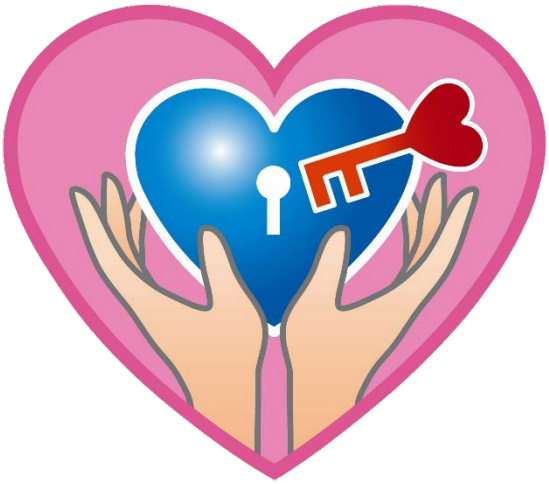
衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理

「全國自殺防治中心計畫」案

109 年度期末成果報告



珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope

受委託單位：社團法人台灣自殺防治學會

計畫主持人：李明濱

地　　址：台北市中正區懷寧街 90 號 2 樓

中　華　民　國　一　〇　九　年　十　一　月　三　十　日

目錄

計畫執行成果檢核表與摘要 0-1-1
前言 0-2-1
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、 108 年度自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議 2-1-1
二、 108 年度 0-17 歲、全年齡及特定人口群自殺資料分析 2-2-1
三、 108 年全國及各縣市自殺死亡地圖 2-3-1
四、 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書 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、 長期照顧自殺數據分析及策略建議 3-2-1
三、 青少年及原住民自殺數據分析及策略建議 3-3-1
四、 巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析 3-4-1
五、 自殺關懷訪視員服務現況調查 3-5-1
肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估 4
一、 提報全國自殺防治綱領(草案) 4-1-1
二、 編製 108 年自殺防治年報(電子書) 4-2-1
三、 自殺防治互動式輔導訪查 4-3-1
四、 推動公立醫療機構病人自殺防治工作 4-4-1
五、 編製「媒體報導自殺事件指引」電子書 4-5-1
六、 強化媒體互動與聯繫 4-6-1
七、 自殺新聞監測與投書 4-7-1
八、 教唆自殺監測及追蹤 4-8-1
九、 提倡自殺防治及預防危險因子，提升民眾自殺防治認知 4-9-1
十、 國內常用自殺方式或工具之防治策略暨建立木炭供應商名冊 4-10-1
十一、 修訂「政府跨部會自殺防治手冊」 4-11-1
十二、 擬訂「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節建議書 4-12-1
伍、教育訓練、宣導規劃及聯繫會議 5
一、 配合辦理自殺防治諮詢會 5-1-1
二、 第一線專業人員之自殺防治守門人訓練 5-2-1
三、 雲端數位學習平臺教育訓練課程規劃及線上學習認證機制 5-3-1

四、 辦理自殺防治法法規說明會 5-4-1
五、 社群網站 Facebook 經營及推廣 5-5-1
六、 心情溫度計應用程式(App)推廣 5-6-1
七、 全國自殺防治中心網站及雲端數位學習平臺之維護推廣 5-7-1
八、 倡議禁用巴拉刈政策 5-8-1
九、 辦理自殺防治工作聯繫會議 5-9-1
十、 自殺防治業務共識會議 5-10-1
十一、 大型宣導活動—世界自殺防治日記者會及相關系列活動 5-11-1
陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制 6
一、 建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度 6-1-1
二、 自殺關懷訪視員核心能力困境及課程規畫 6-2-1
三、 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議 6-3-1
四、 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」 ... 6-4-1
柒、其他辦理事項 7
一、 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣 7-1-1
二、「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程 7-2-1
三、 自殺防治網通訊之發行與推廣 7-3-1
四、 網路成癮者之評估與轉介 7-4-1
五、 辦理「心理健康促進」影片賞析：《關於自殺這件事》 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
七、 辦理第九屆國際自殺防治協會亞太大會 7-7-1

計畫執行成果檢核表與摘要

(期間：民國109年1月1日至109年11月30日)

工作項目 (依照 109 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(一) 設置全國自殺防治中心組織：聘請專責人力15人(含駐部人力1名)，辦理本案所訂各項工作，依實際業務需求分配適當人力，並按縣市分派人力擔任自殺防治業務研商聯繫窗口，落實全國自殺防治中心(數據研析與政策研擬)與地方政府衛生局(推動因地制宜策略與方案)之聯繫合作；聘用人員以具有衛生統計專長及自殺防治實務工作經驗者(至少5名)為佳。	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	
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、自殺死亡檔及跨單位資料比對、串連等統計分析作業，並提供分析結果報告及相關因應策略，如涉及運用本部統計處「資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。	依規定執行完成 詳見2.1章節
2. 配合本部發布108年度國人死因統計結果完成下列工作： **(1)** 於109年5月31日前分析完成108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、脆弱家庭資訊管理系統個案、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。	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。

兒少的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺加以防治的話，學校是最理想的場域。以學校為單位的最佳自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，包括整合老師、校醫、學校護理師、心理諮商師、以及社工等人力資源。除了學校內的團隊密切合作之外，同時也必須與社區的團體有良好的交流互動。

本案完成108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一份，供全國及各縣市參考。

(2) 於109年6月30日前完成108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。

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。

本案以各行政區作為畫分，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。

(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「108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

全國108年自殺死亡人數3,864人(男性2,554人、女性1,310人，性別比1.95)；自殺粗死亡率每十萬人口16.4人(男性21.8人、女性11.0人)，較95年(每十萬人口19.3人)下降15.0%、與107年相同，三年移動平均呈現上升趨勢，自殺占全國死因排名與107年相同為第11名。108年標準化自殺死亡率前六高縣市為基隆市(18.8人)、嘉義縣(16.5人)、臺東縣(15.5人)、宜蘭縣(15.4人)、苗栗縣(15.1人)、屏東縣(15.0人)。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」(1,371人，占率35.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(929人，占率24.0%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(487人，占率12.6%)。

108年自殺通報人次為35,324人次(男性12,512人次、女性22,812人次) ，與107年相比增加6.4%，自殺通報比為8.6，女性為男性之1.82倍。自殺通報個案無論男女，自殺方式前三位依序皆為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(108年全國通報16,499人次，占率46.7%)、「切

穿工具自殺及自傷」(108年全國通報10,833人次，占率30.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(108年全國通報2,490人次，占率7%)。自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(108年全國通報16,281人次，占率46.1%)、「精神健康／物質濫用」(15,398人次，43.6%)及「工作／經濟」(3,771人次，占率10.7%)。 以性別而言，男性首次通報即死亡1166人(占率10.7%)及通報後再自殺死亡149人(占率1.4%)均高於女性。若以不同年齡層進行分析，發現年齡越高之族群，首次通報即死亡比例越高，其中「65歲以上」為513人，占該年齡層自殺通報人口的15.5%，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。針對通報後再自殺死亡之個案，較高的分別為「45-64歲」及「65歲以上」分別占其年齡層的1.5%與1.4%。 本中心配合自殺防治法提報自殺防治綱領草案及協助辦理自殺防治諮詢會，提供各部會自殺防治工作權責分工及配合自殺防治法條文，相關業務權責部會。並於下半年依照自殺防治法、全國自殺防治綱領及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者修訂「政府跨部會自殺防治手冊」，供中央各部會及各地方政府參考運用。	
3. 依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於109年3月31日前，併同108年自殺通報年報表及108年總體自殺防治策略報告，更新全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，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。故自殺防治策略之規劃須以「因地制宜」為方向，掌握不同地區的特性以落實「在地化」、「社區化」之目標。本會自106年以來持續編寫全國及22縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，內容涵蓋自殺相關數據特性分析及自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。 本案完成全國性自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書1份，內容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縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書共22份，分別分析各縣市自殺現況，擬定因地制宜的自殺防治計畫建議，內容為全國性自殺防治計畫建議外符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。各縣市自殺防治計畫建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。	
4. 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) 於彙整各縣市衛生局數據需求後，按月於本部自殺防治通報系統更新全國及22縣市自殺通報關懷月報表之含趨勢分析、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；另應按季追蹤各**	依規定執行完成 詳見2.5章節

縣市後續因應作為及執行情形（按季彙整後函知本部知悉）。 **(2) 於彙整各精神醫療網核心醫院數據需求後，按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，寄發自殺通報關懷月報表予責任區域縣市之精神醫療網核心醫院，並每季提供自殺通報趨勢分析，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，於109年2月28日前提列各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，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。**	

摘要

全國通報人次在95年後大致為逐年上升的趨勢，僅在100、102、105年些微下降，而108年總通報人次為35,324人次，與前一年度相比上升6.4%。各項通報指標，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103年通報比達到7.7，108年通報比則為8.6。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在99%以上，至106年分案率為100%，分案關懷率達到99.8%，109年1-5月分案率則為100%，分案關懷率99.7%。

109年1至9月通報共28,789人次，其中女性通報18,895人次，男性通報9,894人次，女性為男性1.91倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為15-24歲(占率25.5%)、35-44歲(占率19.9%)、25-34歲以上(占率18.3%)、45-54歲(占率13.1%)、55-64歲(占率8.3%)、14歲以下(占率5.2%)、75歲以上(占率5.1%)、65-74歲(占率4.6%)，與前一年比排名上升的年齡層有14歲以上及15-24歲兩年齡層。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，惟男性35-44歲人次占率為最高(20.3%)，與全體及女性趨勢不同。

在自殺方法選擇上，109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」(44.5%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(33.2%)。自殺原因方面，109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」(46.6%)、「精神健康／物質濫用」(44.9%)及「工作／經濟」(10.4%)。

以108年1-9月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為5.8次，尚未達到平均次數之縣市有臺北市(平均2.6次)、宜蘭縣 (平均4.9次)、苗栗縣 (平均3.7次)、彰化縣(平均4.2次)、雲林縣(平均5.6次)、嘉義縣(平均4.5次)、花蓮縣(平均4.7次)、澎湖縣(平均3.9次)、基隆市(平均4.9次)、新竹市(平均5.3次)、嘉義市(平均4.7次)、連江縣(平均各4.8%)。

分析自殺通報個案之特殊身份註記，109年1-9月通報個案中，精照列管個案占20.6%、家暴被害人占13.0%、家暴加害人占9.7%、家暴高危被害人占3.1%、兒少加害人占2.3%、家暴高危加害人占2.1%、兒少被害人占1.9%、嚴重病人占1.7%、性侵加害人占0.3%。

本中心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，並透過自殺高風險縣市訪查提供實務督導，俾利自殺防治通報關懷與追蹤更臻完善。

(3) 最終於110年2月10日前交付總體自殺防治策略報告，以及交回全年	依規定期程執行

度系統資料清檔檔案。	

(三) 辦理自殺防治之實證研究	
1. 於109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（99-108年）自殺死亡趨勢之成因，針對全年齡（含原住民族）、各年齡層（以5歲為級距）與各學齡層（國小、國中、高中、大學），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。	依規定執行完成 詳見3.1章節
摘要 根據世界衛生組織標準，台灣連續七年從標準化自殺死亡率在每十萬人口13人以上的自殺高度盛行率區域，降為中度盛行率區域，雖以近五年來看，標準化死亡率呈現，因此自殺防治工作仍不可以鬆懈。 本章節藉由99-108年各年齡層各死因死亡率趨勢分析，得到各年齡層自殺工具的自殺現況，而內容則針對三種標的族群進行趨勢分析，分別為(1) 99-108年一般人口五齡族趨勢分析(2) 99-108年國小、國中、高中、大學(3) 99-108年原住民族。 結果發現各年齡層以15-24歲之年齡層之情況最需注意，在近十年有上升之趨勢且達到統計上的顯著，特別以吊死、勒死及窒息與由高處跳下自殺及自傷是該族群首要防治的自殺方式；另針對學齡層的分析，以高中及大學學齡層需特別注意，自殺方式則同樣以以吊死、勒死及窒息與由高處跳下自殺及自傷為首要防治目標。原住民族之死亡率分析結果則發現並無任何年齡層死亡率在十年有上升達到顯著之趨勢，可能是因為人數過少，造成趨勢變動過大，難以分析出顯著趨勢，但針對有上升但未達顯著之年齡層近一步分析則發現男性15-24歲及65歲以上，在以氣體及蒸氣自殺及自為中毒之部份均有顯著上升趨勢。 針對青少年由高處跳下部份之防治仍需持續強化外，以心理發展介入之全面性策略亦應納入策略要點之一；原住民部份在自殺工具防治上，則需強化木炭防治，而另一方面未來如何與原住民委員會及各部落取得自殺防治與文化間共識，並避免自殺污名化造成原住民受到再次傷害是相當重要，最後則透過原住民部落的耆老進一步達成自殺防治，網網相連。	
2. 配合本部資訊處「長照資訊倉儲系統」建置期程，了解本部長期照顧司統計數據需求，研析老年人口群、長期照顧個案及其照顧者自殺數據，並提出具體可行之策略建議，供本部參考運用。	依規定執行完成 詳見3.2章節
摘要 台灣於107年3月老年人口數已達全人口的14.1%，正式進入「高齡社會」，而據中華民國家庭照顧者關懷總會抽樣統計，家庭內沒有照顧替手和年紀大的照顧者之家庭樣態中有7.0%的家庭出現自殺風險。	

經由國內外文獻回顧發現到長照機構裡過去一個月大約5-33%的人會出現自殺意念，而被照顧者其自殺風險與一般人之危險因子大多相似，包含憂鬱、社交孤立、孤獨感、健康問題及身體功能減損等，然而照顧者的心理層面危險因子研究仍較缺乏，不過整體來說，照顧者不但要面對照顧者的照顧負荷，亦需面對自身的生活壓力，因此未來仍需更多相關研究以完備照顧者相關自殺防治策略。

綜合文獻回顧，我們以一般老人之精神疾病及非精神疾病自殺預防標的族群作為首要目標，未來仍待長照司將系統建置完成，以發現更多自殺危險因子，而不論照顧者或非照顧者，其憂鬱症狀都是相當重要的危險因子，因此強化憂鬱症的發現以及後續治療，亦是重要的防治策略之一。

3. 配合107年中華民國（臺灣）兒童權利公約首次國家報告國際審查結論性意見，本部所提之「逐年提供前1年度之兒少及原住民族自殺死亡/通報分析與自殺防治策略建議予教育部及原住民族委員會」行動方案，於彙整教育部及行政院原住民族委員會統計數據需求後，研析青少年（國小學齡層、國中學齡層、高中學齡層、大學學齡層）及原住民族自殺資料，於109年6月30日前，併同提供給該二部會之防治策略建議提供本部審查後，送教育部及行政院原住民族委員會參考運用。	依規定執行完成 詳見3.3章節

摘要

104-108年，各學齡層通報人次呈現逐年上升的情形，且自106年起，國中以上的學齡層通報人次上升幅度更為明顯。108年4個學齡層總計通報6,780人次，占全國通報人次之19.2%，各學齡層的通報人次為近五年來新高，其中國小學齡層通報95人次(占全國通報人次之0.3%)、國中學齡層通報1,242人次(占全國通報人次之3.5%)、高中學齡層通報2,053人次(占全國通報人次之5.8%)、大學學齡層通報3,390人次(占全國通報人次之9.6%)。

104-108年國中至大學學齡層之女性通報人次皆高於男性，且女性通報人次增幅比男性高，108年的性別比(女/男)上升至2.9-3.7，高於全國數據的1.82；反之，104-107年間國小學齡層男性通報人次高於女性，但女性通報人次逐年升高，在108年超過男性通報人次。

自殺方式部分，國中學齡層占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體自殺及自為中毒」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」；高中學齡層占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體自殺及自為中毒」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」；大學學齡層占率第一為「以固體或液體自殺及自為中毒」，其次為「切穿工具自殺及自傷」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」。

自殺原因方面，108年國中學齡層占率最高為「情感/人際關係」、其次為「精神健康/物質濫用」、排名第三為「校園學生問題」；高中學齡層占率最高為「精神健康/物質濫用」、其次為「情感/人際關係」、排名第三為「校園學生問題」；自殺原因方面，大學學齡層同國中及高中學齡層，「精神健康/物質濫用」與「校園學生問題」近五年占率呈現上升趨勢，另

一方面，大學學齡層通報個案中，自殺原因「工作/經濟」占率明顯高於其他學齡層，每年約有7%的通報個案有「工作/經濟」的問題，建議可針對校園、職場等相關場域實施自殺防治策略。

本案因本年度原民會尚未提供原住民相關資料，此部分的報告依據自殺通報檔中原住民註記做為原住民身分之判定。108年原住民族自殺通報人次為1,746，其中男性通報460人次，女性通報1,286人次，女性為男性的2.80倍，高於全國的1.82。以年齡層來看，以15-24歲的通報人次為最多，其次為25-34歲，第三為35-44歲，自殺通報個案主要分布花蓮縣、桃園市以及新北市。108年原住民通報個案自殺方式占率首位皆為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。在自殺原因方面，占率首位皆為「情感/人際關係」，其次為「精神健康/物質濫用」，自殺原因細分類則是以「其他精神疾病或心理健康問題」為最高。

4. 進行巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析，並與其他國家進行比較並提出報告，且與本部共同於110年發表至少1篇論文。	依規定辦理，且持續執行中 詳見3.4章節

摘要

「限制自殺工具的取得」是自殺防治「全面性」策略之一，而「自殺防治法」第12條亦為「各級主管機關應建立機制，降低民眾取得高致命性自殺工具或實施高致命性自殺方法之機會」。

近年來，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為臺灣前三大自殺方式之一；包含安眠藥、酒精以及農藥等，其中最主要的原因是農藥。然而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。

行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，已公告自107年2月1日起禁止巴拉刈之加工及輸入。於109年2月1日禁用巴拉刈。

為研究分析臺灣巴拉刈禁用前後趨勢，本會進行系統性文獻蒐集，彙整資料期間108年至109年之國內外巴拉刈與農藥禁用相關文獻，包含他國禁用巴拉刈、農藥與國內專家學者對於限制自殺工具與巴拉刈禁用的實證研究，未來亦持續進行系統性國內外文獻彙整。另同步持續蒐集巴拉刈禁用前後之臺灣自殺通報系統數據，擬於2021年上半年進行數據分析，完成自殺趨勢分析研究撰寫與正式投稿。

5. 依據自殺防治法第9條第2項第1款規定，由承辦廠商擇定至少1個主題（例如：關懷訪視員服務現況），辦理自殺防治現況調查。	依規定執行完成 詳見3.5章節

摘要

自殺關懷訪視員為第一線工作人員，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。面對各種沉重的生命議題，若訪視員缺乏適當的支持與自我照顧能力，不僅可能影

響訪視服務品質，更有可能打擊訪視員的工作信心與自我效能感，對身心狀態或心理耗竭是十分巨大的挑戰，惟國內針對自殺關懷訪視員工作狀況與身心狀態的研究卻相對稀少。 為了解關懷訪視員之服務現況，設計問卷調查關懷訪視員的工作負擔，針對訪視員列管在案個案數、工作壓力來源、加班情況、非訪視本職之工作量、支持系統、個案自殺造成的心理負擔，及服務年資等資料進行調查，以期作為自殺防治策略推動之重要參考。 本案問卷分析結果，以年資而言，年資未滿兩年的訪員占48.5%，約占全體訪員半數；教育背景方面，以「社會工作」及「諮商輔導」占率27.5%為最多；專業身分上，71.9%的訪員「沒有」持有任何助人領域專業證照。88.3%的訪員在自殺關懷訪視業務外還需負責執行其他業務，過去三個月有91.2%的訪員每月加班時數在20小時以內，另有少部分訪員每月需加班46小時以上。多數訪員自陳在工作中有不錯的自我狀態調整能力，而來自於工作單位或督導的協助則可望加強改善。調查結果顯示過半數的訪員感到工作負荷沉重，且有二至四成的訪員開始出現專業耗竭情形。 透過訪員提供的意見，中心或各衛生局處未來可考慮增加以實務教學、互動交流為主軸之線上課程(如同儕討論、實務工作坊等)，強化訪視員之間的經驗分享與傳承。拒訪個案的處遇困境，則可透過修訂調整自殺個案訪視及結案處理原則，以貼近訪員實務情況且確保個案的權益。

(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
1. 配合自殺防治法第9條第1項規定，於109年2月14日前，提報全國自殺防治綱領（草案），及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。	依規定執行完成 詳見4.1章節
摘要 全國自殺防治綱領為落實自殺防治相關法令之基礎，從而進一步形成因地制宜之自殺防治策略、具體可行之自殺防治方案及自殺防治計畫。 中心本次提報之全國自殺防治綱領草案邀集自殺防治領域專家學者，根據自殺防治法、自殺死亡與自殺企圖通報數據、中央及地方自殺防治策略及執行情況，編寫綱領內容，做為各級政府機關(構)、學校、法人、團體及社會各界提出有效自殺防治策略、計畫、方案，投入防治資源並實際執行之參考。草案內容包括自殺防治現況及趨勢分析、自殺防治衝擊及挑戰、願景及目標、策略、政府機關權責分工及協調以及後續推動。	
2. 依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製108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，並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4.2章節
摘要 109年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108年度中央、地方及	

民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「108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。

本案完成自殺防治年報初稿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108年自殺防治工作成果、自殺防治法立法歷程，並提供相關資源，藉由年報的編製及呈現，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；各縣市自殺防治要點的整理，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。

3. 依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定自殺關懷訪視個案再自殺率與自殺死亡率3年移動平均呈現上升趨勢，以及截至109年6月30日自殺死亡人數初步數據較108年同時段上升幅度較高之6縣市，辦理109年度自殺防治互動式輔導訪查，辦理內容建議如下。 **(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4.3章節

摘要

本中心109年依據衛生福利部108年度自殺死亡統計發布之結果，以「自殺死亡率3年移動平均」、「108年自殺通報個案再自殺率」及「至109年6月30日自殺死亡人數初步數據較108年同時段」比較分析，選定排序較高之六縣市，由中心偕衛福部辦理自殺防治互動式輔導訪查。訪查中將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告、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。

經中心決議後擇定台中市、高雄市、新竹縣、基隆市、新竹市、嘉義市為今年辦理面訪之縣市，已全數辦理完畢；另高序位離島地區連江縣、金門縣列為關懷名單，改採非面訪形式會議。

綜觀6場互動式輔導訪查，較為共通的議題為自殺方法的介入、擴大通報後所遇到的問題、自殺意念是否通報，此外學生族群的自殺防治也是較多縣市提出討論的議題。

4. 依據自殺防治法第9條第2項第7款規定，結合教育部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會及本部附屬醫療及社會福利機構管理會等，分階段先行推動公立醫療機構病人自殺防治工作，以及進行監督及溝通輔導。	依規定執行完成 詳見4.4章節

摘要

根據本中心分析109年1月至4月國內自殺通報相關資料，自殺通報單位為醫療院所的占比為77.5%。國內調查亦發現自殺身亡者於自殺前一週內就醫的比例在60%左右，前90天更可達到80%，而自殺身亡者生前最後就醫調查顯示，最後一次門診為非精神科者占82.7%，其中前

三高科別分別是胸腔內科、腎臟內科、內科；自殺身亡者最後一次就診處以在醫院門診為最多，達68.2%，基層診所為21.1%，顯示醫療機構場域非常容易接觸自殺高風險群。再再突顯醫療機構推動以醫院為基礎的自殺防治工作，實為自殺防治網絡中極重要的一環。

本案為推動醫療機構自殺防治工作，本中心擬分階段先行於公立醫療機構實施。為了解醫院自殺防治工作現況實行問卷調查，調查公立醫院自殺防治工作現況，並召開醫院自殺防治工作會議，邀請各醫院代表分享院內自殺防治工作經驗。再者進一步推動醫院溝通與輔導，成立策略小組，擬訂醫療機構監督辦法、建立溝通輔導機制，以《自殺防治系列37：醫院自殺防治工作手冊》手冊更新與推廣至公立醫療體系、建立示範醫院進行訪查及辦理自殺防治工作說明會、配合衛生局醫院督考給予建議等以上三類方案進行溝通及輔導，期待醫療體系的努力投入與整合，促進各類專業人員的連結及積極參與，以落實「網網相連，面面俱到」，共同建立綿延牢固的自殺防治網絡。

5. 依據自殺防治法第9條第2項第8款規定，協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制，並辦理下列事項。 **(1) 編製「媒體報導自殺事件指引」電子書，並發送予平面、電子、網路社群媒體業者、國家通訊傳播委員會，及文化部參考。**	依規定執行完成 詳見4.5章節

摘要

媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，全國自殺防治中心往年皆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，宣導正確的自殺防治觀念。109年度本會參考WHO於106年公布之媒體專業人員自殺報導指引、及本會107年出版之「媒體從業人員自殺防治手冊」內容，並依網路及平面媒體性質之不同加入刊登照片之規範後，編製「媒體報導自殺事件指引」電子書。編製完成後透過中心過去多年建立之資料庫寄送予各家媒體報社、網路社群媒體、國家通訊傳播委員會以及文化部參考，盼達成網網相連、面面俱到之守門人目標，加強媒體的正向功能。

(2) 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4.7、4.8章節

摘要

中心自95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。另於103年研擬教唆

自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，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。

109年1月至9月共製作1,201則自殺新聞摘要，自殺身亡個案共245位、自殺企圖個案186位，其中不當新聞投訴部份，共投訴31則自殺新聞報導，下架或改善20則。六不六要遵守率方面，網路新聞六要部分較易被遵守的是「刊登在內頁」、「使用自殺身亡非自殺成功」，較不易被遵守的則是「與醫療專家密切討論」、「報導呼籲危險指標」，六不部分較易被遵守的是「不要過度責備」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」，較不易被遵守的是「不要刊登照片或遺書」、「不要簡化自殺原因」；紙本新聞六要部份較易被遵守的是「刊登在內頁」、「使用自殺身亡非自殺成功」，較不易被遵守的則是「與醫療專家密切討論」、「報導呼籲危險指標」，六不部分較易被遵守的是「不要過度責備」及「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」，「不要刊登出照片或自殺遺書」則是較易被忽略的原則。

截至109年10月14日，共430個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中307個(71.4%)違規網頁已撤除。在境內網頁部分，已下架者為154則(96.9%)、未下架者為5則(3.1%)；在境外網頁部分，已下架者為153則(56.5%)、未下架者為118則(43.5%)。

針對境外檢舉未下架之118筆中文繁(簡)體網站，進行歸類後發現多數採跳板IP(其中79筆IP位於美國各州，佔64.2%)，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。

(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。	依規定執行完成 詳見4.6章節

摘要

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。

中心今年共發布3則新聞稿，總計共15則媒體露出之相關報導；並於109年5月15日上午10時00分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為自殺防治學會吳佳儀理事、聯合醫院社區精神科陳映燁醫師、台北市報業商業同業公會羅國俊理事長，現場參與共37人，

線上直播參與人數衛生局共10間，共17人。	
6. 運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，並透過與民間團體合作，提升民眾對自殺防治認知。	依規定執行完成 詳見4.9章節
摘要 中心積極藉由各種管道宣導自殺防治的重要性，包含各種演講、活動、相關會議、與媒體合作或是使用Facebook與YouTube，來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網相連。藉由多方、多元的夥伴合作機會，共同探討如何讓社區、國家，甚至是國際間的自殺防治網網相連。未來期能擴大合作夥伴並進行後續推廣，以促進推廣之效益。 未來將持續接受更多、更廣、更深合作形式，拉近產、官、學各界領域的距離，不間斷的推廣中心理念與價值，並提升民眾對於自殺防治的認知，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。	
7. 針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清，以避免模仿效應。	依規定執行完成 詳見4.6章節
摘要 中心今年共發布3則新聞稿，總計共15則媒體露出之相關報導；並於109年5月15日上午10時00分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為自殺防治學會吳佳儀理事、聯合醫院社區精神科陳映燁醫師、台北市報業商業同業公會羅國俊理事長，現場參與共37人，線上直播參與人數衛生局共10間，共17人。	
8. 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4.7章節
摘要 本年度網路四大報自殺新聞摘要，109年1月至9月共製作1201則自殺新聞摘要，自殺身亡個案共245位、自殺企圖個案186位。 自殺原因部分，自殺身亡者排行前三項分別債務因素、久病不癒及非憂鬱症精神疾病、失業經濟因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、夫妻問題及家人情感因素；自殺方式部分，自殺身亡者排行前三項為溺水；跳水、高處墜落、燒炭，自殺企圖者排行前三名為溺水；跳水、高處墜落、利器自戕。	
9. 配合自殺防治法第12條規定，辦理下列工作： **(1) 於109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。** **(2) 建立木炭製造、販售商名冊，供本部函送經濟部，請該部協助周知相關業者配合於木炭外包裝標示珍愛生命標語及1925安心專線等資**	依規定執行完成 詳見4.10章節

訊。	

摘要

因自殺防治工作有其困難性，瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗更顯重要，因此本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，針對全面性自殺防治策略，就國內十年內常用自殺方式與工具提出具體之防治策略，供政府單位、各縣市衛生局、各級學校與全民參考並共同防範自殺憾事之發生，亦建立市售木炭商製造、販售商名冊，以供衛福部函送經濟部、請該部協助周知業者重視自殺嚴重性，配合於木炭外包裝標示珍愛生命線及1925安心專線等資訊，提供求助管道，盼透過防治策略即時喚醒企圖使用木炭作為自殺工具之個人，並期許有效挽回其寶貴生命。

使用Embase資料庫共蒐集到60篇國內常用自殺方式與工具防治方法、策略與政策之相關文獻；搜尋年代從1974年至2020年；搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keywords)；關鍵字為自殺(Suicide)、防治(Prevention)、上吊(Hanging)、燒炭(Charcoal Burning)、固體或液體中毒(Poisoning、Overdose、Pesticide)、高處跳下(Jumping)、溺水(Drowning)，並根據蒐集之文獻與數據撰寫本年度「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文。

根據中華民國經濟部商業司公司行號有限合夥營業項目代碼檢索系統定義，薪炭業指利用林產枝梢製造薪材或燒製木炭之行業，如燒炭、薪材採取。木炭批發業，指從事木炭批發之行業。而木炭零售業則是從事焦炭、木炭等零售之行業。透過公示網查詢的過程中發現部分商家營業登記項目不一，公司所營事業為薪炭業者，財稅營業項目不一定註冊木（竹）炭燒製，而是登記為焦炭批發等，為避免有遺漏擴大搜尋範圍將木炭、木（竹）炭燒製煤、焦炭批發、焦炭零售都做為搜尋關鍵字與篩選內容，並將符合上述條件之商家都列入木炭製造商與販售商名冊中，名冊中共計356筆商家，並已於109年8月28日將名冊函送衛生福利部心理及口腔健康司，109年9月10日由衛生福利部心理及口腔健康司函送經濟部協助周知業者標示珍愛生命標語，及正確標示1925安心專線等相關資訊。

10. 依「自殺防治法」及行政院核定之「全國自殺防治綱領」，重新檢視並修訂「政府跨部會自殺防治手冊」，於彙整各部會修正意見後，印製發送中央各部會及各地方政府參考運用。	依規定執行完成 詳見4.11章節

摘要

由於自殺原因多重且複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此各體系之自殺防治工作有賴跨部會及不同機構間之協同合作。106年本會為協助中央政府串聯各部會，故針對12部會編製「政府跨部會自殺防治手冊」，對各部會所涉自殺防治工作之業務權責、服務對象與自殺危險因子、以及自殺防治策略實施方針之項目，召集專家學者並回顧近百篇之文獻後提出說明，供相關部會參考運用。

而自108年「自殺防治法」立法完成後，衛生福利部依規定定期召開跨部會「自殺防治諮

詢會」，促使各部會研討並溝通協調自殺防治工作。有鑒於此，109年度依「自殺防治法」、「全國自殺防治綱領草案」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新「政府跨部會自殺防治手冊」項目及內容，並印製供中央各部會及各地方政府參考運用。	
11. 於109年6月30日前，召集公部門及自殺防治專家學者共同研議，擬訂「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書1份。	依規定執行完成 詳見4.12章節
摘要 衛生福利部為全面提升國人心理健康，於106-110年辦理「國民心理健康第二期計畫」。該計畫以公共衛生三段預防為基礎，針對不同目標族群需求，落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念，涵蓋從「促進全民心理健康」、「落實精神疾病防治與照護服務」、「強化成癮防治服務」、「加強特殊族群處遇服務」及「整合及加強心理健康基礎建設」等五大面向，推動各項服務措施。 為持續因應未來環境變化及滿足國民心理健康及自殺防治之需求，協助規劃「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書，包括檢討第二期計畫成效等事項。故將蒐集相關資料，並召集自殺防治專家學者與公部門共同研議計畫內容，以利未來據以推動、檢視績效及滾動式檢討。本案目前由中心同仁彙整成草案後，已召開兩次專家會議，並邀請專家針對特定章節進行修改，以臻完善對我國自殺防治各面向的描述。	

(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議	
1. 配合辦理自殺防治法第4條自殺防治諮詢會之下列工作。 **(1) 會議議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。** **(2) 研析工作項目（三）1.相關統計數據，提出我國自殺現況分析、問題與挑戰，以及具體可行之自殺防治策略建議。**	依規定執行完成 詳見5.1章節
摘要 依據自殺防治法第4條規定，中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會，以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。為執行此項規定，衛生福利部由部長擔任召集人，邀集跨部會代表、專家學者代表組成自殺防治諮詢會，於每四個月召開一次會議。自殺防治諮詢會第一次委員會議為108年11月6日；第二次委員會議於109年4月6日辦理，中心協助衛生福利部進行自殺防治諮詢會之議程擬定及會後紀錄製作，並配合會議需求，於會議中進行自殺數據現況及自殺防治策略報告，以利自殺防治諮詢會的順利進行。 自殺防治諮詢會第二次委員會議中，中心進行報告案二案：案1為「自殺防治工作整體策略規畫」，報告我國自殺防治三大策略與相關工作實例、我國自殺相關數據分析結果、跨部會心理健康及自殺防治網絡與自殺防治法規定相關權責分工；案2為「學齡人口自殺防治策略	

規畫」，報告自殺於各年齡層十大死因中排名及數據分析、學齡人口之自殺危險因子、學齡人口自殺防治工作項目實例與各部會協助事項。

2. 依據自殺防治法第9條第2項第5款規定及該法施行細則所定之訓練課程內容，推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練，並辦理下列事項： **(1) 與社會工作、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。** **(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5.2、5.3章節

摘要

中心於5月23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」，由台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事及台灣自殺防治學會吳佳儀理事，與醫師全聯會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。當日亦於全國13間地區醫院同步視訊轉播。當日含視訊會議總人數為429人，醫師占79人，護理人員占211人，臨床心理師占48人、諮商心理師占6人，藥師占25人，社工師占26人，職能治療師占1人，物理治療師占1人、醫事放射師占2人及其他人員占30人。

本次研討會特別含括自殺防治法與新冠肺炎疫情之心理健康議題，課程主題包含：「自殺防治法的意涵與實施」，課程包含自殺防治法立法始末、自殺防治法本法法規、自殺防治法的實施及網路自殺防治策略；「新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治」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；疫情下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。

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、家醫科醫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，109年度新增了20堂課程影音，累計通過認證積分人次為620,144人次。

3. 配合自殺防治法及相關子法規公告實施，依精神醫療網分區辦理法規說明會共7場次。	依規定執行完成 詳見5.4章節

摘要

自殺防治法業已於108年5月31日於立法院三讀通過，並於6月19日由總統公布後正式施

行。中心於108年下半年接獲多起法律條文的詢問，問題內容包含衛生局端及相關業務人員對於自殺通報相關法律的適用、媒體對於報導自殺新聞的界線及相關罰則等，可見自殺防治法的法規說明是施行本法與落實自殺防治策略的首要之務。法律的解釋是政府機關與人民適用法律的基本前提，因為法律條文的制定常為抽象性的原則，當直接套用在實際案例時會有模糊地帶或不確定性的發生，此時便需要法律專家對法律條文進行解釋說明。

中心於衛生福利部公布自殺防治法施行細則後，發文予各精神醫療網分區核心醫院，邀請協辦法規說明會，會議形式以講座方式為主，邀請各區在地自殺防治及法律領域專家擔任主講人，配合自殺防治法及相關子法規，進行專題演講。內容涵括自殺防治法之立法要旨、適用範圍、罰則、各級罰緩裁量標準等，並於會中開放與會人員提問討論，針對各領域人員對於法規的疑問進行釋疑。

藉由7場法規說明會，可以觀察出各不同領域人員對於自殺防治法及相關子法規內容仍有許多疑問，除了在法規說明會現場回應與會人員的提問外，中心將提供問答集，以利衛福部置於自殺防治通報系統或是相關網頁上供參考。同時已錄製臺北區法規說明會，並製作成數位學習教材，將來提供予相關人員利用。

4. 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。	依規定執行完成 詳見5.5、5.6、5.7章節

摘要

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，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，分別開設全國自殺防治中心網站、珍愛生命數位學習網、珍愛生命打氣網臉書專頁，並且推出「心情溫度計App」供民眾利用。

全國自殺防治中心網站自今年2月26日之後與數位學習網合併，且重新規劃網站內容，並因應新冠肺炎增設「疫情專區」。網站合併後，中心網站流量自109年3月1日至109年9月30日止，訪客總數為30,957人次，網頁總瀏覽數為58,310次。珍愛生命數位學習網109年1月至9月，共計620,144人次完成數位學習網的認證課程。用於輔助數位學習網的「自殺防治e學院」YouTube影音平台共累計1,002,140觀看次數。

從99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。截至109年10月15日止，粉絲專頁按讚人數共有8,994位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，每則貼文平均約有1,100以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達134,176人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

為使「心情溫度計」更有利於民眾觸及、使用，本中心於103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。累計至109年9月30日為止，Android版本下載總數為65,860次，iOS版本下載總數為93,267次。兩大作業系統版本共有89,787筆檢測紀錄；以總分6分為切點(cut point)，0-5分占全體73.8%、6分以上占26.2%。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14歲以下占最多，而25-44歲最少。	
5. 追蹤巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機，即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。	依規定執行完成 詳見5.8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，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，109年全面禁用巴拉刈後，中心配合行政院農業委員會之政策，採用網路平台、臉書專頁、新聞稿、媒體投書或記者會等多方管道向社會各界積極倡議巴拉刈禁用及珍愛生命自殺防治之精神。 中心使用Google搜尋，以巴拉刈為關鍵字，109年後共搜尋到25篇巴拉刈相關新聞，針對需注意的報導內容，中心將制訂一套回報系統，將內容由專人透過管道回報該縣市衛生局知悉。	
6. 與安心專線承作廠商共同辦理自殺防治工作聯繫會議，辦理事項包括： **(1) 於上半年度邀請本部安心專線承作廠商督導及接線人員代表，召開自殺防治業務聯繫會議1場次。** **(2) 於下半年度出席安心專線承作廠商辦理之聯繫會議。**	依規定執行完成 詳見5.9章節
摘要 安心專線為我國自殺防治策略中不可或缺的一環，提供自殺意念及企圖者即時的線上諮詢與危機介入，故此全國自殺防治中心與安心專線建立起良好溝通合作管道實有其必要性。為促進合作與實務經驗交流，盼藉由合作舉辦工作聯繫會議，共同研討自殺企圖或自傷案例，探討自殺防治熱線與自殺個案關懷訪視員的橫向聯結、個案轉介、自殺通報趨勢等實務議題，期待透過雙向溝通，促進雙方互助合作，建立更完善之自殺防治網絡。 分別於6月2日及9月23日召開「自殺防治工作聯繫會議」，討論主題包括「提案討論」及「意見交流」。安心專線透過來電統計，發現少部分個案來電量超過整體來電量的80%，且多數來電個案具精神疾病診斷或精神病狀。為合理分配社會資源，避免安心專線長時間服務少數來電者，針對其他列管系統已開案服務之個案，若無急迫之自殺危機，可建議個案利用原服務系統之資源。持續關注民眾來電情形，並以實證研究為基礎了解個案來電需求，進而研擬方案，建立符合個案需求的專線或網絡資源。	

<table>
<tr><td colspan="2">透過聯繫會議，本中心與安心專線得以交流討論各自專業見解與實務經驗，針對國家自殺防治數據、安心專線服務量統計或自殺防治相關議題等，互通有無並進行數據判讀與深入探討，清晰了解國內自殺趨勢變化，促使自殺防治工作成效提升。</td></tr>
<tr><td>7. 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（為期2天），共同研討自殺防治策略及經驗分享：
(1) 會議舉辦地點：避免選在風景區舉行，並宜以在公設場地或訓練機關辦理原則。
(2) 規劃會議議題、會議內容及議程時段安排，得標廠商需報本部核定後始得辦理，並應依業務單位之指導執行。
(3) 會議參加人員之通知（至少130人）、受理報名及聯絡事宜。
(4) 安排會議參加人員及講師之住宿（以雙人房為原則，並至少安排2間單人房）、交通及聯絡相關事宜，並依國內旅費出差要點報支辦理，住宿（至少100人）列入驗收項目，如未達時得按比例扣減。
(5) 安排會議參加人員及講師之茶水、餐飲（另於會議每日至少提供一次之點心），餐飲應以便當、桌餐或自助餐等方式提供。
(6) 會議場地租借、佈置及安排及團體大合照（應提供電子檔予與會人員）。
(7) 會議流程進行及司儀安排、會場紀錄工作（含錄音、錄影，並製作成光碟）、會議辦理情形之滿意度調查與分析。
(8) 會議地點需與住宿地點一致，如場地無法一致應備有交通車接送會議參與人員。
(9) 配合本部需要，協助本部與會議相關之事項，如:專家學者及講師邀請、會議相關資料收集、投影片及及草擬會議紀錄初稿及其他臨時交辦事項等。
(10) 其他會議相關之庶務性工作。</td><td>依規定執行完成
詳見5.10章節</td></tr>
<tr><td colspan="2">摘要
為凝聚自殺防治業務共識，增進自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，舉辦「109年度自殺防治業務共識會議」期望透過專題講座、提案討論、分組討論及綜合座談等形式，了解各單位在各項業務內容之不同觀點、困境與因應方法，再匯集各單位之意見並凝聚共識，共同強化自殺防治工作於各單位之實踐與效能。
有效的跨網絡、跨專業之溝通聯繫及協調，是協助個案媒合在地資源，適時提供資源轉介，以預防個案再自殺的重要關鍵。透過本會議，邀請與會人員共同研討在地資源網絡連結</td></tr>
</table>

名單，同時研議與各類專業人員、在地網絡合作之原則及指引。	
8. 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5.11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)。109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109年世界自殺防治日記者會主題為「同心協力防自殺：防疫心生活」，「世界自殺防治日」記者會將於109年9月6日舉行，誠如歷年記者會，預計邀請中央政府單位總統與副總統、衛生福利部、各地方機關代表與民間單位一同共襄盛舉。中心規劃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.依據自殺防治法第9條第2項第6款規定，辦理「建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度」相關事宜，檢討修正關懷訪視紀錄相關欄位，並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，更新關懷訪視員所需之課程（如線上課程，並需獲得講師授權本部使用）供關懷訪視員參考運用。	依規定執行完成 詳見6.1、6.2章節
摘要 關懷訪視做為第一線專業助人工作，其涉及之業務服務範圍及對象主要包含精神疾病、毒品防制、自殺、保護服務個案等，而在自殺關懷訪視工作中會面臨困難個案狀況。若個案在被關懷訪視服務前，已有相關單位介入及輔導，也要與該資源單位進行溝通與協調，必要時採以共同訪視的方式，相互連結彼此的長處與資源，才可有效的幫助個案並達到事半功倍的效用。 現今關懷訪視員在進行訪視時，常面臨個案議題複雜、各列管系統制度不一、權責分配模糊等規範上的議題。全國自殺防治中心於107年至108年持續修訂「自殺企圖共案通報關懷訪視流程」與「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」等作業流程，期能建立更佳的流程與體制，協助訪員克服困境。本中心於109年7月3日「衛生福利部整合型心理健康工作計畫心理衛生行政人員共識營」、10月13日「自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正」研商會議，與10月27、28日「109年度自殺防治業務共識會議」中提案討論，彙整各方專家與各縣市衛生局同仁相關意見，修訂整合心理衛生社工之自殺關懷訪視制度及結案標準，並	

於修訂完成後由衛生福利部公告，提供全國關懷訪視員訪視工作參考要點。

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，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。

經調查顯示，各項核心能力落實程度回答「同意」以上者平均占率約80%。以年資而言，年資未滿兩年的訪員約占50%，統計結果顯示，年資兩年以上訪員在多項核心能力落實信心上皆顯著高於未滿兩年訪員。由此推論，經驗累積對訪員的工作能力培養有明顯影響。針對核心能力落實困難之調查結果，顯示較難以落實之能力前三名為「拒訪或失聯個案」、「重複自殺個案」、「轉介之建議處遇方式」，且不同年資的訪員皆視「拒訪或失聯個案」及「重複自殺個案」為較困難落實之能力。

針對前述落實困難之核心能力，中心未來將配合精神醫療網或衛生局處教育訓練，錄製專家學者授課之實體課程並後製成課程影片。參考本次調查結果，未來亦可考慮增加以實務教學為主軸之線上課程，強化訪視員之間的經驗分享與傳承。另依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，未來將以「法律及倫理規範」、「多元文化及多元性別概論」，與「個案報告及討論」等課程類別，做為本中心課程規劃目標。

2.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6.3章節

摘要

依據「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」，當自殺個案被通報至通報系統後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，並填寫關懷訪視紀錄表。各訪員所撰寫訪視紀錄的結構完整性或紀錄完善度落差，可能造成不同訪員間訪視品質的差異或專業間溝通上的困境。

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三縣市之訪視紀錄，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。今年度的訪視紀錄審查中，各縣市在個案主觀描述(S)及客觀觀察資料(O)平均完成度較佳，且在第二輪審查中亦有所提升，顯示各縣市在主客觀資訊的觀察與記錄能力較佳且有進一步改善。在第二輪審查中顯示自殺風險評估(A)部份雖有所改善，其中「生理精神狀態」及「治療順從性評估」兩項子題目的評估完整性仍有待加強。自殺風險評估為訪員重要的核心能力，應持續增強這方面專業訓練，著重結合危險因子、保護因子、生理精神狀態、治療順從性，綜合評估個案的再自殺風險，以提升訪視服務效能與品質。

<table>
<tr><td colspan="2">藉由今年度審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，協助各縣市訪員提升訪視紀錄撰寫，持續追蹤各縣市在接收訪視紀錄審查結果與建議後的改善情形。</td></tr>
<tr><td>3.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。</td><td>依規定執行完成
詳見6.4章節</td></tr>
<tr><td colspan="2">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。</td></tr>
</table>

前言

一、背景提要

臺灣自民國 86 年起，自殺連續 13 年進入國人十大死因之列；自 92 年至 95 年，自殺死亡率逐年上升，在 95 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 94 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，至今已邁入第十五年。

國人自殺粗死亡率於 106 年至 108 年皆維持在每十萬人口 16.4 人，較 105 年增加 2.5%；自殺死因排行雖已連續 10 年列於十大死因之外，但近三年排行較 105 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 105 年每十萬人口 10.2 人增加至 108 年的 11.1 人，而男性則由 105 年每十萬人口 21.8 人增加至 106 年的 22.0 人，隨後 107 年又回至 21.8 人，108 年維持在 21.8 人(詳見第貳章，圖 2-1-2)。以年齡結構而言，臺灣近年的人口老化速度與少子化進程全球居冠；108 年青少年 15-24 歲的自殺粗死亡率較前一年增加約 26.4%；65 歲以上老年族群的自殺死亡率雖下降約 4.2%，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「109 年度全國自殺防治中心計畫」

109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，95 年至 108 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自殺防治綱領草案、協助規劃「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書、全國及各縣市因地制宜之年度以及每月滾動式修正自殺防治策略建議、針對青少年及原住民自殺資料進行分析並提供防治策略建議予教育部及原住民族委員會參考運用、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。承去年追蹤自殺關訪員核心能力之落實情形及所面臨困境，再進一步調查關懷訪視員之服務現況與個案服務品質,並配合自殺防治法的施行依據訪員需求規劃相關課程。針對各縣市自殺死亡數據、關懷個案再自殺率及 109 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，另針對巴拉刈禁用進行禁用前後之自殺趨勢分析。「自殺防治法」已於 108 年 6 月 19 日經總統公佈正式施行，並於今年 8 月 6 日公布實施「自殺防治法施行細則」、「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，鑑於法規的說明是施行與落實自殺防治法的首要之務，今年依精神醫療網分區辦理法規說明會共 7 場次。

在「思維全球化」的前提之下，台灣自殺防治學會成功爭取第九屆國際自殺防治協會亞太大會在臺舉辦，期望藉此機會瞭解亞太地區各國國家級自殺防治策略之推展現況、與來自全球各地自殺防治領域專家學者交流經驗，以期拓寬臺灣自殺防治成就於國際醫療研究空間之能見度，並提供國內外醫療與自殺防治領域專業工作者一個分享新知、臨床經驗與學術交流的優質平臺。

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；今年在 COVID-19 疫情影響下，除了染疫者、接受隔離／檢疫者的心理反應需要關注外，可以預期後續的經濟影響，依據自殺通報資料分析自殺企圖者特性，工作與經濟問題為常見自殺近因，因此社會經濟問題對於心理健康與自殺率的影響，需要特別重視。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

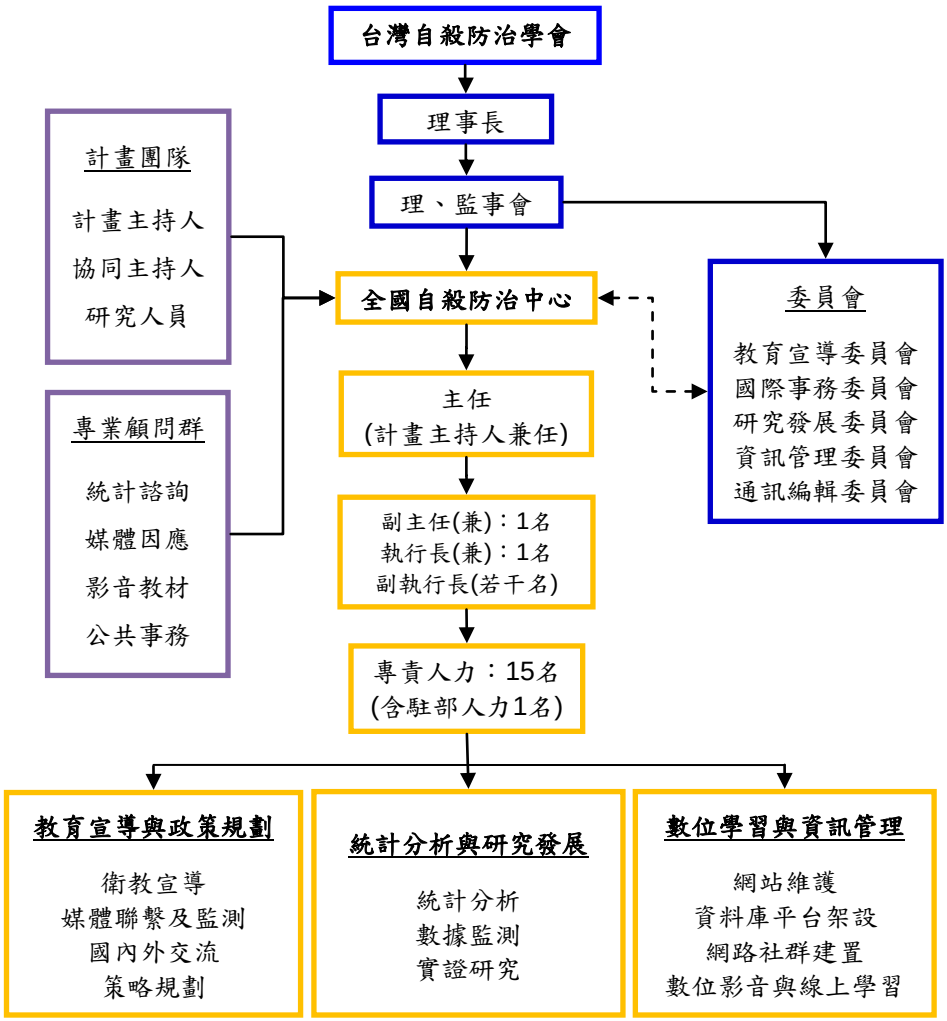
本報告章節配置乃以「109 年度全國自殺防治中心計畫」廠商服務建議企劃書「工作目標、具體規劃及重要參考資源」所述需求說明項目為基礎，將各項目依其類似性，分述為各具體章節，並依據「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見，就期中報告內容進行增修，以利整合呈現執行成果。

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

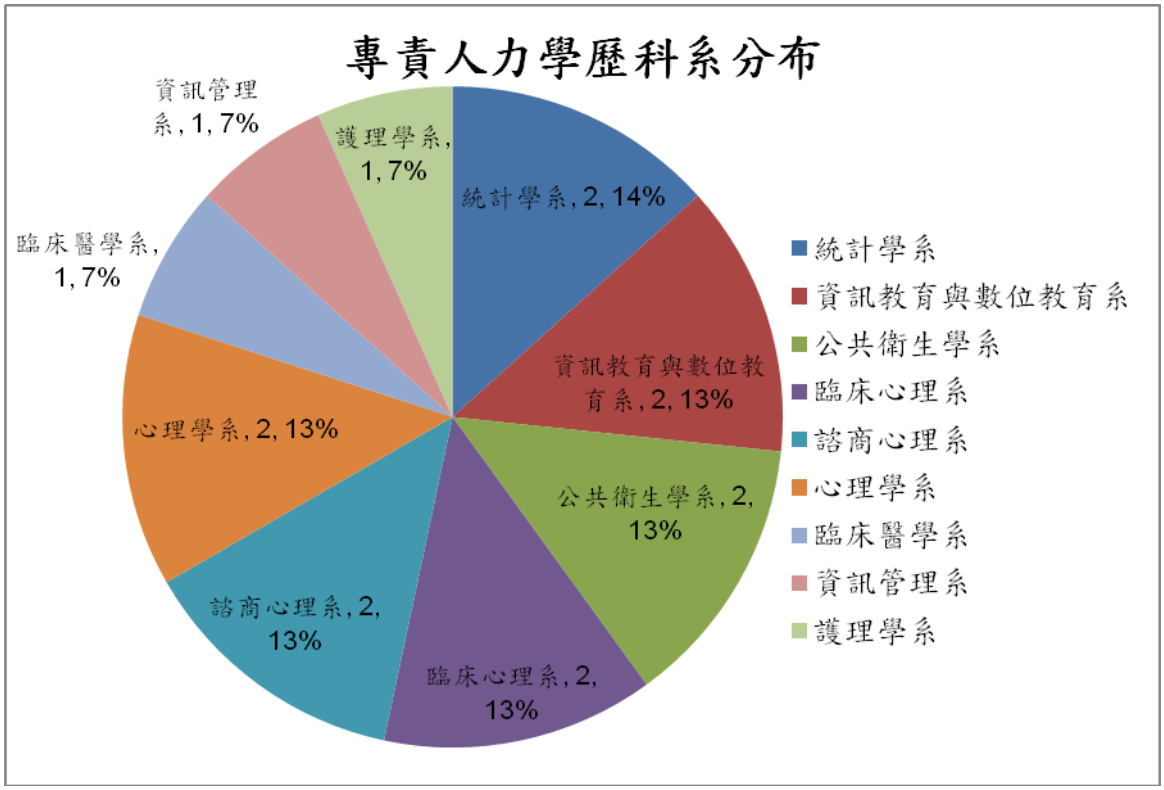
社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，工作團隊包括學會理、監事及相關研究人員，並依據衛生福利部規定及業務需求，聘請專責人力 15 人，設置全國自殺防治中心(詳見組織圖如下)，辦理本案之各項工作，同時藉由本學會各委員會及顧問群之協助督導，以促進各項專案業務之推動。(「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件 1-1-1)



依 109 年需求規定，聘請專責人力 15 人(含駐部人力 1 名)，聘用人員以具有衛生統計專長及自殺防治實務工作經驗者(至少 5 名)為佳。109 年本中心專責人力學歷科系分佈如下圖所示，科系分布上，依照業務需求聘請資訊教育與數位教育系、資訊管理系人力 3 員，專責「數位學習與資訊管理」相關業務；具統計專長人力 5 員，分別為統計學系 2 員、公共衛生學系 2 員、臨床醫學系 1 員，其中 1 員為駐部人力，其餘 4 員專責「統計分析與研究發展」相關業務；負責「教育宣導與政策規劃」相關業務為 7 員，科系涵蓋心理相關科系及護理學系，其中 2 員曾擔任自殺關懷訪視員，具有自殺防治實務工作經驗。

為了落實中心與地方政府衛生局間之聯繫，自 106 年起依照各縣市分配負責同仁及業務督導(詳見附件 1-1-1)，主要功能為判讀每月自殺防治通報月報表數據變化、撰寫滾動式策略建議及各縣市因地制宜自殺防治計畫建議書策略編寫，並照地緣關係指派業務督導，針對前述策略提供專業的增修意見。

因為中心與地方政府衛生局聯繫多為索取資料所需，目前大多數仍以專責「統計分析與研究發展」相關業務之人員負責回應之工作，主要流程為衛生局端聯繫中心傳達數據需求，由中心統計人員計算數據結果後提供予衛生局。將來為強化各縣市聯繫窗口與衛生局間之聯繫溝通，將由統計人員計算數據後，轉由縣市聯繫窗口回應衛生局之需求。



承續過去自殺防治工作之理念與實務，109 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；因應 108 年度通過施行之自殺防治法，積極檢討瞭解現有防治體制、權責分工之問題；協助各縣市衛生局，擬訂因地制宜之自殺防治措施，提升高自殺風險個案之關懷品質、增進跨網絡之合作，強化和其他非政府組織溝通聯繫，以達資源共享之目的；研修、訂定自殺防治相關工作規範、評估工具與運作流程；製作課程、教材、規劃各項教育訓練與宣導等活動。

貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

計畫執行成果檢核表

(期間：109年1月1日至109年11月30日)

(二) 提供自殺防治相關統計分析資料

工作項目 (依照 109 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
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、自殺死亡檔及跨單位資料比對、串連等統計分析作業，並提供分析結果報告及相關因應策略，如涉及運用本部統計處「資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。	依規定執行完成 詳見2.1章節
2. 配合本部發布108年度國人死因統計結果完成下列工作： **(1)** 於109年5月31日前分析完成108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、脆弱家庭資訊管理系統個案、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。	依規定執行完成 詳見2.2章節
(2) 於109年6月30日前完成108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
(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「108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
3. 依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於109年3月31日前，併同108年自殺通報年報表及108年總體自殺防治策略報告，更新全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，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	依規定執行完成 詳見2.4章節

導各縣市自殺防治業務之參考。	
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)** 於彙整各縣市衛生局數據需求後，按月於本部自殺防治通報系統更新全國及**22**縣市自殺通報關懷月報表之含趨勢分析、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；另應按季追蹤各縣市後續因應作為及執行情形（按季彙整後函知本部知悉）。 **(2)** 於彙整各精神醫療網核心醫院數據需求後，按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，寄發自殺通報關懷月報表予責任區域縣市之精神醫療網核心醫院，並每季提供自殺通報趨勢分析，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，於**109**年**2**月**28**日前提列各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，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。 **(3)** 最終於**110**年**2**月**10**日前交付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。	依規定執行完成 詳見2.5章節

108 年度自殺防治統計分析及
跨部會自殺防治策略研商建議

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 94 年底開始推動「全國自殺防治行動策略第一期計畫」(期程：94 年至 97 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臺，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。

108 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臺，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(ICD-10)。

(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 108 年自殺企圖通報資料串聯 108 年自殺死亡檔，分析其特性差異。定義自殺死亡日期於指標通報日 7 天內之個案為首次通報即死亡；若自殺死亡日期於指標通報日 7 天後之個案則為通報後再自殺死亡。

(3) 以 108 年自殺死亡資料串聯 95 至 108 年自殺企圖通報資料，分析其特性差異。

(4) 分析 98 至 108 年各年度自殺通報拒訪、訪視未遇個案情形，利用自殺關懷系統關懷檔中，自殺企圖個案之訪視情況計算其當年度拒訪、訪視未遇之比例，將比例區分為小於 50%、大於 50%小於 80%以及大於 80%進行分析。

(5) 108 年自殺死亡資料串連當年度自殺企圖通報資料，將其區分為自殺死亡非當次自殺企圖，亦即(自殺死亡日-自殺企圖日)>3 天及自殺死亡為當次自殺企圖，亦即(自殺死亡日-自殺企圖日)<=3 天，進行羅吉斯迴歸分析。

(6) 101-105 年特殊身份別及 101-106 年精神診斷對於自殺死亡之人群歸因(Population Attributable Fraction)。

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、互動式輔導訪查等。

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：83 年至 108 年。

(2) 說明：自 89 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：95 年至 108 年。

(2) 說明：研究發展組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. 108 年自殺數據分析

1) 全國自殺死亡率變動趨勢

臺灣的自殺死亡情況在 83 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 95 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 99 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 104 年起，連續三年自殺死亡率上升，至 106 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)

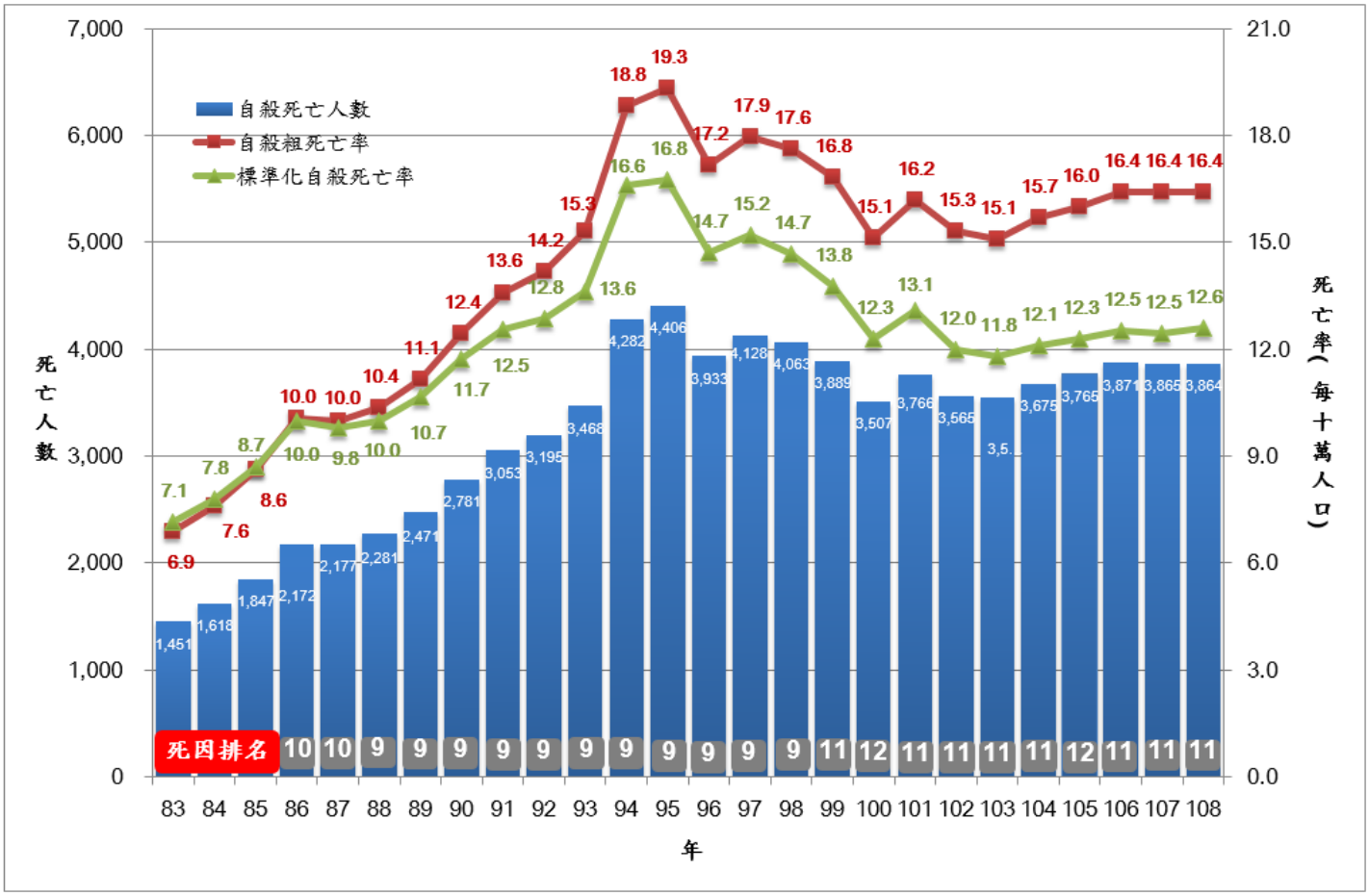


圖 2-1-1、83-108 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 108 年自殺死亡人數 3,864 人(男性 2,554 人、女性 1,310 人，性別比 1.95)；自殺粗死亡率每十萬人口 16.4 人(男性 21.8 人、女性 11.0 人)，較 95 年(每十萬人口 19.3 人)下降 15.0%、與 107 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 83 年起逐年增加，於 84 年大幅上升(粗死亡率為每十萬人口 25.8 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 26.7 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 108 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，與最高峰 95 年相比降幅為 18.4%。

女性自殺粗死亡率自 83 年起逐年攀升，於 95 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 100 年上升至 11.5 人後，至 103 年前呈現下降趨勢，而 107 年為 11.1 人，108 年下降至 11.0 人，與

最高峰 95 年相比降幅為 6.0%。(如圖 2-1-2)

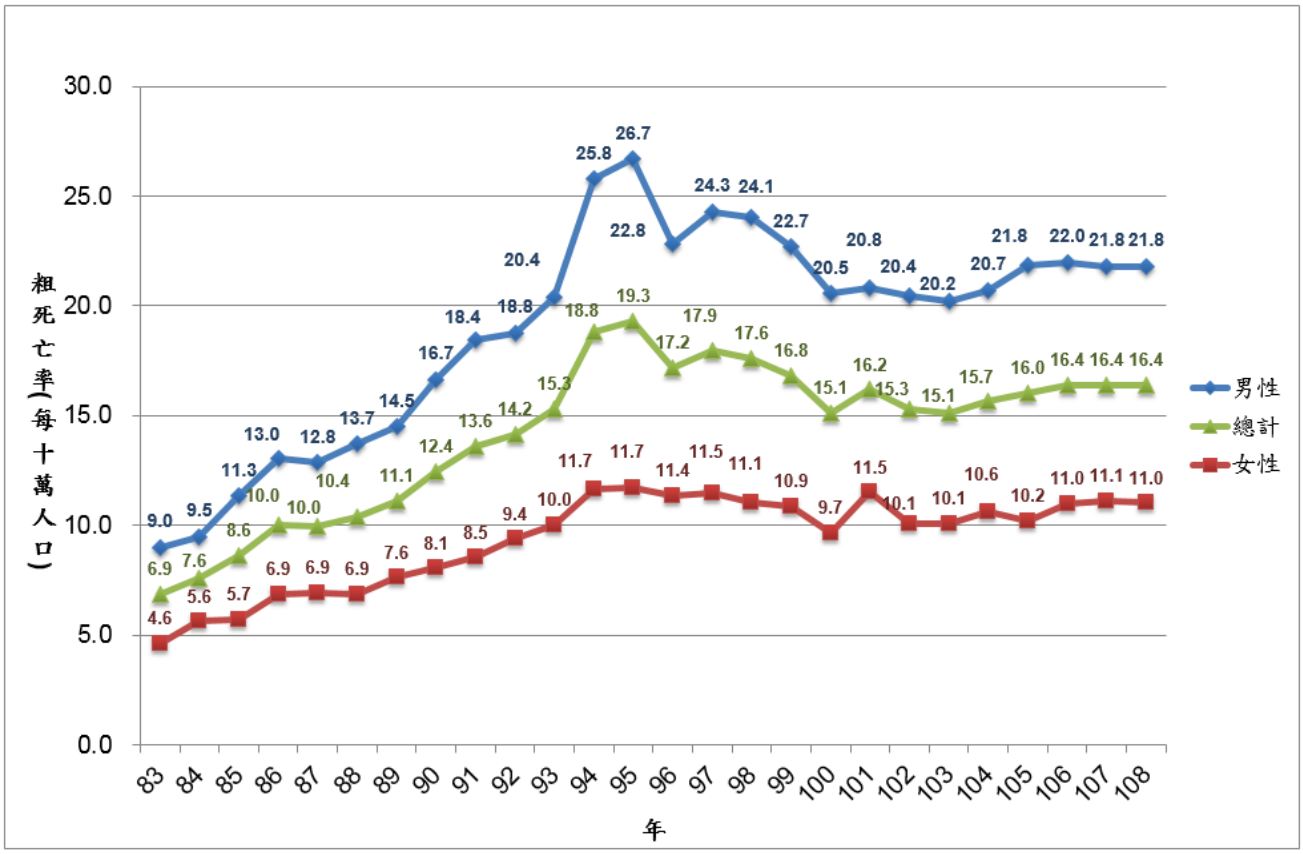


圖 2-1-2、83-108 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析，83 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 87 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)。

108 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」(1,371 人，占率 35.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(929 人，占率 24.0%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(487 人，占率 12.6%)。

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。108 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)

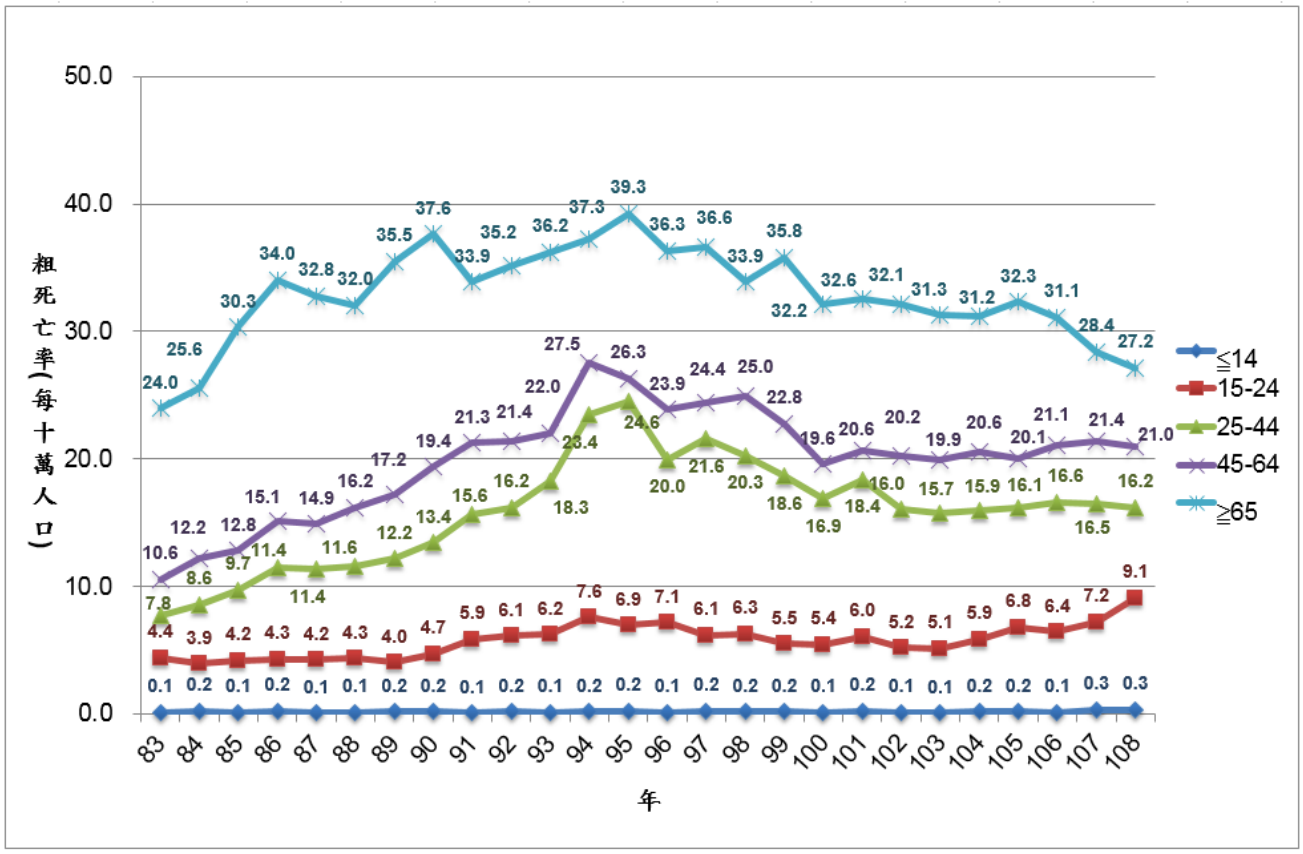


圖 2-1-3、83-108 年各年齡層自殺粗死亡率

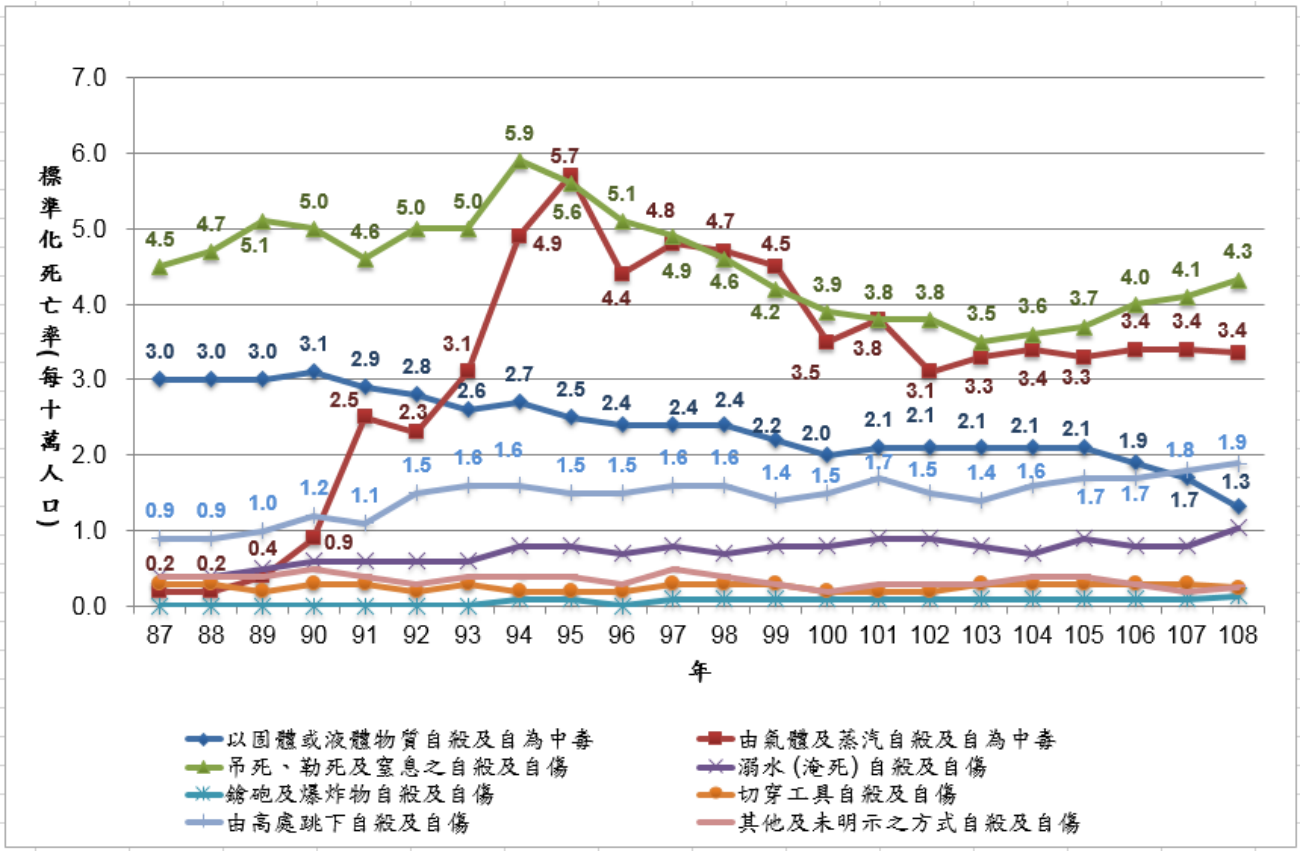


圖 2-1-4、87-108 年全國自殺死亡方式標準化自殺死亡率

108 年自殺粗死亡率前六高縣市為基隆市(24.9 人)、嘉義縣(21.8 人)、臺東縣(20.7 人)、宜蘭縣(20.5 人)、雲林縣(20.3 人)、屏東縣(20.3 人)，如表 2-1-1；108 年標準化自殺死亡率前六高縣市為基隆市(18.8 人)、嘉義縣(16.5 人)、臺東縣(15.5 人)、宜蘭縣(15.4 人)、苗栗縣(15.1 人)、屏東縣(15.0 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、107-108 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	107 年		108 年		增減率
	粗死亡率	排名	粗死亡率	排名	(%)
全國	16.4	-	16.4	-	0
新北市	16.0	12	15.8	13	-1.4
臺北市	13.0	20	12.8	20	-1.8
桃園市	14.6	16	14.0	18	-3.8
臺中市	15.7	14	15.9	12	1.3
臺南市	17.4	9	15.4	16	-11.5
高雄市	17.3	10	18.2	10	5.5
宜蘭縣	**19.5**	**6**	**20.5**	**4**	**4.9**
新竹縣	13.9	19	16.2	11	16.8
苗栗縣	17.0	11	19.9	7	17.2
彰化縣	15.9	13	15.8	14	-0.9
南投縣	21.4	4	19.0	8	-11.4
雲林縣	**19.5**	**7**	**20.3**	**5**	**4.3**
嘉義縣	**21.4**	**5**	**21.8**	**2**	**1.8**
屏東縣	**19.0**	**8**	**20.3**	**6**	**6.9**
臺東縣	**23.3**	**2**	**20.7**	**3**	**-11.3**
花蓮縣	24.3	1	15.6	15	-35.8
澎湖縣	14.4	17	13.4	19	-7.3
基隆市	**22.7**	**3**	**24.9**	**1**	**9.7**
新竹市	12.6	21	14.5	17	15.4
嘉義市	14.1	18	18.3	9	29.6
金門縣	10.1	22	10.7	21	6.3
連江縣	15.4	15	7.6	22	-50.3

以各縣市自殺死亡人數分析，107 年相比增加縣市為高雄市 27 人、苗栗縣 15 人、新竹縣 14 人、嘉義市 11 人、新竹市 9 人，基隆市 8 人、臺中市 7 人、雲林縣 5 人、宜蘭縣 4 人、嘉義縣 1 人、金門縣 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-1-3。

表 2-1-2、107-108 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	107 年		108 年		增減率
	標準化死亡率	排名	標準化死亡率	排名	(%)
全國	12.5	-	12.6	-	0
新北市	12.4	14	12.1	15	-2.4
臺北市	9.8	21	10	20	2.5
桃園市	11.9	15	11.7	16	-1.7
臺中市	12.5	13	12.5	14	0.1
臺南市	12.7	12	11.5	18	-9.6
高雄市	12.8	10	13.8	9	7.7
宜蘭縣	**14.5**	**7**	**15.4**	**4**	**6.4**
新竹縣	10.7	18	13.5	10	25.8
苗栗縣	**12.8**	**11**	**15.1**	**5**	**18.1**
彰化縣	11.6	16	11.6	17	-0.1
南投縣	16.5	3	13.3	11	-19.3
雲林縣	13.5	9	13.9	8	3.3
嘉義縣	**15.6**	**5**	**16.5**	**2**	**5.5**
屏東縣	**14.2**	**8**	**15**	**6**	**5.8**
臺東縣	**18.5**	**1**	**15.5**	**3**	**-16.3**
花蓮縣	17.7	2	11.5	19	-35.2
澎湖縣	10.9	17	9.4	21	-14.2
基隆市	**14.9**	**6**	**18.8**	**1**	**26**
新竹市	10.7	19	12.9	12	20.8
嘉義市	10.5	20	14.2	7	35
金門縣	7.6	22	6.9	22	-9.1
連江縣	15.7	4	5.1	23	-67.5

表 2-1-3、107 年與 108 年相比各縣市自殺死亡人數增減依性別

縣市	男性			女性			總計	
	總人數 Total	增減數 N	增減率 (%)	總人數 Total	增減數 N	增減率 (%)	增減數 N	增減率 (%)
全國	2554	3	0.1	1310	-4	-0.3	-1	0.0
新北市	407	9	2.3	225	-15	-6.3	-6	-0.9
臺北市	212	-7	-3.2	127	-3	-2.3	-10	-2.9
桃園市	207	-14	-6.3	107	7	7	-7	-2.2
臺中市	294	22	8.1	153	-15	-8.9	7	1.6
臺南市	190	-36	-15.9	100	-2	-2	-38	-11.6
高雄市	337	35	11.6	169	-8	-4.5	27	5.6
宜蘭縣	65	8	14	28	-4	-12.5	4	4.5
新竹縣	68	15	28.3	23	-1	-4.2	14	18.2
苗栗縣	72	11	18	37	4	12.1	15	16
彰化縣	139	5	3.7	62	-7	-10.1	-2	-1
南投縣	58	-13	-18.3	36	0	0	-13	-12.1
雲林縣	98	-1	-1	41	6	17.1	5	3.7
嘉義縣	80	3	3.9	30	-2	-6.3	1	0.9
屏東縣	105	-16	-13.2	62	26	72.2	10	6.4
臺東縣	32	-6	-15.8	13	0	0	-6	-11.8
花蓮縣	39	-21	-35	12	-8	-40	-29	-36.3
澎湖縣	9	-3	-25	5	2	66.7	-1	-6.7
基隆市	64	10	18.5	28	-2	-6.7	8	9.5
新竹市	38	-4	-9.5	27	13	92.9	9	16.1
嘉義市	28	5	21.7	21	6	40	11	28.9
金門縣	11	2	22.2	4	-1	-20	1	7.1
連江縣	1	-1	-50	0	0	-	-1	-50

2) 全國自殺通報資料趨勢說明

臺灣的自殺通報情況在 95 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，108 年上升為 35,324 人次(男性 12,512 人次、女性 22,812 人次)，自殺通報比為 8.6，女性為男性之 1.82 倍，108 年自殺通報人次較 95 年增加 84.3%、若與 107 年相比增加 6.4%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，108 年自殺通報比與 95 年相比增加 100%、較 107 年相比則增幅為 6.2%。(如圖 2-1-5)

分析 108 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為嘉義市(10.9)、新北市(10.5)、桃園市(10.4)、新竹市(10.3)及新竹縣、花蓮縣(9.2)。

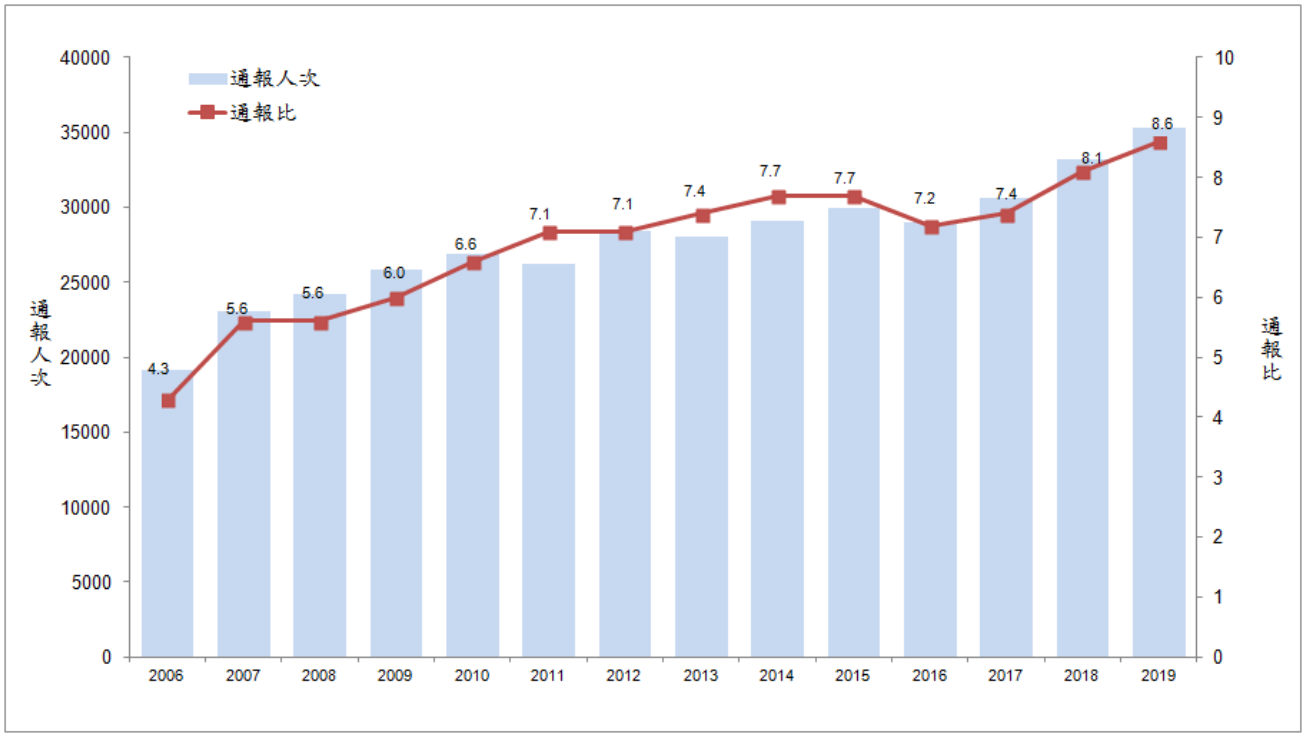


圖 2-1-5、95-108 年全國自殺通報趨勢圖

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 95 年為 6,392 人次，歷年呈現上升趨勢，108 年為 12,512 人次，與 107 年相比增幅為 1.5%。女性自殺通報人次 95 年為 12,769 人次，歷年雖有上下起伏，但整體微上升趨勢，108 年為 22,812 人次，與 107 年相較增幅為 9.2%。(如圖 2-1-6)。

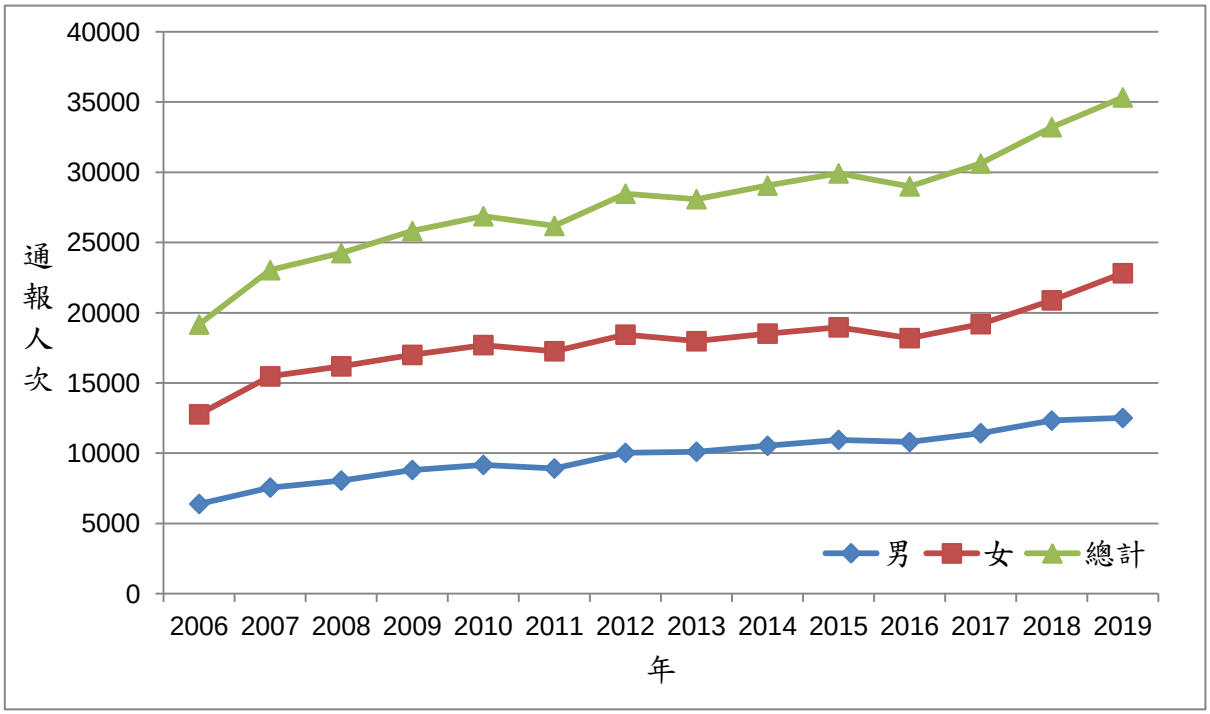


圖 2-1-6、95-108 年全國性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，95 年以來各年自殺通報占率皆以「25-44 歲」最高，108 年通報占率為 39.8%。各年自殺通報占率「45-64 歲」幾乎皆為第二高，108 年通報占率為 23.8%。第三高為「15-24 歲」，108 年通報占率為 22.6%。「65 歲以上」自殺通報人次占率排名第四，108 年通報占率為 9.9%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，108 年通報占率為 3.8%。(如圖 2-1-7)

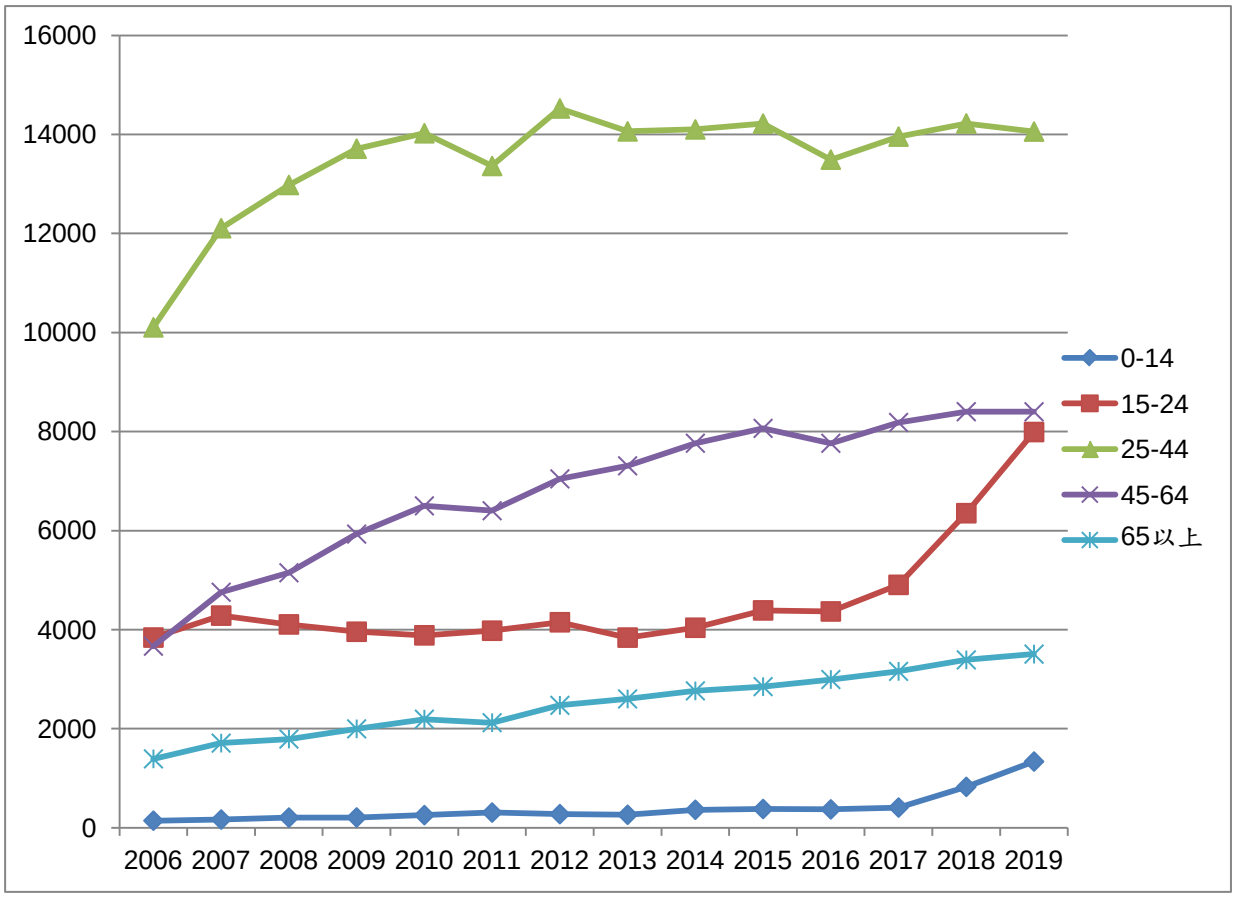


圖 2-1-7、95-108 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

108 年自殺通報個案中，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」(108 年全國通報 16,499 人次，占率 46.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(108 年全國通報 10,833 人次，占率 30.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(108 年全國通報 2,490 人次，占率 7%)，如圖 2-1-8。若以性別觀察，自殺方式前二皆為「固體或液體物質自殺及自為中毒」及「切穿工具自殺及自傷」，第三高在男性為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、女性則為「由高處跳下自殺及自傷」。

108 年自殺通報個案中，自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(108 年全國通報 16,281 人次，占率 46.1%)、「精神健康／物質濫用」(15,398 人次，43.6%)及「工作／經濟」(3,771 人次，占率 10.7%)。(如圖 2-1-9)。以性別觀察，男性前三依序為「精神健康／物質濫用」、「情感／人際關係」、「工作／經濟」；女性前三依序為「情感／人際關係」、「精神健康／物質濫用」、「工作／經濟」。

註：自殺通報資料中，自殺方式及自殺原因皆為複選。

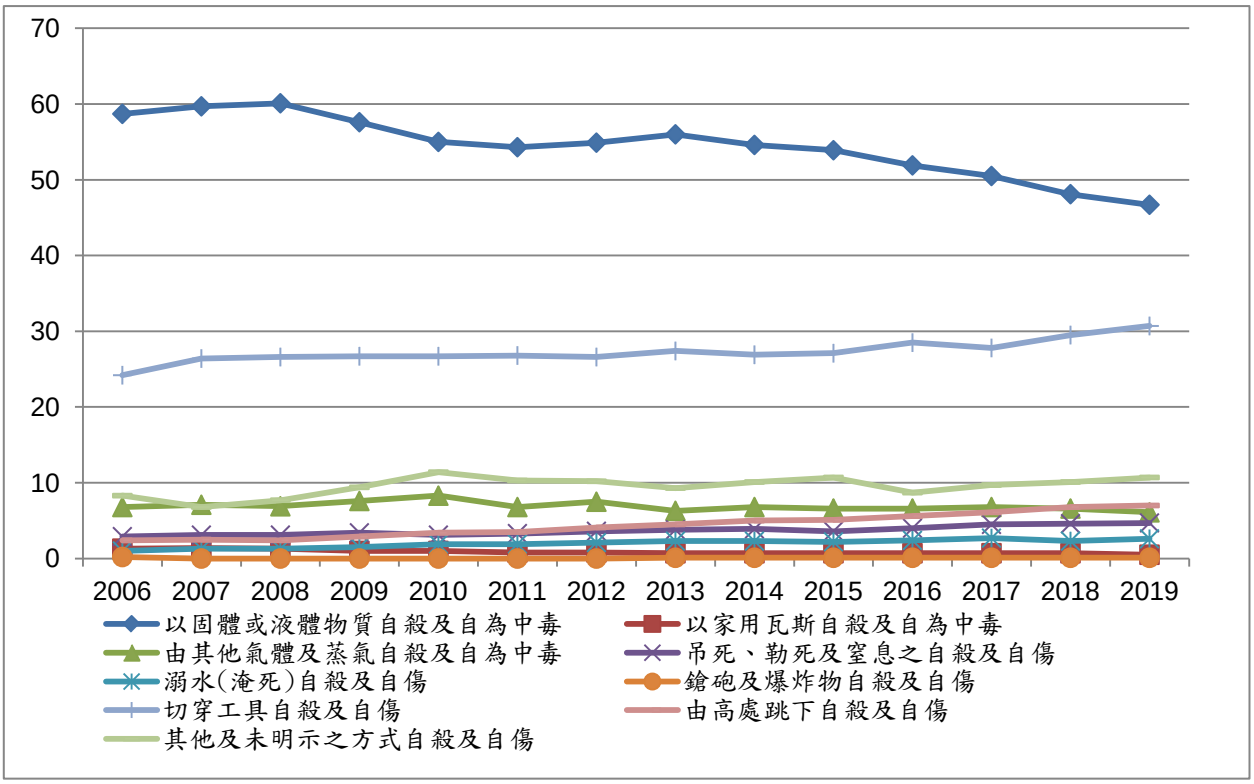


圖 2-1-8、95-108 年全國自殺通報方法占率圖

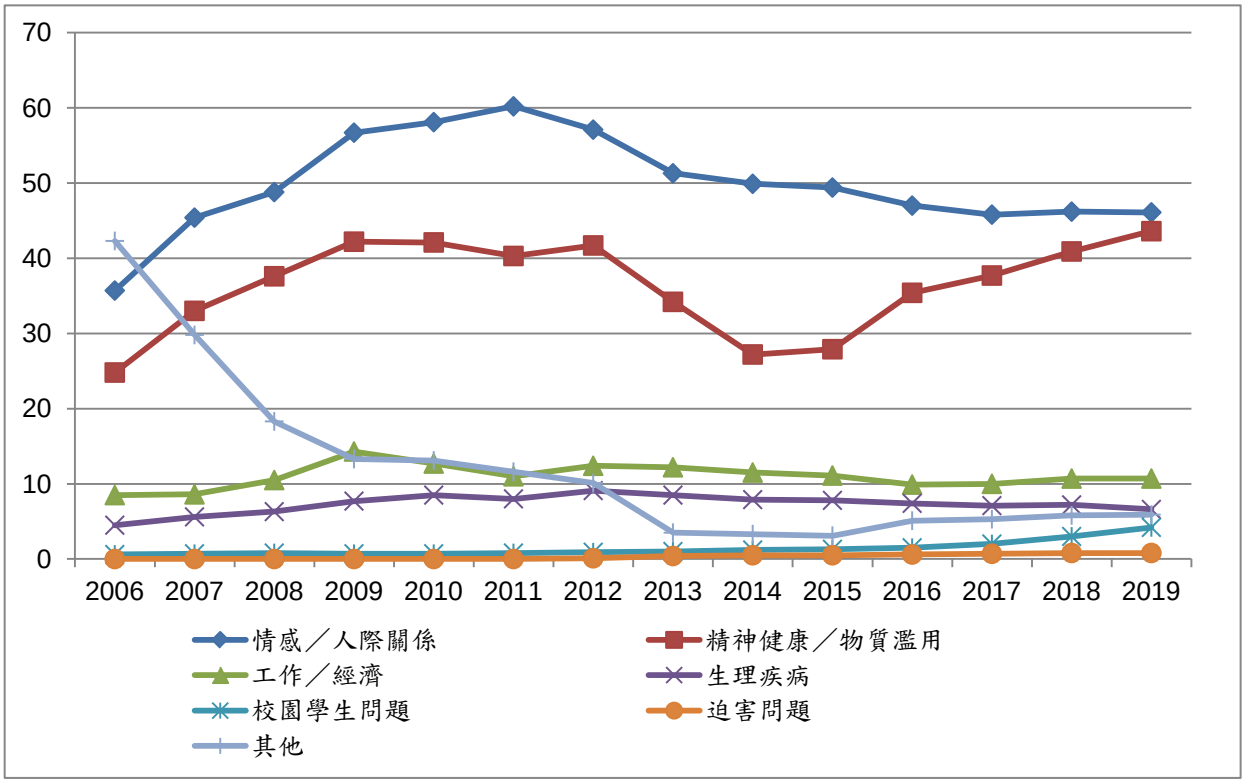


圖 2-1-9、95-108 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率較高縣市為澎湖縣(32.6%)、連江縣(28.6%)、花蓮縣(23.4%)、新竹縣(18.5%)、高雄市(14.8%)、臺東縣(13.7%)、屏東縣(11.9%)、新北市(9.5%)、嘉義市(9.2%)、嘉義縣(8.6%)。(如表 2-1-6)

表 2-1-6、108 年與 107 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	107 (N)	108 (N)	增減率 (%)	107 (N)	108 (N)	增減率 (%)	107 (N)	108 (N)	增減率 (%)
全國	12,325	12,512	1.5	20,882	22,812	9.2	33,207	35,324	6.4
新北市	2,392	2,504	4.7	4,208	4,723	12.2	6,600	7,227	9.5
臺北市	665	692	4.1	1,563	1,514	-3.1	2,228	2,206	-1
桃園市	1,219	1,241	1.8	2,122	2,259	6.5	3,341	3,500	4.8
臺中市	1,376	1,333	-3.1	2,515	2,693	7.1	3,891	4,026	3.5
臺南市	1,110	999	-10	1,676	1,717	2.4	2,786	2,716	-2.5
高雄市	1,343	1,540	14.7	2,586	2,971	14.9	3,929	4,511	14.8
宜蘭縣	294	308	4.8	526	471	-10.5	820	779	-5
新竹縣	243	238	-2.1	391	513	31.2	634	751	18.5
苗栗縣	311	283	-9	424	491	15.8	735	774	5.3
彰化縣	729	703	-3.6	931	982	5.5	1,660	1,685	1.5
南投縣	391	358	-8.4	448	508	13.4	839	866	3.2
雲林縣	479	478	-0.2	649	676	4.2	1,128	1,154	2.3
嘉義縣	333	335	0.6	367	425	15.8	700	760	8.6
屏東縣	449	457	1.8	681	808	18.6	1,130	1,265	11.9
臺東縣	153	192	25.5	242	257	6.2	395	449	13.7
花蓮縣	225	262	16.4	385	491	27.5	610	753	23.4
澎湖縣	37	34	-8.1	52	84	61.5	89	118	32.6
基隆市	217	239	10.1	417	425	1.9	634	664	4.7
新竹市	187	164	-12.3	380	427	12.4	567	591	4.2
嘉義市	132	117	-11.4	269	321	19.3	401	438	9.2
金門縣	37	31	-16.2	46	51	10.9	83	82	-1.2
連江縣	3	4	33.3	4	5	25	7	9	28.6

整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為嘉義市(10.9)、新北市(10.5)及桃園市(10.4)；以性別來看，男性前三高依序為花蓮縣(6.5)、臺東縣(5.7)及桃園市(5.6)，女性前三高依序為花蓮縣(40.2)、新竹縣(21.7)及桃園市(20.6)。

表 2-1-7、108 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
新北市	5.3	20.1	10.5
臺北市	3.1	11.7	6.1
桃園市	5.6	20.6	10.4
臺中市	4.1	17.1	8.7
臺南市	4.6	16.4	7.7
高雄市	4.2	17.1	9
宜蘭縣	4	16.1	8
新竹縣	3.1	21.7	9.2
苗栗縣	3.7	12.9	7.9
彰化縣	4.4	15.4	7.7
南投縣	5.4	13.4	7.4
雲林縣	4.4	16	8.1
嘉義縣	3.8	13.8	6.6
屏東縣	3.9	12.6	7.6
臺東縣	5.7	19.2	8.4
花蓮縣	6.5	40.2	9.2
澎湖縣	3.7	16.6	7.7
基隆市	3.3	14.8	7.4
新竹市	4.2	15.5	10.3
嘉義市	3.8	14.8	10.9
金門縣	2.3	12.5	5.4
連江縣	3	**	4

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。
註 2:「-」表示用以計算該值之分子及分母均為 0，故無法計算。
註 3:「**」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

以各年齡層來看各縣市自殺通報比，0-14 歲前三高依序為新北市

(232.5)、桃園市(119)及臺南市(49.5)，15-24 歲前三高依序為花蓮縣(59.7)、嘉義縣(45.3)及新北市(42.8)，25-34 歲前三高依序為雲林縣(41.6)、新北市(16.4)及南投縣(15.7)，35-44 歲前三高依序為嘉義市(14.7)、彰化縣(14.1)及南投縣(13.5)，45-54 歲前三高依序為臺東縣(16.4)、花蓮縣(10.5)及桃園市(9.3)，55-64 歲前三高依序為花蓮縣(7.2)、基隆市(5.7)及桃園市(5.6)，65-74 歲前三高依序為彰化縣(5.8)、桃園市(4.8)及嘉義縣(4.4)，75 歲以上前三高依序為澎湖縣(6.5)、臺中市(4.8)及屏東縣(4.7)。

表 2-1-8、108 年各縣市各年齡層通報比

縣市	0-14 歲	15-24 歲	25-34 歲	35-44 歲	45-54 歲	55-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
新北市	232.5	42.8	16.4	10.9	7	4.7	3	4.3
臺北市	49	20.9	12.1	6.8	3.8	3.8	2	2.6
桃園市	119	25.3	14.4	9.6	9.3	5.6	4.8	4
臺中市	**	32.2	14.9	9.9	5.8	3.6	2.9	4.8
臺南市	49.5	41.5	12.4	12.6	7.5	3.4	3.1	3
高雄市	**	36.3	14.3	9.2	5.9	4.2	2.8	2.9
宜蘭縣	30	25.6	10	9.7	8.9	5.4	2.8	2.9
新竹縣	**	26.3	10.7	9.4	6.9	3	1.6	3.6
苗栗縣	**	34.2	10.2	10.4	3.3	2.4	3.1	3.1
彰化縣	**	21.9	12.5	14.1	5.3	3.5	5.8	2.5
南投縣	**	22	15.7	13.5	7.7	4.5	4.2	3
雲林縣	44	18.7	41.6	12.1	5.7	4.4	2.7	2.3
嘉義縣	**	45.3	8.8	5.7	5.1	4.3	4.4	3.8
屏東縣	**	23.2	9.2	10.2	4.8	3.6	2.8	4.7
臺東縣	23	21	17	22	16.4	2.4	2.6	2.2
花蓮縣	**	59.7	37	12.8	10.5	7.2	5	4.4
澎湖縣	**	**	17	10.5	5.4	5	3.5	6.5
基隆市	**	33.2	7.5	9.7	4.7	5.7	1.9	3.4
新竹市	8	15.5	15.5	8.2	8.8	3.8	2	31
嘉義市	**	33	13.5	14.7	5.1	3.7	1.9	1.6
金門縣	**	**	3.5	**	5	1.7	0	0.7
連江縣	**	**	**	1	-	-	-	-

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

註 2:「-」表示用以計算該值之分子及分母均為 0，故無法計算。

註 3:「**」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

3) 各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標及因應策略

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

再自殺死亡及重複自殺個案則大多與精神疾病有相關，根據國外學者

Table 2

Main Clinical Variables Associated with Suicide Reattempters When Compared to Single Suicide Attempters

Main clinical variables (number of references)	Summarized features	Probability median (range)*
Affective disorders (18)	Any affective disorder	OR = 2.3 (1.8–2.7)
	Major depressive disorder or dysthymic disorder	OR = 4.0 (3.4–5.0)
	Affective disorders (other than depression)	HR = 2.2
	Depressive disorders	OR = 1.2 (1.0–1.3)/HR = 1.6
	Bipolar disorder	OR = 30.6
Anxiety disorders (9)	Any anxiety disorder	OR = 1.6 (1.4–1.8)
	Neurotic, stress-related, & somatoform disorders (ICD-10)	HR = 2.2
	Generalized anxiety disorder	OR = 5.7
	Posttraumatic stress disorder	OR = 17.6
	Specific phobia	OR = 2.5
	High anxiety scores/panic disorder	N/C
Alcohol or substance use disorders (9)	Any substance use disorder	OR = 2.3 (2.1–2.5)
	Alcohol abuse	OR = 1.6 (1.4–1.8)
	Substance abuse	OR = 2.5 (2.0–2.9)
	Higher score in the MMPI addiction admission scale	N/C
	Drug or alcohol use or substance abuse treatment (MAST)	N/C
Psychotic disorders (3)	Any psychotic disorder	OR = 6.3 (6.2–6.3)/HR = 2.6
Personality (9)	Any personality disorder	OR = 5.0/HR = 2.9
	Compulsivity/anxiousness (DAPP-BQ)	OR = 2.0/OR = 1.1
	Higher score in the MMPI psychopathic scale	N/C
	Higher anger/impulsivity	N/C
	Higher levels of affect dysregulation	N/C
	Lifetime history of aggression	N/C
	Low scores in Sense of Coherence (associated with high suicidality)	N/C
Psychiatric comorbidity (3)	Three or more mental disorders	OR = 3.7
	Higher diagnostic comorbidity	N/C
Suicidal ideation, intent, planning & lethality (7)	More suicidal thoughts/suicidality	N/C
Family history of suicide behavior (3)	Family history suicide attempt	OR = 2.6
	Family history of suicide	N/C
Family history of mental illness (1)	Family history of mental illness or substance abuse	OR = 3.1
Medical history (3)	More hospitalizations	N/C
Experiences of childhood abuse (7)	Childhood emotional abuse	OR = 1.65 (1.4–1.9)
	Childhood sexual abuse by a parental figure or a parent	OR = 12.3
	Childhood physical or sexual abuse	OR = 2.5 (1.3–5.0)
Hopelessness (3)	Higher levels of hopelessness	N/C

Continued on next page

所作的 Meta-analysis，可以發現精神疾病其 OR=6.3(6.2-6.3)。

Table 2 Continued		
Main clinical variables (number of references)	Summarized features	Probability median (range)[a]
Social functioning (7)	Low social support	OR = 2.0
	Externalizing problems	OR = 1.0
	Poorer conflict resolution strategies	N/C
	Higher levels of psychological distress	N/C
	Relationship difficulties / poorer interpersonal functioning	N/C
	Lower self-esteem & perceived social support	N/C
Pharmacological medications prescribed (4)	Any psychotropic treatment	OR = 2.0
	Antipsychotics	HR = 2.4
	Antidepressants	HR = 2.1
	Psychopharmacological treatment before admission	OR = 4.4

DAPP BQ, Diagnostic Assessment of Personality Pathology–Basic Questionnaire; HR, hazard ratio; ICD 10, International Classification of Diseases, 10th rev.; MAST, Michigan Alcoholism Screening Test; MMPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory; N/C, not calculated; OR, odds ratio.
[a] Odds ratios and hazard ratios are included when reported in the literature. When the probabilities were reported by more than one study, median values and ranges were calculated.

