

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

110 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 一 ○ 年 十 一 月 三 十 日

目錄

前言	0-1-1
110 年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見修正對照表	0-2-1
計畫執行成果檢核表	0-3-1
摘要	0-4-1
壹、全國自殺防治中心組織	1
貳、自殺防治相關統計分析資料	2
一、109 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、109 年度自殺死亡地圖	2-2-1
三、自殺企圖者之通報與關懷追蹤	2-3-1
參、強化自殺防治策略	3
一、全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書	3-1-1
二、配合修正全國自殺防治綱領草案	3-2-1
三、自殺防治業務輔導	3-3-1
四、推動醫療機構病人自殺防治	3-4-1
五、強化媒體及網路平臺互動與因應	3-5-1
六、國內常用自殺方式、工具及原因之防治策略	3-6-1
肆、研修自殺通報及關懷訪視相關工作規範	4
一、修正自殺意念個案處置原則	4-1-1
二、關懷訪視制度修正及系統增修建議	4-2-1
三、自殺關懷訪視員課程規劃	4-3-1
四、關懷訪視記錄抽查	4-4-1
伍、聯繫會議	5
一、辦理 14 縣市自殺防治工作坊	5-1-1
二、自殺防治新聞媒體聯繫會議	5-2-1
三、配合辦理自殺防治諮詢會	5-3-1
四、自殺防治工作聯繫會議	5-4-1
陸、教育訓練及宣導規劃	6
一、世界自殺防治日系列活動	6-1-1
二、其他宣導活動	6-2-1
三、珍愛生命數位學習網之維護與推廣	6-3-1
四、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣	6-4-1
五、「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程	6-5-1

六、全國自殺防治中心網站及臉書粉絲網之維護與推廣	6-6-1
柒、手冊及刊物編輯	7
一、編製 109 年自殺防治年報(電子書).....	7-1-1
二、修訂自殺防治系列手冊.....	7-2-1
三、自殺防治網通訊之發行與推廣	7-3-1
捌、自殺防治之實證研究	8
一、長期照顧與自殺防治	8-1-1
二、COVID-19 及大規模傳染病之心理健康與自殺防治	8-2-1
三、兒少及原住民自殺防治策略建議.....	8-3-1
四、巴拉刈禁用前後趨勢分析	8-4-1
五、自殺防治現況調查	8-5-1
玖、其他辦理事項	9
一、國際合作與交流	9-1-1
二、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查	9-2-1

前言

一、背景提要

依據衛生福利部統計資料，109 年國人標準化自殺死亡率為每十萬人口 11.8 人，較 108 年下降 5.5%。自殺死因排行自 99 年起已連續 11 年列於國人十大死因之外。就性別而言，女性標準化自殺死亡率由 108 年每十萬人口 8.4 人下降至 109 年的 8.3 人，而男性則由每十萬人口 16.9 人下降至 15.6 人。雖然自殺死亡率在政府與民間合作下，已見成效，但是在 COVID-19 疫情挑戰及經濟衝擊等影響因素下，自殺防治仍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「110 年度全國自殺防治中心計畫」

110 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 109 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、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行政院原住民族委員會參考運用、研析長照服務個案及家庭照顧者之自殺防治策略建議、針對 COVID-19 或大規模傳染病提出心理健康及自殺防治之相關策略、與各縣市社政單位及長照相關學協會辦理辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練、延續 109 年計畫內容持續推動醫療機構病人自殺防治工作。依據 109 年分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」製作供訪員利用之 Q&A 集、持續更新關懷訪視員線上課程、依「自殺

防治法」、「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫 2.0」內容修訂自殺防治系列手冊。針對各縣市關懷訪視個案再自殺率、自殺死亡率三年移動平均及 110 年度初步自殺死亡數據進行分析，辦理自殺防治業務輔導。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，並擇定 14 縣市辦理工作坊，分別針對「疫情心理健康及自殺防治」及「限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制」二個主題進行探討。

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；今年臺灣處於 COVID-19 疫情升溫的影響下，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「110 年度全國自殺防治中心計畫」廠商服務建議企劃書「工作目標、具體規劃及重要參考資源」所述需求說明項目為基礎，並將各項目依其類似性，分述為各具體章節，以利整合呈現執行成果。

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

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>(一) 設置全國自殺防治中心組織</p> <p>1. 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。前開業務需求分配及縣市研商聯繫窗口需提供本部，以落實全國自殺防治中心（數據研析與政策研擬）與本部及地方政府衛生局（推動因地制宜策略與方案）之聯繫合作。</p> <p>2. 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，其中1名為駐部人力）為佳。</p>	<p>(一) 綜合意見</p> <p>1. 請補充聘用人員之專業背景、年資、職掌，人員流動情形及任務職責分配與工作量，並請說明哪些聘用人員具備衛生統計專長及自殺防治實務工作經驗。</p> <p>2. 現聘用人員僅13人，應補齊。</p>	請於期末報告呈現。	已依照修正建議補充，並以補足聘用人員。詳見章節1.1。
<p>(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料</p> <p>1. 配合本部要求，指派專業人員辦理臨時性資料分析（本部同仁偕同），例如：自殺通報檔、自殺死亡檔及跨單位資料比對、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。</p> <p>2. 配合本部發布109年國人死因統計結果，完成下列工作：</p> <p>(1) 於110年5月31日前，完成分析109年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料（含戶籍地及居住地），並提報本部同意後，供本部發送各縣市參考運用。分析主題如下：</p>	<p>(二) 綜合意見</p> <p>1. 因應疫情，部分統計分析相關資料延後完成，請於期末報告呈現完整結果(特別是特定人口群、多元議題族群等)。</p>	請於期末報告呈現。	為辨識自殺死亡個案的高風險族群，利用109年自殺死亡清冊串聯各式資料庫，進而分析自殺死亡個案特殊身分別族群之分布，其中離婚人口為自殺死亡特殊身分個案中人數相對較高的族群，共856位(占率自殺死亡的23.4%)，而離婚經常伴隨著，經濟、家暴...等多重社會議題，亦即自殺並非單一因素造成，須從多方面著手進行自殺防治工作。詳見附件2-1-3
	<p>(二) 分項工作意見</p> <p>(二) -1</p> <p>1. 分析結果除數據呈現外，應針對社會整體</p>	請於期末報告補充委員建議之相關內容。	109年度標準化自殺死亡率下降之原因，可能與COVID-19 疫情造成上吊、由氣體及蒸氣、溺水

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
i. 全年齡層(請依本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式辦理)。 ii. 0至17歲之兒童及青少年。 iii. 各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】。 iv. 特定人口群(應至少含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群) v. 多元議題族群(應至少包含保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、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) vi. 其他經本部通知所需之主題。	環境與各項防治工作功能解讀結果。		自殺可近性下降及大流行早期急性階段的蜜月期(或稱拉攏現象 pulling together)，即疫情造成社會聯繫、社區凝聚力、相互支持和關懷增加進而導致死亡率下降。詳見2.1
(2) 於110年10月31日前完成109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)與相關資料之分析及解讀，供本部及各縣市參考運用。(應至少包含自殺死亡人數、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	(二) -2-(1)-iv 1. 請補正低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群之109年自殺死亡通報資料之統計分析。	請於期末報告補充委員建議之相關內容。	為辨識自殺死亡個案的高風險族群，利用109年自殺死亡清冊串聯各式資料庫，進而分析自殺死亡個案特殊身分別族群之分布，其中離婚人口為自殺死亡特殊身分個案中人數相對較高的族群，共856位(占率自殺死亡的23.4%)，而離婚經常伴隨著，經濟、家暴...等多重社會議題，亦即自殺並非單一因素造成，須從多方面著手進行自殺防治工作。詳見附件2-1-3

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>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。</p>	<p>(二) -3 1. 建議於表格中(表2-3-10)增加一欄位說明針對各縣市提出的困境之因應處理措施。</p>	<p>請於期末報告補充內容。</p>	<p>已於表2-3-10新增「後續辦理方式」欄位，針對縣市提出之困境或建議說明後續因應方式。詳見 P.2-3-13~P.2-3-14。</p>
<p>(3)運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式為主)首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺死亡個案、拒訪/訪視未遇個案等，各類個案之人口學特性、自殺死亡原因、自殺死亡方式，並提出相關危險指標。於完成前開分析後，提報「109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。</p>	<p>(二) -4-(1) 1. 請按季函報衛福部各縣市後續因應作為及執行情形。</p>	<p>請依計畫持續辦理，並於期末報告補充。</p>	<p>持續按季辦理。見 P.2-3-13。</p>
<p>(4)配合本部要求，協助本部擬定109年死因統計記者會所需之相關說帖(含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未來精進作為及其他本部所需之內容)。</p>	<p>(二) -4-(2) 1. 請補正本項工作上半年執行成果。 2. 請每季提供自殺通報趨勢分析予精神醫療網核心醫院。</p>	<p>請依計畫持續辦理，請於期末報告補充。</p>	<p>110年2月19日函送各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，並持續按月提供自殺通報趨勢分析予精神醫療網核心醫院。見 P.2-3-4、P.2-3-12。</p>
<p>3. 依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於110年3月31日前，併同109年自殺通報年報表及109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</p>			

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。</p> <p>4.定期向本部資訊處擇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：</p> <p>(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，與前開系統維運廠商共同製作及更新全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析、滾動式修正自殺防治策略建議)，以供本部、各縣市衛生局運用；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）。</p> <p>(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110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。</p> <p>(3)自殺通報關懷月報表、每季提供之自殺通報趨勢分析及自殺通報年報表內之資料納入排除標</p>			

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>準、清檔及各報表統計分析邏輯，應配合本部、各縣市衛生局及自殺防治通報系統之需求，提供具體之詳細說明。必要時，應依法規及本部政策需求修正前開標準及統計分析邏輯。</p> <p>(4)最終於111年2月10日前交付總體自殺防治策略報告。</p> <p>(5)於111年2月10日前交回110年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含 raw data 原始檔案及清檔檔案。針對前開2檔案提供格式及方式如有疑問，應於製作前與本部釐清。必要時本部得請全國自殺防治中心更正。</p>			
<p>(三) 辦理自殺防治之實證研究</p> <p>1.於110年10月31日前，收集國內外文獻，研析長照服務對象之家庭照顧者之自殺意念、自殺行為及自殺風險因子相關研究，針對其人口學變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)及流行病學變項進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並應依統計發現提出自殺防治策略及政策建議。</p> <p>2.持續配合本部資訊處「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</p>	<p>(三) 分項工作意見 (三) -1</p> <p>1.長照主要照顧者調查目前僅有樣本數81份，下半年度是否擬持續發放調查分析。</p> <p>2.不同的被照顧者(例如臥床、失智等)對照顧者的心理壓力可能有所不同，建議能針對不同風險因子進一步分析，以釐清高危險群有助未來介入防治。</p>	<p>請於期末報告補充委員建議之相關內容。</p>	<p>1.下半年度持續蒐集主要照顧者身心調查問卷，一共蒐集到129份。</p> <p>2.不同疾病之照顧者面臨的壓力可能不同，然目前多數研究幾乎針對失智症、癌症、中風被照顧者進行照顧壓力之探討，研究指出，被照顧者為神經病症的照顧者是社交孤立、情緒負擔及生活品質減損的危險因子。</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>行之策略建議，供本部參考運用。</p> <p>3.於110年6月30日前，針對COVID-19或過去大規模傳染病對於心理健康及自殺趨勢影響之相關研究，收集國內外文獻及相關統計分析，並應依研究結果發現，提出疫情心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議。</p> <p>4.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110年10月31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。</p> <p>5.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。</p> <p>6.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，辦理自殺防治現況調查，主題需經本部同意後始得辦理。</p>	<p>(三) -3</p> <p>1. 請補充附件「附件8-2-1 COVID-19及大規模傳染病之心理健康與自殺防治」，並於該附件說明本項工作成果。（戴傳文、陳怡樺、蔡長哲）</p> <p>2. 針對隔離者與確診者其心理壓力值得重視關注，建議能有進一步調查探討與統計分析呈現。</p>	<p>請於期末報告補充委員建議之相關內容。</p>	<p>照委員意見辦理，詳見8.2。</p>
	<p>(三) -5</p> <p>1. 已將研究成果發表於Clinical Toxicology期刊，請提供該文之中文摘要予衛福部。</p>	<p>請於期末報告補充委員建議之相關內容。</p>	<p>結果發現，禁用巴拉刈後的2019年期間，農藥自殺死亡率比預期自殺死亡率減少37%，推估減少190人，農藥自殺死亡率的下降主要是因為巴拉刈自殺率減少58%，推估減少145人；但因為農藥自殺佔整體自殺人數比例有限(禁用前佔整體自殺人數的12.1%)，因此整體自殺死亡率並未明顯下降。然而，65歲以上高齡者農藥自殺佔整體自殺人數的比例較高(21.4%)，整體自殺死亡率較預期自殺死亡率減少10%。農藥自殺死亡率的下降程度，在男性、高齡者以及農業人口比例較高的縣市幅度較</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
			大。詳見附件8-4-4。
(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估			
1.持續配合自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條之規定，配合本部辦理全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等相關事宜，及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。	(四) 分項工作意見 (四) -1 1.「全國自殺防治綱領草案」業於1月25日送衛福部，請說明上半年度相關工作成果。	請於期末報告補充內容。	新增全國自殺防治中心配合「全國自殺防治綱領草案」相關策略執行之業務，詳見3.2。
2.依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製109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。	(四) -2 1.請補充說明自殺防治年報辦理之期程規劃。	請於期末報告補充相關說明。	自殺防治年報已出版。
3.依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定6縣市辦理110年度自殺防治互動式輔導訪查，辦理內容建議如下： (1)縣市擇定方式：得以「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」、「截至110年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，較109年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。 (2)協助加強縣市自殺防治	(四) -5 1.請針對新興媒體之特性及自殺防治策略擬定進一步說明。	請於期末報告補充相關說明。	中心將來配合衛生福利部研擬「違反自殺防治法案之裁罰基準」相關事宜時，將針對新興媒體提供相關意見；同時在珍愛生命守門人推廣方面，亦將加強針對兒童、青少年進行推廣，減少年輕族群在新興媒體上快速傳遞自殺相關訊息。詳見3.5。
	(四) -5-(1) 1.請補充說明貴會於109年受衛福部委託辦理「網路自殺訊息與自殺熱點監控、追蹤及救援模式研究」案之成果，是否可利用到本工作項目。	請於期末報告補充相關說明。	109年「網路自殺訊息與自殺熱點監控、追蹤及救援模式研究」一案，執行單位依據計畫案名稱進行研議及執行。首先由執行團隊釐清「網路自殺訊息與網路平台自殺熱點」之意義，將計畫內容定位於網路社群媒體自殺訊息暨訊息熱點之研議，接著鎖

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>跨專業團隊橫向連結。</p> <p>(3)提供全國及該縣市之自殺死亡趨勢分析、全國及該縣市之自殺通報概況及趨勢分析、該縣市自殺死亡地圖分析。</p> <p>(4)事先收集縣市過去1年之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並針對縣市所提報之資料，提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。</p> <p>(5)針對前項提供之在地化策略及回饋意見，持續追蹤縣市辦理情形。</p> <p>4.持續依據自殺防治法第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，推動公立醫療機構病人自殺防治工作，並依109年辦理成果，提出推動模式；並與各縣市政府衛生局共同規劃及推動轄區公、私立醫療機構病人自殺防治工作，並輔導各縣市衛生局建立監督及溝通機制；提出推動本項工作之相關質化(如實際辦理成果報告)及量化成果(如醫院涵蓋率或相關量化指標)。</p> <p>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，辦理下列事項：</p> <p>(1)進行媒體監測(網路及報紙)，監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守自殺防治法規定及世界衛生組織所建議的六</p>			<p>定社群媒體之監測與自殺訊息分析以產出成果。由於計畫目標並非放在媒體監測，再者所謂"自殺訊息"甚少出現於新聞傳播媒體，而是存在於多數社群媒體中，因此本案的成果與媒體監測業務目標不同。然而，本案衍生之技術(如運用 BERT 抓取大數據中之意義單元)，可轉移至媒體監測業務，進行後續研議。本案提供衛生福利部參考之計畫成果，期有助未來發展於不同平台高風險訊息之辨識與監測系統。</p>
	<p>(四) -10</p> <p>1. 現有自殺防治系列手冊有43冊，請說明擬修改之手冊數目為哪些？</p>	<p>請於期末報告補充。</p>	<p>已修改手冊為自殺防治系列手冊1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13、14、16、18、19、20、21、22、24、25、27、28、29、30、31、32、37、38、3、40、40、42、43。詳見7.2</p>
	<p>(四) -11</p> <p>1. 109年10月底完成「自殺意念者處理原則指引草案」，請補正110年上半年度相關工作成果。</p>	<p>請於期末報告補充相關工作成果。</p>	<p>於4.1說明依據「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」向各縣市宣導推動落實，並回應相關疑問。</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>不、六要原則。若有違反自殺防治法情形，需主動函請目的事業主管機關或直轄市、縣（市）主管機關依法處置；另應適時發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體（學者）召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應；若網路上有教唆自殺及教導使用自殺工具進行自殺等內容，則需向「IWIN 網路內容防護機構」 (https://www.win.org.tw/)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。</p> <p>(2)召開新聞媒體聯繫會議或研討會1場次，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p> <p>(3)運用通訊軟體（如 Line 等）建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>			

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>9.配合自殺防治法第9條第2項第4款及第12條規定，辦理下列工作：</p> <p>(1)於110年3月31日前，依國內常見之自殺工具、自殺方法及自殺原因，提供本部更新之國內外高致命性自殺工具、高致命性自殺方法之文獻回顧及相關防治方法，並應以近10年發表之研究及統計分析為主。</p> <p>(2)於110年3月31日前，完成盤點並提供本部及22縣市，有關全國及各縣市常見高致命性自殺方式及自殺工具、高危險自殺場域之相關資料及具體可行之防治策略。</p> <p>(3)於完成提供前開資料後，擇定14個縣市各辦理1場工作坊(邀請單位須包含衛生機關及非衛生機關)，工作坊主題可定為『協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制』(至少8縣市，並應排除110年度自殺防治業務輔導之6縣市，且至少有1離島縣市)或『疫情心理健康及自殺防治工作』。工作坊議程、縣市名單、辦理時間及方式，須經本部同意後始得辦理。</p> <p>10.依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全綱計畫2.0」及本部心理健康及自殺防治之最新政策，並</p>			

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>彙整相關機關(單位)修正意見後，重新檢視並完成修訂自殺防治系列手冊。</p> <p>11.依本部自殺防治之最新政策，滾動式修正自殺意念個案之處置原則及轉介流程，並提報本部同意，以利提供中央跨部會及地方跨局處參考運用。</p>			
<p>(五) 教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議</p> <p>1.配合辦理自殺防治法第4條自殺防治諮詢會之議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。</p> <p>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：</p> <p>(1)維護及與時俱進更新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(含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程)。</p> <p>(2)配合本部、教育部、內政部(消防署、警政署)、社工及長照相關學協會之規劃，建置社工、教育、長照等人員，於珍愛生命學習網之自殺防治數位教育訓練課程，及完成其線上學習之時數認證機制。</p> <p>(3)與各縣市社政單位社工(以社會福利中心或家</p>	<p>(五) 分項工作意見 (五) -2</p> <p>1.建議針對不同對象(例如珍愛生命守門員、教育人員、關懷訪視員、社工、長照員、醫護等)依其需求規劃不同之數位教育訓練課程內容套餐，並能分門別類呈現。</p> <p>2.請具體說明期中報告6-3章節中，針對社工、教育、長照等人員，於珍愛生命學習網之自殺防治數位教育訓練課程規劃及時數認證機制。</p>	<p>請依委員意見持續辦理，並於期末報告補充相關內容。</p>	<p>1. 數位學習網已針對不同人員課程設置不同的連結、圖表呈現，具體可參考期末報告圖6-3-2、6-3-3。</p> <p>2. 教育人員因學會無法申請教師終身學習網學分，目前使用數位學習網提供的證書列印功能提供認證機制。</p> <p>3. 預計於12月開設的社工長照人員課程，考量社工員(未持有社工師執照)人數比例遠大於持有社工師執照者，且多數社工員未有相關學分規定；另外長照人員目前尚未有繼續教育積分系統，仍以紙本證明為主的情況下，目前仍參考教育人員採用網站列印證明的方式提供認證機制。</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社工科之社工為主)、長期照顧等相關學協會人員，辦理第一線專業人員之3小時自殺防治守門人訓練，參加人數需達1,500人。</p> <p>(4)配合教育單位人員所需，於110年2月底前，盤點珍愛生命學習網之訓練課程，提供本部分別適合專業輔導人員、輔導老師及一般教師之線上課程清單，以利本部提供教育部參考運用。</p> <p>(5)配合教育部規劃之教育人員自殺防治相關訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治相關訓練內容，如各部會有需要時，應協助提供相關師資及訓練課程。</p> <p>3.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。</p> <p>4.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</p>	<p>(五) -4</p> <p>1. 請補正倡議禁用巴拉刈之執行成果。</p>	<p>請於期末報告補充相關內容。</p>	<p>110年度分別於《自殺防治網通訊》及臉書珍愛生命打氣網分享、倡議禁用巴拉刈於自殺防治的成效。</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。</p> <p>5.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：</p> <p>(1)於110年7月31日前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。</p> <p>(2)於下半年度出席安心專線承作廠商辦理之聯繫會議。</p> <p>6.配合世界自殺防治日（9月10日）以本部名義辦理大型活動1場次，包括籌劃舉辦自殺新聞報導媒體頒獎儀式（可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理）；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。</p>			
<p>(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制</p> <p>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，邀集專家學者及各縣市衛生局代表召開會議，以彙整「自殺關懷訪視紀錄」之修正意見，並於110年10月31日前完成修正自殺關懷訪視紀錄之內容。會議時間及地點須經本部同意後始得辦理。</p> <p>2.針對109年度分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」及過去督導各縣市自殺關懷訪視員經驗，依其實務常遭遇</p>	<p>(六)分項工作意見</p> <p>(六)-3</p> <p>1.請檢附新增或更新課程獲得衛福部同意辦理之公文影本。</p> <p>(六)-5</p> <p>1.請貴會未來需依衛福部時程（限）提報功能增修建議，俾利衛福部辦理評估作業。</p>	<p>請於期末報告補充相關內容。</p> <p>請依委員意見辦理。</p>	<p>已於期末報告補充同意辦理之公文影本。</p> <p>依委員意見辦理。</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
<p>之個案追輔問題，製作Q&A集，納入關懷訪視員培訓之參考，並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。</p> <p>3.依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新之課程，需向本部申請同意後始得辦理，並應核發研習證書予參加訓練人員。研習證書並應載明本部同意之日期及文號。</p> <p>4.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2次）衛生局20則以上訪視紀錄，進行稽核後做成紀錄，提出具體建議及追蹤縣市改善情形。</p> <p>5.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。</p>			
<p>(七) 評核指標</p> <p>1.接受互動式輔導訪查縣市之回饋滿意度達「滿意以上」之比率需占受訪人數80%以上。</p> <p>2.與各縣市社政單位社工、長期照顧等相關學協會人員，辦理第一線專業人員之3小時自殺防治守門人訓練，參加人數需達1,500人。</p>	<p>(七) 綜合意見</p> <p>1.期末時應完成並呈現。</p>	<p>請於期末報告補充指標達成情形。</p>	<p>1.問卷調查之對象，係以110年8月16日至9月30日辦理工作坊之縣市跨局處、跨領域參與者為主。調查方式以E-mail發放問卷調查表，經統計得知，本次工作坊滿意度調查之整體滿意度總平</p>

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
			<p>均得分為3.4，給受訪者之感受皆能高於「滿意」。詳見5.1。</p> <p>2. 參加人員名冊如附件6-4-2。</p>
綜合審查意見：	<p>1. 台灣的疫情發展與防疫政策及風土民情與國外有甚大差異，建議可以收集國內的本土文獻與資料，作為防疫心理健康的政策規劃參考。</p>	<p>請依委員意見辦理並於期末報告補充相關內容。</p>	<p>照委員意見辦理，詳見8.2。</p>
<p>2. 民國110年1-5月自殺企圖者，15-24歲女性顯著高於男性同年齡層，以及女性其他年齡層。此年齡層大部分還在就學中，尚未結婚、就業，面臨的自殺高風險因素，與傳統的風險因子可能有所不同。是否有因整體社會因素，使整個年齡層群體共同面對的風險增高，值得探討。</p>		<p>請於期末報告補充相關分析內容。</p>	<p>已於期末報告補充相關內容。見P.2-3-6。</p>
<p>3. 建議透過網絡單位聯繫會議探討疫情二、三級警戒期間對民眾心理健康及相關服務影響，並研提因應措施以備不時之需。</p>		<p>請於期末報告補充委員意見參採情形。</p>	<p>透過與安心專線自殺防治工作聯繫會議討論。在既定的精神醫療衛生體系架構下持續運作，衛福部提供三項計畫補助：「民眾疫情心理健康服務計畫」、「醫療機構加強員工疫情心理健康服務計畫」、「醫事人員COVID-19心理健康支持方案」。詳見5.4。</p>
<p>4. 自殺關懷訪視結案原因以重複通報為最大宗，建議於期末報告提出改善對策。</p>		<p>請於期末報告補充相關內容。</p>	<p>分別於2.3、4.4中說明因應作為，詳見P.2-3-5~P.2-3-6、P.4-4-6。</p>
<p>5. 自殺防治策略：</p> <p>(1) 上吊防治仍應加強探討。</p> <p>(2) 30天再自殺率，宜速謀改進之道。</p> <p>(3) 請增列「疫情心理健康促進與自殺防治策略建議」。</p>		<p>請依委員意見辦理並於期末報告補充相關內容。</p>	<p>(1) 上吊致命性高，欲藉由管制危險物品取得方法來防治上吊是非常困難的一項任務。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、以及全面性防治策略。建議持續推展珍愛生命守</p>

110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
			<p>門人概念，了解上吊在哪一個地區特別多，不僅討論繩索的問題，而是探討當地的人口特性、自殺死亡資料的特點以及醫療衛生資源。詳見章節2.1、附件3-1-1。</p> <p>(2) 結合自殺死亡及其他通報指標數據來解讀，30天再自殺率增加的可能原因為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，重複通報個案有一部分則為再自殺個案(約占重複通報個案之60%)，過往研究數據顯示，再自殺個案為自殺死亡的高風險族群，針對再自殺高風險個案加強管理，落實通報訪視作業並搭配資訊系統的功能優化，針對高風險族群加強以個案為中心，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，及時介入提供個案協助及轉介相關資源，避免憾事發生。詳見2.3。</p> <p>(3) 詳見附件8-2-1。</p>
6. 關訪員訓練應加強 SOAP 填寫之自殺風險評估之「生理精神狀態」及「治療順從性」之評估訓練。	請依委員意見辦理並於期末報告補充相關		依據自殺關懷訪視紀錄修正研商會議決議修訂題

**110年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告審查意見
修正對照表回覆**

審查項目	本部及委員意見	修正建議	修正後摘要
		內容。	目，並調整為必填，以期提升自殺風險評估準確性。
7. 自殺事件報導，醫療衛生專家接受相關諮詢比率極低，亟待強化與媒體及網路的交流互動。	請依委員意見辦理並於期末報告補充相關內容。	今年度與媒體合作，由台灣自殺防治學會幹部接受多間媒體採訪，並接受公視《青春發言人》節目企劃訪談，協助規劃節目內容；此外針對重大自殺事件及重大災難事件主動由學會進行媒體投書呼籲；持續利用通訊媒體建立媒體聯繫群組，主動於群組中分享自殺防治相關訊息，當有重大違規事件報導時，聯絡群組中的iWin成員進行處理。	六不原則在中心多年的倡導後，已經有明顯進步。六要原則普遍遵守情形較低，後續中心仍須努力向新聞媒體倡議六要原則的遵守。詳見3.5。
8. 因 COVID-19 疫情影響，諸多計畫項目(如統計分析與各項教育訓練、工作坊、會議等)將延後執行，期能在期末報告見完整內容。	請依委員意見辦理。		已於下半年執行完畢。

計畫執行成果檢核表

(期間：民國110年1月1日至110年11月30日)

工作項目 (依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
<p>(一) 設置全國自殺防治中心組織</p> <p>1. 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。前開業務需求分配及縣市研商聯繫窗口需提供本部，以落實全國自殺防治中心（數據研析與政策研擬）與本部及地方政府衛生局（推動因地制宜策略與方案）之聯繫合作。</p> <p>2. 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，其中1名為駐部人力）為佳。</p>	依規定執行完成 詳見附件1-1-1
<p>(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料</p> <p>1. 配合本部要求，指派專業人員辦理臨時性資料分析（本部同仁偕同），例如：自殺通報檔、自殺死亡檔及跨單位資料比對、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。</p> <p>2. 配合本部發布109年度國人死因統計結果完成下列工作：</p> <p>(1) 於110年5月31日前，完成分析109年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料（含戶籍地及居住地），並提報本部同意後，供本部發送各縣市參考運用。分析主題如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> i. 全年齡層（請依本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式辦理）。 ii. 0至17歲之兒童及青少年。 iii. 各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】。 iv. 特定人口群（應至少含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群）。 v. 多元議題族群（應至少包含保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、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）。 vi. 其他經本部通知所需之主題。 <p>(2) 於110年10月31日前完成109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）與相關資料之分析及解讀，供本部及各縣</p>	依規定執行完成 詳見2.1章節 依規定執行完成 詳見2.1章節 依規定執行完成 詳見2.2章節

<p>市參考運用。（應至少包含自殺死亡人數、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。</p>	
<p>(3) 運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式為主)首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺死亡個案、拒訪/訪視未遇個案等，各類個案之人口學特性、自殺死亡原因、自殺死亡方式，並提出相關危險指標。於完成前開分析後，提報「109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。</p> <p>(4) 配合本部要求，協助本部擬定109年死因統計記者會所需之相關說帖(含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未來精進作為及其他本部所需之內容)。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>3. 依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於110年3月31日前，併同109年自殺通報年報表及109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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.1章節</p>
<p>4. 定期向本部資訊處撈取自殺防治通報系統資料，進行相關統計分析，並產出下列資料：</p> <p>(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，與前開系統維運廠商共同製作及更新全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析、滾動式修正自殺防治策略建議)，以供本部、各縣市衛生局運用；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）。</p> <p>(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110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。</p> <p>(3) 自殺通報關懷月報表、每季提供之自殺通報趨勢分析及自殺通報年報表內之資料納入排除標準、清檔及各報表統計分析邏輯，應配合</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.3章節</p>

<p>本部、各縣市衛生局及自殺防治通報系統之需求，提供具體之詳細說明。必要時，應依法規及本部政策需求修正前開標準及統計分析邏輯。</p>	
<p>(4) 最終於111年2月10日前交付總體自殺防治策略報告。</p> <p>(5) 於111年2月10日前交回110年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含raw data原始檔案及清檔檔案。針對前開2檔案提供格式及方式如有疑問，應於製作前與本部釐清。必要時本部得請全國自殺防治中心更正。</p>	<p>依規定期程執行</p>

<p>(三) 辦理自殺防治之實證研究</p>	
<p>1. 於110年10月31日前，收集國內外文獻，研析長照服務對象之家庭照顧者之自殺意念、自殺行為及自殺風險因子相關研究，針對其人口學變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)及流行病學變項進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並應依統計發現提出自殺防治策略及政策建議。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.1章節</p>
<p>2. 持續配合本部資訊處「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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.1章節</p>
<p>3. 於110年6月30日前，針對COVID-19或過去大規模傳染病對於心理健康及自殺趨勢影響之相關研究，收集國內外文獻及相關統計分析，並應依研究結果發現，提出疫情心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.2章節</p>
<p>4. 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110年10月31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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.3章節</p>
<p>5. 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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.4章節</p>
<p>6. 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，辦理自殺防治現況調查，主題需經本部同意後始得辦理。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.5章節</p>
<p>(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估</p>	

<p>1. 持續配合自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條之規定，配合本部辦理全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開（含行政庶務及會議紀錄撰寫）等相關事宜，及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.2章節</p>
<p>2. 依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製109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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見7.1章節</p>
<p>3. 依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定6縣市辦理110年度自殺防治業務輔導，辦理內容建議如下：</p> <p>(1) 縣市擇定方式：得以「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」、「截至110年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，較109年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。</p> <p>(2) 協助加強縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結。</p> <p>(3) 提供全國及該縣市之自殺死亡趨勢分析、全國及該縣市之自殺通報概況及趨勢分析、該縣市自殺死亡地圖分析。</p> <p>(4) 事先收集縣市過去1年之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並針對縣市所提報之資料，提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。</p> <p>(5) 針對前項提供之在地化策略及回饋意見，持續追蹤縣市辦理情形。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.3、5.1章節</p>
<p>4. 持續依據自殺防治法第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，推動公立醫療機構病人自殺防治工作，並依109年辦理成果，提出推動模式；並與各縣市政府衛生局共同規劃及推動轄區公、私立醫療機構病人自殺防治工作，並輔導各縣市衛生局建立監督及溝通機制；提出推動本項工作之相關質化（如實際辦理成果報告）及量化成果（如醫院涵蓋率或相關量化指標）。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.4章節</p>
<p>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，辦理下列事項：</p> <p>(1) 進行媒體監測（網路及報紙），監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守自殺防治法規定及世界衛生組織所建議的六不、六要原則。若有違反自殺防治法情形，需主動函請目的事業主管機關或直轄市、縣（市）主管機關依法處置；另應適時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</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.5章節</p>

<p>社會大眾澄清，避免模仿效應；若網路上有教唆自殺及教導使用自殺工具進行自殺等內容，則需向「IWIN網路內容防護機構」(https://www.win.org.tw/)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。</p>	
<p>(2) 召開新聞媒體聯繫會議或研討會1場次，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p>	<p>依規定執行完成 詳見5.2章節</p>
<p>(3) 運用通訊軟體（如Line等）建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.5章節</p>
<p>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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.2章節</p>
<p>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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.5章節</p>
<p>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。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.5章節</p>
<p>9. 配合自殺防治法第9條第2項第4款及第12條規定，辦理下列工作：</p> <p>(1) 於110年3月31日前，依國內常見之自殺工具、自殺方法及自殺原因，提供本部更新之國內外高致命性自殺工具、高致命性自殺方法之文獻回顧及相關防治方法，並應以近10年發表之研究及統計分析為主。</p> <p>(2) 於110年3月31日前，完成盤點並提供本部及22縣市，有關全國及各縣市常見高致命性自殺方式及自殺工具、高危險自殺場域之相關資料及具體可行之防治策略。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.6章節</p>
<p>(3) 於完成提供前開資料後，擇定14個縣市各辦理1場工作坊(邀請單位須包含衛生機關及非衛生機關)，工作坊主題可定為『協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制』(至少8縣市，並應排除110年度自殺防治業務輔導之6縣市，且至少有1離島縣市)或『疫情心理健康及自殺防治工作』。工作坊議程、縣市名單、辦理時間及方式須經本部同意後始得辦理。</p>	<p>依規定執行完成 詳見5.1章節</p>
<p>10. 依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫2.0」及本部心理健康及自殺防治之最新政策，並彙整相關機關(單位)修正意見後，重新檢視並完成修訂自殺防治系列手冊。</p>	<p>依規定執行完成 詳見7.2章節</p>
<p>11. 依本部自殺防治之最新政策，滾動式修正自殺意念個案之處置原則及轉介流程，並提報本部同意，以利提供中央跨部會及地方跨局處參考運用。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.1章節</p>

(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議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。	依規定執行完成 詳見5.3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) 維護及與時俱進更新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（含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程）。 (2) 配合本部、教育部、內政部(消防署、警政署)、社工及長照相關學協會之規劃，建置社工、教育、長照等人員，於珍愛生命學習網之自殺防治數位教育訓練課程，及完成其線上學習之時數認證機制。 (3) 與各縣市社政單位社工(以社會福利中心或家庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社工科之社工為主)、長期照顧等相關學協會人員，辦理第一線專業人員之3小時自殺防治守門人訓練，參加人數需達1,500人。	依規定執行完成 詳見6.3章節 依規定執行完成 詳見6.4章節
(4) 配合教育單位人員所需，於110年2月底前，盤點珍愛生命學習網之訓練課程，提供本部分別適合專業輔導人員、輔導老師及一般教師之線上課程清單，以利本部提供教育部參考運用。 (5) 配合教育部規劃之教育人員自殺防治相關訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治相關訓練內容，如各部會有需要時，應協助提供相關師資及訓練課程。	依規定執行完成 詳見6.3章節
3. 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6.6章節
4. 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3.5章節
5. 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110年7月31日前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5.4章節
6. 配合世界自殺防治日（9月10日）以本部名義辦理大型活動1場次，包	依規定執行完成

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。		詳見6.1章節
(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，邀集專家學者及各縣市衛生局代表召開會議，以彙整「自殺關懷訪視紀錄」之修正意見，並於110年10月31日前完成修正自殺關懷訪視紀錄之內容。會議時間及地點須經本部同意後始得辦理。	依規定執行完成 詳見4.2章節	
2.針對109年度分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」及過去督導各縣市自殺關懷訪視員經驗，依其實務常遭遇之個案追輔問題，製作Q&A集，納入關懷訪視員培訓之參考，並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4.3章節	
3.依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新之課程，需向本部申請同意後始得辦理，並應核發研習證書予參加訓練人員。研習證書並應載明本部同意之日期及文號。		
4.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2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4.4章節	
5.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4.2章節	

摘要

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異，本學會秉持防治作為基本概念，即依據公共衛生三段五級架構之全面性、選擇性與指標性三大策略為主軸，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，承接衛生福利部之110年度「自殺防治中心計畫」主要工作結果摘要如下：

一、自殺防治相關統計分析資料

1. 109年度自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議

全國109年自殺死亡人數3,656人(男性2,404人、女性1,252人，性別比1.92)；自殺標準化死亡率每十萬人口11.8人(男性15.6人、女性8.3人)，較95年(每十萬人口16.6人)下降29.0%、較108年下降，三年移動平均呈現下降趨勢。

109年自殺粗死亡率前六高縣市為基隆市(22.8人)、連江縣(22.8人)、苗栗縣(19.7人)、嘉義縣(19.5人)、屏東縣(19.1人)、宜蘭縣(17.9人)，如表2-1-1；109年標準化自殺死亡率前六高縣市為基隆市(17.4人)、連江縣(15.6人)、苗栗縣(14.8人)、屏東縣(13.7人)、宜蘭縣(13.5人)、花蓮縣(13.4.0人)。

109年自殺死亡方式前三名為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」。

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，109年上升為40,432人次(男性13,767人次、女性26,665人次)，自殺通報比為10.5，女性為男性之1.94倍，109年自殺通報人次較95年增加111%、若與108年相比增加14.5%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，109年自殺通報比與95年相比增加150%、較108年相比則增幅為22.1%。

2. 109年度自殺死亡地圖

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。

3. 自殺企圖者之通報與關懷追蹤

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109年總通報人次為40,432人次，與前一年度相比上升14.5%。全國通報比在95年僅4.3之後逐年上升，109年為10.5。

110年1至9月通報人次為31,499人次，與去年同期相比上升2,707人次，漲幅為9.4%，其中女性通報20,569人次，男性通報10,930人次，女性為男性1.88倍；在自殺方式部分，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.9%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(30.8%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(47.8%)、「情感／人際關係」(45.6%)及「工作／經濟」(11.2%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(41.9%)、「情感／人際關係」(39.2%)及「工作／經濟」(16.0%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(51.0%)、「情感／人際關係」(48.9%)及「工作／經濟」(8.6%)，無論男女，其自殺原因排序前三位皆與全國排序相同。

特殊身份註記方面，110年1-9月通報個案中，精照列管個案占20.1%、家暴被害人占11.6%、家暴加害人占9.6%、毒防個案占5.3%、家暴高危被害人占2.3%、兒少加害人占1.8%、家暴高危加害人占1.7%、嚴重病人占1.5%、兒少被害人占1.4%、替代治療個案占1.1%、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。

二、強化自殺防治策略

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

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。

本案完成全國自殺資料特性分析及防治策略建議1份，內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含107年及108年各項自殺死亡數據比較，分別針對各種族群、自殺方式擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議；縣市自殺資料特性分析及防治策略建議共22份，分別分析各縣市自殺現況，因地制宜提出該縣市建議強化之策略方向，用以符合各縣市不同特點。

2. 配合修正全國自殺防治綱領草案

依照衛生福利部指導建議，進行全國自殺防治綱領草案修正，持續配合衛生福利部期程規劃，包括送行政院核定過程等，進行後續會議召開相關事宜，及核定全國自殺防治綱領後，配合辦理相關事項。

3. 自殺防治業務輔導

中心110年依據衛生福利部資料，以「自殺關懷訪視個案再自殺率」、「標準化自殺死亡率」、「自殺死亡率3年移動平均上升趨勢」及「截至110年6月30日自殺死亡人數初步數據較109年同時段上升幅度較高」為指標，擇定新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、屏東縣、基隆市。

今年因疫情緣故，為減少群聚風險並降低縣市衛生局於防疫工作外的負擔，改採視訊會議模式進行。蒐集各縣市辦理自殺防治工作所遇問題，提供回饋意見。並於提供回饋意見後，於111年追蹤各縣市辦理情形及自殺防治成果。

4. 推動醫療機構病人自殺防治

根據本中心分析自殺通報相關資料，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，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。

依據自殺防治法第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。

為推動醫療機構病人自殺防治，本會繼去年持續進行《自殺防治系列37：醫院自殺防治工作手冊》之修訂，並收集相關資源進行整合，同時將參考專家意見與衛生局年度督考醫療機構之自殺防治項目建議，寄予各衛生局調查意見，並綜合各衛生局與專家之建議進行修正，以利於達成監督與輔導之目標。

同時調查全臺灣之公私立醫院之院內自殺防治工作推動現況，彙整共314間醫院之回覆，進行統計分析，並針對統計結果進行描述性分析，以便於後續推動方向擬定；於110年下半年度將整合之醫療機構病人自殺防治資料交付衛生福利部心口司，持續進行衛生局督考項目之修正，與心口司和各縣市衛生局共同召開醫院自殺防治工作推動會議，進行醫院自殺防治工作及衛生局督考項目之意見交流，待完成後將與心口司合作共同將資料推送至各衛生局作為輔導醫療機構自殺防治工作推動之參考建議；亦與去年選定之示範醫院，衛生福利部雙和醫院、台大醫院雲林分院，進行執行成果交流與意見分享會議，針對可能面臨之問題與可改善項目進行討論，作為其他醫院辦理自殺防治項目參考的範例。

5. 強化媒體及網路平臺互動與因應

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，接受媒體採訪或主動投書，希望藉由媒體合作的力量，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。

110年1月至10月共製作網路四大報共1,350則、紙本四大報共59則自殺新聞摘要；不當新聞投訴共投訴91則自殺新聞報導。六不六要遵守率方面，網路新聞六要部分較易被遵守的是「用自殺身亡而非自殺成功」、「刊登在內頁」、「提供與自殺防治有關的資源」，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」、「不要將自殺光榮化或聳動化」；紙本新聞六要部份較易被遵守的是「用自殺身亡而非自殺成功」、「提供與自殺防治有關的資源」、「刊登在內頁」，六不部分較

易被遵守的是「不要用宗教或文化刻板印象」、「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要過度責備」。

截至110年10月31日，共500個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中328個(65.6%)違規網頁已撤除。在境內網頁部分，已下架者為157則(97.5%)、未下架者為4則(2.5%)；在境外網頁部分，已下架者為171則(50.4%)、未下架者為168則(49.6%)。

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，境外網站仍不易有效移除，此部份只能透過另行舉報的方式，儘量讓網站管理者了解，進而下架。此外，中心持續善用相關資源，利用已知中國官方不良訊息舉報平臺網站及香港合作夥伴，多方進行檢舉。本中心將持續邀請iWIN進行合作討論會議，屆時將針對境內及境外教唆自殺網站相關舉報措施及依據自殺防治法如何運用於網站的教唆自殺進行研討。

6. 國內常用自殺方式、工具及原因之防治策略

「國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因防治策略」從110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。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。

中心使用PubMed及Embase資料庫，蒐集到近10年發表之117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；179篇自殺原因之防治方法、策略之相關文獻。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「國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因防治策略」專文，專文內容詳如附件4-9-1。

綜合比較自殺身亡與通報之使用方法與工具比率，並依據全國自殺防治中心15年來的工作成效與近年國外最新文獻回顧，在聚集專家召開諮詢會議討論後，歸納之「壹、國內常見之自殺工具、自殺方法及自殺原因之防治方法」，將實務與研究整合，以提供政策擬訂與專業人員工作之建議方針，針對「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、

「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」與「溺水(淹死)自殺及自傷」等五種高危險性自殺方法提出防治策略建議；在自殺原因部分，則以「情感／人際問題」、「精神健康／物質濫用」、「工作／經濟」、「生理疾病」與「校園學生問題」等五種高危險性自殺原因依據國外文獻內容提出相關討論。並於「貳、縣市高致命性自殺方式及自殺工具、高危險自殺場域之防治策略」提供縣市自殺防治策略參考，利於各縣市因地制宜的防治策略與方案實施。

完成防治策略專文後，於110年9月辦理8縣市各1場工作坊，以協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得或高致命自殺方式機制。

三、研修自殺通報及關懷訪視相關工作規範

1. 修正自殺意念個案處置原則

相對於自殺行為者而言，自殺意念者的自殺風險較低，但潛在人數眾多，遠高於有自殺行為者。當個人生活中遭遇壓力事件，引發或多或少的情緒波動反應，隨著個人調適能力不同，有人隨著時日的推移逐漸平復情緒。但有些人則日漸情緒惡化，進而衍生活不下去的自殺意念，漸有了自殺計畫、尋求自殺工具及了解自殺方法。在某一訊息或壓力下導致其無法承受時，可能便會衝動地自殺。

故在我國自殺防治策略上採選擇性防治策略，以自殺意念者周遭的親近人士，就近發揮珍愛生命守門人的精神予以關懷陪伴，並依其所需轉介相關資源。在自殺悲劇發生前每一階段的自殺風險皆不相同，進而需要不同處理原則因應，因此建置自殺意念個案處置原則，協助各縣市落實自殺意念者之處理及轉介確有其重要性。

中心於109年10月擬定「自殺意念者處理原則指引草案」，提供衛生福利部參考運用，衛生福利部於110年5月14日制定「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」完成，並公告推廣。中心於今年度辦理各場會議中，依據前開流程回應各與會縣市相關疑問，並宣導推動落實。

2. 關懷訪視制度修正及系統增修建議

衛生福利部為落實自殺企圖、自殺死亡個案之通報，於民國95年建置「自殺防治通報系統」，供各縣市衛生局、關懷訪視員及各通報單位登入使用。然而，由於自殺防治政策變化、系統功能眾多且複雜、關懷訪視流程更

新等，使關懷訪視人員在系統操作及紀錄撰寫上遇到問題，降低行政效率。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。

為因應自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正於110年1月1日施行，本中心針對自殺關懷訪視紀錄之內容進行修正，以及針對自殺防治通報系統提出功能增修建議及理由，並將關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視員於登打資料時參閱，以滿足全國自殺防治相關工作人員實務需求。

全國自殺防治中心內部於3月12日召開「自殺關懷訪視紀錄內容修訂會議」，擬定修訂重點。於10月1日邀請各縣市衛生局代表舉辦自殺關懷訪視紀錄修正研商會議，依據全國自殺防治中心每月抽審各縣市自殺關懷訪視紀錄結果，針對完成率較低及容易造成混淆題目，依衛福部函頒之自殺個案通報後關懷作業流程，與關懷訪視評估邏輯進行修訂。經參採衛生局所提意見，並參考心理衛生社工表單，經衛福部、全國自殺防治中心及專家學者討論後修訂完成，共修訂題目57處。

3. 自殺關懷訪視員課程規劃

隨著近年自殺通報人次的上升，關懷訪視員的個管案量提升，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，持續了解與追蹤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課程、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。

本中心針對109年所調查分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」，及全國自殺防治中心過去督導各縣市自殺關懷訪視員經驗，彙整訪視員常見之困難及問題，了解訪視員在實務工作及職場各方面面臨之困境並製作Q&A集。依據Q&A集，納入關懷訪視員培訓之參考，以利研擬符合實務需求之相關課程，經衛生福利部審核同意後，建置於珍愛生命數位學習網「自殺防治相關人力課程專區」，供自殺關懷訪視員參考運用。

檢視全國自殺防治中心目前已開設之網路課程，整理出自殺個案關懷訪視工作常見問題相關之課程。彙整中心今年度主辦活動或配合精神醫療網錄製之各項課程，於110年7月新增「自殺防治法及子法規介紹」等6堂課程，於11月新增「自殺的警訊、溝通、處遇與預防」等9堂課程，新增共15堂課程。後續將持續蒐集彙整關懷訪視員工作困境、問題，或意見回饋，並

依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，錄製符合訪視員實務需求之線上課程。

4. 關懷訪視記錄抽查

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，全國自殺防治中心安排每月抽查不同三至四縣市之訪視紀錄，進行審查以及針對審查結果提出建議，追蹤後續改善狀況並收回意見回饋表。第一輪審查已完成抽查22縣市，第二輪審查至十月為止已完成抽查14縣市。各縣市在各項目填寫完成率均較109年度抽查結果提升，且第二輪複審各項目均較第一輪初審有所改善，惟「生理精神狀態」、「治療順從性評估」及「處遇計畫」等項目改善幅度仍有待提升。

藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各受審縣市，協助各縣市訪員提升訪視紀錄撰寫，持續追蹤各縣市接收訪視紀錄審查結果與建議後的改善情形。

四、聯繫會議

1. 辦理 14 縣市自殺防治工作坊

根據台灣自殺防治學會民國109年7月調查顯示，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。

為瞭解各社區心理衛生中心於新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行期間自殺防治業務執行困境，故於110年8月份辦理新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、屏東縣及基隆市共6縣市之疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊，同時為了解各縣市跨局處跨單位在自殺防治業務策略推動內容之不同觀點、困境與因應方法，於110年9月份辦理臺南市、宜蘭縣、新竹縣、雲林縣、花蓮縣、澎湖縣、新竹市及嘉義市共8縣市之限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力。

2. 自殺防治新聞媒體聯繫會議

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。

今年於5月7日假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—發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會吳佳儀理事、台灣自殺防治學會詹佳達秘書長、iWIN網路內容防護機構申訴自律防護組韓昊雲組長。

3. 配合辦理自殺防治諮詢會

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。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。

5月14日自殺防治諮詢會第四次委員會議中，中心進行報告案一案案由為「自殺防治議題與媒體配合、互動及合作之方式」，報告全國自殺防治中心與新聞媒體互動及社群媒體的推廣。

4. 自殺防治工作聯繫會議

安心專線作為全國性的自殺防治工作相關專業機構，提供自殺意念及企圖者即時的線上諮詢與危機介入，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，因應社會重大事件影響，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。

因應全國疫情提升為三級警戒，分別於7月27日及11月19日配合安心專線辦理自殺防治工作聯繫會議。會議中雙方針對工作要覽、服務數據，以及因應疫情之相關作為，各自進行報告，並針對前述全國性資料，討論滾動性策略之協調與制定、疫情警戒期間對民眾心理健康及相關服務影響等重要議題。

五、教育訓練及宣導規劃

1. 世界自殺防治日系列活動

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)。IASP日前公布2021-2023年世界自殺防治日之主題為"Creating Hope through Action"，旨在賦予人們技能和信心，使他們能夠與他們認為可能正在苦苦掙扎的人建立聯繫。本中心將主題翻譯為「展現行動，創造希望」，期待眾人「展現行動」關懷周遭親人、朋友，乃至於陌生人的心理健康，並發揮一問二應三轉介與持續關懷的守門人原則，給身旁的人「創造」正向「希望」，減少憾事發生。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。

2. 其他宣導活動

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。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。

今年所舉辦的「世界自殺防治日-臉書抽獎活動」貼文觸擊達39,044、互動次數達12,858次、點讚數3,359次、貼文分享達1,952次，活動期間共累計3,142則留言，民眾反應熱烈。而所拍攝的心理健康系列影片《有煩惱就說出來》截至110年10月8日為止，Youtube累計總觀看次數為1,459次，Facebook總累計觀看次數為1,458次，獲得66個讚、及35次公開轉載。同時中心也與輔仁大學學生會合作，在校園活動中擺攤推廣「人人都可以成為守

門人」、「一問二應三轉介」理念。

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相連，未來，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。

3. 珍愛生命數位學習網之維護與推廣

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」，陸續推出醫事人員自殺防治之繼續教育積分課程、珍愛生命守門人課程、自殺防治相關人力課程、以及教育人員自殺防治課程。本站提供醫事人員繼續教育積分上傳，非醫事人員課程則提供證書下載，作為於本站上課的認證機制。截至今年九月，於本站各專區的課程通過人次共計461,827人次。

4. 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色，接受過守門人訓練的民眾、家屬、親友等對於自殺危險警訊會比未接受訓練者有更高的敏銳度，並且能在早期階段做出適當的介入和轉介，達到人人是自殺防治守門人之宏願。有鑑於此本中心應合各相關行政機構之自殺防治講座、課程、學術與個案研討會之需求，提供守門人講師建議名單，並準備相關訓練教材與數據供機關參考。

截至11月30日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程9場參與訓練的學員共444人，單位為司法單位、學校及機構。對象包含各級教職及公務員。因新冠肺炎影響群聚因素，110年講座接在下半年居多。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。

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

8月28日於線上辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」，由台灣

自殺防治學、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協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。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治新觀點」，課程包含自殺之最新數據與意涵與自殺之最新數據與意涵；「災難心理重建」、「自殺的警訊、溝通、處遇與預防」及「跨團隊的自殺防治：資源連結與轉介追蹤」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。

當日亦於全國同步視訊轉播。當日含視訊會議總人數為16406人，西醫師占259人，精神科醫師占122人，護理人員占9262人，臨床心理師占167人、諮商心理師占240人，藥師占327人，社會工作者占1046人，長照人員占3218人，職能治療師占1103人，物理治療師占1人及其他人員占100人。

5. 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見，醫護相關人員是重要的守門人，尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

因此衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而獲得照護社區之醫療相關體系有完整的概念、具備社區醫療健康照護的技能及社區健康計畫之基本規劃、執行等基本能力(key competence)。

110年10月為止PGY訓練課程共辦理了19場，共450人參加，由中心李明濱計畫主持人、詹佳達秘書長、陳俊鶯常務理事及張家銘醫師擔任講師。講師活潑風趣的授課方式分享臨床經驗與技巧，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。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。

6. 全國自殺防治中心網站及臉書粉絲網之維護與推廣

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。全國自殺防治中心網站自2020年2月26日之後與數位學習網合併，且重新規劃網站內容。中心網站今年除更新網站內容，並新增多項與疫情心理健康相關之文章，截至9月30日止，網頁總瀏覽數為196,954次。

從99年底設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過十年多的耕耘，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110年10月7日止，粉絲專頁按讚人數共有12,314位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，每月總瀏覽人次最高則達56,130人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

六、手冊及刊物編輯

1. 編製 109 年自殺防治年報(電子書)

分析自殺死亡及通報最新相關數據，並彙集109年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「109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1份，內容除數據分析與各縣市自殺防治工作成果外，本次年報規劃以專題文章的方式，向民眾介紹109年於自殺防治的重要主題，內容包含第九屆國際自殺防治協會亞太大會、新冠疫情與自殺防治、青少年自殺防治議題、去年開始推動之醫院自殺防治以及自殺防治法施行後自殺相關數據變化。

2. 修訂自殺防治系列手冊

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。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。同時，依據自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條之規定，「全國自殺防治綱領」應包含自殺防治策略及政府機關的權責分工與協調。

已彙整專家學者建議完成初稿，檢視自殺防治系列手冊全系列共43本，待政院核定之「全國自殺防治綱領」即將上路之「強化社會安全網計畫2.0」再進行二次的檢視與更新手冊內容並排版。

3. 自殺防治網通訊之發行與推廣

自本中心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。今年已出刊三期「自殺防治網通訊」，內容共包含主題文章3篇、自殺防治新視野7篇、自殺防治動態與經驗分享3篇、交流園地7篇；皆以電子書方式呈現，同時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。

七、自殺防治之實證研究

1. 長期照顧與自殺防治

臺灣的長照服務在未來隨著人口老化加速，將成為我國重要的衛生福利政策之一，本章節欲透過家庭照顧者大型問卷調查以探究家庭照顧者身心狀況情形，並透過資料庫分析，進一步研析臺灣本土長照相關自殺流行病學，同時也蒐集國內外相關文獻，整理出相關危險因子、保護因子及防治策略。

調查方式採用線上混合紙本，最終一共蒐集129份問卷，主要照顧者以女性為主，中年族群為多，有四分之一的照顧者更是65歲以上的老年族群發現有超過半數的照顧者在六分以上，有12.5%的照顧者的自殺意念在2分以上，均顯示了照顧者本身的身心健康未必呈現良好的狀態，卻仍然要負擔長期的照顧工作。進一步針對109年照顧者自殺企圖資料分析則發現身心障礙 $aOR=6.49$ ($95\%CI=3.01-14.03$)、低收入戶 $aOR=4.44$ ($95\%CI=1.77-11.14$)、照顧資歷小於4年 $aOR=0.44$ ($95\%CI=0.19-1.03$)、自覺身體健康不太好及很不好 $aOR=4.1$ ($95\%CI=1.46-11.5$) 及 $aOR=9.4$ ($95\%CI=2.65-33.36$)、自覺經濟較相當困難 $aOR=4.12$ ($95\%CI=1.46-11.61$)，照顧者罹患腦血管意外(中風)、暫時性腦部缺血(小中風) $aOR=8.61$ ($95\%CI=2.43-30.55$) 及精神疾

病(憂鬱症、思覺失調症等) $aOR=7.59$ ($95\%CI=3.51-16.43$)，重要的保護因子則包含社交支持、復原力。

國外學者發現被照顧者在長照設施裡過去一個月大約5-33%的人會出現自殺意念(包含積極型與消極型)(Briana Mezuk, Andrew Rock, Matthew C. Lohman, & Moon Choi, 2014)，危險因子則包含憂鬱、社交孤立、低教育程度、生活壓力事件、文化議題、認知功能退化及身體功能減損、孤獨感(Dong, Chang, Zeng, & Simon, 2015; B. Mezuk, A. Rock, M. C. Lohman, & M. Choi, 2014; Murphy, Bugeja, Pilgrim, & Ibrahim, 2015)，而資料分析則顯示ADL分數較低、IADL分數較低與長照需求等級CMS為可能自殺危險因子，然而ADL分數較高自殺死亡風險較高。

自殺防治策略部分在家庭照顧者可分一級宣導、二級預防、三級預防之概念，強化大眾宣傳、針對高風險個案提供精神醫療資源、症狀辨識(如憂鬱、焦慮)。長照老人部分則以強化憂鬱症診斷、針對ADL、IADL分數較低，長照需要等級CMS、多種急慢性病或重大疾病之長者應提供心情溫度計與精神醫療資源。

2. COVID-19 及大規模傳染病之心理健康與自殺防治

世界衛生組織(WHO)於109年3月11日正式宣布新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行，也為全世界的健康敲響警鈴。由於新冠病毒的特性，造成大流行初期持續攀高的死亡率，感染後亦需經歷較長的復原期，因此加深人們對新冠病毒的恐懼。

根據台灣自殺防治學會109年7月調查顯示，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。本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，以及民調收集資料進行分析，針對COVID-19新冠肺炎及大規模傳染病與心理健康與自殺提出具體之防治策略，供政府及有關單位參考，以因應後續可能帶來之影響，並及早擬定適宜我國之防治策略。

本中心透過使用Embase資料庫，蒐集近幾年發表之211篇文章，與自殺相關文獻共146篇，與心理健康共65篇，經過中心內部初步篩選自殺相關一共56篇、心理健康共45篇。並根據蒐集之文獻與數據撰寫「COVID-19及大規模傳染病之心理健康與自殺防治」專文。

未來隨著疫情嚴重度的發展階段介入適時的心理防護，提升心理健康識能及技巧的網路宣導，並對高風險族群早期介入心理防護，包括心理健康的自我覺察，辨識，評估，並提供心理諮詢及精神醫療的資源。

3. 兒少及原住民自殺防治策略建議

105-109年各學齡層通報人次呈現逐年上升的情形，109年4個學齡層總計通報9,989人次，占全國通報人次之24.7%，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245人次(占全國通報人次之0.6%)、國中學齡層通報2,136人次(占全國通報人次之5.3%)、高中學齡層通報3,082人次(占全國通報人次之7.6%)、大學學齡層通報4,526人次(占全國通報人次之11.2%)。

105-109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，109年的性別比(女/男)上升至3.4-4.0，高於全國數據的1.94；反之，近五年中除108年外，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，109年的性別比(女/男)為0.9。。

自殺方式部分，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」；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」；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」；大學學齡層占率第一為「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」。

自殺原因方面，109年高中以下學齡層占率前三為「情感/人際關係」、「精神健康/物質濫用」及「校園學生問題」，且「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。

109年原住民族自殺通報人次為1,907，其中男性通報443人次，女性通報1,464人次，女性為男性的3.3倍，高於全國的1.94。無論男女皆以15-24歲的通報人次為最多，自殺通報個案主要分布花蓮縣、桃園市以及新北市。自殺方式占率首位為「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」。

109年全國原住民標準化死亡率降至13.0。在性別部分，原住民男性標準化死亡率趨勢大致與全國數據相似，值得注意的是原住民女性標準化死亡率，在109年與前一年相比雖然是下降，但在近三年的數據中，108年仍有攀升的趨勢，應多加留意。109年男性自殺死亡率與前一年相比自殺死亡率上升的年齡層有65歲以上的老人及24歲以下的青少年族群；女性109年自殺死亡率與前一年相比25-44歲的自殺死亡率有微幅上升的趨勢。

4. 巴拉刈禁用前後趨勢分析

「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的機會」。

近年來，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，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，且於109年2月1日起禁止使用。

為研究分析臺灣巴拉刈禁用前後趨勢，進行系統性文獻蒐集，彙整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，相關論文已於110年6月21日發表於Clinical Toxicology期刊。

5. 自殺防治現況調查

自殺企圖者關懷服務是我國相當重要的指標性策略，國外系統性回顧自殺解剖研究發現自殺企圖是自殺死亡重要的危險因子(Yoshimasu, Kiyohara, & Miyashita, 2008)，其他後續研究指出首次自殺企圖後有八成後續會自殺死亡(吳恩亮, 民107)，而國內自殺企圖者通報系統有將近5成自殺企圖於首次自殺企圖日後死亡(張書森, 109年)。

本章節欲透過國內外文獻搜尋及實證資料分析以探討臺灣自殺企圖者近十年趨勢，以發掘高風險個案與主要自殺方法的改變，並進一步分析100-107年間個人口學、自殺通報單，關懷訪視相關欄位與再自殺、再自殺風險之相關性。

文獻回顧結果發現男性、高齡與有精神疾病、前次自殺企圖方式都與再自殺有高度相關性，透過趨勢分析則發現在自殺方式方面，上吊、自縊、悶死及窒息、溺水(淹死)、跳水、其他部位之切穿工具自殺、高處跳下、撞擊占率都有顯著上升之趨勢，自殺原因方面則以職場工作壓力、遭受騷擾、遭受暴力、遭受詐騙、畏罪自殺、官司問題近十年有顯著上升，在再自殺相關危險因子方面則發現包含大致包含下列因素：人口學相關:15-24歲、過去精神病史、教育程度為國中、自殺方式:安眠藥鎮定劑自殺、一般病媒殺蟲劑自殺、割腕、自殺原因:喪親、喪偶、憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病、急性化的疾病、特殊身份別:精神照護資訊管理資訊系統、家暴加害人、家暴被害人、性侵加害人、訪視單轉介及結案:BSRS \geq 6、90天內結案；然而再自殺死亡相關危險因素僅男性及90天內結案。

心情溫度計做仍為評估個案是否會再自殺危險性工具之一，然而由於再自殺死亡風險的較難以穩定預測，因此自殺關懷訪視方面除現行心情溫度計作為訪視個案評估風險工具之外，關訪員仍應該系統性評估個案相關自殺危險因子、保護因子，以利更佳掌握個案自殺風險。中壯年自殺原因占率方面以職場壓力工作為主要上升之原因，同時此年齡層上吊、自縊占率亦有上升之趨勢，因此中壯年於職場的自殺防治仍需強化，並釐清受到暴力及受到騷擾具體的事項，才有助於此類型自殺下降。

八、其他辦理事項

1. 國際合作與交流

COVID-19疫情在全球已經持續一年以上，在各方面已經對於民眾的生活造成影響，為了解疫情期間，民眾的生活經驗與情緒困擾是否影響到心理健康程度與自殺行為風險，本次參與全球16個國家的跨國研究計畫。問卷測量內容包括簡式健康量表(心情溫度計)、自殺敘事量表、自殺危險因子評估以及自殺危機量表，此外也同步收集基本人口學變項、壓力性生活事件、COVID-19下特定生活型態的轉變。

雖然於問卷調查時，國內疫情尚未處於爆發的情況，但分析的結果仍可作為臺灣大規模傳染性疾病後之心理衛生策略及自殺防治策略擬定之參考

依據。期望藉由本次的跨國合作案，能了解在COVID-19疫情下，人民的心理健康變化，同時也與去年就已爆發大規模疫情的國家進行結果的比較，盼能增進對於疫情下心理衛生健康的了解，將來能提供各界作為未來政策擬定之參考。

2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

鑑於國人近年自殺率仍高，雖已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，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

本年度主題焦點：對自殺問題的看法、對自殺的認知與態度、自殺防治資訊接觸概況、個人與親友自殺經歷與求助問題、疫情對民眾心理健康的影響、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。

第一章包含工作項目內容

工作項目

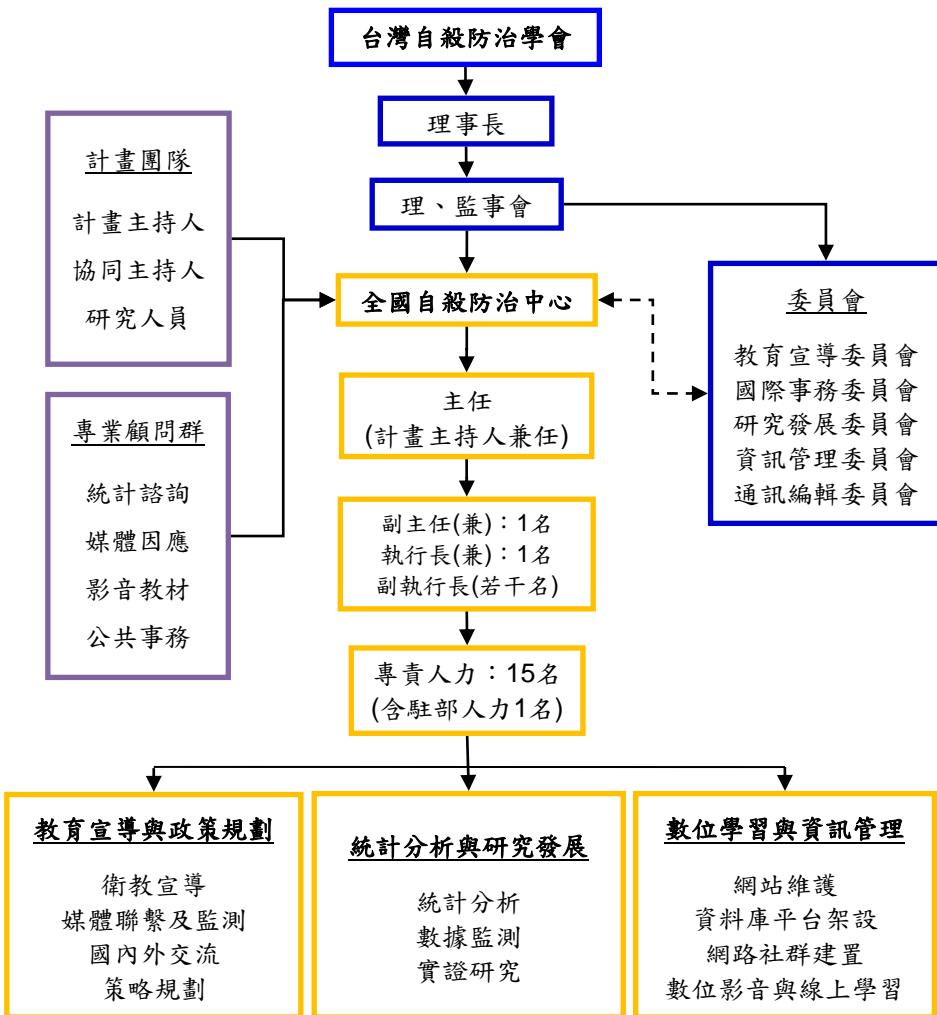
(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(一) 設置全國自殺防治中心組織

1. 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。前開業務需求分配及縣市研商聯繫窗口需提供本部，以落實全國自殺防治中心（數據研析與政策研擬）與本部及地方政府衛生局（推動因地制宜策略與方案）之聯繫合作。
2. 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，其中1名為駐部人力）為佳。

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)

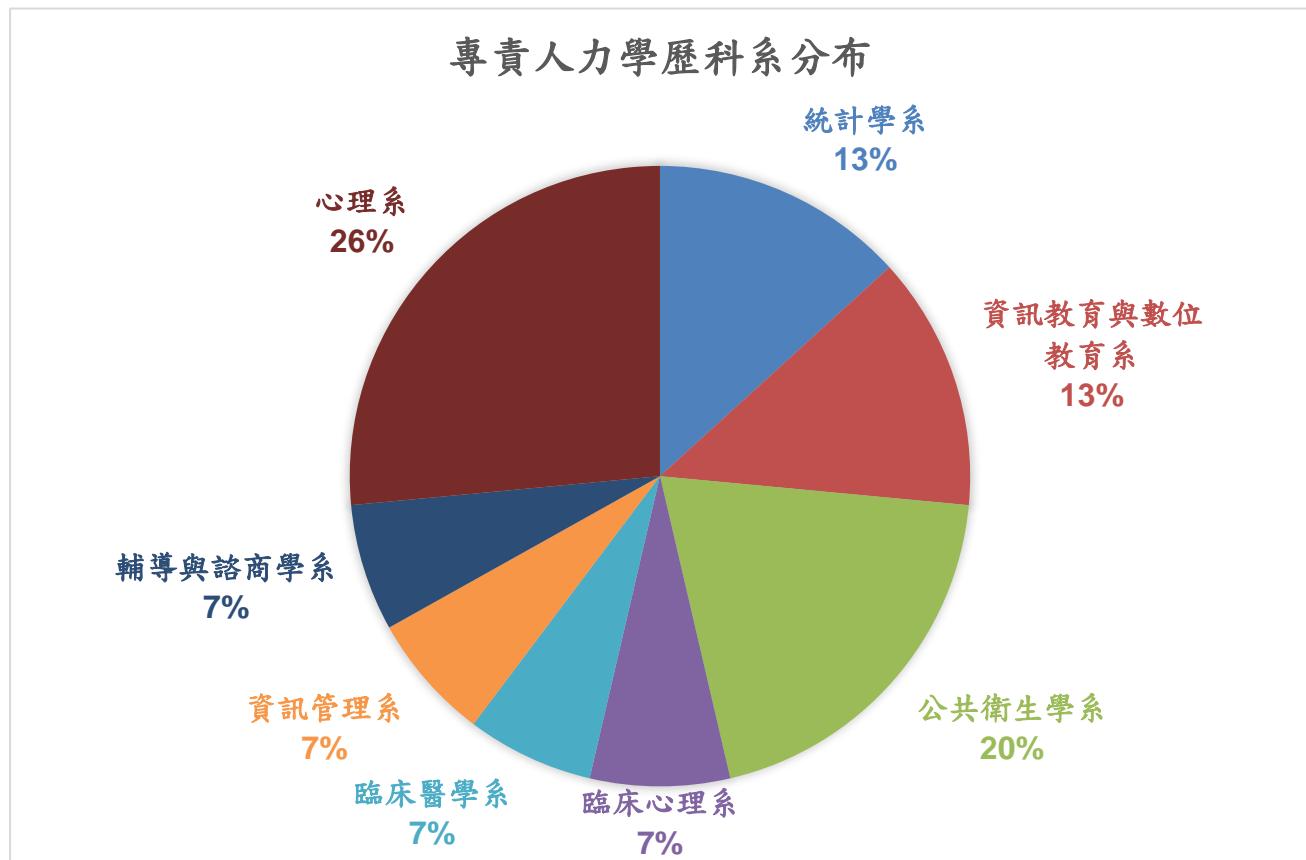


依 110 年需求規定，聘請專責人力 15 人(含駐部人力 1 名)，聘用人員以具有衛生統計專長及自殺防治實務工作經驗者(至少 5 名)為佳。110 年本中心專責人力學歷科系分佈如下圖所示，科系分布上，依照業務需求聘請資訊教育與數位教育系、資訊管理系人力 3 員，專責「數位學習與資訊管理」相關業務；具統計專長人力 6 員，分別為統計學系 2 員、公共衛生學系 3 員、臨床醫學系 1 員，其中 1 員為駐部人力，其餘 5 員專責「統計分析與研究發展」相關業務；負責「教育宣導與政策規劃」相關業務為 6 員，科系涵蓋心理相關科系，具有自殺防治實務工作經驗為 3 員，其中 2 員曾擔任自殺關懷訪視員。

相較於 109 年，今年度在統計專長人力方面新增 1 員，其學歷專長為公共衛生學系，具自殺防治實務工作經驗人員為 3 員，較 109 年增加 1 員。年資部份，至 11 月 30 日止，年資超過一年者有 9 員，其中有 3 員年資達到 5 年、2 員達到 3 年，不滿 6 個月者僅有 2 員，與往年相比，今年度人員流動情形較少。

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，110 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。

第二章包含工作項目內容

工作項目

(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(二) 提供及運用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。
2. 配合本部發布109年度國人死因統計結果完成下列工作：
 - (1)於110年5月31日前，完成分析109年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料（含戶籍地及居住地），並提報本部同意後，供本部發送各縣市參考運用。分析主題如下：
 - i. 全年齡層（請依本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式辦理）。
 - ii. 0至17歲之兒童及青少年。
 - iii. 各級學齡層【小學（含）以前、國中、高中（職）、大專校院（含）以上】。
 - iv. 特定人口群（應至少含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群）。
 - v. 多元議題族群（應至少包含保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、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）。
 - vi. 其他經本部通知所需之主題。
 - (2)於110年10月31日前完成109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）與相關資料之分析及解讀，供本部及各縣市參考運用。（應至少包含自殺死亡人數、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。
 - (3)運用推論統計分析，分析各年齡層（以本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式為主）首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺死亡個案、拒訪/訪視未遇個案等，各類個案之人口學特性、自殺死亡原因、自殺死亡方式，並提出相關危險指標。於完成前開分析後，提報「109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。
 - (4)配合本部要求，協助本部擬定109年死因統計記者會所需之相關說帖（含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未

來精進作為及其他本部所需之內容)。

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，與前開系統維運廠商共同製作及更新全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析、滾動式修正自殺防治策略建議)，以供本部、各縣市衛生局運用；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110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)自殺通報關懷月報表、每季提供之自殺通報趨勢分析及自殺通報年報表內之資料納入排除標準、清檔及各報表統計分析邏輯，應配合本部、各縣市衛生局及自殺防治通報系統之需求，提供具體之詳細說明。必要時，應依法規及本部政策需求修正前開標準及統計分析邏輯。
 - (4)最終於111年2月10日前交付總體自殺防治策略報告。
 - (5)於111年2月10日前交回110年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含raw data原始檔案及清檔檔案。針對前開2檔案提供格式及方式如有疑問，應於製作前與本部釐清。必要時本部得請全國自殺防治中心更正。

109 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。

109 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、及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提下，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) 105 年至 108 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、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死亡及自殺企圖者特性，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) 109 年自殺死亡個案生前通報情形分別與性別、年齡、自殺死亡方式(ICD-9)、婚姻狀況及死亡場所之交叉分析。
- (3) 109 年自殺企圖通報個案，首次通報即死亡、通報後再自殺死亡以及無死亡紀錄分別與性別、年齡、自殺死亡方式(ICD-9)、自殺通報方式、自殺原因、通報縣市及特殊身份別之交叉分析。
- (4) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案：各年齡層分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (5) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 天內之個案：各年齡層分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (6) 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：各年齡層分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (7) 109 年自殺死亡個案生前訪視情形分析。

- (8) 109 年自殺死亡個案依生前通報時間進行 Logistic regression analysis 。
- (9) 針對 108 年自殺企圖通報個案扣除自殺企圖後 7 天內自殺死亡個案後，並分析自殺企圖前後 30 日、90 日以及 365 日內之各類診斷(詳如下表)、精神科就診紀錄。

疾病	ICD9	ICD10
精神疾病	290-319	F00-F99
思覺失調症	295	F20、F25
雙極性疾患	296(除 2962、2963 外)	F30、F31
器質性精神病	29381,29382,29383, 29384,29389	F060,F061,F062, F0633,F0634,F068
憂鬱症	2962,2963,29682, 3004	F330,F331,F332,F33 3,F334,F339,F32, F34

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 109 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處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 109 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

1.109 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

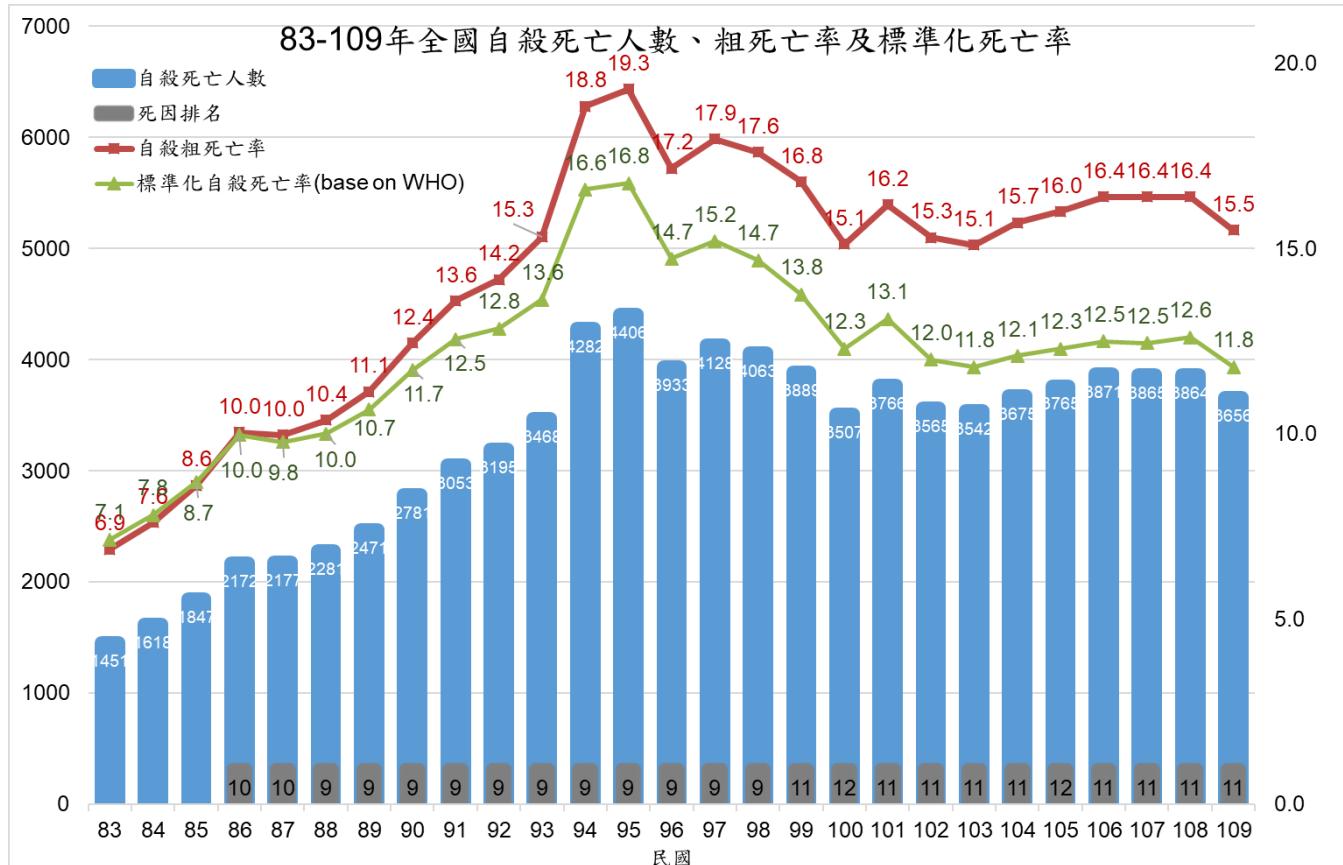


圖 2-1-1、83-109 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

觀察亦為同樣趨勢。惟自 104 年起，連續三年自殺死亡率上升，而 106 年至 108 年持平，109 年則下降(粗死亡率為每十萬人口 15.5 人，標準化死亡率為每十萬人口 11.8 人，國人死因第 11 位)。(如圖 2-1-1)

全國 109 年自殺死亡人數 3,656 人(男性 2,404 人、女性 1,252 人，性別比 1.92)；自殺標準化死亡率每十萬人口 11.8 人(男性 15.6 人、女性 8.3 人)，較 95 年(每十萬人口 16.6 人)下降 29.0%、較 108 年下降，三年移動平均呈現下降趨勢。

以性別之標準化自殺死亡率來看，男性自殺標準化死亡率自 83 年起逐年增加，於 94 年大幅上升(死亡率為每十萬人口 22.7 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 23.2 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 101 年男性標準化自殺死亡率上升為每十萬人口 17.0 人後持平，109 年下降至每十萬人口 15.6 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 94 年達到最高峰每十萬人口 10.1 人，其後呈現小幅向下之趨勢，直到 101 年上升至 9.3 人後，至 103 年前呈現下降趨勢，104 年至 108 年有些微上升，109 年下降為每十萬人口 8.3 與最高峰 94 年相比降幅為 17.8%。(如圖 2-1-2)

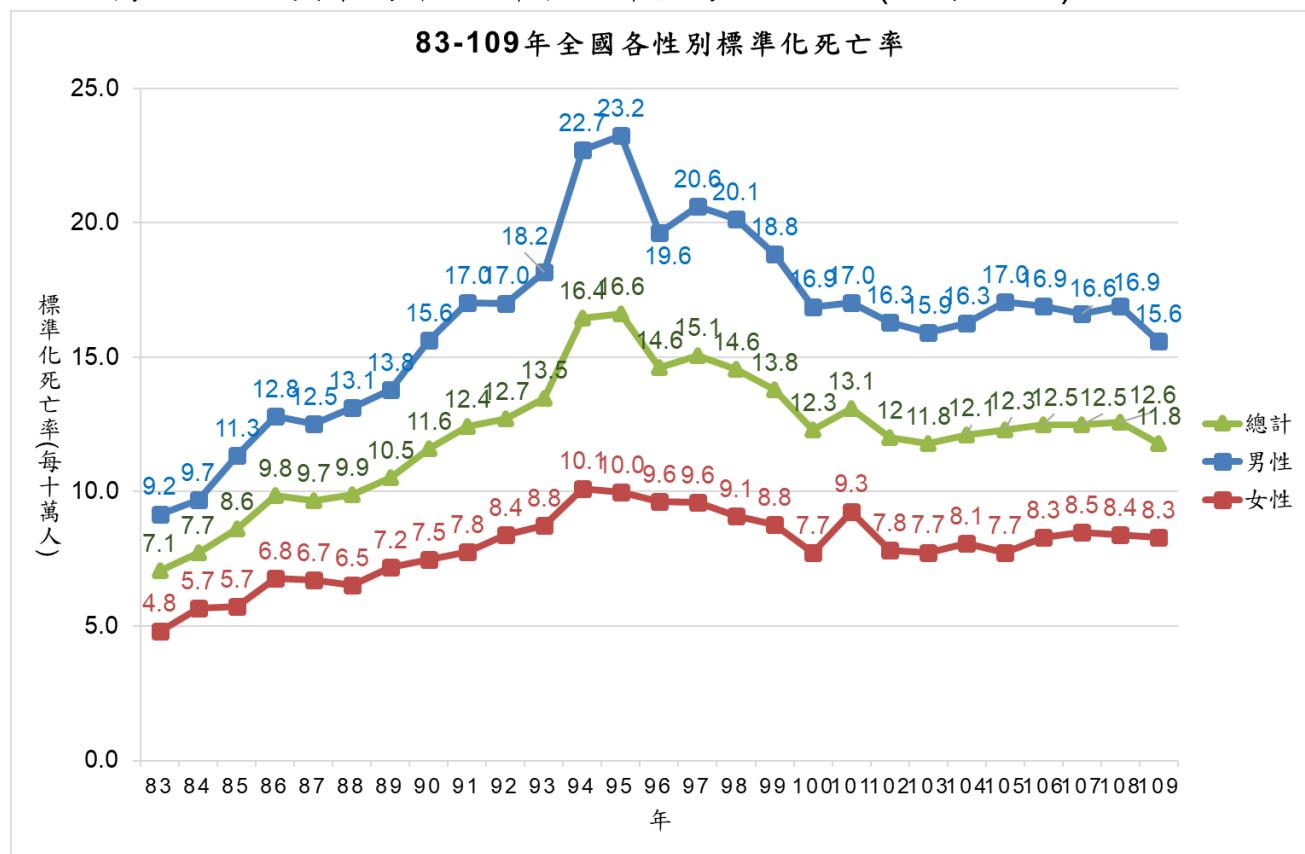


圖 2-1-2、83-109 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析，0-14 歲及 15-24 歲，近三年有持續上升趨勢，而 25 歲以上年齡層死亡率則大致呈現下降趨勢，顯示當前自殺防治策略在 24 歲以下仍是待強化的(如圖 2-1-3)。

以各自殺方法標準化死亡率來看(圖 2-1-4)，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由氣體及蒸汽之自殺及自為中毒、以溺水(淹死)自殺及自傷 109 年度均較 108 年度均有下降的趨勢，此部分的原因可能與 COVID-19 疫情造成同一家戶人長時間大多待在家中，讓易脆弱族群無法以上吊、由氣體及蒸氣、溺水等方式自殺及大流行早期急性階段的蜜月期(或稱拉攏現象 *pulling together*)，即疫情造成社會聯繫、社區凝聚力、相互支持和關懷增加進而導致死亡率下降(John, Pirkis, Gunnell, Appleby, & Morrissey, 2020; Zortea et al., 2020)；另一方面，自殺防治諮詢會議在 109 年亦召開二次，期間促進各部會對自殺防治策略的知能與實施，強化各部會橫向聯繫，亦有可能造成自殺死亡率的下降，而隨著 109 年 2 月巴拉刈的禁用更可以從國內統計數據看出(Chang et al., 2021)，然而綜合來說自殺往往涉及多重原因，包含社會、心理、性格特質、經濟文化、疾病等等(Milner, Hjelmeland, Arensman, & De Leo, 2013)，回顧 200 篇社會心理環境對自殺影響更歸納出收入、失業率、家庭連結和關係、宗教、居住地點、媒體報導自殺事件、酗酒問題在社會的普遍性、致命工具的可近性都會影響自殺死亡率，因此自殺防治策略方面未來仍需側重多方面、跨單位合作以達到自殺率持續下降。

以 0-24 歲各死因死亡來看，男性 0-14 歲由高處跳下自殺及自傷及吊死、勒死及窒息之自殺及自傷近年有上升的趨勢(如圖 2-1-5)；女性 0-14 歲則以由高處跳下自殺及自傷最需注意，106 年至 109 年呈現快速上升趨勢(如圖 2-1-6)；男性 15-24 歲吊死、勒死及窒息之自殺及自傷與由高處跳下自殺及自傷雖然 109 年有下降，但若以近三年來看，仍無明顯下降趨勢，而由氣體及蒸汽自殺及自為中毒 109 年雖亦有較 108 年下降，但亦需注意(如圖 2-1-7)。

15-24 歲女性在由高處跳下自殺及自傷 104 年至 109 年呈現連續上升趨勢，吊死、勒死及窒息自殺及自傷 106 年至 109 年同樣呈現連續上升之趨勢，而以固體或液體自殺及自為中毒與溺水(淹死)自殺及自傷 109 年較 108 年有大幅上升趨勢，亦需注意(如圖 2-1-8)。

然而 0-14 歲自殺死亡在國際上仍是較罕見，而自殺的情形在過去 20 年在各國家並沒有一致的趨勢(Kõlves & De Leo, 2014)，然而在美國近年

卻也有緩慢上升的趨勢，根據美國的大規模調查 9-10 歲的孩童自殺企圖的盛行率約 1.3% (95%CI=1.0-1.6)，而有家庭衝突的家庭相較沒有衝突的孩子其自殺風險為；另一份英國的研究則發現身體上的虐待及性虐待、較沒有父母支持、在學校感覺不安全均會造成有較高自殺意念、企圖的風險 (Walsh, Sheehan, Liu, & anxiety, 2021)；另一份跨 48 國的研究，發現 12-15 歲有被霸凌、歧視經驗的青少年，自殺企圖的勝算比為 3.06 (95% CI 2.73–3.43)；而在心理發展研究則發現社會焦慮(social anxiety)與學業焦慮(academic anxiety)為發展自殺意念的重要危險因子(Zhu, Tian, & Huebner, 2019)，另一份回顧型研究，蒐集 1991-2017 年與孩童相關自殺文獻，發現危險因子還包含過去自殺企圖、非自殺型自傷(Non-suicidal self-injury)、集體霸凌、精神疾病、親友有過自殺、爸媽離婚或分離、失去家人、在校表現有問題、慢性身體疾病、身體障礙，低社經狀態。

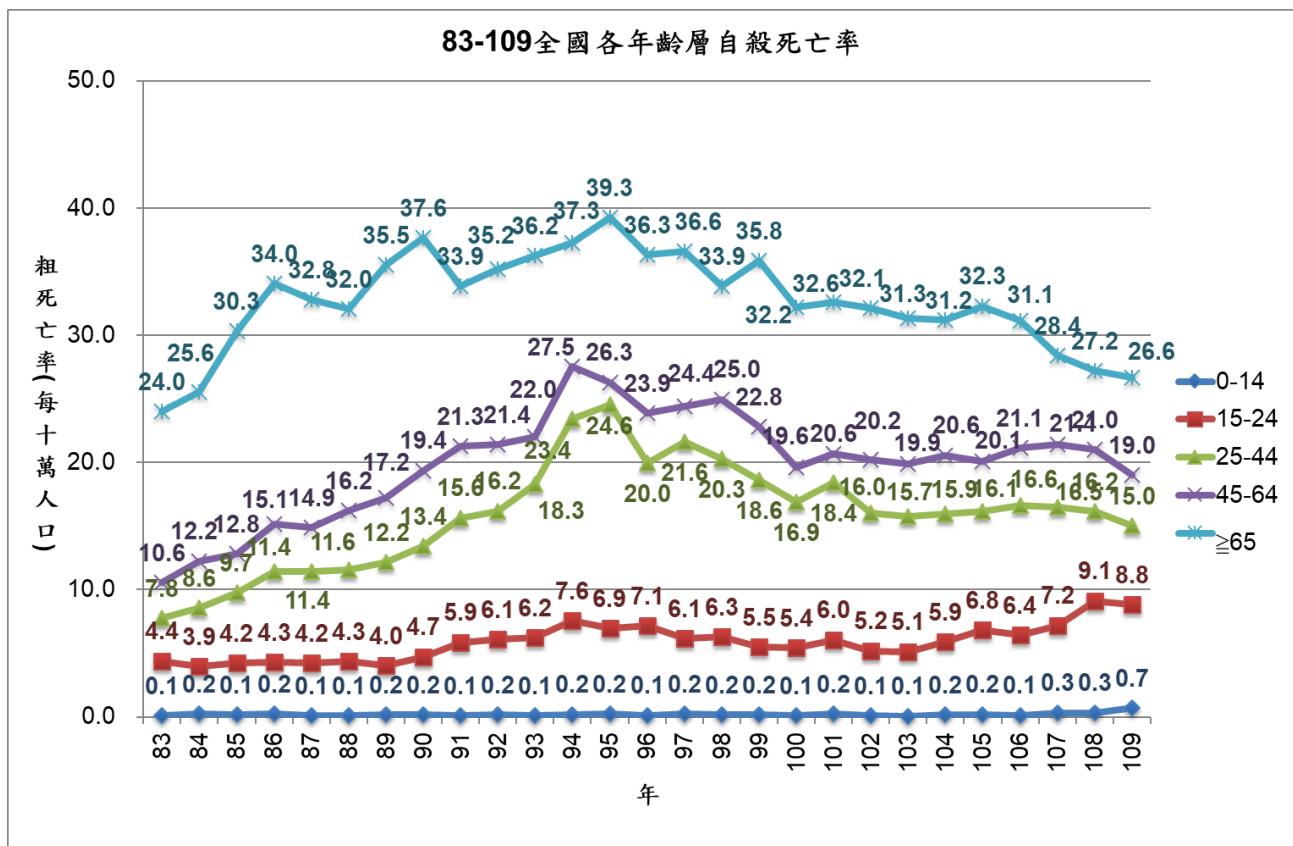


圖 2-1-3、83-109 年各年齡層自殺粗死亡率

83-109年全國各自殺方法標準化死亡率

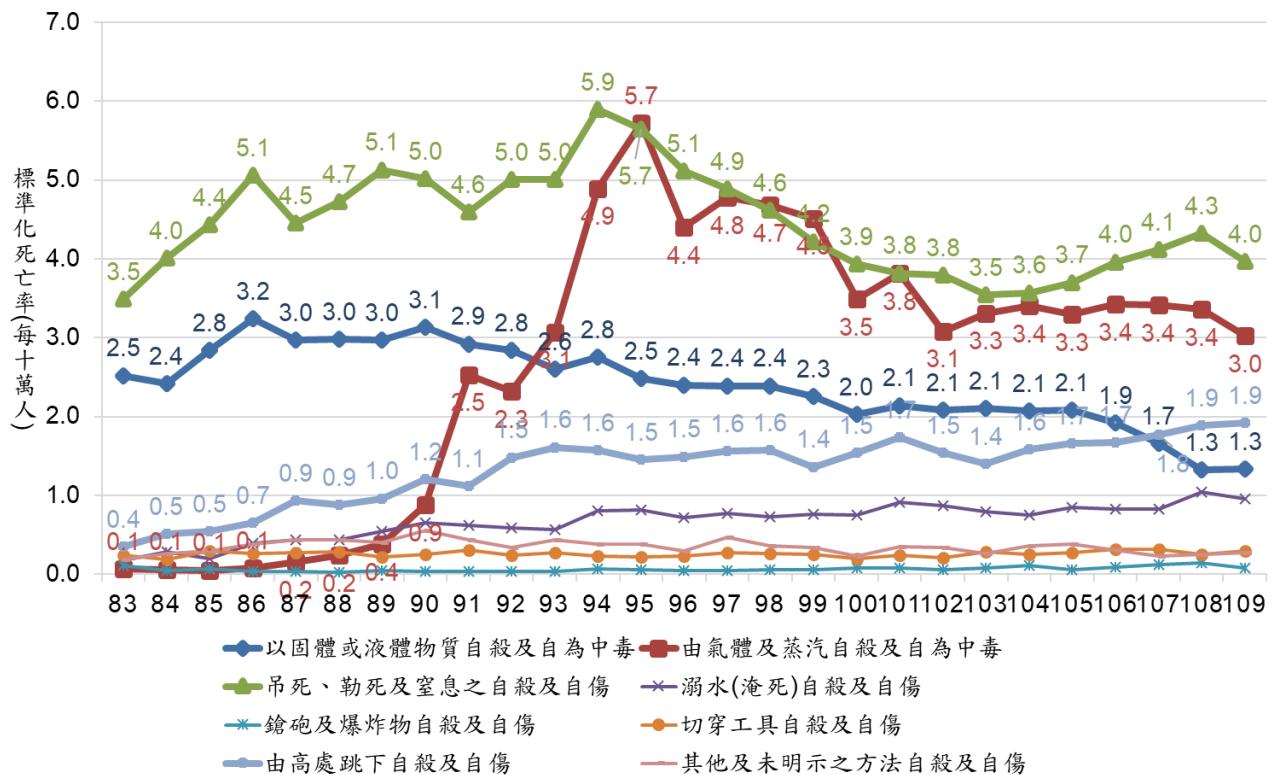


圖 2-1-4、83-109 年各自殺方法標準化死亡率

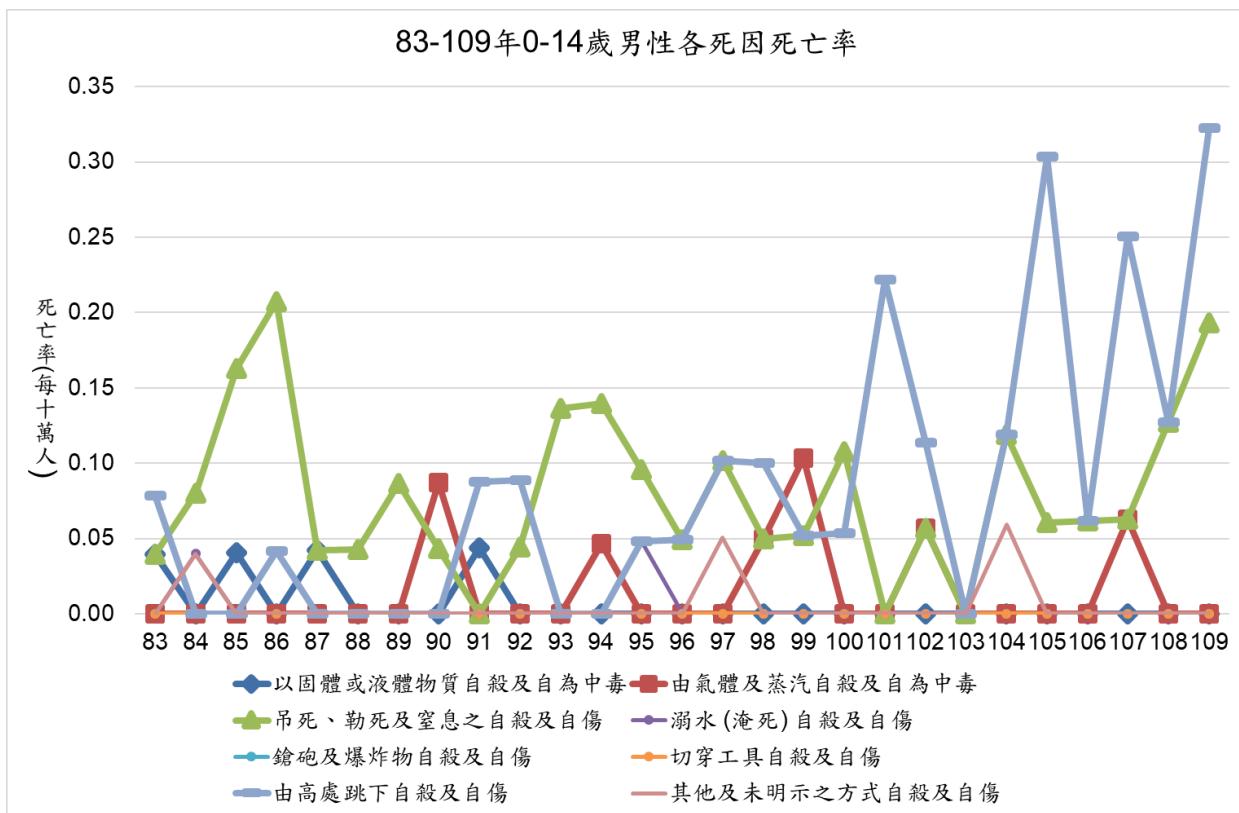


圖 2-1-5、83-109 年男性 0-14 歲各死因死亡率

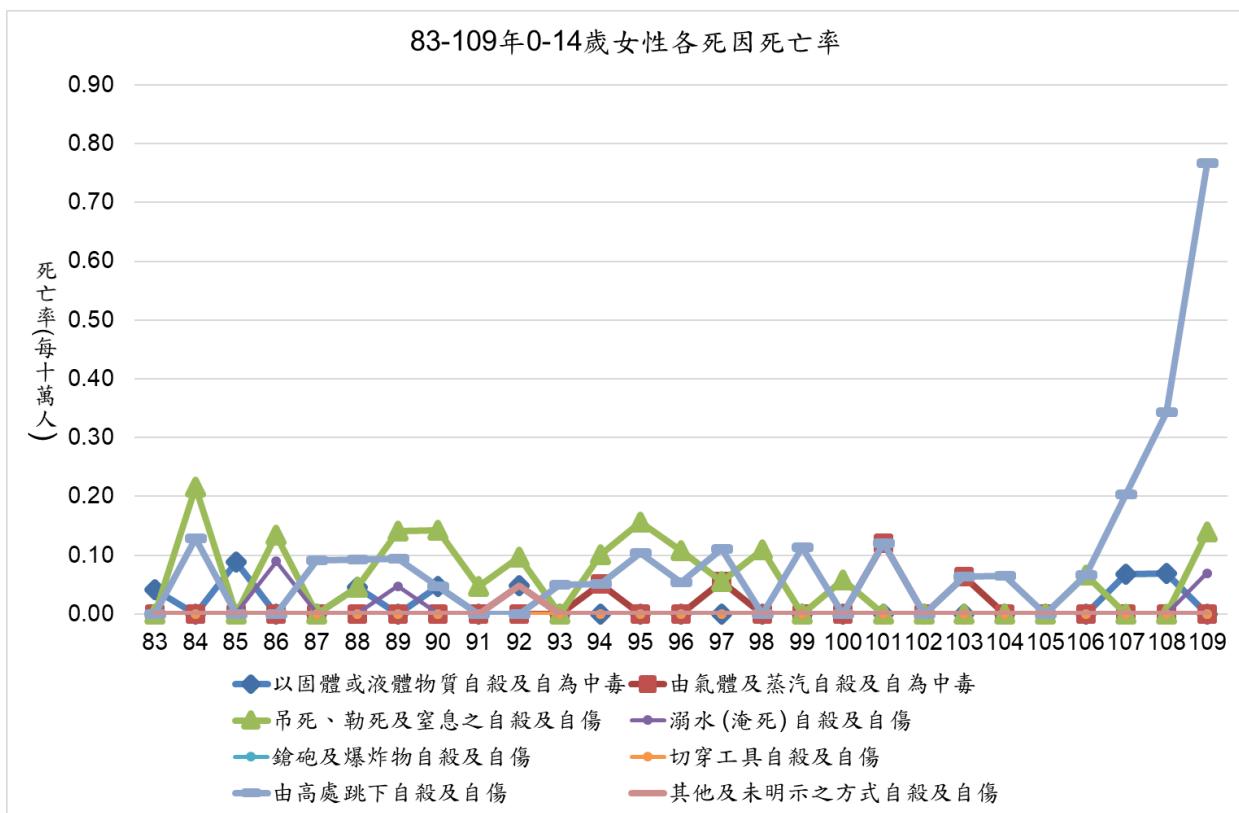


圖 2-1-6、83-109 年女性 0-14 歲各死因死亡率

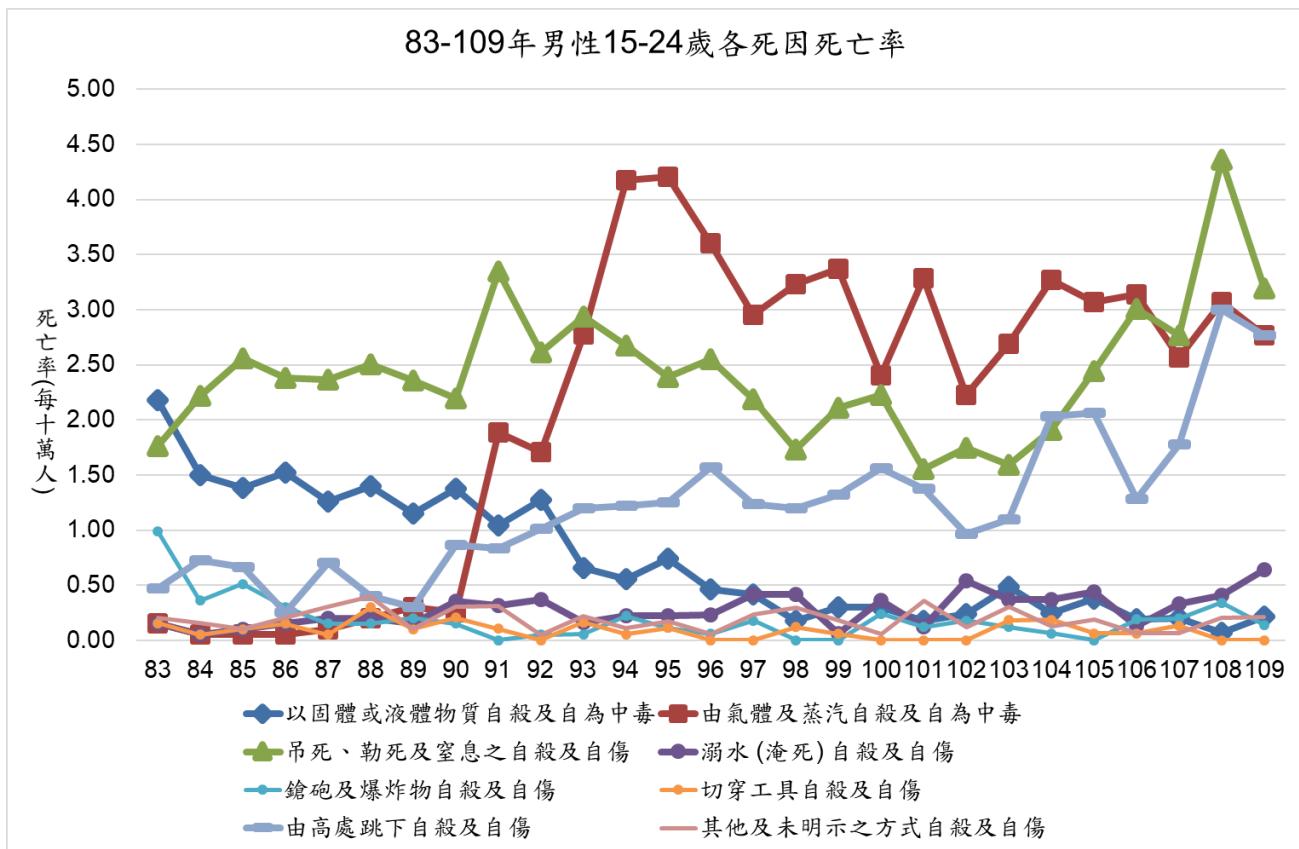


圖 2-1-7、83-109 年男性 15-24 歲各死因死亡率

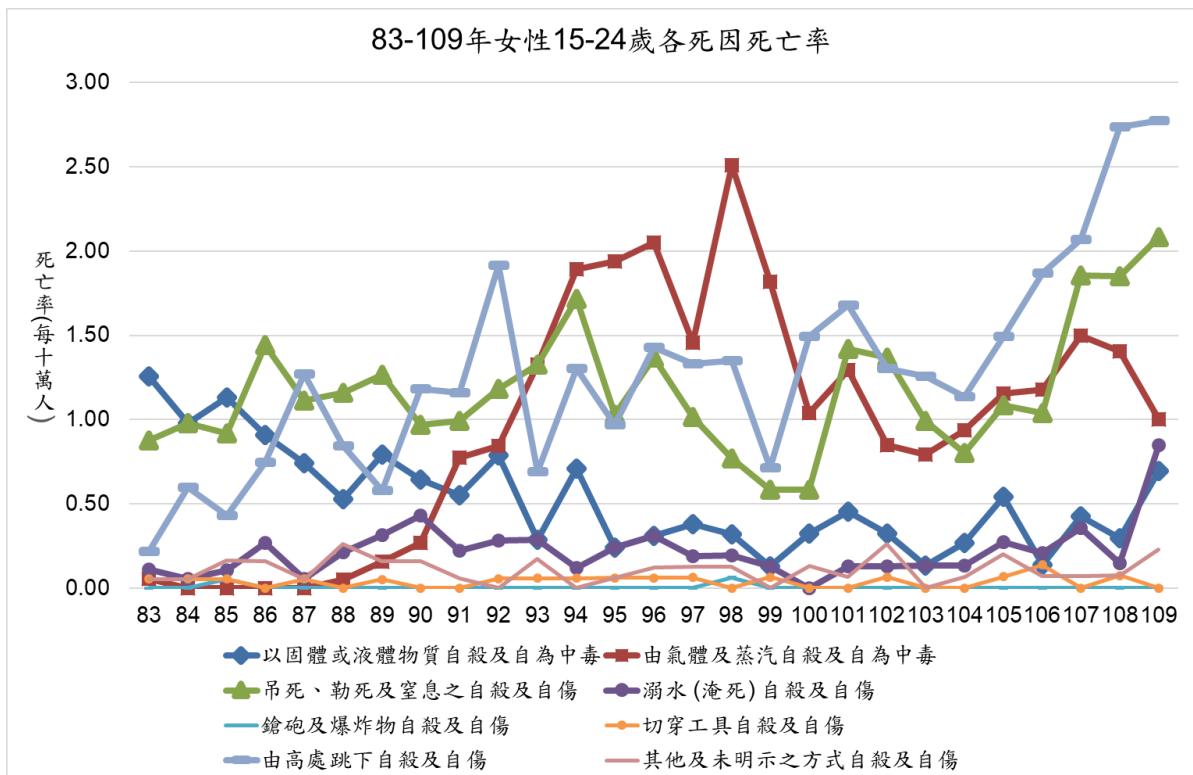


圖 2-1-8、83-109 年女性 15-24 歲各死因死亡率

109 年自殺粗死亡率前六高縣市為基隆市(22.8 人)、連江縣(22.8 人)、苗栗縣(19.7 人)、嘉義縣(19.5 人)、屏東縣(19.1 人)、宜蘭縣(17.9 人)，如表 2-1-1；109 年標準化自殺死亡率前六高縣市為基隆市(17.4 人)、連江縣(15.6 人)、苗栗縣(14.8 人)、屏東縣(13.7 人)、宜蘭縣(13.5 人)、花蓮縣(13.4 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、108-109 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	108 年		109 年		增減率 (%)
	粗死亡率	排名	粗死亡率	排名	
全國	16.4	-	15.5	-	-5.3
新北市	15.8	13	15.8	13	0.0
臺北市	12.8	20	12.0	19	-5.9
桃園市	14.0	18	14.6	16	4.0
臺中市	15.9	12	15.5	14	-2.3
臺南市	15.4	16	15.3	15	-0.5
高雄市	18.2	10	16.4	10	-10.4
宜蘭縣	20.5	4	17.9	6	-12.7
新竹縣	16.2	11	13.7	18	-15.3
苗栗縣	19.9	7	19.7	3	-1.3
彰化縣	15.8	14	14.6	17	-7.6
南投縣	19.0	8	17.3	7	-9.0
雲林縣	20.3	5	16.2	12	-20.3
嘉義縣	21.8	2	19.5	4	-10.2
屏東縣	20.3	6	19.1	5	-5.9
臺東縣	20.7	3	16.2	11	-21.6
花蓮縣	15.6	15	17.2	8	10.4
澎湖縣	13.4	19	10.4	22	-22.0
基隆市	24.9	1	22.8	1	-8.4
新竹市	14.5	17	10.9	20	-25.1
嘉義市	18.3	9	16.5	9	-9.8
金門縣	10.7	21	10.7	21	-0.5
連江縣	7.6	22	22.8	2	197.5

