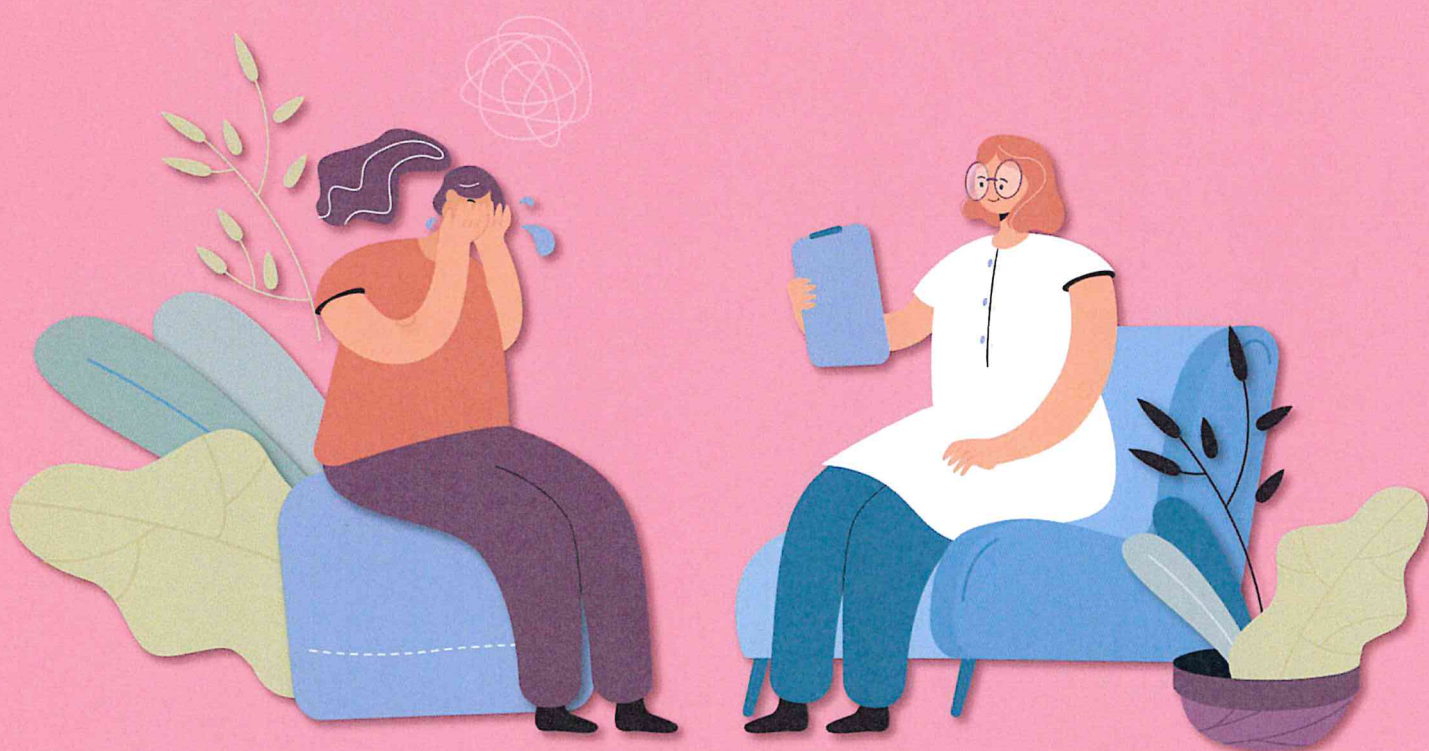


第一線人員之 自殺防治守門人訓練



主辦單位 衛生福利部、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心、臺灣醫學會、台大醫院、中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會

執行單位 各縣市醫師公會

時間 112年5月27日（星期六）13:00-16:30

地點 臺大醫院第七講堂（台北市中正區常德街1號）

醫療安全暨品質研討系列《124》

主題：第一線人員之自殺防治守門人訓練

主辦單位：衛生福利部、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心、臺灣醫學會、台大醫院、中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會

