加 88.4%、較 2017 年相比則增幅為 9.5%。(如圖 2-1-5)

分析 2018 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為嘉義市(10.1)、桃園市(10)、新竹市(9.8)、新北市(9.6)及宜蘭縣(8.5)。

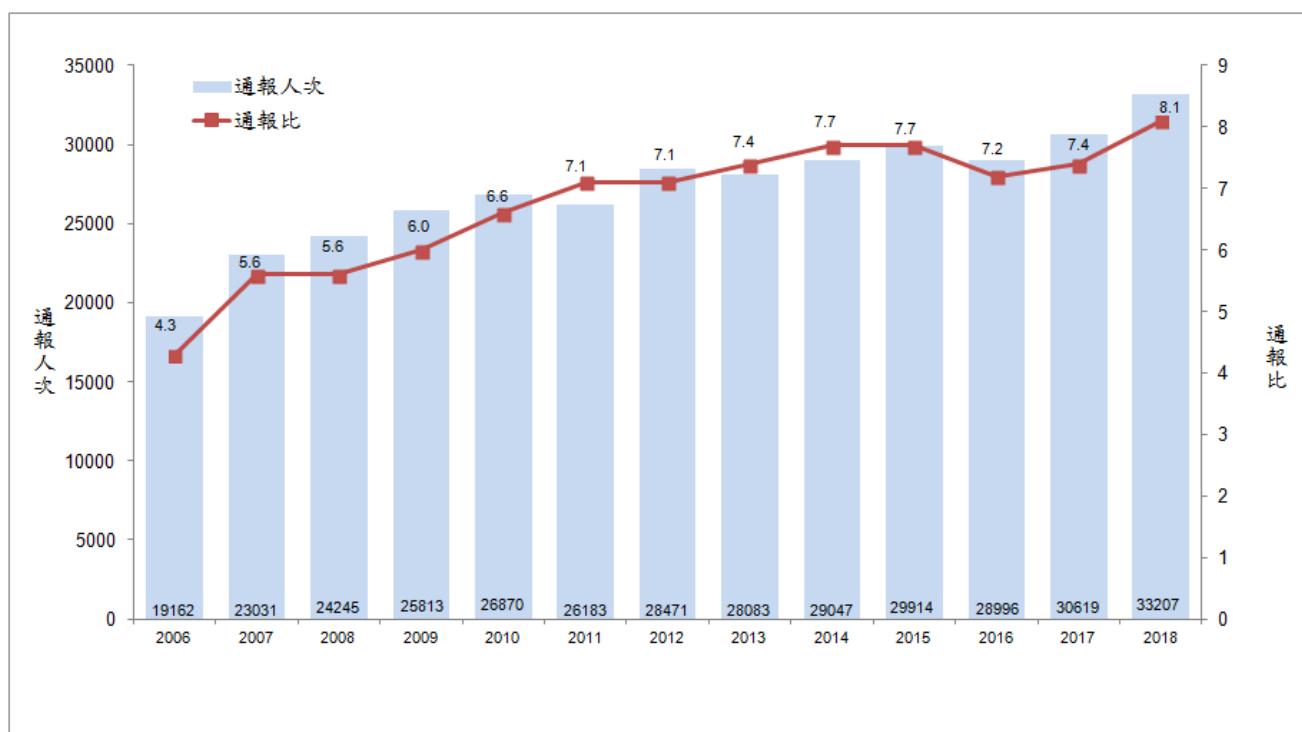


圖 2-1-5、2006-2018 年全國自殺通報趨勢圖

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，2018 年為 12,325 人次，與 2017 年相比增幅為 7.8%，與 2006 年相比增幅為 92.8%。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 20,882 人次，首次一年內女性通報人次高於 20,000 人次，與 2017 年相較增幅為 8.8%，與 2006 年相較增幅為 63.5% (如圖 2-1-6)。

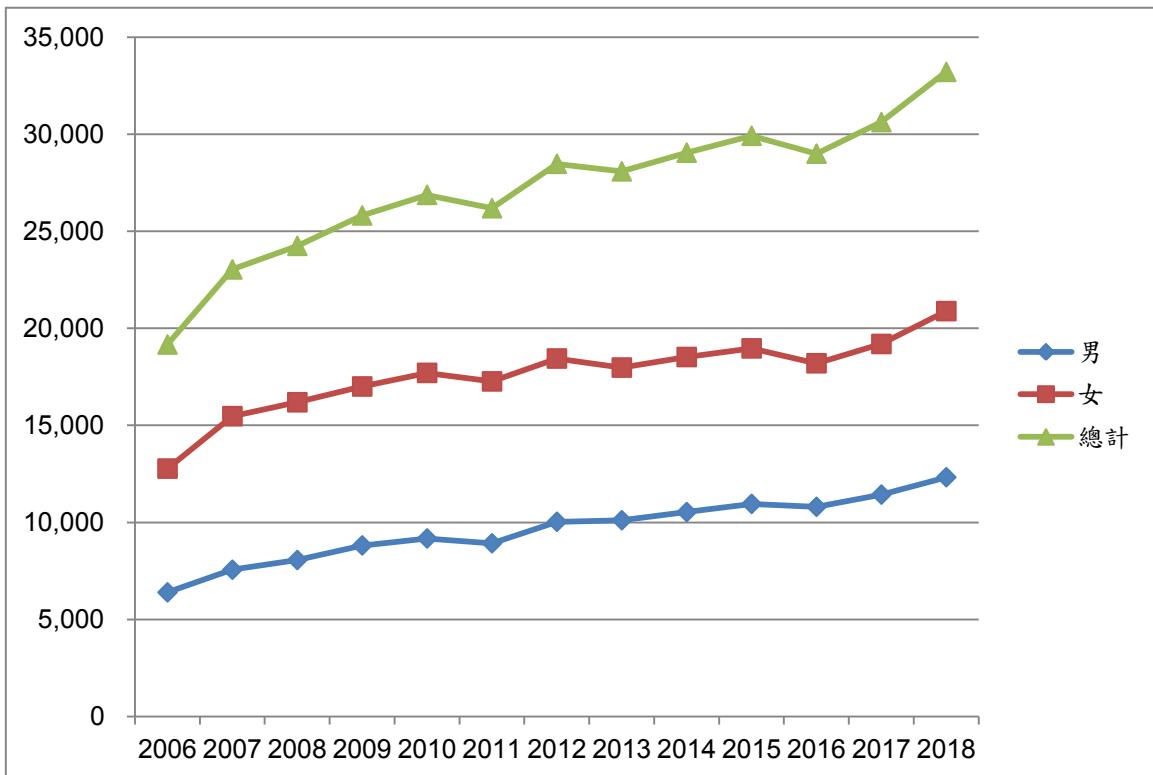


圖 2-1-6、2006-2018 年全國性別自殺通報趨勢圖

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，2018 年通報占率為 42.8%。各年自殺通報占率「45-64 歲」幾乎皆為第二高，2018 年通報占率為 25.3%。第三高為「15-24 歲」，2018 年通報占率為 19.1%。「65 歲以上」自殺通報人次占率排名第四，2018 年通報占率為 10.2%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，2018 年通報占率為 2.5%。(如圖 2-1-7)

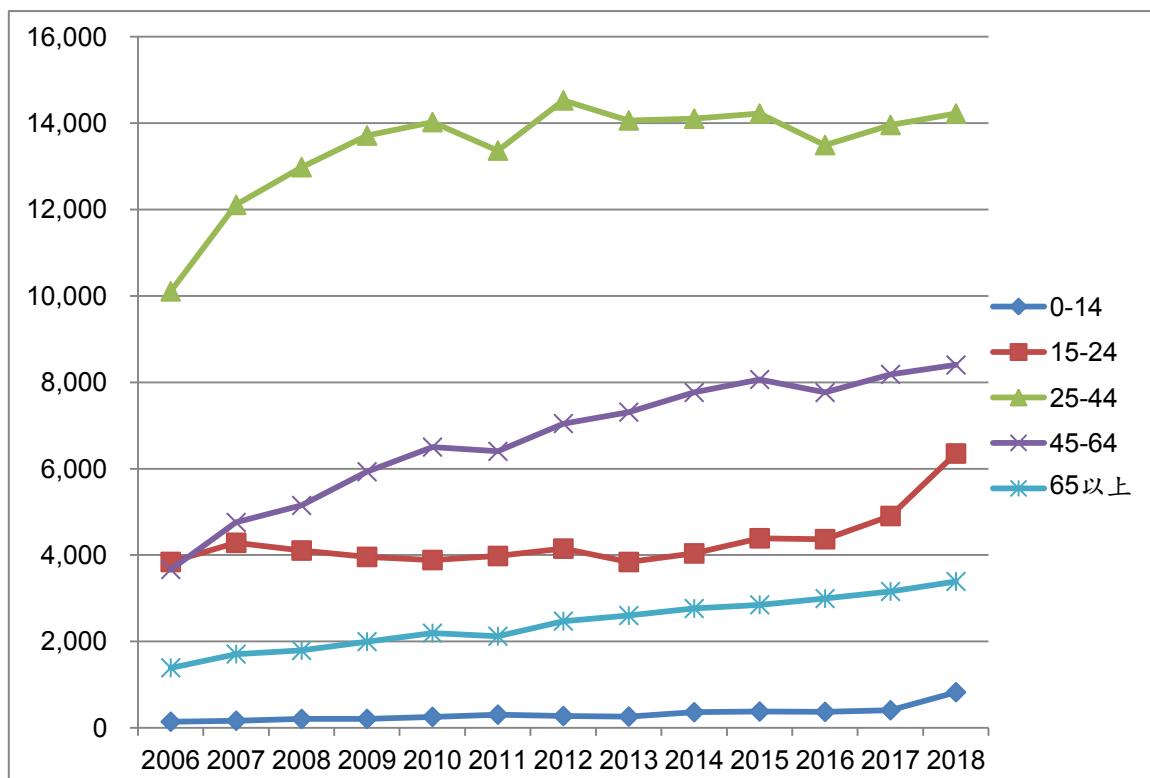


圖 2-1-7、2006-2018 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

2018 年全國自殺通報數據中(含自殺企圖與自殺死亡通報)，自殺方式前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(通報 15,956 人次，占率 48.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(通報 9,801 人次，占率 29.5%)及「由高處跳下自殺及自傷」(通報 2,246 人次，占率 6.8%)，如圖 2-1-8。若以性別觀察，男性前三位為「固體或液體物質自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」；女性則為「固體或液體物質自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」及「由高處跳下自殺及自傷」。

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」(2018 年全國通報 15,327 人次，占率 46.2%)、「精神健康／物質濫用」(13,568 人次，40.9%)及「工作／經濟」(3,542 人次，占率 10.7%)。(如圖 2-1-9)

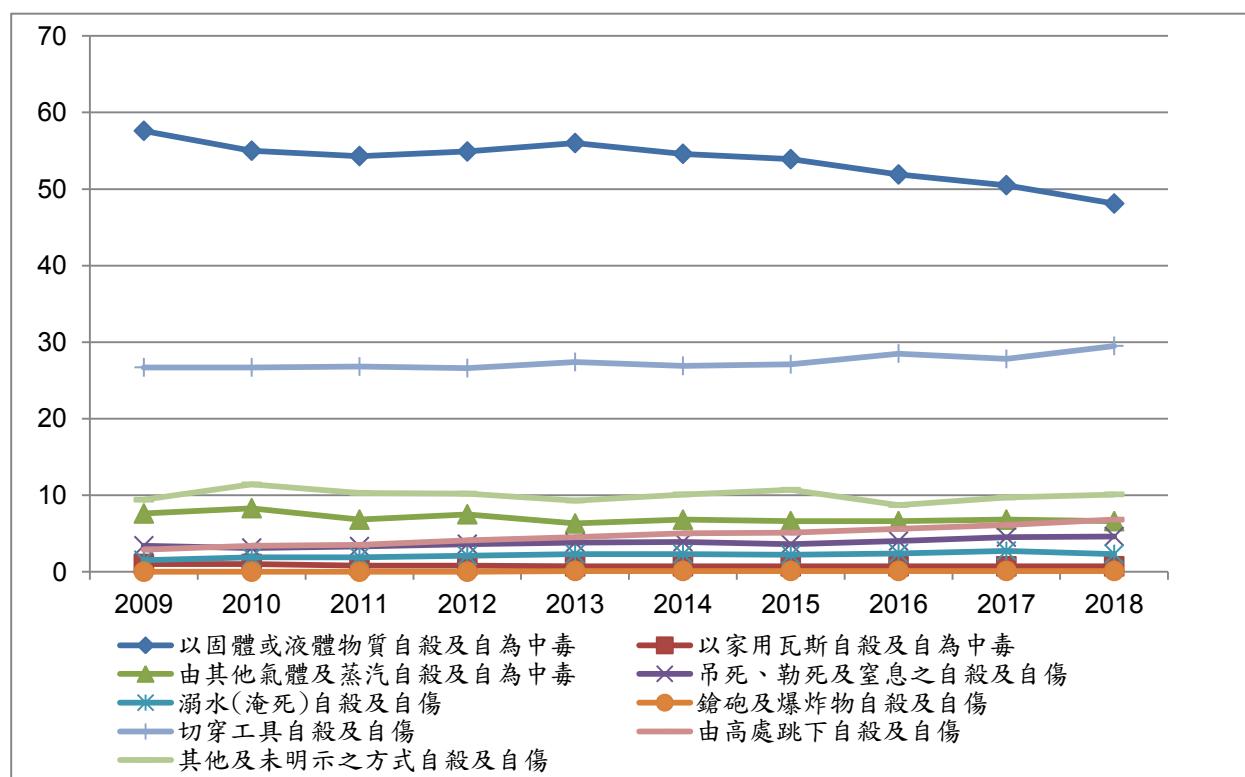


圖 2-1-8、2006-2018 年全國自殺通報方法占率圖

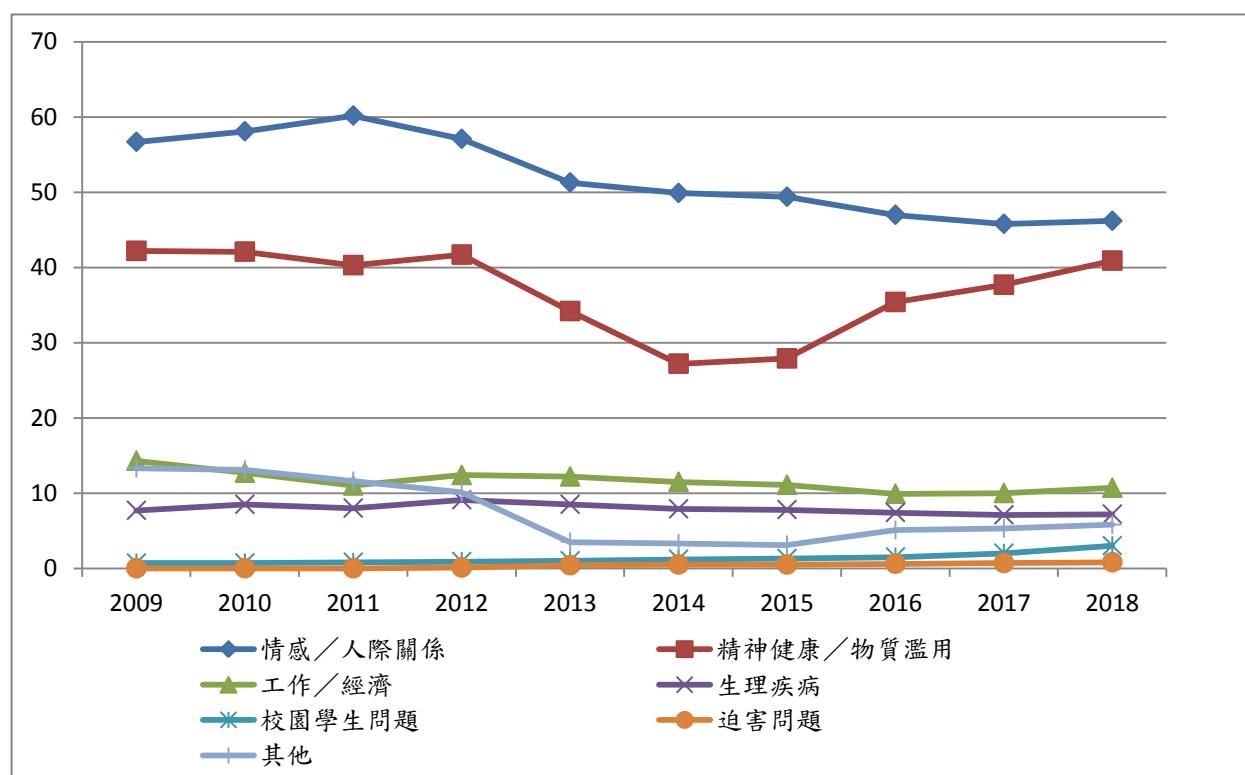


圖 2-1-9、2006-2018 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率較高縣市為金門縣(33.9%)、臺北市(28%)、嘉義縣(15.7%)、基隆市(13.8%)、臺東縣(13.2%)、南投縣(13.1%)、桃園市(11%)、宜蘭縣(10.5%)、彰化縣(10.4%)。(如表 2-1-6)

表 2-1-6、2017 年與 2018 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	2017 (N)	2018 (N)	增減率 (%)	2017 (N)	2018 (N)	增減率 (%)	2017 (N)	2018 (N)	增減率 (%)
全國	11,430	12,325	7.8	19,189	20,882	8.8	30,619	33,207	8.5
臺北市	583	665	14.1	1,158	1,563	35	1,741	2,228	28
新北市	2,242	2,392	6.7	3,880	4,208	8.5	6,122	66,00	7.8
基隆市	184	217	17.9	373	417	11.8	557	634	13.8
宜蘭縣	308	294	-4.5	434	526	21.2	742	820	10.5
桃園市	1,089	1,219	11.9	1,920	2,122	10.5	3,009	3,341	11
新竹市	180	187	3.9	336	380	13.1	516	567	9.9
新竹縣	266	243	-8.6	422	391	-7.3	688	634	-7.8
苗栗縣	272	311	14.3	430	424	-1.4	702	735	4.7
臺中市	1,261	1,376	9.1	2,378	2,515	5.8	3,639	3,891	6.9
彰化縣	659	729	10.6	845	931	10.2	1,504	1,660	10.4
南投縣	341	391	14.7	401	448	11.7	742	839	13.1
雲林縣	443	479	8.1	596	649	8.9	1,039	1,128	8.6
嘉義市	140	132	-5.7	286	269	-5.9	426	401	-5.9
嘉義縣	261	333	27.6	344	367	6.7	605	700	15.7
臺南市	1,056	1,110	5.1	1,678	1,676	-0.1	2,734	27,86	1.9
高雄市	1,341	1,343	0.1	2,358	2,586	9.7	3,699	3,929	6.2
屏東縣	389	449	15.4	646	681	5.4	1,035	1,130	9.2
臺東縣	143	153	7	206	242	17.5	349	395	13.2
花蓮縣	219	225	2.7	399	385	-3.5	618	610	-1.3
澎湖縣	23	37	60.9	58	52	-10.3	81	89	9.9
金門縣	27	37	37	35	46	31.4	62	83	33.9
連江縣	3	3	0	6	4	-33.3	9	7	-22.2

2. 實施結果總結

1) 2017 年建議之執行結果

2017 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. 臺北市 2017 年自殺通報比為 5.3，2018 年上升至 6.2(增幅 17%)。
- b. 高雄市 2017 年自殺通報比為 7.3，2018 年上升至 7.9(增幅 8.2%)。
- c. 新竹縣 2017 年自殺通報比為 6.8，2018 年上升至 7.6(增幅 11.8%)。
- d. 苗栗縣 2017 年自殺通報比為 7，2018 年上升至 7.5(增幅 7.1%)。
- e. 雲林縣 2017 年自殺通報比為 7.3，2018 年上升至 7.9(增幅 8.2%)。
- f. 嘉義縣 2017 年自殺通報比為 4.4，2018 年上升至 6(增幅 36.4%)。
- g. 屏東縣 2017 年自殺通報比為 6.5，2018 年上升至 6.9(增幅 6.2%)。
- h. 南投縣 2017 年自殺通報比為 5.4，2018 年上升至 7.1(增幅 31.5%)。
- i. 宜蘭縣 2017 年自殺通報比為 6.1，2018 年上升至 8.5(增幅 39.3%)。
- j. 臺東縣 2017 年自殺通報比為 7.3，2018 年上升至 7.4(增幅 1.4%)。
- k. 金門縣 2017 年自殺通報比為 3.3，2018 年上升至 5.7(增幅 72.7%)。
- l. 澎湖縣 2017 年自殺通報比為 2.8，2018 年上升至 5.8(增幅 107.1%)。
- m. 連江縣 2017 年自殺通報比為 1.4，2018 年上升至 3.5(增幅 150%)。

(2) 降低自殺通報中自殺原因不詳之占率

2017 年自殺通報中自殺原因不詳占率較高縣市為澎湖縣(2017 年占率 33.3%)、彰化縣(2017 年占率 26.9%)、苗栗縣(2017 年占率 23.5%)、新竹市(2017 年占率 20.9%)、嘉義縣(2017 年占率 20.7%)。以上縣市 2018 年度之占率有改善的為澎湖縣(降至 18%、降幅 45.9%)、彰化縣(降至 24.3%、降幅 9.7%)、苗栗縣(降至 17.4%、降幅 26%)、新竹市(降至 18.9%、降幅 9.6%)、嘉義縣(降至 17.4%、降幅 15.9%)。

(3) 持續強化農藥自殺防治

- a. 全國 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 17.1%(663 人)，2018 年占率降至 15.2%(586 人)。
- b. 宜蘭縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 30.9%(34 人)，2018 年占率降至 20.2%(18 人)。

- c. 苗栗縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 21.1%(20 人)，2018 年占率升至 37.2%(35 人)。
 - d. 彰化縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 34.9%(65 人)，2018 年占率降至 29.1%(59 人)。
 - e. 南投縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 25.2%(31 人)，2018 年占率降至 23.4%(25 人)。
 - f. 雲林縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 34.6%(46 人)，2018 年占率降至 34.3%(46 人)。
 - g. 嘉義縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 26.6%(34 人)，2018 年占率降至 18.3%(20 人)。
 - h. 屏東縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 31.4%(48 人)，2018 年占率降至 27.4%(43 人)。
 - i. 臺東縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 39.1%(18 人)，2018 年占率降至 35.3%(18 人)。
 - j. 花蓮縣 2017 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率 33.8%(22 人)，2018 年占率降至 21.3%(17 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

2018 年自殺企圖通報個案計 28,155 人，扣除通報企圖日於死亡日之前之個案 102 人(通報之企圖日有誤抑或是死亡後才進行通報)，一共 28,053 人，其中 6.3% 為首次通報時即死亡個案，1.0% 為再自殺死亡個案，92.7% 無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 10.7%) 及再自殺死亡的比例(占率 1.5%) 均高於女性(占率 3.5% 及占率 0.7%)。

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 15.4%，「45-64 歲」再自殺死亡率占其年齡層的 1.6%。各國對老年自殺方法的研究都顯示，老年自殺的方式較年輕族群所使用的方式更為強烈且致命性高，在台灣也不例外。

2018 年自殺死亡個案 3,865 人，其中 25.5% 個案於自殺死亡前曾經被通報過，36.9% 的個案為自殺死亡後才被通報，另有 37.6% 的個案沒有通報紀錄。以性別分析，男性自殺身亡前有通報的比例為 21.4%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 33.3% 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 20% 以上的自殺身亡個案生前曾被通

報過，其中以「25-44 歲」自殺身亡前曾被通報的比例最高，占率為 30.9%；「45-64 歲以上」次之，占率為 24.3%。

2018 年自殺企圖通報個案計 28,155 人，年齡不詳的共有 11 人，故將這 11 人視為遺漏值；除此之外，企圖日期於死亡日期之後，共有 102 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 28,042 人。

(1) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日

針對「各年齡層首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日」的個案進行分析。就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日之個案，占所有男性該年齡層通報總人數的 3.0%，相對於女性的 1.1% 來得高；年齡層 25-44 歲一樣以男性所占的比例較高，占所有男性該年齡層通報總人數的 6.6%，女性占該年齡層通報總人數的 2.0%；45-64 歲、65 歲以上則同樣以男性所占比例較高，占所有男性該年齡層通報總人數的 11.4% 以及 14.2%。總體而言，各年齡層分析之結果均顯示男性在首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的比例較女性來的高。

(2) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內

就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 1-7 天內，占所有 24 歲以下男性通報總人數的 0.5%，相對於女性的 0.2% 來得高；在 25-44 歲同樣以男性所占的比例較高，占該男性年齡層所有通報的 1.2%，而女性則為 0.4%；45-64 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 天內之人數，占所有 45-64 歲以下男性通報總人數的 3.2%，相對於女性的 0.7% 來得高；年齡層 65 歲以上也都是男性所占比例較高，占該年齡層男性所有通報總人數中的 5.5%。值得注意的是 65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 1-7 天之女性，其占所有 65 歲以上女性通報總人數的 2.7%，相較於其他年齡層之占率，老年女性在這一塊的占率高出許多。

(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

就性別而言，24 歲以下男性通報後再自殺死亡之人數，占所有 24 歲以下男性通報總人數的 0.4%，相較於女性的 0.3% 高；25-44 歲之男性通報後再自殺死亡之人數，占該年齡層所有男性通報總人數的 1.2%，相

對於女性的 0.7% 來得高；年齡層 45-64 歲、65 歲以上也都是男性所占比例較高，分別占該年齡層所有男性通報總人數中的 2.3% 以及 2.0%。總體來說，各年齡層男性通報後再自殺死亡的人數占率均較女性來的高。

3) 2018 年自殺死亡通報情形推論分析

由於自殺死亡個案，若無進入自殺企通報檔，則難以利用自殺企通報檔針對自殺死亡個案進一步進行推論分析，故此部份人數僅針對自殺死亡且有自殺企圖通報個案人數進行推論分析。

分析中， $OR > 1$ 表示比起通報當次即死亡個案比起非常次通報死亡個案更有可能具有之特質，以男性為例，通報當次即死亡個案比起非通報當次死亡個案，更有可能為男性，其 $OR = 1.89 (1.60-2.25)$ ，達到統計上顯著。

2018 年自殺死亡個案且於有進入通報系統中，共 2411 人，其中 63.5% 自殺死亡為當次自殺企圖(自殺死亡日-自殺企圖日 ≤ 3 天)，36.5% 自殺死亡非常次自殺企圖(自殺死亡日-自殺企圖日 > 3 天)。以性別分析，男性 69.0% 自殺死亡為當次自殺企圖，高於女性 54.1%，且其統計上亦具顯著差異。

以年齡分析，65 歲以上 75.9% 自殺死亡為當次自殺企圖；而 25-44 歲 46.3% 自殺死亡非常次自殺企圖，其占率遠高於其他年齡層，其統計上具顯著差異。以戶籍地分析，中部地區 66.6% 自殺死亡為當次自殺企圖，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、精照列管、家暴加害人、家暴被害人、兒少加害人其統計上具顯著差異。以教育程度分析，碩博士生自殺死亡為當次自殺企圖占率最高，為 68.8%。以婚姻狀況分析，已婚、喪偶，各為 69.0%、75.1% 自殺死亡為當次自殺企圖，其統計上亦具顯著差異。以自殺原因分析，不詳、生理疾病、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，鎗砲及爆炸物自殺及自傷，自殺死亡為當次自殺企圖占率最高為 92.6%；以死因別分析，鎗砲及爆炸物自殺及自傷 86.7% 自殺死亡為當次自殺企圖，且其佔率最高。

4)自殺通報拒訪/訪視未遇個案之自殺通報死亡分析

在關懷訪視的過程中，不管是電話或是家訪遭到拒絕是一個常見又困難的問題。拒訪的原因很多，包括認為關訪員為詐騙集團、對隱私權的重視、不知關訪員目的、不認為關訪員能提供協助、自殺的污名化恥辱、否認自殺以及精神病理因素(多疑敏感、憂鬱、無助無望感、社交退縮迴避)等等。

分析 2009-2018 年各年度自殺通報拒訪/訪視未遇個案情形，利用關懷訪視檔中，針對自殺個案之訪視情況計算其當年度拒訪/訪視未遇之比例，將比例分為小於 50%、大於 50% 小於 80% 以及大於 80% 進行分析，分析結果顯示歷年來自殺企圖個案拒訪比例大於 80% 人數有逐年下降趨勢，以訪視未遇比例大於 80% 人數來看 2009-2014 年之間人數有大幅下降趨勢。

由於自殺死亡個案，若無進入自殺企通報檔，則難以利用自殺關懷訪視針對自殺死亡個案進一步進行分析，故此部份人數僅針對自殺死亡且當年度有自殺企圖通報個案進行訪視情況分析。分析 2018 年自殺死亡個案且當年度有進入通報系統者其訪視情形，共 2411 人；其中 2018 年自死亡個案且當年度拒訪比例小於 50% 為 99.9%；訪視未遇比例小於 50% 為 78.9%。

3. 提供資料分析報告

- 1) 2019 年 7 月 30 日於衛生福利部召開「跨部會自殺防治策略討論會議」。
- 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 2018 年度十大死因記者會提供衛生福利部「107 年與 106 年自殺死亡比較分析報告」。

4. 策略及建議

1) 指標性策略

- (1) 自殺企圖者之通報關懷：自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，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。特別是自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再自殺之危險性高，應於 24 小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。
- (2) 自殺遺族關懷：自殺者之親友亦為自殺之高危險群，建議應針對自殺死亡個案之親友提供關懷服務，建立不同於自殺企圖的標準流程。
- (3) 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。

- a. 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)。
- b. 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。
- c. 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。
- d. 訪視紀錄應有簡單、重要可茲遵循的標準格式，例如我們最常用的 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。自殺防治通報系統已於 2019 年 5 月 1 日啟用 S.O.A.P. 登打格式輸入介面，以清楚明瞭的登打格式，協助關懷訪視員工作上能更加順利，也給予個案更加專業的關懷。

- (4) 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，以提升個案追蹤關懷品質。
- (5) 早期心理健康問題篩檢：心情溫度計僅有五題又容易篩檢，因此建議各局處如社會處，在接獲高風險族群或弱勢族群之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用 BSRS-5 進行關懷與篩檢。
- (6) 定期檢討自殺防治地方策略：各縣市建立自殺防治機動小組，或是於每月外部督導會議時邀請精神科醫師及衛生局局長、科長加入，討論當月月報變化以擬訂因應對策。全國自殺防治中心每年提供因地制宜自殺防治策略建議及每月自殺防治通報月報表中加入滾動式策略建議，供各縣市衛生局做為制訂自殺防治策略參考。

2) 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。

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

- a. 針對能接觸高風險老人之族群(如：老人社會福利服務機構員工、社工、照顧服務員、送餐服務者等)進行相關訓練，提高相關人員敏感度。與老人社福團體合作，透過社區關懷接觸篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。獨居老人的部份，建議應加強公務體系(如社政)內可接觸此族群的守門人訓練(如居家服務員)，並訓練參與活動的老人或藉由義工協助，關懷在家中的老人。
- b. 針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員，辦理「珍愛生命守門人」課程，將自殺防治概念納入農藥安全使用宣導內容。
- c. 針對木炭販售之通路商業者、店員、旅館業者等辦理珍愛生命守門人課程，提高相關人員敏感度，並應適時發揮人人都是珍愛生命守門人之精神。
- d. 針對鄰里長、社區民眾、大樓管理員及相關照護機關人員等辦理「珍愛生命守門人」課程，提高相關人員敏感度，適時發揮人人都是珍愛生命守門人之精神並能促進自我心理健康管理，增進民眾對求助資源的認識，藉由自殺防治衛教宣導，提升民眾對於居家危險環境及危險物品認知。
- e. 與藥師公會及社區藥局合作，加強社區藥局及藥師之「珍愛生命守門人」繼續教育訓練，提高藥事人員對藥物購買者自殺徵兆敏感度，強化藥事人員對於自殺高風險群處遇態度與轉介行為。
- f. 落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、精神疾病、經濟困窘等婦女，並協助其找尋適當資源。加強婦女(含家庭暴力或性侵害者)自殺防治救援服務並加強對失婚者、失業者和家庭生活陷入困境者提供急難救助協助。

(3) 養護、安養機構及醫院等機構內之自殺防治：對於居住於機構內有自殺傾向個案(特別是高齡及有重大傷病)，除加強環境介紹與照護人員之在職教育，照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備，並定期檢視使用之狀況；危險性較高者，經評估可行性後，予以移除或改用有安全設計的設備。另外，也建議照護團隊增加探視頻率密切觀察，並留下觀察記錄，

以掌握個案情緒狀況；在許可的情況下，可鼓勵情況較好的個案與情緒低落的個案加強互動、相互支持，以降低自殺行為的發生。

(4) 強化基層醫療的自殺防治網：「65 歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，加上自殺死亡者生前大部份皆曾就醫，建議能強化基層醫療的自殺防治網，加強基層醫師的自殺防治相關概念。

(5) 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) 全面性策略

- (1) 限制致命性工具之取得乃是最有效之自殺防治策略，針對常用自殺方式或工具，推動防治策略。
- (2) 結合社區關懷據點共同合作，建立社區自殺防治網絡。
- (3) 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，促進國人身心理健康，藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。配合世界自殺防治日(每年 9 月 10 日)前後推動心理健康與自殺防治宣導活動(宣導週，宣導月等)，與國際接軌，擴大宣導效益，呼籲全民重視自殺防治議題。

4) 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」並每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。

五、附件

附件 2-1-1、全國自殺死亡資料統計

附件 2-1-2、全國自殺通報資料統計

附件 2-1-3、107 年與 106 年自殺死亡比較分析報告

附件 2-1-4、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

2018 年度 0-17 歲、全年齡層及特定人口群自殺資料 分析

一、背景

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。以臺灣為例，在自殺死亡方面，女孩比男孩更容易罹患憂鬱症，且更容易自殺身亡，其可能的理由是女孩比男孩更趨於使用高致命性的方式來自殺，譬如說由高處跳下自殺及自傷、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷，因此也帶來了致命性的後果。

以自殺行為而言，女孩也比男孩更常發生；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、心理諮詢師、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 2018 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；以及全年齡層、特定人口群之各縣市自殺死亡及通報資料。

二、輸入

1. 執行步驟與方法：

- 1) 2018 年 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) 2018 年 0-17 歲自殺死亡個案，以自殺方式、縣市、性別交叉分析。

- 3)2018年全年齡人口自殺死亡個案，以性別、年齡、戶籍地分析各年齡層自殺死亡個案之特基本特性。
- 4)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、嚴重病人清冊，進行自殺死亡生前特殊身分別分析。

2. 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、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒少保通報明細檔、性侵害通報明細檔、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統。

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

1. 資料蒐集

- 1)自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：2018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。
- 2)自殺企圖通報資料檔
 - (1) 資料期間：2006年至2018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、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒少保通報明細檔、性侵害通報明細檔、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統、毒藥品列管清冊、嚴重病人清冊。
 - (1) 資料期間：2012年至2018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

檔。

2. 研究分析

- 1)自殺企圖個案特性分析，以性別、年齡、縣市、特殊身分別進行交叉分析。
- 2)自殺死亡特性分析，以自殺方式、縣市、性別進行交叉分析。
- 3)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。
- 4)以 2018 年自殺企圖通報資料串聯自殺死亡檔，分析其特性差異。定義自殺死亡日期於企圖日期後 7 天內之個案為自殺死亡個案；若自殺死亡日期於企圖日期 7 天後則為再自殺個案。
- 5)以 2018 年自殺死亡個案串聯 2006 至 2018 年自殺企圖通報資料，分析其特性差異。定義自殺企圖通報日期小於自殺死亡日期者為自殺死亡個案生前曾經被通報過，若通報日期大於或等於死亡日期則定義為未通報，用以評估通報系統是否落實。
- 6)特定人口自殺死亡分析，利用各特定人口群系統清冊串連自殺死亡檔。

四、成果

1. 完成 2018 年 0-17 歲兒少、全年齡層及特定人口群之各縣市自殺死亡及通報資料(含戶籍地及居住地)詳細報告乙份(詳見附件 2-1-1)。
2. 報告節錄如下：

- 1)全國自殺通報數據與分析

2018 年全國 0-17 歲兒少自殺通報為 2,384 人次，占總通報(33,206 人次)7.2%；其中男性通報 615 人次占 25.8%，女性通報 1769 人次占 74.2%，女性為男性的 2.9 倍。

以自殺方式分析，0-17 歲兒少以「切穿工具自殺及自傷」(43.7%) 為最多人採用之方式，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(30.7%) 次之，第三高為「由高處跳下自殺及自傷」(11.2%)。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 2-2-1)

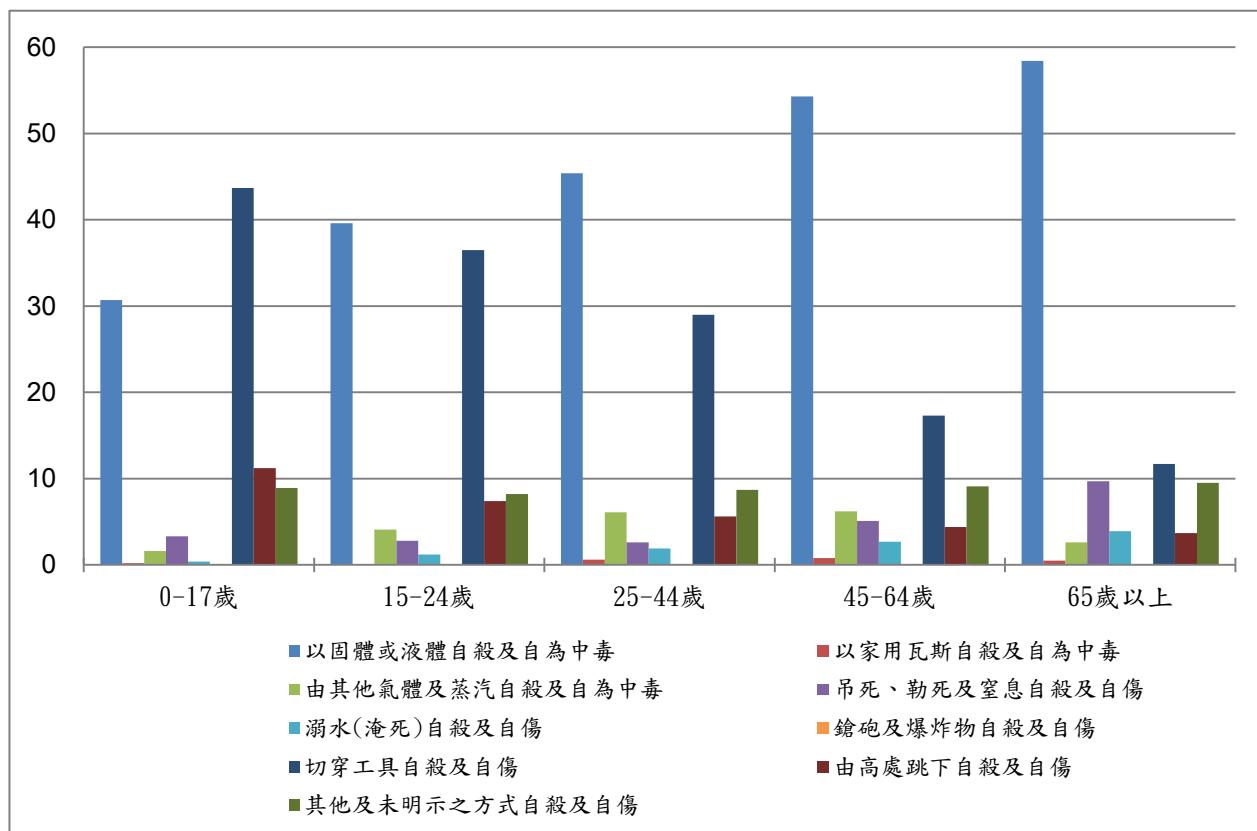


圖 2-2-1、2018 年全國兒少及各年齡層自殺通報方式占率圖

(註：0-17 歲中有 1558 人次為 15-24 歲通報個案)

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」(30.1%)、「精神健康／物質濫用」(26.4%)及「校園學生問題」(24.2%)，其他年齡層前因各年齡層差異而有不同的趨勢。(如圖 2-2-2)

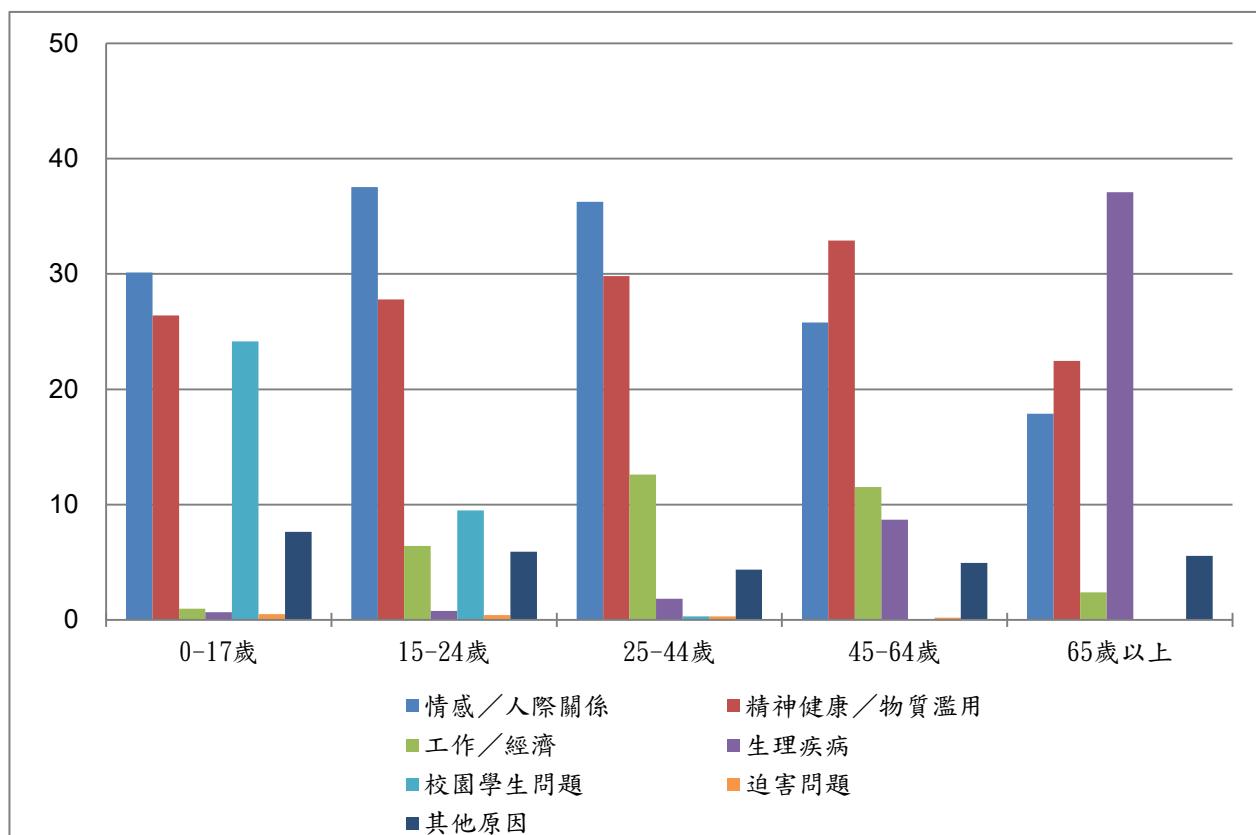


圖 2-2-2、2018 年全國兒少及各年齡層自殺通報原因占率圖

分析兒少自殺通報個案之特殊身份註記，兒少被害人占 46.3%、家暴被害人占 7.6%、精照列管個案占 7.2%、兒少加害人占 2.7%、家暴加害人占 3.0%、性侵加害人占 0.3%、嚴重病人占 0.2%。

2)2018 年 0-17 歲兒少自殺死亡資料分析

以 ICD9 而言，0-17 歲兒少自殺死亡方式，由高處跳下自殺及自傷最多，為 19 人，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷次之，為 8 人；而若以性別而言，男性 13 人，女性 24 人，細看男女性自殺方式差異，則可發現，男性與女性皆以由高處跳下自殺及自傷居多。

表 2-1-1、2018 年 0-17 歲兒少自殺死亡依性別及自殺死因

	以固體或液 體物質自殺 及自為中毒 及自為中毒 n (%)	由其他氣體 及蒸氣自殺 及自為中毒 n (%)	吊死、勒死及 窒息之自殺 及自傷 n (%)	溺水（淹死） 自殺及自傷 n (%)	切穿工具自 殺及自傷 n (%)	由高處跳下 自殺及自傷 n (%)	總和 n
性別							
男性	0 (0.0)	3 (23.1)	3 (23.1)	0 (0.0)	1 (7.7)	6 (46.2)	13
女性	2 (8.3)	3 (12.5)	5 (20.8)	1 (4.2)	0 (0.0)	13 (54.2)	24
總和	2 (5.4)	6 (16.2)	8 (21.6)	1 (2.7)	1 (2.7)	19 (51.4)	37

以各縣而言，0-17 歲自殺死亡個案人數前三位分別是桃園市(10 人)，臺北市(5 人)、高雄市(5 人)。(表 2-2-1)

亦可發現，0-17 歲兒少自殺死亡方式，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 2-2-2、2018 年 0-17 歲兒少自殺死亡依縣市別及自殺死因

	以固體或液 體物質自殺 及自為中毒 及自為中毒 n (%)	由其他氣體 及蒸氣自殺 及自為中毒 n (%)	吊死、勒死及 窒息之自殺 及自傷 n (%)	溺水（淹死） 自殺及自傷 n (%)	切穿工具自 殺及自傷 n (%)	由高處跳下 自殺及自傷 n (%)	總和 n
臺北市	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	5
新北市	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	4
基隆市	-	-	-	-	-	-	0
宜蘭縣	-	-	-	-	-	-	0
桃園市	0 (0.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	4 (40.0)	10
新竹市	-	-	-	-	-	-	0
新竹縣	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
苗栗縣	-	-	-	-	-	-	0
臺中市	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	4

表 2-2-2、2018 年 0-17 歲兒少自殺死亡依縣市別及自殺死因

縣市	以固體或液體物質自殺及自為中毒	由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	溺水(淹死)自殺及自傷	切穿工具自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	總和
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
彰化縣	-	-	-	-	-	-	0
南投縣	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	2
雲林縣	-	-	-	-	-	-	0
嘉義市	-	-	-	-	-	-	0
嘉義縣	-	-	-	-	-	-	0
臺南市	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	4
高雄市	1 (20.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	5
屏東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1
臺東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
花蓮縣	-	-	-	-	-	-	0
澎湖縣	-	-	-	-	-	-	0
金門縣	-	-	-	-	-	-	0
連江縣	-	-	-	-	-	-	0
總和	2 (5.4)	6 (16.2)	8 (21.6)	1 (2.7)	1 (2.7)	19 (51.4)	37

3)2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案與自殺死亡個案生前通報情形

2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案計 1908 人，其中 1.2% 為首次通報時即死亡個案，0.3% 為再自殺死亡個案，98.6% 無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(占率 1.5%) 高於女性(占率 1.0%)，而女性通報後再自殺死亡(0.3%) 則高於男性(占率 0.2%)。

就自殺死亡個案的死亡方法別而言，由「以固體或液體物質自殺及自為中毒」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「溺水(淹死)自殺及自傷」(占率 100.0%)。

表 2-2-3、2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	通報後自殺死亡		通報後無死亡		總和
	通報後即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後續死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄		
	n (%)	n (%)	n (%)		
性別					
男性	8 (1.5)	1 (0.2)	532 (98.3)	541	
女性	14 (1.0)	4 (0.3)	1349 (98.7)	1367	
總和	22 (1.2)	5 (0.3)	1881 (98.6)	1908	
自殺死亡方法別					
以固體或液體物質	1 (100.0)	0 (0.0)		1	
由其他氣體及蒸汽	3 (75.0)	1 (25.0)		4	
吊死、勒死及窒息	6 (75.0)	2 (25.0)		8	
溺水(淹死)	0 (0.0)	1 (100.0)		1	
鎗砲及爆炸物	-	-		0	
切穿工具	-	-		0	
由高處跳下	12 (92.3)	1 (7.7)		13	
其他及未明示之方式	-	-		0	

居住地方面，0-17 歲首次通報即死亡比例相對較高的縣市為南投縣(占率 4.5%)、臺中市(占率 2.7%)、臺南市(占率 2.7%)、桃園市(占率 2.2%)；通報後再自殺死亡比例相對較高的縣市為南投縣(占率 2.3%)、臺北市(占率 1.7%)。

表 2-2-4、2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後自殺死亡		通報後無死亡		總和
	通報後即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後續死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄		
	n (%)	n (%)	n (%)		
居住地					
臺北市	1 (0.9)	2 (1.7)	113 (97.4)	116	
新北市	4 (0.8)	0 (0.0)	482 (99.2)	486	
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	36 (100.0)	36	
宜蘭縣	0 (0.0)	0 (0.0)	50 (100.0)	50	
桃園市	5 (2.2)	2 (0.9)	217 (96.9)	224	
新竹市	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (100.0)	23	
新竹縣	0 (0.0)	0 (0.0)	42 (100.0)	42	
苗栗縣	0 (0.0)	0 (0.0)	45 (100.0)	45	

表 2-2-4、2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後自殺死亡		通報後無死亡		總和
	通報後即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後續死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	n (%)	
居住地					
臺中市	4 (2.7)	0 (0.0)	142 (97.3)	146	
彰化縣	0 (0.0)	0 (0.0)	118 (100.0)	118	
南投縣	2 (4.5)	1 (2.3)	41 (93.2)	44	
雲林縣	0 (0.0)	0 (0.0)	56 (100.0)	56	
嘉義市	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (100.0)	23	
嘉義縣	0 (0.0)	0 (0.0)	29 (100.0)	29	
臺南市	4 (2.7)	0 (0.0)	145 (97.3)	149	
高雄市	2 (1.1)	0 (0.0)	179 (98.9)	181	
屏東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	53 (100.0)	53	
臺東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (100.0)	27	
花蓮縣	0 (0.0)	0 (0.0)	42 (100.0)	42	
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	8	
金門縣	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (100.0)	9	
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1	

過去精神病史方面，通報後即死亡以無過去精神病史不詳(占率 2.0%)最高，其次是無過去精神病史(占率 1.4%)，通報再自殺死亡則以有過去精神病史最高(占率 0.6%)，其次為無過去精神病史(占率 0.1%)。

特殊身分註記方面，首次通報即死亡比例相對較高的身分為兒少加害人(占率 1.9%)及兒少被害人(占率 1.2%)，通報後再自殺死亡比例相對較高的身分為兒少加害人(占率 1.9%)及精神列管(占率 1.4%)。

表 2-2-5、2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後自殺死亡		通報後無自殺死亡		總和
	通報後即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後續死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	n (%)	
過去精神病史					
有	2 (0.3)	4 (0.6)	654 (99.1)	660	
無	12 (1.4)	1 (0.1)	842 (98.5)	855	

表 2-2-5、2018 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

	通報後自殺死亡		通報後無自殺死亡		總和	
	通報後即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)		通報後續死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
不詳	8 (2.0)	0 (0.0)	385 (98.0)	393		
特殊身分註記						
精神列管						
是	0 (0.0)	1 (1.4)	73 (98.6)	74		
否	22 (1.2)	4 (0.2)	1808 (98.6)	1834		
嚴重病人						
是	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	3		
否	22 (1.2)	5 (0.3)	1878 (98.6)	1905		
家暴高危加害人						
人						
是	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0		
否	22 (1.2)	5 (0.3)	1881 (98.6)	1908		
家暴高危被害						
人						
是	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0		
否	22 (1.2)	5 (0.3)	1881 (98.6)	1908		
家暴加害人						
是	0 (0.0)	0 (0.0)	55 (100.0)	55		
否	22 (1.2)	5 (0.3)	1826 (98.5)	1853		
家暴被害人						
是	1 (0.7)	1 (0.7)	140 (99.3)	141		
否	21 (1.2)	4 (0.2)	1741 (98.5)	1767		
兒少加害人						
是	1 (1.9)	1 (1.9)	50 (96.2)	52		
否	21 (1.1)	4 (0.2)	1831 (98.7)	1856		
兒少被害人						
是	10 (1.2)	3 (0.4)	826 (98.5)	839		
否	12 (1.1)	2 (0.2)	1055 (98.7)	1069		
性侵加害人						
是	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	8		
否	22 (1.2)	5 (0.3)	1873 (98.6)	1900		

4) 自殺死亡個案生前通報情形

2018 年 0-17 歲自殺死亡個案 37 人，其中 18.9% 個案於自殺死亡前曾經被通報過，62.2% 的個案為自殺死亡後才被通報，另有

18.9%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 15.4%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 20.8%來的低。

就自殺死亡方法別而言，「溺水（淹死）自殺及自傷」(100.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(100.0%)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「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(占率 50.0%)及「由高處跳下自殺及自傷」(占率 21.1%)其自殺生前無通報比例相對較高。

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 100.0%)、南投縣(占率 50.0%)、臺北市(占率 40.0%)及桃園市(占率 30.0%)；自殺死亡前未通報比例則以臺東縣市(占率 100.0%)、高雄市(占率 60.0%)及臺北市(占率 40.0%)較高。

表 2-2-6、2018 年 0-17 歲自殺死亡生前通報情形

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報		總和
	死亡日 > 指標通報日 n (%)	死亡日 ≤ 指標通報日 n (%)	無通報紀錄 n (%)	n	
性別					
男性	2 (15.4)	8 (61.5)	3 (23.1)	13	
女性	5 (20.8)	15 (62.5)	4 (16.7)	24	
總和	7 (18.9)	23 (62.2)	7 (18.9)	37	
自殺死亡方法別					
以固體或液體物質	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	2	
由其他氣體及蒸汽	2 (33.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	6	
吊死、勒死及窒息	1 (12.5)	6 (75.0)	1 (12.5)	8	
溺水（淹死）	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1	
鎗砲及爆炸物	-	-	-	0	
切穿工具	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1	
由高處跳下	1 (5.3)	14 (73.7)	4 (21.1)	19	
其他及未明示之方式	-	-	-	0	

表 2-2-6、2018 年 0-17 歲自殺死亡生前通報情形(續)

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報		總和
	死亡日 > 指標通報日 n (%)	死亡日 ≤ 指標通報日 n (%)	無通報紀錄 n (%)	n	
戶籍地					
臺北市	2 (40.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	5	
新北市	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4	

表 2-2-6、2018 年 0-17 歲自殺死亡生前通報情形(續)

	自殺死亡前有通報		自殺死亡前無通報		總和
	死亡日 > 指標通報日 n (%)	死亡日 ≤ 指標通報日 n (%)	無通報紀錄 n (%)		
基隆市	-	-	-	-	0
宜蘭縣	-	-	-	-	0
桃園市	3 (30.0)	6 (60.0)	1 (10.0)	10	
新竹市	-	-	-	-	0
新竹縣	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1	
苗栗縣	-	-	-	-	0
臺中市	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4	
彰化縣	-	-	-	-	0
南投縣	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2	
雲林縣	-	-	-	-	0
嘉義市	-	-	-	-	0
嘉義縣	-	-	-	-	0
臺南市	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4	
高雄市	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	5	
屏東縣	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1	
臺東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1	
花蓮縣	-	-	-	-	0
澎湖縣	-	-	-	-	0
金門縣	-	-	-	-	0
連江縣	-	-	-	-	0

5)2018 年全年齡層自殺死亡資料分析

以 2018 年自殺死亡清冊來看，男性自殺死亡人數為女性的 1.94 倍，以年齡層而言，45-64 歲自殺死亡人數最高，為 1508 人，占 2018 年總自殺死亡人數的 39.0%；以自殺死亡方法別而言，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷為最高、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒次之；以各縣市而言，自殺死亡人數大多集中在 45-64 歲，而連江縣自殺死亡人數集中於 0-24 歲與 25-44 歲。

表 2-2-7、2018 年各年齡層自殺死亡分佈

性別	0-24 歲 n (%)	25-44 歲 n (%)	45-64 歲 n (%)	65 歲以上 n (%)	總計 n
男性	128 (5.0)	761 (29.8)	1056 (41.4)	606 (23.8)	2551
女性	92 (7.0)	424 (32.3)	452 (34.4)	346 (26.3)	1314
總計	220 (5.7)	1185 (30.7)	1508 (39.0)	952 (24.6)	3865

表 2-2-7、2018 年各年齡層自殺死亡分佈

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	總計
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
自殺死亡方法別					
以固體或液體物質	10 (1.7)	106 (18.1)	209 (35.7)	261 (44.5)	586
由其他氣體及蒸汽	61 (6.3)	448 (46.5)	393 (40.8)	61 (6.3)	963
吊死、勒死及窒息	69 (5.2)	330 (24.7)	556 (41.7)	379 (28.4)	1334
溺水(淹死)	10 (3.6)	63 (22.9)	98 (35.6)	104 (37.8)	275
鎗砲及爆炸物	3 (9.1)	16 (48.5)	11 (33.3)	3 (9.1)	33
切穿工具	2 (1.9)	25 (23.1)	45 (41.7)	36 (33.3)	108
由高處跳下	63 (12.8)	174 (35.4)	166 (33.7)	89 (18.1)	492
其他及未明示之方式	2 (2.7)	23 (31.1)	30 (40.5)	19 (25.7)	74

表 2-2-7、2018 年各年齡層自殺死亡分佈(續)

	0-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	總計
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
戶籍地					
臺北市	19 (5.4)	96 (27.5)	133 (38.1)	101 (28.9)	349
臺中市	27 (6.1)	145 (33.0)	172 (39.1)	96 (21.8)	440
臺南市	12 (3.7)	97 (29.6)	129 (39.3)	90 (27.4)	328
高雄市	19 (4.0)	153 (31.9)	186 (38.8)	121 (25.3)	479
基隆市	3 (3.6)	17 (20.2)	35 (41.7)	29 (34.5)	84
新竹市	4 (7.1)	17 (30.4)	28 (50.0)	7 (12.5)	56
嘉義市	0 (0.0)	12 (31.6)	19 (50.0)	7 (18.4)	38
新北市	45 (7.1)	221 (34.6)	246 (38.6)	126 (19.7)	638
桃園市	33 (10.3)	100 (31.2)	118 (36.8)	70 (21.8)	321
新竹縣	5 (6.5)	20 (26.0)	26 (33.8)	26 (33.8)	77
宜蘭縣	5 (5.6)	29 (32.6)	30 (33.7)	25 (28.1)	89
苗栗縣	4 (4.3)	29 (30.9)	33 (35.1)	28 (29.8)	94
彰化縣	10 (4.9)	59 (29.1)	76 (37.4)	58 (28.6)	203
南投縣	4 (3.7)	35 (32.7)	44 (41.1)	24 (22.4)	107
雲林縣	2 (1.5)	35 (26.1)	54 (40.3)	43 (32.1)	134
嘉義縣	8 (7.3)	30 (27.5)	45 (41.3)	26 (23.9)	109
屏東縣	10 (6.4)	46 (29.3)	64 (40.8)	37 (23.6)	157
澎湖縣	1 (6.7)	2 (13.3)	10 (66.7)	2 (13.3)	15
花蓮縣	2 (2.5)	23 (28.8)	34 (42.5)	21 (26.3)	80
臺東縣	4 (7.8)	17 (33.3)	19 (37.3)	11 (21.6)	51
金門縣	2 (14.3)	1 (7.1)	7 (50.0)	4 (28.6)	14
連江縣	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2

6)2018 年特定人口群自殺死亡資料分析

以特定人口群自殺死亡人數來看，自殺死亡生前特殊身分別人數前三高依序為，離婚人口(占總自殺死亡人的 24.2%)、農民(占總自殺死亡人的 10.8%)、精神照護(占總自殺死亡人的 10.6%)。

離婚人口自殺死亡人數男性為女性的 2.1 倍，以年齡層而言集中於 45-64 歲(占 45-46 歲總自殺死亡的 34.4%)，由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒為主要自殺方式(佔該自殺死亡方式的 33.2%)；農民自殺死亡人數男性為女性的 1.7 倍，以年齡層而言集中於 65 歲以上(占 65 歲以上總自殺死亡的 27.4%)，以固體或液體物質自殺及自為中毒為主要自殺方式(佔該自殺死亡方式的 32.8%)。精神照護資訊系個案自殺死亡人數男性為女性的 1.4 倍，以年齡層而言集中於 45-46 歲(占 45-46 歲總自殺死亡的 13.1%)，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷為主要自殺方式(佔該自殺死亡方式的 7.2%)。

表 2-2-8、2018 年自殺死亡個案生前特殊身分別分析

	離婚人口 n (%)	農民 n (%)	精神照護 n (%)	毒品成癮 n (%)	家暴相對人 n (%)	家暴受害人 n (%)
性別						
男性	634 (24.9)	263 (10.3)	237 (9.3)	197 (7.7)	175 (6.9)	62 (2.4)
女性	303 (23.1)	153 (11.6)	172 (13.1)	29 (2.2)	28 (2.1)	114 (8.7)
總和	937 (24.2)	416 (10.8)	409 (10.6)	226 (5.8)	203 (5.3)	176 (4.6)
年齡						
0-24 歲	4 (1.8)	12 (5.5)	18 (8.2)	17 (7.7)	3 (1.4)	5 (2.3)
25-44 歲	303 (25.6)	31 (2.6)	165 (13.9)	130 (11.0)	89 (7.5)	88 (7.4)
45-64 歲	519 (34.4)	112 (7.4)	197 (13.1)	76 (5.0)	90 (6.0)	64 (4.2)
65 歲以上	111 (11.7)	261 (27.4)	29 (3.0)	3 (0.3)	21 (2.2)	19 (2.0)
自殺死亡方法別						
以固體或液體物質	115 (19.6)	192 (32.8)	78 (13.3)	34 (5.8)	42 (7.2)	30 (5.1)
由其他氣體及蒸汽	320 (33.2)	37 (3.8)	69 (7.2)	84 (8.7)	51 (5.3)	44 (4.6)
吊死、勒死及窒息	295 (22.1)	129 (9.7)	96 (7.2)	67 (5.0)	58 (4.3)	51 (3.8)
溺水(淹死)	50 (18.2)	23 (8.4)	47 (17.1)	6 (2.2)	12 (4.4)	21 (7.6)
鎗砲及爆炸物	10 (30.3)	3 (9.1)	2 (6.1)	5 (15.2)	1 (3.0)	1 (3.0)
切穿工具	27 (25.0)	7 (6.5)	6 (5.6)	6 (5.6)	6 (5.6)	6 (5.6)
由高處跳下	101 (20.5)	20 (4.1)	93 (18.9)	22 (4.5)	27 (5.5)	20 (4.1)
其他及未明示之方式	19 (25.7)	5 (6.8)	18 (24.3)	2 (2.7)	6 (8.1)	3 (4.1)
戶籍地						
臺北市	75 (21.5)	6 (1.7)	23 (6.6)	12 (3.4)	13 (3.7)	14 (4.0)

表 2-2-8、2018 年自殺死亡個案生前特殊身分別分析

	離婚人口	農民	精神照護	毒品成癮	家暴相對人	家暴受害人
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
新北市	170 (26.6)	14 (2.2)	76 (11.9)	35 (5.5)	29 (4.5)	24 (3.8)
基隆市	26 (31.0)	0 (0.0)	7 (8.3)	6 (7.1)	4 (4.8)	4 (4.8)
宜蘭縣	25 (28.1)	11 (12.4)	8 (9.0)	3 (3.4)	3 (3.4)	5 (5.6)
桃園市	79 (24.6)	17 (5.3)	30 (9.3)	20 (6.2)	7 (2.2)	17 (5.3)
新竹市	10 (17.9)	1 (1.8)	3 (5.4)	7 (12.5)	2 (3.6)	3 (5.4)
新竹縣	15 (19.5)	11 (14.3)	4 (5.2)	3 (3.9)	2 (2.6)	2 (2.6)
苗栗縣	19 (20.2)	22 (23.4)	8 (8.5)	5 (5.3)	3 (3.2)	3 (3.2)
臺中市	108 (24.5)	28 (6.4)	37 (8.4)	19 (4.3)	24 (5.5)	29 (6.6)
彰化縣	38 (18.7)	53 (26.1)	25 (12.3)	19 (9.4)	18 (8.9)	11 (5.4)
南投縣	24 (22.4)	28 (26.2)	15 (14.0)	12 (11.2)	11 (10.3)	5 (4.7)
雲林縣	24 (17.9)	48 (35.8)	8 (6.0)	6 (4.5)	14 (10.4)	2 (1.5)
嘉義市	8 (21.1)	3 (7.9)	8 (21.1)	1 (2.6)	1 (2.6)	2 (5.3)
嘉義縣	32 (29.4)	31 (28.4)	10 (9.2)	10 (9.2)	9 (8.3)	6 (5.5)
臺南市	65 (19.8)	54 (16.5)	44 (13.4)	19 (5.8)	18 (5.5)	9 (2.7)
高雄市	139 (29.0)	31 (6.5)	59 (12.3)	28 (5.8)	22 (4.6)	24 (5.0)
屏東縣	39 (24.8)	35 (22.3)	23 (14.6)	10 (6.4)	16 (10.2)	8 (5.1)
臺東縣	18 (35.3)	10 (19.6)	9 (17.6)	4 (7.8)	3 (5.9)	4 (7.8)
花蓮縣	18 (22.5)	10 (12.5)	8 (10.0)	6 (7.5)	4 (5.0)	3 (3.8)
澎湖縣	2 (13.3)	2 (13.3)	3 (20.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	1 (6.7)
金門縣	3 (21.4)	1 (7.1)	1 (7.1)	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)	0 (0.0)

表 2-2-9、2018 年自殺死亡個案生前特殊身分別(續)

	中低收入戶	低收入戶	原住民	替代治療	嚴重病人	兒少施虐人
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
性別						
男性	85 (3.3)	79 (3.1)	56 (2.2)	68 (2.7)	17 (0.7)	24 (0.9)
女性	43 (3.3)	38 (2.9)	22 (1.7)	6 (0.5)	15 (1.1)	6 (0.5)
總和	128 (3.3)	117 (3.0)	78 (2.0)	74 (1.9)	32 (0.8)	30 (0.8)
年齡						
0-24 歲	22 (10.0)	12 (5.5)	9 (4.1)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)
25-44 歲	43 (3.6)	30 (2.5)	28 (2.4)	35 (3.0)	9 (0.8)	14 (1.2)
45-64 歲	53 (3.5)	53 (3.5)	25 (1.7)	37 (2.5)	21 (1.4)	14 (0.9)
65 歲以上	10 (1.1)	22 (2.3)	16 (1.7)	2 (0.2)	1 (0.1)	2 (0.2)
自殺死亡方法別						
以固體或液體物質	29 (4.9)	13 (2.2)	20 (3.4)	11 (1.9)	6 (1.0)	8 (1.4)
由其他氣體及蒸汽	34 (3.5)	24 (2.5)	10 (1.0)	27 (2.8)	4 (0.4)	11 (1.1)

表 2-2-9、2018 年自殺死亡個案生前特殊身分別(續)

	中低收入戶 n (%)	低收入戶 n (%)	原住民 n (%)	替代治療 n (%)	嚴重病人 n (%)	兒少施虐人 n (%)
吊死、勒死及窒息	33 (2.5)	43 (3.2)	33 (2.5)	24 (1.8)	3 (0.2)	8 (0.6)
溺水(淹死)	4 (1.5)	7 (2.5)	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.7)	1 (0.4)
鎗砲及爆炸物	4 (12.1)	2 (6.1)	1 (3.0)	2 (6.1)	1 (3.0)	0 (0.0)
切穿工具	4 (3.7)	4 (3.7)	5 (4.6)	2 (1.9)	0 (0.0)	1 (0.9)
由高處跳下	18 (3.7)	21 (4.3)	8 (1.6)	6 (1.2)	12 (2.4)	1 (0.2)
其他及未明示之方式	2 (2.7)	3 (4.1)	0 (0.0)	1 (1.4)	4 (5.4)	0 (0.0)
戶籍地						
臺北市	2 (0.6)	7 (2.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (0.6)	3 (0.9)
新北市	14 (2.2)	24 (3.8)	5 (0.8)	8 (1.3)	7 (1.1)	2 (0.3)
基隆市	2 (2.4)	2 (2.4)	3 (3.6)	1 (1.2)	1 (1.2)	0 (0.0)
宜蘭縣	2 (2.2)	3 (3.4)	2 (2.2)	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
桃園市	2 (0.6)	9 (2.8)	7 (2.2)	6 (1.9)	0 (0.0)	1 (0.3)
新竹市	1 (1.8)	4 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)
新竹縣	1 (1.3)	1 (1.3)	5 (6.5)	2 (2.6)	0 (0.0)	1 (1.3)
苗栗縣	3 (3.2)	2 (2.1)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
臺中市	23 (5.2)	13 (3.0)	4 (0.9)	9 (2.0)	5 (1.1)	7 (1.6)
彰化縣	14 (6.9)	6 (3.0)	0 (0.0)	8 (3.9)	0 (0.0)	1 (0.5)
南投縣	5 (4.7)	5 (4.7)	6 (5.6)	6 (5.6)	0 (0.0)	2 (1.9)
雲林縣	2 (1.5)	8 (6.0)	2 (1.5)	3 (2.2)	0 (0.0)	3 (2.2)
嘉義市	3 (7.9)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.3)	0 (0.0)
嘉義縣	1 (0.9)	2 (1.8)	0 (0.0)	2 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
臺南市	12 (3.7)	6 (1.8)	1 (0.3)	7 (2.1)	3 (0.9)	4 (1.2)
高雄市	18 (3.8)	12 (2.5)	2 (0.4)	11 (2.3)	4 (0.8)	2 (0.4)
屏東縣	15 (9.6)	3 (1.9)	6 (3.8)	5 (3.2)	5 (3.2)	1 (0.6)
臺東縣	3 (5.9)	7 (13.7)	13 (25.5)	1 (2.0)	2 (3.9)	1 (2.0)
花蓮縣	5 (6.3)	1 (1.3)	21 (26.3)	2 (2.5)	0 (0.0)	1 (1.3)
澎湖縣	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)
金門縣	0 (0.0)	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)	0 (0.0)

表 2-2-10、2018 年自殺死亡個案生前特殊身分別(續)

	性侵受害人 n (%)	性侵相對人 n (%)	兒少受害人 n (%)	榮民 n (%)
性別				
男性	3 (0.1)	11 (0.4)	2 (0.1)	3 (0.1)
女性	21 (1.6)	1 (0.1)	5 (0.4)	0 (0.0)
總和	24 (0.6)	12 (0.3)	7 (0.2)	3 (0.1)

表 2-2-10、2018 年自殺死亡個案生前特殊身分別(續)

	性侵受害人 n (%)	性侵相對人 n (%)	兒少受害人 n (%)	榮民 n (%)
年齡				
0-24 歲	7 (3.2)	3 (1.4)	7 (3.2)	0 (0.0)
25-44 歲	11 (0.9)	4 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
45-64 歲	6 (0.4)	4 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
65 歲以上	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	3 (0.3)
自殺死亡方法別				
以固體或液體物質	3 (0.5)	2 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
由其他氣體及蒸汽	4 (0.4)	4 (0.4)	1 (0.1)	0 (0.0)
吊死、勒死及窒息	6 (0.4)	2 (0.1)	2 (0.1)	1 (0.1)
溺水(淹死)	3 (1.1)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)
鎗砲及爆炸物	2 (6.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
切穿工具	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
由高處跳下	6 (1.2)	2 (0.4)	4 (0.8)	1 (0.2)
其他及未明示之方式	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
戶籍地				
臺北市	1 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.6)	0 (0.0)
新北市	4 (0.6)	3 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
宜蘭縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
桃園市	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.6)	1 (0.3)
新竹市	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
新竹縣	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
苗栗縣	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
臺中市	4 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)
彰化縣	3 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
南投縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
雲林縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
嘉義市	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
嘉義縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
臺南市	2 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.3)
高雄市	4 (0.8)	2 (0.4)	1 (0.2)	1 (0.2)
屏東縣	3 (1.9)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
臺東縣	0 (0.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
花蓮縣	2 (2.5)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
金門縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

7) 總結

總體而言，2018 年 0-17 歲兒少自殺死亡資料分析中，以自殺死亡方式來看，由高處跳下自殺及自傷人數最多；以死亡地點來看，桃園市自殺死亡人數較高，建議可持續推動致命性自殺方式之熱點防治與宣導工作。就 0-17 歲兒少再自殺死亡而言，以性別來看，再自殺死亡所占比例女性(0.3%)高於男性(0.2%)；以 7 天內通報自殺死亡之個案而言，雖有進入通報系統，因涵蓋通報即死亡之個案，為關懷訪視較不易介入之部分。0-17 歲兒少自殺死亡個案生前通報情形分析，其中 18.9%個案於自殺死亡前曾經被通報過，62.2%的個案為自殺死亡後才被通報，另有 18.9%的個案沒有通報紀錄，建議各縣市因地制宜來加強兒童青少年有關的學校機構等自殺行為通報。

2018 年全年齡層自殺死亡資料分析，以性別而言，男性自殺死亡人數為女性的 1.94 倍，以年齡層而言，45-64 歲自殺死亡人數最高，為 1508 人，占 2018 年總自殺死亡人數的 39.0%。

2018 年特定人口群自殺死亡資料分析，自殺死亡生前特殊身分別人數前三高依序為，離婚人口(占總自殺死亡人的 24.2%)、農民(占總自殺死亡人的 10.8%)、精神照護(占總自殺死亡人的 10.6%)。

0-17 歲兒少年齡層，建議透過跨部會協商與教育部的校安通報系統連結串檔進行比對分析，了解未有通報紀錄的族群落在何處？以俾後續介入並予各縣市因地制宜來加強兒童青少年有關的學校機構等自殺行為通報，以及此年齡層較常使用的高危險自殺方式介入之必要性等。

原住民族描述性資料分析中，現階段自殺死亡個案數尚嫌不足，故統計分析不足以作最後的結論，需待後續累積收集案量，且依據文獻回顧，原住民族分析需了解各原住民族之文化，未來可持續進行溝通討論。

五、附件

附件 2-2-1、2018 年度 0-17 歲兒少、全年齡層及特定人口群之各縣市自殺死亡及通報資料(含戶籍地及居住地)

附件 2-2-2、2016-2018 年自殺死亡生前有通報、無通報個案之特殊身分別分析

2009-2018 年各縣市自殺死亡地圖

一、背景

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 2019 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(包含自殺死亡人數、自殺死亡率)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 貴縣市運用。

本自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺死亡人數(含戶籍地及亡地點)、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、標準化自殺死亡比、三年移動平均，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

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區年底人口，並加兩年人口相加除以二，得到年中人口數。

- 2)繪製地圖使用 QGIS2.18(地理資訊系統)。
- 3)2009-2018 年各縣市（按鄉鎮市區）自殺死亡地圖

以 2009-2018 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) 自殺死亡人數(含戶籍地及亡地點)、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、標準化自殺死亡比及三年移動平均。

4)標準化死亡比

當研究的族群，其年齡別死亡率不知道，或者由於數目太少導致變動很大的時候，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(年齡層分為 0-4 歲、5-9 歲、10-14 歲、15-19 歲、20-24 歲、24-29 歲、30-34 歲、35-39 歲、40-44 歲、45-49 歲、50-54 歲、55-59 歲、60-64 歲、65-69 歲、70-74 歲、75-79 歲、80-84 歲、85-89 歲、90-94 歲、95-99 歲以及 100 歲以上)期望死亡數的總和相比，得到標準化死亡比。可表示如下：

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

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。

- (1) 以全國 2009-2018 年各年度以及 2009-2011 年、2012-2014 年、2015-2017 年之三年移動平均計算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，並將該鄉鎮市實際自殺死亡人數除以期望值則得到標準化死亡比(以全國為基準)。
- (2) 其中，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)2009-2018 年各鄉鎮市標準化自殺死亡率及自殺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

1. 2009-2018 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、自殺粗死亡率、自殺死亡人數標準化自殺死亡比、三年移動平均，進行各變數的合併。
- 2) 進入衛生福利部「資料科學中心」針對 2009-2018 年各鄉鎮市自殺死亡進行分析。
- 3) 繪製各鄉鎮市區 2009-2018 年自殺死亡人數、SMR(以全國為基準)、標準化死亡率、自殺粗死亡率及三年移動平均地圖。
- 4) 使用 QGIS 繪製自殺死亡地圖，將繪製的地圖撰寫成報告。

四、成果

1. 執行結果

2009-2018 年各縣市自殺地圖整理於附件(以全國、臺北市為例)，詳見附件 2-3-1。繪製臺灣自殺死亡地圖及彙整內容，包含 2009-2018 年各年度標準化死亡率、自殺粗死亡率、自殺死亡人數(戶籍地與死亡地)、標準化自殺死比(以全國為基準)；2009-2011 年、2012-2014 年以及 2015-2017 年三年移動平均之標準化死亡率、標準化死亡比(以全國為基準)。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，以全國來看，摘要如下：

- 1) 全國地圖分佈

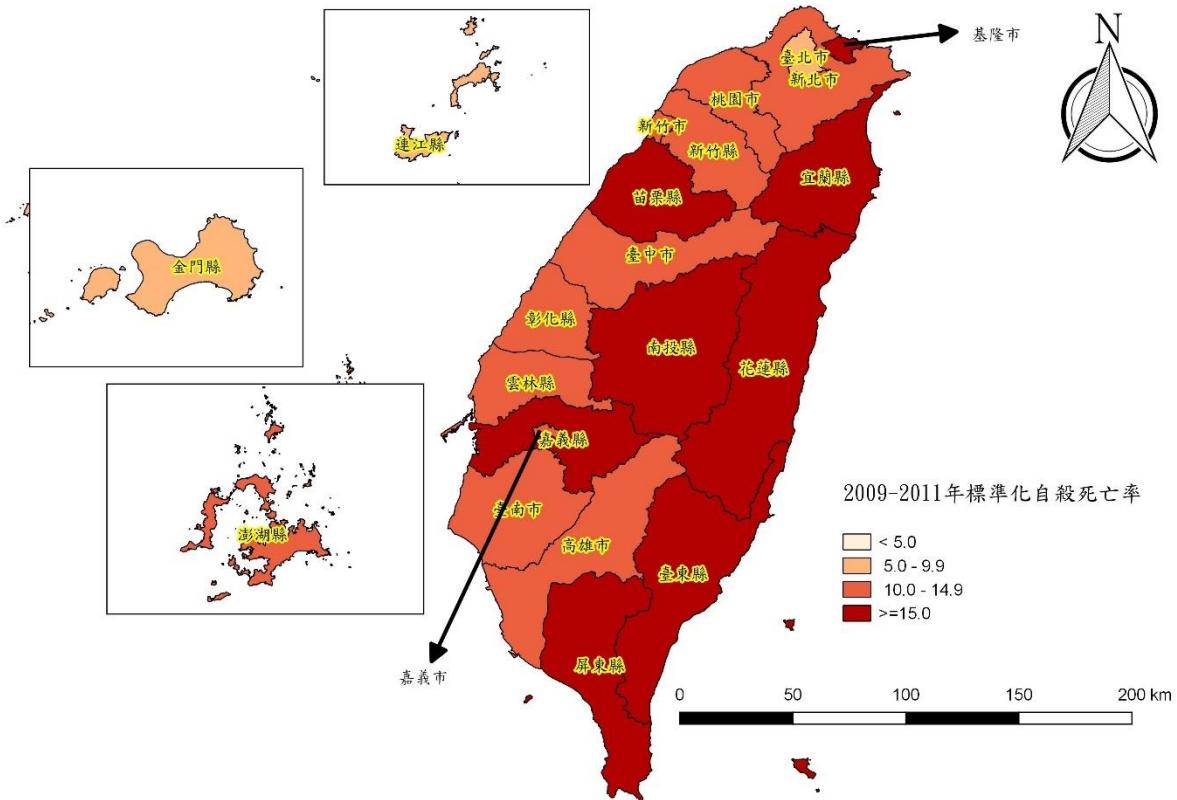


圖 2-3-1、2009-2011 年全國標準化自殺死亡率

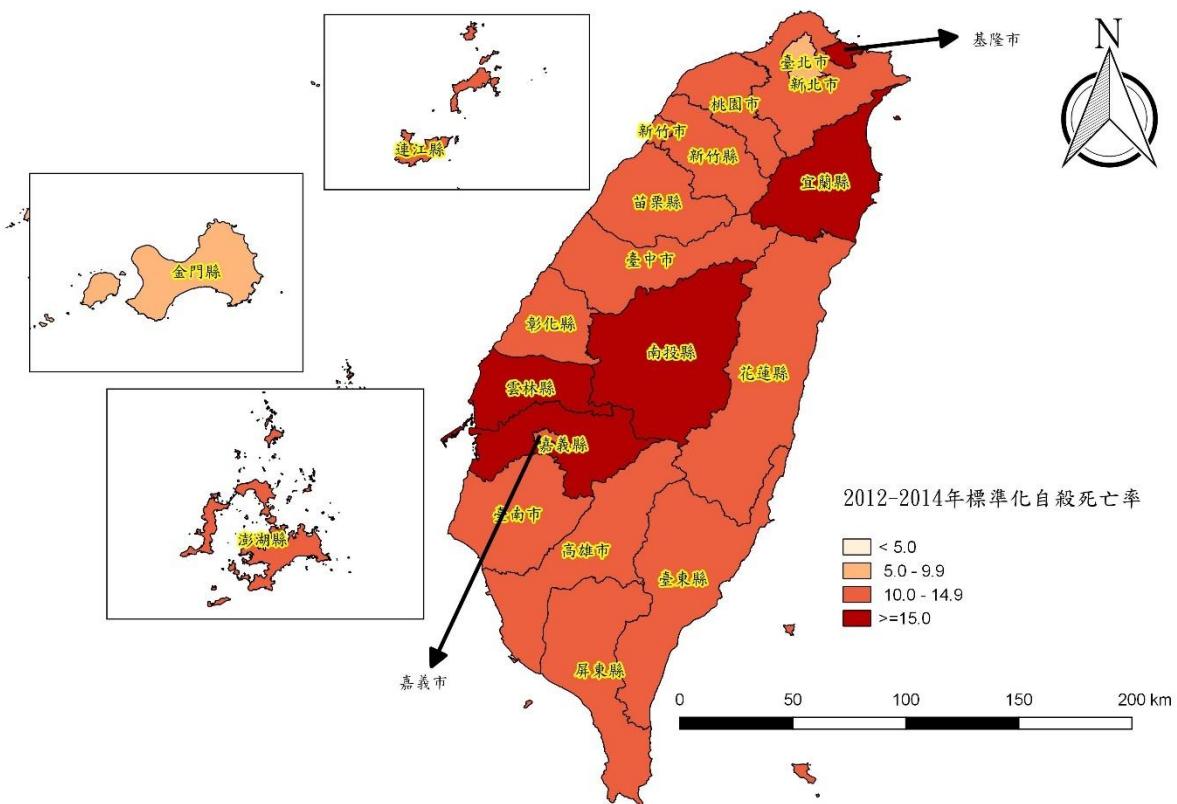


圖 2-3-2、2012-2014 年全國標準化自殺死亡率

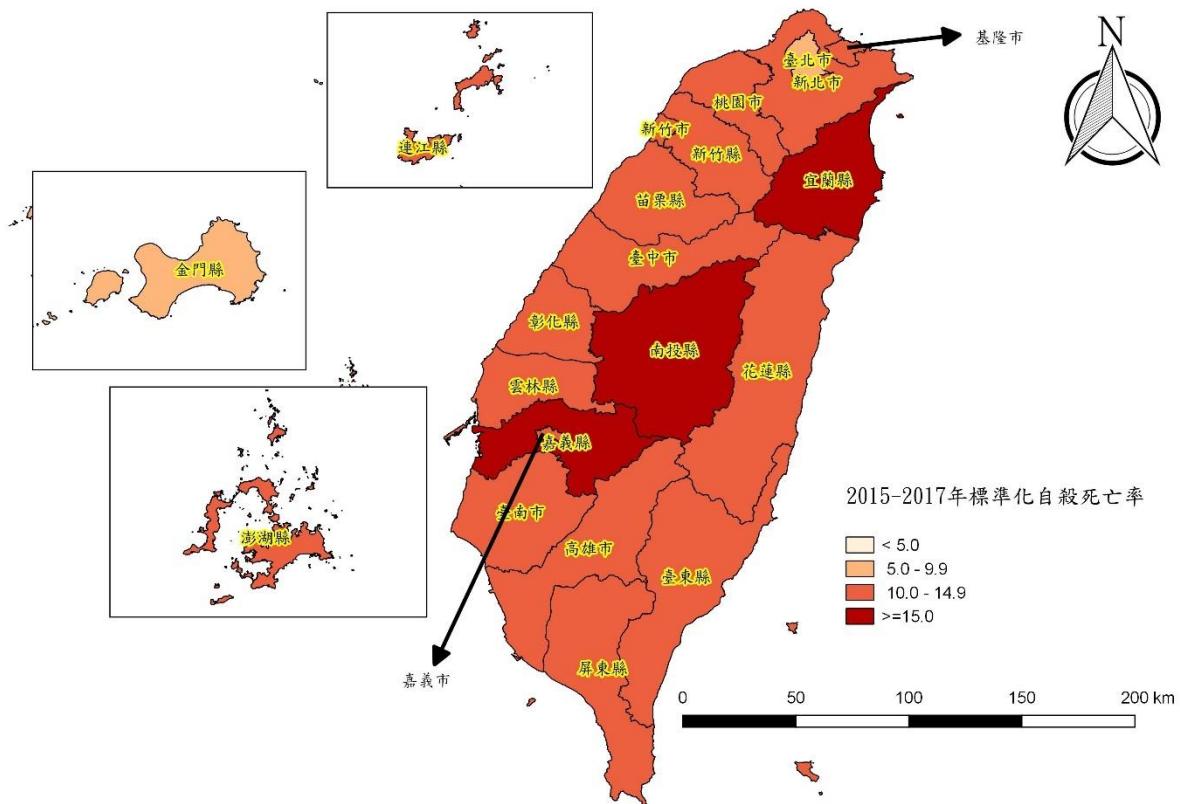


圖 2-3-3、2015-2017 年全國標準化自殺死亡率

2)全國總說明

- (1) 2009-2018 年全國各縣市自殺死亡人數，整體趨勢而言以人口數最多的
新北市較高，而 2012 年高雄市自殺死亡人數為歷年之高峰。
- (2) 2009-2018 年全國各縣市自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率
- a. 2009 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為基隆市、苗栗縣、臺東縣，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為基隆市、澎湖縣、苗栗縣。
 - b. 2010 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為嘉義縣、臺東縣、基隆市，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為臺東縣、基隆市、嘉義縣。
 - c. 2011 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為基隆市、花蓮縣、南投縣，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為基隆市、花蓮縣、南投縣。
 - d. 2012 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為宜蘭縣、雲林縣、澎湖縣，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為宜蘭縣、雲林縣、南投縣。
 - e. 2013 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為嘉義縣、南投縣、基隆市，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為南投縣、嘉義縣、基隆市。
 - f. 2014 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為嘉義縣、基隆市、雲林縣，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為嘉義縣、基隆市、連江縣。
 - g. 2015 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為基隆市、南投縣、花蓮縣與雲林
縣，而標準化自殺死亡率前三高縣市依序為基隆市、宜蘭縣、南投縣。
 - h. 2016 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為南投縣、嘉義縣、屏東縣，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為南投縣、屏東縣、嘉義縣。
 - i. 2017 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為連江縣、澎湖縣、嘉義縣，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為連江縣、澎湖縣、南投縣。
 - j. 2018 年自殺粗死亡率前三高縣市依序為花蓮縣、臺東縣、基隆市，而標
準化自殺死亡率前三高縣市依序為南投縣、花蓮縣、臺東縣。

(3) 總論

歷年來不論標準化自殺死亡率或自殺粗死亡率而言，皆有不同的趨勢，
以標準化死亡率三年移動平均來看 2009-2011 年前三高縣市依序為基隆縣、
花蓮縣、臺東縣，2012-2014 年前三高縣市依序為基隆市、宜蘭縣、南投
縣與嘉義縣，2015-2017 年前三高縣市依序為南投縣、宜蘭縣、嘉義縣。

五、附件

附件 2-3-1、2009 年至 2018 年臺灣自殺死亡地圖報告(以全國、臺北市為
例)

全國及各縣市因地制宜之具體自殺防治策略建言

一、背景

全國及各縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議為 2019 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 108 年 3 月 31 日前，併同 107 年自殺通報年報表及 107 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言，提供本部、各縣市政府於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施，以及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。」。

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 2017 年編寫「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，並於 2018 年依據新一年度自殺相關數據、各縣市自殺死亡地圖、各縣市自殺防治策略實施成效、縣市互動式輔導訪查摘要、訪視紀錄抽查結果，更新前述自殺防治策略建議。

2019 年持續更新全國及各縣市因地制宜之具體自殺防治策略建言，作為衛生福利部及各縣市政府於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施之用，同時也將依據精神醫療網分區，提供精神醫療網核心醫院有關於其責任區域涵蓋縣市之因地制宜自殺防治策略建議，作為精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 根據 2017 年度全國自殺死亡資料及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析。
- 2) 參考 2018 年訪視紀錄抽查摘要、2018 年縣市輔導訪查，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 2018 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，擬定各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。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、自殺防治通報系統訪視紀錄抽查、縣市輔導訪查等。

三、過程

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：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 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) 自殺通報資料檔

(1) 資料期間：2006-2018 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 2.5 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)

3) 縣市輔導訪查摘要

蒐集 2018 年中心所辦理縣市輔導訪查摘要。

4) 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) 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，更新各縣市因地制宜之具體自殺防治策略建言。

四、成果

1. 全國自殺相關數據

1) 2017 年度全國自殺死亡數據

2017 年全國自殺死亡人數 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)，

與 105 年(每十萬人口 16 人)相比上升 2.5%(如圖 2-4-1)

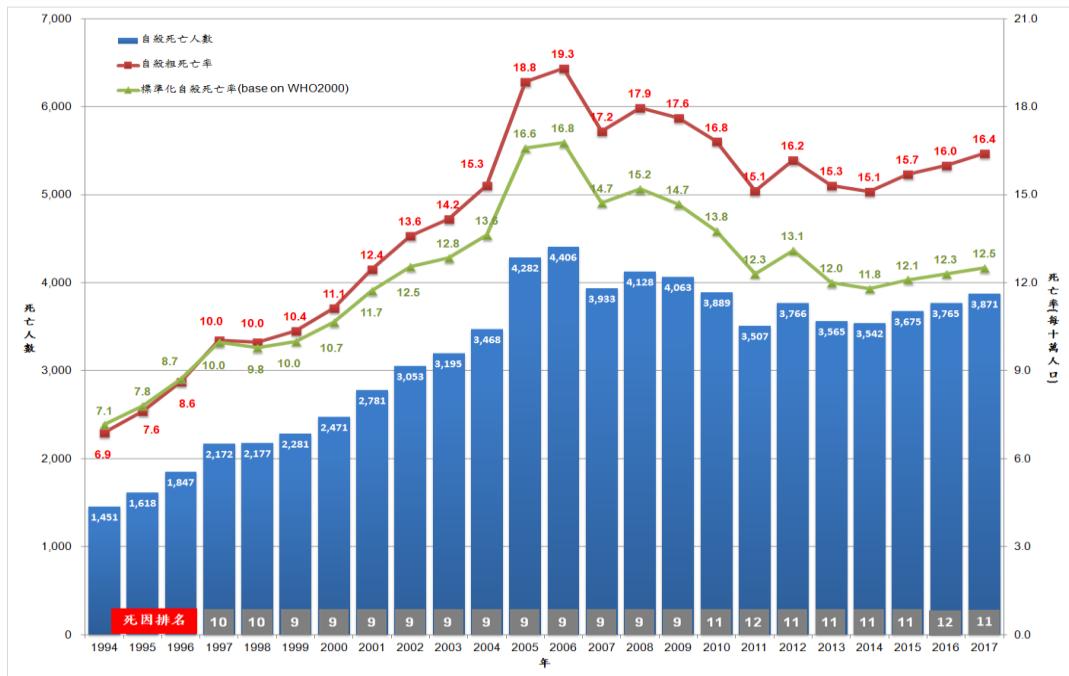


圖 2-4-1、全國 1994 至 2017 年自殺死亡人數及死亡率圖

性別自殺粗死亡率比較，2017 年男性自殺粗死亡率為每十萬人口 22 人，與 2016 年(每十萬人口 21.8 人)相比上升 0.9%；女性自殺粗死亡率為每十萬人口 11 人，與 2016 年(每十萬人口 10.2 人)相比上升 7.8%。(圖 2-4-2)

以年齡層而言，「14 歲以下」2017 年自殺粗死亡率為每十萬人口 0.1 人，與 2016 年(每十萬人口 0.2 人)相比下降 50%；「15-24 歲」2017 年自殺粗死亡率為每十萬人口 6.4 人，與 2016 年(每十萬人口 6.8 人)相比下降 5.9%；「25-44 歲」2017 年自殺粗死亡率為每十萬人口 16.6 人，與 2016 年(每十萬人口 16.1 人)相比上升 3.1%；「45-64 歲」2017 年自殺粗死亡率為每十萬人口 21.1 人，與 2016 年(每十萬人口 20.1 人)相比上升 5%；「65 歲以上」2017 年自殺粗死亡率為每十萬人口 31.1 人，與 2016 年(每十萬人口 32.3 人)相比下降 3.7%。(圖 2-4-3)

