

自殺防治系列 38

自殺關懷訪視 實務與督導手冊



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心



目 錄

序	2
壹、自殺關懷訪視督導	4
一、督導的目標與任務	4
二、有效督導的原則	5
三、機構聘任督導之參考準則	5
四、2017年各縣市督導實務分析	6
貳、內部督導	10
一、內部督導的核心任務	10
二、內部督導的方式和運作	11
三、內部督導與訪員關係模式	14
四、新任內部督導的訓練方針	16
參、外部督導	18
一、外部督導的核心任務	18
二、外部督導的實施模式	19
三、外部督導的主要項目	20
四、跨領域外部督導的重要性	21
五、內外督導聯繫會議	22
肆、困難個案督導指引	23
一、拒訪個案	23
二、重複自殺個案	25
三、合併多重問題的自殺個案	27
四、社福資源連結	30
伍、自殺關懷訪視員之核心能力與紀錄登打	34
一、自殺關懷訪視員核心能力	34
二、訪視紀錄登打指引	35
陸、關懷訪視工作評核指標	40
一、關懷訪視工作評核指標說明	40
二、關懷訪視工作評核指標內容	40
柒、參考文獻	42



序

臺灣的自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性三大策略；其中，指標性策略主要是針對自殺企圖者進行追蹤關懷與個案管理。據研究顯示，曾經自殺過的人，再度自殺的機率遠高於一般人，由此可見自殺企圖史為自殺死亡重要的預測因子。

自2006年起，衛生福利部開始推動各縣市自殺通報關懷訪視機制，落實社區高危險群及自殺企圖者之個案管理、危機處理，並促進民眾心理健康。為此，作為第一線的自殺關懷訪視員，不僅需具備守門人的正確態度與基本訪視技巧，面對背景多元且問題複雜的個案，亦需同時了解自殺危險因子、保護因子、自殺徵兆與評估等相關知識，並能熟悉與善用各種在地化的資源網絡，以對高風險個案做出適當的評估與處遇。

然而，在訪視現場，訪員所面臨到的個案狀況常是包羅萬象，難以用單一通則來解決；且除了自殺議題之外，個案有時更合併了多重問題。面對各種沉重的生命議題，若訪員缺乏適當的團隊支持與自我照顧能力，很可能會影響訪視服務品質，因此完善的督導機制便是訪員最主要的支持與援助，縱然督導不一定會直接參與訪視服務，但藉由與訪員定期會面傳遞經驗，能協助訪員跨越工作上的難題，針對棘手個案提供即時性的處遇建議與評估，進而增進訪視服務之成效。

有鑑於此，全國自殺防治中心在衛生福利部的督導下，以自殺關懷訪視員督導為主題編製本手冊。首先對督導制度的主要目的、實施原則、機構聘請督導準則，以及目前關懷訪視辦理現況進行介紹；接著再針對內部督導與外部督導之核心任務、運作模式與辦理標準等概念進行說明；最後，本指引手冊亦邀



集專家針對常見困難個案，編寫督導實務指引，提供中央及各縣市自殺關懷訪視業務承辦單位，辦理督導制度參考運用。

自殺關懷訪視不僅是一份工作，更是一份助人、救人的責任與義務，訪視過程中除了第一線訪員的關懷，背後的團隊支持與合作亦相當重要，而督導制度即是自殺關懷訪視業務中的重要元素，期盼本手冊有助於提升督導成效，增進訪員訪視服務效能，進而確保個案能獲得最大福祉。

全國自殺防治中心主任

李明賓 謹誌

2018年12月



壹、自殺關懷訪視督導

一、督導的目標與任務

自殺關懷訪視員督導目標，是依據衛生福利部實施之「自殺通報個案關懷訪視計畫」，提供有效的指導、監督、評估及管理，促進關懷訪視員專業知能與實務能力發展，使其具備履行以人為本、具成效性的關懷服務，落實高危險群及自殺企圖者之個案管理。

督導是自殺關懷訪視業務中的核心元素。縱然督導者不會直接參與訪視服務，但藉由與訪員定期會面、傳遞經驗、實務技巧及商討處遇計畫，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。督導主要任務如下：

(一) 行政監督

計畫工作及執行任務分配，協助訪員在符合訂定之關懷流程下，執行訪視業務。

(二) 實務指導

實務指導為督導的主要功能，除提供訪員專業訓練，督導者須定期針對訪視中的個案給予指導，與其討論個案評估、介入策略及處遇計畫，以增進關懷訪視服務品質。

(三) 支援訪員

訪員肩負著第一線生命關懷的重任，需時常應對大量、沉重、複雜且危機的個案。督導除了在情緒上支持訪員外，也應提供實質的支援，例如：分擔艱難決定的責任以減輕訪員壓力、確保訪員人身安全及隨時支援訪員所需。

(四) 跨單位合作

保護性社會工作網絡涵蓋警政、衛政、社政等多單位，各負責不同專業領域。為促進跨單位連結與合作，督導須長期維持在地工作網絡的聯繫與溝通，協助訪員解決處遇計畫上的難題。



二、有效督導的原則

自殺關懷訪視業務不同於一般工作，訪員須時常面對高風險自殺企圖者或合併多重議題的自殺企圖者，各種沉重的生命議題使得他們精疲力盡，也可能經常被個案的無力感、無望感所影響，此時督導就顯得非常重要。

督導制度的實施能給予訪員一個機會暫時脫離挫折的工作情境，藉由督導進行省思、尋找盲點、獲取不同方法和建議，進而克服困境。良好的督導亦能提供訪員心理上的支持，紓解壓力和情緒。督導者需要營造一個安全、值得信賴的空間，允許訪員能夠放心的表達自己。

因此，一個有效的督導應具備以下五個原則：

- (一) 具結構性(structured)：**有清楚的督導制度和方針、進行方式、會面時間、擬定之督導項目。
- (二) 定期性(regular)：**定期進行督導會面，不能隨意發起。
- (三) 前後一致(consistent)：**督導前後目標要一致才能協助訪員建構明確方向。
- (四) 個案導向(case oriented)：**督導關係建立於個案問題處遇，因此督導應以個案為中心進行方案討論。
- (五) 具檢討性(process reviewed)：**需定期針對督導過程進行效果評估，反思與檢討改善空間，方能確保督導產生效能。

三、機構聘任督導之參考準則

(一) 督導專業背景與資歷

督導是由服務領域的資深工作者，對新進工作者實務能力培養的一個過程。因此，督導者必須受過充分的專業訓練，並且具備豐富的實務工作經驗及社會責任感，尤其對所督導的知識和技術有深入的掌握，方能引導訪員走向專業成長。

聘請之自殺關懷訪視督導建議具備精神醫學及心理衛生相關專業背景，且具備實務經驗尤佳。此外，為提升督導專業性，建議督導除了曾接受至少六個小時的督導培訓以外，每年亦須接受至少六小時的繼續教



育，包含修習督導工作、心理社會、精神與藥物等課程、講座、研討會或工作坊。

(二) 機構內部督導辦理標準

內部督導的辦理應包括個別督導(以下簡稱個督)與團體督導(以下簡稱團督)之形式，以定期會面建立督導雙方合作共識，協同處理個案困難議題並促進訪員個人成長，維持良好的督導品質。內部督導辦理標準建議如以下：

1. 每月應至少辦理兩次以上的團督，針對個案議題進行討論。
2. 每三至六個月應與每位訪員進行一次個督，針對訪員之專業能力、個人成長、工作表現等給予回饋和支持。

(三) 機構外部督導辦理標準

如機構內部未能達到上述督導配置標準，包括合格資歷、辦理次數等等，機構應定期提供同等的外部督導資源，協助訪員處理個案問題。建議內部督導未達配置標準之機構，依據以下標準辦理：

1. 每月應辦理兩次以上的外部督導會議，針對訪員面對之困難進行討論。
2. 辦理外部督導會議時間應能足以協助訪員解決困難個案的問題，形式不拘。

若已達到內部督導標準，可依當時服務個案及訪員之需求而定。機構也應邀請不同專業背景的外部督導主持個案研討，以整合新的技術和觀點以精進訪視業務。

四、2017年各縣市督導實務分析

全國自殺防治中心於2018年，針對全國各縣市35個自殺關懷訪視業務承辦單位，進行2017年督導業務調查。以下說明各縣市督導辦理次數、督導專業背景以及督導項目。

(一) 督導辦理次數

根據調查結果，各縣市承辦單位每月平均進行2.8次內部督導，每次

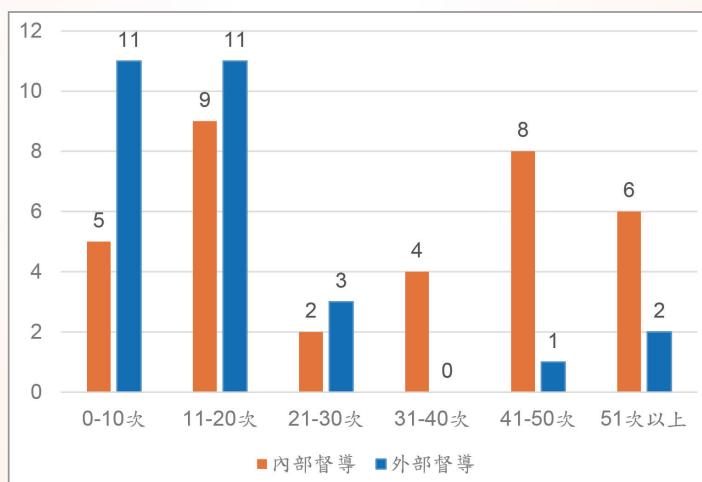


平均1.6小時。有九家(26%)承辦單位每年進行11~20次內部督導，八家(24%)每年進行41~50次，六家(17%)每年進行51次以上，五家(14%)每年進行0~10次，四家(11%)每年進行31~40次，二家(6%)每年進行21~30次(如圖一)。由此結果顯示，大部分承辦單位會定期提供內部督導，但也有部分承辦單位情況較特殊，例如：無內聘督導，但提供同等的外部督導資源。