圖 2-1-10、再自殺相關危險因子

其他還有家人有自殺史等等因素，亦有可能造成再自殺風險的增加(Méndez-Bustos, de Leon, Miret, Baca-Garcia, & Lopez-Castroman, 2013)。而國內學者則發現使用第一次使用較低致命性的自殺工具較會再自殺，而首次使用高致命性的自殺方式之個案其後續自殺較易更換自殺方式(Huang, Wu, Chen, & Wang, 民 103)，其他則發現再自殺的間隔時間及是否轉換高致命性自殺工具與後續自殺死亡有高相關性(Chen et al., 民 105)。

108 年自殺企圖通報個案計 29,367 人，扣除指標通報日於死亡日後之個案 102 人，共 29,265 人，其中 1,827 人(占率 6.2%)為首次通報時即死亡之個案，286 人(占率 1.0%)為通報後再自殺死亡之個案，27,152 人(占率 92.8%)無死亡紀錄。

以性別而言，男性首次通報即死亡 1,166 人(占率 10.7%)及通報後再自殺死亡 149 人(占率 1.4%)均高於女性。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡越高之族群，首次通報即死亡比例越高，其中「65 歲以上」為 513 人，占該年齡層自殺通報人口的 15.5%，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。針對通報後再自殺死亡之個案，較高的分別為「45-64 歲」及「65 歲以上」分別占其年齡層的 1.5%與 1.4%。

表 2-1-9、108 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

	首次通報即死亡（死亡日於指標通報日 7 天內）	通報後再自殺死亡（死亡日於指標通報日 7 天後）	無死亡記錄	總和
	n(%)	n(%)	n(%)	N
性別				
男性	1,166 (10.7)	149 (1.4)	9,616 (88.0)	10,931
女性	661 (3.6)	137 (0.7)	17,536 (95.6)	18,334
總和	1,827 (6.2)	286 (1.0)	27,152 (92.8)	29,265
年齡				
0-24 歲	132 (1.9)	33 (0.5)	6,914 (97.7)	7,079
25-44 歲	525 (4.5)	97 (0.8)	10,954 (94.6)	11,576
45-64 歲	657 (9.0)	109 (1.5)	6,506 (89.5)	7,272
65 歲以上	513 (15.5)	47 (1.4)	2,749 (83.1)	3,309
不詳	0 (0.0)	0 (0.0)	29 (100.0)	29

註:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

以自殺死亡方式分析，使用「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」、「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之個案，首次通報即死亡所占的比例最高，分別為 10 人(占率 90.9%)及 40 人(占率 90.9%);通報後再自殺死亡所則為使用「其他及未明示之方式自殺及自傷」，10 人(占率 25.0%)。

以自殺通報方式分析，使用「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」10 人(占率 71.4%)與「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」601 人(占率 48.2%)者，有接近半數的個案第一次通報即死亡；通報後再自殺死亡的個案而言，以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」31 人(占率 2.5%)之比例相對較高。訓練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，針對潛在高風險者與上吊存活者的緊急處置與後續關懷，增加相關人員輔導傾聽技巧。

以自殺原因分析，因「生理疾病」242 人(占率 19.2%)及「不詳」627 人(占率 17.7%)之自殺死亡個案，其首次通報即死亡的比例相對較高；通報後再自殺死亡，比例相對較高的為「生理疾病」21 人(占率 1.7%)及「精神健康／物質濫用」105 人(占率 1.4%)。

表 2-1-9、108 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(續)

	首次通報即死亡（死亡日於指標通報日 7 天內）	通報後再自殺死亡（死亡日於指標通報日 7 天後）	無死亡記錄	總和
	n(%)	n(%)	n(%)	N
自殺原因				
工作／經濟	138 (9.7)	14 (1.0)	1267 (89.3)	1419
不詳	627 (17.7)	34 (1.0)	2881 (81.3)	3542
生理疾病	242 (19.2)	21 (1.7)	996 (79.1)	1259
其他	36 (3.6)	10 (1.0)	965 (95.5)	1011
迫害問題	0 (0.0)	1 (1.3)	76 (98.7)	77
校園學生問題	9 (2.2)	2 (0.5)	405 (97.4)	416
情感／人際關係	316 (2.3)	99 (0.7)	13365 (97.0)	13780
精神健康／物質濫用	459 (5.9)	105 (1.4)	7197 (92.7)	7761

註:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

「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。

以通報縣市分析，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為連江縣 1 人(占率 12.5%)、南投縣 77 人(占率 10.3%)、宜蘭縣 66 人(占率 10.0%)及彰化縣 121 人(占率 8.6%)；而通報後再自殺死亡比例相對較高的縣市為嘉義市 6 人(占率 1.7%)、高雄市 51 人(占率 1.4%)。

以殊身份註記之欄位進行分析，除嚴重病人外，其他特殊身份別自殺死亡之個案，首次通報即死亡比例皆高於通報後再自殺死亡。特殊身份註記之欄位中，高危機案件乃依據台灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)作為初步評估，並經專業評估判斷後決定個案是否具高度危險性。

自殺死亡生前有接受關懷定義為:(死亡日-自殺企圖個案首度通報日)>0，其他則定義為自殺死亡生前無接受關懷。

108 年自殺死亡個案為 3,864 人，其中 1,029 人(占率 26.6%)於自殺死亡生前有接受關懷，2,835 人(占率 73.4%)自殺死亡生前無接受關懷。以性別分析，男性自殺死亡生前有接受關懷為 556 人(占率 21.8%)，其占率相較於女性來的低。

以年齡層進行分析，其中各年齡皆有二成以上之自殺死亡個案於生前

曾經接受關懷，其中以「25-44 歲」比例最高，為 351 人(占率 30.9%)，其次為「0-24 歲」，為 77 人(占率 28.8%)。自殺死亡方式(ICD-9)而言，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」203 人(占率 41.7%)及「其他及未明示之方式自殺及自傷」27 人(占率 33.3%)，自殺死亡之個案生前曾接受關懷的比例相對較高。

表 2-1-10、108 年自殺死亡個案生前接受關懷情形

	自殺死亡生前有接受關懷 n(%)	調整後標準化殘差	自殺死亡生前無接受關懷 n(%)	調整後標準化殘差	總和 N	p-value
性別						<0.0001
男性	556 (21.8)	-9.5	1,998 (78.2)	9.5	2,554	
女性	473 (36.1)	9.5	837 (63.9)	-9.5	1,310	
總和	1,029 (26.6)		2,835 (73.4)		3,864	
年齡層						0.001
0-24 歲	77 (28.8)	0.8	190 (71.2)	-0.8	267	
25-44 歲	351 (30.3)	3.4	806 (69.7)	-3.4	1,157	
45-64 歲	385 (25.9)	-0.8	1,099 (74.1)	0.8	1,484	
65 歲以上	216 (22.6)	-3.3	740 (77.4)	3.3	956	
自殺死亡方式(ICD-9)						<0.0001
以固體或液體物質自殺及自為中毒	203 (41.7)	8.0	284 (58.3)	-8.0	487	
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	236 (25.4)	-1.0	693 (74.6)	1.0	929	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	293 (21.4)	-5.5	1,078 (78.6)	5.5	1,371	
溺水（淹死）自殺及自傷	101 (29.0)	1.1	247 (71)	-1.1	348	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	4 (11.4)	-2.0	31 (88.6)	2.0	35	
切穿工具自殺及自傷	17 (18.9)	-1.7	73 (81.1)	1.7	90	
由高處跳下自殺及自傷	148 (28.3)	0.9	375 (71.7)	-0.9	523	
其他及未明示之方式自殺及自傷	27 (33.3)	1.4	54 (66.7)	-1.4	81	

註:上述死因分類(ICD-9)係以死因統計檔之死因分類(ICD-10)進行轉碼。

以戶籍地進行分析，除宜蘭縣 18 人(占率 19.4%)及連江縣 0 人(占率 0.0%)外，其餘縣市的自殺死亡個案生前有接受關懷之比例均有二成以上，其中又以金門縣(40.0%)比例相對較高。

卡方檢定結果均小於 0.001，顯示自殺死亡前有無關懷在性別、年齡

層與自殺死亡方式均有關聯，進一步由調整化殘差來看，性別以男性在自殺死亡生前有接受關懷比例較低，且達到統計上顯著(標準化殘差<-1.96)，各年齡層以 65 歲以上在自殺死亡生前有接受關懷比例較低，且達到統計上顯著(調整後標準化殘差<-1.96)，以自殺死亡方式來看吊死、勒死及窒息之自殺及自傷及鎗砲及爆炸物自殺及自傷在自殺死亡生前有接受關懷比例較低，且達到統計上顯著(標準化殘差<-1.96)。

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。

108 年自殺企圖通報個案計 29,367 人，年齡不詳的共有 29 人，故將這 29 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 29,236 人。

分析歷年再自殺死亡，歷年皆有 200~300 人左右為通報後再自殺死亡，比例皆為百分之一。

表 2-1-11、103-108 年再自殺死亡趨勢分析

	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年
通報後再自殺死亡人數	264	266	244	305	284	286
通報後再自殺死亡率	1.0	1.0	1.0	1.2	1.0	1.0

(1) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日

針對「各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日」之個案進行分析。就性別而言，各年齡層男性首次通報即死亡，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比例，相對於女性的來得高。

以通報縣市分析，24 歲以下首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 24 歲以下通報總人數比例相對較高的縣市分別為彰化縣 10 人(占率 3.4%)、嘉義市 3 人(占率 3.3%)及宜蘭縣 4 人(占率 3.1%)；25-44 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 25-44 歲通

報總人數比例相對較高的縣市分別為基隆市 14 人(占率 6.6%)、宜蘭縣 14 人(占率 5.9%)及新北市 126 人(占率 5.7%)；45-64 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 45-64 歲通報總人數比例相對較高的縣市分別為連江縣 1 人(占率 50%)、南投縣 26 人(12.6%)及新北市 159 人(占率 11.3%)；65 歲以上首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案，占該縣市 65 歲以上通報總人數比例相對較高的縣市分別為金門縣 1 人(占率 33.3%)、南投縣 23 人(占率 18.7%)及新北市 101 人(占率 16.4%)。

以自殺原因分析，24 歲以下首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 24 歲以下該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「不詳」56 人(占率 8.0%)；25-44 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 25-44 歲該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「校園學生問題」2 人(占率 18.2%)及「生理疾病」9 人(占率 12.5%)；45-64 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 45-64 歲該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「不詳」213 人(占率 21.4%)及「生理疾病」60 人(占率 18.1%)；65 歲以上首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 65 歲以上該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「不詳」124 人(占率 27.1%)及「生理疾病」124 人(占率 14.6%)。

以自殺通報方式分析，24 歲以下首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 24 歲以下該自殺通報方式者，比例相對較高的為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2 人(占率 100.0%)及「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」31 人(占率 14.8%)；25-44 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 25-44 歲該自殺通報方式者，比例相對較高的為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」4 人(占率 50.0%)及「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」136 人(占率 40.7%)；45-64 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 45-64 歲該自殺通報方式者，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」238 人(占率 56.0%)及「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1 人(占率 33.3%)；65 歲以上首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日者，占 65 歲以上該自殺通報方式者，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」145 人(占率 52.0%)及「由高處跳下自殺及自傷」56 人(占率 41.2%)。

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。

(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

針對「各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內」之個案進行分析。就性別而言，男性各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占所有男性該年齡層通報總人數比例，相對於女性的來得高。

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。

以通報縣市進行分析，24 歲以下首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占該縣市 24 歲以下通報總人數比例相對較高的縣市為臺東縣 1 人(占率 0.9%)及宜蘭縣 1 人(占率 0.8%)。25-44 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占該縣市 25-44 歲通報總人數比例相對較高的縣市為澎湖縣 1 人(占率 3.0%)以及屏東縣 6 人(占率 1.6%)。45-64 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占該縣市 45-64 歲通報總人數比例相對較高的縣市為澎湖縣 1 人(占率 3.3%)以及苗栗縣 4 人(占率 3.1%)。65 歲以上首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占該縣市 45-64 歲通報總人數比例相對較高的縣市為金門縣 1 人(占率 33.3%)及臺東縣 5 人(占率 11.4%)。

以自殺原因分析，24 歲以下首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 24 歲以下該自殺原因，比例相對較高的為「工作/經濟」1 人(占率 0.5%)；25-44 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 25-44 歲該自殺原因，比例相對較高的為「生理疾病」1 人(占率 1.4%)；45-64 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 45-64 歲該自殺原因，比例相對較高的為「生理疾病」8 人(占率 2.4%)；65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 65 歲以上該自殺原因，比例相對較高的為「不詳」28 人(占率 6.1%)。

以自殺通報方式分析，24 歲以下首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 24 歲以下該自殺通報方式，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」4 人(占率 1.9%)；25-44 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 25-44 歲該自殺通報方式，比例相對較高的為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2 人(占率 25.0%)；45-64 歲首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 45-64 歲該自殺

通報方式，比例相對較高的為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1 人(占率 33.3%)；65 歲以上首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內之個案，占 65 歲以上該自殺通報方式，比例相對較高的為「溺水(淹死)自殺及自傷」9 人(占率 6.1%)。

(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

針對「各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後」之個案進行分析。就性別而言，男性各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後，占所有男性該年齡層通報總人數比例，相對於女性的來得高。

以通報縣市進行分析，24 歲以下通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占該縣市 24 歲以下通報總人數比例相對較高的縣市為新竹市 3 人(占率 2.3%)。25-44 歲通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占該縣市 25-44 歲通報總人數比例相對較高的縣市為嘉義市 3 人(占率 2.0%)。45-64 歲通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占該縣市 45-64 歲通報總人數比例相對較高的縣市為苗栗縣 3 人(占率 2.3%)。65 歲以上通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後，占該縣市 45-64 歲通報總人數比例相對較高的縣市為澎湖縣 1 人(占率 5.3%)。

以自殺原因分析，24 歲以下通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 24 歲以下該自殺原因，比例相對較高的為「其他」2 人(占率 0.8%)；25-44 歲通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 25-44 歲該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「工作／經濟」(占率 0.4%)以及情感／人際關係(占率 0.4%)；45-64 歲首次通報即死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 45-64 歲該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「生理疾病」(占率 0.9%)；65 歲以上首次通報即死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 65 歲以上該自殺原因自殺者，比例相對較高的為「迫害問題」(占率 1.3%)。

以自殺通報方式分析，24 歲以下通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 24 歲以下該自殺通報方式，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」5 人(占率 2.4%)；25-44 歲通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 25-44 歲該自殺通報方式，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」10 人(占率 3.0%)；45-64

歲通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 45-64 歲該自殺通報方式，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」11 人(占率 2.6%)；65 歲以上通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案，占 65 歲以上該自殺通報方式，比例相對較高的為「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」5 人(占率 1.8%)。

指標性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在於追蹤關懷自殺企圖者，強化偏遠地區之緊急救護能力，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止再度試圖自殺。

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。

(4) 自殺通報拒訪、訪視未遇個案之自殺通報死亡分析

分析 98 至 108 年各年度自殺通報拒訪、訪視未遇個案情形，利用自殺關懷系統關懷檔中，自殺企圖個案之訪視情況計算其當年度拒訪、訪視未遇之比例，將比例區分為小於 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。

根據分析結果顯示，108 年自殺死亡個案且有進入通報系統者，大部分拒訪比例皆小於 50%，僅兩位介於 50%至 80%之間。

(5) 108 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當年度有自殺企圖通報個案人數進行推論分析。

分析中，OR>1 表示通報當次即死亡個案比起非當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=1.32 (95%CI 為[1.04-1.66])，且達到統計上顯著。

108 年自殺死亡個案且於當年度有進入通報系統中，共 2,215 人，其中 1,865 人(占率 84.2%)自殺死亡為當次自殺企圖，350 人(占率 15.8%)自殺死亡為非當次自殺企圖。

以性別分析，男性 1,183 人(占率 85.6%)自殺死亡為當次自殺企圖，高於女性 682 人(占率 81.9%)，其中男性 OR=1.32 (95%CI 為[1.04-1.66])，且達到統計上顯著，亦即以男性來看，自殺死亡更有可能為當次自殺企圖。

以年齡層分析，65 歲以上 513 人(佔率 87.8%)自殺死亡為當次自殺企圖；其中 OR=1.49 (95%CI 為[1.13-1.97])，且達到統計上顯著，亦即 65 歲以上自殺死亡為當次自殺企圖之勝算高於非 65 歲以上。

本文參考國家發展委員會之地區別區分方式，將臺灣地區 22 縣市劃分為北區、中區、南區、東區及離島，其中北區包含臺北市、新北市、基隆市、新竹市、桃園市、新竹縣及宜蘭縣，中區包含臺中市、苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣，南區包含高雄市、臺南市、嘉義市、嘉義縣、屏東縣及澎湖縣，東區包含花蓮縣及臺東縣，離島包含金門縣及連江縣，各地區分析結果雖無顯著差異，但仍值得我們深入探討。

以特殊身份別分析，精照列管 201 人(佔率 69.3%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.35 (95%CI 為[0.27-0.47])，嚴重病人 9 人(佔率 42.9%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.14 (95%CI 為[0.06-0.33])，家暴高危加害人 24 人(佔率 68.6%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.4 (95%CI 為[0.2-0.83])，家暴高危被害人 5 人(佔率 45.5%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.15 (95%CI 為[0.05-0.51])，家暴家害人 122 人(佔率 72.2%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.45 (95%CI 為[0.32-0.65])，皆達到統計上顯著，亦即該特殊身份別自殺死亡為當次自殺企圖之勝算低於非該特殊身份別。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。

以教育程度分析，其教育程度國中 425 人(佔率 80.2%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.69 (95%CI 為[0.54-0.69])，且達到統計上顯著，亦即教育程度為國中者自殺死亡為當次自殺企圖之勝算低於教育程度為非國中者。

以自殺原因分析，自殺原因不詳 646 人(佔率 92.9%)自殺死亡為當次

自殺企圖，其 OR=3.26 (95%CI 為[2.37-4.47])，且達到統計上顯著，亦即自殺原因不詳者自殺死亡為當次自殺企圖之勝算高於自殺原因非為不詳者；自殺原因情感／人際關係 316 人(佔率 73.1%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.41 (95%CI 為[0.32-0.53])，且達到統計上顯著，亦即自殺原因情感／人際關係者自殺死亡為當次自殺企圖之勝算低於自殺原因非為情感／人際關係者。

以自殺通報方式分析，以固體或液體物質自殺及自為中毒 328 人(佔率 66.3%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.23 (95%CI 為[0.18-0.3])，切穿工具自殺及自傷 45 人(佔率 54.9%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.21 (95%CI 為[0.13-0.33])，其他及未明示之方式自殺及自傷 46 人(佔率 58.2%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.24 (95%CI 為[0.15-0.39])，皆達統計上顯著，亦即該自殺通報方式自殺死亡為當次自殺企圖之勝算低於非該自殺通報方式；而由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒 390 人(佔率 91.1%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=2.17(95%CI 為[1.52-3.1])，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 620 人(佔率 94.2%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=4.09 (95%CI 為[2.88-5.8])，溺水 (淹死) 自殺及自傷 139 人(佔率 90.8%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=1.93 (95%CI 為[1.1-3.39])，由高處跳下自殺及自傷 284 人(佔率 92.8%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=2.68 (95%CI 為[1.71-4.2])，皆達統計上顯著，亦即該自殺通報方式自殺死亡為當次自殺企圖之勝算高於非該自殺通報方式

以自殺死亡方式分析，溺水 (淹死) 自殺及自傷 139 人(佔率 79.0%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.68(95%CI 為[0.41-1])，其他及未明示之方式自殺及自傷 28 人(佔率 66.7%)自殺死亡為當次自殺企圖，其 OR=0.37 (95%CI 為[0.19-0.7])，皆達統計上顯著，亦即該自殺死亡方式自殺死亡為當次自殺企圖之勝算低於非該自殺死亡方式。

(6) 101-105 年特殊身份別對於自殺死亡之人群歸因(Population Attributable Fraction)

分析對象為利用 101-106 年自殺死亡個案與一般具有健保資格之民眾，並針對自殺死亡個案之性別及年齡進行 1:10 之比例配對後，產出配對組，而病例組則為自殺死亡個案，並針對各特殊身份別，較正年齡後，分析 PAF 及 SMR，配對組及病例組各組人數如下表 2-1-12。

表 2-1-12、101-106 年病例組與配對組各組人數

性別	年齡	對照組	病例組
男	0-24	5860	586
男	25-44	41560	4156
男	45-64	53810	5381
男	65+	35670	3567
女	0-24	3400	340
女	25-44	23210	2321
女	45-64	25940	2594
女	65+	19250	1925

由於特殊身份別並未均有 106 年之資料，故後續特殊身份別分析則僅採用 101-105 年之資料，各組人數如下表 2-1-13。

表 2-1-13、101-105 年病例組與配對組人數

性別	對照組	病例組
男	113240	11324
女	59300	5930

分析 101-105 年特殊身份別對於自殺死亡之人群歸因，採用 1:10 之配對結果，亦即 1 個自殺死亡個案配對 10 個人口，整體而言，以家暴相對人來看，減少家暴相對人，能減少 4%自殺死亡人數。

表 2-1-14、101-105 年特殊身份別對於自殺死亡之人群歸因

		整體			
	特殊身份別	對照組	病例組	PAF(95%CI)	SMR(95%CI)
1	家暴相對人	2231 (1.3)	978 (5.7)	4.1 (3.72-4.41)	3.53 (3.35-3.71)
2	性侵相對人	117 (0.1)	50 (0.3)	0.2 (0.12-0.28)	3.30 (2.57-4.03)
3	精神照護個案	2135 (1.2)	1759 (10.2)	8.3 (7.89-8.8)	5.51 (5.32-5.69)
4	毒品個案	915 (0.5)	645 (3.7)	3 (2.67-3.24)	4.78 (4.50-5.06)
5	家暴受害人	2170 (1.3)	706 (4.1)	2.6 (2.33-2.92)	2.78 (2.61-2.96)
6	替代治療個案	277 (0.2)	296 (1.7)	1.4 (1.23-1.61)	5.83 (5.37-6.29)
7	兒少受害人	22 (0)	15 (0.1)	0.1 (0.03-0.11)	4.67 (3.06-6.27)
8	性侵受害人	93 (0.1)	56 (0.3)	0.2 (0.16-0.33)	4.17 (3.35-4.99)

9 兒少施虐人	316 (0.2)	145 (0.8)	0.6 (0.47-0.74)	3.5 (3.03-3.96)
10 嚴重病人	100 (0.1)	145 (0.8)	0.7 (0.58-0.85)	6.57 (5.93-7.22)
11 農民	19446 (11.3)	2241 (13)	2 (1.46-2.49)	1.18 (1.13-1.23)

表 2-1-15、101-105 年特殊身份別對於自殺死亡之人群歸因(續)

男性				
特殊身份別	對照組	病例組	PAF(95%CI)	SMR(95%CI)
1 家暴相對人	2031 (1.8)	853 (7.5)	5.4 (4.88-5.86)	3.49 (3.29-3.68)
2 性侵相對人	-	-	0.3 (0.19-0.43)	3.33 (2.59-4.06)
3 精神照護個案	1403 (1.2)	967 (8.5)	6.8 (6.27-7.31)	4.88 (4.65-5.11)
4 毒品個案	824 (0.7)	559 (4.9)	3.9 (3.5-4.3)	4.75 (4.45-5.05)
5 家暴受害人	841 (0.7)	244 (2.2)	1.3 (1.03-1.56)	2.51 (2.23-2.78)
6 替代治療個案	249 (0.2)	260 (2.3)	1.9 (1.63-2.18)	5.81 (5.33-6.3)
7 兒少受害人	16 (0)	10 (0.1)	0.1 (0.02-0.12)	4.52 (2.67-6.38)
8 性侵受害人	12 (0)	4 (0)	0 (-0.01-0.06)	2.75 (1.8-3.71)
9 兒少施虐人	265 (0.2)	102 (0.9)	0.6 (0.44-0.78)	3.09 (2.59-3.6)
10 嚴重病人	66 (0.1)	84 (0.7)	0.6 (0.47-0.78)	6.21 (5.39-7.04)
11 農民	13031 (11.5)	1463 (12.9)	1.4 (0.81-2.07)	1.13 (1.07-1.18)

表 2-1-16、101-105 年特殊身份別對於自殺死亡之人群歸因(續)

女性				
特殊身份別	對照組	病例組	PAF(95%CI)	SMR(95%CI)
1 家暴相對人	200 (0.3)	125 (2.1)	1.6 (1.26-1.98)	4.32 (3.74-4.9)
2 性侵相對人	-	-	-	-
3 精神照護個案	732 (1.2)	792 (13.4)	11.3 (10.45-12.2)	6.59 (6.29-6.9)
4 毒品個案	91 (0.2)	86 (1.5)	1.2 (0.88-1.49)	5.48 (4.67-6.3)
5 家暴受害人	1329 (2.2)	462 (7.8)	5.2 (4.55-5.92)	3.05 (2.81-3.29)
6 替代治療個案	28 (0)	36 (0.6)	0.5 (0.31-0.71)	6.28 (4.97-7.59)
7 兒少受害人	6 (0)	5 (0.1)	0.1 (-0.01-0.14)	5.18 (2.31-8.05)
8 性侵受害人	81 (0.1)	52 (0.9)	0.7 (0.44-0.91)	4.4 (3.51-5.3)
9 兒少施虐人	51 (0.1)	43 (0.7)	0.6 (0.37-0.8)	5.09 (4.02-6.16)
10 嚴重病人	34 (0.1)	61 (1)	0.9 (0.63-1.14)	7.16 (6.17-8.15)

11 農民	6415 (10.8)	778 (13.1)	3.2 (2.26-4.04)	1.32 (1.23-1.4)

(7) 101-106 年精神診斷對於自殺死亡之人群歸因(Population Attributable Fraction)

分析101-106年精神診斷對於自殺死亡之人群歸因，以精神疾病為例，45-64 歲女性其 PAF 為 69.4%，表示減少 45-64 歲女性精神疾病患者，能減少該族群 69.4%自殺死亡人數。

表 2-1-17、101-106 年精神疾病健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-(含門急診及住院)

性別	年齡	對照組	病例組	Odds ratio	PAF(95%CI)
男	0-24	243 (4.1)	184 (31.4)	10.63 (8.55-13.2)	26.5 (22.5-30.4)
男	25-44	2976 (7.2)	1927 (46.4)	11.37 (10.58-12.22)	40 (38.3-41.6)
男	45-64	5798 (10.8)	2669 (49.6)	8.16 (7.68-8.66)	41.2 (39.7-42.7)
男	65+	6912 (19.4)	1761 (49.4)	4.13 (3.84-4.43)	34.7 (32.7-36.7)
女	0-24	136 (4)	176 (51.8)	26.52 (20.11-34.96)	47.5 (41.5-52.9)
女	25-44	1954 (8.4)	1663 (71.7)	28.73 (25.91-31.84)	67.1 (64.9-69.1)
女	45-64	4082 (15.7)	1970 (75.9)	17.15 (15.57-18.88)	69.4 (67.4-71.4)
女	65+	5074 (26.4)	1223 (63.5)	4.89 (4.43-5.4)	47.7 (44.8-50.5)

註：icd9 診斷碼:290-319、icd10 診斷碼:F00-F99。

表 2-1-18、101-106 年思覺失調症健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-(含門急診及住院)

性別	年齡	對照組	病例組	Odds ratio	PAF(95%CI)
男	0-24	10 (0.2)	21 (3.6)	29.55 (13.82-63.19)	3.2 (1.6-4.7)
男	25-44	289 (0.7)	380 (9.1)	23.11 (19.71-27.1)	7.8 (6.9-8.7)
男	45-64	373 (0.7)	269 (5)	12.75 (10.85-14.99)	4 (3.4-4.5)
男	65+	64 (0.2)	10 (0.3)	2.44 (1.25-4.75)	0.1 (-0.1-0.3)
女	0-24	127	27 (7.9)	275.85 (64.96->999.99)	7.4 (4.4-10.3)
女	25-44		199 (8.6)	53.82 (42.41-68.3)	7.4 (6.2-8.5)
女	45-64	183 (0.7)	248 (9.6)	47.26 (38.43-58.13)	8.2 (7-9.3)
女	65+	44 (0.2)	19 (1)	8.81 (5.11-15.18)	0.8 (0.3-1.3)

註：icd9 診斷碼:295、icd10 診斷碼:F20、F25。

表 2-1-19、101-106 年情感性疾病健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-(含門急診及住院)

性別	年齡	對照組	病例組	Odds ratio	PAF(95%CI)
男	0-24	8 (0.1)	28 (4.8)	49.9 (22.57-110.3)	4.4 (2.6-6.1)
男	25-44	142 (0.3)	213 (5.1)	26.07 (20.99-32.38)	4.4 (3.7-5.1)
男	45-64	209 (0.4)	253 (4.7)	21.43 (17.77-25.84)	4 (3.4-4.5)
男	65+	145 (0.4)	73 (2)	8 (6.02-10.64)	1.5 (1-2)
女	0-24	5 (0.1)	26 (7.6)	111.7 (42.2-295.64)	7 (4.1-9.9)
女	25-44	118 (0.5)	279 (12)	81.33 (64.57-102.44)	10.6 (9.3-12)
女	45-64	168 (0.6)	261 (10.1)	54.37 (44.09-67.05)	8.7 (7.5-9.8)
女	65+	101 (0.5)	65 (3.4)	13.07 (9.48-18.01)	2.6 (1.8-3.4)

註：icd9 診斷碼:296(except2962、2963、29682)、icd10 診斷碼:F30、F31、F308、F348、F349。

表 2-1-20、101-106 年憂鬱症健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-(含門急診及住院)

性別	年齡	對照組	病例組	Odds ratio	PAF(95%CI)
男	0-24	35 (0.6)	55 (9.4)	22.19 (14.34-34.32)	8.3 (5.8-10.7)
男	25-44	404 (1)	557 (13.4)	24.2 (21.14-27.71)	11.5 (10.5-12.6)
男	45-64	869 (1.6)	926 (17.2)	18.87 (17.07-20.86)	14.6 (13.6-15.6)
男	65+	853 (2.4)	560 (15.7)	10.46 (9.31-11.75)	12.6 (11.3-13.8)
女	0-24	23 (0.7)	76 (22.4)	69.83 (42.5-114.74)	20.7 (16-25.2)
女	25-44	402 (1.7)	728 (31.4)	61.86 (53.43-71.62)	28.2 (26.2-30.1)
女	45-64	767 (3)	890 (34.3)	40.98 (36.15-46.46)	30.3 (28.3-32.2)
女	65+	777 (4)	456 (23.7)	11.88 (10.35-13.65)	19 (17-21)

註：icd9 診斷碼: 2962、2963、29682、3004、icd10 診斷碼: F32、F330-F334、F339、F341

表 2-1-21、101-106 年精神官能症健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-(含門急診及住院)

性別	年齡	對照組	病例組	Odds ratio	PAF(95%CI)
男	0-24	68 (1.2)	21 (3.6)	4.37 (2.65-7.21)	2.3 (0.8-3.8)
男	25-44	910 (2.2)	294 (7.1)	5.67 (4.94-6.52)	4.6 (3.8-5.3)
男	45-64	2123 (3.9)	548 (10.2)	4.57 (4.13-5.06)	6 (5.1-6.8)
男	65+	2114 (5.9)	484 (13.6)	3.66 (3.28-4.08)	7.4 (6.3-8.6)

女	0-24	59 (1.7)	19 (5.6)	6.57 (3.82-11.29)	3.7 (1.1-6.1)
女	25-44	730 (3.1)	208 (9)	9.71 (8.16-11.56)	5.5 (4.3-6.6)
女	45-64	1906 (7.3)	345 (13.3)	6.42 (5.58-7.38)	5.9 (4.5-7.2)
女	65+	1777 (9.2)	338 (17.6)	3.85 (3.35-4.42)	8.4 (6.6-10.2)

註：icd9 診斷碼: 300(except300.4)、icd10 診斷碼: F40-F42、F44-F45

表 2-1-22、101-106 年其他精神疾病健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-(含門急診及住院)

性別	年齡	對照組	病例組	Odds ratio	PAF(95%CI)
男	0-24	122 (2.1)	59 (10.1)	6.74 (4.86-9.35)	7.5 (5-9.9)
男	25-44	1231 (3)	483 (11.6)	6.89 (6.15-7.72)	8.2 (7.2-9.2)
男	45-64	2224 (4.1)	673 (12.5)	5.36 (4.88-5.89)	8 (7.1-8.9)
男	65+	3736 (10.5)	634 (17.8)	2.75 (2.49-3.03)	7.4 (6.1-8.8)
女	0-24	47 (1.4)	28 (8.2)	12.08 (7.36-19.83)	6.4 (3.4-9.3)
女	25-44	579 (2.5)	249 (10.7)	14.3 (12.08-16.92)	7.7 (6.4-9)
女	45-64	1058 (4.1)	226 (8.7)	7.54 (6.4-8.89)	4.4 (3.3-5.5)
女	65+	2375 (12.3)	345 (17.9)	2.91 (2.54-3.34)	5.7 (3.9-7.5)

(8) 自殺企圖個案自殺死亡與訪視情況之推論性分析

利用 98-106 年首次通報 180 天內再自殺死亡個案與首次通報自殺企圖且 180 天內未死亡個案之性別、年齡、自殺企圖年進行傾向分數配對，並以 1:4 之比例配對，配對完成後各組人數如下表 2-1-23。

表 2-1-23、98-106 年 180 天內再自殺死亡個案與首次自殺企個案配對結果

	首次自殺企圖(N=52620)	再自殺死亡個案(N=13155)
性別		
男性	33495 (63.7)	8227 (62.5)
女性	19125 (36.3)	4928 (37.5)
年齡		
平均值	49.9±17.7	50.3±17.9
首次自殺企圖年		
98	5324 (10.1)	1341 (10.2)
99	5166 (9.8)	1327 (10.1)
100	5053 (9.6)	1312 (10)
101	5982 (11.4)	1485 (11.3)
102	6079 (11.6)	1502 (11.4)

	首次自殺企圖(N=52620)	再自殺死亡個案(N=13155)
103	6080 (11.6)	1527 (11.6)
104	6375 (12.1)	1574 (12)
105	6033 (11.5)	1493 (11.3)
106	6528 (12.4)	1594 (12.1)

再將篩選出個案進行脆弱存活分析，公式如下 2-1-1，並假定個案巢套於通報縣市以進一步估算通報縣市之隨機效果，並估計各變項之危險比率公式如下 2-1-2，分析結果如下表 2-1-24。

$\lambda_{iJ}(t|Z_i) = Z_I \exp(\beta^T x_{ij})\lambda_0(t)$……2-1-1

i=自殺企圖個案巢套於通報縣市 i

$h(t)=h_0(t)x\exp(b_1x_1+b_2x_2+\cdots\cdots b_jx_j)$……2-1-2

h_0 為基準風險

HR>1 相較基準風險組，危險比增加之倍數；HR=1 為基準風險組；HR<1 相較基準風險組，危險比減少之倍數。

表 2-1-24 可以看出首次自殺企圖方式致死率越高，其後續自殺死亡風險相較僅使用以固體或液體物質自殺者增加；而訪視對象如果為個案本人，則不論個案是否拒訪，其自殺死亡風險均較沒有訪視本人來的低，可能是拒訪之個案本人並非連繫不到本人，且仍有訪視個案本人，而訪視結果是個案拒訪，相較於沒有訪視個案本人的訪視，其危險比仍相較低；同時基準組的選擇亦有關係，而若訪視對象為家屬，則不論家屬是否拒訪，其後續自殺死亡風險比率均是增加，而個案精神疾病方面，除其他精神疾病其自殺死亡風險較沒有診斷精神疾病之風險來的低外，其餘則無顯著差異；就訪視類型來看，雖然家訪看似較電訪其風險比率來的低，但並未達到顯著，而隨機效果達到顯著顯示不同的通報縣市對個案再自殺死亡可以有不同的效果。

因此後續訪視流程仍需強化訪視個案本人之必要性，然而訪視僅訪視到家屬亦不可輕忽，其風險比率仍較沒有訪視家屬來的高。然而由於訪視資料仍有許多填寫錯誤處，以致資料再串聯訪視資料後，仍刪除掉不少筆資料，且並無法核對訪視資料勾選之欄位與實際訪視情型之落差，因此僅能持續強化訪視資料填寫的正確性。

表 2-1-24、98-106 年再自殺死亡個案與自殺企圖者之脆弱模型存活分析

變項	HR(95%CI)
首次自殺企圖方式	

以固體或液體物質	1
以固體或液體物質及以切穿工具	0.65 (0.51-0.84)**
由氣體或其他蒸氣	1.62 (1.53-1.71)***
上吊、勒死與窒息	1.69 (1.59-1.8)***
由高處跳下	1.58 (1.48-1.68)***
以切穿工具	0.61 (0.55-0.68)***
其他自殺方式	1.31 (1.24-1.38)***
訪視情況	
訪視本人	0.34 (0.3-0.38)***
個案本人拒訪	0.35 (0.27-0.45***
訪視家人	1.34 (1.23-1.45)***
個案家人拒訪	1.29 (1.07-1.56)**
訪視親友	1.06 (0.81-1.39)
個案親友拒訪	3.72 (0.53-26.18)
自殺企圖前一年精神疾病診斷(門急診與住院紀錄)	
沒有精神疾病診斷	1
思覺失調症	1 (0.93-1.08)
情感性疾患	0.99 (0.91-1.07)
憂鬱症	0.98 (0.94-1.03)
精神官能症	1.01 (0.95-1.06)
其他精神疾病	0.9 (0.85-0.95)***
訪視型態	
電訪	1
其他地點面談	1.54 (0.98-2.43)
門診	1.76 (1.29-2.4)***
家訪	0.96 (0.86-1.08)
隨機效果	
通報縣市	0.005(0.002)***

2. 跨部會自殺防治策略研商建議

1) 全國自殺防治綱領草案

中心於 2 月 14 日提報全國自殺防治綱領草案，內容涵蓋自殺防治現況及趨勢分析，以及自殺防治之衝擊及挑戰，擬定出 13 項策略。自殺防治工作需要多層面介入，協同各層級及各領域之運作方收實效，草案中針對

各部會主責業務及自殺現況進行自殺防治工作權責分工。

以教育部分工為例，根據國人死因統計，自殺近年雖未列於十大死因之內，但是青少年自殺死亡率逐年攀升；近十年來兒少自殺通報人次亦有逐年上升趨勢，且自 107 年起大幅上升，因此除了建構學生安全上課環境外，深化教職員及學校相關輔導人員的自殺防治知能，並且加強學生生命教育與問題因應能力皆為教育部的權責分工範圍。

另以自殺通報年齡層觀察，歷年來自殺通報占率皆以「25-44 歲」為最高，在此年齡層之自殺通報原因上，除情感問題與精神疾病外，工作與經濟問題也是主因。因此在勞動部權責分工上，建議提倡勞工在職場上的心理衛生，並且引入心理衛生及自殺防治相關措施。

在自殺方法上,則需要經濟部、交通部及農委會等相關部會的合作，降低自殺工具的可得性以及自殺方法的可近性。

各部會自殺防治工作權責分工如表 2-1-19 所示,草案細節請參閱章節 4.1 提報全國自殺防治綱領(草案)。

數據用建議敬請參考自中心所出版之自殺防治系列 41:自殺數據判讀指引，本手冊將帶領讀者逐步解讀自殺死亡與自殺企圖通報數據，以及熟稔視覺化圖表的內容，擬訂有效的自殺防治策略與方案。期待透過全國性數據分析，更進一步地了解自殺企圖者的特性，適時精進防治品質，提升自殺防治效益。

表 2-1-19、各部會自殺防治工作權責分工

部會	權責分工
內政部	(1) 強化居住環境之安全以避免自殺事件發生
	(2) 強化警消系統自殺危機因應能力、跨單位之合作連繫及後續媒體訊息溝通
	(3) 促進新移民之心理衛生及自殺防治相關知識宣導
教育部	(1) 建構學童安全上課環境，並促進跨單位合作
	(2) 深化教職員、諮商或輔導專業師資之自殺防治基本知能及因應能力
	(3) 加強學童情感、生命教育及問題因應能力
	(4) 提升學校及學生相關人員之自殺防治相關知識
	(5) 完善並維護學生自殺通報系統及後續處置、聯繫

國防部	(1) 提升軍官將領之心理衛生及自殺防治知能宣導
	(2) 針對軍事機構內自殺高風險者，建立完善保護制度及轉介、治療流程
	(3) 確保軍事機構內之求助管道暢通
法務部	(1) 強化矯正機關之保護安全措施及制度，並確保求助管道暢通
	(2) 發展心理衛生相關教育課程以提升矯正機關人員之心理衛生素養
衛生福利部	(1) 針對各級地方衛生及社會福利機關進行業務指導、監督和協調
	(2) 持續整合併精進跨部會服務體系
	(3) 管控自殺防治通報系統，精進整體運作功能
	(4) 推廣「心情溫度計」及心理衛生資源並提倡心理衛生知能
	(5) 持續推動自殺者親友(遺族)關懷活動
	(6) 持續強化醫療院所及第一線人員自殺防治專業知能及服務品質
	(7) 規劃全國性自殺防治策略並定期檢討效益
	(8) 統籌並適當分配自殺防治資源於高風險地區
經濟部	(1) 協助、輔導廠商管理高致命性自殺工具之販售並對之宣導自殺防治
	(2) 提升商家、廠商之員工自殺防治相關知能
	(3) 強化國內水域設施之安全防護以避免自殺事件發生
交通部	(1) 強化交通設施、大眾運輸交通工具、道路及橋梁安全性及其管理措施以防止自殺行為發生
	(2) 強化觀光景點之安全性及其管理措施，並針對觀光景點業者提升自殺防治相關知能
勞動部	(1) 提倡勞工職場心理衛生，並協助雇主提升針對勞工及工作環境設計並引入心理衛生及自殺防治相關措施
	(2) 保障心理衛生相關工作者之勞工權益及改善其工作環境
外交部	(1) 協助並鼓勵我國各公私立團體參與國內外或國際間自殺防治相關活動及交流
文化部	(1) 鼓勵心理衛生、自殺防治相關文化事業之發展
	(2) 設立監督機制防範有危害自殺防治法之文化產業內容，如影視作品及媒體報導

農業委員會	(1) 針對高致命性農藥進行管理、管制 (2) 針對販售、農民等相關人員，持續提升之自殺防治知識
國軍退除役官兵輔導委員會	(1) 提升退役軍官將領之心理衛生及自殺防治相關知能 (2) 強化退除役官兵對自殺議題的敏感度並落實去汙名化
原住民委員會	(1) 設立原住民心理諮商求助管道及支持團體 (2) 配合原住民文化辦理相關活動以提升原住民整體心理衛生
國家通訊傳播委員會	(1) 強化大眾傳播媒體及自媒體報導自殺事件之新聞素養及監督 (2) 媒體識讀之培養 (3) 境外自殺訊息網站之披露管理
國家發展委員會	(1) 針對跨單位、中央地方政府相關自殺防治政策提供適當績效管理、協調機制強化 (2) 建立民眾、地方至中央等相關自殺防治政府政策溝通平臺

2) 自殺防治諮詢會

依據自殺防治法第 4 條規定，中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會，以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。為執行此項規定，衛生福利部由部長擔任召集人，邀集跨部會代表、專家學者代表組成自殺防治諮詢會，於每四個月召開一次會議。

109 年度第一次會議於 4 月 6 日召開，會中由全國自殺防治中心報告二案，案 1 為「自殺防治工作整體策略規畫」、案 2 為「學齡人口自殺防治策略規畫」。

國家自殺防治工作須以多層面介入，協同各層級及各領域之運作方收實效，在執行上，政府機關行政單位是以中央與地方垂直整合為核心，由中央召開跨部會自殺防治諮詢會以形成各部會的共識，負責推動支援協調及整合各部門自殺防治工作並指導所屬權責機關研擬及規劃自殺防治計畫，進一步提升地方政府跨局處、跨單位落實因地制宜之自殺防治方案效能。

中心根據自殺防治法擬定相關業務權責部會，如表 2-1-20，自殺防治諮詢會細節請參閱章節 5.1

表 2-1-20、自殺防治法：相關業務權責部會

	條文	相關業務權責部會
3	自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。	中央及地方各級政府

4	中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會,以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。	衛生福利部
5	直轄市、縣(市)主管機關為協調、諮詢、督導、考核及推動自殺防治工作，應設跨單位之自殺防治會。 前項自殺防治會之組成、任務、議事程序及其他應遵行事項，由直轄市、縣(市)主管機關定之。	各直轄市、縣(市)政府
6	各機關、學校、法人、機構及團體,應配合中央及直轄市、縣(市)主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。 中央主管機關為辦理自殺防治工作之必要,得請求有關機關協助或提供相關資料。 第一項自殺防治教育及心理諮詢管道所需費用,必要時中央及直轄市、縣(市)主管機關得予補助。	衛生福利部；各直轄市、縣(市)政府
7	各級政府每年應編列自殺防治經費,執行本法所定相關事項。 中央主管機關應針對直轄市、縣(市)主管機關自殺防治方案推行績效優良者，給予獎勵。	中央及地方各級政府；衛生福利部
8	直轄市、縣(市)主管機關應設置自殺防治相關人力，並提升其專業技能。 前項自殺防治相關人力之資格、訓練、課程及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。 中央主管機關就前二項事項，必要時應對直轄市、縣(市)主管機關予以補助。	衛生福利部；各直轄市、縣(市)政府
9	中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領,報行政院核定後實施。 中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，辦理下列事項： 一、自殺防治現況調查。 二、自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。 三、每年製作自殺防治成果報告。 四、輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治。 五、推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。 六、建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。	衛生福利部

	七、推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。 八、協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機 制。 九、其他自殺防治有關事項。 前項第五款自殺防治守門人，指具備自殺防治觀念，能識別自殺風險，並提供協助或轉介等作為，以防範他人發生自殺行為之人。 第二項法人、團體於執行受委託業務時，得蒐集、處理或利用必要之個人資料。	
10	中央主管機關應設置或委託辦理免付費之二十四小時自殺防治緊急諮詢電話。	衛生福利部
11	中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村(里)長、村(里)幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。 前項通報之方式及內容，由中央主管機關定之；通報人之身分資料，應予保密。 直轄市、縣(市)主管機關接獲通報後，應立即處理；必要時得自行或委請其他機關(構)、團體進行關懷訪視。	衛生福利部
12	各級主管機關應建立機制，降低民眾取得高致命性自殺工具或實施高致命性自殺方法之機會。	各級主管機關
13	直轄市、縣(市)主管機關為防止自殺行為人再自殺，提供自殺行為人及其親友心理輔導、醫療、社會福利、就學或就業等資源轉介。	各直轄市、縣(市)政府衛生局
14	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。	內政部警政署、衛生福利部醫事司、教育部、教育部學生事務及特殊教育司、教育部綜合規劃司、教育部國民及學前教育署
15	各機關、學校、法人、機構、團體及相關業務人員執行本	各直轄市、縣(市)政府

	法相關業務時,對自殺行為人及其親友之個人資料應予保密，不得無故洩漏。 無故洩漏前項個人資料者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣六千元以上六萬元以下罰鍰。	
17	廣播、電視事業違反前條規定者，由目的事業主管機關處新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改正；屆期未改正者，得按次處罰。 前項以外之宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體違反前條規定者，由直轄市、縣(市)主管機關處負責人及相關行為人新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰,並得沒入前條規定之物品、令其限期移除內容、下架或其他必要之處置；屆期不履行者，得按次處罰。	國家通訊傳播委員會；各直轄市、縣(市)政府

3) 修訂「政府跨部會自殺防治手冊」

於下半年依照自殺防治法、全國自殺防治綱領及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者修訂「政府跨部會自殺防治手冊」，供中央各部會及各地方政府參考運用。內容規劃詳見章節 4.11 修訂「政府跨部會自殺防治手冊」。

3. 提供資料分析報告

1) 配合衛生福利部需求，由專業人員辦理臨時性資料分析，至 10 月 31 日提供分析資料如表 2-1-21。

表 2-1-21、提供衛生福利部統計與分析資料

日期	需求內容
2/4	108 年 1-8 月自殺企圖個案身分證字號及通報日期資料
2/4	108 年全年度自殺通報關懷平均訪視次數
2/10	108 年全國自殺通報 65 歲以上老人通報人次及訪視人次
3/10	108 年標準化死亡率預估
4/13	109 年 1~3 月自殺通報資料
4/14	108 年全年度精照列管通報人次
4/16	105 至 108 年，14 歲以下(未滿 15 歲)及 15 歲(未滿 16 歲)之自殺通報人次
4/29	108 年 0-17 歲自殺通報人次
4/29	107 年 15-44 歲自殺粗死亡率
5/6	108 年度自殺死亡率初步資料

5/13	106 年至 108 年各縣市訪視類型比率表及各縣市應達成之面訪比率建議
5/29	108 年各年齡層自殺粗死亡率
5/29	108 年與 107 年 15-24 歲關懷訪視人次
6/8	109 年 1-4 月各縣市通報個案尚未結案人數
6/15	106-108 年自殺通報個案原因占率
7/22	109 年 1-6 月關懷訪視人次
7/23	109 年 1-6 月各縣市平均關懷訪視人次
8/26	109 年 1-7 月各縣市通報後派案、派案後訪視天數
9/14	近十年全國、桃園市自殺數據
9/15	各縣市 107-108 年精照系統註記之自殺死亡人數
10/7	105-108 年 15-24 歲自殺死亡人數與自殺粗死亡率
10/7	83-108 年固體液體自殺死亡數據

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、108 年與 107 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和危險指標及因應策略

Chen, I. M., Liao, S. C., Lee, M. B., Wu, C. Y., Lin, P. H., & Chen, W. J. (民 105). Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: A national registry study in Taiwan. *J Formos Med Assoc, 115*(5), 364-371. doi:10.1016/j.jfma.2015.07.009

Huang, Y. C., Wu, Y. W., Chen, C. K., & Wang, L. J. (民 103). Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. *Neuropsychiatr Dis Treat, 10*, 711-718. doi:10.2147/ndt.s61965

Méndez-Bustos, P., de Leon, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide Reattempters: A Systematic Review. *Harvard review of psychiatry, 21*, 281-295. doi:10.1097/HRP.0000000000000001

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

但就自殺行為而言，女孩卻比男孩更常發生；而且，在過去十年間女孩選擇以暴力方式自殺的比率正逐漸增加。因此，兒少的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺加以防治的話，學校是最理想的場域。以學校為單位的最佳自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，包括整合老師、校醫、學校護理師、諮商心理師、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 108 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) 108 年 0-17 歲自殺企圖通報個案與全年齡層比較分析自殺企圖者特性。
2) 108 年 0-17 歲、全年齡人口自殺死亡個案之特性分析。

3) 串聯自殺企圖通報資料及自殺死亡檔，計算 0-17 歲自殺企圖個案之自殺死亡情形及各項危險指標等；串連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、精神照護系統、替代治療資料庫、毒品危害防制中心案件管理系統，進行自殺死亡個案生前特殊身分別回溯性分析。

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、戶籍縣市、死因分類(ICD-10)。

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、精神照護資訊管理系統、替代治療資料庫-個案基本資料、替代治療資料庫-加入替代治療歷程檔、毒品危害防制中心案件管理系統_個案管理檔。

3. 資源連結合作：

1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人台灣自殺防治學會、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：108 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：95 年至 108 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、精神照護系統、替代治療資料庫-個案基本資料、替代治療資料庫-加入替代治療歷程檔、毒品危害防制中心案件管理系統_個案管理檔。

(1) 資料期間：98 年至 108 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) 108 年自殺企圖個案特性分析，以性別、年齡、通報縣市、自殺通報方法別、自殺原因及特殊身分註記進行交叉分析。

2) 108 年 0-17 歲自殺死亡個案特性分析，以死因分類(ICD-9)分別與性別及戶籍縣市進行交叉分析；97 至 108 年各年度 0-17 歲性別之自殺死亡趨勢。

3) 以 108 年 0-17 歲自殺企圖通報資料串聯 108 年自殺死亡檔，分析其特性差異。定義自殺死亡日期於指標通報日 7 天內之個案為首次通報即死亡；若自殺死亡日期於指標通報日 7 天後之個案則為通報後再自殺死亡。

4) 以 108 年自殺死亡個案串聯 95 至 108 年自殺企圖通報資料，分析其特性差異。

5) 108 年自殺死亡個案生前特殊身分別分析，利用自殺死亡清冊分別串連低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚、保護資訊服務系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、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。

四、 成果

1. 完成 108 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(附件 2-2-1)。

2. 報告節錄如下:

1) 全國自殺通報數據與分析

(1) 兒少資料分析

108 年全國 0-17 歲兒少自殺通報為 3,390 人次，占總通報(35,324 人次)9.6%；其中男性通報 774 人次占 22.8%，女性通報 2,616 人次占 77.2%，女性為男性的 3.38 倍。

以自殺方式分析，0-17 歲兒少以「切穿工具自殺及自傷」(50.2%)為最多人採用之方式，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(33.3%)次之，第三高為「由高處跳下自殺及自傷」(11.3%)。 (如圖 2-2-1)

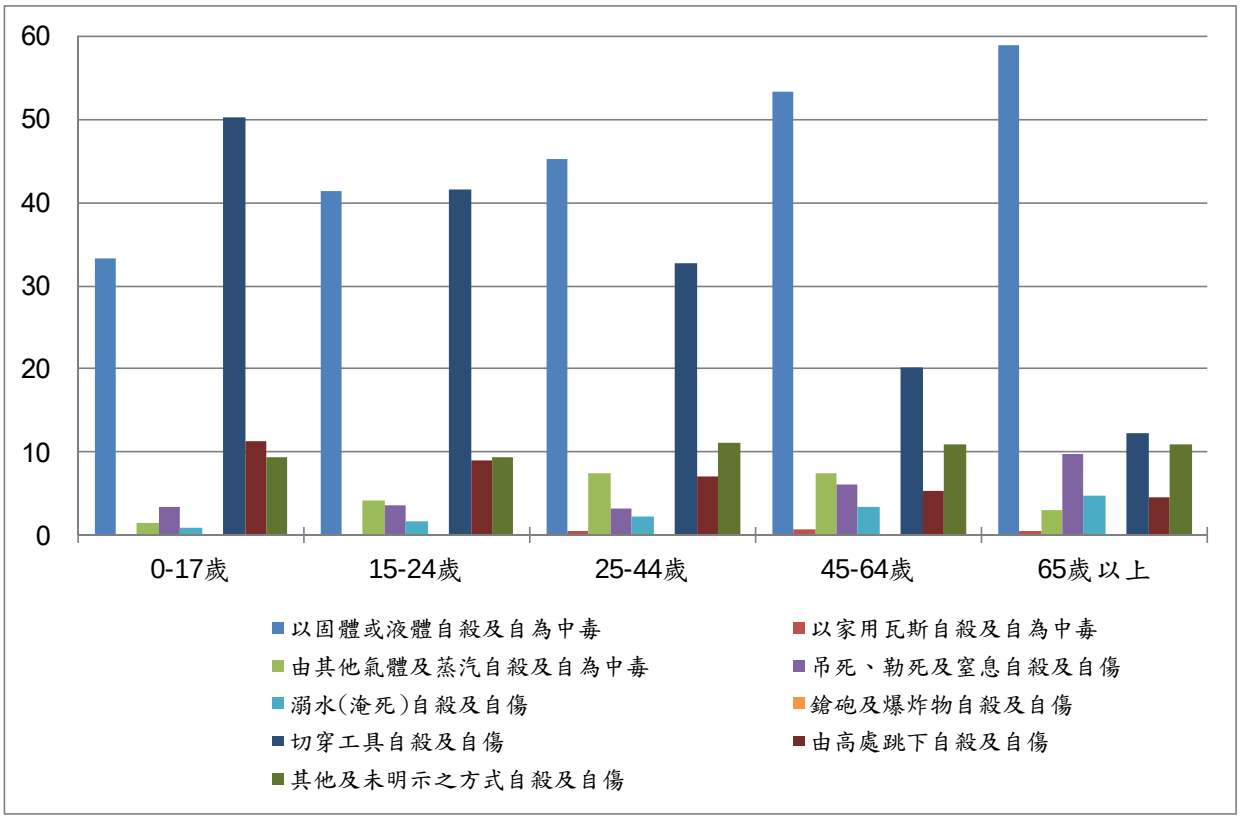


圖 2-2-1、108 年全國兒少及各年齡層自殺通報方式占率圖

(註：0-17 歲中有 2,053 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」(47.8%)、「精神健康／物質濫用」(47.7%)及「校園學生問題」(27.9%)。(如圖 2-2-2)

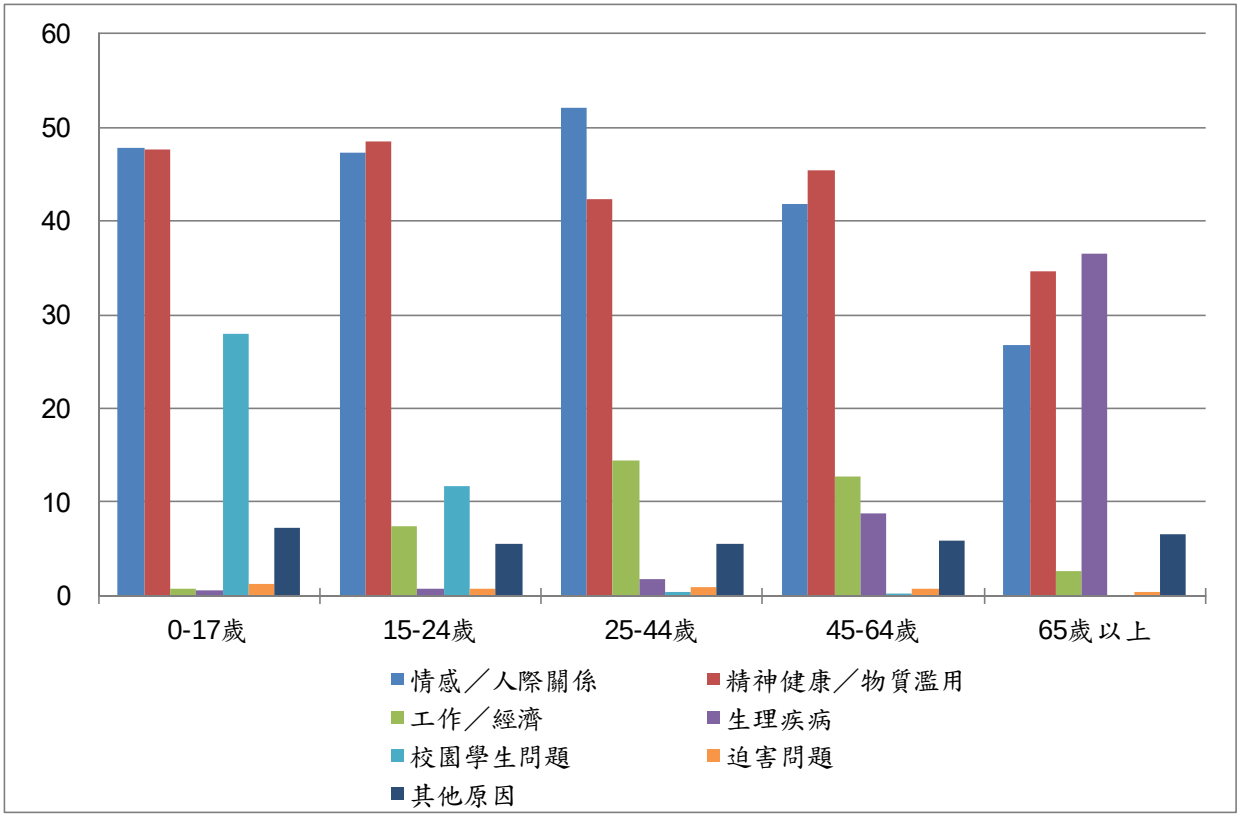


圖 2-2-2、108 年全國兒少及各年齡層自殺通報原因占率圖

分析兒少自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 14.7%、嚴重病人占 0.6%、家暴高危加害人占 0.1%、家暴加害人占 2.7%、家暴被害人占 7.9%、兒少加害人占 0.3%、兒少被害人占 7.2%、性侵加害人占 0.4%。

(2) 特定人口群分析

分析各特殊身份註記通報個案中，自殺方式占率，整體來說各特殊身份註記個案使用的自殺方式雖然占率趨勢有所不同，但仍以「固體或液體物質」、「切穿工具」為主；自殺原因占率方面，「精照列管」、「嚴重病人」、「替代治療」個案以「精神健康／物質濫用」較高，其他個案以「情感／人際關係」較高，「毒防個案」在「情感／人際關係」及「精神健康／物質濫用」占率則較為相近。(如表 2-2-1、表 2-2-2)

表 2-2-1、特殊身份註記自殺方式比較

	精照列管	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
固體或液體物質	45.3	41.6	42.2	46.3	41.2	44.4
家用瓦斯	0.6	2.2	3	0.7	1.6	0.5
其他氣體及蒸汽	4.4	4	12.8	4.3	8.6	5
吊死、勒死及窒息	3.9	3.2	4.4	0.7	4	2.1
溺水(淹死)	2.8	3.5	1.6	3.3	2.4	2.6
鎗砲及爆炸物	0	0	0.3	0	0.1	0
切穿工具	31.1	27.8	27.4	40	31.1	37.6
由高處跳下	8.4	10.4	5.6	5.5	7	7
其他方式	14.1	16.7	14.7	10	13.9	11.6

註:占率計算方式=(自殺方式人次(含複選)/特殊身份註記人次)*100

表 2-2-1、特殊身份註記自殺方式比較(續)

	兒少加害人	兒少被害人	性侵加害人	替代治療個案	毒防個案	原住民
固體或液體物質	42.8	30.2	28.6	46.9	39.4	35.5
家用瓦斯	1.5	0	0.8	0.7	1.1	0.5
其他氣體及蒸汽	7.7	3.7	15	9.5	9.4	3.2
吊死、勒死及窒息	2.7	2	5.3	5.8	3.2	3.3
溺水(淹死)	2.6	2.5	2.3	2	2	2.2
鎗砲及爆炸物	0	0	0	0	0	0.1
切穿工具	37.8	50.2	35.3	28.5	35.3	46.1
由高處跳下	6.3	8.5	7.5	4.9	6.1	5.6
其他方式	12.5	12.5	14.3	10.8	13.2	11.7

註:占率計算方式=(自殺方式人次(含複選)/特殊身份註記人次)*100

表 2-2-2、特殊身份註記自殺原因比較

	精照列管	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
情感／人際關係	34.4	30.1	59.9	64.7	52.5	57
精神健康／物質濫用	67.2	64.7	40.8	43.2	46.6	44.6
工作／經濟	9.7	7.5	11.4	8	11.7	9.7
生理疾病	3.6	3.2	3.5	1.1	3.3	2.6
校園學生問題	3.1	1.7	0.3	0.2	0.7	1.5
迫害問題	0.9	1.2	0.3	3.3	0.8	1.7
其他	6.1	6.4	5.1	5	5.7	5.1

註:占率計算方式=(自殺原因人次(含複選)/特殊身份註記人次)*100

表 2-2-2、特殊身份註記自殺原因比較(續)

	兒少加害人	兒少被害人	性侵加害人	替代治療個案	毒防個案	原住民
情感／人際關係	58.4	54.3	59.4	33.8	44.2	55.6
精神健康／物質濫用	45.5	41	27.8	43.1	43.2	40.2
工作／經濟	11.1	5	12	13.5	12.7	10.1
生理疾病	1.4	0.5	1.5	7.3	3.5	1.9
校園學生問題	0.3	11	3	0.2	0.2	4
迫害問題	0.9	2.7	0	0.2	0.7	1.1
其他	5.4	6.5	6	10.4	8.1	5.6

註:占率計算方式=(自殺原因人次(含複選)/特殊身份註記人次)*100

各年齡層通報個案特殊身份註記比例如表 2-2-3，在 15 歲至 64 歲間年齡層，精照列管個案比例較高，除此之外，家暴被害人及家暴加害人也在這些年齡層間有不小的比例。各年齡層都是精照列管最多，次之稍有差別，家暴被害人偏 15-24 歲，家暴加害人年紀偏大，原住民 14 歲以下偏多。

表 2-2-3、各年齡層通報個案特殊身份註記比例

	14 歲以下	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
精照列管個案	9.7	19.5	23.7	29.4	9.8
嚴重病人	0.4	1.3	2.1	2.1	0.4
家暴高危加害人	0	0.7	3.1	2.4	0.5
家暴高危被害人	0	1.7	5.8	3.2	0.1
家暴加害人	2.5	5.7	15	13	3.9
家暴被害人	8.8	11.3	18.7	13	5.2
兒少加害人	0	0.9	3.4	1.4	0.1
兒少被害人	9.4	5.8	0	0	0
性侵加害人	0.5	0.6	0.4	0.2	0
替代治療個案	0	0	1.8	2.2	0.1
毒防個案	0.1	3.4	9.5	5.2	0.2
原住民	8.8	7.1	5.3	3.3	0.8

註:占率計算方式=(特殊身份註記人次/各年齡層人次)*100

2) 108 年 0-17 歲自殺死亡資料分析

以死因分類(ICD-9)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 28 人，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷次之，為 10 人；而若以性別而言，男性 31 人，女性 21 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。

以各縣而言，0-17 歲自殺死亡個案人數前三位分別是新北市(10 人)，高雄市(8 人)、臺北市(7 人) ，集中於都會區。

0-17 歲兒少自殺死亡方式中，由高處跳下自殺及自傷，雖主要集中於都會區，但仍為各縣市兒少自殺死亡占率較高之方式，建議強化學校及社區內高樓之管制，頂樓以張貼海報或噴漆方式，標示關懷警語、求助資訊等，以減少自殺死亡個案人數。

0-17 歲自殺死亡人數，自 103 年降到歷年最低，而後呈現逐年上升趨勢，至 108 年自殺死亡人數達到歷年高峰；青少年自殺可能的因素包括憂鬱症、人際衝突與孤立、家庭功能不佳與變化、情緒困擾及自我中心的想法等；該時期生活中較長的時間為學校，建議強化老師和其他學校工作人員的心理健康知識。

表 2-2-4、108 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	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	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷	總和
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
性別							
男性	0 (0.0)	5 (16.1)	9 (29.0)	1 (3.2)	15 (48.4)	1 (3.2)	31
女性	3 (14.3)	4 (19.0)	1 (4.8)	0 (0.0)	13 (61.9)	0 (0.0)	21
總和	3 (5.8)	9 (17.3)	10 (19.2)	1 (1.9)	28 (53.8)	1 (1.9)	52

註:上述死因分類(ICD-9)係以死因統計檔之死因分類(ICD-10)進行轉碼。

表 2-2-5、108 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	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷	總和
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
戶籍地							
新北市	2 (20.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	0 (0.0)	10
臺北市	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)	7
桃園市	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	5
臺中市	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	4
臺南市	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4
高雄市	0 (0.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (62.5)	0 (0.0)	8
宜蘭縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1
新竹縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
苗栗縣	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
彰化縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	3
南投縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
雲林縣	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2
嘉義縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1
屏東縣	-	-	-	-	-	-	0
臺東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1
花蓮縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1
澎湖縣	-	-	-	-	-	-	0
基隆市	-	-	-	-	-	-	0
新竹市	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
嘉義市	-	-	-	-	-	-	0
金門縣	-	-	-	-	-	-	0
連江縣	-	-	-	-	-	-	0
總和	3 (5.8)	9 (17.3)	10 (19.2)	1 (1.9)	28 (53.8)	1 (1.9)	52

註:上述死因分類(ICD-9)係以死因統計檔之死因分類(ICD-10)進行轉碼。

表 2-2-6、97-108 年 0-17 歲自殺死亡分佈

年	男性 n (%)	女性 n (%)	總和 n (%)
97	14 (60.9)	9 (39.1)	23
98	17 (56.7)	13 (43.3)	30
99	15 (55.6)	12 (44.4)	27
100	16 (66.7)	8 (33.3)	24
101	11 (36.7)	19 (63.3)	30
102	11 (55.0)	9 (45.0)	20
103	7 (50.0)	7 (50.0)	14
104	19 (82.6)	4 (17.4)	23
105	22 (75.9)	7 (24.1)	29
106	17 (48.6)	18 (51.4)	35
107	13 (35.1)	24 (64.9)	37
108	31 (59.6)	21 (40.4)	52

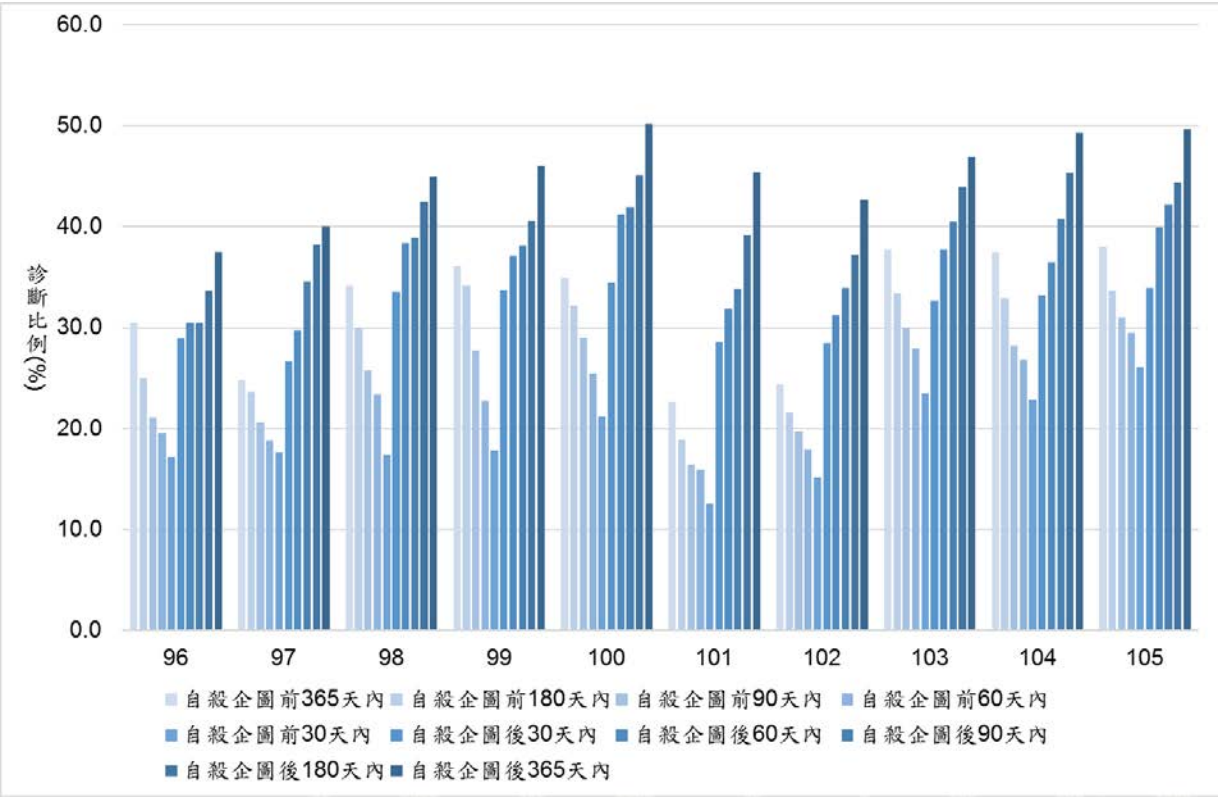


圖 2-2-1、96-105 年 12-14 歲自殺企圖個案自殺企圖日前後精神疾病診斷比例(門急診)

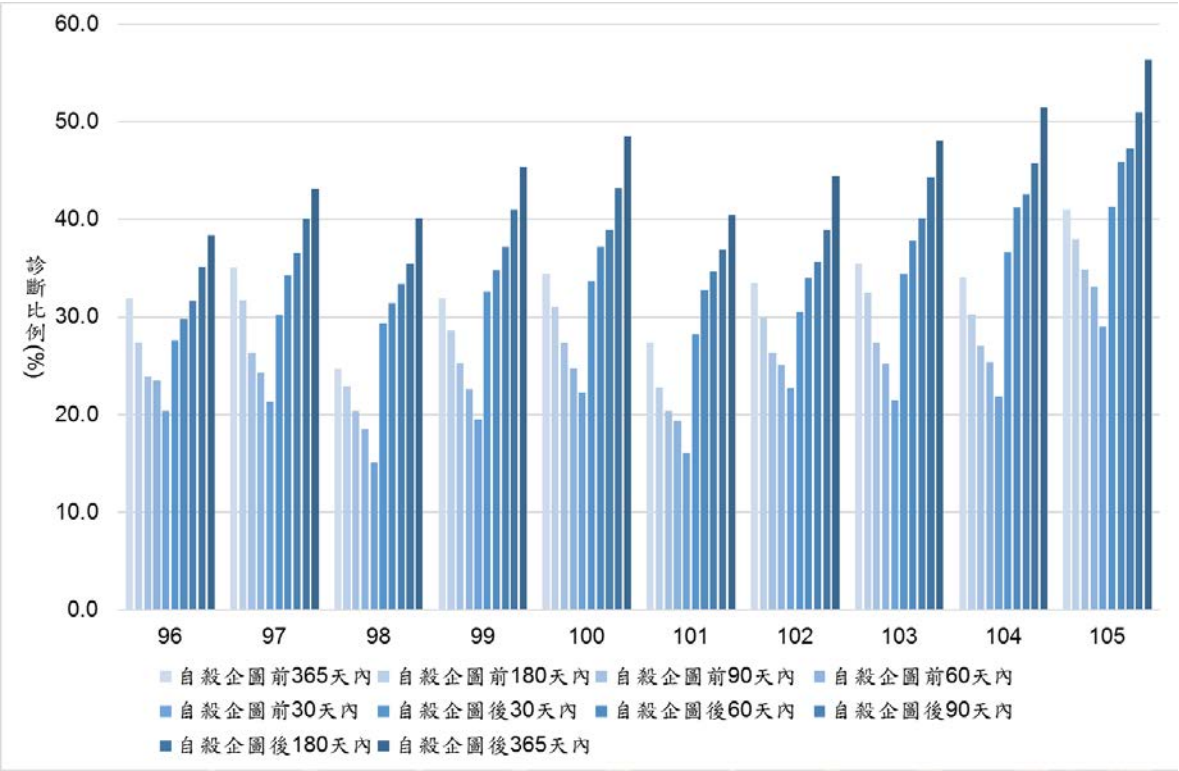


圖 2-2-2、96-105 年 15-17 歲自殺企圖個案自殺企圖日前後精神疾病診斷比例(門急診)

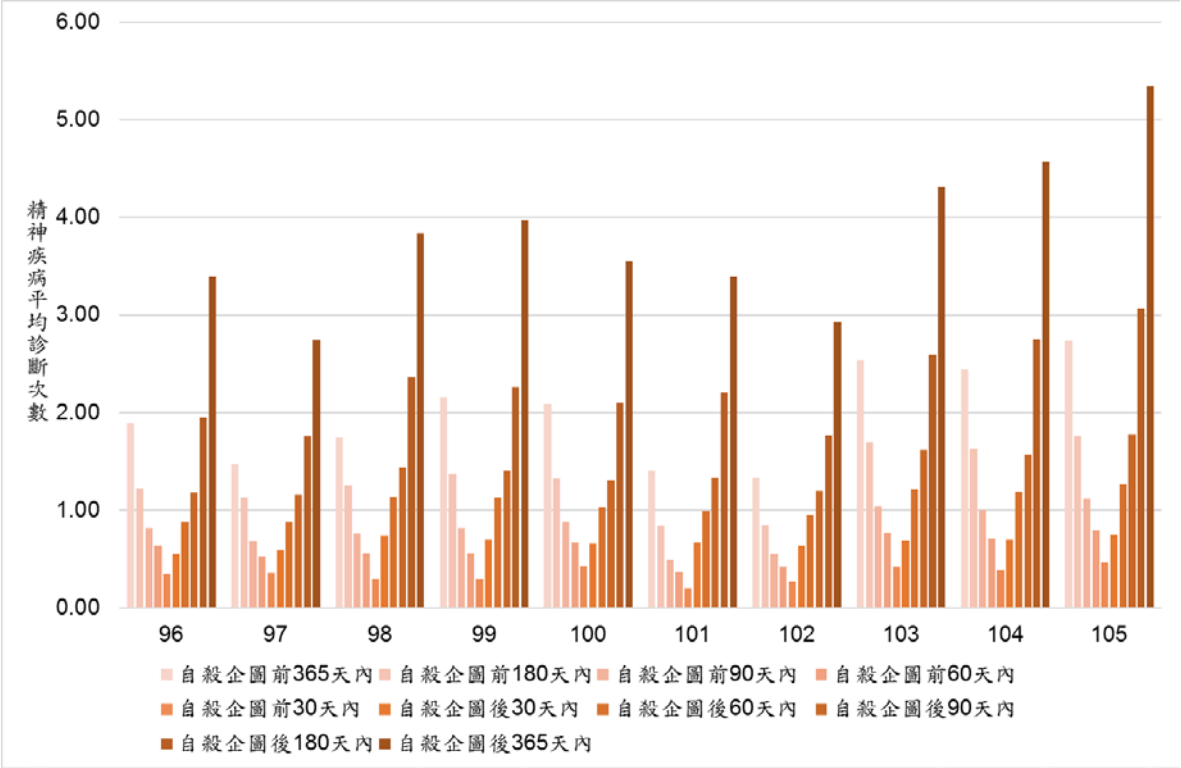


圖 2-2-3、96-105 年 12-14 歲自殺企圖個案自殺企圖日前後精神疾病診斷平均次數(門急診)

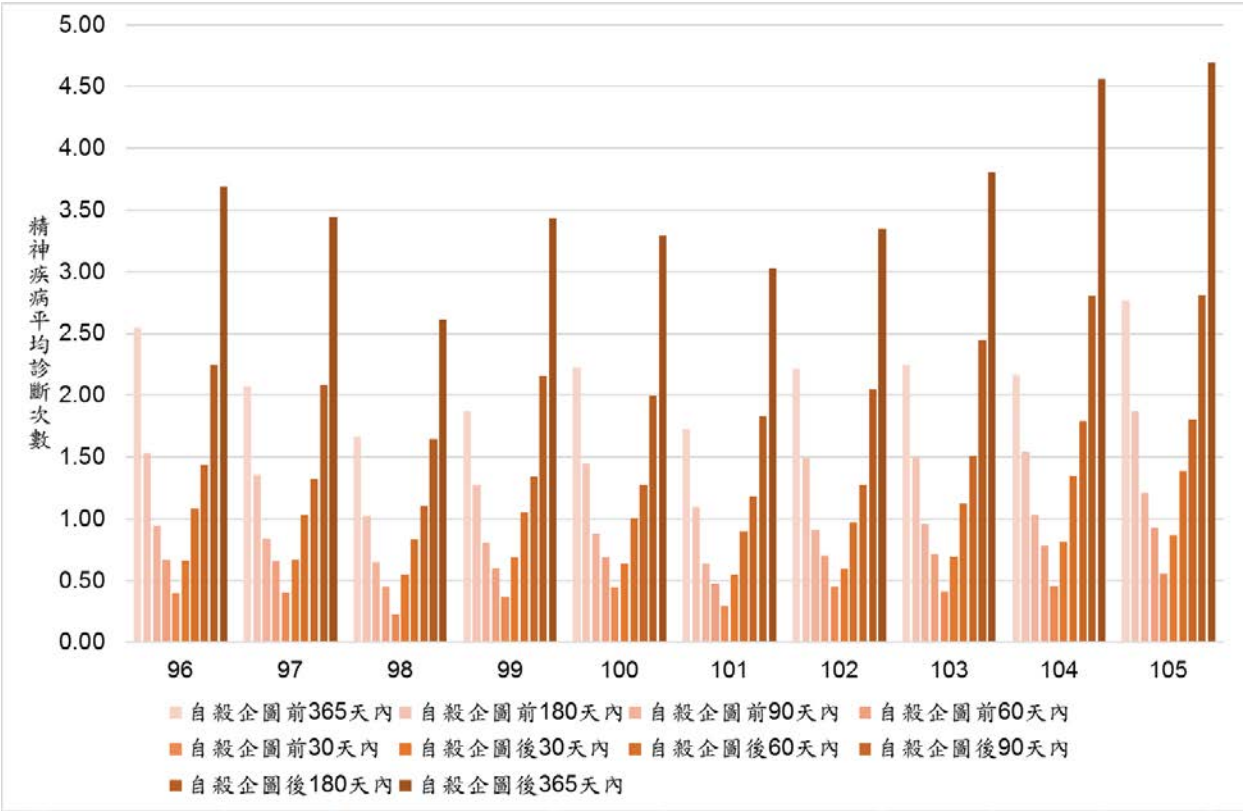


圖 2-2-4、96-105 年 15-17 歲自殺企圖個案自殺企圖日前後精神疾病診斷平均次數(門急診)

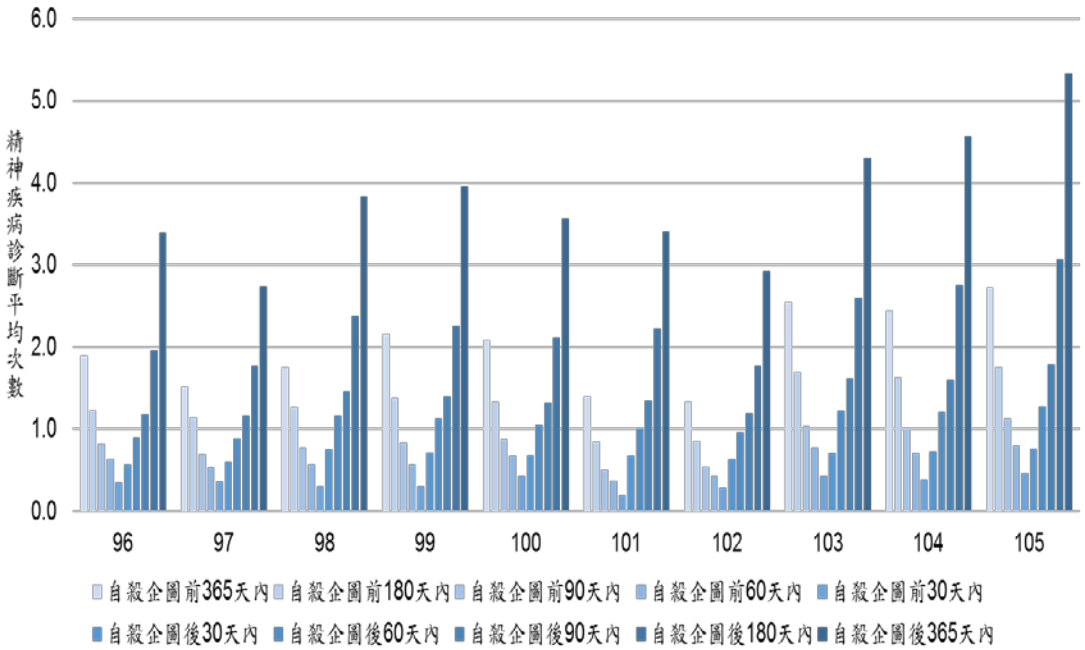


圖 2-2-5、96-105 年 12-14 歲首次自殺企圖日前後精神疾病診斷平均次數(含門急診、住院)

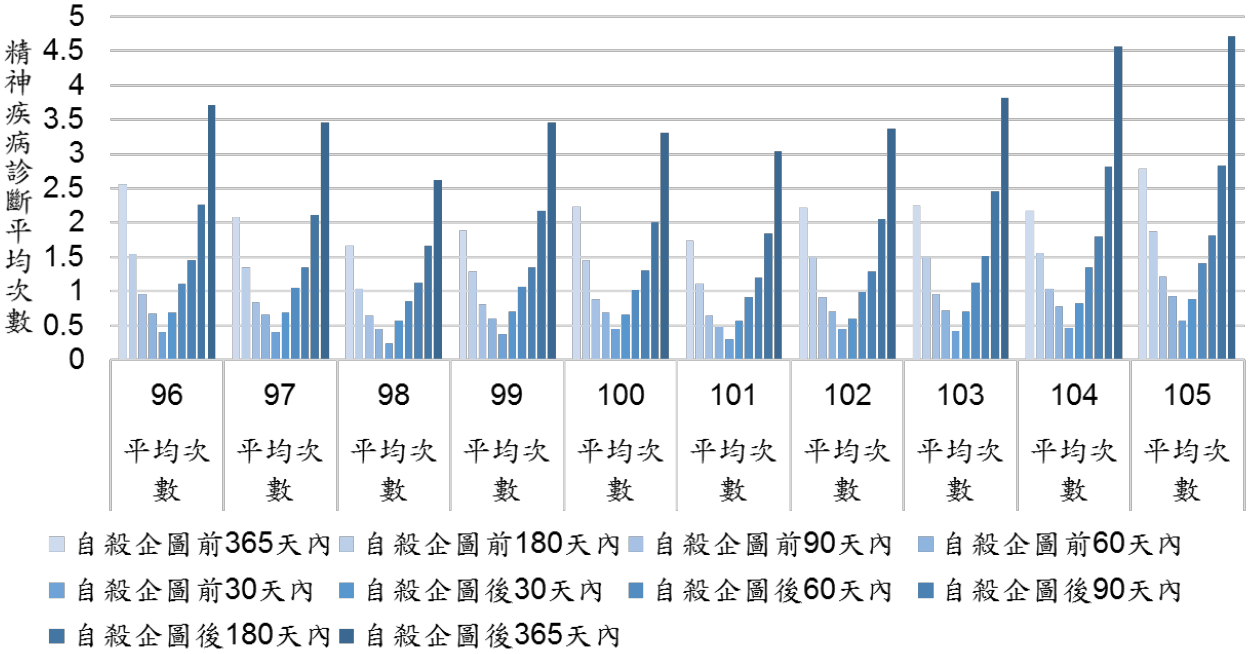


圖 2-2-6、96-105 年 15-17 歲首次自殺企圖日前後精神疾病診斷平均次數(含門急診、住院)

青少年自殺問題，逐漸成為各國共同面臨的課題，根據 WHO 的統計，自殺已成為全球 15-29 歲人口第二大死因，在 15-19 歲男性自殺死因排名第三、女性則排名第二(World Health, 108)，分析臺灣兒少自殺企圖個案自殺企圖日前後精神疾病診斷比例，結果顯示自殺企圖個案通報後之精神診斷比例高於自殺企圖前，而精神疾病診斷平均次數亦為自殺企圖後較高。

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。

3) 0-17 歲自殺企圖通報個案與自殺死亡個案之分析

(1) 自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

108 年 0-17 歲自殺企圖通報個案計 2,563 人，其中 33 人(占率 1.3%)為首次通報即死亡個案，9 人(占率 0.4%)為通報後再自殺死亡個案，2521 人(占率 98.4%)無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡 22 人(占率 3.3%)高於女性 11 人(占率 0.6%)，而男性通報後再自殺死亡 4 人(0.6%)其比例亦高於女性 5 人(占率 0.3%)。

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」2 人(占率 100.0%)及「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1 人(占率 100%)，首次通報即死亡比例最高，其中「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1 人為新北市，建議該縣市可與警察局跨部會合作加強槍枝取締；通報後再自殺死亡所占比例相對較高方法為使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」3 人(占率 33.3%)。

曾有自殺的念頭與自殺的企圖是導致十四歲以下的孩子自殺的高危險因子，一般性的危險因子：包括面臨重大的失落、曾經試圖自殺、藥物濫用、家庭缺乏凝聚力、家庭有精神病史、兒童虐待等。

建議學校健康教育須包含心理健康促進，開辦如人際交友、兩性相處、愛情觀點、面對分手、正向思考、接受挫折、衝突管理、情緒管理、壓力調適及危機管理等相關課程。

表 2-2-7、108 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

	首次通報即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內) n (%)	通報後再自殺死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後) n (%)	無死亡記錄 n (%)	**總和** n
性別				
男性	22 (3.3)	4 (0.6)	640 (96.1)	666
女性	11 (0.6)	5 (0.3)	1,881 (99.2)	1,897
總和	33 (1.3)	9 (0.4)	2,521 (98.4)	2,563
自殺死亡方法別				
以固體或液體物質	2 (100.0)	0 (0.0)		2
由其他氣體及蒸汽	5 (83.3)	1 (16.7)		6
吊死、勒死及窒息	6 (66.7)	3 (33.3)		9
溺水(淹死)	0 (0.0)	0 (0.0)		0
鎗砲及爆炸物	1 (100.0)	0 (0.0)		1
切穿工具	0 (0.0)	0 (0.0)		0
由高處跳下	19 (79.2)	5 (20.8)		24
其他及未明示之方式	0 (0.0)	0 (0.0)		0

註:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

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嘉義市 1 人(占率 3.0%)、彰化縣 3 人(占率 2.4%)、南投縣 1 人(占率 2.4%)、臺東縣 1 人(占率 2.1%)；通報後再自殺死亡比例相對較高的縣市為新竹市 1 人(占率 2.9%)。

表 2-2-7、108 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(續)

	首次通報即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後再自殺死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	**總和**
	n (%)	n (%)	n (%)	n
通報縣市				
新北市	9 (1.3)	0 (0.0)	693 (98.7)	702
臺北市	2 (1.4)	2 (1.4)	135 (97.1)	139
桃園市	2 (0.7)	1 (0.3)	284 (99.0)	287
臺中市	4 (2.0)	0 (0.0)	195 (98.0)	199
臺南市	3 (1.7)	1 (0.6)	168 (97.7)	172
高雄市	3 (1.0)	3 (1.0)	306 (98.1)	312
宜蘭縣	1 (1.9)	0 (0.0)	53 (98.1)	54
新竹縣	0 (0.0)	1 (2.0)	50 (98.0)	51
苗栗縣	1 (1.7)	0 (0.0)	59 (98.3)	60
彰化縣	3 (2.4)	0 (0.0)	122 (97.6)	125
南投縣	1 (2.4)	0 (0.0)	41 (97.6)	42
雲林縣	1 (1.1)	0 (0.0)	89 (98.9)	90
嘉義縣	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (100.0)	38
屏東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	80 (100.0)	80
臺東縣	1 (2.1)	0 (0.0)	47 (97.9)	48
花蓮縣	1 (1.9)	0 (0.0)	51 (98.1)	52
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	40 (100.0)	40
新竹市	0 (0.0)	1 (2.9)	33 (97.1)	34
嘉義市	1 (3.0)	0 (0.0)	32 (97.0)	33
金門縣	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	4
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0

註:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

以自殺企圖通報檔之特殊身分註記欄位分析，過去精神病史首次通報即死亡之比例高於無過去精神病史；通報後再自殺死亡之比例，以過去精神病史、精照列管、家暴加害人相對高於無此身分之註記。家暴加害人通報後再自殺死亡之發生率和全國相似。

高危機案件乃依據台灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)作為初步評估，並經專業評估判斷後決定個案是否具高度危險性。

表 2-2-7、108 年 0-17 歲自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(續)

	首次通報即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後再自殺死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	**總和**
	n (%)	n (%)	n (%)	n
過去精神病史				
有	5 (0.5)	6 (0.6)	924 (98.8)	935
無	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
不詳	28 (1.7)	3 (0.2)	1,597 (98.1)	1,628
特殊身分註記				
精照列管				
是	0 (0.0)	1 (0.4)	237 (99.6)	238
否	33 (1.4)	8 (0.3)	2,284 (98.2)	2,325
嚴重病人				
是	0 (0.0)	0 (0)	7 (100.0)	7
否	33 (1.3)	9 (0.4)	2,514 (98.4)	2,556
家暴高危加害人				
是	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1
否	33 (1.3)	9 (0.4)	2,520 (98.4)	2,562
家暴高危被害人				
是	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1
否	33 (1.3)	9 (0.4)	2,520 (98.4)	2,562
家暴加害人				
是	0 (0.0)	1 (1.4)	70 (98.6)	71
否	33 (1.3)	8 (0.3)	2,451 (98.4)	2,492
家暴被害人				
是	3 (1.7)	0 (0.0)	174 (98.3)	177
否	30 (1.3)	9 (0.4)	2,347 (98.4)	2,386
兒少加害人				
是	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	8
否	33 (1.3)	9 (0.4)	2,513 (98.4)	2,555
兒少被害人				
是	0 (0.0)	0 (0.0)	180 (100.0)	180
否	33 (1.4)	9 (0.4)	2,341 (98.2)	2,383
性侵加害人				
是	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)	11
否	33 (1.3)	9 (0.4)	2,510 (98.4)	2,552

註:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

(2) 自殺死亡個案生前接受關懷情形(詳如表 2-2-8)

下述表格中自殺死亡生前有接受關懷定義為:(死亡日-自殺企圖個案首度通報日)>0，其他則定義為自殺死亡生前無接受關懷。

108 年 0-17 歲自殺死亡個案 52 人，其中 14 人(占率 26.9%)於自殺死亡生前有接受關懷，38 人(占率 73.1%)為自殺死亡生前無接受關懷。以性別分析，男性自殺死亡生前有接受關懷為 4 人(占率 12.9%)，相較於女性 10 人(占率 47.6%)來的低。

就自殺死亡方法別而言，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」2 人(占率 66.7%)，自殺死亡生前有接受關懷比例相對較高。而自殺方式為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1 人(占率 100.0%)，自殺死亡生前無接受關懷比例相對較高。

以戶籍縣市而言，自殺死亡生前有通報比例較高的縣市為新竹縣 1 人(占率 100.0%)、嘉義縣 1 人(占率 100.0%)、高雄市 4 人(占率 50.0%)及雲林縣 1 人(占率 50.0%)；自殺死亡生前無接受關懷比例則以宜蘭縣 1 人(占率 100.0%)、1 人苗栗縣(占率 100.0%)、臺中市 4 人(占率 100.0%)、彰化縣 3 人(占率 100.0%)、南投縣 1 人(占率 100.0%)、臺東縣 1 人(占率 100.0%)以及花蓮縣 1 人(占率 100.0%)較高。

表 2-2-8、108 年 0-17 歲自殺死亡個案生前接受關懷情形

	自殺死亡生前有接受關懷	**自殺死亡生前無接受關懷**	**總和**
	n (%)	n (%)	n
性別			
男性	4 (12.9)	27 (87.1)	31
女性	10 (47.6)	11 (52.4)	21
總和	14 (26.9)	38 (73.1)	52
自殺死亡方法別			
以固體或液體物質	2 (66.7)	1 (33.3)	3
由其他氣體及蒸汽	2 (22.2)	7 (77.8)	9
吊死、勒死及窒息	2 (20.0)	8 (80.0)	10
溺水 (淹死)	-	-	0
鎗砲及爆炸物	0 (0.0)	1 (100)	1
切穿工具	-	-	0
由高處跳下	8 (28.6)	20 (71.4)	28
其他及未明示之方式	0 (0.0)	1 (100.0)	1

表 2-2-8、108 年 0-17 歲自殺死亡個案生前接受關懷情形(續)

	自殺死亡生前有接受關懷	自殺死亡生前無接受關懷	總和
	n (%)	n (%)	n
戶籍地			
新北市	3 (30.0)	7 (70.0)	10
臺北市	1 (14.3)	6 (85.7)	7
桃園市	2 (40.0)	3 (60.0)	5
臺中市	0 (0.0)	4 (100.0)	4
臺南市	1 (25.0)	3 (75.0)	4
高雄市	4 (50.0)	4 (50.0)	8
宜蘭縣	0 (0.0)	1 (100.0)	1
新竹縣	1 (100.0)	0 (0.0)	1
苗栗縣	0 (0.0)	1 (100.0)	1
彰化縣	0 (0.0)	3 (100.0)	3
南投縣	0 (0.0)	1 (100.0)	1
雲林縣	1 (50.0)	1 (50.0)	2
嘉義縣	1 (100.0)	0 (0.0)	1
屏東縣	-	-	0
臺東縣	0 (0.0)	1 (100.0)	1
花蓮縣	0 (0.0)	1 (100.0)	1
澎湖縣	-	-	0
基隆市	-	-	0
新竹市	0 (0.0)	2 (100.0)	2
嘉義市	-	-	0
金門縣	-	-	0
連江縣	-	-	0

4) 108 年全年齡層自殺死亡資料分析

以 108 年自殺死亡清冊來看，男性自殺死亡人數為女性的 1.95 倍，以年齡層而言，45-54 歲自殺死亡人數最高，為 776 人，占 108 年總自殺死亡人數的 20.1%；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 1,371 人(占率 35.5%)、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒次之(24.0%)；以各縣市而言，臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市等六督自殺死亡人數大多集中在 35-64 歲，顯見都市地區就業人口自殺死亡人數相較於其他年齡層而言偏高。

表 2-2-9、108 年各年齡層自殺死亡分佈

	12-14 歲 n (%)	15-17 歲 n (%)	18-24 歲 n (%)	25-34 歲 n (%)	35-44 歲 n (%)
性別					
男性	4 (0.2)	27 (1.1)	141 (5.5)	329 (12.9)	464 (18.2)
女性	6 (0.5)	15 (1.1)	74 (5.6)	133 (10.2)	231 (17.6)
總計	10 (0.3)	42 (1.1)	215 (5.6)	462 (12.0)	695 (18.0)
自殺死亡方法別					
以固體或液體物質	1 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.6)	19 (3.9)	57 (11.7)
由其他氣體及蒸汽	0 (0.0)	9 (1.0)	55 (5.9)	192 (20.7)	262 (28.2)
吊死、勒死及窒息	2 (0.1)	8 (0.6)	81 (5.9)	138 (10.1)	197 (14.4)
溺水(淹死)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (2.3)	24 (6.9)	60 (17.2)
鎗砲及爆炸物	0 (0.0)	1 (2.9)	4 (11.4)	10 (28.6)	7 (20.0)
切穿工具	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	3 (3.3)	11 (12.2)
由高處跳下	7 (1.3)	21 (4.0)	60 (11.5)	66 (12.6)	89 (17.0)
其他及未明示之方式	0 (0.0)	1 (1.2)	3 (3.7)	10 (12.3)	12 (14.8)

表 2-2-9、108 年各年齡層自殺死亡分佈(續)

	45-54 歲 n (%)	55-64 歲 n (%)	65-74 歲 n (%)	75 歲以上 n (%)	總計 n
性別					
男性	490 (19.2)	481 (18.8)	319 (12.5)	299 (11.7)	2,554
女性	286 (21.8)	227 (17.3)	167 (12.7)	171 (13.1)	1,310
總計	776 (20.1)	708 (18.3)	486 (12.6)	470 (12.2)	3,864
自殺死亡方法別					
以固體或液體物質	66 (13.6)	99 (20.3)	90 (18.5)	150 (30.8)	487
由其他氣體及蒸汽	231 (24.9)	122 (13.1)	45 (4.8)	13 (1.4)	929
吊死、勒死及窒息	285 (20.8)	294 (21.4)	189 (13.8)	177 (12.9)	1,371

溺水(淹死)	70 (20.1)	64 (18.4)	73 (21.0)	49 (14.1)	348
鎗砲及爆炸物	10 (28.6)	2 (5.7)	0 (0.0)	1 (2.9)	35
切穿工具	19 (21.1)	19 (21.1)	19 (21.1)	18 (20.0)	90
由高處跳下	82 (15.7)	81 (15.5)	62 (11.9)	55 (10.5)	523
其他及未明示之方式	13 (16.0)	27 (33.3)	8 (9.9)	7 (8.6)	81

表 2-2-9、108 年各年齡層自殺死亡分佈(續)

	12-14 歲 n (%)	15-17 歲 n (%)	18-24 歲 n (%)	25-34 歲 n (%)	35-44 歲 n (%)
戶籍地					
新北市	2 (0.3)	8 (1.3)	32 (5.1)	75 (11.9)	123 (19.5)
臺北市	1 (0.3)	6 (1.8)	22 (6.5)	36 (10.6)	53 (15.6)
桃園市	1 (0.3)	4 (1.3)	28 (8.9)	48 (15.3)	77 (24.5)
臺中市	0 (0.0)	4 (0.9)	21 (4.7)	55 (12.3)	89 (19.9)
臺南市	2 (0.7)	2 (0.7)	12 (4.1)	41 (14.1)	41 (14.1)
高雄市	0 (0.0)	8 (1.6)	21 (4.2)	55 (10.9)	99 (19.6)
宜蘭縣	1 (1.1)	0 (0.0)	5 (5.4)	11 (11.8)	16 (17.2)
新竹縣	0 (0.0)	1 (1.1)	6 (6.6)	15 (16.5)	14 (15.4)
苗栗縣	0 (0.0)	1 (0.9)	4 (3.7)	15 (13.8)	16 (14.7)
彰化縣	0 (0.0)	3 (1.5)	12 (6.0)	22 (10.9)	27 (13.4)
南投縣	0 (0.0)	1 (1.1)	5 (5.3)	9 (9.6)	15 (16.0)
雲林縣	1 (0.7)	1 (0.7)	10 (7.2)	5 (3.6)	20 (14.4)
嘉義縣	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (1.8)	13 (11.8)	29 (26.4)
屏東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (7.2)	20 (12.0)	24 (14.4)
臺東縣	1 (2.2)	0 (0.0)	5 (11.1)	4 (8.9)	4 (8.9)
花蓮縣	0 (0.0)	1 (2.0)	2 (3.9)	4 (7.8)	11 (21.6)
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	2 (14.3)
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.3)	15 (16.3)	13 (14.1)
新竹市	1 (1.5)	1 (1.5)	9 (13.8)	8 (12.3)	15 (23.1)
嘉義市	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (6.1)	6 (12.2)	7 (14.3)
金門縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (26.7)	0 (0.0)
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 2-2-9、108 年各年齡層自殺死亡分佈(續)

	45-54 歲 n (%)	55-64 歲 n (%)	65-74 歲 n (%)	75 歲以上 n (%)	總計 n
戶籍地					
新北市	118 (18.7)	122 (19.3)	90 (14.2)	62 (9.8)	632
臺北市	76 (22.4)	53 (15.6)	47 (13.9)	45 (13.3)	339
桃園市	51 (16.2)	48 (15.3)	27 (8.6)	30 (9.6)	314
臺中市	103 (23.0)	88 (19.7)	59 (13.2)	28 (6.3)	447
臺南市	46 (15.9)	68 (23.4)	37 (12.8)	41 (14.1)	290
高雄市	113 (22.3)	84 (16.6)	67 (13.2)	59 (11.7)	506
宜蘭縣	14 (15.1)	13 (14.0)	15 (16.1)	18 (19.4)	93
新竹縣	13 (14.3)	20 (22.0)	10 (11.0)	12 (13.2)	91
苗栗縣	25 (22.9)	21 (19.3)	14 (12.8)	13 (11.9)	109
彰化縣	41 (20.4)	39 (19.4)	13 (6.5)	44 (21.9)	201
南投縣	15 (16.0)	19 (20.2)	10 (10.6)	20 (21.3)	94
雲林縣	29 (20.9)	24 (17.3)	15 (10.8)	34 (24.5)	139
嘉義縣	21 (19.1)	21 (19.1)	9 (8.2)	14 (12.7)	110
屏東縣	42 (25.1)	33 (19.8)	21 (12.6)	15 (9.0)	167
臺東縣	5 (11.1)	8 (17.8)	10 (22.2)	8 (17.8)	45
花蓮縣	12 (23.5)	8 (15.7)	6 (11.8)	7 (13.7)	51
澎湖縣	5 (35.7)	2 (14.3)	2 (14.3)	2 (14.3)	14
基隆市	22 (23.9)	13 (14.1)	16 (17.4)	9 (9.8)	92
新竹市	8 (12.3)	12 (18.5)	10 (15.4)	1 (1.5)	65
嘉義市	15 (30.6)	6 (12.2)	7 (14.3)	5 (10.2)	49
金門縣	1 (6.7)	6 (40.0)	1 (6.7)	3 (20.0)	15
連江縣	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1

5) 108 年特定人口群自殺死亡資料分析

特定人口群自殺死亡人數來看，自殺死亡身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 23.5%)、精神照護(占總自殺死亡人的 11.4%)及農民(占總自殺死亡人的 9.0%)。

離婚人口自殺死亡人數男性為女性的 1.9 倍，以年齡層而言集中於 45-54 歲(占 45-54 歲總自殺死亡的 35.2%)，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%)；建議持續推廣民眾積極參與離婚諮商相關講座。

精神照護自殺死亡人數男性為女性的 1.2 倍，以年齡層而言集中於 45-54 歲(占 45-54 歲總自殺死亡的 17.4%)，由高處跳下自殺及自傷為主要自殺方式(佔該自殺死亡方式的 20.3%)；神疾病患者早期的診斷治療、評估自殺的危險性是非常重要的一點，心理治療也可以提供給這類個案情緒抒發的管道，加強家庭、社會的支持系統均有助於降低自殺事件的發生。

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 32.4%)；平時以電話關懷高危險群的老人，注意其生活起居、鼓勵參加活，提供支持性的會談，避免老人感到孤單，適當的醫療資源以及心理諮詢資源。

下述特定人口群分析結果，性侵被害人及性侵相對人分別為性侵害通報明細檔中被害人身分證字號及相對人身分證字號之欄位進行串檔；兒少被害人及兒少相對人分別為兒童及少年保護通報明細檔中被害人身分證字號及疑似施虐人身分證字號之欄位進行串檔；家暴被害人及家暴相對人別為家暴通報明細檔中被害人身分證字號及相對人身分證字號之欄位進行串檔。

運用 BSRS-5 篩檢出高危險群及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。

表 2-2-10、108 年自殺死亡個案生前特殊身分別分析

	離婚人口	中低收入戶	低收入戶	農民	榮民
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
性別					
男性	594 (23.3)	85 (3.3)	109 (4.3)	236 (9.2)	0 (0.0)
女性	315 (24.0)	41 (3.1)	42 (3.2)	112 (8.5)	0 (0.0)
總和	909 (23.5)	126 (3.3)	151 (3.9)	348 (9.0)	0 (0.0)
年齡					
12-14 歲	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
15-17 歲	0 (0.0)	2 (4.8)	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
18-24 歲	8 (3.7)	15 (7.0)	19 (8.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
25-34 歲	61 (13.2)	17 (3.7)	13 (2.8)	4 (0.9)	0 (0.0)
35-44 歲	197 (28.3)	23 (3.3)	21 (3.0)	22 (3.2)	0 (0.0)
45-54 歲	273 (35.2)	43 (5.5)	43 (5.5)	35 (4.5)	0 (0.0)
55-64 歲	243 (34.3)	17 (2.4)	28 (4.0)	57 (8.1)	0 (0.0)
65-74 歲	100 (20.6)	5 (1.0)	12 (2.5)	57 (11.7)	0 (0.0)
75 歲以上	27 (5.7)	4 (0.9)	13 (2.8)	173 (36.8)	0 (0.0)
自殺死亡方法別					
以固體或液體物質	95 (19.5)	15 (3.1)	24 (4.9)	154 (31.6)	0 (0.0)
由其他氣體及蒸汽	301 (32.4)	25 (2.7)	30 (3.2)	29 (3.1)	0 (0.0)
吊死、勒死及窒息	304 (22.2)	45 (3.3)	44 (3.2)	109 (8.0)	0 (0.0)
溺水(淹死)	74 (21.3)	18 (5.2)	14 (4.0)	29 (8.3)	0 (0.0)
鎗砲及爆炸物	7 (20.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0.0)
切穿工具	15 (16.7)	3 (3.3)	9 (10.0)	4 (4.4)	0 (0.0)
由高處跳下	102 (19.5)	17 (3.3)	22 (4.2)	14 (2.7)	0 (0.0)
其他及未明示之方式	11 (13.6)	3 (3.7)	7 (8.6)	8 (9.9)	0 (0.0)
戶籍地					
新北市	173 (27.4)	17 (2.7)	26 (4.1)	11 (1.7)	0 (0.0)
臺北市	76 (22.4)	5 (1.5)	24 (7.1)	1 (0.3)	0 (0.0)
桃園市	71 (22.6)	7 (2.2)	5 (1.6)	11 (3.5)	0 (0.0)
臺中市	101 (22.6)	20 (4.5)	20 (4.5)	26 (5.8)	0 (0.0)
臺南市	69 (23.8)	10 (3.4)	8 (2.8)	40 (13.8)	0 (0.0)
高雄市	137 (27.1)	29 (5.7)	29 (5.7)	32 (6.3)	0 (0.0)
宜蘭縣	18 (19.4)	1 (1.1)	0 (0.0)	10 (10.8)	0 (0.0)
新竹縣	10 (11.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (11.0)	0 (0.0)
苗栗縣	29 (26.6)	0 (0.0)	2 (1.8)	22 (20.2)	0 (0.0)
彰化縣	33 (16.4)	6 (3.0)	4 (2.0)	46 (22.9)	0 (0.0)

南投縣	15 (16.0)	1 (1.1)	2 (2.1)	26 (27.7)	0 (0.0)
雲林縣	26 (18.7)	5 (3.6)	7 (5.0)	40 (28.8)	0 (0.0)
嘉義縣	27 (24.5)	1 (0.9)	0 (0.0)	28 (25.5)	0 (0.0)
屏東縣	42 (25.1)	14 (8.4)	15 (9.0)	25 (15.0)	0 (0.0)
臺東縣	6 (13.3)	3 (6.7)	4 (8.9)	8 (17.8)	0 (0.0)
花蓮縣	15 (29.4)	1 (2.0)	0 (0.0)	7 (13.7)	0 (0.0)
澎湖縣	4 (28.6)	1 (7.1)	0 (0.0)	2 (14.3)	0 (0.0)
基隆市	27 (29.3)	4 (4.3)	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
新竹市	9 (13.8)	0 (0.0)	3 (4.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
嘉義市	15 (30.6)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	0 (0.0)
金門縣	6 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 2-2-10、108 年自殺死亡個案生前特殊身分別分析(續)

	性侵被害人 n (%)	性侵相對人 n (%)	兒少被害人 n (%)	兒少相對人 n (%)	家暴被害人 n (%)	家暴相對人 n (%)
性別						
男性	2 (0.1)	12 (0.5)	4 (0.2)	30 (1.2)	50 (2.0)	2 (0.1)
女性	20 (1.5)	2 (0.2)	3 (0.2)	7 (0.5)	83 (6.3)	20 (1.5)
總和	22 (0.6)	14 (0.4)	7 (0.2)	37 (1.0)	133 (3.4)	22 (0.6)
年齡						
12-14 歲	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
15-17 歲	2 (4.8)	0 (0.0)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.8)
18-24 歲	11 (5.1)	6 (2.8)	4 (1.9)	0 (0.0)	3 (1.4)	11 (5.1)
25-34 歲	0 (0.0)	2 (0.4)	0 (0.0)	4 (0.9)	21 (4.5)	0 (0.0)
35-44 歲	4 (0.6)	1 (0.1)	0 (0.0)	13 (1.9)	40 (5.8)	4 (0.6)
45-54 歲	3 (0.4)	1 (0.1)	0 (0.0)	16 (2.1)	31 (4.0)	3 (0.4)
55-64 歲	2 (0.3)	3 (0.4)	0 (0.0)	4 (0.6)	19 (2.7)	2 (0.3)
65-74 歲	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (1.6)	0 (0.0)
75 歲以上	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (2.3)	0 (0.0)
自殺死亡方法別						
以固體或液體物質	2 (0.4)	2 (0.4)	1 (0.2)	7 (1.4)	22 (4.5)	18 (3.7)
由其他氣體及蒸汽	6 (0.6)	6 (0.6)	2 (0.2)	8 (0.9)	32 (3.4)	58 (6.2)
吊死、勒死及窒息	3 (0.2)	3 (0.2)	2 (0.1)	13 (0.9)	38 (2.8)	85 (6.2)
溺水(淹死)	3 (0.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	4 (1.1)	15 (4.3)	18 (5.2)
鎗砲及爆炸物	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

切穿工具	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.2)	5 (5.6)
由高處跳下	7 (1.3)	1 (0.2)	2 (0.4)	4 (0.8)	21 (4)	21 (4)
其他及未明示之方式	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	3 (3.7)	5 (6.2)
戶籍地						
新北市	5 (0.8)	2 (0.3)	1 (0.2)	5 (0.8)	17 (2.7)	30 (4.7)
臺北市	4 (1.2)	1 (0.3)	0 (0.0)	3 (0.9)	14 (4.1)	16 (4.7)
桃園市	2 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.3)	4 (1.3)	12 (3.8)	16 (5.1)
臺中市	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	4 (0.9)	15 (3.4)	22 (4.9)
臺南市	1 (0.3)	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.7)	10 (3.4)	14 (4.8)
高雄市	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.4)	8 (1.6)	23 (4.5)	35 (6.9)
宜蘭縣	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)
新竹縣	1 (1.1)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	5 (5.5)
苗栗縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (1.8)	8 (7.3)	11 (10.1)
彰化縣	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	10 (5.0)
南投縣	1 (1.1)	2 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.1)	1 (1.1)
雲林縣	2 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.6)	9 (6.5)
嘉義縣	1 (0.9)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	6 (5.5)	10 (9.1)
屏東縣	1 (0.6)	1 (0.6)	0 (0.0)	5 (3.0)	8 (4.8)	9 (5.4)
臺東縣	0 (0.0)	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.2)
花蓮縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	2 (3.9)	1 (2.0)	4 (7.8)
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
基隆市	1 (1.1)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.3)	6 (6.5)
新竹市	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	2 (3.1)	5 (7.7)
嘉義市	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.1)	4 (8.2)
金門縣	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (13.3)	1 (6.7)
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、108 年自殺死亡個案生前特殊身分別分析(續)

	精神照護	毒品成癮	替代治療	嚴重病人
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
性別				
男性	238 (9.3)	158 (6.2)	70 (2.7)	25 (1)
女性	198 (15.1)	27 (2.1)	8 (0.6)	12 (0.9)
總和	436 (11.3)	185 (4.8)	78 (2)	37 (1)
年齡				
12-14 歲	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
15-17 歲	2 (4.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

18-24 歲	22 (10.2)	6 (2.8)	0 (0)	3 (1.4)
25-34 歲	54 (11.7)	30 (6.5)	3 (0.6)	4 (0.9)
35-44 歲	100 (14.4)	58 (8.3)	24 (3.5)	15 (2.2)
45-54 歲	135 (17.4)	58 (7.5)	32 (4.1)	10 (1.3)
55-64 歲	78 (11)	30 (4.2)	18 (2.5)	4 (0.6)
65-74 歲	31 (6.4)	3 (0.6)	1 (0.2)	1 (0.2)
75 歲以上	14 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
自殺死亡方法別				
以固體或液體物質	57 (11.7)	14 (2.9)	7 (1.4)	3 (0.6)
由其他氣體及蒸汽	64 (6.9)	64 (6.9)	29 (3.1)	4 (0.4)
吊死、勒死及窒息	101 (7.4)	66 (4.8)	27 (2)	8 (0.6)
溺水(淹死)	82 (23.6)	11 (3.2)	4 (1.1)	7 (2)
鎗砲及爆炸物	2 (5.7)	4 (11.4)	1 (2.9)	0 (0)
切穿工具	9 (10)	3 (3.3)	2 (2.2)	0 (0)
由高處跳下	106 (20.3)	18 (3.4)	7 (1.3)	12 (2.3)
其他及未明示之方式	15 (18.5)	5 (6.2)	1 (1.2)	3 (3.7)
戶籍地				
新北市	78 (12.3)	29 (4.6)	10 (1.6)	5 (0.8)
臺北市	47 (13.9)	11 (3.2)	3 (0.9)	13 (3.8)
桃園市	37 (11.8)	9 (2.9)	5 (1.6)	2 (0.6)
臺中市	49 (11)	18 (4)	7 (1.6)	1 (0.2)
臺南市	26 (9)	14 (4.8)	3 (1)	2 (0.7)
高雄市	70 (13.8)	28 (5.5)	18 (3.6)	7 (1.4)
宜蘭縣	8 (8.6)	3 (3.2)	3 (3.2)	0 (0)
新竹縣	9 (9.9)	7 (7.7)	4 (4.4)	0 (0)
苗栗縣	5 (4.6)	6 (5.5)	0 (0)	0 (0)
彰化縣	23 (11.4)	5 (2.5)	4 (2)	0 (0)
南投縣	7 (7.4)	3 (3.2)	3 (3.2)	1 (1.1)
雲林縣	11 (7.9)	8 (5.8)	2 (1.4)	0 (0)
嘉義縣	12 (10.9)	6 (5.5)	3 (2.7)	1 (0.9)
屏東縣	23 (13.8)	13 (7.8)	2 (1.2)	5 (3)
臺東縣	4 (8.9)	3 (6.7)	1 (2.2)	0 (0)
花蓮縣	5 (9.8)	4 (7.8)	1 (2)	0 (0)
澎湖縣	2 (14.3)	1 (7.1)	1 (7.1)	0 (0)
基隆市	9 (9.8)	10 (10.9)	5 (5.4)	0 (0)
新竹市	5 (7.7)	4 (6.2)	3 (4.6)	0 (0)
嘉義市	5 (10.2)	3 (6.1)	0 (0)	0 (0)

金門縣	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
連江縣	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

以 101-105 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 2-2-11、101-105 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)
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)

6) 總結

我國自殺防治策略，主要分為三大層面，分別為全面性、選擇性與指標性策略，其中選擇性自殺防治策略以高風險群為對象。在選擇性自殺防治策略中，心理健康篩檢以及高危險群之辨識工作，是相當重要的一個環節。加強醫護與諮商輔導人員篩檢、辨識可能罹患各類精神疾病或有自殺傾向者的能力，並適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置，是相當重要的環節。

(1) 青少年族群之防治策略

青少年自殺問題，逐漸成為各國得共同面臨的課題，根據 WHO 的統計，自殺已成為全球 15-29 歲人口第二大死因，在 15-19 歲男性自殺死因排名第三、女性則排名第二(World Health, 108)，以臺灣地區而言，108 年 0-17 歲兒少自殺通報人次，相較於去年有明顯上升，其中男性通報 774 人

次占 22.8%，女性通報 2,616 人次占 77.2%，女性為男性的 3.38 倍。

0-17 歲自殺死亡資料顯示，103 年自殺死亡人數降到歷年低，而後呈現逐年上升趨勢，至 108 年自殺死亡人數達到歷年高峰。以自殺死亡方式來看，由高處跳下自殺及自傷人數最多為 28 人(占率 53.8%)；以戶籍地來看，新北市、高雄市及臺北市自殺死亡人數較高，且自殺死亡方式大多為於由高處跳下自殺及自傷，建議針對校園頂樓標示關懷警語、加裝監視器等自殺防治策略。培育師生成為珍愛生命人守門人並建立關懷文化，促進心理健康識能包括壓力調適、情緒管理等，並加強社區媒體等網路世界的自殺防治策略介入。

108 年 0-17 歲自殺死亡個案 52 人，其中 26.9%個案於自殺死亡生前有接受關懷，73.1%的個案為自殺死亡生前無接受關懷。以性別分析，男性自殺死亡生前有接受關懷比例為 12.9%，相較於女性 47.6%來的低，建議依據自殺防治法持續鼓勵校園積極針對自殺個案做通報。總而言之，台灣青少年自殺防治政策，需要落實跨部會整合的機制，共同面對青少年自殺問題的嚴峻挑戰。重要策略如下:

a.建立嚴密的通報流程與處置程序：各校應成立自殺防治相關之組織或委員會，並擬訂校內自殺防治相關之政策與流程。

b.遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置:

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，如發現，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，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。

啟動輔導機制，召開輔導會議，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。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。

c. 中輟生之關懷處置

社政或社輔單位結合立案民間團體、退休教師輔導長期或多次之輟學學生，如進行個案訪談、電話訪談、家庭訪視或辦理營隊等工作，並鼓勵

學校教師積極參與協尋及輔導復學工作等。學生退學準備時，於個案訪談可使用簡式健康量表(BSRS-5)，檢測其心理健康狀態，發揮守門人精神。若學生具有自殺想法，須落實一問二應三轉介，轉銜至社區精神醫療單位、心理衛生中心，或精神科醫師，進行後續諮商及輔導。對於中輟生的家人，可能因為親人中輟而使心情受到影響，也可在電話訪談或家庭訪視時利用簡式健康量表(BSRS-5)之簡單題目，關懷中輟生家屬之心情狀態。

分區設置資源式中途班、合作式中途班及慈輝班等，輔導返校無法適應就學環境之中輟生。輔導輟學後又復學之學生時，運用簡式健康量表(BSRS-5)進行篩檢，並鼓勵學生定期測量，自我察覺情緒情形並紀錄，若發現心情溫度很高或是有自殺的想法，立刻向輔導教師求助。彙整統計並分析中輟生輟學及再輟原因，並研擬解決方案及因應策略。

辦理中輟生輔導業務經驗學習研討會，邀集各相關局處共同檢討並提出改進策略等，在討論中輟相關解決因應策略當中，須置入輔導及自殺之防治，防範中輟生自我傷害及自殺等行為。

定期辦理中輟生復學輔導督導會報、結合社政及社區資源，引進退休教師或輔導志工認輔有中輟之虞或輟學復學之學生等。在輔導時可運用簡式健康量表(BSRS-5)及相關之評量工具，檢測學生情緒狀態，查覺是否有情緒困擾，並協助處理與解決，降低輟學發生機率。

d.強化教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，推動「守門人」之積極角色與功能。

e.針對新生及轉學生，於入學、學期開始初期及期中考前後施測心情溫度計，或由導師提高敏感度，針對時常常請假或無故曠課之學生，成績突然全面性退步，過度的抽煙、飲酒、或藥物不當使用或是有情感問題、憂鬱、自殺高危險群等，進行早期篩檢，隨即追蹤的預防介入。

f. 於學生畢業後前一年，以生涯規劃模式再次進行篩檢，確保學生身心健康，並提供其他領域，如職場、軍中等相關資源。

g.建立學生高憂鬱傾向與自殺高危險群的資料庫，可由輔導中心開辦成長團體或人際關係團體或團體心理治療，以憂鬱與自殺高危險群為主，希望透過團體增加同學的成熟度、人際網絡、社會支持度以及人際溝通技巧。

h.珍愛生命守門人推廣。

i. 與精神醫療單位密切合作，建立關懷處置之流程與措施。

j. 針對學生家庭之自殺防治

透過家長會，或各種聚會或文件訊息，將自殺警訊之辨識與關懷之知識，主動傳送家長，強化與家長聯繫溝通管道品質。留心孩子的狀況，一旦有異常的情緒，語言或行為時就該積極處理。了解孩子學校的支持服務系統，並和學校老師、輔導老師、社工等保持密切聯繫，以利察覺孩子在學校時的表現。若發現孩子有自殺相關問題時，尋求學校老師或輔導老師的幫助，一同探詢孩子問題的癥結，或是聯絡各縣市心理衛生中心和醫療院所，尋求更專業的幫助。

k. 事後處遇(Postvention)

需要由心理相關人員成立危機管理小組，偵測哪些學生可能會受到此事件的影響並聯繫其家長，派遣一位心理諮商師到自殺身亡者的課堂上，與其他學生一同上課，觀查其他同學的狀況，聯繫與關心死者家屬，瞭解喪禮的準備狀況，並提供心理衛生資源的資訊，需指派一名人員負責媒體相關事宜。

當危機管理小組成立並分派職責後，再將自殺事件於會議和課堂時告知其他師生，特別需要告知老師一些可以提供給學生的相關資源，並探討是否有其他高風險的學生。辨別高風險的學生往往是最困難的步驟，高風險者通常是自殺身亡者的好朋友、相同社團的朋友、相同團隊的隊友、和兄弟姐妹等。另外像是有物質濫用問題的學生、情緒明顯困擾者、有自殺意念或曾經自傷/自殺過的學生也是都高危險群。運用上述系統化的篩檢量表，也有助於辨別高風險學生。

l. 定期與不定期舉辦自殺防治及心理健康促進之教育訓練。

m. 結合鄰近地區資源，推動守門人之計畫。

n.提供防治資訊與資源：

學校教職人員於生命教育相關課程中，教導學生保命之重要性，或是在校園張貼相關海報，提供學生隱密且安心的諮商管道，讓學生能安心進行舉報，以拯救有自殺企圖之同學。圖書館中建立自殺防治系列電子書專區，並推廣心情溫度計 APP，讓學生閱讀及使用。

辦理自殺防治相關展覽，如年度影展活動，藉此進行一系列之校園自殺防治概念之宣導。運用學生意見領袖及社團幹部，帶頭擔任守門人，發起關懷運動。青少年多因為感情因素而有自殺行為，校園可發揮創意，辦理情感會談、戲劇、講座或活動等，增進學生之敏感度，並鼓勵勇於求助。於學校輔導室、布告欄等地方，放置及張貼自殺防治相關宣導文宣資料及

求助資源。

o.建構安全措施：

校園內應注意危樓修復，於高樓頂樓以張貼海報、布條或噴漆方式，標示關懷警語、求助資訊等，加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置等。校內保安人員及校園志工可加強頂樓監視器監測及巡視，對自殺熱點(常發生自殺行為)建築物加強監控。電梯內，張貼自殺防治相關宣導、求助電話等。

p.遇到自殺風險個案時，除全國各縣市醫院及衛生局等相關單位可直接上網進行通報外，各警察、消防、社政、勞政、民政、教育等相關單位，亦可透過紙本方式，將個案資料傳遞至各縣市衛生局，進行通報。

q.各縣市衛生局受理通報後，則依照衛生福利部之自殺防治通報系統通報後關懷作業流程辦理，於接獲個案通報 3 個工作日內初次關懷，7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。

r. 關懷訪視員在進行訪視時，應主動與通報機關(構)電話聯繫，掌握個案行蹤資料，並告知個案自殺危險性及相關處置建議。關訪員亦需評估會同相關機關(構)共同處置之必要性，並立即電話訪問並安排家庭訪問時間。在訪視後回復轉介機關(構)評估及訪視結果。

s.關懷訪視服務時，關懷訪視員需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS)分數及進行再自殺風險、心理需求評估，並擬訂自殺關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源。

t. 訪視方式得依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或辦公室訪視等方式進行，如遇個案拒訪，仍應採積極聯繫及建立關係等方式，和個案、家屬或親友進行相關訪視(談)或寄送關懷信。

u.根據個案之特性和需求，關懷訪視員可連結醫療、社政、教育、勞政等網絡，提供個案更多資源。需注意是，當個案有明顯自殺企圖或自殺行為正在發生時，生命有利及性危險時，應即刻通知警察、消防單位，勿貿然自行單獨前往處理。

(2) 家暴被害人之防治策略

家庭暴力已被視為是重大的公共健康與社會安全議題，並引起全球性的關注。根據世界衛生組織（WHO）的估計，約有 16~52% 的婦女曾遭受身體上的家暴攻擊，對於家暴盛行率的研究，一般相信是低估的狀態。台灣一樣存在嚴重低估家暴事件的情形，在華人「家醜不可外揚」等傳統

觀念影響下，婦女請求協助的比例顯然偏低。有統計指出，有 48% 的家暴案件未曾向警方報案。因此不難想像，在台灣有多少人正在遭受家暴所帶來的痛苦。(周 ,2009)

以家暴相對人來說，每 100 件的關於家暴相對人之通報，就有 5.1 件涉及自殺通報，而在家暴被害人則是每 100 件關於家暴相對人之通報，就有 6.6 年涉及自殺通報。在兒少保事件中涉及自殺通報比率，則是每 100 件中，相對人有 3.2 件，被害人有 4 件。顯示在成人的族群，比兒少的族群有更高自殺通報量的比率，間接顯示成人族群較易採取自殺行為。

