

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

112 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 二 年 十 一 月 三 十 日

目錄

前言	0-1-1
摘要	0-2-1
整體執行策略及步驟	0-3-1
壹、全國自殺防治中心組織	1
貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料	2
一、111 年度自殺防治統計分析及防治策略報告	2-1-1
二、111 年度自殺死亡地圖	2-2-1
三、全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書	2-3-1
四、自殺企圖者之通報與關懷追蹤	2-4-1
參、辦理自殺防治之實證研究	3
一、後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議	3-1-1
二、兒少及原住民自殺防治策略建議	3-2-1
三、長期照顧與自殺防治	3-3-1
四、自殺防治現況調查	3-4-1
肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估	4
一、編製 111 年自殺防治年報(電子書)	4-1-1
二、輔導並推動因地制宜之自殺防治	4-2-1
三、強化媒體及網路平臺互動與因應	4-3-1
四、自殺防治新聞媒體聯繫會議	4-4-1
五、追蹤巴拉刈禁用後自殺趨勢	4-5-1
六、滾動式修訂自殺防治系列手冊	4-6-1
伍、教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議	5
一、提列外部督導專家學者名單	5-1-1
二、珍愛生命數位學習網之維護與推廣	5-2-1
三、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣	5-3-1
四、全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣	5-4-1
五、世界自殺防治日系列活動	5-6-1
陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制	6
一、關懷訪視紀錄之抽查與建議	6-1-1
二、研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師之教育訓練措施及機制	6-2-1
三、自殺關懷訪視員課程規劃	6-3-1
四、自殺防治通報系統增修建議	6-4-1

柒、 其他辦理事項.....	7
一、 配合衛生福利部辦理事項	7-1-1
二、 刊物之發行與推廣	7-2-1
三、 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查	7-3-1
捌、 執行成果檢討與建議	8

前言

一、背景提要

依據衛生福利部統計資料，111 年國人標準化自殺死亡率為每十萬人口 12.3 人，較 110 年上升 6.0%。自殺死因排行自 99 年起已連續 13 年列於國人十大死因之外。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，並以實證資料分析結果為依據，擇群、擇眾、擇場域深入持續推動，且配合因地制宜之策略徹底落實。

二、衛生福利部委託「112 年度全國自殺防治中心計畫」

112 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 111 年之自殺通報人次及通報比持續上升。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、研析長期照顧與自殺防治、針對後疫情時代所帶來的經濟衝擊提出自殺防治之相關策略、結合長期照顧、社工等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。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」及衛生福利部政策內容滾動式修正自殺防治系列手冊。辦理自殺防治業務輔導及自殺防治工作坊。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。

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；今年臺灣疫情雖已解封，後續的經濟及心理健康影響仍需要特別重視。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「112 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。

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第略依據，承接衛生福利部之 112 年度「自殺防治中心計畫」主要工作結果摘要如下：

一、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

1. 111 年度自殺防治統計分析及防治策略報告

全國111年自殺死亡人數3,787人(男性2,419人、女性1,368人，性別比1.77)；自殺標準化死亡率每十萬人口12.3人(男性15.9人、女性8.8人)，較95年(每十萬人口16.8人)下降26.7%，較110年之每十萬人口11.6人上升。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率自83年起逐年增加，於94年大幅上升(每十萬人口25.8人)，至95年達高峰(每十萬人口26.7人)後呈現下降趨勢，於97年上升後繼續呈下降趨勢，直到105-107年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口21.8人，110年下降至每十萬人口20.0人，111年上升至每十萬人口21.0人，與最高峰95年相比降幅為21.3%。

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4.2(男性2.1、女性9.7)，女性為男性的2.00倍。其後逐年攀升，111年上升為45,366人次(男性15,205人次、女性30,161人次)，自殺通報比為11.4，女性為男性之1.98倍，111年自殺通報人次與110年相比增加4.4%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，但111年自殺通報比較110年相比則降幅為0.9%。

2. 111 年度自殺死亡地圖

資料視覺化(Data Visualization)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. 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書

分析全國及22縣市自殺相關資料特性編寫「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。

完成全國性自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書1份，內容分析臺灣自殺相關數據與現況，擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建言。

22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書共22份，分別分析各縣市自殺現況，擬定因地制宜的自殺防治計畫建議，內容為全國性自殺防治計畫建議外符合各縣市不同狀況之自殺防治策略。各縣市自殺防治計畫建議包含指標性、選擇性及全面性策略，針對全國性策略所不足點作補充。

4. 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111年總通報人次為45,366人次，與前一年度相比上升4.4%，112年1月至9月通報人次為35,175人次。全國通報比在95年僅4.3之後逐年上升，111年為11.4。

其中女性通報23,339人次，男性通報11,823人次，女性為男性1.97倍；在自殺方式部分，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.4%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(32.3%)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」(52.7%)、「情感／人際關係」(49.1%)及「工作／經濟」(12%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(31%)、「情感／人際關係」(28.7%)

及「工作／經濟」(11.2%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(37.2%)、「情感／人際關係」(34.6%)及「校園學生問題」(6.6%)。

本中心持續根據每季通報數據變化，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、辦理自殺防治之實證研究

1. 後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議

2020年COVID-19席捲全球，成為全世界最為嚴重的傳染病，根據WHO統計，截至2023年6月已造成全球7.67億人染疫，693萬人病歿，台灣總計10,239,736人染疫，19240人病歿。歷經2年多的非藥物介入(NPIs)和封鎖政策，以及疫苗開發及接種，COVID-19病毒也不斷變異，從原始株到現在最多的omicron變異株，都造成防疫上的困難，根據我國陳建仁副總統表示，隨著時間推演，未來COVID-19病毒將邁向流感化，雖然我國已於5月1日起調整COVID-19為第四類傳染疾病，然而影響民眾身心卻可能還持續。

造成不同的時間、人口群也有不同的影響，以時間長短來看，短期可能會有物質濫用、創傷後症候群(PTSD)、焦慮、憤怒、害怕傳染、感覺危險、不確定性、不信任等心理的影響；長期來看，可能導致不良的行為、災難後反應、不恰當的因應行為更有可能導致精神疾病的惡化及穩定度(Esterwood & Saeed, 2020)，而高風險的族群包含小孩、青少年、老年人、孕婦及孕產期婦女(Hessami, Romanelli, Chiurazzi, & Cozzolino, 2020)、失業、海外求學的學生(Lai et al., 2020)、移工、受隔離的人、生理疾病及精神疾病史、COVID-19患者、醫療人員等(Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio, 2020)。同時COVID-19對經濟的影響不平等，不同的群體受影響的時間長短也不一致，同時經濟對心理健康所產生影響大多較為延遲，因此後續仍不可輕忽。

後疫情COVID-19時代心理健康及自殺防治之策略須涵蓋多層次的心理健康策略，包含心理健康提倡、初級預防至三級預防，以減緩COVID-19對各不同族群的影響，並持續強化自殺防治策略以減少受到精神健康受到影響之族群進一步走向自殺死亡，因此本章節整理出未來心理健康、自殺防治策略的政策實施方向，以利提升我國整體民眾心理健康。

2. 兒少及原住民自殺防治策略建議

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。

台灣近年兒童及青少年的自殺死亡率亦有攀升之現象，也成為國內政府、專家、老師、家長各單位所關注的議題，而各學齡層尤其是大學學齡層，從103年每十萬人4.57上升至111年每十萬人10.56，國內專家認為可能與Z世代社群網路的盛行有關，當中COVID-19的隔離措施、學校關閉，造成學生族群使用社群媒體的機會大增，進一步引發憂鬱、自殺的機會也增加，由自殺死亡方式來看，由高處跳下仍是各學齡層需積極防範的方式，除此之外，由於COVID-19的隔離造成家暴議題、脆弱家庭學生的比例竄升，因此對相關議題擬定更加完善的自殺防治策略也更加迫切，然而自殺往往非單一因素所造成的，所以多層次的自殺防治策略相當重要，從校園到社區，從老師到家長，都需要一起為自殺防治努力，才更有可能減緩當前的問題。

原住民則是另一個需要關注的群體，由於受到強勢文化的侵襲影響，導致文化變遷快速，個人不足以適應，並喪失傳統文化及自我概念，原住民可能以飲酒作為紓解壓力的方式，另一方面，原住民可能受到不公平的對待，以致於不論社經上或心理健康上均位居弱勢，COVID-19的疫情更加惡化原本的不平等，110年在中壯年自殺死亡率上升，對比失業率的升高，可能反應109年比起全體民眾略高，而失業對原住民的影響又比非原住民影響來的高，因此更完善的社會福利措施，都是未來可能亟待加強，另一方面，原住民老人亦受到COVID-19的疫情影響，造成社交支持的減少，而造成老人自殺死亡率的上升，也因此減少COVID-19所造成的影響勢必原住民的自殺防治策略為未來努力之方向之一。

3. 長期照顧與自殺防治

隨著台灣步入高齡化社會，長照服務已成為台灣重要的衛生福利政策，然而照顧者與被照顧者自殺事件，甚至是殺人後自殺仍不時傳出，因此如何及早發現高自殺風險照顧者與被照顧者是相當重要的自殺防治策略，另一方面台灣的照顧者負荷深受孝道文化的影響，比起國外的照顧者壓力更是大，所以相關的喘息服務、諮商等資源是否能協助到個案也成為關鍵。

110年的自殺防治調查則發現COVID-19 期間老年孤寂造成的身心健康問題更值得關注，同時文獻回顧發現照顧者照顧負擔的強弱可能是COVID-19期間影響心理健康是否進一步惡化的重要因素之一，而111年老

年人可能因疫情隔離措施造成自殺死亡率的上升，而自殺企圖通報資料庫串聯則發現被照顧者如屬新制第一類身心障礙類別其自殺企圖風險較高，其中被照顧者自殺原因以憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病，急性化問題，家庭成員問題為前三位，照顧者則以憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病及家庭成員問題為前二位，自殺死亡資料串連分析則發現男性、ADL小於60分、照顧者壓力較大都與自殺死亡風險相關。

未來針對長照被照顧者及照顧者仍須透過全面性、選擇性及指標性策略，共同推動以預防長者及照顧者自殺，同時鼓勵在家的長者多出來活動，才有機會提早發現高自殺風險者。

4. 自殺防治現況調查

新冠肺炎疫情不只帶來生理上危害，還包含心理、社會、經濟都有深遠的影響，而短期與長期也有不同的影響，短期來說，可能造成心理健康困擾症狀增加，例如焦慮、憂鬱、創傷後壓力症候群(PTSD)等，長期來說，新冠肺炎對社會、經濟造成巨大影響，加劇社會不平等，進而導致精神疾病的增加，因此針對國內民眾進行調查了解新冠肺炎至今對民眾的影響，便顯得格外重要。

今年將藉由106-112年每年進行之15歲以上民眾「心理健康及自殺防治認知與行為」流行病學調查，探討疫情爆發至今新冠肺炎對民眾影響趨勢，以發掘可能潛在的危險人口群。

分析結果發現男性面臨因疫情而導致心理健康、家庭及人際關係、工作或經濟需求問題、課業問題、日常生活問題壓力非常嚴重時，比起女性更不擅求助或舒緩心理壓力，然而面對輕微壓力時，男性可能因忍受度較佳，故情緒困擾比例較女性低，

中高齡者可能因本身身體脆弱性，造成其情緒困擾比例較其他年齡層高，而15-24歲在其他方面壓力衝擊造成其心理困擾比例均較其他年齡層高，可能與15-24歲因年紀較輕，缺乏因應大型壓力的經驗，因此未來可持續提升15-24歲缺乏面臨重大壓力的因應能力，導致其情緒困擾比例較其他年齡層高，因此建議未來可強化年輕族群對重大壓力的因應能力。

不同縣市遭受的壓力可能導致不同情緒困擾比例，在身體健康方面，以桃園市有情緒困擾比例較其他縣市高，而心理健康方面則以桃園市及臺南市，在家庭及人際關係問題方面，則以高雄市，在工作經濟需求問題方面，

則以新竹市，因此各縣市可針對不同議題發展適當心理衛生資源及經濟支持方案。

三、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

1. 編製 111 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111年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「111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，本次年報以專題文章的方式，向民眾介紹111年於自殺防治的重要主題。

2. 輔導並推動因地制宜之自殺防治

新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行迄今，已進入後疫情的時代，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，結合分享國內外COVID-19新冠肺炎疫情過程中心理健康與自殺防治相關文獻，供政府及有關單位參考，同時為了解各縣市衛生局後疫情期間推動心理健康與自殺防治策略成效、經驗及自殺關懷訪視計畫辦理情形，故辦理後疫情時代之心理健康與自殺防治工作坊。

此外，自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域及臨床特性差異，自殺防治策略規劃必須「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互動式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。

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112年度自殺防治互動式輔導訪查，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力，並協助加強參與互動式輔導訪查之縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導追蹤及後續成效評值、依各縣市需求進行議題討論。

3. 強化媒體及網路平臺互動與因應

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。

除新聞媒體外中心也於103年研擬教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，並藉由推廣監測及舉報，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。

本中心共發布6則新聞稿，1場媒體相關聯繫會議，並於112年5月5日舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」。

至112年10月31日共監測網路與紙本新聞媒體1361則自殺相關報導，並依規定投訴其中145則內含不當內容之報導。

截至112年10月26日共監測到580則含自殺方法相關內容之網頁，經檢舉已下架435則，剩餘未下架者境內網站7則，未下架比例為4.1%；境外網頁138則，未下架比例為33.8%。

4. 自殺防治新聞媒體聯繫會議

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及影視作品。

今年主題為「疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」，以中心人員及中華編劇學會、iWIN代表各舉影視作品、自殺新聞案例的方式進行討論，希望透過雙方對話，擴大往後媒體在自殺防治中正向效應。

本次會議於112年5月5日下午2時30分於臺大校友會館四樓會議室舉辦，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詹佳達秘書長、中華編劇學會鄧依函副秘書長、台灣自殺防治學會吳佳儀理事、iWIN網路內容防護機構韓昊雲組長。因疫情趨緩，本次會議開放實體參與的同時，也開放線上參與，供不便實體到場之單位仍能派員與會，同時讓對自殺防治議題關心之民眾亦能旁聽與提問。

會議邀請衛生福利部李麗芬政務次長、立法院吳玉琴委員、邱泰源委員及王婉諭委員致詞，實體參與人數共40人，線上同時參與人數最高達38人。

其中實體參與者衛生福利部4人、立法院3人、教育局1人、消防局1人、衛生局8人、相關學協會9人、媒體單位9人。

5. 巴拉刈禁用後之自殺趨勢

「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」。

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。

為探討巴拉刈禁用之成效，全國自殺防治中心，已於110年6月21日發表The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan 於Clinical Toxicology期刊，今年度將持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢。

整體看來巴拉刈自殺死亡率持續下降，然而農業縣老人使用巴拉刈自殺情形仍須注意。

6. 滾動式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。有鑒於此，111年度本會依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新自殺防治手冊項目及內容，112年度本會將依「強化社會安全網計畫2.0」及貴部心理健康及自殺防治之最新政策持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。

四、教育訓練、活動規劃及召開發展會議

1. 提列外部督導專家學者名單

自殺關懷訪視員所面臨到的個案狀況常是包羅萬象，難以用單一通則來解決，若訪員缺乏適當的團隊支持與自我照顧能力，很可能會影響訪視服

務品質，因此完善的督導機制便是訪員最主要的支持與援助，針對棘手個案提供即時性的處遇建議與評估，進而增進訪視服務之成效。

中心參考各領域專家學者經歷、專長，提列各區外督專家學者建議名單共7份，提供縣市衛生局予辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

2. 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9月，本站醫事人員通過人次為358,694人次，自殺防治人力專區通過人次為6,491次，非醫事人員相關專區之課程通過人次共計15,409人次。

3. 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。有鑒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10月3日止中心共協助推薦外部單位講師共22場、參與訓練的學員共2191人，單位為醫院、軍警單位、學校及長照機構。依中心推薦講師流程，每場講座均會寄送「心情溫度計」電子檔案於主辦單位供講師使用。

5月27日於台大醫院第七講堂混合線上辦理「第一線人員自殺防治守門人課程」，由衛生福利部、台灣自殺防治學會、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：「疫情後自殺防治之趨勢及發展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺防治守門人的知能」及「社會資源網絡與轉介技巧」探討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5-4-2。

當日現場含線上總人數為5893人，社會工作者佔554人，長照人員佔537人，西醫師佔175人，精神科醫師佔31人，護理人員佔3195人，臨床心理師佔195人、諮商心理師佔268人，藥師佔463人，職能治療師佔441人。

112年度截至10月底共辦理29場次PGY參訪訓練課程，501人參與，由本中心陳俊鶯副主任、詹佳達醫師、張家銘醫師、陳宜明醫師、蘇泓洸醫師等擔任講師。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就有就醫行為，臨床醫師扮演了守門人重要一道防線。

4. 全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣

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，並將臉書粉絲團專文更心於自殺防治中心網站，截至9月止，網頁總瀏覽數為153,175次。

從2010年底設立珍愛生命打氣網粉絲專頁以來，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9月30日止，粉絲專頁追蹤人數共有13,387位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，固定每日皆會發佈貼文，向民眾宣導心理衛生知識與自殺防治概念。

5. 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」，另訂2023年世界自殺防治日記者會主題為「展現行動，創造希望-凝聚力量 守護生命」，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徵文活動、世界自殺防治日海報設計活動與國際性活動—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，世界自殺防治日記者會原定9月10日假台大醫院國際會議中心三樓舉行，因契約變更故取消辦理。

五、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

1. 關懷訪視紀錄抽查摘要

配合新版訪視紀錄單於112年1月正式啟用，中心針對審查標準及審查辦法進行修正，從往年每縣市每半年審查一次，改為每縣市每季輪流一次。每月抽查7至8縣市之訪視紀錄，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。

截至10月已完成三輪審查，合計共審查744份。各縣市共提供27則意見回饋，大部分縣市皆無意見回饋且均可依建議改善。參考各縣市意見回饋，經中心討論後調整要點或方式包括：1)關於自殺防治通報系統設計相關建議，已於三月份發文各縣市蒐集系統功能增修建議並彙整提報予系統維護廠商、2)關於自殺關懷訪視紀錄表單設計及訪視流程/結案標準相關建議，應屬個案管理流程或個案本身特殊狀態方面問題，仍需透過專家學者討論方能研擬合宜改善作法、3)關於審查意見相關建議，本中心將參考各縣市意見，討論審查準則並增修審查的建議內容。

今年度起實施新版訪視紀錄審查辦法及審查標準，各別縣市撰寫紀錄品質整體為「優」或「良」居多。部分紀錄撰寫困境與新版自殺防治通報系統設計有關，顯示系統建置及紀錄完整性仍有改善空間。部分紀錄在紀錄連貫性上較為欠缺，如紀錄資訊前後不一等，宜提升訪視紀錄之資料連貫性。舊版紀錄上較少呈現的「生理精神狀態」及「治療順從性評估」，在新版訪視紀錄表中獲得改善。在社會資源轉介與橫向連結方面，將就醫治療史相關資訊納入必填項目後，可更具體了解個案在使用醫療資源相關訊息。未來中心將持續追蹤檢討因行政流程而自動結案之紀錄、心衛社工訪視紀錄等是否納入審查範圍。

第四輪審查持續進行中，持續追蹤各縣市改善情形，於俾了解紀錄品質是否提升，針對不足之處提出具體改善建議，並參考各縣市提供之意見回饋，調整今後撰寫審查建議方式。

2. 研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師之教育訓練措施及機制

自殺防治守門人訓練為國家自殺防治中心重要工作，民國108年臺灣頒布自殺防治法後，第九條明訂自殺防治守門人角色為「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」，並列為國家自殺防治中心的主要任務。依據自殺防治法施行細則第12條，守門人教育訓練須包含以下內容：（一）自殺防治守門人之基本素養；（二）自殺防治相關法令及綱領；（三）自殺危險因子及保護因子；（四）自殺防治現況及策略；（五）自殺風險評估之方法與技巧；（六）自殺行為之預防及危機處理技巧；（七）資源轉介：醫療暨其他資源網絡，學會於110年提出「自殺防治守門人講師認證暨教材標準化計畫」，希望透過辦理「自殺防治守門人講師訓練」工作坊，藉由標準化培訓指引、訓練大綱及教材內容，達成守門人講師專業一致性，以符合社會大眾的需求與期待，在111年11月20日已辦理「自殺防治守門人講師訓練」專家會議。

學會今年辦理112年自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議，於112年4月21日及112年5月12日辦理兩場次，並且在兩場次的會議當中，宣導關於培訓自殺防治種子教師之教育訓練的方法，希冀提供給各縣市，使更多縣市能夠推廣守門人講師訓練，後續會將辦理場次各縣市需求，研訂培訓自殺防治種子之教育訓練措施及機制。

另於112年7月25日舉辦學會第五屆第四次教育宣導委員會會議，討論關訪員種子師資培訓之未來方向、共同檢閱機制草案內容。將依會議結論修改的草案去信內部專家，得出具共識之成果。

3. 自殺關懷訪視員課程規劃摘要

行政院於107年2月核定「強化社會安全網計畫」，為建立家庭與社區永續支持體系，強化社會安全網（以下稱社安網）擴充地方政府各項專業人力，強化各網絡間的合作機制，共同建構完善的安全網絡。為協助第一線工作人員因應背景多元且問題複雜的自殺個案，持續了解社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員之進修需求、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，實為社會安全工作中不可缺少的一環。

依據社安網第二期計畫，將各項目人力劃分為五類分別規劃相關課程：「心理師、心理輔導員，24堂課」、「護理師，23堂課」、「社工、方案管理社會工作人員，9堂課」、「心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員，42堂課」、「藥癮個管員、職能治療師，8堂課」。依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，於珍愛生命數位學習網開設自殺防治人力專區並持續錄製最新課程。112年度新增3堂課程，於6月份發文衛生福利部進行課程申請，經審認同意後開課。目前自殺防治人力專區合計共有課程42堂。

未來持續對珍愛生命數位學習網之自殺防治相關人力初階/進階現有課程進行檢視，配合衛生福利部需求與指示，規劃符合社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員實務需求之線上課程。未來將參考學員回饋意見，以及今年度辦理兩場次『自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議』討論結果，做為未來規劃關懷訪視相關人力課程修訂方向之依據，以期達成提升實務專業知能的目標。

4. 自殺防治通報系統增修建議

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。

因應112年1月1日正式啟用新版自殺關懷訪視單，為輔助自殺關懷訪視作業，本中心將持續蒐集各縣市關懷訪視人員系統使用上常見問題，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，並依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。

為配合衛生福利部心理健康司來函，全國自殺防治中心蒐集彙整各縣市衛生局及關懷訪視人員針對自殺防治通報系統功能之增修建議(共計12項)，並提報予系統廠商。心理健康司於4月27日召開自殺防治通報系統需求討論會議，與系統廠商共同檢視現行月報表定義及邏輯，並討論112年度系統需求功能新增修改及上線時程優先順序。

六、其他辦理事項

1. 配合衛生福利部辦理事項

今年度配合衛生福利部辦理事項包含依據「111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」，提供兒童及少年自殺防治行動方案、協助擬定112年死因統計記者會所需之相關說帖、配合辦理自殺防治諮詢會及全國自殺防治綱領草案修改。

與安心專線得標廠商共同辦理「自殺防治工作聯繫會議」項目，因衛生福利部未規劃執行，今年未有成果。

2. 刊物之發行與推廣

《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)展為英文期刊，自111年起由《自殺防治網通訊》(Newsletter for Suicide Prevention Network)更名轉型，接續原卷期數並正式出刊，截至112年九月為止已發行7期，並陸續邀請各國自殺防治專家學者共同編輯與投稿。第18卷第3期已於今年九月刊出，內容包含Editorials一篇、Review Articles兩篇、Special Articles一篇、Original Articles五篇及Case Reports一篇。第18卷第4期預計於十二月發行。透過專業資訊平台刊登JoS之論文，同時於中心網站更新，供有興趣之相關專業人員或民眾下載或線上閱讀，期望能鼓勵更多民眾接觸自殺防治相關訊息及資訊以達推廣之目的。

3. 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、霸凌經歷、疫情對民眾心理健康的影響、簡式自殺敘事量表(SNI-7)、心理健康情形、自殺經歷、自殺危機量表(SCI-5)、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。

整體執行策略及步驟

一、計畫目標

全國自殺防治中心(以下簡稱中心)依據自殺防治法及「全國自殺防治中心計畫」(以下簡稱本計畫)，推動各項具體方案以實踐下列目標：

1. 自殺防治現況調查。
2. 自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。
3. 每年製作自殺防治成果報告。
4. 輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治。
5. 推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。
6. 建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。
7. 推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。
8. 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。
9. 其他自殺防治有關事項。

二、執行策略及步驟

自殺防治涉及生物、心理、社會、文化等層面因素，中心應用專業知識、實證資料以及國內、外經驗，來擬訂防治策略與方案，並且期待以科學的研究方法客觀評估成效，以做為防治策略的制訂原則。

為達成計畫目標，本計畫之執行策略分為內、外兩部分，內部包括設置全國自殺防治中心辦公室、工作人員訓練、進行研究發展及建立內部督導機制；外部包括提供自殺防治策略建議、協助完善自殺防治通報系統、自殺防治守門人教育訓練。

各需求項目依據 CIPP(Context, Input, Process, Product)評估架構，每一個為實現計畫目標而採取的行動都有其背景脈絡、資源投入、步驟過程以及結果產出。這種評估架構可以幫助我們全面了解計畫執行的情況，並確保我們在每個階段都能做出明智的決策。通過 CIPP 評估，我們可以確保每個行動都是基於正確的背景資訊、適當的資源投入和明確的過程，以產生預期的結果。

1. 背景(Context)
評估計畫的背景和目標。這包括了解背景、需求和期望，以及計畫的目的和目標
2. 輸入(Input)

評估計畫所使用的資源、策略和方法。這包括資金、人力、教學資源、培訓等。評估是否有足夠的資源來支持計畫的實施。

3. 過程(Process)

評估計畫的實施過程，包括執行行動、方法和策略。這一階段關注實施過程中的效率、可行性和執行的一致性。

4. 成果(Product)

評估計畫的結果和成果。這包括評估成果、目標達成情況、影響和效益。通過評估產出，可以了解計畫是否達到預期效果

三、全國自殺防治中心人力資源配置

社團法人台灣自殺防治學會承辦「全國自殺防治中心計畫」，負責執行相關業務，本會成員之專長遍及醫事專業、心理學、衛生教育、社會工作、流行病學、統計資訊、以及健康傳播等專業，為增強防治工作執行，亦結合本會之理監事、委員會及專業顧問群，組成各項業務推廣委員會，依業務需要定期推動並督導自殺防治相關業務，以確保全國性自殺防治工作之持續推展。中心與各委員會相對應組別分為：

1. 教育宣導組

- 1) 舉辦自殺防治之學術性及教育性訓練。
- 2) 出版自殺防治相關教育性及學術性雜誌及刊物。
- 3) 建立自殺通報關懷、醫院處置及防範照顧等標準作業標準及規範。
- 4) 提升民眾對心理疾患之自我監測及壓力管理能力。
- 5) 宣導正確心理衛生觀念，改善媒體自殺報導方式，持續推動自殺及精神疾病去污名化運動。

2. 研究發展組

- 1) 實施以自殺為主軸之流行病學、社會心理相關因素之研究。
- 2) 研究合乎國情之自殺防治系統評估以及成效指標。
- 3) 發展以自殺防治為目標之社區化健康促進策略。

3. 資訊管理組

- 1) 利用資訊與網路科技，建構並強化自殺防治網絡平台。
- 2) 數位學習課程之建立與宣導。
- 3) 發展視訊會議與社群網絡。
- 4) 與其它委員會共同合作發展之資訊相關事項。

四、進度及品質管控

1. 依期程辦理各項業務

於計畫期間依需求說明書規劃之各項工作內容辦理，若工作項目有規範辦理時間，於規範時間內完成工作項目並函送衛生福利部備查。

2. 定期召開業務討論會議

於計畫期間，每周由計畫主持人召開業務討論會議，會中依各組業務執行進度進行報告，並依照各項業務辦理情形提出討論案於會議討論，並於後續依照討論決議執行計畫內容。同時為確保計畫執行品質，定期邀請衛生福利部人員列席，以利衛生福利部掌握計畫需求項目執行進度。

3. 業務督導

由自殺防治學會理監事、計畫協同主持人不定期辦理業務督導會議，藉由個人或團體業務督導的形式，規劃業務後續執行方向，如遇業務執行困境，由業務督導與業務承辦人員討論解決方案，並將解決方案提出至前項業務討論會議進行討論。

4. 本會委員會不定期召開會議

各委員會於計畫期初召開會議，討論各項需求項目執行重點及詳細期程規劃。並視後續執行情形不定期由自殺防治學會理事長兼計畫主持人召開委員會進行討論。

五、總結

全國自殺防治中心自 94 年 12 月 9 日成立，致力於推行台灣本土化的自殺防治策略行動方案，除確實執行針對不同標的群體之全面性、選擇性、指標性策略，更努力連結既有之資源網絡，以達成「自殺防治、人人有責，網網相連、繼往開來」之預期目標。

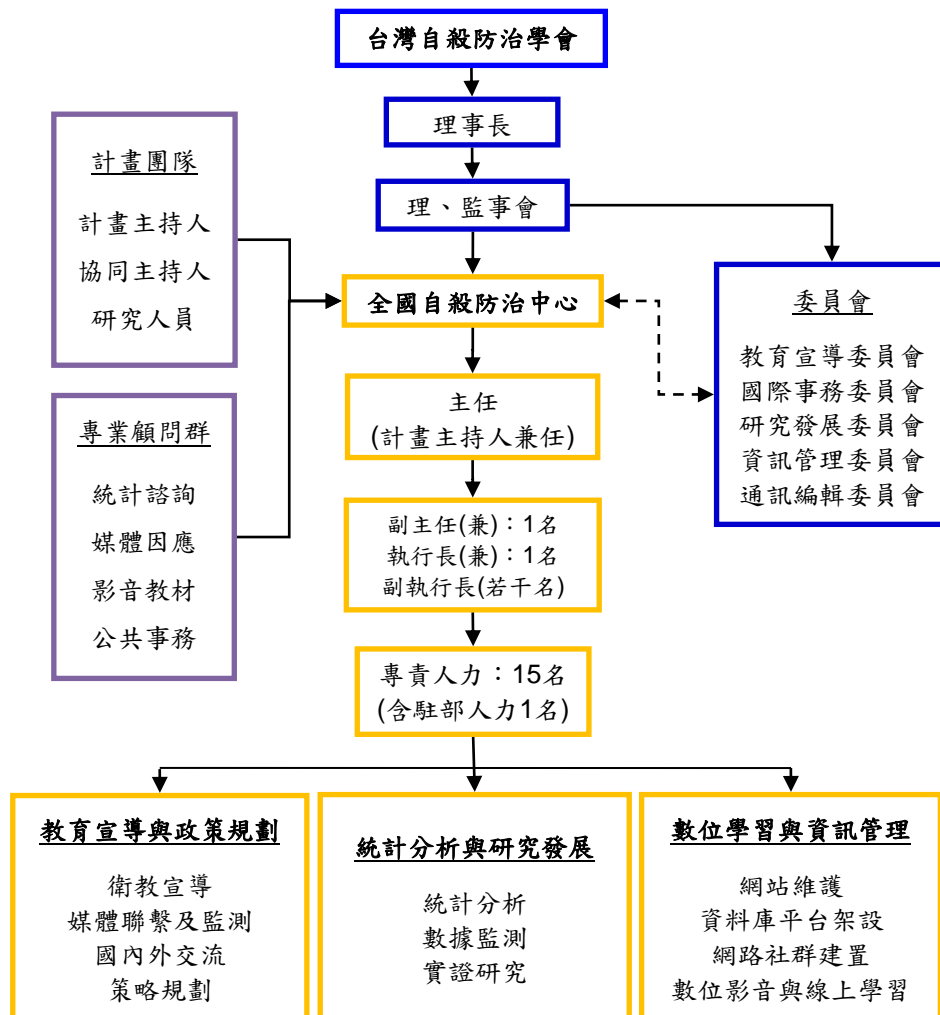
今年度仍以當代自殺防治策略之全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicated)三大向度作為主軸，促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合(network integration)，並透過資訊分析之實證基礎(evidence-based research)為策略依據，協助衛生福利部執行本計畫。

壹、全國自殺防治中心組織

工作項目 (依照 112年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(一) 設置全國自殺防治中心組織	
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，及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背景或專長，或自殺防治實務相關工作經驗者至少5名(其中1名為駐部人力，且具有衛生統計背景或專長)為佳。	詳見附件1-1-1

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)



112 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 2 員，專責「數位學習與資訊管理」相關業務；具統計專長人力 4 員，分別為統計學系 2 員、公共衛生學系 2 員，其中 1 員為駐部人力，其餘 3 員專責「統計分析與研究發展」相關業務；負責「教育宣導與政策規劃」相關業務為 7 員，科系涵蓋心理及諮商輔導相關科系，具有自殺防治實務工作經驗為 2 員，2 員均曾擔任自殺關懷訪視員。(圖 1-1-1)

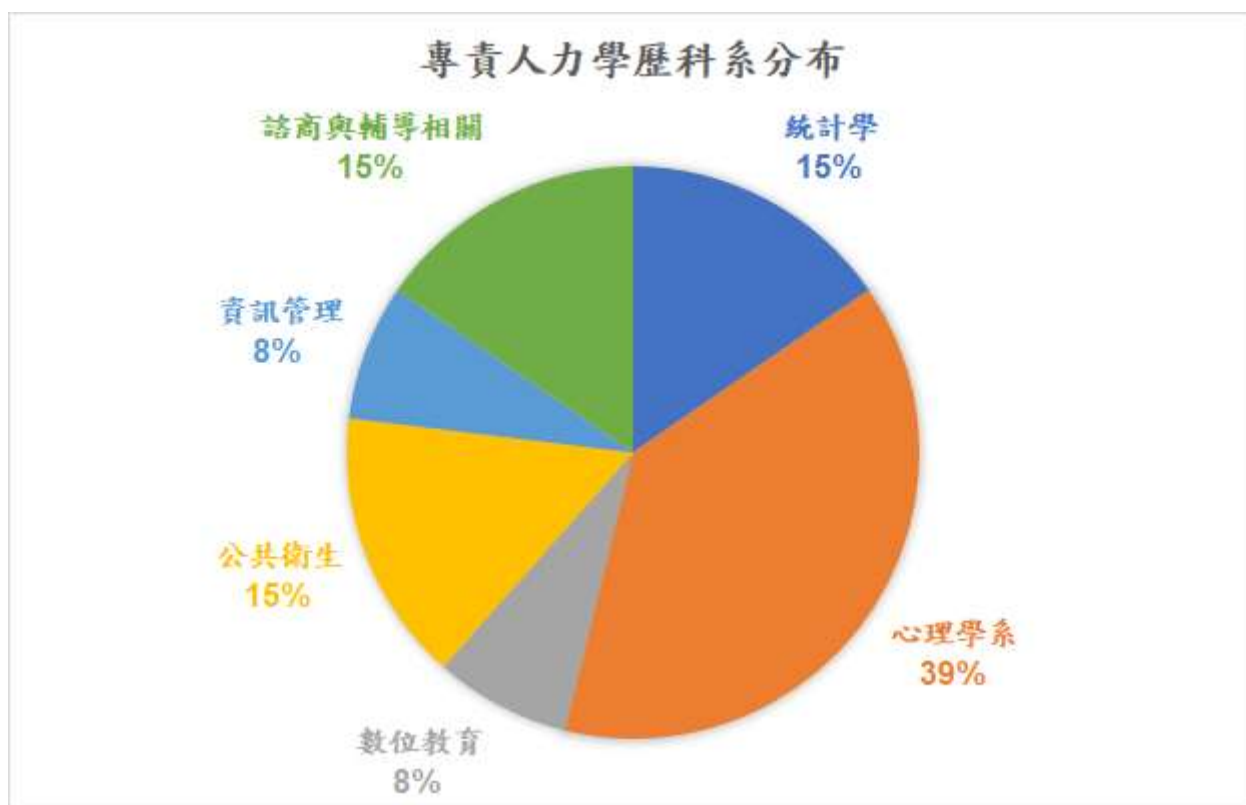


圖 1-1-1、全國自殺防治中心專責人力學歷科系分布圖

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，112 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。

貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

<p>工作項目</p> <p>(依照 112年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p>執行結果</p>
<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），包含自殺通報檔、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>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>2.配合本部發布「111年國人死因統計」結果及期程，完成下列工作：</p> <p>(1)協助研擬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>(2)於112年2月28日前，函報本部「111年度全國及各縣市之自殺死亡、自殺通報個案及自殺死亡地圖資料」分析架構。</p> <p>(3)於112年2月28日前，交付「111年總體自殺防治策略報告」，並賡續規劃112年度總體自殺防治策略報告。</p> <p>(4)依自殺防治法第9條第2項第2款規定，於112年3月31日前，依「111年總體自殺防治策略報告」及「111年自殺通報年報表」，完成更新「全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，提供本部及各縣市政府於推動因地制宜自殺防治行動方案或措施，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>(5)於112年12月31日前，依上開第(2)項分析架構完成分析「111年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料」並函報本部，供本部及各縣市政府參考運用。分析主題如下：</p> <p>a.全年齡層（請依本部統計處定義為之）。</p> <p>b.0至14歲、15至24歲之兒童及青少年。</p> <p>c.各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】（請依教育部統計處定義為之）。</p> <p>d.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）</p> <p>e.多元議題族群（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</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1、2.3章節</p>

<p>業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案等) f.其他經本部通知所需之主題。</p>	
<p>(6)於112年9月30日前，依上開第(2)項分析架構完成111年各縣市（按鄉鎮市區）自殺死亡地圖（含戶籍地及死亡地點）及相關資料（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、標準化死亡比等分析）之分析並函報本部，供本部及各縣市政府參考運用；俟函報本部後，配合本部通知將是項資料依本部「自殺防治通報系統」規格，匯入該系統之自殺防治地圖功能，供系統使用者查詢及利用。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.2章節</p>
<p>(7)於112年8月31日前，運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處定義為之)及各級學齡層(以教育部統計處定義為之)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、於非戶籍地死亡等個案之人口學特性、自殺死亡原因、方式、所在縣市及地點等，並提出相關風險指標。於完成前開分析後，函報本部「111年自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議」，並依該項報告擬訂具體策進作為及本部對外政策說帖等（含文字檔及簡報檔等）。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>3.定期撈取112年度自殺防治通報系統資料進行資料清檔及統計分析，並製作下列資料：</p> <p>(1)按月就本部自殺防治通報系統資料，進行統計及分析，並提交「全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析)」，供本部及各縣市政府運用，及按季提供各縣市政府滾動式修正自殺防治策略建議，並於次季追蹤其執行情形，按季彙整後函報本部。</p> <p>(2)按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，函送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，及按季提供前開醫院自殺通報趨勢分析；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。</p> <p>(3)應於履約期限終止前，或依本部指定期限，交付自本部取得之112年度自殺防治通報系統資料檔案，包含原始檔案(raw data)及清檔檔案。另廠商如曾取得本部111年度自殺防治通報系統資料檔案，應於112年2月28日前繳還本部（含原始檔案及清檔檔案）。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.4章節</p>

111 年度自殺防治統計分析及防治策略報告

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。

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、實證研究及資料蒐集及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提之下，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，俾利有效降低國人自殺死亡率。另外，為協助地方持續推動自殺防治工作，辦理強化自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

二、輸入

1. 執行步驟與方法：

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

- b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。
- c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

- a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。
- b. 資料說明：自殺企圖通報個案之相關資料。
- c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市、訪視情形、訪視方式等。

3) 資料清檔：進行資料清檔與串聯彙整。

4) 統計分析

- (1) 建立評估指標及分析自殺企圖者特性，包含自殺粗死亡率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺死因占率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺通報比(全國、各縣市)、自殺通報占率(性別、年齡層、自殺方式、自殺原因)、分案率、分案關懷率、結案率、通報單位類型分布、關懷方式類型比例、全國及各縣市個案關懷次數(平均值、標準差、中位數、最大值、最小值)、關懷後處遇計畫比例等。監測全國自殺死亡及自殺通報概況，並對全國自殺防治策略進行評估，藉以作為修正的參考。
- (2) 111 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、自殺通報方式、自殺原因、通報縣市、特殊身份別，交叉分析。
- (3) 111 年自殺死亡個案生前通報情形分別與性別、年齡、戶籍縣市，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:年齡分別與性別、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:年齡分別與性別、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:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (7) 110-111 年再自殺死亡危險因子分析。
- (8) 111 年自殺死亡個案生前訪視情形分析。
- (9) 111 年自殺死亡戶籍地與死亡地相異者性別、年齡層、自殺死亡方式、戶籍縣市分析。

2. 資源連結合作：

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

- 2) 資源連結內容及形式：提供分析報表及數據、系統使用回饋問題蒐集、互動式輔導訪查等。

三、過程

1. **組織建立**：延續籌組研究小組的規劃，由李明濱計畫主持人親自督導，小組成員專長涵蓋精神醫學、心理學、社會學、流行病學、生物統計、衛生政策及醫療保健等領域，持續進行老人相關議題、疾病與自殺、自殺工具與方式、自殺風險評估量表工具及巨觀的自殺防治等研究；並定期召開會議討論，以不同的統計方式整合中心現有的資訊，找出自殺高風險防範的介入點，並評估目前施行策略之成效性。
2. **資料蒐集**
 - 1) 自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：83 年至 111 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，由中心每年進行使用資料申請，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 111 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. **111 年自殺數據分析**
 - 1) 全國自殺死亡率變動趨勢(詳見附件 2-1-1)

臺灣的自殺死亡情況在 83 年自殺死亡人數為 1,451 人(男性 977 人、女性 474 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人(男性 9.0 人、女性 4.6 人)。其後逐年攀升，於 95 年上升至自殺死亡人數 4,406 人(男性 3,088 人、女性 1,318 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，其後逐年下降，並於 99 年退出國人十大死因，以標準化自殺死亡率觀察亦為同樣趨勢。惟自 104 年起，連續三年自殺死亡率上升，而 106 年至 108 年持平，109 年至 110 年下降，111 年較 110 年上升(粗

死亡率為每十萬人口 16.2 人，標準化死亡率為每十萬人口 12.3 人，國人死因第 12 位)。(如圖 2-1-1)

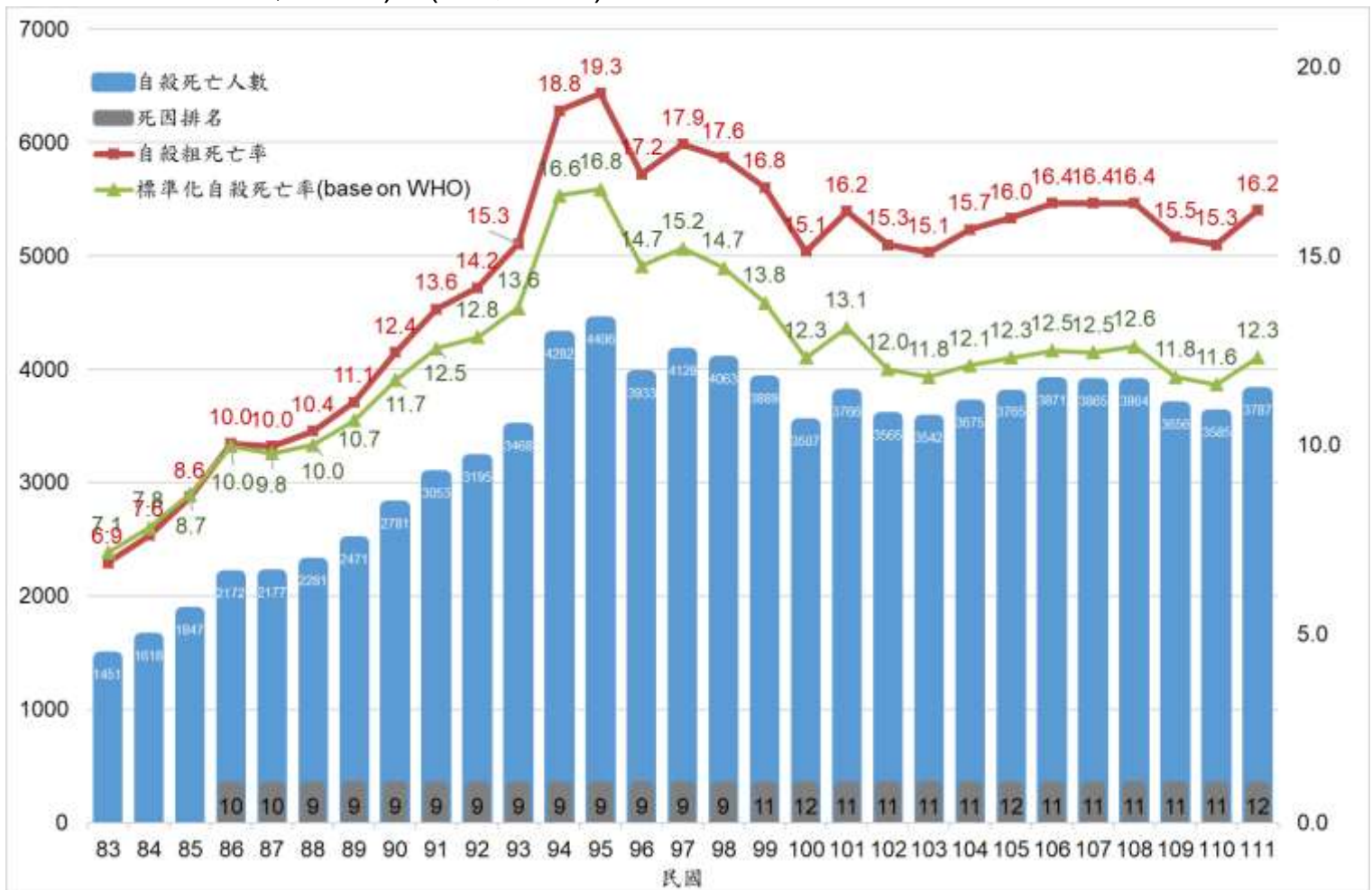


圖 2-1-1、83-111 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 111 年自殺死亡人數 3,787 人(男性 2,419 人、女性 1,368 人，性別比 1.77)；自殺標準化死亡率每十萬人口 12.3 人(男性 15.9 人、女性 8.8 人)，較 95 年(每十萬人口 16.8 人)下降 26.7%，較 110 年之每十萬人口 11.6 人上升。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率自 83 年起逐年增加，於 94 年大幅上升(每十萬人口 25.8 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 26.7 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 105-107 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，110 年下降至每十萬人口 20.0 人，111 年上升至每十萬人口 21.0 人，與最高峰 95 年相比降幅為 21.3%。

女性自殺粗死亡率自 83 年起逐年攀升，於 95 年達到最高峰每十萬人

口 11.7 人，其後呈現小幅向下之趨勢，直到 101 年上升至 11.5 人後，105 年至 107 年亦有些微上升，111 年為每十萬人口 11.6 與最高峰 95 年相比降幅為 0.8%。(如圖 2-1-2)

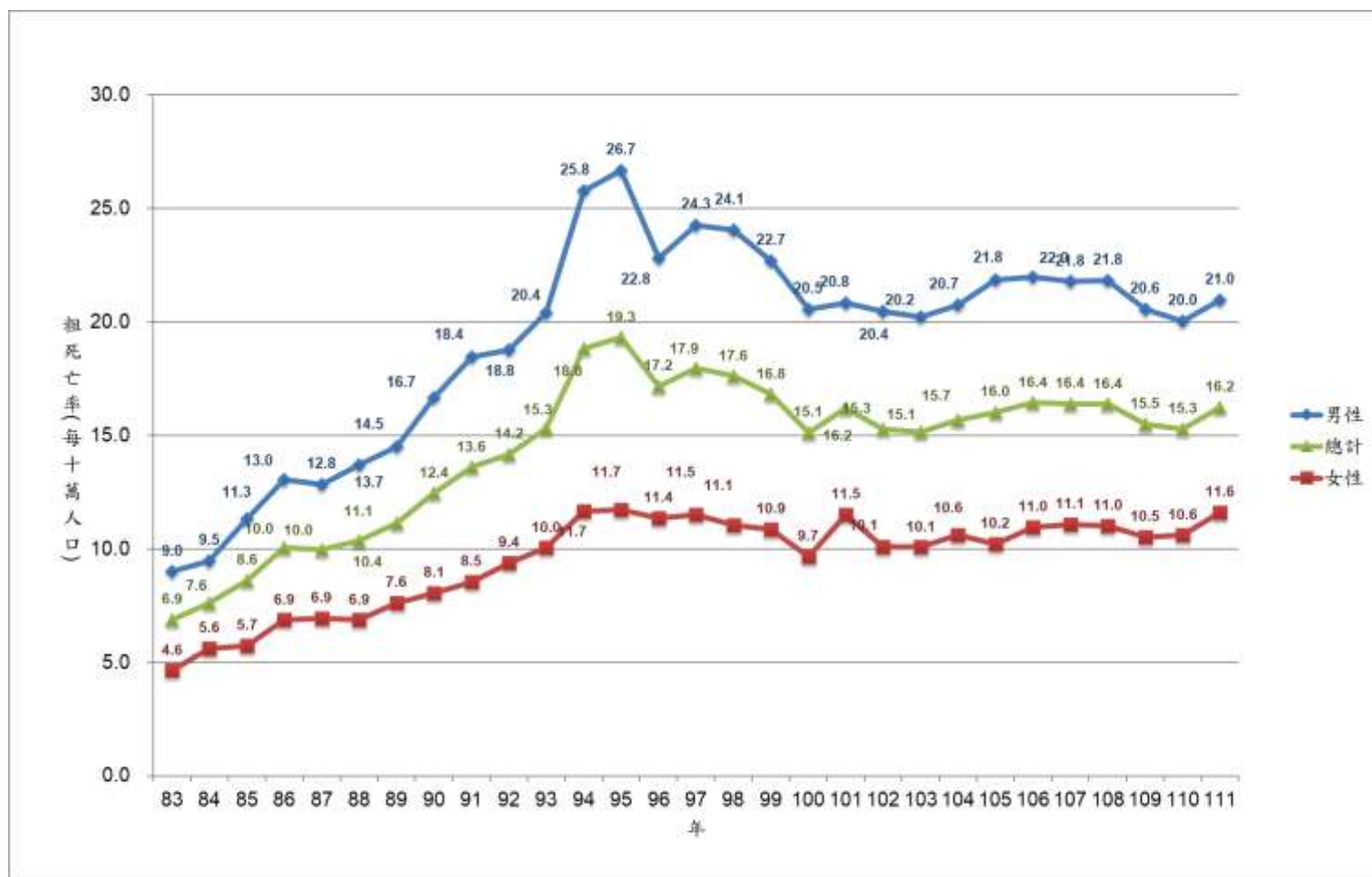


圖 2-1-2、83-111 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析，15-24 歲，近十年有持續上升趨勢，而 25-64 歲死亡率於近幾年呈現下降趨勢，直到 111 年上升；65 歲以上則連續兩年呈上升趨勢，顯示當前自殺防治策略在 15-24 歲及 65 歲以上仍是待強化的重點(如圖 2-1-3)。

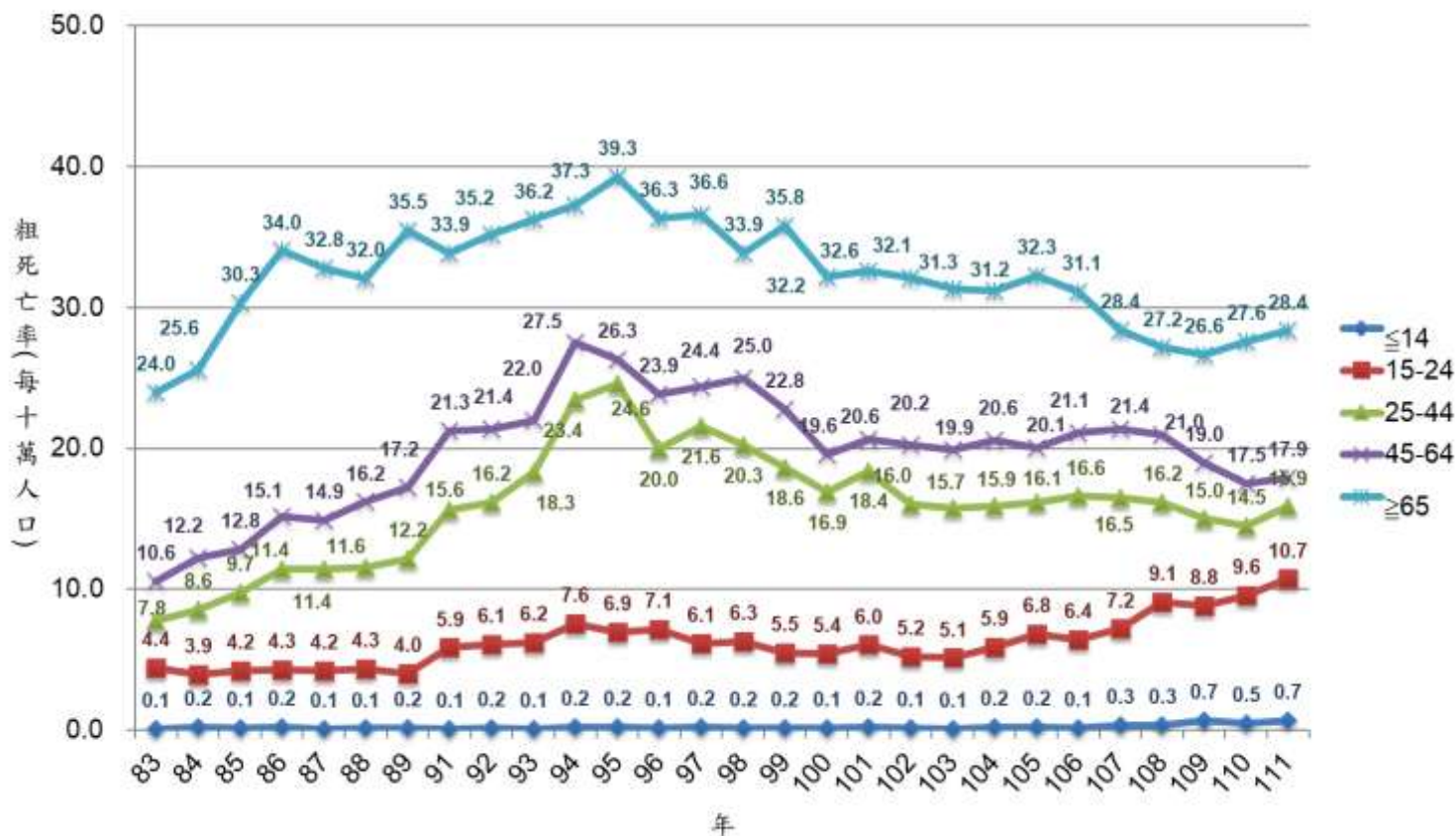


圖 2-1-3、83-111 年各年齡層自殺粗死亡率

111 年自殺粗死亡率前六高縣市為苗栗縣(24.0 人)、嘉義縣(22.2 人)、基隆市(22.1 人)、花蓮縣(20.6 人)、屏東縣(18.3 人)、宜蘭縣(19.3 人)，如表 2-1-1；111 年標準化自殺死亡率前六高縣市為苗栗縣(17.7 人)、基隆市(17.4 人)、花蓮縣(15.4 人)、連江縣(15.3 人)、宜蘭縣(14.6 人)、屏東縣(14.4 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、110-111 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	110 年		111 年		增減率 (%)
	粗死亡率 (每十萬人口)	排名	粗死亡率 (每十萬人口)	排名	
全國	15.3	-	16.2	-	5.9
新北市	14.7	16	15.7	15	6.8
臺北市	11.2	21	13.7	18	22.3
桃園市	14.8	14	13.7	19	-7.4
臺中市	14.7	15	14.9	16	1.4

臺南市	14.1	17	17.2	11	22.0
高雄市	17.8	7	17.1	12	-3.9
宜蘭縣	19.3	3	19.3	6	0.0
新竹縣	17.1	9	12.3	21	-28.1
苗栗縣	17.8	8	24.0	1	34.8
彰化縣	13.2	19	16.6	13	25.8
南投縣	17.8	6	18.9	8	6.2
雲林縣	18.9	4	19.2	7	1.6
嘉義縣	22.2	2	22.2	2	0.0
屏東縣	16.8	11	18.3	9	8.9
臺東縣	14.0	18	19.7	5	40.7
花蓮縣	15.5	12	20.6	4	32.9
澎湖縣	18.8	5	15.9	14	-15.4
基隆市	23.5	1	22.1	3	-6.0
新竹市	12.2	20	13.3	20	9.0
嘉義市	17.0	10	17.4	10	2.4
金門縣	7.8	22	10.6	22	35.9
連江縣	14.9	13	14.5	17	-2.7

表 2-1-2、110-111 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	110 年		111 年		增減率 (%)
	標準化死亡率 (每十萬人口)	排名	標準化死亡率 (每十萬人口)	排名	
全國	11.6	-	12.3	-	6.0
新北市	11.3	14	12.0	15	6.2
臺北市	8.6	21	10.6	20	23.3
桃園市	12.1	12	11.4	19	-5.8
臺中市	11.8	13	11.9	16	0.8
臺南市	10.1	19	12.1	14	19.8
高雄市	13.0	8	12.4	12	-4.6
宜蘭縣	13.1	7	14.6	5	11.5
新竹縣	15.8	1	10.5	21	-33.5
苗栗縣	12.5	11	17.7	1	41.6

彰化縣	9.8	20	12.2	13	24.5
南投縣	12.6	10	13.2	10	4.8
雲林縣	13.9	5	13.7	8	-1.4
嘉義縣	14.6	3	14.3	7	-2.1
屏東縣	10.8	18	12.9	11	19.4
臺東縣	11.3	15	14.4	6	27.4
花蓮縣	11.2	16	15.4	3	37.5
澎湖縣	12.8	9	11.8	17	-7.8
基隆市	15.5	2	17.4	2	12.3
新竹市	10.8	17	11.6	18	7.4
嘉義市	13.8	6	13.6	9	-1.4
金門縣	5.5	22	9.8	22	78.2
連江縣	14.0	4	15.3	4	9.3

以各縣市自殺死亡人數分析，111 年相較 110 增加縣市為臺南市 57 人、臺北市 56 人、彰化縣 41 人、新北市 41 人、苗栗縣 33 人、花蓮縣 16 人、臺東縣 12 人、屏東縣 12 人、新竹市 5 人、金門縣 4 人、南投縣 4 人、臺中市 4 人、嘉義市 1 人、雲林縣 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-1-3。

表 2-1-3、110 年 1-12 月與 111 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	202	5.6	89	3.8	113	9.0
新北市	41	7.0	8	2.2	33	14.9
臺北市	56	19.5	29	16.9	27	23.5
桃園市	-24	-7.2	-12	-5.7	-12	-9.6
臺中市	4	1.0	1	0.4	3	2.0
臺南市	57	21.7	33	18.4	24	28.6
高雄市	-23	-4.7	-7	-2.4	-16	-8.2
宜蘭縣	0	0.0	0	0.0	0	0.0
新竹縣	-27	-27.6	-14	-21.5	-13	-39.4
苗栗縣	33	34.4	21	33.9	12	35.3
彰化縣	41	24.7	14	11.8	27	57.4

南投縣	4	4.6	-8	-11.9	12	60.0
雲林縣	1	0.8	-5	-5.4	6	17.1
嘉義縣	-1	-0.9	1	1.3	-2	-5.7
屏東縣	11	8.1	3	3.0	8	22.9
臺東縣	12	40.0	2	8.0	10	200.0
花蓮縣	16	32.0	14	40.0	2	13.3
澎湖縣	-3	-15.0	0	0.0	-3	-27.3
基隆市	-6	-7.0	1	1.8	-7	-22.6
新竹市	5	9.1	-4	-10.5	9	52.9
嘉義市	1	2.2	9	34.6	-8	-42.1
金門縣	4	36.4	4	50.0	0	0.0
連江縣	0	0.0	-1	-50.0	1	-

2) 全國自殺通報資料趨勢說明(數據詳見附件 2-1-2)

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 4.2(男性 2.1、女性 9.7)，女性為男性的 2.00 倍。其後逐年攀升，111 年上升為 45,366 人次(男性 15,205 人次、女性 30,161 人次)，自殺通報比為 11.4，女性為男性之 1.98 倍，111 年自殺通報人次與 110 年相比增加 4.4%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，但 111 年自殺通報比較 110 年相比則降幅為 0.9%。(如圖 2-1-4)

分析 111 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為花蓮縣(15.7)、新北市(14.8)、臺中市(12.8)、新竹市(12.7)、桃園市(12.2)。

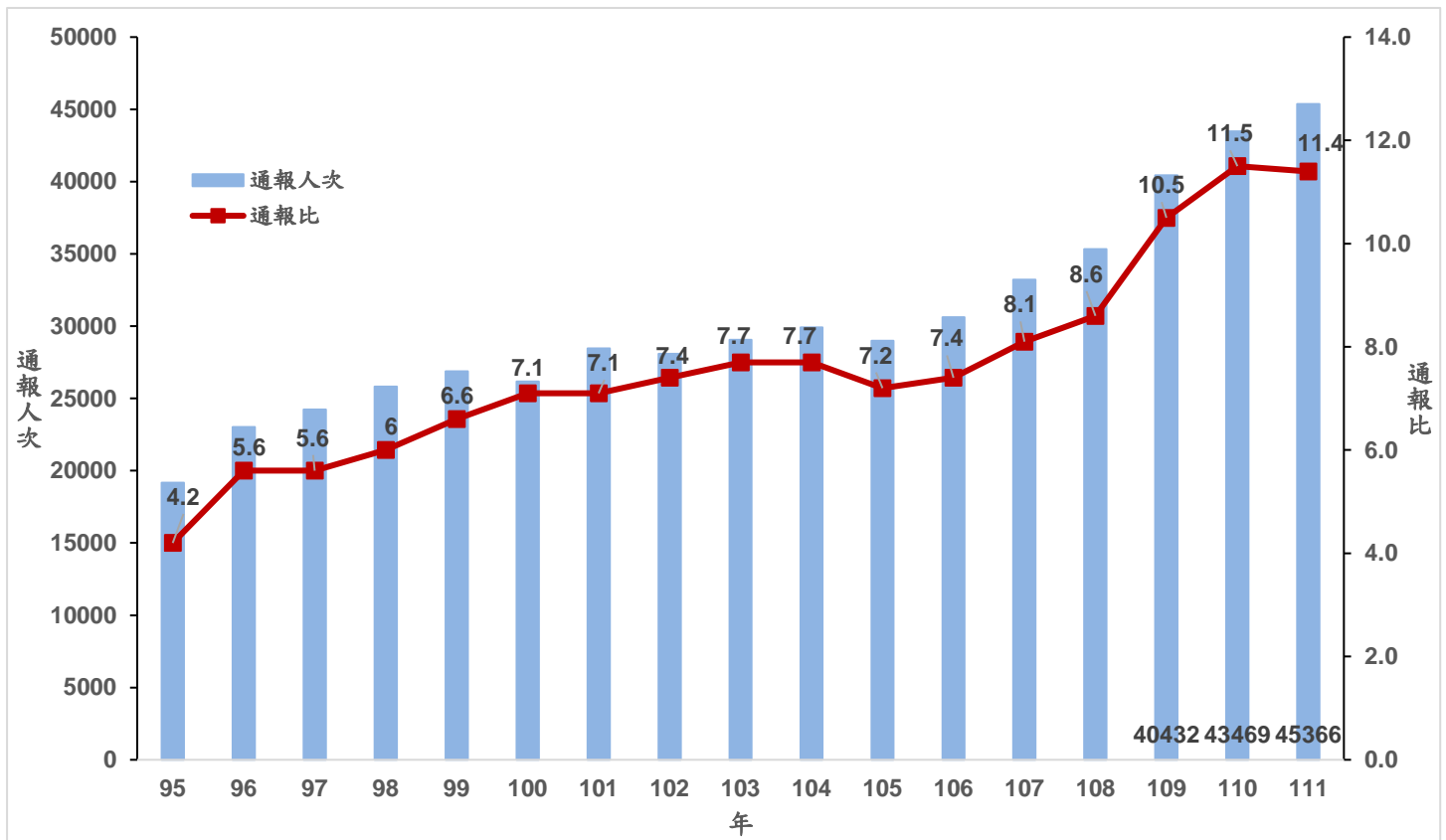


圖 2-1-4、95-111 年全國自殺通報趨勢圖

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，111 年為 15,205 人次，與 110 年相比增幅為 2.7%。女性自殺通報人次 95 年為 12,769 人次，近年皆為上升趨勢，111 年為 30,161 人次，與 110 年相較增幅為 5.2%。(如圖 2-1-5)。

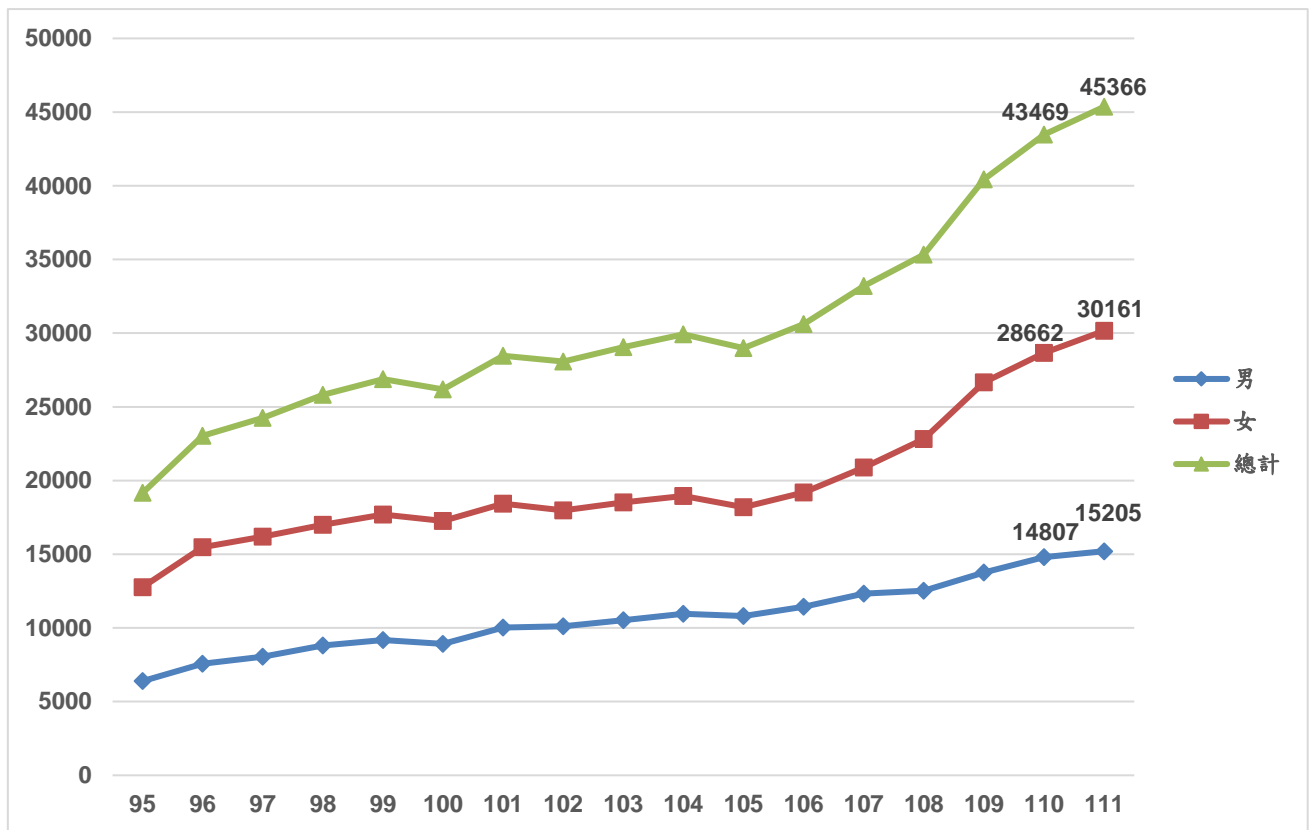
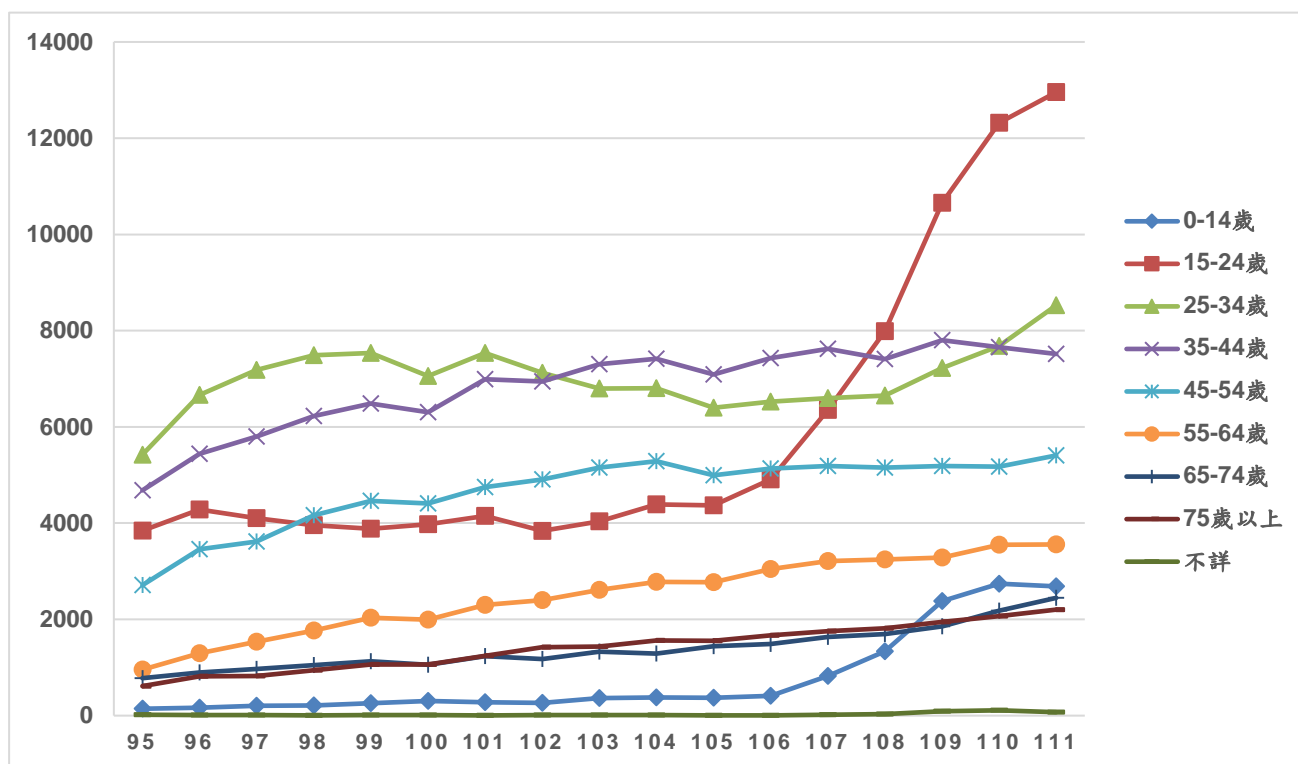


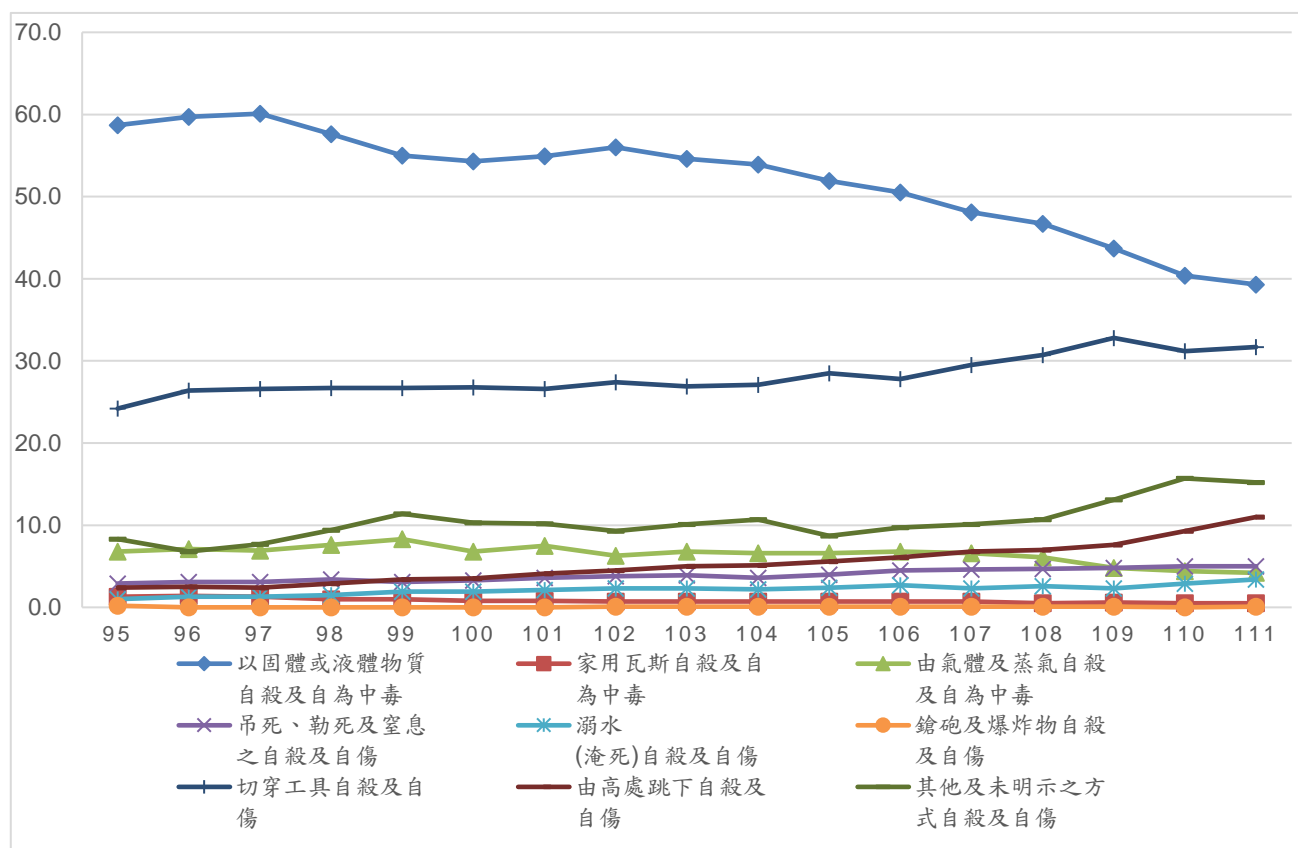
圖 2-1-5、95-111 年全國性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，95 年至 107 年間各年自殺通報人次皆以「25-34 歲」、「35-44 歲」二年齡層為前二高，但自 106 年起「15-24 歲」年齡層開始明顯上升，至 108 年起成為各年齡層通報中人次最高之年齡層，至 111 年通報 12,955 人次，較 110 年(12,316 人次)上升 5.2%。另一明顯呈現上升趨勢年齡層為「14 歲以下」，自 107 年開始上升，至 109 年超越「65-74 歲」及「75 歲以上」老人年齡層，然 111 年通報為 2,684 人次，較 110 年(2,742 人次)稍微下降 2.2%。(如圖 2-1-6)

111 年自殺通報個案中，自殺方式前三位(不含其他及未明示之方式)依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(全國通報 17,844 人次，占率 39.3%)、「切穿工具自殺及自傷」(全國通報 14,373 人次，占率 31.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(全國通報 5,008 人次，占率 11.0%)。其中，「固體或液體物質自殺及自為中毒」有逐年下降的趨勢。(如圖 2-1-7) 111 年自殺通報個案中，自殺原因前三位(不含原因不詳)依序為「精神健康／物質濫用」(全國通報 22,774 人次，占率 50.2%)、「情感／人際關係」(20,253 人次，占率 44.6%)及「工作／經濟」(4,908 人次，占率 10.8%)。「精神健康／物質濫用」自 110 年起超越「情感／人際關係」後



差距持續擴大。(如圖 2-1-8)圖 2-1-6、95-111 年全國分年齡層自殺通報人



次趨勢圖

圖 2-1-7、95-111 年全國自殺通報方法占率圖

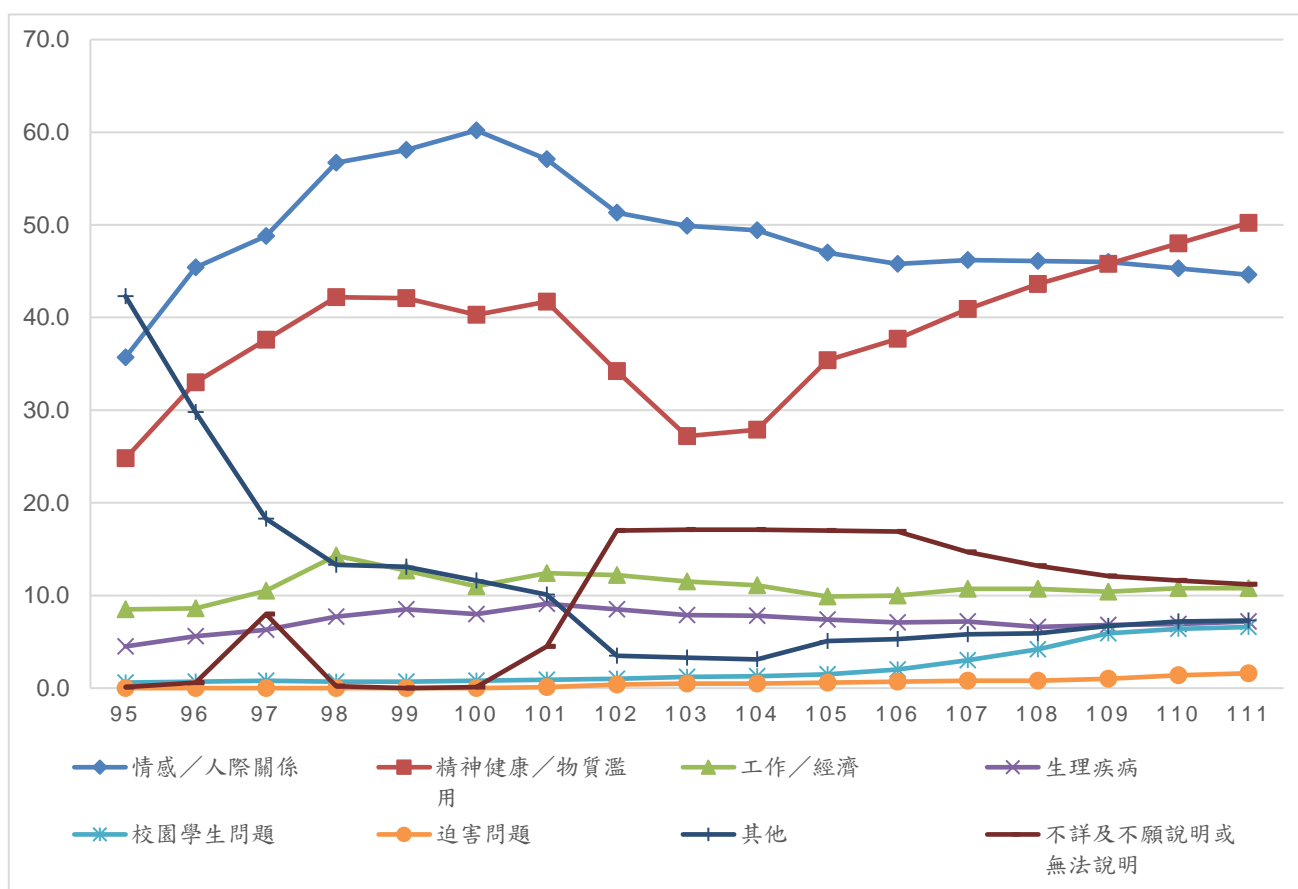


圖 2-1-8、95-111 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率前三高縣市為臺北市(47.6%)、新竹市(24.7%)、新北市(13.0%)，其餘縣市皆低於 10%。值得一提的是，111 年度 22 縣市有過半通報人次較 110 年度減少。(如表 2-1-4)整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為花蓮縣(15.7)、新北市(14.8)、臺中市(12.8)；以性別來看，男性前三高依序為連江縣(8.0)、新北市(7.4)、新竹市(7.3)，女性前三高依序為花蓮縣(42.1)、嘉義市(32.7)及新竹縣(30.3)。(如表 2-1-5)以各年齡層來看各縣市自殺通報比，0-14 歲前三高依序為高雄市(205.0)、新北市(152.2)及臺北市(139.0)，15-24 歲前三高依序為臺東縣(116.0)、新北市(69.5)及臺北市(65.0)，25-34 歲前三高依序為新北市(20.1)、臺中市(18.8)及彰化縣(18.6)，35-44 歲前三高依序為花蓮縣(24.8)、新竹市(19.3)及新北市(15.8)，45-54 歲前三高依序為花蓮縣(23.4)、彰化縣(13.1)及雲林縣(9.9)，55-64 歲前三高依序為新竹市(15.0)、基隆市(7.9)及屏東縣(7.0)，65-74 歲前三高依序為新竹縣(6.2)、桃園市(6.2)及屏東縣(5.0)，75 歲以上前三高依序為澎湖縣(6.0)、嘉義市(5.0)、花蓮縣(4.4)及新竹市(4.4)。(如表 2-1-6)