協辦單位：中華心理衛生協會、中華民國家庭照顧者關懷總會、台北市社會工作師公會、中華民國醫務社會工作協會、台灣失落關懷與諮商協會、台灣長期照護學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣精神醫學會、臺灣諮商心理學會、台灣輔導與諮商學會、社團法人中華民國藥師公會全國聯合會、台灣憂鬱症防治協會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、台灣臨床心理學會、社團法人中華民國肯愛社會服務協會、社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華居家服務員福利協會、社團法人台灣向日葵全人關懷協會、社團法人台灣長期照護專業協會、社團法人台灣長照護理學會、社團法人國際生命線台灣總會、財團法人天主教失智老人社會福利基金會、財團法人弘道老人福利基金會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣心理衛生社會工作學會、社團法人台灣社會工作教育學會、臺灣社會工作專業人員協會、社團法人中華長照協會、社團法人台灣長期照護專業學會、社團法人台灣長期照護管理學會、社團法人台灣天主教長期照顧機構協會、社團法人台灣見安長照協會、社團法人台灣長照人才品管學會、社團法人臺灣長期照顧物理治療學會、社團法人台灣老人暨長期照護社會工作專業協會、台灣長期照顧關懷協會、中華民國高齡暨長期照護服務學會、地方政府衛生局、民政局處、社會局

執行單位：各縣市醫師公會

主持人：李明濱名譽教授、周慶明理事長

時間：112年5月27日（星期六）13:00~16:30

地點：臺大醫院第七講堂（台北市中正區常德街1號）及YouTube線上直播

時間	議程表
13:00~13:30	報到
13:30~13:40	致歡迎詞：薛瑞元部長（衛生福利部） 周慶明理事長（中華民國醫師公會全國聯合會） 李明濱主任（全國自殺防治中心） 貴賓致詞：立法院楊瓊瓔委員 中華民國社會工作師公會全國聯合會溫世合理事長 台灣長期照顧發展協會全國聯合會潘政聰理事長
13:40~14:30	第一場：疫情後自殺防治之趨勢及發展 主講人：詹佳達主任（新光吳火獅紀念醫院精神科）
14:30~15:20	第二場：自殺防治守門人的知能 主講人：吳佳儀教授（國立台灣大學護理學系暨研究所）
15:20~16:10	第三場：社會資源網絡與轉介技巧 主講人：1. 蕭雪雯社會工作師（馬偕紀念醫院自殺防治中心） 主講人：2. 吳恩亮醫師（衛福部桃園療養院社區精神科）
16:10~16:30	綜合討論（主持人及所有主講人）

簡 介

一、宗 旨

本研討會擬經由政策法規、臨床實務、實證醫學、案例剖析等面向之探討，提升風險個案安全，結合醫療與社區，推廣守門人精神，進一步強化社會安全網路。

二、目 的

本專題訓練結合現有之自殺防治理論與研究新知，經由最新自殺現況數據分析，將守門人之概念延伸到醫療及社會工作實務，期盼透過守門人訓練課程，受訓人員可以掌握「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防治處遇技巧，給予關懷並適時轉介，提供資源協助有自殺意念者。

三、緣 起

社會安全網計畫於民國 107 年開始推動，目標為跨部會、跨資源的整合相關資源，以建構一張安全網來補綴社會安全體系的缺漏，而本專題訓練將守門人概念推廣到各領域(例：醫療、社會工作、社區村里長等)的第一線人員，藉此來強化社會安全網絡，並達到自殺防治三大策略中選擇性策略之內容。