在外部督導方面，每月平均進行1.65次(扣除七個沒有外聘督導的承辦單位)，每次平均3.15小時。其中有十一家(31%)承辦單位每年提供0~10次的外部督導，另外十一家(31%)承辦單位每年提供11~20次，其他次數皆少於四家。

各承辦單位內/外部督導的形式大部分為個別督導和團體督導，少部分採用了行政會議和工作會報時間進行督導，也有單位針對每位個案逐筆審查，其中一家單位會額外舉辦讀書會，加強實務訓練。

根據此次調查顯示，有七家承辦單位未提供外部督導，而有兩家承辦單位無內部督導，但有提供外部督導。另，有一家承辦單位則無填寫內部或外部督導次數資料。



圖一、2017年關懷訪視內外部督導年度平均總次數圖



(二) 督導專業背景

各縣市自殺關懷訪視之承辦單位有所不同，分有醫院與非醫院承辦單位。根據調查結果顯示，在醫院承辦單位中，內部督導背景多為精神科醫師(78.3%)、臨床/諮詢心理師(60.9%)、社工師(43.5%)、護理師(26.1%)及衛生局長官(17.4%)。在非醫院承辦單位中，內部督導的背景則多為衛生局長官(60%)、精神科醫師(40%)、臨床/諮詢心理師(30%)及護理師(10%)。而其他內部督導背景則如：內部行政主任、心理社會相關專業人員。

外部督導部份，在醫院承辦單位中，背景多為精神科醫師(72.2%)、社工師(61.1%)、臨床/諮詢心理師(50%)、衛生局長官(38.9%)及護理師(27.8%)。而在非醫院承辦單位中，內部督導的背景多為精神科醫師(80%)、護理師(40%)、臨床/諮詢心理師(40%)及社工師(40%)。其他外部督導背景如：精神醫療網督導單位、精神專科醫院、社會處、勞工處、教育處、輔諮中心、警察局。

另外，在三十四家自殺關懷訪視業務承辦單位中，有三十家單位具有精神醫療資源，其餘四家則較缺乏相關資源。

表一、督導專業背景占率統計

	醫院承辦單位		非醫院承辦單位	
	內部督導 占率(%)	外部督導 占率(%)	內部督導 占率(%)	外部督導 占率(%)
衛生局長官	17.4	38.9	60	20
精神科醫師	78.3	72.2	40	80
護理師	26.1	27.8	10	40
臨床/諮詢心理師	60.9	50	30	40
社工師	43.5	61.1	0	40



(三) 督導項目

督導項目中主要分有訪視作業流程、結案評估、處遇計畫、可用資源、跨單位資源、危機因應、自殺風險評估、情緒支持、個人成長、通報數據分析、困難個案及精神科轉介等十二項內容。其他督導項目如：共訪機制運用與申請、紓壓課程、績效進度管控、品質管理以及初級預防之執行困難與經驗分享。

調查結果顯示，無論是醫院承辦單位或非醫院承辦單位，內部督導項目都較著重於處遇計畫、危機因應、自殺風險評估、情緒支持及個人成長等項目。其中，非醫院承辦單位在內部督導項目中，則會特別著重於跨單位資源與精神科轉介的討論。

外部督導部份，醫院承辦單位較著重於處遇計畫、困難個案與情緒支持。而非醫院承辦單位在外部督導項目中，同樣著重於處遇計畫、危機因應、自殺風險評估與困難個案的討論。

表二、督導項目占率統計

	醫院承辦單位		非醫院承辦單位	
	內部督導 占率(%)	外部督導 占率(%)	內部督導 占率(%)	外部督導 占率(%)
訪視作業流程	65.2	50	70	20
結案評估	78.3	55.6	70	60
處遇計畫	95.7	88.9	90	90
可用資源	73.9	55.6	50	50
跨單位資源	69.6	61.1	80	60
危機因應	91.3	61.1	80	70
自殺風險評估	91.3	77.8	80	70
情緒支持	87	83.3	70	40
個人成長	87	55.6	60	60
通報數據分析	52.2	16.7	50	10
困難個案	82.6	88.9	80	80
精神科轉介	52.2	38.9	70	40



貳、內部督導

一、內部督導的核心任務

自殺關懷訪視員督導多為衛生局長官、精神科醫師、護理師、臨床心理師、諮商心理師、社工師和資深訪員等不同專業領域擔任，協助訪員擴展多元視角，增進實務能力，建立未來的專業自主性。

所屬同一機構或醫療單位的內部督導(以下簡稱內督)，更是訪員建立專業重要的基石。內督了解且熟悉內部運作風格及人事結構，固定的督導會面亦能使內督掌握訪員的工作動態和能力，適時給予訪員良好的指導、介入與支持。長期下來，訪員能從內督的實務經驗中吸取精華，逐漸提升自我效能及服務品質。此也奠定內督與訪員之間以關係為基礎的督導工作模式，建立一致的目標，成為有共識的合作伙伴。

為此，以下列出內督核心任務事項：

(一) 行政監督

管理行政業務執行情形：

1. 依據訪員的工作負荷進行案量分配和管理
2. 協調內部團隊工作
3. 監督是否依流程完成訪視服務和紀錄文件
4. 視察任務的執行情況與工作表現
5. 協助解決個案行政處遇上的問題
6. 安置並引導新進訪員熟悉關懷流程相關業務
7. 協助新進訪員至「珍愛生命學習網」進行註冊，並於到職兩週內修習完成「基礎課程」(網址：<http://www.tsos.org.tw/cpage/CourseHelp>)

(二) 實務指導

加強訪員實務知識技術，協助建立有效處遇計畫：



1. 訓練訪員實務技巧、自殺風險評估及個案概念化能力
2. 針對困難、失聯個案提供具體建議，包括介入策略和處遇計畫
3. 評鑑訪視服務成效
4. 協助判斷個案是否符合結案條件
5. 引導訪員遵循助人工作的倫理與守則

(三) 支援訪員

在督導過程中，實施支持性督導：

1. 以同理、接納、具支持性、開放態度與訪員進行討論
2. 鼓勵和認可訪員的表現，激發其學習動力
3. 協助訪員減低或預防壓力
4. 提高訪員的自我覺察，使其獲得成長及被賦能
5. 提供訪員立即性協助

(四) 跨單位合作

促進跨單位連結與資源轉介：

1. 透過在地網絡維持與跨單位之聯繫
2. 開辦跨單位資源媒合會議，討論社福議題相關個案
3. 建立精神醫療或其他資源的口袋名單

二、內部督導的方式和運作

為能有效實施內部督導需求，機構應根據自殺關懷訪視計畫之需求，制定完善、明確的督導目標與制度，並明文訂立辦理方式和準則，供機構內部、督導與訪員參閱。其中條文應包含以下四項：

- 督導主旨
- 督導辦理方法，包括頻率、形式、出席者等等
- 督導內容和項目
- 督導效能指標



機構所制定的督導機制中，應明列能處理督導者與訪員間潛在衝突議題的相關指引。督導要有效促進訪員的專業發展，就必須注意督導雙方工作同盟的發展，例如：督導者和訪員任務取向的適配性、目標一致性、開放度、個人特徵等等，都會影響督導歷程的發展和成效，而雙方經驗的不同也是導致共識不足的原因之一。再者，當內部督導與外部督導所提出之建議有差異時，訪員亦會缺乏明確指引，故機構督導若能列出指引條文，將有助於督導雙方針對相關問題進行調解並處理衝突。

(一) 督導前準備

不少訪員原先對督導並沒有很明確的概念，包括督導如何進行、時間、次數、場地的選擇以及如何拿捏與督導者之間的關係等等。因此，督導前的準備是相當重要的，能讓督導雙方事前有明確的目標，並預先準備好相關資料，隨後即能馬上進入督導狀態。督導前應先安排：

