

自殺防治系列 40

長期照顧者自殺防治



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心



目錄

序	2
壹、長期照顧專業人員與家庭照顧者的現況	3
一、長期照顧專業人員的特性及負擔	3
二、家庭照顧者的特性及負擔	6
三、長期照顧的身心反應與對社會功能的影響	9
貳、長期照顧專業人員與家庭照顧者的自殺特性	12
參、長期照顧專業人員與家庭照顧者之自殺防治守門人 策略	15
肆、長期照顧者的自我覺察與調適	20
伍、長期照顧自殺防治資源網絡的建構	24



序

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，由於自殺之危險因子包含範圍甚廣，涵蓋生理病理、精神病理、性格特質、社會心理以及經濟文化等多重因素，且具有快速變動與不易測度的特質，致使自殺防範變為複雜而艱鉅。自殺防治絕非單一專業或是單一部會可以獨力完成，特別是面對新世紀的自殺議題，更應積極著重結合政府與民間醫療衛生、社會福利與社會安全相關資源與機構，落實「自殺防治、人人有責」的理念，推動民眾與專業團隊的教育訓練，以共同提昇國民心理健康的素質。

近年來隨著醫療進步，老化與失能人口逐漸增加，也因此衍生諸多長照需求與照顧責任，尤其是目前大家所關注的長照，更有別於一般醫療，它是一種需要長時間、連續性、多元化及個別化的照護，目前政府正積極推動長照服務法，但因台灣社會深受家庭文化傳統影響，長久以來家庭照顧一直被視為是理所當然的責任與義務，故導致照顧者經常出現憂鬱與無助，甚至進而衍生殺人後自殺的悲劇，為協助照顧者的身心健康維護與促進，特集結專家學者出版本手冊，期望透過增加照顧者的自我覺察與調適，能提升照顧效能與改善照顧者的心理健康狀況；本手冊並提供專業知能與長照網絡資訊，期能幫助解決長照之困境。

台灣自殺防治學會理事長
全國自殺防治中心主任

李明濱

謹誌



壹、長期照顧專業人員與家庭照顧者的現況

一、長期照顧專業人員的特性及負擔

台灣於2018年3月老年人口數已達全人口的14.1%，正式進入高齡社會時代。在政府與民間長期努力之下，2015年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^[1]。以居家服務為例，截至2016年為止，政府提供居家服務的單位計186個，照顧服務員8,988人，女性占九成，較1999年底增加87.5%(詳表一)，雖尚不及服務個案人數的增幅（增1.2倍），然服務人力中專職照顧服務員占比70.8%，已較1999年底增20.7個百分點，顯見專業人力之投入亦逐步提升；平均每位照顧服務員約服務5.4位個案人數^[2]。2016年政府進一步推動了長照2.0計畫(2017-2026年)，將身體失能與身心障礙失能納入同一體系照顧，並將服務對象延至50歲以下的身心障礙者，此舉意味著長照專業服務人員會接觸到不同身心障礙類別、不同年齡層的服務對象，因此應加強培訓照顧不同障別、不同年齡層者日常生活所需的特殊技巧^[3]。

表一、居家服務人力概況

居家服務人力概況

單元：個、人

	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年
提供服務單位數(年底)	127	132	144	149	162	168	181	186
照顧服務員人數(年底)	4,794	5,591	6,353	7,118	7,463	7,675	8,368	8,988
女性	4,461	5,191	5,874	6,566	6,804	7,089	7,733	8,250
男性	333	400	479	552	659	586	635	738

資料來源：衛生福利部。

(摘自韓，2017)



依據2017年「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」，所謂的長照服務人員（以下簡稱長照人員）包括照顧服務人員、居家服務督導員、社會工作師、社會工作人員、醫事人員、照顧管理專員及照顧管理督導、以及中央長照計畫之個案評估、個案管理及提供服務人員。其中，照顧服務人員又分為照顧服務員、教保員、生活服務員及家庭托顧服務員四種類別。無論是何種長照人員，欲持續提供長照服務，皆須完成長照訓練、認證與登錄。目前長照需求評估的對象涵蓋個案與主要照顧者兩者，透過初步篩選、評估、實際家訪、進而擬定照顧計畫，介入服務並連結各項長照資源，後續評值與追蹤後再依個案的狀況調整照顧計畫。因此，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，亦須與照顧者溝通失能照護細節之規劃，以居家護理師照護對身體狀況需要服務的老人與照顧者為例，其扮演的角色除提供失能者護理上的專業照護之外，對照顧者也扮演衛教的角色，可以在訪視時指導照顧者相關的醫療知識，給予案家專業服務及心理支持，必要時護理師亦須在照顧過程中與復健師等其他專業人力進行共同照護與溝通^[4]。綜上所述，長照人員不僅須提供失能者本身的身體照顧、維護其日常生活功能，在與案家的溝通甚至與跨領域專業人員間都需維繫良好合作關係，以穩定失能個案的身心健康與家庭功能。

長照人員本身的健康維持是另一個潛在的重要議題，在長照人員必須面對來自失能者與照顧者雙方的照護壓力之餘，更須面對人力吃緊的挑戰。特別是雙老家庭服務過程中，若一人符合長照個案要求、一人未達服務提供水準但生活仍需協助之情形，則居家照服員進入案主家中須同時照顧兩位個案，此舉將加重照服員之負荷^[5]。上述雙老家庭的類型除了配偶互相照顧的例子，尚有老年兒子照顧年邁父母之例，由於照顧負荷沉重，最終導致親後輕生的案例時有所聞。面對困難個案或家庭情境複雜的長照人員，須善用照顧專業知能及跨專業網絡合作，減輕自己在照顧服務過程中的身心負荷，以利長照資源的有效利用及失能家庭的照護品質提升。



在這個以女性為主力的長期照顧服務專業中，如何兼顧自身健康、提供失能家庭所需服務，同時又能顧及長照人員本身的家庭，在台灣快速老化的社會中將是一個持續的挑戰。未來期盼長照人員發揮專業知能、穩定自我身心、並善用服務網絡，做好自我照顧之餘更能提升失能者的照護品質，同時兼顧自身家庭照顧上的需求。