表 2-1-4、111 年與 110 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	110 (N)	111 (N)	增減率 (%)	110 (N)	111 (N)	增減率 (%)	110 (N)	111 (N)	增減率 (%)
全國	14807	15205	2.7	28662	30161	5.2	43469	45366	4.4
新北市	2729	2971	8.9	5842	6711	14.9	8571	9682	13
臺北市	779	1310	68.2	2153	3017	40.1	2932	4327	47.6
桃園市	1275	1254	-1.6	2518	2702	7.3	3793	3956	4.3
臺中市	1890	1816	-3.9	3597	3786	5.3	5487	5602	2.1
臺南市	1065	1043	-2.1	1914	2036	6.4	2979	3079	3.4
高雄市	1920	1829	-4.7	3899	3427	-12.1	5819	5256	-9.7
宜蘭縣	378	339	-10.3	669	553	-17.3	1047	892	-14.8
新竹縣	292	271	-7.2	525	624	18.9	817	895	9.5
苗栗縣	393	413	5.1	696	585	-15.9	1089	998	-8.4
彰化縣	823	912	10.8	1327	1385	4.4	2150	2297	6.8
南投縣	437	410	-6.2	624	555	-11.1	1061	965	-9
雲林縣	561	429	-23.5	818	796	-2.7	1379	1225	-11.2
嘉義縣	432	423	-2.1	623	537	-13.8	1055	960	-9
屏東縣	545	556	2	906	1005	10.9	1451	1561	7.6
臺東縣	190	124	-34.7	289	269	-6.9	479	393	-18
花蓮縣	394	328	-16.8	823	721	-12.4	1217	1049	-13.8
澎湖縣	42	32	-23.8	104	78	-25	146	110	-24.7
基隆市	247	231	-6.5	446	422	-5.4	693	653	-5.8
新竹市	183	283	54.6	478	541	13.2	661	824	24.7
嘉義市	185	172	-7	341	365	7	526	537	2.1
金門縣	38	51	34.2	58	41	-29.3	96	92	-4.2
連江縣	9	8	-11.1	12	5	-58.3	21	13	-38.1

表 2-1-5、111 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
----	----	----	----

新北市	7.4	25.7	14.8
臺北市	5.8	20.5	11.9
桃園市	5.8	23.3	12.2
臺中市	6.2	24.3	12.8
臺南市	4.2	18.1	8.9
高雄市	5.8	18.4	10.6
宜蘭縣	4.7	22.4	9.6
新竹縣	4.7	30.3	11.9
苗栗縣	4.7	12.3	7.4
彰化縣	6.3	18.1	10.5
南投縣	6.1	16.5	9.8
雲林縣	4.4	18.6	8.9
嘉義縣	4.9	15.3	8
屏東縣	4.9	22.9	10.1
臺東縣	4.5	17.7	9.2
花蓮縣	6.5	42.1	15.7
澎湖縣	3.1	9.6	6.2
基隆市	3.6	17	7.6
新竹市	7.3	19.8	12.7
嘉義市	4.1	32.7	11
金門縣	3.8	13.7	5.8
連江縣	8	5	6.5

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。

表 2-1-6、111 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	152.2	69.5	20.1	15.8	9.2	5.2	4.3	4.3
臺北市	139	65	16.1	10.3	7.1	4.7	3.3	3.3
桃園市	46.3	41.9	15.6	12.1	8.7	4.3	6.2	3
臺中市	54.3	54.6	18.8	13.3	8.1	5.2	4.8	4.2
臺南市	**	44.4	16.5	12.4	7	3.7	2	2.7
高雄市	205	60.8	15.9	12.6	7.9	4.6	3	3.2
宜蘭縣	**	26.5	12.9	10.1	6.7	5.8	4.6	4
新竹縣	20	38.7	15.8	10.6	7.5	5.4	6.2	3.5
苗栗縣	**	21.4	12.6	8.8	6.4	2.1	2.6	2.8
彰化縣	69.5	46.5	18.6	9.2	13.1	6.1	3.1	3
南投縣	**	35.3	12.7	12.1	8.8	6.5	4	3.4
雲林縣	**	28.6	13.9	8.7	9.9	3.7	4.7	2.5
嘉義縣	**	39.3	11.8	12.9	6.4	3.8	2.5	3.3
屏東縣	**	37.6	13.3	12.2	7.5	7	5	3.3
臺東縣	**	116	11.6	7.1	6.4	2.5	3.8	4
花蓮縣	**	43.4	16	24.8	23.4	3.8	4.2	4.4
澎湖縣	**	18	6	6.5	6	3	2.5	6
基隆市	**	19	9	7.3	5.7	7.9	4.5	2
新竹市	**	27.9	15.9	19.3	6.2	15	2.4	4.4
嘉義市	**	45	15	12.4	8.5	5.4	2.6	5
金門縣	**	15.5	4.4	3.5	**	3.5	2	0
連江縣	**	8	**	2	-	-	-	-

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。

2. 跨部會自殺防治策略研商建議(詳附件 2-1-3)

- 1) 國家自殺防治策略仍需以指標性、選擇性、全面性三大策略作為主軸，由衛福部制定自殺防治行動方案，以下為依據描述性統計分析結果提出之因應策略。
- 2) 布建社區心理衛生資源及充實關懷訪視人力：依據強化社會安全網第二期計畫，佈建社區心理衛生中心，並於中心置心理師、護理師、職能治療師、關懷訪視員及心理衛生社工，就近提供社區民眾心理健康、精神衛生及自殺防治資源，並適時提供有需要的民眾連結醫療、社會福利等相關資源。並將至 114 年逐年補實各縣市關懷訪視人力，藉以提升訪視量能，
- 3) 持續推廣 1925 安心專線、男性關懷專線及各縣市社區心理衛生中心等求助資源，並請教育部協助推廣前開校園學生輔導體系以外之求助管道。
- 4) 布建心理健康資源，推動高風險族群心理健康促進：持續布建心理諮商服

務據點，並於補助各縣市之「整合型心理健康工作計畫」持續推動各類高風險族群(含高風險青少年、老人、家庭照顧者、孕產婦、原住民、身心障礙者)心理健康促進工作，並強化各縣市之心理資源地圖(心據點)，及推廣「心快活」心理健康學習平台等線上心理健康資源。

- 5) 持續強化心理諮詢(商)量能，提升民服務資源可近性。
- 6) 訂定 COVID-19 疫情業務調整原則：為於 COVID-19 期間，維持心理健康、自殺防治、精神衛生、成癮防治及加害人處遇等相關服務不間斷，於 111 年度訂定「COVID-19 疫情社區個案管理、輔導訪查(含機構管理)、活動、教育訓練等業務調整原則」，以強化疫情期間對社區個案身心狀況之關懷，避免個案發生自傷及傷人事件。
- 7) 輔導縣市建立高致命性自殺工具防治策略：為研擬常見之墜樓、上吊等高危險自殺方式，並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。
- 8) 持續委託全國自殺防治中心進行相關數據研析，以監測並分析自殺死亡及通報資料，串聯相關資料庫並研析自殺高風險群，滾動修正自殺防治策略，精進自殺防治作為。
- 9) 持續宣導自殺通報，建立自殺個案跨領域橫向聯繫，讓更多自殺企圖之個案，得以透過通報納入衛生體系予以關懷訪視，降低再自殺企圖，此外，也滾動修正自殺防治通報系統功能，提升各單位通報之便利性與資訊之完整性。
- 10) 強化各單位之自殺防治守門人概念：將心理健康及自殺防治守門人課程，納入校園生命教育或心理健康促進課程，或於各類職場推動相關員工訓練或繼續教育。
- 11) 持續更新「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」，以利各單位了解自殺意念個案之服務及轉銜流程，以適時提供個案必要之情緒支持、社會網絡支持、諮商輔導、精神醫療、社會福利等相關資源。
- 12) 強化與媒體之對話，導正媒體報導，以降低自殺的模仿效應，並擇定優質媒體頒發自殺新聞報導獎項。
- 13) 強化社群平台網路自殺防治：將持續結合社群平台，早期預防平台用戶自殺行為，並提供心理健康服務資源連結，並已於 111 年度，協助平台建立網路自殺訊息通報警方流程機制，針對有自殺行為之用戶予以及時救援。
- 14) 提升影視戲劇工作者自殺防治意識：為避免電影、電視、等戲劇節目之自殺相關劇情，致產生模仿效應，已於 111 年，將世界衛生組織於 2019

年發布之「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊」，翻譯為中文版本手冊，提供本部、文化部等相關部會及影視劇相關學協會推廣運用。

15) 持續修訂自殺防治手冊，製作宣導教材，藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。

16) 強化兒童及青少年自殺防治策略：

(1) 持續推動跨部會及跨局處之自殺防治溝通平台機制

(2) 綿密校園及社區自殺防治網絡，推動校園正向生命教育

(3) 完成與教育部學籍系統及校安通報系統介接，及早辨識高風險族群

(4) 落實自殺通報，提供自殺企圖兒少關懷訪視服務

(5) iWIN 修正「網路有害兒少身心健康內容例示框架」，納入自殺防治法第 16 條不得刊載之相關規定。

(6) 推動社群媒體平台布建線上心理健康資源，並增列自殺防治法相關規範。

17) 強化老年人自殺防治策略：

(1) 提升長照人員自殺防治守門人概念

(2) 強化高負荷家庭照顧者之資源轉介及相關服務。

(3) 加強辦理老人自殺防治通報個案之關懷訪視

(4) 持續研擬劇毒農藥管制(含巴拉刈回收)機制。

(5) 研擬長期照顧者及被照顧者之自殺防治：含長照資料庫及自殺相關資料庫之介接及比對作業、研析照顧者及被照顧者之自殺風險及相關統計分析。

18) 透過社區心衛中心及網路平台整合，以利民眾心理健康可近性提升，並進一步擴大提升社區民眾心理健康識能，整合社區心理衛生中心、網路上求助資源管道、及社區推動的相關活動，以擴充民眾對於心理衛生資源的接觸，結合線上資訊即時的自我求助與社區心理衛生中心的實體諮詢，促進民眾求助資源的取得效能。

19) 持續推廣心情溫度計，以利民眾對自我情緒狀態認識，並促進適時求助，於社區辦理大眾教育，讓民眾正確認識情緒覺察及心理問題求助的重要性，同時於線上持續推廣心情溫度計使用，以提升情緒困擾的早期發現與早期處置。

20) 強化民眾與民間社福機構連結之管道，以利社會弱勢群體能夠取得心理健康資源，減緩 COVID-19 及經濟衰退對心理健康不平等影響。

3. 112 年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料(詳附件 2-1-4)

1) 111 年全國自殺死亡總述

以 0-14 歲而言，各死因占率較高的分別是由高處跳下自殺及自傷 16 人(占率 84.2%)、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 3 人(占率 15.8%);以 15-24 歲而言，各死因占率較高的分別是由高處跳下自殺及自傷 102 人(占率 38.6%)、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 80 人(占率 30.3%)、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒 43 人(占率 16.3%);以 25-34 歲而言，各死因占率較高的分別是由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒 162 人(占率 32%)、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 140 人(占率 27.7%)、由高處跳下自殺及自傷 118 人(占率 23.3%);以 35-44 歲而言，各死因占率較高的分別是由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒 211 人(占率 35.8%)、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 159 人(占率 26.9%)、由高處跳下自殺及自傷 97 人(占率 16.4%);以 45-54 歲而言，各死因占率較高的分別是吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 215 人(占率 35.4%)、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒 163 人(占率 26.9%)、由高處跳下自殺及自傷 94 人(占率 15.5%);以 55-64 歲而言，各死因占率較高的分別是吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 265 人(占率 40%)、由高處跳下自殺及自傷 96 人(占率 14.5%)、由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒 92 人(占率 13.9%);以 65-74 歲而言，各死因占率較高的分別是吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 232 人(占率 40.3%)、以固體或液體物質自殺及自為中毒 95 人(占率 16.5%)、溺水(淹死)自殺及自傷 86 人(占率 14.9%);以 75 歲以上而言，各死因占率較高的分別是吊死、勒死及窒息之自殺及自傷 222 人(占率 39.5%)、以固體或液體物質自殺及自為中毒 155 人(占率 27.6%)、由高處跳下自殺及自傷 72 人(占率 12.8%)。

2) 111 年自殺死亡婚姻別及特殊身分別

111 年自殺死亡個案以未婚自殺死亡人數最多，為 1262 人(占率 33.3%)，各特殊身分別自殺比例較多之身分別為家暴加害人 503 人(占率 13.3%)、家暴被害人 386 人(占率 10.1%)、精神照護列管 273 人(占率 7.2%)。

3) 111 年全國自殺通報總述

全國 111 年自殺通報 45366 人次，其中男性通報 15201 人次(占率為 33.5%)，女性通報 30165 人次(占率為 66.5%，女性為男性的 1.98 倍。

自殺原因 10 齡組分析

以自殺原因分析，111 年全國在 0-14 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 1248，占率 46.5%；「家庭成員問題」自殺通報人次 957，占率 35.7%；「學校適應問題」自殺通報人次 860，占率 32%；以自殺原因分析，111 年全國在 15-24 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 7665，占率 59.2%；「感情因素」自殺通報人次 2819，占率 21.8%；「家庭成員問題」自殺通報人次 2718，占率 21%；以自殺原因分析，111 年全國在 25-34 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 3893，占率 45.7%；「感情因素」自殺通報人次 2289，占率 26.8%；「家庭成員問題」自殺通報人次 1380，占率 16.2%；以自殺原因分析，111 年全國在 35-44 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 3126，占率 41.6%；「夫妻問題」自殺通報人次 1425，占率 19%；「家庭成員問題」自殺通報人次 1381，占率 18.4%；以自殺原因分析，111 年全國在 45-54 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 2414，占率 44.6%；「家庭成員問題」自殺通報人次 1172，占率 21.7%；「夫妻問題」自殺通報人次 874，占率 16.2%；以自殺原因分析，111 年全國在 55-64 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 1568，占率 44.1%；「家庭成員問題」自殺通報人次 811，占率 22.8%；「慢性化的疾病問題」自殺通報人次 501，占率 14.1%；以自殺原因分析，111 年全國在 65-74 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 1028，占率 42%；「慢性化的疾病問題」自殺通報人次 690，占率 28.2%；「家庭成員問題」自殺通報人次 498，占率 20.4%；以自殺原因分析，111 年全國在 75 以上歲，前三多依序為「慢性化的疾病問題」自殺通報人次 898，占率 40.8%；「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 726，占率 33%；「家庭成員問題」自殺通報人次 388，占率 17.6%。

(1) 自殺原因 20 齡組分析

以自殺原因分析，111 年全國在 0-24 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 8913，占率 57%；「家庭成員問題」自殺通報人次 3675，占率 23.5%；「感情因素」自殺通報人次 3075，占率 19.7%；以自殺原因分析，111 年全國在 25-44 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 7019，占

率 43.8%;「感情因素」自殺通報人次 3664，占率 22.8%;「家庭成員問題」自殺通報人次 2761，占率 17.2%;以自殺原因分析，111 年全國在 45-64 歲，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 3982，占率 44.4%;「家庭成員問題」自殺通報人次 1983，占率 22.1%;「夫妻問題」自殺通報人次 1326，占率 14.8%;以自殺原因分析，111 年全國在 65 歲以上，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 1754，占率 37.7%;「慢性化的疾病問題」自殺通報人次 1588，占率 34.2%;「家庭成員問題」自殺通報人次 886，占率 19.1%。

(2) 自殺原因學齡層分析

以自殺原因分析，111 年全國在國小學齡層，前三多依序為「學校適應問題」自殺通報人次 150，占率 42.3%;「家庭成員問題」自殺通報人次 124，占率 34.9%;「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 85，占率 23.9%;以自殺原因分析，111 年全國在國中學齡層，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 1163，占率 50%;「家庭成員問題」自殺通報人次 831，占率 35.7%;「學校適應問題」自殺通報人次 710，占率 30.5%;以自殺原因分析，111 年全國在高中學齡層，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 2206，占率 61.3%;「家庭成員問題」自殺通報人次 1005，占率 27.9%;「學校適應問題」自殺通報人次 889，占率 24.7%;以自殺原因分析，111 年全國在大學學齡層，前三多依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」自殺通報人次 3357，占率 59.9%;「感情因素」自殺通報人次 1315，占率 23.5%;「家庭成員問題」自殺通報人次 1094，占率 19.5%。

(3) 自殺方式 10 齡組分析

以自殺方式分析，111 年全國在 0-14 歲，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 1021，占率 38%;「高處跳下」自殺通報人次 614，占率 22.9%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 389，占率 14.5%;以自殺方式分析，111 年全國在 15-24 歲，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 4853，占率 37.5%;「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 3806，占率 29.4%;「高處跳下」自殺通報人次 1682，占率 13%;以自殺方式分析，111 年全國在 25-34 歲，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 2635，占率 30.9%;「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 2383，占率

27.9%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 969，占率 11.4%;以自殺方式分析，111 年全國在 35-44 歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 2435，占率 32.4%;「割腕」自殺通報人次 1818，占率 24.2%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 852，占率 11.3%;以自殺方式分析，111 年全國在 45-54 歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 1889，占率 34.9%;「割腕」自殺通報人次 987，占率 18.3%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 640，占率 11.8%;以自殺方式分析，111 年全國在 55-64 歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 1126，占率 31.7%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 447，占率 12.6%;「割腕」自殺通報人次 432，占率 12.1%;以自殺方式分析，111 年全國在 65-74 歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 711，占率 29.1%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 300，占率 12.3%;「上吊、自縊」自殺通報人次 232，占率 9.5%;以自殺方式分析，111 年全國在 75 以上歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 508，占率 23.1%;「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」自殺通報人次 320，占率 14.5%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 248，占率 11.3%。

(4) 自殺方式 20 齡組分析

以自殺方式分析，111 年全國在 0-24 歲，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 5874，占率 37.6%;「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 4147，占率 26.5%;「高處跳下」自殺通報人次 2296，占率 14.7%;以自殺方式分析，111 年全國在 25-44 歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 4818，占率 30%;「割腕」自殺通報人次 4453，占率 27.8%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 1821，占率 11.4%;以自殺方式分析，111 年全國在 45-64 歲，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 3015，占率 33.6%;「割腕」自殺通報人次 1419，占率 15.8%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 1087，占率 12.1%;以自殺方式分析，111 年全國在 65 歲以上，前三多依序為「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 1219，占率 26.2%;「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 548，占率 11.8%;「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」自殺通報人次 540，占率 11.6%。

(5) 自殺方式學齡層分析

以自殺方式分析，111 年全國在國小學齡層，前三多依序為「高處跳下」自殺通報人次 145，占率 40.8%；「除了上列方式之外之自殺方式」自殺通報人次 87，占率 24.5%；「割腕」自殺通報人次 79，占率 22.3%；以自殺方式分析，111 年全國在國中學齡層，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 941，占率 40.5%；「高處跳下」自殺通報人次 467，占率 20.1%；「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 331，占率 14.2%；以自殺方式分析，111 年全國在高中學齡層，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 1461，占率 40.6%；「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 899，占率 25%；「高處跳下」自殺通報人次 569，占率 15.8%；以自殺方式分析，111 年全國在大學學齡層，前三多依序為「割腕」自殺通報人次 2085，占率 37.2%；「安眠藥、鎮靜劑」自殺通報人次 1755，占率 31.3%；「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」自殺通報人次 726，占率 12.9%。

(6) 特殊身分別分析

以特殊身分別分析，111 年全國前三多依序為「家暴被害人」自殺通報人次 11732，占率 25.9%；「家暴加害人」自殺通報人次 10131，占率 22.3%；「精神病人」自殺通報人次 6993，占率 15.4%。

4. 各年齡層及學齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標及因應策略(詳附件 2-1-5)

1) 自殺死亡生前通報情形

111 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 3,787 人，進而將自殺死亡資料串聯 95-111 年自殺企圖通報檔，分析結果顯示，自殺死亡個案中 1,141 人(占率 30.1%)為自殺死亡前無通報紀錄(詳見表 2-1-7)。

表 2-1-7、111 年自殺死亡個案生前通報情形

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
性別				
男性	1016 (42)	817 (33.8)	586 (24.2)	2419
女性	510 (37.3)	324 (23.7)	534 (39)	1368
總計	1526 (40.3)	1141 (30.1)	1120 (29.6)	3787
年齡層(粗分)				
0-24 歲	140 (49.5)	46 (16.3)	97 (34.3)	283
25-44 歲	389 (35.5)	315 (28.7)	392 (35.8)	1096
45-64 歲	478 (37.6)	431 (33.9)	361 (28.4)	1270
65 歲以上	519 (45.6)	349 (30.7)	270 (23.7)	1138
年齡層(細分)				
0-14 歲	14 (73.7)	2 (10.5)	3 (15.8)	19
15-19 歲	37 (63.8)	5 (8.6)	16 (27.6)	58
20-24 歲	89 (43.2)	39 (18.9)	78 (37.9)	206
25-29 歲	84 (33.5)	69 (27.5)	98 (39)	251
30-34 歲	105 (41.2)	69 (27.1)	81 (31.8)	255
35-39 歲	94 (33)	92 (32.3)	99 (34.7)	285
40-44 歲	106 (34.8)	85 (27.9)	114 (37.4)	305
45-49 歲	109 (37)	87 (29.5)	99 (33.6)	295
50-54 歲	120 (38.5)	110 (35.3)	82 (26.3)	312
55-59 歲	121 (37.4)	108 (33.3)	95 (29.3)	324
60-64 歲	128 (37.8)	126 (37.2)	85 (25.1)	339
65-69 歲	134 (44.5)	107 (35.6)	60 (19.9)	301
70-74 歲	136 (49.5)	82 (29.8)	57 (20.7)	275
75-79 歲	85 (44)	55 (28.5)	53 (27.5)	193
80-84 歲	79 (41.6)	58 (30.5)	53 (27.9)	190
85 歲以上	85 (47.5)	47 (26.3)	47 (26.3)	179

2) 各年齡層首次通報再自殺死亡情形

進而分析 111 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 33,276，串聯 111 年自殺死亡檔，扣除資料有誤(指標通報日於死亡日後)個案 67 人，共 33,209 人，其中 1,998 人(占率 6.0%)為首次通報時即死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天內)，338 人(占率 1%)為通報後再自殺死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天後)，30,873 人(占率 93.0%)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 1263 人(占率 10.4%)及通報後再自殺死亡 160 人(占率 1.3%)均高於女性(詳見表 2-1-8)。

表 2-1-8、111 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

	首次通報即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後再自殺 死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	總和
	n(%)	n(%)	n(%)	n
性別				
男性	1263 (10.4)	160 (1.3)	10694 (88)	12117
女性	735 (3.5)	178 (0.8)	20179 (95.5)	21092
全部	1998 (6)	338 (1)	30873 (93.0)	33209
學齡層				
國小(6-11 歲)	4 (1.6)	0 (0)	244 (98.4)	248
國中(12-14 歲)	8 (0.7)	2 (0.2)	1162 (99.1)	1172
高中(15-17 歲)	22 (1.0)	5 (8.9)	2196 (97.7)	2223
大學(18-21 歲)	50 (1.5)	5 (0.2)	3234 (98.3)	3289
年齡層(粗分)				
0-24 歲	166 (1.7)	41 (0.4)	9297 (97.8)	9504
25-44 歲	545 (4.5)	113 (0.9)	11491 (94.6)	12149
45-64 歲	626 (8.6)	99 (1.4)	6571 (90.1)	7296
65 歲以上	661 (15.7)	85 (2)	3457 (82.3)	4203
不詳	0 (0)	0 (0)	57 (100)	57
年齡層(細分)				
0-14 歲	12 (0.8)	2 (0.1)	1417 (99)	1431
15-19 歲	40 (1.1)	8 (0.2)	3699 (98.9)	3742
20-24 歲	114 (2.6)	31 (0.7)	4181 (96.6)	4326
25-29 歲	121 (3.5)	31 (0.9)	3326 (95.6)	3478
30-34 歲	129 (4.5)	33 (1.1)	2722 (94.4)	2884
35-39 歲	140 (5)	27 (1)	2649 (94.1)	2816
40-44 歲	155 (5.2)	22 (0.7)	2794 (94.0)	2971
45-49 歲	152 (6.5)	27 (1.2)	2149 (92.3)	2328
50-54 歲	155 (7.8)	22 (1.1)	1817 (91.1)	1994
55-59 歲	160 (9.7)	22 (1.3)	1467 (89.0)	1649
60-64 歲	159 (12)	28 (2.1)	1138 (85.9)	1325
65-69 歲	167 (15.2)	18 (1.6)	913 (83.2)	1098

表 2-1-8、111 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

	首次通報即死亡 (死亡日於指標通報日 7 天內)	通報後再自殺 死亡 (死亡日於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	總和
	n(%)	n(%)	n(%)	n
70-74 歲	165 (15.5)	18 (1.7)	880 (82.8)	1063
75-79 歲	102 (15.1)	18 (2.7)	556 (82.2)	676
80-84 歲	113 (16.4)	15 (2.2)	559 (81.4)	687
85 歲以上	114 (16.8)	16 (2.4)	549 (80.9)	679
不詳	0 (0)	0 (0)	57 (100)	57

3) 各年齡層再自殺死亡危險因子分析

針對 110-111 年各年齡層首次自殺企圖再自殺風險因子，進一步使用存活分析，結果發現 44 歲以下以男性再自殺死亡風險較高，45 以上以女性再自殺死亡風險較高；以自殺原因來看，25-64 歲以生理疾病其再自殺死亡風險較高；以特殊身分別來看則並沒有任何特殊身分其再自殺死亡風險因子較高。

4) 策略

指標性策略是為預防先前有自殺企圖之個案，以死亡前通報比例來看，整體僅 29.6%在死亡前有通報紀錄，因此自殺通報情形仍可以強化，而以通報後自殺死亡情形來看，同時不同年齡層再自殺死亡風險因子亦不大相同，然而由於再自殺死亡個案比例較低，因此分析解讀上仍需要更謹慎，學齡層再自殺死亡比例亦較低，同樣較難以有意義危險因素分析結果。

(1) 男性

建議有接觸到男性為主之相關網絡強化其守門人訓練，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。

(2) 高齡長者

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)。

老年人其通報即死亡比例較高，因此建議需要強化老人在全面性策略與選擇性策略，才較有機會減少老人自殺之比例，教育程度較低、自殺原因為生理疾病其再自殺死亡風險較高

除此之外，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。

(3) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」

除「切穿工具自殺及自傷」外，首次通報即死亡之個案其自殺死亡方式及自殺通報方式以「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)。

(4) 多重議題

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。

(5) 學齡層

以各學齡層來看，以高中通報後再自殺死亡比例較高共 5 人(8.9%)，各年齡層隨著年齡增加再自殺死亡比例增加，然因為整體再自殺死亡比例偏低，以致較難分析出有意義風險因子，因此建議風險因子分析需合併多

年資料。

(6) 非戶籍地自殺

在非戶籍地自殺部分，以戶籍地為死亡指標時，在 15-24 歲可能會有相當機率偏誤機率發生，同時非戶籍地死亡發生大部分社會經濟指標有一定相關性，因此自殺防治策略未來透過跨縣市合作，以減緩暫時移居他鄉的民眾心理危機的發生，是相當重要的環節之一。

六、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、111 年死因統計記者會提出之自殺防治因應策略說帖

附件 2-1-4、112 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 2-1-5、各年齡層及學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

111 年度自殺死亡地圖

一、背景

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

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

各縣市施行因地制宜自殺防治策略時，需配合各行政區自殺特性(包含自殺死亡人數、自殺死亡率)做調整與資源運用的分配。因此，本中心根據各項自殺統計指標，繪製不同種類自殺地圖供各縣市運用。

本自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因及整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比，以顏色深淺作為區隔，繪製出各縣市及各鄉鎮或行政區自殺地圖；同時根據地圖內容做初步文字敘述，以供參考。

二、輸入

1. 執行步驟與方法：

- 1) 年中人口：以社會經濟資料平臺提供的各鄉鎮市區年底人口，並將兩年人口相加除以二，得到年中人口數。
- 2) 繪製地圖使用 Python。
- 3) 111 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖

以 111 年死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)連結各鄉鎮之經緯度，以視覺化的方式呈現各地區的自殺死亡熱點，繪製內容：各縣市(含鄉鎮市)自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比。

4) 標準化死亡比

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

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

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 109-111 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) 111 年各縣市標準化自殺死亡率及自殺粗死亡率資料來自於衛生福利部統計處。

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

7) SMR、各鄉鎮市區自殺死亡資料係以 SAS9.4 進行計算。

2. 資源連結合作：

1) 合作單位：衛生福利部心理健康司、社團法人台灣自殺防治學會、各縣市衛生局、衛生福利部統計處、內政部。

2) 資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

三、過程

1. 111 年自殺死亡地圖(按鄉鎮市)

1) 蒐集各縣市及各鄉鎮市區之經緯度、標準化自殺死亡率、自殺粗死亡率、自殺死亡人數、三年移動平均標準化自殺死亡比，進行各變數的合併。

2) 進入衛生福利部「資料科學中心」針對 111 年各鄉鎮市區自殺死亡資料進行分析。

3) 繪製各鄉鎮市區 111 年自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及 109-111 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)

111 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 111 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)、109-111 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

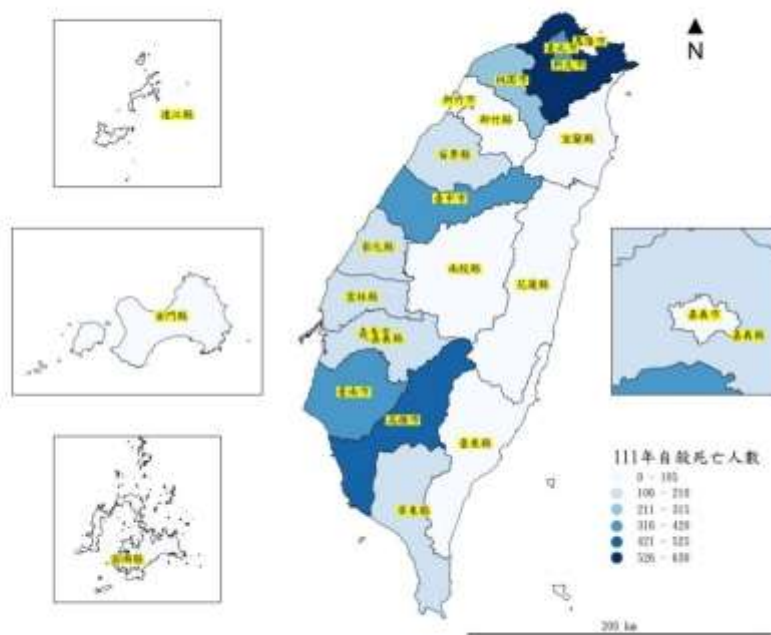


圖 1-1、111 年自殺死亡人數

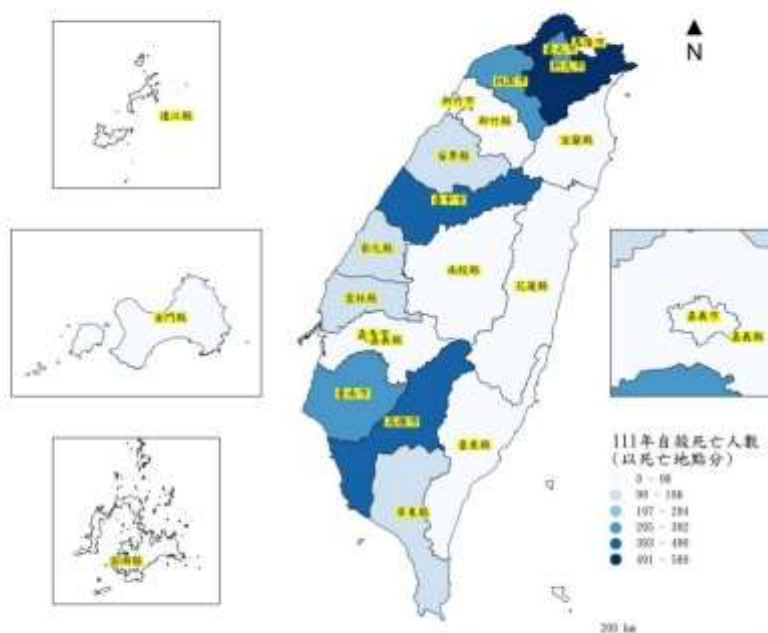


圖 1-2、111 年自殺死亡人數(以死亡地點分)

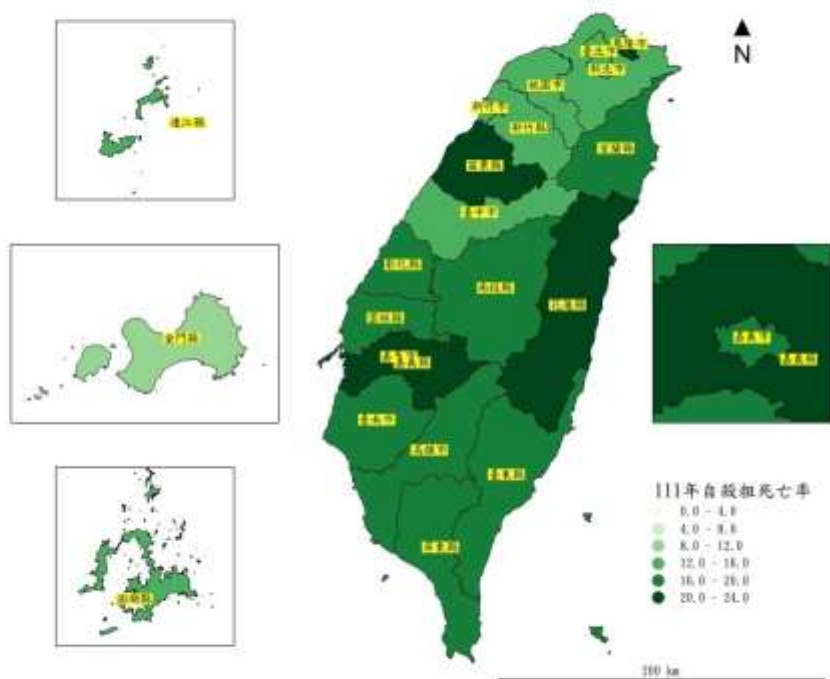


圖 1-3、111 年自殺粗死亡率(每十萬人口)

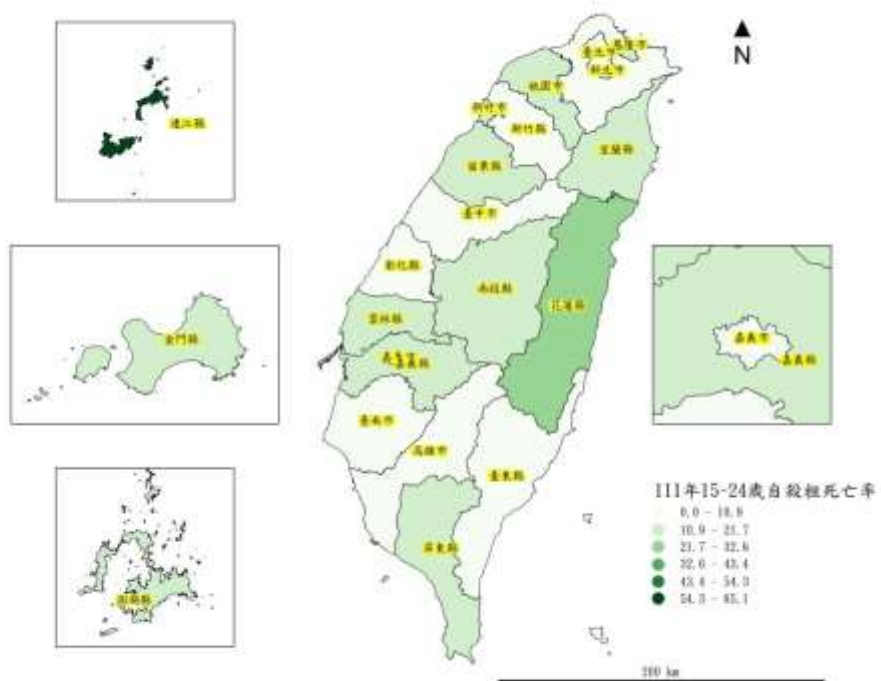


圖 1-4、111 年 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

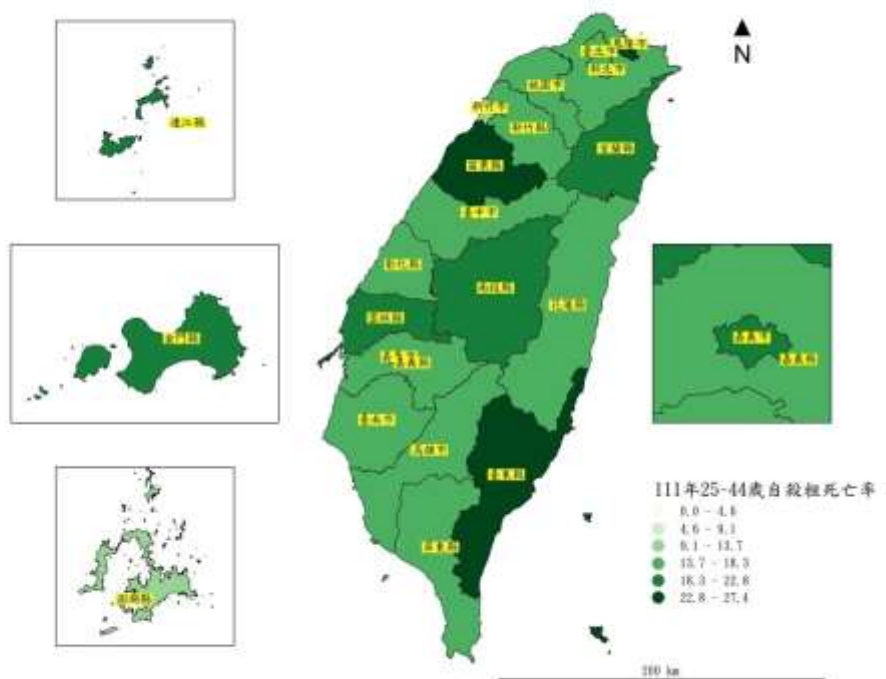


圖 1-5、111 年 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

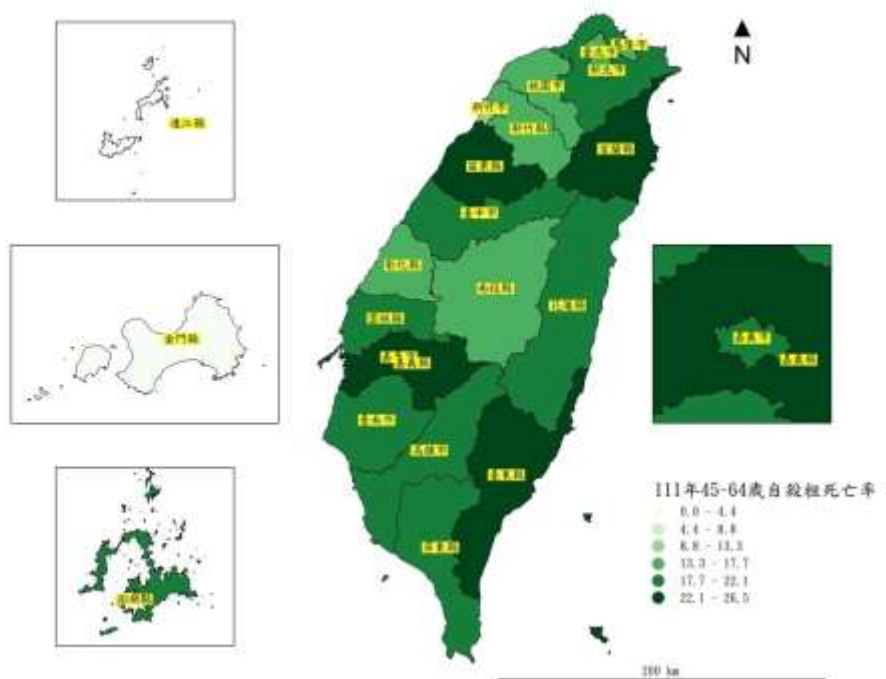


圖 1-6、111 年 45-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

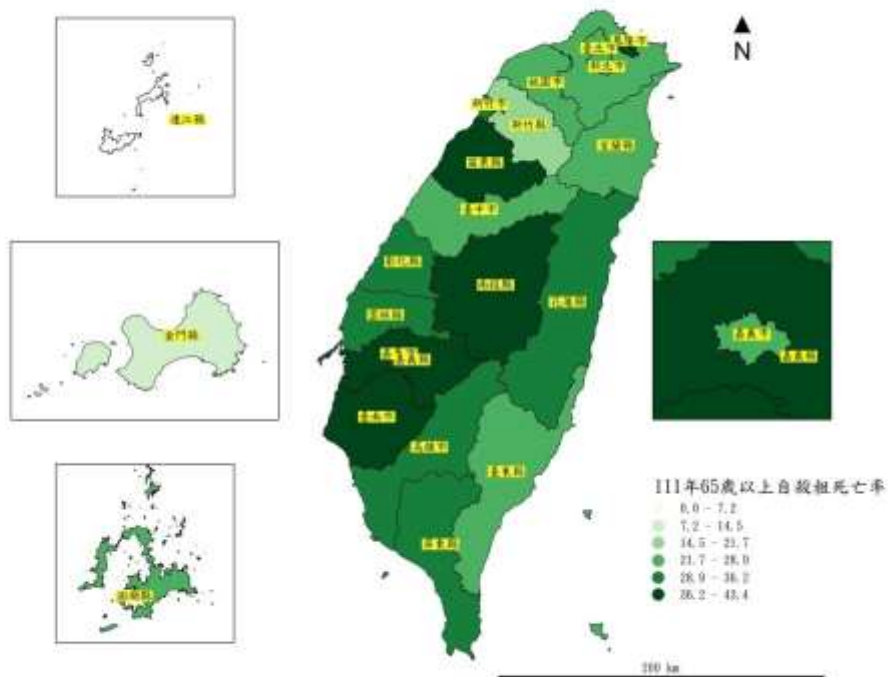


圖 1-7、111 年 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

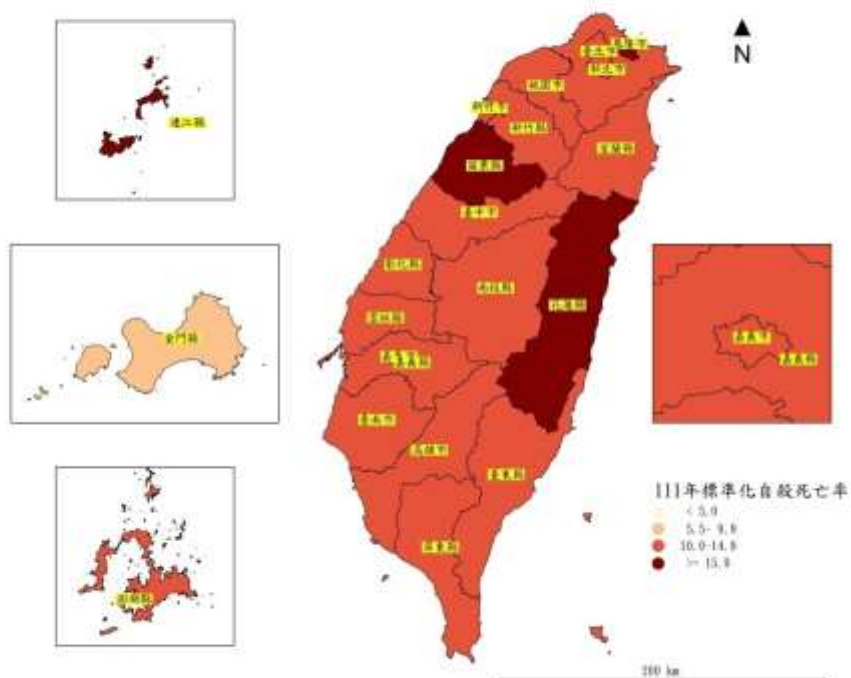


圖 1-8、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)

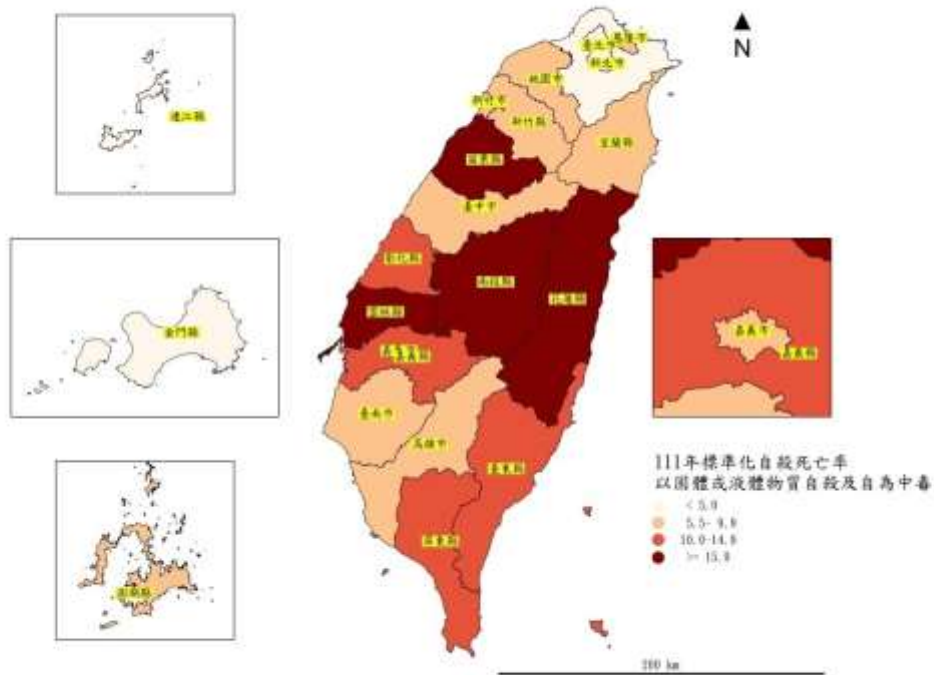


圖 1-9、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：以固體或液體物質自殺及自為中毒

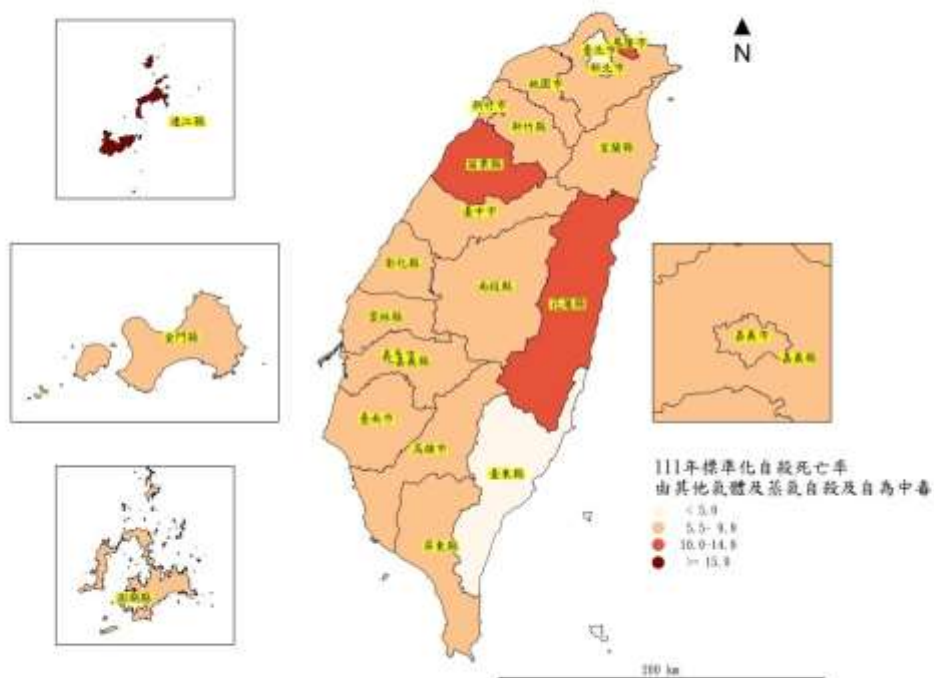


圖 1-10、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

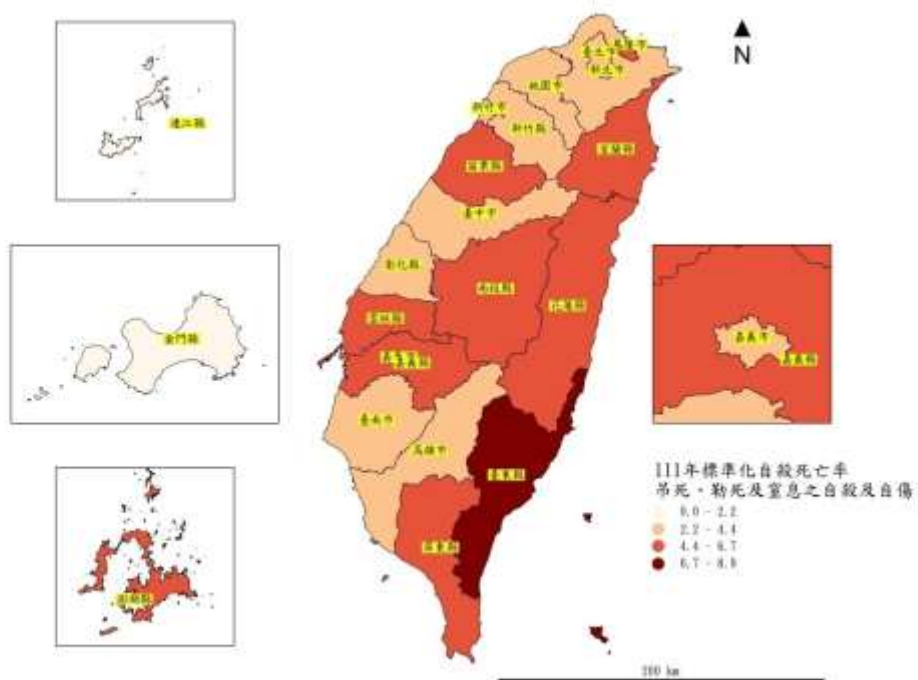


圖 1-11、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

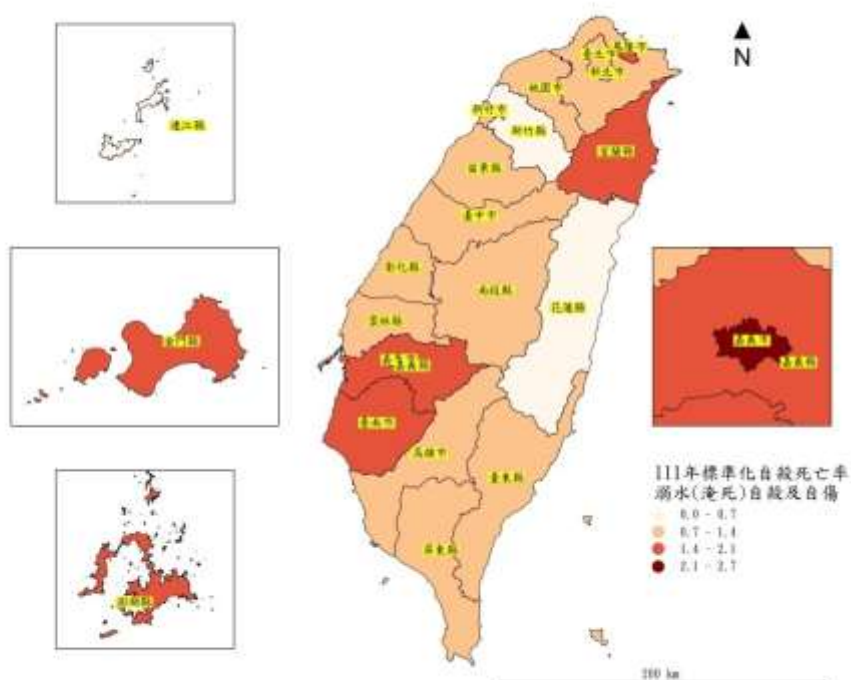


圖 1-12、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：溺水(淹死)自殺及自傷

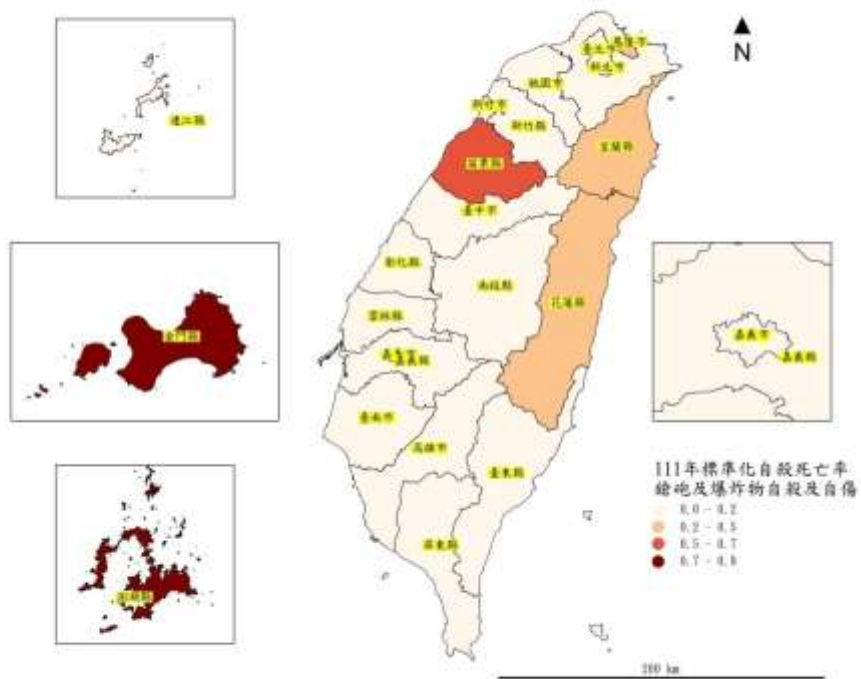


圖 1-13、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：鎗砲及爆炸物自殺及自傷

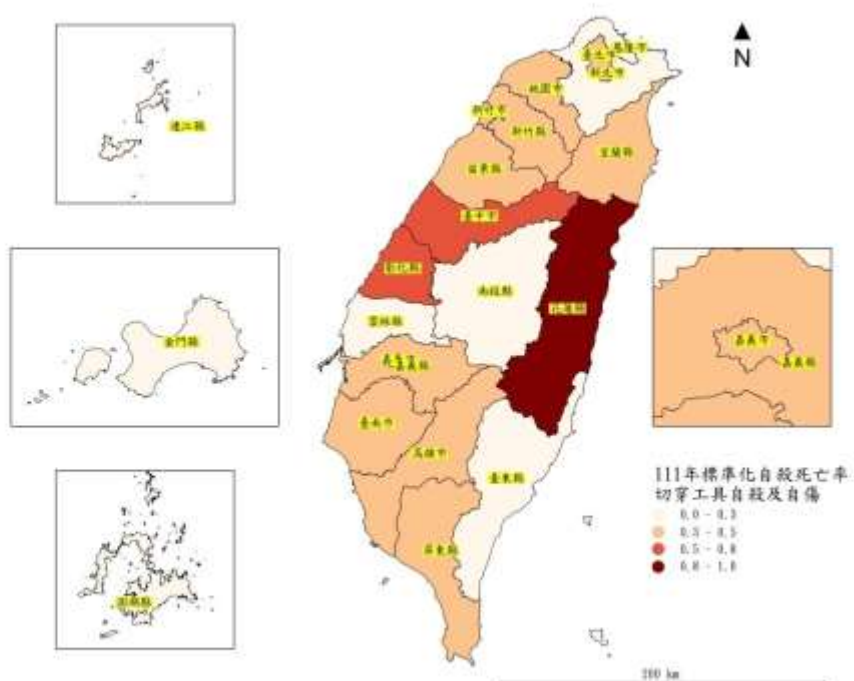


圖 1-14、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：切穿工具自殺及自傷

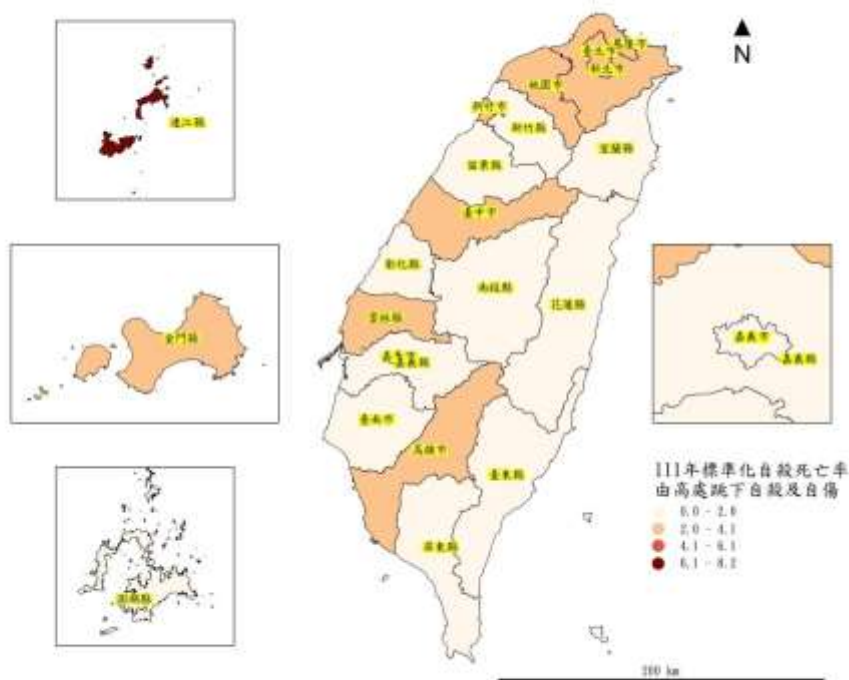


圖 1-15、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：由高處跳下自殺及自傷

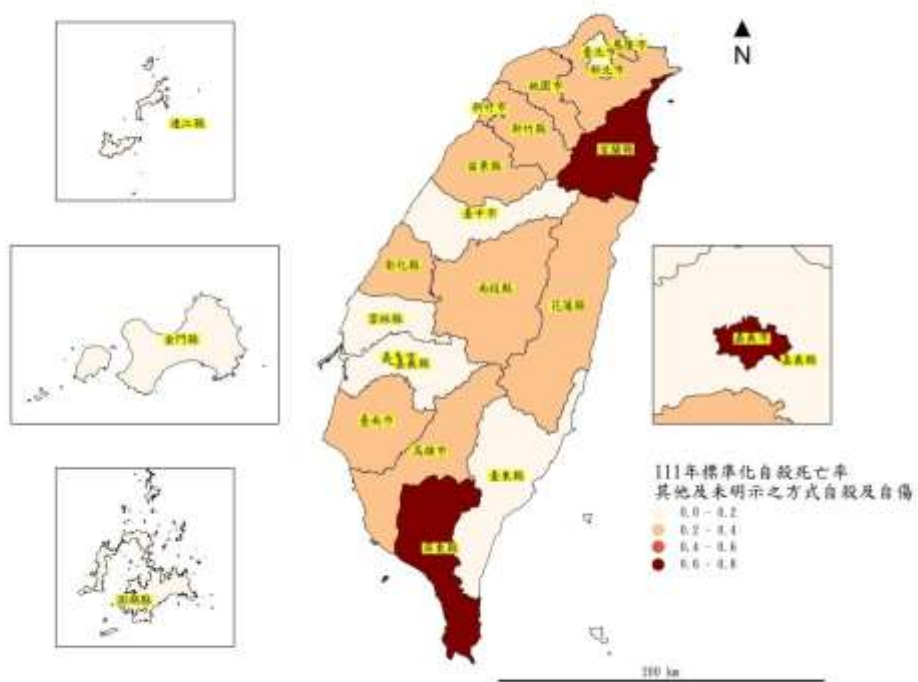


圖 1-16、111 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：其他及未明示之方式自殺及自傷

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：苗栗縣、嘉義縣、基隆市。
- (3) 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：苗栗縣、基隆市、花蓮縣。
- (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：雲林縣、南投縣、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：連江縣、基隆市、苗栗縣。
- (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：臺東縣、花蓮縣、苗栗縣。
- (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：嘉義市、宜蘭縣、基隆市。
- (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：澎湖縣、金門縣、苗栗縣。
- (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：花蓮縣、臺中市、彰化縣。
- (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：連江縣、臺北市、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：屏東縣、宜蘭縣、嘉義市。

3) 總論

依據 111 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)，前三高縣市皆包含苗栗縣及基隆市，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) 新北市地圖分布

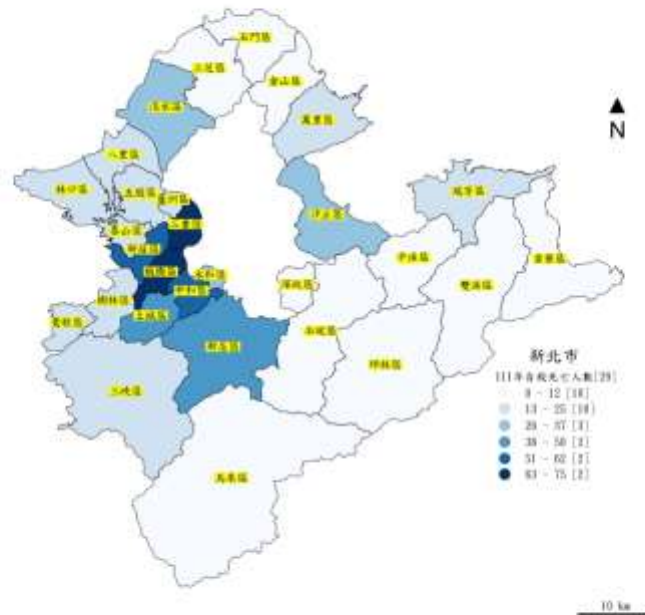


圖 2-1、111 年新北市自殺死亡人數

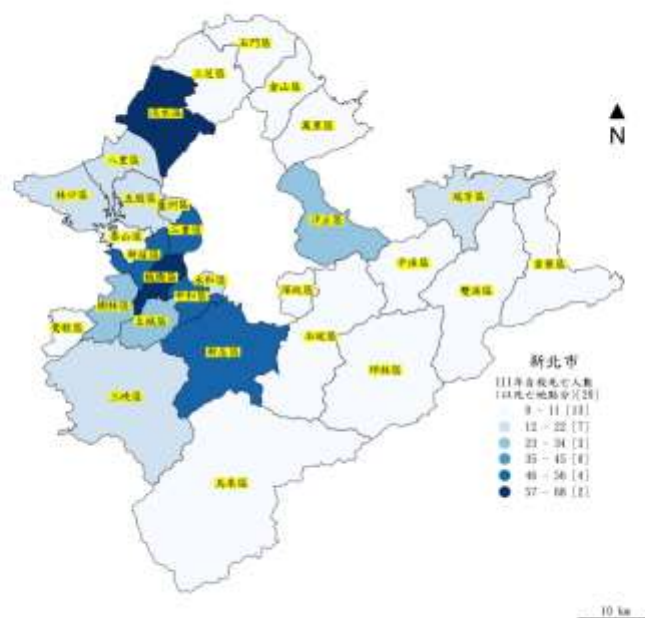


圖 2-2、111 年新北市自殺死亡人數(以死亡地點分)

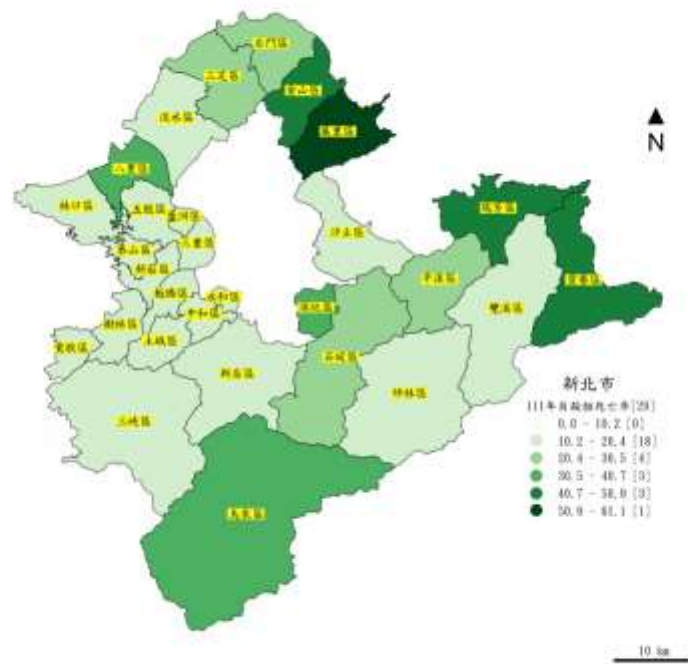


圖 2-3、111 年新北市自殺粗死亡率(每十萬人口)

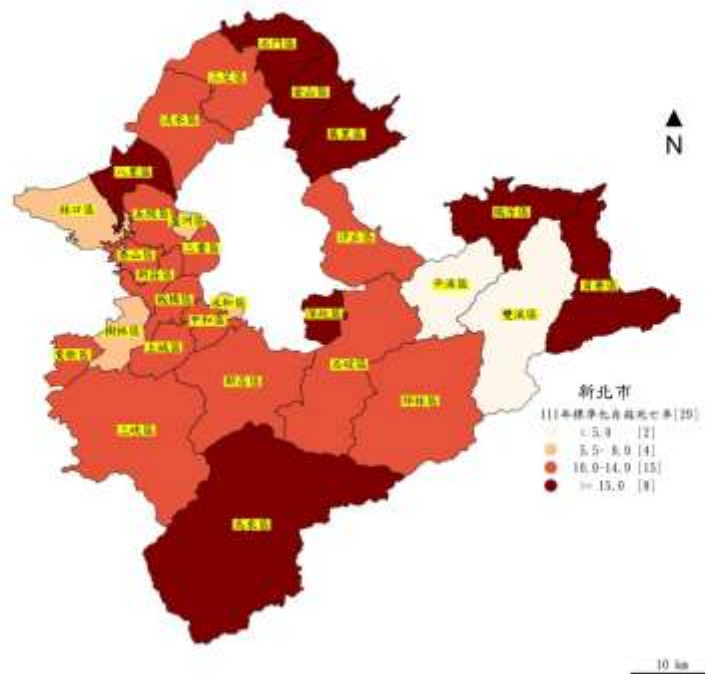


圖 2-4、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)

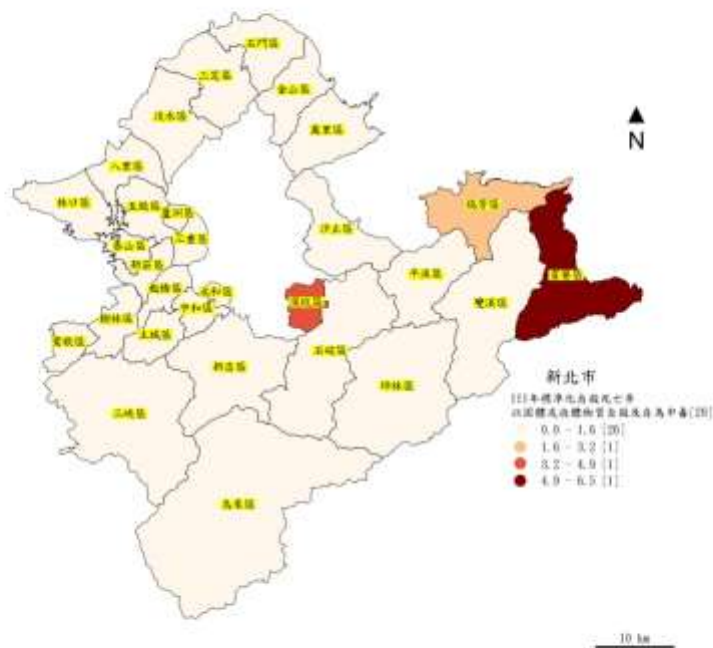


圖 2-5、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
以固體或液體物質自殺及自為中毒

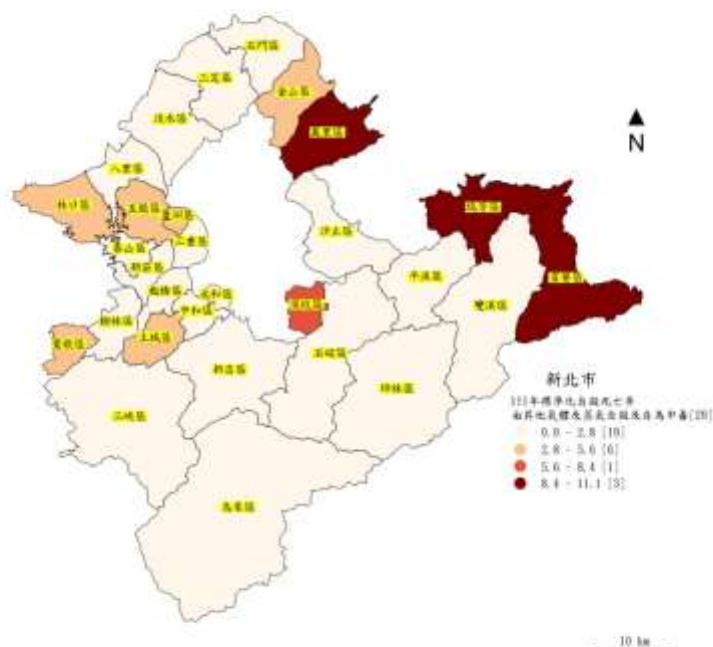


圖 2-6、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

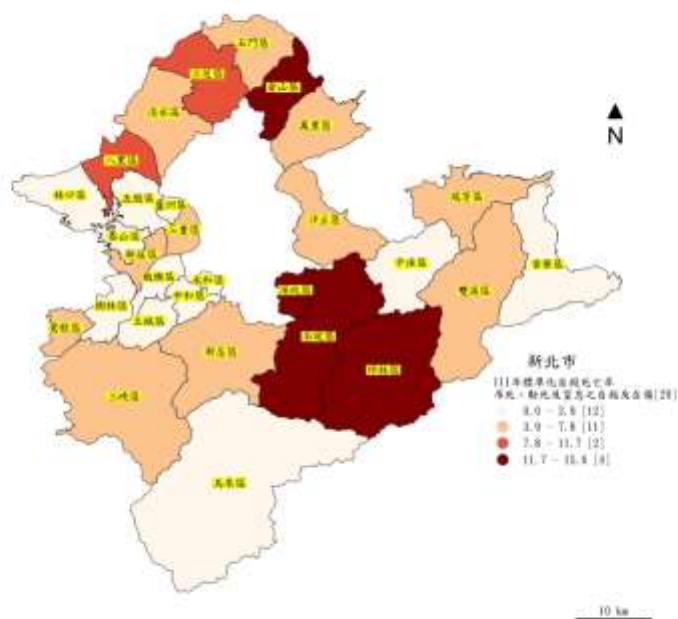


圖 2-7、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

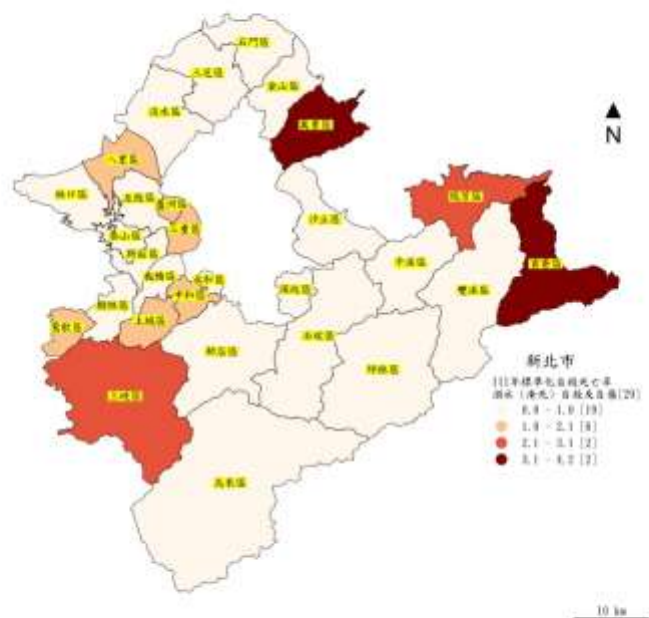


圖 2-8、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
溺水(淹死)自殺及自傷



圖 2-9、111 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

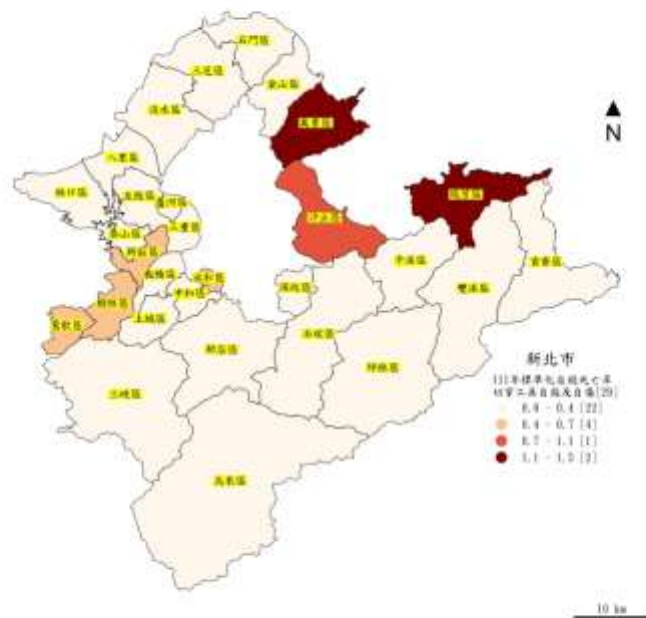


圖 2-10、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
切穿工具自殺及自傷

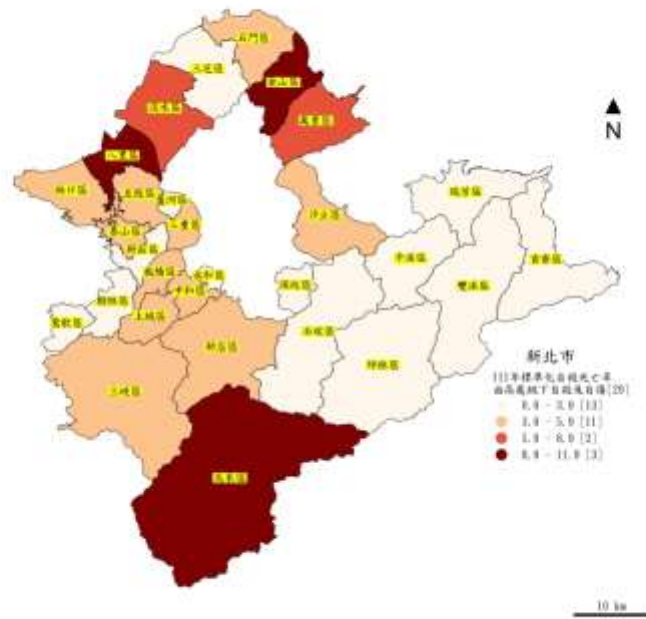


圖 2-11、111 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
由高處跳下自殺及自傷



圖 2-12、111 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

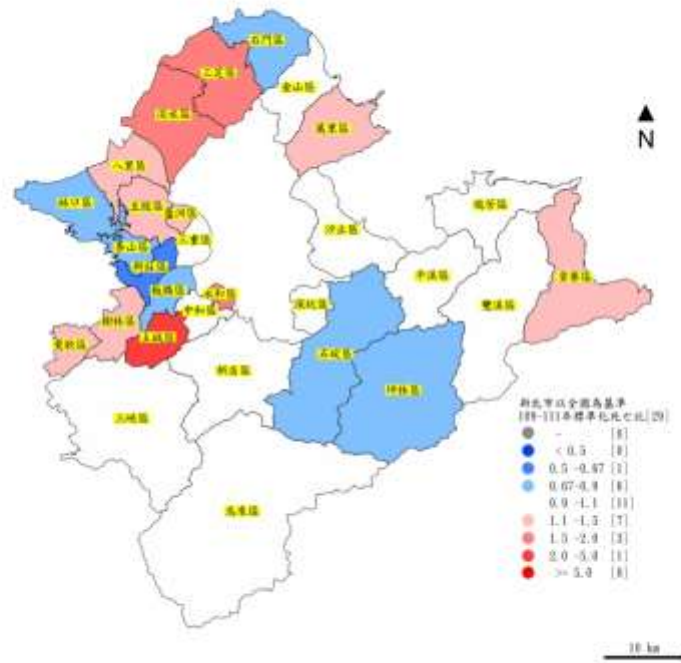


圖 2-13、109-111 年新北市標準化自殺死亡比(以全國為基準)

