

計畫執行成果摘要

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異，本學會秉持防治作為基本概念，即依據公共衛生三段五級架構之全面性、選擇性與指標性三大策略為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，承接衛生福利部之 108 年度「自殺防治中心計畫」主要工作結果摘要如下：

一、自殺防治相關統計分析資料

1. 108 年度自殺防治統計分析

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

兒少的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺加以防治的話，學校是最理想的場域。以學校為單位的最佳自殺防治，通常是以團隊合作模式為基礎，包括整合老師、校醫、學校護理師、心理諮商師、以及社工等人力資源。除了學校內的團隊密切合作之外，同時也必須與社區的團體有良好的交流互動。

本案完成108年度0-17歲兒少、全年齡層及特定人口群各縣市自殺死亡及通報資料（含戶籍地及居住地），以及串聯健保等資料庫報告一份，供全國及各縣市參考。

2. 108 年自殺死亡地圖

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

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

需的資訊，提高決策效率與品質。

本案以各行政區作為畫分，分別根據自殺死亡人數(戶籍地與死亡地)、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、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. 提報「108年度自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議」

全國108年自殺死亡人數3,864人(男性2,554人、女性1,310人，性別比1.95)；自殺粗死亡率每十萬人口16.4人(男性21.8人、女性11.0人)，較95年(每十萬人口19.3人)下降15.0%、與107年相同，三年移動平均呈現上升趨勢，自殺占全國死因排名與107年相同為第11名。108年標準化自殺死亡率前六高縣市為基隆市(18.8人)、嘉義縣(16.5人)、臺東縣(15.5人)、宜蘭縣(15.4人)、苗栗縣(15.1人)、屏東縣(15.0人)。全國自殺死因占率前三高為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1,371人，占率35.5%)、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(929人，占率24.0%)、「固體或液體物質自殺及自為中毒」(487人，占率12.6%)。

108年自殺通報人次為35,324人次(男性12,512人次、女性22,812人次)，與107年相比增加6.4%，自殺通報比為8.6，女性為男性之1.82倍。自殺通報個案無論男女，自殺方式前三位依序皆為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(108年全國通報16,499人次，占率46.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(108年全國通報10,833人次，占率30.7%)及「由高處跳下自殺及自傷」(108年全國通報2,490人次，占率7%)。自殺原因前三位依序為「情感／人際關係」(108年全國通報16,281人次，占率46.1%)、「精神健康／物質濫用」(15,398人次，43.6%)及「工作／經濟」(3,771人次，占率10.7%)。

以性別而言，男性首次通報即死亡1166人(占率10.7%)及通報後再自殺死亡149人(占率1.4%)均高於女性。若以不同年齡層進行分析，發現年齡越高之族群，首次通報即死亡比例越高，其中「65歲以上」為513人，占該年齡層自殺通報人口的15.5%，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，在臺灣也不例外。針對通報後再自殺死亡之個案，較高的分別為「45-64歲」及「65歲以上」分別占其年齡層的1.5%與1.4%。

本中心配合自殺防治法提報自殺防治綱領草案及協助辦理自殺防治諮詢會，提供各部會自殺防治工作權責分工及配合自殺防治法條文，相關業

務權責部會。並於下半年依照自殺防治法、全國自殺防治綱領及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者修訂「政府跨部會自殺防治手冊」，供中央各部會及各地方政府參考運用。

4. 更新全國及 22 縣市具體之自殺防治策略建議

各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰均具高度差異。故自殺防治策略之規劃須以「因地制宜」為方向，掌握不同地區的特性以落實「在地化」、「社區化」之目標。本會自106年以來持續編寫全國及22縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，內容涵蓋自殺相關數據特性分析及自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

本案完成全國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。

5. 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108年總通報人次為35,324人次，與前一年度相比上升6.4%。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7.7，108年通報比則為8.6。分案率及分案關懷率歷年差距不大，皆在99%以上，至106年分案率為100%，分案關懷率達到99.8%，109年1-5月分案率則為100%，分案關懷率99.7%。

109年1至9月通報共28,789人次，其中女性通報18,895人次，男性通報9,894人次，女性為男性1.91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25.5%)、35-44歲(占率19.9%)、25-34歲以上(占率18.3%)、45-54歲(占率13.1%)、55-64歲(占率8.3%)、14歲以下(占率5.2%)、75歲以上(占率5.1%)、65-74歲(占率4.6%)，與前一年比排名上升的年齡層有14歲以上及15-24歲兩年齡層。以性別的年齡層結構來看，男性及女性族群的年齡層分配與整體相似，惟男性35-44歲人次占率為最高(20.3%)，與全體及女性趨勢不同。