參考資料

1. 衛生福利部(2016)。長期照顧十年計畫2.0(106~115年)(核定本)·取自 grbtopics.stpi.narl.org.tw/app/download/4b1141c25e129e36015e1371e57c0049
2. 韓俊彥(2017)。我國居家服務使用概況。統計通訊, 28(9), 18-19.(行政院主計處<https://eng.stat.gov.tw/public/data/dgbas03/bs2/gender/Analysis/Health%20Medical%20Service%20and%20Care/%E6%88%91%E5%9C%8B%E5%B1%85%E5%AE%B6%E6%9C%8D%E5%8B%99%E4%BD%BF%E7%94%A8%E6%A6%82%E6%B3%81.pdf>)
3. 吳肖琪(2017)。長照政策之新契機。長期照護雜誌, 21(1), 1-7.
4. 呂郁芳(2018)。居家護理師在社區整合型照顧中個案管理員的角色與契機。榮總護理, 35(3), 261-268.
5. 吳肖琪、黃敬淳、葉馨婷(2015)。照顧服務員分級可行性之探討, 台灣衛誌, 34(6), 592-604.



二、家庭照顧者的特性及負擔

2007年中華民國家庭照顧者關懷總會進行了一項全國照顧者的調查，其中發現當時全國有76萬家庭照顧者，每位平均照顧家人長達9.9年，每天13.6小時。大部分的家庭照顧者雖為女性居多(70%)，年齡在51-60歲最多(32.9%)，但是男性和60歲以上的照顧者卻較有可能成為高風險的家庭照顧者。照顧者與被照顧者的關係非常多元，被照顧者的樣態也有差異。因此，本節將簡單介紹照顧者的類別、特性以及負荷狀況，未來長照與專業相關領域上，能夠更對自殺防治更具敏感度與同理心去協助個案。

家庭照顧者的類別

- 1. 照顧的對象：**照顧者照顧不同障礙別的被照顧者，如：肢體障礙、精神障礙、心智障礙、疾病照顧(如、中風、失智症、癌症等)。有時，照顧者可能同時照顧超過一位不同障礙或需求的被照顧者。
- 2. 照顧的關係：**照顧的關係有血緣關係或非血緣關係。子女對父母照顧、父母對子女照顧、媳婦/女婿與公婆/岳父母的照顧、祖孫輩照顧(隔代照顧)、手足照顧、親姪輩照顧、夫妻照顧等。
- 3. 照顧者的角色：**照顧者可能分為主要照顧者、次要照顧者。有時可能有多位主要照顧者，分別照顧不同面向，如管理財務、打理生活起居、身體照護等等。
- 4. 照顧者的距離：**照顧者與被照顧者可能同住或是住在遠距。有時可能也會將被照顧者邀請入住家中附近的租房，被照顧者也可能輪流住在不同照顧者家中。
- 5. 照顧的複雜程度：**照顧者需要協助被照顧者的項目很多，有些需要生活功能的維持，如、穿衣、如廁、飲食、洗澡等。有些需要資源財務的管理，如、服務的付費、購買耗材、連結服務、統整溝通服務。
- 6. 照顧者的照顧頻率：**照顧頻率與密集度也不一樣，如、每天照顧、每周照顧、每月照顧等。照顧的密集度可能也隨著照顧項目而有所不同，如照顧項目和頻率皆多時，可能照顧者需要有所喘息或替代人力，不然無法勝任不斷發生的照顧密集度。



家庭照顧者的特性

中華民國家庭照顧者關懷總會提出因為家庭照顧者的類別很多元，許多來自於不同的家庭結構，家庭文化以及社會期待，因此家庭照顧者的特性往往也有不同的樣態。

在照顧長達9.9年裡，每個人一開始大概不會覺察到自己有一天會成為照顧者。因此照顧歷程上可能分為五個階段：

- 1. 預備照顧者：**開始意識到被照顧者可能需要一些協助，但是協助可能是一次性或是某個時間點而已，不足以造成太多的心理負擔和責任。舉例來講，父母親可能請你下班後順便買個藥膏或是食物過來，免得他們還要出門跑那一趟。這簡單的「差事」不見得需要是立即性，可能剛好方便即可。但是，需要注意的是，這些「差事」是否會繼續持續？增加項目或頻率呢？
- 2. 新手照顧者：**家庭照顧者開始進入需要協助張羅或照顧被照顧者的生活起居或健康安全。照顧者需要會開始花一些體力或腦力來完成需要照顧的項目。舉例，家庭成員要開始面對中風的被照顧者，出院回家後可能需要一些照顧技術來協助洗澡。但是照顧者沒有經驗，可能需要很多的時間和多次的嘗試後，才能比較安全有效率的執行此任務。而遇到是認知精神障礙者，可能需要投入的心力的考驗。學習如何應對、陪伴、安撫、覺察安全威脅等。
- 3. 在職照顧者：**全國有將近四分之一的工作人口，平常也需要長期照顧家人。也就是說，有人白天上班，下班後開始另外一個角色，需要照顧家人。在職照顧者可能因為要平衡照顧、工作、生活，自己的健康或心態都受影響。而在職照顧者也有可能選擇離職自行照顧，因為這樣的決策可能是最簡單並省錢的方法。因此，如何協助在職照顧者顧好自己的工作還要連結照顧資源，將會是對這群人口重要的目標。
- 4. 資深照顧者：**照顧長達9.9年，通常過了3年以上，可能出現一些疲累、照顧心力不足，焦慮、失眠、緊張或是「還要照顧多久？」的懷疑。另外，若是資深的照顧者沒有足夠的支持系統，可能會因為照顧變得孤單甚至憂



鬱、沒有朋友、經濟上也越來越拮据甚至落入貧窮。照顧者可能有非常多的複雜情緒，如、內疚、憤怒、傷心、生氣、自責、焦慮等等。當照顧者自身處於身心脆弱狀態下，與被照顧者的相處有可能變得冷漠，或是暴力甚至怪罪。如果沒有適時的協助，長期處於無助感的照顧者可能會有結束生命或是同歸於盡的念頭產生。