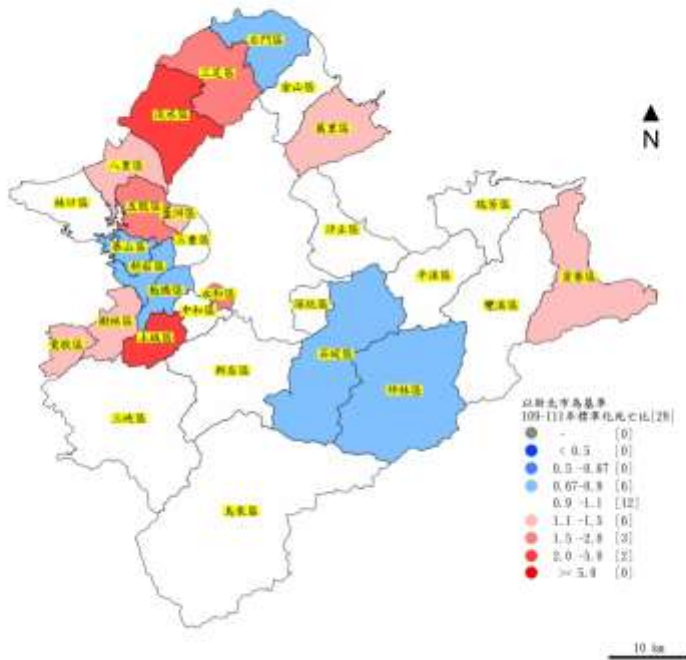


圖 2-14、109-111 年新北市標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

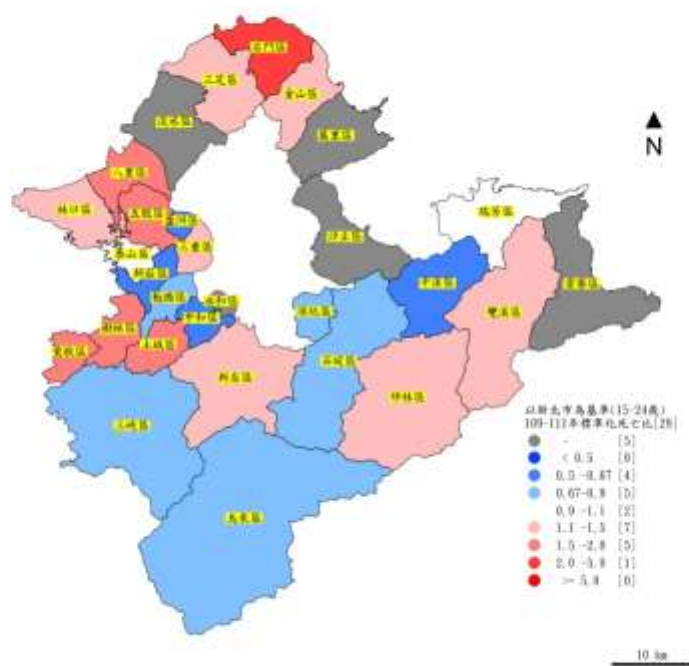


圖 2-15、109-111 年新北市 15-24 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

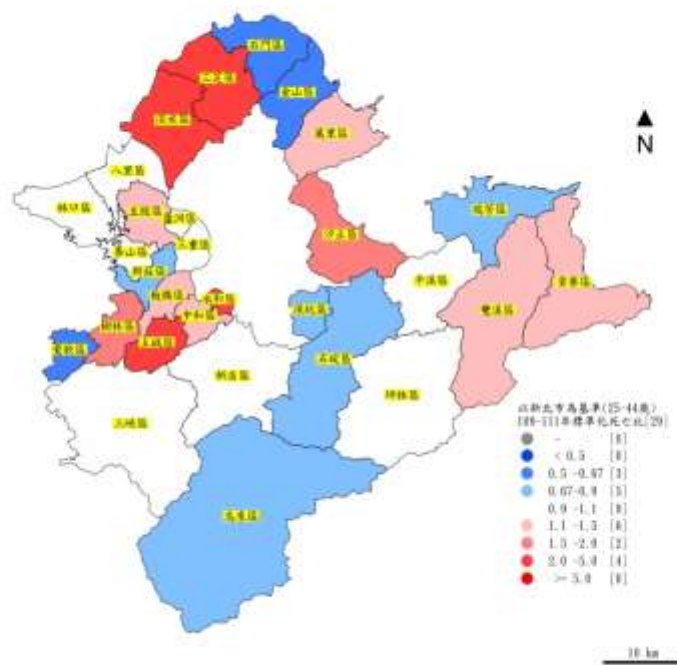


圖 2-16、109-111 年新北市 25-44 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

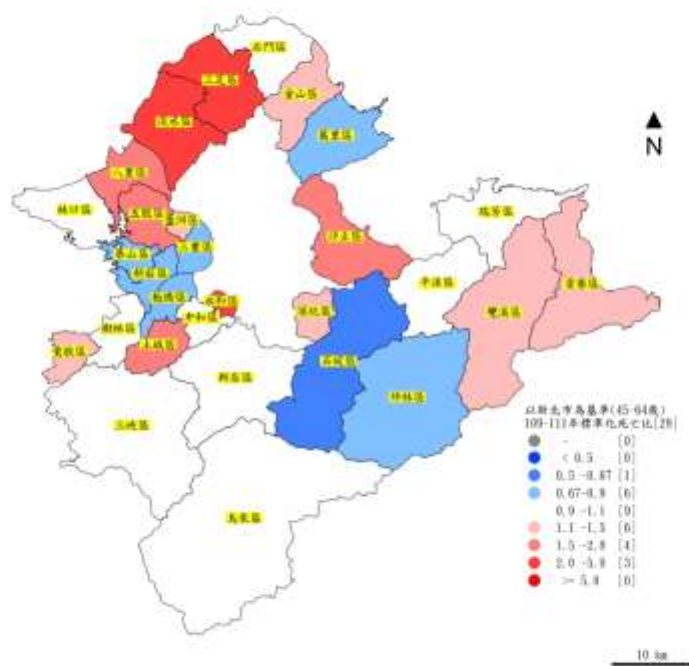


圖 2-17、109-111 年新北市 45-64 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

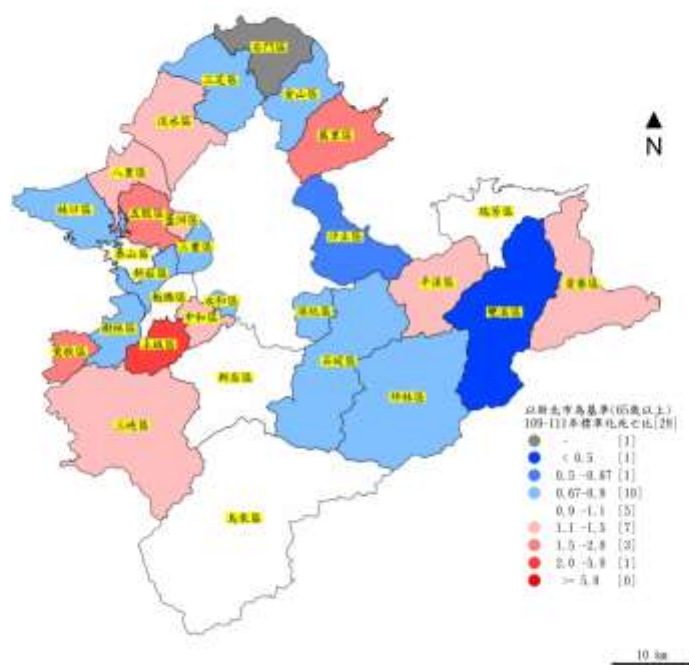


圖 2-18、109-111 年新北市 65 歲以上標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

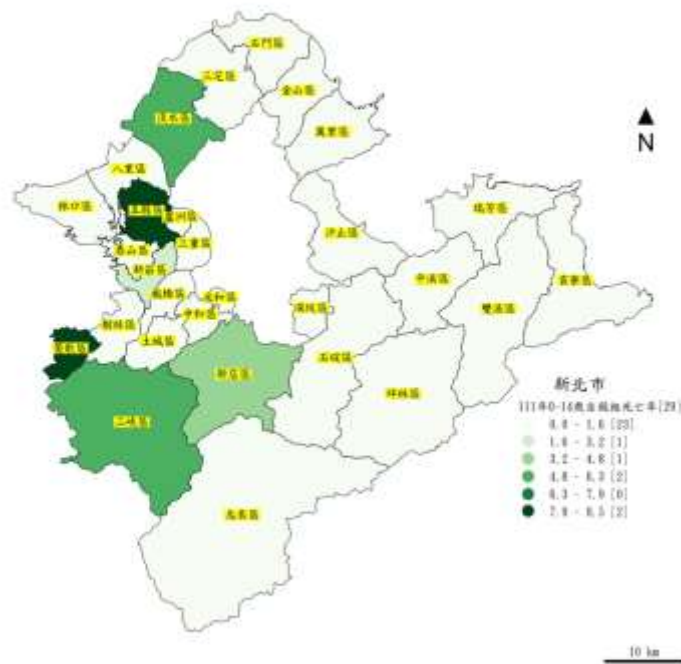


圖 2-19、111 年新北市 0-14 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

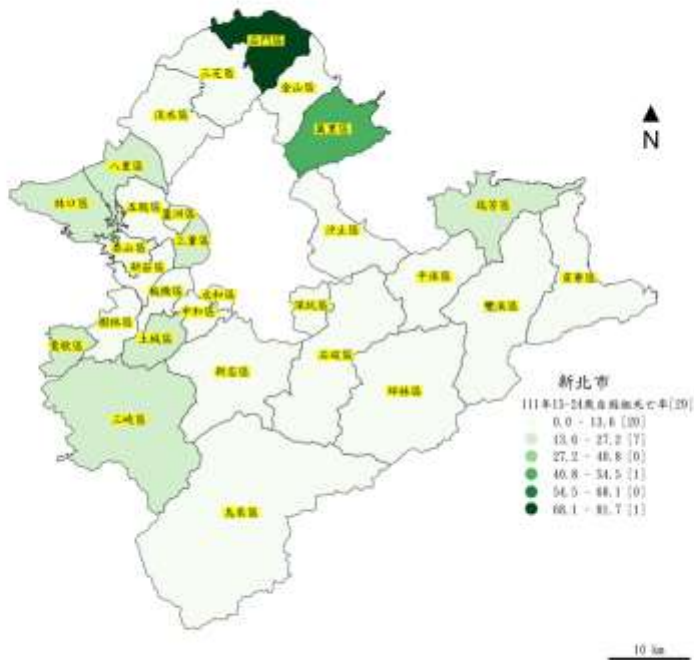


圖 2-20、111 年新北市 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

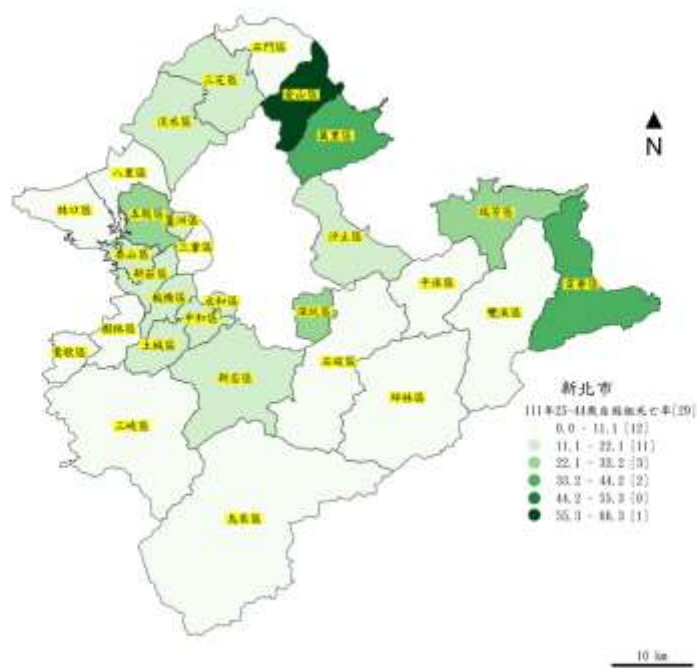


圖 2-21、111 年新北市 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

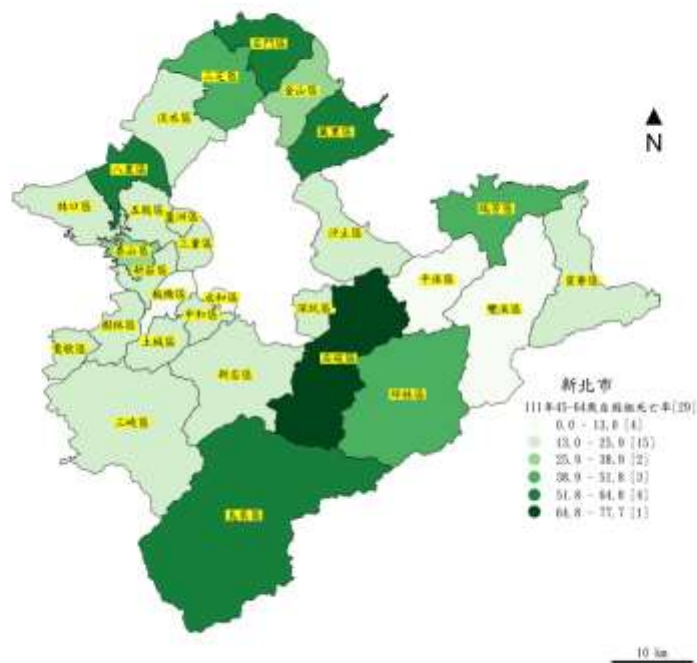


圖 2-22、111 年新北市 46-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

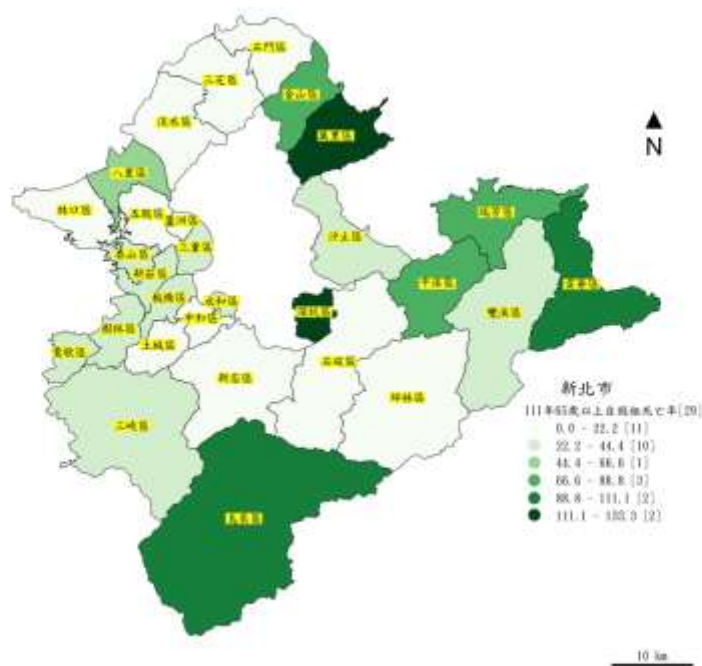


圖 2-23、111 年新北市 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

表一、111 年各鄉鎮市標準化死亡比

	以全國為基準		以縣市為基準			
	整體		整體	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲
	SMR(95%CI)		SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)
						65 歲以上
						SMR(95%CI)
板橋區	0.86 (0.74-0.97)*	0.87 (0.75-0.98)*	0.91 (0.46-1.35)	0.96 (0.74-1.19)	0.73 (0.55-0.91)*	0.93 (0.7-1.15)
三重區	1.03 (0.89-1.18)	1.05 (0.9-1.2)	1.43 (0.77-2.09)	0.97 (0.7-1.23)	1.08 (0.82-1.33)	1.02 (0.74-1.3)
永和區	0.74 (0.57-0.9)*	0.75 (0.58-0.91)*	0.89 (0.18-1.61)	0.73 (0.4-1.06)	0.63 (0.37-0.88)*	0.87 (0.56-1.18)
中和區	0.92 (0.78-1.05)	0.93 (0.79-1.06)	0.71 (0.24-1.17)	0.89 (0.64-1.14)	1.13 (0.88-1.38)	0.79 (0.56-1.02)
新店區	0.85 (0.7-1)*	0.86 (0.71-1.01)	1.47 (0.7-2.24)	1 (0.68-1.32)	0.7 (0.47-0.92)*	0.82 (0.56-1.08)
新莊區	0.92 (0.78-1.06)	0.93 (0.79-1.07)	0.74 (0.3-1.18)	0.81 (0.58-1.03)	1.04 (0.79-1.29)	0.97 (0.68-1.27)
樹林區	0.89 (0.69-1.09)	0.9 (0.69-1.11)	0.74 (0.09-1.39)	1.16 (0.75-1.58)	0.72 (0.41-1.03)	0.9 (0.47-1.33)
鶯歌區	1.01 (0.7-1.32)	1.02 (0.7-1.34)	0.9 (0-0.91)	0.96 (0.42-1.5)	0.99 (0.47-1.52)	1.11 (0.42-1.79)
三峽區	1.15 (0.86-1.44)	1.16 (0.87-1.46)	1.56 (0.41-2.72)	0.52 (0.16-0.88)*	1.31 (0.8-1.82)	1.56 (0.86-2.26)
淡水區	1.21 (0.98-1.44)	1.23 (0.99-1.46)	1.51 (0.52-2.5)	1.72 (1.19-2.24)*	1.07 (0.72-1.43)	0.86 (0.48-1.23)
汐止區	1.04 (0.84-1.24)	1.05 (0.85-1.25)	0.56 (0.01-1.12)	1.24 (0.82-1.66)	0.96 (0.65-1.27)	1.16 (0.73-1.58)
瑞芳區	2.13 (1.48-2.77)*	2.16 (1.5-2.81)*	1.58 (0-3.78)	2.13 (0.81-3.44)	1.97 (0.94-2.99)	2.54 (1.29-3.78)*
土城區	0.94 (0.76-1.12)	0.95 (0.77-1.14)	1.07 (0.37-1.77)	0.85 (0.54-1.16)	0.99 (0.68-1.3)	0.97 (0.58-1.37)
蘆洲區	0.99 (0.78-1.19)	1 (0.79-1.2)	0.64 (0.08-1.21)	1.09 (0.71-1.48)	0.92 (0.59-1.24)	1.18 (0.69-1.68)
五股區	1.08 (0.76-1.39)	1.09 (0.77-1.41)	1.46 (0.18-2.74)	1.22 (0.62-1.82)	1.21 (0.65-1.77)	0.46 (0.01-0.91)*
泰山區	1.16 (0.8-1.52)	1.17 (0.81-1.53)	0 (0-0)	1.28 (0.61-1.94)	1.39 (0.73-2.05)	1.14 (0.4-1.89)
林口區	0.91 (0.65-1.16)	0.92 (0.65-1.18)	1.2 (0.15-2.26)	0.54 (0.19-0.89)*	1.23 (0.72-1.73)	0.9 (0.34-1.45)
深坑區	1.13 (0.52-1.74)	1.14 (0.52-1.77)	0 (0-0)	1.33 (0.03-2.64)	0.9 (0.02-1.78)	1.67 (0.21-3.14)
石碇區	1.99 (0.61-3.37)	2.02 (0.62-3.43)	0 (0-0)	2.6 (0-6.2)	2.82 (0.06-5.59)	1.35 (0-3.22)
坪林區	1.08 (0.02-2.14)	1.1 (0.02-2.17)	0 (0-0)	1.54 (0-4.56)	1.64 (0-3.91)	0.64 (0-1.91)

表一、111 年各鄉鎮市標準化死亡比

	以全國為基準		以縣市為基準			
	整體	整體	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)	SMR(95%CI)
三芝區	1.76 (0.99-2.53)	1.78 (1-2.56)*	1.25 (0-3.69)	2.24 (0.45-4.03)	2.44 (0.93-3.95)	0.84 (0-1.78)
石門區	0.7 (0.01-1.39)	0.71 (0.01-1.41)	2.35 (0-6.95)	0.67 (0-1.97)	1.03 (0-2.47)	0 (0-0)
八里區	1.34 (0.81-1.86)	1.35 (0.82-1.89)	1.98 (0-4.21)	0.94 (0.12-1.76)	1.7 (0.74-2.66)	1.12 (0.14-2.1)
平溪區	1.9 (0.23-3.57)	1.94 (0.24-3.64)	0 (0-0)	2.68 (0-7.94)	3.29 (0-7.02)	0.84 (0-2.47)
雙溪區	0.63 (0-1.34)	0.64 (0-1.37)	0 (0-0)	0 (0-0)	1.26 (0-3.01)	0.49 (0-1.45)
貢寮區	1.24 (0.38-2.1)	1.26 (0.39-2.13)	0 (0-0)	0.8 (0-2.36)	1.26 (0-2.69)	1.69 (0.03-3.35)
金山區	2.2 (1.3-3.09)*	2.23 (1.32-3.14)*	2.65 (0-6.33)	2.55 (0.66-4.44)	1.61 (0.32-2.89)	2.63 (0.81-4.45)
萬里區	2.37 (1.46-3.29)*	2.41 (1.48-3.34)*	1.43 (0-4.24)	1.17 (0-2.49)	2.03 (0.62-3.43)	3.96 (1.88-6.03)*
烏來區	0.69 (0-1.65)	0.7 (0-1.67)	0 (0-0)	0 (0-0)	1.03 (0-3.05)	1.3 (0-3.85)

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 109-111 年之年中人口計算。

2) 新北市總說明

- (1) 自殺死亡人數前三高依序為：板橋區、三重區、新莊區。
- (2) 自殺粗死亡率(每十萬人口)前三高依序為：萬里區、貢寮區、金山區。
- (3) 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：萬里區、貢寮區、金山區。
- (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) 109-111 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，萬里區、金山區、瑞芳區，其 $SMR>1$ ，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於全國。

(8) 109-111 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，萬里區、金山區、瑞芳區、三芝區，其 $SMR>1$ ，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於所在縣市。

各年齡層：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，15-24 歲為金山區、石門區、八里區、瑞芳區、三峽區、淡水區、新店區、五股區、萬里區、三重區、三芝區、林口區、土城區，其 $SMR>1$ ，雖未達到統計上顯著，但仍值得我們密切注意該區自殺死亡風險。25-44 歲為淡水區，其 $SMR>1$ ，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於所在縣市。45-64 歲為平溪區、石碇區、三芝區、萬里區、瑞芳區、八里區、坪林區、金山區、泰山區、三峽區、雙溪

區、貢寮區、林口區、五股區、中和區、三重區、淡水區、新莊區、石門區、烏來區，其 $SMR>1$ ，雖未達到統計上顯著，但仍值得我們密切注意該區自殺死亡風險。65 歲以上為萬里區、瑞芳區，其 $SMR>1$ ，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於所在縣市。

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 112 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 112 年 3 月 31 日前，併同「111 年自殺通報年報表」及「111 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。

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：85-110 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：95-111 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 2.4 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 110 年度全國自殺死亡資料及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析等。

2) 根據 111 年自殺通報資料，分析各縣市自殺通報特性，包含性別、年齡、自殺方式、自殺原因等。

3) 整理自殺防治策略，徵詢內外部專家意見，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 109 年及 110 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。分析結果及策略摘要如下：

(1) 自殺相關數據分析：

全國 110 年自殺死亡人數 3,585 人(男性 2,330 人、女性 1,255 人，性別比 1.86)；自殺標準化死亡率每十萬人口 11.6 人(男性 15.2 人、女性 8.2 人)，較 109 年之每十萬人口 11.8 人下降，三年移動平均呈現下降趨勢。(如圖 2-3-1)

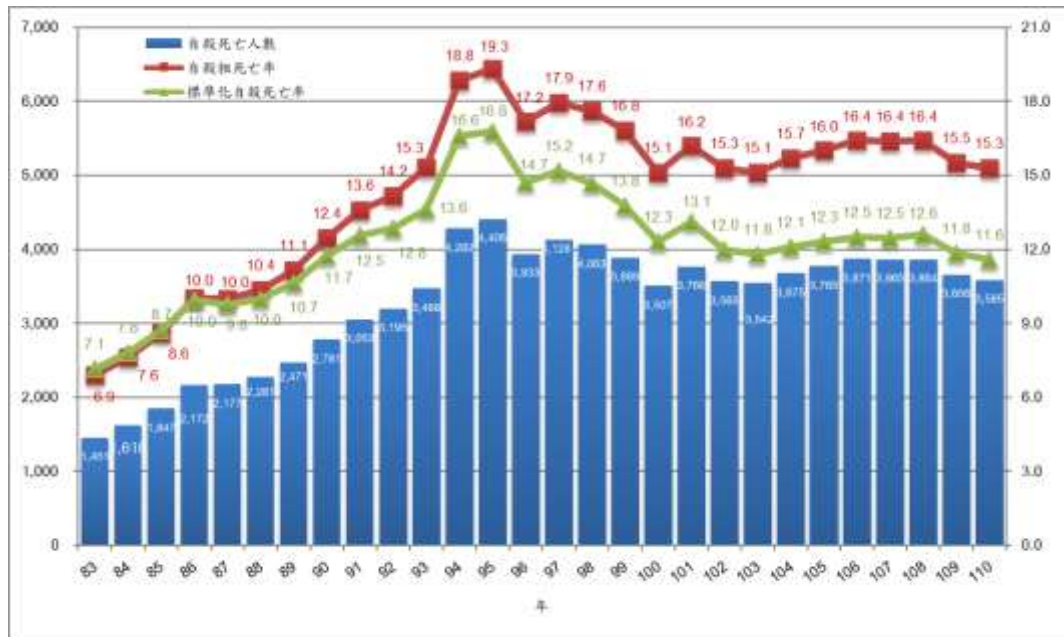


圖 2-3-1、全國 83 至 110 年自殺死亡人數及死亡率圖

以年齡層分析，15-24 歲近三年有持續上升趨勢，65 歲以上年齡層死亡率在 110 年上升，而 25-64 歲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 歲以下及 65 歲以上仍是待強化的。(如圖 2-3-2) 以各自殺方法標準化死亡率來看，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由高處跳下自殺及自傷 110 年度較 109 年度有上升的趨勢。(如圖 2-3-3)

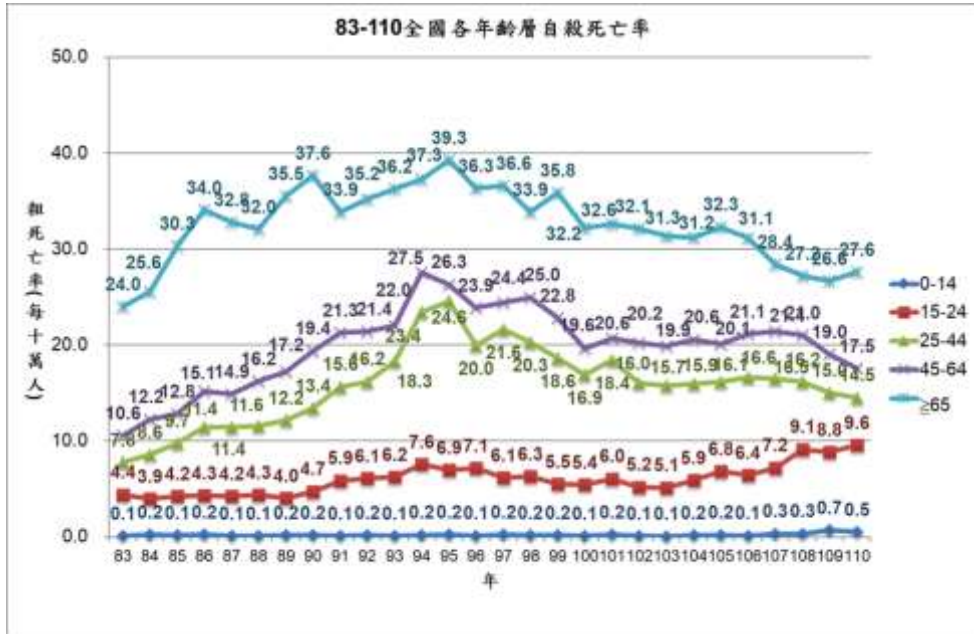
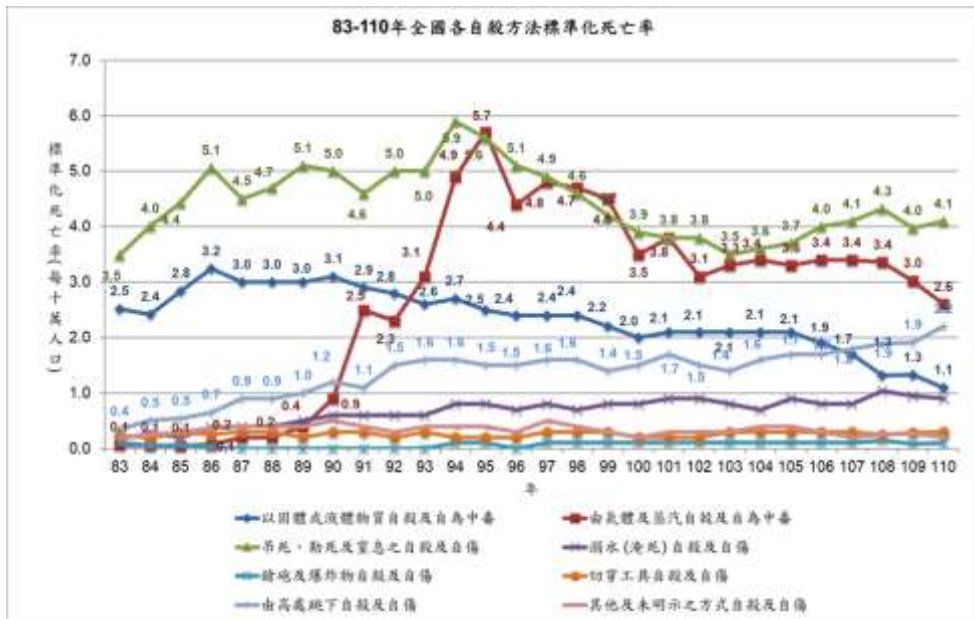


圖 2-3-2、全國 83 至 110 年年齡層別粗死亡率圖



2-3-3、全國 83 至 110 年自殺死因標準化死亡圖

(2) 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。對於屬於 15-24 歲年輕族群及大於 65 歲

的老年族群建議加強關懷訪視及追蹤列管，資源轉介及轉銜確保落實達成，尤其可享有輔導，諮商，醫療資源及慢性疾病持續治療，長照資源。

同時通報關懷訪視持續加強以下三項：

- 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。

(3) 選擇性策略

選擇性策略以高風險群為對象尤其年輕族群及老年族群，而以校園，醫療體系及長照體系為主要場域，以守門人(gatekeeper)推廣為核心方法，包括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、強化心理健康篩選及高風險群的辨識。

- 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。強化對保護服務個案、多元性別人口群的心理諮詢管道；加強對長照個案之照顧者的支持及心理健康衛生資源。
- b. 高風險族群之評估、篩檢及轉介，針對特定的自殺高風險群推動精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。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. 推展守門人概念、發展義工組織及全面推動「珍愛生命守門人」教育訓練，培養及精進自殺風險辨識及珍愛生命守門人之人力資源，加強醫事人員、長期照護人員、社工人員等第一線專業人員自身情緒及壓力管理技巧，與對自殺風險評估及應對的技能。

(4) 全面性策略

全面性自殺防治策略之標的為全體民眾，涵蓋導正媒體報導、減少致命性物品之可近性、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，以及自殺概況與相關資訊的有效監測。

- a. 促進民眾心理健康，加強心理衛生教育，增進社會大眾心理健康；製作宣導教材，建立數位學習網站，連結教育訓練資源，同時藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。
- b. 減少高致命性自殺工具、方法之可近性，針對常用自殺工具、方法，推動防治策略與管制辦法，尤其近期死亡率攀升的高處跳下的高危險自殺方法的積極介入。
- c. 媒體報導之素質提升及監測。建立媒體自殺事件報導指引，並強化與媒

體之對話，導正媒體報導以降低自殺的模仿效應；鼓勵媒體於報導自殺相關新聞時，能先與專家學者聯繫，詢問專業意見，並在報導時遵循六不六要之原則，共同提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。

d. 求助管道(如 1925)可近性提升並廣為宣導。

(5) 分群分眾分場域之自殺防治策略

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. 針對網路不當使用及成癮進行防治策略，將網路防治策略納入校園自殺防治。

d. 強化 COVID-19 及大規模傳染病之因應策略。

2) 縣市自殺資料特性分析及防治策略建議共 22 份。

各縣市之自殺特性有所不同，透過 109 年及 110 年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)之比較，以及 111 年各縣市自殺通報特性(包含性別、年齡、自殺方式、自殺原因)，分別分析縣市各族群、自殺方式之自殺現況，配合該縣市人口結構，在地文化社會背景等因地制宜擬定該縣市全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議，以符合各縣市不同的自殺特性。

五、 附件

附件 2-3-1 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書

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) 建立個案關懷及資源轉介之網絡。
- 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。但自殺防治最緊急的目的是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) 透過抽查訪視紀錄,檢視訪視的內涵，確保品質。給予建議以俾品質提升。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

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

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 31 日共 203 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 66 份。
- 3) 95 年 1 月至 112 年 9 月統計分析如下(擷取日期：111 年 10 月 12 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 111 年總通報人次為 45,366 人次，與前一年度相比上升 4.4%，112 年 1 月至 9 月通報人次為 35,175 人次，與去年同期相比上升 2,404 人次，升幅為 13.7%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，111 年為 11.4 (如圖 2-4-1)。

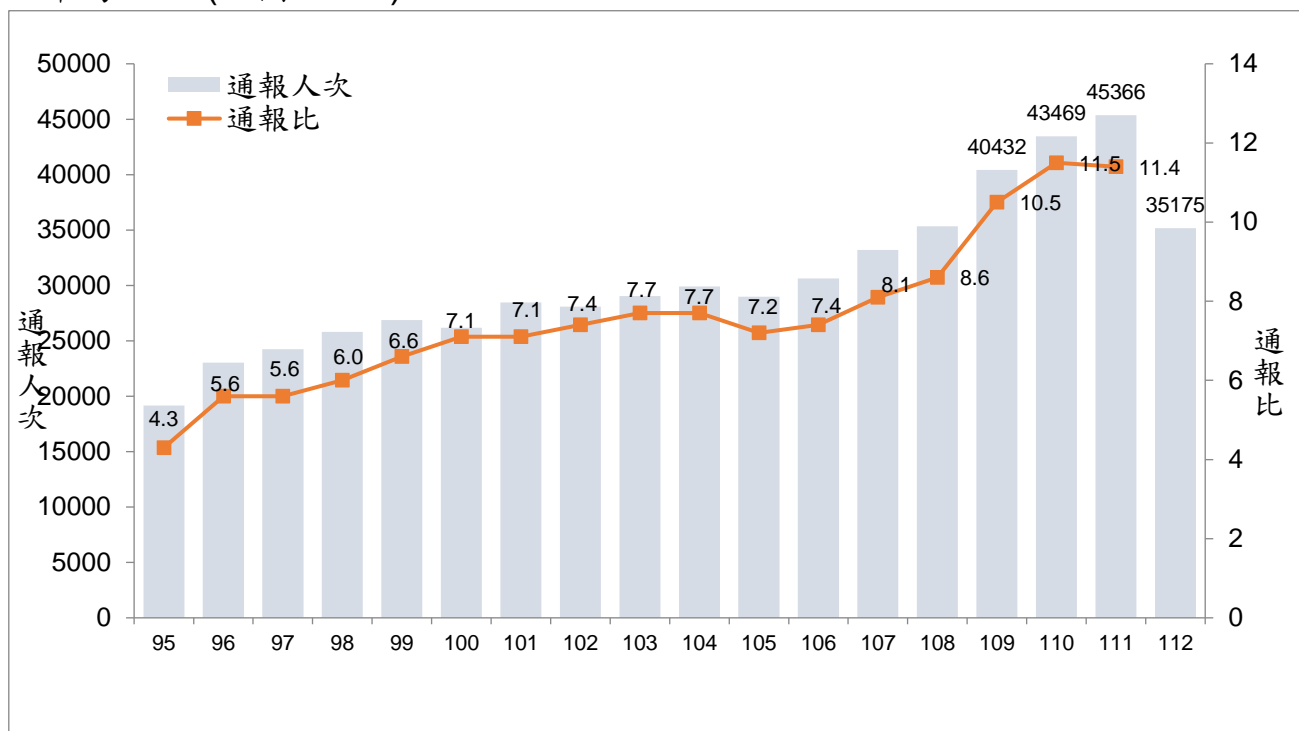


圖 2-4-1、95 年至 112 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型

由各類型通報單位資料顯示，通報單位主要來自醫療院所，其占率為 59.8%，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。通報占率次高為警消單位，通報占率逐年增加，至 112 年 1 至 9 月升至 18.7%，教育單位的通報占率亦逐年上升，112 年 1 至 9 月占率為 9.1%。

(3) 通報指標

各項通報指標，在中心持續推動以及各單位努力合作之下，通報比逐年上升，至 103 年通報比達到 7.7，111 年通報比則為 11.4。30 天再自殺率則呈現逐年增加的趨勢，112 年 1-8 月自殺通報個案 30 天再自殺率 7.7%，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，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。

(4) 自殺企圖者之特性

112 年 1 至 9 月通報共 35,175 人次，其中女性通報 23,339 人次，男性通報 11,823 人次，女性為男性 1.97 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 26.7%)、25-34 歲(占率 19.1%)、35-44 歲(占率 16.3%)、45-54 歲(占率 12.4%)、55-64 歲(占率 8%)、14 歲以下(占率 6.5%)、65-74 歲(占率 5.6%)、75 歲以上(占率 5.1%)。以性別的年齡層結構來看，男性通報人次最高的年齡層為 25-34 歲，佔男性通報的 19.4%；女性通報人次最高的年齡層為 15-24 歲，佔女性通報的 31.1%(如表 2-4-1)。15-24 歲通報個案占率最高，此年齡層較多為學生族群，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原因。

表 2-4-1、112 年 1-9 月性別年齡層別分析

	男性		女性		跨性別		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%	人次	%
14 以下	569	4.8	1,726	7.4	0	0.0	2,295	6.5
15-24	2,145	18.1	7,253	31.1	5	38.5	9,403	26.7
25-34	2,293	19.4	4,434	19.0	5	38.5	6,732	19.1
35-44	2,123	17.9	3,612	15.4	2	15.4	5,737	16.3
45-54	1,632	13.8	2,723	11.6	1	7.7	4,356	12.4
55-64	1,275	10.8	1,548	6.6	0	0.0	2,823	8
65-74	907	7.7	1,064	4.5	0	0.0	1,971	5.6
75 以上	854	7.2	950	4.1	0	0.0	1,804	5.1
不詳	25	0.2	29	0.1	0	0.0	54	0.2
總計	11,823	100	23,339	100	13	100	35,175	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.4%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(32.3%)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 2-4-2)。

表 2-4-2、112 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	4,410	33.0	11,215	41.1	15,633	44.4
以家用瓦斯自殺及自為中毒	117	0.9	59	0.2	176	0.5
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	934	7.0	540	1.9	1,475	4.2
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	962	7.2	914	3.4	1,876	5.3
溺水(淹死)自殺及自傷	537	4.0	795	2.9	1,332	3.8
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	29	0.2	4	0	33	0.1
切穿工具自殺及自傷	2,711	20.3	8,639	31.5	11,353	32.3
由高處跳下自殺及自傷	1,626	12.2	2,642	9.6	4,269	12.1
其他及未明示之方式自殺及自傷	2,055	15.4	2,595	9.4	4,653	13.2

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」(52.7%)、「情感／人際關係」(49.1%)及「工作／經濟」(12%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(31%)、「情感／人際關係」(28.7%)及「工作／經濟」(11.2%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(37.2%)、「情感／人際關係」(34.6%)及「校園學生問題」(6.6%)。(如表 2-4-3)。

表 2-4-3、112 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	5,076	28.7	12,178	34.6	17,263	49.1
精神健康／物質濫用	5,482	31.0	13,058	37.2	18,549	52.7
工作／經濟	1,979	11.2	2,249	6.4	4,229	12.0
生理疾病	1,386	7.8	1,250	3.6	2,636	7.5
校園學生問題	894	5.1	2,352	6.6	3,246	9.2
迫害問題	115	0.7	514	1.4	629	1.8
其他原因	870	5.0	1,223	3.5	2,094	6.0
無法說明及不詳	1,858	10.6	2,291	6.5	4,150	11.8

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 112 年 1-9 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 5.9 次，尚未達到平均次數之縣市有新北市(平均 5.7 次)、臺北市(平均 4.3 次)、高雄市(平均 5.2 次)、苗栗縣(平均 4.2 次)、彰化縣(平均 5.8 次)、雲林縣(平均 5.1

次)、嘉義縣(平均 5.3 次)、花蓮縣(平均 4 次)、基隆市(平均 4.6 次)、新竹市(平均 5.4 次)、嘉義市(平均 5.2 次)、連江縣(平均 1.7 次)。(如表 2-4-4)。

表 2-4-4、112 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表(一般自殺個案)

	112 年 1-9 月		
	平均數	標準差	中位數
全國	5.9	1.7	3
新北市	5.7	1.67	3
臺北市	4.3	2.06	2
桃園市	6.9	1.62	3
臺中市	6.9	1.63	3
臺南市	6.9	1.39	3
高雄市	5.2	1.57	2
宜蘭縣	6.4	1.72	3
新竹縣	5.9	1.48	3
苗栗縣	4.2	1.32	2
彰化縣	5.8	1.59	3
南投縣	8.8	1.59	4
雲林縣	5.1	1.17	2
嘉義縣	5.3	1.71	2
屏東縣	8.1	1.58	4
臺東縣	10.2	1.96	4
花蓮縣	4.0	1.23	2
澎湖縣	7.7	1.80	4
基隆市	4.6	1.50	2
新竹市	5.4	1.40	3
嘉義市	5.2	1.05	2
金門縣	7.9	1.05	3
連江縣	1.7	0.41	1

2. 滾動式修正策略建議

- 1) 依照需求說明書內容辦理，按季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) 每季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季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，已函送 111 年第 4 季～112 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。

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 111 年總通報人次為 45,366 人次，與前一年度相比上升 4.4%，112 年 1 至 9 月通報共 35,175 人次，與去年同期相比上升 12.3%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，111 年為 11.4。

在自殺方式部分，112 年 1-9 月「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.4%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(32.3%)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」(52.7%)、「情感／人際關係」(49.1%)及「工作／經濟」(12%)。

- 2) 根據各縣市每季通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。
- 3) 持續檢測自殺通報資料撈取之正確性及與系統維護廠商溝通。
- 4) 持續蒐集使用者對自殺防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部 (詳見章節 6.4 自殺防治通報系統增修建議)。
- 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臺，以期自殺防治工作能更增效益。

參、辦理自殺防治之實證研究

工作項目 (依照 112年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(三)辦理自殺防治之實證研究	
1. 分析COVID-19疫情對心理健康及自殺議題之影響： (1) 針對COVID-19與心理健康及自殺防治之關聯，進行系統性文獻彙整及回顧。 (2) 針對COVID-19所造成之經濟及就業衝擊，分析對勞動人口群所致心理健康及自殺議題之效應。 (3) 綜整上述(1)、(2)結果，提交「後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議報告書」，於112年7月31日前函報本部。	依規定執行完成 詳見3.1章節
2. 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： (1) 函請教育部及行政院原住民族委員會提供有關自殺防治統計資料分析之需求，並綜合本部建議之分析項目，研擬兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治統計分析變項，並進行資料統計及分析。 (2) 於112年12月31日前，函報本部111年兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治專題報告(含自殺防治相關統計、變項及趨勢之分析、自殺防治策略與政策建議等)。	依規定執行完成 詳見3.2章節
4. 運用本部自殺死亡、自殺通報及本部長照司提供之相關資料，針對老年及長期照顧(含照顧者及被照顧者)族群之人口學相關變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並依分析結果研提自殺防治策略及政策建議。	依規定執行完成 詳見3.3章節
5. 依自殺防治法第 9 條第 2 項第 1 款規定，辦理自殺防治現況調查。調查主題由廠商自行擇定（投標廠商應於服務企劃書即提出主題規劃），並於調查前2個月函送細部執行計畫書至部，經本部同意後始得辦理。	依規定執行完成 詳見3.4章節

後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

109 年 COVID-19 疫情爆發初期，有賴於政府迅速的反應，民眾得以紓緩緊張的心情，從迅速成立疫情指揮中心，調派與協調各方資訊與資源，並且藉由每日召開疫情記者會，說明台灣感染現況以及相關自主隔離措施，同時政府在第一時間就集結國內的口罩工廠，統一收購，並販賣給每位國民，讓每一為國民都有足夠的口罩，抵擋社區感染傳播，亦是極為重要的策略之一，當然最重要的是還是全民的合作，也得以讓疫情迅速控制下來，並且讓民眾恐懼的心情得以紓緩。

隨著疫情發展，隔離、遠距、停學政策的實施，雖然有效減緩 COVID-19 的傳播，但也造成心理上的衝擊，隔離可能造成民眾產生孤獨感，甚至是自殺危機的發生，而老年人可能因封鎖政策，及不會操作網路，難以跟外界聯繫產生社交孤寂感及看診不易等因素，造成心理壓力的上升，然而後續政府於各縣市地方關懷中心，關懷確診者及隔離者之身心狀況，並提供適當的物資，包含防疫物資及食物，以減少隔離者及確診者因隔離措施而無法取得物資的不足。而學生因為停學可能失去獲得心理衛生資源的管道，也因為停學在家，造成與同學朋友更為疏離，與家人間的相處壓力增加及受到虐待的機會也增加，或受到爸媽失業影響，而無法取得資源，同時學校關閉也導致學生使用 3C 時間的大幅增加，可能引響導致網路成癮機會增加，國內研究指出(Lin, 2020)在大流行初期，國中學生有網路成癮的機率为 24.4%，高中則為 17.4%相比之前大幅上升，除此之外，學生在也可能面臨社會心理發展的危機。

台灣經濟雖然亦受 COVID-19 影響，但根據主計總處發布去年 12 月失業率為 3.52%，較去年 11 月下降 0.09 個百分點，111 年全年失業率平均為 3.67%，兩者同創 22 年最低。111 年失業受疫情影響程度比 110 年弱化，失業率從 3.95%降到 3.67%，顯示國內整體經濟狀況逐漸改善，而國內勞動市場呈現穩定情形。

然而 COVID-19 至今仍影響多數人的生理及心理，根據世界衛生統計，10%-20%的人在確診新冠肺炎後，有可能罹患長新冠，而長新冠症狀又可因症狀的影響的時間持續性，分為急性長新冠(介於確診後 3 週至 12 週)及慢性長新冠(12 週以上)，而症狀又可能包含生理及心理上的影響，根據系統性回顧指出最常見的調查發現包括肺部異常，其次是一般症狀，例如疲勞、精神症狀和創傷後壓力症候群，以及神經系統症狀。次分析顯示，高風險長期後遺症的參與者年齡較大，大多數為男性，居住在高收入國家，急性感染時狀況較嚴重。其中感染嚴重的人更容易患有創傷後壓力症候群、睡眠障礙、認知缺陷、注意力

受損和味覺功能障礙。恢復後，輕度感染的倖存者心理負擔較重，並且容易出現記憶力受損(Zeng et al., 2023)，也因此後續如何針對 COVID-19 確診者建立一個完善的復原醫療計畫亦是相當重要的，國內為此發展 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，提供確診解除隔離後 6 個月內之康復者跨科別醫療服務，因此即便 COVID-19 復原後，仍是不可輕忽帶來的身理及心理上的影響。

2. 業務目的與目標

探討受 COVID-19 疫情對心理健康及自殺地影響與因應的策略。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立

2) 文獻蒐集方法

(1) 蒐集系統性回顧文章

(2) 滾雪球法蒐集

2. 資源連結合作

1) 合作單位：臺大醫學院圖書館、高雄市立凱旋醫院周煌智院長、健康行為與社區科學研究所張書森教授、台大醫院精神醫學部心身醫學科廖士程主任。

2) 資源連結內容及形式：Embase 學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

三、過程(Process)

1. 組織建立

由本中心召集各領域專家學者含精神醫學、流行病學等，並於文獻蒐集完成後，進行嚴格評讀與篩選。

2. 文獻收集

1) COVID-19 對心理健康及自殺的影響

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，後續持續利用相同關鍵字找尋到 81 篇心理健康相關文獻，並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。

2) 經濟衰退對心理健康及自殺的影響

國外文獻則利用 Embase 上搜尋 economic recession OR unemployment& Mental health OR suicide，並篩選 systemic review 的文章共 10 篇，後續並利用滾雪球法持續蒐集文獻，國外文獻統計相關則利用 economic recession OR

unemployment& Mental health OR suicide ，並針對 2020-2022 年期間與 COVID-19 造成經濟影響與心理健康及自殺相關的文獻；國內文獻利用關鍵字於 Embase 上搜尋 unemployment & suicide &Taiwan，搜尋共找到 54 篇，經篩選後剩餘 11 篇。

四、結果(Product)

1. COVID-19 與心理健康及自殺防治之關聯

109 年初 COVID-19 的爆發對全世界所造成的影響，不只是生理上，更是心理上的影響不容忽視，根據世界衛生組織統計至今新冠肺炎已造成 693 萬人死亡，而遭受感染的個案更是將近 7 億 6 仟多萬人；然而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，受得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重要。

不同的時間、人口群也有不同的影響，以時間長短來看，短期可能會有物質濫用、創傷後症候群(PTSD)、焦慮、憤怒、害怕傳染、感覺危險、不確定性、不信任等心理的影響；長期來看，可能導致不良的行為、災難後反應、不恰當的因應行為更有可能導致精神疾病的惡化及穩定度(Esterwood & Saeed, 2020)，而高風險的族群包含小孩、青少年、老年人、孕婦及孕產期婦女(Hessami, Romanelli, Chiurazzi, & Cozzolino, 2020)、失業、海外求學的學生(Lai et al., 2020)、移工、受隔離的人、生理疾病及精神疾病史、COVID-19 患者、醫療人員等(Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio, 2020)。大多數的系統性回顧研究在整理各項心理調查或研究後，發現異質性相當高，因此不適合利用後設分析，將各研究結果估計效果值(effect size)，這也反應了要整理所有文獻與心理健康統計的不易性。

對各族群所造成的心理症狀影響普遍是產生焦慮、憂鬱、睡眠困擾、創傷後壓力症候群等問題，而面對 COVID-19 首觀其衝，以醫療人員最需注意，學者回顧過往與大型流行病相關的研究，包含 MERS、SARS、COVID-19 等(Salazar de Pablo et al., 2020)，發現有 37.8%(95%CI=28.4%-48.2%)的醫療人員會有心理困擾的症狀，包含 29.0%(95%CI=14.2%-50.3%)的焦慮症狀、

20.7%(95%CI=13.2%-31%)的創傷後壓力症候群相關症狀、26.3%(95%CI=12.5%-47.1%)的憂鬱相關症狀、37.9%(95%CI=30.9%-45.5%)的睡眠困擾、37.8%(95%CI=28.4%-48.2%)的心理困擾、34.4%(95%CI=19.3%-53.3%)的工作倦怠、29%(95%CI=14.2%-50.3%)焦慮、26.3%(95%CI=12.5%-47.1%)憂鬱症狀、16.1%(95%CI=0.2-96%)軀體化症狀、14%(95%CI=6.4%-28.1%)污名化感覺，由此可見大型流行病對醫療人員的心理健康影響相當複雜。台灣過去研究 SARS 大流行下醫療人員的精神心理困擾，亦可以發現高度接觸病患的醫療人員其心理健康普遍較差，而其他研究則探討相關危險因子包含護理人員、第一線醫療人員或高度暴露於 COVID-19 的病人、被隔離、污名化等，因此透過提升相關保護因子包含社交支持、醫院方面防治 COVID-19 的措施與設備、明確的溝通、個人因應大型傳染病的能力等，都可能降低 COVID-19 為醫療人員所帶來的影響。

雖然 COVID-19 造成心理健康巨大的影響，但與自殺、自殺率相關性相對來說沒有比較高，綜合文獻的發現結果，目前沒有足夠的證據顯示 COVID-19 會造成自殺死亡率的上升(John, Pirkis, Gunnell, Appleby, & Morrissey, 2020; Kahil et al., 2020; Moutier, 2020)，然而仍不可以掉以輕心，其他研究指出第二波疫情的侵襲下自殺率上升的機會相當高(Chang, Chang, Hsu, & Gunnell, 2020; Tanaka & Okamoto, 2021)，因此 COVID-19 與自殺存在相關性比較可能在疫情後的復原期才開始有自殺率的上升，尤其是後疫情時代，與疫情相關的政策、生活型態與人際關係的改變，都有可能產生心理健康等問題。

2. COVID-19 對經濟所造成之衝擊及勞動人口群

COVID-19 對經濟造成影響，可能因時間不同，而有著不同的影響，在爆發初期，會造成當地的市場的供應與需求的衝擊，並打斷人與人的交流，進而影響國際的交易失序與資金流動；中期則會因工廠關閉造成原物料的短缺，運輸人力減少，造成國際整體的供給衝擊，進而推升物價的上漲，因應疫情所採取的社交隔離政策則可能導致需求面的衝擊，造成失業與收入的減少，政府的貨幣政策造成匯率的波動，整體經濟的表現則可能出現成長衰退現象，並且反應在 GDP 的成長率，最終導致經濟的蕭條(Barua, 2020)，109 年全球受到第 2 季疫情封鎖政策影響，以及第 3 季的回升，促使 IMF 十月下調預期 2020 年全球經濟成長率為-4.4%，而整年度是負成長(International Monetary Fund.

Research Dept.)，世界銀行指出 2021 年全球經濟體成長 5.6%，是有史以來經濟衰退後，回復最快速的一次，然而低收入國家成長仍相對較少，一部分的原因乃是疫苗接種的較少，其他還有社會保障資源不夠、醫療資源的不均都可能導致了 COVID-19 深化不平等的影響(Ahmed, Ahmed, Pissarides, & Stiglitz, 2020)。

經濟衰退一般泛指 GDP 連續衰退 2 季，而失業率在經濟衰退中後期開始上升，在過去許多國家的研究的當中，經濟衰退後與精神疾病、憂鬱、物質濫用及自殺行為存在相關性(Frasquilho et al., 2016; Ganson, Tsai, Weiser, Benabou, & Nagata, 2021; Henkel, 2011; Marazziti et al., 2021; Mucci et al., 2016; Oyesanya et al., 2015; Virgolino et al., 2022)，同時經濟衰退，可能會透過原本的社經不平等，加劇對心理健康的影響，過去的研究指出失業、教育程度較低、物質生活水平均與族群的常見精神疾病有著相關性(Fryers, Melzer, & Jenkins, 2003)，學者進一步針對過去大型流行病如何進一步加遽健康不平等進行探討，並提出 COVID-19 對經濟的影響會透過對不平等工作、社會決定因素的影響，而對原本屬於弱勢的群體造成更大的傷害，然而因應經濟衝擊的國家政策不同，亦有可能產生不同的影響，經濟衰退與自殺死亡率升高的幅度會受群體脈絡、文化、時間而有所不同影響。

疫情持續嚴重的地區可能進一步導致經濟衰退，並導致個人最終產生自殺，穩定的工作提供個人有意義的社會關係、承諾，並大幅影響心理健康，一旦長期陷入不穩定的工作、長期的失業，可能會進一步導致個人感到孤立，進而產生憂鬱症狀、自殺(Godinic, Obrenovic, & Khudaykulov, 2020)，精神疾病與社經狀況兩者也可能交互影響，先前有精神疾病可能會影響未來的工作的機會(Olesen, Butterworth, Leach, Kelaher, & Pirkis, 2013)，而失業不只影響個人，同時也影響家人，包含另一半與家裡的孩童，當中易脆弱群體可能更容易受到經濟衰退的影響，包含原來失業者、精神疾病的患者、低工作技能、非固定工作者、女性、先前有債務的人等，因此優先提供這些族群適當的資源，以減緩經濟衝擊對他們心理健康的影響勢必相當重要。

3. 本土資料及研究

台灣則受惠於政府迅速的政策反應及良好社會福利政策，而並沒有讓

COVID-19 疫情造成台灣太多負面影響，根據台灣自殺防治學會自殺防治調查，在疫情的前 2 年，有情緒困擾的人並未明顯上升，雖然 111 年上升至 7.6%(詳圖 3-1-1)，但由疫情對民眾的影響不難發現 111 年相較過去 2 年對民眾各方面的影響都顯著下降(詳圖 3-1-2)。

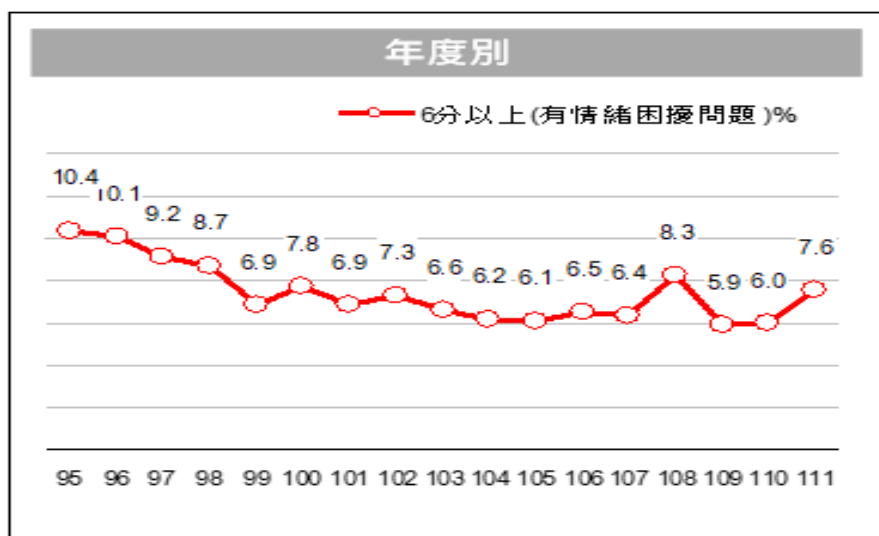


圖 3-1-1、95-111 年自殺防治調查民眾有情緒困擾比例

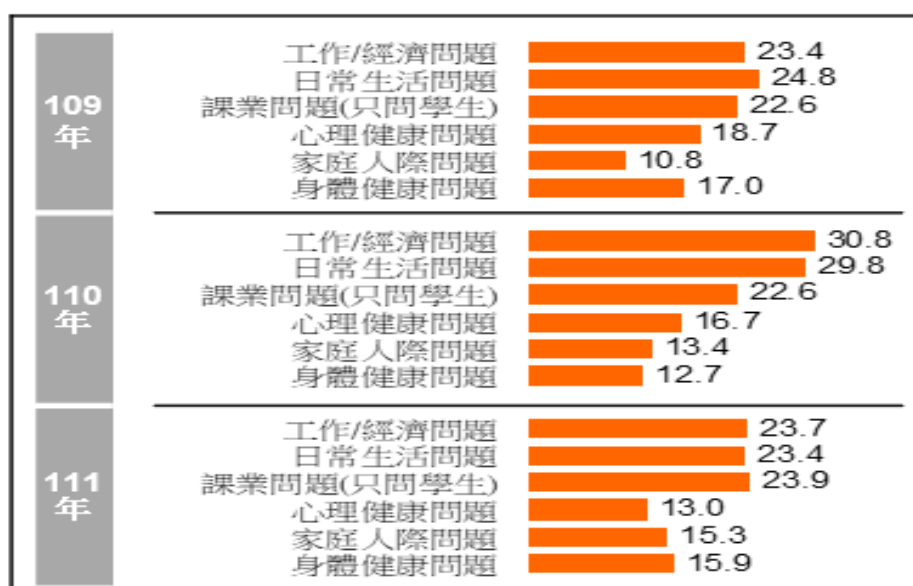


圖 3-1-2、109 年-111 年自殺防治調查過去一個月疫情影響個人之層面

1) 本土其他研究

在台灣醫護人員心理健康衝擊仍是本土主要的關注焦點，一篇針對國內第一波疫情醫院內醫護人員所承受的創傷壓力對心理影響，以及他們所採取的應對行為，發現 38.4% 的人在在臨床上有罹患 PTSD 的風險，25.6% 則有中度至高度的風險，

(Huang et al., 2023)，另一份針對院前救護人員的調查發現比起一般醫護人員其工作倦怠、感知壓力都相對較大(Chang & Hu, 2022)除此之外 COVID-19 的污名化亦可能加重工作負荷(Shiu, Chen, Hung, Huang, & Lee, 2022)，提供醫護人員適當的訓練、準備都能有效減低醫護人員的壓力，(張佩茹(Pei-Ju Chang)，吳娟(Juan Wu)，& 李妙紋(Miao-Wen Li), 2021; Lee et al., 2022)，其他國內研究還發現時間態度為消極者 PTSD 的嚴重度相較其他的組別來的嚴重(Chiang & Chen, 2023)，其他國內學者則提出針對藥物濫用者的衝擊的身心、工作、居住都有著相當大衝擊，(任全鈞(Chuan-Chun Jen) & 王伯頌(Po-Chi Wang), 2022)，而衛生行政機關人員遭受職場暴力的比例為 48.17%，63.41%的人員亦自評心理健康不佳(王怡婷(Yi-Ting Wang) & 鄭雅文(Yawen Cheng), 2023)，另一份研究則顯示集中檢疫所員工知道所服務的檢疫者為確診 COVID-19 陽性者，會增加工作人員 4.53 倍情緒困擾(OR = 4.53、95%CI：1.83-11.21)(蔡衣帆，陳淑暖，陳頌云，詹尚易，& 黃遵誠, 2022)整體而言 COVID-19 不只衝擊脆弱群體，在醫療端或行政端的人員亦須要提供足夠的支持，以減少工作對身心衝擊。

國內研究發現(Lin, Chang, & Shen, 2021)過去 1918 年的西班牙流感造成台灣自殺死亡人數短暫增加，主要因素可能包含害怕疫情的惡化，和疫情防治措施所導致的社交孤立及經濟衝擊，同時證據指出 COVID-19 確診者同樣可能面臨生物性的病毒影響神經系統，而增加自殺的風險(Tzeng et al., 2020)，在民國 109 年台灣的自殺死亡並未隨疫情增加，後續的研究則發現 25 歲以下在疫情後自殺率仍維持增加的趨勢，65 歲以上則變為增加的趨勢，主要因為疫情中斷老人就醫服務與社交隔離增加了孤獨感(Y. Y. Chen, Yang, Pinkney, & Yip, 2021)，國內學者為進一步了解民國 92 年 SARS 對自殺死亡率的影響，利用 1993-2003 年逐月自殺死亡人數分析疫情中及疫情後對各年齡層死亡率的影響，結果發現除 45-64 歲於單一個月有顯著上升外，整體自殺死亡率並未有顯著上升之現象(S. S. Chang et al., 2022)，其他針對新北市的研究透過分析逐週自殺死亡人數及自殺通報人次，發現女性自殺通報人次在疫情之後有小幅增加的趨勢，男性則沒有，而自殺死亡則均沒有增加(Su et al., 2022)，國內調查則顯示將近 45.4%的民眾曾感受 COVID-19 所帶來的壓力，其中高自殺風險、孤獨感高者及低自我效能者有較大的機會感受到 COVID-19 所帶來的壓力(Wu et al., 2022)，青少年在疫情下其孤寂感亦與自殺意念呈現顯著相關(林烝增、刑志彬，2022)。

台灣少部分實證研究過去利用個體層級研究失業與自殺死亡的關係，早年台灣的心理解剖研究發現失業與自殺的勝算比為 3.5(95%CI=1.9-6.5)(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000)，而生態研究指出台灣的失業率與男性自殺死亡率有著相關性，與女性相關性則較弱(S. S. Chang, Sterne, Huang, Chuang, & Gunnell, 2010b; Y. H. Chang, Gunnell, Hsu, Chang, & Cheng, 2020)，其他研究利用健保資料庫發現 2008 經濟衰退時，物價通膨率與產後憂鬱症發生率呈現正相關，與失業率呈現負相關，而經濟衰退後的 2010 年，則產後憂鬱症發生率則與物價指數呈現

正相關，其他生態學研究進一步發現，失業率的提升過去與台灣男性的自殺死亡率 45-64 歲具有高度關聯性(V. C. Chen, Chou, Lai, & Lee, 2010)。在失業率與自殺死亡率的延遲效應方面，國內一份運用時間序列模型的研究發現 1997-2003 年失業率與自殺死亡率上升延遲了 8 個月，至 2003-2007 年則延遲 5 個月(Y. Y. Chen, Yip, Lee, Fan, & Fu, 2010)，雖然長時間的失業率與自殺有著相關性，然而研究指出台灣在過去經歷的經濟危機並未造成台灣自殺死亡率的上升，1997 的亞洲金融風暴並未造成台灣自殺死亡率的上升(S.-S. Chang, Gunnell, Sterne, Lu, & Cheng, 2009)，另一份國內研究針對 2008 金融風暴與台灣自殺死亡率同樣亦未發現有顯著上升的情形，同時失業率與自殺死亡率可能會隨著時空環境的不同，有不同的關係(Y. Y. Chen et al., 2010; 陳冠志, 謝仁和, & 曹淑琳, 民 104)，其他因素也會同時影響自殺死亡率，包含媒體新聞報導(Mishara, 民 98; Niederkrotenthaler et al., 2020)、政府社會福利相關的因應措施(Bambra et al., 2020; Y.-S. Chan, Liu, Chen, & Peng, 2018; Donnelly & Farina, 2021; Kato & Okada, 2019)、高致命自殺工具管制等，都有可能進一步調節經濟衰退、失業率對自殺危機的影響，因此單從短期失業率的上升，較難以發現與自殺死亡率的相關性，而綜觀台灣的研究大多使用生態研究，探討整體長期失業率與自殺死亡率的關係，然而兩者之間關聯性，可能因為各方面社會福利的逐漸完善，削弱兩者之間的相關性，另一方面，過去的研究並未進一步針對失業率進行性別、年齡層的區分來探討與其相對的性別、年齡層自殺死亡率，也有可能造成分析結果誤差，亦缺少觀察型研究探討本土自殺相關危險因子，所以針對這一波 COVID-19 疫情所造成的經濟衝擊，後續也還是需要持續觀察對心理健康之衝擊。

2) 本土心理健康策略

在心理健康策略方面，針對 COVID-19 疫情應有適當的主動介入以協助民眾調適疫情下的身心壓力反應。針對災難後的心理健康策略，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；針對一般民眾部分，我國學者則發現規律運動習慣亦有助心理健康(Chang, Hung, Timme, Nosrat, & Chu, 2020)，除此之外，吳佳儀及李明濱與其他學者則建議一般民眾需具備五裝備七原則以維護自我的身心健康，五裝備分別為充分睡眠、適度運動、均衡飲食、創意休閒與放鬆技巧、七原則運動休閒、放鬆身心、知己知彼、情緒支持、理性認知、工作分層以及積極樂觀，而在自殺防治部分則需要運用多元管道適時求助、飲食睡眠規律、並紓解財務困難、不中斷正在進行身體或精神健康的治療，並不斷更新最新的防疫資訊以及放鬆技巧，(吳佳儀, 李明濱, & 廖士程, 民

110)。

表 3-1-1、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商，以減少感染的風險。

4. 後疫情時代心理健康策略及政策建議

後疫情時代的心理健康的促進，以及精神疾病預防需藉由多層次的措施來達成，學者整理過去的心理健康的促進方法與精神疾病預防策略如圖 3-1-3(Arango et al., 2018)，心理健康提倡主要在追求正向心理，而初級預防則是透過以全人口為標的的政策實施，來減少產生精神疾病的危險因子並增加保護因子，雖然心理健康提倡及初級預防在概念上不一樣，但經常透過同一個介入措施來達到兩者的效果，而選擇性預防則是強調針對暴露高風險發展精神疾病的群體，指標性預防則是針對已經有一些症狀出現的群體，提供一些介入措施以防疾病發展，第二級預防則是針對那些已經符合精神疾病診斷的病人能夠及早得到治療，並且減少疾病的持續進展，最後第三級預防則是針對那些已經有精神疾病，使他們妥善獲得治療，並控制病情的惡化，整體而言，完善心理健康策略需囊括心理健康促進到精神疾病的治療不同程度的預防措施，才能有效減緩 COVID-19 對心理健康的衝擊及後續影響。

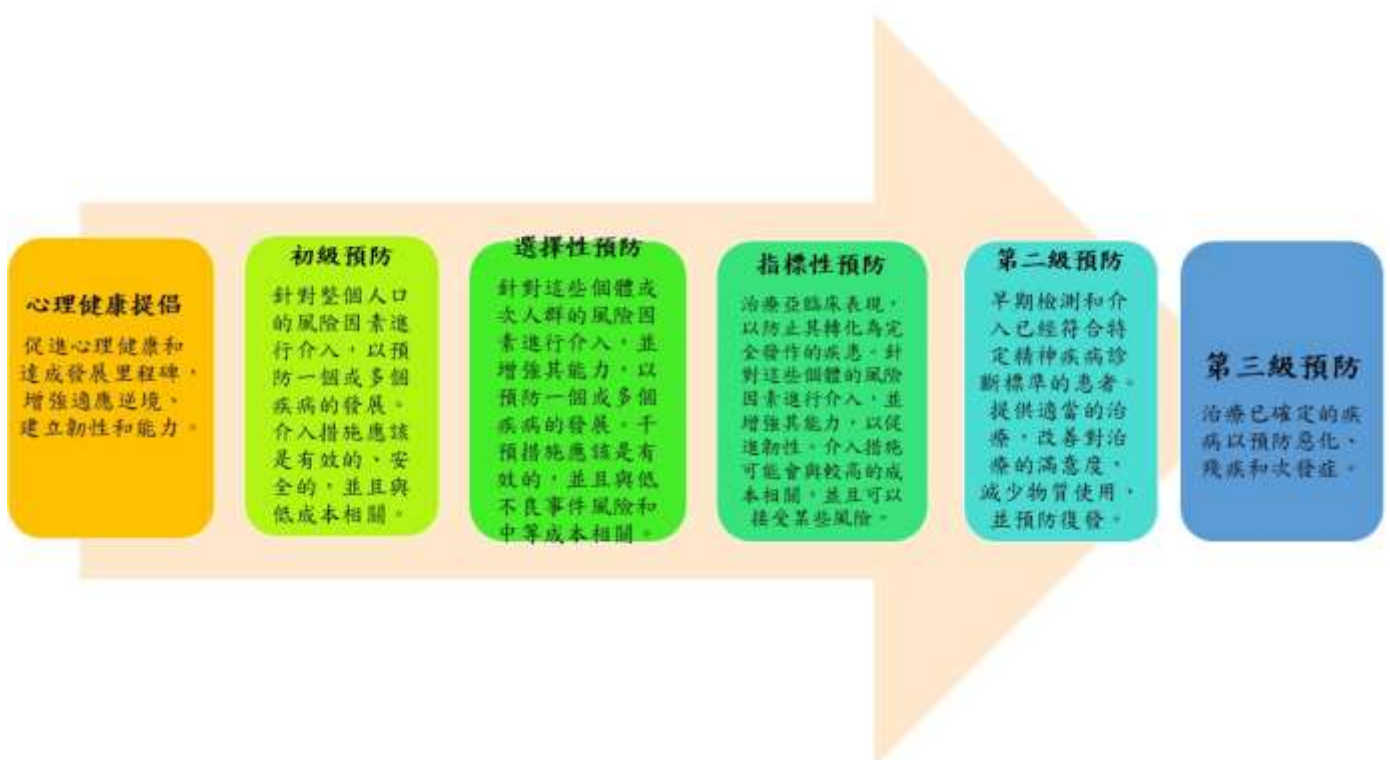


圖 3-1-3、心理健康策略(Arango et al., 2018)

1. 心理健康提倡

1) 提升心理健康素養(Mental health literacy)。

心理健康素養包含有個人有能力去辨識特定疾病，知道如何去找尋精神心理資訊，知道疾病成因和危險因子，自我治療和專業幫助的知識；以及促進認知和適當求助的態度，而提升公眾心理健康素養有助於有相關困擾尋求幫助外，社區也能更有支持，並且接受精神疾病、心理治療等。

2) 創造支持性環境。

針對那些有家庭困難的民眾提供適當的協助、以及那些罹患憂鬱症的媽媽、並於社區提供一些適當教養方式來給第一次當爸媽的民眾。同時那些來自中低社經階層的小孩可能並尚未發展足夠的能力，在進入學校時，以取得成功。除了家庭外，學校、職場亦是相當重要的場所，可以發展適當的課程或訓練來強化個人的因應壓力、社交技巧，讓個體在場域內更容易取得成功，並發展更好的復原力。

3) 強化應地制宜的心理健康相關策略。

因地制宜的心理健康促進策略更能接近當地民眾的需求，藉由當地民眾共同的決定，計畫更能創造當地民眾對自己生活的控制感，除此之外，由當地民眾共同推動心理健康計畫能讓社區對相關議題有更好的認識，鼓勵有需要的人進行求助，並且社區也會更有支持及包容，除此之外，媒體在影響公眾對心理健康的議題亦不可小覷，讓公眾對相關議題有更正確的認識，探討並提供解決方法都有助於整體民眾的心理健康素養提升。

4)發展個人復原力。

個人復原力為面對逆境時，能否維持心理或回復平衡的能力，個人技能和特性包括高度的自尊心、毅力和決心、良好的問題解決能力、良好的自我調節能力、高度的煩惱容忍度、社交能力、智力、內在的控制力和樂觀主義。外部因素包括積極的育兒和家庭環境；作為孩子時至少有一位支持性成年人的支持；同儕支持；參與學校活動；以及參與體育、當地俱樂部、宗教和其他課外活動(Carbone, S., 2020)。

2. 初級預防

1)鼓勵民眾多進行社交活動，以強化社交支持。

2)提倡健康的生活方式，包含保持充足的睡眠，吃健康的食物，和保持足夠身體活動。

充足的睡眠有助於維持認知功能，例如專注、學習及記憶，而睡眠不足可能導致因應壓力的能力變差；多攝取蔬菜水果、魚類也有助於或改善心理狀況，同時補充維生素 D、葉酸、SAME（S-腺苷基甲硫氨酸）以及最重要的是魚油亦有助於心理健康；適當身體運動能夠減少焦慮、憂鬱和負面情緒並改善自尊及認知功能。

3)社會情緒學習技巧的提升。

社會情緒學習能力的提升，不但可以減少暴力的發生，同時也減少兒童青少年精神疾病的發生，而社會情緒能力 CASEL 定義為獲取和有效應用知識、態度和技能的過程，以理解和管理情緒，設定和實現積極的目標，感受和表現對他人的同理心，建立和維護積極的人際關係，以及做出負責任的決策，五個核心能力分別自我意識、自我管理、社交意識、人際關係技能，和負責任的決策制定。

4)持續監測一般民眾之焦慮、憂鬱、睡眠困擾。

民眾心理健康、情緒困擾的監測仍是重要的政策實施依據，隨著 COVID-19 亦情逐漸緩和，對一般民眾的影響應可逐漸降低，然而另一波的經濟衰退，可能又衍生出民眾心理健康問題，因此持續監測一般民眾心理健康與情緒困擾，作為政策擬定的依據。

5)提倡健康網路使用習慣。

由中央研究院於 110 年調查發現我國 12 歲以上網路成癮情形發現網路沉迷相關問題中的「人際與健康問題」與「時間管理問題」平均分數較 106 年則有所成長，且網路成癮問題以 20-29 歲比例最高，而 12-17 歲則是次高，而全體國民網路成癮的比例亦有逐年攀升之跡象，過去台灣的研究也發現有網路成癮的人比較容易有失眠、憂鬱及感覺比不上別人的情緒困擾(Wu, Lee, Liao, & Ko, 2019)，因此針對年輕族群持續推廣健康網路使用習慣以減少後續衍生的心理不適。

6)老人使用網路能力，以減少孤獨感。

COVID-19 大流行造成老人大多得待在家裡，以防被傳染，雖然疫情逐漸

減緩，但害怕出門、害怕被感染的心理壓力未必會逐漸減緩，因此藉由推廣老人使用網路來維持社交聯繫及互動有助於減少老人孤寂感(Foong et al., 2022)。

7) 減少民眾物質濫用。

心理壓力、增加增加往往會造成民眾過度飲酒的機會發生，或是有物質濫用的情況發生，特別是災難發生的時候，同時過去的研究發現孤獨的增加與經濟危機亦會導致過度飲酒的情形發生，而精神疾病和物質濫用同時發生的機率亦相當高，因此在後疫情時代，實施具實證基礎的物質濫用減少的政策，將有助於個人心理健康的改善(Roberts et al., 2021)。

8) 健全的社會福利政策、積極的輔助勞工就業

政府持續的社會福利預算投入在經濟衰退期是相當重要(Matsubayashi, Sekijima, & Ueda, 2020; Stuckler, Basu, & McKee, 2010)，短期來說足夠失業救助金能夠有效改善心理健康、特別是憂鬱(Berkowitz & Basu, 2021)，長期來說，協助積極的勞工計畫(active labour market programs)包含協助失業者重新找到工作或提供其他訓練以利勞工找尋新的工作(Haw et al., 2015)都能降低經濟衰退所帶來後續的影響。

3. 選擇性預防

1) 針對易脆弱族群提供適當的支持，以減緩短期及長期的影響，並持續監測各群體之心理健康，包含以下群體

(1) 女性

婦女可能因照顧家庭而產生更大的壓力，也可能因隔離政策增加在家的時間，而造成受暴的機會增加，進而導致自殺企圖的發生或憂鬱。除此之外懷孕的婦女或是產後的婦女也需要特別注意，COVID-19 加重在懷孕期間或產後的心理或精神問題，並且除了 COVID-19 本身所造成的身心理衝擊，還有可能得面對失業、照顧小孩等挑戰，後續提供足夠的資源給女性以減少對女性各方面的影響，對女性而言，相當重要。

(2) 兒童及青少年

COVID-19 對兒童青少年的影響，不但造成學童學習上的中斷，更是對其身心發展都有深遠的影響，系統性回顧發現兒童及青少年在這波疫情下，普遍都有焦慮、憂鬱、睡眠障礙、創傷壓力症候群及壓力症候群，甚至是自殺意念的發生，同時停學措施雖然減少疫情的傳播，卻也對他們造成影響。

最容易受到學校停課影響的兒童包括那些依賴學校提供健康和心理輔導服務的孩子、食物匱乏的家庭中的孩子、肥胖兒童、家庭內存在虐待和忽視風險的兒童，以及無家可歸的兒童。

雖然適當智慧型手機、社群網路使用能夠幫助孩童、青少年減少孤寂感及壓力，但並非所有的使用都能減緩緩停效或隔離對心理健康的影像，也因此讓兒童及青少年逐漸回歸校園之際，應讓他們更加了解過度手機、網路使用會造成的危害，包含社交比較、暴露負面資訊、害怕錯過等。

(3) 老年人

COVID-19 對老年人來說不只是具有生理上疾病的威脅，心理上的衝擊亦不可輕忽，研究也發現隔離政策所導致的孤獨感，會加重老年人的心理壓力，而不擅長使用科技產品也讓老年人更加孤立，同時疫情也中斷老人就醫，造成老人面對疫情的影響顯得更加弱勢，後疫情時待除鼓勵老人回復過往的身體活動、社交活動外，透過跨科別的診斷，以提早發現可能潛在的精神疾病亦是相當重要的一環。

(4) 非異性戀的青少年(LGBTQ)

LGBTQ 在疫情前就可能因歧視、創傷、虐待等問題，更容易有精神心理上的問題，受到 COVID-19 的影響，他們可能因此惡化原本的心理健康狀況，同時學校停學也會造成他們獲取相關心理支持管道中斷，再加上他們可能原本就不受家庭支持，種種因素都相當可能造成他們心理壓力的增加，甚至衍生自殺危機。

(5) 身體疾病、慢性疾病

COVID-19 造成心理健康問題的人與疫情之前相比上升許多，研究指出特別是之前就有身體疾病的病人在憂鬱的症狀上大幅上升(Robinson et al. 2022)，然而義大利的研究則發現隔離期間的慢性疾病患者壓力及軀體化症狀相較健康者更為嚴重，雖然目前台灣隔離措施已取消，但後續持續觀察身體疾病、慢性疾病的患者是否有發展精神疾病跡象亦是相當重要的。