在自殺方法選擇上，109年1-9月自殺通報個案最常使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.5%)，其次為「切穿工具自殺及自傷」(33.2%)。自殺原因方面，109年1-9月間通報個案中，最常見自殺原因前三名為「情感／人際關係」(46.6%)、「精神健康／物質濫用」(44.9%)及「工作／經濟」(10.4%)。

以108年1-9月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為5.8次，尚未達到平均次數之縣市有臺北市(平均2.6次)、宜蘭縣(平均4.9次)、苗栗縣(平均3.7次)、彰化縣(平均4.2次)、雲林縣(平均5.6次)、嘉義縣(平均4.5次)、花蓮縣(平均4.7次)、澎湖縣(平均3.9次)、基隆市(平均4.9次)、新竹市(平均5.3次)、嘉義市(平均4.7次)、連江縣(平均各4.8%)。

分析自殺通報個案之特殊身份註記，109年1-9月通報個案中，精照列管個案占20.6%、家暴被害人占13.0%、家暴加害人占9.7%、家暴高危害人占3.1%、兒少加害人占2.3%、家暴高危害加害人占2.1%、兒少被害人占1.9%、嚴重病人占1.7%、性侵加害人占0.3%。

本中心持續根據每月通報數據變化，提供各縣市滾動式自殺防治策略建議，並透過自殺高風險縣市訪查提供實務督導，俾利自殺防治通報關懷與追蹤更臻完善。

二、辦理自殺防治之實證研究

1. 收集國內外文獻，研析自殺死亡趨勢成因，並依統計發現提出自殺防治策略建議

根據世界衛生組織標準，台灣連續七年從標準化自殺死亡率在每十萬人口13人以上的自殺高度盛行率區域，降為中度盛行率區域，雖以近五年來看，標準化死亡率呈現，因此自殺防治工作仍不可以鬆懈。

本章節藉由99-108年各年齡層各死因死亡率趨勢分析，得到各年齡層自殺工具的自殺現況，而內容則針對三種標的族群進行趨勢分析，分別為(1) 99-108年一般人口五齡族趨勢分析(2) 99-108年國小、國中、高中、大學(3) 99-108年原住民族。

結果發現各年齡層以15-24歲之年齡層之情況最需注意，在近十年有上升之趨勢且達到統計上的顯著，特別以吊死、勒死及窒息與由高處跳下自殺及自傷是該族群首要防治的自殺方式；另針對學齡層的分析，以高中及大學學齡層需特別注意，自殺方式則同樣以吊死、勒死及窒息與由高處

跳下自殺及自傷為首要防治目標。原住民族之死亡率分析結果則發現並無任何年齡層死亡率在十年有上升達到顯著之趨勢，可能是因為人數過少，造成趨勢變動過大，難以分析出顯著趨勢，但針對有上升但未達顯著之年齡層進一步分析則發現男性15-24歲及65歲以上，在以氣體及蒸氣自殺及自為中毒之部份均有顯著上升趨勢。

針對青少年由高處跳下部份之防治仍需持續強化外，以心理發展介入之全面性策略亦應納入策略要點之一；原住民部份在自殺工具防治上，則需強化木炭防治，而另一方面未來如何與原住民委員會及各部落取得自殺防治與文化間共識，並避免自殺污名化造成原住民受到再次傷害是相當重要，最後則透過原住民部落的耆老進一步達成自殺防治，網網相連。

2. 配合衛生福利部資訊處「長照資訊倉儲系統」建置期程，研析老年人口群、長期照顧個案及其照顧者自殺數據，並提出具體可行之策略建議

台灣於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」，而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。

經由國內外文獻回顧發現到長照機構裡過去一個月大約5-33%的人會出現自殺意念，而被照顧者其自殺風險與一般人之危險因子大多相似，包含憂鬱、社交孤立、孤獨感、健康問題及身體功能減損等，然而照顧者的心理層面危險因子研究仍較缺乏，不過整體來說，照顧者不但要面對照顧者的照顧負荷，亦需面對自身的生活壓力，因此未來仍需更多相關研究以完備照顧者相關自殺防治策略。

綜合文獻回顧，我們以一般老人之精神疾病及非精神疾病自殺預防標的族群作為首要目標，未來仍待長照司將系統建置完成，以發現更多自殺危險因子，而不論照顧者或非照顧者，其憂鬱症狀都是相當重要的危險因子，因此強化憂鬱症的發現以及後續治療，亦是重要的防治策略之一。

3. 研析青少年（國小學齡層、國中學齡層、高中學齡層、大學學齡層）及原住民族自殺資料，提出自殺防治策略建議

104-108年，各學齡層通報人次呈現逐年上升的情形，且自106年起，國中以上的學齡層通報人次上升幅度更為明顯。108年4個學齡層總計通報6,780人次，占全國通報人次之19.2%，各學齡層的通報人次為近五年來新高，其中國小學齡層通報95人次(占全國通報人次之0.3%)、國中學齡層通

