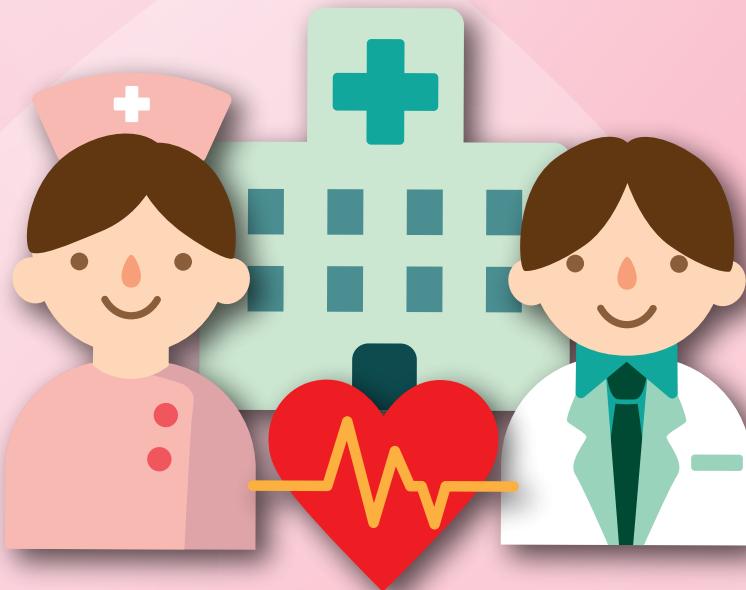


自殺防治系列 37

醫院自殺防治 工作手冊



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心



目錄

序	2
前言	3
壹、自殺防治綜論	4
一、自殺防治的重要性	4
二、自殺之保護因子與危險因子	5
三、全國自殺防治策略	13
貳、醫院自殺防治策略	14
一、全面性	14
二、選擇性	15
三、指標性	19
參、醫院自殺防治之組織與運作	21
一、自殺防治小組組織與任務	21
二、自殺通報標準作業流程	23
1. 綜合醫院	23
2. 專科醫院	27
三、自殺高風險個案追蹤關懷	28
四、自殺防治教育訓練	35
五、自殺防治環境安全管理	36
六、自殺防治機制衡量指標	36
肆、醫院特定族群自殺防治	40
一、老年病人	40
二、兒童與青少年病人	42
三、癌症病人	47
伍、參考文獻	52
附件一、關於自殺遺族之處遇	54
附件二、相關資源	57
附件三、自殺防治法	60



序

自殺防治是當代公共衛生重要議題，影響自殺的因素多元，源自於生物、心理、社會以及環境等多重因素的交互作用，具有快速變動與不易測量的特性，也因此使得自殺防治成為艱鉅的任務。

所謂「自殺防治，人人有責」，在自殺防治工作中，為達到全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理想境界，各職類專業人員的積極參與十分重要。

「自殺防治法」於108年6月19日總統公告後開始施行，其中第九條第二項第七款「推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。」明定將醫療機構的自殺防治工作列為自殺防治重要的策略之一。

台灣的研究顯示，七成五的自殺身亡者在自殺前一個月曾經就醫，卻有相當比例的人不曾求助精神醫療專業人員；而在自殺死亡率最高的群組—65歲以上之老年人，在自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診的比率高達九成(90.1%)，就診科別以內科為主(51.8%)，其次為家醫科(34.7%)及精神科(18.5%)。此外，自殺身亡者生前合併有重大傷病診斷的比率隨著年齡增長而增加；65歲以上老年自殺身亡者，生前合併重大傷病診斷之比率高達七成五，罹患重大身體疾病者則超過五成。由此可見，以醫院為基礎之自殺防治極為重要，尤其是非精神科別團隊更具關鍵性角色。

本手冊主要目的為提供醫院自殺防治團隊更精要之具體建議，適用於綜合醫院與專科醫院。首先針對自殺議題的重要性、影響因子與防治策略進行簡介；接著，從醫院角度說明全面性、選擇性與指標性三大層面的相應策略，倡導醫院自殺防治工作除了需要精神科團隊的努力，提升全院工作人員對於自殺防治相關知識、態度與技能，並有效發揮守門人的角色功能亦相當重要。醫院自殺防治組織運作章節中，則加入自殺防治法為編制依據，提供醫院自殺防治小組主要任務與運作原則，包含自殺通報流程、個案追蹤關懷、教育訓練、環境安全管理與相關衡量指標，供各院參考運用。最後，手冊亦特別將老人、兒童與青少年以及癌症病人等特殊族群之自殺防治進行獨立論述，期盼醫療場域之自殺防治實務工作能更加專業與普及。

我們熱切期待醫療體系對自殺防治工作的投入與整合，能促使各職類專業人員的連結及積極參與，以落實「網網相連，面面俱到」的理念，共同建立綿延牢固、環環相扣的嚴密防治網絡。

全國自殺防治中心主任

李明賓

謹誌 109年8月



前言

依據自殺防治通報系統資料統計，國內自殺通報單位約有八成五來自醫療院所，醫院內自殺案件雖未有大規模調查數據，但根據國內綜合醫院在自我傷害者的長期追蹤調查顯示，民國67年至86年間共有11,583名醫院自傷者；若追蹤到民國89年，其中有300人最後自殺死亡，其自殺行為雖然不一定發生在醫院內，但醫院身為重要防線是無庸置疑的。

另外，自殺者生前曾就醫比例也很高，據國內調查，自殺身亡者在自殺前一週內就醫的比例為54.3%，前一個月更是達到七成五，顯示醫療人員具有相當高的機率能接觸到自殺高風險群。又根據自殺身亡者生前最後就醫調查，最後一週內就診科別中，以非精神科者占率最高，占八成；而最後一次就診處，醫院門診約占七成，基層診所約占二成，因此更突顯了醫院自殺防治的重要性。故推動以醫院為基礎的自殺防治，實為自殺防治網絡中極重要的一環。

本手冊將提供一般性通則，協助醫院各自發展適用於院內的自殺防治手冊或指引，以增強醫療人員對於自殺高風險個案的敏感度及處理能力，擬訂有效的防治策略、作業流程與評估機制，並藉由主管暨全體員工的推動與投入，確實落實於常規業務之中，方能有效減少自殺事件的發生。



壹、自殺防治綜論

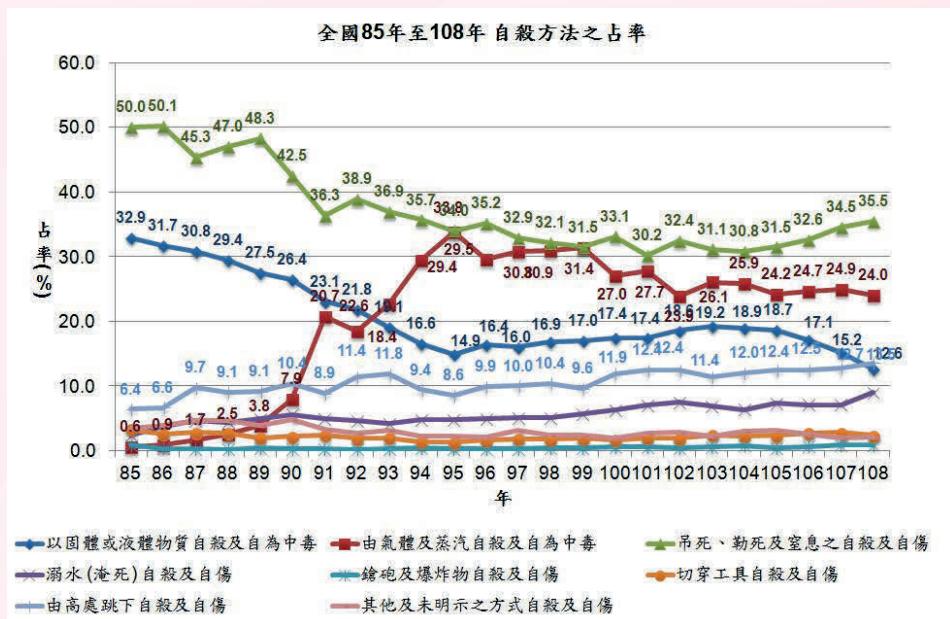
一、自殺防治的重要性

自殺是全球性的公共衛生議題，根據世界衛生組織(WHO)估計，全球每年有近八十萬人自殺身亡，平均每40秒就有一人自殺身亡，每3秒就有一人企圖結束自己的生命。而每一起自殺事件的發生，至少會為周遭六個人帶來嚴重的影響，因此自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面帶來的影響是無法估計的。

自殺並非單一原因造成，而是肇因於生物學、基因、心理、社會、文化和環境等種種因素複雜的交互作用。很難解釋為什麼有人在某些處境下會選擇自殺，而其他人在相似甚至是更糟的處境下卻不會這麼做。

根據全國108年自殺死亡數據顯示，自殺方式前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷(佔35.5%)」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒(佔24.0%)」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒(佔12.6%)」。而根據自殺關懷通報數據顯示，自殺原因前三高為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病(佔40.9%)」、「家庭成員問題(佔19.5%)」、「感情因素(佔17.1%)」。

此外，根據民國104年調查統計顯示，自殺死亡者一週內的就醫比例為54.3%，一個月內的就醫比例為74.6%，而一年內的就醫比例更可高達93%。由此可知，加強醫療人員在職訓練，提升高風險群能被及早發現、及早治療的機會，實為自殺防治工作中重要的一環。



二、自殺之保護因子與危險因子

自殺風險的評估，可從個體的保護因子與危險因子著手，了解個案周遭的資源與優勢，以及威脅與壓力源，進而掌握個案自殺風險的高低。以下分別介紹自殺的保護因子與危險因子。

(一) 保護因子

所謂保護因子，是指能夠達到促進個人成長、穩定發展與得到健康等目標之能力、特質或資源。增強保護因子將有助於降低自殺風險、增強個人因應困境的能力，且藉由評估保護因子，亦可發覺個人潛力和韌性。保護因子包括下列各層面：



1.個人特質與正向經驗

個人正向特質或經驗，能夠幫助個人在遇到壓力或挫折時減緩不適應的程度。例如：

- 有自信
- 自我認同
- 良好的自尊
- 願意求助
- 認知彈性
- 有滿意的生活品質
- 擁有歸屬感
- 良好自我效能
- 能適切的處理人際衝突
- 過去的成功經驗

2.社會支持

社會支持系統包含與家人、朋友和其他重要他人的支持關係。當個體有較高的人際連結，就較有機會減少自殺風險。擁有社會支持的特徵包含：

- 高度的人際連結
- 持續性的支持關係
- 支持與接納的家庭氣氛
- 參與社區活動
- 虔誠的宗教信仰或認同
- 文化認同
- 重要他人可覺察個案的自殺意念

另外，社會責任亦可能是個案的保護因子，包含工作的責任、婚姻或家庭的責任、養育年幼子女的責任等等，擁有義務及責任感有時也會是個



案繼續活著的原因或動力。

3. 醫療資源

醫療照護資源取得的方便性是相當重要的自殺保護因子之一，若醫療資源取得的可近性愈高，個人就愈可能產生求助意願；另外，治療關係亦是重要的影響因素之一。醫療資源層面的保護因子包含：

- 醫療和心理會談資源的可近性
- 連結到適合的醫療服務
- 良好的醫病關係
- 有效的治療
- 持續性的照護支持
- 藉由醫療體認到生命與健康的重要性

保護因子雖然無法抵消自殺的風險，但它們可以平衡生活中高度壓力事件所形成的負面影響。醫療人員若能夠評估個案的保護因子，將有助於強化個案存活的理由，達到自殺防治的效果。

(二) 危險因子

自殺危險因子包含生理、心理、環境與社會文化等層面；當個體擁有越多的自殺危險因子，同時保護因子又不足時，容易使個體的自殺風險提高。危險因子包括下列各項：

1. 精神疾病

由全國自殺防治中心106年隨機對照分析可以發現，與自殺有關的精神疾病當中，風險由高至低依序為精神作用物質相關障礙症、酒癮相關疾患、情緒性疾患、人格違常、行為障礙、特發於兒童及青少年期之情緒障礙。

儘管許多自殺個案罹患精神疾病，然而大多數的個案並未向精神衛生醫療相關的專業人員尋求協助，且即便是在已開發國家亦是如此，由此可知第一線醫療人員所扮演的角色非常重要。以下就常見的精神疾病加以說明。



1) 憂鬱症

在自殺身亡的個案中，最常見到具有憂鬱症診斷的病人。雖然每個人生活中都偶爾會有感到憂鬱、難過、孤獨或情緒不穩的時候，但這些感覺通常都會過去；然而當這些感覺持續存在，並影響個人的正常生活時，就不再只是憂鬱的感覺，而是憂鬱的疾病狀態。憂鬱症常見的症狀如下：

- 一天當中大部分的時間都感到難過
- 對日常活動喪失興趣
- 體重大幅減輕(在非節食時)或大幅增加
- 睡得太多、太少或是過早醒來
- 總是覺得疲累和虛弱
- 自我價值感低落、有罪惡感或無望感
- 總是覺得易怒和坐立不安
- 在集中注意力、做決定或記事物方面有困難
- 反覆出現死亡和自殺的想法

目前雖然已經有相當多治療憂鬱症的方法，但其困難之處在於個案未能被即時診斷，原因可能是罹患憂鬱症的病人雖然為憂鬱所苦，但僅視憂鬱症狀為「軟弱」的象徵而不願正視；或者對於憂鬱所引發的症狀習以為常，進而忽略其治療之必要性。此外，當個人同時患有其他身體疾病時，憂鬱症亦較不容易被診斷出來，病人可能僅以各種廣泛性的痠痛和疼痛症狀來表現。

