

四、實施方法及進行步驟：請詳細說明實施本計畫所採用之方法及步驟，研究計畫應詳細說明研究設計、資料蒐集及分析方法。(頁數原則：5頁)

實施方法

〔一〕督導委員會設置

1. 為執行中心計畫之最高指導者，由自殺防治中心主任自相關學者專家及政府相關部會中延聘，並簽請衛署同意組成。此委員會成員之專長涵蓋成人精神醫學、兒童青少年精神醫學、社區醫學、臨床心理學、大眾傳播學、醫療社會學、醫療經濟學、文化心理人類學、精神疾病流行病學、生物統計、內政、衛生、教育、勞政、警政、司法、社會福利等。
2. 督導委員會執掌：
 - a. 監督、考核、評估自殺防治中心辦公室各項計畫之辦理。
 - b. 擬定合乎實證研究之標準，俾利確實有效執行自殺防治策略及選定先導計畫試辦地區。
 - c. 擬定徵求防治計畫之主題、辦法，負責計畫之審查與成果評估，並參酌有用的成果訂定相關防治策略。
 - d. 擬定以實證研究結果為基礎之自殺防治成效評估〔program evaluation〕指標，並依此指標評估防治之成效

〔二〕設置全國自殺防治中心辦公室

1. 依貴署指定地點規劃成立自殺防治中心辦公室，以統籌中心各項業務之執行。為有效推展相關工作，除邀請成立上述之督導委員會外，另亦與國外知名機構(如Rochester)合作，依任務編組成立全國自殺防治中心，執行自殺防治相關之服務、教學訓練以及研究。〔組織架構如附件二〕
2. 自殺防治中心辦公室執掌：
 - a. 中心之任務編組包括資訊發展組、資源開發組、研究發展組、教育推廣組等，各組設組長一名。
 - b. 成立督導委員會進行諮詢討論
 - c. 蒐集並評估全國各健康照護體系有關自殺病患的處置流程及標準化程度。
 - d. 結合國家精神疾病流行病學研究資料，了解全國自殺企圖的盛行率。
 - e. 結合外部資源，與民間相關機構與組織，共同推動自殺防治計劃，並評估分析其作業以及成效。
 - f. 地方先導計畫方案之整合及評估。

- g. 精神疾病與自殺高風險群(憂鬱症、自殺企圖者、失業者、特定職業族群等)之篩檢方法之研發。
- h. 台灣地區自殺企圖通報個案管理模式之建立。
- i. 國內、外自殺防治資料收集分析整理。
- j. 主辦或協辦相關研討會〔如 2006.10 於台北舉辦之泛太平洋精神醫學大會，即以自殺防治為大會主題〕
- k. 培訓精神專科醫師後研究人才。
- l. 建立國家級之自殺相關資訊監測與收集體系。
- m. 全國自殺通報系統之建置標準化及資料收集分析監測。
- n. 自殺防治網站之建立。
- o. 各項行政工作(如經費核銷、報告撰寫等)。

〔三〕自殺防治中心之研發及教育訓練職責

1. 研究發展：
 - a. 聯合各大醫學中心，針對重複自殺之嚴重個案，實施包含基因體醫學、神經影像學、精神藥理學之整合型生物精神醫學研究。
 - b. 針對自殺企圖者，進行深度之社會心理相關因素之研究。
 - c. 實施以自殺為主軸之流行病學研究。
 - d. 研究合乎國情之自殺防治系統評估以及成效指標。
 - e. 發展以自殺防治為目標之社區化健康促進策略。
2. 人員訓練、教育宣導（以公共衛生三段預防的立場出發）：
 - a. 「健康促進」—增進全民的心理衛生健康，並促進全民對自殺防治的認識，使全民體認「自殺防治人人有責」。包括大眾及特殊族群的衛教宣導、結合民間輔導機構及協會人員教育訓練。
 - b. 「早期診斷」—對有自殺傾向的個案，能早期偵測及治療。包括提高憂鬱症的照護品質(與基層醫療合作，早期發現早期治療)、自殺企圖者的通報體系的建立、臺北市醫療院所自殺病患處置流程訪查，以建立「自殺病患處置標準化作業流程」、標準化電話諮詢系統、建立自殺者自殺防範照顧流程、精神醫療專業人員培訓及研究工具使用、建立自殺企圖的資料庫及專業成長團體等。
 - c. 「適切治療」—對自殺傾向較高者、重覆自殺者進行積極治療、已自殺身亡者的家屬評估及必要治療。包括建立專業精神團隊、對已自殺者家屬評估治療、已自殺者相關資料研究分析。