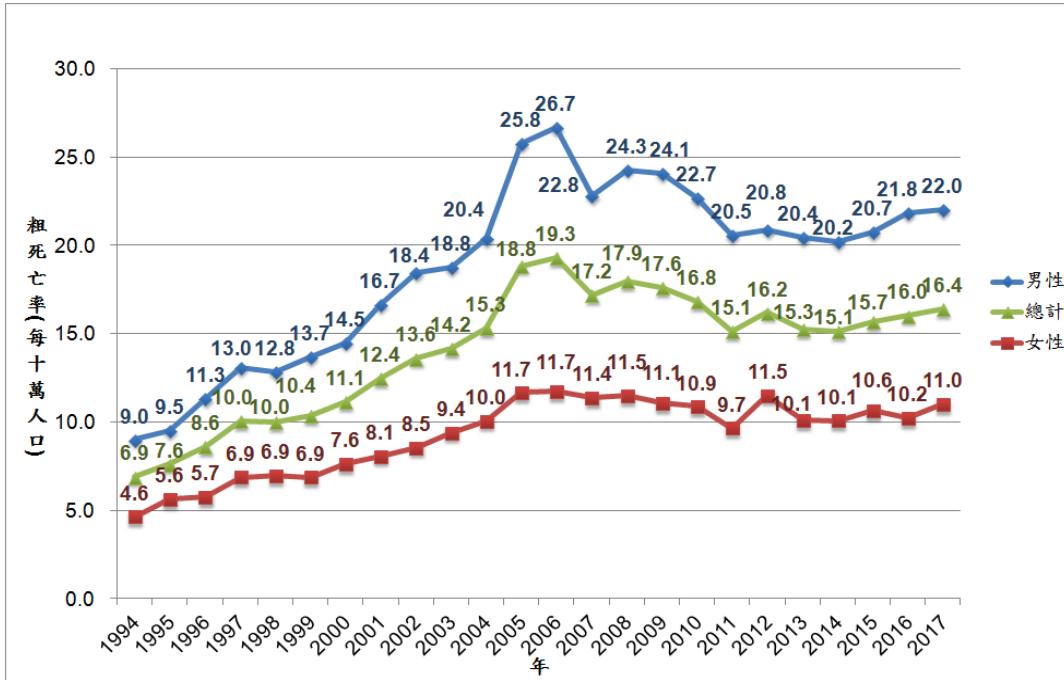


圖 2-4-2、全國 1994 至 2017 年性別自殺死亡率圖

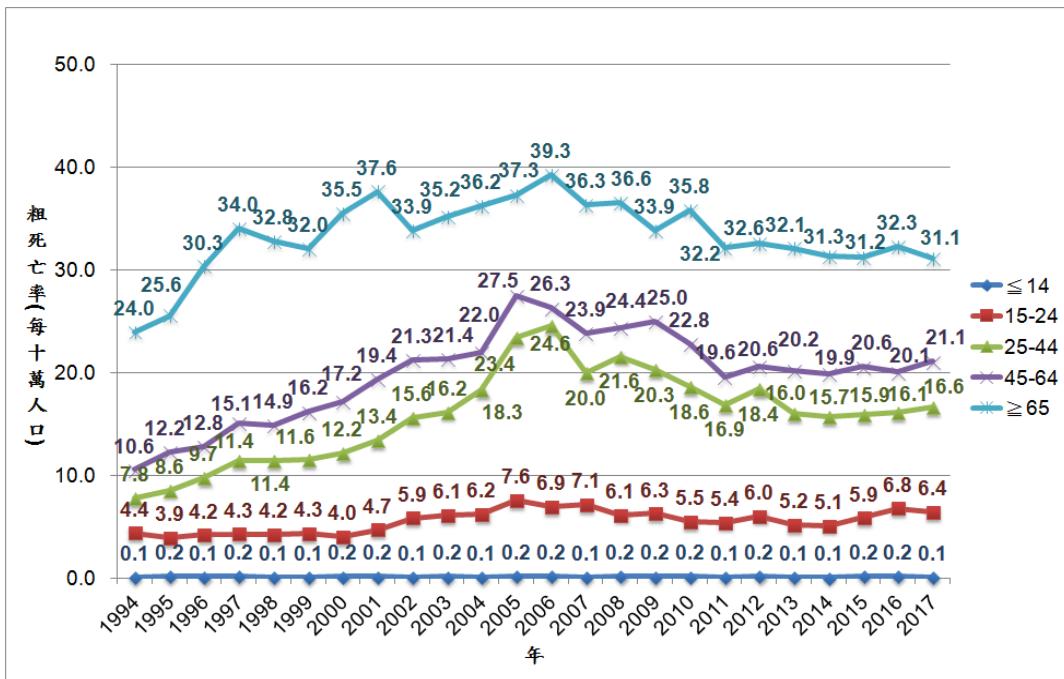


圖 2-4-3、全國 1994 至 2017 年年齡層別粗死亡率圖

2017 年全國自殺死因人數及占率依序為「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%)。(如圖2-4-4)

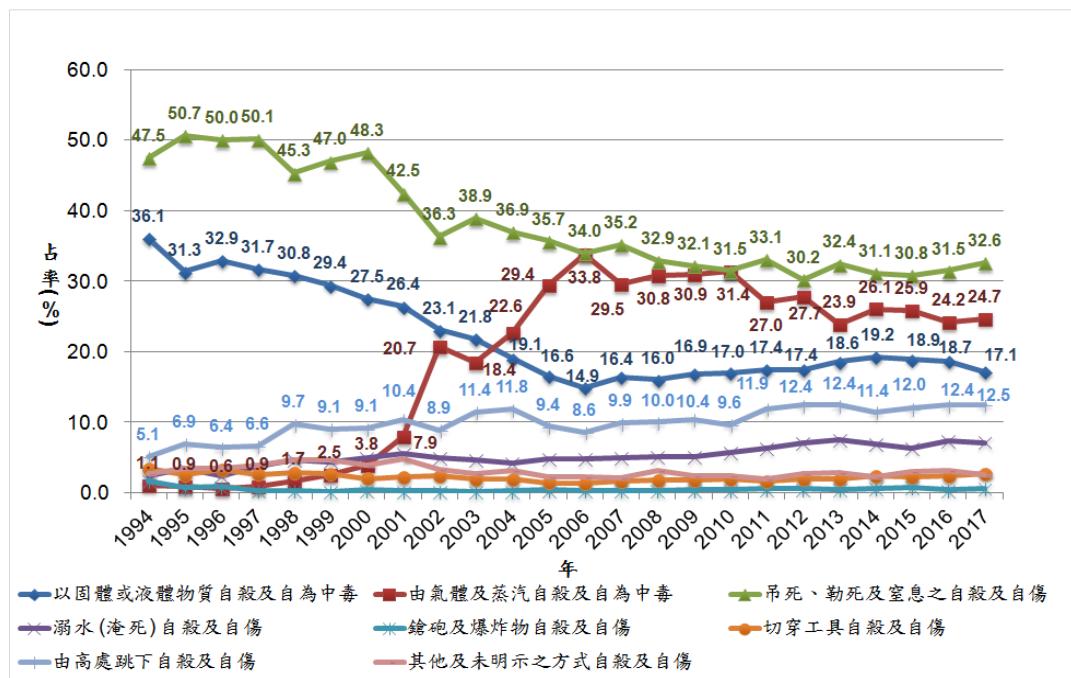


圖2-4-4、全國1994至2017年自殺死因占率圖

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2-4-1。

表2-4-1、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

表 2-4-1、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	
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	-

2)2018 年度全國自殺通報數據

臺灣的自殺通報情況在 2018 年為 33,207 人次(男性 12,325 人次、女性 20,882 人次)，自殺通報比為 8.1，女性為男性之 1.69 倍，2018 年自殺通報人次與 2017 年相比增加 8.5%。(如圖 2-4-5)

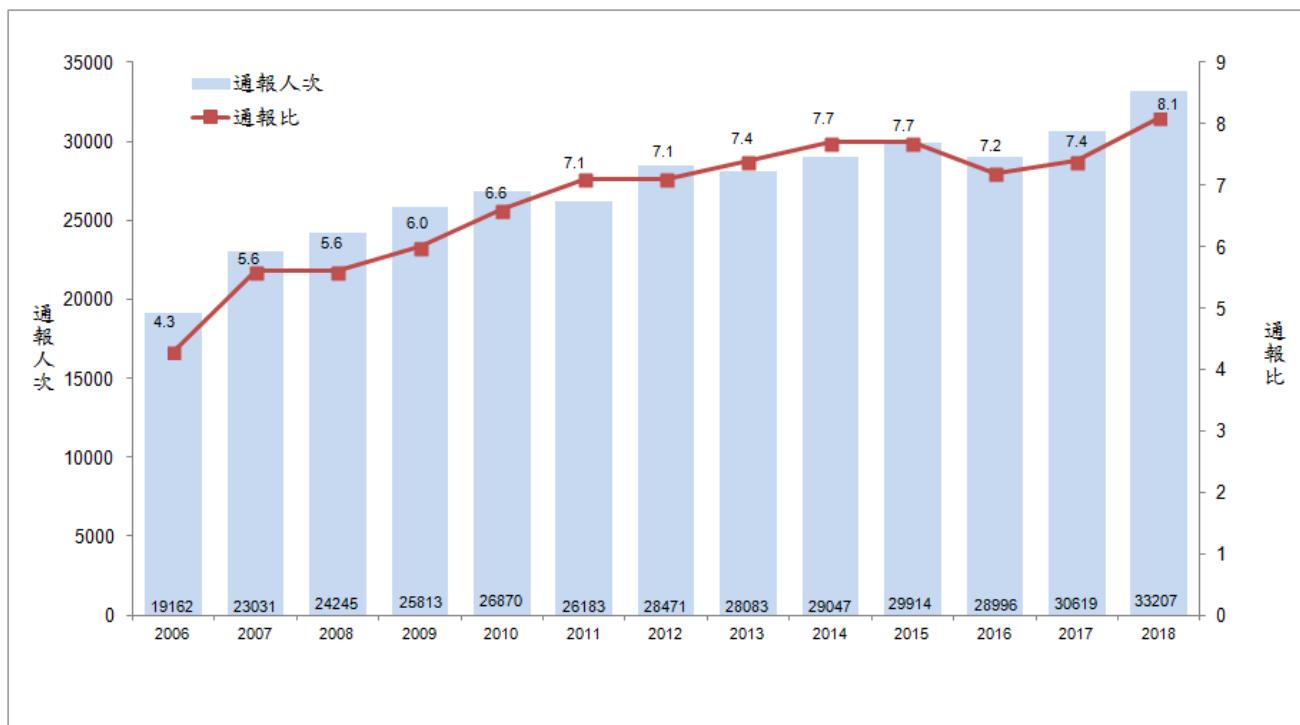


圖 2-4-5、2006-2018 年全國自殺通報趨勢圖

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 2018 年為 12,325 人次，與 2017 年相比增幅為 7.8%。女性自殺通報人次 2018 年為 20,882 人次，與 2017 年相較增幅為 8.8%。(如圖 2-4-6)

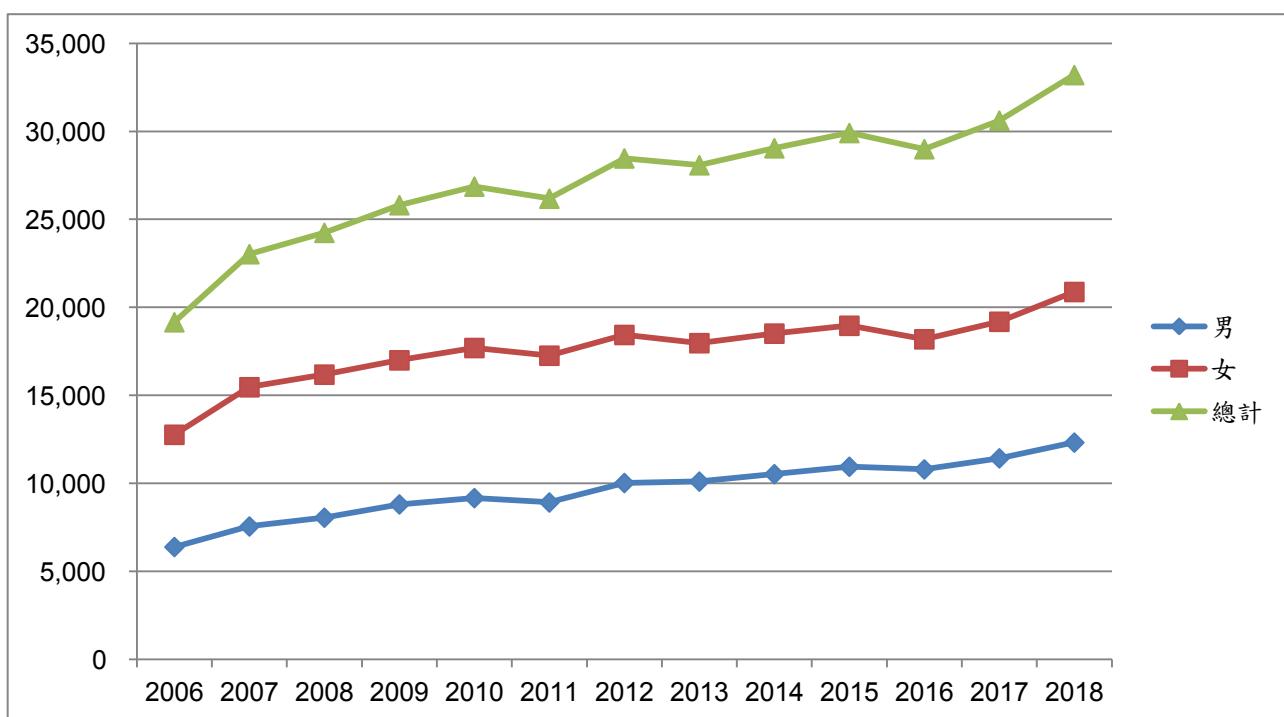


圖 2-4-6、2006-2018 年全國性別自殺通報趨勢圖

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，2018 年通報占率為 42.8%。各年自殺通報占率「45-64 歲」幾乎皆為第二高，2018 年通報占率為 25.3%。第三高為「15-24 歲」，2018 年通報占率為 19.1%。「65 歲以上」自殺通報人次占率排名第四，2018 年通報占率為 10.2%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，2018 年通報占率為 2.5%。(如圖 2-4-7)

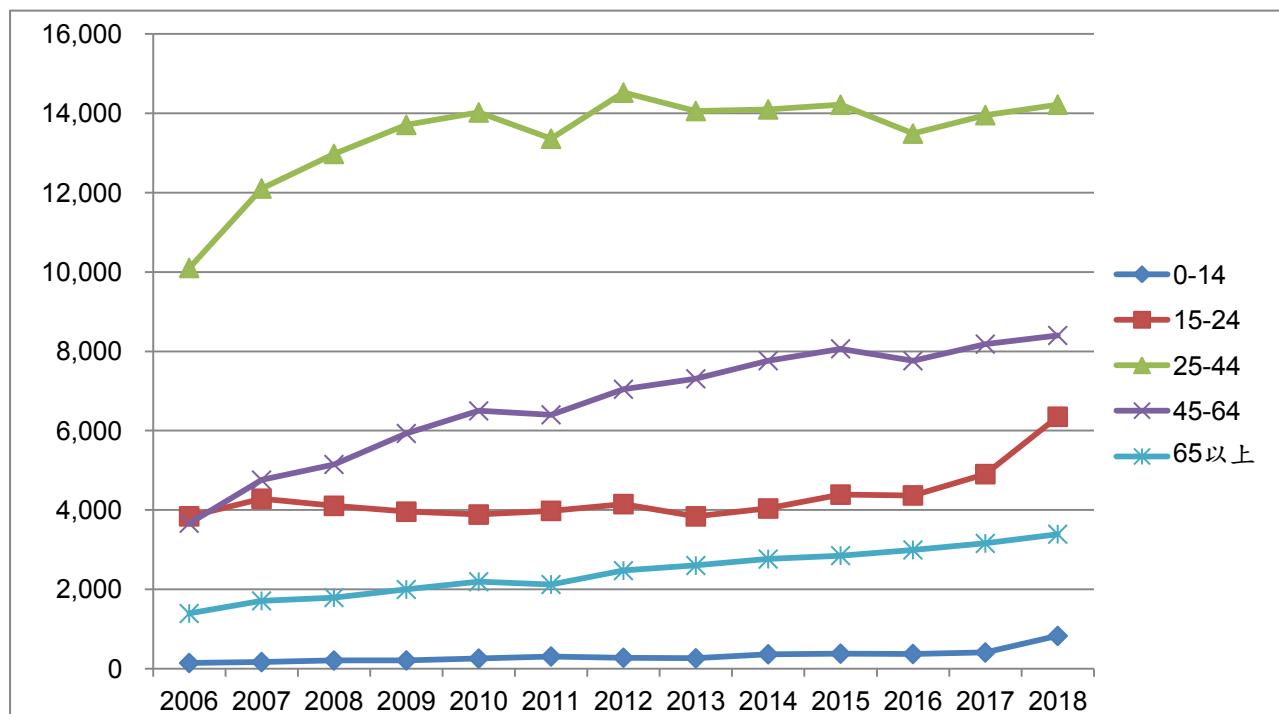


圖 2-4-7、2006-2018 年全國分年齡層自殺通報人次占率圖

2018 年全國自殺通報數據中，自殺方式前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(通報 15,956 人次，占率 48.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(通報 9,801 人次，占率 29.5%)及「由高處跳下自殺及自傷」(通報 2,246 人次，占率 6.8%)，如圖 2-4-8。

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」(2018 年全國通報 15,327 人次，占率 46.2%)、「精神健康／物質濫用」(13,568 人次，40.9%)及「工作／經濟」(3,542 人次，占率 10.7%)。如圖 2-4-9

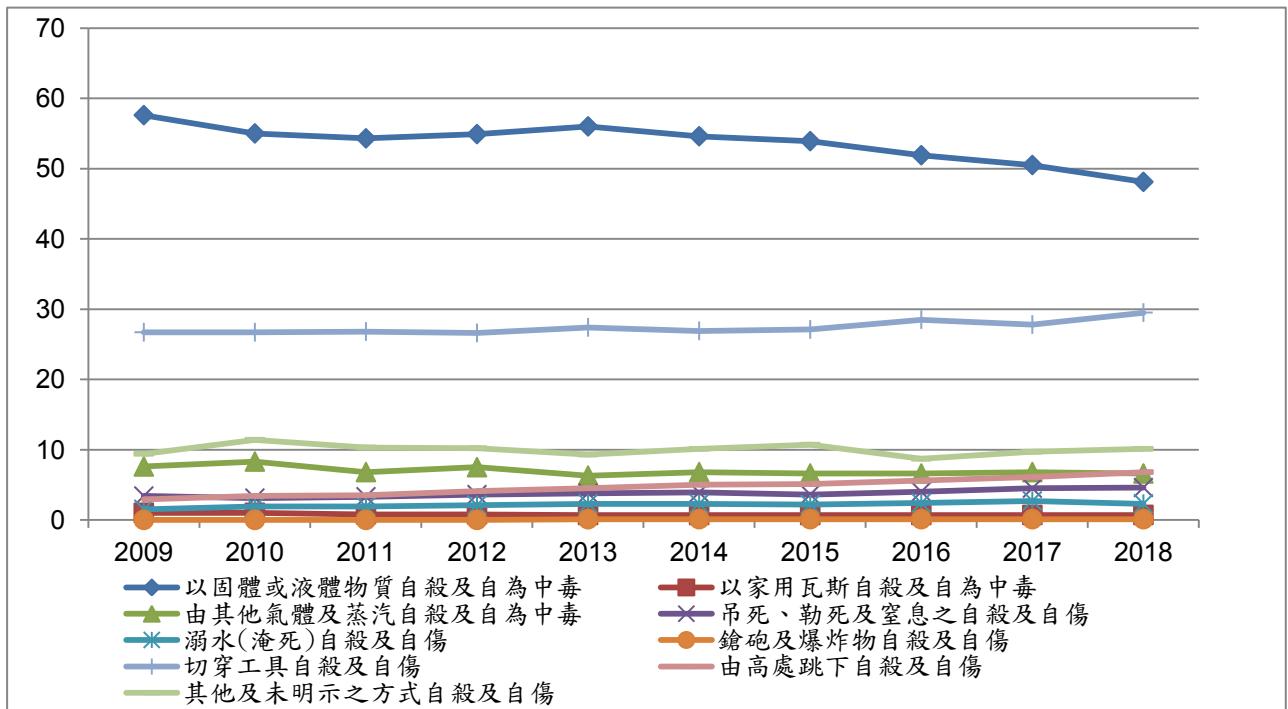


圖 2-4-8、2006-2018 年全國自殺通報方法占率圖

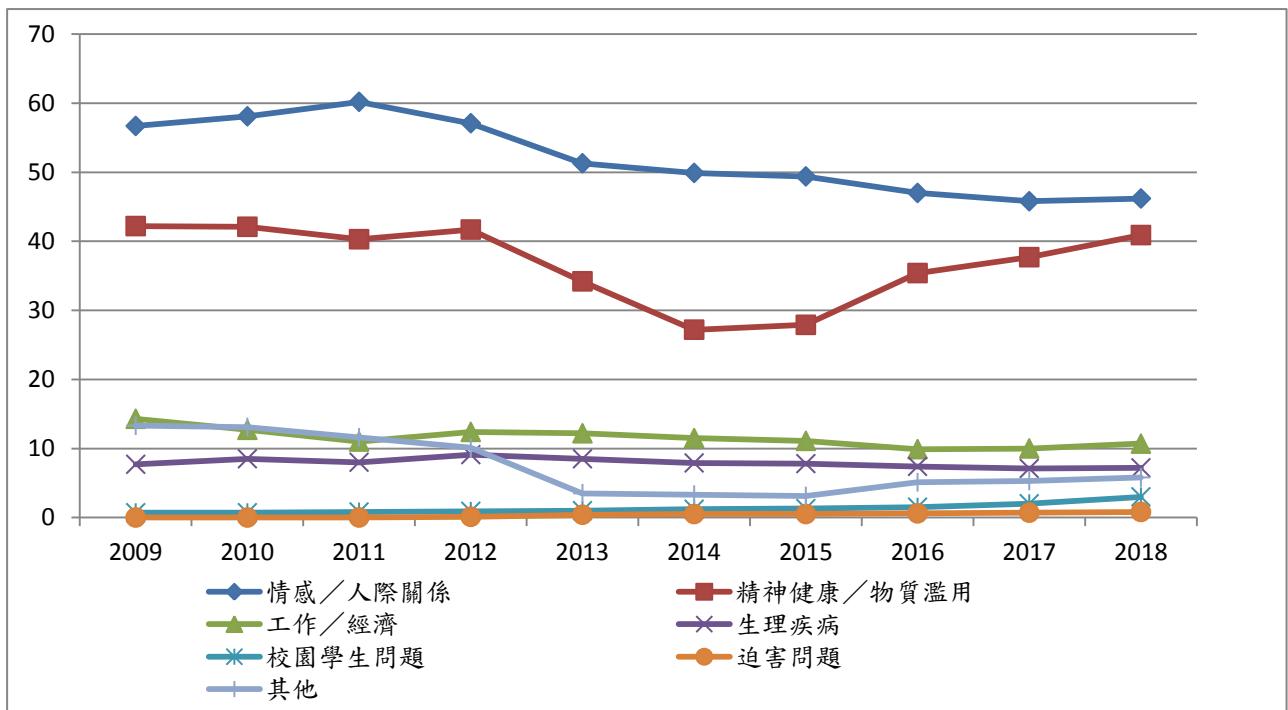


圖 2-4-9、2006-2018 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率較高縣市為金門縣(33.9%)、臺北市(28%)、嘉義縣(15.7%)、基隆市(13.8%)、臺東縣(13.2%)、南投縣(13.1%)、桃園市(11%)、宜蘭縣(10.5%)、彰化縣(10.4%)。(如表 2-4-2)

表 2-4-2、2017 年與 2018 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	2017 (N)	2018 (N)	增減率 (%)	2017 (N)	2018 (N)	增減率 (%)	2017 (N)	2018 (N)	增減率 (%)
全國	11,430	12,325	7.8	19,189	20,882	8.8	30,619	33,207	8.5
臺北市	583	665	14.1	1,158	1,563	35	1,741	2,228	28
新北市	2,242	2,392	6.7	3,880	4,208	8.5	6,122	66,00	7.8
基隆市	184	217	17.9	373	417	11.8	557	634	13.8
宜蘭縣	308	294	-4.5	434	526	21.2	742	820	10.5
桃園市	1,089	1,219	11.9	1,920	2,122	10.5	3,009	3,341	11
新竹市	180	187	3.9	336	380	13.1	516	567	9.9
新竹縣	266	243	-8.6	422	391	-7.3	688	634	-7.8
苗栗縣	272	311	14.3	430	424	-1.4	702	735	4.7
臺中市	1,261	1,376	9.1	2,378	2,515	5.8	3,639	3,891	6.9
彰化縣	659	729	10.6	845	931	10.2	1,504	1,660	10.4
南投縣	341	391	14.7	401	448	11.7	742	839	13.1
雲林縣	443	479	8.1	596	649	8.9	1,039	1,128	8.6
嘉義市	140	132	-5.7	286	269	-5.9	426	401	-5.9
嘉義縣	261	333	27.6	344	367	6.7	605	700	15.7
臺南市	1,056	1,110	5.1	1,678	1,676	-0.1	2,734	27,86	1.9
高雄市	1,341	1,343	0.1	2,358	2,586	9.7	3,699	3,929	6.2
屏東縣	389	449	15.4	646	681	5.4	1,035	1,130	9.2
臺東縣	143	153	7	206	242	17.5	349	395	13.2
花蓮縣	219	225	2.7	399	385	-3.5	618	610	-1.3
澎湖縣	23	37	60.9	58	52	-10.3	81	89	9.9
金門縣	27	37	37	35	46	31.4	62	83	33.9
連江縣	3	3	0	6	4	-33.3	9	7	-22.2

2. 執行結果

1) 更新全國性自殺防治策略建言 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，針對各縣市共通問題、困難點擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議。策略如下：

(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。
- b. 建立社區自殺防治網絡：結合社區及各級學校關懷據點，納入社區的藥師、診所、衛生所、派出所、大賣場或零售商、社區高樓管委會等共同防治。招募社區內關懷義工，針對高風險族群(如獨居老人、高風險家庭等)問候協助。
- c. 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。
- d. 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。
- e. 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，促進國人身心理健康。呼籲媒體報導遵循本土三不三要之報導原則，並儘量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。
- f. 配合世界自殺防治日(每年 9 月 10 日)前後推動心理健康與自殺防治宣導活動(宣導週，宣導月等)，與國際接軌，擴大宣導效益，呼籲全民重視自殺防治議題。藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。

(2) 選擇性策略

- a. 運用 BSRS-5 篩檢出高危險群，針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介：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. 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. 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。
- d. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。
- e. 強化基層醫療的自殺防治網，自殺死亡者生前大部份皆曾就醫且「65 歲以上」自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，建議能強化基層醫療的自殺防治網。推廣醫院或診所於看診時，若病患為老人則先量測 BSRS-5，分數高則轉介相關單位。可與在社區中服務且對心理健康有興趣的醫師合作。
- f. 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。
- g. 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. 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、諮詢、身心科、精神科等)。
- f. 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。

- g. 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。
- h. 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。
- i. 定期檢討自殺防治地方策略：各縣市建立自殺防治機動小組，或是於每月外部督導會議時邀請精神科醫師及衛生局局長、科長加入，討論當月月報變化以擬訂因應對策。

2)更新各縣市因地制宜自殺防治策略建言共 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。

以臺北市因地制宜自殺防治策略為例，策略如下：

(1) 全面性策略

2017 年臺北市自殺死因前三為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」，應特別注意木炭販賣及高樓管理策略。

- a. 針對燒炭防治政策，可進一步於各大商店發放宣導品，例如印有「多份關懷能炭息，精彩人生零遺憾」之木炭專用塑膠袋。
- b. 針對高處跳下死亡：
 - a). 可加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置。
 - b). 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。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。
 - c). 強化網絡連結，加強宣導。

(2) 選擇性策略

老年人自殺粗死亡率為最高，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。針對 65 歲以上老人之自殺防治策略，可參考以下建議：

- a. 建議加強醫院內對高齡及重大傷病病人心理健康部份，可針對高齡縣民在醫院住院者(特別是高齡及有重大傷病)，運用 BSRS-5 等提供心理健康的服務。
- b. 建議可結合學校的社會服務隊，辦理生命課程或營隊，關懷長者或青年族群；松年大學也可安排有關心理健康的課程。
- c. 推廣醫院或診所，於看診時若病患為老人，則先量測 BSRS-5，分數高則轉介相關單位。可特別訓練在社區中服務對心理健康有興趣的醫師。
- d. 結合社區關懷據點共同合作，建立社區自殺防治網絡，納入社區的藥師、診所、衛生所等共同防治，並強化社區教育宣導，尤其是家裡有老人之親屬：透過宣導教育讓家屬改變對於尋求社會資源或是醫療單位的認知態度，避免家屬對於自殺的污名化就延誤就醫或進行篩選。
- e. 可與老人社福團體合作，透過社區關懷接觸篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。且老人自殺的地點在自宅的比例高於中壯年，因此在社區的關懷介入部份更顯重要。
- f. 獨居老人的部份，建議應加強公務體系(如社政)內可接觸此族群的守門人訓練，並訓練參與活動的老人或藉由義工協助，關懷在家中的老人。
- g. 強化緊急醫療救護：加強醫院急診對於常見農藥中毒之處理及急救。
- h. 相關單位之合作連結：與社區關懷據點及社區發展協會合作辦理社區長者 BSRS 篩檢、自殺防治守門人 123 及後續關懷。並與精神醫療網及其他相關單位(如社會局(處)、農業局、或生命線協會等)連結合作，並建立各合作單位之聯絡人名單。
 - a). 整合資源：整合轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，包括各項政府與民間資源，以利各網絡結合與運用，並提供所需家庭相關訊息。
 - b). 高風險篩檢選及轉介關懷：透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，結合各社會資源網絡，以降低國人自殺風險。建議可與社區醫療網合作，利用危險性評估工具篩選出自殺高危險群。協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。
 - c). 網網相連：也可透過連結公共衛生網、基層醫療網、精神醫療網、社

會福利網及社區關懷網絡來共同防治。如社區鄰里長，派出所警員等也應共同擔任守門人。

- d). 廣播宣傳：與公部門及民間團體等單位合作，如醫療單位，社會處、生命線、長照機構等，並與媒體合作，如收聽率較高，或是以老人為主要受眾之電台。
- e). 宣導資訊：於社區內之管委會、里民公佈欄、賣場等民眾易接觸訊息處張貼相關宣導訊息。
- f). 推動醫院自殺防治：可邀請縣內所有醫院共同討論老人自殺防治相關機制。
- g). 呼籲媒體報導遵循世界衛生組織之報導原則(六不六要)，並盡量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。可持續透過媒體及電台進行自殺防治宣導，並印製資源手冊供民眾參考。
- h). 鄰里、相關老人基金會、志工團體、社區老人會等，持續透過宣導活動、演講、藝文活動等辦理，全面宣導正確的心理衛生概念，提醒關心老人心理健康，增進民眾心理衛生知識，推動健康老人關心孤獨老人，持續推動老人自殺及精神疾病去污名化。

(3) 指標性策略

針對需要訪視之自殺關懷個案給予之建議如下：

- a. 針對年邁、拒訪、酒藥癮等困難個案，以及自殺遺族之處遇方式，可參閱中心歷年出版之自殺防治系列手冊建議或透過珍愛生命數位學習網之資源學習。
 - b. 落實一問二應三轉介，強化轉介是關懷訪視員重要之課題。
 - c. 勿僅注意個案行為後之結果，須釐清發生事情之原因。
3. 完整版各縣市自殺防治策略建議整理於附件，詳見附件 2-4-1。

五、附件

附件 2-4-1、全國及各縣市因地制宜自殺防治策略建言

自殺企圖者之通報與關懷追蹤

一、背景

1. 相關問題與重要性

國家級自殺防治三大策略中之指標性策略，主要防治對象是具有高自殺風險的個人；其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。

衛生福利部基於上述原因，衛生福利部於 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，針對存有自殺意念個案、自殺企圖個案、自殺死亡的家屬，進行及時關懷並介入輔導，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。2015 年 12 月衛生福利部進行通報系統改版，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有下列三大項：

- 1) 落實自殺企圖行為、自殺意念及自殺死亡個案之通報。
- 2) 建立個案輔導轉介關懷之網絡。
- 3) 促進相關服務資源之整合。

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

目前自殺通報資料用途包括：提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視需求轉介相關單位提供自殺企圖者之服務及衛教宣導，以及進行自殺

企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

2. 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

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，內容詳見「6.1 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議」章節。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。
- 2)資源連結內容及形式：定期製作分析報表、提供統計資料、系統維護及專家諮詢等。

三、過程

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，以電子郵件通知中心並附上資料連結。中心下載之檔案為加密壓縮檔，需以密碼解密後方可取得原始資料。
- 3) 資料清檔：進行資料檢查後，進行清檔與串聯彙整。
- 4) 資料提供：
- (1) 每月製作「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。
 - a. 「自殺通報月報表」：包含當月全國自殺防治通報關懷系統概況分析(通報單位、性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因、個案關懷及處遇計畫等)與縣市重要指標的呈現(通報人次、通報比、分案率、分案關懷率、30 天再自殺率及特殊身份註記個案比例等)。
 - b. 「各縣市通報個案特性分析表」：包含當月該縣市自殺通報個案概況分析(性別與年齡層分佈、自殺方法及自殺原因、六都鄉鎮區域等趨勢變化)與各通報單位通報件數表；以回饋各縣市衛生局作為督導本身自殺通報業務之參考。
 - (2) 每季依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，製作「自殺通報關懷季報表」(含趨勢分析)提供給各精神醫療網核心醫院，據以判讀數據並提供專業建議。
 - (3) 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。
 - (4) 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。

四、成果

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 10 月 31 日共 203 份。(報表型式如附件 2-5-1、附件 2-5-2)
- 2) 每季製作「自殺通報關懷季報表」(含趨勢分析)，截至 10 月 31 日已完成今年度前三季報表，共計 66 份。

3)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」。

4)2006 年 1 月至 2019 年 9 月統計分析如下(擷取日期:2019 年 10 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、2013、2016 年些微下降，而 2018 年總通報人次為 33,207 人次，與前一年度相比上升 8.5%；2019 年 1 月至 9 月通報人次為 26,079 人次，與去年同期相比上升 1,286 人次，增幅為 5.2%。

全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2014 年到達 7.7，2018 年為 8.1、2019 年 1 至 9 月為 8.4 (如圖 2-5-1)。

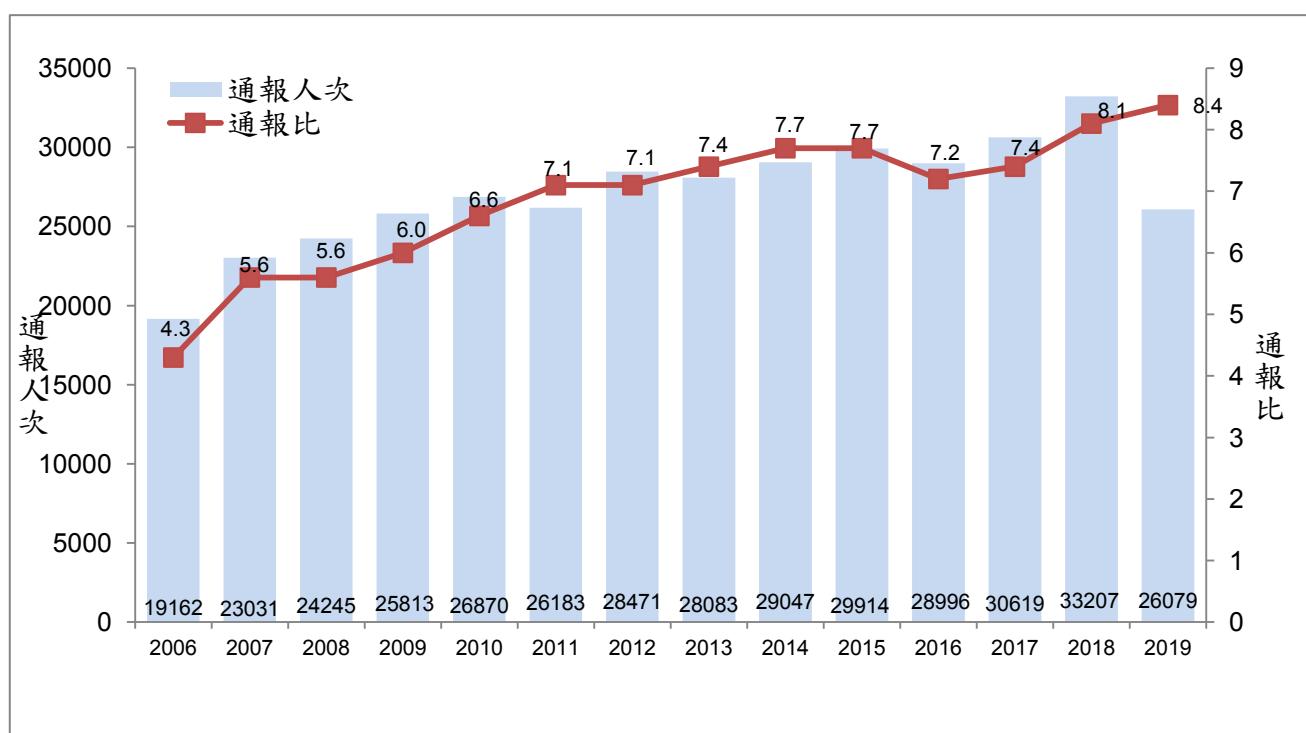


圖 2-5-1、2006 年至 2019 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型

由 2006 年至 2019 年 9 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-5-2)，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 2019 年 1 至 9 月升至 10.9%，教育單位的通報占率自 2016 年起亦逐年上升，2019 年 1 至 9 月的占率為 2.4%。

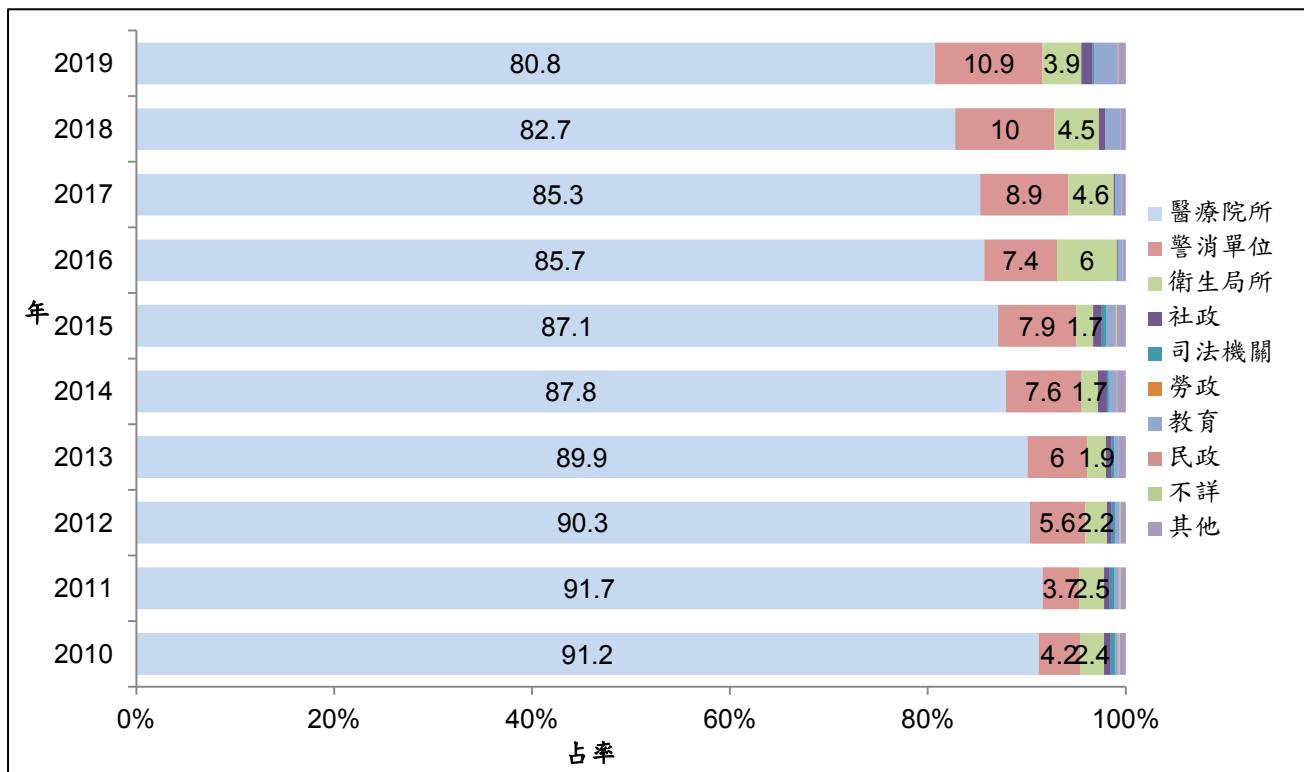


圖 2-5-2、2006 年至 2019 年 9 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-5-2)，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 7.7，2019 年 1-9 月通報比則為 8.4。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%，2019 年 1-9 月分案率則為 100%，分案關懷率 99.7%。

表 2-5-2、2009 年至 2019 年 9 月通報指標

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ^{註1} (1~9 月)
通報人次	25,813	26,870	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	30,619	33,207	26,079
通報比	6.0	6.6	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.6	8.1	8.4
分案率(%)	99.9	100	99.9	100	100	100	100	100	100	100	100
分案關懷率 (%)	100	99.9	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.8	99.9	99.7
30 天再自 殺率(%) ^{註2}	4.4	4.0	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4	6.1	6.8 ^{註3}
90 天再自 殺率(%) ^{註2}	7.5	7.4	7.1	7.9	8.0	8.0	8.6	8.6	8.9	9.6	10.9 ^{註3}

表 2-5-2、2009 年至 2019 年 9 月通報指標

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ^{註 1} (1~9 月)
1 年內再自殺率(%) ^{註 2}	14.4	14.3	14.7	15.1	15.3	15.5	15.6	16.2	16.8	18.3 ^{註 4}	- ^{註 3}

註 1：2019 年 1 至 9 月之資料，擷取日期：2019 年 10 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 3：2019 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 2019 年 1 至 8 月；90 天再自殺率之追蹤期間為 2019 年 1 至 6 月，1 年內暫無法計算。

註 4：2018 年 1 年內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

2019 年 1 至 9 月通報共 26,079 人次，其中女性通報 16,640 人次占 63.8%，男性通報 9,439 人次占 36.2%，女性為男性 1.76 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 21.5%)、15-24 歲(占率 21.0%)、25-34 歲以上(占率 19.2%)、45-54 歲(占率 15.2%)、55-64 歲(占率 9.4%)、75 歲以上(占率 5.3%)、65-74 歲(占率 5.0%)、14 歲以下(占率 3.3%)。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 歲人次占率為最高(23.7%)，與全體及男性趨勢不同。(如表 2-5-3)。

表 2-5-3、2019 年 1-9 月性別年齡層別分析

	男性		女性		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
14 以下	226	2.4	644	3.9	870	3.3
15-24	1532	16.2	3936	23.7	5468	21.0
25-34	1815	19.2	3187	19.2	5002	19.2
35-44	1962	20.8	3634	21.8	5596	21.5
45-54	1473	15.6	2492	15.0	3965	15.2
55-64	1056	11.2	1408	8.5	2464	9.4
65-74	646	6.8	653	3.9	1299	5.0

表 2-5-3、2019 年 1-9 月性別年齡層別分析

	男性		女性		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
75 以上	713	7.6	674	4.1	1387	5.3
不詳	16	0.2	12	0.1	28	0.1
總計	9439	100	16640	100	26079	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(46.8%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(30.2%)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 2-5-4)。

表 2-5-4、2019 年 1-9 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	3781	40.1	8433	50.7	12214	46.8
以家用瓦斯自殺及自為中毒	96	1.0	38	0.2	134	0.5
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	1048	11.1	595	3.6	1643	6.3
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	690	7.3	533	3.2	1223	4.7
溺水(淹死)自殺及自傷	292	3.1	400	2.4	692	2.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	12	0.1	0	0.0	12	0.0
切穿工具自殺及自傷	2150	22.8	5724	34.4	7874	30.2
由高處跳下自殺及自傷	763	8.1	1024	6.2	1787	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」(58.7%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(20.1%)及「由高處跳下自殺及自傷」(13.7%)。15-24 歲自殺方式占率排序前三位為「切穿工具自殺及自傷」(41.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.3%)及「由高處跳下自殺及自傷」(9.1%)。25-34 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(37.0%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.7%)。35-44 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(49.4%)、「切穿工具自殺及自傷」(28.9%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.6%)。45-54 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(53.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(22.5%)、「由其他

氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.4%)。55-64 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(53.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(15.8%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(8.2%)。65-74 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(57.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(13.8%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(9.4%)。75 歲以上自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(59.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(11.9%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(10.2%)。(如表 2-5-5)

表 2-5-5、2019 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺方式與年齡層別之占率(%)

	14 以下	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 以上
以固體或液體物質自殺及自為中毒	20.1	40.3	40.7	49.4	53.6	53.8	57.3	59.9
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.0	0.1	0.5	0.8	0.7	0.9	0.7	0.5
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	0.9	4.8	7.7	7.6	7.4	7.6	4.1	1.9
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	3.9	3.4	3.2	3.3	4.8	8.2	9.4	10.2
溺水(淹死)自殺及自傷	0.6	1.7	2.3	2.2	3.3	3.9	4.9	4.5
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
切穿工具自殺及自傷	58.7	41.4	37.0	28.9	22.5	15.8	13.8	11.9
由高處跳下自殺及自傷	13.7	9.1	7.2	6.4	4.9	5.4	4.8	3.9

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「情感／人際關係」(46.5%)、「精神健康／物質濫用」(42.6%)及「工作／經濟」(10.7%)。男性前三位為「情感／人際關係」(38.4%)、「精神健康／物質濫用」(38.0%)及「工作／經濟」(14.8%)；女性前三位為「情感／人際關係」(51.1%)、「精神健康／物質濫用」(45.1%)及「工作／經濟」(8.4%)，無論男女，其自殺原因排序前三位皆與全國排序相同。(如表 2-5-6)。

表 2-5-6、2019 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺原因與性別分析

男 人次	%	女 人次	%	總計 人次	%

表 2-5-6、2019 年 1-9 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	3622	38.4	8507	51.1	12129	46.5
精神健康／物質濫用	3591	38.0	7510	45.1	11101	42.6
工作／經濟	1397	14.8	1393	8.4	2790	10.7
生理疾病	976	10.3	809	4.9	1785	6.8
校園學生問題	231	2.4	680	4.1	911	3.5
迫害問題	50	0.5	175	1.1	225	0.9
其他原因	647	6.9	907	5.5	1554	6.0
無法說明及不詳	1629	17.3	1897	11.4	3526	13.5

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」(52.4%)、「精神健康／物質濫用」(39.4%)、「校園學生問題」(33.7%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(49.0%)、「精神健康／物質濫用」(46.3%)、「校園學生問題」(10.6%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(54.4%)、「精神健康／物質濫用」(40.4%)、「工作／經濟」(14.7%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(50.6%)、「精神健康／物質濫用」(42.2%)、「工作／經濟」(13.4%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(45.9%)、「情感／人際關係」(44.6%)、「工作／經濟」(13.2%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(43.9%)、「情感／人際關係」(37.9%)、「生理疾病」(13.3%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(37.9%)、「生理疾病」(30.8%)、「情感／人際關係」(30.6%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(42.7%)、「精神健康／物質濫用」(32.1%)、「情感／人際關係」(23.2%)。(如表 2-5-7)。

表 2-5-7、2019 年 1-9 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	52.4	49	54.4	50.6	44.6	37.9	30.6	23.2
精神健康／物質濫用	39.4	46.3	40.4	42.2	45.9	43.9	37.9	32.1
工作／經濟	0.1	7.7	14.7	13.4	13.2	11.6	5.1	0.4
生理疾病	0.2	0.7	1	2.4	6	13.3	30.8	42.7

表 2-5-7、2019 年 1-9 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
校園學生問題	33.7	10.6	0.7	0	0.1	0	0	0
迫害問題	2.5	0.9	0.7	0.9	1	0.5	0.8	0.1
其他	8.7	5.8	5.3	6	5.7	6.3	5.5	7.4
不願說明或無法說明	6.9	12	12.5	14.3	14.6	16.2	14.3	15.8

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 2019 年 1-9 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臺北市(平均 3.3 次)、澎湖縣 (平均 4.3 次)、連江縣 (平均 2.6 次)、彰化縣(平均 4.2 次)、花蓮縣(平均 5.2 次)、苗栗縣(平均 4.7 次)、雲林縣(平均 5.4 次)、嘉義市(平均 5.5 次)、基隆市(平均 5.8 次)及宜蘭縣(平均 5.9 次)。(如表 2-5-8)。

表 2-5-8、2019 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表

	2019 年 1-9 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.2	4.1	6	49	0
臺北市	3.3	2.9	2	25	0
新北市	6.3	4.1	7	31	0
基隆市	5.8	3	6	17	0
宜蘭縣	5.9	3.8	6	24	0
桃園市	7.1	4.1	7	29	0
新竹市	6.2	3.2	6	24	0
新竹縣	6.3	3.8	7	27	0
苗栗縣	4.7	2.5	5	14	0
臺中市	6.4	4	7	27	0
彰化縣	4.2	2.7	4	22	0
南投縣	9.8	5.5	10	34	0
雲林縣	5.4	2.7	6	19	0
嘉義市	5.5	3.8	6	21	0
嘉義縣	6.7	5.3	6	32	0
臺南市	6.9	3.3	7	36	0
高雄市	7.1	4.4	7	49	0

表 2-5-8、2019 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表

	2019 年 1-9 月				
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
屏東縣	6.3	3.4	7	30	0
臺東縣	8.1	5.2	8	28	0
花蓮縣	5.2	3.5	5	28	0
澎湖縣	4.3	2.6	4	14	0
金門縣	8.6	5.8	8	33	1
連江縣	2.6	2.1	2	7	1

(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 16.2%、家暴被害人占 12.7%、家暴加害人占 9.9%、兒少被害人占 6.4%、兒少加害人占 4.6%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.7%、家暴高危加害人占 0.5%、性侵加害人占 0.3%。(如表 2-5-9)。

表 2-5-9、2019 年 1-9 月全國各縣市特殊身份註記個案比率表

縣市	精照列管嚴重 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	16.2	1.3	0.5	0.7	9.9	12.7	4.6	6.4	0.3
臺北市	17.5	2.3	0.3	0.2	6.8	9.7	4	5.8	0.1
新北市	15.1	1.1	0.6	0.5	6.7	8.8	3.8	7.8	0.4
基隆市	14.7	1	0.4	1.2	10.2	14.9	4.4	6.8	0.2
宜蘭縣	16.8	0.5	0.5	0.5	9.4	11.6	3.5	7.5	0
桃園市	14.4	0.7	0.3	0.7	9.7	12.7	4.4	6.8	0.2
新竹市	6.5	0.2	0.9	0.9	6.5	15.2	3.2	8.1	0.5
新竹縣	15.6	0.7	0.6	0.9	7.2	11.7	2.8	8.1	0.2
苗栗縣	11.7	0.9	0.9	0.3	10.1	13	5.2	5.4	0.5
臺中市	15.9	1.1	0.3	1.2	9.2	13.2	4	4.8	0.3
彰化縣	21.8	1.1	0.6	0.3	10.9	13.1	4.3	6.4	0.5
南投縣	16.3	1.8	0.9	0.7	12.2	15.2	4	3.9	0
雲林縣	15.1	1.4	0.3	0.8	16.2	18.3	4.5	5.9	0.3
嘉義市	9	0.3	0.3	1.9	8	17.3	5.6	6.5	0.3
嘉義縣	13	0.9	0.9	0.4	12.6	14.2	5.9	2.8	0.2

表 2-5-9、2019 年 1-9 月全國各縣市特殊身份註記個案比率表

縣市	精照列管嚴重 個案 (%)	家暴 病人 (%)	高 危 人(%)	家暴 加害 人(%)	高 危 被害 人(%)	家暴 被害人 (%)	家暴 被害人 (%)	兒少 加害人 (%)	兒少 被害人 (%)	性侵 加害人 (%)
臺南市	15.7	1	0.5	0.4	9.4	10.7	6.2	5.7	0.2	
高雄市	19.2	1.5	0.4	0.5	15	15.6	6.2	6.7	0.1	
屏東縣	17.9	4.1	0.4	0.5	10.8	13.7	3.7	4.6	0.3	
臺東縣	19	2	0.6	2.3	15.1	14.8	6	7.1	0.9	
花蓮縣	23.2	1.5	0.6	0.9	11.4	18.6	5.7	8.1	0.2	
澎湖縣	22.3	0	0	0	5.3	18.1	3.2	3.2	2.1	
金門縣	17.5	0	0	1.6	9.5	14.3	3.2	4.8	0	
連江縣	0	0	0	0	12.5	25	12.5	12.5	0	

註：特殊身份註記個案比例=該縣市特殊身份註記人次÷該縣市通報人次

5)近十年青少年族群自殺通報資料趨勢分析

根據衛生福利部公布之 2018 年國人死因數據，自殺雖未在十大死因內，(排名第 11 名)，值得注意的是，青少年因自殺的死亡率逐年攀升，故本中心業針對 0-17 歲兒少族群分析自殺通報及死亡相關數據(詳見「2.2 2018 年度 0-17 歲、全年齡層及特定人口群自殺資料分析」章節及附件 2-2-1)，本節進一步分析 0-14 歲及 15-19 歲的兒童及青少年族群，近十年(2009-2018 年)通報個案的趨勢變化，助於了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

(1) 0-14 歲自殺企圖者之特性

依據 2009-2018 年自殺通報數據分析結果，0-14 歲通報人次整體有逐年上升的趨勢，且在 2018 年大幅上升，其中女性上升幅度高於男性，2018 年全國 0-14 歲通報 826 人次，其中女性通報 583 人次(70.6%)，男性通報 243 人次(29.4%)，女性為男性的 2.4 倍。(如圖 2-5-3)

歷年來 0-14 歲通報個案自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為主要方式，「高處跳下自殺及自傷」則為第三高自殺方式，2018 年自殺方式前三名占率為「切穿工具自殺及自傷」(51.8%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(23.1%)、「高處跳下自殺及自傷」(16.1%)。(如圖 2-5-4)若以性別分開比較，除「切穿工具自殺及自傷」外，男性以「高處跳下自殺及自傷」的比例高於女性，在 2013、2014、

2017 年時為男性占率最高之自殺方式。(如圖 2-5-5、圖 2-5-6)

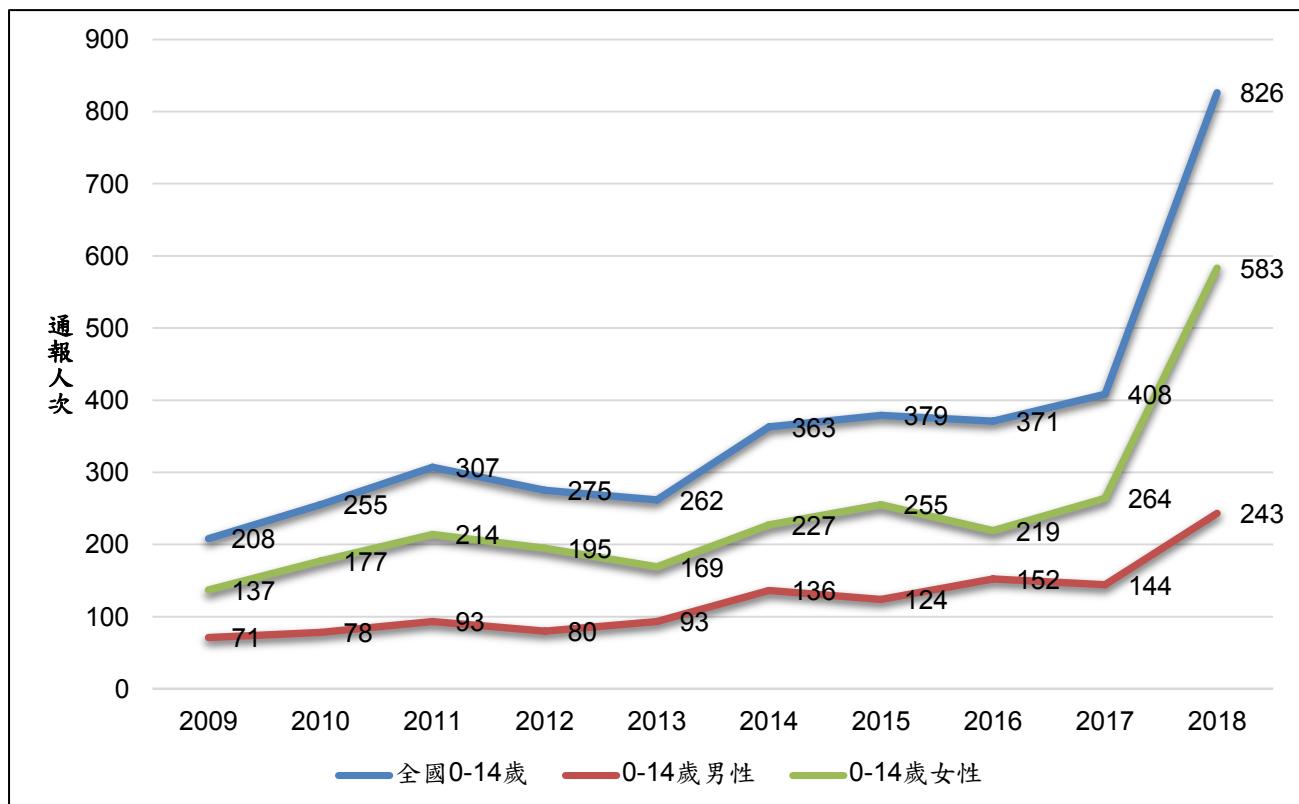


圖 2-5-3、2009 年至 2018 年 0-14 歲通報人次趨勢

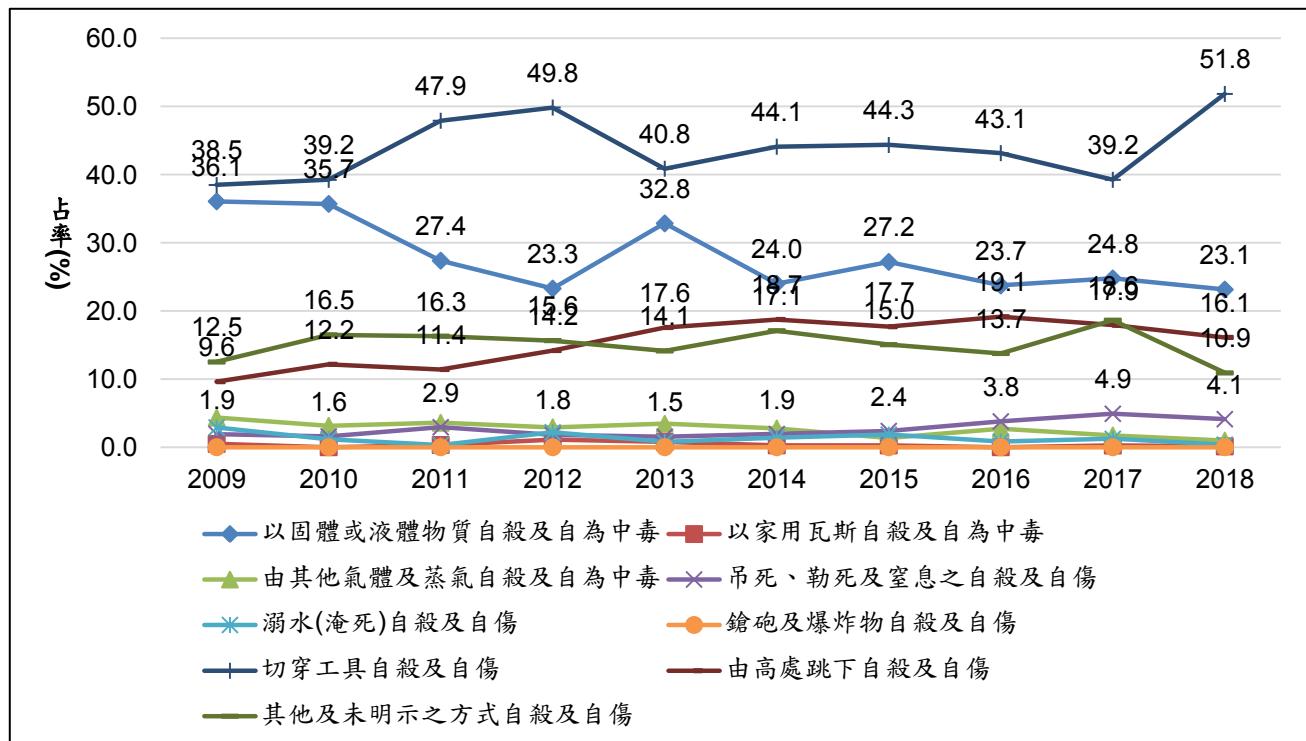


圖 2-5-4、2009 年至 2018 年 0-14 歲自殺方式占率

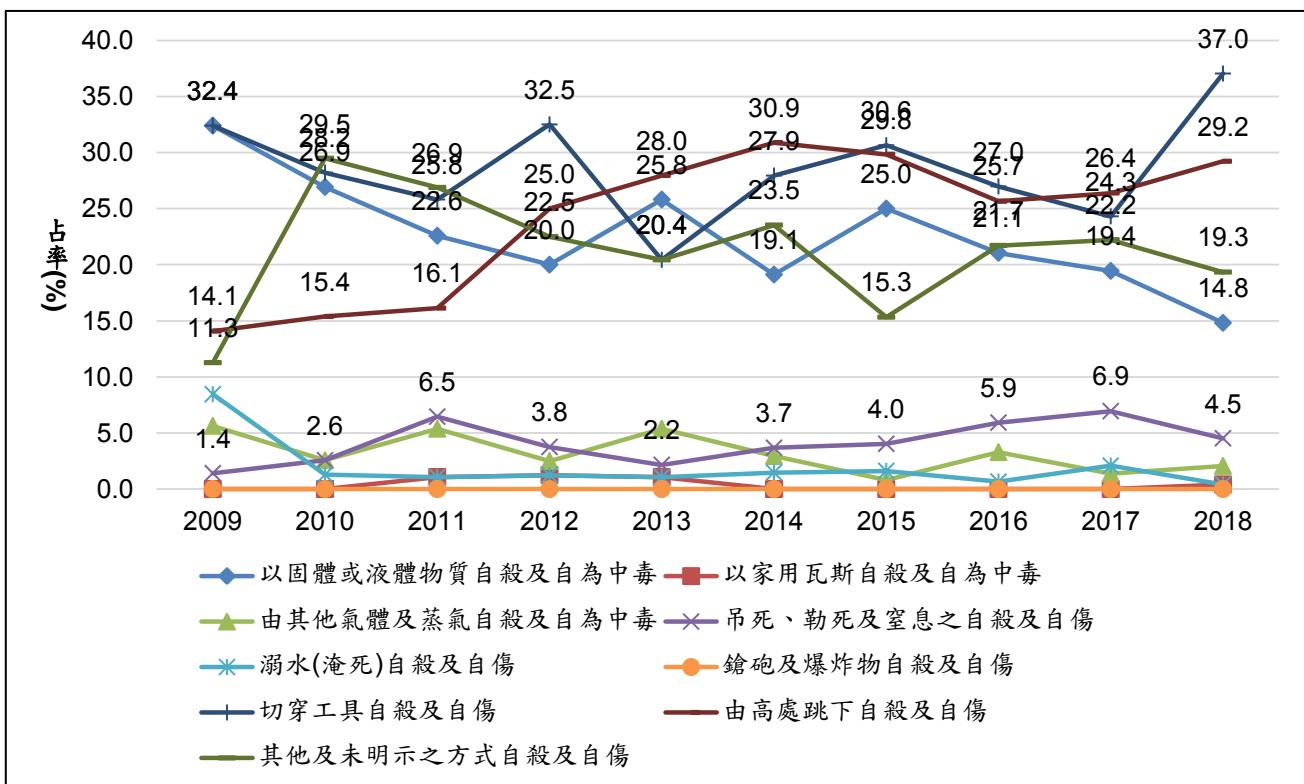


圖 2-5-5、2009 年至 2018 年 0-14 歲男性自殺方式占率

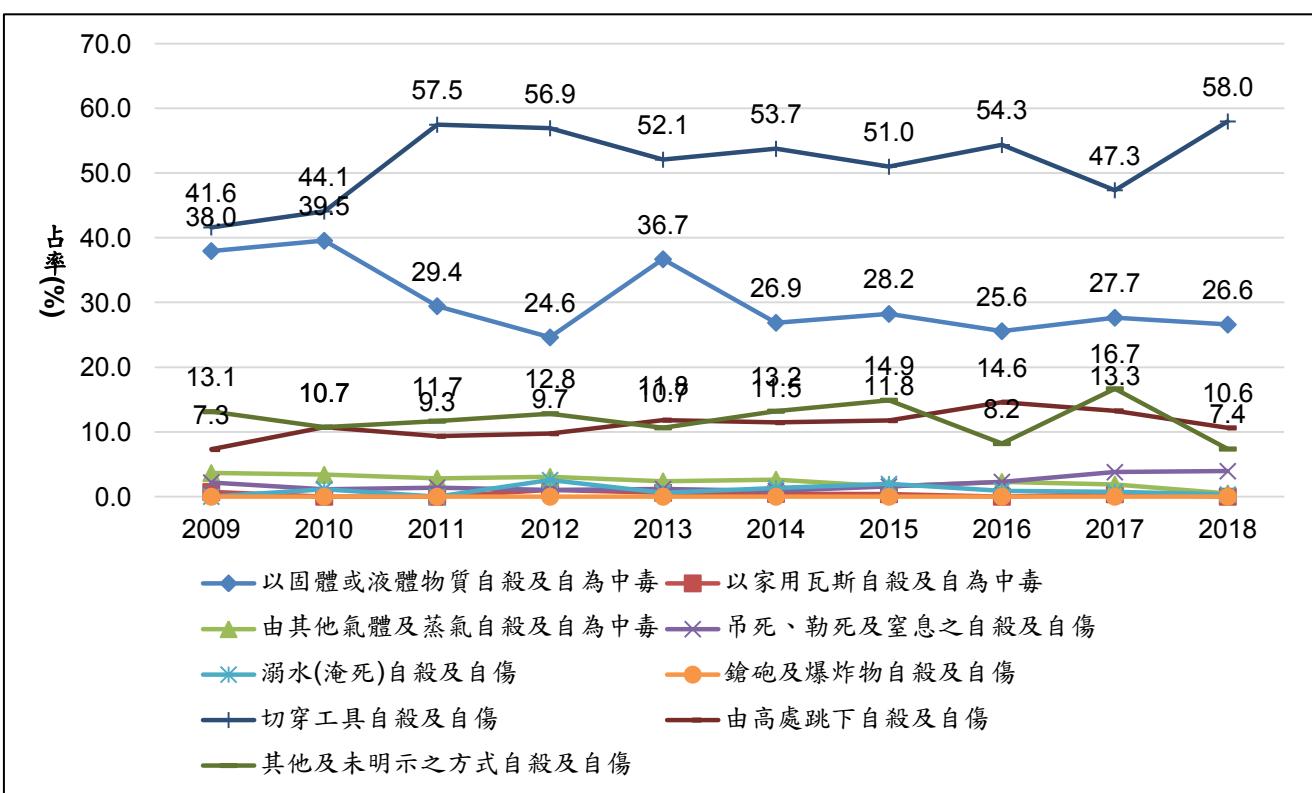


圖 2-5-6、2009 年至 2018 年 0-14 歲女性自殺方式占率

歷年來自殺原因的趨勢分析結果顯示，「情感／人際關係」一直是此年齡層占率最高的自殺原因，但近年呈現下降趨勢，而「精神健康／物質濫用」及「校園學生問題」則呈現上升趨勢，其中「校園學生問題」自 2013 年後皆為第二高通報原因。2018 年排序前三位自殺原因占率為「情感／人際關係」(48.1%)、「校園學生問題」(34.9%)、「精神健康／物質濫用」(34.3%)。(如圖 2-5-7)若以性別分開比較，發現無論男女，「情感／人際關係」一直是占率最高的自殺原因，但近年呈現下降趨勢，且「校園學生問題」皆在 2013 年超越「精神健康／物質濫用」成為占率第二高的自殺原因，但在 2018 年女性「精神健康／物質濫用」的占率則高於「校園學生問題」，成為女性占率第二高的自殺原因。(如圖 2-5-8、圖 2-5-9)

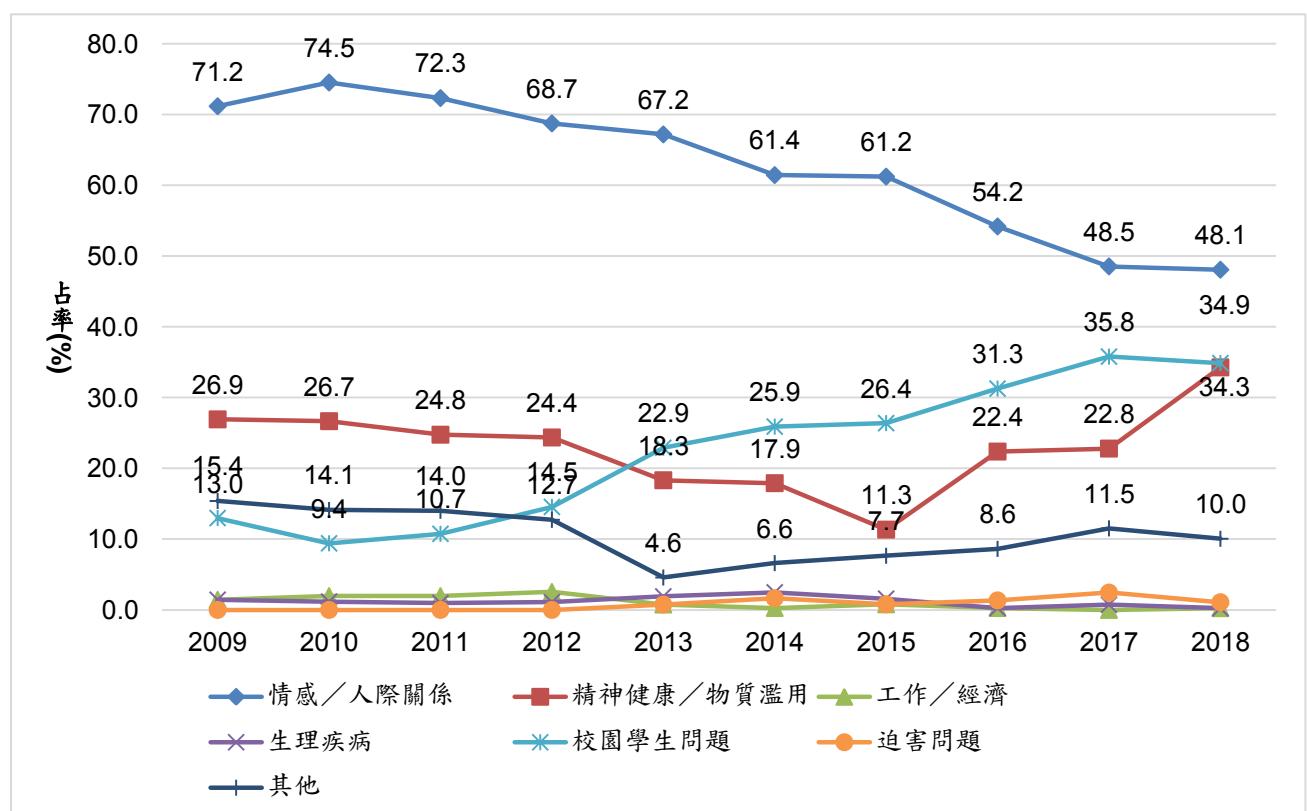


圖 2-5-7、2009 年至 2018 年 0-14 歲自殺原因占率

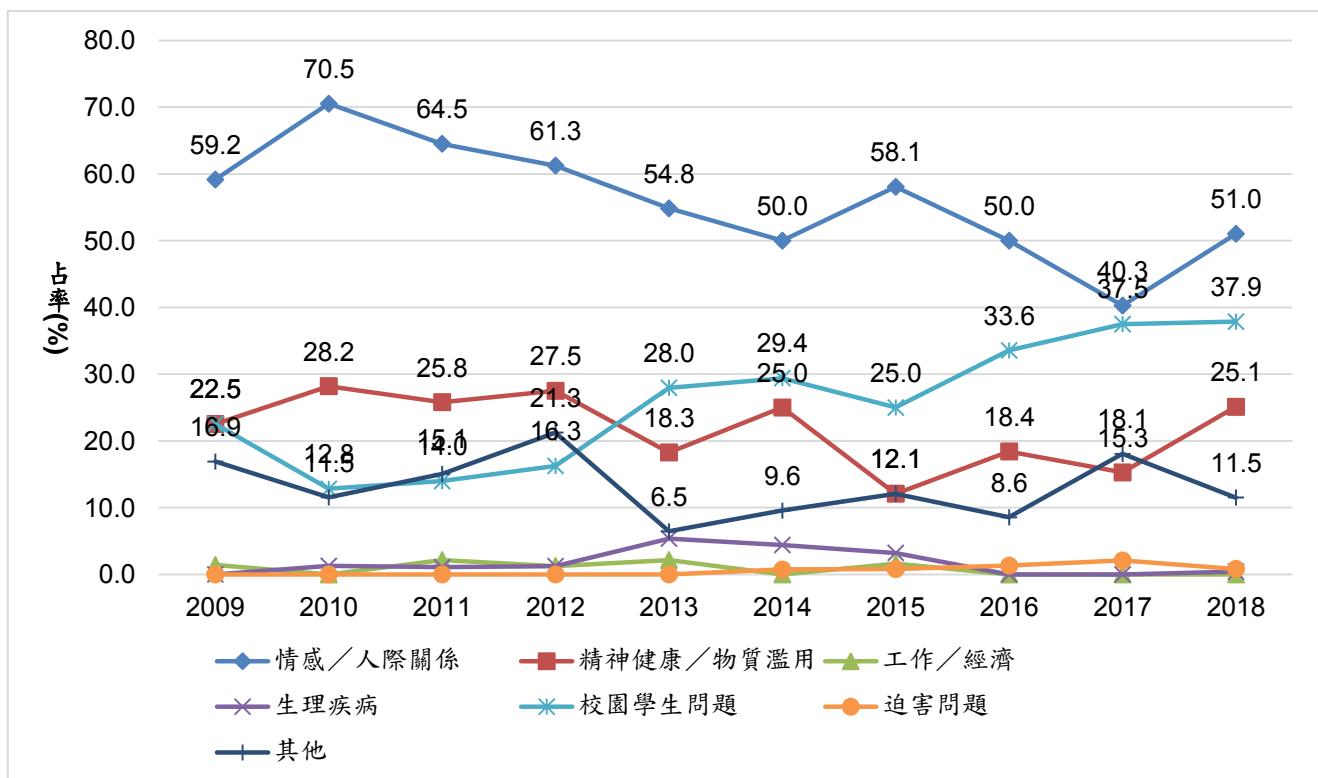


圖 2-5-8、2009 年至 2018 年 0-14 歲男性自殺原因占率

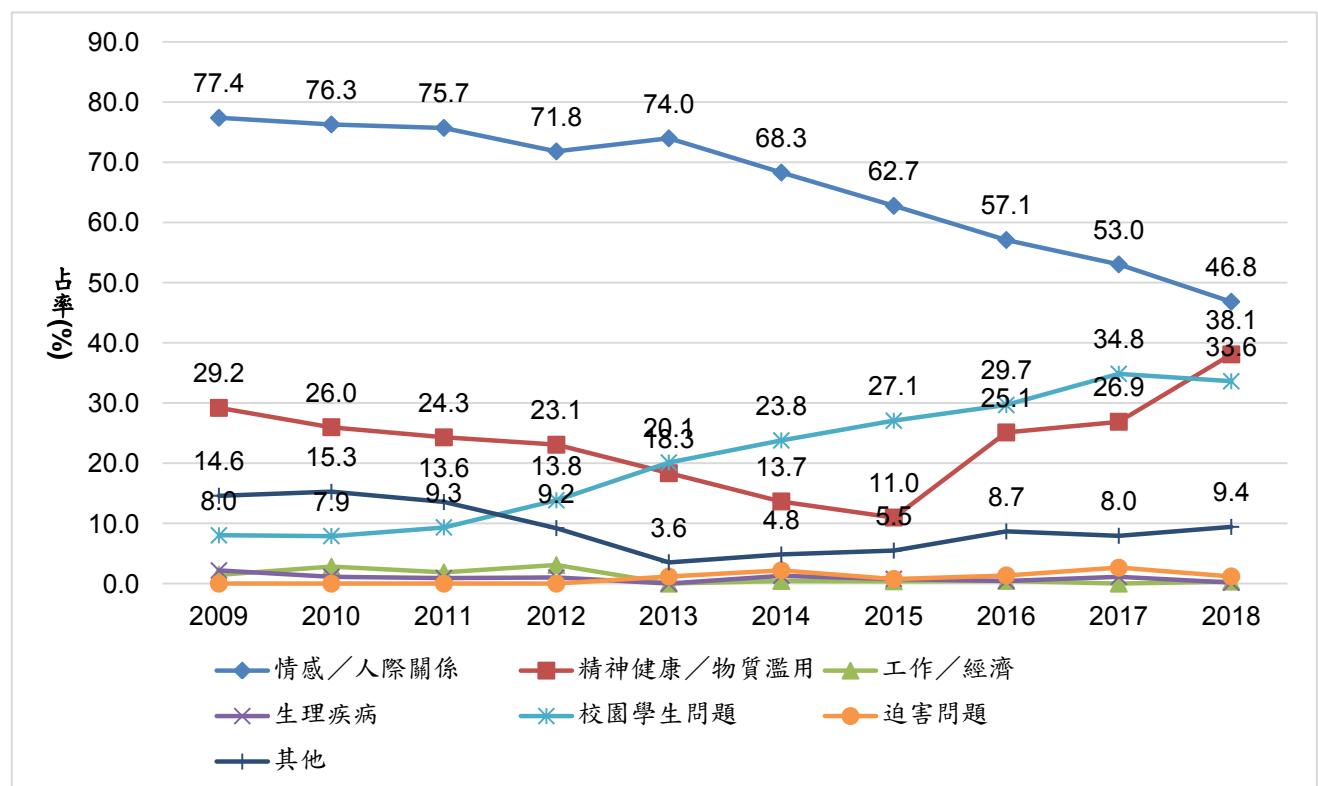


圖 2-5-9、2009 年至 2018 年 0-14 歲女性自殺原因占率

(2) 15-19 歲自殺企圖者之特性

2009-2018 年 15-19 歲通報人次整體亦有逐年上升的趨勢，且在 2018 年大幅上升，且女性上升幅度高於男性，2018 年全國 15-19 歲通報 2,798 人次，其中女性通報 2,086 人次(74.6%)，男性通報 712 人次(25.4%)，女性為男性的 2.9 倍。(如圖 2-5-10)

歷年來全國 15-19 歲通報個案主要採用的自殺方式為「切穿工具自殺及自傷」及「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，上述兩種自殺方式占此年齡層自殺方式的 8 成以上，而「高處跳下自殺及自傷」則為第三高自殺方式，2018 年自殺方式前三名占率為「切穿工具自殺及自傷」(43.2%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.0%)、「高處跳下自殺及自傷」(10.7%)。(如圖 2-5-11)若以性別分開比較，女性變化趨勢與全國趨勢大致相同，而男性採取「切穿工具自殺及自傷」及「以固體或液體物質自殺及自為中毒」的占率比女性低，但取而代之的，男性採取「高處跳下自殺及自傷」的比例約為女性的兩倍，應多加留意。(如圖 2-5-12、圖 2-5-13)

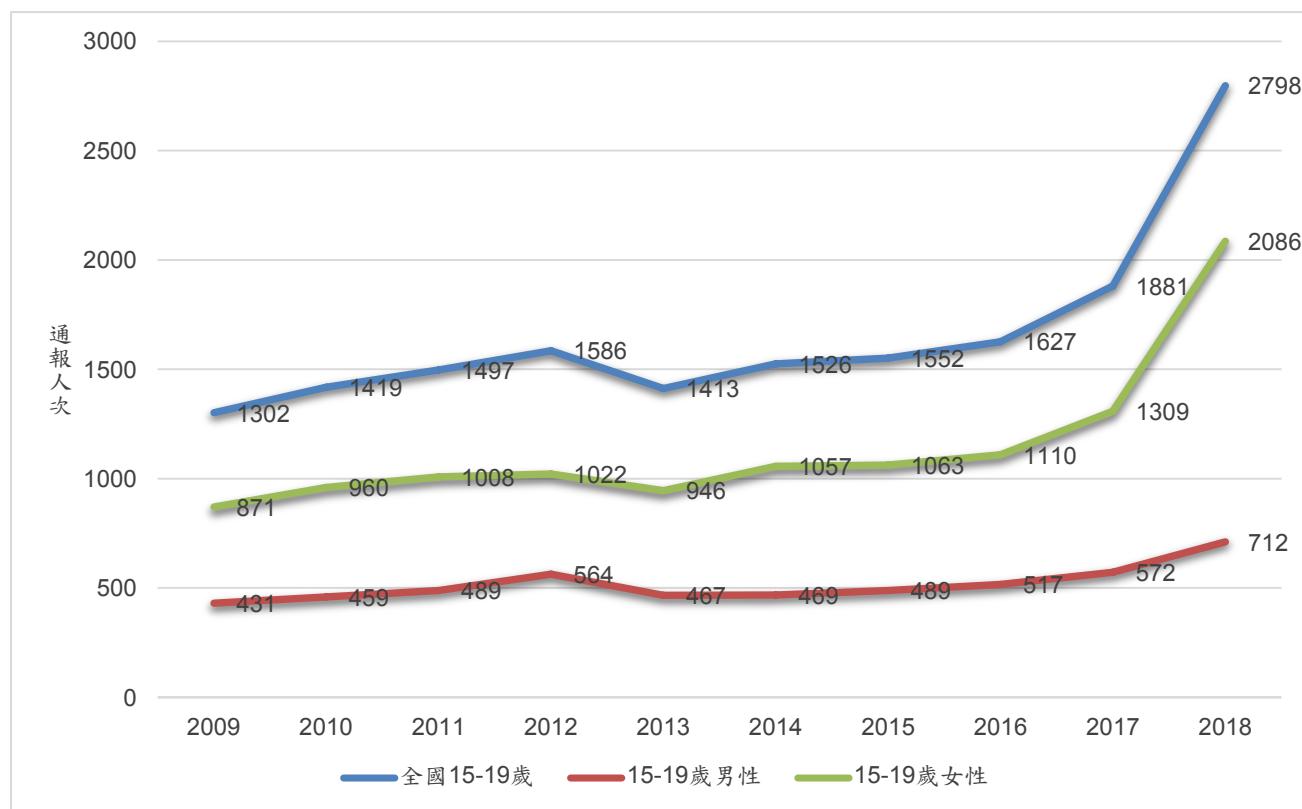


圖 2-5-10、2009 年至 2018 年 15-19 歲通報人次趨勢

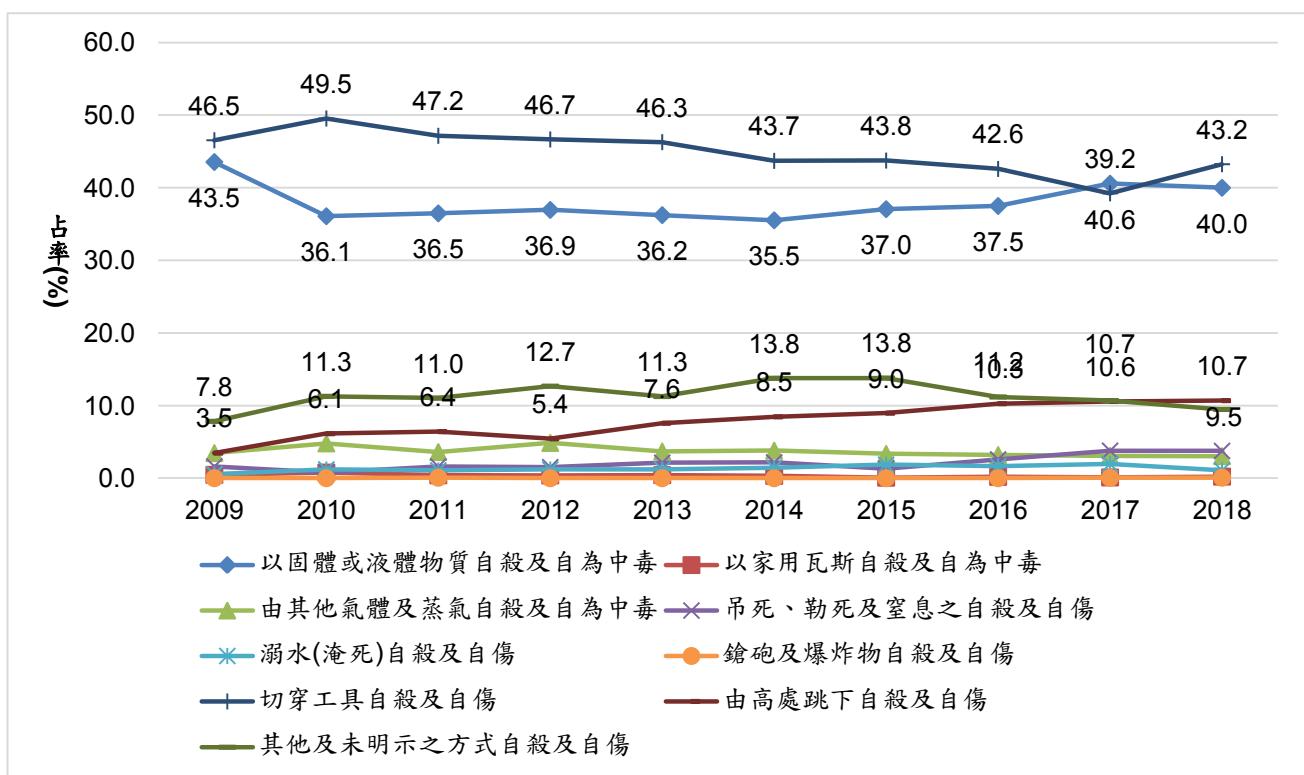


圖 2-5-11、2009 年至 2018 年 15-19 歲自殺方式占率

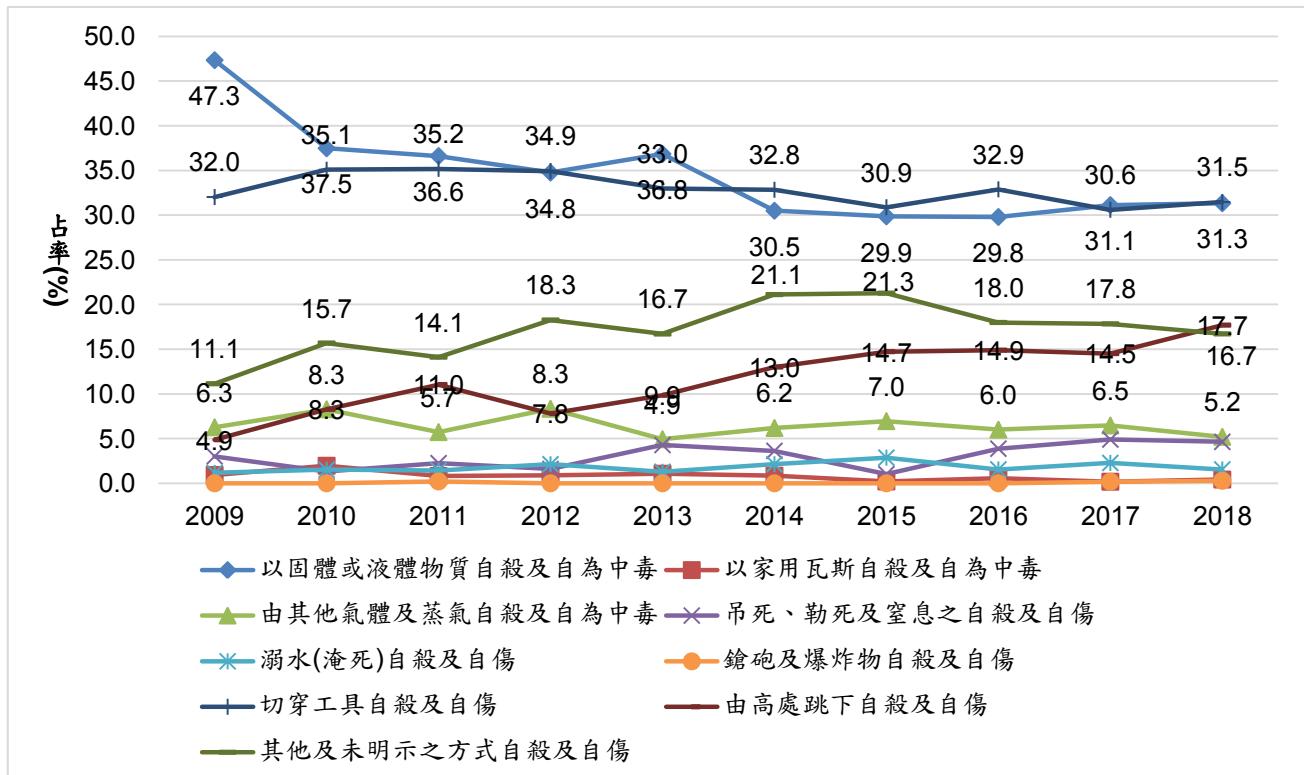


圖 2-5-12、2009 年至 2018 年 15-19 歲男性自殺方式占率

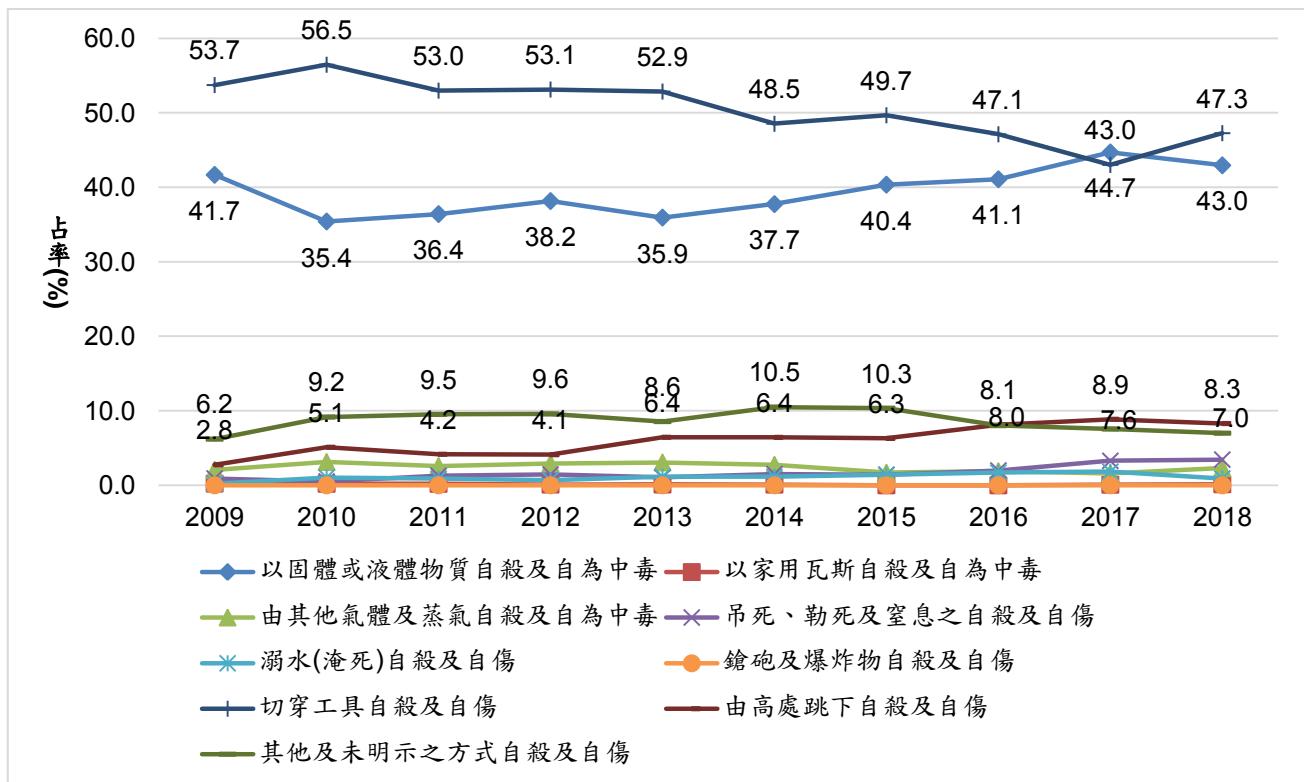


圖 2-5-13、2009 年至 2018 年 15-19 歲女性自殺方式占率

歷年來自殺原因的趨勢分析結果顯示，「情感／人際關係」一直是此年齡層占率最高的自殺原因，但近年有緩緩下降的趨勢，而「精神健康／物質濫用」及「校園學生問題」則逐漸上升，其中「精神健康／物質濫用」自 2015 年後急速攀升，占率從 17.1% 上升至 2018 年的 45.4%，應多加留意此年齡層的精神健康及物質濫用等問題。2018 年排序前三位自殺原因占率為「情感／人際關係」(50.1%)、「精神健康／物質濫用」(45.4%)、「校園學生問題」(17.5%)。(如圖 2-5-14)