2) 人格障礙症

人格障礙症的定義為，在發展穩定的正向自我感及維持建設性的親密關係上出現困難。在一般人當中，人格障礙症病人大約佔10%～15%；發病因素包含遺傳、外在環境及大腦發育不健全或有缺陷等等。

在人格障礙症當中，以反社會人格障礙症與邊緣性人格障礙症較容



易出現自殺或自傷行為，其原因與衝動性有關。人格疾患病人普遍易發生焦躁不安、情緒低落等現象，甚至出現自傷與自殺的想法或行為。

(1) 邊緣性人格障礙症常見症狀

- 逃避真實或想像中的被拋棄
- 不穩定的人際關係，將他人過度理想化或貶低
- 不穩定的自我感
- 潛在的自我傷害行為，如無節制的購物、性濫交、物質濫用、暴食等
- 重複的自殺行為、威脅或自傷行為
- 長期空虛感
- 不適當且強烈的憤怒，或難以控制憤怒
- 與壓力相關的短暫妄想意念或解離症狀

(2) 反社會人格障礙症的常見症狀

- 無法遵從社會規範，重複違反法律
- 為個人私利或樂趣而詐欺
- 衝動，無法做長遠打算
- 易怒和具攻擊性
- 魯莽，不在意自己及他人的安危
- 不負責任
- 對造成他人傷害無悔意

3) 酒精相關障礙症

約有三分之一的自殺個案有酒精依賴的問題，有5%～10%的酒精成癮者最終以自殺結束自己的生命。有酒癮問題合併自殺企圖者，常出現以下特徵：

- 年輕時便開始飲酒



- 長期且大量飲酒
- 身體健康狀況不佳
- 常感到心情低落
- 生活失序混亂
- 工作表現差
- 於近期內遭逢身邊重要人士的離去，如與配偶或家庭成員分離、離婚或親友過世

研究發現，有自殺企圖的酒精成癮者常是在年紀輕時就開始喝酒，且有過量的現象，或者可能來自一個酗酒的家庭；另外也發現，有愈來愈多有自殺行為的青少年，有合併物質濫用的情形。

4) 思覺失調症

思覺失調症的病人死於自殺的比率為一般人的十二倍。思覺失調症的特徵是造成一個人在言語、思想、聽覺、視覺、個人衛生和社交行為上的混亂。

當思覺失調症的病人具以下特徵時，有較高的自殺風險：年輕、單身、失業男性、疾病早期、心情憂鬱、時常復發、高教育程度、妄想或多疑等。

思覺失調症病人在以下時期，會有較高的自殺身亡風險：

- 發病初期-當病人處於混亂或困惑時
- 恢復初期-當外在看起來症狀有所進步，但病人內心仍脆弱時
- 復發初期-當病人認為自己已經克服疾病，但症狀卻又再度復發時
- 剛出院的短時間內

2. 身體疾病

心理與生理彼此間相互影響，生理的症狀有時也會影響心理上的脆弱。以下身體疾病可能導致較高的自殺率。



1) 神經系統疾病

- 癲癇—癲癇病人常伴隨較高的衝動性、攻擊性和長期殘障，這些是導致其自殺風險增加的可能原因，若同時有物質濫用的現象，亦會增加其自殺風險。
- 脊髓、頭部損傷和中風—當損傷愈嚴重時，自殺的風險愈高。

2) 癌症

罹患癌症者具有較高的自殺風險，尤其是在被診斷為癌症的頭五年，與接受化療期間，其自殺風險更高。

3) 愛滋病毒帶原/後天免疫缺乏症候群

由於被污名化、治療預後不佳和疾病本身的病程，皆會導致愛滋病毒帶原者有較高的自殺風險。另外，病人在被診斷但尚未接受諮詢之前，自殺風險較高。

4) 慢性疾病

- 糖尿病
- 多發性硬化症
- 慢性腎臟、肝臟與腸胃道疾病
- 伴隨長期疼痛的骨關節疾病
- 心血管和神經血管疾病
- 性功能障礙

此外，在行動、視力、聽力方面有障礙或失能者也有較高的自殺風險。

3. 環境因素

1) 社會支持性與生活壓力

大部分自殺身亡的人在自殺前三個月內曾遭遇重大壓力事件，可能的壓力源如下：



- 人際關係問題—和配偶、家人、朋友或情人吵架，或被家人或朋友疏遠
- 失落經驗—錢財損失、失去親人
- 工作及經濟的問題—失去工作、退休、經濟困難
- 社會變遷—政治及經濟上的快速改變
- 其他壓力源—被羞辱、擔心自己可能被裁定有罪

2) 自殺工具的易取得性

根據民國108年的自殺死亡統計資料顯示，自殺方法前三名為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」。

自殺行為是否造成死亡與自殺方法的致死率有關。許多自殺企圖者能夠被救回，是因為選了致死率較低的方法；像是藥物過量中毒，鎮定安眠藥物與農藥的致死率並不同。

自殺工具的易取得性對於自殺是很重要的影響因素，故減少自殺工具的可近性，亦是重要的自殺防治策略之一。

3) 接觸自殺事件

少部份比較敏感脆弱的人，尤其是青少年族群，接觸到現實中或媒體報導的自殺事件時，易受到影響甚至模仿自殺行為。

4) 其他

- (1) 過去曾有自殺企圖：歐洲跨國調查發現，有一半以上的自殺企圖者可能會再次企圖自殺，而重複企圖自殺亦會增加自殺死亡的機率。
- (2) 蓄意自我傷害者：出現在醫院的蓄意自我傷害者，即便常強調沒有自殺意念，但長期追蹤結果發現，該群體仍是自殺死亡的高風險群。
- (3) 家族自殺史：家族自殺史對於親人後代可能有遺傳或模仿的效應。



三、全國自殺防治策略

我國自殺防治策略，參考國外先進國家制定，主要分為三個層面，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicated)策略。再依據自殺防治法第九條第一項『中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領，報行政院核定後實施』。全國自殺防治綱領中明定自殺防治策略實施綱領包括全面性、選擇性與指標性三大策略實施綱領。

自殺防治工作之推行與心理衛生體系及社會安全體系之功能發揮有密切的關係，台灣地區目前已有相當程度之心理衛生、醫療照護以及其他社會安全系統網絡，然而欲進一步達成有效之自殺防治工作，還必須能促進各種網絡間「網網相連」之有效功能性連結，以提供完整與持續性的關懷服務，詳細可參閱《自殺防治系列19-全國自殺防治策略》。以下分別簡述全國性三大自殺防治策略：

(一)全面性

全面性自殺防治策略之對象為全體民眾，涵蓋導正媒體報導、減少致命性物品之易取得性、降低自殺與精神疾病的社會污名化程度、促進社會大眾心理健康、自殺概況與相關資訊的有效監測、框正媒體報導、加強心理衛生教育、推動精神疾病及自殺的去污名化，並結合校園和社區資源網絡強化自殺防治教育。

(二)選擇性

選擇性自殺防治策略以高風險群為對象，包括強化心理健康篩檢及高風險群的辨識、憂鬱症共同照護體系之推行、精神疾病的早期診斷與有效處置等。推動「珍愛生命守門人」教育訓練，促使守門人發揮早期發現、早期介入、早期協助的效益，並推廣「心情溫度計」加強對於自殺高風險族群之評估及轉介，結合民間力量(含志工團體)合作推動珍愛生命理念及心理健康篩檢工作。

(三)指標性

指標性自殺防治策略主要在於追蹤關懷自殺企圖者，提供即時的關懷與介入服務、強化偏遠地區之緊急救護能力、住院病人之自殺風險評估及處置標準作業程序，以及建置自殺防治通報機制，並透過個案管理方式提供自殺企圖者追蹤關懷、轉介服務、自殺者親友之關懷，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止其再度嘗試自殺。



貳、醫院自殺防治策略

108年6月19日「自殺防治法」開始施行，其中第六條「各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。」；第九條第二項第七款「推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。」；第十一條「中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。」；第十四條「直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。」規範醫院之於自殺防治的重要角色，而醫院可從全國性自殺防治策略架構中發展三大層面的相應對策。

一、全面性

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

1. 安全的環境設備

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

- 1) 頂樓、陽台等高處場所出入口有安全防護設計及管理方案。門窗、高樓頂樓、陽台等之出入應有安全防護設計及管理，例如：頂樓天台防火門開啟之警報裝置；樓梯間底層的防跳網，窗戶開啟限制約15公分，尤其高樓層的公共空間，空房間須上鎖，並定時巡查院區死角。
- 2) 護理車、UD車、清潔工作車等，擺放位置宜在醫療照護團隊成員可見處或病人/陪伴者不易接觸的地點，以避免其中的尖銳器具、藥品、清潔劑等物品被取用於不當用途。
- 3) 對於有自殺/自傷風險之住院病人，工作人員定期及定時執行安全檢查具有自傷/傷人疑慮之個人物品，加以安全保管；需使用有危險性但非違禁品的物品(如水果刀、吹風機、電源線等等)時，宜避免其獨處或建議其在護理站附近使用，以降低病人發生危險之可能性。
- 4) 透過環境介紹與在職教育，使醫療照護團隊成員了解可能被運用於自殺



的設備，如窗簾拉繩、可吊掛支撐的門、掛架、櫃子、可供繩子穿越處、蓮蓬頭架、廁所馬桶的水箱蓋、橫桿等等，定期檢視其使用狀況，並將危險性較高者，予以移除或改用有安全設計的設備。

5) 於入院時即針對所有住院病人及親友說明危險物品之種類、執行安全檢查之目的、時機、範圍、方式及處置，並於院內公告欄張貼危險物品管理規則，依情況執行安檢，以及早發現及處理不明的危險物品。若邀請家屬共同防範有困難，可請醫療團隊協助說明，但護理人員仍需提供至少每班1小時或30分鐘密切觀察病人之行為、情緒及行蹤，並建議書寫自殺防範之相關紀錄單。

2.自殺防治宣導

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

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

二、選擇性

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

1.一問：主動關心，詢問對方的狀況

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



適合評估的時機如：住院過程因其他生活事件(如失業、經濟壓力、離婚、感情困擾或失去重要事物等失落事件)而引發情緒困擾(如憂鬱、絕望、沮喪與憤怒等)，或被告知疾病診斷與疾病變化(如癌症、HIV)而引發憂鬱情緒或適應障礙時，都是適合執行評估的時機。另外，針對自殺高風險群病人，如高齡族群病人、重大傷病的腫瘤科病人及精神疾病病人等，建議將自殺評估列入常規追蹤工作。

院內可設計適合單位特性之自殺高風險評估工具，或使用「簡式健康量表」(BSRS-5)作為評估工具。評估方式與說明建議如下：

1) BSRS-5關懷式介入與篩檢：

BSRS-5 (The 5-item Brief Symptom Rating Scale)譯為簡式健康量表(或心情溫度計)，是由李明濱教授所發展之評估工具，藉由睡眠狀況、緊張程度、易怒程度、憂鬱、比不上人等五個面向，篩選出情緒困擾者，同時此工具亦能預測自殺風險；目前此工具被廣泛地使用於自殺防治工作中。

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

心情溫度計可幫助我們具體地了解對方的情緒狀態，並根據得分結果做出適當的處理，同時也可幫助對方釐清其情緒困擾的程度。題目內容如下頁表：

總分為0 ~20分，依據總分可分為四個等級：

- 0-5分為一般正常範圍。
- 6-9分為輕度情緒困擾，建議找親友談談，抒發情緒。
- 10-14分為中度情緒困擾，建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢。
- 15分以上為重度情緒困擾，建議尋求精神醫療專業諮詢。
- 第六題為單項評分之附加題，若評分為2分以上時，建議尋求精神醫療專業諮詢。



心情溫度計 (簡式健康量表)

請您仔細回想「在最近一星期中（包含今天）」，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。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
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

得分與說明

前5題的總分：

0-5分 一般正常範圍

6-9分 輕度情緒困擾：建議找親友談談，抒發情緒

10-14分 中度情緒困擾：建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢

15分以上 重度情緒困擾：建議尋求精神醫療專業諮詢

★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

心情溫度計不僅可用來自我檢測，幫助我們了解自己的情緒狀態；亦可用來關懷周遭的人，或用於大規模對象施測。可將心情溫度計之題目，換成自己的話來詢問，例如：詢問「睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒」的問題時，可以先問對方「最近睡眠的狀況怎麼樣？」，再根據對方回答的狀況判斷分數。需注意的是心情溫度計評分結果，僅供關懷個人用或專業醫療團隊參考，並非診斷之用。

2) CMHC-9自殺風險等級評估

除了上述評估可發現潛在高風險個案之外，另可運用CMHC-9 (The 9-item Concise Mental Health Checklist，簡明心理健康篩檢表)進一步了解個案在時間與嚴重度等各個層次上，是否有更高的自殺風險存在。



該量表由九題內容組成，前五題為BSRS-5精簡版(是非題)，用以了解心理困擾與精神症狀程度，後四題為重要的自殺危險因子與保護因子，用以了解個案過去、現在和未來的整體自殺風險(含意念及行為評估)。CMHC-9每題皆以1分計算，總分4分以上之個案，建議轉介精神科進行更完整的心理社會評估。該量表之指導語如下：

「您好！為了讓您更了解自己的身心健康情形，也為了協助醫療專業人員針對您的需求提供合適的服務，請依據您目前的想法，填寫下列各項問題。填寫完後，請您交給專業人員進行後續作業或諮詢相關問題。謝謝您的配合！」