(6) COVID-19 確診患者

持續追蹤罹患 COVID-19 的患者後續的心理健康，以作為後續政策實施的依據，減少壓力、憂鬱、焦慮與睡眠問題(World Health Organization. Regional Office for Europe, 2021)，同時國內專家建議在社區關懷 COVID-19 染疫康復者時，加入身心靈相關議題，並與醫院端進行資源整合及服務轉銜(Y. J. Chen et al., 2023)。

(7) 低社經、其他社經地位較低

COVID-19 對低社經的地位的群眾影響比一般人更來的嚴重，不論在經濟上、生理上或是心理上，低社經地位的群眾可能因 COVID-19 造成失業，且難以繼續有穩定的工作來維生，同時疫情期間也較有機會因為沒有足夠資源來預防 COVID-19 的感染，而失業的發生可能導致罹患憂鬱、焦慮等問題的風險增加，這些情況都可能造成原本精神心理問題更加的惡化，為減少 COVID-19 對此群體的不平等影響，包含提供低社經地位就業輔導、適當的諮商、精神醫療資源及一般醫療資源等均能有機會減緩其衝擊。

2) 針對家暴受害人

家暴受害人不僅可能受到言語及身體迫害，心理狀況後續也備受考驗，而隔離政策更加重家暴事件的頻傳，過去國外系統性回顧、目睹家暴的孩童可能與受害者罹患精神疾病的增加有關，國內研究健保資料庫發現受到暴力的受害人(Fann et al., 2022, pp. 2000–2015)比起沒到暴力的人更容易得到 PTSD、躁鬱症、雙極性情感疾患，面對家暴受害人後續身心狀況，跨部門轉介資源，醫療

機構及早辨識都顯得相當重要。

3) 針對收入銳減之群體

易脆弱群體可能更容易受到經濟衰退的影響，包含原來失業者、精神疾病的患者、低工作技能、非固定工作者、女性、先前有債務的人等，因此針對這些脆弱群體需要特別的支持，以減緩大流行對他們造成的不平等的影響(Ivbijaro et al., 2021)，而精神疾病患者有可能因疫情之故，率先被公司所裁員，亦可能因疫情壓力造成個人精神疾病相關的議題，而被裁員，故針對個人精神疾病相關議題者，需提供更完善的支持，以減輕不平等影響。

一旦長期陷入不穩定的工作、長期的失業，可能會進一步導致個人感到孤立，進而產生憂鬱症狀、自殺(Godinic, Obrenovic, & Khudaykulov, 2020)，國外學者整理出經濟衰退可能導致個人的失業、壓力、財務上的損失、政府對健康照護的縮減等，並造成精神疾病的罹患、最後自殺的可能途徑(如圖 3-1-4)(Haw, Hawton, Gunnell, & Platt, 2015)

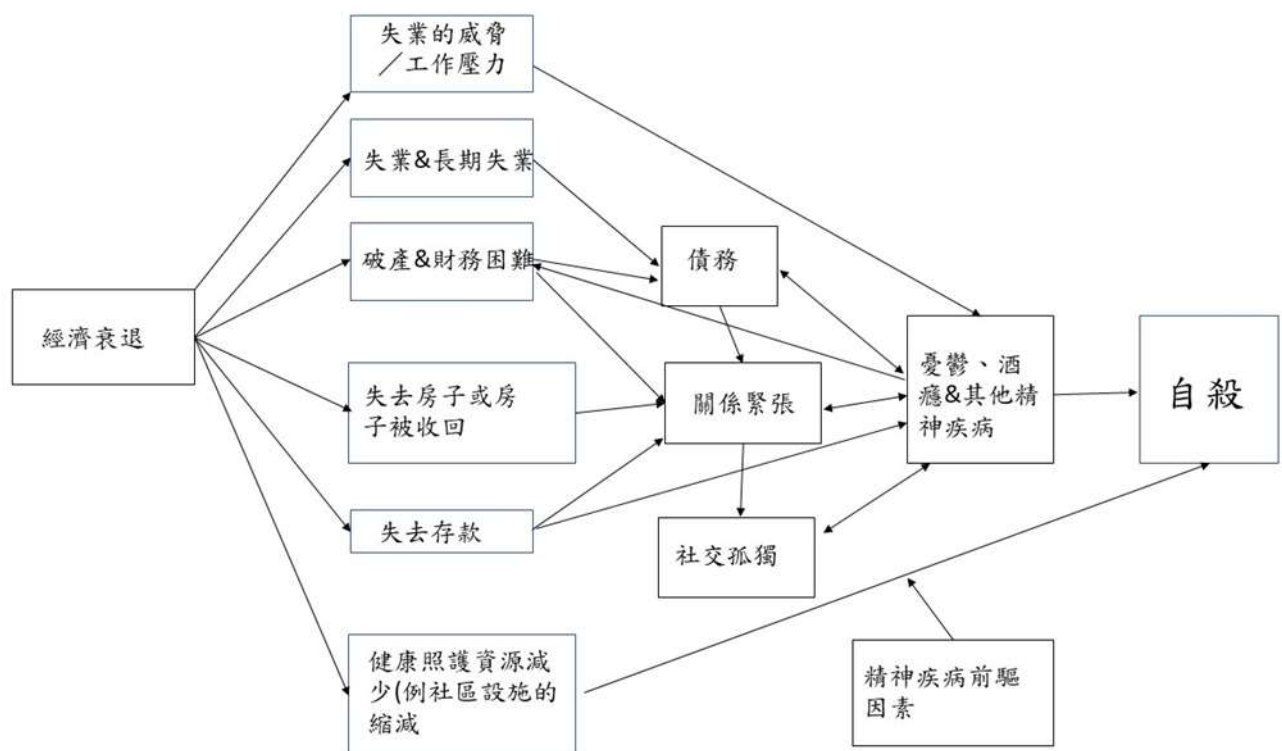


圖 3-1-4、經濟衰退導致自殺的途徑

4) 醫療工作者

疫情期間龐大的工作負荷與心裡壓力造成許多醫院員工可能有焦慮、憂鬱、睡眠問題及創傷後壓力症候群的發生，雖然隨著疫情發展，醫療工作環境不再如此的緊繃，但醫療工作者的精神心理問題是否隨著疫情緩和，而好轉，仍待進一步觀察，因此持續提供醫療工作者適當諮商、精神醫療資源對醫院的員工是相當重要的支持之一。

5) 針對物質濫用

由於失業的壓力可能導致個人藉由物質濫用來因應壓力(Frasquilho et al., 2016)，並降低個人衝動控制，因此除現在物質濫用防制策略持續施行外，應積極教導民眾其他紓壓方式(如:正念)或宣導求助管道，以減少不適當的壓力因應方式，國內專家則建議失業的男性可從事家務(Y.-Y. Chen, Cai, Chang, Canetto, & Yip, 2021)。

4. 指標性預防

- 1) 提供適當諮商、精神心理資源提供給遭受情緒困擾之民眾
- 2) 舉辦團體，針對有因 COVID-19 而有心理創傷之民眾，以舒緩民眾心理壓力
- 3) 利用接納與承諾療法(Acceptance and commitment therapy, ACT)，即使用各種接納(acceptance)、正念(mindfulness)、承諾(commitment)與行為改變策略，以增加個人的心理彈性(psychological flexibility)

5. 第二級預防

- 1) 篩檢精神疾病:針對可能罹患 PTSD 之患者進行篩選，以利 COVID-19 復原期能找出可能有創傷後壓力症候群 PTSD 之個案，PTSD 若沒有獲得適當的治療，後續自殺危機的可能性會提高，因此如何提找篩選出因疫情而有 PTSD 的民眾相當重要。
- 2) 針對憂鬱症及焦慮症進行篩檢，疫情壓力可能導致一個人進一步產生憂鬱及焦慮等情緒，若沒有獲得適當的支持或治療，可能逐步變成憂鬱及焦慮症，提前辨識出這群高風險民眾，並提供適當的治療，減少疾病的發展可能性。

6. 第三級預防

- 1) 提高精神疾病患者的就診率

精神疾病患者可能因為 COVID-19 大流行而中斷就醫，而造成病情的惡化，因此重新鼓勵、聯繫精神病人持續就醫，以減少精神疾病的惡化或復發對精神病人是相當重要的。

後疫情時代自殺防治策略及政策建議

COVID-19 不止造成心理健康的惡化，也可能進一步引發自殺危機的發生，研究指出社交隔離所產生的孤獨感，可能會進一步造成自殺行為的增加(Calati et al., 2019; Leaune, Samuel, Oh, Poulet, & Brunelin, 2020; Reger, Stanley, & Joiner, 2020; Trout, 1980)，然而初期研究大部分均指出:隔離初期的自殺率是下降的(Calderon-Anyosa & Kaufman, 2021; Leske et al., 2021; Mourouvaye et al., 2020; Prati & Mancini, 2021)，然而其他研究部分仍有自殺增加的跡象發生(Pathare et al., 2020)，甚至是封鎖後期自殺率的上升(Calderon-Anyosa & Kaufman, 2021)，其他 COVID-19 造成自殺的危險因子，可能為對疾病的恐懼、壓力及歧視等、精神疾病的復發、家庭暴力的增加等因素(詳表 3-1-2)；其中脆弱族群包括:青少年、老年人、有精神疾病者、移民和無家可歸者貧困、社經地位較低、慢性病患者、精神疾病史、新冠肺炎患者。

另一方面，COVID-19 疫情下可能導致一個人失業、工時減少、薪水減少、財務困難等，而這些個人經濟上的經歷都與較差心理健康，憂鬱、焦慮甚

至自殺意念有關係，失業也可能導致家庭內婚姻衝突，導致孤獨感產生，同時也影響家中的孩童(Haw et al., 2015; Preti, 2003)，若兒童成長於一個較艱困的環境，後續發生精神疾病的可能性也較高(Araújo, Veloso, Souza, Azevedo, & Tarro, 2021; Frasquilho et al., 2016)，因此透過跨部會的合作，及早發現因經濟困難所造成的高風險家庭並提供適當的轉介資源，例如家庭養育子女經濟補助，對家庭中每個人都有助於減少後續精神疾病、家暴議題的發生。

表 3-1-2、影響 COVID-19 大流行有關的自殺危險因子

自殺危險因子	說明	文獻出處
孤獨、社交隔離和無聊	社交距離的增加(含生理上的距離) 旅遊限制 欠缺科技產品 隔離或禁閉 學校關閉	(Banerjee, Kosagisharaf, & Sathyanarayana Rao, 2021) (Burnett et al., 2020) (Caballero-Domínguez et al., 2020) (Chang, Chang, et al., 2020) (Every-Palmer et al., 2020) (Fountoulakis et al., 2021) (Gratz et al., 2020) (Henry et al., 2020) (Hertz & Barrios, 2020) (Leaune et al., 2020) (Jakovljevic, Bjedov, Jaksic, & Jakovljevic, 2020) (López Steinmetz et al., 2020) (Zalsman et al., 2020)
害怕和不確定性	對感染性質無知／缺乏生理上的治療方式 害怕被感染 錯誤的訊息 不負責的媒體報導 醫療資源的競爭	(Banerjee et al., 2021) (Dsouza, Quadros, Hyderabadwala, & Mamun, 2020) (Leaune et al., 2020)
邊緣化(Marginalization)	社會成見 偏見	(Armitage & Nellums, 2020) (Bhanot, Singh, Verma, &

自殺危險因子	說明	文獻出處
		Sharad, 2021) (Bhanot et al., 2021)
心理疾病	對健康的焦慮 憂鬱 悲傷／喪親 急性壓力／妄想症 創傷後壓力症候群 物質濫用	(Caballero-Domínguez et al., 2020) (Pera, 2020) (Zalsman et al., 2020)
精神疾病的復發	獲得治療的機會減少 服藥遵從率降低 缺少警覺 與大流行直接相關的壓力 症候群	(Banerjee et al., 2021) (Mourouvaye et al., 2020) (Zalsman et al., 2020)
經濟損失	蕭條／財物損失 失業／薪水減少 小規模產業的崩潰 愧疚 領日薪的工人 對未來的不確定性	(Brenner & Bhugra, 2020) (Chang, Chang, et al., 2020) (Devitt, 2020) (Ettman, Gradus, & Galea, 2020) (Gratz et al., 2020) (E. Iob, A. Steptoe, & D. Fancourt, 2020) (Leske et al., 2021) (R. S. McIntyre & Lee, 2020) (Nomura et al., 2021) (Zalsman et al., 2020)
家庭虐待和親密伴侶暴力	伴侶之間的接觸時間增加 (與施虐伴侶的誘騙 entrapment with abusive partners) 濫用藥物 性別歧視和對異性的偏見	(Banerjee et al., 2021) (Olding, Zisman, Olding, & Fan, 2020)
脆弱族群	青少年 老年人（更容易住院孤獨，寂寞，抑鬱和增加自殺風險，不會使用科技產品來進行就診）	(Banerjee et al., 2021) (Badrfam & Zandifar, 2020) (H. C. Chou, Tzeng, & Lin, 2020)

自殺危險因子	說明	文獻出處
	第一線醫療人員（醫療人員，警察，基本服務提供者，志願者，運送人員等）	(E. Iob et al., 2020) (Kingston, 2020) (Levi-Belz & Aisenberg, 2020)
	移民和無家可歸者 貧困 社經地位較低	(Rahman & Plummer, 2020)
	慢性病患者 精神疾病史 新冠肺炎患者	(Byrne & James, 2020)

1. 全面性策略

1) 限制高致命性自殺工具

限制高致命性自殺工具是防止自殺發生相當具成本效益且有實證支持的策略，過去因為 COVID-19 的發生，民眾大多不敢出門，也間接造成民眾使用高致命自殺工具的機會減少，然而隨著疫情減緩，未來限制高致命自殺工具策略仍是減少自殺死亡人數重要的政策。

2) 媒體自殺報導規範

不適當媒體報導可能導致個人自殺危機的觸發，自殺報導與自殺率發生有著相關性，同時過度報導也可能引起模仿效應，國內近期研究則進一步指出名人自殺的新聞可能造成易脆弱群體的壓力(Y. Y. Chen et al., 2021)，因此後疫情時期持續監測媒體是否遵循 WHO 的六不六要的報導原則，以減少媒體新聞促發自殺危機的發生。

3) 求助專線

充實現有精神衛生服務專線及求助專線的資源，並整合衛生中心/救護車以進行危機介入，以及對社區和初級照護中心進行守門人的(線上)訓練，同時強化 1925 求助專線員工對 COVID-19 相關資訊熟稔、相關培訓及及時支持。

2. 選擇性策略

1) 強化高風險群體自殺防治策略

(1) 受家暴者：

疫情封鎖期間，家暴事件頻傳，可能造成家暴受害者及相對人後續產生精神疾病甚至是自殺危機的發生，因此提供受到家庭暴力之人有機會離開家庭，強化醫療機構有受傷的民眾，發掘可能潛在有受暴議題者，並協助轉介相關精神醫療資源，並確保受家暴者能得到支援如求助專線，或離開受暴環境都能改善受家暴者後續的身心狀況。

(2) 物質濫用者：

物質濫用的防治策略是另一個需要強化的，由於失業的壓力可能導致個人藉由物質濫用來因應壓力(Frasquilho et al., 2016)，並降低個人衝動控制，因此

除現在物質濫用防制策略持續施行外，應積極教導民眾其他紓壓方式(如:正念)或宣導求助管道，以減少不適當的壓力因應方式，國內專家則建議失業的男性可從事家務(Y.-Y. Chen, Cai, Chang, Canetto, & Yip, 2021)，同時建立監測酒精飲用量和安全飲酒提醒，維持規律接受替代療法，避免再度使用毒品。

(3) 長者及照顧者：

照顧者在 COVID-19 疫情侵襲下，不但加重原本的照顧負擔，甚至造成原本的心理健康惡化，雖然台灣未有調查或研究針對此一群體，但日本的研究發現特別是女性照顧者的心理健康有惡化，甚至有自殺意念的發生(Taniguchi et al., 2022)，因此後續如何結合長照單位及家庭照顧者協會以減少照顧者的負擔，並轉介已經有精神症狀的照顧者適當的資源，都是亟待規劃。

提供獨居的長者支援，如供餐，如有接受長照服務者，建議保持相同的照顧服務員提供服務，建立適宜長者使用之簡易線上看診服務，因多數長者對使用網路並不熟悉亦不會操作，然疫情可能改變長者就醫之習慣，無法面對面就醫，需改用線上看診，對長者而言是種考驗，減輕長者因疫情封鎖政策產生之孤寂感及害怕染病。

(4) 青少年：

針對較高風險的學生強化學生的問題因應能力、悲傷與失落的輔導；提供學生個人的諮商服務，學校應採取多層次系統的支持架構，教授社會情緒能力學習及強化學生連結力的課程；同時學校人員能即時辨識高風險的學生，以利後續介入及治療

(5) COVID-19 染疫者及其親屬

針對受 COVID-19 感染者及染疫身亡者的遺族，需要制定長期的自殺防治策略，以預防在感染後或親人染疫身亡後產生創傷後症候群、焦慮、憂鬱等情緒。

(6) 精神疾患者：

提供視訊診療服務，讓個案可以在線上獲取精神醫療門診服務，能透過線上看診或心理師線上諮詢，讓醫療不因疫情而中斷。

(7) 醫護人員：

醫護人員因為疫情而造成本身極大負擔，因此醫院方面提供完善且足夠的防護設備，以及健全社交與組織的支持對減輕身心負擔都是必要的，另一方面針對家庭照顧者、護理之家的護士則可以提供線上學習課程，教導簡短的自殺評估和預防方法。

2) 守門人訓練

針對第一線社福人員，包含可能接觸到經濟弱勢家庭、社經地位低落之社工及社工進行自殺防治守門人訓練，以利個案若已有自殺危機的警訊發生時，能夠及時轉介；同時針對木炭零售販賣人員、大樓管理人員亦可定期提供相關訓練，以利高風險個案及時轉介。

3) 心情溫度計推廣

持續推廣心情溫度計，以利民眾對自我情緒狀態認識，並促進適時求助，於社區辦理大眾教育，讓民眾正確認識情緒覺察及心理問題求助的重要性，同時於線上持續推廣心情溫度計使用，以提升情緒困擾的早期發現與早期處置。

3. 指標性策略

針對有自殺企圖史的個人，可以透過遠端醫療設備以確保他們能夠接受心理治療與藥物治療並提供定期的遠距照護及求助專線，結合科技提供實證為基礎的線上介入措施和應用，後續持續監測自殺企圖者的心理健康變化及需求，必要時提供及時醫療連結。

五、附件

附件 3-1-1、COVID-19 新冠肺炎或過去大型災難與心理健康及自殺

附件 3-1-2、COVID-19 之經濟業衝擊與自殺防治

六、參考文獻

任全鈞(Chuan-Chun Jen) & 王伯頌(Po-Chi Wang). (2022). COVID-19 大流行對藥物

濫用者身心的衝擊與影響. *刑事政策與犯罪防治研究專刊*, (31), 57-86.

doi:10.6460/CPCP.202204_(31).02

林烝增、刑志彬（2022）。台灣青少年在 COVID-19 疫情的孤寂感與情緒困擾現況之

調查。 *台灣公共衛生雜誌*，41（4），467–478。

張佩茹(Pei-Ju Chang), 吳娟(Juan Wu), & 李妙紋(Miao-Wen Li). (2021). 負壓隔離病

房護理人員照護 COVID-19 病人之壓力探討與因應措施. *醫療品質雜誌*, 15(5),

76-80. doi:10.3966/199457952021091505012

蔡衣帆, 陳淑暖, 陳頌云, 詹尚易, & 黃遵誠. (2022). 臺灣集中檢疫所工作人員情緒困

擾. *北市醫學雜誌*, 19(1), 29-44. doi:10.6200/TCMJ.202203_19(1).0004

王怡婷(Yi-Ting Wang) & 鄭雅文(Yawen Cheng). (2023). 衛生行政機關人員的職場暴

力經驗與其身心健康影響：COVID-19 疫情期間的調查. *台灣公共衛生雜誌*,

42(1), 42-61. doi:10.6288/TJPH.202302_42(1).111102

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E.,

Vorstman, J. A., et al. (2018). Preventive strategies for mental health. *The*

Lancet Psychiatry, 5(7), 591-604.

Chang, Y. T., & Hu, Y. J. (2022). Burnout and Health Issues among Prehospital Personnel in Taiwan Fire Departments during a Sudden Spike in Community COVID-19 Cases: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2257.

doi:10.3390/ijerph19042257

Chen, Y. J., Hsieh, L. C., Lin, T. F., Yang, S. C., Chu, I. C., Yang, R. C., et al. (2023).

加強版防疫專責旅館隔離個案返家之關懷. *台灣醫學*, 27(2), 235-241.

Chen, Y. Y., Tsai, C. W., Chang, S. S., Lin, Y. H., Chi, Y. C., & Chien-Chang Wu, K.

(2021). Differences in reactions to media reporting of a celebrity suicide between emotionally distressed and nondistressed individuals in Taiwan.

Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.

Chiang, W. C., & Chen, S. H. (2023). Time attitudes affecting psychological health

during COVID-19 pandemic: a two-wave, six-month prospective study in Taiwan. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-023-04643-9

Fann, L. Y., Lin, I. J., Huang, S. H., Wang, B. L., Huang, Y. C., Yu, C. P., et al.

(2022). Adults Suffering from Violence Are at Risk of Poor Prognosis in Taiwan, 2000–2015. *Healthcare*, 10(8), 1470.

doi:10.3390/healthcare10081470

Foong, H. F., Lim, S. Y., Rokhani, F. Z., Bagat, M. F., Abdullah, S. F. Z., Hamid, T. A.,

et al. (2022). For Better or for Worse? A Scoping Review of the Relationship between Internet Use and Mental Health in Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3658. doi:10.3390/ijerph19063658

Huang, L. L., Chung, H. C., Huang, L. L., Cheng, S. Y., Lin, C. H., & Yeh, T. F.

(2023). Mental Health of Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in Taiwan: The First Wave Outbreak Occurred 1 Year Later Than in Other Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,

20(3), 2623. doi:10.3390/ijerph20032623

- Lee, M. C., Chen, C. H., Hsieh, P. H., Ling, C. H., Yang, C. C., Chang, Y. C., et al. (2022). Psychological impact, coping behaviors, and traumatic stress among healthcare workers during COVID-19 in Taiwan: An early stage experience. *PLOS ONE*, 17(10), e0276535. doi:10.1371/journal.pone.0276535
- Lin, M. P. (2020). Prevalence of Internet Addiction during the COVID-19 Outbreak and Its Risk Factors among Junior High School Students in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8547. doi:10.3390/ijerph17228547
- Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A. N., Hogue, T., Whitley, G. A., et al. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 229, 109150. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.109150
- Shiu, C., Chen, W. T., Hung, C. C., Huang, E. P. C., & Lee, T. S. H. (2022). COVID-19 stigma associates with burnout among healthcare providers: Evidence from Taiwanese physicians and nurses. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(8), 1384-1391. doi:10.1016/j.jfma.2021.09.022
- Taniguchi, Y., Miyawaki, A., Tsugawa, Y., Murayama, H., Tamiya, N., & Tabuchi, T. (2022). Family caregiving and changes in mental health status in Japan during the COVID-19 pandemic. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 98, 104531. doi:10.1016/j.archger.2021.104531
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). *Support for rehabilitation: self-management after COVID-19-related illness, second edition*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344472>
- Wu, C. Y., Lee, M. B., Liao, S. C., & Ko, C. H. (2019). A nationwide survey of the prevalence and psychosocial correlates of internet addictive disorders in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1, Part 3), 514-523.

doi:10.1016/j.jfma.2018.10.022

Zeng, N., Zhao, Y. M., Yan, W., Li, C., Lu, Q. D., Liu, L., et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of long term physical and mental sequelae of COVID-19 pandemic: call for research priority and action. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 423-433. doi:10.1038/s41380-022-01614-7

兒少及原住民自殺防治策略建議

一、背景(Context)

1. 兒少及青少年

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)。

自殺行為發生往往也非單一因素所造成，而青少年常見的自殺危險因子則可分為個人因素、認知狀態、家庭因素、環境因素等，學者整理青少年自殺行為發展路徑(如圖 3-2-1)，青少年的憂鬱、衝動及攻擊性一開始受到家庭的影響而發展，憂鬱隨後可能進一步發展自殺意念，並受到衝動性及攻擊性、壓力因子、保護因子調控，而產生自殺企圖行為，最終變成自殺死亡。

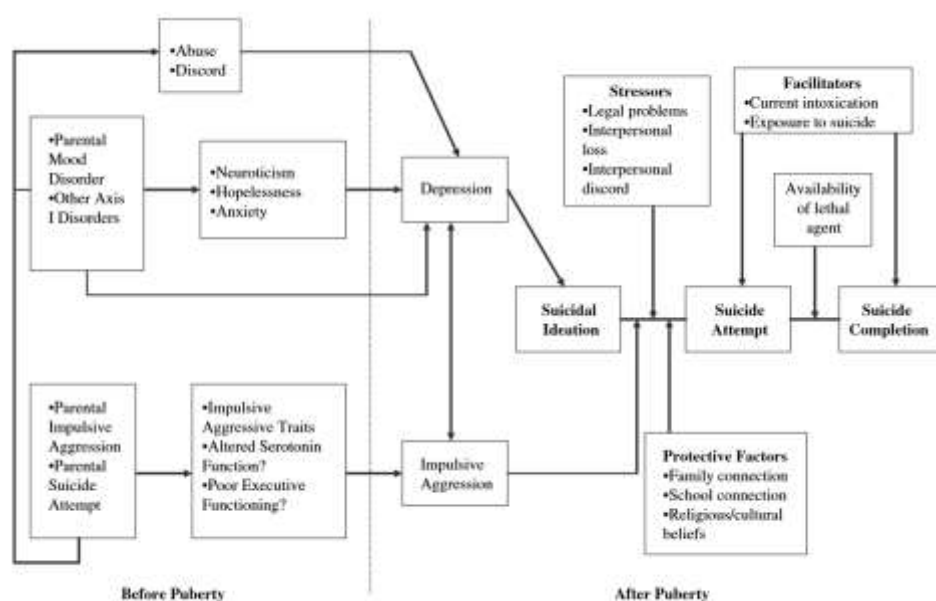


圖 3-2-1、青少年自殺行為發展

國際上則進一步將青少年自殺行為區分為非自殺式之自傷(nonsuicidal self-injury)(如割腕)、自傷(self-harm)(包含自殺行為及非致命性自傷行為)、自殺企圖(attempt suicide)、自殺死亡(suicide)，大部分的青少年自殺行為均屬於非自殺式之自傷，大部分的青少年也並不會真的有致命性自殺行為(Mars et al., 2019)，而青少年自傷行為的盛行率約為17%-18%，而且在女性較常見，而導致自傷行為的發生的因素同樣相當多，包含人際衝突、社會模仿、兒時創傷、神經生物學因素等，然而對自傷行為的危險因子仍需要有更多研究，才能完善對其病因學的了解(Jong et al., 2021)。

2. 原住民

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，其中原住民族的自殺防治，是台灣較少關注的焦點，然而原住民自殺防治卻是相當重要的，特別是近 2 年 COVID-19 疫情惡化原本的不平等，更可能惡化原住民原本的心理健康，因此強化原住民的心理健康並進一步規劃完善的自殺防治策略是相當迫切；然而自殺議題卻可能間接造成原住民的二度傷害，過去的研究統計僅呈現統計數據，造成原住民的污名化，也因此了解殖民文化對原住民的影響及與自殺之間關聯是讓大眾能夠有正確解讀的關鍵。

在回顧 99 篇有關原住民自殺發生率文獻，顯示原住民與非原住民自殺死亡率僅在部分地區會有差異(Pollock, Naicker, Loro, Mulay, & Colman, 2018)葛氏分析民國 60 年-民國 79 年台灣山地鄉居民死因，發現泰雅、布農族標準化死亡率顯著高(葛應欽 & 謝淑芬, 民 83)，其他研究亦發現到類似的結果(謝淑芬, 劉碧華, 潘碧珍, 章順仁, & 葛應欽, 民 83)，(陳錦宏, Stewart, 伍美馨, & 李子奇, 民 103)則發現海拔高度與人口組成會進一步影響自殺死亡率；然而針對原住民自殺流行病學與其背景整合性解讀卻是缺乏的一在自殺危險因子的分析研究，早期研究發現原住民自殺具有物質濫用及憂鬱症的共病特徵(Cheng, 1995)，其他研究則發現原住民自傷危險因子則包含酗酒、女性、無業(台灣原住民蓄意自我傷害者之心理社會與精神疾病因素研究，劉宜釗)；然而這些危險因子卻與原住民生活文化息息相關，過往卻未能說明飲酒生活型態可能是原住民族受到歷史性創傷所衍生(Mohatt, Thompson, Thai, & Tebes, 2014; Sotero, 2006)。另一方面，原住民也有可能因為長期受到微歧視(Microaggression)而發生憂鬱、低自尊等情形(Walls, Gonzalez, Gladney,

& Onello, 2015)，而也有其他研究指出，資本主義的入侵也可能造成原住民社經地位的弱勢，也間接造成心理健康不利以及過度飲酒影響(陳美霞，民 103; 陳慈立，民 103; 游宗輝 & 黃毅志，民 105)。

綜觀中心過去原住民 99-110 年自殺分析，不難發現原住民標準化死亡率有些微高於全國標準化死亡率，其中山地原住民標準化死亡率略高於平地，然而由於山地原住民戶籍與死亡地相異的比例較高，因此亦可能與遷移後的原住民較缺乏心理及各方面支持，導致其自殺死亡率較高，男性以中壯年自殺死亡率較高，女性則以高齡自殺死亡率較高。

自殺非單一因素所造成，所以自殺防治策略需要全民的合作，而有效的自殺防治需要跨政府部門的合作，包含衛生、教育、就業、福利機構、執法機構、住房提供者和非政府組織等，針對社區的原住民、有自殺風險的及那些有過自殺企圖的原住民，以實踐全面性、選擇性及指標性策略。

二、輸入(Input)

1. 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。

2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：教育部、內政部、衛生福利部心理健康司、衛生福利部「衛生福利統計處」、原住民族委員會、社團法人台灣自殺防治學會。
- 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：111 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 111 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) 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：109 年至 111 年。

(2) 說明：向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心申請特定族群資料檔。

2. 研究分析過程及方法

1) 兒童及青少年

(1) 以年齡層作為判斷各學級之依據，以 6-11 歲自殺個案作為國小之年齡層；12-14 歲為國中之年齡層；15-17 歲為高中之年齡層；18-21 歲為大學之年齡層。

(2) 分析方法:

a. 針對 97-111 年各學齡層自殺死亡率，以探討自殺死亡趨勢變化

b. 針對 106-111 年各學齡層自殺企圖通報人次、自殺方式占率、自殺原因占率、自殺地點，以探討自殺企圖通報特性。

c. 針對 111 年各學齡層再自殺、再自殺死亡率進行分析。

d. 其中特殊身分別說明如下：

a). 精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病，其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常。

b). 精神疾病嚴重病人：指精神病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

c). 家庭暴力高危險個案：以家庭暴力施暴者的暴力行為類型、施暴者的特質及容易引發較危險暴力情境等三方面作為危險程度的判斷依據，並以台灣親密關係暴力危險評估表進行評估，若分數大於 8 分即歸類為高危險個案。

d). 家暴相對人／施虐者／加害人：相對人係指對其家庭成員實施家庭暴力行為者，其中對未滿 18 歲兒童及少年實施家庭暴力者稱為施虐者。另相對人倘經法院核發民事保護令，或因犯家庭暴力罪、違反保護令罪遭起訴或判決，則稱為加害人。

- e).身心虐待的樣態包括身體虐待、精神虐待及性虐待，身體虐待是指對孩子施加任何非意外性之身體傷害，導致孩子受傷、死亡、外型損毀或任何身體功能毀壞；精神虐待包括言語的羞辱、孤立、控制、漠視孩子的情緒需求等；性虐待是指直接或間接對孩子做出與性有關的侵害或剝削行為，如性騷擾、猥褻及性侵害等。
- f).疏忽則為孩子的基本需求，如飲食、穿著、居住環境、教育、醫療照顧等，受到嚴重或長期忽視，以致危害或損害兒童健康或發展，以及將 6 歲以下或需要特別照顧的孩子單獨留在家中，或交給不適當的人照顧。
- g).脆弱家庭：依據行政院 107 年 2 月 26 日核定強化社會安全網計畫內容「脆弱家庭定義」係指：家庭因貧窮、犯罪、失業、物質濫用、未成年親職、有嚴重身心障礙兒童需照顧、家庭照顧功能不足等易受傷害的風險或多重問題，造成物質、生理、心理、環境的脆弱性，而需多重支持與服務介入的家庭。

2) 原住民

- (1) 原住民資料是由內政部的原住民戶籍資料串聯自殺企圖通報檔及自殺死亡檔進行判定。
- (2) 資料申請過程
 - a. 5 月 10 日發信至衛生福利部，請心理健康司待取得 111 年自殺死亡清冊後，向內政部申請原住民資料串接。
 - b. 5 月 31 日內政部回復心理健康司因資料保密及管理規定更改，需以部為單位向內政部申請，且經詢內政部聯繫窗口，因衛生福利部尚有案件申請串接，需待前案申請完成。
 - c. 8 月 24 日向衛生福利部資訊處提出申請串接 102-111 年自殺死亡資料及自殺企圖通報檔串接原住民族，然雖與內政部多次協商仍不及於本計畫完成繳交期限。所以改採以自殺通報檔中原住民註記為辨識資料統計分析，並再與自殺死亡檔進行交叉分析。

四、成果(Product)

1. 學齡層自殺死亡描述性分析

近年隨著學齡層自殺死亡率、自殺通報人次都不斷攀升，另各界相當擔憂，圖 3-2-1 為 97-111 年各學齡層自殺死亡率，其中可以明顯發現到高中及大學學齡層在 103-107 逐漸增加，至 108 年則大幅攀升，國中學

齡層則從 106 年開始逐漸增加，而國小學齡層雖近幾年亦是有增加，但由於人數較少，較難以統計方式呈現整體樣貌，學齡層自殺增加趨勢，國內專家推測可能與 Z 世代生活在網路、社群媒體的盛行的環境有關，然而自殺往往也非單一因素所造成的，因此較難以單一因素解釋。

另一方面，107 年董式基金會的調查，發現課業壓力是青少年與憂鬱重要的因素，韓國的研究則進一步指出課業壓力的是憂鬱的危險因子，並可能進一步導致自殺意念、自殺行為的發生(Kwak & Ickovics, 2019; Lee et al., 2010)，其中高中學齡層在 108 年大幅上升，則可能與 108 年實施的學習歷程造成學生課業壓力增加，進一步推升原本自殺死亡率的上升趨勢。

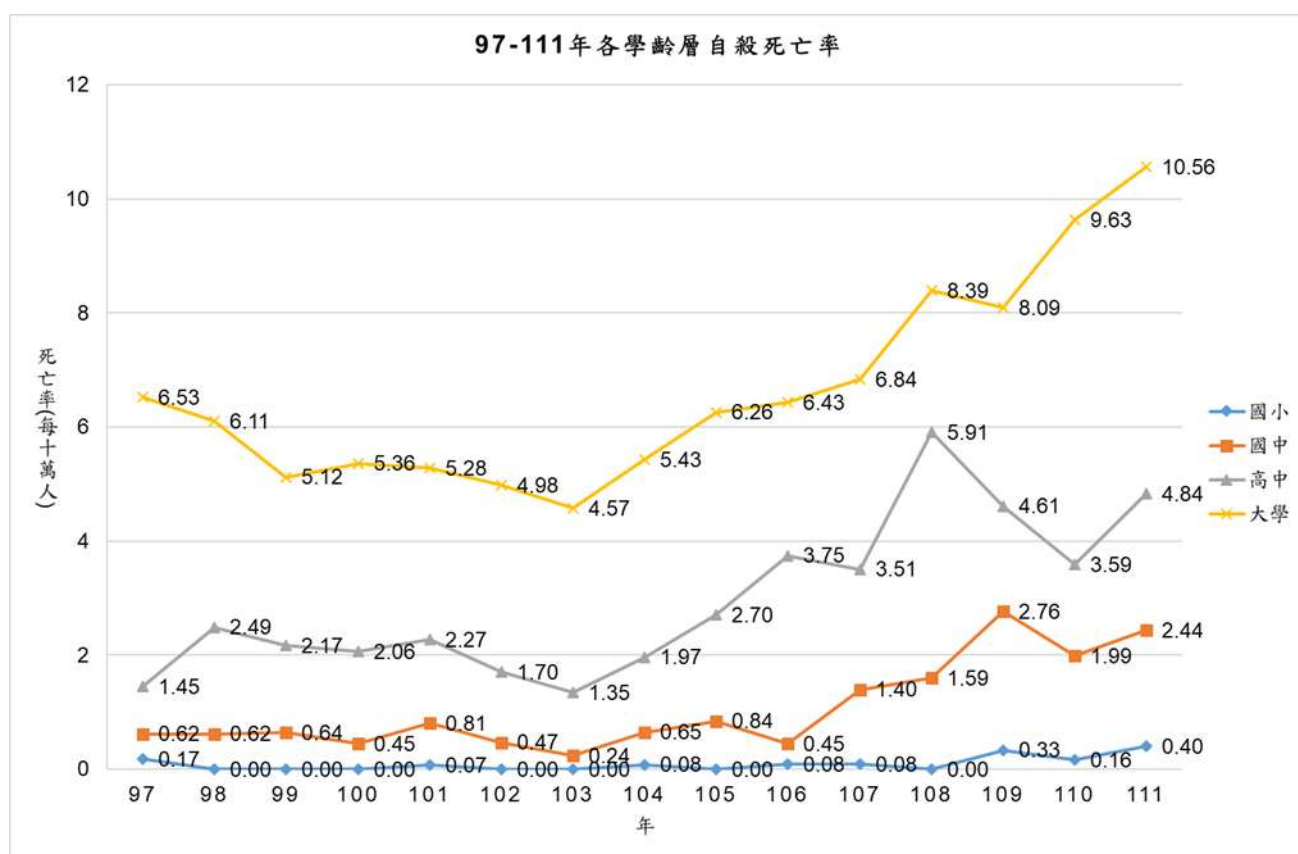


圖 3-2-1、97-111 年各學齡層自殺死亡率

2. 學齡層自殺通報描述性分析

1) 自殺通報人次趨勢

各學齡層自殺通報人次 111 年成長趨緩，其中國中學齡層 111 年通報人

次(2325)相較 110 年(2392)下降，國小學齡層由 110 年(347)上升到 111 年(355)；高中學齡層由 110 年(3561)上升到 111 年(3596)；大學學齡層由 110 年(5419)上升到 111 年(5607)。(詳圖 3-2-2)

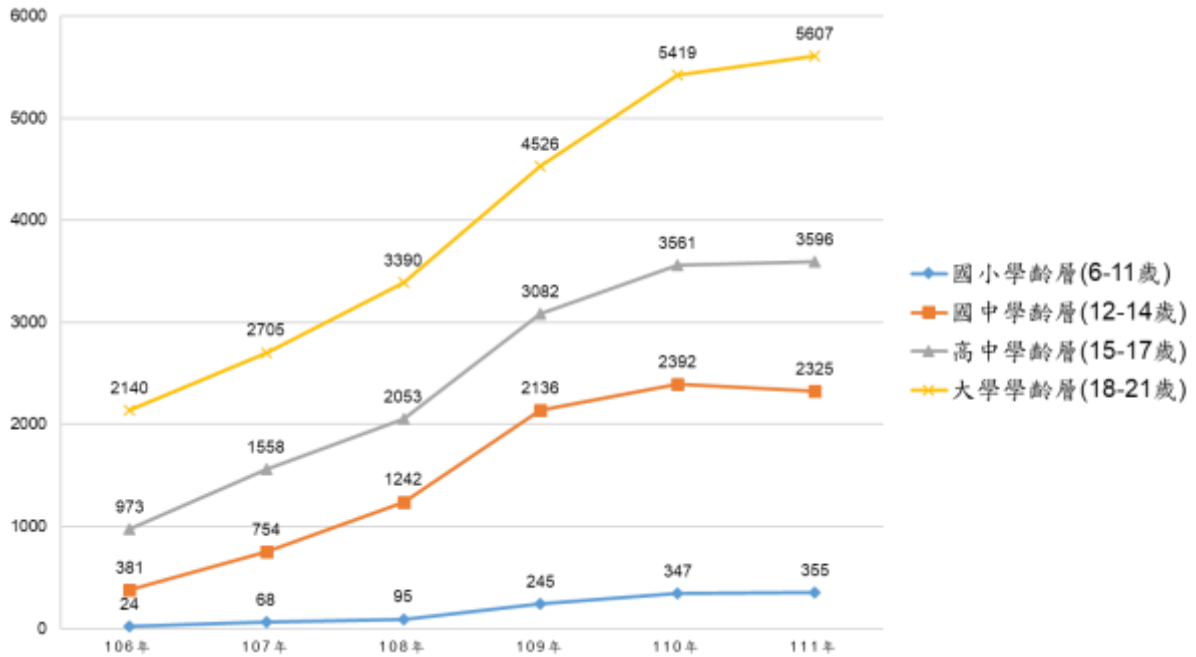


圖 3-2-2、106-111 年各學齡層自殺通報人次

2) 自殺原因佔率

以自殺原因來看，國小自殺原因主要以學校適應問題及家庭成員問題為主；然而從國中到高中開始，隨著來到精神疾病的好發年齡(Silva et al., 2020)，自殺原因第一位逐漸轉變為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神病，其中女性可能因生理因素、社會心理因素等造成比男性更容易發生憂鬱症；而大學學齡層，則隨著青春期到來，男性與女性的憂鬱症發生率逐漸一致，因此憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病也變為大學男性第一位，另一方面由於憂鬱症在女性的盛行率高於男性(Salk et al., 2017)，因此女性在憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病的占率高於男性 (詳表 3-2-1)。

表 3-2-1、111 年各學齡層各性別自殺通報原因

學齡層						
自殺原因 占率順位	國小男性 (%)	國小女性 (%)	國中男性 (%)	國中女性 (%)	高中男性 (%)	高中女性 (%)
第一位	學校適應 問題 (47.4)	家庭成員 問題 (42.3)	家庭成員 問題 (37.2)	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (54.4)	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (49.8)	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (64.3)
	家庭成員 問題 (28.6)	學校適應 問題 (36.8)	學校適應 問題 (34.9)	家庭成員 問題 (35.3)	家庭成員 問題 (30.6)	家庭成員 問題 (27.3)
第三位	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (23.4)	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (24.5)	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (34.3)	學校適應 問題 (29.4)	學校適應 問題 (28.6)	學校適應 問題 (23.7)

表 3-2-1、111 年各學齡層各性別自殺通報原因(續)

學齡層			
自殺原因 占率順位		大學男性(%)	大學女性(%)
		憂鬱傾向、罹患憂鬱 症或其他精神疾病 (46.8)	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其 他精神疾病 (63.6)
第一位			
第二位		感情因素 (25.6)	感情因素 (22.9)
第三位		家庭成員問題 (18.5)	家庭成員問題 (19.8)

國小至高中學齡層使用的自殺方式大多為衝動性較高的自殺方式或是致命性較低的方式，而女性來到國中學齡層可能因精神疾病的罹患，而造成家中有安眠藥、鎮靜劑的比例提高，因此間接導致使用此方式的占率上升至國中女性的第三位。另外，女性使用「割腕」占率在各學齡層均為第一位，跟男性比起來，女性更容易採用割腕方式做為非自殺之自傷有關 (Klonsky et al., 2014)，而男性在高中以下學齡層自殺方式第一位均用高中跳下自殺方式，因此須特別注意。(詳表 3-2-2)

3) 自殺方式占率分析

表 3-2-2、111 年各學齡層各性別自殺通報方式

自殺方式 占率順位	學齡層					
	國小男性 (%)	國小女性 (%)	國中男性 (%)	國中女性 (%)	高中男性 (%)	高中女性 (%)
第一位	高處跳下 (56.8)	割腕 (40.5)	高處跳下 (31.5)	割腕 (46.1)	高處跳下 (25.0)	割腕 (44.7)
第二位	其他方式 (28.1)	高處跳下 (22.1)	割腕 (20.2)	高處跳下 (16.9)	割腕 (24.8)	安眠藥、 鎮靜劑 (27.3)
第三位	撞擊 (9.4)	其他方式 (20.2)	其他方式 (20.0)	安眠藥、 鎮靜劑 (15.7)	安眠藥、 鎮靜劑 (16.1)	高處跳下 (13.5)

表 3-2-2、111 年各學齡層各性別自殺通報方式(續)

自殺原因 占率順位	學齡層	
	大學男性(%)	大學女性(%)
第一位	割腕 (25.8)	割腕 (40.4)
第二位	安眠藥、鎮靜劑 (23.9)	安眠藥、鎮靜劑 (33.4)
第三位	高處跳下 (17.1)	其他藥物 (13.9)

4) 自殺地點分析

各學齡層自殺地點依據通報單上自殺地點欄位進行分析，可以發現國中、高中及大學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，國小學齡層則以其他地點占率最高，另外由於大學相較其他學齡層較有租屋的租賃行為，因此占率次高為租屋處，後續針對自殺地點為其他之通報，進一步以文字雲分析，可以發現各學齡層學生自殺地點主要以學校為主要自殺地點，國小至國中自殺地點大多較單純，然而高中及大學文字雲分析結果則顯示學校宿舍是另一個經常自殺的地點，除此之外相較國小、國中，文字雲所分析出來其他地點種類亦較多。(詳圖 3-2-3)

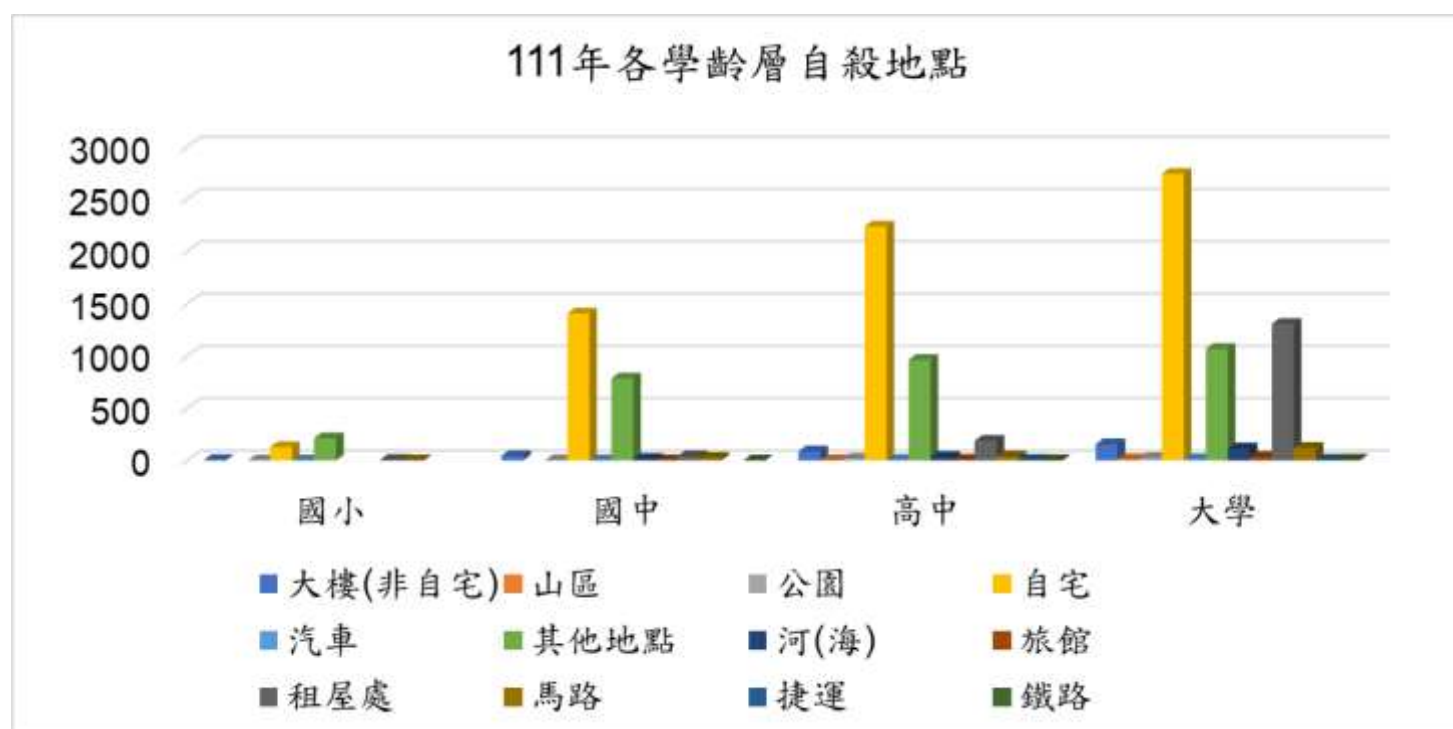


圖 3-2-3、111 年各學齡層通報自殺地點

5) 網路社群體與自殺

對學生族群來說，近年智慧型手機及社群媒體的興起，可能也會引發自殺危機的發生，國外系統文獻回顧發現網路使用及網路霸凌都與自傷、自殺意念與憂鬱的增加有關(Daine et al., 2013)，其他系統性回顧則發現在社交媒體的時間花費、活動多寡、投入(Investment)、成癮與否均與焦慮、憂鬱有相關性(Keles et al., 2020)，台灣的研究則發現網路成癮與近一週精神症狀(睡眠困難、焦慮、苦惱、憂鬱、感覺比不上別人)、自殺意

念有著顯著相關(Wu et al., 2015)，綜合上述研究，可以發現社群媒體所引發成癮行為、網路霸凌等均可能進一步造成自殺危機的發生。

而網路媒體資訊的興起，改變了自殺資訊的傳播方式，台灣馬偕醫院團隊對 2,479 位青少年的調查顯示：3%的人曾經在網路上接觸過自殺相關的內容(Liu et al., 2017)，特別是在新興自殺方法的傳播上，網路媒體的影響更為顯著(Chang et al., 2011; Gunnell et al., 2015)；如台大張書森教授的研究顯示：在媒體報導某新興自殺方法後，關於此新興方式的搜尋量；在日本增加約 50 倍，在英國增加約 9 倍(Chang et al., 2011)，除此之外，網站上的相約自殺、自殺行為相關影像在網路傳播也是需要相當注意，特別是青少年相當容易受影響、甚至進一步模仿，這些都是未來亟需面對的挑戰之一。

3. 兒少及青少年自殺防治策略及建議

自殺為多重原因所造成，包含遠因及近因，而導致青少年自殺的常見近因有家庭問題、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，因此多層次自殺防治策略的實施是相當重要的。根據上述數據分析結果，應加強之規畫及策略如下：

1) 全面性策略

- (1) 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，另一方面國內 107 年衛生福利部調查顯示 12-18 歲青少年求助對象均以同儕居多，故招募適當學生以支持需要求助之學生。
- (2) 將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，除教導兒少珍愛生命的理念，教育兒少自我保護及如何尋求協助外，校園應積極宣導相關求助資源，保持求助管道暢通。
- (3) 針對學生各發展時期相關議題如家庭問題、感情問題、憂鬱症或憂鬱傾向、課業壓力、學校適應、同儕相處等，應透過宣導活動、演講、課程的辦理，以增進青少年、家長、教師的心理衛生知識及技巧
- (4) 在校園推動網路心理健康促進，包括：提供網路心理健康海報、安排網路霸凌相關的預防講座、舉辦健康上網競賽活動...等
- (5) 持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：建議針對高級中等學校及大學新生訓練例行性介紹守門人、心情溫度計，可舉辦演講，邀請知名醫師、作家等人員，針對心理健康、認識精神疾病議題和學生分享，如壓力紓解、認識躁鬱症與憂鬱症；另外在學校開設生命教育、珍愛生命守門人、自我認同發展、情感與人際的相關課程，增強青少年的心理健康及

自殺防治的知識。

- (6) 當發生學生的自殺與自傷新聞事件時，校園設有單一發言人，針對媒體做出統一的因應：單一發言人應根據兒童及少年福利與權益保障法第46條、第49條14項與網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則，適度提供媒體正確的報導資訊，以免各種臆測的言論瀰漫校園；另亦保護校園師生，免於在未準備的情況下，面臨媒體逼問而不知所措。例如：當有學生跳樓事件發生時，校園可以有單一的發言人，於媒體採訪時負責解說。
- (7) 針對校園內的自殺方式進行防治：針對校園內可取得之自殺方式，推廣自殺防治的設施，如可針對校園內的頂樓進行監控管理；或根據公寓大廈管理條例第8條「公寓大廈有十二歲以下兒童或六十五歲以上老人之住戶，外牆開口部或陽臺得設置不妨礙逃生且不突出外牆面之防墜設施」、公寓大廈防墜設施設置原則，在樓梯間內部裝上防墜網，外部裝上細網以免學生從高處墜下。

2) 選擇性策略

- (1) 持續辦理守門人策略，對象包含教職員、學生、家長，以提升對校園內自殺高危機的辨識，並提升對自殺防治相關知識、信念、態度及汙名化的減少，以利及時將個案轉介適當資源。
- (2) 針對高自殺風險族群進行篩檢，透過社交網絡媒體觸及高風險學生也是重要的管道之一(Hawton et al., 2020)，針對具有自殺危險因子的高風險學生族群，可由教師、家長進行一問、二應、三轉介，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。
- (3) 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接受輔導或治療。
- (4) 針對高風險學生族群給予關懷與支持：可針對此族群學生推動心理健康相關宣導與關懷，例如：班級輔導、電話關懷、建立同儕互助機制。
- (5) 提供協助予有精神疾病或情緒困擾的學生，提供能連結校園、社區、工

作環境的支持。追蹤關心輟學生或有輟學風險的學生，提供諮詢與協助其復學或就業(許佩婷;陳學志, 2022)。

- (6) 藉由網路及媒體提升青少年的心理衛生，為那些可能對他人發布與自殺有關的內容作出反應的人或是可能想分享自己對自殺想法、感受或行為的感受和經驗的人提供支持。(廖. J. 自殺防治網通訊, 民 109)
- (7) 學校在長假開始前，對學生進行心理衛生服務需求調查和諮詢，並利用調查和諮詢的結果，提供學生幫助。(廖. J. 自殺防治網通訊, 民 109)
- (8) 對於重大創傷的孩童，若有保護因子的介入：如家庭聯繫度、學校系統的關心或其他成年人的支持程度等。皆可顯著降低其自殺意與自殺行為。其中家庭聯繫度的健全，包含母親的教育水平、對於重大創傷相關的知能、家庭彼此的互動頻率等因素。(施. J. 自殺防治網通訊, 民 110)
- (9) 在臨床服務端，對於創傷兒童青少年的臨床服務，積極推廣心理健康從業人員以及親職照顧者接受創傷知情服務模式，藉由增進對於創傷後的專業知能，利用自身的角色，強化各系統對於受創孩童的保護與支持。(施. J. 自殺防治網通訊, 民 110)
- (10) 建立線上支持團體，提供匿名性的治療，減少當事者對污名化的擔憂、以及談論自殺的社會禁忌，更能提供支持網絡、經驗分享、接納與鼓勵等治療元素，有良好成效。
- (11) 提供線上情緒檢測與諮詢服務：請使用網路社群軟體、或線上遊戲的青少年，於線上填寫有關網路使用、情緒與自殺的問卷(如網路成癮量表、心情溫度計)，在得到檢測結果與建議之後，可以匿名方式與線上治療師互動。若為自殺的高危險族群，則邀請做面對面的評估與治療。實證研究支持，透過線上檢測與諮詢，能夠提高面對面評估與治療的機會，達三倍之多。
- (12) 使用電子郵件作為外展式的服務(outreach via e-mail)，主動提供關懷過度沈迷網路與自殺預防訊息。
- (13) 開發智慧型手機的自殺防治應用軟體(app)，一方面作為當事者的個人化網路使用、情緒與自殺評估，另一方面以多媒體方式(如短片、動漫、卡通...)提醒當事者值得活下去的理由與作法。
- (14) 鼓勵遊戲廠商在社群軟體及網路遊戲中，加入自殺防治相關訊息，特別是邀請偶像歌星或影星代言，提醒網友珍愛生命、尋求協助，走出自殺陰霾。
- (15) 鼓勵網路通訊與遊戲業者開發文本分析(text analysis)技術，找出輸

入自殺相關語彙的網路使用者，從而立即提供自殺防治資源。

3) 指標性策略

- (1) 強化第一線輔導教師之自殺危機辨識及處理能力：針對輔導教師辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。
- (2) 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，並與醫療資源連結，與心理衛生相關機構建立長期的轉介合作關係。
- (3) 強化對兒童及青少年的支持及資源轉介服務，建立標準化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、危急家庭必要幫助，提供倖存者心理支持。
- (4) 持續加強校園，尤其高中與大專院校，與社區心理衛生中心、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。
- (5) 規劃自殺後自殺防治策略，為自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務以及事後預防，針對自殺事件後之因應措施，包含成立緊急應變小組，提供自殺高危險之學生適當的資源，同時提供哀傷輔導給自殺企圖的親友、同學及親密關係之夥伴，並協同學生、老師、家長共同出辨識自殺高風險學生及有 PTSD 症候群之學生(Cox et al., 2012)，並妥善說明自殺事件以減少模仿效應(Andriessen et al., 2019)。

4) 校園自殺防治資源

- (1) 各校應妥善規劃校園自殺防治多層次自殺防治策略，包含全面性、選擇性、指標性策略，同時適當盤點附近精神醫療資源，以確保有精神疾病相關議題個案得到妥善的資源。
- (2) 家庭及社會教育對情感教育認識仍不足，孩子因缺乏問題解決、接受和安撫情緒的有效調節策略，多用逃避、壓抑、衝動發洩方法處理情緒，而青少年若用網路活動逃避壓力、抒解憂鬱，將增加網路霸凌、成癮的風險，這些都是預防重於治療的合理做法。而對應校園預防三級架構，目前持續推動的「自殺防治守門人」策略，在傾聽、辨識、轉銜後，可提供的有效介入資源，包括危機處遇、情緒認知行為技巧訓練、早期創傷和不利核心信念的治療等，都需要精進提升(張家銘，民 109)。

5) COVID-19 相關建議

- (3) 充實師生健康識能，推行防疫課程與社會情緒教育，提升個人的健康認

知及社會技能，實踐公共衛生與心理安適於校園生活(許佩婷;陳學志, 2022)。

4. 原住民自殺資料

因內政部串接資料流程繁瑣，以至時程延宕，故僅能使用當前自殺通報系統已有原住民自殺通報註記。

1) 108-111 年自殺通報分析

111 年原住民自殺通報人次共 2076 人次，其中男性 506 人次，女性 1570 人次(詳圖 3-2-4)，各年齡層以 15-24 歲及 25-44 歲通報人次較高(詳圖 3-2-5)，進一步看各月通報人次，以 3 月及 11 月通報人次較多，其中 5-11 月通報人次呈顯緩慢上升趨勢。

以自殺方式來看，歷年以割腕自殺為主要方式、其次為(除其他自殺方式外)安眠藥鎮定劑、由高處跳下(詳圖 3-2-7)。以自殺原因來看，主要自殺原因為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病、感情因素、家庭成員問題(詳圖 3-2-8)。

以特殊身分別來看，以家暴被害人 647 人次(占率 31.2%)、中低收入戶 463 人次(占率 22.3%)、脆弱家庭 599 人次(占率 28.9%)分別為前三高特殊身分別(詳表 3-2-3)。

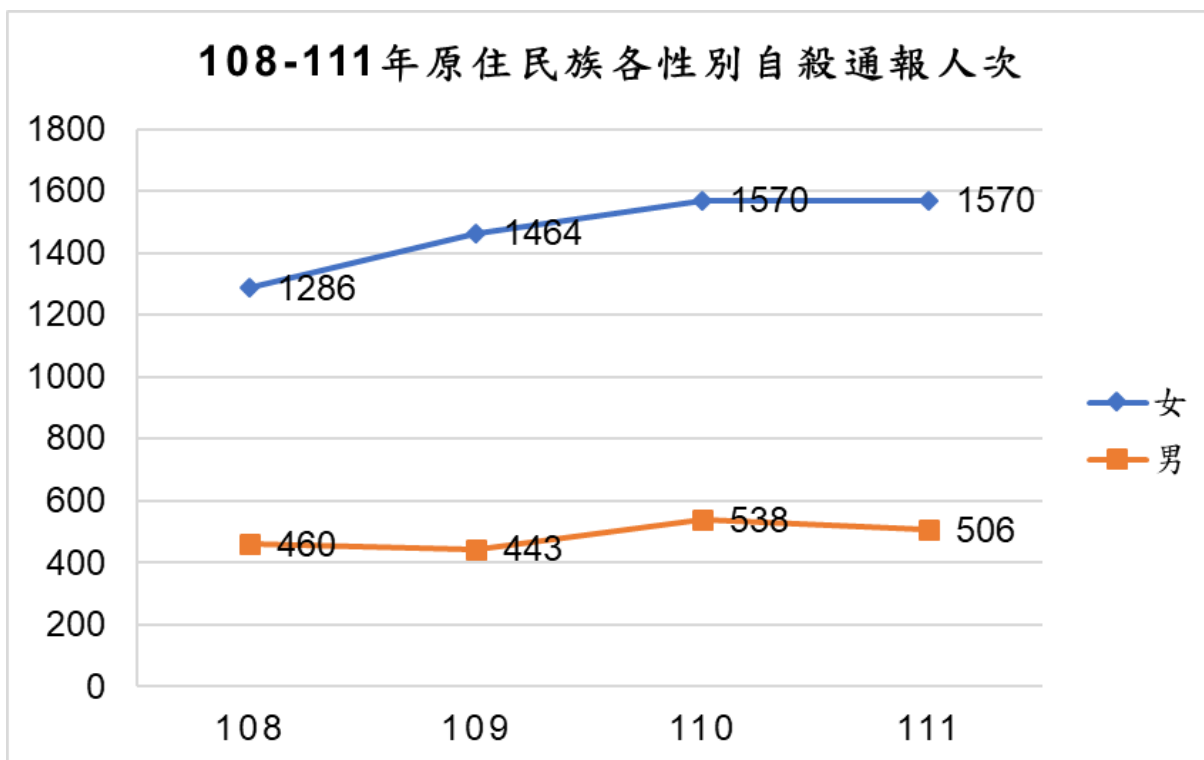


圖 3-2-4、108-111 年原住民各性別自殺通報人次

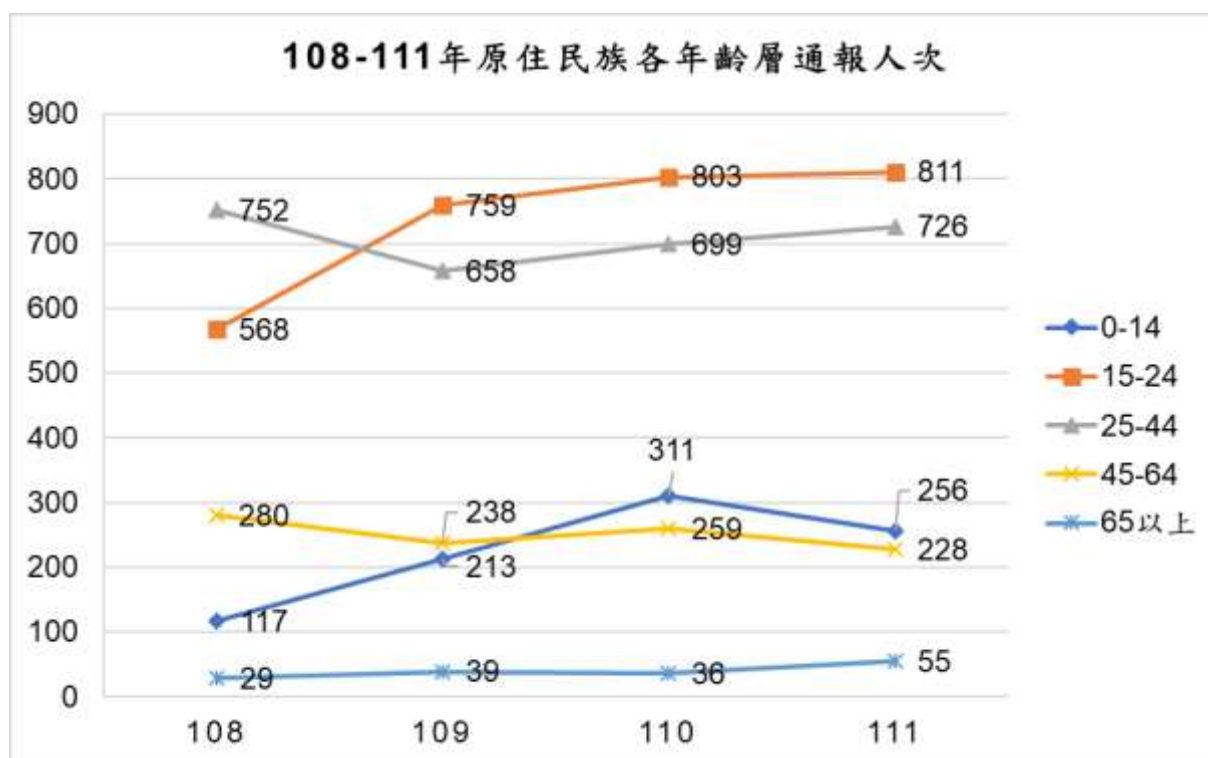


圖 3-2-5、108-111 年各年齡層自殺通報人次分析

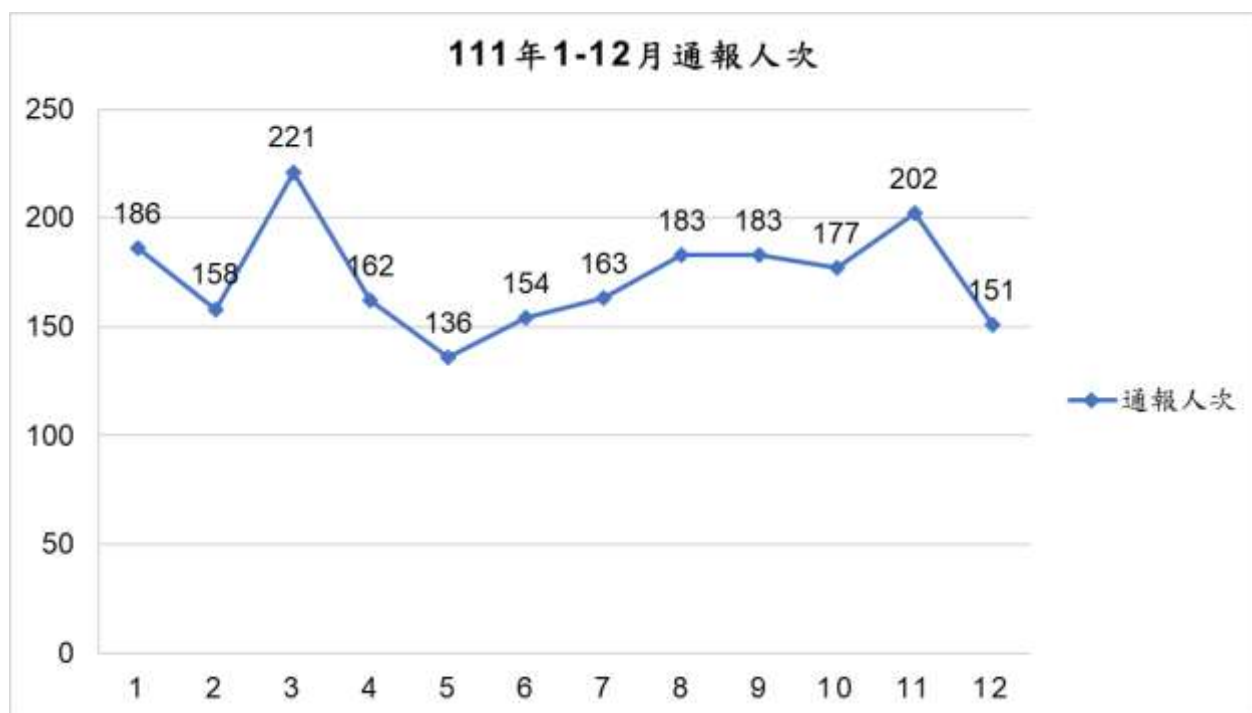


圖 3-2-6、111 年 1-12 月自殺通報人次分析

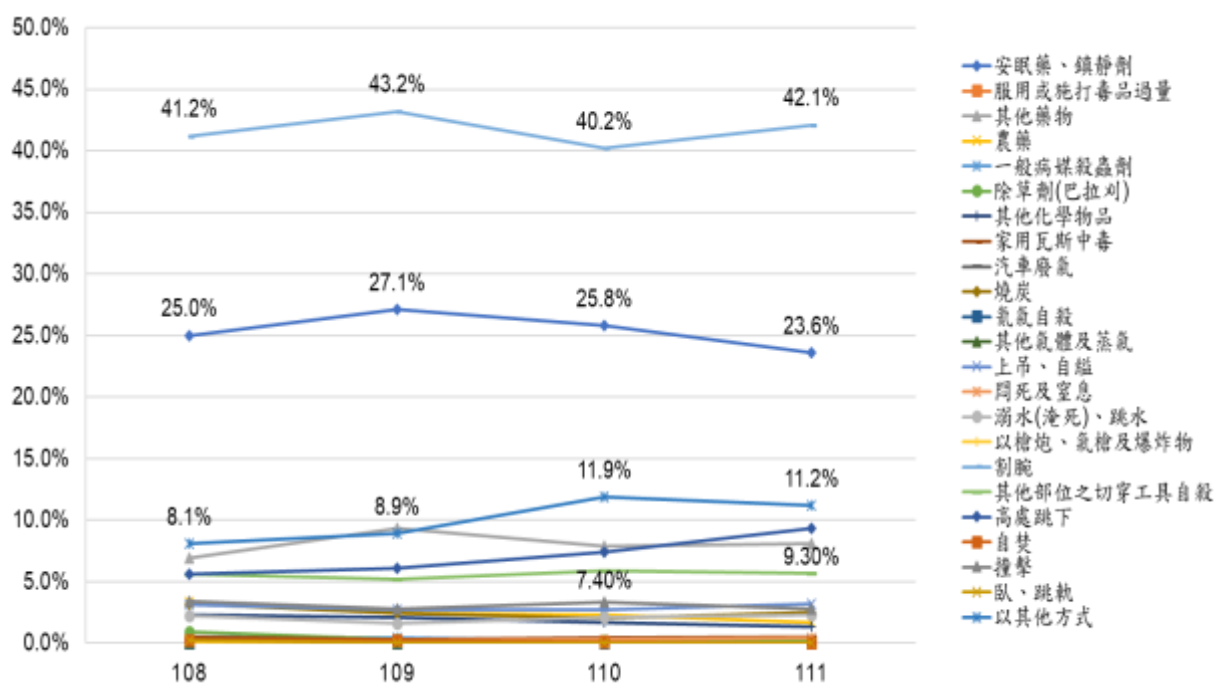


圖 3-2-7、108-111 年原住民各自殺方式占率

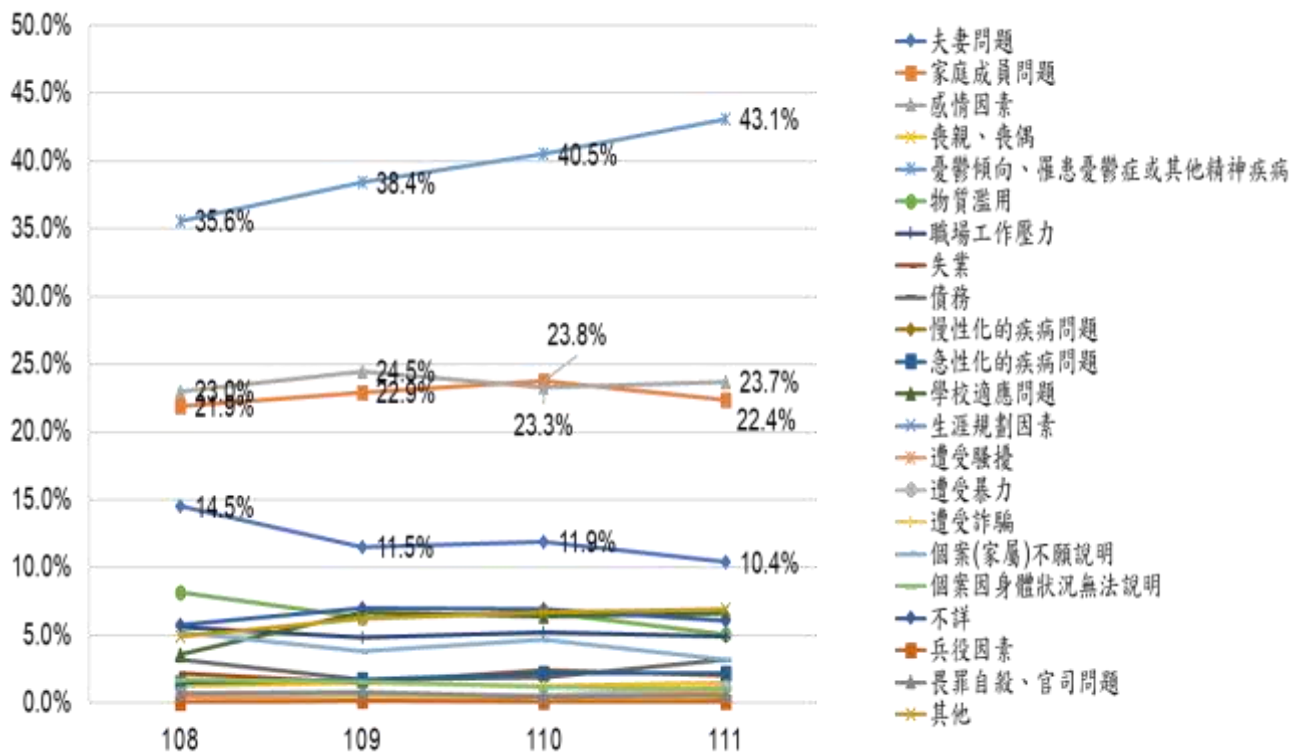


圖 3-2-8、108-111 年原住民自殺原因占率

表 3-2-3、108-111 年原住民自殺通報特殊身分別人次及占率

	108		109		110		111	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率
精神病人照護列管	403	23.1%	322	16.9%	271	12.9%	192	9.2%
精神病人嚴重病人	39	2.2%	17	0.9%	15	0.7%	15	0.7%
家暴高危加害人	60	3.4%	30	1.6%	61	2.9%	44	2.1%
家暴高危被害人	121	6.9%	64	3.4%	102	4.8%	102	4.9%
家暴加害人	206	11.8%	174	9.1%	401	19.0%	457	22.0%
家暴被害人	353	20.2%	294	15.4%	571	27.1%	647	31.2%
兒少加害人	68	3.9%	52	2.7%	195	9.3%	180	8.7%
兒少被害人	64	3.7%	51	2.7%	391	18.5%	398	19.2%
性侵加害人	9	0.5%	15	0.8%	12	0.6%	16	0.8%
替代治療列管	3	0.2%	1	0.1%	5	0.2%	9	0.4%
毒藥品列管	84	4.8%	78	4.1%	96	4.6%	89	4.3%
脆弱家庭	0	0.0%	0	0.0%	468	22.2%	463	22.3%
中低收入戶	0	0.0%	0	0.0%	517	24.5%	599	28.9%
身心障礙	0	0.0%	0	0.0%	272	12.9%	280	13.5%

由表 3-2-4 可以看出不論 30、90、一年內再自殺率原住民均高於全國。

表 3-2-4、全國及原住民再自殺率比較

全國	108年	109年	110年	111年
30天內再自殺	6.6	7.8	9.9	10.8
90天內再自殺	10.3	11.7	13.9	14.5
一年內再自殺	18.3	20.3	22	18.6

原住民	108年	109年	110年	111年
30天內再自殺	6.2	9.3	11.4	11.1
90天內再自殺	11	13.7	16.2	15.6
一年內再自殺	20.5	23.6	25.9	21.1

自殺防治策略建議:(1)加強且確保對原民自殺通報個案的家庭溝通及關係促進,暴力防治相關資源的引介(2)針對原民會及各縣市原民團體加強推動珍愛生命守門人培育宣導活動(3)透過原民族群的廣電網路媒體加強推動提升心理健康及自殺防治識能的民眾教育。

2)112 年原住民分析大綱：因內政部可提供原民資料檔不及本成果報告故此改以上項 1)資料統計分析取代。

(1) 歷年自殺死亡及通報

- 原住民標準化自殺死亡率、各年齡層自殺死亡率、各死因死亡率
- 各族別戶籍地與自殺死亡地相異比例分析
- 各族別自殺死亡人數及粗自殺死亡率
- 111 年 1-12 月通報人次趨勢分析及 111 年自殺通報比

(2) 111 年自殺企圖者特性

- 各性別各年齡層平地及山地自殺原因分析
 - 區分30個山地及25個平地原住民族地區或以都會、山地及平鄉原住民族地區
 - 自殺原因之十年趨勢分析
- 各性別各年齡層平地及山地自殺方式分析
- 111 年通報再自殺死亡分析及危險因子分析
- 特殊身分別分析(如個案保護)

五、附件

3-2-1、兒童及青少年自殺防治策略建議

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資料庫分析，藉以了解長照體系中主要服務對象自殺危險因子。

其中針對照顧者可能遭遇心理健康之議題，以下列 4 點說明(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、對被照顧者的行為感到困擾、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)

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。

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) 資料蒐集

(1) 108 年至 111 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。

(2) 101 年至 111 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。

(3) 長期照顧者倉儲系統

- 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及照顧者資訊，然而照顧者身分證字號並非必填欄位，可能導致遺失值較多。
- 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、主要照顧者資訊，其中照顧者身分證字號 111 年才改為必填。
- d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

2. 資源連結合作

合作單位：衛生福利部心理健康司、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)，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. 分析變數

- 1) 自殺死亡檔包含性別、自殺死亡方式
- 2) 自殺企圖通報包含通報日期、自殺企圖方式及自殺原因
- 3) 長照倉儲系統

變數	說明	選項
----	----	----

被照顧者身心障礙類別、失能程度

新制障礙第 1 類	被照顧者屬於神經系統構造及精神、心智功能障礙	是、否
新制障礙第 2 類	被照顧者屬於眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	是、否
新制障礙第 3 類	被照顧者屬於涉及聲音與言語構造及其功能	是、否
新制障礙第 4 類	被照顧者屬於循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	是、否
新制障礙第 5 類	被照顧者屬於消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	是、否
新制障礙第 6 類	第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	是、否
新制障礙第 7 類	被照顧者屬於神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	是、否
新制障礙第 8 類	被照顧者屬於皮膚與相關構造及其功能	是、否
障礙類別-視覺障礙	被照顧者屬於視覺障礙	是、否
障礙類別-聽覺機能障礙	被照顧者屬於聽覺機能障礙	是、否
障礙類別-平衡機能障礙	被照顧者屬於平衡機能障礙	是、否
障礙類別-聲音機能或語言機能障礙	被照顧者屬於聲音機能或語言機能障礙	是、否
障礙類別-肢體障礙	被照顧者屬於肢體障礙	是、否
障礙類別-智能障礙	被照顧者屬於智能障礙	是、否
障礙類別-重要器官失去功能	被照顧者屬於重要器官失去功能	是、否
障礙類別-顏面損傷	被照顧者屬於顏面損傷	是、否
障礙類別-植物人	被照顧者屬於植物人	是、否
障礙類別-失智症	被照顧者屬於失智症	是、否
障礙類別-自閉症	被照顧者屬於自閉症	是、否
障礙類別-慢性精神病	被照顧者屬於慢性精神病	是、否

