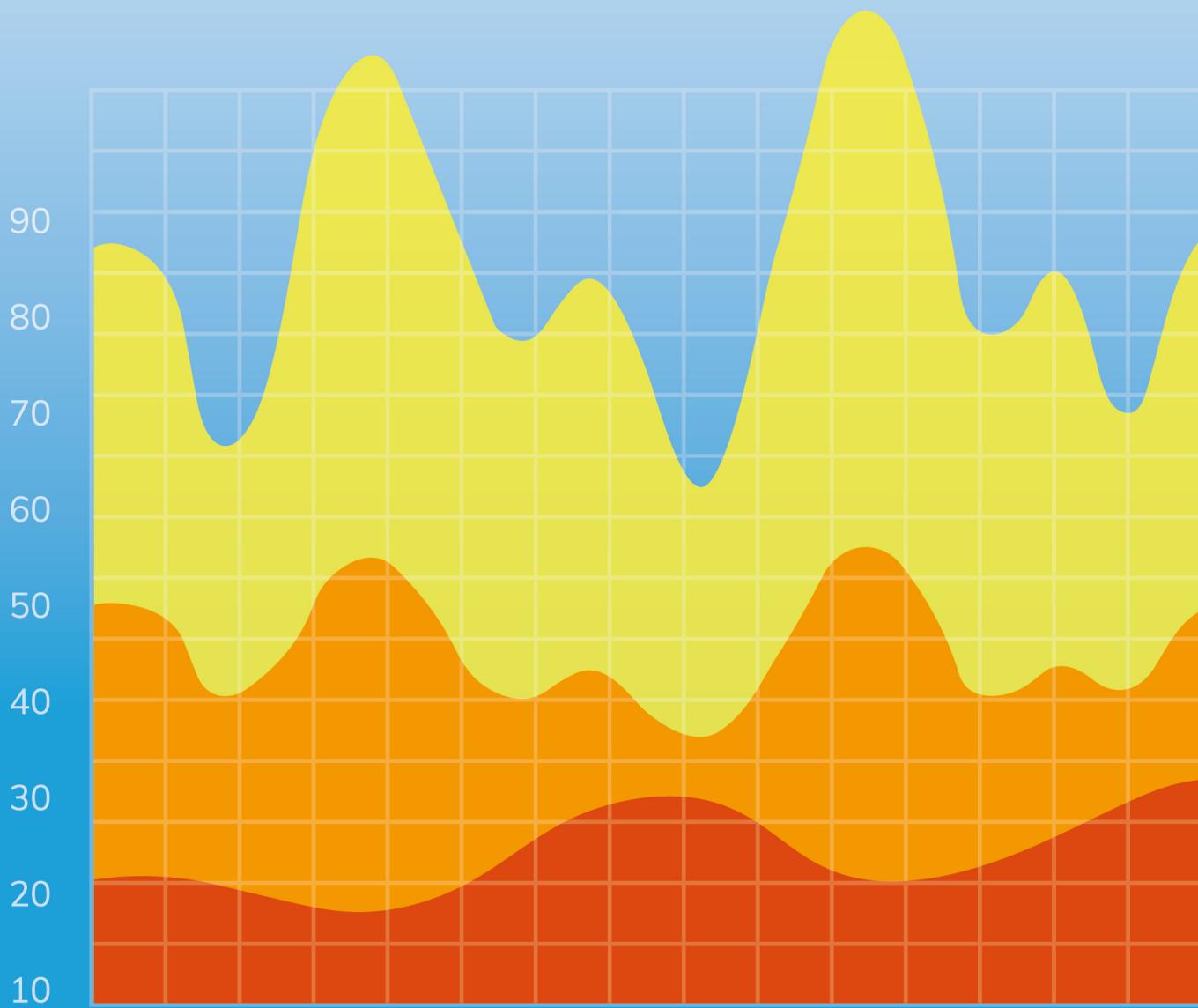


珍愛生命 希望無限

自殺數據判讀指引



目錄

01

自殺死亡數據判讀

- 03 | 人口學指標、自殺嚴重性衡量指標
- 06 | 各指標實務應用
- 08 | 近 10 年全國自殺死亡率趨勢分析

02

自殺通報數據判讀

- 13 | 自殺防治通報系統及自殺通報關懷流程簡介
- 17 | 通報數據介紹
- 19 | 關懷訪視數據介紹
- 24 | 近 10 年全國自殺通報數據分析

03

視覺化自殺地圖判讀

- 26 | 自殺地圖簡介
- 27 | 自殺死亡人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率之地圖
- 31 | 死因標準化自殺死亡率地圖介紹
- 33 | 標準化死亡比地圖介紹
- 34 | 自殺地圖判讀實例

04

參考資料

- 39 | 附件

序

自殺防治已成為全世界公共衛生的重要議題，根據 2018 年世界衛生組織公布的數據，全球每年有近 80 萬人死於自殺，當年臺灣亦有 3,865 人自殺身亡。自殺為多重原因所導致，可能因為心理、生理、社會、經濟等等因素所促發。自殺行為很難歸因於單一因素，因此，如何透過分析全國性、多層面的資料，了解自殺企圖者的特性，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎，是自殺防治相當重要的工程。

全國自殺防治中心自 2005 年底成立以來，一直致力於相關資料的收集與分析。衛生福利部於 2006 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，進行即時關懷並介入輔導，並促進標準化自殺防治通報及介入流程，全面提升我國心理衛生與精神醫療品質，活絡社區支持網絡。自殺通報系統收錄各單位上傳之自殺通報及關懷訪視資料，除個案基本資料外，並串連其他全國性資料庫，瞭解個案是否為特殊身分者。此外，本中心亦結合自殺防治通報關懷系統資料（即自殺通報資料）及衛生福利部自殺死亡登記檔（包含自殺死亡者的基本資料如性別、年齡、戶籍地及自殺方法），分析全國及 22 縣市自殺個案之相關數據，作為中央及地方政府擬定因地制宜的自殺防治策略之重要參考，同時依據變化按月提供各縣市滾動式修正自殺防治策略，俾利自殺防治工作的有效推動。

本手冊將帶領讀者逐步解讀自殺死亡與自殺企圖通報數據，以及熟稔視覺化圖表的內容，擬訂有效的自殺防治策略與方案。期待透過全國性數據分析，更進一步地了解自殺企圖者的特性，適時精進防治品質，提升自殺防治效益。

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

01 · 自殺死亡數據判讀

一、人口學指標、自殺嚴重性衡量指標

本章節將介紹年中人口、粗死亡率、三年移動平均、直接標準化、間接標準化等各項指標。

(一) 年中人口 (mid-year population)

在對於某一年或某一段時期，自殺發生的頻率進行估計的時候，必須要知道那段時期每年的人口數。然而人口數從年初到年尾是會變動的，經常使用的估計方式，就是以每年七月一日當天的人數，當作該年的人口數。假設人口的變化速度是均勻的，年中人口數就具有平均數的特質。如果沒有該日的資料，也可以用前一年年底的人數，加上該年年底的人數，再除以二。

(二) 三年移動平均 (three-year moving average)

每年的自殺率經常會隨機波動，當區域自殺案件數量不多的情況下，自殺率的估計就過於不穩定，我們很難從數據進行推論。常見的處理方式包括：讓年齡組別的範圍擴大，例如從每五歲一組改成每十歲一組。或是將地理範圍擴大，例如觀察區域從鄉鎮改成縣市。另一種方式，就是使用三年移動平均。

三年移動平均，是該地區三年自殺率的平均值。例如要計算某地 2014 年至 2016 年自殺死亡率的三年移動平均，我們將 2014 年、2015 年、2016 年的自殺死亡率相加後除以三。

(三) 粗死亡率 (crude death rate)

粗死亡率就是未經過校正的死亡率估計。其計算方式是將某地區某一年的死亡人數，除以該年的年中人口數。

$$\text{粗死亡率} = \frac{\text{一年內死亡人數}}{\text{年中人口總數}} \times 100000(\text{每十萬人口})$$

估計粗死亡率的優點是計算方便，且能直接反映出該地區的疾病負擔，換言之，能呈現實際上該地區需要資源投入的需求。例如：某地區有大批高齡人口居住，該地發生藥物過量死亡的案例數多，粗死亡率也高於其他地區，這反映出該地值得投入更多緊急醫療與後續關懷之資源。

然而，若經過年齡校正，該地的死亡率可能與其他地區沒有明顯差異，而無法忠實反映出上述現象與需求。然而，死亡率受到性別與年齡的影響。因此粗死亡率的缺點在於，除非人口結構極為相似，否則無法將不同地區或不同時期的粗死亡率互相比較，會導致錯誤解讀。

例如如果直接把某縣市 1970 年與 2000 年的自殺粗死亡率進行比較，發現 2000 年的自殺粗死亡率比較高，而引起為何自殺率會攀升的疑惑。實際上人口年齡是需要考慮的干擾因子，2000 年的人口老化程度高於 1970 年，如果我們排除年齡對於死亡率的干擾，也許會發現兩個時期的自殺死亡率是差不多的。

校正年齡影響，即將年齡標準化的方法分為直接與間接兩種。

(1) 直接標準化 (direct standardization)

假設我們訂定一個標準人口結構，讓不同族群各年齡層原本的年齡別死亡率套用在這個標準人口，就能依據加權後的結果比較各族群的死亡率。如果族群 A 與族群 B 的各年齡別死亡率皆相同，直接標準化後就會得到相同的死亡率。

換言之，在直接標準化的方法當中，標準人口結構提供各年齡層的權重，而欲比較的族群則提供年齡別死亡率。須注意的是，直接標準化後的死亡率，並非像粗死亡率一樣接近真實情況，因為人口結構不是該族群原有的人口結構。在進行各國自殺率比較的時候，就常以世界衛生組織 (WHO) 所定義之世界標準人口為基準，通常是採用 WHO 2000 年所定義的標準人口。

$$\text{標準化死亡率} = \frac{\sum \text{各組死亡率} \times \text{標準人口該組人口數 (年中人口數)}}{\text{標準人口總人口數 (年中人口數)}}$$

(2) 間接標準化 (indirect standardization)

若有已知的標準人口年齡別死亡率，而非人口年齡結構，我們可採用間接標準化的方法。利用所欲研究族群的人口結構，套用標準人口的年齡別死亡率，相乘加總後即可得到預期死亡人數。然後，將實際觀察到的死亡總人數除以預期死亡人數即可得到標準化死亡比 (standardized mortality ratio, SMR)。當 $SMR > 1$ 時，表示該地區死亡風險高於標準人口之死亡率。當一個地區死亡率不穩定或不清楚死亡者年齡，僅知道死亡之總人數時，可以採用此法。

$$\begin{aligned} \text{標準化死亡比} &= \frac{\text{實際死亡人數}}{\text{預期死亡人數}} \\ &= \frac{\text{死亡總人數}}{\sum (\text{各組人口數} \times \text{標準人口該組死亡率})} \end{aligned}$$

間接標準化方法的限制在於，不適合以 SMR 直接比較不同族群的自殺風險高低。因為研究對象的人口結構，會改變預期死亡人數。即使是族群 A 與族群 B 的實際自殺死亡人數一樣，但若族群 A、B 的人口結構不同，算出來的 SMR 就會不同。而這個差異有部分受到人口結構的影響，不完全來自於自殺風險的高低。SMR 僅能比較標準人口與研究族群的死亡風險高低。當族群 A、B 的人口結構相似的時候，比較兩個族群的 SMR 才合適。

二、各指標實務應用

本章節介紹衛福部死亡率查詢介面、如何由自殺數據判斷策略實施標的、死亡率計算實例解說。衛生福利部統計處網站 (<https://iits.mohw.gov.tw/>)，已建構了以互動式指標進行死因統計查詢的友善介面。



圖 1-1. 衛生福利部統計互動式指標查詢系統

網頁的「自訂查詢條件」功能當中，還能使用「客製化報表格式」，可以針對特定的年度、年齡層、死因、縣市別，產生死亡人數、粗死亡率，或標準化死亡率的報表，並且再輸出轉檔為 excel 格式，或是繪製統計圖。

	統計					
	100	101	102	103	104	105
	粗死亡率	粗死亡率	粗死亡率	粗死亡率	粗死亡率	粗死亡率
日 ■ 年齡合計						
全國	15.1	16.2	15.3	15.1	15.7	16.0
新北市	14.5	14.6	14.0	14.1	14.8	15.4
臺北市	11.6	12.5	9.7	11.5	11.8	11.4
桃園市	14.7	16.7	15.6	15.3	14.8	14.2
臺中市	12.9	13.7	12.6	14.1	14.0	14.7
臺南市	17.8	17.1	16.8	15.1	16.6	17.6
高雄市	16.8	18.6	16.2	16.1	16.0	16.3
宜蘭縣	17.2	23.1	18.1	18.3	20.3	20.3
新竹縣	14.9	12.5	13.3	11.4	13.7	12.3

圖 1-2. 互動式指標查詢 (死因統計)

自殺數據判讀指引

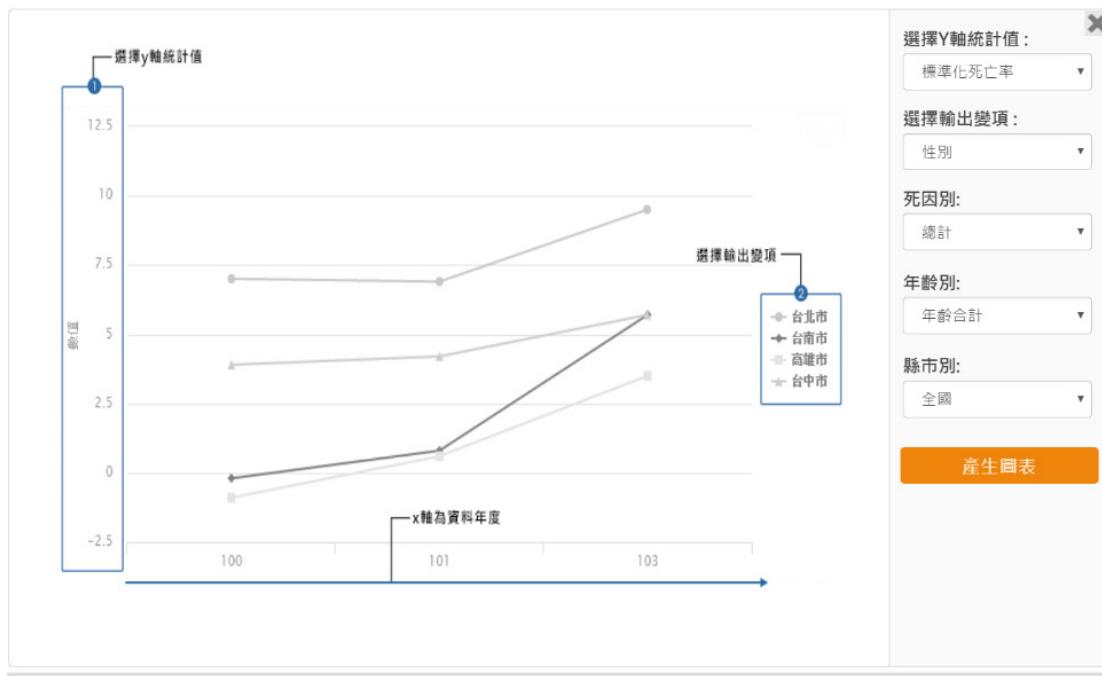


圖 1-3. 互動式指標查詢 (標準化死亡率)