藉由此工具之使用，期望提升醫療及照護品質，並加強篩檢有憂鬱或自殺傾向的病人，以利醫護人員掌握病人心理狀態及其照護需求。

[版權所有，需轉載/翻印本問卷請洽 jennycyw@ntu.edu.tw]

簡明心理健康篩檢表

性別：男 女 其他

年齡(實歲)：_____歲

婚姻狀況：單身 已婚/同居 分居/離婚 喪偶

- 1.最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾 是(1) 否(0)
- 2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺 是(1) 否(0)
- 7.我現在(仍)會想著「未來要自殺」 是(1) 否(0)
- 8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活 是(1) 否(0)
- 9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴 是(1) 否(0)

評分說明 每題1分，總分 ≥ 4 宜轉介專業精神醫療人員進一步評估。

各人口族群的參考切分點如下：

[男性] 19-24 歲：五分以上；25-64 歲：四分以上； ≥ 65 歲：四分以上
[女性] 19-24 歲：五分以上；25-64 歲：四分以上； ≥ 65 歲：四分以上

更新日期: 2016.11.17



2.二應：聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴

經詢問確定當事人有自殺意念後，守門人的任務則轉為給予積極回應與支持陪伴。此時，適當回應與提供陪伴，能減少當事人在袒露自殺意念後被遺棄的感覺；在回應的過程中，亦可評估當事人的自殺風險，以確認是否需要進一步尋求協助。

3.三轉介：針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷

面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的範圍時，就是幫當事人找到適當資源並進行資源連結的時候。例如：當病人有重鬱症病史、抗憂鬱藥物療效不彰、伴隨幻覺或妄想等症狀、強烈自殺衝動或已有自殺行為、要求協助自殺或安樂死、缺乏家庭支持等情況時，宜轉介或照會精神科。

三、指標性

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

1.檢視自殺防治流程

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

2.潛在自殺風險者之處遇

- 1) 傾聽、同理了解其自殺想法，持續評估其自殺意念的頻率與嚴重度，轉介或會診精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師與社工師等，提供相關資源，並將相關評估納入病人之出院準備計畫，加強個案追蹤，視需要與社區資源連結。
- 2) 以謹慎、尊重的態度與具自殺風險者交談，避免批判其想法，了解企圖自殺原因，並提供情緒支持、社會資源，探詢除了自殺以外的其他選擇與解決方法。



- 3) 配合病人心理狀況及情緒，調整治療計畫，必要時依病情需要調整處方。如需轉介，需耐心解釋轉介原因，讓當事人瞭解轉介與資源的提供是為了幫助他，而非擺脫他。
- 4) 進行應有的自殺防治機制，如：安檢、限制外出、轉病床位置、提高探視頻率等，以同理態度詳細溝通，避免引起阻抗。密切觀察並留下觀察紀錄，以掌握病人情緒狀況。
- 5) 避免讓自殺高風險病人獨處，提醒陪伴者如需離開，應通知照護團隊人員；若病人無人陪伴，可聯絡社工、志工協助。
- 6) 聯繫親友或照顧者，提供自殺防治相關衛教，包含危險環境及物品認知、鼓勵親友多陪伴、提供支持與正向力量；同時亦需注意照顧者的需求與情緒，避免責難或使他們感到內疚。
- 7) 若院內不幸發生自殺事件，對當事人、親友乃至於照護團隊都是很大的衝擊，亦可能造成法律問題。因此，提供當事人、親友與鄰近病友後續的輔導與支持顯得相當重要。此外，也需密切關照院內團隊同仁所面臨的情緒或法律問題，並由機構提供諮商輔導之相關資源與諮詢管道。

3. 預防出院後自殺

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

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



參、醫院自殺防治之組織與運作

本章將提供醫院自殺防治工作實務面工作原則；辦理自殺防治教育原則；與自殺防治機制重要衡量指標，供院內參考運用。另為因應不同醫院場域之資源與案量，本章將提供醫院自殺防治組織架構與運作原則，鼓勵各院依據此原則，發展「因院制宜」之人力配置與標準化流程，以利推動全院自殺防治工作。

一、自殺防治小組組織與任務

各院應由專責單位(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，包含個案通報、追蹤關懷、教育宣導、環境安全管理與評值等工作任務。

1.「自殺防治小組」成員組織

自殺防治小組應發展跨部門團隊合作，以利推動全院性的自殺防治業務。小組之組成需全院各醫療科部配合執行，特別是容易接觸到高風險群的科、部、室等皆需有代表加入小組(例如：急診部、護理部、涉及重大傷病之內外科部、社福科等)，以協助推展院級自殺防治工作。

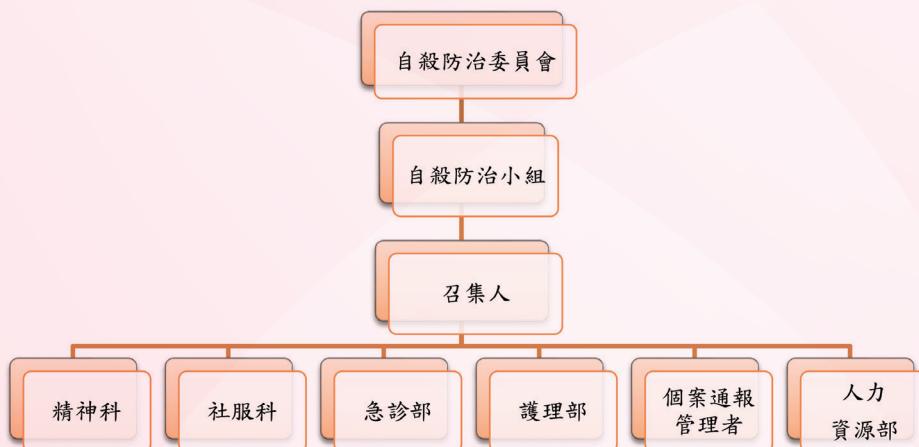
然而，各醫療機構之實際規劃，應視其院內管理對象之自殺風險嚴重度而有不同。小組成員建議包含：

- 召集人：可由副院長級或主任級以上主管擔任，負責推動及督導自殺防治業務。
- 精神科(部)：精神診斷、(再)自殺風險評估、建議處置、提供照會與安置服務(善用院內精神科急、慢性暨轉銜服務與精神醫療網絡資源)。
- 社工科(室)：社會心理資源評估與資源連結。
- 急診部：高風險群自殺風險評估、轉介或建議照會精神科。
- 護理部：高風險群自殺風險評估、轉介或建議照會精神科。
- 個案通報管理者：個案追蹤管理，包含自殺企圖者之通報、建檔、追蹤關懷、資源連結與轉介（本項人力規劃建議每30位個案酌增一位個管師）。
- 人力資源部：小組內主要協調者，負責行政業務聯繫窗口、小組人力規劃、強化環境安全，以及定期規劃與舉辦心理健康與自殺防治相關衛教宣導活動。

各院亦可依機構配置不同，讓照顧高風險族群(例如：高齡族群、重大傷



病的腫瘤病人等)之科室主管加入。若是院內無設立精神科者，可與轄內之精神醫療網合作，進行相關之照會及轉介，建立全人共同照護團隊。另外，自殺防治小組須與社區之醫療機構或資源維持有效率之合作關係，以建立暢通之自殺個案通報系統。組織架構請參考下圖一。



圖一、自殺防治小組組織架構圖

2. 「自殺防治小組」主要工作任務

- 1) 建立自殺個案通報標準作業流程
- 2) 進行自殺高風險個案追蹤關懷
- 3) 舉辦醫院工作人員教育訓練
- 4) 促進自殺防治環境安全
- 5) 評值院內自殺防制衡量指標項目

以下就「自殺防治小組」主要工作任務內涵，提供運作建議供各院參考。



二、自殺個案通報標準作業流程

「自殺防治小組」應建立暢通之自殺個案通報流程，並有工作手冊，指引醫院工作人員進行高風險個案篩檢、通報與追蹤管理。有鑑於自殺風險者存在於醫院各個科別，且不同單位存在不同風險程度之個案，以下分別提供門診、住院、急診之通報作業流程，供各院參考運用。

1. 綜合醫院

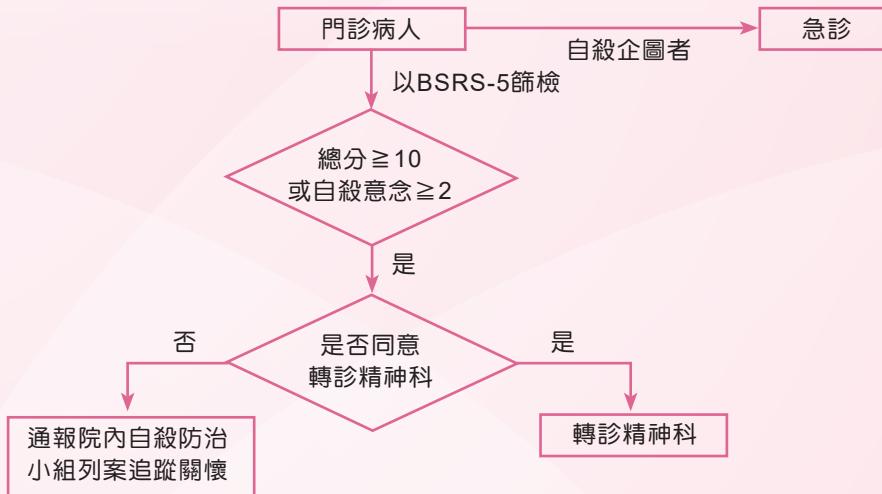
1) 綜合醫院門診病人

若為自殺企圖者，則依院內緊急處理機制，將病人送至急診。依照綜合醫院急診病人流程辦理。

對於長期洗腎、慢性疼痛、癌症、自體免疫疾病、中樞神經系統傷病等自殺高風險群，建議可擇相關專科門診先行試辦，針對重大傷病門診病人進行全面性篩檢。

篩檢工具建議使用BSRS-5量表(詳細介紹請參p.16-17，各院若有特殊情況亦可使用其他信效度良好之自殺風險評估工具)。當BSRS-5篩檢分數 ≥ 10 分或自殺意念 ≥ 2 分，於病人同意下轉診精神科；若病人不願意接受轉診或未設立精神專科之醫療機構，則通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷。

建議可將BSRS-5置於看診系統中，或於病歷中加蓋BSRS-5戳章避免遺漏；或者可結合院內既有之門診報到流程，於個案於門診候診時，由志工、護理人員或實習醫學生等引導填寫評估量表。流程圖請見圖二。



圖二、綜合醫院門診病人自殺防治流程圖



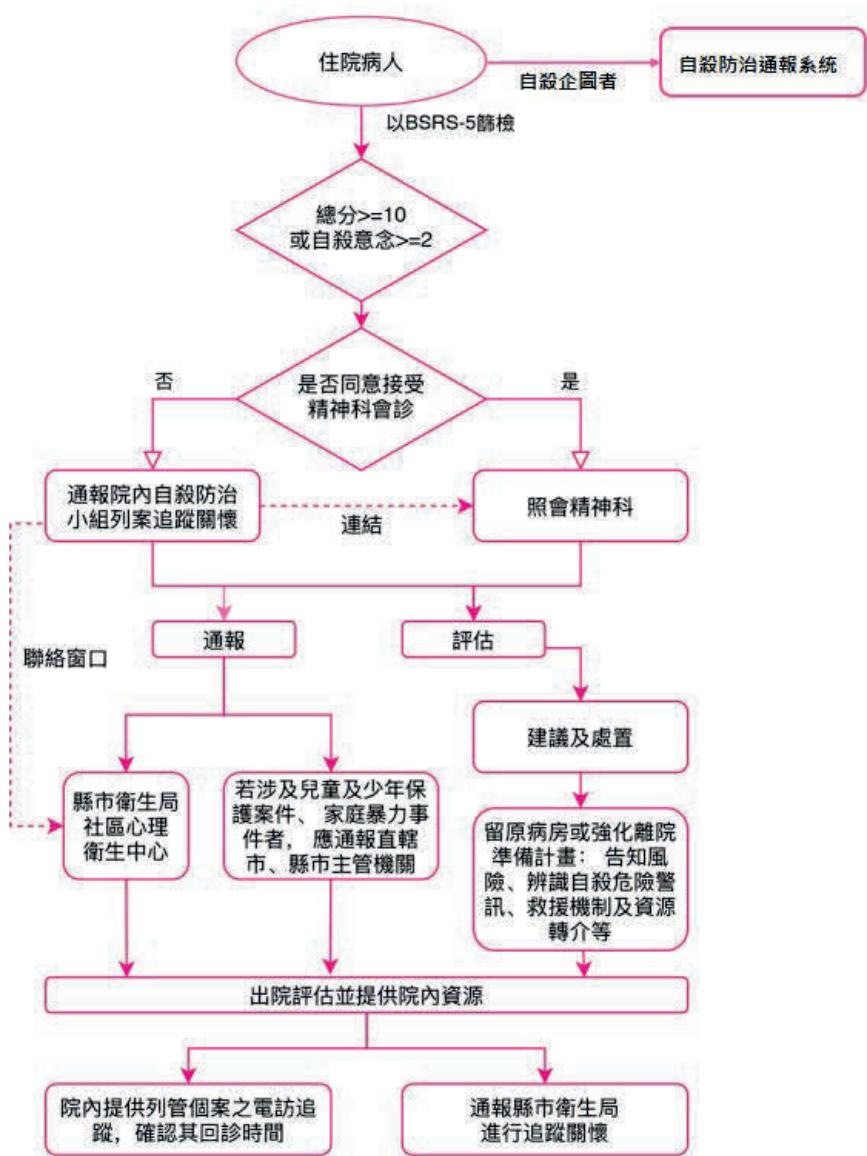
2) 綜合醫院住院病人

若為自殺企圖者必須先照會精神科評估個案狀況。同時於24小時內於「自殺防治通報系統」完成線上通報及通報院內自殺防治小組；若涉及兒童及少年保護案件、家庭暴力事件等，則須依法進行通報。