5. **畢業照顧者**：長期處於照顧者角色，一旦被照顧者離世，照顧者可能面臨健康、自我調適、重新面對社會或是找工作提升經濟狀態的挑戰。照顧者卸下角色之後，在不同的人生階段會有不同的需求，如：老老照顧、離職照顧。

照顧者的壓力負荷

因為上述家庭照顧者的類別、特性與照顧歷程皆不同，在哪種環境與什麼人互動產生的關係也會不同。倘若長時間照顧的狀況產生了變化，照顧者可能就在不自覺或是有感覺下承受不同的壓力，有不同的負荷。以下是不同的照顧負荷：

1. **身體負荷**：身體感到疲累，健康變壞。
2. **情緒負荷**：不自主且時常會出現矛盾、厭惡、敏感、焦慮、憤怒、厭倦、寂寞、失落、憂鬱、尷尬、恐懼、挫折、悲傷、內疚、缺乏耐心、忌妒、沒被感謝的感覺。
3. **關係負荷**：家人關係、朋友關係、社交關係、工作關係等。
4. **時間負荷**：感到被綁住、沒有自己可以自主時刻；想要外出、出差、聚會但都受影響；時時刻刻必須看著被照顧者。
5. **經濟負荷**：照顧花費、省吃儉用、必須仔細精算。
6. **正向負荷**：過度樂觀、自我感覺良好、認為照顧沒問題（註：適度的正向思考可接受，過度的正向會導致自己產生許多盲點，無法覺察）。
7. **負向負荷**：感覺無用、無法照顧好、替被照顧者感到難過到覺得無望。
8. **價值觀負荷**：孝道文化、家庭文化。



透過照顧者負荷評估，給與照顧者服務資源，如心理協談、支持團體、紓壓活動、照顧技巧指導、引入照顧資源等。讓照顧者在不同的面向得以緩解，覺察自我，才可以減輕照顧者的壓力負荷。欲知詳細服務請見<https://www.familycare.org.tw/>。

三、長期照顧的身心反應與對社會功能的影響

長期照顧者提供慢性或暫時失能者社會及居家服務，使這些失能者獲得健康照顧，其有別於一般醫療，是一種長時間、連續性、多元化及個別化的照護，並包含了生理、心理、社會以及經濟層面的支持^[1]。長期照護人力上，包含護士、護佐、照顧服務員及社工師等直接負責住民的生活及精神照顧工作，被賦予愛心溫暖、照顧、教育、治療、接納等專業角色之期許。由於服務內容繁雜多樣，易出現疲勞、煩躁及缺乏動力等情緒問題，長期下來造成職業倦怠，並有研究顯示，醫師、護理人員、教師及社會工作者是最容易出現職業倦怠的專業人士^[2]。

長期照護人員的職業倦怠

最提出「職業倦怠（burnout）」這個名詞的是心理學家Freudenberger^[3]，用來描述專業領域的工作人員因工作情境所導致身體與情緒耗竭的現象。Maslach等人^[4]並設計倦怠量表，將其徵狀分為：(1)喪失個人情感(depersonalization)，(2)情緒耗竭(emotional exhaustion)，(3)缺乏個人成就感(lack of personal accomplishment)等三層面之症候群，並在許多職場壓力研究中被廣泛運用。

Maslach等人^[2]曾指出，導致工作倦怠發生的因子有二，分別是情境的因子和個人的因子。在情境的因子方面，包括工作的特徵、職業的特徵和組織的特徵。在個人的因子方面，包括人口統計學的特徵、人格的特徵和工作的態度。Maslach等人並進一步指出，情境的因子和組織的因子遠比個人的因子在工作倦怠上扮演更重要的角色。

直到最近WHO在ICD-11之中才將職業倦怠納入正式疾病診斷^[5]，它包括三個主要症狀：(1)覺得能量耗盡或精疲力竭、(2)與自己工作的心理距離拉



長，或者是出現與自己工作有關的消極或憤世嫉俗之感、(3)專業效能降低。這些症狀與情緒症狀(焦慮或憂鬱)非常類似也不易清楚區別，不過職業倦怠這診斷特別是專指與工作相關的症狀。當然職業倦怠也可能與焦慮、憂鬱症狀(或疾病)共病，或彼此互相影響。

長期照護人員的職業傷害

長期照護者長期協助身心失能的患者，也可能導致自己受傷。曾有調查顯示^[6]，逾六成照顧者表示「過去半年，有因照顧而有肌肉骨骼不適症狀，包括疼痛、僵硬、刺麻等經驗」(60.4%)；若以 1 至 10 分表達「最疼痛的部位」，依序為：肩膀(6.1 分)、下背/腰(6.0 分)、上背部(5.6 分)、頸部(5.3 分)、手/手腕(5.1 分)、膝蓋(4.9 分)、手肘(4.9 分)、大腿/臀(4.7 分)、腳踝/足(4.2 分)。五成二在照顧過程有使用「輔具」(52.0%)；只有四成三的照顧者會使用「護具」(42.9%)，最常使用的依序為：護腰(72.0)、護腕(51.7%)、護膝(36.4%)；高達五成七照顧者未使用「護具」。提醒照顧者「不徒手搬運與移動病患原則(No-Lift Policy)」，適時正確善用照護輔具，保護自己也讓照顧工作更省力，避免「照顧傷害」。

長期照護伴隨的身心症狀會影響態度與功能

長期照顧者的各種身心傷害，造成生理、情緒及精神的耗竭，也伴隨著可能有更多對於長期照顧負面及否定的態度。與壓力所造成的憂鬱症狀相似的，他們可能會與朋友及家人疏離、喪失興趣與愉悅感、感覺憂鬱無助無望、胃口體重下降、睡眠障礙、情緒煩躁易怒，也可能增加酒精或睡眠藥物使用，或是會有傷害自己或傷害被照者者的行為。