舉例而言，我們可以設定條件，輸出民國 100 年至 107 年各縣市 15-19 歲台灣民眾的粗死亡率，如下圖。

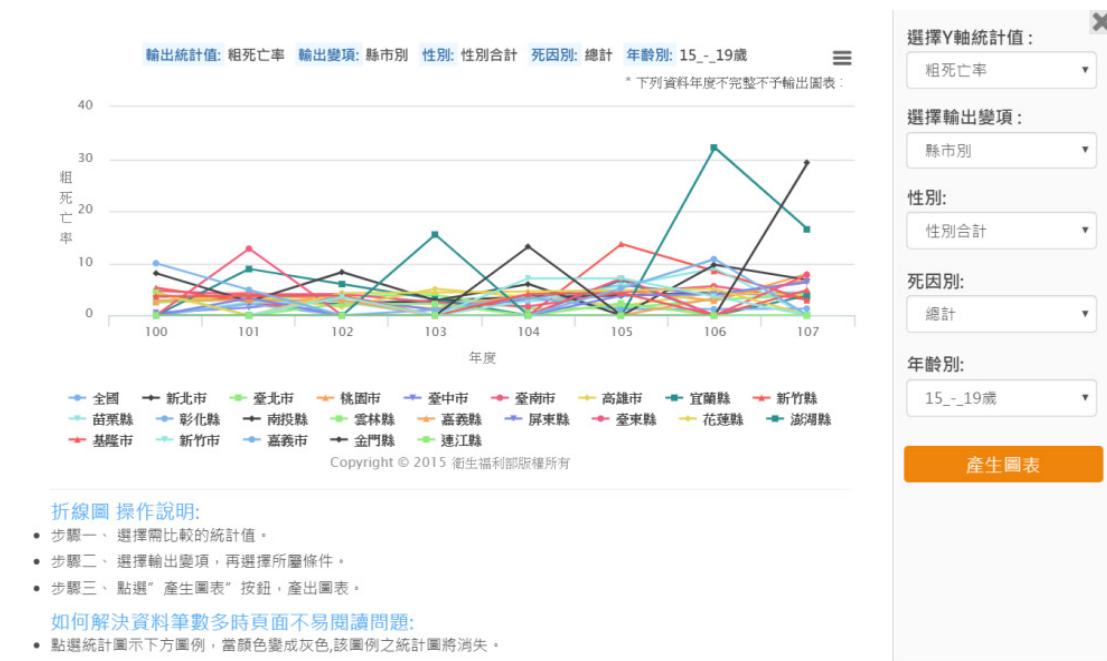


圖 1-4. 互動式指標查詢 (15-19 歲縣市別粗死亡率)

從特定年齡別死亡率，可以看到近兩年離島縣市青少年的自殺粗死亡率明顯上升，若能進一步探討現象成因，將有助於規劃自殺防治策略實施標的。

三、近 10 年全國自殺死亡率趨勢分析

由全國自殺防治中心所提供的歷年資料，我們可以進行年齡別、性別，以及死因別之趨勢分析。

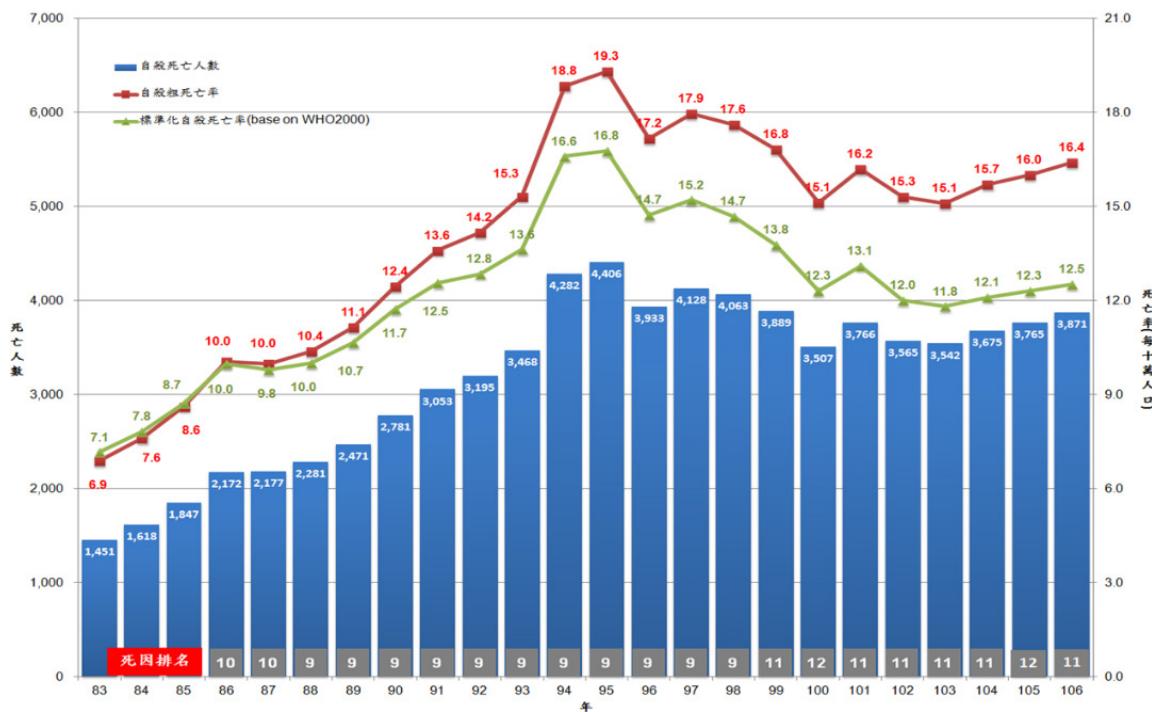


圖 1-5. 近 10 年全國自殺死亡率趨勢分析

上圖顯示 83 年至 106 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率。自 83 年起，我國自殺死亡率逐漸升高，由每十萬人口 6.9 人逐漸攀升至 95 年的每十萬人口 19.3 人，增加了 180%。自 95 年之後，自殺死亡率又開始出現下降趨勢，儘管 97 年與 101 年有短期增加，但直到 103 年為止，自殺率整體下降明顯，達到每十萬人口 15.1 人。103 年至 106 年之間則有微幅增加的趨勢。

以 WHO2000 年的標準人口結構為基礎，將自殺死亡率進行直接標準化，排除人口結構老化影響之後，標準化死亡率之變動趨勢相同，但幅度較小，顯示人口結構老化對於自殺率上升有部分影響，但整體而言近 20 年間本國自殺率仍有先上升後下降的趨勢。相對於其他死因，自殺從 99 年起連續 8 年，便已不在十大死因之列，106 年為第 11 名。

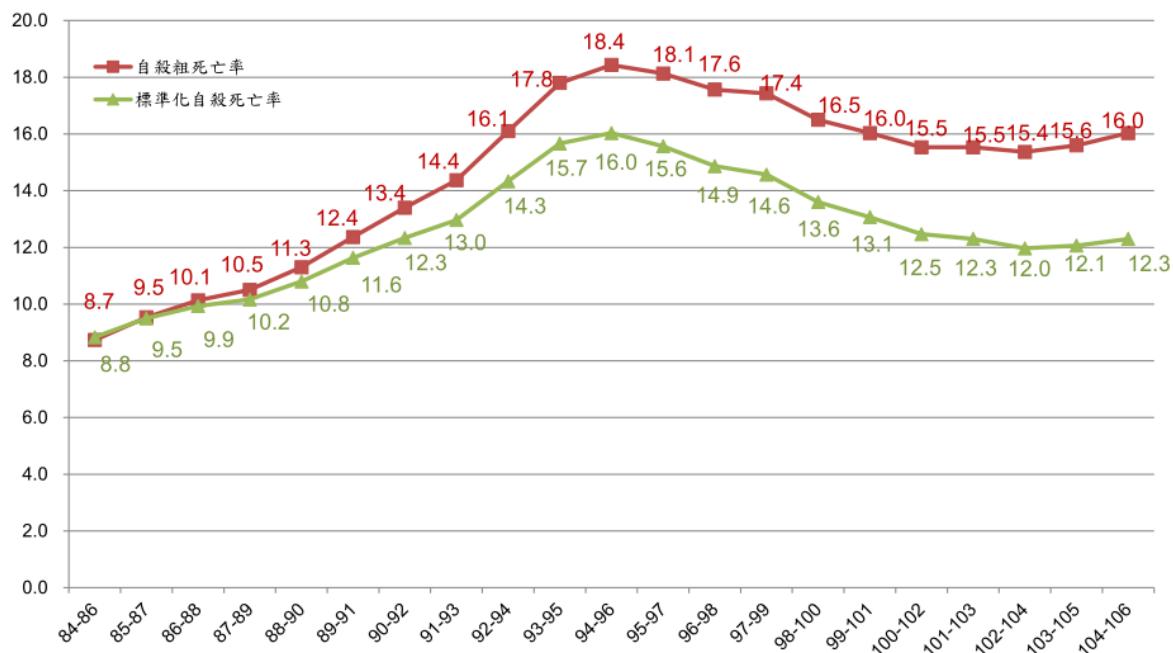


圖 1-6. 84-106 年全國自殺死亡率三年移動平均

採用三年移動平均的方式計算自殺死亡率，可以看到折線變得比單一年度的計算更為平滑，但變化趨勢並未改變。

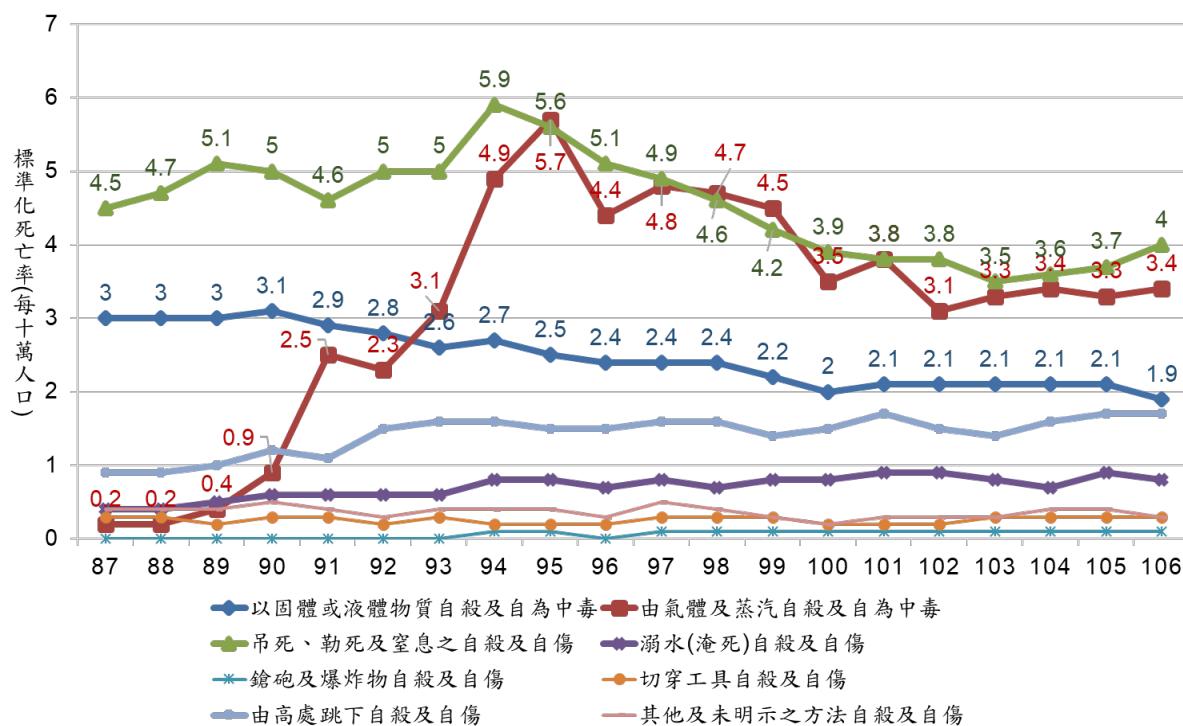


圖 1-7. 87-106 年全國各死因標準化死亡率

從死因別標準化死亡率的變化來看，106 年與 87 年相比，氣體自殺（大多數為燒炭自殺）的標準化死亡率從每十萬人口 0.2 人增加到 3.4 人，是增加最為顯著的方法。同樣死亡率增加的還有由高處跳下以及溺水自殺，但增加幅度較小。吊死及窒息自殺呈現先升後降的趨勢，固液體自殺的死亡率則穩定緩慢下降。切穿工具、槍砲及爆炸物、以及其他未明示的方法則比例小且相對穩定。