表 2-1-2、108-109 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	108 年		109 年		增減率 (%)
	標準化死亡率	排名	標準化死亡率	排名	
全國	12.6	-	11.8	-	-5.9
新北市	12.1	14	12.3	12	1.4
臺北市	10.0	19	9.1	19	-9.0
桃園市	11.7	15	12.1	14	3.7
臺中市	12.5	13	12.3	11	-1.8
臺南市	11.5	17	11.1	15	-3.0
高雄市	13.8	9	12.3	13	-11.1
宜蘭縣	15.4	4	13.5	5	-12.5
新竹縣	13.5	10	10.8	17	-19.6
苗栗縣	15.1	5	14.8	3	-1.8
彰化縣	11.6	16	10.8	18	-6.6
南投縣	13.3	11	13.2	7	-0.9
雲林縣	13.9	8	11.1	16	-20.3
嘉義縣	16.5	2	12.7	8	-23.1
屏東縣	15.0	6	13.7	4	-8.9
臺東縣	15.5	3	12.4	10	-20.0
花蓮縣	11.5	18	13.4	6	16.7
澎湖縣	9.4	20	6.4	21	-31.3
基隆市	18.8	1	17.4	1	-7.1
新竹市	12.9	12	9.1	20	-29.8
嘉義市	14.2	7	12.6	9	-11.0
金門縣	6.9	21	6.2	22	-10.2
連江縣	5.1	22	15.6	2	205.4

以各縣市自殺死亡人數分析，109 年相較 108 增加縣市為桃園市 16 人、花蓮縣 5 人、新北市 3 人，連江縣 2 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-1-3。

表 2-1-3、109 年 1-12 月與 108 年 1-12 月性別自殺死亡人數比較

縣市	合計		男性		女性	
	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率
全國	-208	-5.4	-150	-5.9	-58	-4.4
新北市	3	0.5	2	0.5	1	0.4
臺北市	-24	-7.1	-25	-11.8	1	0.8
桃園市	16	5.1	16	7.7	-	-
臺中市	-9	-2.0	-5	-1.7	-4	-2.6
臺南市	-2	-0.7	-6	-3.2	4	4.0
高雄市	-53	-10.5	-32	-9.5	-21	-12.4
宜蘭縣	-12	-12.9	-11	-16.9	-1	-3.6
新竹縣	-13	-14.3	-13	-19.1	-	-
苗栗縣	-2	-1.8	-3	-4.2	1	2.7
彰化縣	-16	-8.0	-14	-10.1	-2	-3.2
南投縣	-9	-9.6	-3	-5.2	-6	-16.7
雲林縣	-29	-20.9	-20	-20.4	-9	-22.0
嘉義縣	-12	-10.9	-14	-17.5	2	6.7
屏東縣	-11	-6.6	1	1.0	-12	-19.4
臺東縣	-10	-22.2	-7	-21.9	-3	-23.1
花蓮縣	5	9.8	4	10.3	1	8.3
澎湖縣	-3	-21.4	-5	-55.6	2	40.0
基隆市	-8	-8.7	-14	-21.9	6	21.4
新竹市	-16	-24.6	-10	-26.3	-6	-22.2
嘉義市	-5	-10.2	5	17.9	-10	-47.6
金門縣	-	-	2	18.2	-2	-50.0
連江縣	2	200.0	2	200.0	-	-

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，109 年上升為 40,432 人次(男性 13,767 人次、女性 26,665 人次)，自殺通報比為 10.5，女性為男性之 1.94 倍，109 年自殺通報人次較 95 年增加 111%、若與 108 年相比增加 14.5%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，109 年自殺通報比與 95 年相比增加 150%、較 108 年相比則增幅為 22.1%。(如圖 2-1-9)

分析 109 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為花蓮縣(17.3)、臺東縣(15.4)、新北市(12.6)、新竹市(12.6)、桃園市(11.5)。

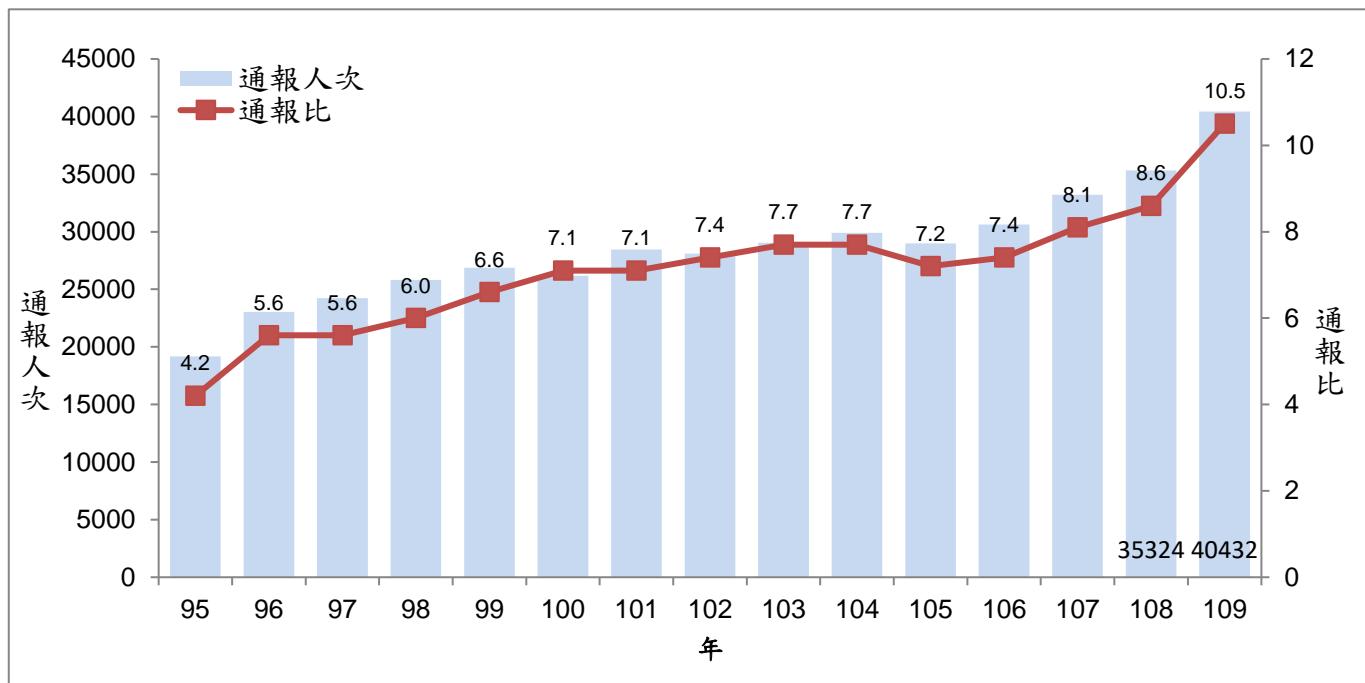


圖 2-1-9、95-109 年全國自殺通報趨勢圖

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，109 年為 13,767 人次，與 108 年相比增幅為 10.0%。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，109 年為 26,665 人次，與 108 年相較增幅為 16.9%。(如圖 2-1-10)。

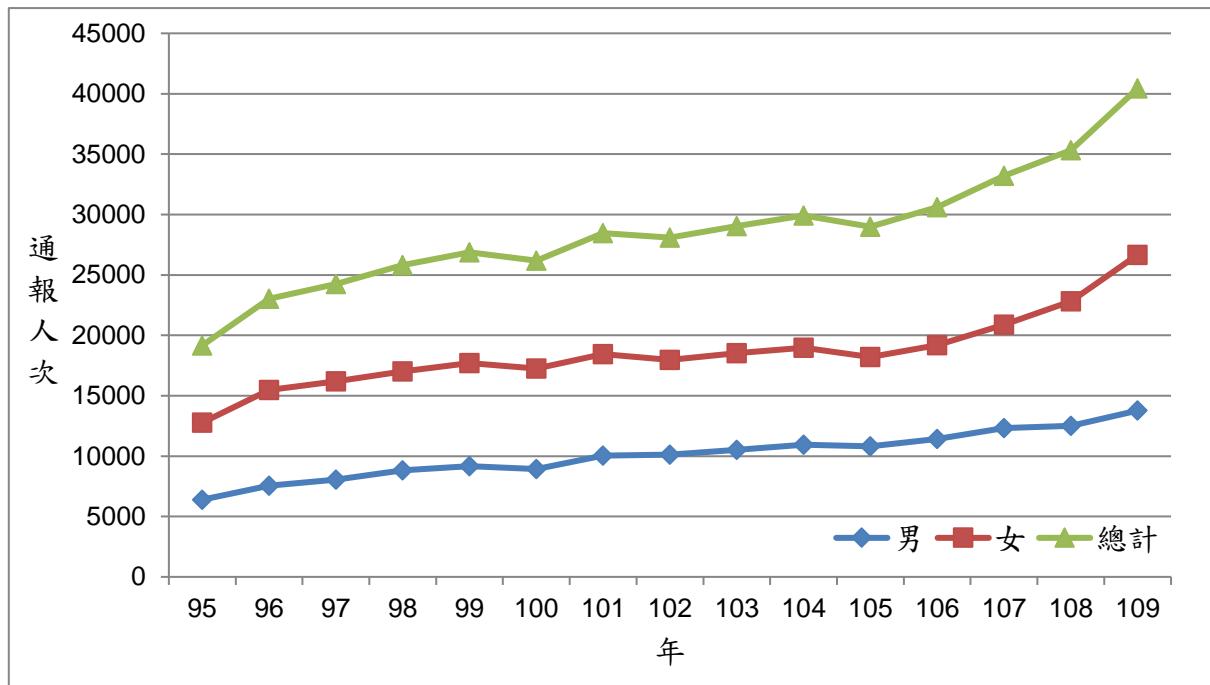


圖 2-1-10、95-109 年全國性別自殺通報趨勢圖

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，109 年通報占率為 37.2%。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%，但 109 年「15-24 歲」通報人次超越「45-64 歲」，109 年通報占率為 26.4%。「65 歲以上」自殺通報人次占率排名第四，109 年通報占率為 9.4%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，109 年通報占率為 5.9%。(如圖 2-1-11)

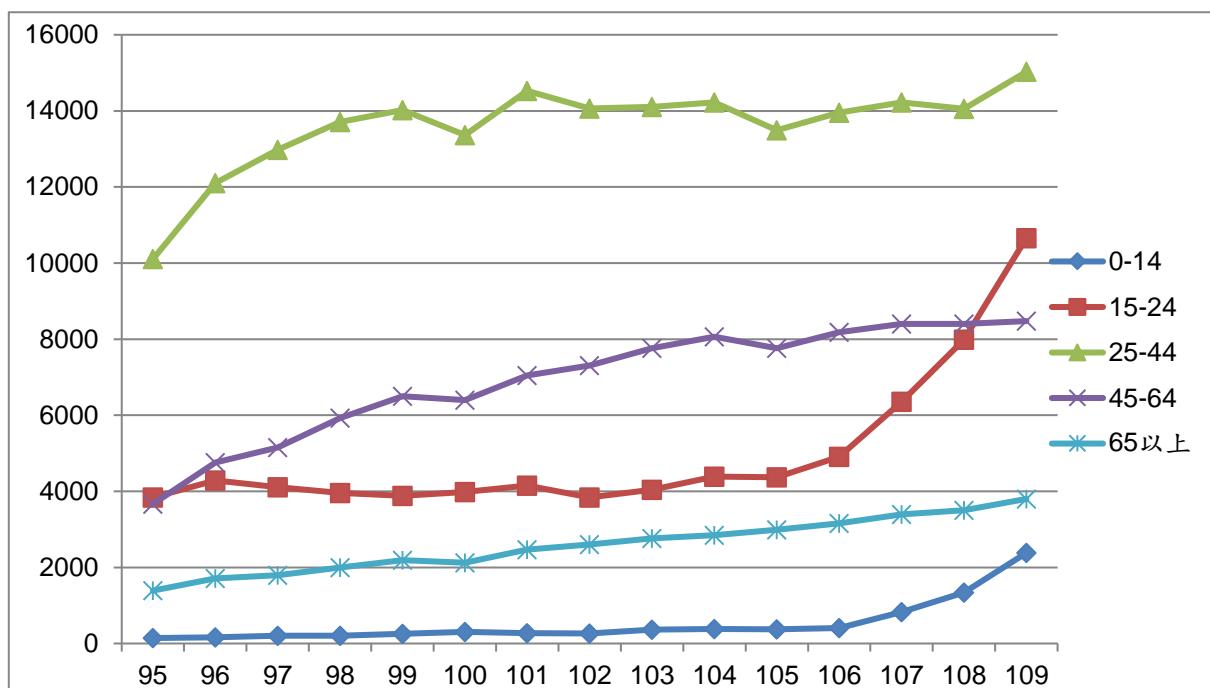


圖 2-1-11、95-109 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

109 年自殺通報個案中，自殺方式除「其他及未明示之方式」外，前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(109 年全國通報 17,662 人次，占率 43.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(109 年全國通報 13,259 人次，占率 32.8%)及「由高處跳下自殺及自傷」(109 年全國通報 3,061 人次，占率 7.6%)，如圖 2-1-12。若以性別觀察，無論男女自殺方式前三位皆與全國排序相同。

109 年自殺通報個案中，自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(109 年全國通報 18,584 人次，占率 46.0%)、「精神健康／物質濫用」(18,522 人次，45.8%)及「工作／經濟」(4,204 人次，占率 10.4%)。(如圖 2-1-13)。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。

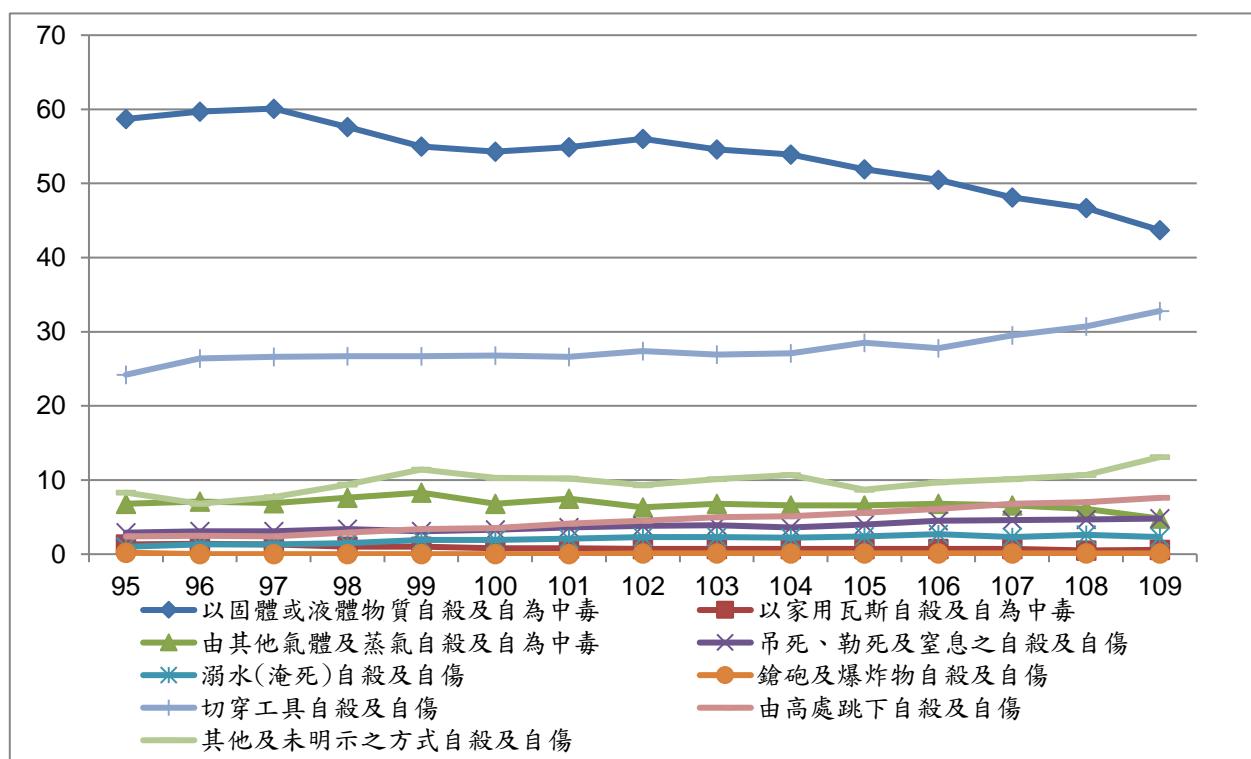


圖 2-1-12、95-109 年全國自殺通報方法占率圖

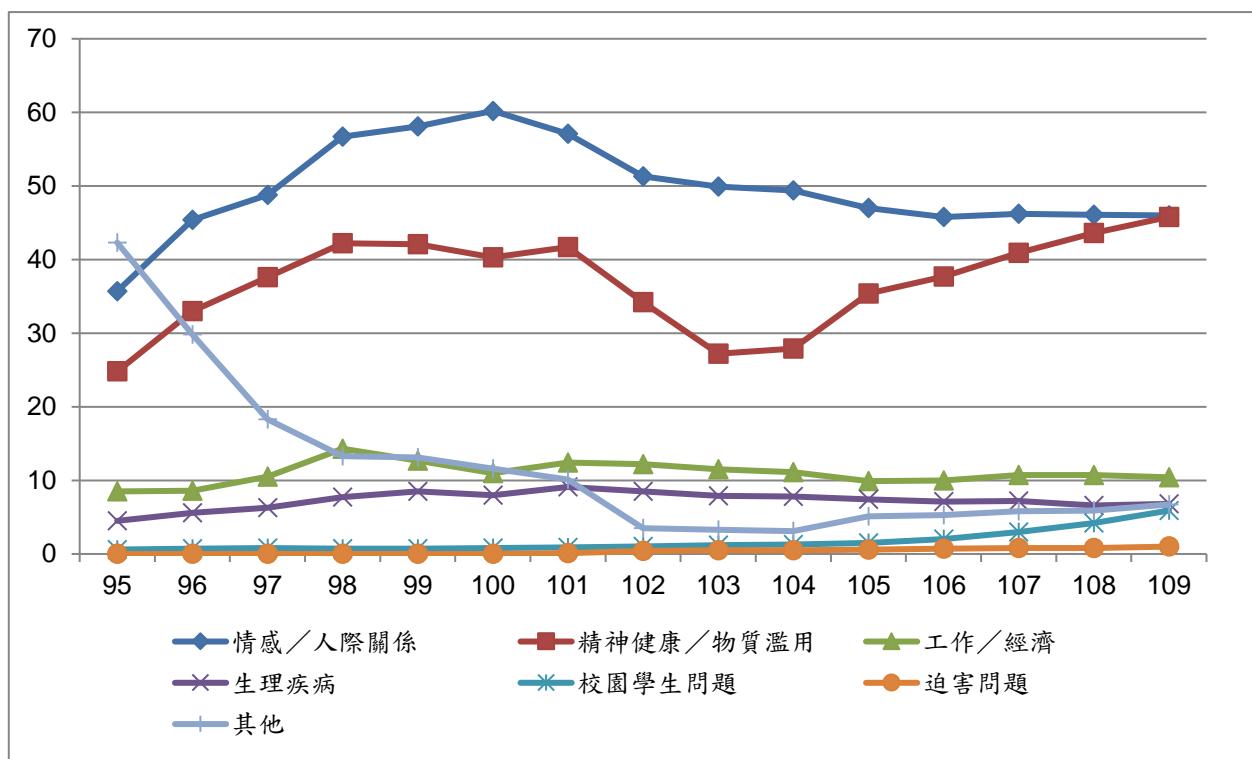


圖 2-1-13、95-109 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率前五高縣市為嘉義縣(34.9%)、花蓮縣(30.9%)、臺北市(26.1%)、臺東縣(24.3%)、基隆市(21.1%)。(如表 2-1-4)

表 2-1-4、109 年與 108 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	108 (N)	109 (N)	增減率 (%)	108 (N)	109 (N)	增減率 (%)	108 (N)	109 (N)	增減率 (%)
全國	12512	13767	10.0	22812	26665	16.9	35324	40432	14.5
新北市	2504	2784	11.2	4723	5787	22.5	7227	8571	18.6
臺北市	692	811	17.2	1514	1970	30.1	2206	2781	26.1
桃園市	1241	1282	3.3	2259	2654	17.5	3500	3936	12.5
臺中市	1333	1532	14.9	2693	3157	17.2	4026	4689	16.5
臺南市	999	963	-3.6	1717	1618	-5.8	2716	2581	-5
高雄市	1540	1696	10.1	2971	3276	10.3	4511	4972	10.2
宜蘭縣	308	345	12	471	596	26.5	779	941	20.8
新竹縣	238	262	10.1	513	513	0	751	775	3.2
苗栗縣	283	352	24.4	491	578	17.7	774	930	20.2
彰化縣	703	693	-1.4	982	1194	21.6	1685	1887	12
南投縣	358	411	14.8	508	579	14	866	990	14.3
雲林縣	478	480	0.4	676	688	1.8	1154	1168	1.2
嘉義縣	335	435	29.9	425	590	38.8	760	1025	34.9
屏東縣	457	571	24.9	808	945	17	1265	1516	19.8
臺東縣	192	208	8.3	257	350	36.2	449	558	24.3
花蓮縣	262	306	16.8	491	680	38.5	753	986	30.9
澎湖縣	34	30	-11.8	84	73	-13.1	118	103	-12.7
基隆市	239	254	6.3	425	550	29.4	664	804	21.1
新竹市	164	180	9.8	427	455	6.6	591	635	7.4
嘉義市	117	142	21.4	321	341	6.2	438	483	10.3
金門縣	31	26	-16.1	51	66	29.4	82	92	12.2
連江縣	4	4	0	5	5	0	9	9	0

整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為花蓮縣(17.3)、臺東縣(15.4)、新北市(12.6)；以性別來看，男性前三高依序為臺東縣(7.8)、澎湖縣(7.0)、花蓮縣(6.8)，女性前三高依序為花蓮縣(51.9)、臺東縣(34.3)及金門縣(32.5)。

表 2-1-5、109 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
新北市	5.9	24.7	12.6
臺北市	4.2	15.1	8.6
桃園市	5.4	24.4	11.5
臺中市	4.8	20.7	10.2
臺南市	4.4	14.8	8.2
高雄市	5.2	21.7	10.6
宜蘭縣	5.6	21.6	10.9
新竹縣	4.2	21.6	9.3
苗栗縣	4.9	14.9	8.4
彰化縣	5.0	19.3	9.6
南投縣	6.8	18.6	10.9
雲林縣	5.7	20.8	10.1
嘉義縣	6.1	17.8	9.9
屏東縣	5.0	18.3	9.2
臺東縣	7.8	34.3	15.4
花蓮縣	6.8	51.9	17.3
澎湖縣	7.0	10.4	9.2
基隆市	4.6	15.6	9.0
新竹市	6.1	21.2	12.6
嘉義市	3.8	29.9	10.3
金門縣	1.7	32.5	5.8
連江縣	1.0	**	2.7

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(421)、桃園市(165)及臺北市(126)，15-24 歲前三高依序為花蓮縣(117.7)、新北市(57.3)及臺中市(46.8)，25-34 歲前三高依序為雲林縣(35.6)、花蓮縣(34.5)及臺東縣(22.3)，35-44 歲前三高依序為臺東縣(23.5)、嘉義市(14.7)及南投縣(14.2)，45-54 歲前三高依序為臺東縣(14.8)、宜蘭縣(11.1)及桃園市(9.5)，55-64 歲前三高依序為基隆市(8.4)、花蓮縣(8.0)及宜蘭縣(5.9)，65-74 歲前三高依序為彰化縣(6.6)、嘉義縣(6.1)及桃園市(6.0)，75 歲以上前三高依序為新竹市(27.0)、臺中市(6.1)及屏東縣(5.9)。

表 2-1-6、109 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	421	57.3	19.2	11.4	7.7	4.5	3.2	4.2
臺北市	126	35.5	13.7	7	3.8	3.5	2.7	2.7
桃園市	165	32.7	16	10.6	9.5	5.1	6	3.9
臺中市	**	46.8	17.4	10.8	5.6	3.8	2.9	6.1
臺南市	35.5	40.2	11.3	13	7.2	2.4	2.5	3.3
高雄市	**	44.4	14.6	9.8	5.8	4.6	3.1	3.1
宜蘭縣	52	42.2	12.8	9.5	11.1	5.9	2.5	3.2
新竹縣	**	33	9.3	10.4	6.1	2.4	2.7	2.7
苗栗縣	**	45.2	10.7	10.6	4.6	3.4	2.8	5
彰化縣	**	29.7	13.3	12.7	6.4	3.5	6.6	2.6
南投縣	**	32.3	15.4	14.2	7.7	4.2	4.5	3.4
雲林縣	64	21.7	35.6	11.7	5.4	5	3.7	1.8
嘉義縣	**	71	11.6	7.1	6	5.1	6.1	3.9
屏東縣	**	32.4	10.9	11.7	4.2	3.7	3.8	5.9
臺東縣	48	27.8	22.3	23.5	14.8	4.4	2.6	3.9
花蓮縣	**	117.7	34.5	14	9.2	8	4	4.9
澎湖縣	**	**	14	10.5	3.2	2.5	0	3.5
基隆市	**	39.8	7.7	11.9	5.3	8.4	2.3	4.2
新竹市	27	17.7	18.5	7	7.8	3.5	2.8	27
嘉義市	**	29.7	17.2	14.7	3.5	5.7	4.4	3.6
金門縣	**	**	3.8	**	6	1	4	0
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，此表以 108 年死亡人數計算。

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) 由高處跳下通報資料趨勢說明

100-109 年自殺企圖通報由高處跳下以各年齡層趨勢來看，近五年 (105-109) 較前五年 (100-104) 以 50-54 及 55-59 歲增加比率均為 1.5 倍，且達統計上顯著。

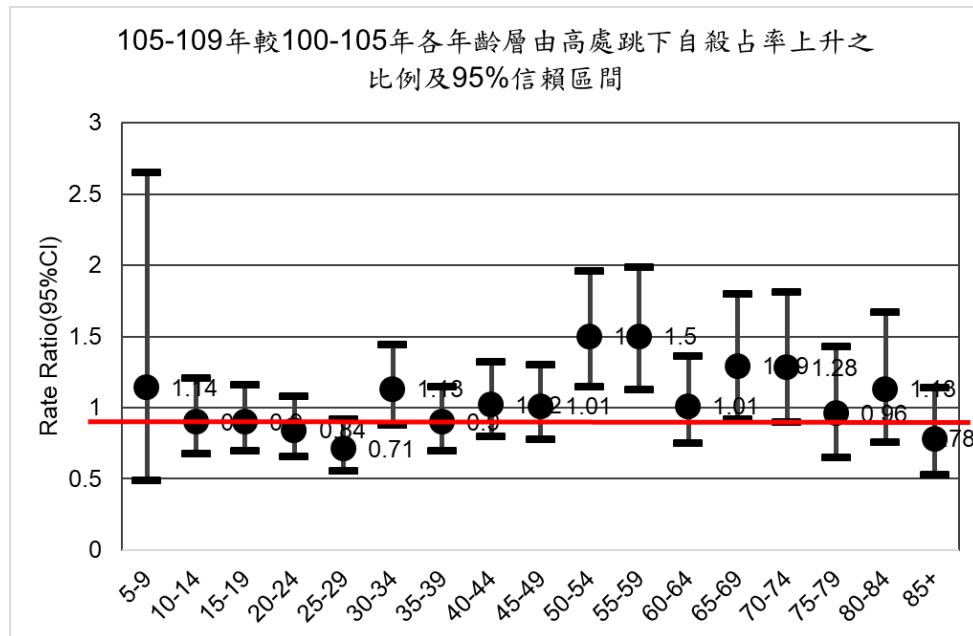


圖 2-1-14、105-109 年較 100-105 年各年齡層由高處跳下自殺占率上升之比例及 95% 信賴區間

高處跳下占率提升可能與非都市之大樓興建越來越多，各縣市而言，以宜蘭縣、新竹縣、南投縣、雲林縣、台東縣及新竹市增加較顯著。

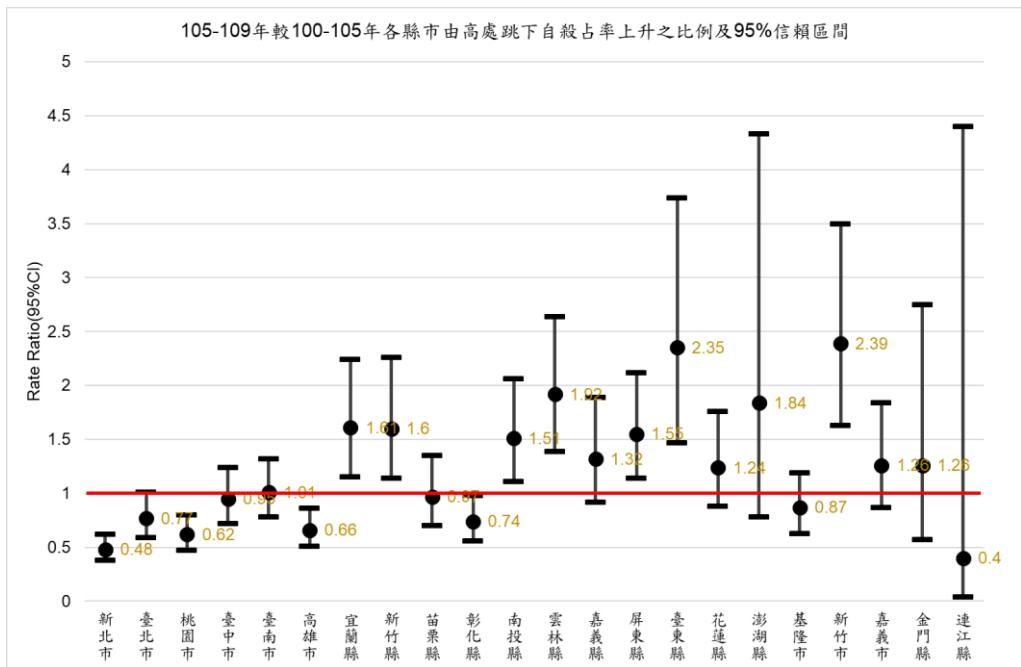


圖 2-1-15、105-109 年較 100-105 年各縣市由高處跳下自殺占率上升之比例及 95% 信賴區間

由各自殺原因來看，以夫妻問題的由高處跳下占率增加較顯著。

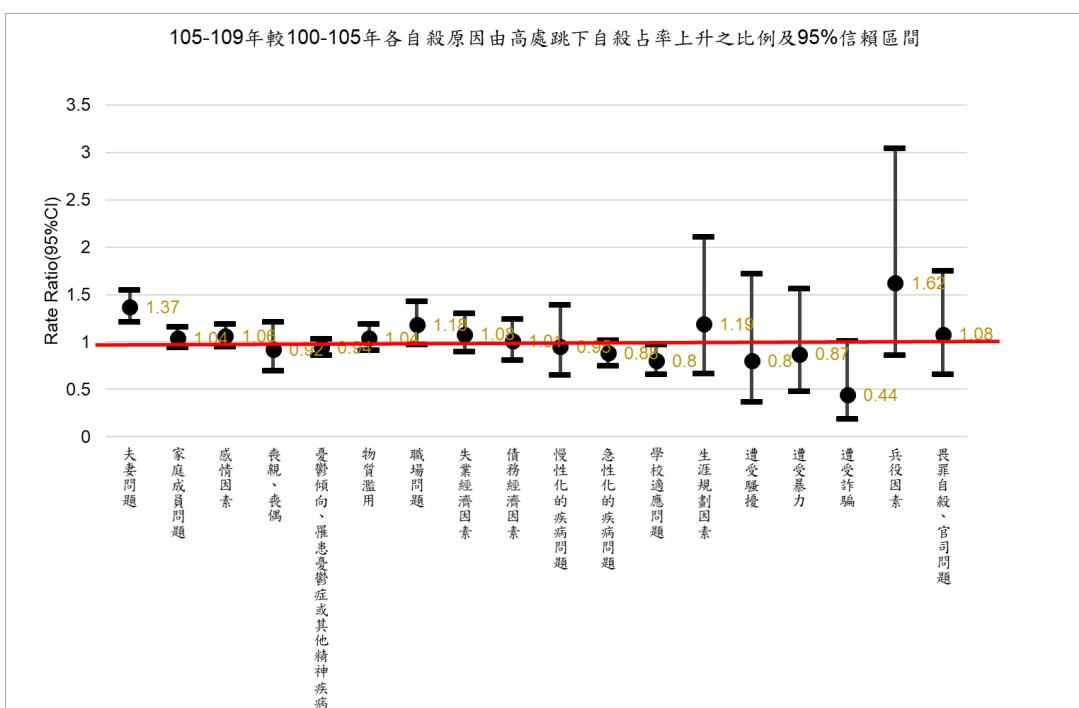


圖 2-1-15、105-109 年較 100-105 年各自殺原因由高處跳下自殺占率上升之比例及 95% 信賴區間

以自殺方式之自殺原因占率來看，在情感／人際關係，工作／經濟，生理疾病，迫害問題占率各自殺方式趨勢大致一致，並無明顯差別。然而校園學問題占率相較其他自殺方式占率近年有大幅提升，可能與校園通報量增加有關。

在高處跳下的自殺方法中以學校適應問題的自殺原因占率近年呈現顯著上升，然而學校適應問題之高處跳下近五年占率並未顯著較前五年提升，乃是因其他低致命性工具之學校適應問題的自殺原因占率亦有顯著上升，且上升幅度超過由高處跳下，才會導致此現象。

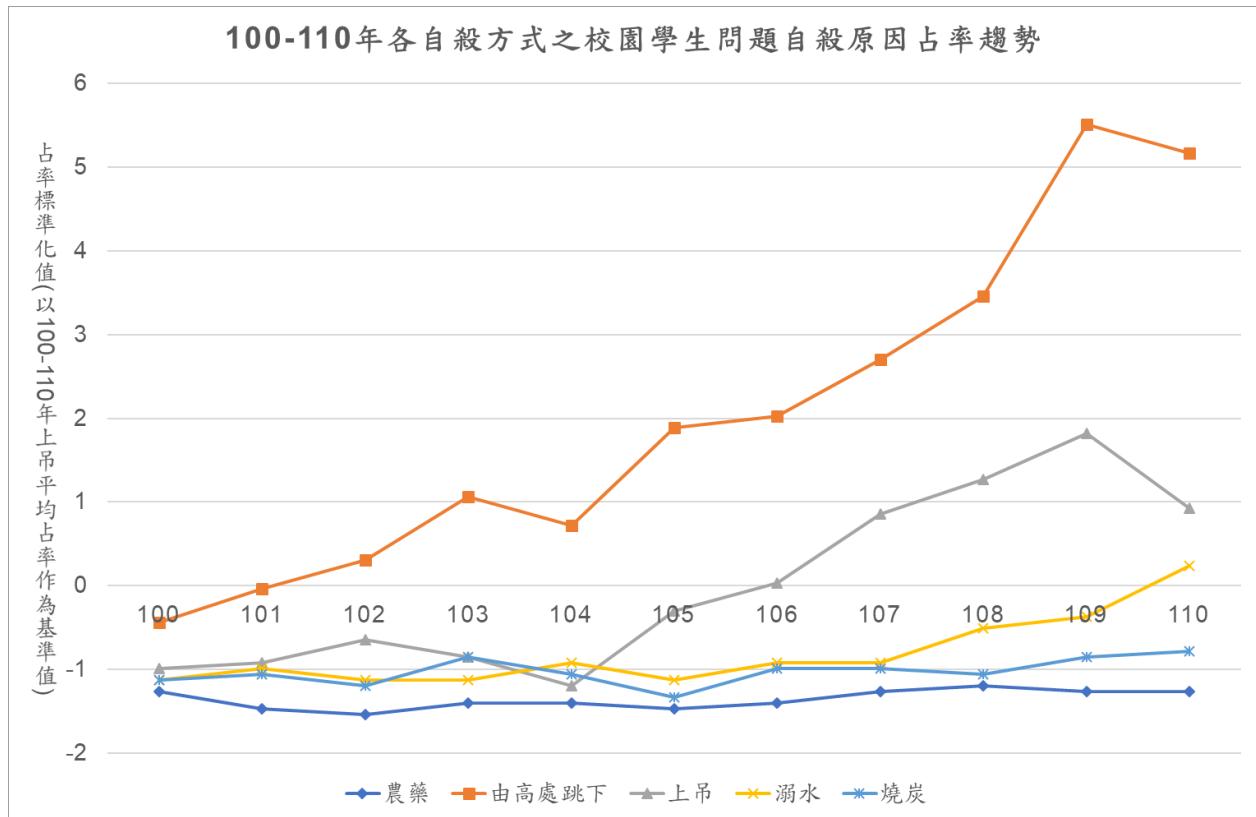


圖 2-1-16、100-110 年各高致命性工具之自殺原因占率區式

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，摘要如下：

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。因此，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。本章節藉由自殺企圖通報資料及自殺死亡檔之串聯分析，評估自殺通報及關懷訪視作業之落實現況。

109 年度自殺死亡個案生前自殺企圖通報情形分析，該年度自殺死亡人數為 3,656 人，進而將自殺死亡資料串聯 95-109 年自殺企圖通報檔，分析結果顯示，自殺死亡個案中 1,472 人(占率 40.3%)為通報即死亡(通報日=死亡日)。

針對一進案就自殺死亡的個案在生前多少都會有一個以上的多重議題，例如脆弱家庭、長照議題、精神疾病、家暴、性侵害及兒少被害人…等，有這些議題比沒有這些議題的個案自殺風險來的高，脆弱家庭也把自殺列為開案指標之一，在長照家庭照顧者的支持方案有一項指標也是照顧者有自殺的意念；自殺死亡前，可能個案有自殺意念、自殺企圖沒有被通報，但多少可以透過跨局處、跨網絡，去找出這些比較高風險的族群，從我們的自殺企圖者之關懷訪視到社會安全網，都是強調以家庭為中心，如果從跨網絡找出這些高風險個案，應能減少他們自殺死亡的風險。

表 2-1-7、109 年自殺死亡個案生前通報情形

性別	通報日=死亡日 n(%)	通報後死亡 n(%)	無通報紀錄 n(%)	總和 n
男性	1,014 (42.2)	495 (20.6)	895 (37.2)	2404
女性	458 (36.6)	462 (36.9)	332 (26.5)	1252
總計	1,472 (40.3)	957 (26.2)	1227 (33.6)	3,656

註:完整報表詳如附件 2-1-4。

進而分析 109 年度自殺企圖個案之自殺死亡情形，該年度自殺企圖通報個案計 32,701 人，串聯 109 年自殺死亡檔，扣除指標通報日於死亡日後之個案 106 人，共 32,595 人，其中 1,790 人(占率 5.5%)為首次通報時即死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天內)，而 307 人(占率 0.9%)為通報後再自殺死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天後)，30,498 人(占率 93.6%)無死亡紀錄。

以性別而言，女性整體的自殺企圖通報人數雖為男性的兩倍，但男性首次通報即死亡 1,163 人(占率 9.8%)及通報後再自殺死亡 161 人(占率 1.3%)均高於女性。建議有接觸到男性為主之相關網絡、應強化其守門人訓練，以期早期辨識及轉介，若發現高風險個案，儘快協助求助或就醫。

表 2-1-8、109 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

性別	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
男性	1,163 (9.8)	161 (1.3)	10,603 (88.9)	11,927
女性	627 (3)	146 (0.7)	19,895 (96.3)	20,668
全部	1,790 (5.5)	307 (0.9)	30,498 (93.6)	32,595

註 1:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

註 2:完整報表詳如附件 2-1-4。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡越高之族群，首次通報即死亡與通報後再自殺死亡之占率越高，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(自殺防治系列 25)。

老人自殺防治可由四個面向著力：(1)普及化社區老年自殺防治相關之守門人訓練、(2)推動劇毒農藥及高致命性自殺工具之禁用或管制以降低可得性、(3)自殺防治守門人課程列入老人相關單位照護人員必要之在職教育，並納入機關(構)考查輔導項目、(4)地方自殺防治體系與單位之橫向、縱向整合，持續推動養護機構及社區老人自殺防治。

首次通報即死亡之個案其自殺死亡方式以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率相對較高。此自殺方法的致命性高達七成，欲藉由管制危險物品取得的方法來防治上吊是非常困難的一項任務(僅約 10% 發生於監獄、醫院或矯治機構) (Gunnell et al., 2005; Yau & Paschall, 2018)，由於大部分的案例發生於家中，其上吊或窒息物品(如電源線、皮帶、繩索、塑膠袋等)或環境難以防範。因此，一般防治策略重點強調早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者(near-hanging)的緊急處置、以及全面性防治策略三者(吳佳儀、李明濱，2017)。

109 年「各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日」之個案計 1,542 人，就性別而言，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，而整體占率亦隨著年齡上升而升高。

表 2-1-9、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日

	0-24 歲 n (%)	25-44 歲 n (%)	45-64 歲 n (%)	65 歲以上 n (%)	全部 n (%)
性別					
男性	83 (3.1)	294 (6.5)	375 (12.4)	267 (15.7)	1019 (8.6)
女性	45 (0.7)	163 (2.1)	172 (4)	143 (7.8)	523 (2.5)
總和	128 (1.4)	457 (3.7)	547 (7.5)	410 (11.6)	1542 (4.7)

註 1:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

註 2:完整報表詳如附件 2-1-4。

109 年「各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內」之個案計 248 人，就性別而言，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，而整體占率亦隨著年齡上升而升高。

表 2-1-10、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 1-7 天內

	0-24 歲 n (%)	25-44 歲 n (%)	45-64 歲 n (%)	65 歲以上 n (%)	全部 n
性別					
男性	8 (0.3)	37 (0.8)	40 (1.3)	59 (3.5)	144 (1.2)
女性	8 (0.1)	33 (0.4)	29 (0.7)	34 (1.8)	104 (0.5)
總和	16 (0.2)	70 (0.6)	69 (0.9)	93 (2.6)	248 (0.8)

註 1:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

註 2:完整報表詳如附件 2-1-4。

以自殺死亡方式分析，係以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」之人數及占率相對較高，此自殺方式包含安眠藥鎮定劑、服用或施打毒品過量、除安眠藥鎮定劑外藥物、一般農藥、一般病媒殺蟲劑、巴拉刈農藥與化學物品。

斯里蘭卡在 2008 年起施行劇毒農藥禁令的經驗(Knipe et al., 2017b)顯示，施行三項劇毒農藥(Paraquat 巴拉刈、Dimethoate 大滅松及 Fenthion 芬殺松)的輸入及使用禁令之後，使用農藥自殺死亡的案例大幅

減少了 50%。

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，於 109 年 2 月 1 日起禁止使用。

針對藥物管理研擬服藥、領用藥物、非處方藥物包裝與藥物最大劑型條例，避免讓患者有過度儲藥的機會(Jin et al.,2016; Joob & Wiwanitkit, 2018; Kang, 2018; Kõlves et al., 2018; Maduemem, Adedokun & Umana, 2019)。

109 年「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，共計 307 人。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。

表 2-1-11、各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後

0-24 歲 n (%)	25-44 歲 n (%)	45-64 歲 n (%)	65 歲以上 n (%)	全部 n
性別				
男性 16 (0.6)	45 (1)	53 (1.7)	47 (2.8)	161 (1.4)
女性 23 (0.3)	48 (0.6)	47 (1.1)	28 (1.5)	146 (0.7)
總和 39 (0.4)	93 (0.8)	100 (1.4)	75 (2.1)	307 (0.9)

註 1:指標通報日定義為，自殺企圖個案當年度首度自殺企圖日。

註 2:完整報表詳如附件 2-1-4。

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。

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。

分析 109 年自殺通報本人拒訪、訪視未遇個案情形，利用自殺關懷系統關懷檔，計算當年度自殺企圖個案之訪視情況，將比例區分為小於 50%、50% 至 80% 以及大於 80%，並串聯 109 年自殺死亡檔，探討自殺死亡個案當年度訪視情況。根據分析結果顯示，109 年自殺死亡且有於當年度有訪視紀錄之個案共計 2145 人，其中本人拒訪比例大部分小於 50%(2142 人，占 109 年自殺死亡個案的 58.6%)；進而分析訪視未遇情形，44.1%(1612 位)自殺死亡個案其訪視未遇比例小於 50%，3.2%(117 位)訪視未遇比例大於 80%，進而分析訪視未遇比例大於 80% 之個案，分別以男性(79 位)、45-64 歲(46 位)、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷(50 位)、新北市(47 位)自殺死亡人數較高。衛生福利部於 109 年度自殺防治業務共識會議中討論「自殺關懷訪視流程及收結案標準」，未來在中央帶領以及各縣市政府的努力之下，自殺防治會有更顯著的成效。

由於自殺死亡個案，若無進入自殺企圖通報檔，則難以利用自殺企圖通報檔對自殺死亡個案進一步進行推論分析，故下述僅針對 109 年自殺死亡且當年度有自殺企圖通報之個案進行分析；分析結果將依變項(Y)定義為：自殺死亡非當次自殺企圖 = (自殺死亡日 - 自殺企圖日) > 7 天、以及自殺死亡為當次自殺企圖 = (自殺死亡日 - 自殺企圖日) <= 7 天，其中以自殺死亡非當次自殺企圖設定為羅吉斯迴歸模型之參考組。(完整報表詳如附件 2-1-4。)

109 年自殺死亡且於當年度曾經有進入自殺企圖通報系統共 2,203 人，其中 1,896 人(占率 86.1%)自殺死亡為當次自殺企圖，307 人(占率 13.9%)自殺死亡為非當次自殺企圖。

應用流行病學的常見指標勝算比(Odds Ratio)，此處定義 $OR > 1$ 表示通報當次即死亡個案比起非當次通報死亡個案、更可能具有之風險，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 $OR = 1.68$ (95%CI 為[1.32-1.2.15])，且達到統計上顯著。

進而深入探討較具意義之統計指標，自殺死亡方式中「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」其 $OR = 1.53$ (95%CI 為[1.17-2.00])，且達到統計上顯著，亦即通報當次即死亡個案比起非通報當次死亡個案，更有可能使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之方式。

上吊基本上除了監獄或醫院可以做介入，除非社區有一個上吊的熱

點，否則只能往自殺行為發生前來預防，也就是進行選擇性策略中守門人的培育。

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 109 年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。並於 110 年 1 月 25 日再次修改全國自殺防治綱領草案並交付予衛生福利部。

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，每四個月召開一次會議。

110 年度第一次會議於 5 月 14 日召開，會中由全國自殺防治中心報告，案由為「自殺防治議題與媒體配合、互動及合作之方式」。自殺防治諮詢會細節請參閱章節 5.3。

3) 後續精進作為規劃與政策說帖

- (1) 針對學生族群，介接教育部資料，了解學生族群自殺特性。
- (2) 召開化學物質危害評估會議：例如針對自殺事件常用的化學物質，加強與各部會討論管理化學物質以及社會所關注物質等強化管理辦法，邀集跨部會專家會議分析與風險評估。
- (3) 落實人人都是自殺防治守門人，推廣「一問二應三轉介」的概念：針對使用藥劑自殺狀況，最重要的在於旁人能在第一時間了解回應狀態並予以協助。因此相關單位須能定期接受自殺防治訓練，認識與評估可能的風險狀況，並落實轉介之重要。
- (4) 實踐媒體報導六不六要原則：向媒體提倡 WHO 自殺相關新聞六不六要報導原則，減少腥羶色的內容，避免模仿效應產生。
- (5) 定期與各縣市衛生局分析及討論自殺死亡人數較多之海域或地點，並針對該地點定期派員巡邏，以減少自殺工具之可近性。
- (6) 針對原住民族群，透過部落、社區、地方居民或相關民間團體合作，成立巡守志工隊，定期巡視社區安全死角，形成安全保護網。

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 11 月 30 日提

供分析資料如表 2-1-12。

表 2-1-12、提供衛生福利部統計與分析資料

日期	需求內容
1月 4 日	109 年 1-11 月 24 歲以下由衛生局追蹤關懷人數
1月 14 日	106-108 年，0-5 歲、6-11 歲、12-14 歲、15-17 歲自殺粗死亡率
1月 18 日	107 年至 109 年各縣市通報人數
1月 18 日	107 年至 109 年各縣市自殺通報個案關懷訪視資料
1月 22 日	107 至 109 年各縣市(及全國)每月通報人次及與前一年同期相比之成長率
1月 29 日	0-17 歲通報訪視數據
2月 22 日	99 年後每月各縣市之自殺通報人次
2月 25 日	更新自殺通報相關資料
3月 10 日	各國 15-19 歲、20-24 歲自殺死亡率圖
3月 18 日	109 年全國及各縣市訪視類型及個案受訪情形
3月 22 日	25-44 歲與 45-64 歲之歷年各死因自殺死亡粗死亡率趨勢圖
3月 22 日	25-44 歲資料及 45-64 歲自殺通報資料
3月 26 日	100-109 年各年齡層自殺通報原因分析
4月 27 日	107-109 年 0-24 歲自殺通報個案自殺方式人次統計表
4月 28 日	107-109 年不同年齡層自殺通報人次統計表
5月 4 日	15 至 24 歲個案精神疾病診斷及社政議題分析
5月 6 日	105-108 年自殺死亡人數與粗死亡率
5月 6 日	「全國自殺通報個案性別與年齡層之比例表」
6月 7 日	自殺個案再自殺死亡風險因子相關分析及說明
6月 24 日	106 至 109 年兒少(0-17 歲)自殺通報個案、再自殺(含企圖及死亡)之人次、占所有個案之比率及增減情形
6月 24 日	各縣市(含全國)每月份精照合併自殺通報個案的個數、比例
6月 25 日	每月自殺通報人次
6月 30 日	0-17 歲及各年齡層再自殺數據
7月 20 日	105-110 年 6 月逐月我國自殺相關情形統計
8月 3 日	0-24 年齡分層通報人次及增減率
8月 12 日	110 年 1-7 月通報訪視數據
8月 19 日	更新「自殺通報關懷年報表(性別統計相關分析)」
8月 26 日	99-109 年原住民及全體標準化自殺死亡率
8月 27 日	98-109 年巴拉刈自殺死亡資料

9月22日 106-110年8月各月自殺通報人次(全國及22縣市)

9月28日 109年原住民自殺死亡人數

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、109 年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料

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

附件 2-1-5、自殺企圖個案自殺行為前後就醫情形

Chang, S.-S., Lin, C.-Y., Lee, M.-B., Shen, L.-J., Gunnell, D., & Eddleston, M. (2021). The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan. *Clinical Toxicology*, 1-5. doi:10.1080/15563650.2021.1937642

John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., & Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 371, m4352. doi:10.1136/bmj.m4352

Kölvä, K., & De Leo, D. (2014). Suicide rates in children aged 10–14 years worldwide: changes in the past two decades. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 283-285. doi:10.1192/bjp.bp.114.144402

Milner, A., Hjelmeland, H. M., Arensman, E., & De Leo, D. (2013). Social-environmental factors and suicide mortality: a narrative review of over 200 articles.

Walsh, R. F., Sheehan, A. E., Liu, R. T. J. D., & anxiety. (2021). Suicidal thoughts and behaviors in preadolescents: Findings and replication in two population-based samples. 38(1), 48-56.

Zhu, X., Tian, L., & Huebner, E. S. (2019). Trajectories of Suicidal Ideation from Middle Childhood to Early Adolescence: Risk and Protective Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1818-1834. doi:10.1007/s10964-019-01087-y

Zortea, T. C., Brenna, C. T. A., Joyce, M., McClelland, H., Tippett, M., Tran, M. M., . . . Platt, S. (2020). The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. *Crisis*, 1-14. doi:10.1027/0227-5910/a000753

109 年度自殺死亡地圖

一、背景(Context)

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

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

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(每十萬人口)、各死因及整體標準化自殺死亡率(每十萬人口)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(Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 年中人口：以社會經濟資料平臺提供的各年齡、縣市及鄉鎮市區年底人口，並將前一年年底人口數加該年年底人口數除以二，得到年中人口數。
- 2) 繪製地圖使用 Python。
- 3) 109 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖

以 109 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(每十萬人口)、各死因與整體標準化自殺死亡率(每十萬人口)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，或者由於數目太少導致變動很大的時候，可利用標準人口的穩定比率來求出此研究族群的各年齡層的期望死亡率。該族群觀察到的實際死亡數再與各年齡層期望死亡數的總和相比，得到標準化死亡比。可表示如下：

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

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 107-109 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) 標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O. 世界人口年齡結構為基準。
- 6) 各縣市、鄉鎮市區自殺死亡資料係以 SAS9.4 進行計算。
- 7) 係因自殺死亡地點之自殺死亡人數，資料取得較為不完整，產生較大統計上誤差，固本欄位僅供參考。

2. 資源連結合作：

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

三、過程(Process)

1. 109 年自殺死亡地圖(按鄉鎮市)

- 1) 進入衛生福利部「資料科學中心」針對 109 年各鄉鎮市區自殺死亡資料進行分析。
- 2) 蒐集各縣市及各鄉鎮市區之經緯度，以及計算標準化自殺死亡率(每十萬人口)、自殺粗死亡率(每十萬人口)、自殺死亡人數、三年移動平均標準化自殺死亡比，並進行各變數的合併。
- 3) 繪製各鄉鎮市區 109 年自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率(每十萬人口)、各死因與整體標準化自殺死亡率(每十萬人口)及 107-109 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 (Product)

109 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 109 年各死因及整體標準化死亡率(每十萬人口)、自殺粗死亡率(每十萬人口)、自殺死亡人數(戶籍地與死亡地)、107-109 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，摘要如下：

1. 全國

1) 全國地圖分佈

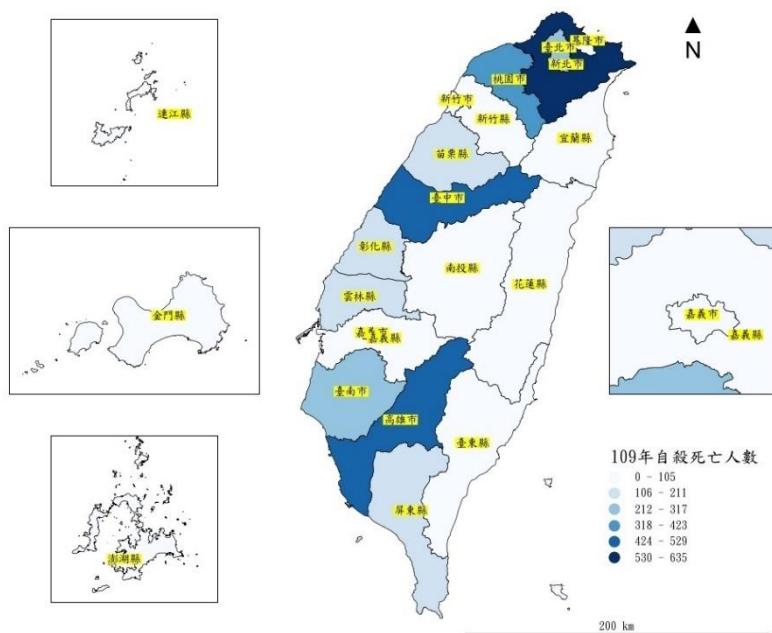


圖 2-2-1、109 年自殺死亡人數

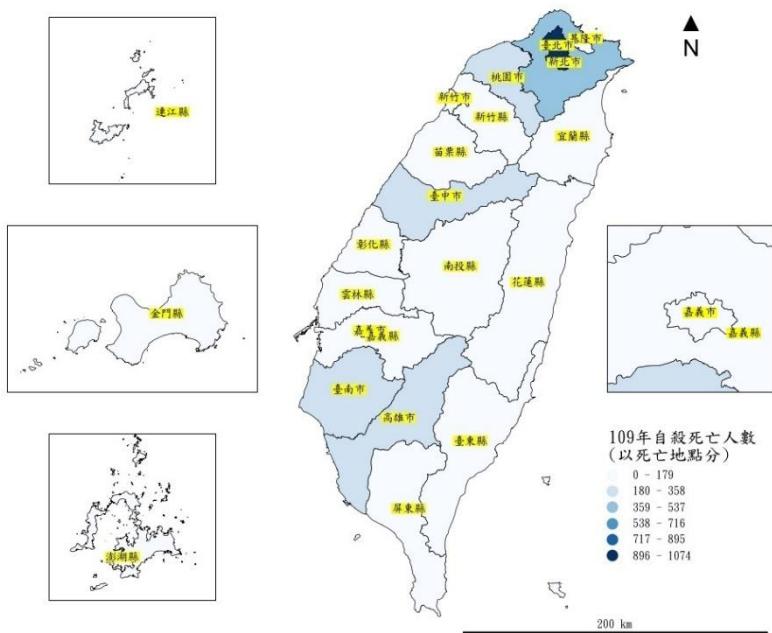


圖 2-2-2、109 年自殺死亡人數(以死亡地點分)

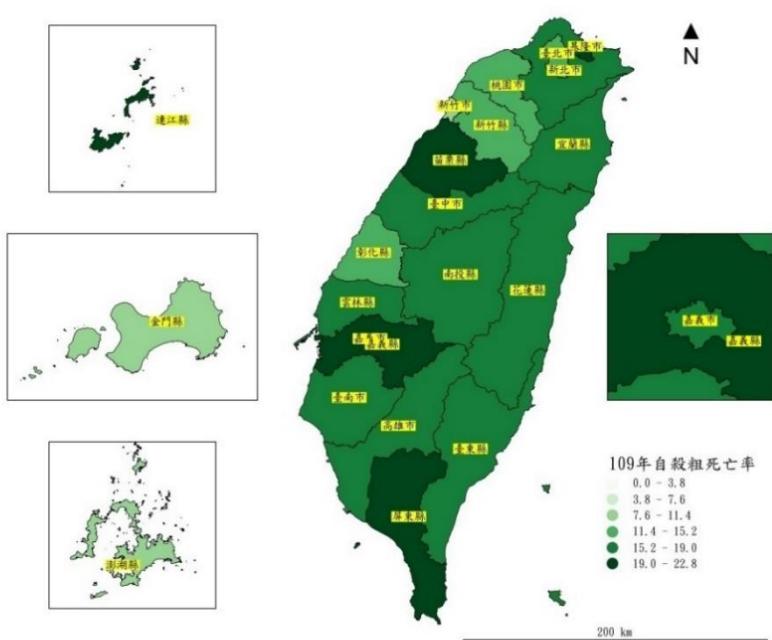


圖 2-2-3、109 年自殺粗死亡率(每十萬人口)

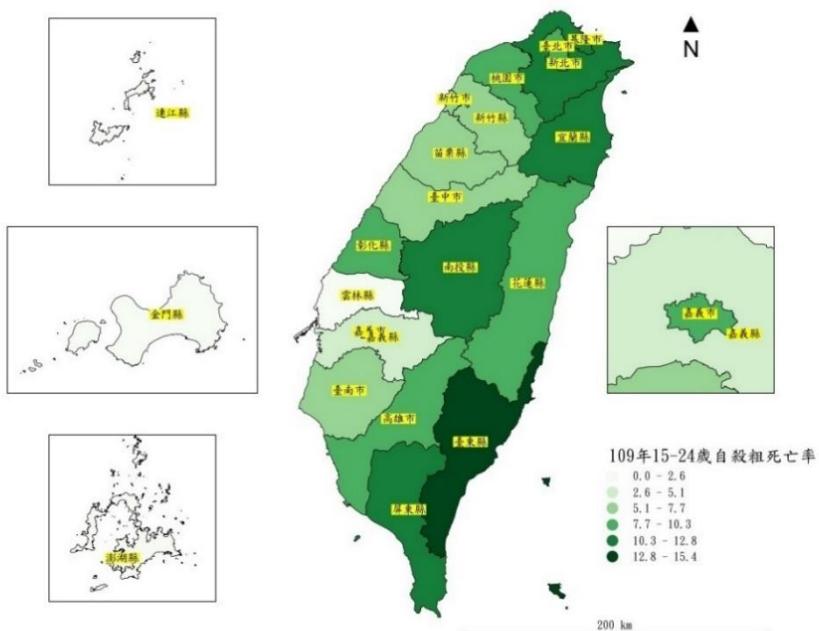


圖 2-2-4、109 年 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

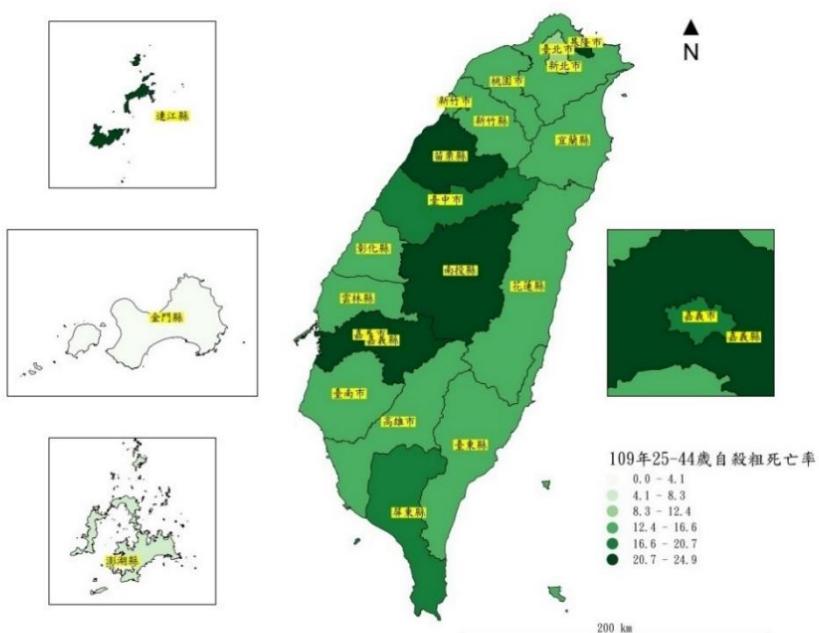


圖 2-2-5、109 年 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

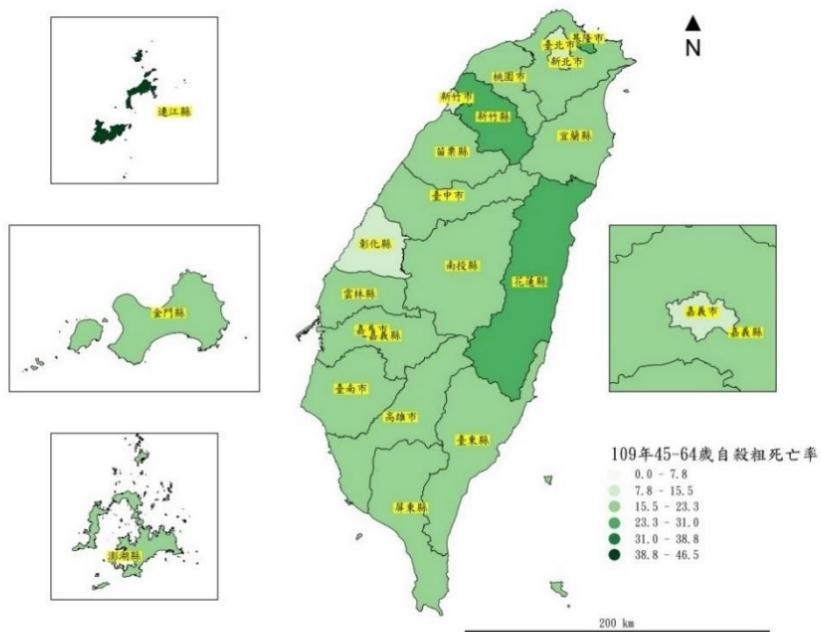


圖 2-2-6、109 年 45-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

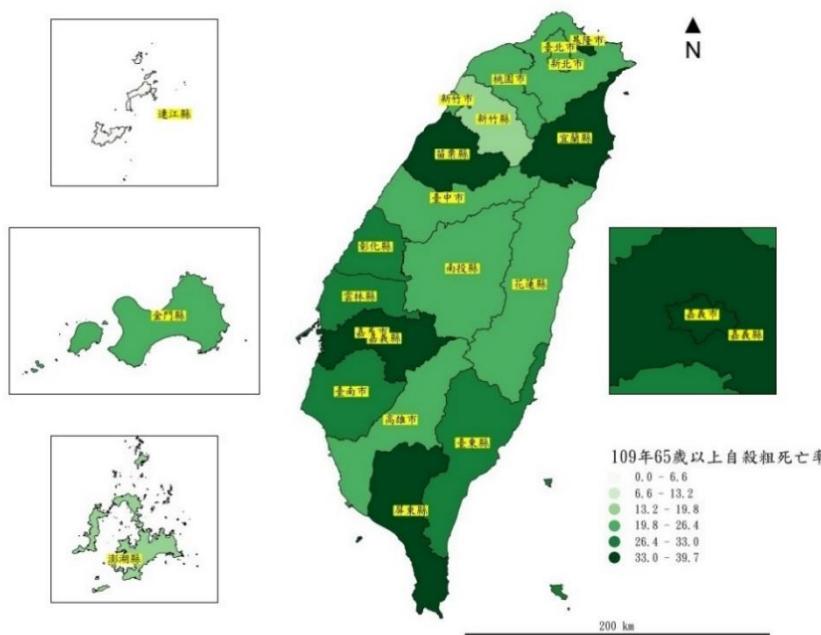


圖 2-2-7、109 年 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

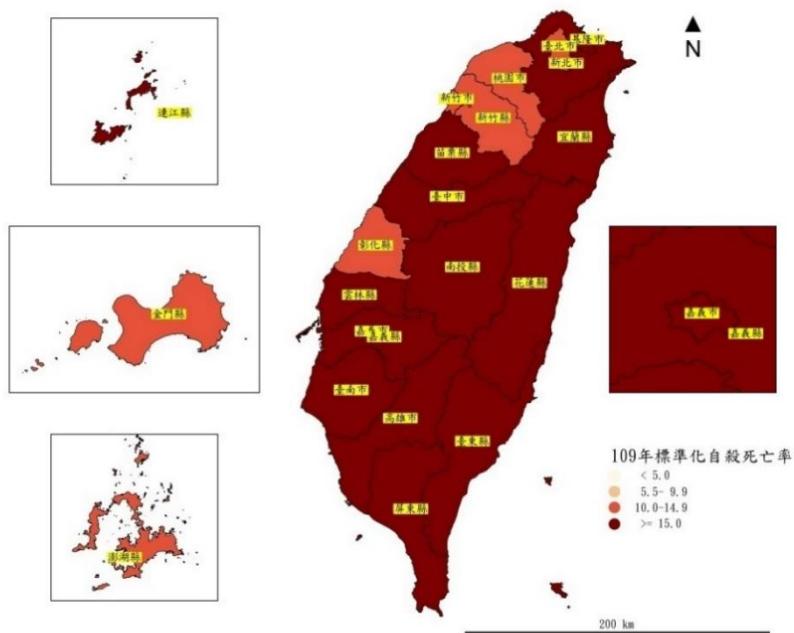


圖 2-2-8、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)

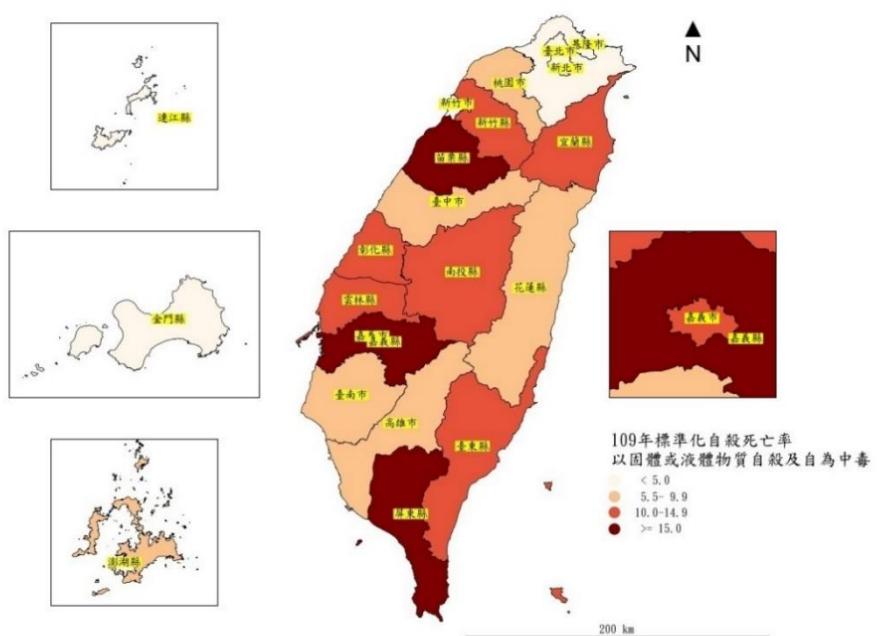


圖 2-2-9、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
以固體或液體物質自殺及自為中毒

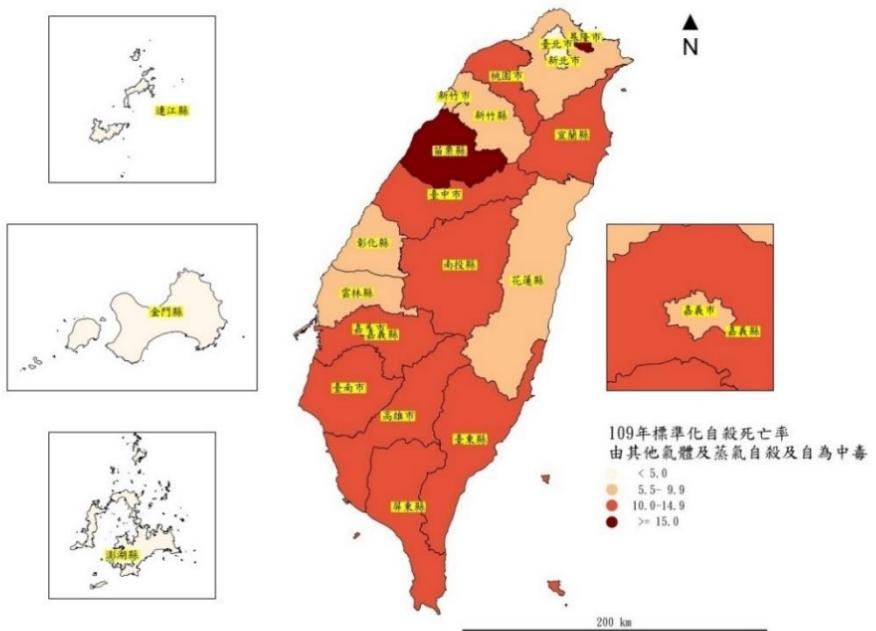


圖 2-2-10、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

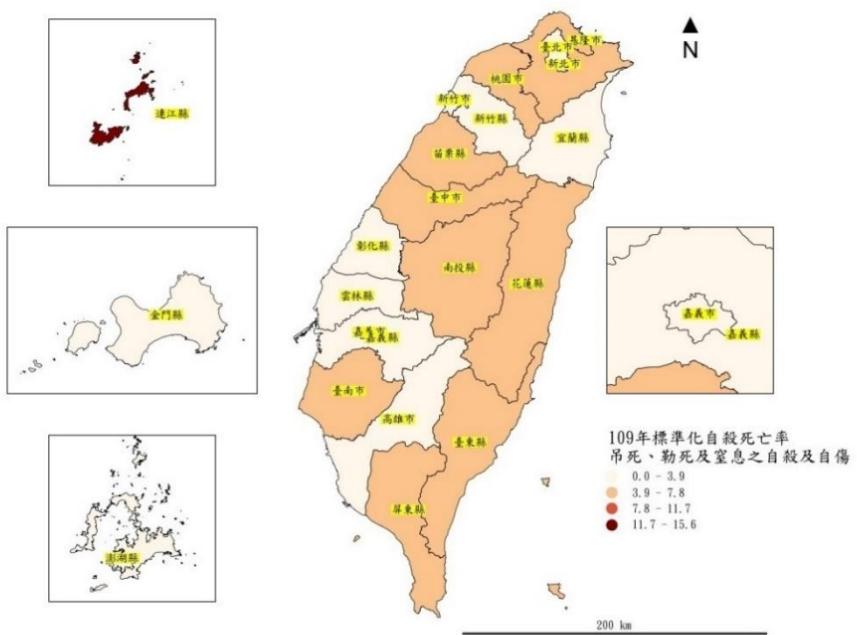


圖 2-2-11、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

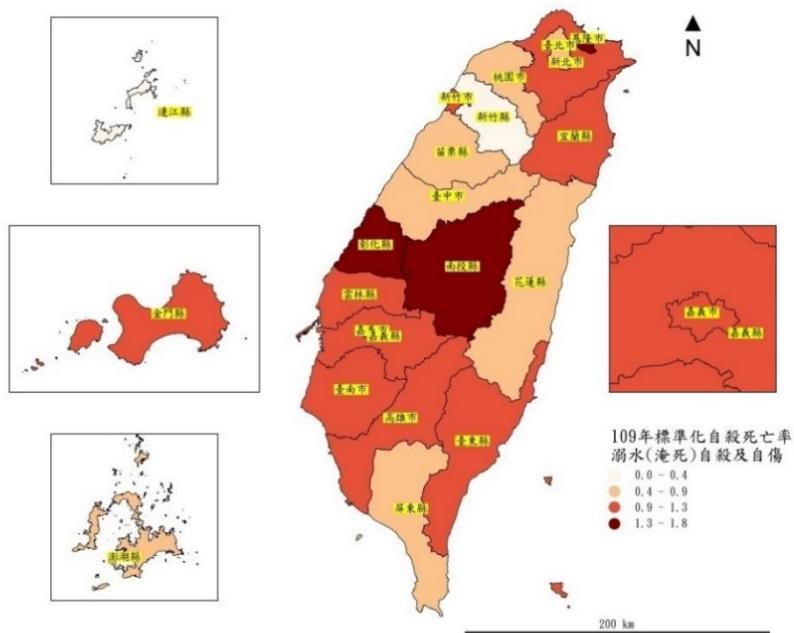


圖 2-2-12、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
溺水(淹死)自殺及自傷

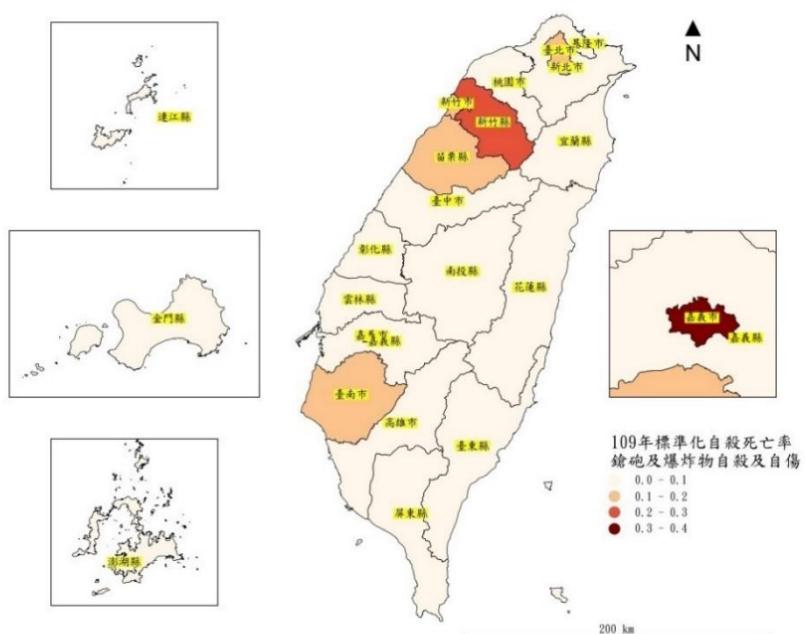


圖 2-2-13、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
鎗砲及爆炸物自殺及自傷

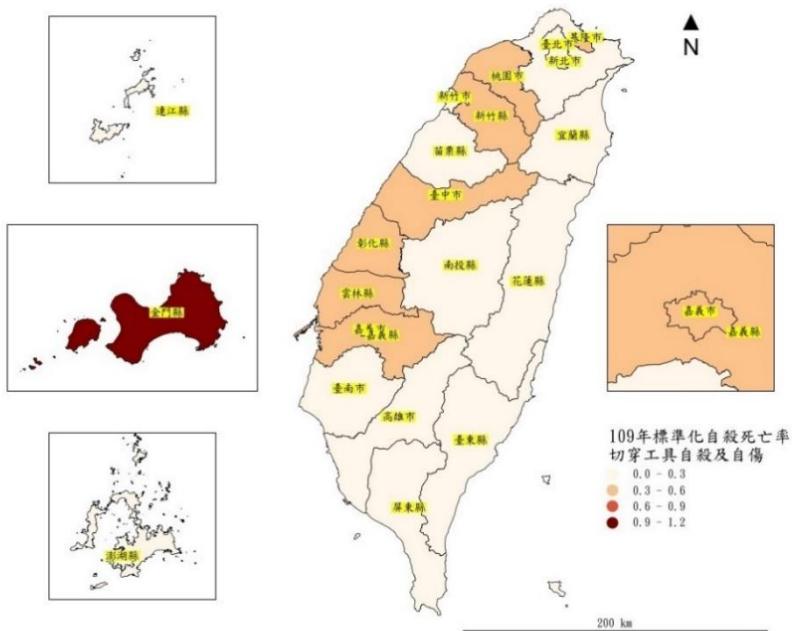


圖 2-2-14、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
切穿工具自殺及自傷

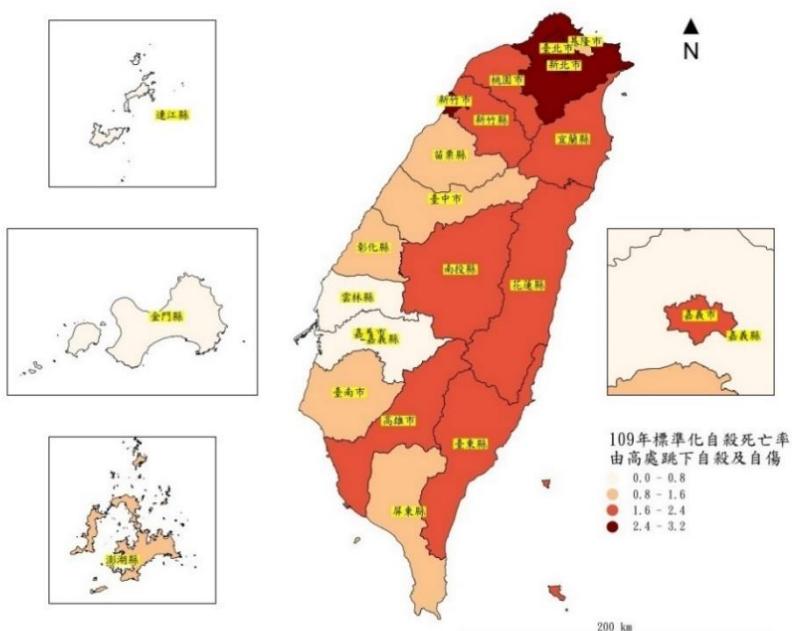


圖 2-2-15、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
由高處跳下自殺及自傷

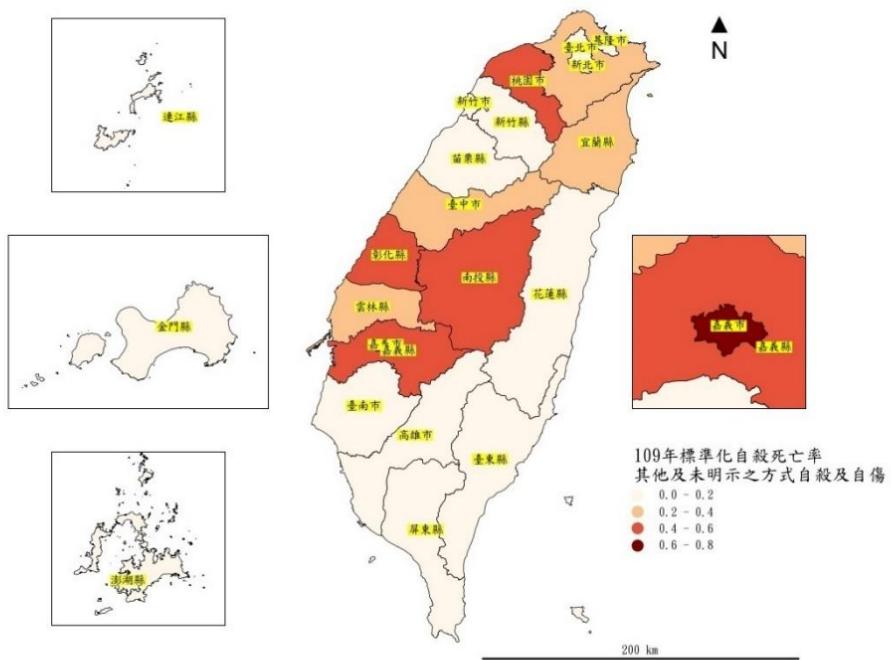


圖 2-2-16、109 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
其他及未明示之方式自殺及自傷

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(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、連江縣、苗栗縣。
- (3) 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、連江縣、苗栗縣。
- (4) 以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義縣、屏東縣、苗栗縣。
- (5) 由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、苗栗縣、宜蘭縣。
- (6) 吊死、勒死及窒息之自殺及自傷標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：連江縣、基隆市、花蓮縣。
- (7) 溺水(淹死)自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、南投縣、彰化縣。
- (8) 鎗砲及爆炸物自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義市、新竹縣、臺南市。
- (9) 切穿工具自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：金門縣、臺中市、基隆市。
- (10) 由高處跳下自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：臺北市、新北市、新竹市。
- (11) 其他及未明示之方式自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義市、嘉義縣、彰化縣。
- (12) 總論

依據 109 年自殺死亡數據結果顯示，自殺粗死亡率(每十萬人口)與標準化自殺死亡率(每十萬人口)，前三高縣市依序皆為基隆市、連江縣、苗栗縣，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。

以各項統計指標，依據視覺化方式呈現臺灣自殺死亡地圖，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

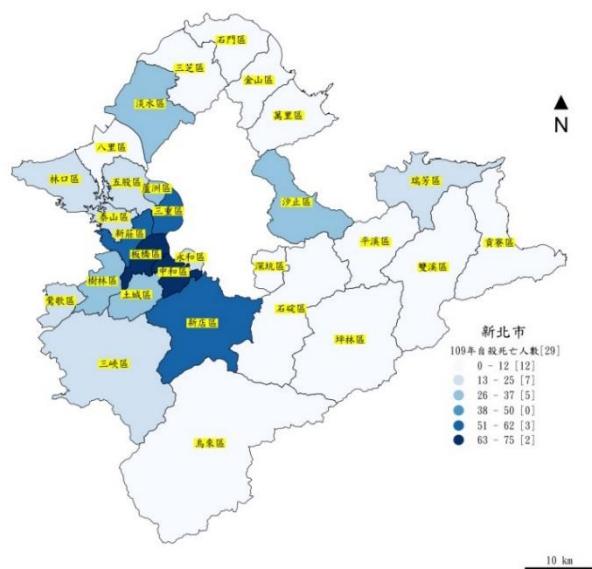


圖 2-2-17、109 年新北市自殺死亡人數

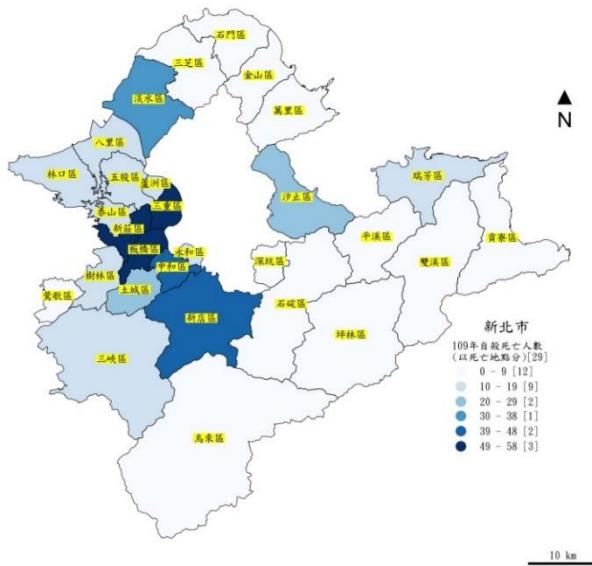


圖 2-2-18、109 年新北市自殺死亡人數(以死亡地點分)

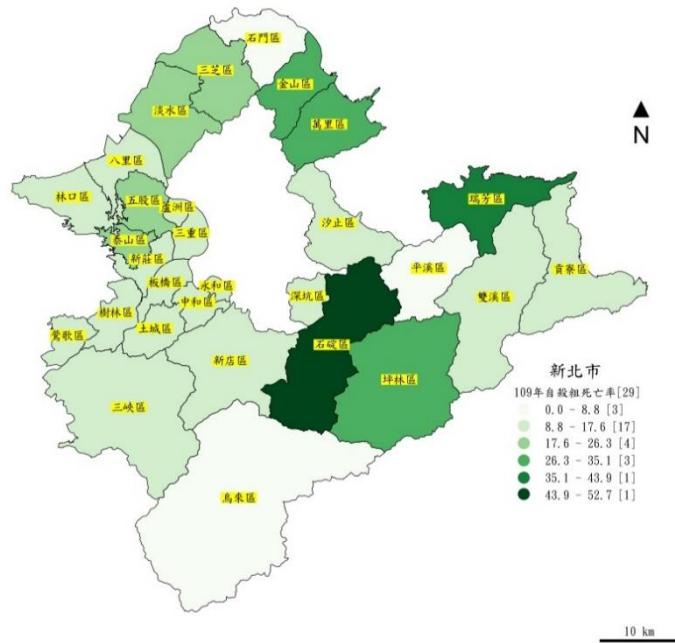


圖 2-2-19、109 年新北市自殺粗死亡率(每十萬人口)

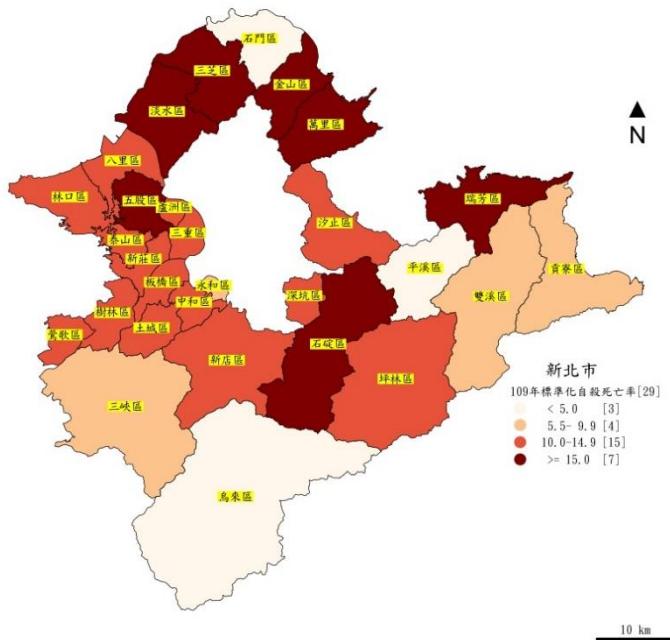


圖 2-2-20、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)

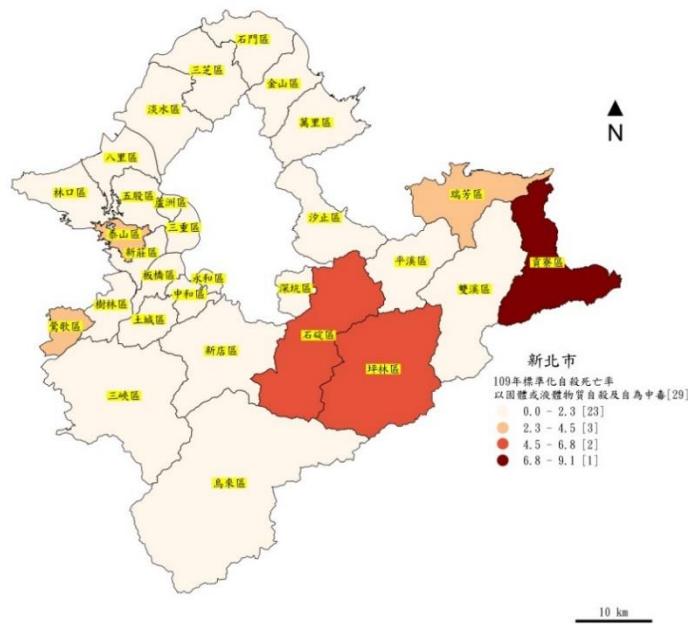


圖 2-2-20、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
以固體或液體物質自殺及自為中毒

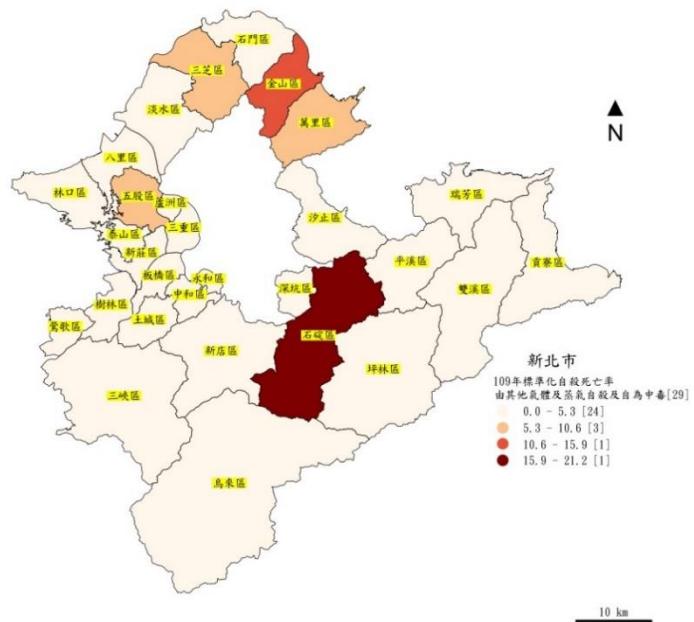


圖 2-2-21、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

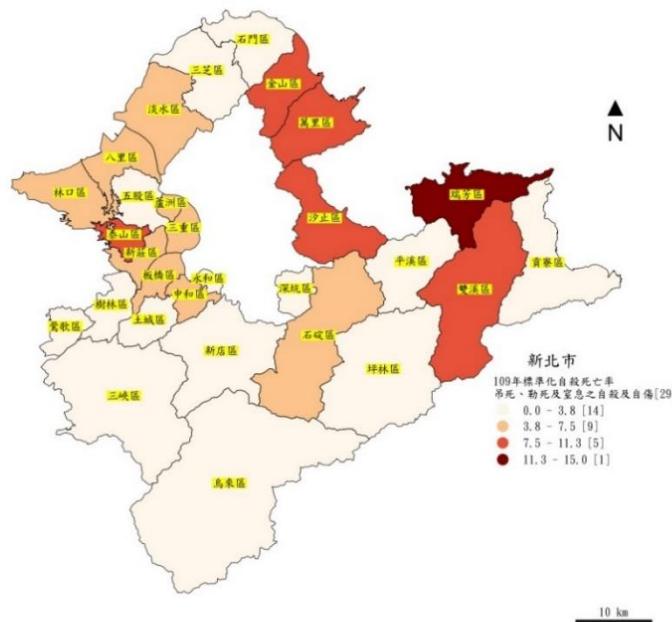


圖 2-2-22、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

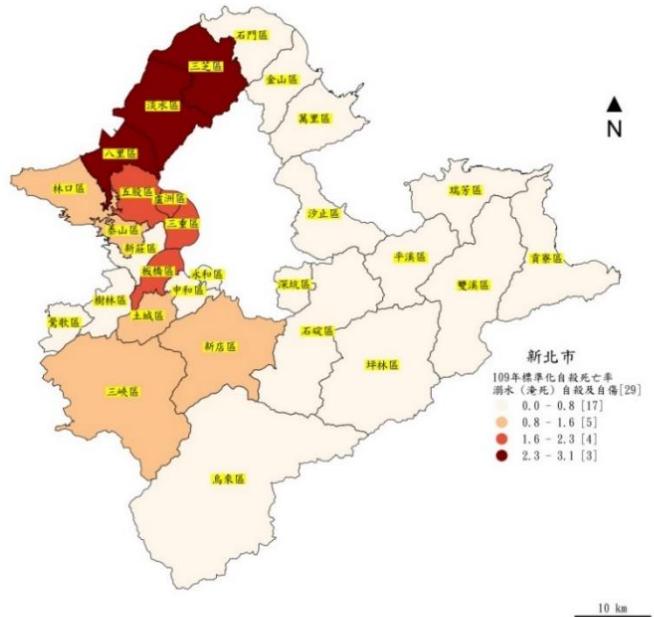


圖 2-2-23、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
溺水(淹死)自殺及自傷

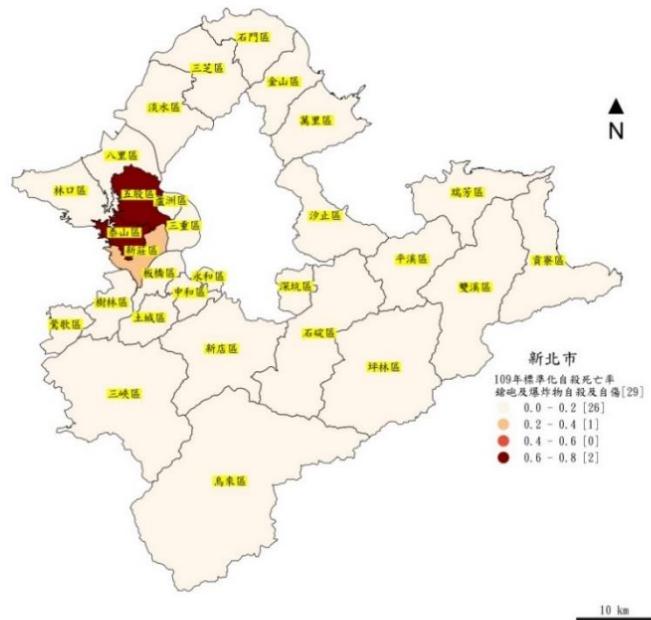


圖 2-2-24、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
鎗砲及爆炸物自殺及自傷

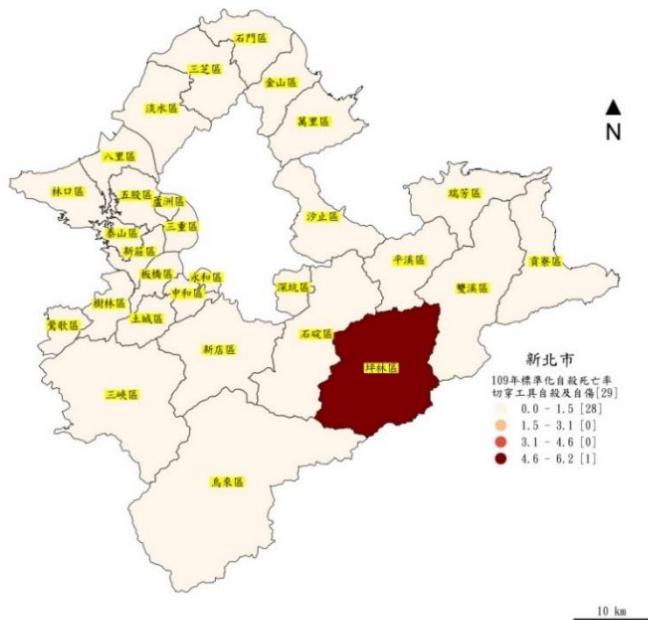


圖 2-2-25、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
切穿工具自殺及自傷

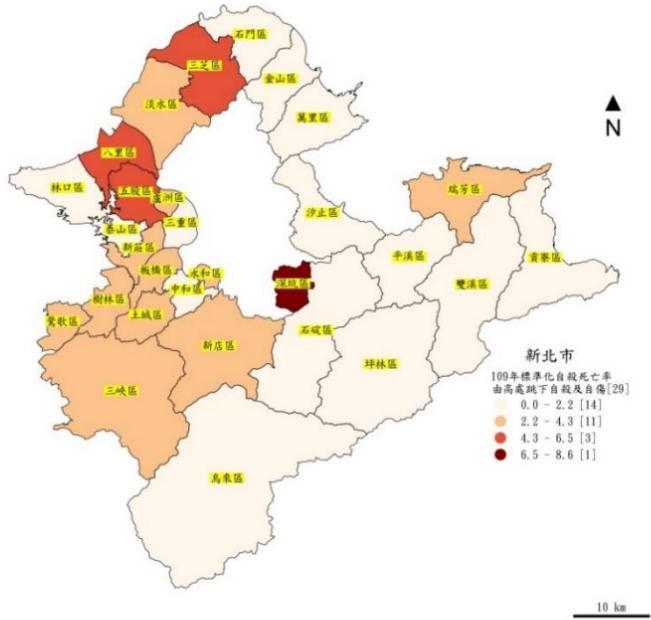


圖 2-2-26、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
由高處跳下自殺及自傷

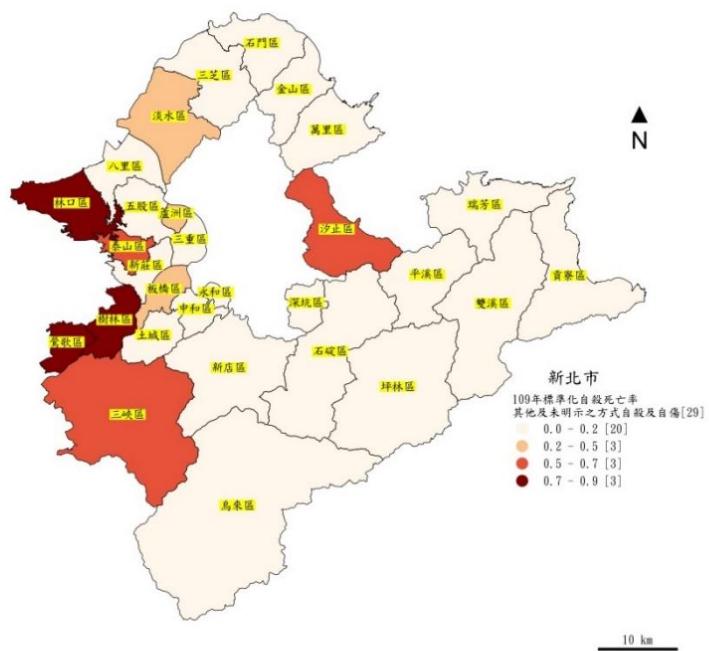


圖 2-2-27、109 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
其他及未明示之方式自殺及自傷

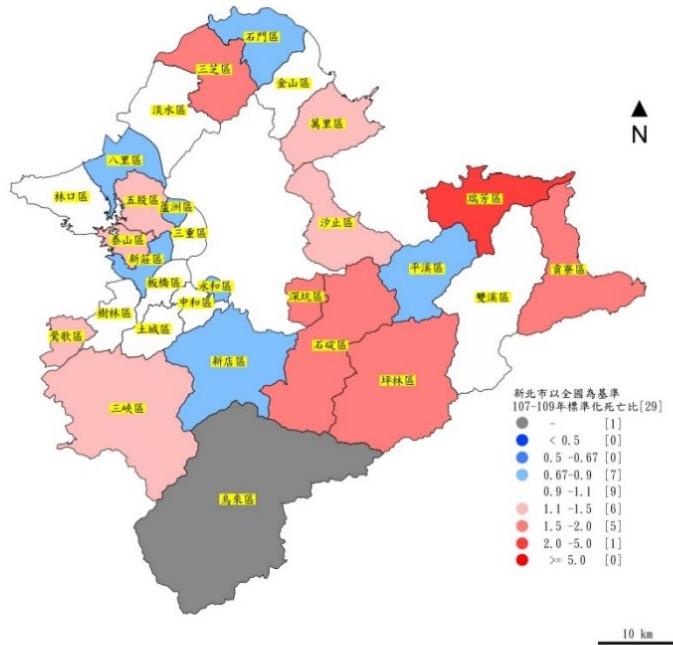


圖 2-2-28、107-109 年新北市標準化自殺死亡比(以全國為基準)

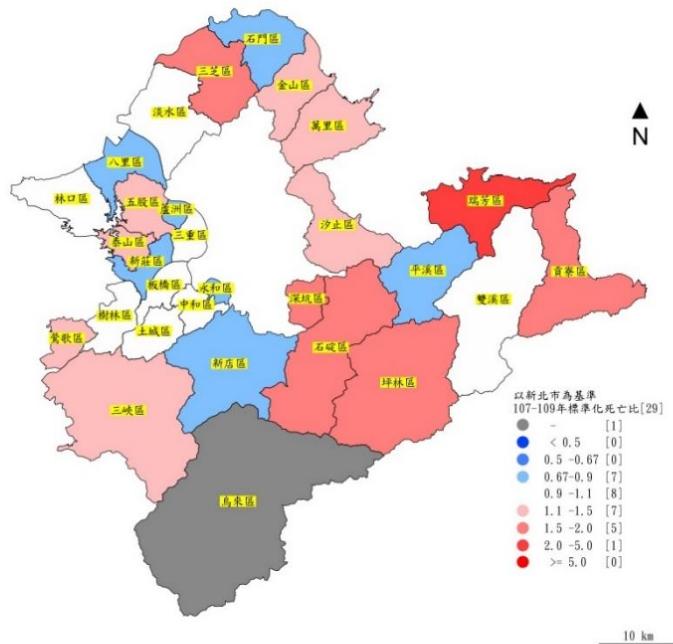


圖 2-2-29、107-109 年新北市標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

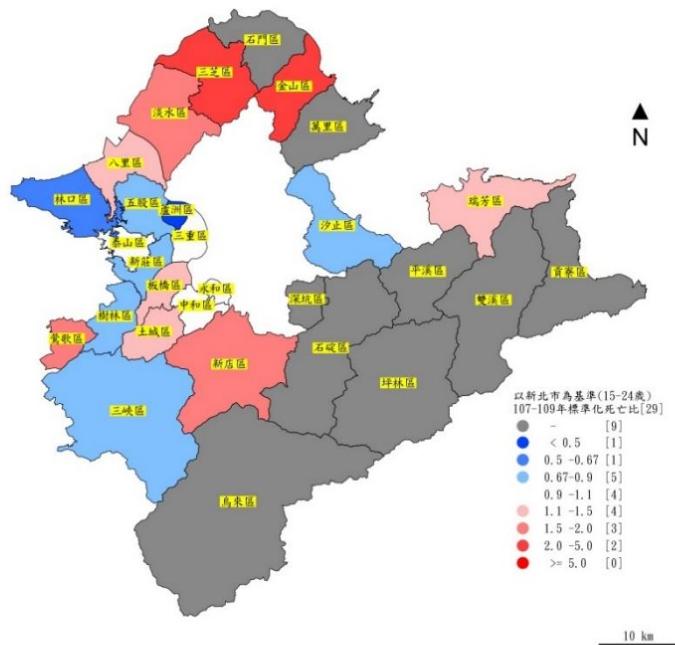


圖 2-2-30、107-109 年新北市 15-24 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

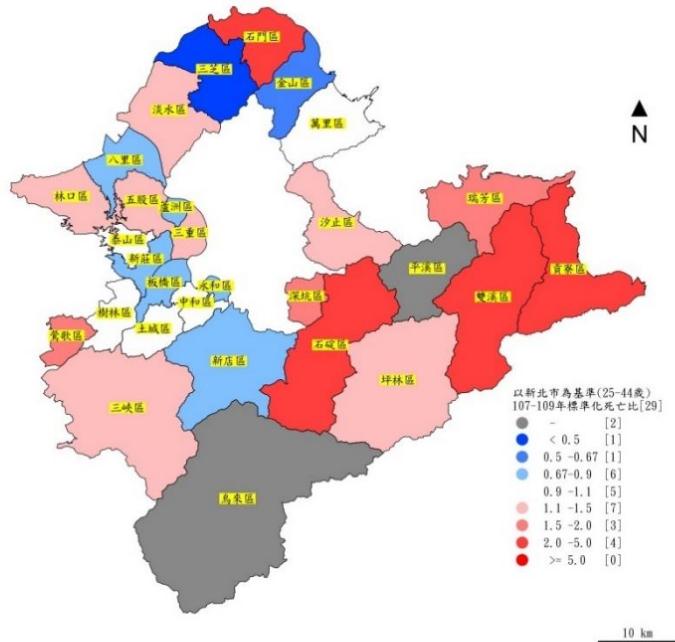


圖 2-2-31、107-109 年新北市 25-44 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

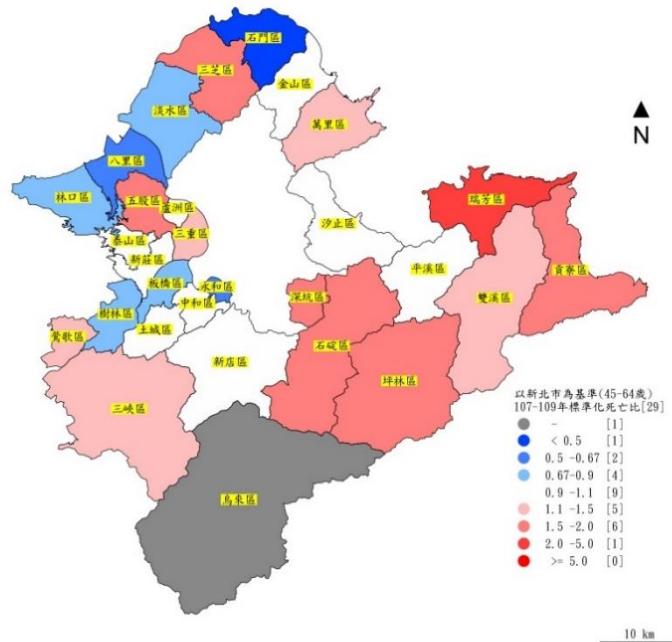


圖 2-2-32、107-109 年新北市 45-64 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

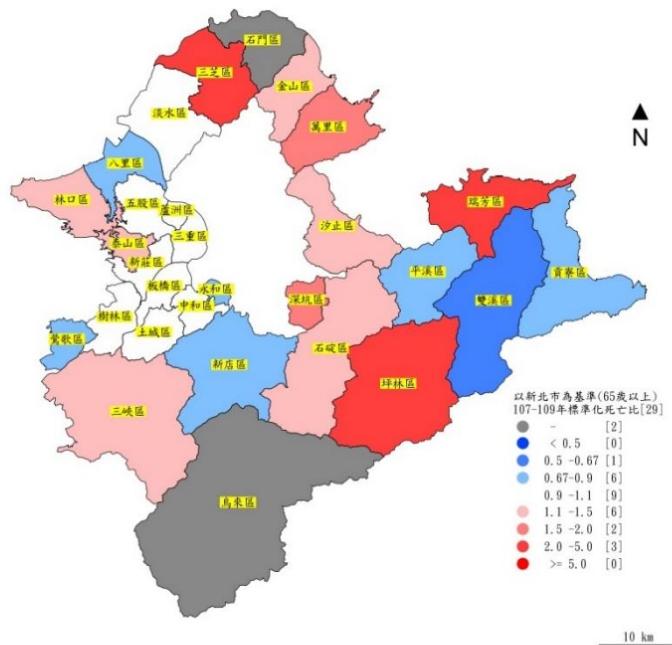


圖 2-2-33、107-109 年新北市 65 歲以上標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