另一值得注意的是，不論是家暴或兒少族群，被害人的自殺通報量均比相對人來得高，近三年來的平均差異 0.8%-1.5%。間接顯示，在被害人族群上比起相對人的族群，更易發生自殺行為。

家暴被害人族群自殺通報原因的歸類上，前三類的排序和家暴相對人一樣，但可以發現在「情感 / 人際關係」的百分率上，比相對人來得高。實務經驗顯示，被害人的族群多為女性，而家暴事件直接衝擊到「情感 / 人際關係」，此關係不僅是平行的情感關係，還包含水平的親子關係。不管在學理或實務研究上均發現女性族群對關係的重視與需求均高於男性，因「情感 / 人際關係」的損傷，產生的憤怒及絕望感往往會促成自殺的想法，乃至於行為。因此在被害人創傷介入上，此一面向的關照及處遇，即為自殺防治的重點。

(3) 原住民之防治策略

我國近年在多元文化的發展之下，更是重視少數文化的權益，原住民權益的更是有所提升。原住民委員會於民國 91 年至行政院底下獨立後，便致力維護原住民文化、語言、自治等權利，並且透過各種不同的方法，將原住民文化與習俗進一步推廣至一般大眾，至今也仍不斷努力克服殖民活動所造成的創傷，並讓遷移至都市的原住民重新獲得對原本身份的認同，也因此未來如何與原住民委員會及各部落取得自殺防治與文化間共識，並避免自殺污名化造成原住民受到再次傷害是相當重要，最後透過原住民部落的耆老進一步達成網網相連，是我國原住民自殺防治策略的重點項目。重要策略如下:

a.推行守門人的概念：部落可透過教會合作(核心理念同，且每週有聚會)、頭目家族(頭目現在雖然沒有行政權力但有一定地位，為地方領袖)及各項原住民專案計畫的工作人員。

b.可結合原住民家庭暨婦女服務中心及老人日間關懷站工作人員培訓，提供珍愛生命課程。

c.文宣部份，建議可精簡現有的資料內容，提供部落相關工作人員參考。

d.建議以部落為基礎推動自殺防治工作，並以部落為單位來盤點資源。

(4) 離婚族群之防治策略

根據內政部統計數據，108 年國人離婚對數計 5 萬 4346 對，半數離婚者婚齡未滿 9 年，其中結婚未滿 5 年者共 1 萬 8816 對，占 34.6%最多，為近 10 年新高。此外，108 年特定人口群自殺死亡資料分析，自殺死亡身前特殊身分別人數最高為，離婚人口(占總自殺死亡人的 23.5%)，應落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、精神疾病、經濟困窘等婦女，並協助其找尋適當資源。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。

(5) 獨居族群之防治策略

因為國人的平均壽命增加，老年人口也逐漸增加，導致老年憂鬱症的患者比率也相對的提高；再加上時代環境的快速變遷，年紀大的人越來越不能適應這個新時代的變化速度，日積月累的壓力，造成老年人身心上的不適應，老年人的自殺比率便逐漸升高；雖然老人常有強烈的無望感，比較少有自殺的意念，但是老年人一旦決定要自殺，使用的方式往往會比較激烈。重要策略如下:

平時以電話關懷高危險群的老人，注意其生活起居、鼓勵參加活動。早期發現，早期治療，提供支持性的會談，避免老人感到孤單。提供身、心、靈的復健，提供適當的醫療資源以及心理諮詢資源；老人家往往因為資訊的不足，而不知道求助的管道。

(6) 特殊職業(軍、警、消)等之防治策略

根據他人許多的臨床照護經驗中，軍人自殺病患在住院期間，尤其是剛入願或是屆臨出院，都是出現自殺行為的高危險時期，此時的家屬或親友更要付出多一點的關心，給予支持。在自殺軍人病患住院期間，醫護人員需要與家屬、部隊以及病患本身作妥善的溝通與協調安排，評估病患恢復情形；倘若病患在接受治療後，適合回到部隊，則必須考慮其重新回到部隊的生活上、與同袍相處上的問題。部隊長官及輔導長也要協助重返部隊的弟兄，重新適應部隊生活。

除了結合專業醫療人員、家屬、朋友、部隊以及病患本身，做妥善的照顧及輔導之外，社會上的生活教育也應該教導民眾多注重青少年的危機處理，增強青少年對於壓力以及挫折的因應能力，也許將有助於未來在軍中遇到挫折時，能夠以更有效、更健康的方式來解決問題。

五、附件

附件 2-2-1、108 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) (以全國、新北市為例)

108 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109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 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，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，本中心根據各項自殺統計指標，繪製不同種類自殺地圖供各縣市運用。

本自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因及整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比，以顏色深淺作為區隔，繪製出各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，並將兩年人口相加除以二，得到年中人口數。

2) 繪製地圖使用 Python。

3) 108 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖

以 108 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(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比。

4) 標準化死亡比

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

SMR＝(觀察到的實際死亡數／各年齡層期望死亡數之總和)×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 106-108 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。

(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) 108 年各縣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) 標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O.世界人口年齡結構為基準。

7) SMR、各鄉鎮市區自殺死亡資料係以 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. **108 年自殺死亡地圖(按鄉鎮市)**

1) 蒐集各縣市及各鄉鎮市區之經緯度、標準化自殺死亡率、自殺粗死亡率、

自殺死亡人數、三年移動平均標準化自殺死亡比，進行各變數的合併。

2) 進入衛生福利部「資料科學中心」針對 108 年各鄉鎮市區自殺死亡資料進行分析。

3) 繪製各鄉鎮市區 108 年自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及 106-108 年標準化死亡比。

4) 使用 Python 繪製自殺死亡地圖，將繪製的地圖撰寫成報告。

四、 成果

108 年各縣市自殺地圖以全國、新北市為例。繪製臺灣自殺死亡地圖及彙整內容，包含 108 年各死因及整體標準化死亡率、自殺粗死亡率、自殺死亡人數(戶籍地與死亡地)、106-108 年標準化自殺死比。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，以全國及新北市來看，摘要如下：

1. 全國

1) 全國地圖分佈

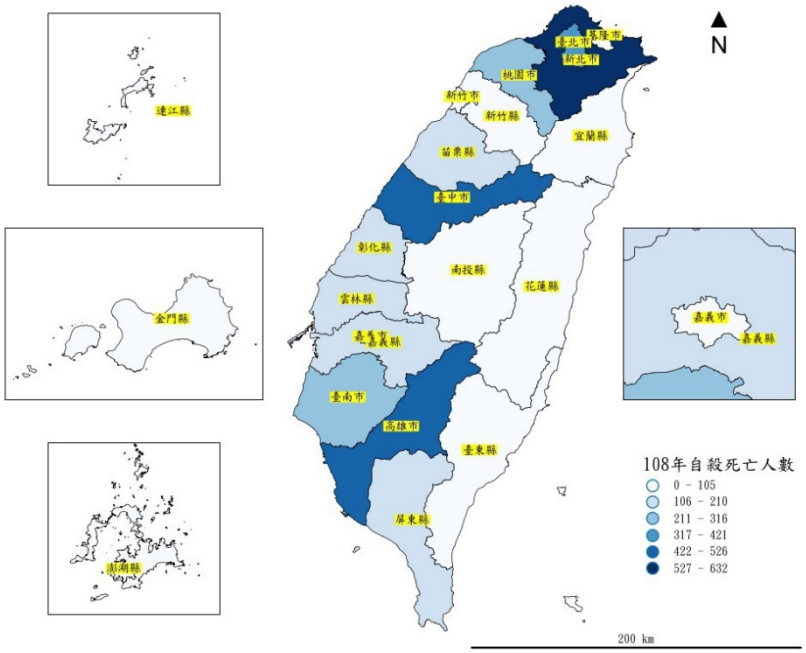


圖 2-3-1、108 年自殺死亡人數

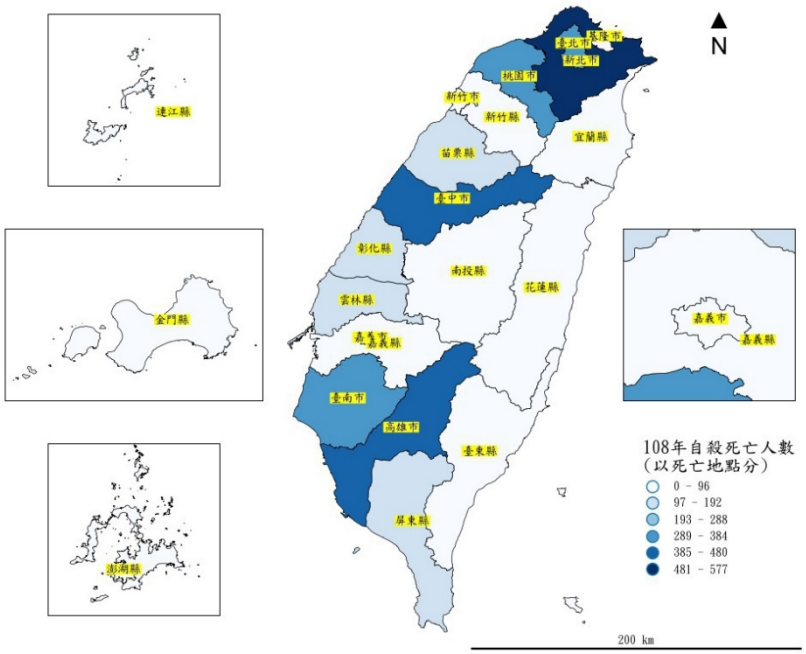


圖 2-3-2、108 年自殺死亡人數(以死亡地點分)

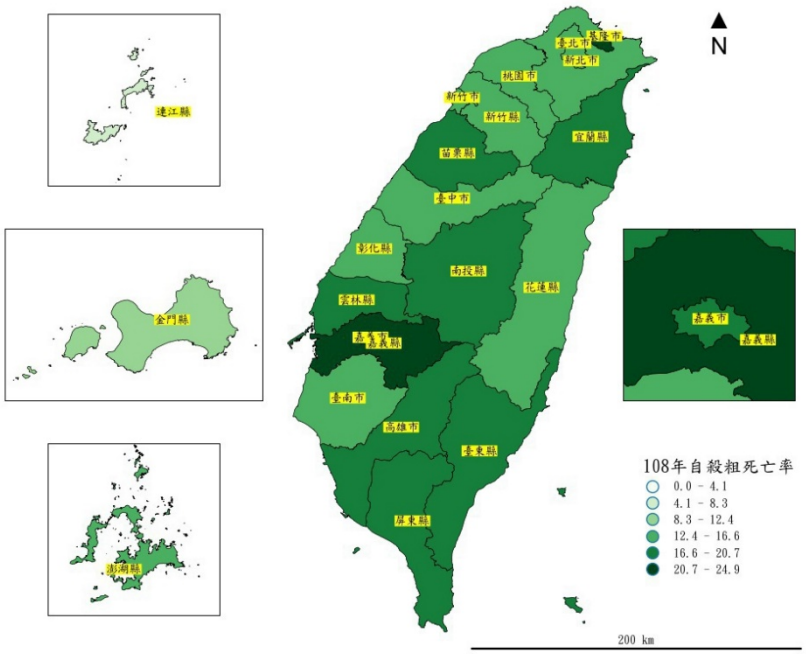


圖 2-3-3、108 年自殺粗死亡率

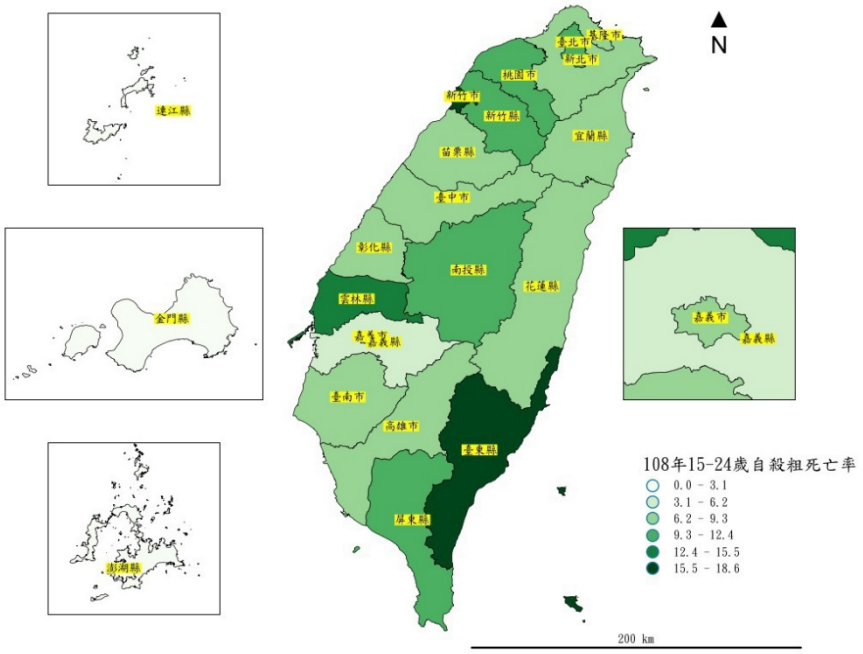


圖 2-3-4、108 年 15-24 歲自殺粗死亡率

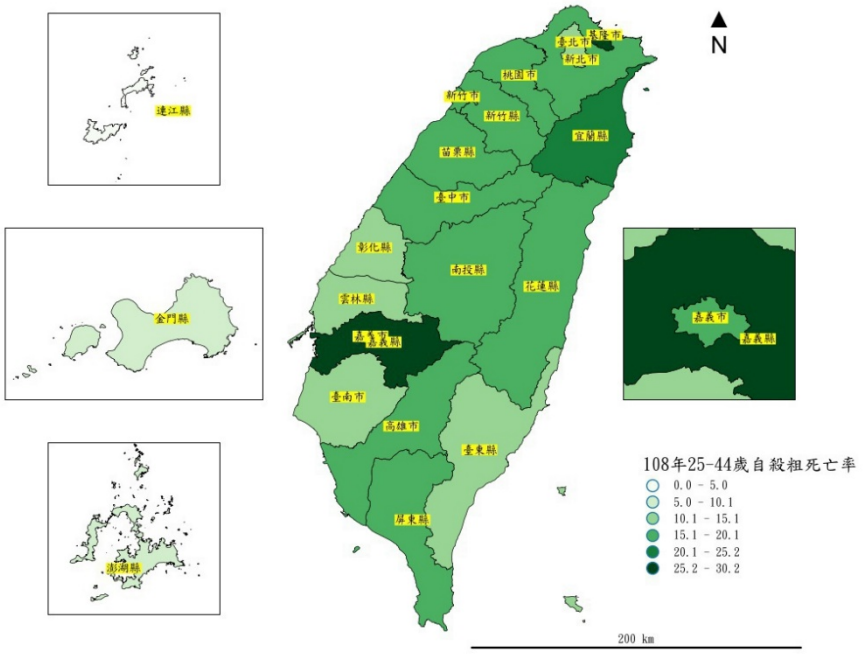


圖 2-3-5、108 年 25-44 歲自殺粗死亡率

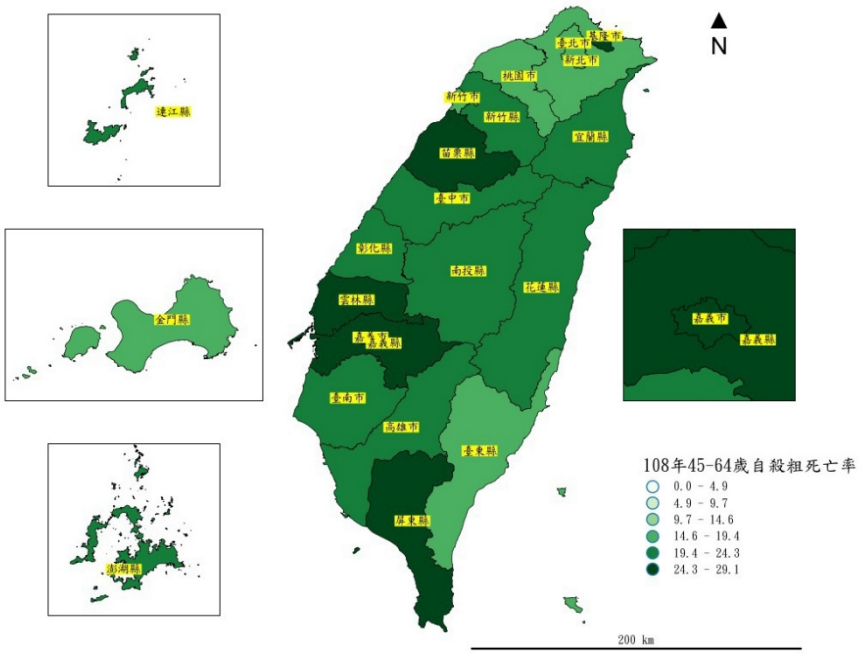


圖 2-3-6、108 年 45-64 歲自殺粗死亡率

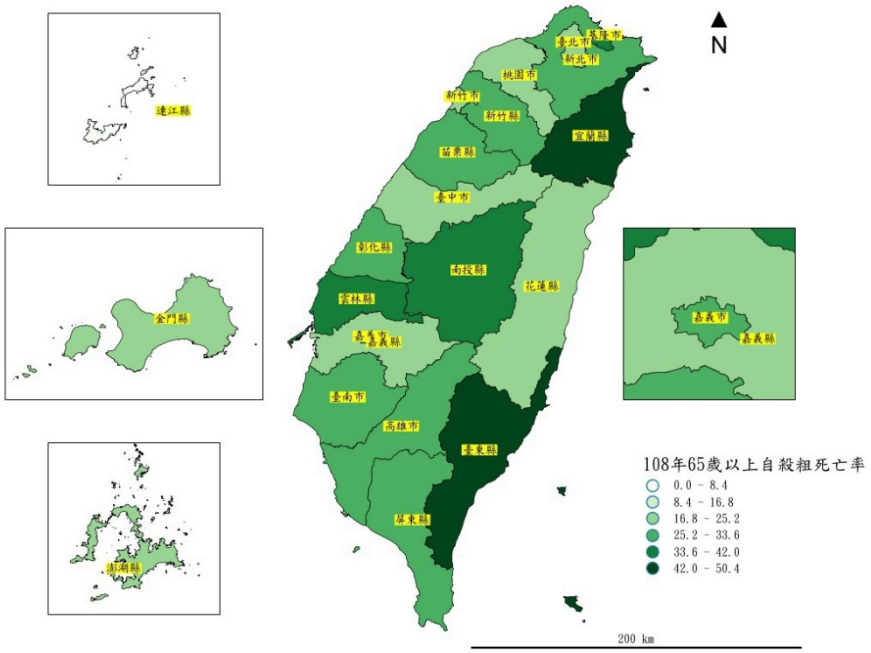


圖 2-3-7、108 年 65 歲以上自殺粗死亡率

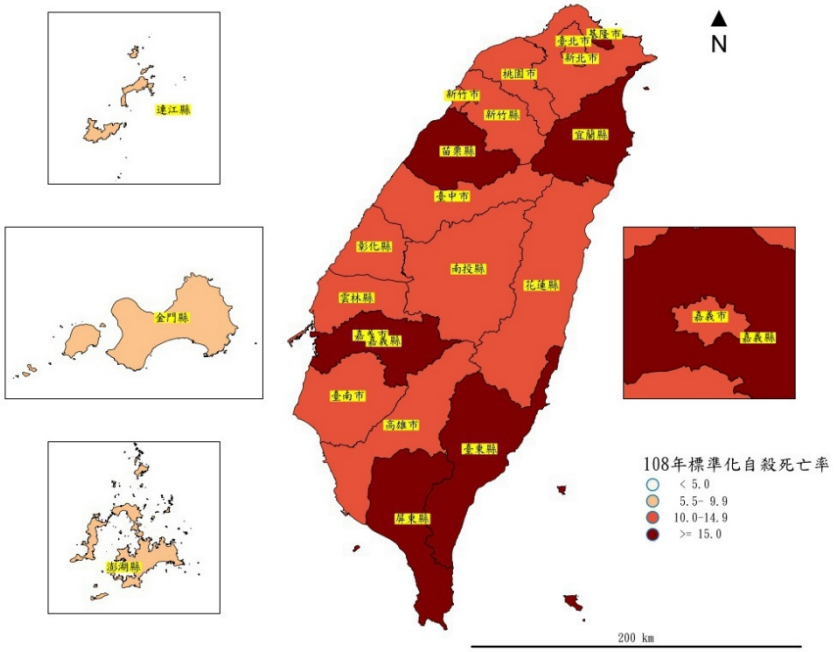


圖 2-3-8、108 年標準化自殺死亡率

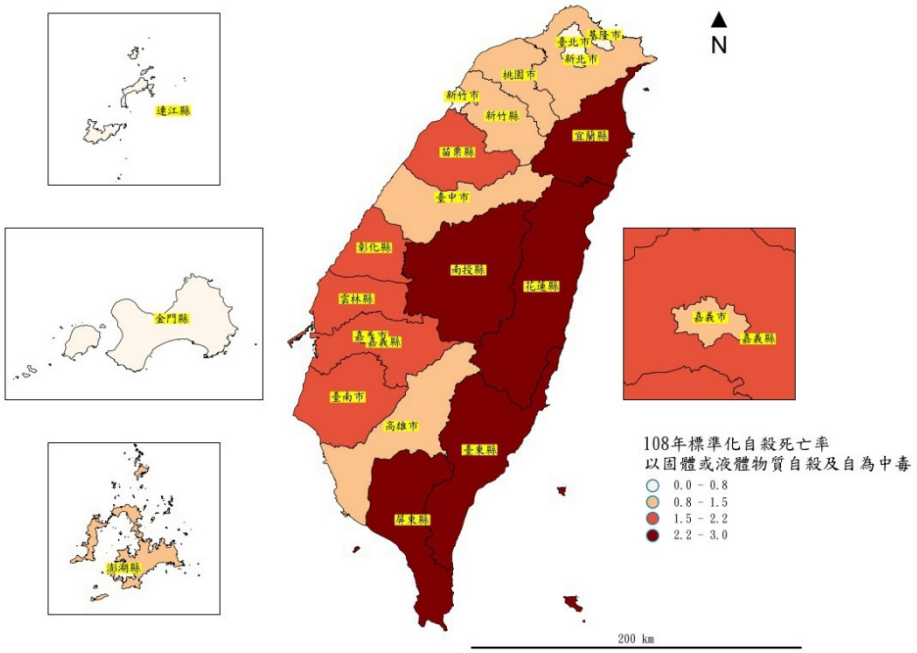


圖 2-3-9、108 年標準化自殺死亡率：以固體或液體物質自殺及自為中毒

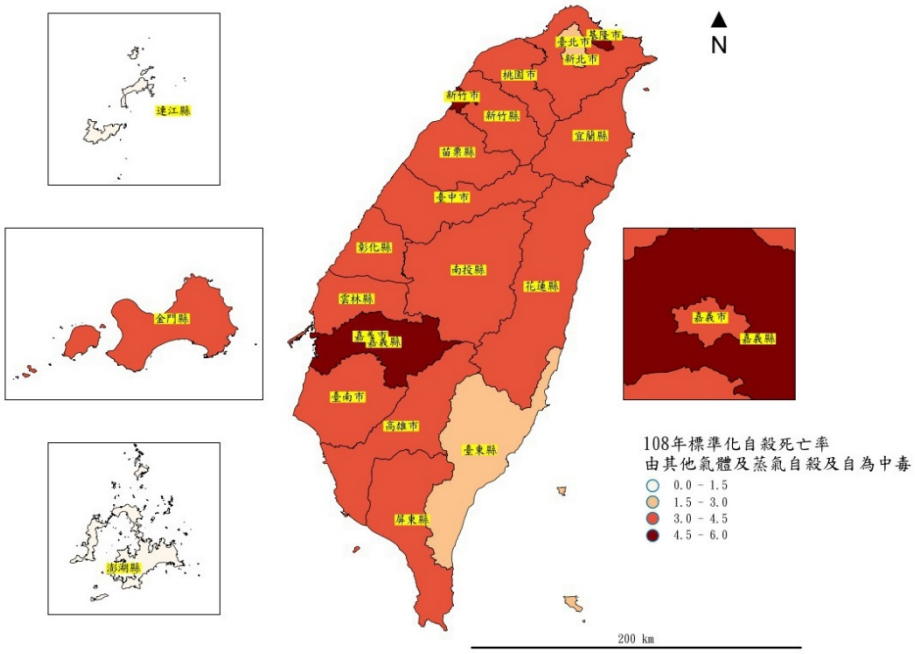


圖 2-3-10、108 年標準化自殺死亡率：由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒

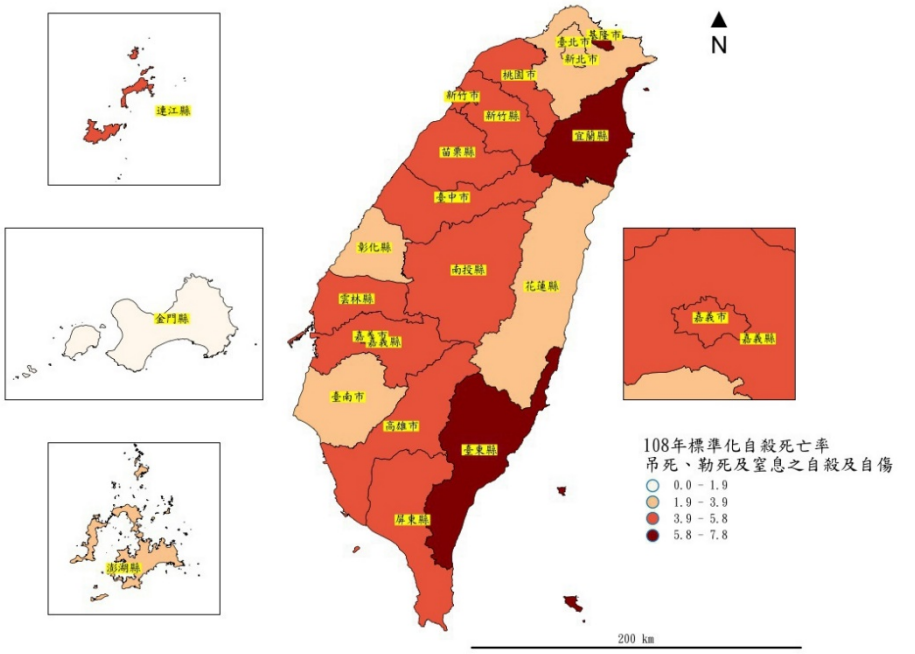


圖 2-3-11、108 年標準化自殺死亡率：吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

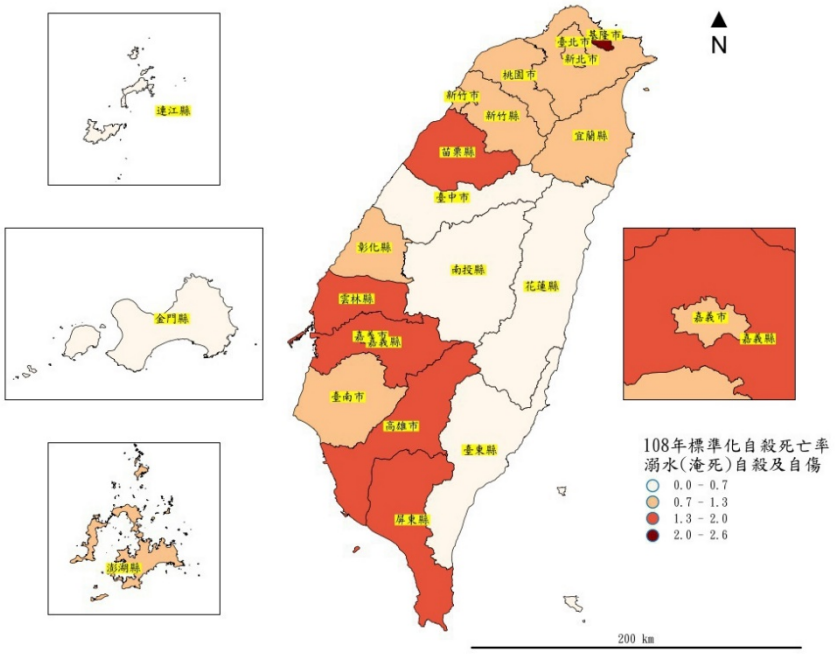


圖 2-3-12、108 年標準化自殺死亡率：溺水(淹死)自殺及自傷

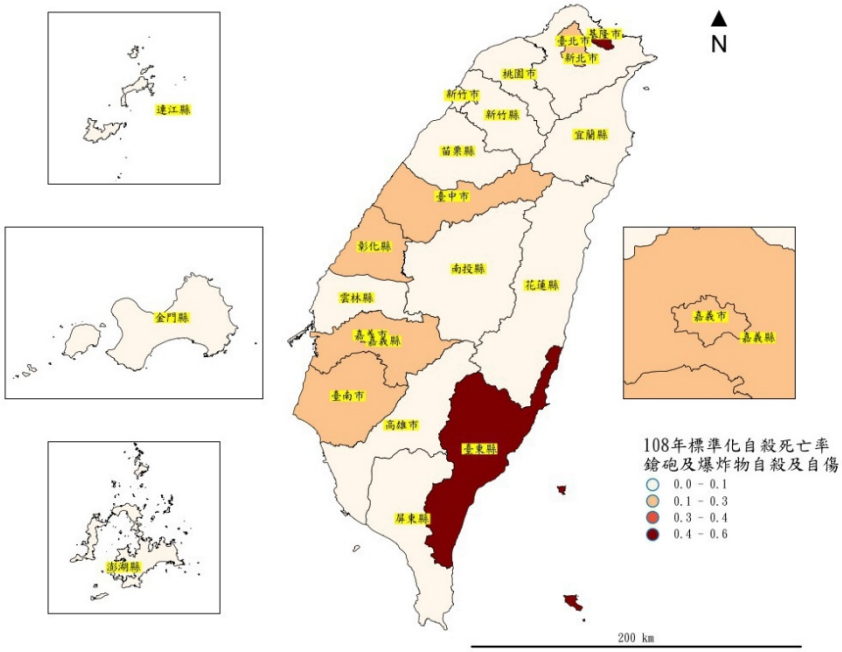


圖 2-3-13、108 年標準化自殺死亡率：鎗砲及爆炸物自殺及自傷

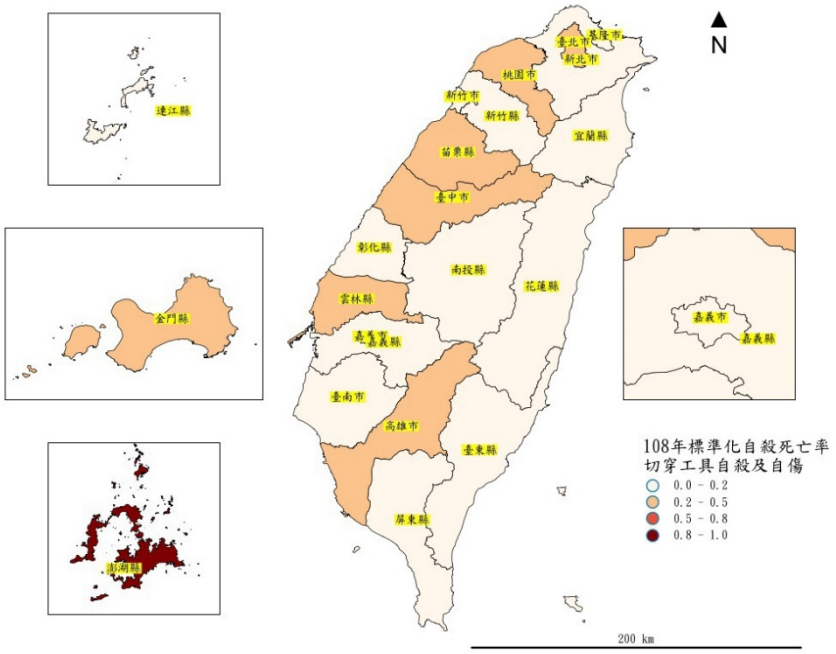


圖 2-3-14、108 年標準化自殺死亡率：切穿工具自殺及自傷

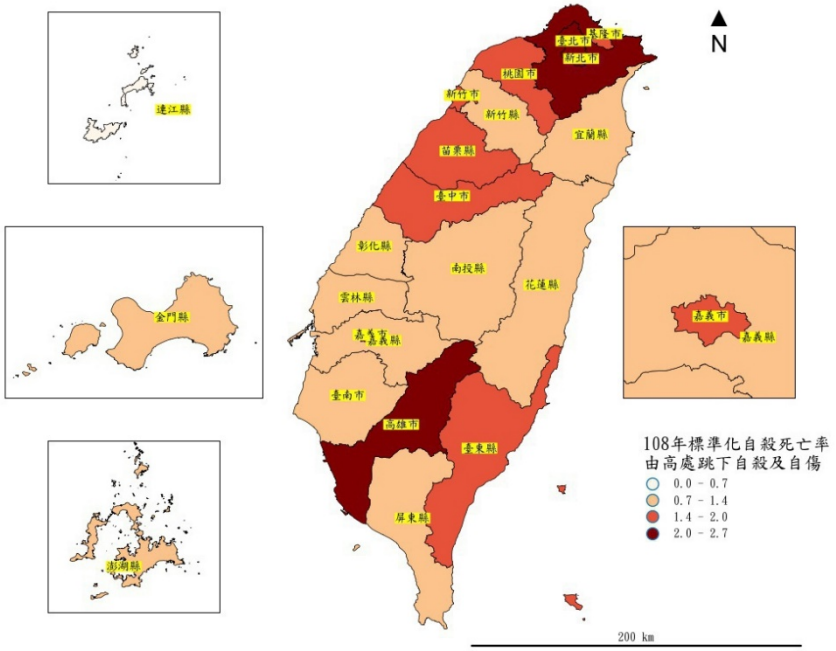


圖 2-3-15、108 年標準化自殺死亡率：由高處跳下自殺及自傷

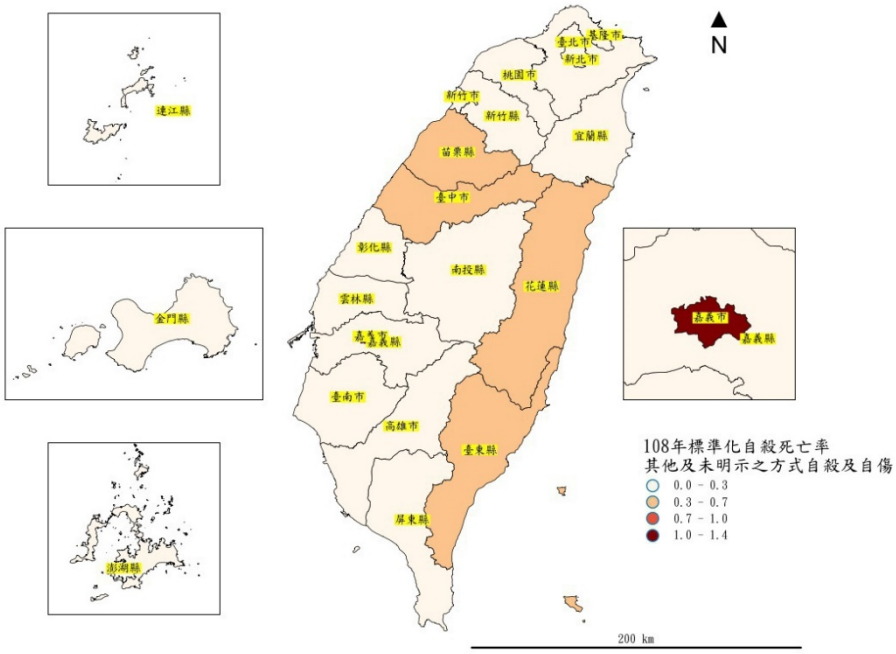


圖 2-3-16、108 年標準化自殺死亡率：其他及未明示之方式自殺及自傷

2) 全國總說明

(1) 自殺死亡人數前三高依序為：新北市、高雄市、臺中市。

(2) 自殺粗死亡率前三高依序為：基隆市、嘉義縣、臺東縣。

(3) 標準化自殺死亡率前三高依序為：基隆市、嘉義縣、臺東縣。

(4) 以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率前三高依序為:臺東縣、南投縣、屏東縣。

(5) 由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒標準化死亡率前三高依序為:嘉義縣、基隆市、新竹市。

(6) 吊死、勒死及窒息之自殺及自傷標準化死亡率前三高依序為：臺東縣、基隆市、宜蘭縣。

(7) 溺水(淹死)自殺及自傷標準化自殺死亡率前三高依序為:基隆市、嘉義縣、高雄市。

(8) 鎗砲及爆炸物自殺及自傷標準化自殺死亡率前三高依序為：臺東縣、基隆市、嘉義縣。

(9) 切穿工具自殺及自傷標準化自殺死亡率前三高依序為:澎湖縣、雲林縣、金門縣。

(10) 由高處跳下自殺及自傷標準化自殺死亡率前三高依序為：臺北市、新北市、高雄市。

(11) 其他及未明示之方式自殺及自傷標準化自殺死亡率前三高依序為：嘉義市、苗栗縣、臺東縣。

(12) 總論

依據 108 年自殺死亡數據結果顯示，自殺粗死亡率與標準化自殺死亡率，前三高縣市依序皆為基隆市、嘉義縣、臺東縣，雖每年的自殺率經常會高低起伏，但仍需更進一步探討自殺死亡率較高之縣市，以降低高危險縣市之自殺死亡率。

以各死因而言，依據視覺化方式呈現臺灣自殺死亡地圖，其各縣市標準化自殺死亡率中，以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率大多集中於東部地區，由高處跳下自殺及自傷則較集中於都會地區，顯示不同縣市因應各縣市之生活型態、人口結構以及背景文化，自殺防治策略須依據在地化實施。

2. 新北市

1) 新北市地圖分佈

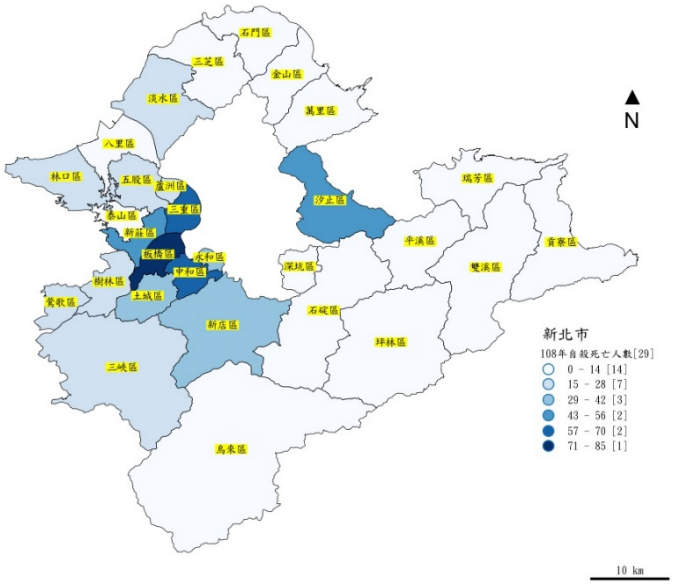


圖 2-3-17、108 年新北市自殺死亡人數

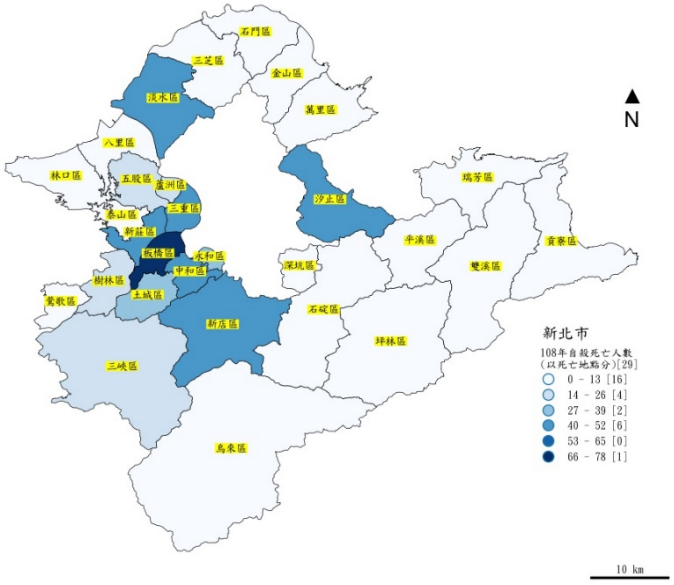


圖 2-3-18、108 年新北市自殺死亡人數(以死亡地點分)

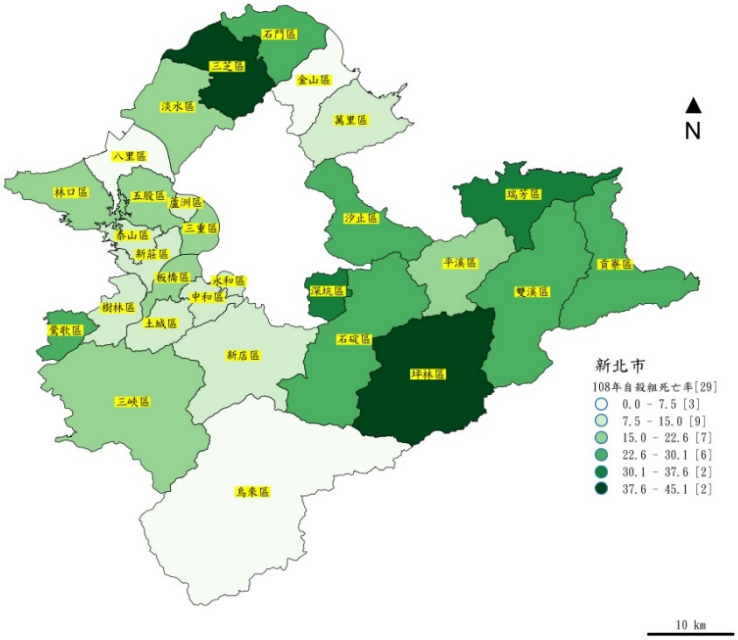


圖 2-3-19、108 年新北市自殺粗死亡率

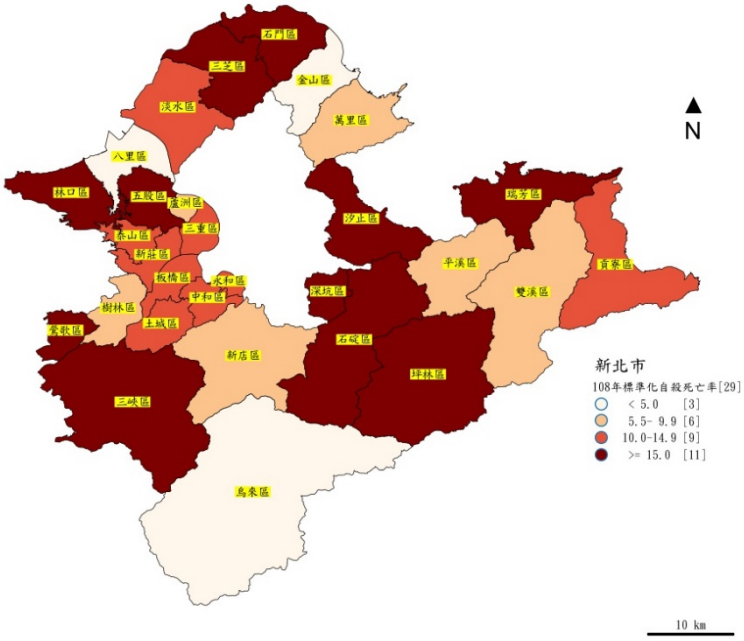


圖 2-3-20、108 年新北市標準化自殺死亡率

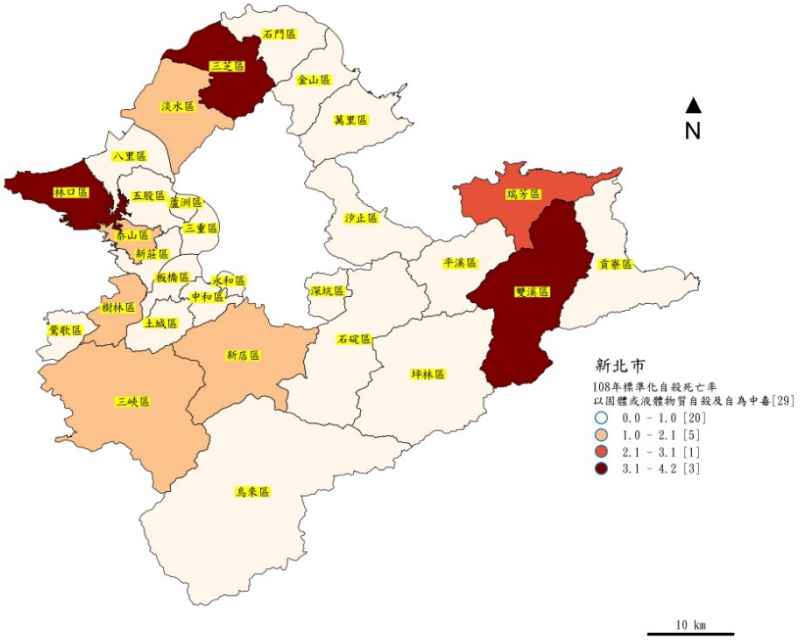


圖 2-3-21、108 年新北市標準化自殺死亡率：以固體或液體物質自殺及自為中毒

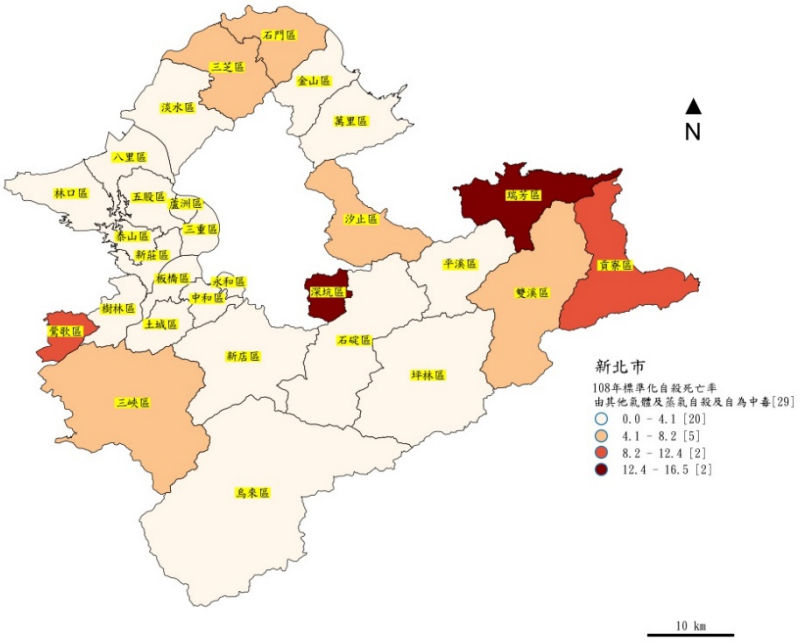


圖 2-3-22、108 年新北市標準化自殺死亡率：由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

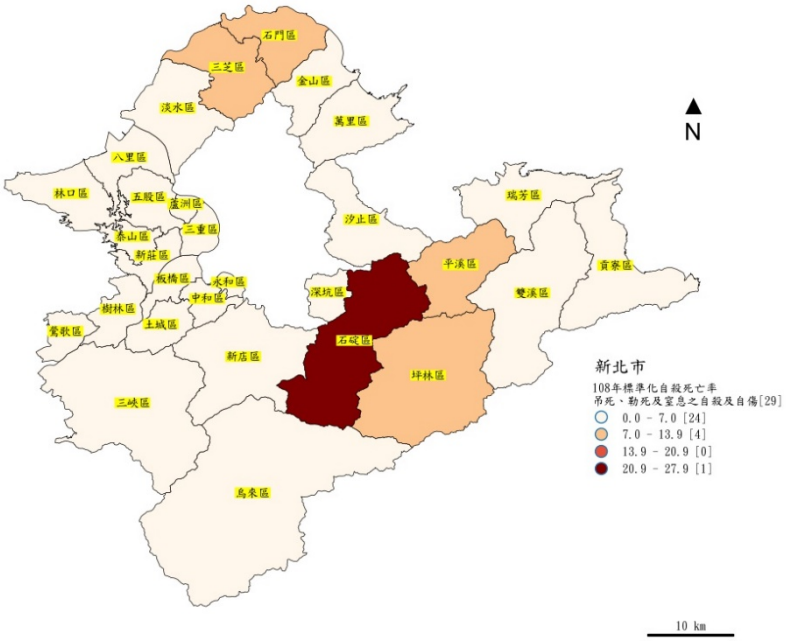


圖 2-3-23、108 年新北市標準化自殺死亡率：吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

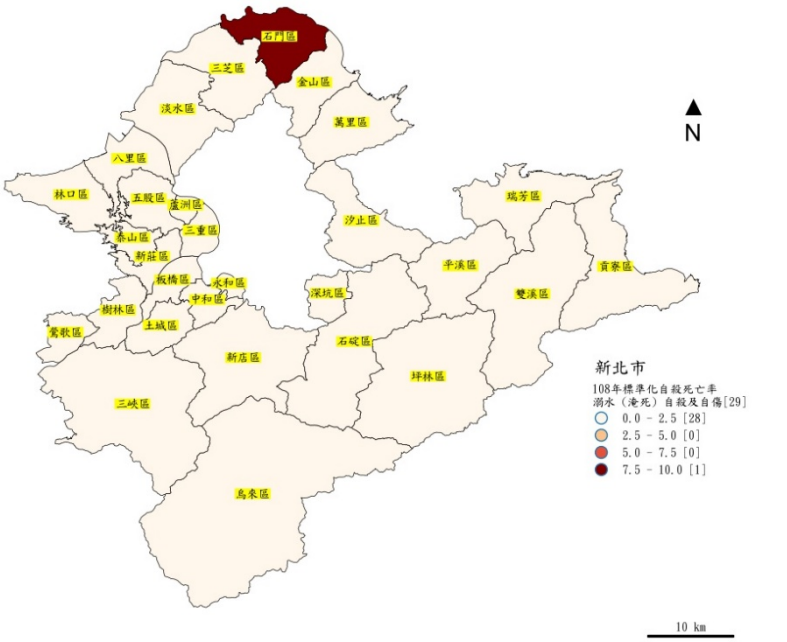


圖 2-3-24、108 年新北市標準化自殺死亡率：溺水(淹死)自殺及自傷

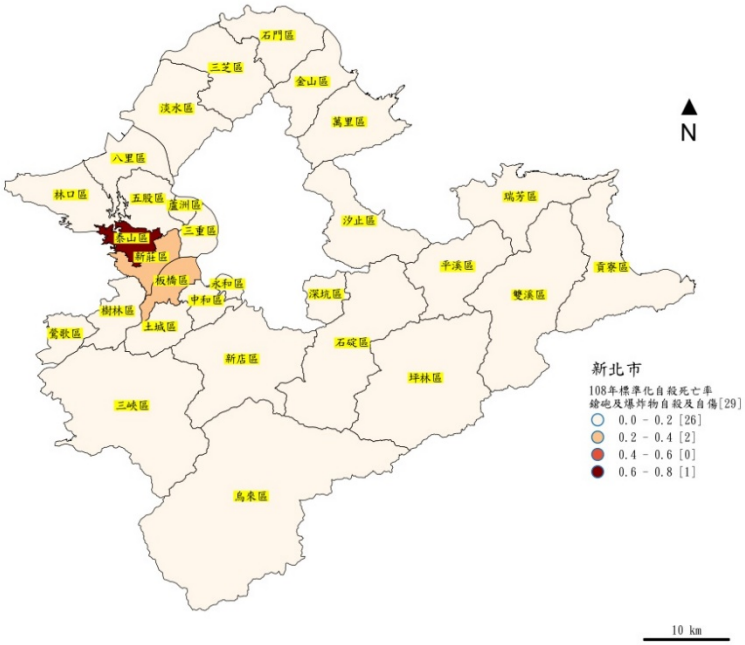


圖 2-3-25、108 年新北市標準化自殺死亡率：鎗砲及爆炸物自殺及自傷

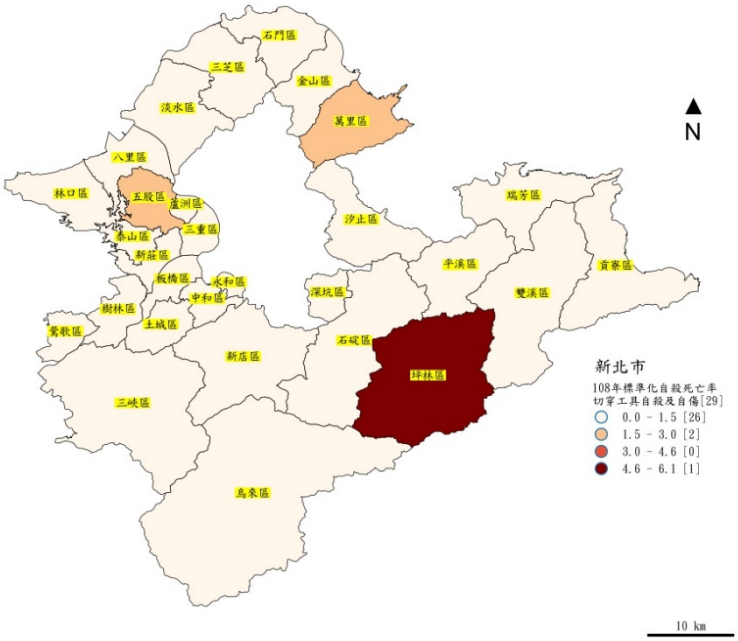


圖 2-3-26、108 年新北市標準化自殺死亡率：切穿工具自殺及自傷

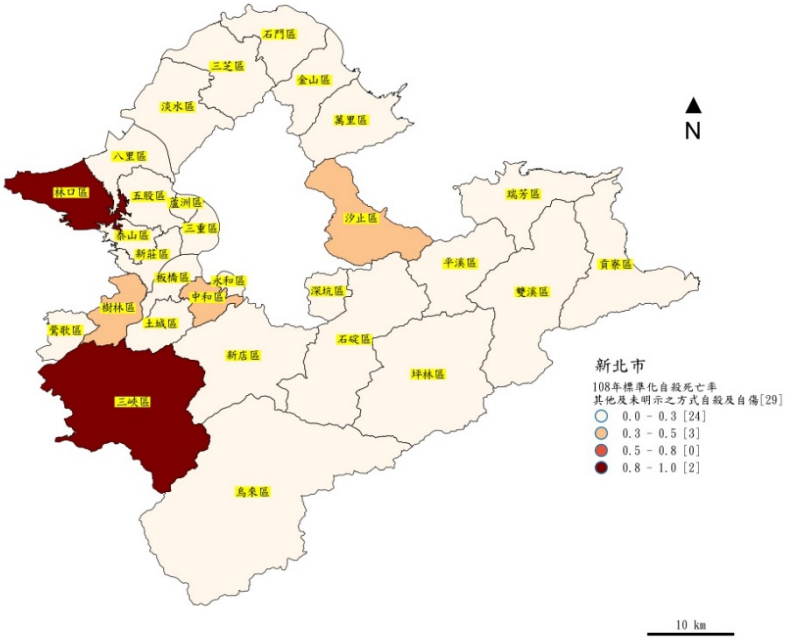


圖 2-3-27、108 年新北市標準化自殺死亡率：其他及未明示之方式自殺及自傷

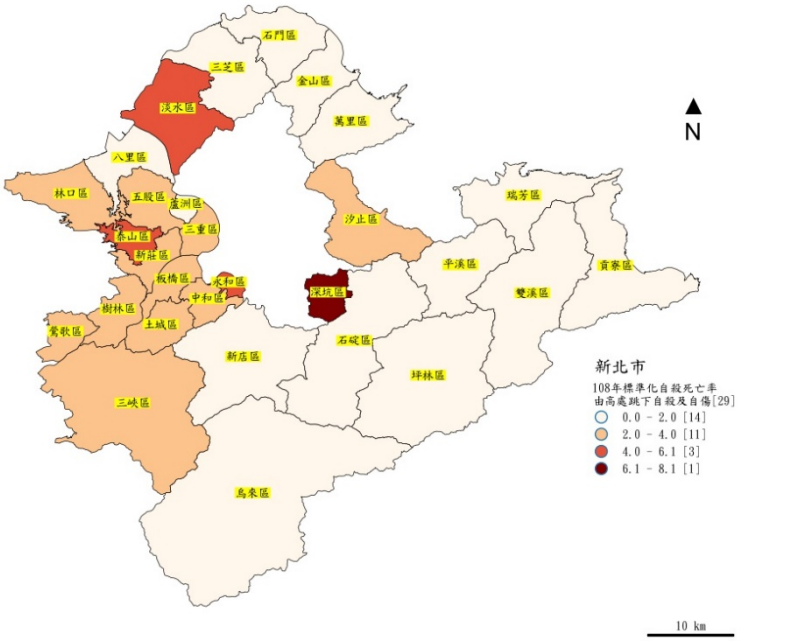


圖 2-3-28、108 年新北市標準化自殺死亡率：由高處跳下自殺及自傷

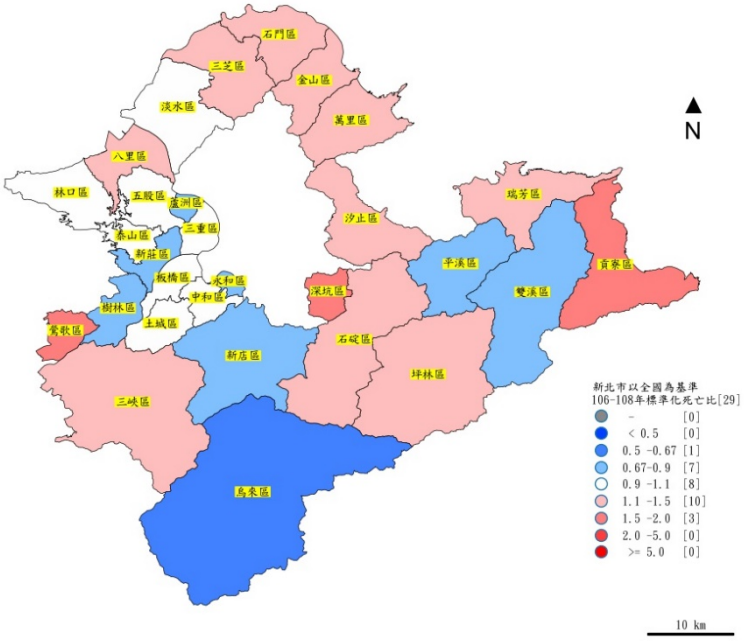


圖 2-3-29、106-108 年新北市標準化自殺死亡比(以全國為基準)

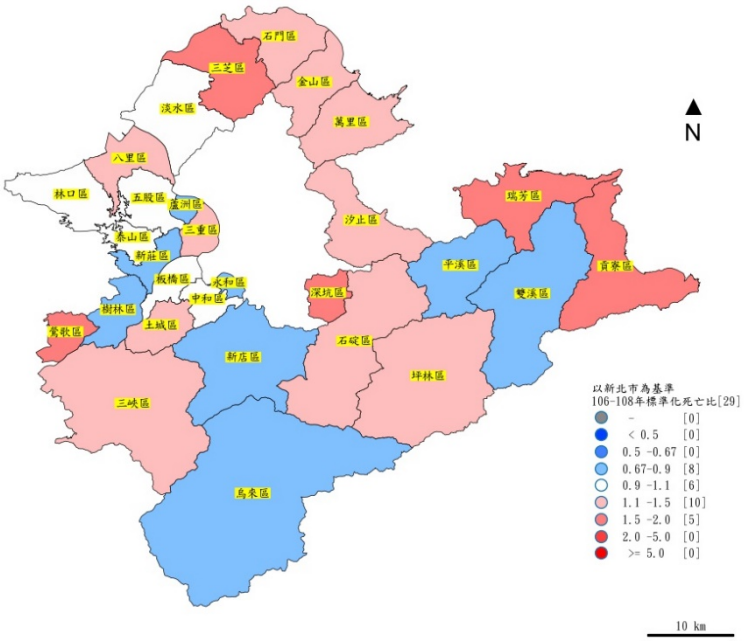


圖 2-3-30、106-108 年新北市標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

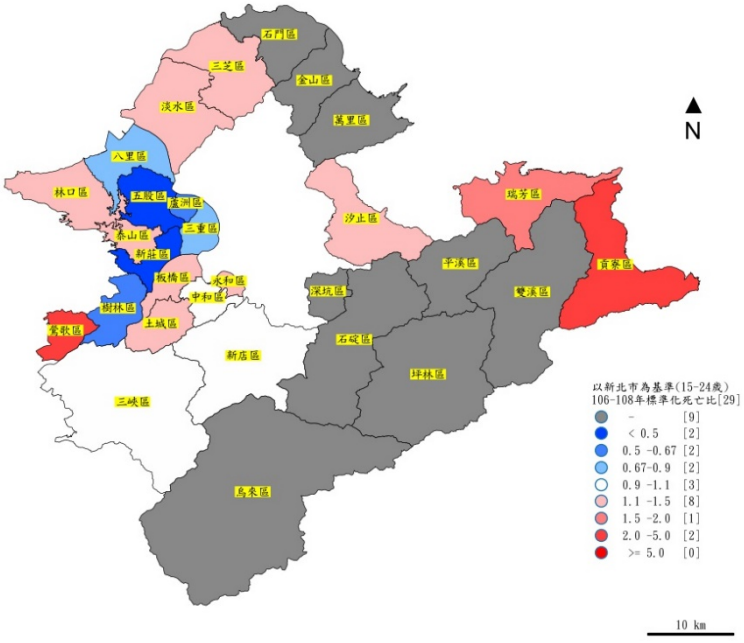


圖 2-3-31、106-108 年新北市 15-24 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

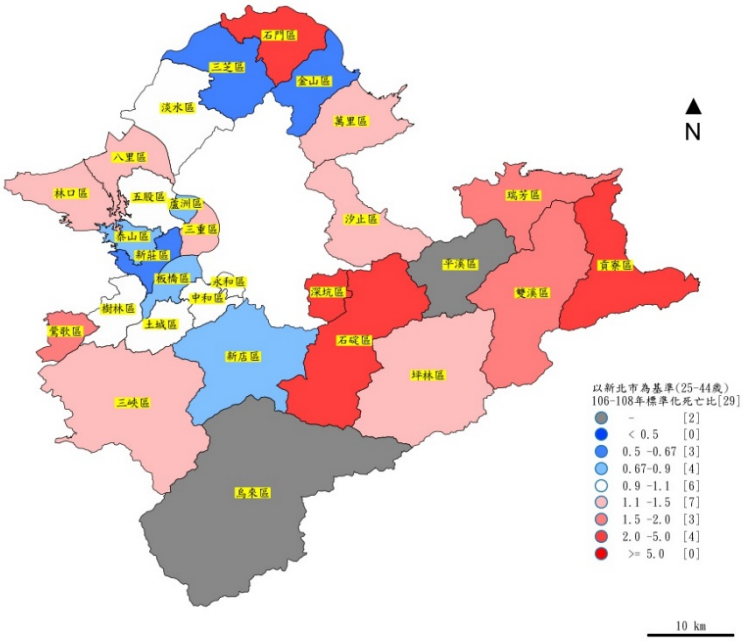


圖 2-3-32、106-108 年新北市 25-44 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

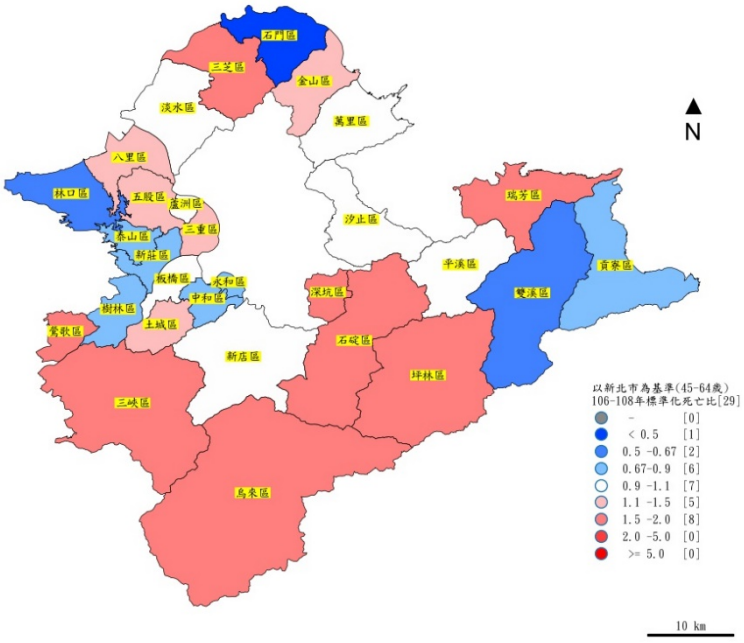


圖 2-3-33、106-108 年新北市 45-64 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

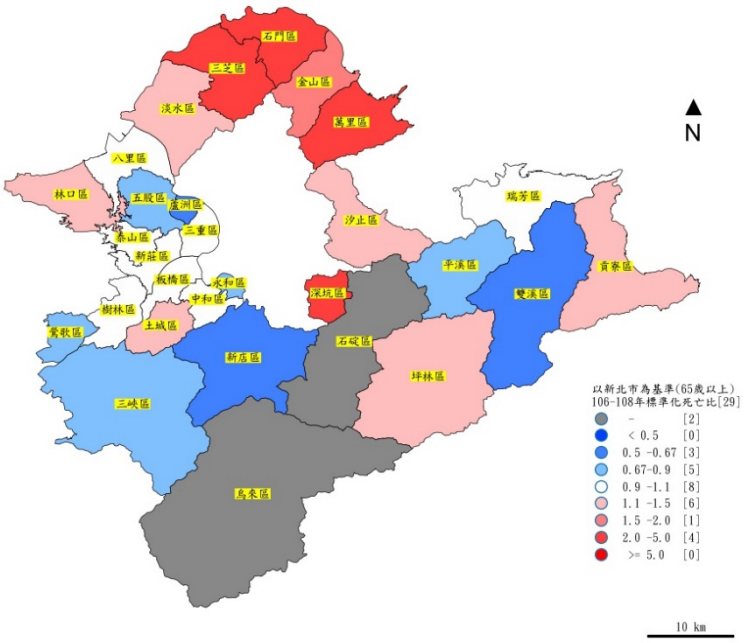


圖 2-3-34、106-108 年新北市 65 歲以上標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

表 2-3-1、新北市 106-108 年標準化死亡比(SMR)

鄉鎮市區	以全國為基準	以縣市為基準				
	整體	整體	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)
新莊區	0.72 (0.61-0.84)*	0.74 (0.62-0.86)*	0.46 (0.09-0.82)*	0.66 (0.47-0.85)*	0.73 (0.53-0.93)*	1.06 (0.71-1.4)
林口區	1 (0.72-1.28)	1.02 (0.74-1.31)	1.22 (0.02-2.41)	1.28 (0.76-1.81)	0.67 (0.29-1.05)	1.15 (0.44-1.87)
五股區	1.03 (0.72-1.34)	1.05 (0.74-1.37)	0.34 (0-1)*	0.92 (0.42-1.42)	1.49 (0.88-2.1)	0.69 (0.09-1.3)
蘆洲區	0.86 (0.68-1.05)	0.88 (0.69-1.08)	0.58 (0.01-1.14)	0.87 (0.56-1.19)	1.05 (0.71-1.38)	0.67 (0.25-1.08)
三重區	1.09 (0.95-1.24)	1.12 (0.97-1.28)	0.89 (0.34-1.44)	1.19 (0.92-1.46)	1.18 (0.93-1.44)	0.99 (0.69-1.29)
泰山區	0.93 (0.62-1.25)	0.95 (0.63-1.27)	1.22 (0-2.61)	0.87 (0.38-1.36)	0.85 (0.35-1.35)	1.08 (0.28-1.88)
新店區	0.77 (0.63-0.9)*	0.79 (0.65-0.93)*	1.04 (0.36-1.73)	0.8 (0.54-1.07)	0.93 (0.68-1.17)	0.53 (0.3-0.76)*
石碇區	1.41 (0.28-2.53)	1.47 (0.29-2.64)	-	3.16 (0-6.73)	1.9 (0-4.04)	-
深坑區	1.75 (1-2.5)*	1.81 (1.03-2.58)*	-	2.04 (0.53-3.55)	1.63 (0.5-2.77)	2.42 (0.48-4.36)
坪林區	1.32 (0.16-2.48)	1.38 (0.17-2.59)	-	1.31 (0-3.88)	1.51 (0-3.61)	1.48 (0-3.53)
烏來區	0.67 (0-1.59)	0.68 (0-1.63)	-	-	1.86 (0-4.45)	-
板橋區	0.93 (0.81-1.04)	0.95 (0.83-1.07)	1.37 (0.78-1.95)	0.77 (0.59-0.95)*	1.02 (0.82-1.23)	0.99 (0.74-1.24)
三峽區	1.32 (1.01-1.62)*	1.35 (1.04-1.66)*	1.03 (0.02-2.03)	1.5 (0.93-2.06)	1.54 (1-2.08)	0.86 (0.3-1.43)
鶯歌區	1.52 (1.14-1.89)*	1.55 (1.17-1.94)*	2.41 (0.62-4.19)	1.69 (1.02-2.37)*	1.66 (1.01-2.31)*	0.78 (0.16-1.41)
樹林區	0.82 (0.63-1.01)	0.84 (0.65-1.04)	0.5 (0-1.07)	0.97 (0.62-1.32)	0.76 (0.45-1.06)	0.9 (0.43-1.38)
中和區	0.93 (0.8-1.06)	0.96 (0.83-1.1)	0.98 (0.4-1.56)	1.05 (0.8-1.29)	0.8 (0.6-1)	1.1 (0.8-1.39)
土城區	1.09 (0.89-1.28)	1.11 (0.92-1.31)	1.28 (0.49-2.07)	1.02 (0.7-1.34)	1.1 (0.79-1.41)	1.28 (0.77-1.79)
瑞芳區	1.49 (0.98-2.01)	1.55 (1.01-2.09)*	1.72 (0-4.1)	1.59 (0.55-2.63)	1.89 (0.93-2.84)	1.03 (0.21-1.85)
平溪區	0.68 (0-1.62)	0.72 (0-1.71)	-	-	0.96 (0-2.85)	0.86 (0-2.55)
雙溪區	0.76 (0.02-1.51)	0.8 (0.02-1.58)	-	1.92 (0-4.58)	0.55 (0-1.64)	0.52 (0-1.53)
貢寮區	1.81 (0.83-2.8)	1.89 (0.86-2.91)	3.24 (0-9.58)	4.08 (1.06-7.1)*	0.77 (0-1.84)	1.33 (0-2.83)
金山區	1.16 (0.53-1.78)	1.19 (0.54-1.84)	-	0.59 (0-1.4)	1.49 (0.3-2.68)	1.82 (0.22-3.42)
萬里區	1.28 (0.63-1.92)	1.32 (0.65-1.99)	-	1.27 (0.03-2.51)	0.91 (0.02-1.81)	2.21 (0.57-3.84)
淡水區	0.98 (0.77-1.19)	1.01 (0.79-1.22)	1.21 (0.24-2.18)	0.9 (0.54-1.26)	0.94 (0.61-1.26)	1.18 (0.69-1.68)
汐止區	1.21 (0.99-1.42)	1.24 (1.02-1.46)*	1.29 (0.4-2.18)	1.41 (0.99-1.83)	1.02 (0.71-1.33)	1.45 (0.92-1.98)
三芝區	1.49 (0.8-2.18)	1.55 (0.83-2.26)	1.3 (0-3.84)	0.63 (0-1.51)	1.76 (0.54-2.98)	2.23 (0.58-3.89)
石門區	1.44 (0.5-2.38)	1.48 (0.51-2.45)	-	2.12 (0.04-4.2)	0.47 (0-1.38)	2.48 (0.05-4.92)
八里區	1.11 (0.64-1.59)	1.14 (0.65-1.63)	0.75 (0-2.23)	1.17 (0.3-2.04)	1.22 (0.42-2.01)	1.1 (0.02-2.17)
永和區	0.77 (0.61-0.94)*	0.8 (0.63-0.97)*	1.33 (0.41-2.25)	0.9 (0.57-1.23)	0.73 (0.47-0.99)*	0.69 (0.4-0.99)*

註 1:*表示 P<0.05。

註 2:SMR＝(觀察到的實際死亡數／各年齡層期望死亡數之總和)。

註 3:母體人口係以 106-108 年之年中人口計算。

2) 新北市總說明

(1) 自殺死亡人數前三高依序為：板橋區、三重區、中和區。

(2) 自殺粗死亡率前三高依序為：坪林區、三芝區、瑞芳區。

(3) 標準化自殺死亡率前三高依序為：石碇區、石門區、深坑區。

(4) 單年度之死亡率上升，可能為偶然，未必代表真正具有風險，縣市各區自殺死亡風險一般以三年平均來評估較謹慎。

(5) 標準化死亡比計算 SMR>1 時，表示該地區死亡風險高於標準人口之死亡率，當 SMR<1 時，表示該地區死亡風險小於標準化人口之死亡率。

(6) 標準化死亡率較高，粗死亡率高：現行自殺防治策略可能不適宜，建議研討更完善的防治策略。

(7) 106-108 年標準化死亡比(以全國為基準)

整體而言，三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，深坑區、三峽區及鶯歌區，其 SMR>1，且達到統計上顯著，表示自殺死亡風險高於全國。

(8) 106-108 年標準化死亡比(以縣市為基準)

a. 整體：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，深坑區、三峽區、鶯歌區、瑞芳區及汐止區，其 SMR>1，且達到統計上顯著，表示此五區自殺死亡風險高於所在縣市。

b. 15-24 歲：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，林口區、泰山區、新店區、板橋區、三峽區、鶯歌區、土城區、瑞芳區、貢寮區、淡水區、汐止區、三芝區及永和區，其 SMR>1，雖未達到統計上顯著，但仍值得我們密切注意此幾區自殺死亡風險。

c. 25-44 歲：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，鶯歌區與貢寮區，其 SMR>1，且達到統計上顯著，表示此兩區自殺死亡風險高於所在縣市。

d. 45-64 歲：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，鶯歌區，其 SMR>1，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於所在縣市。

e. 65 歲以上：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，新莊區、林口區、泰山區、深坑區、坪林區、中和區、土

城區、瑞芳區、貢寮區、金山區、萬里區、淡水區、汐止區、三芝區、石門區及八里區，其 SMR>1，雖未達到統計上顯著，但仍值得我們密切注意自殺死亡風險。

全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書

一、背景 (Context)

全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書為 109 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目，係依需求說明書項目而分析編寫。重點在提供自殺防治相關統計分析資料；需求說明書內文如下：「**依據自殺防治法第 9 條第 2 項第 2 款規定，於 109 年 3 月 31 日前，併同 108 年自殺通報年報表及 108 年總體自殺防治策略報告，更新全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，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。故自殺防治策略之規劃須以「因地制宜」為方向，掌握不同地區的特性以落實「在地化」、「社區化」之目標。中心自民國 106 年以來持續編寫全國及 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 107 年與 108 年根據最新年度自殺相關數據、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、訪視紀錄抽查結果等資料，更新前述自殺防治策略建議。

今年度中心分析全國及 22 縣市自殺相關資料特性，更新全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，編寫「全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，內容涵蓋自殺相關數據特性分析及自殺防治策略建議，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 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 根據 107 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) 根據 108 年自殺通報資料，分析各縣市自殺通報特性，包含自殺方式、自殺原因。
3) 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計畫建議。
4) 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、東捷資訊服務股份有限公司。
2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、進行統計分析。

三、 過程 (Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔
   (1) 資料期間：107 年。
   (2) 說明：於衛生福利部公布全國十大死因後，中心向衛生福利部統計處/衛生福利部衛生福利資料科學中心進行資料申請，再由研究發展組同仁前往統計處分析資料。
2) 自殺通報資料檔
   (1) 資料期間：95-108 年。
   (2) 說明：向自殺防治通報系統維護廠商申請自殺通報資料。(詳見章節 2.5 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)

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

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計畫建議。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) **更新全國性具體自殺防治計畫建議 1 份。**

內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含 106 年及 107 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) 指標性策略

指標性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在於追蹤關懷自殺企圖者，強化偏遠地區之緊急救護能力，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止再度試圖自殺。

a. 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。
b. 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，建立不同於未遂的標準流程。另外亦須檢視自殺死亡通報的流程，以及針對個案在訪視過程中再次自殺身亡，關訪員後續處理之標準。
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。
   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) 了解到資源分配狀況不均，可以促使主關機關進行資源盤點，了解資源分配之狀況並對此擬訂對策。
   c) 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。
   d) 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。
   e) 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；以利持續關懷追踪與成效評估。

e. 學校的自殺通報個案：建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案，以提升個案追踪關懷品質。

f. 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。

g. 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) 選擇性策略

選擇性策略以高風險群為對象，強化心理健康篩選及高風險群的辨識，以守門人(gatekeeper)推廣為核心方法，包括憂鬱症與其他精神疾病照護體系之推行。

a. 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式的醫療從業人員、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。

b. 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「珍愛生命　希望無限」之自殺防治概念納入農藥安全使用宣導內容。

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危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。

c. 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。

d. 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。如：

a) 提供各基層診所轉介資源小卡，並連結精神科資源，若有高危險群時應轉介或照會精神科。

b) 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。

e. 職場心理衛生及失業部份：建議在職場心理衛生部份可著重在過勞死及個人價值感(如：在大企業內看不到自己)的問題，可與勞工局等勞政單位合作。

f. 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。

g. 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。

h. 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。

i. 15-24 歲學齡族群自殺死亡近年有上升趨勢，除性侵/家暴/霸凌等原因，學生自殺之原因亦包含家庭、感情、疾病因素，建議以下列方式介入：

a) 依據不同年齡層需求，加強學校教師、學生對自殺防治相關知識，接受「珍愛生命守門人」訓練，早期辨識憂鬱症狀及自殺風險，並建立轉介諮商輔導和醫療的網絡。15-24 歲學齡族群若罹患有精神疾病(如憂鬱症、思覺失調症、雙極型情感性疾病等)、酒癮、藥癮，務必早期辨識，早期診斷，早期治療。

b) 學校有義務提供安全的學習環境，舒緩學業壓力、協助學生多元發展、有正向的自我認同、避免霸凌。若學生出現情緒及行為問題，應予以

關懷、諮商輔導。設計情緒管理課程，讓學生學習如何表達及透過合宜的方式抒發情緒。透過演講、影片欣賞、座談會、團體或個別輔導、角色扮演、議題討論等方式，強化學生的情感教育及生命教育。

c) 學齡族群是對自殺媒體報導的易感族群，容易因為媒體對自殺過多不適當的報導，產生模仿效應。針對校園自殺事件，同樣要遵照媒體六不六要的報導原則，並對事件受影響者提供關懷輔導。

d) 針對家中重要成員(如父母)有精神疾病、酒藥癮、自殺行為或自殺身亡家族史、家庭暴力、家庭衝突多、疏於照顧、失業、重病、貧窮等狀況的高風險家庭，學校應和社政／衛政單位建立聯繫網絡，並透過社會局社工師提供家庭關懷及社會資源協助，若家庭成員或學生出現情緒行為問題，也可經由衛政／社政網絡轉介醫療協助。

e) 提供學校單位與心理健康網絡合作的機會，讓心理衛生人員如自殺關懷訪員等也可進入校園，可一同參加個案研討，並增加精神科醫師、心理師可直接進入校園提供心理衛生協助的機制。因高處跳下是常見的自殺方式，故校園安全的環境設計，去除因一直衝動而跳樓的機會也很重要，或可列入學校考核的項目。

j. 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

全面性策略施行標的為全體民眾，涵蓋促進社會大眾心理健康、導正媒體報導、減少高致命性自殺工具之可近性、降低自殺與精神疾病的社會污名化程度及自殺相關資訊之監測。

a. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略。

a) 上吊：

(a) 大部分的案例發生於家中，其上吊或窒息物品(如皮帶、繩索、塑膠袋等)或環境難以防範，因此，一般防治策略重點強調早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者的緊急處置。

(b) 國外文獻中提及醫院病人與監獄受刑人的上吊防治策略，多以環境控制與管理人員培訓為重點方向：

- 檢視可能上吊的環境，並更改硬體設施以維護病患及受刑人的安全。
- 高風險個案宜去除皮帶、腰帶、毛巾、床單、鞋帶等可能會被使用作為自殺的工具。
- 訓練醫院及監獄人員針對上吊企圖個案進行緊急救治。

- 訓練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，針對潛在高風險者與上吊存活者的緊急處置與後續關懷，增加相關人員輔導傾聽技巧。

b) 木炭：

(a) 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。

(b) 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，提醒店員特別關心只買木炭但沒買肉、烤肉醬等相關用品，且面露憂鬱神色的消費者，適時提供求助資訊。

(c) 旅館業者於房間內部裝設一氧化碳偵測器，可及時發現及阻止於防內燒炭之情形。

(d) 木炭非開放式陳列：輔導大賣場或商店(連鎖量販店、便利商店)成為自殺防治示範商店，如將木炭放置明顯處、或設立木炭儲放櫃加強管制或上鎖、或置於櫃臺附近，由店員協助方可取得等，限制其易取得性。

(e) 宣導資訊：

- 於木炭外包裝印製或張貼警語、求助資訊及衛生福利部安心專線 1925 免付費電話。隨機抽驗通路商販賣之木炭商品是否印製警語與免付費電話，若發現有木炭外包裝上未印製，則主動向全國自殺防治中心反應，同時衛生局應先以貼紙方式貼於未標示資源之木炭外包裝。
- 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，或於櫃臺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。
- 透過連鎖量販店寄發會員之 DM 等刊物、自有木炭商品外包裝、ATM 操作畫面及領款轉帳單據等通路，加印自殺防治相關訊息(如：關懷警語、求助資訊等)宣導自殺防治概念，達到多元宣導之目標。
- 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。

(f) 與連鎖量販店及便利商店系統業者合作：結合業者原有活動，進行自殺防治宣導，促進民眾自我心理健康管理，如結合 7-11 社區健康小站宣導簡式健康量表(心情溫度計)。

(g) 跨局處合作：透過跨局處會報，由其主管機關協助協調並規範相關販

售通路。

c) 農藥：

(a) 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。

(b) 推動「落實」販賣業者販售農藥管理之登記。依據農藥管理法規定，農藥販賣業者，應遵守下列事項：

- 農藥販賣業執照應懸掛於營業場所明顯處。
- 不得在營業場所以外販賣成品農藥。
- 不得將原包裝成品農藥拆封販賣。
- 不得販賣未黏貼或未加印標示之農藥。
- 兼營其他業務，應將農藥隔離陳列貯存。
- 備置簿冊或採行其他經中央主管機關公告之方式，登記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式、購買農藥之名稱及數量，並保存三年。
- 不得販賣予未滿十八歲之兒童及少年。
- 詢問購買者之用途，非為核准登記之使用方法或範圍者，不得販賣。
- 開具載明農藥之名稱、數量與其使用範圍、購買者及販賣業者資訊之販售證明予購買者。
- 回收農藥廢容器並依環保法規交付清除處理。

(c) 安全存放：除於民眾購買劇毒性農藥時，詢問其用途並提醒民眾剩餘農藥應妥善保存，勿放在隨意取得之處，以避免誤食等。並透過農會系統共同宣導在家中儲存時應妥善保管(安全存放農藥，例如上鎖等)。

(d) 持續推動農藥代噴制度：由專門業者代行噴灑農藥，降低一般農民接觸農藥機會，藉以減少農藥自殺風險。

(e) 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。

(f) 宣導資訊：

- 於農會及農藥販售等據點，張貼或放置自殺防治相關宣導資料。
- 於農藥商品外包裝，加印關懷警語、求助資訊，或貼上相關資訊貼紙等。
- 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。

(g) 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，並關懷探視區內孤獨老農民。

(h) 針對自殺風險高危險群(例如：高齡農民、久病農民、生活困頓之農民…)，進行關懷通報，予以持續性關懷，並提供資源轉介，以降低自殺風險。

(i) 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。

d) 一般藥物：

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

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

(c) 宣導資訊：

- 與藥局合作，於店內週邊牆面，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃臺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。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。
- 透過寄發會員之 DM 等刊物，加印自殺防治相關訊息(如：關懷小語、求助資訊等)宣導自殺防治概念，達到多元宣導之目標。

(d) 特殊病人用藥注意事項：

- 慢性疼痛病人：該症狀病人有很高的比例合併憂鬱症及自殺意念，臨床醫師若開立鴉片類止痛藥，務必開立較短期的處方，且最好由家人保管，同時加強家屬對自殺警訊的敏感度。
- 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。

e) 高處跳下(跳樓)：

(a) 硬體安全裝置及監測：

- 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。
- 加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置。
- 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。

- 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。

(b) 宣導資訊：於社區布告欄或電梯內，張貼自殺防治相關文宣，管理櫃臺放置防治資料或訊息，例如社區守門人海報、心情溫度計等。

(c) 參考都市化高樓居多及自殺死亡相關數據，擇重點防治區。

- 透過主管科室發布公文，周知各社區管理委員會相關資訊。
- 主管機關如建築管理處內各科室亦可印製各類文宣，建議於明顯處加列自殺防治相關訊息。
- 衛生局設有專責人員，因應相關問題之處理。可製作社區版守門人海報並發放。
- 建議市政府警察局，將珍愛生命守門人概念納入保全人員之職前訓練。

(d) 社區內建立通報關懷流程：

- 依據現有之通報關懷流程，社區依其內部實務運作制訂在地化自殺防治措施，包含轉介資源及流程等。
- 建議可招募社區內關懷義工，針對高風險族群(如獨居老人、高風險家庭等)問候協助。

f) 溺水(淹死)：

(a) 將自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區。

(b) 在自殺熱點或水邊設立警告標示以及電話，限制進入深水區域。

(c) 參考美國金門大橋和英國克利夫頓吊橋的有效作法，請衛生局分析所在區域的溺水自殺死亡的熱點，並請在地的專家學者共同現場勘查，研商如何設計硬體設施如屏障、護欄，同時顧及美觀和預防自殺。

(d) 根據國外研究，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。因此，避免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成為最根本的防治策略。

(e) 避免媒體大量並詳細報導自殺地點，減少將發生自殺事件的地點與「自殺」作連結，成為新的自殺熱點。

b. 建立社區自殺防治網絡

a) 結合社區關懷據點共同合作，納入社區的藥師、診所、衛生所、派出

所、大賣場或零售商、社區高樓管委會等共同防治。

b) 結合學校的社會服務隊，辦理生命課程或營隊，關懷長者及青年族群。

c) 建議松年大學或社區大學，可安排有關心理健康的課程。

d) 社區宣導：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。

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，促進國人身心健康。

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。

g) 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。

h) 呼籲媒體報導遵循六不六要之報導原則，並儘量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。

c. 校園自殺防治

a) 將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程中，教導孩童珍愛生命與心理健康促進的理念，教育兒少自我保護與疾病預防的概念。

b) 校園宣導相關求助資源：如發放兒童節禮品或獎品時，可在上面貼上顯眼的標語、求助管道等。

c) 學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。必要時予以轉介醫療評估及處置。

d) 強化老師和其他學校工作人員的心理健康；強化學生的自尊。

e) 學校落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

2) **更新各縣市因地制宜自殺防治計畫建議共 22 份。**

分別分析各縣市自殺現況，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計畫建議為例，策略如下：

(1) 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。

(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，可針對高齡市民在醫院住院者(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臺。

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臺進行自殺防治宣導，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汙名化。

i) 15-24 歲年齡層自殺通報占率增加，相關策略可參考全國自殺防治計畫建議第一節中，關於 15-24 歲學齡族群的選擇性策略部份。

(3) 全面性策略

107 年臺北市自殺死因前三為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由高處跳下自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」，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。強化網絡連結，加強宣導。

c. 107 年吊死、勒死及窒息之自殺及自傷之標準化死亡率相較於前一年有大幅度上升，建議針對該自殺方式加強自殺防治，公共場所上吊之通報地點予輔導檢核，高風險個案宜去除皮帶、腰帶、毛巾、床單、鞋帶等可能會被使用作為自殺的工具。訓練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，針對潛在高風險者與上吊存活者的緊急處置與後續關懷，增加相關人員輔導傾聽技巧。

完整版各縣市自殺防治計畫建議整理於附件，詳見附件 2-4-1。

五、 附件

附件 2-4-1 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書(以全國、臺北市為例)

自殺企圖者之通報與關懷追蹤

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

國家級自殺防治三大策略中之指標性策略，主要防治對象是具有高自殺風險的個人；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 95 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。104 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。而自殺防治關懷訪視員後續的介入亦是自殺防治通報的重點所在，根據國內學者研究亦證實關懷訪視能有效減緩自殺企圖個案後續再自殺死亡及延長其存活時間(Pan et al., 2013)。

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(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡：
   (1) 持續蒐集各層面使用者對自殺防治通報系統之建議。
   (2) 檢討現行自殺防治通報系統，並建議系統功能增修。
2) 監控通報系統，進行資料之統計分析與判讀：
   (1) 蒐集資料：系統資料存放於衛生福利部資訊室中，需向維護廠商申請，方可取得所有資料之明細檔，自殺通報之明細檔在線上即可取得。
   (2) 進行資料清檔。
   (3) 定期進行自殺防治通報資料統計分析，並提供給相關單位進行討論及修正。
3) 按月抽查訪視紀錄，彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議。(詳見章節 6.3 縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議)

2. 資源連結與合作

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

三、 過程(Process)

1. 檢討現行自殺防治通報系統，進行系統功能增修

1) 針對各縣市衛生局及關懷訪視相關人員進行意見蒐集。
2) 召開會議討論，修正系統功能。
3) 向衛生福利部提出改善與建議。

4)邀請系統廠商針對建議及資料錯誤提出修正規劃。

2. 自殺通報資料分析

1) 自殺防治通報系統：

(1) 自殺防治通報系統建置於衛生福利部公共衛生資訊入口網。

(2) 資料存放於衛生福利部資訊處之伺服器。

2) 資料建置與取得：

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

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

(3) 資料撈取：廠商依照中心填寫之申請期間撈取資料後，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) 按月更新「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，且於 2 月起，持續協助檢視自殺通報系統產出之報表數據。

a.「自殺通報月報表」：包含當月全國自殺防治通報關懷系統概況分析(通報單位、性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因、個案關懷及處遇計畫等)與縣市重要指標的呈現(通報人次、通報比、分案率、分案關懷率、30 天再自殺率及特殊身份註記個案比例等)。

b.「各縣市通報個案特性分析表」：包含當月該縣市自殺通報個案概況分析(性別與年齡層分佈、自殺方法及自殺原因等)與各通報單位通報件數表；每月依據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) 按月函送「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」至精神醫療網核心醫院。

(3) 依業務需求，不定期提供各縣市衛生局統計分析資料：

單位	索取日期	資料內容簡述	交付日期
花蓮縣衛生局	109/04/06	108、109 年花蓮縣原住民自殺通報相關數據	109/04/07
屏東縣	109/04/13	109 年 1-3 月全國及屏東縣通報人	109/04/14

衛生局		次及人數(分性別)數據	
宜蘭縣衛生局	109/06/11	宜蘭縣 108 年 1-12 月及 109 年 1-9 月通報人次、年齡、性別、鄉鎮交叉分析	109/06/12
苗栗縣衛生局	109/07/03	106-108 年 30 天再自殺個案清單	109/07/06
	109/07/20	106-108 年 180 天再自殺個案清單	109/07/21
	109/07/27	106-108 年 180 天再自殺率及全國排名	109/07/28
宜蘭縣衛生局	109/08/10	108 年宜蘭縣各鄉鎮通報人次及年齡層與男女交叉分析	109/08/11
高雄市衛生局	109/08/19	107 及 108 年自殺通報及死亡個案之特殊身分別占率及人次	109/08/20
屏東縣衛生局	109/10/08	109 年 1-8 月全國及屏東縣自殺通報人數/人次(性別)	109/10/08
	109/10/12	108 年 1-8 月全國及屏東縣自殺通報人數/人次(性別)	109/10/12

四、 成果(Product)

1. 自殺通報資料分析

1) 每月函送「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 30 日共 203 份。

2) 每年製作「自殺通報關懷年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」。

3) 95 年 1 月至 109 年 9 月統計分析如下(擷取日期：109 年 10 月 10 日)

(1) 通報人次：

全國通報人次在 95 年後大致為逐年上升的趨勢，僅在 100、102、105 年些微下降，而 108 年總通報人次為 35,324 人次，與前一年度相比上升 6.4%，109 年 1 月至 9 月通報人次為 28,789 人次。

全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，到 103 年到達 8.2，108 年為 8.6 (如圖 2-5-1)。

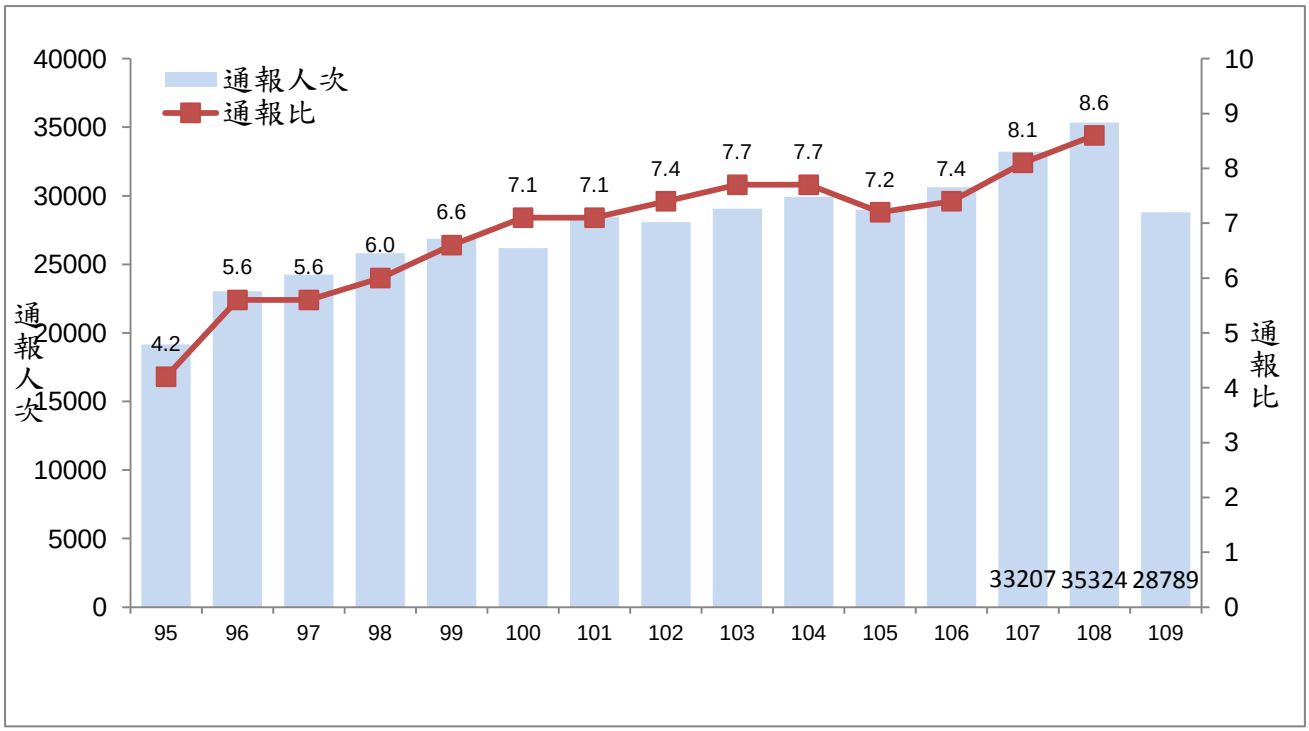


圖 2-5-1、95 年至 109 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2)通報單位類型

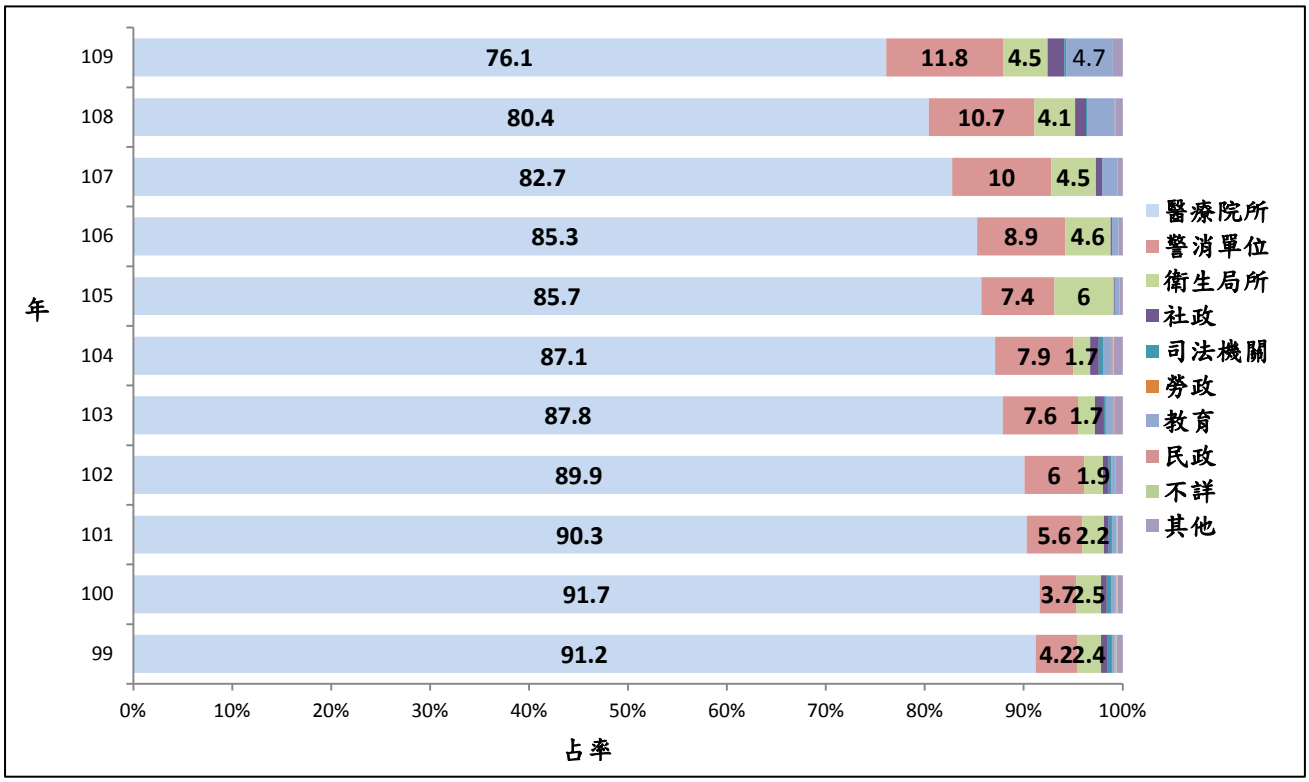


圖 2-5-2、99 年至 109 年 9 月各類型通報單位自殺通報占率

由 99 年至 109 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，其占率介於 76.1~91.7%，顯示醫療院所通報已為例行工作，近年來因持續鼓勵各單位通報，醫療院所通報占率逐步降低，顯

示其他通報單位類型逐漸擴張。通報占次次高為警消單位，通報占率逐年增加，99 年起平均占率已超越衛生局所，至 109 年 1 至 9 月升至 11.8%，教育單位的通報占率自 105 年起亦逐年上升，109 年 1 至 9 月占率為 4.7%，為歷年來最高，且已超越衛生局所之通報數量。

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-5-2)，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 103 年通報比達到 7.7，108 年通報比則為 8.6。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在 99%以上，至 106 年分案率為 100%，分案關懷率達到 99.8%，109 年 1-9 月分案率則為 100%，分案關懷率 99.1%。30 天再自殺率則呈現逐年增加的趨勢，結合自殺死亡及其他通報指標數據來解讀，可能的原因是持續積極推動通報自殺案件，原先未被通報的黑數在鼓勵通報的政策下，盡可能讓自殺行為者進入到通報體系；另一方面可能為自殺行為者再次自殺，建議針對再自殺高風險個案加強管理，加強以個案為中心，跨衛政、諮商、精神醫療、教育、社政、勞政聯繫協商，提供整合式照護，及時提供個案協助及轉介相關資源。

表 2-5-2、99 年至 109 年 9 月通報指標

	99	**100**	**101**	**102**	**103**	**104**	**105**	**106**	**107**	**108**	**109**[註1] **(1~9 月)**
通報人次	26,870	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	30,619	33,207	35,324	28,789
通報比	6.6	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.4	8.1	8.6	-
分案率(%)	100	99.9	100	100	100	100	100	100	100	100	100
分案關懷率(%)	99.9	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.8	99.9	99.8	99.1
30 天再自殺率(%)[註2]	4.0	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4	6.1	7.1	8.2[註3]

註 1：109 年 1 至 9 月之資料，擷取日期：109 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 3：109 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 109 年 1 至 8 月。

(4) 自殺企圖者之特性

109 年 1 至 9 月通報共 28,789 人次，其中女性通報 18,895 人次，男性通報 9,894 人次，女性為男性 1.91 倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為 15-24 歲(占率 25.5%)、35-44 歲(占率 19.9%)、25-34 歲以上(占率 18.3%)、45-54 歲(占率 13.1%)、55-64 歲(占率 8.3%)、14 歲以下(占率 5.2%)、75 歲以上(占率 5.1%)、65-74 歲(占率 4.6%)，與前一年比排名上升的年齡層有 14 歲以上及 15-24 歲兩年齡層。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，惟男性 35-44 歲人次占率為最高(20.3%)，與全體及女性趨勢不同(如表 2-5-3)。

表 2-5-3、109 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	332	3.4	1,152	6.1	1,484	5.2
15-24	1,844	18.6	5,486	29.0	7,330	25.5
25-34	1,843	18.6	3,414	18.1	5,257	18.3
35-44	2,010	20.3	3,723	19.7	5,733	19.9
45-54	1,447	14.6	2,335	12.4	3,782	13.1
55-64	1,048	10.6	1,328	7.0	2,376	8.3
65-74	640	6.5	681	3.6	1,321	4.6
75 以上	710	7.2	749	4.0	1,459	5.1
不詳	20	0.2	27	0.1	47	0.2
總計	9,894	100	18,895	100	28,789	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.5%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(33.2%)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、109 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	3,749	37.9	9,062	48	12,811	44.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	113	1.1	57	0.3	170	0.6
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	842	8.5	564	3	1,406	4.9

吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	735	7.4	614	3.2	1,349	4.7
溺水(淹死)自殺及自傷	274	2.8	402	2.1	676	2.3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	12	0.1	2	0	14	0
切穿工具自殺及自傷	2,402	24.3	7,145	37.8	9,547	33.2
由高處跳下自殺及自傷	837	8.5	1,235	6.5	2,072	7.2

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」(58.9%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(22.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(11.9%)。15-24 歲自殺方式占率排序前三位為「切穿工具自殺及自傷」(44.5%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(8.4%)。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」(39.5%)、「切穿工具自殺及自傷」(38.3%)、「由高處跳下自殺及自傷」(8.2%)。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」(47.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(30.2%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(6.4%)。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」(50.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(23.2%)、「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(6.8%)。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」(53.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(17.1%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(9.3%)。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」(56.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(14.4%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(10.7%)。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」(54.4%)、「切穿工具自殺及自傷」(12.5%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(12.1%)。(如表 2-5-5)

表 2-5-5、109 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	22.7	40.7	39.5	47.2	50.2	53	56.2	54.4
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.2	0.4	0.9	1.1	1	0.7	0.6
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0.3	2.9	6.8	6.4	6.8	6.1	3.2	1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	3.2	3.1	2.9	3.3	5.2	9.3	10.7	12.1

溺水(淹死)自殺及自傷	0.4	1.6	2.2	2.2	2.9	3.7	3	5.1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0.1	0	0.1	0	0
切穿工具自殺及自傷	58.9	44.5	38.3	30.2	23.2	17.1	14.4	12.5
由高處跳下自殺及自傷	11.9	8.4	8.2	6.1	6.5	5.1	4.5	4.7

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」(46.6%)、「精神健康／物質濫用」(44.9%)及「工作／經濟」(10.4%)。男性前三位為「情感／人際關係」(39.0%)、「精神健康／物質濫用」(38.3%)及「工作／經濟」(14.4%)；女性前三位為「情感／人際關係」(50.6%)、「精神健康／物質濫用」(48.3%)及「工作／經濟」(8.3%)，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、109 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	3,860	39	9,560	50.6	13,420	46.6
精神健康／物質濫用	3,789	38.3	9,132	48.3	12,921	44.9
工作／經濟	1,421	14.4	1,575	8.3	2,996	10.4
生理疾病	1,053	10.6	944	5	1,997	6.9
校園學生問題	336	3.4	1,140	6	1,476	5.1
迫害問題	51	0.5	219	1.2	270	0.9
其他原因	759	7.7	1,105	5.8	1,864	6.5
無法說明及不詳	1,607	16.2	1,858	9.8	3,465	12

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」(50.1%)、「精神健康／物質濫用」(45.8%)、「校園學生問題」(34.9%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(52.5%)、「情感／人際關係」(47.5%)、「校園學生問題」(12.4%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(54.1%)、「精神健康／物質濫用」(41.8%)、「工作／經濟」(13.8%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(51.4%)、「精神健康／物質濫用」(43.9%)、「工作／經濟」(14.2%)。45-54 歲之自殺原

因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(45.5%)、「情感／人際關係」(44.8%)、「工作／經濟」(14.0%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(41.5%)、「情感／人際關係」(36.6%)、「生理疾病」(15.2%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(38.0)、「情感／人際關係」(33.9%)、「生理疾病」(31.2%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(45.0%)、「精神健康／物質濫用」(31.5%)、「情感／人際關係」(25.2%)。(如表 2-5-7)。

表 2-5-7、109 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	50.1	47.5	54.1	51.4	44.8	36.6	33.9	25.2
精神健康／物質濫用	45.8	52.5	41.8	43.9	45.5	41.5	38	31.5
工作／經濟	0.1	7.8	13.8	14.2	14	12.2	3.9	0.8
生理疾病	0.6	0.6	1.5	3	6.7	15.2	31.2	45
校園學生問題	34.9	12.4	0.8	0.1	0.1	0	0.1	0
迫害問題	1.5	1	0.7	1.2	1.1	0.7	0.5	0.3
其他	9.4	6.8	5.6	5.6	6.5	7.2	6.3	7.1
不願說明或無法說明	7	8.6	12.4	12.7	14.3	16	15	15.5

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 109 年 1-9 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 5.8 次，尚未達到平均次數之縣市有臺北市(平均 2.6 次)、宜蘭縣 (平均 4.9 次)、苗栗縣 (平均 3.7 次)、彰化縣(平均 4.2 次)、雲林縣(平均 5.6 次)、嘉義縣(平均 4.5 次)、花蓮縣(平均 4.7 次)、澎湖縣(平均 3.9 次)、基隆市(平均 4.9 次)、新竹市(平均 5.3 次)、嘉義市(平均 4.7 次)、連江縣(平均各 4.8%)(如表 2-5-8)。

表 2-5-8、109 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表

	109 年 1-9 月		
	平均數	**標準差**	**中位數**
全國	5.8	4	6
新北市	6	4.3	6
臺北市	2.9	3	1
桃園市	6.7	4.3	7
臺中市	6	3.7	7

	109 年 1-9 月		
	平均數	標準差	中位數
臺南市	6.8	3.3	7
高雄市	6.3	3.8	7
宜蘭縣	4.9	3.8	4
新竹縣	6	3.5	6
苗栗縣	3.7	2.6	3
彰化縣	4.2	2.4	4
南投縣	8.9	5.2	9
雲林縣	5.6	2.6	6
嘉義縣	4.5	4.6	3
屏東縣	6.2	3.6	7
臺東縣	8.2	5.4	8
花蓮縣	4.7	3.3	4
澎湖縣	3.9	2.5	4
基隆市	4.9	4.1	4
新竹市	5.3	3	5
嘉義市	4.7	3.4	4.5
金門縣	6.5	4.2	7
連江縣	3.5	2.6	3

(6) 各縣市特殊身份註記個案占率

分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 20.6%、家暴被害人占 13.0%、家暴加害人占 9.7%、家暴高危被害人占 3.1%、兒少加害人占 2.3%、家暴高危加害人占 2.1%、兒少被害人占 1.9%、嚴重病人占 1.7%、性侵加害人占 0.3% (如表 2-5-9)。

表 2-5-9、109 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	20.6	1.7	2.1	3.1	9.7	13.0	2.3	1.9	0.3
新北市	18.5	1.4	1.9	2.5	9.4	13.3	1.9	2.2	0.3
臺北市	17.8	1.7	1.6	2.4	10.2	13.9	2	2.6	0.2
桃園市	16.8	1.3	2.4	2.9	9.4	12.5	2.2	1	0.3

縣市	精照列管個案(%)	嚴重病人(%)	家暴高危加害人(%)	家暴高危被害人(%)	家暴加害人(%)	家暴被害人(%)	兒少加害人(%)	兒少被害人(%)	性侵加害人(%)
臺中市	20.9	1.9	2.3	3.2	10.7	14.1	2.5	1.7	0.4
臺南市	20.3	1.9	2.4	2.7	9.8	10.3	3.3	1.8	0.4
高雄市	24.4	2.4	1.6	4	9.7	12.7	3.3	2.7	0.3
宜蘭縣	22.2	0.7	2.2	4.1	13	14.9	1	2.2	0.1
新竹縣	19.3	0.5	4.5	3.6	6.7	9.8	2.6	1	0.9
苗栗縣	13.7	1.2	2.7	2	8.3	10.8	1.4	1.3	0.6
彰化縣	27.2	1.3	1.5	2.2	9.8	13.1	1.5	1.6	0
南投縣	21.1	1.7	2	3.1	10	13.8	2.3	0.8	0.3
雲林縣	19.4	0.5	2.4	3.7	9	14	2.4	1.3	0.5
嘉義縣	20	1.9	2.8	2.9	12.3	13.5	1.5	1.5	0.6
屏東縣	26.9	5.2	1.3	3.6	11.3	12.1	3.3	1.2	1
臺東縣	26.9	0	1.6	2.9	11.3	14.5	1.1	3.7	0.3
花蓮縣	28.1	3.3	3.7	5.2	7.5	12	3.3	2.4	0.7
澎湖縣	22.7	0	0	10.6	7.6	18.2	0	1.5	0
基隆市	21.1	0.3	1.5	4.6	6.5	13.9	0.9	1	0.2
新竹市	18.9	0.9	2.3	4.1	6.2	10.6	1.2	2.1	0.5
嘉義市	14.1	1.4	3.3	5.2	8	16.9	1.7	2.8	0
金門縣	10.9	0	0	4.7	12.5	17.2	3.1	1.6	0
連江縣	0	0	0	0	0	25	0	0	0

註：特殊身份註記個案比例=該縣市特殊身份註記人次÷該縣市通報人次

4) 不定期提供各縣市衛生局相關統計與分析資料。

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

2. 滾動式修正策略建議

1) 依照需求說明書內容辦理，按月更新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 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。

2) 每月至自殺防治通報系統更新滾動式修正策略建議(如附件 2-5-3)，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。

3) 追蹤各縣市衛生局 109 年 1-3 月及 4-6 月策略建議執行情形，包含執行結

果與意見回饋(如附件 2-5-4)，因縣市衛生局於 10 月中下旬才可上系統查看 9 月月報表及滾動式策略建議，考量縣市策略執行之時程，將於 11 月底進行 109 年第三季策略建議執行情形之調查。

3. 結論

1) 自殺通報資料分析

全國通報人次在 95 年後大致為逐年上升的趨勢， 108 年總通報人次為 35,324 人次，與前一年度相比上升 6.4%，109 年 1 月至 9 月通報人次為 28,789 人次。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，到 103 年到達 8.2，108 年為 9.1。

在自殺方法選擇上，109 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」(44.5%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(33.2%)。

自殺原因方面，109 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」(46.6%)、「精神健康／物質濫用」(44.9%)及「工作／經濟」(10.4%)。

特殊身份註記方面，109 年 1-9 月通報個案中，精照列管個案占 20.6%、家暴被害人占 13.0%、家暴加害人占 9.7%、家暴高危被害人占 3.1%、兒少加害人占 2.3%、家暴高危加害人占 2.1%、兒少被害人占 1.9%、嚴重病人占 1.7%、性侵加害人占 0.3%。

2) 根據各縣市每月通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。

3) 持續檢測自殺通報資料撈取之正確性及與系統維護廠商溝通。

4) 持續蒐集使用者對自殺防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部，109 年 3 月已提出自殺防治通報系統修改建議(詳見章節 6.4 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」)。

5) 建議與改善：

本中心藉由歷年自殺死亡數據及自殺通報數據得知，各縣市高危險因子種類並無不同，差別僅在於高危險因子所占比例差異。今年依照近年全國自殺死亡資料統計、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 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，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，發現使用者除自殺通報及訪視流程的改善建議外，對於自殺通報資料庫的使用需求日漸提升，如通報個案即時性的統計數據等，建議未來可朝系統資料整合方面，導入科技力持續推動和協助自殺防治工作，提供自殺通報、訪視、數據監測的整合性平臺，以期自殺防治工作能更增效益。

五、附件

2-5-1 109 年 9 月全國自殺通報系統月報

2-5-2 109 年 9 月通報個案特性分析表(含滾動式修正策略建議，以臺北市為例)

2-5-3 各縣市第一季滾動式修正策略建議執行情形

2-5-4 各縣市第二季滾動式修正策略建議執行情形

Pan, Y., Chang, W., Lee, M., Chen, C., Liao, S., & Caine, E. (102). Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychol Med*, *43*(7), 1447.