障礙類別-多重障礙	被照顧者屬於多重障礙	是、否
障礙類別-頑型（難治型）癲癇症	被照顧者屬於頑型（難治型）癲癇症	是、否
障礙類別-罕見疾病	被照顧者屬於罕見疾病	是、否
障礙類別-其他	被照顧者屬於其他	是、否
ADL	ADL 日常生活活動失能分級，指在日常生活普遍會進行的活動，包含表現自我照顧（例如自己進食、沐浴、更衣、整理儀容）、工作、家庭雜務及休閒娛樂的任何日常活動	ADL 分數為 0-100 分，進一步區分為三種等級，分別為中度依賴(60分以上)、重度依賴(60-30 分)、嚴重依賴(30 分以下)
	評估上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項工具性技能	滿分為 5 分，若有三項以上需要他人協助即為輕度失能，因此分為 3 分以上及 1-2 分
IDL	失能等級就是個案的長照需要等級（縮寫為 CMS）一共分為 1-8 級。由照顧管理評估量表輸入到長照服務系統以後電腦自動計算帶出。第一級為無失能老人，又分為 1a：診斷失智症無 ADL 失能者，以及 1b：衰弱老人（SOF 兩題）且伴隨 IADL 失能就會列入此分級。	分為 1-8 等級
CMS 等級		
主要照顧者身心狀況		
睡眠受到干擾	照顧者睡眠是否因照顧工作而受到干擾	是、否
體力上的負荷	照顧者體力是否因照顧工作而造成體力負荷	是、否
需分配時間照顧其他家人	照顧者照顧工作是否需分配時間照顧其他家人	是、否
對個案的行為感到困擾	照顧者是否因個案的行動而感到困擾	是、否

無法承受照顧壓力	照顧者是否因照顧工作而無法承受照顧壓力	是、否
有無影響工作	照顧者是否因照顧工作而影響工作	是、否
自評健康狀況	照顧者自評健康狀況	包含非常好、好、尚可、不好、非常不好

3. 分析方法及目的

- 1)藉由自殺死亡檔串聯長照倉儲系統，以探討長照照顧者、被照顧者歷年自殺死亡人數、自殺死亡方式等特性
- 2)藉由自殺企圖通報串聯長照倉儲系統，以探討長照被照顧者及照顧者自殺通報人次趨勢、自殺方式、自殺原因佔率
- 3)藉由長照被照顧者自殺死亡、自殺企圖者及一般長照被照顧者障礙類別、失能程度特性比較，以找出可能之危險因子
- 4)藉由長照被照顧者自殺死亡個案其個案踏性，使用邏輯式迴歸分析其可能的危險因子，並使用逐步迴歸篩選較重要之危險因子，照顧者則因倉儲系統較少欄位屬照顧者特性，且個案較少，因此並無進一步分析。

公式

$$\ln \frac{p}{1-p} = f(x) = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

P=長照被照顧者自殺死亡比例

四、成果(Product)

1. 110 年長照自殺研析結果回顧及運用

臺灣的長照服務在未來隨著人口老化加遽，將成為我國重要的衛生福利政策之一，全國自殺防治中心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，以及資料庫串聯分析，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 分數較高、IADL 分數較高與長照需求等級 CMS 較低為可能自殺危險因子，然而在 109 年台灣本土資料得到相反的結果，可能與資料具有選擇性偏差有關。

1) COVID-19 與長照相關人員心理健康與自殺議題

• 孤寂是老年常見的問題，COVID-19 期間老年孤寂造成的身心健康問題更值得關注，學會運用 110 年台灣自殺防治學會全國民調之代表性樣本，以電腦輔助電話訪問系統進行分層比例抽樣，研究變項含基本資料、單題 / 三題孤寂量表、簡式健康量表與自殺相關風險因子，發現 65 歲以上個案，此族群比 65 歲以下之孤寂感盛行率略高 (14.0% vs. 10.7%)，其中 70-74 歲孤寂比例最高。此外，老年孤寂單題測量與情緒困擾、終生自殺意念成正相關，而三題測量則個別與不同自殺風險顯著相關，國外研究則顯示社交連結與較少的憂鬱、焦慮、反應性行為 (responsive behavior)、認知功能衰退、精神症狀、甚至是自殺意念較有關，因此如何於疫情中盡可能減少老人的孤寂感，是相當重要的，國內專家提出可從中選擇並安排適當的活動，以預防並降低機構住民的孤寂感，這些活動可歸納為身體、心理、社會及靈性四方面之促進(高潔純(Chieh-Chun Kao) & 林麗嬋(Li-Chan Lin), 2022)。

照顧者因為 COVID-19 大流行造成其負擔、壓力增加，而焦慮、憂鬱同時也有增加的情形，特別是家庭照顧者在感到身體虛弱、缺乏心理支持

和抗疫能力時，會產生恐懼、焦慮和無助等負面情緒。照顧者若能夠採取多種積極應對策略，則有助於緩解自身壓力，包含積極的及消極的應對策略。

2) 分析結果

(1) 描述性分析結果

台灣老人自殺問題雖然逐漸下降，但在疫情影響之下，仍需持續注意，台灣老人自殺死亡率在 95 年到達高峰 39.3 人(每十萬人口)，此後持續下降 109 年最低點 26.6 人(每十萬人)(詳圖 3-3-1)，然而近三年逐漸上升，學者分析 106-110 年自殺數據發現可能與 COVID-19 期間自殺率的上升可能與政府隔離封鎖政策有關，隔離封鎖政策造成老人更容易受到疫情相關的壓力，而有焦慮、憂鬱的症狀(Chen, Yang, & Yip, 2023)。

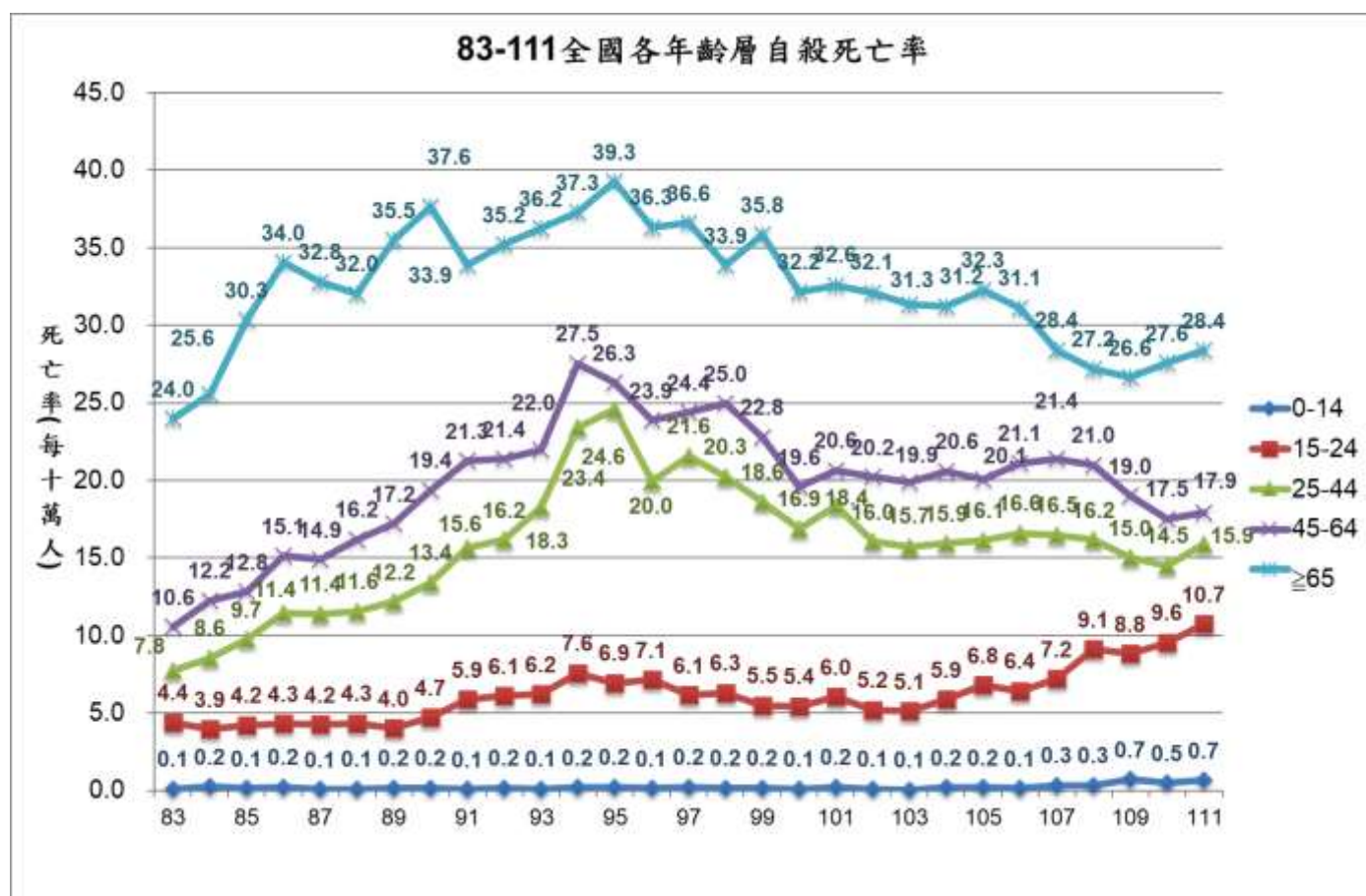


圖 3-3-1、83-111 年各年齡層死亡率

進一步看各死因死亡率，上吊、勒死及窒息死亡率 108-110 年呈現上升趨勢，雖然 111 年略為下降，但整體仍不可輕忽，而以固體或液體自殺

及自為中毒與溺水(淹死)自殺及自傷在 111 年有較明顯上升趨勢，因此需要特別注意。

以被照顧者自殺企圖通報人次來看，各性別均呈現逐年上升趨勢，其中 111 年被照顧者自殺企圖通報人次為 3785 人次，男性 1613 人次，女性 2172 人次(詳圖 3-3-3)。其中被照顧者自殺方式佔率部分男性及女性均以安眠藥、鎮定劑為最高，佔率分別為 20.6%及 29.4%，男性其次為農藥(佔率 9.9%)及割腕(佔率 9.8%)，女性則為割腕(14.8%)及其他藥物(佔率 8.4%)(詳圖 3-3-4)，以長照照顧者自殺方式佔率來看，不論性別自殺方式前三名均為安眠藥鎮定劑、割腕、其他藥物。(詳圖 3-3-5)

以長照被照顧者自殺原因佔率來看，不論性別前三位均為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病，急性化問題，家庭成員問題，僅男女性首位及第二位自殺原因順序不同，男性第一位為急性化問題(佔率 41%)、第二位為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病(佔率 39.2%)，女性第一位為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病(佔率 51.7%)，第二位為急性化問題(佔率 29.7%)。(詳圖 3-3-6)

以長照照顧者自殺原因佔率來看，不論性別，其佔率前二位均是憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病及家庭成員問題，而第三位男性為急性化問題(佔率 16.2%)，女性為夫妻問題(佔率 15.5%)。(詳圖 3-3-7)

長照被照顧者自殺死亡人數由 108 年 231 人增加到 111 年 412 人(增幅 78.3%)(詳圖 3-3-8)，而照顧者自殺死亡人數 110 年及 111 年分別僅 1 人及 27 人，主要因為 111 年照顧者身分證字號才改為必填欄位。

長照被照顧者自殺死亡、自殺企圖者及一般長照被照顧者特性比較來看，障礙類別以新制第 1 類障礙自殺行為比例較高，而 ADL>60 分之自殺死亡個案比例較高，可能是因一般長照人口中，以 ADL>60 分以上之個案較多，故兩者未必有相關性(詳圖 3-3-9)。

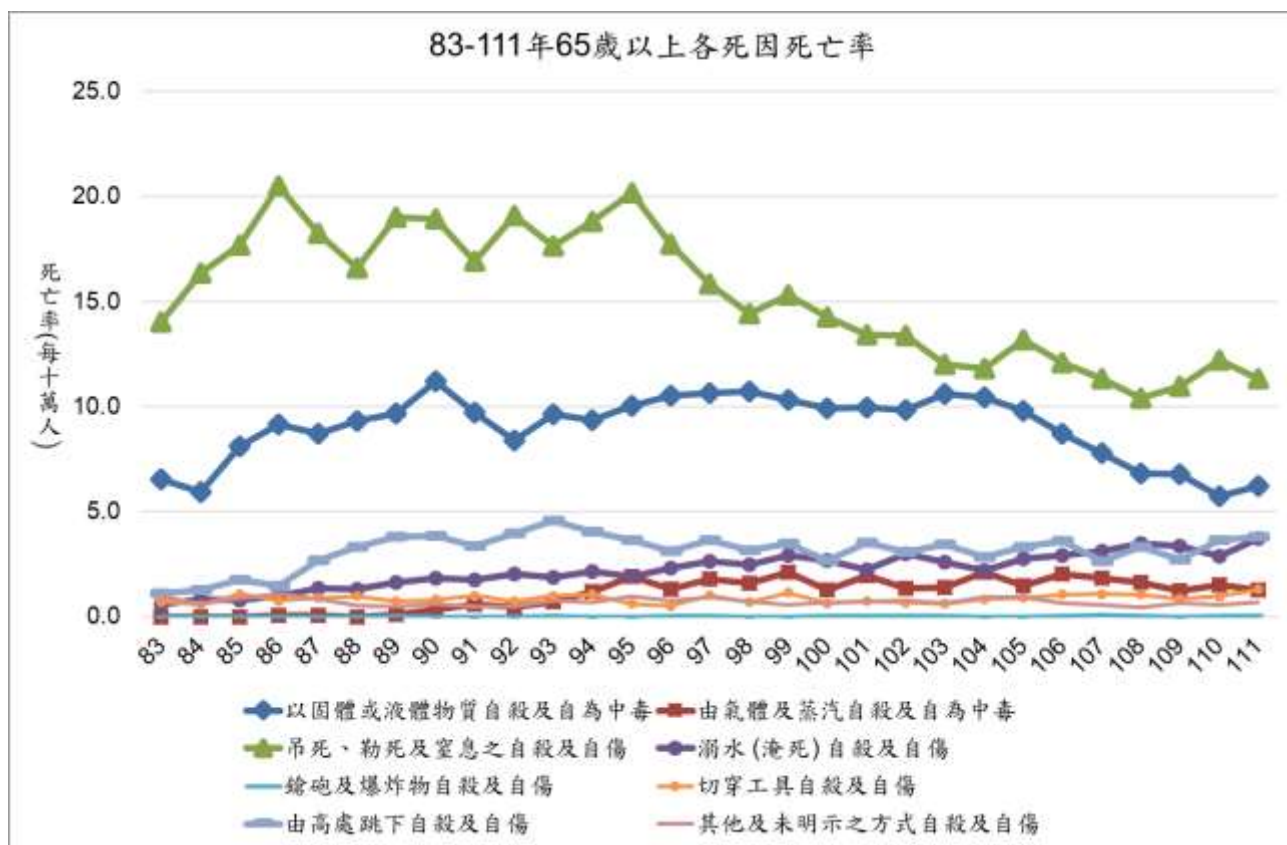


圖 3-3-2、83-111 年 65 歲以上各死因死亡率

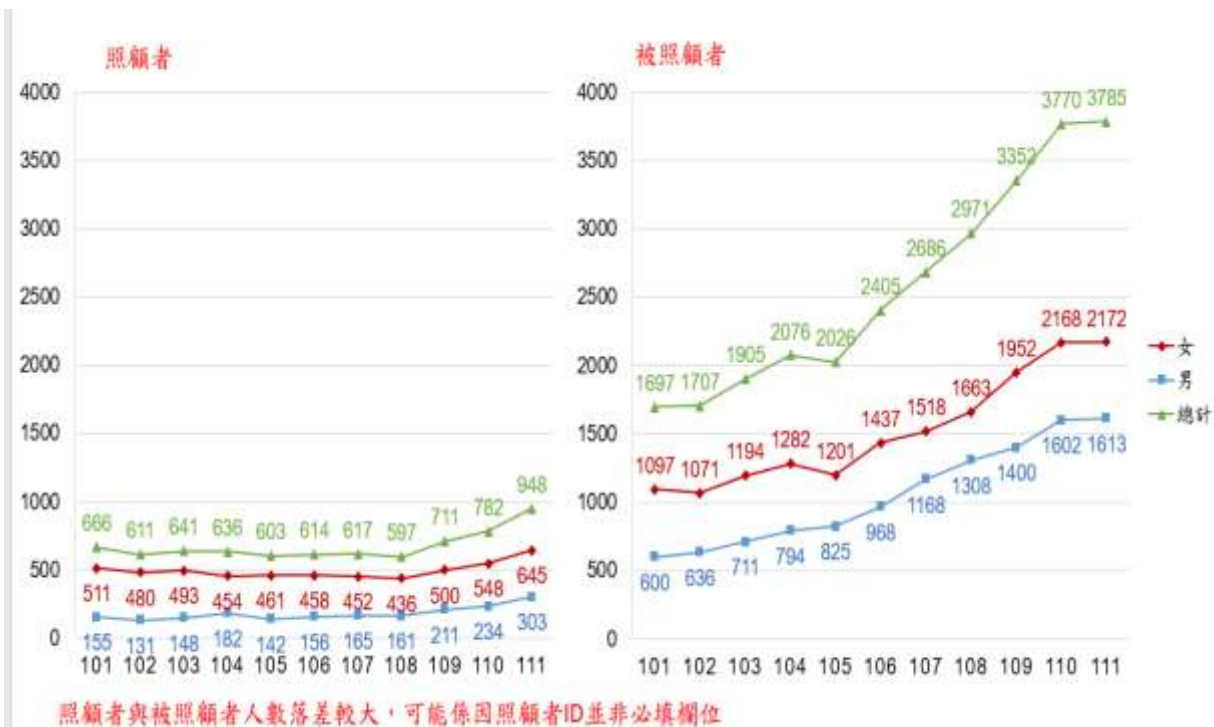


圖 3-3-3、101-111 年長照被照顧者及照顧者自殺企圖通報人次



圖 3-3-4、101-111 年長照被照顧者自殺企圖方式原因佔率

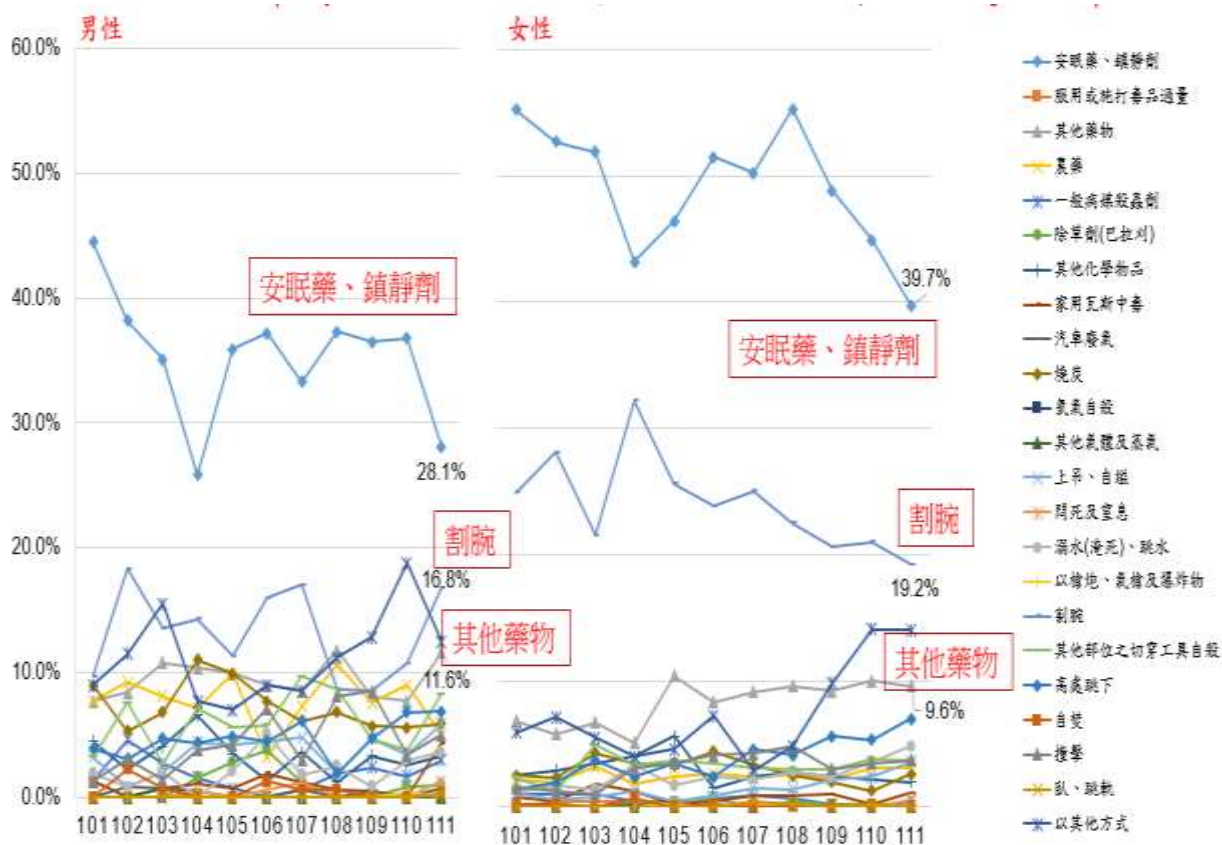


圖 3-3-5、101-111 年長照照顧者自殺方式原因佔率



圖 3-3-6、101-111 年長照被照顧者自殺原因佔率

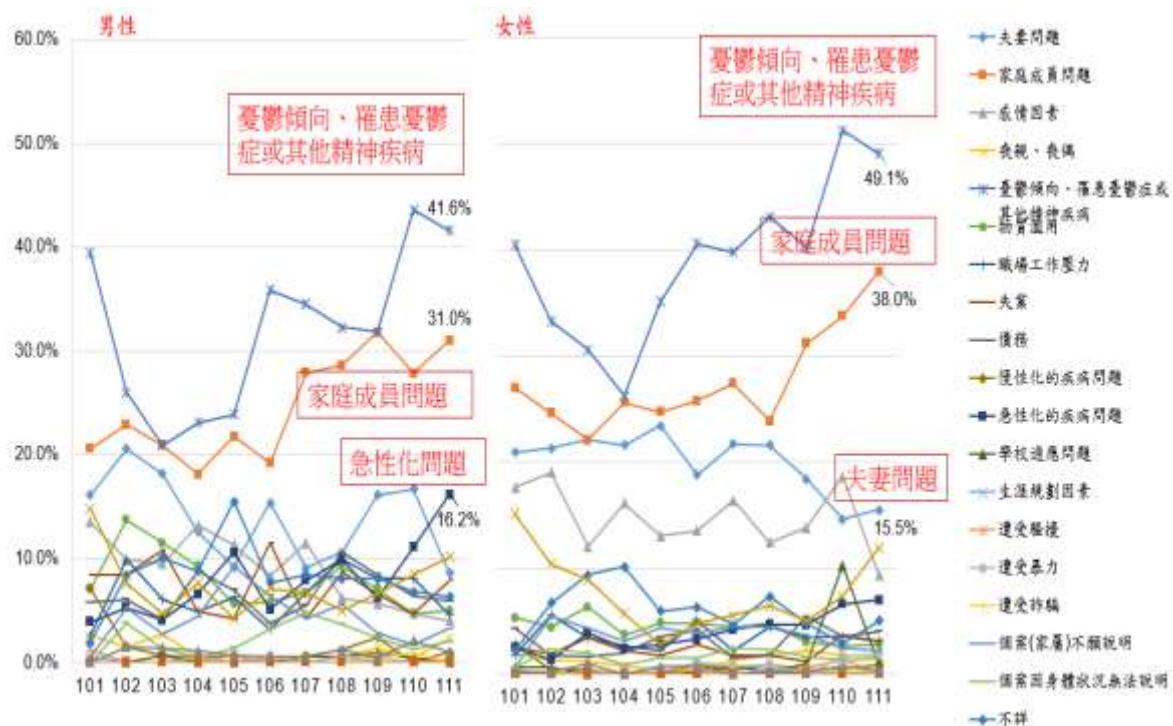


圖 3-3-7、101-111 年長照照顧者自殺原因佔率

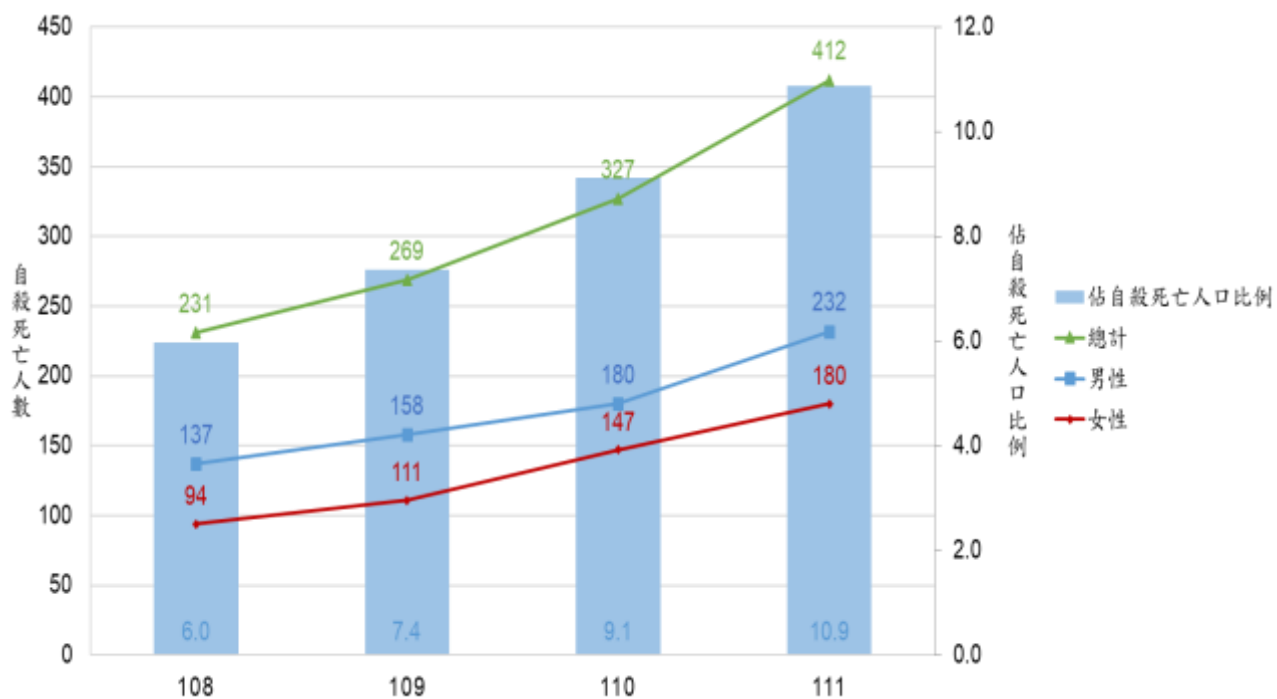


圖 3-3-8、108-111 年長照被照顧者自殺死亡個案人數及比例

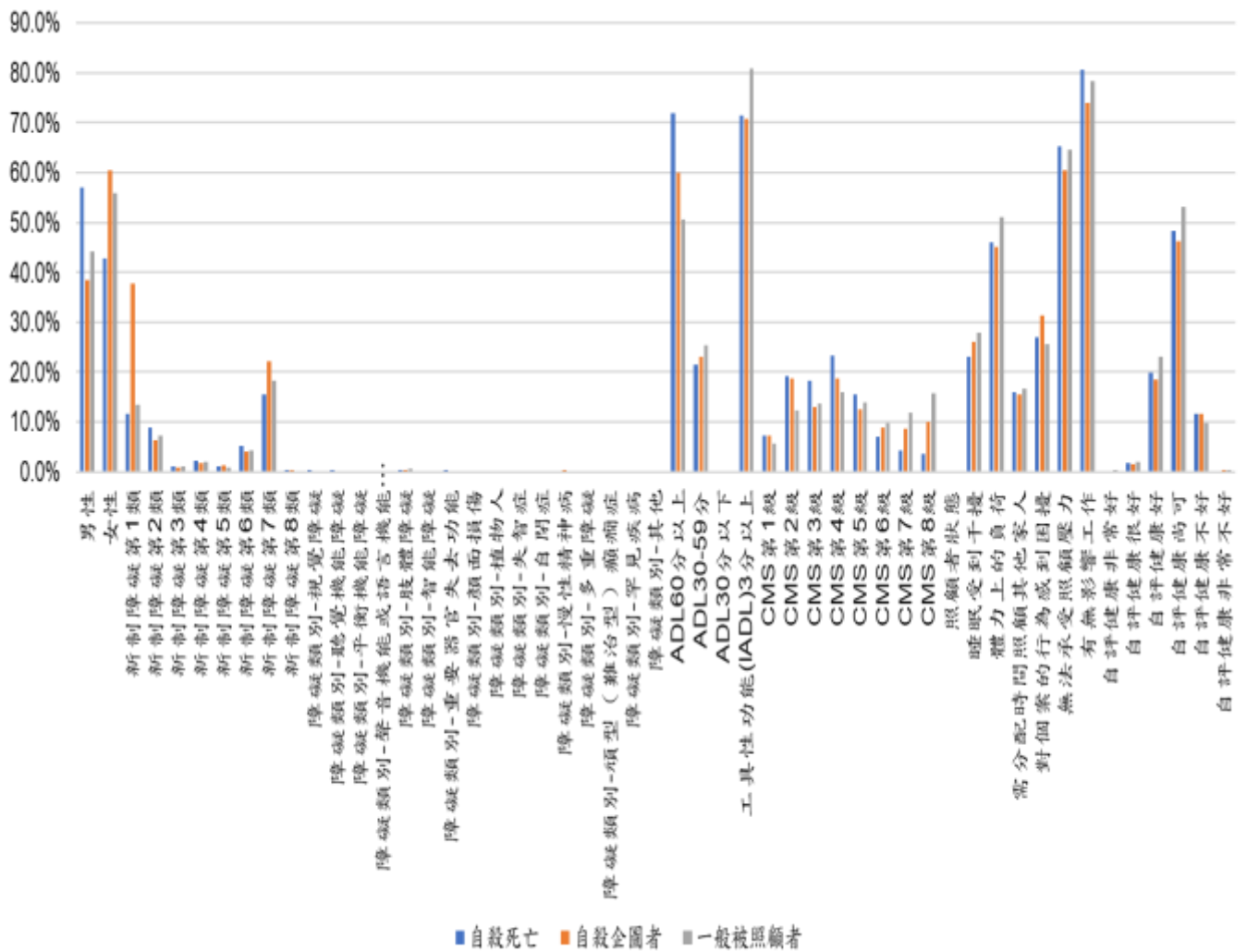


圖 3-3-9、長照被照顧者自殺死亡、自殺企圖及一般被照顧者特性比較

(2) 推論性分析結果

進一步以邏輯式迴歸分析長照被照顧者其自殺死亡風險與被照顧者特性及照顧者身心狀況發現，被照顧者為男性、ADL 生活性功能小於 60 分以及照顧者有無法承受照顧壓力者，其被照顧者自殺風險都有顯著相關，而照顧者若自評健康狀況較佳，可能為被照顧者自殺風險之保護因子，而照顧者自殺死亡由於個案數過少，較無法進一步進行推論分析。

表 3-3-x、長照被照顧者自殺死亡風險與危險因子及保護因子分析結果摘要

	危險因子	保護因子
被照顧者特性	● 男性 ● ADL<60 分重度依賴 以上	
照顧者特性	● 照顧者無法承受照顧 壓力	● 照顧者自評健康狀況佳

2. 建議

自殺防治策略涵蓋全面性、選擇性及指標性三種，在家庭照顧者包含提升照顧者求助資源可及性、提升保護因子、早期發現、早期辨識照顧者自殺危險因子、減少高風險照顧者壓力源、強化跨網絡合作、關懷支持。長照老人部分則包含長照設施人員自殺危機敏感度提升、善用心情溫度計測量高風險個案情緒溫度、強化被照顧者角色的適應及其情緒行為因應。

另針對被照顧者為第一類障礙者亦可加強其社交支持、照顧資源及精神醫療資源連結，以降低個案自殺風險，同時未來亦可強化被照顧者與照顧者社交關係評估，以減少因人際／情感因素而導致自殺之個案，同時多鼓勵被照顧者及照顧者出來社區據點活動，才能即時辨識高自殺風險之被照顧者及照顧者。

照顧者照顧負擔的強弱可能是 COVID-19 期間影響心理健康是否進一步惡化的重要因素之一(Czeisler et al. 2021)，日本的大規模網路調查則顯示照顧時間越長，其心理健康惡化的程度越高，當中以女性照顧者的心理健康最為嚴重(Anon 2022)，另一份美國的抽樣調查則同樣發現照顧負擔的強弱，可能是影響其心理健康是否更惡化的因素之一，各年齡層以年

輕照顧者相對來說，其衝擊更大，因此針對照顧負擔的較強的照顧者，可能更需要提供相關的支持，以減緩 COVID-19 對其造成的心理衝擊。

- 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
- Anon. 2022. "Family Caregiving and Changes in Mental Health Status in Japan during the COVID-19 Pandemic." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 98:104531. doi: 10.1016/j.archger.2021.104531.
- 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
- Chen, Y.-Y., Yang, C.-T., & Yip, P. S. F. (2023). The increase in suicide risk in older adults in Taiwan during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 327, 391–396. doi:10.1016/j.jad.2023.02.006
- 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
- Czeisler, Mark É., Alexandra Drane, Sarah S. Winnay, Emily R. Capodilupo, Charles A. Czeisler, Shantha MW Rajaratnam, and Mark E. Howard. 2021. "Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation among Unpaid Caregivers of Adults in the United States during the COVID-19 Pandemic: Relationships to Age, Race/Ethnicity, Employment, and Caregiver Intensity." *Journal of Affective Disorders* 295:1259–68. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.130.
- 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.comppsy.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
- 洪韡健、吳佳儀、李明濱、詹佳達、陳俊鶯 (民 111)。COVID-19 疫情下老年孤寂感和自殺相關風險因子分析。 *Journal of Suicidology*, 17(1), 51-58。 doi:10.30126/JoS.202203_(1).0010
- 高潔純(Chieh-Chun Kao) & 林麗嬋(Li-Chan Lin) (民 111). 孤寂感－長期照顧機構因應防疫措施下的另一課題. *長期照護雜誌*, 24(3), 187-197. doi:10.6317/LTC.202204_24(3).0002

自殺防治現況調查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

新冠肺炎疫情不只帶來生理上危害，還包含心理、社會、經濟都有深遠的影響，而短期與長期也有不同的影響，短期來說，可能造成心理健康困擾症狀增加，例如焦慮、憂鬱、創傷後壓力症候群(PTSD)等，長期來說，新冠肺炎對社會、經濟造成巨大影響，加劇社會不平等，進而導致精神疾病的增加，因此針對國內民眾進行調查了解新冠肺炎至今對民眾的影響，便顯得格外重要。

今年將藉由 106-112 年每年進行之 15 歲以上民眾「心理健康及自殺防治認知與行為」流行病學調查，探討疫情爆發至今新冠肺炎對民眾影響趨勢，以發掘可能潛在的危險人口群。

1. 辦理目的與目標

- (1) 探討新冠肺炎疫情前後對一般民眾之心理壓力。
- (2) 探討受到新冠肺炎心理壓力之高危險群眾。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- (1) 召開「心理健康及自殺防治認知與行為」流行病學調查討論會，討論架構及問卷設計，並確認問卷內容。
- (2) 委託市調公司辦理調查作業，進行訪問資料蒐集。
- (3) 進行資料整理及分析，依據分析結果提供自殺防治策略建議。

2. 資源連結

透過委託關係，委託全方位市場調查有限公司辦理電話調查工作。

三、過程

1. 召開「心理健康及自殺防治認知與行為」流行病學調查討論會，彙整歷年自殺防治調查問卷題目，擬定 112 年自殺防治調查問卷初稿，而後進行問卷修訂。今年度問卷架構如下表

問卷議題	題數
對自殺問題看法	3 題
簡式自殺敘事量表	7 題
疫情對心理健康的影響	6 題
網路霸凌經驗	5 題
心理健康情形	4 題
簡式健康量表	6 題

自殺危機量表	5 題
自己/親友經歷	17 題
基本資料	6 題

2. 委託市調公司辦理調查作業，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)，調查執行期間為 7 月 1 日至 8 月 15 日，委託全方位市場調查有限公司執行電訪資料蒐集。

3. 抽樣方法：

- 1) 以縣市為分層單位採分層比例抽樣一開始總樣本數暫定 1,600 份進行縣市樣本配置，而樣本配額不足 68 份縣市皆增補至 68 份。市調公司電話資料庫內建 700 多萬筆臺閩地區住宅電話，另為使未登錄電話號碼有同樣被抽出的機率，將隨機抽出電話號碼末 2 碼再以亂數產生的數字取代，相當於有 7 億多種可能的電話號碼(包含重覆樣本、空號……)，幾乎包含臺閩地區中華電信住宅電話。
- 2) 增補部份縣市樣本可能使樣本之縣市結構不符母體結構，但可大幅提高各縣市調查結果代表性，透過 raking 加權調整樣本結構符合母體結構，事後進行的分析就能代表臺灣民眾意見，而單獨看各縣市調查結果則因樣本數夠大而有參考價值，方便各地區民眾意見比較分析。報告內文為加權後結果。

4. 具體調查方法：

- 1) 採隨機撥號法(RDD)：住宅電話抽樣出之電話號碼末 2 碼以隨機亂數方式取代，使未登錄之住宅電話有相同之機率被抽出，調查時間安排大多數民眾在家時間，故調查時間安排於平日晚(18:30~22:00)或例假日(14:30~18:00 及 18:30~22:00)進行。
- 2) 採任一成人法：考量降低住宅電話拒訪率，以接電話之第一人且符合年齡條件為調查對象，而在進行樣本配額管控時則優先訪問樣本數偏少的屬性民眾。
- 3) 鈴響 8 聲：無人接聽之電話樣本，待鈴響 8 聲(約 30 秒)若仍無人接聽再掛斷。
- 4) 採約訪方式處理：無人接聽或合乎條件之受訪者不在家，則隔日再進行訪問，以獲取具代表性的樣本資料，降低樣本偏差。
- 5) 未訪問成功樣本至少接觸 3 次：不輕易放棄抽出的電話樣本，每一未訪問成功樣本至少接觸 3 次，若接觸了 3 次仍無法接觸到才放棄此樣本。
- 6) 以電腦輔助電話訪問系統(CATI)產生相同區域替代樣本：在訪問過程時，舉凡空號、傳真機、電話故障、拒訪、居住地區未符合抽樣條件或家中無合乎條件之受訪者，以 CATI 系統產生相同區域替代樣本戶電話再行撥號，直到訪談成功。
- 7) 透過優先訪問方式以減少抽樣分配的偏誤：由於住宅電話接聽者以女性及年長者居多，若沒有做任何管控則男性及年輕族群樣本數會遠少於預期。為降低抽樣分配偏誤，隨時檢視樣本結構與母體結構有顯著差異時，會優先訪問樣本數

偏少的屬性民眾。

5. 針對 109 年至 112 年各人口群有情緒困擾之比例進行分析，以觀察各人口群疫情前後情緒困擾之比例是否有提高之趨勢。後續並針對過去一個月在不同面項，有受到疫情關係直接或間接壓力的群眾，進一步與自殺危機量表進行交叉分析，並分析心情溫度計的總分，以評估近一周心理困擾的程度。軟體部分則使用 **SPSS 25.0** 進行分析。
6. 每年進行此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。今年度納入疫情對心理健康的影響，並且除了往年的簡式健康量表、自殺危機量表外，新增簡式自殺敘事量表，以增加不同面向的分析。將根據分析結果，提供關於自殺防治的策略建議。
7. 分析方法：
 - 1) 題目包含性別、年齡、過去一個月有沒有因新冠肺炎疫情關係直接或間接帶給您下列壓力，包含身體健康問題、心理健康問題、家庭或人際關係、工作或經濟需求問題、課業問題、日常生活問題，其中回答選項則包含完全沒有、輕微、中等程度、嚴重、非常嚴重。
 - 2) 心情溫度計分數為睡眠困難、譬如難以入睡、易醒或早醒、感覺緊張不安、覺得容易苦惱或動怒、感覺憂鬱、心情低落，覺得比不上別人五題分數加總，各題選項包含完全沒有、輕微、中等程度、嚴重、非常嚴重，分別重新編碼為 0-4 分，五題總分 6 分以上即為有情緒困擾。
 - 3) 描述性分析：
 - (1) 針對 106-112 年心情溫度計大於 6 分以上之比例進一步針對性別、年齡層交叉分析，以探討疫情前後各性別年齡層心情困擾比例趨勢。
 - (2) 針對過去一個月有沒有因新冠肺炎疫情關係直接或間接帶給您身體健康問題、心理健康問題、家庭或人際關係、工作或經濟需求問題、課業問題、日常生活問題，與性別、年齡層、縣市做交叉分析，以探討各性別、年齡層、縣市之民眾是否有不同的影響。
 - 4) 推論性分析：
 - (1) 使用時間中斷分析，以探討疫情前(106-108 年)、疫情中(109-111 年)、疫情後(112 年)各階段各性別、年齡層、縣市的民眾心情溫度計有困擾者比例改變是否有不同，其中離島民眾因未納入調查，故並無進一步分析。
 - (2) 性別以男性 106-108 年心情困擾比例做基準，以 ref 做標記，年齡層則以 15-24 歲 106-108 年心情困擾比例做基準，同樣以 ref 做標記，縣市別則以臺北市 106-108 年之情緒困擾比例作為基準，同樣以 ref 做標記，顯著性則以*** 表示 $p < 0.001$ ，** 表示 $p < 0.01$ ，* 表示 $p < 0.05$ 。

四、成果

1. 各族群心情困擾比例趨勢描述性分析

以各性別來看，不論男性及女性在疫情剛開始時，其心理困擾都較低，隨後逐步上升，而女性 112 年有心情困擾比例者已幾乎上升至疫情前之高點，男性上升則相較較緩和(詳圖 3-4-1)。

以各年齡層來看，各年齡層以 45-64 歲及 65 歲以上有情緒困擾比例不論疫情前中後均無太大變動，而 25-44 歲在疫情中上升較多(詳圖 3-4-2)。

進一步來看各性別遭受疫情壓力導致其心理困擾比例差異，在身體健康方面，男性與女性並無顯著差異，在心理健康問題壓力方面，男性因疫情導致非常嚴重心理健康問題壓力，其情緒困擾比例較女性高，然而輕微壓力時，女性心理困擾比例卻比男性高，在家庭及人際關係壓力方面，男性因疫情導致非常嚴重心理健康問題壓力，其情緒困擾比例較女性高，然而輕微壓力時，女性心理困擾比例卻比男性高，在工作或經濟需求方面，男性因疫情導致非常嚴重心理健康問題壓力，其情緒困擾比例較女性高，然而中等程度壓力時，女性心理困擾比例卻比男性高，在課業問題方面，男性因疫情導致非常嚴重心理健康問題壓力，其情緒困擾比例較女性高，然而中等程度壓力時，女性心理困擾比例卻比男性高，在日常生活問題方面，男性因疫情導致非常嚴重心理健康問題壓力，其情緒困擾比例較女性高，然而中等程度壓力時，女性心理困擾比例卻比男性高(詳圖 3-4-3)。

進一步看各年齡層遭受疫情壓力導致其心理困擾比例差異，在身體健康方面，45-64 歲及 65 歲以上在遭受非常嚴重壓力時，其心理困擾比例較其他年齡層高，然而中等程度壓力時，15-24 歲情緒困擾比例較其他年齡層高，在心理健康方面，以 15-24 歲在遭受非常嚴重壓力時，其心理困擾比例較其他年齡層高，其次為 25-44 歲，在家庭或人際關係方面，15-24 歲遭受非常嚴重壓力時，其情緒困擾相較其他年齡層高，其次為 65 歲以上，在工作或經濟需求方面，15-24 歲遭受非常嚴重壓力時，其情緒困擾相較其他年齡層高，其次為 25-44 歲，在課業問題方面，則因樣本數不足，未能完整比較各程度壓力所導致的心情困擾比例，而 25-44 遭受非常嚴重壓力時，其情緒困擾比例相較其他年齡層高，在日常生活問題方面，15-24 歲遭受非常壓重壓力時，其情緒困擾比例相較其他年齡層高(詳圖 3-4-4)。

進一步看各縣市遭受疫情壓力導致其心理困擾比例差異，在身體健康方面，以桃園市在遭受嚴重以上的壓力時，情緒困擾比例較其他縣市高，在心理健康方面，以桃園市及臺南市遭受嚴重以上的壓力時，情緒困擾比例較其他縣市高，在家庭及人際關係問題方面，以高雄市遭受嚴重以上壓力時，其情緒困擾比例較其他縣市高，在工作或經濟問題需求方面，以新竹市遭受嚴重以上的

壓力時，情緒困擾比例較其他縣市高，在課業問題、日常生活問題方面，則沒有縣市在情緒困擾比例有顯著差異(詳圖 3-4-5 至圖 3-4-10)。

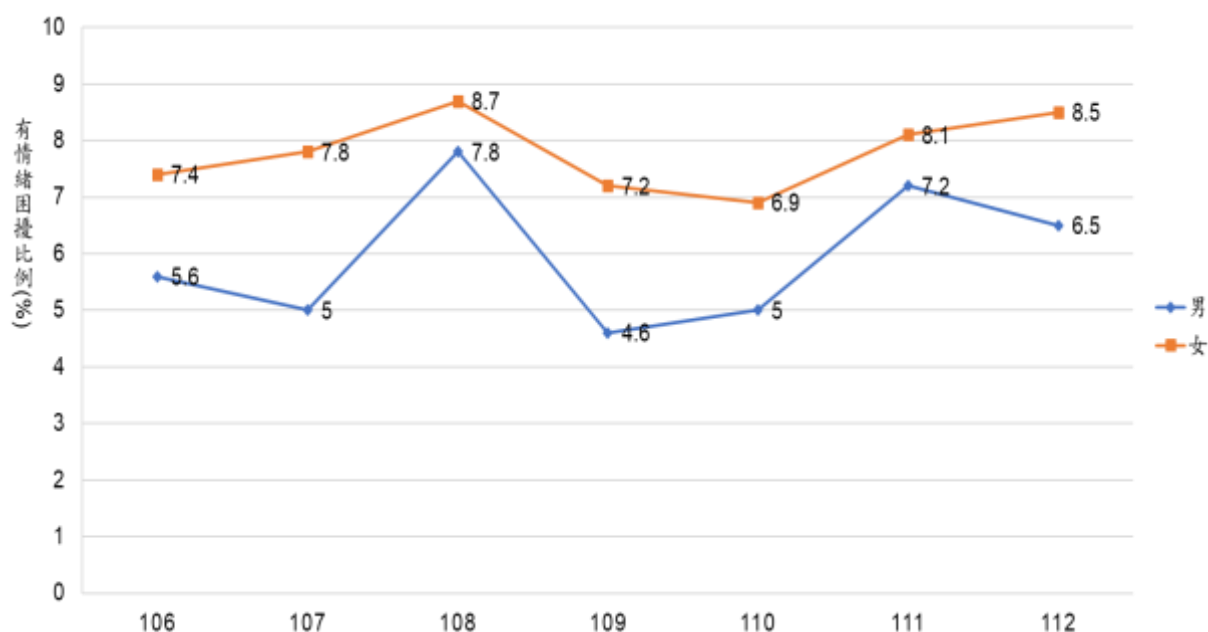


圖 3-4-1、106-112 年各性別有情緒困擾比例

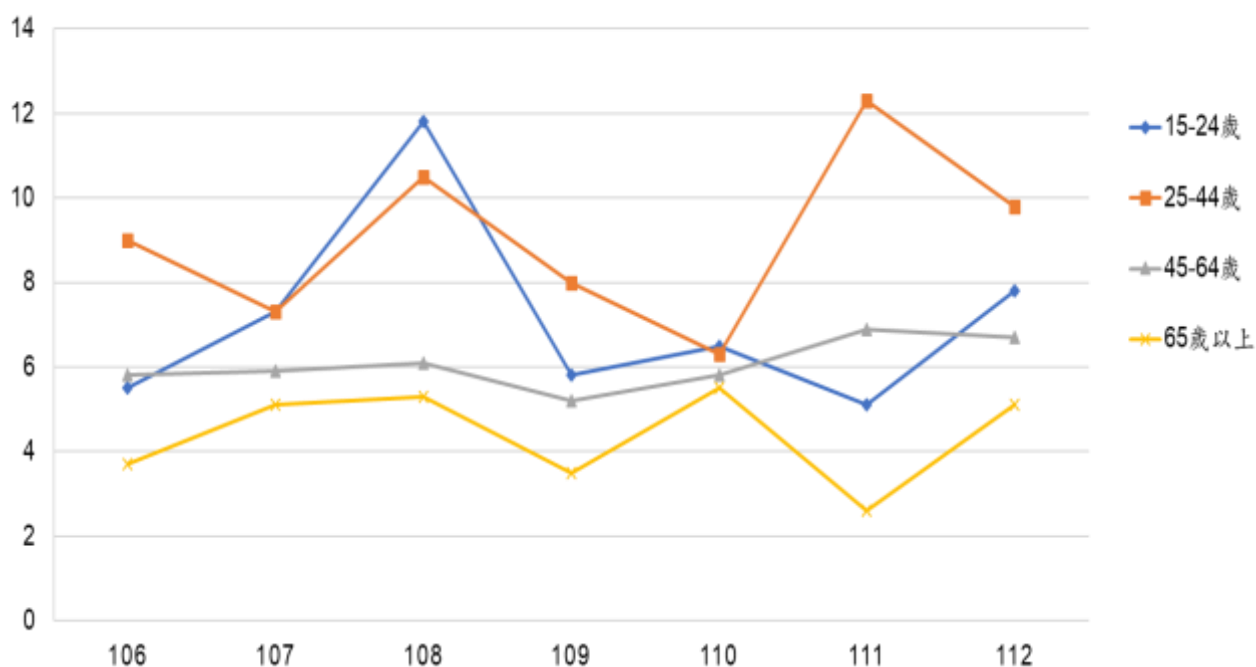


圖 3-4-2、106-112 年各年齡層有情緒困擾比例



圖 3-4-3、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您壓力與情緒困擾比例依性別

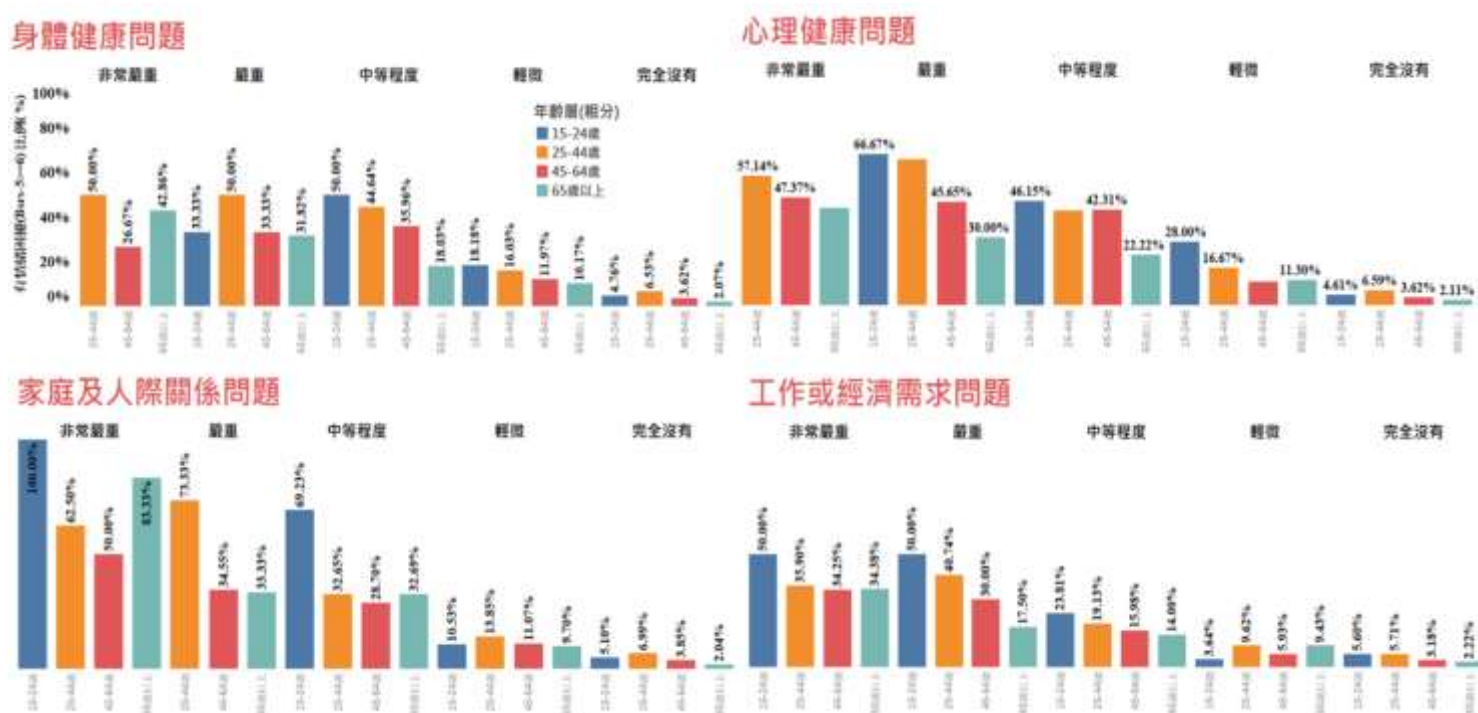
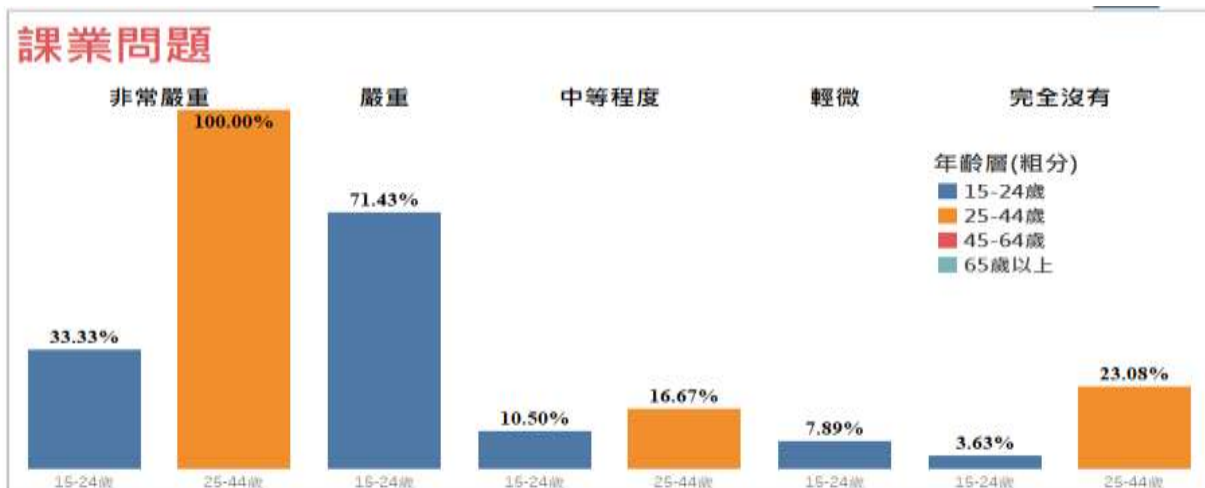


圖 3-4-4、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您壓力與情緒困擾比例依年齡層



日常生活問題

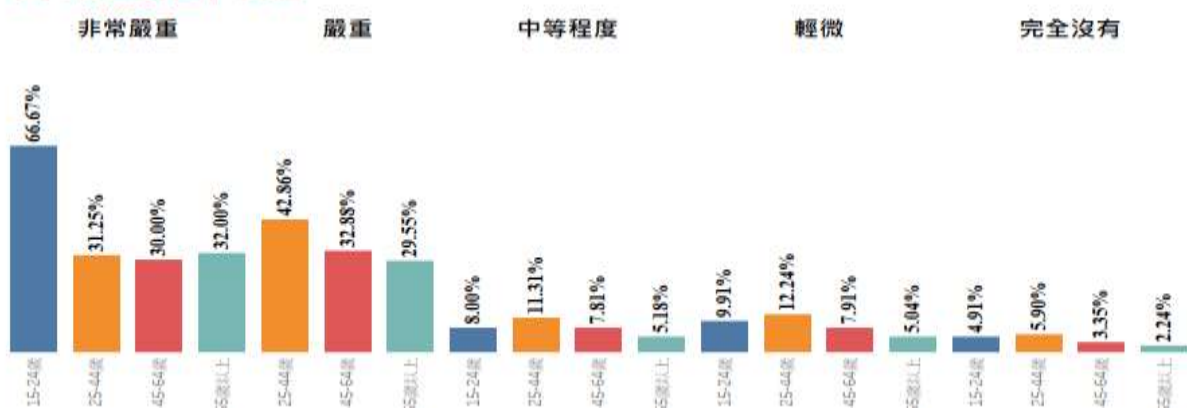


圖 3-4-4、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您壓力與情緒困擾比例依年齡層(續)

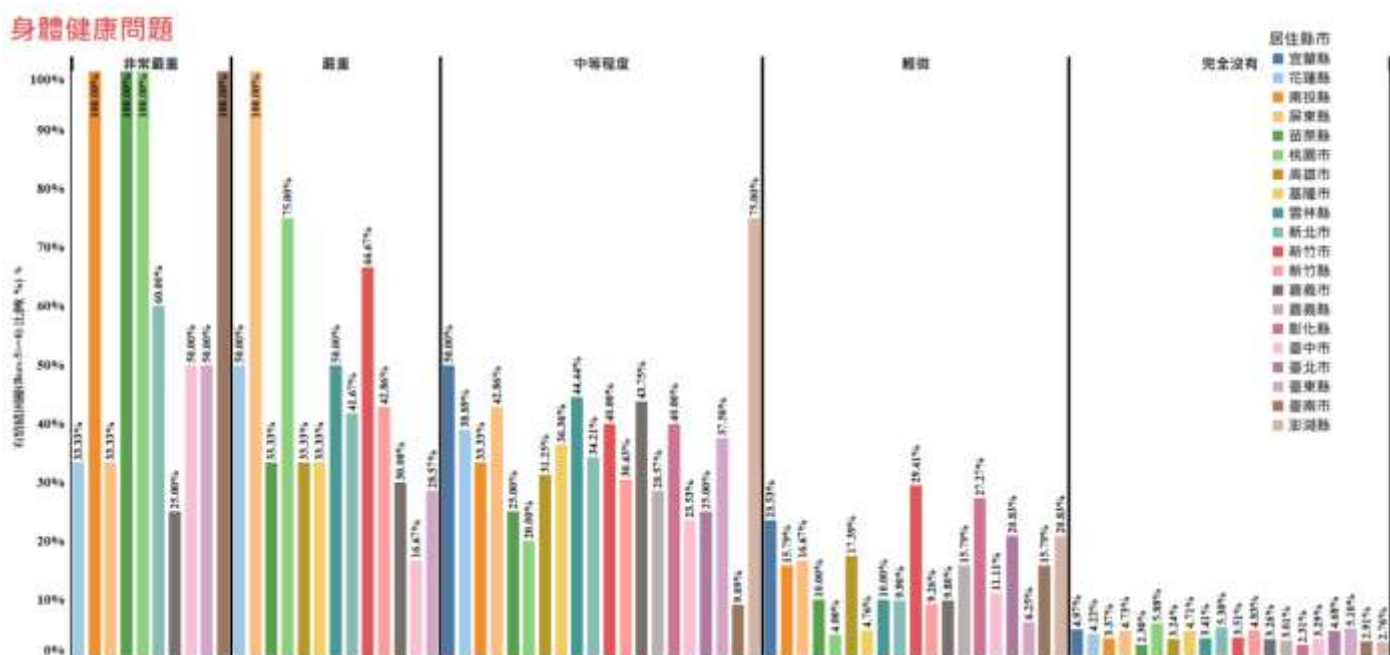


圖 3-4-5、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您身體健康壓力與情緒困擾比例依縣市別

心理健康問題

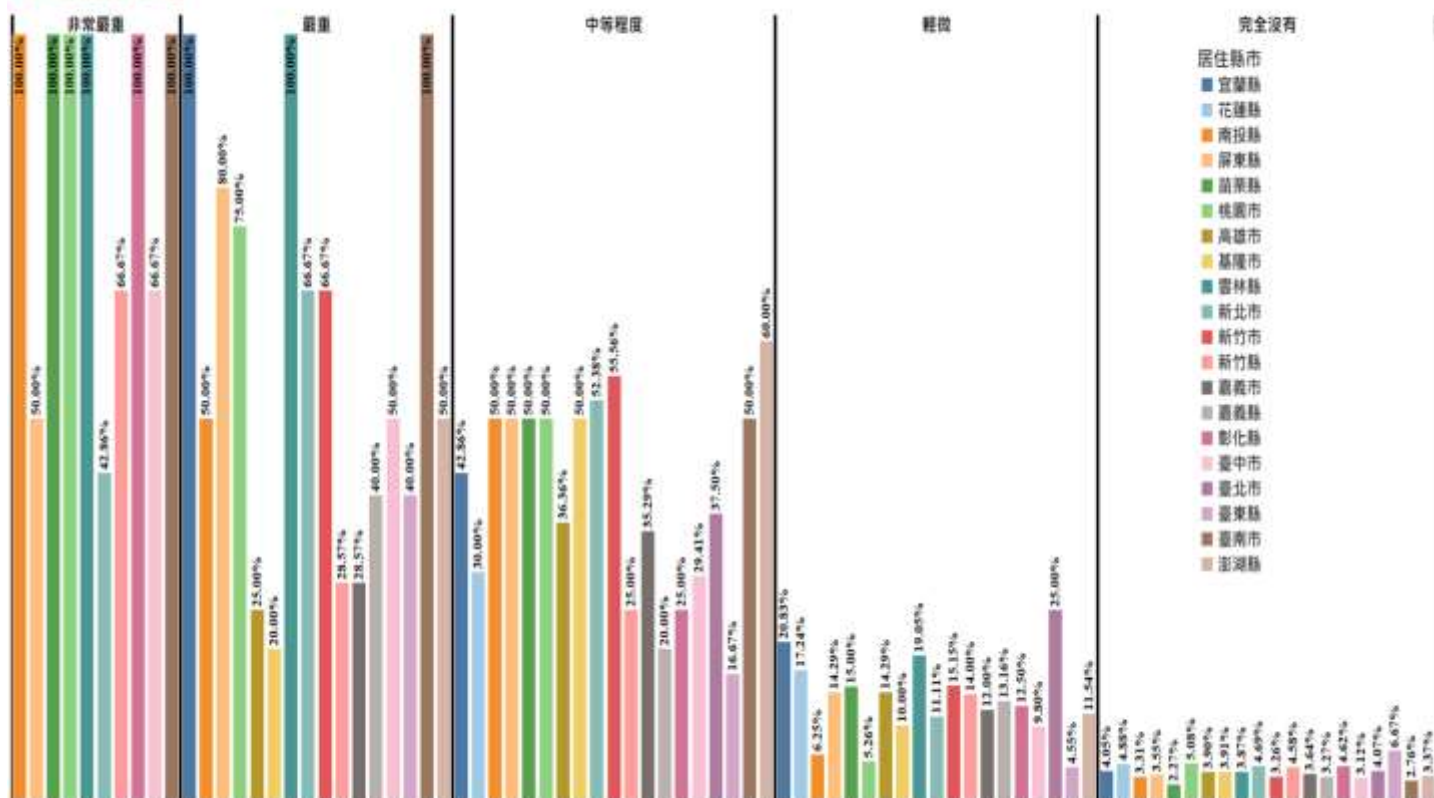


圖 3-4-6、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您心理健康壓力與情緒困擾比例依縣市別

家庭及人際關係問題

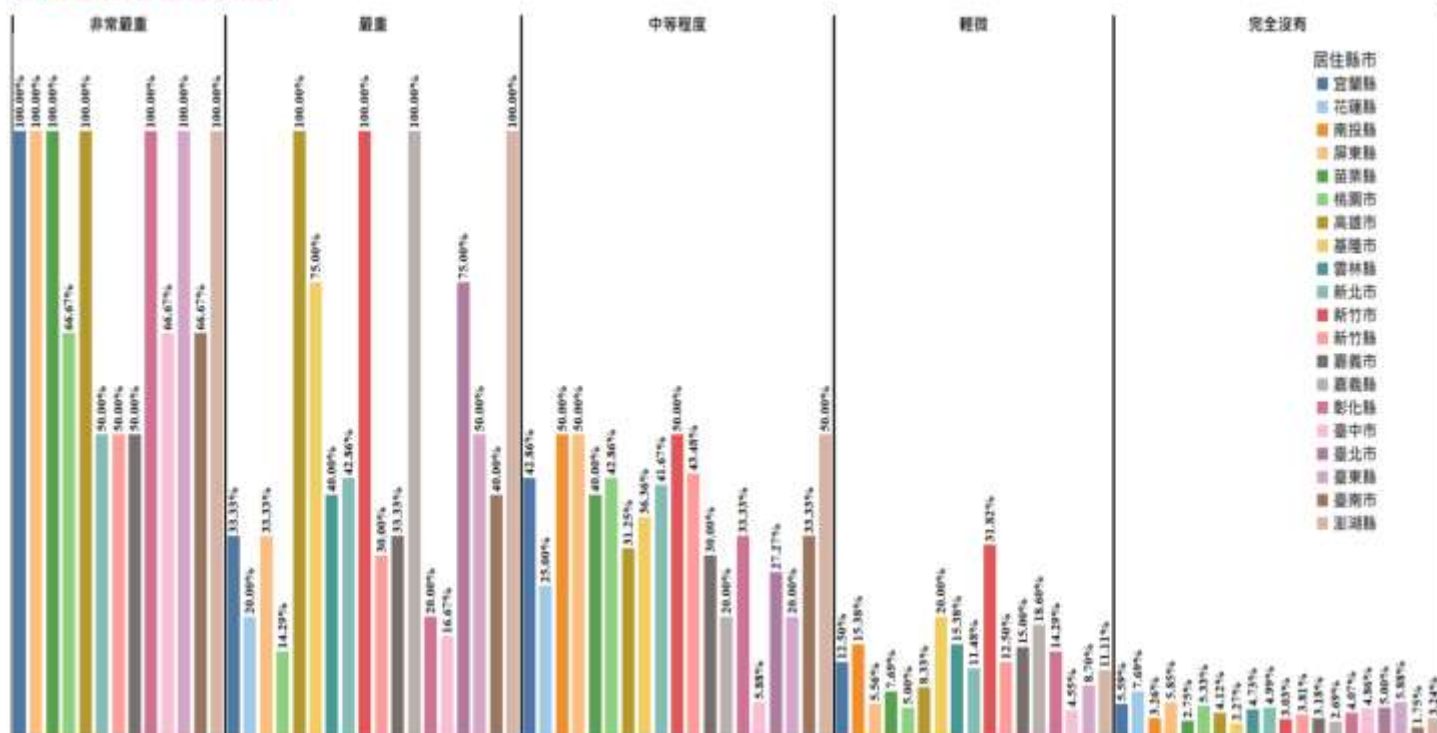


圖 3-4-7、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您家庭及人際關係問題壓力與情緒困擾比例依縣市別

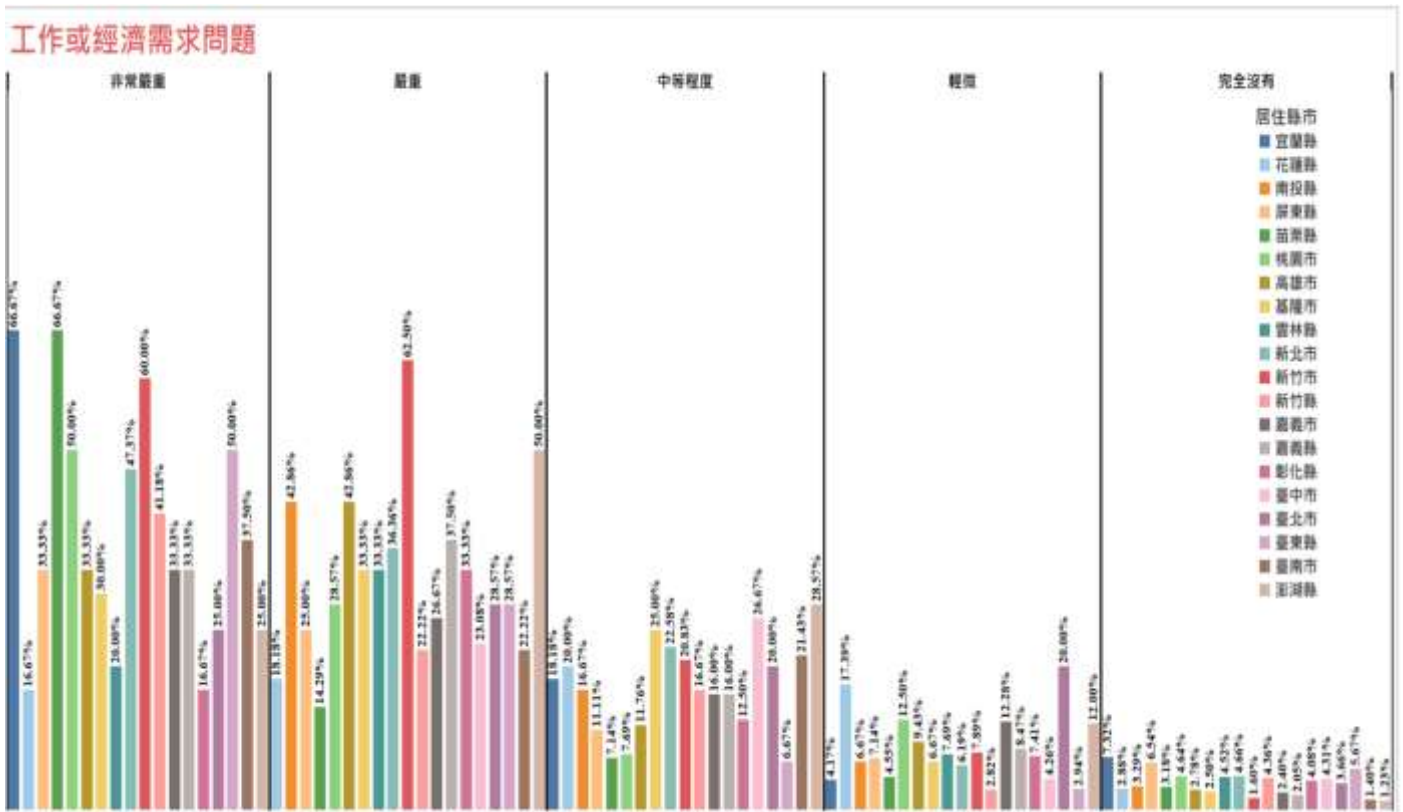


圖 3-4-8、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您工作或經濟需求問題壓力與情緒困擾比例依縣市別

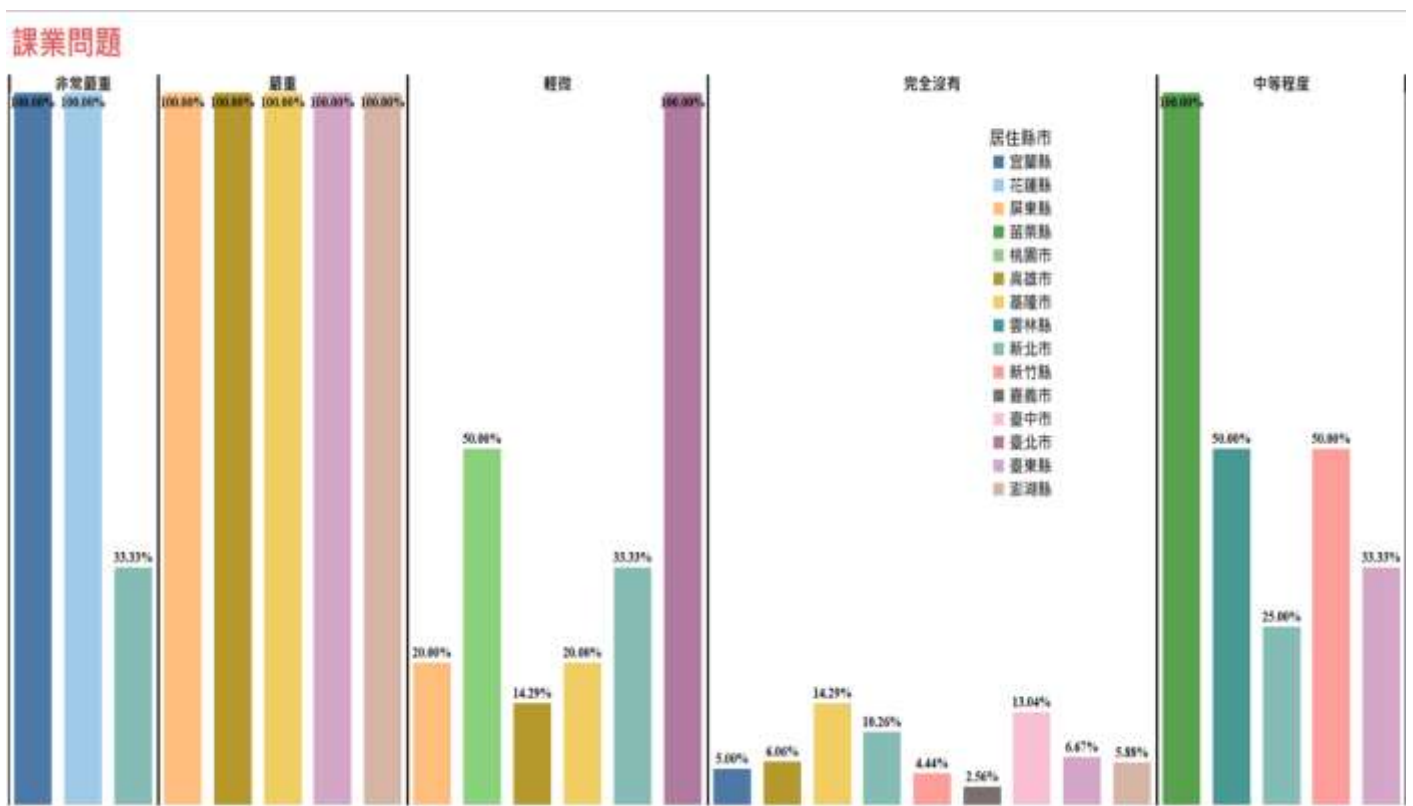


圖 3-4-9、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您課業問題壓力與情緒困擾比例依縣市別

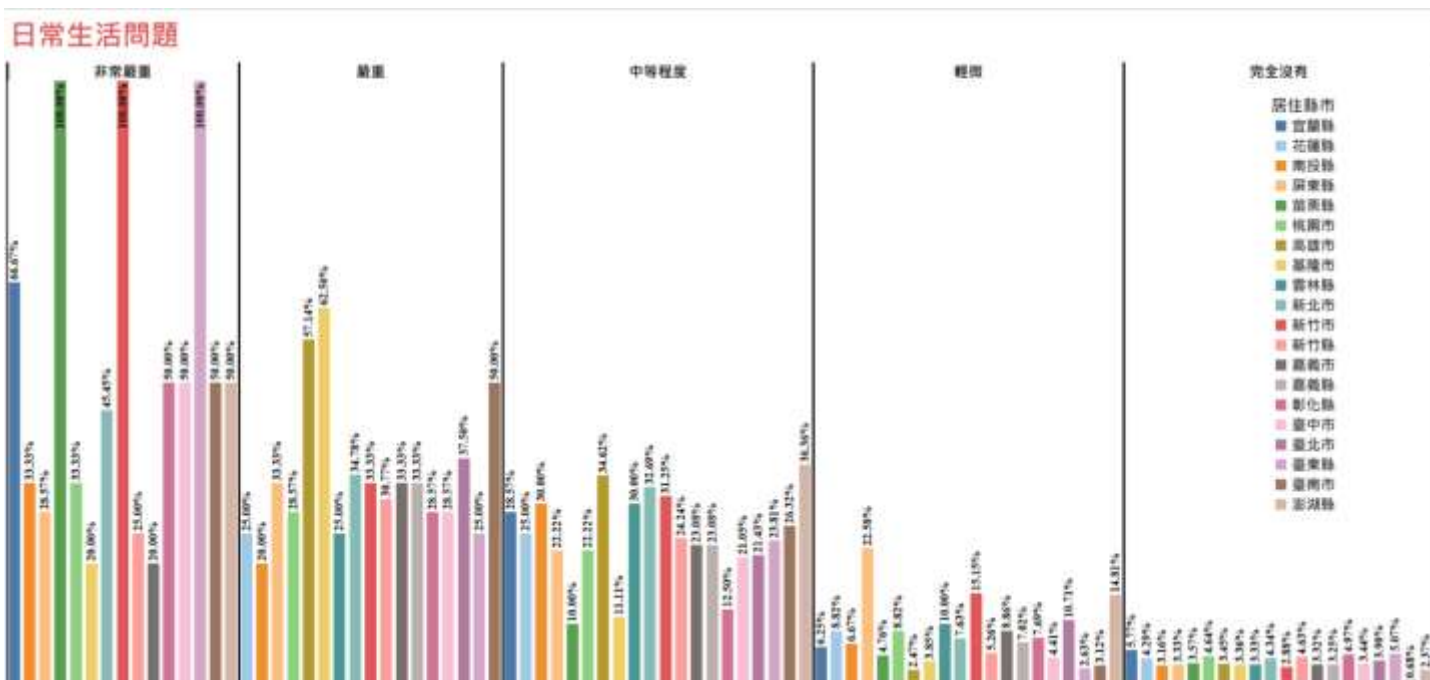


圖 3-4-10、110-112 年過去一個月以來有沒有因疫情關係直接或間接帶給您日常生活問題壓力與情緒困擾比例依縣市別

2. 疫情前、中、後推論性分析

以各性別、年齡層來看疫情前(106-108 年)、中(109-111 年)、後(112 年)情緒困擾比例變動情形，可以發現在各性別在疫情前中後均沒顯著差異，以各年齡層來看，疫情中以 25-44 歲及 45-64 歲情緒困擾比例上升相較 15-24 歲較多，且具顯著差異(詳表 3-4-1)。

以各縣市來看，以臺中市、新竹市、苗栗縣、花蓮縣情緒困擾比例在疫情中上升比例較台北市較多，且具顯著差異，而新竹市在疫情後情緒困擾比例上升仍較台北市多。(詳表 3-4-2)。

表 3-4-1、各群體疫情前、中後心情溫度計困擾比例變化

	疫情前(106-108)	疫情中(109-111)	疫情後(112)
性別			
男性	Ref		
女性			
年齡層			
15-24 歲	Ref		
25-44 歲		↑1.21 (1.01-1.46)*	
45-64 歲		↑1.25 (1.03-1.51)*	
65 歲以上			

表 3-4-2、各群體疫情前、中後心情溫度計困擾比例變化

	疫情前(106-108)	疫情中(109-111)	疫情後(112)
縣市			
台北市			
新北市			
臺中市		↑1.84 (1.24-2.73)**	
臺南市			
高雄市			
基隆市			
宜蘭縣			
桃園市			
新竹縣			
新竹市		↑2.27 (1.2-4.31)*	↑2.77 (1.12-6.8)*
苗栗縣		↑1.63 (1.07-2.49)*	
彰化縣			