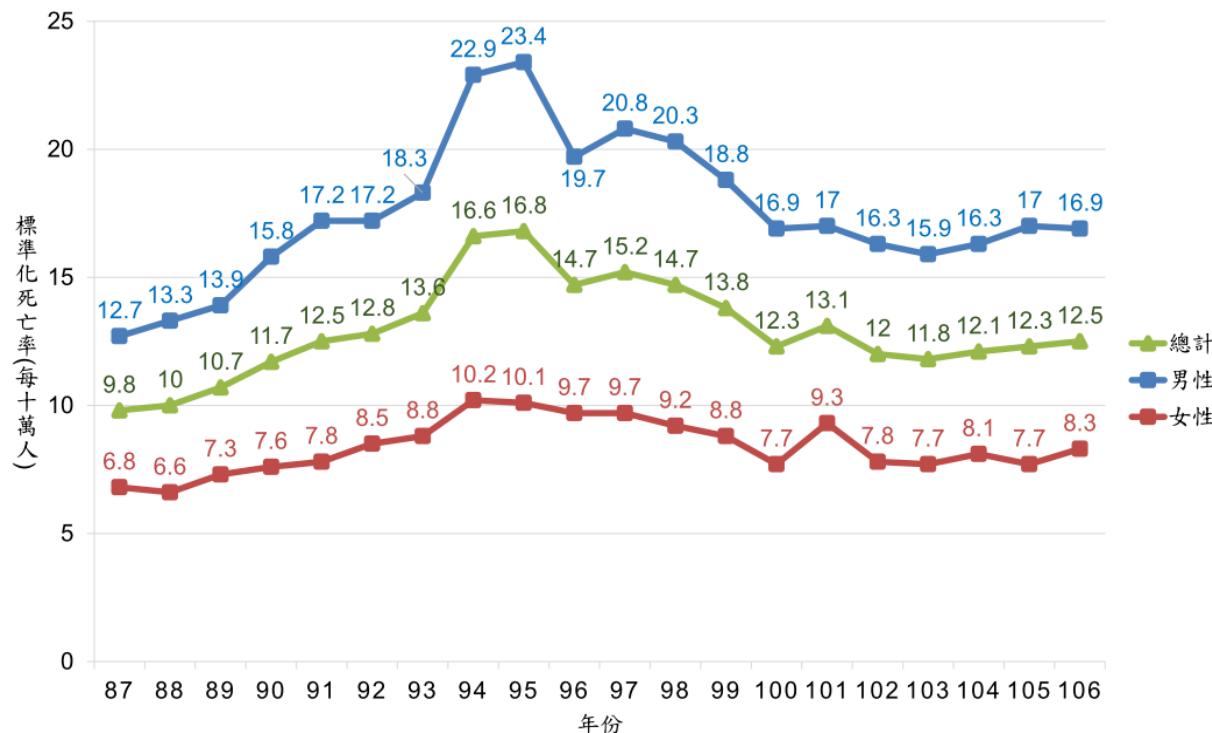


圖 1-8. 87-106 年全國各性別標準化死亡率

以 WHO 2000 年世界標準人口結構調整的全國性別標準化死亡率，則顯示歷年男性的死亡率將近都是女性的兩倍。性別死亡率的變動趨勢則與整體趨勢一致。

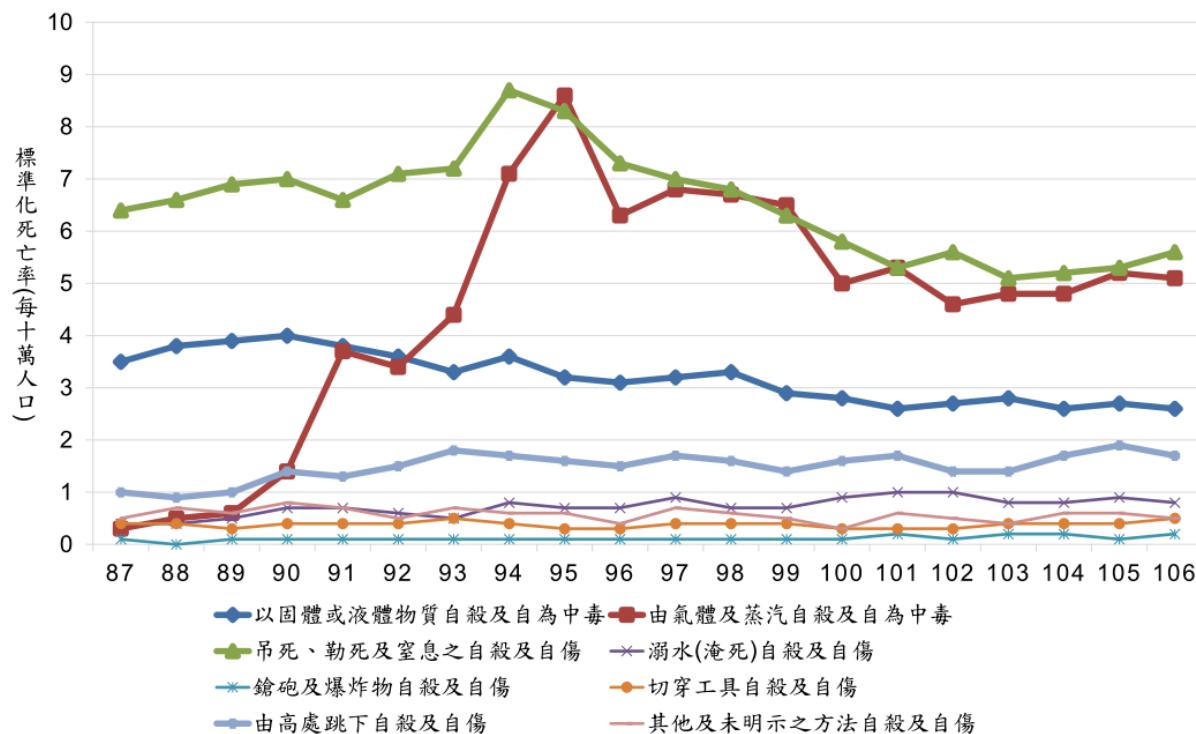


圖 1-9. 87-106 年全國男性各死因標準化死亡率

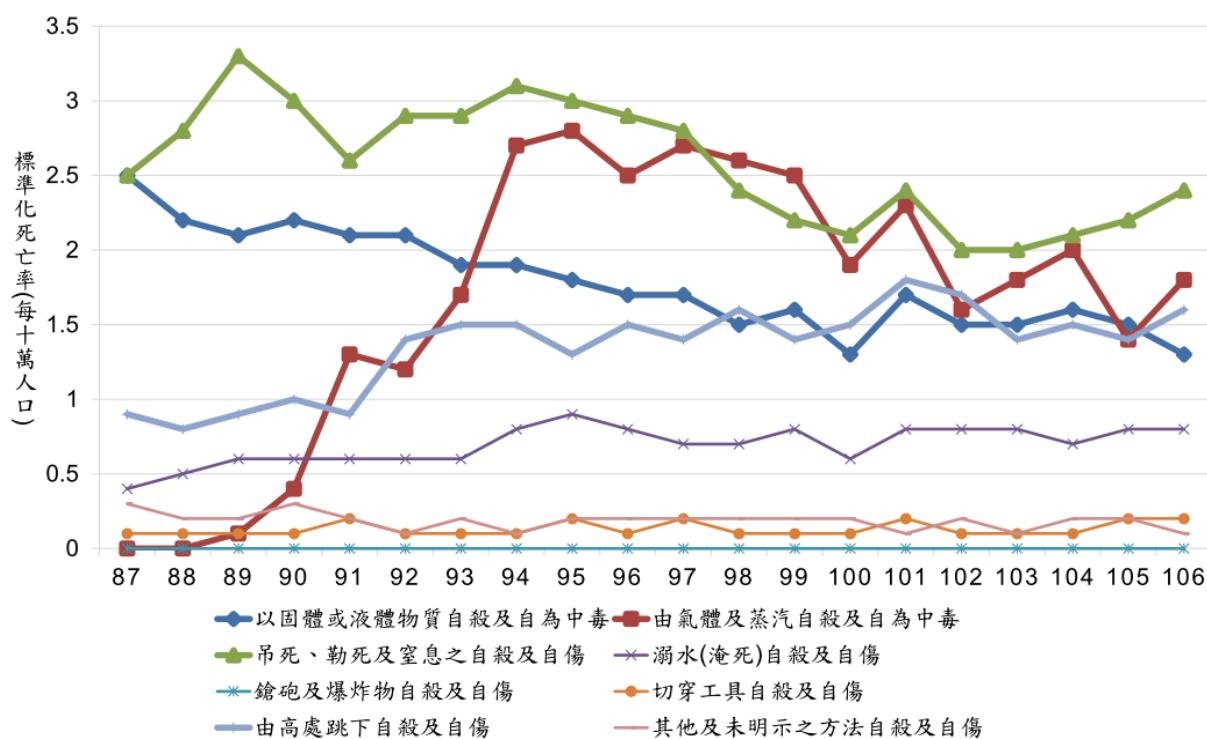


圖 1-10. 87-106 年全國女性各死因標準化死亡率

若將死因別標準化自殺死亡率以性別分層分析，可以看到無論男性或是女性，自殺方法的波動趨勢並無明顯差異。須注意的是，雖然女性的趨勢圖看起來似乎變動較不規則，然而由於女性的死亡率為男性的一半左右，因此實際上圖表的縱軸比例不一致，女性的微幅波動在趨勢圖呈現的視覺效果會被放大。

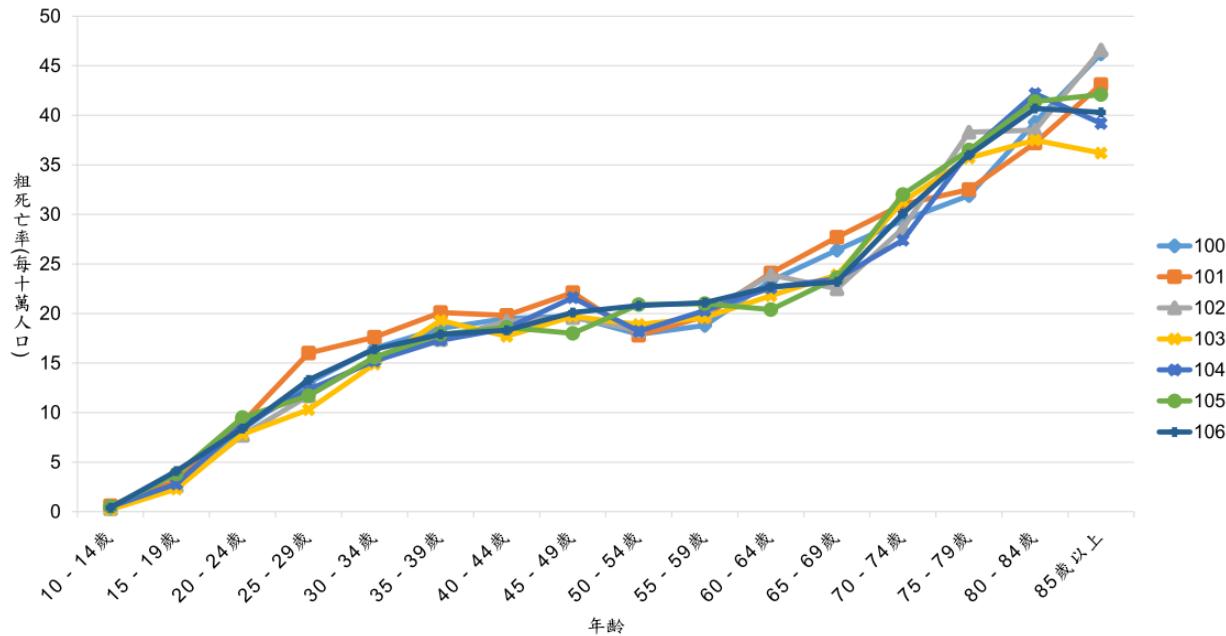


圖 1-11. 100-106 年各年齡層自殺死亡率

100-106 年各年齡層自殺死亡率顯示，各年齡層的粗自殺率相差甚大，且隨著年齡增加，死亡率亦隨之提高。然而近七年來，同一年齡層每年的自殺死亡率沒有明顯變化。

綜上每年各項數據的改變難以看出長遠的趨勢，所以採用十年以上逐年的線性圖，或上述的三年移動平均數達十年的線性圖等等，來預估未來趨勢，提供制訂自殺防治策略的重要參考。

02 · 自殺通報數據判讀

一、自殺防治通報系統及自殺通報關懷流程簡介

下圖為衛生福利部訂定標準化「自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程」

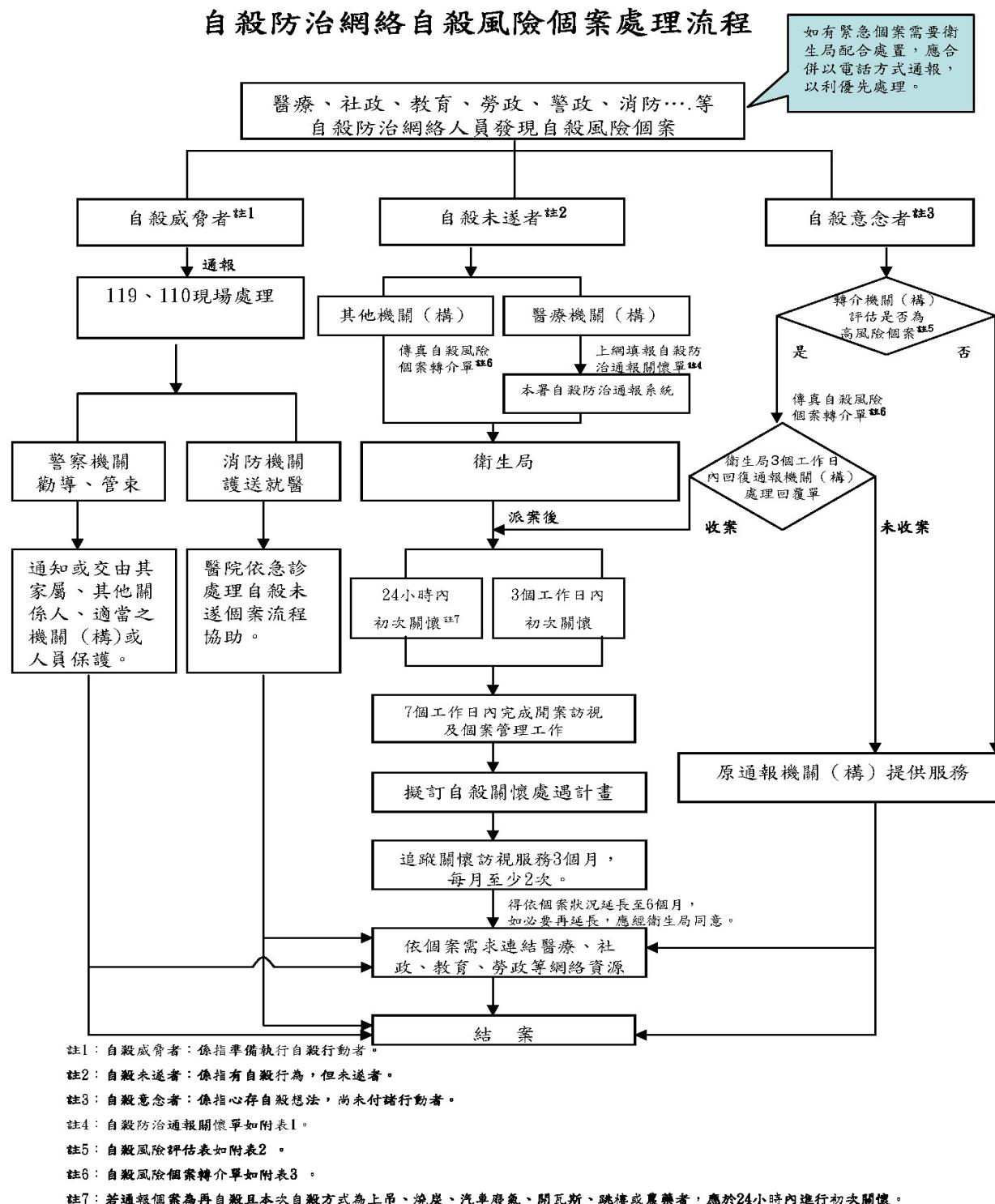
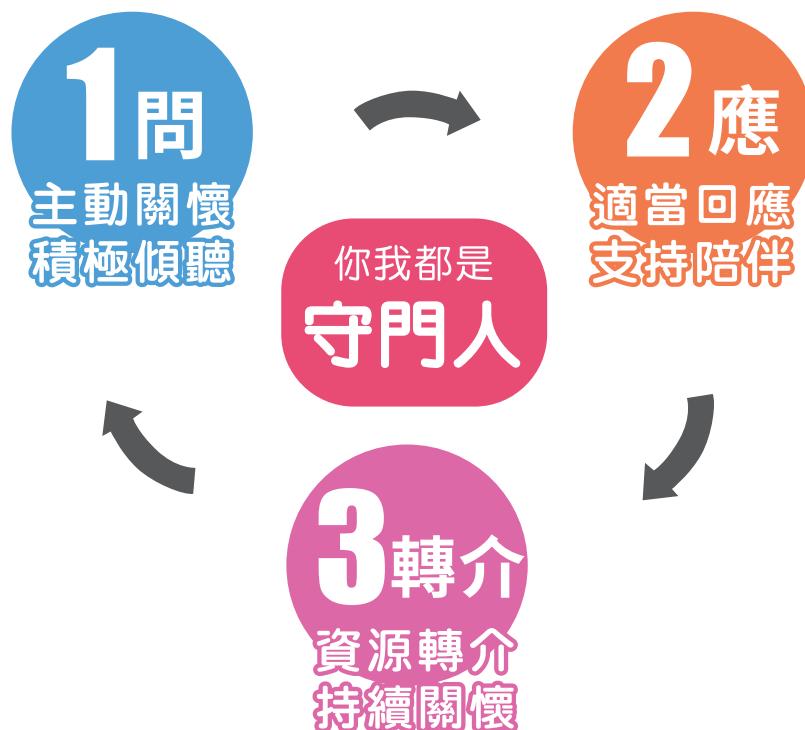