1. 進行時間與地點
2. 預先告知訪員督導目標與討論事項
3. 雙方書面資料準備
4. 擬定督導架構

內督會議的地點可安排於個人辦公室或會議室，然而須確保空間隱密性，如此才能對討論的內容保密。特別是個督會面時，督導者會針對訪員個人所關切的事宜進行個別討論，故具隱密性的空間有助於訪員開放表達。另外，內督時間也應安排於週期性的固定時段(例如每月的第一個週三)，方便訪員排開訪視業務和其他工作，安心接受督導。督導者應事前擬好督導目標和流程，讓訪員能預先備好督導內容的相關資料，例如：個案資料、處遇計畫、督導紀錄或心得等等。

(二) 內督方式

督導制度應如何運作，必須考量機構過往實施經驗、組織成員、內部資源和案量。在實務工作上，目前最常採用的方式為個別督導和團體督導，也有透過其他方式追蹤訪員服務情形。以下詳細列出督導方式：



1. 個別督導：由一位督導者對一位訪員以面對面的方式，定期進行個別會談或依據督導雙方需求安排會面，時間通常為一小時。此方式較具備隱私性、不易受干擾，且有充分時間針對訪員需求提供重點協助。
2. 團體督導：由一個督導者同時和一位以上的訪員，以小組方式定期舉行討論會議。通常是固定每月辦理，督導時間為二至三小時。此方式可增加組織間的對話機會，分享不同觀點，對相似的業務困境產生共鳴，而督導者除了個案指導，亦可示範各種實務技巧、角色扮演，傳授專業知識。
3. 其他方式：督導者亦可以從行政會議、工作會報中追蹤個案訪視情形，也可辦理讀書會或透過同儕間彼此督導。

個督和團督仍是最主要輔助訪員的督導方式，其他方式可協同輔佐，但不應替代之。

(三) 內督主要項目

關懷訪視員每週需追蹤龐大的自殺、精神障礙或合併多重議題的個案，並執行家訪、完成繁瑣的行政工作，因此過長或過於頻繁的督導次數，反而易降低訪員參與督導的意願。故安排督導會面之際，需更著重於督導的品質而非次數，訪員本人對督導內涵的需求也應被重視其中，如此才能提升參與動力，進而達到督導效能。

1. 個別督導事項可較著重於訪員本人
 - (1) 針對訪員需求給予重點協助
 - (2) 回饋訪員工作表現及專業能力
 - (3) 鼓勵訪員開放討論團督中較少機會談到的個人議題/困難/禁忌
 - (4) 允許訪員發表對機構或督導的看法和意見
 - (5) 處理訪員與督導者關係上的議題(權力/界限)
2. 團體督導的事項則應著重於困難個案與行政相關事宜
 - (1) 訪視關懷作業流程
 - (2) 個案自殺風險評估



- (3) 困難個案概念化、介入策略、處遇計畫和資源轉介
- (4) 結案評估
- (5) 危機因應
- (6) 精神科轉介
- (7) 通報數據分析
- (8) 陪訪機制運用
- (9) 服務成效與品質管理
- (10) 經驗分享

三、內部督導與訪員關係模式

(一) 督導關係、權力運作方式以及專業的展現

在關懷訪視任務執行過程中，督導關係常是督導效能的重要關鍵。督導關係不僅是一種單純的互動過程，也是一種互惠的合作關係。督導雙方需培養一致的目標、任務，並在彼此情感連結的催化下，溝通協調以達到督導成效。

雙方的權力和情感投入源自於組織需求。督導者對訪員有著清楚的立場、角色和界限；一方面支持訪員的專業成長，另一方面持續衡量訪員的專業能力。督導者監督訪員依流程完成訪視服務，不可避免地劃分出上下階級的位置，但同時，彼此情感的投注有助於幫助訪員建立安全的依附關係，緩解對督導者在權威關係下所產生的各種矛盾、壓力和緊張，從而進入一種共同負責、分工與合作的模式。

因此當督導關係建立良好，督導者與訪員雙方對督導過程都會感到比較滿意；而當督導關係不穩固時，督導過程就比較容易有變數，進而影響訪員的學習動力，訪員也可能對督導過程所做的決議產生疑惑。

雖然督導者於督導關係中需具備較多的主動性與引導性，但是督導關係的發展歷程乃是互動的本質，很多時候彼此的權力分配與依附程度最後都還是會由督導雙方共同決定。



(二) 指導性與非指導性

督導關係中也包含督導運作模式的應用。督導者可針對不同的訪員、情境進行指導性模式、非指導性模式或二者混合模式，詳細說明如下：

1. 指導性模式

- (1) 任務導向：督導雙方具明確目標，以專業傳遞與任務執行為中心進行指導。
- (2) 較具指導性：較重視實用、具體、聚焦，通常督導者會給予訪員建議以回饋訪員實務進行狀況，上下關係較為明顯。
- (3) 督導界限清楚：督導者能給予訪員一個明確的界限，不管在督導關係或面對個案，都有清楚的工作範圍與限制。
- (4) 優點：直接明瞭、省時。

2. 非指導性模式/關懷模式

- (1) 關係導向：督導者重視關係的建立與訪員的個人成長，對於實務進行狀況或工作之疑惑積極聆聽，並與訪員一同探討。
- (2) 維持平行關係：督導雙方是一種合作關係，能夠維持良好互動，訪員較容易開放地提出意見或問題與督導者討論，促進溝通。
- (3) 督導關係界限彈性高：督導雙方關係較有彈性，督導者擔任多元角色，其功能包括關懷、聆聽、教育、指導等等。
- (4) 優點：開放包容、支持性佳。

(三) 緩解督導雙方衝突

當督導雙方發生衝突時，受督者傾向期待督導者能找出衝突並主動與之討論，如果督導者並未察覺與處理，受督者將花更多的時間與經歷來隱藏這個衝突，此現象與受督者在督導關係權力差異下的順從性有關。因此，為建立有品質的督導，督導者應敏覺督導關係與訪員需求，清楚說明督導時所做出的決議及行動的意義，必要時協助訪員探索對督導者權威角色的投射，以能抽身覺察對學習動力和投入的影響。



四、新任內部督導的訓練方針

在自殺關懷訪視實務場域裡，自殺議題背後的多元性和關訪職場生態，促使督導者產生的途徑較為廣泛。督導者不僅是從經驗豐富的訪員角色轉換或兼任而成，許多亦來自各個跨領域的專家，例如：精神醫療及社工照護領域等等。

督導者通常被寄予高度的期望能夠有效發揮功能，把關自殺關懷訪視服務的品質。然而要如何充分地發揮督導效能，需要回顧督導者本身是否做好準備、清楚知道自己角色功能、督導能力與技巧等等，這是督導效能能否發揮的重要前提。未經過正式的督導培訓，特別是新手督導者，只能靠著曾經接受督導的有限經驗來執行督導工作，長期之下也難以協助機構建立完善督導制度。

建議一位有效能的督導者應經過督導相關課程訓練，培養有關專業督導的能力，相關課程如督導技術概論、督導風格、團體督導與團體動力、實務督導技巧演習等，詳細課程內容可參考表三。



表三、督導相關課程表

課程名稱	學習目標	課程內容
督導技術概論	瞭解督導的基本概念、倫理守則以及機構督導制度的重要性	1. 督導的角色功能與意義 2. 督導的產生路徑與成為督導的準備 3. 督導的模式與發展階段包含督導雙方互動關係、督導動力等等 4. 督導倫理議題 5. 機構督導機制的運行
督導風格	了解個人特質對督導風格的影響	1. 督導風格的定義與類型 2. 督導個人特質的辨識與釐清 3. 督導風格對於督導關係的影響 4. 如何掌握個人督導風格的優勢與劣勢
團體督導與團體動力	<ul style="list-style-type: none">• 瞭解團體督導知能並加強團督帶領技巧• 運用團體動力，提升督導效能	1. 團體督導的內涵，包含任務、結構、角色與方法 2. 團體動力與團體歷程分析 3. 團體領導技巧與團體覺察力
臨床/實務督導技巧演習	學習臨床/實務專業指導技能，以提升督導者之教育性、支持性功能	1. 督導關係中的界限議題 2. 臨床/實務指導技巧教學： <ul style="list-style-type: none">(1) 個案處理檢視(2) 特殊個案評估、處遇討論(3) 個案紀錄書寫(4) 個案會談模擬或角色扮演 3. 提供被督導者情緒支持： <ul style="list-style-type: none">(1) 協助訪員探索使命，以提升其對工作的承諾(2) 訪員在服務過程中的挫折及專業耗竭之因應演練 4. 危機與衝突管理的策略運用 5. 督導者自我察覺與壓力調適



參、外部督導

為確保自殺關懷訪視服務品質，各機構均設有督導配置，包括內部督導(以下簡稱內督)與外部督導(以下簡稱外督)。內督功能廣泛，發揮功效甚多，然而為何還需要外督投入自殺關懷訪視服務？其角色、功能、任務和內督定位為何？對訪員、內督和機構的影響又為何？