南投縣

雲林縣

嘉義縣

嘉義市

屏東縣

花蓮縣

↑ 1.37 (1.1-
1.72)**

臺東縣

3. 結論與建議

男性面臨因疫情而導致心理健康、家庭及人際關係、工作或經濟需求問題、課業問題、日常生活問題壓力非常嚴重時，比起女性更不擅求助或舒緩心理壓力，然而面對輕微壓力時，男性可能因忍受度較佳，故情緒困擾比例較女性低，因此針對男性有情緒困擾應強化其心理支持，並發展適當的心理衛生手冊。

中高齡者可能因本身身體脆弱性，造成其情緒困擾比例較其他年齡層高，因此針對中高齡確診者，未來可持續監測其情緒困擾是否有隨疫情過去，而減少其情緒困擾情形，而 15-24 歲在其他方面壓力衝擊造成其心理困擾比例均較其他年齡層高，可能與 15-24 歲因年紀較輕，缺乏因應大型壓力的經驗，因此未來可持續提升 15-24 歲缺乏面臨重大壓力的因應能力，導致其情緒困擾比例較其他年齡層高，因此建議未來可強化年輕族群對重大壓力的因應能力。

不同縣市遭受的壓力可能導致不同情緒困擾比例，在身體健康方面，以桃園市有情緒困擾比例較其他縣市高，而心理健康方面則以桃園市及臺南市，在家庭及人際關係問題方面，則以高雄市，在工作經濟需求問題方面，則以新竹市，因此各縣市可針對不同議題發展適當心理衛生資源及經濟支持方案。

肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 112年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估</p>	
<p>3.編制自殺防治法第9條第2項第3款規定之「111年度自殺防治年報」(電子書)，以客觀方式記載並系統性彙編當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作，俾中央各部會及各縣市政府相關部門作為探究自殺防治政策、議題及成效評值之參考。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.1章節</p>
<p>4.依自殺防治法第 9 條第 2 項第 4 款規定，辦理縣市政府自殺防治議題之輔導訪查及工作坊，並於辦理前 2 個月，提交細部執行計畫書(含擇定縣市、時間、議程及辦理形式等)至部，經本部同意後，始得辦理：</p> <p>(1)「自殺防治業務互動式輔導訪查」：</p> <p>a.擇定縣市政府數量：至少3縣市。</p> <p>b.擇定原則：以「自殺通報個案之再自殺率、自殺死亡率之 3 年移動平均呈現上升趨勢者」、「截至 112 年 6月30日止，初步自殺死亡人數相較去年同期上升幅度較高者」，或其他經本部指定者為優先。</p> <p>c.事前準備：蒐集擇定縣市前一年度迄今之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並就該縣市近 3 年之自殺死亡及通報相關統計資料進行彙整及趨勢分析，據此提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。</p> <p>d.訪查目的：</p> <p>(a)提供全國及擇定縣市政府之自殺死亡、自殺通報、自殺死亡地圖之概況及趨勢分析，並進行比較分析。</p> <p>(b)協助加強擇定縣市政府自殺防治跨體系、部門及專業團隊之橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值。</p> <p>e.其他配合事項：依各縣市政府需求召開專案討論會議，並視需求增加輔導訪查次數。</p> <p>(2)「限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」或「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」：</p> <p>a.擇定縣市政府數量：至少3縣市。</p> <p>b.擇定原則：</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.2章節</p>

<p>(a)「限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」：以「特定自殺方式之自殺通報人數、自殺死亡人數較去年同期上升」、「特定自殺方式之再自殺率、自殺死亡率之3年移動平均呈現上升趨勢者」、「截至112年6月30日止，初步自殺死亡人數之特定自殺死亡方式相較去年同期上升幅度較高者」，或其他經本部指定者為優先。</p> <p>(b)「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」：以COVID-19疫情前後，其經濟、就業、社會福利或其他議題之相關統計數據有顯著差異，或因疫情造成前開議題於轄區有顯著衝擊之縣市為優先。</p> <p>c.事前準備：蒐集擇定縣市政府前一年度迄今與工作坊主題有關之自殺防治具體措施及成果等相關資料，依此提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。</p> <p>d.訪查目的：</p> <p>(a)提供全國及擇定縣市政府之自殺死亡、自殺通報、自殺死亡地圖、特定自殺死亡方式之概況及趨勢分析</p> <p>(b)協助加強擇定縣市政府自殺防治跨體系、部門及專業團隊之橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值。</p> <p>e.其他配合事項：依各縣市政府需求，進行專案討論，並視需求增加實地輔導訪查次數。</p> <p>(3)針對(1)及(2)之參與者進行滿意度調查，且滿意度為「滿意以上」者，應占填答人數80%以上。</p>	
<p>5.依自殺防治法第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及建立自律機制：</p> <p>(1)進行媒體監測（網路及報紙）：監測媒體對於報導自殺事件時，應遵守自殺防治法規定及世界衛生組織所建的六不、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。</p> <p>(2)運用通訊軟體（如 Line 等）建立媒體通訊群組，以加強與媒</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.3章節</p>

體之溝通，並於期末報告提報該溝通機制之成效。	
(3) 召開「新聞媒體聯繫會議」或研討會1場次，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。	依規定執行完成 詳見4.4章節
<p>(4) 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>(5) 針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會等相關方式向大眾澄清，以避免模仿效應。</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>	依規定執行完成 詳見4.3章節
6.持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢(含有無使用其他替代性物質而為自殺情形，如其他農藥、固體液體等)及巴拉刈禁用之相關報導；並配合農委會推動前項禁用政策及措施情形，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。必要時依本部要求分析相關數據並提出報告。	依規定執行完成 詳見4.5章節
<p>7.滾動修訂本部自殺防治系列手冊：</p> <p>(1) 應綜合「自殺防治法」規定、行政院核定之「強化社會安全網第二期計畫」內容、本部心理健康與自殺防治之最新法令規範及政策、相關機關(單位)所提意見、最新自殺防治統計數據及國內外相關實證研究等相關資料進行修訂作業。</p> <p>(2) 於112年11月30日前，將下列手冊完成修訂並函送本部：</p> <ul style="list-style-type: none"> a.自殺防治系列3-青少年心理衛生與自殺防治。 b.自殺防治系列4-老人心理衛生與自殺防治。 c.自殺防治系列5-精神疾病與自殺防治。 d.自殺防治系列6-物質濫用與自殺防治。 e.自殺防治系列7-女性心理衛生與自殺防治。 f.自殺防治系列8-職場心理衛生。 g.自殺防治系列9-自殺者親友關懷手冊 h.自殺防治系列10-陪你渡過傷慟 i.自殺防治系列11-珍愛生命守門人 j.自殺防治系列12-心情溫度計 k.自殺防治系列13-怎麼辦我想自殺 l.自殺防治系列14-失業鬱悶怎麼辦 m.自殺防治系列15-關懷訪視指引 	依規定執行完成 詳見4.6章節

<p>n.自殺防治系列16-提升人際支持遠離自殺</p> <p>o.自殺防治系列17-以醫院為基礎的自殺防治</p> <p>p.自殺防治系列18-珍愛生命義工</p>	
--	--

編製 111 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 111 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「111 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 111 年自殺死亡及通報數據。
- 2) 蒐集並整理中央及各縣市 111 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：85-111 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：95-111 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 2.4 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 111 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 4-1-1：

表 4-1-1、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 111 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、111 年自殺死亡狀況	
二、111 年自殺企圖通報狀況	
全國自殺防治策略之實施	
一、111 年全國自殺防治工作成果	整理 111 年中央自殺防治工作成果及全國自殺防治中心業務。
縣市自殺防治工作成果	
一、111 年各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。
二、整理與分析	
年度專題	
一、影視劇從業人員的自殺防治	訂定自殺防治主題專文。
二、心情溫度計的探討運用	
三、自殺防治學雜誌的創立及發展	
資源連結	提供自殺防治相關資源。

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五期，除了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，向民眾介紹自殺防治的重

要主題，內容包含自去年開始推行的影視劇從業人員的自殺防治、心情溫度計的探討運用及自殺防治學雜誌的創立及發展。

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。

輔導並推動因地制宜之自殺防治

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行迄今，已進入後疫情的時代，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，結合分享國內外 COVID-19 新冠肺炎疫情過程中心理健康與自殺防治相關文獻，供政府及有關單位參考，同時為了解各縣市衛生局後疫情期間推動心理健康與自殺防治策略成效、經驗及自殺關懷訪視計畫辦理情形，故辦理後疫情時代之心理健康與自殺防治工作坊。

此外，自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域及臨床特性差異，自殺防治策略規劃必須「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互動式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。

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 112 年度自殺防治互動式輔導訪查，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力，並協助加強參與互動式輔導訪查之縣市自殺防治跨局處跨團體，機構，學校，公學工協會等團隊橫向連結，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) 了解縣市衛生局於後疫情期間推動心理健康與自殺防治策略成效、經驗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，並依「111 年 1-10 月初步自殺死亡人數增減率」及「自殺死亡率之三年移動平均」上升之縣市，扣除離島地區，擇定苗栗縣、彰化縣、嘉義市、台南市、花蓮縣及台東縣。而各縣市擇定依據數據詳如下列。

2)

(1) 苗栗縣

項目	說明
自殺死亡率之三年移動平均	-0.7
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減	增加 26 人
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減率	29.9

(2) 彰化縣

項目	說明
自殺死亡率之三年移動平均	-5.3
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減	增加 32 人
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減率	22.4

(3) 嘉義市

項目	說明
自殺死亡率之三年移動平均	8.8
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減	增加 6 人
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減率	16.7

(4) 臺南市

項目	說明
自殺死亡率之三年移動平均	-7.4
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減	增加 53.人
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減率	24.5

(5) 臺東縣

項目	說明
自殺死亡率之三年移動平均	-15.5
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減	增加 11 人
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減率	47.8

(6) 花蓮縣

項目	說明
自殺死亡率之三年移動平均	-15.3
111 年 1-10 月與去年同期自殺死亡人數增減	增加 10 人

3. 資源連結與合作

- 1) 指導單位：衛生福利部心理健康司
- 2) 合作單位：各縣市衛生局人員、關懷訪視員、心理衛生社工、社區心衛中心人員、長期 照顧中心人員及公共衛生護理人員、消防局、警察局、社會局、教育局、勞工局(勞動局)、交通局、工務局、 家庭教育中心、縣市醫院代表人員、原住民事務委員會、縣市生命線代表人員、各鄉(鎮、 市、區)公所等跨網絡單位。
- 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、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苗栗縣、彰化縣、嘉義市、台南市、花蓮縣及台東縣共 6 縣市辦理自殺防治互動式輔導訪查暨後疫情時代之心理健康與自殺防治特殊議題工作坊。
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跨局處人員出席，預定於一個月內完成訪查各縣市政府。
3. 研究發展組進行全國自殺死亡及通報趨勢分析及製作簡報，提供各縣市報告所需自殺相關數據。
4. 由中心長官代表出席自殺防治互動式輔導訪查暨後疫情時代之心理健康與自殺防治特殊議題工作坊。
5. 擬定自殺防治互動式輔導訪查、後疫情時代之心理健康自殺防治工作坊議程(詳見附件 4-2-1)，函知衛生福利部擇定之縣市，並請縣市協助邀請部內長官及跨局處、相關網絡人員出席。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 互動式輔導訪查及後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊當日除全國自殺防治中心與縣市衛生局近年心理健康及自殺防治業務報告外，交流與討論主題針對「縣市自殺防治策略、跨局處自殺防治業務困境」進行討論。
- 2) 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、農藥之管控、回收。

結論

1. 111 年起全國強制實施農藥實名制，農業局(處)皆有落實實名制。
2. 因巴拉刈在農業上十分好用，即使目前已禁用，仍有許多農戶有存貨；已請區公所協助以一罐 500 元不等或其他獎勵方式鼓勵農戶主動進行回收，亦請關訪員、農藥販賣商進行相關衛教；仍有回收上的困難。

議題二、高處跳下之防範。

結論

1. 公寓大廈管理人員如物業管理，物業管理的受訓課程是中央訂定，可建議加入相關課程。

議題三、溺水、跳水之防範。

結論

1. 蘭潭週邊為嘉義市溺水熱點，於 111 及 112 年增設紅外線防溺警報器，防止民眾誤入深水區。另於水庫一帶更換金屬護欄，設置救生圈與保護箱、自殺防治標語，並請警局相關單位巡簽守望。
2. 熱點區域能在監視畫面裡頭把信訊範圍劃出來，皆可做到 96% 以上的通報；警消接獲通報之後，可以隨時關注現場的畫面跟訊息再判斷要不要出勤，以減少誤報。

選擇性策略

議題一、校園自殺防治現況

結論

1. 規劃轉銜流程圖所遇到的困境，包括學校專輔老師對訪員及工作性質是否熟悉、學校是否清楚我們中心的資源、學生是否可接受外面的訪員去關心他、家長是否同意訪員進入學校等等，後續還要跟學校或教育處繼續溝通。
2. 今年度針對縣內自殺率比較高的學校，請心理師去做心理支持團體；校園部分，針對憂鬱或焦慮的孩子，學校可與醫院或身心科診所簽約，以利孩子求醫，或讓家長跟醫生做溝通。

3. 導師的輔導知能薄弱，第一時間沒辦法發現孩子有狀況需要協助。處內或心衛中心有辦相關研習，主動提供免費心衛宣講。但學校端因為非為加分的性平議題而不願申請。
4. 學校平常較習慣利用學生輔導諮商中心的資源，沒有辦法時才會尋求心衛中心協助。在合作上的困境仍在商議，無法確定主軸及合作方式。
5. 學諮中心屬於教育部國教署，資源很少，所屬心理師只有一位，如果不夠會邀請行動心理師來對學生進行協助。
6. 針對校安通報以自殺、自傷學生 3 人以上學校辦理心理師入校團體諮商服務。

議題二、村里長合作現況。

結論

1. 在村里長的座談會期待有比較多的時間用更深入去談自殺防治議題。男性自殺死亡率高，通報進案量低，但接觸男性職場做自殺防治宣導較困難。
2. 因鄉鎮市公所是獨立單位不歸民政處主管，縣政府能扮演的角色有限，只能在召開村里民大會時請他們撥時間讓我們進行宣傳。目前村里民大會都有派員宣導，但縣府各單位宣導都集中在這邊，宣導效果非常差。

議題三、高齡族群自殺防治現況。

結論

1. 長照部分都會實際去家訪。評估 CMS 等級的情緒行為指標，如果評估個案憂鬱狀況嚴重，或言談中有自殺意念，就會轉介心理治療師。如果出現自殺行為就會通報。
2. 衛、社、警政均會與獨居老人進行關懷，結合 251 民間單位、林里幹事推展、12 個社福中心一戶一志工，提供情感支持。
3. 公部門相關單位會有獨居老人的名單，另外社區亦有志工隊，若遇到有困難的老人，則會通報公所進行庇護，再則轉介至民政局，另外里幹事亦會針對里內獨居老人進行關心及關懷。
4. 苗栗目前通報有 1000 名左右，持續針對獨居老人做宣導。縣內委託專業單位做獨居老人關懷，高風險長者請社工定期訪視，協助解

決多元複雜議題。中低風險長者媒合志工團隊，每月電訪，每季面訪。

5. 台南市社區照顧關懷據點在 111 年已有 387 個據點，未來要推動一里一據點，讓據點志工可以到宅關心獨老，健康的長輩能一起出門共餐，並進行電話問安；行動不便的長者則由居服員或據點志工到府送餐，給予關懷。
6. 彰化縣各局處每年都會進行自殺守門人之訓練，日常業務若有接觸到自殺意念的服務對象時，會協助連繫相關資源協助。
7. 舉辦各式活動，但能幫助到的長者仍是願意主動出門的，對於不願出門參與活動、無法自主行動的長者，若有自殺風險，無法早期發現，早期介入。

議題四、職場自殺防治現況。

結論

1. 在警察壓力紓解及身心健康，本身機制都建立起來，包括關老師輔導，也定期辦心理健康講座，有需要的同仁，會請相關專業做個案輔導。考核機制也很落實，所以對同仁的身心狀況可清楚了解，及時輔導。
2. 對於曾目擊夥伴在現場遭意外，有壓力創傷症候群的同仁部分，持續做關懷或是轉介專業機構。也會安排課程或建議轉介到團體內去做諮商。
3. 結合警察、消防、台鐵推動自殺防治守門人訓練：協助台泥、亞泥、軍人推動自殺防治、心理健康促進：台泥有完整 EPA 以師帶徒模式傳承工作經驗及給予心理支持；亞泥長期與花蓮生命線 1995 合作，關懷員工身心健康。
4. 臺東縣幅員廣大、醫療資源不足，看病相較醫療資源充足的西部城市需要花上更久的時間，就醫往返的時間過長，就診一次幾乎等於當天沒有收入，造成務農者或收入不佳的民眾就醫意願降低，即使衛生局提供交通費的補助，民眾仍會因為當天沒有經濟收入而不願意出門就診；更連帶影響到日常生活。

議題五、青少年自殺防治現況。

結論

1. 14 歲以下國小及國中的學生因疫情而無法到校，而有些憂鬱傾

向，15 歲到 24 歲通報比例就增加較多，而自殺地點多在家裡，也會列入防治重點，後續會強化與心防中心的橫向聯繫。

2. 根據統計 109 年總接案量為 4451 件曾自殺或自傷共 159 件 110 年總接案量 6439 件，曾自殺自傷共 183 件，111 年總接案量 7723 件，曾自殺或自傷 286 件，111 年開始與學校合作辦理自殺防治宣導、111 年 10 月成立青少年文字協談。。
3. 教育處有整合規劃，包含校園的資源跟衛生的資源，不只是針對 20 歲到 24 歲，而且包含學諮中心跟東區的教育中心，希望可以從小推動校園心理健康。
4. 定期配合開學季提供校園生活問卷，調查學生心理健康狀態，並針對低分組且非三級個案學生請教師進行適當的介入，其他三級個案則轉介輔導老師，也會讓校長掌握這些學生的資訊。
5. 針對校園國中及高中自殺防治策略會進行課程研發、生命教育融入課程，同時配合衛生局進行心理健康宣導，教育部也積極提供學校有關自殺文宣圖卡及諮詢。
6. 在大專院校的部分參與自殺防治相關業務的層級不夠高，校園輔導室平常亦有特殊個案須服務，後續還是要拉高溝通層級。
7. 會設法加入大專院校的窗口，因學生樣態不同三級輔導不等同於自殺防治，希望後續能請教育部重新架構自殺防治的相關概念，並弭平中間落差。
8. 宣導品的部分學生希望能用他們的角度，設計相關自殺防治文宣；學生對精神疾病的認識仍需要加強。
9. 心理師接案遇到個案情況比以往嚴重，若有精神疾病因素則會鼓勵就醫，但很卻難持續就醫。
10. 學生校園通報常遇到透過學校提供的通報資料，無法確實了解學生的情況；與學諮中心合作針對學校的教師實施自傷自殺防治的研習計畫，有些學校會不配合施行。14 歲以下國小及國中的學生因疫情而無法到校，而有些憂鬱傾向，15 歲到 24 歲通報比例就增加較多，而自殺地點多在家裡，也會列入防治重點，後續會強化與心防中心的橫向聯繫。
11. 根據統計 109 年總接案量為 4451 件曾自殺或自傷共 159 件 110 年總接案量 6439 件，曾自殺自傷共 183 件，111 年總接案量 7723 件，曾自殺或自傷 286 件，111 年開始與學校合作辦理自殺防治宣導。

議題六、年齡分類不符合學生族群之問題。

1. 曾文家商接受轄區約 22 所高中職申請三級輔導案件，自殺是其中一個開案原因。統計自殺年齡層時，高中可能落在 15 到 24 歲，而

國中卻落在 0 到 14 歲，在討論青少年自殺防治時 15 到 24 歲又包含偏向成年之族群，建議應該以高中、大專去區分。

指標性策略

議題一、關懷訪視員人力、拒訪問題。

結論

1. 自殺防治中心資源及人力不足，希望中央協助做全面性統計分析，幫助地方看到更多更具體的服務面向，讓資源投入可以更精準。
2. 進案後，訪視頻率為 8 次，第一個月訪視 4 次，第二個月及第三個月各訪視二次。但因各地風俗民情、文化不同，苗栗個案較於保守覺得訪員訪視頻率過於頻繁如同詐騙集團及干擾其生活，而拒絕接受訪員訪視比例高。自 111 年至 112 年 6 月間，拒訪結案共 220 案，佔結案總數 16.6%。
3. 嘉義市分析個案拒訪的服務樣態，發現有些個案一開始同意訪視，但隨自身情況改善，反而不願再接受相關服務。自殺關懷訪視系統改了以後，倘若最後一筆紀錄無法見到本人，就不能以風險降低結案。
4. 自殺案件多屬於多面向議題，但網絡單位或是家屬就如同找到一根浮木，希望透過訪員與個案溝通改善現況，對訪員期待高，但得知訪員無法達成時，又覺得訪員到底可以做些甚麼？電訪關係建立效果不佳，但面訪率過高訪員無法達到。

議題二、建請社會處家防中心對家暴案件在保護資訊系統作業能盡速完成開案與施虐者資料更新，以利系統勾稽。。

結論

1. 自殺案件合併家暴相對人或兒少保施虐者之多元議題個案乃由心理衛生社工提供服務。現行發現此類案件若是家庭暴力及性侵害防治中心(以下簡稱家防中心)未於保護資訊系統開案，將導致自殺通報系統無法勾稽到家暴相對人身分，故依照自殺個案通報後關懷作業流程，由自殺關懷訪視員訪視，等到家防中心於保護資訊系統開案，自殺通報系統勾稽到個案有相對人身分之後，便轉由心理衛生社工接案重新進行評估與服務；此類多元議題案件實需要心衛社工早期介入提供協助，尤其是已經進入家暴高危機會議討論之案件，更需要及早由心理衛生社工介入，提供相對人暴力風險評估資訊，

減少憾事發生以及服務不連續導致工作關係建立困難之情形。

議題三、推動各網絡與心防所專業自殺關懷訪視員、社工保持密切合作，及請配合積極辦理提升一線人員專業能力及轉介知能。

結論

1. 疫情期間，各項產業無論是僱主或員工皆受影響，都易使個案有自殺想法。在這時社工或關懷員再與個案建立關係，常需依村里幹事、轄區派出所員警協助，特別對於自殺合併家暴事件，派出所員警也困擾是家務事，不方便介入處理、或是遇到自殺個案第一線處理人員對自殺防治也非專業，或是也許久久才碰到一次…故，積極推廣宣導自殺守門人教育訓練，提升一線人員專業能力及轉介之能極為必要。
2. 本縣 111 年度村(里)長及幹事參與自殺防治守門人訓練參訓率偏低：村(里)長應參訓人數:177 人，實際參訓人數:69 人，參訓率:38.98%；村(里)幹事應參訓人數:122 人，實際參訓人數:52 人，參訓率:42.6%。

議題四、建請衛生福利部是否針對整合型工作計畫人員工作角色定位及人員薪資福利進行研擬及調整。

結論

1. 近幾年社安網規模日漸擴大，整合型工作計畫主軸與社安網業務內容相似，於業務角色定位卻越顯模糊，使得業務分配未能有效凸顯角色；又整合型工作計畫人力職稱為「臨時人員」，與社安網人力職稱為「約聘人員」產生階級制度。
2. 111 年整合型工作計畫共識會議中，淑心副司長提到：整合型工作計畫角色高於社安網在政策規劃及統整業務上，但實際運作上並非如此，業務因此職稱及階級制度產生較難推動狀況。

議題五、自關員需要個案就醫時的相關資料，醫療場所以個資法為由拒絕提供。

結論

1. 個案有很大一部份來自醫療院所通報，若訪員接案後致電通報單位詢問個案詳細資料，會被通報單位以「個資法」為理由，拒絕提供，造成訪員無法知悉個案就醫時的狀況。

2. 6 縣市滿意度分析結果

- 1) 本次問卷調查之對象，係以 112 年 8 月 02 日至 9 月 06 日辦理輔導訪查及工作坊之縣市跨局處、跨領域參與者為主。調查方式以實體會議填答問卷進行調查。本次問卷發放 117 份、回收 87 份，回收率為 49%¹，其中有效問卷樣本 87 份，無效問卷樣本 0 份，問卷有效率為 100%²，回答「滿意」以上，占填答人數 98%³。
- 2) 針對回覆問卷中縣市填答「對未來輔導訪查之探討議題建議」、「對選擇訪查縣市之指標建議」及「其他：感想與建議」項目之相關意見，整理結果如下：

1. 對未來輔導訪查之探討議題建議：

- 1) 促進國高中大專院校對心理衛生、精神疾病患者照護的重視。

2. 對全國自殺防治中心及衛生福利部心健司的建議：

- 1) 拒訪指標定義應予統一。
- 2) 感謝中心有分享不同縣市的作為，可使我們再自殺防治策略上有很大幫助。
- 3) 很重要的因地制宜的自殺防治策略指導，對小醫院單位來說，在負荷臨床工作之餘，很希望能有已分析有效益的指導策略。另外很希望能即時得知自殺統計的資料分析如前一季或是上半年的分析資料，而非去年或前年的資料，缺乏即時性。
- 4) 自關人力案量比例失衡，縱使政策有誤，也應滾動式修正，調整臨床心理師之名額，當可轉為自關員之聘用人力，只要中央同一，可否由各縣市之自行調整，以利留任及分攤案量。
- 5) 請多鼓勵與提供協助，很樂於看到減少書面資料的準備，並提供有助益的指導。

3. 其他：

¹ 問卷回收率=回收問卷樣本(87 份)÷發放問卷總數(117 份)=49%

² 問卷有效率=有效問卷樣本(87 份)÷回收問卷總數(87 份)=100%

³ 滿意度=答「滿意」以上之總數(428)÷有效問卷樣本之總題數(435)*100%=98%

- 1) 溺水(死亡企圖)的時間回推，以助於調整巡邏時間，或增設人像辨識後顯示提醒文字、夜間 LED 跑馬燈提供 1925 等警語或求助電話專線。
- 2) 獎勵部分可否鼓勵鄰里長通報(針對不出門就依民眾)，個案管理若由社區執行等一線關懷對前期預防是否可行有效預防、提早發現

五、 附件

附件 4-2-1、後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊與自殺防治互動式輔導訪查議程

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(copypcat)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，中心已於 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) 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。
- 4) 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。
- 5) 持續經營自殺事件報導諮詢 LINE 群組，提供媒體即時諮詢管道與媒體監測數據。

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) 每日製作紙本三大報(聯合報、自由時報、中國時報)、網路四大新聞媒

體(聯合報、自由時報、蘋果日報、Ettoday)自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予長官及各衛生局相關人員參考。

- 2) 持續進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體監測作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治策略。

5. 新聞媒體聯繫群組

- 1) 為增進新聞媒體聯繫群組功能，中心將原有媒體相關群組整併為「自殺防治媒體交流社群」。主要社群成員為媒體與自殺防治兩大領域專家與實務工作者。
- 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。
- 3) 每月提供自殺新聞報導監測數據。
- 4) 不定期提供自殺防治相關活動資訊。

6. 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 4-3-1)
 - (1) 1 月 19 日發布「玉兔呈祥迎新年 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，以及因疫情影響而感到壓力者，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 4 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」會前新聞稿，預告新聞媒體聯繫會議之舉辦與活動內容，並邀媒體與關注相關議題之民眾可透過線上方式與會。
 - (3) 5 月 5 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」會後新聞稿，以影視劇、串流媒體與自殺防治

之影響，探討影視劇如何發揮自殺保護因子，同時提醒影視劇對自殺防治的重要性與日俱增，需要大眾一同關注。

- (4) 5月27日發布「第一線人員之自殺防治守門人訓練新聞稿」，今年活動參與對象由原先的醫療人員擴大至社區的第一線人員，邀請推廣單位更是涉及社會局、衛生局等，希望在強化社會安全網的同時，也期望能落實人人皆是守門人的願景。
- (5) 6月21日發布「五五端午，守望相助」新聞稿，呼籲民眾近期各年齡層自殺人數上升，需要有自我覺察的能力，妥善舒緩壓力，避免壓力過大之情形發生。
- (6) 9月10日發布「2023 台灣自殺防治學會年會暨學術研討會新聞稿」，將今年宣導主題聚焦於「展現行動 創造希望：凝聚力量 守護生命」，強調縱使一個人力量有限，只要能凝聚眾人之力，團結一心，再微小的光芒也能燦爛耀眼。

2) 媒體合作

6月29日由陳俊鶯副主任、李岳勳專員出席「推動新聞媒體正向報導暨社群平台心理健康實務計畫成果分享」會議。

3) 媒體監測

- (1) 持續進行 112 年自殺新聞資料蒐集，每日將監測之自殺新聞寄予各衛生局、衛生福利部心理健康司同仁參閱，統計至 10 月 31 日網路四大報共 1299 則自殺新聞報導、紙本三大報共 62 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 4-3-1，觀察各月遵守率趨勢如圖 4-3-1、4-3-2。網路報導中，六不原則遵守率以「不要過度責備」與「不要用宗教或文化刻板印象」99%並列為最高、「不要將自殺光榮化或聳動化」次之，遵守率為 93%；遵守率最低則為「不要刊登照片或自殺遺書」，僅 11%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」100%為最高、「刊登在內頁」99%次之。

表 4-3-1、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%	刊登在內頁	99%
不要簡化自殺原因	63%	與醫療衛生專家密切討論	2%
不要將自殺光榮化或聳動化	93%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要用宗教或文化刻板印象	99%	提及其他解決方法	29%
不要過度責備	99%	提供與自殺防治有關的資源	92%
不要刊登照片或自殺遺書	11%	報導呼籲危險指標	19%

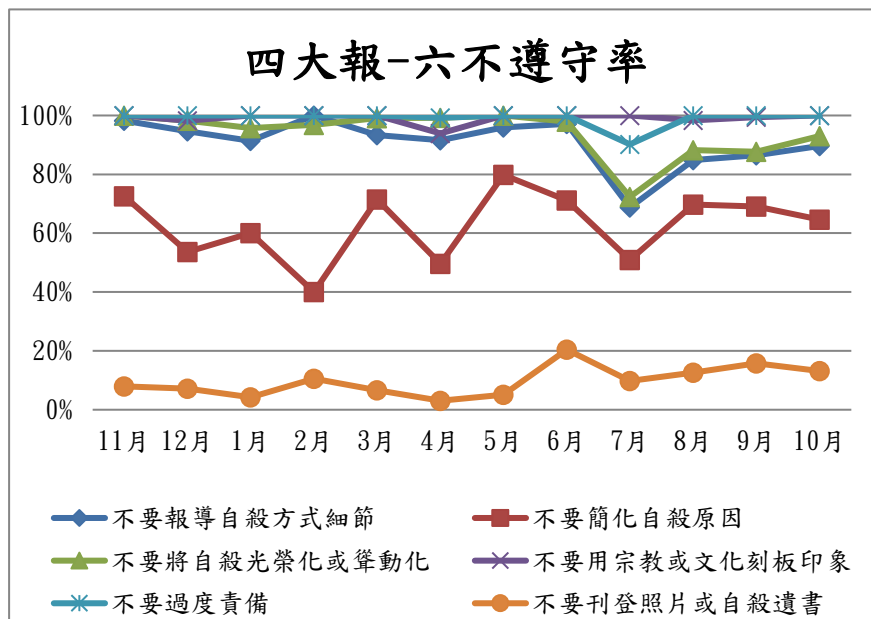


圖 4-3-1、1~10 月網路自殺新聞六不原則遵守情形趨勢圖

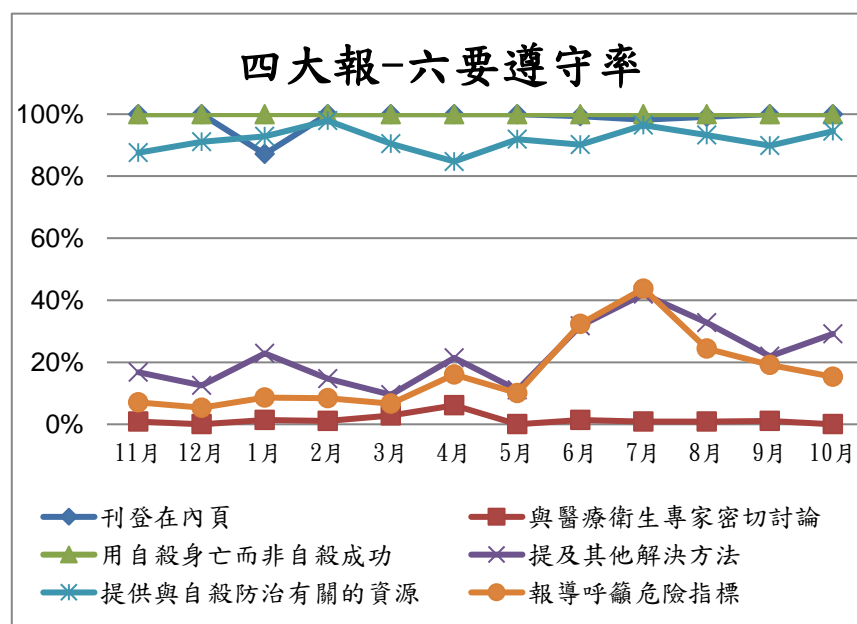


圖 4-3-2、1~10 月網路自殺新聞六要原則遵守情形趨勢圖

- (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 4-3-2。圖 4-3-3 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 24%~70%間。

表 4-3-2、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
<ul style="list-style-type: none"> • 自殺現場(含屍體) • 自殺現場(不含屍體) • 屍體(非自殺現場) • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 當事人(非自殺現場) • 自殺者生活照(含與他人合照) • 親友照(無自殺者) 	<ul style="list-style-type: none"> • 生活環境照 • 相關統計數據圖表 • 其他

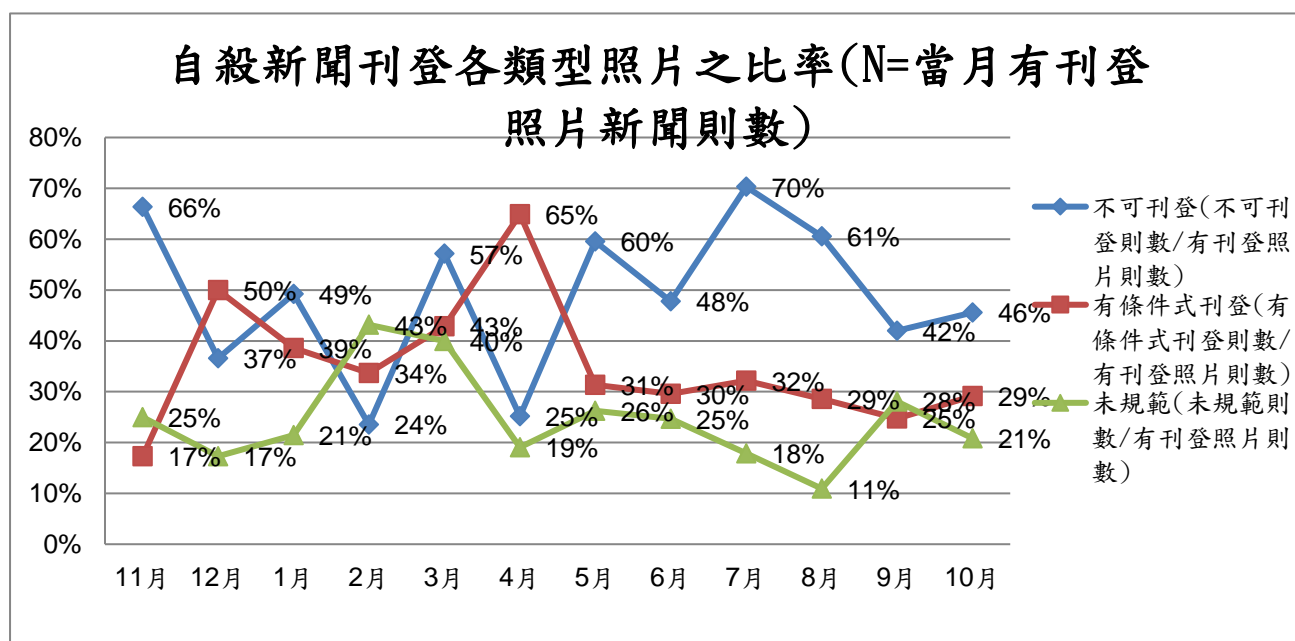


圖 4-3-3、1~10 月網路自殺新聞各類照片比例圖

(4) 紙本四大報中 1 月至 10 月紙本四大報共刊登 62 則自殺新聞報導，六不六要原則遵守原則如表 4-3-3，六不原則遵守率以「不要過度責備」、「不要用宗教或文化刻板印象」為最高 100%；遵守率最低則為「不要簡化自殺原因」，為 68%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」最高，

達 100%、「刊登在內頁」97%次之；遵守率最低則為「報導呼籲危險指標」，為 11%。

表 4-3-3、1~10 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	86%	刊登在內頁	97%
不要簡化自殺原因	68%	與醫療衛生專家密切討論	14%
不要將自殺光榮化或聳動化	97%	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	46%
不要過度責備	100%	提供與自殺防治有關的資源	84%
不要刊登照片或自殺遺書	73%	報導呼籲危險指標	11%

(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訴，透過中心內部機制與媒體因應小組討論外，投訴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 145 則自殺新聞報導。

(6) 結論：自 108 年自殺防治法施行公布以來，每年本中心所監測之自殺報導總數落在 1800 至 1000 之間，與 107 年總數(2846 則)相比可看出有明顯的下降；而不當新聞投訴的部份，經本中心投訴後，各媒體也願意協助修改報導中違反六不六要的部分，可見長期以來的監測、教育宣導及媒體會議是有一定成效的，鑒於網路的發展迅速，中心未來將以網路媒體、新媒體為重心，持續教育宣導、維持與媒體的溝通管道，以利減少媒體所產生的危險因子。

4) 新聞媒體聯繫群組

(1) 整併為「自殺防治媒體交流社群」後，目前成員包含多家平面媒體記者及編輯與公視、三立電視、客家電視等電視媒體從業人員。

(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) 除接受諮詢與投訴外，亦主動提供中心與媒體相關業務之資訊，如每月新聞監測數據、媒體聯繫會議報名、投稿徵件活動等。

(4) 近期對於重大自殺新聞事件因應：

i. 112 年 4 月 21 日發生嘉義父親砍殺妻兒後自殺案，中心於群組內請各媒體協助呼籲停止過度曝光。

ii. 112 年 7 月 6 日發生明星李玟自殺案，中心於群組呼籲媒體過度曝光，以免造成模仿效應。

5) 教唆自殺網站

- (1) 自 103 年 1 月 13 日至 112 年 10 月 26 日，共 580 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 435 個(75%)違規網頁已撤除。
- (2) 在境內網頁部分，已下架者為 165 則(95.9%)、未下架者為 7 則(4.1%)；在境外網頁部分，已下架者為 270 則(66.2%)、未下架者為 138 則(33.8%)。(如圖 4-3-4)

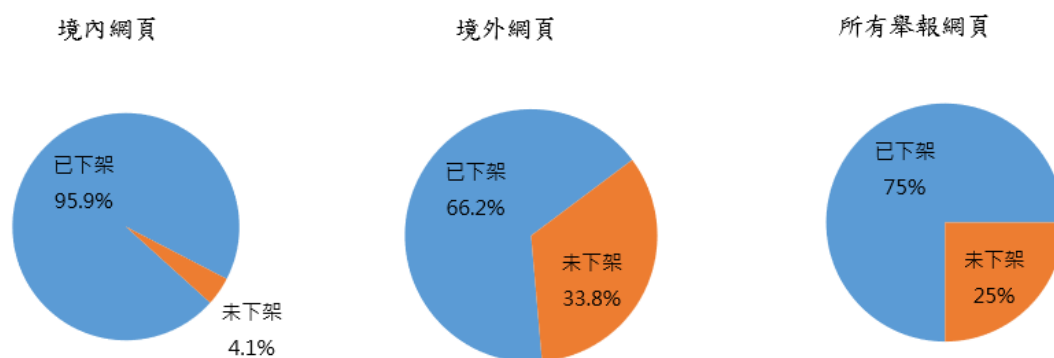


圖 4-3-4、舉報網站、境內外網站下架與未下架圓餅圖

- (3) 境內教唆網站自 103 年開始，下架率接近 100%，112 年 1 月至 10 月間新增 3 筆境內教唆網站。(如圖 4-3-5)

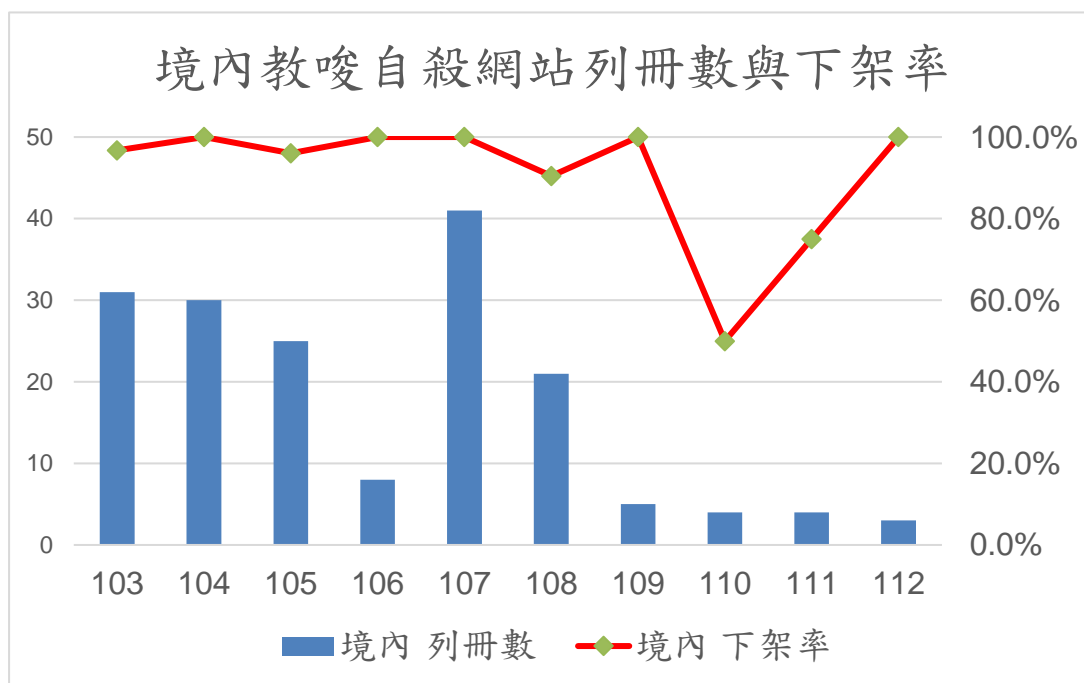


圖 4-3-5、境內教唆自殺網站列冊數與下架率

- (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 138 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 4-3-6)

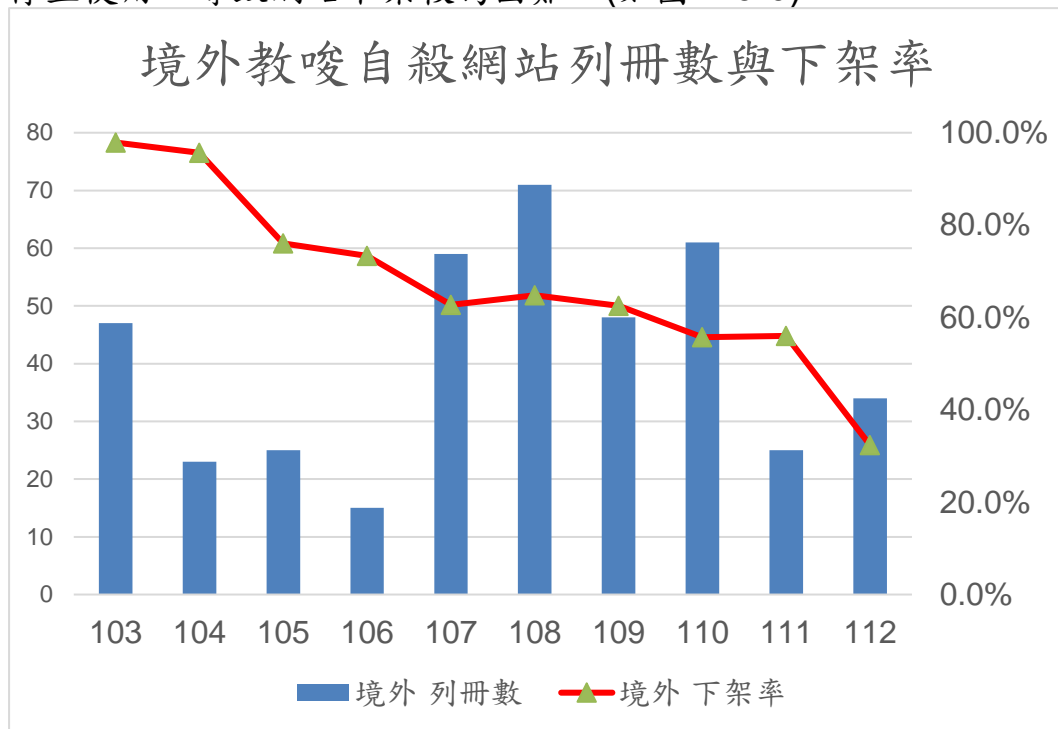


圖 4-3-6、境外教唆自殺網站列冊數與下架率

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，除了過去長期與新聞媒體合作外，也持續與影視劇相關學協會合作，並討論後續進一步合作之可能，希望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，於重大社會事件發生時，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遵從的重要性及

意義。

對於教唆自殺網站，針對境外檢舉未下架之 145 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 106 筆 IP 位於美國各州，佔 73.1%)，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，如透過網站本身設立之舉報管道檢舉、網站所提供之聯絡管道進行告知，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，多方進行檢舉。建議未來結合 iWIN 透過跨部會協商，包括數位發展部，內政部警政署等，研議境外教唆網站舉發後依法要求下架的可行性。

五、附件

附件 4-3-1、全國自殺防治中心 112 年度新聞稿

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(copypat)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及影視作品。往年媒體聯繫會議中皆邀請各縣市衛生局、平面與網路記者、媒體朋友及相關學協會單位等共同與會；今年透過數據與案例的討論，期待增加正面之報導及影劇作品內容，強化媒體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「疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」，以中心人員及中華編劇學會、iWIN 代表各舉影視作品、自殺新聞案例的方式進行討論，希望透過雙方對話，擴大往後媒體在自殺防治中正向效應。

2. 資源連結與合作

- 1) 協辦單位：中華編劇學會、iWIN 網路內容防護機構。
- 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，與相關專家學者及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、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、網路及平面媒體記者等。
3. 112 年 5 月 5 日辦理自殺防治媒體聯繫會議。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 112 年 5 月 5 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—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」，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詹佳達秘書長、中華編劇學會鄧依函副秘書長、台灣自殺防治學會吳佳儀理事、iWIN 網路內容防護機構韓昊雲組長。

(1) 議程：新聞媒體聯繫會議之議程包含：本次會議議題包含「影視劇與自殺防治」、「媒體報導與自殺防治」，並以綜合座談作為總結。詳細議程如附件 4-4-1。

(2) 因疫情趨緩，本次會議開放實體參與的同時，也開放線上參與，供不便實體到場之單位仍能派員與會，同時讓對自殺防治議題關心之民眾亦能旁聽與提問。

(3) 會議邀請衛生福利部李麗芬政務次長、立法院吳玉琴委員、邱泰源委員及王婉諭委員致詞，實體參與人數共 40 人，線上同時參與人數最高達 38 人。其中實體參與者衛生福利部 4 人、立法院 3 人、教育局 1 人、消防局 1 人、衛生局 8 人、相關學協會 9 人、媒體單位 9 人。

(4) 綜合座談發言摘要如下：

臺灣電影文化協會 陳博任執行長：

a. 確實通常在衝突之後，是流量的開始。覺得有些商品、訊息都在販售恐懼、焦慮，希望以後可以在各個專業領域遠離這些事情或是可以讓觀看者受到保護。

台北市報業商業同業公會 羅麗敏秘書：

a. 關於自殺防治，報業或更多平面媒體願意一起努力朝更好的方向前進。

聯合報 洪淑惠副總編輯：

a. 聯合報在報導自殺防治相關議題是非常嚴格的，除了名人外很少報導相關自殺新聞，但還是有一些漏網之魚。以及有一些報導或事件並非自殺，一些比較年輕熱血的從業人員會想要去追出真相。但聯合報一直努力控制降低自殺新聞的影響也一直與自殺防治一同努力，善盡媒體責任。

CTWANT 吳炳嵩副總編輯：

a. 曾經從張書森教授那邊的研究得知，可能有些警語反而讓高敏感族群反感。媒體可能需要直觀、具體的案例或建議來執行。

iWIN 網路內容防護機構 劉昱均執行秘書：

a. 以電腦公會身分建議，影音會對脆弱族群會有影響，我們可以讓媒體知

道是「不要刺激」脆弱族群，而不是都不去呼籲、或關注而導致民眾漠視重要的社會事件。需要跟媒體有更好的對話、更明確的方向，並且一同尋找平衡。自殺防治是一個觀念，需要一同攜手正確地傳達給民眾。

台灣自殺防治學會 吳佳儀理事：

- a. 同意昱均，平衡報導很重要。而且不只是警語，推動自殺守門人的觀念很重要，除了 1925 等電話，媒體還可以有更多的資源推薦。以及逆境重生的報導。

中華編劇學會 鄧依涵副秘書長：

- a. 在戲劇、創作上面，最為難的就是衝突的處理。除了從業人員，還有資方的壓力，所以觀念推廣到大眾更加重要。需要公部門與媒體從業人員大家一起推動，以及讓民眾的意識抬頭。

台灣自殺防治學會 詹佳達秘書長：

- a. 目前確實有一部分表達出來的觀點太過固定，其本意可能是好的，但沒有看到其他面向而造成的誤會或傷害。

iWIN 網路內容防護機構 韓昊雲組長：

- a. 守門員的存在不只是編輯，而是每一個人的努力。也需要更多溝通、交流並了解對方的需求，才能達成自殺防治的目標。

台灣自殺防治學會 陳映燁教授：

- a. 現在媒體部分比較難管理的是網路或是自媒體的部分，國外 paper 有的會建議要比照像「菸捐」，網路平台應該要有一部份的收益給自殺防治。或許未來我們自殺防治法修法，是否為可能方向。

衛福部心理健康司 鄭淑心副司長：

- a. 不論是中心、政府部門、媒體、藝術、電影各界都需要更多的對話進行。使用更直接明確的案例使用，也確實能讓媒體朋友更有方向與意願協助。希望不只是透過法規做限制，也希望讓大家知道可以做甚麼更好。也希望各方也能不斷投注資源在自殺防治，甚至是心理健康的方向。

綜合座談總結：根據上述摘要各方都同意針對新聞、影視劇在自殺方面的呈現，仍需要更多的溝通、協調，以避免脆弱族群受到刺激，對於自殺新聞所能造成的影響，在全國自殺防治中心多年的推廣下，新聞媒體從業人員已知道，也認同守門人的概念需要多推廣，但仍期望有直觀、具體的範例做為指引。

2. 結論

透過自殺防治與新聞媒體聯繫會議，希望讓與會者在自殺防治上建立共同的核心價值，並建立長期的合作關係。就「六不」數據以觀，傳統新聞

媒體已經有自律的做法，相較之下，新興的網路媒體著重快速與點閱率，且合作時間較短，容易將不適宜的內容推送出去，雖在中心提出反應後皆會迅速配合修正，然第一時間接觸到的閱讀者已受到影響，因此，後續仍待持續對話與協調，使上開媒體共同負起社會責任，教育大眾正確觀念。

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，而宣導重心也慢慢轉向六要原則，以發揮新聞媒體的正向力量。新世代的影視劇傳播更為快速、不間斷且便於觀看，故不當內容所帶來的影響勢必不可同日而語，但與此同時，能帶來的正向影響力亦不容小覷，是故，今年本會與中華編劇學會、iWIN 代表各自舉案例進行討論，藉本次聯繫會議，為後續規劃預做討論，期能攜手保護社會中的脆弱族群免受不當內容之侵害。

五、附件

附件 4-4-1「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」會議議程

附件 4-4-2「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」會後新聞稿

追蹤巴拉刈禁用後自殺趨勢

一、背景

1. 相關問題與重要性

根據111年度全國自殺防治中心計畫需求說明書：第(五)項：教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議之5「持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢【含有無使用其他替代性物質(如其他農藥、固體液體)自殺】，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。必要時應依本部要求提出相關數據分析報告。」。

自殺與自殺預防是全球與台灣重要的公共衛生議題。全球每年約有 80 萬人自殺身亡，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，行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，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)。

為探討巴拉刈禁用之成效，全國自殺防治中心，已於 110 年 6 月 21 日發表 The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan 於 Clinical Toxicology 期刊，今年度將持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢。

2. 業務目的與目標

透過諮詢專家意見、自殺死亡、自殺通報數據，追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢，了解自殺防治之成效，依統計分析結果擬定相關策略。

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、戶籍縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

- a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。
- 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。

2. 資源連結合作

- (1) 合作單位：衛生福利部心理健康司、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. 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(含不明、意外)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) 農藥(含不明、意外)自殺死亡：以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48 之個案人數。

2. 研究分析

- 1) 自殺通報分析
針對自殺方式採用農藥、除草劑(巴拉刈)進行通報人次分析
- 2) 自殺死亡分析
針對巴拉刈標準化死亡率及 65 歲以上使用巴拉刈自殺死亡率進行分析，以及分別農業縣及非農業縣自殺死亡率

3. 研究定義

- 1) 農業縣定義：

將臺灣各縣市劃分為農業縣與非農業縣進行後續分析，根據行政院主計總處公布 104 年底臺灣各縣市農業人口數之普查結果，將各縣市農業人口數除以年中人口數所得之占比，其排名前 11 之縣市定義為農業縣，其中包含嘉義縣、雲林縣、南投縣、屏東縣、彰化縣、苗栗縣、臺東縣、宜蘭縣、臺南市、花蓮縣及新竹縣，非上述縣市則定義為非農業縣。(詳表 4-5-1)

表4-5-1、各縣市農業人口占比排名

縣市	農業人口數	年中人口數	占比(%)	排名
新北市	55,240	3,970,644	1.39	19

臺北市	12,778	2,704,810	0.47	21
桃園市	80,190	2,105,780	3.81	15
臺中市	107,841	2,744,445	3.93	14
臺南市	162,833	1,885,541	8.64	9
高雄市	121,563	2,778,918	4.37	13
宜蘭縣	49,270	458,117	10.75	8
新竹縣	43,706	542,042	8.06	11
苗栗縣	66,697	563,912	11.83	6
彰化縣	168,739	1,289,072	13.09	5
南投縣	77,527	509,490	15.22	3
雲林縣	139,972	699,633	20.01	2
嘉義縣	105,963	519,839	20.38	1
屏東縣	122,023	841,253	14.5	4
臺東縣	26,191	222,452	11.77	7
花蓮縣	27,785	331,945	8.37	10
澎湖縣	5,859	102,304	5.73	12
基隆市	1,547	372,105	0.42	22
新竹市	10,252	434,060	2.36	18
嘉義市	9,764	270,366	3.61	16
金門縣	3,561	132,799	2.68	17
連江縣	87	12,547	0.69	20

註：農業人口數來自於行政院主計總處104年底之普查結果。

四、成果

1. 自殺通報分析

農藥中毒在臺灣與全球是導致自殺身亡的主要方法之一，常用除草劑巴拉刈攝入人體會導致高致死率，在臺灣曾是造成死亡的主要農藥。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。

為了解政策推行後是否有轉移至其他替代性農藥或其他自殺方式，持續追蹤後續自殺死亡之趨勢，在自殺企圖通報系統中，巴拉刈自殺通報方式為104年起新增之選項，故通報數據以當年度開始分析。

分析結果顯示，在 109 年 2 月起禁用後，巴拉刈自殺通報人次由最高峰 106 年 328 人次至 111 年的 105 人次，共下降 223 人次(降幅 68.3%)，相較於禁用前呈現大幅下降趨勢，但進而探討農藥自殺通報人次，於 110-111 年度創下近幾年新高，而各年齡層農藥自殺通報人次，以 65 歲以上自殺通報人次上升幅度最高，需特別注意。(詳圖 4-5-1 至 4-5-3)

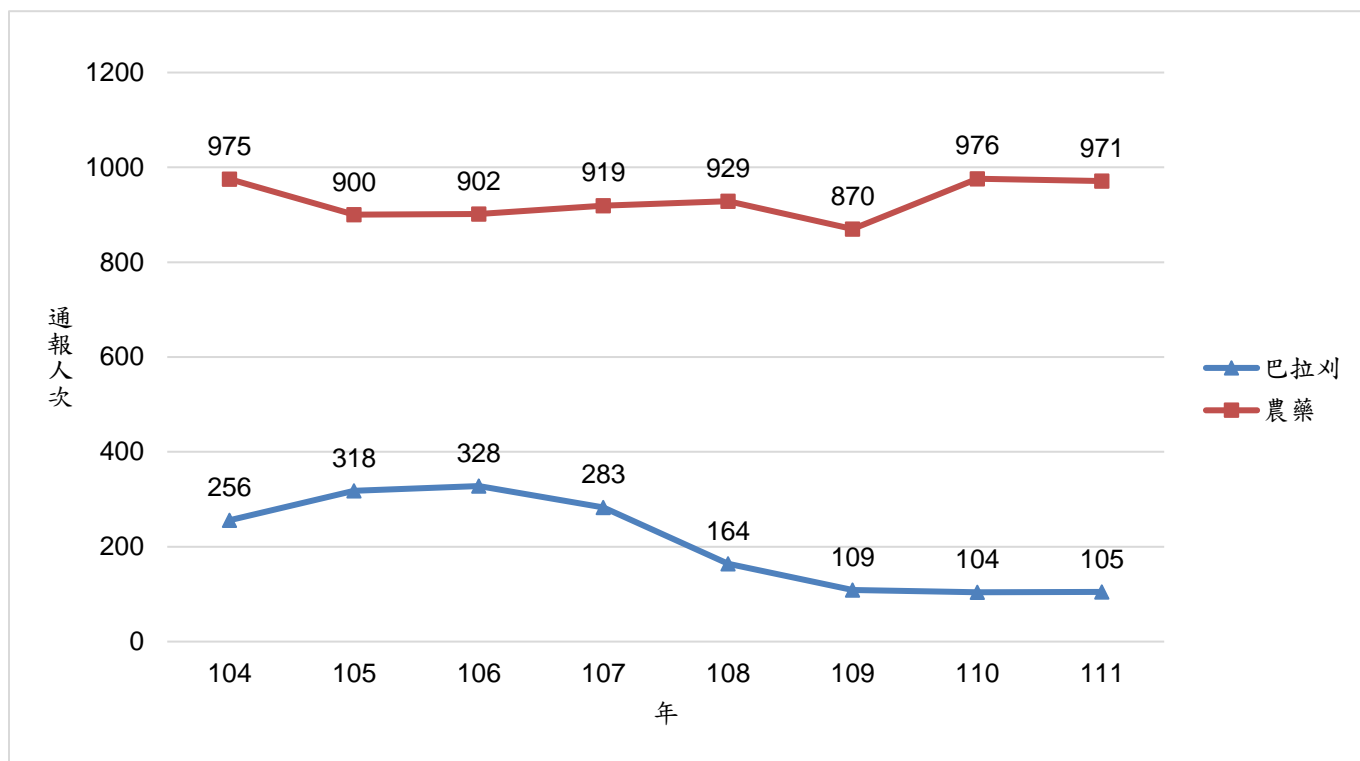


圖 4-5-1、104-111 年巴拉刈 vs. 農藥自殺通報人次(複選)

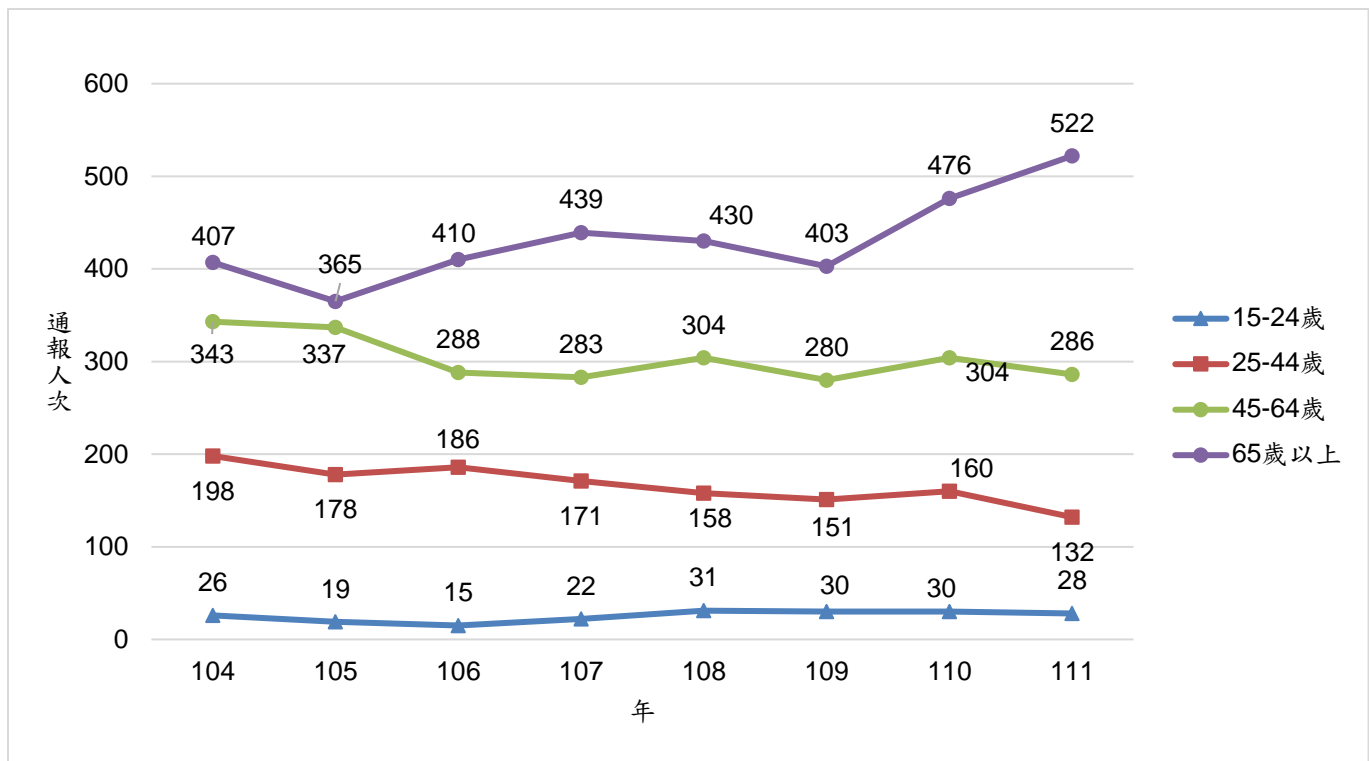


圖 4-5-2、104-111 年各年齡層農藥自殺通報人次(複選)

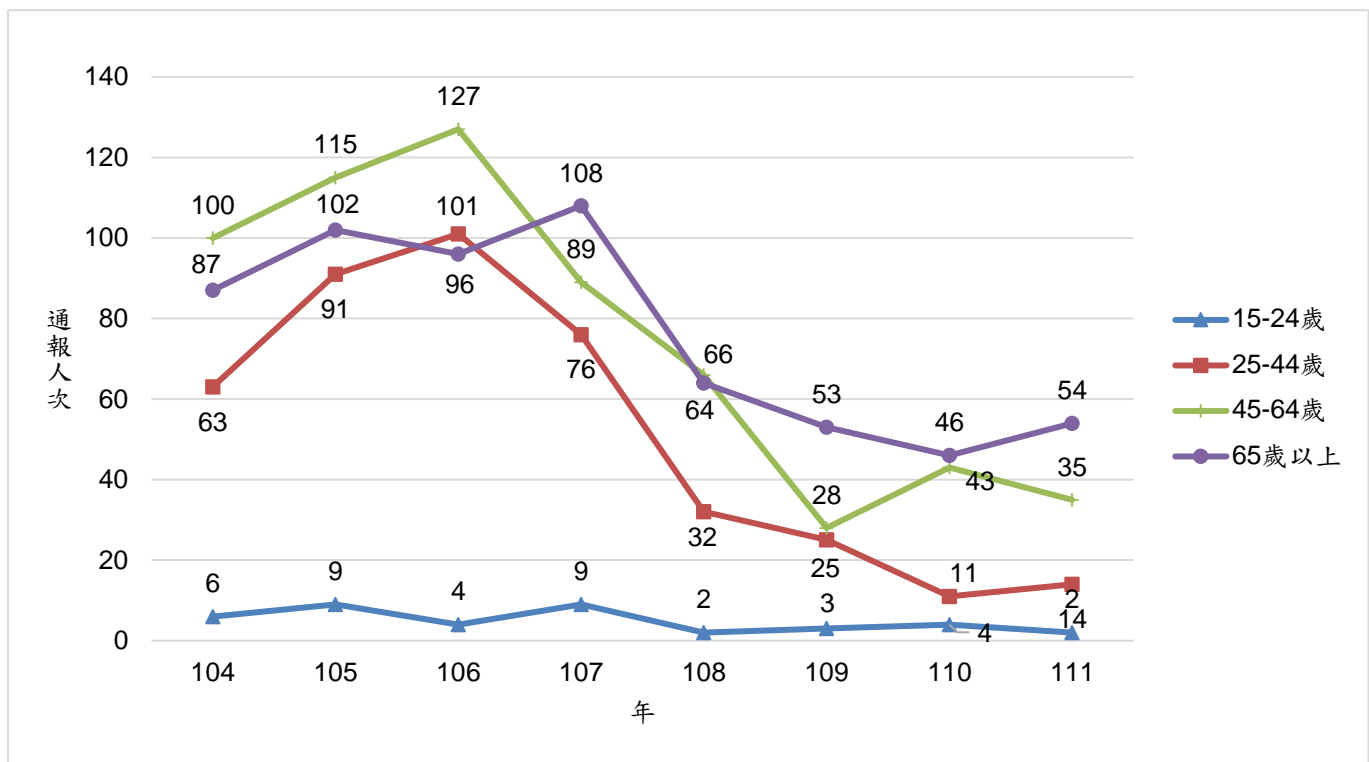


圖 4-5-3、104-111 年各年齡層巴拉刈自殺通報人次(複選)

2. 自殺死亡分析

利用自殺死亡資料了解目前政策推行之成效，在巴拉刈禁用政策下，該自殺死亡方式人數明顯下降，整體而言，由最高峰 106 年 227 位降至 111 年的 55 位(下降 170 位，降幅 74.9%)。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。(詳圖 4-5-4)

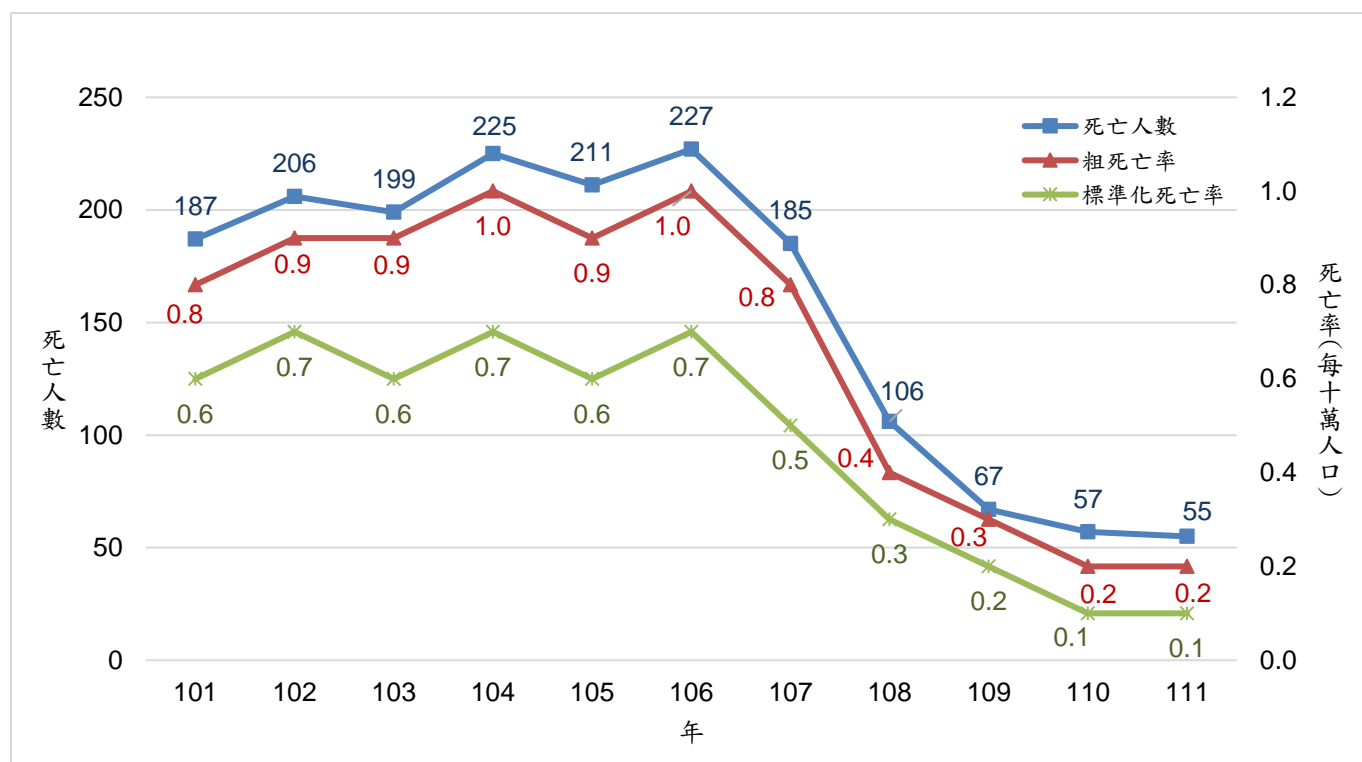


圖 4-5-4、101-111 年巴拉刈整體自殺死亡趨勢

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 111 年男性與女性的標準化死亡率皆達到歷年來新低(詳圖 4-5-5)，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)

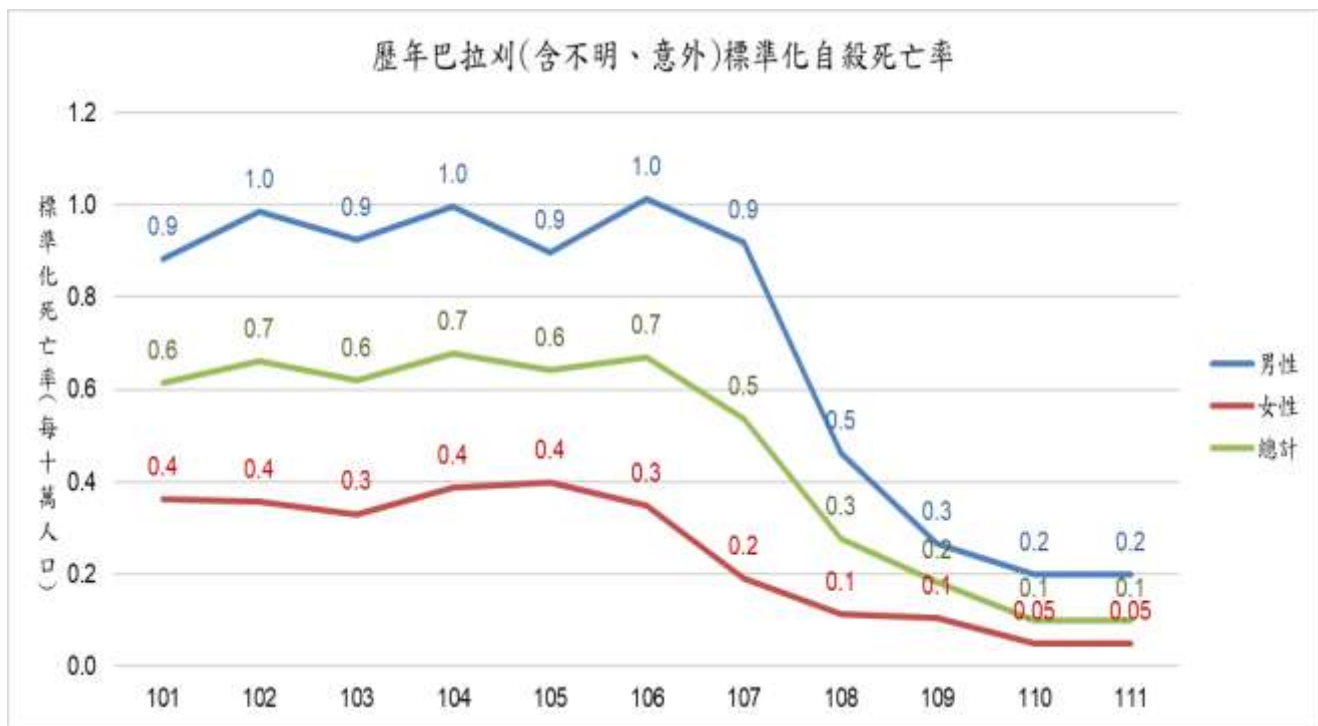


圖 4-5-5、101-111 年巴拉刈性別自殺死亡趨勢

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 111 年每十萬人口 0.8，降幅 75%。(詳圖 4-5-6)

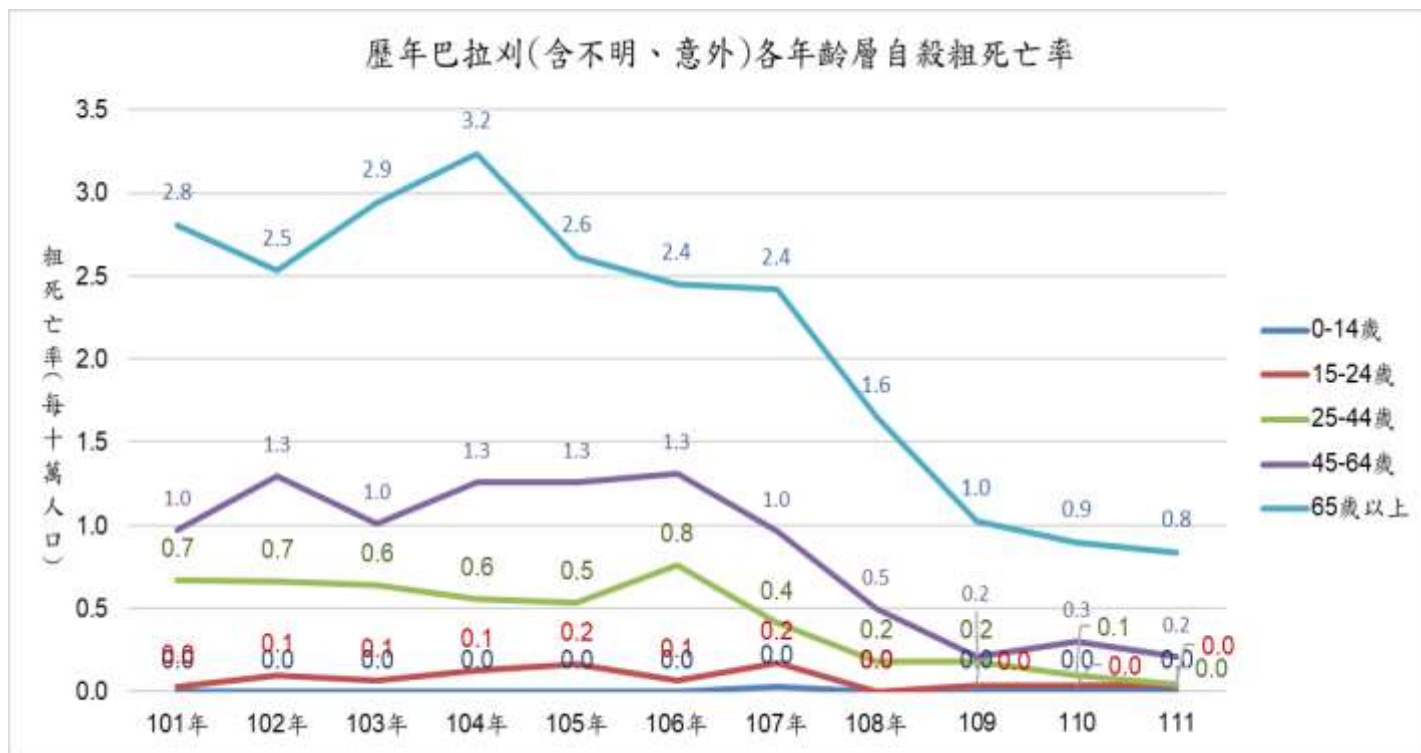


圖 4-5-6、101-110 年巴拉刈年齡別自殺死亡趨勢

進而探討巴拉刈自殺死亡率下降幅度最高之 65 歲以上年齡層，整體而言 65 歲以上自殺粗死亡率，由 108 年至 110 年呈現下降趨勢，但細看各死因自殺死亡率，在吊死、勒死及窒息之自殺及自傷之自殺死率則呈現上升趨勢，而 111 年以固體或液體自殺及自為中毒則有些微上升。(詳圖 4-5-7)

進一步分析農業縣及非農業縣巴拉刈標準化死亡率，可以看到 111 年與 110 年未有太大差異(詳圖 4-5-8)，然而 65 歲以上農業縣巴拉刈自殺死亡率卻呈現反轉，後續須持續注意。(詳圖 4-5-9)