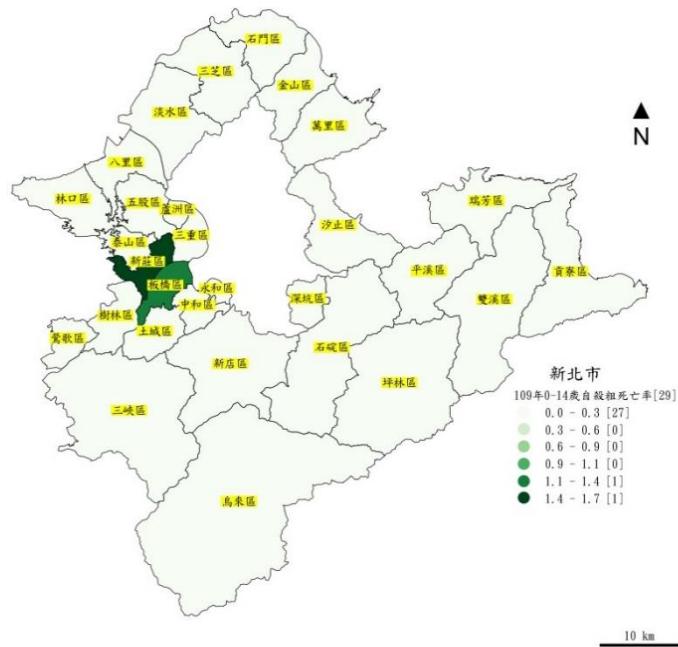


圖 2-2-34、109 年新北市 0-14 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

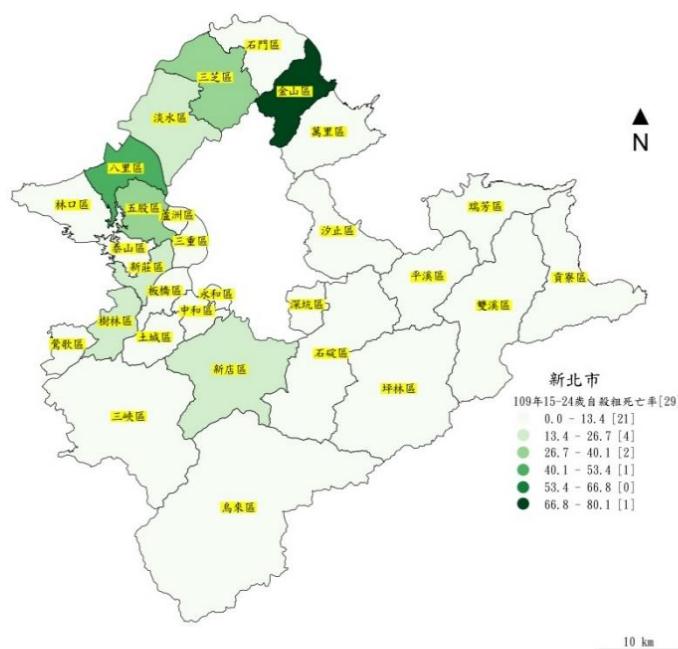


圖 2-2-35、109 年新北市 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

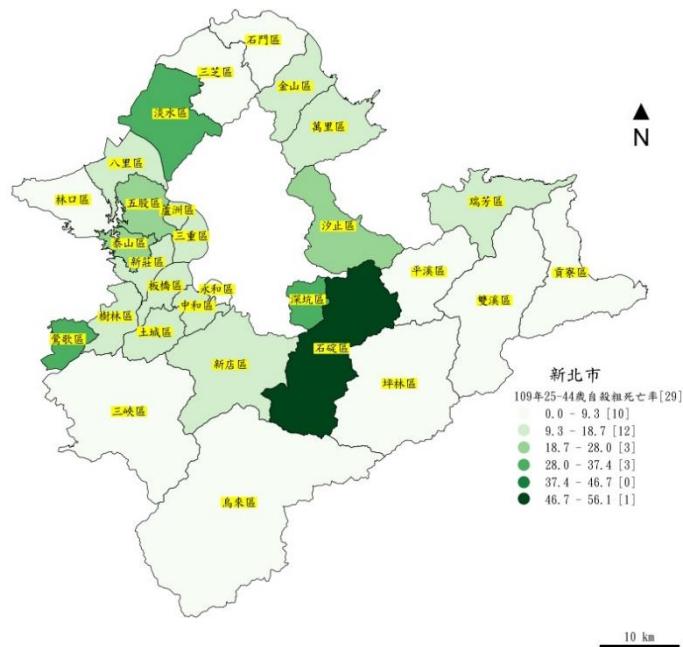


圖 2-2-36、109 年新北市 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

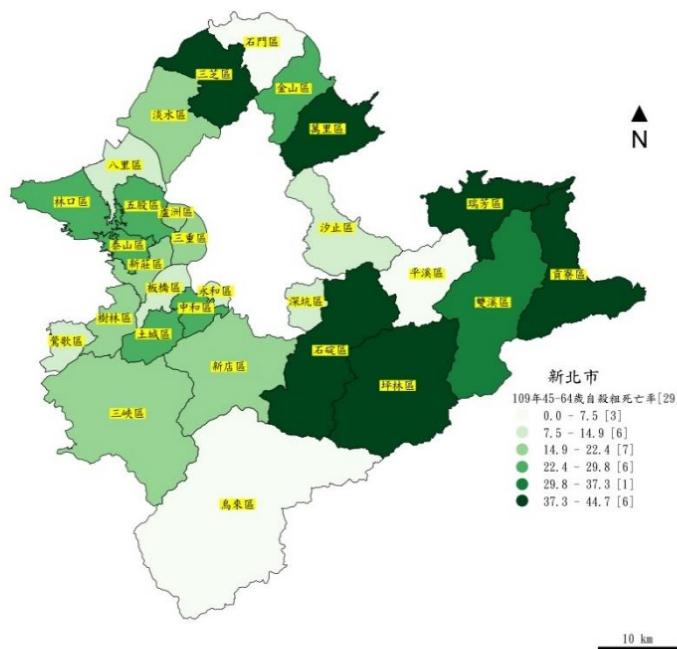


圖 2-2-36、109 年新北市 45-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

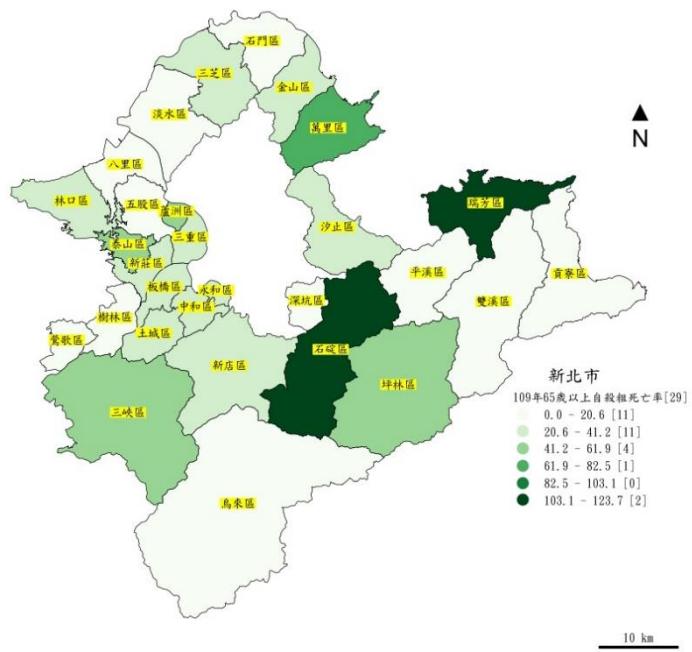


圖 2-2-37、109 年新北市 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

表 2-2-1、新北市 107-109 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		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)
板橋區	0.91 (0.79-1.02)	0.92 (0.8-1.03)	1.22 (0.71-1.73)	0.84 (0.65-1.03)	0.89 (0.7-1.08)	0.94 (0.7-1.18)
三重區	1.07 (0.92-1.22)	1.08 (0.93-1.23)	0.92 (0.4-1.44)	1.13 (0.86-1.4)	1.15 (0.9-1.41)	0.97 (0.67-1.26)
永和區	0.76 (0.6-0.92)*	0.77 (0.6-0.93)*	1 (0.26-1.74)	0.81 (0.49-1.13)	0.66 (0.41-0.92)*	0.82 (0.51-1.14)
中和區	0.94 (0.81-1.07)	0.95 (0.82-1.09)	0.92 (0.4-1.43)	0.97 (0.72-1.22)	0.94 (0.73-1.16)	0.97 (0.7-1.24)
新店區	0.88 (0.73-1.02)	0.89 (0.74-1.04)	1.5 (0.74-2.26)	0.88 (0.59-1.17)	0.92 (0.68-1.16)	0.72 (0.46-0.98)*
新莊區	0.82 (0.69-0.95)*	0.83 (0.7-0.96)*	0.78 (0.34-1.23)	0.67 (0.47-0.87)*	0.94 (0.72-1.17)	0.92 (0.6-1.23)
樹林區	0.92 (0.72-1.12)	0.93 (0.72-1.14)	0.72 (0.09-1.35)	1.08 (0.7-1.46)	0.86 (0.53-1.18)	0.92 (0.45-1.38)
鶯歌區	1.41 (1.05-1.78)*	1.43 (1.06-1.8)*	1.76 (0.35-3.17)	1.72 (1.02-2.42)*	1.4 (0.8-2)	0.88 (0.23-1.53)
三峽區	1.14 (0.86-1.43)	1.15 (0.86-1.44)	0.87 (0.02-1.73)	1.12 (0.62-1.62)	1.29 (0.79-1.78)	1.1 (0.48-1.73)
淡水區	1.05 (0.84-1.27)	1.07 (0.85-1.29)	1.53 (0.53-2.53)	1.26 (0.82-1.7)	0.83 (0.52-1.14)	1.05 (0.6-1.5)
汐止區	1.17 (0.96-1.38)	1.19 (0.97-1.4)	0.82 (0.16-1.48)	1.36 (0.93-1.78)	1 (0.69-1.3)	1.47 (0.95-1.98)
瑞芳區	2.07 (1.45-2.69)*	2.1 (1.47-2.73)*	1.5 (0-3.57)	1.9 (0.72-3.08)	2.29 (1.23-3.35)*	2.18 (1-3.37)
土城區	0.97 (0.79-1.15)	0.98 (0.8-1.17)	1.11 (0.42-1.8)	0.92 (0.61-1.23)	1.05 (0.74-1.35)	0.9 (0.49-1.32)
蘆洲區	0.88 (0.69-1.08)	0.89 (0.7-1.09)	0.5 (0.01-0.98)*	0.84 (0.51-1.16)	0.99 (0.67-1.32)	1.01 (0.52-1.51)
五股區	1.22 (0.88-1.56)	1.24 (0.9-1.58)	0.86 (0-1.83)	1.1 (0.55-1.66)	1.6 (0.97-2.23)	0.92 (0.24-1.61)
泰山區	1.12 (0.77-1.46)	1.12 (0.78-1.47)	1.04 (0-2.22)	0.94 (0.41-1.48)	1.08 (0.51-1.64)	1.46 (0.56-2.37)
林口區	1 (0.72-1.28)	1.01 (0.73-1.29)	0.5 (0-1.2)	1.26 (0.73-1.79)	0.81 (0.4-1.22)	1.18 (0.48-1.87)
深坑區	1.61 (0.88-2.33)	1.63 (0.9-2.37)	0 (0-0)*	1.86 (0.37-3.35)	1.65 (0.51-2.79)	1.91 (0.24-3.58)
石碇區	1.92 (0.59-3.25)	1.95 (0.6-3.31)	0 (0-0)*	3.42 (0-7.28)	1.92 (0-4.08)	1.45 (0-3.47)
坪林區	1.6 (0.32-2.89)	1.63 (0.33-2.94)	0 (0-0)*	1.4 (0-4.15)	1.51 (0-3.61)	2.11 (0-4.5)
三芝區	1.53 (0.82-2.23)	1.55 (0.84-2.27)	2.29 (0-5.48)	0.34 (0-1.01)	1.78 (0.55-3.01)	2.16 (0.56-3.75)
石門區	0.83 (0.1-1.55)	0.84 (0.1-1.57)	0 (0-0)*	2.32 (0.05-4.59)	0.47 (0-1.4)	0 (0-0)*
八里區	0.75 (0.35-1.14)	0.75 (0.36-1.15)	1.29 (0-3.08)	0.89 (0.11-1.66)	0.54 (0.01-1.06)	0.78 (0-1.66)
平溪區	0.71 (0-1.7)	0.73 (0-1.74)	0 (0-0)*	0 (0-0)*	0.98 (0-2.91)	0.85 (0-2.51)
雙溪區	0.99 (0.12-1.86)	1.01 (0.12-1.89)	0 (0-0)*	2.09 (0-4.99)	1.13 (0-2.68)	0.51 (0-1.5)
貢寮區	1.74 (0.76-2.73)	1.77 (0.77-2.77)	0 (0-0)*	3.93 (0.79-7.07)	1.55 (0.03-3.06)	0.87 (0-2.08)
金山區	1.1 (0.48-1.71)	1.11 (0.48-1.74)	2.48 (0-5.91)	0.64 (0-1.52)	1 (0.02-1.97)	1.42 (0.03-2.8)
萬里區	1.31 (0.65-1.97)	1.33 (0.66-2.01)	0 (0-0)*	1.03 (0-2.19)	1.39 (0.28-2.5)	1.83 (0.37-3.3)
烏來區	0 (0-0)*	0 (0-0)*	0 (0-0)*	0 (0-0)*	0 (0-0)*	0 (0-0)*

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 107-109 年之中人口計算。

2) 新北市總說明

- (1) 自殺死亡人數前三高依序為：板橋區、中和區、新莊區。
- (2) 自殺粗死亡率(每十萬人口)前三高依序為：石碇區、瑞芳區、萬里區。
- (3) 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：五股區、石碇區、瑞芳區。
- (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) 107-109 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，鶯歌區及瑞芳區，其 $SMR > 1$ ，且達到統計上顯著，表示自殺死亡風險高於全國。

- (8) 107-109 年標準化死亡比(以縣市為基準)

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，鶯歌區及瑞芳區，其 $SMR > 1$ ，且達到統計上顯著，表示自殺死亡風險高於所在縣市。

各年齡層：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，25-44 歲為鶯歌區、45-64 歲為瑞芳區，其 $SMR > 1$ ，且達到統計上顯著，表示此自殺死亡風險高於所在縣市之該年齡層。

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，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、109 年 7 月起積極推動自殺防治通報系統擴大通報作業及 109 年 8 月自殺防治法施行細則公佈，除醫療院所及衛生局所外，鼓勵非衛生單位於知悉有自殺事件時進行通報作業，有助於提升自殺企圖個案管理及訪視關懷服務。

綜言之，自殺防治通報系統之建置主要目的有下列三大項：

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

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

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

2. 目的與目標

- 1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡。
- 2) 監測自殺通報系統的品質管理，並進行資料之統計分析。
- 3) 抽查訪視紀錄，給予綜合建議。

二、輸入(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 4.4 關懷訪視紀錄抽查)

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)按月協助檢視自殺通報系統產出之「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」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(如表2-3-1)：

表2-3-1、縣市臨時性統計分析需求表

單位	索取日期	資料內容簡述	交付日期
南投縣 衛生局	110/03/30	110年1-2月南投縣自殺通報人次	110/04/07
基隆市 衛生局	110/04/20	109年各區自殺通報個案特殊身份 註記比率及名冊	110/04/14

屏東縣 110/07/27
衛生局

109 年再自殺個案清冊
110 年通報人數及個案清冊

110/07/28

新北市 110/08/27
衛生局

107-109 年再自殺率及個案清冊

110/09/01

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」至精神醫療網核心醫院，統計至 10 月 30 日共 206 份。
- 2) 按季年製作「自殺通報關懷季報表」、「自殺通報關懷年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，每季函送季報表至精神醫療網核心醫院，統計至 10 月 30 日共 46 份。
- 3) 95 年 1 月至 110 年 9 月統計分析如下(擷取日期：110 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 109 年總通報人次為 40,432 人次，與前一年度相比上升 14.5%，110 年 1 月至 9 月通報人次為 31,499 人次，與去年同期相比上升 2,707 人次，漲幅為 9.4%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，2020 年為 10.5 (如圖 2-3-1)。

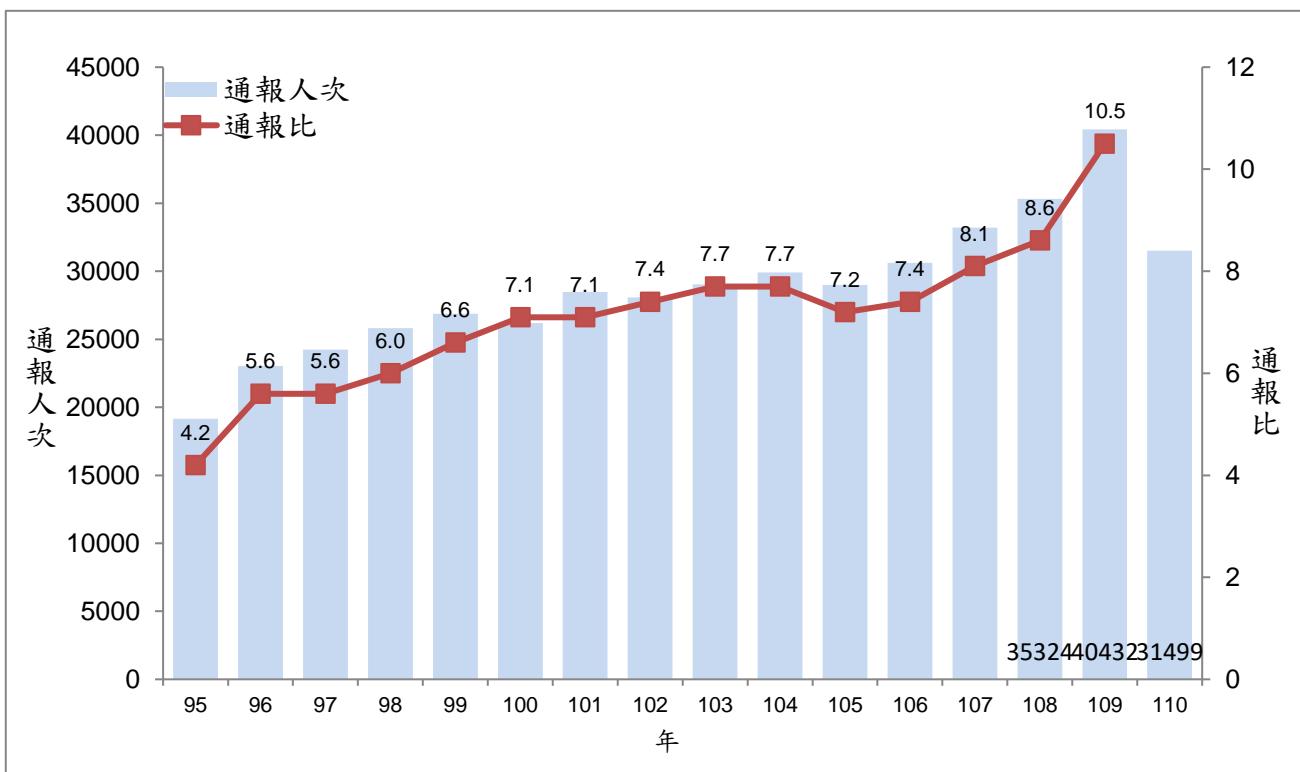


圖 2-3-1、95 年至 110 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型

由 100 年至 110 年 9 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-3-2)，通報單位主要來自醫療院所，其占率介於 67.3~91.7%，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。通報占次高為警消單位，通報占率逐年增加，至 110 年 1 至 9 月升至 15.7%，教育單位的通報占率自 105 年起亦逐年上升，110 年 1 至 9 月占率為 7.0%，為歷年來最高。

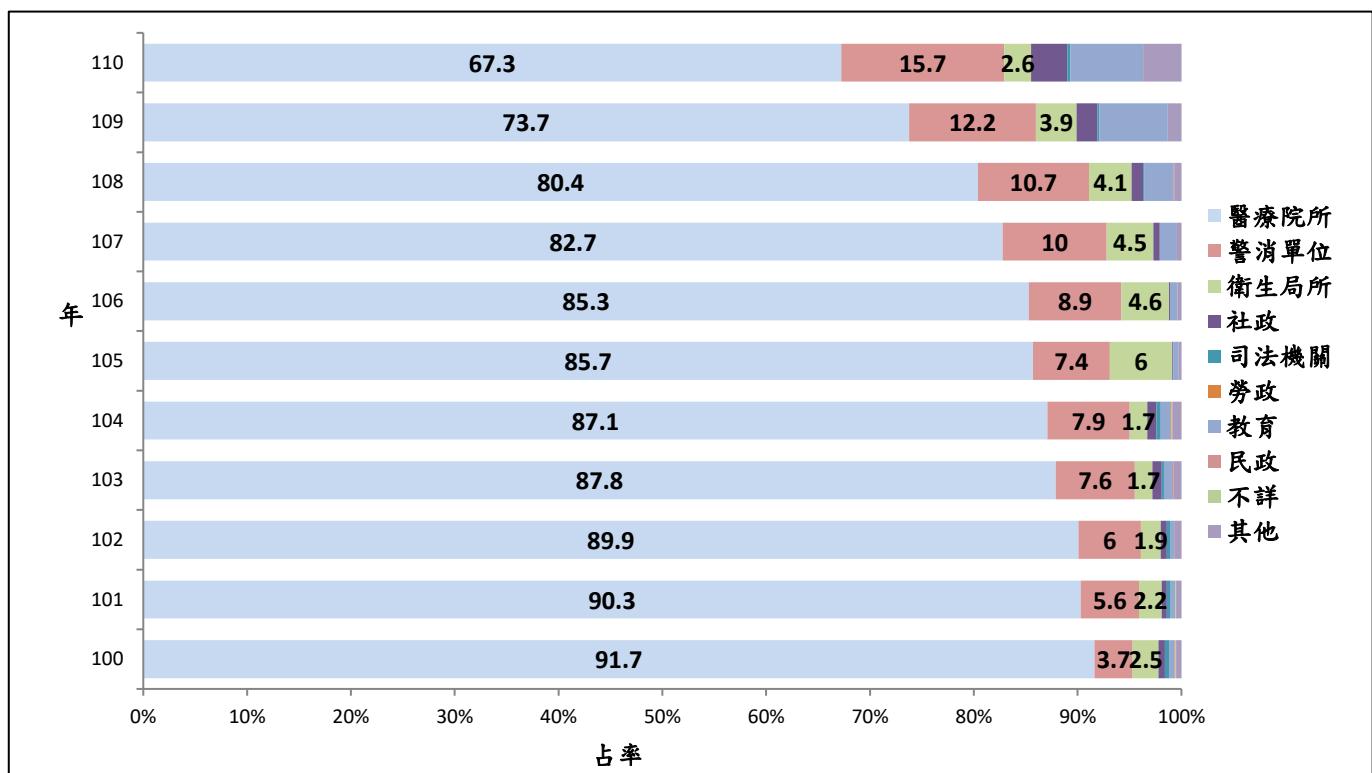


圖 2-3-2、100 年至 110 年 9 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 2-3-2)，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，110 年 1-9 月分案率則為 100%，分案關懷率 98.5%。30 天再自殺率則呈現逐年增加的趨勢，110 年 1-8 月 30 天再自殺率 10.7%，且可以觀察到 110 年單月通報個案 3 個月內結案原因中，重複通報(派遣系統結案)約佔 3 成，其中約 30%的通報案件為同一次自殺事件重複通報，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，重複通報個案有一部分

則為再自殺個案(約占重複通報個案之 60%)，過往研究數據顯示，再自殺個案為自殺死亡的高風險族群，針對再自殺高風險個案加強管理，落實通報訪視作業並搭配資訊系統的功能優化，針對高風險族群加強以個案為中心，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，及時介入提供個案協助及轉介相關資源，避免憾事發生。

表 2-3-2、100 年至 110 年 9 月通報指標

	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110 ^{註1} (1~9 月)
通報人次	26,183	28,471	28,083	29,047	29,914	28,996	30,619	33,207	35,324	40,432	31,499
通報比	7.1	7.1	7.4	7.7	7.7	7.2	7.4	8.1	8.6	10.5	-
分案率(%)	99.9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
分案關懷率 (%)	99.9	100	99.2	99.9	99.2	99.4	99.8	99.9	99.8	99.3	98.5
30 天再自殺率(%) ^{註2}	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9	5.4	5.4	6.1	7.1	8.3	10.7 ^{註3}

註 1：110 年 1 至 9 月之資料，擷取日期：110 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 3：110 年 30 天再自殺率之追蹤期間為 110 年 1 至 8 月。

(4) 自殺企圖者之特性

110 年 1 至 9 月通報共 31,499 人次，其中女性通報 20,569 人次，男性通報 10,930 人次，女性為男性 1.88 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 27.1%)、35-44 歲(占率 18.5%)、25-34 歲(占率 18.0%)、45-54 歲(占率 12.3%)、55-64 歲(占率 8.4%)、14 歲以下(占率 5.3%)、65-74 歲(占率 5.1%)、75 歲以上(占率 5.0%)，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，男性通報人次最高的年齡層為 35-44 歲，佔男性通報的 19.7%；女性通報人次最高的年齡層為 15-24 歲，佔女性通報的 31.6%(如表 2-3-3)。針對 15-24 歲通報個案進一步分析，近年女性通報人次增幅大於男性通報人次，且女性通報個案中，自殺原因「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」及「學校適應問題」佔率較男性高，應加強校園內珍愛生命守門人之觀念，並強化學校單位與精神醫療資源的轉介。期盼未來持續提升個案

資料之完整性，以利探究個案自殺行為背後的根因。

表 2-3-3、110 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	342	3.1	1338	6.5	1680	5.3
15-24	2023	18.5	6500	31.6	8523	27.1
25-34	2105	19.3	3565	17.3	5670	18.0
35-44	2153	19.7	3680	17.9	5833	18.5
45-54	1503	13.8	2364	11.5	3867	12.3
55-64	1223	11.2	1417	6.9	2640	8.4
65-74	813	7.4	801	3.9	1614	5.1
75 以上	735	6.7	847	4.1	1582	5.0
不詳	33	0.3	57	0.3	90	0.3
總計	10930	100	20569	100	31499	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.9%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(30.8%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。(如表 2-3-4)。

表 2-3-4、110 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	3894	35.6	9003	43.8	12897	40.9
以家用瓦斯自殺及自為中毒	133	1.2	45	0.2	178	0.6
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	891	8.2	516	2.5	1407	4.5
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	902	8.3	771	3.7	1673	5.3
溺水(淹死)自殺及自傷	363	3.3	575	2.8	938	3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	13	0.1	2	0	15	0
切穿工具自殺及自傷	2431	22.2	7265	35.3	9696	30.8
由高處跳下自殺及自傷	1091	10	1688	8.2	2779	8.8

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」(49.9%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(21.8%)

及「由高處跳下自殺及自傷」(15.5%)。15-24 歲自殺方式占率排序前三位為「切穿工具自殺及自傷」(40.5%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(38.4%)及「由高處跳下自殺及自傷」(10.3%)。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」(36.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(35.3%)、「由高處跳下自殺及自傷」(9.0%)。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」(42.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(28.4%)、「由高處跳下自殺及自傷」(8.0%)。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」(45.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(22.9%)、「由高處跳下自殺及自傷」(7.2%)。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」(48.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(17.0%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(8.3%)。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」(48.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(12.9%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(12.6%)。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」(54.9%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(12.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(11.6%)。(如表 2-3-5)

表 2-3-5、110 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	21.8	38.4	36.2	42.8	45.1	48.2	48.9	54.9
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.2	0.1	0.5	0.8	1	1.4	0.6	0.2
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0.4	2.4	6.7	6.5	6	5	3.3	1.5
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	2	3.9	4.5	3.5	5.8	8.3	12.6	12.2
溺水(淹死)自殺及自傷	0.8	2.1	3	2.5	3.8	4.8	5.5	3.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	49.9	40.5	35.3	28.4	22.9	17	12.9	11.6
由高處跳下自殺及自傷	15.5	10.3	9	8	7.2	6.6	6	5.9

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(47.8%)、「情感／人際關係」(45.6%)及「工作／經濟」(11.2%)。

男性前三位為「精神健康／物質濫用」(41.9%)、「情感／人際關係」(39.2%)及「工作／經濟」(16.0%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(51.0%)、「情感／人際關係」(48.9%)及「工作／經濟」(8.6%)，無論男女，其自殺原因排序前三位皆與全國排序相同。(如表 2-3-6)。

表 2-3-6、110 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	4286	39.2	10067	48.9	14353	45.6
精神健康／物質濫用	4582	41.9	10487	51	15069	47.8
工作／經濟	1746	16	1774	8.6	3520	11.2
生理疾病	1188	10.9	1044	5.1	2232	7.1
校園學生問題	375	3.4	1333	6.5	1708	5.4
迫害問題	75	0.7	383	1.9	458	1.5
其他原因	900	8.2	1334	6.5	2234	7.1
無法說明及不詳	1697	15.5	2015	9.8	3712	11.8

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」(48.5%)、「精神健康／物質濫用」(42.9%)、「校園學生問題」(31.3%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(56.0%)、「情感／人際關係」(44.8%)、「校園學生問題」(12.9%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(51.8%)、「精神健康／物質濫用」(46.2%)、「工作／經濟」(16.3%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(50.8%)、「精神健康／物質濫用」(47.2%)、「工作／經濟」(16.2%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(47.2%)、「情感／人際關係」(46.3%)、「工作／經濟」(15.7%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(46.1%)、「情感／人際關係」(39.7%)、「生理疾病」(15.8%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(38.9)、「情感／人際關係」(33.0%)、「生理疾病」(32.2%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(44.4%)、「精神健康／物質濫用」(32.8%)、「情感／人際關係」(25.9%)。(如表 2-3-7)。

表 2-3-7、110 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	48.5	44.8	51.8	50.8	46.3	39.7	33	25.9
精神健康／物質濫用	42.9	56	46.2	46.8	47.2	46.1	38.9	32.8
工作／經濟	0.2	7.1	16.3	16.2	15.7	12.5	5.3	0.5
生理疾病	0.4	0.9	1.3	2.8	7	15.8	32.2	44.4
校園學生問題	31.3	12.9	1	0.2	0.1	0	0.1	0
迫害問題	1.4	1.5	1.6	2.2	1.4	1	0.4	0.3
其他	10.5	6.6	6.6	6.6	7.3	7.2	8.3	7.5
不願說明或無法說明	9	10	11.7	11.7	12.9	14.1	14.3	15.3

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 110 年 1-9 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 5.0 次，尚未達到平均次數之縣市有臺北市(平均 3.1 次)、苗栗縣(平均 3.2 次)、連江縣(平均 3.4 次)、嘉義縣(平均 4.0 次)、彰化縣(平均 4.2 次)、高雄市及花蓮縣(平均 4.6 次)、宜蘭縣、新竹縣及雲林縣(平均各 4.7 次)、澎湖縣(平均 4.9 次)、基隆市(平均各 4.9%)(如表 2-3-8)。

表 2-3-8、110 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表

110 年 1-9 月			
	平均數	標準差	中位數
全國	5	4.3	4
新北市	5.4	4.3	5
臺北市	3.1	3.8	1
桃園市	5.8	4.1	5
臺中市	5.4	5	4
臺南市	5.5	4.3	5
高雄市	4.6	3.9	3
宜蘭縣	4.7	4.5	3
新竹縣	4.7	3.7	4
苗栗縣	3.2	2.9	3
彰化縣	4.2	3.3	4
南投縣	6.4	5.3	5
雲林縣	4.7	3.5	4
嘉義縣	4	3.8	3

表 2-3-8、110 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表

110 年 1-9 月			
	平均數	標準差	中位數
屏東縣	5.7	4.6	5
臺東縣	7.2	5.1	6
花蓮縣	4.6	3.8	4
澎湖縣	4.9	4.1	4
基隆市	4.9	3.8	4
新竹市	5.7	4.2	5
嘉義市	5.5	4	4
金門縣	5.1	5.4	4
連江縣	3.4	2.6	2.5

(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 20.1%、家暴被害人占 11.6%、家暴加害人占 9.6%、毒防個案占 5.3%、家暴高危被害人占 2.3%、兒少加害人占 1.8%、家暴高危加害人占 1.7%、嚴重病人占 1.5%、兒少被害人占 1.4%、替代治療個案占 1.1%、性侵加害人占 0.3% (如表 2-3-9)。

表 2-3-9、110 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 (%)	替代治療個案 (%)	毒防個案 (%)
全國	20.1	1.5	1.7	2.3	9.6	11.6	1.8	1.4	0.3	1.1	5.3
新北市	16.2	0.8	1.5	1.8	8.9	10.5	1.5	1.9	0.2	0.6	4.4
臺北市	17.4	1.2	1.1	2.3	9.1	14.7	1.3	2	0.1	0.7	3.8
桃園市	15.2	1.1	2.3	2.7	8.8	12	1.4	0.6	0.2	1	5.7
臺中市	21.2	2	1.7	2.6	10.3	12.6	1.9	0.9	0.2	1.2	5
臺南市	20.9	2.2	1.7	2.3	8.4	10.6	1.8	0.7	0.3	1.2	5.9
高雄市	25	2.1	1.4	2.4	10.3	11.2	2.6	1.5	0.4	1.9	5.2
宜蘭縣	23	0.6	2.6	2.4	9.5	12.3	1.3	2.9	0.6	1.1	6.7
新竹縣	19.9	1.5	3.5	3.2	7.5	8.3	3	2	1.2	0.5	4.8
苗栗縣	13.9	1.1	2.5	2.7	9.3	9.6	1	0.5	0.7	1.1	6
彰化縣	29	1.3	1.2	1.6	10.5	11.7	1.4	0.4	0.2	1.7	4.8

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 (%)	替代治療個案 (%)	毒防個案 (%)
南投縣	21	1.3	2	2.6	10.5	11.7	2.1	1.8	0.4	2.1	6
雲林縣	20.4	1.2	1.9	3	14.1	13.8	2.1	0.6	0.4	1.7	8.5
嘉義縣	19.4	1.8	2.6	2.1	10.3	11.1	0.5	1.3	0.4	0.9	5.4
屏東縣	23.3	3.8	1.7	2.1	9	11.1	2.9	1	0.5	0.9	6.9
臺東縣	26.1	0.3	2.9	1.7	12.8	12.2	0.6	3.2	0.3	0	7
花蓮縣	23.8	2.8	1.7	1.8	7.6	12.8	2.1	2.6	0	1	4.4
澎湖縣	17.5	2.9	1	1.9	6.8	7.8	1	0	0	0	5.8
基隆市	18.4	2.7	2.5	1.5	9.7	10.3	1.7	0.6	0.8	0.6	9.7
新竹市	15.1	0.2	1.3	2.9	6.5	10.7	0.8	1.5	0.2	0.4	4.6
嘉義市	15.7	0.5	2.1	2.6	13.1	13.9	2.1	2.1	0.8	2.1	8.6
金門縣	22.8	2.5	2.5	5.1	5.1	16.5	3.8	6.3	1.3	0	1.3
連江縣	6.2	0	6.2	6.2	18.8	6.2	0	0	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

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、修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
- 2) 每月至自殺防治通報系統更新滾動式修正策略建議，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) 追蹤各縣市衛生局每季策略建議執行情形，包含執行結果與意見回饋，業於 10 月函送 110 年第 2 季策略建議執行情形至衛生福利部，並按季持續進行。
- 4) 業於 110 年 2 月 19 日函送各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單至衛生福利部，以利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。
- 5) 為即時了解 22 縣市針對每月由中心提供之策略建議的辦理現況，以及各縣市執行策略中所遭遇到的困難，除每季調查各縣市之執行情形外，本中心於 110 年 3-4 月期間以問卷形式調查各縣市之辦理現況，各縣市自殺防治面臨的困境及建議統整如下表，中心依據建議內容規劃進行改善方案，另中央政策相關建議彙整如下。

表 2-3-10、各縣市自殺防治面臨的困境及建議

項次	縣市提出之困境或建議	提出縣市	後續辦理方式
1	横向聯繫網絡不易，可否由中央號召，讓相關人員有共識。	新竹縣、澎湖縣、臺東縣、苗栗縣、彰化縣	與中央政策相關，轉知此建議供心口司參考，並邀請轄區內各相關單位共同參與縣市會議研議因應作為。
2	人力、醫療資源不足。	臺中市、臺東縣、新北市	與中央政策相關，轉知此建議供心口司參考。
3	自殺關懷訪視業務實際執行上常遇到個案拒訪等情形，訪視流程與實務現況不符。	新竹縣、臺中市、雲林縣	與中央政策相關，轉知此建議供心口司參考，並於縣市會議中研議因應作為。
4	每月數據變化不大，建議可以調整為一季或半年提供一次建議。	臺北市、高雄市、屏東縣	目前中心依據計畫規定每月定期提供滾動式策略建議供縣市參考運用，暫不調整執行頻率。並轉知此建議供心口司參考。
5	多種高致命性自殺工具(如:木炭、高處跳下、農藥等)，惟相關局處皆反映其中央法規並未有相關規定或與其法規相違背，建請由中央跨部會討論訂定可行之高致命性自殺防治策略。	臺中市	與中央政策相關，轉知此建議供心口司參考。
6	針對自殺防治法第 16 條媒體報導自殺相關新聞之違法認定標準，尚待衛福部釋疑及頒定行政規則。	臺北市	與中央政策相關，轉知此建議供心口司參考。
7	通報單位填寫資訊不完全，造成衛生單位需花費	臺中市	轉知此建議供心口司及自殺防治通報系統廠商作為系統功能優化之參

表 2-3-10、各縣市自殺防治面臨的困境及建議

項次	縣市提出之困境或建議	提出縣市	後續辦理方式
	更多時間確認個案基本資料。		考。
8	針對自殺意念個案，雖了解中央的政策方向，集中在處理自殺企圖或死亡的個案，但對於地方政府仍是不敢大意的一個區塊或是與公衛體系長期以來的合作模式之下，相對地來說該用什麼樣的指標篩案以及希冀可及早介入等，在操作起來還是有些模糊。	苗栗縣	與中央政策相關，轉知此建議供心口司參考。

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，僅在 100、102、105 年些微下降，而 109 年總通報人次為 40,432 人次，與前一年度相比上升 14.5%，110 年 1 月至 9 月通報人次為 31,499 人次，與去年同期相比上升 2,707 人次，漲幅為 9.4%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，109 年為 10.5。

在自殺方式部分，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(40.9%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(30.8%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。

特殊身份註記方面，110 年 1-9 月通報個案中，精照列管個案占 20.1%、家暴被害人占 11.6%、家暴加害人占 9.6%、毒防個案占 5.3%、家暴高危被害人占 2.3%、兒少加害人占 1.8%、家暴高危加害人占 1.7%、嚴重病人占 1.5%、兒少被害人占 1.4%、替代治療個案占 1.1%、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擷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之改善建議後交予衛生福利部（詳見章節 4.2 關懷訪視制度修正及系統增修建議）。

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，提供自殺通報、訪視、數據監測的整合性平台，以期自殺防治工作能更增效益。

五、附件

附件 2-3-1 110 年 9 月自殺通報月報表

附件 2-3-2 110 年 9 月通報個案特性分析表(以臺北市為例)

第三章包含工作項目內容

工作項目

(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料

3. 依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於110年3月31日前，併同109年自殺通報年報表及109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。

(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估

1. 持續配合自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條之規定，配合本部辦理全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等相關事宜，及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。
3. 依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定6縣市辦理110年度自殺防治業務輔導，辦理內容建議如下：

(1)縣市擇定方式：得以「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」、「截至110年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，較109年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。

(2)協助加強縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結。

(3)提供全國及該縣市之自殺死亡趨勢分析、全國及該縣市之自殺通報概況及趨勢分析、該縣市自殺死亡地圖分析。

(4)事先收集縣市過去1年之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並針對縣市所提報之資料，提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。

(5)針對前項提供之在地化策略及回饋意見，持續追蹤縣市辦理情形。

4. 持續依據自殺防治法第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，推動公立醫療機構病人自殺防治工作，並依109年辦理成果，提出推動模式；並與各縣市政府衛生局共同規劃及推動轄區公、私立醫療機構病人自殺防治工作，並輔導各縣市衛生局建立監督及溝通機制；提出推動本項工作之相關質化(如實際辦理成果報告)及量化成果(如醫院涵蓋率或相關量化指標)。

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，辦理下列事項：

(1)進行媒體監測(網路及報紙)，監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守自殺

防治法規定及世界衛生組織所建議的六不、六要原則。若有違反自殺防治法情形，需主動函請目的事業主管機關或直轄市、縣（市）主管機關依法處置；另應適時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。

- (3)運用通訊軟體（如Line等）建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通。
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。
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。
9. 配合自殺防治法第9條第2項第4款及第12條規定，辦理下列工作：
- (1)於110年3月31日前，依國內常見之自殺工具、自殺方法及自殺原因，提供本部更新之國內外高致命性自殺工具、高致命性自殺方法之文獻回顧及相關防治方法，並應以近10年發表之研究及統計分析為主。
- (2)於110年3月31日前，完成盤點並提供本部及22縣市，有關全國及各縣市常見高致命性自殺方式及自殺工具、高危險自殺場域之相關資料及具體可行之防治策略。

(五)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議

- (4)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。

議約事項

第二條、廠商應於110年度期中報告，呈現109年接受互動式輔導訪查之6縣市，於110年之自殺防治成效。

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 110 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。重點在提供各縣市因地制宜之自殺防治策略參考資料；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 110 年 3 月 31 日前，併同 109 年自殺通報年報表及 109 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政府參考運用。

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、各縣市政府及精神醫療網核心醫院於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施之用。

二、輸入 (Input)

1. 資料蒐集

1)自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：85-108 年。

(2) 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：95-109 年。

(2) 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 2.3 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)

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. 執行步驟與方法

1)根據 108 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 109 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. 資料分析

1)自殺死亡特性分析

2)自殺通報資料分析

3. 策略擬定

四、成果 (Product)

1. 執行結果

1)全國自殺資料特性分析及防治策略建議 1 份。

內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含 107 年及 108 年各項自殺死亡數據比較，分別針對各種族群、自殺方式擬定全面性、選擇性、指標性

自殺防治策略建議。策略摘要如下：

(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. 強化自殺防治通報系統效能、自殺企圖者處遇及介入體系。
- b. 促進個案社會連結與照護網絡整合。
- c. 提供自殺企圖者或親友(遺族)後續關懷服務輔導，視其需求提供資源轉介。

(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. 提供高風險族群社會資源、加強自殺高風險者接觸到心理健康衛生資源之可近性。
- b. 高風險族群之評估、篩檢及轉介，提升 COVID-19 或大規模傳染病隔離或確診者的心理健康照護並提供生活上的支持。
- c. 培養及精進自殺風險辨識及珍愛生命守門人之人力資源。

(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. 促進民眾心理健康。
- b. 減少高致命性自殺工具、方法之可近性。
- c. 媒體報導之素質提升及監測。
- d. 求助管道(如 1925)可近性提升並廣為宣導。

(4) 各族群之自殺防治策略

- a. 加強各場域(職場、校園)防治策略，提供防治資訊與資源。
- b. 強化老人防治策略。
- c. 針對網路成癮進行防治策略，將網路成癮策略納入校園自殺防治。

2) 縣市自殺資料特性分析及防治策略建議共 22 份。

分別分析各縣市自殺現況，因地制宜提出該縣市建議強化之策略方向，用以符合各縣市不同特點。

以新北市自殺資料特性分析及防治策略建議為例，策略如下：

各縣市自殺防治方面因受到地理、人口、文化等不同因素影響，有其因地制宜之策略及困境，故自殺防治策略之規劃須掌握不同地區的特性。

(1) 組織架構及基礎建設

- a. 應了解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員廣闊等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等，並與自殺死亡方式進行相關分析，以利防治進行。
- b. 縣市主管之重視：縣市自殺防治工作之成功與否，與當地縣市主管之重視有極大之關係。
- c. 依據自殺防治法第 5 條第 1 項：「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。」，負責自殺防治重點工作之推動。
- d. 衛生局：應有一主管負責自殺防治工作之執行，包括協調醫院系統及公衛系統、建立轉介照會制度、教育宣導及醫院自殺防治業務督考等實際自殺防治業務。
- e. 關懷訪視：應有督導，針對通報關懷訪視流程及系統、自殺防治業務運作相關事宜等業務協助督導。並建議由精神科專科醫師或心理師擔任，定期召開個案及督導討論會，協助關懷訪視員評估個案自殺危險性等。且應針對關懷訪視員辦理教育訓練課程。
- f. 跨局處個案討論會：應定期辦理跨局處之個案討論會，討論個案情形以利網絡間之合作，且能避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。
- g. 自殺企圖個案送醫流程：衛生局宜規劃轄內各區優先負責接受警消轉送個案之醫院清單，各醫院應設有窗口，以利聯繫，而衛生局可扮演督導、協調之角色。
- h. 相關單作之合作連結：應與精神醫療網及其他相關單位(如社會局(處)、勞工局或生命線協會等)連結合作，並建立各合作單位之聯絡人名單。
- i. 轄內資源盤點：將轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡了解、運用與連結。

(2) 因地制宜策略建議

- a. 「15-24 歲」自殺粗死亡率呈現上升，同時在自殺通報數據中亦為通報

- 人次最多之年齡層，此年齡層橫跨學生及非學生族群。同時在通報數據中，「14 歲以下」及「25-34 歲」皆為明顯上升，因此在防治策略上除加強「學生防治策略」外，針對正要踏入職場，面對求職困難者，可強化「職場防治策略」及提供勞政相關資源連結，鼓勵強化其自我效能。
- b. 老年人自殺粗死亡率為最高，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。
 - c. 自殺工具及方法中，「由高處跳下自殺及自傷」死亡率連續二年上升，同時在通報數據中亦有同樣的上升情形，具體防治方法包含設施安全性的強化、頂樓之通道管制、運用自殺數據發現熱點並針對熱點透過社區巡守、求助標示等，降低自殺方法可近性。
 - d. 自殺通報原因中，「精神健康／物質濫用」占率於近二年皆上升至最高，建議強化選擇性策略，早期辨識、早期防範，提供醫療或社福資源或有效協助個案就醫。「工作／經濟」及「校園學生問題」因素仍需加強「學生防治策略」與「職場防治策略」。

五、附件

附件 3-1-1 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、新北市為例)

配合修正全國自殺防治綱領草案

一、背景 (Context)

依據自殺防治法第 9 條及自殺防治法施行細則第 3 條之規定，中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領，內容包含自殺防治之衝擊及挑戰、我國自殺防治現況及趨勢變化、願景及目標、策略、政府機關權責分工及協調、後續推動。自殺防治相關法令之落實乃有賴於全國自殺防治綱領為基礎，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。

全國自殺防治中心於 109 年提報全國自殺防治綱領(草案)予衛生福利部。110 年持續配合草案之修正，項目包含修正意見收集彙整，並召開專家會議，研議修改建議，以期全國自殺防治綱領臻於完善，並於後續配合綱領核定施行後之相關事宜。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 由中心修改 109 年提報之全國自殺防治綱領草案。
- 2) 提報修改後草案予衛生福利部。
- 3) 後續配合會議召開事宜。

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：意見收集、會議召開。

三、過程 (Process)

1. 109 年 2 月 14 日全國自殺防治中心提報全國自殺防治綱領草案，並依據 9 月 26 日衛部心字第 1091762117 號函，修改草案內容。
2. 於 110 年 1 月 25 日再次修改全國自殺防治綱領草案並交付予衛生福利部。
3. 配合衛生福利部期程規劃，進行後續會議召開相關事宜，含行政庶務及會議紀錄。
4. 於今年核定全國自殺防治綱領後，配合辦理相關事項。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

依照衛生福利部需求修改全國自殺防治綱領「壹、背景」部份，修改後

內容如下：

1) 自殺防治現況及趨勢分析

根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)自殺數據統計，估計 2016 年全球約有 79.3 萬人死於自殺，標準化自殺死亡率為每十萬人口 10.5 人，為全球二十大死因中第十八位。由世界衛生組織出版之《自殺防治：全球要務》(Preventing Suicide: A Global Imperative)報告進一步指出，全球每 40 秒就有一人自殺死亡，對自殺者之家人、朋友及社區帶來深遠且沉重的影響。

2016 年《全球衛生估計》(Global Health Estimates, GHE)指出全球因自我傷害(self-harm)所致生命損失年數(years life lost, YLLs)約為 37,036 千人年。美國華盛頓大學健康指標與評估研究院(Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME)自殺統計報告則指出，在致早死之疾病及傷害排名中，我國自我傷害死因排名第八位。

根據衛生福利部(以下簡稱本部)死因統計，自 1994 年起標準化自殺死亡率每十萬人口 7.1 人逐年上升，於 2006 年達到高峰 16.8 人，該年共有 4,406 位國人自殺死亡；並於 1997 年起進入國人十大死因之列，並連續十年居第九順位。

為降低國人自殺死亡率，行政院於 2005 年 5 月核定本部「全國自殺防治策略行動方案」第一期(2005-2008 年)，成立全國自殺防治中心，推動我國自殺防治業務。並於 2006 年建立自殺防治通報系統，針對自殺企圖通報個案，提供通報後關懷訪視服務。根據研究分析 2006 至 2008 年三年期間關懷訪視成效，發現曾接受關懷訪視個案其再自殺企圖率與再自殺死亡率分別下降 32.3% 與 48.2%。

國人標準化自殺死亡率自 2007 年起呈現逐年下降趨勢，2010 年退出國人十大死因之列，並於 2014 年降至每十萬人口 11.8 人，降幅達 29.7%。依世界衛生組織對各區自殺流行程度之定義，至 2019 年為止，我國標準化自殺死亡率連續六年列為中等程度。

惟 2014 年以來，國人標準化自殺死亡率呈現微幅上升趨勢；截至 2019 年，標準化自殺死亡率上升至每十萬人口 12.6 人，相較 2014 年升幅達 6.8%。進一步分析各年齡層之自殺粗死亡率，可見 15-24 歲兒少群體自 2014 年 5.1 人上升至 2019 年 9.1 人，升幅達 78.4%；45-64 歲中年群體則自 2014 年 19.9 人上升至 2019 年 21.0 人，升幅 5.5%。有鑑於此，未來亟待於校園、網際網路及職場等場域落實並持續深化自殺防治策略以收之效。

自殺行為之發生橫跨各性別、年齡、職業、階級、場域，且受生物、心理、社會、文化及經濟之複雜成因，以及高致命自殺方法或工具之可得性、新聞媒體不當報導自殺事件之效應、網際網路使用型態等環境背景影響，並非單一因子可以解釋其發生率之變異。

以自殺死亡者所使用高致命自殺工具或方法之標準化自殺死亡率而言，以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」及「固體或液體物質自殺及自為中毒」為三種主要自殺方法。限制高致命自殺工具或方法之自殺防治策略於國際間已具有相當明確之實證支持，而我國針對劇毒農藥巴拉刈(Paraquat)也已於 2018 年禁止加工及輸入，隨後於 2020 年禁止分裝、販賣及使用，故如何落實禁用及持續強化管制係未來自殺防治工作的挑戰之一。

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，俾提供完整且持續之關懷服務。

2) 自殺防治之衝擊及挑戰

(1) 兩性議題

多項研究指出，兩性除生理性別及個性心理表現外，在自殺行為及流行病學統計上亦有所差異。綜觀歷年統計，男性自殺死亡率皆大於女性粗，男性約為女性的 1.7 倍至 2.3 倍；而歷年女性自殺企圖通報人次皆大於男性，女性約為男性的 1.7 倍至 2.1 倍。死因分析發現，男性較女性傾向使用高致命性自殺方法及工具；而自殺相關研究指出，女性則相較男性於壓力事件發生後有較多重複自殺行為，而自殺死亡之前則有較多自殺徵兆及透露求助訊息的行為。針對兩性於自殺行為表現上的差異，應於制定國家自殺防治策略中予以考量。

(2) 兒童及青少年與校園議題

根據 2019 年國人死因統計，值得注意的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，且於 2018 年起大幅上升。歷年來兒少自殺通報個案之主要自殺方法為「切穿工具自殺及自傷」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」及「由高處跳下自殺及自傷」；在自殺原因方面，「情感／人際關係」之原因佔此年齡層最高，且「精神健康／物質濫用」及「校園學生問題」有逐年上升趨勢。

兒少群體日常生活除了家庭以外最密切接觸的情境不外乎為校園，而學校班級導師、諮商及輔導之專業人員、主管及基層行政人員、以及由同儕形成的人際互動網絡，也成為兒少自殺防治工作及守門人策略上重要的

環節。近年來，隨著網際網路及智慧型裝置普及化、社群媒體於年輕群體盛行，亦為兒少自殺防治帶來挑戰，包括提高對自殺工具及方法等相關資訊來源的可近性、產生網路霸凌及網路成癮之現象等。

考量兒少自殺行為的特性，目前自殺防治工作仍待精進為：(1)仍有相當比例的潛在高風險個案無法被偵測到；(2)切穿工具自殺及自傷之防治工作仍待加強；(3)校園自殺防治及自我傷害三級預防工作需家庭、教育單位、社區團體、醫療院所及基層診所之間的相互協助及配合；(4)持續推動地方之自殺防治相關體系與單位之橫向及縱向整合。

(3) 中壯年與職場議題

根據歷年自殺死亡數據顯示，25-44 歲及 45-64 歲之自殺死亡人數於各年齡層中高居第二位及第三位。其中 45-64 歲年齡層自殺死亡率近年來更呈現上升趨勢。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。中壯年人口乃為社會就業人口與家庭生計的主力，此年齡層的自殺事件除了影響自殺者本人及親友外，更牽涉社會整體經濟發展。

考量中壯年族群與職場人口特性及歷年自殺防治策略推動情形，當前自殺防治工作仍待精進者為：(1)壯年人口自殺原因中，經濟因素占大比重，難以靠單一防治策略有所改善；(2)上吊為壯年人口常見自殺死因之高致命性、易施行之自殺方法，較缺少有效之防治策略；(3)鼓勵資方投入相當資源建構職場心理衛生環境，同時提供勞工危機處遇及諮詢服務；(4)辦理職場珍愛生命守門人訓練，早期發現高風險者、早期連結結合適醫療以利轉介與持續給予專業關懷及治療。

(4) 老年議題

隨著我國老年人口於 2018 年佔總人口數 14%，甫邁入高齡社會，國家發展委員會《中華民國人口推估》報告預估於 2026 年時我國老年人口將突破 20%，達到超高齡社會的階段，伴隨而來的醫療及社會問題帶來的衝擊已不容忽視。

伴隨身體老化，老年人可能面臨更多生理病痛及精神疾患的侵擾，相較其他年齡層更容易出現自殺行為。歷年老年人自殺死亡率皆遠高於其他年齡層，各國研究顯示老年人相較年輕群體更傾向使用高致命自殺方法及工具；其生物及生理上的脆弱性，也促使老年人口之自殺死亡率明顯高於其他年齡層。

考量老年人自殺行為的特性及歷年自殺防治策略推動情形，當前自殺防治工作仍待精進者為：(1)地方自殺防治相關體系與單位之橫向及縱向整

合，持續推動養護機構及社區老人之自殺防治；(2)自殺防治守門人課程列入老人相關單位照護人員必要之在職教育，並將自殺防治納入機關(構)考查輔導項目；(3)持續推動劇毒農藥及高致命性自殺工具之禁用或管制以降低可得性；(4)普及化社區老年自殺防治相關之守門人訓練。

(5) 精神疾患議題

國內外多項研究指出，精神疾患與自殺行為之間具有密切的關係，如自殺身亡者生前有七成被診斷為憂鬱疾患，而被診斷為思覺失調症患者中也約有一成會出現自殺行為，人格疾患中則以反社會人格違常及邊緣性人格違常較容易出現自殺行為。我國自殺相關研究也發現，自殺身亡者於死亡前一年健康表險申報資料中，曾有精神科疾病診斷之比例為 35.9%，其中男性 30.2%，女性 48.0%

考量精神疾患之自殺行為的特性及歷年自殺防治策略推動情形，當前自殺防治工作仍待精進者為：(1)醫院需建立完整之自殺防治組織、管理機制與衡量指標，其業務涉及範圍包括行政管理、個案管理機制、教育宣導及環境安全管理；(2)持續強化出院準備計畫及出院後之追蹤關懷及落實資源轉介；(3)加強地方基層醫療單位與精神科及學校之合作，提供學校專業諮詢及協助。

(6) 網際網路議題

國內外各項研究指出，網際網路使用行為與自殺行為具相當的關聯性。網路使用面向與自殺危險因子的關聯包括網路成癮、網路霸凌，以及網路媒體不當報導。另一方面，善用網路傳播特性能夠替自殺防治帶來正面的效應，如提供協助網站或自殺防治資源，可預期將降低其自殺死亡率；也能針對社交上較孤立群體間提供互相連結的機會，從而獲得相應的自殺防治資源及社群支持。

考量我國網際網路及智慧型行動裝置高度普及化，當前自殺防治工作仍待精進者為：(1)應根據網路網路及網路媒體之傳播特性，制定相關法律並持續強化監督及處理網路自殺相關內容或資訊之機制；(2)根據不同形式的網際網路及網路媒體，發展相應的自殺防治策略，減少個人及網路社群接觸或取得高致命性自殺工具或學習實施自殺方法之不當訊息；(3)提倡、鼓勵並與網際網路業者及網路媒體傳播者合作推廣自殺防治知識及自殺防治資源；(4)投入資源強化網路自殺防治實徵研究、發展網路自殺防治介入模式。

綜上所述，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。

2. 全國自殺防治中心配合全國自殺防治綱領草案相關工作成果

衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會設置全國自殺防治中心，作為自殺防治工作平臺，自殺防治業務依據草案中相關策略執行。

- 1) 預防再自殺行為之發生：中心定期向衛生福利部統計處撈取自殺防治通報系統資料，進行相關統計分析，並產出報表，提供各縣市衛生局及精神醫療網核心醫院運用；同時依據衛生福利部政策進行自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制相關業務，包含關懷訪視紀錄的修訂及自殺防治相關人力的課程更新，並且定期抽查各縣市關懷訪視紀錄，給予具體建議。以上業務的目標皆為了防治自殺通報個案再自殺行為之發生。
- 2) 健全精神醫療服務與施行高風險群之評估、篩檢及轉介：與各縣市政府衛生局共同規劃及推動公、私立醫療機構病人自殺防治工作，並輔導各縣市衛生局建立督導及溝通機制。
- 3) 培養及精進自殺防治人力資源：建置珍愛生命數位學習網並與時俱進更新各種數位教育訓練課程；依據自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法提供初階及進階課程。
- 4) 推行兒童及青少年的自殺防治策略：分析兒少自殺相關統計資料並擬定相關防治策略，提供教育部運用。
- 5) 減少高致命性自殺工具(方法)之可近性：追蹤劇毒農藥巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機運用不同管道倡議禁用巴拉刈。依國內常見自殺工具、方法進行文獻回顧並提供相關防治建議；擇定8縣市辦理「限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊」。
- 6) 導正廣播、電視、媒體及社群媒體等報導：每日進行自殺新聞監測，針對違反新聞報導六不六要之報導，主動進行投書；成立媒體交流群組，群組成員包含iWIN人員，如遇到重大不當報導，可直接於組內反應，加快下架、修改報導流程。
- 7) 加強民眾教育與自殺去污名化、促進社會大眾心理健康：運用不同管道，包含臉書粉絲團、中心網站、珍愛生命數位學習網，提供民眾正確自殺防治相關資訊；配合世界自殺防治日辦理記者會，宣導珍愛生命理念。今年修訂自殺防治系列手冊並重新上架於中心網站，提供全民、各領域人員參

考運用。

- 8) 強化與自殺防治相關團體、組織的合作：協助自殺防治諮詢會的辦理；與安心專線承辦廠商進行一年兩次的工作聯繫會議。
- 9) 以實證研究為基礎制定防治策略：依照不同主題分析自殺相關數據，今年執行項目包含：全國及各縣市自殺死亡及通報資料分析、自殺死亡地圖、長照相關研究分析、COVID-19 或其他大規模傳染病對於心理健康及自殺趨勢影響、兒少及原住民族自殺相關數據分析、巴拉刈禁用前後趨勢分析、自殺通報後再自殺相關研究。

自殺防治業務輔導

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。全國自殺防治中心每年以特定指標選定六縣市辦理互動式輔導訪查。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。

今年因疫情緣故，為減少群聚風險並降低縣市衛生局於防疫工作外的負擔，改採視訊會議模式進行。以「自殺關懷訪視個案再自殺率」、「自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢」及「截至 110 年 6 月 30 日自殺死亡人數初步數據較 109 年同時段上升幅度較高」為指標，選定排序較高之六縣市。

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) 依據衛生福利部資料，以「自殺關懷訪視個案再自殺率」、「標準化自殺死亡率」、「自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢」及「截至 110 年 6 月 30 日自殺死亡人數初步數據較 109 年同時段上升幅度較高」為指標，經本中心業務會議討論擇定新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、屏東縣、基隆市。
- 2) 各縣市擇定依據數據詳如下列：
(1) 新北市

項目	(%)	排序(全國)
自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	9.9	3

自殺關懷訪視個案 60 天再自殺率	12.2	3
自殺關懷訪視個案 90 天再自殺率	14.2	2
標準化自殺死亡率	12.3	11
標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-0.3	6
110 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	-7.1	14

(2) 桃園市

項目	(%)	排序(全國)
自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	7.6	12
自殺關懷訪視個案 60 天再自殺率	9.9	10
自殺關懷訪視個案 90 天再自殺率	11.6	10
標準化自殺死亡率	12.1	14
標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-8.9	18
110 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	-2	12

(3) 臺中市

項目	(%)	排序(全國)
自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	10.3	13
自殺關懷訪視個案 60 天再自殺率	8.5	14
自殺關懷訪視個案 90 天再自殺率	10.3	14
標準化自殺死亡率	12.3	11
標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	0.3	4
110 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	41.7	6

(4) 苗栗縣

項目	(%)	排序(全國)
自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	6.8	20
自殺關懷訪視個案 60 天再自殺率	5.5	20
自殺關懷訪視個案 90 天再自殺率	6.8	20
標準化自殺死亡率	14.8	3
標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	3.1	2
110 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	33.3	7

(5) 屏東縣

項目	(%)	排序(全國)
自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	9	4
自殺關懷訪視個案 60 天再自殺率	10.3	9
自殺關懷訪視個案 90 天再自殺率	12.3	7

標準化自殺死亡率	13.7	4
標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	0.7	3
110 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	-31	19

(6) 基隆市

項目	(%)	排序(全國)
自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	10.7	14
自殺關懷訪視個案 60 天再自殺率	9	13
自殺關懷訪視個案 90 天再自殺率	10.7	12
標準化自殺死亡率	17.4	1
標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	14.3	1
110 年 1-2 月與去年同期自殺死亡人數	-25	18

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、自殺防治相關網絡單位、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等。
- 2) 資源連結形式：視訊會議工作坊、書面資料輔導。

三、過程(Process)

1. 6 月 18 日十大死因公布，本中心依據衛生福利部資料，以「自殺關懷訪視個案再自殺率」、「標準化自殺死亡率」、「自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢」及「截至 110 年 6 月 30 日自殺死亡人數初步數據較 109 年同時段上升幅度較高」為指標，擇定新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、屏東縣、基隆市共 6 縣市。
2. 因疫情緣故，本年度改採視訊工作坊及書面資料輔導方式進行，執行項目如下：
 - 1) 全國自殺防治中心針對選定縣市提供全國及該縣市之自殺死亡趨勢分析、全國及該縣市之自殺通報概況及趨勢分析、該縣市自殺死亡地圖分析。
 - 2) 收集縣市過去一年自殺防治具體措施、成果及各縣市因地制宜之自殺防治問題。
 - 3) 辦理工作坊，以視訊會議形式辦理，邀請各縣市自殺防治網絡共同與會。
 - 4) 提供該縣市因地制宜之在地化策略回饋意見。
 - 5) 針對前項回饋意見，追蹤縣市辦理情形。

四、成果 (Product)

1. 本中心今年度針對六縣市擬提供之資料內容如下：

- 1)全國自殺死亡趨勢(83-109 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、83-109 自殺死亡率三年移動平均)
 - 2)縣市自殺死亡趨勢(83-109 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、83-109 自殺死亡率三年移動平均、109 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(95-109 年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、95-109 年全國及縣市自殺通報比)
 - 4)縣市自殺企圖通報概況(95-109 年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、95-109 年全國及縣市自殺通報比)
2. 109 年度互動式輔導訪查六縣市之自殺數據比較，如表 3-3-1、3-3-2。

表 3-3-1、109 年度互動式輔導訪查六縣市之自殺死亡數據

	自殺死亡人數			自殺粗死亡率		
	109 年	108 年	升降幅	109 年	108 年	升降幅
高雄市	453	506	-10.5	16.4	18.2	-9.9
新竹縣	78	91	-14.3	13.7	16.2	-15.4
苗栗縣	107	109	-1.8	19.7	19.9	-1
基隆市	84	92	-8.7	22.8	24.9	-8.4
新竹市	49	65	-24.6	10.9	14.5	-24.8
嘉義市	44	49	-10.2	16.5	18.3	-9.8

表 3-3-2、109 年度互動式輔導訪查六縣市之自殺通報數據

	自殺通報人次			通報比		
	109 年	108 年	升降幅	109 年	108 年	升降幅
高雄市	4,972	4,511	10.2	10.6	8.5	24.7
新竹縣	775	751	3.2	9.3	7.8	19.2
苗栗縣	930	774	20.2	8.4	6.8	23.5
基隆市	804	664	21.1	9	6.8	32.4
新竹市	635	591	7.4	12.6	8.9	41.6
嘉義市	483	438	10.3	10.3	8.5	21.2

- 1) 109 年度訪查之六縣市，自殺死亡人數與自殺死亡率均低於 108 年，其中降幅較高縣市為新竹市、新竹縣，自殺死亡人數與死亡率降幅皆為 10% 以上。

- 2) 在自殺通報部份，因為自殺防治法的施行及擴大通報作業的完成，各縣市通報人次皆較 108 年增加，其中增幅較高縣市為苗栗縣、基隆市；若以通報比觀察，除新竹縣，其餘 5 縣市增幅皆在 20% 以上，顯示有更多自殺企圖個案能接受關懷訪視服務。
3. 擇定縣市之「疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊」皆已辦理完畢，各縣市工作坊邀集衛生局及社政、警消、教育、勞政、農業、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等跨網絡單位，交流與討論主題針對「縣市自殺防治策略、COVID-19 期間之自殺防治業務困境」進行討論，詳細內容請參閱章節 5.1。
4. 針對前項工作坊各縣市提報之資料，依據中心事先收集之縣市自殺防治具體措施及成果，縣市自殺相關數據趨勢，經由中心專家會議討論後，提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。內容包含「全國自殺相關資料分析」、「縣市自殺相關資料分析」、「縣市自殺地圖」、「工作坊議題討論結果」，並於最後提供「策略及回饋意見」。
5. 於 111 年追蹤各縣市辦理情形及自殺防治成果。

五、附件

附件 3-3-1 110 年度自殺防治業務輔導在地化策略(以新北市為例)

推動醫療機構病人自殺防治

一、背景

1. 相關問題與重要性

自衛生福利部統計處之數據顯示自殺身亡者於自殺前一週內就醫的比例為 54.3%，前 30 天內更可達到 74.6%，而自殺身亡者生前最後就醫數據則顯示，自殺前一週內最後一次門診為非精神科者占 80%；另據過往調查發現，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%。

根據本中心分析通報相關資料，國內自殺通報單位七成來自醫療院所。於 107 年至 109 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 107 年度 82.7%；108 年度 80.4%；109 年度 73.7%，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 78.9%，其中 109 年國內自殺通報單位占比，如圖 3-4-1。

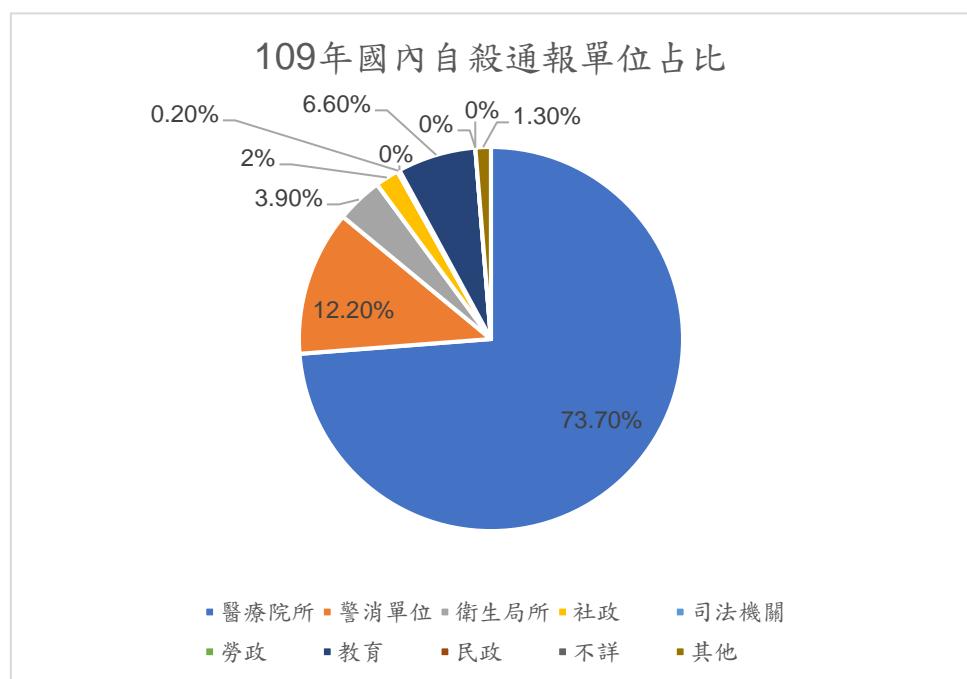


圖 3-4-1、109 年自殺通報單位比例

另就 107 年至 109 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 107 年與 108 年皆為 97.0%，109 年 97.7% 三年平均為 97.2%。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。

2. 業務目的與目標

- 1) 依全國自殺防治中心計畫需求項目第四項第四點：「持續依據自殺防治法第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，推動公立醫療機構病人自殺防治工作，並依109年辦理成果，提出推動模式；並與各縣市政府衛生局共同規劃及推動轄區公、私立醫療機構病人自殺防治工作，並輔導各縣市衛生局建立監督及溝通機制；提出推動本項工作之相關質化(如實際辦理成果報告)及量化成果(如醫院涵蓋率或相關量化指標)。」
- 2) 將中心資源《自殺防治系列37：醫院自殺防治工作手冊》推廣至醫療機構，並供各縣市衛生局年度督考醫療機構時參考運用。
- 3) 視需求提供相關之輔導與策略協助。
- 4) 建立監督辦法與溝通輔導機制。
- 5) 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. 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、會議、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. 《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) 組織建立：教育宣導組。
- 2) 資料蒐集：《自殺防治系列37：醫院自殺防治工作手冊》107年版、衛生福利部政策、自殺防治法法條。
- 3) 建立手冊更新工作期程。
- 4) 依據衛生福利部政策及自殺防治法檢視需更新項目。
- 5) 彙整需更新項目與段落，交由專家學者編輯。
- 6) 後續進行校稿、修訂、排版，後將電子版於中心網站上公告。

2. 宣導醫院自殺防治工作的意涵與實施。

1) 依據自殺防治法第 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。

3. 公私立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) 函送公私立醫療體系。

3) 由院內自殺防治業務相關同仁填寫 Google 線上表單。

4) 整理問卷結果，作為後續輔導溝通策略擬定依據。

4. 輔導示範醫院，辦理成果分享經驗交流會議

1) 依去年擇定之兩間自殺防治示範醫院進行輔導，分別為衛生福利部雙和醫院、台大醫院雲林分院，並於 10 月 5 日 9:30 與兩間醫院一同進行「自殺防治示範醫院經驗交流會議」，針對醫院至今於推動自殺防治工作的過程中所面臨之困境進行討論與意見交流。

2) 部立雙和醫院本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。

3) 台大醫院雲林分院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. 與衛生局共同推動醫院自殺防治，辦理醫院自殺防治工作會議

1) 與各縣市政府衛生局共同規劃及推動轄區公、私立醫療機構病人自殺防治工作，並輔導各縣市衛生局建立監督及溝通機制

2) 與各縣市衛生局、衛生福利部心理及口腔健康司於 10 月 12 日 10:00-12:00 進行「醫院自殺防治工作會議」一同進行醫院自殺防治工作推動事宜討論，內容包含 110 年公私立醫院自殺防治工作調查成果報告、醫院自殺防治工作推動要點說明，亦討論醫院督考自殺防治項目標準建議草案。

6. 建立醫院督考標準建議

1) 蒐集臺北市、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作為參考，並彙整醫院督考標準建議乙份。

- 2)成立策略小組，諮詢專家意見，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會議，研議醫院督考標準建議。
- 4)寄送各衛生局調查意見，後由中心內部專家進行最終修訂。
- 5)與各衛生局及心口司一同於醫院自殺防治工作會議中討論、審閱。
- 6)配合衛生局醫院督考、建議作為年度審查項目。

四、成果

1. 執行結果

1)手冊更新及推廣

- (1) 更新自殺統計數據、自殺企圖個案通報流程，並新增自殺防治法於手冊末端，並增修一份醫院自殺防治工作之說明文件詳見附件 3-4-1、《醫院自殺防治要點說明》、附件 3-4-2、《醫院自殺防治指引(隨身版)》、附件 3-4-3、《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》。
- (2) 修訂綜合醫院住院、急診以及精神專科醫院自殺企圖個案通報流程圖，詳見圖 3-4-2、3-4-3、3-4-4。

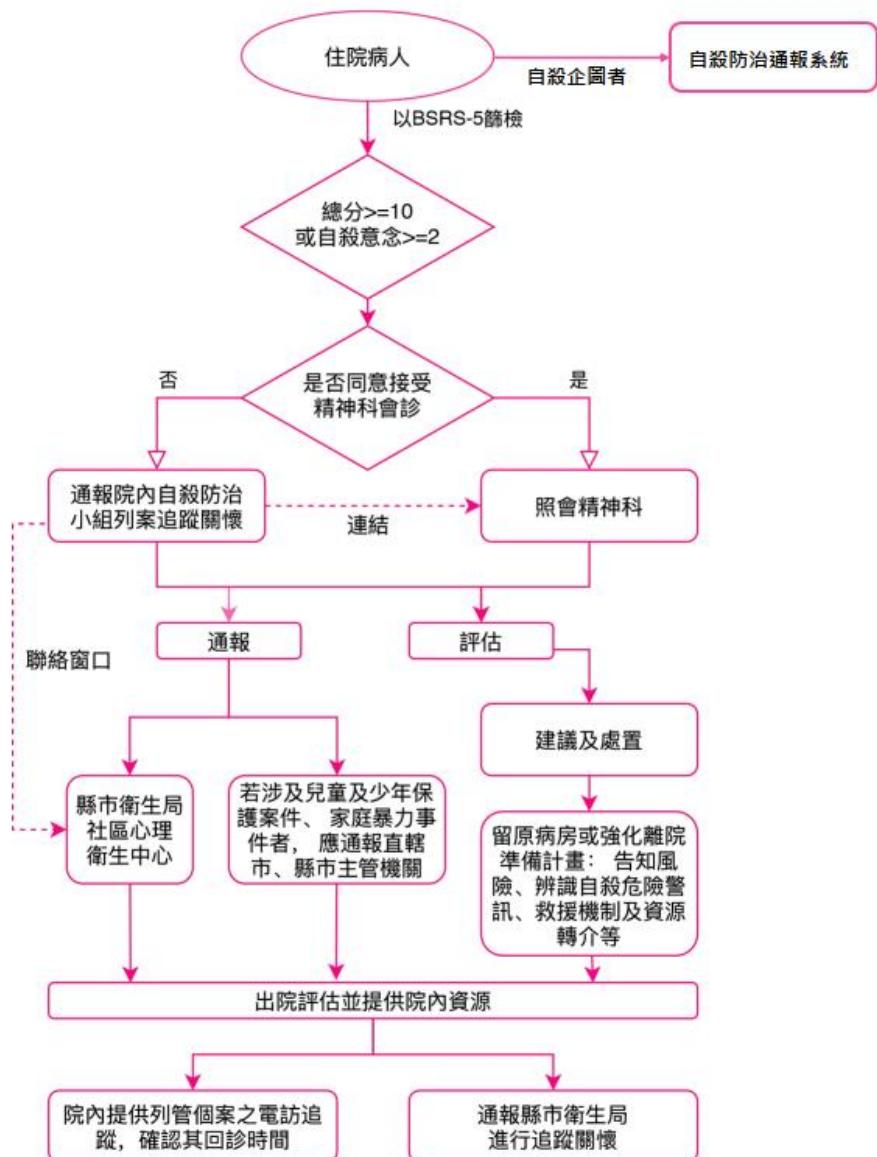


圖 3-4-2、綜合醫院住院自殺企圖個案通報流程圖

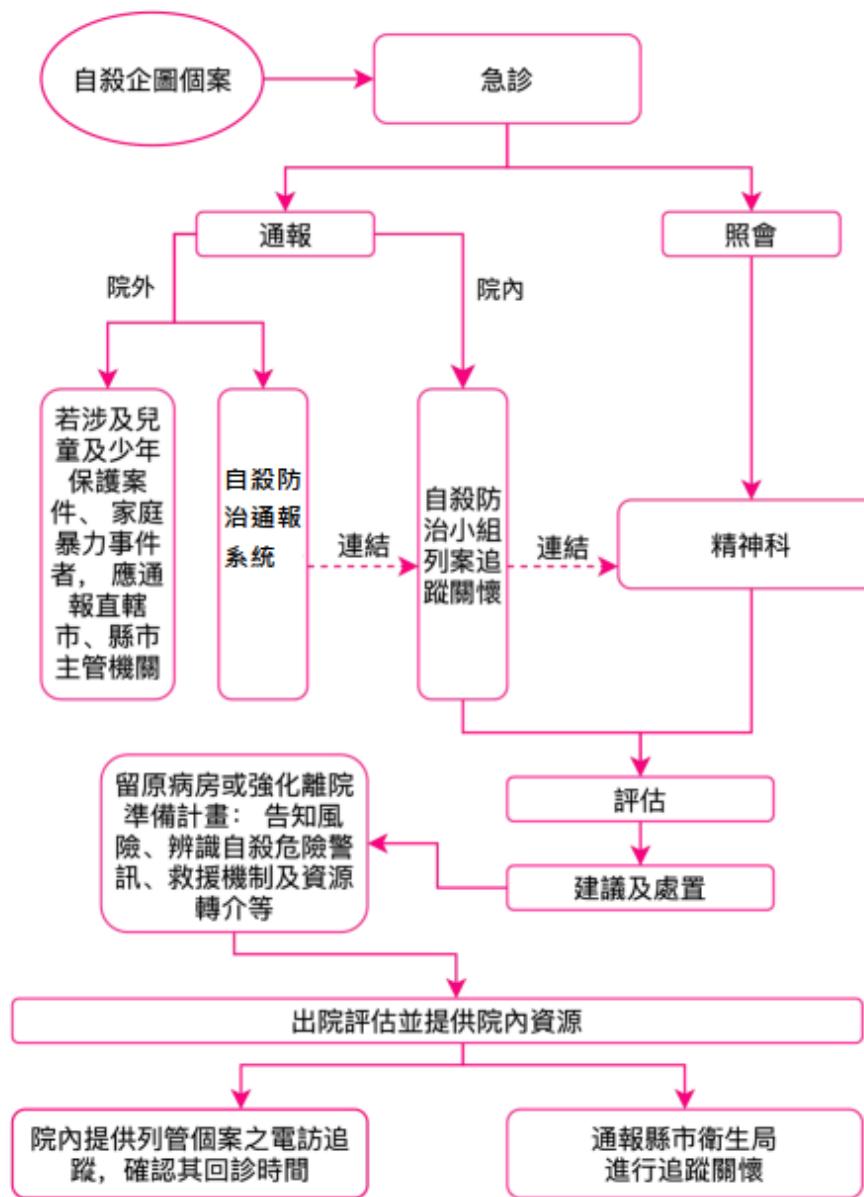


圖 3-4-3、綜合醫院急診自殺企圖個案通報流程圖

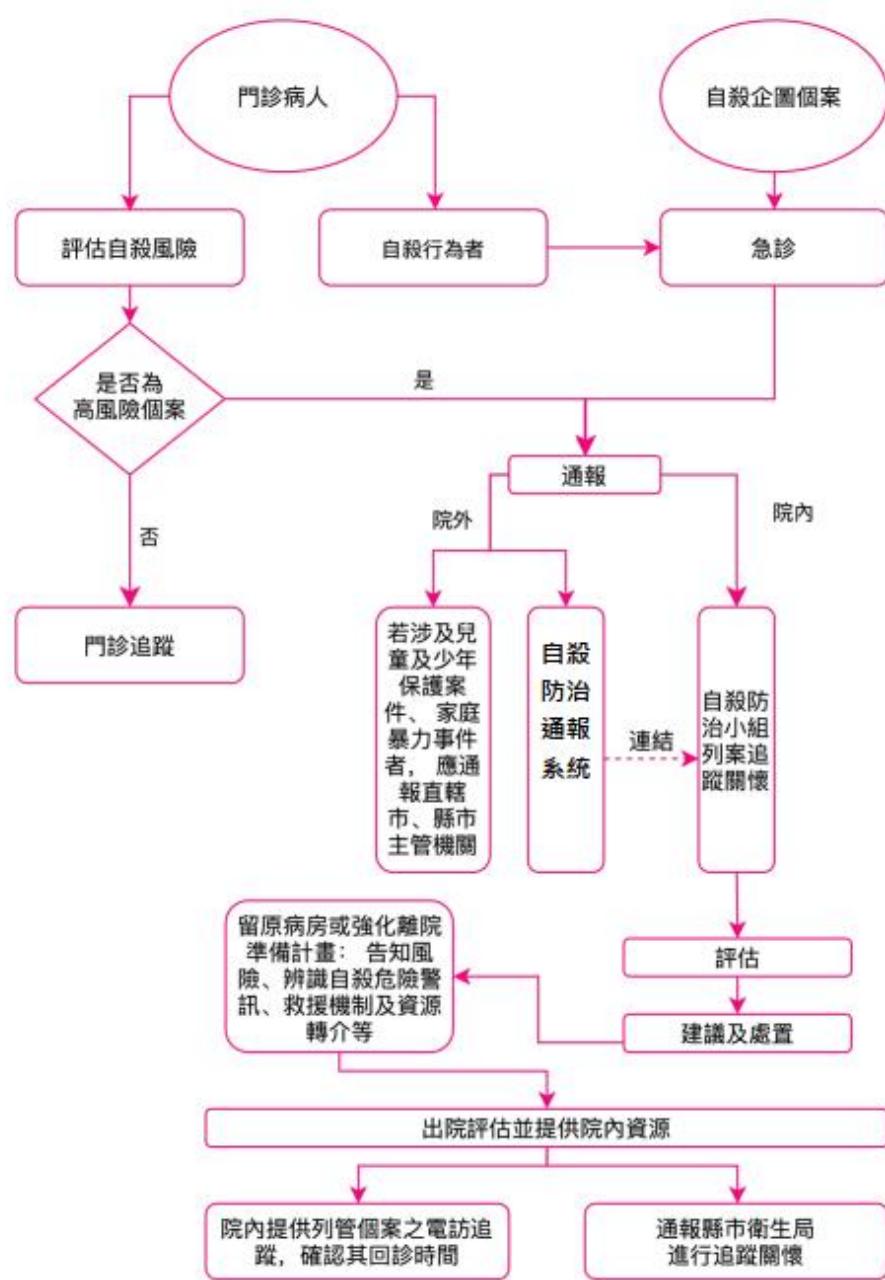


圖 3-4-4、精神專科醫院急、門診自殺企圖個案通報流程圖

- (3) 醫院自殺防治手冊與隨身版手冊於完成更新後，於中心網站公告電子版提供線上閱覽與下載，網址可分別參考，醫院自殺防指引(隨身版)：
<https://www.tsos.org.tw/media/4582>、自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊：<https://www.tsos.org.tw/media/3464>。
- (4) 預計將與心口司共同將手冊與相關資料推廣至各縣市衛生局，再由衛生局方協助將資訊提供給轄下各醫療院所，作為各醫院於院內施行自殺防治規劃的參考。

2)自殺防治示範醫院辦理經驗交流會議

- (1)共同舉辦醫院自殺防治工作試辦之經驗交流會議，討論示範醫院自殺防治工作之執行成果與可改善項目，作為後續其他醫院辦理自殺防治項目之參考範例；會議記錄詳見附件 3-4-4、示範醫院交流會議會議記錄。
- (2)雙和醫院於試辦期間(109 年 11 月至 110 年 7 月)在院內共收集 23,244 份 BSRS-5 問卷，其分數分佈六分以上、未滿六分則為 10% 與 90%；而台大醫院雲林分院共收集 643 份問卷，六分以上 70 人、佔 10.89%，六分以下 573 人、佔 89.11%。
- (3)雙和醫院於自殺企圖個案通報流程、高風險個案處置已有一定之推動成效，已開始透過全院討論、會議時間進行精神科宣導自殺防治重要性之推廣；台大醫院雲林分院則對於精神科之住院病人施行單次病房照會服務，照會時會施測 BSRS-5，並針對分數較高之病人依其狀況進行合適的轉介服務與關懷。
- (4)兩院之狀況皆顯示院內已有規劃地開始推動自殺防治工作，雖今年之推動成效受到 Covid-19 疫情於國內爆發，而有部分受限，然待疫情趨緩後將在未來於院內持續推動更多、更深入之服務，如將自殺防治觀念透過院級會議或院內自殺防治小組推廣至全院人員，利於各科別之工作人員能協助一同落實院內自殺防治工作。

3)公私立醫院自殺防治工作現況調查

- (1)寄送公文至全臺灣 472 間公私立醫療機構，共收回 314 家醫院之回覆，填答率 66.5%；回覆之醫院包含 18 家醫學中心、64 間區域醫院、194 間地區醫院、38 間精神專科醫院。
- (2)成果中可見，共 187 間醫院設有自殺防治專責單位，並分別依有無專責單位與各醫院層級對應各題項之占比做分析。
- (3)回覆問卷之各項目統計請參照下表 3-4-5、表 3-4-6、表 3-4-7、表 3-4-8。

表 3-4-5、各縣市醫院回覆統計表

	縣市	間數	醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科醫院
北部 地區	臺北市	24	6	5	11	2
	新北市	27	0	5	16	6

	基隆市	6	-	2	2	2
	桃園市	21	1	7	12	1
	新竹市	4	-	3	1	-
	新竹縣	7	-	-	6	1
	宜蘭縣	6		2	3	1
中部 地區	臺中市	40	4	11	19	6
	苗栗縣	7	-	1	5	1
	彰化縣	17	1	2	12	2
	南投縣	9	-	2	5	2
	雲林縣	11	-	1	9	1
南部 地區	高雄市	65	4	6	51	4
	臺南市	26	1	5	17	3
	嘉義市	6	-	3	3	-
	嘉義縣	4	-	3	1	-
	屏東縣	16	-	3	10	3
東部 地區	花蓮縣	8	1	1	3	3
	臺東縣	5	-	1	4	-
離島 地區	金門縣	1	-	-	1	-
	連江縣	1	-	-	1	-

	澎湖縣	3	-	1	2	-
總和	-	314	18	64	194	38

表 3-4-6 有無自殺防治專責單位醫院比較(共 187 間有專責單位)

問卷題目	有專責單位 N(%)	無專責單位 N(%)	全體調查醫院 N(%)
11. 自殺防治專責單位召集人層級為副院長以上。(無專責單位之醫院略)	151 (80.7%)	*0 (0%)	151 (80.7%)
12. 已明訂自殺防治各相關單位人員之職責。(無專責單位之醫院略)	184 (98.3%)	*0 (0%)	184 (98.3%)
13. 已建立自殺高風險個案通報轉介流程。	186 (99.5%)	116 (91.3%)	302 (96.2%)
14. 已建立自殺高風險個案管理與追蹤機制。	171 (91.4%)	82 (64.6%)	253 (80.6%)
15. 定期檢視院內自殺企圖個案的通報流程符合需求，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。	174 (93%)	93 (73.2%)	267 (85%)
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」。	186 (99.5%)	119 (93.7%)	305 (97.1%)
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。	161 (86.1%)	73 (57.5%)	234 (74.5%)
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	173 (92.5%)	92 (72.4%)	265 (84.4%)

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。	166 (88.8%)	84 (66.1%)	250 (79.6%)
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。	149 (79.7%)	72 (56.7%)	221 (70.4%)
21. 院內設有照會或轉診精神科之機制及處遇。	165 (88.2%)	84 (66.1%)	249 (79.3%)
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」。	180 (96.3%)	106 (83.5%)	286 (91.1%)
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。	178 (95.2%)	99 (78%)	277 (88.2%)
24. 要求各單位派員參與自殺防治教育訓練。	171 (91.4%)	96 (75.6%)	267 (85%)

由上表之資料顯示，「有專責單位」於各項調查施行之比率普遍高於「無專責單位」之施行率，然各項調查顯示六成以上之醫院皆有制定院內之自殺防治相關規定與推行工作。

表 3-4-7 各醫院類型比較

問卷題目	醫學中心 (%)	精神專科醫院 (%)	區域醫院 (%)	地區醫院 (%)
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	72.2%	92.1%	75%)	46.9%

業務。

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**

50% 73.7% 64.1% 37.6%

72.2% 92.1% 73.4% 45.9%

100% 100% 100% 93.8%

83.3% 94.7% 92.2% 73.7%

88.9% 97.4% 92.2% 79.9%

100% 100% 100% 95.4%

100% 68.4% 93.8% 67%

100% 100% 95.3% 76.3%

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。	88.9%	100%	92.2%	70.6%
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。	77.8%	97.4%	78.1%	61.9%
21. 院內設有照 會或轉診精神科 之機制及處遇。	100%	76.3%	96.9%	72.2%
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」。	94.4%	100%	96.9%	87.1%
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。	100%	97.4%	87.5%	85.6%
24. 要求各單位 派員參與自殺防	94.4%	97.4%	84.4%	82%

治教育訓練。

由上表之調查可見，各醫院層級對於自殺防治之推動工作各細項之涵蓋率差異。其中精神專科醫院與地區醫院中第 17 題之施行比率較低，其因可能為有部分醫院本無設立急診單位，故於該題項僅能回答否。而地區醫院於第 20 題之施行比率亦較低，同可能為有部分醫院為非精神科之專科醫院(如骨科、婦產科醫院)，故於門診較難以推行自殺評估工作。

另於問卷中亦有調查各醫院於自殺防治工作推動過程中，面臨之困難與所需資源，主要之問題多為人力不足、各網絡間轉介之疑難、需政府單位、社區資源之協助。較詳細之疑難整理如下表 3-4-8。

表 3-4-8、醫院自殺防治工作現況推動調查之醫院推動困難與資源需求

25. 在自殺防治推動是否有遭遇何種困難？困難為何？	26. 在自殺防治推動有何種資源需求？
<p>1. 院內人事問題</p> <ul style="list-style-type: none">● 人力不足(未有專責人員、院內人力吃緊、臨床人員原有工作量大無法協助)。● 社區關懷機制之完備性、轉診問題(轉介出去、返家的病人無法有效追蹤後續狀況)。● 需專業講師之指導與培訓，講師需自行調查，建議有資料庫。● 自殺評估有執行困難● 院內對於自殺防治之責任歸屬風氣(歸於精神科、社工)，故其他科別、職位較難落實。 <p>2. 個案端問題</p> <ul style="list-style-type: none">● 個案及家屬不願配合。● 資料錯誤連絡困難。● 個案家屬需要更多資源協助。 <p>3. 醫院類別問題</p>	<p>1. 人力</p> <ul style="list-style-type: none">● 專責人員、社工、精神科醫師、心理師● 能派員到指標醫院(馬偕自殺防治中心)進行交叉訓練● 專業課程師資之教育課程 <p>2. 社區資源</p> <ul style="list-style-type: none">● 各網絡資源與支持連結之緊密程度與全面性(轉介服務順暢度、透明性；警政、社政、衛生單位合作)● 社區心理諮詢資源提供、長期心理協助(除心衛中心外之免費心理諮詢之經費預算、補助)● 自殺意念個案的關懷追蹤服務● 醫院與承辦單位能在個案資訊上多交流● 支持自殺通報業務的法律資源(特約律師)-醫院怕被家屬告 <p>3. 獎勵</p> <ul style="list-style-type: none">● 可提供獎勵方案(獎金)以提高人員動力

<ul style="list-style-type: none"> ● 醫院為非精神科之專科類別或無身心科(院內之病人無相關情形、相關資源不足)。 ● 綜合科與專科醫院之處置方式不同，合併考核有問題。 ● 醫院無急診，部分問題無法回應。 ● 自殺防治工作無強制力，推動不易。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺防治計畫預算提供醫院申請專責人力、補助(健保經費以外之經費協助) <p>4. 政府單位資源</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 資源共享(前幾次通報資料的透明性或有可供詢問的窗口、跨層級資源共享) ● 政府資訊(通報系統操作、熱線、心理服務、轉介流程)加強宣導 ● 需設立對接窗口(醫院及衛生局端之合作聯繫工作人員) ● 提供公版海報、宣傳衛教單、宣傳品、影片 ● 辦理課程講座(實體、至醫院辦理宣導活動、與基金會或自殺防治協談中心合作辦理)
--	---

由該調查可知，醫院方於推動過程中對於專業人力需求、教育資源較缺乏，另於橫向之社區轉介資源連結須強化暢通、透明流程，並加強政府方與醫院方之溝通以利自殺防治相關策略推動。

4) 與衛生局共同推動醫院自殺防治，辦理醫院自殺防治工作會議

(1) 於會議與各衛生局共同商討如何向轄下各醫療院所推動醫院自殺防治工作，並針對今年的公私立醫院自殺防治工作現況問卷成果進行報告，同時提出醫院方於推動過程中遭遇之困境與資源需求，協助衛生局了解醫院方之立場，以利後續輔導規劃轄內醫院自殺防治工作；會議記錄詳見附件 3-4-5、醫院自殺防治工作推動會議會議記錄。

(2) 針對醫院督考自殺防治項目標準建議進行逐條討論，對於縣市衛生局有疑義之項目進行說明與意見交流，順利達成意見交換與共識之目標。

(3) 於會議中收集各衛生局意見後統整，再次進行草案修正，並將與心口司共同檢視草案內容，待確認後將函送至各衛生局做為全國統一之醫院督考自殺防治項目標準建議。

5) 建立綜合醫院督考自殺防治項目建議

(1) 做為以中央為基礎之自殺防治項目建議，以利於各縣市對於該項目有統一且詳細的標準，但仍可因地制宜、依醫院之規模層級、資源進行個別化的自殺防治工作醫院督導考核。

(2) 針對國家自殺防治三大策略—全面性、選擇性、指標性，研擬五大類別共十項的醫院督導考核自殺防治項目建議清單，詳見表 3-4-9。

表 3-4-9、綜合醫院督導考核自殺防治項目建議清單

自殺防治督導考核建議可由各督考負責單位進行因地制宜、醫院量能區別之差別化實際考核。

若醫院已進行自殺防治業務推動，可依已推動項目別進行考核，若地方醫院尚未進行推動，建議可由衛生局協助輔導醫院進行各項目之推動。

類別	考核建議項目
自殺防治推動組織	<ul style="list-style-type: none"> ● 專責單位成立 <p>1) 考核標準：</p> <p>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。</p> <p>2) 實際考核重點：</p> <p>院內成立跨科室院層級之自殺防治委員會或自殺防治關懷小組（醫師、社工、護理、心理等），並定期召開會議，進行自殺企圖個案評估，適時修訂自殺防治流程。</p> <p>(1) 提供小組名單、工作任務。</p> <p>(2) 每年至少召開 2 次會議，且均須由副院長以上層級主持，並檢附小組會議紀錄。</p> <p>(3) 檢閱個案評估紀錄，及應追蹤關懷案服務書面或電子資料。</p> <p>補充說明</p> <p>未有精神科專科醫師之醫院以外聘至少一名精神科專科醫生為輔助，並與鄰近設有精神科的醫院建立轉介照會合作關係仍需設立小組。</p>
通報關懷機制	<ul style="list-style-type: none"> ● 個案管理流程指引 <p>1) 考核標準：</p> <p>「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。</p> <p>2) 實際考核重點：</p> <p>(1) 訂有院內自殺個案通報標準作業程序（含急診、門診、住院之個案，以及說明遇連續假期等人力較少時段之通報處理方式）、各單位之職責與聯繫窗口、相關表單等</p>

- (2) 盤點人力及教育訓練統計，詳見附件訓練盤點統計表，並檢閱自殺防治業務通報聯絡窗口人員姓名、職稱、電話，及提供其他同仁茲悉佐證資料，如拍攝同仁轉介系統照片或於各單位內之公告等。
- (3) 檢閱書面資料。設有工作手冊（內含自殺個案服務手冊、各衛生局函文配合辦理之公文與相關表格彙整成冊，供工作人員隨時翻閱參考）或於院內建置自殺防治資源系統，以利工作人員運用。

補充說明

各縣市衛生局在訂定評核標準時可自行因地制宜做各項標準的等級區分。

● **自殺企圖個案標準通報流程**

1) **考核標準：**

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。

2) **實際考核重點：**

針對院內通報自殺企圖個案，應定期進行統計，並定期檢視與討論，另針對重複自殺、特殊或複雜性之個案訂有個案處遇討論會議。

● **高風險個案評估及處遇**

1) **考核標準：**

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。

2) **實際考核重點：**

同上述內容。

● **高風險個案管理與追蹤**

1) **考核標準：**

針對潛在高風險群之門診、急診及住院病人，如癌症、慢性精神疾病及其他重大傷病之病人等，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。

2) **實際考核重點：**

(1) 檢閱書面資料，並填寫統計表。

1. 住院潛在高自殺風險病患，經評估為高自殺風險者____人，其中為65歲以上者____人；出院後，進行後續追蹤訪視____人，結案____人。

(2) 請檢附自殺住院個案之關懷或追蹤紀錄至少 1 案，個資請去除。

	<p>補充說明 該項為加分考核項目。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高風險自殺個案出院追蹤 <ol style="list-style-type: none"> 1) 考核標準： <p>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。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。</p> 2) 實際考核重點： <ol style="list-style-type: none"> (1) 依據精神衛生法第38條規定，醫院於病人出院前，應協助病人(含嚴重病人及接受社區追蹤關懷病人)及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫訂定本考評項目。 <ol style="list-style-type: none"> I. 病人出院後7日內，至衛生福利部「精神照護資訊管理系統」登打「出院準備計畫」 II. 病人出院後14日內至衛生福利部「精神照護資訊管理系統」完成登打「出院準備計畫」病人人數達100%，且內容完整。 (2) 提供離院準備服務。 <ol style="list-style-type: none"> I. 提供衛教單張並告知風險、辨識自殺危險警訊。 II. 提供救援機制資源訊息。 III. 協助資源轉介並通報相關主管機關(如家暴性侵)。並提報院內成立跨科室院層級之自殺防治委員會或自殺防治關懷小組（醫師、社工、護理、心理等）會議討論。 ● 急診自殺企圖個案即時遇 <ol style="list-style-type: none"> 1) 考核標準： <p>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。</p> 2) 實際考核重點-1： <p>針對高致死方式之自殺企圖者落實急診個案關懷。於個案到院後依據衛生福利部「醫院急診處理自殺未遂個案流程」之規定辦理並有紀錄佐證，且每月有製作相關統計報表。</p> 3) 實際考核重點-2： <p>落實自殺通報。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 即時性：知情 24 小時內於自殺防治通報系統填送通報資料。符合 24
--	--

	<p>小時內通報之案件數/抽查案件總數*100%</p> <p>(2) 完整性：通報資料需包含個案身分證字號、自殺方式、處置情形。資料完整之案件數/抽查案件總數*100%</p> <p>(3) 確實性：經其他單位通報個案曾至醫院就醫，卻未接獲該院通報。未通報之案件</p>
員 工 教 育 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫院自殺防治相關人員教育訓練 <p>1) 考核標準： 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。</p> <p>2) 實際考核重點： 定期辦理或派員參加自殺防治相關訓練，如：生命教育、壓力調適及問題解決技巧、認識自殺危險因子、保護因子、識別自殺高風險對象及徵象、防範自殺機制、自殺危機處理、自殺防治資源、自殺防治守門人、自殺防治相關法令、自殺風險評估篩檢量表之應用..等。(依據自殺防治法第 6 條及自殺防治法施行細則第 7 條)</p> <p>(1) 檢附教育訓練課程名稱、照片、簽到表、前後測結果相關資料；派訓外單位和院內員工參與情形(含實體課程、線上課程)分開檢附。</p>
環 境 安 全	<ul style="list-style-type: none"> ● 環境安全 <p>1) 考核標準： 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。例如：頂樓防火門開啟警報、防跳網、窗戶開啟限制、院內應定期檢視及確認各項設備及環境安全防護功能之正常。</p> <p>2) 實際考核重點： 檢閱定期檢視及確認功能正常之安全管理相關查核紀錄。</p> <p>(1) 病室內盡可能排除被作為自殺工具之設備，如窗簾拉繩、掛架、可吊掛支撐的門或供繩子穿越處等設計。</p> <p>(2) 對高樓之頂樓及出入口陽台、窗戶、氣窗應有安全防護設計，如窗戶開啟限制約15公分、頂樓出入口警報器及監視器裝置；若醫院舊有硬體設施不符規定，需有應對策略。</p> <p>(3) 院內應定期檢視及確認各項設備及環境安全防護功能之正常。</p>
社 區 宣	<ul style="list-style-type: none"> ● 針對特殊族群提升自殺防治識能 <p>1) 考核標準： 於醫院或社區針對新住民、孕產婦、慢性病患者、家庭照顧者、失智照</p>

導	<p>顧者、酒癮及藥癮照顧者等對象辦理心理健康、自殺防治或精神衛生等相關議題之宣導活動、課程或講座。</p> <p>2) 實際考核重點：</p> <p>檢閱心理健康宣導活動書面資料(含活動流程或講座講綱、簽到單、活動紀錄、相片及滿意度分析，詳見附件心理健康多元宣導成果表)。辦理院內職場心理健康：醫院對主管、員工每年至少辦理心理健康教育訓練1場次。</p> <p>上述活動由相關服務單位(例如：長照中心、身障福利團體、衛生局等)為主辦單位，醫院可為協辦單位配合推廣特殊族群自殺防治知能、精神衛生或心理健康宣導活動。</p>
---	---

2. 結論

本年度已完成資料收集與整理，檢閱並更新醫院自殺防治手冊修正版、收集各衛生局對於自殺防治項目督考建議之意見並綜合專家看法修正彙整，同時完成醫院自殺防治手冊隨身版之編訂，完成上述資源彙整後送至衛生福利部心口司，並於下半年度寄送公文調查全臺灣公私立醫院之自殺防治工作現況，共收回314間醫院之回覆，回覆率為66.5%，包含18家醫學中心、64間區域醫院、194間地區醫院、38間精神專科醫院，問卷內容調查院內自殺防治工作推動情形，同時了解醫院推動時所面臨之困境與需求資源，利於後續與衛生福利部、各衛生局共同商討如何針對轄下醫療機構之需求建立不同的輔導方式。

並依原訂進度於10月聯繫示範醫院共同辦理示範醫院經驗交流會議，討論示範醫院自殺防治工作之執行成果與研議可改善項目的建議，作為後續其他醫院辦理自殺防治項目之參考範例；亦與心口司與各縣市衛生局共同召開醫院自殺防治工作會議，討論輔導醫院建立院內自殺防治相關之規定，並針對綜合醫院督導考核自殺防治項目建議進行逐條討論，達成推動醫院自殺防治工作之共識。

今年度該項工作更加重視與衛生局、醫院方之連結，以利於了解各方之需求並進一步溝通，以建立更有效之推動模式，同時將醫院自殺防治工作之資源彙整，透過提出綜合醫院自殺防治項目督考建議，讓全國各縣市衛生局對於醫院自殺防治工作督考有一個更為清晰、有方向的建議準則，仍保留各衛生局針對不同醫院模式、層級可因地制宜的輔導彈性。

3. 附件

附件3-4-1、《醫院自殺防治要點說明》

附件3-4-2、《醫院自殺防治指引(隨身版)》

附件 3-4-3、《自殺防治系列 37：醫院自殺防治工作手冊》

附件 3-4-4、示範醫院交流會議會議記錄

附件 3-4-5、醫院自殺防治工作推動會議會議記錄

強化媒體及網路平臺互動與因應

一、背景(Context)

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重要載體。根據過去相關的研究，媒體報導傳遞不恰當的自殺資訊時可能造成模仿行為(copycat)效應，相反的，適當的媒體報導則有助於自殺防治工作的推展，提高民眾勇於求助的意願，而當媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，則有利於整體自殺防治工作之推行。

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。

全國自殺防治中心自成立以來，致力與媒體共同合作，加強與媒體工作者之間的交流，並推廣 WHO 所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「六不六要」原則，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。

為降低因教唆自殺網站訊息造成之不當影響，進而避免憾事發生，中心亦於 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，向「iWIN 網路內容防護機構」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；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。藉以推廣監測及舉報，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。

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。並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。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 依據時事議題發佈相關新聞稿。
- 2) 不定期與媒體合作、接受專訪及媒體投書。
- 3) 媒體監測：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。
- 4) 向 iWIN 網路內容防護機構(以下簡稱 iWIN)申訴網路不當的自殺相關資訊，同時進行平臺檢舉或電子郵件反映；確認網站下架與否，進行結案、追蹤及列管。
- 5) 將最新專訪及新聞稿更新於中心網站最新消息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。
- 6) 持續辦理年度「新聞媒體聯繫會議」，今年主題為「發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」。
- 7) 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。

2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、新聞媒體、媒體從業人員、媒體相關學協會、iWIN 網路內容防護機構。
- 2) 資源連結內容及形式：
 - (1) 媒體連繫：遇有違反自殺防治法新聞主動向媒體投書下架、媒體採訪、發佈新聞稿、辦理媒體聯繫會議等溝通方式。
 - (2) 教唆自殺網站監測：監測教唆自殺網站，主動向 iWIN 網路內容防護機構檢舉。

三、過程(Process)

1. 新聞稿發佈

- 1) 依據時事議題發佈相關新聞稿，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. 媒體合作

- 1) 不定期與不同媒體合作，或接受媒體專訪，於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」之概念傳達至社會各角落，達到「自殺防治，人人有責」之目標。

3. 媒體投書

- 1) 因應重大新聞事件適時進行因應，以投書至媒體方式，提供媒體及一般

民眾參考。

4. 媒體監測

- 1) 每日製作紙本、網路四大報(聯合報、自由時報、蘋果日報、中國時報)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。(蘋果日報紙本已於 5 月 18 日起停刊)
- 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。

5. 巴拉刈禁用相關報導追蹤

- 1) 定期追蹤巴拉刈相關報導。

6. 新聞媒體聯繫會議

詳見 5.2、自殺防治新聞媒體聯繫會議。

7. 新聞媒體聯繫群組

- 1) 為增進新聞媒體聯繫群組功能，中心將原「自殺諮詢群組」擴充為「媒體交流社群」。主要社群成員為媒體先進、自殺防治兩大領域專家。
- 2) 不定期針對重大自殺事件、爭議報導提出討論；針對報導自殺事件相關疑義提供即時問答。

8. 教唆自殺網站

- 1) 常例關鍵字搜尋：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」，每 10 天搜尋 google 與 yahoo 等搜尋引擎前 10 頁之內容，並登錄列冊。
- 2) 舉報步驟：
 - (1) 進行 iWIN 舉報作業，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。
 - (2) 申訴後定期追蹤被檢舉網站之下架等相關事宜。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 新聞稿發佈(新聞稿內容詳見附件 3-5-1)

- (1) 2 月 8 日發布「金牛賀春迎新年 溫暖關懷賀新春」新聞稿，呼籲民眾在佳節期間可多加關懷周遭的親朋好友，特別是獨居長者、未返鄉之遊子，獨居的親人或是因疫情需要「居家隔離」或「居家檢疫」的人，皆易於此時因孤單而感到情緒低落，甚至產生憂鬱情緒，適時關心將會令他們倍感溫暖。

(2) 5月7日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」新聞稿，以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導如何發揮自殺保護因子，同時媒體報導亦能對去除自殺污名化提供正向幫助。

(3) 9月5日發布「世界自殺防治日記者會」會後新聞稿。

2) 媒體合作

(1) 1月4日由吳佳儀理事接受中正大學《中正E報》採訪，主題為青少年自殺相關議題。

(2) 3月10日由吳佳儀理事接受蘋果日報直播節目《VideoTalk》專訪，談論關於青少年自殺相關議題。

(3) 4月1日由吳佳儀理事接受公共電視台兒少節目《青春發言人》企劃訪談，提供該節目規劃內容專業見解。

(4) 4月由計畫主持人李明濱理事長接受聯合報《橘世代專刊》電話採訪，談論中年憂鬱相關議題。

(5) 4月26日由計畫主持人李明濱理事長接受自由時報電話採訪，談論輕生網站議題。

(6) 5月7日分別由計畫主持人李明濱理事長、陳俊鶯常務理事、吳佳儀理事、詹佳達秘書長接受世新大學廣電系、台灣大學社會工作學系、銘傳大學學生訪問。

(7) 5月29日由計畫主持人李明濱理事長接受中國時報採訪，針對疫情升溫，宣導同理心及互相關懷的重要性。

(8) 6月2日由計畫主持人李明濱理事長、詹佳達秘書長接受《遠見》雜誌採訪，採訪內容為疫情壓力下民眾需要進行自我「情緒困擾」的篩檢。以因應疫情升溫所帶來的急性壓力。

(9) 11月16日由計畫主持人李明濱理事長接受聯合報採訪，採訪內容為憂鬱症相關症狀。

3) 媒體投書

(1) 3月11日由計畫主持人李明濱理事長針對女歌手墜樓事件主動投書至蘋果日報論壇，提醒民眾應注意模仿效應。

(2) 4月14日由計畫主持人李明濱理事長與張家銘理事針對臺鐵太魯閣號事件主動投書至蘋果日報論壇，主旨為需注意替代性創傷並提供災民必要之協助。

4) 媒體監測

(1) 持續進行 110 年自殺新聞資料蒐集，統計至 10 月 31 日網路四大報共

1,350 則自殺新聞報導、紙本四大報共 59 則自殺新聞報導。

(2) 網路四大報中，六不六要原則遵守原則如表 3-5-1，觀察各月遵守率趨勢如圖 3-5-1、3-5-2。網路報導中，六不原則遵守率以「不要過度責備」99.9%為最高、「不要用宗教或文化刻板印象」99.4%次之，第三則為「不要將自殺光榮化或聳動化」96.4%；遵守率最低則為「不要刊登照片或自殺遺書」，僅 10.1%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」99.8%為最高、「刊登在內頁」99.2%次之，第三則為「提供與自殺防治有關的資源」95.9%。

表 3-5-1、1~10 月網路自殺新聞六不六要監測結果簡述

遵循六不原則	遵守情況(%)	遵循六要原則	遵守情況(%)
不要報導自殺方式細節	90.9%	刊登在內頁	99.2%
不要簡化自殺原因	46.4%	與醫療衛生專家密切討論	1%
不要將自殺光榮化或聳動化	96.4%	用自殺身亡而非自殺成功	99.8%
不要用宗教或文化刻板印象	99.4%	提及其他解決方法	24.2%
不要過度責備	99.9%	提供與自殺防治有關的資源	95.9%
不要刊登照片或自殺遺書	10.1%	報導呼籲危險指標	3.9%