首先，可以從內督角色與功能上的限制，來了解外督介入的重要性：

- **角色衝突**：內督因同時兼具行政監督、實務指導和情緒支持三種性質完全不同的功能，因此易在督導工作執行過程中，面對不同功能間的角色衝突。
- **責任壓力**：本著受托單位的責任，任務導向往往是內督的督導目標，並強調訪員在期限內完成任務和工作完整性，這使得督導過程中容易忽略訪員真正的需求。
- **工作量重**：內督扮演的不僅是督導的角色，在機構體制中內督亦擔當著其他工作職責。內督可能因工作量大而導致分身乏術，相對所能分配之督導時間、品質也相對會受影響。
- **立場的盲點**：機構內的工作文化、潛在規範、督導雙方的價值觀和立場，都可能成為督導過程中的盲點。

內督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，外督機制更期待的是在減少機構內部影響的情況下，推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。

一、外部督導的核心任務

外督機制能於多方面推進機構督導工作，例如：提供機構所欠缺的專業知識，增進訪員多層次的思考能力，並發展專業人員之間的對話空間，產生新的問題解決方式。訪員藉此反省並打破僵化行為模式，嘗試不同的方法和處理技巧，使訪視業務目標更明確。



再者，外督非屬機構內部的人員，不受機構內部規範影響，也無利益上的衝突，因此更能站在中立的立場，客觀回應訪員需求，除去與訪員上下屬級的緊張關係，而訪員也較不會有被審核的擔心，從外督獲得正向力量去正視内心真實感受，使自己不再將焦點放在失敗及挫折經驗之中，學習讓真實自我及能力甦醒並得以充分發揮，這更能促進以訪員為導向的督導，發揮更正向的情緒支持和自我成長。以下列出外督核心任務：

- (一) 促進訪員改變的能力：**提升自省能力改變因應方式，突破實務和處遇計畫的困境。
- (二) 導入新技巧及評估觀點：**指導新介入技巧、個案評估觀點促進訪員實務策略的改變。
- (三) 壓力調適與支持：**面對訪員的工作壓力及困境，提供紓解壓力、價值澄清的功能。
- (四) 發展專業對話空間：**促進多方單位的有效溝通，建立彼此的共識。
- (五) 媒合跨單位資源連結：**外督主動協助媒合機構所需資源。
- (六) 討論自殺通報數據：**依督導單位之需求，針對每月「自殺通報關懷月報表」及「滾動式修正策略建議」，共同討論因地制宜之自殺防治策略。
(本項任務乃於內部督導無法提供時，須納入外部督導任務中。)

二、外部督導的實施模式

外督運作方式與內督有所差異。機構邀請外督需額外支付諮詢費，在方案計畫經費的限制下，機構通常會把握機會讓每位人員都接受訓練，因此外督的形式常以團督方式進行。督導內容也會依據團督模式來擬定，其中包括個案工作指導、自殺風險評估、處遇與轉介規劃、團隊關係建立、實務演練、自我照顧等等。團督模式與內容如表四。



表四、各類團體督導內容表

團督模式	內容	團督進行方式
個案研討	<ul style="list-style-type: none"> 指導高危與困難個案的自殺風險評估及處遇計畫 評估個案服務方案成效並給予指導 提供專業知能，回饋訪員如何改善表現 	<ul style="list-style-type: none"> 提案討論 經驗分享 指導與回饋
實務演練	<ul style="list-style-type: none"> 示範訪視實務技巧包括關懷技巧、介入技巧 增加同儕經驗交流，培養團隊精神與團體凝聚力、認同感 	<ul style="list-style-type: none"> 角色扮演 團體回饋討論 經驗分享
團體諮商	<ul style="list-style-type: none"> 訪員自我素質養成與提升 探索個人困境於實務上的影響 增加同儕關係的連結，情感支持 	<ul style="list-style-type: none"> 腦力激盪 團體討論回饋 意見彙整
內外督導	<ul style="list-style-type: none"> 提供內外部督導跨領域專題學習與交流 	<ul style="list-style-type: none"> 腦力激盪
聯繫會議	<ul style="list-style-type: none"> 針對個案或處遇方案交流並整合意見 	<ul style="list-style-type: none"> 團體討論 意見彙整

三、外部督導的主要項目

外督之督導項目應著重於教育性與支持性功能，包括：

1. 困難與高風險個案評估與處遇
2. 個案工作模式技巧指導
3. 危機因應
4. 提供訪員壓力調適與情緒支持
5. 跨單位資源連結
6. 跨專業知能傳遞
7. 擔任會議中溝通協調角色

根據全國自殺防治中心2018年進行的全面性督導業務調查統計結果顯示，外督與內督的督導內容項目比例相近，不論是內督或外督，皆較重視處遇計畫、困難個案與自殺風險評估。此外，內督在訪視關懷流程、結案評估、危機因應、訪員個人成長和情緒支持，較外督討論頻率高。詳細調查結果請參表五。



表五、內外部督導項目占率表

督導項目	內部督導 占率(%)	外部督導 占率(%)
訪視關懷作業流程	64.7	39.3
結案評估	73.5	57.1
處遇計畫	91.2	89.3
可用資源	64.7	53.6
跨單位資源	70.6	60.7
危機因應	85.3	64.3
自殺風險評估	85.3	75
情緒支持	79.4	67.9
個人成長	76.5	57.1
通報數據分析	50	14.3
困難個案	79.4	85.7
精神科轉介	55.9	39.3

四、跨領域外部督導的重要性

美國醫學研究機構(Institute of Medicine, IOM)在2003年呼籲醫療專業人員要建立五項核心能力，而跨領域團隊合作照護能力為其中之一。藉由不同領域團隊間的溝通，提供團隊成員彼此學習與產生有效且具創意的問題解決方案，也就是跨領域團隊合作照護。

反觀自殺關懷訪視工作，其服務過程中往往參與的不僅是訪員本身，地段護士、社工師也會陪同共訪個案，以團隊服務的形式策劃完整的處遇計畫，提供個案所需資源。同時，自殺高風險、重複自殺或精障自殺個案除了社福資源協助，更需要精神醫療和心理衛生資源的介入，以能真正透過生心理狀況的改變，降低其自殺風險。因此，對訪員來說，跨領域的專業合作建立就更為重要。

在一個強調服務整合的時代，提供同一個案服務的團隊成員，可能來自於不同的專業領域，甚或有不同的團隊為同一個案提供服務。這樣的團隊發展模式也漸受到重視，相關的督導也變得更為多元。



跨領域外督會議強調的是集合精神醫療、社福、照護及自殺關懷訪視形成一個共管的機制，從單一領域模式轉換成團隊模式，從單一焦點的臨床技能變成團隊服務，互補各個領域不足的部分，完整提供個案處遇計畫。因此，跨領域督導就非常強調相互的溝通、整合及彼此學習。

在跨領域外督會議上，訪員可事先擬訂討論事項或案例，各成員皆可提出問題及建議。成員討論過程中不免會出現專業上的衝突，此時領導者就要維繫團隊的互信基礎，促進支持的行動。訪員之間也可透過各方督導的意見整合，開拓對個案或實務不同的見解，使業務邁向更明確的目標。

五、內外督導聯繫會議

督導制度為自殺關懷訪視處遇計畫順利執行的重要因素之一，但外督的加入對於原有機構的內督和訪員是否完全有利而無弊呢？

根據全國自殺防治中心於2018年所進行的督導業務調查結果顯示，不少機構單位表示因內督與外督的專業背景不一樣，導致給予的訪視工作建議有些出入，使訪員在訪視工作上較難有明確一致的做法。當內督與外督在認知有所差異，而發展出不同的工作方向時，內督在外督會議結束後可能仍會依循原定目標帶領訪員，內督需耗費更多心力澄清訪員的疑惑和整合意見，這也會導致內督的工作更吃力。

為此，內督與外督之間的合作與凝聚力就顯得相當重要。內督與外督之間平常除了外督會議之外，平時較缺乏專業知識和經驗交流的機會，因此對於彼此關係的建立、默契、立場及各別扮演的角色功能並不清楚。在外督會議上，內督與外督可能是彼此互補，也可能是相互學習；內督可能扮演觀察者角色，也有可能成為副領導，而角色功能的不明確將可能造成模糊的合作模式。

因此除了提供訪員外督的資源，內督與外督之間若能有一個交流的機會也甚為重要，例如：辦理內督與外督聯合會議，邀請內督與外督共同參與專題討論、個案研討，彼此針對某個主題進行學術和實務上的交流分享，從中逐步建立彼此專業上的默契與合作，整合各方知識，形成有效的督導團隊。



肆、困難個案督導指引

一、拒訪個案

在關懷訪視的過程中，不管是電訪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。面對拒訪個案，全國自殺防治中心出版之「自殺防治系列32-自殺風險個案追蹤關懷實務」，內容已提及相關的因應方式。以督導的角度來看，可以由以下幾個層面來審視：