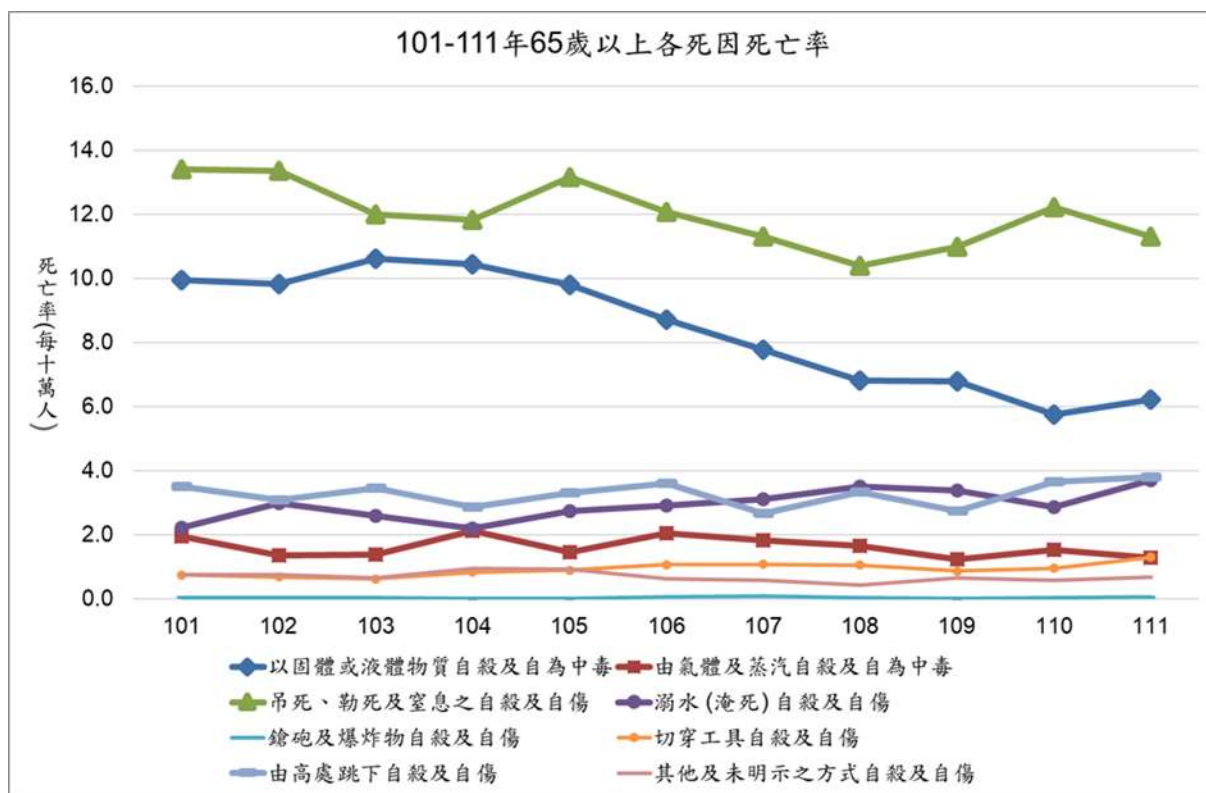


圖 4-5-7、101-111 年 65 歲以上各死因及整體自殺粗死亡率

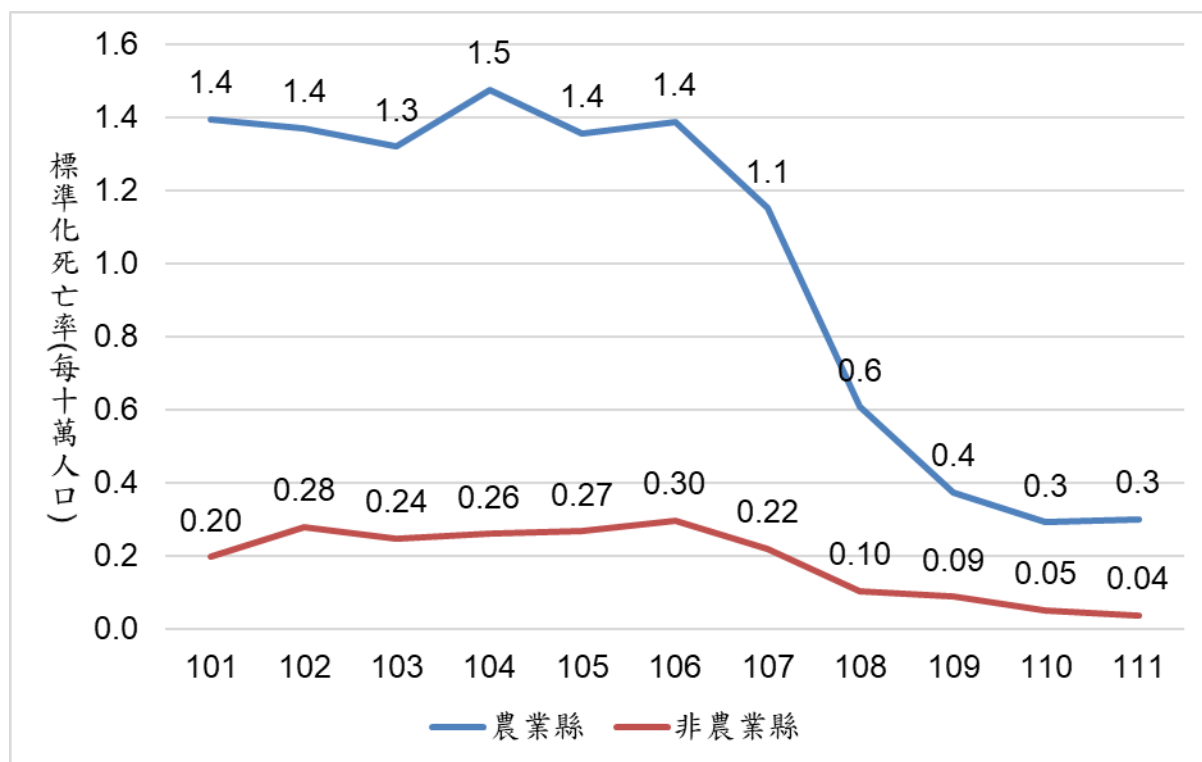


圖 4-5-8、101-111 年農業縣與非農業縣巴拉刈標準化死亡率

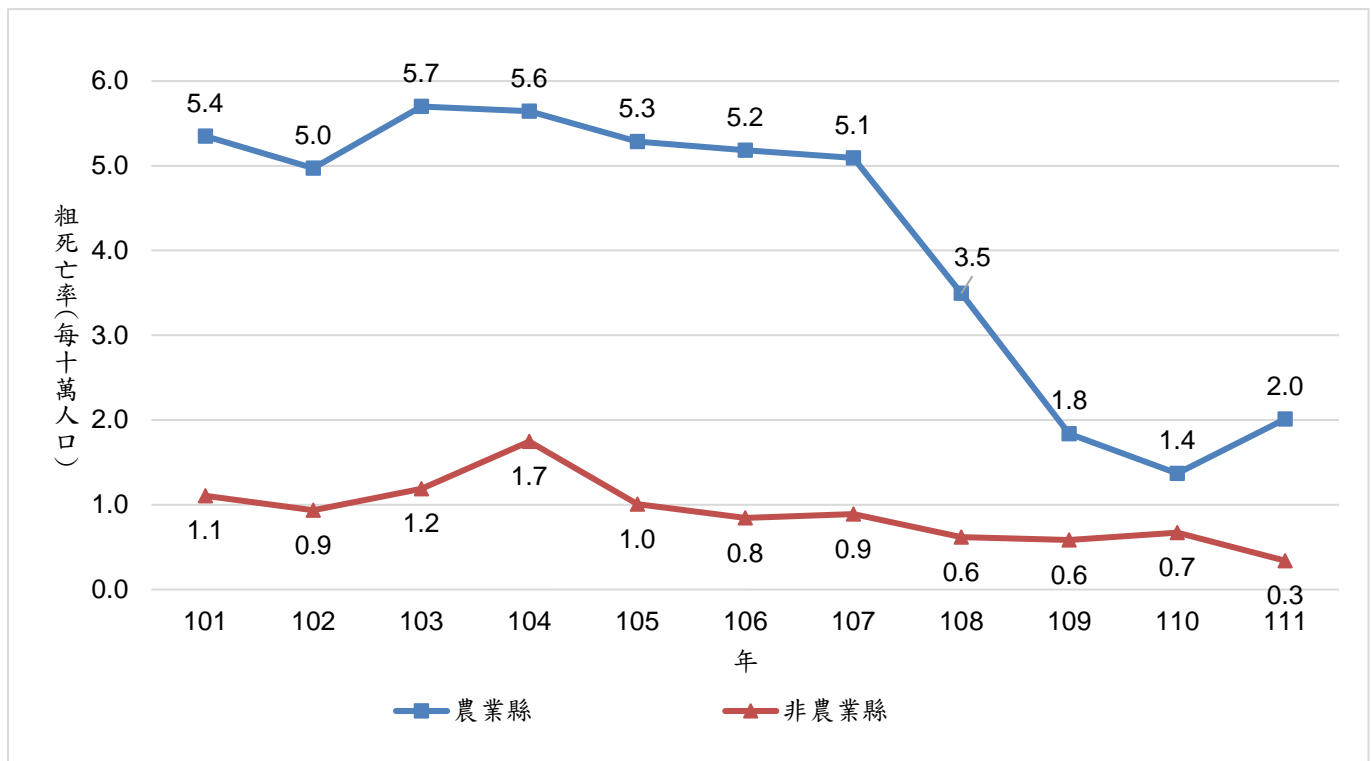


圖 4-5-9、101-110 年農業縣與非農業縣 65 歲以上巴拉刈自殺粗死亡率

綜合上述，在巴拉刈禁用政策下，該自殺方式之自殺通報及自殺死亡人數有明顯下降，顯見在禁用政策下自殺防治之成效，進而觀察政策下，其他自殺方式之趨勢，其中自殺通報方式為農藥之人次於 111 年持續上升，有可能為 COVID-19 帶來的影響，農業縣的老人巴拉刈自殺情形仍值得我們密切留意。

滾動式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。有鑒於此，111 年度本會依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新自殺防治手冊項目及內容，112 年度本會依「強化社會安全網計畫 2.0」及貴部心理健康及自殺防治之最新政策持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。

2. 業務目的與目標

綜合「自殺防治法」規定、行政院核定之「強化社會安全網第二期計畫」內容、衛生福利部心理健康與自殺防治之最新法令規範及政策、相關機關(單位)所提意見、最新自殺防治統計數據及國內外相關實證研究等相關資料進行修訂，並於 112 年 11 月 30 日前，將下列手冊完成修訂並函送本部：

自殺防治系列 3-青少年心理衛生與自殺防治

自殺防治系列 4-老人心理衛生與自殺防治

自殺防治系列 5-精神疾病與自殺防治

自殺防治系列 6-物質濫用與自殺防治

自殺防治系列 7-女性心理衛生及自殺防治

自殺防治系列 8-職場心理衛生

自殺防治系列 9-自殺者親友關懷手冊

自殺防治系列 10-陪你度過傷慟

自殺防治系列 11-珍愛生命守門人

自殺防治系列 12-心情溫度計

自殺防治系列 13-怎麼辦我想自殺

自殺防治系列 14-失業鬱悶怎麼辦

自殺防治系列 15-關懷訪視指引

自殺防治系列 16-提升人際支持遠離自殺

自殺防治系列 17-以醫院為基礎的自殺防治

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 蒐集相關資料與彙整。
- 2) 中心檢視原手冊,包括大綱及其內容,確認修改幅度。
- 3) 編輯委員修改及撰寫手冊。
- 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：來自自殺防治學會及相關領域的專家組成的中心顧問群
- 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. 5月至6月請同仁檢視修改之內容
2. 7月至9月彙整各專家編輯委員之修改建議文稿。
3. 9月至10月進行排版。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 檢視自殺防治系列手冊系列 3~18,依「強化社會安全網計畫 2.0」及心理健康及自殺防治之最新政策依照規劃進度滾動式修訂自殺防治系列手冊。
- 2) 手冊針對數據、資源部分進行更新,並彙整專家編輯委員依「強化社會安全網計畫 2.0」及心理健康及自殺防治之最新政策提出之修改建議進行修訂。
- 3) 修改手冊為自殺防治系列手冊 3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13、14、15、16、17、18,修正前後對照表以自殺防治系列手冊 7：女性心理衛生與自殺防治,如表 4-6-1。

表 4-6-1、自殺防治系列手冊 7：女性心理衛生與自殺防治修正前後對照表

手冊名稱：自殺防治系列手冊 7：女性心理衛生與自殺防治		
修改頁數	修改之前內容	建議修改內容
P.2、P.4	根據衛生福利部統計處公佈之 2005 年台灣地區主要死因分析，自殺為國人十大死因之第九位，此一順位自 1999 年起持續至 2009 年，2019 年自殺粗死亡率為每十萬人口 16.4 人(較 2018 年上升 2.5%)，標準化自殺死亡率每十萬人口 12.6 人(較 2018 年上升 0.8%)	更新相關數據至 2022 年
P.2	台灣自殺防治學會理事長 衛生福利部全國自殺防治中心主任 台大醫學院精神科教授 台大醫學院精神部主治醫師 中華民國醫師公會全國聯合會理事長 台北市醫師公會理事長 台灣失智症協會理事長 環太平洋精神科醫師協會副會長	僅留全國自殺防治中心 計畫主持人
P.36	家暴案件數從 2005 年 66,080 件到 2017 年 135,785 件	更新至 2022 年
P.42	求救資源	更新家暴暨性侵害防治中心資料
P.52	資源篇	更新相關網站資訊、移除老舊資源
P.55	資源連結圖	更新相關資料
P.56	各縣市社區心理衛生中心電話	更新社區心理衛生中心 電話列表
P.57	簡式健康量表	新增 QRcode
P.59	自殺防治系列手冊列表	新增至系列 45 冊

伍、教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議

工作項目 (依照 112年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議	
1.於112年2月28日前函報本部各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，以供各縣市政府衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議參考運用。	依規定執行完成 詳見5.1章節
3.配合世界自殺防治日(9月10日)，辦理112年度自殺新聞報導優質媒體評選，並經本部確認評選結果後，始得頒發獎項予獲獎媒體。	依規定執行完成 詳見5.5章節
4.依自殺防治法第 9 條第 2 項第 5 款及自殺防治法施行細則第 12條規定，辦理下列自殺防治守門人教育訓練事項： (1) 維護並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) 針對教育部教育人員自殺防治訓練計畫(含實體授課線上課程)及其他各部會自殺防治訓練，視各部會之需，協助提供相關師資及訓練課程。	依規定執行完成 詳見5.2章節
(3) 結合長期照顧、社會工作等相關學協會，共同辦理第一線專業人員(以長期照顧人員、各縣市政府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、社會局社會工作科之社會工作人員為主)自殺防治守門人訓練至少3節(每節50分鐘)，受訓人數需達 1,000人。	依規定執行完成 詳見5.3章節
5.維護並與時俱進更新「全國自殺防治中心」、「珍愛生命學習網」及「臉書粉絲團」網站頁面，提供民眾、特定人口群及專業人員有關自殺防治之統計數據、策略、自我協助及專業資源等相關資訊(含推廣心情溫度計)，並配合本部政策推動，即時更新或公佈相關資訊。前項維護及更新網站事宜，應循我國資通安全相關法規，建立適當資訊安全措施，並應確認是類網站頁面所公布或轉載內容之著作權，避免衍生爭議。	依規定執行完成 詳見5.4章節

提列外部督導專家學者名單

一、背景 (Context)

國內自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性三大策略；其中，指標性策略主要是針對自殺企圖者進行追蹤關懷與個案管理。據研究顯示，曾經自殺過的人，再度自殺的機率遠高於一般人，因此作為第一線的自殺關懷訪視員，不僅需具備守門人的正確態度與基本訪視技巧，亦需同時了解自殺相關知識，並能熟悉與善用各種在地化的資源網絡，以對高風險個案做出適當的評估與處遇。

然而，訪員所面臨到的個案狀況常是包羅萬象，難以用單一通則來解決，若訪員缺乏適當的團隊支持與自我照顧能力，很可能會影響訪視服務品質，因此完善的督導機制便是訪員最主要的支持與援助，針對棘手個案提供即時性的處遇建議與評估，進而增進訪視服務之成效。

本會參考各領域專家學者經歷、專長，提列各區外督專家學者建議名單予貴部審核，並提供縣市衛生局予辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

二、輸入 (Input)

1. 資料蒐集

1) 外部督導專家學者建議名單

(1) 發文精神醫療網核心醫院，由核心醫院提供責任區域縣市之專家學者建議名單。

(2) 同時發文各縣市衛生局，由衛生局提供於 111 年曾聘任之外部專家學者名單及給予建議。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：各縣市衛生局、各精神醫療網核心醫院。

2) 資源連結內容及形式：外部督導專家學者建議名單索取。

三、過程 (Process)

1. 執行步驟與方法

1) 收集外部督導之專家學者建議名單，今年度向各縣市衛生局收集的名單限定為 111 年曾任外部督導之專家，以實際執行外部督導業務之專家學者作為中心推薦之參考名單。

2) 不同職業背景之專家學者，督導著重方向不同，各單位聘任外部督導時需要針對外部督導會議的性質聘任不同背景之專家學者，因此根據各專家學者背景，區分為醫師、其他專業人員兩類。

3) 挑選前項名單中有實際督導經驗之專家學者，提列各區精神醫療網外部督導專家學者建議名單，函送衛生福利部。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

1) 112 年度外部督導專家學者建議名單共 7 份，各區名單如下：

(1) 臺北區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	鄭宇明	院長	石牌鄭身心醫學診所
	郭千哲	醫師	臺北市立聯合醫院松德院區
	陳映燁	主任	臺北市立聯合醫院松德院區
	賴柔吟	主任	臺北市立聯合醫院松德院區兒童青少年精神科
	黃卓尹	醫師	臺北市立聯合醫院松德院區社區精神科

	張尚文	醫師	新光吳火獅紀念醫院
	黃宇銳	醫師	臺北醫學大學附設醫院精神科
	楊斯年	院長	三軍總醫院北投分院
	李明濱	理事長	台灣自殺防治學會
	陳宜明	副秘書長	台灣自殺防治學會
	張書森	所長	國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所
	李龍騰	常務理事	台灣憂鬱症防治協會
	夏一新	理事	台灣憂鬱症防治協會
	陳景彥	理事	台灣憂鬱症防治協會
	蘇泓洸	副秘書長	台灣自殺防治學會
	陳恒順	理事	台灣自殺防治學會
其他專業(非醫師)	藍挹丰	理事長	台北市諮商心理師公會
	戎瑾如	教授	國立臺北護理健康大學
	邱智強	副院長	臺北市立聯合醫院松德院區
	姜忠信	教授	國立政治大學心理學系暨心理學研究所
	洪翠妹	主任	臺北市立聯合醫院松德院區護理科
	孫凡軻	教授	台灣大學學士後護理學系
	陳杏容	副教授	國立臺灣師範大學社會工作學研究所
	陳慧雯	社工師	臺北榮民總醫院精神醫學部
	劉玟宜	院長	國立台北護理健康大學護理學院

(2) 新北區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	戴萬祥	主任醫師	衛生福利部八里療養院
	鮑致嘉	主治醫師	衛生福利部八里療養院
	陳金玲	理事長	新北市家庭照顧者關懷協會
	楊聰財	理事	台灣自殺防治學會
	劉嘉逸	常務理事	台灣憂鬱症防治協會
	陳俊鶯	常務理事	台灣自殺防治學會
	詹佳達	秘書長	台灣自殺防治學會
	張家銘	理事	台灣自殺防治學會
	戴萬祥	副秘書長	台灣自殺防治學會

	羅育騏	主治醫師	衛生福利部八里療養院
其他專業 (非醫師)	吳佳儀	教授	臺灣大學護理學系
	闕可欣	副教授	輔仁大學護理學系
	呂淑貞	常務監事	台灣自殺防治學會
	姜丹榴	理事	台灣自殺防治學會
	陳秀蓉	理事	台灣憂鬱症防治協會
	陳恒順	理事	台灣自殺防治學會
	羅素貞	主任	衛生福利部八里療養院護理部

(3) 北區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	吳恩亮	醫師	衛生福利部桃園療養院
	張家銘	主任	林口長庚自殺防治中心
	張凱理	醫師	新竹台齡診所
其他專業 (非醫師)	陳碧霞	監事	台灣自殺防治學會
	趙奕霽	心理師	新竹馬偕紀念醫院
	蕭雪雯	社工師	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院自殺防治中心
	紀曉君	組員	臺北市自殺防治中心
	林純綺	組長	臺北市自殺防治中心
	陳力維	主任	敏盛綜合醫院社工室
	陳欣瑜	關懷訪視員	桃園市政府衛生局
	裴澤榮	主任	居善醫院社工室
	李昆樺	助理教授	國立清華大學教育心理與諮商學系

(4) 中區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	林俊媛	一般精神科主任	衛生福利部草屯療養院
	黃聖林	主治醫師	衛生福利部草屯療養院
其他專業 (非醫師)	黃耀輝	護理科督導	衛生福利部草屯療養院
	吳寶瑜	門診護理長	衛生福利部草屯療養院
	巫淑君	所長	巫淑君社會工作師事務所
	林千彙	兼任講師	朝陽科技大學
	林幼喻	護理長	衛生福利部草屯療養院
	柯慧貞	副校長	亞洲大學心理學系

	黃裕達	心理科主任	衛生福利部草屯療養院
--	-----	-------	------------

(5) 南區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	唐子俊	醫師	唐子俊診所
	李明濱	醫師	社團法人台灣自殺防治學會
	王禎邦	醫師	衛生福利部嘉南療養院
	張芳榮	醫師	衛生福利部嘉南療養院
	郭宇恆	醫師	衛生福利部嘉南療養院
	陳柏熹	醫師	國立成功大學醫學院附設醫院
	張耿嘉	醫師	衛生福利部嘉南療養院
	林健禾	醫師(部長)	奇美醫療財團法人奇美醫院
	鍾明勳	醫師(院長)	明如身心診所
	張志誠	醫師(主任)	奇美醫療財團法人奇美醫院
	林進嘉	醫師	奇美醫療財團法人奇美醫院
	范庭瑋	醫師(院長)	心樂活診所
	黃仁享	醫師(院長)	黃仁享診所
	陳俊升	醫師	陳俊升診所
	陳信昭	醫師	殷建智精神科診所/自然就好心理諮商所
	陳高欽	醫師	國立成功大學醫學院附設醫院
	黃聖雲	主治醫師	臺中榮民總醫院嘉義分院
	胡淑梅	身心科組長	台南市立醫院
	黃立中	副秘書長	台灣自殺防治學會
其他專業 (非醫師)	蘇建安	主任	嘉義長庚醫院
	施彥卿	社工師	日安心理治療所、春暉診所
	謝宏林	社工科主任	高雄榮民總醫院臺南分院
	陳瑢娟	主任	台南市生命線協會
	吳淑玲	社工科主任	衛生福利部嘉南療養院
	高惠美	社工師	心樂活診所、心悠活診所
	王振宇	社工師	心樂活診所
	郭乃文	教授/心理師	國立成功大學(行為醫學研究所)
	陳靜敏	教授	國立成功大學(老年學研究所)
	黃雅羚	所長/心理師	元品諮商所
	曾德耀	臨床心理師	臺中榮民總醫院嘉義分院

	蘇麗卿	社工師	臺中榮民總醫院嘉義分院
	林靜蘭	教授	國立成功大學護理學系
	郭乃文	教授	國立成功大學行為醫學研究所
	黃美雲	護理長	台大雲林分院精神科

(6) 高屏區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	周煌智	院長	高雄市立凱旋醫院
	陳偉任	主任	高雄市立凱旋醫院
	王弘裕	主治醫師	高雄市立凱旋醫院
	劉仁儀	主治醫師	文鳳診所
	李昱	主任	高雄長庚紀念醫院
	顏永杰	主任	義大醫院
	張簡德璋	醫師	義大醫院
	洪琪發	副主任	高雄長庚紀念醫院
	龍佛衛	監事	台灣自殺防治學會
	顏永杰	理事	台灣自殺防治學會
	陳正生	副院長	高雄醫學大學醫學院
	黃敏偉	副院長	高雄市立凱旋醫院
其他專業 (非醫師)	王映築	技術組長	義大醫院
	陳東家	心理師	啟初心理治療所

(7) 東區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	何明儒	醫師	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
	陳侯榮	主任	國軍花蓮總醫院
	王迺燕	主任	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院
	林義盛	主任	衛生福利部玉里醫院
	陳彥志	主任	衛生福利部花蓮醫院
	莊宗運	主任	衛生福利部花蓮醫院
	蔡耀庭	主任	臺北榮民總醫院台東分院
	李美瑩	精神科兼醫事室 主任	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 壽豐分院

其他專業 (非醫師)	陳紹基	醫師	台東馬偕紀念醫院
	吳家樑	醫師	臺北榮民總醫院玉里分院
	陳美玲	臨床心理師	臺北榮民總醫院鳳林分院
	周牛莒光	諮商心理師	衛生福利部臺東醫院
	吳月梅	心理師	臺北榮民總醫院玉里分院

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的概念，台灣自殺防治學會自民國 98 年起建立了「珍愛生命數位學習網」。珍愛生命數位學習網不僅持續向醫療專業人員團體申請網路繼續教育積分課程，也更新了關懷訪視員課程，並提供符合自殺防治諮詢會之跨部會人員需求的課程，供專業人員學習。學會並根據不同領域和服務人員的需求，推薦講師進行自殺防治守門人講座，並將講座錄影製成數位課程且上傳至平台，供相關人員自主學習。

此外，學會不斷提升數位影音的質量和數量，改善錄製品質並提升拍攝技術，使數位學習課程更加生動易懂。網站也透過「列印證書」機制，學員可以獲得已完成課程的證明。期望能夠提升每個人對辨識自殺危險因子的敏感度，並早期發現自殺警訊，成為珍愛生命的守門人。

珍愛生命數位學習網是台灣自殺防治學會致力於推廣自殺防治守門人培訓與教育的數位學習網站。網站不僅提供多樣化的課程，並提供深入且易於理解的學習內容。希望透過這個網站，每個人都能提升對自殺警訊的辨識能力，並在自殺防治上扮演重要的角色，期望人人都能成為自殺防治守門人。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 數位影音課程規劃流程見圖 5-2-1：

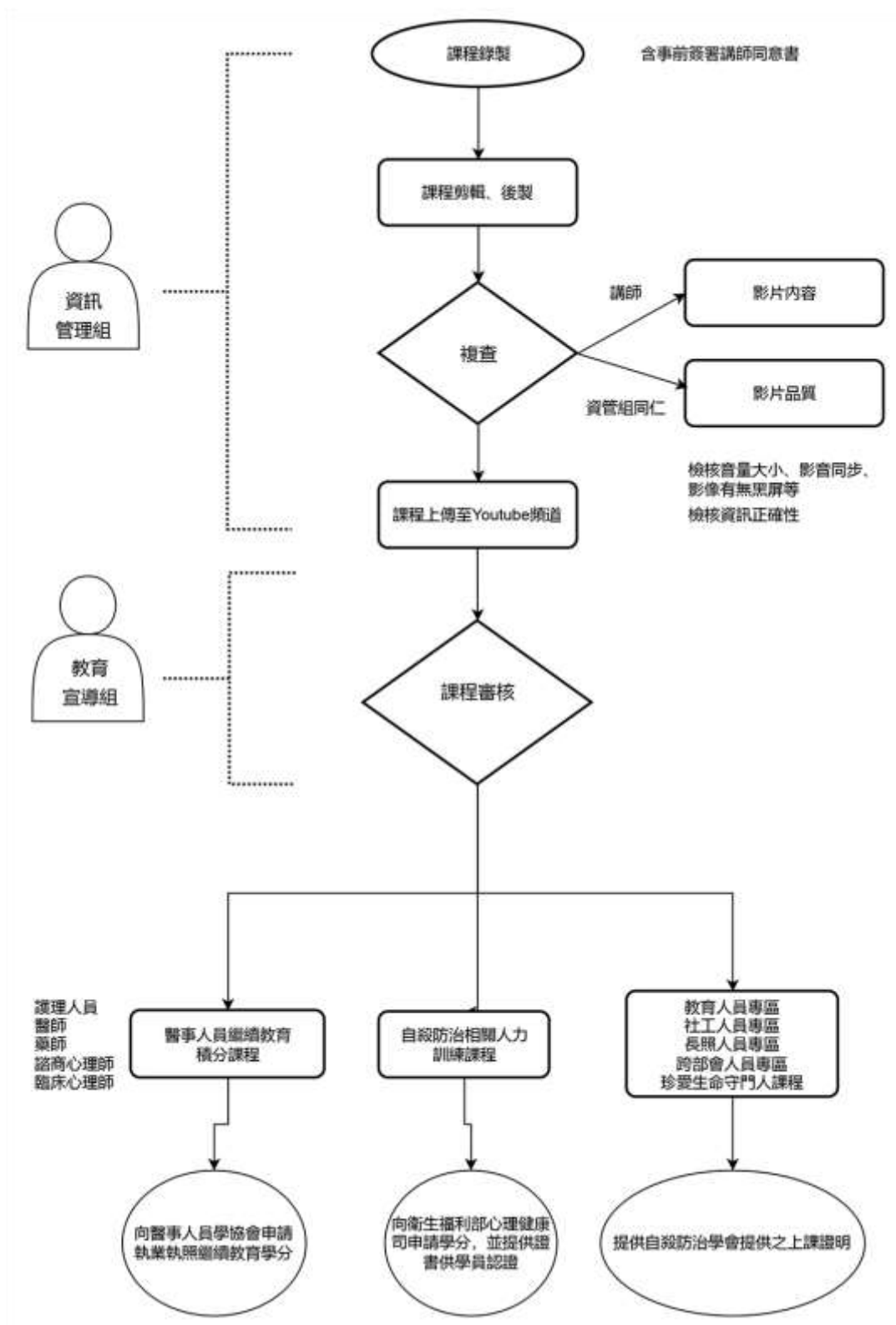


圖 5-2-1、數位影音課程規劃流程圖

2) 數位學習課程整體規劃

(1) 數位學習網課程分類為七種專區，網站專區圖示可參考圖 5-2-2，各專區說明內容如下：

- a. 醫事人員繼續教育積分課程：學會向醫療人員所屬的職業公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，提升自身專業能力。這些課程包括護理人員、醫師、藥師、諮商心理師、臨床心理師的認證課程。
- b. 一般民眾課程：本類課程內容包含各場域專業人員的自殺防治課程（例如百貨服務業、媒體記者、一般民眾等對象），以及心理健康促進相關課程，供一般民眾自由學習。透過這些課程，希望每個人都能扮演關懷支持他人的角色，成為珍愛生命守門人。
- c. 自殺防治相關人力訓練課程：本類課程內容包含自殺防治相關人力必備的初階和進階能力課程，提供社會安全網的關懷訪視員、心衛社工、相關行政人員學習，並設有測驗機制，供學員評量自己的學習成果。本課程專區每年持續更新，期望自殺防治相關人力能夠精進自身專業能力，並讓社會安全網相關人力學習關懷訪視的專業能力。
- d. 跨部會人員專區：本專區提供自殺防治諮詢會相關部會的必要自殺防治課程，包含各部會所屬人員應學習的自殺防治基礎知識，讓各部會所屬人員能夠學習守門人的問應轉介知識，並落實跨部會的自殺防治策略。
- e. 教育人員專區：青少年是國家發展的根基，如果他們的心理困擾和自殺危機得不到緩解，或沒有及早正視心理健康的重要性，可能會影響他們離開校園後的生活和適應能力。因此本會整理了學會歷年數位課程，與國內教育單位合作，建立了教育人員專區，供教育單位人員使用和學習。
- f. 社工課程專區：除了介紹自殺防治法規和數據分析、守門人的基本概念外，還強化社工對特殊族群的自殺防治知識，例如精神疾病和藥物濫用個案的認識，高風險家庭和兒少保護，以及處理社區自殺個案或反覆自我傷害個案等主題課程。
- g. 長照人員課程專區：這個專區主要介紹自殺防治的基礎知識，包括自殺防治法規和數據分析、守門人的基本概念、初步認識精神疾病、家庭照顧者與被照顧者的自殺防治相關主題。適用於接觸照顧者和受照顧者的長照人員進行研習。

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



圖 5-2-2、數位學習網各類人員課程區塊連結介紹

- 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) 自殺防治人力課程、跨部會人員及一般民眾專區：學員完成課程後，可透過「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。

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 5-2-1(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) 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的法規、工作性質挑選自殺防治課程，供各專業領域之從業人員學習自殺防治課程。具體流程可參考圖 5-2-3，各類課程專區建構原則如下：

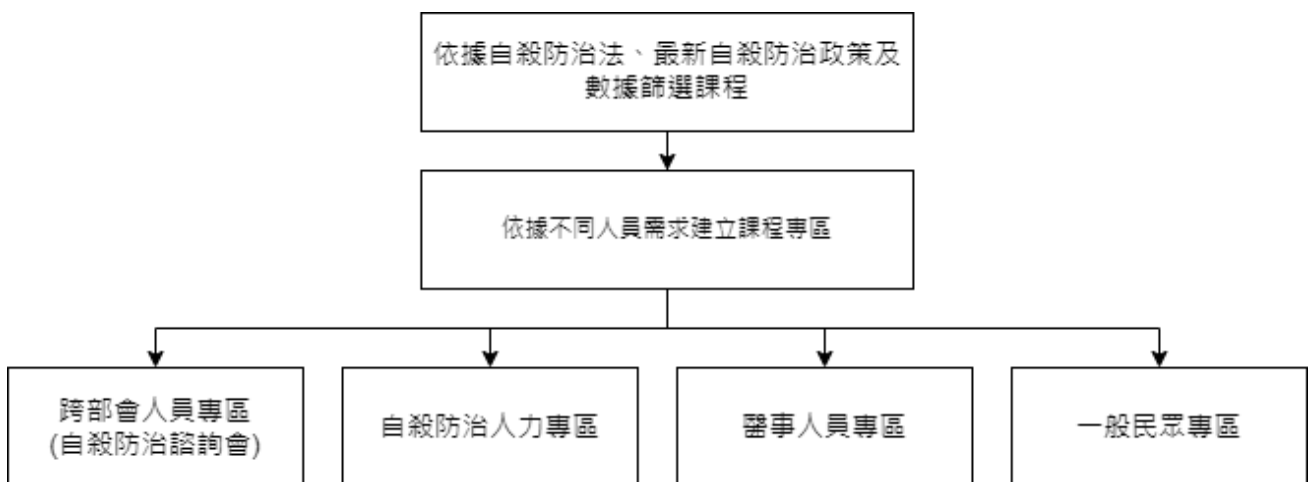


圖 5-2-3、數位課程盤點流程圖

- a. 醫事人員繼續教育專區：中心分別向中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、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「醫事人員繼續教育積分課程專區」供醫療專業人員獲取繼續教育積分。
- b. 跨部會人員課程專區：統整自殺防治學會歷年適合自殺防治諮詢會相關部會人員之課程，依據相關部會之執掌提供課程。
- c. 自殺防治相關人力專區：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。
- d. 教育人員專區：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。
- e. 社工專區：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。考量多數社工未持有社工師執照，不適用社工繼續教育學分規定，學會以網站列印證書方式提供學習證明。

- f. 長照人員課程專區：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。
- g. 一般民眾專區：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 5-2-1、112 年度新增影片清單

課程名稱(以下影片因瀏覽權限不同而無法以訪客身分觀看)	講師
個體自殺風險的社會文化因素	林綺雲
多元性別與自殺	陳牧宏
疫情後自殺防治之趨勢及發展	詹佳達
自殺防治守門人的知能	吳佳儀
社會資源網絡與轉介技巧	吳恩亮
新版關懷訪視紀錄填撰寫說明	蕭雪雯
霸凌與自殺防治	陳俊鶯
新冠疫情與自殺防治	張淑慧
復原力與自殺防治	陳俊鶯
自殺防治 2022	李玉嬋
	詹佳達

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 5-2-2。

表 5-2-2、各類課程通過人次一覽表(供不同人員選修之課程有重複)

課程專區	對象	課程數	課程通過人次
醫事人員繼續教育專區	護理人員	20	343,393
	藥師	20	10,131
	諮商心理師	20	2,656
	臨床心理師	20	1,013
	醫師	11	1,501
跨部會人員專區	教育部(教育人員)	18	12,168
	社工人員	8	296
	長照人員	8	1,895
	內政部	6	67
	勞動部	8	36
	國防部	5	18
	法務部	4	36
	農委會	4	52
	國家通訊傳播委員會	5	18
	原住民族委員會	5	22
自殺防治人力專區	初階課程	26	4,222
	進階課程	17	2,269
一般民眾專區	一般民眾	13	801

2) 自殺防治人力專區 1-9 月共計 241 人修課，修課人員職業別(職業別由學員自填)最多的是自殺/社區關懷訪視員 122 人，其次為心理衛生社工 35 人，第三為自殺防治業務承辦人 26 人、公衛護理師 26 人，其餘職業別(例如醫事人員、督導...等職業別)32 人。

3) 數位學習網 108-112 年(其中 112 年僅統計至 10 月)總修課人次統計如圖 5-2-4，影響網站歷年課程完成人次主因如下：

- (1) 珍愛生命數位學習網修課人次中，超過 9 成為醫事人員，其中又以護理人員佔率為最高。而 109 年為護理師六年一度的換照潮，而珍愛生命數位學習網修課人次又以護理師/護士為最多，因此修課人次大幅上升。
- (2) 因受新冠肺炎疫情影響，醫事人員實體研討會在 109-110 年辦理數量降低，加上有部分醫事人員因此展延醫事人員執照，因此使網站修課人次增加。
- (3) 自 110 年起，護理師公會修改學分審查規定，對網路課程長度要求最少

須 40 分鐘，雖提供公會審查的 7 影片數仍與 109 年相同，但因課程影片長度不滿 40 分鐘須合併不同影片為一堂課之緣故，因此 110 年之後網站護理師課程數由 34 堂課程降至 21 堂課，因此使網站修課人次有所下降。

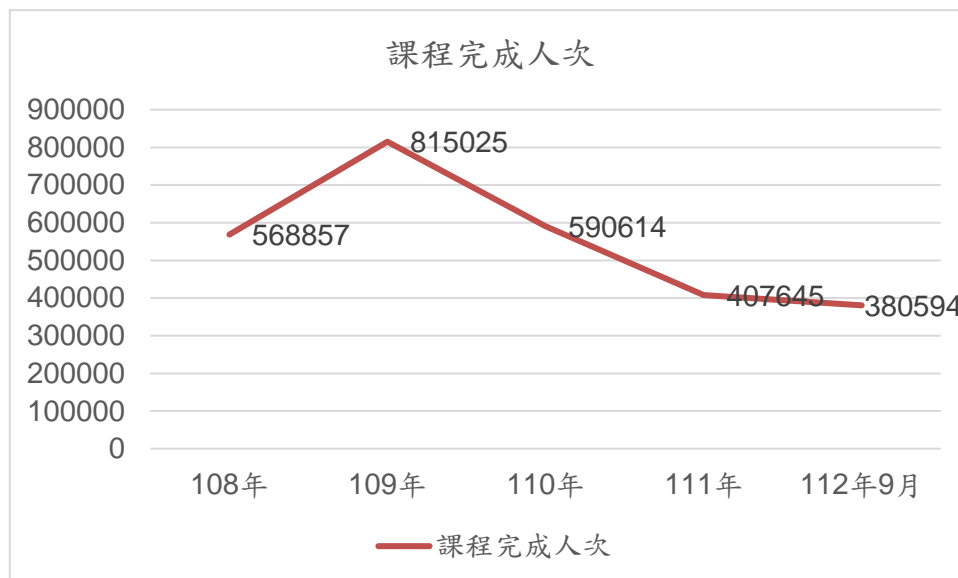


圖 5-2-4、108-112 年 1-9 月網站修課人次

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，珍愛生命數位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。

- 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、電視台節目之合作、自製宣導短片等等方式，引起社會大眾正面關注，認識自殺防治議題等。
- 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)本會常接到教師反映教育人員已有專屬數位學習網站，會因此降低學員至本平台學習的意願。建議可將課程提供給全國性數位學習平台(如 e 等公務園)，更能有效推廣自殺防治知識及理念。
- 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。

鑑於「畢業後一般醫學訓練(Post Graduate Year program，PGY)」之社區醫學訓練已將「自殺防治」列為特殊照護必修課程，及為推廣「自殺防治，人人有責」之理念，加強受訓醫師落實全人照顧理念，了解社區健康議題，具備社區健康醫療照顧技能，本中心特別規劃此社區醫學之「自殺防治課程」。為推廣此 PGY 課程，過去幾年將課程錄製成影片光碟，提供全國各家醫院畢業後一般醫學訓練計畫社區醫學課程做為參考。今年度持續辦理本課程，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，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. 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) 講師推薦流程如下

- (1) 外部單位需辦理自殺防治守門人講座，以電話或 E-mail 等方式主動洽詢本中心，請中心協助推薦講師，中心會給予講座資訊給外部單位填寫。
- (2) 外部單位，填寫完中心的講座資訊欄位，回傳給中心 E-mail，中心會依自殺防治守門課程講師推薦作業流程，中心講師人力資料庫當中查詢，適合講座之講師名單推薦給外部單位。
- (3) 外部單位會自行與中心推薦講師作詳細聯繫之事宜，如邀請哪一位講師，外部單位後續會回傳 E-mail。

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、精神科醫師、職能治療師、公務人員。
- (3) 於臺大醫院第七講堂同步線上辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程。

4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

- (1) 與合作訓練醫院聯繫並確認辦理日期。
- (2) 合作訓練醫院提供參加學員人數及聯絡資訊即完成課程報名。
- (3) 邀請講師，提供該次課程學員人數、學員背景以及標準版上課教材。
- (4) 參訪前提供自殺防治守門人課程課前閱讀資訊供學員預覽。
- (5) 於課程結束後填寫課程評值問卷及課後測驗問卷。
- (6) 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。
- (7) 中心於 104 年 3 月正式上架 Android 版心情溫度計 App，於 105 年 3 月開始，講師授課簡報內容中加入心情溫度計 App 使用教學。106 年起將心情溫度計 App 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員課前先行下載使用。課堂上由講師帶領討論，蒐集學員使用經驗，以便未來繼續精進

App。

- (8) 定期於每年 1 月、7 月修訂教材內容，以配合當代最新自殺防治相關數據及專業知能。



圖 5-3-1、心情溫度計 App 桌上文宣

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。
- 3) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程合作單位：中心綜合醫院、永和耕莘醫院、汐止國泰綜合醫院(今年度新增合作醫院)、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院、基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、臺北市立聯合醫院(中興、和平、忠孝、陽明院區)。

三、過程(Process)

1. 講師推薦，中心有推薦講師之資訊表，倘若外部單位有辦理守門人講座之

課程，需填寫表單後，回傳 E-mail 至中心，中心會依照外部單位欲辦理講座之地區，推薦講師，請外部單位自行與講師聯絡。

2. 第一線人員守門人訓練，定於 5 月 27 日實體混合線上舉辦。

1) 5 月 27 日於台大醫院第七講堂舉辦「第一線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) 線上學員課後填寫課後測驗，由各講師共同合出 5 題是非題，並做整理分析，以了解學員學習成效。

3. 本年度截至 10 月底共辦理 29 場次 PGY 參訪訓練課程，501 人參與，並由本中心陳俊鶯副主任、詹佳達醫師、張家銘醫師、陳宜明醫師、蘇泓洸醫師等擔任講師。課程設計有別於一般守門人課程，針對具有醫學背景之受訓醫師進行授課，教學內容以問題為導向，介紹自殺防治現況及數據、國家策略、守門人技巧與心情溫度計簡介等專業知能，輔以案例分享，透過小組討論與師生互動，加強學員對自殺防治的了解。今年辦理場次如表 5-3-1。

表 5-3-1、「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程場次

場次	日期	合作醫院	學員
1.	1/4	臺北市立聯合醫院(中興院區)、博仁綜合醫院及新北聯合醫院	13
2.	1/11	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)	20
3.	2/1	臺北市立聯合醫院(中興院區)	7
4.	2/8	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	31
5.	2/15	臺北市立聯合醫院(和平院區)、新北市立聯合醫院及宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院	17
6.	3/1	臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)、永和耕莘醫院及基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	21
7.	3/8	中心綜合醫院、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院及博仁綜合醫院	11
8.	3/15	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	16
9.	4/12	臺北市立聯合醫院(和平、陽明院區)及汐止國泰綜合醫院	23
10.	4/19	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、永和耕莘醫院及基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	29
11.	4/26	臺北市立聯合醫院(中興院區)	8
12.	5/3	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)及永和耕莘醫院	18

場次	日期	合作醫院	學員
13.	5/10	臺北市立聯合醫院(中興院區)	8
14.	5/17	汐止國泰綜合醫院及新北市立聯合醫院	8
15.	6/7	臺北市立聯合醫院(中興、陽明、和平院區) 及新 北市立聯合醫院	22
16.	6/14	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	23
17.	6/21	臺北市立聯合醫院(和平院區)、基督復臨安息日 會醫療財團法人臺安醫院及永和耕莘醫院	16
18.	7/5	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)	9
19.	8/9	臺北市立聯合醫院(和平、陽明院區)	20
20.	8/16	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	42
21.	8/23	永和耕莘醫院及博仁綜合醫院	4
22.	8/30	新北市立聯合醫院	7
23.	9/13	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	24
24.	9/20	臺北市立聯合醫院(中興院區) 及宏恩醫療財團法 人宏恩綜合醫院	13
25.	9/27	永和耕莘醫院、汐止國泰綜合醫院及基督復臨安 息日會醫療財團法人臺安醫院	10
26.	10/4	臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)	16
27.	10/11	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)	40
28.	10/18	臺北市立聯合醫院(和平院區)	12
29.	10/25	永和耕莘醫院、行天宮醫療志業醫療財團法人恩 主公醫院、博仁綜合醫院及新北市立聯合醫院	13

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座推薦，外部單位有回傳給中心邀請哪一位講師之場次。

(1) 經中心已推薦給外部單位講師，請見下表 5-3-2。

表 5-3-2、已推薦講師並且回傳給中心作登記

單位	醫院	學校	軍警	長照機構
場次	2	13	5	2
人數	160	1361	420	250

(2) 每場講座均會寄送「心情溫度計」電子檔案請主辦單位供講師使用，並在課程結束後請學員掃描 QR code 下載「心情溫度計」。

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

圖 5-3-2、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) 第一線人員守門人訓練

5月27日於台大醫院第七講堂混合線上辦理「第一線人員自殺防治守門人課程」，由衛生福利部、台灣自殺防治學會、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：「疫情後自殺防治之趨勢及發展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺防治守門人的知能」及「社會資源網絡與轉介技巧」探討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5-3-3。

本活動報名人數為8881人，現場及線上參與人數為5893人，西醫師佔175人，精神科醫師佔31人，護理人員佔3195人，臨床心理師佔195人、諮商心理師佔268人，藥師佔463人，職能治療師佔441人，社會工作者佔554人，長照人員佔537人。

表 5-3-3、第一線人員之自殺防治守門人訓練議程表

時間	議程表
13:00~13:30	學員報到 致歡迎詞： 衛生福利部 薛部長瑞元 中華民國醫師公會全國聯合會 周理事長慶明
13:30~13:40	全國自殺防治中心 李主任明濱 貴賓致詞： 立法院 楊委員瓊璿 台灣長期照顧發展協會全國聯合會 潘理事長政聰

社會工作師公會全國聯合會 溫理事長世和

第一場：疫情後自殺防治之趨勢及發展

13:40~14:30 主講人：詹主任佳達 (新光吳火獅紀念醫院精神科)

第二場：自殺防治守門人的知能

14:30~15:20 主講人：吳教授佳儀 (國立台灣大學護理學系暨研究所)

第三場：社會資源網絡與轉介技巧

15:20~16:10 主講人：吳醫師恩亮(桃園療養院社區精神科)

蕭社工師雪雯(馬偕紀念醫院自殺防治中心)

16:10~16:30 綜合討論(主持人、主講人及與會者)

-
- (1) 本課程主題訂為第一線人員之自殺防治守門人訓練，係由原本醫療層面的第一線專業人員擴大至社會層面第一線人員而設計，目的在於擴大第一線人員對象，並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個案及其親屬，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) 本次課程之簽退表單附有五題是非題，學員平均得分達 80 以上，顯示出第一線人員從課程中學習到作為一位守門人的基礎知識及技巧，已經能在面對自殺風險個案時，可以在第一時間辨識、關心並轉介給相關單位。
 - 4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程
 - (1) 本年度截至十月底共辦理 29 場次，501 人參與。並於課程結束之後統整問卷結果並分析。合作單位及人數如表 5-3-4。

表 5-3-4、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	永和耕莘 醫院	臺安 醫院	國泰綜合 醫院	宏恩 醫院	中心綜合 醫院	恩主公 醫院	博仁綜合 醫院	合計
人數	396	33	22	17	11	8	4	4	6	501

(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 358 人回應，平均達到符合/良好/滿意以上為 91.4%，詳如表 5-3-5。

表 5-3-5、課程滿意度評值表 1

題目	選項 ^{註1} n(%)				
	1	2	3	4	5
1. 整體而言，您對於課程內容 規劃是否符合預期目標	4 (1.1)	2 (0.6)	25 (7.0)	121 (33.8)	206 (57.5)
2. 您對於此次課程感到獲益良 多	4 (1.1)	3 (0.8)	25 (7.0)	115 (32.1)	211 (58.9)
3. 您覺得講師的授課技巧及解 說	3 (0.8)	2 (0.6)	27 (7.5)	101 (28.2)	225 (62.8)
4. 此次參訪課程，您的整體滿 意程度為	3 (0.8)	2 (0.6)	23 (6.4)	127 (35.5)	203 (56.7)

註 1：

第 1 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

第 2 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

第 3 題選項為 1. 非常不好、2. 不太好、3. 可接受、4. 良好、5. 非常好

第 4 題選項為 1. 非常不滿意、2. 不太滿意、3. 普通、4. 滿意、5. 非常滿意

學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會運用心情溫度計的比例為 98.6%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 99.7%，詳如表 5-3-6。

表 5-3-6、課程滿意度評值表 2

題目	選項 ^{註1} n(%)		
	1	2	3
1. 未來在臨床上，您會運用心 情溫度計嗎？	221 (61.7)	132 (36.9)	5 (1.4)

2. 未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？	289 (80.7)	68 (19.0)	1 (0.3)
-----------------------------	---------------	--------------	------------

註 1：兩題選項均為 1. 會、2. 偶會、3. 不會

每次課程結束前均會進行課後測驗，作答人數共 430 人，整體課後測驗平均正確率為 93.5%，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 5-3-7。

表 5-3-7、課程課後測驗

題目	選項 n(%)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答	368	426	351	407	426	428	422	425	339	428
正確	(85.6)	(99.1)	(81.6)	(94.7)	(99.1)	(99.5)	(98.1)	(98.8)	(78.8)	(99.5)
作答	62	4	79	23	4	2	8	5	91	2
錯誤	(14.4)	(0.9)	(18.4)	(5.3)	(0.9)	(0.5)	(1.9)	(1.2)	(21.2)	(0.5)

五、附件

附件 5-3-1、第一線人員之自殺防治守門人訓練

附件 5-3-2、第一線人員之自殺防治守門人訓練：長照及社會工作者參與名單

全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣

一、背景(Context)

在現代社會中，網際網路已成為人們生活中不可或缺的一部分。現今人們透過網路來瀏覽資訊，同時也透過各種社群網站獲得各種訊息。因此，網站和社群媒體對於自殺防治宣導的重要性不可忽視。

有鑒於此，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 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) 發表最新研究文章及宣導心理健康相關資訊。

(4) 持續利用中心網站頁面及中心辦理之活動，推廣心情溫度計 APP 下載。

(5) 將每月臉書精選貼文主題收錄於全國自殺防治中心網站。

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：

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 5-4-1 及表 5-4-2。

表 5-4-1、112 年 1 月至 10 月主題規劃列表

月份	主題
一月	分場域自殺防治-校園場域與自殺防治
二月	分場域自殺防治-職場自殺防治
三月	分場域自殺防治-家庭自殺防治
四月	特定族群自殺防治-兒童及青少年族群的自殺防治
五月	特定族群自殺防治-老年人及長照族群的自殺防治
六月	特定族群自殺防治-第一線救援人員自殺防治
七月	心理疾病與自殺防治-心理健康提倡
八月	心理疾病與自殺防治-認識心理健康問題
九月	心理疾病與自殺防治-精神疾病知多少
十月	邁向健康新生活-創傷與心理韌力

表 5-4-2、貼文類型說明

貼文類型	說明
衛教宣導	推廣心理衛生之相關資訊與資源。 (例如守門人技巧、精神疾病去污名化及自殺防治議題等)
時事新知	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
溫馨小品	提供溫馨、感性與有趣的圖片、文章或影片。
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) 身心健康自我評量專區：運用問卷調查性格傾向、壓力因應、霸凌經驗及身心狀況，問卷結果供本中心心理健康促進方案規劃。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 微電影專區：中心與台灣大學「心理健康促進與自殺防治」通識課程合作，透過學生期末拍攝之微電影，傳達珍愛生命守門人概念。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 研究與調查：自殺防治學雜誌、提供自殺數據統計、歷年中心發表文獻等相關資料。
- (12) 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。
- (13) 防疫專區：為因應新冠肺炎對民眾造成的心理健康影響，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理健康相關訊息。

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) 112 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. 112 年 Facebook 粉絲專頁貼文

每月主題貼文詳細規劃見表 5-4-3，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」以及自殺防治網通訊中，以利於相關貼文方便瀏覽。

表 5-4-3、112 年 1 月至 10 月貼文

月份	主題內容
一月	分場域自殺防治-校園場域與自殺防治： 承第一季大主題「分場域自殺防治」，一月以「校園場域自殺防治」為子主題。近年年輕族群自殺率上升，且大多時間身處校園，本月配合與教育部合作出版之《校園心理健康促進與自殺防治手冊》推廣，參閱重要章節，針對家長、教師、學生提供宣導。
二月	分場域自殺防治-職場自殺防治： 承第一季大主題「分場域自殺防治」，二月以「職場自殺防治」為子主題。二月主題從「認識工作職場壓力」出發，介紹自我評估篩檢工具、壓力管理與求助資源運用，提供民眾對於職場壓力的認識，與面對職場壓力的方法。
三月	分場域自殺防治-家庭自殺防治： 承第一季大主題「分場域自殺防治」，三月以「家庭自殺防治」為子主題，分別介紹各種家庭中會遇到的問題(如：家庭暴力、家庭照顧者的心理壓力等)與自殺防治的關聯。
四月	特定族群自殺防治-兒童及青少年族群的自殺防治： 承第二季大主題「特定族群自殺防治」，四月以「兒童及青少年族群的自殺防治」為子主題。四月主題對於兒少各種可能面臨的問題(如：兒少自殺數據、親子關係及心理疾患等)，以系列文的方式進行討論並提供相關資訊。

表 5-4-3、112 年 1 月至 10 月貼文

月份	主題內容
五月	特定族群自殺防治-老年人及長照族群的自殺防治： 承第二季大主題「特定族群自殺防治」，五月以「老年人及長照族群的自殺防治」為子主題，關注老年人及長照族群。除老人有較高自殺率，家庭照顧者不堪重負殺人後自殺的長照悲歌新聞也時有所聞，以現況分析、常見問題及防治策略做宣導推廣。
六月	特定族群自殺防治-第一線救援人員自殺防治： 承第二季大主題「特定族群自殺防治」，六月以「第一線救援人員自殺防治」為子主題，介紹第一線救援人員如警員、消防人員等，和他們於自殺防治中扮演的角色與功能，以及執行任務時可能造成的心理壓力。
七月	心理疾病與自殺防治-心理健康提倡： 承第三季大主題「心理疾病與自殺防治」，七月以「心理健康提倡」為子主題，主要聚焦於正向心理要素，以減少產生的危險因子並增加保護因子，並進一步減少自殺危機的發生。
八月	心理疾病與自殺防治-認識心理健康問題： 承第三季大主題「心理疾病與自殺防治」，七月以「認識心理疾病」為子主題。現代人常面臨多重且不同面向的困擾，心理健康議題亦日漸在社會上受到關注及討論；對心理疾病的認知與病識感不足，更可能導致民眾延誤就醫。因此，本月推廣和心理疾病有關的正確知識，並進而介紹其與自殺的關係、危險因子以及保護因子。
九月	心理疾病與自殺防治-精神疾病知多少： 承第三季大主題「心理疾病與自殺防治」，九月進一步以「精神疾病大解密」為子主題，介紹精神疾病與自殺行為之間的關係，提升民眾對精神疾病之認知，及澄清精神科藥物誤解等常見問題。
十月	邁向健康新生活-創傷與心理韌力： 承第四季大主題「邁向健康新生活」，十月進一步以「創傷與心理韌力」為子主題，承 9/10 研討會內容介紹青少年的危險、保護因子、霸凌的類型與霸凌後的修復式實踐；面對創傷後的復原力與復原力三向度，讓未參與研討會的民眾也能簡單了解現今的趨勢。

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 153,175 次(由於 7 月 Google Analytic 改版，因此部分計次可能在轉換版本時遺漏)。
- (2) 刊物更新：自殺防治學 18-1、18-2、18-3 期、自殺防治網通訊 18-1、18-2、18-3 期，自殺防治系列 45-警察人員自殺防治手冊及隨身指南。
- (3) 網頁內容更新：新增 112 年度 1-9 月臉書精選貼文、相關教育訓練公告。
- (4) 心情溫度計 APP112 年 1-9 月下載數如圖 5-4-2，Android 下載數為 4066 次，iOS 下載數為 8520 次。共有 77,106 筆測驗記錄

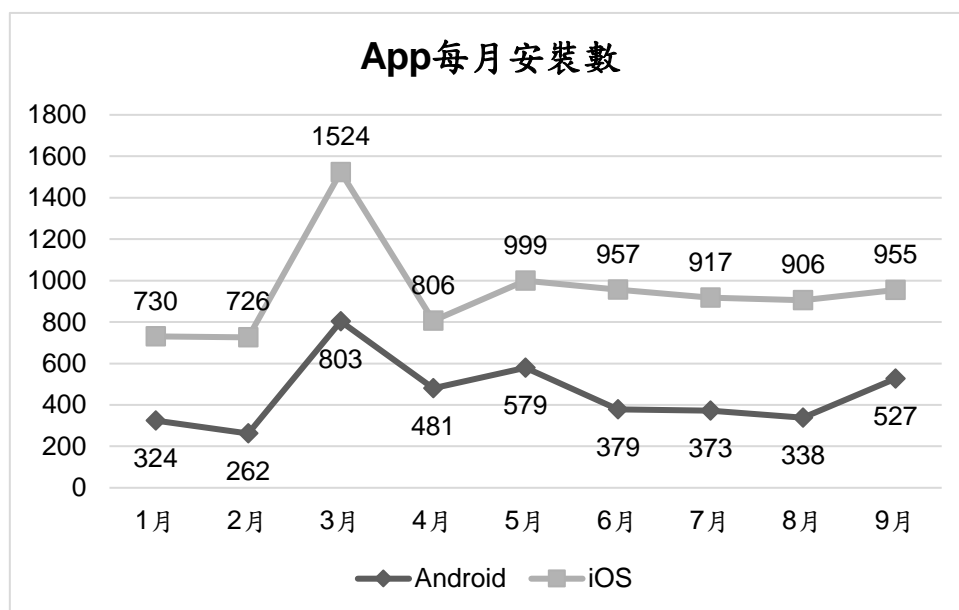


圖 5-4-2、112 年 1-9 月 APP 下載數

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

1) 珍愛生命打氣網截至 112 年 9 月 30 日貼文統計如下：

- (1) 追蹤粉絲人數共有 13387，每月趨勢分析見表 5-4-4。

表 5-4-4、112 年一月至九月趨勢分析表

月 份	貼文 篇數	月總按 讚人數	月總分 享人數	月總貼文 觸及人數	讚數	平均每篇		粉絲團按讚/追 蹤總人數
						公開分 享人數	粉絲頁上之 觸及人數	(五月後 FB 演算法 改為計算追蹤人 數)
1	31	265	58	14626	8.5	1.9	471.8	12811
2	29	255	51	10652	8.8	1.8	367.3	12831
3	33	389	44	12172	11.8	1.3	368.8	12842
4	32	422	88	14540	13.2	2.8	454.4	12811
5	32	326	86	11633	10.2	2.7	363.5	12923
6	32	352	68	9493	11.0	2.1	296.7	13066
7	37	544	127	14450	14.7	3.4	390.5	13109
8	43	846	84	22908	19.7	2.0	532.7	13318
9	31	350	39	10573	11.3	1.3	341.1	13374

(2) 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。

1) 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，經過十多年的耕耘，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 9 月 30 日止，粉絲專頁追蹤人數共有 13,387 位。整體而言，專頁的粉絲瀏覽狀況呈穩定狀態，今年至 9 月 30 日前共發佈 300 則貼文、獲得 3,749 個讚、645 個公開轉載、總觸及人數為 121,047 人次，並且每則貼文平均約有 399 以上的觸及人數，每月總觸及人數最高則達 22,908 人次。

本年度中，「衛教宣傳」是最受民眾青睞的貼文類型。粉絲專頁以自殺防治、心理學知識、情緒管理、正念放鬆、心理衛生、精神疾病等多方面的角度配合每月主題系列來進行漸進式的衛教宣傳，以自殺的遠端因子做為防治重點，並搭配心理健康促進，獲得許多民眾的迴響與正向回饋，同

時也獲得部分縣市心理衛生中心粉專分享貼文，達成網網相連之目標；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，也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，持續努力尋求更貼近民眾所需且簡單易懂的方式，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，並持續致力於精神疾病去汙名化，同時建立人人都是珍愛生命守門人之觀念，進而達成全面性的策略預防。

大型宣導活動－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，使人們能夠與可能正在苦苦掙扎的人建立聯繫。在這三年中，IASP 以創建預防行動，並持續通過訊息來推動行為改變，最終以防止更多的自殺發生。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。

2. 方案的目的與目標

依據自殺防治法第一條，自殺防治推動係為關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值。因此除了期待個人展現行動，創造希望外，社會更要落實凝聚跨部會與民間的力量，以達到關懷民眾，守望互助的目標。為此本中心特別為今年世界自殺防治日訂定子主題為「凝聚力量，守護生命」。

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，

促進心理衛生觀念，並喚起社會大眾關心自殺防治議題，以達到「展現行動，創造希望」之目標，並且凝聚你我力量，共同守護寶貴生命。

「世界自殺防治日」記者會預計於 9 月 10 日假台大醫院國際會議中心四樓舉行，一如歷年記者會，預計邀請中央政府單位：總統與副總統、衛生福利部，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。
- 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與 2023 年世界自殺防治日記者會等系列活動。

- 1) 5 月 22 日於業務會議上提出討論，並於通過後執行。詳見表 5-5-1。

表 5-5-1、業務會議規畫世界自殺防治日系列活動內容

活動模式	內容概要	辦理日期	場地
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	於網路平臺(中心官網、各相關網站、臉書)宣傳徵件 珍愛生命打氣網
FB 宣傳活動	邀請民眾按讚分享，並舉辦抽獎活動。	8-9 月	

表 5-5-1、業務會議規畫世界自殺防治日系列活動內容

活動模式	內容概要	辦理日期	場地
單車繞世界	向相關單位(各縣市衛生局、教育局處、單車協會)及民眾進行宣傳	9-10 月	網路平臺與實體文件
記者會	1.電話調查成果 2.系列活動成果 3.優質媒體頒獎	9 月 10 日	台大醫院國際會議中心

2)5 月 29 日於業務會議中，討論世界自殺防治日系列活動辦理方式。

3)6 月 2 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」2023 年世界自殺防治日海報設計徵選活動

1)6 月 12 日公告「展現行動 創造希望」2023 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。

2)8 月 4 日收件截止後，將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，並於世界自殺防治日記者會進行頒獎。

3. 「展現行動，創造希望」2023 年世界自殺防治日徵文活動

1) 6 月 12 日公告「展現行動 創造希望」2023 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。

2) 8 月 6 日收件截止後，將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，並於世界自殺防治日記者會進行頒獎。

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、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。

5. 「世界自殺防治日」記者會

- 1) 2023 年世界自殺防治日之主題為「展現行動，創造希望-凝聚力量，守護生命」。
- 2) 於 6 月 2 日召開籌備會議。
- 3) 預計邀請中央機關首長、各地方機關單位與民間機構等。
- 4) 預計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) 預計於記者會結束當日發布會後新聞稿。
- 6) 於 9 月 7 日依衛生福利部契約變更條款書(第 2 次變更)取消舉辦
- 7) 與 22 個心理衛生相關團體聯合發表『世界自殺防治日聯合聲明』，倡議世界自殺防治日之精神。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 世界自殺防治日系列活動會議：擬定子主題及記者會進行方式。
 - (1) 內部業務會議：共計 2 場次。
 - (2) 專家籌備會議：共計 1 場次。
 - (3) 媒體爬蟲會議：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 49 件，其中社會組 21 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，兩組合計共 12 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 196 票；學生組第一名票數為 223 票、第二名票數為 51 票。
 - (3) 得獎作品詳見：<https://reurl.cc/9RR7yV>
- 3) 世界自殺防治日主題徵文活動
 - (1) 共徵得稿件 54 件，其中社會組 27 件、學生組 27 件，各組最終選出特優 1 名、優選 1 名、佳作 2 名與人氣獎 2 名，兩組合計共 12 位得獎者。
 - (2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組第一名票數為 106 票、第二名票數為 55 票；學生組第一名票數為 76 票、第二名票數為 72 票。
 - (3) 得獎作品詳見：<https://reurl.cc/7MM7lb>
- 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) 截至 10 月 10 日，全球總計里程數為 71,847.8 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因契約變更故取消舉辦。

(2) 聯合發表『世界自殺防治日聯合聲明』。

陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

<p>工作項目</p> <p>(依照 112年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p>執行結果</p>
<p>(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制</p>	
<p>1. 每月至少針對 7 縣市政府抽查其於本部「自殺防治通報系統」所載關懷訪視紀錄，並分析優劣及針對不足之處提出具體改善建議，並作成紀錄。抽查原則如下：</p> <p>(1) 每季抽查關懷訪視紀錄總數量至少 240份。</p> <p>(2) 應考量各縣市政府自殺關懷訪視人員數及提供服務案量之差異，參考前一年度各縣市自殺總通報人數，分級距(五級距以內)抽取應受審訪視紀錄數量。</p> <p>(3) 各縣市政府所在級距及應受審訪視紀錄數量，應於首季抽審時併同函知。</p> <p>(4) 當月受抽查縣市政府不得與前月重複。</p> <p>(5) 各縣市政府應至少抽查 2次，且於每次抽查後3個月，追蹤其改善情形。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.1章節</p>
<p>2. 為強化自殺關懷訪視員之關懷訪視服務效能，及提升自殺防治教育訓練品質，依「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」及本部相關政策，辦理以下事項：</p> <p>(1) 研訂培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制(含訂定種子教師培訓課程、認證及年度繼續教育機制)。</p> <p>(2) 邀集至少 12 縣市政府衛生局，召開「112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」至少 2 場次，完成盤點及彙整自殺關懷訪視實務所須教育訓練相關需求，依此提出有關教育訓練課程辦理形式、教材製作及師資培訓等相關內容之規劃、設計及政策建議。前項各場會議邀集之縣市政府名稱、時序、議程及辦理形式等，於辦理前1個月函報本部，經本部同意後，始得辦理。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.2章節</p>
<p>3. 持續配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力政策推動事宜，訂定自殺防治相關課程內容，並持續更新自殺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。前項更新涉「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」之課程，須函報本部同意</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.3章節</p>

<p>後始得辦理，並應依前開辦法核發研習證書予參訓人員。</p>	
<p>4. 依本部「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」及「自殺關懷訪視紀錄表」，提出優化「自殺防治通報系統功能」相關建議，俾強化本部自殺通報資料之蒐集及統計效益，及滾動增修關懷訪視相關注意事項建置於「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員使用參閱。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.4章節</p>

關懷訪視紀錄之抽查與建議

一、背景(Context)

根據衛生福利部函頒「自殺個案通報後關懷作業流程」，當接獲自殺個案通報後，各縣（市）政府衛生局應依流程開案並派員進行關懷訪視，評估個案狀況，詳實填寫關懷訪視紀錄，俾後續轉介及結案等流程。

關懷訪視工作具有諸多要項，包含個案主述、訪員觀察、資訊蒐集、風險評估、資源利用等等。透過檢視訪視紀錄，可了解各地訪員在關懷訪視工作中之落實情形，進而了解關懷訪視成效。

透過資源網絡網網相連，不同專業共同介入個案服務時，訪視紀錄之結構完整性或品質完善度落差，可能造成不同專業人員提供服務有所落差，或導致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，亦有利於後續處遇計畫之規劃。

為增進關懷訪視紀錄品質，配合新版訪視紀錄單於 112 年 1 月正式啟用，中心針對審查標準及審查辦法進行修正，從往年每縣市每半年審查一次，改為每縣市每季輪流一次。每月抽查 7 至 8 縣市之訪視紀錄，以專業角度進行審查及提出具體建議，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，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：每季抽查關懷訪視紀錄總數量至少 240 份，每季進行一輪審查，審查流程分四輪進行，每輪抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並

提出具體建議。每輪審查結束後即展開下一輪審查，每輪審查所抽查資料不得重複。

2. 新版訪視紀錄單已排除填寫不完整的問題，自今年起紀錄審查重點將聚焦於文字敘述等質性內容。經過內部專家討論研擬，制訂出自殺通報個案關懷訪視紀錄審查辦法、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查結果表、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表(詳見附件 6-1-1~6-1-3)。
3. 訪視紀錄抽查標準：
 - 1) 衛生福利部自殺防治通報系統內個案類型分為五大類：「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。
 - 2) 篩選「已結案」訪視紀錄進行審查。將針對此類較為完備之個案紀錄，了解訪員提供訪視服務情形，檢核有無提供相應之處遇計畫與資源轉介。
 - 3) 抽取各該受審縣市最近一個月之訪視紀錄；倘經抽取當月應受審訪視紀錄份數不足額，則往前一個月抽取補齊，最多往前三個月。
 - 4) 考量各縣市訪員人數及提供服務案量之差異，將參考前一年度各縣市總通報人數及其平均每季通報人數，區分四級距。
4. 參考各縣市政府自殺關懷訪視人員數及提供服務案量之差異，根據前一年平均每季通報人數，分層區分各縣市應受審訪視紀錄數量，如表 6-1-1。

表 6-1-1、關懷訪視紀錄抽查數量

前一年平均每季通報人數	每季抽查數量(份數)
1000 以上	24
500 以上，未滿 1000	16
100 以上，未滿 500	8
未滿 100	4

5. 依據 111 年 1-11 月各縣市通報數計算平均每季通報數，訂定 112 年各縣市每季抽查數量，如表 6-1-2。

表 6-1-2、112 年各縣市每季抽查數量

縣市	1-11 月通報數	平均每季通報數	每季抽查數量(份數)
新北市	8818	2404.9	24
臺中市	5234	1427.5	24
高雄市	4842	1320.5	24
臺北市	3894	1062.0	24
桃園市	3661	998.5	16
臺南市	2856	778.9	16
彰化縣	2115	576.8	16

表 6-1-2、112 年各縣市每季抽查數量

縣市	1-11 月通報數	平均每季通報數	每季抽查數量(份數)
屏東縣	1433	390.8	8
雲林縣	1114	303.8	8
花蓮縣	976	266.2	8
苗栗縣	918	250.4	8
南投縣	901	245.7	8
嘉義縣	871	237.5	8
宜蘭縣	855	233.2	8
新竹縣	816	222.5	8
新竹市	743	202.6	8
基隆市	597	162.8	8
嘉義市	517	141.0	8
臺東縣	359	97.9	4
澎湖縣	98	26.7	4
金門縣	85	23.2	4
連江縣	9	2.5	4

6. 依據表 6-1-2，擬定 112 年每季抽查順序，如表 6-1-3。

表 6-1-3、112 年每季抽查順序

月份	抽查縣市
1 月、4 月、 7 月、10 月	新北市、臺北市、彰化縣、花蓮縣、臺東縣、 澎湖縣、金門縣
2 月、5 月、 8 月、11 月	臺中市、桃園市、屏東縣、苗栗縣、嘉義縣、 新竹縣、基隆市、連江縣
3 月、6 月、 9 月、12 月	高雄市、臺南市、雲林縣、南投縣、宜蘭縣、 新竹市、嘉義市

7. 每月登入自殺防治通報系統，依據訪視紀錄抽查標準，抽取當月份排定縣市合計至少 80 則訪視紀錄。

8. 訪視紀錄抽取流程：

- 1) 自受審縣市訪員名單中隨機選取一名訪員。
- 2) 自受審訪員名下列管個案中隨機選取一名個案，抽取其中四則訪視紀錄。
- 3) 以「訪視個案本人」之紀錄為優先抽查對象，無則酌量抽查「非個案本人」之訪視紀錄。

- 4) 倘無前開兩類紀錄，則酌量抽查「行蹤不明」、「失聯」、「入監」、「遷徙至其他縣市」及「拒訪」結案之訪視紀錄。
- 5) 抽取之第一則訪視紀錄，應為首次訪視到「個案本人」之訪視紀錄。若為「行蹤不明」、「失聯」、「入監」、「遷徙至其他縣市」或「拒訪」結案之訪視紀錄，則抽取首次訪視紀錄。
- 6) 抽取之第二則訪視紀錄，應為結案訪視紀錄。
- 7) 隨機抽取該案件中其他二則訪視紀錄，且不得與前述重複。
- 8) 依本流程 1)~7) 步驟對各該縣市反復進行抽取，至達到表定應受審訪視紀錄數量為止。
9. 由中心同仁進行初步審查，以「優」、「良」、「可」、「差」、「劣」五等級對紀錄文字內容作評級，依據各題獲得評級提出具體建議，填寫訪視紀錄審查結果表，再由中心專家學者進行複審。檢閱內容包含醫療紀錄格式 SOAP 資料，說明如下：
 - 1) Subjective(主觀資料)：內容包含個案對自己現況的主觀描述，如：造成自殺的原因、情緒感受、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。
 - 2) Objective(客觀資料)：內容包含訪員觀察到的客觀事實，如：外觀觀察、語言表達、人際互動、居住環境等。
 - 3) Assessment(評估)：整理 Subjective(主觀資料)及 Objective(客觀資料)之資料，做出進一步評估：
 - (1) 自殺原因：包含情感/人際關係、精神健康/物質濫用、工作/經濟、生理疾病、校園學生問題、迫害問題及其他未分類原因等。
 - (2) 危險因子與保護因子：包含個人層面、環境層面、社會文化層面、長期照顧層面、健康照護層面及其他未分類因子等。
 - (3) 近兩年精神醫療史評估：紀錄個案精神疾病及相關就醫治療史，以及是否規則服藥、回診。
 - (4) 身體疾病史及治療史：紀錄個案生理疾病及相關就醫治療史，以及是否規則服藥、回診。
 - (5) 是否曾經或正接受其他非精神科醫療之心理諮商/輔導資源：心理諮商/輔導資源之會談情形，以及接受服務時間點、內容及頻率等。
 - (6) 情緒評估：紀錄簡式健康量表 (BSRS-5) 分數變化，以及簡明心理健康篩檢表。
 - (7) 綜合評估結果：經上述項目評估後，依自殺意念是否強烈、有無自殺計畫、行動可能性高低，區分高、中、低三級危險等級。

- 4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，評估個案需求，進一步建立服務計畫，整合或轉介不同領域資源。
10. 檢視結案標準：針對目前問題、自殺原因、各項危險因子及保護因子之變化做敘述評估，進行結案綜合評估並說明資源連結情形，檢閱是否符合自殺關懷訪視個案結案標準、有無填寫結案原因。
11. 對訪員及個案姓名進行匿名後，將訪視紀錄審查結果表及訪視紀錄審查結果建議意見回饋表發送受審縣市參考，於一個月內回收意見回饋表，並依據回饋內容調整綜合建議撰寫要點或審查方式。
12. 每月彙整審查縣市之審查結果，交付予衛生福利部做為參考。
13. 定期召開會議討論審查準則的一致性並增修審查的建議內容。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 審查份數統計結果：

截至 10 月已完成三輪審查，合計共審查 744 份。第四輪審查進行中。

2) 審查問題和建議整理：

(1) 「整體觀」建議：各縣市撰寫紀錄品質整體為「優」或「良」居多。

(2) 訪視紀錄撰寫建議：

- a. 主/客觀資料：品質為「優」或「良」居多，部分紀錄所勾選個案目前問題選項，在個案主述欄位中並無具體進行完整描述。建議「個案針對目前問題之敘述」需涵蓋「目前問題」所勾選之選項，例如目前問題勾選了婚姻問題、經濟問題，則個案主述中應針對勾選的這兩點加以敘明為佳；在外觀觀察、語言表達、人際互動、居住環境以外建議可嘗試對個案呈現的各種現象進行客觀觀察，以輔助評估，藉此對個案產生系統性的理解；避免記錄流水帳，建議聚焦於目前問題與自殺原因。
- b. 綜合評估結果：關於生理及精神疾病之就醫治療史資訊，在啟用新版紀錄單後，各縣市均達到完整填寫。經審查發現各縣市在「其他補充說明」欄位填寫內容較少，其他有填寫的紀錄品質為「優」或「良」居多。除勾選高中低度風險外，建議也可補充說明與專業判斷、處遇有關之資訊。
- c. 個案服務計畫：在新版紀錄單之「個案需求及服務計畫綜合說明」需涵蓋「個案需求」及「服務計畫」所勾選之選項，例如個案需求及服務計畫勾選了社會福利資源需求、轉介社會局(處)，則綜合說明建議應針對勾選的這兩點加以敘明為佳；建議透過專業觀點，對個案產生系統性的理解，進一步擬定處遇計畫、資源連結、未來關懷重點等；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。

- d. 結案：經審查發現各縣市在「是否經督導討論或督導會議同意結案」欄位說明較少，其他有說明的紀錄品質為「優」或「良」居多，建議針對目前問題、自殺原因、各項危險因子及保護因子之變化做敘述評估，並說明資源連結情形；個案訪視應依循衛生福利部 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；結案評估若為督導會議決議，建議應清楚寫下結案原因與完整評估。

(3) 綜合建議：

- a. 前後資訊保持一致：訪視紀錄單各欄位資訊應確保一致。
b. 應詳實記錄訪視內容：各項資料應填寫於正確欄位。

3) 各縣市意見回饋：

截至 10 月共有 9 縣市提供回饋，收到 27 則意見，此外大部分縣市皆無意見回饋且均可依建議改善。各縣市意見回饋經分類彙整如下：

- (1) 自殺防治通報系統設計相關建議：15 則
(2) 自殺關懷訪視紀錄表單設計相關建議：5 則
(3) 審查意見相關建議：3 則
(4) 訪視流程/結案標準相關建議：3 則
(5) 人力問題：1 則

參考各縣市意見回饋，經中心討論後調整要點或方式如下：

- (1) 關於自殺防治通報系統設計相關建議，已於三月份發文各縣市蒐集系統功能增修建議並彙整提報予系統維護廠商。詳見「自殺防治通報系統增修建議」章節。
(2) 關於自殺關懷訪視紀錄表單設計及訪視流程/結案標準相關建議，應屬個案管理流程或個案本身特殊狀態方面問題，仍需透過專家學者討論方能研擬合宜改善作法。
(3) 關於審查意見相關建議，本中心將參考各縣市意見，討論審查準則並增修審查的建議內容。

2. 結論

- 1) 今年度起實施新版訪視紀錄審查辦法及審查標準，各縣市撰寫紀錄品質為「優」或「良」居多，約佔 83.9%，品質為「可」、「差」、「劣」之紀錄約佔 16.1%。
2) 部分紀錄撰寫困境與新版自殺防治通報系統設計有關，顯示系統建置及紀錄完整性仍有改善空間。此外，審查發現部分紀錄在紀錄連貫性上較為欠

缺，包括單一紀錄內文前後資訊不一、同一個案在不同紀錄上的狀態變化缺乏說明等。鑒於訪視紀錄乃資源連結轉介重要資料，宜提升訪視紀錄之資料連貫性，以利網絡夥伴參考運用。

- 3) 在自殺風險評估部份，舊版紀錄上較少呈現的「生理精神狀態」及「治療順從性評估」，在新版訪視紀錄表中獲得改善，顯示訪員能盡量著重生理及精神疾病之就醫治療史資訊，結合其他資訊綜合評估個案的再自殺風險，提升訪視服務效能與品質。
- 4) 在社會資源轉介與橫向連結方面，在新版訪視紀錄表將就醫治療史相關資訊納入必填項目後，可更具體了解個案在使用醫療資源相關訊息，如個案在接受訪視期間是否穩定就醫、用藥。其餘選項納入長照相關項目，更能了解個案在家庭支持或照顧者支持方面之需求。自殺行為是多重因素影響下的結果，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。
- 5) 為考量審查公平性，目前制定之審查辦法以訪視個案本人並且結案之完整紀錄為主要審查對象，對於因重覆通報或失聯、拒訪而結案之紀錄檢視較少。未來中心將持續追蹤檢討因行政流程而自動結案之紀錄是否納入審查範圍。
- 6) 依據強化社會安全網計畫，自殺防治合併精神照護或保護性等多重議題個案由心衛社工承接服務，惟目前本中心無法閱覽心衛社工之個案訪視紀錄，未來中心持續檢討心衛社工訪視紀錄是否納入審查範圍。
- 7) 後續持續追蹤各縣市改善情形，於每輪抽審時將與前一輪審查結果進行比較，俾了解紀錄品質是否提升，針對不足之處提出具體改善建議，並參考各縣市提供之意見回饋，調整今後撰寫審查建議方式。