若以性別分開比較，「情感／人際關係」一直是占率最高的自殺原因，但近年呈現下降趨勢，歷年來女性「情感／人際關係」的占比皆高於男性，2018 年女性「情感／人際關係」占率為 50.7%，男性為 48.5%。「精神健康／物質濫用」的趨勢變化無論男女皆與全國趨勢相同，占率從自 2015 年起逐年攀升，且自 2015 年起女性「精神健康／物質濫用」的占比皆高於男性，2018 年女性「精神健康／物質濫用」占率為 48.1%，男性為 37.4%。(如圖 2-5-15、圖 2-5-16)

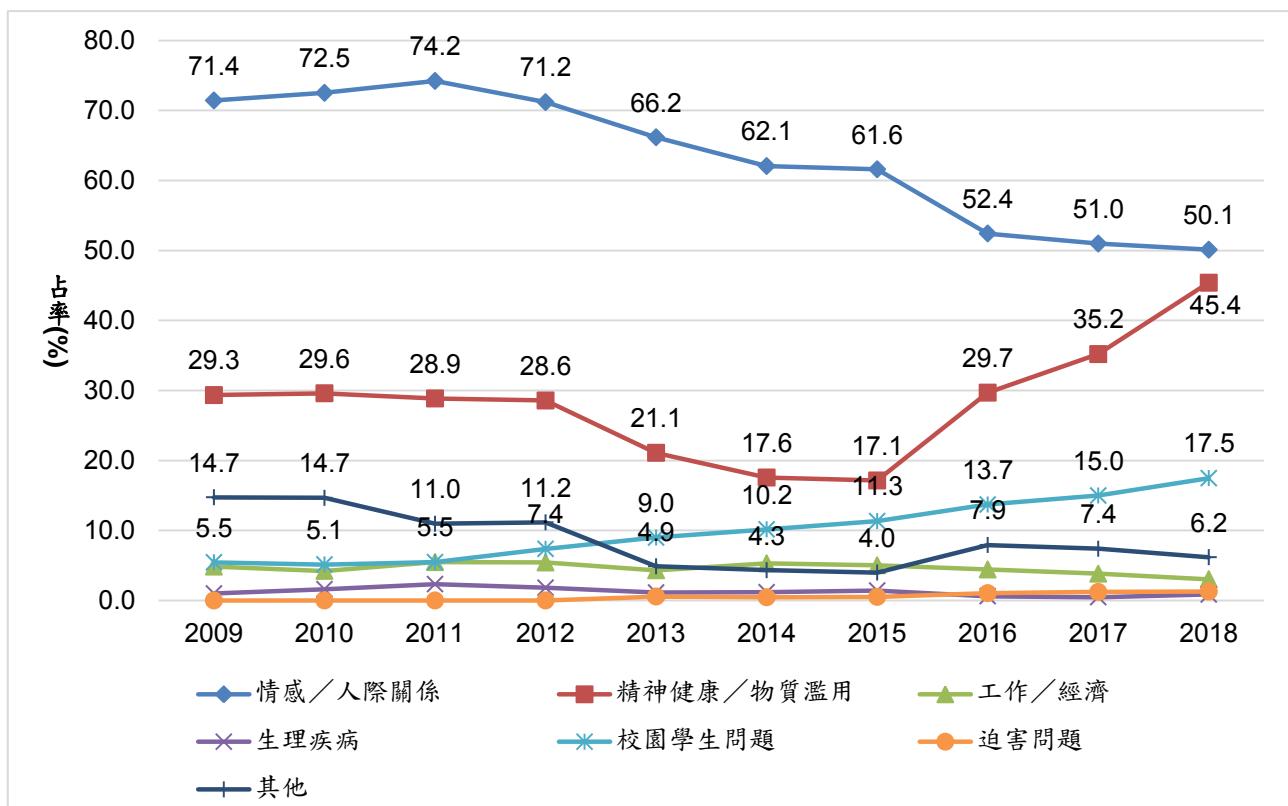


圖 2-5-14、2009 年至 2018 年 15-19 歲自殺原因占率

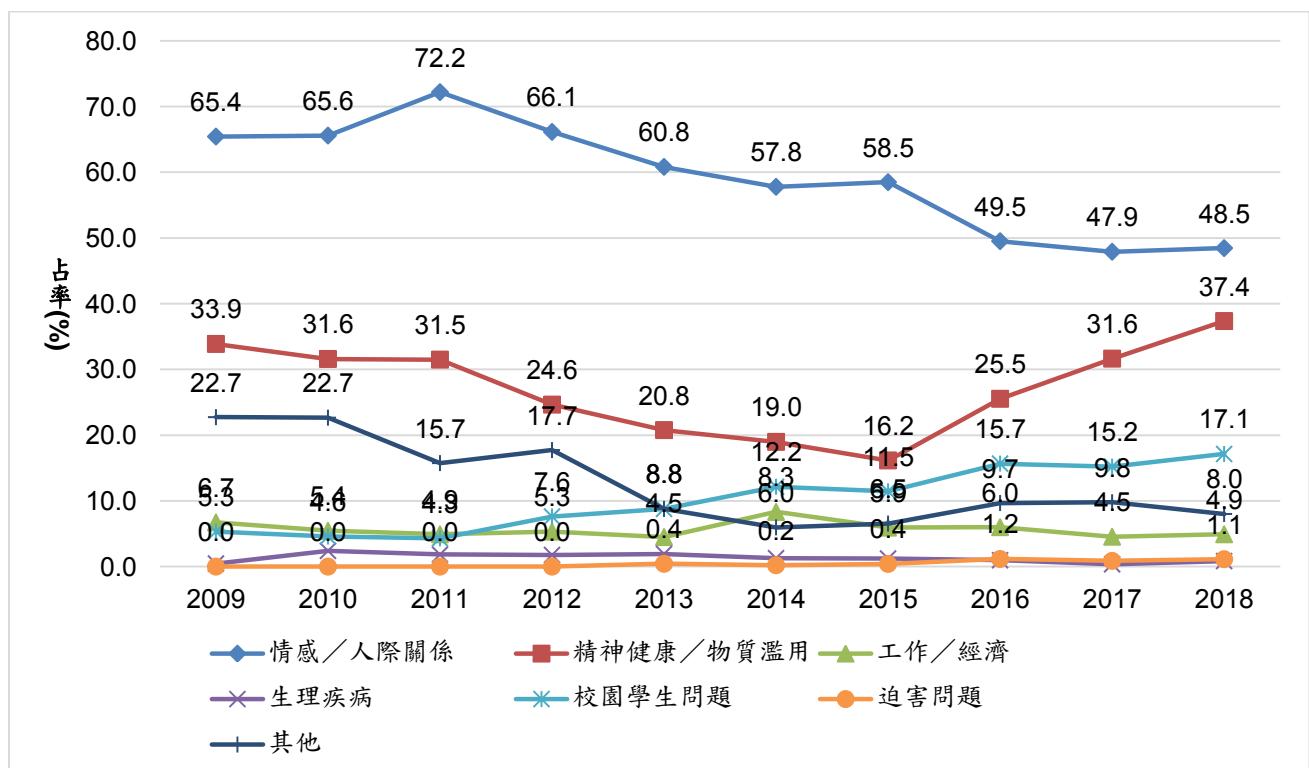


圖 2-5-15、2009 年至 2018 年 15-19 歲男性自殺原因占率

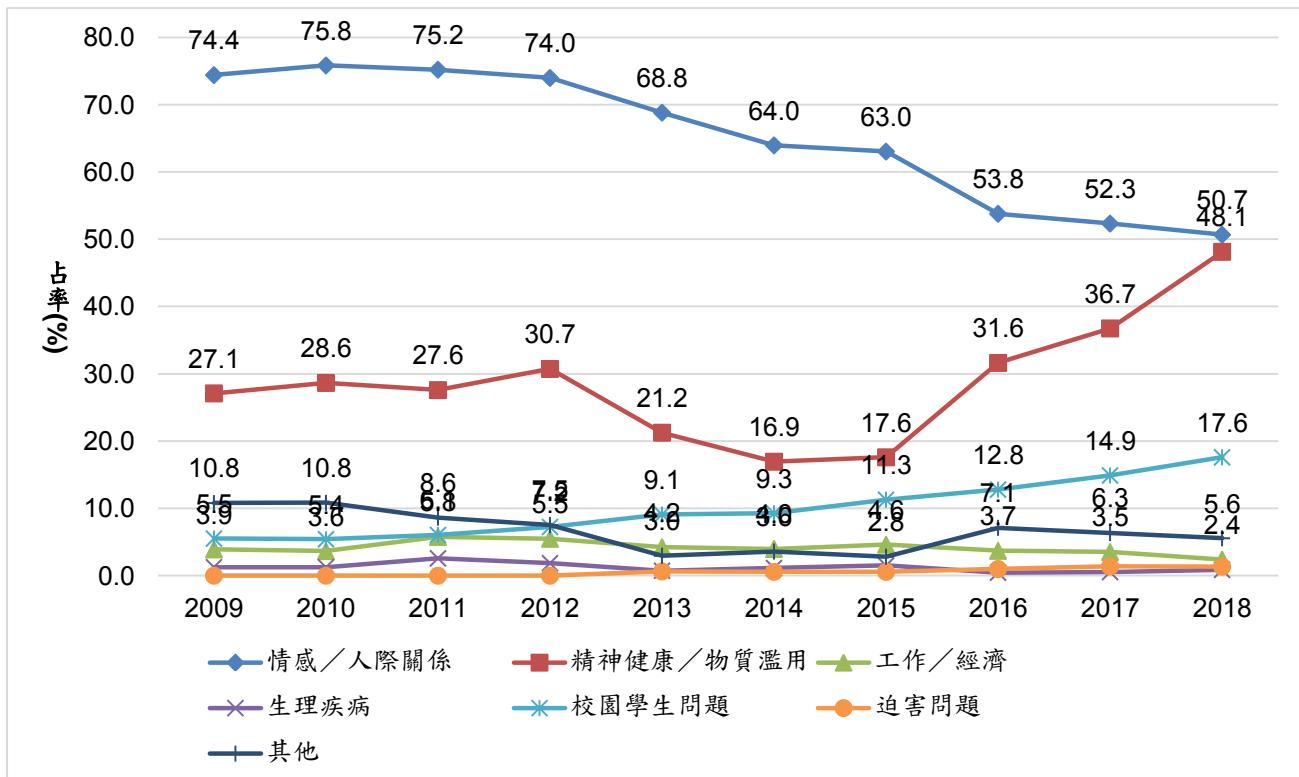


圖 2-5-16、2009 年至 2018 年 15-19 歲女性自殺原因占率

- 6)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。
- 7)持續檢測系統相關問題(含撈取資料)，進行討論後，與系統維護廠商聯繫及建議改善。

2. 滾動式修正策略建議

- 1)依照需求說明書內容辦理，按月寄發之自殺通報關懷月報表須含滾動式修正策略建議以修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
- 2)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 2-5-3)
- 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)截至 10 月 31 日已彙整各縣市衛生局 2019 年 1-6 月策略建議執行情形，包含執行結果與意見回饋，本中心將持續追蹤各縣市後續執行情形。(如附件 2-5-4)

3. 結論

1)全國自殺通報資料分析

全國通報人次在 2006 年後大致為逐年上升的趨勢，2019 年 1-9 月通報共 26,079 人次，其中女性通報 16,640 人次占 63.8%，男性通報 9,439 人次占 36.2%，女性為男性 1.76 倍。全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，2019 年 1-9 月為 8.4。

在自殺方法選擇上，2019 年 1-9 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」(46.8%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(30.2%)。自殺原因方面，2019 年 1-9 月間通報個案中，最常見自殺原因前三名為「情感／人際關係」(46.5%)、「精神健康／物質濫用」(42.6%)及「工作／經濟」(10.7%)。

分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 16.2%、家暴被害人占 12.7%、家暴加害人占 9.9%、兒少被害人占 6.4%、兒少加害人占 4.6%、嚴重病人占 1.3%、家暴高危被害人占 0.7%、家暴高危加害人占 0.5%、性侵加害人占 0.3%。

2)近十年青少年族群自殺通報資料趨勢分析

0-14 歲通報人次整體有逐年上升的趨勢，且在 2018 年大幅上升，其中女性上升幅度高於男性，2018 年全國 0-14 歲通報 826 人次，其中女性通報 583 人次(70.6%)，男性通報 243 人次(29.4%)，女性為男性的 2.4 倍；15-19 歲通報人次整體亦有逐年上升的趨勢，2018 年全國 15-19 歲通報 2,798 人次，其中女性通報 2,086 人次(74.6%)，男性通報 712 人次(25.4%)，女性為男性的 2.9 倍。

歷年來 0-14 歲及 15-19 歲通報個案自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為主要方式，而「高處跳下自殺及自傷」則為第三高自殺方式；自殺原因的趨勢分析結果顯示，「情感／人際關係」一直是此年齡層占率最高的自殺原因，但近年呈現下降趨勢，而「精神健康／物質濫用」及「校園學生問題」則呈現上升趨勢。其中 15-19 歲個案自殺原因「精神健康／物質濫用」自 2015 年後急速攀升，占率從 17.1% 上升至 2018 年的 45.4%，應多加留意此年齡層的精神健康及物質濫用等問題。

3)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。

- 4)持續檢測自殺通報資料擷取之正確性及與系統維護廠商溝通。
- 5)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之改善建議後交予衛生福利部，2019年提出自殺防治通報系統修改建議內容詳見 6.2 自殺防治通報系統功能增修建議及協助建置「知識庫維護功能」。
- 6)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。今年依照全國自殺死亡資料統計、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

- 附件 2-5-1、2019 年 9 月自殺通報月報表
- 附件 2-5-2、2019 年 9 月通報個案特性分析表(以臺北市為例)
- 附件 2-5-3、2019 年 9 月滾動式修正策略建議(以臺北市為例)
- 附件 2-5-4、各縣市第一、二季滾動式修正策略建議執行情形

參、辦理自殺防治之實證研究

自殺死亡趨勢、現況分析及策略建議

一、背景(Context)

自殺是世界性的公共衛生問題，根據世界衛生組織之預估，全球每年有 80 萬人因自殺身亡，且約 1.4% 的死亡為自殺，也因此成為 2016 年全球第十八之死因，自殺死亡的發生也往往非單一因素所造成的，因此多層面的自殺防治策略是相當重要的(Bertolote and Fleischmann, 2002)。思維全球化、策略國家化、行動在地化足以貫穿近十年自殺防治的策略核心(廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳佳儀, 2015)。自殺之危險因子眾多，且快速變動與不易測度的特質，使自殺防治成為複雜而艱難的任務。而全球衛生負擔(global burden of health)，以「生命損失年數」(Years of Life Lost, YLL)與「伴隨殘障存活年數」(Years of Life with Disability, YLD)合起來估算，最高的十大「疾病與傷害」當中，重鬱症將排名第 2 位，僅次於缺血性心臟病，而自殺行為與精神疾病(尤其是重鬱症與酒癮、藥癮)關係密切，歷年來世界各國的研究顯示，重鬱症為自殺行為的最重要原因，重鬱症與自殺問題日漸嚴重的情況，中外皆然，尤其是青壯年族群的自殺死亡，近年來在不少國家有增加趨勢，因此，世界各國紛紛擬定全國性的自殺防治策略並全力推動(Bertolote, 2004；WHO, 2001)。

以各年齡層來看，自殺死亡率以 45-64 歲上升百分比最多為 5.0%(由每十萬人口 20.1 人增加至 21.1；以死因別來看，以吊死、勒死及窒息自殺及自傷上升最多由每十萬人口 3.7 上升至每十萬人口 4.0 人，增幅 8%。綜看 1994-2002 年失業率與標準化自殺死亡率同時呈現上升趨勢，但在 2005-2006 年自殺死亡率達到高峰時失業率卻為下降趨勢。2009 年後失業率與自殺死亡率同為下降趨勢，至 2016 年自殺死亡率及失業率同時微幅上升。以性別分析，2009 年後男性自殺死亡率與失業率趨勢較為接近，2016 年失業率上升，同時男性自殺死亡率上升、女性則為下降。

自殺是多重因素造成之悲劇性結果，防治策略亦需要多層面介入。John Mann 等人(Mann JJ et al, 2005)彙整 55 年至 94 年間發表的 5,020 篇文獻，發現對整體自殺率有影響的防治方法包括自殺防治相關之教育訓練、藥物治療、企圖自殺者之關懷照護、限制使用致命物品以及媒體管制等，其中，守門人教育方案介入，合併多層面之網絡連結以及心理衛生促進等作為。本章節透過數據分析以發展我國實證為基礎之自殺防治策略，欲探討之目標，共三個，分別為：(1)近 10 年自殺死亡趨勢之成因，針對全年齡（含原住民族）及各年齡層以及流行病學變項之單變項之描述性分

析及推論性統計；(2)住院病人自殺資料；(3)戶籍地與死亡地之自殺死亡分析。

- 1) 藉由國內文獻回顧，以自殺死亡率上升之可能原因整理出我國可參考之防治策略，並針對近十年自殺死亡率上升之進行趨勢分析，以研析近期上升之原因。進一步透過健保資料庫串連、自殺通報、特殊身分別分析，發展各年齡族群、原住民相關之自殺流行病學，以期建立實證基礎之防治策略。
- 2) 住院病人的自殺防治對醫院來說是相當重要的議題之一，但同時也艱困的任務，根據 2017 年台灣病人安全通報系統，在醫院傷人傷害行為事件當中每百件就有 13.8 件；而自殺/企圖自殺更是高達 7.9 件，而根據文獻指出自殺往往於病人開始住院及剛出院的兩個時間點危險性最高，也因此如何辨識出據有自殺風險的病人會顯得相當重要，而國內亦有文獻研究國內住院病人自殺高危險特徵，發現到 65 歲以上、家庭低收入較低之個案較易自殺死亡，因此透過健保資料庫串連自殺死亡檔以及自殺通報檔以檢驗醫院現有之自殺通報落實。
- 3) 縣市別死亡率的計算往往都是將死亡個案的戶籍地做分析，鮮少考慮到自殺個案可能已離開戶籍地許久，卻錯誤的將個案歸回戶籍地，也造成該縣市死亡率的虛胖。因此，瞭解死亡地與戶籍地不同縣市之個案特性顯得格外重要，透過對自殺死亡於外地個案的瞭解，也才能針對各縣市自殺防治成效訂出合適指標。

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) 保護服務司資料庫檔
 - a. 資料來源：衛生福利部保護服務司。
 - b. 資料說明：家暴案件之被害人及相對人之簡要資料、兒少保護通報之被害人及相對人之簡要資料、性侵害通報之被害人及加害人之簡要資料。
 - c. 資料內容：性別、出生年、月、日、被害人及相對人關係、通報年月。

(3) 自殺關懷通報檔

- a. 資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司。
- b. 資料說明：自殺企圖者通報單位及自殺企圖者簡要資料。
- c. 資料內容：包含自殺企圖者性別、年齡、自殺原因、自殺日期、自殺方式、特殊註記、通報日期、通報單位、縣市。

(4) 心理及口腔健康司資料庫

- a. 資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司。
- b. 資料說明：精神照護列管個案之簡要資料、替代治療列管個案之簡要資料、毒藥品列管個案之簡要資料、嚴重病人之身分證字號。
- c. 資料內容：包含個案性別、ID。

(5) 原住民戶籍資料庫

- a. 資料來源：原住民委員會
- b. 資料說明：包含原住民之簡要資料
- c. 資料內容：原住民之性別、出生年月日、戶籍鄉鎮市。

(6) 健保資料庫

- a. 資料來源：健保署
- b. 資料說明：含門診就醫資料、及住院就醫資料、投保資料。

(7) 其他資料檔：2012 年國內調查統計結果綜合分析、性別分析以及內政部就業、失業統計資料、內政部不動產資訊平台。

3) 統計分析

- (1) 使用 SAS9.4 版進行統計分析。
- (2) 使用 joinpoint Trend Analysis Software 4.7.0.0 進行統計分析。
- (3) 使用 SPSS22 進行統計分析。

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、衛生福利部保護服務司、原住民委員會、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

召集各領域專家學者含精神醫學、公共衛生、流行病學、社會學、心理學等，針對各各不同面向主題進行討論分析方向；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. 文獻收集

透過專家學者提供之各領域與自殺防治相關回顧文獻進行逐一審閱，包含少數民族、精神醫療、自殺防治策略、危險因子等，並透過小組評讀文獻。

3. 研究分析

1) 2009-2018 年十年趨勢分析

- (1) 針對近十年自殺死亡率趨勢，進行趨勢分析，包含男、女性標準化死亡率、各性別各年齡層(15-24、25-34、35-44、45-54、55-64、65-74、75-84、85 以上)及各性別各死因死亡率。
- (2) 針對近十年各月各年齡層自殺死亡率進行季節校正後，以觀察各年各月趨勢，並進一步與失業率作相關分析，以探討兩者間之關係。
- (3) 針對原住民族近六年自殺死亡率趨勢，進行趨勢分析，包含男、女性標準化死亡率、各性別各年齡層(0-17、0-24、25-44、45-64、65 以上)及各性別各死因死亡率。
- (4) 針對近十年 0-17 歲各性別自殺死亡率進行趨勢分析，以及校正自殺通報人數之季節因素後，進行趨勢分析，並進一步分析通報單位；並針對各性別 0-17 歲死亡人數進行各月趨勢分析。
- (5) 針對 2012-2016 年特殊身分別較一般大眾自殺死亡率計算間接死亡率並校正各性別、年齡層死亡率。
- (6) 針對各特殊身分別各年份自殺死亡前通報情形(自殺死亡日當天即自殺企圖日、 $1 \leq$ 自殺死亡日-自殺企圖日 ≤ 7 、自殺死亡日-自殺企圖日 > 7 、自殺死亡日 $<$ 自殺企圖日)進行分析。
- (7) 分別針對各特殊身分別自殺企圖個案首次通報及最後一次通報與自殺死亡天數間隔(自殺企圖日當天即自殺死亡日、 $7 \geq$ 自殺企圖日-自殺死亡日 $>= 1$ 、自殺企圖日-自殺死亡日 > 7 、自殺企圖日-自殺死亡日 < 0)作分組。

2) 住院病人分析

- (1) 自殺死亡定義為住院最後一天等於自殺死亡日，而住院日超過 1 日且死亡地點為醫院。
- (2) 分別計算 2012-2016 年住院病人各性別、年齡層、科別總人年。
- (3) 分別計算自殺死亡率為各科別自殺死亡率、以及各性別、年齡層死亡率。

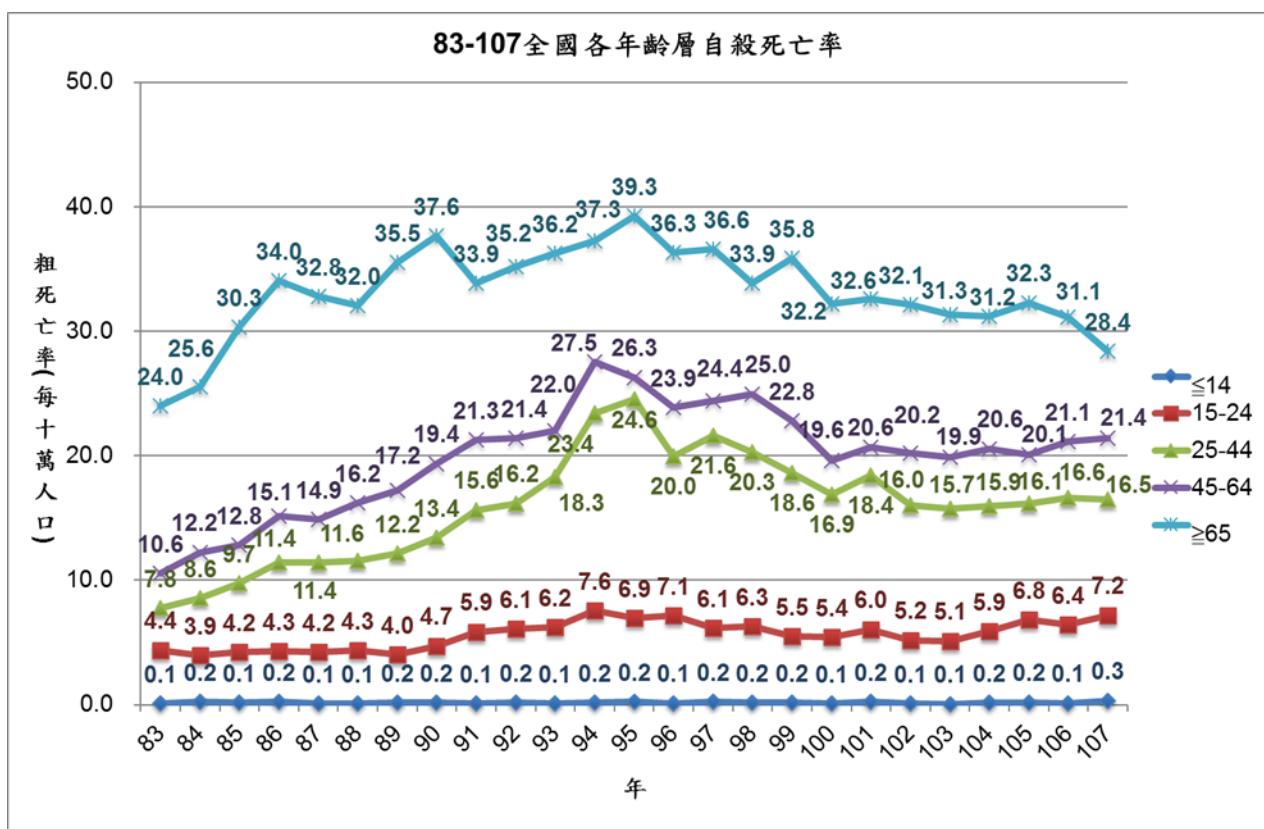
(4) 死亡率計算方式=死亡人數/總人年 X100,000。

(5) 計算住院日至自殺死亡時間長度。

3) 客死異鄉分析

- (1) 客死異鄉個案特性分析，以年齡別(0-24、25-44、45-64、65+)與縣市進行交叉分析
- (2) 針對戶籍地及死亡地不同之個案進行邏輯式迴歸分析，並分別性別、年齡別(五歲一組)、婚姻狀態、死亡方式、戶籍別區域之客死異鄉勝算比。

四、成果(Product)



1. 執行結果

1) 2009-2018 年十年趨勢分析

不難發現近十年老年自殺死亡率有不斷下修之跡象，而 25-44 歲自殺死亡率大致持平，唯 0-24 歲自殺死亡率有逐漸攀升之現象，值得注意。而細看 0-24 歲自殺方式死亡率(詳 2-1 章節)，則可以看出以高處墜下、燒炭上升較多，因此如何強化 0-24 歲自殺防治策略將是未來重點。

圖 3-1-1、1994-2018 年各年齡層自殺死亡率

2018 年男性各死因標準化死亡率以吊死、勒死及窒息自殺及自傷最

高，標準化死亡率為 5.7 人(每十萬人口)、其次為由氣體及蒸氣自殺及自為中毒，標準化死亡率為 4.9 人(每十萬人口)，第三位則為以固體或液體自殺及自為中毒，標準化死亡率為 2.2 人(每十萬人口)，若看近十年各死因標準化死亡率，可發現到吊死、勒死及窒息；由氣體及蒸汽；由高處跳下三種方式之標準化死亡率有些微上升(詳圖 3-1-3)。

2018 年女性各死因標準化死亡率同樣以吊死、勒死及窒息自殺及自傷 2.6 人(每十萬人口)最高，其次為由氣體及蒸汽 2.0 人(每十萬人口)、第三位則為由高處跳下自殺及自傷 1.8 人(每十萬人口)，若看女性近十年各死因死亡率，可發現到由高處跳下自殺及自傷死亡率於 2017 年超越以固體或液體自殺及自為中毒，成為死亡率第三高之死因，而吊死、勒死及窒息；由氣體及蒸氣，二種方式亦逐漸攀高，值得相當注意(詳圖 3-1-3)。

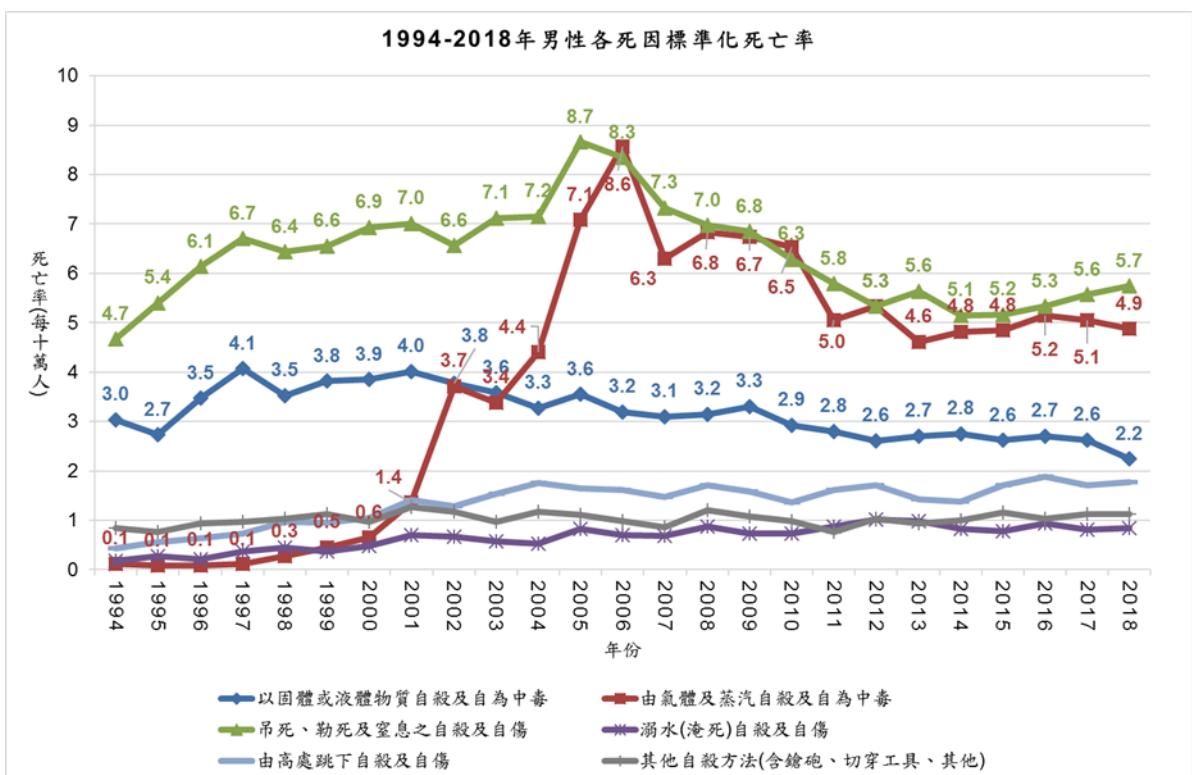


圖 3-1-2、1994-2018 年男性各自殺方法標準化死亡率

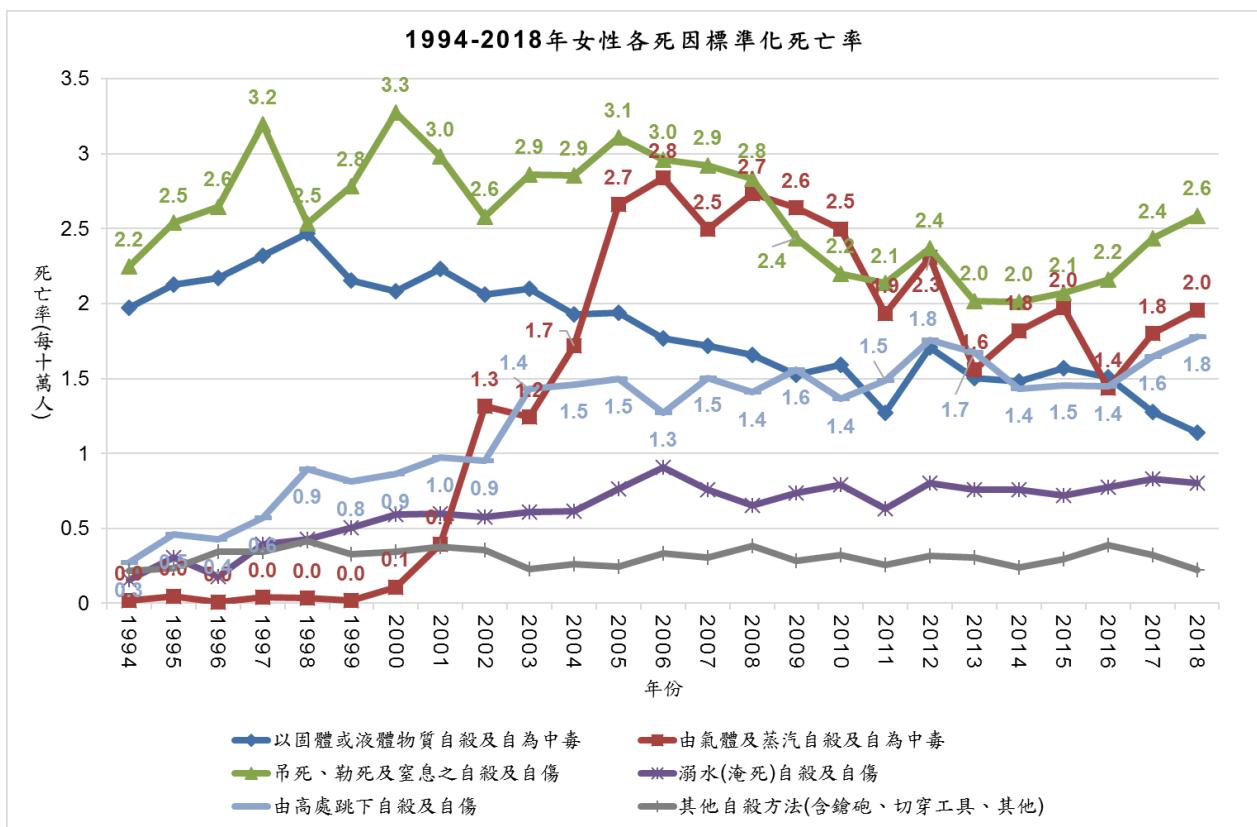


圖 3-1-3、1994-2018 年女性各自殺方法標準化死亡率

2) 失業率與自殺死亡

將 2009-2018 年各年齡層各月自殺死亡率與各年齡層失業率相關分析可知，表 3-1 可以看出 25-34 歲、35-44 歲、45-54 歲都會受到同年齡層失業率影響，相關係數均達到統計上顯著，尤其以 45-54 歲相關係數最高， $r=0.558$ ， $p<0.01$ ，可見該年齡層自殺死亡個案深受失業率影響，因此針對 45-54 歲人口，此結果與先前之研究一致(Lung, Liao, Wu, & Lee, 2017)，故應強化失業人口轉介精神醫療資源或其他資源。

表 3-1-1、2009-2018 年各月各年齡層失業率與自殺死亡率相關分析(經季節較正)

失業率 ¹	自殺死亡率 ¹	失業率 ²	自殺死亡率 ²	失業率 ³	自殺死亡率 ³	失業率 ⁴	自殺死亡率 ⁴
失業率 ¹	1						
自殺死亡率 ¹	.046	1					

表 3-1-1、2009-2018 年各月各年齡層失業率與自殺死亡率相關分析(經季節較正)

	失業率 ¹	自殺死亡率 ¹	失業率 ²	自殺死亡率 ²	失業率 ³	自殺死亡率 ³	失業率 ⁴	自殺死亡率 ⁴
失業率 ²	.862**	-.021	1					
自殺死亡率 ²	.495**	.085	.405**	1				
失業率 ³	.796**	.058	.919**	.347**	1			
自殺死亡率 ³	.411**	.099	.252**	.507**	.257**	1		
失業率 ⁴	.878**	.031	.926**	.511**	.922**	.377**	1	
自殺死亡率 ⁴	.477**	.135	.414**	.541**	.470**	.531**	.558**	1

相關性在 0.01 層上顯著(雙尾)¹15-24 歲 ²25-34 歲 ³35-44 歲 ⁴45-54 歲

3) 國內外文獻詳參閱附件 3-1-1

4) 特殊身分別與自殺死亡

表六以 2012-2016 年一般人口各年齡層自殺死亡率做為基準，計算各特殊身分別間接標準化率，可以看出嚴重病人標準化死亡比最高 SMR=17.47(14.32-21.12)，其次為精照列管人口 SMR=11.62(10.94-12.34)、再來則為性侵被害人 SMR=9.33(7.48-11.51) 及兒少被害人 SMR=7.52(4.53-11.8)。

表 3-1-3、2012-2016 各特殊身分別標準化死亡比(一般人口做基準)

	男性人年	女性人年	期望值	死亡人數	SMR(95%CI)
嚴重病人	6222.63	5217.2	5.84	102	17.47(14.32-21.12)
精照	86167.95	87377.78	90.25	1049	11.62(10.94-12.34)
毒藥品列管個案	182070	33581	119.92	595	4.96(4.58-5.37)
替代治療	31682	5083	23.94	155	6.48(5.52-7.56)
兒少被害人	62342.04	56573.86	2.26	17	7.52(4.53-11.8)

表 3-1-3、2012-2016 各特殊身分別標準化死亡比(一般人口做基準)

	男性人年	女性人年	期望值	死亡人數	SMR(95%CI)
兒少加害人	51327.23	22309.16	42.39	188	4.44(3.83-5.1)
家暴被害人	151963.8	474404.6	253.68	887	3.5(3.27-3.73)
家暴加害人	375746.7	70360.94	281.43	1228	4.36(4.12-4.61)
性侵被害人	13469.26	83103.81	8.89	83	9.33(7.48-11.51)
性侵加害人	39982.03	4295.42	13.78	66	4.79(3.73-6.06)

針對各特殊身分別自殺企圖通報個案通報至自殺死亡存活中位天數如下表，可以，故指標性策略可以針對下表天數作為自殺企圖者同時擁有其他特殊身分別作為訪視服務的參考，於個案通報後尚存活之天數內，訪視個案，並提供個案轉介資源。(Olfson, Marcus, & Bridge, 2014)

表 3-1-4、各特殊身分別企圖通報後至自殺死亡日

特殊身分別	存活中位數天數		第一次通報		最後一次通報	
	含七天死亡	不含七天內死亡	含七天死亡	不含七天內死亡	含七天死亡	不含七天內死亡
精照列管	128	972	0	326		
嚴重病人	345	1066	0	350.5		
毒藥品列管	1	726.5	0	282.5		
替代治療列管	0	690.5	0	325		
家暴加害人	11.5	815	0	258		
家暴被害人	219	1240.5	0	361.5		
兒少加害人	166	849	0	308.5		
兒少被害人	1	238	0	211		
性侵加害人	8	722	0	234		
性侵被害人	609	1374	0	406		

5)策略建議：

自殺防治策略中，以三大策略為主，並藉由實證基礎的防治策略做為加強(Brodsky, Spruch-Feiner, & Stanley, 2018; van der Feltz-Cornelis et al., 2011)，綜觀我國近十年自殺防治策略，強調思維全球化、策略國家化、行動在地化(廖士程, 李明濱, 龍佛衛, 張家銘, & 吳佳儀, 2015)，因此如何

將國外的研究成果、防治策略，在考量因時因地制宜的前提下，以強化現有的防治策略是相當重要，而一般針對自殺防治一共有七個介入層面，分別為守門人、高風險各案篩檢、高風險個案的藥物治療策略及心理治療策略、限制高危險自殺工具(詳參 4-5 章節)及媒體自殺新聞媒體指引部份。另一方面衛福部也於 107 年起展開社會安全網計劃，亦為相當重要的策略之一，此舉不僅將各資源連結，並更具系統性針對個案的困難做妥善的介入，因此如何將既有之策略延續，並針對實證數據，發展有效防治策略應為我國策略之主體方向。

(1) 全面性策略：

強化校園守門人訓練，以俾即時轉介資源給高風險個案並於學校課程內增設心理相關課程。藉由多方法多層面之防治策略以降低自殺死亡人數(包含守門人訓練、一般教育課程等)(Robinson et al., 2018)。

(2) 選擇性策略：

- a.針對兒少開設一系列自我調節課程並以家庭為基礎與學校為基礎，例如親職技巧、生活技能、因應壓力能力等，並增進兒少與他人的社交能力、關係(Duprey, Oshri, & Liu, 2019)
- b.針對中年失業之民眾，應提供免費憂鬱諮詢服務(Yukiko Tanisho, 2013)，並強化其社會福利措施，並針對不同城鄉發展因地制宜自殺防治策略(Lung et al., 2017)。
- c.針對思覺失調症患者應採用 clozapine 治療，有助於降低其自殺風險(Ma et al., 2018)。
- d.針對癌症洗腎末期病患提供適當的支持並評估割腕方法可近性自殺風險(Chen et al., 2018)。

(3) 指標性策略：

- a.醫療體系建立簡短持續的追蹤自殺企圖個案服務，有助於降低自殺企圖者再自殺風險(Robinson et al., 2018)。
- b.針對不同特殊身分別自殺企圖個案應發展特別需要關注自殺風險之時期策略(詳表 3-1-4)(Olfson et al., 2014)。

6) 住院病人自殺死亡分析

(1) 住院病人自殺率分析

本研究住院自殺死亡個案為自殺死因為 X60-X84，且死亡地點為醫院，細看 2012-2016 年住院病人自殺死亡率，男性以 25-44 歲較高，女性則以 45-64 歲較高，由於住院僅一日就自殺死亡之個案，有可能是自殺企

圖者經急診送往住院，故針對住院日是超過 1 日做為區別；然而若以此條件做為區別，同樣以男性 25-44 歲及女性 45-64 歲是自殺死亡發生率較高的年齡層(詳見圖 3-1-4、圖 3-1-5)。

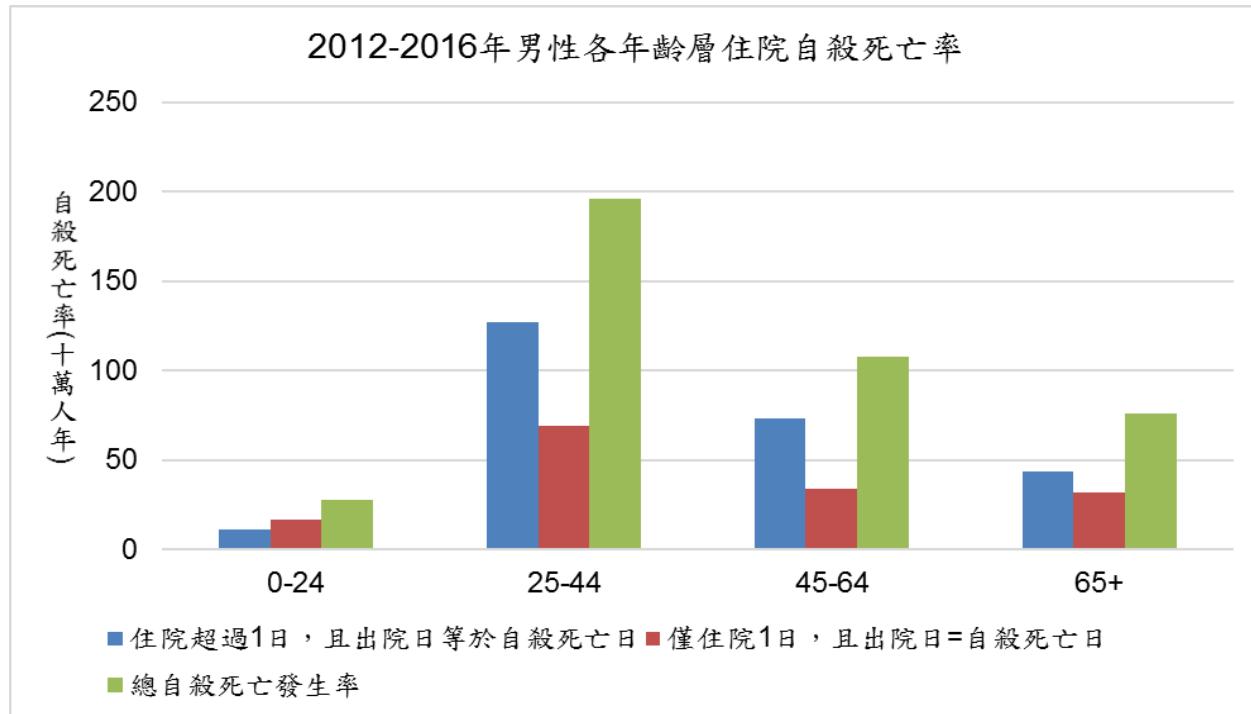


圖 3-1-4、2012-2016 年男性各年齡層住院自殺死亡率

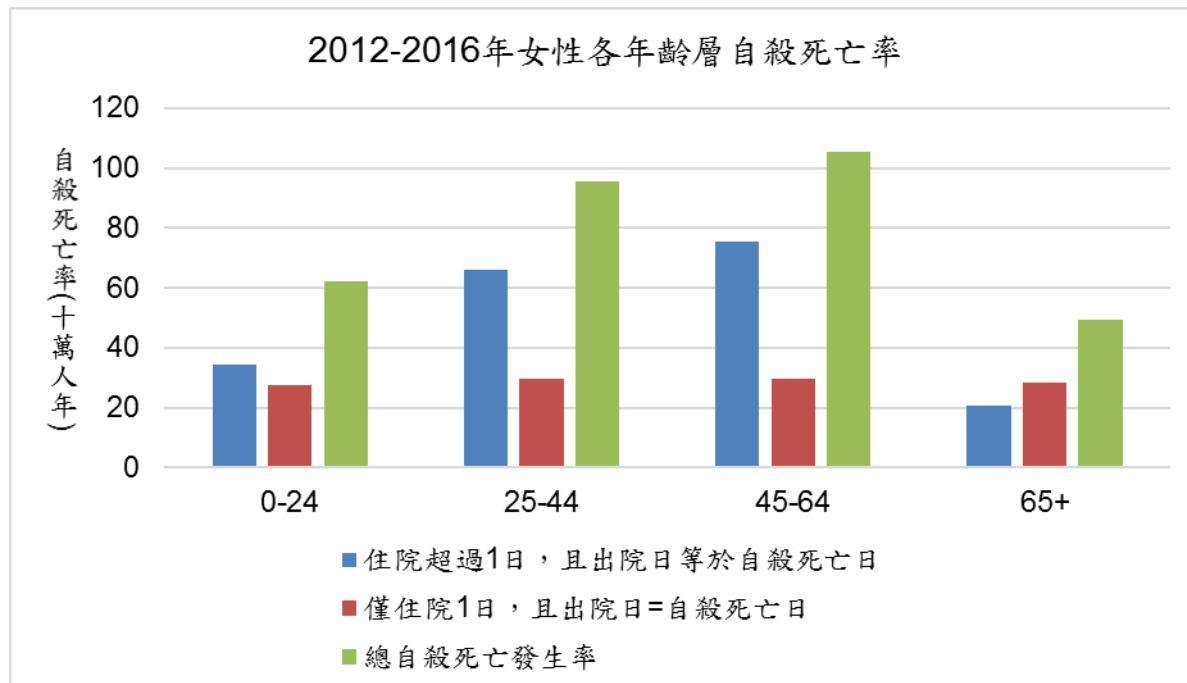


圖 3-1-5、2012-2016 年女性各年齡層住院自殺死亡率

由於本研究只能針對住院病人最後住院之科別進行分析，故可能造成科別之數據不夠準確，以前三高科別來說，分別是胸腔內科、腎臟內科、內科(詳見圖 3-1-6)。

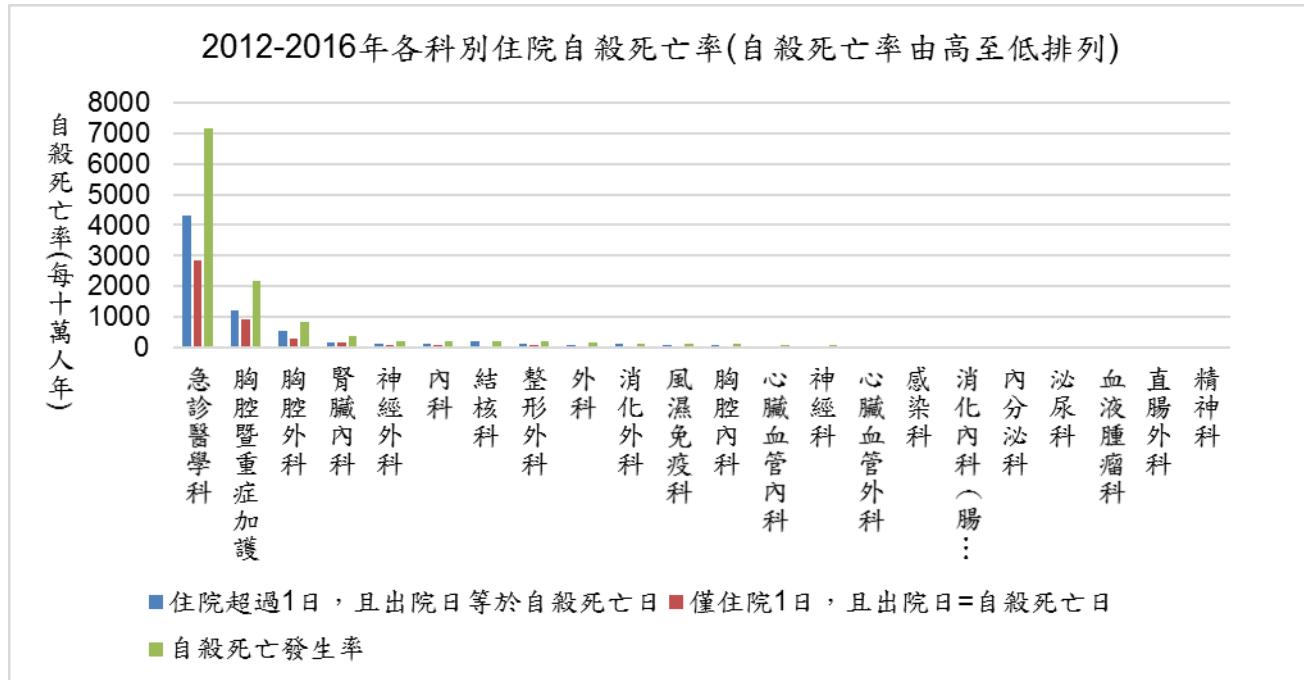


圖 3-1-6、2012-2016 年各科別住院自殺死亡率

由於疾病診斷僅針對住院診斷進行分析(診斷碼詳見表 3-1-13)，故可能遺漏病患於門急診之診斷，然後若單究住院診斷來看，以情緒性疾患、憂鬱症患者較需注意，而細看各性別、年齡層較需注意之疾病分別如下，男性 0-24 歲為情緒性疾患、憂鬱症患者；男性 25-44 歲為情緒性疾患、男性 45-64 歲為以高血壓疾患、男性 65 歲以上同樣以高血壓疾患；女性 0-24 歲為情緒性疾患、憂鬱症患者、焦慮症，恐懼症，強迫症，神經衰弱，失自我感，慮病症，身體化症，非特定非精神病的精神疾病、女性 25-44 歲為情緒性疾患、女性 45-64 歲同樣為情緒性疾患、女性 65 歲以上則以高血壓疾患(詳見圖 3-1-7 及圖 3-1-8)。

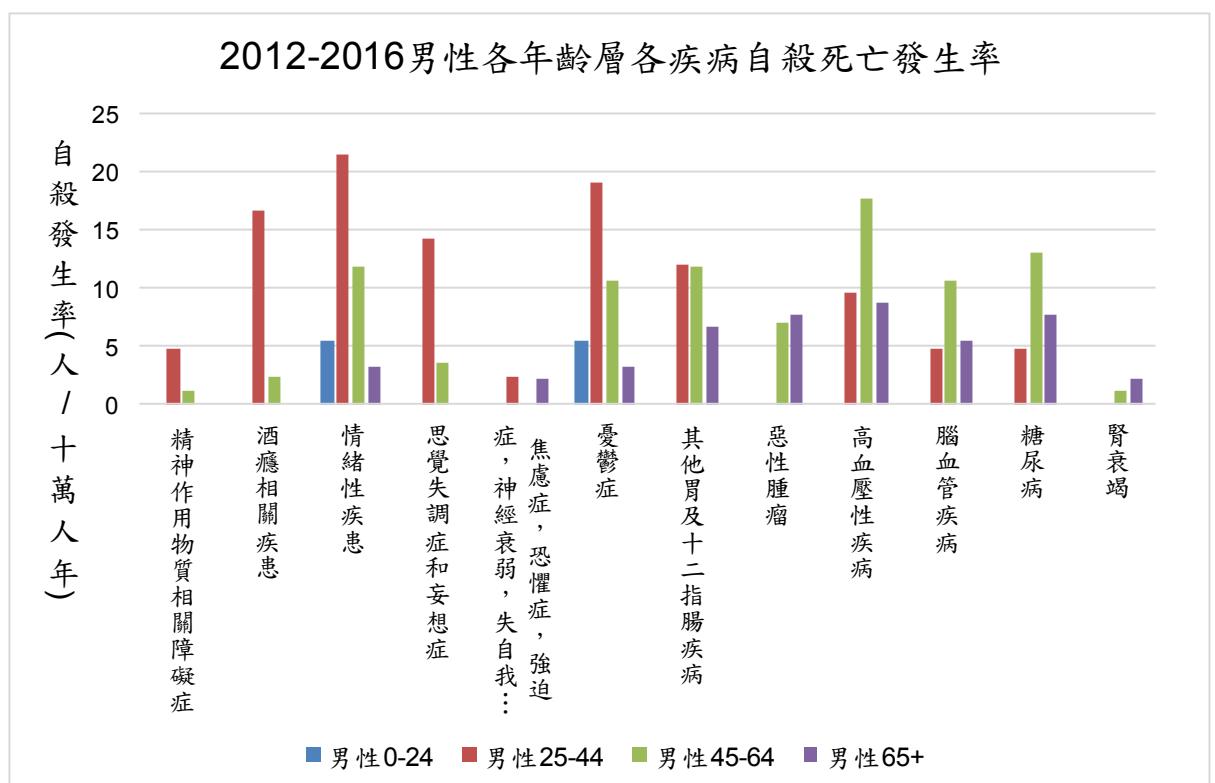


圖 3-1-7、2012-2016 男性各疾病各年齡層住院自殺死亡率

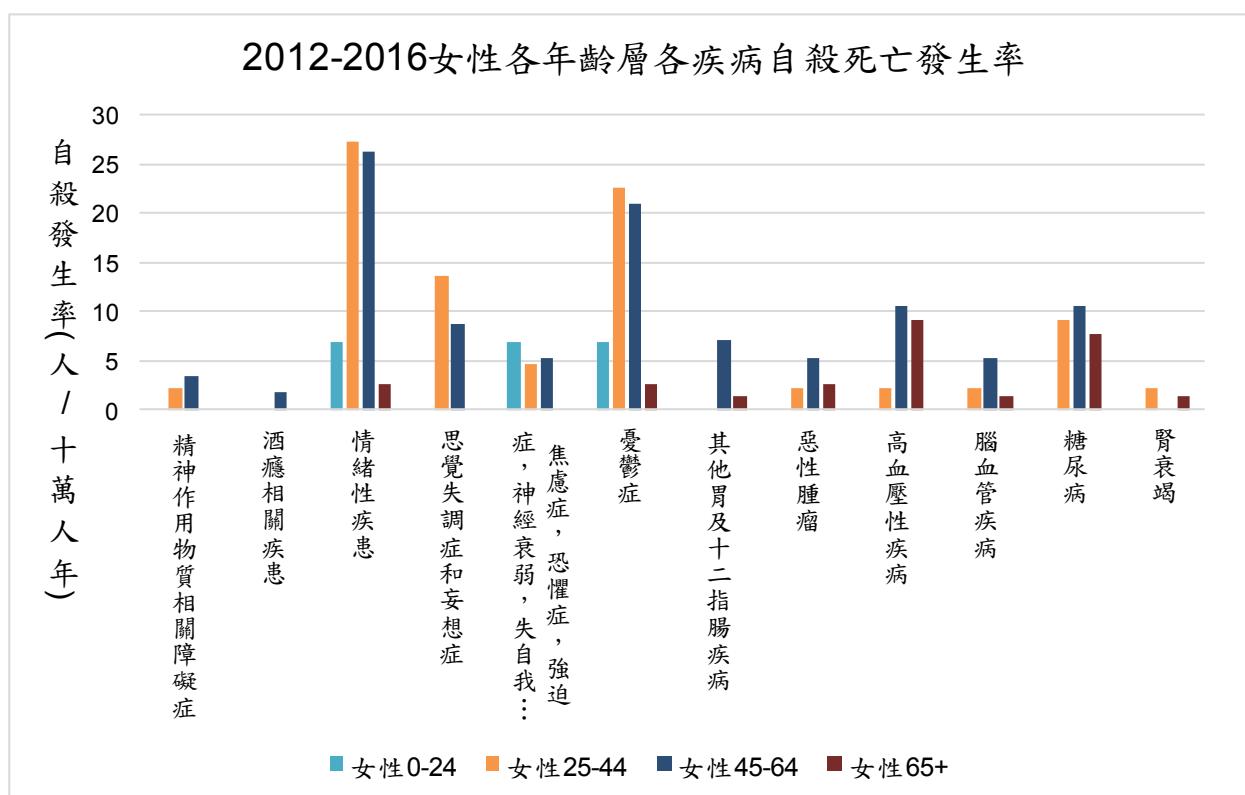


圖 3-1-8、2012-2016 女性各年齡層住院自殺死亡率

細看住院自殺企圖人數，可以發現到不論男女性均以 25-44 歲自殺發生率較高、其次為 0-24 歲(詳見圖 3-1-9)。

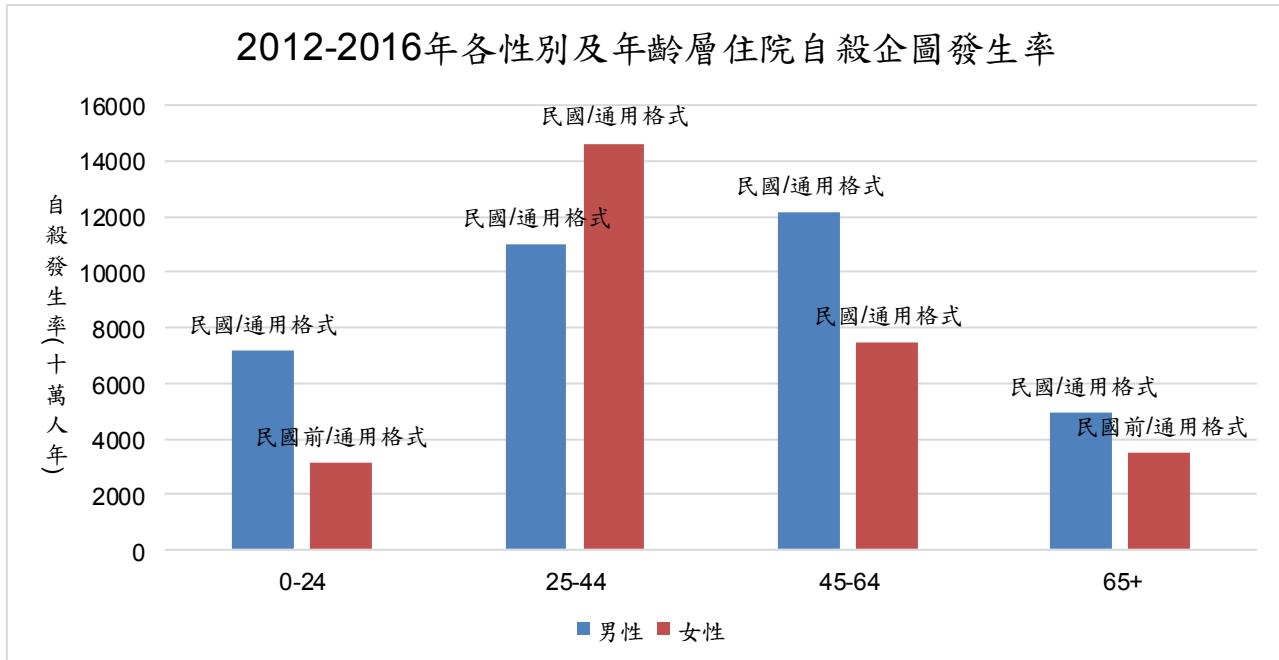


圖 3-1-9、2012-2016 年各性別及年齡層住院自殺企圖發生率

由各科別的住院自殺企圖發生率來看，以潛醫科、急診醫學科、胸腔外科為前三高科別，另外值得注意為腎臟內科自殺發生率相當高，因此針對腎臟內科之自殺防治需強化(詳見圖 3-1-10)。

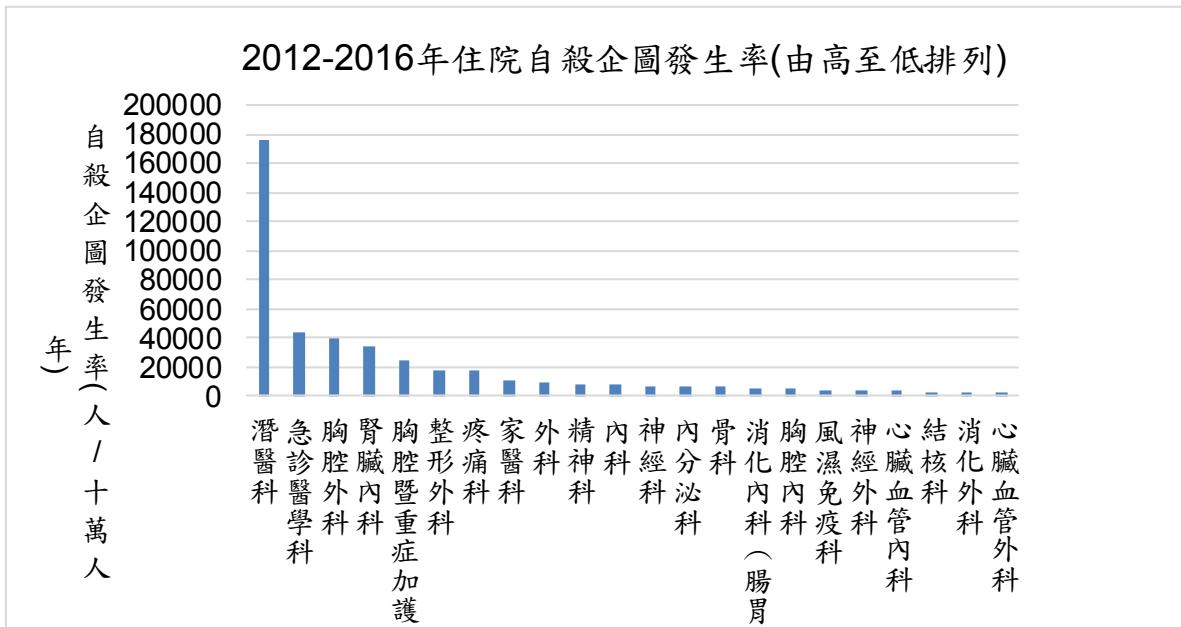


圖 3-1-10、2012-2016 年住院自殺企圖發生率

若以各疾病各年齡層自殺發生率來看，同樣可以發現以情緒性疾患、憂鬱症為前二高之疾病，而思覺失調症之自殺發生率居第三位，需相當注意（詳見圖 3-1-11 及圖 3-1-12）。

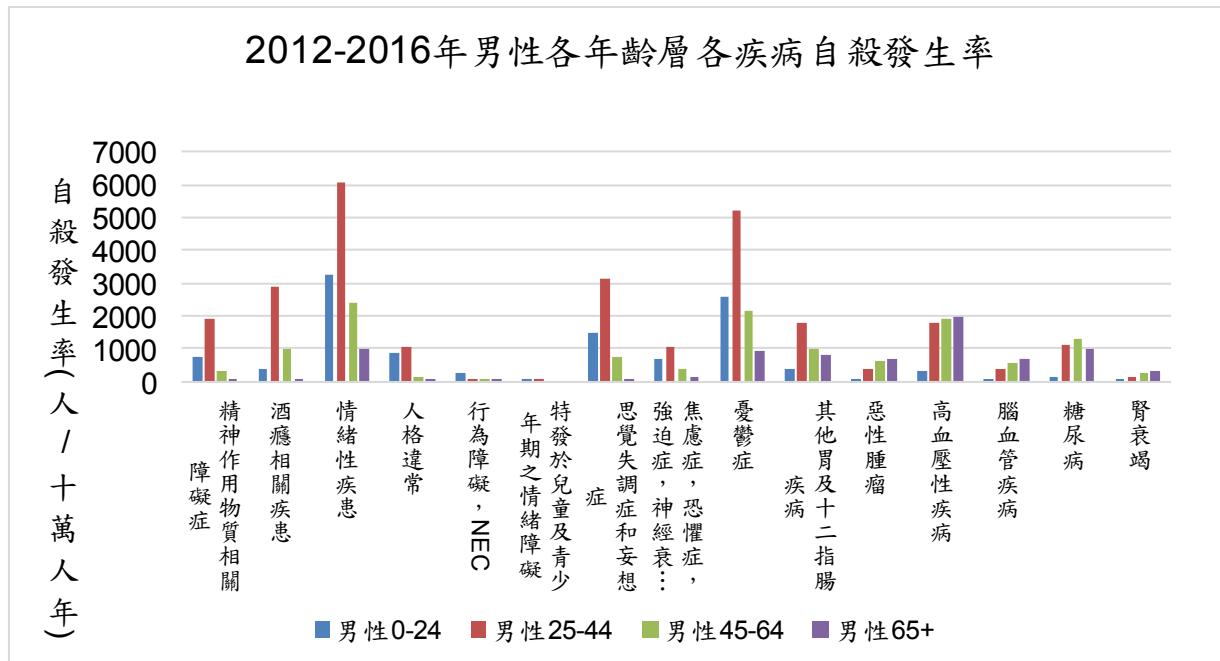


圖 3-1-11、2012-2016 男性各疾病各年齡層住院自殺率

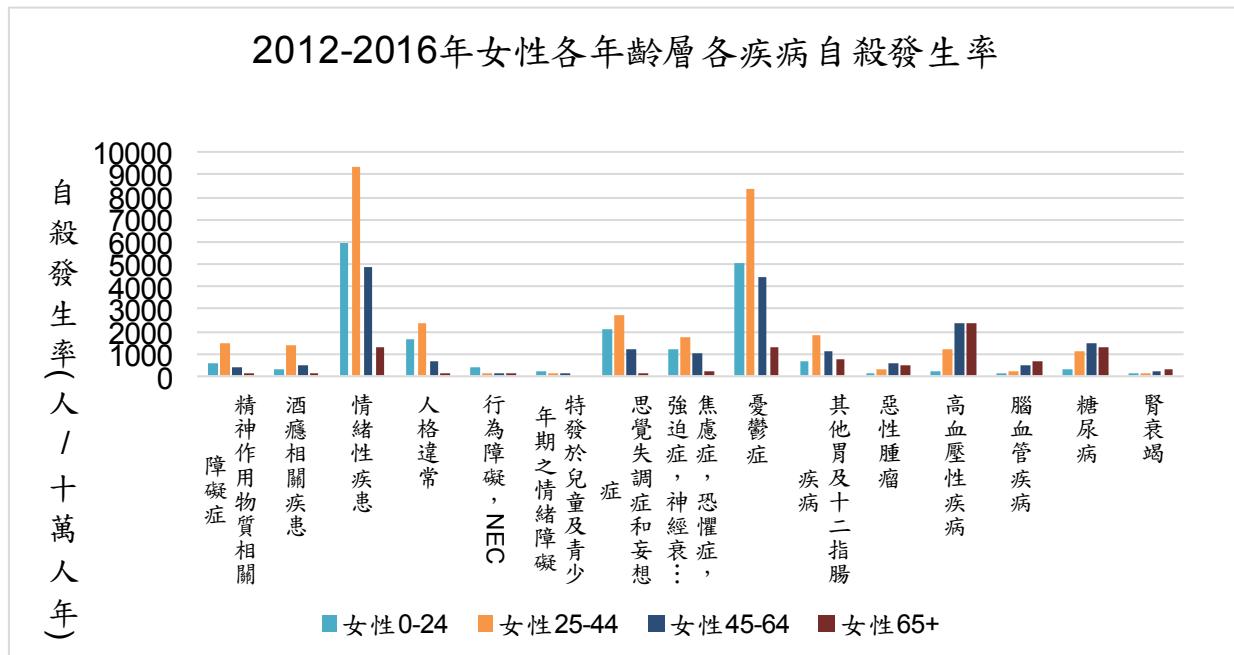


圖 3-1-12、2012-2016 女性各疾病各年齡層住院自殺率

表 3-1-5 則藉由住院自殺死亡之資料串連自殺企圖通報資料，可以發現到整體自殺死亡前完全無通報紀錄者約 29.5%，歷年則無明顯著趨勢。

表 3-1-5、2010-2016 年住院自殺死亡病人生前通報情形-性別

最後一次 住院年分	總自殺			
	通報即死亡	自殺死亡前無通報	自殺死亡 7 天前有通報	死亡人數
男性	2010	-	-	0
	2011	41 (39.4)	27 (26)	104
	2012	32 (41)	27 (34.6)	78
	2013	23 (38.3)	23 (38.3)	60
	2014	5 (41.7)	2 (16.7)	12
	2015	1 (25)	2 (50)	4
	2016	3 (33.3)	3 (33.3)	9
	2017	1 (14.3)	3 (42.9)	7
女性	2010	4 (57.1)	1 (14.3)	7
	2011	19 (38.8)	13 (26.5)	49
	2012	23 (51.1)	11 (24.4)	45
	2013	14 (34.1)	12 (29.3)	41
	2014	3 (50)	0 (0)	6
	2015	0 (0)	0 (0)	4
	2016	2 (66.7)	1 (33.3)	3
	2017	2 (40)	3 (60)	5
總計		173 (39.9)	128 (29.5)	434

表 3-1-6 則是透過各年齡層來分析其自殺死亡前通報情形，各年齡層以 45-64 歲自殺死亡個案生前未通報比例最高，達 32.1%，值得注意，然而未通報比例歷年亦未有顯著趨勢。

表 3-1-6、2010-2016 年住院自殺死亡病人生前通報情形-年齡層

年分	通報即死亡	自殺死亡前		總自殺死亡 人數
		無通報	有通報	
0-24	2010	1 (50)	0 (0)	1 (50)
	2011	4 (36.4)	3 (27.3)	4 (36.4)
	2012	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)
	2013	2 (50)	1 (25)	1 (25)

表 3-1-6、2010-2016 年住院自殺死亡病人生前通報情形-年齡層

年分	通報即死亡	自殺死亡前	自殺死亡前	總自殺死亡人數
		無通報	有通報	
2014	-	-	-	0
2015	-	-	-	0
2016	-	-	-	0
2017	-	-	-	0
總計	9 (45)	5 (25)	6 (30)	20
2010	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	3
2011	21 (33.3)	17 (27)	25 (39.7)	63
2012	18 (45)	15 (37.5)	7 (17.5)	40
2013	16 (47.1)	10 (29.4)	8 (23.5)	34
25-44	4 (40)	0 (0)	6 (60)	10
	0 (0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3
	1 (50)	1 (50)	0 (0)	2
	-	-	-	0
總計	61 (39.4)	45 (29)	49 (31.6)	155
2010	-	-	-	0
2011	22 (53.7)	10 (24.4)	9 (22)	41
2012	18 (36.7)	16 (32.7)	15 (30.6)	49
2013	13 (32.5)	15 (37.5)	12 (30)	40
45-64	4 (66.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	6
	1 (20)	1 (20)	3 (60)	5
	4 (44.4)	3 (33.3)	2 (22.2)	9
	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0)	6
總計	64 (41)	50 (32.1)	42 (26.9)	156
2010	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2
2011	13 (34.2)	10 (26.3)	15 (39.5)	38
2012	17 (54.8)	6 (19.4)	8 (25.8)	31
65+	6 (26.1)	9 (39.1)	8 (34.8)	23
	0 (0)	1 (50)	1 (50)	2
	-	-	-	0
2016	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1
2017	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50)	6

表 3-1-6、2010-2016 年住院自殺死亡病人生前通報情形-年齡層

年分	通報即死亡	自殺死亡前	自殺死亡前	總自殺死亡
		無通報	有通報	人數
總計	39 (37.9)	28 (27.2)	36 (35)	103

(2) 文獻摘要

- a. 標題：Rates and trends of psychiatric inpatient and postdischarge suicides in Taiwan, 2002 – 2013: a national register-based study(Blodgett & Molinari, 2001)
 - a) 目的：相較西方國家的精神病床逐漸減少，台灣的精神病床再近幾年反而逐漸增加，這篇文獻的目標在於評估自殺死亡率和變化在住院精神病患以及剛出院的病人。
 - b) 方法：資料從 NHI 健保資料庫住院病人取得 2002 至 2013 年並串連死因統計檔，藉以辨識出自殺死亡人數，自殺發生在住院期間和剛出院 90 天內之病人分別被定義為住院自殺及出院後自殺，西元年被定義為連續性變項在卜瓦松多變項迴歸，並且分析校正性別、年齡、住院後首次診斷，以及當前住院人年。
 - c) 結果：整體住院病人自殺死亡率相當低(81 人/每十萬人年)，並且在十年間顯著從 146 人下降至 74 人。在研究期間，這個下降趨勢在各性別、各診斷都看的出來，出院後自殺死亡率(含則相當高(1108 人/每十萬人年)，而並沒有顯著變化趨勢在此期間。
 - d) 討論：我們的結果顯示讓大眾增進對心理疾病的意識是相當重要的，有效的利用精神科住院資源照護對自殺防治來說是相當重要的盡管床數相當的多。出院計畫應該要連結社區照護以實踐一般人口的自殺防治策略。
- b. 標題：Preventing Suicide Among Inpatients(Sakinofsky, 2014)
 - a) 目標：住院病人自殺死亡是自殺死亡的一小部份，但是在臨牀上仍是相當重要的，這篇文獻主要是全面性的回顧量化英文研究文獻，並整理出住院病人自殺防治上甚麼是已經知道的事，以及還能做甚麼
 - b) 方法：執行系統性文獻回顧並在考科藍電子資源庫、PubMed、Embase、知識網站和一些關於世代研究私人的資料庫搜尋有關住院病人自殺死亡的資料(不包含自殺企圖，除非研究有報導關於自殺死亡的數據)
 - c) 結果：基於所找到文獻做量性資料結果討論的呈現。
 - d) 結論：大部分的住院病人自殺死亡並不是在病房裡，而是離院之後，

或是潛逃出院。高風險發生在初入院和出院。安全的病房環境、使病人的行動能夠被清楚看見、適當的監督病人、仔細的評估並警覺、關心自殺風險、良好的團隊和溝通、適當的臨床治療都是可以降低住院病人自殺風險。

(3) 策略建議：

自殺行為的危險因子多重而複雜，且因時因地而異，故目前尚難有一致的防治標準作業。然而，醫院端仍可從全國性自殺防治策略架構中，發展三大層面的相應對策。以下分別從全面性、選擇性與指標性三大自殺防治策略面向，詳述醫院內的自殺防治。

a. 全面性

在全面性的防治策略中，包含建立安全的環境設備以及營造出對病人尊重、支持的照護環境與團隊，使醫院的自殺防治能夠從物理及心理層面充分達到全面性的預防效果。

a) 安全的環境設備

定期檢視環境設備，移除或更換可能被用於自殺的物品，並確認環境安全防護機制效能正常。建議如下：

- (a) 頂樓、陽台等高處場所出入口有安全防護設計及管理方案。門窗、高樓頂樓、陽台等之出入應有安全防護設計及管理，例如：頂樓天台防火門開啟之警報裝置；樓梯間底層的防跳網，窗戶開啟限制約 15 公分，尤其高樓層的公共空間，空房間須上鎖，並定時巡查院區死角。
- (b) 護理車、UD 車、清潔工作車等，擺放位置宜在醫療照護團隊成員可見處或病人/陪伴者不易接觸的地點，以避免其中的尖銳器具、藥品、清潔劑等物品被取用於不當用途。
- (c) 對於有自殺/自傷風險之住院病人，工作人員定期及定時執行安全檢查具有自傷/傷人堪慮之個人物品，加以安全保管；需使用有危險性但非違禁品的物品(如水果刀、吹風機、電源線等等)時，宜避免其獨處或建議其在護理站附近使用，以降低病人發生危險之可能性。
- (d) 透過環境介紹與在職教育，使醫療照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備，如窗簾拉繩、可吊掛支撐的門、掛架、櫃子、可供繩子穿越處、蓮蓬頭架、廁所馬桶的水箱蓋、橫桿等等，定期檢視其使用狀況，並將危險性較高者，予以移除或改用有安全設計的設備。
- (e) 於入院時即針對所有住院病人及親友說明危險物品之種類、執行安全檢查之目的、時機、範圍、方式及處置，並於院內公告欄張貼危險物

品管理規則，依情況執行安檢，以即早發覺及處理不明的危險物品。若邀請家屬共同防範有困難，可請醫療團隊協助說明，但護理人員仍需提供至少每班 1 小時或 30 分鐘密切觀察病人之行為、情緒及行蹤，並建議書寫自殺防範之相關紀錄單。

b) 自殺防治宣導

為落實自殺防治人人有責，定期辦理自殺防治相關宣導活動或講座，使醫院內整體工作人員能夠增進相關知能，以達到共同預防自殺發生的效果。以下列出重要宣導面向，供醫院人員參考運用：

- (a) 舉辦自殺高風險辨識及危機處理相關講座，並鼓勵醫事人員、護理人員及相關人員積極參與。
- (b) 宣導工作需由人文關懷角度出發，落實以病人為中心的醫療，體察個案因疾病衍生之社會心理負擔及衝擊，建立支持性之治療同盟關係。
- (c) 鼓勵照護團隊成員互相支援協助，主動關心病人及家屬，建立互信、支持性的醫病關係。

b.選擇性

在選擇性策略面向，除了醫療人員，一般行政人員及志工們都可以在工作崗位上，提高敏感度辨識潛在風險者，關心與支持周遭病人或家屬，以一問、二應、三轉介的守門人步驟，建構持續性與支持性的自殺防治網絡。

a) 一問：主動關心，詢問對方的狀況

詢問一個人的自殺意念並不容易，循序漸進的討論方式將有所幫助，詢問過程中，若覺察到個案的回應有所保留或模糊不清，便可進一步與個案釐清，盡可能把握任何可能幫助個案的機會。

院內可設計適合單位特性之自殺高風險評估工具，或使用「簡式健康量表」(BSRS-5)作為評估工具。適合評估的時機如：住院過程因其他生活事件(如失業、經濟壓力、離婚、感情困擾或失去重要事物等失落事件)而引發情緒困擾(如憂鬱、絕望、沮喪與憤怒等)，或被告知疾病診斷與疾病變化(如癌症、HIV)而引發憂鬱情緒或適應障礙時，都是適合執行評估的時機。另外，針對自殺高風險群病人，如高齡族群病人、重大傷病的腫瘤科病人及精神疾病病人等，建議將自殺評估列入常規追蹤工作。評估方式與說明建議如下：

b) BSRS-5 關懷式介入與篩檢

生理與心理彼此間相互影響，健康的生理狀況能夠帶動健康的心理，反之健康的心理狀況亦能帶動健康的生理。如同身體生病時我們會量體溫來了解發燒的程度，當情緒產生困擾時，也有屬於心情的溫度計，其中簡式健康量表(BSRS-5)即是一種能夠測量心情狀態的評估工具。

c) CMHC 自殺風險等級評估

除了上述評估可發現潛在高風險個案之外，另可運用 CMHC (Concise Mental Health Checklist，簡明心理健康篩檢表) 進一步了解病人在時間與嚴重度等各個層次上，是否有更高的自殺風險存在。該量表由九題內容組成，前五題為 BSRS-5 精簡版(是非題)，用以了解心理困擾與精神症狀程度，後四題為重要的自殺危險因子與保護因子，用以了解個案過去、現在和未來的整體自殺風險(含意念及行為評估)。

C. 指標性

在指標性的防治策略方面，主要針對自殺企圖者提供積極關懷介入與治療處遇，項目包含檢視自殺防治流程、針對自殺風險者的後續處遇，以及對於出院後的自殺預防。

a) 檢視自殺防治流程

定期檢視院內自殺防治流程是否符合需求，並查核執行情形。例如：巡房探視方式與頻率、自殺風險評估作業流程規範之適用性等等。

b) 潛在自殺風險者之處遇

- (a) 傾聽、同理了解其自殺想法，持續評估其自殺意念的頻率與嚴重度，轉介或會診精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師與社工師等，提供相關資源，並將相關評估納入病人之出院準備計畫，加強個案追蹤，視需要與社區資源連結。
- (b) 以謹慎、尊重的態度與具自殺風險者交談，避免批判其想法，了解企圖自殺原因，並提供情緒支持、社會資源，探詢除了自殺以外的其他選擇與解決方法。
- (c) 配合病人心理狀況及情緒，調整治療計畫，必要時依病情需要調整處方。如需轉介，需耐心解釋轉介原因，讓當事人瞭解轉介與資源的提供是為了幫助他，而非擺脫他。
- (d) 進行應有的自殺防治機制，如：安檢、限制外出、轉病床位置、提高

探視頻率等，以同理態度詳細溝通，避免引起阻抗。密切觀察並留下觀察紀錄，以掌握病人情緒狀況。

- (e) 避免讓自殺高風險病人獨處，提醒陪伴者如需離開，應通知照護團隊人員；若病人無人陪伴，可聯絡社工、志工協助。
- (f) 聯繫親友或照顧者，提供自殺防治相關衛教，包含危險環境及物品認知、鼓勵親友多陪伴、提供支持與正向力量；同時亦需注意照顧者的需求與情緒，避免責難或使他們感到內疚。
- (g) 若院內不幸發生自殺事件，對當事人、親友乃至於照護團隊都是很大的衝擊，亦可能造成法律問題。因此，提供當事人、親友與鄰近病友後續的輔導與支持顯得相當重要。此外，也需密切關照院內團隊同仁所面臨的情緒或法律問題，並由機構提供諮商輔導之相關資源與諮詢管道。

c) 預防出院後自殺

研究發現許多自殺死亡常發生在出院後的短期內，因此對於急診自殺企圖者、自殺行為住院者及精神科病房住院者，適當的出院準備、預約回診時間及定期追蹤關懷，能減少其出院後的自殺行為發生。

院內通報系統之資訊與處置情形之紀錄，宜納入出院之評估項目，將評估仍有自殺高風險者，視情況通報至衛福部心口司精神照護資訊管理系統或自殺防治通報系統，以為後續各縣市衛生局整合型心理健康工作計畫，提供病人出院後持續性追蹤關懷服務。

(4) 總結：

僅透過健保資料庫西醫住院檔及死因統計檔仍難以完全辨認住院死亡病人，而本研究利用住院超過 1 日且於出院日自殺死亡個案所計算出住院病人自殺死亡率為 58.4 人／每十萬人年與先前(鄭懿之、曾美智，2018)所指出約百分之一至百分之五自殺死亡為住院病人自殺一致，與美國住院病人自殺死亡率約略相同(Williams, Schmaltz, Castro, & Baker, 2018)，而精神科住院病人自殺死亡率則偏低，有可能是因為自殺後送往其他科別進行急救、觀察，而自殺企圖發生率為 6642.04 人／每十萬人年，故未來若需進行相關研究，仍須更具體的定義或非針對住院病人整體性的分析，對研究結果信效度也會較佳，且住院病人可能住過科別也不僅一科，故難以判定自殺死亡該歸咎於哪個科別，若考量自殺企圖者生前可能因急救而住進科別做排除後，住院科別以腎臟科需注意；若以性別年齡層自殺死亡率來看，男性以 25-44 歲，女性以 45-64 歲需要強化其自殺防治策略，而罹患

疾病以情緒性疾患、憂鬱症需注意，而在自殺死亡前未通報比例，以 45-64 歲尚需加強，居各年齡層之最，綜合研究結果，住院病人自殺死亡情形仍須跨專業、跨團隊之連結，方能在住院自殺防治上更有進展。

7)客死他鄉統計分析

各縣市客死異鄉比例不難發現離島客死異鄉比例最高，尤其是澎湖縣 33.3%、其次為金門縣 29.7%、而全國平均為 14.7%，僅 8 個縣市低於全國平均，也顯示(詳見圖 3-1-13)國內各縣市客死異鄉占了相當大的部份。

以七大生活圈來看 2011-2013 年客死異鄉比例，同樣以離島最高，其次花東、桃竹苗、雲嘉南，而全國僅高屏、北北基宜、中彰投是低於全國平均(詳見圖 3-1-14)。

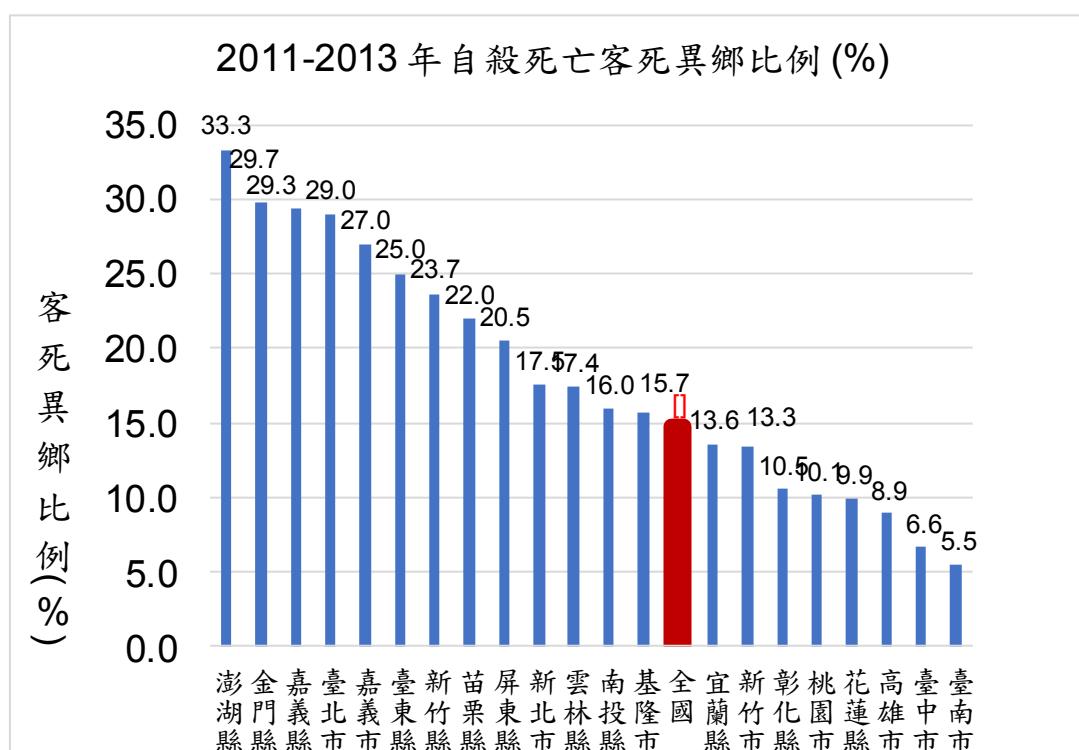


圖 3-1-13、2011-2013 年各縣市客死異鄉比例

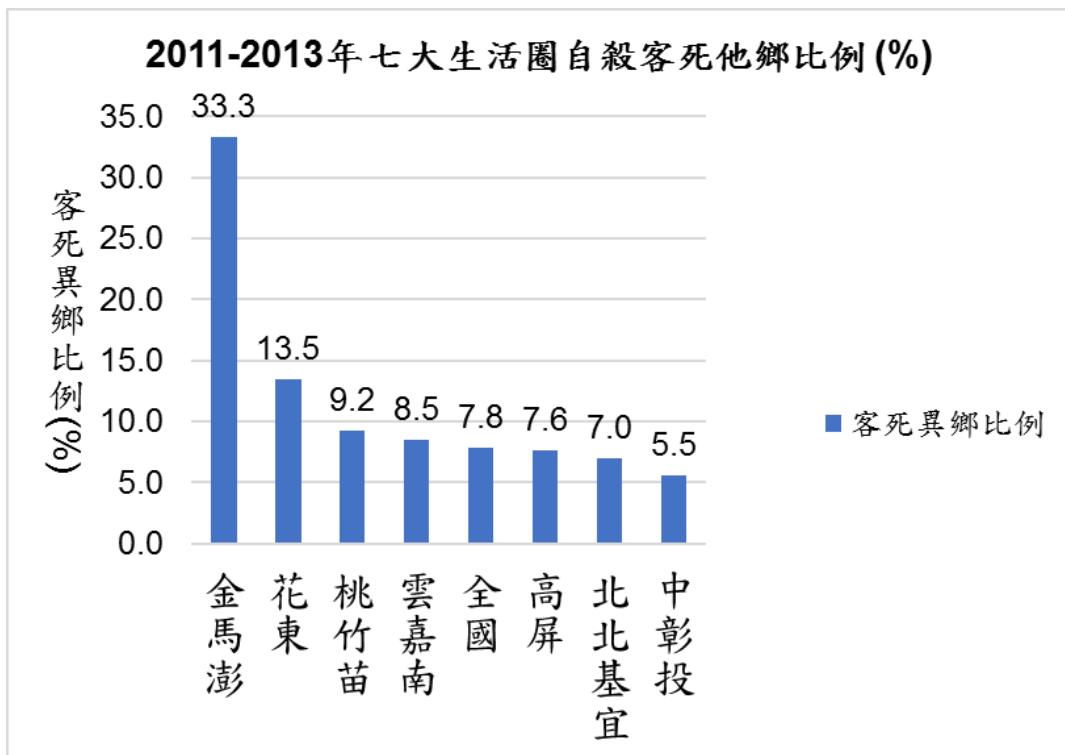


圖 3-1-14、2011-2013 年七大生活圈客死異鄉比例

以各年齡層客死異鄉比例而言，0-24 歲比例最高，其次為 25-44 歲；0-24 歲客死異鄉前三高縣市分別為，雲林縣(64.3%)、嘉義市(50.0%)、宜蘭縣(46.7%)；25-44 歲客死異鄉前三高縣市分別為，連江縣(100.0%)、澎湖縣(64.3%)、嘉義縣(52.9%)；45-64 歲客死異鄉前三高縣市分別為，金門縣(50.0%)、嘉義縣(29.6%)、臺北市(29.5%)；65 歲以上客死異鄉前三高縣市分別為，連江縣(100.0%)、臺北市(26.6%)、新竹縣(18.5%)。

表 3-1-7、2011-2013 年各年齡層各縣市客死異鄉比例

	0-24 歲客死異 鄉比例	0-24 歲總 自殺死亡 人數	25-44 歲客死 異鄉比例	25-44 歲總 自殺死亡人 數	45-64 歲客 死異鄉比例	45-64 歲總 自殺死亡人 數	65 歲以上客 死異鄉比例	65 歲以上 總自殺死 亡人數
		N(%)	total	N(%)	total	N(%)	total	total
全國	119 (22.5)	528	673 (18.2)	3699	506 (13.2)	3839	240 (10.0)	2408
臺北市	13 (28.3)	46	83 (30.2)	275	98 (29.5)	332	53 (26.6)	199
臺中市	4 (7.0)	57	29 (7.6)	383	30 (7.5)	399	6 (3.0)	201
臺南市	3 (6.3)	48	24 (7.8)	308	22 (6.2)	356	4 (1.6)	253
高雄市	17 (26.2)	65	62 (12.3)	506	25 (4.6)	544	20 (7.2)	279
基隆市	1 (10)	10	14 (16.3)	86	14 (15.9)	88	7 (15.2)	46
新竹市	1 (16.7)	6	8 (14.6)	55	9 (16.1)	56	2 (6.1)	33
嘉義市	2 (50)	4	12 (38.7)	31	8 (20.5)	39	2 (13.3)	15