(一) 營造安全信賴的環境

面對拒訪個案，關訪員會因為挫折產生各種不同的情緒反應，包括焦慮、逃避、憤怒、消極、沮喪、喪失自信等等，也會有各種心理防衛機轉，像壓抑、反向、合理化、轉移作用等等。良好的督導能透過傾聽、關懷、同理、提供對訪員的心理支持，營造安全信賴的環境，允許訪員放心的表達自己，並協助訪員自我察覺上述情緒反應及心理機轉，疏通負面的認知與情緒反應，一起面對拒訪個案，持續關懷、保持信心，並促進訪員的個人成長。

(二) 協助關訪員辨識個案拒訪的原因

個案拒訪的原因很多，除了表面上的理由，督導有義務協助關訪員探究拒訪背後的「弦外之音」，特別是有關安全、尊重、隱私、污名化恥辱等議題，以及自殺企圖背後期待被關懷等深層心理因素。另外個案若合併有精神疾病，多疑敏感、無望無助、社交迴避退縮、妄想等精神病理因素也需被考慮。

(三) 指導訪員實務技巧，提供具體建議

在實務訓練上以個案為中心、問題導向為主，交替運用指導性與關懷模式，促進關訪員主動思考及提升問題解決能力。根據不同的拒訪



原因，督導和關訪員討論不同的因應策略，由調整不同的接觸頻率和方式，到動用其他家庭社會或醫療資源/支援共同努力，踏出讓個案接受訪視的第一步。

(四) 個別督導和團體督導互相運用

針對拒訪個案，除了個別督導外，利用團體督導的方式，可以增加成員間的對話機會，分享不同觀點和策略，瞭解各種家庭在社會、醫療資源運用情況，必要時可以透過情境模擬及角色扮演等方式進行互相學習，另外也可提供團體成員間彼此支持，達到灌注希望的效果。

(五) 專業領域的實際支援

督導可能由不同專業領域的人員所擔任，也有不同的實務經驗，在不同的機構工作。針對拒訪個案，各個專業督導可以依據自己的專業和工作場域，提供實務支援。例如：精神科醫師若判斷個案拒訪的原因和嚴重精神病的精神病理有關，可以提供適合的精神醫療資源、口袋醫師名單或是透過家屬諮詢，轉介居家治療服務。另外，社會工作師亦可以針對社福資源提供有助於個案的具體建議。

(六) 討論由家屬/朋友著手的可能性

透過和家屬/朋友建立良好關係，有助於瞭解個案的狀況，也提供家屬/朋友必須的珍愛生命衛教與危機處理資源。透過對全家庭健康關懷的方式，有助於減輕個案的疑慮，逐步與個案建立關係。

(七) 協助審視是否有運用跨單位連結與資源轉介的可能

拒訪個案拒絕關訪員，不代表他會拒絕其他機構人員。關訪員可以蒐集更多關於個案的相關訊息，或許個案過去已經有接受衛生所公衛護理師、醫院居家護理師、社福機構社工師或宗教機構志工訪視的經驗，也建立相當的關係。透過跨單位連結，與對方安排初次共訪，是建立關係的第一步，也有助於單位間的連結共同協助個案。



(八) 引導思考助人工作相關倫理守則

面對拒訪個案也會碰觸到有關個案自主、隱私權、生命福祉等倫理及法律議題。督導有義務引導關訪員瞭解、思考並遵循助人工作的相關倫理守則，遇到有倫理或法律爭議時能提出討論。督導也需加強自己有關醫療倫理、法律議題的知識和思辯能力，必要時也需諮詢倫理、法律專家。

(九) 提供訪員支援並追蹤後續服務成效

針對拒訪個案進行討論，並採取因應措施後，督導需追蹤關訪員後續服務成效，並根據訪視狀況調整策略，持續提供關訪員支援。若個案持續拒訪，也不要氣餒，可透過書信、關懷卡等方式留下關心的種子，也可能在將來的某個時刻萌芽。

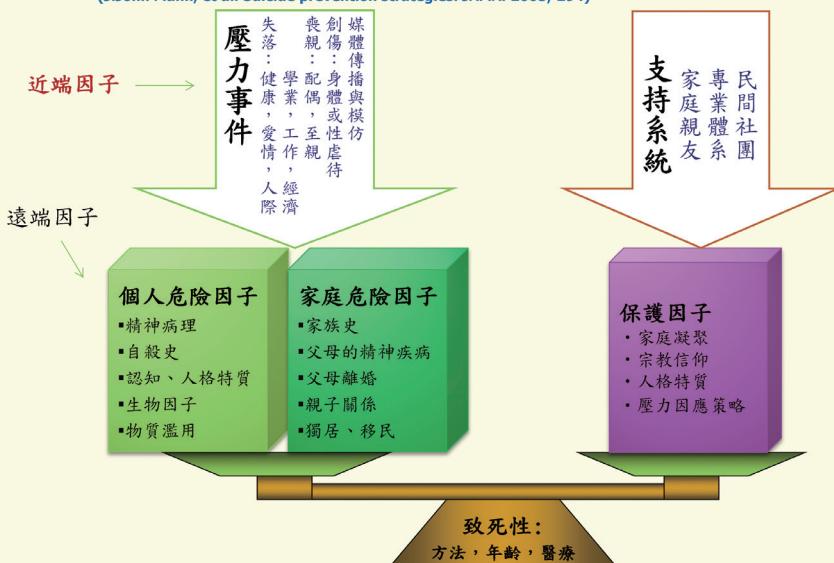
二、重複自殺個案

全國自殺防治中心已有針對關訪員出版「自殺防治系列24-重複自殺個案之關懷管理」，內容已提及不少對於重複自殺個案關懷訪視要注意的事項。以督導角度來看，督導關訪員協助重複自殺的個案時，首先要注意的是督導要特別以協助的立場幫忙關訪員，因為個案重複自殺，對於資歷較淺的關訪員而言會有挫折感，督導要先給關訪員一定的情緒支持，並運用支持性心理治療的技巧給予傾聽、同理、再保證、肯定。之後才是以非批評的態度給予建設性的意見，和訪員一起再檢視為何個案會再自殺，是否服務過程有什麼沒有注意到，或還可以加強的。不外乎是可以如何再增加保護因子並減少危險因子，相關因子可參考自殺成因概念架構圖(圖二)，如轉介醫療院所、高風險家庭、家庭暴力暨性侵害防治中心或新住民家庭服務中心。如有必要，督導除了給予口頭上的建議，也可依專長給予具體實務上的協助，督導也可幫忙聯絡介紹一些重要關係人，如個案的醫師或社工，讓訪員認識以加強網絡連結。其他常見重複自殺個案處理建議如下：



自殺成因概念架構

(J. John Mann, et al. Suicide prevention strategies. JAMA. 2005; 294)



圖二、自殺成因概念架構圖

(一) 病情不穩定的個案

若個案已有疑似精神疾病的相關問題，精神症狀無論是憂鬱、焦慮，沒有就醫恐怕無法解決自殺意念，可建議訪員再連結其他精神醫療資源，請更有經驗的精神科從業人員前往處理，如在台北市有二十四小時緊急精神醫療網，可請公衛護士或精神科醫師到場處理；許多縣市衛生局有「疑似精神病人醫師到府訪視計畫」可由精神科醫師到病患家中直接評估；衛福部還有「精神病人照護品質提升計畫」可經由衛生局轉介，由所在地資深的精神科從業人員(大多是護理師)直接電訪或家訪進而協助病人就醫。此外，有些個案只是覺得就醫不方便，建議督導除了要了解上述政府的相關計畫外，也要了解在地醫療資源，如就的精神科或心理治療所，以方便給訪員建議，並鼓勵訪員和目前的醫師或相關的人員(例如社工)交換訊息，共同討論如何協助個案就醫，以達到網網



相連的目的。對於有身體疾病的個案，督導也應要提供訪員個案該就診的科別，如癌末的疼痛是否該就診疼痛科、嚴重清晨背痛是否應就診免疫風濕科等。

(二) 拒訪個案

看看有沒有辦法聯絡到家屬、朋友、通報端給予進一步資料，或評估是否可能家訪，通常見面三分情，特別老人家常聽力不好，又怕被人詐騙，通常要家訪才能進一步介入。當然，拒訪個案通常不容易介入，建議督導要注意不要太過度要求訪員。

(三) 人格疾患

人格疾患特別是B型人格個案常以重複企圖自殺(自傷)行為為手段，此類個案需要長期的心理治療和個人成長才會改善，常常不是訪員短期介入可改善，有時過度關懷反而會加強這樣的行為。督導特別要提醒訪員要「點到為止」，適度的情緒支持即可，並應轉介去接受藥物心理治療，資源濫用者也提醒訪員和個案要有清楚界限，不能無止境的提供社會資源。

三、合併多重議題的自殺個案

合併多重議題的自殺個案，其自殺原因及危險因子常是更為複雜且困難處理的，建議訪員在服務的過程中可以先和同儕討論及分享彼此的經驗，再針對服務的困難之處，與督導進行個案服務方法及對策的研商。以下是進行督導時需考量的重點方向：