叁、辦理自殺防治之實證研究

計畫執行成果檢核表

(期間：109年1月1日至109年11月30日)

(三) 辦理自殺防治之實證研究

工作項目 (依照 109 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
1. 於**109**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（**99-108**年）自殺死亡趨勢之成因，針對全年齡（含原住民族）、各年齡層（以**5**歲為級距）與各學齡層（國小、國中、高中、大學），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。	依規定執行完成 詳見3.1章節
2. 配合本部資訊處「長照資訊倉儲系統」建置期程，了解本部長期照顧司統計數據需求，研析老年人口群、長期照顧個案及其照顧者自殺數據，並提出具體可行之策略建議，供本部參考運用。	依規定執行完成 詳見3.2章節
3. 配合**107**年中華民國（臺灣）兒童權利公約首次國家報告國際審查結論性意見，本部所提之「逐年提供前**1**年度之兒少及原住民族自殺死亡/通報分析與自殺防治策略建議予教育部及原住民族委員會」行動方案，於彙整教育部及行政院原住民族委員會統計數據需求後，研析青少年（國小學齡層、國中學齡層、高中學齡層、大學學齡層）及原住民族自殺資料，於**109**年**6**月**30**日前，併同提供給該二部會之防治策略建議提供本部審查後，送教育部及行政院原住民族委員會參考運用。	依規定執行完成 詳見3.3章節
4. 進行巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析，並與其他國家進行比較並提出報告，且與本部共同於**110**年發表至少**1**篇論文。	依規定辦理，且持續執行中 詳見3.4章節
5. 依據自殺防治法第**9**條第**2**項第**1**款規定，由承辦廠商擇定至少**1**個主題（例如：關懷訪視員服務現況），辦理自殺防治現況調查。	依規定執行完成 詳見3.5章節

自殺死亡趨勢、現況分析及策略建議

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

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 105 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，民 104)。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)。

臺灣的自殺死亡率，自 83 年起持續呈現上升趨勢，94 年為自殺死亡率大幅增加的一年，該年自殺粗死亡率較 93 年增加 23%，95 年國人自殺粗死亡率每十萬人 19.3 人，該年有 4,406 人自殺身亡，是為近 20 年來之最高峰。國內自殺防治工作，在政府與民間持續參與，擴大社會救助與人道關懷下，國人自殺粗死亡率已由 95 年每十萬人口 19.3 人之高峰，降至 96 年之 3,933 人，自殺粗死亡率每十萬人口 17.2 人，為過去十三年來首度下降;99 年則為自 86 年以來首度排除於國人十大死因之外,居第 11 位，100 年持續下降至每十萬人口 15.1 人，標準化死亡率 12.3 人，與 95 年相比下降 21.7%，並退居國人死因第 12 位。108 年自殺粗死亡率每十萬人口 16.4 人，標準化死亡率 12.6 人，為連續第十年退出國人十大死因，居第 11 位，且根據世界衛生組織標準，臺灣連續七年從標準化自殺死亡率在每十萬人口 13 人以上的自殺高度盛行率區域，降為中度盛行率區域，雖以近五年來看，標準化死亡率未有持續下降趨勢，因此自殺防治工作仍不可以鬆懈。

由於自殺在部分年齡層仍屬罕見事件，而單一年的變化可能屬於偶然，因此期盼藉由長期人口族群的趨勢分析，得到各年齡層確切的自殺現況，並進一步提出策略建議，內容針對三種標的族群進行趨勢分析，分別為(1)99-108 年一般人口五齡族趨勢分析(2) 99-108 年國小、國中、高中、大學(3) 99-108 年原住民族。

2. 業務目的與目標

瞭解 99-108 年各年齡層、學齡層及原住民自殺死亡率之趨勢，並針對上升趨勢提出自殺防治策略建議。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。

c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因。

(2) 自殺關懷通報檔

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。

(3) 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。

(4) 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。

3) 統計分析

(1) 使用 SAS9.4 版進行統計分析。

(2) 使用 Joinpoint Regression 4.8.0.1

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、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、流行病學、心理學等，並定期召開會議討論，針對衛生福利部之死因統計資料特性進行討論，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. 分析方法

1) 描述性統計部分，則包含各性別、各死因標準化死亡率，以及分年齡層死亡率、各死因死亡率，年齡層分別為 1-14 歲、25-44 歲、45-64 歲及 65 歲以上。

2) 推論性統計分析則針對各年齡層死因死亡率趨勢，並透過卜瓦松迴歸分析 99-108 年各年齡層各死因趨勢，並以 99-103 年各年齡層做為死亡率基準年，比較 104-108 年各死因死亡率是否有上升，並較正首年的各年齡層各死因自殺死亡率，結果以 Incidence rate ratio(簡寫 IRR)來解讀，若 IRR 有顯著，則表示 104-108 年該死因死亡率與 99-103 年相比有顯著變化，而信賴區間若是大於 1，則表示該死因死亡率有上升趨勢。

3) 針對學齡層自殺企圖個案部分，則利用健保資料庫串連自殺企圖個案自殺企圖前一年精神疾病診斷情形趨勢，並以 cochran armitage trend test 進行檢定。

4) 針對原住民自殺死亡率趨勢部分，使用 The Permutation test 來檢測轉折點的存在與否後，並進一步估計轉折點前後的死亡率趨勢變化。

四、結果(Product)

1. 描述性統計結果

圖 3-1-1 可以看出 15-19 及 20-24 歲在 106-108 年相較往年的三年移動平均都還要高，60 歲以上則是較低，顯見我國自殺防治在 15-24 歲的年

齡層自殺防治策略部分仍需強化，而其餘年齡層之描述性分析詳見附件3-1-1。

圖 3-1-2 男性 15-24 歲各死因死亡率可發現到以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」與「由高處跳下自殺及自傷」死亡率近十年明顯上升，「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」近十年則持平，圖 3-1-3 女性同樣可以發現「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」與「由高處跳下自殺及自傷」死亡率有上升趨勢，因此整體而言，15-24 歲不論男、女性在此兩種自殺方式都需要特別注意。

圖 3-1-3 為原住民標準化死亡率，總體來看，死亡率於 101 年最高 17.9 人，之後開始逐年下降，至 106 年再次上升至 15.7 人，而 107、108 年則是逐漸下降，男性方面大致與整體之趨勢相同，同樣以 101 年升至最高 22.7 人，隨後下降，並於 106 年再次升至 22.0 人，107、108 年又呈現下降趨勢；女性方面則至 101 年攀上最高後，隨後逐年下降，104 年上升至 10.3 人後，近五年則是上下擺動，並無明顯趨勢。

圖 3-1-4 則為原住民男性各死因標準化死亡率，不難發現到以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」死亡率 99-102 年上升至所有死因第一位後，而 102-105 年趨勢有較平緩，但 105-107 年仍繼續上升，雖 108 年有下降至 7.1 人，但後續仍需留意，而男性其他死因死亡率則較看不出趨勢。

圖 3-1-5 則為原住民女性各死因標準化死亡率，在「以固體或液體物質自殺及自為中毒」分別由兩個上升的高峰，分別為 101 年 4.7 人及 105 年 5.5 人，105 年至 108 年後則大幅下降至 1.2 人。而「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」死亡率同樣於 101 年上升至 4.4 人最高後，逐年下降，然而 106-108 年連續上升，更於 107 年超越「以固體或液體物質自殺及自為中毒」，上升為第一位；其他還有「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」與「由高處跳下自殺及自傷」近年都稍有上升，亦需相當注意。

圖 3-1-7 則為原住民 99-108 年三年移動平均，可以看出從 99-101 年至 101-103 年大致呈現上升趨勢，而 101-103 年至 103-105 年大致呈現下降趨勢，103-105 年至 104-106 年再次呈現上升趨勢，之後男性持續維持上升趨勢，女性則相較減緩。

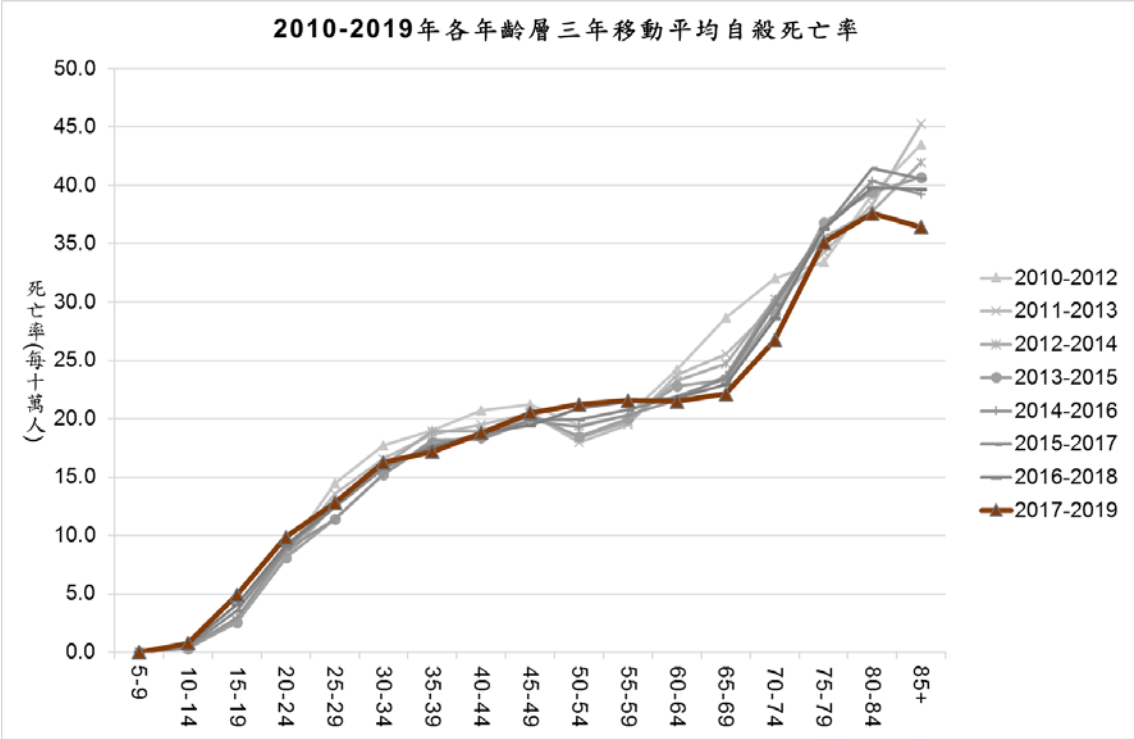


圖 3-1-1、99-108 年各年齡層三年移動平均死亡

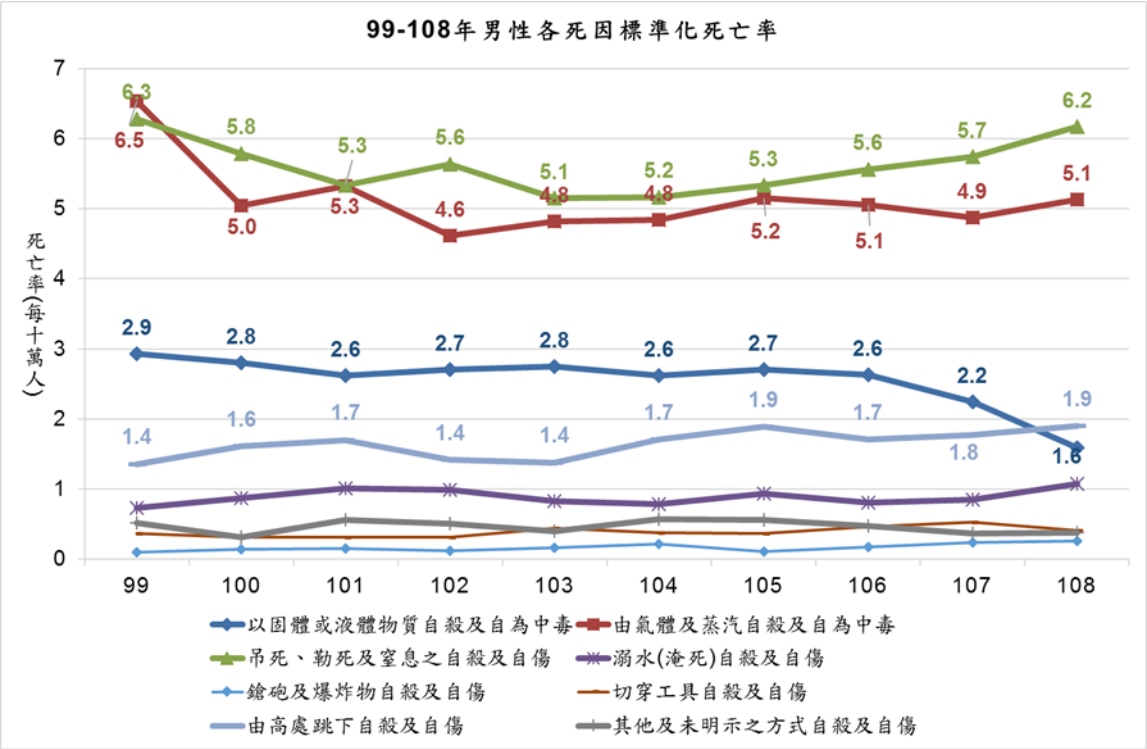


圖 3-1-2、99-108 年男性各死因標準化死亡率

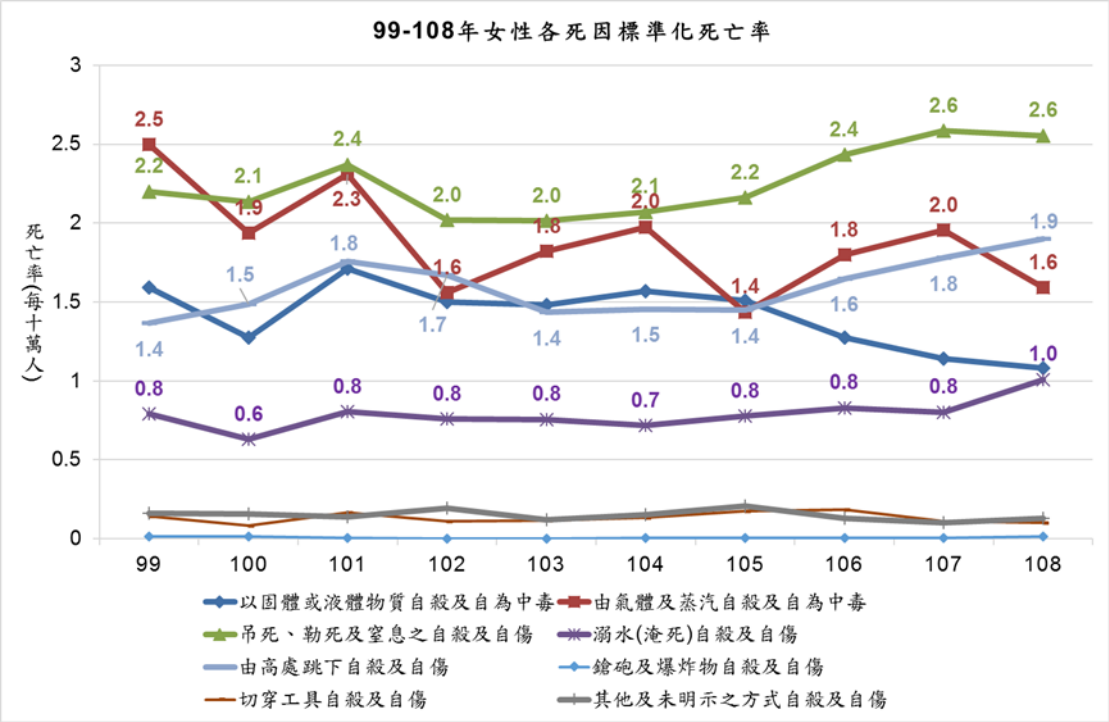


圖 3-1-3、99-108 年女性各死因標準死亡率

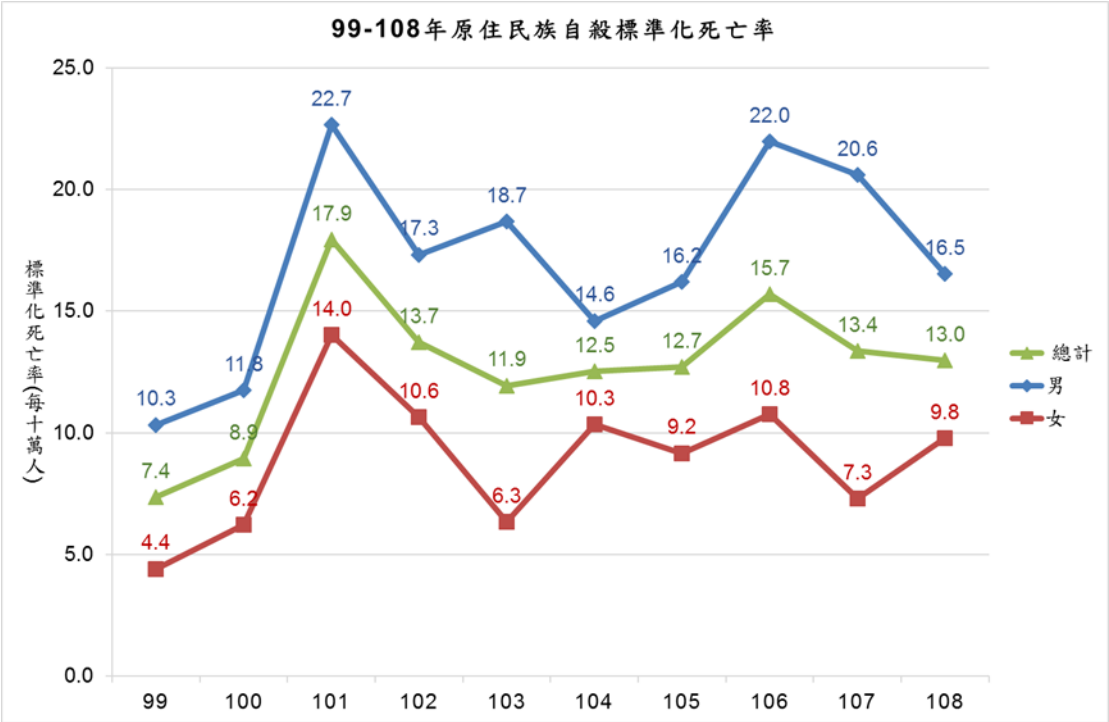


圖 3-1-4、99-108 年原住民各性別標準化死亡率

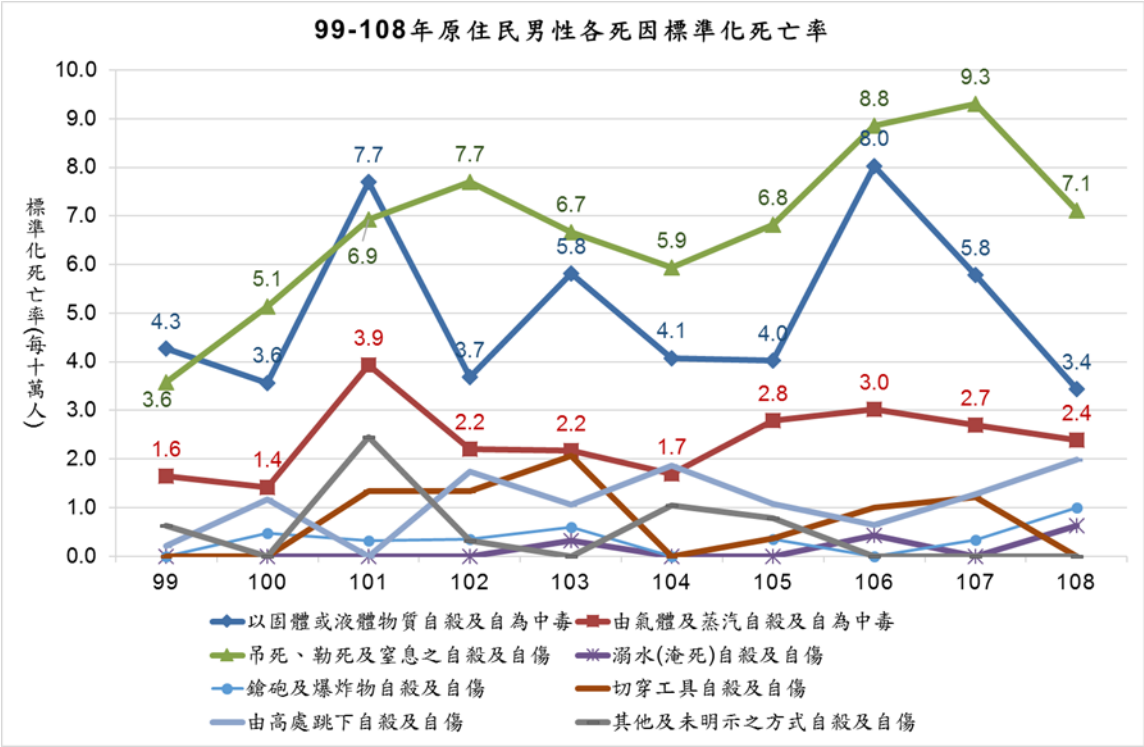


圖 3-1-5、99-108 年原住民男性各死因標準化死亡率

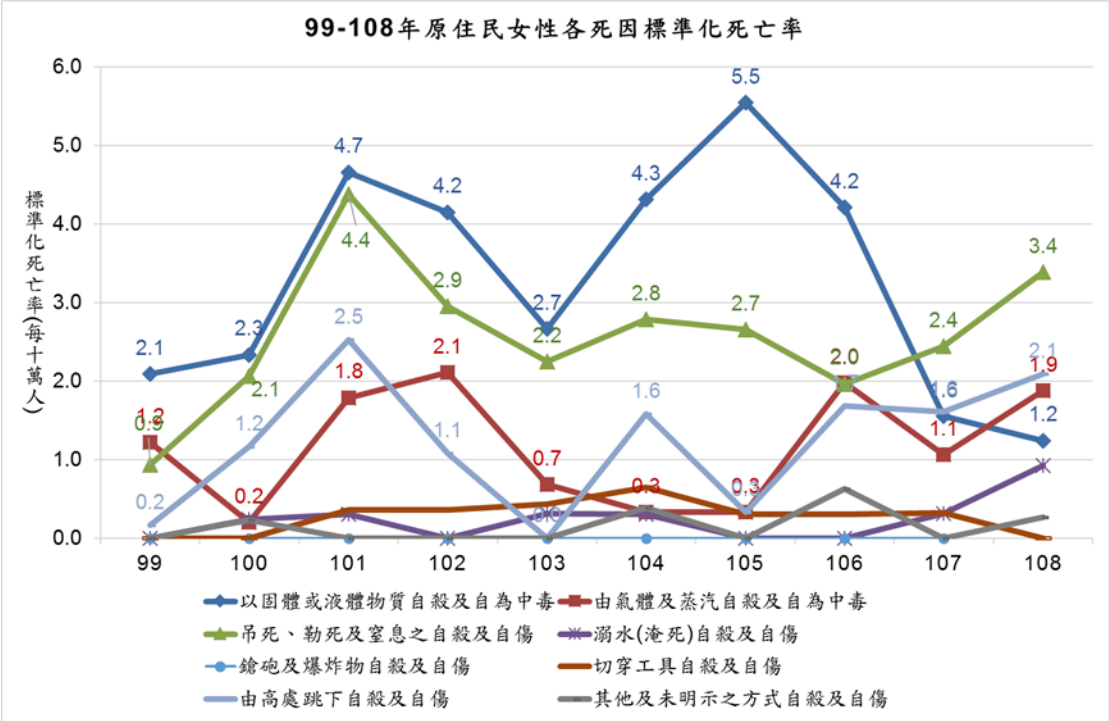


圖 3-1-6、99-108 年原住民女性各死因標準化死亡率

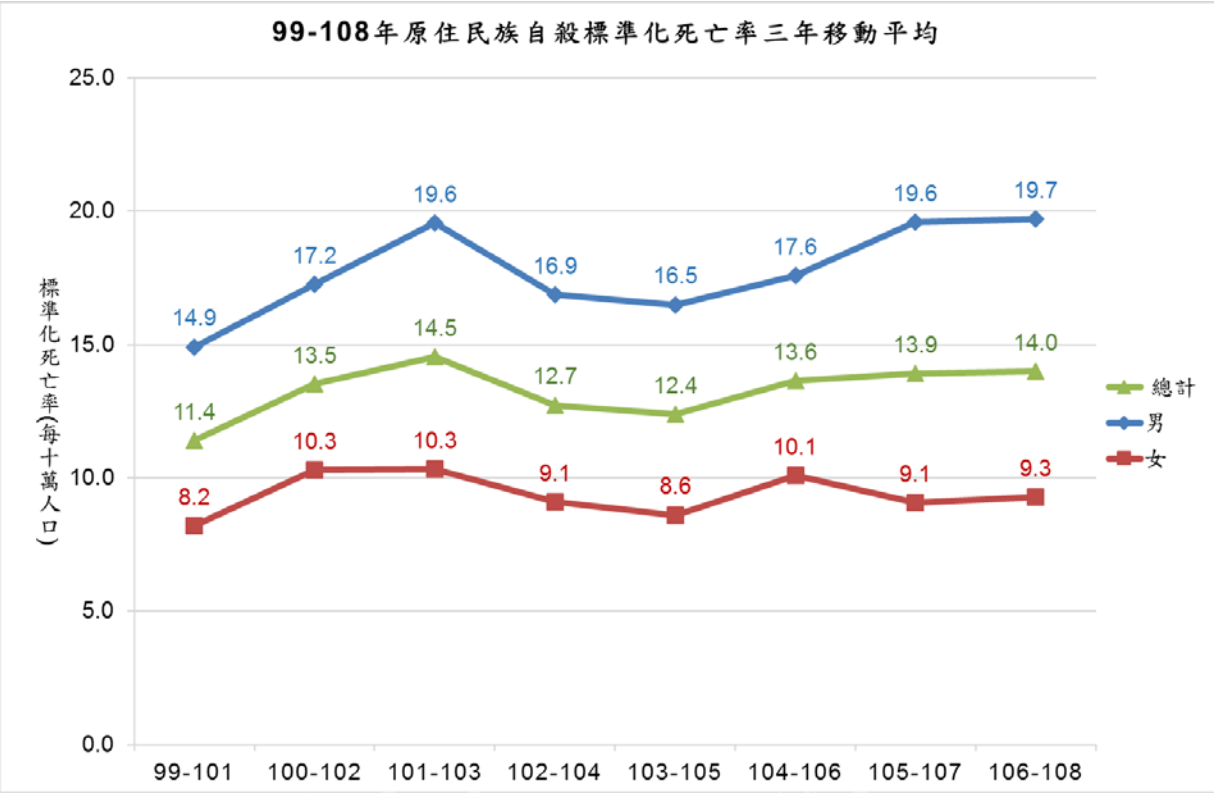


圖 3-1-7、99-108 年原住民女性各死因標準化死亡率三年移動平均

2. 推論性統計分析結果

表 3-1-1 及表 3-1-2 為依據附件表 3-1-1 卜瓦松分析結果所整理之簡表，↑代表該性別該自殺死因之死亡率於 104-108 年較 99-103 年有顯著上升、↓則表示顯著 104-108 年較 99-103 年下降。

在男性方面(表 3-1-1)，以年齡層來看，上升趨勢主要集中於 15-29 歲，而自殺死因主要以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」及「由高處跳下自殺及自傷」為主；其餘上升趨勢分佈情況則較為零散；而下降趨勢多主要為 30-39 歲及 60-74 歲，自殺死因主要以以「固體或液體物質自殺及自為中毒」下降較多，而更進一步之 IRR、信賴區間及變化幅度則可由表三查得。

在女性方面(表 3-1-2)上升趨勢則較零散分佈，分別在 15-19、25-34、50-59、70-74、80-84 歲，而自殺死因上升在 34 歲以下主要為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷及「由高處跳下自殺及自傷」;50-54 歲則為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」及「切穿工具自殺及自傷」；55 歲以上則多以「溺水(淹死)自殺及自傷」，下降趨勢在 25-34 歲主要則為「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒，60-74 則主要為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。

表 3-1-1、男性各自殺死因死亡率簡表

男性	以固體或液體物質自殺及自為中毒	由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	溺水(淹死)自殺及自傷	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	切穿工具自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷
15-19			↑				↑	
20-24			↑				↑	
25-29							↑	
30-34	↓							
35-39	↓	↓						
40-44					↑			
45-49								
50-54								
55-59			↑				↑	
60-64	↓			↓				
65-69	↓			↓				
70-74	↓							
75-79								
80-84	↑			↑				
85+								

表 3-1-2、女性各自殺方式死亡率簡圖

女性	以固體或液體物質自殺及自為中毒	由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	溺水(淹死)自殺及自傷	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	切穿工具自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷
15-19							↑	
20-24								
25-29		↓	↑					

女性	以固體或液體物質自殺及自為中毒	由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	溺水(淹死)自殺及自傷	槍砲及爆炸物自殺及自傷	切穿工具自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷
30-34		↓	↑					
35-39								
40-44								
45-49								
50-54			↑			↑		
55-59				↑				
60-64	↓							
65-69	↓							
70-74	↓			↑				
75-79								
80-84				↑				
85+			↓					

表 3-1-3 及表 3-1-4 為依據附件 3-1-1 表六卜瓦松分析結果所整理之簡表，↑代表該性別該自殺死因之死亡率於 104-108 年較 99-103 年有顯著上升、↓則表示顯著 104-108 年較 99-103 年下降;然而國小的個案數仍太少，以致沒有趨勢分析結果。

在男性方面(表 3-1-3)，以學齡層來看死亡率上升趨勢主要為高中及大學，以自殺死因來看主要為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」及「由高處跳下自殺及自傷」。

在女性方面(表 3-1-4)，以學齡層來看，同樣以高中及大學為主，而自殺死因具上升趨勢則均為「由高處跳下自殺及自傷」。

表 3-1-3、男性各學齡層各自殺死因死亡率簡表

男性	以固體或液體物質自殺及自為中毒	由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	溺水(淹死)自殺及自傷	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	切穿工具自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷
國中								
高中			↑				↑	
大學			↑					

表 3-1-4、女性各學齡層各自殺死因死亡率簡表

女性	以固體或液體物質自殺及自為中毒	由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	溺水(淹死)自殺及自傷	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	切穿工具自殺及自傷	由高處跳下自殺及自傷	其他及未明示之方式自殺及自傷
國中								
高中							↑	
大學							↑	

3. 自殺企圖個案串連健保資料庫

表 3-1-5 可以看出除高中及大學女性自殺企圖前未有完整精神疾病診斷比例逐漸降低外，國中在自殺企圖前精神科就診比例未見明顯改變，另外大學男性則是可以看出自殺企圖前未能有完整精神科診斷比例逐年上升，另由趨勢檢定可發現高中及大學女性未有完整精神疾病診斷比例趨勢有顯著下降；大學男性未有完整精神疾病診斷比例趨勢有顯著上升，因此跨教育學校及衛政精神醫療院所之間的網絡再加強尤其透過衛政的媒合精神醫療院所，提供學校的導師，輔導教師，甚至家長對精神疾病的識能，轉介的敏感度及技巧的提升，已刻不容緩。

表 3-1-5、98-106 年自殺企圖個案生前精神疾病就醫診斷情形

未有完整精神疾病診斷比例	國中		高中		大學	
	男性 [1]	女性 [2]	男性 [3]	女性 [4]	男性 [5]	女性 [6]
98	29 (74.4)	68 (79.1)	102 (82.3)	214 (84.3)	252 (62.5)	535 (79.5)
99	41 (73.2)	84 (79.2)	105 (75)	244 (83)	298 (70.4)	541 (81.7)
100	50 (75.8)	110 (85.9)	139 (79)	241 (73.7)	299 (69.7)	562 (82.4)
101	37 (80.4)	106 (86.9)	150 (82.4)	258 (79.1)	306 (67.8)	538 (76.1)
102	49 (77.8)	96 (91.4)	131 (74)	223 (75.9)	268 (68.5)	511 (79.2)
103	67 (72)	114 (80.9)	136 (71.6)	285 (79.6)	324 (74.7)	483 (70.2)
104	64 (78)	110 (73.3)	138 (77.1)	269 (75.4)	329 (72)	526 (70.9)
105	69 (71.1)	98 (79)	122 (65.6)	245 (73.1)	330 (70.7)	524 (68.9)
106	78 (72.2)	132 (79)	159 (69.4)	254 (61.5)	357 (70.1)	567 (63.3)

4. 原住民族

1) 自殺流行病學

在回顧 99 篇有關原住民自殺發生率文獻，顯示原住民與非原住民自殺死亡率僅在部分地區會有差異(Pollock, Naicker, Loro, Mulay, & Colman, 2018)葛氏分析 60-79 年臺灣山地鄉居民死因，發現泰雅、布農族標準化死亡率顯著高(葛應欽 & 謝淑芬, 1994)，其他研究亦發現到類似的結果(謝淑芬, 劉碧華, 潘碧珍, 章順仁, & 葛應欽, 民 83)，(陳錦宏, Stewart, 伍美馨, & 李子奇, 民 103)則發現海拔高度與人口組成會進一步影響自殺死亡率；然而針對原住民自殺流行病學與其背景整合性解讀卻是缺乏的－在自殺危險因子的分析研究，早期研究發現原住民自殺具有物質濫用及憂鬱症的共病特徵(Cheng, 民 84)，其他研究則發現原住民自傷危險因子則包含酗酒、女性、無業(臺灣原住民蓄意自我傷害者之心理社會與精神疾病因素研究，

劉宜釗)；然而這些危險因子卻與原住民生活文化息息相關，但是過往卻未能說明飲酒生活型態可能是原住民族受到歷史性創傷所衍生(Mohatt, Thompson, Thai, & Tebes, 2014; Sotero, 2006)。另一方面，原住民也有可能因為長期受到微歧視(Microaggression)而發生憂鬱、低自尊等情形(Walls, Gonzalez, Gladney, & Onello, 2015) ，而也有其他研究指出，資本主義的入侵也可能造成原住民社經地位的弱勢，也間接造成心理健康不利以及過度飲酒影響(陳美霞, 民 103; 陳慈立, 民 103; 游宗輝 & 黃毅志, 民 105)。

2) 分析結果

表 3-1-6 為針對 99-108 年原住民各性別各年齡層自殺死亡率，可以看出以男性 15-24 歲、65 歲以上及女性 15-24 歲自殺死亡率有上升的趨勢，然而均未達到顯著，各性別年齡層亦沒有年份的轉折點顯著。

表 3-1-6、99-108 年原住民各性別年齡層自殺死亡率轉折點分析

		趨勢一	
		年份	每年變化率(APC)
男性	15-24	99-108	2.9 (-2.8,9.1)
	25-44	99-108	-2 (-5,1.2)
	45-64	99-108	-2.5 (-6.3,1.5)
	65+	99-108	4 (-6.4,15.6)
女性	15-24	99-108	5.5 (-4.3,16.3)
	25-44	99-108	-4 (-12.1,4.9)
	45-64	99-108	-3.6 (-9.7,2.8)
	65+	99-108	-3.6 (-14.2,8.3)

註 1:*p 值<0.05

表 3-1-7 則進一步針對 15-24 歲原住民男性進行轉折點分析，各死因分析結果可以發現在「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」雖然沒有轉折點，但是近十年仍為顯著上升；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」近十年雖大致呈現上升趨勢但卻未達顯著；「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」近十年則呈現顯著下降；而「由高處跳下自殺及自傷」在 105 年有轉折點，99-105 年呈現下降趨勢，但是 105-108 年則呈現上升趨勢，但均未達顯著。

表 3-1-7、99-108 年 15-24 歲原住民男性自殺死亡率轉折點分析(按死因)

男性	趨勢一		趨勢二	
15-24	年份	每年變化率(APC)	年份	每年變化率(APC)
以固體或液體物質自殺及自為中毒	99-108	-2.4 (-8.3,3.9)		

男性 15-24	趨勢一 年份	每年變化率(APC)	趨勢二 年份	每年變化率(APC)
由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	99-108	13.5 (5.5,22.1)*		
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	99-108	2 (-7.8,12.9)		
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	99-108	-5.6 (-9.7,-1.4)*		
由高處跳下自殺及自傷	99-105	-13.8 (-26.3,0.7)	105-108	34.1 (-17.7,118.6)

註 1:*p 值<0.05

註 2:未於表格內呈現之死因乃由於近十年自殺死亡率過多 0

表 3-1-8 進一步針對 65 歲原住民男性進行轉折點分析，各死因分析結果同樣可以由表查得，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」近十年雖呈現上升趨勢，但未達統計上顯著；而「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」於 106 年有一轉折點，99-106 年呈現顯著下降，但 106-108 年卻呈現顯著上升趨勢；「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」近十年雖大致呈現上升趨勢但卻未達顯著；以「切穿工具自殺及自傷」則於 101 年有一轉折點，99-101 年大致呈現上升趨勢，但未達統計上顯著，101-108 年則呈現顯著下降；而「由高處跳下自殺及自傷」近十年呈現下降趨勢，且達到統計上顯著。

表 3-1-8、99-108 年 65 歲以上原住民男性自殺死亡率轉折點分析(按死因)

男性 65+		趨勢一 年份	每年變化率(APC)	趨勢二 年份	每年變化率(APC)
男性	以固體或液體物質自殺及自為中毒	99-108	4 (-7.6,17.1)		
	由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	99-106	-4.7 (-5.3,-4)*	106-108	26.5 (18.1,35.5)*
	吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	99-108	6.9 (-2.7,17.5)		
	溺水(淹死)自殺及自傷	99-108	-0.5 (-5.9,5.2)		
	鎗砲及爆炸物自殺及自傷	99-108	-4.9 (-11,1.7)		
	切穿工具自殺及自傷	99-101	36.5 (-67.9,481)	101-108	-12.9 (-19.9,-5.2)*
	由高處跳下自殺及自	99-108	-6.4 (-12.1,-0.2)*		

男性	趨勢一		趨勢二	
65+	年份	每年變化率(APC)	年份	每年變化率(APC)
傷				
其他及未明示之方式自殺及自傷	99-108	-1.8 (-7.7,4.5)		

註 1:*p 值<0.05

註 2:未於表格內呈現之死因乃由於近十年自殺死亡率過多 0

表 3-1-9 進一步針對 15-24 歲原住民女性進行分析,「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」在 104 年有一轉折點，99-104 年呈現下降趨勢，104-108 年則呈現上升趨勢；而「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」與「由高處跳下自殺及自傷」近十年大致均呈現上升趨勢，但未達統計上顯著。

表 3-1-9、99-108 年 15-24 歲原住民女性自殺死亡率轉折點分析(按死因)

女性	趨勢一		趨勢二	
15-24	年份	每年變化率(APC)	年份	每年變化率(APC)
以固體或液體物質自殺及自為中毒	99-108	-4.4 (-10.2,1.9)		
由氣體及蒸汽自殺及自為中毒	99-104	-23.2 (-42.6,2.7)	104-108	45.7 (-4.7,122.7)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	99-108	5.4 (-5.1,17.1)		
由高處跳下自殺及自傷	99-105	7.7 (-1.8,18.2)		

*p 值<0.05

註 2:未於表格內呈現之死因乃由於近十年自殺死亡率過多 0

5. 建議

透過學生自殺企圖通報串連健保資料庫可發現大學男性自殺前有完整精神科診斷之比例無明顯增加，顯見在大學男性藉由醫院為管道的自殺防治仍是有限的，也因此針對大學男性強化自殺高風險的篩檢、守門人的訓練、求助管道得設置都是相當重要的措施之一。

針對自殺防治工具防治的部分,除往年提出的策略仍需貫徹外,另 4.10「國內常用自殺方式或工具之防治策略暨建立木炭供應商名冊」章節所擬定自殺防治策略亦可做為各縣市後續擬定策略之參考，特別針對校園由高處跳下之部分，尚待全面加強；而由於上吊、勒死及窒息自殺及自傷由文獻回顧發現難以防治，故仍需從全面性策略著手；而青少年部分之防治策

略應強化，透過打斷自殺行為產生的心理機制－心理發展介入的手段(Wyman, 2014)。

表 3-1-10、青少年的自殺機轉上游介入方法：說明方案對青少年的影響

層級	強化調節自我行為及情緒的兒童課程		現有政府資源
	特定目標	課程實例/兒童之影響	
家庭	家庭壓力下的親子的課程	新生嬰兒課程(New Beginnings Program)／心理、情緒、行為問題，物質濫用	新手父母手冊/社家署
學校	強化正確的上課行為，減少攻擊行為	好行為競賽(Good Behavior Game) ／心理、情緒、行為問題，物質濫用	
同儕			
社區			

摘錄自 Developmental approach to prevent adolescent suicides: research pathways to effective upstream preventive interventions

表 3-1-10、青少年的自殺機轉上游介入方法：說明方案對青少年的影響(續)

層級	針對各危險因及保護因子的青少年課程		現有政府資源
	特定目標	課程實例／青少年之影響	
家庭	青少年的親職技巧	艾奧瓦的強化家庭課程／物質濫用	藥癮者家庭支持服務方案/心口司
學校	霸凌／物質濫用	Olweus 開設的霸凌課程／學校霸凌、生活技能課程／物質濫用	訂定校園霸凌防制準則/全國法規資料庫

層級	針對各危險因及保護因子的青少年課程		現有政府資源
	特定目標	課程實例 ／青少年之影響	
同儕	社交網絡同儕規範	社交資源的力量／ 應對能力、連結性	
社區	社區層級預防體系	社區共識照護(Communities that Care)／心理、情緒、行為問題，物質濫用	各縣市因地制宜策略

摘錄自 Developmental approach to prevent adolescent suicides: research pathways to effective upstream preventive interventions

將上表與臺灣現有的政策做比較，不難發現我國在強化青少年自我調節課程仍是不足夠的，因此如何透過國小老師之強化學生自我調節將是發展的要點之一、其他還有社交資源的連結能力，也仍是需要加強的部分。

針對原住民自殺防治策略，考量其文化性並適當的發展策略是相當重要的(Kral, 2016)，其他防治策略包含調整守門人課程訓練並增加原住民身分認同、文化復甦都是國外文獻提及的之一(Barker, Goodman, & DeBeck, 2017; Clifford, Doran, & Tsey, 2013; Hallett, Chandler, & Lalonde, 2007; Williams, Clark, & Lewycka, 107)，然而國外學者在回顧 1,339 篇相關文獻後發現，完善的評估策略成效仍是需要待後續的研究來補足(Clifford et al., 2013)。

針對原住民自殺防治策略，首要任務是燒炭防治的部分，若能有效在各縣市推展木炭非開放式陳列販賣策略，應能有效降低各縣市原住民 15-24 歲的自殺死亡率，除此之外，校園防墜設施等亦需有效強化。我國近年在多元文化的發展及涵容下，更是重視少數文化的權益，原住民權益的更是有所提升。原住民委員會於 91 年至行政院底下獨立後，便致力維護原住民文化、語言、自治等權利，並且透過各種不同的方法，將原住民文化與習俗進一步推廣至一般大眾，至今也仍不斷努力克服殖民活動所造成的創傷，並讓遷移至都市的原住民重新獲得對原本身份的認同，也因此未來如何與原住民委員會及各部落取得自殺防治與文化間共識，並避免自殺污名化造成原住民受到再次傷害是相當重要，最後透過原住民部落的耆老進一步達成網網相連，是我國原住民自殺防治策略的重點項目。

五、附件

附件 3-1-1、研析近 10 年(99-108 年)自殺死亡趨勢之成因

長期照顧自殺數據分析及策略建議

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

臺灣於 2018 年 3 月老年人口數已達全人口的 14.1%，正式進入「高齡社會」。在政府與民間長期共同努力之下，2015 年總統公布「長期照顧服務法」，為我國長照發展重要之根本大法，整合攸關國內 70 多萬失能家庭的各類長照資源，使資源更全面、網絡更綿密，確保各類長照服務之品質。

目前長照需求評估的對象涵蓋個案與主要照顧者兩者，透過初步篩選、評估、實際家訪、進而擬定照顧計畫，介入服務並連結各項長照資源，後續評值與追蹤後再依個案的狀況調整照顧計畫，當中家庭照顧者的負荷則包含身體、心理、工作、社交、經濟及家庭關係，故長照人員除須面對來自個案生活環境、疾病照護負荷與身心健康狀態的挑戰，亦須面對自身的生活壓力。

根據中華民國家庭照顧者關懷總會抽樣統計，家庭內沒有照顧替手和年紀大的照顧者之家庭樣態中有 7.0%的家庭出現自殺風險，因此強化長期照顧網絡建立更縝密的自殺防治策略為當前重要的目標，本章節藉由瞭解衛生福利部長期照顧服務司與自殺數據的相關需求後，並針對其長照資料庫、自殺死亡檔、自殺企圖通報檔進行串連，期發展老年人口群、長期照顧個案及照顧者之流行病學，並以此為基礎，進一步研擬相關自殺防治策略後，提供衛福部做為參考及運用。

2. 業務目的與目標

瞭解長照機構內照顧者及被照顧者自殺流行病學，並針對其特性提出策略建議。

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) 2006 年至 2015 年死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、婚姻狀態、戶籍地、死亡原因等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯

(2) 2005 年至 2015 年全民健康保險資料

a. 資料來源：衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。

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

c. 資料內容：主要包含就醫時間、就醫科別、診斷及藥物使用情形等。

d. 資料串聯：以各檔案間共有之資料欄位進行串聯。

3) 資料庫串聯方式

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

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

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

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、衛生福利部長期照顧司、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. 組織建立及文獻回顧

召集領域專家學者含精神醫學、流行病學，以針對老人自殺前就醫診斷進行分析方法擬定並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，包含長照自殺、老人自殺、自殺防治策略、危險因子等，並透過小組評讀文獻。

2. 文獻搜尋策略

擬訂關鍵字 long-term care AND suicide 、long-term cargiver AND suicide 兩個關鍵字搜尋近十年國內外相關文獻，並針對文獻內容逐一分類

與被照顧者相關共篩選出八篇文獻，其中包含一篇系統性回顧文獻、三篇相關性研究、一篇介入研究、二篇橫斷性研究；而與照顧者相關則一共六篇文獻，包含二篇橫斷性研究、四篇追蹤型研究。

3. 資料分析

1) 利用自殺死亡個案(病例組)之性別及出生年配對無死亡個案、或死因非自殺之個案(對照組)，並將病例組及配對組按 1：10 之比例配對。
2) 利用病例對照研究法以找出病例組及對照組之就醫診斷，以利自殺風險性較高的診斷特徵判斷。
3) 名詞解釋：Population attributable fraction (PAF)—有多少比例之暴露群發生率可歸因於一特定暴露；Odds ratio (OR)—在病例對照研究中，實驗組中發生疾病的勝算或危險性/對照組中發生該疾病的勝算或危險性。
   (1) 公式 OR = (odds1) / (odds0)
   (2) 公式 PAF = (r − r0) / r =pd * ((RR−1) / RR)
   (3) pd=病例組之危險因子暴露比例

四、 成果(Product)

1. 長照相關文獻回顧

學者 Mezuk, Briana 在回顧 1985-2013 年 36 篇文獻後發現針對長照設施自殺風險的研究仍是不足的，但也發現長照機構裡過去一個月大約 5-33%的人會出現自殺意念(包含積極型與消極型)(Mezuk, Rock, Lohman, & Choi, 2014)，Mezuk, Briana 在後續研究則針對維吉尼亞的死亡系統來分析，發現機構中的自殺死亡率約為 14.16 人(每十萬人)(Mezuk, Lohman, Leslie, & Powell, 2015)，而國內除家總調查約有 7%的自殺風險外，亦鮮少有關於長照機構的自殺風險的研究。

而學者 Mezuk, Briana 在研究中則進一步發現在長照設施裡的老人自殺危險因子和社區裡的老人自殺危險因子大多相似(Mezuk et al., 2014)，利用其他資料庫分析進一步發現有接受精神疾病治療、有心理健康問題及過去有自殺企圖個案相較社區裡的老人，其自殺風險較高，而在機構裡的憂鬱情形也較普遍，因此對自殺防治來說針對長照機構是相當重要的一個場域。而國內針對彰化縣護理之家內老人憂鬱的情形亦有類似的發現，將近 46.6%的機構居民有著中至重度憂鬱情形(彭雅莉, 2012)。

其他危險因子常見的危險因子還包含社交孤立、孤獨感、健康問題及身體功能減損等，而孤獨感也是機構內居民經常存在的現象，針對此一現

象，國內的學者分析指出社會支持越高，其孤寂感相對較低，而社會支持當中又以院友支持及子女支持為重要預測因子(侯慧明 & 陳玉敏, 2008)；其他國外學者則指出動物輔助治療、團體活動以及增加跟家人互動的機會都能有效降低孤獨感(Brimelow & Wollin, 2017)；同時國內研究針對老人的幸福感也可以透過參與社區關懷據點活動提升，而國外學者則指出機構內員工在提升機構內居民幸福感的重要性也是不容忽視的。

而有關照顧者的研究國外學者發現失智症的照顧者有自殺意念的比例較高(Joling, O'Dwyer, Hertogh, & van Hout, 2018; O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck, & De Leo, 2016) ，後續學者研究進一步發現失智症的照顧者普遍有較大的壓力及憂鬱的症狀，研究也進一步發現相較沒有自殺意念的照顧者，有自殺意念的更容易有較嚴重的焦慮、憂鬱、較低能力感、自我控制感、家人支持及感到孤獨(Joling et al., 2018)；然而其他國外研究發現照顧者與非照顧者在自殺危險因子無明顯的差異(Joling, ten Have, de Graaf, & O'Dwyer, 2019)；國內研究則發現照顧失能者，或照顧者罹患重大傷病或有憂鬱及其他常見的精神疾病或較年輕的照顧者都是需要注意其自殺風險的(Huang, Hsu, Hung, Wang, & Chong, 2018)。

2. 老人自殺死亡與就醫行為

由文獻回顧之結果可以發現到，長照機構內老人自殺之危險因子與一般社區的老人大多相似，因此我們藉由全人口老人門急診就醫診斷進行隨機對照分析，可以發現到精神疾病中，以精神官能症及人格異常 300-301、憂鬱症 296.2／296.3／300.4／311、精神官能性憂鬱症 300.4 之個案其 odds ratio 均高於其他非精神疾病診斷，而其他非精神疾病則以胃及十二指腸之潰瘍 531-533 及腦血管疾病 430-438 其 odds ratio 較高；以 PAF 來看，較高的疾病則精神官能症及人格異常及憂鬱症，其他非精神疾病則以高血壓疾患 401-405 及眼及其附屬器官之疾患 360-379 為較高之疾病；然而其 PAF 之值可能是因為這兩種疾病在老人族群的高盛行率所致，並非此兩種疾病與自殺死亡有著相關性，因此在判斷預防標的族群時，仍應綜合解讀。(表 3-2-1 及表 3-2-2)。

表 3-2-5 則針對 2012-2017 年 65 歲以上老人自殺前之精神疾病之人群歸因比例進行分析，並依照性別分別分析，整體而言，以憂鬱症之 PAF 較高。

表 3-2-1、2006-2010 年 65 歲以上各類健保申報診斷對於自殺死亡之人群歸因-門急診

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
1	高血壓疾病 401-405	19335 (0.37)	3015 (0.58)	0.31 (0.29-0.33)	2.33 (2.19-2.46)
2	精神官能症及人格異常 300-301	4306 (0.08)	1852 (0.35)	0.28 (0.26-0.29)	6.12 (5.74-6.53)
3	眼及其附屬器官之疾患 360-379	16061 (0.31)	2563 (0.49)	0.25 (0.23-0.26)	2.17 (2.05-2.3)
4	胃及十二指腸之潰瘍 531-533	5805 (0.11)	1527 (0.29)	0.19 (0.18-0.2)	3.31 (3.1-3.53)
5	憂鬱症 296.2／296.3／300.4／311	1340 (0.03)	1138 (0.22)	0.18 (0.17-0.19)	10.58 (9.72-11.52)
6	耳及乳突之疾患 380-389	6066 (0.12)	1301 (0.25)	0.14 (0.13-0.15)	2.53 (2.36-2.7)
7	腦血管疾病 430-438	4983 (0.1)	1112 (0.21)	0.12 (0.11-0.13)	2.57 (2.39-2.76)
8	支氣管炎、肺氣腫及氣喘 490-493	5472 (0.1)	1100 (0.21)	0.11 (0.1-0.12)	2.28 (2.12-2.45)
9	精神官能性憂鬱症 300.4	800 (0.02)	650 (0.12)	0.1 (0.09-0.11)	9.14 (8.2-10.18)
10	情感性精神病 296	553 (0.01)	621 (0.12)	0.1 (0.09-0.11)	12.61 (11.2-14.2)

表 3-2-2、2011-2015 年 65 歲以上各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-門急診

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
1	高血壓疾病 401-405	18734 (0.43)	2724 (0.63)	0.32 (0.3-0.34)	2.21 (2.07-2.36)

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
2	精神官能症及人格異常 300-301	3939 (0.09)	1582 (0.36)	0.28 (0.26-0.3)	5.74 (5.35-6.15)
3	眼及其附屬器官之疾患 360-379	15143 (0.35)	2336 (0.54)	0.27 (0.25-0.29)	2.17 (2.04-2.31)
4	憂鬱症 296.2／296.3／300.4／311	1327 (0.03)	1064 (0.24)	0.2 (0.19-0.22)	10.29 (9.42-11.23)
5	胃及十二指腸之潰瘍 531-533	5212 (0.12)	1237 (0.28)	0.17 (0.16-0.19)	2.92 (2.72-3.14)
6	耳及乳突之疾患 380-389	6002 (0.14)	1199 (0.28)	0.15 (0.13-0.16)	2.38 (2.21-2.55)
7	特定症狀或徵候群，NEC307	1476 (0.03)	687 (0.16)	0.12 (0.11-0.13)	5.34 (4.85-5.88)
8	精神官能性憂鬱症	796 (0.02)	623 (0.14)	0.12 (0.11-0.13)	8.97 (8.03-10.01)
9	腦血管疾病 430-438	4840 (0.11)	961 (0.22)	0.11 (0.1-0.13)	2.26 (2.1-2.45)
10	糖尿病 250	9000 (0.21)	1312 (0.3)	0.11 (0.09-0.12)	1.66 (1.55-1.77)

由住院的診斷紀錄則可以發現精神疾病以憂鬱症及情感性精神病 296 其 odds ratio 高於其他非精神疾病，在非精神疾病方面，則可以發現腎炎、腎徵候群及腎變性病 580-589 及惡性腫瘤 140-208 較高；以 PAF 而言，精神疾病同樣以憂鬱症及情感性精神病較高，非精神疾病則以高血壓疾病及糖尿病 250 較高(表 3-2-3 及表 3-2-4)。

表 3-2-3、2006-2010 年 65 歲以上各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-住院

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
1	高血壓疾病 401-405	2940 (0.06)	1106 (0.21)	0.15 (0.14-0.16)	4.51 (4.17-4.86)
2	糖尿病 250	1750 (0.03)	615 (0.12)	0.08 (0.07-0.09)	3.85 (3.5-4.24)
3	惡性腫瘤 140-208	777 (0.01)	468 (0.09)	0.07	6.52 (5.79-7.34)

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
				(0.06-0.08)	
4	胃及十二指腸之潰瘍 531-533	756 (0.01)	377 (0.07)	0.05 (0.05-0.06)	5.3 (4.67-6.02)
5	腎炎、腎徵候群及腎變性病 580-589	444 (0.01)	322 (0.06)	0.05 (0.04-0.06)	7.67 (6.62-8.87)
6	憂鬱症 296.2／296.3／300.4／311	78 (0)	280 (0.05)	0.05 (0.04-0.05)	37.88 (29.42-48.76)
7	腦血管疾病 430-438	1069 (0.02)	367 (0.07)	0.05 (0.04-0.05)	3.62 (3.2-4.09)
8	肺炎 480-486	874 (0.02)	340 (0.07)	0.04 (0.04-0.05)	4.09 (3.6-4.65)
9	心臟病 390-398,410-414,415-429	470 (0.01)	217 (0.04)	0.03 (0.02-0.04)	4.77 (4.05-5.62)
10	情感性精神病 296	37 (0)	174 (0.03)	0.03 (0.02-0.03)	48.53 (34-69.27)

表 3-2-4、2011-2015 年 65 歲以上各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-住院

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
1	高血壓疾病 401-405	3243 (0.07)	1089 (0.25)	0.18 (0.16-0.19)	4.14 (3.84-4.48)
2	糖尿病 250	1879 (0.04)	621 (0.14)	0.1 (0.08-0.11)	3.69 (3.35-4.06)
3	惡性腫瘤 140-208	822 (0.02)	456 (0.1)	0.08 (0.07-0.09)	6.08 (5.4-6.85)
4	腎炎、腎徵候群及腎變性病 580-589	452 (0.01)	404 (0.09)	0.08 (0.07-0.08)	9.75 (8.49-11.19)
5	肺炎 480-486	1027 (0.02)	364 (0.08)	0.06 (0.05-0.06)	3.78 (3.34-4.27)
6	憂鬱症 296.2／296.3／300.4／311	81 (0)	248 (0.06)	0.05 (0.04-0.06)	32.36 (25.13-41.66)

PAF 排名	疾病／診斷碼	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
7	胃及十二指腸之潰瘍 531-533	601 (0.01)	265 (0.06)	0.04 (0.04-0.05)	4.63 (3.99-5.37)
8	情感性精神病 296	43 (0)	133 (0.03)	0.03 (0.02-0.03)	31.83 (22.54-44.94)
9	憂鬱性疾患，NEC311	40 (0)	113 (0.03)	0.02 (0.02-0.03)	28.94 (20.15-41.55)
10	心臟病 390-398,410-414,415-429	381 (0.01)	129 (0.03)	0.02 (0.01-0.02)	3.46 (2.83-4.24)

表 3-2-5、2012-2017 年 65 歲以上精神疾病健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-住院

疾病	性別	病例組	對照組	OR(95%CI)	PAF(95%CI)
精神疾病(全)	男	6912 (19.4)	1761 (49.4)	4.13 (3.84-4.43)	34.7 (32.7-36.7)
	女	5074 (26.4)	1223 (63.5)	4.89 (4.43-5.4)	47.7 (44.8-50.5)
思覺失調症	男	64 (0.2)	10 (0.3)	2.44 (1.25-4.75)	0.1 (-0.1-0.3)
	女	44 (0.2)	19 (1)	8.81 (5.11-15.18)	0.8 (0.3-1.3)
情感性疾病	男	145 (0.4)	73 (2)	8 (6.02-10.64)	1.5 (1-2)
	女	101 (0.5)	65 (3.4)	13.07 (9.48-18.01)	2.6 (1.8-3.4)
憂鬱症	男	853 (2.4)	560 (15.7)	10.46 (9.31-11.75)	12.6 (11.3-13.8)
	女	777 (4)	456 (23.7)	11.88 (10.35-13.65)	19 (17-21)
精神官能症	男	2114 (5.9)	484 (13.6)	3.66 (3.28-4.08)	7.4 (6.3-8.6)
	女	1777 (9.2)	338 (17.6)	3.85 (3.35-4.42)	8.4 (6.6-10.2)
其他精神疾病	男	3736 (10.5)	634 (17.8)	2.75 (2.49-3.03)	7.4 (6.1-8.8)
	女	2375 (12.3)	345 (17.9)	2.91 (2.54-3.34)	5.7 (3.9-7.5)

3. 老人自殺企圖與就醫行為

根據 2014 年全國自殺防治中心研究及學者(鄭偉伸, 黃宗正, 李明濱, & 廖士程, 2016)發現老人指標性自殺防治的關鑑，乃在於能否將老人憂鬱症辨識以及針對合併重大傷併自殺企圖者提供後續更積極之關懷服務。

圖 3-2-1 及圖 3-2-2 可以發現 65 歲以上自殺企圖前有精神疾病診斷的人數占總自殺企圖之比例，在男性並未有顯著增加的比例，女性相對來看，從 2008 年低點一路攀升；圖 3-2-3 及圖 3-2-4 則為憂鬱症罹患憂鬱症比例

占總自殺企圖人數之比例，不論男性、女性均有逐年升高之趨勢，也顯示老年憂鬱症診斷率逐漸增高。

圖 3-2-5 及圖 3-2-6 則可以發現不論男女性，自殺企圖前有癌症診斷人數比例雖逐年緩增，但比例大致還算平穩，較憂鬱症來算，並無大幅上升之趨勢，圖 3-2-7 及圖 3-2-8 則可以發現到不論男、女性其自殺企圖前有洗腎人數及比例有些微下降。

綜合自殺企圖前就醫資料來看，有越來越多之老人憂鬱症被通報，換言之，有更大比例的老人有機會接觸自殺關懷訪視服務，也增加衛生系統對老人能有更透徹的掌握，不只是身體疾病上，更是心理上，當然面對越來越多老人憂鬱症的個案，醫療端後續的服務也是相當重要的。同時，未來仍希望藉由多方面管道包含醫療及長照系統介入可能的淺在個案，以達到網網相連之效用。

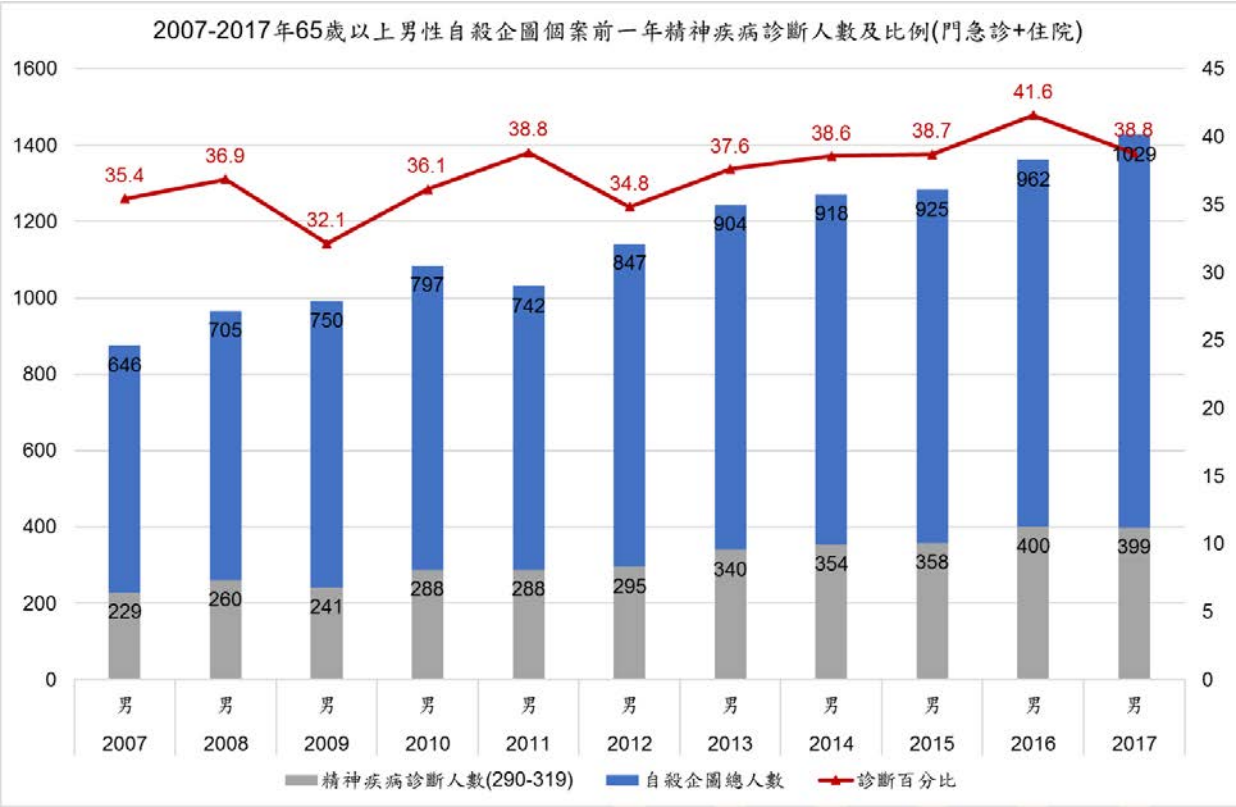


圖 3-2-1、2007-2017 年男性自殺企圖前一年精神疾病診斷人數及比例

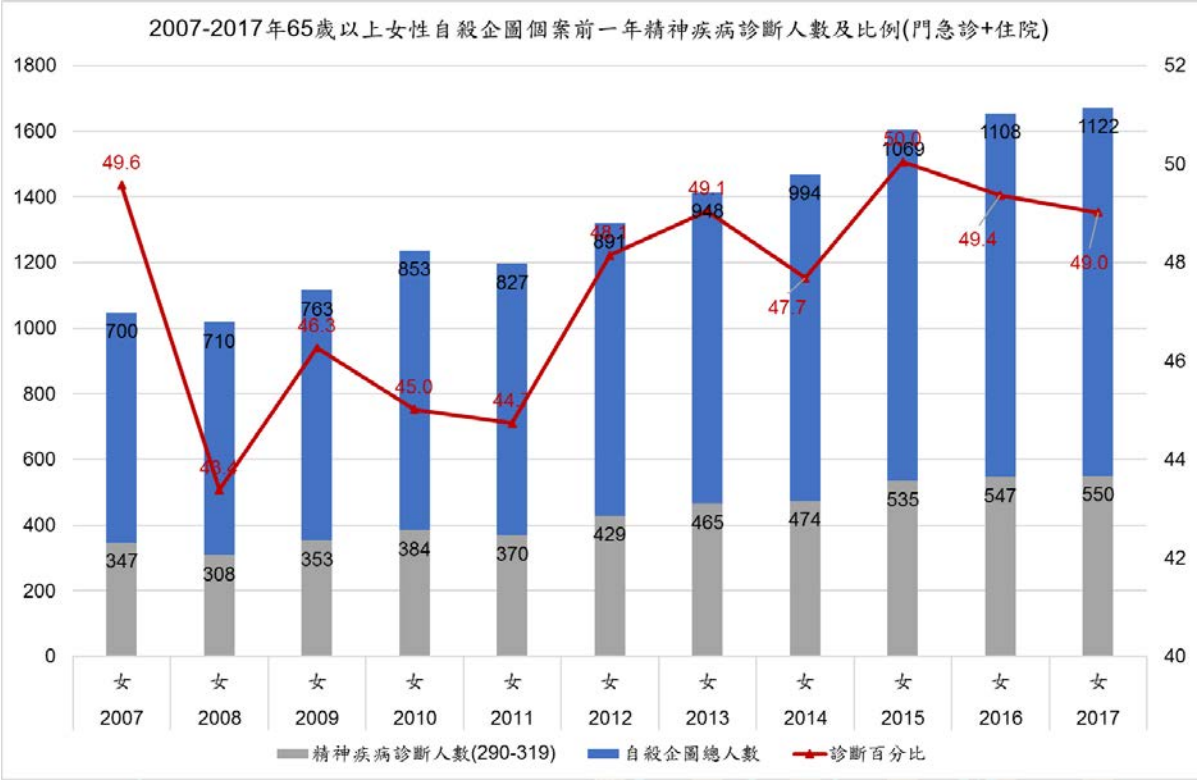


圖 3-2-2、2007-2017 年女性自殺企圖前一年精神疾病診斷人數及比例

圖 3-2-3、2007-2017 年男性自殺企圖前一年憂鬱症診斷人數及比例

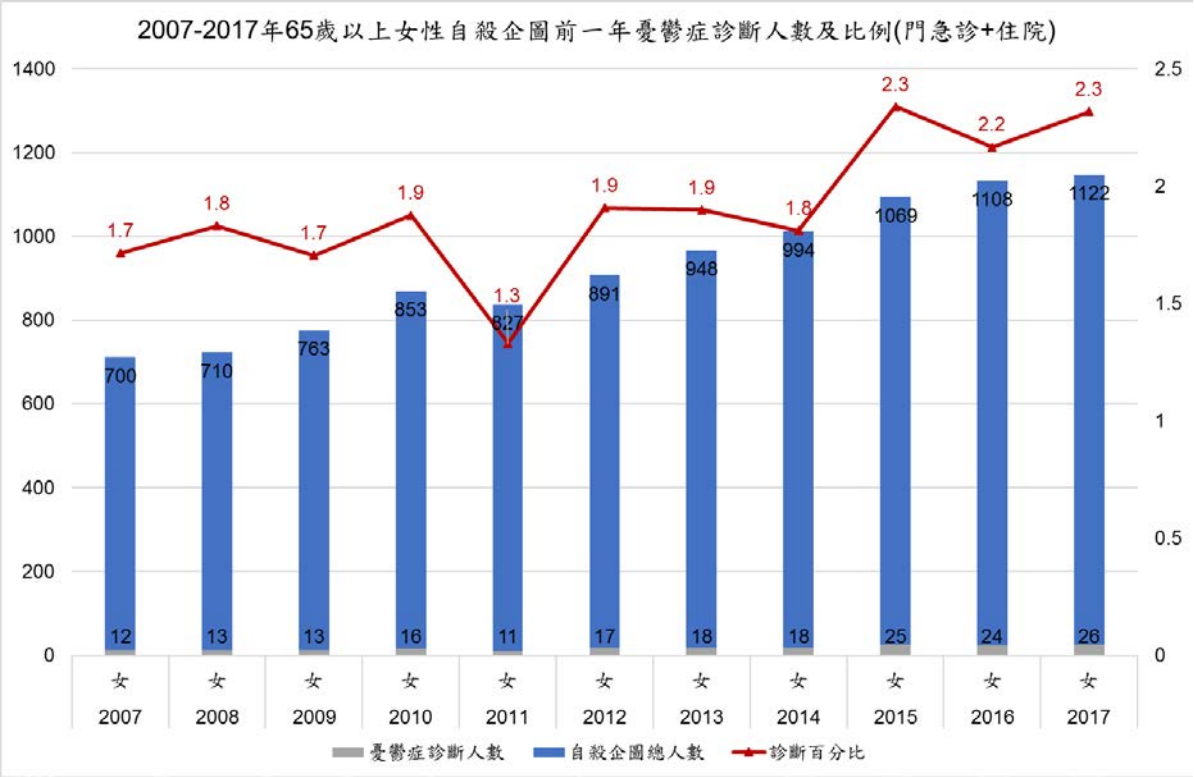


圖 3-2-4、2007-2017 年男性自殺企圖前一年憂鬱症診斷人數及比例

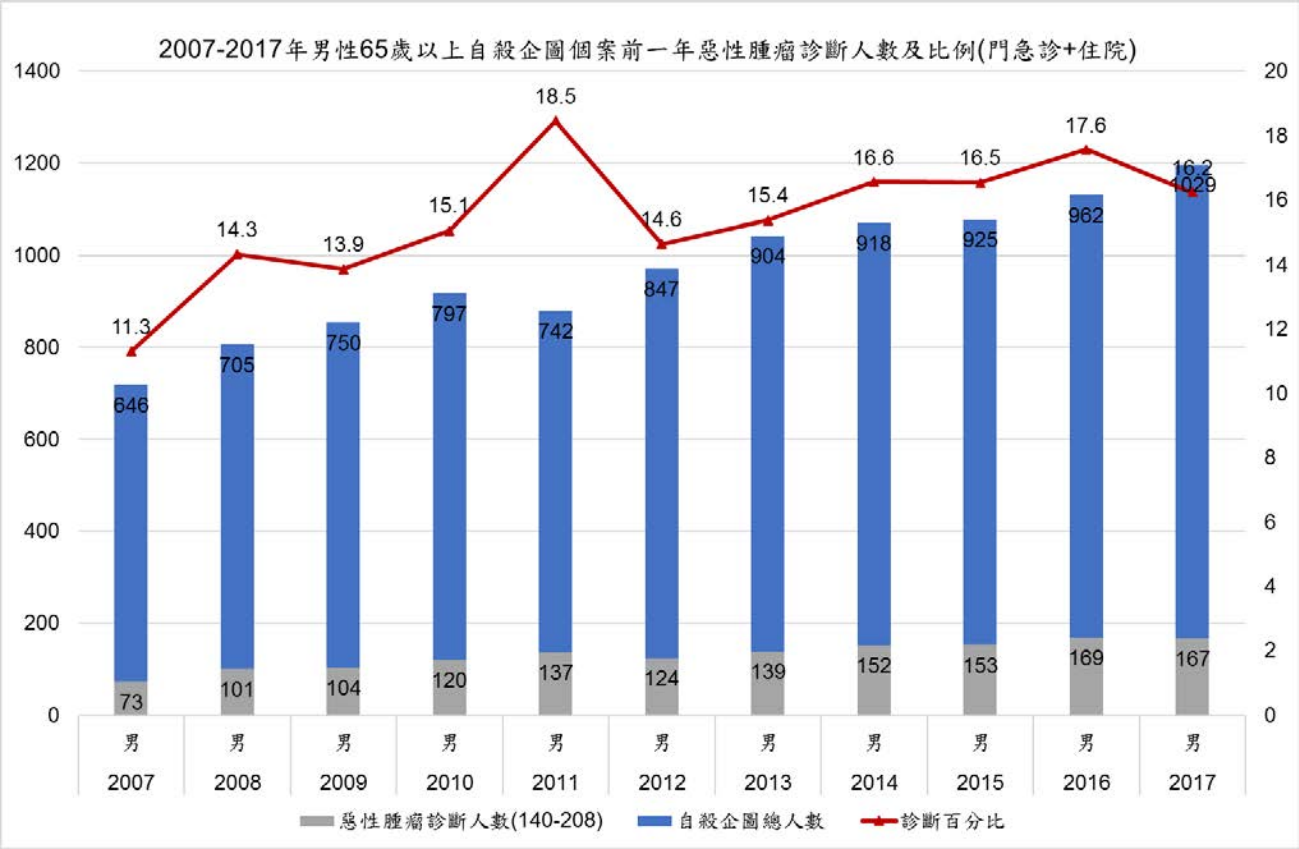


圖 3-2-5、2007-2017 年男性自殺企圖前一年癌症診斷人數及比例

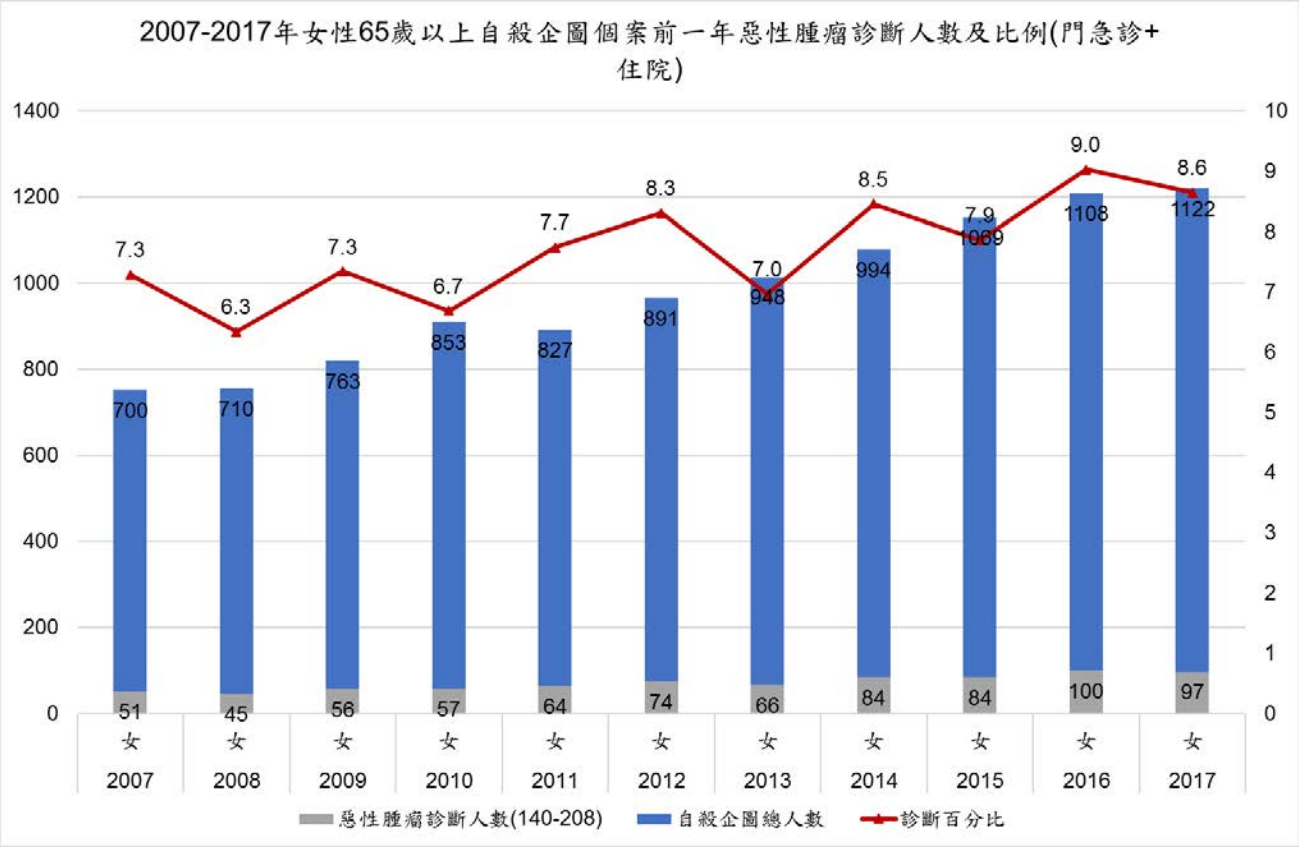


圖 3-2-6、2007-2017 年女性自殺企圖前一年癌症診斷人數及比例

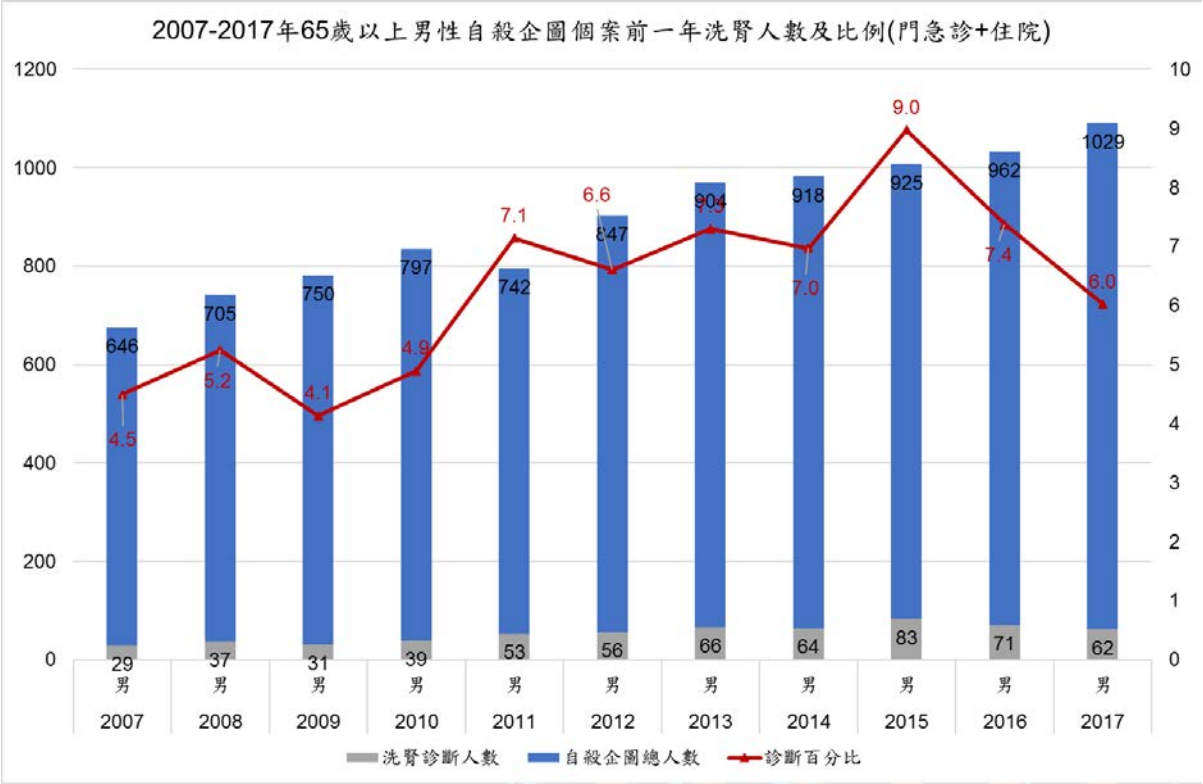


圖 3-2-7、2007-2017 年男性自殺企圖前一年洗腎人數及比例

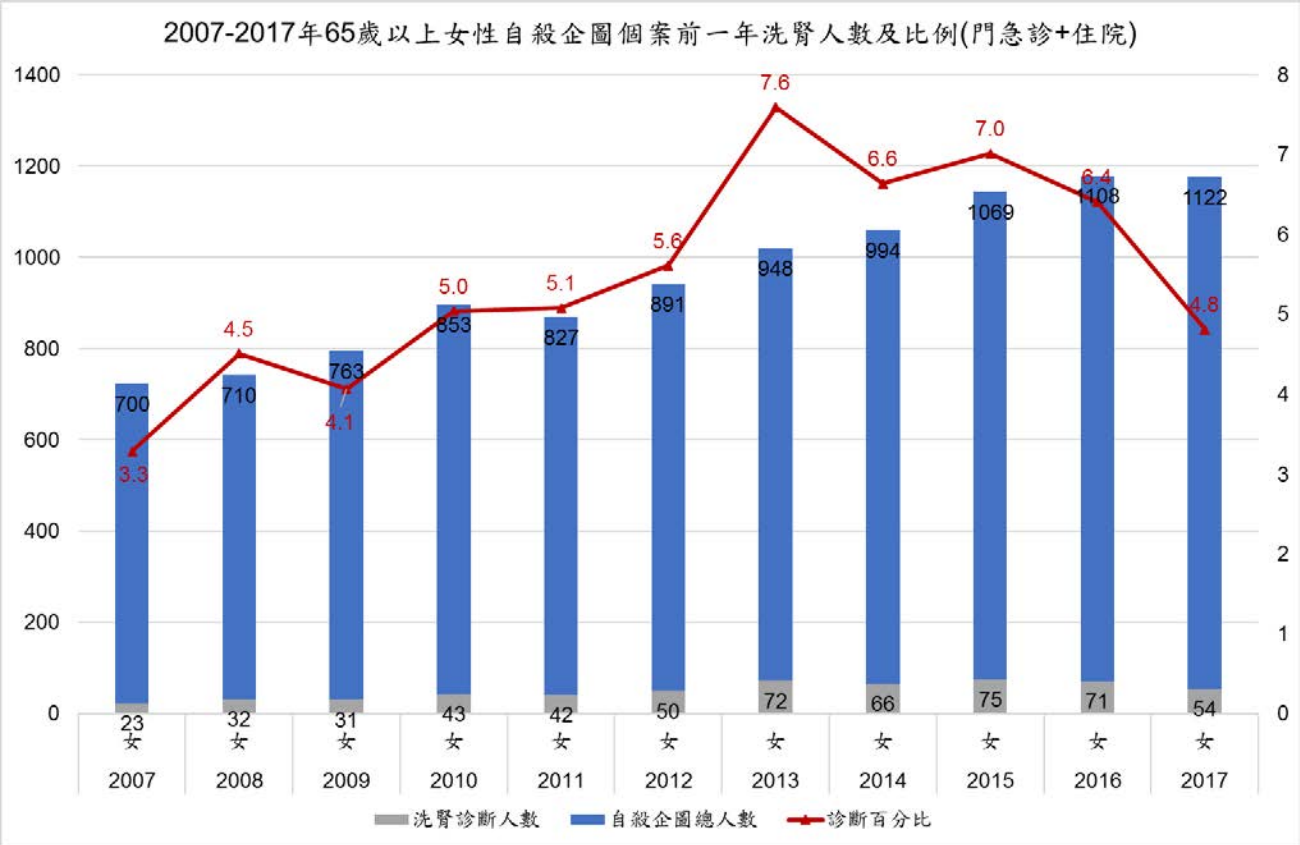


圖 3-2-8、2007-2017 年女性自殺企圖前一年洗腎人數及比例

4. 策略建議

針對老人所罹患之精神疾病在門急診診斷部份，以罹患精神官能症及人格異常及憂鬱症為首要標的族群，而非精神疾病方面則以胃及十二指腸之潰瘍及腦血管疾病之老人為預防策略標的族群；在住院診斷部份，以罹患精神疾病以憂鬱症及情感性精神病為標的族群，而非精神神疾病方面則以腎炎、腎徵候群及腎變性病及惡性腫瘤為首要標的族群。

由於老人的憂鬱症狀一般以非典型的症狀的產生，因此機構內的員工在辨識老人其他的自殺危險因子顯得相當重要，包含孤獨感、社交支持薄弱、罹患多種慢性疾病，除此之外，鼓勵長照機構定時使用心情溫度計的檢測，並紮實的針對員工進行自殺防治守門人的訓練，都有助於自殺危機的提前發現(蘇南榮 & 黃亮韶, 2015)，而針對照顧者之自殺防治透過文獻回顧不難發現仍以憂鬱症狀為重要的危險因子，而個案本身所面臨的其他生活壓力源亦有可增加照顧者罹患精神疾病的風險(Stansfeld et al., 2014)，因此當前透過衛生福利部建置之家庭照顧者關懷專線以強化照顧者的社交支持是相當重要的策略，未來希望國內亦能有更多關於國內照顧者的研究，以探討其社會層面或個人心理層面的自殺危險因子，以完備相關的自殺防治措施。

5. 長照倉儲系統資料分析規劃

針對長照自殺死亡個案特性進行分析包含性別、年齡層、自殺死因及各類疾病診斷比例，並計算長照自殺死亡之間接標準化死亡率。

針對長照自殺企圖個案分析其通報後再自殺死亡率、自殺死亡通報前之比例進行分析。

Brimelow, R. E., & Wollin, J. A. (2017). Loneliness in Old Age: Interventions to Curb Loneliness in Long-Term Care Facilities. *Activities, Adaptation & Aging, 41*(4), 301-315. doi:10.1080/01924788.2017.1326766

Huang, Y.-C., Hsu, S.-T., Hung, C.-F., Wang, L.-J., & Chong, M.-Y. (2018). Mental health of caregivers of individuals with disabilities: relation to suicidal ideation. *Comprehensive Psychiatry, 81*, 22-27.

Joling, K. J., O'Dwyer, S. T., Hertogh, C. M. P. M., & van Hout, H. P. J. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: a longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(2),

263-270. doi:10.1002/gps.4708

Joling, K. J., ten Have, M., de Graaf, R., & O'Dwyer, S. T. (2019). Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: results from the population-based Netherlands mental health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). *BMC Psychiatry, 19*(1), 320. doi:10.1186/s12888-019-2317-y

Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M., & Powell, V. (2015). Suicide Risk in Nursing Homes and Assisted Living Facilities: 2003–2011. *American Journal of Public Health, 105*(7), 1495-1502. doi:10.2105/AJPH.2015.302573

Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(12), 1198-1211. doi:10.1002/gps.4142

O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health, 20*(2), 222-230. doi:10.1080/13607863.2015.1063109

Stansfeld, S., Smuk, M., Onwumere, J., Clark, C., Pike, C., McManus, S., . . . Bebbington, P. (2014). Stressors and common mental disorder in informal carers – An analysis of the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Social Science & Medicine, 120*, 190-198. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.025

侯慧明, & 陳玉敏. (2008). 長期照護機構老人孤寂感及其相關因素探討. [Loneliness and Related Factors among the Elderly Living in Long-Term Care Facilities]. *實證護理, 4*(3), 212-221. doi:10.6225/jebn.4.3.212

彭雅莉. (2012). *長期照護機構老人憂鬱現況及其相關因素之研究.* 中臺科技大學. Available from Airiti AiritiLibrary database. (2012 年)

鄭偉伸, 黃宗正, 李明濱, & 廖士程. (2016). 老人憂鬱症與自殺防治. [Assessment and Management of Geriatric Depression and Suicide]. *台灣老年醫學暨老年學雜誌, 11*(1), 16-30.

蘇南榮, & 黃亮韶. (2015). 精神科長期照護機構與自殺防治：以衛生福利部玉里醫院祥和院區為例. *臨床心理學刊, 9*(2), 53-54. doi:10.6550/acp.0902.033

青少年及原住民自殺數據分析及策略建議

一、 背景(Context)

根據 108 年世界衛生組織(WHO)的統計，全球每年有近 80 萬人死於自殺行為，且自殺已成為 15-19 歲青少年族群的第三大死因，因此青少年自殺議題逐漸成為各國的重要議題。目前在兒童及青少年族群中，雖然 15 歲以下的自殺行為並不常見，但不管是 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，不只是臺灣青少年近年自殺死亡人數的攀升，多國亦呈現上升趨勢，由此可知青少年自殺，除了低齡化外，且有逐年攀升的趨勢。而學者認為這樣的現象無法用單一簡單因素可以來解釋，應是多種原因導致青少年自殺死亡率上升的情形。(Bridge et al., 2020;Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2017)。

除青少年族群的自殺問題外，根據 107 年有關原住民自殺發生率的系統性回顧文獻中，儘管多數研究地區為高收入國家，結果顯示世界各地許多地方的原住民人口的自殺率都有所提高，且原住民與非原住民人口之自殺率因地區不同而有所差異，其中部分地區原住民人口之自殺率則高出非原住民人口 20 倍之多(Pollock, Naicker, Loro, Mulay, & Colman, 2018)。在臺灣有約 57 萬的原住民人口，分布在全國 12 縣市(55 鄉)，雖全國性資料庫建置多年，然原住民族資料取得不易，過往對於原住民族死亡率的研究相對較少。在民國 83 年謝淑芬等人的研究中，比較臺灣山地鄉原住民意外災害的死因型態，發現意外災害總死因以泰雅族和布農族最高，且此二族的自殺及非藥物意外中毒的標準化死亡比高於其他原住民族；在 96 年的國內研究結果亦提到，除了低收入戶、精神疾患、失業對 15-19 歲青少年自殺風險的增加有顯著影響，原住民家庭亦是 15-19 歲青少年自殺的危險因子。

綜上，本報告將以臺灣地區之兒童與青少年(以下簡稱兒少)及原住民族為對象，分析各族群之自殺通報資料與自殺死亡資料，並配合貴部於 107 年中華民國(臺灣)兒童權利公約首次國家報告國際審查結論性意見所提之行動方案，於彙整教育部及行政院原住民族委員會統計數據需求後，研析國小至大學學齡層族群及原住民族自殺資料，供相關部會參考運用。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 學齡層通報個案與全年齡層比較分析自殺企圖者特性，包含地區、自殺方式、自殺原因及特殊身份註記個案比例。
2) 原住民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。
3) 學齡層及原住民自殺死亡個案，以自殺方式、縣市、性別交叉分析。
4) 串聯自殺企圖通報資料、關懷訪視資料及自殺死亡檔，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之分析。

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：由自殺防治通報系統提供，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、兒童及少年保護通報明細檔、性侵害通報明細檔、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護資訊管理系統。

3. 資源連結合作

1) 合作單位：教育部、內政部、衛生福利部心理及口腔健康司、中華民國原住民族委員會、社團法人台灣自殺防治學會、衛生福利部統計處。
2) 資源連結內容及形式：資料庫、專案小組及相關團體諮詢會議。

三、 過程(Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔
   (1) 資料期間：108 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：95 年至 108 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、精神照護系統、替代治

療資料庫-個案基本資料、替代治療資料庫-加入替代治療歷程檔、毒品危害防制中心案件管理系統_個案管理檔。

(1) 資料期間：101 年至 108 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. 彙整需求

1) 發文調查教育部及行政院原住民委員會相關統計需求，並納入自殺防治諮詢會第 1、2 次會議提及之相關需求。

3. 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 108 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 108 年自殺死亡個案串聯 95 至 108 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(Product)

1. 執行結果

1) 學齡層自殺通報數據

(1) 近五年通報指標趨勢

以下分析數據將通報個案依據年齡分為國小學齡層(6-11 歲)、國中學齡層(12-14 歲)、高中學齡層(15-17 歲)以及大學學齡層(18-21 歲)4 組，根據 104-108 年各學齡層通報人次趨勢圖(圖 3-3-1)結果發現，各學齡層通報人次呈現逐年上升的情形，且自 106 年起，國中以上的學齡層通報人次上升幅度更為明顯。108 年 4 個學齡層總計通報 6,780 人次，占全國通報人次之 19.2%，各學齡層的通報人次為近五年來新高，其中國小學齡層通報 95 人次(占全國通報人次之 0.3%)、國中學齡層通報 1,242 人次(占全國通報人次之 3.5%)、高中學齡層通報 2,053 人次(占全國通報人次之 5.8%)、大學學齡層通報 3,390 人次(占全國通報人次之 9.6%)。

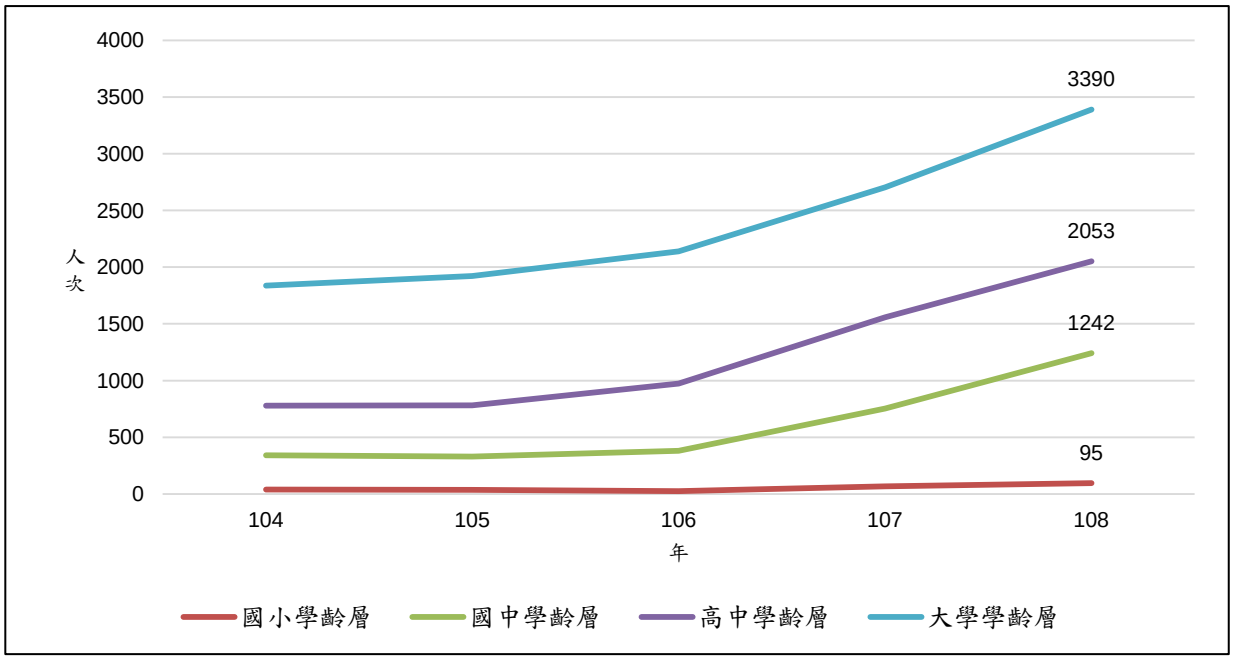


圖 3-3-1、104-108 年各學齡層通報人次趨勢圖

表 3-3-1、104-108 年各學齡層通報比

年	國小學齡層	國中學齡層	高中學齡層	大學學齡層
104	38.0	68.0	45.8	26.3
105	-[註 1]	54.8	34.0	24.3
106	24.0	127.0	31.4	27.4
107	68.0	83.8	57.7	33.4
108	-	124.2	48.9	35.3

註 1：105 年及 108 年國小學齡層自殺死亡個案數為 0。
註 2：通報比公式=當年度自殺企圖人次/當年度自殺死亡人數。

下表(表 3-3-2)為 104-108 年每年各學齡層通報個案 30 天內再自殺人數及再自殺率，除國小學齡層外，國中至大學學齡層之再自殺人數及再自殺率皆逐年遞增，可能原因為學齡層的自殺行為增加或是近幾年鼓勵通報導致的結果，實際的因素需再持續觀察分析。

表 3-3-2、104-108 年每年各學齡層通報個案 30 天內再自殺人數及再自殺率

	國小學齡層		國中學齡層		高中學齡層		大學學齡層	
年	再自殺人數	再自殺率	再自殺人數	再自殺率	再自殺人數	再自殺率	再自殺人數	再自殺率
104	1	2.9	7	2.3	23	3.4	68	4.3
105	0	0	7	2.4	34	5.0	103	6.5
106	0	0	12	3.6	55	6.9	123	6.9
107	3	4.9	43	7.1	101	8.2	165	7.7
108	1	1.1	90	9.4	172	11.3	230	9

註：30 天內再自殺定義為當年度自殺企圖個案於通報後 30 天內再次被通報。

(2) 近五年通報個案特性

依據 104-108 年各學齡層各學齡層男女通報個案人次、占率及性別比的數據(表 3-3-3)，國中至大學學齡層之女性通報人次皆高於男性，且女性通報人次增幅比男性高，108 年的性別比(女/男)上升至 2.9-3.7，高於全國數據的 1.82；反之，104-107 年間國小學齡層男性通報人次高於女性，但女性通報人次逐年升高，在 108 年超過男性通報人次。108 年 22 縣市學齡層通報人次部分(圖 3-3-2)，國小學齡層通報人數少，因此在各地差距不大；國中學齡層通報人次以新北市最多，且女性通報人次是男性通報人次的 3.6 倍，高於全國數據，其次為高雄市，共通報 158 人次，再者為臺中市，共通報 106 人次。高中及大學學齡層與上述排序差異不大，僅高中學齡層通報人次第二高的為臺中市。

在自殺方式的部分，國小學齡層通報個案自殺方式占率首位是「切穿工具自殺及自傷」，其次為「由高處跳下自殺及自傷」，104-108 年間兩者合計占率在 50.0-79.4%，表示切穿工具及高處跳下仍為此學齡層主要採用的自殺方式，另值得注意的是，國小學齡層之「其他及未明示之方式自殺及自傷」占率高於其他學齡層，建議加強通報單位對於自殺方式之認識，以利區分此學齡個案採用之自殺方式，採取相對應的防治策略。在自殺原因方面，以「情感/人際關係」及「校園學生問題」為大宗，其中「校園學生問題」呈現上升趨勢，此外，「精神健康/物質濫用」的占率亦呈現上升趨勢，108 年占率達 28.4%，其中以其他精神疾病及心理健康問題為主。

國中學齡層的自殺方式占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以

固體或液體自殺及自為中毒」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」，近五年占率變化不大，且「由高處跳下自殺及自傷」呈現下降趨勢，顯示針對高處跳下之防治策略已顯成效，應持續進行，惟「切穿工具自殺及自傷」108年占率上升至58.9%，雖然對此自殺工具的防治策略執行不易，仍可針對此學齡層個案的自殺原因實施相對應的防治策略。自殺原因方面，108年占率最高為「情感/人際關係」、其次為「精神健康/物質濫用」、排名第三為「校園學生問題」，其中「精神健康/物質濫用」與「校園學生問題」近五年占率呈現上升趨勢，且「精神健康/物質濫用」占率自104年的12.1%上升至108年的41.3%，應多加留意。

高中學齡層的自殺方式占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體自殺及自為中毒」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」，其中「以固體或液體自殺及自為中毒」的占率近五年呈現上升趨勢，建議加強自殺工具的防治策略。自殺原因方面，108年占率最高為「精神健康/物質濫用」、其次為「情感/人際關係」、排名第三為「校園學生問題」，其中「精神健康/物質濫用」與「校園學生問題」近五年占率呈現上升趨勢，且「精神健康/物質濫用」占率自104年的16.0%上升至108年的52.5%，應多加留意。

大學學齡層的自殺方式占率第一為「以固體或液體自殺及自為中毒」，其次為「切穿工具自殺及自傷」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」，近五年占率變化不大。自殺原因方面，同國中及高中學齡層，「精神健康/物質濫用」與「校園學生問題」近五年占率呈現上升趨勢，且「精神健康/物質濫用」占率自104年的19.2%上升至108年的49.6%；另一方面，大學學齡層通報個案中，自殺原因「工作/經濟」占率明顯高於其他學齡層，每年約有7%的通報個案有「工作/經濟」的問題，建議可針對校園、職場等相關場域實施自殺防治策略。

表3-3-3、104-108年各學齡層男女通報個案人次、占率及性別比

	國小學齡層			國中學齡層			高中學齡層			大學學齡層		
	男	女	女/男	男	女	女/男	男	女	女/男	男	女	女/男
年	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
104	23 (60.5)	15 (39.5)	0.7	100 (29.4)	240 (70.6)	2.4	232 (29.8)	547 (70.2)	2.4	601 (32.7)	1237 (67.3)	2.1
105	26 (70.3)	11 (29.7)	0.4	122 (37.1)	207 (62.9)	1.7	248 (31.8)	533 (68.3)	2.1	620 (32.3)	1301 (67.7)	2.1

表 3-3-3、104-108 年各學齡層男女通報個案人次、占率及性別比

年	國小學齡層 男 N (%)	國小學齡層 女 N (%)	國小學齡層 女/男	國中學齡層 男 N (%)	國中學齡層 女 N (%)	國中學齡層 女/男	高中學齡層 男 N (%)	高中學齡層 女 N (%)	高中學齡層 女/男	大學學齡層 男 N (%)	大學學齡層 女 N (%)	大學學齡層 女/男
106	14 (58.3)	10 (41.7)	0.7	129 (33.9)	252 (66.1)	2.0	302 (31.0)	671 (69.0)	2.2	672 (31.4)	1468 (68.6)	2.2
107	39 (57.4)	29 (42.7)	0.7	201 (26.7)	553 (73.3)	2.8	372 (23.9)	1186 (76.1)	3.2	843 (31.2)	1862 (68.8)	2.2
108	47 (49.5)	48 (50.5)	1.0	293 (23.6)	949 (76.4)	3.2	434 (21.1)	1619 (78.9)	3.7	866 (25.6)	2524 (74.5)	2.9

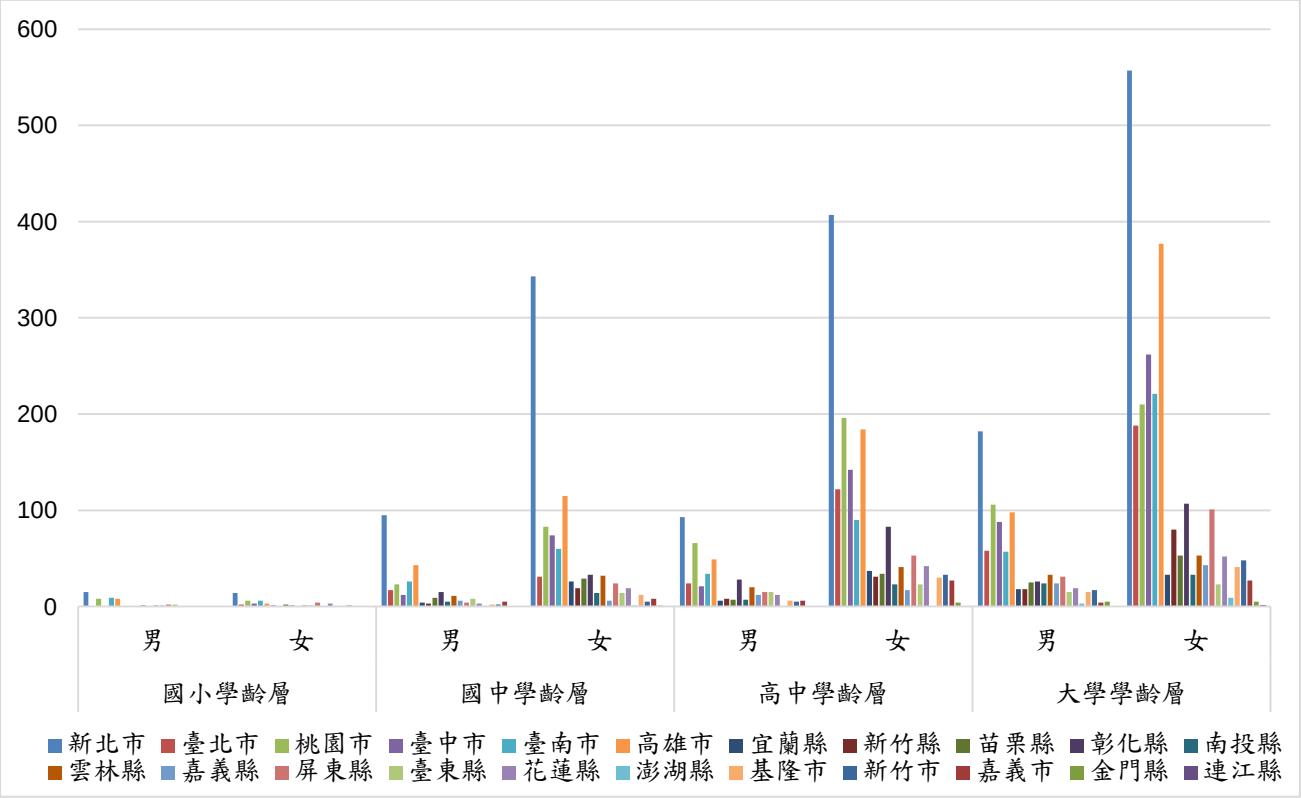


圖 3-3-2、108 年 22 縣市學齡層通報個案人次(性別)

表 3-3-4、104-108 年國小學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 ＼ 年	**104**	**105**	**106**	**107**	**108**
以固體或液體物質自殺及自為中毒	15.8	5.4	12.5	10.3	12.6

表 3-3-4、104-108 年國小學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 ＼ 年	104	105	106	107	108
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	0	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	5.4	4.2	0	0
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5.3	5.4	8.3	2.9	4.2
溺水(淹死)自殺及自傷	5.3	0	0	0	0
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	31.6	24.3	25	36.8	41.1
由高處跳下自殺及自傷	39.5	37.8	25	42.6	33.7
其他及未明示之方式自殺及自傷	10.5	24.3	29.2	16.2	17.9

表 3-3-5、104-108 年國小學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因 ＼ 年	104	105	106	107	108
情感／人際關係	60.5	51.4	38	58.8	44.2
精神健康／物質濫用	5.3	16.2	13	23.5	28.4
工作／經濟	0	0	0	0	0
生理疾病	10.5	0	4	0	0
校園學生問題	34.2	29.7	38	54.4	47.4
迫害問題	0	2.7	4	1.5	4.2
其他	10.5	10.8	21	10.3	9.5

表 3-3-6、104-108 年國中學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 ＼ 年	104	105	106	107	108
以固體或液體物質自殺及自為中毒	28.2	25.2	25.7	24.4	22.6

表 3-3-6、104-108 年國中學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 ＼ 年	104	105	106	107	108
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.3	0	0.3	0.1	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	1.5	1.5	0.8	0.7	1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	2.1	3.6	4.7	4.2	3.3
溺水(淹死)自殺及自傷	1.5	0.9	1.3	0.4	0.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	45.9	45.9	40.4	53.4	58.9
由高處跳下自殺及自傷	15.3	17.3	17.6	13.8	11.4
其他及未明示之方式自殺及自傷	15.6	12.8	18.1	10.3	9.7

表 3-3-7、104-108 年國中學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因 ＼ 年	104	105	106	107	108
情感／人際關係	61.2	54.7	49.6	47.2	51.3
精神健康／物質濫用	12.1	23.1	23.6	35.4	41.3
工作／經濟	0.9	0.3	0	0.1	0.2
生理疾病	0.6	0.3	0.5	0.3	0.4
校園學生問題	25.6	31.9	36	33.3	34.4
迫害問題	0.9	1.2	2.4	0.9	2
其他	7.4	8.5	10.8	9.8	8.5

表 3-3-8、104-108 年高中學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 ＼ 年	104	105	106	107	108
以固體或液體物質自殺及自為中毒	32.5	36.2	38.3	36.4	40.7

表 3-3-8、104-108 年高中學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 \ 年	104	105	106	107	108
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.1	0	0.2	0.4	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	3.1	2.7	2.5	2.7	1.8
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	1.7	2.7	4.5	4.2	3.5
溺水(淹死)自殺及自傷	1.3	1.3	2.1	0.8	1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0.1	0.1	0
切穿工具自殺及自傷	45.7	41.5	38.7	44.9	45.3
由高處跳下自殺及自傷	10.4	10.2	11	12	10.1
其他及未明示之方式自殺及自傷	14.2	12.7	12.2	10.7	8.6

表 3-3-9、104-108 年高中學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因 \ 年	104	105	106	107	108
情感／人際關係	63.7	52	50.8	49.6	45.9
精神健康／物質濫用	16	29.6	36	47	52.5
工作／經濟	2.4	2	2.7	1.4	1.1
生理疾病	1.8	0.9	0.3	0.9	0.7
校園學生問題	15.9	17.9	20.8	21.1	23
迫害問題	0.6	1.3	0.8	1.3	0.7
其他	3.6	8.3	7.2	6.7	6.4

表 3-3-10、104-108 年大學學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式 ＼ 年	104	105	106	107	108
以固體或液體物質自殺及自為中毒	43	40.7	41.4	42.6	42.9
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.3	0.1	0.1	0.1
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	4.8	4.5	5.2	4.7	4.2
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	1.4	2.4	2.6	3.5	3.9
溺水(淹死)自殺及自傷	2.2	2.2	2.2	1.7	1.5
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0.1	0.1	0	0
切穿工具自殺及自傷	41.3	43.7	40.4	40	41.7
由高處跳下自殺及自傷	6.2	8.2	8	8.9	8.4
其他及未明示之方式自殺及自傷	11.7	9.2	9.7	9.3	8.1

表 3-3-11、104-108 年大學學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因 ＼ 年	104	105	106	107	108
情感／人際關係	60	56	53	51.1	46.4
精神健康／物質濫用	19.2	29.6	33.7	43.1	49.6
工作／經濟	8.2	7.1	6.9	6.5	7.4
生理疾病	1	0.5	0.7	0.7	0.9
校園學生問題	5.2	6.2	7.2	9.9	11.1
迫害問題	0.3	0.8	1.1	0.8	0.7
其他	4.2	6.8	6.6	6.4	5.3

(3) 通報單位類型

下列直條圖為近三年(即106-108年)各學齡層各單位類型之通報人次，各單位類型通報人次皆有逐年成長的趨勢，其中國中以下學齡層以醫療院所、教育單位及衛生局所為主；高中及大學學齡層通報單位中，則以

醫療院所為主，其中大學學齡層近三年醫療院所通報個案占率平均達80%。

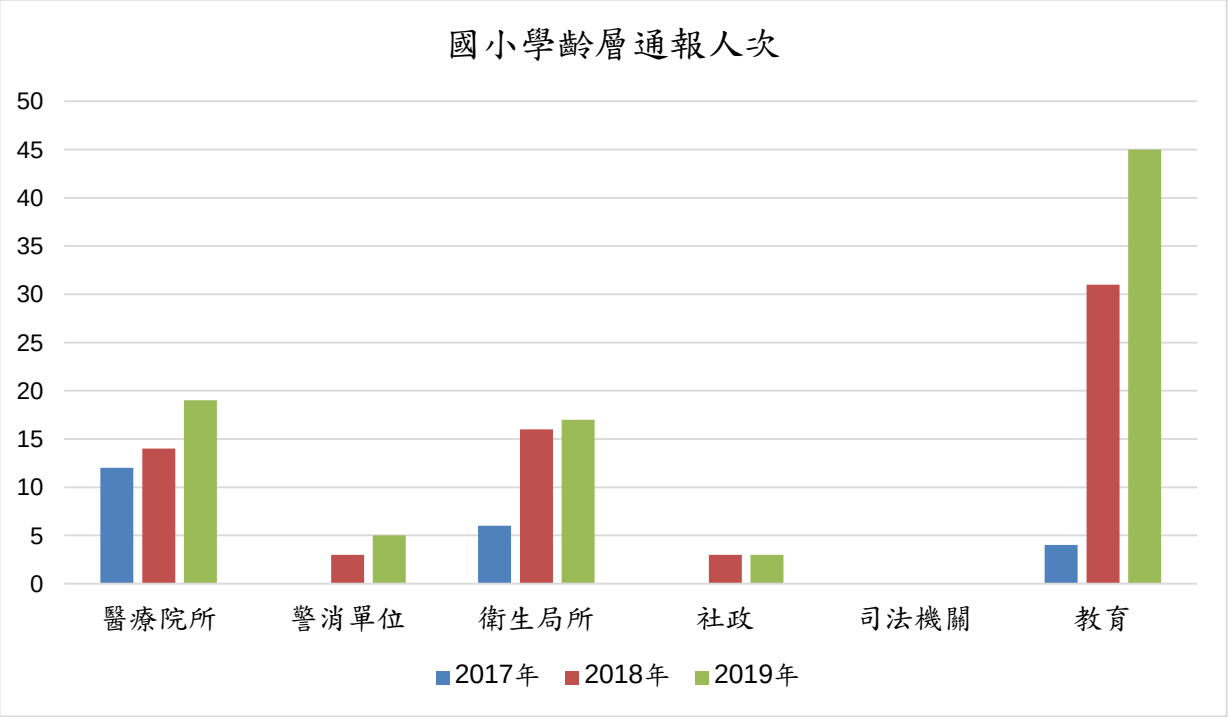


圖 3-3-3、106-108 年國小學齡層各單位類型之通報人次

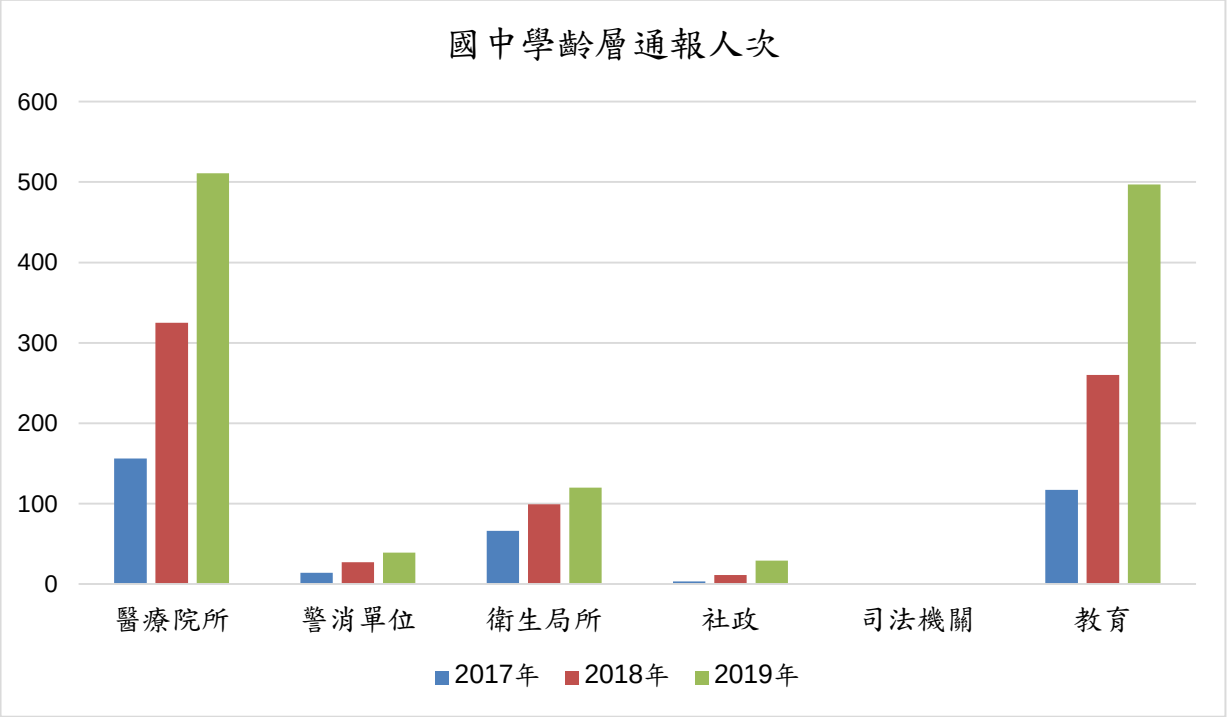


圖 3-3-4、106-108 年國中學齡層各單位類型之通報人次

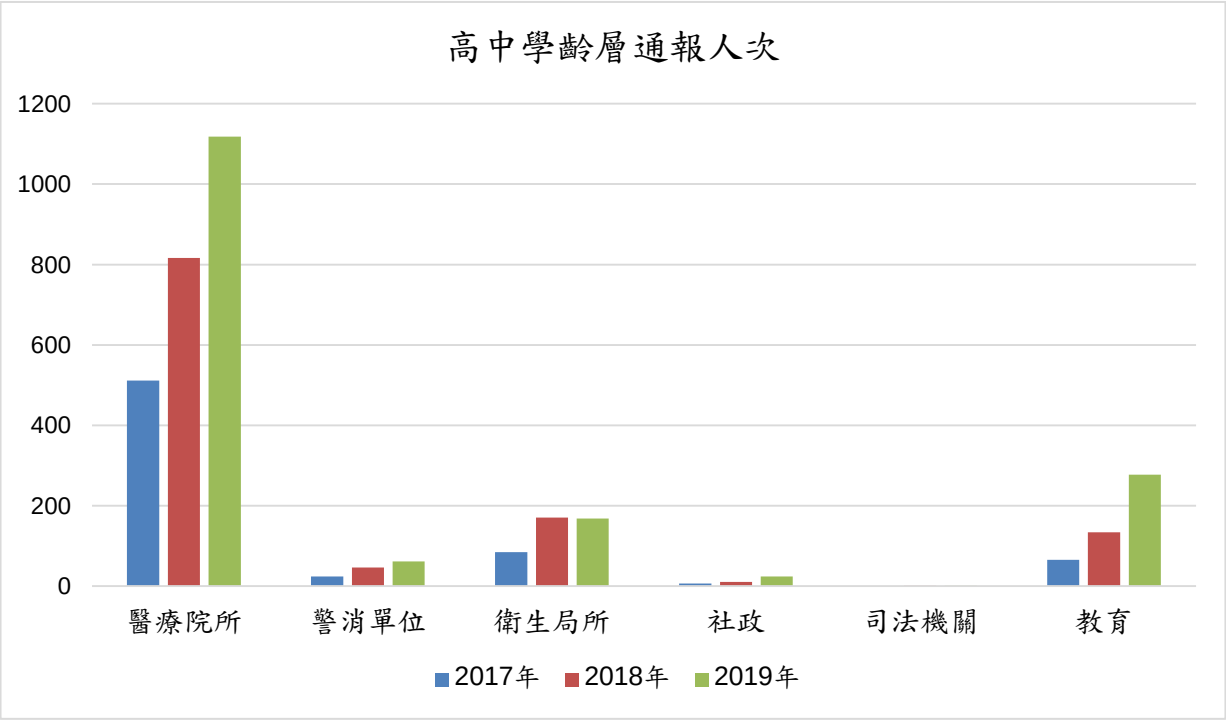


圖 3-3-5、106-108 年高中學齡層各單位類型之通報人次

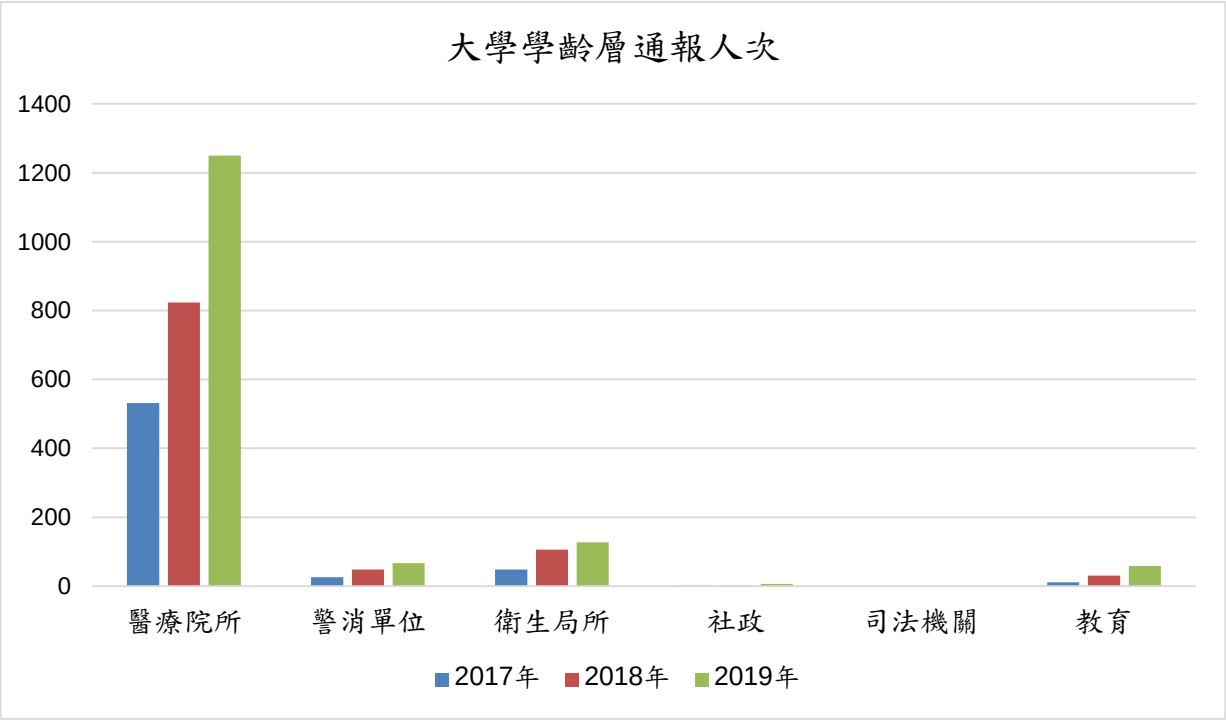


圖 3-3-6、106-108 年大學學齡層各單位類型之通報人次

(4) 通報個案學生及特殊身分分析

下圖為近三年(106-108 年)各學齡層通報個案之學生身分占率，國中學齡層以下因在九年國民義務教育的範圍內，故近三年通報個案中的學生身

分比例達 9 成以上，而在高中學齡層的部分，通報個案中的學生身分比例逐年上升，108 年達 81%，除校園相關問題須重視外，亦可能受到近年實施的十二年國教政策之影響，而提升在學學生比例。在大學學齡層中，近三年通報個案學生身分占率亦逐年提升，惟其占率皆不超過 50%。本報告之個案學生身分僅依據每月自殺通報系統廠商提供之「自殺個案基本資料表」之「職業」欄位來判定，從分析結果來看，仍可發現學齡層個案大多具有學生身分，其日常生活環境除家庭外，與校園密切相關，建議未來與相關部會(如教育部)建立資源連結，除進一步了解個案就學情形，以利掌握個案現況外，亦可細部分析學齡層自殺個案之危險因子。

除個案是否具有學生身分外，本中心亦進一步分析通報個案之特殊身分別，以 108 年通報個案的特殊身份別數據，國小學齡層通報個案中兒少被害人 16.8%、家暴被害人 7.4%、精照列管個案 6.3%、家暴被害人 2.1%；國中學齡層通報個案中精照列管個案 10.0%、兒少被害人及家暴被害人 8.9%、家暴加害人 2.6%、性侵加害人 0.6%、嚴重病人 0.5%、毒防個案 0.5%；高中學齡層通報個案中精照列管個案 18.0%、家暴被害人 7.4%、兒少被害人 5.7%、家暴加害人 2.9%、嚴重病人 0.7%、兒少加害人 0.4%、性侵加害人及毒防個案 0.2%、家暴高危加害人 0.1%；大學學齡層通報個案中精照列管個案 19.8%、家暴被害人 11.7%、兒少被害人 7.6%、家暴加害人 5.0%、毒防個案 2.4%、嚴重病人及兒少加害人 1.0%、性侵加害人 0.7%、家暴高危加害人 0.5%。