表 3-1-7、2011-2013 年各年齡層各縣市客死異鄉比例

	0-24 歲客死異鄉比例	0-24 歲總自殺死亡人數	25-44 歲客死異鄉比例	25-44 歲總自殺死亡人數	45-64 歲客死異鄉比例	45-64 歲總自殺死亡人數	65 歲以上客死異鄉比例	65 歲以上總自殺死亡人數
新北市	24 (27.6)	87	124 (19.1)	651	91 (16.1)	566	37 (13.8)	269
桃園市	6 (8.8)	68	39 (10.1)	385	42 (13.8)	304	8 (4.4)	181
新竹縣	5 (35.7)	14	22 (32.4)	68	12 (16.9)	71	10 (18.5)	54
宜蘭縣	7 (46.7)	15	11 (13.6)	81	11 (11.1)	99	7 (10)	70
苗栗縣	5 (41.7)	12	25 (27.8)	90	17 (20.5)	83	9 (12.9)	70
彰化縣	4 (21.1)	19	34 (15.5)	219	16 (8.5)	188	10 (5.5)	182
南投縣	4 (28.6)	14	28 (27.7)	101	11 (8.2)	134	11 (12.4)	89
雲林縣	9 (64.3)	14	28 (24.4)	115	19 (12.8)	148	14 (11.2)	125
嘉義縣	6 (46.2)	13	37 (52.9)	70	34 (29.6)	115	18 (14.3)	126
屏東縣	5 (25.0)	20	52 (34.7)	150	23 (13.0)	177	15 (12.9)	116
澎湖縣	0 (0.0)	1	9 (64.3)	14	5 (26.3)	19	1 (9.1)	11
花蓮縣	0 (0.0)	6	12 (21.8)	55	5 (6.5)	77	1 (2.3)	43
臺東縣	1 (20.0)	5	14 (35.9)	39	10 (27.8)	36	4 (11.1)	36
金門縣	2 (50.0)	4	5 (31.3)	16	4 (50)	8	0 (0.0)	9
連江縣	0(0.0)	0	1 (100.0)	1	0(0.0)	0	1 (100.0)	1

以性別而言，女性可能較男性有較高的客死異鄉發生率， $OR=1.07$ ($0.96-1.20$)，但較正其他變項後不顯著。各年齡層而言，若以 25-44 歲為基準，則 0-24 歲客死異鄉發生機率較高， $OR=1.31(1.05-1.63)$ ，且達到統計上顯著，但校正其他變項後，並不顯著。

自殺死亡方式而言，若以吊死、勒死及窒息為基準，則以溺水 OR 最高， 1.74 ($1.4-2.16$)校正其他變項後，仍是達到統計上顯著，其次為由高處墜下 $OR=1.77$ ($1.48-2.11$)。

以婚姻狀態而言，若以已婚為基準，未婚、離婚客死異鄉 OR 較高，分別為 1.83 ($1.59-2.09$)及 1.55 ($1.33-1.81$)，校正其他變項後仍是顯著。

各生活區而言，以北北基為基準，則離島客死異鄉發生率較高 $OR=1.95$ ($1.23-3.1$)(詳見表 3-1-8)。

表 3-1-8、客死異鄉戶籍地與死亡地邏輯式迴歸^{*}p<0.05, **p<0.01.***p<0.001

	自殺死亡地點	總計	OR (95% C.I.)	aOR (95% C.I.)
自殺死亡於戶籍縣市 N=10,474				
自殺死亡於非戶籍地				
人口學變項				
	(N = 1,538; (N= 8,936; 85.31%) 14.68%)			
	N (%)	N (%)	N (%)	
性別				
男性	5,997 (67.1)	1,008 (65.54)	7,005 (66.88)	1
女性	2,939 (32.89)	530 (34.46)	3,469 (33.12)	1.07 (0.96-1.20)
	Chi square = 1.46	d.f. = 1	P = 0.23	
年齡				
25-44	3,026 (33.86)	673 (43.76)	3,699 (35.32)	1
0-24	409 (4.58)	119 (7.74)	528 (5.04)	1.31 (1.05-1.63)*
45-64	3,333 (37.3)	506 (32.9)	3,839 (36.65)	0.68 (0.6-0.77)***
65 以上	2,168 (24.26)	240 (15.6)	2,408 (22.99)	0.50 (0.43-0.58)***
	Chi square = 109.42	d.f. = 3	P = <0.0001	
自殺方式				
上吊	2,977 (33.31)	381 (24.77)	3,358 (32.06)	1
以固體或液體	1,634 (18.29)	251 (16.32)	1,885 (18.00)	1.2 (1.01-1.42)*
氣體及其他蒸氣	2,313 (25.88)	460 (29.91)	2,773 (26.48)	1.55 (1.34-1.8)***
				1.28 (1.09-1.49)**

表 3-1-8、客死異鄉戶籍地與死亡地邏輯式迴歸*p<0.05, **p<0.01.***p<0.001

	溺水	594 (6.65)	132 (8.58)	726 (6.93)	1.74 (1.4-2.16)***	1.71 (1.37-2.14)***
	鎗砲及爆炸物	44 (0.49)	11 (0.72)	55 (0.53)	1.95 (1-3.82)*	1.53 (0.77-3.04)
	以切穿工具	164 (1.84)	25 (1.63)	189 (1.8)	1.19 (0.77-1.84)	1.18 (0.76-1.83)
	由高處墜下	1012 (11.32)	229 (14.89)	1,241 (11.85)	1.77 (1.48-2.11)***	1.47 (1.22-1.77)***
	其他自殺方式	198 (2.22)	49 (3.19)	247 (2.36)	1.93 (1.39-2.69)***	1.83 (1.3-2.56)***
	<i>Chi square = 67.79 d.f. = 7 P = <0.0001</i>					
婚姻狀態	已婚	3,089 (34.57)	428 (27.83)	3,517 (33.58)	1	1
	未婚	2,225 (24.9)	563 (36.61)	2,788 (26.62)	1.83 (1.59-2.09)***	1.38 (1.17-1.63)***
	離婚	1,621 (18.14)	348 (22.63)	1,969 (18.8)	1.55 (1.33-1.81)***	1.37 (1.16-1.61)***
	喪偶	831 (9.3)	117 (7.61)	948 (9.05)	1.02 (0.82-1.26)	1.21 (0.95-1.53)
	不詳	1,170 (13.09)	82 (5.33)	1,252 (11.95)	0.51 (0.4-0.65)***	0.43 (0.33-0.55)***
	<i>Chi square = 161.05 d.f. = 4 P = < 0.0001</i>					
戶籍區域別	北北基宜	2,325 (26.02)	595 (38.69)	2920 (27.88)	1	1
	中彰投	1,799 (20.13)	187 (12.16)	1986 (18.96)	0.41 (0.34-0.48)***	0.42 (0.35-0.5)***
	花東	250 (2.8)	47 (3.06)	297 (2.84)	0.74 (0.53-1.02)***	0.79 (0.57-1.1)
	雲嘉南	1,538 (17.21)	242 (15.73)	1780 (16.99)	0.62 (0.52-0.72)	0.69 (0.58-0.82)***
	桃竹苗	1,330 (14.88)	220 (14.3)	1550 (14.8)	0.65 (0.55-0.77)***	0.61 (0.52-0.73)***
	高高屏	1,638 (18.33)	219 (14.24)	1857 (17.73)	0.52 (0.44-0.62)***	0.53 (0.44-0.62)***

表 3-1-8、客死異鄉戶籍地與死亡地邏輯式迴歸^{*} $p<0.05$, ** $p<0.01$. *** $p<0.001$

離島 56 (0.63) 28 (1.82) 84 (0.8) 1.95 (1.23-3.1)** 2.52 (1.56-4.06)***
Chi square = 151.47 d.f. = 6 P =< 0.0001

表 3-1-9、客死異鄉分析變數相關係數表

表 3-1-9、客死異鄉分析變數相關係數表

Mean	sd	100-102 年 房價所得比	100-102 年 年中位數 收入	客死異鄉		暫離人口		100-102 年		各年齡層客死異鄉比例				
				死亡率 ^a	率 ^b	外地自殺 率 ^c	扶養比 ^d	年勞動參 與率 ^e	暫離率 ^f					
年扶養比														
100-102														
年勞動參	57.7	2.1	-.027	.296	-.484*	-.024	-.317	-.002	1					
與率														
暫離率	23.7	5.0	-.285	-.741**	.603**	-.076	.194	.370	-.534*	1				
失業率	4.3	0.1	.083	-.152	-.032	-.401	-.095	-.291	.137	.062				
客死異鄉														
比例														
<25	25.3	17.4	-.074	-.098	.353	.202	.421	.556**	.203	.089				
25-44	25.0	14.7	.024	-.343	.896**	-.001	.758**	.439*	-.633**	.591**				
45-64	15.5	7.8	.327	.066	.757**	.131	.685**	.352	-.364	.398				
>64	10.5	5.9	.454*	.302	.556**	.232	.759**	.245	-.202	-.011				
										1				

註：

*. 相關性在 0.05 層上顯著（雙尾）。**. 相關性在 0.01 層上顯著（雙尾）。^a設籍該縣市但自殺死亡地點為外縣市之人數/該縣市戶籍人口數*100000。^b所有死亡地點於某縣市的外來人口數/該縣市戶籍人口數*100000。^c設籍該縣市但自殺死亡地點為外縣市之人數/該縣市暫離人口數*100000。^d依賴人口對有工作能力人口的比率，亦即幼年人口及高齡人口對青壯年人口之比率；用指數來表示即每 100 個有工作能力人口應扶養多少個依賴人口。^e勞動力人口:勞動力包含就業者與失業者；勞參率 (%) = 勞動力/15 歲以上民間人口*100%。^f暫離戶籍所在地人口占戶籍人口之比率。

各種縣市層級的主要經濟指標與自殺死亡的相關性。發現客死異鄉死亡率與 2011-2013 年之扶養比($r=0.436$)、暫離率($r=0.603$)呈統計顯著之正相關，並且與 2011-2013 年勞動參與率($r=-0.484$)成負相關。反之，異地死亡率與勞動、家庭、與所得指標皆無顯著關聯。至於 暫離人口自殺死亡率則與客死異鄉比例成正相關($r=0.884$)。年齡分組而言，24 歲以下客死異鄉比例 與 2011-2013 年扶養比成中度相關($r=0.556$)，25-44 歲客死異鄉比例與 2011-2013 年扶養比($r=0.439$)、 暫離率($r=0.591$)呈統計顯著之正相關，而與 2011-2013 年勞動參與率($r=-0.633$)成負相關。45-64 歲客死異鄉比例與房價所得比、中位數收入、撫養比皆為正相關，惟並未達統計上顯著意義。65 歲 以上族群客死異鄉比例僅與房價所得比成顯著正相關($r=0.454$)。本研究亦分析了 2011、2012、2013 各個單一年度的縣市房價所得比、中位數收入，和連續兩年的中位數收入增減率與房價所得比增減率， 其個別結果與使用三年平均的指標皆一致。(詳見表 3-1-9)

2. 總結

在 2018 年台灣自殺死亡個案雖稍較去年降低，但仍有 3875 人自殺死亡，然而以實證為基礎自殺防治策略故然只是多層次防治策略當中的一項，也因此以實證為基礎的自殺防治策略必須是針對自殺高風險者所發展，然而以單一危險因子確難以預測後續自殺(Franklin et al., 2017)，故自殺防治策略仍須綜合評估與執行，並減少致命性物品之可近性、降低自殺與精神疾患的社會污名化程度，促進社會大眾心理健康。透過媒體報導外，並發展文宣品宣導，且透過大型活動、傳播媒體、演講、藝文活動之參與，持續推廣全國性自殺防治的網站及珍愛生命數位學習網，提供相關資訊，藉以達到網網相連。同時，以「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」為理想，持續與國際交流分享，並於各縣市推動因地制宜之自殺防治措施，朝向「在地化」、「社區化」之目標，期望藉由全國民眾的共同努力，結合各網絡人員的力量，在既有服務體系，強化自殺防治功能，並持續提供完整的關懷與照護，落實「自殺防治、人人有責」及「網網相連、繼往開來」。全民不分彼此，共同促進社會和諧，發揮人道關懷精神，你我都成為珍愛生命守門人。

3. 附表

表 3-1-10、各疾病診斷碼 ICD9、ICD10 對照表

疾病別	英文	ICD9	ICD10
精神作用物質相關障礙症	Mental and behavioural disorders due to other psychoactive substance use	292,304,305	F11-F19
酒癮相關疾患	Alcohol related disorders	291,303	F10
情緒性疾患	Mood [affective] disorders	296,298,030, 043,011,000	F30-F39
人格違常	Personality disorders	301	F60
行為障礙，NEC	Disturbance of conduct not elsewhere classified	312	F63.0,F63.3,F63.8,F91.0, F91.1,F91.8,F91.2,F90.8, F90.9
特發於兒童及青少年期之情緒障礙	Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence	313 295,	F93.8,F94,F91.3
思覺失調症和妄想症	Schizophrenia, schizotypal, and delusional disorders	2970-2973, 2978-2979, 2983-2989	F20-F29
焦慮症，恐懼症，強迫症，神經衰弱，失自我感，慮病症，身體化症，非特定非精神病的精神疾病	anxiety disorders,phobic disorder,Obsessive-compulsive disorder,nneurasthenia,depersonalization,hypochondriasis,somatoform disorder,unspecified nonpsychotic mental disorder	300(除 300.4 以外)	F41,F44,F40,F68.1,F68.8,F48.1,F48.8,F45, F48.8,F48.9,F99
憂鬱症	Depression	296.2,296.3, 3004,311	F32,F33,F34.1
其他胃及十二指腸疾病	Dyspepsia and other diseases of stomach and duodenum	531-533	K29-K31
惡性腫瘤	Malignant neoplasm	140-208	C00-C97
高血壓性疾病	Hypertensive diseases	401-405	I10-I15
腎衰竭	Renal failure	403.01、 403.11、	N18.5、N18.6、I12.0、 I13.11 、I13.2

表 3-1-10、各疾病診斷碼 ICD9、ICD10 對照表

疾病別	英文	ICD9	ICD10
		403.91、	
		404.02、	
		404.03、	
		404.12、	
		404.13、	
		404.92、	
		404.93	

五、附件

附件 3-1-1、研析近 10 年(2009-2018 年)自殺死亡趨勢之成因，針對全年齡(含原住民族)及各年齡層以及流行病學變項之單變項之描述性分析及推論性統計

六、參考文獻

- Blodgett, C., & Molinari, C. (2001). Trends in psychiatric inpatient rates from 1991-1995 in the State of Washington: the effect of insurance type on utilization. *Adm Policy Ment Health*, 28(5), 393-405.
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33-33.
doi:10.3389/fpsyg.2018.00033
- Chen, I. M., Lin, P.-H., Wu, V.-C., Wu, C.-S., Shan, J.-C., Chang, S.-S., & Liao, S.-C. (2018). Suicide deaths among patients with end-stage renal disease receiving dialysis: A population-based retrospective cohort study of 64,000 patients in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, 227, 7-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.020>
- Duprey, E. B., Oshri, A., & Liu, S. (2019). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Dev Psychopathol*, 1-15. doi:10.1017/S0954579419000919
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., . . . Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts

- and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*, 143(2), 187-232. doi:10.1037/bul0000084
- 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.030>
- Ma, C. H., Chang, S. S., Tsai, H. J., Gau, S. S., Chen, I. M., Liao, S. C., . . . Wu, C. S. (2018). Comparative effect of antipsychotics on risk of self-harm among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 137(4), 296-305. doi:10.1111/acps.12857
- Olfson, M., Marcus, S. C., & Bridge, J. A. (2014). Focusing suicide prevention on periods of high risk. *JAMA*, 311(11), 1107-1108. doi:10.1001/jama.2014.501
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., . . . Hetrick, S. (2018). What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5, 52-91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eclim.2018.10.004>
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 59(3), 131-140. doi:10.1177/070674371405900304
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., . . . Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*, 32(6), 319-333. doi:10.1027/0227-5910/a000109
- Williams, S. C., Schmaltz, S. P., Castro, G. M., & Baker, D. W. (2018). Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(11), 643-650. doi:10.1016/j.jcjq.2018.08.002
- 廖士程, 李明濱, 龍佛衛, 張家銘, & 吳佳儀. (2015). 台灣自殺防治十年回顧檢討與展望. [Suicide Prevention in Taiwan: A Ten-Year Review]. *台灣公共衛生雜誌*, 34(3), 227-239. doi:10.6288/tjph201534103131
- 鄭懿之、曾美智：病人安全事件提醒—身體疾病住院病人自殺防範。2008年12月。Retrieved from <http://dlweb01.tzuchi.com.tw/tchv/Quality/files/> 品安新知/9 自殺防範/病人

安全事件提醒 05—身體疾病住院病人自殺防範_200812181147.pdf

新聞報導自殺事件與自殺資料相關分析及建議

一、背景

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(copycat)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。故自2006年起中心每日蒐集及整理自殺相關新聞報導，除執行媒體監測，並定期進行資料分析，希望提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議以達成「人人都是自殺防治守門人」之願景。

中心將蒐集彙整國內外相關文獻資料並與專家共擬使用適當之分析方式分析近10年來自殺新聞報導與自殺死亡及自殺通報之關聯性，進一步探討具影響力之因素，最後依分析結果提供新聞媒體在報導自殺事件時的建議，以期達到降低高危險族群受自殺新聞影響之風險。

二、輸入

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)文獻彙整：將蒐集到的文獻及相關資料進行分類與彙整，摘要出近年新聞媒體報導與自殺相關之國內外文獻。
- 4)新聞資料整理：將中心所蒐集到的數據加以整理與分析。

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、臺大醫學院圖書館。
- 2)資源連結內容及形式：台灣近10年自殺通報與死亡數據、學術期刊資料庫、〈世界衛生組織：自殺新聞報導指引〉及專家意見。

三、過程

1. 組織建立

從2006年開始，全國自殺防治中心每日進行新聞監測，並加以整理與

分析，本中心教育宣導組成員執行本方案，針對文獻內容撰寫摘要。本案針對國內外相關文獻資料進行彙整，並討論適當之分析方式，分析台灣近10年來自殺新聞報導與自殺死亡及自殺通報之關聯性。

2. 文獻蒐集

- 1) 建立系統性搜尋策略：使用 Embase 資料庫蒐集國內外自殺新聞報導與自殺資料相關之文獻；搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keyword)，搜尋關鍵字為自殺(suicide)、新聞(news)、回顧(review)、報導(reportin)及指南(guidelines)。

四、成果

1. 系統性文獻搜尋策略

中心使用 Embase 資料庫篩選後共得 12 篇國內外自殺新聞報導與自殺資料相關之文獻；搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keyword)，搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keyword)，搜尋關鍵字為 自殺(suicide)、新聞(news)、回顧(review)、報導(reporting)及指南(guidelines)。另參考〈世界衛生組織：自殺新聞報導指引〉2017 版內容，回顧其引用之文獻資料，文獻列表及專文詳細內如附件 3-2-1。

2. 「新聞報導自殺事件與自殺資料相關分析」文獻彙整及撰寫內容

最早有關媒體對自殺行為產生效應的證據，來自十八世紀晚期，當時歌德的「少年維特的煩惱」甫出版，小說中描述男主角維特為情所困而開槍自殺。這部小說與當時歐洲各地泛濫的自殺情況有所牽連。最終，歐洲某些國家將「少年維特的煩惱」列為禁書。

直到一九七零年代 Phillips 等人(1974)出版有關自殺行為仿效的研究證據，研究回溯性地比較英國在數個月之間，有自殺事件上頭版文章的月份與沒有任何文章的月份，其自殺數量的差異。研究為期的二十年內，有三十三個月份自殺事件被放在頭版報導，而其中有二十六個月份的自殺數量顯著提升。Schmidtke 與 Häfner(1998)針對一部連續劇上映後的研究也觀察到模仿的效應。

自從 Phillips 出版該研究之後，已經有超過一百篇有關自殺行為仿效的研究。整體而言，這些研究從不同方面強化了證據的主體。首先，他們使用改良後的研究法，例如 Wasserman 等人(1984)和 Stack 等人(1990)重複驗證了 Phillips 當時研究的結果，並且擴大研究觀察的期間、使用更複雜的

時間序列回歸(time-series regression)技術，並且以自殺率而非自殺數量為指標。其次，這些研究檢視了不同的媒體。舉例來說，Bollen 等人(1982)與 Stack 等人(1989)檢視了覆蓋美國全境電視頻道自殺新聞的衝擊，發現在相關新聞播映以後自殺率顯著上升。Whitley 等人(2019)的研究亦表明，羅賓·威廉斯死後加拿大的自殺人數是增加的。晚近的研究則擴大至亞洲與歐洲國家，並且納入自殺企圖者。例如 Cheng 等人(2007)、Yip 等人(2006)和 Chen 等人(2014)發現臺灣、香港特別行政區與南韓的自殺死亡和自殺企圖在名人自殺報導之後皆有所上升。更多近期的研究則在評估媒體效應之前，對媒體報導內容的特徵加以檢視。以台灣四大報紙為例，Chiang 等人(2016)檢視 2001 年至 2012 蘋果日報、自由時報、聯合報及中國時報報導自殺新聞的特徵，結果顯示上述四大報社都經常將自殺事件作為頭條新聞。Pirkis(2006)與其同事的研究則基於內容差異區分出不同的報導種類，他們發現重複報導自殺方法以及強化大眾的錯誤認知與後續自殺率的提升有所關聯。對此 McTernan 等人(2018)則針對重複報導之個案進行分析。研究人員將 2009 年 9 月至 2012 年 12 月之間發生的事件，以至少 4 週的報導和最少 45 篇的媒體文章為收案，共有四個案例符合此標準，案例 1 和 2 是兩名著名運動員，案例 3 和 4 是兩名家庭成員，在死亡前的年齡，性別和事件方面具有相似的特徵，並在 6 週內自殺身亡。

媒體報導的保護因子

有些證據表明了媒體有發揮其正面影響力的潛能。這些證據來自檢視品質良好的自殺報導是否可以減少自殺死亡及自殺企圖的研究。Etzersdorfer 和他的同事的研究發現(1998)、(1992)、(1994)，在奧地利維也納的地鐵置入媒體報導自殺的指引後，聳動式報導的數量下降，隨後，地鐵的自殺率下降了百分之七十五，而維也納整體的自殺率下降百分之二十。重複散佈自殺報導指引使得自殺事件的報導品質有所改善，且奧地利全境的自殺率下降，而在那些媒體彼此密切合作的地區其正面的效應更是明顯(Niederkrotenthaler T et al.,2007)。來自澳洲、中國、香港特別行政區、德國和瑞士的研究皆顯示出媒體報導自殺的指引與報導品質有正面的關聯。此外，Bohanna 及 Wang(2012)則檢查了所有針對媒體指南有效性研究的各種結果，結果亦表明準則可以改變報導方式並防止模仿自殺，並且若以諮詢、合作、媒體責任感和訓練為核心的方法則可能取得優異的成功。

現行媒體遵從率

正因以上提及媒體報導與自殺事件之關聯，世界衛生組織則於 2000

年訂定「媒體自殺事件報導指引」並於 2017 更新指引內容。即便如此，媒體報導指引的效果則需有賴於成功的施行方法。就印度而言，印度的自殺率是世界上最高的之一，估計每年有 25 萬例自殺死亡。Armstrong 等人(2018)便針對泰米爾納德邦閱讀率最高的 9 家日報擷取 2016 年 6 月至 2016 年 12 月間報導並根據世界衛生組織的準則採用內容分析方法評估了自殺新聞報導的品質，共有 1681 篇自殺文章，表示每天的每份報紙中自殺文章平均為 0.9%，其中 54.5% 的文章少於 10 句話。絕大多數文章主要關注於報告特定的自殺事件(95.9%)，有害的報導則非常普遍(如：有 43.3% 的文章詳細報導了自殺方法)，而有用的報導卻很少(如：只有 2.5% 提供了自殺支持服務的聯繫方式)。另外 Chandra 等人(2014)則以系統性的方式評估印度班加羅爾 3 個月內 550 份報紙(3 個英文和 3 個卡納達語)是否符合報導指引，其中包含 341 份自殺報導。結果發現不到 3% 的報導提及有關自殺預防和求助熱線的信息，個案隱私部分則有 95% 提及性別、90% 提到名字、70% 報導職業，另外，則有 89% 的報導提及自殺方法。341 份的自殺的報導中多數不符合報導指引，因此迫切需要發展印度地方指南和機制，以確保報導的責任，這對於預防自殺具有重要意義。韓國方面亦有相關研究，例如，Chun 等人(2018)檢驗韓國報紙於現有準則的遵守程度。研究中一共選擇了韓國當前的五種主流報紙，擷取 2014 年 1 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日的文章，關鍵詞為“自殺”，共得 368 例，並使用 13 個項目的指南包含「聳動的標題、誇大其詞、直接措辭(如：自殺)、提及自殺方法、詳述自殺地點、刊登照片影片及社群連結、刊登遺書內容、將自殺視為有建設性的解決方法、推論、浪漫化、對喪親者的採訪、尋求幫助的信息以及公共教育等」對每篇文章進行分析。結果顯示使用直接措辭(63.9%)，提及自殺方法(68.2%)，並提供自殺地點的詳細訊息(74.5%)。更有將近一半的文章刊登了遺書的內容(44.6%)。且僅 1.4% 的自殺報導中包含有關求助的信息以及 2.2% 的報導刊登有關自殺和預防自殺的事實。另外針對愛爾蘭的報導，McTernan 等人的研究如剛剛提及的，根據上述條件搜尋並分析四個重大案例中所報導的文章內容，結果顯示大多數的文章沒有為易受自殺影響的人提供適當的支持服務(75.8%)，自殺後過分強調社區的悲痛也很普遍(48.3%)，而親人家屬的言論也經常被提及(25.9%)。此外，幾乎五分之一的文章都在使用了“自殺身亡”一詞(20.1%)，亦有過多的自殺方法細節(19.9%)。幾乎所有文章都違反了一項或多項媒體指南(99.2%)，一半以上的文章違反了三項或以上準則(58.9%)。即使總體而言，從 2009 年 9 月到 2012 年 12 月，自殺新聞報導遵從指南的狀況已有所改善。但仍需要媒體監督機

構，監管機構和政府部門加強監督，並且實施工作應採取積極主動的態度，應成為新聞工作者和編輯人員課程的一部分。且有必要考慮將有關自殺行為報導的準則納入新聞工作者的行為守則。除此之外需注意的是，現代社會中除主流媒體外仍須注意社交媒體等其他管道的影響，例如，Whitley 等人於 2019 年的研究，該研究分析 1999 年 1 月至 2015 年 12 月的不明身份的每月自殺人數數據，按年齡，性別和自殺方式分層，使用時間序列分析來估計羅賓·威廉斯去世後幾個月內的預期自殺人數，並將其預期的自殺與觀察到的自殺進行比較。結果顯示，儘管其他研究表明，主流媒體的報導有所改善，但羅賓·威廉斯死後加拿大的自殺人數仍是增加，其中則可能是因其他因素包括社交媒體和替代媒體導致了自殺率的上升。

3. 分析國內自殺新聞數據與自殺通報與自殺死亡之關聯

本案以 2006 年起本中心每日蒐集四大報(聯合報、自由時報、蘋果日報及中國時報)之紙本及網路自殺相關新聞報導，進行統計分析。

紙本新聞資料取自 2010 年 1 月至 2018 年 12 月共 108 個月的自殺相關新聞，並以皮爾森(Pearson)相關分析探討自殺通報人次及自殺死亡人數。結果顯示，世界衛生組織於 2000 年公布之媒體自殺事件報導準則六不六要中「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」與當月通報人次及隔月通報人次皆呈負相關(「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」遵從率與當月通報人次相關係數為 -0.274 且顯著性小於 0.01 達顯著；「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」遵從率與隔月通報人次相關係數為 -0.255 且顯著性小於 0.01 達顯著)，意即紙本新聞「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」的遵從率越高，當月及隔月的自殺通報人次越低。

以 2017 年 4 月至 2018 年 12 月間的網路新聞而言，「不要將自殺光榮化或聳動化自殺」的遵從率與當月及隔月的自殺通報人次均呈負相關(「不要將自殺光榮化或聳動化自殺」遵從率與當月通報人次相關係數為 -0.426 且顯著性小於 0.05 達顯著；「不要將自殺光榮化或聳動化自殺」遵從率與隔月通報人次相關係數為 -0.404 且顯著性小於 0.05 達顯著)，意即網路新聞越是遵從「不要將自殺光榮化或聳動化」，當月及隔月之自殺通報人次則越低。

上述結果顯現出台灣媒體遵循世界衛生組織公布之媒體報導自殺新聞準則的遵從率與自殺通報及自殺死亡人數之關聯。需注意的是，Gould 和他的同事(2014)則發現針對年輕人的仿效自殺更可能被顯眼的(如：被放在

頭版或包含圖片)、暴露的(如：標題包含「自殺」字詞或是特定的自殺方法)、詳細的(如：包含逝者的名字、詳細的自殺方法或出現自殺遺書)以及報導自殺死亡的(比起報導自殺企圖)新聞故事所觸發。

另根據以上結果，本中心亦分析關於名人自殺或大篇幅報導後的影響，以上吊與燒炭為例，資料檢視 2017 年至 2019 年中四大報如蘋果日報、自由時報、聯合報與中國時報。判斷報導是否為名人以及報導則數多寡為篩選條件，共有 7 起事件被納入，包含 2017 年 4 月男演員臉書直播燒炭共報導 15 則、2017 年 4 月作家上吊身亡共報導 24 篇、2017 年 6 月作家燒炭身亡共報導 10 則、2018 年 9 月目睹男友溺斃女子燒炭身亡共報導 18 則、2018 年 9 月駐大阪處長上吊身亡共報導 16 篇、2018 年 10 月導演燒炭身亡共報導 17 則以及 2019 年 6 月歌手上吊輕生等，以上共 7 則重大自殺事件。上揭自殺事件僅一起不屬於名人自殺，但因其報導聳動性故納入分析後，可見共有 4 起重大事件(2017 年 4 月作家上吊身亡、2018 年 9 月大阪處長上吊身亡、2017 年 4 月男演員臉書直播燒炭、以及 2018 年 9 月目睹男友溺斃女子燒炭身亡事件)發生後，期間內同類型自殺方式之通報人次明顯上升(見圖 3-2-1、圖 3-2-2)。

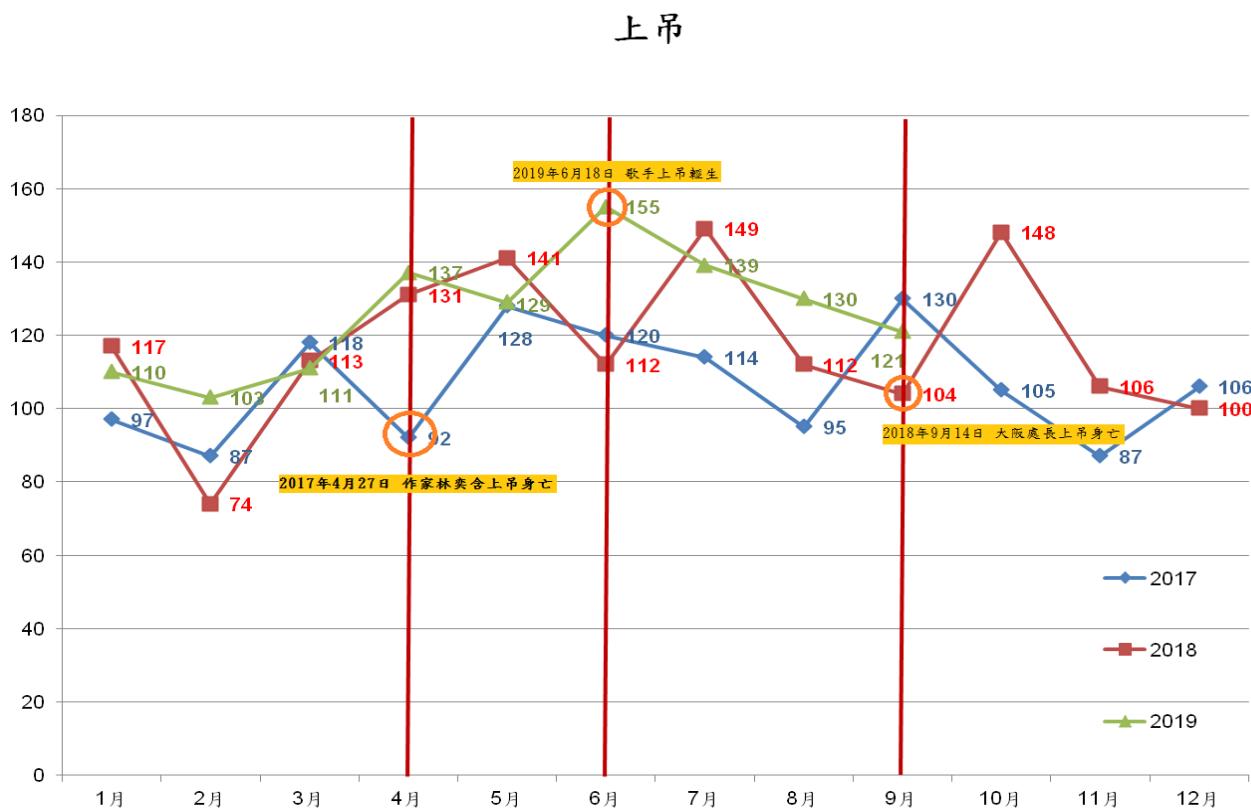


圖 3-2-1、以上吊為通報自殺之原因與大篇幅報導新聞比對

燒炭

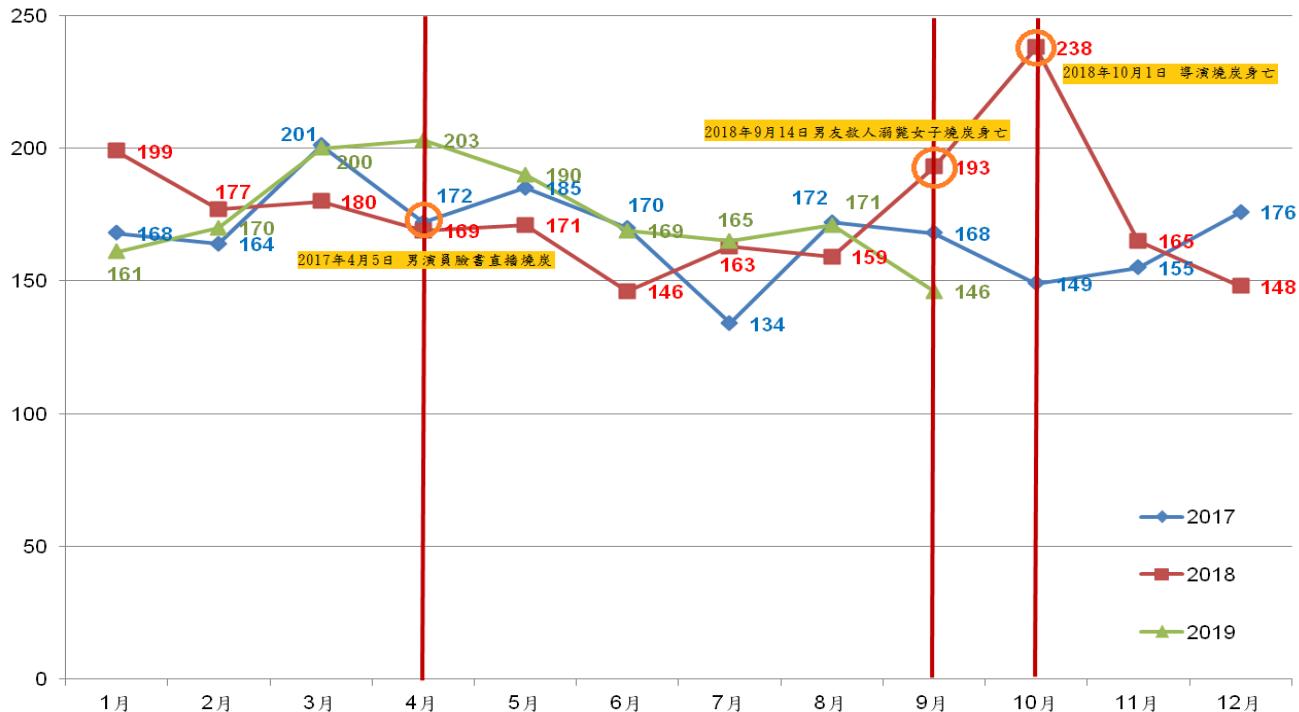


圖 3-2-2、以燒炭為通報自殺之原因與大篇幅報導新聞比對

4. 結論與建議

從網路自殺報導六不指標中的『不要將自殺光榮化或聳動化』遵從率愈高，自殺行為通報愈低的結果看來，與國外不論英國或加拿大等，文獻報告一致可見新聞報導以六不六要為指標管控越廣，遵從率則越好。當然自殺原因多重的，媒體自殺事件的報導若遵從六不六要指標，確可降低自殺行為者的危險因子之一。其他危險因子的管控並行才可達成完整成效。

至於名人自殺事件的報導以六不六要為遵從的原則來自律，更可達成名人粉絲的影響，大大降低自殺危險因子。國內有多年前的倪敏然自殺事件，國外有羅賓威廉斯自殺事件都可清楚追蹤到新聞媒體自律及管控不佳或不完整造成自殺行為發生增加及自殺死亡率的上升。

日後配合自殺防治法的上路，不僅傳統的新聞媒體，尚有社群媒體、電子雜誌、書籍在報導及敘述自殺事件時，均應遵循六不六要的指標原則，以免促使在自殺風險邊緣者釀成悲劇。

五、附件

附件 3-2-1、新聞報導自殺事件與自殺資料相關分析及建議

巴拉刈禁止進口及自殺防治之系統性文獻回顧

一、背景

1. 相關問題與重要性

自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防制策略之一，全球已有 50 多個國家全面禁用巴拉刈。行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，已公告自 2018 年 2 月 1 日起禁止巴拉刈之加工及輸入。行政院原定於 2019 年 2 月 1 日開始禁止分裝、販售及使用，但由於農民反彈聲量過大，在 2019 年 1 月 30 日時政策修正，宣佈巴拉刈禁用延後至 2020 年 2 月 1 日。但台灣 2003-2017 年間超過 2600 人死於巴拉刈中毒，若是巴拉刈能夠早日禁用，將會對自殺防治有所成效。

2. 業務或方案的目的與目標

中心將會根據 2018 年禁止巴拉刈之加工及輸入前後的自殺趨勢分析、諮詢專家意見且與其他同樣禁用巴拉刈之國家進行比較，以了解禁止巴拉刈加工及輸入之成效，並將過程與分析結果，配合 2020 年 2 月 1 日預定禁用日，再蒐集政策開始後的數據資料後，撰寫成論文於 2021 年間發表。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 組織建立：專案小組
- 2) 文獻蒐集：包括建立搜尋策略並進行蒐集。
- 3) 文獻彙整：將蒐集到的文獻進行分類與彙整，摘要出 2017 年後巴拉刈禁用之相關國外文獻。
- 4) 另分析自殺死亡資料檔與自殺企圖通報檔。

2. 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. 資源連結合作

- 1) 合作單位：社團法人台灣自殺防治學會、各縣市衛生局、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部統計處、內政部、臺大醫學院圖書館、臺灣大

學公共衛生學院張書森教授、臺大醫院雲林分院黃偉烈醫師。

- 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

1. 專案小組建立

本案由計畫主持人邀請專家學者建立專案小組，針對國外巴拉刈禁用之相關策略、實證研究與文獻回顧等資料來源進行彙整，並召開會議討論國內因巴拉刈自殺死亡之數據，藉此國內自殺防治策略與措施介入進行評估。

2. 資料蒐集

- 1) 自殺死亡資料檔(2012 年至 2018 年)：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。
- 2) 自殺企圖通報資料檔(2012 年至 2018 年)：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. 統計分析

- 1) 104-107 年巴拉刈、農藥(含巴拉刈)自殺通報、死亡分析，以縣市別計算自殺通報、自殺死亡之人數、占率、年齡標準化率；並以視覺化方式呈現各縣市年齡別標準化率之差異。
- 2) 歷年巴拉刈、農藥(含巴拉刈)自殺通報、死亡分析，以時間趨勢別計算性別年齡標準化率、年齡別死亡率、性別年齡別死亡率、104-107 年各月自殺通報率以及農業縣與非農業縣年齡；並以視覺化方式呈現歷年趨勢。

4. 文獻蒐集

1) 建立系統性搜尋策略

針對各國巴拉刈禁用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)、巴拉刈(paraquat)、農藥(Pesticide)、殺蟲劑(insecticide)、殺鼠劑(rodenticide)、殺菌劑(fungicide)、除草劑(herbicide)、有機磷(organophosphate)、有機磷(organophosphorus)、農業(agricultural)、農用化學品(agrochemical)、自我傷害(self harm)、自殺行為(parasuicide)、自殘(Self-Injurious)、行為(Behavior)、商權(deliberate)、毒(poison)。

- 2) 進行系統性文獻搜尋：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，文獻條目詳見

附件 3-3-1，巴拉刈禁用及自殺防治之系統性文獻回顧。

5. 文獻彙整

團隊將所蒐集之國外巴拉刈防治文獻進行分類與彙整，並邀請相關專家分類摘要與進行小組討論。

四、成果

1. 劇毒農藥使用及禁用(統整表格請見附件 3-3-2，各國劇毒農藥禁用情形)

1) 世界各國劇毒農藥禁用情形

- (1) 約旦：1981 年前因農藥死亡的人數持續在增加，約旦自 1981 年 1 月即開始現制部分農藥，控管後 1981-1983 對比 1978-1980 年，農藥死亡減少 48%。
- (2) 斯里蘭卡：1984 年開始，斯里蘭卡進行一系列的有毒農藥禁令：1984 禁止使用對硫磷、1984-95 年逐步淘汰 I 類有機磷酸脂，最終在 1995 年禁止了久效磷和甲胺磷、1998 年禁止使用流丹、2008-11 年分階段禁用樂果、倍硫磷和巴拉易的禁令。於 2009 至 2011 年分三年度禁止使用巴拉刈，在此之前上升中毒等自殺方法在 1984 至 1995 之間趨於穩定，並在 2003 年時與 1995 年相比中毒自殺人數減少了約 50%，農藥致死率從 1997 年的 11% 下降到 2008 年的 5%。2011 年至使用家用上鎖的農藥儲存箱以及從上流限制並教育供應商的控管後，農藥中毒的影響為：介入組: 293.3/100,000 人年、非介入組: 318.0/100,000 人年、RR 0.93, 95%CI 0.80-1.08。同時，供應商對自殺防治的知識提升 23%、態度提升 16%，並有 60% 的供應商表示曾拒售農藥給他們認為屬高風險自殺的個案(介入前為 12%)。但使用選擇性禁止兩種殺蟲劑對農藥自殺並沒有顯著影響。
- (3) 孟加拉：1996 年至 2007 年之間，部分或全面禁止使用 21 種農藥。在 2000 年所有 WHO I 類(高度危險)農藥均被禁止。2000 年、2001 年和 2002 年的農藥自殺率與預期自殺率之比為 1.00(95%CI 0.98-1.03)、0.88(0.85-0.91) 和 0.76(0.82-0.79)。根據自殺率的前期趨勢，這一時期發生的農藥自殺估計比預期少 2800 次。控管後整體自殺減少非自然死亡(其中大多數是自殺)。2000 年、2001 年和 2002 年的自殺率與預期自殺率的比率為 1.00(95%CI 0.98-1.02)、0.87(0.85-0.90) 和 0.76(0.73-0.79)。根據自殺率的禁令趨勢，這一時期發生的非自然死亡(主要是自殺)估計比預期少 7200 例。
- (4) 希臘：巴拉刈於 2007 年 7 月被禁止(歐洲範圍禁令後)，但未提供禁後數

據。2001-03 年有 29 種農藥自殺，2004-06 年是 29 種，並沒有特別變化。2004 年、2005 年和 2006 年控管後農藥自殺率與預期的農藥自殺率之間的比率分別為 0.77(95%CI 0.43-1.36)、0.81(0.36-1.84) 和 0.75(0.25-2.23)。根據自殺率的禁令趨勢，估計 2004-06 年的農藥自殺比預期少；在 2001-03 年，農藥佔自殺的 25%，在 2004-06 年佔 23%。控管後自殺總數增加 10%：2001-03 年為 115，而 2004-06 年為 127。根據對文獻提供的數據重新分析，2004、2005 和 2006 年所觀測到的整體自殺率的比率為 0.68(95%CI 0.44-1.06)、1 分別為 1.02(0.51-2.03) 和 0.83(0.32-2.12)，並無太大變化。根據自殺率的禁令趨勢，估計 2004-06 年度的自殺人數比預期少 21。

- (5) 南韓：巴拉刈執行計畫(PIP)於 1999 年推出。PIP 於 2005 年進行了修訂。巴拉刈的重新註冊於 2011 年 11 月取消。2012 年 10 月禁止銷售巴拉刈。在 2014 年初，對巴拉刈禁用的研討會中，韓國政府宣布巴拉刈已沒有在韓國生產，市場也無巴拉刈。在巴拉刈禁用的策略中，農藥自殺的發生率從 2011 年的 5.26/10 萬下降到 2013 年的 10.67/10 萬，下降了 49%。農藥自殺在所有自殺中所佔比率從 2011 年的 16.3% 下降到 2013 年的 10.0%。與 2013 年的預期比率相比，農藥自殺率下降了 37%(比率為 0.63, 95%CI 0.55-0.73)。巴拉刈中毒死亡率從 75% 降低到 67%；7% 降到 6.5% AOR 0.59 (95%CI 0.56-0.62)；2006-2014 的 DALY 降低了 69%；2011-2014 降低了 28.2%。在降低各種自殺方法可近性後，管控後對整體自殺的影響從 31.7/100,000 下降到 27.3/100,000 人年(2011-2014)。40-60 歲間的個案最容易因農藥中毒而有最高的 DALY。認為嚴格管控巴拉刈有其意義。
- (6) 台灣：1972 農藥管理法，1972-2010 台灣禁止 112 種農藥產品。其中由於考慮對人體的毒性禁用了 36 種產品(大部分為 WHO I 類農藥)，大多禁令發生於 1997 年之後。禁止使用的產品不包括巴拉刈，巴拉刈佔農藥自殺的大部分，主要限於選定的高強度配方產品；他們的同等低強度產品未被禁止。農藥自殺(包括意外死亡)的比率從 1987 年的 7.7/10 萬下降到 2010 年的 2.5/10 萬。農藥自殺佔 1987 年自殺總數的 42.0%，2010 年佔自殺總數的 12.3%。農藥自殺發生在 1987 至 1992 之間，而大多數關於 WHO 一級殺蟲劑的禁令都在發生(即 1997 年之後)。
- (7) 印度：地方政府於 1976 年 10 月限制了恩德靈的買賣與存儲，在所研究的兩個地區，恩德靈的自殺率從 1976 年 1 月至 9 月的自殺總數的 64% ($n = 38$) 減少到 1977 年 1 月至 9 月的 48% ($n = 28$)。此策略對整體

自殺沒有明顯的影響，1976 年 1 月至 9 月有 59 例自殺，1977 年 1 月至 9 月有 58 例自殺。絞刑和其他毒藥導致的自殺增加彌補了恩德靈自殺的減少。在後續研究中，使用中央可上鎖的農藥儲存盒的方式中，農藥自殺情形有顯著下降，降低 $295/100,000$ 人年， $p<0.001$ ，在控管後對整體自殺的影響易有顯著下降，降低 $339/100,000$ 人年， $p<0.001$ 。在基於非農藥的害蟲管理與選擇性禁止一種殺蟲劑的方式下，對於整體其他自殺方法增加 17%、13%，整體自殺率沒有變化。

- (8) 丹麥：1950 年要求銷售對硫磷時需要買賣方簽名（1954 年廢止）。1957 年禁止使用瓶裝小於 1L 的液態有機磷酸鹽。1961 年 A 類農藥的銷售僅限於有專業證照的人員，並且限制有資格銷售這種產品的零售商。此外所有剩餘的小瓶也被收集並銷毀。控管後農藥自殺情形減少，從 1959-1960 年的 105 種，至 1961-1962 年降低到 31 種，有機磷殺蟲劑的自殺率降低了 80%。有機磷酸鹽殺蟲劑中自殺的數量佔自殺總數的比例從 1958 至 1960 年的 6% 下降到 1961 至 1963 年的 1%。控管後自殺總數下降，但其他方法導致的自殺人數也有減少。從 1958-60 年的 2860 例死亡減少到 1961-63 年的 2550 例，減少了 11%。
- (9) 英格蘭、威爾士和蘇格蘭：英國（英格蘭、威爾士和蘇格蘭）1972 年和 1982 年分別頒布了《毒物法》和《毒物規則》：限制銷售濃縮巴拉刈給農業、園藝或林業等相關職業。控管後在 1969-71 年期間，英格蘭和威爾士的巴拉刈中毒死亡人數為 0.2，1973-75 年間，增加到 0.6。1969-71 年期間，蘇格蘭巴拉刈中毒死亡人數為 0.5/百萬，在 1972-74 年期間上升至 0.9/百萬。1979-80 與 1983-84 年的等效數字是 1.6/百萬和 1.4/百萬。在英格蘭而不是蘇格蘭，巴拉刈（和殺蟲劑總量）的死亡自 1970 年代末和 1980 年代初以來減少了。控管後針對整體自殺情形，其他已公佈的數據表明，在 1970 年代和 1980 年代初期，英格蘭和威爾士的總體自殺率也有所上升。
- (10) 芬蘭：1960 年限制對硫磷，儘管有跡象表明涉及許可證明，但確切性質尚不清楚。此限制減少農藥自殺之情形：1961 年、1962 年和 1963 年的農藥自殺率與預期自殺率的比率分別為 $0.16(95\%CI 0.03-0.86)$ ， $0.10(0.01-0.74)$ 和 $0.06(0.01-0.64)$ 。根據禁令前自殺的趨勢，此期間發生的農藥自殺事件估計比預期少 1181 次，但這可能被高估了，因為禁令前自殺率急遽上升。在 1957-59 年期間從 9% 下降到 1961-63 年期間的 4%。此控管對整體自殺並沒有明顯的效果：1961 年、1963 和 1963 年的農藥自殺率與預期農藥自殺率的比率為 $0.81 (95\%CI 0.70-0.94)$ ，

0.93(0.77-1.11)和0.72(0.59-0.88)。與1957-59年的自殺人數相比，1961-63年芬蘭的自殺總數增加了1%

- (11) 德國：氯代烴似乎在1984年左右開始限制(但沒有給出具體日期或進行的介入)。2000年至2012年農藥產品的註冊數量從1130種減少到729種，但有效成份的數量沒有變化。控管後農藥自殺情形減少，1980年至2000之間，農藥自殺的數量每年減少。在1984-86年間，由於農藥引起的自殺數量有很小的變化。1981-83年間為1568(2.8%)，而1984-86年為1180(2.3%)，下降了25%，原因是對氯代烴的明顯限制。在整個研究過程中，整體自殺人數穩步下降，1981-83年到1984-86年自殺總數從55953下降至51517，下降了8%。
- (12) 匈牙利：文獻指出，大部分有毒農藥和化學品從日常使用中去除，但沒有給出日期。去除後減少農藥自殺情形：農藥自殺率從1990年的312下降到2001年的75，減少了96%。農藥自殺率從自殺總數的7.5%(1990年)下降到2.5%(2001年)。在1990年至2001年之間，自殺總數下降了28%。
- (13) 愛爾蘭：1968年將巴拉刈出售給有執照的經銷商。1970年製造商將零售店的數量從510個減少到80個，並向農民寫信介紹傾倒巴拉刈的危險。1975年銷售僅限於農業、園藝或林業相關職業，並附加安全標籤。這些限制均不適用於顆粒狀巴拉刈產品。此方式增長農藥自殺情形，直到1977年巴拉刈的自殺率逐年增加，然後又下降了(至1984年的數據)。在1973-74年間，共有十種巴拉刈自殺事件。1975-76年間大約有23個，增長了130%。對整體自殺情形，根據其他公佈的數據顯示，愛爾蘭的整體自殺率1970年至1980年間和1980年至2000年間增加了一倍。
- (14) 日本：1986年停產濃度為24%的巴拉刈產品，並用濃度為5%的產品代替。巴拉刈於1999年在日本停止生產。自此農藥死亡人數從1983-85年的5804人下降到1987-89的5445人，下降了6%。由於農藥而導致的自殺總數所佔比例從1986年的10.3%下降到2005年的2.1%。這一下降在1986年至1989年之間尤為明顯(約50%)。儘管在1987-89年間，與1983-85年的3年相比，日本的自殺總量有所下降，但由於自殺率的下降幅度大於殺蟲劑死亡的下降幅度，以及自殺率明顯下降的時間，所以監管的效果尚不清楚。1987年至1989年明顯下降的時機與經濟狀況的變化以及使用其他方法降低自殺率相關。
- (15) 美國：1960年代末和1970年代限制使用有機磷酸鹽的法律，但未提供

確切日期。此限制減少農藥自殺死亡人數，減少了 81%，從 1961-65 年的 16 例減少到 1981-85 年的 3 例。針對整體自殺情形尚未調查，其他已公開的數據表明，在 1960 年代初至 1980 年代初，美國自殺的總體發生率有所上升。

2. 文獻匯整結果

本次搜尋的十餘篇文獻主要為亞洲地區對於農藥管理及自殺防治之舉措。採用的方法包括限用特定農藥(Sri Lanka, India, Korea)、針對農藥供應商的教育(Sri Lanka)、提供上鎖的農藥儲存盒(Sri Lanka, India)、提供非農藥導向的蟲害防治策略(India)等。大部分文章結果顯示有一定之成效，其結果包括農藥自殺之比例降低、整體自殺比例降低、失能調整生命年(DALY)降低、農藥供應商更能有效採取自殺防治舉措等。然而，亦有一在 Sri Lanka，以提供上鎖農藥儲存盒為做法的 RCT 顯示沒有明顯效果。對於上述舉措的有效性，不同學者之意見略有歧異性。此外，一澳洲研究分析因農藥自殺身亡的個案，發現年長、男性、低社經地位、居住區域離都市較遙遠，為其常見特徵。大體上，降低自殺工具可近性的做法，被認為是重要的自殺防治策略，對於農藥相關的自殺亦然。

3. 臺灣巴拉刈自殺死亡與自殺通報資料分析

1) 歷年巴拉刈、農藥自殺通報、自殺死亡分析

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

分析 2012 年至 2018 年巴拉刈自殺死亡數據，其中巴拉刈自殺死亡數據包含 ICD10 為 X68、Y18、X48，同時死因寫有「巴拉刈」三字之自殺死亡個案人數；以時間趨勢來看，以固體或液體近兩年有下降趨勢，巴拉刈自殺死亡標準化率則於近一年有下降趨勢，且其歷年自殺死亡標準化率皆介於每十萬人口 0.5-1.0 之間。

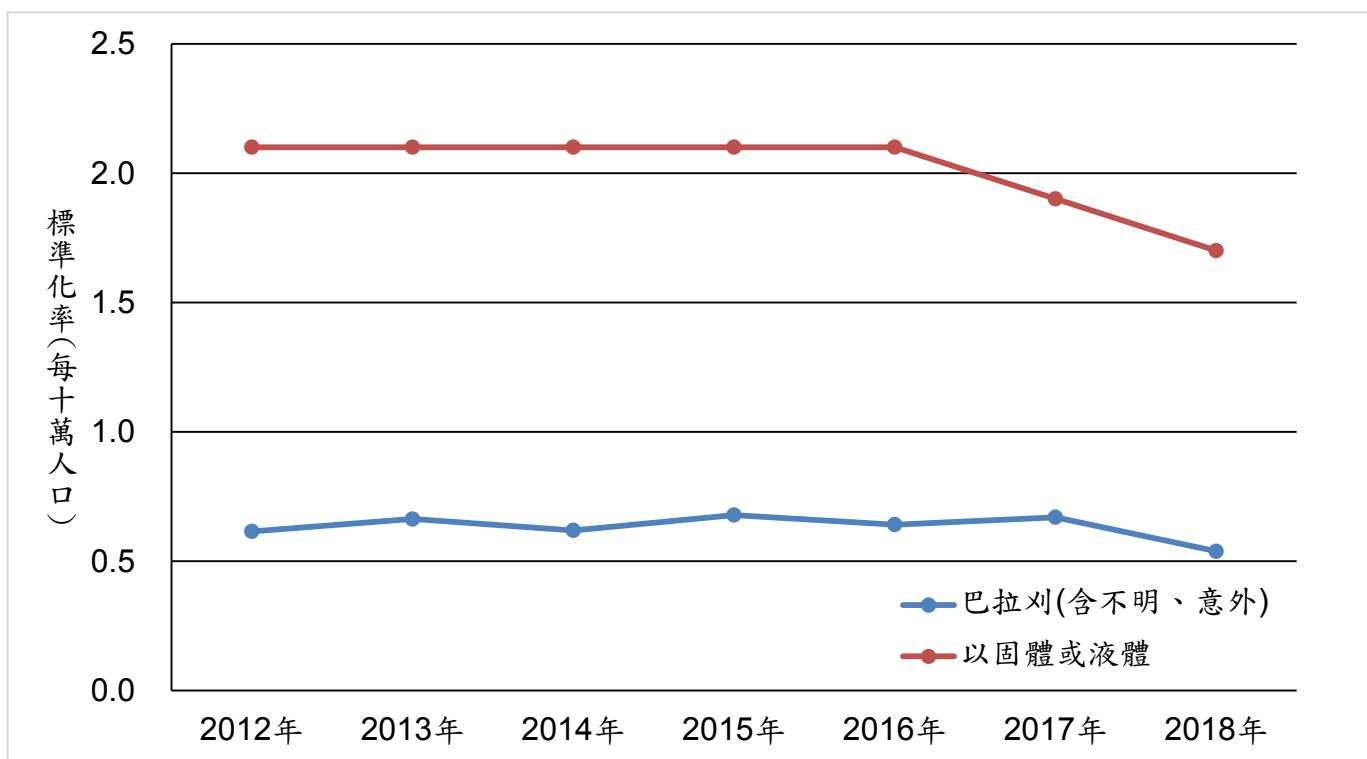


圖 3-4-1、2012-2018 年以固體或液體與巴拉刈自殺死亡標準化率比較

根據行政院主計總處 2015 年底公佈之各縣市農牧業普查家數，將各縣市農牧業普查家數以占率高至低排序，並以中位數為切點，其中家數較高縣市依序為臺南市、彰化縣、雲林縣、高雄市、臺中市、屏東縣、嘉義縣、桃園市、南投縣、苗栗縣、新北市、宜蘭縣，將其歸類為農業縣，其他縣市則定義為非農業縣。

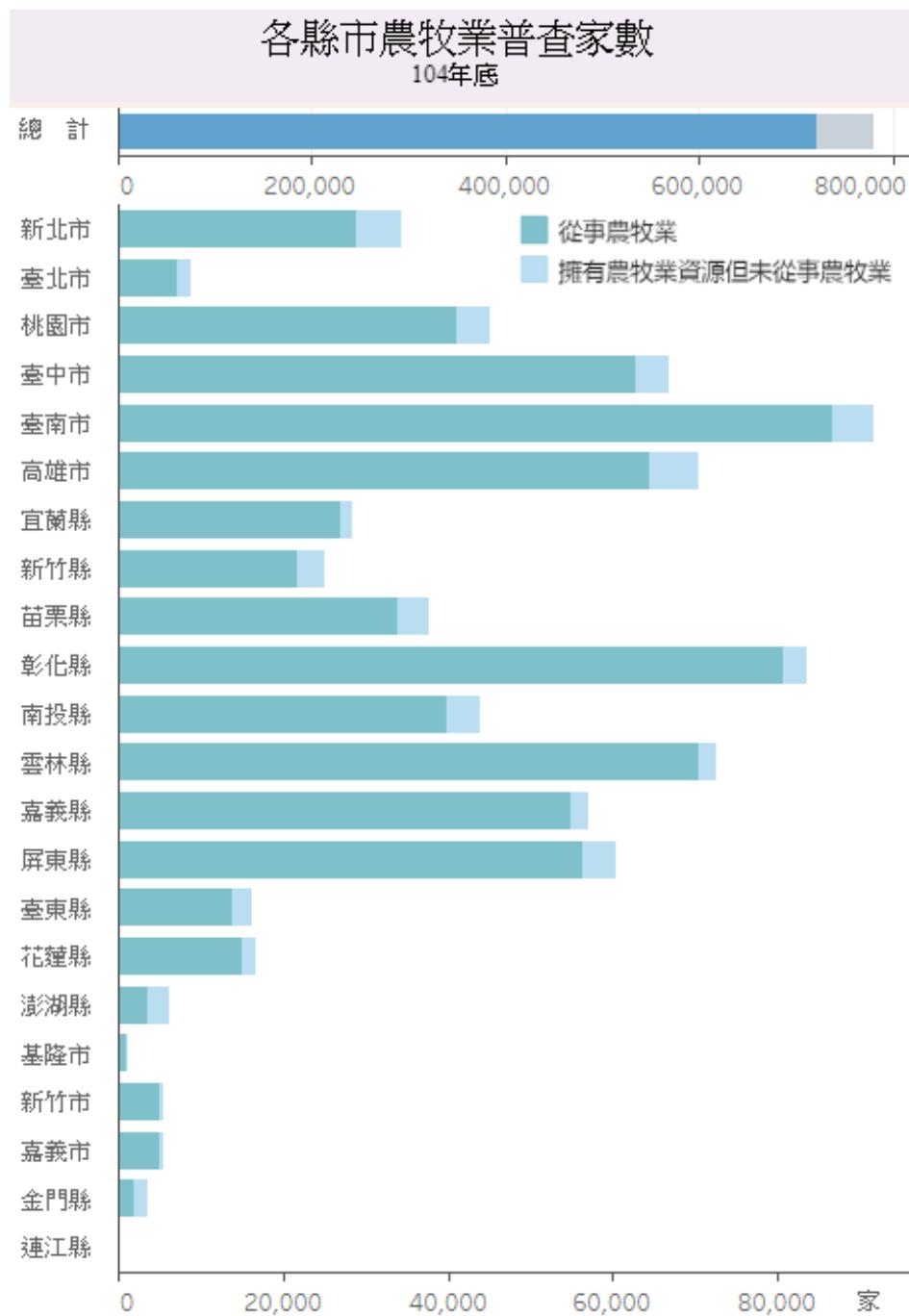


圖 3-4-2、2015 年底各縣市農牧業普查家數

農委會在 2018 年 2 月 1 日開始禁止農藥巴拉刈的加工製造、進口和分裝，目的要讓農民有安全的工作環境，也避免延伸出的中毒和輕生事件。

為了瞭解巴拉刈禁止進口之成效，將臺灣劃分為農業縣與非農業縣，並進行時間趨勢分析，以全國自殺死亡分析而言，農業縣標準化死亡率在近一年有微幅下降趨勢；而巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡當中，農業縣、非農業縣在近一年自殺死亡標準化率有明顯下降，顯示政策上的改變對巴拉刈自殺死亡有其影響效果。

表 3-4-4、全國自殺死亡分析

	農業縣			非農業縣			整體	
	標準化率			標準化率			標準化率	
	N	(%)	(每十萬人口)	n	(%)	(每十萬人口)	n	(每十萬人口)
2012 年	3061	81.3	13.6	705	18.7	11.2	3766	13.1
2013 年	2942	82.5	12.7	623	17.5	9.5	3565	12
2014 年	2864	80.9	12.2	678	19.1	10.3	3542	11.8
2015 年	2960	80.5	12.5	715	19.5	10.7	3675	12.1
2016 年	3090	84.1	12.9	675	18.4	10.0	3675	12.3
2017 年	3136	81.0	13.0	735	19.0	10.9	3871	12.5
2018 年	3099	80.2	12.8	766	19.8	11.2	3865	12.5

表 3-4-5、巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡分析

	農業縣			非農業縣			整體	
	標準化率			標準化率			標準化率	
	n	(%)	(每十萬人口)	n	(%)	(每十萬人口)	n	(每十萬人口)
2012 年	158	84.5	0.7	29	15.5	0.4	187	0.6
2013 年	184	89.3	0.8	22	10.7	0.3	206	0.7
2014 年	168	84.4	0.7	31	15.6	0.4	199	0.6
2015 年	188	83.6	0.7	37	16.4	0.5	225	0.7
2016 年	183	86.7	0.7	28	13.3	0.3	211	0.6
2017 年	178	78.4	0.7	49	21.6	0.7	227	0.7
2018 年	154	83.2	0.6	31	16.8	0.4	185	0.5

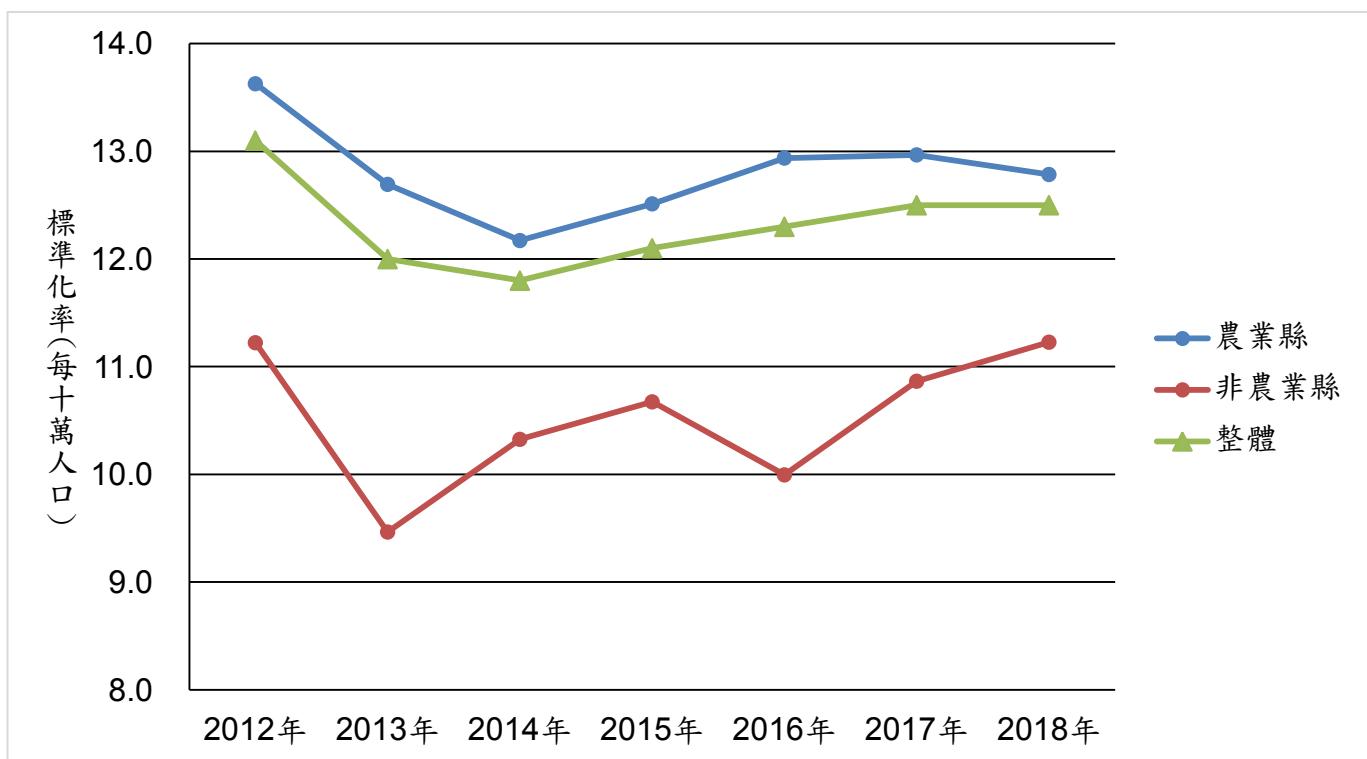


圖 3-4-3、2012-2018 年全國自殺死亡標準化率

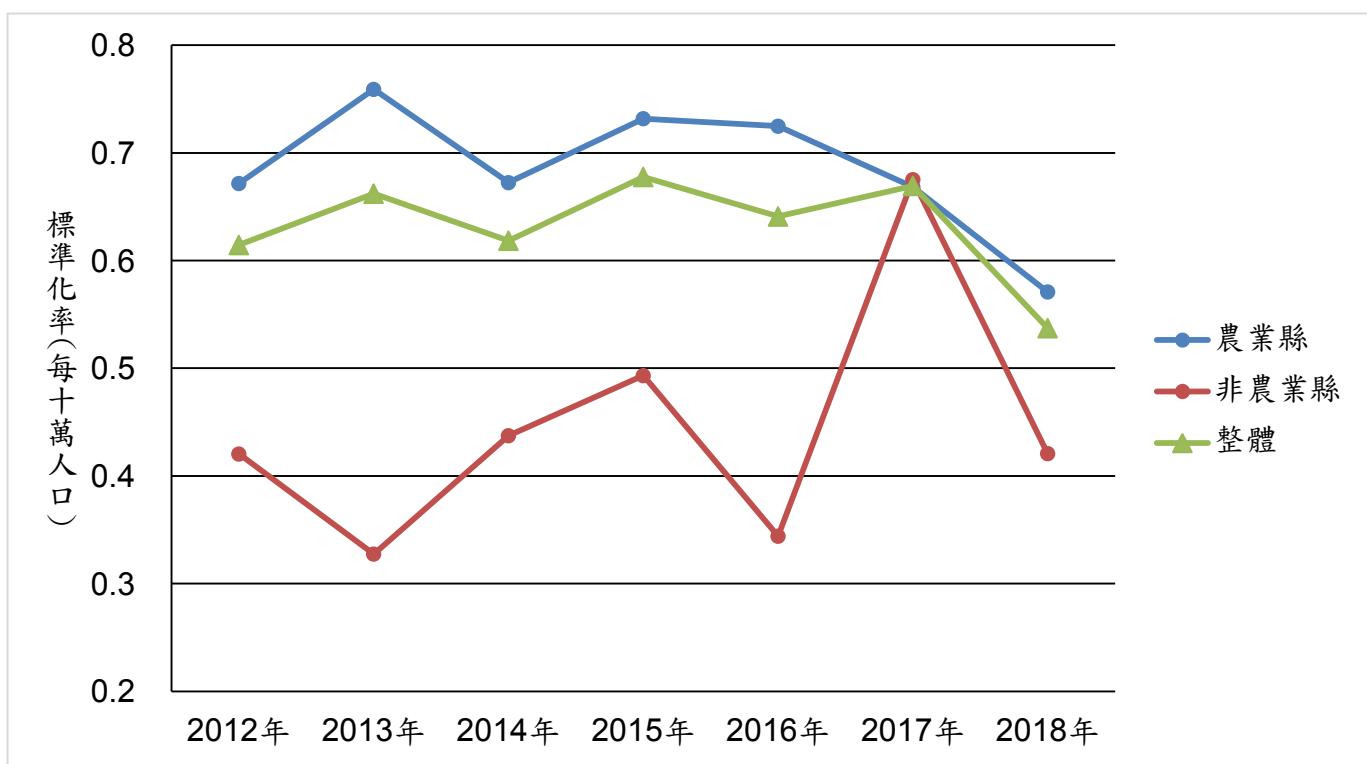


圖 3-4-4、101-107 年巴拉刈自殺死亡標準化率

2012-2018 年巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡標準化率整體而言，介於每十萬人口 0.5 至 0.7 人，以性別分析，男性介於每十萬人口 0.9 至 1.0 人，高於女性自殺死亡標準化率；以農藥(含巴拉刈)自殺死亡標準化率整體而言，介於每十萬人口 1.0 至 1.5 人，且有逐年下降趨勢。

表 3-4-6、2012-2018 年巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡分析

	男性			女性			總計	
	標準化率			標準化率			標準化率	
	n	(%)	(每十萬人口)	n	(%)	(每十萬人口)	n	(每十萬人口)
2012 年	131	70.1	0.9	56	29.9	0.4	187	0.6
2013 年	148	71.8	1.0	58	28.2	0.4	206	0.7
2014 年	143	71.9	0.9	56	28.1	0.3	199	0.6
2015 年	160	71.1	1.0	65	28.9	0.4	225	0.7
2016 年	142	67.3	0.9	69	32.7	0.4	211	0.6
2017 年	166	73.1	1.0	61	26.9	0.3	227	0.7
2018 年	153	82.7	0.9	32	17.3	0.2	185	0.5

表 3-4-7、2012-2018 年農藥(含巴拉刈)自殺死亡標準化率

	男性			女性			總計	
	標準化率			標準化率			標準化率	
	n	(%)	(每十萬人口)	n	(%)	(每十萬人口)	n	(每十萬人口)
2012 年	308	68.8	2.1	140	31.3	0.9	448	1.5
2013 年	333	71.5	2.2	133	28.5	0.8	466	1.5
2014 年	337	72.0	2.2	131	28.0	0.7	468	1.4
2015 年	339	70.8	2.1	140	29.2	0.8	479	1.4
2016 年	334	71.5	2.0	133	28.5	0.8	467	1.4
2017 年	342	74.3	2.1	118	25.7	0.6	460	1.3
2018 年	296	78.7	1.7	80	21.3	0.4	376	1.0

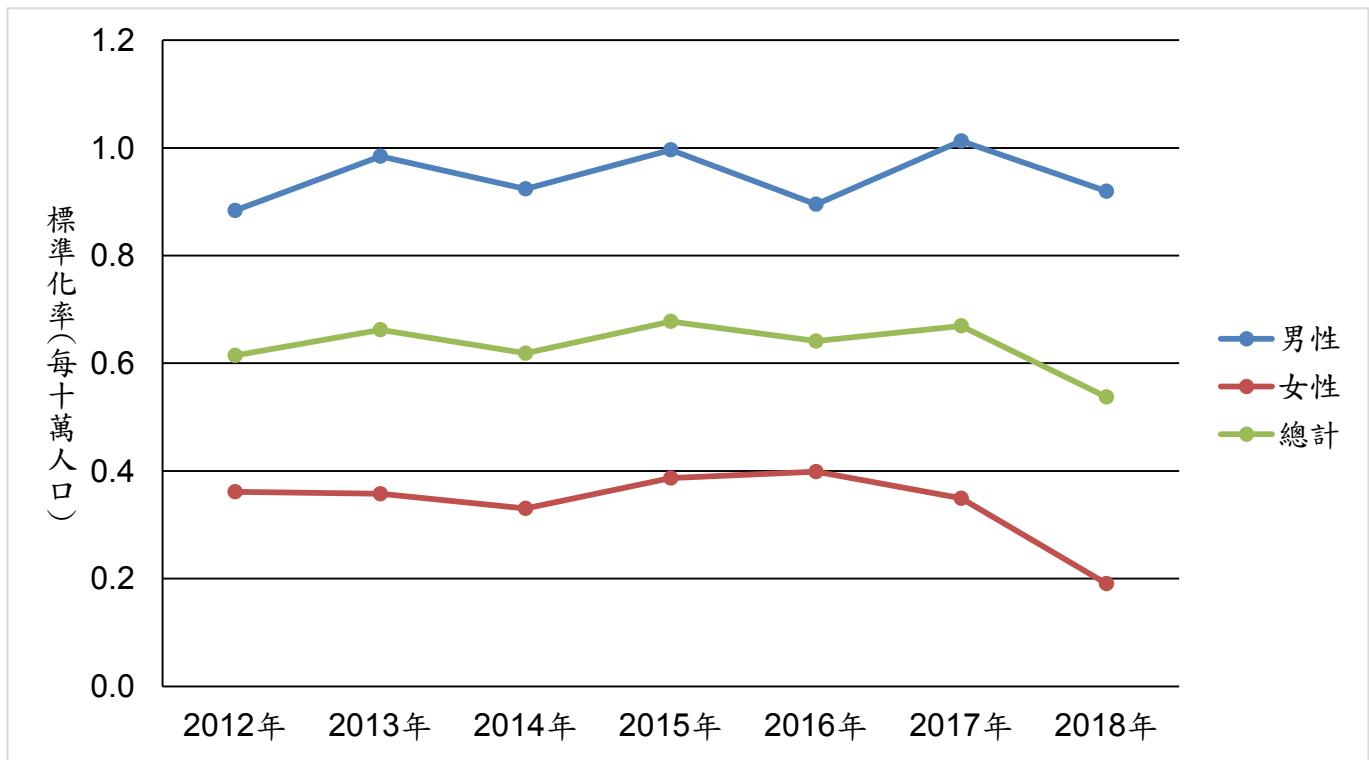


圖 3-4-5、2012-2018 年巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡標準化率

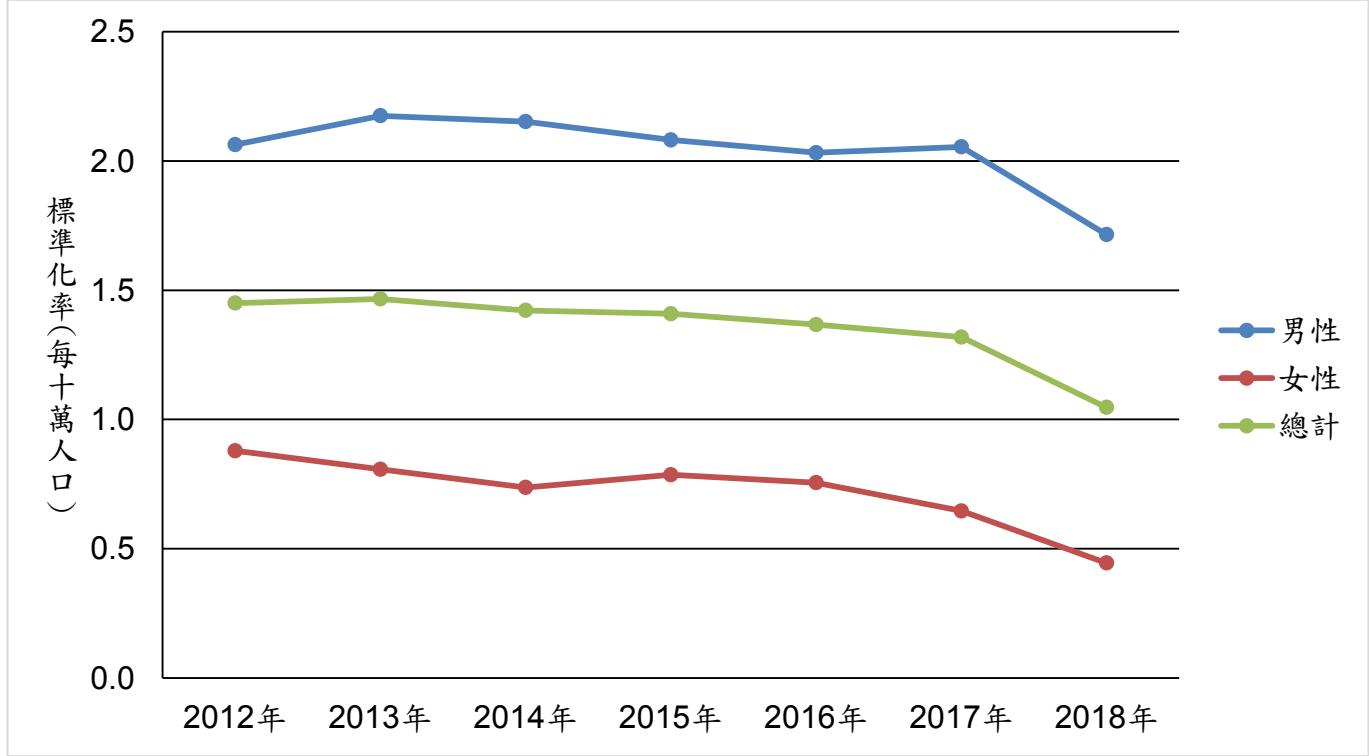


圖 3-4-6、2012-2018 年農藥(含巴拉刈)自殺死亡標準化率

2015-2018 年巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報年齡標準化率整體而言，介於每十萬人口 0.4 至 0.5 人，以性別分析，男性介於每十萬人口 0.6 至 0.7 人，高於女性自殺通報年齡標準化率；以農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡標準化率整體而言，介於每十萬人口 2.7 至 3.4 之間，且有逐年下降趨勢。

表 3-4-8、2015-2018 年巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報分析

	男性			女性			總計	
	標準化率		(每十萬人口)	標準化率		(每十萬人口)	n	標準化率
	n	(%)		n	(%)			
2015 年	83	68.6	0.6	38	31.4	0.2	121	0.4
2016 年	89	61.8	0.6	55	38.2	0.4	144	0.5
2017 年	102	70.8	0.7	42	29.2	0.3	144	0.5
2018 年	95	71.4	0.6	38	28.6	0.2	133	0.4

表 3-4-9、2012-2018 年農藥(含巴拉刈)自殺通報分析

	男性			女性			總計	
	標準化率		(每十萬人口)	標準化率		(每十萬人口)	n	標準化率
	n	(%)		n	(%)			
2012 年	648	64.0	4.4	364	36.0	2.4	1012	3.4
2013 年	608	65.3	4.1	323	34.7	2.1	931	3.1
2014 年	605	66.5	4.0	305	33.5	1.9	910	3.0
2015 年	632	65.1	4.1	339	34.9	2.0	971	3.0
2016 年	544	63.3	3.5	315	36.7	1.9	859	2.7
2017 年	577	64.9	3.7	312	35.1	1.8	889	2.7
2018 年	593	65.4	3.7	314	34.6	1.8	907	2.7

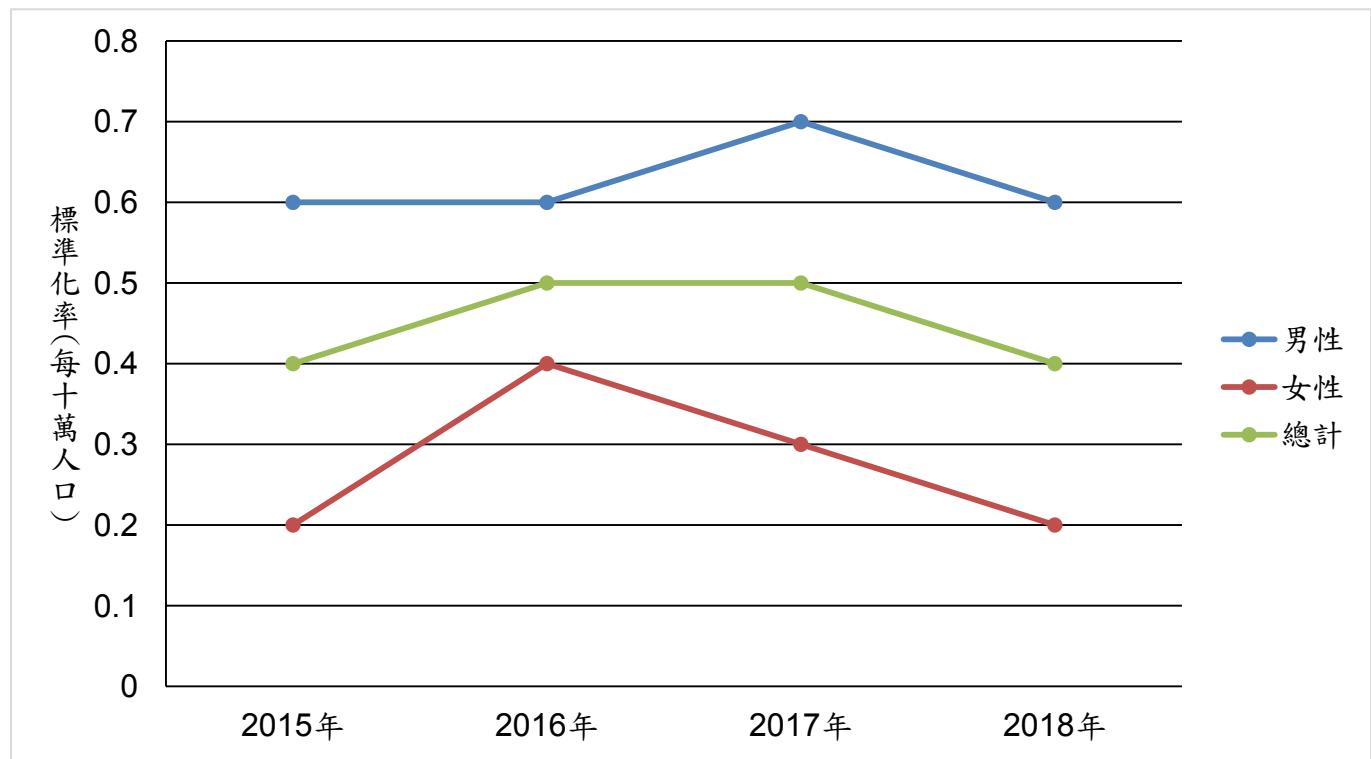


圖 3-4-7、2015-2018 年巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報標準化率

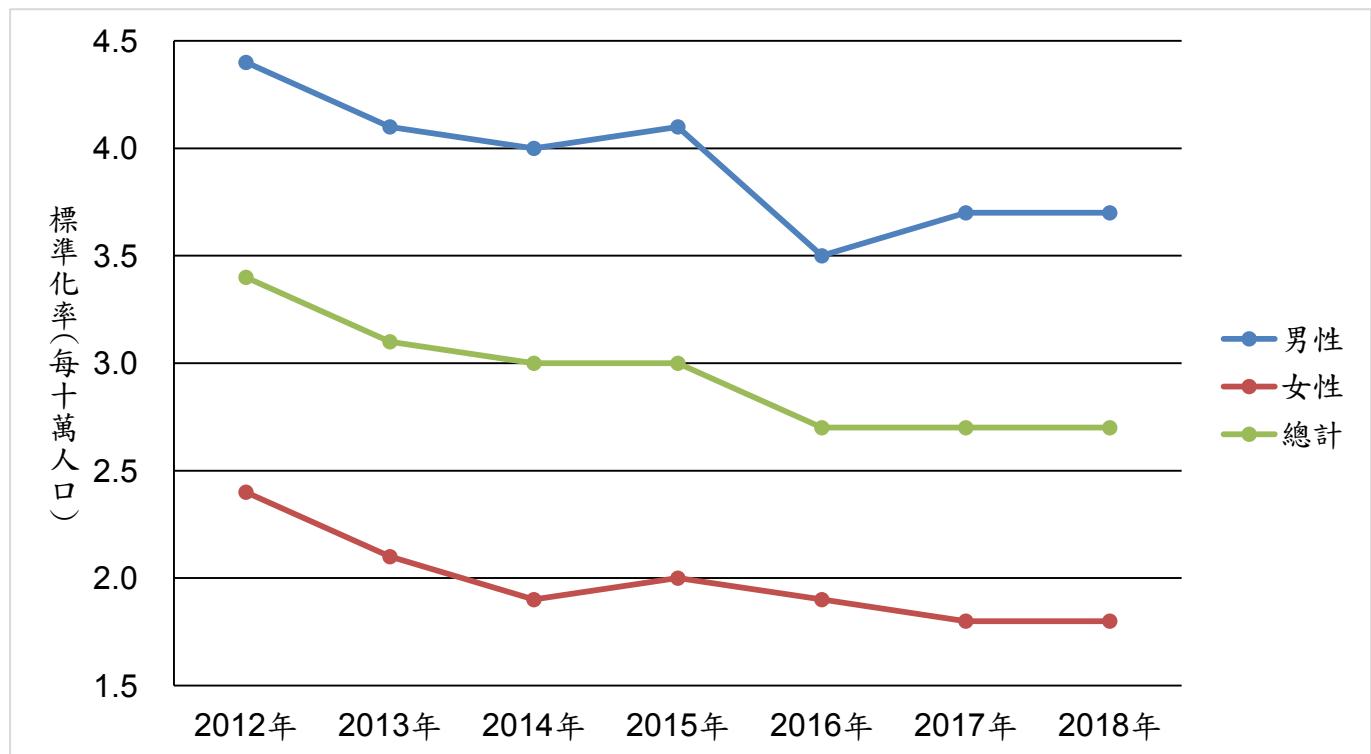


圖 3-4-8、2012-2018 年農藥(含巴拉刈)自殺通報標準化率

2)2015-2017 年巴拉刈自殺通報、自殺死亡分析

2015-2017 年巴拉刈自殺通報(刪除註記自殺死亡者)535 人，其中註記自殺死亡定義為，自殺註記答項：自殺死亡以及自殺後身體狀況答項:死亡或垂危；巴拉刈自殺通報標準化率前三高依序為，臺東縣每十萬人口 2.3 人、花蓮縣每十萬人口 2.2 人以及雲林縣每十萬人口 1.7 人。

2015-2017 年巴拉刈自殺死亡(含不明、意外)848 人，巴拉刈自殺死亡標準化率前三高依序為，臺東縣每十萬人口 2.9 人、花蓮縣每十萬人口 2.8 人以及嘉義縣每十萬人口 1.9 人。

表 3-4-10、2015-2018 年巴拉刈自殺通報、自殺死亡分析

	2015-2018 年巴拉刈自殺通報 (刪除註記自殺死亡者)			2015-2018 年巴拉刈自殺死亡 (含不明、意外)		
	標準化率 (每十萬人)	人數	占率(%)	標準化率 (每十萬人)	人數	占率(%)
臺中市	0.2	32	6.0	0.3	41	4.8
臺北市	0.1	9	1.7	0.0	6	0.7
臺東縣	2.3	27	5.1	2.9	41	4.8
臺南市	0.3	29	5.4	0.6	61	7.2
宜蘭縣	0.8	20	3.7	1.7	48	5.7
花蓮縣	2.2	36	6.7	2.8	54	6.4
金門縣	0.1	1	0.2	0.1	1	0.1
南投縣	1.4	35	6.5	1.7	48	5.7
屏東縣	1.1	52	9.7	1.6	82	9.7
苗栗縣	0.7	22	4.1	1.2	38	4.5
桃園市	0.4	41	7.7	0.4	48	5.7
高雄市	0.2	29	5.4	0.4	57	6.7
基隆市	0.3	7	1.3	0.4	10	1.2
連江縣	0.0	0	0.0	1.6	1	0.1
雲林縣	1.7	59	11.0	1.6	70	8.3
新北市	0.1	32	6.0	0.3	56	6.6
新竹市	0.1	3	0.6	0.1	3	0.4
新竹縣	0.5	10	1.9	0.9	23	2.7
嘉義市	0.3	4	0.8	0.1	2	0.2
嘉義縣	1.2	32	6.0	1.9	62	7.3
彰化縣	0.8	53	9.9	1.2	92	10.8
澎湖縣	0.4	2	0.4	0.7	4	0.5
總計	0.4	535	100.0	0.6	848	100.0