針對長期洗腎、慢性疼痛、癌症、自體免疫疾病、中樞神經系統傷病等重大傷病之自殺之高風險群，建議進行全面性篩檢。可將BSRS-5加入住院期間護理常規之評估項目中，如：可將BSRS-5置於護理電子病歷系統中，或於病歷中加蓋BSRS-5戳章，避免遺漏。當發現可能有高風險之個案，可採CMHC-9再評估其整體風險程度(CMHC-9介紹請參閱P. 17-18)。

評估後，將BSRS-5篩檢分數 ≥ 10 分或自殺意念 ≥ 2 分之病人，於病人同意下照會精神科，若病人不願意接受會診或未設立精神專科之醫療機構，則通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷。

另外，出院時應設有出院評估與計畫。為提高列管個案出院後之回診率，可由精神科醫師或個案管理師，於病人出院前向其說明出院後相關注意事項、確認回診時間，並在必要時通報縣市衛生局社區心理衛生中心進行後續追蹤關懷。此外，出院後可採電訪或簡訊方式進行追蹤關懷、提醒回診時間，亦可將BSRS-5加入後續關懷項目。流程圖請見圖三。

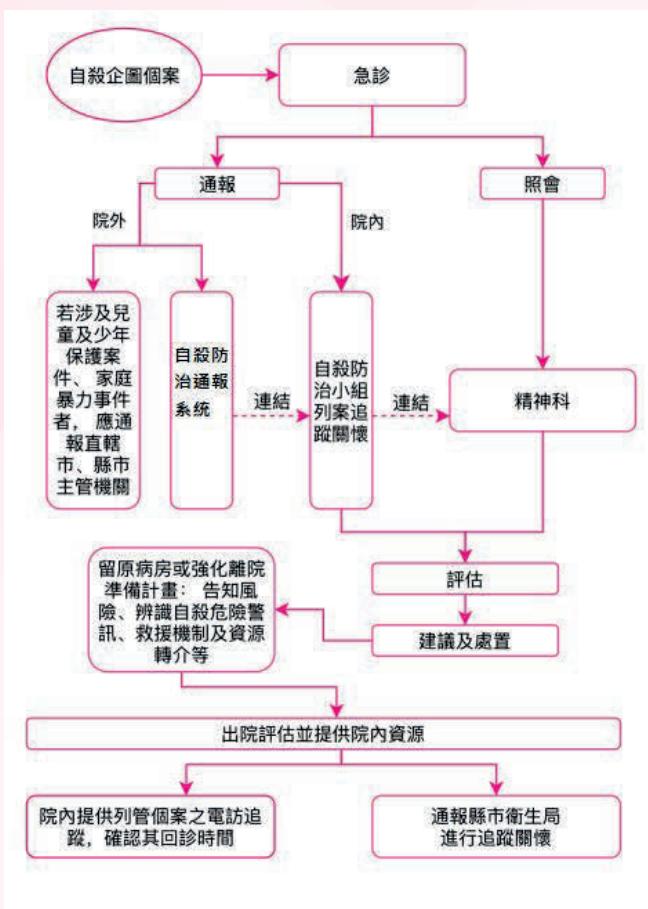


圖三、綜合醫院住院病人自殺防治流程圖



3) 綜合醫院急診病人

當自殺企圖個案來到急診，必須先照會精神科，並於急診評估個案狀況。同時於24小時內於「自殺防治通報系統」完成線上通報及通報院內自殺防治小組；若涉及兒童及少年保護案件、家庭暴力事件等，則須依法進行通報；若個案不同意住院，應評估其嚴重度，視需要強制住院或照會精神科進行溝通協調，促使個案同意住院。若個案不需住院或堅持離院，則強化出院準備計畫及相關注意事項，如：預約回診時間及轉介社區資源，必要時亦須通報縣市政府衛生局，以提供後續關懷訪視服務，若涉及兒童及少年保護案件、家庭暴力事件等，則須依法進行通報。流程圖請見圖四。



圖四、綜合醫院急診病人自殺防治流程圖

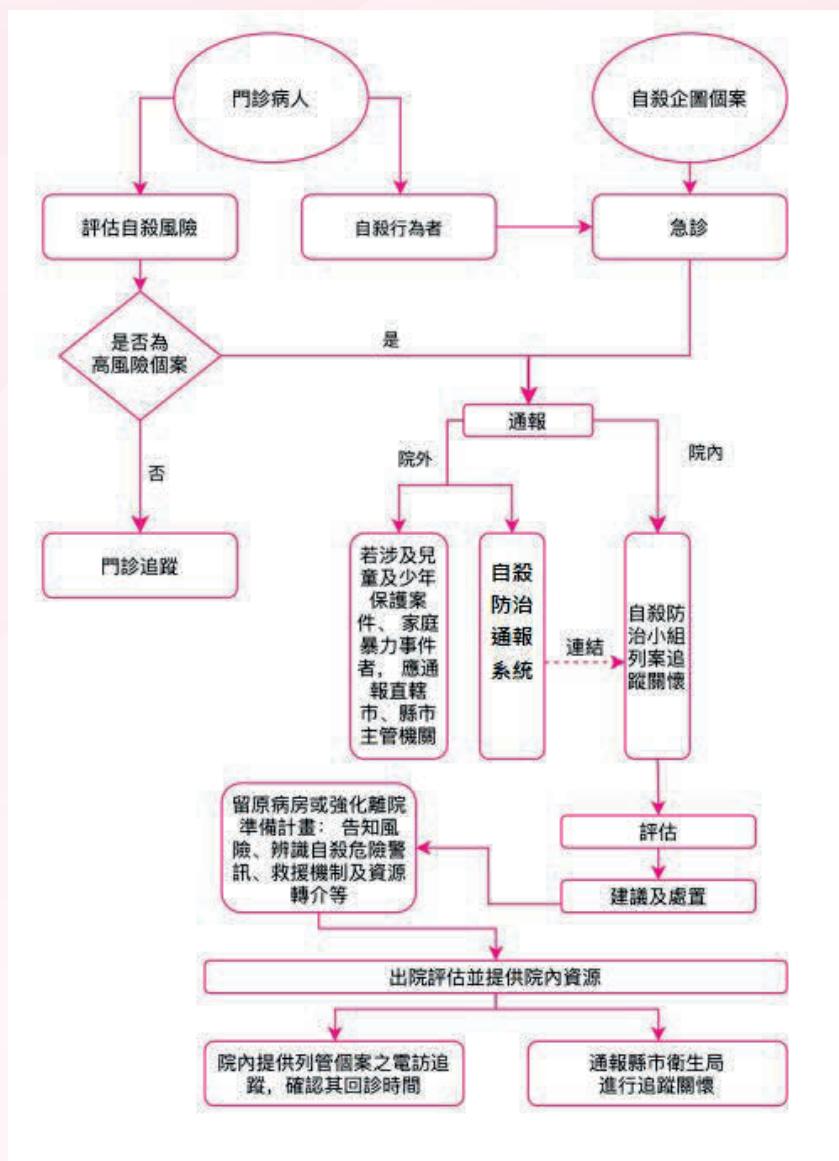


2. 專科醫院

1) 專科醫院急、門診病人

若為門診自殺企圖者，則依院內緊急處理機制，將病人送至急診，並於急診評估個案狀況，後辦理強制住院程序。同時於24小時內於「自殺防治通報系統」完成線上通報及通報院內自殺防治小組進行列案；若涉及兒童及少年保護案件、家庭暴力事件等，則須依法進行通報。

若急、門診非自殺企圖個案經BSRS-5量表評估 ≥ 10 分(或自殺意念 ≥ 2 分)或辨識個案有自殺風險徵兆時，應依院內標準化評估程序，評估個案自殺風險嚴重程度；低度風險者可持續以門診追蹤，中度或重度風險者可依各院擬訂之流程進行院內通報，並進行個案追蹤管理。若涉及兒童保護、家暴等則必須依法進行院外通報，必要時亦須通報縣市政府衛生局，以提供後續關懷訪視服務。流程圖詳見圖五。





2) 專科醫院住院病人處理流程

精神科住院病人入院時須進行標準化自殺風險評估程序，風險評估分為暫無危險性、低、中或高度風險，並依據自殺風險高低，予以不同等級的防範措施及再評估頻率。若病人的病情有明顯變化，或出現自殺風險徵兆，須即時重新評估自殺風險。

隨著病人自殺風險降低，須擬訂出院準備計畫，應將出院後之自殺風險列入考量。另外，除了出院後之追蹤關懷外，亦須提供病人及家屬自殺防治衛教、危機處理資源及安心專線等訊息，並確認回診時間，視情況考慮轉介社區復健資源或居家治療。

三、自殺高風險個案追蹤關懷

各院除了建立暢通之自殺個案通報流程之外，後續對高風險個案的追蹤關懷，亦是自殺防治中不可缺少的重點工作。以下分別從自殺徵兆與辨識、風險評估、個案處遇、轉介、追蹤，以及遺族關懷等面向，提供相關工作之指引。

（一）自殺風險個案徵兆與辨識

大部分有自殺意念的人，可能會在生活中以多種方式傳達他們想結束生命或表現出絕望等訊息，若身旁的人或醫療人員能對自殺徵兆有較高的敏感度，便能即時覺察，有效發揮自殺防治守門人精神。

1. 常見的自殺徵兆

- 人際迴避
- 悲觀、易怒、憂鬱或欠缺感情的人格特質改變
- 飲食或睡眠改變
- 自責、感到內疚、無價值感或羞愧
- 突然收拾、饋贈個人物品或立遺囑
- 孤獨、無助或無望的感覺
- 焦慮或恐慌



- 反覆提到死亡或自殺
- 酗酒
- 精神疾病
- 曾企圖自殺
- 近期發生重大失落，如親友死亡、離婚、分離
- 自殺家族史
- 生理疾病

2.自殺者的心理狀態

- 1) 矛盾：大部分的人對於自殺的感覺都很矛盾，在想活及想死的念頭中拉鋸；會有想要逃離生活痛苦的衝動，但同時也有想要繼續活下去的渴望。許多自殺的人並不是真的想死去，只是他們對生活感到不快樂或找不到問題解決的其他方式；若能給予支持，就能夠增強想活著的念頭，自殺風險也就會降低。
- 2) 衝動：自殺是一種衝動的行為，常會被每天負面的事件所引發。如同其他的衝動行為，自殺的衝動是暫時性的，只會持續數分鐘到數小時。藉由危機處理及拖延時間，可以幫助他們減少自殺的念頭。
- 3) 僵化：當個人有自殺意念時，他的感覺和行為會變得很狹隘，會一直想著自殺而無法察覺其他可能解決問題的辦法，使想法變得極端與僵化。

(二) 自殺個案風險評估

1. 自殺風險評估

當懷疑個案有自殺行為的可能性，需要評估下列危險因子，例如：當下的精神狀態、對死亡或自殺的想法、當前的自殺計畫(個案準備到什麼程度、多快的時間內會採取行動)及個案的支持系統(家庭、朋友)等等。

要了解當事人是否有自殺想法，最好的方法就是直接詢問，談論自殺並不會將自殺意念植入個人的腦海中；相反地，能夠開放地和他們談論這些讓他們正在苦苦掙扎的議題和疑問，會使他們覺得安心且感謝。



1) 如何詢問

- 你曾有過想傷害自己的念頭嗎？
- 你有想過要結束自己的生命嗎？
- 在心情低落時，你會想傷害自己嗎？

2) 何時詢問

- 當個案感覺到被了解時。
- 當個案覺得談論自己的感受是自在的。
- 當個案正在談論如孤獨、無助等負面的感受。

3) 詢問什麼

(1) 詢問是否有明確的自殺計畫

- 你有想過要去做哪些自殺的行動嗎？
- 你有想過哪些結束自己生命的計畫呢？

(2) 詢問個案是否持有執行自殺的工具

- 你有藥物、殺蟲劑、農藥、刀子或其它可以用來自殺的工具嗎？
- 你是否可以立即取得這些工具？

(3) 詢問個案是否有確定的時間表

- 你是否已經決定在什麼時候結束你的生命？
- 你打算什麼時候去做？

2. 自殺風險程度分級

自殺評估內容須包含生理精神狀態、保護因子、危險因子、治療資源、再自殺意念與行為評估。一旦完成評估，重要的是評估個案整體自殺風險的嚴重程度，並依據自殺風險程度分為「低度風險」、「中度風險」與「高度風險」：

低度風險：個案雖然有自殺意念，但是自殺的企圖並不明顯，沒有明確的自殺計畫或傷害自己的準備，且已知的危險因子很少，過去也未有自



殺企圖。

中度風險：有完整的自殺計畫和準備，具有明顯的自殺意念和企圖，且過去曾有自殺企圖，以及至少有兩個以上的危險因子；但個案仍具有改善目前情緒和心理狀態的動機。

高度風險：有清楚完整的自我傷害計畫和準備，或是過去有多次自殺企圖且具有兩個以上的危險因子。個案的認知可能缺乏彈性、對未來感到絕望，並且拒絕接受現有的社會支持。

3. 自殺通報個案評估單

院內可建立「自殺通報個案評估單」，評估單內容建議包含個案基本資料、身體疾病史、疼痛病史、過去精神疾病史、過去自殺史、心理困擾或精神症狀評估、社會心理因素、自殺方式、自殺原因、建議處置、是否轉介/照會院內精神科、後續追蹤之安排等等。藉由「自殺通報個案評估單」之填寫，協助專業人員進一步評估個案的自殺風險。