報1,242人次(占全國通報人次之3.5%)、高中學齡層通報2,053人次(占全國通報人次之5.8%)、大學學齡層通報3,390人次(占全國通報人次之9.6%)。

104-108年國中至大學學齡層之女性通報人次皆高於男性，且女性通報人次增幅比男性高，108年的性別比(女/男)上升至2.9-3.7，高於全國數據的1.82；反之，104-107年間國小學齡層男性通報人次高於女性，但女性通報人次逐年升高，在108年超過男性通報人次。

自殺方式部分，國中學齡層占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體自殺及自為中毒」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」；高中學齡層占率第一為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體自殺及自為中毒」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」；大學學齡層占率第一為「以固體或液體自殺及自為中毒」，其次為「切穿工具自殺及自傷」，第三為「由高處跳下自殺及自傷」。

自殺原因方面，108年國中學齡層占率最高為「情感/人際關係」、其次為「精神健康/物質濫用」、排名第三為「校園學生問題」；高中學齡層占率最高為「精神健康/物質濫用」、其次為「情感/人際關係」、排名第三為「校園學生問題」；自殺原因方面，大學學齡層同國中及高中學齡層，「精神健康/物質濫用」與「校園學生問題」近五年占率呈現上升趨勢，另一方面，大學學齡層通報個案中，自殺原因「工作/經濟」占率明顯高於其他學齡層，每年約有7%的通報個案有「工作/經濟」的問題，建議可針對校園、職場等相關場域實施自殺防治策略。

本案因本年度原民會尚未提供原住民相關資料，此部分的報告依據自殺通報檔中原住民註記做為原住民身分之判定。108年原住民族自殺通報人次為1,746，其中男性通報460人次，女性通報1,286人次，女性為男性的2.80倍，高於全國的1.82。以年齡層來看，以15-24歲的通報人次為最多，其次為25-34歲，第三為35-44歲，自殺通報個案主要分布花蓮縣、桃園市以及新北市。108年原住民通報個案自殺方式占率首位皆為「切穿工具自殺及自傷」，其次為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。在自殺原因方面，占率首位皆為「情感/人際關係」，其次為「精神健康/物質濫用」，自殺原因細分類則是以「其他精神疾病或心理健康問題」為最高。

4. 進行巴拉刈禁用前後自殺趨勢分析

「限制自殺工具的取得」是自殺防治「全面性」策略之一，而「自殺防治法」第12條亦為「各級主管機關應建立機制，降低民眾取得高致命性

自殺工具或實施高致命性自殺方法之機會」。

近年來，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為臺灣前三大自殺方式之一；包含安眠藥、酒精以及農藥等，其中最主要的原因是農藥。然而在常見的農藥自殺方法中，巴拉刈儼然成為當前最嚴重的問題之一。巴拉刈是廣泛被農民使用之除草劑，由於其毒性強以及致命性高，即使飲用量小也可能致死，其死亡率高達六到九成，而且沒有解毒劑。

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。於109年2月1日禁用巴拉刈。

為研究分析臺灣巴拉刈禁用前後趨勢，本會進行系統性文獻蒐集，彙整資料期間108年至109年之國內外巴拉刈與農藥禁用相關文獻，包含他國禁用巴拉刈、農藥與國內專家學者對於限制自殺工具與巴拉刈禁用的實證研究，未來亦持續進行系統性國內外文獻彙整。另同步持續蒐集巴拉刈禁用前後之臺灣自殺通報系統數據，擬於2021年上半年進行數據分析，完成自殺趨勢分析研究撰寫與正式投稿。

5. 辦理自殺防治現況調查

自殺關懷訪視員為第一線工作人員，其主要工作目標為落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理。面對各種沉重的生命議題，若訪視員缺乏適當的支持與自我照顧能力，不僅可能影響訪視服務品質，更有可能打擊訪視員的工作信心與自我效能感，對身心狀態或心理耗竭是十分巨大的挑戰，惟國內針對自殺關懷訪視員工作狀況與身心狀態的研究卻相對稀少。

為了解關懷訪視員之服務現況，設計問卷調查關懷訪視員的工作負擔，針對訪視員列管在案個案數、工作壓力來源、加班情況、非訪視本職之工作量、支持系統、個案自殺造成的心理負擔，及服務年資等資料進行調查，以期作為自殺防治策略推動之重要參考。

本案問卷分析結果，以年資而言，年資未滿兩年的訪員占48.5%，約占全體訪員半數；教育背景方面，以「社會工作」及「諮商輔導」占率27.5%為最多；專業身分上，71.9%的訪員「沒有」持有任何助人領域專業證照。88.3%的訪員在自殺關懷訪視業務外還需負責執行其他業務，過去三個月有91.2%的訪員每月加班時數在20小時以內，另有少部分訪員每月需加班46小時以上。多數訪員自陳在工作中有不錯的自我狀態調整能力，而來自於工作單位或督導的協助則可望加強改善。調查結果顯示過半數的訪員感