長期照護人員常需面臨衝突和障礙，除了產生挫折外，更可能因挫折而自責、內疚，使自己變得更挫折、更無力應付衝突、障礙，而終於變得喜怒無常、容忍度降低…。持續應對這些負向情緒的結果，是情緒和心智上的耗竭，以及深沉的沮喪。挫折感、罪惡感、人際衝突、沮喪、緊張、焦慮…這些壓力的產生終將會造成生理上的傷害，進而影響個體的工作熱忱和健康。



參考資料：

1. 李世代：長期照護的發展與推動。台灣醫界期刊2010; 53 (1):44-50。
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. Ann Rev Psychol 2001; 52: 97-422.
3. Freudenberger HJ: Staff burnout. Journal of Social Issue 1974; 30(1): 159-65.
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. 1996.
5. Burnout is officially classified as ICD-11 syndrome. Psychological Today. 2019; May 28.
6. 調查發現，六成照顧者有「照顧傷害」，僅四成三使用護具。家總新聞稿。 <https://www.familycare.org.tw/news/10612>



貳、長照人員與家庭照顧者自殺特性

人口老化與社會變遷，加上傳統文化與現在價值觀的衝擊，導致家庭照顧者因照顧產生了一些過去沒有的現象。近年來家庭照顧者出現憂鬱、無助、不理智傷人行為或是同歸於盡的案例，有在增加的趨勢。根據中華民國家庭照顧者關懷總會的統計，家庭照顧悲劇（照顧者與被照顧者同歸於盡的案例），過去五年間，已發生逾五十起事件。這些照顧悲劇的分析顯示，男性占三分之二，子女照顧父母的案例超過一半(60%)，照顧精神疾病或失智症的案例也占了三分之一。

家庭照顧者進入照顧的角色往往是不知不覺，漸進式的。但是照顧歷程可能長達9.9年，這段時間被照顧者會產生變化，照顧者也相對需要因應。但是在每個變化與適應的過程當中，如果沒有太多的覺察，照顧者日復一日，沒有尋求照顧支援或資源，等到負荷壓力累積超過可以承受時，往往覺得無助、封閉、無望、憂鬱甚至產生暴力、同歸於盡、自殺的想法。根據2017老人心理健康調查，將近15.6%的65歲以上老人是照顧者。而65-74歲老年照顧者的憂鬱比例，男生為12.65%，女生為18.01%；75歲以上的老年照顧者，憂鬱比例男生是14.99%，女生則為24.79%。

案例：

現齡88歲的蔡奶奶，從年輕時就和先生一起住在台中，因為個性開朗且獨立，三年前喪偶後決定自己繼續住在台中獨居。蔡奶奶患有糖尿病、高血壓、膝關節退化等，上次健康檢查時，奶奶的體重50，身高160公分，血糖150毫克。蔡奶奶生活功能可以自理，她會去找醫師拿藥，平日也會去菜市場買菜自己煮來吃，然後早上會與鄰居到公園運動散步。

住在附近的二女兒彩齡是主要照顧者。彩齡開始在注意蔡奶奶平常吃的東西。她日前發現蔡奶奶的冰箱堆滿吃過的食物，問蔡奶奶



有沒有吃東西，他都說有。彩齡發現蔡奶奶只吃零食，但因最近牙口不好也沒有吃很多。

彩齡已婚有兩個小孩，自己也在兼職工作。她時常抱怨沒有任何一秒鐘是自己的時間，工作不保，但是還是每兩天都會去看蔡奶奶。上個月蔡奶奶晚上起來上廁所，結果不慎跌倒。大女兒(次要照顧者)發現馬上要求蔡奶奶要暫時搬到他家去住，她可以幫她請個外籍看護。但蔡奶奶認為是因為自己的視力不好，只此一次，因沒點燈看不到地上的物品因此被絆倒，下次晚上點夜燈就好。她不願意去大女兒那兒，因為在台北太遠了，而且空間也小。但是大女兒認為台北資源多，二女兒太忙了，不能顧的好。

大兒子長年經商在東南亞，每年回來三次，每次一周，跟蔡奶奶住。小兒子從大學後去美國留學後就在美國成家立業，鮮少回國。

前幾天彩齡遇到一位老鄰居，這位鄰居告訴她，蔡奶奶過去會去社區關懷據點，但現在不去了。蔡奶奶曾經告訴這位鄰居，活的沒什麼用，現在一個人，兒女也忙，有時忘了吃藥食物也吃不下。但是知道這樣對糖尿病不好，想想真的想要趕快去找老伴比較好。鄰居說：「奶奶說，兒女雖然會關心，但是也不知道未來他們會怎麼想，害怕會把她送到安養院或請外籍看護。」

彩齡開始擔心媽媽想不開，怕自己的母親會不會發生危險，晚上常常焦慮到睡不著，白天有事沒事就打電話問母親是否安好？彩齡是一位非常有責任心的人，尤其又想到她若照顧不好大哥和大姊不知會如何想？夜深人靜，她想著想著，常常自己掉下眼淚。彩齡找自己的先生傾訴，先生卻回了一句：「兩個孩子都已經是我在照顧了，你的心根本不在這個家。你先顧好自己再說吧。」

為了要提升對照顧者的評估與處遇連結，中華民國家庭照顧者關懷總會訂定了高風險家庭照顧者的指標，其中包括13個高風險：



- 沒有照顧替手
- 照顧失智症長輩
- 年紀大的照顧者
- 照顧者本身是病人
- 需照顧2人以上
- 照顧精神疾病患者
- 照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者
- 申請政府資源不符資格
- 照顧者有自殺意念
- 照顧者發生家暴情形
- 照顧者有急性醫療需求
- 外籍看護工空窗期
- 男性照顧者*

以上根據這些高風險指標，專業人員即可考量身分與角色重疊以及照顧負荷的面向，給予適當的照顧資源或處遇方法。目前十年長照2.0政策之下，全國已經佈建了100個家庭照顧支持服務據點，提供個案管理、照顧技巧指導(團體式或居家式)、教育性課程、紓壓活動、支持團體、志工關懷、心理協談等服務。詳細據點與服務請見<https://www.familycare.org.tw/>。