（三）自殺風險個案處遇

經風險評估後，應依不同風險程度給予不同處遇，如：考慮增加門診回診頻率、自殺防治衛教、告知家人/陪伴者注意事項、避免病人獨處、移除危險物品、增加探視頻率、危機處理資源、安心專線資訊或建議住院。以下分別說明不同風險之處遇：

1. 低度風險

個案雖有自殺意念，但無任何自殺計畫。處遇建議如下：

- 提供情緒支持。談論自殺以外的解決方法，或過去的成功經驗，並將焦點放在支持個案的正向力量。
- 鼓勵個案轉診精神科醫師或會診心理師等心理衛生專業人員，並儘快預約會談時間。
- 通報院內自殺防治小組，由院內自殺防治小組列案追蹤關懷。



2. 中度風險

個案有自殺的想法和計畫，但不會馬上執行計畫。處遇建議如下：

- 提供情緒支持。醫療照護人員可以將焦點集中於個案的正面力量，逐漸增加其想要活下去的力量。
- 探詢除自殺外的其它選擇。醫療照護人員應該試著探索自殺以外的各種問題解決方式，即使它們可能不是最理想的，卻能給予個案自殺以外的選擇與希望。
- 訂定「不自我傷害/不自殺契約書」。設法讓個案承諾不會在沒有和醫療照護人員聯繫時自殺。
- 轉介或照會精神科醫師、心理師等心理衛生專業人員，儘快預約會談時間，必要時增加會談頻率。
- 通報院內自殺防治小組，由院內自殺防治小組列案追蹤關懷。
- 聯絡個案的家人、朋友和同事，並與他們合作以減少自殺風險。

3. 高度風險

個案有明確的自殺計畫、自殺工具的可取得性高，並且打算立即進行計畫。處遇建議如下：

- 為個案拉起周圍人際資源連結，如主動聯繫個案親近的家人或朋友，並且獲得其支持與合作，減少個案獨處的時間。
- 醫療照護人員可試著溫和地和個案談話，並先移除個案可利用於自殺的相關工具，例如代為保管藥物、刀子、繩子等危險物品，讓個案遠離危險工具。
- 訂定「不自我傷害/不自殺契約書」。設法讓個案承諾不會在沒有和醫療照護人員聯繫時自殺。
- 立即聯繫精神科醫師、心理衛生等專業人員，儘快預約會談時間，視情況增加會談頻率。



（四）轉介

評估個案之需要，適時將個案轉介至精神科門診或照會精神科，若院內無設立精神科門診，可與轄內之精神醫療網、地區心理衛生中心及民間單位合作，進行相關之照會及轉介，共同維護個案全人身心健康。轉介要點如下：

1. 協助安排預約精神科門診或照會精神科；若為跨機構之轉介，建議可定期與轉介單位進行交流，使雙方了解彼此工作文化，有效增進合作。
2. 醫療人員必須花足夠的時間與個案解釋轉介精神科或心理師的原因，讓個案了解轉介單位之基本資訊及可能之處遇；此外，亦須讓個案了解轉介並非表示醫療人員要擺脫他，而是為了使用適合個案的資源共同加入，協助其解決問題。
3. 照會後需持續關懷個案，直到評估風險下降與結案為止。

（五）追蹤關懷

當高危險個案被通報至院內，院內自殺防治小組須負責定期追蹤關懷列管個案。追蹤關懷要點如下：

1. 電話訪談以聯繫本人為主，蒐集其相關背景。若接通者方便通話，通話時間以15分鐘為原則，至接通者優先掛下電話始完成訪談。
2. 當本人及聯絡人等皆未遇時，除持續聯繫外，應於接獲通報兩週內再次電訪、委託網絡工作人員或關懷訪視員親訪，確認地址是否正確；若當次訪視未遇且仍無法確認地址正確與否時，應於接獲通報3週內親訪，若未有回訊則提報衛生局相關單位協尋。
3. 建議針對列管個案，定期召開個案討論會，提供心理、社會處遇建議，評估個案是否有社區復健或居家治療需求。
4. 24小時電話諮詢服務〔視醫院相關精神專科資源，參酌辦理；或提供政府1925(依舊愛我)安心專線服務〕。
5. 可視醫院相關精神專科資源，設立生命關懷特別門診(較易為一般科病人接受)。



(六) 自殺遺族關懷照護

面對親友自殺死亡是一個沉重的包袱，多數自殺者親友在哀傷期內除了情緒上受到影響外，亦可能在生理上也大受影響，可能出現如憂鬱、悲傷、失落等感受，也可能會出現如頭痛、肩背痛等生理狀況；嚴重者甚至會有自責自艾、罪惡感、想跟隨已逝者等想法，進而產生自殺的念頭。

根據美國自殺防治基金會(American Foundation for Suicide Prevention, AFSP)研究指出，自殺遺族的自殺機率比一般人高出0.8~3倍，而大約有三分之一的自殺遺族家庭，往後幾代至少又有一人自殺。因此在自殺防治工作中，須注意自殺遺族亦為自殺高風險族群，針對自殺遺族醫療照護人員須主動關心遺族需求、適時給予自殺風險評估。評估內容可包含保護因子與危險因子的評估，並運用心情溫度計(BSRS-5)進行篩檢，當分數大於等於10分或自殺意念大於等於2分，則由發現者協助轉介至院內精神醫療資源，以利後續評估、追蹤、相關資源之介入。此外，醫院也可以藉由遺族關懷信件表達關懷，信件範例如下：

_____先生/小姐 之親友您好

我們是 ○○ 醫院的 △△，很遺憾我們接獲您喪失親人的消息，不管我們如何努力的去防止遺憾發生，但還是躲不過上天的安排，相信我們大家都盡力了，面對生離死別是人生最大的創傷，請允許自己及家人用時間面對悲傷，請全家人共同面對問題，互相支持、互相安慰。若覺得非常不舒服可以尋找精神醫療或接受心理相關單位協助，相信能幫助您度過這段悲傷與難過。祝福您！

身體健康 事事順利

年 月 日

○○ 醫院 敬啟

詳細遺族之心理照護內容，可參考自殺防治系列手冊9-自殺者親友關懷手冊、自殺防治系列手冊10-陪你度過傷慟：給失去摯愛的朋友，及本手冊附件一-關於自殺遺族之處遇(p.54-56)。



四、自殺防治教育訓練

1. 辦理院內自殺防治教育訓練，促進醫療團隊知能

為落實院內自殺防治扮演全面性、選擇性與指標性策略的關鍵角色，醫療團隊成員須接受自殺防治教育訓練，以能辨識自殺危險因子、熟悉評估方法及工具，並瞭解處置與轉介機制。特別是對於高風險相關疾病之照護單位、急重症單位與末期照護單位人員，更應接受自殺防治相關教育訓練。

另因應「自殺防治法」第十五條「各機關、學校、法人、機構、團體及相關業務人員執行本法相關業務時，對自殺行為人及其親友之個人資料應予保密，不得無故洩漏。」，辦理自殺防治教育訓練主題建議亦涵蓋「病人自主權利與醫療倫理」。

2. 強化醫院與社區單位合作，提供家屬及病友衛教宣導

鼓勵醫院積極與精神醫療網院所、地區心理衛生中心及民間單位合作，提供家屬及病友自殺防治教育宣導，倡導「自殺防治守門人」一問二應三轉介步驟。

3. 課程主題建議如下：

- 1) 精神病人社區照護模式(含照護體系與社區資源運用)
- 2) 精神疾病用藥及藥物副作用
- 3) 精神病人治療性關係建立與會談技巧
- 4) 精神症狀與特殊行為監測、處理
- 5) 自殺相關統計分析與各縣市自殺防治策略
- 6) 自殺個案常見之情緒困擾與會談技巧
- 7) 自殺防治與社區處遇實務
- 8) 個案研討、特殊個案討論與實作
- 9) 壓力調適及情緒管理
- 10) 病人自主權利與醫療倫理
- 11) 家庭暴力、性侵害、兒童及少年保護事件防治及通報流程
- 12) 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



五、自殺防治環境安全管理

定期檢視及維護院內自殺防治環境安全，執行安全檢查時，建議透過「危險物品安全檢查查核表」，達到一致性安全檢查之標準作業流程。管理項目建議包含：

1. 硬體設備之安全檢測。院內應定期檢視環境設備，例如：門窗、高樓頂樓、可吊掛支撐之設備等裝置，發現有較高危險性之設備時，應予以移除或改用有安全設計之設備。
2. 生活工具之安全檢測。高風險個案入院時，應向病人與家屬說明安全檢查之目的，並邀請家屬共同合作，代為保管較危險之工具，如：水果刀、電線、清潔劑、藥品等等，如需使用建議其在護理站附近使用，以減少病人發生危險之可能性。

六、自殺防治機制衡量指標

醫院內部建立完整的自殺防治組織、管理機制與衡量指標，是自殺防治工作的必要項目。以下提供重要衡量指標，供院內參考運用。註：以下所稱高風險群，係指重大傷病病人(包含精神疾病病人及腫瘤病人)與高齡族群病人等自殺高風險群。詳細請參表一。

表一、自殺防治機制衡量指標摘要表

自殺防治業務	評核內容	備註
行政管理	發展完備組織、運作機制及作業規範	詳細請參p.21-23
個案管理機制	院內應建立暢通之自殺個案通報流程與追蹤關懷制度，指引院內醫療人員進行個案評估、通報、追蹤管理與關懷。	詳細請參p.23-34
教育宣導	院內應定期辦理自殺防治教育訓練，促進醫療團隊知能。	詳細請參p.35
環境安全管理	應定期檢視及維護院內自殺防治環境安全。	詳細請參p.36



(一)行政管理

院內應由相關專業人員組成「自殺防治小組」，發展完備組織、運作機制及作業規範，並確實執行。

(二)個案管理機制

個案管理機制包含針對自殺高風險群之「個案通報流程」及「個案追蹤關懷制度」，個案通報管理者須運用院內資源，追蹤關懷列管個案、定期報告個案狀況、加強專業人員之間的溝通與配合。以下提供門診、急診與住院相關衡量指標之計算方式，供院內參考運用。

1. 門診病人自殺防治管理機制

1) 門診高風險群病人之篩檢率

分子：分母所定之群體經BSRS-5篩檢之人數

分母：每月門診病人中高風險群人數

2) 門診高風險群病人之轉診率

分子：分母所定群體之每月轉診至精神科人數

分母：每月經BSRS-5評估分數 \geq 10分以上或自殺意念 \geq 2之高風險群就診人數

2. 急診病人自殺防治管理機制

1) 急診自殺企圖者之關懷介入率

分子：分母所定之群體受BSRS-5關懷介入之人數

分母：每月急診病人中自殺企圖者人數

2) 急診自殺企圖者院外通報率

分子：分母所定之群體通報至衛生局之人數

分母：每月急診病人中自殺企圖者總人數



3) 急診自殺企圖者接受精神科照會率

分子：分母所定之群體接受精神科照會之人數

分母：每月急診病人中自殺企圖者總人數

3. 住院病人自殺防治管理機制

1) 住院高風險群初次篩檢率

分子：分母所定之群體經BSRS-5篩檢人數

分母：每月新入院之高風險群病人人數

2) 住院高風險群照會率

分子：分母所定之群體每月受精神科照會之人數

分母：每月經BSRS-5評估分數 \geq 10分以上或自殺意念 \geq 2分之高風險群病人住院人數

4. 離院高風險群病人自殺防治管理機制

1) 高風險群病人離院前之評估率

分子：分母所定之群體離院前經BSRS-5評估之人數

分母：每月離院病人中高風險群病人人數

2) 高風險群病人離院後電話追蹤再評估率

分子：分母所定之群體離院後經BSRS-5電話追蹤再評估之人數

分母：每月離院病人中高風險群病人人數

3) 高風險群病人離院一個月內精神科回診率

分子：分母所定之群體一個月內精神科回診人數

分母：每月離院病人中高風險群病人人數

4) 高風險群列管個案離院後轉介至衛生局之轉介率

分子：分母所定之群體離院後轉介至衛生局人數

分母：每月離院病人中高風險群列管個案病人人數



(三)教育宣導

院內須提升員工對自殺高風險個案的敏感度與處理能力，並辦理守門人進階訓練及自殺防治相關之研討會，落實院內自殺防治教育宣導。院內新進人員須接受一定時數之「自殺防治守門人」訓練，以下提供守門人受訓率(年計)計算方式，供院內參考運用。

1. 一般醫事人員

分子：全院一般醫事人員接受守門人訓練之人數

分母：全院一般醫事人員總人數

2. 一般行政人員(如掛號櫃檯、行政部門等)

分子：全院一般行政人員接受守門人訓練之人數

分母：全院一般行政人員總人數

3. 醫院志工

分子：全院接受守門人訓練之志工人數

分母：全院志工總人數

(四)環境安全管理

定期檢視並改善院內亦引發自殺風險(如高處墜下、上吊、以銳利物品自殺等)之處所及設備。



肆、醫院特定族群自殺防治

一、老年病人

(一) 老人自殺防治之重要性

近年來，台灣人口老化程度日益明顯，65歲以上老年人口歷年來之自殺死亡率均高於其他年齡層。根據世界衛生組織(WHO)之研究，65歲以上老人在有自殺企圖後，其後續因自殺身亡的比例很高。值得注意的是，老年自殺死亡者在生前有重大傷病診斷之比例高達七成五，且近九成曾於自殺死亡前30天內就醫，故醫療體系實為老年自殺防治關鍵的一環。此外，老人憂鬱症的相關症狀與自殺前兆的相關表現，常和身體不適的抱怨類似，因此也常導致照顧者容易忽略此訊息。因此，提升院內照護人員對老人自殺防治的認識，以及憂鬱症與自殺高風險群的辨識，是非常重要的工作。