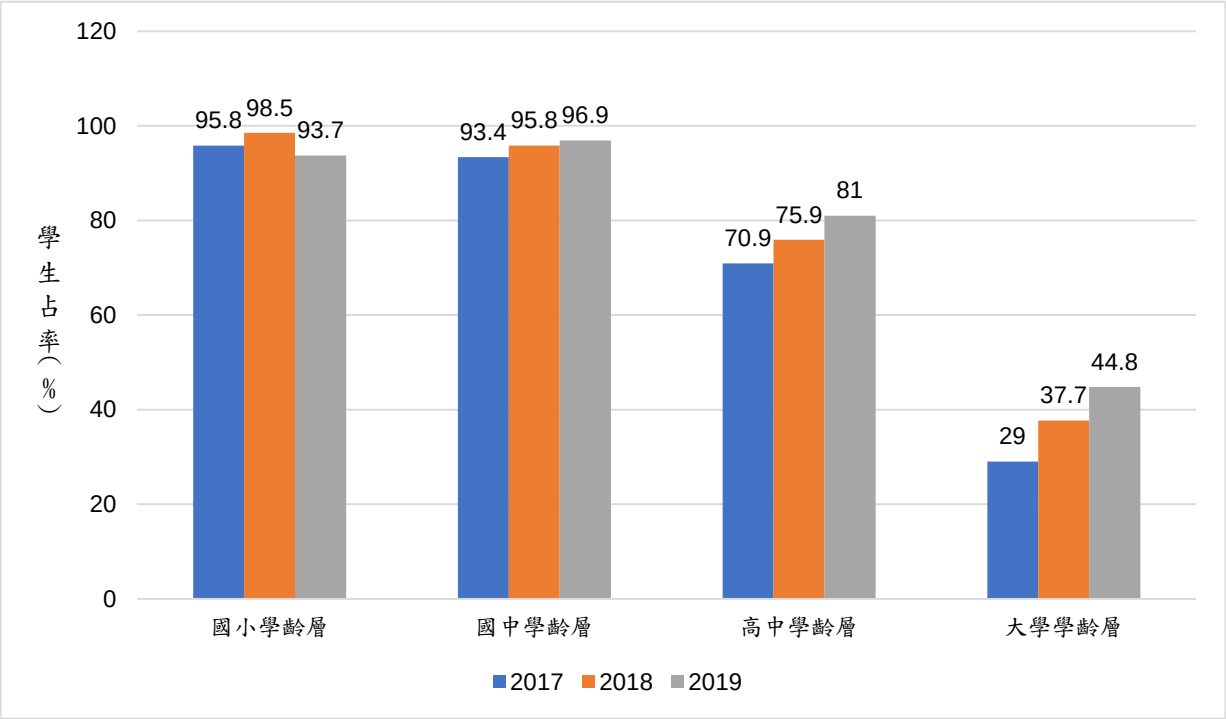


圖 3-3-7、近三年(106-108 年)各學齡層通報個案之學生身分占率[註3]

註 3：學生身分依據每月自殺通報系統廠商提供之「自殺個案基本資料表」之「職業」欄位來判定。

表 3-3-12、108 年各學齡層通報個案之特殊身分別占率

	國小學齡層	國中學齡層	高中學齡層	大學學齡層
精照列管個案	6.3	10	18	19.8
嚴重病人	0	0.5	0.7	1
家暴高危加害人	0	0	0.1	0.5
家暴高危被害人	0	0	0	1.4
家暴加害人	2.1	2.6	2.9	5
家暴被害人	7.4	8.9	7.4	11.7
兒少加害人	0	0	0.4	1
兒少被害人	16.8	8.9	5.7	7.6
性侵加害人	0	0.6	0.2	0.7
毒防個案	0	0.2	0.2	2.4

2) 學齡層自殺死亡數據

(1) 近一年(108 年)自殺死因分析

針對前一年度學齡層人口進行自殺死因分析，結果如下表(國小學齡層

因前一年度沒有自殺死亡個案，故表格資料從缺)，以性別來看，高中及大學學齡層之男性死亡人數大於女性，與全國數據相同(全國數據詳見附件2-1-1全國自殺死亡資料統計)，而國中學齡層則為女性死亡人數高於男性。就死因別來看，國中學齡層個案自殺死因排序第一為「由高處跳下自殺及自傷」，其中採取高處跳下的女性個案比例達71.4%(5人)、其次為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、第三為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」；高中學齡層個案自殺死因排序第一為「由高處跳下自殺及自傷」、其次為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、第三為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」；大學學齡層個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、其次為「由高處跳下自殺及自傷」、第三為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」。

表3-3-13、108年學齡層自殺死亡個案各性別及各死因人數及占率

	國中學齡層	**高中學齡層**	**大學學齡層**
	N (%)	N (%)	N (%)
自殺死亡人數	10	42	96
性別			
男	4 (40.0)	27 (64.3)	66 (68.8)
女	6 (60.0)	15 (35.7)	30 (31.3)
死因(ICD9)			
以固體或液體物質自殺及自為中毒	1 (10.0)	2 (4.8)	0 (0.0)
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0 (0.0)	9 (21.4)	23 (24.0)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	2 (2.0)	8 (19.0)	42 (43.8)
溺水（淹死）自殺及自傷	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (1.0)
切穿工具自殺及自傷	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
由高處跳下自殺及自傷	7 (70.0)	21 (50.0)	27 (28.1)
其他及未明示之方式自殺及自傷	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (1.0)

表 3-3-14、108 年學齡層各縣市自殺死亡個案人數及占率

	國中學齡層	高中學齡層	大學學齡層
	N (%)	N (%)	N (%)
新北市	2 (20.0)	8 (19.0)	8 (8.3)
臺北市	1 (10.0)	6 (14.3)	11 (11.5)
桃園市	1 (10.0)	4 (9.5)	15 (15.6)
臺中市	0 (0.0)	4 (9.5)	7 (7.3)
臺南市	2 (20.0)	2 (4.8)	6 (6.3)
高雄市	0 (0.0)	8 (19.0)	10 (10.4)
宜蘭縣	1 (10.0)	0 (0.0)	4 (4.2)
新竹縣	0 (0.0)	1 (2.4)	5 (5.2)
苗栗縣	0 (0.0)	1 (2.4)	3 (3.1)
彰化縣	0 (0.0)	3 (7.1)	5 (5.2)
南投縣	0 (0.0)	1 (2.4)	3 (3.1)
雲林縣	1 (10.0)	1 (2.4)	2 (2.1)
嘉義縣	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
屏東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.1)
臺東縣	1 (10.0)	0 (0.0)	4 (4.2)
花蓮縣	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (1.0)
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
新竹市	1 (10.0)	1 (2.4)	6 (6.3)
嘉義市	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.1)
金門縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(2) 自殺死亡個案生前通報情形

為分析自殺死亡個案生前通報情形,本中心串連自殺通報檔與自殺死亡檔，其結果如表 3-3-15 至表 3-3-17 所示，自殺死亡個案生前通報情形可分為以下三類：通報即死亡(通報日=死亡日，通報=死亡)、未通報(死亡日之前未有通報紀錄)、通報後死亡(通報日小於死亡日)。

各學齡層個案為通報後死亡的占率皆為最低,意即自殺死亡個案生前未有通報紀錄之情形為大宗，建議加強學齡層個案之通報。國中學齡層與其他學齡層相比，死亡個案生前未通報的比例明顯較低，可能與國中學齡層仍為義務教育範疇、個案在學比例較高等因素有關，建議偕同教育部，串聯個案就學情形，以釐清可能之原因。

表 3-3-15、108 年國中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	通報=死亡	**未通報**
	N (%)	N (%)
性別		
男	3 (33.3)	1 (100.0)
女	6 (66.7)	0 (0.0)
死因(ICD9)		
以固體或液體物質自殺及自為中毒	1 (11.1)	0 (0.0)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	1 (11.1)	1 (100.0)
由高處跳下自殺及自傷	7 (77.8)	0 (0.0)
縣市		
臺北市	1 (11.1)	0 (0.0)
臺南市	2 (22.2)	0 (0.0)
新竹市	0 (0.0)	1 (100.0)
新北市	2 (22.2)	0 (0.0)
桃園市	1 (11.1)	0 (0.0)
宜蘭縣	1 (11.1)	0 (0.0)
雲林縣	1 (11.1)	0 (0.0)

表 3-3-15、108 年國中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	通報=死亡	未通報
臺東縣	1 (11.1)	0 (0.0)

表 3-3-16、108 年高中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	通報=死亡	未通報	通報後死亡
	N (%)	N (%)	N (%)
性別			
男	18 (90.0)	5 (62.5)	4 (28.6)
女	2 (10.0)	3 (37.5)	10 (71.4)
死因(ICD9)			
以固體或液體物質自殺及自為中毒	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (14.3)
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	4 (20.0)	3 (37.5)	2 (14.3)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5 (25.0)	1 (12.5)	2 (14.3)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
由高處跳下自殺及自傷	10 (50.0)	3 (37.5)	8 (57.1)
其他及未明示之方式自殺及自傷	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)
縣市			
臺北市	2 (10.0)	3 (37.5)	1 (7.1)
臺中市	4 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
臺南市	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
高雄市	2 (10.0)	2 (25.0)	4 (28.6)
新竹市	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)
新北市	4 (20.0)	1 (12.5)	3 (21.4)
桃園市	1 (5.0)	1 (12.5)	2 (14.3)
新竹縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)

表 3-3-16、108 年高中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	通報=死亡	未通報	通報後死亡
苗栗縣	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
彰化縣	3 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
南投縣	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
雲林縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
嘉義縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)
花蓮縣	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 3-3-17、108 年大學學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	通報=死亡	未通報	通報後死亡
	N (%)	N (%)	N (%)
性別			
男	30 (71.4)	23 (74.2)	13 (56.5)
女	12 (28.6)	8 (25.8)	10 (43.5)
死因(ICD9)			
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	11 (26.2)	6 (19.4)	6 (26.1)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	15 (35.7)	17 (54.8)	10 (43.5)
溺水（淹死）自殺及自傷	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)
切穿工具自殺及自傷	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)
由高處跳下自殺及自傷	16 (38.1)	5 (16.1)	6 (26.1)
其他及未明示之方式自殺及自傷	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)
縣市			
臺北市	1 (2.4)	8 (25.8)	2 (8.7)
臺中市	2 (4.8)	4 (12.9)	1 (4.3)

表 3-3-17、108 年大學學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	通報=死亡	未通報	通報後死亡
臺南市	4 (9.5)	0 (0.0)	2 (8.7)
高雄市	2 (4.8)	5 (16.1)	3 (13.0)
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)
新竹市	2 (4.8)	2 (6.5)	2 (8.7)
嘉義市	0 (0.0)	2 (6.5)	0 (0.0)
新北市	3 (7.1)	1 (3.2)	4 (17.4)
桃園市	8 (19.0)	3 (9.7)	4 (17.4)
新竹縣	2 (4.8)	2 (6.5)	1 (4.3)
宜蘭縣	3 (7.1)	0 (0.0)	1 (4.3)
苗栗縣	2 (4.8)	1 (3.2)	0 (0.0)
彰化縣	5 (11.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
南投縣	2 (4.8)	0 (0.0)	1 (4.3)
雲林縣	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
屏東縣	2 (4.8)	1 (3.2)	0 (0.0)
花蓮縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)
臺東縣	2 (4.8)	2 (6.5)	0 (0.0)

(3) 自殺死亡個案生前特殊身分別

為了解自殺死亡個案之特性，本中心亦串聯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、精神照護資訊管理系統、替代治療資料庫-個案基本資料、替代治療資料庫-加入替代治療歷程檔、毒品危害防制中心案件管理系統_個案管理檔，結果如表 3-3-18，高中學齡層自殺死亡個案以兒少被害人 7.1%為最高，其次為精照列管個案、性侵被害人、中低收入戶及低收入戶 4.8%；大學學齡層自殺死亡個案以精照列管個案 9.4%為最高，其次為低收入戶 7.3%。

表 3-3-18、108 年學齡層自殺死亡個案生前特殊身分占率

	精照列管個案	性侵加害人	性侵被害人	兒少被害人	家暴加害人	家暴被害人	中低收入戶	低收入戶	毒防個案
高中學齡層	4.8	0.0	4.8	7.1	0.0	0.0	4.8	4.8	0.0
大學學齡層	9.4	5.2	6.3	3.1	2.1	1.0	5.2	7.3	1.0

3) 推論性統計

表 3-3-19 至表 3-3-20 則為利用 95-104 年 15-24 歲自殺死亡個案生前一年門急診紀錄配對一般人口所分析之勝算比及人群歸因分率，可以發現人群歸因分率前三位在近十年中均為憂鬱症、精神官能症及人格異常、情感性精神病，因此很明顯，未來針對 15-24 歲首要之自殺預防標的是曾經罹患過上面三種疾病之青少年。

表 3-3-21 至表 3-3-22 則為利用 95-104 年 15-24 歲自殺死亡個案生前一年住院紀錄配對一般人口所分析之勝算比及人群歸因分率，可以發現不論 95-99 年或 100-104 年憂鬱症仍居防治第一位標的。其次與門急診稍微不同則是思覺失調症，雖然 100-104 年稍降至第一位，但仍應為住院之青少年自殺防治標的族群。

表 3-3-19、95-99 年 15-24 歲各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-門急診

排名	疾病	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
1	憂鬱症	96 (0.01)	231 (0.2)	0.18 (0.16-0.21)	29.95 (23.38-38.36)
2	精神官能症及人格異常 300-301	217 (0.02)	228 (0.2)	0.17 (0.15-0.19)	12.9 (10.58-15.72)
3	情感性精神病 296	52 (0)	163 (0.14)	0.13 (0.11-0.15)	36.44 (26.49-50.12)
4	精神官能性憂鬱症	64 (0.01)	124 (0.11)	0.1 (0.08-0.11)	21.63 (15.89-29.44)
5	思覺失調症 295	39 (0)	85 (0.07)	0.07 (0.05-0.08)	23.45 (15.97-34.44)
6	憂鬱性疾患，NEC311	15 (0)	63 (0.06)	0.05 (0.04-0.06)	44.4 (25.2-78.24)
7	特定症狀或徵候群，NEC307	80 (0.01)	61 (0.05)	0.04 (0.03-0.06)	8.01 (5.7-11.24)

排名	疾病	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
8	其他非器質性精神病 298	12 (0)	44 (0.04)	0.03 (0.02-0.05)	38.11 (20.07-72.36)
9	人格違常 301	11 (0)	42 (0.04)	0.03 (0.02-0.04)	39.61 (20.34-77.16)
10	環境適應障礙 309	41 (0)	43 (0.04)	0.03 (0.02-0.04)	10.87 (7.05-16.74)

表 3-3-20、100-104 年 15-24 歲各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-門急診

排名	疾病	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
1	憂鬱症	52 (0.01)	166 (0.21)	0.19 (0.16-0.22)	40.12 (29.08-55.36)
2	精神官能症及人格異常 300-301	147 (0.02)	173 (0.22)	0.19 (0.16-0.22)	14.78 (11.69-18.69)
3	情感性精神病 296	36 (0)	105 (0.13)	0.12 (0.09-0.14)	33.47 (22.74-49.26)
4	精神官能性憂鬱症	27 (0)	95 (0.12)	0.11 (0.08-0.13)	39.84 (25.81-61.52)
5	特定症狀或徵候群，NEC307	67 (0.01)	74 (0.09)	0.08 (0.06-0.1)	12.08 (8.6-16.96)
6	憂鬱性疾患，NEC311	15 (0)	52 (0.07)	0.06 (0.04-0.08)	37.03 (20.75-66.1)
7	環境適應障礙 309	28 (0)	49 (0.06)	0.05 (0.04-0.07)	18.59 (11.61-29.75)
8	思覺失調症 295	11 (0)	47 (0.06)	0.05 (0.04-0.07)	45.35 (23.42-87.82)
9	其他非器	7 (0)	33	0.04	49.07

排名	疾病	配對組	自殺死亡	PAF	Odds Ratio
	質性精神病 298		(0.04)	(0.02-0.05)	(21.64-111.26)
10	胃及十二指腸之潰瘍 531-533	143 (0.02)	41 (0.05)	0.03 (0.02-0.05)	2.97 (2.08-4.24)

表 3-3-21、95-99 年 15-24 歲各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-住院

排名	疾病	配對組	自殺死亡	PAF	ODDS RATIO
1	憂鬱症	10 (0)	53 (0.05)	0.04 (0.03-0.05)	55.54 (28.18-109.48)
2	思覺失調症 295	14 (0)	50 (0.04)	0.04 (0.03-0.05)	37.31 (20.56-67.71)
3	情感性精神病 296	11 (0)	48 (0.04)	0.04 (0.03-0.05)	45.52 (23.57-87.9)
4	精神官能症及人格異常 300-301	12 (0)	28 (0.02)	0.02 (0.01-0.03)	23.86 (12.1-47.04)
5	腎炎、腎徵候群及腎變性病 580-589	17		0.01 (0.01-0.02)	75.98 (17.36-332.66)
6	人格違常 301	4 (0)	15 (0.01)	0.01 (0.01-0.02)	37.86 (12.56-114.16)
7	精神官能性憂鬱症	5 (0)	10 (0.01)	0.01 (0-0.01)	20.17 (6.88-59.1)
8	肺炎 480-486	16 (0)	11 (0.01)	0.01 (0-0.01)	6.93 (3.21-14.98)
9	心臟病 390-398,410-414,415-429	3 (0)	8 (0.01)	0.01 (0-0.01)	26.82 (7.11-101.2)
10	藥物濫用 305	3 (0)	8 (0.01)	0.01 (0-0.01)	26.82 (7.11-101.2)

表 3-3-22、100-104 年 15-24 歲各類健保申報診對於自殺死亡之人群歸因-住院

排名	疾病	配對組	自殺死亡	PAF	ODDS RATIO
1	憂鬱症	4 (0)	29 (0.04)	0.03 (0.02-0.05)	75.21 (26.37-214.5)
2	精神官能症及人格異常 300-301	28		0.03 (0.02-0.04)	278.319 (37.915->999.999)
3	情感性精神病 296	9 (0)	24 (0.03)	0.03 (0.01-0.04)	27.44 (12.71-59.23)
4	思覺失調症 295	3 (0)	19 (0.02)	0.02 (0.01-0.03)	64.72 (19.13-218.97)
5	腎炎、腎徵候群及腎變性病 580-589	17		0.02 (0.01-0.03)	76.42 (17.45-334.77)
6	精神官能性憂鬱症	11		0.01 (0-0.02)	101.13 (12.94-790.14)
7	胃及十二指腸之潰瘍 531-533	6		0 (0-0.01)	20.09 (3.68-109.88)
8	肺炎 480-486	16 (0)	5 (0.01)	0 (0-0.01)	3.14 (1.15-8.6)
9	藥物濫用 305	3		0 (0-0.01)	20.05 (1.82-221.31)
10	糖尿病 250	5		0 (0-0.01)	6.68 (1.12-40.04)

4) 原住民族自殺通報數據

此部分的報告依據自殺通報檔中原住民註記做為原住民身分之判定。108 年原住民族自殺通報人次為 1,746，其中男性通報 460 人次，女性通報 1,286 人次，女性為男性的 2.80 倍，高於全國的 1.82。以性別和年齡層的交叉分析結果來看(表 3-3-23)，無論男女皆以 15-24 歲的通報人次為最多，其次為 25-34 歲，第三為 35-44 歲，自殺通報個案主要分布花蓮縣、桃園市以及新北市。

依據 108 年原住民通報個案性別與自殺方式、自殺原因交叉分析結果，無論男女自殺方式占率首位皆為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。在自殺原因方面，無論男女自殺原因占率首位皆為「情感/人際關係」，其次為「精神健康/物質濫用」，自殺原因細分類則是以「其他精神疾病或心理健康問題」為最高。

以年齡層與自殺方式、自殺原因交叉分析結果來看，通報人次較高的年齡層如 15-24 歲、25-34 歲及 35-44 歲，自殺方式占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，另一方面，原住民族之中老年族群(45 歲以上)則以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」占率最高。自殺原因粗分類部分，各年齡層無太大差異，除了應整體加強「情感/人際關係」及「精神健康/物質濫用」相關防治策略外，也應著重青壯年的工作經濟問題及中老年人的生理問題。

為更進一步了解原住民族通報個案之特性及原民會提出之分析建議，依據「原住民族工作權保障法」規定之「原住民地區」具體範圍將原住民族區分為山地鄉原住民及平地鄉原住民，此部分的報告依據自殺通報檔中原住民註記做為原住民身分之判定，再依據通報單鄉鎮區分山地鄉原住民及平地鄉原住民。在原住民族 1,746 通報人次中，山地鄉原住民有 266 人次、平地鄉原住民有 322 人次，此部分僅以自殺通報資料判定，僅供內部參考，建議應協同原民會，串聯自殺通報資料檔及原民資料以獲得更準確之資料。

在山地鄉原住民中，男性通報 75 人次，女性通報 191 人次，女性為男性的 2.55 倍，男性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 27 人次，占男性個案的 36%，高於全國原住民族之數據，男性通報個案之自殺方式以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率最高；女性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 57 人次，占女性個案的 29.8%，女性通報個案之自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率 52.4%最高、其次為「精神健康/物質濫用」44.5%。

在平地鄉原住民中，男性通報 99 人次，女性通報 223 人次，女性為男性的 2.25 倍，男性通報個案中以 35-44 歲為最多，與山地鄉結果不同，共通報 36 人次，占男性個案的 36.4%，男性通報個案之自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率最高；女性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 74 人次，占女性個案的 33.2%，女性通報個案之自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率 59.2%最高。

表 3-3-23、108 年原住民通報個案性別、年齡及縣市別

	男		**女**		**合計**	
	N	%	N	%	N	%
通報人次	460	26.3	1286	73.7	1746	
年齡						
0-14	18	3.9	99	7.7	117	6.7

表 3-3-23、108 年原住民通報個案性別、年齡及縣市別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
15-24	137	29.8	431	33.5	568	32.5
25-34	124	27	276	21.5	400	22.9
35-44	109	23.7	243	18.9	352	20.2
45-54	40	8.7	156	12.1	196	11.2
55-64	21	4.6	63	4.9	84	4.8
65-74	9	2	14	1.1	23	1.3
75 以上	2	0.4	4	0.3	6	0.3
縣市						
新北市	60	13	164	12.8	224	12.8
臺北市	12	2.6	26	2	38	2.2
桃園市	71	15.4	184	14.3	255	14.6
臺中市	30	6.5	103	8	133	7.6
臺南市	6	1.3	35	2.7	41	2.3
高雄市	29	6.3	93	7.2	122	7
宜蘭縣	7	1.5	34	2.6	41	2.3
新竹縣	16	3.5	84	6.5	100	5.7
苗栗縣	9	2	39	3	48	2.7
彰化縣	3	0.7	20	1.6	23	1.3
南投縣	21	4.6	62	4.8	83	4.8
雲林縣	3	0.7	5	0.4	8	0.5
嘉義縣	3	0.7	6	0.5	9	0.5
屏東縣	28	6.1	80	6.2	108	6.2
臺東縣	55	12	91	7.1	146	8.4
花蓮縣	90	19.6	211	16.4	301	17.2
澎湖縣	0	0	2	0.2	2	0.1
基隆市	9	2	16	1.2	25	1.4
新竹市	7	1.5	20	1.6	27	1.5
嘉義市	1	0.2	9	0.7	10	0.6
金門縣	0	0	2	0.2	2	0.1
連江縣	0	0	0	0	0	0

表 3-3-24、108 年原住民通報個案性別與自殺方式交叉分析表

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
自殺方式(粗分類)						
以固體或液體物質自殺及自為中毒	132	28.7	488	37.9	620	35.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	8	1.7	1	0.1	9	0.5
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	27	5.9	29	2.3	56	3.2
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	25	5.4	32	2.5	57	3.3
溺水(淹死)自殺及自傷	8	1.7	31	2.4	39	2.2
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	0.2	0	0	1	0.1
切穿工具自殺及自傷	169	36.7	636	49.5	805	46.1
由高處跳下自殺及自傷	43	9.3	55	4.3	98	5.6
其他及未明示之方式自殺及自傷	80	17.4	125	9.7	205	11.7
自殺方式(細分類)						
安眠藥、鎮靜劑	75	16.3	362	28.1	437	25
服用或施打毒品過量	1	0.2	1	0.1	2	0.1
其他藥物	18	3.9	102	7.9	120	6.9
農藥	26	5.7	31	2.4	57	3.3
一般病媒殺蟲劑	4	0.9	5	0.4	9	0.5
除草劑(巴拉刈)	7	1.5	8	0.6	15	0.9
其他化學物品	15	3.3	26	2	41	2.3
家用瓦斯中毒	8	1.7	1	0.1	9	0.5
汽車廢氣	0	0	1	0.1	1	0.1
燒炭	27	5.9	28	2.2	55	3.2
氦氣自殺	0	0	0	0	0	0
其他氣體及蒸汽	0	0	0	0	0	0
上吊、自縊	25	5.4	29	2.3	54	3.1
悶死及窒息	0	0	4	0.3	4	0.2
溺水(淹死)、跳水	8	1.7	31	2.4	39	2.2
以槍炮、氣槍及爆炸物	1	0.2	0	0	1	0.1
割腕	136	29.6	584	45.4	720	41.2
其他部位之切穿工具自殺	38	8.3	59	4.6	97	5.6
高處跳下	43	9.3	55	4.3	98	5.6
自焚	2	0.4	2	0.2	4	0.2
撞擊	22	4.8	37	2.9	59	3.4
臥、跳軌	2	0.4	2	0.2	4	0.2
以其他方式	54	11.7	87	6.8	141	8.1

表 3-3-25、108 年原住民通報個案性別與自殺原因交叉分析表

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
自殺原因(粗分類)						
情感／人際關係	244	53	727	56.5	971	55.6
精神健康／物質濫用	158	34.3	544	42.3	702	40.2
工作／經濟	66	14.3	111	8.6	177	10.1
生理疾病	15	3.3	19	1.5	34	1.9
校園學生問題	19	4.1	51	4	70	4
迫害問題	5	1.1	14	1.1	19	1.1
其他	29	6.3	69	5.4	98	5.6
不詳	69	15	138	10.7	207	11.9
自殺原因(細分類)						
夫妻問題	61	13.3	193	15	254	14.5
家庭成員問題	95	20.7	288	22.4	383	21.9
感情因素	99	21.5	302	23.5	401	23
喪親、喪偶	9	2	13	1	22	1.3
其他人際關係因素	0	0	0	0	0	0
憂鬱傾向、罹患憂鬱症	0	0	0	0	0	0
物質濫用	51	11.1	92	7.2	143	8.2
其他精神疾病或心理健康問題	119	25.9	502	39	621	35.6
職場工作壓力	33	7.2	64	5	97	5.6
失業	21	4.6	17	1.3	38	2.2
債務	18	3.9	37	2.9	55	3.2
其他經濟問題	0	0	0	0	0	0
慢性化的疾病問題	11	2.4	16	1.2	27	1.5
急性化的疾病問題	4	0.9	3	0.2	7	0.4
其他疾病問題	0	0	0	0	0	0
學校適應問題	18	3.9	45	3.5	63	3.6
生涯規劃因素	2	0.4	10	0.8	12	0.7
遭受騷擾	2	0.4	5	0.4	7	0.4
遭受暴力	3	0.7	10	0.8	13	0.7
遭受詐騙	0	0	0	0	0	0
兵役因素	0	0	0	0	0	0
畏罪自殺、官司問題	8	1.7	5	0.4	13	0.7
其他	22	4.8	64	5	86	4.9

表 3-3-25、108 年原住民通報個案性別與自殺原因交叉分析表

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
個案(家屬)不願說明	25	5.4	66	5.1	91	5.2
個案因身體狀況無法說明	12	2.6	17	1.3	29	1.7
不詳	38	8.3	63	4.9	101	5.8

表 3-3-26、108 年原住民通報個案年齡層與自殺方式交叉分析表

	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 以上
自殺方式(粗分類)								
以固體或液體物質自殺及自為中毒	14.5	34.2	29	36.6	46.9	66.7	52.2	66.7
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	0.8	1.1	1	0	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0.9	3	4.8	3.4	2.6	1.2	4.3	0
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5.1	3.5	2.8	2.8	3.1	2.4	8.7	0
溺水(淹死)自殺及自傷	0.9	1.6	2	2.8	4.1	2.4	0	16.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0.3	0	0	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	62.4	49.8	51.3	42.9	37.8	16.7	21.7	0
由高處跳下自殺及自傷	7.7	8.3	5.5	3.7	1.5	3.6	4.3	0
其他及未明示之方式自殺及自傷	11.1	10.4	13.5	13.4	7.7	9.5	13	16.7
自殺方式(細分類)								
安眠藥、鎮靜劑	9.4	25.7	22.5	27	34.2	31	8.7	0
服用或施打毒品過量	0	0.2	0.3	0	0	0	0	0
其他藥物	5.1	9	7	4.8	3.6	11.9	0	16.7
農藥	0	1.2	1	2.6	6.1	15.5	39.1	50
一般病媒殺蟲劑	0	0.2	0.3	0.3	1.5	2.4	4.3	0
除草劑(巴拉刈)	0	0.2	0.5	0.9	1.5	7.1	0	0
其他化學物品	0.9	1.4	1.3	3.7	4.1	6	4.3	0

表 3-3-26、108 年原住民通報個案年齡層與自殺方式交叉分析表

	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 以上
家用瓦斯中毒	0	0	0.8	1.1	1	0	0	0
汽車廢氣	0	0	0	0	0.5	0	0	0
燒炭	0.9	3	4.8	3.4	2	1.2	4.3	0
氦氣自殺	0	0	0	0	0	0	0	0
其他氣體及蒸汽	0	0	0	0	0	0	0	0
上吊、自縊	5.1	3.3	2.5	2.6	3.1	2.4	8.7	0
悶死及窒息	0	0.4	0.3	0.3	0	0	0	0
溺水(淹死)、跳水	0.9	1.6	2	2.8	4.1	2.4	0	16.7
以槍炮、氣槍及爆炸物	0	0	0.3	0	0	0	0	0
割腕	53	45.2	46.3	38.9	32.7	14.3	13	0
其他部位之切穿工具自殺	11.1	5.5	5.5	4.8	5.1	2.4	8.7	0
高處跳下	7.7	8.3	5.5	3.7	1.5	3.6	4.3	0
自焚	0	0	0.5	0.3	0.5	0	0	0
撞擊	2.6	3.3	5.3	3.1	1	1.2	8.7	0
臥、跳軌	0	0.4	0.3	0	0.5	0	0	0
以其他方式	12.8	7	7.8	9.9	5.6	8.3	4.3	16.7

表 3-3-27、108 年原住民通報個案年齡層與自殺原因交叉分析表

	0-14	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**65-74**	**75 以上**
自殺原因(粗分類)								
情感／人際關係	58.1	55.8	55.8	58.8	55.1	40.5	47.8	50
精神健康／物質濫用	34.2	42.3	38.8	39.8	42.3	41.7	26.1	50
工作／經濟	0	6	17.5	13.4	8.7	8.3	8.7	0
生理疾病	0	0.2	0.8	1.4	4.1	10.7	26.1	33.3
校園學生問題	20.5	8.1	0	0	0	0	0	0
迫害問題	5.1	0.7	0.8	1.1	1	0	0	0
其他	11.1	6.2	4	4.3	6.6	3.6	13	0
不詳	6.8	9.9	13.5	14.2	14.8	10.7	0	16.7
自殺原因(細分類)								

表 3-3-27、108 年原住民通報個案年齡層與自殺原因交叉分析表

	0-14	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**65-74**	**75 以上**
夫妻問題	0	6.9	17.8	25	20.4	13.1	17.4	16.7
家庭成員問題	41.9	19.7	15.8	20.7	28.6	26.2	26.1	33.3
感情因素	20.5	32	26.8	17	11.7	4.8	4.3	0
喪親、喪偶	0.9	1.2	0.8	2	1.5	1.2	0	0
其他人際關係因素	0	0	0	0	0	0	0	0
憂鬱傾向、罹患憂鬱症	0	0	0	0	0	0	0	0
物質濫用	0.9	4.8	9.5	11.4	15.3	7.1	4.3	0
其他精神疾病或心理健康問題	33.3	39.3	33.8	33.2	33.7	38.1	26.1	50
職場工作壓力	0	3.5	11.3	6.8	2.6	3.6	0	0
失業	0	1.1	1.8	4	4.1	2.4	4.3	0
債務	0	1.6	6.3	3.4	3.1	2.4	4.3	0
其他經濟問題	0	0	0	0	0	0	0	0
慢性化的疾病問題	0	0.2	0.5	1.4	3.1	8.3	21.7	16.7
急性化的疾病問題	0	0	0.3	0	1	2.4	4.3	16.7
其他疾病問題	0	0	0	0	0	0	0	0
學校適應問題	18.8	7.2	0	0	0	0	0	0
生涯規劃因素	1.7	1.8	0	0	0	0	0	0
遭受騷擾	2.6	0.4	0	0.3	0.5	0	0	0
遭受暴力	3.4	0.4	0.8	0.9	0.5	0	0	0
遭受詐騙	0	0	0	0	0	0	0	0
兵役因素	0	0	0	0	0	0	0	0
畏罪自殺、官司問題	1.7	0.7	0	1.1	0.5	0	8.7	0
其他	9.4	5.6	4	3.1	6.1	3.6	4.3	0
個案(家屬)不願說明	0.9	4.2	6.3	5.7	7.1	7.1	0	16.7
個案因身體狀況無法說明	0.9	1.8	1.8	1.7	2	1.2	0	0
不詳	5.1	4	7.5	7.4	6.1	4.8	0	0

表 3-3-28、108 年山地鄉原住民通報個案特性分析表

	男		女		合計	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
通報人次	75	28.2	191	71.8	266	
年齡						
0-14	1	1.3	17	8.9	18	6.8
15-24	27	36	57	29.8	84	31.6
25-34	18	24	37	19.4	55	20.7
35-44	14	18.7	35	18.3	49	18.4
45-54	6	8	32	16.8	38	14.3
55-64	6	8	10	5.2	16	6
65-74	3	4	2	1	5	1.9
75 以上	0	0	1	0.5	1	0.4
自殺方式						
以固體或液體物質自殺及自為中毒	32	42.7	69	36.1	101	38
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	0	0	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	4	5.3	3	1.6	7	2.6
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	4	5.3	7	3.7	11	4.1
溺水(淹死)自殺及自傷	1	1.3	5	2.6	6	2.3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	19	25.3	88	46.1	107	40.2
由高處跳下自殺及自傷	7	9.3	8	4.2	15	5.6
其他及未明示之方式自殺及自傷	15	20	22	11.5	37	13.9
自殺原因						
情感／人際關係	43	57.3	100	52.4	143	53.8
精神健康／物質濫用	24	32	85	44.5	109	41
工作／經濟	11	14.7	13	6.8	24	9
生理疾病	2	2.7	4	2.1	6	2.3
校園學生問題	0	0	10	5.2	10	3.8
迫害問題	1	1.3	4	2.1	5	1.9
其他	5	6.7	10	5.2	15	5.6
不詳	11	14.7	23	12	34	12.8

表 3-3-29、108 年平地鄉原住民通報個案特性分析表

	男		女		合計	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
通報人次	99	30.7	223	69.3	322	
年齡						
0-14	3	3	18	8.1	21	6.5
15-24	25	25.3	74	33.2	99	30.7
25-34	16	16.2	38	17	54	16.8
35-44	36	36.4	43	19.3	79	24.5
45-54	11	11.1	33	14.8	44	13.7
55-64	6	6.1	10	4.5	16	5
65-74	0	0	4	1.8	4	1.2
75 以上	2	2	3	1.3	5	1.6
自殺方式						
以固體或液體物質自殺及自為中毒	27	27.3	86	38.6	113	35.1
以家用瓦斯自殺及自為中毒	3	3	0	0	3	0.9
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	2	2	4	1.8	6	1.9
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	1	1	5	2.2	6	1.9
溺水(淹死)自殺及自傷	2	2	7	3.1	9	2.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	46	46.5	104	46.6	150	46.6
由高處跳下自殺及自傷	7	7.1	7	3.1	14	4.3
其他及未明示之方式自殺及自傷	18	18.2	28	12.6	46	14.3
自殺原因						
情感／人際關係	54	54.5	132	59.2	186	57.8
精神健康／物質濫用	33	33.3	79	35.4	112	34.8
工作／經濟	12	12.1	12	5.4	24	7.5
生理疾病	5	5.1	4	1.8	9	2.8
校園學生問題	3	3	9	4	12	3.7
迫害問題	2	2	2	0.9	4	1.2
其他	9	9.1	18	8.1	27	8.4
不詳	14	14.1	23	10.3	37	11.5

5) 原住民族自殺死亡數據

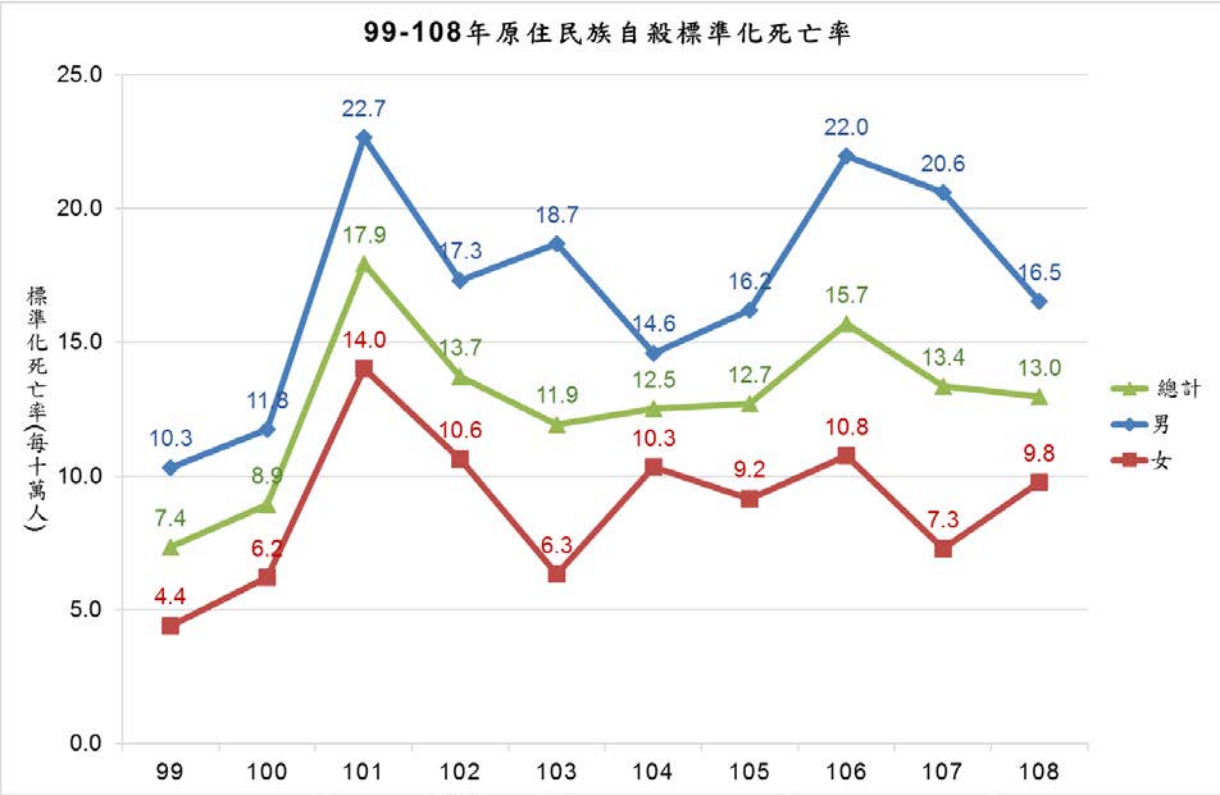


圖 3-3-8、99-108 年原住民各性別標準化死亡

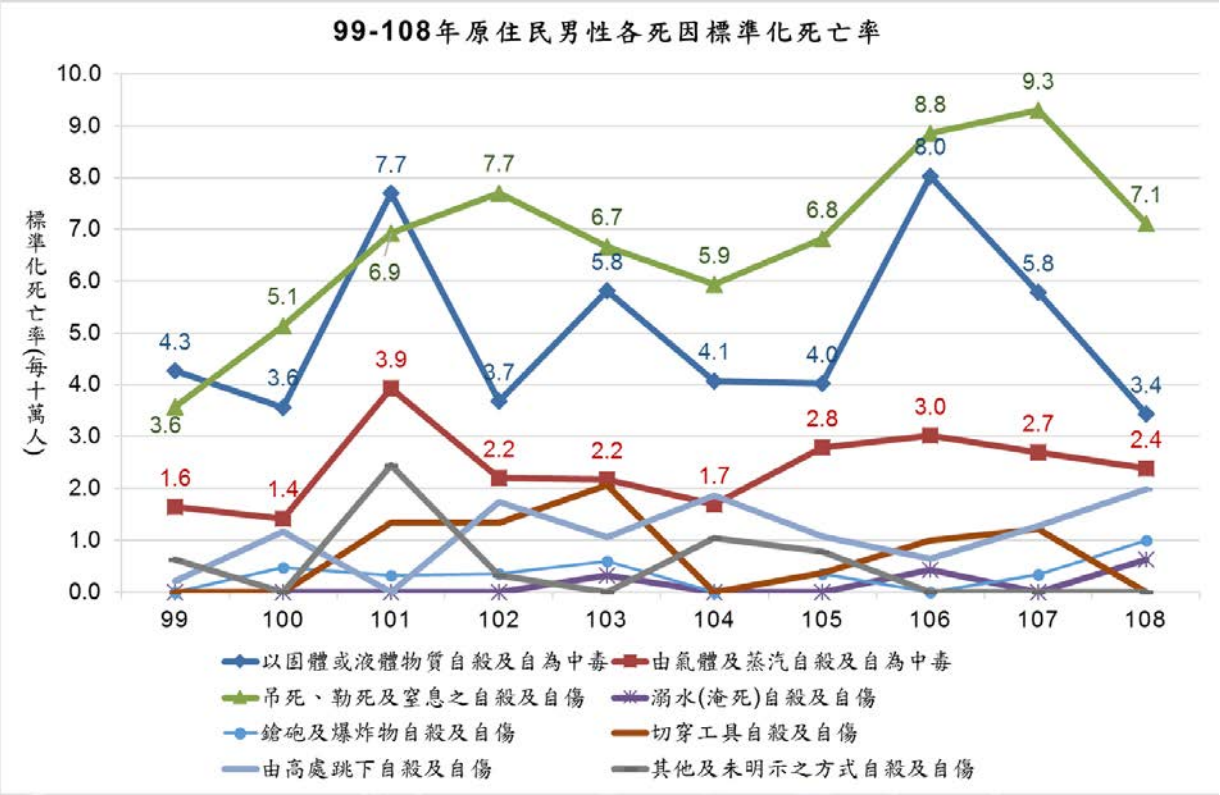


圖 3-3-9、99-108 年原住民男性各死因標準化死亡

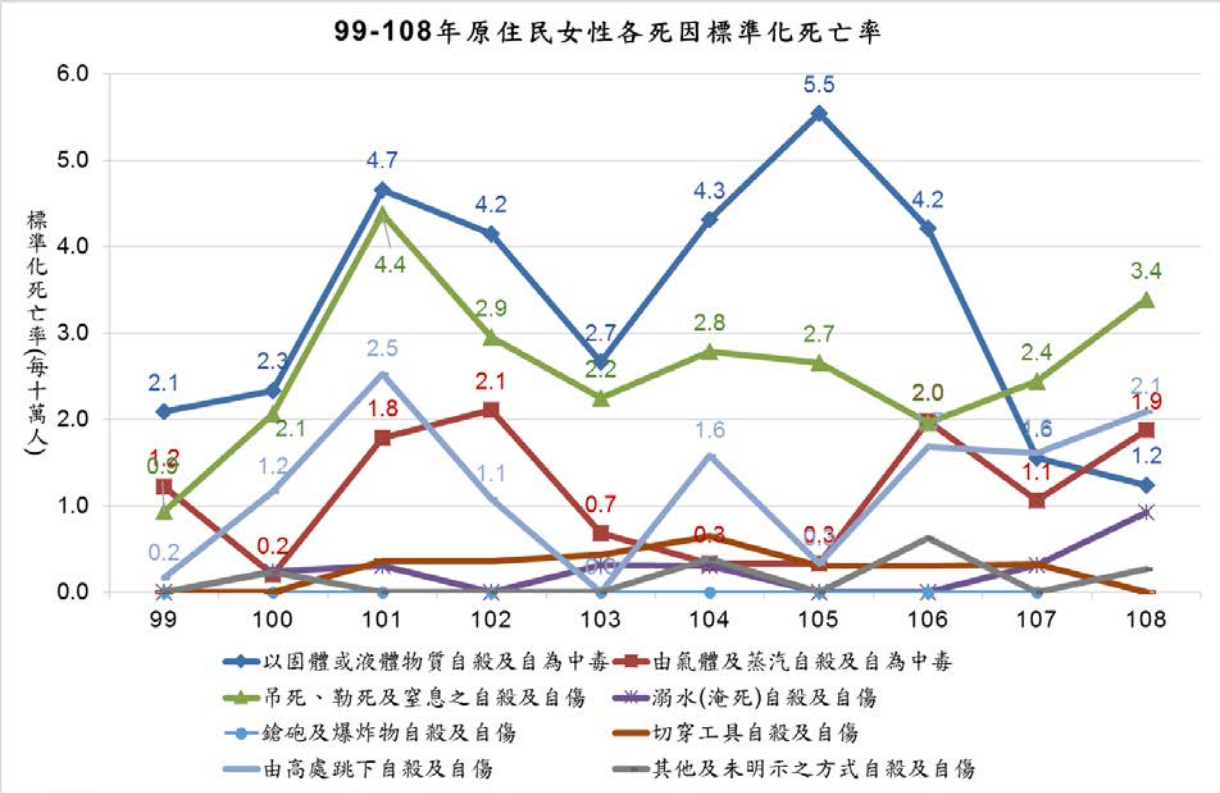


圖 3-3-10、99-108 年原住民女性各死因標準化死亡率

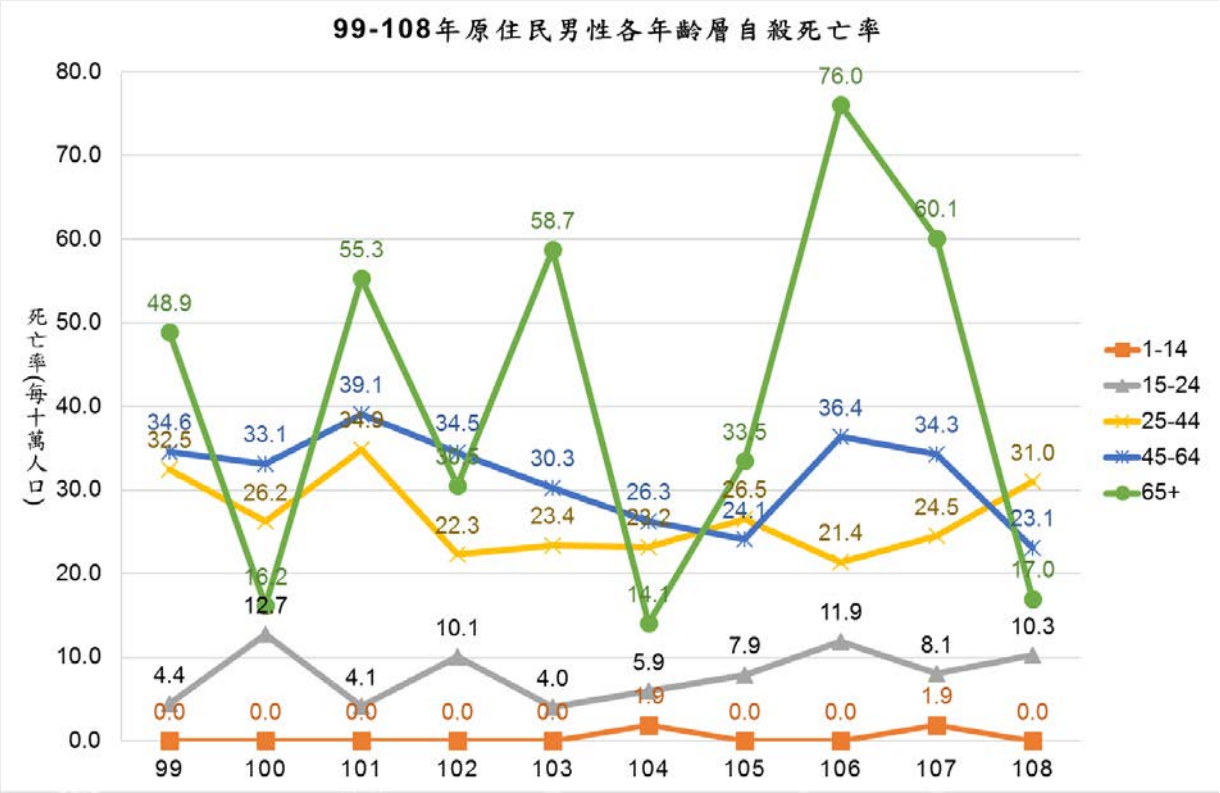


圖 3-3-11、99-108 年原住民男性各年齡層死亡率

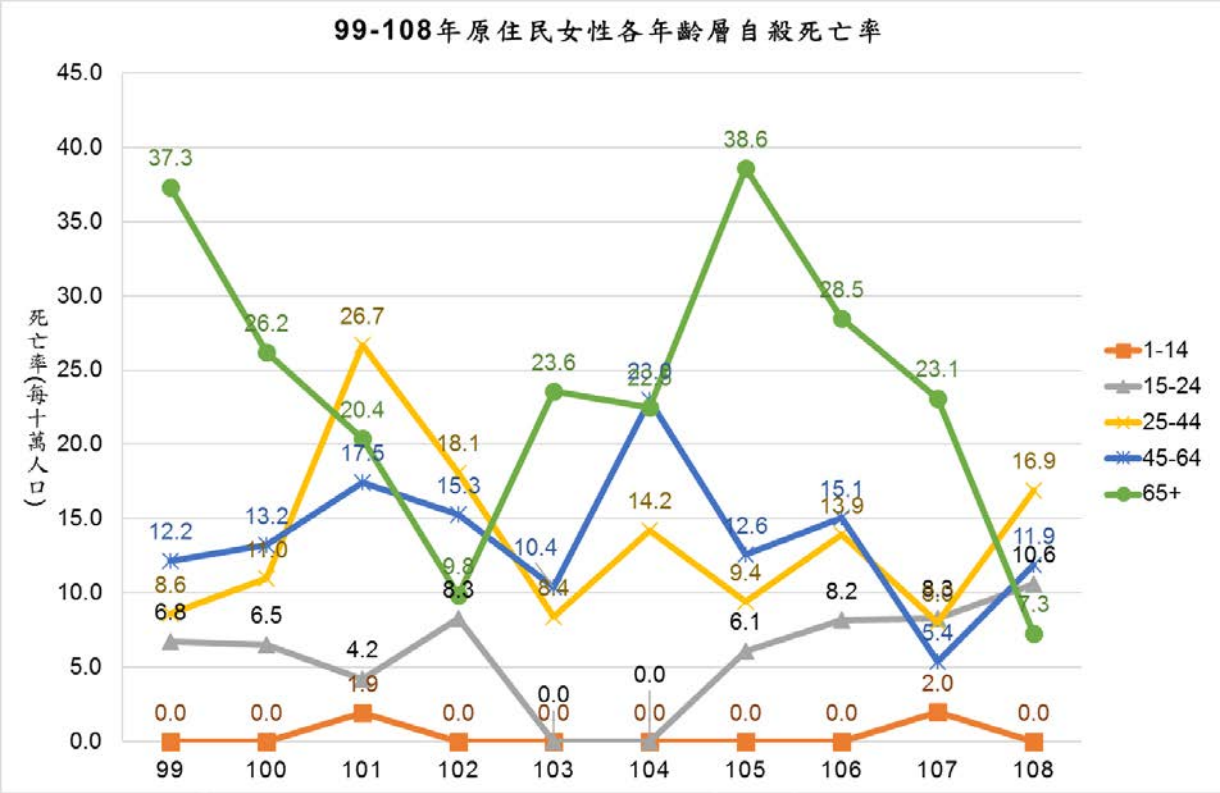


圖 3-3-12、99-108 年原住民女性各年齡層死亡率

根據過往國內對於原住民族自殺行為之相關研究，發現原住民族之自殺率高於全國，因此原住民族之自殺防治也是國家政策重要的一環。針對前一年度原住民人口進行自殺死因分析，結果如下表 3-3-30~3-3-35，以性別來看，男性自殺死亡 50 人，女性自殺死亡 31 人，男性是女性的 1.61 倍。全國原住民自殺死亡個案年齡層排序前三位依序為 35-44 歲、25-34 歲、45-54 歲；男性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 35-44 歲、25-34 歲、55-64 歲；女性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 35-44 歲、45-54 歲、25-34 歲。

就死因別來看，全國原住民個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、第三為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」及「由高處跳下自殺及自傷」；山地原住民個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、其次為「由高處跳下自殺及自傷」及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、第三為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」；平地原住民個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」及「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、第三為「由高處跳下自殺及自傷」。

建議針對原住民族個案常見之自殺方式實施相關自殺防治策略，如自殺方式為上吊自殺之個案再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。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；針對高處落下，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等，希冀未來建跨部會間資料整合，定期分析更新原住民族之相關資料，以對原住民族的自殺現況能夠更深入剖析，有利於後續滾動式調整原住民族自殺防治策略。

表 3-3-30、108 年原住民自殺死亡個案性別、年齡及縣市別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
死亡人數	50	61.7	31	38.3	81	
年齡						
0-14	0	0	0	0	0	0
15-24	5	10	5	16.1	10	12.3
25-34	13	26.0	6	19.4	19	23.5
35-44	14	28.0	9	29.0	23	28.4
45-54	6	12.0	7	22.6	13	16.0
55-64	9	18.0	2	6.5	11	13.6
65-74	2	4.0	2	6.5	4	4.9
75 以上	1	2.0	0	0	1	1.2
縣市						
新北市	5	10	1	3.2	6	7.4
臺北市	0	0	0	0	0	0
桃園市	6	12.0	3	9.7	9	11.1
臺中市	0	0	2	6.5	2	2.5
臺南市	0	0	1	3.2	1	1.2
高雄市	2	4.0	4	12.9	6	7.4
宜蘭縣	1	2.0	1	3.2	2	2.5
新竹縣	1	2.0	3	9.7	4	4.9
苗栗縣	3	6.0	1	3.2	4	4.9
彰化縣	0	0	1	3.2	1	1.2
南投縣	4	8.0	2	6.5	6	7.4
雲林縣	0	0	0	0	0	0

表 3-3-30、108 年原住民自殺死亡個案性別、年齡及縣市別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
嘉義縣	1	2.0	1	3.2	2	2.5
屏東縣	6	12.0	5	16.1	11	13.6
臺東縣	7	14.0	4	12.9	11	13.6
花蓮縣	11	22.0	2	6.5	13	16.0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0
基隆市	2	4.0	0	0	2	2.5
新竹市	1	2.0	0	0	1	1.2
嘉義市	0	0	0	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0

表 3-3-31、108 年原住民自殺死亡個案性別與自殺方式交叉分析表

	男		女	
	N	%	N	%
自殺方式				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	10	20	4	12.9
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	7	14	6	19.4
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	22	44	10	32.3
溺水(淹死)自殺及自傷	2	4	3	9.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	3	6	0	0
切穿工具自殺及自傷	0	0	0	0
由高處跳下自殺及自傷	6	12	7	22.6
其他及未明示之方式自殺及自傷	0	0	1	3.2

表 3-3-32、108 年**山地**原住民自殺死亡個案性別、年齡、縣市及民族別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
死亡人數	25	53.2	22	46.8	47	
年齡						
0-14	0	0	0	0.0	0	0

表 3-3-32、108 年**山地**原住民自殺死亡個案性別、年齡、縣市及民族別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
15-24	4	16	4	18.2	8	17.0
25-34	6	24	2	9.1	8	17.0
35-44	5	20	7	31.8	12	25.5
45-54	4	16	6	27.3	10	21.3
55-64	5	20	2	9.1	7	14.9
65-74	1	4	1	4.5	2	4.3
75 以上	0	0	0	0.0	0	0
縣市						
新北市	0	0	1	4.5	1	2.1
臺北市	0	0	0	0.0	0	0.0
桃園市	3	12	2	9.1	5	10.6
臺中市	0	0	2	9.1	2	4.3
臺南市	0	0	1	4.5	1	2.1
高雄市	1	4	4	18.2	5	10.6
宜蘭縣	1	4	1	4.5	2	4.3
新竹縣	1	4	3	13.6	4	8.5
苗栗縣	2	8	0	0.0	2	4.3
彰化縣	0	0	0	0.0	0	0.0
南投縣	4	16	2	9.1	6	12.8
雲林縣	0	0	0	0.0	0	0.0
嘉義縣	1	4	1	4.5	2	4.3
屏東縣	5	20	3	13.6	8	17.0
臺東縣	2	8	1	4.5	3	6.4
花蓮縣	5	20	1	4.5	6	12.8
澎湖縣	0	0	0	0.0	0	0
基隆市	0	0	0	0.0	0	0
新竹市	0	0	0	0.0	0	0
嘉義市	0	0	0	0.0	0	0
金門縣	0	0	0	0.0	0	0
連江縣	0	0	0	0.0	0	0
民族別						

表 3-3-32、108 年**山地**原住民自殺死亡個案性別、年齡、縣市及民族別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
阿美族	0	0	0	0.0	0	0
泰雅族	6	24	7	31.8	13	27.7
排灣族	3	12	6	27.3	9	19.1
布農族	9	36	7	31.8	16	34.0
魯凱族	1	4	0	0.0	1	2.1
卑南族	0	0	0	0.0	0	0.0
鄒族	1	4	1	4.5	2	4.3
賽夏族	0	0	0	0.0	0	0.0
太魯閣族	4	16	1	4.5	5	10.6

表 3-3-33、108 年**山地**原住民自殺死亡個案性別與自殺方式交叉分析表

	男		女	
	N	%	N	%
自殺方式				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	8	32	1	4.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	0	0.0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	3	12	5	22.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	9	36	7	31.8
溺水(淹死)自殺及自傷	1	4	2	9.1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	4	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	0	0	0	0.0
由高處跳下自殺及自傷	3	12	6	27.3
其他及未明示之方式自殺及自傷	0	0	1	4.5

表 3-3-34、108 年**平地**原住民自殺死亡個案性別、年齡、縣市及民族別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
死亡人數	25	73.5	9	26.5	34	
年齡						
0-14	0	0	0	0.0	0	0.0
15-24	1	4	1	4.5	2	5.9
25-34	7	28	4	18.2	11	32.4
35-44	9	36	2	9.1	11	32.4
45-54	2	8	1	4.5	3	8.8
55-64	4	16	0	0.0	4	11.8
65-74	1	4	1	4.5	2	5.9
75 以上	1	4	0	0.0	1	2.9
縣市						
新北市	5	20	0	0.0	5	14.7
臺北市	0	0	0	0.0	0	0.0
桃園市	3	12	1	4.5	4	11.8
臺中市	0	0	0	0.0	0	0.0
臺南市	0	0	0	0.0	0	0.0
高雄市	1	4	0	0.0	1	2.9
宜蘭縣	0	0	0	0.0	0	0.0
新竹縣	0	0	0	0.0	0	0.0
苗栗縣	1	4	1	4.5	2	5.9
彰化縣	0	0	1	4.5	1	2.9
南投縣	0	0	0	0.0	0	0.0
雲林縣	0	0	0	0.0	0	0.0
嘉義縣	0	0	0	0.0	0	0.0
屏東縣	1	4	2	9.1	3	8.8
臺東縣	5	20	3	13.6	8	23.5
花蓮縣	6	24	1	4.5	7	20.6
澎湖縣	0	0	0	0.0	0	0.0
基隆市	2	8	0	0.0	2	5.9
新竹市	1	4	0	0.0	1	2.9
嘉義市	0	0	0	0.0	0	0.0

表 3-3-34、108 年**平地**原住民自殺死亡個案性別、年齡、縣市及民族別

	男		女		合計	
	N	%	N	%	N	%
金門縣	0	0	0	0.0	0	0.0
連江縣	0	0	0	0.0	0	0.0
民族別						
阿美族	16	64	7	31.8	23	67.6
泰雅族	0	0	0	0.0	0	0.0
排灣族	4	16	1	4.5	5	14.7
布農族	0	0	0	0.0	0	0.0
魯凱族	0	0	0	0.0	0	0.0
卑南族	3	12	0	0.0	3	8.8
鄒族	0	0	0	0.0	0	0.0
賽夏族	1	4	1	4.5	2	5.9
太魯閣族	0	0	0	0.0	0	0.0

表 3-3-35、108 年**平地**原住民自殺死亡個案性別與自殺方式交叉分析表

	男		女	
	N	%	N	%
自殺方式				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	2	8.0	3	33.3
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0.0	0	0.0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	4	16.0	1	11.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	13	52.0	3	33.3
溺水(淹死)自殺及自傷	1	4.0	1	11.1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	2	8.0	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	0	0.0	0	0.0
由高處跳下自殺及自傷	3	12.0	1	11.1
其他及未明示之方式自殺及自傷	0	0.0	0	0.0

2. 策略及建議

1) 兒少及學齡層策略建議

建議強化兒童及青少年的正向自尊，促進兒童及青少年情感表達及求助意願，將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，除教導孩童珍愛生

命的理念，教育兒少自我保護及如何尋求協助，校園應積極宣導相關求助資源，保持求助管道暢通，並落實高風險個案之輔導與通報機制，尤其大專院校建議多培養同儕校園及社群媒體世界的珍愛生命守門人，並與醫療專業資源連結，建立一兩家機構長期轉介協商合作關係。強化對兒童及青少年的支持及資源轉介服務，建立嚴密的通報流程與處置程序，各校應成立自殺防治相關之組織或委員會，並擬訂校內自殺防治相關之政策與流程；社會支持系統應提供可能受害兒童緊急保護，協助危急家庭必要幫助，提供存活者心裡支持介入。

針對學齡層個案常見之自殺原因如家庭或校園暴力、情感問題以及現在網際網路的普及，隨之而來的網路霸凌等，為避免暴力、霸凌受害者的自殺行為，加強教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，提升導師、學輔人員或同儕辨別自殺高風險群之能力，及早發現學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象，如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則校方應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，並啟動輔導機制，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。視個案情形，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。持續加強對周圍支持者的援助，健全校園支持服務系統，並和學校老師、輔導老師、社工等建立互聯網，以利察覺孩子在學校時的表現，並透過校園團體(如家長會)或文件訊息，將自殺警訊之辨識與關懷之知識，主動傳送家長，強化與家長聯繫溝通管道品質。

建議持續加強學齡層通報個案常見之自殺工具的防治策略，如安眠藥或其他藥物之防治、高樓進出入人員管理等，近幾年兒少自殺企圖及自殺死亡率的攀升，各部會應積極整合各部會之資料庫，建立完善之資源網絡，便於管理學齡層個案並可及時提供個案所需資源，並剖析不同學齡層自殺個案之保護因子及危險因子，作為未來自殺防治策略訂定之參考，使自殺防治工作更為完備。

在就醫行為方面，應首重罹患憂鬱症、精神官能症及人格異常、情感性疾患之學童，針對上列之疾病患者，強化其精神疾病之治療遵從性，並適時提供適當的支持資源給學童及家長，並強化輔諮中心針對上述疾病學童的自殺危險辨識敏感度；針對住院之青少年，除憂鬱症、精神官能症及人格異常、情感性疾患，則需另增加醫護人員對思覺失調症之患者自殺危機辨識能力方能更加完善我國青少年自殺防治策略。

然而青少年自殺問題在全世界都是亟需面對的共同的課題之一，因此針對其他國家及 WHO 的青少年自殺防治策略，也一併蒐集後彙整於附件 3-3-1，期我國能參考國外之自殺防治策略，進一步實現符合臺灣情境之自殺防治策略，同時中心針對青少年自殺問題草寫文稿，以供衛福部對監察院說明，文稿詳附件 3-3-2，總體而言，在瞬息萬變的現今，臺灣青少年自殺防治策略更是亟需各部會、醫院、學校、學生、家長等一同合作，才有機會減緩逐漸上升青少年自殺率。

指標性策略則針對高自殺風險個人，為自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務以及事後預防，針對自殺事件後之因應措施，包含成立緊急應變小組，提供自殺高危險之學生適當的心理諮源，提供哀傷輔導給自殺企圖的親友、同學及親密關係之夥伴，並協同學生、老師、家長共同出辨識自殺高風險學生及有 PTSD 症候群之學生(Cox et al., 2012)，其它系統性回顧研究亦發現自殺防治守門人對自殺危機發生後亦是有效的(Szumilas & Kutcher, 2011)，透過社交網絡媒體觸及高風險學生也是重要的管道之一(Hawton et al., 2020)。總言之，指標性策略需要多方面的合作，包含媒體大眾對自殺之報導、社區心理資源、家長、學校人員、學生等才能有效減緩自殺危機後的影響。

2) 原住民族自殺現況及建議

108 年原住民族自殺通報人次為 1,746 人次，其中男性通報 460 人次，女性通報 1,286 人次，女性為男性的 2.80 倍，高於全國的 1.82。無論男女皆以 15-24 歲的通報人次為最多，其次為 25-34 歲，第三為 35-44 歲，自殺通報個案主要分布花蓮縣、桃園市以及新北市。

無論男女自殺方式占率首位皆為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。在自殺原因方面，無論男女自殺原因占率首位皆為「情感/人際關係」，其次為「精神健康/物質濫用」，自殺原因細分類則是以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」為最高。

以年齡層與自殺方式、自殺原因交叉分析結果來看，通報人次較高的年齡層如 15-24 歲、25-34 歲及 35-44 歲，自殺方式占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，中老年族群(45 歲以上)則以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」占率最高。除了應整體加強「情感/人際關係」及「精神健康/物質濫用」相關防治策略外，也應著重青壯年的工作經濟問題及中老年人的生理問題。

在原住民族 1,746 通報人次中，山地鄉原住民有 266 人次、平地鄉原住民有 322 人次，此部分僅以自殺通報資料判定，僅供內部參考，建議應

協同原民會，串聯自殺通報資料檔及原民資料以獲得更準確之資料。

在山地鄉原住民中，男性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 27 人次，占男性個案的 36%，高於全國原住民族之數據，男性通報個案之自殺方式以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率最高；女性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 57 人次，占女性個案的 29.8%，女性通報個案之自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率 52.4%最高、其次為「精神健康/物質濫用」44.5%。

在平地鄉原住民中，男性通報個案中以 35-44 歲為最多，與山地鄉結果不同，共通報 36 人次，占男性個案的 36.4%，男性通報個案之自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率最高；女性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 74 人次，占女性個案的 33.2%，女性通報個案之自殺方式以「切穿工具自殺及自傷」占率最高，自殺原因以「情感/人際關係」占率 59.2%最高。

依據原住民人口自殺死因分析結果，以性別來看，男性自殺死亡 50 人，女性自殺死亡 31 人，男性是女性的 1.61 倍。全國原住民自殺死亡個案年齡層排序前三位依序為 35-44 歲、25-34 歲、45-54 歲；男性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 35-44 歲、25-34 歲、55-64 歲；女性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 35-44 歲、45-54 歲、25-34 歲。

就死因別來看，全國原住民個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、其次為「由高處跳下自殺及自傷」、第三為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」；山地原住民個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、其次為「由高處跳下自殺及自傷」、第三為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」；平地原住民個案自殺死因排序第一為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」及「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、其次為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」、「溺水(淹死)自殺及自傷」。

過往各國發表文獻提到，針對原住民自殺防治策略，考量其文化性並適當的發展策略至關重要(Kral, 2016)，其他防治策略包含增加原住民身分認同及文化復甦也是重要關鍵(Barker, Goodman, & DeBeck, 2017; Clifford, Doran, & Tsey, 2013; Hallett, Chandler, & Lalonde, 2007; Williams, Clark, & Lewycka, 2018)。除上述自殺防治策略外，根據本報告之數據結果，建議針對原住民族個案常見之自殺方式實施相關自殺防治策略，如自殺方式為上吊自殺之個案再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定

這些特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。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；針對高處落下，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等，希冀未來建立跨部會間資料整合，定期更新並分析原住民族之相關資料，以對原住民族的自殺現況能夠更深入剖析，有利於後續滾動式調整原住民族自殺防治策略。

五、附件

附件 3-3-1 15-24 青少年自殺防治策略

附件 3-3-2 青少年自殺的問題說明

Barker, B., Goodman, A., & DeBeck, K. (2017). Reclaiming Indigenous identities: Culture as strength against suicide among Indigenous youth in Canada. *Canadian journal of public health, 108*(2), e208-e210.

Clifford, A. C., Doran, C. M., & Tsey, K. (2013). A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC Public Health, 13*(1), 463. doi:10.1186/1471-2458-13-463

Cox, G. R., Robinson, J., Williamson, M., Lockley, A., Cheung, Y. T., & Pirkis, J. (2012). Suicide clusters in young people: evidence for the effectiveness of postvention strategies. *Crisis, 33*(4), 208-214. doi:10.1027/0227-5910/a000144

Hallett, D., Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development, 22*(3), 392-399. doi:https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.02.001

Hawton, K., Hill, N. T. M., Gould, M., John, A., Lascelles, K., & Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health, 4*(1), 58-67. doi:10.1016/S2352-4642(19)30335-9

Kral, M. J. (2016). Suicide and Suicide Prevention among Inuit in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(11), 688-695. doi:10.1177/0706743716661329

Szumilas, M., & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health, 102*(1), 18-29. doi:10.1007/bf03404872

Williams, A. D., Clark, T. C., & Lewycka, S. (2018). The Associations Between Cultural Identity and Mental Health Outcomes for Indigenous Māori Youth in New Zealand. *Frontiers In Public Health, 6*, 319-319. doi:10.3389/fpubh.2018.00319

巴拉刈禁止使用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

根據109年度全國自殺防治中心計畫需求說明書：第(三)項：辦理自殺防治之實證研究之4：進行巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析，並與其他國家進行比較後提出報告，且與本部共同於110年發表至少1篇論文。

近年來，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」占臺灣自殺方式中前三大死因之一,而在108年則落入自殺方式中前三大死因之外;其中包含安眠藥、酒精以及農藥等。其中最主要的原因是農藥，在常見的農藥自殺方法中，巴拉刈儼然成為當前最嚴重的問題之一。巴拉刈是廣泛被農民使用之除草劑，由於其毒性強且致命性高，即使飲用量小也可能致死，其死亡率高達六到九成，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。

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 107 年 2 月 1 日起禁止巴拉刈之加工及輸入。行政院原定於 108 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 108 年 1 月 30 日時政策修正，宣佈巴拉刈禁用延後至 109 年 2 月 1 日。

2. 業務目的與目標

透過諮詢專家意見與比較各國巴拉刈禁用之情形，進行巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析，了解自殺防治之成效，依統計分析結果及相關策略建議於 110 年間發表至少 1 篇論文。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 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、戶籍縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

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。

(3) 文獻蒐集：進行 108 年至 109 年 9 月巴拉刈禁用之國外文獻進行文獻系統性搜尋。

2) 資料彙整：以 Endnote 做為整合文獻的工具。

3) 統計分析：使用 SAS9.4 版進行統計分析。

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、臺大醫學院圖書館、臺灣大學公共衛生學院張書森教授、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、專家諮詢，提供分析報表及數據。

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) 年中人口：以社會經濟資料服務平台所提供之性別、各年齡及各縣市年底人口數，並將前一年年底人口數及當年年底人口數相加除以二，得到年中人口數。

2) 農業人口：以行政院主計總處公布 104 年底臺灣各縣市農業人口數之普查結果。

3) 巴拉刈自殺死亡：以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48 之死因，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。

4) 農藥自殺死亡：以 ICD-10 為 X68 之死因編碼個案人數。

5) 全部自殺死亡人數：來自於衛生福利部統計處。

6) 農業縣：以各縣市農業人口數除以年中人口數占比排名前 11 之縣市，其中包

含嘉義縣、雲林縣、南投縣、屏東縣、彰化縣、苗栗縣、臺東縣、宜蘭縣、臺南市、花蓮縣及新竹縣，非上述縣市則定義為非農業縣。

3. 統計分析

1) 101 年-108 年巴拉刈自殺死亡之各項特性分析。
2) 巴拉刈自殺報人次趨勢分析。
3) 利用卜瓦松迴歸(Poisson regression)分析，巴拉刈禁用前後之相對風險值(Rate Ratio,RR)，進而探討政策推行之成效。

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)、自殺企圖(parasuicide)、自殘(Self-Injurious)、行為(Behavior)、商榷(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 3-4-1，巴拉刈禁用及自殺防治之系統性文獻回顧。

5. 文獻彙整

團隊將所蒐集之國內外農藥與巴拉刈禁用相關文獻進行分類與彙整。

四、 成果

1. 劇毒農藥使用及禁用

1) 各國劇毒農藥禁用情形(統整表格請見附件 3-4-2，各國劇毒農藥禁用情形)
   (1) 臺灣：民國 61 年施行農藥管理法，61-99 年臺灣禁止 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 86 年之後。禁用的產品不包括巴拉刈，然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，其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 86 年的 7.7/10 萬下降到 99 年的 2.5/10 萬。農藥自殺佔 76 年自殺總數的 42.0%，99 年佔自殺總數的 12.3%。而 107 年 2 月開始禁止巴拉刈加工及輸入，至 109 年 2 月正式禁用，其對於農藥自殺死亡之標準化數據自 107 年開始呈下降趨勢。
   (2) 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

始限制部分農藥，控管後 1981-1983 對比 1978-1980 年，農藥死亡減少 48%。

(3) 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、1984-1995 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、2008-2011 年分階段禁用樂果、倍硫磷和巴拉刈的禁令。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。

(4) 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 7,200 例。

(5) 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。2001-2003 年有 29 種農藥自殺，2004-2006 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 2004-2006 年的農藥自殺比預期少；在 2001-2003 年，農藥佔自殺的 25%，在 2004-2006 年佔 23%。控管後自殺總數增加 10%：2001-2003 年為 115，而 2004-2006 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 2004-2006 年度的自殺人數

比預期少 21。

(6) 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 2.67/10 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。

(7) 印度：地方政府於 1976 年 10 月限制了恩德靈的買賣與儲存，在所研究的兩個地區，恩德靈的自殺率從 1976 年 1 月至 9 月自殺總數的 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。上吊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力有顯著下降，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 1958-1960 年的 2860 例死亡減少到 1961-1963 年的 2,550 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 1969-1971 年期間，英格蘭和威爾士的巴拉刈中毒死亡人數為 0.2，1973-1975 年間，增加到 0.6。1969-1971 年期間，蘇格蘭巴拉刈中毒死亡人數為 0.5/百萬，在 1972-1974 年期間上升至 0.9/百萬。1979-1980 與 1983-1984 年的等效數字是 1.6/百萬和 1.4/百萬。在英格蘭，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，僅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 1,181 次，但這可能有被高估，因為禁令前自殺率急遽上升。在 1957-1959 年期間從 9%下降到 1961-1963 年期間的 4%。此控管對整體自殺並沒有明顯的效果：1961、1962 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 1957-1959 年的自殺人數相比，1961-1963 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(但並無提及具體日期或進行的介入方式)。2000 至 2012 年農藥產品的註冊數量從 1,130 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 至 2000 年之間，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。1981-1983 年間為 1568(2.8%)，而 1984-1986 年為 1,180(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，整體自殺人數穩定下降，1981-1983 年到 1984-1986 年自殺總數從 55,953 下降至 51,517，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移除，但沒有給出日期。移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（至 1984 年的數據）。在 1973-1974 年間，共有十種巴拉刈自殺事件。1975-1976 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 1983-1985 年的 5,804 人下降到 1987-1989 的 5,445 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 1987-1989 年間，與 1983-1985 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農藥死亡的下降幅度，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 1961-1965 年的 16 例減少到 1981-1985 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) 巴拉刈禁用及自殺防治之相關文獻(文獻條目詳見附件 3-4-1，巴拉刈禁用及自殺防治之系統性文獻回顧)

今年蒐集文獻 13 篇，含去年所蒐集之成果，扣除重複及與自殺防治無相關之文獻共有 28 篇，文章內容多與農藥禁用(不限於巴拉刈)後對於社會之影響，部份文章為巴拉刈中毒之相關研究。

2. 文獻匯整結果

此十餘篇文獻主要為各國對於農藥管理及自殺防治之方法，各國採用的方法包括限用特定農藥、針對農藥供應商的教育、提供上鎖的農藥儲存盒、提供非農藥導向的蟲害防治策略等。大部分文章結果顯示有一定之成效，其結果如：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，亦有研究顯示，在

斯里蘭卡以提供上鎖農藥儲存盒的方法沒有明顯效果。對於上述方法之有效性，不同學者的意見略有分歧；總體而言，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. 臺灣巴拉刈自殺數據分析

1)趨勢分析結果

在臺灣政府政策推動之下，農委會於 107 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，並於 109 年 2 月 1 日起禁止使用。

為初步了解目前政策推行之成效，分析 101 年至 108 年巴拉刈自殺死亡之特性，其中巴拉刈自殺死亡係以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。

整體而言，108 年相較於過去幾年，巴拉刈標準化自殺死亡率呈現大幅下降趨勢，由 101 年每十萬人口 0.6 人下降至 108 年每十萬人口 0.3 人，降幅為 50%(如圖 3-4-1)；以性別來看，男性與女性於 108 年相較於 107 年皆呈現下降趨勢，而男性下降的幅度大於女性，顯見在政策的推行之下，面對複雜的自殺議題，沒有單一介入方式可以預防所有的自殺，但限制工具可以避免許多不幸的事件，化危險為轉機，提供第二次機會。(張書森,2019)

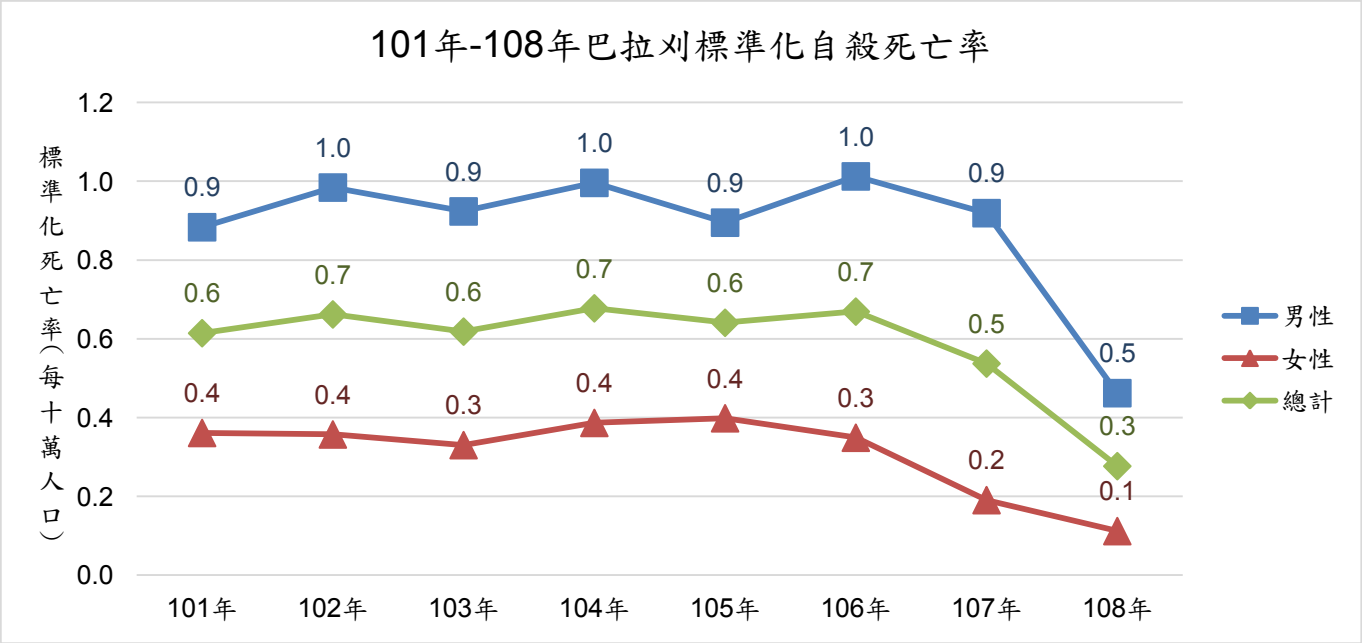


圖 3-4-1、101 年-108 年巴拉刈標準化自殺死亡率

以年齡層來看，108 年相較於 107 年，各年齡層自殺粗死亡率皆呈現下降趨勢，以 65 歲以上下降幅度較大，由 107 年每十萬人口 2.4 人下降至 108 年每十萬人口 1.6 人，降幅為 33.3%(如圖 3-4-2)；以性別來看，女性在 65 歲以上巴拉刈自殺粗死亡率有明顯下降趨勢，由最高點 103 年每十萬人口 2.0 人下降至 108 年每十萬人口 0.6 人，降幅 70.0%。(如圖 3-4-3、圖 3-4-4)

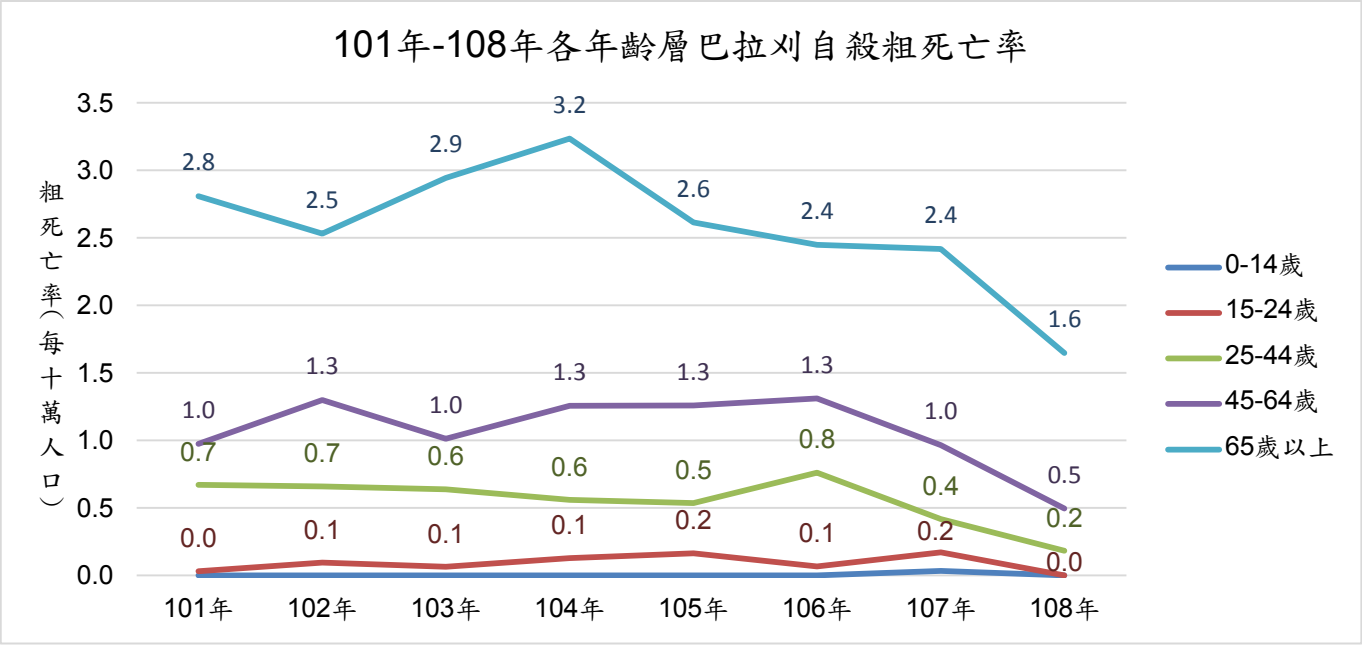


圖 3-4-2、101 年-108 年各年齡層巴拉刈自殺粗死亡率

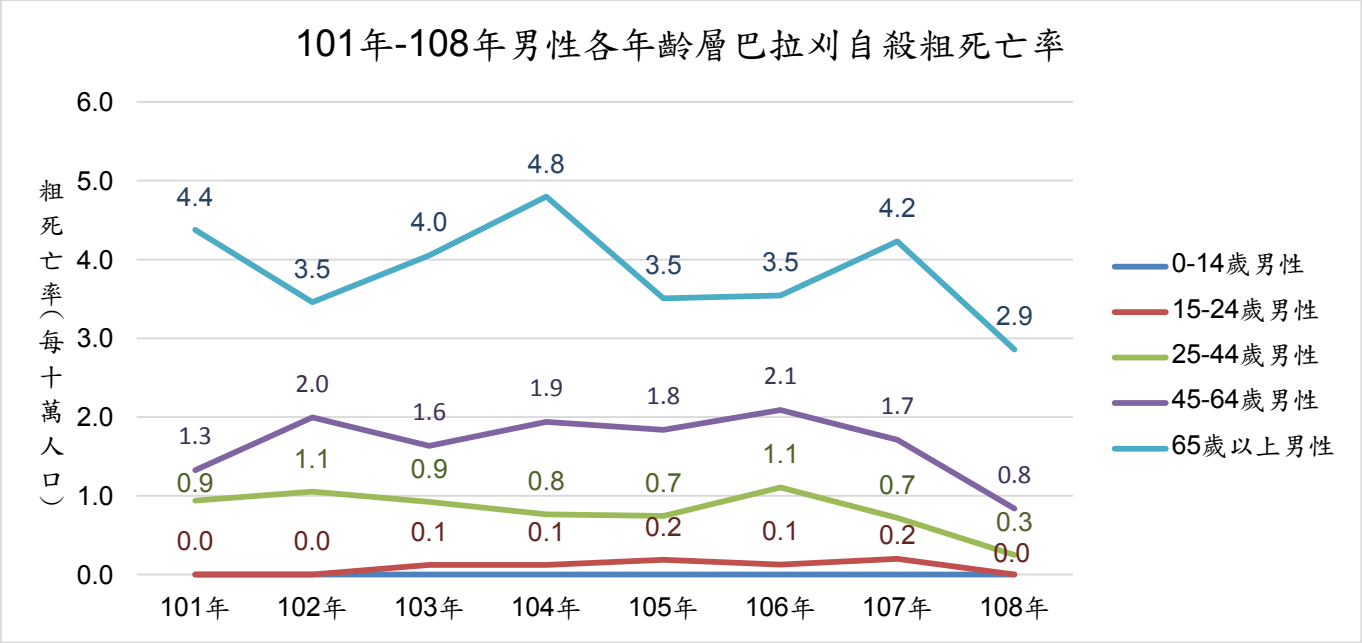


圖 3-4-3、101 年-108 年男性各年齡層巴拉刈自殺粗死亡率

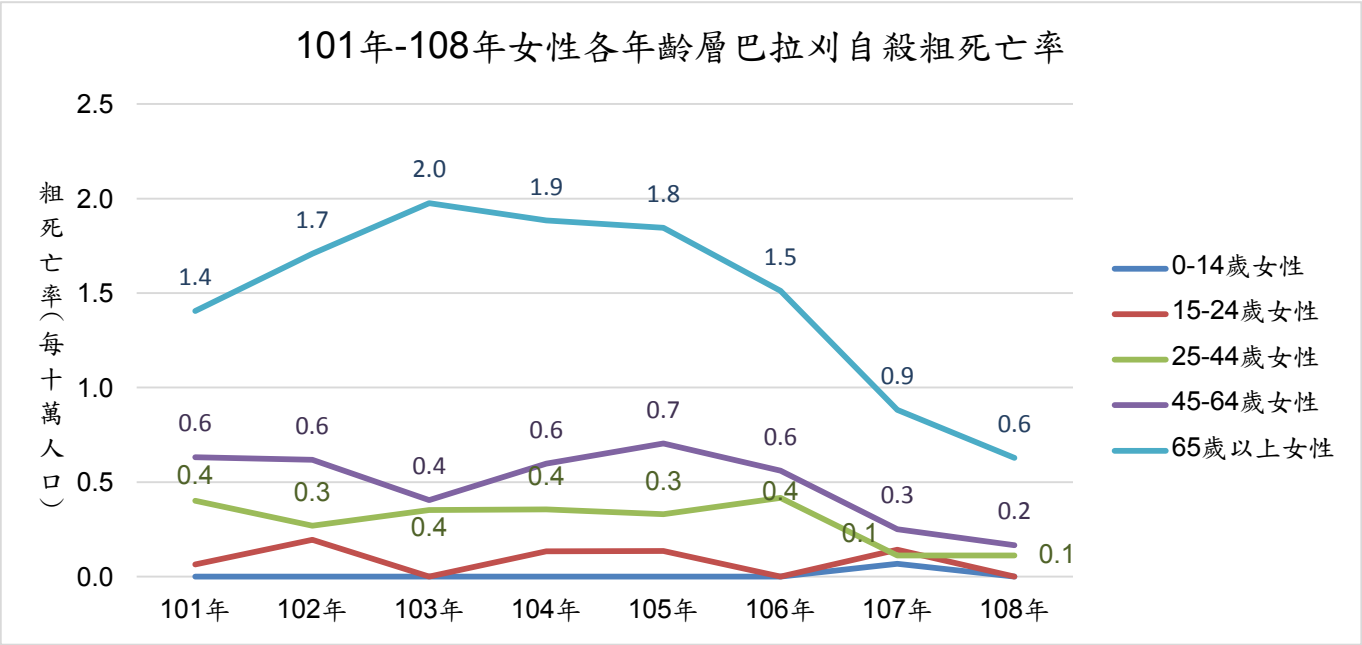


圖 3-4-4、101 年-108 年女性各年齡層巴拉刈自殺粗死亡率

107 年-109 年巴拉刈自殺企圖通報人次之各月趨勢來看，各月間通報人次雖有高低起伏，但整體而言 109 年自殺通報人次相較於 107 年及 108 年有明顯下降。(如圖 3-4-5)

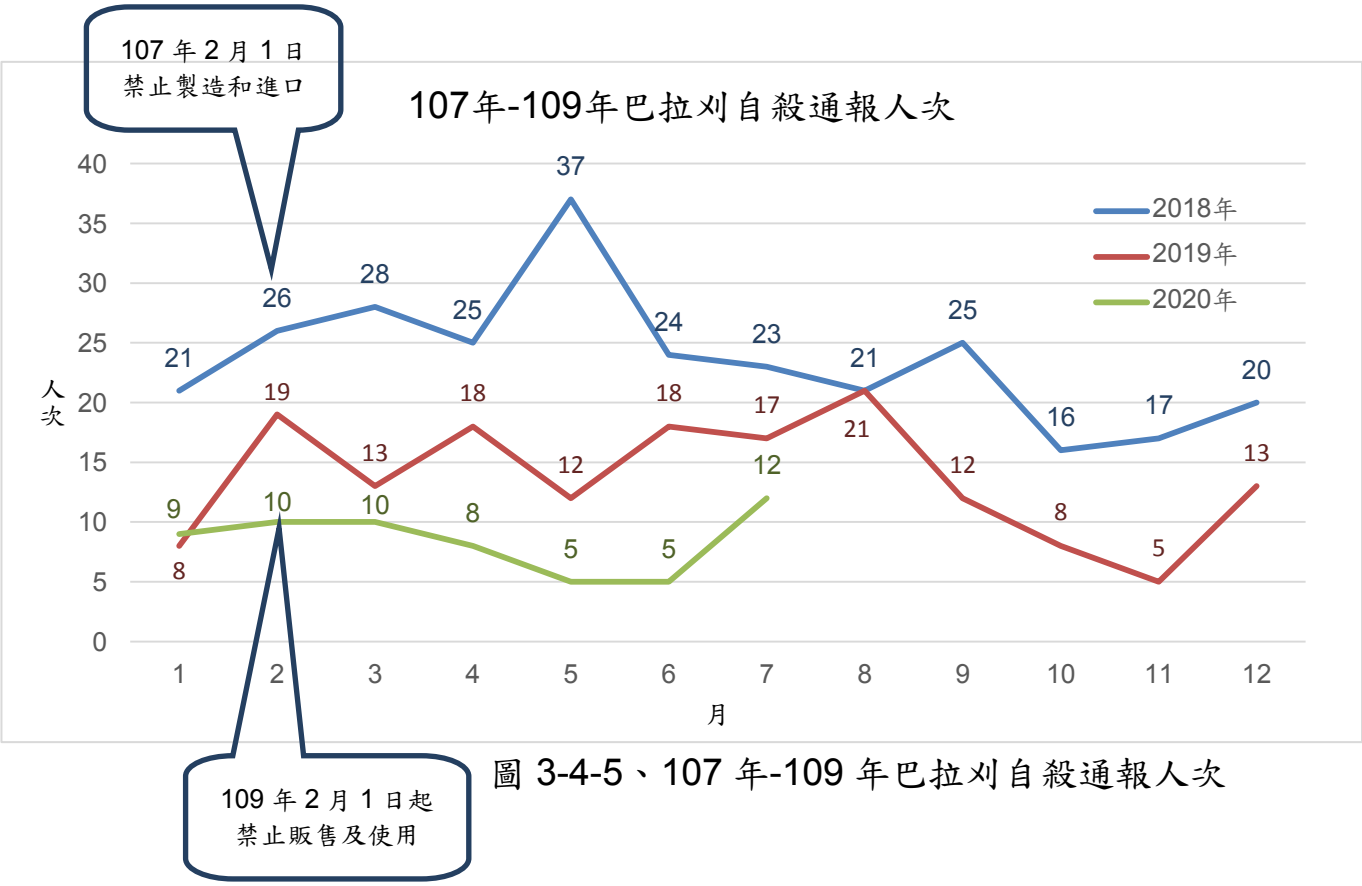


圖 3-4-5、107 年-109 年巴拉刈自殺通報人次

2)推論分析結果

為更深入探討巴拉刈禁用政策對自殺防治之成效，下述分析係參考 Suicide prevention through means restriction:Impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka 文章之分析方式，由於文章中因資料過度離散(over-dispersion)，採用負二項迴歸(Negative binomial regression)分析，但本文資料未過度離散(under-dispersed)，亦即 deviance/df 小於 1，固採用卜瓦松迴歸(Poisson regression)進行分析，探討禁用前後之相對風險值(Relative Risk,RR)，其中 101 年-107 年定義為禁用前，108 年定義為禁用後。

分析資料中，年中人口係以社會經濟資料服務平台所提供之性別、各年齡及各縣市年底人口數，並將前一年年底人口數及當年年底人口數相加除以二。巴拉刈自殺死亡以 ICD10 為 X68、Y18 及 X48 之死因，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。農藥自殺死亡以 ICD10 為 X68 之死因編碼之個案人數。全部自殺死亡人數來自於衛生福利部統計處。

將臺灣各縣市劃分為農業縣與非農業縣，根據行政院主計總處公布 104 年底臺灣各縣市農業人口數之普查結果，將各縣市農業人口數除以年中人口數所得之占比，其排名前 11 之縣市定義為農業縣，其中包含嘉義縣、雲林縣、南投縣、屏東縣、彰化縣、苗栗縣、臺東縣、宜蘭縣、臺南市、花蓮縣及新竹縣，非上述縣市則定義為非農業縣。

表3-4-1、各縣市農業人口占比排名

縣市	農業人口數	年中人口數	占比(%)	排名
新北市	55,240	3,970,644	1.39	19
臺北市	12,778	2,704,810	0.47	21
桃園市	80,190	2,105,780	3.81	15
臺中市	107,841	2,744,445	3.93	14
臺南市	162,833	1,885,541	8.64	9
高雄市	121,563	2,778,918	4.37	13
宜蘭縣	49,270	458,117	10.75	8
新竹縣	43,706	542,042	8.06	11
苗栗縣	66,697	563,912	11.83	6
彰化縣	168,739	1,289,072	13.09	5
南投縣	77,527	509,490	15.22	3

雲林縣	139,972	699,633	20.01	2
嘉義縣	105,963	519,839	20.38	1
屏東縣	122,023	841,253	14.5	4
臺東縣	26,191	222,452	11.77	7
花蓮縣	27,785	331,945	8.37	10
澎湖縣	5,859	102,304	5.73	12
基隆市	1,547	372,105	0.42	22
新竹市	10,252	434,060	2.36	18
嘉義市	9,764	270,366	3.61	16
金門縣	3,561	132,799	2.68	17
連江縣	87	12,547	0.69	20

註:農業人口數來自於行政院主計總處104年底之普查結果。

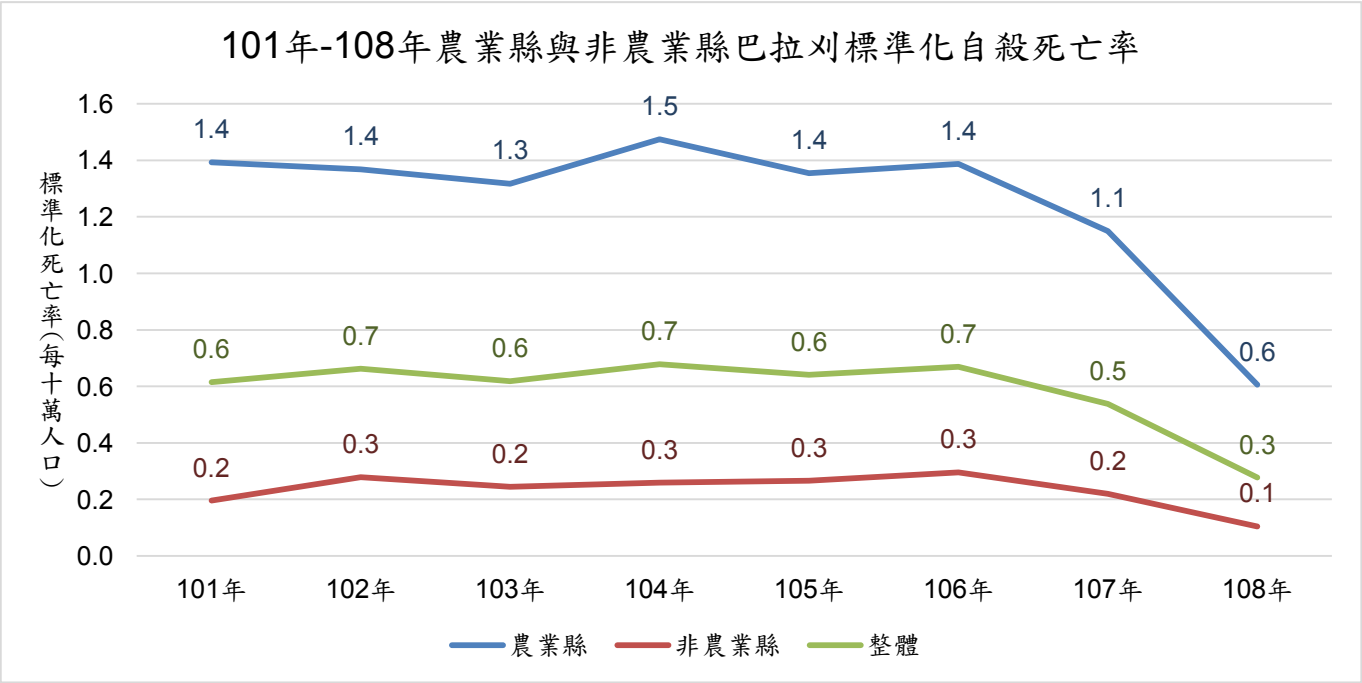


圖 3-4-6、101 年-108 年農業縣與非農業縣巴拉刈標準化自殺死亡率

卜瓦松迴歸分析中，依變項分別為，巴拉刈自殺死亡、農藥自殺死亡及全部自殺死亡，自變項採用禁用前後、年齡、性別、是否為農業縣及資料年分，offset 為年中人口數，透過調整年齡、性別、是否為農業縣、資料年份，探討巴拉刈禁用前後自殺死亡之相對風險值(Rate Ratio,RR)。

分析結果顯示禁用巴拉刈後，巴拉刈自殺死亡率為禁用前的 0.5 倍(95%CI[0.40,0.62])，農藥自殺死亡率為禁用前的0.67倍(95%CI[0.58,0.77])，而整體自殺死亡率則無顯著差異(如表 3-4-2)。顯見透過限制工具政策下，能夠有效降低巴拉刈自殺死亡率，進而影響農藥整體自殺死亡率下降。

表 3-4-2、巴拉刈禁用前用後之卜瓦松迴歸分析

	Rate Ratio	95%(CI)	p-value
巴拉刈自殺死亡	0.50	(0.40-0.62) ***	<0.0001
農藥自殺死亡	0.67	(0.58-0.77)***	<0.0001
全部殺死亡	1.0	(0.96-1.04)	0.8862

註:***p<0.0001、 **p<0.01、 *p<0.05

3) 結論

依各國針對巴拉刈禁用前後之自殺情況影響，斯里蘭卡於 2009 年至 2011 年分三年度禁用巴拉刈， 其 2011 年至 2013 年的農藥自殺率與預期自殺率的比率，由 0.97(95%CI 0.92-1.02)至 0.92(0.84-0.98)，其具顯著差異，表示具有下降，且估計減少 700 例自殺人次；而韓國自 1999 年推出巴拉刈執行計畫(PIP)，並於 2011 年 11 月取消巴拉刈的重新註冊、2012 年 10 月禁售巴拉刈，其 2011 年至 2013 年之農藥自殺的發生率下降了 49%，可見限制巴拉刈的取得對於農藥自殺率的下降具有一定成效。

臺灣歷年來巴拉刈自殺問題嚴重，民國 101-108 年以來每年平均約造成 193 人死亡，全國將近有 5.2%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。

在臺灣政府政策推動之下，整體而言，108 年相較於過去幾年，巴拉刈標準化自殺死亡率呈現大幅下降趨勢，由 101 年每十萬人口 0.9 人下降至 108 年每十萬人口 0.3 人，降幅為 50%；以性別來看，男性與女性於 108 年相較於 107 年皆呈現下降趨勢，而男性下降的幅度大於女性。

巴拉刈中毒死亡是可以避免的悲劇，而禁用巴拉刈是最有效的防治策略(張書森,2019)。透過國外文獻彙整以及臺灣農藥自殺死亡數據分析，顯見在

限制工具政策執行之下，能夠有效降低高致命性工具之自殺死亡人數。

五、 附件

附件 3-4-1、巴拉刈禁用及自殺防治之系統性文獻回顧

附件 3-4-2、各國劇毒農藥禁用情形

自殺關懷訪視員服務現況調查

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自民國 98 年起推動各縣市自殺個案關懷訪視計畫，自殺關懷訪視員此一新角色應運而生，成為國內少數專職介入服務自殺民眾的專業角色。自殺關懷訪視員為第一線工作人員，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。在訪視現場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，還可能合併多重生命議題需要處理。面對各種沉重的生命議題，若訪視員缺乏適當的支持與自我照顧能力，不僅可能影響訪視服務品質，更有可能打擊訪視員的工作信心與自我效能感。

然而在過去十年中，關懷訪視員不若醫師、護理師、社工師、心理師等專業人員，得到許多從業人員或學術單位的關注，累積許多關於工作狀態或職業倦怠等相關研究。自殺關懷訪視員每天面對自殺企圖個案或自殺者遺族等高危險族群，工作負擔極大，對身心狀態或心理耗竭是十分巨大的挑戰，惟國內針對自殺關懷訪視員工作狀況與身心狀態的研究卻相對稀少。

此外，根據自殺防治通報系統 95 年至 100 年資料分析，有接受過關懷訪視者在三年內再自殺企圖率及三年內再自殺死亡率均較未接受過關懷訪視者為低，顯示關懷訪視工作對於自殺防治之重要性，亦彰顯促進訪視員工作效能之必要性。因此，計畫透過本次調查研究，了解訪視員的工作現況與工作負擔，並作為自殺防治政策規劃之參考依據。

2. 業務目的與目標

為了解關懷訪視員之服務現況，將設計問卷調查關懷訪視員的工作負擔，並從系統資料庫撈取個案通報數據進行分析，以期作為自殺防治策略推動之重要參考。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 規劃自殺關懷訪視員服務現況調查方式。
2) 編製自殺關懷訪視員服務現況調查問卷初稿。

3) 將初稿問卷送請中心長官審閱，並確定問卷內容。
4) 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，寄送公文與各縣市衛生局說明問卷目的並轉知鼓勵訪員填寫。
5) 回收問卷統整資料進行資料分析。
6) 籌劃辦理自殺關懷訪視員焦點團體。
7) 依據問卷及團體討論內容分析結果撰寫建議。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、各關懷訪視業務承辦單位。
2) 資源連結內容及形式：公文、電子信箱聯繫、網路問卷等。

三、 過程(Process)

1. 經中心長官監督指導，決議將「6.2 自殺關懷訪視員核心能力困境及課程規畫」之核心能力調查納入整併為單一問卷，調整問卷名稱為「關懷訪視員整體工作現況調查問卷」進行調查。

2. 於 109 年上半年度研擬關懷訪視員整體工作現況調查問卷內容，於 6 月 9 日全國自殺防治中心業務會議中,提案審核問卷內容並討論問卷發放方式。問卷完成後(詳見附件 3-5-1)，將本問卷連結網址，張貼於「自殺防治通報系統」，發文各縣市衛生局，鼓勵各單位訪員填寫，自 109 年 7 月至 8 月蒐集問卷資料。

3. 自 8 月 14 日(五)至 8 月 21 日(五)招募自殺關懷訪視員焦點團體參與者，9 月 4 日(五) 下午二時於全國自殺防治中心舉辦自殺關懷訪視員焦點團體。主持人為吳佳儀副執行長、李明濱主任，與會者為 9 位第一線自殺關懷訪視員。

4. 於 9 月回收問卷調查資料，進行資料分析。

5. 統整分析結果，依結果撰寫建議。

6. 問卷設計

1) 問卷題項

針對訪視員列管在案個案數、工作壓力來源、加班情況、非訪視本職之工作量、支持系統、個案自殺造成的心理負擔及服務年資等資料進行調查。

2) 分析項目

(1) 基本資料分析

a. 填答縣市分布
b. 年資分佈
c. 教育背景

d. 專業身分

(2) 工作狀態

a. 自殺個案關懷訪視工作占所有工作量之百分比

b. 過去三個月平均「每月」加班時數

c. 支持系統及工作品質

d. 專業耗竭情形

(3) 其他資訊

a. 兩年年資為界分核心能力落實總分及各項得分之差異

四、 成果(Product)

1. 我國過去相關調查研究結果與討論

1) 依據全國自殺防治中心於 107 年至 108 年針對自殺關懷訪視員核心能力落實困境調查發現，在各項核心能力落實上自評同意或非常同意可以落實者達七成以上，其中「應用評估工具」及「評估危險因子與保護因子」兩項能力為關懷訪視員自評落實程度較高者。曾閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》或修習過中心課程者，核心能力落實總分均高於未閱讀過教育手冊或未修習過中心課程的訪員，且檢定結果顯示皆達顯著差異。完整調查研究結果，詳見「6.2 自殺關懷訪視員核心能力困境及課程規畫」章節。

2) 依據本中心所發表近五年自殺防治通報關懷年報表，顯示全國及各縣市 30 天再自殺率逐年提升(自 104 年至 108 年由 4.8%提升為 7.1%)。

3) 以上調查結果顯示七成以上關懷訪視員可落實並運用關懷訪視核心能力於個案訪視服務工作中，並且透過本中心規劃之教材可有效提升關懷訪視員之核心能力。為進一步了解訪員於實務工作中的處境，計畫透過問卷調查與焦點團體等方式，針對自殺關懷訪視員整體工作現況進行調查研究。

2. 關懷訪視員整體工作現況調查問卷分析結果

1) 本次調查對象為自殺關懷訪視員，為避免造成統計及解讀偏誤，回收問卷資料後以勾選「自殺關懷訪視員」身分之問卷為有效問卷。依據今年度中心調查現職自殺關懷訪視員或同時擔任精神疾病及自殺通報個案關懷訪視員合計共 223 員，回收有效問卷 171 份，回收率約為 77%。

2) 本問卷為自陳式量表，藉由受試者自評，分析其工作業務量以及工作中的狀態，詳見附件 3-5-2。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。

3) 教育背景方面，以「社會工作」及「諮商輔導」占率 27.5%為最多，「臨床心理」24.6%次之，「護理」23.4%第三。而在專業身分上，71.9%的訪員

「沒有」持有任何助人領域專業證照，而有 21.6%的訪員持有「護理師證照」。以年資而言，年資未滿兩年的訪員約占 50%，可見訪員的流動率稍高。年資兩年以上的訪員總分平均數高於年資未滿兩年的訪員，檢定結果顯示，兩者已達顯著差異(p<.05)，即年資兩年以上訪員對於自己核心能力落實信心顯著高於年資未滿兩年者。針對每項核心能力進行統計比較，顯示過半數核心能力達到顯著，即年資兩年以上訪員在多項核心能力落實信心上皆顯著高於未滿兩年訪員。由此推論，經驗累積對訪員的工作能力培養有明顯影響。

4) 自殺關懷訪視員的工作量調查中，關懷訪視工作之百分比越高，代表在關懷訪視業務外還需負責的其他業務越少；百分比越低，代表在關懷訪視業務外還需負責的其他業務越多。調查結果顯示高達 88.3%的訪員在自殺關懷訪視業務外還需負責執行其他業務，包括自殺關懷訪視相關行政業務、社區精神個案關懷訪視或非關懷訪視之其他行政業務等，有 28.7%的訪員甚至需挪用一半以上的工作時間去負責前述業務。調查過去三個月平均加班時數顯示，有 91.2%的訪員每月加班時數在 20 小時以內，另有少部分訪員每月需加班 46 小時以上(46 小時亦為勞動基準法之每月加班時數上限)。詳如「表 3-5-1、自殺個案關懷訪視工作占所有工作量之百分比」、「表 3-5-2、過去三個月平均每月加班時數」所示。

表3-5-1、自殺個案關懷訪視工作占所有工作量之百分比

工作量百分比	人數	占率(%)	累積百分比(%)
0 - 10	13	7.6	7.6
11 - 20	3	1.8	9.4
21 - 30	12	7.0	16.4
31 - 40	2	1.2	17.5
41 - 50	19	11.1	28.7
51 - 60	18	10.5	39.2
61 - 70	37	21.6	60.8
71 - 80	26	15.2	76.0
81 - 90	21	12.3	88.3
91 - 100	20	11.7	100.0
總計	171	100.0	100.0

表3-5-2、過去三個月平均每月加班時數

小時	人數	占率(%)	累積百分比(%)

0 - 5	84	49.1	49.1
6 - 10	38	22.2	71.3
11 - 15	12	7.0	78.4
16 - 20	22	12.9	91.2
21 - 25	3	1.8	93.0
26 - 30	5	2.9	95.9
31 - 35	2	1.2	97.1
36 - 40	2	1.2	98.2
41 - 45	0	0.0	98.2
46 - 50	2	1.2	99.4
51 - 55	0	0.0	99.4
56 - 60	1	0.6	100.0
總計	171	100.0	100.0

5) 在支持系統及工作品質方面，60%以上的訪員自認可以在自殺關懷訪視工作中安頓好自己的情緒、肯定自我的工作能力與工作價值、接納自己的能力有所限制，並且可以在同儕幫助下度過工作的壓力。另方面只有 48%的訪員同意工作單位能夠幫助自己處理因個案自殺死亡所受到的衝擊，以及46%的訪員同意督導能夠幫助自己調整工作中的負面狀態。顯示多數訪員在工作中有不錯的自我狀態調整能力，而來自於工作單位或督導的協助則可望加強改善。詳如「表 3-5-3、支持系統及工作品質各點量得分百分比」所示。

表 3-5-3、支持系統及工作品質各點量得分百分比

選項	非常不同意		不同意		普通		同意		非常同意	
工作現況	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. 我能在工作中安頓好自己的情緒	2	1.2	16	9.4	38	22.2	84	49.1	31	18.1
2. 我能夠肯定自我的工作能力與工作價值	3	1.8	15	8.8	43	25.1	69	40.4	41	24.0
12. 我的工作單位能夠幫助我處理我	20	11.7	23	13.5	45	26.3	59	34.5	24	14.0

在工作中所受到的上述衝擊[註]										
13. 我的督導能夠幫助我調整工作中的負面狀態	21	12.3	14	8.2	57	33.3	53	31.0	26	15.2
14. 我的同儕能夠幫助我度過工作的壓力	5	2.9	5	2.9	33	19.3	70	40.9	58	33.9
15. 我能夠接納自己的能力是有限制的	3	1.8	6	3.5	22	12.9	71	41.5	69	40.4

註：此處所述「衝擊」為第 11 題「我曾服務過的個案因再次自殺而死亡，這讓我很受衝擊」

6) 在專業耗竭情形方面，超過 50%的訪員表示過去三個月的案量負荷過大，且認為關懷訪視外的其他業務對工作形成干擾。有 43.3%的訪員同意在處理拒訪個案上飽受壓力，並有多數意見反映「拒訪個案結案標準過高」、「處遇拒訪個案易引起挫折或耗竭」、「拒訪個案建立關係困難」等，足見訪員訪視拒訪個案的困難。另外約 44%的訪員自覺在這份工作中感到無力感、約 27%的訪員反映自己在這份工作中漸漸變的麻木冷漠，以及 31%的訪員自陳在這份工作上快要撐不下去。調查結果顯示過半數的訪員感到工作負荷沉重，且有二至四成的訪員開始出現專業耗竭情形。詳如「表 3-5-4、專業耗竭情形各點量得分百分比」所示。

表 3-5-4、專業耗竭情形各點量得分百分比

選項	非常不同意		不同意		普通		同意		非常同意	
工作現況	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3. 我難以開口與個案談論自殺議題	85	49.7	49	28.7	27	15.8	7	4.1	3	1.8
4. 過去三個月我的案量負荷過大	12	7.0	16	9.4	45	26.3	44	25.7	54	31.6
5. 關懷訪視工作外的其他業務對我的工作形成干擾	12	7.0	28	16.4	40	23.4	53	31.0	38	22.2

6. 處理拒訪個案讓我飽受壓力	16	9.4	34	19.9	47	27.5	34	19.9	40	23.4
7. 我不願意接到有複雜議題的個案	27	15.8	36	21.1	60	35.1	29	17.0	19	11.1
8. 這份工作讓我有種無力感	16	9.4	30	17.5	50	29.2	54	31.6	21	12.3
9. 從事這份工作後，我覺得自己漸漸變的麻木冷漠	36	21.1	44	25.7	46	26.9	35	20.5	10	5.8
10. 我覺得我在這份工作上快要撐不下去了	45	26.3	39	22.8	53	31.0	26	15.2	8	4.7
11. 我曾服務過的個案因再次自殺而死亡，這讓我很受衝擊	45	26.3	39	22.8	42	24.6	32	18.7	13	7.6

3. 自殺關懷訪視員焦點團體分析結果

1) 為了解關懷訪視員在實務工作中的困難，中心於 9 月 4 日(五) 下午二時，於全國自殺防治中心舉辦自殺關懷訪視員焦點團體。主題為工作困境與教育訓練需求，透過訪員經驗談進行分析。

2) 關懷訪視之實務現況

在實務現況方面，依據訪員實際工作經歷與意見，整理以下三點共同意見：

(1) 溝通訓練與關係建立

a. “我都是在**做中學**，以前真的很菜，連自己的電話都留給個案過....殊不知其實還是會被打爆，因為一部分是自傷那種 PD，他無聊就一直在吵你...最合適的方法是跟她說晚上打 1925、白天再跟我聯絡”(A 訪員)

b. “...如果護理進到這一個關懷員的工作部分，除了聯繫的部分，再來就是人脈，我覺得**人脈最重要**。如果你對這個地區的鄰里長熟悉的話，你可以知道這些特性或是人口的分布特徵，才有辦法進到他們的視線裡面，才會看得到你的關懷。”(E 訪員)

c. “以我自己來說，比較大的，比較特別的經驗，遇到一個他是說有人格分裂的一個個案。...我們也只是透過書本還是甚麼來去獲得甚麼，可是實務上卻是增加很多，說未來如果還要從事相關領域的時候的一個**經驗累**

積。 ”(H 訪員)

(2) 教育訓練之需求

a. “在後續教育訓練我們是不是就把，針對**藥酒癮**這種個案，他後續一些處置的方式。讓警政來講也沒有關係，讓我知道說，比方說他違反幾次就可以把弄去關” (A 訪員)

b. “…我覺得初階的部分多開一些關訪員**身心調整**的部分，因為初階還是最希望可以把人留住，畢竟工作流動率蠻高的…"(B 訪員)

c. “就是**實務**的部分，實務的部分就是直接分享他怎麼去跟這些個案做一個接觸，大概接觸的點重要的點是在哪邊這樣子。 ” (B 訪員)

d. “我會覺得說其實初階跟進階，其實都是關於一些知識上的學習啦，並不是有這麼大的差別。那對於初階的訪員來說…就是會教你說如果個案在回應你，會怎麼回應這樣子…對於進階的訪員們其實主要去在這份工作上，**其實都是靠自己的經驗**…。”(C 訪員)

e. “對我來說比較有意義的是**實質的講座**，或者是一些研討會，或者是一些可能工作坊，或者是一些面對面的交談，我覺得比較，對我來說印象會比較深刻。” (D 訪員)

f. “我記得在一年半之後好像有開竅了一些東西，那跟我當初一進來的那種狀況是差很多的…做這份工作常常要去思考死亡這件事情對我們的意義，…這種比較**靈性上的討論**是比較少的，我覺得這是蠻可惜的部份。”(D 訪員)

g. “確實在教育訓練上，我的經驗是**一線訪員互相交流時收穫比較大**…我想對於專家學者來講，講課真的就是講課，把它知識整理得很清楚然後教導聽者…知識傳達我覺得是重要的，但是它對我們實務，到了入家之後、電訪時，那個幫助我覺得就是會有落差…”(F 訪員)

h. “進階的課程**大部分的收穫都是來自於跟不同縣市的訪員來做討論**的時候，我覺得那個討論其實對於訪員端我覺得還是不錯的，因為可以知道各縣市不同的訪員他會怎麼去切入這個角度去作探討。 ”(H 訪員)

(3) 督導制度

a. “院內督導每個禮拜會有結案會議...在結案會議之前也會進行 30 分鐘到一小時困難個案的提報…原本一個月有八次，現在變成一個月六次，因為**衛生局經費不足**，不夠再聘更多的督導，結案會議的時間減少….”(D 訪員)

b. “通常督導在給建議時我們都會做個釐清…**督導並不會進行後續追蹤的部分**，剩下的部分就是我們自己去追蹤…大部分都是回到自己，怎麼去

執行那些建議，要不然就結案，或是服務期滿就結束”(D 訪員)

c. “我們這個心理師督導也是每一年要標案的時候去報告的人，所以他其實對我們的關懷訪視計畫工作是非常的了解…我們會先報告，那我們有漏掉的部分他都會提出來。那如果說，都有做到，那他也不會特別講什麼，可是如果沒有做到他會特別提醒。”(G 訪員)