調查研究顯示，自殺死亡者在自殺身亡前 7 天內就醫的比例皆在 60%左右。65 歲以上老人，自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診的比率將近九成。根據此研究，可了解醫療體系在自殺防治工作中的重要性，而第一線醫療人員在這當中扮演舉足輕重的角色。社會工作者在工作的過程中，有許多與弱勢族群接觸的機會，當中不乏自殺高風險個案。故社會工作者在自殺防治工作中，也與醫療人員具有同樣的重要性。根據國發會高齡化時程表示，臺灣將於民國 114 年進入超高齡社會，長期照顧已然成為一項重要的議題，照顧服務人員對於個案的生理與心理狀態需有一定的敏感度，並培養覺察自殺風險與基本處遇能力。在社區，村、里長為最能接觸社區居民的角色，需要具有辨識自殺風險危機的敏感度。此次訓練將結合多個醫療、社會工作與長期照顧相關公會、學協會，辦理社區自殺防治訓練，透過學習與討論增進其相關知能，而能辨識、關懷及協助有自殺意念之患者及其親屬，預防憾事之發生。

四、討論方式

本次主題邀請專家學者共同發表評論，期待透過實務經驗分享，藉由強化醫療安全、提升醫療品質之立場，提供給社區社安網絡中自殺防治守門人關懷守護精神推廣，並相關建言供醫療界、各縣市各局處主管機關參考。

醫療安全暨品質研討系列《124》

主持人簡介

李明濱教授

- 一、現職：
 - 台灣大學名譽教授、精神科兼任教授與兼任主治醫師
 - 新光醫院精神科客座教授
 - 輔仁大學講座教授
 - 衛生福利部「全國自殺防治中心」主任
 - 衛生福利部精神疾病防治諮議會召集人
 - 台灣憂鬱症防治協會名譽理事長
 - 台灣自殺防治學會常務理事暨創會理事長
 - 《醫學教育》雜誌主編
 - 國家衛生研究院論壇諮詢委員
- 二、學歷：
 - 國立台灣大學醫學院醫學系醫學士
- 三、經歷：
 - 台大醫院精神醫學部主治醫師兼心身醫學科主任
 - 台大醫學院精神科及職能治療學系、醫學教育暨生醫倫理學科教授
 - 臺大醫學院社會醫學科主任
 - 臺大醫學院共同教育室主任
 - 臺大醫學院精神科暨醫院附設精神醫學部主任
 - 美國國立衛生研究院 NIH Fogarty 國際研究員
 - 美國紐約羅徹斯特大學精神科客座講師、研究員
 - 國際心理腫瘤學會科學顧問
 - 亞洲心身醫學會理事及 2002 年大會會長
 - 環太平洋精神科醫師協會副會長
 - 台北市立聯合醫院副院長兼松德院區院長
 - 台灣精神醫學會理事長
 - 台灣憂鬱症防治協會創會理事長
 - 台灣失智症協會名譽理事長
 - 台灣自殺防治學會創會理事長
 - 台北市醫師公會理事長
 - 亞洲暨大洋洲醫師會聯盟會長
 - 中華民國醫師公會全國聯合會理事長
- 四、曾獲教育獎項：
 - 1. 教育部 82 學年度大學獨立學院教育教學特優教師獎
 - 2. 臺大醫院民國 87 及 89 年教材著作獎
 - 3. 臺大醫學院 97.99.100.101.102.103 學年度教學優良教師
 - 4. 國立臺灣大學 101 學年度資深優良教師
 - 5. 國立臺灣大學 87 及 103 學年度傑出教師獎
 - 6. 榮任「醫學教育」雜誌主編達 20 年
- 五、曾獲服務獎項：
 - 1. 行政院衛生署 93 年衛生三等獎章及 100 年衛生二等獎章
 - 2. 總統府中華民國建國百年授勳專案三等景星勳章
 - 3. 國立臺灣大學民國 102 年教師社會服務傑出獎
 - 4. 立法院厚生會第二十三屆醫療奉獻獎(102 年)
 - 5. 衛生福利部民國 104 年第三屆健康促進貢獻獎
- 六、論文專書：
 - 專業學術論文:500餘篇
 - 專書:31冊