(一) 訪員與個案的合作、同盟關係是否順利建立？

面對合併多重議題自殺個案，常常也是困難建立合作同盟的服務對象，但是如果無法建立適當的合作關係，對後續的關懷服務及介入成效必然會有不良的影響。因此在服務開始一段時間後，應該要確認訪員和個案的合作關係是否已經順利建立。而確認關係是否建立，可以從幾個面向去了解，比如訪員所感受到個案回應的態度如何，是接納或抗拒排斥？或者是否能順利收集到重要、核心資訊；另外如訪視(家面訪、電



訪)是否成功訪視到個案本人，亦可當做合作關係是否建立的指標。如果個案一直無法順利直接聯繫到，仍然要提醒訪員可以透過個案平日一起生活或有來往的親友代為傳達訪員的關懷之意，以及透過一些書面的資料，如名片、關懷信、衛教資訊或資源清單等，讓個案能了解訪員是真誠地想要來協助。

督導也需要提醒訪員對於合併多重議題的個案，建立合作關係是最重要的優先工作，而且常常需要花費更多的心力及耐心，需要視每位個案不同的特性，找出可以建立合作關係的契機。

(二)訪員是否對服務中的個案產生不適當的價值判斷或反移情作用(Countertransference)現象？

合併多重議題自殺個案，可能易因為表現出的態度及行為問題而導致服務的訪員產生主觀的價值判斷或反移情現象，可能使訪員在服務時無法客觀及平靜地提供適當的服務。因此在督導訪員時，必須注意訪員是否已經或可能對服務中的個案產生這些反應，評估是否對關懷訪視工作產生不良影響，並協助訪員處理及面對此類問題，倘若此問題嚴重影響到關懷工作且無法在短期內改善到適當程度，可先考慮加入其他訪員共同服務，以減少此問題的負面衝擊。

(三)是否提供訪員安全安心的工作感受及配套？

面對合併多重議題的自殺個案，有時因個案的精神狀態不穩定、較具衝動性或攻擊性，而增加訪員關懷訪視工作的危險性，可能導致訪員感受到不安全感，因而降低服務的品質及效率。因此，面對較具危險性之個案，除了訪員於訪視前的心理建設及事前準備之外，還必須注意訪員的安全是否有適當之防範準備及保護措施，如增加訪視的共同人力或協助人力(如另外的訪員、衛生所之公衛護士或衛生局人員)，又如注意是否在合適、安全的地點進行訪視(非一定要在個案住所)，務必以安全第一為優先考量。



(四) 訪員是否已充分了解個案自殺行為的原因，與合併其他議題的關聯性為何？

訪員的所應具備的核心能力之一是自殺風險的評估及處遇安排，而合併多重議題的自殺個案之自殺原因常常更複雜，因而需要注意訪員是否已經確實了解個案自殺的相關原因，以及收集並盤點其自殺的保護性因子及危險因子，包括潛在性的危險因子及急性危險因子(參見自殺防治系列手冊32、34)，需要協助訪員釐清各種的因子間的交互關係，以利在有限的時間下，決定問題的重要性及優先處理順序，避免訪員將心力投注在表面的問題上，卻忽略了更重要的核心問題，比如說服務一位酒精依賴且重複自殺的個案，即使派案前的資料未提及任何的精神病史，仍需提醒訪員注意個案是否可能有憂鬱症共病的問題，如果有，也許憂鬱症的處理是最優先的服務選項。

(五) 訪員是否已提供適當的資源連結及資源轉介？

確認及盤點個案自殺的危險及保護因子之後，訪員需針對個案的需求客觀地、彈性地提供個案適當的資源連結及資源轉介，如同之前所提，需注意訪員是否受到個案態度及行為的影響而做出過度或不足的轉介，如面對合併人格疾患的個案，可能會過度或重覆要求資源，若訪員無法保持客觀的立場，將有機會遭個案予取予求，浪費寶貴的資源及自身的時間、精力。

針對有接受精神醫療需求的個案，應提醒訪員積極但有彈性地協助個案就醫，可視個案現階段的需求及想法，轉介合適的資源，比如個案如無法接受到精神專科醫院(療養院)就醫，可先鼓勵先至社區精神科診所，若拒絕看醫師，甚至可建議先接受心理諮詢或需要時撥打相關心理求救專線，再逐步建議及鼓勵就醫。而轉介醫療的積極作為是陪伴就醫，應建議訪員儘可能陪同個案就醫，此作法除可強化彼此合作關係之外，也有機會可以直接與醫療團隊溝通討論，進一步確認後續服務之重點。



督導需要提醒訪員，面對合併多重議題個案時，若發現個案疑似有家庭暴力、性侵害及兒童少年保護情事，有違犯相關法律行為時，應依法立即通報當地主管機關。訪員的資源連結及轉介是重要的工作，但絕非僅限於訪員單方面地給予，更需要秉持賦權增能的觀念，讓個案能逐漸在支持之下，找到人生的主導權。並且，訪員也需要能結合社區的關懷資源，如鄰里長及社區關懷志工們共同提供個案更持續性的關懷。

(六) 協助訪員確認哪些事項是應該去做？哪些事情又需量力而為？更要注意訪員自身的身心狀態。

協助合併多重議題的個案常會令人倍感壓力且身心俱疲。個案的問題及需求可能數量繁多且複雜，再加上資源有限或者個案無意為未來的人生進行修正調整時，個案的問題及其自殺的風險仍常會持續存在，而無法看到明顯的成效。在這些情形之下，常使訪員感到挫折及心力交瘁，平日督導時除了討論或協助處理最令訪員感到困擾的議題之外，亦應主動關心及了解訪員的壓力狀態，提醒訪員可以參考自殺關懷訪視員教育手冊(自殺防治系列34)第五章「關懷訪視員的自我照顧」中所載明之方式及技巧進行適當之調適。

此外，提醒訪員雖然他們在自殺防治的工作中有著非常重要的角色，但不表示訪員是全能的、可以避免每位個案再次自殺甚至自殺死亡。自殺的因素眾多，若個案最後仍做出自殺的選擇時，只要訪員已為所應為，不需要過度的自責。若訪員服務的個案再自殺死亡，督導需要注意訪員受到的心理衝擊，並給予適當的支持及鼓勵，期待訪員可以將個案的不幸，化成持續成長的動力，持續提升此助人工作的品質及效能。

四、社福資源連結

自殺行為的發生，其實是個案在綜合了生活各種壓力事件所產生的結果行為，要達到所謂的「防治」，是需要跨部會、跨機構的整合協調。



自殺預防首重在於偵測高危險群，具有社福資源議題的自殺個案，從另一個角度來看，的確是屬於社會支持弱的高風險族群，所以在思考這類個案的服務計畫時應首先避免讓自己落入對個案評價的框架中，而且要以家庭中心的概念來思考個案問題。

關懷訪視員的一部分角色是關懷服務的直接提供者，但對需跨單位資源協助、多重問題的困難個案來說，有些協助其實是非關懷訪視工作中所能處理到的，需要倚靠社福、勞政、衛政及民政等系統一同串聯來共同服務，而訪視員在其中就要轉換成是個管中心的角色，以客觀角度來分析、釐清個案壓力源、案家問題對其干擾程度以及現有資源介入。

通常可從分析案家的生態系統開始著手，了解案家目前已有或尚不足的資源，會較能釐清案家所面對的生活狀態，排序各項問題處理的優先性，列出未來提供協助方向，協助轉介機構提供服務等等。範例說明可參考表六。

必要時也可在衛生局協助下由關懷訪視員召開個案討論會邀請共同服務此個案或案家的資源單位共同出席，實際商討彼此的分工與未來各自的協助方向，讓個案的社會心理事件得到有效的支持，同時也不致資源重複介入，形成資源浪費。

在自殺防治的工作中，完整的防治網絡是重要的，透過以關懷訪視員為軸心，讓個案的服務網絡能被清晰明確的呈現，暢通網絡間的轉介與訊息傳遞，才能落實網網相連、預防自殺的功能。



表六、個案生態系統分析表

個案：_____ / 案家生態系統現況分析

項目 (舉例)	現況	需求/壓力源	已有資源/因應問題方式	後續工作目標	可連結的資源	問題處理優先排序
親友	案母可提供部分生活費	案母會叨念其工作無法維持，要求其要有工作	與案母起衝突後割腕且自己包紮	1. 與案母討論與個案的有效互動方式 2. 就醫控制情緒 3. 情緒穩定後透過諮商會談學習忍受痛苦的技巧，如何在案母叨念當下忍受或轉移注意力 4. 就業解除案母不滿	案母、醫學中心、就業服務站	3
疾病	近兩週情緒起伏大，易與家人起衝突，未就醫	常與家人衝突，衝突後易衝動割腕	割腕後自己包紮	討論就醫精神科	醫學中心精神科(就近醫院或過去曾就醫之醫院)	1
社會福利	五歲案女領有兒津貼補助	案女領有兒少津貼補助，但覺不足，希望自己也能領取補助	無	1. 分析個案領取補助的條件 2. 評估是否須連結社區資源或急難救助	里長、區域社會福利中心、慈濟	4