到工作負荷沉重，且有二至四成的訪員開始出現專業耗竭情形。

透過訪員提供的意見，中心或各衛生局處未來可考慮增加以實務教學、互動交流為主軸之線上課程(如同儕討論、實務工作坊等)，強化訪視員之間的經驗分享與傳承。拒訪個案的處遇困境，則可透過修訂調整自殺個案訪視及結案處理原則，以貼近訪員實務情況且確保個案的權益。

三、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

1. 提報全國自殺防治綱領（草案）

全國自殺防治綱領為落實自殺防治相關法令之基礎，從而進一步形成因地制宜之自殺防治策略、具體可行之自殺防治方案及自殺防治計畫。

中心本次提報之全國自殺防治綱領草案邀集自殺防治領域專家學者，根據自殺防治法、自殺死亡與自殺企圖通報數據、中央及地方自殺防治策略及執行情況，編寫綱領內容，做為各級政府機關(構)、學校、法人、團體及社會各界提出有效自殺防治策略、計畫、方案，投入防治資源並實際執行之參考。草案內容包括自殺防治現況及趨勢分析、自殺防治衝擊及挑戰、願景及目標、策略、政府機關權責分工及協調以及後續推動。

2. 編製 108 年自殺防治年報（電子書）

109年分析歷年自殺死亡及通報趨勢及最新自殺相關數據，並彙集108年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「108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初稿1份，內容包含臺灣自殺相關數據與現況、整理中央及各縣市108年自殺防治工作成果、自殺防治法立法歷程，並提供相關資源，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。

3. 辦理 109 年度自殺防治互動式輔導訪查

本中心109年依據衛生福利部108年度自殺死亡統計發布之結果，以「自殺死亡率3年移動平均」、「108年自殺通報個案再自殺率」及「至109年6月30日自殺死亡人數初步數據較108年同時段」比較分析，選定排序較

高之六縣市，由中心偕衛福部辦理自殺防治互動式輔導訪查。訪查中將針對該縣市自殺通報及自殺死亡數據，提出分析報告、降低自殺率之具體方案，並協助加強自殺防治跨專業團隊橫向連結，依各縣市需求進行專案討論，藉以提供即時輔導追蹤及後續成效評值。

經中心決議後擇定台中市、高雄市、新竹縣、基隆市、新竹市、嘉義市為今年辦理面訪之縣市，已全數辦理完畢；另高序位離島地區連江縣、金門縣列為關懷名單，改採非面訪形式會議。

綜觀6場互動式輔導訪查，較為共通的議題為自殺方法的介入、擴大通報後所遇到的問題、自殺意念是否通報，此外學生族群的自殺防治也是較多縣市提出討論的議題。

4. 辦理公立醫療機構病人自殺防治工作

根據本中心分析109年1月至4月國內自殺通報相關資料，自殺通報單位為醫療院所的占比為77.5%。國內調查亦發現自殺身亡者於自殺前一週內就醫的比例在60%左右，前90天更可達到80%，而自殺身亡者生前最後就醫調查顯示，最後一次門診為非精神科者占82.7%，其中前三高科別分別是胸腔內科、腎臟內科、內科；自殺身亡者最後一次就診處以在醫院門診為最多，達68.2%，基層診所為21.1%，顯示醫療機構場域非常容易接觸自殺高風險群。再再突顯醫療機構推動以醫院為基礎的自殺防治工作，實為自殺防治網絡中極重要的一環。

本案為推動醫療機構自殺防治工作，本中心擬分階段先行於公立醫療機構實施。為了解醫院自殺防治工作現況實行問卷調查，調查公立醫院自殺防治工作現況，並召開醫院自殺防治工作會議，邀請各醫院代表分享院內自殺防治工作經驗。再者進一步推動醫院溝通與輔導，成立策略小組，擬訂醫療機構監督辦法、建立溝通輔導機制，以《自殺防治系列37：醫院自殺防治工作手冊》手冊更新與推廣至公立醫療體系、建立示範醫院進行訪查及辦理自殺防治工作說明會、配合衛生局醫院督考給予建議等以上三類方案進行溝通及輔導，期待醫療體系的努力投入與整合，促進各類專業人員的連結及積極參與，以落實「網網相連，面面俱到」，共同建立綿延牢固的自殺防治網絡。

5. 編製「媒體報導自殺事件指引」電子書

媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，全國自殺防治中心往年皆致

力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，攜手打造健康的自殺事件新聞報導，宣導正確的自殺防治觀念。109年度本會參考WHO於106年公布之媒體專業人員自殺報導指引、及本會107年出版之「媒體從業人員自殺防治手冊」內容，並依網路及平面媒體性質之不同加入刊登照片之規範後，編製「媒體報導自殺事件指引」電子書。編製完成後透過中心過去多年建立之資料庫寄送予各家媒體報社、網路社群媒體、國家通訊傳播委員會以及文化部參考，盼達成網網相連、面面俱到之守門人目標，加強媒體的正向功能。