〔四〕建立有效通報體系及自殺企圖者的資料庫

以臺灣目前資料，臺灣一年中自殺企圖者人數資料仍未知。因此若要進行自殺防治，需透過有效的通報系統進行彙整及採取措施。在執行上，需啟動精神醫療網，

結合警政消防系統、各級醫療院所、校園輔導體系及社區心理衛生中心等，落實通報系統及獎勵通報，以得完整資料。有關通報資訊系統規劃，其目標為透過資訊系統設計（通報資料力求簡化，如資料只包括身份證碼、姓名、出生年月日、通訊地址、時間、地點、通報單位及人等），以有效傳輸達成「自殺防治研究發展中心」之相關任務：

系統需求：分階段建置「全國自殺防治中心」之網路系統及設立網站

1. 第一階段：

建置自殺事件通報網頁(Web)系統：

- A. 通報單位以臺北市警察、消防單位、各醫療院所急診、校園輔導體系案例為基礎。
- B. 通報內容由中心研擬。
- C. 通報後之追蹤處理分析。
- D. 通報資料歸戶管理。
 - (1) 建置客戶關係管理系統。
 - (2) 建置「自殺防治研究發展中心」業務發展交流區。

2. 第二階段：擴充自殺事件通報系統，及建置社會資源網絡—彙整供需面之相關資源

3. 第三階段：擴充社會資源網絡，並建置轉介系統

4. 第四階段：建置資料分析系統

5. 第五階段：建置地理資訊系統—提供事故發生地點之最佳支援方案

〔五〕實施自殺防治介入之先導計畫

- 1. 為了落實於以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療，並有效對自殺企圖者進行妥善照顧，將選定該地區人口超過一百萬之三個縣市作為先導計畫執行地區，並將結合社區醫療群〔概念圖如附件三〕或社區公衛群試行先導計畫〔目前預計為台北市、高雄市、彰化縣〕。
- 2. 推動憂鬱症共同照護系統，藉由持續性之教育訓練以及認證，強化醫療體系處理並轉介自殺企圖與憂鬱症個案之能力。〔訓練內容如附件四〕此外，將政府與非政府之心理衛生及精神醫療資源為基礎架構，結合於一般醫療體系中〔附件五〕。
- 3. 透過學校、醫療院所、勞政、警消之通報系統通報之自殺企圖者，進行一系列之主動電話訪談及關懷措施，了解並建議其健康促進或醫療整合之可能性，並於訪談中進行結構性之精神症狀篩檢〔BSRS-5〕，建立關係後，嘗試專訪面談，建立精神科診斷以及其他社會心理危險因子之搜集〔CIDI, SCID, or SCAN〕。並定

期追蹤，探討目前社區醫療體系以及精神衛生網絡對於自殺通報個案之服務輸送是否暢通而有效。

4. 篩檢評估工具：本研究將採用多種標準化評估工具，包括簡式症狀量表篩檢版〔Brief Symptom Rating Scale 5: BSRS-5〕作為心理困擾之測量工具，此一量表由本研究主持人所發展，依照過去廣泛使用於台灣地區心身醫學以及災難醫學研究之簡式症狀量表〔Brief Symptom Rating Scale: BSRS〕，經統計分析以及效度檢測，萃取出五題具代表性之題目作為心身困擾及精神疾患篩檢之用，以Receiver's Operating Curve (ROC)分析，若以總分6分以上作為切割點，可以達到最佳之敏感度及特異度平衡(敏感度78.9%;特異度74.3%;正性預測值69.9%;負性預測值82.3%)。此外，本研究採用WMH2000所使用的診斷性訪談工具，該工具是根據WHO的組合型國際診斷會談(Composite International Diagnostic Interview; CIDI) (Robins et al., 1988)擴展而成，稱為CIDI2000。CIDI是一種全面結構化的訪談工具，可以由受過訓練的非臨床工作人員使用，並可透過電腦程式依不同診斷準則(ICD-10與DSM-IV)做成診斷。在多項國際性研究中，CIDI的訪員間信度被發現為優良，再測信度與效度則被顯示為良好(Andrews and Peters, 1998)，此外中文版衝動攻擊性量表，社會人口學問卷，社會支持度量表(Family APGAR scale)，以及其他量表問卷亦可加入研究。
5. 待試辦計劃完成後，予以檢討成效。