*此指標是因照顧者性別需求的差異，男性照顧者較不容易求助且處遇方法不同。



參、長照專業人員與家庭照顧者之自殺防治守門人策略

近年來政府為因應人口老化及其所衍生的健康問題和照顧需求，積極致力於各種長期照顧措施之規劃，以期滿足高齡者與失能者的各類照顧服務需求。同時，也借鏡先進國家的高齡福利服務經驗，從偏重機構式照護服務，轉向倡導在地老化（aging in place）和居家式及社區式照護服務的發展方針。

推展以社區式、居家式服務為基調的長期照護理念，希望藉由服務提供者到家中為接受服務者提供各項服務，以促使福利服務的範圍遍及社區與家園。實踐「在地老化」與「去機構化」等理念；也可促使照顧服務和健康促進相關產業之發展，從而達成福利社區化的理念，長期照顧領域的各類之專業人力：包括醫師、牙醫師、藥事人員、營養師、護理人員、物理治療師、職能治療師、社會工作師等與家庭照顧者；共同提供個別化、人性化與社區化的照護服務。與服務對象、家屬以及其他相關人員溝通協調，共同致力於服務工作，尊重生命、愛惜生命、關懷生活品質。並秉終身學習精神，持續充實專業知能，提昇服務品質。因此，在長期照顧體系下的各類服務人員，以社區式、居家式的第一線服務人員最為重要。

根據本中心統計分析結果發現，在自殺死亡前30天內就醫比率達到62.3%，而65歲以上老人更達89.2%(近九成)，可見長期照顧專業人員與家庭照顧者等基層醫療照護人員在自殺防治上佔有很重要的角色。

自殺行為的危險因子多重而複雜，需長期照顧之慢性疾病可能會導致較高的自殺風險，如：糖尿病、多發性硬化症、慢性腎病、慢性肝病或其他慢性腸胃道疾病，伴隨長期疼痛的骨關節疾病，心血管和神經血管疾病，此外，行動、視力、聽力方面有障礙的人，疼痛及慢性疾病的族群，也有較高的自殺風險。

當前，自殺防治在各國都是一個重要的公共衛生議題。訓練長期照顧專



業人員與家庭照顧者有能力去辨識、評估、處理和轉介社區中的自殺個案，是在自殺防治工作中重要的一環。因此，長期照顧專業人員與家庭照顧者在自殺防治具有下列的重要性：

1. 他們與社區有長期及緊密的接觸，同時也較容易被當地民眾接受。
2. 他們在社區與醫療照護體系之間提供了不可或缺的鏈結。是家庭健康照護的主要提供者。
3. 由於他們對於社區的了解，使他們能從家庭、朋友和機構獲得支持。亦能提供連續性的照顧。往往是愁苦人們開始尋求就醫的入口。

長期照顧專業人員與家庭照顧者之自殺防治策略

可從全國性自殺防治策略架構中，發展以下三大自殺防治策略面向的防治標準作業，。

一、全面性

在全面性的防治策略中，包含建立安全的環境設備以及營造出對個案尊重、支持的照護環境，從物理及心理層面充分達到全面性的預防效果。自殺工具的易取得性對於是否會自殺是很重要的影響因素，故減少自殺工具的可近性是一個有效的自殺防治策略。包括：

1. 安全的工作場所與居家環境設備，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。頂樓、陽台、門窗等之出入應有安全防護設計及管理，例如：空房間須上鎖，廚房瓦斯、刀具加以控管並定時巡查。醫療照護用品藥物擺放位置在不易接觸的地點，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。
2. 對於有自殺/自傷風險之個案，須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；需使用有危險性的違禁品(如:水果刀、吹風機、電源線等)時，代為處理，以降低個案發生危險之可能性。



3. 協助照護團隊成員與家人親友等了解可能被運用於自殺的設備，將危險性較高者，予以移除或改用有安全設計的設備。並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、支持性的關係。

二、選擇性

照護團隊成員與家人親友以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。

守門人三步驟：

一問：主動關心，詢問對方的狀況，循序漸進的討論方式詢問自殺意念，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。

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圖後，守門人的任務即轉為說服當事人積極延續生命。此時，適當回應與提供陪伴，能減少當事人被遺棄的感覺，也是勸說成功的關鍵。同時，在回應的過程中，亦可評估自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求協助。

三轉介：「針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷」當想幫助的問題已經超過能處理的程度與範圍時，就需幫當事人找出適當的資源，並進行資源的連結。(參閱自殺防治系列 16、37)

可使用「心情溫度計app」(詳如附件一)或「簡式健康量表 (BSRS-5)」(詳如附件二)作為關懷式介入與篩檢評估工具。

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。



附件一、心情溫度計app



心情溫度計

QRcode



- ◆ 簡式健康量表
- ◆ 觀看測驗紀錄
- ◆ 心理健康秘笈
- ◆ 心衛資源查詢



附件二、簡式健康量表

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



適合評估的時機，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（憂鬱、絕望、沮喪與憤怒等），或被告知疾病診斷與疾病變化(癌症、HIV...等)而引發憂鬱情緒或適應障礙時，都是適合執行評估的時機。另外，針對自殺高風險群病人，如高齡族群病人、重大傷病的腫瘤科病人及精神疾病病人等，建議將自殺評估列入常規追蹤工作。評估方式與說明如下：

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。

總分為0～20分，依據總分可分為四個等級：

- 0到5分為一般正常範圍。
- 6到9分為輕度情緒困擾，建議找親友談談，抒發情緒。
- 10到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。
- ★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

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通報流程、針對自殺風險者的後續處遇，以及對於出院後的自殺預防。

潛在自殺風險者之處遇，包括：

1. 傾聽、同理了解其自殺想法，持續評估其自殺企圖頻率與嚴重度，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。
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. 必要時須評估住院的可行性，項目包含：
個案之「診斷」、「憂鬱及自殺意念的嚴重程度」、「個案及家庭的因應能力」、「個案的生活處境」、「社會支援的可近性」、「是否存有自殺風險」等。