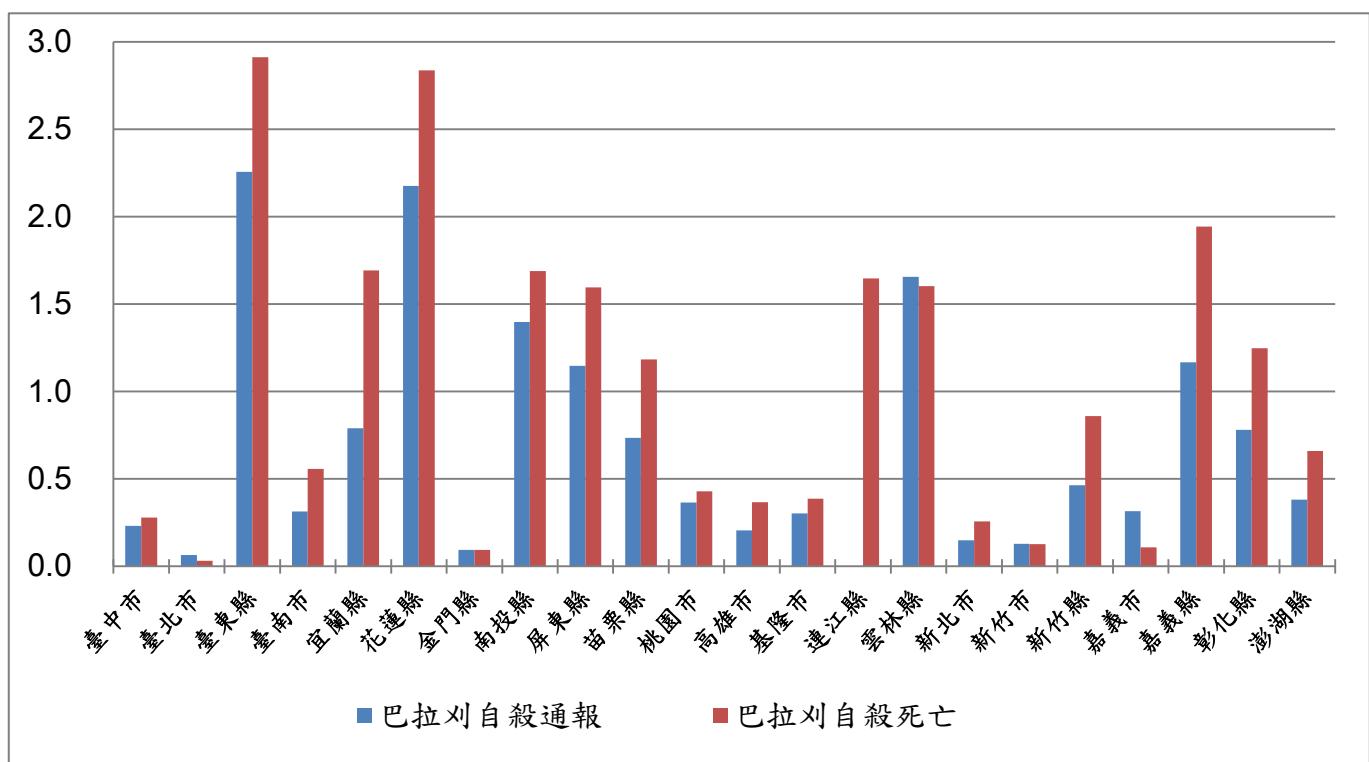


圖 3-4-9、2015-2018 年各縣市巴拉刈自殺標準化率比較

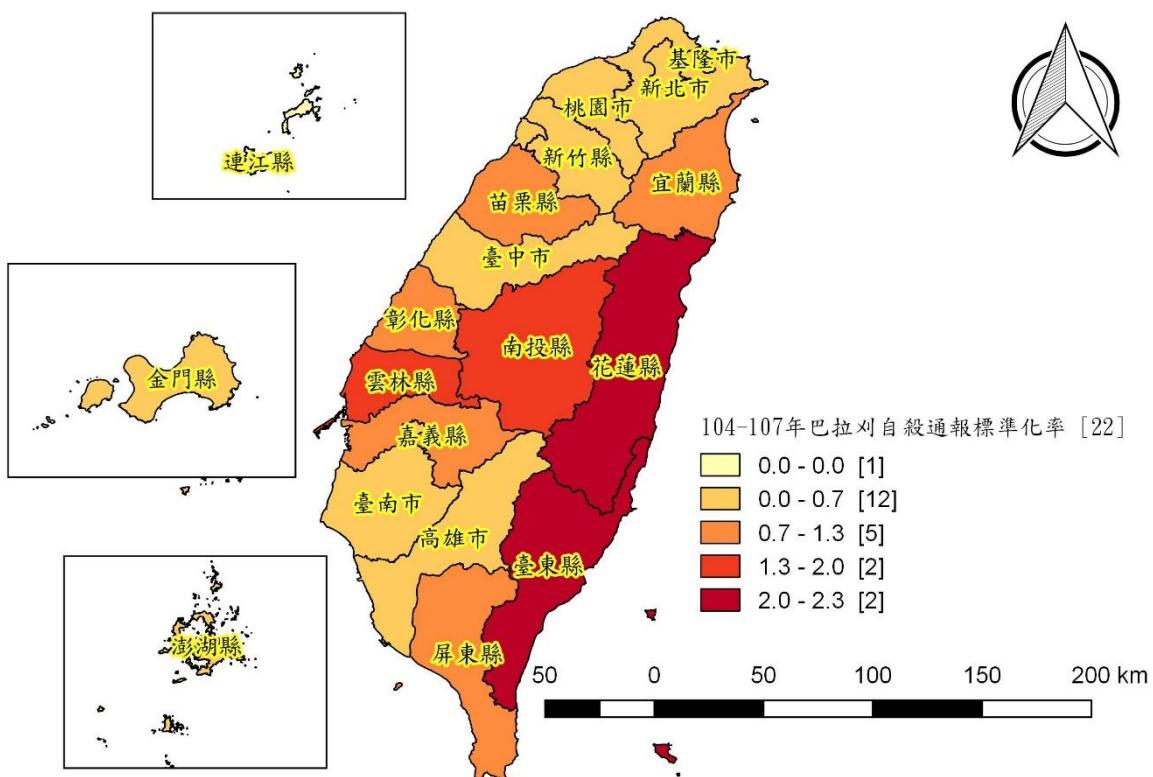


圖 3-4-10、2015-2018 年各縣市巴拉刈自殺通報標準化率

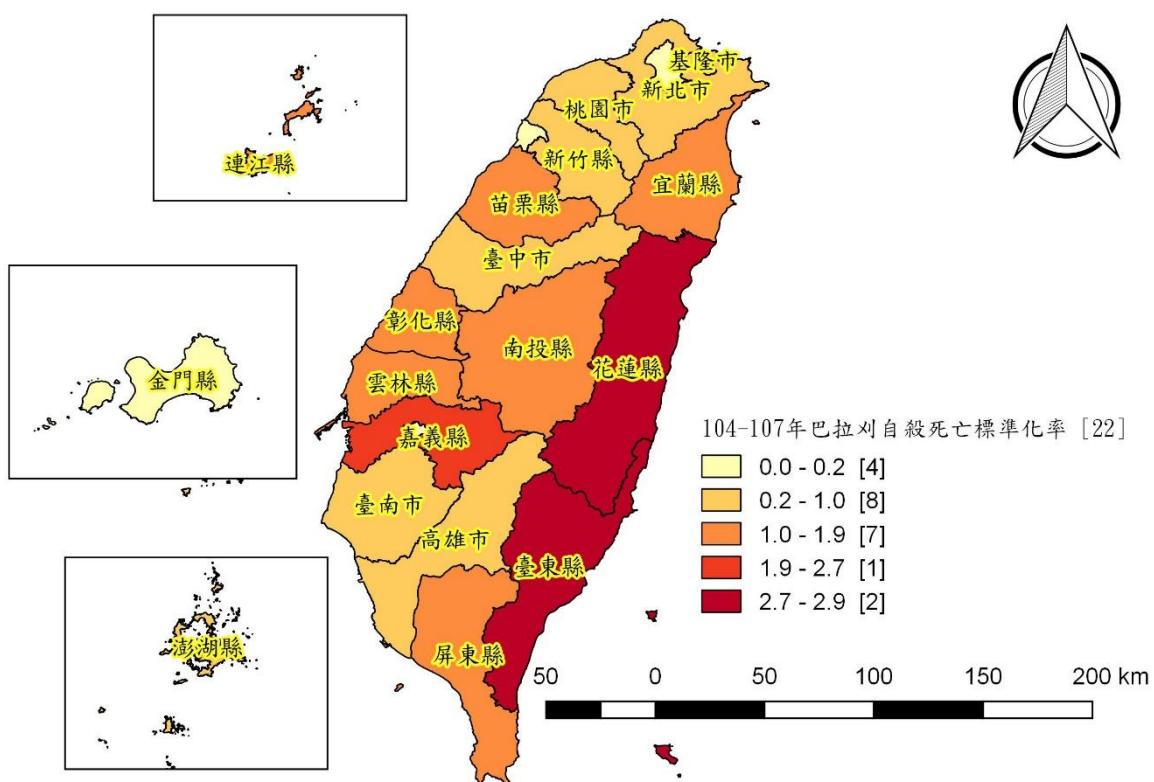


圖 3-4-11、2015-2018 年各縣市巴拉刈自殺死亡標準化率

3)歷年各年齡層農藥(含巴拉刈)自殺通報、自殺死亡分析

歷年巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡年齡別率整體而言，以 65 歲以上較高，介於每十萬人口 2.4 至 3.2 人，以性別分析，男性 65 歲以上介於每十萬人口 3.5 至 4.8 人，高於女性自殺死亡年齡別死亡率；以農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡別率整體而言，以 65 歲以上較高，介於每十萬人口 5.5 至 7.9 人，以性別分析，男性 65 歲以上介於每十萬人口 9.4 至 11.0 人，高於女性自殺死亡年齡別死亡率。

表 3-4-11、歷年巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡年齡別率

	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
年齡							
0-14 歲	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15-24 歲	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2
25-44 歲	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5	0.8	0.4
45-64 歲	1.0	1.3	1.0	1.3	1.3	1.3	1.0
65 歲以上	2.8	2.5	2.9	3.2	2.6	2.4	2.4
性別*年齡							
15-24 歲男性	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2
25-44 歲男性	0.9	1.1	0.9	0.8	0.7	1.1	0.7
45-64 歲男性	1.3	2.0	1.6	1.9	1.8	2.1	1.7
65 歲以上男性	4.4	3.5	4.0	4.8	3.5	3.5	4.2
15-24 歲女性	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1
25-44 歲女性	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3	0.4	0.1
45-64 歲女性	0.6	0.6	0.4	0.6	0.7	0.6	0.3
65 歲以上女性	1.4	1.7	2.0	1.9	1.8	1.5	0.9

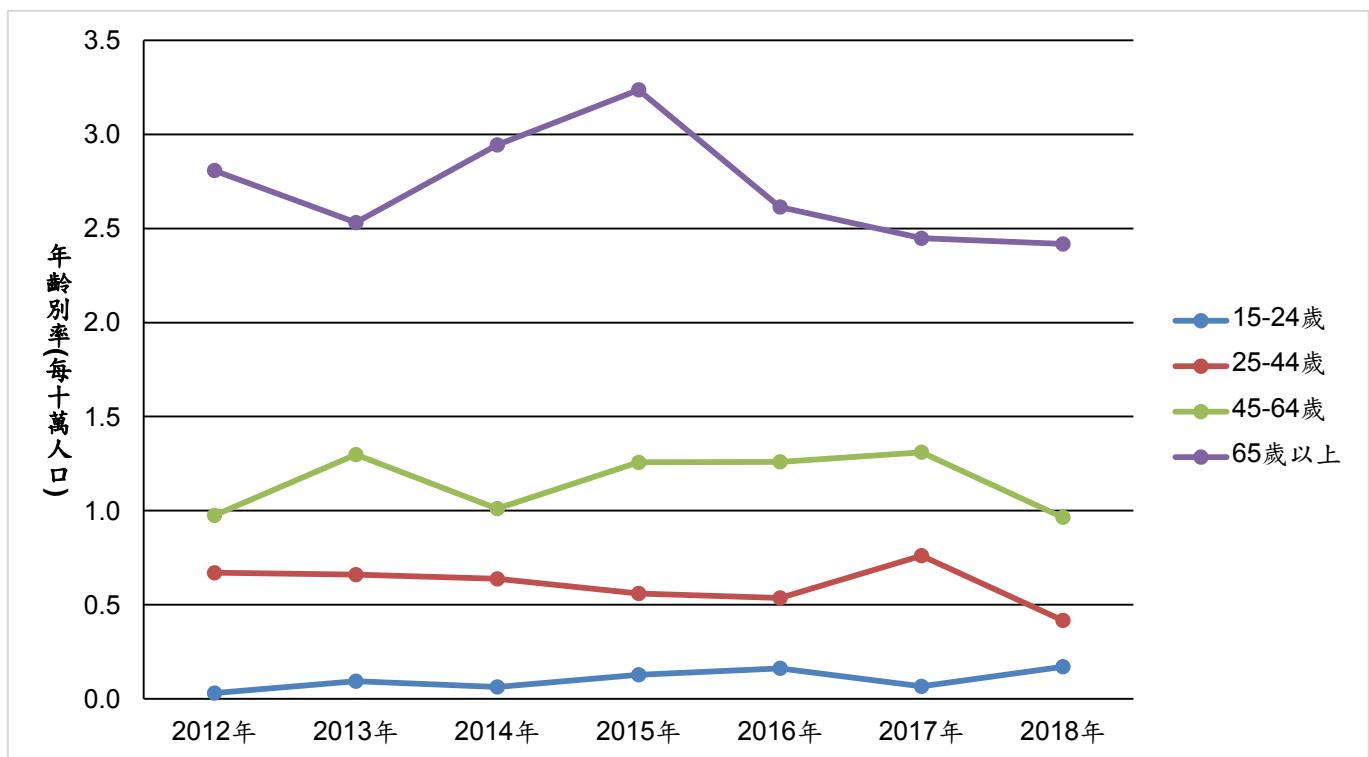


圖 3-4-12、歷年巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡年齡別率

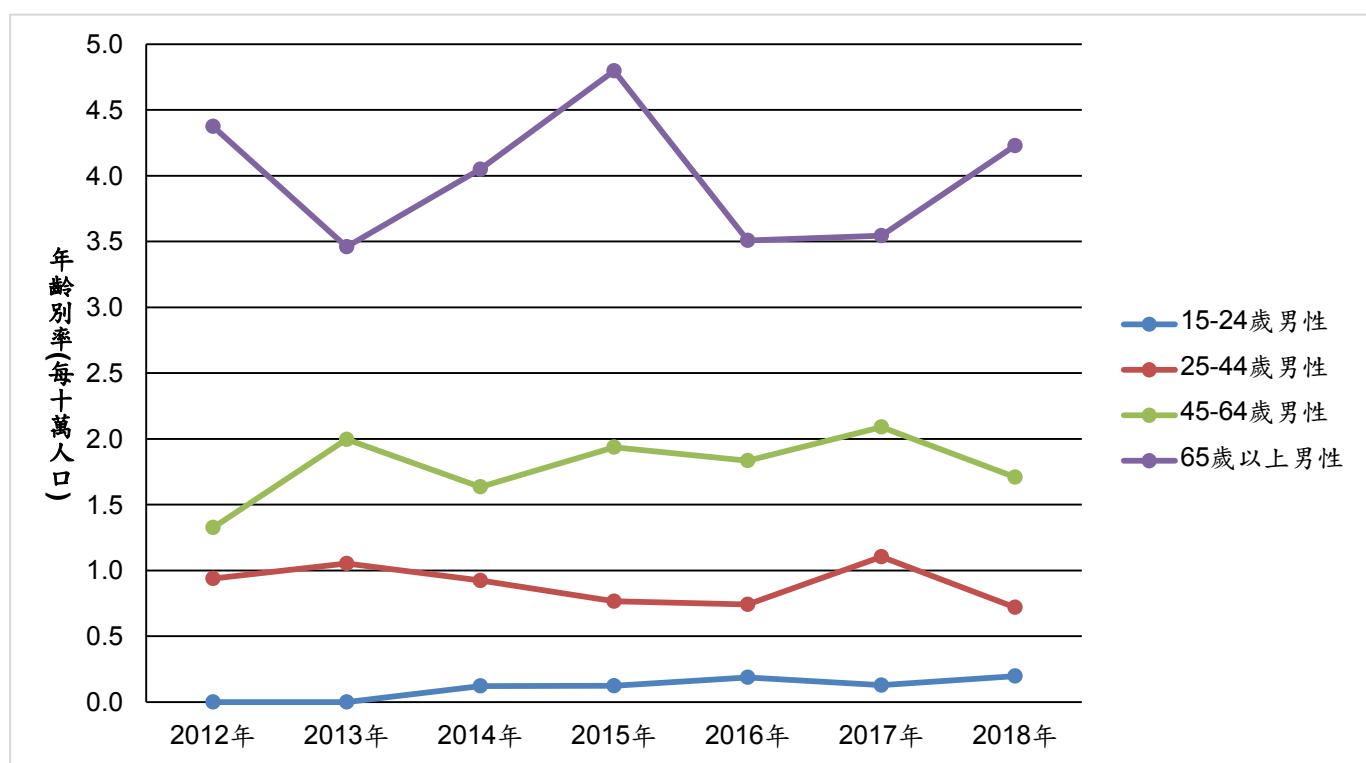


圖 3-4-13、歷年男性巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡年齡別率

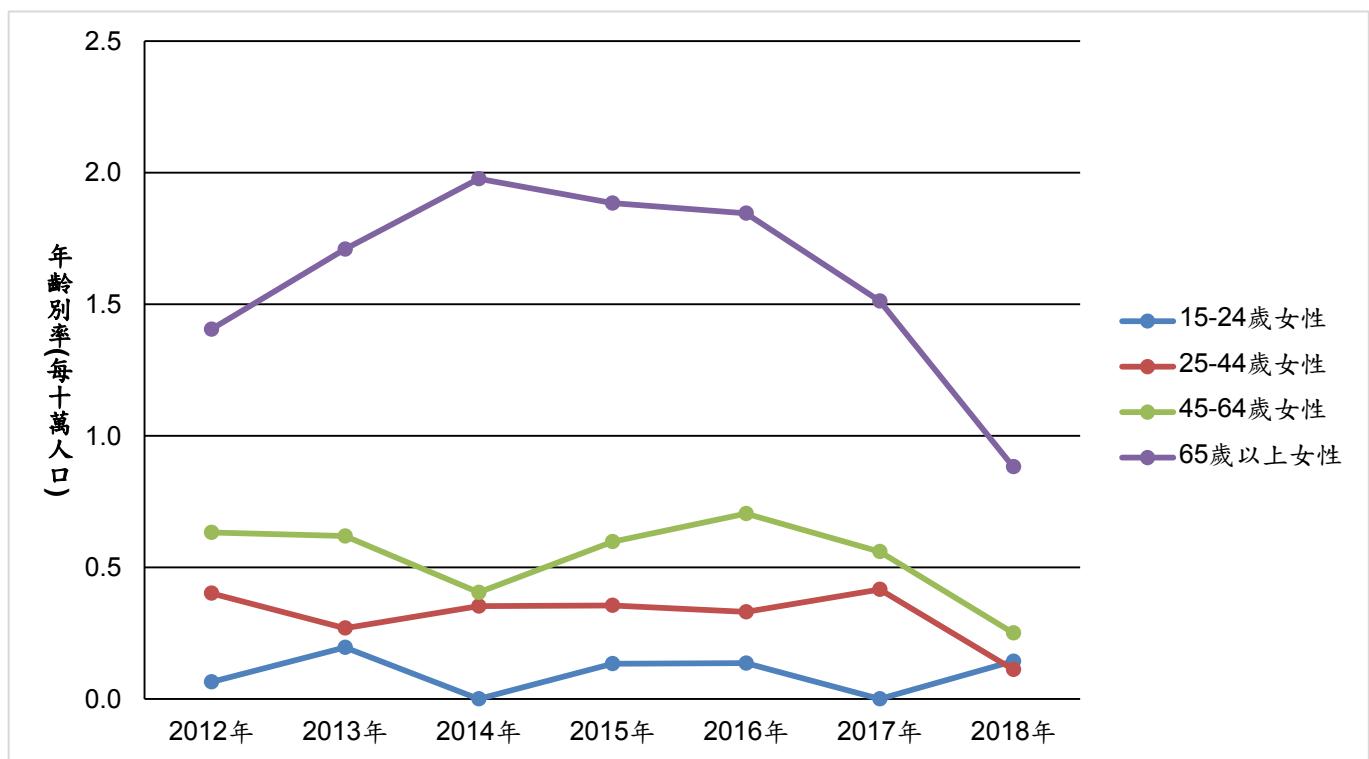


圖 3-4-14、歷年女性巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡年齡別率

表 3-4-12、歷年農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡別率

	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
年齡							
0-14 歲	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15-24 歲	0.1	0.3	0.1	0.1	0.3	0.1	0.2
25-44 歲	1.2	1.1	0.9	1.0	0.9	1.1	0.7
45-64 歲	2.6	2.7	2.6	2.6	2.8	2.5	1.9
65 歲以上	7.2	7.4	7.9	7.6	6.7	6.5	5.5
性別*年齡							
15-24 歲男性	0.1	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2
25-44 歲男性	1.7	1.7	1.5	1.6	1.2	1.6	1.1
45-64 歲男性	3.6	4.1	4.1	4.1	4.3	4.0	3.2
65 歲以上男性	10.4	10.5	11.0	10.4	9.9	9.8	9.4
15-24 歲女性	0.1	0.3	0.0	0.1	0.3	0.1	0.2
25-44 歲女性	0.7	0.5	0.4	0.4	0.5	0.5	0.3
45-64 歲女性	1.6	1.3	1.1	1.2	1.3	1.0	0.7
65 歲以上女性	4.3	4.6	5.2	5.1	4.1	3.6	2.2

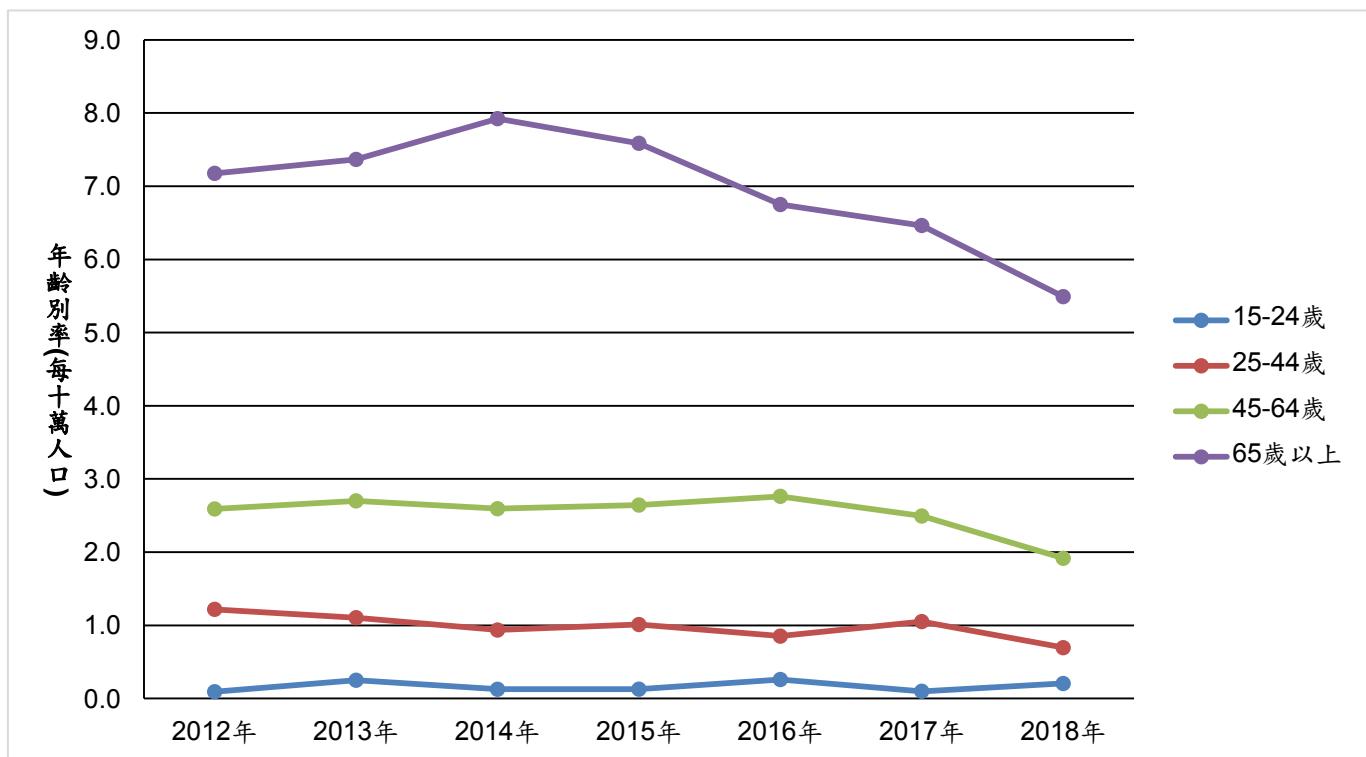


圖 3-4-15、歷年農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡別率

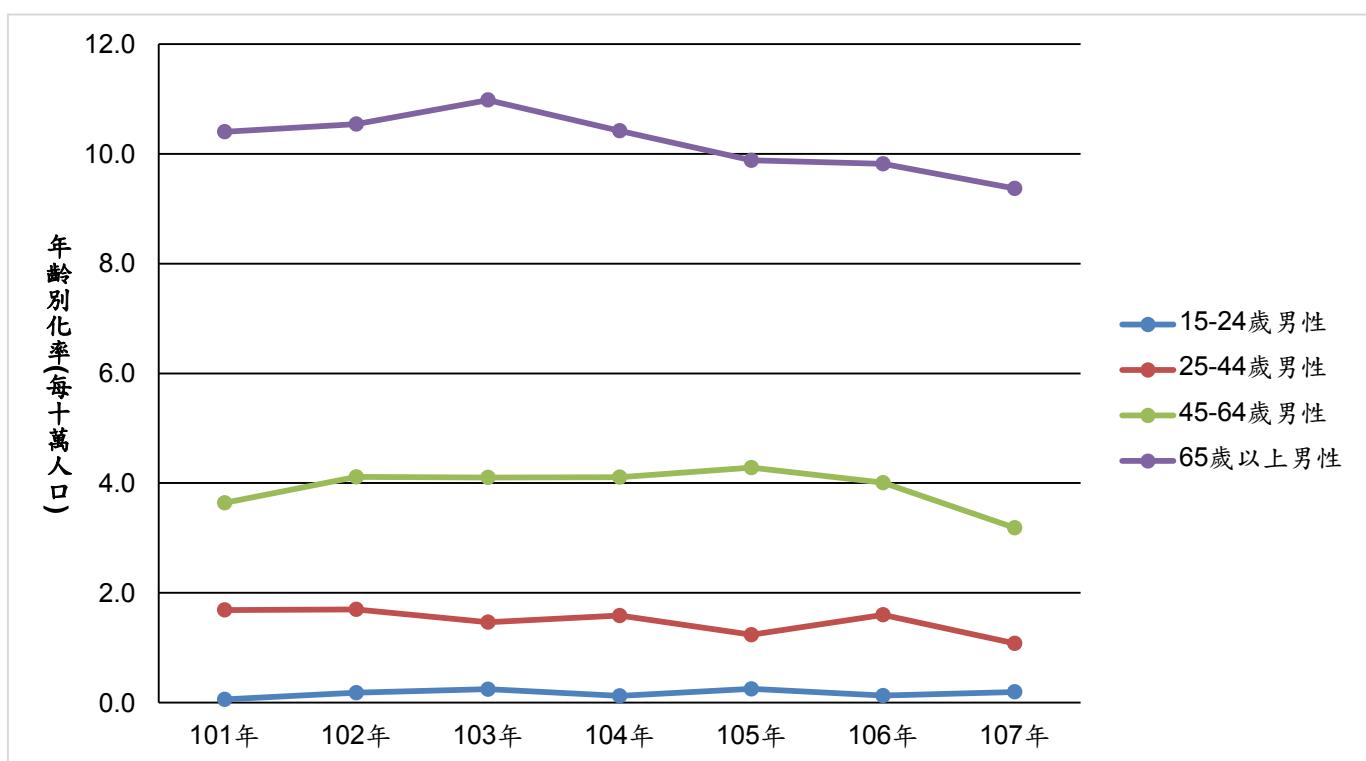


圖 3-4-16、歷年男性農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡別率

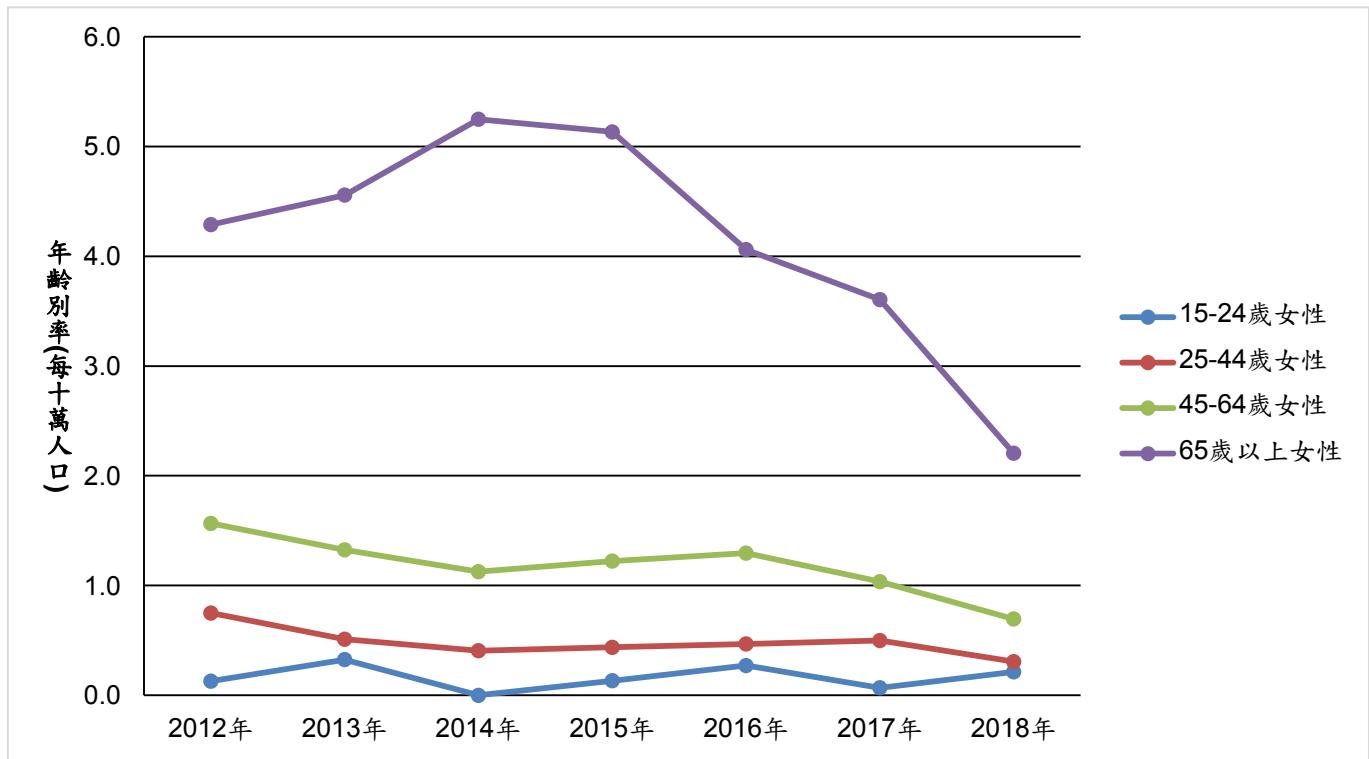


圖 3-4-17、歷年女性農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡別率

歷年巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報年齡別率，整體而言，以 65 歲以上較高，介於每十萬人口 0.8 至 1.0 人，以性別分析，男性 65 歲以上介於每十萬人口 1.0 至 1.7 人，高於女性自殺死亡年齡別死亡率；以農藥(含巴拉刈)自殺死亡年齡別死亡率，整體而言，以 65 歲以上較高，介於每十萬人口 9.5 至 11.8 人，以性別分析，男性 65 歲以上介於每十萬人口 12.5 至 15.6 人，高於女性自殺死亡年齡別死亡率。

2015-2018 年巴拉刈自殺通報(刪除註記自殺死亡)，於 2018 年 2 月後，呈現下滑趨勢。

表 3-4-13、巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報年齡別率

	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
年齡				
0-14 歲	0.0	0.0	0.0	0.0
15-24 歲	0.2	0.2	0.1	0.2
25-44 歲	0.5	0.7	0.9	0.7
45-64 歲	0.8	0.8	0.8	0.6
65 歲以上	0.9	1.0	0.8	1.0
性別*年齡				
15-24 歲男性	0.2	0.1	0.2	0.2
25-44 歲男性	0.7	0.9	1.2	0.9
45-64 歲男性	1.0	1.1	1.2	1.0
65 歲以上男性	1.5	1.3	1.0	1.7
15-24 歲女性	0.1	0.3	0.0	0.1
25-44 歲女性	0.3	0.5	0.5	0.5
45-64 歲女性	0.6	0.6	0.3	0.3
65 歲以上女性	0.5	0.7	0.6	0.5

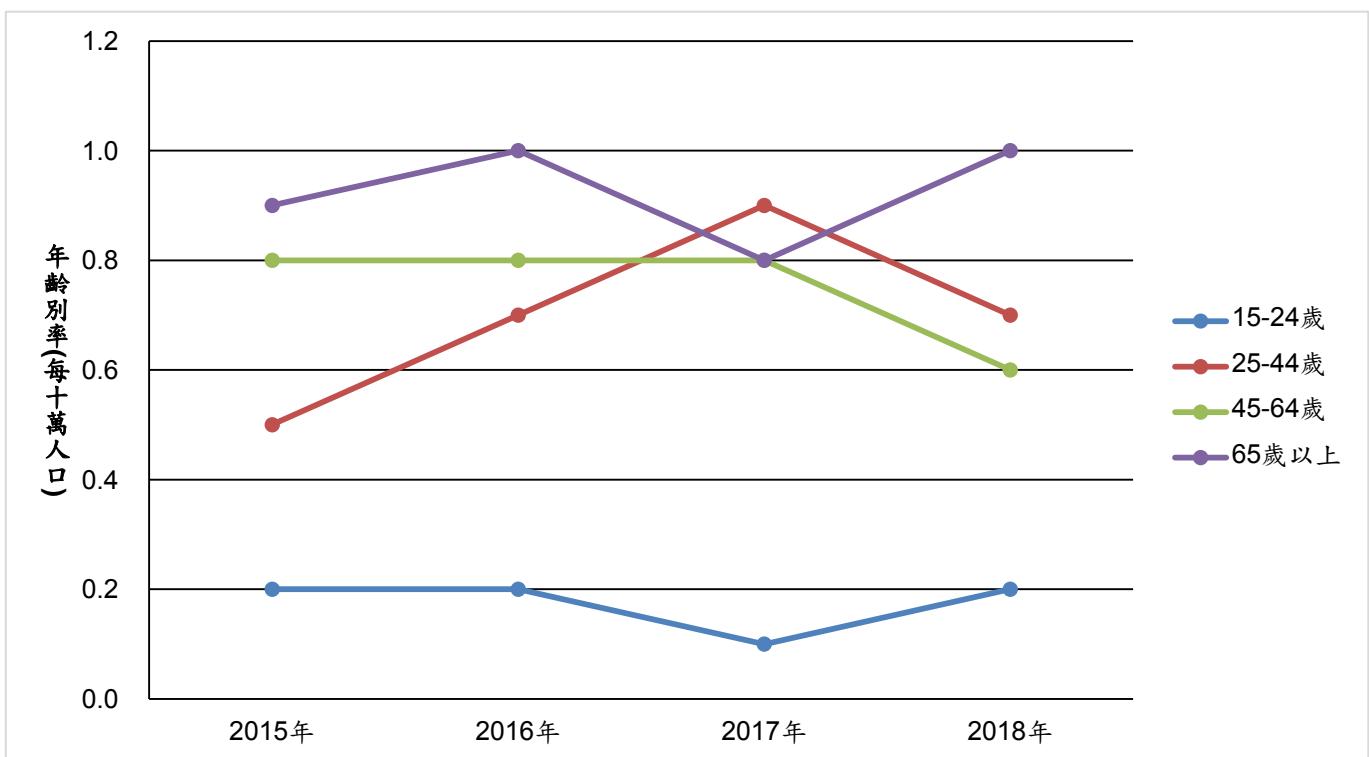


圖 3-4-18、歷年巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報年齡別率

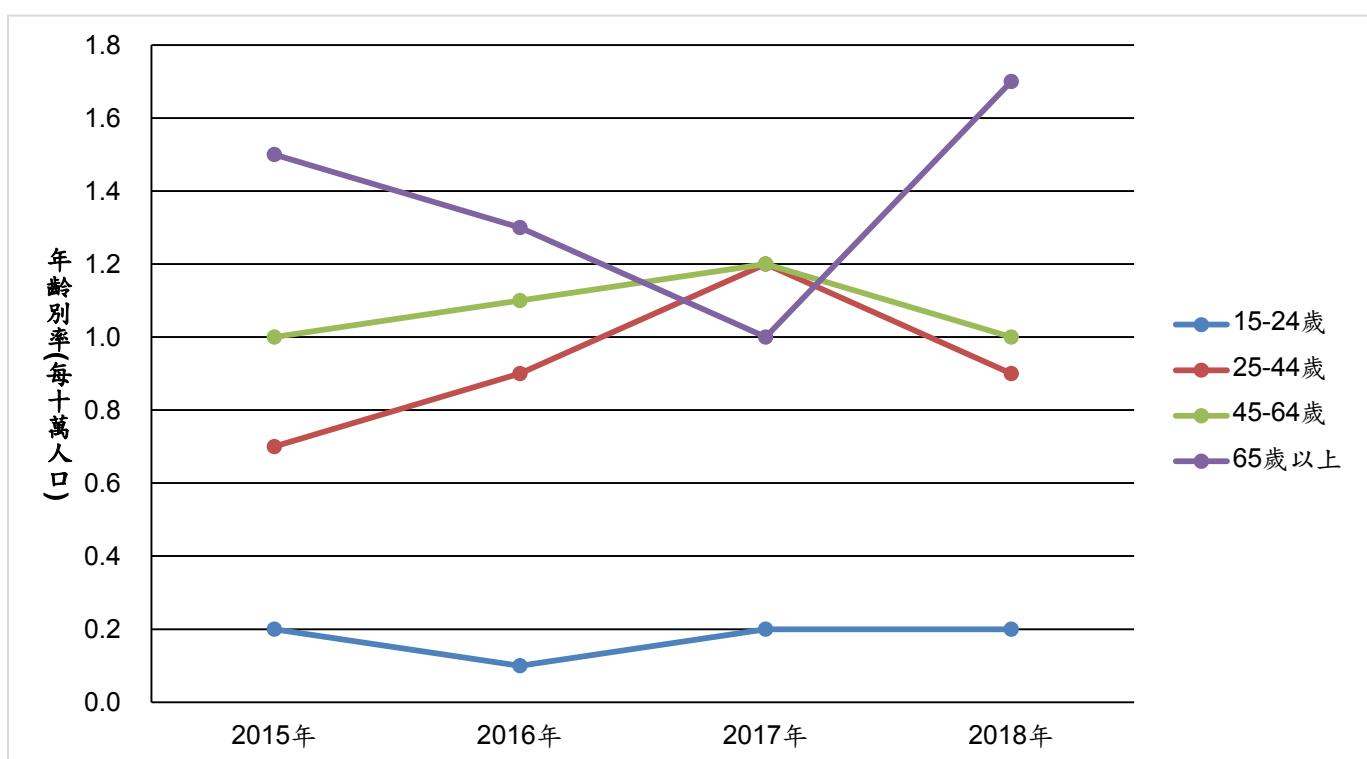


圖 3-4-17、歷年男性巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報年齡別率

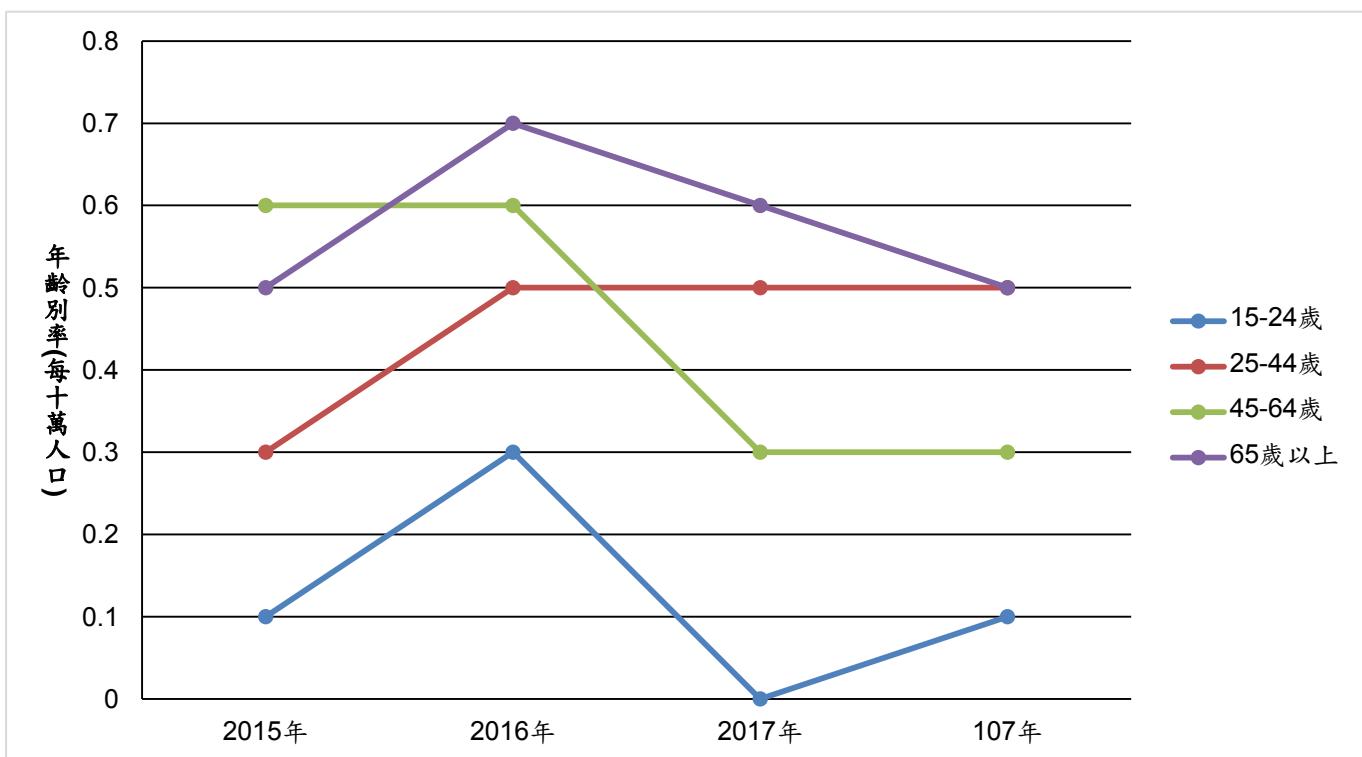


圖 3-4-18、歷年女性巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報年齡別率

表 3-4-14、農藥(含巴拉刈)自殺通報年齡別率

	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
年齡							
0-14 歲	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
15-24 歲	0.7	0.8	0.9	1.0	0.9	0.7	0.9
25-44 歲	4.1	3.7	3.5	3.2	3.0	3.4	2.8
45-64 歲	5.8	5.0	5.0	5.3	4.6	4.1	4.1
65 歲以上	11.8	11.1	10.4	11.8	9.5	10.5	11.4
性別*年齡							
15-24 歲男性	0.7	1.1	1.2	1.2	1.1	0.9	1.1
25-44 歲男性	5.0	4.8	4.3	4.2	3.8	4.6	3.8
45-64 歲男性	8.0	6.8	7.0	7.5	6.2	5.7	6.0
65 歲以上男性	15.6	14.9	14.8	15.1	12.5	13.8	14.8
15-24 歲女性	0.7	0.5	0.5	0.8	0.7	0.4	0.6
25-44 歲女性	3.2	2.6	2.6	2.2	2.2	2.2	1.8
45-64 歲女性	3.6	3.3	3.0	3.1	3.1	2.6	2.3
65 歲以上女性	8.4	7.7	6.5	9.0	7.0	7.7	8.5

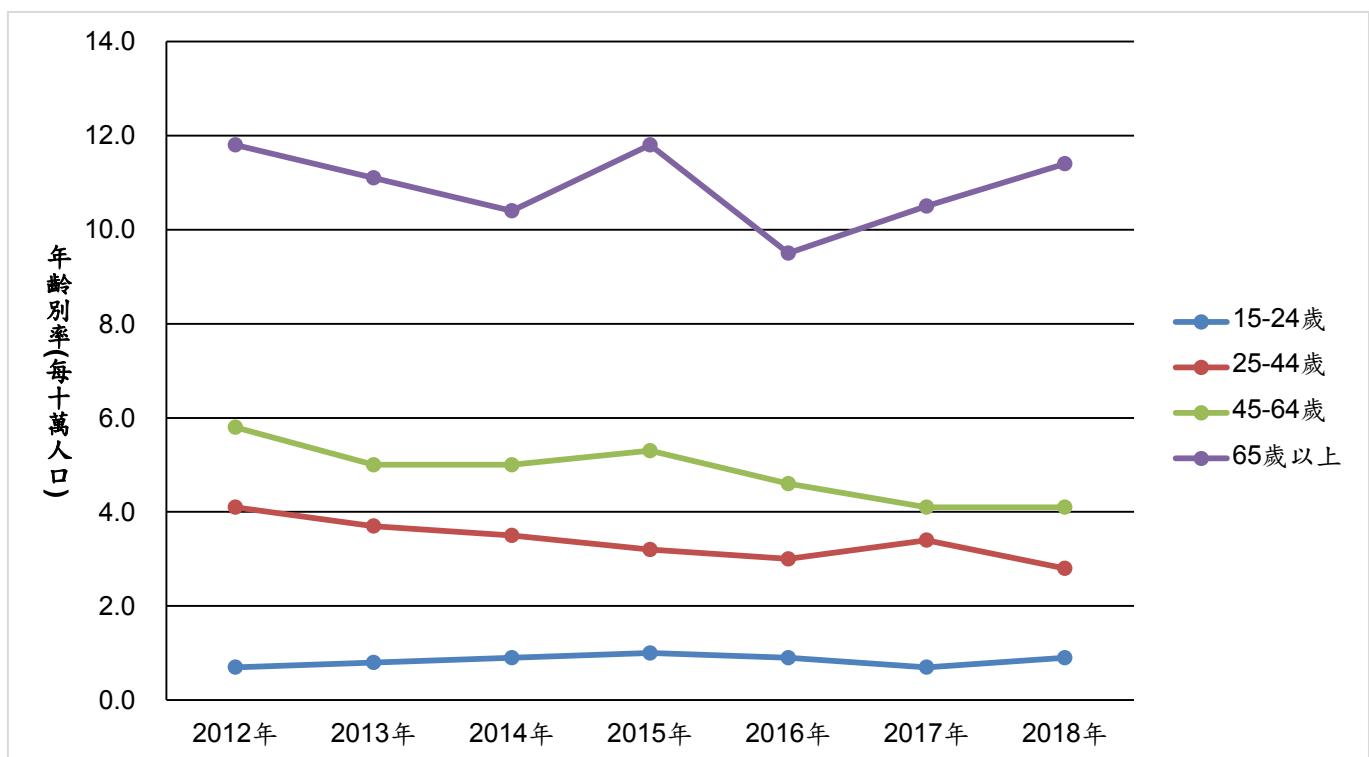


圖 3-4-19、歷年農藥(含巴拉刈)自殺通報年齡別率

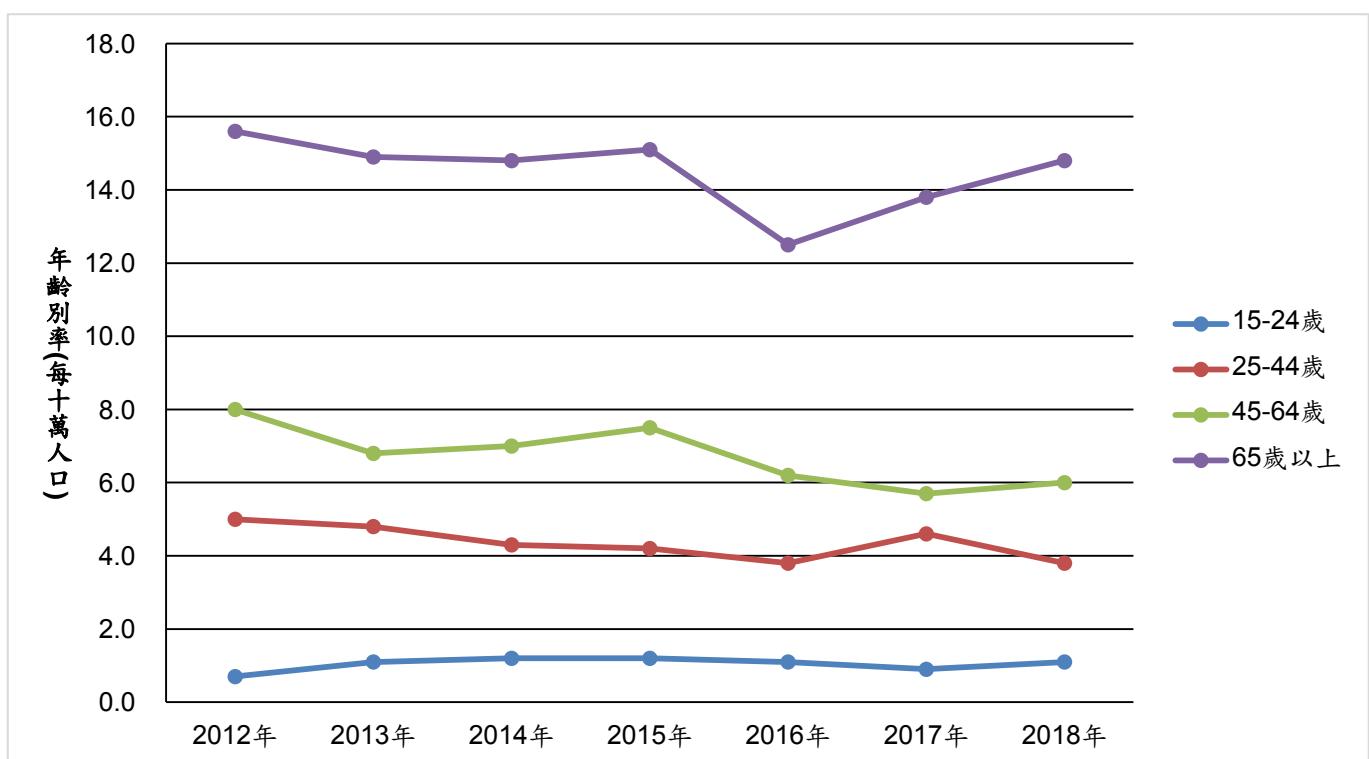


圖 3-4-20、歷年男性農藥(含巴拉刈)自殺通報年齡別率

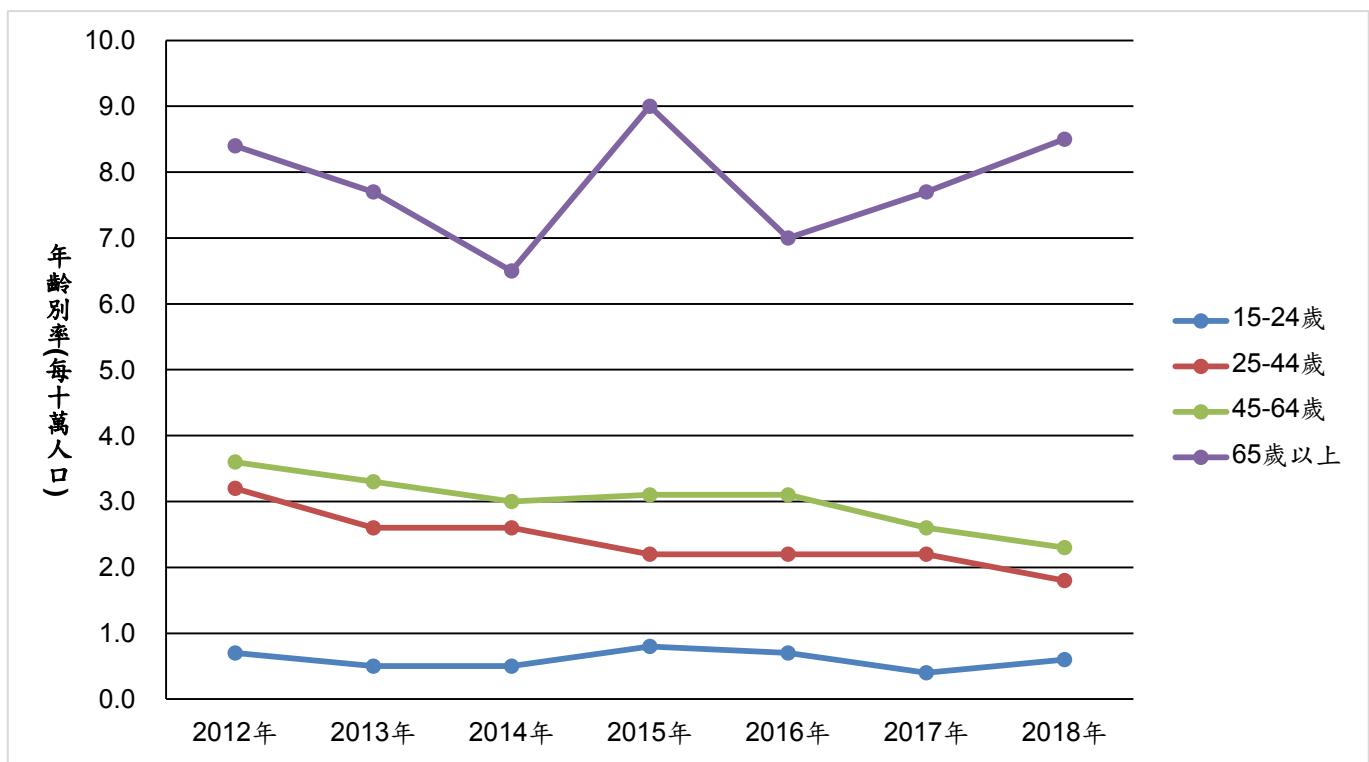


圖 3-4-21、歷年女性農藥(含巴拉刈)自殺通報年齡別率

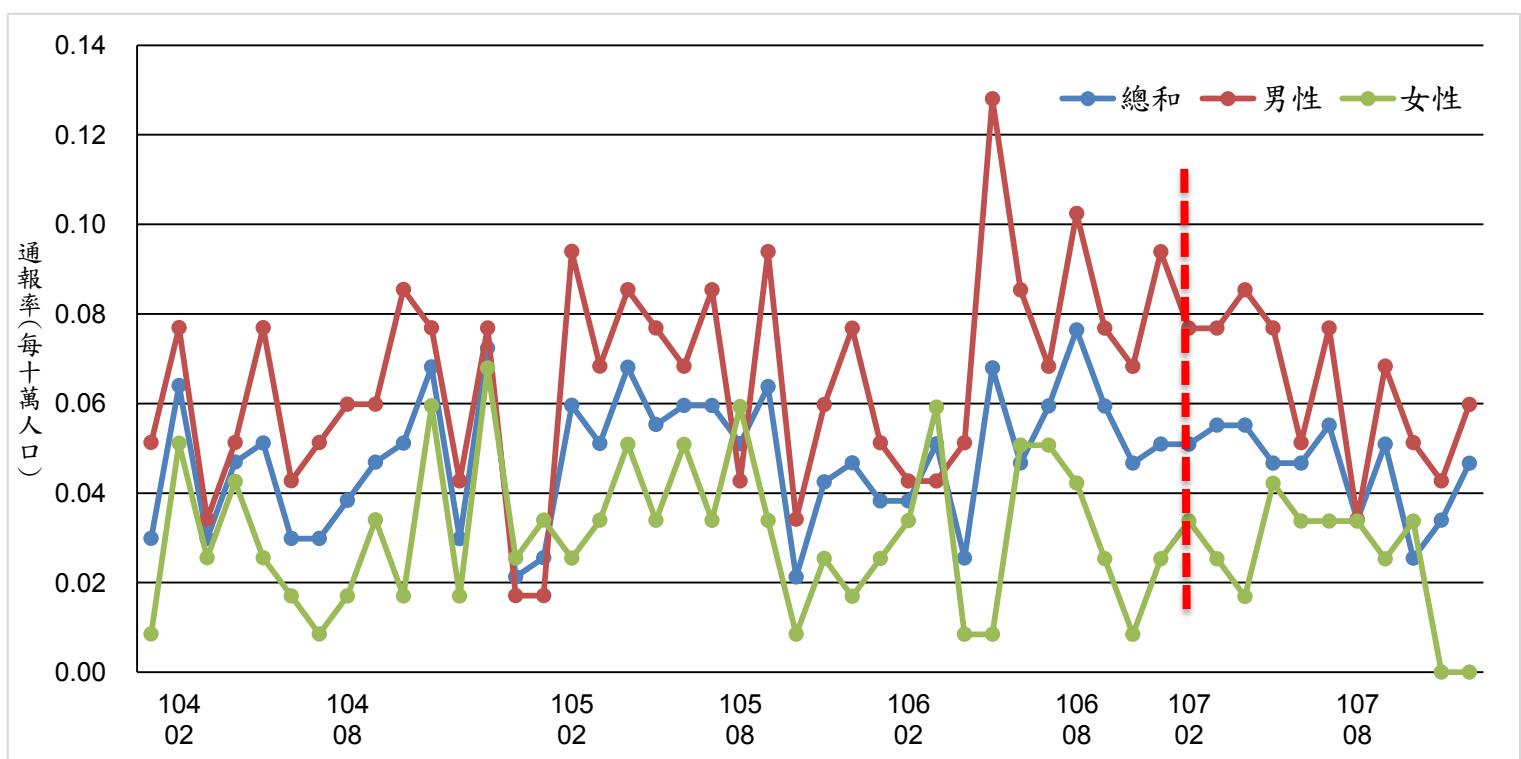


圖 3-4-22、2015-2018 年歷月巴拉刈(刪除註記自殺死亡)自殺通報率

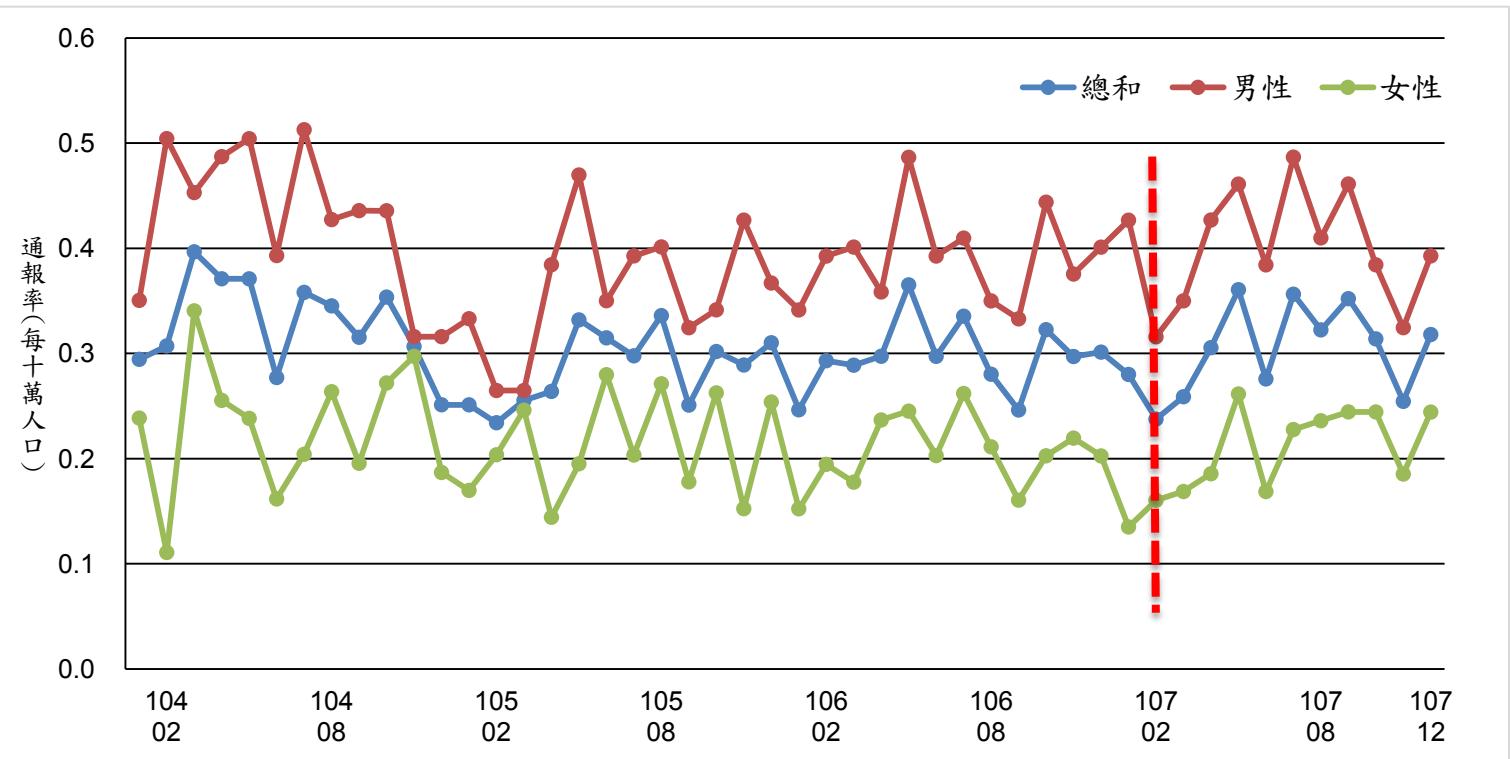


圖 3-4-23、2015-2017 年歷月農藥(含巴拉刈)自殺通報率

4) 結論

臺灣歷年來巴拉刈自殺問題嚴重，2012-2018 年以來每年平均約造成 206 人死亡，全國將近有 5.5% 自殺死亡肇因於巴拉刈，因此針對巴拉刈自殺防治措施的施行實為刻不容緩。

本中心依據各國文獻回顧、臺灣自殺死亡趨勢分析，進而探討巴拉刈禁止進口前後趨勢分析。總體而言，將臺灣巴拉刈自殺死亡劃分為農業縣與非農業縣，並進行時間趨勢分析，農業縣、非農業縣在近一年自殺死亡標準化率有明顯下降，顯示政策上的改變對巴拉刈自殺死亡有其影響效果。

五、附件

附件 3-3-1、巴拉刈禁用及自殺防治之系統性文獻回顧

附件 3-3-2、各國劇毒農藥禁用情形

多元性別族群之自殺防治策略

一、背景

多元性別族群包括 LGBTQI+，亦即女同性戀(lesbian)、男同性戀(gay)、雙性戀(bisexual)、變性人(transgender)、性別認同疑問者(questioned)、跨性別者(Intersex)及更廣義的「非傳統異性戀順性別」族群。同性戀或雙性戀者，於醫護研究常併稱為「性取向少數」或「性少數」(sexual and gender minorities, SGMs)(Jackman et al., 2019)，昔日精神醫學將一群性別認同困難者稱為 Gender Identity Disorder，最新版精神醫療手冊 DSM-5 中，改以「性別不安症」(Gender dysphoria)稱呼出生性別(gender at birth)與覺知性別(experienced/expressed gender)不同的個案。性少數的人口學研究，常隨著研究方法的差異、社會文化的壓力與氛圍，而有極大的落差，因此在推論上應謹慎為之。以美國為例，2010 年的「全國性健康與性行為調查」(National Survey of Sexual Health and Behavior)，其中 18 至 44 歲男性自陳為同性戀或雙性戀的比例為 6.8%、女性則為 4.5% (Herbenick D et al., 2010)；另有一美國研究選取兩個州進行人口學調查，該分析結果推論全美共有超過八百萬人屬於 L(女同性戀，占 1.8%)、G(男同性戀，占 1.7%)、或 B(雙性戀)，前兩者就佔了總人口的 3.5%(Gates, 2011)。可見，目前流行病學調查結果存在一些差異，但 LGBT 至少占了 3.5-6.8% 之間(不含跨性別或其他更廣義族群)。

而台灣的本土人口學調查中，則有中央研究院社會學研究所在 2011 年針對北台灣 24 到 29 歲青年所做的研究，該調查結果顯示有 2.85% 的男性自我認定是同性戀、女性則有 5.21%，且有 8.86% 的男性和 27.65% 的女性自我認定「不是異性戀」(Yang WS & Li YF, 2016)。大學校園的性別議題研究結果指出：性別不安族群(Gender dysphoria)之比例女性約為男性的 3.6 倍，大學生之中存在一些精神病理症狀以及對家庭、父母教養方式的普遍不滿(Lai et al., 2010)；此外，2007 年學者針對全國大專院校代表性樣本進行調查，發現台灣大學生中少數性傾向(同性戀、雙性戀或對性傾向不確定者)族群之盛行率約 4.5%(鄭聖樺，2007)。

由上述人口學調查可知，多元性別族群雖為少數，但仍佔人口中顯著比例，且由於過去長時間各國對於同性戀這種人類自然的性取向存在錯誤認知，因此造成對於性少數的污名與偏見，造成性少數族群的心理健康影響與自殺風險均較一般族群更高。這些社會歧視與壓力不僅影響成人的人

際與情感發展，對於兒童青少年的危害更為劇烈。過去研究顯示，同性戀或雙性戀的兒童青少年，相較於異性戀同儕較易遭受霸凌(Berlan ED et al., 2010)、性騷擾、以及約會時的身體暴力(Russell ST & Joyner K, 2001)，而這些不良對待常根源於強烈的反同志企圖(Almeida J et al., 2009)。

2017年2月《美國醫學會兒科期刊》(JAMA Pediatrics)刊登了一項研究，從1999年至2015年期間，針對美國32個同性婚姻合法的州、與15個同性婚姻尚未合法的州做比較，樣本為公立高中學生共762,678人，其中28.5%為性取向少數者。研究發現同性婚姻合法後的州，其高中生自殺企圖相對於未合法的州低了7%，該效益對於性取向少數的學生尤其顯著，下降可達14%。作者根據其研究設計，於其結論中明確指出「同性婚姻政策可降低青少年自殺意圖」(Raifman J et al., 2017)。《新英格蘭醫學期刊》(The New England Journal of Medicine)亦曾在2014年和2015年兩度刊登文章支持同性婚姻，並明確指出：同性婚姻合法化是降低社會汙名的直接做法，能有效改善同志族群的身心健康(Gonzales G, 2014; Campion EW, Morrissey S & Drazen JM, 2015)。然而，建立同婚制度與降低自殺率或社會汙名之間的關聯性，仍有待釐清。

目前國內已有學者藉由滾雪球法研究LGBT樣本之心理健康求助與自殺風險(Wu et al., 2016)，該研究從70位LGBT與全國自殺防治中心民調對照組($n=515$)的資料分析中發現：LGBT個案的憂鬱症狀經驗(30% vs. 7%)與求助親友(68.4% vs. 12.5%)或醫療(68.3% vs. 37.5%)的經驗均較一般民眾為高($p<0.001$)，且有高達17.1%LGBT個案一生中曾有自殺或自傷行為，若以心情溫度計測其心理困擾程度，前者心理困擾的高風險比例是一般人口的2.5倍左右(28.2% vs. 10.8%)。另外，有學者採用橫斷性研究，以便利取樣針對277名13歲以上，且性傾向(性吸引、性行為、性認同)為男同志族群進行問卷調查，調查結果發現男同志過去一年的自殺意念、自殺計畫、自殺企圖盛行率分別為21.66%、12.27%、11.55%(林逸祥，2017)。從上述結果初步推斷LGBT族群的自殺風險很有可能是比一般人口為高的，在此族群的自殺防治策略上，仍應致力於促進求助動機、提升心理健康識能、強化治療有效性等方向，達到保護此族群免於自殺行為發生的結果。

此外，顏正芳醫師等人在國內進行的科技部計劃「性取向屬少數之男性族群在兒童青少年期遭受霸凌經驗」，回溯性調查500位20至25歲、同性戀或雙性戀男性之騷擾與霸凌經驗。發現高達87.6%受訪者在兒童青

少年時期，曾經因為性別氣質或性取向而遭受言語、社會關係、肢體、網路等各種形式的騷擾。在小學就遭受騷擾者，有 83.4%受騷擾經驗持續到國中、42.2%更持續到高中。男同志若在兒童青少年時期遭受上述霸凌，到了成年初期會比未曾遭遇霸凌者出現較嚴重的憂鬱、焦慮、疼痛症狀、自殺危險性等。此研究不僅呼應過往的國際研究，也將是性取向屬少數的兒童青少年未來的心理健康發展研究之重要依據。

台灣需要更多本土研究，對應國際文獻，以提出具體可行之自殺防治策略，從全國性政策著手，促進性少數族群的法律保障，以提升外部環境的友善程度(衛等, 2015)，再進一步針對高危險族群進行關懷與資源整合。本會將持續收集國內外文獻，進行多元性別族群與自殺相關議題之系統性文獻回顧，從全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicative)三大向度著手，加強醫療體系與非醫療體系之自殺防治網絡整合，除了著重於提升自殺防治之效果外，藉由非醫療體系的資源轉介，避免多元性別族群在求助過程中遭遇再次的標籤化，更需落實自殺防治的務實方針：「思考全球化、策略國家化、行動在地化」，讓 LGBTQ+族群的安全與權益和大眾獲得同等的保護。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 組織建立：中心原有教育宣導組負責本案、另成立多元性別族群自殺防治專案小組
- 2) 文獻蒐集及彙整：建立系統性文獻蒐集策略並加以篩選、彙整
- 3) 專家小組及相關團體諮詢會議：本中心於 7 月 12 日假全國自殺防治中心，邀集精神科醫師、心理師、護理專家、非營利組織意見領袖等專家學者，召開「多元性別自殺防治」專案小組會議。
- 4) 策略規劃：依照文獻回顧結果以及專家意見，將所蒐集到內容分別以全面性、選擇性、指標性三項層級歸納之。

2. 資源連結合作

- 1) 合作單位暨專家學者：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人臺灣自殺防治學會、臺大醫學院圖書館、台灣大學護理學系吳佳儀副教授、台灣大學護理學系王雅青助理教授、亞洲大學心理學系講座教授兼副校長柯慧貞、部立金門醫院精神科徐志雲醫師、聯合醫院林森中醫昆明院區精神科衛漢庭醫師、高醫附設中和紀念醫院精神科顏正芳醫師、衛生福利部嘉南療養院精神科李俊宏醫師、聯合醫院昆明院區莊莘護理師、林口長庚醫院兒童

心智科林逸祥臨床心理師、台灣同志諮詢熱線協會彭治鏐副秘書長、台灣同志諮詢熱線協會社群資源部主任許家瑋。

- 2) 資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、中心編製之文獻資料、專案小組及相關團體諮詢會議。

三、過程

1. 組織建立

「多元性別之自殺防治策略」自 2019 年 2 月起，由全國自殺防治中心教育宣導組負責蒐集、初步篩選相關國內文獻，並由全國自殺防治中心全體指導幹部與同仁共同彙整並討論相關文獻後，再由李明濱教授(計畫主持人)邀請專家學者及相關學、協會團體，依據初步彙整之文獻結果及我國多元性別人口群之現況，討論獲致具體可行之自殺防治策略。本案乃以蒐集國內外有關多元性別人口群與自殺相關議題之文獻，並召開專家小組及相關團體諮詢會議，藉此規劃符合我國多元性別人口群需求之自殺防治策略。

2. 文獻回顧

- 1) 文獻整合：使用書目管理系統 EndNote 作為文獻整合工具，以提升系統性文獻搜尋、分類之效率。

2) 文獻搜尋

(1) 文獻搜尋方法

本主題下以關鍵字搜尋為主要文獻查證之方法，藉由中心已建置之雲端資料庫，將查詢到的所有文獻先做彙整，接著再初步分類、分批研讀、重點整理與討論，中心負責同仁於文獻整理後，經中心主任確認內容，再召集專家學者進行焦點團體討論，依據文獻的內容暨合適性進行評估與建議，最後形成最終版本。

針對全國自殺防治中心的在職訓練與文獻管理，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，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) 資料庫關鍵字搜尋方法

以 Embase、Pubmed 及 Google Scholar 之資料庫搜尋國內外相關文

獻，Title 單一欄位之關鍵字擇定為自殺(suicide)、多元性別(LGBT/LGBTQ)、同性戀者(homosexual)、同性戀(homosexuality)、男同性戀者(gay)、女同性戀者(lesbian)、雙性戀者(bisexual)、跨性別者(transgender)、疑惑性戀者(questioned)、酷兒(queer)、性傾向(sexual orientation)、性別認同(gender identity)、性少數(sexual minority/gender minority)、性別多樣性(gender diverse)、同性婚姻(same-sex marriage)；Title、Abstract、及 Author keywords 交集欄位之關鍵字擇定為風險(risk)、防治(prevention)、策略(strategy)、回顧(review)、公共政策(public policy)。文獻搜尋之時間範圍：2008 年至 2018 年。

(3) 文獻彙整

搜尋之相關文獻於 4 月份由全國自殺防治中心全體同仁共同閱讀、彙整後，於 7 月召開專家學者及相關學、協會團體，依據初步彙整之文獻及我國多元性別人口群之現況，建立具體可行之自殺防治策略。

3) 多元性別人口群與自殺相關議題之系統性文獻蒐集

使用 Suicide 與 lesbian, gay, bisexual, and transgender 作為主要關鍵字，其中多元性別議題常見關鍵字亦同步加入，以重點式搜尋與主題相關之期刊文章。搜尋結果詳見附件 3-4-1。

4) 多元性別與自殺相關議題之文獻彙整：收集外文文獻 19 篇，中文文獻 3 篇，合計共 22 篇，詳見附件 3-4-2。

- (1) 經搜尋全文、篩檢摘要及內文合適性，扣除重複後共計有 17 篇相關外文文獻；多元性別自殺防治專案小組推薦外文文獻 2 篇，共計 19 篇。
- (2) 全國自殺防治中心於 2014 年編撰「心理健康促進衛教手冊系列(正式版)」其中一冊「多元性別者之心理健康促進」納入文獻蒐集清單；多元性別自殺防治專案小組續推薦中文文獻 2 篇，共計 3 篇。

3. 專家及相關團體諮詢會議

於 7 月 12 日假全國自殺防治中心召開多元性別自殺防治專案小組專家會議。

4. 策略規劃

依照文獻回顧以及專家意見，將所蒐集到內容分別以全面性、選擇性、指標性三項層級歸納之。

四、成果(Product)

1. 危險因子

依文獻回顧內容進行整理(Björkenstam, Andersson, Dalman, Cochran, & Kosidou, 2016; Figueiredo & Abreu, 2015; Makani & Sholevar, 2018; Marshall, 2016; Moody & Smith, 2013; Mustanski & Liu, 2013; Skerrett, Kõlves, & De Leo, 2014, 2016)，以下分為針對「LGBT 族群」、「LGBT 青少年」、「跨性別」的危險因子及保護因子進行列點陳述。

- 1)LGBT 族群之自殺危險因子如下：(1)汙名化(stigma)、歧視、偏見；(2)憂鬱症(depression)；(3)焦慮(anxiety)；(4)反社會性人格；(5)感染 AIDS/HIV 或是對於 AIDS/HIV 的強烈恐懼；(6)非法藥物濫用；(7)巨大的情感與人際衝突；(8)社會孤立和疏離；(9)未受高等教育；(10)失業；(11)毆打嚴重致就醫的經驗；(12)曾遭受到身體暴力及性侵；(13)缺乏自我接納、內化恐同(internalized homophobia and shame)；(14)接受到不滿意或無意義的治療。
- 2)LGBT 青少年之自殺危險因子如下：(1)憂鬱症；(2)品行疾患(Conduct disorders；CD)；(3)絕望(hopelessness)；(4)衝動(impulsivity)；(5)受害(victimization)；(6)早期第一次同性吸引；(7)出櫃後便失去朋友；(8)出櫃後被家人拒絕；(9)霸凌(bullying)；(10)伴隨著無家可歸(homeless)、父母的物質使用史、情緒困擾。
- 3)跨性別族群之自殺危險因子如下：(1)挫敗歸屬感(thwarted belongingness)；(2)與自殺相關恐懼的減少；(3)身體疼痛耐受性的增加；(4)知覺到造成他人負擔。

2. 保護因子

其次為針對「LGBT 族群」、「LGBT 青少年」、「跨性別」、「同性婚姻關係」的保護因子 (Björkenstam et al., 2016; Marshall, 2016; Matarazzo et al., 2014; McCauley, Adrian, & Curtis, 2018; Moody & Smith, 2013; Mustanski & Liu, 2013)。

- 1)LGBT 族群之自殺保護因子如下：(1)高的社會凝聚力；(2)肯定性行動(affirmative practice)；(3)接受認知行為治療(CBT)。
- 2)LGBT 青少年之自殺保護因子如下：(1)家庭內部的支持系統；(2)具有保護性氛圍的校園；(3)增強情緒調節能力；(4)增強痛苦耐受能力。
- 3)跨性別族群之自殺保護因子如下：(1)來自家庭的支持；(2)情緒穩定、樂觀；

(3)顧慮小孩。

4)同性婚姻關係之自殺保護因子如下：(1)伴侶提供正向心理支持；(2)與子女同住。

3. 策略建議

依文獻與會議結果彙整為具體策略，整理如下：

1)全面性

在自殺防治的工作中，第一個面向-全面性策略之目標，在於降低自殺意念、提早覺察自殺危險。而對 LGBT 族群的全面性預防策略，依據文獻彙集(Ahuja, 2016; Haas et al., 2011; Marshall, 2016; McCauley et al., 2018; Reynolds, 2011; Skerrett et al., 2016; Yıldız, 2018)，可分為「一般大眾」、「專業人士」、「學校場域」、「公共政策領域」四個部分進行闡述。

(1)針對一般大眾的建議策略

- a. 各地機關應設計、推廣以 LGBT 族群為重點的活動。例如：制定針對 LGBT 族群之心理健康宣導計畫，以消除 LGBT 族群對於心理疾病、精神障礙的污名。並教導其有關情緒、焦慮、物質濫用及健康性行為等相關知識。協助 LGBT 族群了解這些危險因子與自殺之間的關聯性，並促進正向自我認同，以及對於家庭、社區的關懷。
- b. 自殺防治計畫應納入 LGBT 族群於社群中擔任自殺守門人。培育其覺察具自殺傾向者的敏感度。
- c. 各地機關應推廣為各個年齡層的 LGBT 群體發展公平、貼近其社群文化的心理健康與物質濫用服務(substance abuse services)。
- d. 醫療單位或專業團體針對 LGBT 族群之需求，可開發其所需要的心理健康介入措施和計畫。例如：修正原已存在針對一般人群的自殺防治、心理健康介入計畫，使其在設計上更加關注 LGBT 議題(例如：在計畫中強調治療者提供男性少數族群所需要的肯定式態度，參考 Pachankis, 2014)，並發展出更為適用於 LGBT 族群的處遇策略。
- e. 醫政及社政機關應主動向 LGBT 組織提供 LGBT 自殺與自殺風險之資訊訊息，並鼓勵其思考如何在各組織任務和活動中進行自殺防治的推廣工作。
- f. 醫療院所應提供具有包容性態度的精神衛生服務，以促進 LGBT 尋求專業協助之可能性。
- g. 中央機關需確保這些規劃、措施與開發能讓所有年齡、種族、民族以及性別認同的 LGBT 族群受惠。

(2) 針對專業人士的建議策略

- a. 開業醫療機構應確保正在進行實務工作之專業人士，能擁有 LGBT 之相關知識、友善的態度以及專業技能，以提供具多元文化照護(culturally competent care)的心理健康照護服務。
- b. 醫療或各專業機構應提供專業教育和培訓。為現有從業人員、精神病學和基層醫療的住院醫師、心理學、社工、護理和公共衛生等助人領域之學生設計以實證為基礎之 LGBT 心理健康與自殺風險教育。基於在 LGBT 心理健康、自殺風險相關的最新研究成果，發展與更新現存的治療指導方針，並提升相關從業人員、準從業人員對於此議題之敏感度，以及自殺風險評估的能力。
- c. 各地主管機關應協助那些被認可的、具提供專業培訓及認證專業能力資格的機構，檢核在其專業領域內，治療 LGBT 心理健康問題、自殺風險的核心知識體系以及照護標準。
- d. 專業機構應確保專業人士充分知悉跨性別已「去病化」：不論是在 DSM-5 當中的性別不安(gender dysphoria)診斷，或是 ICD-11 當中的性別不一致(gender incongruence)診斷，皆已明確去除疾病意涵。因此，與生理性別不同之性別認同、表達與行為，並不代表精神障礙。為生理性別與性別認同不一致的當事人，建立過渡性治療的醫療必要性(medical necessity of transition treatments)。
- e. 各地衛生局應為自殺危機專線、執法部門、急救人員與其他和自殺風險個體接觸的相關工作者、志工，提供 LGBT 自殺風險評估之相關訓練。

(3) 針對學校場域所提出的建議與策略

- a. 需建立一個安全的校園空間。其中包括設計針對 LGBT 族群有關的課程、鼓勵學校員工參與以「為 LGBT 青少年族群創造支持性環境」為核心的培訓。並讓學校員工了解有關因性傾向而受害，以及性傾向和自殺企圖之間的關係。
- b. 應禁止基於性傾向或性別認同的騷擾、欺凌和歧視。
- c. 促進校園中建立同志與非同志聯盟(Gay-Straight Alliances)、支援教師以及學校管理人員。校園中的各種專業人員須具備敏察被霸凌者自殺警訊的能力，並應鼓勵被霸凌者、被害者向學校回報事件。專業人員也應使用更具包容性的語言，而不是假設每個人都是異性戀。
- d. 建立校園中的自殺守門人，透過專業知識、技術的建立與訓練。青少年通常會先向同齡人傾訴他們的問題，而對於許多非異性戀的青少年而言，同性戀朋友可能是他們生活中的重要他人。因此，藉由青少年彼此接觸

以識別自殺風險，並將高風險者轉介給適當專業服務人員。

e. 學校應提供 LGBT 青少年族群醫療保健或其他心理衛生相關知識、服務管道。

f. 促進學校和外部組織公開合作，以了解、處理相關的心理健康議題。

g. 學校需積極與學生會和政府合作，制定尊重和反霸凌的方案。

(4) 針對公共政策領域所提出的建議與策略

a. 中央機關應致力於減少歧視性體制、相關之汙名與偏見對 LGBT 族群身心所造成的負面影響。

b. 教育單位應提倡反霸凌與安全校園之立法。具體在與學校安全相關之保護性立法中，正式納入性傾向與性別認同。

c. 修正國家現行法律、法規，以及倡導、確立更廣泛的反歧視法。根據性傾向或性別認同造成之不同平現象，已在諸多研究中被證實會對於 LGBT 族群的心理健康造成負面影響，或增加其自殺風險。這些關於倡導的相關措施需加入被國內外所支持的心理健康相關之研究，以及以人口學為基礎的資料庫，與充分確定此不公平現象對 LGBT 族群之影響與後果。

d. 各地應提供熱線、實施公眾意識活動。在以社區為基礎的自殺防治策略中，重點關注 LGBT 族群之特有的生活環境與文化背景。

e. 中央機關應建立對於 LGBT 具有包容性的政策，全面支持安全且具有包容性的環境氛圍形成。政策須採取多個面向的方法，包括：提高文化敏感度及支持包容性政策。充分且適當的蒐集、更進關於 LGBT 青少年的相關數據，以便更完整的評估自殺風險。並設立屬於 LGBT 青少年的社會支持網絡。

f. 應立法規範高致命性自殺工具的取得以及制訂媒體標準，以避免報導駭人聽聞的自殺行為。

g. 各地機關須採取多重模式的辦法，將公共政策結合起來，並擴大自殺防治與臨床的干預。

全國自殺防治中心於 2019 年 7 月舉行之多元性別專家會議，廣邀專家學者共同討論並彙整出以下幾點意見：

a. 大規模的社會歧視事件(如 2018 年的公投)會對 LGBT 族群的心理健康產生很大影響，此類重大社會事件過後，國家相關單位應主動針對同志社群投注心理健康資源，提升社會凝聚力並提供保護因子。

b. 助人單位必須具備多元性別友善，可在其單位網頁上標示多元性別友善的文字敘述或符號(如六色彩虹)，以利 LGBT 族群辨識利用。

- c. 透過網路擴散的效果，傳遞心理健康或助人單位資訊，比實體講座在接觸人次層面上更為有效，如製作懶人包或提供傳統的健康資訊網站。
- d. 網路搜尋引擎應在網絡使用者搜尋自殺資訊時主動提供自殺防治資訊或單位。

此外依據全國自殺防治中心編撰「心理健康促進衛教手冊系列-多元性別者之心理健康促進」(2014)所提供之建議制定如下策略：

- a. 在社會風氣上應針對社會刻板化的性別觀念予以教育，肯定一個人對於自我的認識與追求，並，營造一個讓「人」自在生活的環境。

2) 選擇性

第二面向選擇性自殺防治策略部分，主要目標在於針對自殺企圖之高危險群進行介入，以降低其自殺企圖之風險。以下為於文獻(Haas et al., 2011; Marshall, 2016; Mustanski & Liu, 2013)中所整理到，針對 LGBT 族群在介入措施上的三點建議與策略。

- (1) 自殺防治計畫須發展更為廣泛、多元的介入措施，以減少特定 LGBT 族群之自殺行為與自殺風險。
- (2) 自殺防治介入措施需將預防、支持工作重點放在 LGBT 青少年正在經歷同性吸引的早期階段。
- (3) 防治介入階段需於更早期的階段識別 LGBT 青少年的精神健康、危險性行為與藥物濫用情形。針對這些特定的族群，以提供適當的介入，在青春期早期便可展開各種自殺預防的相關策略。

於多元性別自殺防治專案小組會議中，專家學者提出以下幾點建議：

- (1) 醫療衛生機關應制定心理健康資訊推廣方案，使資源有效拓展到 LGBT 族群，提升 LGBT 族群使用資源的機會。
- (2) 助人者應理解 LGBT 族群對「隱私」的重視(即對出櫃的疑慮與擔心)，並理解非正式社會資源對其之重要性。
- (3) 自殺防治策略應針對合併藥物濫用或 HIV 的 LGBT 族群做為自殺防治之重點。
- (4) 自殺防治計畫需落實於國高中階段，協助 LGBT 青少年自由傾訴心聲。
- (5) 提升 LGBT 族群的陪伴與助人技巧，並提供自我測量工具以利 LGBT 族群自我檢測。
- (6) 助人單位需提供具備性別友善特質之社會資源，成為 LGBT 族群容易使用的口袋名單。

在中心手冊-「多元性別者之心理健康促進」中針對不同對象提供不同建議，分別條列如下：

(1) 給父母的建議

各地機關需提供 LGBT 族群的父母充足資訊與親子溝通技巧，例如：

- a. 可以嘗試讓孩子知道，你需要花很多時間，才有辦法弄清楚這件事情，也請孩子理解，你一時之間難以承受。
- b. 請盡量不要問孩子「你確定嗎？」、「你是不是沒有跟異性交往過，所以才以為自己喜歡同性？」、「你是不是被朋友帶壞，所以才想要當另一個性別？」等問題，因為這些問題都是對於孩子的否認。
- c. 建議可透過公益機構、座談會、熱線或是相關書籍等相關資源多加了解同志族群，才有辦法和孩子持續溝通。
- d. 最基本的情感支持依然來自於原生家庭，因此父母與親人的相互理解，絕對是增進心理健康最重要一步。

(2) 對校園的建議

- a. 應透過活動與課程的設計，或是學校制度面的規劃，在校園中營造性別友善的環境，鼓勵性別多元社團發展，使校園變成一個更能接受多元性別發展的環境。
- b. 學校老師必須能夠對同志議題具有敏感度，也會對同志學生有極大的幫助。在學生面臨感情問題、校園霸凌、或其他情緒困擾時，能夠思考到各式各樣的可能性。
- c. 老師應了解，性別氣質、性別認同、性傾向並非一個學生「故意的」選擇，而是自然而然發生的事情。在輔導學生的過程中，應特別謹慎地自我覺察，是否對於學生的性別議題加入了自己的成見。
- d. 輔導老師及班導師應增進多元性別方面的課程，亦可尋找經驗豐富且對 LGBT 友善的相關單位及講師入班演講，以加強學生對於多元性別的了解，減少霸凌的發生。

(3) 對職場的建議

- a. 各公司行號應提倡職場性別平等風氣，不應抱著好奇的心態去探人隱私。性別認同與性傾向都是相當個人化的議題，對大部分的人也是視為一種隱私。
- b. 單位主管應理解跨性別者在日常生活中會遇到的不便，例如該上哪一種廁所的困擾。如果跨性別同事以另一個性別的裝扮出現在職場，亦無須大驚小怪，每個人喜歡怎樣的裝扮本來就是個人自由，並不會影響到他的工作表現或心理健康。

(4) 對 LGBT 族群的建議

- a. 提升 LGBT 相關資訊的推廣與普及。許多心理健康的問題來自於對於未知的害怕，因此要增進個人的心理健康，多了解與同志相關的資訊是必要的。
- b. 促進同志族群參與社群活動。經由社群活動了解其他人的生活，避免因為過度孤立、缺乏資訊而造成不必要的恐慌。同志相關資源包括網路資源、社群實體資源、醫療資源等等。要注意的是，網路資源雖然豐富多樣，但內容缺乏審核機制，因此需要謹慎判斷真偽。
- c. 促進跨性別者經由參與跨性別社團的方式來認識自我、交換資訊、相互情緒支持，對於自我的生活規劃也有所幫助。

3) 指標性

第三面向指標性策略部分，目標在於降低已出現行為的自殺企圖者之自殺風險。依照文獻回顧所蒐集到的內容(Haas & Lane, 2015; Halady, 2013; Marshall, 2016; Yıldız, 2018)，有以下五點建議與策略。

- (1) 於資源網絡中，各單位需共同聯繫。藉由教育、諮詢、照顧管理、護理師和治療師等多個角色彼此進行合作，避免出現對於 LGBT 汚名化、性少數群體歧視等負面事件。
- (2) 建立以家庭為中心的照護。醫護人員可以向服務對象詢問他們的性傾向及個性，以提供適當的評估及醫療介入。
- (3) 提供醫療保健相關服務之專業人員，應認知到自己能否應對 LGBT 族群之自殺風險，以減少 LGBT 族群在醫療經驗上被拒絕、遭遇惡意對待的感受。
- (4) 立法促進 LGBT 自殺企圖者暨病患之醫療權益，使其伴侶亦能成為醫療決策上之合法代理人。
- (5) 在可行範圍內，應辨識死者性傾向及性別認同，以加強資料收集和記錄一致性，但注意需落實自殺者隱私保護，避免讓性別身份成為媒體揣測或渲染的資訊。

4. 結論

根據目前系統性回顧多元性別人口群與自殺相關議題之文獻，本報告總結三類策略如下：

1) 性平與自殺防治守門人教育向下紮根：

結合目前已推廣中的性平教育，在小學至高中階段應同步宣導珍愛生

命守門人之概念，讓學生奠定自殺防治基礎概念，了解一般情境下的自殺危險因子、保護因子及危險警訊，並知悉面對自殺高風險者如何因應與轉介，以利辨識早期兒童青少年的性傾向與自殺風險間之相關性及危險性，及時提供求助管道以降低自殺行為發生的可能性。

2) 多元性別族群自殺防治協力計畫：

結合 LGBTQ+ 相關網路及社群的力量，在台灣各地推動「尊重少數族群的聲音、珍愛多元族群之生命」類型之活動，不特別汙名化 LGBTQ+ 族群或只針對此族群進行自殺防治之社會推廣教育，而是全面提升一般大眾對少數族群(包括原住民、身心障礙者、多元性別族群等)的自殺防治敏感度，共同防護自殺行為之發生。

3) 营造多元性別友善環境：

為強化 LGBTQ+ 族群自殺保護因子之作用，應於此族群常接觸之家庭、校園、或醫療環境，積極營造支持性氛圍與支持資源(例如：在校園中建立同志與非同志聯盟 Gay-Straight Alliances)，提供心理健康求助管道，並廣為宣導友善環境的重要性，在兼顧隱私性與便利性的前提下，促進 LGBTQ+ 個案即時取得專業服務。

依據本報告彙整之資訊以及多元性別自殺防治專案小組相關團體所惠予修訂意見，針對台灣多元性別人口族群之需求，制定符合國情及社會脈絡且具體可行之自殺防治策略，並從一般職場逐步推廣至特殊職場(如軍警消)或權控機構(如矯正單位)等場域進行重點式自殺防治服務。

五、附件

附件 3-4-1、多元性別文獻關鍵字初步搜尋清單

附件 3-4-2、多元性別與自殺相關議題參考文獻

肆、擬定、推動自殺防治策略及成效 評估

自殺防治互動式輔導訪查

一、背景

自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。為了發展並試行各種可能模式，本中心於 2006 年進行自殺防治介入之先導計畫，擇定基隆市、桃園縣、彰化縣及高雄市做為先導區；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，其主要目標為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，做為推廣至全國的基礎。

自殺防治「先導計畫」推動兩年之後，為進一步落實自殺防治工作在地化及社區化的精神，協助縣市心理衛生中心於精神衛生法施行後能順利銜接並延續地方自殺防治工作並擴大到各縣市，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分別提出縣市自殺防治工作計畫，並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。另於 2007 年中起高雄縣大寮鄉試辦以社區為基礎之自殺防治工作，結合鄉內衛政、醫療、勞政、社政、警政及消防單位與民間團體等，配合地理及人文特色，由縣府層級再推行至各鄉鎮，強化鄉鎮自殺防治工作之應變能力、建構自殺防治網絡及自殺防治守門人機制。

全國 25 縣市於 1992 年至 1995 年間均已達成設有社區心衛中心之目標。衛生福利部為瞭解各社區心理衛生中心及自殺關懷訪視計畫辦理現況與困境，並協助地方衛生局針對各縣市自殺死亡等特性擬訂「因地制宜」自殺防治策略，於 2010 年進行全國 25 縣市社區心理衛生中心輔導訪查暨自殺防治策略討論會。2010 年 12 月底五都成立，部份縣市合併及人事更迭，為協助地方持續推動自殺防治工作，避免自殺防治業務因人員及組織轉換，發生業務銜接問題，特於 2011 年辦理強化五都自殺防治策略討論會。2012 年起，始針對自殺死亡率全國排行前五名之縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。

自 2010 年以來累積的輔導訪查經驗發現，各縣市在推動自殺防治工作組織架構、資源、優勢及挑戰上具明顯差異。除藉地方政府局處首長之領導力克服自殺防治業務其不確定性及民意的壓力，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，並促進縣市層級跨局處整合、協助業務推動相關人員傳遞及延續辦理自殺防治工作之經驗。

本中心 2019 年以自殺標準化死亡率之三年移動平均及 2019 年 1-2 月初步自殺死亡人數較 2018 年 1-2 月自殺死亡人數上升幅度較高之六縣市，辦理自殺防治互動式輔導訪查；針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據提出分析報告、降低自殺率之具體方案，並協助加強自殺防治跨專業團隊橫向連結或依需求進行專案討論，提供即時輔導追蹤及後續成效評值。