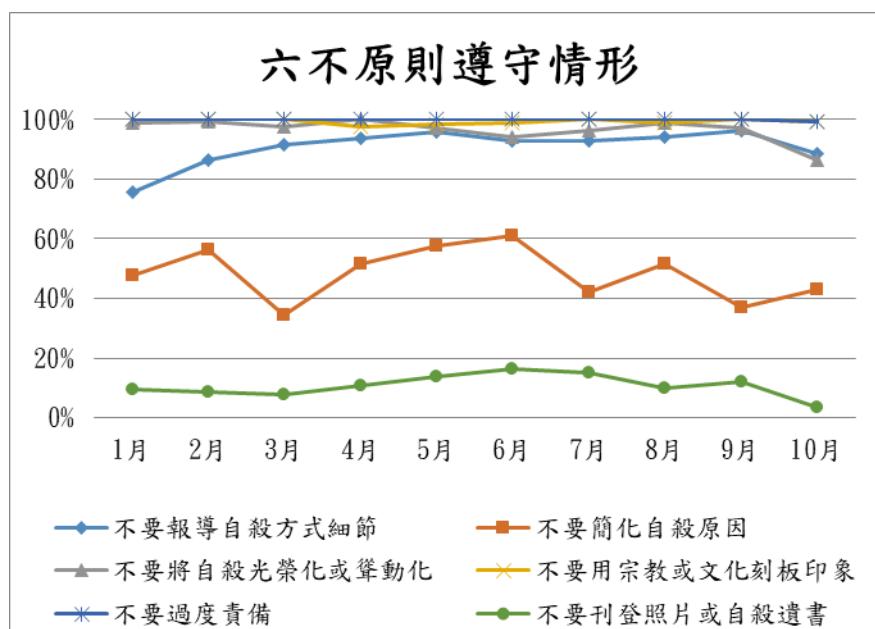


圖 3-5-1、1~10 月網路自殺新聞六不原則遵守情形趨勢圖

(3) 考量網路新聞特性，較難要求媒體完全不刊登新聞照片，因此在刊登照片項目，依據照片性質，區分為三類，如表 3-5-2。圖 3-5-3 為網路新聞各類型照片刊登比例。由趨勢圖可看出，不可刊登之比例仍為最高，各月約在 30%~60% 間。

表 3-5-2、自殺新聞照片分類表

不可刊登	有條件式刊登(需徵得同意)	未規範
• 自殺現場(含屍體)	• 當事人(非自殺現場)	• 生活環境照
• 自殺現場(不含屍體)	• 自殺者生活照(含與他人合照)	• 相關統計數據圖表
• 屍體(非自殺現場)	• 親友照(無自殺者)	• 其他
• 當事人(自殺現場)		
• 遺書(照片)		
• 自殺工具照片		
• 遺書(模擬圖片)		
• 電腦模擬繪圖		
• 影片		
• 網路社交社群連結		
• 歷年事件回顧或事件發展程序圖表		

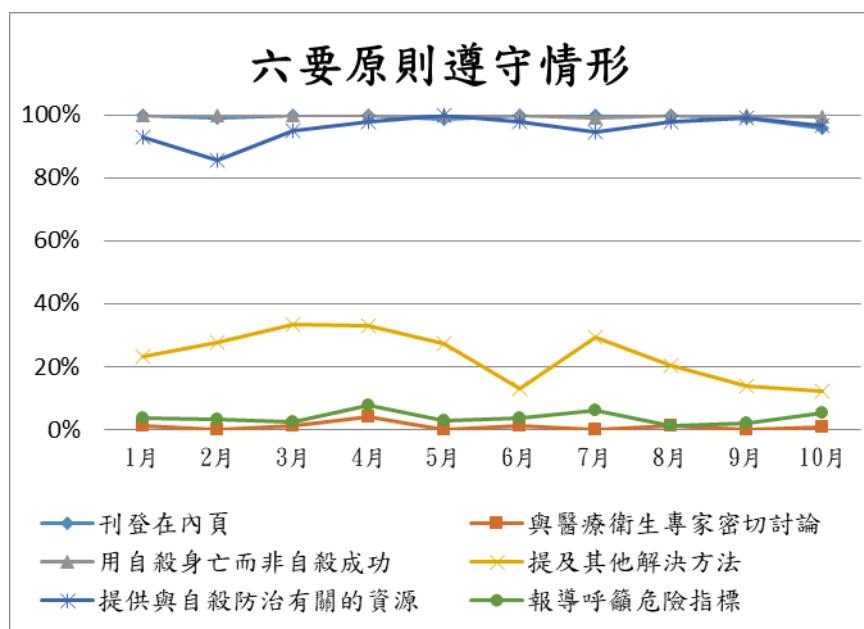


圖 3-5-2、1~10 月網路自殺新聞六要原則遵守情形趨勢圖

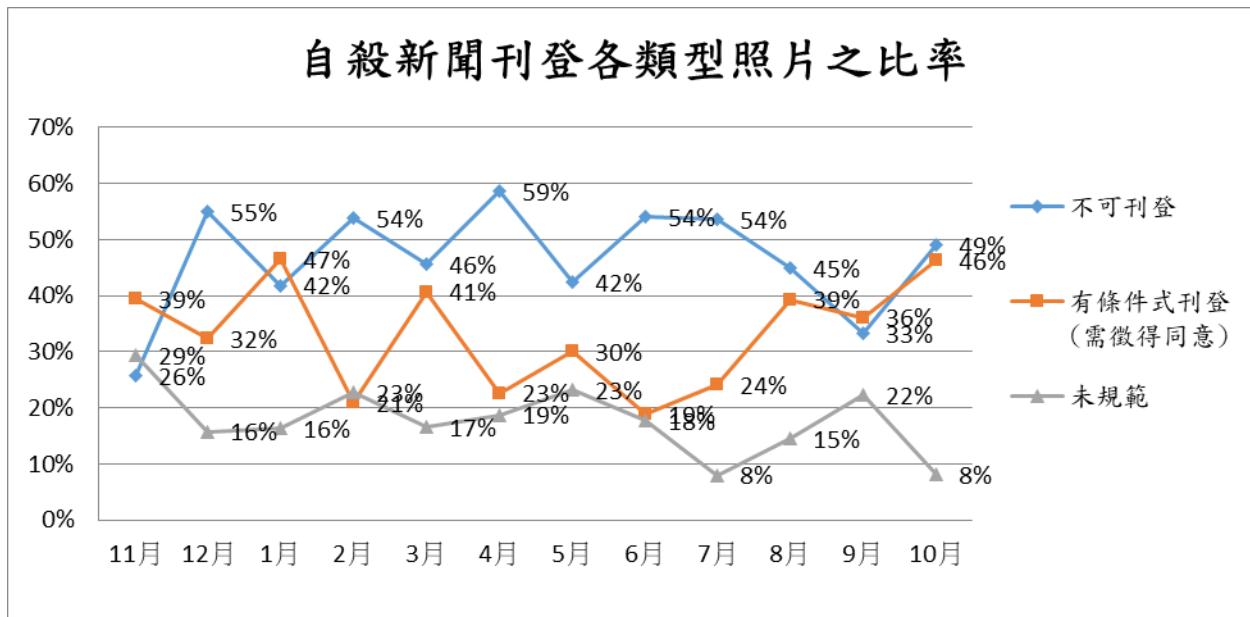


圖 3-5-3、1~10 月網路自殺新聞各類照片比例圖

(4) 紙本四大報中，六不六要原則遵守原則如表 3-5-3，六不原則遵守率以「不要過度責備」、「不要用宗教或文化刻板印象」為最高，皆為 100%；遵守率最低則為「不要簡化自殺原因」，為 42.6%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」100%為最高、「提供與自殺防治有關的資源」與「刊登在內頁」次之，皆達到 89.4%。

表 3-5-3、1~5 月紙本自殺新聞六不六要監測結果簡述

遵循六不原則	遵守情況(%)	遵循六要原則	遵守情況(%)
不要報導自殺方式細節	89.4%	刊登在內頁	89.4%
不要簡化自殺原因	42.6%	與醫療衛生專家密切討論	4.3%
不要將自殺光榮化或聳動化	97.9%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要用宗教或文化刻板印象	100%	提及其他解決方法	17%
不要過度責備	100%	提供與自殺防治有關的資源	89.4%
不要刊登照片或自殺遺書	46.8%	報導呼籲危險指標	6.4%

(5) 不當新聞投訴：中心接獲檢舉或進行媒體監測時遇違反《自殺防治法》第十六條第一項第二款、第三款之自殺新聞報導，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。1月 1 日至 10 月 31 日為止，共投訴 91 則自殺新聞報導。

5) 巴拉刈禁用相關報導追蹤

自 1 月 1 日至 10 月 31 日止，共追蹤蒐集 29 則巴拉刈禁用相關報導，

整理如表 3-5-4。

表 3-5-4、1~10 月巴拉刈禁用相關報導

刊登日期	刊登報社	新聞標題	內容摘要
1 月 28 日	更生日報	我心目中真正的人才 台南復興國小／謝文婕 高俊宏專文：山裡的空氣，是一段又一段憂鬱的故事	學生之作文投稿，與巴拉刈之相關性低，僅內容有提及。
2 月 13 日	風傳媒	【救命神器】巴拉刈遭禁用被這藥取代 曾造成 6 人失憶	為歷史類圖書之摘文，內容與巴拉刈無相關，僅於敘述提及。
3 月 3 日	蘋果日報	台開發巴拉刈試劑 10 分鐘驗出	巴拉刈禁用後，代替農藥固殺草造成對人體的影響。
3 月 4 日	蘋果日報	固殺草中毒增 7 死 6 人失憶	巴拉刈快篩試劑的研發。
3 月 14 日	中時新聞網	飲水加硼砂不符殺人未遂？律師揭關鍵在這動作	巴拉刈禁用後，代替之農藥固殺草也於出現替代效應。
3 月 29 日	客家電視	菸葉轉作紅豆 美濃種植面積僅次萬丹列第 2	為學生下毒之新聞，僅提及巴拉刈，然內容並無相關。
3 月 31 日	中國時報	陳主委的淚水 擋不住 70 萬民意	巴拉刈禁用後的替代種植方式。
3 月 31 日	中時新聞網	農田噴劇毒除草劑 阿婆竟連 2 天闖入撿果農民怒：不怕家人中毒？	僅提及，無關。
4 月 27 日	中時新聞網	花蓮成全國第 4 個限制使用除草劑縣市 違者最高可罰 10 萬元	僅提及，無關。
5 月 1 日	更生日報	路邊野花不要採 銀膠菊能引發過敏	地方政府因環境議題禁用除草劑。
5 月 6 日	勁報	「解圍」「解危」珍愛生命，陪您渡過難關！	無關。
7 月 28 日	中央社	朝胞兄犬隻丟農藥洩憤	反毒之故事宣導，文內主角使用巴拉刈企圖自殺。
			農藥毒狗，與自殺較無關聯

		致毒死 男子涉動保法 遭起訴	
7月30日	Ettoday 寵物雲	跟兄嫂不合！弟朝犬舍 丟農藥罐洩憤 汽液濺 到圍籬害 2 汪中毒亡 獨／毛孩踏青吐血亡	同上
9月4日	聯合報	熱門「茶壺山步道」噴 巴拉刈成斷魂路 茶壺山疑巴拉刈害死 1	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月4日	聯合報	狗還有 1 狗狀況不佳 報請警方追查 無米樂最後一頭牛誤食	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月4日	聯合報	農藥亡 又再傳狗同樣 誤食亡	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月5日	聯合報	新聞分析／翻轉速效心 態 需政策倡議 巴拉刈害死狗？毛孩爬	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月5日	東森新聞	茶壺山「3 天後中毒 亡」！專家：10cc 就要 人命	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月10日	自由時報	基隆德安產業道疑有人 投毒 9 貓狗失蹤	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月10日	聯合報	【即時短評】毛小孩可 以有一條安全無毒的路 嗎？	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯
9月21日	聯合新聞網	喝下販賣機飲料昏迷死 亡 日本「巴拉刈毒殺 案」兇手逍遙法外 30 年	投毒殺人
9月29日	中天快點 TV 報導	中藥變劇毒！病男一喝 「秒吐 + 噉倒」送醫慘 死...他一驗驚覺詭處： 愛妻竟是惡魔	投毒殺人
10月5日	聯合報	瑞芳茶壺山登山步道毛	無關巴拉刈

10月5日	TVBS 新聞網	孩疑巴拉刈致死案 檢驗報告出爐 少女和同學吵架 怒灌「百草枯」還PO照：我喝農藥了 「我喝農藥了」13歲少女跟同學吵架 喝百草枯發照片	中國巴拉刈自殺新聞
10月5日	聯合報/世界日報		中國巴拉刈自殺新聞
10月6日	自由電子報	女孩跟同學吵架賭氣喝巴拉刈 搶救仍難阻惡化「肺幾乎動不了」 少女喝劇毒農藥「巴拉刈」賭氣！送醫「肺1小時1變」纖維化到動不了	中國巴拉刈自殺新聞
10月6日	YAHOO/太報	跟同學吵架！13歲少女竟怒喝「劇毒農藥」還PO照 媽崩潰：肺部一片白不運作了	中國巴拉刈自殺新聞
10月6日	鏡週刊		中國巴拉刈自殺新聞

6) 新聞媒體聯繫會議

5月7日辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議一場次，內容詳見 5.2、自殺防治新聞媒體聯繫會議。

7) 新聞媒體聯繫群組

- (1) 擴充為「媒體交流社群」後，目前成員包含四大報記者及編輯、公視、大愛電視、客家電視等媒體從業人員。
- (2) 不定期於群組內提供自殺防治相關資訊；當成員於群組回報不當自殺新聞報導，由中心或相關群組成員進行投訴下架。
- (3) 近期對於重大自殺新聞事件因應：109年11月多名台大學生自殺事件，中心於群組內請各媒體協助呼籲停止台大學生自殺新聞的報導。同時推廣珍愛生命打氣網製作之珍愛生命懶人包；110年4月中橫三人相約自殺事件，與iWIN討論後由iWIN主動針對當日違規報導進行處理。
- (4) 其他不當報導投訴：110年9月21日鏡周刊報導「【虛擬的夢1】看好虛擬幣挖礦 她將澳洲打工積蓄投入卻受騙」暴露太多自殺方法細節與取得方式，經iWIN與平臺溝通後已修正。

8) 教唆自殺網站

- (1) 截至至 110 年 10 月 31 日，共 500 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 328 個(65.6%)違規網頁已撤除。
- (2) 在境內網頁部分，已下架者為 157 則(97.5%)、未下架者為 4 則(2.5%)；在境外網頁部分，已下架者為 171 則(50.4%)、未下架者為 168 則(49.6%)。(如圖 3-5-4)

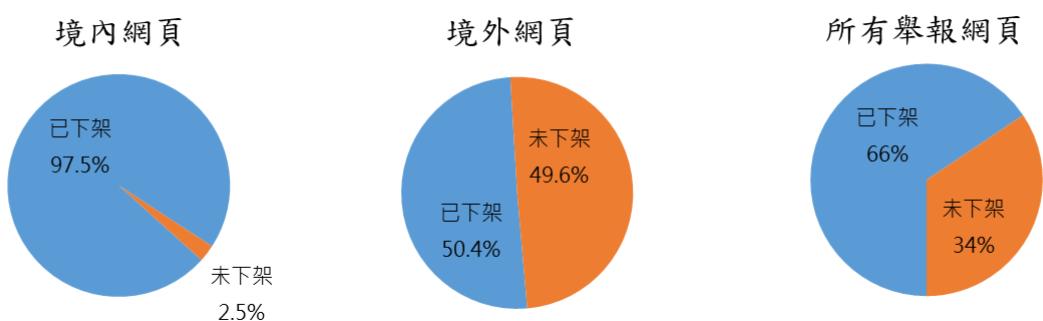


圖 3-5-4、舉報網站、境內外網站下架與未下架圓餅圖

- (3) 境內教唆網站自 103 年開始，下架率接近 100%，110 年 1 月至 10 月間無新增境內教唆網站。截至目前僅剩 4 筆未下架。(如圖 3-5-5)

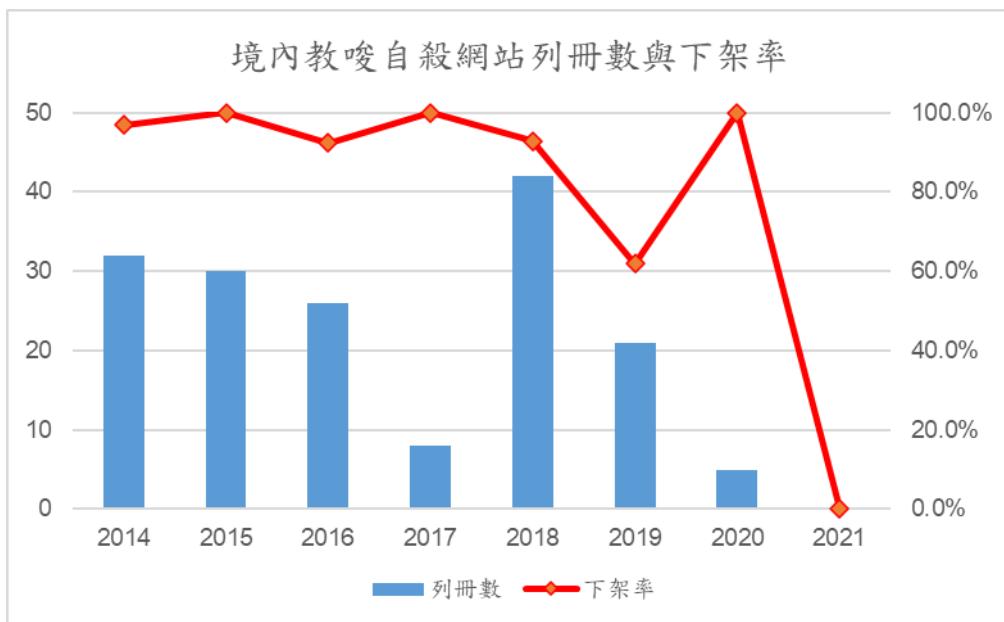


圖 3-5-5、境內教唆自殺網站列冊數與下架率

- (4) 境外教唆網站自 105 年起下架率開始降低，境外檢舉未下架之 168 筆中文繁(簡)體網站。因網站架設在境外，由於境外平臺隸屬於國外當地法規，非屬我國司法管轄權限的範圍內，且許多網站目前已無管理員或者帳號

停止使用，導致網站下架較為困難。(如圖 3-5-6)

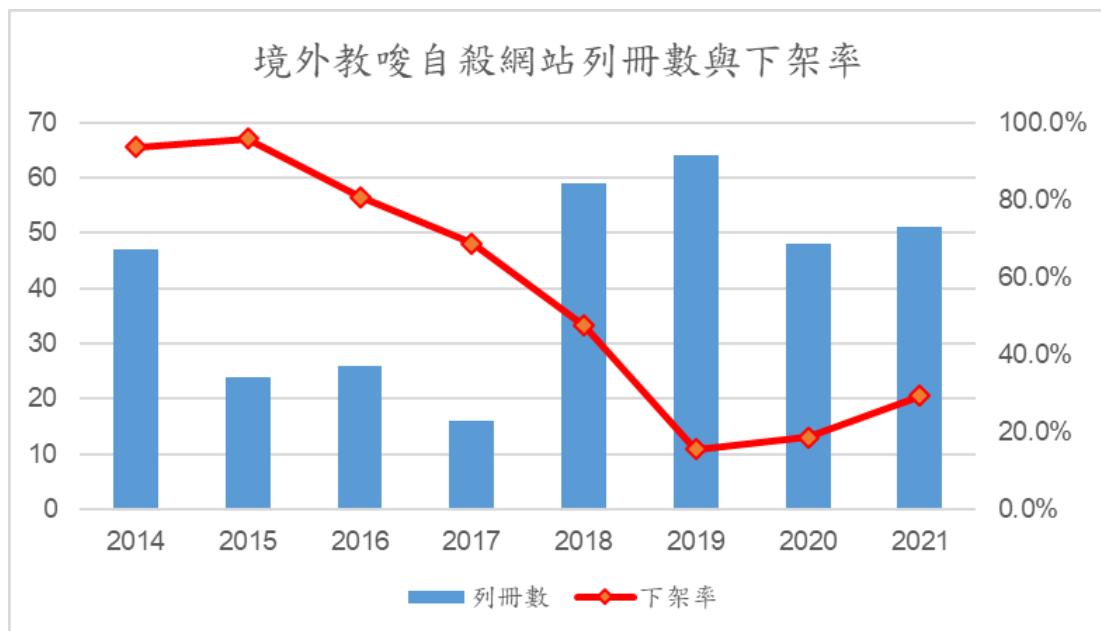


圖 3-5-6、境外教唆自殺網站列冊數與下架率

2. 結論

全國自殺防治中心歷年與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媒體。

今年度持續進行媒體監測，同時加強與媒體之互動，除了接受新聞記者採訪，亦參加網路直播節目、協助規劃節目內容，藉由不同管道宣導自殺防治、珍愛生命守門人理念。媒體溝通部份，除發布新聞稿外，針對重大事件主動進行媒體投書，傳遞正確觀念；亦強化媒體通訊群組功能，於重大社會世界發生時，與群組內媒體人員溝通，減少自殺事件重複報導，同時也能直接與群組內的 iWIN 人員聯繫，及時針對不當報導進行處理。

在六不六要原則部份，六不原則在中心多年的倡導後，已經有明顯進步，刊登照片部份雖然遵守情形較低，但進一步分析刊登類型可以發現約有一半的比例是有條件式刊登或是未規範類型的刊登，顯示雖然網路自殺新聞報導較難避免刊登照片，但在照片內容上仍有進步。六要原則普遍遵守情形較低，後續中心仍須努力向新聞媒體倡議六要原則的遵守。

對於教唆自殺網站，針對境外檢舉未下架之 162 筆中文繁(簡)體網站，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 109 筆 IP 位於美國各州,佔 65.7%),不在我國司法管轄範圍。
- 2) 檢舉未下架網頁屬中國及香港管轄範圍、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,境外網站仍不易有效移除,此部份只能透過另行舉報的方式,儘量讓網站管理者了解,進而下架。此外,中心持續善用相關資源,利用已知中國官方不良訊息舉報平臺網站及香港合作夥伴,多方進行檢舉。本中心將持續邀請 iWIN 進行合作討論會議,屆時將針對境內及境外教唆自殺網站相關舉報措施及依據自殺防治法如何運用於網站的教唆自殺進行研討。

針對利用數位技術、網路技術及其他現代資訊科技或通訊技術的新興媒體,因為具有互動性,所產生的影響力不可小覷,因此將來研討媒體自律機制或擬訂裁罰基準時,若僅針對傳統媒體可能會有不足之處,亦需納入新興媒體進行考量。在策略擬定方面,新興媒體的使用者許多為年紀較輕之兒童青少年,若這些使用者沒有守門人觀念,可能在接收到不當的自殺相關訊息時,短時間內大量轉傳,造成模仿效應。

因此,中心將來配合衛生福利部研擬「違反自殺防治法案件之裁罰基準」相關事宜時,將針對新興媒體提供相關意見;同時在珍愛生命守門人推廣方面,亦將加強針對兒童、青少年進行推廣,減少年輕族群在新興媒體上快速傳遞自殺相關訊息。

五、附件

附件 3-5-1、全國自殺防治中心 110 年度新聞稿

國內常用自殺方式、工具及原因之防治策略

一、背景 (Context)

自殺防治工作有其困難性，瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗更顯重要，本中心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，就國內常用自殺方式、自殺工具及自殺原因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，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) 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、自殺工具及自殺原因之防治策略。

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、新光醫院詹佳達醫師、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棟醫師、臺北榮民總醫院楊凱鈞醫師、衛生福利部八里療養院戴萬祥醫師、衛生福利部草屯療養院林俊鴻醫師、臺北榮民總醫院玉里分院王鈺淵醫師、臺大醫院蘇泓洸醫師。

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

「國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因防治策略」從110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) 建立系統性搜尋策略：針對國內常用自殺方式、自殺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)；自殺原因之相關文獻，以關鍵字自殺(suicide)及原因(cause)之交集搜尋。
- 2) 進行系統性文獻蒐集：1月20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 PubMed 及 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。

四、成果 (Product)

1. 國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因之防治策略文獻蒐集

中心使用 PubMed 及 Embase 資料庫，蒐集到近 10 年發表之 117 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；179 篇自殺原因之防治方法、策略之相關文獻。

2. 國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因之防治策略建議專文內容

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「國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因防治策略」專文，專文內容詳如附件 3-6-1。

綜合比較自殺身亡與通報之使用方法與工具比率，並依據全國自殺防治中心 15 年來的工作成效與近年國外最新文獻回顧，再聚集專家召開研議會議討論後，歸納之「壹、國內常見之自殺工具、自殺方法及自殺原因之防治方法」，將實務與研究整合，以提供政策擬訂與專業人員工作之建議方針，針對「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」與「溺水(淹死)自殺及自傷」等五種高危險性自殺方法提出防治策略建議；在自殺原因部分，則以「情感／人際問題」、「精神健康／物質濫

用」、「工作／經濟」、「生理疾病」與「校園學生問題」等五種高危險性自殺原因依據國外文獻內容提出相關討論。並於「貳、縣市高致命性自殺方式及自殺工具、高危險自殺場域之防治策略」建議專文提供各縣市自殺防治策略參考，利於因地制宜的防治策略擬訂與方案實施。

3. 自殺防治工作坊辦理

完成防治策略建議專文後，於 110 年 8 月辦理 6 縣市「疫情心理健康及自殺防治工作」工作坊與 9 月辦理 8 縣市「協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得或高致命自殺方式策略介入機制」工作坊，共計 14 縣市各 1 場工作坊。

五、附件

附件 3-6-1 「國內常見高致命性自殺工具、自殺方法及自殺原因防治策略」建議專文

第四章包含工作項目內容

工作項目

(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估

11. 依本部自殺防治之最新政策，滾動式修正自殺意念個案之處置原則及轉介流程，並提報本部同意，以利提供中央跨部會及地方跨局處參考運用。

(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，邀集專家學者及各縣市衛生局代表召開會議，以彙整「自殺關懷訪視紀錄」之修正意見，並於110年10月31日前完成修正自殺關懷訪視紀錄之內容。會議時間及地點須經本部同意後始得辦理。
2. 針對109年度分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」及過去督導各縣市自殺關懷訪視員經驗，依其實務常遭遇之個案追輔問題，製作Q&A集，納入關懷訪視員培訓之參考，並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。
3. 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新之課程，需向本部申請同意後始得辦理，並應核發研習證書予參加訓練人員。研習證書並應載明本部同意之日期及文號。
4. 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2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。
5. 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。

修正自殺意念個案處置原則

一、背景(Context)

根據國內外針對自殺相關研究了解，曾有自殺行為者為最高風險族群，其自殺風險約為無行為者的 40 倍，因此我國自殺防治策略之指標性防治策略，為針對自殺企圖者進行追蹤與關懷，由自殺關懷訪視員專人專案個管。以有效降低自殺高風險者的自殺風險。

相對於自殺行為者而言，自殺意念者的自殺風險較低，但潛在人數眾多，依據近年來的民調結果，一年內有自殺意念者約佔 2%，推估約有 40 萬人；遠高於有自殺行為者。當個人生活中遭遇壓力事件，引發或多或少的情緒波動反應，隨著個人調適能力不同，有人隨著時日的推移逐漸平復情緒。但有些人則日漸情緒惡化，進而衍生生活不下去的自殺意念，漸有了自殺計畫、尋求自殺工具及了解自殺方法。在某一訊息或壓力下導致其無法承受時，可能便會衝動地自殺。

故在我國自殺防治策略上採選擇性防治策略，以自殺意念者周遭的親近人士，若可就近發揮珍愛生命守門人的精神予以關懷陪伴，並依其所需轉介相關資源。在自殺悲劇發生前每一階段的自殺風險皆不相同，進而需要不同處理原則因應，因此建置自殺意念個案處置原則，協助各縣市落實自殺意念者之處理及轉介確有其重要性。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 資料蒐集與彙整
 - (1) 參考自殺個案通報後關懷作業流程相關資料。
 - (2) 搜尋並彙整相關文獻。
- 2) 檢視目前作業流程，彙整編訂重點。
- 3) 召開專家會議，蒐集相關建議。
- 4) 依據討論結果完善處置原則的作業規範。

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。

三、過程(Process)

1. 依據 109 年 10 月 13 日衛生福利部召開「自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正研商會議」決議，中心需擬定「自殺意念個案關懷處理流程」供衛生福利部參考運用。
2. 中心同仁及自殺防治學會專家草擬自殺意念個案關懷協助流程，並與衛生福利部反覆溝通討論。
3. 於 109 年 10 月 23 日假衛生福利部心理及口腔健康司會議室召開會議，討論自殺意念個案處置模式，依據討論結果持續修訂編寫自殺意念者處理原則指引草案。本草案於同年 10 月底編寫完成，提供衛生福利部參考。
4. 衛生福利部於 110 年 5 月 14 日制定「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」完成，並公告推廣全國使用。
5. 於今年度辦理之「限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊」及「疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊」等各場會議中，向各縣市宣導推動落實，並依據前開流程回應各縣市相關疑問。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 自殺意念者處理原則指引草案

本中心依據 109 年 10 月 13 日衛生福利部召開「自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正研商會議」決議，針對自殺意念個案草擬關懷流程，經與衛生福利部溝通討論，擬定「自殺意念者處理原則指引草案」如下。

(1) 自殺意念者與其緊急處置原則

a. 自殺意念：已經有一些自殺的想法，或在言語、文字訊息中表達結束自己生命之話語。

b. 緊急處置原則

a) 提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量。

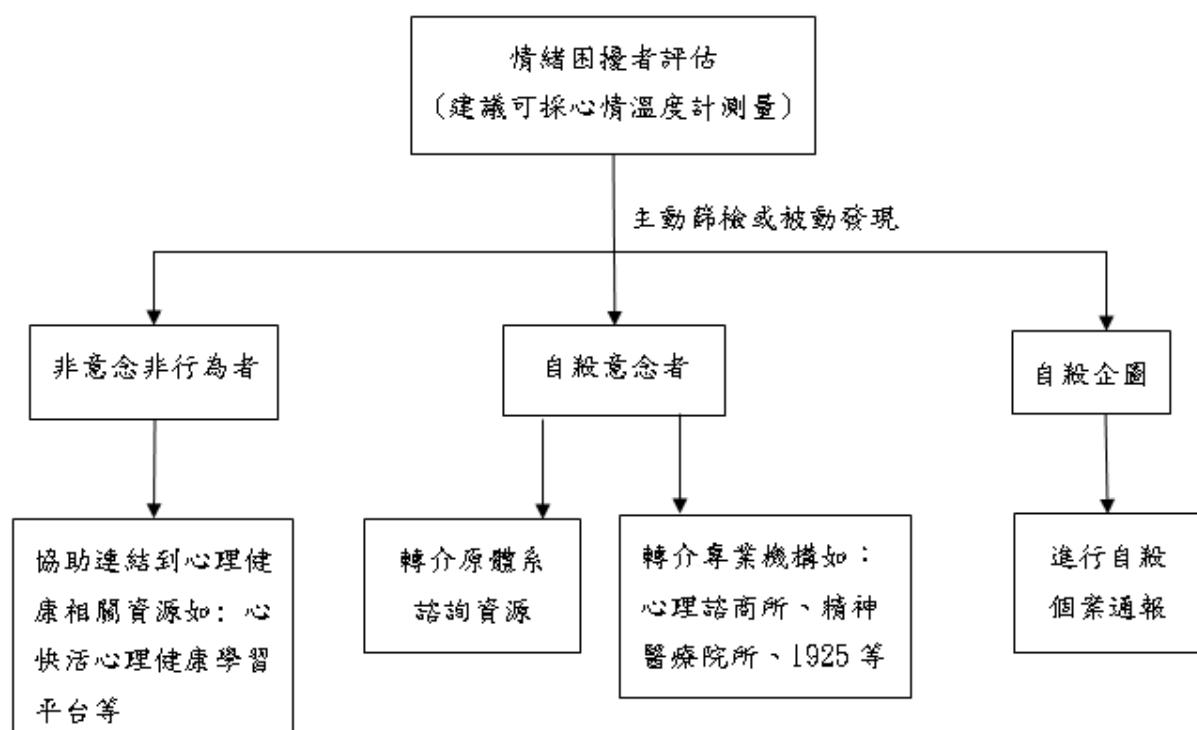
b) 利用矛盾心理。應該集中焦點在想自殺的人的矛盾心理，以逐漸增加想要活下去的力量。

c) 談論以前如何不採取自殺而能解決問題的經驗。

d) 探尋除自殺外的其它選擇。應該試著發掘自殺以外的各種替代方式，即使它們可能不是最理想的解決方法，希望個案至少可以考慮其中一個選擇。

- e) 訂定不自殺的約定。設法讓想自殺的人承諾，他或她在沒有與工作人員聯繫時或某個特定時間，將不會自殺。
 - f) 必要時，轉介給精神科醫師、諮詢師或心理衛生專業人員並儘快預約會談時間。
 - g) 聯絡其家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。
 - h) 定期會談，維持聯繫。
- c. 個案已有具體之自殺計畫、已準備好自殺工具等行為，則已屬自殺企圖之範圍，應依據自殺防治法第 11 條規定，通報至「自殺防治通報系統」，並依循「自殺個案通報後關懷作業流程」進行後續處理。

(2) 資源連結或轉介流程



註：本流程圖僅提供政府、機關或團體同仁，發現有自殺意念者，發揮自殺防治守門人精神，予以關懷及建議參考用。

圖 4-1-1、自殺意念個案資源連結或轉介流程流程

2) 自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊

中心於 109 年 10 月擬定「自殺意念者處理原則指引草案」，提供衛生福利部參考運用，衛生福利部於 110 年 5 月 14 日制定「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」完成，並公告推廣全國使用。自殺意念者服務及轉銜

流程如下圖。

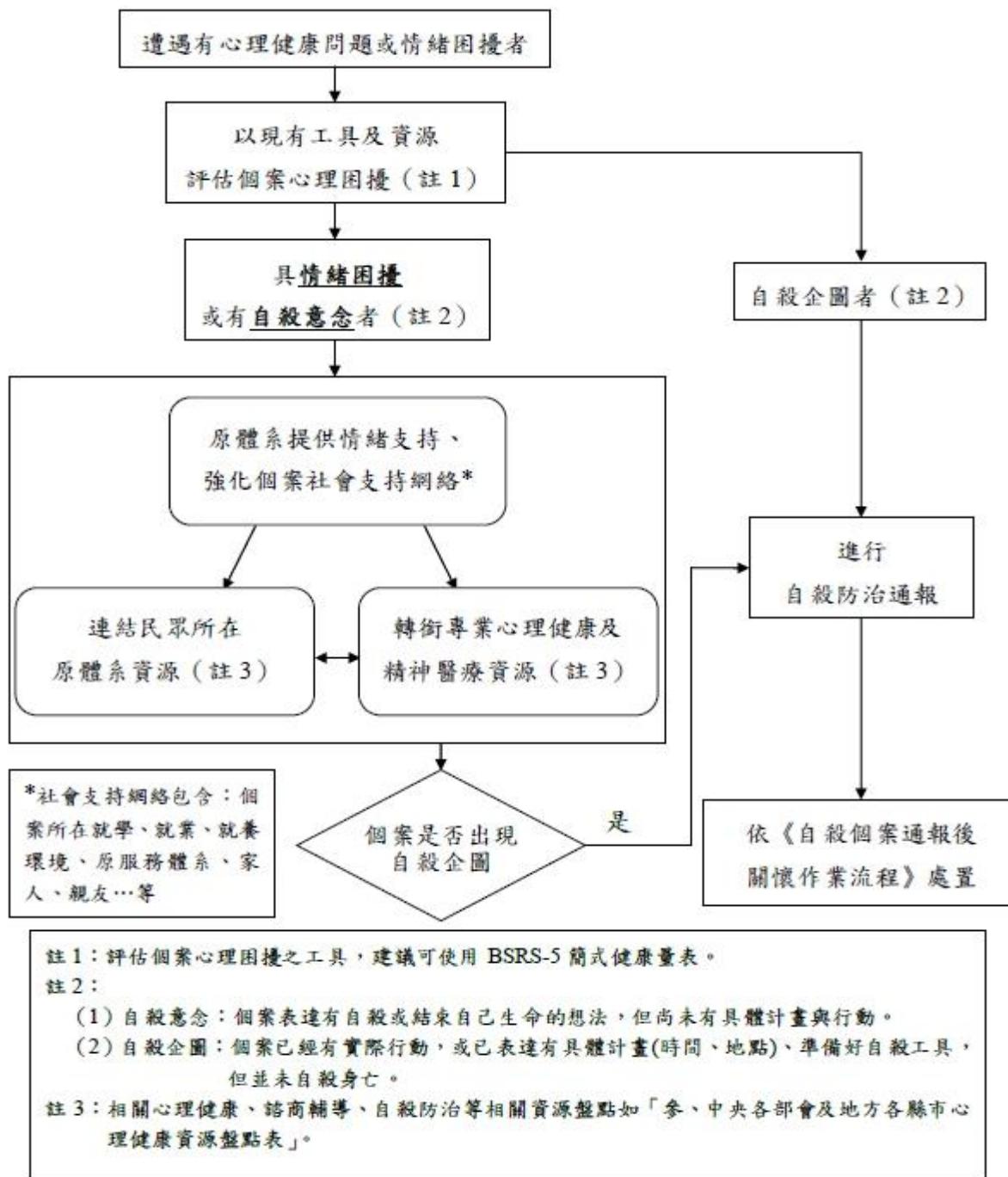


圖 4-1-2、自殺意念者服務及轉銜流程

(1) 自殺意念者服務及轉銜流程說明

- 民眾或各單位若遇有心理健康問題或情緒困擾者，可使用 BSRS-5 簡式健康量表等心理困擾評估工具，對其進行現況評估。
- 經評估若有自殺企圖，則進行自殺防治通報，依「自殺個案通報後關懷作業流程」辦理。

- c. 若評估無自殺企圖，但具有情緒困擾或自殺意念者，則提供適當社會資源予以協助，包括民眾原體系中的資源、社會資源及支持網絡，或專業心理健康及精神醫療資源等。
- d. 提供情緒支持與資源連結後，持續給予關心並觀察是否出現自殺企圖，若有，則依「自殺個案通報後關懷作業流程」進行自殺防治通報。

2. 後續執行進度

「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」甫於今年5月公告實施，全國自殺防治中心將持續與衛生福利部密切配合，向各縣市宣導推動落實。中心將配合最新自殺防治政策滾動修正自殺防治相關工作原則與流程，以期建立更佳的程序與體制，協助具自殺意念民眾，及早克服情緒心理困境。

關懷訪視制度修正及系統增修建議

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

衛生福利部為落實自殺企圖、自殺死亡個案之通報，於民國 95 年建置「自殺防治通報系統」，供各縣市衛生局、關懷訪視員及各通報單位登入使用。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。

然而，由於自殺防治政策變化、系統功能眾多且複雜、關懷訪視流程更新等，使關懷訪視人員在系統操作及紀錄撰寫上遇到問題，降低行政效率。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。

為因應自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正於 110 年 1 月 1 日施行，本中心將針對自殺關懷訪視紀錄之內容進行修正，以及針對自殺防治通報系統提出功能增修建議及理由，並將關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視員於登打資料時參閱。以滿足全國自殺防治相關工作人員實務需求，縮短個案通報及後續關懷訪視的行政作業流程，透過更友善的操作環境，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) 蒐集專家意見並修正自殺關懷訪視紀錄之內容。
- 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) 透過全國自殺防治中心網站、珍愛生命數位學習網及關懷訪視員 Line 群組等網路平台，為全國自殺關懷訪視員建構完備網絡。
- 2) 召開內部會議，檢討現行自殺防治通報系統及自殺關懷訪視紀錄內容，並建議系統功能增修，彙整修訂重點。
- 3) 擇期邀集衛生福利部心理及口腔健康司、專家學者及各縣市衛生局代表召開會議，蒐集自殺關懷訪視紀錄內容之修正建議。
- 4) 於 110 年 6 月 30 日前依據會議討論結果完善訪視紀錄單及自殺通報系

統。

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. 110 年度自 1 月至 11 月 1 日止，共有 149 名自殺關懷訪視員申請珍愛生命數位學習網之自殺防治相關人力專區帳號並登入學習。
2. 透過「關懷訪視交流園地 Line 群組」，提供全國各地關懷訪視員溝通交流與排難解惑之管道。今年度共有多位訪員於群組內提出問題並交換心得，中心即時召開內部會議以迅速滿足訪員需求。
3. 於疫情進入三級警戒期間，全國自殺防治中心網站隨即建置防疫專區，更進一步設立關訪員專區，定期張貼文章，提供疫情期間之訪視注意事項、溫馨鼓勵短文等，以關心全國訪視員之工作狀態。
4. 檢討現行自殺防治通報系統，進行系統功能增修，針對 109 年提出增修建議，惟自殺防治通報系統維護廠商未增修之原因進行了解，經彙整後重新提出增修建議。
5. 研擬自殺防治通報系統各項目文字說明內容，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，以建置知識庫維護功能，於使用者使用時顯示說明內容。
6. 於 110 年 3 月 12 日於全國自殺防治中心內部召開「自殺關懷訪視紀錄內容修訂會議」，邀集中心幹部及現職自殺個案關懷訪視員，檢視現行訪視紀錄單及自殺通報系統，擬定修訂重點。
7. 因應全國疫情提升為三級警戒，經衛生福利部許可，將自殺關懷訪視紀錄之內容修正延至 110 年 10 月前辦理完畢。
8. 8 月至 9 月期間，針對自殺關懷訪視紀錄內容共與心口司進行兩次會議研擬修改草案。
9. 9 月至 10 月期間，邀請具關懷訪視員督導經驗之專家學者，以書面審閱修改草案方式協助提供修訂意見。
10. 於 10 月 1 日邀請各縣市衛生局代表舉辦「自殺關懷訪視紀錄」修正研商會議，會議採視訊方式進行，依據會議決議進行自殺關懷訪視紀錄內容修正。

四、成果(Product)

1. 自殺防治通報系統功能增修及知識庫維護功能建置

依據全國自殺防治中心內部會議及專家會議決議，擬定通報系統功能增修建議。

1)自殺防治通報系統功能增修

中心已於 109 年提出系統功能修改建議，惟自殺防治通報系統仍有部分功能尚未建立，經彙整後重新提出增修建議，增修摘要如下表：

表 4-2-1、110 年自殺防治通報系統功能增修摘要

項次	建議功能
1.	優化特殊身分註記異動提醒功能
2.	新增「轉介成功」備註功能
3.	新增統計報表功能
4.	通報單：自殺原因增設選項

2)建置「知識庫維護功能」

中心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，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) 通報單功能增修摘要如下表：

表 4-2-2、通報單功能增修摘要

項次	建議功能
1.	自殺日期不可晚於通報日期。
2.	自殺方式與自殺原因為複選，最多選三項，若超過三種則選擇最主要三種方式與原因。
3.	職業欄位加註說明各項職業分類。

(2) 訪視紀錄功能增修摘要如下表：

表 4-2-3、訪視紀錄功能增修摘要

項次	建議功能
1.	「訪視方式」欄位加註說明「其他通訊通話方式」定義。
2.	未來新增題目「近兩年精神醫療史評估」項下選項之「診斷名稱」，由系統提供精神疾病列表選單。
3.	未來新增題目「近兩年精神醫療史評估」項下選項之「就醫規則性」及「是否遵照醫囑服藥」，由系統設定說明「規則」之意涵。
4.	「結案評估」寫下結案原因與完整評估。

註：訪視單欄位名稱及新增題目將依據「2.自殺關懷訪視紀錄內容增修」結果進行修改。

2. 自殺關懷訪視紀錄內容增修

於 10 月 1 日邀請各縣市衛生局代表舉辦自殺關懷訪視紀錄修正研商會議，依據全國自殺防治中心每月抽審各縣市自殺關懷訪視紀錄結果，針對完成率較低及容易造成混淆題目，依衛福部函頒之自殺個案通報後關懷作業流程，與關懷訪視評估邏輯進行修訂。經參採衛生局所提意見，並參考心理衛生社工表單，經衛福部、全國自殺防治中心及專家學者討論後修訂完成，共修訂題目 57 處。(詳見附件 4-2-2、附件 4-2-3)

3. 自殺防治通報系統功能的完善，及自殺關懷訪視紀錄介面的編排流暢，對於自殺關懷訪視作業流程十分重要，中心將持續收集與整理使用者建議，依照衛福部作業時程，提供給衛福部及自殺防治通報系統維護廠商，作為未來功能增修的參考依據，增進訪視紀錄完整性與可信度。

五、附件

附件 4-2-1 自殺關懷訪視紀錄單修正註解一覽表

附件 4-2-2 自殺個案訪視紀錄單(修改版)

自殺關懷訪視員課程規劃

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺關懷訪視員為第一線面對自殺個案之工作人員，在不同的場域，針對不同族群之個案，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。

全國自殺防治中心過去幾年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。且隨著近年自殺通報人次的上升，訪視員個管案量提升，更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，持續了解與追蹤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課程、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適合訪視員之教育訓練課程，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，及過去督導各縣市訪視員經驗，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，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視員參看，以精進其專業知能與實務工作能力。

2. 業務目的與目標

針對 109 年所調查分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」，及全國自殺防治中心過去督導各縣市自殺關懷訪視員經驗，彙整訪視員常見之困難及問題，了解訪視員在實務工作及職場各方面面臨之困境並製作 Q&A 集。依據 Q&A 集，納入關懷訪視員培訓之參考，以利研擬符合實務需求之相關課程，經衛生福利部審核同意後，建置於珍愛生命數位學習網「自殺防治相關人力課程專區」，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) 彙整 109 年分析之「自殺關懷訪視員核心能力之困境與遭遇之問題」及過去督導各縣市自殺關懷訪視員經驗與回應進行分析。
- 2) 依據訪視員實務經驗困境，及各縣市自殺防治相關會議常見訪視問題，製作 Q&A 集，將訪視員常見問題納入培訓之參考，更新關懷訪視員所需之課程。

3) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新課程，向衛生福利部申請同意。

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：過去督導各縣市自殺關懷訪視員所蒐集資料、各縣市輔導訪查工作坊相關議題彙整、全國自殺防治中心網站、自殺防治系列手冊等。

三、過程(Process)

1. 依據中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力定義。
2. 彙整 107 年至 109 年各縣市互動式輔導訪查所蒐集資料，與 109 年自殺關懷訪視員核心能力困境調查結果共同進行分析。
3. 彙整今年度辦理之「限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊」、「疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊」關懷訪視員常見困難。
4. 統整前述彙整資料，撰寫 Q&A 集並規劃課程。
5. 與精神醫療網合作，分別於 3 月份、11 月份配合桃園療養院及八里療養院所辦理之「精神疾病及自殺通報個案關懷員進階教育訓練」，拍攝最新課程，並製作成自殺關懷訪視線上課程教材。
6. 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，針對核心能力困境與常見困難，並因應國內重大事件對國人心理健康影響等方面，對現有教材進行更新，分別於上、下半年各別撰寫「數位學習網自殺關懷訪視員專區線上課程計畫」，於 6 月份及 10 月份發文衛生福利部申請課程審認，並核發研習證書予參加訓練人員。

四、成果(Product)

1. 自殺關懷訪視員核心能力困境彙整結果

1) 過去三年互動式輔導訪查討論及近期來自相關教育訓練、研議及共識會議、自殺關懷訪視員群組等，關於訪視員的困境彙整如下；並逐一採行政協調、相關研議，及教育訓練課程增修以為因應。

- (1) 人力不足
- (2) 通報資訊缺漏
- (3) 失聯個案(如白天上班個案)訪視不易
- (4) 跨網絡溝通合作不易
- (5) 困難個案的關係建立

2)針對109年自殺關懷訪視員核心能力困境之調查結果，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」，且不同年資的訪視員皆視「拒訪或失聯個案」及「重複自殺個案」為較困難落實之能力。中心據此調整增修核心能力關懷訪視培養訓練課程。

2. 自殺個案關懷訪視工作常見問題 Q&A

參閱全國自殺防治中心網站、過去幾年辦理教育訓練、共識營主題、研議會議、工作坊等紀錄，及自殺防治系列手冊，針對訪視員常見問題進行說明與解答，彙整六項常見問題類型如表 4-3-1，Q&A 集詳見附件 4-3-1。

表 4-3-1、問題類型及常見問題

問題類型	常見問題範例
1. 通報資訊缺漏	「若通報時並無詢問個案是否願意接受後續關懷訪視該如何？」等
2. 難以與個案建立關係	「若遇到謾罵、情緒激烈之個案，可以如何因應？」等
3. 跨網絡溝通合作不易	「面對校園個案時，遇到學生拒絕、家長反對，或是訪視時間的困難，可以如何因應？」等
4. 困難個案	「面對重複自殺個案，訪員如何應對？」等
5. 疫情影響之特殊訪視困境	「疫情期间執行自殺防治業務困難」等
6. 結案標準疑義	「如因個案無法接受關懷服務，皆以口頭告知家屬不願接聽電話，故皆由家屬代為回應個案狀況，是否亦可視為訪視到個案本人？」等

3. 課程檢視與規劃

1)檢視全國自殺防治中心之珍愛生命數位學習網「自殺防治相關人力課程專區」，目前已開設網路課程中與前述常見問題相關之課程詳見表 4-3-2：

表 4-3-2、關懷訪視工作常見問題之現有相關課程彙整

課程名稱/年份	課程時長	認證時數
自殺防治與資源連結/105 年	55 分鐘	1 小時
資源轉介困境與建議/108 年	32 分鐘	0.5 小時

危機個案之進階轉介技巧與資源連結 /104 年	55 分鐘	1 小時
拒訪個案之處置措施與成效評估/103 年	30 分鐘	0.5 小時
重複自殺個案之樣態分析與處置建議 /103 年	25 分鐘	0.5 小時
常見精神疾病與因應措施/105 年	52 分鐘	1 小時

2) 依據自殺防治法施行細則與自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法，針對以下課程分類錄製最新課程—

(1) 初階

- a. 法律及倫理規範—因應自殺防治法本法及子法自 108 年起陸續公告實施，錄製最新課程。
- b. 關懷訪視技巧—因應訪員常見問題，錄製最新課程。
- c. 多元文化及多元性別概論—課程尚在規劃中。
- d. 自殺防治守門人概論及措施—考量現有課程錄製年分較久，錄製最新課程並汰換原課程。
- e. 自殺通報流程—因應「自殺個案通報後關懷作業流程」最新版本啟用，錄製最新課程。
- f. 個案自殺風險評估及處遇—因應具多元議題自殺個案之評估與處遇，錄製最新課程。
- g. 自殺個案轉介及資源連結—現有課程尚可符合訪員需求，暫不錄製最新課程。
- h. 自殺遺族心理歷程及關懷溝通—現有課程尚可符合訪員需求，暫不錄製最新課程。

(2) 進階

- a. 拒絕訪視與重複自殺個案之關懷訪視技巧及資源轉介—因應訪員常見核心能力困境，錄製最新課程。
- b. 認識常見精神疾病—因應合併有精神疾病的自殺個案訪視工作，錄製最新課程。
- c. 個案報告及討論—課程尚在規劃中。
- d. 其他為因應實務需求之相關課程—因應國內重大事件對國人心理健康影響，錄製最新課程。

3) 將 109 年下半年錄製課程，以及 3 月份桃園療養院關懷訪視員進階教育訓

練部分錄製課程彙整，於 6 月份進行今年度第一次課程申請，並獲衛生福利部審認同意(詳見附件 4-3-2)，上半年新增課程詳見表 4-3-3。

表 4-3-3、110 年度上半年新增課程

課程名稱/年份	課程時長	認證時數
自殺防治法及子法規介紹/109 年	67 分鐘	1 小時
自殺未遂個案關懷訪視知能研討會議/109 年	61 分鐘	1 小時
加強精神病人合併自殺風險個案之評估重點及關懷訪視實務課程/109 年	73 分鐘	1 小時
自殺個案拒訪及重複自殺之關懷訪視注意事項/110 年	73 分鐘	1 小時
精神病人治療性關係建立與會談技巧/109[註]	55 分鐘	1 小時
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/109 年	50 分鐘	1 小時

註：「認識常見精神疾病」課程規劃中，除說明各種精神疾病的特徵外，同時也須教授如何與精神疾病患者溝通及互動。「精神病人治療性關係建立與會談技巧」課程重點包括會談原則、目的、技巧、歷程等等，可運用於合併有精神疾病的自殺個案訪視工作中。

4)彙整中心今年度參與拍攝或主辦活動之各項錄製課程，包括：

- (1) 3 月份桃園療養院「精神疾病及自殺通報個案關懷員進階教育訓練」；
- (2) 8 月 28 日第一線專業人員自殺防治守門人訓練；
- (3) 9 月 5 日 2021 年世界自殺防治日記者會、年會暨學術研討會。

於 10 月份進行今年度第二次課程申請，並獲衛生福利部審認同意(詳見附件 4-3-3)，下半年新增課程詳見表 4-3-4。

表 4-3-4、110 年度下半年新增課程

課程名稱/年份	課程時長	認證時數
1. 自殺的警訊、溝通、處遇與預防/110 年 [註 1]	37 分鐘	0.5 小時
2. 自殺通報與關懷流程/110 年	77 分鐘	1 小時

3. 家庭暴力、性侵害、兒童及少年保護事件防治及通報流程/110 年[註 2]	54 分鐘	1 小時
4. 高風險家庭及兒少保護事件個案自殺未遂關懷訪視技巧/110 年	87 分鐘	1.5 小時
5. 青少年自殺防治/110 年	55 分鐘	1 小時
6. 精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/110 年	64 分鐘	1 小時
7. 藥酒癮個案自殺防治與社區處遇實務/110 年	84 分鐘	1.5 小時
8. 訪視員之壓力調適及情緒管理/110 年	58 分鐘	1 小時
9. 災難心理重建/110 年[註 3]	23 分鐘	0.5 小時

註 1：汰換以下課程

109 年 9 月 22 日台自防〔濱〕字第 1090922001 號函申請辦理「自殺企圖之關懷技巧及自殺防治守門人介紹/2009/廖士程」，課程時長 92 分鐘，認證時數 1.5 小時。

註 2：「家庭暴力、性侵害、兒童及少年保護事件防治及通報流程」課程重點包括網絡人員角色、保護性案件認識、如何通報、社會安全網案件處理流程等等，可運用於具保護性議題之自殺個案訪視工作中。

註 3：「災難心理重建」可運用於重大事件或災難下具自殺風險之個案訪視工作。

五、附件

附件 4-3-1、關懷訪視員常見困境與問題 Q&A

附件 4-3-2、110 年第一次課程申請獲衛福部審認同意之公文影本

附件 4-3-3、110 年第二次課程申請獲衛福部審認同意之公文影本

關懷訪視紀錄抽查

一、背景(Context)

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「自殺個案通報後關懷作業流程」，當自殺企圖個案被通報至通報系統，便由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，評估個案狀況，並填寫自殺關懷訪視紀錄，以利後續資源轉介及結案等流程。

各地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，並清楚呈現個案生活現況，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完整性與內容豐富度，提升後續關懷訪視及照護品質，中心安排每月抽查三至四縣市之訪視紀錄，每縣市每半年輪流一次，進行審查及提出建議，並追蹤後續改善狀況，以協助各縣市自殺關懷訪視員能詳加落實填寫訪視紀錄。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) 排定審查縣市順序。
- 2) 制定紀錄審查資料範圍。
- 3) 依據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。
- 4) 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，並透過意見回饋表蒐集各縣市意見。
- 5) 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，初審將抽查全國 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. 依據各縣市回饋內容調整綜合建議撰寫要點或方式。
3. 審查縣市擇定標準根據 109 年訪視紀錄二階段審查結果，綜合 109 年抽

查縣市順序排定抽查。

4. 每月份排定三至四縣市進行審查，初審抽查縣市順序如下：

- 1)一月份：金門縣、桃園市、高雄市
- 2)二月份：連江縣、雲林縣、屏東縣
- 3)三月份：澎湖縣、彰化縣、嘉義縣、嘉義市
- 4)四月份：新竹市、新竹縣、臺北市、苗栗縣
- 5)五月份：新北市、南投縣、花蓮縣、臺中市
- 6)六月份：臺南市、宜蘭縣、臺東縣、基隆市

5. 依據第一輪審查結果，排定第二輪抽查縣市如下：

- 1)七月份：桃園市、金門縣、苗栗縣
- 2)八月份：高雄市、連江縣、新北市
- 3)九月份：臺東縣、新竹縣、南投縣、花蓮縣
- 4)十月份：臺南市、雲林縣、屏東縣、澎湖縣
- 5)十一月份：嘉義縣、嘉義市、臺中市、臺北市
- 6)十二月份：宜蘭縣、新竹市、彰化縣、基隆市

6. 訪視紀錄資料抽查時段：每月份訪視紀錄的審查資料是抽取該縣市最近一個月的訪視紀錄，若最近一個月審查資料不足則往前抽取補齊，至多往前抽至三個月，初審與複審所抽查資料不得重複。

7. 訪視紀錄案件狀態擇定：自殺防治通報系統案件狀態有五大選項，包括「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。初審乃選取最近一個月「已結案」的訪視紀錄。這些狀態具備較完善內容紀錄，更能了解訪員的訪視狀況，及檢核有無提供相對應的處遇計畫與資源轉介。

8. 訪視紀錄抽查流程與標準：

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。

9. 訪視紀錄評等標準設立：根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 110 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)：含自殺關懷訪視員對個案、家屬、案家環境的觀察評估。
 - (3) Assessment(評估)：整理 S 及 O 之資料，做出進一步評估：
 - a. 危險因子及保護因子：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. 生理精神狀態評估：紀錄個案之生理疾病、精神疾病暨相關症狀以及心情溫度計的分數變化，以評估健康問題對自殺風險造成的影响。
 - c. 治療順從性評估：須詢問個案於精神科就診或接受心理健康諮詢之情況，針對已就診或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。
 - d. 簡式健康量表分數 (BSRS-5)：評估個案最近一星期中感到困擾或苦惱的程度，分數記錄對象為個案本人(電話和面訪)，且須由個案本人所回答。
 - e. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依危險等級分類為低、中、高三級。
 - (4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，進一步建立處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。如當個案 BSRS-5 的分數高於 6 分，須轉介心理諮詢、精神科就診；當個案背景為學生，須轉介學校輔導。
 - (5) 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。
 - (6) 審查過程乃是由中心業務負責人針對抽查的訪視紀錄進行初評，並列出問題、建議，再由中心專家進行複評審查並給予意見。
 - (7) 每月份彙整該月審查縣市自殺關懷訪視員訪視紀錄初評與複評之結果，將其謄寫至訪視紀錄審查結果表，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。並研擬紀

錄的結構化項目的修改建議。

四、成果(Product)

1. 審查流程：

- 1) 經過內部專家討論研擬，制訂出訪視紀錄審查結果表(請見附件 4-4-1)、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表(請見附件 4-4-2)。
- 2) 登入自殺防治通報系統抽取當月份排定縣市 20 則以上訪視紀錄，由中心同仁進行初步審查，填寫訪視紀錄審查結果表，並經中心專家學者進行複審。
- 3) 每月提供受審縣市當月份訪視紀錄審查結果及訪視紀錄審查結果建議意見回饋表，於一個月內回收意見回饋表。

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，各縣市在各項目填寫完成率均較 109 年度抽查提升，且第二輪複審各項目均較第一輪初審有所改善。

(2) 「內容摘要」建議：

a. SOAP 格式資料檢閱：

a) 個案主觀描述(S)：平均完成率達到 99.1%，大部分縣市完成率可達到 100%，少部分縣市即使完成率較低也都達 80%以上。建議每次訪視皆需填寫個案對於近況的自述，包含生心理狀況及生活現況等，多方了解其生活現況並具體記錄，以豐富訪視紀錄內容。

b) 客觀觀察資料(O)：平均完成率達到 95.2%，約六成縣市完成率可達 100%，其餘縣市完成率在 75%至 95%之間，推測可能受疫情影響，家、面訪數下降，進而影響客觀觀察資料蒐集。針對完成率偏低之部分縣市，建議訪視時多加觀察及記錄個案表情、語氣、態度、情緒變化，以及精神活力或人際互動表現。如採用電訪，亦可於訪視中觀察及記錄個案的語量、速度、音調、談話意願及態度等，以輔助綜合評估。

c) 自殺風險評估(A)：平均完成率達到 88.4%，「危險因子」與「保護因子」完成率普遍較高，大部分縣市都能完整填寫。惟「生理精神狀態」及「治療順從性評估」兩項填寫完整性略顯參差，一部分縣市可達 80%至 100%，亦有少數縣市僅在 10%至 20%之間，完成率仍有待改善。針對完成率偏低之部分縣市，提出建議多留意個案是否接受精神科或其他科別醫療服務，針對其生理健康、精神與認知狀態等方面進行評估，確實了解健康狀況對其自殺意念的影響，綜合各個項目進行完整評估並詳實說明。

d) 處遇計畫(P)：各縣市安排家訪或其他地方面訪平均約 59.4%，安排電訪平均約 67.7%，推測可能受疫情影響，家、面訪數較第一輪審查下降，電訪數則較第一輪審查提升。在社會資源使用方面明顯偏少，對各縣市提出建議依據自殺風險評估提供相對應的處遇計畫，包括利用緊急資源、醫療、家庭服務、心理諮商輔導等社會資源，或說明未來關懷重點等。

b. 結案評估：

平均完成率達到 92.6%，六成以上縣市填寫完成率可達 100%，其餘縣市則落在 50% 至 80% 之間，部分訪視紀錄僅粗略描述個案近況而缺乏詳實評估過程。針對完成率偏低之部分縣市提出建議，結案評估內容詳加描述個案自殺原因、危險因子、保護因子變化及生活現況評估；追蹤滿三個月經督導會議決議結案之個案，應清楚說明結案原因與完整評估；個案結案前應依循衛生福利部 110 年 1 月 1 日公布之「自殺關懷訪視個案結案標準表」使得結案。

(3) 截至十月，近三年內容摘要 SOA 及結案評估完成率比較圖如圖 4-4-1，顯示近三年訪視紀錄抽查中，各縣市在各項目完成率逐漸提升。

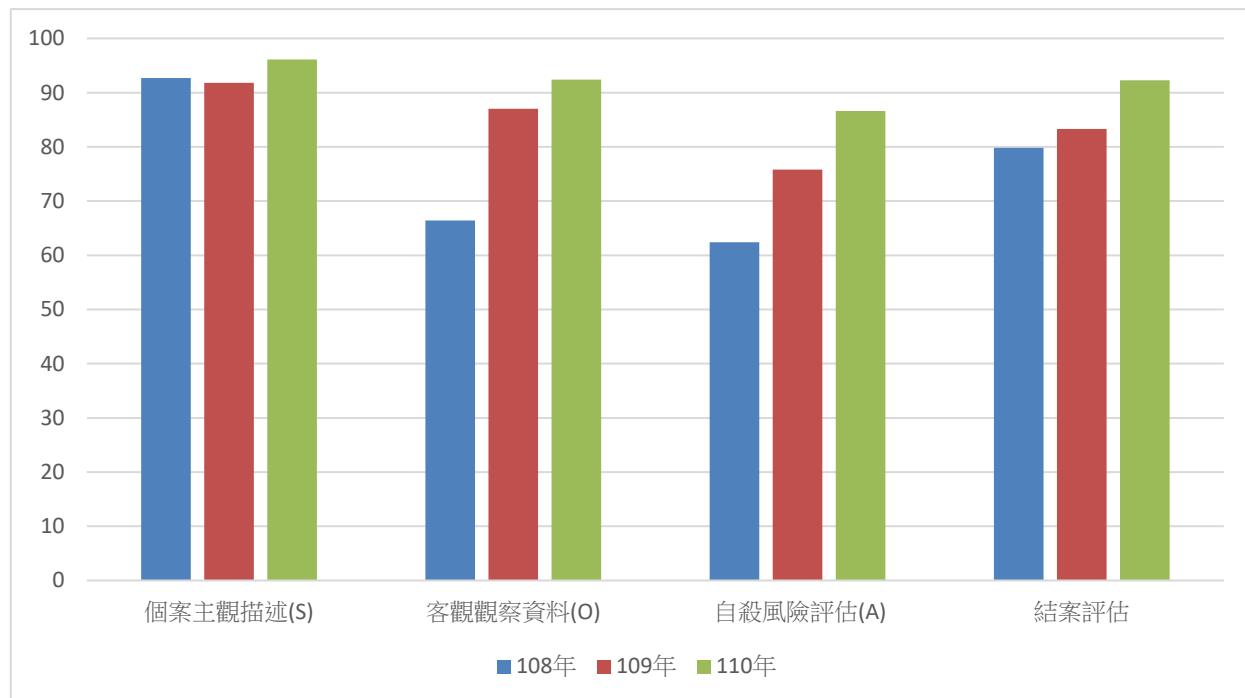


圖 4-4-1、近三年內容摘要 SOA 及結案評估完成率比較圖

(4) 綜合建議：

- 前後資訊保持一致：訪視紀錄單各欄位資訊應確保一致，如 BSRS-5 與再自殺意念及風險評估中對自殺意念的評估應一致為佳。
- 應詳實記錄每次訪視過程：經查有部分不同日期之訪視紀錄，其內容大

- 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。
- c. 「是否知道安心專線及電話」：建議訪視過程中務必記得提供專線資源。
- d. 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。

2) 各縣市意見回饋：

今年度截至十月，共獲得三縣市提供意見回饋外，其他縣市皆回覆可依審查建議改善且無意見回饋。各縣市意見回饋如表 4-4-1。

表 4-4-1、各縣市意見回饋

意見類型	意見重點
針對審查建議	部分一次性自殺事件且再自殺綜合評估風險低的個案，受訪視內容大抵相同，針對個案主觀描述(S)較難以依建議改善。
針對系統功能	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議自殺防治通報系統參酌其他系統紀錄欄位，增添各項目的勾選欄位。 2. 建議於結案設定新增結案評估選項。 3. 非衛生單位通報漏填部分基本資料仍能通報，建議改善。

3. 結論

- 1) 為加強追蹤各縣市受審後之改善情形，於每月抽審時與前一次審查結果進行比較，了解各縣市訪視紀錄撰寫完整度是否提升，並參考各縣市意見回饋，調整審查建議方式。今年度訪視紀錄審查顯示，大多數縣市在各項目填寫完成率均較去年提升，且第二輪複審結果均較第一輪初審有所改善，顯示各縣市經審查與建議後，均可逐漸改善訪視紀錄完整性。
- 2) 在自殺風險評估(A)部份，平均完成率達到 88.4%，其中「生理精神狀態」及「治療順從性評估」之填寫完成率較低。經 110 年 10 月 1 日自殺關懷訪視紀錄修正研商會議決議，將「生理精神狀態」及「治療順從性」分別修訂為「身體疾病史及治療史」及「近兩年精神醫療史評估」，並調整為必填。透過題目修訂，期能提升自殺風險評估準確性，以提升訪視服務效能與品質。詳見「關懷訪視制度修正及系統增修建議」章節。
- 3) 在社會資源轉介與橫向連結方面，轉介頻率偏低。自殺行為是多重因素影響下的結果，尤其在疫情尚未穩定期間，除定期關懷訪視，提供支持與關懷外，亦須借助社會上多元資源，共同配合提升保護因子，達到降低個案再自殺的目標。
- 4) 自殺關懷訪視結案原因以重複通報為最大宗，當訪員觀察到個案在「通報次數」欄位顯示多次通報時，建議可提到內部或外部督導會議進行討論，並考

量個案是否有其他週期性危險因子存在進而反覆影響自殺風險。中心將從相關數位課程、自殺防治系列手冊等教材，以及過去舉辦教育訓練、共識營、研議會議、輔導訪查工作坊等相關紀錄，蒐集彙整訪視員常見問題進行說明與解答，依此撰寫 Q&A 集並規劃課程。詳見「自殺關懷訪視員課程規劃」章節。

5) 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。

五、附件

附件 4-4-1、訪視紀錄審查結果表

附件 4-4-2、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表

第五章包含工作項目內容

工作項目	(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)
(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估	<p>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，辦理下列事項：</p> <p>(2)召開新聞媒體聯繫會議或研討會1場次，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p> <p>9. 配合自殺防治法第9條第2項第4款及第12條規定，辦理下列工作：</p> <p>(3)於完成提供前開資料後，擇定14個縣市各辦理1場工作坊(邀請單位須包含衛生機關及非衛生機關)，工作坊主題可定為『協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制』(至少8縣市，並應排除110年度自殺防治業務輔導之6縣市，且至少有1離島縣市)或『疫情心理健康及自殺防治工作』。工作坊議程、縣市名單、辦理時間及方式須經本部同意後始得辦理。</p>
(五)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議	<p>1. 配合辦理自殺防治法第4條自殺防治諮詢會之議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。</p> <p>5. 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：</p> <p>(1)於110年7月31日前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。</p> <p>(2)於下半年度出席安心專線承作廠商辦理之聯繫會議。</p>
議約事項	<p>第一條、依據109年度編製之「媒體報導自殺事件指引」，邀集機關、媒體及專家學者召開會議及推廣前開指引，並依機關規劃之時程，研擬「違反自殺防治法案件之裁罰基準」之相關事宜。</p>

14 縣市自殺防治工作坊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。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。

逢世界衛生組織(WHO)於 109 年 3 月 11 日正式宣布新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行，根據台灣自殺防治學會民國 109 年 7 月調查顯示，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。本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，以及民調收集資料進行分析，針對 COVID-19 新冠肺炎及大規模傳染病與心理健康與自殺提出具體之防治策略，供政府及有關單位參考，同時為瞭解各社區心理衛生中心於新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行期間自殺防治業務執行困境，故辦理疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊。

此外，自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域、以及臨床特性差異，而根據本會之研究分析，108 年全國自殺死因占率 35.5% 為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」，24.0% 為「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」，13.5% 為「由高處跳下自殺及自傷」，12.6% 為「固體或液體物質自殺及自為中毒」，9.0% 為「溺水(淹死)自殺及自傷」，為因應高致命性自殺方法所帶來之影響，本會持續收集近 10 年國內外高致命性自殺工具、高致命性自殺方法之文獻回顧及相關防治方法，同時盤點國內各縣市常用的自殺方式或工具、自殺熱點等，提出具體的防治方法，供衛服部及各縣市衛生局、地方政府參考及應用。110 年為了解各縣市跨局處跨單位在此項業務推動內容之不同觀點、困境與因應方法，故辦理限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力。

據此，110 年擇定標準化自殺死亡率、三年移動平均及 109 年較 108 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市，進行自殺高風險縣市疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊，另擇定除前開 6 縣市外，107 年至 108 年間之「自殺死亡標準化死亡率」與「各自殺方式標準化死亡率」增幅前一

至二高之 8 縣市（含 1 離島縣市），辦理限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊。訪查中將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告及降低自殺率之具體方案，前者將特別著重於與 COVID-19 大流行有關的自殺危險因子，後者則著重於高致命自殺方式之預防與因應，並協助加強參與工作坊之縣市自殺防治跨局處跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導追蹤及後續成效評值、依各縣市需求進行議題討論。

二、輸入(Input)

1. 業務目的與目標

1) 瞭解縣市衛生局於 COVID-19 大流行期間推動自殺防治之現況與困境及自殺關懷訪視計畫辦理情形，並針對縣市自殺死亡等特性，提供當局所需之專業支持、業務諮詢、改善建議與連結資源，以助於擬訂因地制宜之自殺防治策略。

2. 執行步驟與方法

1) 根據衛生福利部公告國人死因資料，依「標準化自殺死亡率」、「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」及「截至 110 年 6 月 30 日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，較 109 年同期上升幅度較高」之 6 縣市，扣除離島地區（人數少），再以順序排列考量，擇定新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、屏東縣及基隆市共 6 縣市，各縣市詳細擇定原因如下。

項目	新北市		桃園市		臺中市		苗栗縣		屏東縣		基隆市	
	%	全國 排序										
自殺關懷訪視個案												
視個案	30	9.9	3	7.6	12	10.3	13	6.8	20	9	4	10.7
天再自殺率												
視個案	60	12.2	3	9.9	10	8.5	14	5.5	20	10.3	9	9
自殺關懷訪視個案												
視個案	90	14.2	2	11.6	10	10.3	14	6.8	20	12.3	7	10.7
天再自殺率												

標準化自殺 死亡率	12.3	11	9.1	14	12.3	11	14.8	3	13.7	4	17.4	1
標準化自殺 死亡率 3 年 移動平均上 升趨勢	-0.3	6	0.3	10	0.3	4	3.1	2	0.7	3	14.3	1
110 年 1-2 月與去年同 期自殺死亡 人數	-7.1	14	-2	12	41.7	6	33.3	7	-31	19	-25	18

2)根據衛生福利部公告國人死因資料，依 107 年至 108 年間之「自殺死亡標準化死亡率」與「各自殺方式標準化死亡率」增幅度較高縣市數據進行排序，排除已選定疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊之 6 縣市後，於各方式擇排行前一至二高之縣市，選定 8 縣市（含 1 離島縣市），各縣市詳細擇定原因如下。

項目	臺南市	宜蘭縣	新竹縣	雲林縣	花蓮縣	澎湖縣	新竹市	嘉義市
	% (全國排序)							
標準化死 亡率	-9.4(17)	4.1(9)	26.2(2)	3(10)	-35(21)	-13.8(18)	20.6(4)	35.2(1)
以固體或 液體物質 之標準化 死亡率	0(4)	-4.2(6)	-18.8(11)	-48.7(18)	-32.4(15)	130(1)	-61.5(21)	0(3)
以氣體及 蒸汽自殺 之標準化 死亡率	3(10)	-22.4(17)	19.4(8)	-20(16)	-17.5(15)	-48(20)	76.7(2)	39.1(3)
吊死、勒 死及窒息 之標準化 死亡率	-2.6(16)	25.5(7)	18.8(8)	63.6(4)	-46.4(22)	-9.5(18)	84(1)	67.7(2)
溺水(淹 死)	-21.4(16)	-20(15)	120(3)	275(2)	300(1)	-42.9(19)	-9.1(14)	-40.9(18)

死) 之標

準化死亡

率

由高處跳

下之標準 -43.8(19) 71.4(4) 120(3) 33.3(6) -18.8(15) -57.1(20) -26.3(16) 157.1(2)

化死亡率

3. 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)合作單位：各縣市衛生局及社政/警察/消防/教育/勞動/農藥跨局處單位、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等跨網絡單位。
- 3)資源連結內容形式：資料提供、公文、電子信箱聯繫、電話溝通、視訊會議討論。

三、過程(Process)

1. 本中心根據統計處提供之國人死因資料，依據衛生福利部之標準擇定新北市、桃園市、臺中市、苗栗縣、屏東縣、基隆市共 6 縣市，另依限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊之標準擇定臺南市、宜蘭縣、新竹縣、雲林縣、花蓮縣、澎湖縣、新竹市、嘉義市共 8 縣市。
2. 函知衛生福利部擇定之縣市，並請協助聯繫及確認辦理時間，同時邀請部內長官及各縣市相關網絡人員出席。
3. 研究發展組進行各縣市自殺死亡及通報趨勢分析並製作簡報。
4. 疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊辦理時程

時間	縣市	中心出席代表
8月16日	基隆市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、吳佳儀副執行長、 姜丹榴理事、林佩臻專員、廖健鈞專員、謝逸妍 專員
8月18日	新北市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、吳佳儀副執行長、 姜丹榴理事、詹佳達秘書長、廖健鈞專員、 謝逸妍專員
8月20日	桃園市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、吳佳儀副執行長、 姜丹榴理事、吳恩亮副秘書長、朱旭華專員、廖 健鈞專員、謝逸妍專員
8月25日	苗栗縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、吳佳儀副執行長、 姜丹榴理事、詹佳達秘書長、紀佩妤專員、廖健

		鈞專員、謝逸妍專員
8月 25 日	臺中市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、吳佳儀副執行長、 姜丹榴理事、詹佳達秘書長、張芳瑜專員、廖健 鈞專員、謝逸妍專員
8月 27 日	屏東縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、吳佳儀副執行長、 姜丹榴理事、周煌智常務理事、呂雯專員、廖健 鈞專員、謝逸妍專員

5. 限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊辦理時程

時間	縣市	中心出席代表
9月 9 日	新竹縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、張書 森理事、何玥潔專員、廖健鈞專員、謝逸妍專員
9月 10 日	新竹市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、何玥潔專員、廖健 鈞專員、謝逸妍專員
9月 13 日	宜蘭縣	李明濱主任、吳佳儀副執行長、姜丹榴理事、張 書森理事、詹佳達秘書長、林佩臻專員、廖健鈞 專員、謝逸妍專員
9月 15 日	花蓮縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、陳映燁教授、李少 揚專員、廖健鈞專員、謝逸妍專員
9月 17 日	雲林縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、黃立 中副秘書長、廖健鈞專員、謝逸妍專員
9月 24 日	嘉義市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、曾昱翔專員、廖健 鈞專員、謝逸妍專員
9月 29 日	澎湖縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、詹佳 達秘書長、張芳瑜專員、廖健鈞專員、謝逸妍專 員
9月 30 日	臺南市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、黃立 中副秘書長、張芳瑜專員、廖健鈞專員、謝逸妍 專員

四、 成果(Product)

1. 疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊執行結果

1)擬定工作坊議程(詳見附件 5-1-1)，工作坊當日除全國自殺防治中心與六縣市衛生局近年自殺防治業務報告外，工作坊交流與討論主題針對「縣市自

殺防治策略、COVID-19 期間之自殺防治業務困境」進行討論。

2)六縣市綜合討論摘要依照全面性、選擇性及指標性三大策略列出如下。

全面性策略

議題一、個案反映 1995 等資源無法使用。

結論

- (1) 疫情嚴重時期，部分民間專線電話及社區支援均停止，中央盡力維持 1925 不斷線，並要求各縣市衛生局盡快恢復社區支援服務。防疫緊繃狀況下，部分服務可能無法做到完善，但中央及地方仍須盡力協助個案。
- (2) 重大災難中首重資訊提供，宣導民眾需要疫情資訊可撥 1922，有情緒障礙或需要支持可撥 1925。衛生福利部可與相關專家討論，安心專線如爆滿情況下如何因應。

議題二、疫情下自殺防治業務執行困難，因疫情導致社區橫向連結困難、無法轉至地方衛生所協助訪視失聯個案。

結論

- (1) 衛生所在三級警戒時非常忙碌，直到現在仍須持續辦理很多的防疫事務，但大家都有原本任務跟防疫事務現在是併行的認知，接下來隨著疫情緩慢穩定，橫向聯繫應會恢復常規。
- (2) COVID-19 造成的間接與直接壓力是全台灣、全世界都會面臨到的共同問題，既有資源運作因疫情影響、被占用原有的網絡資源，後疫情時代內如何強化它的聯結、溝通、與順暢運轉，中央衛福部與縣市衛生局針對各領域的問題、要如何善用政府資源，未來仍需繼續討論。

議題三、疫情下個案因申請補助資格不符，得不到補助。

結論

- (1) 針對此問題需要相關單位共同努力，目前有關單位都有規劃不同的策略，如心衛科針對陳情案回覆及衛政等，很多部會局處都需要努力。

議題四、疫情下發生身障個案因無法入住機構而自殺之情事。

結論

- (1) 需要釐清個案是自殺死亡還是自殺企圖，如果是自殺企圖，依據嚴

重程度要去回歸到個案的相關危險因子，是不是有合併一些人格疾患、重複自殺的情況。

議題五、109 年全國標準自殺死亡率相對於前一年是下降的，桃園市則反而微幅上揚，可有別於其他縣市的衝擊事件或情況等？

結論

- (1) 桃園市從 103 年以後，自殺死亡率大約維持每十萬人中 12 人上下，界定進入平原期階段，過去幾年介入的政策均持續推行，並無特殊作為，判斷此數據上揚應屬合理誤差範圍內。
- (2) 從縣市人口來看自殺死亡率應檢視三年平均數，透過數據看到 15-24 歲的自殺死亡率近一兩年已逐步下降。推動自殺防治首重行政管理，行政管理若無法連結，相關方案就無法串連。行政面若可串連、合作，自殺死亡率便可下降。
- (3) 未來桃園市通報個案若有變化，可利用即時的通報資料數據，隨時與衛生福利部、全國自殺防治中心提出討論。

議題六、臺中市 15-24 歲年齡層族群自殺死亡率尤其女性仍有上揚的趨勢，65 歲以上，則持續為死亡率最高的年齡層族群；是否有專屬的自殺防治專案推動？衛政與教育，醫療與學校，心理健康與長期照顧間的協商合作如何？

結論

- (1) 臺中市目前採用設點的方式，讓精神科醫師進入學校，是教育局非常用心的去編列這部分的經費，讓精神科醫師可以進到校園去協助老師們做精神疾病的協助。
- (2) 建議可協助下載心情溫度計以了解學生的情緒狀況適時地介入。
- (3) 建議各局處如教育、醫療、或長照單位各單位，針對通報進來的個案去作討論、去作評估，確認沒有要投入社區關懷訪視體系，再轉入自殺通報關懷訪視系統，因為無論個案來自哪裡，所屬的體系對他的影響才是最大的，衛生局業務壓力其實很大需要各處共同協調處理。
- (4) 建議各局處可參考衛福部自殺意念個案處置流程跟全國各縣市資源的盤點手冊。並協請衛生局開設相關課程，提升各局處人員對於自殺風險個案辨識之認知。
- (5) 65 歲以上長者，應針對長者不同需求去進行轉介與介入，自殺防治就是全民教育，讓大家有自殺防治識能，除了關心長者心理狀況

外，亦須檢測身邊人的心理健康，才能適時的轉介；此外，不同體系相互流動及互助也是未來可持續努力的。

議題七、高處跳下近年造成的自殺死亡率上揚，是否曾推動介入方案？是否有熱點？跨局處協調情況如何？推動介入是否遭遇困難？

結論

- (1) 關於自殺熱點資料，桃園市目前困境為資料庫並無自殺地址資訊，僅能針對區域分析，但無相關訊息可做自殺熱點分析。
- (2) 建議考慮與警政單位資料連結，尋找市內自殺熱點，並可考慮桃園市當地地理特徵或地緣關係，因地制宜設計自殺防治策略。
- (3) 非衛生通報單位通報單必填自殺地點，請衛生局多加宣導鼓勵各單位通報時填寫詳細地址。

議題八、針對農藥與燒炭的自殺防治方法應如何進行，能有更積極且具體的做法？是否曾推動介入方案？成效如何？是否有遭遇困難？跨局處協調情況如何？可否考量依照高致命自殺方法介入分區辦理推動？

結論

- (1) 以鄉鎮的特性分析結合死亡地圖內的自殺方式，來做後續的防治策略，全面性思維下，如果這個鄉鎮如果本身人口少，又不是死在本地，在地性和策略性的議題和處理技巧上可以再探討。
- (2) 已經先從屏東的一家販售木炭店開始著手，預計在 11 月全屏東七家都會完成，後續會有成果發表，召開的跨局處的委員會議持續討論。
- (3) 考慮所有保護因子的資源有沒有足夠來支持，保護因子可以在當時介入，或是更早在全面性或是選擇性的時候就介入。
- (4) 積極針對農民做衛教上面，在自殺守門人方面，希望屏東縣注入更多的資源，建立跨網絡夥伴之間的溝通與轉介。
- (5) 關懷訪視不能只靠關訪員，不論是自殺個案或其他多元議題個案，衛福部的重點都是擺在針對這些個案我們如何跨局處配合協助防治、跨局處提供資源。

議題九、針對上吊自縊的自殺防治方法，應如何進行，能有更積極且具體的做法？

結論

- (1) 根據國外文獻，自殺方式上吊之策略建議為全面性策略，建議早期辨識個案的情緒困擾及高風險族群，針對面臨多重危險因子的高風

險個案，如失業、家中有人過世、離婚、產婦憂鬱等，早期介入和轉介專業醫療的協助也是相當重要，每一年全國自殺防治中心都會蒐集國內外文獻相關的自殺防治策略，中心網站上都會有新的資料更新。

- (2) 除了監獄或醫院有針對吊死、勒死的相關防範策略，其他族群並無特定的防範政策，無法將這些工具進行管制或上鎖，除非社區有一個上吊的熱點，否則只能往自殺行為發生前來預防，須考量高發生區域的地理特徵及資源是否足夠，找出標的群體進行防治，且應廣泛進行選擇性策略中守門人的培育，及早針對相關的民眾進行介入或協助，以降低使用高致命性工具的機會。
- (3) 推展珍愛生命守門人概念、了解上吊在哪一個地區特別多，不僅僅討論繩索的問題，而是探討當地的人口特性，自殺死亡資料的特點，醫療衛生資源如何、通報後轉介如何或轉介成功與否。
- (4) 我們知道一個人選擇自殺的方法會受他過去傳統背景文化的影響，老人生活經驗，往往沒有受過很多的教育，只知道上吊是一個簡單有效且迅速致死的方式，在老年人族群常見；偏鄉或獨居老人定期探訪很重要，我們知道從醫療的體系來看 65 歲以上的自殺身亡者，身亡前一周去看診所或醫療單位的比例高達 90%，所以對於老年人來講，在社區中對於獨居者的定期探訪以及從醫療院所的老年，65 歲以上老人家的就診者特別是合併重大傷病者，一些如心情溫度計指標的偵測、早期的介入這是很重要的。
- (5) 苗栗縣的中心是二級單位、跟衛生局是平行的，在醫院裡面的上吊自殺防治，可能還是要加上跟衛生局醫政科之間的網絡合作。
- (6) 在自殺守門人方面，希望基隆市可注入更多的資源，建立跨網絡夥伴之間的溝通與轉介。

議題十、基隆市從通報月報表之自殺方式分析中發現，以其他方式自殺之比例已佔各方式之第三高，系統是否有初步統計、歸類，以利規劃防治策略？

結論

- (1) 進一步分析通報系統資料裡面的「其他方式」細項，以利基隆市進行因地制宜之防治策略的討論及規劃。

議題十一、針對回收巴拉刈的過程，民眾如果將家裡庫存的巴拉刈主動提報的話，是不是會涉及到有一些違法的疑慮？

結論

(1) 衛福部今年整合型計畫有要求衛生局跟地方農政單位去建立一些回收機制，110年7月與農委會有針對農民持有之巴拉刈農藥進行獎勵回收機制之研議，在網站已有公告獎勵回收作業程序及流程圖，那因現在仍有一些縣市跟農政單位做溝通的時候有遇到一些困難，這部分會再跟農政單位溝通協調。

選擇性策略

議題一、疫情不確定性難以緩解個案焦慮及害怕就醫情緒，即便多次協助釐清焦慮原因、提供正向支持等，仍不易增進個案回診意願。

結論

(1) 關訪員要比較辛苦的是主動評估個案考量當前生活的需求及問題，協助個案一起解決，或是嘗試幫忙連結相關資源。有時個案會不太瞭解政府在因應疫情上的變動措施，例如只要有衛生局指定的醫院或診所都可以做通訊診療，這也可以解決個案必須回醫院就醫的困擾。

(2) 如何善用資源、資源連結很重要；除了過去談到要跨領域的溝通、協調及合作外，今年及未來三年，世界自殺防治協會與世界衛生組織都明訂並呼籲一定要展現行動才能創造希望。除強調轉介醫療資源已及各專業人員的合作外，更要落實盤點網絡的名單和通路，希望新北市衛生局整合跨單位、跨領域的資源及提升跨單位的合作意識，將口袋名單與資源付諸行動，確保提供給有需求的個案。

議題二、屏東縣有精神疾患個案自殺時，請問訪員與屏安醫院的門診或者社區開業的精神科醫師督導會議時，有做過評估紀錄的經驗嗎？

結論

(1) 針對精照系統的個案，大部分都是銀髮族的個案比較多，思覺失調症的個案也有佔一定比例，針對這部分，關訪員每個禮拜都會開團督會議，以及都有個別督導的時間，針對像這樣合併精神疾病的個案去做困難個案的討論，結案的時候也會特別有結案會議。

議題三、針對國小、國中至高中族群使用安眠藥鎮靜劑自殺之管控。

結論

(1) 青少年族群無論是轉介精神醫療機構或自行在非精神醫療機構就診拿少量安眠藥鎮靜劑，除了和藥局合作外，也需要針對非精神科醫

師進行相關教育訓練，對於個案累積非精神醫療機構開立的少量安眠藥鎮靜劑一事，中心有在考慮利用 AI 偵測、獲知與提醒開立安眠藥處方的醫師，期待未來在尊重專業與健保署立場的情況下能順利推動。

議題四、針對青少年自殺，想請問屏東校園系統跟我們精神衛生醫療系統如何合作？是否也是碰到很多社會的議題？

結論

- (1) 15 到 24 歲的校園個案，我們會發現到除了疾病問題外，最大問題就是學校適應的困擾，包含了課業壓力或霸凌，那其次可能是家庭成員問題或感情因素問題，約 80% 的個案白天多數都在學校，能夠第一時間發現這些問題的往往都會是師長，所以一定需要提高學校的輔導單位或是導師敏感度來發現這些問題，並由教育單位人員即時將這些資訊提供給予衛生單位與關訪員。
- (2) 針對學生案件，屏東縣衛生局第一時間知情或教育處聯繫局端之後，局端都會主動介入學校，會協助校方尋找心理師還有專業的人員進入校園，確認可以提供校方什麼樣的援助，同時也會對班上學生做相關輔導，所以在網路合作比較密集的狀況下，有改善青少年自殺的問題。
- (3) 今年上半年，衛生福利部有函頒一個自殺意念的處置指引，指引中有各縣市的心理資源盤點手冊，有函給各縣市政府並請各縣市政府去函轉到各單位，針對學校可能有一些自殺意念的個案，都可以先利用相關資源以及處置流程做緊急的初步介入。
- (4) 自殺防治通報系統已經快要完成跟教育部各學校系統的介接，所以未來在自殺通報系統上，我們的衛生局夥伴如果是針對這些 15 到 24 歲或是國小到大學這段年齡層的個案，都可以透過我們的系統來看到他學籍的狀態，甚至也有去介接校安通報系統，所以未來遇到個案在校園內發生自殺行為或一些校園安全事件的時候，能即時地做校安通報。

議題五、面臨高齡長者因憂鬱情形自殺原因比例居高不下，該如何提出具體作為來降低此現象？家內無替代照顧者時，自殺個案處於脆弱狀態下如何兼顧自我照顧及家庭的照顧責任？

結論

- (1) 針對高齡長者及長照個案照顧者的自殺防治，跨局處合作相當重

要，例如整合診所跟醫院、增加守門人一問二應三轉介與長照據點的連結，以及轉介到社區內的精神衛生醫療資源。

- (2) 基隆市今年度加強長照、心衛、社福單位之間的連結，未來亦持續努力加強人員的教育訓練和心衛中心的早期介入。

議題六、藥癮與自殺之關聯性？如何關懷輔導藥癮合併自殺意念之個案？

結論

- (1) 藥酒癮問題有可能是誘發個案一時衝動，衍生自我傷害或自殺的行為，建議進一步分析數據，例如自殺身亡者的年齡分佈、特殊註記、使用的自殺方式等，針對不同的族群進行分析，從中了解個案特性，才能發揮更精確的資源分配。

指標性策略

議題一、如因個案無法接受關懷服務，皆以口頭告知家屬不願接聽電話，故皆由家屬代為回應個案狀況，是否亦可視為訪視到個案本人？

結論

- (1) 若面對特殊個案，如聽力不佳、四處遊蕩或因身體因素沒辦法訪視本人等，可循結案標準表內「其他」進行個案紀錄或結案。訪視中如遇奇特狀況，請務必於訪視紀錄單上清楚記錄。
- (2) 進行面訪或電訪時，如家屬僅代為傳話，亦可算是廣義的訪視到個案本人。假如訪視員已經進行家訪，並確認個案有聽到訪視員與其溝通的內容，即便個案不予回應，亦可算訪視到本人。
- (3) 針對家屬代為回應個案狀況，建議可提到個案討論中討論溝通的問題，並以人為中心來了解、關懷個案。關懷訪視員背後務必有專業團隊給予支援，每周、每月的督導會議十分重要。

議題二、關於自殺關懷訪視行蹤不明個案結案標準中：【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，或已提報警政與健保協尋半年仍未尋獲】，請問是指連續六個月、每月皆提出警政與健保協尋嗎？

結論

- (1) 若已提出健保協尋或警政協尋，確實遵循協尋流程，仍無法找到個案本人，可依循結案標準結案。
- (2) 針對行蹤不明個案，建議透過各縣市當地數據呈現當地自殺個案通

報特點，因地制宜組織專案，跨網絡合作追蹤。行蹤不明或失聯個案仍可能在未來半年至一年內再次自殺通報，透過通報單位、自殺地點或通報資訊上的地址，均可作為尋找個案的線索。

議題三、重覆自殺通報個案在關懷訪視執行中，關懷訪視的過程是否順利？督導會議功能如何？跨局處資源引入是否順暢？轉介諮詢及醫療，是否遭遇困難？

結論

- (1) 屏東縣關訪員有深入去一些部落內宣導原住民心理健康，針對我們原鄉地區及精神照護系統列管的個案，有全面性的心理健康宣導。
- (2) 鄰里長如何善用心情溫度計很重要，從心情溫度計的關懷開始。
- (3) 關懷訪視不能只靠關訪員，其實不論是自殺個案或多議題個案，這幾年衛福部的重點都是擺在針對這些個案我們如何跨局處配合協助防治、跨局處提供資源。

議題四、針對強烈拒訪個案，如何突破個案心房，建立關係，達到關懷訪視目的？

結論

- (1) 針對這些個案臺中市已有不同的方案，加上中榮積極配合，以臺中市現有的，希望中央給予縣市更多的支持。
- (2) 對於有自殺意念及結案後的個案，可以提供相關資源，若是人力足夠可進行持續關懷，追蹤有意念的個案，當他需要就能回歸醫療體系，以社區為基礎跟醫療建立好連結。
- (3) 自殺防治中心出版的關懷訪視手冊及數位學習網中有提到拒訪個案要怎麼處理，供參，連結如下：<https://www.tsos.org.tw/km/484>

議題五、疫情期間執行自殺防治業務困難。

結論

- (1) 建議先釐清「個案因認知經常無法接受市政府的防疫措施」意指為何，先關心疫情期間個案有什麼困難，聆聽之後再給予回饋。超乎工作人員服務範圍的問題，可以轉達疾管局相關資訊。
- (2) 防疫心理健康中除關注個案外，亦須關注工作人員自身壓力調適。

議題六、相關專業人員的介入多是以轉介其他單位服務，心理諮詢的資源相較社福單位薄弱。

結論

(1) 轉介社會福利外，如何強化家屬的情緒支持也值得考慮。關懷訪視背後有社區、醫療體系可利用，資源轉介並配合持續照護。如遇困難案例，可回到醫療單位內，尋求專業人員進行婚姻治療或家庭治療等服務。

議題七、對於一般家庭從未發生過相關議題，但一收案就自殺死亡，是否有相關策略建議？

結論

(1) 針對一收案就死亡的個案，這些個案在自殺死亡前多多少少會有一個以上的多重議題，例如脆弱家庭、長照議題、精神疾病、家暴、性侵及兒虐被害人，有這些議題的人比沒有這些議題的人風險來的高一點，酒癮、藥癮及藥物濫用可能也會造成他的情緒不穩定，他的自殺及自傷的風險本來就比較高，其實脆弱家庭把自殺列為脆弱家庭的開案指標之一，在長照家庭照顧者的支持方案其實有一項指標也是照顧者有自殺的意念，大家可以看到在不同體系裡面陸續開始注意到自殺這個議題，所以發生自殺死亡之前，可能自殺意念、自殺企圖沒有被通報，但多少可以透過跨局處、跨網絡去抓住這些比較高風險的族群，從我們的自關到社會安全網，都是強調以家庭為中心，如果從跨網絡找出這些個案的話就可以避免他們自殺死亡。

(2) 關於收案就自殺身亡，我們面對的是遺族，依照關懷訪視流程，我們要做的是遺族的評估跟關懷，評估遺族有沒有自殺的風險，後續的部分是沒有辦法要求關懷訪視員去做，而是要做相關家庭溝通協調及關係重塑的轉介。

議題八、如何介入自殺個案的負向循環，提供自殺個案情緒支持並協助穩定就醫？個案不斷以自殺行為作為情緒勒索的手段時，訪員該如何因應。

結論

(1) 針對個案進行評估才能對症下藥，找出眼前個案面臨的問題並擬訂專業計畫，並加入心理衛生醫療，另一方面，建請中央將外部督導、醫療衛生連結等納入將來衛生局標案規格書，讓各地心理衛生資源能夠暢通。

(2) 以此個案為例，蒐集、了解他過去的生命史也很重要，如果出現這樣的反反覆覆自殺的危險，應與社工及精神科的醫師協調討論，定

期為個案作完整的評估治療，並針對他的身心狀況綜合擬定一個較完整的治療計畫，才能解決惡性循環。

2. 限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊執行結果

- 1) 擬定工作坊議程(詳見附件 5-1-1)，工作坊當日除全國自殺防治中心與八縣市衛生局近年自殺防治業務報告外，工作坊交流與討論主題針對「縣市自殺防治策略、限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制困境」進行討論。
- 2) 八縣市綜合討論摘要依高致命性方式進行整理如下：

自殺方式	各縣市提案	中心回應
由高處跳下自殺及自傷	<ol style="list-style-type: none">1. 高處跳下之死亡率上升且於竹北市之人數較多。(新竹縣)2. 針對高處跳下高致命自殺方法介入策略落實執行提請討論。(新竹市)3. 「高處跳下」高致命自殺方法全國縣市增幅排行榜第三，109 年增幅最大，在 0-14 歲及 15-24 歲年齡層中自殺行為通報檔分析也有類同趨勢，其防治措施或面臨的困境？(宜蘭縣)4. 高處跳下自殺及自傷，109 年較 108 年增加 0.58(人/每十萬人)，增幅 43%，25 歲以上的年齡層族群均上揚趨勢，花蓮市及吉安鄉死亡人數較多，是否曾有介入方案？落實執行方案可有困難？跨局處協商情況如何？(花蓮縣)5. 由高處跳下自殺 109 年標準化死亡率為 2.31(人/每十萬人)較 108 年增加 0.46(人/每十萬人)，增幅 24.9%，6. 且在嘉義市此自殺方法的死亡率排行第三，且男性增幅 162.5%，西區	<ol style="list-style-type: none">1. 建立跨局處甚或跨縣市工作團隊，共享防治經驗，並整合轄區數據，提供此類個案特性、原因與自殺地點等資訊給第一線人員，使之可及早掌握趨勢變化提高敏感度，亦可讓當局可及早擬定滾動式策略。2. 彙整轄區內可以使用高處跳下自殺方式的地方，例如：校園、社區、職場、橋樑、山崖等，並分析歸納是否有熱點，再與建物主管機關合作推動此高致命性自殺方式防治。3. 就媒體影音涉及此高致命性自殺方式之年齡及性別族群之內容研擬相關策略，避免模仿效應。4. 加強相關建物管理人自殺防治概念，建議納入接受珍愛生命守門人訓練之對象。5. 將建物安全設備納入稽核項目，如監視器、門窗警示器、防墜裝置等。6. 落實早期介入處遇及通報機制，並暢通相關如教育、社政、衛政、建管等單位間的網絡溝通配合。

死亡人數較多；介入策略落實執行是否有何困難？(嘉義市)

6. 針對高處跳下防治策略中，除了加強保全人員教育訓練，因參與人數少，是否有法源依據，可以納入保全人員在職教育必須課程？(臺南市)
7. 因應高處跳下(跳樓)防治措施，因本縣多為透天型式住宅，較少高樓大廈，相關單位回應因現行法規沒有強制規定，配合執行有所困難。
(澎湖縣)
1. 氣體及蒸汽物質高致命自殺方法雖整體死亡率下降，但 25-44 歲年齡層族群標準化死亡率較高，另以竹東市之人數較多。(新竹縣)
2. 針對蒸汽與氣體等物質高致命自殺方法介入策略落實執行提請討論。
(新竹市)
3. 「氣體及蒸汽物質」高致命自殺方法排行榜第一，109 年仍持續上升，在兩個 25-44 及 45-64 歲年齡層；自殺行為通報檔分析也有類同趨勢，其防治措施或面臨的困境？(宜蘭縣)
4. 氣體及蒸汽自殺及自傷中毒 109 年較 108 年增加 0.79(人/每十萬人)，3. 增幅 147.1%，女性 15-24 及 35-44 歲兩年齡層族群，花蓮市及吉安鄉死亡人數較多，是否曾有介入方案？落實執行可有困難？跨局處協商情況如何？(花蓮縣)
5. 雲林縣的氣體及蒸汽自殺及自為中毒 109 年相較 108 年是下降的，但

氣體自殺通常具有規劃性，故除了管制自殺工具外，落實個案的處遇及轉介，及早發現及早介入，亦可助於降低自殺風險

針對販售木炭的商家持續進行溝通並邀請參加衛教宣導，鼓勵商家更換包裝、印製宣導標語、求助電話與張貼相關資訊海報，並可於中秋節以外之時間，個別管理販售流程，以非開架式陳售使顧客無法直接從架上拿走，進而增加販售者得辨識購買者有無自殺風險的時間。同時，相關主管機關可就未使用完的木炭建立回收獎勵機制，增加對自殺工具的管理。大型賣場可將珍愛生命守門人與心情溫度計加入會員通訊刊物中比照菸害防制法，將瓦斯鋼瓶、木炭包裝上印製安心標語或求助資源納入法規。

5. 推廣珍愛生命守門人觀念，除針對瓦斯與木炭販賣商家、村里幹事、停車場管理員外，因應趨勢發展，外送人

吊
死、
勒死
及窒
息之
自殺
及自
傷

- 是排行榜第二，在男性則排行榜第一。斗六市及東勢鎮人數較多；是否已有推動介入策略，請分享推動情形？(雲林縣)
6. 男性氣體及蒸汽自殺 109 年標準化死亡率為 4.78(人/每十萬人)較 108 年增加 0.02(人/每十萬人)，增幅 0.42%，此自殺方法死亡率在嘉義市行為第二。死亡人數在東區較多，介入策略落實執行是否有何困難？(嘉義市)
7. 目前燒炭防治政策中，針對販賣木炭部分需要放置在帶鎖的櫃子中，或在販售處張貼相關防治海報，因無法源依據，對販售業者只能道德勸說，執行成效較差。(臺南市)
8. 目前市售木炭包裝，因中央對於製造業者並未要求包裝統一，導致警語不明顯、標語不同、求助專線未更新，希望可以比照菸害防制法進行規範。(臺南市)

員與網購平台亦須考量列入受訓名單，將守門人訓練納入到職及在職訓練課程中。

1. 衛生局結合相關各局處、外部網絡共同合作，如與交旅處、工務處合作，由交旅處的統整旅宿業名單，主動與旅宿業者接洽，提供如 1925 安心專線與其他相關自殺防治措施之資源，同時檢核建物內高處、窗簾等可能掛點。
2. 上吊之地點決大部分為住家，屬於難以控制的範圍，需仰賴針對高自殺風險個案的早期介入，相關單位可彙整轄區內以上吊方式自殺個案其背景特性，並落實轉介。

3. 醫院、監獄屬較能控制的範圍，主管單位可以利用督導機會，檢核收治流程與環境的改善，如：入住時是否有檢查繩索腰帶、病房內可去除上吊點。
4. 針對高風險社區及族群中導入守門人概念，提供如大樓管委會、部落教會、社福機構，甚或村里幹事，接受守門人訓練。

以固體或液體物質自殺及自為中毒

- 農藥自殺防治策略與執行(新竹縣)
- 雲林縣的固體或液體物質自殺及自為中毒，109 年較 108 年增幅 18.4%，其中男性，25-44 歲年齡層族群上揚趨勢，斗南鎮等四鄉鎮相對死亡人數較多；提出討論介入策略及推動困難？(雲林縣)
- 女性固體或液體物質自殺 109 年標準化死亡率為 1.84(人/每十萬人)較 108 年增加 1.34(人/每十萬人)，增幅 268%，65 歲年齡層族群上揚死亡人數在東區較多，介入策略落實執行是否有何困難？(嘉義市)
- 目前農藥防治政策要求在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，並在農藥商品外加印關懷警語、求助資訊的包裝，或改張貼相關資訊貼紙等，因臺南市偏鄉務農長輩普遍不識字或者有老花問題，是否有其他宣導方式？(臺南市)
- 關於安眠藥物自殺傷的政策中，管控安眠藥取得機制，聯繫轄區內藥局時，得到回覆是相關藥物皆由醫院所開立處方籤，認為應該管控醫療院所開藥。(臺南市)
- 針對農業縣市提高對農藥的管制，非農業縣市則需考量農藥來源，可組織跨局處、跨縣市工作團隊，共擬防治策略，減少跨區購買的可能。
- 針對農藥飲用自殺之個案，彙整所使用農藥，釐清巴拉刈禁止後是否有新興農藥崛起，及是否有區域盛行使用特定農藥自殺的可能。另外，若其中尚有巴拉刈案例，相關單位可合作持續辦理巴拉刈回收獎勵機制，並檢視當前策略有無可調整之處。
- 有關縣市農藥回收的技術及花費成本問題，可參考行政院農業委員會動植物防疫檢疫局於 8 月 30 日公告之「農民持有之巴拉刈農藥獎勵回收作業程序及流程圖」辦理相關作業。安眠藥非違反列管劇毒藥物，故需仰賴第一線精神醫療與藥局藥師具備守門人觀念，並落實轉介。衛生局可善用既有的資源，與學協會合作佈建社區心理衛生資源名單，羅列高風險轄區內精神科診所或醫院，串聯訪員、基層醫師、衛生局，以利交流及共同照護模式的建立。
- 開立安眠藥建議設置警示機制，以免重覆開立，並建立過剩與過期藥物回收機制，減低囤藥、濫用誤用之可能。

切穿

工具 1. 針對青少年割腕、重複自傷的情形，
自殺 請教中心該如何對待這樣的個案？
及自 (宜蘭縣)
傷

1. 針對青少年割腕、重複自傷的問題應了解造成個案重複自殺的源頭問題，強化壓力和情緒的管理，並加強校園心理輔導系統與醫療體系的連結。
2. 參考國外經驗，針對國中小族群推動「傾聽、保護、連結」的模式，透過校園文化的營造，建立校園內傾聽式環境，包含同儕、老師間的關懷傾聽，以及如何連結到校園外的資源等，皆為中央及各縣市可共同努力的部分。

溺水
(淹死)
自殺
及自
傷

1. 雲林縣的溺水(淹死)自殺及自傷，在女性族群、109 年較 108 年增幅 41.3%，虎尾鎮相對死亡人數稍多，主要屬 25-44 歲年齡層族群；提出討論介入策略及推動困難？(雲林縣)
2. 水域、橋墩皆在人煙稀少地方，如何預防？(臺南市)
3. 澎湖屬於四面環海環境，跳海(淹死)案例增多，沙灘及港口管理權責單位？可研擬與各協辦單位共同合作自殺防治。(澎湖縣)

1. 藉由數據分析最大化預防效益，將資源投入高危險族群與地點，同時與教育宣導雙軌進行，早期偵測，早期轉介。
2. 落實因地制宜與雙向溝通，須在立牌標語設立及社區經濟間取得平衡，並免影響社區生態及引起反彈。

3. 14 縣市工作坊滿意度分析結果

1) 本次問卷調查之對象，係以 110 年 8 月 16 日至 9 月 30 日辦理工作坊之縣市跨局處、跨領域參與者為主。調查方式以 E-mail 發放問卷調查表，並設置 110 年 11 月 16 日為問卷回收截止日。本次問卷寄發 E-mail 共計 326 份，以 E-mail 及電訪方式全部回收共計 56 份，問卷回收率 17.2%；其中有效問卷樣本 56 份，無效問卷樣本 0 份，問卷有效率為 100%。

2) 經統計得知，本次工作坊滿意度調查之整體滿意度總平均得分為 3.1，給受訪者之感受皆能高於「滿意」，分析結果如下：

	新北 市 人數 (%)	桃園 市 人數 (%)	臺中 市 人數 (%)	臺南 市 人數 (%)	宜蘭 縣 人數 (%)	新竹 縣 人數 (%)	苗栗 縣 人數 (%)	雲林 縣 人數 (%)	屏東 縣 人數 (%)	花蓮 縣 人數 (%)	澎湖 縣 人數 (%)	基隆 市 人數 (%)	新竹 市 人數 (%)	嘉義 市 人數 (%)
總 計	12(1 00%)	10(1 00%)	8(10 0%)	3(10 0%)	1(10 0%)	4(10 0%)	0(0%)	1(10 0%)	9(10 0%)	1(10 0%)	2(10 0%)	3(10 0%)	0(0%)	2(10 0%)
非 常 滿 意	6(50 %)	1(10 %)	1(12. 5%)	1(33. 3%)	1(10 0%)	1(25 %)	0(0%)	0(0%)	4(44. 4%)	0(0%)	1(50 %)	0(0%)	0(0%)	1(50 %)
很 滿 意	2(16. 7%)	2(20 %)	2(25 %)	0(0%)	0(0%)	1(25 %)	0(0%)	1(10 0%)	2(22. 2%)	1(10 0%)	1(50 %)	1(33. 3%)	0(0%)	1(50 %)
滿 意	4(33. 3%)	5(50 %)	5(62. 7%)	2(66. 7%)	0(0%)	2(50 %)	0(0%)	0(0%)	3(33. 3%)	0(0%)	0(0%)	2(66. 7%)	0(0%)	0(0%)
不 滿 意	0(0%)	2(20 %)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
很 不 滿 意	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
平 均 值	4.2	3.2	3.5	3.7	5	3.8	0	4	4.1	4	4.5	3.3	0	4.5

五、附件

附件 5-1-1、疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊與限制高致命性自殺工具取得及高致命自殺方式機制工作坊議程