進行步驟

〔一〕短期目標(94年度)：自殺防治教育訓練及系統評估建置階段

1. 行政組織架構之確立

- (1)成立國家級自殺防治中心：設中心主任，副主任，執行長，並組訓專案及研究人員，以利中心業務之推動。
- (2)建立中央與地方合作協調分工體系(衛生局)。
- (3)指定醫學中心與精神醫療網之核心醫院七家公立精神療養院擔任其轄區各縣市衛生局之專業支援及訓練單位。

2. 開始實施人員組訓

- (1)協助各縣市培訓參與自殺防治之專業工作人員(重點包括自殺與基本精神疾病知識、同理心、面談技巧、支持性心理治療技巧、資源開發聯繫等)。
- (2)招訓研究發展小組成員(重點包括自殺學與精神病理、面談技巧、診斷評估、支持性心理治療技巧、資源聯繫、臨床實習)，負責研究個案追蹤、資料蒐集分析工作。

3. 擴大社會參與

- (1)持續推動非精神科醫護人員之精神醫學再教育、學校、機關、公私立團體(如

張老師、生命線...等)之醫護與諮商輔導人員之心理衛生、精神醫學、以及醫學倫理教育。

(2)在精神醫療院所、社區心理衛生中心與非精神科醫護人員、學校機關團體之醫護與諮商輔導人員之間建立迅速有效的照會轉介體系，以提高自殺防治效益。

(3)開始研擬設置全國性精神疾病與自殺防治網站。

(4) 結合民間團體力量，組織各級自殺防治之系統。

4. 開始研擬評估通報及服務系統之指標

(1)研擬評估通報及服務系統之指標，如自殺企圖通報系統評估、人員之在職訓練與評估、轉介成效、民眾參與率等，以改善目前不夠理想的通報情形，並改善通報資料記錄的準確性與完整性。

(2)探討網路通報系統之建立與標準統一之可能性。

(3)評估並改進現存之自殺相關資訊監測與收集體系。

〔二〕中期目標 (95 年度): 自殺防治方案展開執行階段

1. 正式推行自殺防治之先導計畫，以社區醫學為實施架構，採全面及密集之防治模式，加強精神疾病與自殺高風險群之篩檢與診斷評估、照會轉介、自殺企圖通報個案之家庭訪視及個案管理追蹤，社區及學校心理健康營造，並加強酒藥癮之防治。

2. 其他縣市推動一般人員與民眾之教育訓練，資源及轉介網絡之建立。

3. 全面宣導正確心理衛生觀念，增進民眾心理衛生知能，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。

4. 委託專家學者研擬長期心理衛生教育宣導方案，目標在使民眾有效學習到正確的心理衛生觀念，提升民眾對心理疾患之自我監測及壓力管理能力。

5. 製作心理衛生教育本土化宣導教材，利用政府各部門宣導通路及各種平面、電子媒體，定期宣導心理衛生相關資訊。

6. 推動憂鬱症防治，強化基層醫療人員之心理衛生教育，早期發現心理疾病及提供適當之轉介照護服務，協調健保局推動憂鬱病患之疾病管理工作。

7. 建立社區心理衛生中心之考評制度，並定期辦理實地考核。

8. 推動自殺關懷志工組訓，以擴大參與。

〔三〕長期目標 (96 年度至 97 年度底): 自殺防治評估與全面推廣階段

1. 持續實施並修正各級健康照護體系之自殺防治工作。

2. 自殺防治模式之成效評估。

3. 個別防治方案之成效及成本效益評估。

4. 依據評估結果，選擇高成本效益方案及模式，推廣及全國各縣市。

5. 擬定衛署自殺防治中心 98 年度 (含) 後之計畫，綜理自殺防治業務。