6. 召開新聞媒體聯繫會議，加強媒體正向功能

根據世界衛生組織(WHO)之報告，媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的關鍵載體。根據過去相關的研究，媒體報導自殺相關新聞可以降低模仿行為(copycat)效應，但也可能增加自殺風險；而正確與適當地報導自殺新聞，有助於呼籲民眾勇於求助。當媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，則有助於整體自殺防治工作之推行。

中心今年共發布3則新聞稿，總計共15則媒體露出之相關報導；並於109年5月15日上午10時00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—挺過首波心理衝擊，邁向重建」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為自殺防治學會吳佳儀理事、聯合醫院社區精神科陳映燁醫師、台北市報業商業同業公會羅國俊理事長，現場參與共37人，線上直播參與人數衛生局共10間，共17人。

7. 進行媒體監測，運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，以提升民眾對自殺防治認知

中心自95年起每日蒐集及整理自殺相關新聞報導，除執行媒體監測，並定期進行資料分析，同時因應重大新聞事件適時給予回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員撰寫自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連、面面俱到」之理念。另於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，一但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站，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。

中心積極藉由各種管道宣導自殺防治的重要性，包含各種演講、活動、

相關會議、與媒體合作或是使用Facebook與YouTube，來喚起大家對於自殺防治議題的關心，並探討如何讓社區、國家，甚至是國際間自殺防治網網相連。藉由多方、多元的夥伴合作機會，共同探討如何讓社區、國家，甚至是國際間自殺防治網網相連。未來期能擴大合作夥伴並進行後續推廣，以促進推廣之效益。

未來將持續接受更多、更廣、更深合作形式，拉近產、官、學各界領域的距離，不間斷的推廣中心理念與價值，並提升民眾對於自殺防治的認知，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界

8. 針對國內常用自殺方式或工具提出具體可推動之防治策略，建立木炭製造、販售商名冊

因自殺防治工作有其困難性，瞭解世界各國在自殺防治領域的經驗更顯重要，因此本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，針對全面性自殺防治策略，就國內十年內常用自殺方式與工具提出具體之防治策略，供政府單位、各縣市衛生局、各級學校與全民參考並共同防範自殺憾事之發生，亦建立市售木炭商製造、販售商名冊，以供衛福部函送經濟部、請該部協助周知業者重視自殺嚴重性，配合於木炭外包裝標示珍愛生命線及1925安心專線等資訊，提供求助管道，盼透過防治策略即時喚醒企圖使用木炭作為自殺工具之個人，並期許有效挽回其實貴生命。

使用Embase資料庫共蒐集到60篇國內常用自殺方式與工具防治方法、策略與政策之相關文獻；搜尋年代從1974年至2020年；搜尋範疇為文章標題(Title)、摘要(Abstract)、關鍵字(Keywords)；關鍵字為自殺(Suicide)、防治(Prevention)、上吊(Hanging)、燒炭(Charcoal Burning)、固體或液體中毒(Poisoning、Overdose、Pesticide)、高處跳下(Jumping)、溺水(Drowning)，並根據蒐集之文獻與數據撰寫本年度「國內常用自殺方式與工具之防治策略」專文。

根據中華民國經濟部商業司公司行號有限合夥營業項目代碼檢索系統定義，薪炭業指利用林產枝梢製造薪材或燒製木炭之行業，如燒炭、薪材採取。木炭批發業，指從事木炭批發之行業。而木炭零售業則是從事焦炭、木炭等零售之行業。透過公示網查詢的過程中發現部分商家營業登記項目不一，公司所營事業為薪炭業者，財稅營業項目不一定註冊木(竹)炭燒製，而是登記為焦炭批發等，為避免有遺漏擴大搜尋範圍將木炭、木(竹)炭燒製煤、焦炭批發、焦炭零售都做為搜尋關鍵字與篩選內容，並將符合

上述條件之商家都列入木炭製造商與販售商名冊中，名冊中共計356筆商家，並已於109年8月28日將名冊函送衛生福利部心理及口腔健康司，109年9月10日由衛生福利部心理及口腔健康司函送經濟部協助周知業者標示珍愛生命標語，及正確標示1925安心專線等相關資訊。

9. 修訂「政府跨部會自殺防治手冊」

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。106年本會為協助中央政府串聯各部會，故針對12部會編製「政府跨部會自殺防治手冊」，對各部會所涉自殺防治工作之業務權責、服務對象與自殺危險因子、以及自殺防治策略實施方針之項目，召集專家學者並回顧近百篇之文獻後提出說明，供相關部會參考運用。