肆、長期照顧者的自我覺察與調適

隨著人口結構的轉變，快速的老化與醫療的進步，導致失能人口大幅增加，而其中衍生的長照需求與家庭照顧責任，將日益沉重，導致被照顧者及其家庭長期面臨生理、心理、經濟與社會等層面的壓力。因此學者王增勇^[1]提出了「家庭照顧是一個自我被角色吃掉的過程」與「沒有人應該因為照顧而匱乏」的概念，家庭照顧者的沉默角色在公共的論述中被消音，「被吃掉的自我」導致他們眼光只看見他人沒有自我是家庭照顧者的普遍狀況，此論述道出了家庭照顧者的處境與心酸。長照法推動的過程，開始關注了照顧者自身的議題，倡議著「照顧責任公共化」與「家庭照顧有酬化」的原則，由國家與社會共同支持家庭照顧者，分擔家庭照顧負荷，提供照顧者與受照顧者的多元選擇，保障照顧者與受照顧者之人權，長期照顧是台灣人民的基本權益，失能者的照顧應由國家提供^[1]。如此倡議的主題試圖以長期照顧者的主體，從政策面以及社會運動上在外在歸因與情境去調整，有關長期照顧者如何內化這樣的概念，覺察自我的角色繼而進行調適更是重要的議題。

長期照顧者的角色與照顧品質

許多長期照顧者在照顧角色的歷程，皆需經過適當的學習與準備，方能成功扮演角色與發揮角色功能^[2]，研究發現承擔照顧者，在尚未準備充分或僅接受極少的角色準備即進入陌生的照顧生涯，新角色需在妥善的角色轉移才能產生期望的照顧者品質^[3]。Shyu^[4]的研究指出，照顧者因不同階段有不同的角色，從剛出院「角色進入」（role engaging）階段，著重在尋求照顧訊息，「角色協商」（role negotiating）階段，偏重於熟練照顧技巧，最後「角色安定」（role setting）以情緒支持需求為主，指照顧者與被照顧者之間角色行為形成穩定模式的過程，當角色轉移過程經歷的挫折越多，照護品質越差，角色的緊張就會出現。因此照顧者應學習到與角色有關的權利與義務，避免因為照顧者角色挫折產生的壓力與負荷，衍生身心問題。研究早已



指出照顧者面對照顧壓力遽增的困境，照顧者應自我覺察照顧角色與負荷^[5]^[6]。當照顧者能自我覺察，增加對可行的抉擇的覺察能力，就能增加了對抉擇結果所應負的責任感，因此也能強化照顧行為的效能^[7]。

長期照顧者的自我覺察與調適

自我覺察

榮格：「沒有覺察到的事，會變成自己的命運。」，因為無法自覺，容易重複相同的行徑與模式。然而，經由覺察足以從內在療癒轉化、進而改變外在行為。自我覺察（self-awareness）是指是去發現某些事情，讓個人接觸到或感覺到自己正在做什麼，感覺自己現在的思考、動作、情感、說話、幻想、肢體動作、生理反應等^[7]。學者提出了自我覺察力如下：

1. **行為模式的覺察**：覺察持續性與一致性的思考、感受和行為模式。如突然在與被照顧者互動時話中帶刺，那可能只是太累了，但如果總是對被照顧者冷嘲熱諷，稱為是一種行為模式。
2. **對自我反應的覺察**：在各種情境下思想、情感和行為上會有不同的反應。比如在有壓力時會脾氣暴躁，平日應覺察自己身心各種反應與壓力的關係。
3. **對自我影響力的覺察**：明白自己行為對他人的影響力，也是自我覺察的標誌之一。真正的自我覺察不僅需要了解自己，還要知道自己在他人眼中的樣子^[8]。

提升自我覺察的方法

1. 內在覺察－練習正念（mindfulness）

正念的核心在於「對當下進行覺察」，放棄過度思考，讓自己放鬆，去體會當下，全然接受當下經歷的一切。多問「是什麼」，少問「為什麼」，覺察你現在想的、感受到的、做的是什麼，但不去評判。



2. 內在覺察－改變敘事方式，幫助你提升對過去自我的瞭解

自我覺察能力強的人，在講述生命中的重大事件時會採用更複雜的敘事方式——講述一段故事時，往往不會只給出一個層面的「發生了什麼」，他們會進一步繼續講述在更深層的心理層面以及不同人的立場上探索。

3. 外在覺察－360度反饋

聽取各方面的看法很重要，比起需要自己輸出內容的開放式問題，人們更願意回答選擇題；比起是或否的二選一，在一個區間內作出選擇也更加容易。雖然他人對我們的看法和意見是提高外部自我覺察最重要的一部分，但並不是所有外界反饋都具有同等的價值——我們需要尋求「對」的反饋，在選擇對象時，我們要避免帶有過於濃重主觀色彩的人。

自我覺察後的調適

了解自己能自我覺察進而調整，是一種能力，也是避免耗竭的一種方法。調適方式雖是老生常談，卻是最基礎也是最迫切的。

適當的休息與運動，暫時離開照顧工作，透過運動、聽音樂、踏青、跟朋友吃飯聊天等，放鬆自己。

覺察與抒發照顧情緒，可找親朋好友或專業人員晤談訴說，處理自己的情緒與得到支持。

重新規劃家庭角色與分工，與家人定期討論照顧狀況，檢視與彈性調整照顧分工，互相分享打氣，凝聚家人情誼，維持家庭功能運作。

保持社會的參與，避免社交孤立，維持人際互動網絡。

尋求專業與社會資源的協助。

對於大部分的照顧者來說，照顧工作是日復一日、年復一年的工作，因此照顧者必須正視與瞭解自己的狀況，學會照顧自己，才能給予親人良好的照顧。當身、心、社會失衡時，透過上述提供之建議進行內外自我覺察的方法，結合資源，在家庭關係、照顧工作、職場及生活間，找到自己的平衡點。總之適時的尋求家庭內外資源的協助，避免長期獨挑大樑，讓自己有喘息的空間，以提升照顧能量。