附件 5-1-2、14 縣市工作坊滿意度資料統計

自殺防治新聞媒體聯繫會議

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。

全國自殺防治中心過去致力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，自 104 年起，每年持續辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議，藉由媒體聯繫會議與新聞傳播實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導。往年媒體聯繫會議中皆邀請各縣市衛生局、記者媒體朋友共同與會，今年亦將管理階層納入，再擴大邀請媒體相關學協會、網路新聞媒體、警消單位及傳播相關科系學生，透過數據與案例的演說，期待以增加正面報導的方式，逐漸取代負面訊息的報導，並宣導世界衛生組織公布之媒體報導六不六要準則與自殺防治法相關規定，使其能透自我檢視，在未來的報導中不論文字敘述或新聞報導的方式均能導向正向的層面，強化媒體報導對於自殺的保護因子。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 今年主題為「發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」，本次會議以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導如何發揮自殺保護因子，同時傳達媒體報導亦能對去除自殺污名化提供正向幫助的理念。
- 2) 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，並探討網路言論與自殺防治的關聯。

2. 資源連結與合作

- 1) 協辦單位：臺北市報業商業同業公會。
- 2) 合作單位：專家學者、媒體從業人員
- 3) 資源連結內容及形式：自殺防治新聞媒體聯繫會議籌備會。

三、過程(Process)

1. 召開自殺防治新聞媒體聯繫會議籌備會，與第一線媒體工作者進行交流，

研擬自殺防治新聞媒體聯繫會議活動內容。

2. 寄發邀請函，邀請對象包含衛生福利部、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、大專院校新聞傳播學系專家、媒體相關學協會、各縣市衛生局、警消單位、電視臺與媒體單位、記者及傳播相關科系學生。
3. 110 年 5 月 7 日辦理自殺防治媒體聯繫會議。推廣 109 年度修訂之媒體從業人員自殺防治手冊予當日與會人員。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 110 年 5 月 7 日下午 2 時 30 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—發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會吳佳儀理事、台灣自殺防治學會詹佳達秘書長、iWIN 網路內容防護機構申訴自律防護組韓昊雲組長。

(1) 議程：新聞媒體聯繫會議之議程包含：本次會議議題依據《媒體從業人員自殺防治手冊》，包含「新冠疫情與心理健康促進：發揮媒體報導保護因子」、「去除自殺污名化，撕下媒體報導中的刻板標籤」、「當網路言論遇上自殺防治」，並以綜合座談作為總結。於議程及綜合座談中皆再次強調六不六要的報導原則。詳細議程如附件 5-2-1。

(2) 會議邀請衛生福利部李麗芬政務次長、立法院吳玉琴委員蒞臨致詞，參與人數共 58 人，其中衛生福利部 4 人、立法院 1 人、衛生局 16 人、警消單位 3 人、專家學者 9 人、媒體單位 13 人、學生 12 人。

(3) 綜合座談摘要

a. 台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事：自殺防治法第 16 條，對於媒體報導的規範有許多進展，但有些小部份可以再更好，有法律的依循、大家經常性的溝通，可以進展得更完備。

b. 銘傳大學新聞學系孔令信主任：現在新媒體蓬勃發展可以看到影響非常快，沒有守門人的概念，當下看到訊息都會立刻轉傳、分享，等他人告知這個訊息內容是不妥、有問題時他才會知道，針對這種情況該怎麼辦是需要我們探討的，所謂媒體工作者勢必要提醒這些人。

我們有對記者三不三要與對編輯二不二要，但傳統媒體的操作其實都是聽從上級長官的，如果上級長官很感興趣、想刻意去經營的話，就會去要求記者報導。新媒體是即時性的，即時新聞很常會出現將自殺現場拍

出去，這是記者一定要拍、代表他有到現場，那在拍的時候是不是要提醒適度角度、避免直接拍攝現場，而相關報導下面如同韓組長提到的非常多都是情緒留言，民眾當下的情緒反應會直接寫出來，這個是我們遇到的問題。

- c. 中國時報教科文組魏怡嘉主任：事實上媒體在這 5-6 年有很大的不同，在台灣自殺防治學會的不斷提醒，現在自殺報導上記者都有很好的概念，也因為自殺防治法通過後可以直接引用、依據法源，所以有建立很好的 SOP。因此現在處理自殺報導，會適當與台灣自殺防治學會、憂鬱症醫師去討論如何將紓解壓力管道放進報導中。
遇到網路平臺有一個很大的問題，因為社群平臺往往很容易出現網路霸凌的情況，網路霸凌因為不知道鍵盤後面是誰、人在哪裡，建議可以教育使用者如何應對網路霸凌。
我們媒體工作者也會面對工作的困境及壓力，也會引起憂鬱情緒，像是這次太魯閣事件很多地方記者在第一線處理到事件結束，有時候也會產生很大的心理壓力及憂鬱情緒。
- d. 中華民國衛星廣播電視事業商業同業公會新聞自律委員會沈文慈委員：同理心很重要，當新聞媒體的報導去過度放大一些憂鬱症、自殺的報導，真的會有不良影響。
- e. 衛生福利部心理及口腔健康司諶立中司長：如何與媒體工作是一件重要的事情，怎麼做對公共衛生心理健康有幫助是很重要的，我常想跟各種媒體表達的是我們都是夥伴關係，公共衛生是與社會大眾有關的，如何傳達正確的知識給予社會大眾，是一個很重要的事情，報導時要更同理心一點，要站在閱覽者立場，顧及大眾的利益而非自己、報社的利益。

2. 結論

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上建立共同的核心價值。儘管因為自殺防治法的施行，傳統新聞媒體已經有自律的做法，但很多時候第一時間傳播資訊的不是傳統媒體，而是較無守門人概念的新興自媒體，如何將自殺防治的理念透過教育傳達給這些人，是往後應該努力的方向。

過去中心致力於推廣 WHO 媒體六不六要報導原則，在媒體朋友的努力下，六不原則已經慢慢改善，希望將來加強六要原則，發揮自殺新聞報導的正向力量。例如如何從逆境中走出來的方法或是與專家學者討論如何報導自殺防治的正確知識及問題的解決方法等。以 109 年底某大學學生一

連串自殺事件為例，因為媒體的大量報導，可能使得年輕世代被貼上憂鬱、脆弱或是容易自殺的標籤，但自殺並非單一因子造成，媒體報導時常僅呈現單一因素，造成閱聽者將年輕世代與憂鬱或自殺行為劃上等號，因此希望媒體在進行自殺相關新聞報導時，能納入專家學者的意見，強化六要原則的遵守率，這也是將來全國自殺防治中心需要更努力宣導的部份。

五、附件

附件 5-2-1「自殺防治新聞媒體聯繫會議—發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」會議議程

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 110 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議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。」

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) 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。
- 2) 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四次委員會議於 110 年 5 月 14 日召開，其中前次會議列管事項 1090406-2-1-3 案「iWIN 網路內容防護機構針對網路自殺相關資訊進行通報之角色、職責與後續處置流程，於「自殺防治法」通過後，有無擴增及檢討之必要，請本部心理及口腔健康司(以下稱心口司)偕同相關部會研議。」、1091204-2-1-5 案「請通傳會、教育部及心口司於下次會議，分別報告針對自殺防治議題，請媒體配合或與媒體互動、合作之方式。」、1091204-2-1-6 案「請心口司針對自殺個案之同情支持提供相關說明或報告。另請教育部針對校園學生，研議校園青少年自殺防治守門人相關培訓規劃。」由中心提供相關資料。
2. 前項所列 1091204-2-1-5 案為第四次委員會議之報告案，由中心進行報告，報告內容如下：
 - 1) 全國自殺防治中心計畫—媒體相關工作項目
 - 2) 新聞媒體聯繫會議辦理情形
 - 3) 全國自殺防治中心媒體互動成果
 - 4) 建立自殺新聞報導指引及原則
 - 5) 社群媒體推廣
3. 參與自殺防治諮詢會第四次委員會議，中心由吳佳儀副執行長、廖健鈞主任秘書代表出席。
4. 會後由中心製作會議紀錄摘要。

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四次委員會議進行報告案 1 案。

會中由全國自殺防治中心吳佳儀副執行長進行報告，案由為「自殺防

治議題與媒體配合、互動及合作之方式」，報告全國自殺防治中心與新聞媒體互動及社群媒體的推廣。(報告案簡報檔詳如附件 5-3-1)

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四次委員會議中，委員討論提案涵蓋層面廣，有青少年自殺議題、違反自殺防治法之網路訊息舉報原則、將「珍愛生命守門人訓練課程」納入各部會人員在職必修課程、增進影視與戲劇界的自殺防治識能等內容。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。

五、附件

附件 5-3-1 自殺防治諮詢會第四次委員會議全國自殺防治中心報告案簡報檔

自殺防治工作聯繫會議

一、背景(Context)

安心專線作為全國性的自殺防治工作相關專業機構，提供自殺意念及企圖者即時的線上諮詢與危機介入，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，因應社會重大事件影響，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 110 年 6 月 30 日前召開「與安心專線自殺防治工作聯繫會議」。
- 5) 於下半年度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 3 月至 5 月與安心專線蒐集會議討論主題。
2. 4 月 27 日於全國自殺防治中心 110 年度第 16 次業務會議中，提案討論與安心專線自殺防治工作聯繫會議之會議主題與辦理時間、地點。經決議挑選適合日期提供心口司勾選。
3. 4 月 28 日將會議議程及規劃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為 6 月 15 日上午。
4. 因應全國疫情提升為三級警戒，經與心理及口腔健康司討論，決定延期辦理。
 5. 於 7 月 27 日上午十時半辦理今年度第一次聯繫會議，會議採視訊形式辦理。
 6. 於 11 月 19 日上午十時配合安心專線辦理今年度第二次聯繫會議，會議採視訊形式辦理。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 第一次聯繫會議

- (1) 會議議程：全國自殺防治中心與安心專線對近半年業務各自進行報告，交流與討論主題針對前述全國性資料，討論如何進行協調與制定滾動性策略(詳見附件 5-4-1)。
- (2) 出席人員：衛生福利部心理及口腔健康司長官(5 人)、台北市生命線協會及安心專線代表(4 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 28 位。
- (3) 會議進行與討論

全國自殺防治中心報告內容包括 109 下半年至 110 上半年自殺防治工作要覽、全國自殺數據變動趨勢、疫情期間相關數據分析、因應 COVID-19 疫情之相關作為；安心專線報告內容包括專線服務數據、COVID-19 因應措施、服務觀察與建議。最後進行意見交流討論，透過各方意見分享，探討自殺防治未來合作方向。

(4) 會議紀錄摘要(詳見附件 5-4-2)

a. 安心專線發言摘要

自殺通報方面，五六月的通報量明顯下降，推測可能因素為民眾受疫情影響避免前往醫院進而減少求醫。另方面，年輕族群通報量下降明顯，三級警戒期間學校停止實體教學，可能因此導致五六月通報量下降。建議將來進一步從醫院通報量分析通報數字，即實際上發生自我傷害送醫人數，以避免受到學校資訊影響，進而了解自我傷害情況真實趨勢。疫情期間，尋求安心專線服務的使用者群體出現很大改變，由於醫院、日間照顧、學校輔導室等皆停止服務，轉而撥打安心專線的個案增加。透過來電分析，來電量增加最多為疫情相關資訊查詢，建議政府未來在宣傳上考慮將使用者作出區隔，盼將專線服務聚焦提供給因社區服務中斷而來

電求助的民眾。

b. 全國自殺防治中心發言摘要

面對疫情，建議心口司未來可考慮爭取中央疫情指揮中心內設置心理衛生或精神醫療相關同仁，執掌心理衛生健康資訊提供，以利向全民宣導正確、清晰的心理健康資訊。並建議心口司可成立緊急因應小組，未來如遇緊急狀況，立刻召開線上諮詢或會議迅速因應。安心專線與心口司評估制定居家接線執行方式過程中，如遇筆電或其他物資需求，建議可嘗試尋求民間協助，整合地方資源。

c. 心理及口腔健康司發言摘要

COVID-19 疫情造成最大困難是打斷人與人之間互動，很多病人因此缺乏支持來源，心口司為因應已設計配套方案，並聽取民間相關學協會意見，與跨部會協商線上輔導機制。欲減少不當進線有其難處，各單位仍應盡一切量能協同作戰，幫助來電查詢資訊的個案也能夠獲得紓壓管道。透過本場會議中各項建議，期能建立更良好溝通管道及未來緊急事件之因應方式。

2) 第二次聯繫會議

(1) 會議議程：針對社會安全網各衛生局擴大社區心理衛生中心布建與心口司獨立為心理健康司計畫，以及疫情不同期間對民眾心理健康的影響等主題進行討論(詳見附件 5-4-3)。

(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(4 人)、台灣自殺防治學會及全國自殺防治中心代表(3 人)，總計 11 位。

(3) 會議進行與討論

安心專線針對專線的角色與功能、社區心衛中心的角色與功能、安心專線如何與其資源連結等進行討論。全國自殺防治中心則針對疫情不同期間對於民眾心理健康的影響，提出討論。最後進行意見交流討論，透過各方意見分享，探討自殺防治未來合作方向。

(4) 會議紀錄摘要

a. 安心專線發言摘要

安心專線的定位是暫時安撫具自殺風險的來電者，解除自殺危機，而非提供電話心理諮商，這是國內外共通的熱線作法。隨著政府宣傳，安心專線逐漸普及，現在有很多單位遇到有自殺問題的個案，就鼓勵個案打安心專線，有時安心專線反而變成接受這些已就醫治療個案的受理轉介單位。然而安心專線屬於一次性服務，無法提供連續性服務，個案的心理問

題絕非一次性服務可以處理，應該要由心理諮詢或精神醫療機構提供長期穩定的服務。因此網絡中各個單位如何做正確判斷，適當利用安心專線，尤其是未來社區心理衛生中心廣為布建成立之後，各單位間如何銜接、轉介、合作，十分重要。

b. 全國自殺防治中心發言摘要

中心於7月1日到7月14日之間辦理自殺防治認知調查，正好在三級警戒期間之內。去年於相同時間段內進行調查，則是疫情較平穩的時期，因此將去年的調查結果視為二級警戒期間民眾的反應；當然三級警戒期間也就是今年的調查結果衝擊較為明顯。今年的調查發現，「有自主健康管理經驗者」與「有情緒困擾者」相較於一般民眾有比較明顯的情緒、認知、壓力等問題。疫情對後續經濟層面的衝擊，乃致個人壓力承受，再到自殺行為發生，以目前持續推動的防治策略而言，各地衛生局是否足以承接？盼透過本次會議探討疫情二、三級警戒期間對民眾心理健康及相關服務影響，並研擬因應措施。

c. 心理及口腔健康司發言摘要

安心專線定位即為熱線，係針對急性心理反應提供一次性協助與處理，而非提供心理諮詢。社區心理衛生中心的業務內容將明訂於精神衛生法內，目前已送行政院審議中。並且心口司將訂定社區心衛中心設置要點參考範例，以明確劃分心衛中心的業務職掌。目前中心仍在設置過程中，請安心專線在這段時間內仍需與衛生局保持既有的轉銜機制。關於民眾與醫療院所對專線的認知，心口司會加強宣導。

針對二、三級警戒期間之心理健康及相關服務，目前心口司已推動多項政策，包括成立疫情心理健康專區進行教育宣導、與民間團體合作推廣線上心理講座、針對集中檢疫所建立關懷服務機制、提供醫事人員心理健康支持方案、提供染疫者的心理衛生相關服務、盤點通訊診療與通訊諮詢相關資源等。疫情期間，心口司盡量提供各種服務資源，以期民眾可以得到需要的服務。

2. 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，爰召開兩次工作聯繫會議。在災難之後，民眾心理需求會增加，當資源重新開始運作後，民眾就可能逐漸開始求助或被通報，未來半年至一年宜多加留意。心理及口腔健康司可考慮成立緊急因應小組，將安心專線及全國自殺防治中心納入，如遇緊急狀況，可立刻召開線上諮詢或討論會議。

疫情衝擊不只影響個人，更衝擊整個社會，面對自殺死亡率推測可能攀升的情況，應提前做好準備，並使安心專線的角色定位更為明確，以持續為有自殺危機的民眾提供服務；各縣市的自殺關懷訪視計畫，加強關懷通報個案的疫情衝擊及因應，並持續自殺行為的個案管理。社會安全除了治安外還包含經濟穩健，經濟因素對於社會安全影響佔重要比例，因此針對疫情對社會衝擊的跨領域大型調查研究值得考慮。可能結合研究單位如中研院，除原心理衛生及精神醫療專業外，另邀請社會學、經濟學等各界專家共同參與，藉由實證為基礎以利後續自殺防治與心理健康相關規劃。

會議結論提供衛生福利部卓參，並於會後持續溝通，透過雙方持續交流，繼續針對自殺防治相關議題及疫情期間數據變化進行探討與判讀，清晰了解國內自殺趨勢變化，促使自殺防治工作成效提升。

五、附件

- 附件 5-4-1、與安心專線自殺防治工作聯繫會議第一次會議議程
- 附件 5-4-2、與安心專線自殺防治工作聯繫會議紀錄
- 附件 5-4-3、與安心專線自殺防治工作聯繫會議第二次會議議程

第六章包含工作項目內容

工作項目

(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估

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。

(五)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議

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)維護及與時俱進更新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（含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程）。
- (2)配合本部、教育部、內政部(消防署、警政署)、社工及長照相關學協會之規劃，建置社工、教育、長照等人員，於珍愛生命學習網之自殺防治數位教育訓練課程，及完成其線上學習之時數認證機制。
- (3)與各縣市社政單位社工(以社會福利中心或家庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社工科之社工為主)、長期照顧等相關學協會人員，辦理第一線專業人員之3小時自殺防治守門人訓練，參加人數需達1,500人。
- (4)配合教育單位人員所需，於110年2月底前，盤點珍愛生命學習網之訓練課程，提供本部分別適合專業輔導人員、輔導老師及一般教師之線上課程清單，以利本部提供教育部參考運用。
- (5)配合教育部規劃之教育人員自殺防治相關訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治相關訓練內容，如各部會有需要時，應協助提供相關師資及訓練課程。
3. 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。
6. 配合世界自殺防治日（9月10日）以本部名義辦理大型活動1場次，包括籌劃舉辦自殺新聞報導媒體頒獎儀式（可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理）；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。

議約事項

第三條、廠商應盤點現有之數位教育訓練課程，整合類似之內容，並個別化調整適合不同領域、不同單位之第一線工作者之課程。

世界自殺防治日系列活動

一、背景(Context)

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 2003 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)，世界自殺防治日是一個提高人們對自殺意識和促進預防措施的平台，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，以達減少全球自殺人數和自殺企圖的目的。

自殺是全球關注的問題，也是每個國家中重要的公共衛生問題，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 2021-2023 年世界自殺防治日之主題為"Creating Hope through Action"是一種樂觀的信息，旨在賦予人們技能和信心，使他們能夠與他們認為可能正在苦苦掙扎的人建立聯繫。在接下來的三年中，IASP 將以創建預防行動，並通過持續的信息來推動行為改變並最終防止更多的自殺。本中心將主題翻譯為「展現行動，創造希望」，期待眾人「展現行動」關懷周遭親人、朋友，乃至於陌生人的心靈健康，並發揮一問二應三轉介與持續關懷的守門人原則，給身旁的人「創造」正向「希望」，減少憾事發生。

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「展現行動，創造希望」之目標，也促進民眾心理衛生之觀念，並喚起社會大眾關心自殺防治議題。

本年度「世界自殺防治日」記者會業於 9 月 5 日在張榮發基金會國際會議中心舉行，一如歷年記者會，邀請中央政府單位：總統與副總統、衛

生福利部，及各地方機關代表與民間單位一同共襄盛舉。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 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(獎金獵人)。

2) 資源連結內容與形式：消息發布、新聞報導與活動支援。

三、過程(Process)

1. 規劃

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 2021 年世界自殺防治日記者會等系列活動。

1) 5 月 11 日於業務會議上提出討論，並於通過後執行。詳見表 6-1-1。

表 6-1-1、世界自殺防治日系列活動內容規劃

活動模式	內容概要	辦理日期
IASP banner 中文翻譯	針對每年的 banner 與活動訊息海報進行翻譯	5 月
徵件活動	針對世界自殺防治日宣導，舉辦海報徵件與主題徵文活動。	6-8 月
FB 宣傳活動	邀請民眾按讚分享，並舉辦抽獎活動。	8-9 月
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。	9-10 月

表 6-1-1、世界自殺防治日系列活動內容規劃

活動模式	內容概要	辦理日期
記者會	1. 電話調查成果 2. 系列活動成果	9月5日
2) 5月11日於業務會議中，討論世界自殺防治日記者會期程規劃與議程。		
3) 6月1日於業務會議中，討論世界自殺防治日系列活動辦理方式。		
4) 8月6日召開記者會籌備會議，確認記者會聚焦儀式、主持人與優質媒體頒獎等相關事宜。		
2. 「展現行動 創造希望」2021年世界自殺防治日海報設計徵選活動		
1) 6月2日公告「展現行動 創造希望」2021年世界自殺防治日海報設計徵選活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳。		
(1) 網路露出部分：運用公文、張貼訊息等方式，包括各縣市衛生局及教育局(處)及討論區、比賽訊息張貼平臺、Facebook 珍愛生命打氣網。		
(2) 寄發電子郵件：對象為珍愛生命義工、各社福團體、第一線人員。		
2) 8月20日收件截止後，聘請中心內部專業評審審查參賽作品。		
3) 將得獎作品公佈於全國自殺防治中心網站及 Facebook 珍愛生命打氣網。		
3. 「展現行動 創造希望」2021年世界自殺防治日主題徵文活動		
1) 6月2日公告「展現行動 創造希望」2021年世界自殺防治日主題徵文活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳。		
(1) 網路露出部分：運用公文、張貼訊息等方式，包括各縣市衛生局及教育局(處)及討論區、比賽訊息張貼平臺、Facebook 珍愛生命打氣網。		
(2) 寄發電子郵件：對象為珍愛生命義工、各社福團體、第一線人員。		
2) 8月20日收件截止後，聘請中心內部專業評審審查參賽作品。		
3) 將得獎作品公佈於全國自殺防治中心網站及 Facebook 珍愛生命打氣網。		
4. 國際性活動—單車繞世界		
1) 6月針對國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」(Cycle Around the Globe)活動相關資訊、活動稿、官方圖檔、證書、活動形式等進行蒐集與了解。		
2) 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臺，並於業務會議上提案通過和執行。		
3) 提案通過後依照決議設計活動簡章(附件 6-1-1)，並廣發訊息給相關單位宣傳。		
5. 「世界自殺防治日」記者會		
1) 2021年世界自殺防治日之主題為「展現行動，創造希望」。		

- 2) 召開籌備會議。
- 3) 邀請中央機關首長、各地方機關單位與民間機構等。
- 4) 於記者會當日發表世界自殺防治日系列活動成果、頒發優質媒體獎項等。
- 5) 於記者會結束當日發布會後新聞稿。

6. 國際連結

- 1) 4月中 IASP 已公布 2021-2023 年世界自殺防治日主題為「Creating Hope through Action」，並在各大場合與文宣品廣為宣傳。

四、成果(Product)

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 3 場次。
 - (2) 專家籌備會議：共計 1 場次。

- 2) 世界自殺防治日海報徵件活動

- (1) 共徵得稿件 54 件，其中社會組 17 件、第一線專業人員組 9 件、學生組 28 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，三組合計共 18 位得獎者。

- (2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組第一名票數為 219 票、第二名票數為 48 票；第一線專業人員組第一名票數為 500 票、第二名票數為 396 票；青少年組第一名票數為 207 票、第二名票數為 183 票。

- (3) 得獎作品詳見：<https://reurl.cc/EZGE6K>

- 3) 世界自殺防治日主題徵文活動

- (1) 共徵得稿件 149 件，其中社會組 59 件、第一線專業人員組 28 件、學生組 62 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，三組合計共 18 位得獎者。

- (2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組第一名票數為 232 票、第二名票數為 215 票；第一線專業人員組第一名票數為 524 票、第二名票數為 363 票；青少年組第一名票數為 571 票、第二名票數為 555 票。

- (3) 得獎作品詳見：<https://reurl.cc/MkRq63>

- 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. 110 年 9 月 25 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騎(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，縱使報名人數受疫情影響而減少，當天仍有 96 位民眾報名參加。

(3) 截至 10 月 10 日，全球總計里程數為 69,352.9 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 63 人與會，包含媒體記者 25 人。

(2) 於 9 月 5 日發布世界自殺防治日記者會會後新聞稿，共 24 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 14 家媒體刊登。

(3) 世界自殺防治日記者會會後新聞稿詳見附件 6-1-2。

(4) 政府機關由衛生福利部陳部長時中代表出席，並頒發自殺防治優質報導獎，由自由時報鄒景雯總編輯代表受獎。

6) 「珍愛生命打氣網」臉書粉絲專頁留言抽獎活動

(1) 配合世界自殺防治日主題，以「創造希望」做為活動主軸，於 8 月 30 日起進行為期兩週之留言抽獎活動，邀請大眾一同關懷身旁的朋友、分享生活中的幸福事件，在疫情期間雖然人與人須保持距離，但心與心能夠透過網路媒介更靠近彼此的生活。

(2) 本次活動貼文觸及逾 39,000 人，獲得 3,685 個讚、3,367 次留言，有效參與活動人數共有 3,083 人。

五、附件

附件 6-1-1、2021 年單車繞世界 中心宣傳簡章

附件 6-1-2、2021 世界自殺防治日記者會會後新聞稿

其他宣導活動

一、背景

1. 相關問題或重要性

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」之境界，並提供完整而持續之關懷服務。

本中心除架設與維護網站外，同時經營 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。

此外，每年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。以今年辦理世界自殺防治日記者會暨學術研討會為例，其中也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。同時亦持續與大專院校新聞相關科系、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。

2. 業務或方案的目的與目標

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。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 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「展現行動 創造希望」，配合辦理臉書抽獎活動，同時增加本中心曝光率。

(2) 購入贈品。

(3) 於臉書公告抽獎辦法。

(4) 抽獎並寄送贈品。

2) 心理健康系列影片《有煩惱就說出來》

(1) 影片概念：蒐集本中心收到的民眾求助信件、訊息及電話，彙整出現頻率較高之常見問題，並邀請自殺防治相關領域專家學者，回應並給予具

體建議。影片每集約 5 至 10 分鐘，運用輕鬆自然的聊天對話形式，針對日常生活中的各方面心理困擾，提供可運用因應方式。目標為提升民眾心理健康識能及對於自殺防治的認知，並於影片最後提供資源連結管道資訊協助民眾解決相關困難。

(2) 主題規劃

主題	每部影片主題	故事大綱
1	重大失落	親友離世(自然死亡、意外)
2	人際關係	朋友背叛、教唆霸凌
3	家庭關係不睦	情緒勒索、被比較的壓力
4	疾病	久病厭世、愧疚感
5	自殺遺族	罪咎感

(3) 製作期程

工作內容	月份	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月		
		【前置期】	蒐集民眾求助內容	確認拍攝主題	【製作期】	影片拍攝	影片後製	【影片完成】	EP1	EP2	EP3	EP4	EP5
影片發佈									發佈	發佈	發佈	發佈	發佈

3) 學生心理健康宣導活動

- (1) 本中心 Facebook 珍愛生命打氣網，受邀前往輔仁大學學生會暨音樂祭市集擺攤，進行心理健康宣導活動。
- (2) 本中心攤位主題「人人都是珍愛生命守門人」。
- (3) 活動目的：因應輔仁大學學生會提出主題為「有憂有慮」，開啟思考的起點、宣導並促進大學生對 Mental Health (心理健康) 的關注。運用本中心推廣之「人人都可以成為守門人」、「一問二應三轉介」理念，以社群媒體及實體攤位作為傳達理念之媒介，讓更多學生、民眾重視相關議題。

4) 其他章節中有關與民間團體合作之內容

- (1) 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。此部分內容請參閱 3.5 強化媒體及網路平臺互動與因應。

- (2) 辦理年度「新聞媒體聯繫會議」：今年主題為「發揮媒體的正向力量：凝聚保護因子」，本次會議以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導如何發揮自殺保護因子，同時傳達媒體報導亦能對去除自殺污名化提供正向幫助的理念。此部分內容請參閱 5.2 自殺防治新聞媒體聯繫會議。
- (3) 「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。此部分內容請參閱 6.4 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺北市報業商業同業公會、四大報媒體平臺、臺大醫院北護分院教學研究部、中華民國醫師公會全國聯合會、法務部矯正署、元培醫事科技大學、社團法人台北市生命線協會(安心專線)、輔仁大學、國立竹東高級中學。
- 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、辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。

三、過程

1. 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 15 日公告得獎名單。
- 4) 9 月 22 日寄出贈品。

2. 心理健康系列影片《有煩惱就說出來》

- 1) 前置期：110 年 2 月至 3 月蒐集民眾至中心求助內容(電話、信件、臉書私訊)，進行彙整、歸納出重大主題後，將案例進行改編後寄給該領域專家回應，並構思影片架構及分鏡稿。
- 2) 製作期：110 年 3 月至 4 月邀請專家至中心辦公室進行拍攝，設計片頭、動畫特效、結合「心情溫度計 APP」宣傳片段，並經長官及同仁給予建議後修改，預計每月發佈一部主題影片。
- 3) 發布期：

- (1) 110 年 4 月 26 日發佈第一隻影片：「最親密的家人意外過世，該怎麼度過？」劇情大綱：網友來信母親意外過世後，生活頓時失去重心，無法走出來，由台灣自殺防治學會蕭雪雯理事，同時也是馬偕醫院自殺防治中心的社工師，來分享當遇到重大失落時，該怎麼面對以及走出來，身為身邊的親友又該如何陪伴他們。
- (2) 110 年 7 月 8 日發佈第二隻影片：「朋友教唆霸凌，我不敢面對任何人」劇情大綱：網友來信詢問自己被朋友背叛後，變得無法再信任任何人，覺得孤單無助而有了輕生的念頭，由台灣自殺防治學會詹佳達秘書長，同時也是新光醫院的精神科醫師，來分享當人際關係中受挫時，又找不到適合的親友傾訴，該怎麼面對以及走出來。
- (3) 110 年 8 月 12 日發佈第三隻影片：「家人一直情緒勒索，怎麼辦？」劇情大綱：網友來信訴說自己因母親情緒勒索，影響到生活，無法調適心情，由台灣自殺防治學會蕭雪雯理事，同時也是馬偕醫院自殺防治中心的社工師，來分享如何學會自我相處，以及具體照顧自己的方法。
- (4) 110 年 10 月發佈第四隻影片：「癌症已非絕症，若有憂鬱也可治」劇情大綱：網友來信訴說自己因久病厭世及經濟負擔的壓力，讓他有自我了斷的想法，由台灣自殺防治學會詹佳達秘書長，同時也是新光醫院的精神科醫師，來分享可尋求的資源協助管道，以及重大疾病者是否常伴隨心理健康問題之迷思。
- (5) 預計 110 年 11 月發佈第五隻影片：「爸爸自殺了...如果我那天有接到電話...」劇情大綱：網友來信訴說父親自殺身亡後，自己因罪惡感而走不出來，由台灣自殺防治學會蕭雪雯理事，同時也是馬偕醫院自殺防治中心的社工師，來分享身為自殺遺族，該怎麼面對以及走出來，以及如何與其他家人打開心房來做溝通。
- (6) 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。關鍵字及 Hashtag 設定如下：自殺防治、心理健康促進、親友過世、心情溫度計、重大失落、人際關係、情緒勒索、被比較的壓力、家庭關係不睦、久病厭世、愧疚感、自殺遺族。

4) 推廣宣傳策略

- (1) 影片上架於「自殺防治 e 學院」 YouTube 頻道，同步進行即時首播推廣。
- (2) 於「珍愛生命打氣網」 Facebook 粉絲專頁發布，上映前發布多則預告文及限時動態加強曝光度。
- (3) 中心定期出刊之《自殺防治網通訊》專欄文章介紹。

- (4) 於 Line 通訊群組及寄送電子報，網網相連，以利後續推廣及宣傳使用。
(5) 於本中心實體活動上播映，如新聞媒體聯繫會對象媒體、輔大校園宣傳對象學生。

3. 學生心理健康宣導活動

- 1) 活動攤位名稱：人人都是珍愛生命守門人。
- 2) 中心出席人數：4 人。
- 3) 活動時間/地點：110 年 5 月 4 日 11:00-16:30 於輔仁大學風華廣場。
- 4) 準備物品：筆電一台、活動板三張、Facebook 珍愛生命打氣網傳單。
- 5) 宣傳文宣品：粉色環保提袋(共 150 個)、設計明信片。
- 6) 辦理方式：設計活動並提供小獎品，吸引學生來攤位以提升參與效能。
 - (1) 邀請學生按讚珍愛生命打氣網送環保提袋紀念品。
 - (2) 活動：《危險保護因子蹺蹺板》、《身邊的人想死怎麼辦》。

活動名稱	活動概念	辦理方式
危險保護因子 蹺蹺板	自殺者有必須面對的困境但也有資源，並非全然的孤立無援，人人都可以成為守門人。	<ol style="list-style-type: none">1. 請學生閱讀故事。2. 於活動板上之關鍵詞選出故事相應的危險、保護因子。3. 在活動板兩側貼上。4. 完成後將介紹自殺是多重原因，危險與保護因子之作用，並宣導可透過發現自殺企圖者的保護因子協助朋友。
身邊的人想死 怎麼辦	人人都可能面對這個問題，但遇到時到底可以怎麼做，一問二應三轉介。	<ol style="list-style-type: none">1. 請學生閱讀活動板上的求助訊息。2. 請學生在 Facebook 珍愛生命打氣網貼文寫下回應。3. 引導並介紹一問二應三轉介之概念。

- (3) 攤位提供心情溫度計 App 下載 QRcode，說明並邀請學生體驗使用心情溫度計 App。

四、成果

1. 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 39,044、互動次數達 12,858 次、點讚數 3,359 次、貼文分享達 1,952 次，活動期間共累計 3,142

則留言。活動過程中鼓勵民眾於抽獎貼文分享自己在生活中的小確幸，藉以促使民眾相互關懷、創造希望感與分享快樂，並喚起民眾對自殺防治議題的關心。

2. 心理健康系列影片《有煩惱就說出來》執行結果

1) 累計至 110 年 10 月 8 日為止，Youtube 累計總觀看次數為 1,459 次。



2) 累計至 110 年 10 月 8 日為止，Facebook 總累計觀看次數為 1,458 次，獲得 66 個讚、及 35 次公開轉載。

貼文	貼文狀態	發佈時間	曝光次數	觸及人數	分享次數
 家人一直情緒勒索，怎麼辦？ 蕭雪雯 社工師 #有煩惱就說出來 E... 珍愛生命打氣網 4:59	● 已發佈	2021-8-12 下午6:05 Tspc Tsos	786	714	7
 朋友教唆霸凌，我不敢面對任何人 蔣佳達 醫師 #有煩惱就說出... 珍愛生命打氣網 5:33	● 已發佈	2021-7-8 下午1:00 Tspc Tsos	1,045	835	4
 最親密的家人意外過世，該怎麼渡過？ 蕭雪雯 社工師 #有煩惱就... 珍愛生命打氣網 6:02	● 已發佈	2021-4-26 下午9:00 Tspc Tsos	2,663	2,310	24

1,980
觸及人數

309
互動次數

加強推廣貼文

3. 學生心理健康宣導活動

1) 「珍愛生命打氣網」Facebook 粉絲專頁貼文網址

<https://www.facebook.com/tspc520/posts/3901721389876296>，於活動當日 110 年 5 月 4 日累積貼文 50 個讚、41 則留言、9 則分享，2,027 個觸及人數。

珍愛生命打氣網
由 Tspc Tsos 發佈 · 5 月 4 日 · 0

《當朋友情緒低潮向你求助時，該怎麼回應呢？》
你曾收到身旁的親朋好友傳來類似的訊息嗎？🤔
『我好難過、好無助，不知道該怎麼辦？』
『覺得人生沒有甚麼希望，我真的不想活了...』
『那如果遇到下面這個情形，你會怎麼回應呢？』
👉下方留言告訴我們👉

在這個狀況下，收到訊息的我們當下可能有好多情緒，震驚、慌張、擔憂...
甚至不知道該怎麼做才能幫助身陷低潮的朋友
這時候可以試試看守門人三步驟【一問二應三轉介】

● 一問----主動關懷 積極傾聽
● 二應----適當回應 支持陪伴
● 三轉介-資源轉介 持續關懷

當朋友向你發出SOS求救訊號時，我們可以仔細聆聽對方的問題並做出適當的回應~
像是「我有點擔心你，我可以怎樣幫你？」、「我相信你現在一定很難受」、「你真的很辛苦，原來你忍耐這麼久了...」

● 回應的方法也可以參考「我到底應該要怎麼陪伴他們？」
<https://www.facebook.com/tspc520/posts/3780829041965532>

也跟著小編一起練習看看該如何回應身旁的人的求助訊息吧👉
♥️守門人真正有效的是你對當事人『真誠穩定的關懷及持續陪伴』，你是很重要的!!!!
也別忘了在必要時動導當事人進一步接受專業人員的幫忙，帶他到醫院身心科／精神科就診，或接受心理衛生中心或諮詢機構的晤談，以有效減緩當事人的自殺衝動哩！



4. 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。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。

此外，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，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，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。

珍愛生命數位學習網之維護與推廣

一、背景

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 6-3-1：

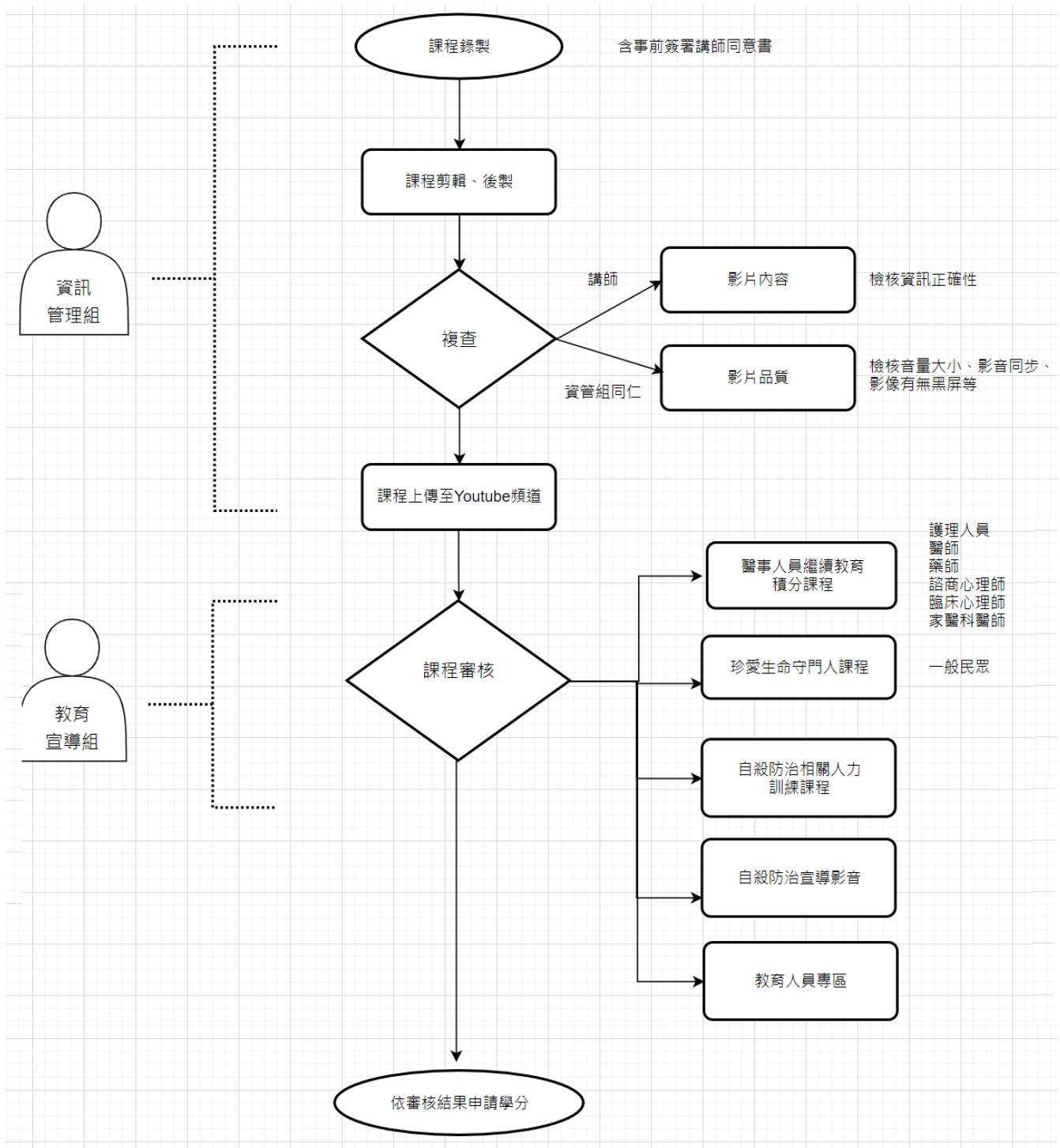


圖 6-3-1、數位影音課程規劃流程

2) 數位學習課程整體規劃

(1) 數位學習網課程分類為五種專區，網站專區圖示可參考圖 6-3-2、6-3-3，各專區說明內容如下：

- 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...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。
- e. 教育人員專區：青少年是國家發展的根基，心理困擾與自殺危險若沒有適時獲得紓解，或及早正視心理健康管理之重要性，其影響恐將延續至離開校園後的生活與適應。今年，本會配合國內教育單位人員所需，盤點珍愛生命數位學習網現有課程，建立教育人員專區，提供教育單位人員運用學習。

(2) 數位學習網預計於 12 月開立社工及長照人員之自殺防治課程，兩類人員課程規劃內容如下：

- a. 社工課程：除介紹自殺防治法規與數據分析、守門人基本概念；另強化社工對特殊族群的自殺防治知能，例如認識精神疾病與藥酒癮個案、高風險家庭及兒少保護、了解社區自殺個案或重複自傷個案的處置等主題課程。
- b. 長照人員課程：以介紹自殺防治基礎知識之課程為主，例如自殺防治法規與數據分析、守門人基本概念、精神疾病初步認識、家庭照顧者與自殺防治等相關主題，適用於接觸照顧者及受照顧者之長照人員研習。

(3) 多元管道之連結與推廣：中心除主動與相關專業人員公會單位合作提供網路繼續教育積分認證之服務外，更結合其他機構內數位學習平台，進行數位課程授權，提供機構人員網內學習。



圖 6-3-2、數位學習網各類人員課程區塊連結介紹



圖 6-3-3、珍愛生命守門人及歷年歷史課程存放頁面圖標連結

- 3) 錄製完成之數位課程上傳至中心之「自殺防治 e 學院」YouTube 頻道，再將 YouTube 影片嵌入數位學習網播放影片，以便提昇「自殺防治 e 學院」頻道之能見度。
- 4) 數位學習網線上課程認證機制
 - (1) 醫事人員繼續教育積分課程：醫事人員完成所屬職業別的繼續教育積分

課程，學會定期將學習成果上傳至醫事人員繼續教育積分系統，作為上課認證機制。

(2) 非醫事人員繼續教育積分課程：學員完成課程後，可於透過「下載證書」功能下載證書電子檔，學員可依據需求自行列印，作為上課證明依據。



課程中心 > 我的課程 > 2019護理01-珍愛生命守門人1問2應3轉介

簡介

★本課程僅供『護理人員』取得繼續教育積分★

若您不是**護理人員**，而是**醫師**等醫療專業人員，請點選下方連結選取您專業人員的課程以獲取積分。

[<<醫療相關專業人員繼續教育積分課程請點我>>](#)

課程內容 (舊版完成)

編號	標題	期限	通過條件	學習成果	通過
1	珍愛生命守門人1問2應3轉介 李明濱醫師	2020-01-02	閱讀 > 59 分鐘	08:04:21	✓
2	課後測驗	2020-01-02	60 分及格	100	✓
3	敬請填寫課後評估表	2020-01-02	完成填寫	已完成	✓

下載證書 (本課程已完成，並滿足必要的通過條件)

圖 6-3-2、下載證書功能圖示

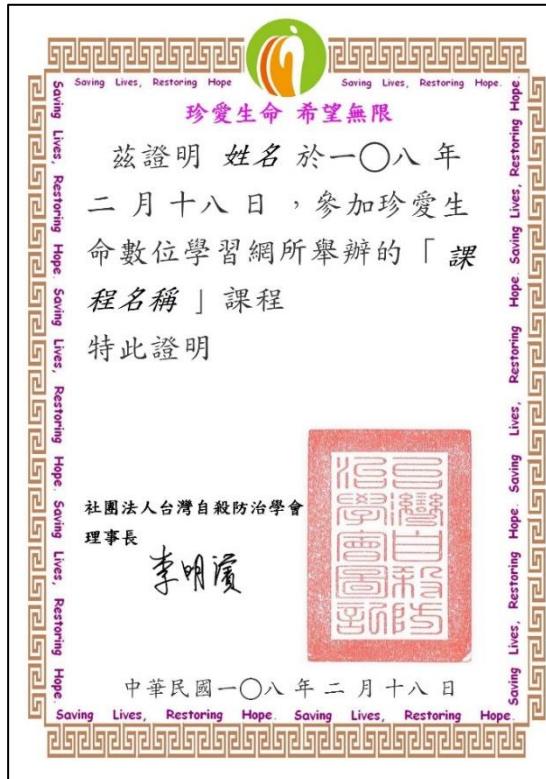


圖 6-3-3、課程證書範例(姓名與課程名稱會自動代入)

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) 本年度數位學習網預計新增之影音清單如表 6-3-1(部分課程影片因瀏覽權限問題，無法以訪客身分看到該影片)。
- (2) 中心分別向中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、社團法人臨床心理師公會全國聯合會申請自殺防治相關之繼續教育積分課程，並開設「繼續教育積分課程專區」供專業人員獲取繼續教育積分。
- (3) 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，持續向心口司申請自殺防治課程內容。
- (4) 依據自殺防治法、及最新自殺防治相關數據，盤點出仍符合最新政策之課程，再依照不同場域工作人員(非醫事人員)的法規、工作性質挑選自殺防治課程，最後，依照各專業人員之學分需求於珍愛生命數位學習網或外部數位學習網站提供課程，具體流程可參考圖 6-3-4，目前網站提供之課程類型如下：

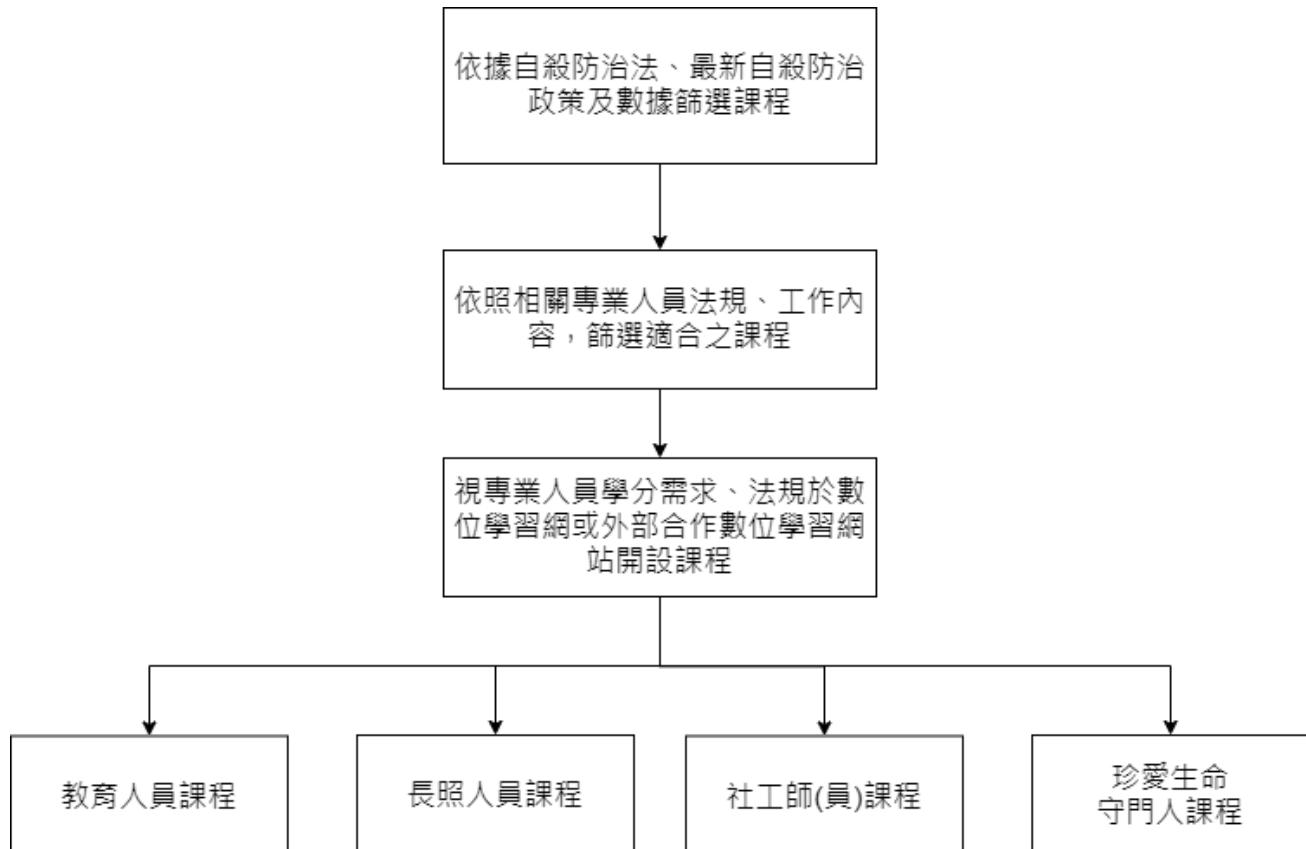


圖 6-3-4、數位課程盤點流程圖

- a. 教育人員課程：依據學生輔導法為一般教師、輔導教師、專業輔導人員定義之工作內容，挑選珍愛生命數位學習網中適合三種人力研習之課程，開放於教育人力專區，供教育人員選讀。礙於自殺防治學會無法申請教師學分之因素，故以網站列印證書方式提供學習證明。
- b. 社工課程(12月開放選讀)：依據社會工作師法定義之社會工作師業務內容，提供不同類型自殺個案之服務課程。考量社工員(未持有社工師執照)人數比例遠大於持有社工師執照者，且社工員未有相關學分規定之因素，學會將以網站列印證書方式提供學習證明。
- c. 長照人員課程(12月開放選讀)：依據長期照顧服務法規定義之業務內容，除提供基礎的守門人教育訓練課程外，並特別針對接觸照顧者及受照顧者之長照人員專屬之自殺防治課程。因長照人員繼續教育積分系統尚未建置完畢，學會將以網站列印證書方式提供學習證明。
- d. 珍愛生命守門人專區：學會近年為各機構推薦守門人講座課程時，如機構同意錄影並公開至網路，則將影片收入於此專區。此專區之課程適合之對象多為工作實務上較少與自殺意念、企圖之個案接觸之民眾，因此不參照社工、長照人員另闢相關類別課程選讀。

表 6-3-1、110 年度新增影片清單

課程名稱	講師
「校園自殺防治」從自殺防治邁向心理健康促進	吳佳儀
高風險家庭及兒少保護事件個案自殺未遂關懷訪視技巧	許元彰
自殺通報個案拒訪及重複自殺之關懷訪視注意事項	姜丹榴
訪視員之壓力調適及情緒管理	鍾秀華
家庭暴力、性侵害、兒童及少年保護事件防治及通報流程	李易儒
藥酒癮個案自殺防治與社區處遇實務	吳坤鴻
精神病人合併自殺風險個案之評估重點及關懷訪視實務	吳恩亮
PGY 畢業後一般醫學訓練-自殺防治(2021)	詹佳達
從通報到關懷(含多元性別議題)/ BSRS-5 量表施作教學	李明濱
通報關懷流程	陳俊鶯
自殺防治新觀點	詹佳達
災難心理重建	張家銘
自殺的警訊、溝通、處遇與預防	吳佳儀
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤	蕭雪雯 陳俊鶯

表 6-3-1、110 年度新增影片清單

課程名稱	講師
面對新冠病毒疾病衝擊下的台灣心理衛生	周煌智
長照主要照顧者與自殺防治	吳佳儀
青少年自殺防治	陳俊鶯
歷年自殺防治成果與挑戰	廖士程
家長守門人如何成為孩子的最佳夥伴	吳佳儀

四、成果

1. 執行成果

1) 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 6-3-2

表 6-3-2、各類課程通過人次一覽表(供不同人員選修之課程有重複)

課程提供對象	課程數	課程通過人次
護理人員	24	421,032
藥師	25	24,053
諮詢心理師	25	2,770
臨床心理師	25	1,313
醫師	25	2,371
珍愛生命守門人專區	13	1,086
教育人員專區	18	6,641
自殺防治人力專區(初階課程)	20	1,551
自殺防治人力專區(進階課程)	14	978

2) 自殺防治人力專區 1-9 月共計 123 人修課，修課人員職業別分布如表 6-3-

3(職業別由學員自填)：

表 6-3-3、自殺防治人力課程修課職業分布

職業別	人數
自殺關懷訪視員	67
社區關懷訪視員	32
心理衛生社工	6
自殺防治業務承辦人員	5
社關/自關	8
醫務社工	3
個案管理師	1
專業臨時人員	1

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) 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。
- (3) 數位學習網製作大量圖文 Q&A，並實施電子郵件處理使用者問題，必要時使用電話協助不會使用電腦的使用者於本站上課。

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)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、自製宣導短片等々方式，引起社會大眾正面關注，認識自殺防治議題等。
- 2)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。
- 3)數位學習網因修課便利性，已吸引許多各職類人員前往數位學習網修課，但網站伺服器硬體已日漸無法負擔過多的使用人數，應提升雲端主機硬體效能，或是積極與外部單位合作提供自殺防治守門人課程，方可提供使用者更好的修課體驗。
- 4)本年度新開設教育人員專區，但學會無法申請教師研習學分，且教師多半反映教育人員已有專屬數位學習網站。因此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。
- 5)目前本會提供之課程，課程內容多以守門人一問二應三轉介、自殺數據策略介紹、辨識自殺警訊...等通用性的課程為主，未來將積極與特定的團體、機構合作，共同製作個別化的自殺防治課程，讓各種領域的人員能夠更有效地投入自殺防治課程。

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。

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。

3) 第一線專業人員守門人訓練

(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) 合作單位：中華民國醫師公會全國聯合會、法務部矯正署、元培醫事科技大學、國立政治大學、國立竹東高級中學、輔仁大學、臺北市士林區平等國小、新北市政府社會局身心障礙福利科。

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) 5月6日與法務部矯正署合作辦理「自殺防治守門人概念與實務」，對象為109年司法特考四等監所管理員錄取人員，人數共25人。

2) 5月13日與法務部矯正署合作辦理「自殺防治守門人概念與實務」，對象為109年司法特考四等監所管理員錄取人員，人數共44人。

3) 5月18日與元培醫事科技大學合作辦理「自殺防治課程」，對象為老師，人數為30人。

4) 5月24日與國立政治大學身心健康中心合作辦理「跨學院導師輔導知能講座」，對象為學院院長、主任、教授、助教與行政人員，人數為90人。

5) 8月31日與國立竹東高級中學合作辦理「青少年心理衛生與自殺防治」，對象為校內職員，人數為100人。

6) 10月13日與輔仁大學合作辦理「校園自傷與自殺的預防與辨識」，對象

為導師，人數為 30 人。

- 7) 10 月 20 日與臺北市士林區平等國小合作辦理「校園自殺防治法規及實務分享」，對象為校內職員，人數為 55 人。
 - 8) 10 月 29 日與新北市政府社會局身心障礙福利科合作辦理「身心障礙者及其家庭照顧壓力及自殺風險覺察」，對象為社工人員，人數為 45 人。
 - 9) 11 月 17 日與輔仁大學合作辦理「如何接住危機學生」，對象為社科院導師，人數為 25 人。
2. 第一線專業人員守門人訓練，原定於 5 月 22 日辦理，後因疫情延於 8 月 28 日線上舉辦。
- 1) 8 月 28 日於線上舉辦「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。
 - 2) 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。
 - 3) 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。
3. 珍愛生命守門人課程教材進行修訂，並以不同對象區分為醫療專業人員、其他行業專業人員及一般民眾三種版本，並且建置講師培訓及認證機制。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座安排

- (1) 截至 11 月 30 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 9 場、參與訓練的學員共 444 人，單位為司法單位、學校及機構。對象包含各級教職及公務員。詳細資料請參考表 6-4-1。

表 6-4-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	學校
場次	9
人數	444

- (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。心情溫度計詳如圖 6-4-1。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 418 人回應，滿意以上為 96%。

「心情溫度計」自我評量練習版： 幫助他人之餘更要了解自己的情緒！

心 情 溫 度 計(B S R S - 5)

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回
想在最近一星期中 (包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程
度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完 全 有	輕 微	中 程 度	屬 害	非 屬 常 害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒...	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安.....	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒.....	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落.....	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人.....	0	1	2	3	4
★有自殺的想法.....	0	1	2	3	4

得分說明：

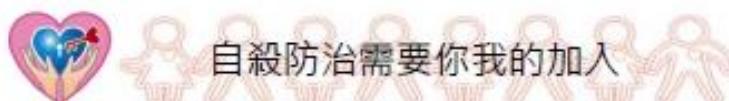
★1 至 5 題之總分：

- 得分 0-5 分：身心適應狀況良好。
- 得分 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 得分 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 得分 > 15 分：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

★第 6 題 “有無自殺意念” 單項評分

- 本題為附加題，若前五題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

歡迎免費下載使用 心情溫度計 APP



台灣自殺防治學會
暨全國自殺防治中心謹誌

圖 6-4-1、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。

3) 第一線專業人員守門人訓練

8月28日於線上辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」，由台灣自殺防治學、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協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。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治新觀點」，課程包含自殺之最新數據與意涵及自殺防治法之要義；「災難心理重建」、「自殺的警訊、溝通、處遇與預防」及「跨團隊的自殺防治：資源連結與轉介追蹤」探討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 6-4-2。

當日於全國同步視訊轉播。當日含視訊會議總人數為 16,406 人，西醫師占 259 人，精神科醫師占 122 人，護理人員占 9,262 人，臨床心理師占 167 人、諮商心理師占 240 人，藥師占 327 人，社會工作者占 1,046 人，長照人員占 3,218 人，職能治療師占 1,103 人，物理治療師占 1 人及其他人員占 100 人。

表 6-4-2、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 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：衛生福利部李麗芬政務次長 社團法人台灣自殺防治學會李明濱理事長
13:30~13:40	中華民國社會工作師公會全國聯合會溫世合理事長 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)

	第一場：自殺防治新觀點
13:40~14:20	主講人：詹佳達秘書長(社團法人台灣自殺防治學會)
	第二場：災難心理重建
14:20~14:50	主講人：張家銘理事(社團法人台灣自殺防治學會)
	第三場：自殺的警訊、溝通、處遇與預防
14:50~15:30	主講人：吳佳儀理事(社團法人台灣自殺防治學會)
	第四場：跨團隊的自殺防治：資源連結與轉介追蹤
15:30~16:20	主講人：蕭雪雯理事、陳俊鶯常務理事(社團法人台灣自殺防治學會)

16:20~16:30 綜合討論(主持人及所有主講人)

-
- (1) 本課程主題訂為自殺防治：自殺防治新旅程，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、發現潛在具自殺危險者，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 6-4-1、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練：自殺防治新旅程

附件 6-4-2、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練：長照及社會工作者參與名單

「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

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 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) 鑑於畢業後一般醫學訓練將自殺防治改為必修課程，中心於 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 6-5-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 6-5-2。
 - (6) 除課程評值及課後測驗問卷外，另有發放守門人問卷，邀請對自殺防治有更進一步興趣之學員擔任守門人及自殺防治課程種子講師。請學員留下相關資料，若是中心有進一步的自殺防治課程相關訊息，會將訊息轉知給學員。詳細守門人問卷內容，如圖 6-5-3
 - (7) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。

畢業後一般醫學訓練

社區醫學「自殺防治」課程評值

您好：

感謝您參與今天的參訪課程活動，請您協助填寫以下的活動回饋意見，以作為日後之參考與改進（請於適當的□內打✓），再次謝謝您！敬祝平安

全國自殺防治中心 謹致

●請問您的性別：1. 男 2. 女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

1. 非常符合 2. 符合 3. 尚可 4. 不太符合 5. 非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

1. 非常好 2. 良好 3. 可接受 4. 不太好 5. 非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

1. 非常清楚 2. 很清楚 3. 尚可 4. 不清楚 5. 非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

1. 非常同意 2. 同意 3. 尚可 4. 不同意 5. 非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

1. 非常滿意 2. 滿意 3. 普通 4. 不滿意 5. 非常不滿意

六、上完課，未來在使用心情溫度計上是否覺得有困難

1. 沒有困難 2. 有困難，原因：_____

七、上完課，未來運用守門人技巧上是否覺得有困難？

1. 沒有困難 2. 有困難，原因：_____

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

1. 會 2. 偶會 3. 不會，原因：_____

九、未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？

1. 會 2. 偶會 3. 不會，原因：_____

十、綜合課程建議：

參訪心得與感想(100字)

圖 6-5-1、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

- 姓名：_____
- 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 6-5-2、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 6-5-3、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程守門人問卷

5) 中心於 103 年 7 月完成「心情溫度計 App」程式設計初版，iOS 版本於 103 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載，於 104 年 3 月 Android 版心情溫度計 App 正式上架。並於 105 年 3 月開始，於講師授課簡報內容中，加入心情溫度計 App 使用之教學，強調心情溫度計 App 之實用性，鼓勵學員善用並推廣，並製作桌上文宣，提供中心 WiFi 給學員進行 App 下載。106 年持續進行心情溫度計之推廣，並將心情溫度計 App 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員於上課前先行進行下載並使用，於課堂上再由講師帶領討論，並蒐集學員的使用經驗，以便在未來繼續精進此 App。詳細文宣內容，如圖 6-5-4。

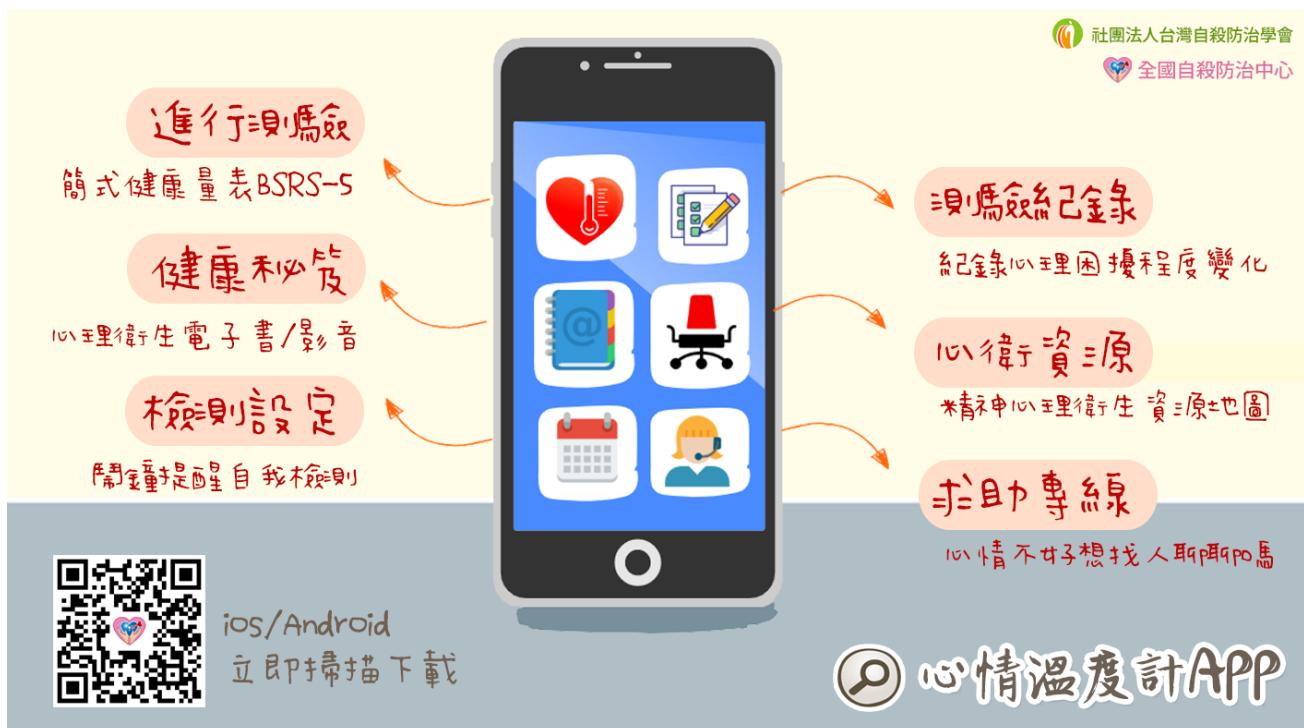


圖 6-5-4、心情溫度計 App 桌上文宣

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、詹佳達秘書長及張家銘醫師擔任講師。
 - 1) 1月 6 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)，共 11 名學員參加。
 - 2) 1月 13 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)，共 23 名學員參加。
 - 3) 2月 3 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)，共 24 名學員參加。
 - 4) 2月 17 日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及新北聯合醫院，共 31 名學員參加。

- 5) 3月3日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)及永和耕莘醫院，共 22 名學員參加。
- 6) 3月10日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區) 及中心診所醫院，共 20 員參加。
- 7) 4月7日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平、陽明院區) 及博仁醫院，共 38 名學員參加。
- 8) 4月14日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)及恩主公醫院，共 20 名學員參加。
- 9) 5月5日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、中興院區)、臺安醫院，共 22 名學員參加。
- 10) 5月12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) 6月2日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、和平、陽明院區)，共 30 名學員參加。
- 12) 6月9日 PGY 課程參與醫院有新北市立聯合醫院博仁醫院，共 15 名學員參加。
- 13) 7月7日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區)，共 10 名學員參加。
- 14) 8月18日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 18 名學員參加。
- 15) 8月25日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)、宏恩醫院、恩主公醫院及臺安醫院，共 42 名學員參加。
- 16) 9月8日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)，共 20 名學員參加。
- 17) 9月15日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)及永和耕莘醫院，共 22 名學員參加。
- 18) 10月6日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝)及永和耕莘，共 40 名學員參加。
- 19) 10月13日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、和平院區)，共 18 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，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 6-5-1。

表 6-5-1、「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 31 日共辦理 19 場次，450 人參與。詳細如表 6-5-2。

表 6-5-2、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	322	40	17	19	12	15	10	15

(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 424 人回應，滿意以上為 96%，詳如表 6-5-3。

表 6-5-3、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	0 (0)	0 (0)	29 (6.83)	150 (35)	245 (58)
2.授課方式的安排	0 (0)	0 (0)	0 (0)	184 (38.2)	240 (55.3)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	0 (0)	0 (0)	29 (6.83)	150 (35)	245 (58)
4.此次課程獲益良多	0 (0)	0 (0)	29 (6.83)	150 (35)	245 (58)
5.整體課程滿意	0 (0)	0 (0)	0 (0)	184 (43)	240 (67)

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 424 人，整體課後測驗平均答對率為 99.5%，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 6-5-4。

表 6-5-4、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

作答 正確	424 (100)	424 (100)	424 (100)	424 (100)	424 (100)	424 (100)	420 (95.6)	424 (100)	424 (100)	424 (100)
作答 錯誤	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (4.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

(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。
- 5) 因應疫情嚴峻，政府實施三級警戒，自 6 月起 PGY 課程改採線上課程。

全國自殺防治中心網站及臉書粉絲網之維護與推廣

一、背景(Context)

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，並透過各種社群網站瀏覽各種資訊。

有鑑於此，台灣自殺防治學會自民國 95 年起建構全國自殺防治中心網站，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。

近年 Facebook 也成為台灣民眾使用率最高的社群網站，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。台灣自殺防治學會於民國 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。

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) 中心最新研究文章發表清單更新。
 - (4) 心理健康宣導文章、影片發表。
 - (5) 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) 使用 Google Site 設計學會舉辦之大型活動網頁。
- 4) 使用中華電信雲端主機提供之相關服務，建置相關資訊安全措施。

5)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。

2. 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁推廣：

1)每天於粉絲專頁動態發布貼文一篇，且訂定每三個月一季之季主題與承季主題之每月子主題，一週發佈兩篇子主題相關貼文，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。其他分屬衛教宣導、資訊分享、正向故事及中心活動項目。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、活動等。相關內容見表 6-6-1 及表 6-6-2。

表 6-6-1、110 年一月至十月主題規劃列表

月份	主題	月份	主題
一月	面對關係中的不美好-親子關係的相處	六月	COVID-19 心理健康促進
二月	面對關係中的不美好-感情關係中的困難	七月	特殊族群自殺防治-第一線醫護人員的心理健康促進
三月	面對關係中的不美好-青少年的同儕人際關係	八月	特殊族群自殺防治-兒童及青少年族群的自殺防治
四月	認識精神疾患-認識憂鬱症及焦慮症	九月	特殊族群自殺防治-老年族群的自殺防治
五月	認識精神疾患-認識思覺失調症	十月	自殺防治知識庫-壓力管理

表 6-6-2、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)
資訊分享	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
正向故事	提供勵志的圖片、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. 全國自殺防治中心網站維護及推廣

1) 自殺防治中心網站內容簡介：

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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、放鬆 DIY 影片新增。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 防疫專區：為因應新冠肺炎對民眾造成的心靈健康影響，學會使用 Wix 線上網站服務建置「防疫專區」，提供防疫期間必要的防疫資訊與心靈健康相關訊息。防疫專區網頁的分類方式如下：
 - a. 最新訊息：學會提供與疫情心靈健康相關之新訊息供民眾瀏覽。
 - b. 自我協助：提供民眾及專業人員在疫情期間，如何提升自我心靈健康的方式。
 - c. 協助他人：提供民眾及專業人員在疫情期間，如何協助親朋好友，提升心靈健康的方式。
 - d. 防疫訊息：提供民眾在疫情期間可使用的求助資源，例如 1922 疫情通報及傳染病諮詢專線…等資源。
 - e. 好文分享：分享疫情期間心靈健康相關研究內容，並依照其內容分為民眾及專業人員觀看的文章。

- f. 關訪員專區：提供自殺關懷訪視員於疫情期間訪視個案時的注意事項及為訪員打氣的文章。
 - g. 放鬆 DIY 影片：為因應三級警戒的防疫拍攝之放鬆 DIY 影片，供民眾於三級警戒時期、或疫情結束後放鬆身心，以促進心理健康。
- (13) 運用 Google Site 製作 2021 年世界自殺防治日活動網頁，除簡介今年度世界自殺提供研討會報名、單車繞世界、世界自殺防治日徵件活動相關頁面，供民眾瀏覽。

2. 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。

3. 110 年 Facebook 粉絲專頁貼文

每月主題貼文詳細規劃見表 6-6-3，每月之主題貼文亦於下個月第一週於中心網站彙整上架，置於全國自殺防治中心公告下方之「粉絲專頁主題貼文」中，以利於相關貼文方便瀏覽。

表 6-6-3、110 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
一月	面對關係中的不美好-親子關係的相處：承第一季大主題「面對關係中的不美好」，一月以「親子關係的相處」為子主題，以親子關係互動之心理健康為主軸，輔以時事之案例做延伸討論，並介紹相關保護因子、辨別自殺警訊及健康心理促進等，使民眾在家庭關係互動中有更多了解。
二月	面對關係中的不美好-感情關係中的困難：不論是家庭或是學校教育，感情課題往往被輕忽，以致於在感情關係中遭遇挫折時，容易身陷憂鬱、負面情緒之中，甚至做出無法挽回的憾事。因此承第一季大主題「面對關係中的不美好」，二月以「感情關係中的困難」為子主題，以情侶間可能遇到的難關為主軸，探討如何作出適當的調適，讓自己保持正向健康的心態，避免因為感情因素造成的遺憾。

表 6-6-3、110 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
三月	<p>面對關係中的不美好-青少年的同儕人際關係：承第一季大主題「面對關係中的不美好」，三月以「青少年的同儕人際關係」為子主題，藉由分享青少年同儕相處的常見案例及感受，讓民眾了解當發生同儕人際關係衝突或矛盾時，該如何面對心中的負面情緒，避免因為人際關係問題而造成遺憾。</p>
四月	<p>認識精神疾患-認識憂鬱症及焦慮症：承第二季大主題「認識精神疾患」，四月以「認識憂鬱症及焦慮症」為子主題，將從介紹疾病成因與症狀、自我覺察及情緒調適的技巧、提供可運用之相關醫療社福資源，以及如何適當地協助或陪伴病友，幫助民眾認識憂鬱症及焦慮症。</p>
五月	<p>認識精神疾患-認識思覺失調症：承第二季大主題「認識精神疾患」，五月以「認識思覺失調症」為子主題。以系列文的方式，介紹思覺失調症的成因、類型、常見迷思以及與自殺相關的危險因子；並在介紹疾病後提供面對、去污名化以及適當照護病患的衛教文章。期待本月的系列文能幫助民眾認識思覺失調症並去除民眾對於疾病的誤解。</p>
六月	<p>COVID-19 心理健康促進：因應 COVID-19 疫情之影響，不只是生理上，對心理的影響更是不容忽視，在社會大眾可能承受諸多壓力下，醫療體系與心理衛生資源顯得非常重要。而對大眾所造成的心靈症狀影響，普遍是焦慮、憂鬱、睡眠困擾及創傷後壓力症候群等問題。本月會介紹如何自我覺察及情緒調適的技巧、提供可運用之相關醫療社福資源，以及如何適當地協助或陪伴，提供民眾在疫情衝擊下的調適方法。</p>
七月	<p>特殊族群自殺防治-第一線醫護人員的心理健康促進：第三季大主題「特殊族群自殺防治」，在疫情蔓延期間，爆量的醫療需求、擔心自身染疫、忙碌且長時間工作以及民眾對醫護人員標籤化的行為等等問題都讓參與救治的醫護人員身心俱疲，藉由分享壓力來襲時常見的生理及心理反應、壓力紓解與緊急減壓的介入方式等，並提供防疫心理健康豐富資訊供參考運用，給予第一線醫護人員的心理支持。</p>

表 6-6-3、110 年一月至十月貼文規劃

月份	主題內容
八月	<p>特殊族群自殺防治-兒童及青少年族群的自殺防治：承大主題「特殊族群自殺防治」，搭配 8 月 12 日國際青年日，對於兒少各種可能面臨的問題提供相關資訊，從兒少自殺率數據分析開始，延伸至親子關係、家庭關係、網路、同儕、LGBTQ 青少年族群等青少年於成長過程可能面臨之困擾與議題，提供民眾對青少年成長議題更多面向與深層之討論、資訊，並藉此呼籲更加重視青少年心理健康與自殺議題。</p>
九月	<p>特殊族群自殺防治-老年族群的自殺防治：承大主題「特殊族群自殺防治」，疫情爆發以來對全世界所造成的影响，不只是生理上，心理上的影響更是不容忽視，老年人口在疫情衝擊下致死率相對較高，中心持續監測今年度 1-3 月初步自殺死亡數據，老年族群自殺死亡人數亦較去年上升，故本月以「老年族群的自殺防治」為主題，幫助民眾了解老年族群在疫情衝擊下之因應與調適。</p>
十月	<p>自殺防治知識庫-壓力管理：第四季大主題為「自殺防治知識庫」，本月以『壓力管理』為主題，透過圖文及影片方式介紹壓力、如何自我覺察、紓壓技巧與壓力放鬆影片，希望透過加強壓力管理之宣導，協助民眾增加多元紓壓管道，以期於面臨壓力狀況時，能有更多選擇，得以降低自殺風險。</p>

四、 成果(Product)

1. 中心網站執行成果及結論

1) 中心網站執行成果：。

- (1) 根據 Google Analytic 統計結果，今年全國自殺防治中心網站，1 月至 9 月網頁總瀏覽數為 196,954 次。
- (2) 刊物更新：自殺防治網通訊 16-1、16-2 期、16-3 期。
- (3) 網頁內容更新：新增臉書精選貼文，修改心情溫度計頁面簡介及專區圖標、109 年自殺死亡數據、放鬆 DIY 影片。
- (4) 防疫專區更新：因應新冠肺炎疫情三級警戒，更新一般民眾、專業人員、自殺關懷訪視員疫情期間自我調適、工作因應相關文章內容。
- (5) 心理健康影片新增：放鬆 DIY 影片集 3 支、有煩惱就說出來-民眾 QA 影片 4 支，疫情心理健康影片 1 支，影片名稱如表 6-6-4。

表 6-6-4、心理健康影片集

影片類型	影片名稱
放鬆 DIY 影片集	放鬆 DIY 導言 韓瑞克森放鬆法 傑克森放鬆法
有煩惱就說出來-民眾	EP1：最親密的家人意外過世，該怎麼渡過？ EP2：朋友教唆霸凌，我不敢面對任何人
QA 影片	EP3：家人一直情緒勒索，怎麼辦？ EP4：癌症已非絕症，若有憂鬱也可治
疫情心理健康影片	展現行動創造希望：COVID-19 全民身心關照

2) 中心網站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。

2. 珍愛生命打氣網執行成果及結論業務現況及改善行動

1) 珍愛生命打氣網截至 110 年 10 月 7 日貼文統計如下

(1) 粉絲團按讚粉絲人數共有 12,314 人，每月趨勢分析見表 6-6-5。

表 6-6-5、110 年一月至九月趨勢分析表

月份	貼文 篇數	月總按讚 人次	月總分 享人次	月總貼文觸 及人數	讚數	平均每篇		粉絲團按讚 總人數
						公開分 享人數	粉絲頁上之 觸及人數	
1	30	435	106	12,001	14.5	3.5	400.0	9,230
2	29	341	59	12,335	11.8	2.0	425.3	9,303
3	32	583	107	16,653	18.2	3.3	520.4	9,340
4	35	871	172	22,042	24.9	4.9	629.8	9,379
5	39	833	163	29,556	21.4	4.2	757.8	9,471
6	35	585	128	23,190	16.7	3.7	662.6	9,519
7	33	604	123	24,657	18.3	3.7	747.2	9,585
8	43	1,208	253	56,130	28.1	5.9	1,305.3	11,109
9	32	668	79	25,302	20.9	2.5	790.7	12,288

(2) 按讚粉絲人數近三年內之成長趨勢如下圖 6-6-1。

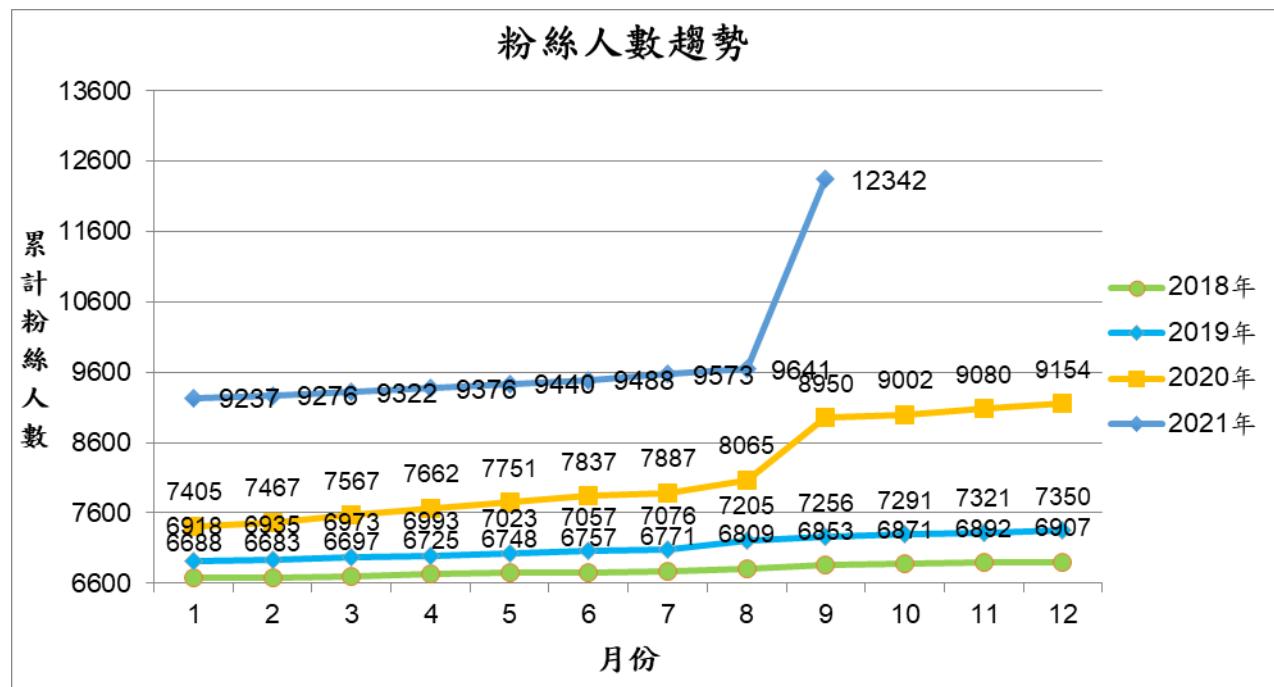


圖 6-6-1 按讚粉絲人數近三年內之成長趨勢圖

2) 增加自創圖文比例，並適時針對時事議題發聲給予民眾關懷

(1) 將文章中的知識重點製作成圖示，以圖文形式之貼文更符合使用者的習慣。



(2) 適時針對時事議題發聲給予民眾關懷

- a. 增加青少年族群自殺防治與相關議題(如：校園霸凌、課業壓力、同儕間的人際關係)可用資源之宣傳，亦以該主題做為八月主題貼文以更深入之議題探討，促使民眾能了解青少年成長之多元議題與該族群自殺防治的方法。
- b. 分別針對年初台鐵太魯閣意外事件，與年中熱播台劇「火神的眼淚」發佈以替代性創傷為主題之貼文，配合時事欲增加民眾對於自身心理健康狀態的關注與相關知識。
- c. Covid-19 疫情於今年在臺灣本土暴發，貼文主題以更新防疫政策、關懷脆弱族群、提供居家心理健康促進等相關內容為主，同時亦針對第一線防疫人員與一般民眾分別提供壓力管理方法、心理健康策略，增加多元紓壓方式。

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求助或反應其親友、網友有自殺意念之動態，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提供關懷和可使用之心理衛生醫療資源。

4) 前往校園進行自殺防治宣導

- (1) 輔仁大學學生會暨音樂祭籌備團隊主動邀請學會及珍愛生命打氣網前往市集擺攤進行心理健康宣導活動。該活動目的(由輔仁大學學生會提出)：本活動今年主題為「有憂有慮」，目的為開啟思考的起點、宣導並促進大學生對 Mental Health (心理健康) 的關注。希望以主活動（音樂展演、週邊市集）、社群媒體、校園主題市集及實體講座作為傳達理念之媒介，讓更多人重視這項議題。
- (2) 於 5 月 4 日前往輔仁大學內進行「一問二應三轉介」的活動宣傳，透過範例向學生傳達收到親友的求助訊息時，可以如何回應之守門人概念，開拓年輕的學生族群認識珍愛生命打氣網，並宣傳自殺防治概念。

5) 世界自殺防治日相關活動

- (1) 徵件活動：配合世界自殺防治日，每年皆會舉行徵件活動，今年之徵件類別包含文章、海報設計，並各分為社會組、第一線專業人員組、學生組；粉專透過徵件期宣傳該活動、人氣獎投票活動，使活動及粉專皆獲得許多關注。
- (2) 抽獎活動：配合世界自殺防治日主題，以「創造希望」做為活動主

軸，於 8 月 30 日起進行兩週之活動，邀請大眾留言一同關懷身旁的朋友、分享生活中的幸福事件，在疫情期間雖然人與人須保持距離，但心與心能夠透過網路媒介更靠近彼此的生活，該活動亦引起熱烈迴響，至活動截止超過 3,000 人參與，並觸及逾 39,000 人次、獲得 3,367 次留言。

6) Facebook 業務總結

從民國 99 年設立珍愛生命打氣網粉絲專頁以來，經過十年的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導自殺防治理念、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 11 日止，粉絲專頁按讚人數共有 12,314 位。整體而言，專頁的粉絲瀏覽狀況呈穩定狀態，今年至十月七日前共發佈 314 則貼文、獲得 6,196 個讚、1,204 個公開轉載、總觸及人數為 225,391，並且每則貼文平均約有 700 人次以上的觸及人數，每月總觸及人數最高則達 56,139 人次。

於 110 年度，「中心活動」、「衛教宣傳」是最受民眾青睞的貼文類型。粉專分享中心舉辦之活動資訊，如第一線專業人員之自殺防治守門人訓練、世界自殺防治日相關活動皆獲得熱烈迴響，對活動有興趣或是與專業相關之民眾踴躍報名、分享；另外衛教宣導之文章試圖以自殺防治、心理學知識、情緒管理、正念放鬆、心理衛生等多方面的角度來進行衛教宣傳，也獲得許多民眾的正向回饋；而自殺防治的專業知識搭配時事議題亦吸引了關心相關議題的當事人與親友的討論，反應從其中獲得了支持和力量。

未來中心將在既有的成果上，將持續努力尋求更貼近民眾所需且簡單易懂的方式，圖文並重呈現，促使民眾樂於主動接收相關宣導，獲取正確的自殺防治資訊，宣導自殺、精神疾病去汙名化，同時建立人人都是珍愛生命守門人之觀念。

第七章包含工作項目內容

工作項目

(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估

2. 依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製109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。
10. 依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫2.0」及本部心理健康及自殺防治之最新政策，並彙整相關機關(單位)修正意見後，重新檢視並完成修訂自殺防治系列手冊。

編製 109 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 年起編製「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 109 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「109 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 109 年自殺死亡及通報數據。
- 2) 蒐集並整理中央及各縣市 109 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。

三、過程 (Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

- (1) 資料期間：85-109 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：95-109 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 2.3 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 109 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
- 4) 年度專題文章撰寫

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 7-1-1：

表 7-1-1、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 109 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、109 年自殺死亡狀況	
二、109 年自殺企圖通報狀況	
全國自殺防治策略之實施	整理 109 年中央自殺防治工作成果及全國自殺防治中心業務。
一、109 年全國自殺防治工作成果	
縣市自殺防治工作成果	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。
一、109 年各縣市自殺防治工作成果	
二、整理與分析	
年度專題	
一、IASP 亞太大會	
二、COVID-19 與心理健康及自殺防治	訂定 109 年不同主題之自殺防治專文。
三、醫院自殺防治	
四、青少年自殺防治	
五、自殺防治法實施之推動	
資源連結	提供自殺防治相關資源。
附錄	包含自殺相關數據。

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

自殺防治年報至今年已經為第三期，因此除數據分析與各縣市自殺防治工作成果外，本次年報規劃以專題文章的方式，向民眾介紹 109 年於自殺防治的重要主題，內容包含第九屆國際自殺防治協會亞太大會、新冠疫情與自殺防治、青少年自殺防治議題、去年開始推動之醫院自殺防治以及自殺防治法施行後自殺相關數據變化。

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 7-1-1、109 年自殺防治年報(電子書)

修訂自殺防治系列手冊

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。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。同時，依據自殺防治法第 9 條第 1 項及自殺防治法施行細則第 3 條之規定，「全國自殺防治綱領」應包含自殺防治策略及政府機關的權責分工與協調。

有鑑於此，110 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」、即將上路之「強化社會安全網計畫 2.0」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自殺防治系列手冊內容，依據現況完成修訂。

2. 業務目的與目標

藉由修訂自殺防治系列手冊，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) 校稿。
- 5) 排版。
- 6) 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. 3 月 15 日確定修改內容架構，依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫 2.0」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自殺防治系列手冊內容，依據

現況完成修訂

2. 3月至7月彙整各專家編輯委員之撰寫初稿。
3. 5月至8月進行排版。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 已彙整專家學者建議完成初稿，檢視自殺防治系列手冊全系列共43本，待政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫2.0」再進行二次的檢視與更新手冊內容並排版。
- 2) 已修改手冊為自殺防治系列手冊1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13、14、16、18、19、20、21、22、24、25、27、28、29、30、31、32、37、38、39、40、41、42、43，修正前後對照表以自殺防治系列手冊1:自殺防治為例，如表7-2-1。

表7-2-1、自殺防治系列手冊1:自殺防治之修正前後對照表

自殺防治系列手冊1:自殺防治		
修改頁數	修改之前內容	建議修改內容
1. 封面	1. 行政院衛生署指導 2. 台灣憂鬱症防治協會承辦 3. 行政院衛生署委託台灣憂鬱症防治協會辦理	1. 衛生福利部指導 2. 台灣自殺防治學會承辦 3. 衛生福利部委託台灣自殺防治學會辦理
2. P.5	4. 衛生署署長	4. 時任衛生署署長
3. P.13	5. 依據衛生署的統計資料顯示，台灣在2004年共有3468位死於自殺，其中男性為2351位，女性為1117位，2004年與2003年的數據相較之下總人數增加273人。而與WHO的資料相較之下，台灣在2004年之自殺率為每十萬人分之15.31人，屬於高盛行率區域。台灣在近十年內的粗自殺死	5. 依據衛生福利部的統計資料顯示，台灣在2019年共有3864位死於自殺，其中男性為2554位，女性為1310位，2019年與2018年的數據相較之下總人數減少1人。而與WHO的資料相較之下，台灣在2019年之自殺率為每十萬人分之16.4人，屬於高盛行率區域。

	亡率由 1994 年每十萬人分之 6.85 人增加至 2004 年的 15.31 人，呈現上升趨勢...	台灣在近十年內的粗自殺死亡率由 2010 年每十萬人分之 16.8 人下降至 2019 年的 16.4 人，呈現下降趨勢...
4. P.13	6. 從數據上顯示，男性自殺死亡者為女性的三倍，但女性自殺未遂者較男性為多	6. 從數據上顯示，男性自殺死亡者為女性的三倍，但女性自殺企圖者較男性為多
5. P.16	7. 第二及第三大死因	7. 第二大死因
6. P.18	8. 衛生署 9. 十大死因第九位	8. 衛生福利部 9. 十大死因第 11 位
7. P.21	10. 界於中間	10. 介於中間
8. P.26	11. 衛生署	11. 衛生福利部
9. P.32	12. 自殺高居第三位	12. 第 2 位
10. P.35	13. 15.31 人	13. 16.4 人
11. P.51	14. 行政院衛生署管制藥品管理局	14. 行政院衛生署管制藥品管理局(現衛生福利部食品藥物管理署)
12. 封底	15. 行政院衛生署 16. 2005 年 12 月 9 日	15. 衛生福利部 16. 2005 年 12 月 9 日 2021 年 5 月第一版二刷

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，本中心於民國 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，邀請臺灣自殺防治學會理監事及各領域專長會員擔任委員；另由中心專員擔任助理編輯，追蹤各期通訊主題、邀稿細節、排版等內容與進度。
- 2) 自殺防治網通訊編輯委員名單
 - (1) 總編輯：吳佳儀
 - (2) 副總編輯：詹佳達
 - (3) 編輯委員：王鈺淵、吳恩亮、孫凡軻、張清基、陳宜明、蘇泓洸、戴萬祥、林俊媛、陳偉任
 - (4) 編輯顧問：張家銘、陳俊鶯、陳恒順、陳映輝
 - (5) 助理編輯：呂雯

2. 架構及資訊蒐集

- 1) 專家觀點：邀請臺灣自殺防治學會理監事專家針對臺灣自殺防治工作現況進行評論與觀點闡述。
- 2) 主題文章：依各期主題分別邀請專家撰稿，由助理編輯統籌追蹤。
- 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) 110 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「青少年自殺防治」、「網路自殺防治」、「疫情與自殺防治」及「自殺防治法」，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十六卷第一期之大綱如表 7-3-1。

表 7-3-1、自殺防治網通訊第十六卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	青少年及疫情下的心理健康
專家觀點	對國內自殺防治現況之建議
主題文章	重大創傷與青少年自殺
自殺防治新視野	台灣民眾在 COVID-19 疫情下之心理健康衝擊 限炭介入的長期效果
自殺統計解析	2020 年自殺通報個案分析 Facebook 珍愛生命打氣網
自殺防治工作要覽	第一季「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	在我選擇放棄自己的時候，謝謝你不放棄我
交流園地	成為接住殞落孩子的那張網_社區精神醫療支援學 校輔導經驗分享 死亡這條路

- 3) 6 月發行自殺防治網通訊第十六卷第二期之大綱如表 7-3-2。

表 7-3-2、自殺防治網通訊第十六卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	全面防疫：展現行動，創造希望
專家觀點	在校園教導對憂鬱症的自助、助人、求助，能下降 青少年的自殺
主題文章	網路自殺風險相關貼文之偵測與評估
自殺防治新視野	精神專科醫院的自殺防治經驗 景氣循環會影響精神健康？
自殺統計解析	2021 年 1-4 月通報個案特性分析

自殺防治工作要覽	媒體新聞聯繫會議 Facebook 珍愛生命打氣網 第二季「畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治」 PGY 有煩惱就說出來 【COVID-19 對於情緒困擾及自殺風險之影響】國際合作疫情調查
自殺防治動態與 經驗分享	自殺防治經驗分享 有關青少年自殺與 COVID-19 疫情下的因應措施 「心靈防疫」與自殺防治 服務學習心得 2 篇
交流園地	

4)9 月發行自殺防治網通訊第十六卷第三期之大綱如表 7-3-3。

表 7-3-3、自殺防治網通訊第十六卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	化關懷為行動，防鬱要普篩
專家觀點	三級警戒下的照顧與被照顧者心理健康反思
主題文章	疫情對心理健康的影響:精神醫療服務的觀點 疫情對老年心理健康的影響與建議
自殺防治新視野	多元性別族群的自殺防治策略 禁用巴拉刈預防自殺死亡的初步成效
自殺統計解析	2021 年 1-7 月通報個案特性分析 台灣自殺防治學會參與泰國 2021 年國際心理健康線上會議
自殺防治工作要覽	自殺防治工作聯繫會議 自防治相關人力 新課程上架 有煩惱就說出來 EP2 上架 近期訊息公告
自殺防治動態與 經驗分享	愛、勇氣、力量

-
- 5) 預計 12 月發行第四期，第四期主題文章目前規劃為自殺防治法；自殺防治新視野規劃為自傷與解離性身分障礙症。

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。
 - (2) 寄發自殺防治通訊於中心所有的聯繫名單，廣週知出刊訊息，並歡迎轉知分享。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治網通訊第十六卷第一期主題文章共 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；第十六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 4 篇；第十六卷第三期主題文章共 1 篇、自殺防治新視野共 3 篇、自殺防治動態與經驗分享共 1 篇、交流園地共 1 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。

第八章包含工作項目內容

工作項目

(依照 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)

(三)辦理自殺防治之實證研究

1. 於110年10月31日前，收集國內外文獻，研析長照服務對象之家庭照顧者之自殺意念、自殺行為及自殺風險因子相關研究，針對其人口學變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)及流行病學變項進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並應依統計發現提出自殺防治策略及政策建議。
2. 持續配合本部資訊處「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。
3. 於110年6月30日前，針對COVID-19或過去大規模傳染病對於心理健康及自殺趨勢影響之相關研究，收集國內外文獻及相關統計分析，並應依研究結果發現，提出疫情心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議。
4. 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110年10月31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。
5. 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。
6. 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，辦理自殺防治現況調查，主題需經本部同意後始得辦理。

長期照顧與自殺防治

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

臺灣於 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」。在政府與民間長期共同努力之下，104 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。

106 年至 115 年衛生福利部全力推動長照十年計畫 2.0，為了實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者的生活品質。目前長照需求評估的對象涵蓋個案與家庭主要照顧者(以下簡稱照顧者)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。

本報告包含照顧者及被照顧者兩類對象之現況分析，本學會以網路調查及大資料庫分析方式，希能了解長照體系中主要服務對象之身心健康樣貌與潛在需求。本議題之重要性分為下列四個層面說明：主要照顧者之(1)壓力與負荷、(2)身心健康及生活影響、(3)心理健康保護因子、及(4)自殺危機。

1) 主要照顧者的壓力與負荷

根據長期照顧服務法第三條中的定義，家庭照顧者指於家庭中對失能者提供規律性照顧之主要親屬或家人。長期的照顧工作經常會帶給照顧者身體、心理、社會關係和財務方面的負荷，且不僅會造成個人的負荷與壓力，也會影響家庭關係(呂，2005)。為進一步了解照顧者所面臨到的負荷內涵，國外研究者開發了評估工具以進行調查與研究，最常被使用的是 Zarit 照顧者負荷量表(Zarit Burden Interview , ZBI) (Zarit et al., 1980)，以照顧者的身體健康、心理健康、經濟狀況、社交生活等多元面向來評估照顧者的壓力與負荷程度；另 Robinson(1983)也發展出照顧者壓力量表

(Caregiver Strain Index)，以照顧工作中常見的壓力事件作為調查題目，包括：睡眠受干擾、生活上的不便、體力上的負荷、社交活動受限、家庭調適、個人計畫受影響、分配時間照顧其他家人、情緒調適、對被照顧者的行为感到困擾、煩惱被照顧者的改變、工作調整、經濟負荷、無法承受的照顧壓力等 13 個項目，此量表亦為我國 2010 年國民長期照護需要調查及行政院主計總處之社會指標統計所使用之照顧者負荷評估工具(鄭，2017)。

因此可知，照顧者在長期的照顧工作歷程中，所接收到的壓力與負荷是涵蓋多個層面且類型各異的。根據中華民國家庭照顧者關懷總會的統整與歸納，家庭照顧者通常面臨的壓力與負荷有以下六類：

- (1) 身體：無法休息、睡眠中斷、病痛、照顧傷害等。
- (2) 心理：焦慮、擔憂、挫折、生氣、委屈、罪惡感、孤單、哀傷、無力感、憂鬱等複雜情緒。
- (3) 工作：受到影響而請假、減少工時或影響升遷、蠟燭兩頭燒、被迫辭去工作。
- (4) 社交：沒有時間從事休閒活動、忘了休息的感覺、斷了親友的往來、越來越孤立。
- (5) 經濟：缺乏收入、生活逐漸困頓、影響年老退休金、可能成為另一個貧窮人口。
- (6) 家庭關係：家庭關係不睦、無法溝通、在照顧方式上意見相左、分工不均等。[\(https://www.familycare.org.tw/about\)](https://www.familycare.org.tw/about)

故若要了解家庭照顧者的身心健康狀況並提供適切協助，勢必要從各個層面一一深入關注。

2) 主要照顧者身心健康及生活影響

照顧者在長期照顧工作中必然會產生相當的壓力與負擔，而由於個案障礙類別的不同，會為照顧者帶來的照顧負荷，也隨之有所差異。根據衛福部於實行長照計畫時，用以評估個案之「照顧管理評估量表」所示，被照顧者的障礙有以下類型：

1. 障礙類別：

第一類-神經系統構造及精神、心智功能

第二類-眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

第三類-涉及聲音與言語構造及其功能

第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

第五類-消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能

第六類-泌尿與生殖系統相關構造及其功能

第七類-神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能

第八類-皮膚與相關構造及其功能

第九類-罕見疾病

第十類-其他類

第十一類-發展遲緩類

2. ICD 診斷：

G80(腦性麻痺患者)

S14、S24、S34(脊髓損傷患者)

R40.2、R40.3(植物人)

其他

足見障礙類別相當多元，而後續將分別回顧常見障礙類別之照顧者研究，探討其身心狀況與生活影響。

3) 主要照顧者心理健康保護因子

在照顧負擔和健康危機之外，是否存在某些心理社會因子，可以成為照顧者的保護因子呢？Pucciarelli 等人(2021)對中風患者與其照顧者進行

調查，發現兩者之間的相互關係(mutuality)，在患者甫出院之際，會是調節憂鬱和生活品質之間關聯的一個正向變項，但日久可能會導致照顧者的身體健康狀況下降，研究者建議未來可進一步了解相互關係的長期影響，以及與照顧壓力增加的關聯。而 Petursdottir 等人(2021)對晚期癌症患者的照顧者在喪親前後，以治療性對話介入，結果發現能使焦慮和壓力程度顯著下降，而憂鬱程度則無顯著變化。

其次，復原力(Resilience)被證實可以調節照顧者負擔和其心理健康之間的關係，對於照顧者負擔感到沉重和對生活品質不滿意的父母(照顧者)，復原力是一個有希望的介入目標(Luo et al, 2021)。Mulud 與 McCarthy(2017)對 201 位嚴重精神疾病患者的照顧者進行之研究，發現復原力扮演中介變項的角色，具有調整照顧者性別與照顧者負擔之間關係功能。

4) 主要照顧者的自殺危機

憂鬱和焦慮是自殺的危險因子，因此若照顧者感到負荷過重、身心失衡，令人十分擔憂會進一步產生自殺的風險。根據 Park 等人(2013)對 897 名癌症病人之家屬照顧者的研究指出，家庭照顧者的自殺意念之一年盛行率為 17.7%，自殺企圖的一年盛行率 2.8%，均高於一般族群、住院病人和癌症病人，而家庭照顧者本身若有焦慮或憂鬱的情形，其自殺風險高於一般人五倍之多。在焦慮或憂鬱的家庭照顧者之中，也發現了自殺相關危險因子如女性、未婚、在照護期間為無業狀態、生活品質評分較低…等。

總結以上，實證研究皆指出目前照顧者身心需求是一項重要議題，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。

本章節藉由網路調查及大資料庫連結，串連長照資料庫、自殺死亡檔、自殺企圖通報檔，並了解衛生福利部長期照顧服務司與自殺數據的相關需求後，期能彙整老年人口群、長期照顧個案及家庭照顧者的需求，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

瞭解長照體系下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) 問卷調查：110 年 4-10 月以 Google 表單及紙本問卷同步進行調查。

a. 受試者來源：中華民國家庭照顧者關懷總會、社團法人新北市家庭照顧者關懷協會、社團法人高雄市家庭照顧者關懷協會、弘道老人基金會、伊甸社會福利基金會、新北市八里療養院等單位服務個案之主要照顧者。

b. 資料說明：長照個案主要照顧者之身心健康需求調查。

c. 資料內容：主要包含社會人口學、照顧工作與背景、身心健康狀況及求助行為等資料。

(2) 99 年至 109 年死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處

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。

(3) 99 年至 109 年自殺企圖通報檔。

e. 資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司。

f. 資料說明：自殺企圖個案通報記錄。

g. 資料內容：主要包含自殺企圖日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市。

h. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(4) 104 年至 109 年家庭照顧者支持資訊管理系統

a. 資料來源：衛生福利部長期照護司。

b. 資料說明：經轉介評估之家庭照顧者。

c. 資料內容：主要包含照顧者社會人口學、工作經濟狀況、健康狀態、照顧背景及負荷等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(5) 109 年照顧管理資訊系統

a. 資料來源：衛生福利部長期照護司。

- b. 資料說明：經長期照護服務評估與服務之被照顧者。
- c. 資料內容：主要包含被照顧者身心障礙類別、ADL、IADL、長照需要等級。
- d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

3) 資料庫串聯方式

- (1) 以個人身份證字號做為鍊值，將 99 年-109 年自殺通報資料庫及家庭照顧者支持資訊管理系統串聯，同時將 99-109 年死因統計檔及家庭照顧者支持資訊管理系統串聯。
- (2) 以個人身份證字號做為鍊值，將 99 年-109 年自殺通報資料庫及照顧管理資訊系統串聯，同時將 99-109 年死因統計檔及照顧管理資訊系統串聯。

2. 資源連結合作

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。

三、過程(Process)

1. 組織建立及文獻回顧

首先召集領域專家學者(含精神醫學及護理、自殺防治、社會工作與社會服務、長期照顧、老人福利、流行病學等)開會，針對長照現況、照顧者負荷與身心影響、需求與資源連結等議題進行討論，確立本案發展方向為問卷調查與資料庫串聯分析並行，以此了解國內照顧者的現況；同時也擬定資料分析方法，並透過專家學者建議之文獻查詢方向搜尋並逐一審閱，包含長照自殺、老人自殺、自殺防治策略、危險因子等，篩選後由小組評讀文獻，進一步彙整、執行資料蒐集並進行分析。

2. 文獻搜尋策略

專家小組擬訂關鍵字，初步以 long-term care AND suicide 、long-term caregiver AND suicide 兩個關鍵字為主要搜尋範圍，輔以常見疾病與障礙[如 dementia 、CP(腦性麻痺)、depression]進行文獻查證，鎖定近十年國內外文獻，將主題相關文獻內容逐一分類，結果共篩選出五篇與被照顧者相關之文獻(四篇系統性回顧文獻、一篇橫斷性研究)；而與照顧者相關則一共十二篇文獻(八篇橫斷性研究、一篇追蹤型研究、一篇質性研究、一篇系統性回顧、一篇病例對照研究)。此外，團隊進一步針對照顧者的保護因子，以 caregiver 與 resilience 搜尋，結果篩選出五篇文獻(一

篇回顧性文章、一篇隨機對照試驗研究、一篇混合型研究、兩篇橫斷性研究、一篇為次級分析)。

3. 問卷調查

- 1) 中心初步設計家庭者照顧問卷後，內容部分經由專家學者建議依照照護評估量表之題目進行修改後，採用紙本及線上方式進行調查，並透過中華民國家庭照顧者關懷總會、社團法人新北市家庭照顧者關懷協會、社團法人高雄市家庭照顧者關懷協會、弘道老人基金會、伊甸社會福利基金會、新北市八里療養院等相關單位進行合作發放問卷。
- 2) 問卷內容包含主照顧者基本資料、被照顧者障礙類別及 ICD 診斷、與被照顧者的關係、照顧背景資料、心情溫度計、身體健康狀況、心理健康自我評量、求助行為。

4. 資料分析

1) 照顧者分析

- (1) 病例組樣本來源:利用 109 年自殺企圖通報檔串聯家庭照顧者支持資訊管理系統找出 109 年有自殺企圖的照顧者作為病例組。
- (2) 對照組樣本來源:利用家庭照顧者支持資訊管理系統扣除 99-109 年曾有自殺死亡個案及自殺通報個案作為對照組作為對照組。
- (3) 利用病例對照研究法以找出病例組及對照組之照顧者特性，以利自殺風險性較高的照顧者特性特徵判斷，包含人口學變項、經濟相關變項、照顧者健康狀態、及照顧資歷與負荷。
- (4) 運用單變項邏輯式迴歸計算各自變項的勝算比(Odds ratio)及 95% 信賴區間，以找出照顧者相關的自殺危險因子，再運用性別、年齡別作為校正變數，針對其餘各變數進行模型校正(多變項邏輯式回歸)，以計算排除性別、年齡影響後之勝算比，以評估變數與自殺企圖風險之相關性。
- (5) 名詞解釋： 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， $OR > 1$ ，則標示該暴露因素與疾病有正關連性， $OR = 1$ ，則標示該暴露因素與疾病無關連性， $OR < 1$ ，則標示該暴露因素與疾病為負關連性。
- (6) 公式單變項邏輯式迴歸： $\log(P(Y = 1|X))/(1 - P(Y = 1|X)) = \beta_1 X_1$
- (7) 多變項邏輯式迴歸： $\log(P(Y = 1|X))/(1 - P(Y = 1|X)) = \beta_1 \text{sex} + \beta_2 \text{age} + \beta_3 X_3$
- (8) 依變項(類別變項) $Y =$ 是否自殺企圖(是、否)
- (9) 人口學變項類別變數 $X =$ 性別(男、女(參考組))、年齡層(15-24、25-44、45-64(參考組)、65 以上)、與被照顧者關係(女兒、父親、兄、母親、

弟、妹、岳父、配偶(參考組))身分別(一般戶(參考組)、低收入、榮民/榮眷身分、原住民、中低收入戶)、縣市別(以嘉義縣為基準)。

2)被照顧者分析

- (1) 被照顧者扣除無法辨識性別及年齡之個案共 47 位個案後進行分析，照顧者自殺死亡共計 177 位(不明死因 ICD-10 代碼 Y10-Y34 及意外 X48, W75, W76, W83, W84)、自殺死亡個案共 105 位(ICD-10 代碼 X60-84, X87)。
- (2) 依據接受第一次接受服務有無作為是否有進入長照服務體系之標準。
- (3) 病例組樣本來源:利用 109 年照顧者管理資訊系統串聯 109 年自殺死亡檔及自殺通報個案，分別找出 109 年自殺死亡及有自殺企圖通報之個案作為病例組。
- (4) 對照組樣本來源: 利用 109 年照顧者管理資訊系統串聯 99-109 年自殺死亡檔及自殺通報個案，分別找出 109 年未自殺死亡及未有自殺企圖通報之個案作為對照組。
- (5) 被照顧者自殺死亡分析: 針對被照顧者是否接受長照服務進行分組後，並運用單變項邏輯式迴歸分別分析未接受長照服務及接受長照服務在被照顧者自殺死亡風險與是否有身心障礙，障礙類別(ICF)及日常生活活動功能量表 *Activity of daily living (ADL)*、工具性日常生活活動功能量表 (*Instrumental activities of daily living scale, IADL*)及長照需求等級 (*CMS*)之勝算比(*Odds ratio*)及 95% 信賴區間，以分別找出有接受長照服務與未接受長照被照顧者相關的自殺死亡危險因子，再運用性別、年齡別作為校正變數，針對其餘各變數進行模型校正(多變項邏輯式回歸)，以計算排除性別、年齡影響後之勝算比，以評估變數與自殺企圖風險之相關性。
- (6) 被照顧者自殺企圖分析: 針對被照顧者是否接受長照服務進行分組後，並運用單變項邏輯式迴歸分別分析未接受長照服務及接受長照服務在被照顧者自殺企圖風險與是否有身心障礙，障礙類別(ICF)及日常生活活動功能量表 *Activity of daily living (ADL)*-巴氏量表(*Barthel index*)、工具性日常生活活動功能量表(*Instrumental activities of daily living scale, IADL*)及長照需求等級(*CMS*)之勝算比(*Odds ratio*)及 95% 信賴區間，以分別找出有接受長照服務與未接受長照被照顧者相關的自殺企圖危險因子，再運用性別、年齡別作為校正變數，針對其餘各變數進行模型校正(多變項邏輯式回歸)，以計算排除性別、年齡影響後之勝算比，以評估變數與自殺企圖風險之相關性。