圖 2-1. 自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程

(一) 針對自殺威脅者（威脅要進行自殺行為）、自殺企圖者（已有自殺行為，但未死亡）及自殺意念者（有自殺意念，但未執行）訂立了各權責單位處理流程，簡要說明如下：

- (1) 自殺威脅者經通報，由警察、消防現場處理，依據情況不同，由警察機關勸導管束或由消防機關護送就醫，就醫者由醫院依急診處理自殺企圖個案流程協助，上網填報「自殺防治通報關懷單」。未就醫者若符合「自殺高風險個案轉介標準」（詳見註 1），需由警消傳真縣市政府「自殺高風險個案轉介單」給縣市衛生局。
- (2) 自殺企圖者部分：各機關網絡非醫療機構之通報單位，含警察、消防、民政、社政…等若接獲自殺企圖個案通報，於 24 小時內書面傳真「自殺高風險個案轉介單」給通報個案居住地之縣市衛生局；醫療、衛生單位，接獲自殺企圖個案於 24 小時內進行線上通報。
- (3) 自殺意念者由轉介機關（構）評估是否符合「自殺高風險個案轉介標準」透過書面傳真個案居住地之縣市衛生局或進行線上通報。



(二) 各縣市衛生局接獲自殺防治通報個案後會進行派案，並依「自殺防治通報系統通報後關懷作業流程」(衛生福利部 99 年 10 月頒定之流程詳見下圖 2-2，若流程未來有異動依衛生福利部公告為主)由自殺關懷訪視員進行個案關懷。

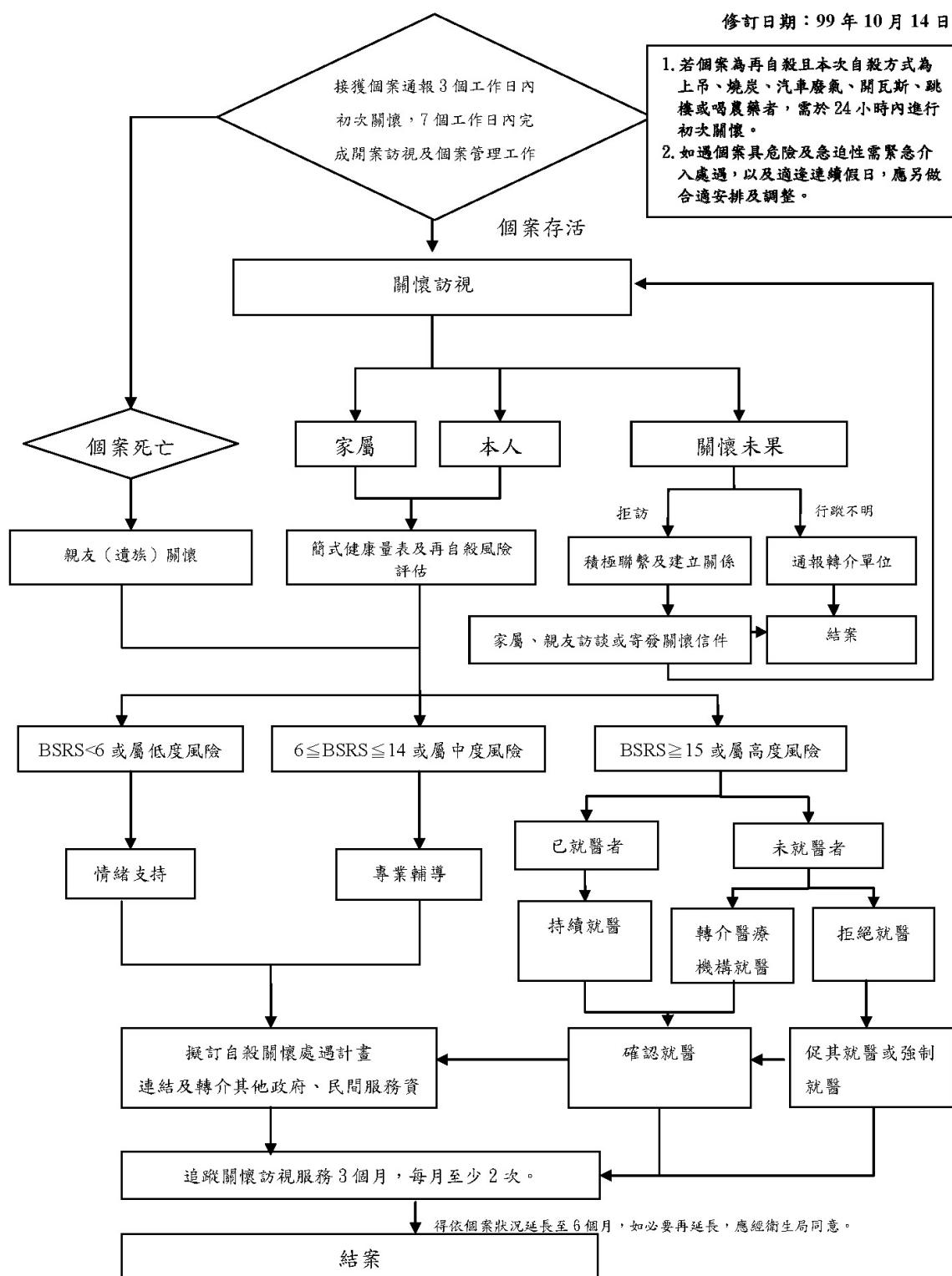


圖 2-2. 自殺防治通報系統通報後關懷作業流程

敘述如下：

- (1) 若通報個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或農藥者：應於 24 小時之內進行初次關懷。
- (2) 若通報個案為非再自殺且非上述自殺方式：在 3 個工作天內進行初次關懷。
- (3) 針對自殺企圖個案或家屬，在 7 個工作天，進行開案訪視及個案管理工作。
- (4) 針對個案關懷訪視，擬訂自殺關懷處遇計畫。
- (5) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表（BSRS）分數及進行再自殺風險、心理需求評估，並擬訂自殺關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，原則每個案關懷訪視服務為 3 個月，每月至少 2 次，得依個案狀況延長至 6 個月，如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。
- (6) 訪視方式得依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或辦公室訪視等方式進行，如多次聯繫個案未果或個案拒訪，仍應積極聯繫及建立關係等方式，和個案、家屬或親友進行相關訪視（談）或寄送關懷信，以落實追蹤輔導機制。
- (7) 自殺個案經關懷訪視服務 3 個月，且評估 BSRS<6 或屬低度風險者，則可予以結案處理，並依個案需求連結社政、教育、勞政等服務資源，進行資源連結。另個案經評估 BSRS ≥ 15 或屬高度風險者，需轉介醫療機構就醫，如個案拒絕就醫應促其就醫或強制就醫。

註 1

「自殺高風險個案轉介標準」：個案需同時達到以下 3 項標準，包括

- (1) 簡式健康量表（BSRS）總分達 15 分以上。
- (2) 簡式健康量表（BSRS）自殺想法檢測結果達 2 分以上。
- (3) 達高自殺風險個案條件任何 1 項者（註 2）。

註 2

高自殺風險個案條件：

- (1) 再自殺個案
- (2) 本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者
- (3) 個案陳述有具體自殺計畫（包含明確的時間與自殺方式）
- (4) 65 歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人。

二、通報數據介紹

(一) 通報指標介紹

- (1) 通報人次：自殺通報人次係指經由各通報單位於「自殺防治通報系統」所登錄之曾有自殺企圖人數。此一數字之變動受多重因素影響，其中可能包括「通報系統的落實，造成企圖自殺高危險群的通報量增加」、「實質自殺企圖人數之上升」或「有自殺企圖民眾求助意願之提高」等。
- (2) 首次進入通報系統人數：定義為本月前從未被通報進自殺防治通報系統之個案數。
- (3) 通報比：通報比 = 該縣市當月份自殺企圖通報人次 / 該縣市當月份自殺死亡人數。若當月份自殺死亡人數資料尚無法取得，可以註明年份用可取得資料之最近年度同月資料進行比較。通報比除了依月份進行比較，所謂每月通報比，也可以以年為單位，稱之為年通報比。自殺通報比增加除了顯示國人、相關機關或醫療機構逐漸瞭解自殺企圖通報之重要性且積極參與通報外，也可能是自殺方式的致命性下降，自殺死亡人數下降所致。解讀時需參考其他數據才能判讀。
- (4) 分案率：分案率 = 該縣市當月份分案人次 / 該縣市當月份通報人次 × 100。分案率是分案的品質指標，比率越高表示被通報自殺企圖者有更高比率獲得派案。理想的分案率是 100%。
- (5) 分案關懷率：分案關懷率 = 該縣市當月份分案後關懷人次 / 該縣市當月份分案人次 × 100。分案後要由自殺關懷訪視員進行關懷處遇，可能由於個案行蹤不明或強烈拒訪而影響分案關懷率。理想的分案關懷率是 100%。
- (6) 通報單位分析：瞭解醫療院所、警消單位、衛生局所、社政、司法機關、教育、民政或其他單位的通報人次及占率。
- (7) 再自殺率：單位時間再自殺率 = 單位時間內再度自殺通報人次 / 原自殺通報人次。如「30 天再自殺率」為自殺企圖後 30 天內再自殺之比例。

(二) 通報人次性別、年齡層別分析：依據不同性別及年齡層，將通報人次及占比進行分析。一般而言，被通報人次中女性多於男性，這和自殺企圖者女性多於男性有關；35-44 歲中壯年族群是被通報人次最多的年齡層。

(三) 自殺方式及原因介紹

- (1) 自殺方式：根據自殺的方式進行分類，粗分類有 9 類，各類別還有細分類，分為 1. 以固體或液體物質自殺及自為中毒，如服用安眠藥鎮靜劑、毒品、一般農藥或巴拉刈農藥等 2. 以家用瓦斯自殺及自為中毒 3. 由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒，如燒炭、汽車廢氣或氦氣等 4. 吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 5. 溺水（淹死）自殺及自傷 6. 鐮砲及爆炸物自殺及自傷 7. 切穿工具自殺及自傷 8. 由高處跳下自殺及自傷 9. 其他及未明示之方式自殺及自傷。可以以自殺方式再和性別或年齡層進行分析，瞭解不同性別或年齡層之自殺方式歧異。
- (2) 自殺原因：依據自殺原因進行分類，粗分類有 8 類，各類別還有細分類，分為 1. 情感／人際關係，如夫妻關係、家庭成員問題、感情因素、喪親喪偶 2. 精神健康／物質濫用，如憂鬱症或其他精神疾病、物質濫用 3. 工作／經濟，如職場工作壓力、失業、債務 4. 生理疾病 5. 校園學生問題 6. 迫害問題，如遭受騷擾、暴力或詐騙 7. 其他原因 8. 無法說明或不詳。和自殺方式一樣，也可以以自殺原因再和性別或年齡層進行分析，瞭解不同性別或年齡層之自殺原因歧異。

(四) 特殊身份註記：依據被通報個案的特殊身份，如精神病人、藥癮者、酒癮者、家暴被害人、家暴加害人、性侵被害人或其他等類別進行註記，若註記其他需另行說明。註記特殊身份的原因在於這幾類身份的個案都是自殺的高風險族群。

三、關懷訪視數據介紹

(一) 訪視紀錄項目：自殺個案關懷訪視記錄回覆表（詳見附件一），包括以下 5 大項：

- (1) 基本資料：記錄個案姓名、身份證字號、性別、年齡、電話、地址、婚姻狀況、教育程度、職業、自殺方式、自殺原因、聯絡人資料等。提供有關個案的基本資料及自殺方式／原因等訊息。
- (2) 訪談摘要：說明訪視方式、受訪情形、個案目前狀態、支持系統、宗教信仰、目前問題、是否曾透露自殺訊息、是否有過自殺行為或企圖、是否有 6 歲以下幼兒、內容摘要、簡式健康量表分數（BSRS）。這些資料有助於進行再自殺風險評估。
- (3) 再自殺意念及風險評估：根據個案自殺意念強度、衝動控制能力、有無自殺計畫及立即危險性，評估個案再自殺風險，可以分為高度、中度及低度風險。
- (4) 處遇計畫：根據個案自殺風險程度、自殺原因、目前問題、配合個案主觀描述和客觀資料。決定處遇計畫。計畫內容包括安排各類後續訪視、轉介社會局、勞工局、心理諮商輔導（心理衛生中心）、學校輔導、醫療機構等單位。若個案結案，註明結案原因。
- (5) 非個案本人之訪談摘要：若有進行個案以外他人訪談，予以摘要記錄，作為自殺風險評估及處遇計畫之輔助參考資料。

(二) SOAP 結構化紀錄：分為個案主觀描述（Subjective）、客觀觀察資料（Objective）、自殺風險評估（Assessment）及規劃處遇計畫（Plan）4 項，分述如下：

- (1) 個案主觀描述：個案對自己現況的主觀描述，包括造成自殺的原因、情緒狀態、工作或學業情況、經濟狀況、日常生活安排、就醫情況、社會支持等。簡式健康量表評估及自殺意念頻率、強度、有無自殺計畫、衝動控制力、使用自殺方式、出現自殺意念時的因應方式等都可以透過個案主觀描述取得相關訊息。在聆聽的過程，注意適時給予個案關懷，提供心理支持、教育及建議。
- (2) 客觀觀察資料：關懷訪視員觀察到的客觀事實資料，包括個案外觀觀察（外表、非語言訊息）、情感表達、身體心理狀態、人際互動、居住環境等。客觀觀察資料可以和個案主觀描述互相參照，提供評估的可信度。

- (3) 自殺風險評估：(1) 心理社會評估：透過心情溫度計（簡式健康量表），瞭解個案情緒困擾的嚴重程度，若分數達 15 分以上或自殺意念評估為中等程度（含）以上，請務必轉介精神科專業諮詢。另外需評估個案出現自殺意念時的因應方式及社會支持功能，瞭解個案有哪些風險因子與保護因子 (2) 治療順從性評估：因自殺死亡者有 80% 以上都有精神疾病診斷，瞭解個案就醫情形及是否規則服藥回診非常重要。(3) 個案再自殺意念及風險評估：根據個案自殺意念強度、衝動控制能力、有無自殺計畫及立即危險性，評估個案再自殺風險，可以分為高度、中度及低度風險。
- (4) 規劃處遇計畫：根據個案自殺風險程度、自殺原因、目前問題、配合個案主觀描述和客觀資料，來規劃處遇計畫。計畫內容包括安排各類後續訪視，持續提供關懷、心理支持、衛教、自殺風險評估，並依個案需求轉介社會局、勞工局、心理諮商輔導（心理衛生中心）、學校輔導、醫療機構等單位。

（三）自殺風險評估：自殺是多元因子交互作用的結果，包括有生物、心理、社會與文化之成因與背景，可依因子與自殺行為的關係劃分為危險因子與保護因子。其中，危險因子的長期累積會增加個體自殺的可能性，而保護因子則能夠使個案遠離自殺風險，兩者皆有累積效應而形成對個人自殺行為的風險或屏障作用。

（1）危險因子

自殺的危險因子可分為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患、身體疾患、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。當個案擁有以上危險因子，同時又遭遇生活壓力事件如喪偶、喪失身體健康、退休或無業、離婚、家暴或性侵等，又加上個人或社會支持系統及保護因子不足，其自殺的可能性則比一般人高。常見的自殺危險因子如下表 1 所示。