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，109年度依「自殺防治法」、「全國自殺防治綱領草案」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「政府跨部會自殺防治手冊」項目及內容，並印製供中央各部會及各地方政府參考運用。

10. 擬訂「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書

衛生福利部為全面提升國人心理健康，於106-110年辦理「國民心理健康第二期計畫」。該計畫以公共衛生三段預防為基礎，針對不同目標族群需求，落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念，涵蓋從「促進全民心理健康」、「落實精神疾病防治與照護服務」、「強化成癮防治服務」、「加強特殊族群處遇服務」及「整合及加強心理健康基礎建設」等五大面向，推動各項服務措施。

為持續因應未來環境變化及滿足國民心理健康及自殺防治之需求，協助規劃「國民心理健康第三期計畫」自殺防治章節之建議書，包括檢討第二期計畫成效等事項。故將蒐集相關資料，並召集自殺防治專家學者與公部門共同研議計畫內容，以利未來據以推動、檢視績效及滾動式檢討。本案目前由中心同仁彙整成草案後，已召開兩次專家會議，並邀請專家針對特定章節進行修改，以臻完善對我國自殺防治各面向的描述。

四、教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議

1. 辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練

中心於5月23日於臺大醫院第七講堂辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」，由台灣自殺防治學會陳俊鶯常務理事及台灣自殺防治學會吳佳儀理事，與醫師全聯會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。當日亦於全國13間地區醫院同步視訊轉播。當日含視訊會議總人數為429人，醫師占79人，護理人員占211人，臨床心理師占48人、諮商心理師占6人，藥師占25人，社工師占26人，職能治療師占1人，物理治療師占1人、醫事放射師占2人及其他人員占30人。

本次研討會特別含括自殺防治法與新冠肺炎疫情之心理健康議題，課程主題包含：「自殺防治法的意涵與實施」，課程包含自殺防治法立法始末、自殺防治法本法法規、自殺防治法的實施及網路自殺防治策略；「新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治」探討全國自殺率趨勢變化，自殺原因、迷思、警訊、與探詢，以公共衛生角度預防自殺：心理與環境安全；疫情下自殺高風險群之辨識與評估，自殺高風險群之關懷與處遇，如何增強自殺防治實務第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論。

2. 配合辦理自殺防治諮詢會

依據自殺防治法第4條規定，中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會，以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。為執行此項規定，衛生福利部由部長擔任召集人，邀集跨部會代表、專家學者代表組成自殺防治諮詢會，於每四個月召開一次會議。自殺防治諮詢會第一次委員會議為108年11月6日；第二次委員會議於109年4月6日辦理，中心協助衛生福利部進行自殺防治諮詢會之議程擬定及會後紀錄製作，並配合會議需求，於會議中進行自殺數據現況及自殺防治策略報告，以利自殺防治諮詢會的順利進行。

自殺防治諮詢會第二次委員會議中，中心進行報告案二案：案1為「自殺防治工作整體策略規畫」，報告我國自殺防治三大策略與相關工作實例、我國自殺相關數據分析結果、跨部會心理健康及自殺防治網絡與自殺防治法規定相關權責分工；案2為「學齡人口自殺防治策略規畫」，報告自殺於各年齡層十大死因中排名及數據分析、學齡人口之自殺危險因子、學齡人口自殺防治工作項目實例與各部會協助事項。

3. 辦理自殺防治法法規說明會

自殺防治法業已於108年5月31日於立法院三讀通過，並於6月19日由總統公布後正式施行。中心於108年下半年接獲多起法律條文的詢問，問題內容包含衛生局端及相關業務人員對於自殺通報相關法律的適用、媒體對於報導自殺新聞的界線及相關罰則等，可見自殺防治法的法規說明是施行本法與落實自殺防治策略的首要之務。法律的解釋是政府機關與人民適用法律的基本前提，因為法律條文的制定常為抽象性的原則，當直接套用在實際案例時會有模糊地帶或不確定性的發生，此時便需要法律專家對法律條文進行解釋說明。

中心於衛生福利部公布自殺防治法施行細則後，發文予各精神醫療網分區核心醫院，邀請協辦法規說明會，會議形式以講座方式為主，邀請各區在地自殺防治及法律領域專家擔任主講人，配合自殺防治法及相關子法規，進行專題演講。內容涵括自殺防治法之立法要旨、適用範圍、罰則、各級罰緩裁量標準等，並於會中開放與會人員提問討論，針對各領域人員對於法規的疑問進行釋疑。

藉由7場法規說明會，可以觀察出各不同領域人員對於自殺防治法及相關子法規內容仍有許多疑問，除了在法規說明會現場回應與會人員的提問外，中心將提供問答集，以利衛福部置於自殺防治通報系統或是相關網頁上供參考。同時已錄製臺北區法規說明會，並製作成數位學習教材，將來提供予相關人員利用。