個案：_____ / 案家生態系統現況分析

項目 (舉例)	現況	需求/壓力源	已有資源/因應問題方式	後續工作目標	可連結的資源	問題處理優先排序
就業	案母不滿其無業情形而叨念個案	案母會叨念其工作無法維持，要求個案	已至就業服務站諮詢問工作機會	考慮是否須再連結就業資源	就業服務站	5
教育	五歲案女有發展遲緩問題	五歲案女須做早療	案女已每週在醫院做早療	暫無	醫學中心	5
諮詢 會談	與案夫因經濟問題而有家暴衝突，已安排婚姻諮詢	與案夫因經濟問題而有家暴衝突	社福機構已安排諮詢商	與機構了解個案 接受諮詢狀況	社福機構	5
其他	個案為主要照顧者，對照顧案女感到壓力	個案為主要照顧者，擔心其在壓力下可能萌生殺子後自殺想法	無	轉介高風險家庭	高風險家庭服務	2



伍、自殺關懷訪視員之核心能力與紀錄登打

一、自殺關懷訪視員核心能力

根據全國自殺防治中心出版之《自殺防治系列手冊34-自殺關懷訪視員教育手冊》，核心能力包含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、重複自殺個案處遇、拒訪或失聯個案處遇。詳細請參閱表七。

表七、自殺關懷訪視員核心能力

核心能力	細項	評估項目
自殺風險評估與處遇	自殺危險因子與保護因子評估	1. 訪員會在訪視過程中評估個案的危險因子與保護因子
	身心狀態評估	2. 訪員會在訪視過程中，有方向性的評估個案當下身心狀態
	自殺徵兆評估	3. 訪員能對個案的自殺特徵及自殺徵兆有敏感度
	自殺風險評估	4. 訪視中訪員能應用評估工具來評估個案的自殺風險(如：心情溫度計)
	自殺風險程度分級與處遇	5. 訪員會在訪視中依個案的自殺風險程度給予適當之處遇
	轉介與資源連結	6. 訪員會在訪視中依個案需求給予適當之轉介資源
困難個案訪視技巧	重複自殺個案處遇	7. 當與重複自殺個案工作時，訪員能運用所學之訪視技巧(如：建立關係、資源提供與轉介、後續追蹤等) <ul style="list-style-type: none"> (1) 與個案建立關係 (2) 提供個案資源與轉介 (3) 對個案進行後續追蹤



核心能力	細項	評估項目
困難個案訪視技巧	拒訪或失聯個案處遇	<p>8. 當與困難個案(拒訪或失聯)工作時，訪員能夠採取適當的方式以因應困境(如：調整與個案接觸的頻率或方式)。</p> <p>(1) 了解個案拒訪原因</p> <p>(2) 幫助個案了解來訪目的與所能提供之協助</p> <p>(3) 視個案情況調整接觸方式與頻率</p> <p>(4) 必要時與個案家屬聯繫建立合作關係</p>

註：以上項目可提供督導評核訪員核心能力

二、訪視紀錄登打指引

自殺防治通報系統建置目的之一在於建立自殺個案關懷轉介之網絡，且促進相關服務資源之整合。訪視紀錄完整性、個案狀況與風險評估是否清楚呈現，均會對關懷訪視之處遇計畫及成效有所影響，且當進行轉介或結案後又再次被通報時，訪視紀錄亦會影響後續承接同一個案之關懷訪視員，以及相關從業人員的工作成效；因此，若無完善的訪視紀錄，將導致無法充分得知並有效運用既有資訊來協助個案，故訪視紀錄之填寫是否詳實，是極為重要的事。

訪員於通報系統填寫訪視紀錄時，除確實勾選各欄位外，也需使用文字詳實記錄訪視過程，用以評估個案再自殺風險，並有利於訪視流程的追蹤。全國自殺防治中心依據歷年各縣市訪視紀錄抽查業務經驗，發現到訪員在訪視紀錄的撰寫方式上因人而異，缺少標準格式供訪員運用。為協助訪員在訪視後將繁複的資訊在有限的時間內，以更有效率、簡便且有結構性的方式完成訪視紀錄，並進一步擬出有效之自殺評估與處遇，建議訪員可以使用醫療紀錄之SOAP撰寫格式，作為訪視紀錄之依循標準。以下提供SOAP紀錄撰寫格式與說明，期望透過此撰寫格式，能增進訪視紀錄之完整性與可信度。



1. SOAP紀錄撰寫格式介紹

SOAP的核心是以問題為導向，蒐集個案的主觀(S)、客觀資料(O)，並依據所蒐集的主觀、客觀資料撰寫評估(A)與處遇(P)。S、O、A、P彼此之間需有邏輯與連貫性，內容應精簡、具體，避免過多的抽象形容或推論。

當採用SOAP作為關懷訪視過程的紀錄方法，能夠呈現出詳實且有架構的內容，不僅能掌握個案的風險評估與處遇計畫，確保服務品質，亦能讓被轉介單位了解情況，鞏固專業人員間的合作。

2. SOAP紀錄撰寫格式內涵與範例

(1) 個案主觀描述(Subjective)

內容包含個案對自己現況的主觀描述，如：造成自殺的原因、情緒感受、工作或學業情況、經濟狀況、日常生活安排、就醫情況、社會支持等。

範例：

案主自述本次吞安眠藥自殺是因獨自承擔家中經濟、罹病壓力及常與工作不穩的案夫爭執所致，另案主反應過去一個月常失眠、情緒低落。案主於接受訪視時提及身體狀況已較為穩定，預計下週回公部門上班。

(2) 客觀觀察資料(Objective)

內容包含訪員觀察到的客觀事實，如：個案外觀(外表、非語言訊息)、情感表達、生心理狀態、人際互動、居住環境等。

範例：

案主居家環境整潔，服裝儀容整齊，外觀疲憊無笑容，談話語氣稍為沉悶。訪視初始態度有些防衛，但皆願意回答大部份問題，且案夫全程陪同並展現出對案主的支持。

(3) 自殺風險評估(Assessment)

訪員可將所蒐集到的主觀資料(S)與客觀資料(O)作為基礎，綜合



評估案主的自殺風險，內容包含保護因子與危險因子的評估、治療順從性評估、生理與精神狀態評估以及再自殺意念風險評估。

- a. 保護因子與危險因子：社會支持功能、醫療介入協助、經濟能力、慢性病、藥物成癮、自殺史等。
- b. 治療順從性評估：就醫(含精神科與非精神科)或會談情形，以及是否規則服藥、回診。
- c. 生理與精神狀態：紀錄案主生理疾病、精神疾病暨相關症狀以及心情溫度計的分數變化。
- d. 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。

範例：

- 危險因子：
 - ◆ 2018年3月被診斷出乳癌第一期。
 - ◆ 案夫收入不穩定，常讓案主感到獨撐家中經濟的壓力。
- 保護因子：
 - ◆ 案主工作收入穩定，目前醫療費用部分由癌症險支付，經濟負擔尚可。
 - ◆ 案夫能給予情緒支持和鼓勵，為重要人際支持系統。
 - ◆ 目前於醫院進行門診乳癌化學治療，病情穩定，癌細胞沒有擴散跡象。
- 治療順從性：目前未接受精神科會診或其他會談資源；癌症門診穩定回診治療中。
- 生理與精神狀態：案主近一個月失眠、情緒低落。目前心情溫度計10分(失眠及情緒困擾)，失眠問題尚未尋求醫療協助，且罹癌後出現無助無望感覺。
- 再自殺意念及風險評估：案主目前無自殺想法，雖對罹癌感到無奈，但也表示此次吞安眠藥是很傻的行為，目前評估整體自殺風險屬於低度風險。案主過去無自殺史。



(4) 處遇計畫(Plan)

此部份內容將根據評估結果，進一步擬定處遇計畫，包括本次訪視處遇、資源連結及轉介、未來關懷重點、方式及時間等。

範例：

- 本次訪視處遇：已初步與案主建立關係、了解自殺原因、評估再自殺風險，並針對失眠、情緒問題提供案主安心專線、心衛中心及精神醫療資源。
- 下次預計以電訪方式進行關懷，並告知案主將於兩週後聯繫。訪員之目標為持續與案主建立關係、評估資源與醫療使用情形、了解失眠及情緒問題是否改善，並持續追蹤心情溫度計結果之變化。

(5) 其他

除了SOAP紀錄方法外，若出現以下情形亦可紀錄在內容摘要中作為重要資訊，如：

- a. 家訪前電聯案主預約訪視時間。
- b. 家訪時與其他服務人員共訪個案。
- c. 與共訪人員協商擬辦之處遇計畫等。

(6) 電訪－紀錄範例

訪員通常不僅會用「家訪」方式關懷案主，也會透過「電訪」方式追蹤案主情況，因此「電訪」紀錄的撰寫也是訪視紀錄中相當重要的一環。雖然訪員採用的關懷方式不一樣，但SOAP紀錄撰寫的核心內容大同小異，內容摘要如下：