參考文獻

1. 王增勇(2011)。家庭照顧是一個自我被角色吃掉的過程。台灣社會研究，85，398。
2. Hardy, M. H., & Conway, M. (1988). Role Theory: Perspectives for Health Professionals New York:Appleton& Lange.
3. Perkinson, M. A. (1995). Socialization to the family caregiving role within a continuing retirementcommunity. Medical Anthropology, 16, 249-267.
4. Shyu, Y. I. (2000). The Needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospitalto home: A Taiwanese Sample. Journal of Advanced Nursing, 32(3), 619-625.
5. Bass, D. M., &Noelker, L. S. (1987). The influence of family caregiving on elder's use of in-homeservices: An expanded conceptual framework. Journal of Health and Social Behavior, 28(2),194-196.
6. Miller, B. A., & McFall, S. (1991). The effect of caregiver's burden on change in frail older persons'use of formal helpwres. Journal of Health and Social Behavior, 32, 165-179.
7. Corey , G.,(2008).Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy,Cengage Learning: United State.
8. Tasha Eurich (2018)Insight: How Small Gains in Self-Awareness Can Help You Win Big at Work and in Life, Currency.
9. Martin, C. D. ,Svetilk, &Weiner , (2000). More than the work: Race and gender differences in caregiving burden. Journal of Family Issues, 21, 986–1005.
10. Schumacher, K. L., Steward, B. J., & Archbold, P. G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. Image: Journal of Nursing Scholarship, 30(1), 63-69.



伍、長期照顧自殺防治資源網絡的建構

依據長期照顧法第十三條家庭照顧者支持服務提供之項目包括：

- 一、有關資訊之提供及轉介
- 二、長照知識、技能訓練
- 三、喘息服務
- 四、情緒支持及團體服務之轉介
- 五、其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

而家庭照顧者與被照顧者同列為服務對象；減輕家庭照顧壓力及照顧負荷，也是長照2.0目標。並為長照工作人員及家庭照顧者的自殺高風險注入重要的保護因子，免於人倫悲劇的發生。

長期照顧需求者福利及照護服務資源網絡

為因應高齡化社會到來，中央在衛福部長照司的設立，地方在衛生局各有獨立的長照科或長期照顧管理中心。長期照顧服務乃依照身心障礙者的失能程度的輕、中、重程度再細分為八個等級及其包括「照顧及專業服務」，「輔具與居家無障礙環境」，「交通接送服務」及「喘息服務」四大需求。透過各縣市的長照個管中心提出申請後接受評估，再連結到各類需求提供及服務，而提供四大需求服務的長照機構及相關單位更是此網絡中重要的一環，當然身心障礙長照申請者原申請身障手冊及生活津貼相關流程接觸的機構及公部門，比如各縣市社會局，社會福利機構等，更是納入此長照網絡。衛福部及各縣市也已設立了諮詢服務專線『1966』。另外目前商業長照保險及未來公設長照保險保費繳納及出險給付的相關流程及其受理單位及機構，當然更是網絡中不可或缺的環節。



臺灣長期照顧管理中心一覽表

地區	電話	地址
北部		
臺北市	02-25371099	臺北市中山區錦州街 233 號
新北市	02-22548382	新北市板橋區中山路1段161號25樓
基隆市	02-24340234	基隆市安樂區安樂路二段164號1樓前棟
宜蘭縣	03-9359990	宜蘭市聖後街141號
桃園市	03-3340935、03-3321328	桃園市桃園區縣府路55號
新竹市	03-5355191	新竹市中央路241號10樓
新竹縣	03-5518101	新竹縣竹北市光明六路10號(新竹縣政府B棟4樓)
中部		
苗栗縣	037-559316	苗栗市府前路1號5樓(苗栗縣政府第2辦公大樓)
臺中市	04-25152888	臺中市豐原區中興路136號4F
彰化縣	04-7278503	彰化市旭光路166號
南投縣	049-2222473	南投市復興路6號
雲林縣	05-5373488	雲林縣斗六市府文路34號
南部		
嘉義縣	05-3625750	嘉義縣太保市祥和二路東段3號
嘉義市	05-2336889	嘉義市德明路1號(嘉義市政府衛生局1樓北棟)
臺南市	06-2931232	臺南市安平區中華西路2段315號6樓
高雄市	07-7134000、07-7134003、07-7134005	高雄市苓雅區凱旋二路132號
屏東縣	08-7351010	屏東市自由路527號
東部與外島		
花蓮縣	03-8226889	花蓮縣花蓮市文苑路12號
臺東縣	089-330068	臺東縣臺東市博愛路336號1樓
澎湖縣	06-9267242	澎湖縣馬公市中正路115號
金門縣	082-33-0697,082-33-3607	金門縣金湖鎮新市里復興路1-12號
連江縣	0836-22095轉211	馬祖南竿鄉復興村216-1號(衛生局後面)



長照工作人員，照顧服務員及家庭照顧者支持資源網絡

由於長照工作非常繁重，加上工作期間難以停歇，所以負擔沉重。依據2018年中華民國家庭照顧者關懷總會與聯合報願景工程合作的「照顧長輩家庭的照顧分工、決策與衝突經驗調查」，以電話訪談方式共接觸2,415家戶其中完成652份有效樣本，結果平均照顧年數為5.6年，其中44.9%由家人照顧，且需要花費18小時至24小時佔52.8%為最多；家庭負荷乃是一大挑戰。而承接長照業務的在鄰里的社區關懷據點或在縣市的長照管理中心，大多數均為具規模的醫療機構，社會福利機構或協會、基金會，原已有員工關懷支持機制，只需將新增的長照工作人員納入支持服務對象，並依工作性質之不同特色另做客製化調整即可，應無困難。反而是散在各個家庭中的家庭照顧者，並無專屬的關懷支持體制可資協助；尤其難以有替手更是辛苦。所以提供實質的喘息服務及替代人手，壓力及情緒紓解調適的支持資源也是重要。所幸的是台灣家庭照顧者總會自2000年起開辦國內首辦「家庭照顧者關懷諮詢專線」。

104年起，衛生福利部社會及家庭署另推動「建置家庭照顧者通報機制及支持服務網絡計畫」，建置全國免費諮詢專線，擇定新北市、台中市、高雄市等三縣市進行家庭照顧者支持服務據點試辦，提供長照資源諮詢、照顧技巧指導、紓壓活動、支持團體、心理協談、替代性服務等家庭照顧者支持性服務，至106年底擴展為10縣市10處試辦點，至107年底擴展至19縣市30處家庭照顧者支持服務據點。