4. 維護全國自殺防治中心網站、臉書粉絲團及珍愛生命學習網資料

由於我國網際網路、智慧型裝置及行動應用已普及化，並成為國民日常生活中經常接觸之媒體，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，分別開設全國自殺防治中心網站、珍愛生命數位學習網、珍愛生命打氣網臉書專頁，並且推出「心情溫度計App」供民眾利用。

全國自殺防治中心網站自今年2月26日之後與數位學習網合併，且重新規劃網站內容，並因應新冠肺炎增設「疫情專區」。網站合併後，中心網站流量自109年3月1日至109年9月30日止，訪客總數為30,957人次，網頁總瀏覽數為58,310次。珍愛生命數位學習網109年1月至9月，共計620,144人次完成數位學習網的認證課程。用於輔助數位學習網的「自殺防治e學院」YouTube影音平台共累計1,002,140觀看次數。

從99年底設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過七年多的耕耘，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109年10月15日止，粉絲專頁按讚人數共有8,994位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，每則貼文平均約有1,100以上的瀏覽人次，每月總瀏覽人次最高則達134,176人次，顯示此專頁的影響力與發展性。

為使「心情溫度計」更有利於民眾觸及、使用，本中心於103年開發「心情溫度計」App，並兼顧Android及iOS兩大作業系統，提供用戶一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。「心情溫度計」不只容易使用，且簡短有效；不只可用於自我檢測，更可用於關懷週遭的親朋好友。因此，本中心歷年來持續推廣、宣傳心情溫度計App，並隨使用者需求更新相關功能及介面，以利促進民眾心理健康。累計至109年9月30日為止，Android版本下載總數為65,860次，iOS版本下載總數為93,267次。兩大作業系統版本共有89,787筆檢測紀錄；以總分6分為切點(cut point)，0-5分占全體73.8%、6分以上占26.2%。若以性別而言，6分以上者女性占多數；以年齡層分析，6分以上者在14歲以下占最多，而25-44歲最少。

5. 與安心專線承作廠商共同辦理自殺防治工作聯繫會議

安心專線為我國自殺防治策略中不可或缺的一環，提供自殺意念及企圖者即時的線上諮詢與危機介入，故此全國自殺防治中心與安心專線建立起良好溝通合作管道實有其必要性。為促進合作與實務經驗交流，盼藉由合作舉辦工作聯繫會議，共同研討自殺企圖或自傷案例，探討自殺防治熱線與自殺個案關懷訪視員的橫向聯結、個案轉介、自殺通報趨勢等實務議題，期待透過雙向溝通，促進雙方互助合作，建立更完善之自殺防治網絡。

分別於6月2日及9月23日召開「自殺防治工作聯繫會議」，討論主題包括「提案討論」及「意見交流」。安心專線透過來電統計，發現少部分個案來電量超過整體來電量的80%，且多數來電個案具精神疾病診斷或精神病狀。為合理分配社會資源，避免安心專線長時間服務少數來電者，針對其他列管系統已開案服務之個案，若無急迫之自殺危機，可建議個案利用原服務系統之資源。持續關注民眾來電情形，並以實證研究為基礎了解個案來電需求，進而研擬方案，建立符合個案需求的專線或網絡資源。

透過聯繫會議，本中心與安心專線得以交流討論各自專業見解與實務經驗，針對國家自殺防治數據、安心專線服務量統計或自殺防治相關議題

等，互通有無並進行數據判讀與深入探討，清晰了解國內自殺趨勢變化，促使自殺防治工作成效提升。

6. 召開「自殺防治業務共識會議」

為凝聚自殺防治業務共識，增進自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，舉辦「109年度自殺防治業務共識會議」期望透過專題講座、提案討論、分組討論及綜合座談等形式，了解各單位在各項業務內容之不同觀點、困境與因應方法，再匯集各單位之意見並凝聚共識，共同強化自殺防治工作於各單位之實踐與效能。

有效的跨網絡、跨專業之溝通聯繫及協調，是協助個案媒合在地資源，適時提供資源轉介，以預防個案再自殺的重要關鍵。透過本會議，邀請與會人員共同研討在地資源網絡連結名單，同時研議與各類專業人員、在地網絡合作之原則及指引。

7. 配合世界自殺防治日(9月10日)以本部名義辦理大型宣導活動

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)。109年世界自殺防治日之主題為「同心協力防自殺(Working Together to Prevent Suicide.)」，而本中心另訂109年世界自殺防治日記者會主題為「同心協力防自殺:防疫心生活」，「世界自殺防治日」記者會將於109年9月6日舉行，誠如歷年記者會，預計邀請中央政府單位總統與副總統、衛生福利部、各地方機關代表與民間單位一同共襄盛舉。中心規劃響應世界自殺防治日活動包含世界自殺防治日記者會、世界自殺防治日徵件活動、世界自殺防治日媒體徵文活動與國際性活動—單車繞世界等，以散布自殺防治之正確概念，一同關懷世界自殺防治，響應人人皆為珍愛守門人之理念。