- (7) 名詞解釋： 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， $OR > 1$ ，則標示該暴露因素與疾病有正關連性， $OR = 1$ ，則標示該暴露因素與疾病無關連性， $OR < 1$ ，則標示該暴露因素與疾病為負關連性。
- (8) 公式單變項邏輯式迴歸： $\log(P(Y = 1|X))/(1 - P(Y = 1|X)) = \beta_0 + \beta_1 X_1$
- (9) 多變項邏輯式迴歸： $\log(P(Y = 1|X))/(1 - P(Y = 1|X)) = \beta_0 + \beta_1 \text{sex} + \beta_2 \text{age} + \beta_3 X_3$
- (10) 依變項類別變數 $Y =$ 自殺死亡(是、否)、自殺企圖(是、否)
- (11) 人口學變項類別變數 $X =$ 性別(男性、女性)、年齡層(<64 歲、65-74 歲、75-84 歲、85 歲以上)
- (12) 通報相關變項類別變數 $X =$ 身心障礙(有、無)、新制障礙第一類(是、否)、新制障礙第二類(是、否)、新制障礙第三類(是、否)、新制障礙第四類(是、否)、新制障礙第五類(是、否)、新制障礙第六類(是、否)、新制障礙第七類(是、否)、新制障礙第八類(是、否)、舊制障礙第一類-視覺障礙(是、否)、舊制第二類障礙-聽覺機能障礙(是、否)、舊制第三類障礙-平衡機能障礙(是、否)、舊制第四類障礙-聲音機能或語言機能障礙(是、否)、舊制第五類障礙-肢體障礙(是、否)、舊制第六類障礙-智能障礙(是、否)、舊制第七類障礙-重要器官失去功能(是、否)、舊制第八類障礙-顏面損傷(是、否)、舊制第九類障礙-植物人(是、否)、舊制第十類障礙-失智症(是、否)、舊制第十一類障礙-自閉症(是、否)、舊制第十二類障礙-慢性精神病(是、否)、舊制第十三類障礙-多重障礙(是、否)、舊制第十四類障礙-頑型(難治型)癲癇症(是、否)、舊制第十五類障礙-罕見疾病(是、否)、舊制第十六類障礙-其他(是、否)、ADL 分數(75 分以下、80-85 分、90-100 分(參考組))、IADL 分數(0-2 分、3-6 分、7 分以上(參考組))、長照需要等級 CMS(1a、1b、2-8)。
- (13) 新制及舊制障礙類別對照表(摘錄自內政部身心障礙新制與舊制區別說明)

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
	6	智能障礙者
	9	植物人
第一類 神經系統構造及精神、心智功能	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑型(難治型)癲癇症者

新制身心障礙類別		舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別	
第二類 眼、耳及相關構造與 感官功能及疼痛	1 2 3	視覺障礙者 聽覺機能障礙者 平衡機能障礙者	
第三類 涉及聲音與言語構造 及其功能	4	聲音機能或語言機能障礙者	
	7	重要器官失去功能者-心臟	
第四類 循環、造血、免疫與呼 吸系統構造及其功能	7	重要器官失去功能者-造血機 能	
	7	重要器官失去功能者-呼吸器 官	
	7	重要器官失去功能-吞嚥機能	
第五類 消化、新陳代謝與內分 泌系統相關構造及其功能	7 7 7	重要器官失去功能-胃 重要器官失去功能-腸道 重要器官失去功能-肝臟	
第六類 泌尿與生殖系統相關構 造及其功能	7 7	重要器官失去功能-腎臟 重要器官失去功能-膀胱	
第七類 神經、肌肉、骨骼之移 動相關構造及其功能	5	肢體障礙者	
第八類 皮膚與相關構造及其功 能	8	顏面損傷者	
備註：	13	多重障礙者	
依身心障礙者狀況對應第一至 八類	15	經中央衛生主管機關認定，因 罕見疾病而致身心功能障礙者	
	16	其他經中央衛生主管機關認定 之障礙者(染色體異常、先天 代謝異常、先天缺陷)	

(14) 日常生活活動功能量表 Activity of daily living (ADL)

項目	分數	內容
進食	10	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內(約十秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前食物。若需使用進食器具時，應會自行穿脫。
	5	<input type="checkbox"/> 需別人穿脫輔具或只能用湯匙進食。
	0	<input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。
在輪椅與床位間的移位	15	<input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的剎車及移開踏板。
	10	<input type="checkbox"/> 需要稍微的協助(例如：予以輕扶以保持平衡)或需要口頭指導。
	5	<input type="checkbox"/> 可自行從床上站起來，但移位時仍需別人幫忙。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需由兩人幫忙方可移位。
個人衛生	5	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
上廁所	10	<input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。
	5	<input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取放便盆但須仰賴他人清理。
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
洗澡	5	<input type="checkbox"/> 可獨立完成(不論是坐浴或淋浴)
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
行走於平地	15	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走 50 公尺以上。
	10	<input type="checkbox"/> 需稍微扶持或口頭指導方向可行走 50 公尺以上。
	5	<input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨立操縱輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子，床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。

項目	分數	內容
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
上下樓梯	10	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(允許抓扶手、用拐杖)。
	5	<input type="checkbox"/> 需稍微幫忙或口頭指導。
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
穿脫衣服	10	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。
	5	<input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
大便控制	10	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。
	5	<input type="checkbox"/> 偶爾會失禁(每週不超過一次)或使用塞劑時需人幫助。
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
小便控制	10	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。
	5	<input type="checkbox"/> 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待便盆或無法及時趕到廁所)或需要別人幫忙處理尿套。
	0	<input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。

(15) 工具性日常生活活動能力 (Instrumental activities of daily living scale, IADLs)

1. 上街購物 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】	<input type="checkbox"/> 3.獨立完成所有購物需求 <input type="checkbox"/> 2.獨立購買日常生活用品 <input type="checkbox"/> 1.每一次上街購物都需要有人陪 <input type="checkbox"/> 0.完全不會上街購物	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
2. 外出活動 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】	<input type="checkbox"/> 4.能夠自己開車、騎車 <input type="checkbox"/> 3.能夠自己搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 2.能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 1.當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 0.完全不能出門	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。

<p>3. 食物烹調 【□ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p>□3.能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜 □2.如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜 □1.會將已做好的飯菜加熱 □0.需要別人把飯菜煮好、擺好</p>	<p>勾選 0.者，列為失能項目。</p>
<p>4. 家務維持 【□ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p>□4.能做較繁重的家事或需偶爾家事協助(如搬動沙發、擦地板、洗窗戶) □3.能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被 □2.能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度 □1.所有的家事都需要別人協助 □0.完全不會做家事</p>	<p>勾選 1.或 0.者，列為失能項目。</p>
<p>5. 洗衣服 【□ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p>□2.自己清洗所有衣物 □1.只清洗小件衣物 □0.完全依賴他人</p>	<p>勾選 0.者，列為失能項目。</p>
<p>6. 使用電話的能力 【□ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p>□3.獨立使用電話，含查電話簿、撥號等 □2.僅可撥熟悉的電話號碼 □1.僅會接電話，不會撥電話 □0.完全不會使用電話</p>	<p>勾選 1.或 0.者，列為失能項目。</p>
<p>7.服用藥物 【□ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p>□3.能自己負責在正確的時間用正確的藥物 □2.需要提醒或少許協助 □1.如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用 □0.不能自己服用藥物</p>	<p>勾選 1.或 0.者，列為失能項目。</p>
<p>8.處理財務能力 【□ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p>□2.可以獨立處理財務 □1.可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣 □0.不能處理錢財</p>	<p>勾選 0.者，列為失能項目。</p>
<p>(註：上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項中有三項以上需要協助者即為輕度失能)</p>	

四、成果(Product)

1. 長照相關文獻回顧

1) 照顧者相關文獻

國外學者發現失智症的照顧者有自殺意念的比例偏高(Joling, O'Dwyer, Hertogh, & van Hout, 2018; Siobhan T. 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，此外研究亦發現相較於沒有自殺意念的照顧者，有自殺意念的照顧者更容易有明顯的焦慮、憂鬱、孤獨感、低能力感、低自我控制感、與較差的家人支持(Joling et al., 2018)；此外腦麻患者家庭照顧者也常見憂鬱、焦慮和壓力等心理健康問題，而除了照顧者本身健康狀況、經濟情形、社會支持…等影響因子，照顧者在遇到問題時的因應策略，也與其憂鬱情形相關(Gugała et al, 2019; Power et al, 2018; Obembe et al, 2019)；另有針對阿茲海默症照顧者、躁鬱症照顧者進行的研究，發現當患者的功能越低甚至曾有自殺企圖，都會使照顧者負擔增加、健康狀態更差(Liu et al, 2017; Chessick et al, 2007)。

然而，其他研究發現：照顧者與非照顧者(一般人口)的自殺危險因子無明顯的差異(Joling, ten Have, de Graaf, & O'Dwyer, 2019)；國內研究則發現精神疾病(**mental disability**)或重大傷病(**catastrophic diseases**)個案的照顧者、本身有憂鬱或其他常見精神疾病(**common mental disorders**)的照顧者、以及較年輕的照顧者，都需要特別關注其自殺風險(Huang, Hsu, Hung, Wang, & Chong, 民 107)。

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(Joling, Ten Have, de Graaf, & O'Dwyer, 2019)	大規模追蹤調查研究 (N=6466)	透過比較非正式照顧者與非照顧者 的自殺意念，找出非正式 自殺照顧者 自殺意念的 危險因子。	失業、沒有夥伴、低社交支持、 持慢性病、病、情感性疾患、 患焦慮症、受損的生理、社會、 情緒功能是危險因子。	無

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(Park et al., 韓國國家級多 2013)	中心調查 (N=897)	估計癌症病 患的家庭照 顧者自殺意 念及自殺企 圖的盛行率， 並從焦慮或 憂鬱的家庭 照顧者中辨 識自殺企圖、 自殺意念相 關的危險因 子	非照顧者，沒有 任何照顧者相 關的特性是危 險因子。 17.7%的家庭 照顧者曾經有 自殺意念、 2.8%有過自殺 行為，相較沒有 焦慮或憂鬱的 照顧者，有焦慮 或憂鬱的照顧 者以女性、未 婚、失業、較低 生活品質跟自 殺意念有相關。 有焦慮的家庭 照顧者，同時有 失業的問題較 容易有自殺企 圖行為發生。 有憂鬱的家庭 照顧者，同時未 婚及對財務相 關的生活品質 較低則較易有 自殺企圖行為 發生。	有焦慮或憂鬱 的家庭照顧者 是高危險群，介 入措施包含提 升社交支持及 改善可意識到 的生活品質。
(Siobhan T. O'Dwyer et al., 2016)	橫斷性研究 (N=566)	探討照顧者 自殺意念的 比率及辨識 心理社會危	在過去一年， 16%的照顧者 曾經想過自殺。 有自殺傾向與	憂鬱及存活理 由應為介入措 施的目標。

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(S. O'Dwyer, 先導研究, 9 Moyle, & van Wyk, 2013)	機與保護因子。	探討照顧者的自殺經驗，並辨識危險因子及復原力相關因子。	沒有自殺傾向的照顧者在自我效能、社會支持、因應能力、負擔、憂鬱、焦慮、無望感、樂觀、存活理由、失智症的症狀、年齡與收入管理都有顯著差異在單變量分析。 在多變量分析中，年齡、憂鬱及生活的意義都能預測自殺意念。	無
		4位有過自殺想法、2位曾經有危險因子，先前有心理疾病、身體疾病、與家人或其他	在中介分析中，社交支持和不適當因應(dysfunctional coping)經由憂鬱對自殺意念產生間接效果。	

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(S. O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck, & De Leo, 2013)	T. 美國及澳洲橫斷性研究 (N=120)	針對失智症照顧者自殺意念初步實證研究	<p>照顧者衝突。</p> <p>復原力相關保護因子含正向因應策略、信仰、社交支持、個人特質。</p> <p>26% 的照顧者在過去一年曾想過自殺超過一次，當中僅一半人告訴過其他人自己想自殺，而 30% 的人未來會想自殺。</p> <p>考慮自殺的人有著下列特性，包含較差心理健康、社區支持使用的自我效能較低、不恰當的因應策略。</p> <p>統計分析發現僅憂鬱能預測自殺意念。</p>	<p>研究結果作為提供指標性策略的參考</p>
(Huang et al., 民 107)	台灣橫斷性研究(N=255)	探討照顧者的身心健康情形、自殺意念以及預測因子。	<p>18.8% 有過自殺意念，自殺意念的程度和主要照顧者、缺乏照顧替手、照顧較年輕的病患、照顧有心理疾患的病患、重大</p>	<p>當被照顧者有重大傷病，或照顧者疑似憂鬱與罹患常見精神疾病的健康，須注意此三類族群之自殺意念及心理</p>

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014)	系統性文獻回顧	照顧者負擔的流行病學、並提出臨牀上照顧者負擔介入措施、診斷，評估的策略。	傷病 (catastrophic diseases) 、疑似憂鬱、常見精神疾病有顯著相關。預測因子方面以照顧重大傷病患者 ($OR=3.15, p=0.008$)、照顧者疑似憂鬱 ($OR=3.9, p=0.01$)、常見精神疾病 ($OR=9.4, p<0.001$) 三項與較高的自殺意念有相關。	傷病 健康狀態。
(Gugała, Penar-Zadarko, Pięciak-	波蘭橫斷性研究($N=301$)	探討腦麻兒童的父母之焦慮和憂鬱症狀，以及相	照顧者負擔的危險因子包含女性、低教育程度、和照顧者一起居住、花在照顧上時間的較長、憂鬱症、社會隔離、經濟壓力、沒有其他選擇的	照顧者負擔應以個案本身脈絡下做評估

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
Kotlarz, Wardak, Lewicka-Chomont, Futyma-Ziaja & Opara , 2019)		關的心理健康預測因子。	度明顯較高，有關的因子包括缺乏社會支持、對自己的健康狀況不滿意、家庭經濟狀況不佳、生活條件有困難、凝聚力、孤獨感、以及父母的性別和孩子智力障礙。	測因子。
(Power, Muhit, Heanoy, Karim, Badaw, Akhter & Khandaker , 2018)	孟加拉病例對照研究 (N=327)	探討腦麻青少年的照顧者的憂鬱、焦慮和壓力的發生率、嚴重程度和預測因素	腦麻青少年的家庭照顧者比一般家長呈現更重度的憂鬱和壓力情形，特別是年紀較長、受教育程度較低、孩子有心理健康問題，以及同房人數較多的家庭中的照顧者更有可能報告憂鬱、焦慮和壓力，並且照顧者的年齡和青少年的心理健康，是其憂鬱、焦慮和壓力的重要預測因子，家庭擁擠率可預測憂鬱和	研究結果做為照顧者介入措施的參考。

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(Obembe, Adeyemo, Ogun & Ijarogbe, 2019)	奈及利亞橫斷性研究	腦麻兒童的照顧者之因應策略與憂鬱之間的關係	此族群的憂鬱盛行率为 20.5%，發現與憂鬱負相關的因應策略包括主動因應、計畫、正向重構、幽默，及情緒導向和問題導向的因應方式，與憂鬱強烈正相關的因應策略則是使用工具性支持、自責、否認、行為脫離以及功能失調的因應方式。	情緒導向和問題導向的因應方式，對於照顧者憂鬱情形更具有保護作用。
(Liu, Li, Shi, Wang, Zhou, Liu, Liu, Yu & Ji, 2017)	中國橫斷性研究(N=309)	阿茲海默症照顧者的照顧負擔及憂鬱、焦慮和睡眠障礙盛行率	照顧者大多數是唯一的全職照顧者，而且很少有自己的時間，嗜睡倦怠(Sleepiness)是常見身體問題，進一步研究發現當患者的功能較低、照顧者身體狀況較差、生活滿意度較低、憂鬱和焦慮	相關工作者應更加關注照顧者負擔，特別是有身心健康問題的照顧者。

表 8-1-1、國內外家庭照顧者自殺相關文獻

作者	研究設計	研究目的	研究結果	策略建議
(Chessick et al, 2007)	橫斷性研究 (N=480)	近期有自殺意念/曾有自殺企圖史之躁鬱症患者之照顧者是否有較高程度的負擔,和較差的健康狀態。	有積極自殺指標的患者之照顧者,相較於沒有自殺意念者之照顧者,會呈現較差的健康狀態。患者若曾有自殺企圖史(即使其近期沒有自殺意念),仍會與照顧者的較差健康狀況有關連。	無

復原力是照顧者心理健康的保護因子，在 Lin 與 Lin(2019)彙整相關文獻歸納出照顧者復原力有以下特性：(一)具備正向觀念的個人特質，例如樂觀、幽默、高變通性…等；(二)勇於溝通，重視問題解決；(三)擁有良好的支持網絡。復原力也可以透過一些方式來提升，例如在泰國一項研究中，以一部立基於 **CBT** 的指導性自助手冊做為書目治療介入，提升了憂鬱症患者及其照顧者的復原力(McCann et al, 2017)；在 Gibbons 等人(2019)一項對癌症患者及其照顧者的研究，發現角色調整(role adjustment)和相互關係(mutuality)有助於雙方在經驗癌症歷程中，增強二元復原力(dyadic resilience)。

少數因子會影響照顧者復原力的表現，根據 Tyo 等人(2021)的研究，身心健康、資源充足的照顧者會展現出更高程度的復原力。在 Bekhet 等人(2012)對自閉症患者照顧者以及 Zauszniewski 等人(2009)對嚴重精神疾病患者照顧者的研究中，隨著照顧者正向認知的增加，照顧者的復原力也會增加，且正向認知中介了照顧者負擔對復原力的影響。在此，由機敏

(resourcefulness)和統合感(sense of coherence)作為測量復原力的兩項指標，機敏意指用於獲得、維持或恢復健康的認知和行為技能之集合體，包括了位處潛在負向情境下仍能在日常活動中保持獨立的能力，以及在無法獨立運作時尋求他人幫助的能力，高機敏者比機敏不足者能夠更有效地、有建設性地處理具有挑戰性的情況和生活事件；統合感被定義為對於生活全面性的取向(包括認知、行為和動機因素)，並相信世界是可理解的、可管理的和有意義的。這兩項特性反映了個體克服逆境並變得更強大、更靈活和更健康的品質，因此被概念化為復原力指標。

2)長照被照顧者相關文獻

學者 Mezuk, Briana 在回顧 74-102 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)(Briana Mezuk, Andrew Rock, Matthew C. Lohman, & Moon 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(Briana 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, 民 101)。

其他常見的危險因子還包含社交孤立、低教育程度、生活壓力事件、文化議題、認知功能退化及身體功能減損等(Dong, Chang, Zeng, & Simon, 2015; B. Mezuk, A. Rock, M. C. Lohman, & M. Choi, 2014; B. J. Murphy, Bugeja, Pilgrim, & Ibrahim, 2015)，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)；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, 民 97)；保護因子部分則包含高自尊、和小孩住在一起、IADL 分數較高(Dong et al., 2015)。

自殺防治策略部分，學者系統性回顧 107 年以前所有相關自殺防治策略後發現，主要包含直接對住民的介入措施與守門人訓練，當中同儕支持對憂鬱的住民是有預防的效果，然而大部分防治策略仍缺乏效果的直接評估，因此後續針對策略實施，並進一步評估其效果亦是相當重要的 (Chauliac, Leaune, Gardette, Poulet, & Duclos, 2020)。

表 8-1-2、長照自殺相關危險因子與保護因子

作者	研究設計	危險因子	保護因子
(Dong et al., 2015)	搜尋亞洲國家社區老年人近 20 年文獻。	低教育程度、財務困擾、生活壓力事件如家人衝突、文化因素	高自尊、和小孩住在一起、IADL 分數較高
(B. Mezuk et al., 2014)	搜尋民國 74 年-民國 102 年研究護理之家、輔助生或其他機構相關自殺的實證研究，共計 37 篇研究最後被納入。	憂鬱、孤獨、社交孤立、功能退化	
(B. J. Murphy et al., 2015)	蒐集民國 38 年-102 年在護理之家自殺死亡相關文獻，共 8 篇文獻被納入。	憂鬱、待在機構的時間(<12 個月)、身體功能的退化、之前自殺企圖史、認知功能的退化、酒癮或物質濫用、個人失落	
(Mezuk et al., 2015)	分析國家非自然死亡通報系統 (National Violent Death Reporting System)2003-2011 年 50 歲以上且死在護理之	護理之家品質指標表現較好與自殺風險具有相關性(OR=1.95, 95%CI=1.21-3.14)、輔助生活機構較大其自殺風險亦較大(OR=	

家的通報和質性
分析 1.01, 95% CI =
1.00- 1.01)

2. 資料庫分析成果

1) 照顧者支持資訊管理系統

在人口學相關變項的分析結果發現，照顧者在性別、年齡層、縣市別都自殺風險都沒有顯著差異，在與被照顧者關係為「妹妹」相較關係為「配偶」雖然其自殺風險顯著較高，但在放入性別、年齡做校正之後，則沒有呈現顯著之趨勢；在是否有「重大傷病」方面照顧者的自殺風險亦沒有顯著差異，然而「有身心障礙」相較「沒有身心障礙」，自殺風險顯著高，在校正性別、年齡層後自殺風險仍顯著較高；在身份別方面，則以「低收入戶」相較「一般戶」，自殺風險顯著較高，在校正性別、年齡層後自殺風險仍顯著較高。

表 8-1-3、照顧者人口學特性與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	933 (28.4)	6 (20.7)	0.68 (0.27-1.67)	-
女	2315 (70.5)	22 (75.9)	ref	-
年齡層				
15-24 歲	18 (0.5)	0 (0.0)	-	-
25-44 歲	382 (11.6)	8 (27.6)	2.21 (0.93-5.25)	-
45-64 歲	1584 (48.2)	15 (51.7)	ref	-
65 歲以上	1247 (37.9)	5 (17.2)	0.42 (0.15-1.17)	-
與被照顧者 關係				
配偶	1179 (35.9)	9 (31)	ref	ref
女兒	415 (12.6)	7 (24.1)	2.21 (0.82-5.97)	1.25 (0.4-3.95)
父親	93 (2.8)	2 (6.9)	2.82 (0.6-13.23)	2.31 (0.39-13.77)
兄	43 (1.3)	1 (3.4)	3.05 (0.38-24.59)	2.11 (0.22-20.22)
母親	453 (13.8)	4 (13.8)	1.16 (0.35-3.78)	0.82 (0.23-2.9)
弟	72 (2.2)	1 (3.4)	1.82 (0.23-14.56)	1.43 (0.17-11.94)
妹	15 (0.5)	1 (3.4)	8.73 (1.04-73.33)*	3.36 (0.33-34.71)
岳父	23 (0.7)	1 (3.4)	5.7 (0.69-46.83)	5.24 (0.61-44.85)
縣市別				

表 8-1-3、照顧者人口學特性與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
新北市	267 (8.1)	2 (6.9)	0.51 (0.1-2.64)	0.41 (0.08-2.16)
臺北市	318 (9.7)	1 (3.4)	0.21 (0.03-1.84)	0.19 (0.02-1.63)
桃園市	231 (7)	3 (10.3)	0.88 (0.21-3.72)	0.67 (0.16-2.9)
臺中市	162 (4.9)	1 (3.4)	0.42 (0.05-3.61)	0.34 (0.04-3)
臺南市	119 (3.6)	0 (0.0)	-	-
高雄市	186 (5.7)	5 (17.2)	1.82 (0.52-6.38)	1.33 (0.37-4.75)
宜蘭縣	112 (3.4)	0 (0.0)	-	-
新竹縣	150 (4.6)	1 (3.4)	0.45 (0.05-3.9)	0.37 (0.04-3.23)
苗栗縣	102 (3.1)	0 (0.0)	-	-
彰化縣	67 (2)	2 (6.9)	2.02 (0.39-10.65)	1.88 (0.35-9.99)
南投縣	134 (4.1)	0 (0.0)	-	-
雲林縣	179 (5.4)	0 (0.0)	-	-
嘉義縣	339 (10.3)	5 (17.2)	ref	ref
屏東縣	226 (6.9)	2 (6.9)	0.6 (0.12-3.12)	0.52 (0.1-2.71)
臺東縣	135 (4.1)	4 (13.8)	2.01 (0.53-7.59)	1.76 (0.46-6.75)
花蓮縣	115 (3.5)	0 (0.0)	-	-
澎湖縣	93 (2.8)	0 (0.0)	-	-
基隆市	120 (3.7)	0 (0.0)	-	-
新竹市	48 (1.5)	3 (10.3)	4.24 (0.98-18.3)	2.47 (0.46-13.3)
嘉義市	134 (4.1)	0 (0.0)	-	-
金門縣	13 (0.4)	0 (0.0)	-	-
連江縣	12 (0.4)	0 (0.0)	-	-
重大傷病史				
無	2889 (87.9)	24 (82.8)	ref	ref
有	144 (4.4)	2 (6.9)	1.67 (0.39-7.14)	1.85 (0.43-7.97)
身心障礙				
無	2748 (83.6)	15 (51.7)	ref	ref
有	403 (12.3)	13 (44.8)	5.91 (2.79-12.51)***	6.49 (3.01-14.03)***
身分別				
一般戶	2725 (82.9)	17 (58.6)	ref	ref
中低收入戶	196 (6)	3 (10.3)	2.45 (0.71-8.44)	2.66 (0.76-9.24)
低收入戶	245 (7.5)	7 (24.1)	4.58 (1.88-11.15)***	4.44 (1.77-11.14)**

表 8-1-3、照顧者人口學特性與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
原住民	2 (0.1)	0 (0.0)	-	-
榮民/榮眷身分	39 (1.2)	0 (0.0)	-	-

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-3 則針對照顧者工作與經濟狀況與自殺企圖風險進行分析，結果發現照顧者「工作狀態」以及「照顧是否有影響工作」在自殺風險均沒有顯著差異，然而在主觀「經濟是否感到困難方面」，覺得「相當困難」相較「大致夠用，不感覺欠缺」的照顧者，自殺風險顯著較高，校正性別、年齡後，仍顯著較高，進一步分析「經濟困難主要面向」發現以「房租」、「醫療費用龐大」相較沒有此困難面向之照顧者，自殺風險都顯著較高，而因照顧而減少工作收入 - 兼職相較沒有此困難面向的照顧者，雖然自殺風險顯著較高，然而在校正性別、年齡後並沒有顯著差異。

表 8-1-3、照顧者工作與經濟狀況與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
工作狀態				
未就業(無工作)	1021 (31.1)	13? (44.8)	ref	ref
全職工作	435 (13.2)	3 (10.3)	0.54 (0.15-1.91)	0.43 (0.12-1.61)
兼職工作	314 (9.6)	4 (13.8)	1 (0.32-3.09)	0.95 (0.3-3.01)
其他	199 (6.1)	0 (0.0)	0.39 (0.05-2.96)	0.38 (0.05-2.94)
退休	595 (18.1)	0 (0.0)		
照顧有無影響工作				
無影響	195 (5.9)	1 (3.4)	ref	ref
有影響	852 (25.9)	9 (31)	2.06 (0.26-16.35)	1.69 (0.21-13.97)
經濟上是否感到困難				
相當充裕而有餘	113 (3.4)	0 (0.0)	-	-
大致夠用，不感覺欠缺	1280 (39)	8 (27.6)	ref	ref
略有困難	946 (28.8)	12 (41.4)	2.03 (0.83-4.99)	1.64 (0.65-4.12)

表 8-1-3、照顧者工作與經濟狀況與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
相當困難	241 (7.3)	7 (24.1)	4.65 (1.67-12.94)**	4.12 (1.46-11.61)**
經濟困難主要面向				
因照顧而減少工作收入 - 兼職				
否	3049 (92.8)	24 (82.8)	ref	ref
是	237 (7.2)	5 (17.2)	2.68 (1.01-7.09)*	2.18 (0.81-5.86)
因照顧而減少工作收入 - 無工作				
否	2868 (87.3)	22 (75.9)	ref	ref
是	418 (12.7)	7 (24.1)	2.18 (0.93-5.14)	1.85 (0.77-4.44)
房租				
否	3095 (94.2)	23 (79.3)	ref	ref
是	191 (5.8)	6 (20.7)	4.23 (1.7-10.51)**	3.57 (1.4-9.11)**
消耗品費用高				
否	2893 (88)	23 (79.3)	ref	ref
是	393 (12)	6 (20.7)	1.92 (0.78-4.75)	2.09 (0.84-5.22)
須償還貸款				
否	3169 (96.4)	26 (89.7)	ref	ref
是	117 (3.6)	3 (10.3)	3.13 (0.93-10.47)	2.49 (0.73-8.47)
需負擔除本人與被照顧者之外的生活費用				
否	2651 (80.7)	20 (69)	ref	ref
是	635 (19.3)	9 (31)	0.8 (4-1.79 (0.8-4))	1.79 (0.8-4)
醫療費用龐大				
否	3007 (91.5)	23 (79.3)	ref	ref
是	279 (8.5)	6 (20.7)	2.81 (1.14-6.96)*	2.86 (1.14-7.17)*

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-4 則是針對照顧者健康狀況與自殺企圖風險進行分析，可以發現主觀「自評健康狀態」，「很不好」及「不太好」較「普通」的照顧者，自殺風險都是顯著較高的，照顧者疾病則以「腦血管意外(中風)、暫時性腦部

缺血(小中風)」、「精神疾病(憂鬱症、思覺失調症等)」、「冠狀動脈疾病(心絞痛、心肌梗塞等)」、「泌尿道生殖系統疾病(良性攝護腺肥大、腎衰竭、子宮肌瘤等)」、「癌症(過去5年內)」及「消化系統疾病(肝膽腸胃)」相較沒有該類疾病的照顧者，自殺風險都是顯著較高，且校正性別、年齡後仍是顯著。

表 8-1-4、照顧者健康狀況與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
自評健康狀態				
很不好	79 (2.4)	1 (3.4)	6.81 (2.05-22.57)**	9.4 (2.65-33.36)***
不太好	581 (17.7)	8 (27.6)	3.01 (1.15-7.86)*	4.1 (1.46-11.5)**
普通	683 (20.8)	3 (10.3)	ref	ref
好	192 (5.8)	0 (0.0)	-	-
很好	31 (0.9)	0 (0.0)	-	-
照顧者疾病				
泌尿道生殖系統疾病(良性攝護腺肥大、腎衰竭、子宮肌瘤等)				
否	3143 (95.6)	26 (89.7)	ref	ref
是	143 (4.4)	3 (10.3)	2.54 (0.76-8.48)	3.65 (1.06-12.61)*
冠狀動脈疾病(心絞痛、心肌梗塞等)				
否	2979 (90.7)	22 (75.9)	ref	ref
是	307 (9.3)	7 (24.1)	3.09 (1.31-7.29)*	4.67 (1.91-11.45)***
消化系統疾病(肝膽腸胃)				
否	3055 (93)	24 (82.8)	ref	ref
是	231 (7)	5 (17.2)	2.76 (1.04-7.29)*	3.02 (1.13-8.07)*
骨骼系統(關節炎、骨折、骨質疏鬆症等)				
否	3043 (92.6)	26 (89.7)	ref	ref
是	243 (7.4)	3 (10.3)	1.45 (0.43-4.81)	2.54 (0.71-9.08)
高血壓				
否	2482 (75.5)	21 (72.4)	ref	ref
是	804 (24.5)	8 (27.6)	1.18 (0.52-2.67)	1.51 (0.61-3.75)
傳染性疾病(疥瘡、肺結核、愛滋、梅毒等)				
否	3268 (99.5)	28 (96.6)	ref	ref
是	18 (0.5)	1 (3.4)	6.48 (0.84-50.25)	6.04 (0.76-47.78)
腦血管意外(中風)、暫時性腦部缺血(小中風)				
否	3230 (98.3)	26 (89.7)	ref	ref

表 8-1-4、照顧者健康狀況與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖 (N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
是	56 (1.7)	3 (10.3)	6.66 (1.96-22.63)**	8.61 (2.43-30.55)***
精神疾病(憂鬱症、思覺失調症等)				
否	3024 (92)	17 (58.6)	ref	ref
是	262 (8)	12 (41.4)	8.15 (3.85-17.24)***	7.59 (3.51-16.43)***
糖尿病				
否	2894 (88.1)	24 (82.8)	ref	ref
是	392 (11.9)	5 (17.2)	1.54 (0.58-4.05)	1.6 (0.54-4.72)
癌症(過去 5 年內)				
否	3154 (96)	26 (89.7)	ref	ref
是	132 (4)	3 (10.3)	2.76 (0.82-9.23)	3.53 (1.03-12.06)*

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-5 則針對照顧背景及負荷與自殺企圖風險進行分析，然而唯一有達到統計上顯著的是「照顧者資歷 4 年以上」較「4 年以下」，自殺風險顯著較低，然而校正性別、年齡層以後，並沒有顯著差異。

在高風險初篩指標方面，由於僅有「照顧者本身是病人」及「過去無照顧經驗者且受傳統文化等因素影響，致出現高負荷情形卻不易開口求助者」在自殺企圖者有註記，故此表 8-1-5 僅列出此兩類，然而可能由於樣本數的關係，造成這兩個高風險初篩指標相較沒有該類高風險初篩指標的照顧者，自殺風險均沒有顯著差異。

表 8-1-5、照顧背景、負荷及高風險初篩指標與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖(N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
照顧者資歷				
4 年以下(含 4 年)	1192 (36.3)	17 (58.6)	ref	ref
4 年以上	1435 (43.7)	8 (27.6)	0.39 (0.17-0.91)*	0.44 (0.19-1.03)
負荷量表				
21 分以下	434 (13.2)	2 (6.9)	0.53 (0.12-2.3)	0.62 (0.14-2.71)
22-43 分	2203 (67)	19 (65.5)	ref	ref
44 分以上	629 (19.1)	8 (27.6)	1.48 (0.64-3.39)	1.37 (0.59-3.18)

表 8-1-5、照顧背景、負荷及高風險初篩指標與自殺企圖風險相關分析

	沒有自殺企圖 (N=3286)	有自殺企圖(N=29)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
高風險初篩指標				
照顧者本身是病人				
否	3241 (98.6)	28 (96.6)	ref	ref
是	45 (1.4)	1 (3.4)	2.57 (0.34-19.32)	2.31 (0.3-17.72)
過去無照顧經驗者且受傳統文化等因素影響， 致出現高負荷情形卻不易開口求助者				
否	3196 (97.3)	28 (96.6)	ref	ref
是	90 (2.7)	1 (3.4)	1.27 (0.17-9.42)	1.37 (0.16-11.91)

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

2) 照顧管理資訊系統

表 8-1-6 針對未接受長照服務之個案分析其自殺死亡風險因子，發現「男性」相較「女性」，自殺死亡風險顯著較高，OR 為 1.66 (95%CI=1.08-2.56)；年齡層方面，「75-84 歲」及「85 歲以上」相較「<64 歲」，自殺風險顯著較低，而「65-74 歲」與「<64 歲」自殺風險則沒有顯著差異；在是否有「身心障礙」類別方面，「有身心障礙」與「沒有身心障礙」的被照顧者，自殺死亡風險並沒有顯著差異，進一步看各障礙類別，可以發現各類別障礙，不論是否有效正性別、年齡，自殺風險均沒有顯著差異，在新制障礙類別方面，單變項迴歸 OR 前三高的類別分別為「第五類：消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能」較沒有第五類障礙的個案，自殺風險雖較高，但未達顯著差異(信賴區間均包含 1)、「第三類：涉及聲音與言語構造及其功能」較沒有第三類障礙的被照顧者，自殺風險雖較高，但未達顯著差異(信賴區間均包含 1)、「及第四類：循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能」較沒有第四類障礙的被照顧者，自殺風險同樣雖較高，但亦未達顯著差異(信賴區間均包含 1)，舊制障礙類別方面，則以「第十三類：經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者」較沒有舊制第十三類障礙的個案，自殺風險較高，然而其 95%信賴區間亦包含 1，因此並未有顯著差異；在長照需求等級方面，「第 7 級」相級較「第 2 級」，自殺死亡風險顯著較低，然而校正性別、年齡層後，各等級自殺死亡風險均沒顯著差異；而 ADL 分數在「80-85 分」較「75 分以下」，自殺死亡風險則顯著較高，校正性別、年齡別後仍較高；IADL 分數方面，各分數自殺死亡風險均沒有顯著。

表 8-1-6、未接受長照服務之被照顧者自殺死亡與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡(N=106467)	自殺死亡 (N=83)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	44265 (41.6)	45 (54.2)	1.66 (1.08-2.56)*	
女	62202 (58.4)	38 (45.8)	ref	
年齡				
<64 歲	9758 (9.2)	14 (16.9)	ref	
65-74 歲	19412 (18.2)	23 (27.7)	0.83 (0.43-1.61)	
75-84 歲	38000 (35.7)	28 (33.7)	0.51 (0.27-0.98)***	
85 歲以上	39297 (36.9)	18 (21.7)	0.32 (0.16-0.64)***	
身心障礙				
無	53518 (50.3)	45 (54.2)	ref	ref
有	36603 (34.4)	29 (34.9)	0.94 (0.59-1.50)	0.72 (0.43-1.20)
新制障礙				
第一類	9662 (10.0)	5 (6.8)	0.59 (0.24-1.46)	0.53 (0.21-1.33)
第二類	6683 (7.6)	6 (8.1)	1.08 (0.47-2.48)	1.11 (0.48-2.56)
第三類	866 (1.0)	2 (2.7)	2.80 (0.69-11.42)	1.96 (0.47-8.14)
第四類	1726 (2.0)	3 (4.0)	2.12 (0.67-6.72)	1.89 (0.59-6.02)
第五類	706 (0.8)	2 (2.7)	3.44 (0.84-14.04)	2.62 (0.63-10.84)
第六類	3785 (4.3)	5 (6.8)	1.61 (0.65-4.00)	1.29 (0.51-3.22)
第七類	15226 (17.3)	9 (12.2)	0.66 (0.33-1.33)	0.47 (0.23-0.97)*
第八類	86 (0.1)	0 (0.0)	-	-
舊制障礙				
第一類	301 (0.3)	0 (0.0)	-	-
第二類	484 (0.5)	1 (1.3)	2.71 (0.38-19.52)	3.60 (0.50-26.18)
第三類	29 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第四類	88 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第五類	1584 (1.5)	1 (1.3)	0.82 (0.11-5.89)	0.80 (0.11-5.73)
第六類	60 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第七類	369 (0.4)	1 (1.3)	3.56 (0.49-25.65)	3.61 (0.50-26.04)
第九類	5 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十類	157 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第十一類	5 (0.0)	0 (0.0)	-	-

表 8-1-6、未接受長照服務之被照顧者自殺死亡與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡(N=106467)	自殺死亡(N=83)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
第十二類	123 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第十三類	230 (0.2)	1 (1.3)	5.72 (0.79-41.28)	4.90 (0.68-35.43)
第十四類	3 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十五類	4 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十六類	11 (0.0)	0 (0.0)	-	-
CMS				
1a、1b	83 (0.1)	0 (0.0)	-	-
2 級	12927 (12.1)	14 (16.9)	ref	ref
3 級	14398 (13.5)	14 (16.9)	0.90 (0.43-1.88)	0.95 (0.45-2)
4 級	17100 (16.1)	25 (30.1)	1.35 (0.70-2.60)	1.39 (0.72-2.67)
5 級	16057 (15.1)	16 (19.3)	0.92 (0.45-1.89)	0.97 (0.47-2.00)
6 級	12024 (11.3)	9 (10.8)	0.69 (0.30-1.60)	0.77 (0.33-1.79)
7 級	13804 (13.0)	5 (6.0)	0.33 (0.12-0.93)*	0.37 (0.13-1.02)
8 級	20074 (18.9)	0 (0.0)	-	-
ADL				
75 分以下	86088 (80.86)	56 (67.47)	ref	ref
80-85 分	15237 (14.31)	21 (25.30)	2.12 (1.28-3.5)**	2.01 (1.21-3.33)**
90-100 分	5142 (4.83)	6 (7.23)	1.79 (0.77-4.17)	1.67 (0.72-3.89)
IADL				
0-2 分	74180 (69.7)	54 (65.1)	ref	ref
3-6 分	19795 (18.6)	15 (18.1)	1.04 (0.59-1.85)	1.11 (0.62-1.96)
7 分以上	12492 (11.7)	14 (16.9)	1.54 (0.86-2.77)	1.7 (0.94-3.06)

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-7 針對有接受長照服務之個案分析其自殺死亡危險因子，同樣發現「男性」相較「女性」自殺死亡風險較高， $OR=4.41$ ($95\%CI=1.63-11.95$)；年齡層方面，則沒有顯著差異；在是否有「身心障礙」類別方面，「有身心障礙」與「沒有身心障礙」的被照顧者，自殺死亡風險並沒有顯著差異，進一步看各障礙類別，在新制障礙類別方面，「第二類：眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛」相較沒有第二類障礙的被照顧者，自殺死亡風險顯著較高，然而在校正性別、年齡後，並沒有顯著差異；舊制障礙類別方面則因為自殺死亡個案舊制障礙註記比例都為 0，以致無法有推論性分析結果，而長

照需要等級 CMS、ADL、IADL 分數上，自殺死亡風險均沒有顯著差異。

表 8-1-7、有接受長照服務之被照顧者自殺死亡與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡(N=249392)	自殺死亡(N=22)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	108570 (43.5)	17 (77.3)	4.41 (1.63-11.95)**	
女	140822 (56.5)	5 (22.7)	ref	
年齡				
<64 歲	36578 (14.7)	6 (27.3)	ref	
65-74 歲	51013 (20.5)	3 (13.6)	0.36 (0.09-1.43)	
75-84 歲	84168 (33.8)	7 (31.8)	0.51 (0.17-1.51)	
85 歲以上	77633 (31.1)	6 (27.3)	0.47 (0.15-1.46)	
身心障礙				
無	122425 (49.0)	13 (59.1)	ref	ref
有	85992 (34.5)	8 (36.4)	0.88 (0.36-2.11)	0.51 (0.18-1.42)
新制障礙				
第一類	24039 (11.9)	1 (4.8)	0.37 (0.05-2.75)	0.29 (0.04-2.18)
第二類	13777 (6.8)	4 (19.1)	3.21 (1.08-9.52)*	0.92 (0.98-8.73)
第三類	2136 (1.1)	0 (0.0)	-	-
第四類	3432 (1.7)	0 (0.0)	-	-
第五類	1315 (0.7)	0 (0.0)	-	-
第六類	7841 (3.9)	1 (4.8)	1.23 (0.17-9.20)	1.03 (0.14-7.82)
第七類	35870 (17.8)	2 (9.5)	0.49 (0.11-2.09)	0.28 (0.06-1.26)
第八類	175 (0.1)	0 (0.0)	-	-
舊制障礙				
第一類	857 (0.4)	0 (0.0)	-	-
第二類	908 (0.4)	0 (0.0)	-	-
第三類	78 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第四類	383 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第五類	5203 (2.1)	0 (0.0)	-	-
第六類	555 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第七類	801 (0.3)	0 (0.0)	-	-
第八類	16 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第九類	30 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十類	311 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第十一類	20 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十二類	399 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第十三類	916 (0.4)	0 (0.0)	-	-

表 8-1-7、有接受長照服務之被照顧者自殺死亡與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡(N=249392)	自殺死亡(N=22)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
第十四類	6 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十五類	20 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十六類	39 (0.0)	0 (0.0)	-	-
CMS				
1a、1b	368 (0.2)	0 (0.0)	-	-
2 級	33536 (13.5)	3 (13.6)	ref	ref
3 級	36498 (14.6)	5 (22.7)	1.53 (0.37-6.41)	1.58 (0.38-6.62)
4 級	46374 (18.6)	7 (31.8)	1.69 (0.44-6.53)	1.58 (0.41-6.12)
5 級	40329 (16.2)	5 (22.7)	1.39 (0.33-5.8)	1.24 (0.30-5.23)
6 級	28559 (11.5)	1 (4.6)	0.39 (0.04-3.76)	0.36 (0.04-3.43)
7 級	28116 (11.3)	0 (0.0)	-	-
8 級	35612 (14.3)	1 (4.6)	0.31 (0.03-3.02)	0.28 (0.03-2.69)
ADL				
75 分以下	194197 (77.9)	17 (77.3)	ref	ref
80-85 分	41007 (16.4)	3 (13.6)	0.84 (0.25-2.85)	0.89 (0.26-3.03)
90-100 分	14188 (5.7)	2 (9.1)	1.61 (0.37-6.97)	1.56 (0.36-6.79)
IADL				
0-2 分	175897 (70.5)	13 (29.1)	ref	ref
3-6 分	45142 (18.1)	6 (27.3)	1.8 (0.68-4.73)	1.9 (0.72-5.01)
7 分以上	28353 (11.4)	3 (13.6)	1.43 (0.41-5.02)	1.58 (0.45-5.57)

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-7 針對未接受長照服務之個案分析其自殺死亡危險因子，與表 8-1-6 不同的是納入可能為自殺死因的 ICD10=Y10-Y34 及 W75、W76、X48(Chang, Sterne, Lu, & Gunnell, 2010)，結果發現「男性」相較「女性」，自殺死亡風險顯著較高；而在年齡方面，則是年齡越高其自殺死亡風險顯著較低；在是否有「身心障礙類」別方面，「有身心障礙」較「沒有身心障礙」的被照顧者自殺死亡風險在校正性別、年齡後，風險顯著較低，進一步看各障礙類別方面，以新制障礙類別來看，「第七類：神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能」相較沒第七類障礙的被照顧者，自殺風險在校正年齡、性別後顯著較低，可能跟此類型障礙要執行自殺計畫不易有關係，舊制障礙方面則沒有一類達到統計上顯著，長照需要等級方面，「第 6、7、8 級」相較「第 2 級」，自殺風險在校正性別、年齡後，仍顯著較低；ADL 分數方面，「90-100 分」及「80-85 分」相較「75 分以下」，自殺死亡風險

顯著較高，校正性別、年齡層影響後，仍舊較高，同樣可能跟被照顧者自殺計畫執行率較高有關；IADL 分數方面，則自殺死亡風險均沒有顯著差異。

表 8-1-8、未接受長照服務之被照顧者自殺死亡(含不明死因及意外)與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡 (N=106400)	自殺死亡(N=150)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	44222 (41.6)	88 (58.7)	2.00 (1.44-2.76)***	
女	62178 (58.4)	62 (41.3)	ref	
年齡				
<64 歲	9739 (9.2)	33 (22.0)	ref	
65-74 歲	19397 (18.2)	38 (25.3)	0.58 (0.36-0.92)*	
75-84 歲	37978 (35.7)	50 (33.3)	0.39 (0.25-0.6)***	
85 歲以上	39286 (36.9)	29 (19.3)	0.22 (0.13-0.36)***	
身心障礙				
無	53484 (50.3)	79 (52.7)	ref	ref
有	36573 (34.4)	59 (39.3)	1.09 (0.78-1.53)	0.72 (0.49-1.05)
新制障礙				
第一類	9652 (11.0)	15 (11.0)	1.01 (0.59-1.72)	0.84 (0.49-1.46)
第二類	6679 (7.6)	10 (7.4)	0.97 (0.51-1.84)	0.99 (0.52-1.89)
第三類	866 (1.0)	2 (1.5)	1.50 (0.37-6.08)	0.88 (0.22-3.59)
第四類	1725 (2.0)	4 (2.9)	1.52 (0.56-4.10)	1.30 (0.48-3.53)
第五類	705 (0.8)	3 (2.2)	2.80 (0.89-8.80)	1.85 (0.58-5.87)
第六類	3781 (4.3)	9 (6.6)	1.58 (0.80-3.11)	1.19 (0.60-2.35)
第七類	15215 (17.3)	20 (14.7)	0.83 (0.51-1.33)	0.51 (0.31-0.85)**
第八類	86 (0.1)	0 (0.0)	-	-
舊制障礙				
第一類	300 (0.3)	1 (0.7)	2.36 (0.33-16.89)	2.74 (0.38-19.65)
第二類	484 (0.5)	1 (0.7)	1.46 (0.21-10.44)	2.02 (0.28-14.55)
第三類	29 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第四類	88 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第五類	1584 (1.5)	1 (0.7)	0.44 (0.06-3.15)	0.43 (0.06-3.05)
第六類	60 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第七類	369 (0.4)	1 (0.7)	1.91 (0.27-13.71)	2.02 (0.28-14.53)

表 8-1-8、未接受長照服務之被照顧者自殺死亡(含不明死因及意外)與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡 (N=106400)	自殺死亡(N=150)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
第九類	5 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十類	157 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第十一類	5 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十二類	122 (0.1)	1 (0.68)	5.81 (0.81-41.80)	5.25 (0.73-37.90)
第十三類	230 (0.2)	1 (0.68)	3.08 (0.43-22.06)	2.53 (0.35-18.23)
第十四類	3 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十五類	4 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十六類	11 (0.0)	0 (0.0)	-	-
長照需要等級 CMS				
1a、1b	83 (0.1)	0 (0.0)	-	-
2 級	12911 (12.1)	30 (20.0)	ref	ref
3 級	14387 (13.5)	25 (16.67)	0.75 (0.44-1.27)	0.81 (0.47-1.37)
4 級	17086 (16.1)	39 (26.00)	0.98 (0.61-1.58)	1.01 (0.63-1.63)
5 級	16044 (15.1)	29 (19.33)	0.78 (0.47-1.30)	0.83 (0.49-1.38)
6 級	12021 (11.3)	12 (8.00)	0.43 (0.22-0.84)**	0.48 (0.25-0.95)*
7 級	13802 (13.0)	7 (4.67)	0.22 (0.10-0.50)***	0.24 (0.11-0.55)***
8 級	20066 (18.9)	8 (5.33)	0.17 (0.08-0.37)***	0.19 (0.09-0.42)***
ADL				
75 分以下	86044 (80.9)	100 (66.7)	ref	ref
80-85 分	15221 (14.3)	37 (24.7)	2.09 (1.43-3.05)***	1.98 (1.35-2.89)***
90-100 分	5135 (4.8)	13 (8.7)	2.18 (1.22-3.89)**	2.00 (1.12-3.57)*
IDL				
0-2 分	74138 (69.7)	96 (64.0)	ref	ref
3-6 分	19776 (18.6)	34 (22.7)	1.33 (0.9-1.96)	1.43 (0.97-2.12)
7 分以上	12486 (11.7)	20 (13.3)	1.24 (0.76-2)	1.39 (0.86-2.26)

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-9 針對有接受長照服務之個案分析其自殺死亡危險因子，與表

8-1-8 不同的是納入可能為自殺死因的 ICD10=Y10-Y34 及 W75、W76、X48，「男性」自殺風險同樣大於「女性」， $OR=5.71(95\%CI=2.16-15.07)$ ；在年齡層方面，自殺風險沒有顯著差異；在是否有「身心障礙」類別方面，「有身心障礙」較「沒有身心障礙」之被照顧者，自殺死亡風險並沒有顯著差異，進一步看各障礙類別方面，以新制障礙類別來看，「第八類皮膚與相關構造及其功能」較沒有第八類障礙的被照顧者自殺死亡風險較高，舊制障礙類別方面，則因自殺死亡組裡均沒有舊制障礙類別之註記，故無法進行推論分析，而長照需要等級 CMS、ADL 及 IADL 方面，自殺風險均沒有顯著差異。

表 8-1-9、有接受長照服務之被照顧者自殺死亡(含不明死因及意外)與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡 (N=249387)	自殺死亡 (N=27)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	108565 (43.5)	22 (81.5)	5.71 (2.16-15.07)***	
女	140822 (56.5)	5 (18.5)	ref	
年齡				
<64 歲	36577 (14.7)	7 (25.9)	ref	
65-74 歲	51013 (20.5)	3 (11.1)	0.31 (0.08-1.19)	
75-84 歲	84165 (33.8)	10 (37.0)	0.62 (0.24-1.63)	
85 歲以上	77632 (31.1)	7 (25.9)	0.47 (0.17-1.34)	
身心障礙				
無	122423 (49.1)	15 (55.6)	ref	ref
有	85990 (34.5)	10 (37.0)	0.95 (0.43-2.11)	0.66 (0.26-1.63)
新制障礙				
第一類	24039 (11.9)	1 (4.0)	0.31 (0.04-2.27)	0.26 (0.03-1.95)
第二類	13777 (6.8)	4 (16.0)	2.59 (0.89-7.56)	2.31 (0.79-6.76)
第三類	2136 (1.1)	0 (0.0)	-	-
第四類	3432 (1.7)	0 (0.0)	-	-
第五類	1315 (0.7)	0 (0.0)	-	-
第六類	7841 (3.9)	1 (4.0)	1.03 (0.14-7.60)	0.91 (0.12-6.82)
第七類	35869 (17.8)	3 (12.0)	0.63 (0.19-2.10)	0.41 (0.11-1.47)
第八類	174 (0.1)	1 (4.0)	48.18 (6.48-358.08)***	31.36 (4.11-239.11)***
舊制障礙				

表 8-1-9、有接受長照服務之被照顧者自殺死亡(含不明死因及意外)與被照顧者特性相關分析

	無自殺死亡 (N=249387)	自殺死亡 (N=27)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
第一類	857 (0.35)	0 (0.0)	-	-
第二類	908 (0.37)	0 (0.0)	-	-
第三類	78 (0.03)	0 (0.0)	-	-
第四類	383 (0.16)	0 (0.0)	-	-
第五類	5203 (2.14)	0 (0.0)	-	-
第六類	555 (0.23)	0 (0.0)	-	-
第七類	801 (0.33)	0 (0.0)	-	-
第八類	16 (0.01)	0 (0.0)	-	-
第九類	30 (0.01)	0 (0.0)	-	-
第十類	311 (0.13)	0 (0.0)	-	-
第十一類	20 (0.01)	0 (0.0)	-	-
第十二類	399 (0.16)	0 (0.0)	-	-
第十三類	916 (0.38)	0 (0.0)	-	-
第十四類	6 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十五類	20 (0.01)	0 (0.0)	-	-
第十六類	39 (0.02)	0 (0.0)	-	-
長照需要等級 CMS				
1a、1b	368 (0.2)	0 (0.0)	-	-
2 級	33533 (13.5)	6 (22.2)	ref	ref
3 級	36498 (14.6)	5 (18.5)	0.77 (0.23-2.51)	0.78 (0.24-2.57)
4 級	46373 (18.6)	8 (29.6)	0.96 (0.34-2.78)	0.90 (0.31-2.59)
5 級	40328 (16.2)	6 (22.2)	0.83 (0.27-2.58)	0.73 (0.23-2.28)
6 級	28559 (11.5)	1 (3.7)	0.20 (0.02-1.63)	0.17 (0.02-1.45)
7 級	28116 (11.3)	0 (0.0)	-	-
8 級	35612 (14.3)	1 (3.7)	0.16 (0.02-1.30)	0.14 (0.02-1.14)
ADL				
75 分以下	194195 (77.9)	19(70.4)	ref	ref
80-85 分	41004 (16.4)	6(22.2)	1.5 (0.6-3.75)	1.59 (0.64-3.99)
90-100 分	14188 (5.7)	2(7.4)	1.44 (0.34-6.19)	1.41 (0.33-6.07)
IADL				
0-2 分	175892 (70.5)	18 (66.7)	ref	ref
3-6 分	45142 (18.1)	6 (22.2)	1.3 (0.52-3.27)	1.37 (0.54-3.46)
7 分以上	28353 (11.4)	3 (11.1)	1.03 (0.31-3.51)	1.14 (0.33-3.87)

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-10 則是針對未接受長照服務之被照顧者自殺企圖風險進行分析，結果發現，「男性」相較「女性」，自殺風險顯著較高；年齡層方面，年齡越高，則自殺企圖風險相對較低；在是否有「身心障礙」類別方面，「有身心障礙」較「沒有身心障礙」的被照顧者，自殺風險在校正性別、年齡後，顯著較低，進一步看各障礙類別方面，以新制障礙類別來看，「第一類：神經系統構造及精神、心智功能」相對於沒有第一類障礙的被照顧者，自殺風險顯著較高，校正性別、年齡後仍較高，而第「七類：神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能」相較沒有第七類障礙的被照顧者，自殺風險在校正性別、年齡後顯著較低，舊制障礙類別方面，自殺風險則均沒有顯著差異，且同樣由於自殺企圖之個案大多沒有註記，所以無法進一步進行推論分析；長照需要等級方面「等級 7、8」相較「等級 2」的被照顧者，自殺風險顯著較低，然而在校正性別、年齡層後，自殺風險均沒有顯著差異；ADL 分數方面，「90-100 分」及「80-85 分」相較「75 分以下」，自殺風險顯著較高，校正性別、年齡層影響後，仍舊較高；IADL 分數方面，「3-6 分」及「7 分以上」相較「0-2 分」的被照顧者，自殺風險顯著高，在校正性別、年齡層影響後，同樣仍是顯著較高。

表8-1-10、未接受長照服務之被照顧者自殺企圖與被照顧者特性相關分析

	沒有自殺企圖 (N=106425)	有自殺企圖(N=487)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	44240 (41.6)	236 (48.5)	1.32 (1.11-1.58)**	-
女	62185 (58.4)	251 (51.5)	ref	
年齡層				
<64歲	9746 (9.2)	130 (26.7)	ref	
65-74歲	19405 (18.2)	117 (24.0)	0.45 (0.35-0.58)***	-
75-84歲	37985 (35.7)	159 (32.7)	0.31 (0.25-0.4)***	-
85歲以上	39289 (36.9)	81 (16.6)	0.15 (0.12-0.2)***	-
身心障礙				
無	53496 (50.3)	244 (50.1)	ref	
有	36585 (34.4)	175 (35.9)	1.05 (0.86-1.27)	0.64 (0.51-0.8)***
新制障礙				
第一類	9658 (9.1)	70 (14.4)	1.65 (1.28-2.14)***	1.32 (1.01-1.72)*

表8-1-10、未接受長照服務之被照顧者自殺企圖與被照顧者特性相關分析

	沒有自殺企圖 (N=106425)	有自殺企圖(N=487)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
第二類	6680 (6.3)	21 (4.3)	0.65 (0.42-1.01)	0.69 (0.45-1.07)
第三類	866 (0.8)	3 (0.6)	0.74 (0.24-2.29)	0.41 (0.13-1.3)
第四類	1725 (1.6)	6 (1.2)	0.74 (0.33-1.65)	0.65 (0.29-1.46)
第五類	705 (0.7)	3 (0.6)	0.9 (0.29-2.82)	0.59 (0.19-1.84)
第六類	3782 (3.6)	23 (4.7)	1.31 (0.86-2)	0.95 (0.62-1.45)
第七類	15219 (14.3)	62 (12.7)	0.84 (0.64-1.11)	0.5 (0.37-0.66)***
第八類	86 (0.1)	1 (0.2)	2.48 (0.34-17.83)	1.4 (0.19-10.12)
舊制障礙				
第一類	301 (0.3)	1 (0.2)	0.72 (0.1-5.16)	0.84 (0.12-6.02)
第二類	484 (0.5)	2 (0.4)	0.9 (0.22-3.62)	1.36 (0.34-5.46)
第三類	29 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第四類	88 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第五類	1584 (1.5)	3 (0.6)	0.41 (0.13-1.27)	0.4 (0.13-1.24)
第六類	60 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第七類	369 (0.4)	2 (0.4)	1.18 (0.29-4.75)	1.27 (0.32-5.13)
第八類	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第九類	5 (0)	0 (0.0)	-	-
第十類	157 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第十一類	5 (0)	0 (0.0)	-	-
第十二類	123 (0.1)	0 (0.0)	-	-
第十三類	230 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第十四類	3 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十五類	4 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十六類	11 (0.0)	0 (0.0)	-	-
長照需要等級CMS				
1a 、 1b	20068 (18.9)	38 (7.8)	1.92 (0.26-13.97)	1.81 (0.25-13.23)
2級	83 (0.1)	1 (0.21)	ref	ref
3級	12919 (12.1)	81 (16.6)	0.74 (0.54-1.03)	0.83 (0.6-1.15)
4級	14389 (13.5)	67 (13.8)	0.96 (0.72-1.29)	1.04 (0.77-1.39)
5級	17090 (16.1)	103 (21.2)	0.88 (0.65-1.2)	1.03 (0.76-1.39)
6級	16049 (15.1)	89 (18.3)	0.73 (0.52-1.03)	0.9 (0.64-1.27)
7級	12024 (11.3)	55 (11.3)	0.61 (0.43-0.87)**	0.74 (0.53-1.06)
8級	13803 (13.0)	53 (10.9)	0.3 (0.21-0.44)***	0.37 (0.25-0.55)
ADL分數				

表8-1-10、未接受長照服務之被照顧者自殺企圖與被照顧者特性相關分析

	沒有自殺企圖 (N=106425)	有自殺企圖(N=487)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
75分以下	86060 (80.9)	347 (71.3)	ref	ref
80-85分	15226 (14.3)	97 (19.9)	1.58 (1.26-1.98)***	1.42 (1.14-1.79)**
90-100分	5139 (4.8)	43 (8.8)	2.08 (1.51-2.85)***	1.79 (1.3-2.46)***
IADL分數				
0-2分	74153 (69.7)	256 (52.6)	ref	ref
3-6分	19785 (18.6)	115 (23.6)	1.68 (1.35-2.1)***	1.82 (1.46-2.27)***
7分以上	12487 (11.7)	116 (23.8)	2.69 (2.16-3.35)***	3.05 (2.44-3.8)***

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分析

表 8-1-11 則是針對有接受長照服務之被照顧者自殺企圖風險進行分析，「男、女性」在自殺風險無顯著差異；在年齡層方面，年齡層越高自殺風險越低；而在是否有「身心障礙」方面，「有身心障礙」較「沒有身心障礙」的被照顧者，自殺風險在校正性別、年齡後，顯著較低，進一步看各障礙類別方面，以新制障礙類別來看，「第一類：神經系統構造及精神、心智功能」相較沒有第一類障礙的被照顧者，自殺風險顯著高，正性別、年齡後仍較高，「第三類：涉及聲音與言語構造及其功能」相較沒有第三類的被照顧者，自殺風險在校正性別、年齡後顯著較低，「第七類：神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能」相較沒有第七類障礙的被照顧者，自殺風險在校正性別及年齡後，同樣顯著較低；舊制障礙類別方面則以「第五類：肢體障礙者」相較沒有舊制第五類障礙的被照顧者，自殺風險在校正性別、年齡後仍較低；長照需要等級方面則以「第 8 級」相較「第 2 級」，自殺風險在校正性別、年齡層後，自殺風險仍顯著較低，「第 4 級」相較「第 2 級」，自殺風險在校正性別、年齡層後，自殺風險仍顯著較高；ADL 分數方面，「90-100 分」自殺企圖風險則顯著高於「75 分以下」，校正性別、年齡層影響後，仍舊較高；IADL 分數方面，「3-6 分」及「7 分以上」自殺風險均較「0-2 分」顯著高，同樣在校正性別、年齡層影響後，仍是顯著較高。

表 8-1-11、有接受長照服務之被照顧者自殺企圖與被照顧者特性相關分析

	無自殺企圖 (N=249388)	有自殺企圖 (N=1062)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
性別				
男	108566 (43.5)	463 (43.6)	1.00 (0.88-1.13)	

表 8-1-11、有接受長照服務之被照顧者自殺企圖與被照顧者特性相關分析

	無自殺企圖 (N=249388)	有自殺企圖 (N=1062)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
女	140822 (56.5)	599 (56.4)	ref	
年齡層				
<64 歲	36577 (14.67)	416 (39.2)	ref	
65-74 歲	51013 (20.5)	244 (23.0)	0.42 (0.36-0.49)***	
75-84 歲	84166 (33.8)	291 (27.4)	0.3 (0.26-0.35)***	
85 歲以上	77632 (31.1)	111 (10.5)	0.13 (0.1-0.16)***	
身心障礙				
無	122424 (49.1)	472 (44.4)	ref	
有	85990 (34.5)	485 (45.7)	1.46 (1.29-1.66)***	0.81 (0.70-0.94)**
新制障礙				
第一類	24039 (9.6)	191 (18.0)	1.88 (1.6-2.21)***	1.35 (1.14-1.6)***
第二類	13777 (5.5)	66 (6.2)	1.03 (0.8-1.32)	1.08 (0.84-1.39)
第三類	2136 (0.9)	8 (0.8)	0.8 (0.4-1.61)	0.47 (0.23-0.94)*
第四類	3432 (1.4)	19 (1.8)	1.19 (0.76-1.88)	1.08 (0.68-1.7)
第五類	1315 (0.5)	8 (0.8)	1.31 (0.65-2.63)	0.83 (0.41-1.68)
第六類	7841 (3.1)	50 (4.7)	1.39 (1.04-1.85)*	0.96 (0.72-1.28)
第七類	35869 (14.4)	182 (17.1)	1.11 (0.94-1.3)	0.6 (0.5-0.71)***
第八類	174 (0.1)	1 (0.1)	1.23 (0.17-8.8)	0.8 (0.11-5.76)
舊制障礙				
第一類	857 (0.3)	2 (0.2)	0.54 (0.14-2.18)	0.6 (0.15-2.39)
第二類	908 (0.4)	2 (0.2)	0.51 (0.13-2.06)	0.89 (0.22-3.57)
第三類	78 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第四類	383 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第五類	5203 (2.1)	12 (1.1)	0.53 (0.3-0.94)*	0.48 (0.27-0.84)*
第六類	555 (0.2)	0 (0.0)	-	-
第七類	801 (0.3)	2 (0.2)	0.58 (0.15-2.33)	0.61 (0.15-2.43)
第八類	16 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第九類	30 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十類	311 (0.1)	1 (0.1)	0.75 (0.11-5.34)	1 (0.14-7.16)
第十一類	20 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十二類	399 (0.2)	3 (0.3)	1.76 (0.56-5.48)	1.37 (0.44-4.29)
第十三類	916 (0.4)	1 (0.1)	0.25 (0.04-1.81)	0.19 (0.03-1.36)
第十四類	6 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十五類	20 (0.0)	0 (0.0)	-	-
第十六類	39 (0.0)	0 (0.0)	-	-

表 8-1-11、有接受長照服務之被照顧者自殺企圖與被照顧者特性相關分析

	無自殺企圖 (N=249388)	有自殺企圖 (N=1062)	OR(95%CI)	aOR(95%CI)
長照需要等 CMS				
11a1b	368 (0.15)	2 (0.19)	1.11 (0.27-4.47)	0.95 (0.23-3.84)
2	33534 (13.5)	165 (15.5)	ref	ref
3	36498 (14.6)	141 (13.3)	0.79 (0.63-0.98)*	0.9 (0.72-1.13)
4	46373 (18.6)	269 (25.3)	1.18 (0.97-1.43)	1.28 (1.05-1.55)*
5	40328 (16.2)	167 (15.7)	0.84 (0.68-1.04)	1 (0.8-1.24)
6	28559 (11.5)	126 (11.9)	0.9 (0.71-1.13)	1.12 (0.89-1.42)
7	28116 (11.3)	115 (10.8)	0.83 (0.66-1.06)	1.02 (0.8-1.29)
8	35612 (14.3)	77 (7.3)	0.44 (0.34-0.58)***	0.54 (0.41-0.71)***
ADL 分數				
75 分以下	194195 (77.9)	781 (73.5)	ref	ref
80-85 分	41005 (16.4)	178 (16.8)	1.08 (0.92-1.27)	1.01 (0.85-1.19)
90-100 分	14188 (5.7)	103 (9.7)	1.81 (1.47-2.22)***	1.49 (1.21-1.83)***
IADL 分數				
0-2 分	175893 (70.5)	526 (49.5)	ref	ref
3-6 分	45142 (18.1)	279 (26.3)	2.07 (1.79-2.39)***	2.24 (1.93-2.59)***
7 分以上	28353 (11.4)	257 (24.2)	3.03 (2.61-3.52)***	3.53 (3.03-4.1)***

*表示 $p<0.05$ 、**表示 $p<0.01$ 、***表示 $p<0.001$

-無法進行分

3. 長照個案主要照顧者之身心健康需求調查

1) 社會人口學特性

總回收 137 份問卷(有效問卷 129 份)，分析各社會人口學變項：性別以女性居多，占近八成；平均年齡為 55.9 歲，其中將近六成是 46-64 歲的中年族群，65 歲以上的老年照顧者也占了將近四分之一的比例；在教育程度方面，高中職以下居多，其次為專科大學；婚姻狀態則過半為已婚/同居，單身次之；宗教信仰方面，最多為基督教/天主教及其他，佛教居次，也有 15.5% 的照顧者表示無宗教信仰；就業的情形，將近五成的照顧者是無業的狀態，就業者約佔三成五，餘下則為家管；此次接受調查者有七成居住在北部；在家庭年收入方面，以 35 萬元以下為最多，其次為 35-65 萬，照顧者自覺的經濟狀況平均來說稍差；有四分之一的照顧者本身也領有身心障礙手冊。

表8-1-12、社會人口學特性 (N=129)

	n (%) / Mean \pm SD
性別	
男	29 (22.7)
女	100 (77.3)
年齡	55.9 \pm 12.3
23-46	22 (17.1)
46-64	75 (58.1)
65 以上	32 (24.8)
教育程度	
高中職以下	59 (45.8)
專科大學	55 (42.6)
研究所以上	15 (11.6)
婚姻狀態	
單身	38 (29.5)
已婚/同居	72 (55.8)
離婚/分居/喪偶	19 (14.7)
宗教信仰	
佛教	38 (29.5)

表8-1-12、社會人口學特性 (N=129)

	n (%) / Mean \pm SD
道教/民間信仰	27 (20.9)
基督教/天主教及其他	44 (34.1)
無	20 (15.5)
就業情況	
就業中	44 (34.1)
無業	64 (49.6)
家管	21 (16.3)
居住區域	
北部	91 (70.5)
中/南/東部及離島	38 (29.5)
家庭年收入 (n=122)	
35萬以下	46 (37.7)
36-65萬	41 (33.6)
65-91萬	18 (14.8)
92萬以上	17 (13.9)
自覺經濟狀況(1~5*)	2.67 \pm 0.83
照顧者領有身心障礙手冊	33 (25.6)

*1分非常差，2稍差，3普通，4好，5非常好。

2) 照顧者與被照顧者背景資料

(1) 被照顧者障礙類別與ICD診斷

被照顧者最多的診斷為神經系統構造及精神、心智功能障礙，有將近八成的被照顧者具有此障礙之診斷，其次為ICD診斷-其他，接著依序為神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能，涉及聲音與言語構造及其功能，以及發展遲緩。

表8-1-13、被照顧者障礙類別與ICD診斷 (N=121)

障礙類別	n (%)	排序
第一類-神經系統構造及精神、心智功能	96 (79.3)	1
第二類-眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	9 (7.4)	
第三類-涉及聲音與言語構造及其功能	16 (13.2)	4

表8-1-13、被照顧者障礙類別與ICD診斷 (N=121)

	n (%)	排序
第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	6 (5.0)	
第五類-消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	9 (7.4)	
第六類-泌尿與生殖系統相關構造及其功能	6 (5.0)	
第七類-神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	22 (18.2)	3
第八類-皮膚與相關構造及其功能	2 (1.7)	
第九類-罕見疾病	3 (2.5)	
第十類-其他類	8 (6.6)	
第十一類-發展遲緩類	10 (8.3)	5
ICD 診斷		
G80(腦性麻痺患者)	2 (1.7)	
S14、S24、S34(脊髓損傷患者)	1 (0.8)	
R40.2、R40.3(植物人)	0	
其他*	35 (28.9)	2

*細項未填寫

(2) 照顧者與被照顧者的關係

有超過半數的照顧者是晚輩身分，女兒最多，占了總數的四分之一，兒子次之；第二大類為長輩照顧者，最多為母親，其次為父親；也有五分之一為平輩，其中以配偶居多。

表8-1-14、照顧者與被照顧者的關係

兩者關係	n (%)	排序
晚輩	68 (52.7)	
女兒	33 (25.6)	1
兒子	25 (19.4)	2
媳婦	4 (3.1)	
女婿	2 (1.6)	
孫女	3 (2.3)	
姪女	1 (0.8)	
平輩	26 (20.2)	
配偶	20 (15.5)	4
兄弟姊妹	6 (4.7)	

表8-1-14、照顧者與被照顧者的關係

兩者關係	n (%)	排序
長輩	35 (27.1)	
母親	22 (17.1)	3
父親	11 (8.5)	5
公婆	1 (0.8)	
外祖母	1 (0.8)	

(3) 照顧背景資料

分析照顧工作資歷，有六成五左右的照顧者已經持續照顧個案達六年以上，其次為照顧一到三年之間；而在照顧工作上所付出的時間，每週平均為 6.2 天，每日平均為 12.7 小時。對比中華民國家庭照顧總會於 2007 年進行的調查，發現國內的家庭照顧者平均照顧的年數為 9.9 年，每天 13.6 小時，顯示照顧個案確實為相當長期的工作，且會對照顧者本身的生活影響甚鉅。

有超過八成的照顧者與個案同住，家庭內同住的平均人數為 2.2 人，可輪流照顧的人力為 1.0 人；關於個案的照顧需求程度，有三成四的照顧者表示個案不能獨自留置在家，其次為個案可獨自留在家中一到三小時。在本調查中也有一成七的照顧者同時有照顧其他失能家人或 3 歲以下幼兒，其平均照顧人數為 1.3 人。

表8-1-15、照顧背景資料

	n (%)/ Mean \pm SD
照顧資歷	
1年以內	4 (3.1)
1-3年	29 (22.5)
4-5年	13 (10.1)
6年以上	83 (64.3)
每週照顧日數區間 (n=111)	1-7
每週照顧日數平均 (n=111)	6.2 \pm 1.5
每日照顧時間區間(小時) (n=116)	2-24
每日平均照顧時間(小時) (n=116)	12.7 \pm 7.7
與被照顧者同住 (n=127)	107 (84.3)
同住人數(不含自己) (n=126)	2.2 \pm 1.3

表8-1-15、照顧背景資料

	n (%) / Mean \pm SD
同時有照顧其他失能家人或3歲以下幼兒(n=121)	21 (17.4)
照顧人數(n=19)	1.3 \pm 0.6
家庭內可輪流照顧的人力(n=124)	1.0 \pm 1.0
個案可獨自留置在家時數(n=128)	
不可單獨在家	43 (33.6)
未滿一小時	12 (9.4)
一小時~未滿三小時	35 (27.3)
三小時~未滿六小時	24 (18.8)
六小時~未滿九小時	4 (3.1)
九小時以上	10 (7.8)

3) 主要照顧者健康狀態

為了解照顧者的心理健康狀態，首先以心情溫度計進行調查，發現有超過半數的照顧者在六分以上，有 12.5% 的照顧者的自殺意念在 2 分以上；再以簡明心理健康篩檢表施測，有六成六的照顧者總分在四分以上。

在整體健康方面，有五成的照顧者本身有確定診斷的疾病，自覺身體健康程度平均為 2.8 分(1 分非常差，2 分稍差，3 分普通，4 分好，5 分非常好)，接近普通；自覺心理健康平均為 2.9 分，亦平均為普通程度；控制目前健康或疾病狀態的信心程度為 68.3 分(滿分 100 分)。

表8-1-16、主要照顧者健康狀態

	n (%) / Mean \pm SD
心情溫度計分數 (n=120)	
<6分	57 (47.5)
\geq 6分	63 (52.5)
BSRS_1_失眠	1.4 \pm 1.1
完全沒有	29 (24.2)
輕微	37 (30.8)
中等程度	35 (29.2)
厲害	13 (10.8)
非常厲害	6 (5.0)

表8-1-16、主要照顧者健康狀態

	n (%) / Mean \pm SD
BSRS_2_焦慮	1.3 \pm 1.1
完全沒有	34 (28.3)
輕微	42 (35.0)
中等程度	27 (22.5)
厲害	14 (11.7)
非常厲害	3 (2.5)
BSRS_3_易怒	1.4 \pm 1.1
完全沒有	27 (22.5)
輕微	38 (31.7)
中等程度	37 (30.8)
厲害	12 (10.0)
非常厲害	6 (5.0)
BSRS_4_憂鬱	1.2 \pm 1.1
完全沒有	36 (30.0)
輕微	42 (35.0)
中等程度	26 (21.7)
厲害	12 (10.0)
非常厲害	4 (3.3)
BSRS_5_自卑	0.9 \pm 1.1
完全沒有	57 (47.5)
輕微	33 (27.5)
中等程度	16 (13.4)
厲害	13 (10.8)
非常厲害	1 (0.8)
自殺意念	0.5 \pm 0.8
<2分	105 (87.5)
≥2分	15 (12.5)
完全沒有	85 (70.9)
輕微	20 (16.7)
中等程度	10 (8.3)
厲害	4 (3.3)
非常厲害	1 (0.8)

表8-1-16、主要照顧者健康狀態

	n (%) / Mean \pm SD
簡明心理健康篩檢表(0-9 [^])	
<4分	41 (34.2)
≥4分	79 (65.8)
在一生中曾經傷害過自己或企圖自殺	24 (20.0)
現在(仍)會想著「未來要自殺」	13 (10.8)
曾經因為過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	8 (6.7)
情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	38 (31.7)
照顧者有確定診斷的疾病(n=128)	64 (50.0)
自覺身體健康(1~5 [*])(n=128)	2.8 \pm 0.8
自覺心理健康(1~5 [*])	2.9 \pm 1.0
控制目前健康或疾病狀態的信心程度(0~100)	68.3 \pm 21.3

*1 非常差，2 稍差，3 普通，4 好，5 非常好。

[^]前五題心情溫度計原始分數1分以上採計為篩檢1分。

4) 資源使用與求助行為

(1) 需要的資源

根據本調查的照顧者表示，最需要的資源為居家照顧、臨時及短期照顧服務，有近四成的照顧者提出有此資源之需求，其次依序為日間照顧機構、社會福利服務或經濟扶助，均約三成左右，亦有兩成表示需要精神科/身心科醫療；有將近四分之一的照顧者表明無資源需求。

表 8-1-17、需要的資源

	n (%)	排序
無	32 (24.8)	4
醫療-精神科/身心科	26 (20.2)	5
醫療-其他科別(非精神科)	24 (18.6)	
健康促進或保健諮詢(如衛生所、診所)	19 (14.7)	
心理諮商/協談(如心理治療所、社區心理衛生中心)	24 (18.6)	
社會福利服務或經濟扶助(如房屋補助、輔具、收入等經濟補助)	38 (29.5)	3
法律扶助	17 (13.2)	
特殊教育學校	3 (2.3)	

表 8-1-17、需要的資源

	n (%)	排序
日間照顧機構	41 (31.8)	2
全日型安置照顧機構(如全日型住宿、護理之家、精神護理之家、老人養護中心)	21 (16.3)	
居家照顧、臨時及短期照顧服務	50 (38.8)	1
其他	8 (6.2)	

(2) 曾使用過的資源

分析照顧者使用過的資源，最多為日間照顧機構，有三成八使用過此項，居家照顧、臨時及短期照顧服務則次之，比例約三成二，接著為醫院就醫，精神科/身心科有二成七，非精神科別也有二成一左右，另有將近兩成的照顧者使用過社會福利或經濟扶助資源。

表 8-1-18、曾使用過的資源

	n %	排序
無	22 (17.1)	
醫院-精神科/身心科	35 (27.1)	3
醫院-其他科別(非精神科)	27 (20.9)	4
診所-精神科/身心科	5 (3.9)	
診所-其他科別(非精神科)	13 (10.1)	
衛生所	15 (11.6)	
社區心理衛生中心	5 (3.9)	
自費心理治療/諮商輔導資源	8 (6.2)	
電話或網路協談	11 (8.5)	
社會福利或經濟扶助	24 (18.6)	5
法律扶助	6 (4.7)	
特殊教育學校	15 (11.6)	
日間照顧機構	49 (38.0)	1
全日型安置照顧機構(如全日型住宿、護理之家、精神護理之家、老人養護中心)	6 (4.7)	
居家照顧、臨時及短期照顧服務	41 (31.8)	2
其他	6 (4.7)	

(3) 未使用所需要的資源之原因

本調查亦重視照顧者為何未使用所需要的資源，有將近五成五的照顧者表示覺得自己目前還可以承受照顧工作，暫不需要資源，其次，有兩成三的照顧者認為資源提供的服務並不符合其需求，其他原因尚有費用太高(一成八)、不知道如何獲得或使用資源(一成七)、地點不方便(一成五)，另有一成五的照顧者表示自己過於忙碌以致沒有多餘時間可以向外尋求資源

表 8-1-19、未使用所需要的資源之原因 (N=126)

	n (%)	排序
地點不方便	19 (15.1)	
費用太高	22 (17.5)	3
覺得自己還可以承受，目前不需要	69 (54.8)	1
過於忙碌，已沒有多餘時間可以向外尋求資源 協助	19 (15.1)	
資源提供的服務不符合需求	29 (23.0)	2
不知道如何獲得或使用資源	21 (16.7)	
其他	11 (8.7)	

表 8-1-19 則透過 Spearman 相關性分析發現，被照顧者疾病為第一類-神經系統構造及精神、心智功能其心情溫度計總分較高 $r=0.191$ ，而若被照顧者疾病第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能，則簡明心理健康篩檢表總分較高 $r=0.231$ ，而若照顧者有與家人同住抑或是有照顧幫手，不論心情溫度計或是心理健康篩檢表總分均較沒有顯著低。

表 8-1-19、被照顧者特性及照顧者工作與心情溫度計及簡明心理健康篩檢標相關性分析

	BSRS-5 分數	簡明心理健康 篩檢表
第一類-神經系統構造及精神、心智功能	.191*	0.156
第二類-眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	-0.066	-0.029
第三類-涉及聲音與言語構造及其功能	0.116	0.121
第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	0.174	.231*
第五類-消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	-0.040	-0.051

表 8-1-19、被照顧者特性及照顧者工作與心情溫度計及簡明心理健康篩檢標相關性分析

	BSRS-5 分數	簡明心理健康篩檢表
第六類-泌尿與生殖系統相關構造及其功能	0.097	0.141
第七類-神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	0.076	0.099
第八類-皮膚與相關構造及其功能	0.103	0.118
第九類-罕見疾病	0.103	0.118
第十類-其他類	-0.002	-0.004
第十一類-發展遲緩類	-0.177	-0.163
G80(腦性麻痺患者)	0.029	0.006
S14、S24、S34(脊髓損傷患者)	-0.118	-0.101
其他*	-0.095	-0.139
照顧工作年數	0.008	-0.006
一週照顧天數	0.061	0.030
一天照顧時數	0.141	0.162
是否與個案同住	-0.004	-0.071
與家人同住	-.401**	-.378**
照顧其他人	0.031	0.024
照顧其他家人人數	-0.378	-0.348
照顧幫手	-.267**	-.301**
只有個案一人	-0.016	-0.060

4. 結論

1) 照顧者相關結論

綜觀長照照顧者身心調查結果，可以發現主要照顧者以女性為主，中年族群為多，有四分之一的照顧者更是 65 歲以上的老年族群；另外也發現本族群有 25.6% 領有身心障礙證明，並有五成的照顧者表示自己有確定的疾病診斷，超過半數的照顧者近期處在輕度以上的心情發燒狀態 (BSRS≥6)，12.5% 的照顧者有中度以上的自殺意念，均顯示了照顧者本身的身心健康未必呈現良好的狀態，卻仍然要負擔長期的照顧工作。而被照顧者疾病為第一類-神經系統構造及精神、心智功能及第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造其功能其心理健康需特別注意，若照顧者有與家

人同住或有照顧幫手都是強力的保護因子。

由照顧者資料串連進一步分析結果，發現自殺企圖風險與身心障礙及低收入戶具有顯著相關性，自覺經濟上感到相當困難其自殺風險亦顯著較高，進一步分析發現主要可能與房租、醫療費用龐大有關係；而照顧者自覺健康很不好或不太好也會造成較高的自殺風險，而疾病以腦血管意外(中風)、暫時性腦部缺血(小中風)、精神疾病(憂鬱症、思覺失調症等)、冠狀動脈疾病(心絞痛、心肌梗塞等)、泌尿道生殖系統疾病(良性攝護腺肥大、腎衰竭、子宮肌瘤等)、癌症(過去 5 年內)及消化系統疾病(肝膽腸胃)其自殺風險都顯著較高，因此針對照顧者具有上述特性，後續宜提供 BSRS-5 心情溫度計或轉介精神醫療資源給個案，以利早期發現個案自殺風險。

在資源的使用上，以日間照顧機構及居家照顧、臨時及短期照顧服務為照顧者需要且有使用的主要資源，有五成五的照顧者認為自己目前尚可承擔照顧工作，故不需要尋求資源的協助。

2) 被照顧者相關結論

長照需要等級 CMS、ADL 及 IADL 可能為長照自殺風險的重要危險因子，而國外研究方面，也發現 ADL 及 IADL 與自殺意念及自殺企圖的風險具有相關性(Meltzer et al., 2012; Zhang, Sun, Zhou, Ge, & Qian, 2018)，而本研究分析結果雖然顯示 IADL、ADL 分數較高之個案自殺死亡風險顯著較高，但可能是 IADL、ADL 分數較高的個案自殺計畫執行率較高所導致，其他香港及澳洲研究也有類似的發現(B. Murphy et al., 2019; Tsoh et al., 2005)；年齡層越高其自殺風險越低，由分析結果顯示年齡層越高，反而自殺風險較低，此與台灣年齡層越高自殺風險越高結果恰巧相反(Snowdon, Chen, Zhong, & Yamauchi, 2018)，而澳洲的資料串連分析護理之家的老人也發現到年齡層越高自殺風險反而越低(B. Murphy et al., 2019)，可能的原因則為年紀越大的個案，其較高比例的失能，導致自殺風險相對較低，未來若樣本數足夠，可針對不同的年齡層，更進一步探討不同的年齡層與自殺危險因子相關性；障礙類別方面則以第一類 神經系統構造及精神、心智功能需注意其自殺風險，不論個案是否有接受長照服務，其自殺企圖風險均顯著較高，肢體障礙類別自殺風險較低則可能與此類個案在自殺企圖計畫執行上較有困難，導致其自殺風險較低；而在未接受長照服務及有接受長照服務之個案在各變項自殺風險則差異不大，但有可能是因為樣本數不夠大的關係，以致於無法有太多推論性分析結果。

5. 研究限制

照顧者的自殺風險、被照顧者的自殺風險及照顧者身心健康調查中，樣本數過少都是一個相當大限制，問卷部分蒐集也因為是由提供特定的長照據點進行收案，因此在被照顧者疾病及照顧者特性同質性過高，並可能導致選擇性偏差的偏誤，而在照顧者資料庫及被照顧者的串聯分析部分，則因為未能取得除 109 年外的自殺企圖及自殺死亡資料，導致自殺占整體的比例過低，推論結果因此可能不具代表性或是推論統計不易達到顯著性，故未來仍需要更多的研究來驗證其正確性。

在照顧者負荷量表部分，依據 104 年建置建置全國家庭照顧者網絡及輔導計畫期末報告，負荷量表可分為身體負荷、情緒負荷、關係負荷、時間負荷、經濟負荷、正向感受及未歸類項目，共七類(陳、張、魏、黃，民 104)，然而未能取得各題項分數，以致於本研究未能進一步各類負荷與自殺風險之相關性，而雖然照顧者普遍有疾病或大於 65 歲以上，符合高風險初篩指標之描述(陳景寧, 108 年)，然而在高負荷初篩指標欄位大部分都是空白，因此也導致在高負荷初篩指標的分析難有結果。

不同疾病之照顧者面臨的壓力可能不同，然目前多數研究幾乎針對失智症、癌症、中風被照顧者進行照顧壓力之探討。研究指出，**被照顧者為神經病症的照顧者**是社交孤立、情緒負擔及生活品質減損的危險因子(Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1995; Thommessen et al., 2002)，失智症照護者因被照顧者病程的演進，負荷量及憂鬱程度較其他疾病照顧者高，照護相關的生活質量水平亦較低(Crellin, Orrell, McDermott, & Charlesworth, 2014; Karg, Graessel, Randzio, & Pendergrass, 2018; Liu et al., 2021)，國內研究則發現輕度失智症照顧者，更可能忽略自己身心的健康、拖延就醫(詹書媛，游曉微，楊銘欽，李玉春，& 陳雅美，民 107)，而針對失智症方面，國內已有失智症共照中心、全國失智症社會支持中心等完善社會福利，而未來如何繼續針對其他可能造成高負荷疾病之照顧者仍需更多研究來探討。

在被照顧者之 ADL 及 IADL 則亦未能取得各題分數，以致無法進一步探討各題項分數與自殺相關性，亦未能探討個案是否有自殺意念與 IADL、ADL 之間的關係，國外研究則發現在 IADL 中認知相關的任務如果有障礙的，則更有可能有自殺的風險(Meltzer et al., 2012)，國內相關研究則較少，同時本研究未能針對被照顧者之挫折容忍及挫折因應等情緒因素一起納入分析，以致分析結果存在干擾變數而未校正，進而導致辛普森

謬誤(simpson's paradox)，未來研究需針對 ADL、IADL 各題項進一步分析，同時探討其他干擾變數對自殺企圖造成的影響、自殺意念與 IADL 及 ADL 之間的關係，以更全面了解被照顧者相關自殺危險因子。

6. 策略建議

1) 照顧者相關策略建議

家庭照顧者自殺防治策略可分一級、二級與三級預防之概念，強化大眾宣傳、症狀辨識(如憂鬱、焦慮)及後續資源連結。

(1) **指標性策略**：強化網絡合作、關懷支持，提升相關網絡單位或跨領域聯結有其必要，而新北市家庭照顧者關懷協會與新北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心、自殺關懷訪視員、社區關懷訪視員之資源連結、互相勾稽名單是相當好典範，尤其針對三級預防，跨網絡合作並針對高自殺風險個案轉介精神醫療資源是後續相當重要的保護因子，其現況做法可供參考。

(2) **選擇性策略**：

以早期發現、早期辨識照顧者自殺危險因子(如急/慢性壓力反應：心情發燒)為原則，以及實證資料為基礎之可能危險因子(如表 8-1-21)，另外可針對在職照顧者提供心情篩檢與諮詢媒合、社區鄰里也可轉介高風險照顧者至心衛中心早期評估、醫院針對高風險照顧者轉介院內資源暨心情篩檢等，以實踐早期篩檢、完整評估的精神。

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，而針對高自殺風險提供喘息服務亦能減少照顧者壓力源。

表 8-1-21 照顧者可能自殺危險因子

類別	危險因子
身分別	<ul style="list-style-type: none">● 身心障礙● 低收入戶
經濟相關	<ul style="list-style-type: none">● 自覺經濟上感到相當困難：房租、醫療費用龐大
疾病相關	<ul style="list-style-type: none">● 腦血管意外(中風)、暫時性腦

部缺血(小中風)

- 精神疾病(憂鬱症、思覺失調症等)
 - 冠狀動脈疾病(心絞痛、心肌梗塞等)
 - 泌尿道生殖系統疾病(良性攝護腺肥大、腎衰竭、子宮肌瘤等)
 - 癌症(過去 5 年內)
 - 消化系統疾病(肝膽腸胃)
-

(3) 全面性策略：

在家庭照顧者支持服務當中，策略性會談之服務，未來應可由專家學者協助擬定服務之策略並強化精神醫療資源連結；鑑於高風險個案大多並未使用長照資源，因此針對媒體之報導宜附上放上長照專線 1966 及家庭照顧者關懷專線 0800-50-7272 及安心專線 1925，以提升照顧者求助資源可及性，除此之外針對一般大眾亦需強化對剛成為照顧者的自殺危機辨識。

同時針對照顧者社交、情緒支持應給予評估，根據國外大型追蹤調查發現低社交支持為自殺意念的危險因子(Joling, ten Have, de Graaf, & O’ Dwyer, 2019)，另一份國外研究則針對民國 106 年以前的文獻進行系統性回顧，發現感受到社交支持能減少照顧者負荷，而國內學者回顧民國 79 年至民國 89 年的國內雜誌發現與社會支持程度與照顧者負荷是具相關性的(邱啟潤, 許淑敏, & 吳瓊滿, 民 91)，國內另一份調查高雄及屏東的照顧者也發現社交支持能預測照顧負荷(Chiou, Chang, Chen, & Wang, 2009)，綜合國內外文獻來看，社交支持對於照顧者是重要的保護因子，除此之外，復原力亦是另一個重要的保護因子，包含機敏(resourcefulness)和統合感(sense of coherence)，而未來在照顧者負荷的評估上可納入轉介單，讓照顧者自殺風險能更系統性的評估。

2) 被照顧者相關策略建議

長照需求等級 CMS 等級中等至偏低、ADL 分數及 IADL 分數較高可能為重要自殺的危險因子，雖然一般認為老人身體功能喪失有可能進一步

導致自殺風險較高，但在分析結果顯示，功能較好的老人自殺風險較高，上也因此在選擇性策略方面，此類人口群是重要的標的，因此包含守門人訓練裡提高相關人員對此類型個案的自殺危機敏感度、審慎評估是否有其他危險因子，提供心情溫度計，並針對此類型個案轉介精神醫療資源；另外 ADL 分數高執行行動力尚可且 IADL 分數高認知感受仍保有，對於被照顧者的角色的適應及其情緒行為因應，包括自殺行為的發生，實應深入關懷及協助引導調適。

障礙類別方面則以第一類 神經系統構造及精神、心智功能自殺風險較高，因此針對此類被照顧者其自殺風險辨識是相當重要的，然而由於此類別包含智能障礙者、植物人、失智症者、自閉症者、慢性精神病患者、頑性(難治型)癲癇症者，共六類疾病，而根據 109 年全國自殺防治中心的研究指出，101-106 年老年人自殺危險性最高的疾病為憂鬱症，而老人的憂鬱症狀一般以非典型的症狀的產生，機構內的員工或其照顧者在辨識其他的自殺危險因子敏感度提升亦是重要的選擇性策略，危險因子則包含孤獨感、社交支持薄弱、罹患多種慢性疾病，除此之外，(蘇南榮 & 黃亮韶，民 104)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(Chauliac et al., 2020; Mezuk et al., 2015)，都有助於自殺危機的提前發現。

五、附件

8-1-1、長照家庭照顧者自殺防治專案小組專家會議紀錄

8-1-2、長照個案主要照顧者之身心健康需求調查

Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304

Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843-849. doi:10.1161/01.str.26.5.843

Chang, S. S., Sterne, J. A., Lu, T. H., & Gunnell, D. (2010). 'Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2), 143-152. doi:10.1007/s00127-009-0049-x

Chauliac, N., Leaune, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. 33(6), 307-315. doi:10.1177/0891988719892343

- Chiou, C. J., Chang, H.-Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 419-424. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.04.001>
- Crellin, N. E., Orrell, M., McDermott, O., & Charlesworth, G. (2014). Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*, 18(8), 954-969. doi:10.1080/13607863.2014.915921
- Dong, X., Chang, E. S., Zeng, P., & Simon, M. A. (2015). Suicide in the global chinese aging population: a review of risk and protective factors, consequences, and interventions. *Aging and disease*, 6(2), 121-130. doi:10.14336/AD.2014.0223
- Huang, Y. C., Hsu, S. T., Hung, C. F., Wang, L. J., & Chong, M. Y. (民 107). Mental health of caregivers of individuals with disabilities: Relation to Suicidal Ideation. *Compr Psychiatry*, 81, 22-27. doi:10.1016/j.comppsych.2017.11.003
- 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), 320-320. doi:10.1186/s12888-019-2317-y
- 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
- Karg, N., Graessel, E., Randzio, O., & Pendergrass, A. (2018). Dementia as a predictor of care-related quality of life in informal caregivers: a cross-sectional study to investigate differences in health-related outcomes between dementia and non-dementia caregivers. *BMC Geriatr*, 18(1), 189. doi:10.1186/s12877-018-0885-1
- Liu, H. Y., Hsu, W. C., Shyu, Y. L., Wang, Y. N., Huang, T. H., Lin, Y. E., & Huang, C. H. (2021). Finding a balance in family caregiving for people with dementia: A correlational longitudinal study. *J Adv Nurs*, 77(5), 2278-2292. doi:10.1111/jan.14747
- Meltzer, H., Brugha, T., Dennis, M. S., Hassiotis, A., Jenkins, R., McManus, S., . . . Bebbington, P. (2012). The influence of disability on suicidal behaviour. *Alter*, 6(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.alter.2011.11.004>
- 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
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(12), 1198-1211. doi:10.1002/gps.4142
- Murphy, B., Kennedy, B., Martin, C., Bugeja, L., Willoughby, M., & Ibrahim, J. E. (2019). Health and Care Related Risk Factors for Suicide Among Nursing Home Residents: A Data Linkage Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 695-706.
doi:<https://doi.org/10.1111/sltb.12465>
- Murphy, B. J., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J. E. (2015). Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(8), 802-814.
doi:10.1002/gps.4299
- O'Dwyer, S., Moyle, W., & van Wyk, S. (2013). Suicidal ideation and resilience in family carers of people with dementia: a pilot qualitative study. *Aging Ment Health*, 17(6), 753-760.
doi:10.1080/13607863.2013.789001
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2013). Suicidal ideation in family carers of people with dementia: a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(11), 1182-1188.
doi:10.1002/gps.3941
- 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
- Park, B., Kim, S. Y., Shin, J. Y., Sanson-Fisher, R. W., Shin, D. W., Cho, J., & Park, J. H. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in anxious or depressed family caregivers of patients with cancer: a nationwide survey in Korea. *PLoS ONE*, 8(4), e60230.
doi:10.1371/journal.pone.0060230
- Snowdon, J., Chen, Y.-Y., Zhong, B., & Yamauchi, T. (2018). A longitudinal comparison of age patterns and rates of suicide in Hong Kong, Taiwan and Japan and two Western countries. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 15-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.020>
- 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>
- Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A. R., Engedal, K., & Laake, K. J. I. j. o. g. p. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. 17(1), 78-84.
- Tsoh, J., Chiu, H. F. K., Duberstein, P. R., Chan, S. S. M., Chi, I., Yip, P. S. F., & Conwell, Y. (2005). Attempted Suicide in Elderly Chinese Persons: A Multi-Group, Controlled Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 562-571.
doi:<https://doi.org/10.1097/00019442-200507000-00004>

- Zhang, L., Sun, L., Zhou, C., Ge, D., & Qian, Y. (2018). The Relationship Between Difficulties in Daily Living and Suicidal Ideation Among Older Adults: Results From a Population-Based Survey in Shandong. *206*(3), 211-216. doi:10.1097/nmd.0000000000000794
- 邱啟潤, 許淑敏, & 吳瓊滿. (民 91). 主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧. [Literature Review of Primary Caregivers' Burden, Stress and Coping in Taiwan Research]. *4*(4), 273-290. doi:10.6563/tjhs.2002.4(4).1
- 侯慧明, & 陳玉敏. (民 97). 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
- 陳景寧. (108 年). 我國家庭照顧者支持網絡系統. [Taiwan's Family Caregivers Support Network]. *23*(1), 11-21. doi:10.6317/ltc.201907_23(1).0002
- 彭雅莉. (民 101). 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)
- 詹書媛, 游曉微, 楊銘欽, 李玉春, & 陳雅美. (民 107). 失智症與非失智症長者之照顧者醫療服務利用之比較. [Comparison of healthcare utilization between caregivers of dementia and nondementia older adults]. *37*(6), 664-675. doi:10.6288/tjph.201812_37(6).107074
- 蘇南榮, & 黃亮韶. (民 104). 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

COVID-19 及大規模傳染病之心理健康與自殺防治

一、 背景 (Context)

世界衛生組織(WHO)於 109 年 3 月 11 日正式宣布新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行，也為全世界的健康敲響警鈴。由於新冠病毒的特性，造成大流行初期持續攀高的死亡率，感染後亦需經歷較長的復原期，因此加深人們對新冠病毒的恐懼。

根據台灣自殺防治學會 109 年 7 月調查顯示，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。本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，以及民調收集資料進行分析，針對 COVID-19 新冠肺炎及大規模傳染病與心理健康與自殺提出具體之防治策略，供政府及有關單位參考，以因應後續可能帶來之影響，並及早擬定適宜我國之防治策略。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組、教育宣導組、專家學者小組。

2) 文獻蒐集

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、高雄市立凱旋醫院周煌智院長、神經精神科陳偉任主任、臺中榮民總醫院嘉義分院黃敏偉副院長、台北市立聯合醫院松德院區陳映燁醫師、台大醫院精神醫學部心身醫學科廖士程主任、臺灣大學護理學系研究所吳佳儀副教授、健康行為與社區科學研究所張書森副教授。

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

由李明濱計畫主持人督導，以高雄市立凱旋醫院周煌智院長為總召集人，協同陳俊鶯副主任指導本中心業務承辦成員執行本案，並邀請相關領域專家學者含精神醫學、流行病學、心理學等，定期召開會議討論。

2. 文獻收集

透過 Embase，設定關鍵字，並進行系統性文獻收集。使用(COVID-19 & suicide) or (COVID-19 & mental health) & (systemic review)關鍵字進行搜尋，結果與自殺相關文獻共 146 篇，與心理健康共 65 篇，經過中心內部初步篩選自殺相關一共 56 篇、心理健康共 45 篇，經過初步文獻翻譯摘要及內部會議初步討論，國內文獻則由國內專家學者分別提供，並進行整理。

3. 資料分析

運用 107-109 年全國抽樣自殺防治調查，針對各族群的心情溫度計總分平均、簡明心理健康篩檢表總分進行中斷時間序列分析，藉以研析台灣民眾心理健康是否有受到 COVID-19 之疫情影響，軟體使用 SAS 9.4 進行分析。

四、 成果 (Product)

1. COVID-19 對心理健康與自殺的影響之防治策略文獻蒐集

由本中心業務負責同仁，蒐集近幾年發表之國內外重大災難與心理健康及自殺相關之文章，共計 211 篇，並進行初步篩選及摘要閱讀翻譯和整理，將文章分成自殺與心理健康 2 部分，再將其文章分門別類規於專屬之類別，如醫療照顧者、青少年、年長者、心理疾患病人等，最後將類別文章提到之內容彙整於專文中。

2. COVID-19 對心理健康與自殺的影響之防治策略

109 年初 COVID-19 的爆發對全世界所造成的影响，不只是生理上，心理上的影響更是不容忽視；心理的影響根據聯合國指出每 5 人就有超過 1 人心理健康出現問題，這當中包含擔心受到感染、死亡甚至是失去家人，受隔離的人亦承受不少的壓力來自與親密的另一伴無法親密互動，而婦女與小孩受到暴力對待的機率也大幅提高；不正確的資訊傳播、新聞的反覆播放都加深人們對未來的不確定與恐懼，在社會大眾可能承受諸多壓力下，醫療體系與心理衛生資源更顯的重要。心理健康策略針對 COVID-19 疫情，也要有適當的調整，然而針對災難後的心理健康策略，我國衛福部早在 101 年即出版災難心理衛生課程手冊，內容包含減災預防、應變準備、緊急反應、復原重建以及實務演練等篇章，而

當中提出災難心理衛生的三級防治觀點；另，我國之自殺防治策略，分別為全面性(Universal)、選擇性(Selective)與指標性(Indicated)三面向，且根據不同面向之族群提供適宜之建議。

根據蒐集之文獻與數據撰寫「COVID-19 及大規模傳染病之心理健康與自殺防治」專文，報告內容將針對(1)疫情對心理健康促進與自殺風險的影響、(2)疫情之下的自殺危險因子與心理健康危險因子，以及(3)心理健康相關防治策略，進行深入整理。專文內容詳如附件 8-2-1。

未來隨著疫情嚴重度的發展階段介入適時的心理防護，提升心理健康識能及技巧的網路宣導，並對高風險族群早期介入心理防護，包括心理健康的自我覺察，辨識,評估，並提供心理諮詢及精神醫療的資源。

3. 期中審查建議

1. 針對隔離者與確診者其心理壓力值得重視關注，建議能有進一步調查探討與統計分析呈現

COVID-19 確診者在康復後 6-12 個月其心理壓力、罹患創傷後症候群是需要注意的，根據學者針對過往 MERS 與 SARS 確診者康復後之臨床診斷追蹤進行系統性回顧發現(Ahmed et al., 2020)在出院後的六個月內創傷後壓力症群盛行率(39%, 95% CI 31 – 47%)、憂鬱症盛行率(33%, 95% CI 20 – 50%) 和焦慮症盛行率(30%, 95% CI 10 – 61%)；國內學者曾氏則運用隨機配對分析 SARS 病患的精神疾患與非 SARS 病患，(Tzeng et al., 2020) 發現焦慮、抑鬱、睡眠障礙、創傷後症候群/急性壓力症候群 (PTSD/ASD) 和自殺都與罹患 SARS 具相關性，綜合而言，相較沒有 SARS 的病患，罹患 SARS 的病患得到精神疾病的風險增加 2.8 倍，而近期英國研究 COVID-19 的病患相較一般病房的病患，其 PTSD 的症狀是一般病房的兩倍(Hsieh et al., 2020)，另一份美國的研究(Taquet, Luciano, Geddes, & Harrison, 2021)則發現相較罹患其他疾病，COVID-19 與精神疾病具有相關性，其中以焦慮症、失眠、失智風險最高，雖然台灣目前仍缺乏對 COVID-19 患者後續精神疾病或是心理壓力的分析，但綜合以上研究可以確定 COVID-19 患者康復後，後續精神健康值得持續關注，因此持續提供這些患者適當的精神醫療資源或於出院前進行評估都是必要的。

國外隔離相關研究整理於附件 8-2-1，另外 110 年的民調則顯示，因疫情關係，有 4.9% 民眾經歷自主健康管理，分別各有 1.2% 民眾經歷居家

隔離及居家檢疫。調查最近一週中，民眾因疫情而有下列症狀：您會試著不去想疫情占 28.2%，因為疫情而讓您覺得警覺而無法放鬆占 26.7%，您不想去想疫情，卻不由自主地一再想到疫情占 24.1%，與疫情無關的事物也會讓您聯想到疫情占 15.9%，您因疫情而有許多情緒，但您不想處理占 8.8%，您會因疫情而覺得注意力很難集中占 8.6%，進一步針對有隔離民眾與沒有隔離的民眾分析其心情溫度計總分、簡明心理健康篩檢表總分與寂寞自評總分發現，並無顯著差異，可能與我國提供完善的資源給隔離者有關。

表 8-2-1、110 年民調資料有隔離民眾與沒有隔離民眾之情緒障礙 T 檢定

	有隔離(1)	沒有隔離(2)	T 檢定	
	N=37	N=2078	t 值	差異平均(1)-(2)
BSRS5	0.83±1.66	1.27±2.46	-1.07	-0.43 (-1.23,0.36)
CMHC	0.8±1.16	1.05±1.54	-0.98	-0.25 (-0.75,0.25)
寂寞自評	0.23±0.79	0.24±0.72	-0.06	-0.01 (-0.24,0.23)

2. 台灣的疫情發展與防疫政策及風土民情與國外有甚大差異，建議可以收集國內的本土文獻與資料，作為防疫心理健康的政策規劃參考。

災難精神醫學的重點包含臨床評估、短期的介入與長期追蹤、心理復健與個案處理與追蹤，謝冠瑩與高雄凱旋醫院等學者專家(Hsieh et al., 2020)蒐集相關文獻後，整理出表 8.2.2 作為 COVID-19 疫情下的建議方向，包含辨識災難後創傷壓力症候群(PTSD)的相關危險因子、注意病人病情的波動、疾病相關心理健康教育、電子產品的運用，另外災難中心理健康促進則涵括心理急救 Psychological First Aid、心理紓壓會報 Psychological debriefing、心理健康介入措施與教育 Mental health intervention and psychoeducation。

表 8-2-2、COVID-19 疫情之下心理健康建議

建議	內容
辨識災難後創傷壓力症候群(PTSD)的相關危險因子	教育程度較低 黑人 過往災難創傷史 之前罹患精神疾病包括焦慮和憂鬱症 家族精神疾病史 急性壓力症候群

	創傷性解離(Peritraumatic dissociation)
	創傷嚴重程度較高(Higher trauma severity)
	缺乏社交支持
	額外的生活壓力
注意病人病情的波動	精神科醫師應注意 COVID-19 時期病人病情的變動
疾病相關心理健康教育	在醫療人員進行臨床照護前，進行常見的社會心理影響與支持性心理技能的培訓
電子產品的運用	電子產品可於療養院、護理之家、醫院及監獄運用，以維持個人與家人之間的聯繫。 針對受影響的病人、家人和一般大眾使用電子產品及相關應用提供心理諮詢，以減少感染的風險。

其他國內學者基於台灣過去防疫的經驗，發展社區的危機評估與管理共包含 8 點，分別如 8.2.3(Lo et al., 2020)。

表 8-2-3、社區危機評估及建議

- 與社區居民、衛生醫療專家、防疫專家建立夥伴關係
 - 組織並開發一個共享雲端的平台，提供最新且正確的流行病、疾病預防和社區醫療訊息
 - 組織和實施合適的自我隔離和隔離空間，以及社區互助系統
 - 建立公共社區系統，提高健康水平並提供醫療服務及預防流行病
 - 評估社區防疫的需求，作為規劃及實施防災救難的政策參考
 - 利用智慧技術協助監測社區居民的健康狀況，維持及改善社區的生活品質
 - 提供財務支持、心理支持和持續的需求評估，以減少社區的脆弱性
 - 實施完善的衛生醫療人員照護延續性，並利用高科技以減少醫院、臨床、社區間的間斷，強化社區的能力
-

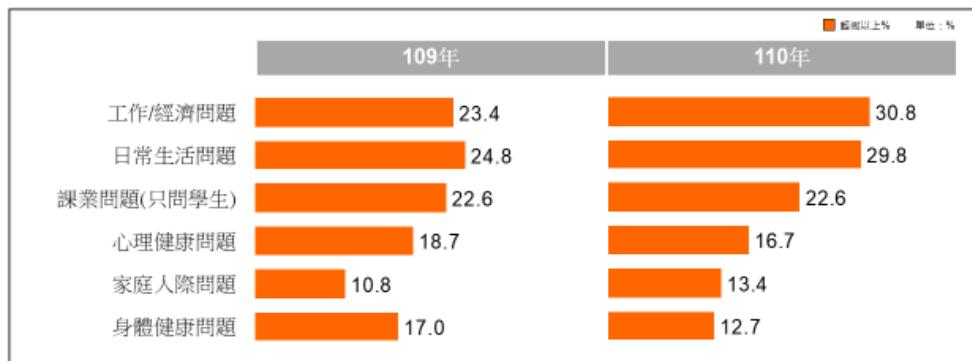
此外，對於災難及防疫心理，媒體扮演極為重要的角色。國外研究則發現 COVID-19 新聞與急性壓力具有相關性(He et al., 2021)，其他研究更指出暴露災難相關資訊的頻率與強度與罹患精神疾病存在劑量效應，而隨著媒體經營與競爭環境的變化，以及網路時代的來臨，民眾接收訊息的模式也逐漸改變。快速的網路媒體時代，數位通訊的便利性，民眾可隨時接收資訊，亦可隨時透過手機的攝影器材將影片傳給媒體，媒體更須堅守社會責任。研究指出，媒體災難畫面的傳播及災難相關的報導與災民的情緒、與 PTSD 的關係，對社會大眾可能會造成明顯困擾，尤其災難相關的報導與兒童和青少年 PTSD 的關係更為密切。