二、輸入

1. 業務目的與目標

- 1) 為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) 據衛生福利部公告國人死因資料，依自殺標準化死亡率三年移動平均以及 2019 年 1-2 月初步自殺死亡人數較 2018 年 1-2 月自殺死亡人數上升幅度排序較高之六縣市，經本中心業務會議討論擇定台北市、台中市、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、台東縣為今年面訪之縣市；另高序位離島地區連江縣、澎湖縣列為關懷名單，改採非面訪形式會議。各縣市擇定原因詳如下列：

(1) 台北市

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 3.4	7
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	增加 8 人	2

(2) 台中市

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 2.5	8
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	增加 13 人	1

(3) 嘉義縣

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 6.5	3
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	減少 1 人	-

(4) 屏東縣

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 5	6
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	減少 5 人	-

(5) 花蓮縣

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 6.1	4
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	減少 2 人	-

(6) 台東縣

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 14.8	2
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	增加 3 人	4

(7) 連江縣(關懷名單，非面訪)

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 47.8	1
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	減少 1 人	-

(8) 澎湖縣(關懷名單，非面訪)

項目	說明	排序(全國)
自殺標準化死亡率三年移動平均	增加 6	5
2019 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	增加 0 人	-

3. 資源連結及合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、衛生所及與推動自殺防治業務相關局處所(如：社會局、教育局、警察局、消防局、民政局、勞動局、文化局、農業處、原行處等)、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所。
- 2) 資源連結形式：面訪會議討論。

三、過程

- 1) 6 月 21 日衛生福利部公布十大死因後，本中心根據統計處提供之 2018 年自殺死亡交叉表以及 2019 年 1-2 月初步自殺死亡人數，依據衛生福利部之標準擇定台北市、台中市、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、台東縣共六縣市，並將高序位離島地區連江縣、澎湖縣列為採非面訪形式會議之關懷名單。
- 2) 協助聯繫及確認訪查時間，再函知衛生福利部擇定之縣市，同時邀請部內長官及各縣市相關人員出席。
- 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) 六縣市訪查時程及本中心出席代表如下：

日期	縣市	中心出席代表
7 月 19 日	嘉義縣	李明濱主任、吳佳儀副教授、蕭逸專員
7 月 24 日	花蓮縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、邱郁倩專員

日期	縣市	中心出席代表
7月26日	台北市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、紀佩妤專員
7月31日	台中市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、劉映竺專員
8月28日	台東縣	陳俊鶯副主任、吳佳儀副教授、劉映竺專員
8月30日	屏東縣	陳俊鶯副主任、吳佳儀副教授、呂雯專員

四、成果

1. 執行結果

- 1)為有效協助縣市衛生局，今年度自殺防治互動式輔導訪查於5月份始分析各縣市標準化自殺死亡率三年移動平均及初步自殺死亡人數並訂定面訪之六縣市，已於8月底前陸續訪查完畢。
- 2)本中心今年度針對六縣市製作之會議簡報內容結構如下：
 - (1) 全國自殺防治策略
 - (2) 全國自殺死亡趨勢(1994-2018年自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率並分析性別、年齡層、自殺方法、1994-2018自殺死亡率三年移動平均)
 - (3) 縣市自殺死亡趨勢(1994-2018年自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率並分析性別、年齡層、自殺方法、1994-2018自殺死亡率三年移動平均、2018年自殺死亡地圖並依自殺方法區分)
 - (4) 縣市自殺企圖通報概況(2006-2018自殺通報人次並分析性別、年齡層、自殺方法、個案特殊身分註記、再自殺率、2006-2018年全國及縣市自殺通報比)
- 3)台北市、台中市、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣及台東縣於推動自殺防治業務及辦理自殺關懷訪視計畫所遭遇的問題摘要如下，詳細會議紀錄請見附件4-1-1：
 - (1) 青少年及校園學生自殺防治及轉介
 - a. 台中市政府教育局指出目前15-24歲通報人次尚無法確實區分在學/休學狀態。
 - b. 台中市政府教育局反映高中學生及家長較不傾向使用醫療資源，對於外宿生也較難處理。
 - c. 台中市政府教育局、嘉義縣衛生局與屏東縣衛生局皆反映校園內輔導中心或輔導室與地方社區心理衛生中心、醫療單位或社政單位之資源連結尚待加強。
 - d. 15-24歲兒童及青少年群體自殺死亡率近兩年來有微幅上升的趨勢，建議

各縣市衛生局與教育局處加強合作共識、針對兒少議題(如：網路霸凌、網路成癮、隔代教養、輟學)共擬兒少服務流程與資源地圖。

(2) 自殺關懷訪視問題及困境

- a.台北市自殺防治中心反映進入通報系統內之自殺意念者需加以訪視，以致壓縮人力。
- b.台中市政府衛生局反映因縣市外來/就業人口逐年增加，致訪視人力不足且尚無法擴編。
- c.台中市政府北區衛生所面臨於分案時因通報資訊(如：無地址、電話空號、撥打未接)缺漏，屢遭遇個案失聯狀況。

(3) 資源盤點及整合與跨網絡合作問題

- a.精神醫療網中區核心醫院衛生福利部草屯療養院提出是否藉由訂定轉介指標(如：自殺風險、患有精神疾病等)以提升各單位轉介率並可能有利於建立分流機制。
- b.除現有社會安全網及社區心理衛生中心之人員外，嘉義縣衛生局反映其鄉鎮層級人力尚有缺口。
- c.花蓮縣衛生局與臺東縣衛生局反映醫療資源分配不均且偏鄉之醫療資源可近性低(如：因醫療院所較少、地勢狹長)，與自殺死亡率地圖呈現之區位相符，期以衛生局層級於各醫療院所之間建立連結、整合縣市醫療資源。另精神醫療專業人力缺乏，而衛生所提供之諮商心理服務呈現緊繃狀態。

4) 本中心針對六縣市推動自殺防治業務及辦理自殺關懷訪視計畫所遭遇問題之建議摘要如下，詳細會議紀錄請見附件 4-1-1：

(1) 青少年及校園學生自殺防治及轉介

- a.根據目前自殺死亡及自殺通報資料綜合來看，註記學生身分者多從醫療院所端通報，自學校端通報者佔少數；建議衛生局與學校合作教導師生使用心情溫度計行動應用(App)覺察及認識個人心理狀態，另本中心出版的系列手冊可提供師長參考運用。
- b.針對較不傾向使用醫療資源或拒絕轉介的學生或家長，其他縣市以區衛生所為中心建立結合學校周邊的資源進行轉介的次網絡已有斬獲，而在個案層面建議於每月督導時詳加研議如何說服學生及家長接受轉介。

(2) 自殺關懷訪視問題及困境

- a.目前自殺意念並未計入通報比計算中，且自殺意念紀錄也不列入抽查，故有關通報系統內自殺意念者進行訪視是否分散訪員時間、壓縮人力值得探討；建議將有自殺意念但無行為者適當轉介予其他資源。

b.通報資訊缺漏時，可嘗試結合警政單位(如：警察局)協尋、聯繫或溝通，或仍從醫療院所通報端協助追蹤該案。

(3) 資源盤點及整合與跨網絡合作問題

a.針對鄉鎮層級人力尚有缺口問題，建議核心醫院醫療網提供之教育訓練內容以提供實質支援、具體可行的方法為主。另心理及口腔健康司已朝增設社區心理衛生中心之方向持續推動。

b.針對自殺死亡率較高之行政區，建議分析至鄉鎮層級以便定位共通問題及建立在地化自殺防治策略；另需思考如何善用精神醫療專業人力做維地段公衛護士、社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員之外聘督導(如：衛生局邀請部立醫院精神科醫師擔任外聘督導)，並使擔任外聘督導者能夠提供穩定督導協助而非頻繁更替。

(4) 運用自殺死亡及自殺通報數據資料

a.本中心今年已製作 2009 年至 2018 年間全國 22 縣市自殺死亡地圖，建議各縣市衛生局藉由深入分析各行政區、鄉鎮層級自殺死亡分佈情形，參考近年自殺防治工作服務成果，並與各相關局處合作，實地了解各行政區或鄉鎮於推動自殺防治業務的困難與向民眾宣傳相關資源的效益。

2. 結論與建議

各縣市於推動自殺防治業務及辦理自殺關懷訪視計畫所遭遇的問題，在青少年及校園學生自殺防治及轉介方面包括自殺通報尚區確實區分在學/休學狀態、在校高中學生與家長端較不傾向使用醫療資源、校園內輔導中心或輔導室與地方社區心理衛生中心、醫療單位或社政單位之資源連結尚待加強；在自殺關懷訪視問題及困境方面則有部分縣市遭遇訪視人力不足、通報納入自殺意念者致壓縮人力、或於分案時因通報資訊缺漏遭遇個案失聯狀況；在資源盤點及整合與跨網絡合作問題方面，則有部分縣市反映其鄉鎮層級人力尚有缺口、或地方醫療資源分配不均且偏鄉之醫療資源可近性低、精神醫療專業人力缺乏及衛生所提供之諮商心理服務呈現緊繃狀態。本中心已於訪查時提供詳細建議，協助地方逐步改善現況。今年度本中心訪查各縣市遭遇問題分類詳如下表 4-1-1 所示，包括通報資料登載及利用、校內外資源連結管道、資源地圖建置、訪視人力及量能、分流機制與轉介率及醫療資源可近性。

表 4-1-1、縣市推動自殺防治業務及辦理訪視計畫之間題類型、說明及中心建議

問題類型	說明	中心建議
通報資料登載及利用	<p>1. 台中市政府教育局指出目前 15-24 歲通報人次尚無法確實區分在學/休學狀態。</p> <p>2. 台北市自殺防治中心反映進入通報系統內之自殺意念者需加以訪視，以致壓縮人力。</p> <p>3. 台中市政府北區衛生所面臨於分案時因通報資訊(如：無地址、電話空號、撥打未接)缺漏，屢遭遇個案失聯狀況。</p>	<p>1. 根據目前自殺死亡及自殺通報資料綜合來看，註記學生身分者多從醫療院所端通報，自學校端通報者佔少數；建議衛生局與學校合作教導師生使用心情溫度計行動應用(App)覺察及認識個人心理狀態，另本中心出版的系列手冊可提供師長參考運用。</p> <p>2. 目前自殺意念並未計入通報比計算中，且自殺意念紀錄也不列入抽查，故有關通報系統內自殺意念者進行訪視是否分散訪員時間、壓縮人力值得探討；建議將有自殺意念但無行為者適當轉介予其他資源。</p> <p>3. 通報資訊缺漏時，可嘗試結合警政單位(如：警察局)協尋、聯繫或溝通，或仍從醫療院所通報端協助追蹤該案。</p>
校內外資源連結管道	<p>1. 台中市政府教育局、嘉義縣衛生局與屏東縣衛生局皆反映校園內輔導中心或輔導室與地方社區心理衛生中心、醫療單位或社政單位之資源連結尚待加強。</p> <p>2. 台中市政府教育局反映高中學生及家長較不傾向使用醫療資源，對於外宿生也較難處理。</p>	<p>1. 針對較不傾向使用醫療資源或拒絕轉介的學生或家長，其他縣市以區衛生所為中心建立結合學校周邊的資源進行轉介的次網絡已有斬獲，而在個案層面建議於每月督導時詳加研議如何說服學生及家長接受轉介。</p>

表 4-1-1、縣市推動自殺防治業務及辦理訪視計畫之間題類型、說明及中心建議

問題類型	說明	中心建議
資源地圖建置	1. 15-24 歲兒童及青少年群體自殺死亡率近兩年來有微幅上升的趨勢，建議各縣市衛生局與教育局處加強合作共識、針對兒少議題(如：網路霸凌、網路成癮、隔代教養、輟學)共擬兒少服務流程與資源地圖。	-
訪視人力及量能	1. 台中市政府衛生局反映因縣市外來/就業人口逐年增加，致訪視人力不足且尚無法擴編。 2. 除現有社會安全網及社區心理衛生中心之人員外，嘉義縣衛生局反映其鄉鎮層級人力尚有缺口。	1. 針對自殺死亡率較高之行政區，建議分析至鄉鎮層級以便定位共通問題及建立在地化自殺防治策略。 2. 另需思考如何善用精神醫療專業人力做維地段公衛護士、社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員之外聘督導(如：衛生局邀請部立醫院精神科醫師擔任外聘督導)，並使擔任外聘督導者能夠提供穩定督導協助而非頻繁更替。 3. 針對鄉鎮層級人力尚有缺口問題，建議核心醫院醫療網提供之教育訓練內容以提供實質支援、具體可行的方法為主。另心理及口腔健康司已朝增設社區心理衛生中心之方向持續推動。
分流機制與轉介率	1. 精神醫療網中區核心醫院衛生福利部草屯療養院提出是否藉由訂定轉	-

表 4-1-1、縣市推動自殺防治業務及辦理訪視計畫之間題類型、說明及中心建議

問題類型	說明	中心建議
醫療資源可近性	<p>介指標(如：自殺風險、患有精神疾病等)以提升各單位轉介率並可能有利於建立分流機制</p> <p>1. 花蓮縣衛生局與臺東縣衛生局反映醫療資源分配不均且偏鄉之醫療資源可近性低(如：因醫療院所較少、地勢狹長)，與自殺死亡率地圖呈現之區位相符，期以衛生局層級於各醫療院所之間建立連結、整合縣市醫療資源。另精神醫療專業人力缺乏，而衛生所提供之諮商心理服務呈現緊繃狀態</p>	<p>1. 本中心今年已製作 2009 年至 2018 年間全國 22 縣市自殺死亡地圖，建議各縣市衛生局藉由深入分析各行政區、鄉鎮層級自殺死亡分佈情形，參考近年自殺防治工作服務成果，並與各相關局處合作，實地了解各行政區或鄉鎮於推動自殺防治業務的困難與向民眾宣傳相關資源的效益</p>

根據今年度辦理情形，本中心建議未來各縣市衛生局於召開輔導訪查會議時可納入各區精神醫療網核心醫院代表人員，以利協調各區精神醫療網內縣市推動自殺防治業務與提供資源連結。另本案今年度欲給予各縣市於下半年度依建議改善時間，提早於 5 月份始分析排行指標時僅能夠取得 1-2 月初步自殺死亡人數，尚無法適切反映各縣市今年上半年度相較於去年上半年度之自殺死亡人數變化並依此擇定訪查對象，因此建議未來此指標涵蓋的時間範圍應參採當年度訪查行程加以訂定。

五、附件

附件 4-1-1、2019 年度自殺防治互動式輔導訪查會議紀錄

強化媒體互動與聯繫

一、背景

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(copycat)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。

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

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，此外亦與 iWIN 網路內容防護

機構合作，即時通報網路不當的自殺相關資訊，期能做好媒體把關。上述作法旨在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) 持續辦理年度「新聞媒體聯繫會議」，今年主題為「新聞媒體聯繫會議—媒體報導與自殺防治：網路與自殺」，會中透過 2017 年 WHO 最新版媒體工作者報導原則，探討當前網路與自殺之現況與數據，在人人都是自媒體的時代，自殺防治策略該如何因應為一大重點。透過專家學者與媒體代表的對話，共創網路時代與自殺防治的新里程！
 - (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。

三、過程

1. 新聞媒體聯繫會議

1) 召開新聞媒體聯繫會議會前會

2019 年 5 月 14 日(星期二)上午 11 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會前會，與會人員為全國自殺防治中心陳俊鶯副主任、台灣自殺防治學會詹佳達秘書長、臺北醫學大學林進修先生、銘傳大學新聞系孔令信系主任；與會之媒體為 PChome 新聞台。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—媒體報導與自殺防治：網路與自殺」，將透過 2017 年 WHO 最新版媒體工作者報導原則，探討網路之於媒體的改變，以及針對因應網路時代的來臨，自殺防治策略的方向討論。

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 347 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

2019 年 6 月 21 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—媒體報導與自殺防治：網路與自殺」，會議將由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為全國自殺防治中心陳俊鶯副主任、銘傳大學新聞系孔令信系主任、中央社生活組陳清芳組長、iWIN 網路內容防護機構韓昊雲申訴組長。

4) 發布會議新聞稿

- (1) 中心於 6 月 21 日發布媒體聯繫會議新聞稿，共有 5 則露出。
- (2) 新聞稿內容如容如下

四、成果

1. 記者會/新聞發佈

- 1) 記者會：2019 年全國自殺防治中心共舉行小型記者會 1 場次、承辦大型記者會 1 場次。
 - (1) 2019 年 3 月 26 日舉辦「【找回愛的連結】青少年自殺防治」記者會，共 7 家媒體單位與會，包含公視、中央社、中國廣播電台、台灣醒報、警察廣播電臺、大愛新聞台以及新生報，共 10 人，並發布青少年自殺防治新聞稿「【找回愛的連結】青少年自殺防治」，共 28 則露出。
- 2) 新聞發佈：共發佈 6 則新聞稿，總計共 69 則媒體露出之相關報導。新聞稿資訊整理如表 4-2-1，新聞稿內容詳如附件 4-2-1。

表 4-2-1 新聞稿資訊整理

發布日期	發布標題	露出則數
2 月 1 日	豬事大吉迎新年 溫暖關懷賀新春	5
3 月 26 日	【找回愛的連結】青少年自殺防治	28
6 月 21 日	媒體報導與自殺防治：網路與自殺	5
9 月 8 日	同心協力防自殺，網路牽起你我他	23
9 月 12 日	中秋佳節來相聚 傳遞關懷吐心聲	1
10 月 19 日	回應近期媒體報導當中政治人物自殺防治言論	7

1) 新聞媒體聯繫會議

(2) 2019年6月21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—媒體報導與自殺防治：網路與自殺」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為全國自殺防治中心陳俊鶯副主任、銘傳大學新聞系孔令信系主任、中央社生活組陳清芳組長、iWIN 網路內容防護機構韓昊雲申訴組長。與會人員共28人，出席媒體共3間、學協會共1間、衛生局共12間，大專新聞系院校1間，會後新聞稿露出共5則，會議圓滿落幕。

(3) 議程

新聞媒體聯繫會議之議程包含：媒體自殺事件與教唆自殺之因應、網路・社群・失序效應、自殺新聞邊緣線、數位時代中的網安風暴，最末為綜合座談。

(4) 出席人員

a. 當日出席人員如表4-4-1：

表4-4-1、出席名單

單位	姓名	稱謂
貴賓		
衛生福利部心理及口腔健康司	陳少卿	簡任技正
衛生福利部心理及口腔健康司	詹金月	科長
社會福利及衛生環境委員會	劉建國(助理)	召委
社會福利及衛生環境委員會	吳玉琴	委員
蘋果日報	許麗美	編務中心執行副總編輯
tvbs	沈文慈	副總監
台灣新聞記者協會	陳益能	秘書長
台灣自殺防治學會		
台灣自殺防治學會	李明濱	理事長
台灣自殺防治學會	陳俊鶯	常務理事
台灣自殺防治學會	吳佳儀	理事
主講人		
銘傳大學新聞系	孔令信	系主任
中央社生活組	陳清芳	組長
iWIN 網路內容防護機構申訴組	韓昊雲	組長

表 4-4-1、出席名單

單位	姓名	稱謂
各縣市衛生局		
臺北市政府衛生局	余家臻	組員
新北市政府衛生局	林冠蓁	技正
宜蘭縣政府衛生局	蕭佳如	技士
臺中市政府衛生局	蘇聖惠	股長
彰化縣衛生局	許雅禎	科員
南投縣政府衛生局	張淑真	衛生稽查員
雲林縣衛生局	廖振甫	藥師
嘉義縣衛生局	侯芬婷	專任助理
嘉義市政府衛生局	蔡詩穎	個案管理師
高雄市政府衛生局	陳美齡	技士
花蓮縣衛生局	廖欣瑜	護理師
新竹市衛生局	林雪玲	
記者		
健康醫療網	蔡岳宏	記者
大紀元時報	表世鋼	記者

(5) 會議進行與討論

會中邀請四位專家學者帶來專題報告，內容含括媒體於自殺事件報導當中扮演的腳色、媒體與自殺間之關聯以及當前新媒體與自殺間的關聯。其中亦有媒體實務工作者報告關於第一線記者如何對自殺防治出一份力，並傳達現行制度下的限制。另外 iWIN 網路內容防護機構分享關於機構中處理過的事件及其影響。本次聯繫會議的另一大重點便是自殺防治法通過後與媒體有關條文之遵守與釋疑。期透過本次會議，促使媒體與自殺防治專家學者合作更加緊密與理解。會議記錄詳如附件 4-2-2。

(6) 會後新聞露出，如表 4-4-2。

表 4-4-2、新聞露出一欄表

日期	露出平台	標題
2019 年 6 月 21 日	聯合報	自殺死亡年輕化 恐與網路成癮症有關
2019 年 6 月 21 日	大紀元	約束網路自媒體 台《自殺防治法》上路
2019 年 6 月 21 日	YAHOO	防範網路自殺 自殺防治中心提解方

表 4-4-2、新聞露出一欄表

日期	露出平台	標題
2019 年 6 月 21 日	HINET	防範網路自殺 自殺防治中心提解方
2019 年 6 月 21 日	健康醫療網	防範網路自殺 自殺防治中心提解方

1. 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、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。

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，儘管新聞媒體已經非常自律，但很多時候第一時間傳播資訊的是社會大眾，特別是自媒體的時代人人都權在網路上發表觀點，自殺防治教育工作更是刻不容緩。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。

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

附件 4-2-1、2019 年全國自殺防治中心發布新聞稿

附件 4-2-2、2019 年媒體聯繫會議紀錄

自殺新聞監測與投書

一、背景

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。

有許多強而有力的證據支持聳動式的自殺新聞報導會導致後續自殺行為的論點，而這些增長的自殺行為在沒有媒體不適當報導的時候事不會發生的。鑑於近來證據顯示自殺新聞報導準則可帶來正面的影響，故世界衛生組織(WHO)在 2017 年公布之最新媒體自殺事件報導準則之六不六要則提供媒體工作者報導之依據。六不六要內容如下，六要：「要提供正確的求助資訊」、「要教導民眾自殺防治的事實及做法，且不散佈迷思」、「要報導如何因應生活壓力、自殺意念及尋求協助的正面新聞」、「要特別謹慎報導名人的自殺事件」、「要謹慎訪問自殺遺族或友人」以及「要留意媒體專業人士也會受到自殺新聞報導影響」；六不：「不要將自殺新聞放在頭版或明顯的位置，且勿過度、重複報導」、「不要使用聳動化、合理化的描述用語，或將自殺呈現為一個有建設性的解決方法」、「不要詳述自殺方式的細節」、「不要提供自殺事件發生的地點」、「不要使用聳動化的標題」以及「不要刊登照片、影片或社群媒體的連結」。媒體專業人士應熟習如何謹慎報導自殺新聞，在閱聽者「知的權利」與可能造成傷害的風險間達成平衡。

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。

另外根據統計資料顯示，2006年國人以巴拉刈自殺身亡者共有119人，到2016年增加為194人，2017年為277人。巴拉刈因為沒有解毒劑，致死率高達九成，比其他農藥低於二成的致死率高非常多，因此被列為拒毒農藥。自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防治策略之一，全國已有50多個國家全面禁用巴拉刈。本年度學會將持續追蹤巴拉刈禁用之相關報導，配合農委會政策，採用網路平台、新聞稿、媒體投書或記者會等方式積極倡議巴拉刈之禁用。

二、輸入

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) 事件連續被報導且累積達8則(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

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

1. 執行結果

1) 自殺新聞監測：

- (1) 網路四大報自殺新聞摘要，2019 年 1 月至 9 月共製作 1,806 則自殺新聞摘要，分析結果詳見表 4-3-1。
 - a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 369 位、自殺企圖個案 298 位、自殺意念個案共 31 位、不詳共 15 位。
 - b. 2019 年 1-10 月之自殺人數分布，分析結果詳見圖 4-3-1
 - c. 2019 年 1-9 月平均每周被報導個案數，分析結果詳見圖 4-3-2
 - d. 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感情因素、精神健康因素及工作經濟因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、精神健康因素及工作經濟因素。詳見表 4-3-2。
 - e. 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、溺水；跳水、燒炭，自殺企圖者排行前三名為高處墜落、溺水；跳水、燒炭。詳見表 4-3-3。
- (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 4-3-3、

圖 4-3-4。

表 4-3-1、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=369)	318(86.2%)	31 (8.4%)	4 (1.1%)	10 (2.7%)	6(1.6%)
企圖(n=298)	185(89.4%)	12 (5.8%)	4 (1.9%)	6 (2.9%)	0(0%)

表 4-3-2、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=369)	感情/人際因素 78 (21.1%)	精神健康因素 70 (19.1%)	工作經濟因素 37 (10.0%)
企圖(n=298)	感情因素 114(38.3%)	精神健康因素 50 (16.8%)	工作經濟因素 47 (15.8%)

表 4-3-3、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=369)	高處墜落 103 (28.0%)	溺水；跳水 68 (18.4%)	燒炭 54(14.6%)
企圖(n=298)	高處墜落 109 (36.6%)	溺水；跳水 60 (20.1%)	燒炭 41 (13.8%)

2019年報導個案數趨勢圖

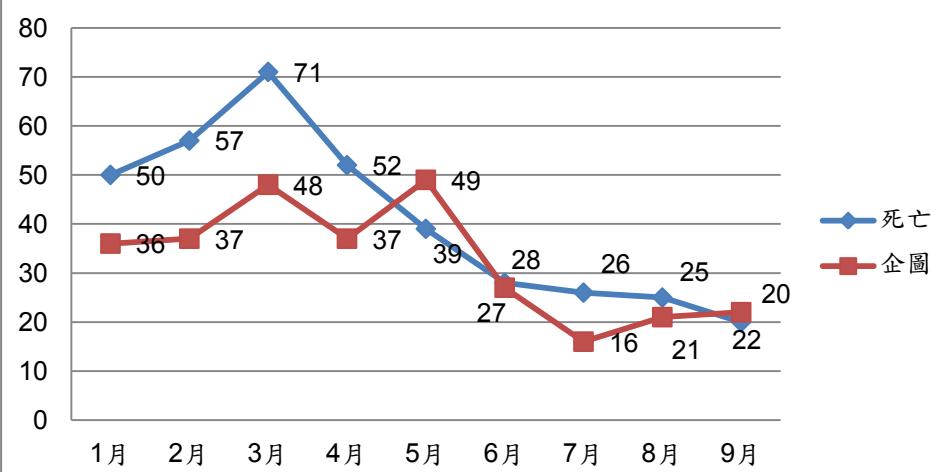


圖 4-3-1、2019 年 1-10 月報導個案數趨勢圖

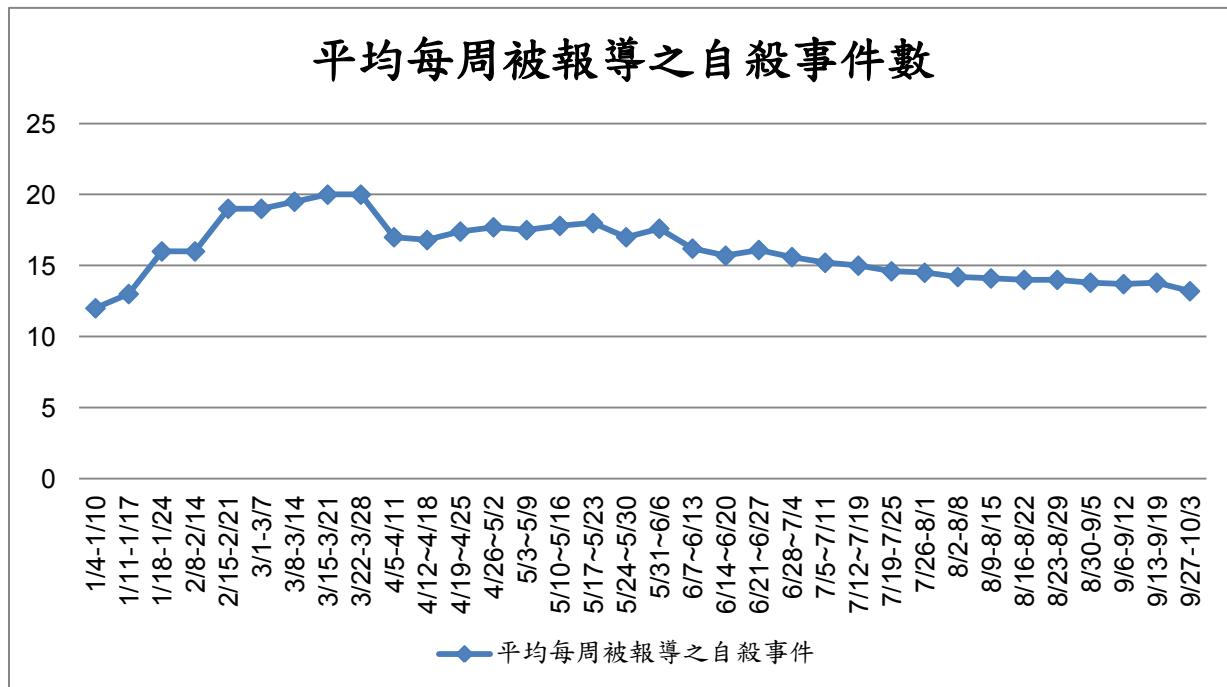


圖 4-3-2、2019 年 1-9 月平均每周被報導之自殺事件數

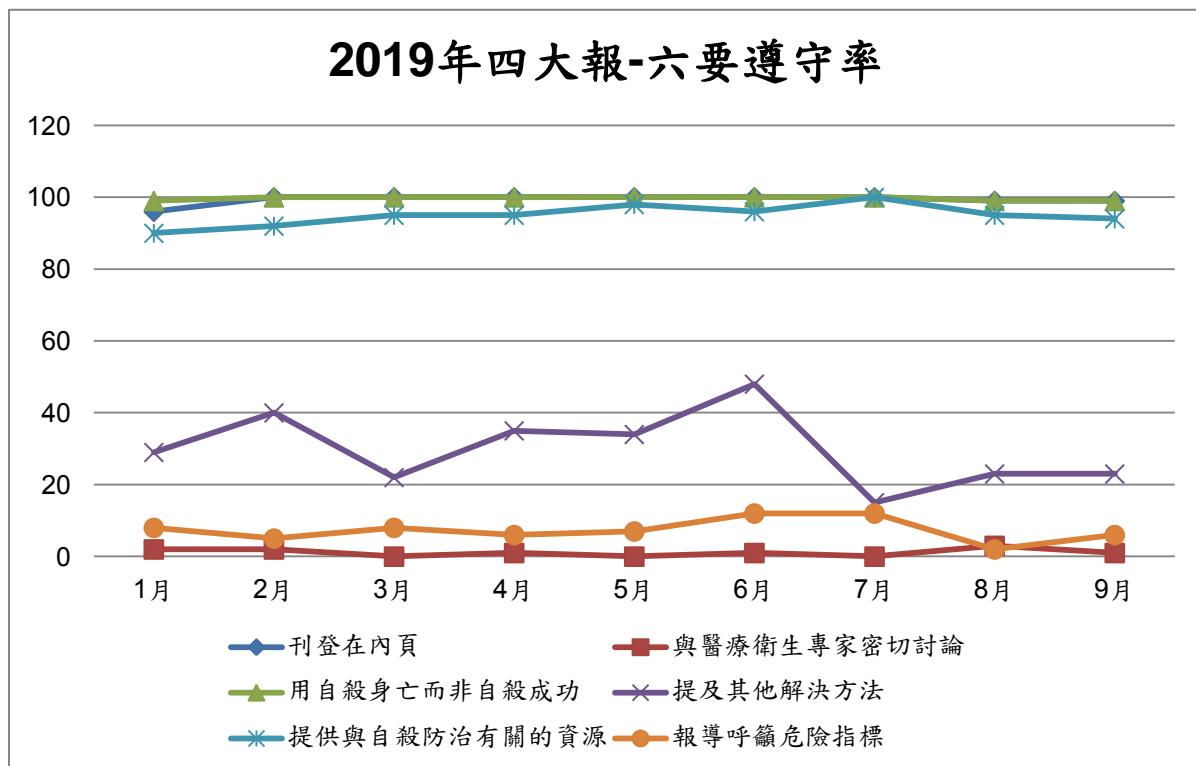


圖 4-3-3、網路四大報「六要」趨勢圖

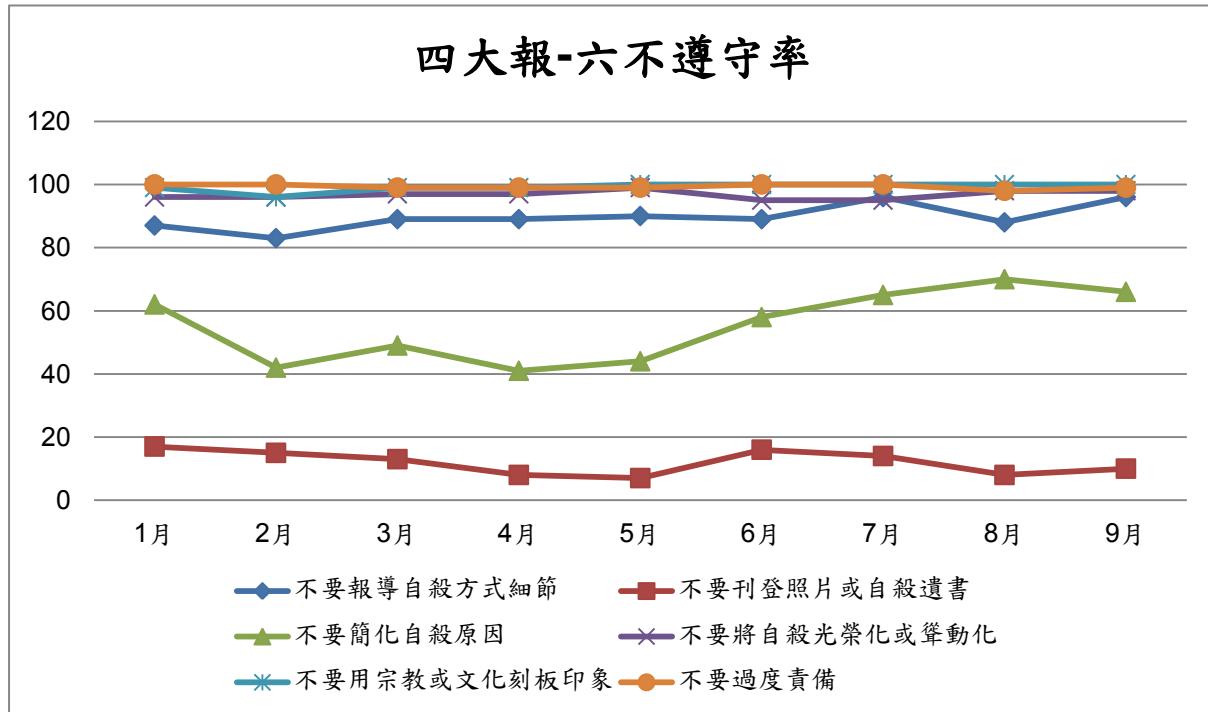


圖 4-3-4、網路四大報「六不」趨勢圖

(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 2019 年 9 月自殺事件相關新聞報導如圖 4-3-5、圖 4-3-6，發現 2019 年媒體在進行自殺新聞報導時，「六要」原則內，「用使用『自殺身亡』而非『自殺成功』」(97.1%) 及「提供正確的自殺防治求助資源」(95.7%) 是較易被遵循的原則，但「要與醫療衛生專家密切討論」(12.9%) 及「報導自殺以外的問題解決方法」(11.5%) 則是比較容易被忽略的原則。「六不」原則中的「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」(99.3%) 及「不要使用光榮化、聳動化、合理化的描述用語或將自殺呈現為一個有建設性的解決方法」(97.8%) 較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」(35.3%) 則是較易被忽略的原則。

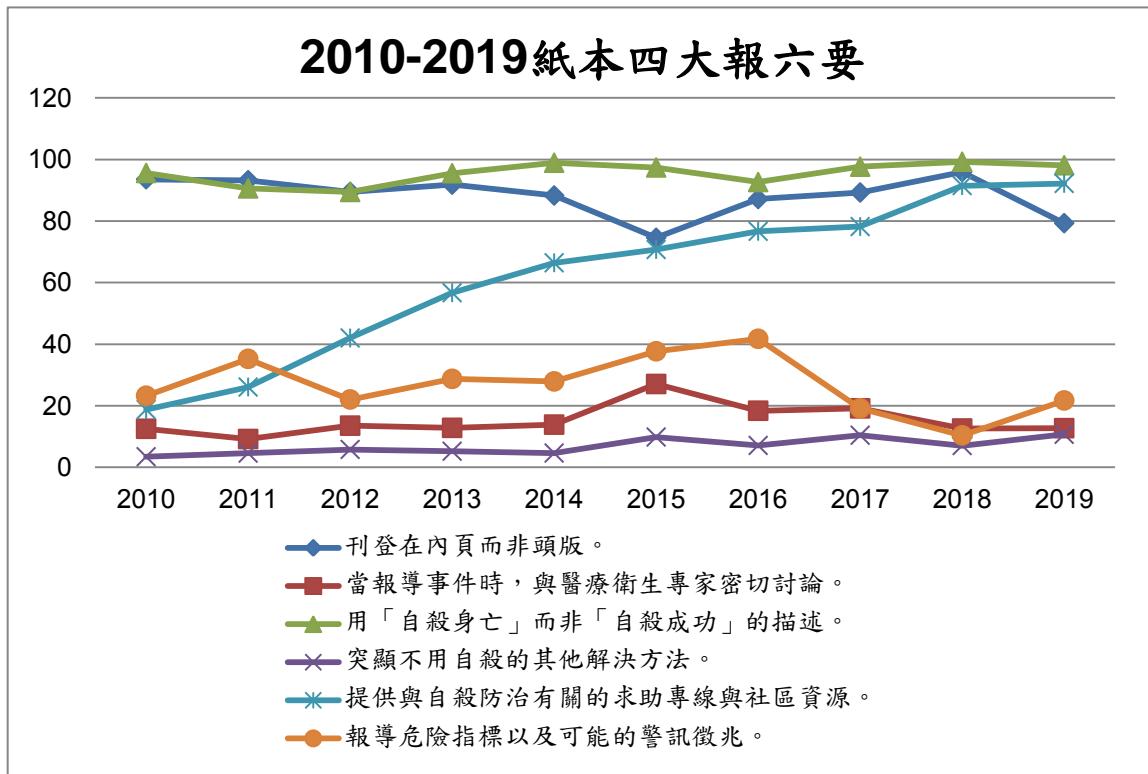


圖 4-3-5、平面四大報「六要」趨勢圖

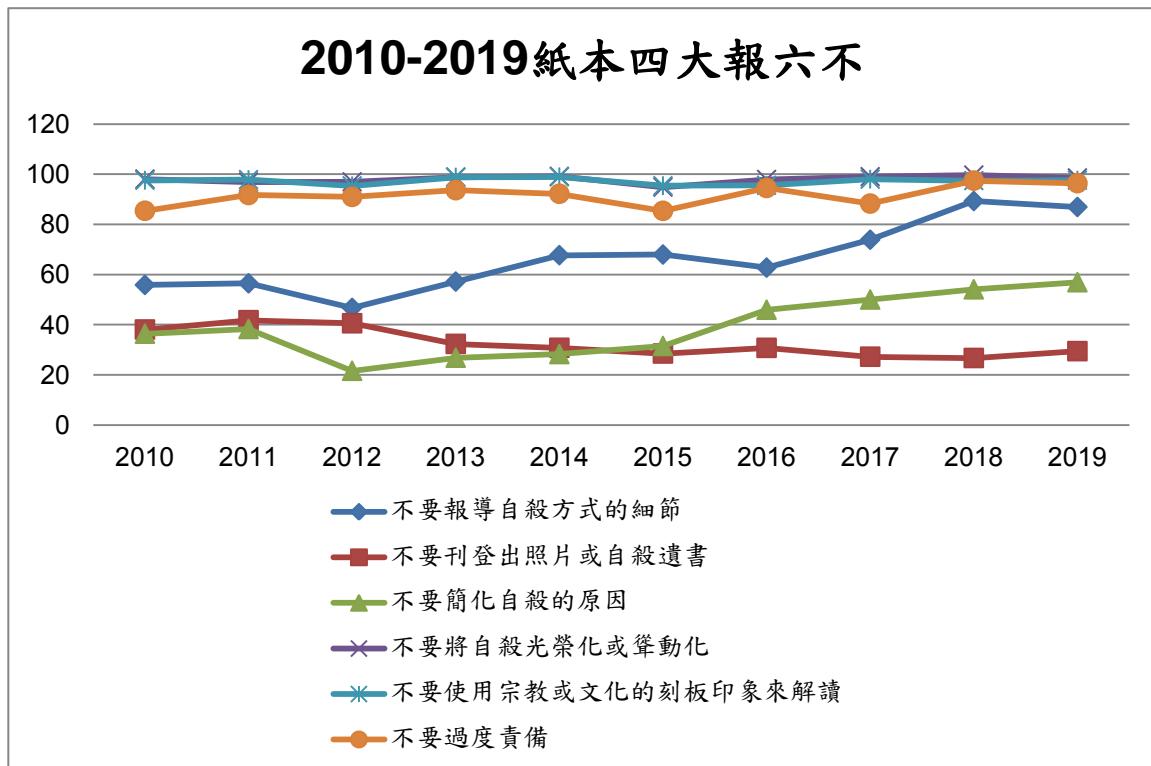


圖 4-3-6、平面四大報「六不」趨勢圖

(4) 今年度自 2 月起特針對網路四大報自殺新聞刊登之照片進行分析，分析內容分別為照片刊登類別及照片刊登總數

a. 四大報網路新聞照片刊登類別分別有共分為 15 項，如屍體照(自殺現場)、自殺現場(不含屍體照)、屍體照(非自殺現場)、自殺企圖/意念當事者(自殺現場)、自殺遺書文字內容、自殺工具照、電腦模擬繪圖、影片或動畫、社交媒體連結、歷年事件回顧或事件發展程序圖表、自殺企圖/意念當事者(非自殺現場)、自殺當事者生前生活照(含與他人合照)、親友照(無自殺者)、生活環境照以及其他。根據前述分類，再進一步參考 WHO 及各專家意見後將各類別分為不可刊登、可彈性刊登以及未規範三類別，各分類如表 4-3-4。

表 4-3-4、照片分類

不應刊登	有條件式刊登(需徵得同意)	未規範
<ul style="list-style-type: none">• 自殺現場含屍體)• 自殺現場(不含屍體)• 屍體(非自殺現場)• 當事人(自殺現場)• 遺書(照片及文字)• 自殺工具照片• 電腦模擬繪圖• 影片• 網路社交社群連結• 歷年事件回顧或事件發展程序圖表	<ul style="list-style-type: none">• 當事人(非自殺現場)• 自殺者生活照(與他人合照)• 親友照(無自殺者)	<ul style="list-style-type: none">• 生活環境照• 相關統計數據圖表• 其他

b.四大報網路新聞照片刊登總數趨勢圖如圖 4-3-7。

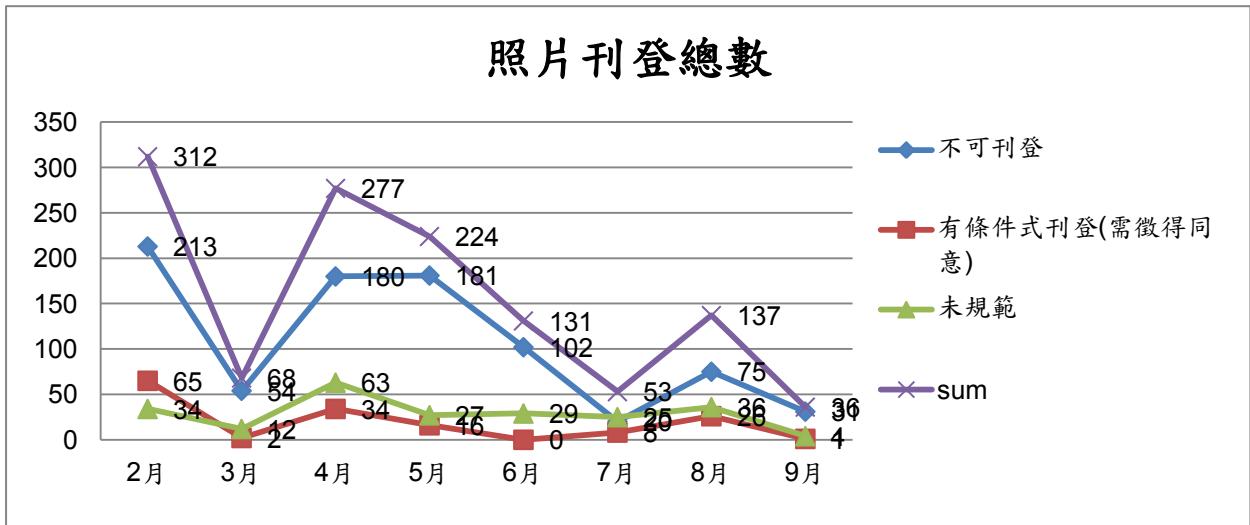


圖 4-3-7、四大報網路新聞照片刊登總數趨勢圖

c.為考慮網路新聞之特性，以上述分類作為標準比較其與原六不六要中「不要刊登照片及自殺遺書」遵從率之差異，遵從率如圖 4-3-8。

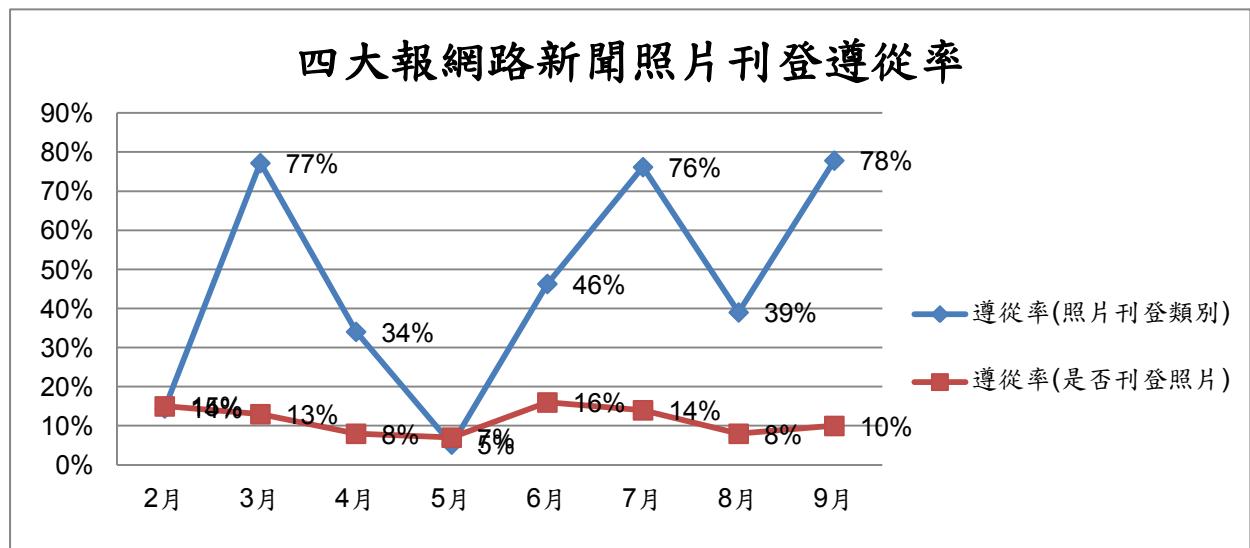


圖 4-3-8、四大報網路新聞照片刊登遵從率

- (5) 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。2019 年 1 月 1 日至 2019 年 9 月 30 日為止，共投訴 50 則自殺新聞報導，下架或改善 34 則。改善率約 68%，不當新聞追蹤一覽表詳如附件 4-3-1。
- (6) 針對農委會禁用農藥巴拉刈之相關新聞追蹤詳如附件 4-3-2。

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。值得注意的是，今年度媒體經中心勸導下架及改善率整體達 68%，顯示自殺防治與媒體間之溝通與管道更通暢且相互理解。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。

除此之外，從每月分析四大報六不六要的遵從率可以發現不僅每月報導之個案數逐漸下降外，網路新聞的六不六要遵從率在「不要簡化自殺原因」(56.2%)項目則逐漸上升。紙本新聞資料則擷取自 2010 年至 2019 年，其趨勢更加明顯，六不六要中「提供與自殺防治有關的求助專線與社會資源」遵守率亦年年上升，於 2019 年遵從率達 95.7%，另外六不中「不要簡化自殺原因」(63.3%)及「不要報導自殺方式的細節」(83.5%)亦呈逐年上升之趨勢。同時持續追蹤巴拉刈政策相關報導，以期自殺防治網絡更加縝密，預防漏網之魚。

五、附件

附件 4-3-1、2019 年不當新聞投訴追蹤一覽表

附件 4-3-2、農委會禁用農藥巴拉刈之相關新聞追蹤

教唆自殺網站之監測與處置

一、背景

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、相約自殺之訊息，也透過各種方式，被有心人士發佈至網路上並形成跨越地域的影響力。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，本學會已於 2014 年研擬教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，亦逐年針對監測及舉報流程加以改善，一旦經由常例監測或一般大眾檢舉，發現網路上有教導自殺或如何使用自殺工具進行自殺等內容之網站，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造成之不當影響，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

1. 執行步驟與方法

- 1)設定常例關鍵字搜尋。
- 2)向 iWIN 網路內容防護機構(以下簡稱 iWIN)申訴。
- 3)全面進行平台檢舉或電郵反映。
- 4)確認網站下架與否，進行結案、追蹤及列管。
- 5)推廣網路監測及舉報。

2. 資源連結合作

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

三、過程

1. 常例關鍵字搜尋

- 1)選擇之關鍵字，分別為「無痛__自殺」、「跳樓__高度」、「燒炭__方法」、「上

吊_方法」，搜尋 google 與 yahoo 等搜尋引擎前 10 頁之內容。

2) 搜尋頻率為每 10 天搜尋一次，並登錄列冊。

2. 舉報步驟

1)iWIN 舉報作業步驟

- (1) 登入國家通訊傳播委員會(NCC)所屬「iWIN 網路內容防護機構」(<https://www.win.org.tw/>)點選「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」，iWIN 系統會自動寄出電郵(Email)，說明案件處理情形。
- 2) 同時向該網站平台之檢舉機制舉報加以勸導，向該平台管理者反映藉以即時撤除不當內容。
 - 3) 申訴後定期追蹤被檢舉網站之下架等相關事宜。「全國自殺防治中心教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程」如附件 4-4-1 所示。

四、成果

1. 搜尋結果

- 1) 截至 2019 年 10 月 23 日，共 393 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 268 個(68.2%)違規網頁已撤除或網址連結失效。
- 2) 在境內網頁部分，已下架者為 141 則(89.8%)、未下架者為 16 則(10.2%)；在境外網頁部分，已下架者為 127 則(53.8%)、未下架者為 109 則(46.2%)。

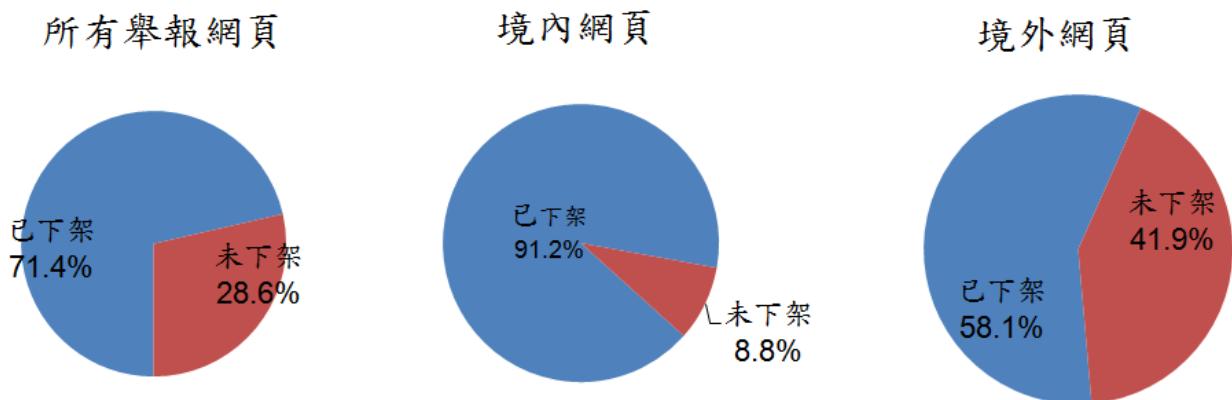


圖 4-4-1 舉報網站、境內外網站下架與未下架圓餅圖

3) 境內教唆網站自 2014 年開始，下架率接近 100%，但 2019 年開始更變搜尋策略後並增加搜尋頻率。搜尋到許多過去的網站，目前已無管理員或者帳號停止使用，導致網站下架較為困難。

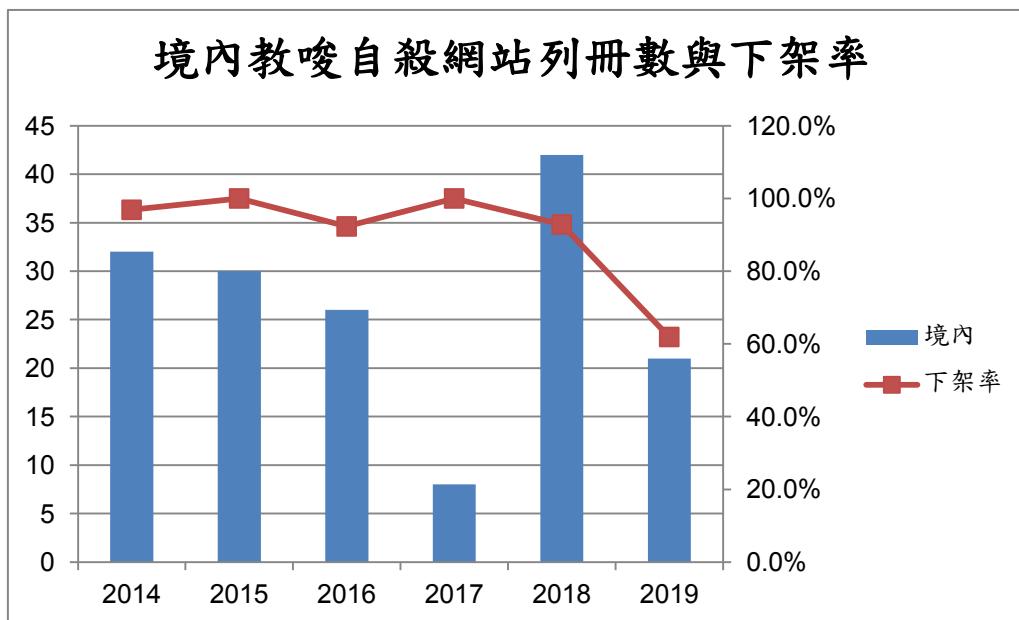


圖 4-4-2 境內教唆自殺網站列冊數與下架率

4) 境外教唆網站自 2016 年起下架率開始降低，境外檢舉未下架之 115 筆中文繁(簡)體網站，大多數採跳板 IP。

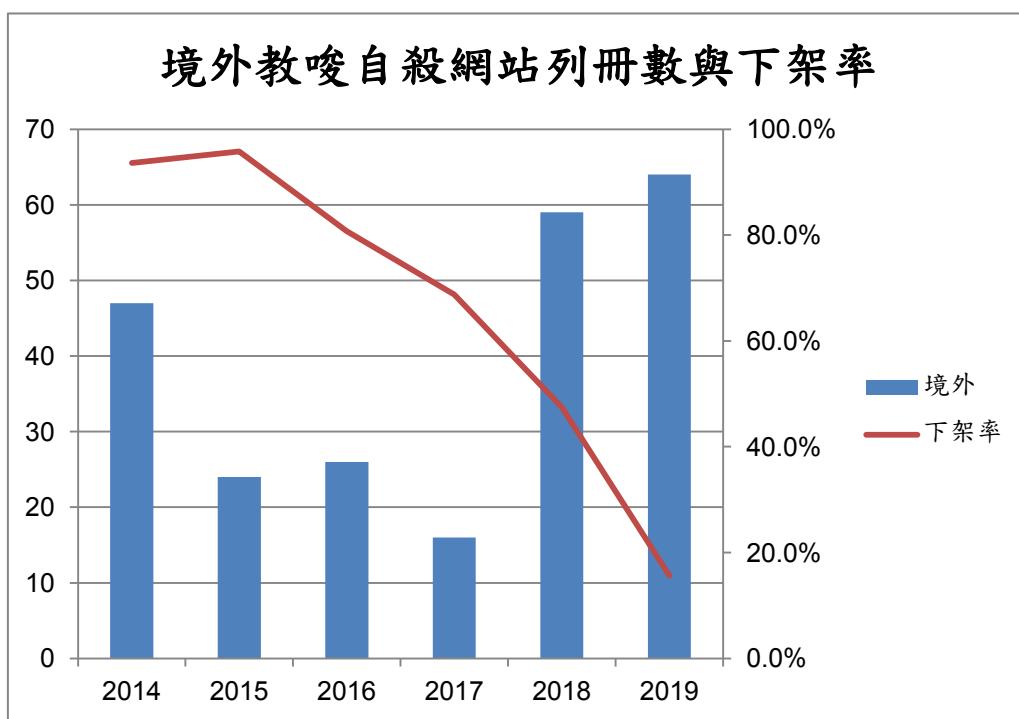


圖 4-4-3 境外教唆自殺網站列冊數與下架率

2. 結論

針對境外檢舉未下架之 109 筆中文繁(簡)體網站，進行歸類後發現多屬兩類：

- 1) 大多數採跳板 IP(其中 66 筆 IP 位於美國各州，佔 60.6%)，避開我國司法管轄範圍。
- 2) 另外檢舉未下架網頁屬中國大陸及香港管轄範圍、其論壇規模較小者，管理機制疏鬆、舉報無門。

在檢舉者、境外國家法規、網站管理者，三方在內容認知上的差異，影響下架成效。雖然持續進行監測及透過 iWIN 舉報，境外網站仍不易有效移除，此部份只能透過另行舉報的方式，儘量讓網站管理者了解，進而下架。此外，中心持續善用相關資源，利用已知中國官方不良訊息舉報平臺網站及香港合作夥伴，多方進行檢舉。

五、附件

附件 4-4-1、教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程

國內常用自殺方式或工具之歷年防治策略 暨研擬限制高危險自殺工具取得之對策指引

一、背景

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。而由單一的介入途徑進行預防、識別出相關的危險因子，並透過適當的方式加以處遇，這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)及指標性(indicated)三大層面。

全面性自殺防治策略乃針對全體民眾，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。由於自殺防治工作有其困難性，故瞭解世界各國推動自殺防治的經驗更顯重要。本中心透過蒐集、閱讀及摘要國內外十年內實證研究，就「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具體之全面性防治策略，供政府各部會層級、學校及全民參考，並同步刊登於全國自殺防治中心網站，共同防範自殺憾事。

另今年度於衛生福利部心理及口腔健康司指導下，以上述高危險自殺方法防治策略與所蒐集之文獻為基礎，併同「全國自殺防治中心計畫」其中基本工作項目(三)1.所提之自殺防治策略建議(詳見「辦理自殺防治之實證研究」章節)，邀集公部門包括中央行政機關、縣市政府各局處代表、衛生局等，研擬可行之限制高危險自殺工具取得之對策指引。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1)組織建立：台灣自殺防治學會、全國自殺防治中心教育宣導組及研究發展組。
- 2)文獻回顧：包括建立搜尋策略、進行文獻蒐集，並將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。

3) 數據資料準備：大型資料庫分析內容擬訂。

4) 邀集相關單位與學者專家。

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棟醫師、臺北榮民總醫院楊凱鈞醫師、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：學術期刊資料庫、專家諮詢小組、專家共識會議。

三、過程

1. 組織建立

由計畫主持人督導、協同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、彙整與數據分析

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，搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keywords)；關鍵字定義為自殺(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：以 EndNote 做為整合文獻的工具，以 Embase 為主要資料庫針對 1974 年至 2019 年之文獻進行蒐集。今年度所蒐集文獻請詳見附件 4-5-1。

3) 撰寫文章與公佈：團隊共蒐集 100 篇有關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，彙整後邀請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，同時置於中心網站宣導。另於該文章之摘要也刊載於本中心所發行之「自殺防治網通訊」季刊，以利推廣至全體民眾，強化「自殺防治，人人有責」之理念。

4) 研擬資料庫分析內容：針對衛生福利部心理及口腔健康司、保護服務司、原住民委員會所提供之資料庫進行資料連結，分析近年自殺趨勢及特殊人口相關之自殺流行病學。

5) 其他數據分析：計算全國各年齡層(15-24 歲、25-44 歲、45-64 歲、65 歲以上)死因之自殺死亡率及全國各性別死因之自殺死亡率，分析結果請詳見第 3-1-1 章。

3. 召開限制高危險自殺工具取得對策會議

本中心於 10 月 1 日召開限制高危險自殺工具取得對策會議，邀集自殺防治策略有關之公部門部會單位、專業團體、專家學者參與限制高危險自殺工具對策會議，會議議程詳附件 4-5-2。

四、成果

1. 「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)及指標性(Indicated)大三面向。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如下圖 4-5-1 所示，約占三成(30.2%-35.2%)，106 年最新數據為 32.6%，為所有自殺死亡中比例最高之方法，近年有微幅上升趨勢；其次為「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」，民國 96 年至 99 年一度超過三成(30.8%-31.4%)，而後逐漸下降，最新 106 年數據為 24.7%；再來是「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，從 96 年起在二成左右徘徊，106 年最新數據為 17.1%，有些為下降趨勢；而同樣為逐漸上升的「由高處跳下自殺及自傷」，從 96 年未滿 10% 至今已有 12.5%，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 7.1% 亦不容小覷。

在自殺通報使用方法與工具方法，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%)，如下圖 4-5-2 所示；「切穿工具自殺及自傷」近三成(26.4%-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。

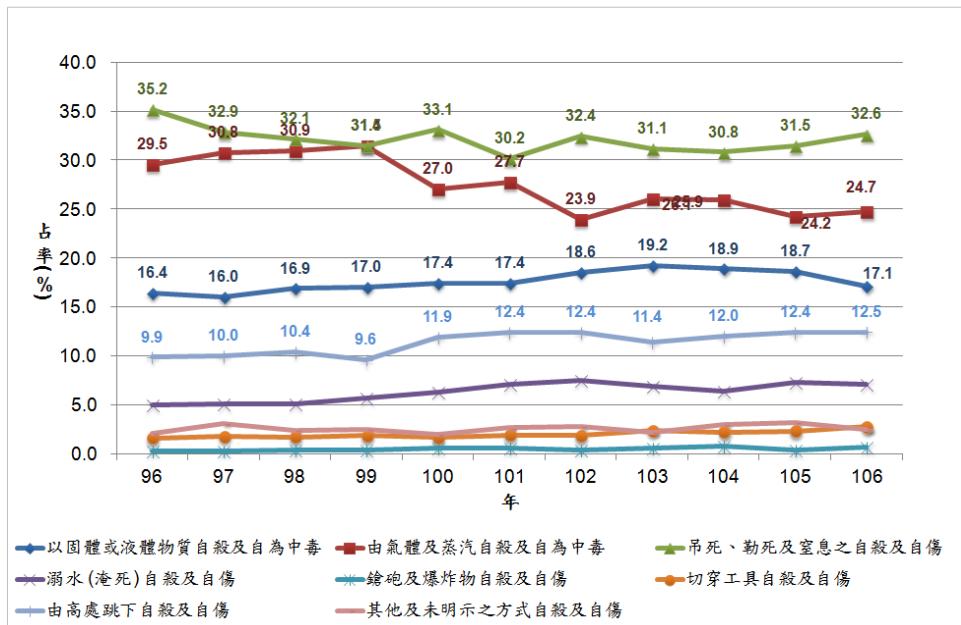


圖 4-5-1、民國 95-106 年自殺方法死亡占率

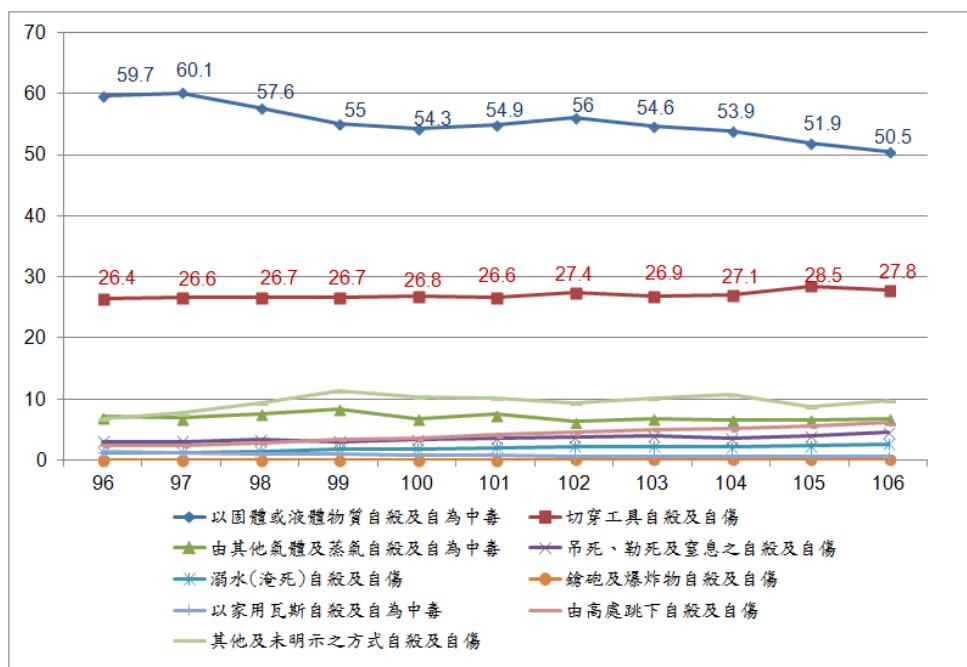


圖 4-5-2、民國 95-106 年各自殺方法通報占率

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 13 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(僅約 10% 發生於監獄、醫院或矯治機構)(Gunnell et al., 2005; Yau & Paschall, 2018)，由於大部分的案例發生於家中，其上吊或窒息物品(如電源線、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危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，並明確界定監獄和社區衛生保健服務之間個別化的持續健康照護路徑(Butler, Young, Kinner, & Borschmann, 2018)。
- 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，致力於增加對自殺預防程序的順從性以及發展良好治療性的溝通(Tanimoto et al., 2018)，同時加強其問題解決技巧與衝動控制(Kölves et al., 2018)。

2)由氣體及蒸汽自殺及自為中毒

此自殺方式包含汽車廢氣、燒炭、氮氣與其他氣體及蒸氣。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。美國與英國研究也發現，汽車加裝觸媒轉化器(catalytic converters)減少一氧化碳的排放可降低使用汽車廢氣自殺之死亡率，因此分別於1975年、1993年頒布相關法令強制執行(Brock, 2003; Mott, 2002; John et al., 2018)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1925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

此自殺方式包含安眠藥鎮定劑、服用或施打毒品過量、除安眠藥鎮定

劑外藥物、一般農藥、一般病媒殺蟲劑、巴拉刈農藥與化學物品。以農藥與藥物自殺之防治若從政策面著手則能顯現成效，孟加拉自 2000 年起禁用高危險性農藥後，因農藥自殺身亡人數顯著下降，且並未造成農業就業或稻米產量之負面影響(Chowdhury et al., 2018)。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%，約旦、薩爾摩也證實禁用劇毒農藥與自殺死亡率下降有關聯性 (Ajadcic-Gross et al., 2008; John et al., 2018)。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 2020 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，非為核淮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)，或設立社區集中農藥儲存機構，由機構指定人員來管理農藥的儲存發放(Reifels et al., 2018)。
- c. 農藥購買建議採用以舊罐換新農藥的方式來管制。
- d. 導入非農藥為基礎的農業害蟲管理方式：農作物多樣化、瞭解昆蟲生活史用自然物質驅蟲、夏天深耕法、光陷阱、營火、黏蟲板、費洛蒙陷阱等(Reifels et al., 2018)
- e. 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(Joob & Wiwanitkit, 2018)。
- 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、非處方藥物包裝與藥物最大劑型條例，避免讓患者有過度儲藥的機會(Jin et al., 2016; Joob & Wiwanitkit, 2018; Kang, 2018; Kölves et al., 2018; Maduemem, Adedokun & Umana, 2018)。
- 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. 加強非精神科開立安眠藥鎮定劑之教續宣導，包含處方合理性、自殺警訊辨識與處置(Reisch, Pfeifer & Kupferschmidt, 2018)
- e. 特殊病人用藥注意事項：
 - a) 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，同時加強家屬對自殺警訊的敏感度(Namkee et al., 2018)
 - b) 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，許多研究發現增設柵欄與安全網有助自殺率下降(John et al., 2018)，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。
- c. 於自殺熱點、水邊或橋上加裝護欄(John et al., 2018)

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。

2. 限制高危險自殺工具取得對策會議摘要

1) 已於 10 月 1 日辦理限制高危險自殺工具取得對策會議，會議摘要如下所示，詳細紀錄請見附件 4-5-3：

(1) 燒炭防治

- a. 可針對木炭包裝上之警語作強化。

b. 考量人力問題，針對燒炭自殺熱點執行木炭不上架販售。

(2) 墜樓(含墜橋)防治

c. 依據大廈管理條例之規定，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。而此部份已經納入縣市政府每年的公寓大廈的業物推動的考核項目。

d. 現行橋梁人行道的護欄都是提升到 1.1 公尺；如果有橋梁需調高護欄高度，各縣市政府可與轄下工程處或公共工程處反映，並針對個案做高度調整。

e. 針對公寓大廈將自殺防治策略納入評選分數之一。

f. 增修規定保全業法，並於保全業者職前及在職訓練增加自殺防治守門人課程。

g. 針對大樓內部至頂樓連通道的部份，作進出人員管制，以減少自殺企圖的民眾上去頂樓自殺。

h. 針對自殺熱點若有疑慮，則宜實地訪查。

i. 增加自殺熱點的物理結構安全性，包含增加欄杆及網子，而研究顯示欄杆 2 公尺以上，並且最上面的地方，有一點彎進去，便可提高橋梁防護。

j. 增加求助動機，例如設立立牌標示求助電話，而不增加其餘鼓勵的話，而此防治方法成本較低。

k. 架設監視器或派遣人力巡邏，但是此防治方法成本較高。

l. 針對大樓窗戶部份，則可以限制不得全開，若需恆開，則應有限制。

(3) 溺水防治

a. 針對溺水防治相關單位，各縣市政府可邀請觀光處，及其他管水之相關單位一同協商。

(4) 校園防治

a. 建議學校及各縣市要盤點當地心理衛生資源，並將所有資源紀錄成口袋名單，而督導老師亦須接受自殺防治守門人訓練；針對低自殺意念者，可以自行於學校進行輔導，不須再轉介給衛生局。

b. 學校與鄰近心理衛生資源採取合作，並且強化輔導人員及時輔導之能力，而臺南市已在試辦學校跟鄰近專科醫師合作，醫師可以定期訪視、轉介其他資源。

3. 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 100 篇。針對文獻蒐集，中心制訂一套系統性文獻搜尋標準與管理方

式，以提升文獻蒐集及策略規畫之品質。另本中心今年度召開限制高危險自殺工具取得對策會議，邀集自殺防治策略有關之公部門部會單位、專業團體、專家學者提供建議，提升實施限制高危險自殺工具策略之可行性。

根據國內外系統性文獻回顧結果，以固體或液體物質自殺及自為中毒、與由氣體及蒸氣自殺及自為中毒之自殺防治策略皆以禁止、限制取得以及減少其近用性(accessibility)為主要方式，如我國因應燒炭自殺方法針對大型連鎖超商及量販店進行木炭非開方式陳列販賣管制、提供超商及量販店販賣人員教育宣導；另有因應使用劇毒農藥自殺方法全台發放農藥上鎖貯藏箱、結合農藥管理人員宣導，並自 2018 年 2 月起禁止進口、加工及分裝巴拉刈。在吊死、勒死及窒息自殺及自傷、由高度跳下自殺及自殺、與溺水(淹死)自殺及自傷方法的防治策略上，是以環境控制、強化設施安全性、以及針對自殺高危險者之辨識與增強其社會支持網絡為主，如我國於各界持續辦理珍愛生命自殺防治守門人訓練及增進第一線人員(如：警消、醫護人員)自殺防治相關知能之課程；而今年度召開限制高危險自殺工具取得對策會議則就墜樓(含墜橋)自殺方法之防治策略及現行法規與有關單位初步討論，有望後續針對公寓大廈及橋梁之結構設計與管理人員的培訓加以研擬更有效之防治策略。

五、附件

附件 4-5-1、國內常用自殺方式或工具之歷年防治策略文獻列表

附件 4-5-2、研商限制高危險自殺工具取得會議議程

附件 4-5-3、研商限制高危險自殺工具取得會議紀錄

我國自殺防治策略、政策比較及具體措施建議

一、背景

根據 WHO 統計每年有近 80 萬人自殺身亡，有更多人是自殺未遂。自殺不只對遺族造成悲劇性的影響，更是整體社群、社區及國家沉重的損失。現行自殺防治策略分為三種：針對自殺企圖者的指標性策略、協助高風險族群的選擇性策略及賦權全體民眾的全面性策略。而這些策略的制訂和實施中，釐清影響自殺行為的危險因子是策略制定和評估至關重要的一環。

自殺的危險因子根據地區文化與世代變遷會有所異同。亞洲國家自殺人數的成長在長者和青少年年齡層較為顯著，而台灣壯年(25-44)和老年(65 歲以上)族群自殺死亡率較高，另外自殺方式在燒炭方式在燒炭使用上有所提升。由上台灣的自殺現象與其他亞洲國家有其相似性和特殊性，而透過文獻和資料的搜尋可以看見他國自殺防治的成功經驗，進而精進並完善台灣的自殺防治策略，最終規劃出自殺防治各階段的目標與藍圖。本學會將持續透過資料庫搜尋與多方交流等多管齊下的方式，系統性的搜尋自殺防治相關策略，回顧各國自殺防治策略及措施，分析其他相關研究。最終依國內需求，規畫具有可近性、可行性又具體的自殺防治策略及措施。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1)組織建立：台灣自殺防治學會、全國自殺防治中心教育宣導組。
- 2)文獻蒐集：包括建立搜尋策略、進行文獻蒐集，並將文獻進行分類與彙整。

2. 資源連結合作

- 1)合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人台灣自殺防治學會、各縣市衛生局、臺大醫學院圖書館
- 2)資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

三、過程

1. 組織建立

本案由計畫主持人邀請專家學者建立專案小組，針對國內外自殺防治策略、實證研究等資料來源進行彙整。

2. 彙整台灣自殺防治策略

蒐集 2005 年至今所執行的自殺防治策略，將蒐集之策略以全面性、選

擇性、指標性進行分類，並依照年代排序。

3. 文獻蒐集

以 Embase 為主要資料庫進行文獻蒐集，針對英、美、日、韓四國自殺防治策略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)、策略(strategy)、防治(prevention)；搜尋範疇為文章標題>Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keyword)。

四、成果

1. 彙整台灣自殺防治策略

中心使用社團法人台灣自殺防治學會之資源搜尋自94年來台灣實施之自殺防治策略，並依照全面性、選擇性、指標性進行分類，並依照年代排序，如下「表 4-6-1、台灣自殺防治策略」所示。

表 4-6-1、台灣自殺防治策略

年份	全面性	選擇性	指標性
2005	1. 新聞媒體聯繫會議 2. 世界自殺防治日活動 3. 安心專線 4. 全國自殺防治行動策略第一期計畫	1. 我國老人自殺問題的因應對策與落實	
2006	1. 民意調查 2. 推動燒炭自殺防治，除每年持續推動並追蹤木炭製造商及進口商業者於木炭外包裝上印製現況	1. 珍愛生命守門人 2. 珍愛生命義工 3. 心情溫度計(BSRS-5)之推廣 4. 署立醫院自殺防治網 5. 社區心理衛生中心之輔導訪查 6. 校園自殺防治策略	1. 自殺通報關懷服務 2. 建置「自殺防治通報系統」 3. 關懷自殺遺族
2007		1. 國防部自殺防治中心心輔官訓練 2. 憂鬱症共同照護網	

表 4-6-1、台灣自殺防治策略

年份	全面性 的推動 3. 原住民方案	選擇性	指標性
2008			
2009	1. 設置珍愛生命數位學習網 2. PGY 將「憂鬱症與自殺防治」列為特殊照護之必修課程 3. 醫院自殺個案管理制度		
2010		1. 每月份給各縣市通報資料分析及滾動式策略建議 2. 每年縣市輔導訪查	
2011	1. 農藥儲藏箱發放		
2012	1. 成立中亞聯大網路成癮防治中心，並開立網路成癮門診。 2. 針對通路部分，與各業者協商推展「非開放式陳列木炭」策略 3. 社區-住宅大廈自殺防治推廣計畫	1. 完備自殺防治通報關懷網絡 2. 自殺關懷訪視員之培訓 3. 自殺未遂者通報追蹤 4. 通報系統改版	
2013	1. 行政院核定「國民心理健康計畫」 2. 通過「職業安全衛生法」		
2014	1. 每年七月針對十大死因發布後提供各縣市前年自殺死亡		

表 4-6-1、台灣自殺防治策略

年份	全面性	選擇性	指標性
	資料統計分析及相關策略建議		
2015			
2016	1. 巴拉刈自殺防治教育宣導	1. 在全國北、中、南三區各進行一場初階及進階之「自殺關懷訪視專業訓練」實體課程	
2017		1. 關訪員紀錄審查及回饋確保訪視品質	
2018	1. 針對大專院校新聞學系及媒體從業人員辦理訓練		
2019			

註 1：中心於 2010 年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，並於 2019 年開始追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。

註 2：我國自 2019 年 6 月 19 日「自殺防治法」已於經統總公布正式施行。

2. 各國策略與台灣異同

共搜尋到 57 篇針對英、美、日、韓四國自殺防治策略之，其中英國 15 篇、美國 21 篇、日本 13 篇、韓國 7 篇。

台灣雖於 2019 年通過自殺防治法案，但相較於英美日韓，仍屬偏晚，如美國多年來有多個法案，並迫使各州政府進行相關改革，日本亦是於 2006 年就制訂自殺對策基本法，隔年又頒佈一般規則，並由中央政府設立特別基金提供財源，除此之外，台灣在法條上仍未完整，美國對精神疾病患者及成癮者，立法保障這些人的保險權益，且「Enactment of the Affordable Care Act」與「Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2007」這兩個法案，一個提高了醫療的可近性，一個聲明了保險制度方面對於精神醫療、物質濫用等部分的公平性，兩者加成下對於自殺照護上可

提供很好的經濟幫助，台灣有醫療上很高可近性的全民健保，但健保及商業保險制度對於精神醫療、物質濫用等部分的公平性仍缺乏；而日本1998年自殺率明顯增加剛好也發生經濟衰退，所以非常重視和自殺有關的社會因素，特別是失業、多重債務問題，制訂有「貸金業法」，在自殺防治的宣導上，也重視債務諮詢議題。

與四國相比，台灣的自殺防治計畫的規劃完整，但是經費挹注不足，在人力上也缺乏專責相關工作的高級官員，以利工作進行。日韓兩國與台灣的三級預防類似，並都重視守門人訓練，在國家級的自殺防治策略介入後，都可以看到因自殺而導致身亡的情況有改善，與韓國相同，台灣全國自殺防治中心也有專員負責統整關於不同群族自殺防治相關實證研究的研究結果發現，提供國內相關機構參考及運用，但在自殺防治活動成效的評估部分仍稍欠缺。

在策略方面，台灣對於自殺事件後的處理(postvention)，如倖存者的處遇，仍較為缺乏，除了精神科專科醫院急診外，其他急診也沒有所謂的Lethal means restriction(LMR) counseling，台灣和日本均重視自殺防治手冊的運用，也重視憂鬱症、自殺防治、鼓勵尋求諮詢協助的宣導活動，但台灣少見大規模及持續性發放自殺防治及憂鬱症宣導資料的活動。

而台灣的地鐵站並沒有設立全高度的平台屏障門，僅有部分的地鐵站設立半高度的平台屏障門，亦無車站裝設藍色LED燈的自殺防治策略，在自殺工具限制上，各國各有不同重心，如美國超過一半自殺是死於槍枝，因此對於槍枝的管制更為重視，台灣上吊、燒炭等個案較多，同時巴拉刈管制也是台灣近年來的重要課題，而文獻中提到的"降低酒精的購買可近性"，在商店密集的台灣不可行。

在特殊族群方面，美國和台灣許多學校的"校園自我傷害防治指引"類似，但內容更多，在國軍方面的策略台灣也較美國簡單(自殺防治專線、基層單位身心巡迴講座、心輔人員知能研習、國軍自殺防治通報網、鼓勵相關學術研究)，亦沒有特別針對退伍軍人的自殺防治策略。日本將學校納入自殺防治的重點單位，重視上游的自殺防治教育與多樣的教育工具，但台灣目前沒有針對同性族群學生與職場的特別自殺防治的計劃，雖有構想，但限於資源有限，實施細節仍需探討。另外，台灣的相關資料和韓國一樣，也顯示著癌症病人有著比較高的自殺風險，這部分也是需要重視的一環。

台灣的自殺防治策略有針對去污名化、連結當地資源以及促進醫療的

連結合作，但還沒有考慮到村落、部落為單位的自殺防治策略，也還未有比較正式的計畫邀請老年人一起投入自殺防治的工作領域。在美國有 36 個部部落接受政府補助發展有在地特色的自殺防治策略，英國也更強調地方政府與在地的自殺防治策略，因地制宜，且除重視醫療單位與其他部門合作外，也強調醫療以外各部門的重要性；以及不同部門的合作，強調跨領域(Multi-agency)的重要性，以及實務經驗的蒐集與分析，做為改善之依據，都可以做為台灣參考的依據。

3. 台灣策略建議

台灣 2019 年推動自殺防治法是一個里程碑，目前各項策略缺乏中央統合者、地方監督者，經費與人力是影響推動計畫的重要因素，自殺防治是重要且辛苦的工作，值得投入更多資源。與美國相比，台灣對於自殺防治、心理健康、精神疾病、物質濫用方面的公務預算與健保預算非常低，有提升預算才可能推行其他的自殺防治策略。國家級的自殺防治政策是推動自殺防治工作的最有效助力。透過法律發布自殺防治原則及經費挹注有助自殺防治工作的推動。可參考日本法律通過後隔年內閣頒佈自殺防治政策一般原則，自殺防治的具體策略更加具體，並成立特別基金供地方政府進行各項自殺防治活動。

在人力與預算有限情形下，需充實預算，並考慮與民間精神醫療資源做結合，以利於自殺防治之概念拓展於。需要有高層級的政府官員專責相關工作，以利整合與溝通協調。鼓勵社區除了依照全國自殺防治策略的指引，也可發展因地制宜的自殺防治策略。地方政府可以扮演更重要與積極的角色，可考慮由中央補助經費，讓村村落、部落發展有在地特色的自殺防治策略，由台灣的某一城市做為”零自殺方案”先導區，仿造 Zero Suicide Initiative，透過專業人員的訓練、高強度的個案追蹤以減少自殺率。

持續政策並整理相關的實證研究，並將之推廣到各個自殺防治的相關領域。與美國相比，台灣本土自殺防治研究不多，文獻中也強調日本嚴重缺乏對自殺防治活動的評估(研究)，台灣須持續鼓勵本土化之自殺防治研究。

限制致命自殺工具的取得，是最有效的自殺防治策略。限制巴拉刈農藥的使用等對自殺防治是有明顯的助益，據韓國的研究結果，禁止使用巴拉刈農藥可以考慮成為國家級自殺防治次略之一。對於藥物販賣的法規可考慮修改及落實(台灣購買 OTC 或者處方藥物並無嚴格管制)。

針對自殺熱點進行分析，瞭解自殺熱點的自殺率狀況，根據韓國的經驗，在地鐵設置屏障門防止民眾闖入地鐵造成自殺，究結果顯示全高度的平台屏障門有其功效，建議可考慮於地鐵站安裝全高度的平台屏障門以阻止進入軌道區域來消除地鐵自殺。日本也將自殺率高的車站應考慮裝設藍色燈或設置物理障礙等有效自殺防治策略。車站之外，其他自殺熱點像是橋樑裝設藍色燈是否也可減少自殺率，可以進一步研究。

對於社會安全、社會福利的投入需要更多資源，社會救助計畫應納入心理健康服務，提升保險制度對於精神醫療、物質濫用等部分的公平性。對於精神疾病患者及成癮者之保險平權可考慮參考推動，由於尋求心理健康、物質濫用、自殺防治方面協助所產生汙名化現象仍很明顯，對「精神疾病」、「自殺」議題進行去汙名化的運動，以提高有需要者願意求助的比例，建議推行能降低汙名化的策略。台灣對於大眾媒體，關於自殺行為、精神疾病，及物質濫用方面的描述品質仍有改善空間，期待自殺防治法能充分落實，對於媒體的報導給予適當的指導與限制。關於憂鬱症、自殺防治等議題的宣導(包括社群媒體、新聞媒介、衛教資料發放)對於減少自殺率有短期效果(2-4個月)，需持續推動。

自殺防治中社會因素有關失業及多重債務部分，日本有「貸金業法」，此外也將債務諮詢列入自殺防治策略一環，可供參考。與勞動部合作，確實要依照勞基法要注意勞工作不要過量、過長，鼓勵機關營造支持友善的文化，並且要鼓勵機構要有勞工心理輔導方案，如公司可和心理諮商所合作的員工協助方案等。

醫院成立「精神科照會(Liaison)部門」以強化醫院自殺防治，對於自殺防治相關臨床訓練、守門人訓練、學校教職員訓練，均可訂立適當標準。可以持續加強對基層醫師自殺防治的教育訓練。建議可在全國的急診提供「Lethal means restriction(LMR) counseling」，有自殺意念或有自殺行為個案離院前要提醒病患和家屬要移除家中危險物品並創造安全的居家環境。或是對精神科剛出院的病人，三天內進行電話關懷追蹤。可以考慮將老年人納入自殺防治的體系中，過程中也可以讓老年人感到活得的意義，進一步也可以減少老年人的失去人生意義感而導致自殺身亡的憾事發生。

兒童青少年及成年早期自殺率增加，台灣和日本有類似趨勢，可加強學校自殺防治教育，在自殺防治教材可以再加強。由政府建立校園自殺防治的指引，內容包括以下事件的處理：在校園發生自殺事件時的處理、學生發生自殺事件回校園後的處理、在校外發生自殺事件的處理、告知父母

或監護的重點、事件發生後的處理等，並鼓勵學校在學生有情緒困擾或有自殺行為時依照 SOP 來處理，應把自殺防治、關懷文化要放到學校教材之中。台灣的學校沒有這麼多校護可組織這樣的計劃，建議可由教育系統、輔導系統針對同性族群學生的特別關懷的計劃，以對自我傷害的兒童青少年，提供良好的心理衛生服務。

台灣目前自殺防治還是以衛政醫療扮演主要角色，但如本文所述；其他部門也扮演重要的角色，而且各有其特殊性。當自殺防治的重要性與相關實務在各部門能夠落實，各部會各局處間網網相連；其效益才能更為顯著。無論是在社區或是限制性的環境，均需要有跨領域的自殺防治網絡；以及密切的夥伴關係，來提升自殺防治之成效。將服務與資源外展至其他部門。另外實務經驗的蒐集與分析，也是要發展具在地特色、符合在地需要之自殺防治模式所需的重要基礎。

五、附件

附件 4-6-1、我國自殺防治策略、政策比較文獻列表

編製 107 年自殺防治年報(電子書)

一、背景

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。自 1997 年起自殺進入國人十大死因之列，且死亡率逐年上升，並於 2006 年達到高峰。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，計畫期間完成全國自殺防治中心設立，開辦安心專線，建置自殺防治通報關懷系統，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。第二期計畫期程為 2009 年至 2012 年，計畫重點包括：落實推動第一期計畫於先導區及推廣區之試辦經驗於全國，以及強化各縣市社區心理衛生中心功能等。

在政府跨部會與民間單位之通力合作下，國人自殺粗死亡率已由 2006 年每十萬人口 19.3 人之高峰，逐年降至 2014 年每十萬人口 15.1 人，並於 2010 年脫離十大死因之列。惟 2015 年至 2017 年間的微幅上升，顯示自殺防治工作仍有需要加強改善的空間，如何擬定有效之防治策略，加強各單位間之網網相連仍是重要課題。

2019 年彙集 2018 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「107 年自殺防治年報」，對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 分析歷年自殺死亡及通報趨勢。
- 2) 調查中央及各縣市 2018 年自殺防治工作成果。
- 3) 整理中央及各縣市 2018 年自殺防治工作成果。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、中央及地方自殺防治工作成果調查。

三、過程

1. 資料蒐集

1)自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：1994-2018 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)自殺通報資料檔

(1) 資料期間：2006-2018 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 2.5 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)

3)中央及地方自殺防治工作成果

蒐集 2018 年中央、各縣市自殺防治工作成果。

2. 資料分析

1)自殺死亡、通報資料特性分析

2)中央自殺防治工作成果

3)縣市自殺防治工作成果

四、成果

1. 執行結果

編製 107 年自殺防治年報(電子書)1 份，大綱如下表：

表 4-7-1、107 年自殺防治年報大綱

目錄	說明
序	
壹、臺灣自殺數據分析	
一、歷年自殺死亡變動趨勢	分析歷年與 107 年自殺死亡、通報趨勢；針對各項自殺死亡及通報指標做分析。
二、107 年自殺死亡狀況	
三、歷年自殺企圖通報變動趨勢	
四、107 年自殺企圖通報狀況	
貳、全國自殺防治策略	
一、歷年全國自殺防治策略沿革	整理歷年中央自殺防治策略沿革過程，列舉 107 年中央自殺防治工作成
二、107 年全國自殺防治策略	

表 4-7-1、107 年自殺防治年報大綱

目錄	說明
	果及全國自殺防治中心業務。
參、107 年縣市自殺防治策略	
一、各縣市自殺防治策略	收集各縣市自殺防治策略，並針對全面性、選擇性、指標性策略作整理與分析。
二、整理與分析	
肆、資源連結	提供自殺防治相關資源。
伍、附錄	

2. 各縣市自殺防治工作整理

1) 全面性防治策略，對象為全體民眾，促進社會大眾心理健康，及自殺相關資訊之監測。主要工作包括：媒體互動與觀察、減少致命性自殺工具的可近性、加強心理衛生教育、推動精神疾病與自殺的去污名化。

2018 年各縣市執行自殺防治業務在全面性策略方面大多集中於透過宣導活動加強心理衛生教育、減少致命性自殺工具可近性兩大方面：

(1) 在宣導活動方面，多數縣市有針對不同年齡層或不同場域辦理心理衛生宣導活動，例如配合世界自殺防治日系列活動辦理記者會或是依照不同年齡層結合不同單位辦理校園、職場講座等，除此之外，也有部份縣市較善用媒體(包含傳統媒體及新媒體)，多樣化宣導心理衛生健康觀念。

(2) 減少致命性自殺工具可近性方面，依據不同縣市自殺方式特點，針對轄內較高占率自殺方式辦理自殺防治宣導，例如木炭安全上架、農藥販賣業者宣導、高樓自殺防治等，並且針對農藥或木炭販賣業者進行宣導及守門人訓練。

2) 選擇性防治策略，對象為高風險族群，強化心理健康篩選及高風險群的辨識。主要工作包括：推動「珍愛生命守門人」教育訓練、推廣心情溫度計、高風險個案心理健康篩檢轉介。

2018 年各縣市執行自殺防治業務在選擇性策略方面分為珍愛生命守門人教育訓練、推廣及利用心情溫度計進行心理健康篩檢、高風險個案轉介三大方面：

(1) 珍愛生命守門人教育訓練涵蓋類型較廣，包含各場域自殺守門人訓練、自殺工具販賣業者守門人訓練、針對不同年齡層辦理自殺守門人訓練。

(2) 推廣心情溫度計，使用方式有印製貼紙發送、張貼宣傳海報以及宣傳心情溫度計 App，於不同場合宣導使用心情溫度計、協助民眾檢測心情指

數。

- (3) 加強老人、弱勢家庭等高風險族群的關懷及轉介，提供心理諮商服務。
- 3) 指標性防治策略，對象為高自殺風險個人，主要針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，主要工作包括：自殺者與其親友的關懷、強化自殺關懷訪視人員的訓練及相關能力。
- 2018年各縣市執行自殺防治業務在指標性策略方面分為自殺關懷訪視員訓練、針對特定族群延長關懷時限、辦理支持團體三大方面：
- (1) 自殺關懷訪視員訓練，以督導會議形式加強專業技巧及辦理個案討論會針對困難個案進行探討，藉由專業督導的建議協助個案。
- (2) 針對65歲以上老人再自殺個案，延長關懷訪視服務時程及增加訪視頻率，透過密集且延長關懷時程，以降低個案再自殺風險。
- (3) 辦理自殺企圖者支持團體、自殺遺族支持團體。
- 4) 由各縣市自殺防治工作成果可以看出，除自殺企圖者通報後關懷訪視服務外，著重於全面性策略的心理衛生宣導活動及自殺工具的防治策略；在選擇性策略方面則以珍愛生命守門人教育訓練為主，與衛生福利部2018年度衛生教育主軸計畫，宣導「自殺防治守門人」議題相符；同時也對加強於高自殺風險族群做心理健康篩檢。
- 5) 自殺防治是心理衛生工作的重要課題，需要中央及地方合作，依據各縣市之組織架構、可用資源、優勢與挑戰進行不同的防治策略，達到「網網相連、面面俱到」的目標。