範例：

電訪情況-11:30電聯案主，先由案夫接聽，再轉接似即將出門之案主。

案主主述-案主準備與案夫外出參與義工活動無法久談。案主提及夫妻關係有所改善，自述案夫雖無養家但會分擔家務及陪同案主回診。

客觀描述-案主語氣有些急促，但聲音聽起來是愉快而有精神的，在表示無自殺意念時也沒有猶豫的跡象。

自殺風險評估-案主按時服藥，睡眠狀況良好，情緒較平穩，平時有事情也開始會跟案妹傾訴。案主認為因事情已經過去，現在無自殺意念。

處遇計畫-

- 本次電訪追蹤案主身心狀況、評估夫妻關係與經濟壓力源；給予案主轉變的肯定，並持續提供支持。
- 下次預計以家訪方式進行關懷，並告知案主將於兩週後聯繫。故下次追蹤滿三個月，訪員之目標為評估案主整體危險因子與保護因子，以準備結案處理。



陸、關懷訪視工作評核指標

指標性策略，主要防治對象是具有高自殺風險的個人，也就是自殺企圖者，據研究顯示曾經自殺過的人，再度自殺的機率比一般人高。由此可見，自殺企圖為自殺死亡最重要的預測因子。鑑於此衛生福利部協助各縣市推動「自殺通報關懷訪視計畫」，將其視為重點工作之一，落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理，全面執行指標性自殺防治策略。

在國家級自殺防治策略中，關懷訪視服務是指標性自殺防治策略的重點，訪視工作包括個案自殺評估處遇、情緒支持與資源轉介等都是不可或缺的重要介入。國內外研究均有發現，曾經接受訪視服務者的再自殺率或死亡率呈現下降趨勢，顯見訪視服務有效的介入確實能落實社區高危族群的自殺防治。因此，現制訂自殺關懷訪視工作評核指標提供衛生福利部及各縣市衛生局以增進訪視品質，以維持訪視服務的效能。

全國自殺防治中心依據縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議結果、自殺關懷訪視工作督導指引、訪視紀錄登打指引與專家意見，訂定關懷訪視工作評核指標，藉由各項指標，精進自殺關懷訪視員之專業能力和因應技巧。

一、關懷訪視工作評核指標說明

1. 關懷訪視工作評核指標共分為四個類別，包含自殺通報系統與關懷流程檢核指標、關懷訪視檢核指標、訪視紀錄及資源轉介檢核指標、關懷訪視內外部督導指引檢核指標。
2. 關懷訪視工作評核指標包含自殺通報系統與關懷流程檢核指標6項、關懷訪視檢核指標3項、訪視紀錄及資源轉介檢核指標5項、關懷訪視內外部督導檢核指標4項。

二、關懷訪視工作評核指標內容

(一)自殺通報系統與關懷流程檢核指標

1. 是否有確實落實自殺企圖個案通報？
2. 通報資訊是否填寫完整？



3. 針對自殺企圖者或家屬，是否於通報後7個工作日內完成開案訪視及個案管理工作？
4. 針對上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，是否於24小時內進行初次關懷？
5. 是否依個案需求連結或轉介政府/民間服務資源？
6. 簡式健康量表（BSRS-5）高於10分的個案有無評估其醫療需求並轉介醫療機構就醫？

（二）關懷訪視檢核指標

1. 扣除第一次訪視前已發生再自殺個案，計算通報30天、90天、180天再自殺率。
2. 拒訪和失聯比例(請自訂拒訪和失聯比例的追蹤期限)。
3. 針對個案進行健康量表(BSRS-5)及再自殺風險評估的比例(檢核訪視紀錄有無確切填寫「簡式健康量表(BSRS-5)」與「再自殺意念風險評估」)。

（三）訪視紀錄及資源轉介檢核指標

1. 是否在最後一次訪視個案後完整填寫結案評估及原因？
2. 訪員訪視後，是否確認個案已連結到所需資源？
3. 訪員訪視後，針對自殺高風險或BSRS-5高分個案是否已落實轉介就醫？
4. 訪員訪視後，是否確認精神疾病患者已轉介至精神科就診或進行心理諮詢？
5. 是否完整填寫個案自殺風險性評估？

（四）關懷訪視內外部督導檢核指標

1. 機構/醫院是否邀請不同專業背景的外督主持個案研討，以整合新的技術和觀點精進訪視業務？
2. 機構/醫院所聘請的內外部督導是否具備足夠的資格條件？
3. 是否每月定期提供兩次以上內部督導提升訪視品質？
4. 若機構/醫院未能達到內督標準配置，是否每月定期提供同等的外部督導提升訪視品質？



柒、參考文獻

1. 王文秀、徐西森、連廷嘉(2006)。我國大學校院與社會輔導機構諮商督導工作實施現況及其人員專業知覺之探討研究。中華輔導學報，19，1-40。
2. 王智弘(2003)。督導關係與倫理問題。應用心理研究，19，18-19。
3. 吳麗華(2012)。外聘督導的角色功能：以兒童及少年保護個案家庭處遇服務方案為例。暨南大學社會政策與社會工作學系學位論文。
4. 呂季芳、郭俊巖(2017)。兒少保督導功能與新進社工員專業知能養成之研究。台灣社區工作與社區研究學刊，7(1)，69-112。
5. 李宜珍(2014)。保護性社會工作者督導經驗與督導關係之研究。長榮大學社會工作學系學位論文。
6. 沈慶鴻、賴乃榕(2013)。從「社工」到「督導」：新手社工督導角色轉換之研究—以婚暴防治為例。中華心理衛生學刊，26(2)，215-248。
7. 徐西森(2005)。不同背景變項督導人員諮商督導能力之差異研究。諮商輔導學報：高師輔導所刊，12，125-158。
8. 張佳鈴、徐西森(2015)。受督者諮商困境及其受督討論歷程對督導關係發展影響之初探研究。諮商心理與復健諮商學報，28，93-118。
9. 張淑芬、廖鳳池(2007)。諮商督導結盟歷程之初探研究：以一對督導為例。輔導與諮商學報，29(1)，67-85。
10. 張淑芬、廖鳳池(2010)。受督導者知覺之諮商督導關係歷程及督導關係事件研究。教育心理學報，42(2)，317-337。
11. 許雅惠、廖鳳池(2005)。不同階段個別諮商督導歷程中督導議題與督導策略之分析研究。輔導與諮商學報，27 (1)，65-82。
12. 蔡秀玲(2012)。影響督導工作同盟發展之要素：督導雙方之觀點。教育心理學報，43(3)， 547-566。
13. 蔡曉雯、郭麗安、楊明磊(2010)。督導關係中的權力意涵研究—受督者觀點。中華輔導與諮商學報，27，39-77。



• 自殺防治系列手冊

1	自殺防治-專業、愛與希望	20	矯正機構與自殺防治
2	自殺防範指引	21	基層醫療人員與自殺防治
3	青少年心理衛生與自殺防治	22	孕產期婦女之情緒管理
4	老人心理衛生與自殺防治	23	社會福利工作人員與自殺防治
5	精神疾病與自殺防治	24	重複自殺個案之關懷管理
6	物質濫用與自殺防治	25	老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
7	女性心理衛生與自殺防治	26	殺子後自殺事件之防治
8	職場心理衛生	27	雨過天晴心希望
9	自殺者親友關懷手冊	28	擁抱生命逆轉勝
10	陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友	29	自殺防治概論
11	珍愛生命守門人	30	自殺風險評估與處遇
12	心情溫度計	31	重複自殺個案關懷訪視指引
13	怎麼辦？我想自殺	32	自殺風險個案追蹤關懷實務
14	失業鬱悶怎麼辦？	33	政府跨部會自殺防治手冊
15	關懷訪視指引	34	自殺關懷訪視員教育手冊
16	提升人際支持遠離自殺	35	輔導人員自殺防治工作手冊
17	以醫院為基礎之自殺防治	36	媒體從業人員自殺防治手冊
18	珍愛生命義工	37	醫院自殺防治工作手冊
19	全國自殺防治策略	38	自殺關懷訪視實務與督導手冊

* 歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽

http://tspc.tw/tspc/portal/public/press_list.jsp

自殺關懷訪視實務與督導手冊

發 行 人：李明濱

主 編：李明濱

副 主 編：陳俊鶯

編 輯 群：王禎邦、吳佳儀、吳恩亮、蕭雪雯、戴萬祥

執行編輯：翁聞惠、廖健鈞、駱惠旋

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地 址：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

電 話：(02)2381-7995

傳 真：(02)2361-8500

E - m a i l : tspc@tsos.org.tw

網 址：tspc.tw

出版日期：2018年12月第一版

I S B N : 978-986-7195-23-4 (平裝)

珍愛生命數位學習網：

<http://www.tsos.org.tw/cpage/coursehelp>

珍愛生命打氣網：

<https://www.facebook.com/tspc520/>