五、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

1. 辦理「建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度」

關懷訪視做為第一線專業助人工作，其涉及之業務服務範圍及對象主要包含精神疾病、毒品防制、自殺、保護服務個案等，而在自殺關懷訪視工作中會面臨困難個案狀況。若個案在被關懷訪視服務前，已有相關單位介入及輔導，也要與該資源單位進行溝通與協調，必要時採以共同訪視的方式，相互連結彼此的長處與資源，才可有效的幫助個案並達到事半功倍

的效用。

現今關懷訪視員在進行訪視時，常面臨個案議題複雜、各列管系統制度不一、權責分配模糊等規範上的議題。全國自殺防治中心於107年至108年持續修訂「自殺企圖共案通報關懷訪視流程」與「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」等作業流程，期能建立更佳的流程與體制，協助訪員克服困境。本中心於109年7月3日「衛生福利部整合型心理健康工作計畫心理衛生行政人員共識營」、10月13日「自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正」研商會議，與10月27、28日「109年度自殺防治業務共識會議」中提案討論，彙整各方專家與各縣市衛生局同仁相關意見，修訂整合心理衛生社工之自殺關懷訪視制度及結案標準，並於修訂完成後由衛生福利部公告，提供全國關懷訪視員訪視工作參考要點。

為了解與追蹤自殺關懷訪視員之核心能力與進修需求，並持續提供與支持其精進自殺防治工作相關知能，以中心出版之《自殺防治系列34-自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力編製問卷，並於問卷中提供「珍愛生命學習網」之關懷訪員專區線上課程資訊供訪員參考。透過追蹤自殺關懷訪視員核心能力遭遇之困境及問題，研擬符合實務需求之相關課程，供自殺關懷訪視員參考運用。

經調查顯示，各項核心能力落實程度回答「同意」以上者平均占率約80%。以年資而言，年資未滿兩年的訪員約占50%，統計結果顯示，年資兩年以上訪員在多項核心能力落實信心上皆顯著高於未滿兩年訪員。由此推論，經驗累積對訪員的工作能力培養有明顯影響。針對核心能力落實困難之調查結果，顯示較難以落實之能力前三名為「拒訪或失聯個案」、「重複自殺個案」、「轉介之建議處遇方式」，且不同年資的訪員皆視「拒訪或失聯個案」及「重複自殺個案」為較困難落實之能力。

針對前述落實困難之核心能力，中心未來將配合精神醫療網或衛生局處教育訓練，錄製專家學者授課之實體課程並後製成課程影片。參考本次調查結果，未來亦可考慮增加以實務教學為主軸之線上課程，強化訪視員之間的經驗分享與傳承。另依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，未來將以「法律及倫理規範」、「多元文化及多元性別概論」，與「個案報告及討論」等課程類別，做為本中心課程規劃目標。

2. 訪視紀錄抽查

依據「自殺高風險個案通報後關懷作業流程」，當自殺個案被通報至

通報系統後，便會由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，並填寫關懷訪視紀錄表。各訪員所撰寫訪視紀錄的結構完整性或紀錄完善度落差，可能造成不同訪員間訪視品質的差異或專業間溝通上的困境。

為增進關懷訪視員訪視紀錄之可靠度，提升後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的照護品質，中心安排每月抽查不同三縣市之訪視紀錄，進行審查以及針對審查結果提出建議，並追蹤後續改善狀況。今年度的訪視紀錄審查中，各縣市在個案主觀描述(S)及客觀觀察資料(O)平均完成度較佳，且在第二輪審查中亦有所提升，顯示各縣市在主客觀資訊的觀察與記錄能力較佳且有進一步改善。在第二輪審查中顯示自殺風險評估(A)部份雖有所改善，其中「生理精神狀態」及「治療順從性評估」兩項子題目的評估完整性仍有待加強。自殺風險評估為訪員重要的核心能力，應持續增強這方面專業訓練，著重結合危險因子、保護因子、生理精神狀態、治療順從性，綜合評估個案的再自殺風險，以提升訪視服務效能與品質。

藉由今年度審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，協助各縣市訪員提升訪視紀錄撰寫，持續追蹤各縣市在接收訪視紀錄審查結果與建議後的改善情形。

3. 建置自殺防治通報系統「知識庫維護功能」

自殺防治通報系統之建置主要目的為落實自殺企圖行為、自殺意念及自殺死亡個案之通報、建立個案輔導轉介關懷之網絡及促進相關服務資源之整合。

為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時精進與增修自殺防治通報系統功能，中心持續提出系統修改建議並協助建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員於登打資料時參閱。