3. 結論

藉由年報的編製，盼能增進一般民眾對於自殺現況、全國自殺防治工作的認識；各縣市自殺防治工作的整理，能提供各界探究當前自殺防治政策、問題，作為未來政策擬定之參考。

五、附件

附件4-7-1、107年自殺防治年報

第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

一、背景

1. 相關問題與重要性

全國的三個自殺防治策略為指標性、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，為選擇性策略之重要一環。

根據台灣本地之健保資料庫研究顯示，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：精神科醫師、醫院及診所各科醫師、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。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，亦促進每一個人對於自殺議題的關懷。

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

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、家醫、公務人員。
- 3) 於全國主要地區以視訊轉播，同步進行單向及雙向討論方式，辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程。

2. 資源連結與合作

- 1) 合辦單位：中華民國醫師公會全國聯合會。
- 2) 協辦單位：中華心理衛生協會、中華民國家庭照顧者關懷總會、中華民國醫務社會工作協會、台灣失落關懷與諮商協會、台灣長期照護學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣精神醫學會、台灣輔導與諮商學會、台灣憂鬱症防治協會、台灣臨床心理學會、社團法人中華民國肯愛社會服務協會、社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華居家服務員福利協會、社團法人台灣向日葵全人關懷協會、社團法人台灣長期照護專業協會、社團法人台灣長照護理學會、社團法人國際生命線台灣總會、財團法人天主教失智老人社會福利基金會、財團法人弘道老人福利基金會。
- 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 次大型自殺防治守門人講座。

三、過程

1. 活動規劃期程

- 1) 考量課程推廣效益，1 月中旬確定與中華民國醫師公會全國聯合會合作辦理，日期訂於 5 月 25 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 23 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。
- 2) 由李明濱計畫主持人與陳俊鶯副主任擬定課程主題及綱要，於 3-4 月間持續聯繫合作協辦之學、協會相關單位。
- 3) 3 月開始持續與合辦單位中華民國醫師公會全國聯合會聯繫各項細節，並發函給國內第一線醫療及社會工作相關專業人員之學協會，邀請共同協辦此訓練課程，協助在其網站或會員通訊上轉知活動及報名資訊。
- 4) 4 月初與講師們聯繫、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。

- 5) 5月初匯集講師簡報及簡歷，製作課程手冊。
- 6) 5月25日於臺大醫院第七講堂辦理「第一線專業人員之自殺防治守門人課程」。並於課後整理成果，處理學員申請繼續教育積分之相關作業。
- 7) 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。
- 8) 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

1. 執行結果

5月25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廖士程常務理事及陳俊鶯副主任擔任講師。課程主題包含：臺灣自殺防治新進展(國內自殺最新數據、自殺防治策略)、自殺防治守門人：理念與實踐(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，詳細議程請見附件 4-8-1。

當日亦於全國23間地區醫院同步視訊轉播，詳細場地詳見表 4-9-1。當日總人數為502人，醫師占141人，護理人員占285人，臨床心理師占6人、諮商心理師占2人，藥師占16人，社工師占12人，職能治療師占7人，物理治療師占2人、醫事放射師占9人、牙醫師占1人及其他人員占21人。

表 4-8-1、第一線專業人員自殺防治守門人課程場地分配

地區	地點
現場	臺大醫院第七講堂(臺北市常德街1號)
雙向互動會場	
【臺南市】	郭綜合醫院B區5樓榕華廳
【屏東縣】	安泰醫院B棟11樓第一禮堂
單向會場	
【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

表 4-8-1、第一線專業人員自殺防治守門人課程場地分配

地區	地點
【彰化縣】	臺中榮民總醫院研究大樓 2 樓第三會場
	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】	高雄市立小港醫院 8 樓教學討論室
	健仁醫院第一教室
	大東醫院 5 樓會議室
【花蓮縣】	阮綜合醫院門診大樓 6 樓會議室
	花蓮縣醫師公會會議室
	玉里慈濟醫院七樓慈濟部會議室
【臺東縣】	慈濟綜合醫院關山分院 5 樓慈濟部
	蘭嶼鄉衛生所長期照護中心
	綠島鄉衛生所主任辦公室
【澎湖縣】	三軍總醫院澎湖分院醫療大樓第一會議室
【連江縣】	連江縣立醫院 3 樓講堂

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 23 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、發現潛在有自殺危險者，亦有人員希望有更多關於場地的指引、以及提出一些硬體設備的改善意見，課程整體滿意度高達 80% 以上，也希望未來有更多關於自殺防治相關講座可以參與。

五、附件

附件 4-8-1、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練議程表

伍、教育訓練、宣導規劃及聯繫會議

社群網站 Facebook 之運用與推廣

一、背景

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。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

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 5-1-1 及表 5-1-2。

表 5-1-1、2019 年 1-10 月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	關係修復-家人篇	六月	把握當下-珍惜擁有
二月	關係修復-親密關係	七月	認識心理疾患-專注當下放下焦慮
三月	關係修復-與自己和好	八月	認識心理疾患-傾聽陪伴走出憂鬱

表 5-1-1、2019 年 1-10 月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
四月	把握當下-與自己相處	九月	認識心理疾患-認識網路成癮
五月	把握當下-表達練習	十月	聽聽內心的聲音-傾聽發現自我的美好

表 5-1-2、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

1. 2019 年 Facebook 粉絲專頁貼文詳細規劃見表 5-1-3

表 5-1-3、2019 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
一月	與家人的關係修復：家人是生活上最親密的人，所以常會忽略一些日常的細節，導致關係產生裂痕。但是家人關係並非理所當然，如果忽視這些累積起來的小裂痕，家人間會漸漸疏離，因此與家人的關係修復是很重要的課題，本月將探討如何修復已經產生裂痕的家人關係。
二月	親密關係修復：親密關係的發展可能來自許多原因，幼時記憶及父母的相處模式等等，更是深深的影響著每個人，故親密關係是許多人必須面對的議題，但卻也是許多人選擇忽視與逃避的問題，當我們開始重視親密關係的修復更可以讓彼此開始對話，說明自己的需求也能聆聽對方的困擾，而使我們開始站在對方立場思考。
三月	與自己和好：在忙碌的社會中，每個人每天都努力的配合著大家的步調生活，努力的去愛別人、關心他人，很多時候都會忘了要照顧自己。偶爾停下腳步，回頭認真的檢視自己的內心。當每個人的自我內在都得到滿足後，才會更有能力去回饋社會、關愛他人。

表 5-1-3、2019 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
四月	正念減壓： 延續三月主題「與自己和好」，進一步邀請民眾感受自我的內在，學習如何藉由正念覺察內心的每個狀態，深入自我的了解與減少壓力。正念(Mindfulness)的意思是專注於當下，全然開放的自我覺察，一種不帶自我批判的心態，以好奇心和接納內心和腦海的每個念頭。換句話說，正念也代表了「真正活在當下」，藉由覺察自身的每個起心動念，為內在帶來更大的自由與空間。
五月	表達練習： 現代人生活步調相較以前變得更快，但卻常疏於溝通，使得人與人之間的距離越來越遠，人際距離的遠近會影響親情、友情、愛情的關係。學習如何表達對親友、愛人的感情是重要的課題，如果能把握每次相處的機會，適當的表達對於他人真實的情感與關心，就能縮短人與人之間的距離，促進人際關係的正向發展。
六月	珍惜擁有： 人永遠在探索未知的事，也永遠不知道會發生什麼事，珍惜現在才是最重要的，當遇到挫折與阻難時，也要用積極的態度去面對，咬牙一下就過去了。把握現在，專注在此時此刻與對你來說重要的事情上！人生最美好的幸福並非是你「沒有」的，而是你已經「擁有」的幸福。當你全心投入在你正在做的事情，就可以好好地享受生活，享受每個片刻。試著努力活出每一天，每天都用心生活、充實自我，讓每天的自己越來越好。
七月	專注當下，放下焦慮： 七月份開始，大主題為認識心理疾患，焦慮症患者時常讓自己生活在過度憂慮未來的壓力中，愈是去想它，焦慮就愈容易變成壓力，形成惡性循環，因此無法專注於當下的人事物，進而影響工作表現，甚至是日常生活。本月份將逐步透過介紹焦慮症、如何辨識以及因應焦慮，讓讀者認識焦慮症，學習如何放下焦慮、專注當下、安定身心。
八月	傾聽陪伴，走出憂鬱： 憂鬱症是很普遍卻很容易被低估的疾病，人難免有憂鬱情緒，當鬱悶的情緒過於嚴重或影響到正常生活，甚至出現自殺意念時，就得多多加留意。社會大眾常常分不清楚一般的憂鬱與憂鬱症的差別，也難以面對憂鬱症患者，本月份將藉由文章分享、簡單的自填量表等，幫助民眾理解憂鬱症，以及介紹如何與憂鬱症患者相處，諸如關懷、傾聽、同理、陪伴等，與患者一起走出憂鬱。

表 5-1-3、2019 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
九月	認識網路成癮：隨著智慧型手機及其他 3C 產品的普及化，大大的提升了網路的可近性，我們的社會也因此有了高度的改變，不論是生活方式、社交媒介、娛樂還是工作型態都受到了網路的影響。網路雖然能幫助我們解決生活上的不少問題，但另一方面也讓許多人沉迷在網路的世界中，進而影響生活。本月將介紹網路成癮的各種樣態，幫助民眾認識網路成癮進而避免過度使用網路造成生活上的不良影響。
十月	傾聽發現自我的美好：現代人生活總是匆匆忙忙，許多時候的行為與決定往往難以經過思考，僅只於一念間。就如過度消費、過度飲食甚至是忽略自身的情緒反應等。其實偶爾停下腳步，只要多停留五秒鐘的時間，仔細感受自己的感受，或許能夠帶來意想不到的結果喔！

四、成果

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至 2019 年 10 月 15 日統計如下

(1) 按讚粉絲人數共有 7,290 人，每月趨勢分析見表 5-1-4。

表 5-1-4、2019 年一月至九月趨勢分析表

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	30	366	195	26901	12.2	6.5	896.7	6921
2	31	365	124	23451	11.7	4	756.4	6948
3	31	562	258	40067	18.1	8.3	1292.4	6983
4	31	794	292	42031	25.6	9.4	1355.8	7008
5	32	652	223	24521	20.3	6.9	766.2	7043
6	30	513	577	19662	17.1	19.2	655.4	7065
7	32	523	137	23815	16.3	4.3	744.2	7103
8	32	556	128	38077	17.4	4	1190	7243
9	31	494	117	24676	15.9	3.8	796	7276

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），包含鼓勵主動對外求助及壓力抒解之秘訣。

- 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 5-1-1。
- 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。
 - 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

這張相片有什麼問題？

- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

由 Jeff Ko 建立

你可採取的行動

若你的朋友人身安全受到威脅，請立即聯絡當地執法機關。

提供協助或支援
告訴 Jeff Ko 你隨時可以提供協助和支援。

聯絡朋友
和你信任的人深入討論這個問題。

要求我們審查貼文
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。

返回 **繼續** **返回** **完成**

圖 5-1-1、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，經過九年多的耕耘，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 15 日止，粉絲專頁按讚人數共有 7,290 位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，共發布 280 則貼文、獲得 4,825 個讚、2,051 人次留言及公開轉載、總瀏覽人次為 263,201，並且每則貼文平均約有近 1000 以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達 42,031 人次。就不同貼文類型而言，2019 年上半年最受歡迎的類型為「衛教宣導」以及「資訊分享」。其中，衛教宣導著重於增進民眾對精神疾病之認識、促進精神疾病去污名化與提供患者相關求助資源，資訊分享則在於將與心理衛生、精神醫療等相關議題的活動分享給民眾。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。另將對粉絲頁的主題、呈現型式等與按讚率、分享以及留言等進行分析以為改善提升之參考。

心情溫度計應用程式(App)更新與推廣

一、背景

1. 相關問題與重要性

在數位化的現代，全球正處於數位資訊媒體快速成長之階段，而網際網路、智慧型行動裝置等相關媒體平台，實為極重要的行銷通路。根據台灣網路資訊中心〈2018 台灣網路報告〉，台灣 12 歲(含)以上國人，其智慧行動裝置上網率已達 77.3%(約 1,637 萬人)；DataYougurt 資料優格〈2017 4G 行動生活使用行為調查〉則顯示國人平均一天使用手機 4 小時又 5 分鐘。

在行動應用程式(Mobile Application，以下簡稱 App)方面，根據資策會〈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，平均有十六個自行下載的 App；而多項調查皆指出經常手機用戶接觸的 App 服務以社群媒體、內容媒體以及即時通訊為主。而 App 下載量方面，以 2018 年第三季而言，App Store (iOS)及 Google Play (Android)的 App 全球總安裝下載次數，分別為 76 億次及 195 億次。以資策會 FIND 於 2012 年所作〈台灣民眾行動裝置應用軟體使用行為與偏好〉來看使用者之背景，Google Play (Android)多為年輕、收入較低、學生群體，而 App Store (iOS) 則以壯年、教育程度較高、中高收入之專業人士群體為主。

由於我國網際網路、智慧型裝置及行動應用已普及化，並成為國民日常生活中經常接觸之媒體，為使「心情溫度計」更有利於民眾觸及、使用，本會於 2014 年開發「心情溫度計」App，並兼顧 Android 及 iOS 兩大作業系統，提供用戶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，本中心歷年來持續推廣、宣傳心情溫度計 App，並隨使用者需求更新相關功能及介面，以利促進民眾心理健康。

2. 方案目標

「心情溫度計」App 提供「心情溫度計」(又稱「簡式健康量表」，BSRS-5)之檢測、分析建議、「心情溫度計」自我評量追蹤比較、以及全國心理衛生資源，使民眾得以檢測自己和親友的心情狀態、並依檢測結果查詢鄰近精神醫療院所以適時尋求協助，此外，App 亦分享心理健康秘笈，包含自殺防治系列手冊、影音資源，方便民眾查詢參考。並製作「心情溫度計」App

推廣影片，介紹「心情溫度計」檢測的題目概念及意涵，使民眾了解「心情溫度計」的檢測內容及培養定期自我檢測的習慣，更進一步幫助親友，關心其心情狀態。另外，亦製作一部「心情溫度計」App 操作教學影片，提供使用者下載前後觀看，以協助其操作。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

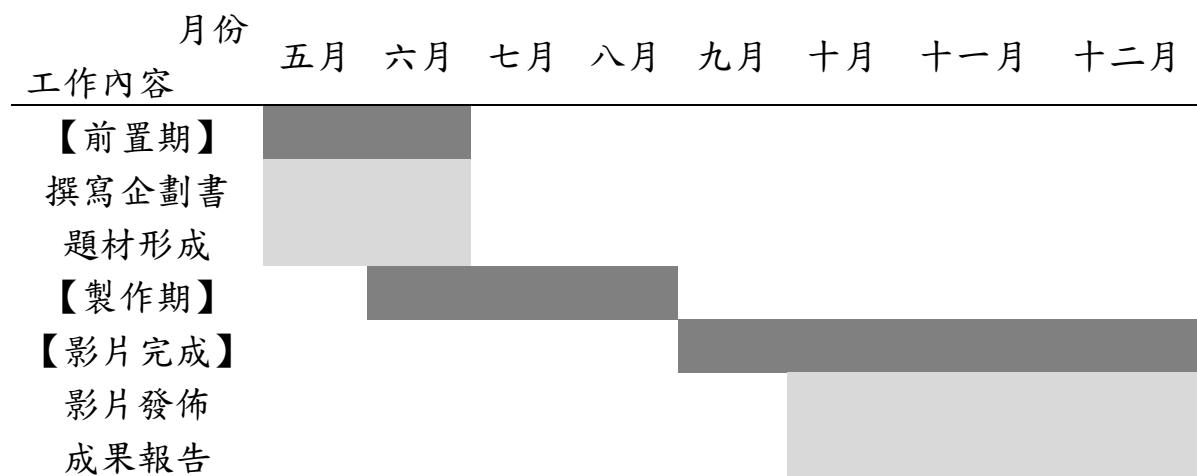
- 1) 規劃、設計行動應用程式之功能、使用流程及介面。
- 2) 製作行動應用程式，並經測試後上線。
- 3) 持續維護及更新相關訊息及資料。
- 4) 持續維護及更新程式功能、使用流程及介面。
- 5) 結合相關活動，持續辦理推廣及宣傳。

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開發人員、後台管理系統開發者；全國精神科診所協會。
- 2) 資源連結內容及形式：資料提供、會議討論、功能探討、使用流程及介面之規畫及設計、協助執行推廣及宣傳計畫。

3. 「心情溫度計」App 操作教學影片

- 1) 影片內容：以動畫手法呈現，旨在「心情溫度計」App 的操作及使用教學示範，以利民眾了解「心情溫度計」App 的使用及內涵資源。
- 2) 製作期程



4. 「心情溫度計」App 推廣影片

- 1) 影片內容：以動畫手法呈現故事，旨在推廣「心情溫度計」App，以簡單易懂的動畫故事情節，帶領民眾了解「心情溫度計」檢測的概念及內容，並推廣求助資源、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) 故事/劇情大綱：以剛出社會的新鮮人小愛為主角，描述其在職場上遇到的情境，與事情發生後的情緒與生活變化，並在某次朋友推薦他心情溫度計App後，開始下載使用。小愛使用App定期檢測自己的情緒，並依循App給予的建議行動，經過一段時間後，他的情緒及生活漸漸改變了，原本讓他情緒低落、失眠等原因慢慢地消失，也更主動的與人互動，並將App推薦給有需要的朋友。

3) 製作期程

工作內容	月份						
	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月	
【前置期】							
撰寫企劃書							
分鏡表							
【製作期】							
【影片完成】							
影片發佈							
成果報告							

三、過程

1. 「心情溫度計」行動應用程式開發、維護及更新

1)iOS 作業系統版本：鑑於工業技術研究院已有建立成熟的健康管理平臺，且適用於 iOS 作業系統，期將心情溫度計納入其中，以提供民眾完整身心之照顧，因此與工業技術研究院進行合作開發。於開發階段持續進行功能測試、回饋及修正，「心情溫度計」1.0 版(iOS 版本)在 2014 年 8 月 28 日於 App Store 正式上架。

2)Android 作業系統版本：為達期程規劃，同步尋求建置 App 之專業志工協同開發，於 2014 年 7 月甫完成初步版本，再於同年 8 月進行各項功能測試、回饋及修正。「心情溫度計」1.0 版(Android 版本)在 2015 年 3 月於 Google Play 正式上架。

3)近期重大更新專案：2018 年 4 月，本中心依近年使用者需求及管理之便利性，再與台灣大哥大合作整併、更新兩大作業系統版本之功能及介面。台灣大哥大通路暨金流技術處開發人員協助整併兩大作業系統版本，並新增功能(例如：閱覽影音資源、設定定時檢測功能等)、優化使用者介面，使操

作更加直觀、簡便。此外，亦整合 App 管理者平台，以達本中心維護及定期更新相關資訊之便利。2018 年期間，本中心總共召開六次「心情溫度計 App 開發設計討論會議」，Android 作業系統版本於 2018 年 5 月完成更新後正式上架，而 iOS 作業系統版本則於 2018 年 7 月中旬完成更新後正式上架。

- 4) 「心情溫度計」App QR code 版本更新：2018 年 8 月，本中心重新設計適用於兩大作業系統之 App QR code，並於其版面新增本中心標誌(LOGO)，增進 App QR code 辨識度，如下圖 5-2-1 所示。



圖 5-2-1、「心情溫度計」App QR code

2. 「心情溫度計」行動應用功能之更新項目

- 1) 新增提醒使用者定時檢測之功能。
- 2) 新增閱覽本中心 YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」相關影片之功能。
- 3) 新增彈出(Popup)視窗功能，有利於宣傳本中心最新訊息及出版品。
- 4) 新增檢測紀錄之視覺化圖表。
- 5) 優化使用者介面。
- 6) 新增、整合管理者平台，以利本中心維護及定期更新相關資訊。

3. 「心情溫度計」行動應用之推廣及宣傳

- 1) 透過數位及社群媒體網絡之連結，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) 置入珍愛生命數位學習網之課程，於課後評估表加入「心情溫度計」App QR code，提升曝光率。
- 3) 置入本中心各類實體課程(如：畢業後一般醫學訓練、各單位講師推薦、台大通識課程)授課講師之簡報，於課程中介紹到「心情溫度計」時，邀請學員下載、安裝並學習使用。
- 4) 將「心情溫度計」App QR code 提供予衛生福利部，以利後續推廣及宣傳使用。

- 5)於 Facebook 粉絲專頁、Line 通訊群組、本中心網站電子報及相關合作單位繼續加強推廣之外，另將自殺防治系列手冊之電子書、宣傳品等皆附上「心情溫度計」App QR code。
- 6)與全國精神科診所協會合作，定期更新精神科診所的聯絡方式及地址，並請該會協助向基層精神科醫師宣傳，以利置入診間推廣，促進民眾於看診期間下載。
- 7)2019年2月本中心與台灣大哥大公關暨品牌管理處合作，對台灣大哥大特定用戶群體寄發總共約二十五萬則「心情溫度計」App 宣傳簡訊。
- 8)自殺防治學會方俊凱監事於7月16日「醫師好辣」節目推廣心情溫度計，16日至17日共增加1,093次的下載數。
- 9)於「『心好有你』1925(依舊愛我)一起來做生命守門人-安心專線特展」擺攤及現場演說心情溫度計 App 相關內容，邀請民眾下載安裝及檢測，並於現場協助解說檢測結果。再搭配自殺防治小遊戲讓民眾更了解自殺防治、安心專線及心情溫度計，推廣人人成為守門人的概念。
- 10)未來更新計畫：
- (1)於心衛資源、電子書、影片專區新增分類或搜尋的功能，如心衛資源可再細分為診所、醫院，或於電子書及影片專區可搜尋特定名稱項目。
 - (2)影片專區內新增連結至本中心 YouTube 頻道「自殺防治 e 學院」。
 - (3)新增「推播」功能用於宣傳目前推廣中的影片、文宣品及活動等。
 - (4)新增定位功能，協助使用者定位心衛資源。

4. 「心情溫度計」App 操作教學影片

- 1)前置期：2019年5月至6月規劃教學影片的內容，搜尋相關App操作教學影片參考，融合「心情溫度計」特色，擬定影片內容。
- 2)製作期：2019年6月至8月設計、製作動畫，並經長官及同仁給予建議後修改，於9月初完成影片。
- 3)發布期：
- (1)2019年10月由中心長官同仁討論影片於社群網路上之定位及相關傳播策略。
 - (2)使用Facebook及Youtube平台宣傳影片，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、心情溫度計、教學影片；Hashtag 設定如：自殺、自殺防治、轉介資源、心情溫度計、教學影片、一問二應三轉介。

5. 「心情溫度計」App 推廣影片

- 1)前置期：2019年7月至8月參考相關App介紹影片，融合「心情溫度計」

特色設計故事劇情，製作分鏡表。

2) 製作期：2019年8月至11月設計、製作動畫，並經長官及同仁給予建議後修改，於11月完成影片；動畫分鏡請詳見附件5-2-1。

3) 發布期：

(1) 2019年11月由中心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平台宣傳影片，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、心情溫度計；Hashtag設定如：自殺、自殺防治、轉介資源、心情溫度計、一問二應三轉介。

四、成果

1. 執行結果

1) 「心情溫度計」App最新功能，詳見下表5-2-1：

表5-2-1、「心情溫度計」App功能項目及內容描述

項次	功能項目	內容描述
1	簡式健康量表(BSRS-5)	使用者可隨時隨地測量心情困擾程度，了解個人或他人心理照護需求，並採取相應之行動。
2	測驗紀錄	每筆測驗結果依時間順序呈現，促進使用者了解近期及歷來測驗分數變化情形。
3	測驗結果	測驗結果以視覺化的長條圖呈現，附有簡短說明，並融合各類顏色以供使用者更易區辨其嚴重度。
4	電子書/影音資源	提供使用者連結各類心理健康及自殺防治系列手冊，亦包含影音資源之閱覽。
5	心衛資源	依照使用者所選縣市，提供各縣市精神醫療及心理衛生資源單位名稱、地址及聯絡電話號碼，並可連結至用戶地圖立即查詢、定位單位精確位置。
6	提醒定期檢測	使用者可以設定定期檢測的提醒通知，連結至該用戶行事曆，此後每週將會定期提醒檢測。
7	求助電話	使用者若有求助需求，可立即點選撥打至安心專線、男性關懷專線、生命線或張老師。
8	彈出視窗功能	管理者可於彈出視窗置入最新消息及出版品資訊。
9	刪除檢測紀錄功能	使用者可自行刪除手機的檢測紀錄，避免與其他人的測驗紀錄混淆。

- 2) 累計至 2019 年 10 月 31 日為止，Android 版本下載總數為 18,281 次，iOS 版本下載總數為 17,369 次。
- 3) 累計至 2019 年 10 月 31 日為止，兩大作業系統版本共有 21,772 筆檢測紀錄；以總分 6 分為切點(cut point)，0-5 分占全體 36.6%、6 分以上占 63.4%；若以性別而言，6 分以上者女性占多數；以年齡層分析，6 分以上者在 15-24 歲占最多，而 65 歲以上最少，如下表 5-2-2 所示。
- 4) 針對心情溫度計 App 檢測紀錄，以性別及年齡分別與分數分組進行卡方檢定，結果皆為顯著，顯示性別及年齡與總分具顯著關係，如下表 5-2-3 及表 5-2-4 所示：

表 5-2-2、「心情溫度計」App 檢測結果之性別、年齡、分數分組

性別 分數 年齡	男		女		總計	
	0-5 分 N(%)	6 分以上 N(%)	0-5 分 N(%)	6 分以上 N(%)	0-5 分 N(%)	6 分以上 N(%)
<14	154(43.4)	201(56.6)	318(30.6)	720(69.4)	472(33.9)	921(66.1)
15-24	1,059(39.0)	1,658(61.0)	2,000(31.4)	4,371(68.6)	3,059(33.7)	6,029(66.3)
25-44	1,044(36.9)	1,789(63.1)	1,591(32.3)	3,330(67.7)	2,635(34.0)	5,119(66.0)
45-64	444(52.1)	408(47.9)	1,140(50.6)	1,111(49.4)	1,584(51.0)	1,519(49.0)
>65	113(64.9)	61(35.1)	109(41.9)	151(58.1)	222(51.2)	212(48.8)
總計	2,814(40.6)	4,117(59.4)	5,158(34.8)	9,683(65.2)	7,972(36.6)	13,800(63.4)

表 5-2-3、卡方檢定(性別*分數分組)

	數值	df	漸近顯著性 (雙尾)
皮爾森 (Pearson) 卡方	69.550	1	.000
有效觀察值個數	21,772		

註：分數以 6 分為切點分為兩組

表 5-2-4、卡方檢定(年齡*分數分組)

	數值	df	漸近顯著性 (雙尾)
皮爾森 (Pearson) 卡方	379.836	4	.000
有效觀察值個數	21,772		

註：分數以 6 分為切點分為兩組

2. 結論

目前階段心情溫度計 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。未來將結合各項美編以及連結諸多外部資源。

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，之後發佈新聞稿或舉辦記者會加以宣導。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，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，未來期能編列出相關預算或尋求公益合作，強化 App 之功能及吸引力，擴大後續推廣，以促進開發心情溫度計 App 之更高效益。

3. 心情溫度計相關影片

- 1) 心情溫度計操作教學影片：<https://youtu.be/ZFE5wvnN5M4>
- 2) 心情溫度計推廣影片：預計 11 月製作完畢

五、附件

附件 5-2-1、心情溫度計 App 動畫推廣影片分鏡表

全國自殺防治中心網站與雲端數位學習平台維護及宣導

一、背景

台灣在政府與民間共同努力下，自殺於2010年首次退出國人十大死因，直至2018年仍維持在國人十大死因之外，但仍需要持續在社會中宣導自殺防治的重要性，才能將「自殺防治，人人有責」的觀念深植於人們的心中，且透過社會中每個人的力量，有效的提升國人心理健康、降低國人自殺死亡率。

現代社會中，網際網路已成為人們生活中不可或缺的一部分。現代人透過網路瀏覽資訊，藉此獲得相關知識與技能。全國自殺防治中心網站以宣導自殺防治為主軸，持續更新國家自殺防治策略，並將正確的自殺防治知識及觀念傳達給民眾，期望能提升社會大眾對自殺防治議題的接受度，引起更多民眾體會到自殺防治的重要性。

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、關懷訪視員、醫療專業人員學習自殺防治相關知識，提升學習自殺防治知識的便利性。透過網網相連理念，更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，期許更多民眾一起加入自殺防治的行列。

二、輸入

1. 全國自殺防治中心網站維護及推廣

1) 中心網站資訊更新

- (1) 定期更新自殺防治相關知識，如自殺防治網通訊及自殺防治系列手冊。
- (2) 更新自殺相關統計數據、自殺防治策略。
- (3) 發表最新研究文章及宣導心理健康相關資訊。

2) 運用雲端免費平台加強網站功能

- (1) 將 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道之自有影片內嵌至中心網站的文章中，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) 使用 Google 表單製作活動報名功能，藉以統計各項活動的報名狀況。
 - (3) 使用 Google Analytics 統計網站造訪人次及點閱數，評估推廣成效。
- 3) 維護網站雲端主機及建立資訊安全措施：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。

2. 數位學習網維護及推廣

1) 數位學習網課程更新：更新數位學習網課程供醫事人員、關懷訪視員、一

般民眾學習最新的自殺防治相關知識。

- 2) 運用 YouTube 影音平台：數位課程於 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道公開後，將影片內嵌至數位學習網作為課程供大眾學習，也藉此增進中心 YouTube 頻道之能見度。
- 3) 持續與台灣數位學習股份有限公司合作，維護數位學習網站系統。除可確保系統可能的漏洞能被及時處理之外，也能取得學習網系統的新功能，藉此提供民眾更好的學習環境。
- 4) 雲端主機資訊安全措施：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。
- 5) 資源連結與合作：持續將數位學習網課程影片無償提供給政府機關或民間機構作為自殺防治教育訓練的用途。

三、過程

1. 全國自殺防治中心網站維護及推廣

- 1) 中心網站資料更新：本年度統計至 10 月 31 日止，網站共發布 9 則最新消息及 7 份電子報，並於 3 月底刊載 2019 年版本的「自殺方式之具體防治策略」，且將自殺防治通訊網第 14-1、14-2、14-3 期與網路自殺防治手冊上架。
- 2) 網站資訊安全維護：每週使用快照備份服務備份中心網站，並為網站雲端主機設置防火牆，避免駭客入侵系統。

2. 數位學習網維護及推廣

- 1) 學習網持續更新課程供醫事人員、關懷訪視員、及一般民眾學習，今年持續錄製中心推薦的講師演講的守門人講座、中心舉辦研討會及相關教育之訓練課程做為數位教材，持續推動自殺防治教育訓練。
- 2) 外部單位合作：將自殺防治中心自製的影片無償授權給政府機關、學校，作為自殺防治教育訓練的用途。目前自殺防治中心與 e 等公務園、台北 e 大、中華郵政、台灣大學通識課密切合作，持續推廣自殺防治守門人課程。
- 3) 網站資訊安全及系統維護：
 - (1) 每週使用快照備份服務備份數位學習網資料，並為網站雲端主機設置防火牆，避免駭客入侵系統。
 - a. 與台灣數位學習股份有限公司簽定系統維護合約，並於 8 月將數位學習網升級為 RWD(Responsive Web Design)版本系統，提供更優質的學習環境。

四、成果

1. 中心網站執行成果

根據 Google Analytic 統計結果，今年 1 月至 10 月的訪客人數為 22,887 人，網頁總瀏覽數為 43,289 次。

2. 數位學習網執行成果

1) 數位學習網 1-10 月的課程提供對象、課程數、通過人次如表 5-3-1。

表 5-3-1、數位學習網 1-10 月課程數及課程通過人次表

課程提供對象	提供課程數	課程通過人次
護理人員	48	437,047
藥師	36	13,696
諮商心理師	31	1,883
臨床心理師	29	1,243
醫師	35	1,945
關懷訪視員	39	5,227
一般民眾	12	1,211

2) 數位學習網與 e 等公務園等外部單位進行合作，表 5-3-2 為各單位的課程通過人次表，其中中華郵政將數位學習網提供的「自殺防治守門人」及「珍愛生命、樂活職場」列為年度員工必修課程，因此課程的通過人次大幅增加。

表 5-3-2、外部合作單位通過課程人次表

外部單位名稱	提供課程數	通過人次
e 等公務園	5	14,307
台北 e 大	5	1,886
中華郵政	6	25,718
台大通識課： 心理健康促進與自殺防治	5	90

3) YouTube 頻道影片內嵌至數位學習網後，受惠於大量護理人員於學習網修課的因素，YouTube 頻道的觀看次數大幅成長，圖 5-3-1 為本年度 1-10 月的頻道觀看次數統計圖。

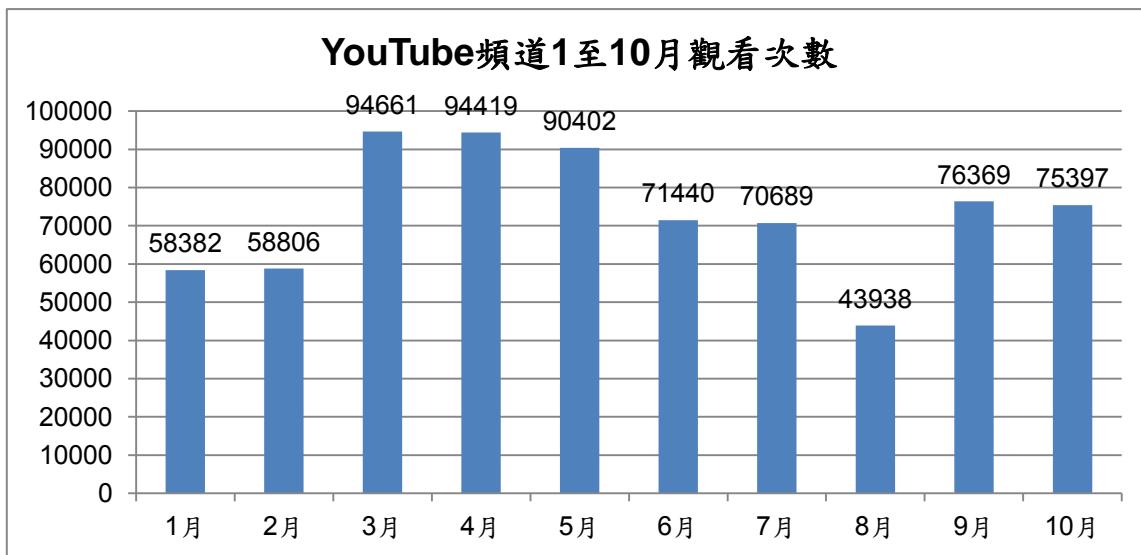


圖 5-3-1、YouTube 頻道 1-10 月觀看次數

- 4) 數位學習網已於 8 月 26 日將系統更新為 RWD 系統，調整系統效能，且重新設計數位學習網的首頁，以利民眾可使用不同的裝置進行活動學習。圖 5-3-2 為數位學習網更新後之首頁，5-3-3 為數位學習網的課程播放畫面。



系統公告

1. 醫師及藥師新年度繼續教育積分開課公告
2. 醫事人員修課請留意課程類別，以免影響學分上傳
3. 積分fun輕鬆APP無法正確查詢本站積分
4. 網路繼續教育積分上限為60分，超過僅以60分計算

10-09
09-24
08-21
08-19

系統管理員
歡迎您的登入
第一次使用，請先觀看新手須知

點此直接選課

請選取自己的職業別

登出

圖 5-3-2、珍愛生命數位學習網首頁

自殺警訊 Warning signs of suicide

- Talking about wanting to die or to kill oneself.
 - 說想死或自殺
- Talking about feeling hopeless or having no reason to live.
 - 表達絕望，或是沒有活下去的理由
- Talking about feeling trapped or in unbearable pain.
 - 表示找不到出路，或是很痛苦
- Talking about being a burden to others.
 - 說自己造成別人的負擔
- Looking for a way to kill oneself, such as searching online or buying a gun.
 - 找尋自殺方法，例如上網查或購買槍
- Displaying extreme mood swings.
 - 情緒變化大
- Acting anxious or agitated; behaving recklessly.
 - 顯得緊張或焦躁不安
- Showing rage or talking about seeking revenge.
 - 顯得憤怒，或是說要報復
- Increasing the use of alcohol or drugs.
 - 飲酒或用藥的量增加
- Sleeping too little or too much.
 - 睡得很少，或過多
- Withdrawn or feeling isolated.
 - 社交退縮，或是感覺孤立

http://www.save.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page_id=705f4071-99a7-f3f5-e2a64a5a8beaadd8



圖 5-3-3、課程影片播放圖

3. 業務現況及問題彙整

- 1)自殺防治中心網站推廣：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)中心網站使用者介面及 Flash 架構問題：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。但是當時網站使用 flash 建立的功能列、網頁動畫等功能，將因 2020 年後所有瀏覽器禁止執行 flash 而失去作用；另外，中心網站並無響應式介面(RWD)的設計，因此亟需將網站資料內容遷移至可用的系統或是將網站進行大規模的更新改版。

4. 持續進行之改善行動

- 1)由於未來瀏覽器將不再支援 Flash，未來可將自殺防治中心網站內容轉移至數位學習網，使用網站的「網站中心」及「自訂頁面」功能，以確保未來網站資訊安全的可靠度，更可提供對使用者更加友善的環境。
- 2)由於數位學習網修課便利性及課程種類豐富，吸引許多護理人員於數位學習網修課，因此需提升雲端主機硬體效能，可提供使用者更好的修課體驗。

雲端數位學習平台訓練課程規劃及線上學習認證機制

一、背景

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，新一代的學習方式也有了日新月異的成長。雲端數位學習是藉由線上教育訓練課程來達到教育的目的，學員無論在何時何地皆能透過不同的行動裝置、電腦系統學習。

為了推廣自殺防治守門人之概念，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」，除持續向各醫療專業人員團體申請網路繼續教育積分課程、持續增加關懷訪視員課程，同時不斷提升數位影音之質與量，改善錄製品質及提升拍攝技術，使數位學習更加活潑易懂。此外，學會依照各場域及不同服務人員需求，推薦講師進行自殺防治守門人講座，並將其錄影製成數位課程上傳至平台，供相關專業人員自我學習，並透過平台上的「列印證書」機制，做為專業人員已完成課程的證明，期望藉此使人人可以提升辨識自殺危險因子之敏感度、早期發現自殺警訊，成為珍愛生命守門人。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 數位影音課程規劃流程見圖 5-4-1：

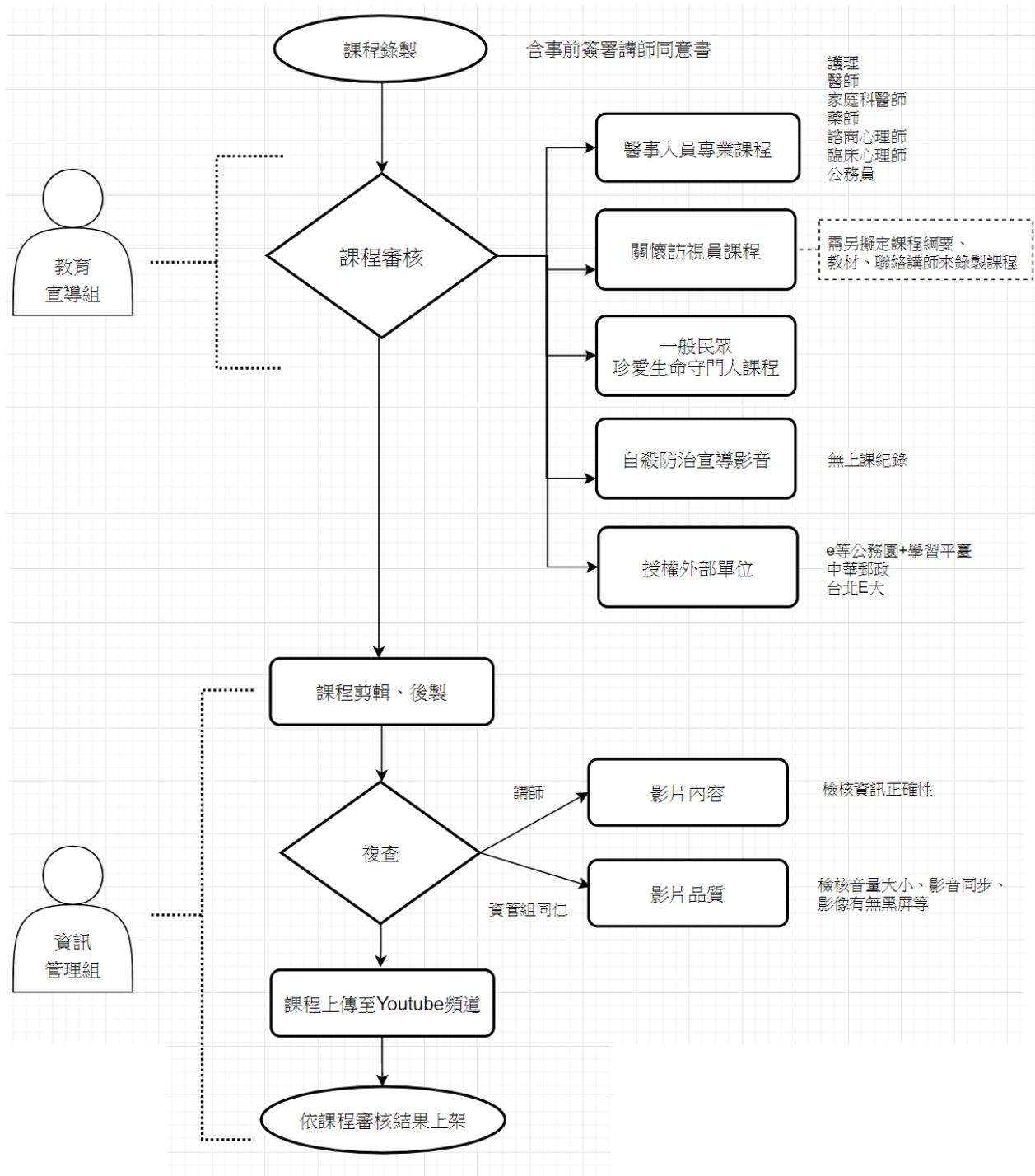


圖 5-4-1、數位影音課程規劃流程

2) 數位學習課程整體規劃

(1) 數位學習網課程分為四種專區，專區說明內容如下：

- a. 醫事人員繼續教育積分課程：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。本區課程提供對象包含護理人員、醫師、藥師、諮商心理師、臨床心理師之認證課程。
 - b. 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(例如軍警、百貨服務業、媒體記者、校園...等對象)，以及心理健康促進相關課程，提供一般民眾自由學習，期望透過此專區課程讓每人共同扮演關懷支持的角色，成為「珍愛生命守門人」。
 - c. 關懷訪視員課程：本區課程內容包含關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，以期許讓關訪員能精進自身專業能力，更可讓新進關訪員學習關懷訪視必備的專業能力。
 - d. 自殺防治宣導影音：本區內容為中心與外部單位舉辦之實體課程錄影後製而成的影音，使用者無需報名課程，即可隨時線上觀看，提供給想進一步瞭解自殺防治資訊的人士閱覽，可增進自身相關知識與技能。
- (2) 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。

3) 數位學習網線上驗證機制

(1) 證書下載：學員完成課程後，可於該堂課程尾端使用「下載證書」功能，證書為 PDF 電子檔，學員可依據需求自行列印，茲以證明在數位學習網修習通過。

The screenshot shows a course completion page. At the top, there's a cloud icon labeled 'Course'. Below it, a section titled '簡介' (Introduction) contains the text: '★本課程僅供『護理人員』取得繼續教育積分★' (★This course is only for nursing personnel to obtain continuing education points★). It also includes a note for non-nursing medical professionals to select their respective courses. A red box highlights the '下載證書' (Download Certificate) button at the bottom.

編號	標題	期限	通過條件	學習成果	通過
1	珍愛生命守門人1問2應3轉介 李明濱醫師	2020-01-02	閱讀 > 59 分鐘	08:04:21	✓
2	課後測驗	2020-01-02	60 分及格	100	✓
3	敬請填寫課後評估表	2020-01-02	完成填寫	已完成	✓

圖 5-4-2、下載證書功能圖示

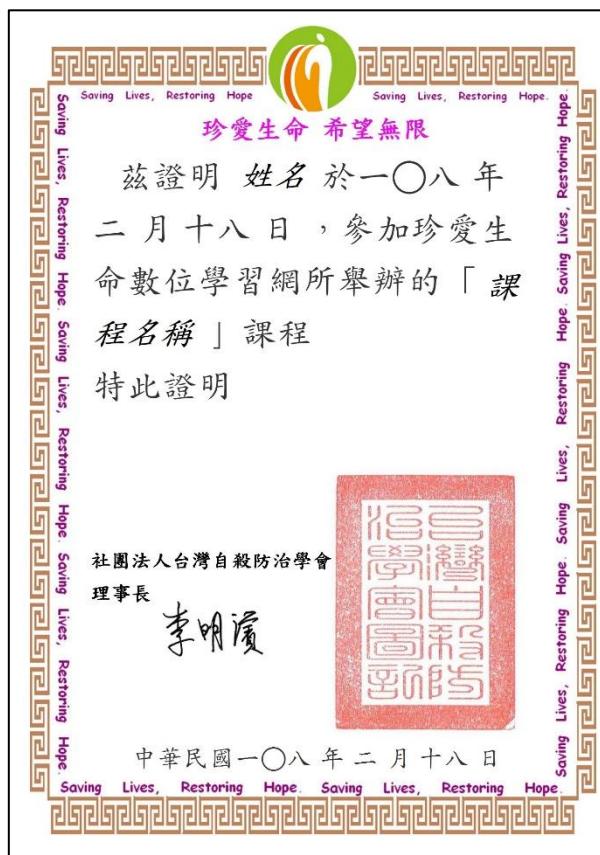


圖 5-4-3、課程證書範例(姓名與課程名稱會自動代入)

2. 資源連結與合作

- 1) 合作方式：中心主動與醫療人員所屬之學(公會)合作，提供網路繼續教育積分認證之服務。
- 2) 合作單位：臺灣數位科技、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、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。

三、過程

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 5-4-1。
- (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。

表 5-4-1、2019 年新增影音清單

課程名稱	講師	片長
自殺數據判讀指引	張書森	49 分鐘
關懷訪視共同訓練	陳俊鶯	38 分鐘
關懷訪視紀錄撰寫	吳佳儀	31 分鐘
資源轉介困境與建議	詹佳達	32 分鐘
家庭照顧者之自殺防治	陳景寧	44 分鐘
運用正念認知治療預防社區憂鬱疾患復發	洪敬倫	61 分鐘
自殺防治：從住院病人自殺預防談起	顏永杰	22 分鐘
自殺防治：策略與實施	廖士程	31 分鐘
社區自殺風險評估與處置	吳恩亮	23 分鐘
自殺高風險群辨識與處遇	陳俊鶯	55 分鐘
全國自殺防治現況分析	廖士程	36 分鐘
媒體自殺事件與教唆自殺之因應	陳俊鶯	14 分鐘
自殺防治最新數據與新進展	陳俊鶯	31 分鐘
日本社區層級自殺防治之實務措施	本橋豐	36 分鐘
韓國立法及其對模仿及農藥自殺之影響	全弘鎮	33 分鐘

表 5-4-1、2019 年新增影音清單

課程名稱	講師	片長
網路霸凌與自殺防治	顏正芳	39 分鐘
網路介入與自殺防治	黃敏偉	31 分鐘
職場心理衛生與自殺防治	呂淑貞	34 分鐘
職場心理衛生與自殺防治	方俊凱	29 分鐘
全國自殺防治中心十四年	廖士程	27 分鐘

- (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 39 堂課程，供關懷訪視員學習。
- (4) 中心設立珍愛生命守門人自殺防治課程專區，本年度新增一堂針對職場的「百貨服務業中的自殺高風險者辨識回應與轉介」課程，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。

四、成果

1. 執行成果

1) 珍愛生命數位學習網

- (1) 線上課程總數：數位學習網 1-9 月的課程提供對象、課程數、課程通過人次如表 5-4-2(供不同人員選修之課程有重複)：

表 5-4-2、各類課程總數一覽表

課程提供對象	課程數	課程通過人次
護理人員	48	400,238
藥師	36	12,373
諮商心理師	31	1,695
臨床心理師	29	1,172
醫師	35	1,446
關懷訪視員	39	3,999
珍愛生命守門人	12	1,167

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) 目前課程影片最早錄製自 2009 年，查部份影片內容資訊內容不符時宜(如：統計數據、部份細節)，或與近年錄製影片內容多有重複；而近年來課程影片多數來自演講之側錄(如：常例之第一線專業人員守門人訓練、學術研討會、其他年度會議課程、或部份講師推薦之演講等)，尚未詳細考量職類差異之需求，需規劃錄製符合需求之影片內容。
- (3) 部分職類課程依學(公會)要求(如：護理人員)需設計課後測驗題目，方得申請通過繼續教育積分。目前由中心同仁設計，未建立測驗題目審訂方式。
- 2) 數位課程錄製及製作：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。

3. 業務建議及改善

- 1) 未來可與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) 為精進數位學習網課程，需訂定課程規劃、課程審核/汰換標準或原則、課後測驗題目審訂方式等，現已由中心之教宣組與資訊組同仁共組內部課程策劃小組共同規劃，目標為量身訂做新課程及陸續汰換過時舊課程。

2019 年度自殺防治業務共識會議

一、背景

1. 相關問題或重要性

為凝聚中央與地方推動自殺防治業務之共識，提升自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，爰召開本共識會議。會議主題內容包括自殺數據判讀指引、關懷訪視員共同訓練、關懷訪視紀錄撰寫以及資源轉介技巧。期透過各項主題之討論，了解各單位於各項業務內容之觀點、所遭遇之困境，以及可行之因應對策，並透過匯集意見及凝聚共識，共同強化中央與地方推動自殺防治工作之效能。

2. 業務目的與目標

全國自殺防治中心長期致力協助各縣市衛生局針對自殺死亡等特性，擬定因地制宜之自殺防治策略，自 2017 年起每月判讀自殺相關數據，並於提供給各縣市衛生局之自殺通報關懷月報表中，加入滾動式策略建議。然而，自殺相關數據之判讀(如：全國及各縣市年度自殺死亡率趨勢、全國及各縣市年度自殺死亡地圖、自殺通報關懷月報表等)，於自殺防治策略擬定之影響甚鉅。爰請與會人員，共同研討判讀自殺相關數據之原則及指引。

關懷訪視為第一線專業助人工作，其服務範圍及對象涵蓋社區精神照護、毒品成癮、自殺企圖通報、保護服務、脆弱家庭等個案。然而，針對自殺關懷訪視工作中所面臨之困境(如：個案拒訪、重複自殺、合併多重議題等)，亟需透過培育、深化自殺關懷訪視員的各項核心知能(如：自殺危險因子與保護因子評估、身心狀態評估、自殺徵兆評估、自殺風險評估、自殺風險程度分級與處遇、轉介與資源連結、困難個案訪視技巧等)。爰請與會人員，共同研討關懷訪視人員之共同訓練模式、辦理方式及執行方法，並研議自殺通報個案追蹤關懷分級管理標準，以利精進關懷訪視工作之效能。

訪視記錄之撰寫，為關懷訪視工作中的重點環節之一。詳實地撰寫關懷訪視記錄，將有利於關懷訪視員於後續提供服務時，得以詳細審視先前之決策及處遇情形，以確保其服務品質；並有助於接案同仁及受轉介單位迅速了解個案概況，促使個案於各服務系統間之轉銜，得以無縫接軌。為協助關懷訪視員更有效率、更簡便且更具結構性地將繁複的資訊，撰寫為

訪視紀錄，進一步規劃有效之自殺評估與處遇，爰請與會人員，參照各縣市年度關懷訪視紀錄審查結果，共同研討 S.O.A.P.紀錄撰寫格式之登打原則及指引。

自殺係由多重因素造成，為提供更完善的服務，往往需要透過跨網絡及跨專業之溝通聯繫，方得有效協助個案媒合在地資源，適時提供資源轉介，以預防個案再自殺；為減少各縣市於跨網絡及跨專業溝通聯繫所面臨之困境（如：礙於法規僵化或跨領域業務之職責權掌不明，導致資源轉介之困難；因跨各專業人員對自殺個案處遇之認知差異，導致個案難以順利轉銜；或轉介資源不符個案期待，以致個案之接受意願不足等），爰請與會人員，共同研討在地資源網絡連結名單，並研議與各類專業人員、在地網絡合作原則及指引。

二、輸入

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) 將會議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、精神醫療網代表等，請其報名。
- 4) 開放報名系統，並彙整名單。
- 5) 於 3 月 29 日召開「2019 年度自殺防治業務共識會議」，並於會後發送滿意度調查問卷。

2. 資源連結與合作

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

三、過程

1. 於全國自殺防治中心業務會議，提本會議之辦理方式；日期定為 3 月 29 日上午九時至下午四時，地點在台大醫學院 102 講堂；報名期間為 3 月 1 日至 3 月 22 日。
2. 將共識會議議程及會議課程規畫報請衛福部備查，後由衛福部行文至各縣、市衛生局、精神醫療網等單位。
3. 由中心邀請主講人及主持人，並匯集講師之簡報、參考資料。
4. 3 月 29 日召開「2019 年度自殺防治業務共識會議」
5. 會後發送滿意度調查問卷，邀請與會人員填寫。

四、成果

1. 執行結果

- 1) 會議議程：會議主題內容包括自殺數據判讀指引、關懷訪視員共同訓練、關懷訪視紀錄撰寫以及資源轉介技巧，詳見附件 5-5-1。
- 2) 出席人員：出席人員包含各縣市衛生局長官及業務承辦人(41 人)、精神醫療網核心醫院代表(7 人)、醫療院所自殺關懷訪視業務督導(13 人)、關懷訪視員及其他人員(9 人)，總計 70 位。各單位參與人數如表 5-5-1、5-5-2、5-5-3 及 5-5-4 所示。

表 5-5-1、各縣市衛生局長官及業務承辦人

參與人員(41 位)

臺北市政府自殺防治中心 2 人	彰化縣衛生局 2 人
新北市衛生局 2 人	南投縣衛生局 2 人
基隆市衛生局 2 人	雲林縣衛生局 1 人
宜蘭縣衛生局 2 人	嘉義縣衛生局 1 人
桃園市衛生局 3 人	嘉義市衛生局 2 人
新竹市衛生局 2 人	臺南市衛生局 2 人
新竹縣衛生局 1 人	高雄市衛生局 2 人
苗栗縣衛生局 1 人	屏東縣衛生局 1 人
臺中市衛生局 2 人	花蓮縣衛生局 3 人
金門縣衛生局 1 人	臺東縣衛生局 3 人
澎湖縣衛生局 3 人	

表 5-5-2、精神醫療網核心醫院代表

參與人員(7 位)

桃園療養院北區醫療網 2 人
草屯療養院中區醫療網 1 人
高屏精神醫療網 1 人
衛生福利部八里療養院 1 人
嘉南療養院南區醫療網 0 人
臺北市立聯合醫院松德院區 1 人
臺北榮民總醫院玉里分院 1 人

表 5-5-3、醫療院所自殺關懷訪視業務督導

參與人員(13位)

信安醫療社團法人信安醫院 1人 衛生福利部八里療養院 3人

高雄市立凱旋醫院 1位 衛生福利部台北醫院 1人

義大醫療財團法人義大醫院 2人 衛生福利部桃園療養院 1人

臺北榮民總醫院員山分院 1人 衛生福利部草屯療養院 1人

臺中榮民總醫院嘉義分院 1人 衛生福利部嘉南療養院 1人

表 5-5-4、關懷訪視員及其他人員

參與人員(9位)

佛教慈濟醫療財團法人臺中慈濟 財團法人為恭紀念醫院 1位
醫院 1位

社團法人苗栗縣生命線協會自殺 國立台灣大學醫學院附設醫院竹東
防治組 1位 分院 2位

海天醫療社團法人海天醫院 1位 臺中榮民總醫院 1位

高雄市立凱旋醫院 1位 衛生福利部澎湖醫院 1位

3) 會議紀錄

(1) 自殺數據判讀指引

- a. 精神醫療網核心醫院及承接自殺防治業務之單位，向衛生福利部資料科學中心申請統計資料時需檢附倫理審查委員會(Institutions Review Board)所認證單位之證明。
- b. 各縣市衛生局在資源有限的情況下，將以較具有效果的指標性策略為首，但仍持續推展選擇性及指標性策略(如：珍愛生命守門人訓練)。

(2) 關懷訪視員共同訓練

- a. 關懷訪視員接案量目前並未訂定上限，且遭遇相對困難之個案(如：失聯、拒訪)時將耗費大量的時間成本，另部分縣市社區關懷訪視員與自殺關懷訪視員合併後因接案量增加，除影響自殺關懷訪視品質也同時衝擊精神病人列管業務；雖然目前以自殺通報數量變化幅度較大而難以推估合理之接案量上限，衛生福利部持續爭取更多人力配額，另於近期自殺防治法立法後將有助於獲取資源、強化關懷訪視制度。

(3) 關懷訪視紀錄撰寫

- a. S.O.A.P.雖有助於關懷訪視員以更加結構化地、系統化地方式評估自殺風險及提供更連續的處遇計畫，唯部分關懷訪視員因其教育背景須再經在職教育訓練；另由於關懷訪視員每次並未如預期蒐集到足夠量之資訊

或因接案量過多以致無法逐筆(次)以 S.O.A.P. 呈現，建議可於訪視紀錄登打系統上於 S.O.A.P. 內設置點擊式或下拉式選項，以俾減少行政耗損。

- b. 為延續處遇計畫並減少行政耗損，建議將自殺防治通報系統資料串聯訪視紀錄登打系統，載入通報相關資料及關懷訪視紀錄，唯為避免因接案量較大致使關懷訪視員重複建置訪視紀錄，建議載入經系統彙整之自殺通報次數、自殺原因、服務期間、結案原因、處遇計畫等。
- c. 為追蹤處遇計畫介入成效，建議可增加「R」(Reponse) 及「轉介後來自受轉介單位之回饋資訊」等。

(4) 資源轉介困境與建議

- a. 外部資源單位及轉介單位經常期待關懷訪視員具有輔導員角色功能，而偶有危急事件時仍會遭遇基層單位人員拒絕協助之情況，因此除各單位主管層級透過各委員會、跨局處或跨網絡會議形成聯繫以外，建議可形成基層單位人員之間定期及不定期之聯繫機制(如：相關會議或個案研討會)，以俾外部資源單位及轉介單位定位關懷訪視員角色功能及單位層級、建立基層單位人員之間密切合作窗口；另近期自殺防治法立法後將有助於各有關單位提供個案資料時於法有據。
- b. 校內輔導針對自殺學生已具列管及提供處置之系統，通報至衛生局形成雙重列管，而關懷訪視員不僅較難直接獲取相關資訊，且有已接受處置之學生卻因通報、轉介再使用關懷訪視資源而造成資源重疊。

4) 會後滿意度問卷調查結果

- (1) 整體描述：於總數 70 位參與人員中，共計有 37 人填寫會後滿意度調查問卷(填答率為 52.9%)。填寫人之身分背景多為各縣市衛生局業務承辦人(15 人，佔 40.5%，填答率 65.2%)及關懷訪視員(10 人，佔 27.0%，填答率 100.0%)，唯各縣市衛生局長官僅 3 人填寫(佔 8.1%，填答率 21.4%)。

(2) 性別

性別	人數	百分比
男性	8	21.6
女性	29	78.4
總計	37	100.0

(3) 地區

區域	人數	百分比
北部	13	35.1
中部	4	10.8

區域	人數	百分比
南部	13	35.1
東部及離島	7	19.0
總計	37	100.0

(4) 身分別

	人數	百分比
縣市衛生局長官	3	8.1
縣市衛生局承辦人	15	40.5
精神醫療網核心醫院代表	2	5.4
自殺關懷訪視業務督導	5	13.5
關懷訪視員	10	27.0
其他專業人員	2	5.4
總計	37	100.0

(5) 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	%	N	%
1. 對於此次自殺防治業務共識會議，您的整體滿意度為	0	0.0	0	0.0	12	32.4	15	40.5	10	27.0		
2. 對於此次會議場地的滿意程度為	1	2.7	1	2.7	10	27.0	19	51.4	6	16.2		
3. 對於此次會議時間安排的滿意程度為	0	0.0	9	24.3	7	18.9	15	40.5	6	16.2		
4. 您對於此次會議課程設計的整體滿意程度為	0	0.0	3	8.1	9	24.3	18	48.6	7	18.9		
5. 您對「自殺數據判讀指引」會議課程設計的滿意程度為	0	0.0	1	2.7	8	21.6	13	35.1	15	40.5		
6. 您對「關懷訪視員共同訓練」會議課程設計的滿意程度為	0	0.0	0	0.0	11	29.7	15	40.5	11	29.7		
7. 您對「關懷訪視紀錄撰寫」會議課程設計的滿	0	0.0	2	5.4	7	18.9	16	43.2	12	32.4		

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	%
意程度為											
8. 您對「資源轉介困境與建議」會議課程設計的滿意程度為		0	0.0	2	5.4	10	27.0	13	35.1	12	32.4
9. 您對「家庭照顧者之自殺防治」會議課程設計的滿意程度為		0	0.0	0	0.0	3	8.1	16	43.2	18	48.6
11. 會議課程之「引言說明」階段有助於刺激思考並引發討論		1	2.7	2	5.4	10	27.0	16	43.2	8	21.6
12. 會議課程之「問題研討」階段有助於刺激思考並引發討論		1	2.7	1	2.7	11	29.7	15	40.5	9	24.3
13. 此次會議有助於強化自殺防治策略與措施		2	5.4	1	2.7	12	32.4	14	37.8	8	21.6

2. 結論

今年度為凝聚中央與地方推動自殺防治業務之共識，提升自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，爰召開本共識會議。本會議預定研議項目包括自殺相關數據判讀原則及指引、關懷訪視人員共同訓練模式、自殺通報個案追蹤關懷分級管理標準、S.O.A.P.紀錄撰寫格式之登打原則及指引、在地資源網絡連結名單及與各類專業人員、在地網絡合作原則等。

本會議已經由與會者口頭發言及紙本回覆，詳細記錄各縣市所提問題、建議，以及本中心與衛生福利部心理及口腔健康司之初步回應。惟針對與各縣市自殺防治業務承辦單位與精神醫療網核心醫院代表於本會議所提各項目形成共識事宜，上述會議紀錄已提供衛生福利部心理及口腔健康司卓參，以利本會議後持續與各單位洽詢溝通。

五、附件

附件 5-5-1、2019 年度自殺防治業務共識會議議程

2019 年度自殺防治年中討論會

一、背景

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防治網絡之資源整合為討論核心，讓各縣市衛生局瞭解全國自殺防治與關懷訪視之現況，並透過討論與交流的方式，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，透過多回合的討論，簡單反覆練習與學習，使參與者有效貢獻個人觀點、凝聚群體意識。世界咖啡館是由華妮塔·布朗(Juanita Brown)、大衛·伊薩克(David Isaacs)所發展，會談進行的方式以 12-15 人為單位進行對談，並採肯定式探尋法 (Appreciative Inquiry) 規劃多回合的議題討論，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，成為一個智慧匯集的平台，而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 2019 年 6 月 28 日辦理「108 年度自殺防治年中討論會」，會中邀請衛生福利部、各縣市自殺防治承辦人員、精神醫療網核心醫院代表、自殺關懷訪視員代表及督導、安心專線代表、社政代表一同參與，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. 業務或方案的目的與目標

提供自殺相關的最新數據與進展，透過團體討論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

1. 執行步驟與方法

- 1) 擇定特定議題，規劃討論議程及進行方式。
- 2) 將討論會內容函報衛福部核備。
- 3) 依部內指示修改議程，並再次函報衛福部核備。

- 4) 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、社政代表等，請其報名。
- 5) 開放報名系統，並彙整名單。
- 6) 邀請主持人、主講人及各桌桌長。
- 7) 彙整並編製年中討論會手冊。
- 8) 於 6 月 28 日召開辦理「2019 年度自殺防治年中討論會」。
- 9) 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

1. 根據 2019 年度「全國自殺防治中心計畫」工作項目規定，辦理自殺防治年中討論會。
2. 2 月 26 日於全國自殺防治中心 2019 年度第 6 次業務會議中，提案年中討論會之主題與辦理時間、地點，決議時間訂為 6 月 28 日下午，地點為台大校友會館。
3. 4 月 9 日於全國自殺防治中心 2019 年度第 11 次業務會議中，提案年中討論會之議程。
4. 4 月 22 日將討論會之議程與討論議題函文至衛福部備查。
5. 5 月 15 日依衛福部建議修改議程及討論議題。
6. 5 月 28 日於全國自殺防治中心 2019 年度第 18 次業務會議中業務會議上通過修改後之議程與討論議題。
7. 部內修正議程及討論題目，並於 6 月 5 日函至各縣市衛生局、精神醫療網等，請其報名。
8. 5 月份完成邀請主講人與各桌桌長。
9. 中心於 5 月 30 日至 6 月 20 日期間受理報名，並經篩選後寄發行前通知及參考資料。
10. 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。
11. 6 月 20 日前匯集講師之簡報、參考資料，並製作手冊。
12. 6 月 28 日召開辦理「2019 年度自殺防治年中討論會」。

- 1)人員設置：每組在桌長帶領之下，各組依據既定之主題大綱討論，並於四回合後由桌長上台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。

13.7 月寄發會議成果海報、大合照與滿意度調查表，請參與人員填寫。

四、成果

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

表 5-6-1、討論題目

題目與說明	討論子題
(一)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：資源的連結轉介為自殺防治工作者重要的核心能力之一，完善的資源轉介系統，能為長期處於壓力源下的個案，灌注持續求生的動力。因此，定期了解、盤點社區中可利用之專業資源，在自殺防治工作中具有應當之重要性。	各單位之關訪員針對各單位轉介之現況為何？有無困境？如何提升個案被轉介意願？如何促進跨團隊合作之效益？

表 5-6-1、討論題目

題目與說明	討論子題
<p>(二)提升自殺防治中「保護服務」個案的跨團隊、跨領域照護品質：</p> <p>「保護服務」內容涉及家暴、性侵及兒少保護等相關議題，涉及的專業領域甚廣。根據 107 年「自殺通報個案之特殊身份註記個案比率」顯示，接受保護服務並同時合併自殺行為之個案比率僅次於精神列管個案。而在 107 年自殺通報個案中，「保護服務個案合併藥酒癮」共計 1374 人次，占率約 4.1%。由此可知，針對該議題即早建立更臻完備之處遇原則及團隊間的聯繫，為自殺防治策略中不可或缺的部分。</p>	各縣市目前針對保護服務個案自殺防治之現有策略為何？有無遭遇困難？目前有哪些自殺防治單位曾有處遇保護服務合併藥、酒癮個案的經驗？有無困難之處？如何提升跨團隊/單位之訪視服務品質？還有哪些單位可以共同加入跨網絡的合作？
<p>(三)協助經濟弱勢個案充分使用資源：</p> <p>提供資源的協助與介入是在對經濟弱勢個案進行訪視時很重要的一環，完善、多元的資源管道或可解決個案的燃眉之急，給予個案求生的希望。因此，對於相關資源的提供是自殺防治工作中需要不斷更新的部分。</p>	在訪視實務工作中之資源轉介經驗？遭遇過之困難？最後解決之道？經濟弱勢族群之可增列轉介資源(如：1957 專線、急難救助)？
<p>(四)自殺防治單位善用「長期照顧」資源，以提升自殺防治品質：</p> <p>隨著科技、醫療持續發展，台灣正式邁入高齡化社會，使得「久病未癒」及「照顧者權益」成為近年心理衛生從業人員高度重視之議題。如何有效的評估、協助個案運用醫療、社會福利以及其他相關資源，亦為自殺防治工作中需精進之部分。</p>	在實務工作中是否曾有需轉介長照資源之經驗？有無困難之處？針對長期照顧資源轉介(如：喘息服務、居家醫療...)，哪些單位/資源(如：社區、醫院、機構...)可以共同加入？

3)出席人員

當天出席人員包含縣市政府衛生局及其他單位代表(45 位)、精神醫療網及其他醫療院所代表(21 位)、安心專線代表(4 位)與保護司及社家屬代表(6 位)，參與人數共 76 人。各單位參與人數如表 5-6-2、表 5-6-3、表 5-6-4、表 5-6-5。

表 5-6-2、縣市政府衛生局及其他單位與會名單

縣市政府衛生局及其他單位代表(45位)	
臺北市政府衛生局 2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 1人
基隆市政府衛生局 3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 3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 2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 2人	臺東縣卑南鄉衛生所 1人
基隆市政府社會處 1人	桃園市政府家庭暴力暨性侵害防治中心 1人
新竹縣政府社會處 1人	新北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心 2人
宜蘭縣政府社會處社工科 1人	
臺北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心 2人	

表 5-6-3 精神醫療網及其他醫療院所與會名單

精神醫療網及其他醫療院所代表(21位)	
草屯療養院中區醫療網 2人	信安醫院 2人
高雄市立凱旋醫院 1人	新田心理治療所 1人
嘉南療養院南區醫療網 2人	台大竹東醫院 1人
臺中榮民總醫院嘉義分院 3人	財團法人義大醫院 2人
臺北市立聯合醫院松德院區 1人	財團法人奇美醫院 1人
臺北榮總員山分院 1人	東區精神醫療網 1人
衛生福利部八里療養院 3人	

表 5-6-4 安心專線與會名單

安心專線代表(4位)	
苗栗縣生命線協會 2 人	桃園市生命線協會 1 人
衛福部安心專線 1 人	

表 5-6-5 保護司及社家屬與會名單

保護司及社家屬代表(6位)	
衛生福利部保護服務司 3 人	衛生福利部社會及家庭署 3 人

4) 會議進行與討論

會議當日，由全國自殺防治中心陳俊鶯常務理事報告自殺防治 107 年最新數據、自殺地圖與關訪員紀錄審查之識讀說明；接著再由中心詹佳達秘書長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附件 5-6-3。

5) 會後滿意度調查

(1) 整體描述：於總數 76 位參與人員中，有 35 人填寫會後滿意度調查問卷（填答率為 46.1%）。填寫人之身分背景包含第一線專業人員（21 人，60%）、政府相關單位人員（14 人，40%）。

(2) 性別

性別	人數	百分比
男性	13	37.1
女性	22	62.9
總計	35	100.0

(3) 身分別

	人數	百分比
第一線專業人員（醫師、社工員/師、個管員/師、自關員、社關員、護理人員等）	21	60
政府相關單位人員（局長、科長、技正、技佐、股長、技士、督導、約聘/約僱人員等）	14	40
總計	17	100.0

(4) 滿意度調查(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	0.0	2	5.7	12	34.3	11	31.4	10	28.6
2. 您對於此次年中討論會感到獲益良多		0	0.0	2	5.7	9	25.7	15	42.9	9	25.7
3. 此次年中討論會有清晰的議題目標		0	0.0	3	8.6	5	14.3	16	45.7	11	31.4
4. 討論氣氛讓您感到輕鬆融洽		0	0.0	0	0.0	10	28.6	13	37.1	12	34.3
5. 題目設計有助於刺激思考並引發討論		0	0.0	2	5.7	10	28.6	13	37.1	10	28.6
6. 分組的設計有助於鼓勵大家踴躍貢獻己見		0	0.0	3	8.6	6	17.1	14	40.0	12	34.3
7. 跨組討論之設計有助於交流與連結不同觀點		0	0.0	4	11.4	5	14.3	15	42.9	11	31.4
8. 小組能依主題凝聚共識		0	0.0	5	14.3	10	28.6	10	28.6	10	28.6
9. 小組討論成果有助於強化自殺防治策略與措施		0	0.0	4	11.4	15	42.9	7	20.0	9	25.7
10. 小組討論成果有助於創新思維之產出		0	0.0	5	14.3	13	37.1	8	22.9	9	25.7

(5) 結論與討論

在 76 位參與人中，共計 35 人完成會後滿意度調查問卷(填答率為 46.1%)。整體滿意度(含非常同意與同意)為 60%；整體收穫度為 68.6%。

根據會後滿意度調查發現，由於此次與會人員與往年相比增加不少，導致場地與座位安排上略為擁擠，在討論上除了各組容易彼此干擾外，也造成時間倉促，無法達到解決實務困難之目的，建議討論時除提問外，應一併討論解決策略，最後回應時間也應延長，請專家學者針對問題進行回應；另也有建議邀請其他領域的夥伴，如：警政、教政、勞政、法政，甚至政府官員、民意代表等，增加討論的面向。

五、附件

附件 5-6-1 、年中討論會議程

附件 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

附件 5-6-3 、年中討論會小組討論記錄

大型宣導活動—世界自殺防治日記者會及相關系列活動

一、背景

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。

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，並探討如何讓社區、國家，甚至是國際間的自殺防治網相連。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。

國際自殺防治協會公布 2019 年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺」，而本中心另訂 2019 年世界自殺防治日記者會主題為「同心協力防自殺：網路牽起你我他」，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。

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 2019 年 9 月 8 日在張榮發基金會國際會議中心舉行，誠如歷年記者會，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。此外今年特別頒發自殺防治優質報導獎，以感謝媒體於自殺防治的付出與支持。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1)世界自殺防治日系列活動

- (1) 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。
- (2) 依規劃期程辦理活動，並透過各種管道發布消息。
- (3) 與相關單位合作共同辦理世界自殺防治日系列活動。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：各縣市政府衛生局、各縣市政府教育局(處)、珍愛生命打氣網、網路媒體與各大網路討論區(批踢踢、獎金獵人及 facebook 社團)。
- 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

1. 世界自殺防治日系列活動規畫

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 2019 年世界自殺防治日記者會等系列活動，詳見下表 5-5-1。

表 5-5-1、世界自殺防治日系列活動內容規畫

名稱	內容概要	辦理日期
世界自殺防治日 徵件活動	針對世界自殺防治日宣導，做相關活動如攝影作品、短篇、金句獎等相關徵文事宜。	6-8 月
世界自殺防治日 媒體徵文活動	特別邀請媒體專業人士投稿文章參加，旨在了解媒體視角中的自殺報導事件。	6-8 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	將收集各縣市針對世界自殺防治日所舉辦的活動，翻譯上傳至 IASP 網站。	9 月
國際性活動—單 車繞世界	再次與中華民國自行車騎士協會合作，一同辦理「單車繞世界」，並將最終里程數上傳至 IASP 網站。	9 月

表 5-5-1、世界自殺防治日系列活動內容規畫

名稱	內容概要	辦理日期
世界自殺防治日記者會	1.電話調查成果 2.系列活動成果	9月8日
衛生福利部「心好有你」1925安心專線特展	參與衛生福利部宣導 1925 安心專線特展，現場設置攤位並透過有獎徵答活動推廣心情溫度計與自殺守門人觀念。	9月28日
心理健康促進影片賞析：「關於自殺這件事」紀錄片播映會	與美國在台協會(AIT)「美國紀錄片薈萃」計畫合作，於 2020 年 8 月以前在北部、中部、南部、東部及離島地區辦理「關於自殺這件事」紀錄片播映會。	7月14日(台中市) 8月23日(嘉義市) 9月17日(嘉義縣) 10月5日(金門縣) 10月26日(連江縣) 12月18日(高雄市) 2020年1月(台北市) 2020年3月(宜蘭市)

2. 「同心協力防自殺，網路牽起你我他」2019 年世界自殺防治日海報設計徵選活動

1)活動於 6 月 21 日至 8 月 2 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 5-7-1。

(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) 共徵得稿件 51 件，其中社會組 42 件、青少年組 9 件，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 31 日公告得獎名單，展示於 9 月 8 日記者會暨學術研討會，並邀請得獎者出席。

1)

3. 「同心協力防自殺，網路牽起你我他」2019 年世界自殺防治日媒體徵文活動

1)7 月 5 日公告「同心協力防自殺，網路牽起你我他」2019 年世界自殺防治日媒體徵文活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳，運用公文、張

貼訊息等方式，包括各縣市衛生局、含新聞相關系所之大專院校、媒體單位、媒體相關學協會與記者群等。簡章請詳見附件 5-7-2。

(1) 網路露出部分：於 facebook 珍愛生命打氣網、比賽訊息網站、facebook 記者交流社團及中心現有記者名單。

2) 8 月 2 日收件截止後，聘請中心內部及外部專業評審審查參賽作品。

3) 8 月 31 日公告得獎名單，展示於 9 月 8 日記者會暨學術研討會，並邀請得獎者出席受獎。

4. 國際性活動—單車繞世界

1) 7 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、活動形式等進行蒐集。

2) 8 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 2019 年 9 月 11 日(三)至 9 月 12 日(四)—花東山海自行車挑戰(175/320 公里)與 2019 年 9 月 21 日(六)—北海岸雙灣自行車浪漫騎遊(里程共計 35 公里)兩場。

3) 9 月初完成活動簡章，交由中華民國自行車騎士協會於活動現場宣傳，活動簡章詳見附件 5-7-3。

5. 「世界自殺防治日」記者會

1) 2019 年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺，網路牽起你我他」。

2) 於 7 月 9 日召開籌備會議一場，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 443 封，包含行政院各部會首長、立法院社會福利及衛生環境委員會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、學協會、醫師公會、生命線協會、憂鬱症防治聯盟、各縣市衛生局、電視台與媒體單位、記者等。

4) 於記者會當日發表世界自殺防治日系列活動成果。

5) 分析四大報六不六要遵守率，並於 9 月 8 日記者會頒發優質媒體獎項。

6. 國際連結

1) 4 月中 ISAP 已公布 2019 年世界自殺防治日主題為「Working Together to Prevent Suicide.」，並在各大場合以文宣品廣為宣傳。

7. 心理健康促進影片賞析：「關於自殺這件事」紀錄片播映會

1) 4 月下旬與美國在台協會(AIT)洽談合作，本中心承「美國紀錄片薈萃」計畫，於 2020 年 8 月以前在北部、中部、南部、東部及離島地區辦理心理健康促進影片賞析「關於自殺這件事」紀錄片播映會。

2) 5 月初完成「關於自殺這件事」紀錄片播映會之計畫及議程，並邀請縣市衛

生局及醫療院所單位合辦。計畫及議程請詳見附件 5-7-4。

8. 衛生福利部「心好有你」1925 安心專線特展

1) 5 月下旬與士奇傳播公司針對安心專線特展活動規畫進行討論。

2) 8 月中旬至 9 月上旬訂定本中心於 9 月 28 日演講題目為「自殺防治你我他」及擺攤活動內容規畫，詳見下表 5-5-2。

表 5-5-2、衛生福利部「心好有你」1925 安心專線特展擺攤活動內容規畫

活動	說明	目標
「珍愛生命打氣網」打卡按讚送文宣小物	邀請民眾打卡、按讚後，即贈送文宣小物	提升「珍愛生命打氣網」粉絲按讚人數
有獎徵答	設置問題抽卡箱，針對展區內容、中心於現場播放影片並以影片內容設計題目，並融入自殺防治、心理健康、全臺精神醫療及心理衛生資源等有關知識。回答正確即贈送禮品小物	促進民眾了解自殺防治相關常識及相關轉介資源、減少對自殺者的錯誤印象
心情溫度計	民眾現場使用心情溫度計，由攤位人員協助解說。	透過互動帶領民眾實際操作心情溫度計。

3) 摆攤活動有獎徵答問題設計，詳見下表 5-5-3。

表 5-5-3、衛生福利部「心好有你」1925 安心專線特展有獎徵答問題設計

題號	題目	答案
1	請問安心專線電話號碼幾號？	1925
2	請問安心專線是 24 小時服務嗎？	是
	如果遇到想自殺的人可以撥打哪支專線？	
3	(A)安心專線 1925；(B)生命線 1995；(C) 以上皆是	C
4	心情溫度計幾分以上需要專業人員協助？	10 分
5	心情溫度計分數很高代表我是個精神病患，對或錯？	錯
6	一問二應三轉介要怎麼做？	主動關懷、積極傾聽 適當回應、支持陪伴 資源轉介、持續關懷
7	真正想自殺的人都不會透露自殺訊息給別人知道，對或錯？	錯

表 5-5-3、衛生福利部「心好有你」1925 安心專線特展有獎徵答問題設計

題號	題目	答案
8	勸想自殺的人說「不要再想自殺」是最好的做法，對或錯？	錯
9	跟想自殺的人直接談自殺這個話題，會讓他變得更想自殺，對或錯？ 以下哪種傾聽方式是對的？	錯
10	(A)立場中立，態度包容，接納他的負面想法，不批評；(B)責罵，講大道理，直接教他怎麼解決問題	A

四、成果

1. 執行結果

1)世界自殺防治日系列活動會議

(1) 內部業務會議：共計 7 場次。

(2) 專家籌備會議：共計 1 場次。

(3) 外部合作案討論會議：共計 3 場次。

2)世界自殺防治日徵件活動

(1) 作品收件截止後，青少年組(12-18 歲)共有 9 項作品參賽；社會組(19 歲以上)共有 42 項作品參賽。

(2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組 42 件作品共有 1492 個按讚數，其中第一名票數為 311 票、第二名票數為 259 票；青少年組 9 件作品共有 212 個按讚數，其中第一名票數為 93 票、第二名票數為 89 票。

(3) 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 5-7-5。

3)世界自殺防治日媒體徵文活動

(1) 作品收件截止後，共有 7 篇作品參賽。

(2) 於 9 月 8 日世界自殺防治日記者會頒發獎項。

(3) 得獎作品除於 9 月 8 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 5-7-6。

4)國際性活動—單車繞世界

(1) 中心協辦中華民國自行車騎士協會 2 場活動

- a. 9月11日至12日「花東山海自行車挑戰」：由中華民國自行車騎士協會協助宣導，同時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230人。
- b. 9月21日「北海岸雙灣自行車浪漫騎遊」：從白沙灣第一停車場出發，沿線經過麒山鼻漁港、番社后、淺水灣、富貴角燈塔等地區，最終回到白沙灣第一停車場。當日共有290人參與，兩場活動共發出200份宣導品與單張。

(2) 截至10月10日，全球總計里程數為63,801公里。

5)世界自殺防治日記者會暨學術研討會

- (1) 本年度世界自殺防治日記者會共91人與會，包含記者13人。
- (2) 於9月8日發布世界自殺防治日記者會會後新聞稿，共23則網路新聞露出，包含自由時報、聯合報及蘋果日報等，共19間報社刊登。
- (3) 世界自殺防治日記者會會後新聞稿，內容如下：

每年的9月10日是國際自殺防治協會(IASP)與世界衛生組織(WHO)共同推動之「世界自殺防治日」，本年度仍延用去年「同心協力防自殺」(Working Together to Prevent Suicide)為主題。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「2019世界自殺防治日記者會」，將今年主題調整為「同心協力防自殺，網路牽起你我他」，以順應網路時代的來臨，特加入「網路與自殺防治」為核心議題，期透過網路無遠弗屆的力量，達成同心協力防自殺的目標。本記者會將結合政府單位、國內心理衛生相關團體與媒體之力量，假張榮發基金會國際會議中心1001廳舉行，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，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，台灣自殺防治學會年會暨學術研討會特邀請自殺防治領域專家學者參與並探討自殺防治的重要議題與策略，並於會中回顧自殺防治中心十四年來的工作成果及未來展望，也特別邀請日、韓專家學者前來分享該國自殺防治政策與經驗，作為我國往後自殺防治工作借鏡。此外，現場展出富有宣導自殺防治意義的「世界自殺防治日海報設計徵選活動」以及「世界自殺防治日媒體徵文活動」得獎作品，藉由民眾透過海報設計響應網路自殺防治的理念，亦由媒體朋友們透過文字傳遞自殺防治中的正面力量。此外，一年一度的「單車繞世界」活動將於本月10號展開，邀請民眾透過單車活動提升大眾對於自殺議題之重視，宣揚自殺防治的重要性。今年度各項活動皆是為了推動並達成網路世

界的社群網絡連結防自殺的共同目標而邁進。

全國自殺人數下降

衛生福利部陳時中部長提到這十四年來在各方努力下自殺率已逐漸下降，而現今國民對於心理健康、精神疾病以及自殺議題的污名化也漸漸地改善，並且已有更高的警覺。另外自殺防治系統化的人人都是守門人概念都完整了，重點則在於如何整合，使我們的系統可以運作的更加有效率。

台灣自殺防治學會李明濱理事長指出，世界衛生組織(WHO)的資料顯示，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 2005 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 2006 年(總計 4,406 人，每十萬人口 19.3 人)最高峰，逐年下降，並於 2010 年退出國人十大死因之列持續至今，但須注意的是自 2015 年起連續三年自殺死亡人數呈現微幅上升趨勢。所幸在各界的緊密合作與努力之下，自殺死亡人數終在 2018 年再次下降至 3,865 人，不僅顯示自殺防治工作的成效，亦成功傳達「自殺是能夠預防」的重要概念。

分析 2018 年自殺數據變化，與 2017 年相比，男性自殺死亡人數減少 23 人(減少 0.9%)、女性則增加 17 人(增加 1.3%)；若以年齡層分析，24 歲以下青少年族群上升 11.7%(由 197 人上升至 220 人)，增加幅度較其他年齡層高，另外 45 歲至 64 歲中壯年族群由 1,482 人上升至 1,508 人(上升 1.8%)，為增加人數較多年齡層。

自殺企圖通報資料統計中，2018 年全國自殺企圖通報 31,354 人次，與 2017 年相比增加 2,737 人次。以年齡層作分析，同樣以青少年族群上升 36%(5,176 人次上升至 7,038 人次)為最高，根據全國自殺防治中心分析結果，青少年族群通報原因中，除了「精神健康」與「情感人際關係」外，「校園學生問題」通報人次逐年上升，而校園學生問題包含課業壓力、體罰、霸凌等因素。

自殺防治法三讀通過

李明濱理事長表示，台灣自殺防治學會自 2013 年便開始推動自殺防治法之立法，以確保自殺防治工作之永續經營。自殺防治相關各層級、各體系亟待整合，學會召開多次自殺防治法專家會議與公聽會，邀集精神醫療、公共衛生及法律領域相關專家學者共擬提案版本，陳請立法委員提

案。在朝野立委的努力下，《自殺防治法》終於今年 5 月 31 日順利三讀通過，並於 6 月 19 日由總統公佈後生效，相信透過自殺防治法的具體實施，定能整合中央及地方政府的資源，亦使自殺防治相關方案具有法源依據，結合民間完善的自殺防治體系，使自殺防治成效更往上提升。

立法院社會福利及衛生環境委員會吳玉琴委員提到，今年與李理事長團隊、劉建國召集委員以及邱泰源委員共同提出的自殺防治法終於順利審查通過。內容中幾個重點在於中央與地方設置自殺防治資源如諮詢中心等，其中最重要的資金與人力也會編列充足。通報方面，為確保通報管道的順暢，授權予醫護與社工相關人員可以通報自殺個案。再來則為媒體部分也已建構出網絡，如煽動自殺等已開始有罰則。

民眾心理健康調查

全國自殺防治中心每年進行「心理健康及自殺防治認知與行為」電話調查，2019 年針對全國 15 歲以上 2,102 位民眾進行抽樣電話調查。台灣自殺防治學會李明濱理事長表示，全國約有 15.6% (推估約 317.8 萬人口) 之 15 歲以上民眾一生中曾經認真想過自殺，另有 2.7% (推估約 55.1 萬人口) 曾於一年內認真想過要自殺，2.2% 在一生中實際有過自殺行為。與前二年相比，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上升，值得大家關注。調查中透過心情溫度計(BSRS-5)檢測民眾心理健康，顯示出全國約有 8.3% 民眾(推估約有 168.6 萬人)有情緒困擾，與 2018 年調查相比，具有情緒困擾之民眾比率從 6.4% 上升至 8.3%，其中有情緒困擾者高達 52.4% (約 88.3 萬人) 曾認真想自殺，21.9% (約 36.9 萬人) 一年內曾認真想自殺，13.3% 在一生中曾有自殺行為。

此外，李明濱理事長特別提到近幾年霸凌議題在青少年及校園自殺防治方面備受重視，故今年度特針對霸凌議題進行調查，結果顯示年滿 15 歲以上民眾約有 15.3% 民眾表示自己曾經「持續」被霸凌(推估約 312.5 萬人)。曾經被霸凌民眾當中有 54.3% 發生在 10 歲至 14 歲，地點以在學校 (71.3%) 居多，而受霸凌形式以言語霸凌 (81%) 最為常見。而在曾被霸凌民眾中，有 50.8% 表示因為被霸凌，而導致明顯的身體或心理傷害。調查顯示曾經因為被霸凌，而導致明顯的身體或心理傷害者中有 25.2% (推估約 40.0 萬人) 具有情緒困擾，45.3% (推估約 72.0 萬人) 一生中曾經認真地想過要自殺。

珍愛生命守門人缺一不可

李明濱理事長呼籲，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的特性加強宣傳「自殺防治守門人」訊息，儘管無法見面仍能傳遞力量幫助民眾並且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。這時簡單的一句關心，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。

立法院社會福利及衛生環境委員會陳靜敏委員強調，在全面性策略中發現幾個特別須關注的族群，如老年人與青少年。老年人心理健康是相當重要的議題，在近期也有很多網路媒體、電視以及電影都在探討這個議題，這需要各界一同努力與關注。另外，陳靜敏委員還提到指標性策略部分如自殺關懷訪視方面，有被關懷服務經驗的自殺企圖民眾自殺率則會下降 65%，此亦顯示出自殺關懷訪視員於自殺防治系統中的重要性。

(4) 會中由陳部長時中頒發自殺防治優質報導獎，由聯合報系健康事業洪淑惠營運長代表受獎。

6) 心理健康促進影片賞析：「關於自殺這件事」紀錄片播映會

(1) 本紀錄片播映會辦理成果如下表 5-5-4 所示：

表 5-5-4、心理健康促進影片賞析：「關於自殺這件事」紀錄片播映會辦理成果

日期	地區	地點	參與人數	線上新聞露出(則)
7月14日	台中市	國立公共資訊圖書館	80	0
8月23日	嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	200	10
9月17日	嘉義縣	嘉義縣人力發展所	154	1
10月5日	金門縣	金門縣政府多媒體簡報室	118	2
10月26日	連江縣	馬祖民俗文物館演藝廳	78	0
總計			630	13

(2) 未來預計辦理場次如下表 5-5-5 所示：

表 5-5-5、心理健康促進影片賞析：「關於自殺這件事」紀錄片
播映會預計辦理場次

日期	地區	地點	預計參與人數
12月18日	高雄市	高雄市立凱旋醫院	100
2020年1月	台北市	(待訂)	100-300
2020年3月	宜蘭市	(待訂)	100

- 7) 衛生福利部「心好有你」1925 安心專線特展
- (1) 全天參與攤位活動人數約 180-200 人。
- (2) 演講區規劃共 24 席座位，參與演講聽眾共 17 人。
- (3) 透過有獎徵答活動與來展民眾進行互動，藉由自殺防治小知識問答推廣心情溫度計 App，以及宣導珍愛生命守門人概念。民眾反應良好，活動進行十分順利。

五、附件

- 附件 5-7-1、2019 年世界自殺防治日海報設計徵選活動簡章
- 附件 5-7-2、2019 年世界自殺防治日媒體徵文活動簡章
- 附件 5-7-3、2019 年單車繞世界 中心宣傳簡章
- 附件 5-7-4、心理健康促進影片賞析「關於自殺這件事」紀錄片播映會計畫
- 附件 5-7-5、2019 海報得獎作品
- 附件 5-7-6、2019 世界自殺防治日媒體徵文得獎作品
- 附件 5-7-7、衛生福利部「心好有你」1925 安心專線特展演講及擺攤活動成果(照片)

陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導 機制

縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

一、背景

指標性自殺防治策略主要對象為高自殺風險個人，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。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、降低再自殺風險，是自殺防治重要的課題。

根據衛生福利部擬定之標準「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」，當自殺個案之身分資料確認後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，評估個案狀況，並填寫關懷訪視紀錄表，以用於後續的轉介及結案等流程。

訪視紀錄完善度、個案狀況是否清楚呈現，均會對關懷訪視之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，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知、有效運用既有之資訊來協助個案，因此訪視紀錄之填寫是否詳實，是極為重要的事。