表 1. 自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
生理、心理 與社會層面	5) 重大身體疾病 6) 藥物或酒精成癮 7) 精神疾病 8) 家族自殺史 9) 家暴、性侵、受虐與其他創傷經驗 10) 曾有自殺企圖
環境層面	1) 經濟困難 2) 情感或人際關係問題 3) 容易取得致命工具者 4) 模仿效應
社會文化層面	5) 缺乏社會支持 6) 宗教文化影響 7) 汗名化 8) 媒體報導 9) 缺乏適當的醫療照護

(資料來源：劉珣瑛，自殺的危險因子與保護因子)

(2) 保護因子

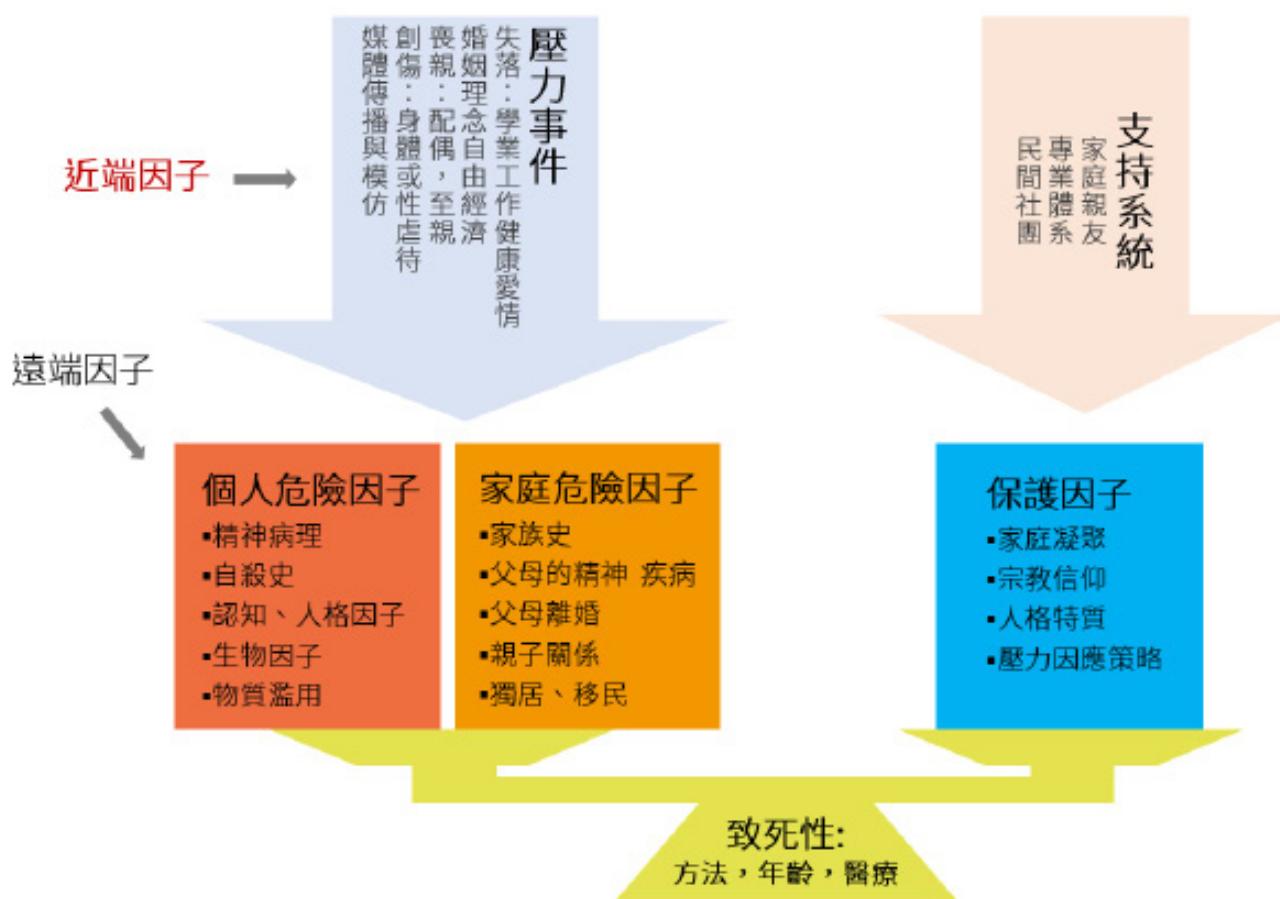
所謂自殺保護因子，是指能夠達到促進個人成長、穩定發展與得到健康等目標之能力、特質或個人及環境資源，增強保護因子有助於降低自殺風險，評估保護因子亦可協助個案找出其潛力及韌性以緩衝個人面臨的自殺危機。自殺保護因子大致可分為三大層面：1. 身心層面，2. 文化層面，與 3. 康照護層面。其中，個人身心層面強調個人特質、正向心理健康與調適、良好生活習慣與社交技巧對防範自殺、提升個人層次保護作用的效果；社會文化層面主要是來自於社會支持、社會關係的建構與個人對社會和家庭責任的認同；健康照護層面意指醫療或心理健康服務對降低個人自殺風險的幫助，各層面保護因子之詳細說明如下表 2 所示。

表 2. 自殺保護因子

A. 個人身心層面	
1. 個人特質與正向經驗	1) 具求助意願及求助意向 ¹ 2) 擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感 ¹ 3) 擁有關於生命意義與價值的文化信念、精神支持與宗教信仰 ¹ 4) 擁有樂觀的願景及清楚的未來目標 ¹ 5) 具韌性之特質 ¹ (resilience) 6) 生活滿意度高 ⁴ (life satisfaction) 7) 適切地處理、解決問題與衝突，而非以暴力處理爭執 ^{1,5} 8) 正向自我價值感 ⁶ (sense of personal value) 9) 成功經驗 10) 感覺有效率 ⁵ (feelings of effectiveness)
2. 正向心理健康與調適	1) 良好的衝突管理 ¹ 2) 具有認知彈性 ⁶ (cognitive flexibility) 3) 遠離憂鬱症狀和物質濫用 ⁴ 4) 對於企圖自殺後倖存下來感到寬慰 ⁴ (relief about not completing suicide)
3. 良好的生活習慣	1) 有建設性的利用休閒時間 ¹ 2) 擁有良好的飲食習慣 ⁶ 3) 擁有良好的睡眠模式 ⁶ 4) 從事積極的身體活動與生活方式 ⁶
4. 社交技巧	1) 擁有人際關係能力 ⁵ 2) 善用溝通技巧 ⁶
B. 社會文化層面	
1. 社會支持	1) 與家庭或所屬社團成員間有高度的人際連結 ¹ 2) 擁有一個安全且穩定的生活環境 ¹ 3) 家庭給予溫暖、支持與接納 ⁵ 4) 強大的文化認同 ⁵ 5) 擁有不支持自殺且強化自我存在價值的文化與宗教信仰 ⁵ 6) 誠懇的宗教認同或信仰 ⁴ 7) 來自主要照顧者的持續性支持關係 ⁴ 8) 重要他人可覺察個案的自殺意念 ⁴
2. 社會關係與責任	1) 擁有工作 ¹ 2) 婚姻圓滿 ¹ (intact marriage) 3) 對其他事情還有責任和義務 ¹ 4) 尚有幼子待養育 ^{1,4} 5) 自己或是伴侶懷孕 ^{4,5}
C. 健康照護層面	
	1) 醫療和心理健康資源可近性高 ⁴ 2) 連結到合適的醫療服務(treatment engagement ¹) 3) 可持續由醫療或心理健康照護中得到支持 ^{1,5} 4) 良好的醫病關係 ⁴ 5) 在心理、生理和物質濫用上得到有效的臨床治療 ¹ 6) 藉由醫療體認到生命與健康的重要性 ¹

(資料來源：吳佳儀，自殺防治通訊第九卷第四期)

(3) 完整的自殺風險評估需要對個案的個人史、早期成長經驗、身體疾病史、精神疾病史、酒精藥物濫用、自殺企圖史（過去自殺次數、自殺原因、自殺方式、是否和身體／精神疾病相關、自殺工具取得性、是否有透露求救訊息、獲救前後的感受和因應方式等）、個案性格、家庭社會支持狀況，目前精神狀態、情緒困擾、自殺意念程度。參酌個案主觀描述、客觀觀察資料加上他人提供的個案訊息，瞭解個案危險因子及保護因子才能提供較為準確的評估。關懷訪視過程可能沒有辦法在短暫的訪談中獲得這麼多的訊息，透過訪視記錄所列舉項目提供的訊息，加上簡式健康量表的使用，自殺意念強度、衝動控制能力、有無自殺計畫及立即危險性，可以有效益的評估個案再自殺風險。



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

圖 2-3. 自殺成因概念架構

四、近 10 年全國自殺通報數據分析

自殺企圖者自 2006 年開始經醫療機構（急診）與警消單位進行個案通報，以下各點說明近 10 年台灣自殺企圖通報數據之意義及原因之詮釋（數據詳見衛服部心口司公告之自殺死亡及自殺通報統計）。

- (1) 近 10 年通報人次與通報比皆呈現成長的趨勢，以 97 年為例，當年自殺通報人次 24,245，通報比 5.6，直至 107 年通報人次 33,207，通報比 8.1，通報比增加應和國人、相關機關或醫療機構逐漸瞭解自殺企圖通報之重要性且積極參與通報較有關。進一步分析各縣市通報比，針對通報比低於全國之縣市，建議研擬加強宣導自殺企圖之通報的對策。
- (2) 通報數據中的性別比恰與自殺死亡之比例相反，然而歷年來的自殺通報性別比則維持穩定，女比男約為 1.5-2 倍。以 97 年為例，自殺通報人次男性為 8,058 人次，女性為 16,186 人次，女性為男性 2 倍；107 年男性為 12,325 人次，女性為 20,882 人次，女性為男性 1.69 倍。自殺企圖者女性較男性為多。通報人次男女均有增加，但男性增加幅度較女性為高。
- (3) 97-107 年各年齡層通報人次，以 25-44 歲占率最高，但占率由 53.5% 降至 42.8%；45-64 歲占率由 21.2% 上升至 25.3%；65 歲以上占率由 7.4% 上升至 10.2%。尚須參考各年度年齡層所占人口比率，才能判斷占率變化是否和人口老化有關或是該年齡層通報人次增幅確實明顯上升。值得注意的是 14 歲以下占率由 0.8% 上升至 2.5%，增加 620 人次，考慮少子化趨勢，國中國小學生通報人次比率確仍明顯上升，需注意學生校園自殺議題。進一步分析各縣市 0-14 歲年齡層通報人次之趨勢，針對確有往上揚趨勢的縣市，建議橫向連結該縣市教育局共同研議在地化防治策略及行動方案以為因應。
- (4) 97-107 年自殺方法別通報人次占率前 3 名，97 年為以固體或液體物質自殺及自為中毒（60.1%）、切穿工具自殺及自傷（26.6%）及以氣體及蒸氣自殺及自為中毒（8.2%）；107 年為以固體或液體物質自殺及自為中毒（48.1%）、切穿工具自殺及自傷（29.5%）及其他及未明示之方式自殺及自傷（10.1%）。
- (5) 97 年男性自殺方法別自殺通報人次占率前 3 名，以固體或液體物質自殺及自為中毒（53.1%）、切穿工具自殺及自傷（20.3%）及以氣體及蒸氣自殺及自為中毒（14%）；女性為以固體或液體物質自殺及自為中毒（63.6%）、切穿工具自殺及自傷（29.7%）及其他及未明示之方式自殺及自傷（6.4%）。107 年男性自殺方法別自殺通報人次占率前 3 名，以固體或液體物質自殺及自為中毒（41.3%）、切穿工具自殺及自傷（22.4%）及其他及未明示之方式自殺及自傷（13.8%）；女性為以固體或液體物質自殺及自為中毒（52%）、切穿工具自殺及自傷（33.7%）及其他及未明示之方式自殺及自傷（7.9%）。

- (6) 值得注意的是 97-107 年自殺方法別通報人次及佔率，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷男女人次及比率均有增加趨勢（男性由 5.7% 增至 7.0%；女性由 1.7% 增至 3.1%）；由高處跳下自殺及自傷亦然（男性由 3.4% 增至 8.1%；女性由 1.9% 增至 6.0%）。由於這是致命性高的方式，又不容易去限制工具取得，值得注意。但仍可再進一步分析各種自殺方式的粗死亡率的趨勢，對於趨勢上揚的自殺方式，確認高處跳下在內？或尚有其他自殺方式？則一併宣導推動相關人員的自殺守門人的訓練及落實，必要時尚可配合高致命性自殺方式的工具取得流程介入。
- (7) 97-107 年全國自殺原因別自殺通報人次及佔率，97 年自殺原因別前 3 名分別為情感／人際關係（48.8%）、精神健康／物質濫用（37.5%）及其他（18%）；107 年為情感／人際關係（46.2%）、精神健康／物質濫用（40.9%）及不詳及不願說明或無法說明（14.7%）。不詳及不願說明或無法說明占比大幅增加，由 8% 增至 14.7%，需瞭解不願或無法說明原因，改善關懷訪視品質。另外校園學生問題占比由 0.8% 增至 3.0%，增加 803 人次，亦顯示學生校園自殺問題之重要性。
- (8) 97 年男女自殺原因占比，男性前 3 名分別為情感／人際關係（38.1%）、精神健康／物質濫用（33.3%）及其他（21.6%）；女性為情感／人際關係（54.1%）、精神健康／物質濫用（39.7%）及其他（16.1%）；107 年男女自殺原因占比，男性前 3 名分別為情感／人際關係（37.8%）、精神健康／物質濫用（36.8%）及不詳及不願說明或無法說明（18.5%）；女性為情感／人際關係（51.1%）、精神健康／物質濫用（43.3%）及不詳及不願說明或無法說明（12.5%）。男女在情感／人際關係及精神健康／物質濫用這兩類自殺原因不因年份改變仍居前 2 名。
- (9) 以 107 年為例，男女自殺原因在工作／經濟（男性 14.3%，女性 8.5%）及生理疾病（男性 11.2%，女性 4.9%）這兩類男性占比明顯比女性高。進一步可分析各縣市的自殺原因趨勢，提供給各縣市後，各縣市據此可研議各縣市在地化又具特色的因應對策。

03 · 視覺化自殺地圖判讀

一、自殺地圖簡介

(一) 背景

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。透過視覺元素（顏色與形狀）與選項等功能使資料視覺化，可讓決策相關者易於觀察出所需的資訊，從而提高決策效率與品質。

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。

(二) 自殺防治工作需因地制宜

自殺防治需要中央與地方政府間的縱向連結，除了中央訂定施行策略外，各縣市須根據轄內特點進行防治工作。全國自殺防治中心過去參與縣市自殺防治業務輔導訪查，累積經驗發現，各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。

本中心於 107 年，依照全國自殺死亡資料統計、自殺死亡人數初步資料、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果、及實務督導摘要，擬定「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

(三) 自殺地圖的產生

各縣市實施自殺防治工作時，需配合各行政區自殺特性（包含自殺人數、自殺死亡率及自殺死因），因地制宜做防治策略的調整、與可用資源的分配。因此，本中心特根據各項自殺統計指標，繪製不同種類自殺地圖，以供各縣市政府運用。