五、附件

附件 6-1-1、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查辦法

附件 6-1-2、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查結果表

附件 6-1-3、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表

研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師之 教育訓練措施及機制

一、背景(Context)

相關問題或重要性

臺灣自殺防治學會自民國 94 年成立以來，以「人人都是自殺防治守門人」為目標，積極傳遞自殺防治知能，鑑於近年來守門人議題越來越受到社會各界重視，許多機構、校園與企業申請守門人課程。學會於 110 年提出「自殺防治守門人講師認證暨教材標準化計畫」，希望透過辦理「自殺防治守門人講師訓練」工作坊，藉由標準化培訓指引、訓練大綱及教材內容，達成守門人講師專業一致性，以符合社會大眾的需求與期待，在 111 年 11 月 20 日已辦理「自殺防治守門人種子師資訓練」專家研討會議，此會議共培訓來自全台各地區的 55 位自殺防治守門人種子教師，並同時授證，效期從 111 年 11 月 20 日至 113 年 12 月 31 日，透過此計畫培訓自殺防治種子教師之措施及機制，培育更多自殺防治守門人講師，再訓練出更多的自殺防治守門人，以俾推動選擇性自殺防治策略，並達自殺防治網網相連之目標。

依據自殺防治法第 9 條第 2 款第 5 項，中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，辦理事項，推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。

今年辦理自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議於 112 年 4 月 21 日及 112 年 5 月 12 日分兩場次辦理，並且在兩場次的會議當中，宣導關於培訓自殺防治種子教師教育訓練的教材內容及認證結構，希冀提供給各縣市，作為各縣市推廣守門人講師訓練的參考及資源，後續將依各縣市的需求，再研擬自殺防治種子師資之培育課程的辦理。

112 年 7 月 25 日舉辦學會第五屆第四次教育宣導委員會會議，討論關訪員種子師資培訓之未來方向、共同檢閱機制草案內容。將依會議結論修改的草案去信內部專家，得出具共識之成果。

二、輸入(Input)

1. 資料蒐集

- 1) 設計調查 GOOGLE 表單:分為兩部分，近兩年與今年預計主辦或合作辦理之課程進行勾選；貴單位所在縣市「關懷訪視實務教育訓練」需求與建議。
- 2) 彙整 22 縣市的需求與建議調查 GOOGLE 表單。

- 3) 製作自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議議程及說明簡報(兩場次)。
- 4) 製作自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議會議記錄。
- 5) 再次彙整各縣市會議中提出的需求與建議。
- 6) 製作研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師教育訓練措施及機制實施草案。
- 7) 製作第五屆第四次教育宣導委員會會議紀錄。
- 8) 彙整教育宣導委員會提出之建議。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局
- 2) 資源連結內容及形式：發文至各縣市衛生局邀請關訪員或自殺防治業務承辦人代表參加、電子信箱聯繫各縣市關訪員會議通知、形式為實體合併線上。

三、過程(Process)

1. 111 年 12 月至 112 年 2 月蒐集並彙整關訪員初進階課程總表。
2. 112 年 2 月本中心先盤點關懷訪視員之初階與進階課程。
3. 112 年 3 月至 4 月初調查 GOOGLE 表單發文至各縣市衛生局邀請填表單及敬邀各縣市派代表參加會議
4. 4 月 1 日至 4 月 10 日整理調查 GOOGLE 表單，彙整出各縣市的需求及建議
5. 4 月 19 日寄 e-mail 會議通知給參加第一場次之各縣市代表；5 月 9 日寄 e-mail 會議通知給參加第二場次之各縣市代表
6. 4 月 20 日製作第一場次簽到表及桌牌；5 月 10 日製作第二場次簽到表及桌牌
7. 7 月 21 日寄 e-mail 教育宣導委員會會議通知給學會教育宣導委員。
8. 9 月 28 日寄 e-mail 給學會內部專家，請其對依教宣委員會會議修改之草案提出建議。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 112 年 4 月 21 日(五)辦理第一場次自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議
- 2) 112 年 5 月 12 日(五)辦理第二場次自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議
- 3) 112 年 7 月 25 日(二)辦理第五屆第四次台灣自殺防治學會教育宣導委員

會會議。

2. 各縣市需求建議

1) 彙整各縣市對課程之需求

中心於 112 年 4 月 21 日(五)及 112 年 5 月 12 日(五)召開 112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議，最後彙整出各縣市需求及建議(詳見附件 6-2-4，縣市需求如下表：

表 6-2-4、各縣市對於關懷訪視課程需求及建議

需求類別	縣市
1.個案關懷訪視技巧：個案自殺風險評估及資源連結(學校、衛生局、醫療諮詢機構等)、關懷訪視技巧	6 個縣市(新北市、桃園市、新竹縣、南投縣、屏東縣、台南市)
2.精神疾病防治進階知能：精神疾病合併多重問題(毒藥酒癮、家暴、人格異常等)及自殺防治	3 個縣市(台南市、新竹市、台東縣)
3.多元議題個案之追蹤與輔導：特殊個案(兒童、青少年、老、藥酒癮、創傷、人格問題等)的案例研討及其家訪時，對個案與家屬的關懷技巧	8 個縣市(屏東縣、彰化縣、雲林縣、台東縣、金門縣、連江縣、澎湖縣、新北市)
4.法律及倫理規範：自殺防治法、精神衛生法等	0 個縣市
5.關懷訪視實務訓練：困難包括拒訪，重複通報及網絡合作(學校、社政、醫院)案例分析與實務演練、工作坊、督導教育訓練等及訪視紀錄撰寫	4 個縣市(台南市、台中市、南投縣、高雄市)
6.關懷訪視人員的自我健康促進：工作風險與壓力自我覺察辨識因應，自我照顧與健康維護	1 個縣市(屏東縣)
7.統整自殺關懷訪視員課程及社安網課程	2 個縣市(宜蘭縣、高雄市)

3. 後續執行事項

關訪員種子教師教材擬以現有關訪員初進階教材為主，增設課程簡介及學習目標供講師卓參，並考慮與社安網課程整合、介紹社安網各類人員的職責及工作內容，使種子教師的課程更趨完備。後續再訂定種子教師納入的確定之門檻，由學會直接認定符合教師的學經歷及相關證書。其餘詳見附件 6-

2-7 研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師教育訓練措施及機制實施草案。

後續中心將會持續依照 112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討建議書，納入「自殺防治守門人種子師資培訓計畫」，再次定期檢視自殺防治守門人種子師資之訓練措施及機制，及未來推廣方向。

另自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法中明定訓練課程結構及其主題，未來修法時提出建議。

五、附件

附件 6-2-1 112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議議程表

附件 6-2-2 112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議會議紀錄(第一場次 112 年 4 月 21 日星期五)

附件 6-2-3 112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議會議紀錄(第二場次 112 年 5 月 12 日星期五)

附件 6-2-4 112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議建議書

附件 6-2-5 112 年度第五屆第四次教育宣導委員會會議議程

附件 6-2-6 112 年度第五屆第四次教育宣導委員會會議紀錄(112 年 7 月 25 日星期二)

附件 6-2-7 研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師教育訓練措施及機制實施草案

自殺關懷訪視員課程規劃

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

行政院於 107 年 2 月核定「強化社會安全網計畫」，為建立家庭與社區永續支持體系，強化社會安全網（以下稱社安網）整合司法、警政、民政、教育、勞政、衛政、社政等網絡，串連中央、地方政府及民間團體、社區組織的力量。並透過各項垂直、水平的跨體系整合會議，擴充地方政府各項專業人力，強化各網絡間的合作機制，共同建構完善的安全網絡。

第一線工作人員在不同的場域，面對各種不同族群，擁有獨特議題與背景之個案，經常遭遇自殺相關議題的挑戰。為因應背景多元且問題複雜的自殺個案，隨著近年自殺通報人次的上升，訪視員個管案量提升，更凸顯自殺關懷訪視工作效能以及相關課程之重要性。持續了解社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員之進修需求、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，實為社會安全工作中不可缺少的一環。

本中心已配合社安網各項專業人力需求，依據自殺防治法設計適合第一線工作人員與自殺關懷訪視員之教育訓練課程，並與專家學者共同研擬，提供更具有實務性之自殺防治相關課程，供社安網各項專業人力及自殺關懷訪視員參考運用，以精進其專業知能與實務工作能力。

2. 業務目的與目標

- 1) 配合衛生福利部社安網第二期計畫之各類服務人力需要，訂定自殺防治相關課程內容，研擬符合實務需求之相關課程。
- 2) 自殺防治相關人力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，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) 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) 依據社安網第二期計畫，針對各類服務人力規劃、彙整相關課程。
- 3) 參考「自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」結果，作為自殺

關懷訪視員教育訓練課程辦理方向。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部。
- 2) 資源連結內容及形式：全國自殺防治中心網站、自殺防治系列手冊、社安網第二期計畫等。

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. 依據社安網第二期計畫各類服務人力規劃相關課程。
3. 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」規劃適當課程，邀請講師於中心內部進行專題演講，並錄製為自殺關懷訪視線上課程教材。
4. 參考中心於4月21日、5月12日所召開「自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」結果，依各縣市實務需求，作為未來規畫教育訓練課程方向。
5. 課程錄製完成後，撰寫課程計畫向衛生福利部申請審認。經審認同意，將最新課程教材建置於珍愛生命數位學習網。

四、成果(Product)

1. 強化社安網第二期計畫之各類服務人力相關課程

依據社安網第二期計畫，各計畫項目所需服務人力如表 6-3-1：

表 6-3-1、社安網第二期計畫服務人力類別

計畫項目	服務人力類別
社會福利服務中心	社工
提升身心障礙者需求評估服務品質	社工
脫貧方案家庭服務	社工
保護性案件服務	社工
精進及擴充兒少家外安置資源	社工
社區心理衛生中心	心理輔導員、心理師、 職能治療師、護理師
精神疾病與自殺防治合併多重議題個案服務	心衛社工
精神疾病與自殺防治關懷訪視服務	精神病人社區關懷訪視員、 自殺關懷訪視員
精神障礙者協作模式服務據點方案管理	方案管理社會工作人員
家庭暴力及性侵害加害人處遇個案管理	社工
藥癮個案管理服務	藥癮個管員

依據上表，將社安網第二期計畫各項目人力劃分為以下五類，課程規劃詳參本章節附錄。

1) 心理師、心理輔導員

需具備因應心理障礙、精神疾病與自殺防治之專業能力，共 24 堂課。

2) 護理師

需具備因應精神疾病與自殺防治之專業能力，共 23 堂課。

3) 社工、方案管理社會工作人員

需具備因應保護性案件、身心障礙與自殺防治之專業能力，共 9 堂課。

4) 心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員

需具備保護性案件、精神疾病與關懷訪視核心能力之專業能力，共 42 堂課。

5) 藥癮個案管員、職能治療師

需具備自殺防治守門人知能，共 8 堂課。

2. 自殺防治相關人力課程檢視與規劃

1) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第四條，本中心開設自殺防治人力專區，針對自殺防治相關人力規劃有初階課程共 25 堂，進階課程共 17 堂，合計共 42 堂(含 112 年度新增課程)。詳細課程列表詳見附件 6-3。

2) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第七條第一項規定，將 111 年下半年至 112 年錄製課程共 3 堂，於 6 月份發文衛生福利部進行課程申請，經衛生福利部審認同意開課。112 年度新增課程如表 6-3-2。

表 6-3-2、112 年度新增課程

課程名稱/年份	課程時長	認證時數
新版關懷訪視紀錄填撰寫說明/111	61 分鐘	1 小時
個體自殺風險的社會文化因素/112	68 分鐘	1 小時
LGBT 心理健康/112	59 分鐘	1 小時

3) 依據「自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」結果，發現 22 縣市在自辦教育訓練中，初階課程規劃最少的課程類別為「多元文化及多元性別概論」、「法律倫理概論」及「自殺遺族心理歷程及關懷溝通」，進階課程規劃最少的課程類別為「拒絕訪視與重複自殺個案之關懷訪視技巧及資源轉介」。會議結果詳見「研訂培訓自殺關懷訪視員種子教師教育訓練措施及機制」章節。其他關懷訪視員教育訓練需求彙整如表 6-3-3。

表 6-3-3、關懷訪視員教育訓練需求彙整

需求類別	課程主題
1.個案關懷訪視技巧	個案自殺風險評估及資源連結(學校、衛生局、醫療諮詢機構等)、關懷訪視技巧
2.精神疾病防治進階知能	精神疾病合併多重問題(藥酒癮、家暴、人格違常等)及自殺防治
3.多元議題個案之追蹤與輔導	特殊個案(兒青、老年、藥酒癮、創傷、人格問題等)之案例研討及訪視技巧
4.法律及倫理規範	自殺防治法、精神衛生法等
5.關懷訪視實務訓練	困難案例 (包括拒訪、重複通報)及網絡合作(學校、社政、醫院)分析與實務演練、訪視紀錄撰寫
6.關懷訪視人員的自我健康促進	工作風險與壓力自我覺察、辨識、因應；自我照顧與健康維護

3. 結論

1) 自殺防治人力專區修課及通過情形

自 109 年衛生福利部函頒自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法後，珍愛生命數位學習網開放自殺防治人力專區起算(109 年 11 月)，各類別課程通過人數詳見表 6-3-4。

表 6-3-4、自殺防治人力專區各類別課程通過人數

課程類別	計算日期	通過人次	總通過人數
初階課程	109 年 11 月-112 年 10 月	8520	476
進階課程	109 年 11 月-112 年 10 月	4428	

- 2) 依規格書順利推出各專業課程，並收集學員回饋意見，持續追蹤檢討如何強化各專業人員使用本中心課程資源。透過課後滿意度調查，學員回饋表示受益良多，反應熱烈，平均達到同意/滿意以上為 94.9%，詳如表 6-3-4。

表 6-3-4、課程滿意度評值表

題目	選項 ^註 n(%)				
	1	2	3	4	5
1. 本次課程內容，讓您感到有所收穫	7937 (59.4)	4795 (35.9)	574 (4.3)	21 (0.2)	38 (0.3)
2. 整體而言，您對本課程之滿意程度為	7942 (59.4)	4696 (35.1)	670 (5.0)	19 (0.1)	38 (0.3)
3. 未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？	12809 (95.8)	82 (0.6)	474 (3.5)	-	-
4. 本次課程是否能增進您關心他人預防自殺的能力呢？	13278 (99.3)	87 (0.7)	-	-	-

註：

第 1 題選項為 1. 非常同意、2. 同意、3. 普通、4. 不同意、5. 非常不同意

第 2 題選項為 1. 非常滿意、2. 滿意、3. 普通、4. 不滿意、5. 非常不滿意非常符合

第 3 題選項為 1. 願意、2. 不願意、3. 課程中沒有提到心情溫度計(BSRS)

第 4 題選項為 1. 可以、2. 不可以

3) 參考今年度辦理兩場次「自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」討論結果，做為未來規劃關懷訪視相關人力課程方向之依據。明年度視實際需求，針對以下自殺防治相關人力課程錄製最新線上影片教材後再次進行申請。

(1) 初階

- a. 法律及倫理規範－精神衛生法修正草案三讀通過後，擬規劃錄製最新自殺防治法律相關課程。
- b. 關懷訪視技巧－擬針對特殊個案持續規劃錄製最新課程。
- c. 多元文化及多元性別概論－現有課程已為最新課程，擬進一步針對不同族群或主題持續規劃課程。
- d. 自殺防治守門人概論及措施－因應「自殺關懷訪視紀錄單」最新版本啟用，現已錄製最新課程。
- e. 自殺通報流程－現有課程已為最新課程
- f. 個案自殺風險評估及處遇－配合自殺防治重要議題(如家暴、兒少保護等)，持續規劃錄製最新課程。
- g. 自殺個案轉介及資源連結－現有課程已為最新課程。
- h. 自殺遺族心理歷程及關懷溝通－邀請專家學者規劃自殺者遺族主題講座並錄製最新課程。

(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－擬針對第一線人員處遇困難個案持續規劃錄製最新課程。
- 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，持續規劃錄製適合自殺關懷訪視員及心衛社工之最新課程。
- c. 個案報告及討論－擬配合社區心理衛生中心辦理之個案研討會進行課程錄製。
- 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。

五、附錄

配合「強化社會安全網第二期計畫」各類服務人力需要之教育訓練

1. 適合心理師、心理輔導員之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
家庭照顧者之自殺防治/陳景寧	44
自殺防治：從住院病人自殺預防談起和社區自殺風險評估與處置/顏永杰、吳恩亮	44
運用正念認知治療預防社區憂鬱疾患復發/洪敬倫	61
自殺高風險群辨識與處遇/陳俊鶯、吳佳儀	55
網路霸凌與自殺防治/顏正芳	39
網路介入與自殺防治/黃敏偉	31
職場心理衛生與自殺防治/呂淑貞	34
職場心理衛生與自殺防治策略與實施/方俊凱	29
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/吳佳儀	50
地區醫院自殺防治守門人策略/吳佳儀	84
網路科技與防疫心理衛生和年輕族群社區心理衛生介入/ 黃敏偉、陳偉任	41
兒童青少年的憂鬱與自殺/高淑芬	30
大專學生自殺防治的挑戰和兒童青少年的自殺防治策略/ 廖士程、吳佳儀	47
自殺防治法及子法規介紹/陳俊鶯	67
自殺數據及自殺防治策略應用與實施/詹佳達	57

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治新觀點/詹佳達	44
災難心理重建和自殺的警訊、溝通、處遇與預防/張家銘、吳佳儀	60
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤/蕭雪雯、陳俊鶯	51
新冠疫情與心理衛生/周煌智	39
長照主要照顧者與自殺防治/吳佳儀	43
青少年自殺防治/陳俊鶯	55
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	64
個體自殺風險的社會文化因素/林綺雲	68
LGBT 心理健康/陳牧宏	59

2. 適合護理師之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
老人照護與主要照顧者負荷和自殺防治：從住院病人自殺預防談起/徐亞瑛、顏永杰	40
心理健康行動科技於自殺防治之應用/吳佳儀	43
家庭照顧者之自殺防治/陳景寧	44
職場自殺防治和社區自殺風險評估與處置/楊聰財、吳恩亮	54
運用正念認知治療預防社區憂鬱疾患復發/洪敬倫	61
自殺高風險群辨識與處遇/陳俊鶯	55
網路霸凌與自殺防治和網路介入與自殺防治/顏正芳、黃敏偉	69
職場心理衛生與自殺防治與實施策略/呂淑貞、方俊凱	62
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/吳佳儀	50
地區醫院自殺防治守門人策略/吳佳儀	84
年輕族群社區心理衛生介入和大專學生自殺防治的挑戰/陳偉任、廖士程	43
兒童青少年的憂鬱與自殺和兒童青少年的自殺防治策略/高淑芬、吳佳儀	53

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及子法規介紹/陳俊鶯	67
自殺數據及自殺防治策略應用與實施/詹佳達	57
自殺防治新觀點/詹佳達	44
自殺的警訊、溝通、處遇與預防和災難心理重建/吳佳儀、張家銘	60
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤/蕭雪雯、陳俊鶯	51
網路科技與防疫心理衛生和面對新冠病毒疾病衝擊下的台灣心理衛生/黃敏偉、周煌智	61
長照主要照顧者與自殺防治/吳佳儀	43
青少年自殺防治/陳俊鶯	55
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	64
個體自殺風險的社會文化因素/林綺雲	68
LGBT 心理健康/陳牧宏	59

3. 適合社工、方案管理社會工作人員之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及相關子法規/陳俊鶯	67
自殺防治新觀點/詹佳達	44
自殺的警訊、溝通、處遇與預防/吳佳儀	37
精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/吳恩亮	64
自殺迷思與危險因子、保護因子介紹/吳佳儀	56
年輕族群重複自傷的處置/陳淑欽	22
社區自殺風險評估與處置/吳恩亮	23
個體自殺風險的社會文化因素/林綺雲	68
LGBT 心理健康/陳牧宏	59

4. 適合心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員之課程

初階課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及相關子法規-立法的意涵及實踐/陳俊鶯	67

個案關懷訪視計畫與家庭訪視經驗及技巧/許麗娟	95
自殺防治與社區處遇實務/吳佳儀	85
自殺個案電話諮詢及危機處置/朱開玉	95
新版關懷訪視紀錄填撰寫說明/陳俊鶯	61
關懷訪視實務技巧/楊晴雅	34
自殺未遂個案關懷訪視知能研討會議/周昕韻	61
個體自殺風險的社會文化因素/林綺雲	68
LGBT 心理健康/陳牧宏	59
自殺防治概論與措施/李明濱	68
關懷訪視員教學影片/多名講師	77
自殺防治守門人介入措施之自殺自傷個案處遇/吳佳儀	44
自殺防治守門人介入措施之自殺高風險個案處遇/吳佳儀	33
自殺防治守門人概論/潘怡如	54
自殺的警訊、溝通、處遇與預防/吳佳儀	37
自殺通報與關懷流程/陳俊鶯	77
高風險個案之評估/陳宜明	49
困難個案之處遇及追蹤/王禎邦	95
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/周昕韻	73
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	54
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	87
青少年自殺防治/陳俊鶯	55
自殺防治與資源連結/蕭雪雯	55
資源轉介困境與建議/詹佳達	32
自殺者親友之心理歷程與危機/曾美智	22
進階課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
拒訪個案之處置措施與成效評估/張家銘	31
重複自殺個案之樣態分析與處置建議/吳佳儀	25
反覆自殺困難案例討論/多名講師	39
危機個案之進階轉介技巧與資源連結/蘇柏文	55
常見精神疾病與因應措施/顏永杰	51

精神病人治療性關係建立與會談技巧/彭英傑	55
精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/吳恩亮	64
藥酒癮個案自殺防治與社區處遇實務/吳坤鴻	84
老人自殺防治/謝明鴻	47
家庭照顧者之自殺防治/陳景寧	44
自殺數據判讀指引/張書森	49
自殺防治最新數據與新進展/陳俊鶯	30
自我覺察與壓力管理/方俊凱	58
壓力管理與自殺防治/李明濱	105
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/吳佳儀	50
訪視員之壓力調適及情緒管理/鍾秀華	58
災難心理重建/張家銘	23

5. 適合藥癮個管員、職能治療師之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及相關子法規-立法的意涵及實踐/陳俊鶯	67
自殺防治新觀點/詹佳達	44
自殺的警訊、溝通、處遇與預防/吳佳儀	37
精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/吳恩亮	64
自殺迷思與危險因子、保護因子介紹/吳佳儀	56
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤/蕭雪雯、陳俊鶯	51
個體自殺風險的社會文化因素/林綺雲	68
LGBT 心理健康/陳牧宏	59

六、附件

附件 6-3-1、自殺防治人力專區課程列表

自殺防治通報系統增修建議

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。

因應 112 年 1 月 1 日正式啟用新版自殺關懷訪視單，為輔助自殺關懷訪視作業，本中心將持續蒐集各縣市關懷訪視人員系統使用上常見問題，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，並依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) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。
- 2) 蒐集專家意見並修正自殺關懷訪視紀錄及自殺防治通報單之內容。
- 3) 建置通報系統「知識庫維護功能」。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 持續檢視自殺關懷訪視紀錄單及自殺防治通報單內容，並配合衛生福利部心理健康司進行討論與修正。
- 2) 持續追蹤各縣市衛生局及關懷訪視人員系統使用上常見問題並蒐集彙整修正建議。
- 3) 配合自殺防治通報系統維護廠商辦理統計資料盤點及新舊資料對應等相關事宜，以利維持統計資料之延續性。

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. 配合衛生福利部心理健康司來函指示，於 112 年 3 月 9 日發文各縣市衛生局，敬邀提供自殺防治通報系統功能增修建議。
2. 由本中心協助彙整後，於 3 月 24 日提報自殺防治通報系統功能增修建議予系統維護廠商。
3. 衛生福利部心理健康司於 4 月 27 日召開 112 年自殺防治通報系統需求討論會議，與系統廠商共同檢視現行月報表定義及邏輯，並討論 112 年度系統需求功能新增修改及上線時程優先順序。

四、成果(Product)

1. 擬定初步修正內容

1) 自殺防治通報系統功能增修

中心上半年提出擬定通報系統功能增修建議(詳見附件 6-4-1)，增修摘要如下表：

表 6-4-1、112 年自殺防治通報系統功能增修摘要

項次	建議功能
1.	配合中心需求書需求項目,修改自殺通報系統欄位選項。
2.	配合中心需求，自殺通報關懷表增加產出季報表。
3.	新增系統回報(建議)功能。
4.	建議第二大項「訪談資訊」第五小項、「有無支持系統」、第六小項「宗教信仰」、第七小項「本次通報前是否曾有過自殺行為或企圖」、第八小項「居住及家庭現況」、第九小項「目前個案有無接受其他機構/團體關懷」可帶入近一次訪視資料。
5.	第四大項「自殺風險評估」第四小項「近兩年精神醫療史評估」第一小題「是否接受過精神科治療之診斷名稱」建議改為： <ol style="list-style-type: none">1. 帶入個案健保系統資料。2. 針對有住院史，並於精神照護系統上傳出院準備計畫書者，由系統自行匯入診斷資料。
6.	請系統端修正結案原因提取資料的位置，因為其他，而非

結案摘要評估。

7. 建議能全部統整進訪視紀錄頁面，以便紀錄登打參考內容順利度。
 8. 建議可由關訪員自行於系統輸出結案報表，內容包含
 - 1.個案姓名，
 - 2.通報日期，
 - 3.通報次數，
 - 4.通報時年齡，
 - 5.自殺方式，
 - 6.自殺原因，
 - 7.多元照顧議題，初訪本人日期；前述資料以 Excel 檔輸出為佳。
 9. 建議於系統首頁直接顯示案件量、逾期數、預計訪視案件數等。
 10. 增加下載 ODF 檔案功能。
 11. 建議將版面填滿螢幕。
 12. 建議在頁面上以具體問答方式及一步步引導方式完成填報。首先新增 3 個選項，3 個選項為個案是否
 - 1.個案有自殺企圖
 - 2.個案自殺死亡
 - 3.個案表達有自殺或結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫或行動。而在通報人選擇選項 3 時，則連結至衛生福利部心理健康司自殺意念者服務及轉銜流程。
-

2. 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，提供給衛福部，作為未來功能增修的參考依據，並依照心理健康司作業時程持續與系統維護廠商配合辦理，增進訪視紀錄完整性與可信度。

五、附件

附件 6-4-1 通報系統功能增修建議

柒、其他辦理事項

(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料	
<p>2. 依據「111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」，提供兒童及少年自殺防治行動方案。</p> <p>(1) 協助研擬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>	依規定辦理完成 詳見7.1章節
(三) 辦理自殺防治之實證研究	
<p>3. 依據「111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」，提供兒童及少年自殺防治行動方案。</p>	依規定辦理完成 詳見7.1章節
(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
<p>1. 針對本部依自殺防治法第4條規定召開之自殺防治諮詢會，協助分析會議所需相關數據、擬定議程、彙整提案、預擬回應意見、製作會議紀錄及相關庶務工作。</p>	依規定辦理完成 詳見7.1章節
<p>2. 配合本部依自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條規定，研訂「全國自殺防治綱領」草案，並協助相關意見收集與會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等事宜，及配合核定之綱領執行相關事宜。</p>	依規定辦理，且持續執行中 詳見7.1章節
(五) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
<p>2. 配合本部112年度規劃討論議題及期程：</p> <p>(1) 與安心專線得標廠商共同辦理「自殺防治工作聯繫會議」。</p> <p>(2) 應本部要求舉辦相關展覽活動，以提供民眾或特定人口群自殺防治衛教活動、教育訓練等。</p>	今年度衛生福利部未辦理

配合衛生福利部辦理事項

一、背景 (Context)

本節整理基本工作項目中，配合衛生福利部之辦理事項，包含：

1. 依據「111 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」，提供兒童及少年自殺防治行動方案。
2. 協助研擬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)。
3. 針對本部依自殺防治法第 4 條規定召開之自殺防治諮詢會，協助分析會議所需相關數據、擬定議程、彙整提案、預擬回應意見、製作會議紀錄及相關庶務工作。
4. 配合本部依自殺防治法第 9 條第 1 項及自殺防治法施行細則第 3 條規定，研訂「全國自殺防治綱領」草案，並協助相關意見收集與會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等事宜，及配合核定之綱領執行相關事宜。
5. 配合本部 112 年度規劃討論議題及期程：
 - 1) 與安心專線得標廠商共同辦理「自殺防治工作聯繫會議」。
 - 2) 應本部要求舉辦相關展覽活動，以提供民眾或特定人口群自殺防治衛教活動、教育訓練等。

二、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 於 112 年 2 月 5 日依衛生福利部心理健康司指示，繳交「111 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」中第 22 點及第 47 點內容提供行動方案建議。(詳如附件 7-1-1)
- 2) 中心依照 111 年自殺死亡數據提出相關說帖予衛生福利部。說帖中針對性別、年齡及可能因新冠疫情所造成之自殺死亡數據變化提出可能之解釋。並且因應數據之變化提出自殺防治策略。(詳如附件 2-1-3)
- 3) 衛生福利部於 112 年 4 月 24 日召開「衛生福利部自殺防治諮詢會第二屆第 3 次委員會議」。
 - (1) 會議當天由全國自殺防治中心吳佳儀執行長代表中心出席會議，並由廖健鈞主任秘書隨行。
 - (2) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。
- 4) 衛生福利部於 112 年 10 月 23 日召開「衛生福利部自殺防治諮詢會第二

屆第 4 次委員會議」。

- (1) 會議當天由全國自殺防治中心陳俊鶯副主任代表中心出席會議，並由廖健鈞主任秘書、李岳勳專員、謝侑妍專員、簡湘芸專員隨行。
- (2) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。
- 5) 衛生福利部心理健康司於 112 年 10 月 23 日「衛生福利部自殺防治諮詢會第二屆第 4 次委員會議」進行「全國自殺防治綱領」草案報告，會中主席決議需邀集各部會、各地方政府共同研議草案修改內容。
- 6) 衛生福利部未規劃執行「全國自殺防治中心」與「安心專線」之自殺防治工作聯繫會議及相關展覽活動，針對此項需求項目未有成果呈現。

三、 附件

附件 7-1-1、落實兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見之行動回應表

刊物之發行與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

本中心自 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民眾了解自殺防治相關資訊，亦可提升民眾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，以及參與自殺防治工作的朋友們一個即時而豐富的互動平臺。

《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)，自 111 年起由《自殺防治網通訊》(Newsletter for Suicide Prevention Network)更名轉型，接續原卷期數並正式出刊。最新一期為第 18 卷第 3 期，於 112 年 9 月發行。本會已申請國際數位物件識別碼(DOI, Digital Object Identifier)及國際標準期刊號(International Standard Serial Number, ISSN)，並與「華藝數位」公司簽約，擬透過專業資訊平台，使刊登於 JoS 之論文，能即時讓普羅大眾隨即取用。JoS 將展為英文期刊，但於出版初期，亦歡迎同仁使用中文投稿，JoS 將邀請日韓及其他東南亞或歐美國家自殺防治專家學者共同編輯與投稿。相信 JoS 的問世能提高國人在國際自殺防治領域的能見度。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 「自殺防治學」為台灣自殺防治學會所出版之同儕評審且開放取用(open access)之學術雜誌。凡與自殺防治相關之跨專業領域學術論著，均為本誌刊載之對象，但以未曾投稿於其它雜誌者為限。
- 2) JoS 將展為英文期刊，但於出版初期，亦歡迎同仁使用中文投稿，JoS 將邀請日韓及其他東南亞或歐美國家自殺防治專家學者共同編輯與投稿。相信 JoS 的問世能提高國人在國際自殺防治領域的能見度。
- 3) 「自殺防治網通訊」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，藉此平台分享經驗與知能。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)
 - (1) 每年 3、6、9、12 月出刊，一年發行四期，為季刊形式。
 - (2) 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。
 - (3) 出版後，透過專業資訊平台，刊登 JoS 之論文，同時上傳中心網站供大眾瀏覽與宣導。
- 2) 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) 稿件蒐集完成後，由中心資訊組進行排版。
 - (5) 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、華藝數位、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教授、新光吳火師紀念醫院詹佳達主任。
- 2) 資源連結內容及形式:邀稿、撰稿、排版與刊物宣傳。

三、過程(Process)

1. 組織建立

- 1) 成立自殺防治學期刊編輯委員會，邀請台灣自殺防治學會理監事及各領域專長會員擔任委員；另由中心專員擔任助理編輯，追蹤各期主題、邀稿細節、排版等內容與進度。
- 2) 自殺防治學期刊編輯委員名單
 - (1) 主任委員:李明濱
 - (2) 委員:呂淑貞、周煌智、陳俊鶯、廖士程、賴德仁
 - (3) 總編輯:吳佳儀
 - (4) 副總編輯:詹佳達
 - (5) 編輯:王弘裕、吳恩亮、李佳殷、林俊媛、張正辰、孫凡軻、陳宜明、戴萬祥、蘇泓洸、黃立中
 - (6) 編輯顧問:方俊凱、呂淑妤、姜丹榴、張家銘、張書森、陳

恆順、陳映燁、陳碧霞、黃敏偉、楊聰財、鄭宇明、蕭雪雯、龍佛衛、顏永杰

(7) 統計顧問：杜裕康、劉力瑜

(8) 英文顧問：王郁琪、Walter Huang

(9) 國際顧問：Igor Galynker (USA) 、Neil Harrison (UK) 、Vivian Isaac (Australia) 、Hong jin Jeon (Korea) 、Karen WeiRu Lin (USA) 、Yutaka Motohashi (Japan) 、John Snowden (Australia) 、Robert Stewart (UK) 、Tadashi Takeshima (Japan)

(10) 助理編輯：溫惟婷、陳倩穎、許宇萱、廖健鈞

3) 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：王弘裕、吳恩亮、李佳殷、孫凡軻、林俊媛、張正辰、陳宜明、蘇泓洸、黃立中、戴萬祥

(4) 編輯顧問：張家銘、陳俊鶯、陳恆順、陳映燁

(5) 助理編輯：溫惟婷、許宇萱

2. 工作期程

1) 3月發行自殺防治學期刊第十八卷第一期之大綱如表 7-2-1。

表 7-2-1、自殺防治學期刊第十八卷第一期之大綱

項目	文章標題
Editorials	Youth Suicide, Risk Factors and Evidence-Based Research Related to Suicide Prevention
	The Challenges of Youth Suicide Prevention in Taiwan
Review Articles	Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Suicide: A Narrative Review
	A Review of Multifamily Psychoeducation Intervention Program on Reducing the Caregiver Burden of Patients with Major Depressive Disorder
Special Articles	Responsible Suicide Media Portrayals as Suicide Prevention Strategies: An Analysis of Optimal Practices for Media Industry Professionals in Taiwan and Beyond

	Gender Differences in the Association between Living Alone, Chronic Disease and Health Service Use
	The Trend of Gender-and-Method-Specific Suicide Rates among Youths Aged between 15-24 in Taiwan from 2010 to 2021
	A Japanese Version of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Instrument
	Prevalence of Suicide Crisis Syndrome and Its Associated Psychosocial Characteristics, Psychopathology and Suicidality: A Nationwide Population-Based Survey during COVID-19 Pandemic in Taiwan
Original Articles	Prevalence of Alcohol Binge Drinking and Associated Suicidality in a Nationwide Population Survey in Taiwan
	The Short-Term Outcome of a Mental Health Care Program for People at Home Quarantine during the COVID-19 Pandemic in Tainan City: A Cohort Study
	Application of Machine Learning Analysis for Prediction of Repeated Suicide Attempts among the Attempters: A Nationwide Population Study in Taiwan
	Exploring Parental Perspectives of Campus Mental Health Promotion and Suicide Prevention during COVID-19: A Focus Group Study
Case Reports	Long-Term Psychotherapy for a Suicidal Patient with Social Withdrawal: A Case Report
1) 3 月發行自殺防治學期刊第十八卷第一期之大綱如表 7-2-2。 表 7-2-2、自殺防治學期刊第十八卷第一期之大綱	
項目	文章標題
理事長的話	疫後自殺防治全面啟動

主題文章	青少年非自殺性自傷的研究新進展：文獻回顧 邊緣性人格障礙的自殺風險和處置 COVID-19 疫情如何影響自殺風險？ 由心理衛生第一線人員看精神衛生法修法
新視野	自殺防治研究論文摘要
統計解析	2022年1-12月通報個案特性分析 202年1-12月媒體監測
工作要覽	畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治 Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文 新聞媒體自殺事件報導結果與分享 網站教唆自殺訊息之監測與處置 新版「心情溫度計 APP 3.0」簡介 自殺防治人力專區之修課現況
經驗分享	縣市衛生局自殺防治工作成果
交流園地	校園重度憂鬱症與自殺青少年之處置要點分析： 個案照護經驗分享

2) 6月發行自殺防治學期刊第十八卷第二期之大綱如表 7-2-3。

表 7-2-3、自殺防治學期刊第十八卷第二期之大綱

項目	文章標題
Editorials	Transforming Post-COVID Suicide Challenges into Opportunities
Review Articles	Diabetes and Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies Disaster and Suicide Prevention Activities: A Literature Review Focused on Suicide-Related Outcomes
Special Articles	Hidden Suicides: Their Misclassification as Accidental, 'Undetermined' or Unknown Cause Deaths
Original Articles	Suicide Crisis Syndrome and Psychosocial Correlates under COVID-19: An Online Survey in Taiwan Comparison of Suicide Rate, Means of Suicide, and Gender Difference in Kaohsiung City, Taiwan before

and after Outbreak of the COVID Pandemic

Real World Effectiveness of Psychological Intervention on the Reduction of Suicidal Attempts among Patients with Drug Use Disorder before and during the COVID-19 Pandemic in Tainan

The Impact of Media Reporting of A Celebrity Suicide in Taiwan: A Qualitative Study

Psychological Distress Predicted One-Year Non-Fatal Re-Attempts among Suicide Attempters in Taiwan: A Nationwide Population-Based Cohort during 2019-2021

Surveillance and Interventions on Websites Instigating Suicide in Taiwan during 2014 and 2022

The Prevalence of Psychiatric Diagnosis before Suicidal Death for the Youth Aged 15 to 24: A National Population-Based Study in Taiwan from 2006 to 2015

The Association between Belief in Suicide as A Human Right and Suicidality in Taiwan: A 12-year Nationwide Population Survey

A Nationwide Survey on Utilization of Mental Health Service and Associated Psychopathology and Suicidality among the General Population in Taiwan during 2017 and 2022

2) 6月發行自殺防治網通訊第十八卷第二期之大綱如表 7-2-4。

表 7-2-4、自殺防治網通訊第十八卷第二期之大綱

項目	文章標題
理事長的話	展現行動，創造希望:凝聚力量，守護生命
主題文章	注意力不足過動症與自殺:敘述性回顧
新視野	自殺防治研究論文摘要

統計解析	2023年1-4月通報個案特性分析 2023年1-5月媒體監測
工作要覽	第一線專業人員守門訓練 第一線人員之自殺守門人訓練Q&A 自殺防治新聞媒體聯繫會議 第二季「畢業後一般醫學訓練:社區醫學自殺防治 Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文 新聞媒體自殺事件報導結果與分享 網站教唆自殺訊息之監測與處置
經驗分享	縣市衛生局自殺防治工作成果
交流園地	關懷訪視員實務經驗分享 焦點式討論模式之外督經驗分享 留下來的理由 時間延續的羈絆

3) 9月發行自殺防治學期刊第十八卷第三期之大綱如表 7-2-5。

表 7-2-5、自殺防治學期刊第十八卷第三期之大綱

項目	文章標題
Editorials	Unveiling Multifaceted Research Insights from Nearly Two Decades of Suicide Prevention Efforts in Taiwan Neuroinflammation and Suicide in Bipolar Disorder
Review Articles	The Therapeutic Effects and Prospects of Light Therapy for Depression
Special Articles	Introduction and Implementation of Taiwan Suicide Prevention Act A Validity Study of Five-item Suicide Narrative Inventory (SNI-5) to Identify the Suicidality in General Population: An Online Survey in Taiwan
Original Articles	The Physical and Psychiatric Diagnoses before Suicidal Death in the Elderly: A National Population-Based Study in Taiwan from 2006 to 2015 "Suicidality and Psychological Distress among Caregivers of Chronic Patients: A Cross-sectional Questionnaire Study"

The Trends of Demographics, Methods, and Causes of Suicide Attempts in a Nationwide Population-based Study over Seventeen Years in Taiwan

A Nationwide Community Survey on COVID-19 Stressors, Psychological Distress and Suicidality in Taiwan

Case Reports

A 15-year-old Male with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Recent Suicide Attempt

3) 9月發行自殺防治網通訊第十八卷第三期之大綱如表 7-2-6。

表 7-2-6、自殺防治網通訊第十八卷第三期之大綱

項目	文章標題
理事長的話	凝聚力量 守護生命
世界自殺防治日 聯合聲明	世界自殺防治日聯合聲明
主題文章	新冠肺炎對自殺防治熱線帶來的新挑戰與其對應策略 自殺危機症候群與簡式自殺危機量表簡介
新視野	自殺防治研究論文摘要 2023 年學術壁報
統計解析	2023年1-8月通報個案特性分析 2023年1-8月媒體監測 關懷訪視員紀錄抽查成果 心情溫度計APP數據分析
工作要覽	縣市自殺防治工作成果 縣市自殺防治輔導訪查 Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文 新聞媒體自殺事件報導結果與分享 2023年會暨學術研討會
經驗分享	縣市衛生局自殺防治實務經驗與成果分享
交流園地	關懷訪視員實務經驗分享 新書分享

3. 工作內容

- 1) 根據編輯委員會會議決議，依該期主題進行專欄之邀稿。
- 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:各期期刊皆可在中心網站最新消息與出版刊物雜誌專區供免費下載。
 - (2) 電子報寄發通路:寄送對象為全國自殺防治中心電子報訂閱用戶。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治學期刊第十八卷第一期 Editorials 兩篇、Review Articles 兩篇、Special Articles 一篇、Original Articles 八篇及 Case Reports 一篇。
- 2) 自殺防治學期刊第十八卷第二期 Editorials 一篇、Review Articles 兩篇、Special Articles 一篇、Original Articles 九篇。
- 3) 自殺防治學期刊第十八卷第三期 Editorials 一篇、Review Articles 兩篇、Special Articles 一篇、Original Articles 五篇及 Case Reports 一篇。
- 4) 透過專業資訊平台，刊登 JoS 之論文，同時上傳中心網站供大眾瀏覽與宣導。
- 5) 自殺防治網通訊第十八卷第一期主題文章共 4 篇、自殺防治新視野共 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 6 篇、經驗分享共 1 篇、交流園地共 1 篇。
- 6) 自殺防治網通訊第十八卷第二期主題文章共 1 篇、自殺防治新視野共 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 7 篇、經驗分享共 1 篇、交流園地共 4 篇。
- 7) 自殺防治網通訊第十八卷第三期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 2 篇、統計分析共 4 篇、工作要覽共 5 篇、經驗分享共 1 篇、交流園地共 2 篇。
- 8) 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. 後續辦理

- 1) 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。

- 2) 持續管控進度，依照原預定時程每季準時出刊。

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

每年電話調查之目的在於瞭解民眾對自殺現象的看法，評估全國民眾對於自殺之觀感及認知，消除民眾對自殺現象的迷思、為自殺去污名化，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

調查範圍為臺灣地區室內電話之住宅用戶；調查對象為臺灣地區年滿15歲以上之民眾。可能遺漏的相關群體或對象：未接電話之15歲以上民眾，沒人在家或電話中之住宅用戶、非住家之電話用戶、15歲以下之民眾、生理因素(中風、植物人等)導致無法語言溝通之民眾，以及家裡未裝電話之民眾(租屋在外者)。

本年度主題焦點：對自殺問題的看法、對自殺的認知與態度、自殺防治資訊接觸概況、個人與親友自殺經歷與求助問題、疫情對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)、自殺危機量表、戰爭對心理影響、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-19)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。
- 6) 瞭解民眾霸凌經歷。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開 112 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 112 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「112 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 26 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 7-2-1、112 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	3 題
霸凌經歷	5 題
疫情對心理健康的影響	3 題
簡式自殺敘事量表	7 題
心理健康情形	3 題
自殺經歷	17 題
BSRS-5 簡式量表	7 題
自殺危機量表	5 題
基本資料	6 題
合計	56 題

四、成果

1. 執行結果

112 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

2,107 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：52.4%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的，高於 35.6%認為不嚴重；59.1%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：20.0%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；50.4%民眾知道衛福部有提供自殺防治諮詢專線；18.9%民眾聽說過「心情溫度計」。
- 3) 民眾的自殺意念調查：15.8%民眾表示一生中曾認真想過要自殺；2.9%民眾表示近 1 年曾認真想過要自殺；1.1%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 10-14 歲(19.9%)居多。
- 4) 民眾的自殺行為調查：2.8%民眾表示一生中有過自殺行為；0.1%民眾表示最近 1 年仍有過自殺行為；第一次自殺行為的年紀以 15-19 歲(31.3%)居多；第一次自殺行為的年紀大多在 5 年以前，僅 17.1%是在近 5 年內。
- 5) 民眾自殺問題求助：有自殺念頭者當下僅 28.3%有求助，以求助「親朋好友」居多(16.4%)，當時求助者有 79.3%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：62.8%民眾認為「親朋好友」最能幫助想要自殺的人，其次為「心理諮商輔導專線/機構」；9.1%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 58.9%民眾會和對方談一談他對自殺念頭，36.7%會轉移話題；接觸過守門人者有 23.2%會尋求陪同，遠高於沒接觸過者。
- 7) 疫情對民眾心理健康影響：因新冠肺炎疫情關係，有 60.1%民眾因疫情而確診過(1.0%因確診而住院，59.1%確診但未住院)，39.6%表示未曾確診，另有 0.3%拒答，交叉分析顯示，除 65 歲以上及退休者，其他屬性民眾家過半數曾確診，其中學生更達 7 成以上(如圖 7-2-1)；此外，過去 1 個月以來，民眾因疫情關係帶來的壓力依序為「身體健康問題」、「工作/經濟問題」、「日常生活問題」、「心理健康問題」、「家庭或人際關係」，占比皆低於 2 成(如圖 7-2-2)；歷年調查顯示，112 年除因疫情帶來「身體健康問題」壓力較 111 年上升外，因疫情帶來其他問題壓力較 111 年大幅下降(如圖 7-2-3)。

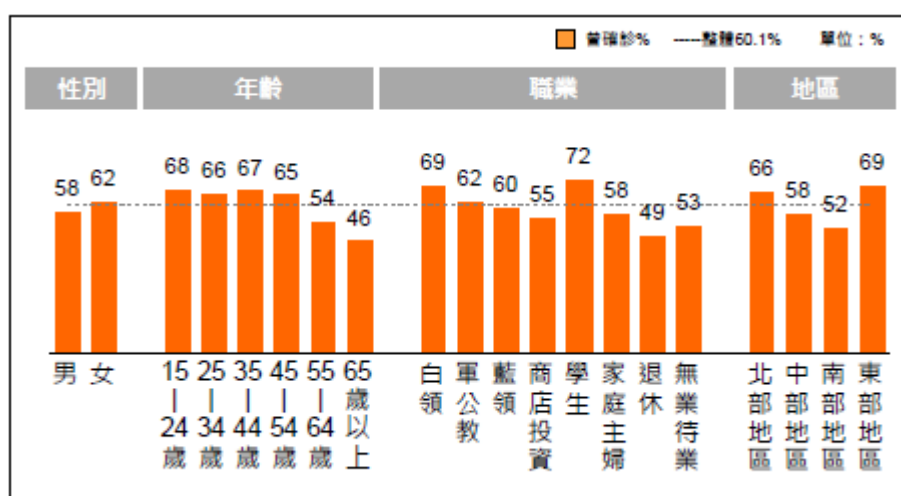


圖 7-2-1、是否曾確診新冠肺炎

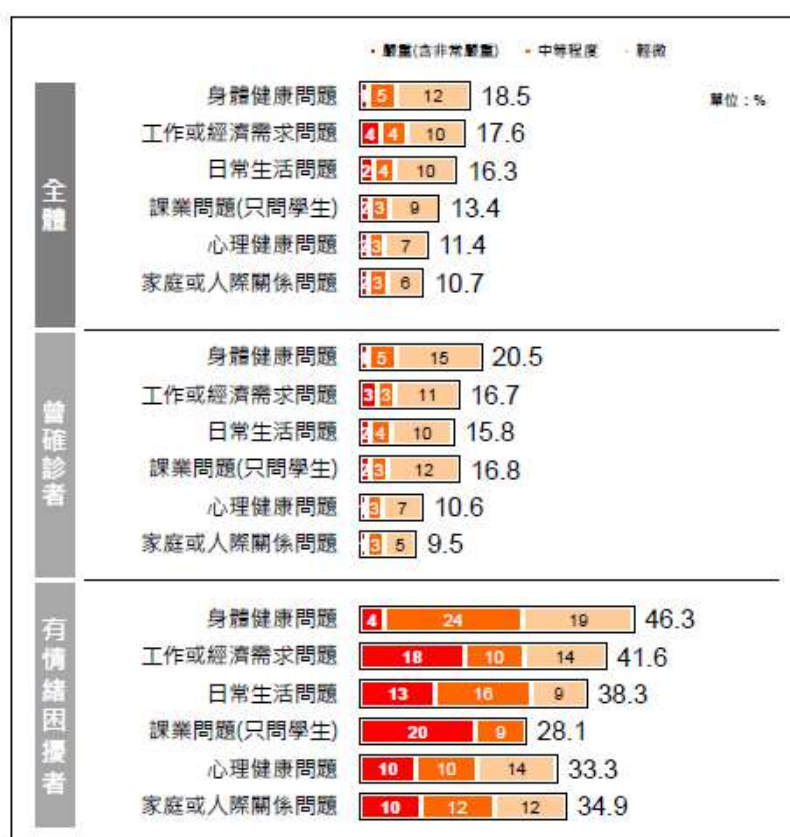


圖 7-2-2、過去 1 個月以來有無因疫情直接或間接帶給您上述壓力

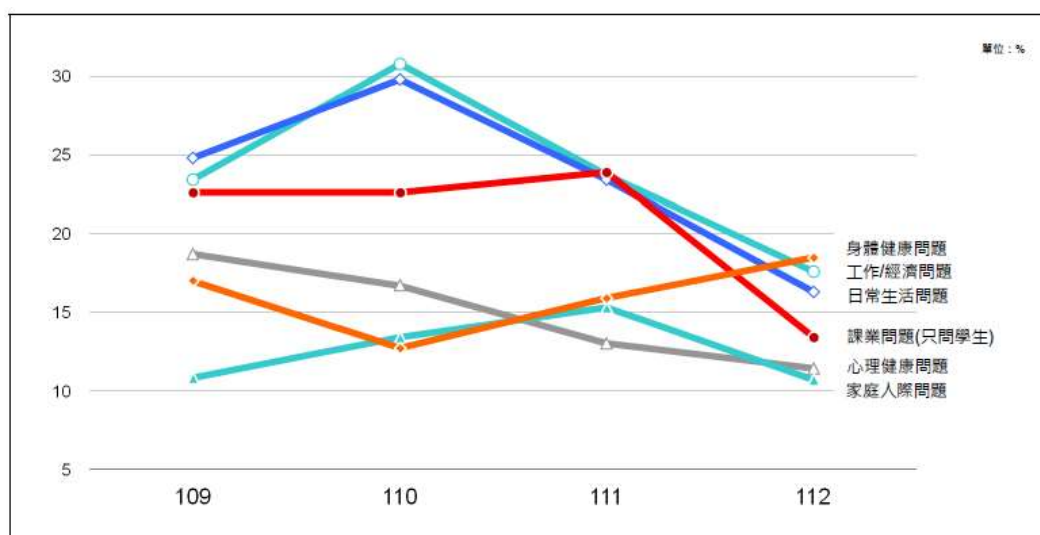


圖 7-2-3、過去 1 個月以來有無因疫情直接或間接待給您上述壓力(續)

- 8) 簡明心理健康篩檢表-9 題版(CMHC-9)：16.7%民眾覺得「心情不好時沒信任的人可以傾吐心聲」、4.3%「曾因過度飲酒或長期服用某種藥物而影響生活」、2.1%「現在會想著未來要自殺」、3.0%「一生中曾經傷害自己或企圖自殺」(詳見圖 7-2-4)；11.9%民眾量表總分達 4 分以上、6.4%達 5 分以上。

項目別	全體	性別		職業別						曾想過要自殺	
		男性	女性	白領	藍領	學生	家管	退休	是	否	
心情不好時沒可信任的人可傾吐心聲	16.7	22.9	10.8	13.8	21.3	6.7	11.7	23.6	25.7	15.1	
曾因過度飲酒或長期服用藥物影響生活	4.3	5.6	3.0	3.9	3.1	1.9	3.3	7.3	13.3	2.6	
現在會想著未來要自殺	2.1	2.4	1.8	2.1	2.5	1.9	1.7	2.3	8.5	0.9	
曾經傷害自己或企圖自殺 (以下聯集)	3.0	2.1	3.9	3.9	3.1	2.3	2.5	1.9	18.6	0.1	
*一生中有過自殺行為	2.8	2.0	3.6	3.9	2.6	2.0	2.5	1.3	17.7	0.0	
*曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫	1.4	0.9	1.8	1.4	1.2	0.3	1.7	1.4	7.9	0.1	
近一週睡眠困難困擾(輕微以上)	31.3	26.4	36.0	29.9	26.6	22.1	39.7	32.3	56.2	26.7	
近一週緊張不安困擾(輕微以上)	18.6	15.0	22.1	24.8	18.3	22.2	13.3	10.4	43.1	14.1	
近一週苦惱或動怒困擾(輕微以上)	23.5	21.6	25.3	26.0	26.1	25.3	20.8	16.0	42.9	19.8	
近一週心情低落或憂鬱困擾(輕微以上)	18.9	15.8	21.9	23.1	16.5	19.7	16.3	13.4	43.4	14.3	
近一週覺得比不上別人困擾(輕微以上)	17.3	16.8	17.7	19.2	18.2	25.8	8.7	11.4	35.8	13.8	

註：比率≥20%以紅色底線標識。

圖 7-2-4、簡明心理健康篩選表檢測結果

- 9) 心情溫度計(BSR5-5)調查：7.5%民眾表示有情緒困擾(詳見圖 7-2-5)，31.3%民眾近一星期的困擾為「睡眠困難」、其次為「覺得容易苦惱或動怒」、再次為「感覺憂鬱、心情低落」(詳見圖 7-2-6)。

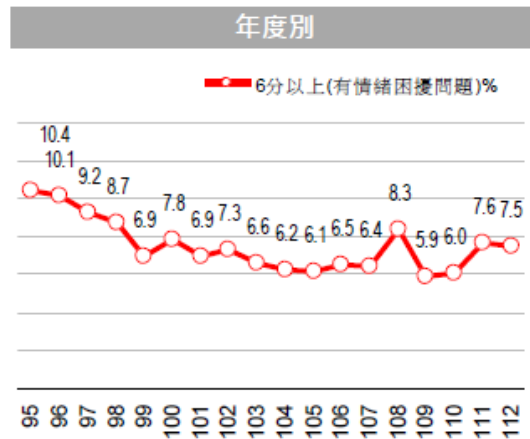


圖 7-2-5、心情溫度計有情緒困擾者占比



圖 7-2-6、BSRS-5 簡易量表檢測結果

10) 自殺危機量表：在過去幾天感覺最糟糕時，以感到「自己情緒(心情)很煩亂」(18.9%)居多，其次為「無法停止困擾的想法」(10.5%) (詳見圖 7-

2-7)。



圖 7-2-7、自殺危機量表檢測結果

- 11) 被霸凌經歷：15.0%的民眾表示自己曾經持續被霸凌過，曾被霸凌民眾被霸凌地點以「學校」(68.3%)居多，其次為「職場」(28.8%)，再次為「家庭」(5.7%)；曾被霸凌過的民眾被霸凌的形式以「言語霸凌」(81.8%)居多，其次為「精神霸凌」(35.5%)，再次為「身體霸凌」(30.7%)；曾被霸凌民眾第一次遭受霸凌的年紀以「10-14 歲」(49.1%)最多，其次為「15-19 歲」(16.0%)，再次為「5-9 歲」(8.3%)；曾被霸凌者有 59.4%表示因為被霸凌，而導致明顯的身體或心理傷害，38.5%則表示沒有。
- 12) SNI-7 簡式自殺敘事量表：民眾同意在過去 1 個月內有以下想法，依序為「要求自己凡事必須做到完美」(34.2%)、「無力改變自己的狀況」(22.5%)、「害怕被欺凌」(11.6%)、「覺得你的信心已被擊垮」(8.7%)、「若沒有你的話，其他人會更快樂」(6.5%)；針對反向指標，有 42.9%不同意「如果必須停止追求某一種重要的生活目標，你會考慮追求其他的新目標」，20.2%不同意「感到幸運，有許多朋友關心且支持你」；就性別來看，男女在「感到幸運，有許多朋友關心且支持你」的看法有明顯差距，男性有 26.9%不同意，明顯高於女性的 13.7%；曾有自殺想法者在多數指標的看法較負面，僅在「如果必須停止追求某一種重要的生活目標，你會考慮追求其他的新目標」，有自殺想法者有 32.7%不同意，低於無自殺想法者的 44.8%。(詳圖 7-2-8)

單位：%

項目別	全體	性別		職業別					曾想過要自殺	
		男性	女性	白領	藍領	學生	家管	退休	是	否
若沒有你的話，其他人會更快樂(同意)	6.5	7.1	5.9	5.3	7.6	5.7	4.3	6.7	20.5	3.9
*如果必須停止追求某一種重要的生活目標 會考慮追求其他的新目標(不同意)	42.9	44.9	40.9	31.4	44.0	27.0	51.0	61.7	32.7	44.8
要求自己，凡事必須做到完美(同意)	34.2	33.5	34.9	33.4	34.5	41.6	27.4	29.4	48.5	31.5
無力改變自己的狀況(同意)	22.5	21.1	23.8	20.9	23.4	21.5	22.4	21.5	44.3	18.5
*感到幸運有許多朋友關心且支持你 (不同意)	20.2	26.9	13.7	14.6	24.7	16.5	14.3	24.3	25.9	19.1
覺得你的信心已被擊垮(同意)	8.7	8.4	9.0	6.7	10.0	9.4	7.5	7.4	27.5	5.2
害怕被欺凌(同意)	11.6	10.8	12.4	9.4	13.1	12.0	10.9	10.3	19.9	10.1

註：比率≥20%以紅色底線標識。

圖 7-2-8、簡式自殺敘事量表檢測結果

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五成二的人覺得自殺問題是嚴重的。從民國 95 年度的八成六，逐年下降至 111 年的四成一，但是總體而言，直到 112 年才又上升至五成二，從民國 95 年度到 112 年度，臺灣民眾都至少有五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 20.0% 民眾近一年看過/聽過自殺防治相關資訊，50.4% 民眾知道衛福部有提供自殺防治諮詢專線。

今年，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 15.8%，歷年調查顯示，109~111 年皆約 12%~13%，今年則回升至 16%；一年中曾經認真的想過要自殺的民眾佔有 2.9%，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 1.1%，歷年皆維持約 1% 左右。

依據電話調查結果，若推估至臺灣地區 15 歲以上民眾，近一星期內

有 1.1% 民眾曾有自殺意念，換算成全人口數為 21.5 ± 8.9 萬人；近一個月內有 1.1% 民眾曾有自殺意念，推估為 22.0 ± 9.0 萬人；近一年內有 2.9% 民眾曾有自殺意念，推估為 58.7 ± 14.6 萬人；一生中有 15.8% 民眾曾有自殺意念，推估為 321.6 ± 31.8 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 60.1% 曾經確診過(1.0% 因確診而住院，59.1% 確診但未住院)，39.6% 表示未曾確診；另有 0.3% 拒答。過去一個月以來 38.1% 民眾因疫情關係直接或間接帶來壓力，其中 17.6% 民眾對工作/經濟感到壓力，16.3% 民眾對日常生活感到壓力，13.4% 民眾對課業問題感到壓力(僅調查學生)，11.4% 民眾對心理健康感到壓力，10.7% 民眾對家庭或人際感到壓力，18.5% 民眾對身體健康感到壓力，根據調查結果顯示疫情並非僅對民眾造成單一影響。

調查結果顯示，除身體健康問題壓力比率較 111 年度略升外，工作/經濟問題、日常生活、家庭人際問題、課業問題(只問學生)及心理健康問題壓力皆較 111 年下降。

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 28.3% 的人求助，而求助對象以親朋好友居多(16.4%)，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 79.3% 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(62.8%)和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 9.1%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(58.9%)是跟對方聊一聊、近三成六(36.7%)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。「五成九民眾覺得自己是可以幫上自殺者的忙」，歷年調查顯示民眾自認可以幫上忙的比率在 110~111 年跌破 5 成，今(112)年則回升至 5 成以上。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。

6) 被霸凌經歷

調查結果顯示，除第一次被霸凌年齡在 25 歲以上者以回答「職場」居多以外，其餘屬性被霸凌者皆以回答「學校」居多。男女及僅在學校被霸凌者第一次被霸凌的年紀以回答 10-14 歲居多，15-19 歲次之；僅在職場被霸凌者以 25-29 歲居多，15-19 歲、20-24 歲、35-39 歲及 40-44 歲也分別有一成多；僅在家庭被霸凌者以 10-14 歲居多及 60-64 歲居多。

霸凌有可能會造成心理傷害，妨礙其人格、身心發展，且在任何場域都有可能發生，但其中又以校園霸凌最需特別關注，因為學生是「易受傷害族群」，若霸凌發生在易受傷害族群上，一定會很嚴重而且產生深遠影響。由此可見，如何減少校園霸凌的發生仍舊為我們不可忽視的重大議題之一。

五、附件

附件 7-3-1、112 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷

執行成果檢討與建議

工作項目	執行情形	遭遇困難、因應對策及建議
<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,及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背景或專長,或自殺防治實務相關工作經驗者至少5名(其中1名為駐部人力,且具有衛生統計背景或專長)為佳。</p>	<p>1.中心依照業務類型分為研究發展組、教育宣導組、資訊管理組。</p> <p>2.研究發展組、教育宣導組招募人員均依照需求項目要求,徵選具有衛生統計背景或專長,或自殺防治實務相關工作經驗者;資訊管理組則聘用資訊相關科系人力。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>人力更迭頻繁。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>中心給薪係以勞務採購需求說明書所附「助理人員工作酬金支給基準表」為依據,惟此表標準前次更新已為107年,以目前物價水準,應給予提升;同時中心內部亦須檢視各作業流程,方能建構留任人才機制。</p>
<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「111年國人死因統計」結果及期程,完成下列工作:</p> <p>(1)協助研擬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>(2)於112年2月28日前,函報本部「111年度全國及各縣市之自殺死亡、自殺通報個案及自殺死亡地圖資料」分析架</p>	<p>1.中心辦理此部份業務均依照期程進行,惟因內政部資安規定變更需重新申請戶籍資料,並有部份單位系統資料尚未提供,無法如期取得自殺死亡資料至衛生福利部資料科學中心進行統計分析,故於期限前發函申請展延期程。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>每年取得自殺死亡資料至衛生福利部資料科學中心不固定,死因資料通常於6月份公布,往年就已發生6月30日交付之報告製作時間過短之情形。今年度因資料無法於期限內取得,需申請展延期程。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>1.需至衛生福利部資料科學中心進行分析之報告,建議交付期限設定為死因公布後2個月。中心能有充裕的時間進</p>

<p>構。</p> <p>(3) 於112年2月28日前，交付「111年總體自殺防治策略報告」，並賡續規劃112年度總體自殺防治策略報告。</p> <p>(4) 依自殺防治法第9條第2項第2款規定，於112年3月31日前，依「111年總體自殺防治策略報告」及「111年自殺通報年報表」，完成更新「全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，提供本部及各縣市政府於推動因地制宜自殺防治行動方案或措施，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>(5) 於112年12月31日前，依上開第(2)項分析架構完成分析「111年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料」並函報本部，供本部及各縣市政府參考運用。分析主題如下：</p> <p>a.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)。</p> <p>b.0至14歲、15至24歲之兒童及青少年。</p> <p>c.各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】。</p> <p>d.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)</p> <p>e.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)</p> <p>f.其他經本部通知所需之主題。</p> <p>(6) 於112年9月30日前，依上開第(2)項分</p>		<p>行製作，亦可增進報告品質。</p> <p>2.目前中心進入衛生福利部資料科學中心分析的流程過於繁複，文件往返流程時間較長，建議建立較為簡潔之流程。</p>
---	--	--

析架構完成111年各縣市（按鄉鎮市區）自殺死亡地圖（含戶籍地及死亡地點）及相關資料（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、標準化死亡比等分析）之分析並函報本部，供本部及各縣市政府參考運用；俟函報本部後，配合本部通知將是項資料依本部「自殺防治通報系統」規格，匯入該系統之自殺防治地圖功能，供系統使用者查詢及利用。

- (7) 於112年8月31日前，運用推論統計分析，分析各年齡層（以本部統計處定義為之）及各級學齡層（以教育部統計處定義為之）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、於非戶籍地死亡等個案之人口學特性、自殺死亡原因、方式、所在縣市及地點等，並提出相關風險指標。於完成前開分析後，函報本部「111年自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議」，並依該項報告擬訂具體策進作為及本部對外政策說帖等（含文字檔及簡報檔等）。

3. 定期撈取112年度自殺防治通報系統資料進行資料清檔及統計分析，並製作下列資料：

- (1) 按月就本部自殺防治通報系統資料，進行統計及分析，並提交「全國及22縣市自殺通報關懷月報表（含趨勢分析）」，供本部及各縣市政府運用，及按季提供各縣市政府滾動式修正自殺防治策略建議，並於次季追蹤其執行情形，按季彙整後函報本部。
- (2) 按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分

<p>區，函送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，及按季提供前開醫院自殺通報趨勢分析；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。</p> <p>(3) 應於履約期限終止前，或依本部指定期限，交付自本部取得之112年度自殺防治通報系統資料檔案，包含原始檔案(raw data)及清檔檔案。另廠商如曾取得本部111年度自殺防治通報系統資料檔案，應於112年2月28日前繳還本部（含原始檔案及清檔檔案）。</p>		
<p>(三)辦理自殺防治之實證研究</p> <p>1.分析COVID-19疫情對心理健康及自殺議題之影響：</p> <p>(1) 針對COVID-19與心理健康及自殺防治之關聯，進行系統性文獻彙整及回顧。</p> <p>(2) 針對COVID-19所造成之經濟及就業衝擊，分析對勞動人口群所致心理健康及自殺議題之效應。</p> <p>(3) 綜整上述(1)、(2)結果，提交「後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議報告書」，於112年7月31日前函報本部。</p> <p>2.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：</p> <p>(1) 函請教育部及行政院原住民族委員會提供有關自殺防治統計資料分析之需求，並綜合本部建議之分析項目，研擬兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治統計分析變項，並進行</p>	<p>1.中心辦理此部份業務均依照期程進行。惟兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治專題報告亦有前述資料取得問題。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>1. 實證研究遭遇困難:實證研究主題缺乏前瞻性，以致實證研究為基礎的策略往往缺乏時效性。。</p> <p>2. 針對跨部會資料取得耗時，以致未能及時分析結果，並提共自殺防治策略建議。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>1. 實證研究之主題應兼顧前瞻性議題。</p> <p>2. 建議將簽約日期往前挪移，以利後續行政流程安排。</p>

<p>資料統計及分析。</p> <p>(2) 於112年12月31日前，函報本部111年兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治專題報告(含自殺防治相關統計、變項及趨勢之分析、自殺防治策略與政策建議等)。</p> <p>3.依據「111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」，提供兒童及少年自殺防治行動方案。</p> <p>4.運用本部自殺死亡、自殺通報及本部長期照顧司提供之相關資料，針對老年及長期照顧(含照顧者及被照顧者)族群之人口學相關變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並依分析結果研提自殺防治策略及政策建議。</p> <p>5.依自殺防治法第9條第2項第1款規定，辦理自殺防治現況調查。調查主題由廠商自行擇定(投標廠商應於服務企劃書即提出主題規劃)，並於調查前2個月函送細部執行計畫書至部，經本部同意後始得辦理。</p>		
<p>(四)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議</p> <p>1.針對本部依自殺防治法第4條規定召開之自殺防治諮詢會，協助分析會議所需相關數據、擬定議程、彙整提案、預擬回應意見、製作會議紀錄及相關庶務工作。</p> <p>2.配合本部依自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條規定，研訂「全國自殺防治綱領」草案，並協助相關意見收集與會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等事宜，及配合核定之綱領執行相關事宜。</p> <p>3.編制自殺防治法第9條第2項第3款規定之</p>	<p>1.今年已召開自殺防治諮詢會2場次，中心依照需求項目製作會議紀錄。</p> <p>2.「111年度自殺防治年報」依照期程完成。</p> <p>3.「自殺防治業務互動式輔導訪查」、「自殺防治工作坊」合併辦理，已辦理完竣。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>1.輔導訪查、工作坊，確定各縣市辦理時間較為困難。</p> <p>2.自殺防治法所規範內容及罰則與六不六要原則並未完全相符。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>1.將來可提早確定訪查縣市，以利後續訪查期時程確立。</p>

<p>「111年度自殺防治年報」(電子書)，以客觀方式記載並系統性彙編當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作，俾中央各部會及各縣市政府相關部門作為探究自殺防治政策、議題及成效評值之參考。</p> <p>4.依自殺防治法第9條第2項第4款規定，辦理縣市政府自殺防治議題之輔導訪查及工作坊，並於辦理前2個月，提交細部執行計畫書(含擇定縣市、時間、議程及辦理形式等)至部，經本部同意後，始得辦理：</p> <p>(1)「自殺防治業務互動式輔導訪查」：</p> <p>a.擇定縣市政府數量：至少3縣市。</p> <p>b.擇定原則：以「自殺通報個案之再自殺率、自殺死亡率之3年移動平均呈現上升趨勢者」、「截至112年6月30日止，初步自殺死亡人數相較去年同期上升幅度較高者」，或其他經本部指定者為優先。</p> <p>c.事前準備：蒐集擇定縣市前一年度迄今之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並就該縣市近3年之自殺死亡及通報相關統計資料進行彙整及趨勢分析，據此提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。</p> <p>d.訪查目的：</p> <p>(a)提供全國及擇定縣市政府之自殺死亡、自殺通報、自殺死亡地圖之概況及趨勢分析，並進行比較分析。</p> <p>(b)協助加強擇定縣市政府自殺防治跨體系、部門及專業團隊之橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值。</p> <p>e.其他配合事項：依各縣市政府需求召開專案討論會議，並視需求增加輔導</p>	<p>4.傳播媒體、網際網路平臺部份及追蹤巴拉刈禁用之自殺趨勢依常規分析完畢；自殺防治系列手冊共修訂完成16本。</p>	<p>2.以往中心宣導之六不六要原則，若法無明文規定，僅能以勸說方式進行媒體業者輔導。建請衛生福利部透過立法院進行自殺防治法修法，期待未來自殺防治法更臻於完善。</p>
---	--	--

訪查次數。

- (2) 「限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」或「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」：
- a. 擇定縣市政府數量：至少3縣市。
 - b. 擇定原則：
 - (a) 「限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」：以「特定自殺方式之自殺通報人數、自殺死亡人數較去年同期上升」、「特定自殺方式之再自殺率、自殺死亡率之3年移動平均呈現上升趨勢者」、「截至112年6月30日止，初步自殺死亡人數之特定自殺死亡方式相較去年同期上升幅度較高者」，或其他經本部指定者為優先。
 - (b) 「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」：以COVID-19疫情前後，其經濟、就業、社會福利或其他議題之相關統計數據有顯著差異，或因疫情造成前開議題於轄區有顯著衝擊之縣市為優先。
 - c. 事前準備：蒐集擇定縣市政府前一年度迄今與工作坊主題有關之自殺防治具體措施及成果等相關資料，依此提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。
 - d. 訪查目的：
 - (a) 提供全國及擇定縣市政府之自殺死亡、自殺通報、自殺死亡地圖、特定自殺死亡方式之概況及趨勢分析
 - (b) 協助加強擇定縣市政府自殺防治跨體系、部門及專業團隊之橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效

評估。

e. 其他配合事項：依各縣市政府需求，進行專案討論，並視需求增加實地輔導訪查次數。

(3) 針對(1)及(2)之參與者進行滿意度調查，且滿意度為「滿意以上」者，應占填答人數80%以上

5. 依自殺防治法第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及建立自律機制：

(1) 進行媒體監測（網路及報紙）：監測媒體對於報導自殺事件時，應遵守自殺防治法規定及世界衛生組織所建的六不、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。

(2) 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，並於期末報告提報該溝通機制之成效。

(3) 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。

(4) 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>(5) 針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會等相關方式向大眾澄清，以避免模仿效應。</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>6. 持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢(含有無使用其他替代性物質而為自殺情形，如其他農藥、固體液體等)及巴拉刈禁用之相關報導；並配合農委會推動前項禁用政策及措施情形，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。必要時依本部要求分析相關數據並提出報告。</p> <p>7. 滾動修訂本部自殺防治系列手冊：</p> <p>(1) 應綜合「自殺防治法」規定、行政院核定之「強化社會安全網第二期計畫」內容、本部心理健康與自殺防治之最新法令規範及政策、相關機關(單位)所提意見、最新自殺防治統計數據及國內外相關實證研究等相關資料進行修訂作業。</p> <p>(2) 於112年11月30日前，將下列手冊完成修訂並函送本部：</p> <p>a. 自殺防治系列3-青少年心理衛生與自殺防治。</p> <p>b. 自殺防治系列4-老人心理衛生與自殺防治。</p> <p>c. 自殺防治系列5-精神疾病與自殺防治。</p> <p>d. 自殺防治系列6-物質濫用與自殺防治。</p> <p>e. 自殺防治系列7-女性心理衛生與自殺防治。</p>		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> f. 自殺防治系列8-職場心理衛生。 g. 自殺防治系列9-自殺者親友關懷手冊。 h. 自殺防治系列10-陪你渡過傷慟。 i. 自殺防治系列11-珍愛生命守門人。 j. 自殺防治系列12-心情溫度計。 k. 自殺防治系列13-怎麼辦我想自殺。 l. 自殺防治系列14-失業鬱悶怎麼辦。 m. 自殺防治系列15-關懷訪視指引。 n. 自殺防治系列16-提升人際支持遠離自殺。 o. 自殺防治系列17-以醫院為基礎的自殺防治。 p. 自殺防治系列18-珍愛生命義工。 		
<p>(五)教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於112年2月28日前函報本部各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，以供各縣市政府衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議參考運用。 2. 配合本部112年度規劃討論議題及期程： <ol style="list-style-type: none"> (1) 與安心專線得標廠商共同辦理「自殺防治工作聯繫會議」。 (2) 應本部要求舉辦相關展覽活動，以提供民眾或特定人口群自殺防治衛教活動、教育訓練等。 3. 配合世界自殺防治日(9月10日)，辦理112年度自殺新聞報導優質媒體評選，並經本部確認評選結果後，始得頒發獎項予獲獎媒體。 4. 依自殺防治法第9條第2項第5款及自殺防治法施行細則第12條規定，辦理下列自殺防治守門人教育訓練事項： <ol style="list-style-type: none"> (1) 維護並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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 除與安心專線得標廠商共同辦理「自殺防治工作聯繫會議」，因衛生福利部尚未指示，未辦理外。其餘項目皆照期程進行。 	<p>遭遇困難</p> <p>無。</p>

<p>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) 針對教育部教育人員自殺防治訓練計畫(含實體授課線上課程)及其他各部會自殺防治訓練，視各部會之需，協助提供相關師資及訓練課程。</p> <p>(3) 結合長期照顧、社會工作等相關學協會，共同辦理第一線專業人員(以長期照顧人員、各縣市政府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、社會局社會工作科之社會工作人員為主)自殺防治守門人訓練至少3節(每節50分鐘)，受訓人數需達1,000人。</p> <p>5.維護並與時俱進更新「全國自殺防治中心」、「珍愛生命學習網」及「臉書粉絲團」網站頁面，提供民眾、特定人口群及專業人員有關自殺防治之統計數據、策略、自我協助及專業資源等相關資訊（含推廣心情溫度計），並配合本部政策推動，即時更新或公佈相關資訊。前項維護及更新網站事宜，應循我國資通安全相關法規，建立適當資訊安全措施，並應確認是類網站頁面所公布或轉載內容之著作權，避免衍生爭議。</p>		
<p>(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制</p> <p>1.每月至少針對7縣市政府抽查其於本部「自殺防治通報系統」所載關懷訪視紀錄，並分析優劣及針對不足之處提出具體改善建議，並作成紀錄。抽查原則如下：</p> <p>(1) 每季抽查關懷訪視紀錄總數量至少240份。</p> <p>(2) 應考量各縣市政府自殺關懷訪視人員數及提供服務案量之差異，參考前一</p>	<p>1.因應112年自殺防治通報系統，關懷訪視紀錄填寫格式修改，中心亦調整關懷訪視紀錄審查方式，依照期程辦理。</p> <p>2.於上半年召開「112年度自殺關懷訪視</p>	<p>遭遇困難 無。</p>

<p>年度各縣市自殺總通報人數，分級距(五級距以內)抽取應受審訪視紀錄數量。</p> <p>(3) 各縣市政府所在級距及應受審訪視紀錄數量，應於首季抽審時併同函知。</p> <p>(4) 當月受抽查縣市政府不得與前月重複。</p> <p>(5) 各縣市政府應至少抽查2次，且於每次抽查後3個月，追蹤其改善情形。</p> <p>2. 為強化自殺關懷訪視員之關懷訪視服務效能，及提升自殺防治教育訓練品質，依「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」及本部相關政策，辦理以下事項：</p> <p>(1) 研訂培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制（含訂定種子教師培訓課程、認證及年度繼續教育機制）。</p> <p>(2) 邀集至少12縣市政府衛生局，召開「112年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」至少2場次，完成盤點及彙整自殺關懷訪視實務所須教育訓練相關需求，依此提出有關教育訓練課程辦理形式、教材製作及師資培訓等相關內容之規劃、設計及政策建議。前項各場會議邀集之縣市政府名稱、時序、議程及辦理形式等，於辦理前1個月函報本部，經本部同意後，始得辦理。</p> <p>3. 持續配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力政策推動事宜，訂定自殺防治相關課程內容，並持續更新自殺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。前項更新涉「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」之課程，須函</p>	<p>實務教育訓練需求探討及盤點會議」2場次，下半年完成研訂教育訓練措施及機制。</p> <p>3. 其餘項目皆依照期程辦理。</p>	
---	---	--

<p>報本部同意後始得辦理，並應依前開辦法核發研習證書予參訓人員。</p> <p>4.依本部「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」及「自殺關懷訪視紀錄表」，提出優化「自殺防治通報系統功能」相關建議，俾強化本部自殺通報資料之蒐集及統計效益，及滾動增修關懷訪視相關注意事項建置於「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員使用參閱。</p>		
---	--	--