3) 關懷訪視之實務挑戰

在 9 名第一線自殺關懷訪視員的討論與分享中，整理出以下四點實務挑戰：

(1) 職場困境

a. “我目前遇到最大的困難就是自殺個案，當他風險很高可是送到醫院去，他**不符合強制住院**…可是強制住院背後有但書，有怪異思考還要有兩位醫師背書，實務上面就有困難!”(A 訪員)

b. “我們在實務上所遇到的狀況啊，其實都是一些家庭支持比較薄弱的個案…他們在運用一些社會福利資源的時候，他們就是邊緣。所以你會覺得說在服務的時候，你除了關懷之外，你能夠提供更大的**資源還是什麼，其實都很有限制**的…其實個案也是不斷的…重複自殺的個案這樣，或者是毒癮的個案這樣…可能過沒有多久又不斷進來，可能會比較會有點**無力感**這樣子。”(C 訪員)

c. “這份工作面臨到最難的地方是我們沒有醫護的團隊，所以我們都是在**單打獨鬥**…我們在 boundary 的部分沒有做好界線的話我們會 burnout。所以有時候我們對個案的關心其實並不是足不足來形容，而是你的 boundary 到哪，你可以給個案甚麼，就只有到這邊而已…當我們把他內心深處的東西挖出來的時候，我們也處理不了，所以還是只能回到醫療團隊裡面去，所以我覺得自殺關懷就是一種單打獨鬥的工作。”(E 訪員)

d. “整體來說，會影響到訪員的部分是**薪資結構及工作的樣態**，一年一聘的計畫經費就是這麼多…而這個薪資結構一直都沒有變，從去年開始才有累積年資這件事，但今年又聽說心衛社工進來，自殺業務劃分出去，經費又被砍了，不知道未來訪視員**這個工作被看重的程度有多少**…我覺得對工作者來講，有些工作者願意多做一點，當然剩下可能很多工作者因為**案量很大**，像我案量七、八十，然後又有訪視兩週的要求，前陣子又計畫調整一週一次，電話就打不完了，要做銜接、直接服務會沒時間。”(F 訪員)

e. “**主要還是看案量的部份**…如果以我現階段手上的量大概是七十幾、八十…比較早期我們有作自殺風險性比較低的個案，我們是先由公衛端進行介入，訪員端可能是介入比較高危的個案，那個時期訪員的案量大概

是二、三十，那時候對整體個案服務的品質，我是覺得比較理想的…很多時候是我們訪視員很想多做些什麼…可是我們的**時間還是有限**…但實務上我們必須要就只能知道說哪些類型的個案就只能作到哪裡，或者是沒辦法做到我們所期待的一個狀況。”(H 訪員)

(2) 實務需求

a. “到社區去，有很多時候是要**跟其他網絡單位工作**，包括要幫你護送的警消，你要怎麼說服他們，幫你把這個人用強制護送帶到醫院去…因為員警他們的困難就是說，他們也沒辦法評估說這個人可不可以送…這樣會不會有疑義阿，所以你要想辦法說服他…實務上的話，我工作是比較實務工作者吧，真的很多都是在摸索，怎麼搞那些護送就醫還是什麼的。”(A 訪員)

b. “…大部分都是請專家學者來講課，但是很多人都不知道我們關懷訪視員到底在做什麼，所以我覺得比起請到這些比較專業的教育訓練，倒不如開點這樣的團體…其實就可以**從大家的經驗當中學到些東西**，讓自己可以用。 ”(B 訪員)

c. “除了自殺關懷訪視員會介入之外，衛生局還有一個毒防局的個管師在介入…我們兩個就是可能是在**共訪**這個個案，然後個案到底搞不搞得清楚，我們都是衛生局，為什麼一下是你一下是我這樣。…我們會先連絡好之後，再一起討論要怎樣協助他這樣”(C 訪員)

d. “我很慶幸有支持我的家人和女朋友，也很努力在討論研究且學習如何去做這份工作，我也滿認同這份工作的，下班後也會和相關領域的朋友或督導討論業務，有不同意見的交流，總歸來說，怎麼去看你自己會對這份工作有很大的影響。”(D 訪員)

e. “就是攜子自殺的這些**經驗分享**，我覺得是相當好的…就是說進階課程是不是有一些經驗分享。”(E 訪員)

f. “往往最直接對我們來講，就是問一個資深訪員” 如果是這樣你都怎麼做” ，這些才是真的很有用的知識，我覺得這方面的知識或許是蠻值得累積或交流的，也包含調適工作壓力或者是支持，有機會**讓工作者間可以去做交流，或是互相的排解我覺得效果滿好的**。 ”(F 訪員)

g. “我跟同事大部分都是進來一段時間了，我們一直以來有時候覺得壓力太大都是**互相支持**一下。然後我覺得很多時候如果以訪員的工作的話確實要有，就是同事間的關係比較完善的話，你也比較好去面對工作上帶給你的壓力，去處理這些壓力。”(H 訪員)

(3) 時間不足無法接受線上課程

a. “我們**很難再挪出其他時間點**上這些課程....除非有些對我來說比較有意義的是實質的講座，或是一些研討會、工作坊，或是面對面的交談，我覺得印象會比較深刻...”(D 訪員)

b. “因為我們**案量平常真的很大**，我工作都滿滿的，真的沒有時間再看那個東西(指數位學習)....要能設一個案量上限”(F 訪員)

(4) 擴大通報的隱憂

a. “...他們做通報只能行為通報，勢必通報進來還是訪員端做介入，後續學校其實有安排心理師或有做介入輔導的來看，但擴大通報後勢必又要再做一次通報...我覺得**資源是一直再重複消耗**”(H 訪員)

4. 結果討論與建議

1) 經由本次焦點團體，不僅了解訪員工作現況，也彙整出第一線人員目前的工作需求與未來展望，首先是聘任與工作制度面之改善，包括案量、督導制度、經費等；其次增加以互動交流為主的教育訓練課程，如同儕討論、實務工作坊等；第三在實務工作流程的溝通須強化，諸如強制住院作法、跨網絡共訪、個案溝通方式等；最後是資源有效利用，包含教育訓練、主責人員配置、意念/企圖個案之分流處遇等。

2) 參考本次調查結果，許多現職關懷訪視員年資與實務經驗的累積，對於關懷訪視工作有很大的影響，認為接受資深訪員的經驗分享與交流更有助於自身專業知能的培養，並且期待開設身心調整相關課程，幫助訪員調適工作壓力，以增加留任意願。建議中心或各衛生局處未來可考慮增加以實務教學、互動交流為主軸之線上課程(如同儕討論、實務工作坊等)，強化訪視員之間的經驗分享與傳承。

3) 針對拒訪個案的處遇困境，可透過修訂「自殺個案通報後關懷作業流程」及「結案標準表」，調整自殺個案訪視及結案處理原則，以貼近訪員實務情況且確保個案的權益。關懷作業流程及結案標準修訂相關說明，詳見「6.1 建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度」章節。

五、 附件

附件 3-5-1、關懷訪視員整體工作現況調查問卷

附件 3-5-2、自殺關懷訪視員整體工作現況調查問卷分析

肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

計畫執行成果檢核表

(期間：109年1月1日至109年11月30日)

(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估

工作項目 (依照 109 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
1. 配合自殺防治法第9條第1項規定，於109年2月14日前，提報全國自殺防治綱領（草案），及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。	依規定執行完成 詳見4.1章節
2. 依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製108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，並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4.2章節
3. 依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定自殺關懷訪視個案再自殺率與自殺死亡率3年移動平均呈現上升趨勢，以及截至109年6月30日自殺死亡人數初步數據較108年同時段上升幅度較高之6縣市，辦理109年度自殺防治互動式輔導訪查，辦理內容建議如下。 **(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4.3章節
4. 依據自殺防治法第9條第2項第7款規定，結合教育部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會及本部附屬醫療及社會福利機構管理會等，分階段先行推動公立醫療機構病人自殺防治工作，以及進行監督及溝通輔導。	依規定執行完成 詳見4.4章節
5. 依據自殺防治法第9條第2項第8款規定，協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制，並辦理下列事項。 **(1)** 編製「媒體報導自殺事件指引」電子書，並發送予平面、電子、網路社群媒體業者、國家通訊傳播委員會，及文化部參考。	依規定執行完成 詳見4.5章節
(2) 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4.7、4.8章節

(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。	依規定執行完成 詳見4.6章節
6. 運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，並透過與民間團體合作，提升民眾對自殺防治認知。	依規定執行完成 詳見4.9章節
7. 針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清，以避免模仿效應。	依規定執行完成 詳見4.6章節
8. 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4.7章節
9. 配合自殺防治法第12條規定，辦理下列工作： **(1)** 於109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。 **(2)** 建立木炭製造、販售商名冊，供本部函送經濟部，請該部協助周知相關業者配合於木炭外包裝標示珍愛生命標語及1925安心專線等資訊。	依規定執行完成 詳見4.10章節
10. 依「自殺防治法」及行政院核定之「全國自殺防治綱領」，重新檢視並修訂「政府跨部會自殺防治手冊」，於彙整各部會修正意見後，印製發送中央各部會及各地方政府參考運用。	依規定執行完成 詳見4.11章節
11. 於109年6月30日前，召集公部門及自殺防治專家學者共同研議，擬訂「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書1份。	依規定執行完成 詳見4.12章節

提報全國自殺防治綱領(草案)

一、背景 (Context)

此項目乃依 109 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目：「**配合自殺防治法第 9 條第 1 項規定，於 109 年 2 月 14 日前，提報全國自殺防治綱領（草案），及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。**」辦理。自殺防治法第 9 條第 1 項規定：中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領，報行政院後實施。全國自殺防治綱領為落實自殺防治相關法令之基礎，從而進一步形成因地制宜之自殺防治策略、具體可行之自殺防治方案及自殺防治計畫。

本次提報之全國自殺防治綱領草案邀集自殺防治領域專家學者，根據自殺防治法、自殺死亡與自殺企圖通報數據、中央及地方自殺防治策略及執行情況，編寫綱領內容，做為各級政府機關(構)、學校、法人、團體及社會各界提出有效自殺防治策略、計畫、方案，投入防治資源並實際執行之參考。草案內容包括自殺防治現況及趨勢分析、自殺防治衝擊及挑戰、願景及目標、策略、政府機關權責分工及協調以及後續推動。

二、 輸入 (Input)

1. 資料蒐集

1) 歷年「全國自殺防治中心計畫案」執行項目。

2) 國內外自殺防治策略及自殺防治相關資料。

2. 執行步驟與方法

1) 蒐集並彙整資料後，召開專家會議。

2) 中心同仁及專家學者共同討論並撰寫草案內容。

3) 提報草案予衛生福利部。

三、 過程 (Process)

1. 由全國自殺防治中心同仁蒐集相關資料，包含歷年「全國自殺防治中心計畫案」需求書項目及成果報告內容、中心編著之自殺防治系列手冊 33：政府跨部會自殺防治手冊及衛生福利部提供之全國自殺防治策略與因地制宜因應措施。
2. 蒐集國內外自殺防治策略及自殺防治相關資料，含美國、英國、瑞典、日本等國自殺防治策略及世界衛生組織(WHO)針對自殺防治文件。
3. 召開專家會議，於會議中討論草案之架構、各項內容、分工撰寫方式，根據前項會議決議，由中心同仁及專家學者共同討論並撰寫草案內容。
4. 彙整各章節內容並經計畫主持人確認無誤後於 2 月 14 日前提報衛生福利部。
5. 依據 9 月 26 日衛部心字第 1091762117 號函，修改「全國自殺防治綱領(草案)」。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

提報全國自殺防治綱領草案一份，內容摘要如下：

1) 自殺防治現況及趨勢分析

內容記載全世界及我國自殺現況及整體環境變遷，並回顧我國自建立全國自殺企圖者通報系統以來進行通報後關懷訪視的成效；除此之外，針對高致命性工具之巴拉刈，已於民國 107 年禁止加工及輸入，隨後於 109 年禁止分裝、販賣及使用。整體而言，我國自殺防治工作之推行與心理衛生體系以及社會安全體系功能之充分發揮密切相關，針對多層面高風險個案需促進各種網絡間功能性連結，提供完整且持續之關懷服務。

2) 自殺防治之衝擊及挑戰

此部份內容分為多項不同議題，包含兩性議題、兒童及青少年與校園議題、中壯年與職場議題、老年議題、精神疾患議題及網際網路議題，針對不同議題列出自殺現況，並同時提出危險因子及須精進的自殺防治工作。

因應各類自殺議題及自殺行為之特性，世界各國自殺防治，均可遭遇如下五種困境:(1)目前仍無法非常有效地區辨「相對少數的自殺死亡個案」與「相對多數之偽陽性個案」;(2)仍有相當高比例「偽陰性個案」無法被自殺防治體系偵測;(3)醫療及社會服務輸送仍無法觸及許多潛在高風險個案;(4)仍需進一步努力將有關自殺行為之生物、心理、社會、文化等實證研究資料應用於不同族群之自殺防治工作；(5)自殺防治相關體系及有關單位之垂直與水平整合仍有進步空間。

3) 願景及目標

確立全國自殺防治綱領願景兩點，第一點為成為沒有自殺的國家；第二點為持續改善全國國民的生活品質、心理健康與社會福祉。擬定長期目標及 20 項特定目標，長期目標為「民國 119 年前降低國人自殺死亡率 20%。」;特定目標則包含從體制面擬定國家自殺防治各面向議題及策略、推動地方因地制宜自殺防治策略、強化社會安全網、建立 24 小時自殺危險因應系統、加強與媒體聯繫互動、以實證研究建立自殺防治成效評估指標、加強高風險族群的辨別、加強個人及社會資源並創造支持性環境、降低汙名化及珍愛生命守門人訓練等涵蓋三大策略之特定目標。

4) 策略

(1) 預防再自殺行為之發生
(2) 創造支持自殺親友(遺族)的環境
(3) 健全精神醫療服務與施行高風險群之評估、篩檢及轉介
(4) 培養及精進自殺防治人力資源
(5) 降低整體社會的自殺風險
(6) 推行兒童及青少年的自殺防治策略
(7) 針對工作問題的自殺防治策略
(8) 減少高致命性自殺工具(方法)之可近性
(9) 導正廣播、電視、媒體及社群媒體等報導
(10) 加強民眾教育與自殺去汙名化

(11) 促進社會大眾心理健康
(12) 創造促進心理健康的環境
(13) 強化與自殺防治相關團體、組織的合作
(14) 以實證研究為基礎制定防治策略

5) 政府機關權責分工及協調

國家自殺防治工作須以多層面介入，協同各層級及各領域之運作方收實效，故政府機關行政單位是以中央與地方垂直整合為核心，由中央召開跨部會自殺防治諮詢會推動、支援、協調及整合各部門自殺防治工作，形成共識方向，俾指導所屬權責機關研擬及規劃自殺防治計畫，進一步提升地方政府跨局處、跨單位落實因地制宜之自殺防治方案之效能。

草案中針對各部會主責業務進行自殺防治工作權責分工，如表 4-1-1 所示。

表 4-1-1、各部會自殺防治工作權責分工

部會	權責分工
內政部	(1) 強化居住環境之安全以避免自殺事件發生
	(2) 強化警消系統自殺危機因應能力、跨單位之合作連繫及後續媒體訊息溝通
	(3) 促進新移民之心理衛生及自殺防治相關知識宣導
教育部	(1) 建構學童安全上課環境，並促進跨單位合作
	(2) 深化教職員、諮商或輔導專業師資之自殺防治基本知能及因應能力
	(3) 加強學童情感、生命教育及問題因應能力
	(4) 提升學校及學生相關人員之自殺防治相關知識
	(5) 完善並維護學生自殺通報系統及後續處置、聯繫
國防部	(1) 提升軍官將領之心理衛生及自殺防治知能宣導
	(2) 針對軍事機構內自殺高風險者，建立完善保護制度及轉介、治療流程
	(3) 確保軍事機構內之求助管道暢通
法務部	(1) 強化矯正機關之保護安全措施及制度，並確保求助管道暢通
	(2) 發展心理衛生相關教育課程以提升矯正機關人員之心理衛生素養

衛生福利部	(1)	針對各級地方衛生及社會福利機關進行業務指導、監督和協調
	(2)	持續整合併精進跨部會服務體系
	(3)	管控自殺防治通報系統，精進整體運作功能
	(4)	推廣「心情溫度計」及心理衛生資源並提倡心理衛生知能
	(5)	持續推動自殺者親友(遺族)關懷活動
	(6)	持續強化醫療院所及第一線人員自殺防治專業知能及服務品質
	(7)	規劃全國性自殺防治策略並定期檢討效益
	(8)	統籌並適當分配自殺防治資源於高風險地區
經濟部	(1)	協助、輔導廠商管理高致命性自殺工具之販售並對之宣導自殺防治
	(2)	提升商家、廠商之員工自殺防治相關知能
	(3)	強化國內水域設施之安全防護以避免自殺事件發生
交通部	(1)	強化交通設施、大眾運輸交通工具、道路及橋梁安全性及其管理措施以防止自殺行為發生
	(2)	強化觀光景點之安全性及其管理措施，並針對觀光景點業者提升自殺防治相關知能
勞動部	(1)	提倡勞工職場心理衛生，並協助雇主提升針對勞工及工作環境設計並引入心理衛生及自殺防治相關措施
	(2)	保障心理衛生相關工作者之勞工權益及改善其工作環境
外交部	(1)	協助並鼓勵我國各公私立團體參與國內外或國際間自殺防治相關活動及交流
文化部	(1)	鼓勵心理衛生、自殺防治相關文化事業之發展
	(2)	設立監督機制防範有危害自殺防治法之文化產業內容，如影視作品及媒體報導
農業委員會	(1)	針對高致命性農藥進行管理、管制
	(2)	針對販售、農民等相關人員，持續提升之自殺防治知識
國軍退除役官兵輔導委員會	(1)	提升退役軍官將領之心理衛生及自殺防治相關知能
	(2)	強化退除役官兵對自殺議題的敏感度並落實去汙名化
原住民委員會	(1)	設立原住民心理諮商求助管道及支持團體
	(2)	配合原住民文化辦理相關活動以提升原住民整體心理衛生

國家通訊傳播委員會	(1) 強化大眾傳播媒體及自媒體報導自殺事件之新聞素養及監督 (2) 媒體識讀之培養 (3) 境外自殺訊息網站之披露管理
國家發展委員會	(1) 針對跨單位、中央地方政府相關自殺防治政策提供適當績效管理、協調機制強化 (2) 建立民眾、地方至中央等相關自殺防治政府政策溝通平臺

6)後續推動

我國自殺防治策略以思維全球化、策略國家化、行動在地化為核心，並持續分別於守門人、高風險個案之篩檢、轉介、評估、治療、限制高危險自殺工具及媒體自殺新聞媒體指引等多方面持續發展各種自殺防治策略。自殺行為係多重因素之結果，故中央政府跨部會合作、中央及地方政府之間垂直整合、以及政府與民間通力合作皆相當重要，期望藉由全國民眾的協同努力，結合各網絡人員的力量，在既有服務體系持續提供完整的關懷與照護，深化自殺防治之效能。

後續推動乃以國家級自殺防治「指標性」、「選擇性」及「全面性」三大策略架構為基礎，以實徵證據為輔，配合政府各部會層級及民間共同投入及資源及協力，進一步強化現有自殺防治策略，藉以達成119年降低我國自殺死亡人數20%之目標，持續改善國人生活品質、心理健康與社會福祉，邁向零自殺之願景。

五、附件

附件4-1-1 全國自殺防治綱領草案

編製 108 年自殺防治年報(電子書)

一、 背景 (Context)

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。

全國自殺防治中心於 108 年編製「107 年自殺防治年報」,以電子書形式提供中央部會及地方政府相關部門,報告書包含歷年自殺相關數據分析，並蒐集中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展現況，整理分析各縣市自殺防治工作，提供中央部會及地方政府相關部門，同時也將此年報放置於中心網站上提供民眾下載閱讀，作為了解各地自殺防治政策之用，達到政策透明化的目標。

今年同樣彙集 108 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「108 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 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 分析 108 年自殺死亡及通報數據。
2) 調查中央及各縣市 108 年自殺防治工作成果。
3) 整理中央及各縣市 108 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 (Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔
   (1) 資料期間：83-108 年。
   (2) 說明：於衛生福利部公布全國十大死因後，中心向衛生福利部統計處/衛生福利部衛生福利資料科學中心進行資料申請，再由研究發展組同仁前往統計處分析資料。
2) 自殺通報資料檔
   (1) 資料期間：95-108 年。
   (2) 說明：向自殺防治通報系統維護廠商申請自殺通報資料。(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 108 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 (Product)

1. 執行結果

編製自殺防治年報(電子書)，大綱內容如表 4-2-1：

表 4-2-1、自殺防治年報大綱

目錄	說明
序	
一、衛生福利部部長序	
二、台灣自殺防治學會理事長序	
臺灣自殺數據分析	分析 108 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。
一、108 年自殺死亡狀況	
二、108 年自殺企圖通報狀況	
全國自殺防治策略	
一、108 年全國自殺防治工作要點	整理 108 年中央自殺防治工作成果及全國自殺防治中心業務。
二、自殺防治法立法歷程	撰文說明制定自殺防治法過程。
縣市自殺防治策略	
一、108 年各縣市自殺防治要點	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	
資源連結	提供自殺防治相關資源。
附錄	包含自殺相關數據、自殺防治法條文、施行細則。

依照大綱編寫自殺防治年報內容，並由中心資訊管理組以電子書形式進行排版，以便提供衛生福利部及各縣市政府衛生局，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；同時也將此年報放置於中心網站上提供民眾下載閱讀，作為了解各地自殺防治政策之用，達到政策透明化的目標。

2. 結論

今年所編製的年報為第二期，因此在內容編排上不重複介紹歷年自殺相關數據，改以呈現 108 年三讀通過並施行之自殺防治法，其相關的立法歷程，藉以回顧這部由衛生福利部及各方專家努力已久才得以通過的重要法案，期盼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。

藉由年報的編製及呈現，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；各縣市自殺防治要點的整理，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 4-2-1、108 年自殺防治年報(電子書)

附件 4-2-2、108 年自殺防治年報電子檔(word 檔)

自殺防治互動式輔導訪查

一、 背景(Context)

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，過去全國自殺防治中心參與各縣市自殺防治業務輔導訪查累積經驗發現：各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。自殺防治業務之不確定性與民意壓力，除仰賴地方政府相關局處首長之優質領導力加以克服外，中央主管機關應由執行督導考核逐步轉型為協助地方政府有效蒐集資料。

本中心民國 108 年以自殺標準化死亡率之三年移動平均及 108 年 1-2 月初步自殺死亡人數較 107 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。訪查中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。

今年將依據衛生福利部 108 年度自殺死亡統計發布之結果，以「自殺死亡率 3 年移動平均」、「108 年自殺通報個案再自殺率」及「至 109 年 6 月 30 日自殺死亡人數初步數據較 108 年同時段」比較分析，選定排序較高之六縣市，由中心偕衛福部辦理自殺防治互動式輔導訪查。

訪查將邀請縣市自殺防治網絡相關單位、精神醫療網核心醫院代表、責任醫院代表等人員參與，辦理內容包含：(1)縣市自殺通報及自殺死亡數據統計分析報告，提出受訪縣市具體之降低自殺率方案；(2)協助加強受訪查縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值；(3)需依各縣市需求進行專案討論。此外，視六縣市之需求，將不定期增加實地輔導訪查次數，以加強縣市自殺防治跨專業團隊之連結，並建立適當之評估工具，提供後續追蹤與滿意度評值。

二、 輸入(Input)

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，依自殺關懷訪視個案再自殺率、自殺標準化死亡率三年移動平均以及 109 年 1 月初步自殺死亡人數較 108 年 1 月自殺死亡人數上升幅度排序較高之 6 縣市，經本中心業務會議討論擇定高雄市、新竹縣、苗栗縣、基隆市、新竹市、嘉義市為今年面訪之縣市；另高序位離島地區連江縣、金門縣列為關懷名單，改採非面訪形式會議。

其中苗栗縣雖然以三年移動平均及再自殺率觀察，增幅較低，但以 108 年自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率來看，上升幅度皆超過 15%，因此特別選擇苗栗縣做為輔導訪查縣市之一。

2) 各縣市擇定依據數據詳如下列：

(1) 高雄市

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	3.5	7
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	3.1	9
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	7.1	7
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	-17.1	10

(2) 新竹縣

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	9.0	4
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	8.6	3
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	5.9	16
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	60.0	2

(3) 苗栗縣

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	1.7	12
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	0.7	11
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	3.6	21
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	0	7

(4) 基隆市

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	9.3	3
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	12.0	1
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	5.2	20
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	16.7	6

(5) 新竹市

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	7.0	6
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	7.3	4
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	9.0	3
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	-57.1	19

(6) 嘉義市

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	7.3	5
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	6.8	5
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	6.2	14
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	133.3	1

(7) 金門縣(關懷名單，非面訪)

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	11.0	2
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	5.5	7
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	9.5	2
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	-100.0	21

(8) 連江縣(關懷名單，非面訪)

項目	(%)	排序(全國)
自殺粗死亡率三年移動平均增減幅	13.9	1
標準化自殺死亡率三年移動平均增減幅	10.2	2
108 年自殺通報個案 30 天內再自殺率	14.3	1
109 年 1 月與去年同期自殺死亡人數	-	-

3. 資源連結及合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、警消單位、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等。

2) 資源連結形式：面訪會議討論。

三、 過程(Process)

1. 6 月 16 日十大死因公布，本中心根據統計處提供之 108 年自殺死亡交叉表以及 109 年 1 月初步自殺死亡人數，依據衛生福利部之標準擇定高雄市、新竹縣、苗栗縣、基隆市、新竹市、嘉義市共 6 縣市，並將高序位離島地區連江縣、金門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(依訪查順序)：

日期	縣市	中心出席代表
8 月 5 日	基隆市	李明濱主任、吳佳儀理事、戴萬祥副祕書長、范凱森專員
8 月 26 日	新竹市	李明濱主任、吳佳儀理事、宋映緯專員
8 月 26 日	新竹縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、宋映緯專員
8 月 27 日	嘉義市	陳俊鶯副主任、吳佳儀理事、林家鈴專員
8 月 31 日	苗栗縣	陳俊鶯副主任、吳佳儀理事、紀佩妤專員
9 月 16 日	高雄市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、廖健鈞專員

四、 成果 (Product)

1. 本中心今年度針對六縣市製作之會議簡報預計內容結構如下：
   1) 全國自殺死亡趨勢(83-108 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、自殺方式、83-108 自殺死亡率三年移動平均)
   2) 縣市自殺死亡趨勢(83-108 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、自殺方式、83-108 自殺死亡率三年移動平均、107 年自殺死亡地圖並依自殺方式區分)
   3) 全國自殺企圖通報概況(95-108 自殺通報人次並分析性別、年齡層、自殺方式、個案特殊身分註記、再自殺率、95-108 年全國及縣市自殺通報比)
   4) 縣市自殺企圖通報概況(95-108 自殺通報人次並分析性別、年齡層、自殺方式、個案特殊身分註記、再自殺率、95-108 年全國及縣市自殺通報比)
2. 高雄市、新竹縣、苗栗縣、基隆市、新竹市及嘉義市於互動式輔導訪查中討論議題摘要如下：
   1) 高雄市：
      (1) 針對高致命性自殺方式推動相關防治策略，在禁用巴拉刈後高雄市以巴拉刈自殺死亡的人數有明顯的下降；在木炭的管制部份，今年全國自殺防治中心蒐集木炭販賣、經銷商的名冊，由衛福部行文給經濟部，請該部協助周知業者配合於外包裝標示珍愛生命標語及 1925 安心專線。溺水或高處跳下的部份會持續透過自殺防治諮詢會請各部會持續努力。
      (2) 關於學生族群自殺議題，衛福部邀集教育部積極討論學籍資料及研議是否架接校安通報系統；部分縣市接獲學生個案後，如輔導系統有介入則不開案，建議衛生局接獲通報先與學校溝通，了解彼此的需求和困境；

有些學生發生自殺行為不希望讓父母知道,建議衛生局先跟通報人聯繫，了解學生的狀況後再進行訪視。

(3) 關於擴大通報後的通報問題，自殺通報系統主要是處理自殺企圖與自殺死亡的個案為主，教育單位則分為自傷與自殺，最大不同是自殺動機是要結束自己的生命，自殺企圖者如尚未執行自殺行為，但有明確自殺計畫、已備有自殺工具或是人已在自殺場域裡均算自殺企圖者，請學校單位通報時在評估及注意，而自殺意念者仍請學校單位以輔導資源為主。系統需註冊帳號，以個人通報帳號登錄後，即可以查詢此帳號過去通報所有案件及衛生局處理流程進度，若不開案，其不開案原因也可以查詢到；目前未限制單位不能以統一窗口作通報，但是需要讓衛生單位可以聯繫到通報人。

(4) 自殺意念是否通報問題，高雄市衛生局自行統計 108 年未開案之自殺意念者有 13.43%後續通報自殺企圖、1%自殺死亡，擔心通報系統關閉意念通報後，這類個案具危險性。李明濱主任表示網絡發揮一問二應三轉介的功能，建議個案主動就醫很重要，非單純關懷。在政府經費有限下，經費只能用在緊急需關懷的自殺企圖者。詹金月科長表示目前自殺防治法第 11 條需通報之對象是指自殺企圖及自殺死亡者，故衛福部的立場為人力需投注於自殺企圖及自殺遺族較恰當。

(5) 自殺死亡地點問題,衛福部有建議法務部在屍體相驗證明加入事發地點，等待法務部研議中，也將研議自殺防治通報系統將自殺地點列為必填欄位。高雄市警察局表示會針對轄區內自殺熱點規劃加強巡邏。全國自殺防治中心李明濱主任表示針對水域的自殺防治，可參考他市經驗再因地制宜，如：臺南市的策略除了加強燈光照明、警示標語以及宣導，還有設立水域巡邏隊，由退休警察擔任志工，藉由珍愛生命概念在當地鄰里巡邏，執行此策略一年多，其溺水死亡人數確實有所下降。

(6) 媒體報導部份，衛福部希望零報導，如果需要報導也要遵循 WHO 的六不六要，尤其年輕人容易仿效，相對地也要拜託警消單位處理自殺案件時，對自殺行為人及其親友之個資應予保密，不得無故洩漏，這部分違規者有罰則。

2) 新竹縣：

(1) 針對新竹縣自殺率上升，目前已經成立自殺防治會，請專家擔任幹部，並與台大竹東醫院合作。社會處部分與衛生局緊密合作，相關個案也請衛生局給予協助。

(2) 新竹縣自殺問題複雜，環境上城鄉差距大，資源上有重疊，管理上可能

有困難，或距離可能影響個案求助意願；心口司希望可擴增心理衛生中心，心理健康資源的可近性是需要努力的方向，局端要如何擴建可以好好思考。

(3) 農藥自殺問題，使用農藥是農民栽種農作物中必要的，衛生局也有給予指導、合作，跟農民宣導正確的使用方式，農民產銷班會議或大型活動都可以與衛生局活動，避免憾事發生。巴拉刈現已禁用，但其他農藥亦有危險性，新竹縣已與農業處合作，明年會製作宣導單張，後續會將需回收之農藥直接寄回製造廠商。衛福部表示農藥問題緊迫，希望新竹縣可盡早開始進行，可考慮用農藥兌換民生用品等方式鼓勵農民回收。全國自殺防治中心認為回收後須與環保局等有關單位合作，需考慮回收後處理之配套措施，過去 5 至 10 年遇到最大的困難即是回收後之處理問題。

(4) 在自殺方式的介入方面，衛生局會廣知轄區內各大廈，與工務處合作，但並無強迫，合併教育訓練，已願意配合者為示範大廈，後續組織會將行政部門(工務處)納入，提升成效。

3) 苗栗縣：

(1) 各局處針對在執行自殺防治業務時所遇到的困難發表意見，醫院端對於藥物過量的標準與個案間的看法不一致，在進行自殺通報時會跟個案及其家屬產生糾紛。陳俊鶯副主任表示重點在於讓個案了解通報是為了什麼，通報是為了做後續的關懷，這個部分在說明上要說服個案，若無法說服，依照自殺防治法，有自殺行為還是須依法通報。

(2) 苗栗縣自殺諮詢委員會由副縣長代理主持，委員為各局處處長，對於推廣自殺防治守門員相當重視，但是在實際上運作，比較困難的部分為各單位人力較有限，成果的部分比較會是一個瓶頸，在衛政方面，目前委託給生命線來進行。

(3) 在生命線報告中，開案量高於中心通報量，可能為自殺意念通報，衛生局表示因為自殺意念者在第一時間被通報過程中，後續在轉介時，他們是拒絕或否認有自殺想法，但訪員仍需關懷訪視三個月，導致自殺意念會分散到訪員人力。陳俊鶯副主任表示可以讓關懷訪視員專心在個案上，事實上自殺防治不是非常容易進行，透過讓關訪員專心，進一步讓拒訪個案被突破，可能還是要知道拒訪背後的原因，若為自殺意念者，建議做某種程度的處理就可以，或做直接的轉介。

(4) 吳佳儀理事表示苗栗縣去年自殺死亡數據中，較重要的部份為 45-64 歲中年到老年人，細看死亡方法中，頭份市溺水居全縣之冠，溺水在苗栗

縣是一個蠻特殊的方法，是不是有一些熱點或是在方法上有地緣關係，可能頭份的人到別的地方投河，在研議自殺死亡個案的經驗當中，自殺防治上可以有更精進的做法。針對 45-64 歲族群，衛生局回應因為頭份市區人數較多，預計明年度在頭份市做一個在地化結合，用呼籲力量帶領自殺防治守門人合作，以及與在地的守望相助隊合作，並做自殺防治守門人的培訓,藉由自殺防治守門人的部分跟地區做一個在地性的合作；憂鬱量表的部分，目前有針對 65 歲以上老人做調查，以及委託本縣 18 鄉鎮市的衛生所做篩檢，大致上 1 年做 6000 份以上，目前持續收集，各鄉鎮衛生所針對高風險都有做轉介。

(5) 詹金月科長認為苗栗縣以農藥自殺死亡的防治有明顯進步，衛福部為了禁用巴拉刈跟農委會協調很久，溝通了很多年的政策，農民基本上有一定程度的反對或是一些抗爭，因為堅持走這一步，其實在巴拉刈農藥自殺這塊去年有看到其實已經下降 100 多人，苗栗這邊其實也有很大的進步。衛生局表示致命性工具從農藥、燒炭或是上升的上吊或是墜樓，相關單位包括農業處、工商以及其他很多網絡都需要協助，以往也有做過有關農藥的一些宣導合作案,包括燒炭也有跟四大超商都做過一些合作，不過這些常常都是需要長時間甚至一些數據統計分析之後，才能看到我們怎麼樣去做一些因地制宜的策略。

4) 基隆市：

(1) 針對心衛社工的職責內容以及自關員的訪視機制，衛生局表示心衛社工在社安網屬於第三大策略，特別針對精神病人合併多元議題的部份，就會由心衛社工作專案處理，自關員的部份，會依通報個案的風險程度來區分，嚴重度低的會交由衛生局的護理人員，嚴重度高的則會交由自關員來去作處理。

(2) 針對教導放鬆技巧的管道，全國自殺防治中心及衛福部網站上有許多資源放在上面，都可以善加利用；而自殺防治學會則是提倡正念呼吸法，網絡夥伴也可以集思廣益，可以推動放鬆、心理健康與自殺防治的守門人。衛福部有心快活 well-being 的網站，上面提供初級的預防，職場的部份，網站上面也有，google 搜尋就可以找的到心快活網站。

(3) 針對通報系統作業問題，目前自殺通報系統有設計可以以單位作為通報連絡人，來進行通報作業，在申請帳號時，填寫機關全銜即可；而個人的部份亦可以將通報資料匯出，而權限的開放目前僅有衛生局，由於在之前跨部會會議中，沒有部會想管理個別的帳號，後續也會針對各縣市單位作權限調整。

(4) 警察局表示自殺企圖個案其危險性難以評估，由於業務關係亦無法全天候看管個案，安置與否是相當棘手的問題。衛福部回應依照警察職權，本來就可以管束至少 24 小時，等到白天心衛中心連絡上了，再來處理也可以，另外就是說目前全國有成立一個全國精神醫療緊急處置專線，這個部份可能有相關疑似精神病人是不是要就醫，可以打這支專線，提供給警消做諮詢。

(5) 衛福部表示，通報比的部份，仍有需要提升，且過往低自殺死亡率時，通報比是高很多，所以希望藉由此次擴大通報，來提升通報案件數，且目前手機上即可以進行操作，那通報資料的詳細程度反而是一個很重要的的資訊，會影響後續衛生局的作業。

(6) 針對高危險的自殺部份，可以看到男性是死亡率比較高的群體，目前男性關懷專線因為線路調整，沒有辦法提供服務，另外一支 1925 專線是大家可以多利用的，希望各單位可以多宣傳。

5) 新竹市：

(1) 15 到 24 歲的自殺死亡率高，但人數並不多，如四月有一位 14 歲以下個案，可盤點個案就學狀況，深入了解特性，才知道如何做資源連結，後續衛福部亦希望能與教育部做資料的串接。中心表示 15-24 歲某些個案可能是軍人，目前也有在國軍內推行心情溫度計，須了解軍隊醫療體系。

(2) 新竹市身心診所增加很多，其實很多人並不會到醫院，但幾乎都會至診所。有些學生除在學校諮商中心外，亦有至診所求診，故診所是重要的一環，診所增加表示有大量需求。

(3) 全國自殺防治中心表示風險分級概念非常重要，過去無自殺行為，不代表不會自殺死亡，醫師的專業能力可針對高風險的族群進行協助，僅自殺意念的個案，可善用心情溫度計的資源，是否個案發燒的機率高，尤其在憂鬱的族群上，可透過心情溫度、自殺意念判斷是否需要轉介，特別是某些有揭露自殺計畫的個案，需特別注意，提早辨識與醫療協助，提供保護。身心診所多可推動 EPA，當心情溫度計分數高即可至特約診所約診，或請特約醫師至個案處進行諮商。

6) 嘉義市：

(1) 嘉義市通報個案中，家暴事件較全國比例高，在家暴被害人方面全國是 14%，在嘉義市西區高達 23.6%，東區是 17.0%。衛福部表示未來社安網第二期，在保護案件加害人合併自殺的部分會拉到心衛社工，目前還在第一期，所以跟社政保護性案件這邊要多一點聯繫。針對這個議題，衛生局回應目前嘉義市有三位心衛社工，中央明年會給心衛社工一位督

導，目前處遇社工的督導來兼任心衛社工的督導，針對高風險個案也有做連結。有關家暴案件，衛生局處理的是被害人的部分，也有外聘督導，陪著社工到案家實際做訪視，指導訪視技巧，不再只是書面化。針對家暴案件死亡率增加，未來跟社會處再加強合作。

(2) 108 年嘉義市 15-24 歲跟 65 歲以上年齡層為上升趨勢，衛福部表示因為有長照，65 歲以上普遍在全國是下降的。簡報中看到老人憂鬱篩檢是跟社區發展協會合作，在長照人員、長照機構的自殺防治守門人訓練要加強。另一個部分是獨居，比較不會參加活動的老人也是高風險的族群，需要社政這邊幫忙。衛生局回應社區老人篩檢，會出來參加活動的老人，自殺率比較低。要想辦法幫忙不會出門，要跨進去家裡幫忙的，這部分要麻煩社政跟民政單位這邊，可能自己很封閉，可能是腳不方便或不想出來，這兩類是我們需要踏進去的，這兩個長輩族群，未來要加強。全國自殺防治中心表示消防員可以利用工作業務的機會以心情溫度計關懷這些老人。

(3) 青少年通報在各縣市都增加，衛生局正在發展，每個學生有一張卡片會連結校護，準備推廣到嘉義的所有校園。那所有訪談資料都會在裡面，以後如果就醫，就會上傳給醫師，在就診前醫師可以先看到資料。另外會以青少年有興趣的主題吸引，配合節日推出活動，像今年 2 月情人節，就有推出戀愛心理學活動，請海苔熊作家來講座，跟青少年談到感情觀及如何處理感情問題，也有跟各校行文，如果各校有需求可以跟局回覆，將提供免費講座。教育處表示智慧健康卡，做學生的就醫紀錄整合，沒有連結到健保醫療單位，只有統計學校內的傷病資料，還有電子聯絡簿。自殺防治部分，生命教育一直都在推；通報系統，有發生自殺自傷都會跟衛生局通報和連結，後續輔導作為，在學校或同儕之間都會累積跟分析，會有這些行為的背景因素都是很複雜的，可能是家庭、感情，看是用哪個策略對青少年是比較好，之後會在跟衛生局這邊做連結跟討論。警政單位都有少年隊、婦幼隊深入到校園裡面做宣導，針對最近藍鯨遊戲也有列入範疇。

(4) 自殺熱點相關議題，希望媒體在報導時不要刻意講出自殺地點，也希望觀光新聞處及警消可以協助向民眾及記者宣導不要將影片或照片張貼在網路上。教育處每年跨局處針對防溺部分召開會議，都會到現場會勘，像是救生圈的部分，衛生局這邊也都會有自殺防治的標語，在蘭潭比較常發生的都是自殺案件，比較少是意外事件。環境方面，教育處在校園裡面也都有做宣導，安排到課程內。

3. 結論與建議

綜觀 6 場互動式輔導訪查，較為共通的議題為自殺方法的介入，除了以高風險自殺工具的取得及自殺熱點場域的限制外，守門人訓練、外包裝標示珍愛生命標語及 1925 安心專線以及媒體報導的自律也是防治的重點。

此外在自殺通報時所遇到的問題、學生族群的自殺防治也都是較多縣市提出討論的議題，擴大通報後，較多縣市反應的問題為「自殺意念」的通報，自殺通報系統以自殺防治法第 11 條規定，通報對象以自殺企圖與自殺死亡的個案為主，關懷訪視員人力有限，應讓訪員專注在自殺企圖個案，自殺意念個案則以積極給予個案心理諮商相關資訊或轉介醫療資源的方式，提供即時性之專業醫療協助，亦可善用心情溫度計的資源，透過測量心情溫度，判斷是否需要轉介，提早辨識與醫療協助，提供保護。

學生族群需由衛生局與教育相關單位共同協商，協助自殺高風險個案進行資源轉介，建議衛生局接獲通報先與學校溝通，了解彼此的需求和困境；有些學生發生自殺行為不希望讓父母知道，建議衛生局先跟通報人聯繫，了解學生的狀況後再進行訪視，避免破壞教育單位與學生間已建立的信賴關係。隨著青少年自殺死亡率逐漸攀升，如何有效、友善介入校園獨立輔導機轉勢必為自殺防治相當重要的一環。

自殺防治法的施行及擴大通報後，包含互動式輔導訪查及七區之自殺防治法及相關子法規說明會(詳見章節 5.4)，許多單位都反映出通報上的問題，目前自殺防治通報系統上建置有完整的註冊及通報說明，使用者可透過簡便的註冊程序進行通報，本中心後續也將宣導通報相關流程，以利各領域人員進行通報。

中心每年擇定互動式輔導訪查縣市，擇定標準為綜合數項指標進行評估，各項數據每年前 3 名縣市皆有不同。針對近年常被選為互動式輔導訪查之縣市，未來將研議增加實地訪查次數，並要求受訪查縣市之各局處參與互動式輔導訪查會議，以利跨局處橫向配合。同時針對受訪縣市各局處之需求，進行專案討論、提供即時輔導及後續成效評估。

推動公立醫療機構病人自殺防治工作

一、背景

1. 相關問題與重要性

從國內調查發現自殺身亡者於自殺前一週內就醫的比例在 60%左右，前 90 天更可達到 80%，而自殺身亡者生前最後就醫調查顯示，最後一次門診為非精神科者占 82.7%，其中前三高科別分別是腫瘤科、胸腔外科、洗腎科；自殺身亡者最後一次就診處以在醫院門診為最多達 68.2%，基層診所為 21.1%。

根據本中心分析自殺防治通報系統相關資料，國內自殺通報單位八成來自醫療院所。於 106 年至 108 年國內自殺通報相關資料中，自殺通報單位為醫療院所的占比為 106 年度 85.4%；107 年度 82.7%；108 年度 80.4%，三個年度裡平均每年國內自殺通報單位來自醫療院所的占比為 82.8%，如圖 4-4-1。

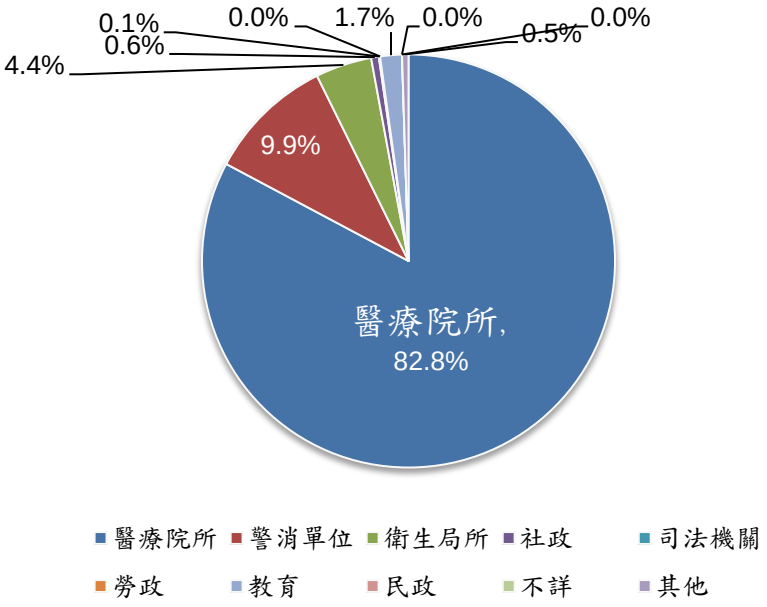


圖 4-4-1、106 年至 108 年自殺通報單位平均每年比例

另就 106 年至 108 年國內自殺通報相關資料，自殺通報單位為醫療院所中，自殺類別為自殺企圖的比例 106 年為 96.6%；107 年與 108 年皆為 97.0%，三年平均為 96.9%。曾有企圖自殺經驗為重要的自殺危險因子，且往往是預測個體未來再度自殺的重要因素，顯示服務醫療機構場域極易接觸自殺高風險群，再再突顯醫療機構推動以醫院為基礎的自殺防治工作，

實為自殺防治網絡中極重要的一環。

自中心成立以來，持續推動醫院自殺防治，從醫院角度建立全面性、選擇性與指標性三大層面的因應策略，提升醫院環境安全、醫院工作人員自殺防治識能、宣導一問二應三轉介關懷技巧，並建立自殺企圖個案管理作業流程。108 年 6 月「自殺防治法」開始實施，其中第 9 條第 2 項第 7 款：「中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。」並根據此法規及 109 年度需求書項目，結合教育部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會及本部附屬醫療及社會福利機構管理會等，分階段先行推動公立醫療機構病人自殺防治工作，以及進行監督及溝通輔導。

2. **業務目的與目標**

1) 了解各醫院辦理自殺防治工作之情況。
2) 視需求提供相關之輔導與策略協助。
3) 建立監督辦法與溝通輔導機制。
4) 期待醫療體系的努力投入與整合，促進各類專業人員的連結及積極參與，以落實「網網相連，面面俱到」，共同建立綿延牢固的自殺防治網絡。

二、 輸入

1. **執行步驟與方法：**

1) 項目流程規劃，詳見圖 4-4-2。

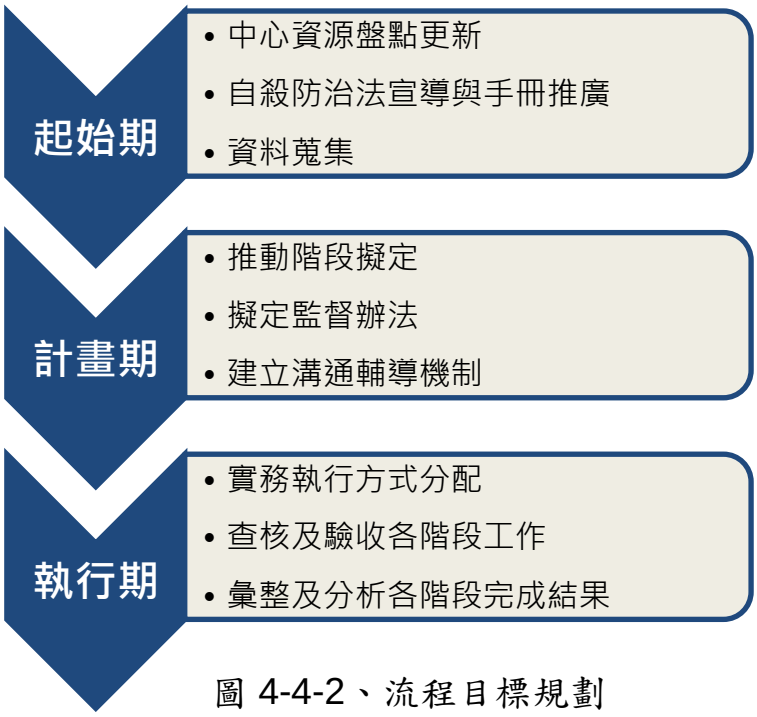


圖 4-4-2、流程目標規劃

2) 起始期執行項目

(1) 建立公立醫療機構數量與名單列冊。

(2) 《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》自殺統計數據更新、自殺企圖個案通報流程圖更新、新增自殺防治法相關資訊。

(3) 進行《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》手冊推廣。

(4) 宣導醫院自殺防治工作的意涵與實施。

3) 計畫期執行項目

(1) 召開策略小組會議。

(2) 召開醫院自殺防治工作會議。

(3) 醫院自殺防治工作現況問卷調查。

(4) 擬定醫院督導考核建議，建立溝通輔導機制。

(5) 建立自殺防治工作示範醫院，進行訪查及辦理說明會。

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、衛生福利部醫事司、各縣市衛生局、衛生福利部統計處、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、教育部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會。

2) 資源連結內容及形式：分析報表及數據、大型會議活動、專家諮詢、《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》、各縣市衛生局醫院督導考核項目、衛生福利部醫事司。

三、 過程

1. **公立醫療機構數量清冊建立**

1) 使用衛生福利部醫事司，政府資料開放專區，附件：醫療機構之基本資料。

2) 使用國軍退除役官兵輔導委員會網站，所屬醫療機構資料。

3) 整合衛生福利部醫事司政府開放資料、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、國軍退除役官兵輔導委員會資料列冊。

4) 依健保特約類別將醫院分為醫學中心、區域醫院、地區醫院三大類，供後續監督輔導不同醫院類別、不同策略之用。

2. **《自殺防治手冊系列－37—醫院自殺防治工作手冊》更新與推廣**

1) 資料蒐集：《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》107 年版原檔、自殺防治法法條。

2) 依據自殺防治法檢視需更新項目。

3) 彙整需更新項目與段落，交由專家學者編輯。

4) 後續進行校稿、修訂、排版，後將電子版於中心網站上公告。

3. **宣導醫院自殺防治工作的意涵與實施。**

1) 5 月 23 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」，針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。詳見附件 4-4-2「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練」章節。

4. **醫院自殺防治現況問卷調查**

1) 編製問卷，依院內「自殺防治專責單位」、「自殺高風險個案處遇及追蹤」、「自殺防治教育訓練」作為問卷三大主軸。
2) 由中心內部專家進行審核修訂。
3) 函送公立醫療體系。
4) 由院內自殺防治業務相關同仁填寫 Google 線上表單。
5) 整理問卷結果，作為後續輔導溝通策略擬定依據。

5. **召開醫院策略小組會議**

1) 7 月 28 日(二)9：30-10：30 於全國自殺防治中心會議室召開「推動公立醫療機構病人自殺防治工作」策略小組會議，與會人員為精神科醫學、護理領域專家，共同研討推行醫療機構醫院自殺防治工作分階段防治策略。

6. **召開醫院自殺防治工作共識會議**

1) 9 月 25 日(五)17：30-19：00 於全國自殺防治中心會議室辦理「醫院自殺防治工作共識會議」，與會人員為精神科醫學、護理領域專家，針對醫院自殺防治流程進行經驗分享及提供醫院督考標準建議。

7. **建立醫院督考標準建議**

1) 根據《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》及臺北市、新北市、臺中市、臺南市、高雄市等五縣市衛生局醫院督導考核表之自殺防治工作項目，彙整醫院督考標準建議乙份。
2) 召開專家委員會，諮詢精神科領域專家意見，進行初次醫院督考標準建議增修。
3) 邀請各醫院代表，召開醫院自殺防治工作共識會議，研議醫院督考標準建議。
4) 由中心內部專家進行最終修訂。
5) 配合衛生局醫院督考、建議作為年度審查項目。

8. **建立示範醫院，進行訪查及辦理說明會**

1) 依 109 年度需求書項目選定公立醫院作為自殺防治「示範醫院」，分別為衛生福利部雙和醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院，規劃為輔導醫院推動自殺防治的第一階段工作。
2) 於 11 月上旬訪查及辦理說明會，討論示範醫院自殺防治工作、共同研擬醫

院自殺防治計畫，針對「醫院自殺防治組織架構」、「醫院自殺防治標準作業流程」、「醫院自殺防治推動與實施」進行討論，作為後續推動其他醫院之參考標準。

四、 成果

1. 執行結果

1) 公立醫療機構數量清冊建立

(1) 數量清冊中共計 88 間醫療機構，衛生福利部所屬醫療機構 27 間、教育部所屬 14 間、退輔會 15 間、直轄市與縣市立所屬 28 間。其中包含各醫療機構本院與分院。數量清單見下表 4-4-1；名冊詳見附件 4-4-1。

表 4-4-1、公立醫療機構數量清單_依縣市與所屬部會區分

縣市別	醫院總數量	衛福部			教育部	退輔會	縣市立
		綜合醫院	療養院	胸腔醫院			
新北市	7	1	2	-	1	-	3
臺北市	15	-	-	-	4	1	10
桃園市	3	1	1	-	-	1	-
臺中市	5	2	-	-	-	1	2
臺南市	8	2	1	1	1	1	2
高雄市	11	1	-	-	-	1	9
宜蘭縣	4	-	-	-	2	2	-
新竹縣	3	-	-	-	2	1	-
苗栗縣	1	1	-	-	-	-	-
彰化縣	1	1	-	-	-	-	-
南投縣	4	2	1	-	-	1	-
雲林縣	3	-	-	-	3	-	-
嘉義縣	2	1	-	-	-	1	-
屏東縣	3	2	-	-	-	1	-
臺東縣	2	1	-	-	-	1	-
花蓮縣	4	2	-	-	-	2	-
澎湖縣	1	1	-	-	-	-	-
基隆市	2	1	-	-	-	-	1
新竹市	1	-	-	-	1	-	-

表 4-4-1、公立醫療機構數量清單_依縣市與所屬部會區分

縣市別	醫院總數量	衛福部			教育部	退輔會	縣市立
		綜合醫院	療養院	胸腔醫院			
嘉義市	2	1	-	-	-	1	-
金門縣	1	1	-	-	-	-	-
連江縣	1	-	-	-	-	-	1
總計	84	21	5	1	14	15	28

2) 修訂及推廣《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》

(1) 本手冊主要目的為提供醫院自殺防治團隊更精要之具體建議，適用於綜合醫院與專科醫院。首先針對自殺議題的重要性、影響因子與防治策略進行簡介；接著，從醫院角度說明全面性、選擇性與指標性三大層面的相應策略，倡導醫院自殺防治工作除了需要精神科團隊的努力，提升全院工作人員對於自殺防治相關知識、態度與技能，並有效發揮守門人的角色功能亦相當重要。醫院自殺防治組織運作章節中，則加入自殺防治法為編制依據，提供醫院自殺防治小組主要任務與運作原則，包含自殺通報流程、個案追蹤關懷、教育訓練、環境安全管理與相關衡量指標，供各院參考運用。最後，手冊亦特別將老人、兒童與青少年以及癌症病人等特殊族群之自殺防治進行獨立論述，期盼醫療場域之自殺防治實務工作能更加專業與普及。詳見附件 4-4-3《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》修訂版。

(2) 修訂綜合醫院門診自殺企圖個案通報流程圖：針對高風險門診病人進行全面性篩檢，篩檢工具建議使用 BSRS-5 量表，當篩檢分數≧10 分或自殺意念≧2 分，於病人同意下轉診精神科；若病人不願意接受轉診或未設立精神專科之醫療機構，則通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷，詳見圖 4-4-3。

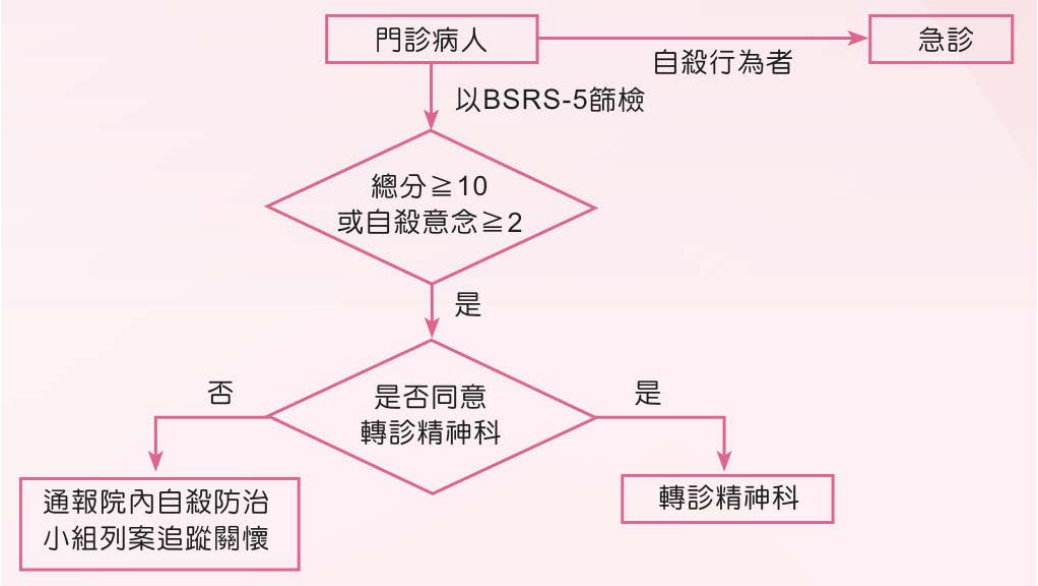


圖 4-4-3、綜合醫院門診自殺企圖個案通報流程圖

(3) 修訂綜合醫院住院診自殺企圖個案通報流程圖：針對長期洗腎、慢性疼痛、癌症、自體免疫疾病、中樞神經系統傷病等重大傷病之自殺之高風險群，建議進行全面性篩檢。可將 BSRS-5 加入住院期間護理常規之評估項目中，如：可將 BSRS-5 置於護理電子病歷系統中，或於病歷中加蓋 BSRS-5 戳章，避免遺漏。評估後，將 BSRS-5 篩檢分數≧10 分或自殺意念≧2 分之病人，於病人同意下照會精神科，若病人不願意接受會診或未設立精神專科之醫療機構，則通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷。另外，出院時應設有出院評估與計畫。為提高列管個案出院後之回診率，可由精神科醫師或個案管理師，於病人出院前向其說明出院後相關注意事項、確認回診時間，並在必要時通報縣市衛生局社區心理衛生中心進行後續追蹤關懷。詳見圖 4-4-4。

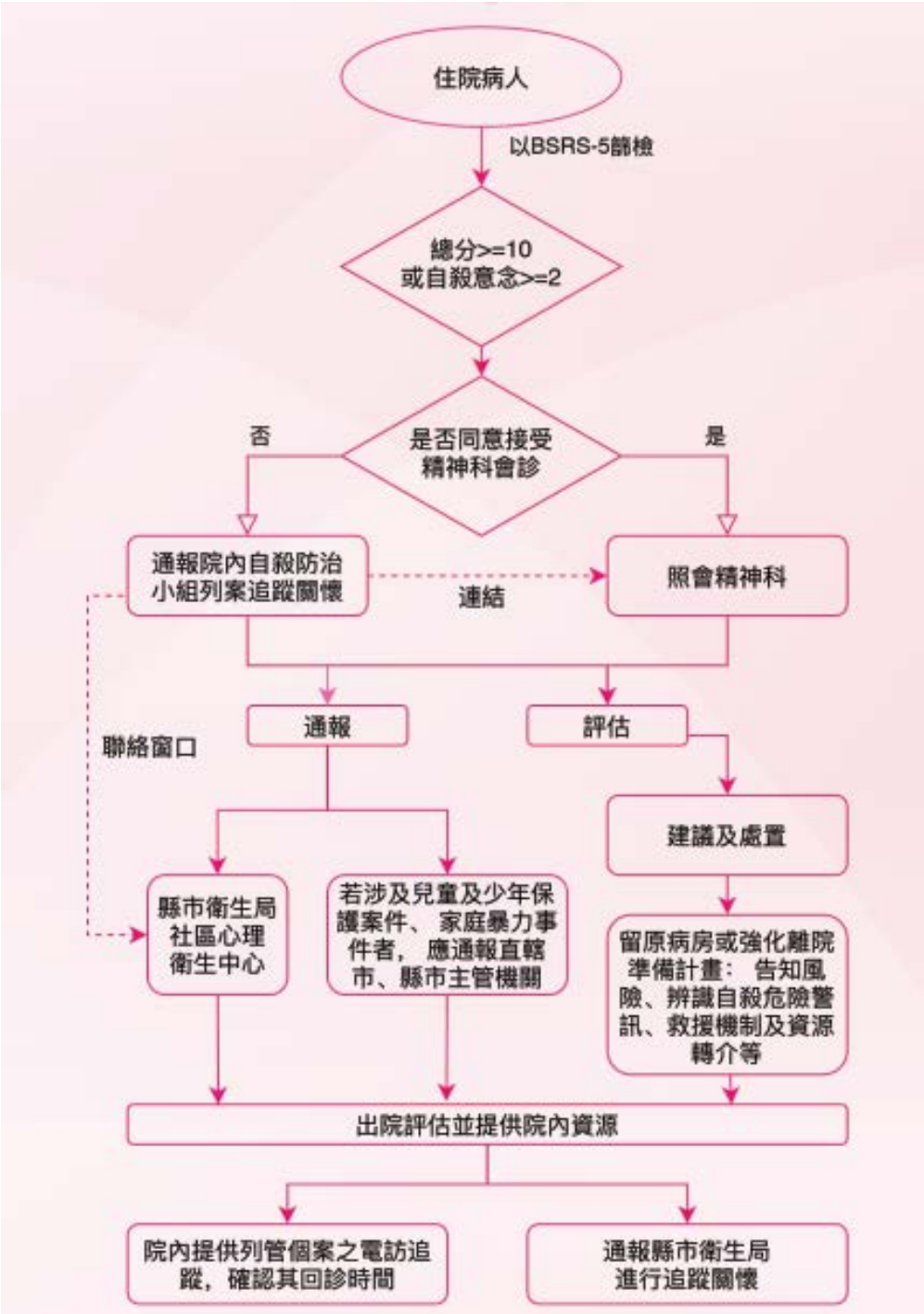


圖 4-4-4、綜合醫院住院自殺企圖個案通報流程圖

(4) 修訂綜合醫院急診自殺企圖個案通報流程圖：當自殺企圖個案來到急診，必須先照會精神科及院內自殺防治小組，並於急診評估個案狀況。評估後若個案須住院非精神科病房時，須照會精神科共同照護；若個案不同意住院，應評估其嚴重度，視需要強制住院或照會精神科進行溝通協調，促使個案同意住院。若個案不需住院或堅持離院，則強化出院準備計畫及相關注意事項，如：預約回診時間及轉介社區資源，必要時亦須通報

縣市政府衛生局，以提供後續關懷訪視服務，若涉及兒童及少年保護案件、家庭暴力事件等，則須依法進行通報，詳見圖 4-4-5。

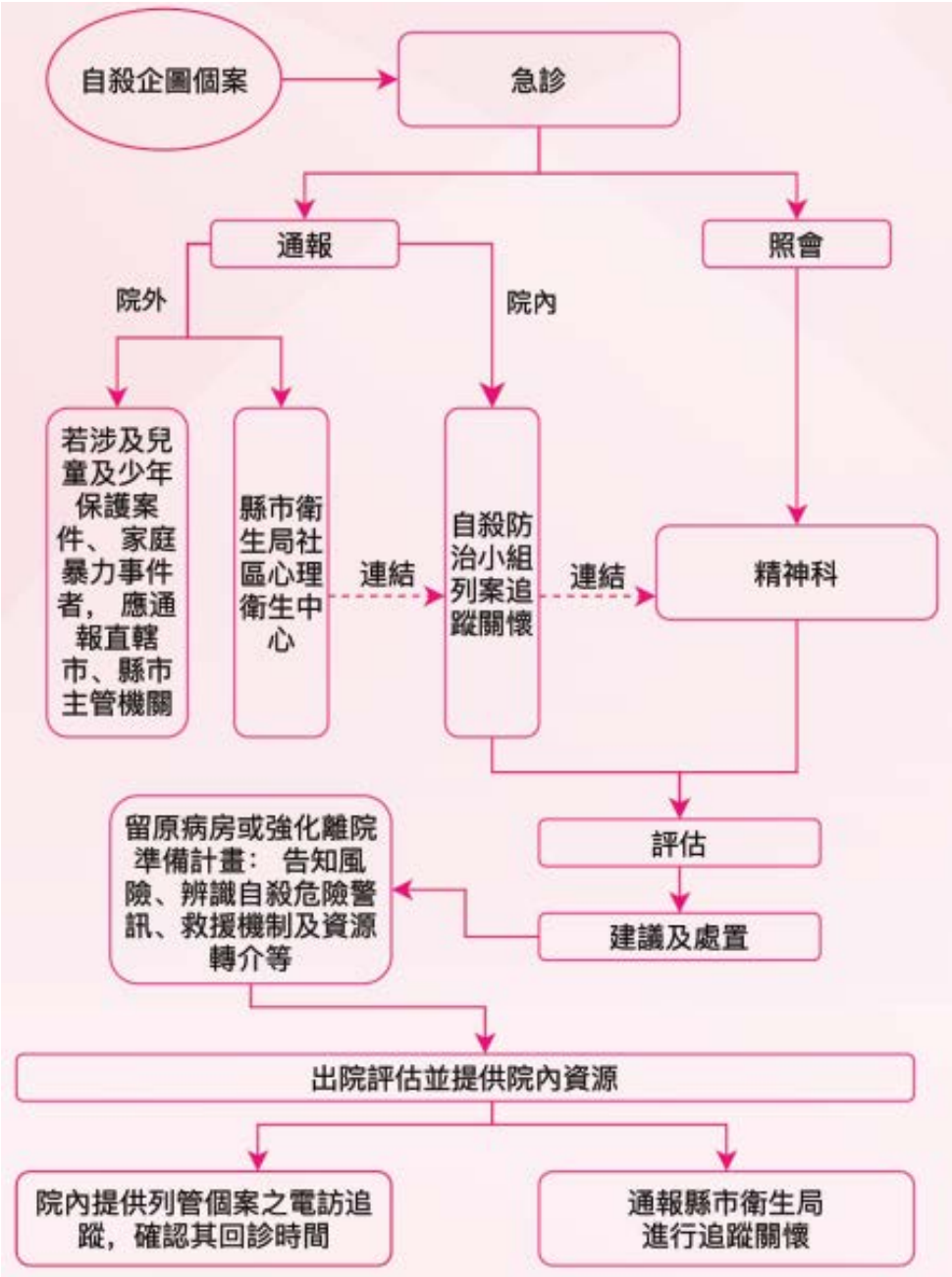


圖 4-4-5、綜合醫院急診自殺企圖個案通報流程圖

(5) 修訂精神專科醫院自殺企圖個案通報流程圖：若急、門診非自殺企圖個案經 BSRS-5 量表評估≧10 分(或自殺意念≧2 分)或辨識個案有自殺風險徵兆時，應依院內標準化評估程序，評估個案自殺風險嚴重程度；低度風險者可持續以門診追蹤，中度或重度風險者可依各院擬訂之流程進行院內通報，並進行個案追蹤管理。若涉及兒童保護、家暴等則必須依

法進行院外通報，必要時亦須通報縣市政府衛生局，以提供後續關懷訪視服務。詳見圖 4-4-6。

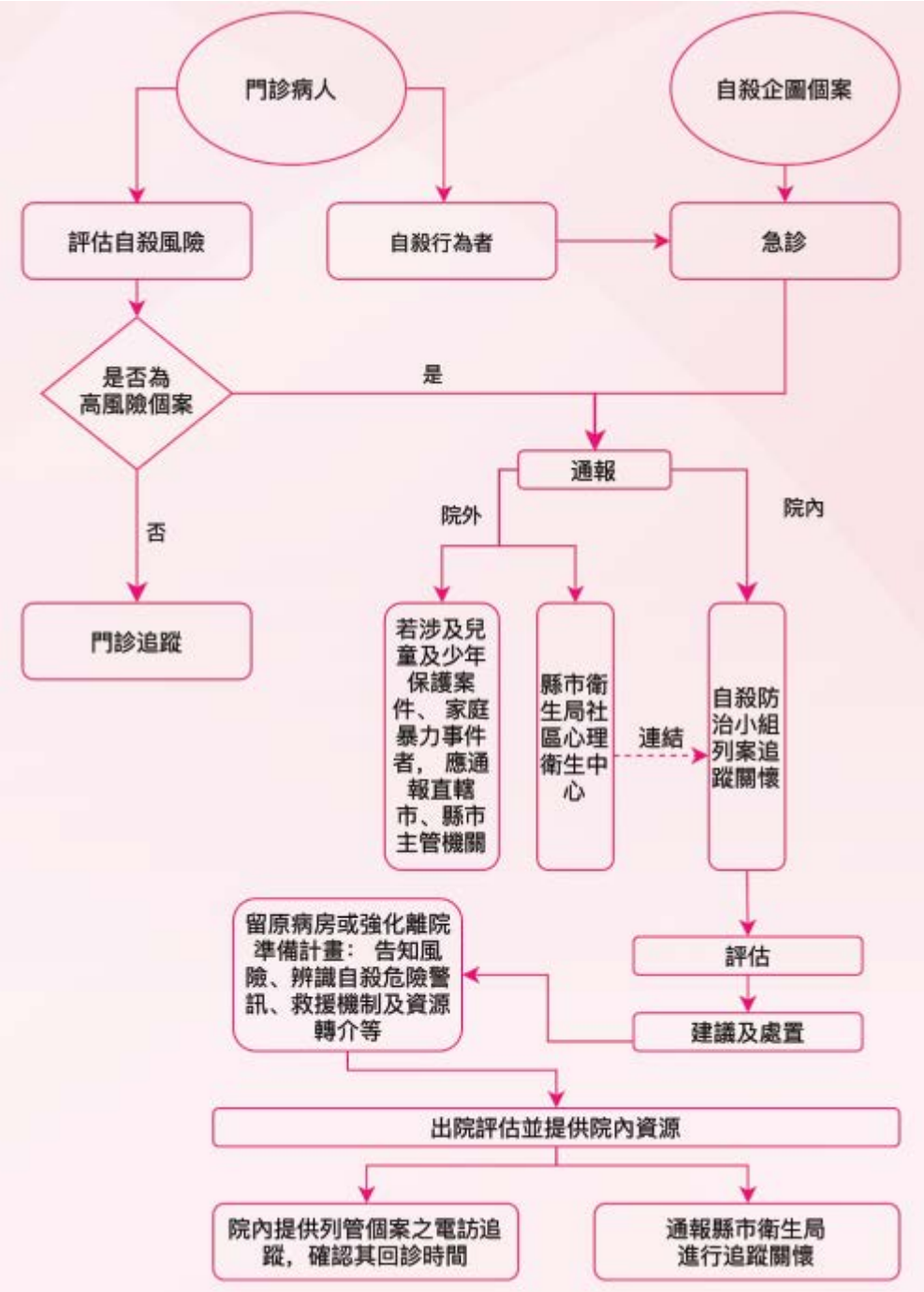


圖 4-4-6、精神專科醫院急、門診自殺企圖個案通報流程圖

(6) 109 年 11 月 16 日於中心網站公告電子版手冊。

3) 醫院自殺防治現況調查問卷

(1) 醫院自殺防治現況調查問卷內容，詳見表 4-4-2。

表 4-4-2、醫院自殺防治現況調查問卷

題號	題目內容	是	否
10	有專責單位如：自殺防治委員會或自殺防治相關委員會，負責自殺防治相關業務。(第 10 題選否則直接填寫 13 題)		
11	該專責單位召集人層級為副院長以上。		
12	已明訂自殺防治各相關單位人員之職責。		
13	已建立自殺高風險個案通報轉介流程。		
14	已建立自殺高風險個案管理與追蹤機制。		
15	定期檢視院內自殺企圖個案的通報流程是否符合需求，查核自殺高風險個案管理與追蹤機制執行情形，並協助相關行政協調。		
16	針對自殺企圖、行為之個案會通報至衛生福利部「自殺防治通報系統」。		
17	針對「急診」自殺個案，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。		
18	針對潛在自殺高風險群(包括癌症、重大傷病及精神科病人等)所在之「住院」病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。		
19	自殺風險評估為自殺高風險個案出院準備評估項目之一。		
20	針對潛在自殺高風險群(包括癌症、重大傷病及精神科病人等)所在之「門診」病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。		
21	院內設有照會或轉診精神科之機制及處遇。		
22	院內有醫院工作人員進行自殺高風險個案之院內及院外通報與轉介之「工作指引」。		
23	定期舉辦自殺高風險辨識及危機處理相關講座，落實醫療體系內部同仁自殺防治教育訓練。		
24	要求各單位派員參與自殺防治教育訓練。		
25	在自殺防治推動是否有遭遇何種困難？困難為何? (開放式問答)		
26	在自殺防治推動有何種資源需求? (開放式問答)		

(2) 於 109 年 10 月 23 日函送各公立醫療機構填寫，總計 61 間公立醫院，北部地區 19 間、中部地區 11 間、南部地區 22 間、東部地區 6 間、離島地區 3 間；以醫院類型區分，共調查 7 家醫學中心、19 間區域醫院、26 間地區醫院、9 間精神專科醫院。

(3) 除精神科專科醫院之外，其他醫院成立自殺防治專責單位未達八成，然而在有自殺防治專責單位之公立醫院中，自殺高風險個案管理流程較完善，且跨單位教育訓練之執行率亦較高。以自殺高風險個案管理流程而論，問卷 14 題「已建立自殺高風險個案管理與追蹤機制」有專責單位執行率為 98%，無專責單位為 80%；問卷 19 題「自殺風險評估為自殺高風險個案出院準備評估項目之一。」有專責單位執行率為 92%，無專責單位僅 74%；就跨單位教育訓練而論，問卷 23 題「定期舉辦自殺高風險辨識及危機處理相關講座，落實醫療體系內部同仁自殺防治教育訓練。」有專責單位執行率為 98%，無專責單位為 80%；問卷 24 題「要求各單位派員參與自殺防治教育訓練。」有專責單位執行率為 94%，無專責單位則僅有 54%，詳見表 4-4-3、4-4-4。

(4) 不論有無專責單位，門診自殺防治推動之執行率皆不高，如問卷 20 題「針對潛在自殺高風險群(包括癌症、重大傷病及精神科病人等)所在之門診病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。」執行率皆未達八成，詳見表 4-4-4。

表 4-4-3、 各醫院類型問卷結果比較

問卷題目	醫學中心 7 家 N(%)	區域醫院 19 家 N(%)	地區醫院 26 家 N(%)	精神專科醫院 9 家 N(%)
1. 有自殺防治專責單位。	4 (58)	15 (79)	18 (70)	9 (100)
2. 專責單位召集人層級為副院長以上。	2 (29)	11 (58)	16 (61)	7 (78)
3. 已明訂自殺防治各相關單位人員之職責。	4 (58)	15 (79)	17 (65)	9 (100)
4. 已建立自殺高風險個案通報轉介流程。	7 (100)	19 (100)	26 (100)	9 (100)
5. 已建立自殺高風險個案管理與追蹤機制。	7 (100)	18 (95)	23 (89)	9 (100)

問卷題目	醫學中心 7 家 N(%)	區域醫院 19 家 N(%)	地區醫院 26 家 N(%)	精神專科醫院 9 家 N(%)
6. 定期檢視院內自殺企圖個案的通報流程是否符合需求。	7 (100)	18 (95)	23 (89)	9 (100)
7. 針對自殺企圖個案通報至衛生福利部「自殺防治通報系統」。	7 (100)	19 (100)	26 (100)	9 (100)
8. 針對急診自殺個案，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。	7 (100)	19 (100)	24 (93)	9 (100)
9. 針對潛在自殺高風險群所在之住院病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。	7 (100)	19 (100)	24 (93)	9 (100)
10. 自殺風險評估為自殺高風險個案出院準備評估項目之一。	6 (86)	16 (85)	22 (85)	9 (100)
11. 針對潛在自殺高風險群所在之門診病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。	5 (72)	13 (69)	20 (77)	9 (100)
12. 院內設有照會或轉診精神科之機制及處遇。	7 (100)	19 (100)	26 (100)	8 (89)
13. 院內有醫院工作人員進行自殺高風險個案之院內及院外通報與轉介之「工作指引」。	7 (100)	17 (90)	22 (85)	9 (100)
14. 定期舉辦自殺高風險辨識及危機處理相關講座。	7 (100)	17 (90)	22 (85)	9 (100)
15. 要求各單位派員參與自殺防治教育訓練。	6 (86)	15 (79)	21 (81)	9 (100)

表 4-4-4、有無自殺防治專責單位醫院問卷結果比較

問卷題目	有專責單位 46 家 N(%)	無專責單位 15 家 N(%)	全體調查醫院 61 家 N(%)
1. 有自殺防治專責單位。	36 (79)	*0 (0)	36 (59)
2. 專責單位召集人層級為副院長以上。	45 (98)	*0 (0)	45 (74)
3. 已明訂自殺防治各相關單位人員之職責。	46 (100)	15 (100)	61 (100)
4. 已建立自殺高風險個案通報轉介流程。	45 (98)	12 (80)	57 (94)
5. 已建立自殺高風險個案管理與追蹤機制。	44 (96)	13 (87)	57 (94)
6. 定期檢視院內自殺企圖個案的通報流程是否符合需求。	46 (100)	15 (100)	61 (100)
7. 針對自殺企圖個案通報至衛生福利部「自殺防治通報系統」。	44 (96)	15 (100)	59 (97)
8. 針對急診自殺個案，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。	45 (98)	14 (94)	59 (97)
9. 針對潛在自殺高風險群所在之住院病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。	42 (92)	11 (74)	53 (87)
10. 自殺風險評估為自殺高風險個案出院準備評估項目之一。	36 (79)	11 (74)	47 (78)
11. 針對潛在自殺高風險群所在之門診病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作。	45 (98)	15 (100)	60 (99)
12. 院內設有照會或轉診精神科之機制及處遇。	42 (92)	13 (87)	55 (91)
13. 院內有醫院工作人員進行自殺高風險個案之院內及院	43 (9)	12 (80)	55 (91)

問卷題目	有專責單位 46 家 N(%)	無專責單位 15 家 N(%)	全體調查醫院 61 家 N(%)
外通報與轉介之「工作指引」。			
14. 定期舉辦自殺高風險辨識及危機處理相關講座。	43 (94)	8 (54)	51 (84)

(5) 從問卷結果反映多數醫院認為自殺防治仍屬於精神科之業務，較缺乏「人人皆為自殺防治守門人」之概念，因此若有「自殺防治專責單位」及「高管理階層作為單位召集人」較能夠有效推動「全院」自殺防治工作。另外，由於門診業務量較為龐大、看診時間有限，主治醫師及護理師難以顧及病人之情緒狀況，因此未來若要推動醫院自殺防治，可能需要更多人力挹注自殺防治專責單位，例如請個管師於病患候診時填寫 BSRS-5 量表，簡易詢問病人情緒狀況，提供情緒支持，並同時透過主治醫師加強宣導身體、心理健康互為影響之概念，以讓病患了解心理對身體健康之重要性。

4) 建立自殺防治示範醫院，辦理訪查及說明會

(1) 109 年 11 月 9 日拜訪衛生福利部雙和醫院。

(2) 決議：衛生福利部雙和醫院已建立自殺防治組織「心希望關懷中心」，針對藥酒癮、自殺高風險個案，予以醫療及社會資源連結，並設有急診、住院病人自殺防治標準作業流程，本中心亦提出更加完善流程研討其可行性，見圖 4-4-7；後續將新增門診自殺防治流程，先盤點資源、數據分析，以了解所需人力及資源，初步規劃以血液透析、新陳代謝科等慢性病門診為主。

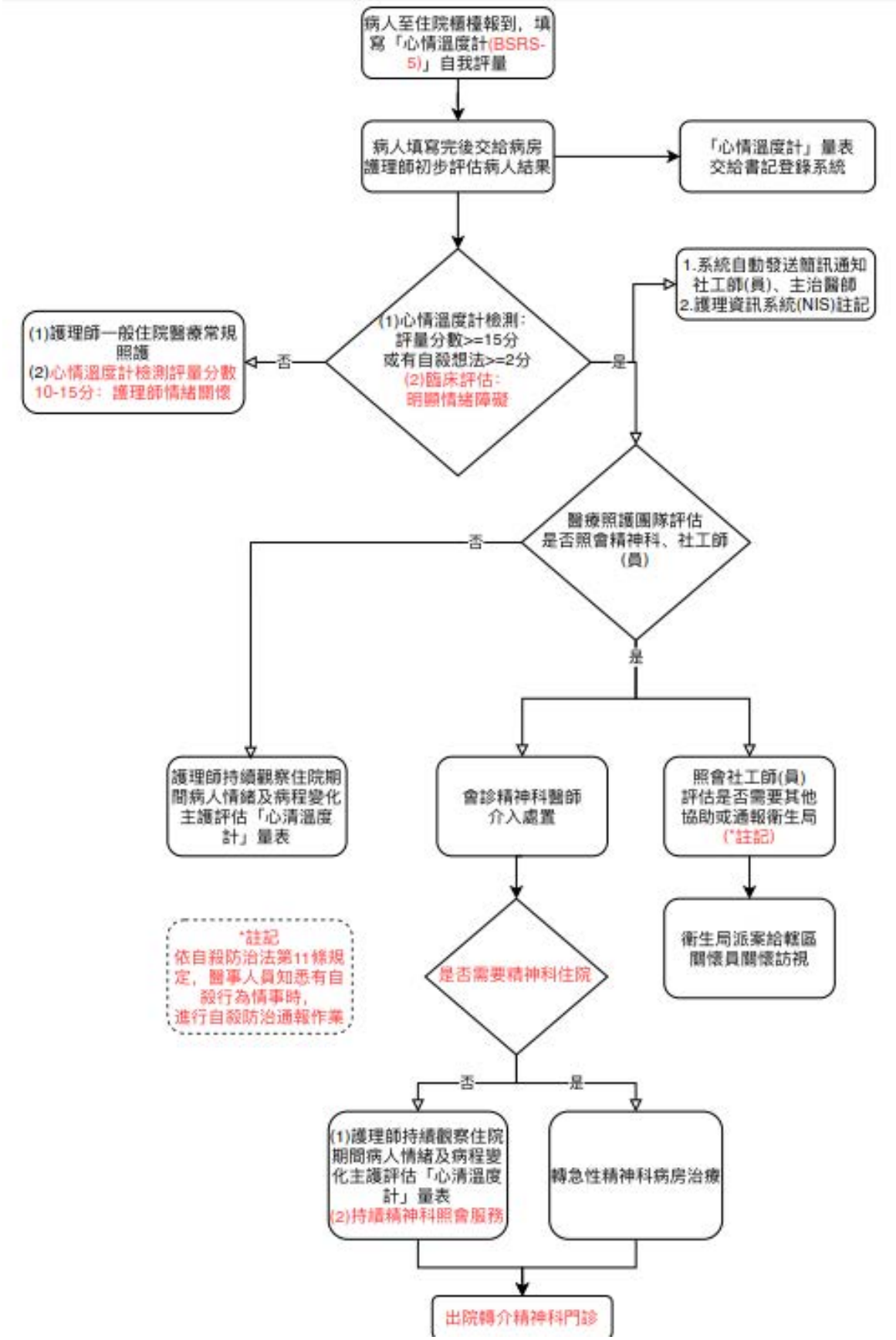


圖 4-4-7、雙和醫院住院病人篩檢與住院流程-中心增修版

(3) 109 年 11 月 11 日拜訪國立臺灣大學附設醫院雲林分院。

(4) 決議：雲林分院院長已指示成立自殺防治委員會，由劉副院長指導，並透過精神醫學部、人事室及其他相關的單位共同研擬自殺防治組織成員架構。院內已設有急診自殺防治標準作業流程，而住院自殺防治流程組織架構仍在研議中，初步規劃先實施住院病人 BSRS-5 篩檢，並挑選特定科別病房執行分別為內科、一般外科、骨科、內兒科、產科、腫瘤、安寧緩和病房、血液透析、急診，持續兩個星期並蒐集相關數據；門診端則因部分診間稍加繁忙，故以病人自願填寫為主。

5) 建立醫院督考基準

(1) 針對國家自殺防治三大策略—全面性、選擇性、指標性，訂定醫院督考基準清單，詳見表 4-4-5。

表 4-4-5、醫院督考基準清單

三大策略	督考項目	督考內容
全面性	環境安全	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。
全面性	專責單位成立	由專責單位(如:自殺防治委員會或相關委員會)組成「自殺防治小組」，負責自殺防治相關業務，小組召集人層級限於副院長以上。
全面性	個案管理流程指引	「自殺防治小組」應建立全院之自殺高風險個案通報轉介流程，並有工作手冊，指引醫院工作人員進行高風險個案之院內及院外通報與轉介，明訂自殺防治各相關單位人員之職責，同時建立院內高風險個案管理與追蹤機制。
全面性	針對特殊族群提升自殺防治識能	於醫院或社區針對新住民、孕產婦、慢性病患者及家屬等對象辦理心理健康、長照老人照護、失智照顧者、酒癮及藥癮照顧者、自殺防治或精神衛生宣導活動。
選擇性	醫院自殺防治相關人員教育訓練	落實醫療體系內部同仁，定期舉辦自殺高風險辨識及危機處理相關講座，各單位派員積極參與。
選擇性	高風險個案管理	針對潛在自殺高風險群所在之門診、急診

三大策略	督考項目	督考內容
	與追蹤	及住院病人，包括癌症、重大傷病及精神科病人，將自殺評估列入醫療團隊的常規工作，並依院內高風險個案管理與追蹤機制，落實後續追蹤關懷。
選擇性	高風險個案評估及處遇	落實院內高風險單位住院病人之自殺風險評估與分級處遇，設有轉診或照會精神科之機制，以增加個案評估篩檢率與照會率，並設有處遇轉介機制，協助住院期間治療。同時依院內高風險個案管理與追蹤機制，落實個案管理與後續追蹤關懷。
指標性	醫院自評-自殺企圖個案標準通報流程	自殺防治小組定期檢視院內自殺企圖個案的通報流程是否符合需求，並查核高風險個案管理與追蹤機制執行情形，並協助相關行政協調。
指標性	急診自殺企圖個案即時處遇	對急診之自殺企圖個案，有轉診或照會精神科之機制，視個案身體及精神症狀安排後續治療計畫，以及依院內高風險個案管理與追蹤機制，落實後續個案管理與追蹤關懷,並須在知悉自殺行為情事後 24 小時內通報衛生福利部自殺防治通報系統以提供後續關懷訪視服務。
指標性	高風險自殺個案出院追蹤	需有出院評估項目宜納入精神科自殺風險評估及高風險個案出院追蹤計畫。將評估仍有高自殺風險者，通報衛生福利部自殺防治通報系統以提供後續關懷訪視服務，並加強社區及醫療院所的連結，提供醫院和衛生局自殺關懷訪視員網絡聯繫管道。

2. **結論**

本中心已由《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》建立醫院自殺防治工作一般性原則，而近一步再透過醫院自殺防治現況問卷調查、召開醫院代表共識會議、自殺防治示範醫院訪查，實地了解各醫院自殺防治工作現況、自殺個案管理作業流程，並期望從原則性要點中逐漸與實務工

作接軌，並完善醫院自殺防治。而根據醫院自殺防治現況問卷調查結果，反映出自殺防治在醫療體系中的困難點，最主要為「專業人力資源不足」、「跨科室缺乏共識」兩項原因。第一項「專業人力資源不足」中，醫院心理衛生相關人員部分為約聘人員，薪水低且無就業保障，導致人才易流失、難以累積專業能力，在缺乏人力情形下，每位人員所承接的個案數多，難以一一與個案建立投契關係，因而發生拒訪或是失聯情形，後續關懷追蹤個案的效益有限，因此建議能夠給予醫院經費資源，提供心理衛生相關人員就業保障，補足人力，並限定個案數及個管師數之比例，以提升個案關懷服務品質，才能真正落實與推動醫療機構自殺防治。第二項「跨科室缺乏共識」，多數綜合醫院的心理衛生人員指出自殺防治仍被認為是「精神科」的工作，而非全院責任，導致在業務推動及教育訓練上有所困難，為此，建議於衛生局督考項目中，將醫院自殺防治專責單位列為考核項目之一，並規範小組負責人之職位於副院長之上，除精神、社工部之外，應將醫企室、人事室等行政相關部門納入組織，定期舉辦會議，以討論院內醫務資源、人力協調，檢視追蹤醫院自殺防治流程順暢度。

3. **附件**

附件 4-4-1、公立醫療機構名冊

附件 4-4-2、宣導自殺防治法第 9 條第 2 項第 7 款，醫院自殺防治工作的意涵與實施

附件 4-4-3、《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》

編製《媒體報導自殺事件指引》電子書

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，全國自殺防治中心往年皆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，宣導正確的自殺防治觀念。民國 109 年將參考 WHO 於 106 年公布之媒體專業人員自殺報導指引、及中心 107 年出版之「媒體從業人員自殺防治手冊」內容，並依網路及平面媒體性質之不同加入刊登照片之規範及新增自殺防治法，更新「媒體報導自殺事件指引」電子書。編製完成後將透過中心過去多年建立之資料庫寄送予各家媒體報社、網路社群媒體、國家通訊傳播委員會以及文化部參考，盼達成網網相連、面面俱到之守門人目標，加強媒體的正向功能。

2. 業務目的與目標

藉由媒體報導自殺事件指引的編製，將自殺防治法及其施行細則內容融入，盼達成網網相連、面面俱到之守門人目標，加強媒體的正向功能。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 蒐集相關資料與彙整。
2) 修改手冊。
3) 撰寫手冊。
4) 完成手冊初稿並申請國際標準書號(ISBN)。
5) 校稿。
6) 排版。
7) 將手冊電子檔上傳至中心網站供大眾閱覽及下載。

2. 資源連結合作

1) 合作單位：中心顧問群
2) 資源連結內容及形式：專家會議、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

三、 過程(Process)

1. 6 月 9 日確定修改內容架構。

2. 8 月至 9 月彙整各專家編輯委員之撰寫初稿。

3. 找媒體或媒體監督聯盟討論，並給予修訂建議。

4. 完稿

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 實證研究顯示對於自殺之不當報導,可能導致自殺率上升,為避免宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體因報導或記載自殺訊息，致有礙自殺防治、助長自殺情形，因此 108 年 6 月 19 日由總統公布實施之自殺防治法中，明文規定相關事項及罰則，並新增自殺防治法於本書。

2) 並於 12 月下旬發送予平面、電子、網路社群媒體業者、國家通訊傳播委員會，及文化部參考。

3)《媒體報導自殺事件指引》手冊架構簡述如下：

(1) 認識自殺

a. 自殺現象的嚴重性

b. 自殺的迷思與事實

c. 自殺危險因子與保護因子

d. 珍愛生命守門人

(2) 媒體效應之研究

a. 具有傷害性的媒體效應

b. 媒體扮演保護因子之角色

c. 數位媒體

d. 結論

(3) 媒體自殺事件報導準則

a. 世界衛生組織(WHO)準則

b. 台灣媒體自殺報導建議

c. 數位媒體指南

d. 自殺防治法

(4) 參考文獻

(5) 附件

a. 恐怖主義與大規模槍擊案的媒體報導

b. 國際資源

c. 台灣資源

五、 附件

附件 4-5-1、《媒體報導自殺事件指引》電子書

強化媒體互動與聯繫

一、 背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)之報告，媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的關鍵載體。根據過去相關的研究，媒體報導自殺相關新聞可以降低模仿行為(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，並於民國 104 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臺，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 106 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(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 依中心標準作業流程，配合時事建構議題發佈相關新聞稿，並期望以主動出擊方式，提供媒體記者報導素材，藉以更準確的推廣自殺防治概念，促使記者能撰寫正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因子有所理解並適時防範，同時將新聞報導由原先著重於新聞事件深入探討，轉變為理性數據描述。
2) 不定期與各大媒體合作、接受專訪或拜訪媒體，增進與新聞傳播實務工作者的溝通，提升國內媒體自殺新聞報導品質，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「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，本次會議探討新冠疫情對心理健康之影響，並對「媒體在自殺防治中之角色與挑戰」進行研討與交流，面對疫情，如何建構心理健康安全網將是防疫的下一波重點，期望透過專家學者與媒體代表的對話，共創自殺防治的新里程！

(1) 針對新冠疫情後之心理影響進行報告，並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、外新聞媒體之相關策略建議。

(2) 資源連結與合作

a. 協辦單位：臺北市報業商業同業公會。

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) 召開新聞媒體聯繫會議，會後發布新聞稿。

5) 持續經營自殺事件報導諮詢 LINE 群組，提供媒體即時諮詢管道。

三、 過程(Process)

1. 記者會/新聞發佈

1)「疫情恐致慢性壓力效應，彼此陪伴關懷度難關」新冠疫情聲明稿

(1) 109 年 4 月 13 日發布「疫情恐致慢性壓力效應，彼此陪伴關懷度難關」新冠疫情聲明稿，共有 0 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

截自 4 月 7 日止，國內累積新冠肺炎確認達 382 例、死亡 6 例，疫情的起伏對一般民眾帶來許多心理的衝擊與恐慌感，而對於接受隔離檢疫者及其家屬的影響更加直接，國內亦出現疑似由於疫情壓力而燒炭、吞服安眠藥輕生的個案，亟需社會共同的關切及支援。全國自殺防治中心在此提醒您，發揮關心讓身旁親友感受愛與溫暖，而針對疫情的疑問，則可直播 1922 防疫專線諮詢。

面對疫情起伏，一般民眾如何紓緩自己的焦慮？

本次疫情來勢洶洶，面對網路訊息時刻刷新，如果長期接收帶有負面情緒的大量訊息，其實容易逐漸累積心理的負擔並且產生慢性的壓力，包括過度的緊張、焦慮，會造成失眠、內分泌失調及免疫力下降的徵兆，除不利抵抗病毒，甚至會出現頭痛、發燒，進一步增加恐慌感。

其實透過試著做休閒活動來轉移注意力，或是與親友們從事較為舒緩的室內活動，就能有效減少沉浸在焦慮的機會。不過，倘若閱聽人較為敏感，壓力的反應可能會更強烈，因此除了適度地減少接觸訊息，更需學習評估消息的真實性，避免影響自身的情緒。

其實透過試著做休閒活動來轉移注意力，或是與親友們從事較為舒緩的室內活動，就能有效減少沉浸在焦慮的機會。不過，倘若閱聽人較為敏感，壓力的反應可能會更強烈，因此除了適度地減少接觸訊息，更需學習評估消息的真實性，避免影響自身的情緒。

被隔離檢疫者的身心效應

隔離會帶來負面的心理效應，以創傷性症候群、憂鬱、易怒等最為常見。據報告，在先前的疫情爆發中，也有由於隔離造成的自殺事件，因此在實施隔離前，需經過審慎的衡量，並制定完善的配套措施，減少其對被隔離者的負面影響。

目前臺灣的隔離分為居家檢疫/居家隔離與住院隔離，居家檢疫/居家隔離一般為有特定旅遊史或者曾與確診個案有過接觸的民眾，而住院隔離者則是已確診之個案，以壓力源來說，居家檢疫/居家隔離者仍能維持大部分的日常生活，壓力通常來自對於確診可能性的不安、暫時無法工作的經濟壓力與隔離後可能受到的污名化現象，臺灣臨床心理學會曾經在 2007 年綜合許多國際災難創傷心理的專家共識，提出的「安、靜、能、繫、望」五個創傷心理復原的原則，即使被隔離，促進安全、平靜鎮定仍是重要的，提升效能感，做做運動、看看書，找回自我控制感，同時與外界保持聯繫，調適自身的情緒，相信自己與醫療人員，保持正向的希望，必要時可撥打安心專線 1925 或防疫專線 1922，不僅可提供出現相關症狀的因應方式，也有助於使被隔離者對於處理其身心需求。

而確診後被隔離者的心理壓力源通常與自由突然受到剝奪以及被感染的恐懼、治癒後的污名化有關。隔離的期間越長，對心理的負面影響就越大。在隔離時應提供被隔離者正確的資訊及足夠的日常生活及醫

療資源，減少其挫折感、恐懼，亦可提供具體的壓力排解設備，例如手機、穩定的網路等，有助於減輕被隔離者的無聊，以及方便其與親友聯繫、降低孤單感。而醫療人員也需更加注意確診者的身心狀況，若有特殊心理狀況，需安排精神科照會。

除了一般民眾之外，第一線的醫療人員也承受莫大的污名化壓力，有研究指出，若這些醫療人員在疫情期間被隔離，則更容易在疫情後出現負面的心理反應，如疲憊、孤立、失眠、工作表現惡化等現象，且在被隔離的三年後，更容易出現高度抑鬱的情況，因此在疫情結束後也應定期對醫療人員提供心理檢查，減低專業人員面對這類壓力源導致的不安情緒並預防後續的效應。

善用心情溫度計 App

心情溫度計(BSRS)在 921、SARS 期間被普遍的使用，若發現身邊親友或自己因疫情因素而壓力與焦慮感升高、身心狀況不佳時，可下載並使用心情溫度計 App，即時測量親友與自己的心情溫度、提供親友相關的電子書/影音、若施測後為 0-5 分，為正常範圍，表示身心適應狀況良好，6-9 分則為輕度困擾，建議找家人或朋友談談，10 分以上則代表有中度至重度的情緒困擾，建議尋求專業幫助，APP 皆可查詢當地社區心理衛生資源或精神科門診聯絡方式，而您的一個動作將使您成為最重要的自殺防治守門人。另外也可撥打衛生福利部 1925 安心專線，將有專人為您服務。

1)「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」會後新聞稿。

(1) 109 年 5 月 15 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」會後新聞稿。

(2) 新聞稿內容詳見第 4-6-6 頁「新聞媒體聯繫會議」。

2)「月圓人團圓 關懷賀中秋」中秋新聞稿

(1) 109 年 9 月 30 日發布「月圓人團圓 關懷賀中秋」中秋新聞稿，共有 1 則新聞稿露出。

(2) 新聞稿內容如下：

中秋佳節在傳統華人文化中，是月圓人團圓的重要節日。在這闔家團圓的時刻，除關心身旁的親友之外，更別忘了獨自過節的親朋好友，在這樣的日子他們可能更易感到憂鬱與悲傷。全國自殺防治中心在此提醒大家，

發揮您的關懷，讓身旁的親友們都能感受到愛與溫暖，共賀佳節。

關心無距離，暖心不打烊

李明濱理事長呼籲，關心所產生的能量不容小覷，但是我們應注意多聆聽，不必過多詢問個人隱私問題，避免把關心與問候成了對方的壓力與不愉快，這不僅失了最初美意，若是使對方感到傷心與不舒服更是得不償失。把握相聚時刻，站在他人立場關懷同理，讓家人間能保有尊重與空間，不僅凝聚分享彼此情感，更能常保相聚好時光。

李明濱理事長表示，青少年往往需面對許多的壓力與挑戰，如人際關係、課業壓力及自我認同等。根據自殺行為通報數據，109 年 1 至 8 月因自殺行為送醫通報共 24,822 人次，分析數據顯示占率最高自殺原因為「情感、人際關係」46.7%，包含「家庭成員問題」20.7%、「感情因素」17.2%、「夫妻問題」11.6%因素為前三名。其中兒童與青少年通報 7,400 人次，自傷原因則以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」50.7%為主。

由此可知，家庭的支持與關懷更顯其重要性，李明濱理事長提醒民眾以下兩大重點：

1.利用連假多加關心與陪伴：家人的陪伴及支持是自殺防治中重要的保護因子，全國自殺防治中心分析歷年自殺通報資料發現，自殺通報人次在連假期間較低，中秋連假為親友間難能可貴的團聚時光，放下彼此手上的 3C 產品，增加彼此的互動與交流，用話語傳達溫暖與關心。

2. 節慶過後關懷不間斷：全國自殺防治中心歷年資料顯示，節慶過後自殺通報人次有上升趨勢(增加約 20%)，在經過連假後大家各自返回工作崗位，保護因子相對降低，不免感到格外地孤單與空虛，致衍生輕生念頭，這時的關懷便更加重要與溫暖。

遵循醫囑不停藥

李明濱理事長也特別提醒，連假期間切勿因假期而自行停藥，特別是正在服用憂鬱症及焦慮症等精神科藥物者，可能有許多將面臨之狀況，如來不及於連假就診、諱疾忌醫或是不願讓其他家庭成員知道目前之用藥狀況，其實更應遵照醫師指示服藥，若擅自停藥易產生戒斷症候群，導致病情不穩定，而不利於疾病長期控制。因此，在過節期間，別忘了注意親友的服藥情況，多一點關懷與陪伴。

善用心情溫度計 App 展現關懷

心情溫度計(BSRS)在 921、SARS、八仙塵爆期間被普遍的使用，若發現身邊親友或自己因疫情直接或間接導致的壓力，造成精神困擾或適應障礙，可下載並使用心情溫度計 App，即時測量親友與自己的心情溫度、的情緒困擾，建議尋求專業幫助，App 皆可查詢當地社區心理衛生資源、電子書、影片或精神科醫療單位的聯絡方式。緊急時，也可撥打衛生福利部 1925 安心專線，將有專人提供諮詢服務。

歡迎下載『心情溫度計 App』

1. 連至 App store 或 Google play 商店搜尋『心情溫度計』。
2. 使用手機掃描下圖 QR code(iOS & Android)，立即下載。

2. 新聞媒體聯繫會議

1) 召開新聞媒體聯繫會議會前會

109 年 4 月 29 日(星期三)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，與會人員為臺北市報業商業同業公會理事長羅國俊、銘傳大學新聞系孔令信系主任；與會之媒體為 PChome 新聞臺。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「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，探討新冠疫情後之心理重建，並針對自殺防治法公布後媒體報導型態進行討論。

2) 寄送邀請函

本年度新聞媒體聯繫會議寄發邀請函對象(含電子郵件、公文、紙本邀請函)，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、電視臺與媒體單位、記者等，並考量疫情因素，本年度除現場會意外，同時以 Youtube 開放網路直播予各縣市衛生局線上參與。

3) 舉辦新聞媒體聯繫會議

109 年 5 月 15 日上午 10 時 00 分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，會議將由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為自殺防治學會吳佳儀理事、聯合醫

院社區精神科陳映燁醫師、臺北市報業商業同業公會羅國俊理事長。

4) 發布會議新聞稿

(1) 中心於 5 月 15 日發布媒體聯繫會議新聞稿，共有 14 則露出。

(2) 新聞稿內容如容如下

抗疫與關懷：挺過首波心理衝擊，邁向重建

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心於民國 2020 年 5 月 15 日(星期五)上午 10 時至 12 時，臺大校友會館 4 樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議－抗疫與關懷：挺過首波心理衝擊，邁向重建」，主持人為全國自殺防治中心李明濱主任。本次會議探討新冠疫情對心理健康之影響，並對「媒體在自殺防治中之角色與挑戰」進行研討與交流，面對疫情，如何建構心理健康安全網 將是防疫的下一波重點，期望透過專家學者與媒體代表的對話，共創自殺防治的新里程！

台灣自殺防治學會李明濱理事長於會中指出，媒體在自殺防治中扮演重要的角色，過去一直在提 WHO 的媒體六不六要報導原則，六不原則已經慢慢改善，希望未來可以加強六要原則報導，例如如何從逆境中走出來的方法，在這次新冠病毒疫情，從去年 12 月底開始政府也針對疫情實施各樣的措施，中心與國北護休健系主任呂淑妤用心情溫度計做民調測量，四月份全國 20 歲以上民眾，有 5.3%的人情緒發燒，達到需要諮詢的程度，估計大約有 102 萬的人口，與去年 8.3%相比，下降了 3 個百分點；過去一個星期有自殺意念的人也降低了 50%。根據這個調查發現各項數據都在改善，唯獨緊張不安增加了 21 個百分點，表示疫情急性期造成民眾的不安。同時，李明濱理事長表示，在 2019 年 2 月 1 日起禁止分裝及販售劇毒農藥巴拉刈後，2019 年上半年農藥自殺死因占率從 2018 年的 16.9%降低至 2019 年的 12.4%，有大幅度的下降。

立法院社會福利及衛生環境委員會吳玉琴委員也呼籲，自殺防治法規範的媒體包含報紙、網路、電視，希望大家對自殺的報導有自律性，不要太過聳動，因為報導自殺是有渲染力的。針對疫情，居家檢疫者與醫護人員需要全民的支持與鼓勵，也感謝媒體利用自身的優勢支持醫護人員，並提到巴拉刈對於老人自殺有很大的殺傷力，政府已透過補助的方式，來支持農民尋求替代農藥的使用。

衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長則指出，疫情對民眾產生很

多壓力反應，以及對經濟、社會造成的影響，造成未來次級的壓力，臺灣每天開記者會，有效降低民眾的焦慮，也傳達正確的資訊，避免引起不好的影響，也希望媒體朋友幫忙，在報導中文字描述的部分更加小心，避免產生效仿，並針對自殺防治法給予一些建議，作為細則的參考。

疫後心理重建不容忽視

目前臺灣新冠疫情已開始趨緩，許多疫情嚴重的國家如義大利、法國等都開始考慮局部解除封城令，臺灣在全民的共同努力下，已挺過首波的心理社會衝擊，但也千萬不能輕忽疫情的長期壓力，全民仍需同心協力共同邁向疫後心理重建。

隨疫情而衍生的經濟與社會衝擊是全面性的，嚴重者可能會出現疲憊、孤立、甚至高度抑鬱的情況，全國自殺防治中心主任李明濱教授指出，重鬱症患者、情緒敏感者與疫情期間曾受檢疫/隔離以及面臨失業失婚壓力者都是疫情後容易出現負面心理反應的高關懷族群，若同時蒙受多重重大壓力，恐使萌生自殺意念，災難的身心影響可長達多年，故萬不可因疫情趨緩便放鬆警惕，而輕忽疫後心理重建， 在本次會議中台灣自殺防治學會吳佳儀理事也提到，自殺是多重因子造成的行為，目前環境造成模仿的效應以及在疫情下的壓力，隔離期間擔心被傳染、失眠、被監控、社交距離等皆可能是造成自殺的危險因子，尤其是護理人員亦在疫情中受到很大波及，例如被投以不同的眼光，疫情爆發前後心情溫度計的數據總分區是在三月達到高點，但有微幅下降的趨勢，升幅約 10%左右，以自殺意念來看，升幅約 5%左右，呼籲民眾多關心身邊親友，分享愛與溫暖，善用心理精神衛生資源，營造更優質的身心安適環境。

聯合醫院社區精神科陳映燁主任表示，疫情有沒有造成自殺率的上升，從過往的數據發現影響不大，反而是之後的經濟不景氣觀察到有自殺率上升的情形，若要超前部署，包含媒體報導、後續的經濟不景氣如何因應民眾的心理健康才是最大挑戰。

媒體在自殺防治中之角色與挑戰

聯合醫院社區精神科陳映燁主任指出，國外媒體如加拿大在名人自殺後用 mindset 評估，八成五以上的報導都符合標準，但臺灣媒體在刊登照片與詳述自殺地點兩項上仍容易違反規定，且報導數偏高，是臺灣的隱憂。

臺北市報業商業同業公會羅國俊理事長則認為，平面媒體自律機制這

些年改善很大，雖照片刊登比率高，但應細看照片刊登的內容來分析，也針對施行細則向心口司陳情，認為不放頭版此項法條缺乏彈性，相關會議務必邀請有媒體經驗的人參與其中，如果施行細則如要維持原本內容，宜針對重要事件、國際要聞訂定但書，另也表示新聞業不只記者的寫稿，審稿過程中也是相當重要，未來建議除了在醫療衛生線記者，應該對其他領域的記者也要傳遞相關規範事項，並呼籲用自律來代替他律，並給予優質報導、自律機構實質補助，且未來新媒體的影響力越來越大，未來討論時應納入新媒體，讓主流媒體平衡。

臺灣當前自殺數據

李明濱理事長指出根據全國自殺防治中心 2014 年的電話民調顯示，針對臺灣 15 歲以上一般人口的調查中發現網路成癮(IAD)盛行率約為 1.9%，其中有 33.6%在一生中曾經認真地想過要自殺。另一個由台灣自殺防治學會所進行的網路成癮自願調查，發現網路成癮的盛行率則高達 10.6%，也發現下列網路成癮的特性如：成癮問題年輕化、近期遭逢明顯心理困擾(特別是失眠、憂鬱、自卑者)、近期或終生曾有自殺意念等。對照 2018 年自殺企圖通報資料顯示，通報原因以情感人際因素為最多佔 46.2%，其次為精神健康與物質濫用佔 40.9%。

善用心情溫度計 App 展現關懷

心情溫度計(BSRS)在 921、SARS、八仙塵爆期間被普遍的使用，若發現身邊親友或自己因疫情直接或間接導致的壓力，造成精神困擾或適應障礙，可下載並使用心情溫度計 App，即時測量親友與自己的心情溫度、的情緒困擾，建議尋求專業幫助，App 皆可查詢當地社區心理衛生資源或精神科醫療單位的聯絡方式。緊急時，也可撥打衛生福利部 1925 安心專線，將有專人為您服務。

3. 新聞媒體聯繫群組

群組內提供媒體即時諮詢自殺報導之管道，當重大事件發生時，專家學者亦有渠道提供意見與回應，或針對不適當或過度報導提出勸導與提醒，以促進媒體單位自律。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 完成記者會/新聞發佈：共發佈 3 則新聞稿，總計共 15 則媒體露出之相關

報導。

2) 新聞媒體聯繫會議

(1) 109 年 5 月 15 日上午 10 時 00 分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為自殺防治學會吳佳儀理事、聯合醫院社區精神科陳映燁醫師、臺北市報業商業同業公會羅國俊理事長。

(2) 議程：新聞媒體聯繫會議之議程包含：本次會議議題包含新冠疫情與心理健康、媒體在自殺防治中之角色與挑戰，最末為綜合座談。詳細議程如附件 4-6-1。

(3) 出席人員：現場出席媒體共 9 間、學協會共 1 間、衛生局共 3 間，大專新聞系院校 1 間，共 37 人，線上直播參與人數衛生局共 10 間，共 17 人，會後新聞稿露出共 14 則，會議圓滿落幕，詳細現場出席單位如表 4-6-1。

表 4-6-1、現場出席單位一覽表

單位	人數
衛生福利部心理及口腔健康司	3 人
台灣自殺防治學會	5 人
臺北市報業商業同業公會	3 人
社會福利及衛生環境委員會	2 人
新北市政府衛生局	2 人
宜蘭縣政府衛生局	2 人
雲林縣政府衛生局	1 人
慈濟大學	1 人
臺大護理系	1 人
臺大流預所	1 人
公視	2 人
聯合報	3 人
中國時報	1 人
蘋果日報	1 人
中華日報	1 人
國語日報	1 人
TVBS	1 人
天下未來城市	1 人
天下雜誌	1 人
中國都會網路	1 人
黃開源智造	1 人

單位	人數
東吳資料實驗室	1 人
法瑪科技顧問股份有限公司	1 人

(4) 會議進行與討論

會議當日，由台灣自殺防治學會吳佳儀理事報告新冠疫情與心理健康；接著再由聯合醫院社區精神科陳映燁醫師以專家學者立場報告媒體在自殺防治中之角色與挑戰，並由臺北市報業商業同業公會羅國俊理事長以媒體從業人員立場報告媒體在自殺防治中之角色與挑戰，最末則為綜合座談，由台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事與心口司詹金月科長共同主持。

(5) 會後新聞露出，如表 4-6-2。

表 4-6-2、新聞露出一欄表

日期	露出平臺	標題
109 年 5 月 15 日	聯合報	想不開比率增 專家：5 月後不景氣威脅比疫情恐怖
109 年 5 月 15 日	聯合報	自殺新聞我國是澳 10 倍 學者籲循「四不五要」專家籲自律
109 年 5 月 15 日	YAHOO	想不開比率增 專家：5 月後不景氣威脅比疫情恐怖
109 年 5 月 15 日	中國時報	防疫更要防鬱 媒體在自殺防治位居要角
109 年 5 月 15 日	世界日報	疫情過後 經濟衰退…「想不開」比率恐增加
109 年 5 月 16 日	好房網	想自殺增加　專家：絕望比病毒致命
109 年 5 月 15 日	MSN	防疫更要防鬱 媒體在自殺防治位居要角
109 年 5 月 15 日	工商時報	防疫更要防鬱 媒體在自殺防治位居要角
109 年 5 月 16 日	中華新聞雲	疫情衝擊下 憂鬱、想不開比例增加
109 年 5 月 16 日	翻爆	防疫更要防鬱 媒體在自殺防治位居要角
109 年 5 月 15 日	公視	疫情衝擊人心 恐增加不安及自殺念頭
109 年 5 月 15 日	新浪新聞	疫情衝擊人心 恐增加不安及自殺念頭
109 年 5 月 15 日	PCHOME	疫情衝擊人心 恐增加不安及自殺念頭
109 年 5 月 21 日	健康醫療網	別輕忽疫後壓力　攜手同心打照防疫網

2. 結論

中心本年度針對疫情發布新聞稿及辦理年度自殺防治與新聞媒體聯繫會議，探討疫後心理重建與自殺防治，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，透過不同心理衛生與媒體專業間的配合與討

論，將自殺防治的理念擴及各大報章雜誌，在自殺防治法通過後，也共同針對細則進行完善與精進，除透過研究與數據的分析，提升健康的自殺事件新聞報導品質。

透過自殺防治與新聞媒體聯繫會議，希望讓所有與會者在自殺防治與疫後重建上建立共同的核心價值，雖目前臺灣已挺過首波的心理社會衝擊，但也千萬不能輕忽疫情的長期壓力，隨疫情而衍生的經濟與社會衝擊是全面性的，全民仍需同心協力共同邁向疫後心理重建。

3) 媒體通訊群組

目前自殺事件諮詢群組內成員共 37 名，含媒體記者、相關專家學者與中心助理，針對重大事件如台大墜樓案皆有學者提供資料與提醒，未來可考慮擴大群組，廣納各方媒體意見。

五、 附件

附件 4-6-1「自殺防治新聞媒體聯繫會議—挺過首波心理衝擊，邁向重建」會議議程

自殺新聞監測與投書

一、背景(Context)

中心自民國 95 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 99 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。鑒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 106 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。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 收集平面與網路之自殺新聞相關報導，並進行編碼及資料分析，整理每日重大自殺新聞，並於每週業務會議彙整報告。
2) 因應重大新聞事件適時給予回應，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(Process)

1. 自殺新聞監測

1) 每日製作網路四大報自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予長官及各衛生局相關人員參考。
2) 持續進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體監測作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治

策略。

3) 持續蒐集四大報(中國時報、自由時報、聯合報、蘋果日報)自殺新聞報導。

4) 如遇嚴重違反 WHO「六不六要」原則之自殺新聞報導，中心皆會進行不當新聞投書，透過中心內部機制與媒體因應小組討論外，投書至播報單位勸導將該則新聞下架。

5) 針對社會關切之重大自殺事件或議題，主動召開記者會或投書媒體，以避免模仿效應。

6) 結合國內外學術團體，運用多向管道宣導自殺防治及可預防的危險因子，以提升民眾對自殺防治之認知及了解。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺新聞監測：

(1) 網路四大報自殺新聞摘要，109 年 1 月至 9 月共製作 1,201 則自殺新聞摘要，分析結果詳見表 4-7-1。

a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 245 位、自殺企圖個案 186 位。

b. 109 年 1-9 月之自殺人數分布，分析結果詳見圖 4-7-1

c. 報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因除其他外，自殺身亡者排行前三項分別為債務因素、久病不癒及非憂鬱症精神疾病、失業經濟因素，自殺企圖者排行自殺原因前三名為感情因素、夫妻問題及家人情感因素。

d. 報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，自殺身亡者排行前三項為溺水；跳水、高處墜落、燒炭，自殺企圖者排行前三名為溺水；跳水、高處墜落、利器自戕。

(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 4-7-2、圖 4-7-3。

表 4-7-1、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=245)	175(71.4%)	50(20.4%)	5(2%)	7(2.8%)	7(2.8%)
企圖(n=186)	161(86.5%)	6(3.2%)	3(1.6%)	11(5.9%)	3(1.6%)