自殺地圖係以年度死因統計檔（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，並分別根據自殺人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、自殺死因及自殺通報人次，以顏色深淺作為區隔，繪製出各縣市及各鄉鎮區自殺地圖。自殺地圖可配合上述之「全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議」，互相搭配運用，做為各縣市規劃在地化自殺防治行動方案或措施之參考。

二、自殺死亡人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率之地圖

(一) 自殺死亡人數地圖

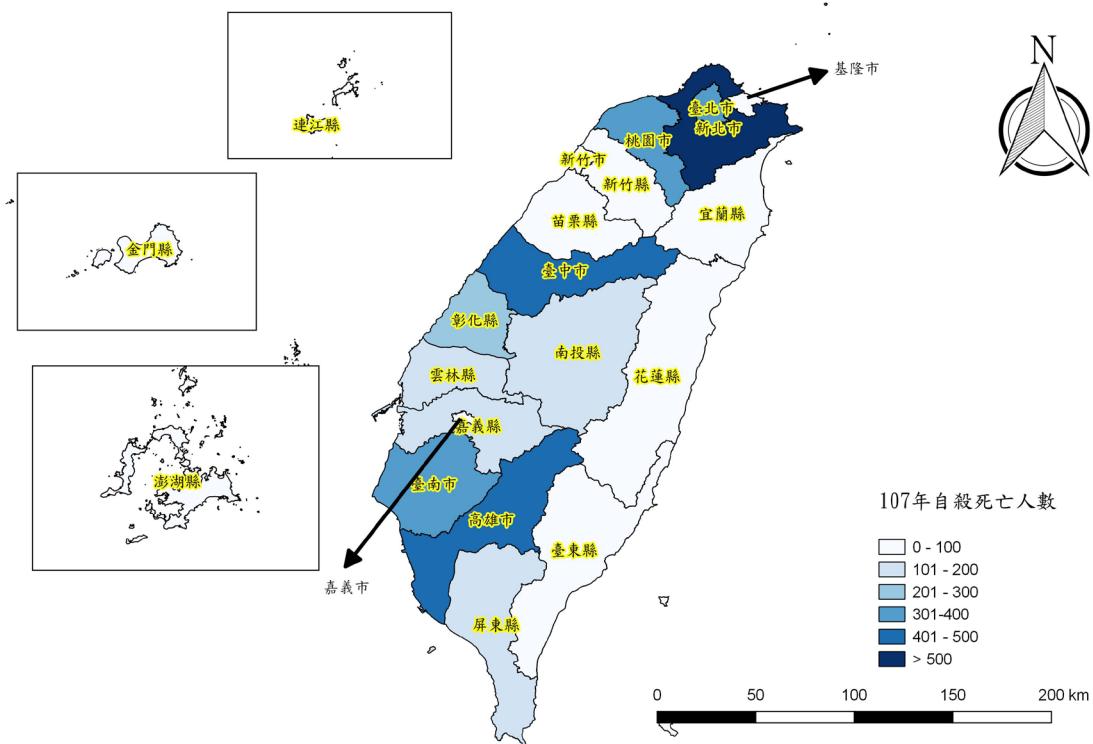


圖 3-1. 全國自殺死亡人數地圖

它可以幫助我們宏觀地得知，各縣市在某年度因自殺死亡的總人數、大致落在哪個區間。然而，因各縣市的都市化程度不同，以致人口總數有異，它並無法讓我們直觀地比較自殺死亡在各縣市人口中的發生率。

(二) 自殺粗死亡率地圖

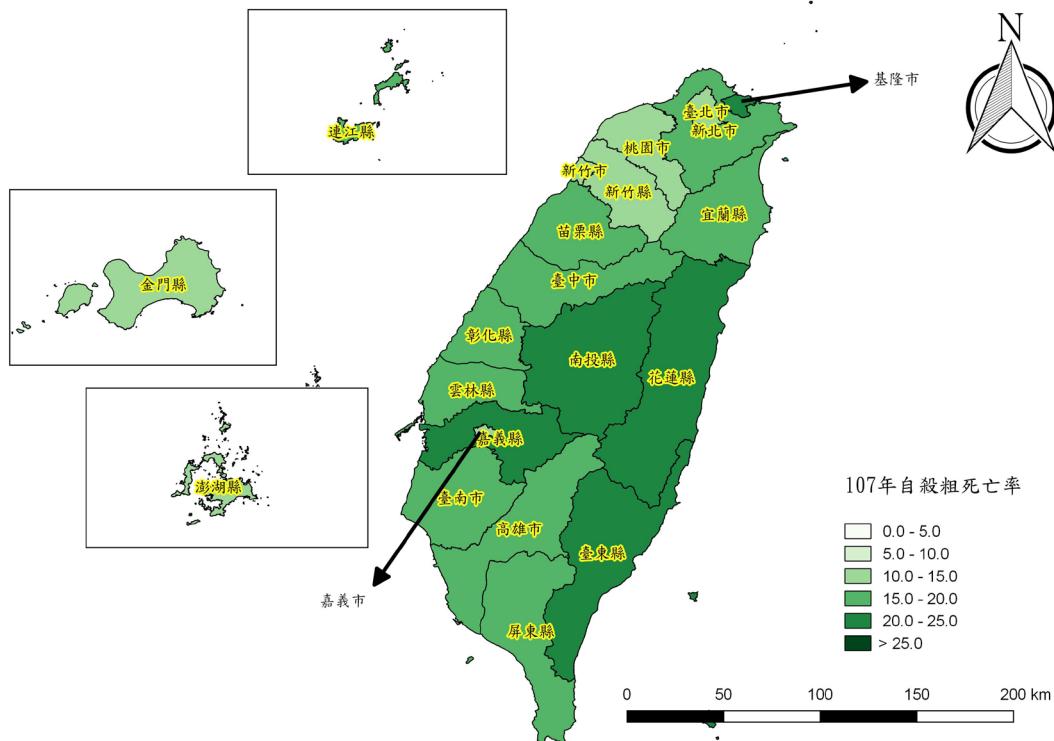


圖 3-2. 全國自殺粗死亡率地圖

將各縣市在某年度因自殺死亡的總人數，除以各縣市的年中在籍人口數，即得到各縣市的自殺粗死亡率。它直接反應出自殺死亡在各縣市人口中的發生率；發生率愈高，表示自殺死亡在該年度、該縣市，是愈需加以關注的公共衛生議題。

另方面，歷年來台灣的各年齡層自殺死亡率顯示：年齡較大者，因自殺而死亡的比率較高。這意謂著，人口老化較顯著的縣市，自殺粗死亡率很可能較高。事實上，不僅自殺粗死亡率，因為人口組成的比例偏向老化，可以預期，這些縣市的癌症粗發生率、癌症粗死亡率、心血管疾病粗發生率、心血管疾病粗死亡率、腦血管疾病粗發生率、腦血管疾病粗死亡率…等，和人口較年輕化的縣市相比，應該都顯得較高。意即，年齡本身、即是許多疾病和公共衛生議題的重要調控因子，而若我們想探究不同地區、在年齡之外的其他可能影響自殺率的因子，我們勢必要對不同縣市的年齡人口比例，做出標準化的調整。

現今公共衛生研究常使用的標準化依據，是 WHO 2000 年標準人口年齡結構。在這共通的基礎上，不同縣市的自殺粗死亡率做了標準人口年齡結構的調整，就成為標準化自殺死亡率，如下述(三)所示。

(三) 標準化自殺死亡率地圖

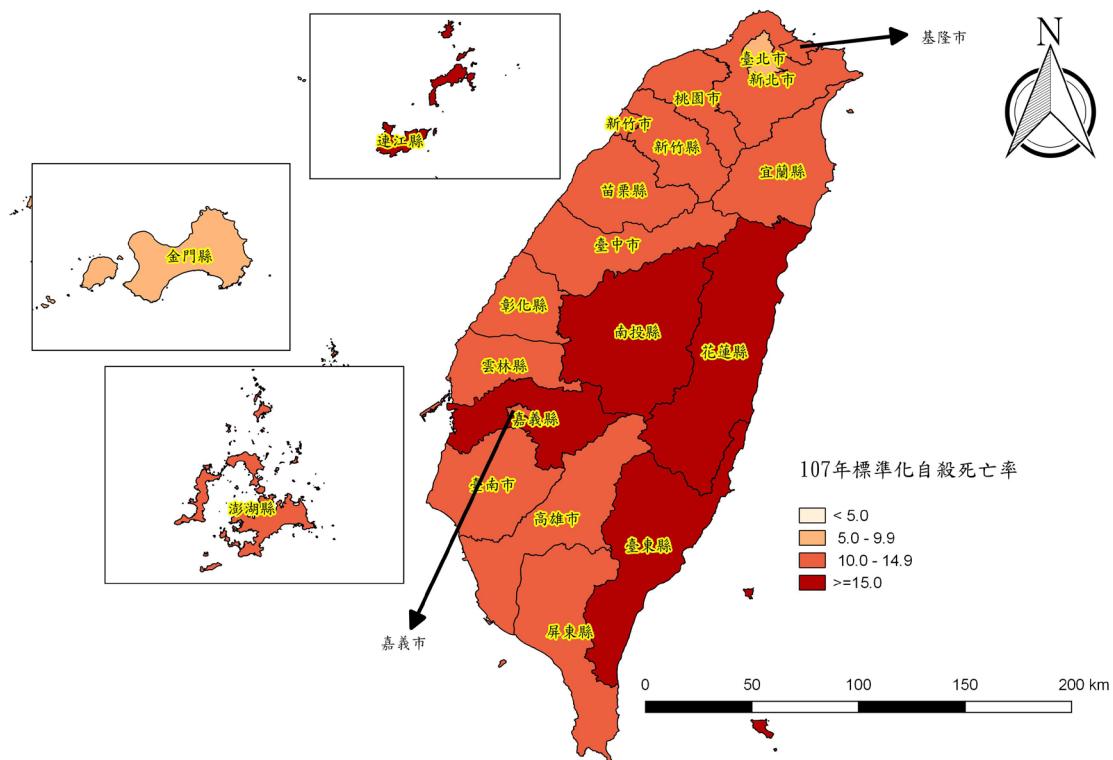


圖 3-3. 全國標準化自殺死亡率地圖

比較此處的全國標準化自殺死亡率地圖、和上述的全國自殺粗死亡率地圖，可以發現：

- (1) 各縣市的標準化自殺死亡率、都較自殺粗死亡率低。如上述，歷年來台灣的各年齡層自殺死亡率顯示，年齡較大者，因自殺而死亡的比率較高，所以，「各縣市的標準化自殺死亡率、都較自殺粗死亡率低」這個現象反映出，相較於 WHO 2000 年標準人口年齡結構，我國各縣市的人口年齡組成，都較為老化，所以採用 WHO 「較年輕的人口年齡結構」做標準化換算，「標準化自殺死亡率」自然就較「自殺粗死亡率」降低。
- (2) 經過標準化，「嘉義縣」、「南投縣」、「花蓮縣」、「臺東縣」相較於其他縣市，仍呈現較高的自殺死亡率。無論「自殺粗死亡率」或「標準化自殺死亡率」，這四個縣的排行都較為前面，意謂著，在年齡之外，這四個縣存在著其他可能影響自殺率的因子，需要公共衛生體系的探究。
- (3) 經過標準化，「桃園市」、「新竹市」、「新竹縣」的自殺死亡率和大部份縣市相比，自殺死亡率變得近似。這表示，這三個縣市的人口組成、相較於其他縣市，顯得較為年輕，因此經過標準化換算，人口較為年輕的優勢即不存在。

(四) 數年度平均之標準化自殺死亡率地圖

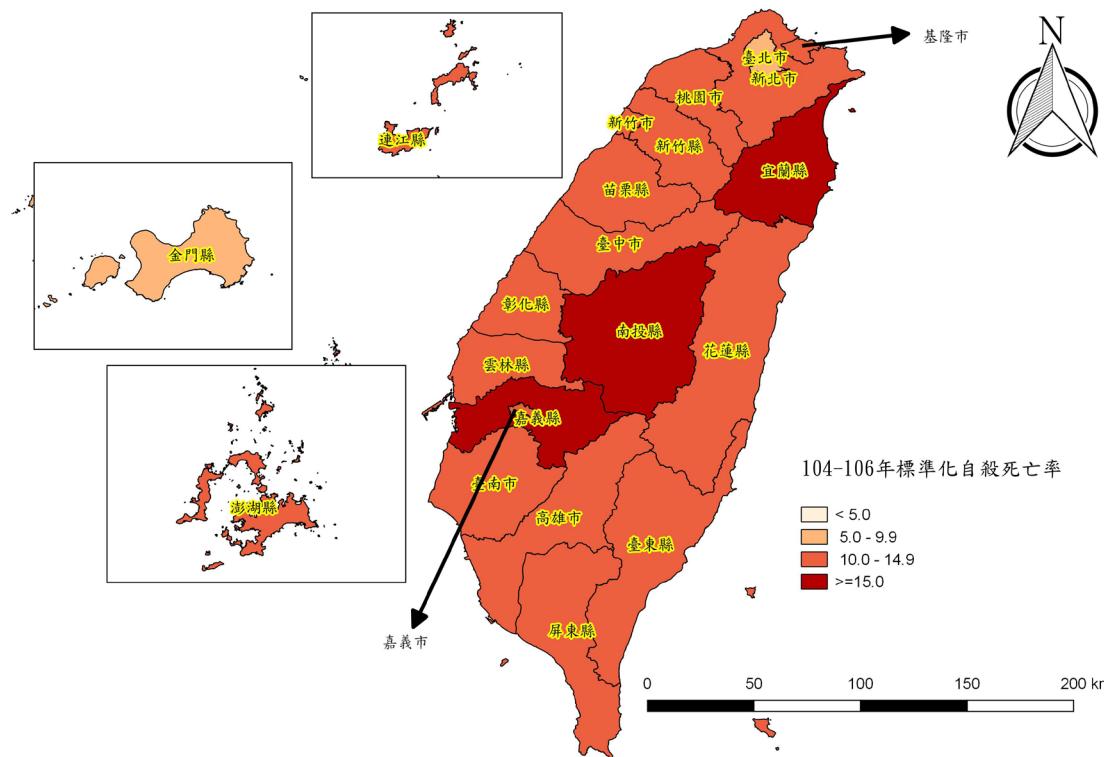


圖 3-4. 104-106 年全國標準化自殺死亡率地圖

從統計學的角度而言，單一年的標準化自殺死亡率增、減，有可能只是機率法則下的隨機產物，但若我們將多個年度的數據平均，這個平均值反映的、就貼近於該地區數年之間的趨勢。

將 104-106 的全國標準化自殺死亡率進行三年平均，繪如上圖，相較於 107 年的全國標準化自殺死亡率地圖，可見：

- (1) 「嘉義縣」、「南投縣」無論在 104-106 的三年平均地圖、或 107 年地圖，相較於其他縣市，都有著較高的標準化自殺死亡率。這值得公共衛生體系進行原因分析，以因地制宜提出良好的對策。
- (2) 「宜蘭縣」在 104-106 的三年平均地圖中有較高的標準化自殺死亡率，而在最近的 107 年地圖中、標準化自殺死亡率下降，這可以是 107 單一年的隨機變動所致，但也值得未來持續關注。
- (3) 「花蓮縣」、「臺東縣」、「連江縣」在最近的 107 年地圖中，相較於 104-106 的三年平均地圖，標準化自殺死亡率呈現上升，這可以是 107 單一年的隨機變動所致，但也需公共衛生體系持續關注。