為增進關懷訪視員訪視紀錄之可靠度，提升後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的照護品質，中心安排每月抽查不同3縣市之訪視紀錄，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。期盼各縣市自殺關懷訪視員能詳加落實訪視紀錄之填寫，加強督導本項業務，確實的為自殺個案及家屬提供合適且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開內部專家會議，針對衛生福利部委託辦理2019年度「全國自殺防治中心計畫」內容，以及自殺防治通報系統進行研討。
- 2) 排定欲審查縣市之順序。
- 3) 制定紀錄審查資料之範圍。
- 4) 依據衛生福利部自殺防治通報系統所有自殺關懷訪視員必填項目，逐一制定細部審查標準。
- 5) 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。
- 6) 將審查結果交付衛生福利部，並發送予各縣市。

三、過程

1. 訪視紀錄審查規劃：審查流程分兩輪進行，第一輪抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議。待結束後，根據審查結果展開第二輪審查，以追蹤各縣市的改善情形。
2. 審查之縣市擇定標準根據 2018 年訪視紀錄二階段審查結果綜合 2018 年抽查縣市順序排定抽查。
3. 每月份排定三縣市進行審查，第一輪抽查縣市順序如下：
 - 1)一月份：基隆市、嘉義縣、屏東縣。
 - 2)二月份：高雄市、宜蘭縣、花蓮縣。
 - 3)三月份：臺中市、彰化縣、嘉義市。
 - 4)四月份：新竹縣、苗栗縣、金門縣。
 - 5)五月份：新北市、新竹市、雲林縣。
 - 6)六月份：臺南市、南投縣、臺東市。
 - 7)七月份：臺北市、桃園市、連江縣、澎湖縣。
4. 依據第一輪審查結果，排定第二輪抽查縣市如下：
 - 1)八月份：高雄市、嘉義縣、屏東縣。
 - 2)九月份：臺中市、宜蘭縣、彰化縣。
 - 3)十月份：新竹市、嘉義市、新竹縣。
 - 4)十一月份：新北市、雲林縣、南投縣。
 - 5)十二月份：臺北市、桃園市、臺東縣。
5. 訪視紀錄資料抽查時段：每月份訪視紀錄的審查資料是抽取該縣市最近一個月的訪視紀錄，若最近一個月審查資料不足則往前抽取補齊，至多往前抽至三個月，第一輪與第二輪所抽查資料不得重複。
6. 訪視紀錄案件狀態擇定：自殺防治通報系統案件狀態有五大選項，包括「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。選取最近一個月「已結案」的訪視紀錄。這些狀態具備較完善的內容紀錄，。這些狀態具備較完善的內容紀錄，更能了解訪員的訪視狀況，及檢核有無提供相對應的處遇計畫與資源轉介。
7. 訪視紀錄抽查流程與標準：

每份訪視紀錄審查是從該縣市訪員名單中隨機選取其中 6 位，抽查最近一個月每位訪員「已結案」之案件，其中 4 則訪視紀錄，標準如下：

 - 1)第一則為首次訪視到「個案本人」，並具有 BSRS 分數的訪視紀錄；
 - 2)第二則為結案前最後訪視到「個案本人」的訪視紀錄；
 - 3)隨機抽取案件中其中二則紀錄，不得與前述二則重複。

- 4)以上四則至少含括一次家訪紀錄。
- 5)若該縣市訪員不足 6 人，則重複抽取，同樣依前述方式進行紀錄抽查。
8. 訪視紀錄評等標準設立：根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 2019 年訪視紀錄審查標準，經內部專家會議，制訂訪視紀錄審查標準，包含如下：
- 1)檢閱訪視紀錄中各個項目填寫是否詳實，有無缺漏。
 - 2)檢閱受訪對象及訪視方式填寫是否與所撰寫之內容摘要一致。
 - 3)檢閱內容摘要的結構是否詳實，並包含醫療紀錄格式 SOAP 之資料，意即須有 Subjective(主觀資料)、Objective(客觀資料)、Assessment(評估)、Plan(處遇計畫)。
 - (1) Subjective(主觀資料)：個案主觀描述、外觀/症狀，個案和家屬對問題的認知與期待。
 - (2) Objective(客觀資料)：含個案就醫病史、檢查結果，或自殺關懷訪視員對個案、家屬、案家環境的評估。
 - (3) Assessment(評估)：整理 S 及 O 之資料，做出進一步評估：
 - a. 生理精神狀態評估：對個案的心理狀態及社會條件等自殺危險因子與保護因子進行探索、評估與記錄。如物質成癮、經濟狀況不穩定、缺乏社會支持等。
 - b. 治療順從性評估：須詢問個案於精神科就診或接受心理健康諮詢之情況，針對已就診或或接受心理健康諮詢者，進一步詢問其就診、諮詢與服藥情形是否規則。
 - c. 簡式健康量表分數 (BSRS-5)。
 - d. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依危險等級分類為低、中、高三級。
 - (4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，進一步建立處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。如當個案 BSRS-5 的分數高於 6 分，須轉介心理諮詢、精神科就診；當個案背景為學生，須轉介學校輔導。
 - (5) 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。
 - (6) 審查過程乃是由中心業務負責人針對抽查的訪視紀錄進行初評，並列出問題、建議，再由中心專家進行複評審查並給予意見。
 - (7) 每月份彙整該月審查縣市自殺關懷訪視員訪視紀錄初評與複評之結果，將其謄寫至訪視紀錄審查結果表，並交付衛生福利部，並提供該月審查縣市做為參考。

四、成果

1. 執行結果：

1) 審查問題和建議整理：

(1) 「個案受訪情形」建議：有未訪視到本人的訪視紀錄中，「個案受訪情形」記載為個案本人的情形，應避免誤選與訪視情形不相符之選項。

(2) 「內容摘要」建議：

a. SOAP 格式資料檢閱：

a) 主觀資料(S)：

(a) 今年度抽查紀錄中，各縣市訪視紀錄個案主觀描述部份完成率大致在九成以上，皆有填寫個案對於近況的自述，包含生心理狀況及生活現況等，亦有部份紀錄中記載個案工作狀況。

(b) 每次訪視都盡可能針對自殺事件收集資訊，了解個案對壓力或自殺原因的想法，以利評估其再自殺危險性。

b) 客觀資料(O)：

(a) 完成度與紀錄的訪視類型有關，面訪較多的縣市，客觀觀察資料的完成率相對較高，電訪為主縣市則較少完成客觀觀察資料的記載。

(b) 面訪個案建議可就個案外觀、情緒狀態進行記錄。

(c) 電訪個案雖較難觀察個案外觀及表情變化，但可根據語氣和語調變化進行觀察及記錄；若為面訪，則可就個案外觀、情緒狀態進行記錄。

c) 自殺風險評估(A)：

(a) 生理精神狀態與治療順從性評估項目填寫率較高，大多數有記錄個案目前生理心理狀態及就診用藥狀況；保護因子、危險因子及再自殺意念與行為評估的填寫情形則較低。

(b) 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。

(c) BSRS 填寫可能因多種因素無法詢問，建議盡量排除外在環境因素填答，以評估再自殺之風險。

b. 結案內容檢閱：

(a) 結案決議為督導會議決議時，應清楚寫下結案原因與完整評估。

(b) 大部分結案紀錄撰寫過於簡化，僅粗略描述個案近況而無結案評估。

建議滿三個月追蹤準備結案的個案，訪視內容增加對其自殺保護因子、危險因子及再自殺意念的評估。

(c) 建議可詢問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，以增加訪員對於結案之評估及提供適當之處遇。

(d) 訪視紀錄完整性、個案狀況與風險評估是否清楚呈現，均會對個案的

關懷訪視有所影響，避免於不同訪視紀錄中呈現完全相同的記載內容。

(3) 「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

a. 當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議落實轉介精神科就診或進行心理諮詢輔導。

b. 建議當訪員觀察到個案在「通報次數」資料欄位顯示多次通報時，可加以考量個案是否仍有其他週期性的危險因子存在進而影響自殺風險

(4) 「非個案本人之訪談摘要」：訪視對象為個案本人卻誤植於「非個案本人之訪談摘要」，訪員應避免欄位填寫錯誤。

(5) 內容摘要 SOAP 完成率比較圖如圖 6-1-1，可以觀察到在 2019 年的訪視紀錄抽查中，各項完成率皆較 2018 年為高。

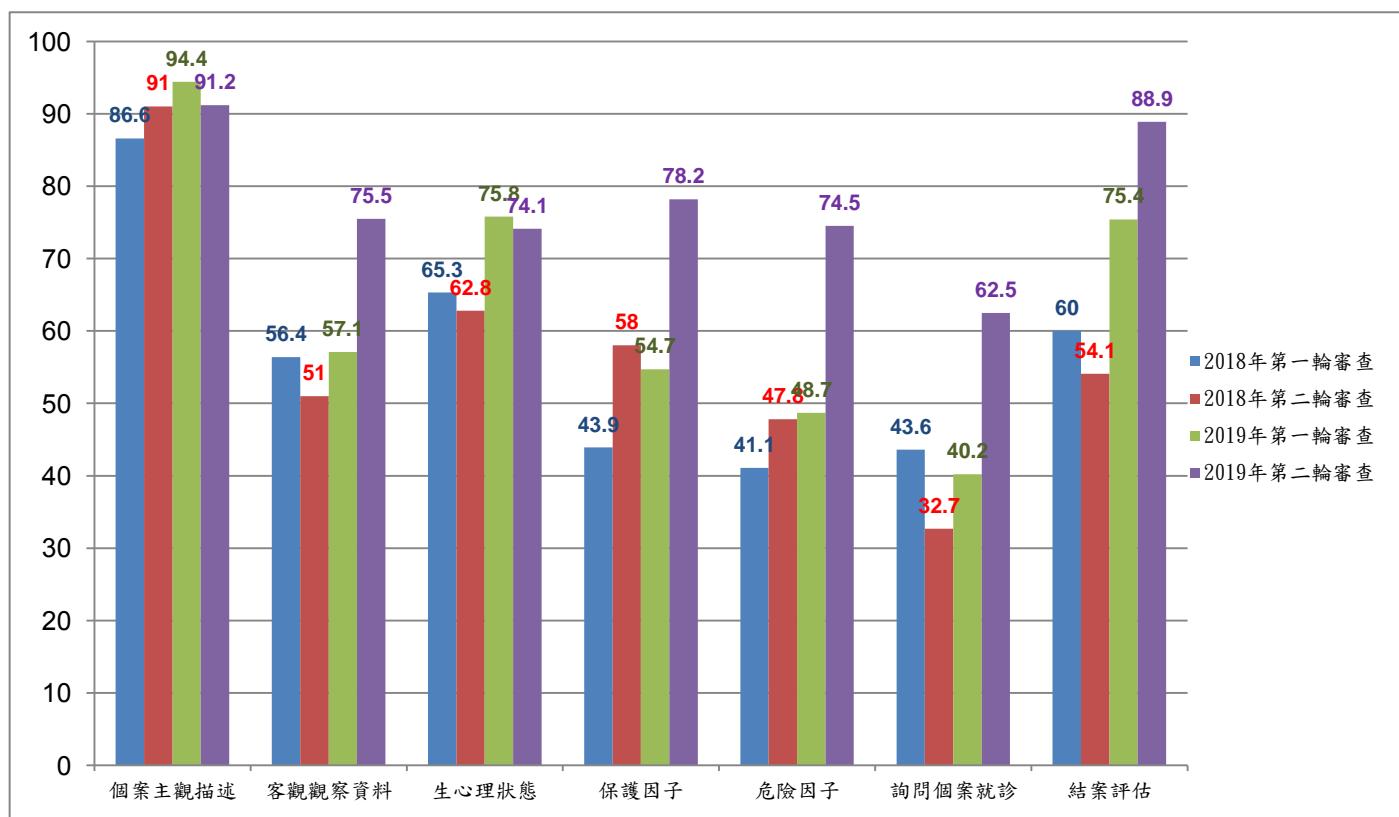


圖 6-1-1、2018 年與 2019 年訪視紀錄抽查 SOAP 完成率圖

2)追蹤縣市改善情形

(1) SOAP 內容檢閱：第二輪審查階段中，截至 10 月 31 日前，9 個縣市中，有 8 個縣市的紀錄內容完整性提高，特別是在風險評估(A)能在較多紀錄中被呈現出來；在客觀資料(O)方面，各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，在第二輪

審查的 9 個縣市中結案評估完整性皆有提高。

2. 結論

- 1) 在第一輪審查中，各縣市較常出現情形為個案主觀描述填寫完整，但在客觀觀察資料方面則較為缺乏，推測應與電訪紀錄較多有關，而電訪個案雖較難觀察個案外觀及表情變化，但仍建議訪員可根據語氣和語調變化進行觀察及記錄。
- 2) 第二輪審查中，抽查縣市的紀錄完整性大致上有提高，明顯提高的項目為風險評估項目；個案主觀敘述方面因在第一輪審查的完成度高，第二輪審查較無明顯進步的情形；在客觀資料部份，仍較為薄弱。
- 3) 在個案自殺風險評估部份，生理精神狀態與治療順從性評估項目填寫率較高，大多數有記錄個案目前生理心理狀態及就診用藥狀況；保護因子、危險因子及再自殺意念與行為評估的填寫情形則較低。
- 4) 結案評估內容在第一輪審查中有些縣市較為簡化，僅粗略描述個案近況而無結案評估。在第二輪審查中，抽查縣市結案評估完整性皆有提高。
- 5) 訪視紀錄對於關懷訪視工作中有著重要的價值，詳實記錄關懷訪視過程不僅能由內容掌握服務的決策與處遇確保服務品質，亦能讓被轉介單位了解情況，鞏固人員間的合作。
- 6) 自殺防治通報系統於 2019 年 5 月 1 日啟用 S.O.A.P. 登打格式輸入介面，以清楚明瞭的登打格式，協助關懷訪視員工作上能更加順利，也給予個案更加專業的關懷。

自殺防治通報系統功能增修建議及 協助建置「知識庫維護功能」

一、背景

1. 相關問題與重要性

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

綜言之，自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為者及自殺死亡個案之通報、建立個案輔導轉介關懷之網絡及促進相關服務資源之整合。

為方便訪員使用自殺防治通報系統登打訪視紀錄，全國自殺防治中心於衛生福利部的指導下於 2018 年向系統維護廠商提出修改之建議，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，新版撰寫格式業於 2019 年 5 月完成系統介面修改後正式上線。

為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時優化與增修自殺防治通報系統功能，中心持續提出系統修改建議並協助建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員於登打資料時參閱，希冀提供更友善的操作環境，使關懷訪視作業更增效益。

2. 目的與目標

- 1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡。
- 2) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。
- 3) 精進自殺關懷訪視作業流程，輔助自殺關懷訪視作業。
- 4) 建置通報系統「知識庫維護功能」。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 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。
- 3)協助自殺防治通報系統「知識庫維護功能」建置。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：衛生福利部、東捷資訊服務股份有限公司。

三、過程

1. 檢討現行自殺防治通報系統，進行系統功能增修

- 1)召開會議討論，修正系統功能。
- 2)向衛生福利部提出改善與建議。
- 3)邀請系統廠商針對建議及資料錯誤提出修正規劃。

2. 「知識庫維護功能」建置

- 1)研擬自殺防治通報系統各項目文字說明內容。
- 2)由全國自殺防治中心專人申請自殺防治通報系統帳號，逐項輸入文字說明內容。

四、成果

1. 自殺防治通報系統功能增修

中心提出，2019年自殺防治通報系統功能增修摘要如下：

- 1)通報單功能中，將重覆通報案件訪視紀錄代入最新一筆通報單。
- 2)訪視紀錄功能中，建議結案評估項目欄位擴充字數上限，至少為500字。
- 3)訪視紀錄功能中，建議訪視未遇或拒訪時，安心專線及電話選項改為非必填。

2. 建置「知識庫維護功能」

中心提出，「知識庫維護功能」欄位說明摘要如下：

- 1)通報單功能：
 - (1)自殺日期不可晚於通報日期。
 - (2)自殺方式與自殺原因為複選，最多選三項，若超過三種則選擇最主要三種方式與原因。
- 2)訪視紀錄功能：
 - (1)個案受訪情形為「個案本人」時，顯示說明除「宗教信仰」外皆為必填。
 - (2)曾有過自殺行為或企圖為不包含本次通報，個案曾有自殺企圖次數。
 - (3)「目前問題」欄位不等同於通報時自殺原因，填寫內容為訪視當下個案所遭受之問題。

- (4) 「個案主觀描述」為個案對自己現況的主觀描述。
- (5) 「客觀觀察資料」為訪員觀察到的客觀事實。
- (6) 「治療順從性評估」就醫(含精神科與非精神科)或會談情形。
- (7) 「生理精神狀態」記錄案主生理疾病、精神疾病暨相關症狀、以及心情溫度計的分數變化。
- (8) 「再自殺意念及風險評估」了解當次自殺情境、自殺意念與行為意圖程度(過去/現在/未來)、有無立即自殺計畫、生命危險及致命程度。
- (9) 「處遇計畫」根據評估結果，進一步擬定處遇計畫。
- (10) 「結案評估」寫下結案原因與完整評估。
- (11) 「目前個案有無其他機構介入關懷」除自殺關懷訪視員外，是否有其他單位或機構對個案進行關懷。

- 3. 自殺防治通報系統功能的完善及使用介面的便利性對於自殺關懷訪視作業流程十分重要，便於使用者使用的系統能降低訪員在登打訪視紀錄時所消耗的時間，讓訪員有更多時間專注在個案上，S.O.A.P 格式也能使資訊的整理更有結構性，使訪員更有效率、簡便的完成紀錄，以增進訪視紀錄完整性與可信度。
- 4. 中心將會持續收集與整理使用者建議，並檢視「知識庫維護功能」須修改之處，提供予衛生福利部及自殺防治通報系統廠商，作為功能增修的參考依據。
- 5. 「知識庫維護功能」目前系統維護廠商僅針對訪視紀錄單部份設計，暫無通報單功能，中心擬提出系統功能增修，加入通報單功能。
- 6. 自殺防治法已三讀通過並由總統公布施行，第十一條規定自殺防治通報範圍擴及社工人員、學校人員、村里長等各領域人員，自殺防治通報系統應配合建立因應機制。

五、附件

附件 6-2-1、自殺防治通報系統系統建議

附件 6-2-2、「知識庫維護功能」欄位說明

自殺關懷訪視員核心能力困境及課程規畫

一、背景

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遭遇之困境及問題，研擬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

1. 執行步驟與方法

- 1)根據中心出版之《自殺防治系列 34-自殺關懷訪視員教育手冊》，界定核心能力。
- 2)規劃自殺關懷訪視員核心能力困境調查方式。
- 3)編製自殺關懷訪視員核心能力困境調查問卷初稿。
- 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：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併規劃課程。

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

1. 於全國自殺防治中心業務會議訂定核心能力困境調查方式；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。

2. 研擬核心能力困境調查問卷內容。

3. 將核心能力困境調查問卷連結網址，張貼於「自殺關懷通報系統」，鼓勵各單位訪員填寫。

4. 2019年5月20日至2019年6月21日蒐集問卷資料。

5. 回收資料並進行資料分析。

6. 統整分析結果。

7. 問卷設計

1) 問卷題項(詳見附件 6-3-1)

(1) 指導語

(2) 基本資料

a. 姓名

b. 所處縣市與單位名稱

c. 擔任關懷訪視員之工作年資

d. 畢業學歷

e. 就讀領域

(3) 課程利用情形

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「初階核心課程」(可複選)

d. 目前已修習過之線上「進階核心課程」(可複選)

(4) 核心能力落實情形

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
- i. 就您個人的經驗，以下哪些核心能力在實務上較困難落實(可複選)
 - a) 評估個案的自殺危險因子與保護因子
 - b) 自殺個案評估項目
 - c) 自殺行為的特徵與徵兆
 - d) 自殺風險評估
 - e) 自殺風險程度分級與建議處遇方式
 - f) 轉介之建議處遇方式
 - g) 重複自殺個案
 - h) 拒訪或失聯個案
 - i) 其他(請描述：_____)
- j. 承上題，請詳述您遭遇到的問題及困境

(5) 其他相關建議

2) 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。

3) 分析項目

(1) 基本資料分析

- a. 訪員年資分佈
- b. 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) 核心能力落實遭遇之困難
- (4) 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
- (5) 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

四、成果

1. 結果討論與建議

- 1) 本問卷為自陳式量表，藉由訪員自評，了解其核心能力之落實及資源利用情形、以及核心能力落實所遭遇的問題及困境。詳見附件 6-3-2。本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。
- 2) 在核心能力落實情形之分析結果顯示，接近八成訪員自陳能夠落實核心能力(四分以上者)，即表示訪員普遍於核心能力落實上具有信心。
- 3) 從中心目前提供之資源《自殺關懷訪視員教育手冊》或〈關懷訪視員教學影片〉利用情形而言，有利用者占七成三，且自述有利用者相較無利用者，對自己在核心能力落實上較有信心。
- 4) 再從中心目前提供訪員修習之線上課程利用情形而言，有六成的訪員自述曾利用過此資源，且自述有利用者相較無利用者，對自己在核心能力落實上較有信心。
- 5) 以年資而言，年資兩年以上者占五成，唯年資兩年以上者對於自己核心能力落實信心上相較年資兩年以下者並無差異。
- 6) 針對核心能力落實困難之調查結果，不同年資的訪員皆視「拒訪或失聯個

案訪視技巧」、「重複自殺個案訪視技巧」以及「依個案需求提供適當之資源轉介」為較困難落實之能力。調查結果詳見下表 6-3-1。

表 6-3-1、各項核心能力落實困難百分比

	次數	(%)
拒訪或失聯個案訪視技巧	88	77.2
重複自殺個案訪視技巧	69	60.5
依個案需求提供適當之資源轉介	23	20.2
自殺行為的特徵與徵兆	19	16.7
應用評估工具	17	14.9
依自殺風險程度給予適當之處遇	15	13.2
評估危險因子與保護因子	12	10.5
自殺個案評估項目	12	10.5

7)檢視 107 年全國自殺防治中心針對關懷訪視員核心能力落實情形調查結果，並將 107 年及 108 年調查結果進行比較，詳見下表 6-3-2：

表 6-3-2、107 年及 108 年針對關懷訪視員核心能力落實情形調查結果比較

107 年調查結果	108 年調查結果
約有七成以上的訪員自陳能夠落實核心能力的程度在 <u>四分以上</u> ；表示訪員普遍對自己在核心能力落實上有信心。	接近八成訪員自陳能夠落實核心能力(<u>四分以上者</u>)，即表示訪員普遍於核心能力落實上具有信心。
有閱讀過《 <u>自殺關懷訪視員教育手冊</u> 》之訪員占 76.7%。自述有閱讀過手冊的訪員普遍對自己在核心能力落實上 <u>較有信心</u> ；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。	有利用《 <u>自殺關懷訪視員教育手冊</u> 》或〈 <u>關懷訪視員教學影片</u> 〉者占 73.7%，且自述有利用者相較無利用者，對自己在核心能力落實上 <u>較有信心</u> 。
有 53.5% 的訪員 <u>曾利用過線上課程</u> 。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 <u>無發現差異</u> 。	60.5% 的訪員自述 <u>曾利用過線上課程</u> ，且自述有利用者相較無利用者，對自己在核心能力落實上 <u>較有信心</u> 。

表 6-3-2、107 年及 108 年針對關懷訪視員核心能力落實情形調查結果比較

年資兩年以下訪員占 51.5%。從分析結果來看，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。

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(77.2%)」、「重複自殺個案訪視技巧(62.4%)」，以及「資源連結與轉介」(25.7%)」。

年資兩年以下者占 50.0%，唯年資兩年以上者對於自己核心能力落實信心上相較年資兩年以下者並無差異。

不同年資的訪員皆視「拒訪或失聯個案訪視技巧(77.2%)」、「重複自殺個案訪視技巧(60.5%)」以及「依個案需求提供適當之資源轉介(20.2%)」為較困難落實之能力。

由上表可知近兩年調查結果相近，在困難落實之核心能力方面，均以「拒訪或失聯個案訪視技巧」、「重複自殺個案訪視技巧」及「依個案需求提供適當之資源轉介」三項為主。在 108 年的調查中，依據填答者自陳，三項核心能力落實困難原因如下：

- (1) 針對「拒訪或失聯個案訪視技巧」落實困難，訪員自陳面臨部分個案明確拒絕訪問(包括電訪及家訪)，此類個案可能受到精神症狀、情緒不穩或人格因素之影響，難以建立工作關係。除了聯絡管道不足，也經常面臨案家屬拒絕訪員與個案接觸之情況，且案家屬所能提供之資訊相當有限。
- (2) 針對「重複自殺個案訪視技巧」落實困難，訪員自陳部分個案具有長期累積且難以改善的問題，例如經濟或債務壓力、慢性疾病、家庭關係、人格違常及心理問題等等，訪員於訪視過程給予之情緒支持或資源轉介無法協助其解決長期生活困境。因而重複自殺並反覆通報。此類個案也容易出現拒訪情況，失去傾訴情緒的管道或進一步資源轉介的機會，也可能導致反覆出現自殺行為。
- (3) 針對「依個案需求提供適當之資源轉介」落實困難，訪員自陳部分個案需要社會資源的介入及協助，但其身分資格不見得符合轉介單位開案標準，因而難以減輕其生活壓力。另部分訪員面臨無法掌握當地相關社會資源及網絡單位，並在評估、協助個案取得福利或救助資源方面遭遇困難。

2. 課程檢視與規劃

1) 檢視全國自殺防治中心目前已開設之網路課程，其中與「拒訪或失聯個案訪視技巧」、「重複自殺個案訪視技巧」及「依個案需求提供適當之資源轉介」三項核心能力相關之課程詳見下表 6-3-3：

表 6-3-3、三項落實困難核心能力之相關課程彙整

課程名稱/年份	授課時數	課程內容概述
自殺防治與資源連結 /2016	54 分 33 秒	1. 自殺防治概念 2. 資源連結概念與個案可應用資源說明 (實務面向) 3. 建立口袋名單的重要性 1. 自殺者親友、遺族可能的心理狀態 2. 自殺概念與臨床數據說明 3. 通報流程、資源連結概念說明 (理論面向)
自殺防治與資源連結 /2016	1 小時 8 分	1. 主題為自殺關懷訪視員共識營課程 2. 關訪計畫、訪員工作任務說明 3. 實務危機個案處理討論 4. 轉介與資源連結
關訪員之危機處理、轉介技巧與資源連結 /2015	54 分 56 秒	1. 醫學倫理概述 2. 拒訪個案相關處置建議 3. 常見電訪、家訪經驗
拒訪個案之處置措施與成效評估 /2014	30 分 01 秒	1. 自殺相關數據 2. 重複自殺個案常見治療方式 3. 守門人 123 策略 4. 心情溫度計介紹
重複自殺個案之樣態分析與處置建議 /2014	24 分 52 秒	

2) 課程規劃

(1) 「拒訪或失聯個案訪視技巧」之課程規劃

經檢視原有課程與關懷訪視員的問卷回饋，中心規劃透過完成訪視「拒訪」或「失聯」個案的成功案例，安排更具實務面向之專業課程。目前中心尚在尋找合適之教學案例，將於選定合宜案例後拍攝課程影片供關懷訪視員閱覽學習。

(2) 「重複自殺個案訪視技巧」之課程規劃

配合 10 月 27 日舉辦之「2019 年度自殺防治高峰論壇-關懷訪視督導共識會議」，透過與會專家學者針對重複自殺個案之督導重點探討，拍攝適合關懷訪視員閱覽學習之課程影片。

(3) 「依個案需求提供適當之資源轉介」之課程規劃

經檢視原有課程，除資源單位未能及時更新之外，課程內容知識充分且切合實務經驗。將於投影片上增補更新訊息，並持續開放予關懷訪視員閱覽學習。

(4) 另亦將配合今年甫通過之自殺防治法、即將於 12 月 31 日前公佈之自殺防治法施行細則及自殺防治法相關子法規等規定，於 2020 年初推出線上配套課程

五、附件

附件 6-3-1、自殺關懷訪視員工作實況調查問卷

附件 6-3-2、自殺關懷訪視員工作實況調查問卷調查分析

編製自殺防治系列教育手冊

一、背景

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 2005 年本中心成立以來，已持續推行共 38 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。

自殺相關數據之運用一直是自殺防治工作中相當重要的一環，尤其透過分析數據並加以應用於自殺防治策略的擬定方向、引領政策形成，當優化工作效能並提升決策的有效性，本中心編製《自殺數據判讀指引》藉以提升政府單位、民間團體運用自殺相關數據之能力。而隨著台灣近年社會文化變遷，老年人口族群及兒少族群中特定的自殺防治議題逐漸浮現，有鑑於此趨勢，本中心編製《長期照顧者自殺防治》及《網路與自殺防治》教育手冊，俾反映社會的需求。另在醫療、衛生及社會福利體系的業務中，有關警察、第一線救援人員及保護服務工作所面臨的自殺防治情境及其所扮演的角色定位，本中心也於今年編製《警消與第一線救援人員之自殺防治指引》與《保護服務與自殺防治》教育手冊，以協助相關人員依循相關原則進行自殺防治工作。

本項目將透過文獻探討及邀集不同領域之專家學者，如：精神醫療、護理、社工等專業人員，共同研討各項主題、架構，並製作成電子書置於線上平台，以利相關人員及社會大眾加以運用。

2. 業務目的與目標

- 1) 編製「自殺數據判讀指引」教育手冊(電子書)，以強化各層級、單位人員的數據解讀能力，並進一步透過數據以強化後續自殺防治策略擬定之能力。
- 2) 編製「長期照顧者自殺防治」工作手冊(電子書)，供衛福部與相關單位及縣

市衛生局、社會局參考運用。

- 3)編製「網路自殺防治」教育手冊(電子書)，提供輔導人員認識網路與自殺防治之相關因素，促進了解自殺現象、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。
- 4)編製「保護服務與自殺防治」教育手冊(電子書)，供衛福部與相關單位及縣市社會局參考運用。
- 5)編製「警消與第一線救援人員之自殺防治指引」教育手冊(電子書)供衛福部與相關單位及內政部警政署、內政部消防署、各縣市警察局及消防局參考運用。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1)擬訂手冊 WBS 及編輯日程
- 2)成立專家編輯小組，召開會議。
- 3)蒐集相關資料並彙整。
- 4)匯整手冊初稿並寄予專家編輯群審閱。
- 5)根據專家編輯群給予之建議修改手冊內容。
- 6)手冊內容校稿、排版、申請手冊電子書 ISBN。
- 7)將電子書置於本中心線上平台並送存國家圖書館，供相關人員及社會大眾閱覽、下載。
- 8)行文至政府機關(構)、法人、學校、團體等相關組織進行推廣。

2. 資源連結合作

- 1)編製「自殺數據判讀指引」合作單位：台灣自殺防治學會、台大醫院、衛生福利部。
- 2)編製「長期照顧者自殺防治」合作單位：台灣自殺防治學會、衛生福利部、中華民國家庭照顧者關懷總會、高雄市社區心理衛中心。
- 3)編製「網路自殺防治」合作單位：台灣自殺防治學會、衛生福利部。
- 4)編製「保護服務與自殺防治」合作單位：台灣自殺防治學會、衛生福利部、心理衛生社工學會、衛生福利部八里療養院。
- 5)編製「警消與第一線救援人員之自殺防治指引」合作單位：台灣自殺防治學會、衛生福利部。
- 6)資源連結內容及形式：專家會議、意見交流、文獻閱讀、本中心出版相關資料。

三、過程

1. 資料蒐集：

- 1) 編製「自殺數據判讀指引」：蒐集自殺死亡數據資料，包含粗死亡率、標準化死亡率、間接標準化死亡率計算公式及人口學資料等；自殺通報數據資料，包含中心每月發布自殺防治通報表、訪視單內容、及訪視流程、通報指標相關計算結果及公式；自殺死亡地圖資料，包含中心過往繪製之自殺地圖，含粗死亡率、標準化死亡率、各死因標準化死亡率，各年齡層標準化死亡比等。
 - 2) 編製「長期照顧者自殺防治」：蒐集國內外長期照顧及家庭照顧者與自殺防治相關研究及文獻、我國長期照顧相關法規、長期照顧相關資源、老年人及照顧者之自殺防治策略及自殺防治相關資料。
 - 3) 編製「網路自殺防治」：蒐集國內外網路與自殺防治相關研究及文獻、我國網際網路相關法規、網路自殺防治相關資源、兒童與青少年之自殺防治策略及自殺防治相關資料。
 - 4) 編製「保護服務與自殺防治」：蒐集保護服務、家庭暴力及兒少保護事件之自殺相關數據，及與前者有關之自殺防治研究及文獻；關懷訪視相關流程資料；自殺防治相關資源、自殺防治策略等相關資料。
 - 5) 編製「警消與第一線救援人員之自殺防治指引」：蒐集國內外警察、消防、司法人員及第一線救援人員與自殺防治相關研究及文獻；自殺防治相關資源、自殺防治策略等相關資料。
- 2. 手冊大綱草擬：**針對收集之資料進行分類，並進一步規劃各章節、段落主題，並於本中心業務會議決議通過大綱，再由專家編輯群檢核手冊內容並給予建議。
 - 3. 按擬定日程表編輯手冊：**將編輯手冊工作逐一拆解至最小工作單位，並規劃各工作時數，進而完成 WBS 分工表，並進一步將各章節段落交由專家學者編輯。
 - 4. 初稿審閱：**完成手冊內容初稿，並送請中心長官審閱。
 - 5. 初稿修改及校稿：**根據建議修改手冊內容，完成手冊內容，並進行排版、美編及封面設計。
 - 6. 申請國際標準書號(ISBN)：**完成封面設計、版權頁及部分內容排版後，至國家圖書館申請電子書 ISBN。
 - 7. 送存國家圖書館：**二次校稿，確認手冊內容，上傳電子檔至國家圖書館。
 - 8. 手冊推廣：**電子書上傳至中心網站。

負工
責作起完總
人事始成週

專案進度表

WBS 員項週週數

		1-2 週	3-4 週	5-6 週	7-8 週	9-10 週	11-12 週	13-14 週	15-16 週	17-18 週	19-20 週	21-22 週	23-24 週	25 週	26 週
	週次	5/06-	5/20-	6/03-	6/17-	7/01-	7/15-	7/29-	8/12-	8/26-	9/09-	9/23-	10/07-	10/21-	10/28-
		5/18	6/01	6/15	6/29	7/13	7/27	8/10	8/24	9/07	9/21	10/05	10/19	10/26	11/02
1	依各冊編委初稿時程	16 8 1 6 18 8	16 8 6 18 8	數據 長照 網路 保護 警消											
1.1	依各冊編委初稿第 一章	4 8 1 6 18 8	4 8 6 18 8	數據 長照 網路 保護 警消											
1.2	依各冊編委第二 初稿	10 8 1 6 6 8	10 8 6 6 8	數據 長照 網路 保護 警消											
1.3	依第1	10	10	數據											

負工
責作起完總
人事始成週

專案進度表

WBS 員項週週數

			1-2 週	3-4 週	5-6 週	7-8 週	9-10 週	11-12 週	13-14 週	15-16 週	17-18 週	19-20 週	21-22 週	23-24 週	25 週	26 週
	週次		5/06-	5/20-	6/03-	6/17-	7/01-	7/15-	7/29-	8/12-	8/26-	9/09-	9/23-	10/07-	10/21-	10/28-
			5/18	6/01	6/15	6/29	7/13	7/27	8/10	8/24	9/07	9/21	10/05	10/19	10/26	11/02
	各三	8 8	長照													
	冊章	6 6	網路													
	編初	10 10	保護													
	委稿	8 8	警消													
	依第	15 18 4	數據													
	各四	8 8	長照													
1.4	冊章	6 6	網路													
	¹ 編初	10 10	保護													
	委稿	8 8	警消													
	依第	- -	數據	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	各五	8 8	長照													
1.5	冊章	1 6 6	網路													
	編初	10 10	保護													
	委稿	8 8	警消													
	依初	11 16 6	數據													
2	各稿	9 14 6	長照													
	冊校	7 10 4	網路													

負工
責作起完總
人事始成週

專案進度表

WBS 員項週週數

			1-2 週	3-4 週	5-6 週	7-8 週	9-10 週	11-12 週	13-14 週	15-16 週	17-18 週	19-20 週	21-22 週	23-24 週	25 週	26 週
	週次		5/06-	5/20-	6/03-	6/17-	7/01-	7/15-	7/29-	8/12-	8/26-	9/09-	9/23-	10/07-	10/21-	10/28-
			5/18	6/01	6/15	6/29	7/13	7/27	8/10	8/24	9/07	9/21	10/05	10/19	10/26	11/02
	編 稿	19 24 6	保護													
	委	7 10 4	警消													
	依 第	19 20 2	數據													
	各 二	15 16 2	長照													
3	冊 次	9 10 2	網路													
	編 校	25 25 1	保護													
	委 稿	9 12 4	警消													
	依 最	21 24 4	數據													
	各 後	17 18 2	長照													
4	冊 修	11 14 4	網路													
	編 訂	26 26 1	保護													
	委	11 14 4	警消													
	依 排	23 26 4	數據													
	各 版	19 20 2	長照													
5	冊 版	13 16 4	網路													
	編	23 24 2	保護													
	委	13 25 13	警消													

負工
責作起完總
人事始成週

專案進度表

WBS 員項週週數

		1-2 週	3-4 週	5-6 週	7-8 週	9-10 週	11-12 週	13-14 週	15-16 週	17-18 週	19-20 週	21-22 週	23-24 週	25 週	26 週
	週次	5/06-	5/20-	6/03-	6/17-	7/01-	7/15-	7/29-	8/12-	8/26-	9/09-	9/23-	10/07-	10/21-	10/28-
		5/18	6/01	6/15	6/29	7/13	7/27	8/10	8/24	9/07	9/21	10/05	10/19	10/26	11/02
6	依各冊編委	26 21 17 26 26	26 22 20 26 26	1 2 4 1 1	數據 長照 網路 保護 警消										

四、成果

1. 執行結果

1) 「自殺數據判讀指引」手冊內容

「自殺數據判讀指引」內容主要分為自殺死亡數據判讀、自殺通報數據判讀、視覺化自殺地圖判讀及參考資料四部份。手冊架構簡述如下：

(1) 自殺死亡數據判讀

- a. 人口學指標、自殺嚴重性衡量指標
- b. 各指標實務應用
- c. 近 10 年全國自殺死亡率趨勢分析

(2) 自殺通報數據判讀

- a. 自殺防治通報系統及自殺通報關懷流程簡介
- b. 通報數據介紹
- c. 關懷訪視數據介紹
- d. 近 10 年全國自殺通報數據分析

(3) 視覺化自殺地圖判讀

- a. 自殺地圖簡介
- b. 自殺死亡人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率之地圖
- c. 死因標準化自殺死亡率地圖介紹
- d. 標準化死亡比地圖介紹
- e. 自殺地圖判讀實例

(4) 參考資料

- a. 自殺個案關懷訪視記錄回覆表

2) 「長期照顧者自殺防治」手冊內容

「長期照顧者自殺防治」內容主要分為長期照顧專業人員與家庭照顧者的現況、長期照顧專業人員與家庭照顧者的自殺特性、長期照顧專業人員與家庭照顧者之自殺防治策略、長期照顧者的自我覺察與調適、長期照顧自殺防治資源網絡的建構五部份。手冊架構簡述如下：

(1) 長期照顧專業人員與家庭照顧者的現況

- a. 長期照顧專業人員的特性及負擔
- b. 家庭照顧者的特性及負擔
- c. 長期照顧的身心反應對社會功能的影響

(2) 長期照顧專業人員與家庭照顧者的自殺特性

(3) 長期照顧專業人員與家庭照顧者之自殺防治策略

(4) 長期照顧者的自我覺察與調適

(5) 長期照顧自殺防治資源網絡的建構

3) 「網路自殺防治」手冊內容

「網路自殺防治手冊」內容主要分為「綜觀網路不當使用(PIU)與自殺的關聯性」、「網路相關自殺行為之風險評估與防治策略」、「網路相關自殺行為之常見類型」、「以網路資源為工具的自殺防治策略」、「網路自殺防治資源」等六部份。手冊架構簡述如下：

(1) 紹觀網路不當使用(PIU)與自殺的觀連性

(2) 網路相關自殺行為知風險評估與防治策略

(3) 網路相關自殺行為之常見類型

a. 網路成癮與自殺

b. 網路霸凌與自殺

c. 網路媒體與自殺（教唆自殺網站、直播、相約自殺）

(4) 以網路資源為工具的自殺防治策略

(5) 網路自殺防治資源

4) 「保護服務與自殺防治」手冊內容

「保護服務與自殺防治」內容主要分為保護服務個案之現況分析、保護服務個案之自殺評估、保護服務個案之關懷訪視與介入及資源轉介與跨團隊合作四部份。手冊架構簡述如下：

(1) 保護服務個案之現況分析

a. 家庭暴力與兒童及少年保護

b. 性侵害及性騷擾

(2) 保護服務個案之自殺評估

a. 保護服務個案之危險因子與保護因子

b. 保護服務個案之自殺風險辨識與危險性評估

(3) 保護服務個案之關懷訪視與介入

a. 處遇上的判斷與介入

b. 訪視技巧與注意事項

(4) 資源轉介與跨團隊合作

(5) 主要參考資料

(6) 附錄

a. 簡式健康量表

b. 常用資源

5) 「警消與第一線救援人員之自殺防治指引」手冊內容

「警消與第一線救援人員之自殺防治指引」內容主要分為自殺現況與數據、警消人員及其他第一線應變人員在自殺防治上的貢獻、協助有自殺意圖者、當自殺企圖發生時、當自殺發生時、關於工作時內部支持的議題及訓練七部份。手冊架構簡述如下：

(1) 自殺現況與數據

- a. 精神疾病
- b. 自殺意念
- c. 過去的自殺企圖
- d. 獲取槍砲、農藥或其他致命工具
- e. 性別
- f. 年齡
- g. 心理社會壓力

(2) 警消人員及其他第一線應變人員在自殺防治上的貢獻

- a. 風險知識
- b. 法律知識
- c. 強制就醫/非自願入院
- d. 控制致命的自殺方式
- e. 家庭紛爭與報復式自殺
- f. 警察轉介精神疾患者至心理衛生機構
- g. 藉由強制力而自殺

(3) 協助有自殺意圖者

(4) 當自殺企圖發生時

(5) 當自殺發生時

(6) 關於工作時內部支持的議題

(7) 訓練

2. 宣傳及推廣

1) 「自殺數據判讀指引」

(1) 宣傳及推廣方式：提供手冊電子檔給各縣市衛生局，作為自殺防治業務相關人員判讀自殺相關數據之指引。

(2) 對象：縣市衛生局自殺防治相關人員

2) 「長照專業人員與家庭照顧者自殺防治」

- (1) 宣傳及推廣方式：擬函送各縣市衛生局。
 - (2) 對象：縣市衛生局、縣市衛生局自殺防治業務承辦人、自殺關懷訪視計畫承辦單位、所屬自殺關懷訪視人員等。
- 3) 「網路自殺防治」
- (1) 宣傳及推廣方式：於世界自殺防治日記者會、年會暨學術研討會上發送。
 - (2) 對象：媒體記者、各領域專業人員(如西醫師、精神科醫師、護理師、諮商心理師、臨床心理師、職能治療師、社工師、公務人員)、各縣市衛生行政及社會行政相關人員、心理相關系所學生等。
- 4) 「保護服務與自殺防治」
- (1) 宣傳及推廣方式：擬函送衛生福利部保護服務司轉各縣市政府社會局，再由各縣市政府社會局轉所屬業務機關。
 - (2) 對象：家庭暴力防治、性侵害犯罪防治及兒少保護服務等第一線專業人員。
- 5) 「警消與第一線救援人員之自殺防治指引」
- (1) 宣傳及推廣方式：擬函送警政署等相關警消機構及社福機構。
 - (2) 對象：警察、消防及第一線救援人員。

五、附件

- 附件 6-4-1、《自殺數據判讀指引》
- 附件 6-4-2、《長照專業人員與家庭照顧者自殺防治》
- 附件 6-4-3、《網路自殺防治》
- 附件 6-4-4、《保護服務與自殺防治》
- 附件 6-4-5、《警消與第一線救援人員之自殺防治指引》

自殺防治高峰論壇「關懷訪視督導共識會議」

一、背景

督導是自殺關懷訪視業務中的核心元素，藉由與訪員定期會面、傳遞經驗、實務技巧及商討處遇計畫，能夠協助訪員跨越工作上的難題、增進訪視服務之成效，以保障個案獲得最大福祉。

內部督導功能發揮受限於機構內部多重角色的擔任，無法僅聚焦於教育性功能。因此，外部督導機制更期待的是在減少機構內部影響的情況下，增進訪員專業能力與知能，打破內部僵化固定的行为模式，促成改變。

為凝聚推動外督機制之共識，確定外督任務、功能以及角色定位，提升自殺關懷訪視業務之效用，爰召開本會議。會議主題內容包括自殺數據判讀、精神醫療網各區外部督導經驗分享以及困難個案督導討論，期透過各項主題之討論，匯集意見及凝聚共識，共同強化自殺關懷訪視業務之效能。於會議結束後，提列各分區外督專家學者建議名單，予各縣市衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 蒐集全國自殺防治中心及各精神醫療網核心醫院推薦之外部督導專家學者名單。
- 2) 於 10 月 27 日召開「自殺防治高峰論壇—關懷訪視督導共識會議」，邀集各專家學者與會。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、精神醫療網核心醫院。

三、過程

1. 行文至七區精神醫療網核心醫院，蒐集各核心醫院推薦之外部督導專家學者建議名單；同時由全國自殺防治中心長官提供各區督導內部推薦名單。
2. 根據核心醫院與中心之名單，挑選每區七名推薦之專家學者。
3. 於 2019 年 10 月 27 日召開「自殺防治高峰論壇—關懷訪視督導共識會議」，邀請上述專家學者與會，會議中討論自殺數據判讀、精神醫療網各區外部督導經驗分享以及困難個案督導討論。
4. 提供各縣市衛生局外部督導推薦名單，於相關會議時參考運用。

四、成果

1. 自殺防治高峰論壇—關懷訪視督導共識會議

1) 會議議程：會議分為三個主題，主題一為「自殺數據判讀」；主題二為「透過分享經驗：督導角色功能界定共識」；主題三為「困難個案督導討論」。詳如附件 6-5-1、2019 年度自殺防治高峰論壇關懷訪視督導共識會議議程。

2) 出席人員如下表

表 6-5-1、自殺防治高峰論壇出席人員

與會人員共 25 名	
衛生福利部心理及口腔健康司 2 人	台灣自殺防治學會 2 人
新光吳火獅紀念醫院 1 人	臺中榮民總醫院嘉義分院 1 人
衛生福利部桃園療養院 2 人	衛生福利部八里療養院 1 人
衛生福利部嘉南療養院 1 人	中山醫學大學附設醫院 1 人
臺灣大學 2 人	義守大學醫學系暨義大醫院 1 人
石牌鄭身心醫學診所 1 人	臺北市立聯合醫院 3 人
明如身心診所 1 人	雙和醫院 1 人
中國醫藥大學附設醫院 1 人	衛生福利部草屯療養院 2 人
凱旋醫院 1 人	亞東醫院 1 人

3) 會議紀錄困難個案督導討論摘要(完整會議紀錄參閱附件 6-5-2、2019 年度自殺防治高峰論壇關懷訪視督導共識會議紀錄)：

(1) A 組—反覆自傷困難案例

- a. 鼓勵回診及安排社區會診，先確認精神疾病診斷是哪個？經由不斷媒介過程與醫師及諮詢心理師建立良好的關係，藉以減少自殺或自傷行為。
- b. 建議針對家庭氛圍及家內亂倫的部分再做探索，此部分需要特別處理。另個案有人格上的特質也可做探討。
- c. 可與校園輔導中心聯繫，將個案納入學校輔導系統，是否有心理師的資源可以固定會談。
- d. 建議訪員將藥物使用的品項、狀況及有關是否有手冊的資訊納入報告。另會建議訪員關注家庭的關係。會建議訪員與個案談論自傷的感覺。
- e. 建議訪員可在個案固定回診、陪同看診的時機建立關係；另由於訪員的年資因素，會訓練關訪員與個案建立溫暖但有界限的關係。

(2) B 組—極度拒訪案例

- a. 地段公衛護士對於當地的資源分布及聯繫扮演重要的角色，但業務繁重，可能沒辦法付出很多的心力在自殺關懷的部分，如自關員在訪視的時候如果有嚴重拒訪的問題，建議透過公衛護士聯繫相關的單位人員，例如

里長等等的角色來協助。

- b. 如手機未接，利用簡訊方式說明來電目的，讓個案了解想辦法聯繫個案身旁重要的人，至少讓個案家人或親近的人知道個案本身的情形，就此個案可能還是以拒訪結案來處理。
- c. 建議接觸個案家人了解原因，一般收到這種個案時，公衛護士可能第一時間會有接觸到個案的經驗，在訪視的時候可以夥同公衛護士一起，可以提升個案對訪員的接受度。另外，感覺個案對這件事情很小心，不想讓很多人知道，一開始接觸時需更加小心留意。
- d. 訪員的學習部分來自督導的引導，訪員都相當認真，但如果訪員努力的方向錯誤，督導應及時導正。訪員在前面與個案建議關係的聯繫時相當重要，如方式不對可能會有讓個案認為小題大作的可能，多次拒訪經驗也會打擊訪員信心，對於建立訪員信心及提升訪視技巧至關重要。

(3) C 組—反覆自傷困難案例

- a. 想知道自傷跟自殺，訪員覺得差別在哪？關訪員跟校園名詞上的定義是什麼？上面是反覆自傷但經歷看起來是自殺。第一個要先釐清自殺跟自傷的定義是什麼？內容寫到上吊表示訪員可能輕忽致命性。
- b. 內督與外督有時會混在一起，內督有時都只是義務性質，同仁彼此間做個案報告時可以發現有些訪員會一直糾結在一些事情上，所以須回到SOAP這個格式去思考。
- c. 因自費諮商動機其實應該較高，應該是期待高而非動機不高，容易失落則心理諮商容易就放棄，若狀況對了有機會進得去。看起來關訪周邊資源很多，那關訪員進去該扮演什麼腳色？定位很重要，可能會很理想化直接變治療師幫個案解決情感問題。
- d. 訪員也許本身有壓力，訪員提到害怕被依賴可能本身也害怕這類個案，是否是訪員本身對B型人格反移情，所以有些害怕。
- e. 猜想是個年輕的關訪，想做點事想幫助個案，但又不知道該怎麼辦才好，所以我們該怎麼樣協助這個有熱情的關訪員，又不要潑冷水。關訪是個短期已資源連結為主的服務，訪員進來的背景是沒有臨床經驗的也很熱心，常說越熱心的訪員折損率越高。通常不太清楚要做什麼。訪員最大的影響是資深的同儕，他們的思路與我們不同，常常多心，故事講起來與醫療上的故事常常不同。最後一個可能是訪員的擔心，訪視期間反覆自殺可能會拉長訪視時間降低關懷訪視的品質，若是住院KPI又更低，黏著度又更高。
- f. 每個地區不一樣，新北可做到訪員間的互相支援，內部可協調讓他個案

少一點 雖經常建議訪員都是同一個，但若問到困難個案可以輪調。有些縣市衛生局是用整包的而若督導權限不夠大則是較困難的。因為過去經驗是我們較看個別訪員沒有在看團隊。但這是另外一個議題啦，是主責單位該如何去幫忙。

2. 提列各分區之外部督導專家學者建議名單予各縣市衛生局

根據核心醫院推薦名單及全國自殺防治中心內部推薦名單，提供各縣市衛生局辦理關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。各縣市名單如附件 6-5-3、各縣市外督專家推薦名單。

五、附件

附件 6-5-1、2019 年度自殺防治高峰論壇關懷訪視督導共識會議議程

附件 6-5-2、2019 年度自殺防治高峰論壇關懷訪視督導共識會議紀錄

附件 6-5-3、精神醫療網各區外部督導專家學者推薦名單

柒、其他辦理事項

自殺防治法推動立法

一、背景

1. 相關問題或重要性

自殺是多重因素所造成，可能因生理疾病、精神疾病、情感問題、家庭婚姻問題、人際關係問題、工作及職業問題等。自殺身亡或自殺企圖現象均會影響整體社會。東亞地區國家近十五年內積極針對自殺防治制定法律，例如 2006 年日本制定「自殺對策基本法」、2011 年韓國公佈「防治自殺及建立尊重生命之社會文化相關法律案」，包含整合中央及地方政府資源、編列預算、介入他人自主領域等相關法律保障，完善自殺防治體系，並給予國家推動自殺防治政策明確的法源基礎。

我國自 2005 年以來制定之自殺防治三大策略分別為指標性(indicative)、選擇性(selective)及全面性(universal)策略，並於推行三大策略後自殺死亡率顯著下降。文獻指出，該國施行自殺防治策略後其自殺死亡率顯著下降；截至 2006 年，已開發國家中有 20 餘國推行自殺防治策略，其中至少 12 國已發展出「政府為主導」的國家級自殺防治策略(Matsubayashi & Ueda, 2011)。1980 至 2004 年間以政府為主導運作自殺防治策略的國家，以每 10 萬人為單位，平均可預防約 2 人自殺身亡(全世界每 10 萬人平均約有 21 人死於自殺)，尤其 65 歲以上老年族群則是每 10 萬人平均可預防約 4 人自殺身亡(ibid, 2011)。

除國家級自殺防治策略外，Beautrais 等人(2007)將各類型防治策略之有效性由高至低歸納四種層級，其中以「針對醫護人員的自殺防治教育訓練」、「限制自殺工具的可得性」、「守門人教育訓練」之效益最佳。Mann 等人(2005)分析 1966 至 2005 年間各國自殺防治策略之效益，發現美國空軍及挪威軍方於實行守門人教育訓練後，自殺死亡率明顯下降(前者下降幅度為 40%，後者為 33%)；限制致命工具的可近性，如槍支管制、農藥管制、家用天然氣去毒性化、安眠藥的販售限制等政策在各國因地制宜推行後也有 9% 至 33% 的下降幅度；瑞典、日本、匈牙利等國實施針對基層醫療人員之自殺防治教育訓練也有 23% 至 73% 的大幅下降成果。

然而，自殺防治工作仍有其挑戰存在。現今有許多潛在風險個案仍是醫療及社會服務無法觸及，使得這些個案在最需要關懷時未能獲得充分支持及援助，進而陷入更艱困的處境；目前我國民眾僅於發生嚴重精神疾病

病人傷害自己或即將有傷害自己之虞時，得依據「精神衛生法」給予緊急救治，其餘並無法源可適用。

針對自殺企圖者之關懷訪視實務上也有其艱辛的困境。如因「個人資料保護法」之實施，使得具個人化屬性之資料難以跨網絡提供給所需單位，進而在給予及時適當援助產生困難，甚或面臨個案質疑。另近年來新聞媒體對自殺事件之不當報導與網際網路社群網站興起傳播各種教唆助長自殺之錯誤訊息，廣泛影響社會認知並釀成部分自殺高風險群體之模仿行為。上述困難顯示自殺防治相關網絡之連結、支援及整合方面仍需加強，顯示出立法之重要性。

2. 業務目的與目標

- 1) 承 2013 年「全國自殺防治中心計畫」工作項目所研擬之自殺防治法(草案)，召開自殺防治法(草案)專家小組進行修訂事宜。
- 2) 推動「自殺防治法」立法。
- 3) 協助衛生福利部研擬自殺防制法施行細則及相關子法規。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開專家會議，逐條修改自殺防治法(草案)。
- 2) 參與衛生福利部召開自殺防治法(草案)對案審查會議。
- 3) 拜訪立法院立法委員，協請提案。
- 4) 參與衛生福利部召開自殺防治法施行細則及子法規(草案)審查會議

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、社團法人台灣自殺防治學會、台灣司法精神醫學會、國立台灣大學法系學院、劉建國立法委員國會辦公室、邱泰源立法委員國會辦公室、吳玉琴立法委員國會辦公室。
- 2) 資源連結內容及形式：專家會議、法規會議、拜訪討論等。

三、過程

1. 自殺防治法(草案)之研擬(2013-2019 年)

- 1) 2013 年 1 月份收集國內、外與自殺防治法相關之文獻和資料，並進行彙整和分析。
- 2) 2013 年 2 月 22 日召開第一次專家會議討論有關「臺灣自殺防治法(草案)」之期程規劃及內容。
- 3) 2013 年 3 月 21 日以電話會議形式召開第二次專家會議，旨在討論自殺防

治法文獻收集之架構、內容等。

- 4) 2013 年 4 月以電子郵件方式詢問英國、美國和澳洲在自殺防治之立法和推動上的相關資料。
- 5) 2013 年 5 月 29 日召開第三次專家會議，針對自殺防治法草案之大綱與條文進行討論，並將「臺灣自殺防治法(草案)」更改為「自殺防治法(草案)」。
- 6) 2013 年 5 月 30 日完成自殺防治法(草案)初稿，依期程要求函送衛生福利部。
- 7) 2013 年 7 月 24 日舉辦第一場公聽會，進行討論並收集意見。
- 8) 2013 年 8 月 30 日舉辦第二場公聽會，進行討論並收集意見。
- 9) 2013 年 9 月 25 日舉辦第三場公聽會，進行討論並收集意見。
- 10) 2013 年 9 月 30 日將自殺防治法(草案)初稿及三次自殺防治法(草案)公聽會專家代表意見進行綜合彙整。
- 11) 2013 年 10 月 24 日召開第四次專家會議，參考公聽會之意見，進行自殺防治法(草案)之修訂。
- 12) 2013 年 10 月 30 日完成自殺防治法(草案)修訂版(1)，函送衛生福利部。
- 13) 2013 年 11 月 25 日召開第五次專家會議，再進行討論及修正，併期末報告供部卓參。
- 14) 2018 年 8 月 17 日召開第六次專家會議，進行自殺防治法(草案)修訂。
- 15) 2019 年 3 月本中心拜訪立法委員，諮詢自殺防治法(草案)提案相關事宜。
- 16) 2019 年 3 月 22 日召開第七次專家會議，針對前自殺防治法(草案)提案前，條文整併及強化法條說明之事宜，進行修訂。
- 17) 2019 年 4 月 25 日本中心參與衛生福利部召開自殺防治法(草案)對案審查會議。

2. 自殺防治法之立法

- 1) 2019 年 5 月 10 日立法委員劉建國、何志偉、陳歐珀等 18 人提案連署自殺防治法(草案)；17 日立法委員邱泰源、邱泰源、吳玉琴、莊瑞雄、何志偉、吳思瑤等 20 人提案連署自殺防治法(草案)。兩案經立法院一讀後交付社會福利及衛生環境委員會併案審查。
- 2) 2019 年 5 月 22 日立法院社會福利及衛生環境委員會召開第九屆第七會期第 22 次全體委員會議，會同衛生福利部及相關部門、單位，審查完竣自殺防治法(草案)，並送交院會。
- 3) 2019 年 5 月 31 日自殺防治法(草案)經立法院召開第九屆第七會期第 16 次院會二讀、三讀通過全文 19 條，立法院咨請總統公布並函送行政院。
- 4) 2019 年 6 月 19 日統總公布自殺防治法，正式施行。

3. 自殺防治法施行細則及子法規(草案)協助研擬

- 1) 2019年9月6日本中心參與衛生福利部召開自殺防治法施行細則及子法規審查會議。
- 2) 2019年9月24日本中心參與衛生福利部召開自殺防治法施行細則草案暨自殺防治相關人力資格、訓練及課程辦法草案討論會議。
- 3) 2019年10月23日本中心參與衛生福利部召開自殺防治法施行細則草案暨自殺防治相關人力資格、訓練及課程辦法草案討論會議。

四、成果

1. 執行結果

- 1) 今年度共召開1場專家會議。
- 2) 協請立法委員提案，推動自殺防治法立法。
- 3) 自殺防治法立法完成，共十九條，架構如下，詳細條文則見附件7-1-1：
 - (1) 立法目的
 - (2) 主管機關
 - (3) 自殺防治之方式及面向
 - (4) 跨部會自殺防治諮詢會之設置
 - (5) 自殺防治會之設置
 - (6) 自殺防治工作之推行
 - (7) 經費編列及獎勵
 - (8) 自殺防治人力之設置
 - (9) 全國自殺防治綱領之擬定及國家自殺防治中心之設置及辦理事項
 - (10) 自殺防治電話專線之設置
 - (11) 自殺防治通報系統之建置
 - (12) 降低高致命性自殺工具或方法之機制建立
 - (13) 自殺行為人及其親友之支援協助
 - (14) 請求他機關協助關懷訪視之進行
 - (15) 個人隱私之保障
 - (16) 不得散布有礙自殺防治之報導或訊息
 - (17) 散布有礙自殺防治報導或訊息之處罰
 - (18) 施行細則之訂定
 - (19) 施行日

2. 結論

我國「自殺防治法」已於2019年6月19日經總統公布正式施行。本

次自殺防治法立法規範四大重點面向，分別為(1)中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領，並應設立自殺防治諮詢會，以促進各部門推動、支援、協調及整合自殺防治工作、(2)各級政府每年應編列自殺防治經費執行自殺防治工作，編列足夠財源，以期突破第一線自殺防治相關人力流動率過高的瓶頸，並提升其專業品質、(3)直轄市、縣(市)主管機關或受其委請之機關(構)或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關(構)協助，受請求者應予配合。而為保護自殺者及其親友隱私，各機關、學校、法人、機構、團體及相關業務人員執行本法相關業務時，不得無故洩漏個人資料，以及(4)媒體(包括宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路等)若散布如教導、詳述、誘導、或煽惑他人自殺方法等相關錯誤訊息，將處行政罰鍰。

自殺防治工作需要政府及全民共同參與，而自殺防治法之立法確保政府施行自殺防治相關政策及策略，以及協調各網絡協作並深化自殺防治業務之效能的進程。期盼透過自殺防治法之施行，強化中央及地方各相關單位之運作、體系之間的連結、支援與整合，並促進我國社會培養尊重生命之價值，使整個自殺防治網絡更加綿密，挽救更多寶貴的生命。

五、附件

附件 7-1-1、自殺防治法(全條文)

珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

一、背景

1. 相關問題與重要性

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的防治策略中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命守門人意指當接受自殺防治相關訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並做適當的回應或轉介。因此只要透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「珍愛生命守門人」，給予周遭的親友關懷與協助，預防憾事之發生。

透過珍愛生命守門人訓練課程，期使受訓人員可掌握「1問、2應、3轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺干預技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源、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，亦符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

2. 業務的目的與目標

- 1) 推廣守門人教育訓練達到「自殺防治人人有責」之理想。
- 2) 藉由不同的訓練對象期待落實「網網相連，面面俱到」的理念。
- 3) 為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地取得珍愛生命守門人的概念及實用知識，中心建立珍愛生命數位學習網，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 講座安排與講師推薦

- (1) 外部單位有意辦理守門人講座，以電話或 E-mail 等方式主動洽詢本中心，請中心協助推薦授課講師。
- (2) 依守門人講座安排標準作業流程協助推薦當地講師，並提供講師課程綱要與該場次守門人課程相關注意事項。
- (3) 若主辦單位同意，中心將招募珍愛生命義工於現場服務，協助該講座之現場拍照、問卷回收或文宣發放。
- (4) 視講座對象、內容、講師以及主辦單位之意願，中心派員前往現場錄影。
- (5) 為了解學員對此次守門人課程的理解程度與滿意度，會於課程結束後請

受訓學員填寫講座課程評估問卷，並請課程承辦人員回收後再行統計分析以作為日後改進之參考。

- (6) 課程結束後，聯繫講座承辦人與現場服務義工關心課程進行情況、講師與學員互動情形以及參與人數等，並請針對課程上網填寫回饋表，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：警察通訊所、國立中央大學學務處諮商中心、國立彰化高商輔導處、臺北市文山區健康服務中心、臺中科技大學諮詢輔導組、TVBS 聯利媒體股份有限公司
- 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

1. 講座安排與講師推薦如下

主辦單位	課程名稱	對象
警察通訊所	抒壓防治自殺課程	分所成員
國立中央大學學務處諮商中心	自殺防治課程	學生
國立彰化高商輔導處	認識青少年自殘行為，增進處遇能力	教師及家長
國立臺中科技大學諮詢輔導組	自殺防治守門人初、進階培訓	學生
國立臺中科技大學	自殺防治守門人初、進階培訓	學生
TVBS 聯利媒體股份有	認識憂鬱症/當身邊的人情緒低	公司同仁

主辦單位	課程名稱	對象
限公司	落時，我該怎麼辦？	
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 諮詢商業務主管
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
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
中正高中	自殺防治守門人	高三學生
華夏科大	自殺防治守門人	學生
朱崙老人公寓	自殺防治	全體及民眾

四、成果

1. 執行結果

1) 講座安排

(1) 截至 10 月 31 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 12 場，參與訓練的學員共 910 人，單位包含大專院校、醫療院所、一般民間機構、百貨商場等。對象包含各級教職員、社心相關專業人員、警員、媒體從業人員、學生及家長等。詳細資料請參考表 7-2-1。

表 7-2-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校	警政單位	企業
場次	8	2	2
人數	780	65	65

(2) 每場講座前均會寄送「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 7-2-2 及圖 7-2-3。

「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你有豐富的收穫。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 7-2-2、「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緒！

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 全 有	輕 微	中 程 度	屬 害	非 屬 常 害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒...	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安.....	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒.....	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落.....	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人.....	0	1	2	3	4
★有自殺的想法.....	0	1	2	3	4

得分說明：

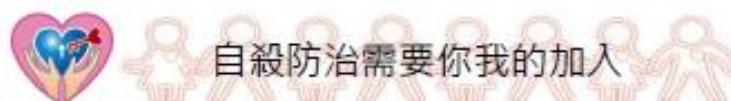
★1 至 5 題之總分：

- 得分 0-5 分：身心適應狀況良好。
- 得分 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 得分 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 得分 > 15 分：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

★第 6 題“有無自殺意念”單項評分

- 本題為附加題，若前五題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

歡迎免費下載使用 心情溫度計 APP



台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心謹誌

圖 7-2-3、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，2019 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。

「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治

一、背景

1. 相關問題與重要性

自殺是全世界都關注的公共衛生議題。根據世界衛生組織(World Health Organization)的統計，2000 年將近有 100 萬人死於自殺，約有 60 % 發生在亞洲，此外，1999 年至 2009 年，自殺更是國人十大死因之第九位，死亡率從 1994 年起持續增加，至 2006 年標準化死亡率達每十萬人口 16.8 人之高，而近三年標準化死亡率仍維持在每十萬人口 12.1 至 12.5 人左右。

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見，醫護相關人員是重要的守門人，尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程，其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而獲得：對照護社區之醫療相關體系有完整的概念、具備社區醫療健康照護的技能及社區健康計畫之基本規劃、執行等基本能力(key competence)。

本中心自 2009 年起，持續提供給「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程，該課程結合「全國自殺防治中心」參訪活動，頗獲學員好評，促進學員了解國內自殺防治現況，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」宏願。

2. 方案的目的與目標

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

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 鑑於畢業後一般醫學訓練將自殺防治改為必修課程，中心於 2012 年曾規劃製作教學 DVD，寄送至全臺社區訓練醫院，作為辦理 PGY 自殺防治課程時運用，以增進可近性、便利性及基本訓練之一致性。
- 2) 為協助強化自殺防治之教學，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保持聯繫，並確認辦理日期。
 - (2) 確認辦理日期，醫院承辦人會提供課程參加學員人數及聯絡電話。
 - (3) 邀請講師，與講師確認上課時間。提供該次課程學員人數、學員背景以及標準版上課教材供講師參考。
 - (4) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程課前閱讀資訊供預覽。
 - (5) 於課程結束後發放課程評值問卷及課後測驗問卷，並於課程結束之後統整問卷結果並分析。詳細課程評值問卷內容，如圖 7-3-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 7-3-2。
 - (6) 除課程評值及課後測驗問卷外，另有發放守門人問卷，邀請對自殺防治有更進一步興趣之學員擔任守門人及自殺防治課程種子講師。請學員留下相關資料，若是中心有進一步的自殺防治課程相關訊息，會將訊息轉知給學員。詳細守門人問卷內容，如圖 7-3-3。
 - (7) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。

畢業後一般醫學訓練 社區醫學「自殺防治」課程評值

您好：

感謝您參與今天的參訪課程活動，請您協助填寫以下的活動回饋意見，以作為日後之參考與改進（請於適當的□內打✓），再次謝謝您！敬祝平安

全國自殺防治中心 謹致

●請問您的性別：1.男 2.女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

1.非常符合 2.符合 3.尚可 4.不太符合 5.非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

1.非常好 2.良好 3.可接受 4.不太好 5.非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

1.非常清楚 2.很清楚 3.尚可 4.不清楚 5.非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

1.非常同意 2.同意 3.尚可 4.不同意 5.非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意

六、上完課，未來在使用心情溫度計上是否覺得有困難

1.沒有困難 2.有困難，原因：_____

七、上完課，未來運用守門人技巧上是否覺得有困難？

1.沒有困難 2.有困難，原因：_____

八、未來在臨牀上，您會運用心情溫度計嗎？

1.會 2.偶會 3.不會，原因：_____

九、未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？

1.會 2.偶會 3.不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

參訪心得與感想(100字)

圖 7-3-1、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 O，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恢復，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 7-3-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

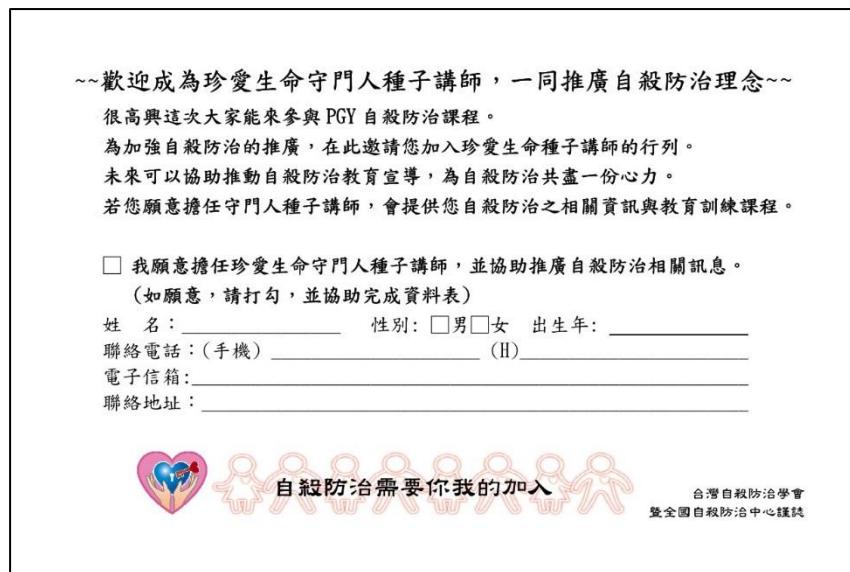


圖 7-3-3、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程守門人問卷

5) 中心於 2014 年 7 月完成「心情溫度計 APP」程式設計初版，iOS 版本於 2014 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載，於 2015 年 3 月 Android 版心情溫度計 APP 正式上架，並於 2016 年 3 月開始，於講師授課簡報內容中，加入心情溫度計 APP 使用之教學，強調心情溫度計 APP 之實用性，鼓勵學員善用並推廣，並製作桌上文宣，提供中心 WiFi 給學員進行 APP 下載。2017 年持續進行心情溫度計之推廣，並將心情溫度計 APP 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員於上課前先行進行下載並使用，於課堂上再由講師帶領討論，並蒐集學員的使用經驗，以便在未來繼續精進此 APP。詳細文宣內容，如圖 7-3-4。



圖 7-3-4、心情溫度計 APP 桌上文宣

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、和平院區)、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院。
- 2) 資源連結內容及形式：資訊傳遞、連繫溝通、參訪訓練、網址連結、紙本文宣。

三、過程

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、詹佳達秘書長、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

1. 執行結果

1) 參與訓練

(1) 今年度截至 10 月 31 日共辦理 24 場次，421 人參與。詳細如表 7-3-2。

合作單位	人數
臺北市立聯合醫院	307
新北市立聯合醫院	41
宏恩醫院	20
中心診所醫院	11
永和耕莘醫院	23
恩主公醫院	7
博仁綜合醫院	5
臺安醫院	7

(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 420 人回應，滿意以上為 96%，詳如表 7-3-3。

表 7-3-3、課程滿意度評值表 n(%)

題目	選項 ^{註 1}				
	1	2	3	4	5
1.課程內容規劃符合預期目標	1 (0.4)	1 (0.4)	22 (9.4)	125 (53.9)	82 (35.3)
2.授課方式的安排	1 (0.4)	2 (0.9)	25 (10.7)	115 (54.2)	89 (38.4)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	1 (0.4)	1 (0.4)	20 (8.6)	97 (49.6)	113 (48.7)
4.此次課程獲益良多	1 (0.4)	1 (0.4)	23 (9.9)	113 (48.7)	94 (40.5)
5.整體課程滿意	2 (0.9)	1 (0.4)	20 (8.6)	119 (51.3)	90 (38.8)

每題選項為 1.非常不符合、2.不太符合、3.尚可、4.符合、5.非常符合

(3) 每次課程結束前均會進行課後測驗，作答人數共 421 人，整體課後測驗平均答對率為 97.2%，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。

表 7-3-4、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答	234 (98.3)	234 (98.3)	220 (92.4)	236 (99.2)	236 (99.2)	234 (98.3)	215 (91.9)	223 (93.7)	230 (96.6)	232 (97.5)
正確	4 (1.7)	4 (1.7)	18 (7.6)	2 (0.8)	2 (0.8)	4 (1.7)	23 (8.1)	15 (6.3)	8 (3.4)	6 (2.5)
作答										
錯誤										

(4) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 97%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

- 1) 近 10 年來，PGY 社區醫學自殺防治課程培養了兩千位以上位具有全人關懷、守門人意識的臨床醫師，遍佈全臺各個角落。
- 2) 多年來，超過 9 成學員課後回饋 PGY 教學目標與內容都符合預期目標和臨床需求，講師透過活潑風趣的方式分享臨床經驗與技巧，同時讓學員瞭解自殺事件不只是精神科醫師或是急診醫師需要面對的議題，是需要各科醫師、各層級的專業人員一起面對。
- 3) 透過此課程，學員才意識到許多自殺者生前都曾有就醫行為，臨床醫師扮演了守門人重要一道防線。PGY 課程教導的自殺風險評估與評測工具-心情溫度計成了醫師的好幫手。學員認為能夠採用如此簡易、信效度高的評測工具降低了臨床評估的困難，也提高了整體臨床實務效率。配合心情溫度計 APP 不只容易使用，亦符合現代人生活習慣。
- 4) 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。

自殺防治網通訊之發行與推廣

一、背景

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. 業務或方案的目的與目標

- 1) 定期傳達自殺防治新知、相關數據分析以及探討自殺防治工作經驗。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

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，主編彙整後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(首頁連結)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、國立公共資訊圖書館、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。
- 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

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
 - (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：一位中心同仁專責

2. 架構及資訊蒐集

- 1) 專家觀點：邀請臺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，由助理編輯負責追蹤，同步交由總編輯確認。
- 3) 自殺防治新視野：由總編輯或通訊編輯委員選取國內外近三年自殺防治研究一篇，以一千字篇幅介紹新概念或彙整重要訊息。
- 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與心得，作為資訊交流。
- 7) 交流園地：邀請珍愛生命義工、第一線心理師或服務學習學生，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，將於刊物最後預告相關訊息與成果。

3. 工作期程

1)108 年 1 月 22 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「性別不安族群與自殺防治」、「暴力與自殺」、「網路自殺」及「校園自殺」，於 3 月、6 月、9 月及 12 月出刊。

2)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，再委外由廠商排版美編。

(3)助理編輯校稿完成後，再請總編輯進行總校正，以提升稿件內容之整體性與正確性，於總校正後確認出版。

(4)宣導通路

a.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，第十四卷第一期與第二期紙本寄發數量分別為 93 份與 107 份。

b.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。預計自 2019 年第四季開始推全面電子化，取消紙本刊物，同時提升網路寄發通路。

c.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

1. 執行結果

1)自殺防治網通訊第十四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 1 篇、交流園地共 2 篇；第十四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 1 篇、交流園地共 4 篇；第十四卷第三期主題文章共 3 篇、自殺防治新視野共 2 篇、自殺防治動態與經驗分享共 1 篇、交流園地共 3 篇。

2)自殺防治網通訊第十四卷第一期與第二期印製份數共 200 份、第十三卷第三期印製 350 份，紙本通路寄發份數分別為 93 份、107 份與 280 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。

4)3 月發行自殺防治網通訊第十四卷第一期之大綱如表 7-4-1。

表 7-4-1、自殺防治網通訊第十四卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	自殺防治不分族群
專家觀點	性別與自殺 自殺防治只是工作 幸福生活才是目的 同志社群自殺預防的六大策略
主題文章	同志族群自殺風險的文獻回顧與分析 親愛的，你為何「想不開」？
自殺防治新視野	正念是否會藉由增加對生活的熱情而強化對於面對自殺念頭時的復原力？
自殺統計解析	2018 年通報個案特性分析 春節前夕本會發佈新春新聞稿
自殺防治工作要覽	本會與台灣大哥大合作共同寄送簡訊，宣傳心情溫度計 App
自殺防治動態與經驗分享	我願意為你傾聽
交流園地	自殺防治個管角色經驗談 以人為本的自殺探問

5) 6 月發行自殺防治網通訊第十四卷第二期之大綱如表 7-4-2。

表 7-4-2、自殺防治網通訊第十四卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	自殺防治需與時俱進
專家觀點	醫院自殺防治業務之推動
主題文章	大眾媒體報導裡的殺人後自殺 暴力與自殺
自殺防治新視野	促進自殺者之復原能力
自殺統計解析	2019 年 1-4 月通報個案特性分析 青少年自殺防治記者會 年度自殺防治業務共識會議
自殺防治工作要覽	第二季「畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治」 PGY 課程 「自殺防治 e 學院」新片上架 網路內容防護機構(iWIN)合作交流會議

表 7-4-2、自殺防治網通訊第十四卷第二期大綱

項目	文章標題
	2020 年國際自殺防治協會亞太地區會議(IASP Asia Pacific Conference)承辦溝通會議
	自殺防治法推動立法
	美國在台協會(AIT)紀錄片播放合作計畫
	自殺防治影片宣傳：《雨過天晴》與《找回愛的連結》
自殺防治動態與 經驗分享	所謂撞牆期
	「您好，這裡是自殺防治中心」
交流園地	「自殺防治」知否：應是了解而後動 在生與死之間，找出其他的可能性 心理治療中，面對自殺議題個案的態度之分享

6) 9 月發行自殺防治網通訊第十四卷第三期之大綱如表 7-4-3。

表 7-4-3、自殺防治網通訊第十四卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	網路與自殺
專家觀點	自殺防治守門人：線索
	網路成癮與自殺
主題文章	網路霸凌與自殺
	網路媒體與自殺
自殺防治新視野	如何增進自我效能、降低自殺風險 我們應該依自殺風險來分類病人嗎？
自殺統計解析	2018 年自殺死亡數據 2019 年 1-6 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	縣市強化自殺防治-高風險與實務督導訪查 AIT 播映會
自殺防治動態與 經驗分享	我不想活了！－淺談自殺防治專線裡的陪伴與關懷
	一通來自頂樓的電話
交流園地	自殺學生難住院 學校心理師難為 其實你需要的是陪伴與傾聽

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

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. 方案目標：宣導使用網路自我檢測及關懷高風險族群。

二、輸入

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. 資源連結合作

- 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

1. 組織建立：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

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 2019 年 10 月 23 日止，總共有 1072 人填答問卷，總計寄出 820 封問卷結果，占所有受測人數的 75.6%。另外，今年度截至 10 月 23 日為止，中心專業人員提供 4 人信件諮詢、0 人電話諮詢。
- 3) 問卷描述性統計

1072 位施測對象中，男性 506 位(47.2%)，女性 566 位(52.7%)，其他 1 位(0.1%)。年齡層分布以 15-19 歲最多，共 566 位(52.7%)，其次為 20-24 歲，共 192 位(17.9%)。以教育程度區分，大學共有 728 位(67.8%)，其次為高中職，共 170 位(15.8%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 928 位(86.5%)，其次為已婚 131 位(12.2%)。以職業區分，學生有 709 位(66.1%)，其次為就業中有 274 位(25.5%)，詳細資料請詳見表 7-5-1。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 1072 位受測對象中，共有 258 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，占 24.0%；另 815 位之網路成癮分數低於 5 分，占 76.0%。

表 7-5-1、基本資料表(N=1072)

背景變項	屬性	N	%
性別	男	506	47.2
	女	566	52.7
年齡	0-14 歲	22	2.1
	15-19 歲	566	52.7
	20-24 歲	192	17.9
	25-29 歲	106	9.9
	30-34 歲	59	5.5
	35-39 歲	42	3.9
	40-44 歲	38	3.5
	45-49 歲	31	2.9
	50-54 歲	10	0.9
	55-59 歲	4	0.4
	60-64 歲	2	0.2
	65-69 歲	1	0.1
教育程度	國小以下	5	0.5
	國中	36	3.4
	高中職	170	15.8
	專科	58	5.4
婚姻狀況	大學	728	67.8
	研究所以上	76	7.1
職業	單身	928	86.5
	已婚/同居	131	12.2
	離婚/分居	14	1.3
就業狀態	學生	709	66.1
	就業中	274	25.5
	家管	15	1.4
無業/待業	退休	5	0.5
	無業/待業	70	6.5

2. 結論

今年度截至 10 月 23 日為止，中心專業人員共提供 4 人信件諮詢、0 人電話諮詢。中心持續研擬網路霸凌相關問卷，若能偵測出網路成癮行為或網路霸凌行為並加以關懷，了解其依賴網路之原因是否反映出心理困擾，及早協助當事人緩和其心理困擾，或可避免其萌生自殺意念。

民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

一、背景

1. 相關問題或重要性

鑑於國人近年自殺率仍高，自殺雖已連續九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、民眾被霸凌之經驗、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)瞭解民眾被霸凌之經驗。
- 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

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

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「2019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2019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2019年自殺防治調查問卷架構、設計作修訂及調整，本年度問卷納入六題民眾被霸凌之經驗。2019年電話調查執行期間為7月15日至8月3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 7-6-1)，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	5 題
個人與親友自殺經歷與求助問題	18 題
民眾被霸凌之經驗	6 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

1. 執行結果

2019 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 2,102 人，在 95% 信心水準下，抽樣誤差在 $\pm 2.1\%$ 以內。各項調查結果擷取摘要如下：

- 1) 民眾對臺灣自殺問題的看法：結果指出最多人選擇臺灣自殺問題還算嚴重 (38.5%)、其次為不太嚴重 (32.5%)，有 11.1% 回答不知道。整體而言，55.3% 民眾偏向認為自殺問題是嚴重的(含非常嚴重 16.8% 及還算嚴重 38.5%)，33.6% 認為不嚴重(不太嚴重 32.5%、1.1% 一點也不嚴重)。
- 2) 民眾對自殺的人的認識與迷思：54.8% 民眾認同「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」；59.8% 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」；61.8% 民眾認同「自殺是個人的權利，決定權在於自己」，且歷年調查顯示，自 102 年起，認同此說法的民眾有逐年增加的趨勢；6.7% 民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙。
- 3) 民眾對自殺防治資訊的接觸：54.1% 民眾表示近一年有看過或聽過「自殺」方面相關資訊；37.9% 民眾表示近一年看過或聽過預防自殺或自殺防治相關資訊；民眾得知自殺防治相關資訊來源以「電視」(38.5%) 為主，其次為「網路」(32.6%)、「報紙」(9.2%)，且歷年調查顯示，「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；52.7% 民眾知道自殺防治有諮詢專線，且歷年調查顯示，今年自殺防治有諮詢專線知道率較去年調查明顯上升；19.6% 民眾近一年看過/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，且歷年調查顯示，106 年起民眾接觸率逐年上升。
- 4) 民眾的自殺意念調查：15.6% 民眾表示一生中曾認真想過要自殺，且歷年調查顯示，自 103 年起表示曾認真想過要自殺的比率低於 102 年以前；2.7% 民眾表示近一年曾認真想過要自殺，且歷年調查顯示，自 103 年起近一年想自殺比率皆低於 3%；1.1% 民眾表示近一月想過要自殺；曾有自殺想法民眾第一次認真想自殺的年紀以 15-19 歲 (22.2%) 居多，其次是 10-14 歲 (15.9%)，再次為 20-24 歲 (15.5%)。
- 5) 民眾的自殺行為調查：2.2% 民眾表示一生中有過自殺行為；0.2% 民眾表示最近一年有過自殺行為；一生曾有自殺行為的民眾 ($n=47$) 第一次自殺行為的年紀以 20-24 歲 (33.1%) 居多，其次為 15-19 歲 (24.1%)；第一次自殺行

為的年紀的時間大多在 5 年以前，僅 28.8%是在最近 5 年內。

- 6) 民眾的自殺求助行為：有自殺想法者當下僅 22.5%求助，以求助親朋好友居多(15.0%)，其次「醫療院所-精神科別」(5.9%)，且歷年調查顯示，均以求助「親朋好友」居多；當時求助者有 61.3%表示有主動告知自己想自殺的念頭，54.6%表示求助對象有跟您談到自殺問題；自殺想法者當時沒求助主因「自己想開了」(26.2%)。
- 7) 民眾對於幫助自殺者的看法：69.0%民眾認為求助「親朋好友」最能幫助，其次「心理諮商輔導專線/機構」(31.9%)，再次「社福機構」(14.3%)及「醫療院所精神科別」(11.9%)；8.2%民眾表示過去 1 年有人對他透露過自殺念頭；民眾遇到親朋好友向其透露過自殺念頭時，有 59.1%表示會和對方談一談他對自殺想法，29.1%會轉移話題。
- 8) 民眾被霸凌經驗調查結果：15.3%民眾表示自己曾經「持續」被霸凌過；曾被霸凌過民眾被霸凌的地點以在學校(71.3%)居多，其次為職場(24.2%)；曾被霸凌過民眾被霸凌的形式以言語霸凌(81.0%)居多，其次為精神霸凌(33.2%)；曾被霸凌過民眾有 54.3%發生在 10-14 歲，13.9%發生在 15~19 歲；曾被霸凌過民眾有 50.8%表示因為被霸凌，而導致明顯的身體或心理傷害；曾被霸凌過民眾有 11.8%表示總是發生，25.6%表示經常發生。
- 9) 心情溫度計(BSRS-5)調查結果：26.8%民眾近一星期有睡眠困難問題；18.5%民眾近一星期感覺緊張不安；24.1%民眾近一星期覺得容易苦惱或動怒；20.9%民眾近一星期感覺憂鬱、心情低落；17.7%民眾近一週覺得比不上別人；1.9%民眾近一星期有自殺的想法；心情溫度計量表檢測有 8.3%民眾有情緒困擾。

10) 簡明心理健康篩檢表-九題版 (CMHC-9)

本篩檢表分為兩部分檢測民眾的心理困擾(下表 1-5 題)以及自殺風險(下表 6-9 題)程度，其中前五題為心情溫度計新版(BSRS-5R)篩檢題，後四題為評估整體自殺風險的危險及保護因子，各題均已是(1 分)或否(0 分)評分。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(17.7-26.8%)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。

表 7-6-1、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	26.8	73.0	0.2
2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾	18.5	81.4	0.1
3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾	24.1	75.8	0.2
4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	20.9	79.0	0.2
5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾	17.7	81.8	0.5
6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	2.2	97.5	0.3
7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」	2.3	95.3	2.4
8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	3.1	96.8	0.1
9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	16.4	81.1	2.5

11) 自殺意念與自殺行為 χ^2 關聯性分析

依 2019 年度自殺防治調查問卷進行交叉分析結果顯示，一生中曾經有（或無）認真地想過要自殺者與一生中有過（或無）自殺行為者兩群體之間具有顯著相關；一生中曾認真想過自殺者中有 14.4% 的人表示一生中曾有過自殺行為。而最近一年仍（或未有）認真地想過要自殺者與最近一年仍有（或未有）過自殺行為者之間也具有顯著相關性；最近一年仍認真地想過自殺者，則有 5.5% 的人表是最近一年仍有過自殺行為。惟最近一個月是否仍（或未有）認真地想過要自殺者與最近一個月是否仍（或未有）自殺行為者之間未達顯著相關。請詳見表 7-6-2、7-6-3、7-6-4。

表 7-6-2、自殺意念與自殺行為（一生中） χ^2 關聯性分析表

	請問您一生中是否有過自殺行為？			p-value
	是 (%)	否 (%)	總和	
請問您一生中是否曾經認真地想過要自殺？	是	47 (14.4)	279 (85.6)	326 <0.0001
	否	0 (0.0)	1767 (100.0)	1767
	總和	47 (2.2)	2046 (97.8)	2093

表 7-6-3、自殺意念與自殺行為(一年內) χ^2 關聯性分析表

	請問您最近一年是否仍有過自殺行為？			p-value
	是 (%)	否 (%)	總和	
請問您最近一年是否仍認真地想過要自殺？	是	3 (5.5)	52 (94.5)	55 <0.0001
	否	0 (0.0)	2036 (100.0)	2036
	總和	3 (0.1)	2088 (99.9)	2091

表 7-6-4、自殺意念與自殺行為(最近一個月) χ^2 關聯性分析表

	請問您最近一個月是否仍有自殺行為？			p-value
	是 (%)	否 (%)	總和	
請問您最近一個月是否仍認真地想過要自殺？	是	0 (0.0)	22 (100.0)	22 -
	否	0 (0.0)	2070 (100.0)	2070
	總和	0 (0.0)	2092 (100.0)	2092

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五成五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，雖然從民國 95 年度的八成六，逐年下降至 108 年的五成五。但是總體而言，從民國 95 年度到 108 年度，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 54.8% 的人認同自殺身亡的人在生前不會說出想自殺；有 59.8% 民眾認同說出自己想自殺者並非真的想死，只是發洩而已；且有 61.8% 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(61.3% 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上升了 10.5% (47.7% > 52.7%)，但僅約二成民眾看過/接觸過自殺防治守門人的相關資訊。其次，民眾約有五成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，超過 2/3 民眾得知自殺防治相關訊息的管道來源為「電視」與「網路」，自 102 年起網路就超越報紙成為第二大民眾的訊息管道來源，報紙反而逐年遞減，因此，在自殺防治的教育宣導工作上，不可忽略透過電視與網路兩者之媒介，提供民眾正確、正向的資訊來源，以利防治工作之推動。

3) 以自殺意念及自殺企圖盛行率推估整體自殺人口數仍偏高

有關臺灣民眾的自殺意念調查，今年的資料顯示一生中曾認真的想要自殺的民眾佔 15.6%。相較於，民國 107 年的 11.6% 有大幅上升的趨勢。而在一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 2.7%，自 103 年起近一年曾認真想過要自殺的比率皆低於 3%，從 97 年開始的 5.4% 逐年降低至 108 年的 2.7%。在一個月中曾經想要自殺的民眾佔有 1.1%，歷年調查從 100 年至 108 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 1.9% 民眾曾有自殺意念，換算成全人口數就是 39.3 ± 12.0 萬民眾曾有此意念、一月內有 1.1%--就是 22.4 ± 9.1 萬、一年內有 2.7%--就是 55.1 ± 14.2 萬、而近一生中曾有自殺意念者有 15.6%，就是 317.6 ± 31.6 萬人。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) 民眾被霸凌經驗

近幾年霸凌的議題備受重視，所謂霸凌是指「持續」利用身體、言語 或精神傷害等方式，刻意欺凌相對弱勢者的行為。根據臺灣民眾的自殺行為

調查結果表示 15.3% 民眾表示自己曾經「持續」被霸凌過；曾被霸凌過民眾被霸凌的地點以在學校(71.3%)居多，其次為職場(24.2%)，再次為家庭(8.8%)；被霸凌的形式以言語霸凌(81.0%)居多，其次為精神霸凌(33.2%)，再次為身體霸凌(31.2%)；有 54.3% 發生在 10-14 歲，13.9% 發生在 15~19 歲，8.5% 發生在 5-9 歲；有 50.8% 表示因為被霸凌，而導致明顯的身體或心理傷害，48.2% 則表示沒有。

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 22.5% 的人求助，而求助對象以親朋好友居多(15.0%)，其次為醫療院所-精神科別(5.9%)，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 61.3% 都會主動告知自己想自殺的念頭，意即求助代表了一個自殺警訊，守門人加強敏感度、辨識自殺意念者的危險因子是很重要的。

其次，最多民眾認為最能幫助自殺的人是親朋好友(69.0%)和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 8.2% 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(59.1%)是跟對方聊一聊、近三成(29.1%)的人會轉移話題，僅 8.4% 會先向其他親友透露此事，請求協助。對照前述的自殺者的求助對象第一為親朋好友，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。從「五成七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 19.6% 的民眾曾聽過守門人的相關訊息，期待未來持續推廣相關的教育訓練活動、善用「心情溫度計」(結合紙本、網路及 APP 應用等多重管道)強化民眾自我檢測情緒，做好自我心情關照，依舊是全面性策略中重要的一環。

五、附件

附件 7-6-1、2019 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷
附件 7-6-2、2019 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查報告