(二) 相關危險因子

老人自殺存在多種影響因素，研究發現老人自殺問題主要與慢性疾病及社會網絡連結不佳有關。

1. 精神疾患：自殺個案較一般族群有較高的精神疾患共病率。重度憂鬱症、老年期妄想症、器質性腦病變(特別是腦額葉疾病病人)、衝動性控制異常、酒精與物質濫用相關疾患等精神疾病，較易出現蓄意自傷的行為，其中老人憂鬱症為自殺的重要危險因子。
2. 身體疾病：自殺身亡者生前合併有重大傷病診斷的比例，會隨年齡的增長而增加。根據民國100年到104年的統計資料顯示，台灣老年自殺身亡者在自殺身亡前一年的住院診斷，和同年之全人口相比，風險由高至低依序為高血壓疾病、糖尿病、惡性腫瘤、腎炎、腎徵候群及腎變性病、肺炎、憂鬱症、胃及十二指腸之潰瘍、情感性精神病、憂鬱性疾患(NEC311)、心臟病。
3. 社會性因素：「家人間情感因素」也是值得注意的危險因子，包括家庭失和、失去配偶等，皆是老人自殺的危險因子，尤其是對男性老年



人。在自殺身亡的男性老年人中，其未婚、離婚或喪偶的比例，顯著高於自然死亡或意外死亡的男性老年人。另外，孤立的社交關係、未適當處理的悲慟反應與將被送入安養院的預期想法等，也是可能的危險因子。

(三) 高風險老人之防治措施

1. 自殺企圖個案：有立即自殺/自傷風險者，或過去有自殺企圖紀錄之個案，應立即進入院內自殺個案通報流程中，對個案進行追蹤關懷。
2. 具有慢性疾病、憂鬱症及重大傷病等高風險群：建議以BSRS-5進行全面評估篩檢，再依其結果進行關懷、轉介及持續性照護。

1) 門診病人

- (1) 使用BSRS-5量表進行臨床篩檢：如病人有嚴重情緒困擾，可轉介精神科門診共同照顧。對有自殺/自傷風險者，請通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷。如經評估無住院需求，可結合衛政及社政單位提供老人持續性照護，並於後續回診時持續關懷。
- (2) 強化病人自我心理衛生之健康管理：可教育病人或家屬使用BSRS-5量表，做為自行定期評估之工具，並提供院內及社區相關求助資源。
- (3) 可設立生命關懷特別門診，接受經一般門診評估、有需求之個案轉介。
- (4) 可設立電話熱線業務。

2) 住院病人

將BSRS-5納入住院期間護理常規之評估項目，加強篩檢有憂鬱或自殺傾向之病人，以利醫護人員了解病人的心理狀態，與適時評估其照護需求。如發現病人有嚴重情緒困擾，可照會/轉介精神科共同照護；對有自殺/自傷風險者，請通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷。



- (1) 自殺高風險個案管理：依院內常規流程處理，安排個案討論、擬訂相關照護計畫，進行追蹤關懷。
- (2) 出院準備：醫院應有出院準備計畫並提供各項相關資源。若病人有自殺企圖紀錄，需通報縣市衛生局社區心理衛生中心進行追蹤關懷，並結合各單位提供持續性照護，也需確認門診回診時間，以利後續追蹤與持續照護。若醫院已有出院後電訪追蹤之常規，可加入個案之情緒評估並加以關懷。
3. 自殺防治守門人訓練課程：針對老人照顧者，可依不同之對象辦理自殺防治守門人訓練課程；落實「珍愛生命守門人1問2應3轉介」之宣導與推行。以提高照顧者對自殺徵兆之敏感度，並強化其對自殺高風險群之處遇態度與協助個案轉介。
4. 根據民國95年到103年的統計資料顯示，老人自殺死亡常採用的方式為「吊死、勒死及窒息(44%)」、「以固體或液體物質(30%)」及「由高處跳下(10%)」，此可做為相關防護措施之參考。

二、兒童與青少年病人

(一) 自殺問題的重要性

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

民國108年全國自殺粗死亡率每十萬人口16.4人，自106年來連續兩年持平。而民國108年全國自殺標準化死亡率每十萬人口12.6人，相較於107年的12.5人增加0.8%。在14歲以下族群，粗死亡率每十萬人口0.3人，與107年相同，相較於106年增加200%。在15~24歲族群，每十萬人口9.1人，較107年增加26.4%，上升幅度較大。民國108年自殺死亡者，在14歲以下族群有10人，15~24歲則有257人，合計亦達總自



殺身亡人數的7%，占率較前幾年有上升的跡象。此數據對於少子化的當今社會至為可觀，而自殺身亡更持續居於15~24歲族群死亡原因第二位。

民國108年全國0~18歲兒少自殺通報共4,317人次，占總通報12.2% (35,324人次)；其中男性通報占22.8% (985人次)，女性通報占77.2% (3,332人次)；女性為男性的3.4倍。以自殺方式分析，0~18歲兒少以「切穿工具自殺及自傷」(48%)為最多人採用之方式，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(35.7%)次之，第三高為「由高處跳下自殺及自傷」(10.8%)。其他年齡層大多以「固體或液體物質自殺及自為中毒」為最高、「切穿工具自殺及自傷」次之。

(二) 影響自殺風險之相關因素

釐清自殺之相關危險因子，是自殺防治的必要步驟。在自殺死亡率方面，男孩比女孩更容易自殺身亡，其可能的理由是男孩比女孩更趨於使用高致命性的方式來自殺，譬如說上吊、槍枝、或是爆炸物。雖然女孩比男孩更容易罹患憂鬱症，但是她們比較願意和人討論她們的難題，且會尋求幫忙，這也是他們較不會採取高致命性自殺方法的原因。男孩通常比較衝動好鬥，也常在酒精或是非法藥物的影響下發生自殺行為，因此也帶來致命性的後果。但就自殺行為而言，女孩卻比男孩更常發生；且在過去十年間，女孩選擇以高致命性方式自殺的比率正逐漸增加。因此，兒少的自殺防治非常值得關注。根據世界衛生組織發布針對校園之自殺防治資源手冊，兒童青少年自殺行為之相關危險因素包括：

1. 家庭型態因素：例如父母親失業、低社經階層、家庭功能失調等。
2. 精神疾病：包括憂鬱症、焦慮症、飲食障礙、物質濫用等。
3. 認知型態及性格因素：包括情緒不穩定之性格、衝動性格、僵化性格傾向等。
4. 負面生活事件：例如曾遭逢家庭暴力事件、與重要親友分離、重要親友過世、人際關係衝突、情感挫折、罹患嚴重之身體疾病等。



又依據吳純儀、顏正芳、余麗樺於2007年發表於台灣精神醫學第21卷〈青少年自殺危險因子之後設分析〉的論文中，結論青少年自殺風險的評估可參考 Sanchez HG 之模式，包括：歷史層面—自殺行為史、情感性疾患等；個人層面—負向情緒、生命認知、心理韌性等；心理社會環境層面—家庭功能與壓力等；臨床層面—自殺計畫的出現、情緒、行為、態度與一般心智狀態的不尋常改變等。相信此模式可提升自殺風險評估之效率與完整性。黃庭蔚、江弘基、李明濱、戴傳文於2006年 Formosan J Med 發表〈青少年的自殺防治〉，提及自殺危險因素和危險情境受到不同文化、政治、經濟等因素的影響，即使是鄰近的國家也不一定相同。家庭裡的低社會經濟狀態、低教育水準、失業都是危險因素。原住民或是外來的移民通常也被歸在高風險族群，不只是因為他們面對經濟困境或是語言困難，同時也是因為他們缺少社會網絡。這些文化因素往往與低社交活動參與度，以及不同族群間的價值衝突有所關聯。而這些衝突對於女孩有較大的影響，特別是那些出生在自由的國家中，對於由父母所傳承下來的傳統文化價值觀念根深蒂固的人。此外，性別認同和性取向的不一致也是青少年自殺行為的危險因素。那些不被文化、家庭、同學、學校和其他團體所接受的青少年和兒童，將會有嚴重的接納問題，同時也缺少發展過程中應有的支持者。

Kalafat 於1990年統整了多項青少年自殺的警訊，以「FACT」四個字母加以組織。

- 感覺(Feelings)：無望的一「事情不可能變好了」、「已經沒有什麼好做了」、「我永遠都是覺得沒有希望」。害怕失控、害怕瘋狂、擔心傷害自己和別人、無助、無價值感—「沒有人在乎」、「沒有我別人會更好」、過度的罪惡感和羞恥感、痛恨自己及持續的焦慮與憤怒。
- 行動或事件(Action or Events)：藥物或酒精濫用、談論或撰寫有關死亡或毀滅的情節、做惡夢，最近經歷失落—因死亡、離婚、分離、關係的破裂、失去自尊、失去對宗教的忠誠、焦躁不安、魯莽與攻擊



- 改變(Change)：人格一退縮、厭倦、冷漠、猶豫不決，行為一無法專心，睡眠一睡太多或失眠，有時候會很早醒來，飲食習慣一沒有胃口、體重減輕或吃得過量，對於交友、個人清潔、以往喜歡的活動失去興趣、消沈或退縮。
- 惡兆(Threats)：言語一如「流血流多久才會死？」，威脅一如「沒多久我就不會在這裡了」，計畫一安排事務、送走喜歡的東西、研究藥物、獲取武器，自殺的企圖一服藥過量、割腕。

民國108年全國0~18歲兒少自殺通報為4,317人次，其中自殺原因分析，排序前三位為「精神健康/物質濫用」(49.1%)、「情感/人際關係」(47.0%)、及「校園學生問題」(25.4%)，其他年齡層前二高與兒少年齡層差距不大，但第三高其他年齡層的通報原因則分別為「工作/經濟」或「生理疾病」。事實上，這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺加以防治的話，學校是最理想的場域。以學校為單位的最佳自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，包括整合老師、校醫、學校護理師、輔導老師、諮詢心理師及巡迴社工師等人力資源。除了學校內的團隊密切合作之外，同時也必須與社區的心理衛生團體及精神醫療機構等有良好的交流互動，以同心協力防自殺。至於以生理疾病為兒少年齡層自殺通報的原因佔率雖不及1%，但試想在生命的起始就已遭受身體生理疾病的衝擊，甚至慢性化的摧殘或死亡的威脅，對一尚未成熟的個體何以承受？而其父母、親人又情以何堪？所以醫療復健及疾病調適等資源積極投入於自殺防治網絡極為重要。

(三) 醫院內兒童青少年自殺風險病人的辨識介入

根據民國101至105之死因統計檔，篩選出這五年內自殺死亡個案，並針對自殺個案串聯死亡日前一年之急、門診檔案；另外，也根據自殺企圖個案首筆自殺企圖通報檔，篩選出民國101年至105年自殺企圖個案，並與企圖前一年之急、門診檔案進行串聯。

結果發現，以男性而言，自殺死亡及自殺企圖個案前一年，除了就



診於急診醫學科外，就診比例前三高為家醫科、內科及精神科；其中自殺企圖個案就診於家醫科之比例(57.3%)略低於自殺死亡個案(58%)，而自殺企圖個案就診於精神科之比例(38.6%)則略高於自殺死亡個案(37.3%)。以女性而言，門、急診就醫科別略不同，比例最高者為家醫科，且自殺死亡個案就診於家醫科比例(64.3%)高於自殺企圖個案(61%)，而自殺死亡個案就診精神科比例(56.7%)略高於自殺企圖個案(48.2%)。

另外，不論自殺死亡個案或自殺企圖者，男性診斷比例前三高為情緒性疾患、高血壓性疾病與憂鬱症；而女性診斷比例前三高為情緒性疾患、憂鬱症及精神官能症(焦慮症、恐懼症、強迫症、神經衰弱、失自我感、慮病症、身體化症、非特定非精神病)。

在0~24歲族群中，自殺死亡個案(848人)或自殺企圖個案(15,053人)門、急診就醫科別，除急診醫學科外，就診比例前二高為家醫科與急診醫學科。其中，自殺死亡個案(36.4%)就診精神科比例略高於自殺企圖者(34.7%)。自殺死亡個案或自殺企圖個案診斷比例前三高為呼吸系統疾病、精神疾患與症狀、徵候及診斷欠明之病態。而在自殺死亡個案及自殺企圖個案中，0~24年齡層歸屬精神疾患，其診斷比例最高為情緒性疾患(各為10.8%及8%)，診斷為憂鬱症比例(各為7.9%及6.5%)次高，精神官能症(焦慮症、恐懼症、強迫症、神經衰弱、失自我感、慮病症、身體化症、非特定非精神病) (各為4.6%及4.1%)為第三高；另外，思覺失調症和妄想症比例(各為4.0%及1.9%)、胃及十二指腸疾病比例(各為1.2%及1.0%)、人格違常(各為0.8%及0.5%)、精神作用物質相關障礙症(各為0.6%及0.4%)、糖尿病(各為0.5%及0.2%)依序比例下降。所以針對就診於門急診及住院的兒童及青少年，不論在家醫科、小兒科、精神科或內科等情緒方面的評估及自殺風險的辨識的確不可或缺；且兒童、青少年的自殺高風險群，若又涉及家暴法、兒少保護法相關通報等法規程序，必併行辦理。