三、死因標準化自殺死亡率地圖介紹

依公共衛生三段五級的概念，自殺防治工作，可區分為三大策略：全面性策略、選擇性策略、指標性策略。「減少致命方法的可得性」為全面性策略之一環，如新北市對木炭販售的管理，很明確地降低了燒炭自殺的發生率。

民國 83 年至 107 年，我國自殺身亡者所採用的方法，造成之各年粗死亡率如下圖，比率由高至低的前五種方法依次為：「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」。

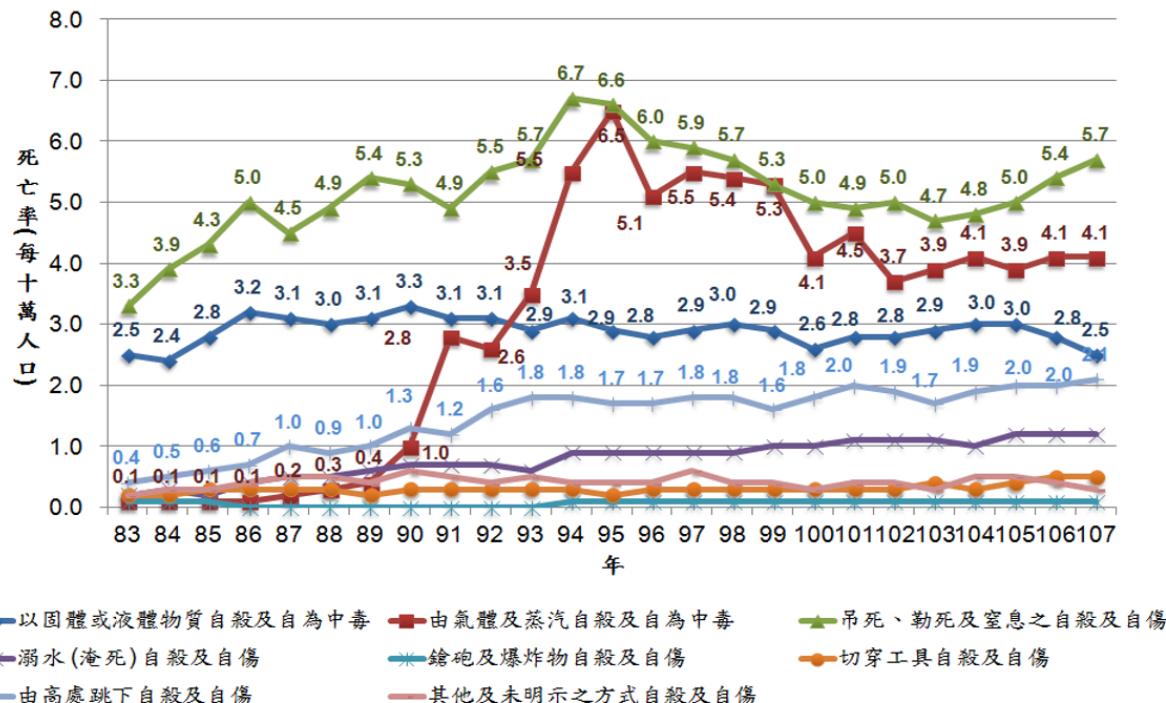


圖 3-5. 83-107 年自殺方式粗死亡率

全國自殺防治中心依衛福部指示，在過去數年間，針對此五種高危險性自殺方法之防治策略，每年回顧國外最新文獻、並聚集專家召開諮詢會議，以歸納綱要；除刊登於中心網頁、以提供政策擬訂與專業人員工作之建議方針，並由衛福部提供各縣市衛生局參考運用。

由於各縣市之人口組成、環境特徵、產業聚落等各有不同，五種高危險性自殺方法被使用的頻率因而相異。若能透過地圖，瞭解不同自殺方法的地域分佈特性，將有助於各縣市依不同自殺方法之防治綱要、因地制宜擬出在地化的最佳策略。

下面以 106 年「以固體或液體物質自殺及自為中毒」的標準化自殺死亡率地圖為例：

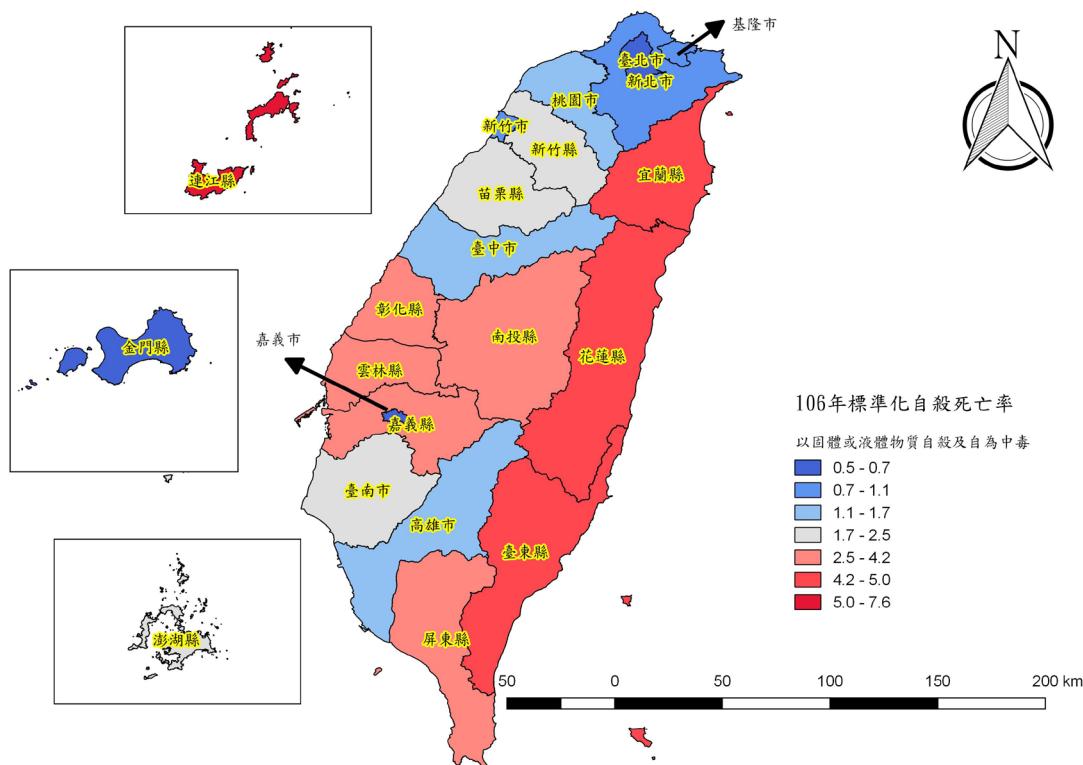


圖 3-6. 106 年標準化自殺死亡率地圖：以固體或液體物質自殺及自為中毒

以 106 年的資料顯示，普遍以東部縣市較高，其中前三高縣市依序為連江縣、宜蘭縣、花蓮縣。

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。以農藥自殺之防治若從政策面著手則能顯現成效，臺灣經過近幾年的研究與推廣，即將在 109 年禁用劇毒農藥巴拉刈，想必能大幅降低使用該方式自殺之比例。

四、標準化死亡比地圖介紹

當研究的族群，其年齡別死亡率不知道，或者由於數目太少致變動很大的時候，可利用標準人口的穩定比率來求出此研究族群的各年齡層的期望死亡率。該族群觀察到的實際死亡數再與各年齡層期望死亡數的總和相比，得到標準化死亡比。可表示如下：
 $SMR = (\text{觀察到的實際死亡數} / \text{各年齡層期望死亡數之總和}) \times 100\%$

此標準化死亡比的主要用途是在族群人口組成不同時的比較，透過標準化的計算，可比較出研究族群與標準人口間死亡率的差異，而不受人口組成不同的影響。

以全國 107 年度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 107 年度實際自殺死亡人數除以期望值則得到標準化死亡比（以全國為基準）。

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。

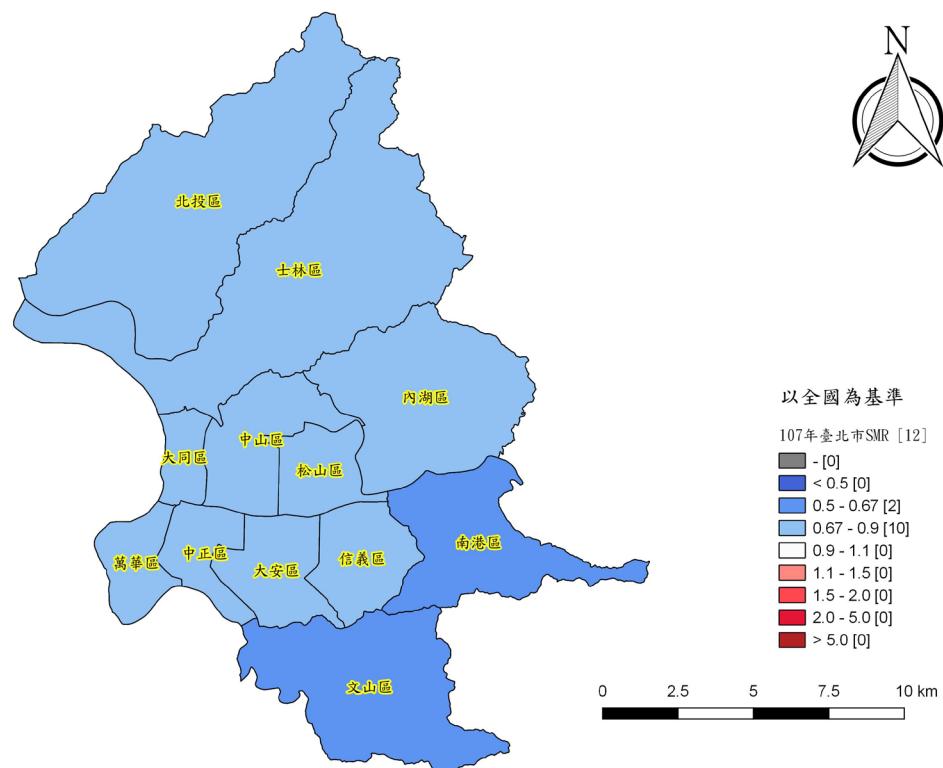


圖 3-7. 107 年台北市標準化自殺死亡比（以全國為基準）

以 107 年的資料顯示，台北市各行政區的標準化死亡比 (SMR) 均小於 1，表示台北市各行政區的自殺死亡風險，顯著小於全國的標準化人口死亡率。

五、自殺地圖判讀實例

經過以上三節的說明，最後以近年台北市資料為例，複習前三節的概念。

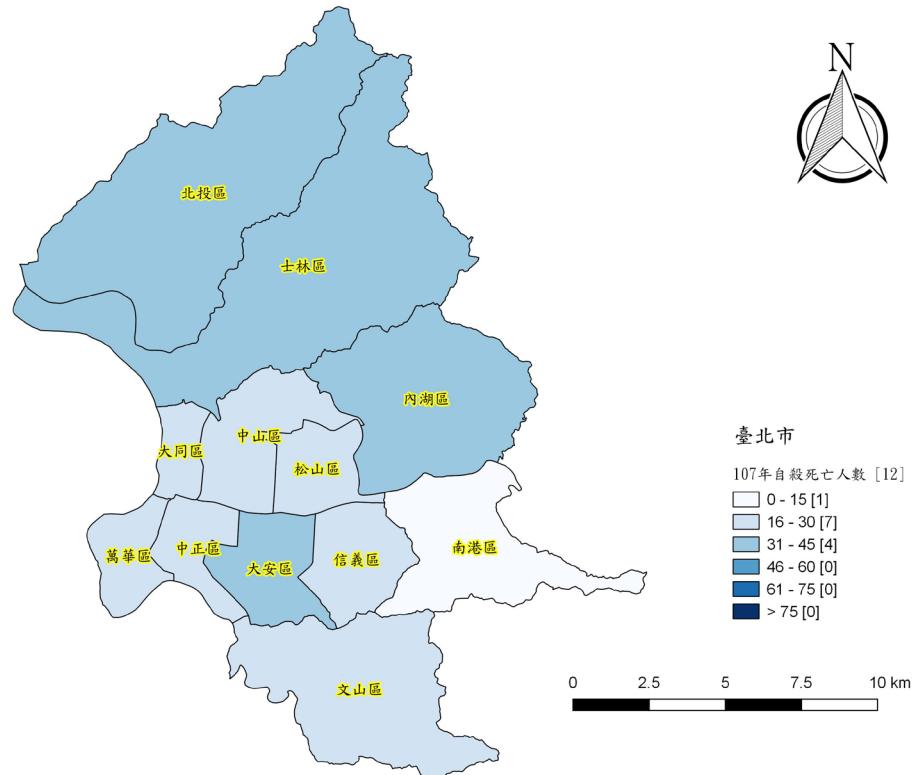


圖 3-8. 107 年台北市自殺死亡人數地圖

它可以幫助我們宏觀地得知，每個行政區在某年度因自殺死亡的總人數、大致落在哪個區間。因各行政區人口總數有異，它無法讓我們直觀地比較自殺死亡在各行政區人口中的發生率。

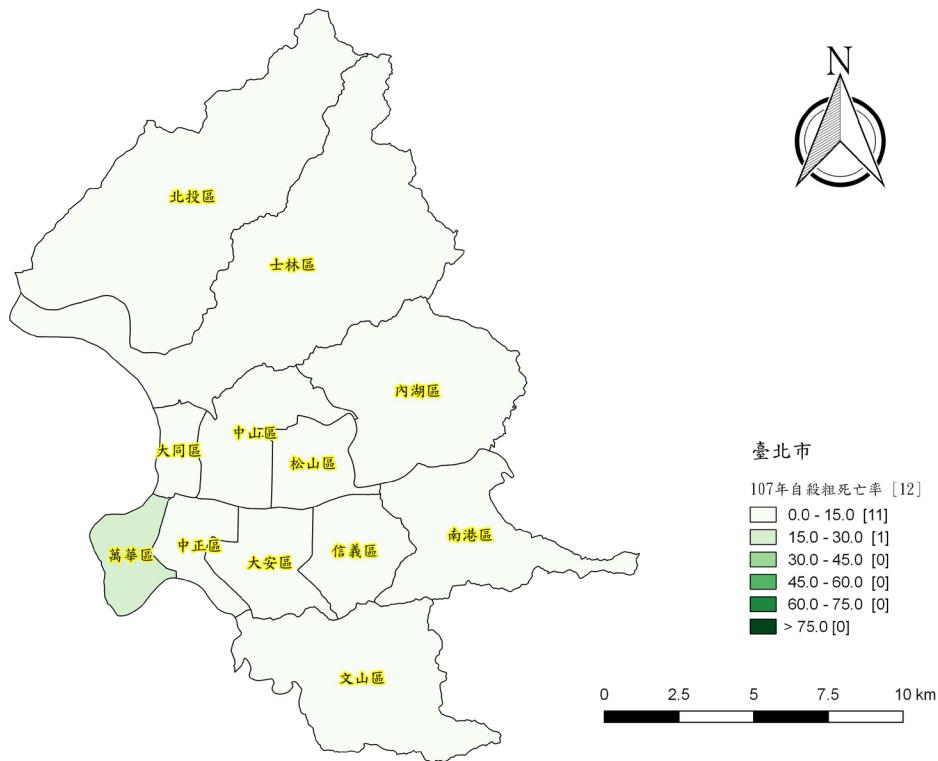


圖 3-9. 107 年台北市自殺粗死亡率地圖

將各行政區該年度因自殺死亡的人數，除以各行政區的年中在籍人口數，即得到各行政區的自殺粗死亡率。它直接反應出自殺死亡在各行政區人口中的發生率；發生率愈高，表示自殺死亡在該年度、該行政區，是愈需加以關注的公共衛生議題。