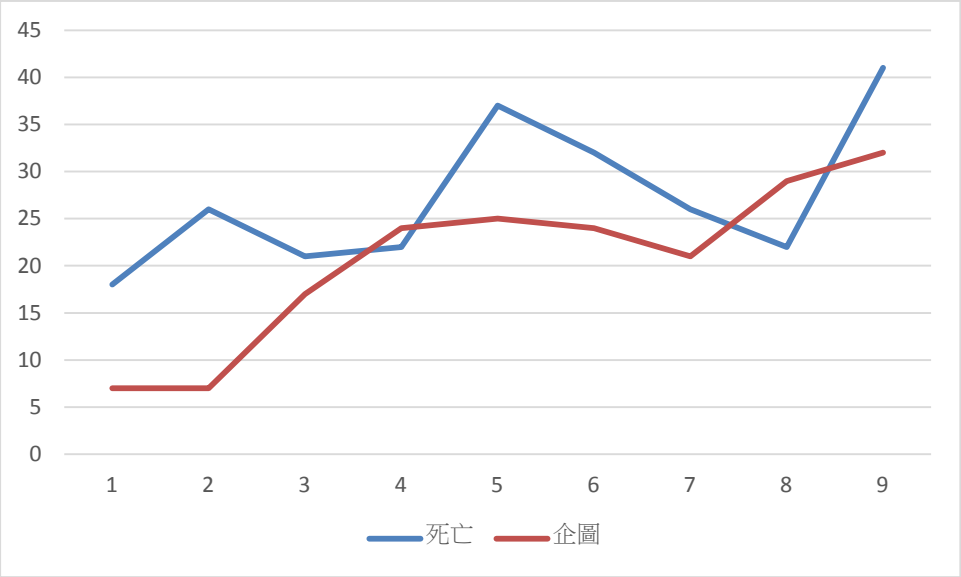


圖 4-7-1、109 年 1-9 月自殺人數分布圖

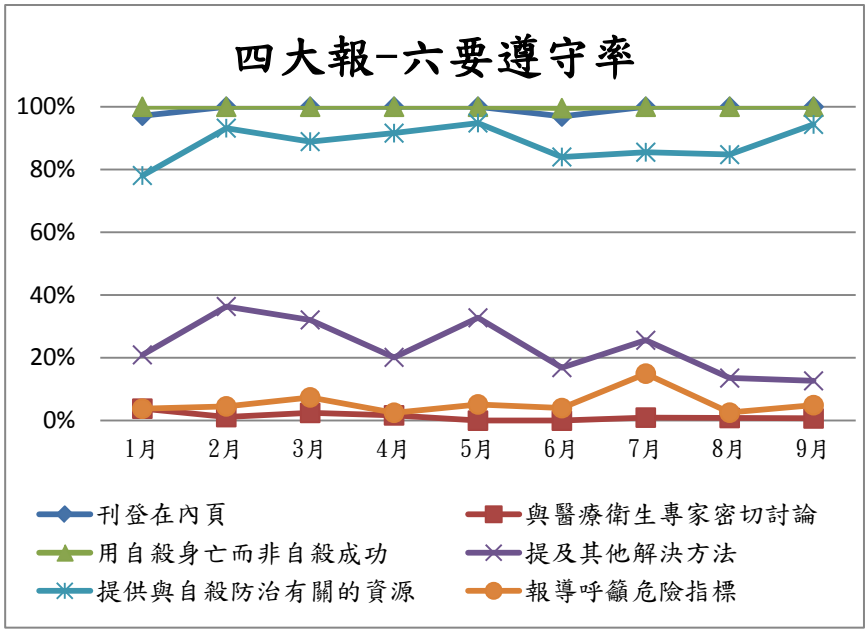


圖 4-7-2、網路四大報「六要」趨勢

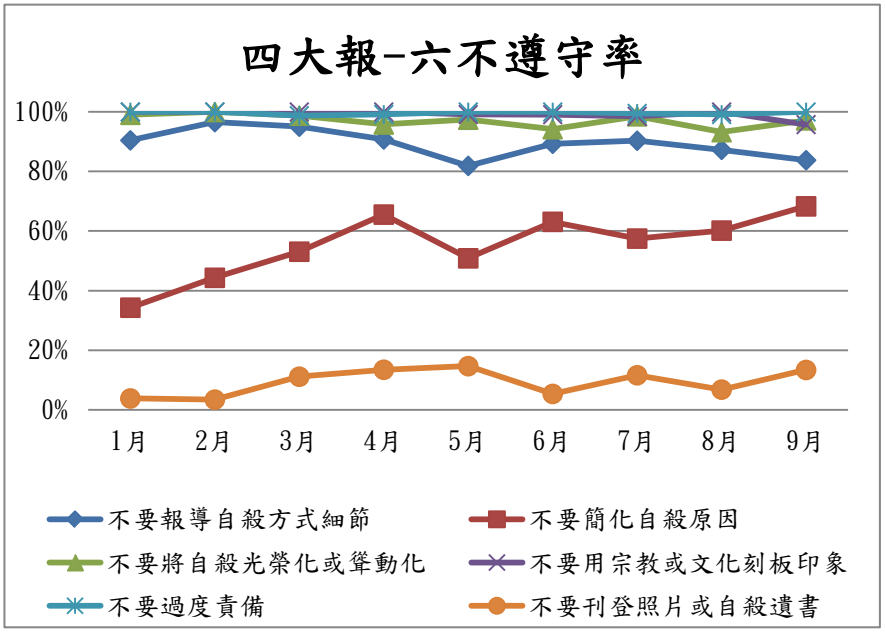


圖 4-7-3、網路四大報「六不」趨勢圖

(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 109 年 1-9 月自殺事件相關新聞報導如圖 4-7-4、圖 4-7-5，發現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』」「刊登在內頁」是較易被遵循的原則，但「報導呼籲危險指標」及「要與醫療衛生專家密切討論」則是比較容易被忽略的原則。「六不」原則中的「不要過度責備」及「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」較易被遵循，而「不要刊登出照片或自殺遺書」則是較易被忽略的原則。

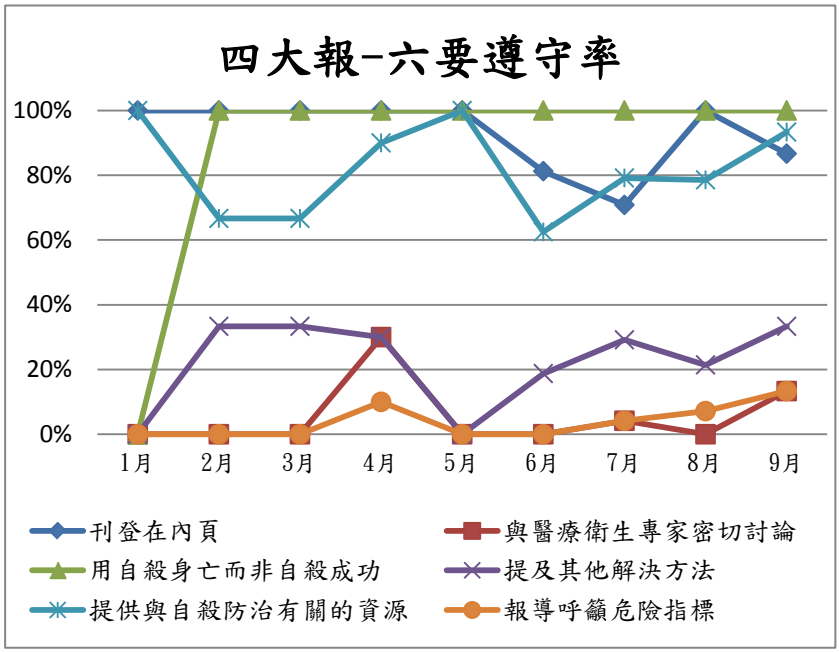


圖 4-7-4、平面四大報「六要」趨勢圖

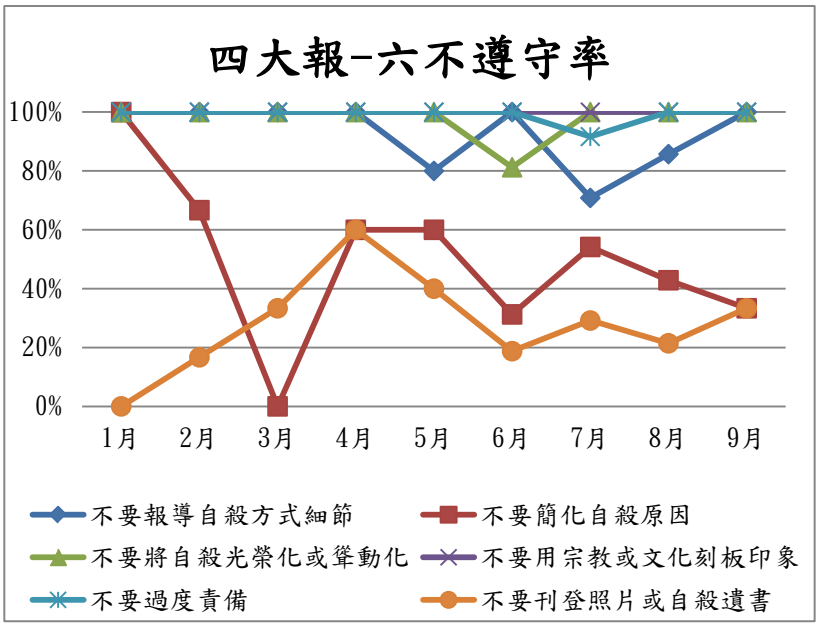


圖 4-7-5、平面四大報「六不」趨勢圖

(4) 不當新聞投訴：中心進行媒體監測遇不符合 WHO「六不六要」原則之自殺新聞報導，皆會進行不當新聞投書，透過中心內部機制與媒體因應小組討論外，投書至播報單位勸導將該則新聞下架。109 年 1 月 1 日至 109 年 10 月 1 日為止，共投訴 31 則自殺新聞報導，下架或改善 20 則。

(5) 重大事件投書：本年度中心針對台大學生墜樓案進行 1 則投書，內容如下：

各位媒體記者朋友：

近日傳出多起學生自殺事件，引發社會關注。媒體朋友一直在自殺防治工作上扮演極為重要的角色，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。

相反的，過度的自殺事件報導則可能造成脆弱族群如青少年的自殺模仿效應，並且對於事件當事人或其親友造成傷害。

特此呼籲媒體朋友們，避免針對自殺事件進行持續的報導，報導自殺事件時遵循 WHO 制定的六不六要報導原則，避免造成更多悲劇的發生。

六不原則－

1. 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
2. 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
3. 不要詳述自殺方式的細節
4. 不要詳述自殺事件發生的地點
5. 不要使用聳動化的標題
6. 不要使用聳動化的標題

六要原則－

1. 將自殺新聞刊登在內頁
2. 與醫療衛生專家密切討論
3. 使用自殺身亡而非自殺成功
4. 提及自殺之外的其他解決方法
5. 提供與自殺防治有關的資源
6. 報導呼籲危險指標

詳細內容敬請踴躍下載全國自殺防治中心翻譯之《世界衛生組織：自殺新聞報導指引》（2017 年更新版），供貴報媒體從業人士參考：https://www.tsos.org.tw/web/page/journalist

2. 結論

網路媒體為現今消息散播最及時與迅速之媒體，如何與網路媒體平臺保持良好共識與溝通管道，共同維護媒體播報自殺相關新聞之品質，為未來需投注更大心力之區塊。中心將持續每日監看四大報網路與紙本自殺相關新聞，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，未來會嘗試以 AI 的方式進行即時監測，讓各相關單位能更全面與快速的掌握每日自殺新聞事件。

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，及為抑制網路上相關之訊息傳播，本中心已於民國 103 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頁，將(1)向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/)進行線上申訴，並於申訴後定期內追蹤被檢舉網頁之下架等相關事宜，並(2)同時向該網站平臺之檢舉機制舉報加以勸導，向該平臺管理者反映藉以即時撤除不當內容。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) 降低因教唆自殺網頁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) 全面進行平臺檢舉或電郵反映。
4) 確認網頁下架與否，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。
3) 109 年 2 月已完成原始資料翻新、除錯，整併網址重複之資料，且統計方式改以 Excel 函數自動產出，以降低人工計算時間與計算錯誤之機率。
4) 因 iWIN 回報本中心舉報網頁為境內/境外有時與中心查詢的結果不同，中心詢問 iWIN 查詢之方式，今年度開始改採用與 iWIN 同個網頁「Domain Dossier」(https://centralops.net/co/domaindossier.aspx) 查詢，以確保資料的正確性。

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://i.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) 同時向該網站平臺之檢舉機制舉報加以勸導，向該平臺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頁之下架等相關事宜。「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 4-8-1 所示。

四、 成果

1. 搜尋結果

1) 截至 109 年 10 月 14 日，共 430 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 307 個(71.4%)違規網頁已撤除。
2) 在境內網頁部分，已下架者為 154 則(96.9%)、未下架者為 5 則(3.1%)；在境外網頁部分，已下架者為 153 則(56.5%)、未下架者為 118 則(43.5%)。

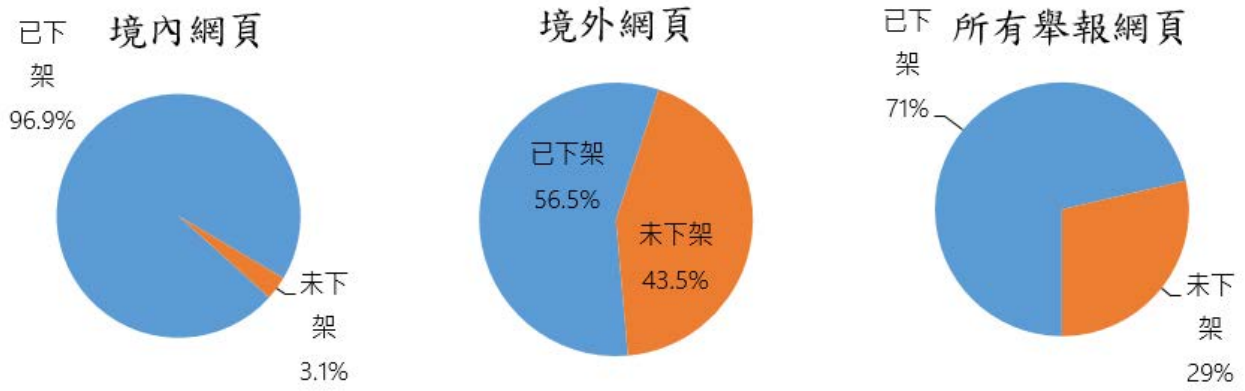


圖 4-8-1 舉報網頁、境內外網頁下架與未下架圓餅圖

3) 境內教唆網站自 103 年開始，下架率接近 100%，且因部分網頁原先列冊為境內，而改以 Domain Dossier 查詢後顯示為境外，故此部分總數下降，目前僅剩 5 筆。

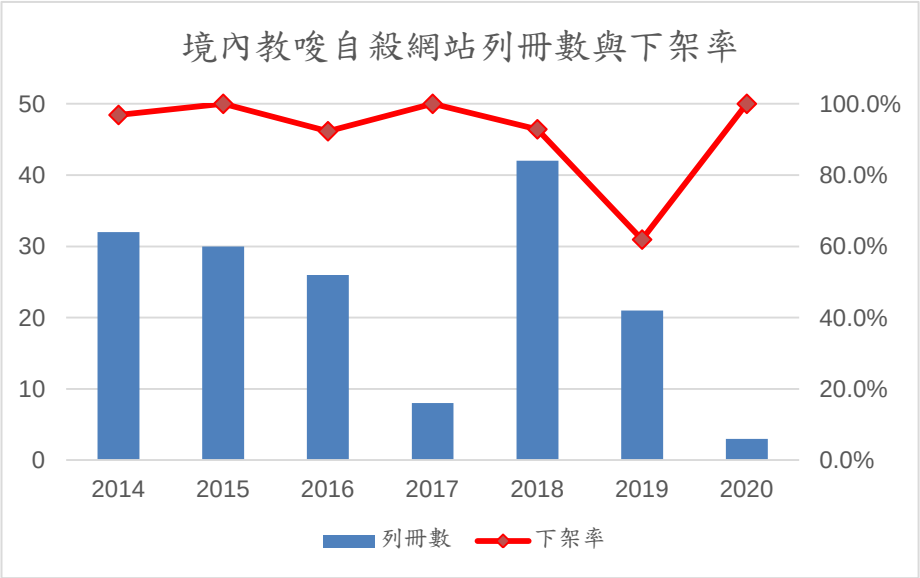


圖 4-8-2 境內教唆自殺網站列冊數與下架率

4) 境外教唆網站自 105 年起下架率開始降低，迄今，境外檢舉未下架之中文繁(簡)體網頁共 118 筆當中，許多網頁目前已無管理員或者帳號停止使用，導致網頁下架較為困難。

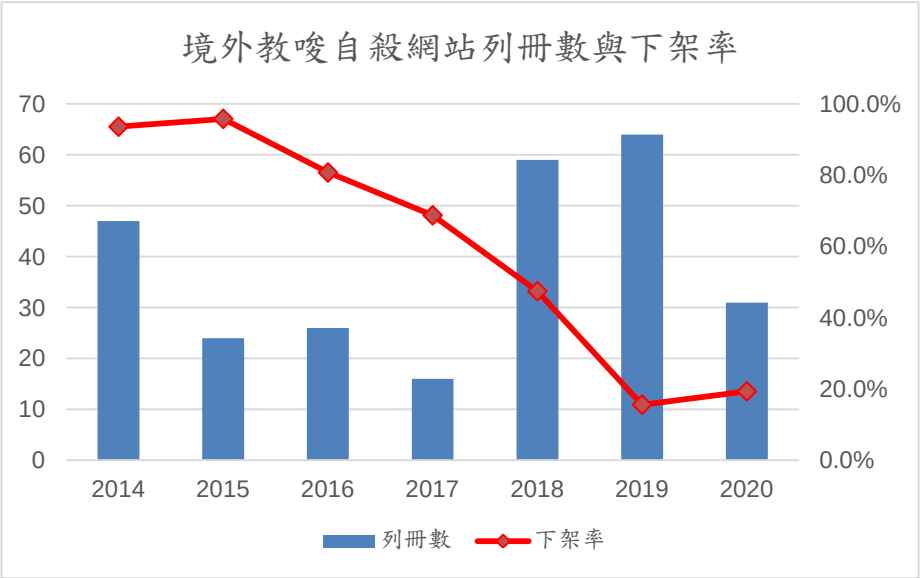


圖 4-8-3 境外教唆自殺網站列冊數與下架率

2. 結論

針對境外檢舉未下架之 118 筆中文繁(簡)體網頁，進行歸類後發現多屬兩類：

1) 大多數網站伺服器主機設置於國外(其中 79 筆 IP 位於美國各州，佔 64.2%)，不在我國司法管轄範圍。
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。

因檢舉者、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，境外網頁仍不易有效移除，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 4-8-1、教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程

提倡自殺防治及預防危險因子，提升民眾自殺防治認知

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

本中心深感於自殺之預防，除運用各種管道宣導自殺防治的重要性，尚需結合各種專業團隊以及民間之力量，方能達成「自殺防治、人人有責」以及「網網相連、繼往開來」之境界，以提供完整而持續之關懷服務。本中心除架設與維護網站外，也有經營 Facebook 與 YouTube，且歷年來皆結合國內外關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，持續規劃一系列活動，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網相連。

每年本中心固定舉辦的世界自殺防治日記者會除了有中央政府首長的共襄盛舉，亦有各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表、以及媒體熱情響應與會，齊聚散布自殺防治之正確概念。以 109 年辦理世界自殺防治日記者會暨學術研討會為例，其中有與民間團體合作的活動，如媒體徵文活動及國際性活動—與中華民國自行車騎士協會合作辦理之「單車繞世界」等，透過多樣化的管道，達成宣傳自殺防治的理念。此外，亦持續與大專院校之新聞相關系所、媒體單位、媒體相關學協會等合作，倡議自殺防治之正確/正向報導，以發揮媒體之知識宣傳效益。

今年度於 11 月 23 日至 11 月 24 日，與國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention)共同辦理第九屆國際自殺防治協會亞太大會，以提升我國自殺防治工作於國際舞臺之能見度，並促進國內外專家學者學術交流，致力提升民眾對於自殺防治之認知。此外，本中心擬與媒體有關的社群網絡、各縣(市)社會局立案之社會工作人員團體、大專院校學生社團、109 年度贊助辦理自殺防治活動之企業(如三花棉業、鼎泰豐)等民間團體繼續合作，提升民眾對自殺防治認知，響應人人皆為珍愛生命守門人之理念。

2. 業務或方案的目的與目標

今年度與本中心合作單位包含：國防部、臺北市報業商業同業公會、四大報媒體平臺、國家衛生研究院論壇、國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、佛光大學、中國科技大學學生輔導中心新竹校區及臺北校區、三

花棉業、玩樂工業有限公司。

與各合作單位資源連結內容及形式包括：資料提供、討論會議、公文、電子信箱聯繫、電話溝通、辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。如，全國自殺防治中心與國防部積極合作，透過「心輔工作會報暨自傷防治講習講座」推動國軍心理輔導工作。

本中心積極藉由各種管道宣導自殺防治的重要性，包含使用 Facebook 與 YouTube、媒體合作、活動、相關會議、演講等，致力於將自殺防治概念種子播種於各界，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網相連。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 臉書抽獎問卷
   (1) 藉由在臉書舉行填問卷抽獎之活動，了解使用者對本中心粉絲專頁之意見，並宣導自殺防治的重要性。
   (2) 編寫問卷。
   (3) 邀請合作廠商提供贈品。
   (4) 於臉書公告問卷。
   (5) 抽獎並寄送贈品。
2) 柯有倫自殺防治影片《守門人》合作
   (1) 合作方案：透過影片對年輕族群發揮正向影響的角度，傳遞人人都是珍愛生命守門人理念。
   (2) 共同宣傳：運用柯有倫粉絲專頁、本中心臉書粉絲專業及官方網站共同宣傳。
3) 世界自殺防治日臉書抽獎活動
   (1) 為推廣世界自殺防治日及主題「同心協力防自殺」，配合辦理臉書抽獎活動，同時增加本中心曝光率。
   (2) 邀請合作廠商提供贈品。
   (3) 於臉書公告抽獎辦法。
   (4) 抽獎並寄送贈品。
4) 臺師大表演藝術學士學位學程學生畢業戲劇《春醒》製作合作
   (1) 合作方案：國立臺灣師範大學表演藝術學士學位學程學生畢業製作。
   (2) 文案宣傳：運用臉書分享相關資訊。
   (3) 劇評提供：預計於學生劇團彩排觀看並針對戲劇撰寫相關評論，同時將

在該劇粉絲團進行自殺防治宣導。

5) 其他章節中有關與民間團體合作之內容

(1) 辦理年度「新聞媒體聯繫會議」：今年主題為「自殺防治新聞媒體聯繫會議─挺過首波心理衝擊，邁向重建」，本次會議探討新冠疫情對心理健康之影響，並對「媒體在自殺防治中之角色與挑戰」進行研討與交流，面對疫情，如何建構心理健康安全網將是防疫的下一波重點，期望透過專家學者與媒體代表的對話，共創自殺防治的新里程！此部分詳細內容請參閱 4.6 強化媒體互動與聯繫。

(2) 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。此部分詳細內容請參閱 4.7 自殺新聞監測與投書。

(3) 國際性活動─單車繞世界：國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」(Cycle Around the Globe)活動，公告「單車繞世界」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、E-mail 等方式，包括 Facebook、各縣市衛生局、大專院校、相關學協會，此部分詳細內容請參閱 5.11 大型宣導活動－世界自殺防治日記者會及相關系列活動。

(4) 「珍愛生命守門人」講座安排與講師推薦：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，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。此部分詳細內容請參閱 7.1 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣。

三、 過程(Process)

1. 臉書抽獎問卷

1) 撰寫問卷並請社團法人台灣自殺防治學會理監事提供意見後修改。

2) 與三花棉業聯繫，三花棉業表示願意提供贈品。

3) 於臉書發布「2020 年初春回饋：填問卷拿時尚手錶、三花棉業禮品組」貼文。

4) 109 年 2 月每日臉書貼文都再次提到此問卷抽獎。

5) 3 月 3 日公告得獎名單，並寄出得獎電子郵件。

6) 進行問卷資料統計。

7) 3 月 11 日寄出贈品。

2. 柯有倫自殺防治影片《守門人》合作

1) 於 4 月上旬開始與玩樂工業有限公司進行《守門人》影片合作方案討論。
2) 4 月 21 日合作方案確定。
3) 4 月 30 日影片於 Youtube 發布，並於臉書「柯有倫 Alan Kuo」、「珍愛生命打氣網」宣傳推廣。

3. **世界自殺防治日臉書抽獎活動**

1) 撰寫臉書貼文及民眾參與活動辦法。
2) 於臉書發布「世界自殺防治日-臉書抽獎活動來囉」貼文。
3) 9 月 14 日公告得獎名單。
4) 9 月 15 日寄出贈品。

4. **臺師大表演藝術學士學位學程學生畢業戲劇《春醒》製作合作**

1) 於 8 月中旬開始與國立臺灣師範大學表演藝術學士學位學程學生進行《春醒》戲劇畢業製作合作方案討論。
2) 10 月 4 日合作方案確定。

四、 成果(Product)

1. 臉書抽獎問卷執行結果

1) 填答者：扣除填答電子信箱重複者，共 79 人。
2) 問卷填答情形

(1) 您是從哪裡看到「珍愛生命打氣網」粉絲專頁呢？(可複選)

選項	次數	比率
朋友按讚、留言或分享	24	30.4%
無意間看到	16	20.3%
Youtube 影片	3	3.8%
全國自殺防治中心網頁	44	55.7%
以下選項為使用者填寫「其他…」自填		
珍愛護理公會	1	1.3%
老師推薦	1	1.3%
刻意搜尋相關網頁(自殺防治)時找到的	1	1.3%

(2) 您已按讚/追蹤「珍愛生命打氣網」多長時間？

選項	次數	比率
一個月內	31	39.2%
半年內	16	20.3%
一年內	13	16.5%
三年內	14	17.7%
三年以上	5	6.3%

(3) 您最近一年瀏覽「珍愛生命打氣網」貼文的頻率為？

選項	次數	比率
很少	14	17.7%
偶爾	34	43.0%
經常	27	34.2%
幾乎每天	4	5.1%

(4) 您在「珍愛生命打氣網」的收穫有哪些？(可複選)

選項	次數	比率
心理健康知識	68	86.1%
認識精神疾患	43	54.4%
自殺防治知識	64	81.0%
紓解壓力	43	54.4%
其他…	0	0.0%

(5) 當您使用「珍愛生命打氣網」粉絲專頁時您最重視什麼？

選項	次數				
	非常不在乎	不在乎	無意見	在乎	非常在乎
心理健康知識	0	0	9	25	45
認識精神疾患	0	0	16	30	33
自殺防治知識	0	0	8	24	47
紓解壓力	0	2	6	18	53

(6) 您是否願意將「珍愛生命打氣網」分享給親朋好友？

選項	次數	比率
是	77	97.5%
否	2	2.5%

3) 討論

在 79 位填答者中，55.7%使用者是從全國自殺防治中心網頁看到「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，另外 30.4%是從朋友按讚、留言或分享看到；關於已按讚/追蹤「珍愛生命打氣網」多長時間？39.2%為一個月內，20.3%為半年內；最近一年瀏覽「珍愛生命打氣網」貼文的頻率，34.2%為經常，43.0%偶爾；關於在「珍愛生命打氣網」的收穫有哪些？其中較高的為心理健康知識與自殺防治知識，分別有 86.1%與 81.0%；而使用「珍愛生命打氣網」粉絲專頁時最重視什麼，較高者為自殺防治知識與紓解壓力，分

別有 47 與 53 人；是否願意將「珍愛生命打氣網」分享給親朋好友？其中有 97.5%願意。

2. 柯有倫自殺防治影片《守門人》合作

109 年 4 月至 5 月期間，本中心於臉書協助宣傳《守門人》，同時進行珍愛生命守門人理念推廣，藉以提升民眾自殺防治認知。

3. 世界自殺防治日臉書抽獎活動結果

「世界自殺防治日-臉書抽獎活動」貼文觸擊達 45,812 人數、互動次數達 3,117 次、點讚數 1,139 次、貼文分享達 354 次。活動過程中鼓勵民眾於抽獎貼文表達關於感謝的回應，藉以促使民眾相互關懷，並喚起民眾對自殺防治議題的關心。

4. 臺師大表演藝術學士學位學程學生畢業戲劇《春醒》製作合作

109 年 10 月至 11 月期間，透過互相宣傳、分享的方式，本中心於臉書協助宣傳，同時於該劇臉書及相關管道進行本中心理念推廣，藉以提升民眾自殺防治認知。

預計於學生劇團彩排觀看並針對戲劇撰寫相關評論，同時將在該劇粉絲團進行自殺防治宣導。

5. 結論

本中心持續藉由各種管道曝光與公益合作機會，宣導自殺防治的重要性，藉以提倡自殺防治及預防危險因子。本中心亦提供民眾下列多元資源支持系統之利用管道：

1) 珍愛生命數位學習網：https://www.tsos.org.tw/p/elearning

近年因網際網路使用逐漸普及，人人皆有行動裝置等因素影響下，為提升自殺防治教育訓練之方便性、自由性及廣泛性，由台灣自殺防治學會

自 98 年起建構「珍愛生命數位學習網」，以無償的方式提供一般民眾與醫療專業人員學習自殺防治相關知識；目標以建構優質網路學習環境，激發一般民眾及專業人員之學習動機。

2) 自殺防治 e 學院：https://www.youtube.com/user/taiwansos

YouTube 為現下最多人使用的線上影音平臺，為強化傳達自殺防治、人人有責及自殺防治守門人 123 之概念，本中心於 YouTube 平臺建立「自殺防治 e 學院」頻道，持續更新自殺防治及心理衛教影片，期望能將自殺防治概念傳播到各個角落。

3) 心情溫度計 App

免費下載「心情溫度計 App」，提供社會大眾定期自我檢測自身的情緒狀態。此 App 提供心情分析建議，更提供全國心理衛生資源及心理健康秘笈。目前 iOS 及 Android 系統皆已正式上線。

不論是進行講座、活動、相關會議、與媒體合作，或是使用 Facebook、YouTube，希望在民眾生活中、使用社群媒體時，隨時都能接觸到自殺防治的相關議題。

4) 諮詢專線

(1) 安心專線 1925（政府專線）免通話費、全年不打烊提供自殺危機即時介入、評估、轉介及第三者通報等自殺防治相關服務。

(2) 生命線 1995（民間團體專線）中華電信手機用戶及市內電話免通話費提供各種心理困擾問題協助。

(3) 張老師 1980（民間團體專線）中華電信手機用戶及市內電話免通話費服務時間為周一至周六 09：00-21：00；周日 09：00-17：00。提供情緒困擾、生活適應問題之協助。

(4) 男性關懷專線 0800-013-999(政府專線)免通話費服務時間為每日 09：00-23：00。提供給想解決家人關係衝突（包括夫妻、親子、手足及親屬等）、家庭暴力困擾或想促進家人關係的男性朋友。

(5) 各縣市社區心理衛生中心電話

圖 4-9-1 各縣市社區心理衛生中心電話

藉由多方、多元的夥伴合作機會，共同探討如何讓社區、國家，甚至是國際間的自殺防治網網相連。今年度接觸的相關單位、合作夥伴有：「臺北市報業商業同業公會、四大報媒體平臺、國家衛生研究院論壇、國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、佛光大學、中國科技大學學生輔導中心新竹校區及臺北校區、三花棉業」等。尤其與「國立臺灣師範大學表演藝術學士學位學程」更有進一步理念推廣的合作契機。

未來期能擴大合作夥伴並進行後續推廣，以促進推廣之效益。本中心將持續接受更多、更廣、更深合作形式，拉近產、官、學各界領域的距離，不間斷的推廣中心理念與價值，並提升民眾對於自殺防治的認知，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。

國內常用自殺方式或工具之防治策略暨建立木炭供應商名冊

一、 背景 (Context)

自殺是由個人、社會、心理、文化、生物和環境等多種因素相互作用而導致，由單一的介入途徑來預防，因此識別出相關的危險因子，並透過適當的方式來介入，這些是任何有效自殺防治策略的基礎。現行之自殺防治策略可分為全面性(universal)、選擇性(selective)和指標性(indicated)，與國際主流自殺防治策略為相同區分方式。

根據衛生福利部統計資料顯示，民國 106 至 108 年使用「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺的粗死亡率分別為 4.1、4.1、3.9。「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」此自殺方式涵蓋汽車廢氣、燒炭、氦氣與其他氣體及蒸汽等方式。其中又因木炭的取得容易，故如何防治國人使用及取得木炭用以自殺乃為要務之一。

因著自殺防治工作有其困難性，瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗更顯重要，因此本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，針對全面性自殺防治策略，就國內十年內常用自殺方式與工具提出具體之防治策略，供政府單位、各縣市衛生局、各級學校與全民參考並共同防範自殺憾事之發生，亦建立市售木炭商製造、販售商名冊，以供衛福部函送經濟部、請該部協助周知業者重視自殺嚴重性，配合加入自殺防治網成為珍愛守門人，並於木炭外包裝標示珍愛生命線及 1925 安心專線等資訊,提供求助管道，盼透過防治策略即時喚醒企圖使用木炭作為自殺工具之個人，並期許有效挽回其寶貴生命。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：教育宣導組、專家學者小組。
2) 文獻資料蒐集
   (1) 建立系統性搜尋策略
   (2) 進行系統性文獻蒐集
   (3) 將經濟部公示資料篩選整理列冊
3) 文獻整理與彙整：將蒐集到的文獻進行分類與彙整，摘要出國內常用自殺方式或工具之防治策略。

2. 資源連結合作

1) 合作單位：社團法人台灣自殺防治學會、臺大醫學院圖書館、凱旋醫院陳偉任醫師、衛生福利部桃園療養院吳恩亮醫師、臺大醫院陳宜明醫師、中山醫學大學附設醫院張清棊醫師、臺北榮民總醫院楊凱鈞醫師、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、專家會議諮詢。

三、 過程 (Process)

1. 組織建立

「國內常用自殺方式與工具之防治策略」從 109 年 1 月開始，由李明濱計畫主持人督導，協同陳俊鶯副主任指導本中心教育宣導組成員執行本案，並邀請相關領域醫學專家組成專家諮詢小組，針對國內常用自殺方式蒐集各國防治策略並進行彙整。

2. 資料蒐集

1) 使用經濟部商業司公示查詢網以為木炭、木(竹)炭燒製、煤焦炭批發、焦炭零售等做為搜尋關鍵字，跨域查詢符合上述條件者或是營業項目描述包含薪炭業、木炭批發業、木炭零售業任一條件者。
2) 使用政府資料開放平臺公告網之全國營業(稅籍)登記資料集中，篩選出營業登記項目包含木炭、木(竹)炭燒製煤、焦炭批發、焦炭零售等任一項目符合條件者。
3) 透過工業局工廠公示資料查詢系統將以製造木竹製品且現今仍生產中之工廠名單中，使用經濟部商業司公示查詢網搜尋營業項目包含薪炭業、木炭批發業、木炭零售業等內容者。
4) 整合經濟部商業司公示查詢網、政府資料開放平臺公告網與工廠公示資料查詢系統將木炭製造商與販售商列冊。
5) 建立系統性搜尋策略：針對國內常用自殺方式與工具防治之國外文獻進行文獻系統性搜尋綱要，訂定關鍵字為自殺(suicide)、防治(prevention)、上吊(hanging)、燒炭(charcoal burning)、固體或液體中毒(poisoning、overdose、pesticide)、高處跳下(jumping)、溺水(drowning)。
6) 進行系統性文獻蒐集：1 月 13 日於全國自殺防治中心根據當時規劃之系統性搜尋策略，以 Embase 為主要資料庫進行文獻蒐集。

3. 文獻整理與彙整

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

導。

四、 成果 (Product)

1. 建立木炭供應商名冊

根據中華民國經濟部商業司公司行號有限合夥營業項目代碼檢索系統定義，薪炭業指利用林產枝梢製造薪材或燒製木炭之行業，如燒炭、薪材採取。木炭批發業，指從事木炭批發之行業。而木炭零售業則是從事焦炭、木炭等零售之行業。透過公示網查詢的過程中發現部分商家營業登記項目不一，公司所營事業為薪炭業者，財稅營業項目不一定註冊木(竹)炭燒製，而是登記為焦炭批發等，為避免有遺漏擴大搜尋範圍將木炭、木(竹)炭燒製煤、焦炭批發、焦炭零售都做為搜尋關鍵字與篩選內容，並將符合上述條件之商家都列入木炭製造商與販售商名冊中，名冊中共計 356 筆商家，詳見附件 4-10-1，並已於 109 年 8 月 28 日將名冊函送衛生福利部心理及口腔健康司，109 年 9 月 10 日由衛生福利部心理及口腔健康司函送經濟部協助周知業者標示珍愛生命標語及正確標示 1925 安心專線等相關資訊。因市場充滿變動，隨時會增加新的廠商，將持續追蹤並更新名單，附件 4-10-1 已使用 109 年 8 月 20 日全國營業(稅籍)登記資料集之更新檔案進行核對。

2. 自殺防治方法防治策略之文獻蒐集

中心使用 Embase 資料庫共蒐集到 58 篇國內常用自殺方式與工具防治方法、策略與政策之相關文獻；搜尋年代從 1974 年至 2020 年；搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keywords)；關鍵字為自殺(Suicide)、防治(Prevention)、上吊(Hanging)、燒炭(Charcoal Burning)、固體或液體中毒(Poisoning、Overdose、Pesticide)、高處跳下(Jumping)、溺水(Drowning)。

3. 「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文內容

我國對自殺高風險個案採取之自殺防治策略，分別為全面性(Universal)、選擇性(Selective)與指標性(Indicated)三面向。根據蒐集之文獻與數據撰寫本年度「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文，本年度新增內容摘要如下：

1) 吊死、勒死及窒息自殺及自傷

(1) 新增社區的介入

a 增加社區自殺防治的覺察、定期自殺風險評估、24 小時危機處置服務等

需持續推動(Reisch et al,2019)。

b 經過詳細的死亡資料的分析，找出在地的問題，並做環境設計上的改善，應可達到預防自殺的效果(Pollock,2019)。

2) 以固體或液體物質自殺及自為中毒

(1) 新增針對高齡族群的自殺防治計畫，應優先聚焦於獨居與罹患精神疾病的高風險個案，自殺防治措施需透過增加社會支持，以降低自殺風險。急診部門高比例的重複自殺者，反映出在這類醫療情境當中提供高品質的憂鬱處理、衛教再自殺的風險、以及提供預防自殺的建議，都有機會能拯救生命(Chung et al, 2019)。

(2) 新增憂鬱症患者的自殺防治計畫，對憂鬱症患者來說，腦部損傷患者為極高的自殺危險因子，特別在高社經地位者可能腦部損傷造成更大的打擊，因此建議對於腦部損傷(或者其他重大傷病)，均可如癌症等疾病，逐步考慮推行心情溫度計或者憂鬱症篩檢，以加強指標性個案的自殺預防策略(Harnod et al,2019) 。

(3) 新增藥物濫用患者自殺防治計畫，由於憂鬱症狀、自殺史為顯著的自殺危險因子，即使於藥物濫用的患者亦是如此，因此於評估藥物濫用者的治療計畫中，亦可針對過去自殺史、憂鬱症狀加強評估，以減少藥物濫用者的自殺(Athey et al,2020)。

(4) 新增醫療從業人員：發展針對醫療從業人員設計的處方藥物監控計畫，過去研究指出醫療人員因擔憂汙名化，其心理疾病往往診斷率偏低，因此作者呼籲醫界遵照 JAMA 提出的建議，更加積極預防、偵測、處理醫療人員的心理疾病，例如在醫學院對於高風險的學生及早進行治療，降低其接受專業協助的阻礙(Mintz et al, 2019)。

3) 由高處跳下自殺及自傷

(1) 新增安全裝置：在伯爾尼大教堂高處墜落自殺研究中，設置 4 公尺寬，離地 7 公尺高的金屬網就能夠大幅降低高處跳下的自殺死亡數，設置防墜安全網後，高處墜下而自殺死亡的人數顯著低於設置安全網之前(Reisch et al,2005)。

4) 溺水(淹死)自殺及自傷

(1) 新增水邊或橋上加裝護欄，如在克利夫頓吊橋研究中，在吊橋安裝安全屏障後的這段時期內有觀察到自殺人數減少，自殺人數由每年平均 7 人降至 3 人(Hamilton et al., 2011)。

5) 其餘專文內容詳如附件 4-10-2。

4. 專文宣導管道

「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文發布於本中心網站，同時發文至衛生福利部以及各縣市衛生局，以期自殺防治相關業務承辦單位閱讀與執行相關策略擬訂。

五、附件

附件 4-10-1 木炭製造商販售商名冊

附件 4-10-2 國內常用自殺方式與工具之防治策略

修訂「政府跨部會自殺防治手冊」

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

由於自殺原因多重且複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此各體系之自殺防治工作有賴跨部會及不同機構間之協同合作。民國 106 年中心為協助中央串聯各部會，故針對 12 部會編製「政府跨部會自殺防治手冊」，對各部會所涉自殺防治工作之業務權責、服務對象與自殺危險因子、以及自殺防治策略實施方針之項目，召集專家學者並回顧近百篇之文獻後提出說明，供相關部會參考運用。

而自 108 年「自殺防治法」立法完成後，衛生福利部依規定定期召開跨部會「自殺防治諮詢會」，促使各部會研討並溝通協調自殺防治工作。有鑒於此，109 年度中心將依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新「政府跨部會自殺防治手冊」項目及內容，並印製供中央各部會及各地方政府參考運用。

2. 業務目的與目標

藉由修訂「政府跨部會自殺防治手冊」供中央各部會及各地方政府參考運用。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 蒐集相關資料與彙整。
2) 修改手冊。
3) 撰寫手冊。
4) 完成手冊初稿並申請國際標準書號(ISBN)。
5) 校稿。
6) 排版。
7) 將手冊電子檔上傳至中心網站供大眾閱覽及下載。

2. 資源連結合作

1) 合作單位：中心顧問群
2) 資源連結內容及形式：專家會議、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

三、 過程(Process)

1. 6 月 15 日確定修改內容架構。
2. 6 月至 7 月彙整各專家編輯委員之撰寫初稿。
3. 於 9 月初稿整理後，匯整地方政府跨局處會議呈現之各局處防治措施及執行狀況，再進行匯整修改。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 於 12/2 日發送公文予各部會進行第二次修訂與確認，於 12/17(四)寄送衛生福利部確認本文內容，預計於 12 月底印製發送中央各部會及各地方政府參考運用。

2)《跨部會自殺防治手冊》手冊架構簡述如下：

(1) 自殺防治的基本概念

a. 台灣自殺概況與自殺防治之重要性

b. 全國自防治策略

c. 自殺防治的核心基礎-推動「守門人」策略

(2) 跨部會自殺防治工作方針

a. 衛生福利部

b. 教育部

c. 勞動部

d. 內政部

e. 國防部

f. 法務部

g. 行政院農業委員會

h. 交通部

i. 環保署/環境資源部

j. 國軍退除役官兵輔導委員會

k. 原住民委員會

l. 國家通訊傳播委員會

m. 經濟部

n. 海洋委員會海巡署

(3) 延伸讀物

a. 自殺防治策略實施範例

b. 自殺防治手冊系列

c. 自殺防治資源網絡

d. 相關諮詢專線

(4) 參考文獻

a. 恐怖主義與大規模槍擊案的媒體報導

b. 國際資源

c. 台灣資源

五、 附件

依「自殺防治法」及行政院核定之「全國自殺防治綱領」，重新檢視並修訂「政府跨部會自殺防治手冊」，彙整各部會修正意見後，詳見附件 4-11-1、跨部會自殺防治手冊-各跨部會修訂前後比較、4-11-2、跨部會自殺防治手冊最新版本。

擬訂「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節建議書

一、背景

1. 相關問題或重要性

衛生福利部為全面提升國人心理健康，已辦理 102-105 年「國民心理健康促進計畫」第一期，並於 106-110 年持續辦理「國民心理健康第二期計畫」。該計畫以公共衛生三段預防為基礎，針對不同目標族群需求，落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念，符合不同性別、年齡層、地域及特殊族群等，涵蓋從「促進全民心理健康」、「落實精神疾病防治與照護服務」、「強化成癮防治服務」、「加強特殊族群處遇服務」及「整合及加強心理健康基礎建設」等五大面向，推動各項服務措施。

由於第二期計畫將於 110 年底結束，為持續因應未來環境變化及滿足國民心理健康及自殺防治之需求，本會將協助規劃「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書 1 份，包括檢討第二期計畫成效、第二期計畫未盡完善且需賡續推動等事項；且考量因應天然災害頻傳、少子化、高齡化、科技化、社會問題及意外事件層出不窮等現象，衍生新興心理健康議題需要賡續提出因應策略，本會將召集自殺防治專家學者與公部門(如：勞動部、教育部、衛生福利部心理及口腔健康司、國民健康署、社會及家庭署等)共同研議，分階段召開會議，以蒐集各界辦理意見，並凝聚合作共識，期能以宏觀之視野，延續前期計畫之辦理成效外，研擬推動第三期計畫中自殺防治之政策、目標、策略、措施，並訂定包含過程面、結構面、與結果面之績效衡量指標，以利未來據以推動、檢視績效及滾動式檢討。

2. 業務或方案的目的與目標

衛生福利部為全面提升國人心理健康，且配合國際趨勢，重視前端預防工作，規劃辦理「國民心理健康促進計畫」。為持續因應未來環境變化及滿足國民心理健康及自殺防治之需求，本會將協助規劃「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書，包括檢討第二期計畫成效等事項。故將蒐集相關資料，並召集自殺防治專家學者與公部門共同研議計畫內容，以利未來據以推動、檢視績效及滾動式檢討。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 由中心同仁蒐集資料，並形成草案。
2) 召開專家會議，依據專家提供之意見修改草案。
3) 分章節請專家提供意見並修改。
4) 召開與公部門，包括心口司及各縣市衛生局，彙集意見以為修改依據。

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：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. 3 月 31 日督導會議討論規劃本案之期程。
2. 4 月 1 日依據「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」第五點之計畫書格式，請同仁收集資料，並撰寫壹至肆章內容，形成草案。
3. 4 月 22 日寄信詢問自殺防治專家可參與內部專家會議之時間。
4. 4 月 24 日決議第 1 次專家會議開會時間，寄出開會通知與第一版草案，並持續修改。
5. 4 月 30 日完成第二版草案。
6. 5 月 1 日召開「國民心理健康第三期計畫自殺防治章節建議書第 1 次專家會議」，地點為全國自殺防治中心會議室。
7. 依據第 1 次專家會議彙集的意見，並增加內容至第六章，修改為第三版草案。
8. 5 月 13 日邀請廖士程、詹佳達、吳佳儀、戴萬祥、吳恩亮，針對第三版草案提供書面修改建議。
9. 5 月 15 日，寄出第 2 次專家會議開會通知與第四版草案，並持續修改。
10. 5 月 21 日完成第五版草案。
11. 5 月 22 日召開「國民心理健康第三期計畫自殺防治章節建議書第 2 次專家會議」，針對第五版草案討論。地點為全國自殺防治中心會議室。
12. 依據第 2 次專家會議彙集的意見，修改為第六版草案。
13. 5 月 29 日邀請廖士程、詹佳達、吳佳儀、戴萬祥、吳恩亮，針對第六版草案提供書面修改建議。
14. 6 月 5 日完成第七版草案。
15. 6 月 11 日發出「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節建議書討論會議開會通知單，邀請自殺防治專家、各縣市衛生局、衛福部心口司參與。
16. 寄信詢問自殺防治專家可參與內部專家會議之時間。

17. 6月19日召開「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節建議書討論會議，針對第七版草案討論。地點為全國自殺防治中心會議室。
18. 6 月 30 日完成「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書，並送交衛福部。

四、 成果

1. 執行結果

1) 第 1 次專家會議

(1) 議程

依據「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」第五點之計畫書格式，本次國民心理健康第三期計畫自殺防治章節之建議書(草案)之撰寫架構，同仁已收集第壹章至第肆章之相關資料，並已初步整理，尚待各位長官提供指教，臻完善對我國自殺防治各面向的描述，當日議程如附件 4-12-1。

(2) 出席人員

當天出席人員包含自殺防治專家 7 位，如表 4-12-1。

表 4-12-1、第 1 次專家會議出席名單

單位	姓名	稱謂
主席		
台灣自殺防治學會	李明濱	理事長
自殺防治專家		
台灣自殺防治學會	陳俊鶯	常務理事
台灣自殺防治學會	廖士程	常務理事
台灣自殺防治學會	賴德仁	常務理事
台灣自殺防治學會	吳佳儀	理事
台灣自殺防治學會	顏永杰	理事
台灣自殺防治學會	吳恩亮	副秘書長
陽明大學公共衛生研究所	陳映燁	教授

2) 第 2 次專家會議

(1) 議程

前次會議針對第一章至第三章內容，委員提供的建議已修改完成，本次會議擬對中心撰寫的第四章至第六章內容，依以下三個議題提請討論：

全面性自殺防治策略；選擇性自殺防治策略；指標性自殺防治策略。當日議程如附件 4-12-2。

(2) 出席人員

當天出席人員包含自殺防治專家 8 位，如表 4-12-2。

表 4-12-2、第 2 次專家會議出席名單

單位	姓名	稱謂
主席		
台灣自殺防治學會	陳俊鶯	常務理事
自殺防治專家		
台灣自殺防治學會	廖士程	常務理事
台灣自殺防治學會	周煌智	常務理事
台灣自殺防治學會	吳佳儀	理事
台灣自殺防治學會	方俊凱	監事
台灣自殺防治學會	詹佳達	秘書長
台灣自殺防治學會	吳恩亮	副秘書長
台灣自殺防治學會	戴萬祥	副秘書長

3) 討論會議

(1) 議程

「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節建議書草案，已由全國自殺防治中心同仁撰寫第壹章、計畫緣起至第伍章、預期效果及影響，並召開兩次專家會議後完成修改。其中建議書第四章內容尚需請各衛生局提供具體建議,臻完善自殺防治各策略未來的執行描述。當日議程如附件 4-12-3，最後送出之建議書如附件 4-12-4，此建議書大綱及其簡要敘述如表 4-12-3。

章節	簡要敘述
壹、計畫緣起	依據、未來環境預測、問題分析、社會參與及政策溝通情形
貳、計畫目標	目標說明、達成目標之限制、績效指標、衡量標準及目標值
參、現行相關政策及方案之檢討	現行相關政策
肆、執行策略及方法	執行策略、分期(年)執行策略、執

	行步驟(方法)
伍、預期效果及影響	預期效果及影響

(2) 出席人員

當天現場出席人員包含自殺防治專家 2 位，衛福部心口司長官與業務承辦人共 3 位，縣市政府衛生局代表 8 位(7 縣市)，另外 15 個縣市政府衛生局以視訊方式出席，如表 4-12-4。

表 4-12-3、討論會議出席名單

單位	姓名	稱謂
主席		
台灣自殺防治學會	李明濱	理事長
自殺防治專家		
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
衛福部心口司長官與業務承辦人		
衛生福利部心理及口腔健康司	科長	詹金月
衛生福利部心理及口腔健康司	技正	廖敏桂
衛生福利部心理及口腔健康司	薦任技士	張欽榮
縣市政府衛生局代表		
臺北市政府衛生局	科長	曾光佩
新北市政府衛生局心理衛生科	科長	杜仲傑
桃園市政府衛生局	聘用督導	蔡佳羽
臺南市政府衛生局心理健康科	科長	陳月英
臺南市政府衛生局心理健康科	技士	蘇恩平
彰化縣衛生局	約僱人員	謝喬宇
苗栗縣政府 毒品防制及心理衛生中心	約聘人員	葉承澔
雲林縣衛生局	衛生教育 指導員	詹怡琦

五、附件

附件 4-12-1 、國民心理健康第三期計畫自殺防治章節建議書第 1 次專家會

議議程

附件 4-12-2 、國民心理健康第三期計畫自殺防治章節建議書第 2 次專家會議議程

附件 4-12-3 、國民心理健康第三期計畫自殺防治章節建議書討論會議議程

附件 4-12-4 、國民心理健康第三期計畫自殺防治章節之建議書

伍、教育訓練、宣導規劃及聯繫會議

計畫執行成果檢核表

(期間：109年1月1日至109年11月30日)

(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議

工作項目 (依照 109 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
1. 配合辦理自殺防治法第**4**條自殺防治諮詢會之下列工作。 **(1)** 會議議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。 **(2)** 研析工作項目（三）**1.**相關統計數據，提出我國自殺現況分析、問題與挑戰，以及具體可行之自殺防治策略建議。	依規定執行完成 詳見5.1章節
2. 依據自殺防治法第**9**條第**2**項第**5**款規定及該法施行細則所定之訓練課程內容，推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練，並辦理下列事項： **(1)** 與社會工作、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。 **(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5.2、5.3章節
3. 配合自殺防治法及相關子法規公告實施，依精神醫療網分區辦理法規說明會共**7**場次。	依規定執行完成 詳見5.4章節
4. 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。	依規定執行完成 詳見5.5、5.6、5.7章節
5. 追蹤巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機，即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。	依規定執行完成 詳見5.8章節
6. 與安心專線承作廠商共同辦理自殺防治工作聯繫會議，辦理事項包括： **(1)** 於上半年度邀請本部安心專線承作廠商督導及接線人員代表，召開自殺防治業務聯繫會議**1**場次。 **(2)** 於下半年度出席安心專線承作廠商辦理之聯繫會議。	依規定執行完成 詳見5.9章節
7. 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（為期**2**天），共同研討自殺防治策略及經驗分享：	依規定執行完成 詳見5.10章節

(1) 會議舉辦地點：避免選在風景區舉行，並宜以在公設場地或訓練機關辦理原則。 **(2)** 規劃會議議題、會議內容及議程時段安排，得標廠商需報本部核定後始得辦理，並應依業務單位之指導執行。 **(3)** 會議參加人員之通知（至少**130**人）、受理報名及聯絡事宜。 **(4)** 安排會議參加人員及講師之住宿（以雙人房為原則，並至少安排**2**間單人房）、交通及聯絡相關事宜，並依國內旅費出差要點報支辦理，住宿（至少**100**人）列入驗收項目，如未達時得按比例扣減。 **(5)** 安排會議參加人員及講師之茶水、餐飲（另於會議每日至少提供一次之點心），餐飲應以便當、桌餐或自助餐等方式提供。 **(6)** 會議場地租借、佈置及安排及團體大合照（應提供電子檔予與會人員）。 **(7)** 會議流程進行及司儀安排、會場紀錄工作（含錄音、錄影，並製作成光碟）、會議辦理情形之滿意度調查與分析。 **(8)** 會議地點需與住宿地點一致，如場地無法一致應備有交通車接送會議參與人員。 **(9)** 配合本部需要，協助本部與會議相關之事項，如:專家學者及講師邀請、會議相關資料收集、投影片及及草擬會議紀錄初稿及其他臨時交辦事項等。 **(10)** 其他會議相關之庶務性工作。	
8. 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5.11章節

配合辦理自殺防治諮詢會

一、背景 (Context)

自殺防治是當今全球重要的公共衛生議題，自殺防治工作需要網網相連，有賴政府與民間各界之持續努力。特別在國家層級自殺防治工作之推動，需跨部會整合相關之網絡資源；針對單位之業務權責，配合中央政策推動，方能有效落實「因地制宜」之自殺防治策略。

依據自殺防治法第 4 條規定，中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會，以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。為執行此項規定，衛生福利部由部長擔任召集人，邀集跨部會代表、專家學者代表組成自殺防治諮詢會，於每四個月召開一次會議。

依 109 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目：「**配合辦理自殺防治法第 4 條自殺防治諮詢會之下列工作。(1)會議議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。(2)研析工作項目（三）1.相關統計數據，提出我國自殺現況分析、問題與挑戰，以及具體可行之自殺防治策略建議。**」

中心配合上述規定，協助衛生福利部進行自殺防治諮詢會之議程擬定及會後紀錄製作，並配合會議需求，於會議中進行自殺數據現況及自殺防治策略報告，以利自殺防治諮詢會的順利進行。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 根據民國 108 年 11 月 6 日自殺防治諮詢會第一次委員會議決議及需求說明書項目辦理。
2) 配合衛生福利部需求提供自殺數據分析結果，並協助規劃自殺防治工作整體策略。
3) 彙整各單位提案，協助擬定會議議程，於會後撰寫會議紀錄。

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。
2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、進行統計分析。

三、 過程 (Process)

1. 根據自殺防治諮詢會第一次委員會議決議，全國自殺防治中心需於第二次會議中針對自殺企圖個案通報後之關懷成效，進行回顧性策略報告。
2. 於會議前一個月，協助提供衛生福利部相關資料；另著手準備中心於第二次會議中報告之二報告案，報告案如下。

1) 自殺防治工作整體策略規劃，報告內容：
   (1) 自殺防治整體策略綜論
   (2) 自殺數據分析
   (3) 各部會之機關權責分工
   (4) 建請各部會協助事項
2) 學齡人口(含 18 歲以下及 18 至 24 歲)自殺防治策略規劃，報告內容：
   (1) 學齡人口之自殺趨勢、自殺原因、方式、危險因子等分析
   (2) 各國學齡人口自殺防治策略整理
   (3) 建請各部會協助事項

3. 參與自殺防治諮詢會第二次委員會議(議程詳見附件 5-1-1)，中心由廖士程執行長、王君緯主秘代表出席，會上除追蹤各部會近期辦理自殺防治業務之情形，主要針對日後各部會書面資料提供及專案報告形式進行協調，並就近期新冠肺炎疫情之因應措施及委員提案事項加以研議。
4. 會後由中心製作會議紀錄。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1) **全國自殺防治中心於自殺防治諮詢會第二次委員會議進行報告案 2 案。**

會中由全國自殺防治中心廖士誠執行長進行報告，案 1 為「自殺防治工作整體策略規畫」，報告我國自殺防治三大策略與相關工作實例、我國自殺相關數據分析結果、跨部會心理健康及自殺防治網絡與自殺防治法規定相關權責分工；案 2 為「學齡人口自殺防治策略規畫」，報告自殺於各年齡層十大死因中排名及數據分析、學齡人口之自殺危險因子、學齡人口自殺防治工作項目實例與各部會協助事項。(報告案簡報檔詳如附件 5-1-2)

2) **自殺防治諮詢會第二次委員會議討論案摘要**

(1) 針對自殺防治諮詢會第三次委員會議規劃，由教育部針對學生族群之自殺防治工作及成效、勞動部針對 18-24 歲年輕勞工與失業及待業者之自殺防治工作及成效、衛福部心口司之自殺防治工作及成效進行報告。

(2) 因應 COVID-19 疫情，由衛福部心口司另立專案研討針對災難心理檢傷概念之評估(含工具選定及施測資格)與分級處置機制。

(3) 將心理健檢項目及心理健康諮詢納入目前預防保健服務之成人公費項目之檢討，並於第三次委員會議由國民健康署提報執行情況。

(4) 完整會議紀錄如附件 5-1-3。

2. 結論

自殺防治工作不僅是衛生福利部的責任，必須由政府跨部會合作進行，根據自殺防治法第 4 條的立法意旨，自殺防治需要政府各部門的推動、支援、協調及整合；而自殺防治法施行細則第 6 條臚列的各款自殺防治諮詢會任務中，政府各部門自殺防治工作協調及整合之諮詢事項也是諮詢會的重要任務之一，因此跨單位的橫向聯結能否建立，關係到自殺防治工作的成功與否。

在自殺防治諮詢會第二次委員會議中，委員關注的有學齡人口的自殺防治、COVID-19 疫情的相關影響、民眾的心理健檢等議題，每項議題都需要跨部會的通力合作。後續的執行跟往後的委員會議，中心將繼續配合辦理，協助每次會議的進行。

五、 附件

附件 5-1-1 自殺防治諮詢會第二次委員會議議程

附件 5-1-2 自殺防治諮詢會第二次委員會議全國自殺防治中心報告案

附件 5-1-3 自殺防治諮詢會第二次委員會議紀錄

第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

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

根據研究顯示，自殺死亡者在自殺身亡前 7 天內就醫的比例皆在 60%左右，自殺身亡前 90 天更可達 80%，此一數據突顯第一線專業人員：各科醫師、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。本中心結合了多個醫療與社會工作相關學協會，針對第一線專業人員辦理自殺防治守門人訓練，期盼透過此次守門人訓練課程，受訓人員可掌握「1 問、2 應、3 轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子與基礎的自殺介入技巧，提供醫療情境中的高風險者適度關懷，並能適時轉介資源，協助有需要的個案或已有自殺意念/企圖/行為者。最後，便是針對具有自殺相關議題的族群擬定介入處遇計畫以降低個案的自殺危險性，亦促進人人對自殺議題的關懷。

2. 方案的目的與目標

1) 透過本課程讓參與訓練者了解自殺防治新知，結合理論與實務應用知識，增進國內自殺防治工作之效能。
2) 辨識自殺高風險族群到評估自殺意念者、自殺企圖者的危險性，並理解大多數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，及瞭解形成加重自殺危險的危險因子或減緩自殺危險的保護因子。
3) 提升第一線醫療專業人員對於辨認自殺危險因子之敏感度，並學習基礎的自殺介入技巧，能提供潛在自殺意念者關懷，並適時轉介適當資源予以協助。

4) 透過了解自殺防治現況及精神醫療專家之實務經驗傳授，結合理論與寶貴經驗交流，增進國內自殺防治工作之效能。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 規劃課程大綱及內容。
2) 聯繫合作、協辦單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、護理人員、諮商心理師、臨床心理師、社工師、職能治療師、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) 資源連結內容及形式：透過協辦單位將課程訊息轉知報名、共同辦理 1 場次大型自殺防治守門人講座。

三、 過程(Process)

1. 活動規劃期程

1) 4 月 21 日於學會教育宣導委員會提案討論合作單位名單以及課程內容規劃。
2) 4 月 28 日於中心業務會議提案討論相關課程內容及規劃，依規格書內容辦理一場「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練課程」。
3) 考量課程推廣效益,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 23 日假臺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 13 間醫院以視訊方式，同步轉播與進行單向及雙向討論方式，舉辦此課程，並錄製影片以供之後開放為數位學習課程。
4) 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。
5) 5 月初匯集講師簡報及簡歷，製作課程手冊。
6) 5 月 23 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(Product)

1. 執行結果

5 月 23 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」，由台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事及台灣自殺防治學會吳佳儀理事，與中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。

本次研討會特別含括自殺防治法與新冠肺炎疫情之心理健康議題，課程主題包含:「自殺防治法的意涵與實施」，課程包含自殺防治法立法始末、自殺防治法本法法規、自殺防治法的實施及網路自殺防治策略;「新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治」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；疫情下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，詳細議程請見下表 5-2-1。

當日亦於全國 13 間地區醫院同步視訊轉播。課程場地分配請見下表 5-2-2。當日含視訊會議總人數為 429 人，醫師占 79 人，護理人員占 211 人，臨床心理師占 48 人、諮商心理師占 6 人，藥師占 25 人，社工師占 26 人，職能治療師占 1 人，物理治療師占 1 人、醫事放射師占 2 人及其他人員占 30 人。

表 5-2-1、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練議程表

時間	議　程　表
13:00~13:30	報到
13:30~13:40	致歡迎詞：邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會) 貴賓致詞：衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長 社團法人台灣自殺防治學會李明濱理事長 主持人： 臺北市(現場)：李明濱教授 邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會) 臺南市：郭宗正院長(郭綜合醫院) 陳相國理事長(臺南市醫師公會) 屏東縣：黃炳生院長(安泰醫院) 鄭英傑理事長(屏東縣醫師公會)
13:40~14:10	第一場：自殺防治法的意涵與實施 主講人：陳俊鶯常務理事(社團法人台灣自殺防治學會)
14:10~15:10	第二場：新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治 1.自殺現況之最新數據介紹 2.自殺高風險族群處遇與轉介 主講人：吳佳儀理事(社團法人台灣自殺防治學會)
15:10~15:30	綜合討論(主持人及所有主講人)

表 5-2-2、第一線專業人員自殺防治守門人課程場地分配

地區	地點
現場	臺大醫院第七講堂(臺北市常德街 1 號)
雙向互動會場	
【臺南市】	郭綜合醫院 B 區 5 樓榕華廳
單向會場	
【新竹縣】	東元醫院 B 棟 6 樓第一會議室
【宜蘭縣】	國立陽明大學附設醫院新民院區知行樓 1 樓會議室
【彰化縣】	彰化基督教醫院第二醫療大樓 11 樓連瑪玉學術講堂
	彰化基督教醫院二林分院第一會議室
【南投縣】	埔里基督教醫院圖書館會議室
【雲林縣】	中國醫藥大學北港附設醫院 B1 第一會議室
【高雄市】	高雄市立小港醫院 8 樓教學討論室
	大東醫院 5 樓會議室
【花蓮縣】	花蓮縣醫師公會會議室
	玉里慈濟醫院七樓慈濟部會議室
【臺東縣】	慈濟綜合醫院關山分院 5 樓慈濟部
【屏東縣】	安泰醫院 D 棟 12 樓中型會議室
【澎湖縣】	三軍總醫院澎湖分院醫療大樓第一會議室

2. 結論

1) 本課程主題訂為自殺防治：新冠肺炎疫情與自殺防治，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 13 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，許多第一線人員都表示更加了解自殺防治法及新冠肺炎下的心理衝擊該如何應對，並建議課程內容能夠多一些實際相關案例，以更好了解、發現潛在危險自殺者，亦有關於場地指引以及一些硬體設備的改善意見，課程整體滿意度高達 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 5-2-1、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練：新冠肺炎疫情與自殺防治

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

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，社團法人台灣自殺防治學會自民國 98 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 5-3-1：

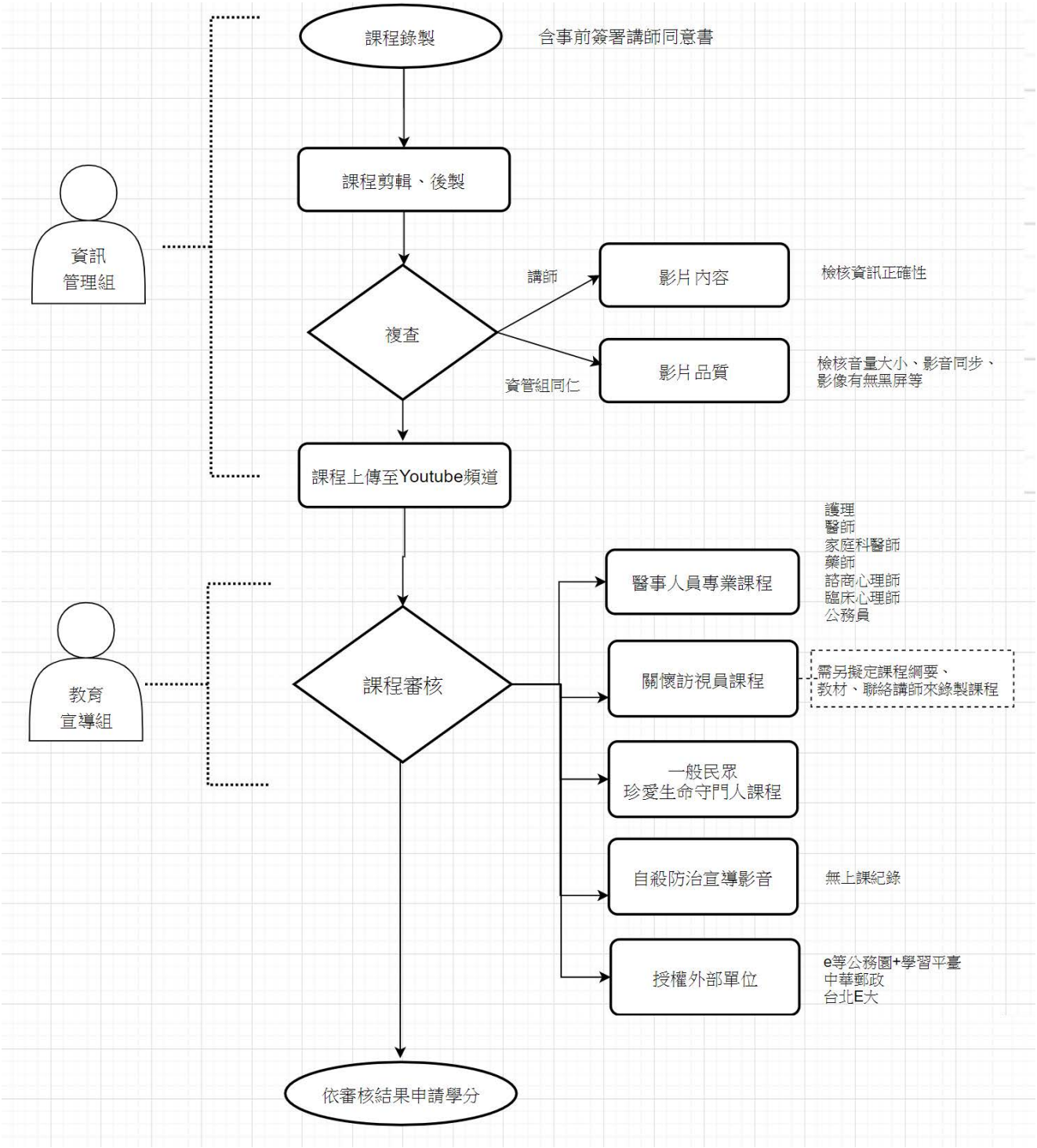


圖 5-3-1、數位影音課程規劃流程

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、家醫科醫師之認證課程。

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. 自殺防治相關人力訓練課程：本區課程內容包含自殺防治相關人力必備之初階及進階能力課程，課程皆設有測驗機制，可讓自殺防治相關人力評量自己的學習成果。本課程專區將每年持續更新，以期許讓自殺防治相關人力能精進自身專業能力，更可讓新進自殺防治相關人力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一般民眾閱覽，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台，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。

圖 5-3-2、下載證書功能圖示

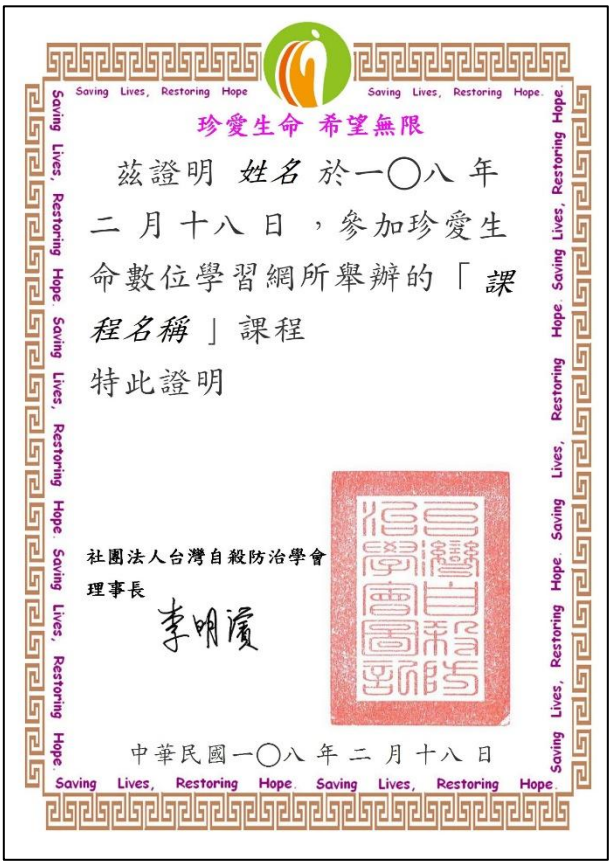


圖 5-3-3、課程證書範例(姓名與課程名稱會自動代入)

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、臺灣家庭醫學醫學會。

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 5-3-1。

(2) 中心分別向中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣家庭醫學醫學會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、社團法人臨床心理師公會全國聯合會申請自殺防治相關之繼續教育積分課程，並開設「繼續教育積分課程專區」供專業人員獲取繼續教育積分。

表 5-3-1、109 年新增影音清單

課程名稱	講師	片長
PGY 畢業後一般醫學訓練-自殺防治	陳俊鶯	136 分鐘
【防疫也防鬱】全民啟動度難關	李明濱	20 分鐘
新冠疫情與心理健康	吳佳儀	25 分鐘
媒體在自殺防治中之角色與挑戰-專家學者觀點	陳映燁	14 分鐘
媒體在自殺防治中之角色與挑戰-媒體人員觀點	羅國俊	30 分鐘
自殺防治法的意涵與實施	陳俊鶯	33 分鐘
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治	吳佳儀	49 分鐘
地區醫院自殺防治守門人策略	吳佳儀	84 分鐘
精神病人治療性關係建立與會談技巧	彭英傑	54 分鐘
加強精神病人合併自殺風險個案之評估重點	周昕韻	72 分鐘
自殺個案拒訪及重複自殺之關懷訪視注意事項	周昕韻	68 分鐘
自殺未遂個案關懷訪視知能研討會議	周昕韻	60 分鐘
疫情對精神病患之影響與康復	張家銘	28 分鐘
防疫醫療人員的心理健康促進	顏永杰	15 分鐘

表 5-3-1、109 年新增影音清單

課程名稱	講師	片長
網路科技與防疫心理衛生	黃敏偉	21 分鐘
年輕族群社區心理衛生介入	陳偉任	19 分鐘
年輕族群重複自傷的處置	陳淑欽	21 分鐘
兒童青少年的憂鬱與自殺	高淑芬	29 分鐘
大專學生自殺防治的挑戰	廖士程	28 分鐘
自殺防治法及相關子法規說明會	陳俊鶯	45 分鐘

(3) 中心依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第四條所定自殺防治相關人力之訓練課程，挑選歷年適合自殺防治相關人力學習之課程，將其分類為初階課程及進階課程。目前中心共設有初階課程 18 堂如表 5-3-2，進階課程 11 堂如表 5-3-3，供自殺防治相關人力學習。

表 5-3-2、自殺防治相關人力初階課程清單

課程名稱	講師	片長
個案關懷訪視計畫與家庭訪視經驗及技巧	許麗娟	94 分鐘
自殺防治與社區處遇實務	吳佳儀	85 分鐘
自殺個案電話諮詢及危機處置	朱開玉	95 分鐘
關懷訪視紀錄撰寫	吳佳儀	31 分鐘
關懷訪視實務技巧	楊晴雅	34 分鐘
自殺防治概論與措施	李明濱	68 分鐘
關懷訪視員教學影片	多名講師	77 分鐘
自殺企圖之關懷技巧及自殺防治守門人介紹	廖士程	96 分鐘
自殺防治守門人介入措施之自殺自傷個案處遇	吳佳儀	44 分鐘
自殺防治守門人介入措施之自殺高風險個案處遇	吳佳儀	33 分鐘
自殺防治守門人概論	潘怡如	54 分鐘
關懷訪視共同訓練及自殺通報流程介紹	陳俊鶯	38 分鐘
自殺高風險個案篩選及防治實務	鄭宇明	73 分鐘
高風險個案之評估	陳宜明	49 分鐘
困難個案之處遇及追蹤	王禎邦	95 分鐘
自殺防治與資源連結	蕭雪雯	55 分鐘
資源轉介困境與建議	詹佳達	31 分鐘
自殺者親友之心理歷程與危機	曾美智	22 分鐘

表 5-3-3、自殺防治相關人力進階課程清單

課程名稱	講師	片長
拒訪個案之處置措施與成效評估	張家銘	31 分鐘
重複自殺個案之樣態分析與處置建議	吳佳儀	25 分鐘
反覆自殺困難案例討論	多名講師	39 分鐘
危機個案之進階轉介技巧與資源連結	蘇柏文	55 分鐘
常見精神疾病與因應措施	顏永杰	51 分鐘
老人自殺防治	謝明鴻	47 分鐘
家庭照顧者之自殺防治	陳景寧	44 分鐘
自殺數據判讀指引	張書森	49 分鐘
自殺防治最新數據與新進展	陳俊鶯	30 分鐘
自我覺察與壓力管理	方俊凱	58 分鐘
壓力管理與自殺防治	李明濱	88 分鐘

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 5-3-4 (供不同人員選修之課程有重複)：

表 5-3-4、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	44	596,600
藥師	36	16,787
諮商心理師	34	2,501
臨床心理師	34	1,853
醫師	34	1,480
家醫科醫師	6	21
珍愛生命守門人	13	902

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民國 98 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。目前由中心教宣組同仁設計。

(4) 數位學習網於今年 3 月同步實施電子郵件客服處理，使用者若忘記帳密且找不回信箱時，在非上班時間可透過郵件方式提供姓名及身分證字號，資訊組同仁於 1 工作天內以信件函復(遇假日順延)。

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台連結，持續授權中心課程，透過雲端學習，推廣珍愛生命理念。

2)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。

辦理自殺防治法法規說明會

一、背景 (Context)

自殺防治法業已於民國 108 年 5 月 31 日於立法院三讀通過，並於 6 月 19 日由總統公布後正式施行。中心於 108 年下半年接獲多起法律條文的詢問，問題內容包含衛生局端及相關業務人員對於自殺通報相關法律的適用、媒體對於報導自殺新聞的界線及相關罰則等，可見自殺防治法的法規說明是施行本法與落實自殺防治策略的首要之務。法律的解釋是政府機關與人民適用法律的基本前提，因為法律條文的制定常為抽象性的原則，當直接套用在實際案例時會有模糊地帶或不確定性的發生，此時便需要法律專家對法律條文進行解釋說明。

有鑑於此，依 109 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目：「**配合自殺防治法及相關子法規公告實施，依精神醫療網分區辦理法規說明會共 7 場次。**」，中心將於衛生福利部公布自殺防治法施行細則後，依照精神醫療網分區辦理法規說明會共 7 場次，

會議形式為與 7 區精神醫療網核心醫院合作辦理，邀請自殺防治及法律領域專家擔任主講人，配合自殺防治法及相關子法規，進行專題演講，主題涵蓋自殺防治法相關法規之立法要旨、適用範圍、罰則、各級罰緩裁量標準等，並於開放與會人員提問討論，針對各領域人員對於法規的疑問進行釋疑，使本法能真正適用於自殺防治並促進全民心理健康。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 衛生福利部公布自殺防治法施行細則後開始辦理。

2) 規劃共 7 場次法規說明會，與各精神醫療網分區核心醫院共同辦理。

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共 7 家。

2) 資源連結內容及形式：資料提供、討論會議。

三、 過程 (Process)

1. 於 8 月 6 日衛生福利部公布自殺防治法施行細則後，發文予各精神醫療網分區核心醫院，邀請以合辦或協辦方式辦理法規說明會，會議場地為核心醫院中可容納 100 人或以上之會議廳或禮堂。
2. 說明會形式規劃為講座形式，由全國自殺防治中心邀請講師並提供講師公版簡報，簡報內容逐條檢視母法及子法規並輔以現行自殺防治策略作為對應。另開放現場 Q＆A，讓與會人員現場提問。
3. 內容涵括自殺防治法之立法要旨、適用範圍、罰則、各級罰緩裁量標準等，並於會中開放與會人員提問討論，針對各領域人員對於法規的疑問進行釋疑。
4. 說明會擬邀集各區涵蓋縣市衛生局自殺防治業務人員、自殺關懷訪視人員、自殺關懷訪視員督導、核心醫院代表、教育單位、社政人員、民政人員、勞政人員、警消人員等第一線相關人員。
5. 自殺防治法涵蓋人員數多，因此為使未能參加說明會之人員亦能了解自殺防治法之法條涵意及立法目的，擬於說明會中錄製現場影片，待活動辦理完竣後製作成數位學習教材，供相關人員使用。
6. 8 月 25 日邀集衛生福利部詹金月科長、張欽榮技士於全國自殺防治中心召開自殺防治法及相關子法規說明會討論會，會中討論說明會進行形式及簡報內容大綱。
7. 8 月 28 日於全國自殺防治中心召開自殺防治法法規說明會會前籌備會，與會人員為台灣自殺防治學會理、監事，決議各區說明會主講人及確認說明會簡報內容。

四、 成果 (Product)

1. 於 9 月 8 日至 10 月 5 日間辦理 7 個場次法規說明會，說明會簡報檔如附件 5-4-1，法規說明會辦理資訊如表 5-4-1。

表 5-4-1、自殺防治法法規說明會場次表

區域	核心醫院	辦理日期	主講人	參與人數
臺北區	臺北市立聯合醫院松德院區	9 月 8 日	陳俊鶯	70
新北區	新北市衛生局	9 月 22 日	詹佳達	138
北區	衛生福利部桃園療養院	9 月 11 日	吳佳儀	83
中區	衛生福利部草屯療養院	9 月 30 日	陳俊鶯	108
南區	衛生福利部嘉南療養院	9 月 18 日	周煌智	88
高屏區	高雄市立凱旋醫院	10 月 5 日	陳俊鶯	159
東區	臺北榮民總醫院玉里分院	9 月 24 日	陳俊鶯	38

2. 在七場法規說明會當中，不同區的出席情形各有不同，整體來說以「衛生局所」、「醫療院所」、「教育單位」及「民政單位」的出席狀況較為踴躍。(如表 5-4-2)

表 5-4-2、各區法規說明會單位類型出席人數占率表

分區(總人數)	單位類型	出席人數	占率(%)
臺北區(94)	衛生局所	4	4.3
	醫療院所	31	33
	教育單位	19	20.2
	警察單位	1	1.1
	消防單位	1	1.1
	長照單位	4	4.3
	社政單位	4	4.3
	民政單位	4	4.3
	勞政單位	4	4.3
	其他	10	10.6
	衛福部及中心	12	12.8
新北區(123)	衛生局所	26	21.1
	醫療院所	18	14.6
	教育單位	5	4.1
	警察單位	1	0.8
	消防單位	1	0.8

	長照單位	1	0.8
	社政單位	22	17.9
	民政單位	13	10.6
	勞政單位	8	6.5
	其他	11	8.9
	衛福部及中心	17	13.8
北區(82)	衛生局所	4	4.9
	醫療院所	43	52.4
	教育單位	4	4.9
	警察單位	4	4.9
	消防單位	1	1.2
	長照單位	9	11
	社政單位	1	1.2
	民政單位	0	0
	勞政單位	1	1.2
	其他	6	7.3
	衛福部及中心	9	11
中區(108)	衛生局所	20	18.5
	醫療院所	43	39.8
	教育單位	17	15.7
	警察單位	3	2.8
	消防單位	2	1.9
	長照單位	2	1.9
	社政單位	3	2.8
	民政單位	4	3.7
	勞政單位	1	0.9
	其他	5	4.6
	衛福部及中心	8	7.4
南區(86)	衛生局所	15	17.4
	醫療院所	13	15.1
	教育單位	1	1.2
	警察單位	4	4.7
	消防單位	1	1.2
	長照單位	0	0

	社政單位	2	2.3
	民政單位	38	44.2
	勞政單位	2	2.3
	其他	1	1.2
	衛福部及中心	9	10.5
高屏區(154)	衛生局所	13	8.4
	醫療院所	81	52.6
	教育單位	0	0
	警察單位	2	1.3
	消防單位	3	1.9
	長照單位	1	0.6
	社政單位	4	2.6
	民政單位	26	16.9
	勞政單位	5	3.2
	其他	11	7.1
	衛福部及中心	8	5.2
東區(41)	衛生局所	5	12.2
	醫療院所	22	53.7
	教育單位	1	2.4
	警察單位	0	0
	消防單位	0	0
	長照單位	0	0
	社政單位	3	7.3
	民政單位	2	4.9
	勞政單位	0	0
	其他	1	2.4
	衛福部及中心	7	17.1

3. 各區說明會的座談中，討論的議題大多圍繞著擴大通報後的通報相關問題及自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法的初階及進階課程問題。中心整理相關問答集如附件 5-4-2，問題摘錄如下：

1) Q：第十六條，宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載之事項，由何局處做稽核及裁罰？

A：依第十七條規定，廣播、電視事業違反第十六條規定者，由目的主關機關裁罰，因此廣播、電視事業由主管機關 NCC 裁罰；其他單位由縣市主管

機關裁罰。

2)Q：自殺防治相關人力的教育訓練其主責訓練單位為何

A：自殺防治相關人力分為自殺關懷訪視員、自殺防治業務人員，自殺關懷訪視員的初階訓練課程由衛福部辦理；進階課程由「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第五條列舉之機關辦理。

3)Q：自殺關懷訪視員教育訓練課程是否會與整合型計畫的課程整合？

A：目前已將自殺防治的八種初階課程融合進明年整合型計畫的訓練課程中，只要完成整合型計畫訓練課程 30 小時的要求，並包含「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第四條所規範的八種初階課程即可。

4)Q：如果個案先前發生之自殺行為，於超過行為發生後 24 小時才告知，相關人員是否違反自殺防治法或施行細則?

A：不會，依據自殺防治法施行細則規定，人員係「**知悉**」有自殺行為情事後二十四小時內,依中央主管機關建置之自殺防治通報系統進行通報作業。因此在知道自殺行為之情事後二十四小時內通報即可。通報的目的為關懷及連結資源，故實際上仍以實務面考量，以當次自殺企圖通報為主進行通報。

5)Q：除了自殺企圖、自殺死亡個案進行通報外，自殺意念個案可以通報嗎?

A：依自殺防治法第十一條規定，人員於知悉有「自殺行為情事」時，進行自殺防治通報作業，**只有實際有自殺行為，或是準備自殺被阻止才需要通報,自殺意念通報部分之後會讓各縣市衛生局下載資料後,將該選項關掉。**因此，自殺防治通報對象為自殺企圖、自殺死亡個案。

6)Q：為何將自殺方式、自殺原因、處置方式設為必填項目?若無法掌握相關資訊，該如何處理?

A：依據自殺防治法施行細則第十三條規定，本法第十一條第二項所定通報內容，包括自殺方式、自殺行為人資料、自殺原因與處置情形及通報人聯絡方式。為利後續衛生局儘速掌握個案狀況，建議通報人儘可能於通報前瞭解前開資訊，以提升通報及後續追蹤關懷流程之效率。

7)Q：若自殺企圖者表明不願意被通報，是否仍須通報?

A:依自殺防治法施行細則第十三條規定,本法第十一條第一項所定人員「應」自知悉有自殺行為情事後二十四小時內，依中央主管機關建置之自殺防治通報系統進行通報作業，爰仍應依法通報。通報人可於備註欄註記個案不願被通報，讓關懷訪視員於接案時注意該情況。

8)Q：關於線上通報標準作業流程，衛福部是否有工作手冊供通報人參考？

A：自殺防治通報系統首頁有放置帳號註冊及通報流程的詳細說明，通報人

可下載 PDF 檔閱覽。

4. 藉由 7 場法規說明會，可以觀察出各不同領域人員對於自殺防治法及相關子法規內容仍有許多疑問,除了在法規說明會現場回應與會人員的提問外，中心將提供問答集，以利衛福部置於自殺防治通報系統或是相關網頁上供參考。同時已錄製臺北區法規說明會，並製作成數位學習教材，將來提供予相關人員利用。

五、附件

附件 5-4-1、自殺防治法法規說明會簡報檔

附件 5-4-2、自殺防治法及其施行細則問答集

社群網站 Facebook 之運用與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

Facebook 為臺灣民眾使用率最高的社群網站，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主要管道之一。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民國 99 年底在 Facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平臺將自殺防治不分地區、不分你我，網網相連的概念和心理衛生相關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。

今年特別加強心情溫度計的推廣，在每篇貼文後面適時的加入心情溫度計的連結和小語，提醒民眾在關心心理健康的同時也不忘使用心情溫度計來了解自己的情緒狀態。

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。另針對於珍愛生命打氣網私訊有關自殺意念訊息之個案，提供關懷及相關求助資源。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1)「珍愛生命打氣網」粉絲專頁

(1) 每天於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，且訂定每月主題，一週發佈兩篇主題相關貼文，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、雜誌平臺之內容，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 5-5-1 及表 5-5-2。

表 5-5-1、109 年 1-10 月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	認識心理疾患-青少年心理疾患	六月	疫後心理重建
二月	認識心理疾患-焦慮症和焦慮情緒	七月	面對失落與悲傷
三月	認識心理疾患-認識躁鬱症	八月	面對失落與悲傷-生活中的失落
四月	自殺防治知識大補帖-自殺防治守門人	九月	面對失落與悲傷-突破失落迎向希望
五月	疫情期間的心理健康促進與自殺關懷	十月	警消及第一線救援人員自殺防治

表 5-5-2、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	即時發佈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、世界自殺防治日相關活動等。
當月主題	每月主題討論與延伸議題。

三、 過程(Process)

1. 2020 年 Facebook 粉絲專頁貼文詳細規劃見表 5-5-3

表 5-5-3、109 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
一月	**青少年心理疾患：**兒童青少年心理疾病與遺傳、生理、教養及環境因素有關，而這些因素是相互影響的。較為常見的兒童青少年心理疾病有焦慮症、注意力缺失/過動症、飲食失調症、情感性疾病等，有些是比較強烈的情緒困擾，有些是注意力不集中的問題，有些則是特別為自己的體形或體重感到苦惱。許多日常生活及學習的問題都影響著兒童青少年的情緒和行為，而如何分辨什麼是成長中的正常改變，什麼是心理障礙或疾病，對兒童青少年能否獲得即時的治療或協助是十分重要的。

表 5-5-3、109 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
二月	**焦慮症和焦慮情緒：**二月適逢農曆新年度及校園學生寒假結束，以「認識情緒型及焦慮疾患」為子主題，將透過時事案例或一般日常生活情境，介紹憂鬱及焦慮等相關疾患其身體或精神症狀、可能的成因、危險因子、保護因子，以及如何適當地協助或陪伴患有這些疾患親友的方式、自我覺察及情緒調適的技巧、我國醫療及社福資源等。
三月	**認識躁鬱症：**躁鬱症是個常見的精神困擾，躁鬱症個案會出現情緒高昂的「躁期」，也可能伴隨情緒低落的「鬱期」，在兩極擺盪的症狀也被稱為雙極性情感疾患，本月將透過時事案例或一般日常生活情境，介紹躁鬱症相關疾患其身體或精神症狀、可能的成因、危險因子、保護因子，以及如何適當地協助或陪伴患有這些疾患親友的方式、自我覺察及情緒調適的技巧、我國醫療及社福資源等。
四月	**自殺防治守門人：**承第二季大主題「自殺防治知識大補帖」,「自殺防治守門人」為擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色，本月主題將循序漸進地推廣守門人定義、相關訓練及 1 問 2 應 3 轉介等資訊，分享如何主動關懷與傾聽當事人的情緒，適時地給予回應及支持陪伴，以及當所面臨到的問題已經超出自身能力所及的時候，如何轉介處理以尋求協助等，同時亦持續宣傳中心已出刊的通訊及手冊文章，來促進民眾的心理教康教育。
五月	**疫情期間的心理健康促進與自殺關懷:**疫情期間的心理健康促進與自殺關懷：因疫情來勢洶洶，如果長期接收帶有負面情緒的大量訊息，其實容易逐漸累積心理的負擔並且產生持續的慢性壓力，進而造成生理症狀，並影響內分泌失調及免疫力下降，除不利抵抗病毒，甚至因出現上述生理症狀，而進一步加劇恐慌感。利用臉書主題貼文推廣防疫也要防鬱的觀念，並適時的融入自殺關懷的訊息，提供正確易懂可行的相關資訊是維持民眾身心健康的第一步。

表 5-5-3、109 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
六月	**疫後心理重建:**COVID-19 疫情蔓延全球，而在臺灣，雖然疫情趨緩，在這四個多月中許多人或多或少都會感受到焦慮、不安或排斥他人接近等現象，如何增加心理健康也是防疫不可缺的一環。其中尤其以曾接受居家隔離、居家檢疫者較容易持續負面的心理反應，面對隔離/檢疫期間遭受的生活不便，加上可能確診的不安，以及暫時無法工作的經濟壓力，都會造成隔離/檢疫者心理層面的影響。臺灣在政府與國人的共同努力下，度過了疫情的首波衝擊，但仍不可忽視疫情所帶來的長期心理壓力，需要全民同心協力關注疫後的心理重建之路。
七月	**面對失落與悲傷：**人的一生會遭遇大大小小各種不同的失落，可能是離開了最熟悉的地方，或是失去了一段重要的人際關係，也可能是面臨某人的離世。人生即為不斷面對「失落」與「悲傷」的過程，若能正向面對失落，就能健康地走過悲傷歷程。本月份將透過案例與知識分享，幫助民眾認識悲傷會有什麼反應，不必為自己的情緒感到焦慮不安，並學會適時尋求協助，進而學習面對失落與悲傷。
八月	**生活中的失落：**本月以生活常見的失落情境為例，包含工作(應徵未錄取、升遷失利)、人際關係議題(朋友吵架、親子關係不合、失戀)、大考落榜、寵物去世、預期落空(如旅行無法成行)、心愛的東西不見或壞掉等，讓民眾認識失落時的情緒，也參考中心手冊(如：手冊 10-走過傷痛-能做些什麼？)提供簡單的方法幫助民眾一起面對失落。
九月	**突破失落迎向希望：**幫助民眾認識經歷失落時可能會出現的悲傷反應；學習如何面對、接納負面情緒，提供哀傷調適、輔導重建與資源，以及當身旁親友面對失落時如何陪伴他們。
十月	**警消及第一線救援人員自殺防治：**承本季大主題「各領域自殺防治」，警員、消防人員及其他第一線救援人員越來越常在面對精神疾病相關的緊急事件時(例：自殺危機)被徵召。這些人在以社區為基礎的自殺防治策略中扮演著極重要的角色：他們要確認罹患精神疾病的個案是否有接受適當的精神健康治療，要移除自殺高風險個案對於致命性方式的接觸管道，要從涉及家庭暴力或可能致死的暴力狀況中辨識出自殺的可能性。本期擬以第一線的自殺防治策略為主題，介紹警消及第一線人員在自殺防治上的貢獻，使民眾了解「警消及第一線人員」的業務內容以及在自殺防治守門人中所扮演的角色。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1)珍愛生命打氣網截至 109 年 10 月 15 日統計如下

(1) 按讚粉絲人數共有 8,994 人，每月趨勢分析見表 5-5-4。

表 5-5-4、109 年一月至九月趨勢分析表

月份	貼文篇數	按讚人數	公開分享人數	貼文觸及人數	平均每篇			粉絲團按讚總人數
					讚數	公開分享人數	粉絲頁上之觸及人數	
1	31	592	83	18,972	19.1	2.7	612	7,432
2	32	729	94	21,503	22.8	2.9	672.0	7,516
3	37	775	183	21,875	20.9	4.9	591.2	7,595
4	37	1,839	252	46,221	49.7	6.8	1,249.2	7,689
5	34	1,301	240	35,918	38.3	7.1	1,056.4	7,799
6	30	780	152	23,360	26.0	5.1	778.7	7,854
7	35	892	177	25,220	25.5	5.1	720.6	7,921
8	39	8,681	1,049	134,176	222.6	26.9	3,440.4	8,737
9	33	1,505	125	36,376	45.6	3.8	1,102.3	8,950

(2)按讚粉絲人數各年至年底之成長趨勢如下圖 5-5-1。

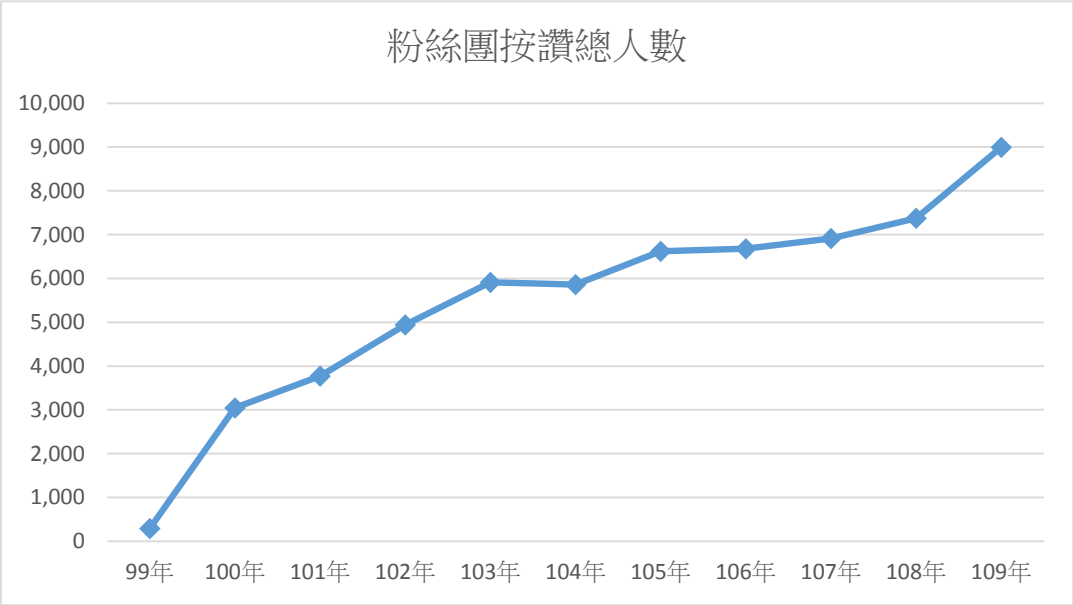


圖 5-5-1 按讚粉絲人數各年之成長趨勢圖

2) 增加自創生動圖文比例、並適時和其他社群互動

(1) 將文章中的知識重點，製作成單張或是多張圖示，更符合臉書使用者的習慣。

(2) 適時和網路上相關議題的粉專活動互動

a. 將大頭貼改成限時一星期的「粉紅色大頭貼」呼應衛福部的防疫不分性別理念，並藉此增加曝光。

b. 將 Taiwan Can Help 海報在作者鼓勵二創的情況下結合自殺防治守門人的概念進行新海報創作，藉由時事脈動去推廣珍愛生命，人人都是自殺防治守門人的觀念。

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。

4) 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，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：發現有人張貼自殺或自殘的照片，或是在動態更新上留下打算自殺的訊息，即可利用舉檢功能，點擊「自殺或自殘」按鈕進行下列處置，內容如圖 5-5-2。

a) 以私訊方式，直接提供個案本人協助或支援或通知第三方親友，一起共同關懷個案。

b) 通知 Facebook 並經其審查後，立即提供個案相關資源。

圖 5-5-2、Facebook 舉報關懷機制

c.主動通報臺灣執法單位：Facebook 以 AI 搜尋自殺訊息，主動通報臺灣執法單位(如：警政署刑事警察局)，透過與執法單位合作對當事人進行救援。

2. 結論

從民國 99 年設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過將近十年的耕耘，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 8,994 位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，今年至十月十五日前共發布 322 則貼文、獲得 17,316 個讚、2,396 個公開轉載、總觸及人數為 371,936，並且每則貼文平均約有 1,100 以上的觸及人數，每月總觸及人數最高則達 134,176 人次。

環顧 109 年，「衛教宣傳」是最受民眾青睞的貼文類型。本中心試圖以心理學知識、情緒管理、正念放鬆、心理衛生、精神疾病、自殺防治等多方面的角度來進行衛教宣傳，也獲得許多民眾的迴響與回饋；民眾多反應透過衛教宣傳，確實能讓人理解精神疾病的病因，心理衛生方面的各種知識，也常被民眾轉發，自殺防治的專業知識則是吸引了關心相關議題的當事人或是親友的討論，也反映從其中獲得了支持和力量。

未來中心將在既有的成果上，持續努力尋求更貼近民眾且簡單易懂的方式，促使民眾樂於主動接收中心的宣導，獲取正確的自殺防治資訊。

心情溫度計行動應用程式(App)推廣

一、 背景 (Context)

1. 相關問題與重要性

在數位化的現代，全球正處於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。根據臺灣網路資訊中心〈2018 臺灣網路報告〉，臺灣 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，臺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，以民國 107 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 101 年所作〈臺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 103 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。

二、 輸入 (Input)

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：臺灣大哥大通路暨金流技術處開發人員、後臺管理系統開發者；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 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，以案例改寫成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：以正面臨大考、喜歡唱歌的高三生芳芳為故事主角，描述其過去到現在發生的事情及生活上的變化。在某次獨自對著麥克風唱歌、哭泣時，麥克風化為守門人思麥兒，詢問及關懷芳芳的情緒，並在對話中融入心情溫度計問題，了解其現在狀況，給予芳芳鼓勵及可以繼續嘗試就醫的方法。經過芳芳、家人及醫師的討論後，芳芳持續就醫，情緒及生活漸漸改變及好轉，回到校園後的芳芳更結交到知心朋友，也更主動的與人互動。
3) 製作期程

月份 工作內容	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月至十二月
【前置期】 撰寫企劃書 分鏡表							
【製作期】							
【影片完成】 影片發佈							

三、 過程 (Process)

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台，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 103 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 103 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 104 年 3 月於 Google Play 正式上架。

3) 重大更新：107 年 4 月，中心依使用者需求及管理之便利性，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。107 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 107 年 5 月完成更新後正式上架，iOS 作業系統版本則於 107 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：107 年 8 月，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 5-6-1 所示。

5) 「心情溫度計」App 近期版本更新：為配合 Android 及 iOS 之開發者政策規範調整，針對程式碼進行更新後，於 109 年 7 月進行更新。

圖 5-6-1、「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) 更新「健康秘笈」專區，新增內容如下表 5-6-1：

表 5-6-1、心情溫度計 App「健康秘笈」專區新增內容

類別	新增內容
影音專區	失戀的痛苦，該如何面對？｜思麥兒 with you
電子書專區	媒體從業人員自殺防治手冊 政府跨部會自殺防治手冊 醫院自殺防治工作手冊

2) 定期更新各縣市心衛資源。

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、臺大通識課程)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) 未來預定計畫：
   (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。

(5) 規劃並製作「心情溫度計」App 宣傳影片。

4.「心情溫度計」App 推廣影片

1) 前置期：109 年 2 月至 4 月參考相關 App 推廣影片，由中心長官提供案例進行改寫，並融合「心情溫度計」特色設計故事劇情，繪製分鏡表。

2) 製作期：109 年 4 月至 7 月設計、製作動畫影片，並經長官及同仁給予建議後修改，預計於 7 月完成影片。

3) 發布期：

(1) 109 年 7 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 (Product)

1. 執行結果

1)「心情溫度計」App 功能，詳見下表 5-6-2：

表 5-6-2、「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、定位單位精確位址。

表 5-6-2、「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
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本中心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 109 年 9 月 30 日為止，Android 版本下載總數為 65,860 次，iOS 版本下載總數為 93,267 次。
3) 累計 109 年 1 月至 9 月，兩大作業系統版本共有 89,787 筆檢測紀錄；以總分 6 分為切點(cut point)，0-5 分占全體 73.8%、6 分以上占 26.2%；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 14 歲以下占最多，而 25-44 歲最少，如下表 5-6-3 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 5-6-3 及表 5-6-4 所示：
5) 與期中報告(1 至 5 月)相比，下半年測驗筆數明顯上升，且年齡層集中於 25-44 歲，推測是國防部推廣心情溫度計 App，內部人員下載及測驗結果。

表 5-6-3、「心情溫度計」App 檢測結果之性別、年齡、分數分組

性別	男		女		總計	
分數	0-5 分	6 分以上	0-5 分	6 分以上	0-5 分	6 分以上
年齡	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
<14	277(54.9)	228(45.1)	337(30.8)	756(69.2)	614(38.4)	984(61.6)
15-24	20,502(79.7)	5,220(20.3)	5,098(54.8)	4,203(45.2)	25,600(73.1)	9,423(26.9)
25-44	29,059(79.6)	7,429(20.4)	7,322(63.7)	4,168(36.3)	36,381(75.8)	11,597(24.2)
45-64	1,908(75.6)	617(24.4)	1,539(66.9)	762(33.1)	3,447(71.4)	1,379(28.6)
>65	96(56.8)	73(43.2)	102(52.8)	91(47.2)	198(54.7)	164(45.3)

總計	51,842(79.3)	13,567(20.7)	14,398(59.1)	9,980(40.9)	66,240(73.8)	23,547(26.2)

表5-6-4、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	3744.18	1	.000
有效觀察值個數	89,787		

註：分數以6分為切點分為兩組

表5-6-4、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	1227.04	4	.000
有效觀察值個數	89,787		

註：分數以6分為切點分為兩組

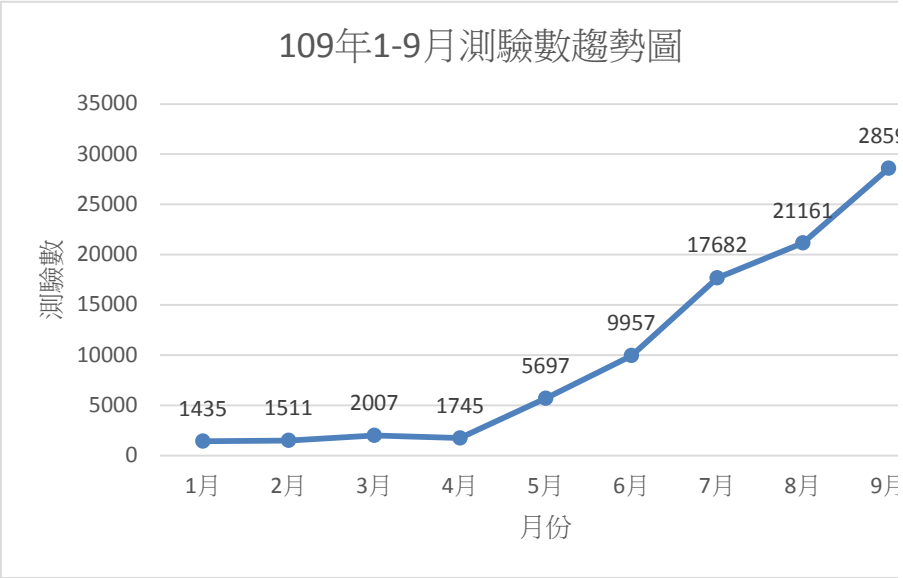


圖5-6-2、109年1-9月心情溫度計App測驗數趨勢圖

2. 業務現況與執行結果

109 年 5 月國防部推廣策略疑要求國軍所有人員下載使用，造成大量國軍於 App 商店留下負評，後已與國軍自殺防治中心專任人員聯繫，並協助告知推廣宜尊重個人意願來進行自我檢測。

3. 結論

目前階段心情溫度計 App 之功能與版面設計，於 107 年 7 月已全面更新優化，並新增諸多創新功能，定期進行程式及介面的修正，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。

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

一、 背景(Context)

臺灣在政府與民間共同努力下，自殺於民國 99 年首次退出國人十大死因，直至 108 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 98 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(Input)

1. 全國自殺防治中心網站維護與推廣：

1) 使用數位學習網的 TMS+系統的「網站中心」功能，將全國自殺防治中心網站內容併入珍愛生命數位學習網網站系統中。

2) 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。

(4) 重新整理自殺防治中心網站內容與編排方式。

3) 運用雲端免費平臺加強網站功能

(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。

4) 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，設置網站防火牆及建立 https 安全性連線。

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、自殺防治相關人力、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) 持續與臺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(Process)

1. 全國自殺防治中心網站維護及推廣

1) 自殺防治中心網站資料重整：

(1) 自 108 年 10 月起，自殺防治中心網站經由學會理監事與同仁重新規劃網站內容與呈現方式，網站首頁樣式圖可參考圖 5-7-1 全國自殺防治中心首頁樣式，網站各區塊架構說明如下：

a. 中心簡介：介紹全國自殺防治中心計畫、目標、業務職掌等相關訊息。
b. 自殺防治策略：包含國家三大自殺防治策略(全面性、選擇性、指標性)策略、常見自殺工具防治策略以及特殊族群自殺防治策略。
c. 自殺防治守門人專區：提供「自殺防治守門人」相關知識、資訊供民眾閱讀，並提供講師推薦管道以便政府機關及公司行號辦理自殺防治守門人課程。
d. 媒體與網路專區：提供媒體自殺新聞報導指引、教唆自殺網站監測、及健康使用與身心健康相關資訊。
e. 自殺防治相關人力專區：提供關懷訪視員、自殺防治相關人力工作流程、課程、行政業務等資訊介紹。
f. 心情溫度計專區：簡介心情溫度計量表、App、量表授權使用資訊。
g. 自殺防治網通訊：提供「自殺防治網通訊」季刊，用於宣導自殺防治理

念，有助專家學者與一般大眾了解自殺防治相關資訊。

h. 微電影專區：提供全國自殺防治中心製作的自殺防治宣導短片及外部合作單位提供之微電影，供民眾閱讀。

i. 心理衛生教育專區：提供全國自殺防治中心出版的自殺防治系列手冊、自殺防治網通訊、自殺防治宣導短片與微電影、自殺行為因素、以及認識憂鬱及精神疾病相關訊息。

j. 研究與調查：提供自殺數據統計、歷年中心發表文獻等相關資料。

k. 求助資源：提供求助電話及各縣市心理衛生中心網站超連結。

圖 5-7-1、全國自殺防治中心首頁樣式

(2) 109 年 2 月 26 日新版自殺防治中心網站正式對外開放，新站網址為 https://www.tsos.org.tw/web/home，舊站網站 tspc.tw 設定轉址服務，將其轉至新站網址。

2) 中心網站資料更新：本年度統計至 9 月 30 日止，網站更新 109 年版本的「自殺方式之具體防治策略」，並更新自殺防治通訊網第 15-1、15-2、15-3 期供民眾點閱。

3) 因應新冠肺炎疫情，使用 Wix 線上網站建立服務，建置「疫情專區」，提供防疫期間必要的防疫資訊與心理健康相關訊息，疫情專區網頁可參閱圖 5-7-2，防疫專區內容如下：

(1) 最新消息：提供自殺防治中心對疫情心理健康相關的最新訊息。

(2) 自我協助：提供一般民眾與專業人員自我覺察及壓力因應技巧，且提供求助資源供民眾使用。

(3) 協助他人：鼓勵民眾在疫情期間，仍可使用守門人的 1 問 2 應 3 轉介技巧幫助周遭的親朋好友。

(4) 防疫訊息：提供疫情訊息的官網超連結供民眾閱讀。

(5) 好文分享：提供專家學者針對疫情心理健康發表的文章。

圖 5-7-2、防疫專區網頁

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、自殺防治相關人力、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、臺北 e 大、中華郵政密切合作，持續推廣自殺防治守門人課程。

3. 全國自殺防治中心網站與數位學習網資訊安全與網站維護措施

1) 109 年 3 月與臺灣數位學習股份有限公司簽定系統維護合約，由廠商協助維護網站系統、更新網站功能、並針對網站可能的漏洞進行錯誤修正。

2) 每週使用伺服器快照備份服務備份網站資料。

3) 雲端主機設置防火牆，避免駭客入侵系統。

4) 使用中華電信 SSL 安全性憑證設置 https 安全性連線。

四、 成果(Product)

1. 中心網站執行成果

根據 Google Analytic 統計結果，今年全國自殺防治中心網站與數位學習網合併之後，自殺防治中心網頁 3 月至 9 月的訪客人數為 30,957 人，網頁總瀏覽數為 58,310 次。

2. 數位學習網執行成果

1) 數位學習網 1-9 月的課程提供對象、課程數、通過人次如表 5-7-1。

表 5-7-1、數位學習網 1-9 月課程數及通過人次表

課程提供對象	課程數	課程通過人次
護理人員	44	596,600
藥師	36	16,787
諮商心理師	34	2,501
臨床心理師	34	1,853
醫師	34	1,480
家醫科醫師	6	21
珍愛生命守門人	13	902

2) YouTube 頻道影片內嵌至數位學習網後，因大量護理人員於學習網修課，YouTube 頻道的觀看次數大幅成長，圖 5-7-3 為本年度 1-9 月的頻道觀看次數統計圖。

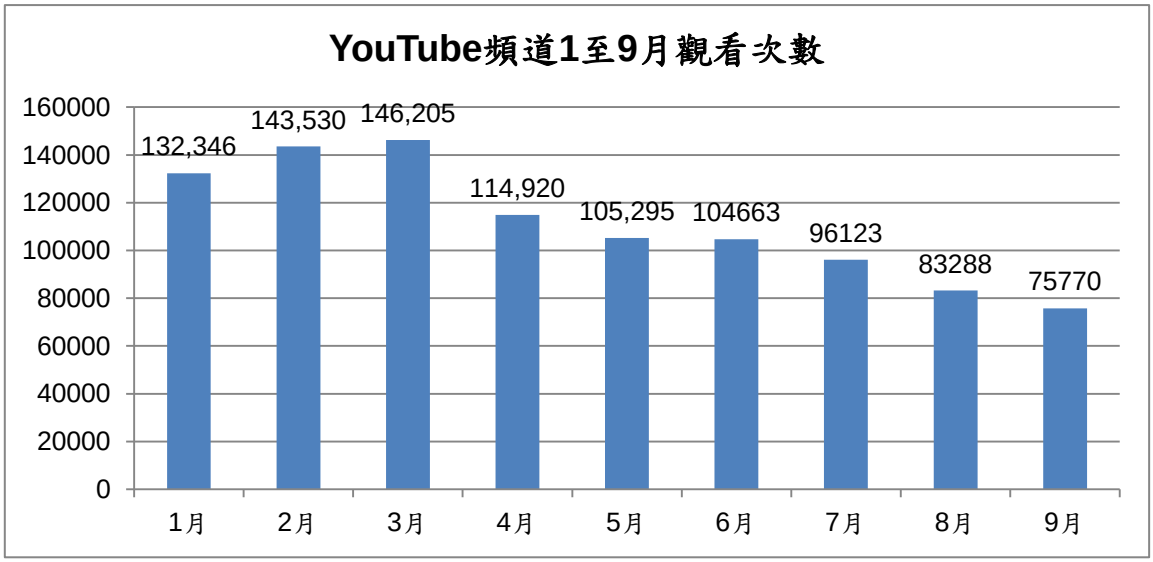


圖 5-7-3、YouTube 頻道 1-9 月觀看次數

3. 業務現況及改善行動

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) 數位學習網 TMS+系統提供的「網站中心」功能雖有響應式介面設計，但在置入圖片時仍無法自動使圖片調整為使用者裝置的大小，仍須與廠商持續合作，改善網站中心介面。

3) 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。

倡議禁用巴拉刈政策

一、 背景 (Context)

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治策略之一，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，民國 109 年全面禁用巴拉刈後，本會配合行政院農業委員會之政策，採用網路平臺、臉書專頁、新聞稿、媒體投書或記者會等多方管道向社會各界積極倡議巴拉刈禁用及珍愛生命自殺防治之精神。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：教育宣導組
2) 新聞資料追蹤

2. 資源連結合作

1) 合作單位：社團法人台灣自殺防治學會、全國自殺防治中心教育宣導組。
2) 資源連結內容及形式：Google 搜尋引擎、四大報網站。

三、 過程 (Process)

1. 組織建立

由台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事指導本中心教育宣導組成員執行本方案，由中心教育宣導組所蒐集的相關新聞，並針對新聞內容進行監測與回報，藉此評估與規劃巴拉刈禁用成效。

2. 資料蒐集

1) 建立搜尋策略：針對巴拉刈禁用之新聞搜尋綱要，訂定關鍵字為巴拉刈 (paraquat)。
2) 進行資料搜尋：每月於全國自殺防治中心以 Google 做為搜尋工具，根據當時規劃之搜尋策略，進行文獻蒐集。

四、 成果 (Product)

1. **新聞資料搜尋策略：**中心使用 Google 搜尋，以巴拉刈為關鍵字，109 年後共搜尋到 25 篇巴拉刈相關新聞，詳細內容如附件 5-8-1。
2. **倡議禁用巴拉刈：**為響應巴拉刈禁用，中心幹部撰文投書內容如附件 5-8-2。

3. 結論

中心蒐集 109 年初至今最新的巴拉刈相關新聞，共蒐集 25 篇。未來針對需注意的報導內容，中心將制訂一套回報系統，將內容由專人透過管道回報該縣市衛生局知悉。

五、附件

附件 5-8-1 109 年巴拉刈相關新聞
附件 5-8-2 倡議巴拉刈禁用相關投書

辦理自殺防治工作聯繫會議

一、 背景(Context)

我國自殺防治策略主要分為全面性、選擇性與指標性策略三個主要層面擬定方案，其中全面性策略針對全體民眾，目標為促進社會大眾心理健康。其中，安心專線設置與其宣導亦為全面性策略主要工作項目之一。安心專線提供自殺意念及企圖者即時的線上諮詢與危機介入，故此全國自殺防治中心與安心專線同為面對全國民眾推動自殺防治工作的夥伴，透過聯繫會議加強良好溝通與合作實有其必要性。

為提供自殺企圖個案更完善的服務，需要透過跨網絡及跨專業之溝通聯繫，方可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。為促進合作與實務經驗交流，盼藉由合作舉辦工作聯繫會議，共同研討自殺企圖或自傷案例，探討自殺防治熱線與自殺個案關懷訪視員的橫向聯結、個案轉介、自殺通報趨勢等實務議題，期待透過雙向溝通，促進雙方互助合作，建立更完善之自殺防治網絡。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 擇定會議主題，規劃會議議程及進行方式。
2) 將會議內容報衛生福利部核備。
3) 發函邀請衛生福利部心理及口腔健康司、社團法人台北市生命線協會(安心專線)參與會議。
4) 於 109 年 6 月 2 日召開「自殺防治工作聯繫會議」。
5) 追蹤辦理前次會議決議事項
6) 於下半年度配合準備安排並出席安心專線承作廠商辦理之聯繫會議。

2. 資源連結與合作

1) 指導單位：衛生福利部心理及口腔健康司
2) 合辦單位：社團法人台北市生命線協會(安心專線)。
3) 資源連結內容及形式：資料提供、公文、電子信箱聯繫、電話溝通等。

三、 過程(Process)

1. 自 2 月至 3 月與安心專線蒐集會議討論主題。
2. 3 月 17 日於全國自殺防治中心 109 年度第 10 次業務會議中，提案討論自

殺防治工作聯繫會議之會議主題與辦理時間、地點，決議擬訂 5 月 26 日上午十時至下午十二時，於全國自殺防治中心舉辦。

3. 3 月 17 日將會議議程及規畫報請衛生福利部備查，並確認心理及口腔健康司長官是否出席。經後續討論修改辦理時間地點為 6 月 2 日上午十時至下午十二時，於全國自殺防治中心舉辦。
4. 於 5 月 11 日發送開會通知單，邀請衛生福利部心理及口腔健康司長官及安心專線代表出席。
5. 由中心彙整會議簡報，製作會議手冊。
6. 於 6 月 2 日召開「第一次自殺防治工作聯繫會議」，並針對自殺防治相關之資料分析，持續與安心專線交流討論。於 9 月 4 日函送我國 108 年自殺通報數據摘要供安心專線參考。
7. 於 9 月 23 日上午十時至下午十二時假社團法人台北市生命線協會(安心專線)召開「第二次自殺防治工作聯繫會議」。

四、 成果(Product)

1. 第一次自殺防治工作聯繫會議執行結果

1) 會議議程：會議當日除全國自殺防治中心與安心專線業務報告外，會議討論主題包括「生命線與關懷訪視員的轉介」及「數據交流與判讀」，詳見附件 5-9-1。

2) 出席人員：衛生福利部心理及口腔健康司長官(4 人) 、台北市生命線協會及安心專線代表(6 人)、台灣自殺防治學會代表(4 人)及全國自殺防治中心全體人員(15 人)，總計 29 位。

3) 會議進行與討論

會議當日由台灣自殺防治學會詹佳達秘書長報告全國自殺防治中心簡介、全國自殺數據變動趨勢、全國自殺防治策略、珍愛生命守門人及心情溫度計；再由安心專線蘇達筠主任說明安心專線的設置、安心專線的服務成效及安心專線服務模式。最後進行提案討論，透過各方意見分享，探討自殺防治未來合作方向。

4) 會議紀錄(詳見附件 5-9-2)

(1) 生命線與關懷訪視員的轉介

安心專線為衛生福利部為落實推動自殺防治工作，於 2005 年 12 月起開辦。近幾年可觀察到來電量攀升，重複來電個案比例高，例如 2019 年安心專線整體來電量超過 80%是重複來電，來電個案具精神疾病診斷或精神病狀之佔比高達 78%，許多個案同為精障照護系統及自殺關懷訪視系統的

服務對象。

理想上，在地自關員提供面訪、資源連結服務，熱線則進行 24 小時的情緒急救及危機處理。許多個案為安心專線及自殺關懷訪視系統同時服務，且個案常告知安心專線電話為自關員提供，其中不乏精障、成癮個案，以電話協談服務經驗而言，電話能評估的個案狀態有限，實難提供有效服務，且此類個案易濫用免費資源，排擠自殺風險高求助來電 ，甚至時而造成熱線癱瘓。

(2) 數據交流與判讀

分析全國性、多層面的資料以了解自殺企圖者的特性，是自殺防治的重要工作。盼透過雙方數據資料的交流與分析，提升對自殺企圖者的了解，以做為擬定自殺防治策略的實證基礎。

2. 第二次自殺防治工作聯繫會議執行結果

1) 會議議程：討論主題包括「提案討論」及「意見交流」，詳見附件 5-9-3。

2) 出席人員：衛生福利部心理及口腔健康司長官(4 人) 、台北市生命線協會及安心專線代表(5 人)、台灣自殺防治學會代表(3 人)及全國自殺防治中心同仁(5 人)，總計 17 位。