(四) 結論

兒童與青少年族群的自殺死亡率相較於其他年齡層族群並不高，然而卻一直位於此年齡層的十大死因中，且排行第二；而從自殺通報系統來看，此年齡層的通報人次同樣也不比其他年齡層來的高，但試想在人生的起始階段，成長發展尚未完成之前，年輕生命就此終止是何其噓唏的憾事，故兒童與青少年的自殺防治非常重要，尤其近兩年此年齡層的自殺死亡率及通報人次均微幅上揚。

自殺行為者本就屬脆弱族群，而兒童與青少年又屬發展尚未成熟的成長階段，更是脆弱族群中的脆弱。有部分自殺行為者來自高風險脆弱家庭，所以有待醫院內醫療人員、家人親友、學校老師、公衛社工人員等，將自殺防治網絡中的相關局處、單位、機構等的福利、法律、醫療、諮詢資源引進，達成同心協力防自殺，珍愛生命創價值。

三、癌症病人

(一) 癌症個案自殺死亡之流行病學

自民國 71 年起，癌症高居 10 大死因之首，由癌症罹病風險延伸之醫療照護與民眾健康損失問題，為國人密切關注之議題。另一方面，台灣民眾的非自然死亡總人數(包括意外死亡及自殺)近年來呈現明顯成長趨勢。癌症病人自殺死亡風險，充分反映一國醫療體系全人照護及國民心理衛生服務之需求及實踐。根據國健署委託台大醫院執行「台灣癌症病人非自然死亡風險因子探討研究計畫」(DOH100-HP-1506)結果顯示：台灣癌症病人自殺死亡的標準化死亡比(SMR)是 2.49(95% C.I.= 2.39 to 2.59)。男性癌症自殺高風險前三名為頭頸部癌(SMR=5.37)、食道癌(SMR=4.46)與肺癌(SMR=4.10)，女性癌症中自殺高風險的前三名則為鼻咽癌(SMR=4.25)、頭頸部癌(SMR=3.66)與肝癌(SMR=3.43)。癌症病人選擇自殺的方式，基本上與一般大眾所用的方法類似，以上吊(50.46%)、藥物或農藥(17.23%)，以及跳樓(12.43%)為多，近年燒炭自殺之比例有增加之趨勢。



(二) 癌症個案自殺死亡風險之時間分布

初診斷為癌症後的第一年，自殺SMR會攀升為5.68，第二年降至3.44，第三年為2.51，在診斷後十年之間其自殺SMR皆高於一般大眾。癌症病人的自殺風險，呈現於診斷後急速上升，且而後逐漸下降的趨勢，與國人對於病人自殺、「久病厭世」的傳統概念不盡相同。癌症病人會於診斷後出現高自殺風險的現象，可能與癌症診斷後所歷經之複雜的心理壓力相關，然而癌症病人的自殺風險是長時間的問題，並非只是集中在剛診斷過後的短時間，而是長時間自殺高風險的現象，推測與病人長期處於與癌症對抗的慢性適應過程有關。

(三) 國家自殺防治策略投射於癌症病人自殺防治

癌症病人自殺防治工作，應與當代國家自殺防治策略「全面性」、「選擇性」與「指標性」三大策略架構連結，投射於目前癌症防治相關工作，在既有的服務體系內強化自殺防治的功能，實施「自殺防治守門人」相關教育訓練。針對辨識自殺意念及精神病理之教育訓練、探討普遍實施心理衛生篩檢工具之可能性，為避免雙重汙名化之問題，與自殺防治相關宣導介入措施，必須與正向之身心健康促進宗旨做有效連結。當代國家自殺防治策略中，強調在既有的服務體系中，強化功能之連結，目前台灣衛政體系已針對癌症防治推動「癌症照護：癌症資源單一窗口服務」、「全院性癌症教育」、「癌症病人安寧緩和醫療照護」等積極作為。

(四) 個案服務介入要點

癌症個案服務體系，為醫療體系中極為重要的一環。除了以公共衛生方法實施之巨視面防治措施外，微視面的個案服務輸送也很重要。個案直接服務包括「評估」與「介入」兩大面向。根據過往的文獻指出，小心地評估自殺風險是介入的第一步，對於高風險的癌症病人，早期並廣泛地心理衛生服務介入常能避免自殺。醫療專業人員需小心地處理自殺的風險評估或回應個案對於死亡的相關表達，因為對於自殺議題的恐



懼會削弱病人的希望或挑起情緒性的討論。目前為止並沒有任何臨床研究的證據支持「詢問關於自殺的想法會增加自殺的行動」這個沒有事實依據的迷思。事實上，這個意見違反了「病人一旦感到苦楚並有需要控制死亡的認知時，報告這種感覺會緩解並減少自殺的要求」這個證據。更進一步，建議醫師利用這評估當作一個治療的機會，以「詢問病人關於未來的擔憂」、「提供確切的資訊以消除不必要的恐懼」，「讓病人表達難以和其他人討論的感覺」。

(五) 風險評估

Rudd等人建議，評估下列因子以鑑別高風險的自殺行為者，這些包括有自殺行為傾向(如有自殺行為史、診斷為精神疾病、具背景風險因子)、其他生活壓力事件、有症狀出現(如憂鬱、生氣和激動)、自殺想法的性質(頻率、強度、期間多久、特殊的計劃、方式可行性和明確意圖)、無助、先前有自殺行為(頻率、方法、致命性及結果)、衝動和缺乏保護因子(社會支持、解決問題的技巧、和精神健康治療)。此外，針對安寧照護病人需小心地評估其身體症狀，以確定其病因是精神病性(psychotic)或器質性(organic)精神科疾患。

(六) 支持性關係建立與轉介

Holland JC等人對於癌症病人之自殺防治，主張透過精神評估和適當介入，可能會提供癌症病人更佳的緩解苦痛，最後進而拯救生命。Holland JC等人認為，無論技術或方式為何，所有治療自殺者皆需被告知要注意自殺的風險因子。這些討論的適當治療反應包括同理心、積極聆聽、實際期望的處理、允許討論精神上的苦痛及適當時機轉介給其他專家。

(七) 落實安全文化

初始介入時，為了病人安全，必須聚焦於確認逼近的風險和做好必須的計劃與工作安排。適當的介入可能包括：嚴重自殺病人的入院精神治療、使用預防自殺資源、為了安全而與病人約定、限制取得潛在的危



險(如藥物、槍)及家人或朋友參與監視病人。無論如何都必須注意，精神科入院治療對病情嚴重病人可能不一定理想或實際，可能需利用其他策略。在這些案例中，緊急介入並調整支持系統可以做為外部的控管，並可強效地降低自殺風險。

(八) 生物、心理、社會的整合治療與降低癌症自殺風險

自殺重要風險因子的認識也必須納入介入策略和治療計劃中，這可能會降低自殺率，如積極地治療疼痛、生理症狀、謙妄和認知障礙等。針對憂鬱症狀、絕望和自殺念頭的最有效地改善方法，是給與抗憂鬱藥物後給與支持性精神治療、認知行為技巧及病人及家庭教育等。藥物介入需包含止痛藥、抗焦慮藥物和安眠藥物，以治療任何伴隨的焦慮、激動、精神疾病或疼痛症狀。認知行為技術可被修改，以處理癌症病人的身體症狀及挑戰認知扭曲造成的自殺念頭。癌症病人的個人和團體支持性精神治療，能藉由「隔離以平緩情緒」、「加強應對技巧」和「解決存在的擔憂」而提供額外的支持。

(九) 癌症病人自殺防治工作之特性

從臨床精神醫學角度出發，憂鬱症常是自殺防治「選擇性」策略的介入標的，然而在內外科醫學領域中，情緒行為障礙的亞疾病或亞症候群的表現，往往比達到症候群診斷的危險因子盛行率更高且具有預測力，這也會使防治重心由精神醫療高風險介入朝向一般性介入移動。例如：失志症候群是癌症病人自殺危險因子之一，在癌症個案中並不少見，然而卻與憂鬱症概念不同，更需要以個案為中心的介入方式，真實地接近病人的身心狀況。

一般人口自殺死亡的危險因子，例如中老年、男性、低收入、失業、失婚、物質使用疾患等，同樣也是癌症病人自殺身亡的危險因子。而特異於癌症的效應修飾因素，例如：癌症初診斷初期，罹患存活率不佳組織學分類之癌症等，蘊含發展特殊防治工作的契機。舉例來說，國內外流行病學研究均指出：以解剖學分類癌症存活率的分層與自殺風



險相關，因為罹癌者對於自己的預後情形是「被告知」或「自行搜尋」得知，從國民的健康知識能力(health literacy)角度出發，與時俱進地幫助廣大民眾，克服對於癌症的迷思與刻板印象，建立正確的抗癌防癌知識，就是一種普及全體國民「全面性」的自殺防治策略，這種策略的效益，也絕對不侷限於相對罕見的自殺問題，而同時有益於全民健康促進。再者，癌症病人的自殺風險並非均勻分佈於整個病程中，國內外文獻一致指向罹癌初期風險較高，這種現象除了以心理衝擊來解讀之外，罹癌造成的財務負擔、心理衛生服務的可近性，以及限制特定時段場域致命工具的可得性等，都是在心理衝擊之外自殺防治需思考的問題。

(十) 小結

就自殺防治之一般性原則而言，高風險介入策略(high risk strategy)與一般大眾介入策略(population-based strategy)同樣重要。整體而言，有關自殺防治策略的效用評估研究，截至目前為止，針對醫師進行有關憂鬱症的教育，以及對致命方法的管制，被發現能有效的降低自殺率，而其他策略則有待繼續評估中。總而言之，自殺防治之基本原則應當在於如何早期發現及妥當治療或照顧有自殺傾向的高風險群(尤其是曾經有過自殺企圖者與憂鬱症相關疾患之病人)，針對自殺企圖者面臨的社會心理事件給予有效的介入與支持(包含心理諮詢、心理治療、社會救助、家暴或失業等現實問題之協助解決)，同時透過教育訓練健全民眾心理健康。目前雖然仍缺乏強烈證據支持某一特定介入方式，能夠顯著地降低再自殺率或死亡率，這可能部分源於自殺行為多重而複雜之成因。如何增進個案與服務體系之接觸，落實符合當代實證標準之治療模式，強化企圖者與「網網相連」之多元支持系統更密切之連結，使具有生物心理層面脆弱性之個案接受持續而有效之治療，使遭逢社會經濟剝奪個案接受更優質的扶助與支援，應是未來應努力之方向。



伍、參考文獻

1. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 精神疾病診斷準則手冊(台灣精神醫學會譯)。新北市：合記圖書出版社。
2. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., & Lederberg, M. S. (2010). *Psycho-Oncology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, Inc.
3. Hudson, P. L., Schofield, P., & Kelly, B. (2006). Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. *Palliative Medicine*, 20, 703-710.
4. Lin, P. H., Liao, S. C., & Chen, I. M. (2017). Impact of Universal Health Coverage on Suicide Risk in Newly Diagnosed Cancer Patients: Population-based Cohort Study from 1985 to 2007 in Taiwan. *Psycho-Oncology*, 26, 1852-1859.
5. Rudd, M. D., Joiner, Jr. T. E., Jobes, D. A., & King, C. A. (1999). The outpatient treatment of suicidality: An integration of science and recognition of its limitations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 437-446.
6. 全國自殺防治中心(2008)。自殺防治系列手冊-青少年心理衛生與自殺防治。取自：http://tspc.tw/tspc/portal/public/press_list.jsp
7. 林帛賢、李明濱、陳宜明、廖士程(2013)。癌症病患之自殺防治。臺灣醫學, 17(2), 163-170。
8. 吳佳儀(2014)。從個人面向強化自殺保護因子。自殺防治通訊網, 9(4), 2-5。
9. 吳純儀, 顏正芳, 余麗樺(2007)。青少年自殺危險因子之後設分析。台灣精神醫學, 21(4), 271-280。



10. 黃鈞蔚，江弘基，李明濱，戴傳文(2006)。青少年的自殺防治。臺灣醫學，10(3)，342-351。
11. 廖士程(2018)。評論：防治癌症病人自殺：只有心理衛生篩檢足夠嗎？台灣公共衛生雜誌，36(5)，448。
12. 廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳家儀(2015)。台灣自殺防治十年回顧檢討與展望。台灣公共衛生雜誌，34(3)，227-239。
13. 廖士程、林朝誠、林帛賢(2011)。台灣癌症病人非自然死亡風險因子探討研究計畫。行政院衛生署國民健康局研究成果報告(編號：DOH100-HP-1506)。



附件一、關於自殺遺族之處遇

面對遺族最重要的是要透過會談建立關係，經由積極聆聽讓對方能宣洩情緒，然後才透過同理、安慰、鼓勵及再保證，提供必要的建議，經過支持與教育，提供適當的資訊與資源轉介是訪視會談的重要任務之一。當我們接觸到遺族時，可以建議他找一個能信任的人，協助他一起度過。想要說話時，就打電話給一位傾聽者跟他一起分享；儘量避開只會給建議的人，避開那些會告訴他說「你要怎麼去感覺」這件事的人，你「應該要去怎麼做」的人。

不要害怕哭泣，因為掉眼淚有療傷的效用。沒有食慾、失眠、忿怒、罪惡感、混亂，都是很常見的反應。常常會覺得有很多的情緒突然湧上心頭，突然之間很難做反應，可是這些都是正常的。當遺族朋友跟我們分享的時候，我們都可以跟他說：這都是正常的，因為你就是正在悲傷。或者對某一個人、對這個世界，甚至對你的信仰感受到憤怒、生氣，這都是很正常的，想生氣就生氣，想哭就哭，要知道情緒是會像潮水一樣來回，不會輕易過去，所以要給自己時間去調適，然後允許自己得到專業的協助。尤其遺族會常處在為什麼會發生自殺事件的掙扎當中，一直到他們不再需要知道為什麼，或是他們可以去接受有些答案就是他們僅能知道的答案。至於他們要如何去接受這個，那就是我們必需要陪伴他一起度過他的疑問。