媒體於災難報導需扮演敘說者提供民眾正確的資訊，並且報導正向的新聞，內容可包含教育意義，提高民眾自我防護的意識及價值觀塑造，另提供民眾於災難時的求助資源等管道，扮演安定民心的傳遞者，切勿大量報導負面資訊，進而造成民眾恐慌及學習；國外學者也回顧過去文獻整理出災難報導的建議(Ewart & McLean, 2019)，另外，政府單位及救災人員亦需與媒體保持良好關係，透過媒體傳遞資訊給民眾，以利民眾接收正確之觀念 (陳俊鶯，2020)。

建議透過網絡單位聯繫會議探討疫情二、三級警戒期間對民眾心理健康及相關服務影響，並研提因應措施以備不時之需。

過去1個月以來有無因疫情直接或間接帶給您下述壓力(續)

→ 歷年調查顯示，110年民眾因疫情關係直接或間接帶給您「工作/經濟問題」、「日常生活問題」及「家庭人際問題」情形皆高於109年調查，而「心理健康問題」及「身體健康問題」則低於109年調查。



Q.請問您過去一個月以來，有沒有因疫情關係直接或間接帶給您下述壓力？調查對象：全體受訪者(n=2,119)

36

圖 8-2-1、110 年與 109 年民調疫情所帶來的壓力比較

由於 109、110 年民意調查時間恰巧分別為二及三級警戒期間，故圖 8-2-1 為二、三級警戒期間疫情所帶來的壓力比較圖表，可以發現三級警戒期間工作／經濟問題較二級警戒期間來的較大，相差將近 7.4%，其次為日常生活問題及家庭人際問題。

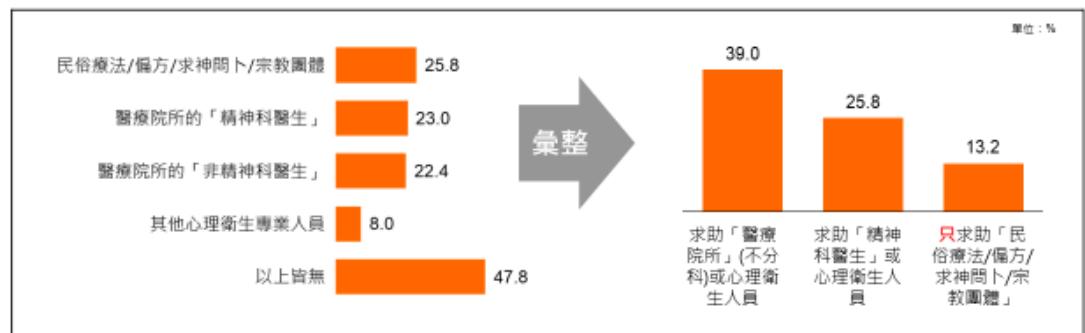
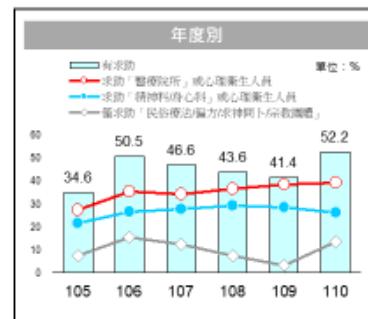
於 110 年 7 月 27 日安心專線自殺防治工作聯繫會議探討疫情三級警戒期間對民眾心理健康及相關服務影響，及 110 年 8 月至 9 月的各縣市自殺防治業務輔導及高致命自殺法工作坊，會中專家學者及訪員提及包含學校通報量減少、醫院、日間照顧、學校輔導室均停止，造成個案可能應該通報而沒有通報，需要去日間復健機構因復健機構關閉而無法

去，需要去醫院就診而沒有就診等影響。另曹馥年(民 110)報導指出部立台東醫院在面對疫情期間醫院轉 COVID-19 專責醫院，造成對精神科病患的許多的不安，包含用藥的轉換所造成的病況不穩，醫師的轉換造成醫病關係的破壞，除此之外，社區關懷訪視員的面訪也因為疫情關係無法輕易面訪個案，造成對個案的病況無法確實掌握，而疫情本身也造成精神病患的狀況更不穩，也增加家屬對病人的擔憂。

同時由 110 年民調也可以看出來民眾在疫情期間求助之比例較往年大幅提高，然而以求助「民俗療法／偏方／求神問卜／宗教團體」之比例較往年來的高，然而進一步分析人口學特性時，並未發現與其他未求助之群體有顯著不同，而未來仍可以針對宗教團體方面與精神醫療資源做連結，以達成網網相連，進而促進民眾精神醫療資源之可近性。

有情緒困擾者向哪些管道求助

- 有情緒困擾問題者有**52.2%**求助 · **39.0%**求助「醫療院所」(不分科)或心理衛生人員 · **25.8%**求助「精神科醫生」或心理衛生人員 · **13.2%**僅求助「民俗療法/偏方/求神問卜/宗教團體」。
- 歷年調查顯示，今年求助比率**52.2%**為歷年最高，只求助「民俗療法/偏方/求神問卜/宗教團體」比率較前二年明顯提升。



Q. 請問您有因剛才提到的這些煩惱或困擾向以下管道求助？(可複選) 調查對象：BSRS-5 檢式量表達 6 分以上者(n=127)

52

圖 8-2-2、110 年民意調查有情緒困擾者之求助管道

因應措施方面則是透過成立緊急因應小組，盤點資源、協調各單位需求，以達到資源利用最大化，提升心理精神服務品質，提高精神醫療資源求助可近性，穩定高風險個案病況等四個面向，具體措施則包含引進 Psychological First Aid(林靜蘭，高瑞勇，丘梅萱，& 涂兆璘，民 110)、針對高風險個案家屬給予緊急求助管道、強化民眾遠距諮詢利用率，強化醫療院所與社區藥局之合作，以利精神病患取得慢性處方藥物、提升

遠距醫療對憂鬱症照護品質，以及將精神病學專家納入全國性的中央協調小組(Huang, Lin, Liu, Yang, & Chiu, 2021)。

五、 附件

附件 8-2-1 COVID-19 及大規模傳染病之心理健康與自殺防治

曹馥年(民 110 年 7 月 9 日) 防疫與家庭照顧壓力的歪斜天平——醫療降載下「非急迫」病家的身影。報導者。民 110 年 7 月 9 日取自

<https://www.twreporter.org/a/covid-19-healthcare-services-reduction>

- Ahmed, H., Patel, K., Greenwood, D. C., Halpin, S., Lewthwaite, P., Salawu, A., . . . Sivan, M. (2020). Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*, 52(5), jrm00063. doi:10.2340/16501977-2694
- Ewart, J., & McLean, H. (2019). Best practice approaches for reporting disasters. 20(12), 1573-1592. doi:10.1177/1464884918757130
- He, X., Zhang, Y., Chen, M., Zhang, J., Zou, W., & Luo, Y. (2021). Media Exposure to COVID-19 Predicted Acute Stress: A Moderated Mediation Model of Intolerance of Uncertainty and Perceived Social Support. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 613368-613368. doi:10.3389/fpsyg.2020.613368
- Hsieh, K.-Y., Kao, W.-T., Li, D.-J., Lu, W.-C., Tsai, K.-Y., Chen, W.-J., . . . Chou, F. H.-C. (2020). Mental health in biological disasters: From SARS to COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 576-586. doi:10.1177/0020764020944200
- Huang, M.-C., Lin, Y.-S., Liu, H.-C., Yang, T.-W., & Chiu, C.-C. (2021). Challenge of caring for patients with severe mental illness during the COVID-19 epidemic in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry*, 55, 102488-102488. doi:10.1016/j.ajp.2020.102488
- Lo, H.-W. A., Huang, J.-J., Chen, C.-C., Tsai, D., Chou, F. H.-C., & Shieh, V. (2020). Community-Based Epidemic Prevention in Taiwan: Combating the Coronavirus Disease-2019 Crisis. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14(3), e15-e16. doi:10.1017/dmp.2020.146
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62,354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140. doi:10.1016/S2215-0366(20)30462-4
- Tzeng, N. S., Chung, C. H., Chang, C. C., Chang, H. A., Kao, Y. C., Chang, S. Y., & Chien, W. C. (2020). What could we learn from SARS when facing the mental health issues related to the COVID-19 outbreak? A nationwide cohort study in Taiwan. *Translational Psychiatry*, 10(1).

doi:10.1038/s41398-020-01021-y

林靜蘭, 高瑞勇, 丘梅萱, & 涂兆璘. (民 110). 疫情下民眾的心理健康. [Public Mental Health during COVID-19 Pandemic]. 16(2), 14-21. doi:10.6847/tjpmhn.202109_16(2).02

兒少及原住民自殺防治策略建議

一、背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)最新的統計，全球每年有逾 70 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., 109; Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2017)。

除青少年族群的自殺問題外，根據 2018 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氏族；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，提出防治策略建議，並配合衛生福利部於 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) 學齡層及原住民全年齡層自殺死亡個案分析：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：由衛生福利部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、衛生福利部統計處、原住民族委員會、社團法人臺灣自殺防治學會。
- 2) 資源連結內容及形式：資料庫、專案小組及會議。

三、過程(Process)

1. 資料蒐集

- 1) 自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：109 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處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 109 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 109 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 109 年自殺死亡個案串聯 95 至 109 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 105-109 年各學齡層通報人次趨勢圖(圖 8-3-1)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。109 年 4 個學齡層總計通報 9,989 人次，占全國通報人次之 24.7%，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 245 人次(占全國通報人次之 0.6%)、國中學齡層通報 2,136 人次(占全國通報人次之 5.3%)、高中學齡層通報 3,082 人次(占全國通報人次之 7.6%)、

大學學齡層通報 4,526 人次(占全國通報人次之 11.2%)。表 8-3-1 為 105-109 年各學齡層通報比，通報比=當年度自殺企圖通報人次／當年度自殺死亡人數，近五年通報比以國中最高，其次為高中、國小、大學。109 年與前一年相比，足見各學齡層通報比皆有明顯上升，與通報人次趨勢攀升的情形相呼應，另外高中學齡層以下的通報比上升，亦值得早期重視其自殺風險。

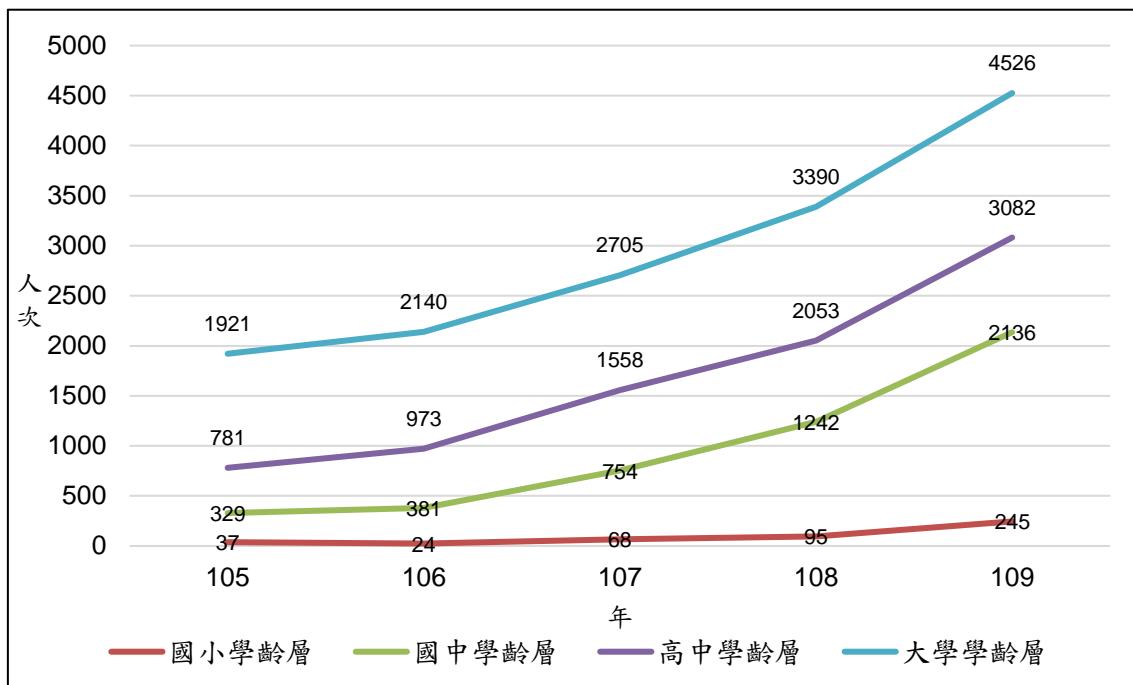


圖 8-3-1、105-109 年各學齡層通報人次趨勢圖

表 8-3-1、105-109 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
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
109	59.5	124.7	98.4	50.1

註 1：105 年及 108 年國小學齡層自殺死亡個案數為 0。

下表(表 8-3-2)為 105-109 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 8-3-2、105-109 年每年各學齡層通報個案 30 天內再自殺人數及再自殺率

年	國小學齡層		國中學齡層		高中學齡層		大學學齡層	
	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
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	9.0
109	7	3.1	183	11.9	268	12.2	410	12.9

(2) 近五年通報個案特性

依據 105-109 年各學齡層男女通報個案人次、占率及性別比的數據(表 8-3-3)，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，109 年的性別比(女/男)上升至 3.4-4.0，高於全國數據的 1.94；反之，近五年中除 108 年外，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，109 年的性別比(女/男)為 0.9。109 年 22 縣市學齡層通報人次部分(圖 8-3-2)，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 3.9 倍，高於全國數據，其次為高雄市，共通報 272 人次，再者為桃園市，共通報 156 人次。高中學齡層與上述排序差異不大，大學學齡層通報人次以新北市 879 人次最多，其次為台中市，共通報 568 人次，再者為高雄市，共通報 553 人次。各學齡層自殺地點依據通報單上自殺地點欄位進行分析，結果如圖 8-3-3，可以發現各學齡層通報個案之自殺地點，(除其他地點外)皆以「自宅」占率最高。

在自殺方式的部分，109 年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」，105-109 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(表 8-3-4)。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，占率排序第三為「精神健康/物質濫用」，109 年占率達 16.3%，其中以憂鬱傾向、罹患憂鬱症及其他精神疾病為主(表 8-3-5)。

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」109年占率上升至58.5%，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(表 8-3-6)。自殺原因方面，109年占率最高為「情感/人際關係」、其次為「校園學生問題」、排名第三為「精神健康/物質濫用」(表 8-3-7)。

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(表 8-3-8)。自殺原因方面，109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 105 年的 29.6% 上升至 109 年的 57.3%，應多加留意(表 8-3-9)。

大學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(表 8-3-10)。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 105 年的 29.6% 上升至 109 年的 55.2%；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 8-3-11)。

表 8-3-3、105-109 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			國中學齡層			高中學齡層			大學學齡層		
	男 N (%)	女 N (%)	女/男	男 N (%)	女 N (%)	女/男	男 N (%)	女 N (%)	女/男	男 N (%)	女 N (%)	女/男
105	26 (70.3)	11 (29.7)	0.4	122 (37.1)	207 (62.9)	1.7	248 (31.8)	533 (68.2)	2.1	620 (32.3)	1301 (67.7)	2.1
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	29	0.7	201	553	2.8	372	1186	3.2	843	1862	2.2
	(57.4)	(42.6)		(26.7)	(73.3)		(23.9)	(76.1)		(31.2)	(68.8)	
108	47	48	1.0	293	949	3.2	434	1619	3.7	866	2524	2.9
	(49.5)	(50.5)		(23.6)	(76.4)		(21.1)	(78.9)		(25.5)	(74.5)	
109	127	118	0.9	446	1690	3.8	613	2469	4.0	1037	3489	3.4
	(51.8)	(48.2)		(20.9)	(79.1)		(19.9)	(80.1)		(22.9)	(77.1)	

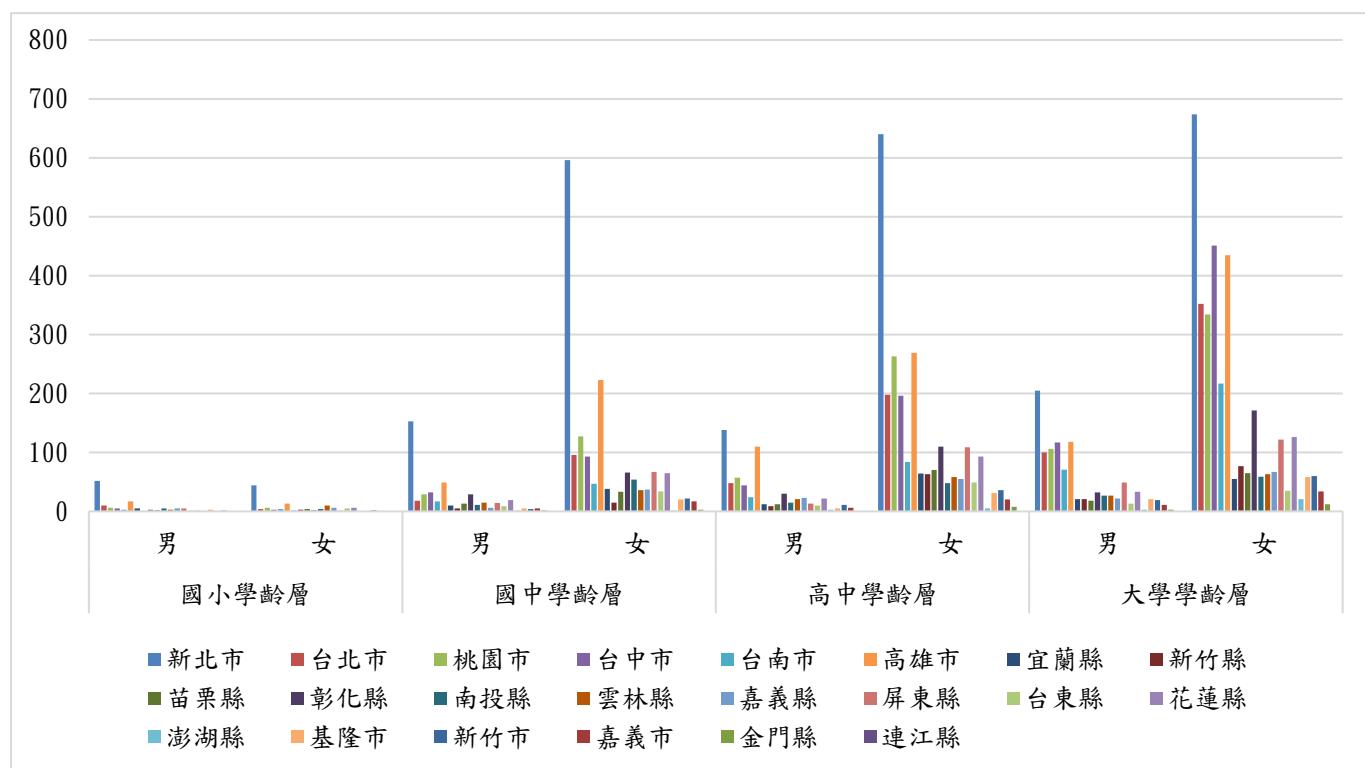


圖 8-3-2、109 年 22 縣市學齡層通報個案人次(性別)

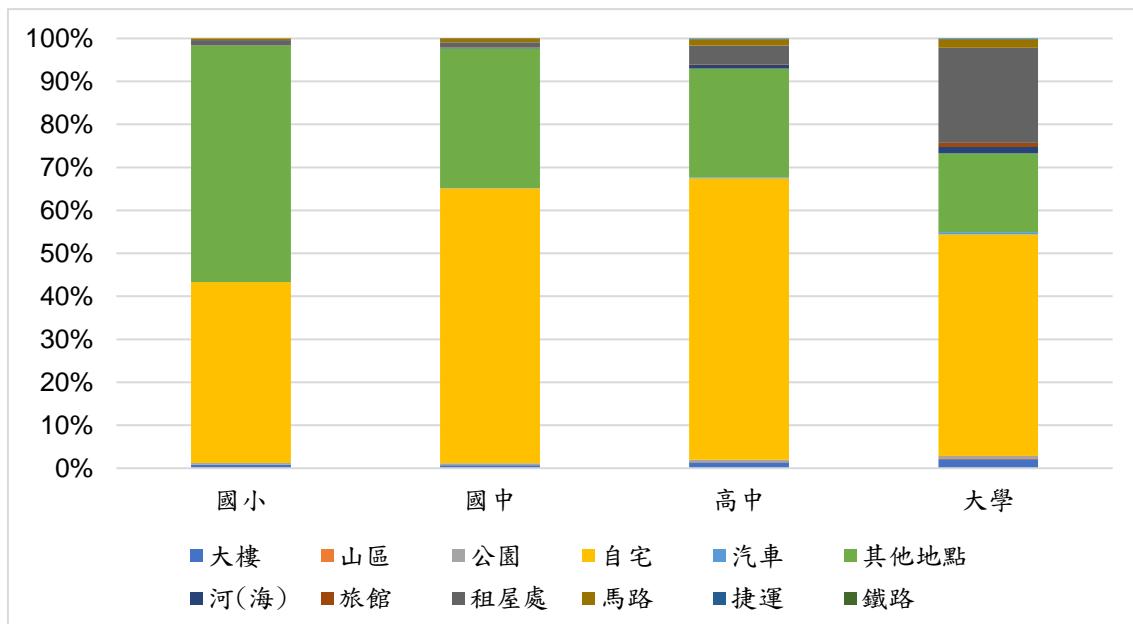


圖 8-3-3、109 年學齡層通報個案自殺地點占率圖

表 8-3-4、105-109 年國小學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式	年	105	106	107	108	109
以固體或液體物質自殺及自為中毒		5.4	12.5	10.3	12.6	5.7
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		5.4	4.2	0	0	0.8
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		5.4	8.3	2.9	4.2	3.7
溺水(淹死)自殺及自傷		0	0	0	0	0
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		24.3	25	36.8	41.1	40.4
由高處跳下自殺及自傷		37.8	25	42.6	33.7	33.9
其他及未明示之方式自殺及自傷		24.3	29.2	16.2	17.9	20.4

表 8-3-5、105-109 年國小學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因	年	105	106	107	108	109
------	---	-----	-----	-----	-----	-----

情感／人際關係	51.4	37.5	59	44.2	46.9
精神健康／物質濫用	16.2	12.5	24	28.4	16.3
工作／經濟	0	0	0	0	0.4
生理疾病	0	4.2	0	0	0.4
校園學生問題	29.7	37.5	54	47.4	42.9
迫害問題	2.7	4.2	2	4.2	1.6
其他	10.8	20.8	10	9.5	16.3

表 8-3-6、105-109 年國中學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式	年	105	106	107	108	109
以固體或液體物質自殺及自為中毒		25.2	25.7	24	22.6	22.8
以家用瓦斯自殺及自為中毒		0	0.3	0	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒		1.5	0.8	1	1	0.2
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		3.6	4.7	4	3.3	3
溺水(淹死)自殺及自傷		0.9	1.3	0	0.8	0.4
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	40.4	53	58.9	58.5
由高處跳下自殺及自傷		17.3	17.6	14	11.4	11.4
其他及未明示之方式自殺及自傷		12.8	18.1	10	9.7	14.1

表 8-3-7、105-109 年國中學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因	年	105	106	107	108	109
情感／人際關係		51.4	37.5	59	44.2	46.9
精神健康／物質濫用		16.2	12.5	24	28.4	16.3
工作／經濟		0	0	0	0	0.4

生理疾病	0	4.2	0	0	0.4
校園學生問題	29.7	37.5	54	47.4	42.9
迫害問題	2.7	4.2	2	4.2	1.6
其他	10.8	20.8	10	9.5	16.3

表 8-3-8、105-109 年高中學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式	年	105	106	107	108	109
以固體或液體物質自殺及自為中毒		36.2	38.3	36	40.7	38.4
以家用瓦斯自殺及自為中毒		0	0.2	0	0	0.1
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒		2.7	2.5	3	1.8	1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		2.7	4.5	4	3.5	3
溺水(淹死)自殺及自傷		1.3	2.1	1	1	1.1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷		0	0.1	0	0	0
切穿工具自殺及自傷		41.5	38.7	45	45.3	48.2
由高處跳下自殺及自傷		10.2	11	12	10.1	9.6
其他及未明示之方式自殺及自傷		12.7	12.2	11	8.6	11.6

表 8-3-9、105-109 年高中學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因	年	105	106	107	108	109
情感／人際關係		52	50.8	50	45.9	43.5
精神健康／物質濫用		29.6	36	47	52.5	57.3
工作／經濟		2	2.7	1	1.1	1.9
生理疾病		0.9	0.3	1	0.7	0.5
校園學生問題		17.9	20.8	21	23	24
迫害問題		1.3	0.8	1	0.7	1.3

其他	8.3	7.2	7	6.4	6.9
----	-----	-----	---	-----	-----

表 8-3-10、105-109 年大學學齡層通報個案自殺方式(粗分類)占率

自殺方式	年	105	106	107	108	109
以固體或液體物質自殺及自為中毒		40.7	41.4	43	42.9	41.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒		0.3	0.1	0	0.1	0.1
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒		4.5	5.2	5	4.2	2.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷		2.4	2.6	4	3.9	3.3
溺水(淹死)自殺及自傷		2.2	2.2	2	1.5	1.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷		0.1	0.1	0	0	0
切穿工具自殺及自傷		43.7	40.4	40	41.7	43.2
由高處跳下自殺及自傷		8.2	8	9	8.4	8.4
其他及未明示之方式自殺及自傷		9.2	9.7	9	8.1	11.7

表 8-3-11、105-109 年大學學齡層通報個案自殺原因(粗分類)占率

自殺原因	年	105	106	107	108	109
情感／人際關係		56	53	51	46.4	44.6
精神健康／物質濫用		29.6	33.7	43	49.6	55.2
工作／經濟		7.1	6.9	7	7.4	6.6
生理疾病		0.5	0.7	1	0.9	0.8
校園學生問題		6.2	7.2	10	11.1	12.7
迫害問題		0.8	1.1	1	0.7	0.9
其他		6.8	6.6	6	5.3	6.9

(3) 通報單位類型

下列直條圖為近三年(即 107-109 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%。

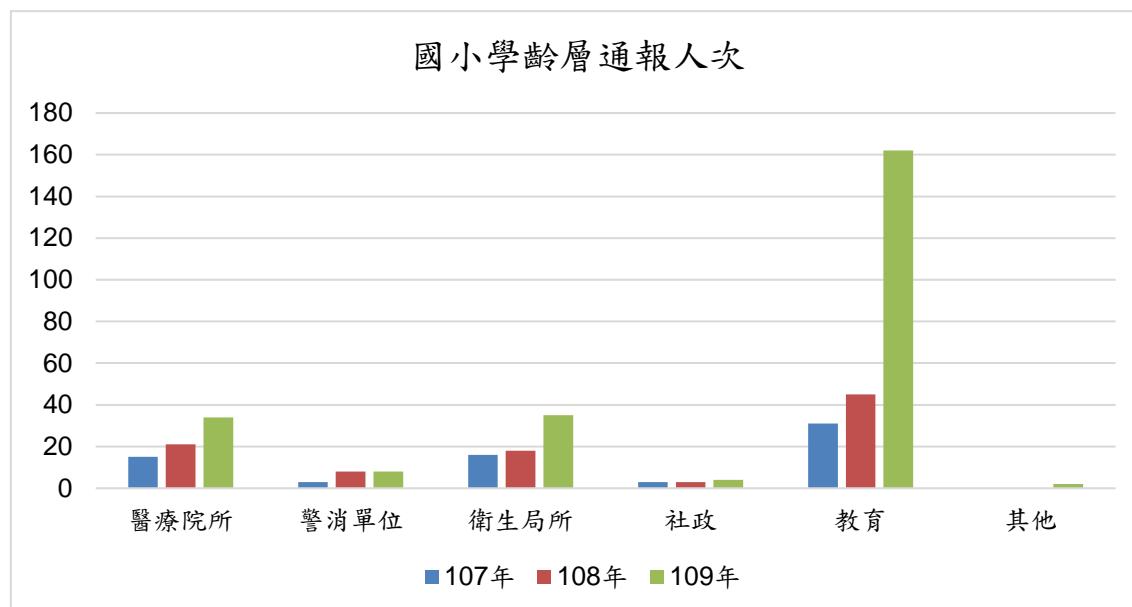


圖 8-3-4、107-109 年國小學齡層各單位類型之通報人次

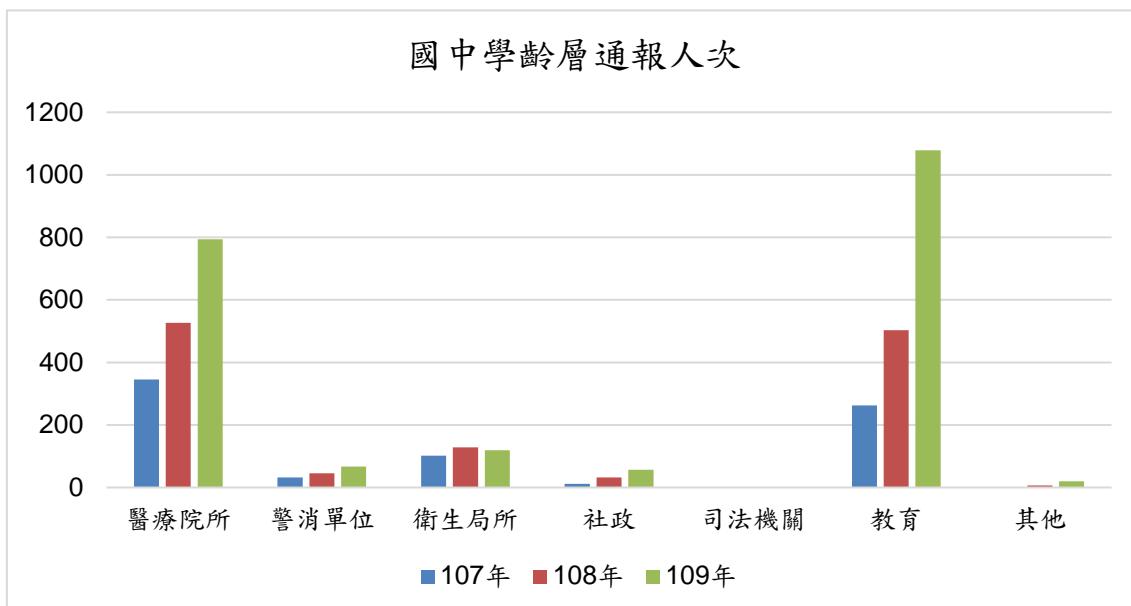


圖 8-3-5、107-109 年國中學齡層各單位類型之通報人次

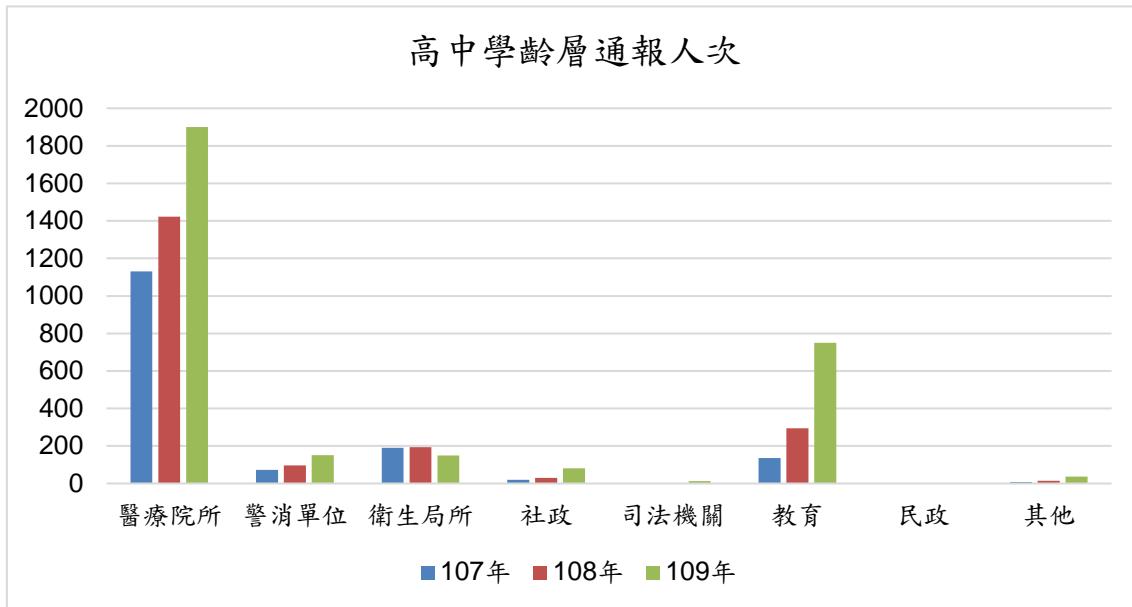


圖 8-3-6、107-109 年高中學齡層各單位類型之通報人次

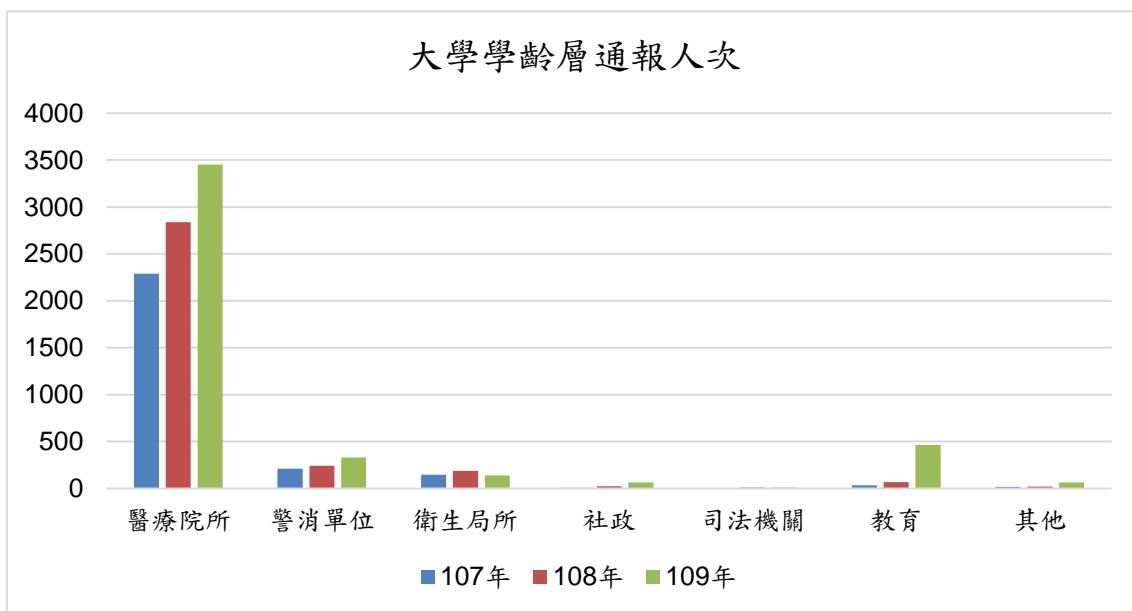


圖 8-3-7、107-109 年大學學齡層各單位類型之通報人次

(4) 通報個案學生及特殊身分分析

下圖 8-3-8 為近三年(107-109 年)各學齡層通報個案之學生身分占率，高中學齡層以下，通報個案中的學生身分比例皆逾 8 成，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，109 年達 51.4%。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 109 年通報個案的特殊身份別數據，國小學齡層通報個案中排名前二為兒少被害人 7.8%、家暴被害人 2.9%；國中學齡層通報個案中排名前二為精照列管個案 9.6%、兒少被害人 8.0%；高中學齡層通報個案中排名前二為精照列管個案 17.5%、家暴被害人 6.3%；大學學齡層通報個案中排名前二為精照列管個案 18.4%、家暴被害人 9.9%。各學齡層除國小學齡層外，特殊身分別中以精照列管占率最高，而大學所占比率又高於高中以下之學制，此情形可能之原因如大學個案由醫療院所通報之比例相對高，因此精神診斷的比例可能較高；亦可能與高中以下家長拒絕學生就醫有關。

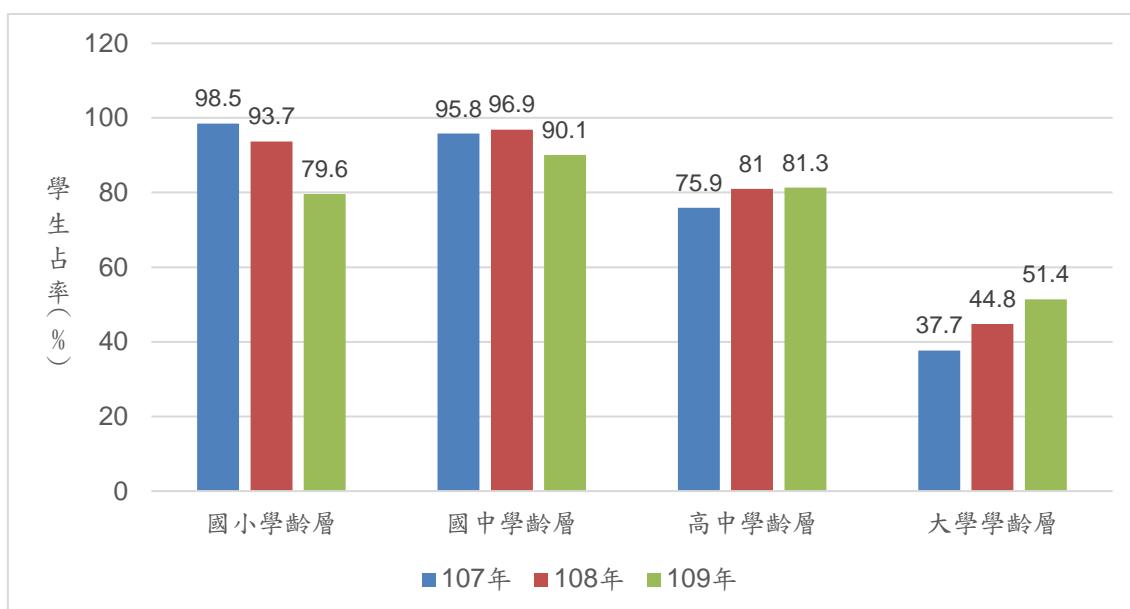


圖 8-3-8、近三年(107-109 年)各學齡層通報個案之學生身分占率^{註 1}

註 1：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 8-3-12、109 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	0.4	9.6	17.5	18.4
嚴重病人	0	0.8	1.3	0.7
家暴高危加害人	0	0	0	0.6
家暴高危被害人	0	0	0.2	1.3
家暴加害人	0.4	2	2.3	3.2
家暴被害人	2.9	5.3	6.3	9.9

表 8-3-12、109 年各學齡層通報個案之特殊身分別占率

兒少加害人	0	0	0.1	0.6
兒少被害人	7.8	8	5.7	1.6
性侵加害人	0	0.2	0.2	0.4
毒防個案	0	0	0.2	1.5

2) 學齡層自殺死亡數據

(1) 近一年(109 年)自殺死因分析

以下是針對 109 年學齡層人口進行自殺死因分析，結果如下表 8-3-13，以性別來看，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)，而高中以下學齡層則為女性死亡人數高於男性，應提醒在校園第一線教育人員可以注意兩性在自殺風險上的不同，進而提供適合兩性的自殺保護機制。就死因別來看，國小學齡層個案自殺死因皆為「由高處跳下自殺及自傷」；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」，其次為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」；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「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、第三為「溺水（淹死）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 8-3-13、109 年學齡層自殺死亡個案各性別及各死因人數及占率

	國小學齡層	國中學齡層	高中學齡層	大學學齡層
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
自殺死亡人數	4	17	31	89
性別				
男	1 (25.0)	7 (41.2)	14 (45.2)	53 (59.6)
女	3 (75.0)	10 (58.8)	17 (54.8)	36 (40.4)
死因(ICD9)				
以固體或液體物質 自殺及自為中毒	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	3 (3.4)
由其他氣體及蒸汽 自殺及自為中毒	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	19 (21.3)

表 8-3-13、109 年學齡層自殺死亡個案各性別及各死因人數及占率

吊死、勒死及窒息之 自殺及自傷	0 (0.0)	5 (29.4)	12 (38.7)	29 (32.6)
溺水（淹死）自殺 及自傷	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (6.5)	6 (6.7)
鎗砲及爆炸物自殺 及自傷	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
切穿工具自殺及自 傷	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
由高處跳下自殺及 自傷	4 (100.0)	12 (70.6)	14 (45.2)	28 (31.5)
其他及未明示之方 式自殺及自傷	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	4 (4.5)

表 8-3-14、109 年學齡層各縣市自殺死亡個案人數及占率

	國小學齡層 N (%)	國中學齡層 N (%)	高中學齡層 N (%)	大學學齡層 N (%)
新北市	1 (25.0)	1 (5.9)	9 (29.0)	25 (28.1)
臺北市	2 (50.0)	5 (29.4)	2 (6.5)	6 (6.7)
桃園市	0 (0.0)	4 (23.5)	4 (12.9)	11 (12.4)
臺中市	0 (0.0)	2 (11.8)	3 (9.7)	10 (11.2)
臺南市	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (6.5)	5 (5.6)
高雄市	0 (0.0)	1 (5.9)	3 (9.7)	10 (11.2)
宜蘭縣	0 (0.0)	2 (11.8)	1 (3.2)	1 (1.1)
新竹縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.4)
苗栗縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
彰化縣	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (12.9)	5 (5.6)
南投縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)	2 (2.2)
雲林縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)

嘉義縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
屏東縣	0 (0.0)	1 (5.9)	2 (6.5)	3 (3.4)
臺東縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)
花蓮縣	0 (0.0)	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (1.1)
澎湖縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
基隆市	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.4)
新竹市	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.2)
嘉義市	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
金門縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
連江縣	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(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 8-3-15 至表 8-3-18 所示，在自殺防治法通過後，擴大實施非衛生單位的自殺通報作業，與前一年相比，學齡層死亡個案被通報的比例呈上升，在表 8-3-1 各學齡層通報比中可觀察到此趨勢，惟個案是通報即死亡或死亡前未通報的情形仍占多數，建議持續加強學齡層個案之通報，以利即早介入避免憾事發生。今年 10 月起自殺通報系統始介接教育部學籍資料，可在系統上查看個案就學情形，建議各縣市衛生局及關懷訪視員多加利用，有助於追蹤個案現況及自殺行為背後可能之原因。

表 8-3-15、109 年國小學齡層自殺死亡個案生前通報情形

性別	未通報	通報=死亡
	N (%)	N (%)
男	0 (0.0)	1 (50.0)
女	2 (100.0)	1 (50.0)
死因(ICD9)		
由高處跳下自殺及自傷	2 (100.0)	2 (100.0)

表 8-3-15、109 年國小學齡層自殺死亡個案生前通報情形

縣市

新北市	2 (100.0)	0 (0.0)
臺北市	0 (0.0)	1 (50.0)
新竹市	0 (0.0)	1 (50.0)

表 8-3-16、109 年國中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

性別	未通報	通報=死亡	通報後死亡
	N (%)	N (%)	N (%)
男	2 (50.0)	4 (33.3)	1 (100.0)
女	2 (50.0)	8 (66.7)	0 (0.0)
死因 (ICD9)			
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	0 (0.0)	5 (41.7)	0 (0.0)
由高處跳下自殺及自傷	4 (100.0)	7 (58.3)	1 (100.0)
縣市			
新北市	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)
臺北市	3 (75.0)	2 (16.7)	0 (0.0)
桃園市	0 (0.0)	3 (25.0)	1 (100.0)
臺中市	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)
高雄市	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)
宜蘭縣	1 (25.0)	1 (8.3)	0 (0.0)
屏東縣	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)
花蓮縣	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)

表 8-3-17、109 年高中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

表 8-3-17、109 年高中學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	未通報	通報=死亡	通報後死亡
	N (%)	N (%)	N (%)
性別			
男	1 (50.0)	10 (38.5)	3 (100.0)
女	1 (50.0)	16 (61.5)	0 (0.0)
死因 (ICD9)			
以固體或液體物質自殺及自為中毒	0 (0.0)	1 (3.8)	0 (0.0)
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	0 (0.0)	1 (3.8)	0 (0.0)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	1 (50.0)	9 (34.6)	2 (66.7)
溺水（淹死）自殺及自傷	0 (0.0)	2 (7.7)	0 (0.0)
由高處跳下自殺及自傷	1 (50.0)	12 (46.2)	1 (33.3)
其他及未明示之方式自殺及自傷	0 (0.0)	1 (3.8)	0 (0.0)
縣市			
新北市	0 (0.0)	9 (34.6)	0 (0.0)
臺北市	0 (0.0)	2 (7.7)	0 (0.0)
桃園市	1 (50.0)	2 (7.7)	1 (33.3)
臺中市	1 (50.0)	2 (7.7)	0 (0.0)
臺南市	0 (0.0)	1 (3.8)	1 (33.3)
高雄市	0 (0.0)	3 (11.5)	0 (0.0)
宜蘭縣	0 (0.0)	1 (3.8)	0 (0.0)
彰化縣	0 (0.0)	4 (15.4)	0 (0.0)
南投縣	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)
屏東縣	0 (0.0)	2 (7.7)	0 (0.0)

表 8-3-18、109 年大學學齡層自殺死亡個案生前通報情形

表 8-3-18、109 年大學學齡層自殺死亡個案生前通報情形

	未通報	通報=死亡	通報後死亡
	N (%)	N (%)	N (%)
性別			
男	11 (64.7)	41 (65.1)	1 (11.1)
女	6 (35.3)	22 (34.9)	8 (88.9)
死因 (ICD9)			
以固體或液體物質自殺及自為中毒	1 (5.9)	1 (1.6)	1 (11.1)
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	6 (35.3)	13 (20.6)	0 (0.0)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	6 (35.3)	21 (33.3)	2 (22.2)
溺水 (淹死) 自殺及自傷	1 (5.9)	3 (4.8)	2 (22.2)
由高處跳下自殺及自傷	2 (11.8)	22 (34.9)	4 (44.4)
其他及未明示之方式自殺及自傷	1 (5.9)	3 (4.8)	0 (0.0)
縣市			
新北市	2 (11.8)	21 (33.3)	2 (22.2)
臺北市	3 (17.6)	3 (4.8)	0 (0.0)
桃園市	2 (11.8)	6 (9.5)	3 (33.3)
臺中市	1 (5.9)	7 (11.1)	2 (22.2)
臺南市	1 (5.9)	4 (6.3)	0 (0.0)
高雄市	3 (17.6)	6 (9.5)	1 (11.1)
宜蘭縣	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)
新竹縣	0 (0.0)	3 (4.8)	0 (0.0)
彰化縣	1 (5.9)	4 (6.3)	0 (0.0)
南投縣	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (11.1)
雲林縣	1 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 8-3-18、109 年大學學齡層自殺死亡個案生前通報情形

屏東縣	1 (5.9)	2 (3.2)	0 (0.0)
臺東縣	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)
花蓮縣	1 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
基隆市	0 (0.0)	3 (4.8)	0 (0.0)
新竹市	0 (0.0)	2 (3.2)	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 8-3-19，國小學齡層自殺死亡個案以兒少被害人 25.0% 為最高；國中學齡層自殺死亡個案以中低收入戶 11.8% 為最高，其次為性侵被害人及低收入戶 5.9%；高中學齡層自殺死亡個案以精照列管個案及中低收入戶 12.9%，其次為兒少被害人 6.5% 為最高；大學學齡層自殺死亡個案以精照列管個案 15.7% 為最高，其次為低收入戶 12.4%。

表 8-3-19、109 年學齡層自殺死亡個案生前特殊身分別占率

	精照列管個案	嚴重病人	性侵被害人	兒少被害人	家暴加害人	中低收入戶	低收入戶
國小學齡層	0	0	0	25.0	0	0	0
國中學齡層	0	0	5.9	0	0	11.8	5.9
高中學齡層	12.9	0	3.2	6.5	3.2	12.9	0
大學學齡層	15.7	1.1	7.9	3.4	2.2	6.7	12.4

3) 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。109 年原住民族自殺通報人次為 1,907，其中男性通報 443 人次，女性通報 1,464 人次，女性為男性的 3.3 倍，高於全國的 1.94。以性別和年齡層的交叉分析結果來看(表 8-3-20)，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 109 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(表 8-3-21)，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、罹患憂鬱症及其他精神疾病」為最高。

以年齡層與自殺方式、自殺原因交叉分析結果來看(表 8-3-23、8-3-24)，通報人次較高的年齡層如 15-24 歲、25-34 歲，自殺方式占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，35-44 歲自殺方式則以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為最多；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，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 1,907 通報人次中，山地鄉原住民有 320 人次、平地鄉原住民有 376 人次，此部分僅以自殺通報資料判定，僅供內部參考。

在山地鄉原住民中，男性通報 82 人次，女性通報 238 人次，女性為男性的 2.9 倍，男性通報個案中以 15-24 歲及 35-44 歲為最多，各通報 18 人次，占男性個案的 22.0%，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 88 人次，占女性個案的 37.0%，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 58.8% 最高、其次為「精神健康/物質濫用」37.8%(表 8-3-25)。

在平地鄉原住民中，男性通報 88 人次，女性通報 288 人次，女性為男性的 3.3 倍，男性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 35 人次，占男性個案的 39.8%，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」及「精神健康/物質濫用」占率最高；女性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 135 人次，占女性個案的 46.9%，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 53.1% 最高(表 8-3-26)。

表 8-3-20、109 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	443	23.2	1464	76.8	1907	
年齡						
0-14	40	9.0	173	11.8	213	11.2
15-24	155	35.0	604	41.3	759	39.8
25-34	109	24.6	253	17.3	362	19.0
35-44	76	17.2	220	15.0	296	15.5
45-54	28	6.3	140	9.6	168	8.8
55-64	22	5.0	48	3.3	70	3.7
65-74	9	2.0	16	1.1	25	1.3
75 以上	4	0.9	10	0.7	14	0.7
縣市						
新北市	62	14	188	12.8	250	13.1
臺北市	7	1.6	48	3.3	55	2.9
桃園市	62	14	181	12.4	243	12.7
臺中市	33	7.4	106	7.2	139	7.3
臺南市	7	1.6	31	2.1	38	2
高雄市	31	7	113	7.7	144	7.6
宜蘭縣	14	3.2	47	3.2	61	3.2
新竹縣	16	3.6	63	4.3	79	4.1
苗栗縣	8	1.8	29	2	37	1.9
彰化縣	3	0.7	25	1.7	28	1.5
南投縣	24	5.4	68	4.6	92	4.8
雲林縣	5	1.1	12	0.8	17	0.9
嘉義縣	13	2.9	15	1	28	1.5
屏東縣	28	6.3	107	7.3	135	7.1
臺東縣	44	9.9	119	8.1	163	8.5
花蓮縣	77	17.4	264	18	341	17.9
澎湖縣	1	0.2	4	0.3	5	0.3
基隆市	3	0.7	17	1.2	20	1
新竹市	4	0.9	14	1	18	0.9
嘉義市	1	0.2	11	0.8	12	0.6

金門縣	0	0	2	0.1	2	0.1
連江縣	0	0	0	0	0	0

表 8-3-21、109 年原住民通報個案性別與自殺方式交叉分析表

	男		女	
	N	%	N	%
自殺方式(粗分類)				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	144	32.5	579	39.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	6	1.4	0	0.0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	21	4.7	25	1.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	24	5.4	30	2.0
溺水(淹死)自殺及自傷	7	1.6	23	1.6
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	2	0.5	0	0.0
切穿工具自殺及自傷	166	37.5	741	50.6
由高處跳下自殺及自傷	37	8.4	80	5.5
其他及未明示之方式自殺及自傷	78	17.6	147	10.0
自殺方式(細分類)				
安眠藥、鎮靜劑	93	21.0	424	29.0
服用或施打毒品過量	1	0.2	2	0.1
其他藥物	30	6.8	147	10.0
農藥	21	4.7	25	1.7
一般病媒殺蟲劑	2	0.5	5	0.3
除草劑(巴拉刈)	3	0.7	2	0.1
其他化學物品	15	3.4	26	1.8
家用瓦斯中毒	6	1.4	0	0.0
汽車廢氣	1	0.2	0	0.0
燒炭	21	4.7	25	1.7
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	22	5.0	29	2.0
悶死及窒息	2	0.5	1	0.1
溺水(淹死)、跳水	7	1.6	23	1.6
以槍砲、氣槍及爆炸物	2	0.5	0	0.0
割腕	132	29.8	691	47.2

其他部位之切穿工具自殺	38	8.6	62	4.2
高處跳下	37	8.4	80	5.5
自焚	2	0.5	1	0.1
撞擊	18	4.1	35	2.4
臥、跳軌	0	0.0	0	0.0
以其他方式	58	13.1	112	7.7

表 8-3-22、109 年原住民通報個案性別與自殺原因交叉分析表

	男		女	
	N	%	N	%
自殺原因(粗分類)				
情感／人際關係	226	51.0	821	56.1
精神健康／物質濫用	153	34.5	643	43.9
工作／經濟	59	13.3	85	5.8
生理疾病	16	3.6	21	1.4
校園學生問題	24	5.4	109	7.4
迫害問題	5	1.1	20	1.4
其他	30	6.8	104	7.1
不詳	62	14.0	161	11.0
自殺原因(細分類)				
夫妻問題	45	10.2	174	11.9
家庭成員問題	88	19.9	348	23.8
感情因素	110	24.8	357	24.4
喪親、喪偶	7	1.6	22	1.5
物質濫用	45	10.2	76	5.2
憂鬱傾向、罹患憂鬱症及其他精神疾病	123	27.8	610	41.7
職場工作壓力	40	9.0	51	3.5
失業	10	2.3	18	1.2
債務	12	2.7	21	1.4
慢性化的疾病問題	15	3.4	18	1.2
急性化的疾病問題	1	0.2	3	0.2
學校適應問題	23	5.2	105	7.2
生涯規劃因素	1	0.2	6	0.4

遭受騷擾	0	0.0	8	0.5
遭受暴力	3	0.7	9	0.6
遭受詐騙	2	0.5	3	0.2
兵役因素	3	0.7	0	0.0
畏罪自殺、官司問題	5	1.1	10	0.7
其他	24	5.4	95	6.5
個案(家屬)不願說明	14	3.2	58	4.0
個案因身體狀況無法說明	12	2.7	18	1.2
不詳	39	8.8	95	6.5

表 8-3-23、109 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	17.4	40.3	33.4	44.9	44.6	45.7	44	57.1
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	1.1	0	0	2.9	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	1.8	4.4	3.4	3.6	0	0	0
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	3.8	2.1	3.6	1.7	0.6	8.6	4	28.6
溺水(淹死)自殺及自傷	0	2	1.4	2	1.8	1.4	0	0
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0	0	1.4	4	0
切穿工具自殺及自傷	66.7	51.6	45.9	38.2	38.7	31.4	24	7.1
由高處跳下自殺及自傷	6.6	5.3	8.8	5.1	7.1	5.7	0	0
其他及未明示之方式自殺及自傷	13.6	11.9	12.4	11.1	8.9	7.1	24	14.3
自殺方式(細分類)								
安眠藥、鎮靜劑	10.8	30.4	27.1	31.4	31	25.7	4	7.1
服用或施打毒品過量	0	0.3	0.3	0	0	0	0	0
其他藥物	8.5	11.5	7.2	7.8	7.7	8.6	12	7.1
農藥	0	0.1	2.2	4.7	6.5	2.9	12	50

一般病媒殺蟲劑	0.5	0.3	0	0.3	0.6	2.9	0	0
除草劑(巴拉刈)	0	0.1	0	1.4	0	0	0	0
其他化學物品	0.9	1.4	1.7	3.7	1.2	7.1	16	0
家用瓦斯中毒	0	0	1.1	0	0	2.9	0	0
汽車廢氣	0	0.1	0	0	0	0	0	0
燒炭	0	1.8	4.4	3.4	3.6	0	0	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	2.8	2.1	3.6	1.7	0.6	7.1	4	28.6
悶死及窒息	0.9	0	0	0	0	1.4	0	0
溺水(淹死)、跳水	0	2	1.4	2	1.8	1.4	0	0
以槍炮、氣槍及爆炸物	0	0	0	0	0	1.4	4	0
割腕	61	48	41.4	33.4	34.5	25.7	16	0
其他部位之切穿工具自殺	8	4.6	5.2	5.1	4.2	5.7	8	7.1
高處跳下	6.6	5.3	8.8	5.1	7.1	5.7	0	0
自焚	0	0	0.6	0	0.6	0	0	0
撞擊	1.9	3.7	3	2	2.4	0	0	0
臥、跳軌	0	0	0	0	0	0	0	0
以其他方式	11.7	8.2	8.8	9.5	6	7.1	24	14.3

表 8-3-24、109 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	62.4	48.6	60.8	60.8	53.6	57.1	44	28.6
精神健康／物質濫用	32.4	49.8	36.2	36.8	43.5	31.4	40	28.6
工作／經濟	0	6.1	13.3	8.8	9.5	11.4	0	0
生理疾病	0	0.1	0.8	2.7	4.2	10	24	35.7
校園學生問題	23	10.9	0	0	0.6	0	0	0
迫害問題	3.8	1.3	0.6	0.7	1.2	1.4	0	0
其他	10.3	6.5	7.5	6.4	5.4	7.1	8	7.1
不詳	8.9	10.8	12.7	11.8	15.5	11.4	12	28.6
自殺原因(細分類)								

夫妻問題	0	3.3	17.7	22.3	23.8	27.1	20	0
家庭成員問題	45.1	19.8	18.2	21.3	19.6	25.7	32	14.3
感情因素	20.7	28.9	30.4	23.6	10.1	8.6	0	7.1
喪親、喪偶	2.8	0.7	1.1	2	4.2	0	0	7.1
物質濫用	1.4	3.7	8.8	9.1	13.1	10	8	0
憂鬱傾向、罹患憂鬱症及其他精神疾病	31.5	48	32	32.1	35.7	25.7	36	28.6
職場工作壓力	0	4.3	9.4	4.1	5.4	4.3	0	0
失業	0	0.7	3	2	3	1.4	0	0
債務	0	1.4	1.7	3.4	1.2	5.7	0	0
慢性化的疾病問題	0	0.1	0.6	2.4	4.2	7.1	24	35.7
急性化的疾病問題	0	0	0.3	0.3	0	2.9	0	0
學校適應問題	23	10.3	0	0	0.6	0	0	0
生涯規劃因素	0	0.9	0	0	0	0	0	0
遭受騷擾	1.4	0.4	0	0.3	0.6	0	0	0
遭受暴力	2.3	0.5	0	0.3	0.6	1.4	0	0
遭受詐騙	0	0.4	0.6	0	0	0	0	0
兵役因素	0	0.3	0.3	0	0	0	0	0
畏罪自殺、官司問題	0.5	0.4	2.2	0.7	0.6	0	0	0
其他	9.9	6.1	5.2	5.7	4.8	7.1	8	7.1
個案(家屬)不願說明	6.1	3.4	2.2	4.4	6.5	0	0	7.1
個案因身體狀況無法說明	0	1.4	1.1	1.7	3	2.9	8	7.1
不詳	3.3	6.9	9.9	5.7	7.1	8.6	8	14.3

表 8-3-25、109 年山地鄉原住民通報個案特性分析表

	男		女	
	N	%	N	%
通報人次	82	25.6	238	74.4
年齡				
0-14	12	14.6	51	21.4
15-24	18	22	88	37
25-34	15	18.3	38	16
35-44	18	22	33	13.9
45-54	8	9.8	17	7.1

55-64	6	7.3	7	2.9
65-74	4	4.9	3	1.3
75 以上	1	1.2	1	0.4
自殺方式				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	28	34.1	106	44.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0	0	0	0
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	2	2.4	0	0
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	4	4.9	4	1.7
溺水(淹死)自殺及自傷	1	1.2	2	0.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0	0
切穿工具自殺及自傷	27	32.9	111	46.6
由高處跳下自殺及自傷	6	7.3	8	3.4
其他及未明示之方式自殺及自傷	16	19.5	32	13.4
自殺原因				
情感／人際關係	42	51.2	140	58.8
精神健康／物質濫用	27	32.9	90	37.8
工作／經濟	6	7.3	10	4.2
生理疾病	7	8.5	5	2.1
校園學生問題	4	4.9	33	13.9
迫害問題	0	0	0	0
其他	7	8.5	22	9.2
不詳	11	13.4	25	10.5

表 8-3-26、109 年平地鄉原住民通報個案特性分析表

	男		女	
	N	%	N	%
通報人次	88	23.4	288	76.6
年齡				
0-14	10	11.4	38	13.2
15-24	35	39.8	135	46.9
25-34	12	13.6	32	11.1
35-44	12	13.6	37	12.8
45-54	6	6.8	24	8.3
55-64	7	8	13	4.5

65-74	3	3.4	3	1
75 以上	3	3.4	6	2.1
自殺方式				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	29	33	111	38.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	3	3.4	0	0
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	1	1.1	2	0.7
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5	5.7	5	1.7
溺水(淹死)自殺及自傷	4	4.5	3	1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	1.1	0	0
切穿工具自殺及自傷	32	36.4	149	51.7
由高處跳下自殺及自傷	6	6.8	20	6.9
其他及未明示之方式自殺及自傷	15	17	32	11.1
自殺原因				
情感／人際關係	36	40.9	153	53.1
精神健康／物質濫用	36	40.9	112	38.9
工作／經濟	19	21.6	8	2.8
生理疾病	4	4.5	4	1.4
校園學生問題	4	4.5	28	9.7
迫害問題	3	3.4	7	2.4
其他	8	9.1	22	7.6
不詳	11	12.5	36	12.5

4) 原住民族自殺死亡數據

(1) 109 年自殺死因分析

99-109 年原住民自殺死亡趨勢圖如下，全國原住民標準化死亡率在 101 年達到高峰(17.9)，近三年則呈現明顯下降的趨勢，109 年標準化死亡率降至 13.0。在性別部分，原住民男性標準化死亡率趨勢大致與全國數據相似，值得注意的是原住民女性標準化死亡率，在 109 年與前一年相比雖然是下降，但在近三年的數據中，108 年仍有攀升的趨勢，應多加留意。

在各性別各年齡層的自殺死亡率趨勢圖中，109 年男性自殺死亡率前三位的年齡層分別為 65 歲以上、45-64 歲及 15-24 歲，與前一年相比自殺死亡率上升的年齡層有 65 歲以上的老人及 24 歲以下的青少年族群；女性部分，109 年自殺死亡率前三位的年齡層分別為 25-44 歲、15-24

歲及 45-64 歲，與前一年相比 25-44 歲的自殺死亡率有微幅上升的趨勢。進一步計算以國人年齡性別分層為基礎的自殺標準化死亡比(SMR)觀察歷年整體原住民 SMR 數據，109 年整體原住民 SMR(95%CI)為 0.77(0.58-0.97)*，為近年來首度 SMR<1 且達到統計上的顯著意義，且 109 年原住民男性 SMR(95%CI)為 0.75(0.50-1.00)*，而原住民女性 SMR 則未達統計上顯著意義。可能原因為 109 年原住民自殺死亡人數與前一年相比下降 20 人，降幅 24.7%，降幅高於全國數倍；109 年原住民男性自殺死亡人數與前一年相比下降 15 人、降幅 30%，而原住民女性自殺死亡人數降幅為 16.1%

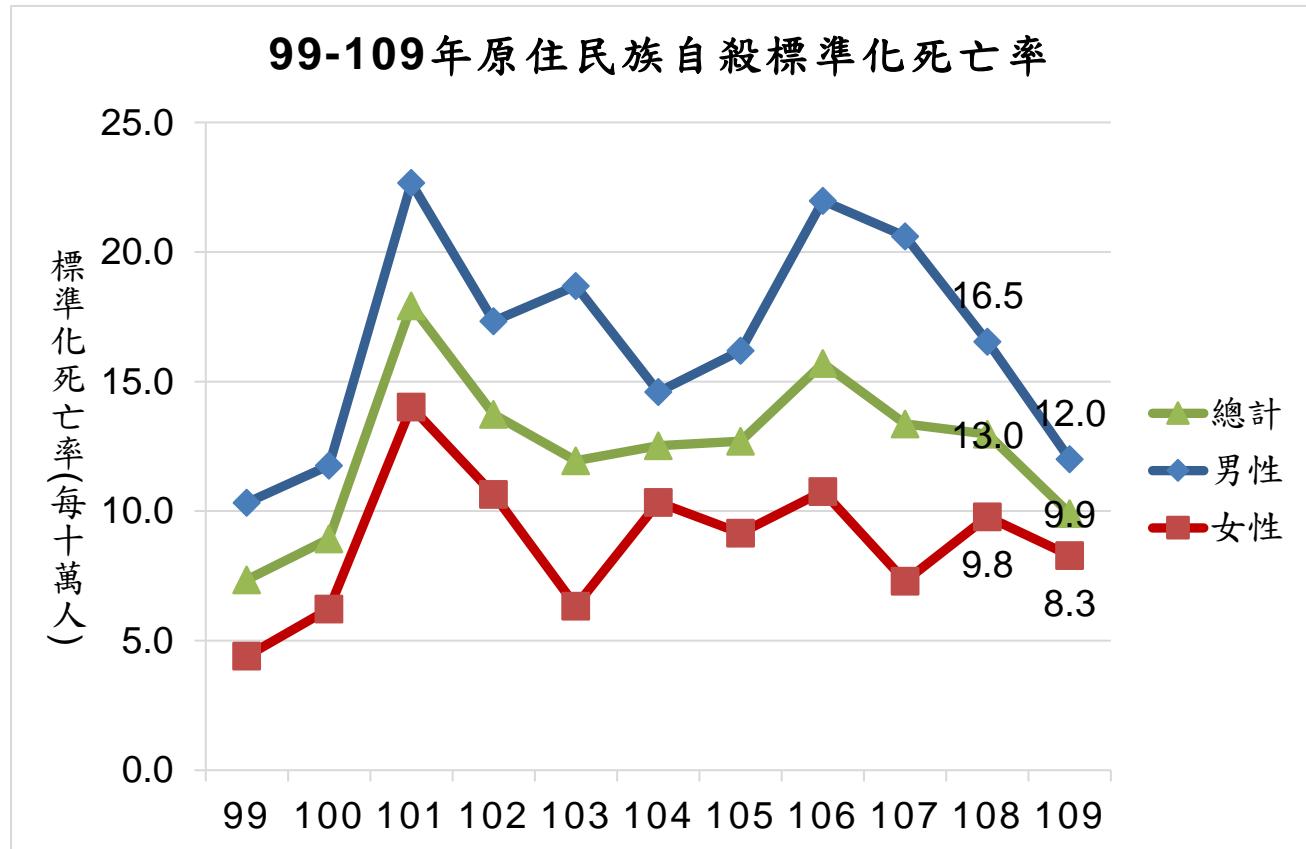


圖 8-3-9、99-109 年原住民族自殺標準化死亡率

99-109年原住民男性各年齡層自殺死亡率

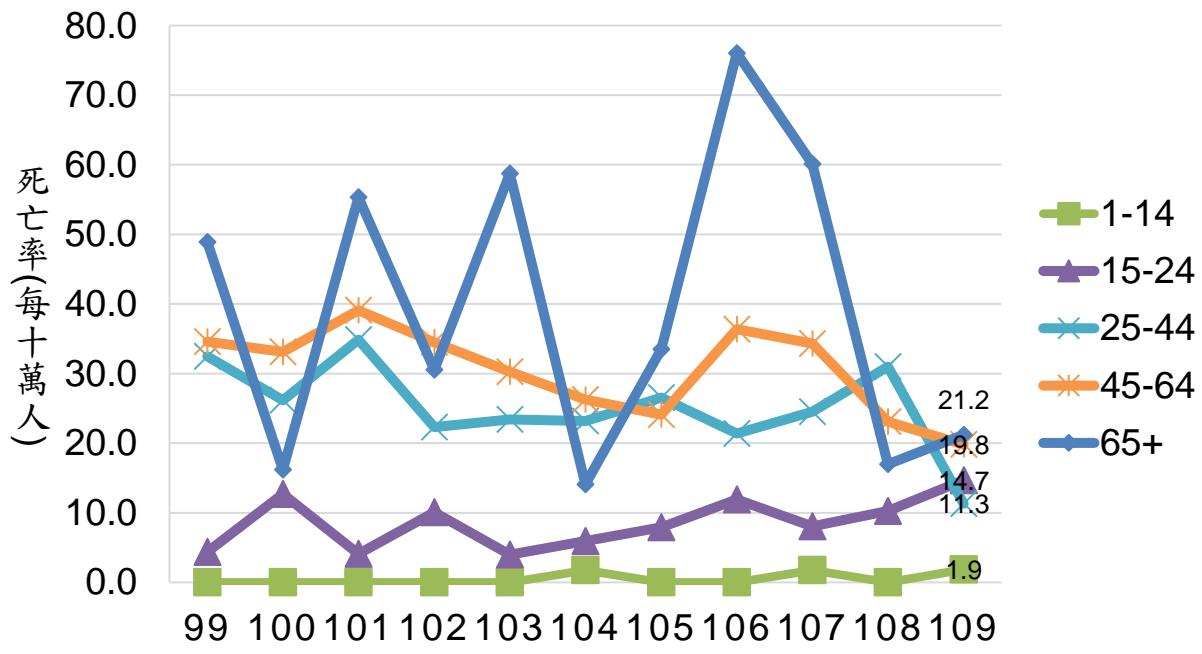


圖 8-3-10、99-109 年原住民男性各年齡層自殺死亡率

99-109年原住民女性各年齡層自殺死亡率

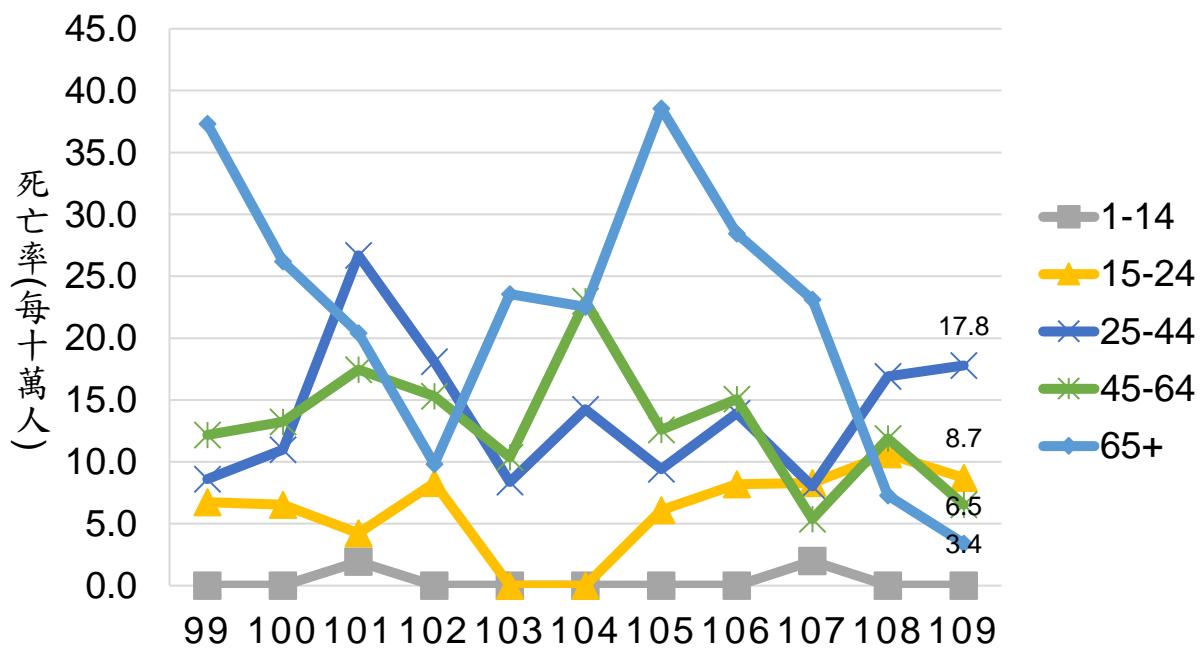


圖 8-3-11、99-109 年原住民女性各年齡層自殺死亡率

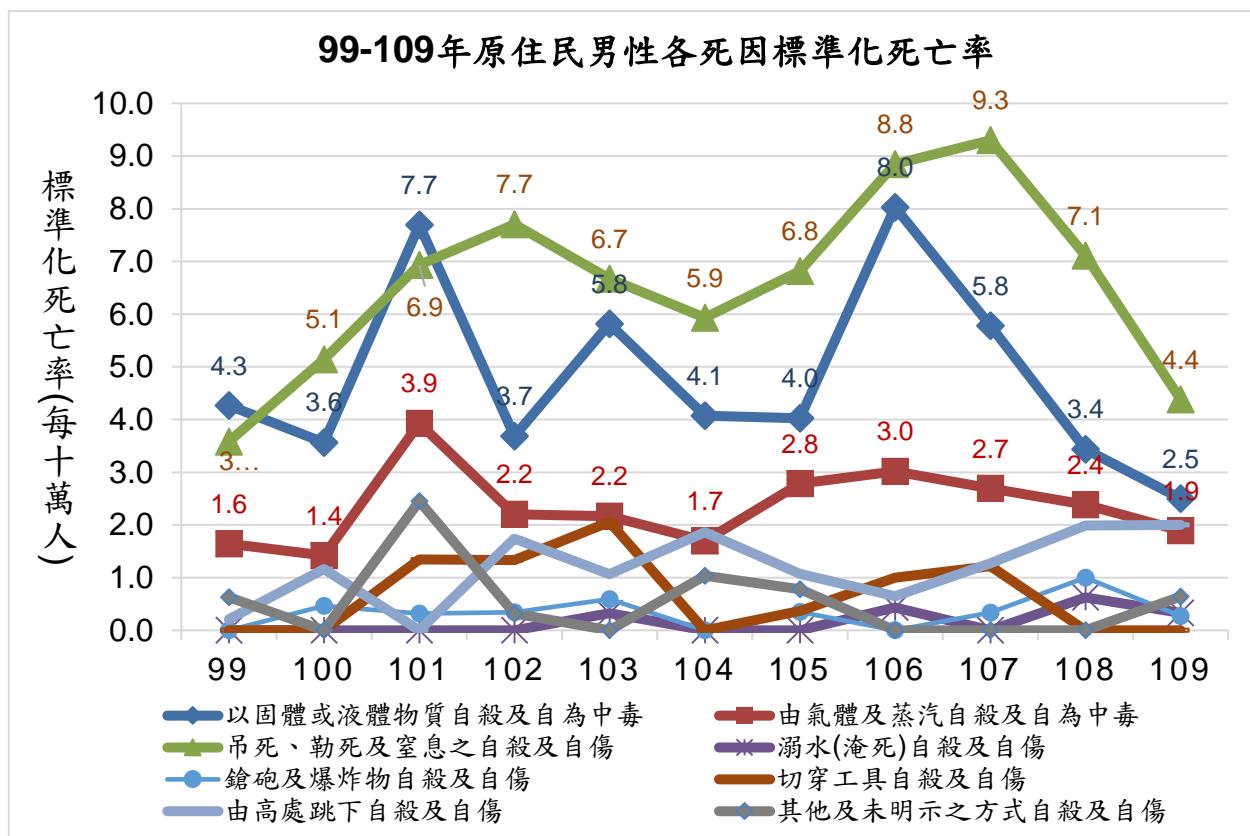


圖 8-3-12、99-109 年原住民男性各死因標準化死亡率

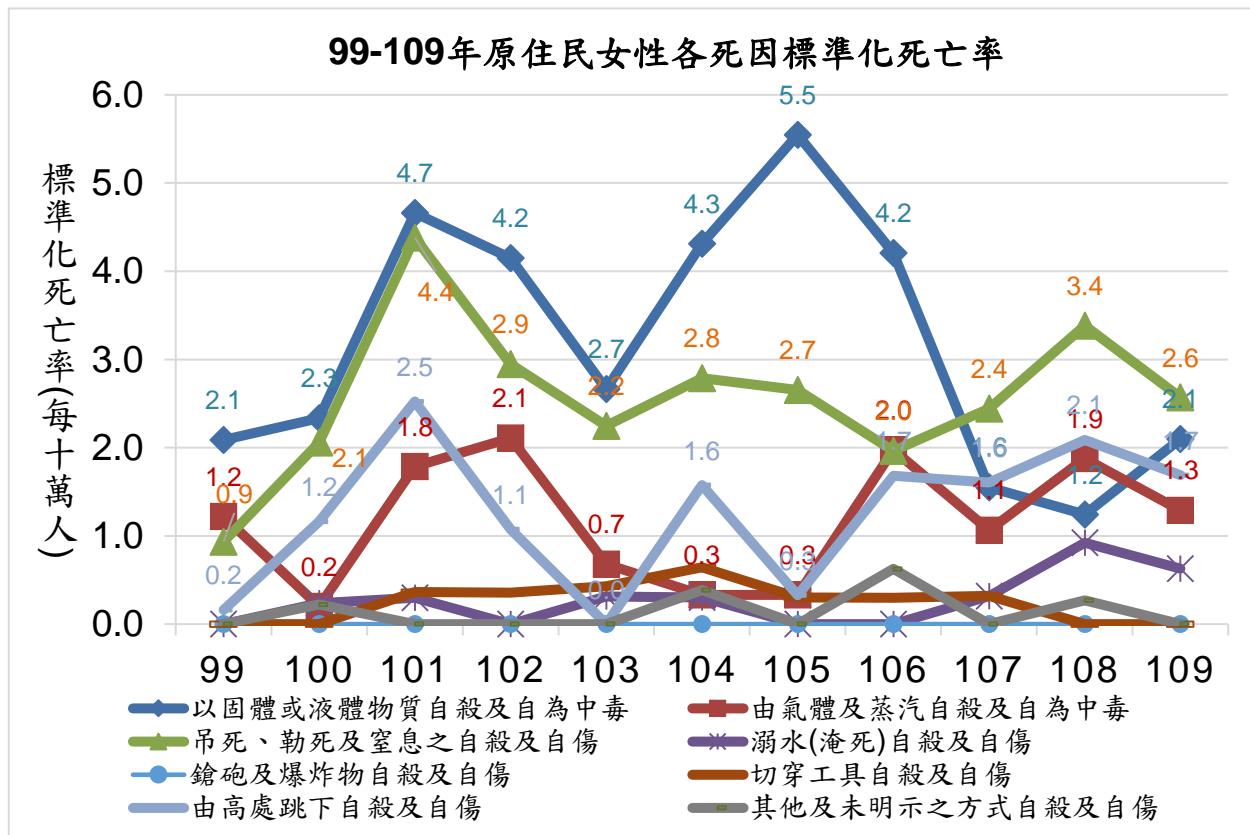


圖 8-3-13、99-109 年原住民女性各死因標準化死亡率

依據原住民族委員會公告，109 年全國原住民人口共計 576,792 人，其中山地原住民 306,826 人(男性 147,413 人、女性 159,413)、平地原住民 269,966 人(男性 131,657 人、女性 138,309)。針對 109 年度原住民人口進行自殺死因分析，結果如下表 8-3-27~8-3-32，以性別來看，男性自殺死亡 35 人，女性自殺死亡 26 人，男性是女性的 1.35 倍。全國原住民自殺死亡個案年齡層排序前二位依序為 25-34 歲、15-24 歲；男性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 25-34 歲、15-24 歲、55-64 歲；女性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 25-34 歲、35-44 歲、15-24 歲，與前一年相比年齡層有略微下降的趨勢。

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「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」；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「由高處跳下自殺及自傷」、第三為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。

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；針對較常見的固液體或氣體自殺工具，應從自殺工具之取得進行管制及擬定因地制宜之自殺防治策略。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 8-3-27、109 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	35	57.4	26	42.6	61	
年齡						
0-14	1	2.9	0	0	1	1.6
15-24	7	20	4	15.4	11	18
25-34	8	22.9	9	34.6	17	27.9

表 8-3-27、109 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	%
35-44	2	5.7	7	26.9	9	14.8
45-54	6	17.1	3	11.5	9	14.8
55-64	7	20	2	7.7	9	14.8
65-74	2	5.7	1	3.8	3	4.9
75 以上	2	5.7	0	0	2	3.3
縣市						
新北市	2	5.7	4	15.4	6	9.8
臺北市	2	5.7	1	3.8	3	4.9
桃園市	4	11.4	2	7.7	6	9.8
臺中市	2	5.7	2	7.7	4	6.6
臺南市	2	5.7	3	11.5	5	8.2
高雄市	2	5.7	1	3.8	3	4.9
宜蘭縣	1	2.9	0	0	1	1.6
新竹縣	2	5.7	2	7.7	4	6.6
苗栗縣	0	0	1	3.8	1	1.6
南投縣	1	2.9	1	3.8	2	3.3
雲林縣	0	0	1	3.8	1	1.6
屏東縣	5	14.3	0	0	5	8.2
臺東縣	4	11.4	2	7.7	6	9.8
花蓮縣	6	17.1	4	15.4	10	16.4
基隆市	0	0	1	3.8	1	1.6
新竹市	1	2.9	1	3.8	2	3.3
嘉義市	1	2.9	0	0	1	1.6

表 8-3-28、109 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	6	17.1	7	26.9
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	6	17.1	4	15.4
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	13	37.1	8	30.8

溺水(淹死)自殺及自傷	1	2.9	2	7.7
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	2.9	0	0
由高處跳下自殺及自傷	6	17.1	5	19.2
其他及未明示之方式自殺及自傷	2	5.7	0	0

表 8-3-29、109 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	22	59.5	15	40.5	37	
年齡						
0-14	1	4.5	0	0.0	1	2.7
15-24	5	22.7	2	13.3	7	18.9
25-34	4	18.2	4	26.7	8	21.6
35-44	0	0.0	3	20.0	3	8.1
45-54	5	22.7	3	20.0	8	21.6
55-64	4	18.2	2	13.3	6	16.2
65-74	2	9.1	1	6.7	3	8.1
75 以上	1	4.5	0	0.0	1	2.7
縣市						
新北市	0	0.0	1	6.7	1	2.7
臺北市	1	4.5	1	6.7	2	5.4
桃園市	2	9.1	1	6.7	3	8.1
臺中市	1	4.5	2	13.3	3	8.1
臺南市	2	9.1	2	13.3	4	10.8
高雄市	2	9.1	1	6.7	3	8.1
宜蘭縣	1	4.5	0	0.0	1	2.7
新竹縣	2	9.1	2	13.3	4	10.8
苗栗縣	0	0.0	1	6.7	1	2.7
南投縣	1	4.5	1	6.7	2	5.4
雲林縣	0	0.0	1	6.7	1	2.7
屏東縣	3	13.6	0	0.0	3	8.1
臺東縣	1	4.5	0	0.0	1	2.7
花蓮縣	5	22.7	1	6.7	6	16.2
基隆市	0	0.0	1	6.7	1	2.7

表 8-3-29、109 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	%
嘉義市	1	4.5	0	0.0	1	2.7
民族別						
泰雅族	5	22.7	9	60.0	14	37.8
排灣族	4	18.2	0	0.0	4	10.8
布農族	2	9.1	3	20.0	5	13.5
魯凱族	2	9.1	1	6.7	3	8.1
太魯閣族	6	27.3	1	6.7	7	18.9
賽德克族	1	4.5	1	6.7	2	5.4
拉阿魯哇族	1	4.5	0	0.0	1	2.7

表 8-3-30、109 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	3	13.6	6	40
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	6	27.3	3	20
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	8	36.4	3	20
溺水(淹死)自殺及自傷	0	0	2	13.3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	4.5	0	0
由高處跳下自殺及自傷	4	18.2	1	6.7

表 8-3-31、109 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	13	54.2	11	45.8	24	
年齡						
0-14	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-24	2	15.4	2	18.2	4	16.7
25-34	4	30.8	5	45.5	9	37.5
35-44	2	15.4	4	36.4	6	25.0
45-54	1	7.7	0	0.0	1	4.2

表 8-3-31、109 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	%
55-64	3	23.1	0	0.0	3	12.5
65-74	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 以上	1	7.7	0	0.0	1	4.2
縣市						
新北市	2	15.4	3	27.3	5	20.8
臺北市	1	7.7	0	0.0	1	4.2
桃園市	2	15.4	1	9.1	3	12.5
臺中市	1	7.7	0	0.0	1	4.2
臺南市	0	0.0	1	9.1	1	4.2
高雄市	2	15.4	0	0.0	2	8.3
宜蘭縣	3	23.1	2	18.2	5	20.8
新竹縣	1	7.7	3	27.3	4	16.7
苗栗縣	1	7.7	1	9.1	2	8.3
民族別						
阿美族	2	15.4	3	27.3	5	20.8
泰雅族	1	7.7	0	0.0	1	4.2
太魯閣族	2	15.4	1	9.1	3	12.5

表 8-3-32、109 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	3	23.1	1	9.1
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0	0	1	9.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	5	38.5	5	45.5
溺水(淹死)自殺及自傷	1	7.7	0	0
由高處跳下自殺及自傷	2	15.4	4	36.4
其他及未明示之方式自殺及自傷	2	15.4	0	0

(2) 自殺死亡個案生前通報情形

表 8-3-33、109 年原住民自殺死亡個案生前通報情形

表 8-3-33、109 年原住民自殺死亡個案生前通報情形

	未通報	通報=死亡	通報後死亡	總計
	N (%)	N (%)	N (%)	
性別				
男	3 (18.8)	12 (38.7)	11 (78.6)	26 (42.6)
女	13 (81.3)	19 (61.3)	3 (21.4)	35 (57.4)
年齡				
0-14 歲	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (1.6)
15-19 歲	0 (0.0)	2 (6.5)	0 (0.0)	2 (3.3)
20-24 歲	5 (31.3)	3 (9.7)	1 (7.1)	9 (14.8)
25-29 歲	2 (12.5)	4 (12.9)	2 (14.3)	8 (13.1)
30-34 歲	0 (0.0)	5 (16.1)	4 (28.6)	9 (14.8)
35-39 歲	0 (0.0)	3 (9.7)	3 (21.4)	6 (9.8)
40-44 歲	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (14.3)	3 (4.9)
45-49 歲	2 (12.5)	5 (16.1)	0 (0.0)	7 (11.5)
50-54 歲	0 (0.0)	1 (3.2)	1 (7.1)	2 (3.3)
55-59 歲	3 (18.8)	3 (9.7)	0 (0.0)	6 (9.8)
60-64 歲	1 (6.3)	1 (3.2)	1 (7.1)	3 (4.9)
65-69 歲	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)
70-74 歲	0 (0.0)	2 (6.5)	0 (0.0)	2 (3.3)
75-79 歲	1 (6.3)	1 (3.2)	0 (0.0)	2 (3.3)
死因 (ICD9)				
以固體或液體物質自殺及	3 (18.8)	6 (19.4)	4 (28.6)	13 (21.3)
自為中毒				
由其他氣體及蒸汽自殺及	5 (31.3)	4 (12.9)	1 (7.1)	10 (16.4)
自為中毒				

表 8-3-33、109 年原住民自殺死亡個案生前通報情形

吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	11 (35.5)	3 (21.4)	21 (34.4)
自傷			
溺水(淹死)自殺及自傷	0 (0.0)	2 (6.5)	1 (7.1)
由高處跳下自殺及自傷	0 (0.0)	7 (22.6)	4 (28.6)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)
其他及未明示之方式自殺及自傷	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (7.1)
			2 (3.3)

(3) 自殺死亡個案生前特殊身分別

表 8-3-34、109 年原住民自殺死亡個案生前特殊身分別人次及占率

	精照列管個案	家暴加害人	家暴被害人	性侵加害人	性侵被害人	中低收入戶	低收入戶	毒防個案	農民
人數	5	7	7	1	3	5	6	1	4
占率	8.2	11.5	11.5	1.6	4.9	8.2	9.8	1.6	6.6

2. 策略及建議

1) 兒少及學齡層策略建議

自殺為多重原因所造成，導致青少年自殺的常見原因有家庭問題、感情問題、憂鬱症或憂鬱傾向、課業壓力、學校適應問題等等，各原因間相互影響。建議持續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。近年兒少自殺企圖個案數的攀升，造成此現象的可能因素除了此年齡層所受到各方壓力所致外，另一可能原因為 109 年 7 月起衛生福利部積極推動自殺防治通報系統擴大通報作業及 109 年 8 月自殺防治法施行細則公佈，校園自殺通報的宣導結果，從串聯自殺通報及死亡檔的結果亦可觀察到，與前一年相比，學齡層死亡個案被通報的比例呈上升，惟個案是通報即死亡或死亡前未通報的情形仍占多數，建議持續加強學齡層個案之通報，以利即早介入避免憾事發生。另外，本中心觀察近年來青少年各月通報人次趨勢，發現在 3-6 月及 9-12 月的通報人次與當年其他月份相比通報人次較高，可能原因為開學期間學生通報量上升所致，校園自殺防治應加強學校開學後的預防措施。今年 10 月起自殺通報系統始介接教育部學籍資料，可在系統上查看個案就學情形，建議各縣市衛生局及關懷訪視員多加利用，有助於追蹤個案現況及自殺行為背後可能之原因。持續加強校園，尤其高中與大專院校，與社區心理衛生中心關懷訪視體系，家防社會福利體系間的橫向聯繫，提供個案為中心，家庭為單位，社區為範疇的服務模式。未來各部會應持續整合相關部會之資料庫，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。另一方面，深入探討與個人年齡發展、學制及學習課綱變遷、社會大環境變遷及校園心理健康促進暨自殺防治工作介入時

機等等因子分析，亦可了解自殺企圖者背後的壓力源，有助於提升自殺防治工作及策略擬定。

2) 原住民族自殺現況及建議

109 年原住民族自殺通報人次為 1,907，其中男性通報 443 人次，女性通報 1,464 人次，女性為男性的 3.3 倍，高於全國的 1.94。以性別和年齡層的交叉分析結果來看(表 8-3-19)，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、新北市以及桃園市。

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、罹患憂鬱症及其他精神疾病」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，自殺方式占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，35-44 歲自殺方式則以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為最多；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。

在原住民族 1,907 通報人次中，山地鄉原住民有 320 人次、平地鄉原住民有 376 人次，此部分僅以自殺通報資料判定，僅供內部參考。在山地鄉原住民中，男性通報 82 人次，女性通報 238 人次，女性為男性的 2.9 倍，男性通報個案中以 15-24 歲及 35-44 歲為最多，各通報 18 人次，占男性個案的 22.0%，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 88 人次，占女性個案的 37.0%，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 58.8% 最高、其次為「精神健康/物質濫用」37.8%。在平地鄉原住民中，男性通報 88 人次，女性通報 288 人次，女性為男性的 3.3 倍，男性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 35 人次，占男性個案的 39.8%，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」及「精神健康/物質濫用」占率最高；女性通報個案中以 15-24 歲為最多，共通報 135 人次，占女性個案的 46.9%，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 53.1% 最高。

針對 109 年度原住民人口進行自殺死因分析，以性別來看，男性自殺死亡 35 人，女性自殺死亡 26 人，男性是女性的 1.35 倍。全國原住民自殺死亡個案年齡層排序前二位依序為 25-34 歲、15-24 歲；男性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 25-34 歲、15-24 歲、55-64 歲；女性自殺死亡年齡層排序前三位依序為 25-34 歲、35-44 歲、15-24 歲，與前一年相比年齡層有略微下降的趨勢。

99-109 年原住民自殺死亡趨勢圖如下，全國原住民標準化死亡率在 101 年達到高峰(17.9)，近三年則呈現明顯下降的趨勢，109 年標準化死亡率降至 9.9。在各性別各年齡層的自殺死亡率趨勢圖中，109 年男性自殺死亡率前前三位的年齡層分別為 65 歲以上、45-64 歲及 15-24 歲，與前一年相比自殺死亡率上升的年齡層有 65 歲以上的老人及 24 歲以下的青少年族群；女性部分，109 年自殺死亡率前三位的年齡層分別為 25-44 歲、15-24 歲及 45-64 歲，與前一年相比 25-44 歲的自殺死亡率有微幅上升的趨勢。109 年整體原住民 SMR(95%CI) 為 0.77(0.58-0.97)*，為近年來首度 SMR<1 且達到統計上的顯著意義，且 109 年原住民男性 SMR(95%CI) 為 0.75(0.50-1.00)*，而原住民女性 SMR 則未達統計上顯著意義。可能原因為 109 年原住民自殺死亡人數與前一年相比下降 20 人，降幅 24.7%，降幅高於全國數倍；109 年原住民男性自殺死亡人數與前一年相比下降 15 人、降幅 30%，而原住民女性自殺死亡人數降幅為 16.1%。

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「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」；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「由高處跳下自殺及自傷」、第三為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。

過往研究發現，社會經濟狀態對於自殺風險的效應，在漢人與兩種原住民之間，沒有顯著的交互作用(LIU, I. C., et al., 2011)，反而是致命工具可得性的降低，可能是關鍵。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，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；針對較常見的固液體或氣體自殺工具，應從自殺工具之取得進行管制及擬定因地制宜之自殺防治策略。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。而針對老年人口，持續加強原鄉醫療之可近性，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。建議於照護機構及醫院推動 BSRS-5 之檢測，藉此及早篩檢出高危險群，也讓照顧者應用 BSRS-5 了解個案之情緒困擾程度，並進行資源連結及轉介等；鼓勵親友多陪伴有自殺傾向的個案，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，亦可於社區內之管委會、里民公佈欄、賣場等民眾易接觸訊息處張貼相關宣導訊息。希冀未來持續進行跨部會間資料整合，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。

巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析

一、背景

1. 相關問題與重要性

根據110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6「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」。

近年來，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，即使飲用小量也可能致死，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，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，且於 109 年 2 月 1 日起禁止使用。

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，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) 文獻蒐集：進行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。

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) 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。

3. 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，並以 Embase 為主要資料庫進行文獻蒐集。

4. 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

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 109 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，109 年相較於過去幾年，巴拉刈自殺死亡人數率呈現大幅下降趨勢，由最高峰 106 年 227 位降至 109 年的 67 位(下降 160 位，降幅 70.5%)。

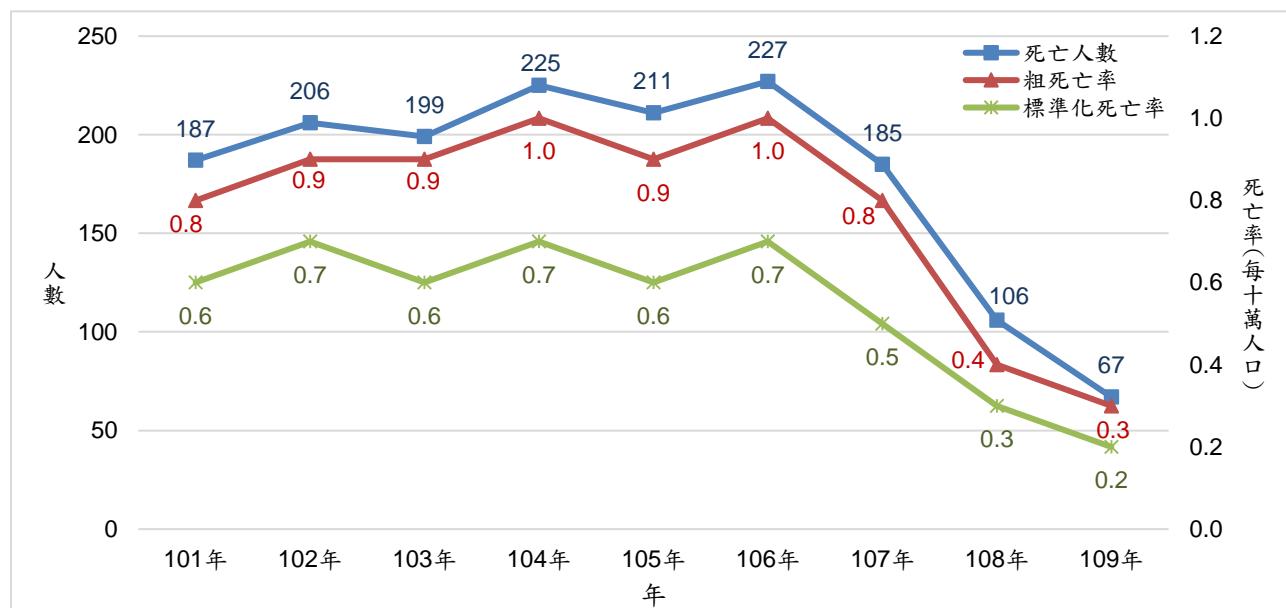


圖 8-4-1、101-109 年巴拉刈整體自殺死亡趨勢

以性別來看，106 年起巴拉刈標準化自殺死亡率呈現下降趨勢，而男性下降幅度遠高於女性，至 109 年男性與女性的標準化死亡率皆達到歷年來新低，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)

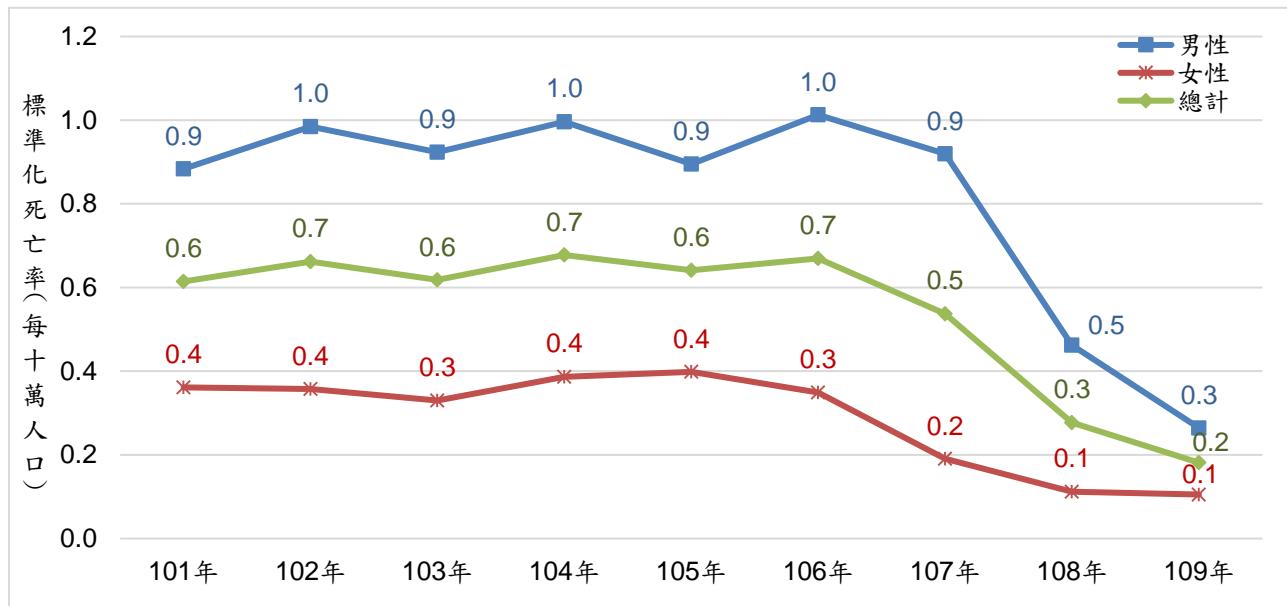


圖 8-4-2、101-109 年巴拉刈性別自殺死亡趨勢

以年齡層來看，各年齡層巴拉刈自殺粗死亡率整體而言呈現下降趨勢，而 65 歲以上老年族群，巴拉刈自殺粗死亡率歷年來皆為各年齡層最高，由歷年來最高的 104 年每十萬人口 3.2 下降至 109 年每十萬人口 1.0，降幅 68.8%。

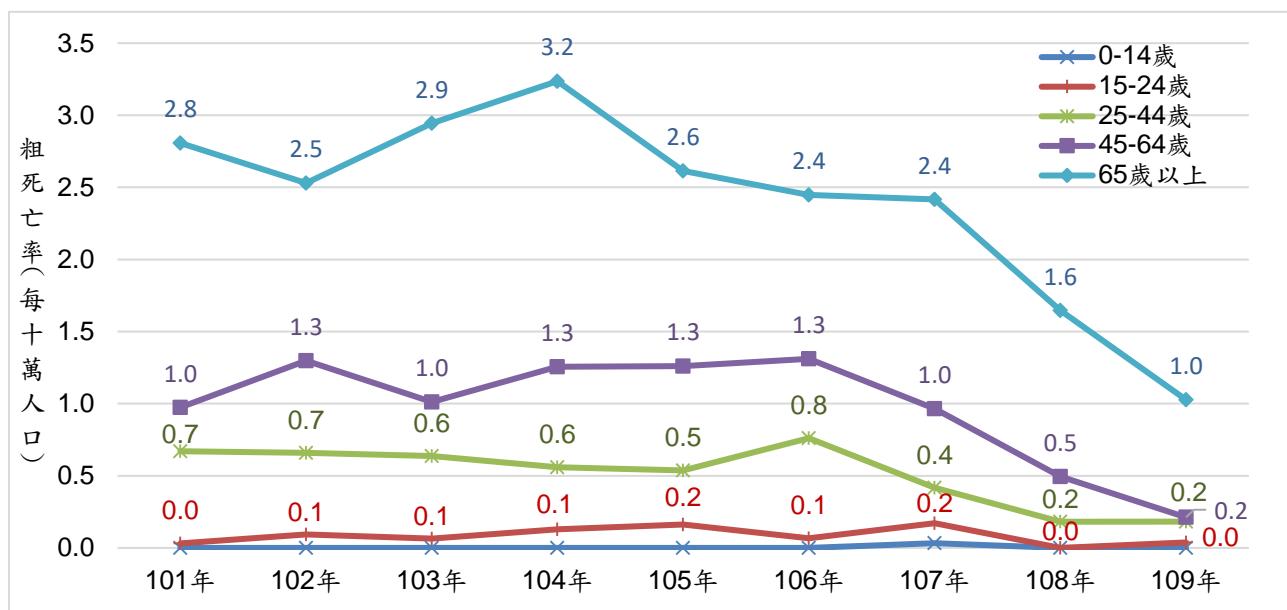


圖 8-4-3、101-109 年巴拉刈年齡別自殺死亡趨勢

巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析論文，已於 110 年 6 月 21 日發表於 Clinical Toxicology 期刊(全文詳見附件 8-4-3)，摘要如下：

臺灣從 107 年 2 月開始禁止巴拉刈的加工及輸入(第一階段)，於 109 年 2 月進一步全面禁止巴拉刈的銷售與使用(第二階段)。本論文評估第一階段禁用巴拉刈對於減少巴拉刈與農藥中毒自殺死亡率的初步成效。

結果發現，禁用巴拉刈後的 108 年期間，農藥自殺死亡率比預期自殺死亡率減少 37%，推估減少 190 人，農藥自殺死亡率的下降主要是因為巴拉刈自殺率減少 58%，推估減少 145 人；但因為農藥自殺佔整體自殺人數比例有限(禁用前佔整體自殺人數的 12.1%)，因此整體自殺死亡率並未明顯下降。然而，65 歲以上高齡者農藥自殺佔整體自殺人數的比例較高(21.4%)，整體自殺死亡率較預期自殺死亡率減少 10%。農藥自殺死亡率的下降程度，在男性、高齡者以及農業人口比例較高的縣市幅度較大。

研究也發現農藥自殺沒有轉移到非農藥自殺的傾向，且主要農作物的生產量在禁用前後也無明顯變化。本研究的發現與過去研究相似，韓國與斯里蘭卡在禁用巴拉刈後，農藥自殺率下降 37-50%，且沒有明顯轉移到其他自殺方法的傾向，農作物產量也沒有變化(Cha et al., 2016; Knipe et al., 2017)。

綜言之，禁用巴拉刈後巴拉刈與農藥中毒的自殺死亡減少，高齡者的整體自殺率也下降。同時，減少的農藥中毒死亡並沒有明顯轉移到其他自殺方法，對於農業生產也沒有造成負面影響，未來仍需評估第二階段全面禁止巴拉刈的銷售與使用後減少自殺的長期效果。限制高危自殺方法是自殺防治策略的重要一環，需要有效且全面的政策落實，禁用高毒性農藥可望減少自殺身亡，給生命第二次機會。

五、附件

附件 8-4-1、巴拉刈禁用及自殺防治之系統性文獻回顧

附件 8-4-2、各國劇毒農藥禁用情形

附件 8-4-3、The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan

附件 8-4-4、禁用巴拉刈的初期效益

自殺防治現況調查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺企圖者關懷服務是我國相當重要的指標性策略，國外系統性回顧自殺解剖研究發現自殺企圖是自殺死亡重要的危險因子(Yoshimasu, Kiyohara, & Miyashita, 2008)，學者指出首次自殺企圖後有 2% 後續會自殺死亡(張書森, 108 年)，而國內自殺企圖者通報系統有將近 5 成自殺企圖於首次自殺企圖日後的 101.5 天內再自殺死亡(Pan et al., 2013a)，綜合國內外研究，都指出自殺企圖者在後續自殺防治是指標性策略重要的一環，而我國也於 95 年開始自殺企圖者關懷服務，因此如何持續降低我國自殺企圖者後續自殺死亡是重要的，後續國內研究則發現我國自殺企圖者關懷是能有效降低再自殺死亡率(Pan et al., 2013b)，然而隨著我國社會安全網第二期的布建，自殺企圖者跨網路的服務是需要持續精進的目標，因此藉由跨部會的資料串聯，以發掘高風險自殺企圖者，並精進相關跨部會的合作是目前需要努力的目標。

2. 業務目的與目標

- 1) 瞭解 100-109 年自殺企圖者特性之趨勢變化
- 2) 通報關懷表單與自殺企圖個案 2 年內再自殺死亡相關性分析

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) 100 年至 109 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) 100 年至 109 年自殺企圖通報資料

a. 資料來源：東捷資訊系統。

b. 資料說明：自殺企圖通報系統。

c. 資料內容：主要包含自殺企圖個人資料、方法及原因、特殊身份別等。

d. 資料串聯：以各檔案間共有之資料欄位進行串聯。

(3) 100 年至 109 年自殺企圖關懷訪視資料

e. 資料來源：東捷資訊系統。

f. 資料說明：自殺企圖通報關懷訪視系統。

g. 資料內容：主要包含自殺企圖訪視日期、訪視對象、訪視情形、轉介情形。

h. 資料串聯：以各檔案間共有之資料欄位進行串聯。

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、衛生福利部統計處「資料科學中心」、東捷資訊服務股份有限公司。

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，以針對再自殺死亡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 repeat suicide AND systemic review 搜尋近十年國外相關文獻，並利用滾雪球法進一步蒐集國內外文獻，共找到七篇文獻。

3. 資料分析

- 1) 利用自殺企圖通報檔串聯健保資料庫，以取得自殺企圖者自殺前一年的精神科診斷
- 2) 利用 100-109 年首次自殺企圖通報個案特性占率與年份做相關性分析，並計算斯皮爾曼等級相關係數(Spearman 's rank correlation coefficient)。

$$\rho = cov(R(X), R(Y)) / \sigma R(X) \sigma R(Y)$$

ρ =斯皮爾曼等級相關係數。

X =自殺特性占率，以百分位數%表示。

Y =年份，100-109。

$R()$ =等級分數。

Cov =共變數。

3) 存活分析

- (1) 利用 100-107 年自殺企圖通報檔串聯關懷訪視檔並分析自殺企圖通報個案特性及關懷訪視單與後續 1 個月、2 個月、3 個月、6 個月、1 年內及 2 年內再自殺風險相關性，由於需要追蹤個案 2 年才能納入樣本中進行分析，故只取 100-107 年之個案，避免 108-109 年之個案納入分析造成嚴重的選樣偏差。
- (2) 利用 100-107 年自殺企圖通報檔串聯關懷訪視檔及死因統計檔，以取得自殺企圖者二年內死亡情形，扣除通報即死亡個案(以自殺企圖後 7 天內死亡作為辨別)，並分析自殺企圖通報個案特性及關懷訪視單與後續 1 個月、2 個月、3 個月、6 個月、1 年內及 2 年內再自殺死亡風險相關性。
- (3) 運用 Cox proportional model 估計存活風險，公式如下，並利用逐步迴歸技

術使模型自行挑選出解釋力較大之變數後，將挑選出之變數以卡方檢定有 <0.05 作為篩選標準(存活風險有顯著差異)，放入最後模型(Final model)。

- (4) 風險比率(HR)是兩個風險率的比值，風險比率反映了兩個風險率之間的差別。這種差別是由各種外生變量引起的，比如干預類型 (treatment) 的不同 (比如用藥或者不用藥)、性別的影響 (男性或者女性) 等等。一般我們首先確定一個基準的風險率，然後通過回歸方程來測算各種外生變量對於風險比率的影響。
- (5) $HR = \text{暴露組的風險函數 } h_1(t) / \text{非暴露組的風險函數 } h_2(t)$ ， $HR > 1$ 則標示該暴露因素與自殺企圖呈現相關， $HR = 1$ 則標示該暴露因素與自殺企圖無相關， $HR < 1$ 則表示該暴露因素與自殺企圖呈現負相關。

$$\log[h(t|x)] = \log[h_0(t)] + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_n + B_5X_5 + B_nX_n$$