如先前所述，台灣年齡較大的族群，因自殺而死亡的比率較高，所以人口老化較顯著的行政區，自殺粗死亡率亦可能較高。若我們想探究不同行政區、年齡之外的其他可能影響自殺率的因子，就要對不同行政區的年齡人口比例，做出標準化的調整。

現今公共衛生研究常使用的標準化依據，是 WHO 2000 年標準人口年齡結構。在這共通的基礎上，不同行政區的自殺粗死亡率做了標準人口年齡結構的調整，就成為標準化自殺死亡率，如下圖所示。

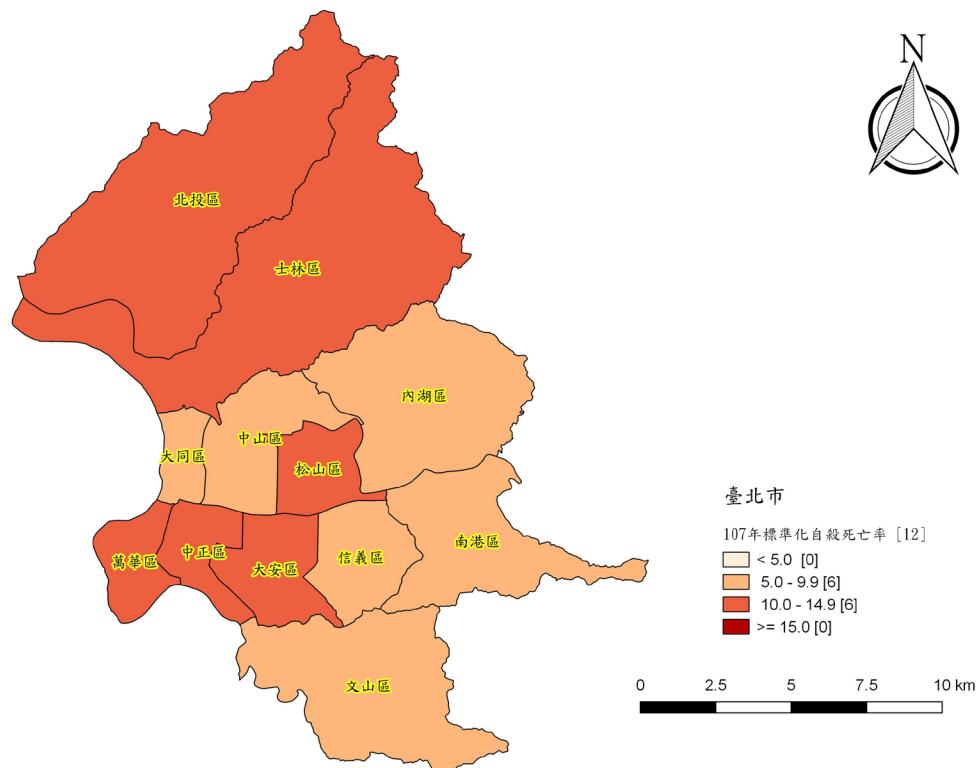


圖 3-10. 107 年台北市標準化自殺死亡率地圖

比較此處的標準化自殺死亡率地圖、和上述的自殺粗死亡率地圖，可以發現原本自殺粗死亡率相較於其他行政區顯得較高的「萬華區」，經過 WHO 2000 年標準人口年齡結構的換算後，標準化自殺死亡率落在和「中正區」、「大安區」、「松山區」、「士林區」、「北投區」相近的區間內，即每十萬人口 10.0-14.9 的區間。這個區間，也是民國 98 年以來的十年中，臺灣每年標準化自殺死亡率的座落區間。

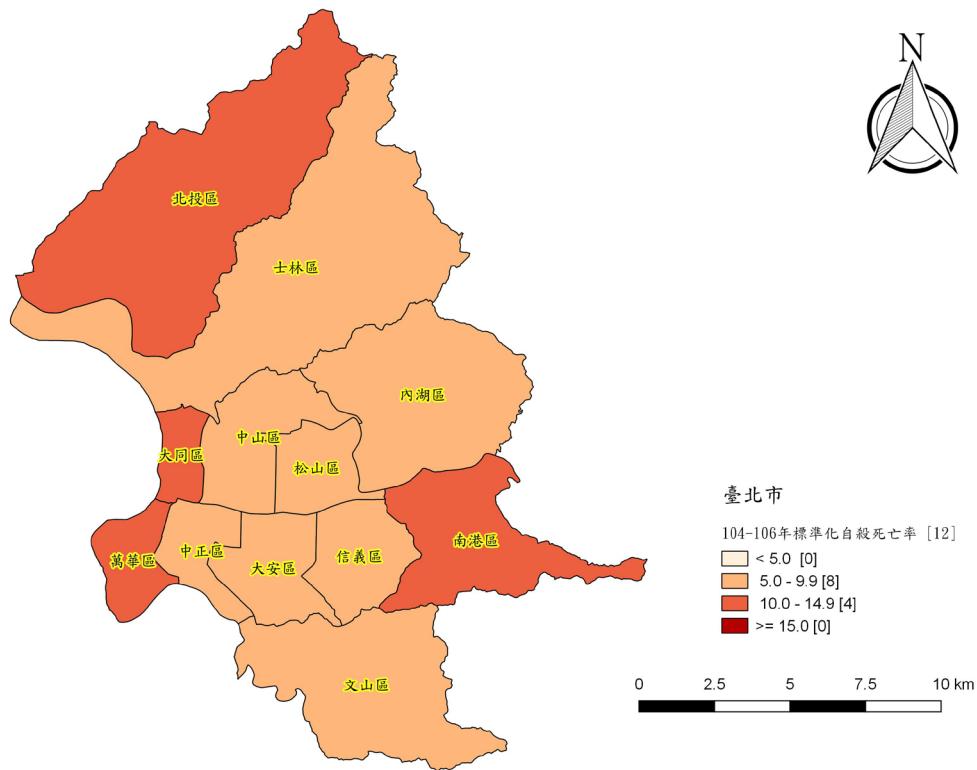


圖 3-11. 104-106 年台北市標準化自殺死亡率地圖

從統計學的角度而言，單一年的標準化自殺死亡率增、減，有可能只是機率法則下的隨機產物，但若我們將多個年度的數據平均，這個平均值反映的、就貼近於該地區數年之間的趨勢。

將 104-106 的台北市標準化自殺死亡率進行三年平均，繪如上圖，相較於 107 年的台北市標準化自殺死亡率地圖，可見：

- (1) 「北投區」、「萬華區」無論在 104-106 的三年平均地圖、或 107 年地圖，相較於其他行政區，都有著較高的標準化自殺死亡率。這值得公共衛生體系進行原因分析，以因地制宜提出良好的對策。
- (2) 「大同區」、「南港區」在 104-106 的三年平均地圖中有較高的標準化自殺死亡率，而在最近的 107 年地圖中、標準化自殺死亡率下降，這可以是 107 單一年的隨機變動所致，但也值得未來持續關注。
- (3) 「中正區」、「大安區」、「松山區」、「士林區」在最近的 107 年地圖中，相較於 104-106 的三年平均地圖，標準化自殺死亡率呈現上升，這可以是 107 單一年的隨機變動所致，但也需公共衛生體系持續關注。

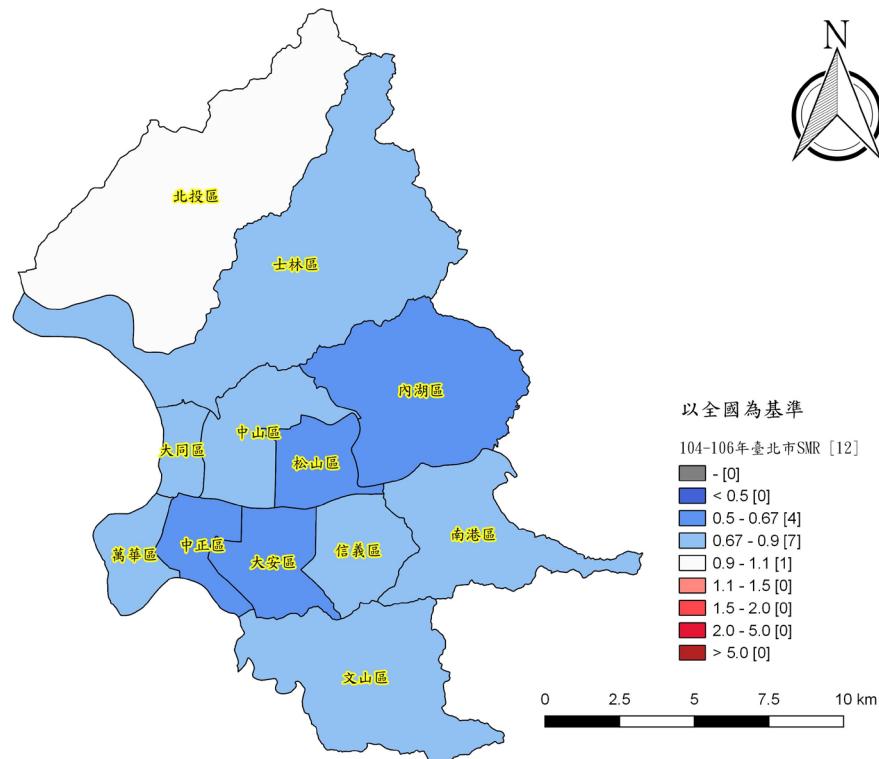


圖 3-12. 104-106 年台北市標準化自殺死亡比地圖

以全國 104-106 年各年齡層自殺死亡人數及年中人口數，乘上台北市各行政區各年齡層年中人口數，以計算死亡人數期望值，並將台北市各行政區 104-106 年實際自殺死亡人數除以期望值則得到標準死亡比。

圖中可見，104-106 年士林區的標準化死亡比 (SMR) 為 0.9-1.1，表示士林區的自殺死亡風險，與全國的標準化人口自殺死亡率相當，而台北市的其他行政區標準化死亡比 (SMR) 均小於 1，表示台北市其他行政區的自殺死亡風險，小於全國的標準化人口死亡率。

04 · 參 考 資 料

附件、自殺個案關懷訪視記錄回覆表

○○縣（市）自殺個案訪視紀錄回覆表

個案編號		分案日期	年 月 日
訪員		*訪視日期	年 月 日

一、基本資料：(原通報單資訊)

個案姓名：	身分證字號：	自殺類別：	
性別：	個案年齡：	通報次數：	
電話(日)：	電話(夜)：	手機：	
戶籍地址：			
居住地址：			
婚姻狀況：	教育程度：	職業類別：	
身份別註記：	自殺行為發生日期：	通報日期：	
自殺方式：	自殺原因：		
自殺後身體狀況：	目前有無精神科就診或進行心理健康諮詢：		
聯絡人(1 姓名)：	關係：	聯絡人電話：	聯絡人手機：
聯絡人(2 姓名)：	關係：	聯絡人電話：	聯絡人手機：
注意事項：			

二、訪談摘要：

- 1.*訪視方式：家訪 電訪 其他地點面談
- 2.*個案受訪情形：

<input type="checkbox"/> 個案本人	<input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 朋友	<input type="checkbox"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 個案本人拒訪	<input type="checkbox"/> 家屬拒訪	<input type="checkbox"/> 朋友拒訪	<input type="checkbox"/> 其他拒訪
<input type="checkbox"/> 訪視未遇			
- 3.*個案目前狀態：有自殺意念 無自殺意念 通報時已死亡 (請續「四、處遇計畫」)
訪視時已死亡 (請續「四、處遇計畫」) 不清楚
- 4.*有無支持系統：無 家人 朋友 其他：_____ 不詳
5. 宗教信仰：無 佛教 道教 基督教 天主教 回教 一般民間信仰 其他：_____ 不詳
- 6.*目前問題：生活適應 人際適應 工作適應 經濟問題 婚姻問題 情感問題 家庭問題
養育問題 醫療問題 福利資源 學業問題 親友離世 其他_____ 無
- 7.*曾透露出自殺的訊息：有，向誰透露：_____ 無
- 8.*曾有過自殺行為或企圖：有，次數：_____ 次 無
- 9.*是否育有 6 歲以下幼兒：是(請填寫以下高風險家庭評估共 1 項) 否 不清楚
 (1 家庭成員關係紊亂或家庭衝突：如家中成人時常劇烈爭吵、無婚姻關係帶年幼子女與人同居、頻換同居人，或同居人有從事特種行業、藥酒癮、精神疾病、犯罪前科等：有 無)
- 10.*是否知道安心專線及電話：是 否
12. 非本人訪視摘要：_____

三、主/客觀資料

1.個案主觀描述(含生活情形、自殺原因)：

2.客觀觀察資料(含外觀觀察、人際關係、非語言訊息、生心狀態觀察、居住環境)：

四、自殺風險評估

1.危險因子：

2.保護因子：

3.治療順從性評估：

4.生理精神狀態：

5.*簡式健康量表分數(電話版)：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題使您感到困擾或苦惱的程度。

***本題 BSRS 分數記錄的對象為個案本人，且須由個案本人所回答。**(1) 睡眠困難，譬如難以入睡，易醒或早醒：完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害(2) 感覺緊張不安：完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害(3) 覺得容易苦惱或動怒：完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害(4) 感覺憂鬱、心情低落：完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害(5) 覺得比不上別人：完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害※有自殺的想法：完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害

總分：_____ BSRS 未完成或未詢問原因說明_____

6.*再自殺意念及風險評估：

高度風險(可複選)：重複想到死，或是強烈的自殺意念 有自殺計畫 有立即生命危險中度風險(可複選)：有自殺意念，但衝動控制能力尚可 無立即之自殺計畫低度風險(可複選)：否認目前有再自殺意念或計畫者**五、*處遇計畫：**

1.*處遇計畫：

安排家訪 (下次訪視日_____ 安排電訪 (下次訪視日期：_____ 安排其他地點之面談 (下次訪視日期：_____ 安排遺族關懷 (下次訪視日期：_____

提供緊急資源、協助就醫 協助家庭尋求及應用資源，以增進家庭支持性及完整性能力轉介社會局 轉介勞工局 轉介心理諮商輔導：_____轉介醫療機構處置：知 通報學校輔導(如為學生務必通知) 轉介其他單位：_____轉出至其他縣市衛生局：_____

*(居住地址變更：_____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區_____)

結案，結案原因：追蹤屆滿3個月 依縣市自訂標準結案 依督導會議決議 再次被通報轉介其他局處或單位 拒訪，已寄關懷信 失聯 其他(請說明)_____

明：_____

結案評估：_____

2.*目前個案有無其他機構介入關懷：無 有_____

- 自殺數據判讀指引 -

發行人 | 陳時中

主編 | 李明濱

編審 | 陳俊鶯

編輯群 | 詹佳達、吳佳儀、陳宜明、戴萬祥、張書森、廖士程、
張家銘

助理編輯 | 范凱森、林佩臻、林家鈴

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 | 9786267137260



珍愛生命數位學習網



珍愛生命打氣網



心情溫度計 APP