多數人都覺得把悲傷說出來、哭出來比較好，但真的不一定，有些人可能因個性，或是覺得還沒到那個時間點，所以還沒有辦法說，或是還沒有辦法哭，但不代表他們不悲傷。我們要去同理這樣的遺族。有些人會覺得可以去讀相關的書，有助於情緒的釐清，但有些人認為讀這些書會帶給他們更大的憤怒，覺得這些書看起來都是在指責。

對遺族們而言，也可以先為回答他人的問題做好準備。自殺者親友時常需要面對其他人不經意提出讓你覺得不太舒服的問題，像是「他怎麼了？」。若你能事前做好回答他人詢問的準備，就可以減少心理的衝擊。當



有人想要瞭解這件事時，你可以自由的選擇回答的方式；像是告訴他們「他結束了自己的生命」、「因為生病…所以…」，或是你也可以直接回答「他自殺了」。若你害怕別人突如其來的問題會讓你不知所措，你也可以事先將想要回答的內容寫下來，做為將來回答相關問題的依據。

1. 心理治療

有關遺族們的情緒變化，可以從日常生活習慣、語氣等觀察出來，若是不關心或無視他們的需求，則可能加重他們的自殺危險性。同時，可以藉由陪伴、傾聽來給予溫暖，以分擔他們的擔憂與悲傷情緒。

因自殺事件而感到傷痛的人其實不太有機會去談論他們的悲傷。缺乏溝通的機會，反而會延遲療傷復原的過程，他們也許會不斷地尋找親友為何自殺的答案，而容易產生創傷後壓力疾患及缺乏正常哀悼的能力。因此自殺者親友很需要他人的協助與支持，尤其是專業人員的幫忙，透過關懷、接納與建立一個尊重及信任的環境，協助自殺者親友走出傷痛，找出新生力量，迎向陽光。但不是每一個自殺者親友都需要心理治療，也不是每位治療師都應該要治療自殺者親友。每個人的需求不一樣，有些自殺者親友在面對死亡時，會立即尋求治療師的協助；而有些人則需要一段較長的時間哀悼，並且慢慢的復原。有些自殺者親友會有身體不舒服的狀況，而當這些身體症狀不尋常且無法緩解的時候，就必須要轉介接受心理或精神科治療。由於自殺者親友缺乏來自他人的支持與關懷，所以可能會產生嚴重的憂鬱症狀、強烈的罪惡感、自我指責，甚至出現自殺的想法或行動。治療師必須以不批判的態度來看待自殺身亡者之前接受過的任何治療，並且不指責家庭成員以及逝者自殺的行動。

2. 倖存者團體(自助支持團體)

互助團體是由針對特定議題、狀況或關注之事，由直接且親身受到影響的人所組成。團體由其自身之成員帶領，也就是說，由曾經直接且親身被該議題(親人自殺)所影響的人來掌控活動之選擇及進行。雖然許多



自助團體會從團體之外獲取資源及協助(例如：專業工作者或其他團體)，但其成員本身仍然是決策者。

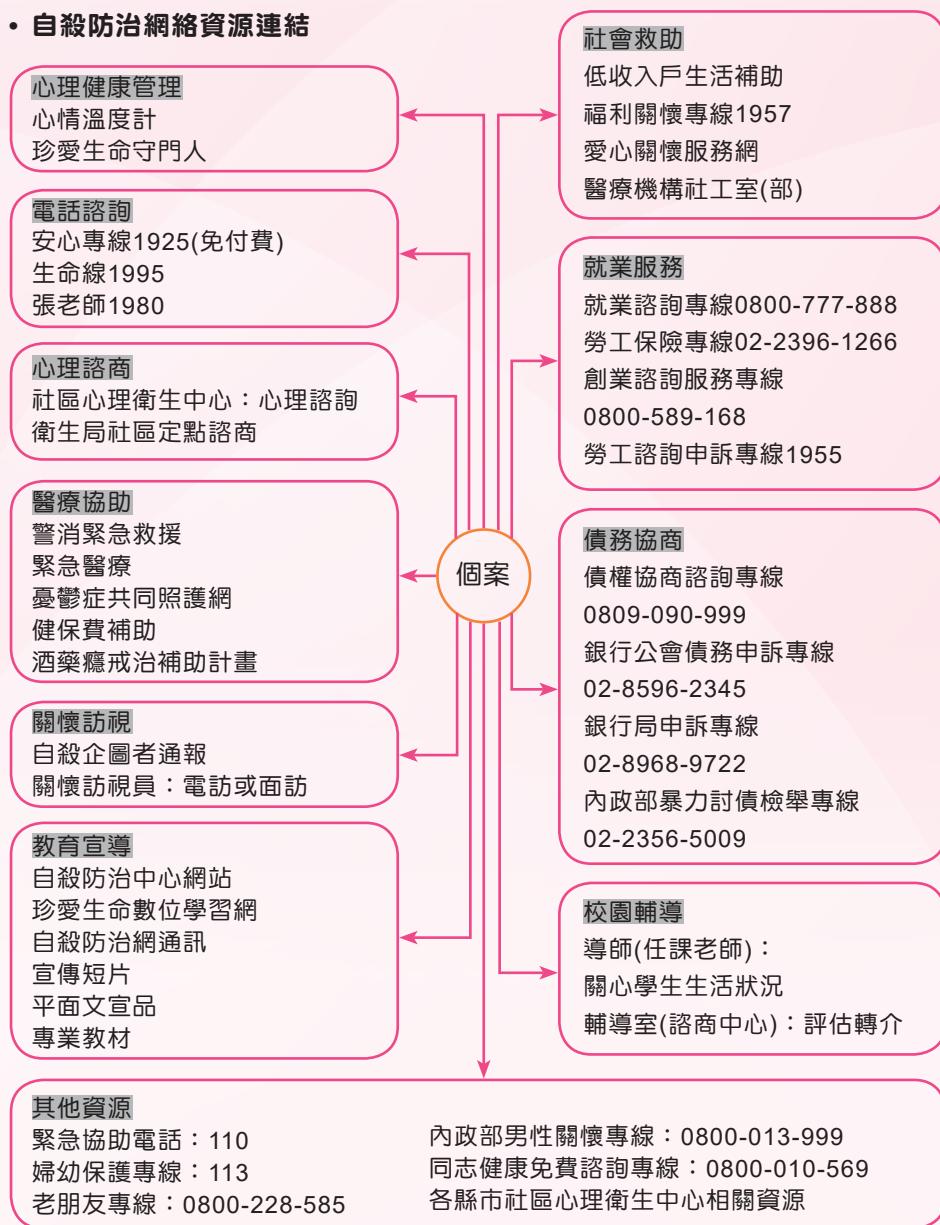
研究顯示，不同的死亡方式會影響悲傷反應，因而支持此論點—自殺倖存者各以其不同的方式經歷悲傷，且自殺會造成較一般更為強烈的悲傷反應。和同樣因自殺而傷慟的人聚在一起，可以提供機會使他們和真正了解自己的人相聚—因為這群人曾走過相同的路。團體使得成員從其他人身上獲得力量、並且被理解，亦同時回饋給其他人。

團體也可以扮演教育的角色，提供關於悲傷過程的資訊、關於自殺的事實，以及不同健康專業照護者的角色。另一個主要的功能是增強自主力(empowerment)，提供正向焦點，促使個人對生活重新獲得一些控制。一個關於自殺或意外死亡的重大面向是：總是有很多未盡的事務以及未被解答的問題，而當事人卻看不到任何解決這些問題的方法。團體提供的支持常能逐漸消除無望感，並提供得以重獲控制感的工具。



附件二、相關資源

• 自殺防治網絡資源連結





• 各縣市衛生局電話

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24230181	臺南市	(東興)06-6357716
台北市	02-27208889		(林森)06-2679751
新北市	02-22577155	高雄市	07-7134000
桃園市	03-3340935	屏東縣	08-7370002
新竹縣	03-5518160	臺東縣	08-9331171
新竹市	03-5355191	花蓮縣	03-8227141
苗栗縣	03-7558080	宜蘭縣	03-9322634
台中市	04-25265394	南投縣	04-92222473
彰化縣	04-7115141	澎湖縣	06-9272162
雲林縣	05-5373488	金門縣	082-330697
嘉義縣	05-3620600	連江縣	0836-22095
嘉義市	05-2338066		

• 各縣市社區心理衛生中心電話

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300193	臺南市	(東興)06-6377232
台北市	02-33937885		(林森)06-3552982
新北市	02-22572623	高雄市	07-7134000#5410~5420
桃園市	03-3325880	屏東縣	08-7370123
新竹縣	03-6567138	台東縣	089-336575
新竹市	03-5234647	花蓮縣	03-8351885
苗栗縣	037-558350	宜蘭縣	03-9367885
臺中市	04-25155148#107	南投縣	049-2224464
彰化縣	04-7127839	澎湖縣	06-9272162#122
雲林縣	05-5370885	金門縣	082-337885
嘉義縣	05-3621150	連江縣	0836-22095#8827
嘉義市	05-2328177		

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

- 全國自殺防治中心 <https://www.tsos.org.tw/>

- 珍愛生命數位學習網 <https://www.tsos.org.tw/p/elearning>



• 自殺防治系列手冊

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

*更多資訊歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽

<https://www.tsos.org.tw/>



附件三、自殺防治法

108.06.19公佈實施

第一條 為加強自殺防治，關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值，特制定本法。

第二條 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

第三條 自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。

第四條 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。

第五條 直轄市、縣（市）主管機關為協調、諮詢、督導、考核及推動自殺防治工作，應設跨單位之自殺防治會。

前項自殺防治會之組成、任務、議事程序及其他應遵行事項，由直轄市、縣（市）主管機關定之。

第六條 各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。

中央主管機關為辦理自殺防治工作之必要，得請求有關機關協助或提供相關資料。第一項自殺防治教育及心理諮詢管道所需費用，必要時中央及直轄市、縣（市）主管機關得予補助。



第七條 各級政府每年應編列自殺防治經費，執行本法所定相關事項。

中央主管機關應針對直轄市、縣（市）主管機關自殺防治方案推行績效優良者，給予獎勵。

第八條 直轄市、縣（市）主管機關應設置自殺防治相關人力，並提升其專業技能。

前項自殺防治相關人力之資格、訓練、課程及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

中央主管機關就前二項事項，必要時應對直轄市、縣（市）主管機關予以補助。

第九條 中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領，報行政院核定後實施。

中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，辦理下列事項：

- 一、自殺防治現況調查。
- 二、自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。
- 三、每年製作自殺防治成果報告。
- 四、輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治。
- 五、推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。
- 六、建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。
- 七、推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。
- 八、協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制。
- 九、其他自殺防治有關事項。



前項第五款自殺防治守門人，指具備自殺防治觀念，能識別自殺風險，並提供協助或轉介等作為，以防範他人發生自殺行為之人。

第二項法人、團體於執行受委託業務時，得蒐集、處理或利用必要之個人資料。

第十條 中央主管機關應設置或委託辦理免付費之二十四小時自殺防治緊急諮詢電話。

第十一條 中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。

前項通報之方式及內容，由中央主管機關定之；通報人之身分資料，應予保密。

直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，應立即處理；必要時得自行或委請其他機關（構）、團體進行關懷訪視。

第十二條 各級主管機關應建立機制，降低民眾取得高致命性自殺工具或實施高致命性自殺方法之機會。

第十三條 直轄市、縣（市）主管機關為防止自殺行為人再自殺，提供自殺行為人及其親友心理輔導、醫療、社會福利、就學或就業等資源轉介。

第十四條 直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。



第十五條 各機關、學校、法人、機構、團體及相關業務人員執行本法相關業務時，對自殺行為人及其親友之個人資料應予保密，不得無故洩漏。

無故洩漏前項個人資料者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣六千元以上六萬元以下罰鍰。

第十六條 宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載下列事項：

- 一、教導自殺方法或教唆、誘使、煽惑民眾自殺之訊息。
- 二、詳細描述自殺個案之自殺方法及原因。
- 三、誘導自殺之文字、聲音、圖片或影像資料。
- 四、毒性物質或其他致命性自殺工具之銷售情報。
- 五、其他經中央主管機關認定足以助長自殺之情形。

第十七條 廣播、電視事業違反前條規定者，由目的事業主管機關處新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改正；屆期未改正者，得按次處罰。

前項以外之宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體違反前條規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處負責人及相關行為人新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並得沒入前條規定之物品、令其限期移除內容、下架或其他必要之處置；屆期不履行者，得按次處罰。

第十八條 本法施行細則，由中央主管機關定之。

第十九條 本法自公布日施行。



備忘錄MEMO

醫院自殺防治工作手冊

發 行 人：陳時中

主 編：李明濱

副 主 編：陳俊鶯

編 輯 群：吳佳儀、吳恩亮、林帛賢、徐勝駿、詹佳達、
楊凱鈞、廖士程、戴萬祥

出版助理編輯：翁聞惠、黃柔嘉

再版助理編輯：廖健鈞、廖彗君、陳媧伶、何玥潔

美術編輯：林家鈴、蕭逸

出版單位：衛生福利部

地 址：115204 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電 話：(02)8590-6666

傳 真：(02)8590-6000

網 址：衛生福利部

出版日期：2022年06月

I S B N：9786267137314

珍愛生命數位學習網：<https://www.tsos.org.tw/p/>

elearning珍愛生命打氣網：<https://www.facebook.com/tspc520/>



珍愛生命 · 希望無限