- a. 人口學變項類別變數 X =性別(男性、女性)、年齡層(0-14、15-24、25-44、45-64、65 歲以上)、過去有無精神病史(有、無)、教育程度(大學院校教育、不識字、高中、國小、國中、碩士以上)、就業(失業、就業)、婚姻狀態(未婚、已婚、同居、喪偶、離婚、不詳)
- b. 通報相關變項類別變數 X =自殺方式安眠藥、鎮靜劑(是、否)、服用或施打毒品過量(是、否)、其他藥物(是、否)、農藥(是、否)、一般病媒殺蟲(是、否)、除草劑(巴拉刈)(是、否)、其他化學物品(是、否)、家用瓦斯中毒、汽車廢氣(是、否)、燒炭(是、否)、氯氣自殺(是、否)、其他氣體及蒸氣(是、否)、上吊、自縊(是、否)、悶死及窒息(是、否)、溺水(淹死)、跳水(是、否)、以槍炮、氣槍及爆炸物(是、否)、割腕(是、否)、其他部位之切穿工具自殺(是、否)、高處跳下(是、否)、自焚(是、否)、撞擊(是、否)、臥、跳軌(是、否)、以其他方式(是、否)、自殺原因夫妻問題(是、否)、家庭成員問題(是、否)、感情因素(是、否)、喪親、喪偶(是、否)、憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病(是、否)、物質濫用(是、否)、職場工作壓力(是、否)、失業(是、否)、債務(是、否)、慢性化的疾病問題(是、否)、急性化的疾病問題(是、否)、學校適應問題(是、否)、生涯規劃因素(是、否)、遭受騷擾(是、否)、遭受暴力(是、否)、遭受詐騙(是、否)、兵役因素(是、否)、畏罪自殺、官司問題(是、否)、個案(家屬)不願說明(是、否)、其他(是、否)
- c. 特殊身份別類別變數 X =精神照護管理資訊系統(否、是)、嚴重病人(是、否)高危家暴加害人(是、否)、高危家暴被害人(是、否)、家暴加害人(是、否)家暴被害人(是、否)、兒少加害人(是、否)、兒少被害人(是、否)、性侵加害人(是、否)、替代治療(是、否)、毒藥品列管個案(是、否)
- d. 第一次關懷訪視類別變數 X =訪視型式(家訪、電訪、其他地點面談、門診)、轉介醫療單位(是、否)、BSRS(小於 6 分、大於等於 6 分)
- e. 關懷訪視連續變數 X =首次通報日至第一次受訪且有 BSRS 分數之天數
- f. 結案相關變數類別變數 X =90 天內是否有結案(是、否)、再自殺前是否有結

四、成果(Product)

1. 文獻蒐集

1) 瞭解 100-109 年自殺企圖者特性之趨勢變化

除限制致命工具外，監測自殺率的變化是重要的防治策略的一項工作 (Organization, 2014)，藉以辨識出高風險個案與主要自殺方法的改變，並進一步擬定出自殺防治策略，過去學者曾運用 APC 模型研究自殺與年齡、世代、時間的影響，結果發現自殺率的變動有時間性的一致性模式(吳若寧 & 鄭雅文, 民 97; 林佳瑩 & 蔡毓智, 民 94)，另一篇較早的研究則是分析臺北市民國 60 年-93 年性別、年齡別、與方法別的自殺死亡率趨勢變化，結果發現跳樓和一氧化碳中毒自殺是新興的自殺死亡方法(林進嘉, 民 95)，而另一篇針對民國 90 年-96 年急診自殺的趨勢研究則發現男性自殺比率提高、自殺原因由男女朋友轉變為家庭事務問題為多(Liu, Juan, & Huan, 民 100)，其他還有發現自殺死亡率跟經濟具高度相關性(江弘基 & 胡賦強, 民 102)，最近一篇則是發現近十年間台灣自殺率不再繼續下降，不同性別年齡層的自殺率趨勢與常見自殺方法亦有所差異(張奕涵, 廖士程, 林倩宇, 許嘉月, & 張書森, 民 109)，然而針對自殺企圖者自殺趨勢研究仍是較少有研究進行探討，因此本章節第一部分則是希望藉由各年齡層自殺企圖通報趨勢分析，期能發現變化之趨勢，並進一步針對相關原因擬定自殺防治策略。

2) 通報關懷表單與自殺企圖個案 2 年內再自殺死亡相關性分析

指標性策略重要防治的族群是曾有自殺企圖之族群，因此如何進一步發掘再自殺的高風險族群顯得相當重要，國外學者蒐集民國 89-101 年，結果發現與再自殺相關特性包含失業、未婚、精神疾病、自殺意念、生活壓力事件、親友自殺史(Mendez-Bustos, de Leon-Martinez, Miret, Baca-Garcia, & Lopez-Castroman, 2013)；其他學者搜尋民國 80 年至 98 年相關文獻，發現預測再自殺危險因子包含前次自殺企圖、性虐待、整體功能較差、有精神疾病診斷、正在接受精神疾病治療、焦慮、憂鬱、酒癮及物質依賴(Beghi, Rosenbaum, Cerri, & Cornaggia, 2013)；另一份回顧性研究則發現危險因子包含自殺企圖史、自殺意圖、身體健康、男性(Chan et al., 2016)；針對再自殺死亡的危險因子，國外研究發現有：自殺企圖史、自殺意圖、身體狀況、男性(Beghi et al., 2013; Mendez-Bustos, de Leon-Martinez, Miret, Baca-Garcia, & Lopez-Castroman, 2013)，而國內學者則利用台灣自殺企圖通報系統發現男性、老年人、首次自殺方式致命性、過去精神病史、BSRS 分數(Pan et al., 2013a; 廖敏桂, 108 年)，綜合國內外文獻來看，普遍發現男性、老年人、有精神疾病、前次自殺企圖方式都是重要的危險因子，然而針對台灣自殺企圖者特有的通報關懷系統與再自殺死亡風險相關性仍是欠缺的，因此本章節第二則希望藉由存活分析針對自殺企圖者進一步做分析，找出

高風險族群，以精進指標性策略。

表 8-5-1、再自殺及再自殺死亡危險因子

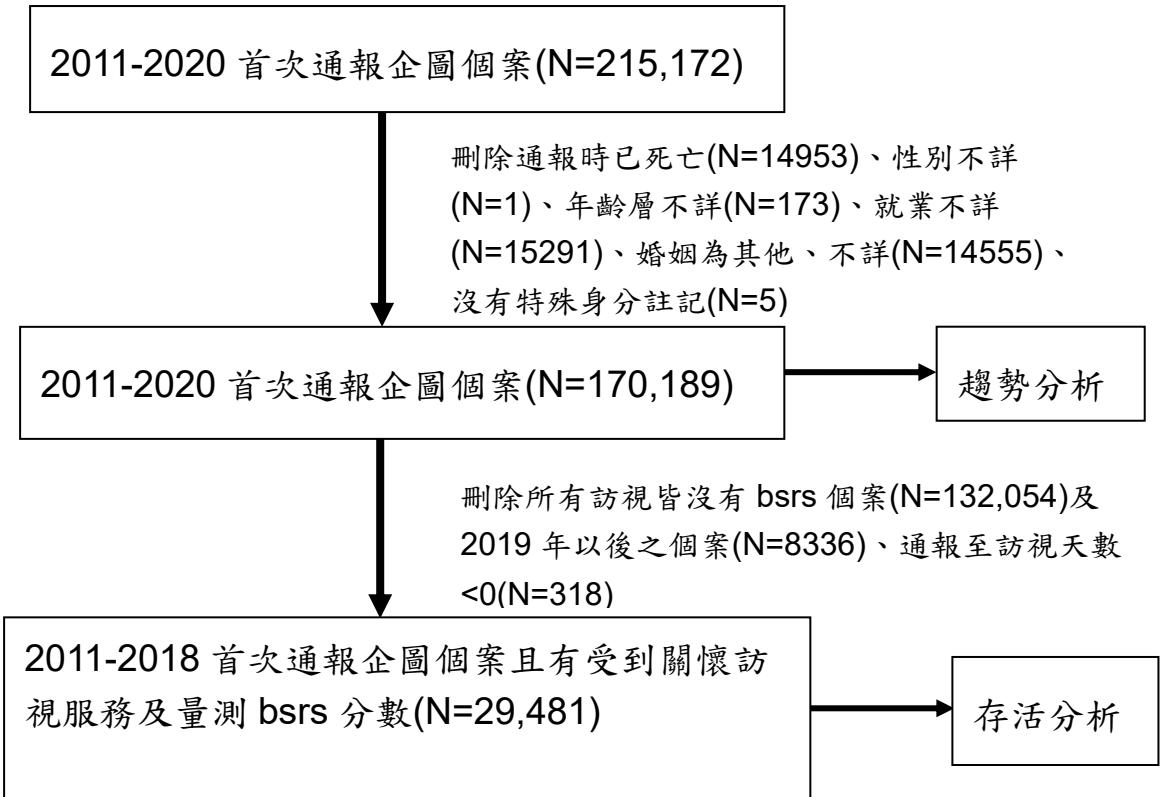
	危險因子	保護因子
(Mendez-Bustos et al., 2013)	再自殺: 失業、未婚、精神疾患、自殺意念、生活壓力事件、親友自殺	
(Chan et al., 2016)	再自殺死亡: 自殺企圖史、自殺意圖、身體狀況、男性	
(Beghi et al., 2013)	再自殺: 前次自殺企圖、性虐待、整體功能較差、有精神疾病診斷、正在接受精神疾病治療、焦慮、憂鬱、酒癮及物質依賴 再自殺死亡: 老年人、自殺意念、自殺企圖史	
(Pan et al., 2013a)	再自殺死亡: 男性、老年人、首次自殺方式致命性、過去精神病史	接受訪視
(Chen et al., 民 105)	再自殺死亡: 男性、大於 45 歲、再自殺時間間隔較短、前二次自殺方法非採用低致命性。	接受訪視，但效果未達統計上顯著。
(張冠偉, 民 108)	再自殺死亡: 以替代治療作業管理系統、精神照護資訊管理系統，及多重註記最高	
(廖敏桂, 108 年)	再自殺死亡: 男性、年齡越大、無精神疾病、採高致命性自殺方式、酒藥癮身分、非列管精神病人、未於 24 小時內通報、再自殺次數越多	接受訪視、訪視次數越多
(Wu et al., 2020)	再自殺死亡: 首次 BSRS 分數較高	

2. 分析樣本

1) 未串聯死因檔之再自殺分析

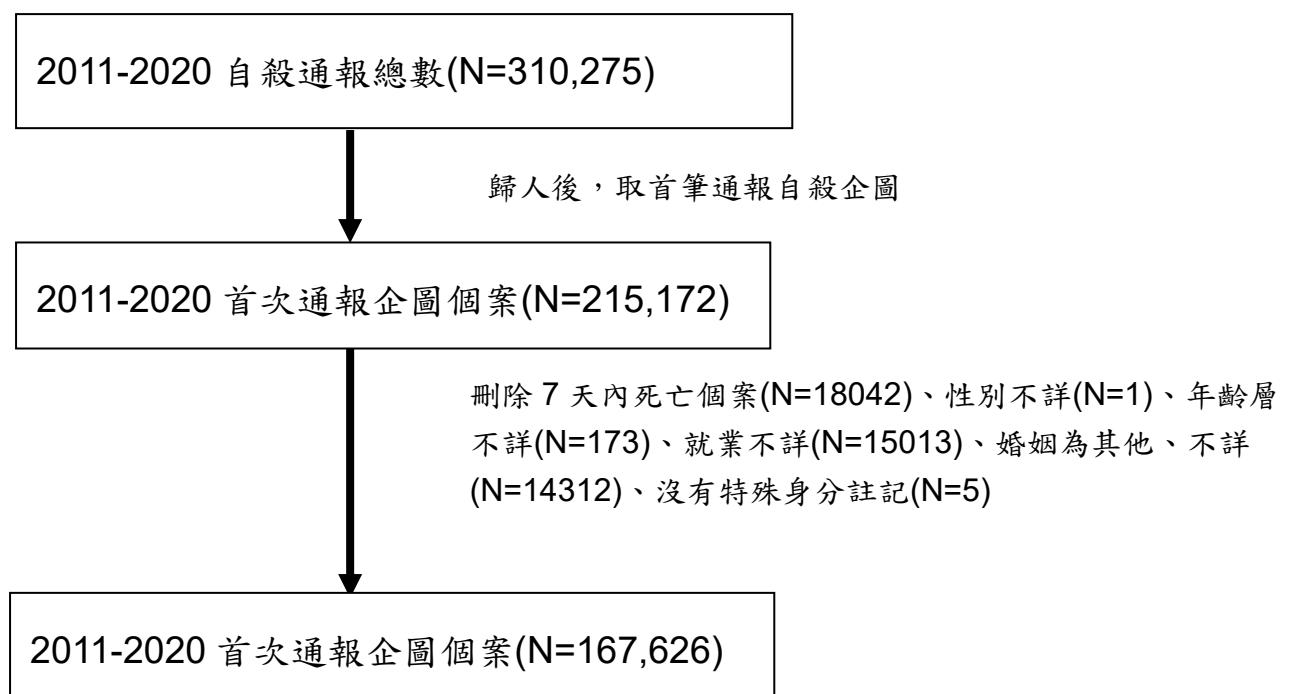
2011-2020 自殺通報總數(N=310,275)

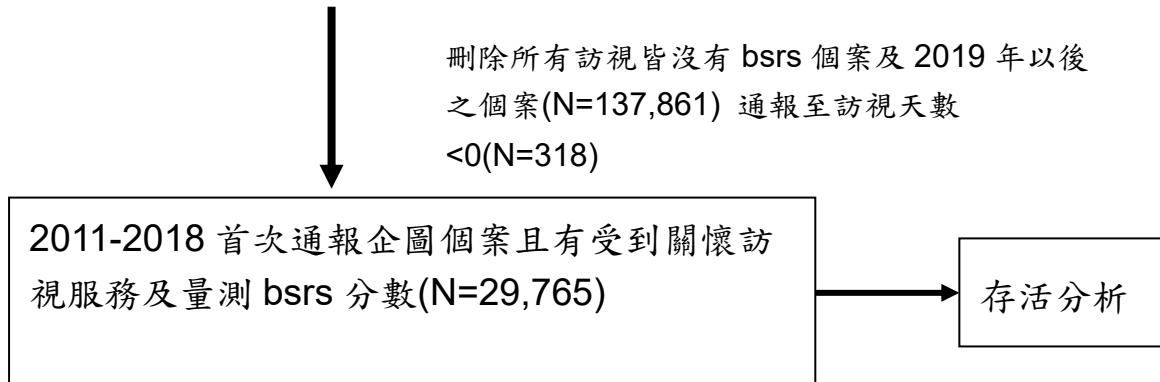
歸人後，取首筆通報自殺企圖



2) 串聯死因檔之再自殺分析

自殺企圖通報檔由於串聯死因檔後，針對通報即死亡個案可以藉由自殺企圖日至自殺死亡日之天數，來判別個案是否仍存活，而針對通報即死亡個案則採用過去學者通報即死亡之定義(Pan et al., 2013a)，將通報即死亡個案(即自殺企圖日至自殺死亡日為 7 天內)做排除，故樣本數與第一部分分析不一樣。





3. 分析結果

1) 近十年自殺企圖趨勢分析

以各年齡層自殺企圖的人口學相關特性來看，25-54 歲自殺企圖男性近十年有顯著上升的趨勢，在是否有過去精神病史方面，0-24 歲及 65-74 歲均有顯著上升的趨勢，在婚姻狀態方面，25-74 歲未婚之占率均有顯著上升，以及 65-74 歲在離婚之占率亦有顯著上升趨勢。(相關係數詳表 8-5-7)

表 8-5-2、100-109 年各年齡層自殺企圖者人口學相關特性占率與年份之相關分析

	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
男性			↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑	
女性								↑↑↑
失業								
過去精神 病史	↑↑↑	↑↑↑					↑↑↑	
婚姻狀態				↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
未婚			↑↑↑		↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑
已婚								
離婚							↑↑↑	↑↑↑
喪偶								
教育程度								
國小								
國中		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
高中及高 職						↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
大專								
大學院校 教育								
碩士以上		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑

註: $0.7 < \text{Spearman correlation} \leq 1.00$ 以 ↑↑↑ 表示， $0.4 < \text{Spearman correlation} \leq 0.7$ 以 ↑↑， $0.1 < \text{Spearman correlation} \leq 0.4$ 以 ↑ 表示

以各自殺方式上升趨勢來看，上吊、自縊、悶死及窒息、其他部位之切穿工具自殺、高處跳下及撞擊在多數年齡層均有顯著上升的趨勢，當中上吊、自

縊、悶死及窒息與近十年上吊、勒死及窒息標準化死亡率呈現類似趨勢，因此可能反應上吊在各年齡層的嚴重性，特別是中壯年。(相關係數詳表 8-5-8)

表 8-5-3、100-109 年各年齡層自殺方式占率與年份之相關分析

年齡層	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
安眠藥、鎮靜劑								
服用或施打毒品過量								
其他藥物	↑↑↑							↑↑↑
農藥								
一般病媒殺蟲劑								
除草劑(巴拉刈)					↑↑			
其他化學物品								
家用瓦斯中毒							↑↑↑	
汽車廢氣								
燒炭								
氦氣自殺								
其他氣體及蒸氣								
上吊、自縊	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑		↑↑↑	↑↑↑	
悶死及窒息	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
溺水(淹死)、跳水	↑↑	↑↑↑	↑↑↑			↑↑		
以槍炮、氣槍及爆炸物								
割腕								
其他部位之切穿工具自殺	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
高處跳下	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
自焚						↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
撞擊	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑		↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
臥、跳軌	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑				
以其他方式								

註: $0.7 < \text{Spearman correlation} \leq 1.00$ 以 ↑↑↑ 表示， $0.4 < \text{Spearman correlation} \leq 0.7$ 以 ↑↑， $0.1 < \text{Spearman correlation} \leq 0.4$ 以 ↑ 表示

以自殺原因及各年齡層來看，職場工作壓力在中壯年齡層占率近十年均呈現上升趨勢，除此之外遭受騷擾及暴力方面在 55 歲以下的年齡層均有顯著上升的趨勢。(相關係數詳表 8-5-9)

表 8-5-3、100-109 年各年齡層自殺原因占率與年份之相關分析

年齡層	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
夫妻問題								
家庭成員問題								
感情因素						↑↑↑		
喪親、喪偶								
憂鬱傾向、罹患憂鬱症								

或其他精神疾病

物質濫用

職場工作壓力

↑↑ ↑↑ ↑↑ ↑↑ ↑↑ ↑↑

失業

↑↑

債務

↑↑↑

↑↑↑

慢性化的疾病問題

↑↑↑

急性化的疾病問題

↑↑↑↑↑

學校適應問題

↑↑↑↑↑

生涯規劃因素

↑↑↑

遭受騷擾

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

遭受暴力

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

遭受詐騙

↑↑↑↑↑

兵役因素

↑↑↑↑↑

畏罪自殺、官司問題

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

個案(家屬)不願說明

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

其他

不詳

註: $0.7 < \text{Spearman correlation} \leq 1.00$ 以 ↑↑↑ 表示， $0.4 < \text{Spearman correlation} \leq 0.7$ 以 ↑↑， $0.1 < \text{Spearman correlation} \leq 0.4$ 以 ↑ 表示

以特殊身分別來看，各特殊身分別上升趨勢主要集中於 45 歲以上，除兒少被害人及性侵加害人之外。(相關係數詳表 8-5-10)

表 8-5-4、100-109 年各年齡層特殊身份別占率與年份之相關分析

年齡層 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

精神照護管理個案資訊系統

↑↑↑

嚴重病人

↑↑↑

高危家暴加害人

↑↑

高危家暴被害人

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

↑↑

替代治療

↑↑↑

毒藥品

↑↑↑

↑↑↑

↑↑↑

↑↑↑

註: $0.7 < \text{Spearman correlation} \leq 1.00$ 以 ↑↑↑ 表示， $0.4 < \text{Spearman correlation} \leq 0.7$ 以 ↑↑， $0.1 < \text{Spearman correlation} \leq 0.4$ 以 ↑ 表示

2) 30、60、90、180、365、730 天再自殺風險存活分析

雖然 30 天、60 天、90 天、180 天、365 天、730 天再自殺最後模型均已透過逐步迴歸挑選出卡方顯著性 < 0.05 之變數放入，但當變數一起放入模型

時，仍可能因為其他變數影響造成該變數存活風險並沒有顯著不同，以人口學變項來看，在年齡層部分，以 15-24 歲較能預測 180、365、730 天再自殺風險，教育程度方面則以國中能穩定預測 30、90、180、365、730 天再自殺風險，有過去精神病史能穩定預測 30 天、60 天、90 天、180 天、365 天、730 天再自殺風險。(單變項存活分析詳表 8-5-11 及表 8-5-12)

表 8-5-5、30、60、90、180、365、730 天再自殺存活模型

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
性別						
男	1.15 (1- 1.32)				0.9 (0.83- 0.97)**	0.86 (0.8- 0.92)***
女	ref				ref	ref
年齡層						
35-44				ref	ref	ref
0-14				1.19 (0.77- 1.86)	1.25 (0.87- 1.8)	1.34 (0.98- 1.84)
15-24				1.25 (1.1- 1.43)***	1.18 (1.07- 1.31)***	1.21 (1.1- 1.34)***
25-34				1.08 (0.97- 1.2)	1.04 (0.96- 1.14)	1.08 (1-1.16)
45-54				0.82 (0.73- 0.92)***	0.83 (0.75- 0.91)***	0.83 (0.77- 0.91)***
55-64				0.73 (0.62- 0.87)***	0.76 (0.66- 0.87)***	0.77 (0.68- 0.86)***
65-74				0.86 (0.65- 1.12)	0.78 (0.62- 0.98)*	0.75 (0.61- 0.92)**
75+				0.53 (0.34- 0.83)**	0.55 (0.39- 0.77)***	0.69 (0.52- 0.91)**
通報年分						
100	ref	ref	ref	ref	ref	ref
101	0.93 (0.74- 1.16)	0.92 (0.76- 1.12)	0.99 (0.84- 1.16)	0.92 (0.81- 1.05)	0.91 (0.82- 1.02)	
102	0.92 (0.74- 1.15)	0.84 (0.7- 1.02)	0.84 (0.72- 0.98)*	0.88 (0.78-1)	0.85 (0.76- 0.95)**	
103	0.92 (0.73- 1.16)	0.87 (0.71- 1.06)	0.86 (0.74- 1.01)	0.85 (0.75- 0.97)*	0.82 (0.73- 0.92)***	
104	1.1 (0.88- 1.37)	1.04 (0.86- 1.25)	0.96 (0.82- 1.13)	0.91 (0.8- 1.04)	0.86 (0.77- 0.96)**	

105	1.1 (0.88- 1.37)	1.02 (0.85- 1.23)	1.03 (0.88- 1.2)	0.96 (0.85- 1.09)	0.9 (0.81-1)
106	1.22 (0.98- 1.51)	1.15 (0.96- 1.38)	1.12 (0.97- 1.31)	1.02 (0.9- 1.16)	0.93 (0.84- 1.04)
107	1.16 (0.93- 1.44)	1.08 (0.9- 1.3)	1.14 (0.98- 1.33)	1.08 (0.95- 1.23)	1.03 (0.92- 1.14)
過去精神 病史					
無	ref	ref	ref	ref	ref
不詳	1.12 (0.95- 1.31)	1.12 (0.95- 1.31)	1.26 (1.11- 1.43)***	1.29 (1.16- 1.43)***	1.3 (1.2- 1.42)***
有	1.55 (1.3- 1.84)***	1.55 (1.3- 1.84)***	1.58 (1.39- 1.8)***	1.59 (1.43- 1.77)***	1.7 (1.55- 1.86)***
教育程度					
小學	0.71 (0.53- 0.96)*				
國中	1.17 (1.02- 1.35)*		1.16 (1.05- 1.29)**	1.17 (1.07- 1.28)***	1.11 (1.04- 1.2)**
高中及 高職					1.11 (1.03- 1.19)**
就業狀態					
就業	ref	ref			
失業	1.23 (1.02- 1.48)*	1.21 (1.01- 1.44)*			
婚姻狀態					
已婚	ref	ref	ref		ref
未婚	1.1 (0.97- 1.25)	1.13 (1.01- 1.27)*	0.99 (0.89- 1.1)		0.97 (0.89- 1.05)
喪偶	0.58 (0.4- 0.86)**	0.56 (0.39- 0.8)**	0.78 (0.59- 1.03)		0.85 (0.71- 1.02)
離婚	1.06 (0.93- 1.22)	1.11 (0.98- 1.26)	1.11 (1- 1.22)*		1.1 (1.02- 1.19)*

註：利用逐步迴歸技術使模型自行挑選出解釋力較大之變數後，將挑選出之變數以卡方檢定有 <0.05 作為篩選標準(存活風險有顯著差異)，放入最後模型(Final model)。

在自殺方式方面以安眠藥鎮定劑、一般病媒殺蟲劑、割腕則較能穩定預測個案的後續再自殺企圖，自殺原因方面則以喪親、喪偶、憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病較能穩定預測 30、60、90、180、365、730 天再自殺風險；急性化的疾病則較能穩定預測 180、365、730 天的再自殺風險。(單變項存活分析詳 8-5-13 及 8-5-14)

表 8-5-5、30、60、90、180、365、730 天再自殺存活模型(續)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
自殺方式						
安眠藥、鎮靜劑						
	1.37 (1.18- 1.58)***	1.32 (1.17- 1.48)***	1.36 (1.22- 1.52)***	1.43 (1.31- 1.57)***	1.37 (1.28- 1.48)***	1.36 (1.28- 1.45)***
其他藥物			1.24 (1.05- 1.47)*			1.12 (1.01- 1.25)*
一般病媒殺蟲劑		1.88 (1.19- 2.98)**	1.73 (1.11- 2.67)*	1.37 (1.04- 1.79)*	1.79 (1.31- 2.46)***	1.68 (1.27- 2.23)***
燒炭	1.19 (1- 1.42)*			1.26 (1.05- 1.51)*	1.19 (1.02- 1.39)*	1.24 (1.09- 1.41)**
溺水(淹死)、跳水				0.66 (0.45- 0.97)*		
割腕	1.3 (1.12- 1.52)***	1.31 (1.15- 1.49)***	1.35 (1.2- 1.52)***	1.41 (1.28- 1.55)***	1.45 (1.34- 1.56)***	1.45 (1.36- 1.56)***
以其他方式	0.7 (0.52- 0.95)*	0.76 (0.6- 0.97)*	0.74 (0.59- 0.93)**	0.83 (0.69- 1)*		
自殺原因						
夫妻問題						
					0.87 (0.8- 0.94)***	
感情因素	1.25 (1.08- 1.45)**	1.13 (0.99- 1.3)	1.13 (1- 1.28)*		1.11 (1.03- 1.2)*	
喪親、喪偶	1.58 (1.07- 2.33)*	1.45 (1.02- 2.05)*	1.58 (1.17- 2.14)**		1.56 (1.27- 1.93)***	1.39 (1.14- 1.68)**
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其	1.3 (1.13- 1.5)***	1.22 (1.08- 1.38)**	1.24 (1.11- 1.38)***	1.22 (1.12- 1.34)***	1.24 (1.15- 1.34)***	1.19 (1.12- 1.27)***
其他精神疾病						
物質濫用			1.22 (1.01- 1.47)*		1.24 (1.09- 1.42)**	1.3 (1.16- 1.45)***
失業					1.17 (1- 1.36)*	

急性化 的疾病 問題	1.32 (1.08- 1.61)**	1.36 (1.15- 1.61)***	1.36 (1.18- 1.57)***
生涯規 劃因素		0.37 (0.14- 0.99)*	
個案 (家屬)	0.6 (0.4- 0.89)*	0.68 (0.49- 0.96)*	
不願說 明			
不詳	0.74 (0.56- 0.97)*	0.77 (0.61- 0.98)*	0.81 (0.67- 0.98)*

註：利用逐步迴歸技術使模型自行挑選出解釋力較大之變數後，將挑選出之變數以卡方檢定有 <0.05 作為篩選標準(存活風險有顯著差異)，放入最後模型(Final model)。

在關懷訪視單相關變數以轉介醫療院所能穩定預測 180、365、730 天再自殺風險，除此之外 BSRS ≥ 6 能穩定預測 30、60、90、365、730 天之再自殺風險，90 天內結案同樣能穩定預測再自殺風險，而特殊身分別方面以精神照護資訊管理資訊系統、家暴加害人、家暴被害人、性侵加害人均較能穩定預測再自殺風險，尤其性侵加害人 30、60、90 天內風險相較非性侵加害人高達 2 倍，而通報日後 90 天內結案亦能穩定預測 30、60、90、365、730 天，然而可能跟個案只有再自殺企圖，前次通報結案有關，而非追蹤滿 3 個月。(單變項存活分析詳 8-5-15 及 8-5-16)

表 8-5-5、30、60、90、180、365、730 天再自殺存活模型(續)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
訪視類 型						
電訪						0.91 (0.84- 0.99)*
家訪						
轉介醫 療						
轉介醫 療院所			1.36 (1.05- 1.75)*	1.39 (1.13- 1.72)**	1.26 (1.04- 1.52)*	
轉介心 理諮詢商						
bsrs						
是否大 於 6						
分						

BSRS <6	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Bsrs> =6	1.72 (1.52- 1.95)***	1.76 (1.58- 1.95)***	1.77 (1.61- 1.95)***	1.53 (1.41- 1.65)***	1.42 (1.33- 1.52)***	1.36 (1.28- 1.43)***
90 天 內是否否 結案	ref	ref	ref	ref	ref	ref
是	7.55 (6.68- 8.53)***	7.7 (6.95- 8.54)***	6.92 (6.3- 7.6)***	4.41 (4.06- 4.78)***	3.16 (2.94- 3.41)***	2.49 (2.33- 2.67)***
特殊身 份別						
精神照 護資訊	1.79 (1.55- 2.08)***	1.87 (1.65- 2.12)***	1.95 (1.74- 2.18)***	2.12 (1.94- 2.33)***	2.21 (2.05- 2.39)***	2.29 (2.15- 2.45)***
管理資 訊系統						
高危家 暴被害 人						1.18 (1.05- 1.33)**
家暴加 害人	1.19 (1- 1.42)*	1.23 (1.07- 1.42)**	1.25 (1.1- 1.42)***	1.24 (1.12- 1.38)***	1.27 (1.16- 1.39)***	1.28 (1.18- 1.38)***
家暴被 害人	1.27 (1.09- 1.48)**	1.24 (1.09- 1.4)***	1.29 (1.15- 1.44)***	1.41 (1.29- 1.54)***	1.46 (1.36- 1.58)***	1.46 (1.37- 1.57)***
兒少加 害人					1.21 (1.01- 1.44)*	1.24 (1.06- 1.44)**
性侵加 害人	2.66 (1.42- 5)**	2.19 (1.2- 3.97)*	2.44 (1.46- 4.07)***	1.67 (1.14- 2.46)**		1.57 (1.07- 2.3)*

註：利用逐步迴歸技術使模型自行挑選出解釋力較大之變數後，將挑選出之變數以卡方檢定有 <0.05 作為篩選標準(存活風險有顯著差異)，放入最後模型(Final model)。

3) 30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險存活分析

再自殺死亡分析中，同樣雖然 30 天、60 天、90 天、180 天、365 天、730 天再自殺死亡最後模型均已透過逐步迴歸挑選出卡方顯著性 <0.05 之變數放入，但當變數一起放入模型時，仍可能因為其他變數影響造成該變數存活風險並沒有顯著不同，以各期限來看，僅男性、106、107 年、90 天內是否結案、精神照護、家暴受害人較能穩定預測所有期限之再自殺死亡風險，除此之外以溺水(淹死)、跳水與 30、60、90 天再自殺死亡風險穩定相關，以家用瓦斯中毒則與 180、365、730 天再自殺死亡風險穩定相關。

在男性方面，其再自殺死亡風險大致為女性 1-2 倍；年份方面來看，107 年份方面相較 100 年其 30 天再自殺死亡風險為 5 倍，其餘 106 及 107 年再自殺死亡風險大致為 2-4 倍；在 90 天內是否結案方面，雖然有結案均較沒結案的再自殺死亡風險高，但與個案即使死亡，仍會歸為結案有關；特殊身份別方

面，精照個案及家暴加害人再自殺死亡風險相較沒有此兩種身分別的低，則可能與此兩類別 7 天內死亡比例較高有關。(單變項存活分析詳表 8-5-17、表 8-5-18、表 8-5-19、表 8-5-20、表 8-5-21)

表 8-5-6、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡存活模型

	30 天再自殺 死亡	60 天再自殺 死亡	90 天再自 殺死亡	180 天再自 殺死亡	365 天再自 殺死亡	730 天再自 殺死亡
性別						
男		2.12 (1.36- 3.29)***	1.65 (1.12- 2.42)*	1.63 (1.2- 2.21)**	1.35 (1.03- 1.75)*	1.44 (1.17- 1.77)***
女		ref	ref	ref	ref	ref
年齡層						
35-44					ref	
0-14					-	
15-24					0.66 (0.41-1.08)	
25-34					1.1 (0.77-1.56)	
45-54					0.96 (0.67-1.38)	
55-64					1.11 (0.73-1.67)	
65-74					1.78 (1.11-2.86)*	
75+					0.6 (0.32-1.14)	
通報年 分						
100	ref		ref	ref	ref	ref
101	1.3 (0.31- 5.48)		0.88 (0.4- 1.92)	1.36 (0.76- 2.42)	1.51 (0.9- 2.53)	0.83 (0.54- 1.26)
102	1.3 (0.32- 5.34)		1.35 (0.58- 3.14)	0.88 (0.46- 1.68)	1.29 (0.73- 2.27)	0.9 (0.6- 1.35)
103	2.34 (0.62- 8.86)		1.38 (0.6- 3.18)	1.01 (0.55- 1.87)	1.29 (0.73- 2.26)	0.85 (0.57- 1.28)
104	1.73 (0.41- 7.27)		1.28 (0.54- 3.02)	0.84 (0.43- 1.65)	1.33 (0.76- 2.34)	1 (0.67- 1.51)
105	2.52 (0.63- 10.15)		2.05 (0.91- 4.65)	1.42 (0.78- 2.59)	1.93 (1.12- 3.31)*	1.39 (0.93- 2.07)
106	1.97 (0.5- 7.68)		2.2 (1.02- 4.77)*	1.9 (1.09- 3.3)*	2.45 (1.45- 4.14)***	1.69 (1.16- 2.47)**
107	5.86 (1.63- 21.07)**		3.66 (1.64- 8.16)**	2.67 (1.49- 4.79)**	4.47 (2.6- 7.67)***	3.14 (2.1- 4.69)***
自殺方 式						
安眠藥、 鎮靜劑	0.48 (0.26- 0.88)*			0.68 (0.5- 0.91)*	0.74 (0.57- 0.96)*	

其他化學物品	2.51 (1.01- 6.27)*	3.01 (1.53- 5.91)**	2.3 (1.29- 4.12)**
家用瓦斯中毒	2.36 (1.12- 4.98)*	2.74 (1.39- 5.39)**	2.21 (1.18- 4.11)*
溺水(淹死)、跳水	5.26 (1.53- 18.08)**	4.69 (1.67- 13.12)**	4.02 (1.44- 11.27)**
以其他方式	2.11 (1.11- 3.98)*	2.12 (1.15- 3.89)*	1.53 (0.95- 2.46)
自殺原因			
喪親、喪偶		2.41 (1.03- 5.62)*	
物質濫用		0.36 (0.15- 0.89)*	0.52 (0.26- 1.02)
職場工作	2.93 (1.12- 7.66)*		0.56 (0.33- 0.94)*
壓力			
債務	2.89 (0.99- 8.45)	2.93 (1.25-6.9)*	
兵役因素		6.14 (0.79- 47.65)	11.92 (1.51- 94.11)*
90 天 內是否 結案	否	ref	ref
	是	4.97 (2.77- 8.92)***	5.96 (3.87- 9.18)***
特殊身 份別		4.41 (3- 6.48)***	2.48 (1.78- 3.45)***
精神照 護管理	是	0.49 (0.26- 0.92)*	0.47 (0.27- 0.81)**
個案資 訊系統		0.56 (0.38- 0.83)**	0.57 (0.41- 0.79)***
家暴受 害人	是	0.27 (0.08- 0.85)*	0.33 (0.14- 0.77)*
兒少受 害人	是	0.48 (0.28- 0.83)**	0.56 (0.37- 0.85)**
職業			7.79 (1- 60.42)*
	就業	ref	ref
	失業	2.29 (1.28- 4.08)**	1.52 (1.01- 2.28)*

註：利用逐步迴歸技術使模型自行挑選出解釋力較大之變數後，將挑選出之變數以卡方檢定有 <0.05 作為篩選標準(存活風險有顯著差異)，放入最後模型(Final model)。

4. 研究限制

本研究由於使用台灣自殺企圖通報系統資料，未能進一步推論台灣整體自殺企圖之型態，且由於資料在人口學變項遺漏值亦不少，因此本次分析未能類推所有自殺通報個案情形，且由於本研究再自殺死亡分析研究開始即刪除通報即死亡個案，故分析結果與通報即死亡之個案危險因子存在有差異，表示通報即死亡跟通報後再自殺死亡之個案可能為兩種不同的人口群，必需分開制訂自殺防治策略。

而由於本研究主要在探討關懷訪視與再自殺相關性，故關懷訪視僅有取第一筆有 BSRS 分數之關懷訪視的資料作分析，然而個案自殺風險可能是動態，因此 BSRS 分數僅能代表個案當下之情緒障礙，而未能探討 BSRS 分數的動態變化與再自殺風險之間的關係。

另一方面，在是否結案的部分，雖然有進一步分析結案原因與再自殺死亡風險之關係，然而因為超過五成的結案原因均是遺漏值，導致模型對在此題項難以收斂，在是否轉介醫療方面是否能降低再自殺率或再自殺死亡方面，則因為即使透過資料串連仍無法找出有心理疾病卻沒就醫之自殺企圖者，導致轉介醫療者往往是已經確診精神疾病，相比沒有罹患精神疾病之自殺企圖者，其再自殺、再自殺死亡風險往往更高。

訪視次數未能探討其與再自殺相關性，乃是因為關懷訪視次數存在倖存者偏差，因此未能找到合適統計方法來估計訪視次數對再自殺之影響。

5. 結論及政策建議

中壯年於職場的自殺防治仍需強化，由於中壯年自殺原因占率方面以職場壓力工作為主要上升之原因，同時此年齡層上吊、自縊占率亦有上升之趨勢，除現行 EAP 推廣外，企業針對人資、廠護相關人員提供守門人訓練，並利用心情溫度計測量員工是否有情緒障礙，以適時提供轉介資源是此年齡層職場自殺防治重點項目；55 歲以下受到暴力及受到騷擾的情形受限於資料限制，難以具體理解受到暴力及受到騷擾的類型，未來希望能針對此類型的自殺企圖個案進行個案研究，以釐清具體受到暴力及受到騷擾的事項，才有助於此類型自殺原因占率下降。

在關懷訪視相關變數的部分，心情溫度計做為評估個案是否會再自殺危險性工具之一，由再自殺存活風險顯示心情溫度計與 30、60、90、180、365、730 天再自殺風險相關，也是少數能持續預測變數之一，然而近十年資料有評估到 BSRS 分數個案仍是不多，因此未來如何能有效提高關訪員詳實評估心情溫度計的分數，是相當重要的。

特殊身份別方面，再自殺風險以精神照護資訊管理資訊系統、家暴加害人、家暴被害人、性侵加害人較高，表示這四類特殊身分別通報後需相當注意個案後續的情形，並藉由跨系統的合作、適時的轉介醫療資源、擬定安全計畫

等，都有助於特殊身分別個案後續再自殺風險降低。

由於再自殺死亡風險的較難以穩定預測，因此自殺關懷訪視方面除現行心情溫度計作為訪視個案評估風險工具之外，關訪員仍應該系統性評估個案相關自殺危險因子、保護因子，以利更佳掌握個案自殺風險，並於關懷訪視紀錄當中寫下，以完善關懷訪視紀錄及自殺通報系統完整性，此皆有助於未來針對個案自殺危險性的分析。

附表

表 8-5-7、100-109 年各年齡層自殺企圖者人口學相關特性占率與年份之相關分析

	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
性別								
男性	-0.41	-0.18	0.98***	0.94***	0.99***	0.32	0.71*	-0.41
女性	0.41	0.18	-0.98***	-0.94***	-0.99***	-0.32	-0.71*	0.77**
就業狀態								
失業	-0.94***	-0.99***	-0.19	-0.22	0.01	-0.04	-0.02	-0.27
過去精神病史								
有	0.77**	0.78**	0.12	-0.27	-0.15	0.20	0.92**	0.58
婚姻狀態								
未婚	0.07	0.59	0.96***	0.99***	0.98***	0.94***	0.84**	-0.81**
已婚	0.33	-0.55	-0.75*	-0.47	-0.81**	-0.71*	-0.71*	-0.65*
離婚	-0.52	-0.70*	-0.84**	-0.68*	0.49	0.76*	0.90**	0.55
喪偶		0.19	-0.84**	-0.78**	-0.37	-0.81**	-0.55	0.60
教育程度								
國小	0.22	0.41	0.16	-0.50	-0.95***	-0.96***	-0.67*	-0.59
國中	-0.58	0.90**	0.71*	0.82**	0.21	0.98***	0.89**	0.43
高中及高職	0.01	0.05	-0.31	-0.14	0.92**	0.96***	0.98***	0.33
大專		0.22	0.73*	0.35	-0.14	0.24	0.60	-0.20
大學院校教育		-0.76*	-0.76*	-0.76*	-0.69*	-0.76*	-0.69*	-0.70*
碩士以上	0.33	0.75*	0.96***	0.98***	0.83**	0.35	0.10	

表 8-5-8、100-109 年各年齡層各自殺方式占率與年份之相關分析

年齡層	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
自殺方式								
安眠藥、鎮靜劑	-0.90***	0.33	-1.00***	-0.98***	-0.96***	-0.76*	0.3	0.38

服用或施打毒品過量	0.15	-0.59	-0.84**	0.12	-0.16	-0.19	-0.22	-0.42
其他藥物	-0.01	0.75*	0.22	0.58	0.42	0.26	0.62	0.76*
農藥	-0.53	-0.87**	-0.84**	-0.98***	-0.94***	-0.89***	-0.95***	-0.85**
一般病媒殺蟲劑	0.37	-0.55	-0.15	-0.1	0.43	0.18	0.07	-0.35
除草劑(巴拉刈)		0.61	0.62	0.63	0.64*	0.57	0.56	0.62
其他化學物品	0.33	-0.39	-0.07	-0.2	-0.03	0.05	0.02	-0.02
家用瓦斯中毒	-0.49	-0.68*	-0.43	-0.28	-0.38	0.73*	-0.31	0.02
汽車廢氣	-0.29	0.04	-0.27	0.27	0.21	0.24	0.19	-0.21
燒炭	-0.68*	-0.22	0.36	-0.3	-0.37	-0.53	0.18	-0.24
氯氣自殺		0.51	0.37	0.41				
其他氣體及蒸氣		-0.26	-0.07	-0.38	-0.04	-0.01	0.4	0.04
上吊、自縊	0.36	0.88***	0.90***	0.68*	0.76*	0.85**	0.24	-0.03
悶死及窒息	0.77**	0.92***	0.94***	0.91***	0.62	0.91***	0.83**	0.75*
溺水(淹死)、跳水	-0.16	0.64*	0.79**	0.26	0.61	0.64*	0.05	0.19
以槍炮、氣槍及爆炸物		0.54	0.16	0.24	0.39	-0.2	0.52	0.41
割腕	0.18	-0.83**	-0.70*	0.54	0.37	0.42	0.44	-0.59
其他部位之切穿工具自殺	0.73*	0.76*	0.95***	0.98***	0.89***	0.89***	0.99***	0.53
高處跳下	0.02	0.95***	1.00***	0.96***	0.96***	0.95***	0.89***	0.54
自焚		-0.61	-0.36	0.28	0.58	0.92***	0.72*	0.69*
撞擊	-0.28	0.71*	0.95***	0.94***	0.90***	0.92***	0.72*	0.73*
臥、跳軌	0.53	0.38	0.72*	0.77**	0.25	0.28	0.07	0.29
以其他方式	-0.38	-0.3	0.16	-0.22	-0.24	-0.38	-0.44	-0.41

表 8-5-9、100-109 年各年齡層各自殺原因占率與年份之相關分析

年齡層	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
自殺原因								
夫妻問題	-0.32	-0.53	-0.2	-0.03	-0.79**	-0.14	-0.24	-0.32
家庭成員問題	0.03	0.44	-0.19	-0.18	-0.44	-0.5	0.15	-0.49
感情因素	-0.61	-0.99***	-0.2	0.6	0.71*	0.32	-0.07	0.25
喪親、喪偶	-0.26	-0.53	-0.04	-0.1	-0.81**	-0.35	-0.19	-0.35
憂鬱傾向、罹患憂鬱症	0.55	0.59	-0.03	-0.1	-0.08	-0.02	0.54	0.14
或其他精神疾病								
物質濫用	-0.76*	-0.72*	-0.75*	-0.58	-0.24	-0.39	-0.15	-0.24
職場工作壓力	-0.48	0.66*	0.96***	0.92***	1.00***	0.92***	0.5	-0.49
失業	0.52	-0.77**	-0.83**	-0.56	-0.5	0.03	0.67*	0.15
債務	0.22	0.5	0.88***	0.36	0.47	0.25	0.65*	0.73*
慢性化的疾病問題	-0.23	-0.25	-0.26	-0.37	-0.37	-0.04	0.28	-0.01
急性化的疾病問題	0.73*	0.1	-0.45	0.02	0.47	0.04	-0.27	-0.04
學校適應問題	0.93***	0.99***	0.36	-0.26	-0.39	0.17	0.52	-0.52
生涯規劃因素	-0.59	-0.02	0.76*	0.28	0.48	0.41		-0.41
遭受騷擾	0.68*	0.87**	0.99***	0.94***	0.64*	0.46	0.72*	0.5

遭受暴力	0.81**	0.89***	0.76*	0.92***	0.70*	0.52	0.3	0.62
遭受詐騙	0.52	0.39	0.82**	0.82**	0.88***	0.6	0.33	0.70*
兵役因素	0.52	-0.92***	-0.24	0.80**		0.05		-0.17
畏罪自殺、官司問題	0.41	0.81**	0.88***	0.79**	0.89***	0.85**	0.62	0.38
個案(家屬)不願說明	-0.08	0.18	0.21	0.45	0.54	0.76*	0.71*	0.81**
其他	-0.83**	-0.87**	-0.77**	-0.79**	-0.76*	-0.84**	-0.6	0.41
不詳	0.16	0.01	0.05	0.1	0.12	0.18	0.2	0.36

表 8-5-10、100-109 年各年齡層各特殊身分別占率與年份之相關分析

年齡層	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
特殊身份別								
精神照護管理個案資訊系統	-0.67*	-0.5	-0.93***	-0.99***	-0.92***	0.18	0.73*	0.33
嚴重病人	-0.21	-0.84**	-0.6	-0.42	0.02	0.77**	0.52	0.33
高危家暴加害人	-0.16	-0.61	0.47	0.41	0.44	0.62	0.24	0.64*
高危家暴被害人	-0.82**	-0.85**	-0.54	0.14	0.07	0.44	0.62	0.36
家暴加害人	-0.70*	-0.44	0.03	0.21	0.36	0.43	0.67*	0.44
家暴被害人	-0.71*	-0.59	-0.36	-0.16	-0.22	0.09	0.42	0.32
兒少加害人	-0.55	-0.73*	-0.49	-0.2	0.37	0.70*	0.76*	0.17
兒少被害人	-0.71*	0.75*	-0.07	-0.23	0.52	0.21		
性侵加害人	-0.67*	-0.70*	0.68*	0.52	0.08	-0.18	-0.16	-0.06
替代治療		-0.92***	-0.95***	-0.24	0.93***	0.59	0.26	
毒藥品	-0.94***	-0.90***	-0.24	0.59	0.94***	0.87**	0.81**	

表 8-5-11、30、60、90、180、365、730 天再自殺風險之單變項分析(人口學)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
性別						
男	1.13(0.99- 1.29) ref	1.07(0.96- 1.19) ref	1.03(0.93- 1.14) ref	0.92(0.84- 1.00)* ref	0.85(0.79- 0.91)*** ref	0.80(0.76- 0.85)*** ref
女						
年齡層						
35-44 歲	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
0-14 歲	0.36(0.11- 1.12)	0.77(0.40- 1.49)	0.82(0.46- 1.45)	0.94(0.61- 1.45)	0.93(0.65- 1.34)	0.99(0.73- 1.35)
15-24 歲	0.97(0.81- 1.16)	1.07(0.92- 1.24)	1.01(0.88- 1.16)	0.98(0.88- 1.10)	0.94(0.85- 1.03)	0.92(0.85- 1.00)
25-34 歲	0.95(0.81- 1.12)	0.94(0.82- 1.08)	0.96(0.85- 1.09)	0.94(0.85- 1.04)	0.93(0.85- 1.01)	0.93(0.87- 1.00)
45-54 歲	0.86(0.71- 1.03)	0.90(0.77- 1.05)	0.86(0.75- 0.99)*	0.81(0.72- 0.91)***	0.82(0.75- 0.91)***	0.84(0.77- 0.91)***

55-64 歲	0.80(0.63- 1.04)	0.80(0.65- 0.99)*	0.74(0.60- 0.90)**	0.67(0.57- 0.79)***	0.70(0.62- 0.81)***	0.71(0.64- 0.80)***
65-74 歲	0.70(0.46- 1.06)	0.69(0.48- 0.98)*	0.71(0.52- 0.97)*	0.66(0.51- 0.86)**	0.62(0.50- 0.78)***	0.59(0.48- 0.71)***
75 歲 以上	0.40(0.21- 0.74)**	0.45(0.28- 0.75)**	0.41(0.25- 0.65)***	0.32(0.21- 0.49)***	0.36(0.26- 0.50)***	0.43(0.33- 0.55)***
通報年						
100	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
101	0.80(0.61- 1.04)	0.89(0.71- 1.10)	0.92(0.76- 1.12)	0.97(0.83- 1.13)	0.89(0.78- 1.02)	0.88(0.79- 0.99)*
102	0.75(0.58- 0.96)*	0.78(0.63- 0.96)*	0.76(0.63- 0.92)**	0.76(0.65- 0.89)***	0.80(0.70- 0.91)***	0.78(0.70- 0.86)***
103	0.66(0.51- 0.85)**	0.67(0.54- 0.84)***	0.69(0.56- 0.83)***	0.70(0.60- 0.82)***	0.70(0.62- 0.80)***	0.70(0.62- 0.78)***
104	0.78(0.61- 1.00)*	0.84(0.68- 1.03)	0.83(0.69- 1.00)	0.78(0.67- 0.91)**	0.75(0.66- 0.85)***	0.72(0.64- 0.80)***
105	0.77(0.61- 0.99)*	0.80(0.65- 0.99)*	0.80(0.66- 0.96)*	0.80(0.69- 0.93)**	0.75(0.66- 0.85)***	0.72(0.65- 0.80)***
106	0.99(0.79- 1.25)	0.99(0.82- 1.21)	1.00(0.83- 1.19)	0.94(0.81- 1.09)	0.84(0.74- 0.95)**	0.77(0.69- 0.86)***
107	0.89(0.70- 1.13)	0.99(0.81- 1.21)	0.97(0.81- 1.16)	0.97(0.84- 1.13)	0.89(0.78- 1.00)	0.85(0.76- 0.94)**

表 8-5-12、30、60、90、180、365、730 天再自殺風險之單變項分析(人口學)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
小學	0.60(0.44- 0.80)***	0.65(0.52- 0.83)***	0.64(0.51- 0.79)***	0.68(0.58- 0.81)***	0.77(0.68- 0.88)***	0.79(0.71- 0.89)***
國中	1.17(1.02- 1.35)*	1.14(1.02- 1.28)*	1.15(1.03- 1.27)**	1.16(1.06- 1.26)***	1.10(1.03- 1.19)**	1.13(1.07- 1.21)***
高中及高 職	0.98(0.87- 1.11)	0.98(0.88- 1.09)	1.01(0.92- 1.11)	0.98(0.91- 1.06)	0.98(0.91- 1.04)	0.96(0.91- 1.01)
大專	0.92(0.77- 1.10)	0.93(0.80- 1.08)	0.90(0.79- 1.03)	0.93(0.83- 1.04)	0.92(0.84- 1.01)	0.89(0.82- 0.96)**
大學院校 教育	1.35(0.82- 2.21)	1.36(0.90- 2.06)	1.34(0.93- 1.95)	1.17(0.84- 1.62)	1.18(0.90- 1.55)	1.10(0.86- 1.40)
碩士以上	0.79(0.39- 1.59)	0.76(0.42- 1.38)	0.89(0.55- 1.46)	0.72(0.46- 1.12)	0.83(0.59- 1.18)	0.84(0.63- 1.14)
已婚	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
未婚	1.22(1.07- 1.41)**	1.28(1.13- 1.43)***	1.28(1.15- 1.42)***	1.23(1.13- 1.35)***	1.19(1.10- 1.27)***	1.19(1.11- 1.26)***

喪偶	0.58(0.37- 0.92)*	0.59(0.40- 0.86)**	0.57(0.40- 0.81)**	0.67(0.51- 0.87)**	0.80(0.65- 0.98)*	0.80(0.67- 0.95)*
離婚	1.23(1.05- 1.44)*	1.26(1.10- 1.44)***	1.31(1.17- 1.48)***	1.30(1.18- 1.43)***	1.30(1.20- 1.41)***	1.36(1.27- 1.46)***
就業	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
失業	1.42(1.18- 1.71)***	1.39(1.18- 1.63)***	1.35(1.17- 1.56)***	1.26(1.12- 1.43)***	1.26(1.13- 1.39)***	1.20(1.10- 1.32)***
過去精神 病史_無	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
過去精神 病史_不詳	1.27(1.08- 1.49)**	1.41(1.23- 1.62)***	1.38(1.22- 1.56)***	1.39(1.26- 1.53)***	1.44(1.32- 1.56)***	1.43(1.33- 1.53)***
過去精神 病史_有	2.35(2.03- 2.72)***	2.56(2.26- 2.91)***	2.42(2.16- 2.71)***	2.41(2.20- 2.64)***	2.59(2.40- 2.80)***	2.55(2.39- 2.72)***

表 8-5-13、30、60、90、180、365、730 天再自殺風險之單變項分析(自殺方式)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
安眠藥、 鎮靜劑	1.32(1.17- 1.49)***	1.29(1.17- 1.43)***	1.30(1.19- 1.42)***	1.32(1.22- 1.42)***	1.25(1.18- 1.33)***	1.24(1.17- 1.31)***
服用或施 打毒品過量	2.01(0.65- 6.23)	1.88(0.71- 5.03)	1.91(0.79- 4.59)	1.56(0.70- 3.47)	1.46(0.73- 2.91)	1.75(1.02- 3.02)*
其他藥物	0.97(0.78- 1.21)	0.99(0.83- 1.19)	1.04(0.89- 1.23)	0.91(0.79- 1.04)	0.90(0.80- 1.01)	0.91(0.83- 1.01)
農藥	0.58(0.35- 0.97)*	0.54(0.35- 0.84)**	0.50(0.33- 0.75)***	0.52(0.38- 0.73)***	0.59(0.46- 0.77)***	0.63(0.51- 0.78)***
一般病媒 殺蟲劑	1.33(0.73- 2.41)	1.62(1.03- 2.55)*	1.46(0.95- 2.24)	1.27(0.87- 1.86)	1.32(0.97- 1.80)	1.22(0.92- 1.61)
除草劑(巴拉刈)	-	-	-	0.39(0.06- 2.80)	1.11(0.42- 2.96)	1.04(0.43- 2.49)
其他化 學物品	0.78(0.50- 1.21)	0.68(0.46- 1.01)	0.65(0.46- 0.94)*	0.66(0.49- 0.89)**	0.75(0.60- 0.95)*	0.80(0.66- 0.97)*
家用瓦斯 中毒	1.03(0.49- 2.17)	1.14(0.63- 2.06)	1.00(0.57- 1.77)	0.90(0.55- 1.47)	0.86(0.56- 1.30)	0.82(0.57- 1.19)
汽車廢氣	1.66(0.53- 5.16)	1.56(0.59- 4.17)	1.27(0.47- 3.38)	1.52(0.72- 3.18)	1.36(0.71- 2.61)	1.22(0.68- 2.21)
燒炭	1.22(0.94- 1.58)	1.06(0.84- 1.34)	1.06(0.86- 1.30)	1.05(0.88- 1.25)	0.97(0.83- 1.12)	0.98(0.87- 1.12)

氯氣自殺						
其他氣體及蒸氣	-	1.37(0.19-9.73)	1.12(0.16-7.92)	0.76(0.11-5.37)	0.53(0.08-3.70)	0.76(0.19-3.04)
上吊、自縊	0.95(0.57-1.58)	1.02(0.67-1.54)	1.04(0.72-1.50)	0.95(0.69-1.30)	0.94(0.72-1.23)	0.96(0.77-1.21)
悶死及窒息	1.54(0.39-6.16)	1.64(0.53-5.08)	1.33(0.43-4.13)	0.90(0.29-2.79)	1.49(0.71-3.11)	1.43(0.74-2.75)
溺水(淹死)、跳水	0.64(0.36-1.13)	0.75(0.48-1.16)	0.63(0.41-0.97)*	0.54(0.37-0.79)**	0.73(0.55-0.96)*	0.80(0.64-1.00)*
以槍炮、氣槍及爆炸物	-	-	-	-	1.48(0.21-10.47)	1.11(0.16-7.82)
割腕	1.12(0.98-1.28)	1.15(1.03-1.28)*	1.14(1.04-1.26)**	1.21(1.12-1.32)***	1.25(1.17-1.33)***	1.25(1.18-1.32)***
其他部位之切穿工具殺	1.00(0.71-1.40)	0.92(0.68-1.23)	0.93(0.72-1.21)	0.90(0.72-1.12)	0.88(0.73-1.06)	0.86(0.73-1.01)
高處跳下	0.94(0.66-1.35)	1.00(0.75-1.34)	0.96(0.74-1.26)	0.93(0.74-1.16)	0.97(0.81-1.16)	0.93(0.79-1.09)
自焚	2.29(0.74-7.10)	2.14(0.80-5.71)	2.63(1.18-5.86)*	1.80(0.81-4.01)	1.91(0.99-3.67)	1.74(0.96-3.14)
撞擊	0.97(0.67-1.41)	0.92(0.67-1.26)	0.91(0.68-1.21)	0.79(0.61-1.01)	0.76(0.61-0.94)*	0.79(0.66-0.95)**
臥、跳軌	1.13(0.16-7.99)	1.59(0.40-6.32)	1.28(0.32-5.12)	1.31(0.42-4.07)	0.91(0.30-2.83)	0.66(0.21-2.04)
以其他方式	0.63(0.47-0.84)**	0.69(0.54-0.87)**	0.64(0.52-0.80)***	0.69(0.58-0.82)***	0.74(0.64-0.85)***	0.72(0.64-0.81)***

表 8-5-14、30、60、90、180、365、730 天再自殺風險之單變項分析(自殺原因)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
夫妻問題	0.86(0.74-1.01)	0.79(0.69-0.90)***	0.78(0.69-0.88)***	0.81(0.74-0.89)***	0.79(0.73-0.85)***	0.77(0.72-0.83)***
家庭成員問題	0.87(0.74-1.01)	0.90(0.79-1.03)	0.92(0.82-1.04)	0.92(0.83-1.01)	0.93(0.86-1.00)	0.98(0.92-1.04)
感情因素	1.04(0.90-1.20)	1.00(0.89-1.13)	1.01(0.90-1.12)	1.00(0.91-1.09)	0.99(0.92-1.07)	1.01(0.94-1.07)
喪親、喪偶	1.69(1.14-2.49)**	1.51(1.07-2.13)*	1.63(1.21-2.20)**	1.39(1.06-1.81)*	1.60(1.30-1.97)***	1.41(1.17-1.71)***
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	1.82(1.61-2.06)***	1.85(1.67-2.05)***	1.82(1.66-2.00)***	1.80(1.67-1.95)***	1.83(1.71-1.95)***	1.80(1.70-1.90)***

物質濫用	1.20(0.93- 1.56)	1.26(1.02- 1.56)*	1.33(1.11- 1.60)**	1.23(1.05- 1.44)*	1.31(1.15- 1.49)***	1.38(1.23- 1.54)***
職場工作壓 力	0.87(0.65- 1.17)	0.87(0.68- 1.12)	0.97(0.78- 1.20)	0.98(0.83- 1.17)	0.96(0.83- 1.11)	0.99(0.87- 1.12)
失業	1.43(1.08- 1.90)*	1.42(1.12- 1.81)**	1.40(1.13- 1.74)**	1.33(1.11- 1.60)**	1.37(1.18- 1.59)***	1.32(1.16- 1.51)***
債務	1.27(0.94- 1.74)	1.08(0.82- 1.43)	1.13(0.89- 1.45)	1.06(0.86- 1.30)	1.02(0.86- 1.22)	1.00(0.86- 1.17)
慢性化的疾 病問題	1.02(0.49- 2.15)	0.92(0.48- 1.78)	0.83(0.44- 1.54)	1.01(0.63- 1.60)	1.01(0.69- 1.49)	0.98(0.70- 1.37)
急性化的疾 病問題	1.03(0.76- 1.40)	1.00(0.77- 1.30)	0.96(0.75- 1.22)	1.03(0.85- 1.24)	1.02(0.87- 1.20)	1.03(0.90- 1.18)
學校適應問 題	0.80(0.42- 1.54)	1.13(0.71- 1.80)	1.12(0.73- 1.70)	1.35(0.99- 1.86)	1.37(1.05- 1.79)*	1.31(1.04- 1.65)*
生涯規劃因 素	0.41(0.06- 2.93)	0.29(0.04- 2.04)	0.23(0.03- 1.64)	0.46(0.15- 1.44)	0.42(0.16- 1.13)	0.70(0.36- 1.34)
遭受騷擾	-	-	0.34(0.05- 2.43)	0.93(0.35- 2.49)	1.31(0.66- 2.63)	0.97(0.49- 1.94)
遭受暴力	0.49(0.12- 1.95)	1.03(0.46- 2.29)	0.83(0.37- 1.85)	1.12(0.64- 1.98)	1.05(0.64- 1.71)	1.10(0.73- 1.66)
遭受詐騙	-	-	-	-	0.22(0.03- 1.55)	0.48(0.15- 1.48)
兵役因素	2.17(0.70- 6.72)	2.04(0.77- 5.44)	1.66(0.62- 4.43)	1.13(0.43- 3.01)	1.18(0.53- 2.62)	1.15(0.58- 2.30)
畏罪自殺、 官司問題	1.61(0.67- 3.88)	1.59(0.76- 3.33)	1.48(0.74- 2.95)	1.38(0.76- 2.49)	1.22(0.72- 2.07)	1.35(0.88- 2.08)
個案(家屬) 不願說明	0.51(0.32- 0.82)**	0.50(0.34- 0.74)***	0.56(0.40- 0.79)***	0.69(0.53- 0.88)**	0.68(0.55- 0.84)***	0.78(0.66- 0.92)**

表 8-5-15、30、60、90、180、365、730 天再自殺風險之單變項分析(關懷訪視相關)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
電訪	0.92(0.78- 1.08)	0.93(0.81- 1.07)	0.93(0.82- 1.05)	1.00(0.90- 1.11)	0.95(0.87- 1.04)	0.99(0.92- 1.07)
家訪	1.07(0.89- 1.28)	1.08(0.93- 1.26)	1.04(0.91- 1.20)	0.96(0.85- 1.07)	1.00(0.90- 1.10)	0.97(0.89- 1.05)
門診	1.05(0.65- 1.70)	1.00(0.66- 1.51)	1.09(0.76- 1.55)	1.08(0.80- 1.44)	1.20(0.95- 1.52)	1.18(0.97- 1.45)
其他地點面 談	1.26(0.78- 2.03)	1.08(0.70- 1.67)	1.30(0.91- 1.85)	1.28(0.95- 1.72)	1.29(1.01- 1.65)*	1.19(0.95- 1.48)
BSRS<=5 分	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref

BSRS>6 分	1.81(1.60- 2.04)***	1.82(1.64- 2.01)***	1.83(1.67- 2.00)***	1.67(1.55- 1.80)***	1.61(1.51- 1.71)***	1.57(1.49- 1.66)***
90 天內結案是否						
否	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
是	7.05(6.24- 7.96)***	7.13(6.44- 7.89)***	6.33(5.77- 6.94)***	4.06(3.74- 4.40)***	2.89(2.68- 3.11)***	2.26(2.11- 2.42)***
轉介醫療						
轉介醫療院 所	1.49(0.97- 2.27)	1.62(1.15- 2.28)**	1.67(1.23- 2.26)***	1.68(1.31- 2.15)***	1.78(1.45- 2.18)***	1.62(1.35- 1.95)***
轉介心理諮 商	0.99(0.70- 1.39)	1.17(0.90- 1.52)	1.14(0.90- 1.45)	1.09(0.89- 1.33)	1.14(0.96- 1.34)	1.21(1.05- 1.39)**

表 8-5-16、30、60、90、180、365、730 天再自殺風險之單變項分析(特殊身分別)

	30 天再自殺	60 天再自殺	90 天再自殺	180 天再自殺	365 天再自殺	730 天再自殺
精神照護管 理資訊系統	2.61(2.28- 2.98)***	2.72(2.44- 3.04)***	2.74(2.48- 3.03)***	2.80(2.58- 3.04)***	2.97(2.78- 3.18)***	3.06(2.89- 3.25)***
嚴重病人	1.99(1.17- 3.37)*	2.32(1.54- 3.51)***	2.31(1.59- 3.35)***	2.53(1.88- 3.41)***	2.74(2.15- 3.50)***	2.72(2.20- 3.37)***
高危家暴加 害人	1.62(1.16- 2.27)**	1.74(1.32- 2.29)***	1.70(1.33- 2.19)***	1.54(1.24- 1.91)***	1.43(1.19- 1.73)***	1.41(1.20- 1.66)***
高危家暴被 害人	1.29(0.97- 1.71)	1.26(0.99- 1.61)	1.29(1.04- 1.59)*	1.59(1.36- 1.87)***	1.60(1.40- 1.83)***	1.78(1.59- 1.99)***
家暴加害人	1.46(1.24- 1.72)***	1.48(1.29- 1.70)***	1.52(1.34- 1.71)***	1.50(1.36- 1.66)***	1.52(1.40- 1.65)***	1.52(1.41- 1.63)***
家暴被害人	1.39(1.20- 1.60)***	1.39(1.24- 1.57)***	1.45(1.30- 1.61)***	1.60(1.47- 1.75)***	1.70(1.58- 1.82)***	1.75(1.65- 1.86)***
兒少加害人	1.58(1.12- 2.22)**	1.43(1.06- 1.93)*	1.53(1.18- 1.99)**	1.65(1.34- 2.03)***	1.64(1.38- 1.96)***	1.71(1.47- 1.98)***
兒少被害人	0.35(0.09- 1.39)	0.85(0.41- 1.79)	0.89(0.46- 1.71)	1.07(0.66- 1.75)	1.17(0.79- 1.73)	1.15(0.82- 1.62)
性侵加害人	2.70(1.45- 5.03)**	2.09(1.16- 3.78)*	2.32(1.39- 3.85)**	1.90(1.20- 3.02)**	1.40(0.89- 2.20)	1.47(1.01- 2.14)*
替代治療	1.47(0.95- 2.27)	1.68(1.20- 2.36)**	1.64(1.21- 2.24)**	1.44(1.10- 1.89)**	1.43(1.14- 1.80)**	1.40(1.15- 1.71)***
毒藥品	1.38(1.10- 1.74)**	1.39(1.14- 1.68)***	1.38(1.16- 1.64)***	1.35(1.17- 1.56)***	1.35(1.20- 1.52)***	1.40(1.26- 1.55)***

表 8-5-17、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險之單變項分析(人口學)

	30 天再自殺 死亡	60 天再自殺 死亡	90 天再自殺 死亡	180 天再自殺 死亡	365 天再自殺 死亡	730 天再自殺 死亡
性別						
男	3.66(2.12- 6.33)***	4.67(3.03- 7.19)***	3.68(2.55- 5.30)***	3.32(2.50- 4.41)***	2.72(2.15- 3.44)***	2.53(2.08- 3.07)***
女	ref	ref	ref	ref	ref	ref
年齡層						
35- 44	ref	ref	ref	ref	ref	ref
0- 14	-	-	-	-	-	0.33(0.05- 2.35)
15- 24	0.68(0.24- 1.95)	0.82(0.39- 1.71)	0.67(0.35- 1.28)	0.48(0.27- 0.84)**	0.50(0.31- 0.79)**	0.46(0.32- 0.68)***
25- 34	0.55(0.20- 1.49)	0.86(0.45- 1.64)	0.77(0.44- 1.34)	0.77(0.50- 1.17)	0.80(0.57- 1.13)	0.73(0.55- 0.98)*
45- 54	1.33(0.56- 3.12)	1.17(0.60- 2.25)	1.11(0.64- 1.93)	1.08(0.71- 1.65)	1.03(0.72- 1.48)	1.04(0.78- 1.40)
55- 64	3.14(1.36- 7.24)**	2.20(1.11- 4.36)*	1.73(0.94- 3.19)	1.76(1.11- 2.80)*	1.71(1.15- 2.52)**	1.65(1.20- 2.27)**
65- 74	6.34(2.55- 15.77)***	4.37(2.04- 9.33)***	3.62(1.85- 7.09)***	3.15(1.84- 5.41)***	3.05(1.94- 4.81)***	2.34(1.56- 3.53)***
75+	3.22(0.90- 11.55)	2.96(1.11- 7.88)*	2.86(1.25- 6.52)*	2.13(1.05- 4.34)*	2.14(1.19- 3.87)*	2.18(1.36- 3.52)**
通報年 分						
100	ref	ref	ref	ref	ref	ref
101	1.58(0.38- 6.61)	1.74(0.64- 4.70)	0.95(0.44- 2.05)	1.31(0.75- 2.30)	1.22(0.74- 2.00)	0.85(0.56- 1.28)
102	1.46(0.36- 5.83)	1.34(0.49- 3.62)	0.79(0.37- 1.67)	0.66(0.35- 1.23)	0.81(0.48- 1.34)	0.71(0.48- 1.07)
103	1.89(0.50- 7.13)	1.54(0.58- 4.04)	0.82(0.39- 1.72)	0.78(0.43- 1.40)	0.84(0.50- 1.38)	0.72(0.49- 1.08)
104	1.22(0.29- 5.10)	1.22(0.44- 3.35)	0.62(0.28- 1.38)	0.56(0.29- 1.07)	0.76(0.45- 1.27)	0.73(0.49- 1.09)
105	1.39(0.35- 5.55)	1.04(0.37- 2.92)	0.75(0.35- 1.59)	0.73(0.40- 1.32)	0.82(0.49- 1.35)	0.72(0.49- 1.07)
106	1.86(0.49- 7.01)	1.86(0.73- 4.75)	1.13(0.56- 2.25)	1.20(0.70- 2.05)	1.15(0.72- 1.83)	0.96(0.66- 1.39)
107	3.23(0.92- 11.35)	2.12(0.83- 5.37)	1.15(0.57- 2.31)	1.07(0.61- 1.86)	1.20(0.75- 1.92)	0.87(0.59- 1.28)

表 8-5-18、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險之單變項分析(人口學)

	30 天再自殺 死亡	60 天再自殺 死亡	90 天再自殺 死亡	180 天再自殺 死亡	365 天再自殺 死亡	730 天再自殺 死亡
小學	2.28(1.08- 4.83)*	1.41(0.71- 2.79)	1.31(0.71- 2.44)	1.17(0.70- 1.94)	1.45(0.98- 2.14)	1.51(1.10- 2.08)*
國中	0.91(0.48- 1.74)	0.93(0.57- 1.52)	0.92(0.60- 1.41)	1.13(0.82- 1.55)	1.06(0.81- 1.39)	1.03(0.82- 1.29)
高中及高 職	0.83(0.47- 1.46)	0.87(0.57- 1.34)	0.88(0.61- 1.29)	0.75(0.56- 1.02)	0.73(0.57- 0.94)*	0.71(0.57- 0.88)**
大專	0.78(0.34- 1.83)	0.84(0.45- 1.58)	0.96(0.57- 1.62)	0.88(0.57- 1.34)	0.86(0.60- 1.24)	1.00(0.76- 1.33)
大學院校 教育		0.94(0.13- 6.73)	0.72(0.10- 5.14)	0.44(0.06- 3.15)	0.31(0.04- 2.19)	1.07(0.44- 2.59)
碩士以上		1.13(0.16- 8.09)	0.86(0.12- 6.19)	0.53(0.07- 3.80)	1.50(0.56- 4.02)	1.29(0.54- 3.12)
已婚						
未婚	0.61(0.32- 1.20)	1.06(0.66- 1.71)	1.00(0.66- 1.52)	0.87(0.62- 1.22)	0.81(0.61- 1.08)	0.83(0.65- 1.05)
喪偶	1.41(0.43- 4.65)	1.32(0.47- 3.70)	1.50(0.64- 3.49)	1.79(0.98- 3.28)	1.72(1.03- 2.86)*	1.45(0.91- 2.30)
離婚	0.83(0.41- 1.68)	0.95(0.54- 1.68)	0.96(0.59- 1.57)	0.98(0.67- 1.43)	0.97(0.71- 1.33)	1.15(0.90- 1.47)
就業	ref	ref	ref	ref	ref	ref
失業	1.31(0.56- 3.07)	1.86(1.06- 3.29)*	2.08(1.29- 3.36)**	1.68(1.12- 2.53)*	1.55(1.09- 2.20)*	1.48(1.10- 1.99)**
過去精神 病史_無		ref	ref	ref	ref	ref
過去精神 病史_不詳	不詳	1.34(0.70- 2.58)	1.36(0.83- 2.22)	1.36(0.88- 2.10)	1.36(0.96- 1.93)	1.32(0.98- 1.77)
過去精神 病史_有	有	1.50(0.77- 2.91)	1.37(0.82- 2.29)	1.49(0.96- 2.33)	1.68(1.19- 2.38)**	1.78(1.33- 2.37)***
BSRS<=5 分	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
BSRS>6 分	1.82(1.06- 3.10)*	1.35(0.90- 2.03)	1.40(0.98- 1.99)	1.42(1.07- 1.87)*	1.39(1.10- 1.76)**	1.36(1.12- 1.65)**

表 8-5-19、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險之單變項分析(自殺方式)

	30 天再自殺 死亡	60 天再自殺 死亡	90 天再自殺 死亡	180 天再自 殺死亡	365 天再自 殺死亡	730 天再自殺 死亡
安眠藥、鎮靜劑	0.55(0.31- 0.98)*	0.62(0.40- 0.96)*	0.72(0.49- 1.04)	0.75(0.56- 1.01)	0.87(0.69- 1.11)	0.96(0.79- 1.17)
服用或施打毒品 過量	-	-	-	-	-	1.66(0.23- 11.81)
其他藥物	1.11(0.44- 2.79)	1.02(0.50- 2.12)	0.98(0.51- 1.87)	0.90(0.53- 1.53)	0.83(0.53- 1.31)	0.90(0.62- 1.29)
農藥	1.58(0.38- 6.47)	1.37(0.43- 4.31)	1.77(0.72- 4.32)	2.21(1.17- 4.17)*	1.83(1.03- 3.27)*	1.68(1.02- 2.78)*
一般病媒殺蟲劑	4.82(1.18- 19.79)*	4.19(1.33- 13.23)*	3.20(1.02- 10.06)*	1.96(0.63- 6.12)	1.82(0.68- 4.88)	2.53(1.26- 5.10)**
除草劑(巴拉刈)	-	12.59(1.76- 90.35)*	9.72(1.36- 69.46)*	6.01(0.84- 42.87)	4.20(0.59- 29.88)	5.85(1.46- 23.43)*
其他化學物品	1.55(0.38- 6.38)	1.82(0.67- 4.95)	1.74(0.71- 4.27)	1.28(0.57- 2.88)	1.49(0.79- 2.81)	1.23(0.69- 2.19)
家用瓦斯中毒	5.83(1.42- 23.94)*	5.07(1.60- 16.01)**	6.56(2.68- 16.07)***	6.54(3.22- 13.27)***	5.70(3.03- 10.72)***	4.32(2.37- 7.86)***
汽車廢氣	-	6.21(0.87- 44.59)	4.78(0.67- 34.22)	2.95(0.41- 21.07)	6.25(2.00- 19.49)**	4.35(1.40- 13.53)*
燒炭	3.02(1.36- 6.67)**	2.44(1.27- 4.71)**	2.65(1.52- 4.63)***	2.44(1.55- 3.83)***	2.43(1.67- 3.55)***	3.40(2.57- 4.49)***
氮氣自殺	-	-	-	-	-	-
其他氣體及蒸氣	-	-	-	11.18(1.57- 79.52)*	7.86(1.10- 56.01)*	5.47(0.77- 38.91)
上吊、自縊	6.66(2.65- 16.70)***	4.51(1.97- 10.31)***	3.41(1.50- 7.75)**	3.90(2.12- 7.16)***	3.19(1.83- 5.56)***	2.52(1.50- 4.22)***
悶死及窒息	-	-	-	-	2.80(0.39- 19.97)	3.92(0.98- 15.72)
溺水(淹死)、跳 水	3.26(1.02- 10.46)*	2.50(0.92- 6.80)	1.90(0.70- 5.15)	1.16(0.43- 3.11)	1.42(0.67- 3.01)	1.11(0.55- 2.24)
以槍炮、氣槍及 爆炸物	-	-	-	-	-	15.49(2.19- 109.81)**
割腕	0.66(0.34- 1.29)	0.71(0.43- 1.17)	0.71(0.46- 1.10)	0.82(0.59- 1.14)	0.83(0.63- 1.09)	0.77(0.61- 0.97)*
其他部位之切穿 工具自殺	0.55(0.08- 3.96)	0.64(0.16- 2.59)	0.74(0.23- 2.32)	1.07(0.51- 2.28)	0.85(0.42- 1.72)	0.81(0.44- 1.47)
高處跳下	-	-	-	0.16(0.02- 1.13)	0.33(0.11- 1.04)	0.54(0.26- 1.14)
自焚	-	-	-	-	-	-
撞擊	0.65(0.09- 4.71)	0.76(0.19- 3.08)	0.58(0.14- 2.35)	0.72(0.27- 1.93)	0.75(0.34- 1.69)	0.69(0.34- 1.39)

臥、跳軌	-	-	-	-	-	-
以其他方式	1.39(0.55- 3.48)	1.82(0.97- 3.42)	1.49(0.82- 2.71)	1.29(0.78- 2.12)	1.04(0.66- 1.64)	0.89(0.59- 1.33)
表 8-5-20、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險之單變項分析(自殺原因)						
	30 天再自殺 死亡	60 天再自 殺死亡	90 天再自 殺死亡	180 天再自 殺死亡	365 天再自 殺死亡	730 天再自 殺死亡
夫妻問題	0.63(0.30- 1.33)	0.64(0.36- 1.13)	0.51(0.30- 0.88)*	0.55(0.37- 0.83)**	0.62(0.44- 0.86)**	0.60(0.45- 0.79)***
家庭成員問題	0.65(0.31- 1.39)	0.67(0.38- 1.18)	0.79(0.49- 1.26)	0.90(0.63- 1.29)	0.81(0.60- 1.11)	0.77(0.59- 0.99)*
感情因素	0.42(0.18- 0.99)*	0.55(0.31- 0.99)*	0.67(0.41- 1.08)	0.52(0.34- 0.78)**	0.58(0.41- 0.80)**	0.63(0.48- 0.82)***
喪親、喪偶	2.53(0.62- 10.39)	2.20(0.70- 6.94)	1.68(0.53- 5.27)	2.09(0.93- 4.70)	1.44(0.64- 3.23)	1.16(0.55- 2.44)
憂鬱傾向、罹患憂鬱症 或其他精神疾病	1.36(0.77- 2.42)	1.09(0.69- 1.73)	1.26(0.85- 1.86)	1.51(1.12- 2.03)**	1.47(1.15- 1.89)**	1.58(1.29- 1.94)***
物質濫用	0.37(0.05- 2.66)	0.88(0.32- 2.38)	0.67(0.25- 1.80)	0.51(0.21- 1.24)	0.64(0.33- 1.25)	0.74(0.44- 1.25)
職場工作壓力	1.97(0.78- 4.94)	1.33(0.58- 3.04)	1.18(0.55- 2.54)	1.15(0.62- 2.11)	1.01(0.59- 1.73)	0.84(0.52- 1.36)
失業	4.15(1.87- 9.18)***	3.74(1.99- 7.02)***	3.07(1.69- 5.58)***	2.65(1.61- 4.37)***	2.38(1.54- 3.67)***	2.31(1.60- 3.33)***
債務	2.47(0.89- 6.85)	2.14(0.93- 4.88)	1.61(0.71- 3.67)	1.84(1.00- 3.38)*	1.38(0.78- 2.47)	1.35(0.83- 2.20)
慢性化的疾病問題	2.84(0.39- 20.54)	1.64(0.23- 11.74)	1.25(0.18- 8.97)	2.34(0.75- 7.31)	1.63(0.52- 5.07)	1.50(0.56- 4.00)
急性化的疾病問題	7.10(3.74- 13.48)***	5.17(3.02- 8.86)***	4.64(2.84- 7.58)***	3.65(2.40- 5.56)***	3.68(2.60- 5.22)***	3.36(2.49- 4.54)***
學校適應問題	-	-	-	-	-	0.68(0.17- 2.72) 0.94(0.35- 2.51)
生涯規劃因素	-	-	-	-	-	-
遭受騷擾	-	-	-	-	-	1.65(0.23- 11.77)
遭受暴力	-	-	-	-	1.36(0.19- 9.66) 0.95(0.13- 6.73)	1.97(0.63- 6.12)
遭受詐騙	-	-	-	-	-	2.29(0.32- 16.27)
兵役因素	14.04(1.94- 101.49)**	8.16(1.14- 58.55)*	6.27(0.88- 44.90)	3.87(0.54- 27.62)	2.70(0.38- 19.21)	1.86(0.26- 13.23)
畏罪自殺、官司問題	-	-	-	2.69(0.38- 19.23) 1.66(0.23- 11.82)	1.15(0.16- 8.22)	1.60(0.40- 6.40)

個案(家屬)不願說明	-	0.33(0.05- 2.33)	0.25(0.03- 1.78)	0.94(0.42- 2.13)	0.99(0.51- 1.92)	0.83(0.46- 1.51)
其他	0.37(0.09- 1.52)	0.78(0.36- 1.69)	0.87(0.45- 1.65)	1.09(0.69- 1.74)	1.19(0.82- 1.73)	1.02(0.73- 1.42)
不詳	0.62(0.15- 2.54)	0.72(0.27- 1.97)	0.84(0.37- 1.90)	0.68(0.34- 1.39)	0.78(0.45- 1.36)	0.96(0.63- 1.46)

表 8-5-22、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險之單變項分析(關懷訪視相關)

	30 天再自殺 死亡	60 天再自殺 死亡	90 天再自殺 死亡	180 天再自殺 死亡	365 天再自殺 死亡	730 天再自殺 死亡
電訪	0.45(0.25- 0.82)**	0.53(0.33- 0.85)**	0.58(0.38- 0.88)*	0.60(0.43- 0.84)**	0.71(0.53- 0.96)*	0.66(0.52- 0.84)***
家訪	2.10(1.11- 3.99)*	2.02(1.23- 3.30)**	1.92(1.23- 2.98)**	1.66(1.15- 2.38)**	1.37(0.99- 1.89)	1.45(1.12- 1.89)**
門診	2.44(0.59- 10.01)	1.40(0.34- 5.66)	1.07(0.26- 4.31)	1.32(0.49- 3.55)	1.38(0.62- 3.11)	1.76(0.97- 3.21)
其他地 點面談	1.44(0.20- 10.42)	0.83(0.12- 5.95)	0.64(0.09- 4.55)	1.59(0.59- 4.28)	1.39(0.57- 3.35)	1.34(0.63- 2.83)
BSRS< =5 分	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
BSRS> 6 分	1.82(1.06- 3.10)*	1.35(0.90- 2.03)	1.40(0.98- 1.99)	1.42(1.07- 1.87)*	1.39(1.10- 1.76)**	1.36(1.12- 1.65)**
90 天內 結案是 否						
否	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
是	5.96(3.47- 10.22)***	6.07(4.03- 9.16)***	4.77(3.30- 6.90)***	2.84(2.06- 3.91)***	2.29(1.72- 3.03)***	1.74(1.35- 2.24)***
轉介醫 療						
轉介醫 療院所	-	0.75(0.11- 5.40)	0.58(0.08- 4.13)	0.36(0.05- 2.53)	0.75(0.24- 2.33)	1.21(0.57- 2.56)
轉介心 理諮詢商	0.55(0.08- 3.99)	0.98(0.31- 3.08)	1.53(0.67- 3.47)	1.41(0.72- 2.75)	1.31(0.73- 2.33)	1.20(0.73- 1.98)

表 8-5-21、30、60、90、180、365、730 天再自殺死亡風險之單變項分析(特殊身分別)

	30 天再自殺 死亡	60 天再自殺 死亡	90 天再自殺 死亡	180 天再自 殺死亡	365 天再自 殺死亡	730 天再自 殺死亡
精神照護管 理資訊系統	0.63(0.25- 1.58)	0.83(0.44- 1.56)	0.87(0.51- 1.50)	1.07(0.72- 1.59)	1.18(0.86- 1.62)	1.38(1.07- 1.77)*
嚴重病人	0.00(0.00-.)	3.12(0.77- 12.68)	2.39(0.59- 9.68)	1.47(0.36- 5.92)	1.02(0.25- 4.10)	2.14(0.96- 4.79)

高危家暴加害人	0.88(0.12-6.37)	2.10(0.77-5.72)	1.60(0.59-4.33)	1.99(0.98-4.04)	2.09(1.17-3.73)*	2.18(1.36-3.50)**
高危家暴被害人	-	-	-	0.26(0.07-1.06)	0.46(0.19-1.12)	0.38(0.17-0.86)*
家暴加害人	1.11(0.50-2.46)	1.55(0.90-2.65)	1.30(0.79-2.15)	1.19(0.79-1.79)	1.17(0.83-1.64)	1.22(0.92-1.61)
家暴被害人	0.00(0.00-.)	0.15(0.05-0.47)**	0.23(0.10-0.53)***	0.37(0.22-0.62)***	0.47(0.32-0.70)***	0.48(0.35-0.67)***
兒少加害人	1.78(0.43-7.32)	1.02(0.25-4.14)	0.78(0.19-3.15)	0.72(0.23-2.26)	0.67(0.25-1.80)	1.05(0.54-2.03)
兒少被害人	3.41(0.47-24.64)	1.97(0.27-14.10)	1.51(0.21-10.79)	0.93(0.13-6.62)	0.65(0.09-4.60)	0.44(0.06-3.16)
性侵加害人	-	-	-	1.37(0.19-9.77)	0.95(0.13-6.80)	0.66(0.09-4.68)
替代治療	2.79(0.68-11.45)	1.59(0.39-6.47)	1.84(0.59-5.80)	1.51(0.56-4.07)	1.58(0.71-3.56)	1.46(0.72-2.93)
毒藥品	0.99(0.31-3.16)	0.75(0.28-2.05)	0.87(0.38-1.99)	0.81(0.41-1.57)	0.88(0.51-1.50)	1.00(0.66-1.53)

Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725-1736. doi:10.2147/NDT.S40213

Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R., . . . Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*.

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

Liu, Y.-R., Juan, C.-W., & Huan, C.-Y. (民 100). Suicide Survey and Trend Analysis in the Emergency Department. [急診部門自殺趨勢研究]. *秀傳醫學雜誌*, 10(1&2), 1-8.

Mendez-Bustos, P., de Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide Reattempters: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6).

Organization, W. H. (2014). Preventing suicide: A global imperative.

Pan, Y. J., Chang, W. H., Lee, M. B., Chen, C. H., Liao, S. C., & Caine, E. D. (2013a). Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychol Med*, 43(7), 1447-1454. doi:10.1017/s0033291712002425

Pan, Y. J., Chang, W. H., Lee, M. B., Chen, C. H., Liao, S. C., & Caine, E. D. (2013b). Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychological Medicine*, 43(7), 1447-1454. doi:10.1017/S0033291712002425

Wu, C. Y., Lee, M. B., Liao, S. C., Chan, C. T., Liu, L. D., & Chen, C. Y. (2020). Psychological distress of suicide attempters predicts one-year suicidal deaths during 2007-2016: A population-based study. *J Formos Med Assoc*, 119(8), 1306-1313. doi:10.1016/j.jfma.2020.04.033

- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*, 13(5), 243-256. doi:10.1007/s12199-008-0037-x
- 江弘基, & 胡賦強. (民 102). Socioeconomic Conditions and the Suicide Mortality Rate: A Trend Analysis in Taiwan, 1981-2007. [社會經濟狀況與自殺死亡率的關係：台灣 1981－2007 年之趨勢分析]. *中華心理衛生學刊*, 26(2), 307-336. doi:10.30074/fjmh.201306_26(2).0005
- 吳若寧, & 鄭雅文. (民 97). Trends in Suicide Mortality in Taiwan, 1959-2006. [台灣自殺死亡率趨勢：1959-2006]. *台灣公共衛生雜誌*, 27(2), 110-120. doi:10.6288/tjph2008-27-02-03
- 林佳瑩, & 蔡毓智. (民 94). 台灣地區自殺趨勢研究：1976-2001. [Suicide Trend in Taiwan, 1976-2001]. 3(1), 28-38. doi:10.29475/tfmr.200501.0004
- 林進嘉. (民 95). 臺北市 1971-2004 年方法別自殺死亡率變化趨勢. [Changes of Method-specific Suicide Trends in Taipei City, 1971-2004]. 3(10), 962-969. doi:10.6200/tcmj.2006.3.10.02
- 張冠偉. (民 108). 臺灣自殺企圖被通報者併有不同衛生福利服務系統身分之再自殺死亡風險. 國立臺灣大學, Available from Airiti AiritiLibrary database. (2019 年)
- 張奕涵, 廖士程, 林倩宇, 許嘉月, & 張書森. (民 109). 台灣自殺死亡率趨勢之改變：連結點迴歸分析 (1971-2018 年) . [Changing suicide trends in Taiwan: a joinpoint regression analysis from 1971 to 2018]. 39(5), 536-552. doi:10.6288/tjph.202010_39(5).109081
- 廖敏桂. (108 年). 社區自殺與精神病人關懷訪視合併政策對自殺企圖者之防治成效. (碩士), 國立陽明大學, Retrieved from <https://hdl.handle.net/11296/3rv4yv>

國際交流與合作

一、背景 (Context)

自殺是全球性的議題，各國家在其自殺率的趨勢上均有不同，從其他在自殺防治工作上有顯著成效的國家進行標竿學習是相當重要的，正因如此，國際合作在自殺防治工作上是不可或缺的一環。

COVID-19 爆發帶給全世界龐大的衝擊，這樣的衝擊不僅表現在生理上，同時亦影響心理健康。包含一般民眾對 COVID-19 產生的擔憂造成心理上的壓力、隔離檢疫措施造成孤獨感的增加，而媒體上關於病毒的錯誤資訊、重複報導確診個案數，對未來的不確定性等都可能是壓力的來源或加深恐懼；而對不同的群體亦有不同的影響，特別是原本心理健康就有問題的群體可能會更惡化，並進一步造成身體功能的損失，例如重鬱症患者、情緒敏感者與疫情期間曾受隔離檢疫以及面臨失業失婚壓力者都是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；在經濟上，限縮的經濟活動造成公司裁員以及倒閉、失業率上升都可能與自殺死亡率上升有著相關性，而個人的失業同時也是壓力源之一，因此面對 COVID-19 如此多層面的影響，謹慎的面對後續各方面可能的危機是相當重要的。

因此台灣自殺防治學會參與跨國研究計畫，在全球 16 個國家進行同步調查，目的在了解 COVID-19 下民眾的生活經驗與心理困擾是否影響到心理健康程度與自殺危機行為。希望藉由此研究計畫，能產生更多的因應策略，以降低疫情心理效應所造成的社會危害。

二、輸入 (Input)

1. 資料蒐集

1) 匿名問卷，蒐集資料。

2) 蒉集文獻

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：美國西奈山伊坎醫學院(Icahn School of Medicine at Mount Sinai)
精神科 Igor Galynker 教授。

2) 資源連結內容及形式：專家諮詢。

三、過程 (Process)

1. 文獻回顧

召集領域專家學者含精神醫學、流行病學，以進行分析方法擬定並透過專家學者提供之 COVID-19 與心理健康相關回顧文獻進行審閱。

2. 資料蒐集

1) 匿名問卷

(1) 問卷蒐集期間：110 年 4 月 7 日至 5 月 4 日。

(2) 說明：於美國研究團隊所建置的 Qualtrics 線上問卷平臺，以匿名問卷方式蒐集臺灣民眾在疫情下身心健康狀態、生活壓力事件、疫情帶來的生活影響等問題，問卷題目為 250 題。(題項如附件 9-1-1)

3. 資料分析

四、成果 (Product)

1. 執行結果

臺灣自 110 年 4 月 7 日起開放線上網址，廣邀 20 歲以上成人填寫，共蒐集 8,788 筆問卷資料，在 16 個國家中占比為最高，反映臺灣民眾在疫情下的心理健康狀態提供最真實的資訊。其中完整填寫的有效問卷共 4,846 份，占所有問卷的 55.1%。

後續將持續與 Igor Galynker 教授保持聯繫，研議問卷結果分析方式。依據問卷中不同分量表進行信效度分析，包含心情溫度計、COVID-19 疫情相關問題、壓力性生活事件、簡式自殺敘事量表、迷你國際神經精神會談問卷、自殺危機量表。並使用結構方程式分析法(SEM)及路徑分析，觀察變項間之因果關係。

2. 結論

COVID-19 疫情在全球已經持續一年以上，在各方面已經對於民眾的生活造成影響，為了解疫情期間，民眾的生活經驗與情緒困擾是否影響到心理健康程度與自殺行為風險，本次參與全球 16 個國家的跨國研究計畫。問卷測量內容包括簡式健康量表(心情溫度計)、自殺敘事量表、自殺危險因子評估以及自殺危機量表，此外也同步收集基本人口學變項、壓力性生活事件、COVID-19 下特定生活型態的轉變。

雖然於問卷調查時，國內疫情尚未處於爆發的情況，但分析的結果仍可作為臺灣大規模傳染性疾病後之心理衛生策略及自殺防治策略擬定之參考依據。期望藉由本次的跨國合作案，能了解在 COVID-19 疫情下，人民的心理健康變化，同時也與去年就已爆發大規模疫情的國家進行結果的比較，盼能增進對於疫情下心理衛生健康的了解，將來能提供各界作為未來政策擬定之參考。

五、附件

附件 9-1-1、2019 新冠肺炎爆發期間隔離措施對於情緒困擾程度之影響調查問卷題項

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，雖已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，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、疫情對民眾心理健康的影響、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)瞭解疫情(COVID-9)對民眾心理健康的影響。
- 4)瞭解民眾心理健康情形。
- 5)運用心情溫度計等量表，檢測國人情緒困擾之現況、自殺意念之風險。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開 110 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 110 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「110 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，本年度承接去年疫情對民眾心理健康之影響相關議題進行增列。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，主要部分如下：

表 9-2-1、110 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
自殺防治相關資訊接觸概況	2 題
個人與親友自殺經歷與求助問題	17 題
疫情對民眾心理健康的影响	8 題
心理健康情形(民眾寂寞感自評 5 題)	8 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
合計	49 題

四、成果

1. 執行結果

110 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 2,119 份，在 95% 信心水準下，抽樣誤差在 $\pm 2.13\%$ 以內。各項調查結果如下：

- 1) 民眾對臺灣自殺問題的看法：40.6% 民眾偏向認為自殺問題是嚴重的；47.7% 民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙。
- 2) 民眾對自殺防治資訊的接觸：15.6% 民眾近 1 年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」資訊；37.8% 民眾知道衛福部有提供自殺防治諮詢專線；17.7% 民眾聽說過「心情溫度計」。
- 3) 民眾的自殺意念調查：13.0% 民眾表示一生中曾認真想過要自殺；2.0% 民眾表示近 1 年曾認真想過要自殺；0.7% 民眾表示近 1 月想過要自殺；曾有自殺念頭民眾第 1 次認真想自殺的年紀以 15-19 歲(23.2%)居多。
- 4) 民眾的自殺行為調查：2.1% 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(28.5%)居多。
- 5) 民眾自殺問題求助：有自殺念頭者當下僅 24.4% 有求助，以求助「親朋好友」居多(11.1%)，當時求助者有 72.4% 表示有主動告知自己想自殺的念頭。
- 6) 民眾對於幫助自殺者的看法：58.7% 民眾認為「親朋好友」最能幫助想要自殺的人；7.2% 民眾表示過去 1 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 60.5% 民眾會和對方談一談他對自殺念頭。

7) 疫情對民眾心理健康影響：因新冠肺炎疫情關係，有 4.9% 民眾經歷自主健康管理，分別有 1.2% 經歷居家隔離及居家檢疫。

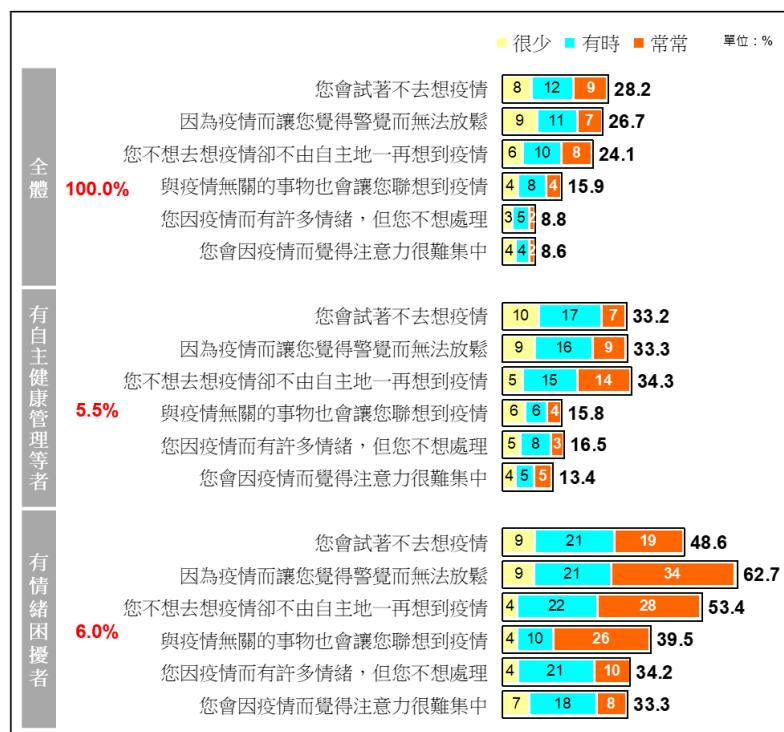


圖 9-2-1、因疫情關係，最近一週有沒有這些症狀

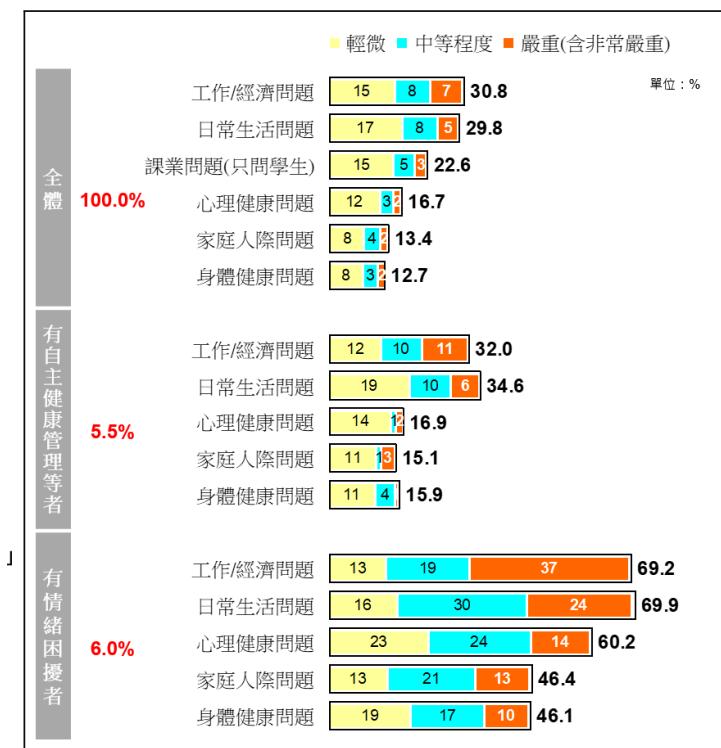


圖 9-2-2、過去 1 個月以來有無因疫情直接或間接帶給您上述壓力

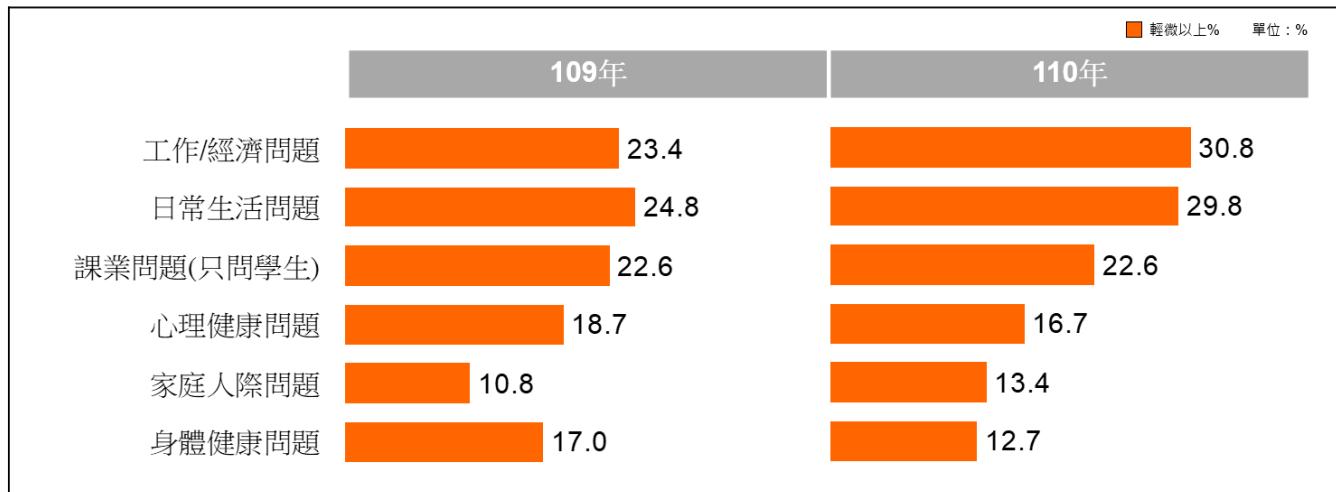


圖 9-2-3、過去 1 個月以來有無因疫情直接或間接帶給您上述壓力(續)

8) 民眾寂寞感自評：10.8% 民眾常常覺得「寂寞或孤單」，6.1% 常常覺得「沒人陪我」，3.6% 常常覺得「沒人理我」，3.2% 常常覺得「被別人孤立」。

9) 簡明心理健康篩檢表-九題版 (CMHC-9)

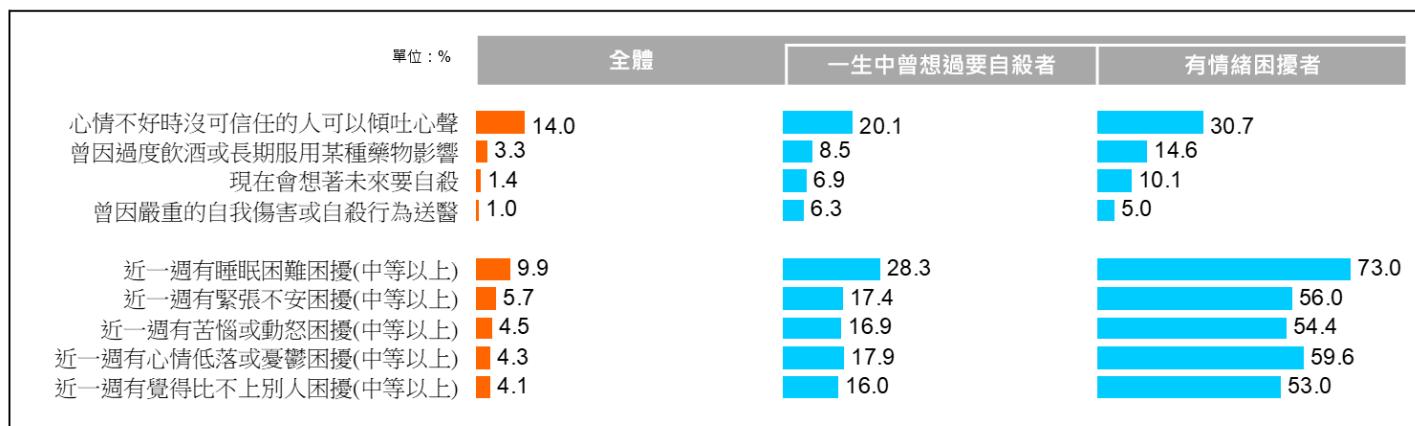


圖 9-2-4、簡明心理健康篩選表檢測結果

10) 心情溫度計(BSRS-5)調查：

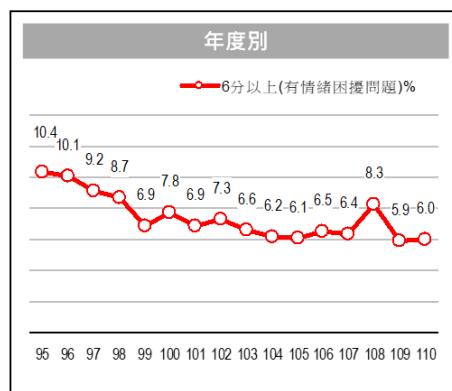


圖 9-2-5、心情溫度計有情緒困擾問題族群占比

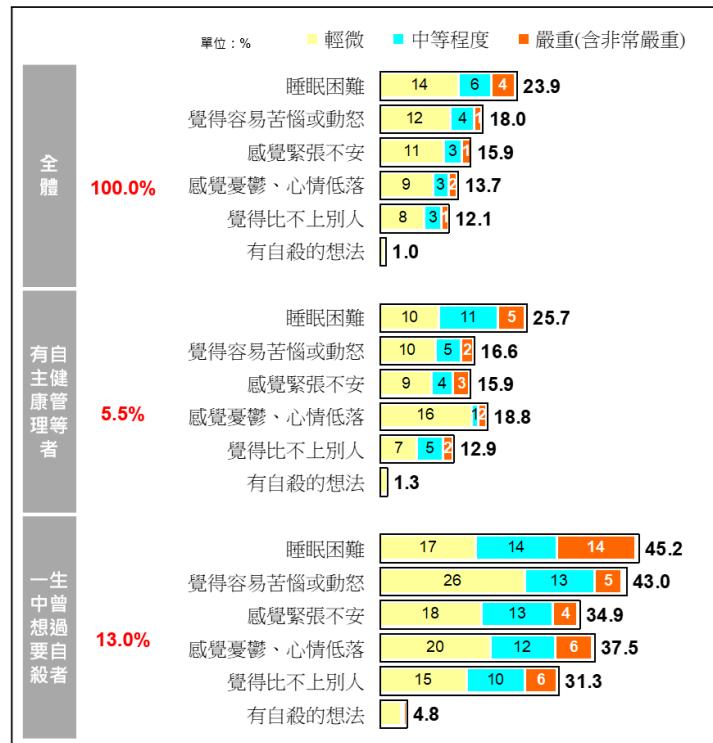


圖 9-2-6、BSRS-5 簡易量表檢測結果

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一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 110 年的四成一，但是總體而言，從民國 95 年度到 110 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。

2) 持續推動自殺防治資訊的大眾宣導

今年的調查中發現 15.6% 民眾近一年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」資訊，37.8% 民眾知道衛福部有提供自殺防治諮詢專線。

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。

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 13.0%，相較於去年有上升趨勢；一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 2.0%，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 0.7%，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 1.0% 民眾曾有自殺意念，換算成全人口數為 20.1 ± 8.6 萬人；近一個月內有 0.7% 民眾曾有自殺意念，推估為 13.7 ± 7.1 萬人；近一年內有 2.0% 民眾曾有自殺意念，推估為 40.8 ± 12.2 萬人；一生中 13.0% 民眾曾有自殺意念，推估為 264.7 ± 29.2 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。

4) 疫情對心理健康的影響

世界衛生組織(WHO)於 109 年 3 月 11 日正式宣布新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行，也為全世界的健康敲響警鈴。由於新冠病毒的特性，造成大流行初期持續攀高的死亡率，感染後亦需經歷較長的復原期，因此加深人們對新冠病毒的恐懼。為了持續了解疫情對民眾心理健康的影響，延續 109 年度電話調查之主題，於今年度增列相關議題。

因疫情關係，有 4.9% 民眾經歷自主健康管理，分別各有 1.2% 民眾經歷居家隔離及居家檢疫。調查最近一週中，民眾因疫情而有下列症狀：您會試著不去想疫情占 28.2%，因為疫情而讓您覺得警覺而無法放鬆占 26.7%，您不想去想疫情，卻不由自主地一再想到疫情占 24.1%，與疫情無關的事物也會讓您聯想到疫情占 15.9%，您因疫情而有許多情緒，但您不想處理占 8.8%，您會因疫情而覺得注意力很難集中占 8.6%。

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 30.8% 民眾工作/經濟感到壓力，29.8% 民眾日常生活感到壓力，22.6% 民眾對課業問題感到壓力(僅調查學生)，16.7% 民眾心理健康感到壓力，13.4% 民眾家庭人際感到壓力，12.7% 民眾身體健康感到壓力，根據調查結果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 24.4%的人求助，而求助對象以親朋好友居多(11.1%)，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 72.4%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(58.7%)和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 7.2%民眾在過去一年曾經歷有人向自己透露自殺念頭，民眾的處理方式大部分(60.5%)是跟對方聊一聊、近二成(21.4%)的人會轉移話題。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「四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 15.6% 民眾近 1 年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」資訊，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 9-2-1、110 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