107年起配合長照2.0新制上路，本計畫移至新成立之長期照顧司辦理。另，為求家庭照顧者支持性服務可以更貼近在地民眾之需求，衛生福利部另自107年中起推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，鼓勵縣市根據在地需求發展因地制宜的創新服務項目與服務網絡，自行提案通過審查後予以補助，當年度共有11縣市通過補助案。

本會於108年接受衛福部委託整合「建置家庭照顧者通報機制及支持服務網絡計畫」與「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」兩項資源，提供方便民眾查詢的單一諮詢專線，持續輔導及協助各縣市儘速發展在地支持服務並建立全國連線互助網絡，提供專業人員有系統的培訓，建立全國服務管理系統，推動全國宣導教育等。目前已逐步建立高負荷家庭照顧者個案初篩、評估與處遇流程，健全個案管理系統、建立個案轉介網絡與共同工作等基礎工程。至108年底全國22縣市共計85處家庭照顧者支持服務據點；至109年底全國22縣市共計105處家庭照顧者支持服務據點。

依據2018年陳正芬於「家庭照顧者支持網絡的現在與未來研討會」發表，針對925位家庭照顧者的照顧風險作評估，其中照顧沒替手又是年紀大的照顧者佔率最高，為7.0%，沒有照顧替手又被照顧者是失智症佔率次之4.4%，沒有照顧替手又照顧者本身也是病人及男性照顧者各佔2.9%。所以對家庭照顧者提供喘息服務乃首要支援，確可降低負荷；再進一步的紓壓活動，支持團體及心理協談的提供，從中辨識憂鬱症等精神疾病，及自殺風險評估，辨識及轉介。

另期待更多家庭。照顧者在社區中就能接觸到長期照顧資訊、喘息紓壓活動與家庭照顧者支持性服務，中華民國家庭照顧者關懷總會自2016年起推動「照顧咖啡館」，打造「社區長照情報站」，並提供家庭照顧者“免費”「喘息咖啡」，不定期舉辦家庭照顧者「紓壓活動」。



中華民國家庭照顧者關懷總會

台北市中山區民權西路19號7樓

<http://www.familycare.org.tw>

02-2585-5171

「中華民國家庭照顧者關懷總會」

官方網站

FB粉絲團



109年衛生福利部委託中華民國家庭照顧者關懷總會 輔導各縣市發展長照2.0「家庭照顧者支持服務網絡」概況



★截至109年底統計，全國共計有12家庭照顧者資源中心、105處家庭照顧者支持據點及229位專業人員。



中華民國家庭照顧者關懷總會

註：資料來自中華民國家庭照顧者關懷總會官網



自殺防治資源網絡與長期照顧資源網絡連結整合

自殺防治資源網絡乃由中央跨部會，衛福部內從心口司到社家署，國健署、保護服務司、社會救助司、醫事司及長照司；從衛福部到外部，包括內政部、警政署、消防署、教育部、勞動部、農委會及國家傳播委員會等的自殺防治網及各縣市自殺防治諮詢審議委員會之下的跨局處，包括從衛生局到警察局、消防局、民政局、社會局、教育局、農業局等的自殺防治網，此乃由各縣市衛生局所設之心理衛生中心，七大精神醫療網核心醫院及其轄區內各縣市的責任醫院，並納入自殺通報關懷訪視計畫承辦機構、協會、公會及基金會。且與一般醫療網及緊急醫療網結合，在中央已以衛福部心口司橫向串連，在地方已以衛生局社區心理衛生中心橫向串連，中央衛福部心口司再與各縣市衛生局縱向聯結，行政院各部會與各縣市各局處亦有縱向聯結；形成以公部門為核心骨幹，民間團體機構等再串連納入，綿密的自殺防治網絡。近三年長期照護的服務措施如雨後春筍般陸續設立，普及全國；國內外文獻報告也顯示長照服務人員及家庭照顧者身負重荷，近年來媒體報導披露家庭照顧者不堪負荷殺害被照顧者後，自殺之人倫悲劇多起。今將長期照顧網絡與自殺防治網絡在中央心口司與長照司再加強協調聯繫鞏固原有的橫向雙向連結，在地方則各衛生局社區心理衛生中心與各長照管理中心進行持續的橫向雙向溝通聯繫；深信以長期照護人員及家庭照顧者為中心的資源及支持，透過原已建立的自殺防治網絡及近年再持續強化長照人員的網絡中現階段需求，必能獲得足夠的關懷及照顧。

參考資料

1. 社會福利工作人員與自殺防治手冊社團法人台灣自殺防治學會 2018年元月再版
2. 中華民國家庭照顧者關懷總會網站
3. 陳正芬前理事長及陳景寧秘書長等<http://www.familycare.org.tw>

衛福部長照司網站-長照專區



各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣 市	電 話	縣 市	電 話
基隆市	02-24300193	台南市	(東興)06-6377232
台北市	02-33937885		(林森)06-3352982
新北市	02-22572623	高雄市	07-7134000#5410-5420
桃園市	03-3325880		
新竹縣	03-6567138	屏東縣	08-7370123
新竹市	03-5234647	台東縣	089-336575
苗栗縣	037-332350	花蓮縣	03-8351885
台中市	04-25155148#107	宜蘭縣	03-9367885
彰化縣	04-7127839	南投縣	049-2224464
雲林縣	05-5370885	澎湖縣	06-9272162#122
嘉義縣	05-3621150	金門縣	082-337885
嘉義市	05-2328177	連江縣	0836-22095#8827

註：資料來自全國自殺防治中心

長期照顧者自殺防治

發行人：陳時中

主編：李明濱

編審：陳俊鶯

編輯群：張家銘、吳佳儀、陳碧霞、蘇淑芳、郭慈安

助理編輯：宋映緯

出版單位：衛生福利部

地址：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

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 : 9786267137284



珍愛生命・希望無限