3) 會議紀錄(詳見附件 5-9-4)

(1) 提案討論－

頻繁來電安心專線之精神疾病個案，欲轉介在地精障照護資源之後續進行方式。

現須透過衛福部「自殺通報系統」連結「精障照護系統」，故有自殺行為之個案，本會始能查詢「精障照護系統」在案與否，並與責屬單位/人員聯繫。安心專線精神疾病個案占近 8 成來電，研擬參考「自殺通報系統」之人員權限與系統功能，提供專職督導查詢個案服務情形及線上通知個案近況之可行性，以利網絡相連。

(2) 意見交流－

a. 自殺防治數據交流與判讀，希望針對 108 年自殺行為通報資料分析、解讀及因應，進行意見交換。

b. 在宣導安心專線時的注意事項，譬如有無任何宣導上規定的對象、針對通報個案是否可以廣為宣傳在特殊狀況下使用安心專線等。

3. 結論

為凝聚全國自殺防治中心與安心專線共同合作自殺防治業務之共識，提升自殺防治實務之效用，爰召開本工作聯繫會議。安心專線累積多年經

驗，透過來電統計發現少部分個案來電量超過整體來電量的 80%，且多數來電個案具精神疾病診斷或精神病症狀。建議未來可在專業和資安的前提下，考量以帳號權限開放方式，逐步與社區精障照護系統配合。為合理分配社會資源，避免安心專線長時間服務少數來電者，針對其他列管系統已開案服務之個案，若無急迫之自殺危機，可建議個案利用原服務系統之資源。建議持續關注民眾來電情形，並以實證研究為基礎，以了解個案來電需求，並進行滾動式策略改革，進而研擬方案，建立符合個案需求的專線或網絡資源。另，安心專線發現近年來電中，青少年族群來電者中，具自殺意圖占率偏高，與全國自殺防治中心提供的數據相符，可供未來擬定自殺防治策略使用。

透過聯繫會議，本中心與安心專線得以交流討論各自專業見解與實務經驗，針對國家自殺防治數據、安心專線服務量統計或自殺防治相關議題等，互通有無並進行數據判讀與深入探討，清晰了解國內自殺趨勢變化，促使自殺防治工作成效提升。本中心於十月所召開之自殺防治業務共識會議中，亦邀請安心專線代表蒞臨，以期藉由專題討論，凝聚與各縣市自殺防治網絡人員之共識。

五、附件

附件 5-9-1、第一次自殺防治工作聯繫會議議程
附件 5-9-2、第一次自殺防治工作聯繫會議會議紀錄
附件 5-9-3、第二次自殺防治工作聯繫會議議程
附件 5-9-4、第二次自殺防治工作聯繫會議會議紀錄

自殺防治業務共識會議

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

「自殺」為世界共通之重大公共衛生議題。而自殺係由多重因素造成，擁有完善的服務，往往需要透過跨層級、跨地域及跨專業之溝通聯繫，才能提供個案更完善的服務。職是之故，為凝聚自殺防治業務共識，增進自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，全國自殺防治中心(簡稱本中心)特別舉辦「109 年度自殺防治業務共識會議」(以下簡稱本會議)。期望透過專題講座、提案討論、分組討論及綜合座談等形式，了解各單位在各項業務內容之不同觀點、困境與因應方法，再匯集各單位之意見並凝聚共識，共同強化自殺防治工作於各單位之實踐與效能。

2. 業務目的與目標

本會議設定的主題範圍包括：自殺防治法及子法規介紹、自殺數據及自殺防治策略應用與實施、經驗分享：自殺防治網服務資源整合：連結與轉介、調查結果與分析：自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題、兒童青少年的自殺防治策略、長期照顧者的自殺防治策略，以及討論自殺關懷訪視流程及收結案標準、專題工作坊：關懷訪視—經驗交流與標竿學習，各議題均有預期達到的業務目的與目標。

關懷訪視工作是自殺防治著重的重點之一，其涵蓋的範圍很廣，舉凡自殺企圖通報、保護服務、社區精神照護、毒品成癮、脆弱家庭等個案皆是。但在關懷訪視的過程中，往往會面臨個案拒訪、重覆自殺、合併多重議題等困境，關懷訪視員亟需透過培育、研討，強化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各項自殺防治的核心知能。因此透過本會議，本中心邀請與會人員共同研討關懷訪視人員之共同訓練、辦理及執行等方法，同時討論自殺關懷訪視流程及收結案標準，以深化關懷訪視工作之效能。

有效的跨網絡、跨專業之溝通聯繫及協調，是協助個案媒合在地資源，適時提供資源轉介，以預防個案再自殺的重要關鍵。以往各縣市衛生機關欲進行跨網絡及跨專業溝通聯繫時，常常面臨如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；轉介資源不符個案期待，以致個案之接受意願不足等不同的困境。因此透過本會議，邀請與會人員共同研討在

地資源網絡連結名單，同時研議與各類專業人員、在地網絡合作之原則及指引。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 擇定特定議題，規劃討論會議程及進行方式。
2) 將會議內容函報衛生福利部核備。
3) 衛生福利部將議程與報名資訊函至各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院等，請其報名。
4) 開放報名系統，並彙整名單。
5) 於 10 月 27 日、10 月 28 日召開「109 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(Process)

1. 全國自殺防治中心第九次業務會議中，決議預訂民國 109 年 6 月 30 日前辦理會議。
2. 因受新冠肺炎(武漢肺炎)疫情影響，全國自殺防治中心第十次業務會議決議將會議日期延後至 10 月 27 日和 10 月 28 日。場地安排：中華電信學院板橋所。
3. 於 8 月 10 日行公文至衛生福利部，敬陳全國自殺防治中心「109 年度自殺防治業務共識會議」議程。於 9 月 11 日收到衛生福利部發至各單位的「自殺防治業務共識會議」報名相關資訊公文。
4. 於 10 月 27 日、10 月 28 日辦理「109 年度自殺防治業務共識會議」。於會後發送滿意度調查問卷。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 會議議程：會議主題內容包括「自殺防治法及子法規介紹」、「自殺數據及

自殺防治策略應用與實施」、「經驗分享—自殺防治網服務資源整合：連結與轉介」、「調查結果與分析：自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」、「兒童青少年的自殺防治策略」、「長期照顧者的自殺防治策略」、「提案討論：自殺關懷訪視流程及收結案標準」，以及「專題工作坊：關懷訪視—經驗交流與標竿學習」，詳見附件 5-10-1。

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、精神醫療網核心醫院代表、醫療院所自殺關懷訪視業務督導、關懷訪視員及其他人員。活動出席總數為 127 員，各單位參與人數如表 5-10-1、5-10-2、5-10-3 及 5-10-4 所示。活動照片如圖 5-10-1 至 5-10-8 所示，符合規格書規劃邀請人員。

表 5-10-1、各縣市衛生局長官及業務承辦人參與人數

單位名稱	10/27	10/28
臺北市政府自殺防治中心	4	4
新北市政府衛生局	4	4
基隆市衛生局	3	3
宜蘭縣政府衛生局	1	0
桃園市政府衛生局	3	2
新竹市衛生局	3	3
新竹縣政府衛生局	3	3
苗栗縣政府毒品防制及心理衛生中心	1	0
臺中市政府衛生局	4	3
彰化縣衛生局	2	2
南投縣政府衛生局	2	2
雲林縣衛生局	2	2
嘉義縣衛生局	1	1
嘉義市政府衛生局	1	1
臺南市政府衛生局	5	5
高雄市政府衛生局	3	3
屏東縣政府衛生局	2	2
花蓮縣衛生局	4	4
臺東縣衛生局	3	3
澎湖縣政府衛生局	2	2
金門縣衛生局	2	2
連江縣衛生福利局	1	1

表 5-10-2、精神醫療網核心醫院代表參與人數

單位名稱	10/27	10/28
臺北市立聯合醫院松德院區(臺北區精神醫療網)	1	1
衛生福利部八里療養院(新北區精神醫療網)	2	1
衛生福利部桃園療養院(北區精神醫療網)	2	2
衛生福利部草屯療養院(中區精神醫療網)	2	2
衛生福利部嘉南療養院(南區精神醫療網)	1	1
高雄市立凱旋醫院(高屏區精神醫療網)	1	2
臺北榮民總醫院玉里分院(東區精神醫療網)	1	1

表 5-10-3、醫療院所自殺關懷訪視業務督導參與人數

單位名稱	10/27	10/28
馬偕紀念醫院	1	0
衛生福利部臺北醫院精神科	1	1
佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院	1	1
亞東醫院	1	1
新北市立聯合醫院精神科	1	1
臺北榮民總醫院員山分院	1	0
衛生福利部桃園療養院	1	1
臺中榮民總醫院	1	1
臺中榮民總醫院嘉義分院精神部	1	1
高雄市立凱旋醫院	1	1
義大醫療財團法人義大醫院	2	2
屏安醫療社團法人屏安醫院	2	1

表 5-10-4、關懷訪視員及其他人員參與人數

單位名稱	10/27	10/28
三軍總醫院北投分院	3	0
臺北市長期照顧管理中心	1	1
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	1	1
張老師基金會臺北分事務所	1	1
醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	2	2
國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	2	2
社團法人苗栗縣生線縣協會	2	2

佛教慈濟醫療財團法人臺中慈濟醫院	1	1
臺中榮民總醫院	2	2
中山醫學大學附設醫院精神科自殺防治中心	1	1
衛生福利部草屯療養院	2	2
信安醫院	1	1
衛生福利部嘉南療養院	1	1
凱旋醫院	1	1
安心專線	0	3
中華民國家庭照顧者關懷總會	1	1

圖 5-10-1 自殺防治業務共識會議人員合影

圖 5-10-2 自殺防治業務共識會議司長致詞

圖 5-10-3 自殺防治業務共識會議專題演講

圖 5-10-4 自殺防治業務共識會議提案討論

圖 5-10-5 自殺防治業務共識會議調查結果與分析

圖 5-10-6 自殺防治業務共識會議分組議題討論

圖 5-10-7 自殺防治業務共識會議分組議題討論

圖 5-10-8 自殺防治業務共識會議分組議題討論

3) 會議紀錄

(1) 自殺防治法及子法規介紹：為加強自殺防治、關懷人民生命安全並培養社會尊重生命價值,在 108 年 5 月 31 日立法院三讀通過《自殺防治法》，並且已於同年 6 月由總統公布後正式施行。本議題針對法規內容進行介紹，並詳述及討論在自殺防治工作進行中常面臨的議題。

(2) 自殺數據及自殺防治策略應用與實施

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. 各縣市自殺數據分析與判讀相關內容切入，結合防治策略應用與實施現況進行「講座」討論。透過自殺相關數據(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)說明,得進一步了解自殺企圖者的特性,以利推展選擇性及指標性策略 (如：珍愛生命守門人訓練)。

(3) 經驗分享—自殺防治網服務資源整合：連結與轉介

a. 自殺防治網服務資源之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。政府與專業團體如何提供正確資源與相對的各項支持(含情緒與物資)是維持個案身心健康的第一步。

b. 本次邀請執行成效優良之臺南市分享經驗，以利各縣市標竿學習，內容包含：臺南市自殺概況、臺南市自殺防治組織架構、臺南市自殺防治作為、臺南市自殺防治成效。

(4) 兒童青少年的自殺防治策略

a. 青少年的自殺行為背後有著錯綜複雜的因素。本議題透過各場域的自殺防治實施方案介紹(如：校園與家庭、心理衛生相關單位、精神醫療相關單位、特殊場域等)，再進行各方資源規劃、運用之探討。

b. 指標性策略建議：建置自殺事件發生後的危機處理機制，落實標準作業通報流程與因應措施；加強教育體系與衛生體系之資源連結，成立危機處置小組。

c. 選擇性策略建議：各級學校辦理珍愛生命守門人訓練；校園推廣心情溫度計之使用；連結學校輔導人員與精神醫療網；學校可建立學生高憂鬱傾向與自殺高危險群的資料庫，可由輔導中心開辦成長團體或人際關係團體或團體心理治療。

d. 全面性策略建議：將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程

中；校園宣導相關求助資源、求助管道；強化全校教職員工師生心理健康促進。

(5) 調查結果與分析：自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題

a. 關懷訪視核心能力教育訓練之現況與困境：關懷訪視員初階訓練：各單位或衛生局定期辦理、邀請專家擔任講師授課、基本知識學習、同仁經驗傳承；進階訓練：特殊主題分享(困難個案、攜子自殺…)、案例分析討論(如居家護理個案、藥酒癮…)、工作坊、同儕討論。

b. 關懷訪視工作需求與未來展望：聘任與工作制度面之改善(案量、督導制度、經費等)、教育訓練增加互動交流課程(同儕討論、實務工作坊等)、實務工作流程的溝通須強化(如強制住院作法、跨網絡共訪、個案溝通方式需知情同意-含開案與結案準備等)、資源有效利用(教育訓練、主責人員配置、意念/企圖個案之分流處遇等)。

(6) 長期照顧者的自殺防治策略

a. 透過照顧者負荷評估，給予照顧者服務資源，如心理協談、支持團體、紓壓活動、照顧技巧指導、引入照顧資源等介紹，並說明家庭照顧者在不同的面向面對的問題與壓力，討論相關個案自殺防治策略的規劃。

b. 自殺防治最為重要的關鍵為資源連結，期許在自殺防治領域中努力的工作者們，能找到有利的資源、夥伴，互相協助。

(7) 提案討論：自殺關懷訪視流程及收結案標準

a. 與會人員針對自殺關懷訪視流程及收結案標準，提出各項訪視困境，包含：訪視到本人、校園個案、拒訪／失聯個案、入住在機構內個案、24小時內/三日內初次訪視、訪視頻率與次數、人力限制。

b. 衛生福利部將依據與會人員之建議，進行流程之修訂。

(8) 專題工作坊：關懷訪視—經驗交流與標竿學習

a. 本活動以分組方式進行，將學員分為 5 組，各組擇 2 則議題進行討論(包含：轄區自殺意念個案之處理流程、非衛生單位擴大通報後困境與因應對策、自殺防治跨局處溝通困境與因應對策、資源轉介困境與因應對策)。各組依據議題進行經驗分享，討論遇相關問題時可運用的解決方法，並於報告發表時進行回應座談與共同討論。

b. 各組討論議題：

A 組(精神醫療網：臺北區、新北區)：非衛生單位擴大通報後困境與因應對策、轄區自殺意念個案之處理流程。

B 組(精神醫療網：北區)：非衛生單位擴大通報後困境與因應對策、資源轉介困境與因應對策。

C 組(精神醫療網：中區)：轄區自殺意念個案之處理流程、自殺防治跨局處溝通困境與因應對策。

D 組(精神醫療網：南區)：非衛生單位擴大通報後困境與因應對策、資源轉介困境與因應對策。

E 組(精神醫療網：高屏區、東區)：轄區自殺意念個案之處理流程、非衛生單位擴大通報後困境與因應對策。

(9) 綜合交流座談

a. 自殺個案通報後關懷作業流程：衛生福利部研議後，盡快於會後一周訂定，並正式發函給各單位。

b. 自殺意念處置指引：尚未定案，定案後會由衛生福利部正式發函給各單位。

4) 會後滿意度問卷調查結果

(1) 整體描述：參與人員共計有 47 人填寫會後滿意度調查問卷(填答率為 43.9%)。填寫人之身分背景多為各縣市衛生局業務承辦人(11 人，佔 23.4%，填答率 42.3%)、關懷訪視業務督導(9 人，佔 19.1%，填答率 60.0%)。

(2) 性別

性別	人數	百分比
男性	10	21.3
女性	37	78.7
總計	47	100.0

(3) 年齡

年齡	人數	百分比
21-30	13	27.7
31-40	15	31.9
41-50	13	27.7
51-60	6	12.8
總計	47	100.0

(4) 身分別

	人數	百分比
衛生局長官	5	10.6
衛生局自殺防治承辦人員	11	23.4
精神醫療網核心醫院代表	6	12.8

自殺關懷訪視業務督導	9	19.1
自殺關懷訪視員	8	17.0
社區關懷訪視員	4	8.5
其他專業人員	4	8.5
總計	47	100.0

(5) 滿意度統計(百分比)

選項 / 項目	非常不滿意		不滿意		普通		滿意		非常滿意	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. 對於此次會議，您的整體滿意度為	2	4.3	4	8.5	10	21.3	22	46.8	9	19.1
2. 對於此次會議場地的滿意程度為	0	0.0	4	8.5	14	29.8	17	36.2	12	25.5
3. 對於此次會議餐點的滿意程度為	1	2.1	1	2.1	16	34.0	19	40.4	10	21.3
4. 對於此次會議時間安排的滿意程度為	1	2.1	1	2.1	10	21.3	22	46.8	13	27.7
5. 對於此次會議活動設計的滿意程度為	2	4.3	5	10.6	10	21.3	21	44.7	9	19.1
6. 您對 10/27「自殺防治法及子法規介紹」演講內容的滿意程度為	0	0.0	1	2.1	11	23.4	22	46.8	13	27.7
7. 您對 10/27「自殺數據及自殺防治策略應用與實施」演講內容的滿意程度為	1	2.1	1	2.1	8	17	27	57.4	10	21.3
8. 您對 10/27「自殺關懷訪視流程及收結案標準」之提案討論的滿意程度為	7	14.9	10	21.3	9	19.1	14	29.8	7	14.9
9. 您對 10/28「專題工作坊-分組議題討論」的滿意程度為	0	0.0	5	10.6	11	23.4	17	36.2	14	29.8

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	%
10. 您對 10/28「專題工作坊-共識議題發表及座談」的滿意程度為	1	2.1	7	14.9	12	25.5	19	40.4	8	17.0
11. 您對 10/28「自殺防治網服務資源整合：連結與轉介」演講內容的滿意程度為	3	6.4	0	0.0	11	23.4	24	51.1	9	19.1
12. 您對 10/28「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」演講內容的滿意程度為	2	4.3	3	6.4	8	17.0	24	51.1	10	21.3
13. 您對 10/28「兒童青少年的自殺防治策略」演講內容的滿意程度為	2	4.3	3	6.4	12	25.5	19	40.4	11	23.4
14. 您對 10/28「長期照顧者的自殺防治策略」演講內容的滿意程度為	0	0.0	1	2.1	7	14.9	24	51.1	15	31.9

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提案討論：自殺關懷訪視流程及收結案標準，以及專題工作坊：關懷訪視—經驗交流與標竿學習，四個子議題：(包含：轄區自殺意念個案之處理流程、非衛生單位擴大通報後困境與因應對策、自殺防治跨局處溝通困境與因應對策、資源轉介困境與因應對策)等。

本次會後滿意度問卷填答率為 43.9%，整體滿意度(含非常同意與同意)為 65.9%，演講內容的滿意程度(含非常同意與同意)為高為「長期照顧者的自殺防治策略」83%、次為「自殺數據及自殺防治策略應用與實施」78.7%。

滿意程度最低為「自殺關懷訪視流程及收結案標準」44.7%。依據本次會議參與者填寫滿意度問卷之建議內容，提出以下未來改善策略：

1) 問卷填答率：本次會後滿意度問卷填答率較低，建議未來辦理相關會議、活動於會後現場提供問卷填寫網址，以利意見收集
2) 提案討論：針對本次共識會議之提案討論議題「自殺關懷訪視流程及收結案標準」，少數與會者於問卷中反映無法在會議中傳達對於新的訪視流程之擔憂、自殺關懷訪視實務的困境及相關法令的疑慮。本中心未來在協助貴部宣導「自殺關懷訪視流程」時，將依照各縣市衛生局、訪員、督導之需求，提供必要之協助，並回覆前揭人員對於新修訂流程之疑問，同時協助貴部收集各縣市對於前述流程之回饋意見及執行上有所困難之處，以利後續流程之精進。
3) 活動、討論時間：本次辦理共識會議，活動議程包含議題討論、分組討論等，多數與會者反映活動安排之討論時間倉促，無法達到解決實務困難之目的，建議未來辦理相關活動宜延長議題討論時間，利於多元觀點之交換及自殺防治業務共識之凝聚。
4) 場地：分組討論場地，若有二組同時進行人聲容易互相干擾，未來編排分組活動時宜將單一組別安排於獨立空間。
5) 交通：活動地點交通略為不便，建議擇鄰近大眾運輸工具容易抵達處辦理會議。

本中心已詳細記錄各縣市所提問題、建議，以及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 5-10-1、109 年度自殺防治業務共識會議議程
附件 5-10-2、109 年度自殺防治業務共識會議紀錄
附件 5-10-3、109 年度自殺防治業務共識會議影音紀錄光碟

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

為了呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性，自民國 92 年開始國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(WHO)，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，藉此推動自殺去污名化、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 2020 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 2020 年世界自殺防治日記者會主題為「同心協力防自殺：防疫心生活」，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 109 年 9 月 6 日在集思台大會議中心舉行，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。此外今年亦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 2020 年世界自殺防治日記者會等系列活動，詳見下表 5-11-1。

表 5-11-1、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
「同心協力防自殺，防疫心生活」世界自殺防治日海報設計徵選活動	針對世界自殺防治日宣導，結合疫情議題，舉辦海報徵選活動。	6-8 月
「同心協力防自殺，防疫心生活」世界自殺防治日心情溫度計徵文活動	針對自殺防治日宣導，結合疫情議題，舉辦心情溫度計徵文活動。	6-8 月
臉書留言抽獎活動	於「珍愛生命打氣網」粉絲專頁邀集民眾留言寫下想感謝的人事物，並舉辦抽獎活動。	8-9 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 5-11-1、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 6 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，於本年度在宜蘭縣、台北市辦理「關於自殺這件事」紀錄片播映會。	2 月 15 日(宜蘭縣) 8 月 15 日(台北市)

2. 「同心協力防自殺，防疫心生活」2020 年世界自殺防治日海報設計徵選活動

1) 活動於 7 月 1 日至 8 月 14 日舉行，簡章於中心網站公告，並同時於多元管道宣傳，運用公文、張貼訊息、E-mail 等方式，包括各縣市衛生局、含相關系所之大專院校、相關學協會與記者群、歷屆參賽者等，詳見附件 5-11-1。

(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、歷屆參賽者。

(3) 8 月 28 日公告得獎名單，展示於 9 月 6 日記者會暨學術研討會，並邀請得獎者出席。

3. 「同心協力防自殺，防疫心生活」2020 年世界自殺防治日心情溫度計徵文活動

1) 7 月 1 日公告「同心協力防自殺，防疫心生活」2020 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、E-mail 等方式，包括各縣市衛生局、含相關系所之大專院校、相關學協會與記者群，簡章請詳見附件 5-11-2。

(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 7 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 28 日公告得獎名單，展示於 9 月 6 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。9 月初完成活動簡章，9 月 10 日公告「單車繞世界」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、E-mail 等方式，包括 Facebook、各縣市衛生局、大專院校、相關學協會，簡章請詳見附件 5-11-3。

3) 於 109 年 9 月 19 日(六)與中華民國自行車騎士協會協辦現場場次－猴硐三貂嶺驛站煤鄉尋貓遊(20 公里)一場，交由中華民國自行車騎士協會於現場宣傳單車繞世界活動。

5. 「世界自殺防治日」記者會

1) 2020 年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺：防疫**心**生活」。

2) 於 6 月 20 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) 記者會邀請對象包含總統、副總統、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，共發送逾 450 封邀請函。

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與報導則數，並於 9 月 6 日記者會頒發優質媒體獎項。

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) 於 2 月 15 日宜蘭縣及 8 月 15 日台北市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，並邀請縣市衛生局及醫療院所單位合辦。議程請詳見附件 5-11-4。

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 11 場次。

(2) 專家籌備會議：共計 1 場次。

2) 世界自殺防治日徵件活動

(1) 共徵得稿件 49 件，其中社會組 28 件、學生組 21 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。

(2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組 28 件作品共有 941 個按讚數，其中

第一名票數為 161 票、第二名票數為 156 票；青少年組 21 件作品共有 1062 個按讚數，其中第一名票數為 450 票、第二名票數為 260 票。

(3) 得獎作品除於 9 月 6 日世界自殺防治日記者會暨學術研討會會場張貼外，亦刊載於大會手冊中，得獎作品詳見附件 5-11-5。

3)世界自殺防治日媒體徵文活動

(1) 共徵得稿件 58 件，最終選出特優 1 名、優選 1 名、佳作 2 名與人氣獎 2 名，合計共 6 位得獎者。

(2) 於 9 月 6 日世界自殺防治日記者會頒發獎項。

(3) 得獎作品除於 9 月 6 日世界自殺防治日記者會暨學術研討會會場張貼外，亦刊載於大會手冊中，得獎作品詳見附件 5-11-6。

4) 國際性活動—單車繞世界

(1) 宣傳管道包括 Facebook、各縣市衛生局、大專院校、相關學協會等。

(2) 中心協辦中華民國自行車騎士協會 1 場活動

a.109 年 9 月 19 日(六)與中華民國自行車騎士協會協辦現場場次－猴硐三貂嶺驛站煤鄉尋貓遊(20 公里)：由中華民國自行車騎士協會協助宣導單車繞世界活動，現場民眾反應熱烈，當日現場參與人數共計 278 位。

(3) 截至 10 月 10 日，全球總計里程數為 24,578 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 82 人與會，包含記者 12 人。

(2) 於 9 月 6 日發布世界自殺防治日記者會會後新聞稿，共 26 則網路新聞露出，包含自由時報、聯合報、蘋果日報及中國時報等，共 20 間報社刊登。

(3) 世界自殺防治日記者會會後新聞稿詳見附件 5-11-7。

(4) 政府機關由衛福部李政務次長麗芬代表出席，並頒發自殺防治優質報導獎，由中國時報系教科文組魏怡嘉主任代表受獎。

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) 舉辦播映會：於 2 月 15 日宜蘭縣、8 月 15 日臺北市，共計 2 場次放映會，總參與人數 312 人。

(2) 線上新聞露出共 5 則。

7)「珍愛生命打氣網」臉書粉絲專頁留言抽獎活動

(1) 為響應 9 月 10 日世界自殺防治日，本會自 8 月 20 日起，舉辦為期 3 週的臉書留言抽獎的活動，邀請民眾分享暖心故事，希望能在疫情尚未消退的這段期間，透過臉書留言分享活動讓民眾更加自殺防治大小事，並在疫情期間帶給大家正向鼓勵的力量。

(2) 本次活動貼文觸及人數逾 45,000 人，共計 482 則留言、361 次分享。

五、 附件

附件 5-11-1、2020 年世界自殺防治日海報設計徵選活動簡章
附件 5-11-2、2020 年世界自殺防治日徵文活動簡章
附件 5-11-3、2020 年單車繞世界 中心宣傳簡章
附件 5-11-4、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 5-11-5、2020 海報得獎作品
附件 5-11-6、2020 世界自殺防治日徵文得獎作品
附件 5-11-7、2020 世界自殺防治日記者會會後新聞稿

陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

計畫執行成果檢核表

(期間：109年1月1日至109年11月30日)

(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

工作項目 (依照 109 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
1.依據自殺防治法第**9**條第**2**項第**6**款規定，辦理「建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度」相關事宜，檢討修正關懷訪視紀錄相關欄位，並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，更新關懷訪視員所需之課程（如線上課程，並需獲得講師授權本部使用）供關懷訪視員參考運用。	依規定執行完成 詳見6.1、6.2章節
2.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6.3章節
3.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。	依規定執行完成 詳見6.4章節

建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度

一、 背景(Context)

我國於民國 94 年成立全國自殺防治中心，訂定國家級自殺防治策略，分別為全面性、選擇性、與指標性策略。其中指標性防治策略為針對自殺企圖者進行追蹤與關懷，以有效降低自殺高風險者的自殺風險，因此衛生福利部建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市落實自殺行為者之通報及進行通報個案之關懷訪視工作。

根據國內外文獻顯示有接受關懷者與未接受關懷之群組相比較，其再自殺企圖或自殺死亡率均有下降，足見關懷訪視之重要。關懷訪視員做為第一線專業助人工作，其涉及之業務服務範圍及對象主要包含精神疾病、毒品防制、自殺、保護服務個案等，而在自殺關懷訪視工作中會面臨困難個案狀況(如：拒訪、重複自殺、合併多重議題等)。所以在訪視過程中不僅要瞭解其身心狀況與可使用之資源，若個案在被關懷訪視服務前，已有相關單位介入及輔導，也要與該資源單位進行溝通與協調，必要時採以共同訪視的方式，相互連結彼此的長處與資源，才可有效的幫助個案並達到事半功倍的效用。

現今關懷訪視員在進行訪視時，常面臨個案議題複雜、各列管系統制度不一、權責分配模糊等規範上的議題。為此需對於訪視流程進行改善，使訪視員的工作有所依歸，不同系統間的個管師得以相互連結，精進關懷訪視工作之效能，使個案獲得系統性、全面且完整的服務。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集與彙整
   (1) 參考自殺通報系統相關資料。
   (2) 搜尋並彙整相關期刊論文與文獻。
2) 檢視目前作業流程，彙整修訂重點。
3) 召開專家會議，蒐集相關建議。
4) 依據討論結果完善關懷訪視的作業規範。

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、各縣市衛生局。

2) 資源連結內容及形式：專家諮詢、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

三、 過程(Process)

1. 於 107 年、108 年進行數次修訂，透過專家會議、與五家衛生局協商會議、全國各衛生局書面意見回饋、文獻回顧及數據分析等資料持續建置並改善關懷訪視流程。
2. 於 7 月 3 日「整合型心理健康工作計畫心理衛生行政人員共識營」會議中提案討論，彙整前述會議結論以及衛福部蒐集各縣市建議後，進行關懷訪視流程及結案標準的研修。
3. 於 9 月 22 日與衛福部心口司針對關懷訪視流程及結案標準進行討論修改。
4. 於 10 月 13 日「自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正」研商會議中提案討論，彙整會議結論後進行修訂。
5. 於 10 月 27、28 日舉辦之全國自殺防治中心「109 年度自殺防治業務共識會議」中提案討論，彙整會議結論後進行修訂。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺個案通報後關懷作業流程

落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理，關懷訪視員以關懷及協助個案為出發點，期望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等行為，並提供自殺企圖者家屬情緒支持、資源介入及評估處遇等，以降低其危險性。藉由評估處遇以理解個案自殺事件、原因，以及目前自殺意念、自殺企圖的緩解程度。

依據各項指標評估自殺風險，再根據風險程度，調整訪視頻率與策略。訪視中提供個案情緒支持，以關心為出發點，專注傾聽、同理個案的心情，提供關懷、信任以及愛，使其感到自我價值與溫暖。在了解個案狀況之後，依據個案的需求提供各式各樣的資源，幫助個案與這些資源聯絡等。

為達到上述工作目標，依據 10 月 27、28 日舉辦之全國自殺防治中心「109 年度自殺防治業務共識會議」討論結果擬定自殺個案通報後關懷作業流程，詳見圖 6-1-1。

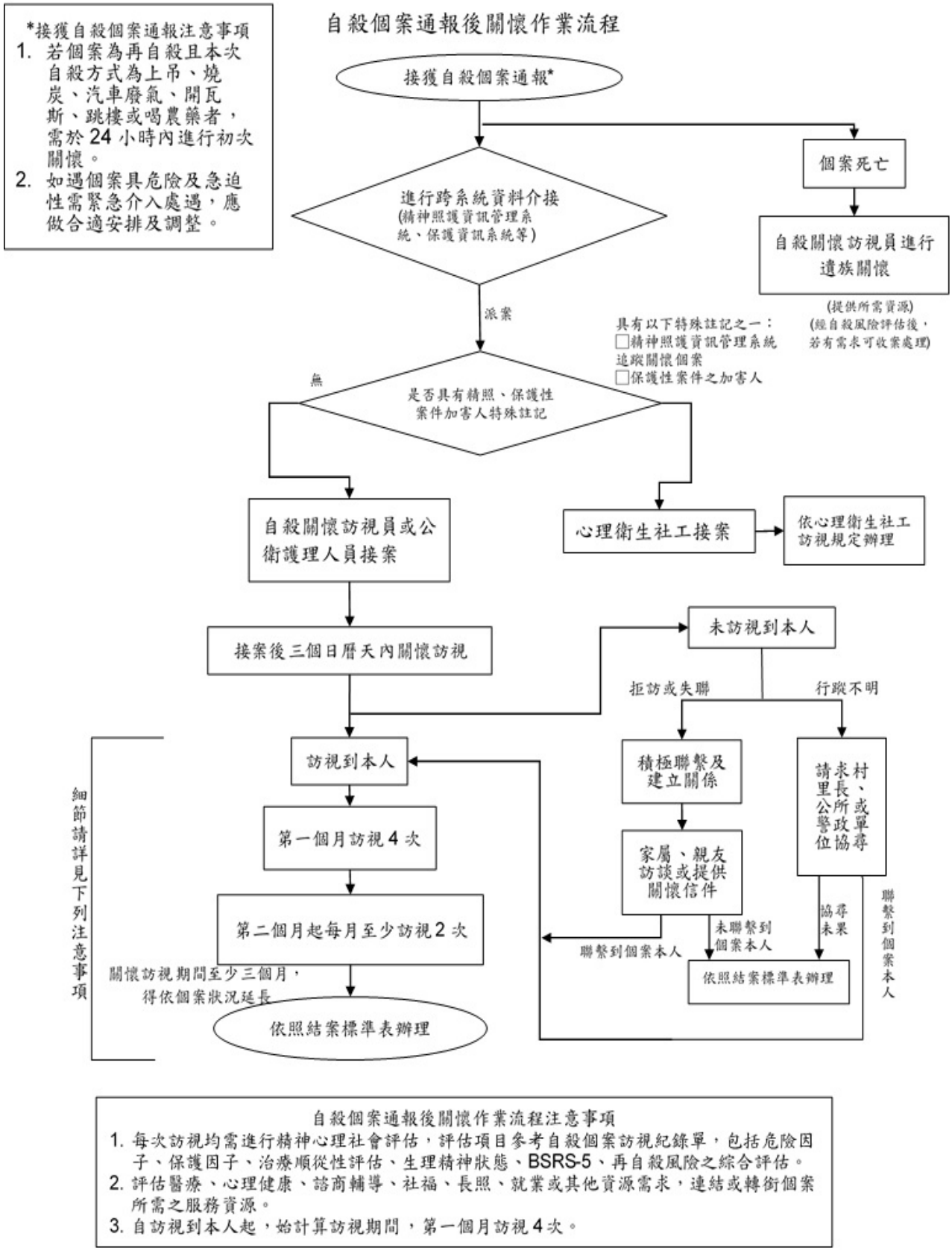


圖 6-1-1、自殺個案通報後關懷作業流程

2) 自殺個案通報後關懷作業流程說明

(1) 衛生局接獲自殺個案通報後，若個案已亡故，則由自殺關懷訪視員(以下簡稱自關員)接案進行遺族關懷，若個案存活則進行跨系統資料比對。

(2) 查詢精神照護資訊管理系統、保護資訊系統等列管系統，具有精神照護資訊管理系統追蹤關懷個案、保護性案件之加害人者等特殊註記之一者，由心衛社工接案，若無前述兩項特殊註記，則由自關員接案。

(3) 初次進行關懷訪視若無法聯繫上個案，請通報村里長、公所或警政單位協助尋找。若個案為拒訪或失聯，請透過家屬、親友訪談收集個案近況資訊，或寄發關懷信件嘗試與個案取得聯繫。

(4) 若村里長、公所或警政單位協尋未果，或經家屬、親友協助仍未聯繫到個案本人，則依失聯標準結案。若連繫到個案本人，則循作業流程進行後續關懷訪視。

(5) 從訪視到個案本人起算第一個月須至少訪視四次，自第二個月起每月至少訪視兩次，每次訪視均需進行精神心理社會評估，評估項目參考自殺個案訪視紀錄單，包括危險因子、保護因子、治療順從性評估、生理精神狀態、BSRS-5 等項目進行再自殺風險之綜合評估。

(6) 關懷訪視期間至少三個月，得依個案狀況延長，之後依循結案標準進行結案。

3) 結案標準

針對自殺個案通報後關懷作業流程制訂結案標準，詳見下表 6-1-1。

表 6-1-1、結案標準表

編號	結案標準	處理原則
1	死亡	1. 於個管期間中死亡，予以結案。 2. 其親友遺族經自殺風險評估後，若有需求可視情況提供遺族關懷，經與督導討論或經督導會議同意後可予以結案。
2	行蹤不明	收案後，向原通報單位、當地村里長或警政單位聯繫後，仍無法得知個案聯絡方式或所在地點，或已提報警政協尋半年仍未尋獲，經與督導討論或督導會議同意後可予以結案。
3	失聯	收案後，已向原通報單位、當地村里長、警政單位或家屬、親友確認個案聯絡方式或所在地點無誤，經 3 次不同時段聯繫均未果，

表 6-1-1、結案標準表

編號	結案標準	處理原則
		投遞關懷卡片、衛教單張及求助管道，經與督導討論或督導會議同意後可予以結案。
4	入監	於個管期間入監，導致無法接受訪視服務。 1. 若個案將於矯正機關超過三個月，經與督導討論或督導會議同意後可予以結案。 2. 若未超過三個月應將個管相關資訊提供矯正機關，以接續關懷，並提醒矯正機關於個案出監時通知衛生局。
5	遷徙至其他縣市	1. 個管期間個案遷徙至其他縣市，原收案縣市須確實追蹤聯繫個案，若可掌握其動向，則可轉出至其他縣市衛生局接續關懷。 2. 若個案遷徙卻無法掌握其動向，則依行蹤不明標準處理。
6	拒訪	兩週內訪視個案至少 3 次，其中包含 1 次家訪，且為不同時段皆遭拒訪。提供關懷卡片與衛教單張，並告知相關求助管道，經督導會議同意後，始得結案。
7	個案風險程度降低。	個管期間，每次訪視均需進行精神心理社會評估，評估項目參考自殺個案訪視紀錄單，包括危險因子、保護因子、治療順從性評估、生理精神狀態、BSRS-5。如個案連續 3 次以上之自殺風險綜合評估均屬低度風險，經督導會議同意後，始得結案。
8	再次被通報	個案於個管期間再次因自殺企圖被通報至系統中，則將前一次通報予以結案，當次通報則依自殺個案通報後關懷作業流程辦理。
9	其他於前項未列之個案特殊狀況	遇有特殊情形者，需於結案評估上敘明個案之具體狀況，經督導會議同意後始得結案。

2. 結論

全國自殺防治中心多年來與各地衛生局維持著密切合作關係，瞭解各縣市衛生局在自殺防治方面有其因地制宜之策略及困境，每年辦理縣市實務督導訪查，瞭解自殺關懷訪視員在從事自殺防治工作時所遇到的困難，並蒐集各縣市針對關懷訪視作業流程之寶貴意見。各縣市自殺關懷訪視員常面臨有複雜背景之自殺企圖者，可能患有精神疾病，或為家暴、性侵被害人。與相關網絡單位合作之權責劃分、部分縣市的人力不足、交通不便等，並非所有通則皆能解決，常讓相關從業人員感到棘手。今年度中心持續修訂自殺防治相關工作規範，期能建立更佳的流程與體制，協助訪員克服困境。

本中心於10月13日「自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正」研商會議，與10月27、28日「109年度自殺防治業務共識會議」中提案討論，彙整各方專家與各縣市衛生局同仁相關意見，修訂整合心理衛生社工之自殺關懷訪視制度，並於修訂完成後由衛生福利部公告，提供全國關懷訪視員訪視工作參考要點。

自殺關懷訪視員核心能力困境及課程規畫

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺關懷訪視員為第一線之工作人員，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。

近年隨著自殺通報人次的上升，提高自殺關懷訪視員個管案量，凸顯關懷訪視工作效能之重要性。為因應背景多元且問題複雜的自殺個案，了解與追蹤自殺關懷訪視員之核心能力落實情形與進修需求，建置完善的教育訓練制度，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。

本中心依據自殺防治法設計初階與進階課程，並與社區精神醫療網密切協調配合，依據核心能力追蹤調查結果，針對較難落實之核心能力，分析訪視員在實務上可能遭遇之困境與問題，並與專家學者進一步研擬並提供更具有實務性之自殺關懷訪視相關課程，建置線上教學影片供訪員參看，以精進其專業知能與實務工作能力。

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，並且結合關懷訪視員服務現況調查結果，一併了解關懷訪視員在核心能力及職場各方面所面臨的困境，以利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(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 根據中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》，界定核心能力。
2) 規劃自殺關懷訪視員核心能力困境調查方式。
3) 彙整比較民國 107 年至 108 年核心能力調查情形。
4) 編製自殺關懷訪視員核心能力困境調查問卷初稿。

5) 將初稿問卷送請中心長官審閱，並確定問卷內容。
6) 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，寄送公文與各縣市衛生局說明問卷目的並轉知鼓勵訪員填寫。
7) 回收問卷統整資料進行資料分析。
8) 依據分析結果撰寫建議並規劃課程。

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(Process)

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。

2. 經中心長官監督指導，決議將「「3.5 自殺關懷訪視員服務現況調查」納入整併為單一問卷，調整問卷名稱為「關懷訪視員整體工作現況調查問卷」進行調查。

3. 彙整 107 年至 108 年核心能力調查資料並進行數據比較。

4. 於 109 年上半年度研擬關懷訪視員整體工作現況調查問卷內容，於 6 月 9 日全國自殺防治中心業務會議中,提案審核問卷內容並討論問卷發放方式。問卷完成後將本問卷連結網址，張貼於「自殺防治通報系統」,發文各縣市衛生局,鼓勵各單位訪員填寫,自 109 年 7 月至 109 年 8 月蒐集問卷資料。

5. 依據中央機關於 109 年 8 月 6 日公告發布「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」,中心撰寫「數位學習網自殺關懷訪視員專區線上課程計畫」(詳見附件 6-2-1)，並於 9 月 30 日經衛福部審認核准。

6. 於 109 年 9 月回收調查資料並進行資料分析。

7. 統整分析結果，依結果撰寫建議並規劃課程。

8. 問卷設計

1) 問卷題項(詳見附件 6-2-2)
依據中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力編製問卷，包括自殺危險因子與保護因子評估、自殺個案評估項目、自殺行為的特徵與徵兆、自殺風險評估、自殺風險程度分級與處遇、資源連結與轉介、困難個案訪視技巧等核心能力。
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. 填答縣市分布

b. 年資分佈

c. 核心能力落實程度

(2) 資源利用與核心能力落實程度

a. 訪員閱讀《自殺關懷訪視員教育手冊》之比率，與未閱讀過的訪員，在落實總分/各項核心能力之差異分析。

b. 訪員觀看過《關懷訪視員教學影片》之比率，與未觀看過的訪員，在落實總分/各項核心能力之差異分析。

c. 訪員修習過《珍愛生命數位學習網-關懷訪視員課程專區內之線上課程》之比率，與未修習過的訪員，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) 其他資訊

a. 年資與核心能力落實困難之差異

b. 兩年年資為界分與核心能力落實總分及各項得分之差異

四、 成果(Product)

1. 結果討論與建議

1) 本次調查對象為自殺關懷訪視員，為避免造成統計及解讀偏誤，回收問卷資料後以勾選「自殺關懷訪視員」身分之問卷為有效問卷。依據今年度中心調查現職自殺關懷訪視員或同時擔任精神疾病及自殺通報個案關懷訪視員合計共 223 員，回收有效問卷 171 份，回收率約為 77%。

2) 本問卷為自陳式量表，藉由受試者自評，分析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 6-2-3。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。

3) 在核心能力落實情形之分析結果顯示，各項核心能力落實程度回答「同意」以上者平均占率接約 80%。回答「非常同意」之核心能力以「評估危險因子」占率 49.1%為最高、「評估保護因子」占率 46.8%次之。

4) 從中心目前提供之教學資源利用情形而言，曾閱讀過《自殺關懷訪視員教育手冊》的人數約 76%，曾觀看過《關懷訪視員教學影片》或修習過《珍愛生命數位學習網-關懷訪視員課程專區內之線上課程》的人數則在四成上下，且自陳有利用教學資源者相較於無利用者，對自己在核心能力落實上

並無顯著差異(p>.05)。

5) 以年資而言，年資未滿兩年的訪員約占 50%，可見訪員的流動率稍高。年資兩年以上的訪員總分平均數高於年資未滿兩年的訪員，檢定結果顯示，兩者已達顯著差異(p<.05)，即年資兩年以上訪員對於自己核心能力落實信心顯著高於年資未滿兩年者。針對每項核心能力進行統計比較，顯示過半數核心能力達到顯著，即年資兩年以上訪員在多項核心能力落實信心上皆顯著高於未滿兩年訪員。由此推論，經驗累積對訪員的工作能力培養有明顯影響。

6) 針對核心能力落實困難之調查結果，顯示較難以落實之能力前三名為「拒訪或失聯個案」、「重複自殺個案」、「轉介之建議處遇方式」，且不同年資的訪員皆視「拒訪或失聯個案」及「重複自殺個案」為較困難落實之能力。

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」、「重複自殺個案」、「轉介之建議處遇方式」三項核心能力相關之課程詳見下表 6-2-1：

表 6-2-1、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/105	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
資源轉介困境與建議/108	31 分 17 秒	1.研討在資源網絡連結名單 2.研議與各類專業人員、在地網絡合作原則及指引 3.介紹目前的轉介困境 4.實例說明並提供建議
危機個案之進階轉介技巧與資源連結/104	54 分 56 秒	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
拒訪個案之處置措施與成效評估/103	30 分 01 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

重複自殺個案之樣態分析與處置建議/103	24 分 52 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

2) 課程規劃

(1) 「拒訪或失聯個案」及「重複自殺個案」之課程規劃

配合 8 月 12 日至 14 日舉辦之「109 年新北區精神醫療網醫療計畫精神疾病及自殺通報個案關懷員進階訓練」，錄製專家學者針對拒訪及重複自殺個案之處遇教學並後製成課程影片。經檢視原有課程與關懷訪視員的問卷回饋，中心規劃安排更具實務面向之專業課程，例如訪視員完成訪視「拒訪」或「失聯」個案的成功經驗，製成課程影片供關懷訪視員閱覽學習。

(2) 「轉介之建議處遇方式」之課程規劃

經檢視原有課程，除部分過時資訊需修訂之外，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。

(3) 參考本次調查結果，許多現職關懷訪視員認為接受資深訪員的經驗分享與交流更有助於自身專業知能的培養，並且期待開設身心調整相關課程，幫助訪員調適工作壓力，以增加留任意願。未來中心除規劃教授知識為主的課程外，亦可考慮增加以實務教學為主軸之線上課程，強化訪視員之間的經驗分享與傳承。

(4) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，珍愛生命數位學習網之自殺防治相關人力初階/進階課程尚需增加初階-法律及倫理規範、初階-多元文化及多元性別概論，與進階-個案報告及討論等課程類別，未來將以前述課程類別做為本中心課程規劃目標。

五、 附件

附件 6-2-1、數位學習網自殺關懷訪視員專區線上課程計畫

附件 6-2-2、自殺關懷訪視員整體工作現況調查問卷

附件 6-2-3、自殺關懷訪視員整體工作現況調查問卷分析

縣市訪視紀錄之抽查、紀錄與建議

一、 背景(Context)

根據國內外研究顯示，先前有過自殺行為之個人其再自殺或自殺死亡的機率顯著高於一般人，故指標性策略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。

依據「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」，當自殺個案被通報至通報系統後，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，以利後續資源轉介及結案等流程。

各訪員所撰寫訪視紀錄的結構完整性或紀錄完善度落差，可能造成不同訪員間訪視品質的差異或專業間溝通上的困境，完整確實地填寫訪視紀錄，並清楚呈現個案狀況，有助於提升訪視效能，亦有利於後續自殺防治策略之規劃。

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的照護品質，中心安排每月抽查不同三至四縣市之訪視紀錄，每縣市每半年輪流一次，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，以此協助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，確實地為自殺個案及家屬提供合適，且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

二、 輸入(Input)

1. **執行步驟與方法**

1) 召開內部專家會議，針對衛生福利部委託辦理 109 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(Process)

1. 訪視紀錄審查規劃：審查流程分兩輪進行，初審將抽查全臺 22 個縣市訪視

紀錄並提出具體建議。待初審結束後，根據審查結果展開複審，以追蹤各縣市的改善情形。

2. 審查之縣市擇定標準根據108年訪視紀錄二階段審查結果綜合108年抽查縣市順序排定抽查。
3. 每月份排定三縣市進行審查，初審抽查縣市順序如下：
   1) 一月份：屏東縣、嘉義縣、金門縣
   2) 二月份：高雄市、彰化縣、苗栗縣
   3) 三月份：臺中市、嘉義市、連江縣
   4) 四月份：新北市、雲林縣、南投縣
   5) 五月份：桃園市、新竹縣、臺東縣
   6) 六月份：臺北市、新竹市、澎湖縣
   7) 七月份：臺南市、基隆市、宜蘭縣、花蓮縣
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：嘉義縣、彰化縣、苗栗縣
   2) 九月份：臺中市、嘉義市、新北市
   3) 十月份：新竹縣、臺東縣、南投縣
   4) 十一月份：臺北市、新竹市、臺南市
   5) 十二月份：基隆市、宜蘭縣、花蓮縣
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，初審與複審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」。初審乃乃選取最近一個月「已結案」的訪視紀錄。這些狀態具備較完善的內容紀錄，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109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，須轉介心理諮商、精神科就診；當個案背景為學生，須轉介學校輔導。
(5) 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。
(6) 審查過程乃是由中心業務負責人針對抽查的訪視紀錄進行初評，並列出問題、建議，再由中心專家進行複評審查並給予意見。
(7) 每月份彙整該月審查縣市自殺關懷訪視員訪視紀錄初評與複評之結果，將其謄寫至訪視紀錄審查結果表，交付衛生福利部，並提供該月審查縣市做為參考。
(8) 定期召開會議討論審查準則的一致性並增修審查的建議內容。

四、 成果(Product)

1. **審查流程：**

經過多次內部專家會議討論，制訂出訪視紀錄審查結果表，如圖 6-3-1 所示。

109 年 OO 市訪視紀錄抽取共 24 份，「家訪」為 O 則，「電訪」紀錄為 O 則。			
一、 基本資料建置完整性 (自殺防治通報單)	**有**	**無**	**註記**
	N (%)	**N (%)**	
1. 個案姓名 2. 身分證字號 3. 自殺類別 4. 性別 5. 個案年齡 6. 通報次數 7. 電話（日/夜） 8. 手機 9. 戶籍地址 10. 居住地址 11. 身分別註記 12. 婚姻狀況 13. 教育程度 14. 職業 15. 自殺行為發生日期 16. 通報日期 17. 自殺方式 18. 自殺原因 19. 聯絡人			1. 以下欄位由戶政系統直接帶入： 1) 個案姓名 2) 個案年齡 3) 戶籍地址 4) 婚姻狀況 5) 教育程度 2. 若「自殺類別」為自殺意念，則以下 2 個欄位會呈現空白，在本表則會填選無： 1) 自殺行為發生日期 2) 自殺方式 3. 自殺個案如無特殊身分，則身分別註記欄位會呈現空白，在本表則會填選無。

圖 6-3-1、訪視紀錄審查結果表

二、 關懷訪視品質 (自殺個案訪視紀錄單)	有		無		註記
	N	(%)	N	(%)	
1. 訪談摘要項目 1) *訪視方式 2) *個案受訪情形 3) *個案目前狀態 4) *有無支持系統 5) 宗教信仰 6) *目前問題 7) *曾透露出自殺的訊息 8) *曾有過自殺行為或企圖 9) *是否育有 6 歲以下幼兒 10)高風險家庭評估表 11)*是否知道安心專線及電話 2. 主/客觀資料 1) 個案主觀描述 (1) 自殺原因 2) 客觀觀察資料 3. 自殺風險評估 1) 危險因子 2) 保護因子					*為訪員必填欄位。

圖 6-3-1、訪視紀錄審查結果表(續)

3) 生理精神狀態 4) 治療順從性評估 (1) 有無詢問個案是否於精神科就診或進行心理健康諮詢？ (2) 有無詢問個案是否規律就診？			
4. 簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估 1) 簡式健康量表 □BSRS-5 分數≧6 □BSRS-5 分數＜6 2) 再自殺意念及風險評估 (1) 高度風險 □重複想到死，或是強烈的自殺意念 □有自殺計畫 □有立即生命危險 (2) 中度風險 □有自殺意念，但衝動控制能力尚可 □無立即之自殺計畫 (3) 低度風險 □否認目前有再自殺意念或計畫者	**N** | |	**(%)** | |	1. 若簡式健康量表(BSRS-5)積分為6或以上，則在本表中的「BSRS-5 分數≧6」一欄填選有。 2. 抽取之訪視紀錄若為結案當次，將檢核有無撰寫結案評估。
5. 處遇計畫 (複選) □安排家訪			

圖 6-3-1、訪視紀錄審查結果表(續)

□安排電訪 □安排其他地點之面談 □安排遺族關懷 □提供緊急資源、協助就醫 □協助家庭尋求及應用資源，以增進家庭支持性及完整性能力 □轉介社會局 □轉介勞工局 □轉介心理諮商輔導： □轉介醫療機構處置： □通報學校輔導 □轉介其他單位： □轉介其他縣市衛生局 □結案，結案原因： 6. **結案評估**			
綜合建議			
「內容摘要」： 1. 整體觀： 2. 訪視紀錄撰寫建議： (1)個案主觀描述： (2)客觀觀察資料： (3)自殺風險評估： (4)結案評估： 3.			

圖 6-3-1、訪視紀錄審查結果表(續)

2. **執行結果**

1) 審查問題和建議整理：

(1)「整體觀」建議：本次抽查紀錄中，除結案評估外，各項目完成率皆較108年度抽查提升，另，查有部分不同日期的訪視紀錄內容大致相同的情形，建議各縣市在紀錄填寫上需詳實記錄各次關懷訪視過程。

(2)「內容摘要」建議：

a. SOAP格式資料檢閱：

a) 個案主觀描述(S)：今年度抽查紀錄於個案主觀描述部份中，各縣市平均完成率超過九成，皆有填寫個案對於近況的自述，包含壓力來源、生活現況或接受資源情形等各方面狀況，建議繼續維持。

b) 客觀觀察資料(O)：此部分各縣市平均完成率達八成以上，查有部分記錄填寫內容較簡短，建議訪員觀察並記載個案表情、外觀、語氣變化及生活環境，在電訪紀錄中也可觀察個案的態度及語氣呈現，並且詳實記錄當次訪視所觀察到之非語言訊息。

c) 自殺風險評估(A)：各縣市平均完成率在七成五左右，「保護因子」及「危險因子」的評估完成率大致都在九成以上，惟「生理精神狀態」及「治療順從性評估」兩項普遍完成率偏低，約五至七成左右。建議訪視員多留意個案是否接受精神科或其他科別醫療服務，確實了解其生理或精神健康狀況對自殺意念的影響，結合治療順從性進行完整再自殺評估並詳實記載。

d) 處遇計畫(P)：各縣市安排電訪約占全部處遇計畫中之六成五，安排家訪約占三成八，安排其他地點之面談約佔8.6%，利用緊急資源、醫療、家庭服務、心理諮商輔導等資源則約占5.7%。建議應依據個案再自殺風險之綜合評估(包括危險因子、保護因子、治療順從性評估、生理精神狀態、BSRS-5等)，提供相對應的處遇計畫，包括資源連結及轉介、未來關懷重點等。

b. 結案評估：

各縣市訪員在結案時都有記載個案狀況，惟查有部分訪視紀錄僅簡略描述個案近況而缺乏詳實結案評估。建議追蹤期滿準備結案的個案，訪視內容增加對其再自殺風險之綜合評估，若為督導會議決議，亦應清楚註明結案原因與完整評估。

(3) 截至10月31日前，內容摘要SOA及結案評估完成率比較圖如圖6-3-1，顯示109年的訪視紀錄抽查中，SOA完成率逐漸提升，而109年第二輪審查因樣本數較少，比率起伏較大，故顯示完成率偏低。

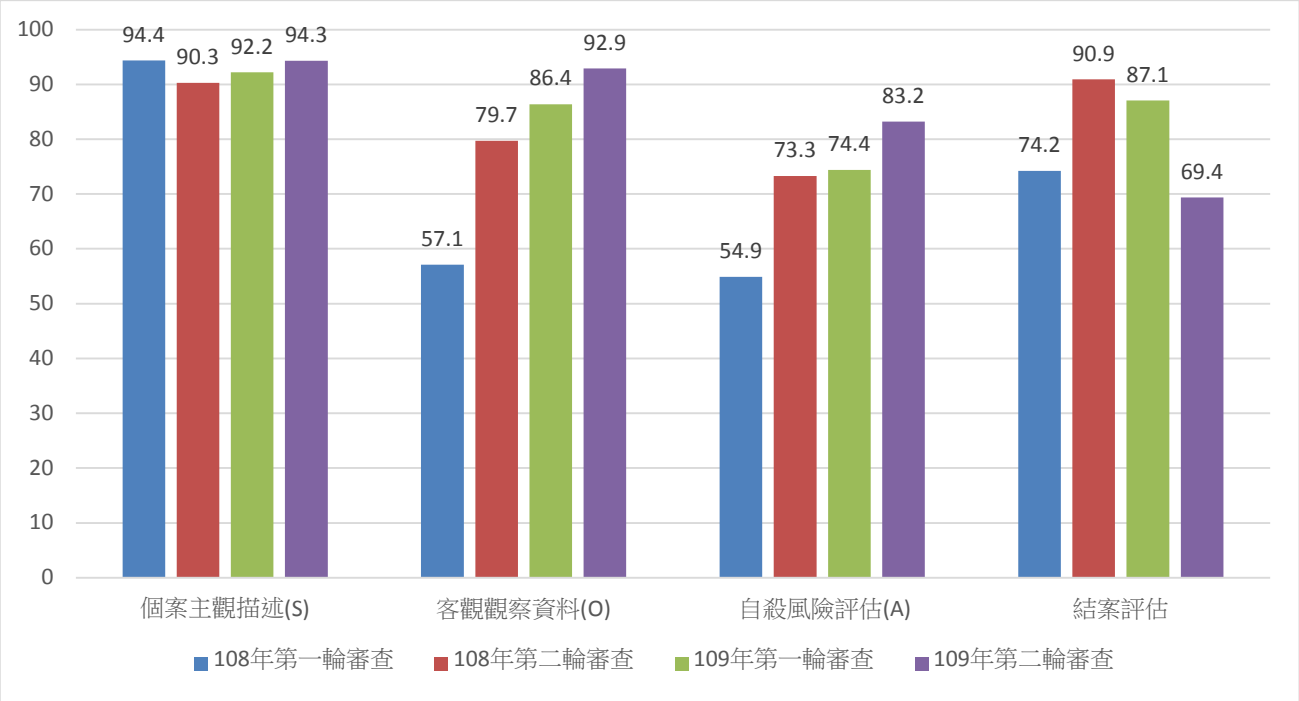


圖 6-3-1、108 年與 109 年訪視紀錄抽查 SOA 及結案評估完成率圖

(4)「簡式健康量表(BSRS-5)與再自殺意念風險評估」建議：

a. 當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。

b. 勾選再自殺意念及風險評估應與 BSRS-5 附加自殺意念題一致，建議唯有自殺意念題為 0 分才勾選「否認目前有再自殺意念或計劃者」。。

(5)「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。

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，特別是在客觀觀察資料(O)及自殺風險評估(A)上有較多紀錄呈現改善。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，僅 4 個縣市的紀錄內容完整性提高，建議結案前進行完整個案評估，詳細說明保護因子是否足夠、危險因子有無下降、社會資源利用情形等，於完整綜合評估後再行結案。。

3. **結論**

1) 今年度的訪視紀錄審查中，各縣市在個案主觀描述(S)及客觀觀察資料(O)平均完成度較佳，且在第二輪審查中亦有所提升，顯示各縣市在主客觀資

訊的觀察與記錄能力較佳且有進一步改善。

2) 在第二輪審查中顯示自殺風險評估(A)部份雖有所改善，其中「生理精神狀態」及「治療順從性評估」兩項子題目的評估完整性仍有待加強。自殺風險評估為訪員重要的核心能力，應持續增強這方面專業訓練，著重結合危險因子、保護因子、生理精神狀態、治療順從性，綜合評估個案的再自殺風險，以提升訪視服務效能與品質。

3) 藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，協助各縣市訪員提升訪視紀錄撰寫，持續追蹤各縣市在接收訪視紀錄審查結果與建議後的改善情形。

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(Context)

1. 相關問題與重要性

衛生福利部於民國 95 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 107 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 108 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(Input)

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、縣市衛生局、自殺關懷訪視員。

三、 過程(Process)

1. 檢討現行自殺防治通報系統，進行系統功能增修

1) 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) 提供予自殺防治通報系統維護廠商，將各項說明置於系統介面，於使用者使用時顯示說明內容。

四、 成果(Product)

1. 自殺防治通報系統功能增修

中心上半年提出，109 年自殺防治通報系統功能增修摘要如下：

1) 為利關懷訪視員追蹤紀錄個案轉介情形，建議於系統新增轉介成功勾選選項，以利關訪員追蹤。
2) 「知識庫維護功能」新增通報單及訪視單欄位，通報單目前尚無欄位說明，建議新增；訪視單建議新增「個案主觀描述-自殺原因」、「結案評估」。
3) 建議新增與人同住、失業比例、首次進入通報系統等相關報表至「自殺防治通報關懷報表」的功能，讓各縣市使用者可依照業務需求，自行選擇欲產出之報表項目。
4) 通報單中自殺原因建議新增校園霸凌、網路霸凌、職場霸凌。
5) 在「Step2 訪談摘要→2.個案受訪情形」，選取非個案本人的選項時，也能夠填寫「Step3 主/客觀資料」內的客觀觀察資料。
6) 在自殺防治處遇期間，倘若案主另有其他通報事件(例如家暴、性侵等…)，而有增加或是更新身分註記的情況，希望可以跳出提醒，以利聯繫網絡單位。
7) 滾動式策略建議批次上傳功能：目前系統僅能一個一個縣市修改，建議新增批次上傳功能。

2. 建置「知識庫維護功能」

中心於 108 年提出，「知識庫維護功能」欄位說明摘要如下，今年中心亦持續收集使用者問題，增修系統知識庫之內容，惟自殺防治通報系統仍有部分知識庫維護功能尚未建立，如通報單，中心已於 109 年 3 月提出系統功能修改建議，詳見前一小節「自殺防治通報系統功能增修」第 2 點，希冀在系統功能日漸完備之時，可提升自殺防治相關人員之工作效率：

1) 通報單功能(系統尚未建置)：

(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。(系統尚未建置)

(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。(系統尚未建置)

(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。

五、附件

6-4-1 自殺防治通報系統系統建議。

柒、其他辦理事項

珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的自殺防治策略中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命守門人意指當接受自殺防治相關訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並做適當的回應或轉介。因此只要透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「珍愛生命守門人」，給予周遭的親友關懷與協助，預防憾事之發生。

透過珍愛生命守門人訓練課程，期使受訓人員可掌握「1 問、2 應、3 轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺干預技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源以協助有自殺意念者。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助，強調「人人都是珍愛生命守門人」。

2. 業務的目的與目標

1) 推廣守門人教育訓練達到「自殺防治人人有責」之理想。
2) 藉由不同的訓練對象期待落實「網網相連，面面俱到」的理念。
3) 為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地取得珍愛生命守門人的概念及實用知識，中心建立珍愛生命數位學習網，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 講座安排與講師推薦
   (1) 外部單位有意辦理守門人講座，以電話或 E-mail 等方式主動洽詢本中心，請中心協助推薦授課講師。
   (2) 依守門人講座安排標準作業流程協助推薦當地講師，並提供講師課程綱要與該場次守門人課程相關注意事項。
   (3) 若主辦單位同意，中心將招募珍愛生命義工於現場服務，協助該講座之現場拍照、問卷回收或文宣發放。
   (4) 視講座對象、內容、講師以及主辦單位之意願，中心派員前往現場錄影。
   (5) 為了解學員對此次守門人課程的理解程度與滿意度，會於課程結束後請受訓學員填寫講座課程評估問卷，並請課程承辦人員回收後再行統計分析以作為日後改進之參考。
   (6) 課程結束後，聯繫講座承辦人與現場服務義工關心課程進行情況、講師與學員互動情形以及參與人數等，並請其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，並請其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進行，不受時空限制。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：國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、佛光大學、中國科技大學學生輔導中心新竹校區及臺北校區、臺北市立啟明學校。

2) 資源連結內容及形式：辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。

三、 過程(Process)

1. **講座安排與講師推薦如下**

1) 3 月 29 日與佛光大學合作辦理「自殺防治守門人」，對象為學生，人數共 30 人。

2) 4 月 14 日與臺北市立啟明學校合作辦理「自殺防治策略」，對象為學校老師，人數共 30 人。

3) 5 月 10 日與國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院合作辦理「自殺防治課程」，對象為學生，人數為 50 人。

4) 5 月 20 日與中國科技大學新竹校區合作辦理「自殺防治課程」，對象為教師，人數為 20 人。

5) 6 月 1 日與中國科技大學臺北校區合作辦理「自殺防治課程」，對象為學生，人數共 60 人。

6) 7 月 30 日與新店戒治所合作辦理「自殺防治課程」，對象為收容人，人數共 60 人。

7) 9 月 16 日與台北海洋科技大學合作辦理「自殺防治課程」，對象為全校教職人員，人數共 80 人。

8) 9 月 30 日與澄清醫院合作辦理「自殺防治課程」，對象為醫事人員，人數共 30 人。

9) 10 月 15 日與台北榮總合作辦理「自殺防治課程」，對象為個管師，人數共 12 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座安排

(1) 截至 10 月 1 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 9 場參與訓練的學員共 372 人，單位為各級院校。對象包含各級教職及學生。詳細資料請參考表 7-1-1。

表 7-1-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校	醫院	矯治單位
場次	6	2	1
人數	270	42	60

(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，後續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 7-1-2 及心情溫度計詳如圖 7-1-3。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 165 人回應，滿意以上為 96%。

「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獲。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 7-1-2、「珍愛生命守門人」講座問卷表（第一頁）

2017.07 修

「心情溫度計」自我評量練習版：
幫助他人之餘更要了解自己的情緒!

心 情 溫 度 計(BSRS-5)

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中 (包括今天)， 這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選 一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完沒全有	輕微	中程等度	厲害	非厲常害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒...	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安.....	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒.....	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落.....	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人.....	0	1	2	3	4
★有自殺的想法.....	0	1	2	3	4

得分說明：

★1 至 5 題之總分：

- 得分 0-5 分：身心適應狀況良好。
- 得分 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 得分 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 得分 > 15 分：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

★第 6 題〝有無自殺意念〞單項評分

- 本題為附加題，若前五題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

歡迎免費下載使用 心情溫度計 APP

自殺防治需要你我的加入

台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心謹誌

圖 7-1-3、心情溫度計 BSRS-5 問卷

2) 珍愛守門人之教育訓練與推廣

(1) 根據主辦單位回饋，多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格多樣，大多數都以幽默、風趣、活潑和輕鬆等講授方式，並以淺顯易懂以實際例子，搭配圖片、照片或流程圖讓學員更加容易理解。講師更會邀請臺下學員一同討論、分享，增加與學員在講座的互動，而非單一方向的授課，課程中與學員互動頻繁，學員回饋表示受益良多，對自殺防治相關議題有更進一步的了解，並了解到了「人人皆為自殺防治守門人」之理念。期盼參與講座的學員都能在日常生活中落實守門人精神，為自殺防治編織出一片綿密的安全網絡，守護每一個寶貴的性命。

「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

世界衛生組織(WHO)指出每年有將近 80 萬人死於自殺,相當於每秒有 40 人死於自殺。實施有效且具實證性的防治方法，可以防止全人口、特定人口及個人層級的自殺行為與自殺企圖。有跡象顯示，每有一個成年人死於自殺，就可能還有另外的 20 多個人也企圖自殺。

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見,醫護相關人員是重要的守門人,尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

因此衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程，其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而能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)。

本中心自民國 98 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」之宏願。

2. 方案的目的與目標

希望藉由此課程推廣，透過課程的內容，不僅促進臨床醫師對於自殺防治之認識，並期待能體認其重要之守門人角色，進而落實於臨床工作上，從人文關懷的角度出發，落實網網相連，以建立綿密牢固之自殺防治網絡。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 鑒於畢業後一般醫學訓練將自殺防治改為必修課程，中心於 101 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 106 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 7-2-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 7-2-2。
   (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 7-2-3
   (7) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程評值

您好：

感謝您參與今天的參訪課程活動，請您協助填寫以下的活動回饋意見，以作為日後之參考與改進（**請於適當的□內打✓**），再次謝謝您！敬祝平安

全國自殺防治中心 謹致

●請問您的性別：□1. 男　□2. 女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

□1. 非常符合　□2. 符合　□3. 尚可　□4. 不太符合　□5. 非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

□1. 非常好　□2. 良好　□3. 可接受　□4. 不太好　□5. 非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

□1. 非常清楚　□2. 很清楚　□3. 尚可　□4. 不清楚　□5. 非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

□1. 非常同意　□2. 同意　□3. 尚可　□4. 不同意　□5. 非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

□1. 非常滿意　□2. 滿意　□3. 普通　□4. 不滿意　□5. 非常不滿意

六、上完課，未來在使用心情溫度計上是否覺得有困難

□1. 沒有困難　□2. 有困難，原因：_____

七、上完課，未來運用守門人技巧上是否覺得有困難?

□1. 沒有困難　□2. 有困難，原因：_____

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 不會，原因：_____

九、未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？

□1. 會　□2. 偶會　□3. 不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

_____

參訪心得與感想(100 字)

圖 7-2-1、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 7-2-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

~~歡迎成為珍愛生命守門人種子講師，一同推廣自殺防治理念~~

很高興這次大家能來參與 PGY 自殺防治課程。

為加強自殺防治的推廣，在此邀請您加入珍愛生命種子講師的行列。

未來可以協助推動自殺防治教育宣導，為自殺防治共盡一份心力。

若您願意擔任守門人種子講師，會提供您自殺防治之相關資訊與教育訓練課程。

☐ 我願意擔任珍愛生命守門人種子講師，並協助推廣自殺防治相關訊息。

（如願意，請打勾，並協助完成資料表）

姓　名：_____　性別：☐男☐女　出生年：_____

聯絡電話：(手機) _____ (H)_____

電子信箱:_____

聯絡地址：_____

台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心謹誌

圖 7-2-3、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) 中心自 105 年 3 月起，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，以便學員下載 App。106 年將心情溫度計 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，如圖 7-2-4。

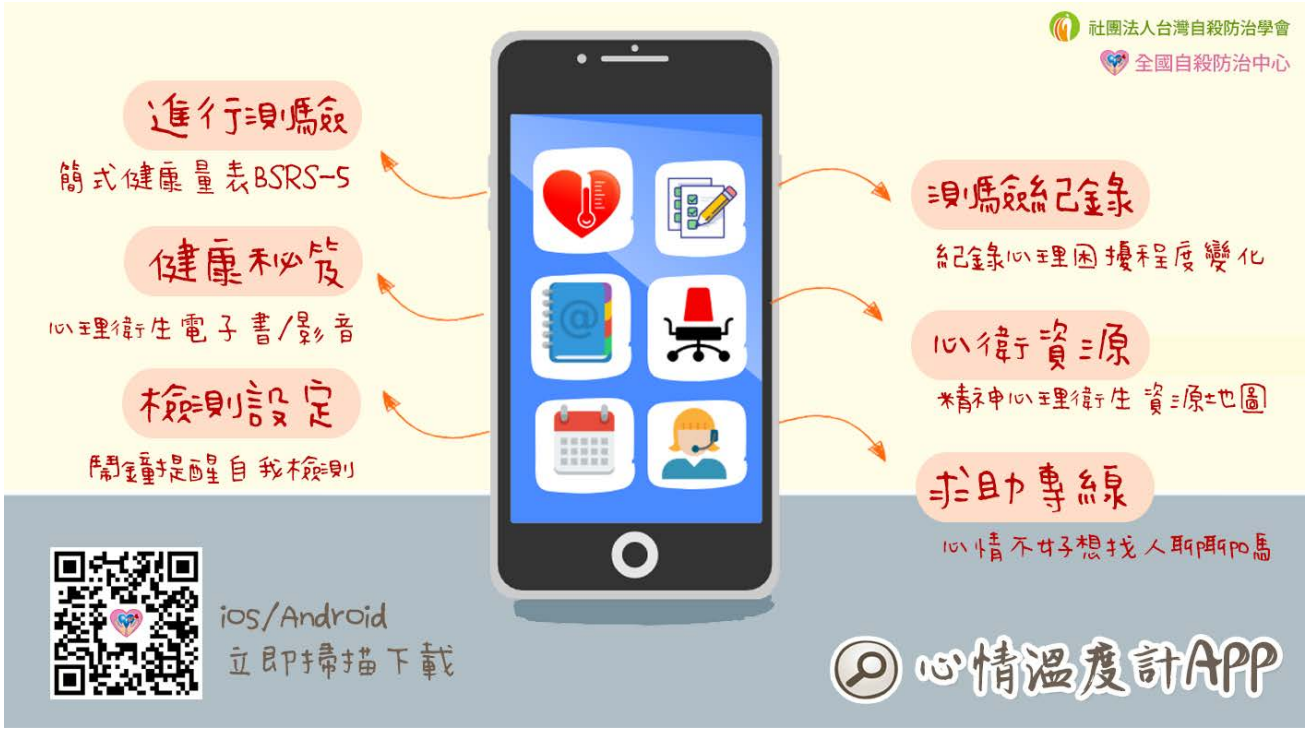


圖 7-2-4、心情溫度計 App 桌上文宣

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、和平院區)、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院。

2) 資源連結內容及形式：資訊傳遞、連繫溝通、參訪訓練、網址連結、紙本文宣。

三、 過程(Process)

1. 本年度辦理參訪訓練課程場次如下，並由中心李明濱計畫主持人、陳俊鶯常務理事、及張家銘醫師擔任講師。

1) 1 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明院區、忠孝院區)及恩主公醫院，共 29 名學員參加。

2) 1 月 15 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)及宏恩醫院，共 19 名學員參加。

3) 2 月 5 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)，共 24 名學員參加。

4) 2 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明)及新北聯合醫院，共 31 名學員參加。

5)3 月 11 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)及永和耕莘醫院，共 28 名學員參加。

6)3 月 18 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區) 及新北聯合醫院，共 30 名學員參加。

7)4 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)及博仁醫院，共 30 名學員參加。

8)4 月 15 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)及恩主公醫院，共 30 名學員參加。

9)5 月 6 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平、中興院區)、臺安醫院及中心綜合醫院，共 28 名學員參加。

10) 5 月 13 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)，共 24 名學員參加。

11) 5 月 27 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明院區)、三軍總醫院及中心綜合醫院，共 25 名學員參加。

12) 6 月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平、中興、陽明院區)及永和耕莘醫院，共 35 名學員參加。

13) 6 月 10 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)，共 25 名學員參加。

14) 7 月 8 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明院區)及永和耕莘，共 20 名學員參加。

15) 8 月 12 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)及新北市立聯合醫院，共 30 名學員參加。

16) 8 月 19 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(和平院區)及永和耕莘醫院，共 16 名學員參加。

17) 9 月 2 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明院區)、恩主公醫院及新北市立聯合醫院，共 30 名學員參加。

18) 9 月 9 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)，共 10 名學員參加。

19) 10 月 7 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)，共 16 名學員參加。

20) 10 月 14 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)及永和耕莘醫院，共 27 名學員參加。

2. 課程內容主題描述：

1) 引言、學員自殺臨床個案分享討論：開場先以簡單的描述簡介並澄清自殺迷思，且邀請學員分享過去在個人經驗或臨床上所經歷到的自殺事件。在討論過程中，以學員經歷過的事件做延伸，並帶入到自殺防治課程之主題。
2) 國際臺灣自殺現況與全國自殺防治策略：以歷年自殺死亡及自殺通報數據，簡述臺灣目前自殺現況，分析各年齡層、性別之死亡率、通報情形、死亡原因、自殺方式等，與亞洲鄰近國家進行比較，並帶出目前臺灣自殺防治策略的三個主要層面，分別為全面性、選擇性和指標性策略，進而講解三種層面自殺防治策略之推行方式。
3) 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，讓學員建立口袋名單，在必要時可協助個案尋求資源。另介紹簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱 BSRS-5，又稱「心情溫度計」)，提供給學員一個簡單的心理測量工具，能迅速瞭解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務。
4) 自殺防治守門人之概念與推廣：講述自殺防治守門人「1 問、2 應、3 轉介」之概念，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺干預技巧。另提供全國相關精神醫療院所、心理衛生等相關資源。讓學員懂得尋求協助或提供適當資源，幫助有自殺意念者並給予關懷，這些都對於自殺防治工作成效有很大的幫助。推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，讓學員了解臨床醫師在自殺防治中扮演著重要的角色。
5) 個案討論／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。「畢業後一般醫學訓練」自殺防治推廣課程時間表詳如表 7-2-1。

表 7-2-1、「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治推廣課程時間表

時間(分鐘)	課程內容
15 分鐘	引言、學員自殺臨床個案分享討論
30 分鐘	國際及臺灣自殺現況
20 分鐘	全國自殺防治策略
10 分鐘	中場休息
20 分鐘	自殺風險評估、心情溫度計
40 分鐘	珍愛生命自殺防治守門人 123 步驟、 介入技巧（抗壓放鬆、情緒支持、非語言溝通等）
30 分鐘	標準化個案範例演練

15 分鐘	Q&A、結語、大合照
5 分鐘	課程評值與課後測驗填寫
總計 180 分鐘	

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 參與訓練

(1) 今年度截至 10 月 30 日共辦理 20 場次，497 人參與，其中因疫情影響，於四月開始使用線上課程的方式，線上課程的場次為 7 場，由 8 月恢復為實體課程。詳細如表 7-2-2。

表 7-2-2、PGY 合作單位及人數

合作單位	臺北市立聯合醫院	新北市立聯合醫院	宏恩醫院	永和耕莘醫院	恩主公醫院	博仁綜合醫院	臺安醫院	中心綜合醫院
人數	352	60	15	30	6	9	10	17
實體	280	43	13	25	4	6	9	15
線上	72	17	2	5	2	3	1	2

(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 471 人回應，滿意以上為 96%，詳如表 7-2-3。

表 7-2-3、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)	170 (53.9)	112 (35.3)
2.授課方式的安排	1 (0.4)	2 (0.9)	25 (10.7)	175 (54.2)	122 (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)	159 (49.6)	155 (48.7)
4.此次課程獲益良多	1 (0.4)	1 (0.4)	23 (9.9)	140 (48.7)	127(40.5)
5.整體課程滿意	2 (0.9)	1 (0.4)	20 (8.6)	162 (51.3)	124 (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

每次課程結束前均會進行課後測驗，作答人數共 470 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，詳如表 7-2-4。

表 7-2-4、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答正確	344 (98.3)	344 (98.3)	323 (92.4)	347 (99.2)	347 (99.2)	344 (98.3)	321 (91.9)	327 (93.7)	344 (98.3)	344 (98.3)
作答錯誤	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)

(3) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 97%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

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(Context)

1. 相關問題與重要性

自殺防治是當代公共衛生的重要課題，本中心民國 94 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(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 自殺防治網通訊
   (1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會。
   (2) 召開年度自殺防治網通訊編輯委員會會議，規劃與評估主題，並由助理編輯依期程邀稿，中心同仁共同協助。
   (3) 每年 3、6、9、12 月中出刊，一年發行四期，為季刊形式。
   (4) 編輯過程視需要以電話會議或視訊會議方式召開通訊編輯委員會進行討論與修訂。
   (5) 稿件蒐集完成後進行初步校正及潤稿、排版美編，再次進行校稿與印製確認。
   (6) 出版後，以電子報方式將刊物寄送至相關單位及對象，同時上傳中心網站與電子書平臺供大眾瀏覽與宣導。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市政府衛生局暨社區心理衛生中心、各縣市自殺關懷訪視員、國家圖書館、國立臺灣圖書館、國立公共資訊圖書館、臺灣大學護理學系吳佳儀副教授、新光吳火師紀念醫院詹佳達醫師、各縣市生命線協會、珍愛生命義工。

2) 資源連結內容及形式：邀稿、撰稿、排版印刷與刊物宣傳。

三、 過程(Process)

1. 組織建立

1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會，邀請台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、張清綦、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：呂雯

2. 架構及資訊蒐集

1) 專家觀點：邀請台灣自殺防治學會理監事專家針對臺灣自殺防治工作現況進行評論與觀點闡述。

2) 主題文章：依各期主題分別邀請專家撰稿，由助理編輯統籌追蹤。

3) 自殺防治新視野：由通訊編輯委員協助搜尋並總結國內、外自殺防治研究論文，由助理編輯協助邀稿。

4) 自殺防治工作要覽：收錄全臺針對自殺防治工作所推展之業務與活動，進行工作摘要介紹，由中心相關業務同仁進行資料蒐集與撰寫。

5) 自殺統計解析：由中心研究發展組製作以季、半年及全年分析通報個案之特性及年度自殺死亡個案統計等最新數據概況分析。

6) 自殺防治經驗分享：邀請各地衛生局、社區心理衛生中心與相關民間團體之自殺關懷訪視員撰寫自殺防治工作經驗心得，作為資訊交流之專欄。

7) 交流園地：邀請珍愛生命義工、第一線心理師與服務學習學生分享推廣自殺防治的感想與親身經歷。

8) 其他：若辦理大型宣導活動或研討會等，將於刊物預告相關訊息與成果。

3. 工作期程

1) 109 年 1 月 7 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「青少年心理健康與自殺防治－以大學生、社會新鮮人為例」、「青少年心理健康與自殺防治－以國高中生為例」、「自殺防治：臺灣與國際接軌」及「自殺保護因子：從逆境中如何走出來」，於 3 月、6 月、9 月及 12 月出刊。

2) 3 月發行自殺防治網通訊第十五卷第一期之大綱如表 7-3-1。

表 7-3-1、自殺防治網通訊第十五卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	新冠肺炎來襲:疫期勤量心情溫度為健康加碼
專家觀點	人工智慧(AI)是否可幫助自殺防治 針對自殺防治法施行細則的建議
主題文章	自殺防治素養與自殺路徑評量
自殺防治新視野	再論自殺防治關懷訪視員在職教育的核心能力
自殺統計解析	2019 年通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	「心情溫度計 APP」下載推廣 關懷訪視員新課程上架 「心理健康促進」影片賞析：《關於自殺這件事》紀錄片播映會
自殺防治動態與經驗分享	請你相信，他們的痛苦是真的
交流園地	溝通和協力是最重要的小事 讓生命多一點色彩，好嗎？

3) 6 月發行自殺防治網通訊第十五卷第二期之大綱如表 7-3-2。

表 7-3-2、自殺防治網通訊第十五卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	青少年心理健康與自殺防治
專家觀點	人漫漫青春路 疫情衝擊下的心理保健
主題文章	上升中之臺灣青少年自殺率
自殺防治新視野	兒童青少年自殺行為持續上升中,凝聚共識齊力因應建言

	LIVE LIFE 自殺防治行動策略
自殺統計解析	2020 年 1-4 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	自殺防治新聞媒體聯繫會議 第一線專業人員之守門人訓練課程
自殺防治動態與經驗分享	一方天地
交流園地	心中永遠的困惑 晤談室中的火警警報—自殺意念

4)6 月發行自殺防治網通訊第十五卷第三期之大綱如表 7-3-3

表 7-3-3、自殺防治網通訊第十五卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	防疫不離「心」
專家觀點	從全面性策略作自殺防治
主題文章	思維全球化:齊心因應新冠肺炎疫情相關之心理健康議題
自殺防治新視野	心理健康促進電影賞析:「關於自殺這件事」播映會 高齡社會的自殺防治:多層面系統整合的新挑戰 英國自殺防治最新策略概述
自殺統計解析	2020 年 1-7 月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	「心情溫度計 app」下載推廣 第三季「畢業後一般醫學訓練:社區醫學自殺防治」pgy
自殺防治動態與經驗分享	傾聽，那些靈魂所述 從自殺防治處遇中，看見助人專業與自我成長
交流園地	不要拿你的尺，來量我的痛 從生命史實踐全人照護:癌症病人的自殺防治反思
國際研討會	2020 年國際自殺防治協會亞太大會本會補助要點

4. 工作內容

1)根據編輯委員會議決議，依該期主題進行各專欄之邀稿。

2) 收稿後，進行初步校正、潤稿與統整，再進行排版美編。
3) 助理編輯校稿完成後，再請總編輯進行總校正，以提升稿件內容整體性與正確性，於總校正後確認出版。
4) 宣導通路
(1) 數位推廣：各期電子報皆可在中心網站最新消息、宣導品專區與自殺防治網通訊專區供免費下載。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺防治網通訊第十五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；第十五卷第二期主題文章共 1 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 2 篇；第十五卷第三期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 2 篇、自殺防治動態與經驗分享共 2 篇、交流園地共 2 篇。
2) 本刊物持續於中心網站更新，供有興趣之相關專業人員或民眾下載或線上閱讀。

2. 結論

1) 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。
2) 持續增加宣導管道，如與臺灣閱覽人數眾多之圖書館合作，使更多民眾接觸自殺防治相關訊息及新知。

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，甚至是網路成癮議題的浮現，而可能是現代人身心健康問題的原因之一。

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。目前臺灣已於民國 101 年成立中亞聯大網路成癮防治中心，並開立網路成癮門診。

網路成癮本身為許多人關切的問題，而近十年來，則另有許多研究發現，網路成癮與自殺意念及自殺行為有所相關。為了規劃相關防治策略，本中心透過「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與自殺的關聯性，進而達到自殺防治之成效。

此外，近年來「網路霸凌」議題相當受到關注，而某些藝人的自殺死亡很可能跟網路霸凌有關。網路霸凌的受害者可能會出現睡眠障礙、憂鬱、焦慮、低自尊等身心症狀，甚至可能造成創傷後壓力症候群或是產生自殺的意念，所以在近一年的問卷中、加入了「網路霸凌」相關題目。

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，並於本中心 Facebook「珍愛生命打氣網」粉絲專頁宣傳。
2) 自 109 年 1 月 1 日起，受測者填答資料改以 Excel/Google 試算表之函數自動產出與彙整，以降低人工計算時間與計算錯誤之機率。
3) 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。
4) 必要時由中心合作之專業人員提供信件或電話諮詢，進而進行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 107 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。
2. 於 109 年 1 月 1 日開始，新增「網路霸凌」相關題目。

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)、網路霸凌與簡式性格量表。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 106 年 2 月至 108 年 12 月 31 日止，總共有 1,082 人填答問卷，109 年 1 月 1 日至 10 月 14 日，總共有 110 人填答新版問卷，共計 1,192 人填答。

問卷描述性統計 1,192 位施測對象中，男性 568 位(47.7%)，女性 623 位(52.3%)，其他 1 位(0.1%)。年齡層分布以 15-19 歲最多，共 578 位(48.5%)，其次為 20-24 歲，共 239 位(20.1%)。以教育程度區分，大學共有 805 位(67.5%)，其次為高中職，共 182 位(15.3%)。分析施測對象的婚姻狀況，未婚者人數最多，共有 1020 位(85.6%)，其次為已婚 155 位(13.0%)。以職業區分，學生有 761 位(63.8%)，其次為就業中有 330 位(27.7%)，詳細

資料請詳見表 7-4-1。將網路成癮(Internet Addiction Disorder, IAD)分數高於 5 分者界定為有網路成癮傾向，其中有 291 位受測者之網路成癮分數大於等於 5 分，占 24.4%；另 901 位之網路成癮分數低於 5 分，占 75.6%。110 份新版問卷中，11 位受測者曾有被網路霸凌的經驗，占 10.0%；另 99 位沒有被網路霸凌的經驗，占 90.0%。

表 7-4-1、基本資料表(N=1,192)

背景變項	屬性	N	%
性別	男	568	47.7%
	女	623	52.3%
	其他	1	0.1%
年齡	0-14 歲	23	1.9%
	15-19 歲	578	48.5%
	20-24 歲	239	20.1%
	25-29 歲	126	10.6%
	30-34 歲	69	5.8%
	35-39 歲	47	3.9%
	40-44 歲	53	4.4%
	45-49 歲	33	2.8%
	50-54 歲	13	1.1%
	55-59 歲	5	0.4%
	60-64 歲	2	0.2%
	65-69 歲	4	0.3%
教育程度	國小以下	6	0.5%
	國中	37	3.1%
	高中/高職	182	15.3%
	專科	67	5.6%
	大學	805	67.5%
	研究所以上	95	8.0%
婚姻狀況	單身	1,020	85.6%
	已婚/同居	155	13.0%
	離婚/分居	17	1.4%
職業	學生	761	63.8%
	就業中	330	27.7%
	家管	20	1.7%

	退休	5	0.4%
網路霸凌	無業/待業	76	6.4%
	男	568	47.7%

2. 結論

目前中心已在問卷中加入網路霸凌題目，也持續監測網路成癮行為或網路霸凌行為並加以關懷，日後也將分析本資料，了解其依賴網路之原因是否反映出心理困擾，以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。

辦理「心理健康促進」影片賞析：《關於自殺這件事》

一、背景

1. 相關問題或重要性

自民國 92 年開始，國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(World Health Organization, WHO)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，足見「自殺防治」已是全球所關注的課題。

全國自殺防治中心(以下簡稱本中心)為響應「世界自殺防治日」的訂定，歷年來曾舉辦一系列自殺防治宣導活動。適值 107 年，美國國務院提出「美國紀錄片薈萃」專案(American Film Showcase)，授權美國在台協會(American Institute in Taiwan, AIT)贊助舉辦紀錄片播映相關活動，本中心承美國在台協會贊助，舉辦「關於自殺這件事」紀錄片播映會活動，透過民眾共同欣賞影片，以及專家學者的導讀，藉由影像的力量，喚起大家對於自殺防治議題的關心。

2. 業務目的與目標

「關於自殺這件事」是一部會發人深省的紀錄長片，其捕捉了個人私密的一面，加上令人驚喜的幽默感，提供自殺企圖者一個訴說自己故事的舞臺，也為自殺這個禁忌主題開啟一扇門。閱聽人經由影片主角的現身說法，更能同理自殺者的心理狀態及處境，了解自殺者或自殺遺族之議題。本放映計畫可望達到以下目標：

1) 強化第一線警消及衛社政人員對心理健康的相關識能。
2) 促使一般社會大眾了解自殺防治的基本概念
3) 提升網絡成員對自殺高風險族群辨識之敏感度，並提供自殺防治領域相關資訊及知識。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 108 年 4 月下旬與美國在台協會洽談合作，確認本中心取得贊助，於 109 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。

3) 接洽場地，並邀請專家學者於播映會影片放映前進行導讀，或放映後進行講評和賞析。

4) 舉辦放映會。108 年下半年，已先後辦理臺中市、嘉義市、嘉義縣、金門縣、連江縣、高雄縣等 6 場次放映會；109 年 2 月、8 月，再分別辦理完成宜蘭縣及臺北場次放映會。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：美國在台協會、衛生福利部心理及口腔健康司。

2) 資源連結內容及形式：消息發布、新聞報導與活動支援。

三、 過程

1. 規劃

經由本中心內部業務會議及籌備會議討論，決議放映會採取公開或閉門之影片播映會形式，並邀請專家學者帶領「映前導讀」或「映後討論」階段，促進觀影民眾思考本紀錄片中有關自殺現象、自殺者及自殺者遺族之心理及社會議題，並提供自殺防治領域相關資訊及知識。放映會鎖定的參加對象為以下三大類：

1) 關心自殺者及自殺防治之一般社會大眾。

2) 相關領域人士(學生或第一線工作者)。

3) 特殊族群(如自殺者、自殺者遺族、LGBTQI 族群)。

2. 執行

1) 已辦理臺中市、嘉義市、嘉義縣、金門縣、連江縣、高雄市、宜蘭縣、臺北市等，共計 8 場次播映會，執行情形如表 7-5-1：

表 7-5-1、播映會場次

地區	地點	日期
臺中市	國立公共資訊圖書館	108.07.14
嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	108.08.23
嘉義縣	嘉義縣人力發展所	108.09.17
金門縣	金門縣政府多媒體簡報室	108.10.05
連江縣	馬祖民俗文物館演藝廳	108.10.26
高雄市	高雄市立凱旋醫院	108.12.20

地區	地點	日期
宜蘭縣	宜蘭縣政府視聽室	109.02.15
臺北市	臺大醫院國際會議中心	109.08.15

2) 活動議程及出席貴賓列表，詳見附件 7-5-1。

四、 成果

1. 執行結果

1) 舉辦播映會：已辦理臺中市、嘉義市、嘉義縣、金門縣、連江縣、高雄市、宜蘭縣、臺北市等，共計 8 場次放映會，總參與人數 1,242 人，執行成果如下表：

表 7-5-2、播映會執行成果

地區	地點	日期	參與人數	線上新聞露出(則)
臺中市	國立公共資訊圖書館	108.07.14	80	0
嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	108.08.23	200	10
嘉義縣	嘉義縣人力發展所	108.09.17	154	1
金門縣	金門縣政府多媒體簡報室	108.10.05	118	2
連江縣	馬祖民俗文物館演藝廳	108.10.26	78	0
高雄市	高雄市立凱旋醫院	108.12.20	300	0
宜蘭縣	宜蘭縣政府視聽室	109.02.15	178	3
臺北市	臺大醫院國際會議中心	109.08.15	134	2
	總計		1,242	18

2) 線上新聞露出共 18 則，執行情形如表 7-5-3：

表 7-5-3、新聞露出

場次	線上網站	報社	時間	標題
嘉義市	yam 蕃薯藤 News	大成報	108.8.23	防自殺紀錄片播映會 全民是防治守門人

場次	線上網站	報社	時間	標題
嘉義市	HiNet 生活誌	勁報	108.8.23	防自殺紀錄片播映會 全民是防治守門人
嘉義市	PChome 線上新聞	大成報	108.8.23	防自殺紀錄片播映會 全民是防治守門人
嘉義市	NOWnews	NOWnews	108.8.23	激發自殺防治觀念 AIT 推廣「關於自殺這件事」紀錄片
嘉義市	Sina 新浪新聞	NOWnews	108.8.23	激發自殺防治觀念 AIT 推廣「關於自殺這件事」紀錄片
嘉義市	Yahoo!新聞	NOWnews	108.8.23	激發自殺防治觀念 AIT 推廣「關於自殺這件事」紀錄片
嘉義市	民時新聞社	民時新聞社	108.8.23	當你憂鬱 我為你撐傘 AIT 提供自殺防治紀錄片
嘉義市	大紀元新聞網	大紀元	108.8.23	美國在台協會紀錄片播映會在嘉榮播出
嘉義市	自由電子報	自由時報	108.8.24	自殺防治紀錄片 嘉市播映會
嘉義市	國防部青年日報社	青年日報	108.8.24	嘉義關懷憂鬱患 開啟 1925

場次	線上網站	報社	時間	標題
				保護傘
嘉義縣	數位有線電視世新 Youtube	CYC 世新有線電視	108.9.18	世新新聞 關懷嘉己人 嘉縣辦心靈影展播映會
金門縣	金門日報	金門日報	108.10.6	響應心理健康日 縣府宣導自殺防治
金門縣	金門旅遊時報	金門旅遊時報	108.10.8	心理健康成果發表會暨紀錄片播映會
宜蘭縣	宜蘭新聞 YILANNEWS Youtube 頻道	https://www.youtube.com/watch?v=Op3x44Mz9gc	109.2.15	AIT 推廣自殺防治紀錄片人人都是守門員
宜蘭縣	臺灣新生報	臺灣新生報	109.2.15	「關於自殺這件事」紀錄片
宜蘭縣	Yahoo!新聞	臺灣新生報	109.2.15	「關於自殺這件事」紀錄片
臺北市	臺灣電報	臺灣電報	109.8.14	人人皆可成為自殺防治守門人：《關於自殺這件事》紀錄片將於本週六溫馨放映
臺北市	新視 web 電視	新視	109.8.14	人人皆可成為

場次	線上網站	報社	時間	標題
	臺臉書粉專	web 電視臺-新聞媒體		自殺防治守門人：《關於自殺這件事》紀錄片將於本週六溫馨放映

3) 活動剪影，詳見附件 7-5-2。

2. 檢討與建議

1) 座談會問答精要

座談會當日同時開放現場及線上問答，民眾所關心議題層面分別為三：校園自殺防治宣導、如何陪伴自殺企圖者，以及制度層面改善，以下分別詳述之。

(1) 青少年自殺防治宣導

近年來網路教唆自殺的議題備受重視，除了網站公開談論自殺方法細解之外，亦有有心之人利用社群媒體、交友軟體等方式教唆自殺，相較於公開網站，私下通訊更難以被控管。故此，如何於校園中防範藍鯨遊戲以及教導青少年分辨資訊?

首先可透過校園宣導講座等方式，建立網路安全使用的概念，告知孩童：「不隨意將個人資料、照片傳給陌生人，也不任意存取、下載來路不明的檔案。」另若觸及兒少保護法或自殺防治法，亦可向縣市政府提出檢舉。

此外，青少年被團體引導的自傷行為多是「希冀得到同儕認同」所導致的結果，假若青少年於現實生活中缺乏同儕認同或是社會支持，可能會轉向、尋求網路社群的認同與慰藉。故此，在現實生活中，老師或家長需要多關心青少年的人際關係或交友狀況，適時提供輔導資源及介入，此外，亦可建立、經營良善的網路社群(例如：巴西發起的粉紅鯨魚遊戲)，吸引在網路中尋求支持的青少年加入，給予其正向資源與鼓勵。

而就其問題根源：「低落的情緒才是最容易被教唆自殺的主因，而不是好奇心」(Narayan, Das, Das & Bhandari, 2019)，平時多關心孩子人際關係、交友情況，發覺孩子有沒有反常的舉動、不明的外傷，並多花時間與孩子陪伴相處，傾聽孩子的生活近況，讓孩子得到支持與認同，多些關心

才是真正能夠遏止社群媒體教唆自殺的方法。

(2) 如何陪伴自殺企圖者

當日參與活動的民眾有不少本身為自殺企圖者、自殺者遺族，或是心理衛生相關的從業人員，因而面臨到的問題是：「如何陪伴自殺企圖者？」從陪伴、應答，以及陪伴者自我身心照護皆是民眾所關心的議題。

通常自殺企圖者萌生自殺的念頭其實並不是真的想結束自己的生命，而是想要結束痛苦，因此可以詢問：「是發生什麼事讓你心情不好呢?」等待對方講述自己的經歷，但也需要仍秉持不批判的態度，讓對方能夠安心的訴說。然而，有時自殺意念者、憂鬱症患者的孤獨感非常強烈，強烈到他可能拒絕與人接觸、談話，這時候最重要的是默默的陪伴在他身邊，讓他有安心的感覺即可，等待他整理好情緒，就有比較大的機會談談自己的現況。如果不能在他需要的時候陪伴在身旁，看可否有替代方案，例如請三兩個親友輪流「值班」，在他需要的時候前往拜訪作伴。

此外，我們也需要有：「每個人都有難過或悲傷的權利」的認知，因此陪伴者最重要的是：不傾聽、不批判、不責備、不鼓勵 (例如：想開一點)，任何叫他們更正向的話，都可能會讓對方覺得自己帶給別人困擾，因而陷入更憂鬱的情緒，所以最重要的是能夠給他一個安心的環境，等待他整理好情緒後，再與之對談了解其近況。如憂鬱情形太過嚴重或持續太久，仍需要專業人士介入，假若對方不願意，也不須逼迫，但可以先找親友代替他先去心理諮商或是精神科求助，尋求緩解的方案。

而陪伴者的自我身心健康照護也是需要關注，當自己溺水時，也無法有餘力救助他人。當對方在訴說心事時，可能會有許多負面情緒的產生，甚至會影響自身情緒，但同理不等同於情緒上的共感，可以站在了解對方為甚麼會有這樣的情緒，但是不需要和他一起哭泣。陪伴者需要建立自己的界線，當過多的情緒竄入導致不堪負荷時，應該要尋求其他親友的共同協助。此外，亦可一同從事其他休閒活動，轉移其注意力。

(3) 制度改善

亦有民眾提出針對制度層面提供改善意見，例如：自殺防治相關專線接線員培訓以及人員篩選機制改善，有民眾反映與接線員談話完之後反而更加強自殺意念，故此，民眾希望能以同儕支持方式，讓真正了解痛苦的人，共同給於彼此溫暖。

此外，健保制度亦是許多民眾反應的部分，儘管政策、社會風氣已鼓勵大眾尋求精神科協助，然而由於健保制度點數規劃，導致心理治療供不應求，等待心理治療的時間過長，無法立即有效安排治療時間，錯失另一項支持治療的協助時機，亦反映出醫療資源整合及連結重要性。

針對以上兩點，本中心將會轉知相關單位、各政府部門，召開聯繫會議時提供重要參考。而自殺防治法已於 108 年 6 月 19 日公告，而施行細則也於 109 年 8 月 6 日公佈，深信以法為基礎的推動在中央跨部會在地方跨局處的協商合作，更為聚焦發揮力量。

2) 活動省思

全球每 40 秒就有一人自殺身亡，成為嚴峻且棘手的公衛議題。全國自殺防治中心李明濱主任提到自殺的原因有很多種，需要就問題根源、從促進心理健康的層面積極防範。

「自殺」不論在美國或臺灣都被當作是一個禁忌的話題，但自殺者通常沒有一個明顯的特徵，他可能是跨種族、跨性別、跨年齡層，更可能是發生在我們生活周遭認識的人身上，而當憾事發生之後，才開始感嘆「為什麼自殺者當初沒有說出來」。因此，《關於自殺這件事》這部紀錄片的拍攝宗旨即是希望大眾能夠以「平常心」討論自殺的話題，就像是討論天氣一樣，自殺也可以被當作生活中的一部分、與親友稀鬆平常地討論。然而針對東西方文化差異，在華人重視「群我關係」的情況下，環境的改善對自殺防治工作優化同等重要。具體作法有以下方向：

(1) 營造安心、信任的環境：

先營造一個安全的環境供當事人訴說，有時他們不是不願意說，而是需要一些時間或是關係的信任才願意說出來，因此不用強迫他們一定要說出來，先默默陪伴在他們身邊即可。

(2) 強化自殺防治守門人教育宣導：

先前研究調查發現，臺灣人心理健康亮紅燈時，大多會先尋求親友的協助，所以每個人都是自殺防治的守門人（又稱珍愛生命守門人），也必須提升大眾對於自殺企圖者的識能、應答方式。建議透過講座或網路宣導等方式增加守門人概念的能見度，讓大家認識「如何陪伴自殺企圖者」，以及

如何藉由一問二應三轉介協助自殺高風險者連結所需資源與服務。

(3) 逐步改變社會氛圍：

目前多數人對於「向精神科或是心理諮商求助」仍有排斥的觀感，因此要去除精神病汙名化，讓大眾更了解精神疾病，營造同理的氛圍，讓有需要協助的個案能夠更願意、更主動尋求精神心理專業協助。

此外，座談會中亦探究思想到制度層面的問題，例如：「自殺為甚麼給人負面的觀感」、「如何改善醫療健保制度，讓更多人能夠使用到心理治療資源」等，即使制度的改善與施行需要花時間去推動，但是卻能讓更多人知道自殺防治工作的現況以及處境，進一步促進民眾省思，讓自殺防治工作不只是第一線醫護人員的責任，而是全民能夠一起分擔，成為良好的聆聽者，給予周遭親友正向支持及鼓勵，或許更能夠直接阻止憾事發生。

詹佳達秘書長提到每個人的生長背景與生命經驗皆不同，也會遇到不同的挫折以及痛苦，因此，給予周遭親友愛與關懷，讓他們重新找到生命的平衡，自殺就可能從解決痛苦的選項中移除。

最後，正如同美國在台協會文化官馬明遠先生說道：「Most important thing that we can do is not solving their problem, it is simply listening. Becoming a better listener- we can hear the voices of those not be heard, and we can offer them a place to be heard.」呼籲大眾從自身開始做起：關心身邊的人，成為一個更好的聆聽者，讓被淹沒的聲音得以被聽見，持續發揮珍愛生命守門人「1 問-2 應-3 轉介」的理念。

五、附件

附件 7-5-1、活動議程及出席貴賓列表
附件 7-5-2、活動剪影

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，自殺雖已連續十年未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託台灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

每年電話調查之目的在於瞭解民眾對自殺現象的看法，評估全國民眾對於自殺之觀感及認知，消除民眾對自殺現象的迷思、為自殺去污名化，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

調查範圍為臺灣地區室內電話之住宅用戶；調查對象為臺灣地區年滿 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、疫情對心理健康的影響、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) 瞭解疫情對民眾心理健康的影響。
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 109 年度電話調查討論會議，討論架構、問卷設計及確認問卷內容。
2) 委託全方位市場調查有限公司辦理調查作業。
3) 電腦輔助電話訪問(CATI)資料蒐集。
4) 資料整理及分析。
5) 召開 109 年度電話調查結果報告討論會議，由全方位市場調查有限公司進行簡報。

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「109 年度自殺防治調查問卷」內容之建議，中心彙整歷年問卷題目、擬定初稿及問卷修訂，並召開自殺防治認知調查討論會議，針對調查問卷之架構設計作修訂及調整，本年度納入疫情對心理健康的影響及民眾寂寞感自評。執行期間為 7 月 1 日至 7 月 14 日，委託全方位市場調查有限公司執行電話訪問及資料蒐集，並進行資料整理及分析，設計問卷(詳見附件 7-6-1)，主要部分如下

表 7-6-1、109 年度電話調查題目主題

問卷題目	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
疫情對心理健康的影響	1 題
心理健康情形(民眾寂寞感自評 5 題)	10 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

109 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以電腦輔助電話調查系統(CATI)訪問，訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,094 人，在 95%信心水準下，抽樣誤差在±2.14%以內。各項調查結果如下：

1) 民眾對臺灣自殺問題的看法：整體而言，48.4%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的(含非常嚴重及還算嚴重)，39.6%認為不嚴重(不太嚴重及一點也不嚴重)，認為自殺問題是嚴重的民眾有逐年下降之趨勢。
2) 民眾對自殺的人的認識與迷思：58.1%民眾認同「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」；7.9%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」；63.7%民眾認同「自殺是個人的權利，決定權在於自己」；57.5%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：55.1%民眾近一年看過或聽過自殺方面相關資訊；40.8%民眾近一年看過或聽過自殺防治相關資訊；民眾得知自殺相關資訊來源以「電視」(39.7%) 與「網路」(37.1%)為主，其次為「報紙」(8.7%)；54.6%民眾知道自殺防治有諮詢專線；12.1%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」資訊。
4) 民眾的自殺意念調查：12.1%民眾表示一生中曾認真想過要自殺；2.2%民眾表示近一年曾認真想過要自殺；0.9%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(24.1%)居多。
5) 民眾的自殺行為調查：1.9%民眾表示一生中有過自殺行為；0.1%民眾表示最近 1 年有自殺行為；第一次自殺行為的年紀以 15-19 歲(22.3%)居多，其次為 20-24 歲(18.7%)。
6) 民眾的自殺求助行為：有自殺想法者當下僅 27.0%求助，以求助「親朋好友」居多(14.1%)，其次「心理諮商輔導專線或機構」(8.7%)；當時求助者有 69.7%表示有主動告知自己想自殺的念頭，61.7%表示求助對象有跟您談到自殺問題；想自殺但沒求助主因「自己想開了」(21.7%)。
7) 民眾對於幫助自殺者的看法：68.0%民眾認為「親朋好友」最能幫助，其次「心理諮商輔導專線/機構」(32.8%)；9.5%民眾表示過去一年有人對他透露過自殺念頭；遇到親友透露過自殺念頭時，有 54.9%民眾會和對方談一談他對自殺想法，30.9%會轉移話題。
8) 疫情對民眾心理健康的影響：過去一個月以來 45.4%民眾因疫情關係直接或間接帶來壓力，其中 24.8%民眾日常生活感到壓力，23.4%民眾工作/經

濟感到壓力，18.7%民眾心理健康感到壓力，17.0%民眾身體健康感到壓力，10.8%民眾家庭人際感到壓力，顯示疫情並非僅對民眾造成單一影響。

9) 民眾寂寞感自評：民眾有 11.3%表示會「常常有寂寞或孤單的感覺」；6.7%表示會「常常覺得沒人陪我」；4.4%表示會「常常覺得沒人理我」；民眾有 4.2%表示會「常常覺得被別人孤立」。

10) 心情溫度計(BSRS-5)調查結果： 23.3%民眾近一星期有睡眠困難問題；13.8%民眾近一星期感覺緊張不安；18.7%民眾近一星期覺得容易苦惱或動怒；13.1%民眾近一星期感覺憂鬱、心情低落；12.1%民眾近一週覺得比不上別人；1.1%民眾近一星期有自殺的想法。

11) 簡明心理健康篩檢表-九題版 (CMHC-9)

本篩檢表分為兩部分檢測民眾的心理困擾(下表 1-5 題)以及自殺風險(下表 6-9 題)程度，其中前五題為心情溫度計新版(BSRS-5R)篩檢題，後四題為評估整體自殺風險的危險及保護因子，各題均已是(1 分)或否(0 分)評分。第 1-5 題由「心情溫度計」重新編碼為 0(完全沒有)或 1 分(輕微/中等程度/嚴重/非常嚴重)，整體而言 12.1%-23.3%民眾前五題回答「是」，代表一成以上民眾在近一週內有明顯的心理困擾情形；第 6 題約有 1.9%的民眾回答一生中曾經傷害過自己或企圖自殺。此外，有 1.4%的民眾回答現在(仍)會想著「未來要自殺」；約有十分之一(13.4%)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 7-6-2、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	23.3	76.7	0.0
2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾	13.8	86.2	0.0
3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾	18.7	81.2	0.1
4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	13.1	86.8	0.1
5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾	12.1	87.8	0.2
6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	1.9	98.1	0.0
7.我現在(仍)會想著「未來要自殺」	1.4	97.2	1.4
8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	2.5	97.5	0.0

表 7-6-2、CMHC-9 民眾回答百分比表

題目	是	否	不知道
9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	13.4	84.8	1.8

2. 檢討與建議

1) 民眾認為臺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四成八的人覺得自殺問題是嚴重的。雖然從民國 95 年度的八成六，逐年下降至 109 年的四成八，但是總體而言，從民國 95 年度到 109 年度，臺灣民眾都至少有四成以上民眾覺得臺灣自殺問題是嚴重的。表示自殺問題臺灣民眾心中仍有一定的嚴重程度。

有 58.1%的人認同自殺身亡的人在生前不會說出想自殺；有 57.9%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 63.7%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(求助者有 69.7%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為 54.6%較去年上升，但僅約一成二民眾看過/接觸過自殺防治守門人的相關資訊。其次，民眾約有四成近一年接觸過自殺防治相關資訊，這些結果表示目前臺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，超過三分之二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，今年的調查結果顯示一生中曾認真的想要自殺的民眾佔 12.1%，相較於去年有下降趨勢；一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 2.2%，自 103 年起近一年曾認真想過要自殺的比率皆低於 3%；一個月中曾經想要自殺的民眾佔有 0.9%，歷年皆維持約 1%左右。

依據電話調查結果，若推估至臺灣地區 15 歲以上民眾，近一星期內有 1.1%民眾曾有自殺意念，換算成全人口數為 22.0±9.0 萬人；近一個月內有 0.9%民眾曾有自殺意念，推估為 17.9±8.2 萬人；近一年內有 2.2%民眾曾有自殺意念，推估為 44.3±12.8 萬人；一生中 12.1%民眾曾有自殺意念，推估為 247.4±28.6 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) 疫情對心理健康的影響

至嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)爆發以來，電視新聞媒體經常性地報導相關的資訊，導致民眾對疫情產生恐慌，為了解疫情對民眾心理健康之影響，今年度特對此議題做調查訪問。

過去一個月以來 45.4%民眾因疫情關係直接或間接帶來壓力，其中 24.8%民眾日常生活感到壓力，23.4%民眾工作/經濟感到壓力，18.7%民眾心理健康感到壓力，17.0%民眾身體健康感到壓力，10.8%民眾家庭人際感到壓力，顯示疫情並非僅對民眾造成單一影響。

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 27.0%的人求助，而求助對象以親朋好友居多(14.1%)，其次為心理諮商輔導專線或機構(8.7%)，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 69.7%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(68.0%)和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 9.5%民眾在過去一年曾經歷有人向自己透露自殺念頭，民眾的處理方式大部分(54.9%)是跟對方聊一聊、近三成(30.9%)的人會轉移話題，僅 13.4%會陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢。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「五成八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 12.1%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、109 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、109 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查報告

辦理第九屆國際自殺防治協會亞太大會

一、 背景(Context)

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。自殺是心理衛生的最大悲劇，涉及多重因素，其防治需與時俱進。

國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)為一國際性非政府組織，目前於全球各國已擁有 50 多個團體會員。該組織致力於自殺防治，並降低自殺事件帶來的影響，為精神醫療、心理衛生與自殺防治相關團體組織、學者、專業人員及志願服務人員於建構知識、交流經驗及技術之平臺。

臺灣自民國 60 年退出聯合國(UN)至今，在國際性的精神醫療、心理衛生與自殺防治相關領域之統計數據，在世界衛生組織相關報告中均付諸闕如，使能見度大受影響，與他國學術交流空間也因此受到相當大的限制。社團法人臺灣自殺防治學會成功爭取第九屆國際自殺防治協會亞太大會在臺舉辦，期待在政府及各學術界的鼎力支持下，向世界展現臺灣自殺防治策略推動及自殺防治研究之蓬勃發展，以及我國舉辦會議展覽之軟、硬體實力，彰顯我國關懷社會福祉與醫療體制的成果。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 台灣自殺防治學會為國際自殺防治協會之會員團體，於 108 年以學會名義爭取辦理第九屆國際自殺防治協會亞太大會。
2) 召開籌備會及線上電話／視訊會議。
3) 於 11 月 23 日、24 日於外貿協會台北國際會議中心召開「第九屆國際自殺防治協會亞太大會」。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、經濟部國際貿易局、外交部、科技部、教育部、臺北市政府觀光傳播局、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣精神醫學會、社團法人中華民國精神衛生護理學會、社團法人臺灣憂鬱症防治協會、社團法人國際生命線台灣總會、滿力國際股份有限公司。
2) 資源連結內容及形式：補助申請、籌備會議、活動規劃執行。

三、 過程(Process)

1. 台灣自殺防治學會自 108 年即積極與國際自殺防治協會(IASP)爭取辦理第九屆國際自殺防治協會亞太大會，第一屆至第八屆主辦國分別為泰國、新加坡、香港、澳洲、印度、大溪地、日本、紐西蘭。
2. 邀集國內心理衛生與自殺防治相關學協會作為協辦單位，協辦單位如下：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣精神醫學會、社團法人中華民國精神衛生護理學會、社團法人臺灣憂鬱症防治協會、社團法人國際生命線台灣總會。
3. 向衛生福利部、經濟部國際貿易局、外交部、科技部、教育部、臺北市政府觀光傳播局申請經費補助。
4. 大會活動概述如下：
   1) 主題演講(Keynote speech)：針對大會主題，邀請國際間自殺防治領域專家學者演講。
   2) 大會演講(Plenary)：依主題範圍邀請自殺防治領域專家學者演講。
   3) 特別演講(Special Lectures)：依主題範圍邀請國內外專家學者演講。
   4) 學術論文壁報展示(Posters)：學術論文壁報將展覽於大會會場，供與會人員交流研討。
   5) 學術論文口頭報告(Oral Papers)：投稿者於大會進行學術論文口頭報告。
   6) 專題座談(Symposium)：將由多位演講者呈現特定議題其多元的經驗及實作，並邀請專門小組成員、及聽眾就特定議題各方面闡述問題、表達正反意見及看法。
   7) 工作坊(Workshop)：將以案例研討及形成問題解決方案為核心，與現場與會者深入交流自殺防治工作經驗、困境及解決方法。
   8) 午餐研討會
   9) 迎賓晚宴
   10) 開幕式
   11) 閉幕式
5. 論文投稿篇數統計：
   1) 口頭發表：54 篇，其中 41 篇來自國外投稿。
   2) 海報發表：54 篇，其中 12 篇來自國外投稿。
6. 原定期程為 109 年 7 月 7 日至 9 日，共計 3 天，預計邀請國內外專家學者共同與會；後因新冠肺炎疫情影響，辦理期程改為同年 11 月 23 日、24 日，會議形式改採混合模式(hybrid)進行，臺灣與會人員現場出席，外國與會人員以線上視訊方式進行。

7. 於 11 月 23 日、24 日於外貿協會台北國際會議中心召開「第九屆國際自殺防治協會亞太大會」。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 會議議程：共計兩天的會議中包含「臺灣全國自殺防治政策十五年成果」、「青少年網路使用危機介入」、「性別與自殺行為」、「高致命性農藥禁用之自殺防治策略」等 15 場演講；共計 5 場次的論文投稿口頭報告；5 場不同主題的專題座談及 1 場以媒體與自殺防治為主題的工作坊。(議程如附件 7-7-1)

2) 各類主題設計及安排皆以自殺議題為核心，範圍包括針對自殺行為發生前之預防、自殺行為發生時之危機處理、自殺行為發生後之處置及其各類風險因子及保護因子，與探討有關自殺及自我傷害之學術研究、教育訓練、政策制定等主題

3) 會議於 11 月 23 日、24 日於外貿協會台北國際會議中心召開，開幕式特邀陳建仁前副總統及衛生福利部李麗芬次長蒞臨致歡迎詞。

4) 會中邀請在精神醫療、心理衛生與自殺防治相關領域中佔重大地位之專家學者擔任講師，並計來自 28 個國家的專家學者發表口頭論文報告，50 餘篇的壁報論文。150 位線上參與，230 位現場實際參與。會議中有多場演講，主題涵蓋論文發表及專題討論，並提供英翻中的服務。藉由研究、探討與教育等面向，借鏡世界自殺防治、心理衛生等發展趨勢。

圖 7-7-1、與陳建仁前副總統合影留念

圖 7-7-2、與李麗芬次長合影留念

圖 7-7-3、主會場會議進行

圖 7-7-4、會後合影留念

2. 結論

自殺乃為多重原因，自殺防治工作橫跨各體系與各層級，自殺防治及相關領域之專業知識及學術研究必須與時俱進，台灣自殺防治學會自 100 年以來已連續九年舉辦全國性自殺防治學術研討會，邀請國內外專家學者共同與會探討自殺防治學術研究及自殺防治工作之現況，藉以汲取各國及各領域之經驗。

這次爭取到國際性的學術研討會，除了期望藉此機會瞭解亞太地區各國國家級自殺防治策略之推展現況、與來自全球各地自殺防治領域專家學者交流經驗外，更希望拓寬台灣自殺防治成就於國際醫療研究空間之能見度，並提供國內外醫療與自殺防治領域專業工作者一個分享新知、臨床經驗與學術交流的優質平台。

五、附件

附件 7-7-1、第九屆國際自殺防治協會亞太大會議程