周慶明理事長

- 一、現職：
 - 中華民國醫師公會全國聯合會理事長
 - 行政院政務顧問
 - 醫院評鑑暨醫療品質策進會董事
 - 錦明耳鼻喉科診所院長
- 二、學歷：
 - 國防醫學院醫學系
- 三、經歷：
 - 中華民國醫師公會全國聯合會第 11、12 屆常務理事
 - 中華民國醫師公會全國聯合會第 11、12 屆公共關係委員會召集委員
 - 中華民國醫師公會全國聯合會第 10 屆理事
 - 中華民國醫師公會全國聯合會第 9 屆監事
 - 新北市醫師公會第 26、27 屆理事長
 - 台灣耳鼻喉科醫學會第 14、15 屆副理事長
 - 台灣鼻炎衛教學會理事長
 - 三軍總醫院耳鼻喉科部主治醫師
 - 國軍台北醫院耳鼻喉科主任

第一場

疫情後自殺防治之趨勢及發展

詹佳達 秘書長

一、現職

新光吳火獅紀念醫院精神科主治醫師暨主任

台灣自殺防治學會秘書長

輔仁大學醫學系兼任講師

二、學歷

台北醫學大學醫學系醫學士

國立臺灣大學腦與心智科學研究所碩士

三、經歷

新光吳火獅紀念醫院失智症中心副主任

新光吳火獅紀念醫院精神科專研醫師

新光吳火獅紀念醫院精神科總醫師

新光吳火獅紀念醫院精神科住院醫師

台灣老年精神醫學會副秘書長



疫情後自殺防治之趨勢及發展

社團法人台灣自殺防治學會

理事長 李明濱

常務理事 陳俊鶯

秘書長 詹佳達

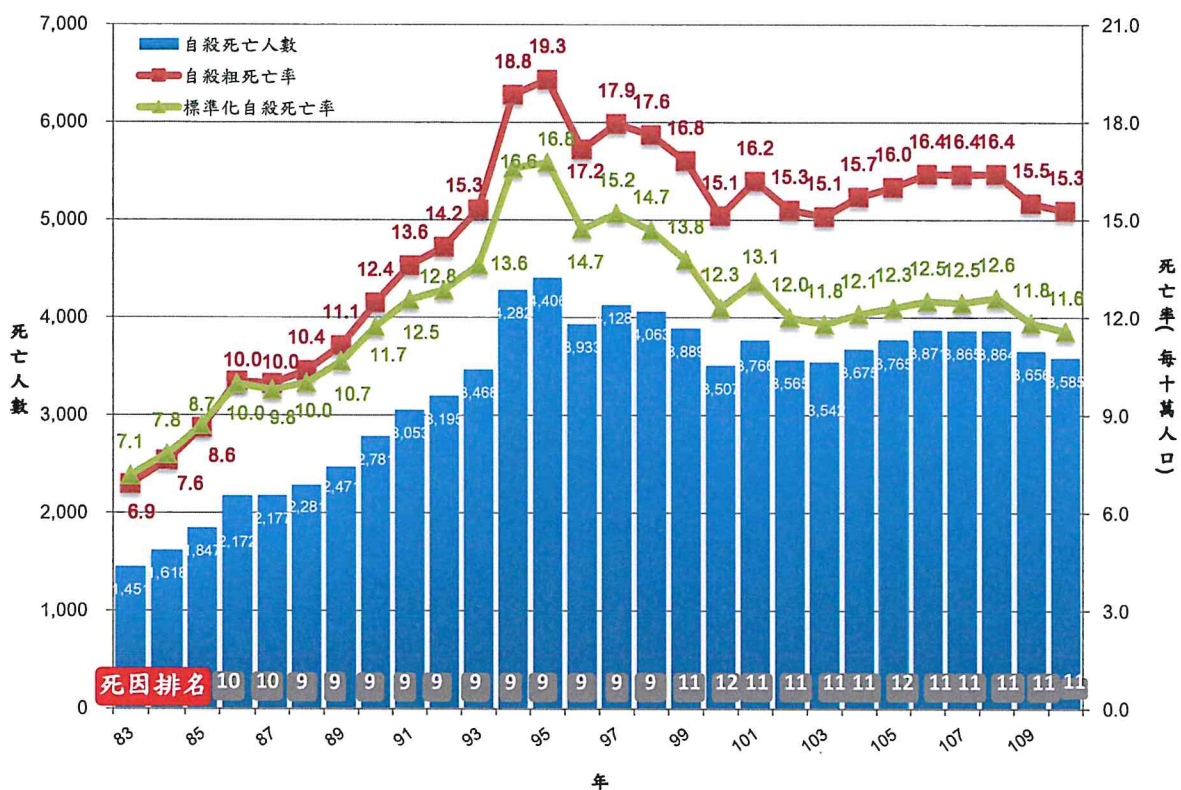
2023/05/27

珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope



83至110年全國自殺死亡人數 / 死亡率

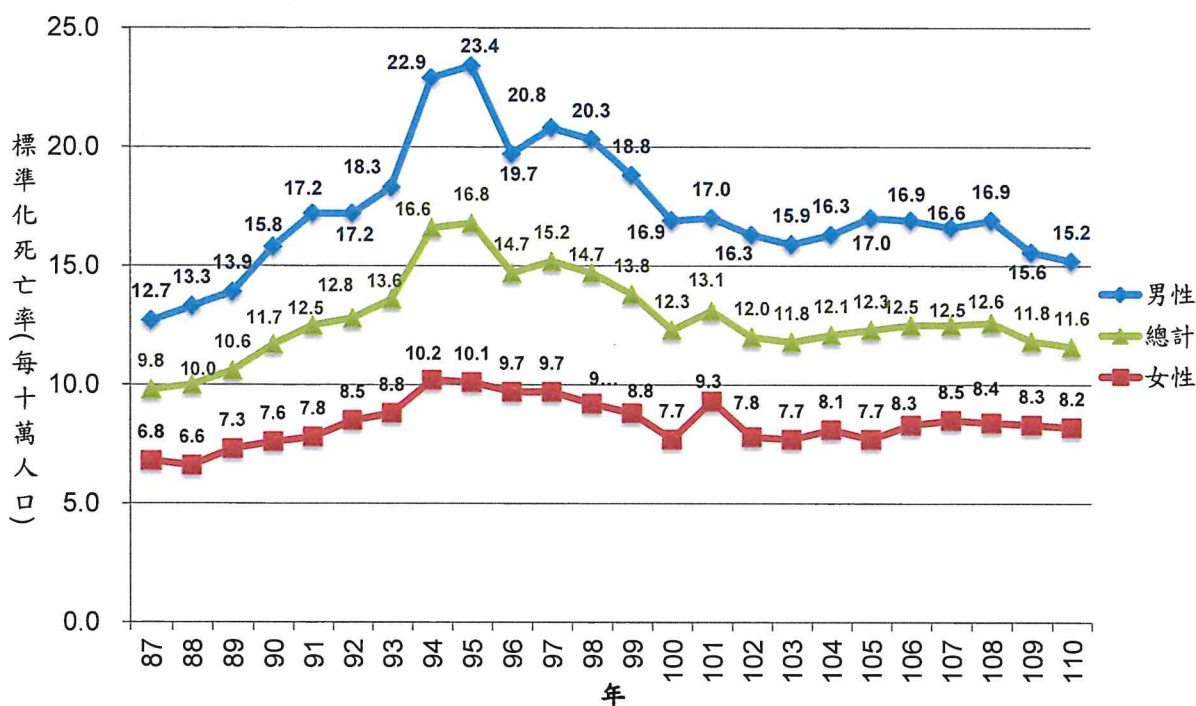


珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope



87至110年全國各性別自殺標準化死亡率

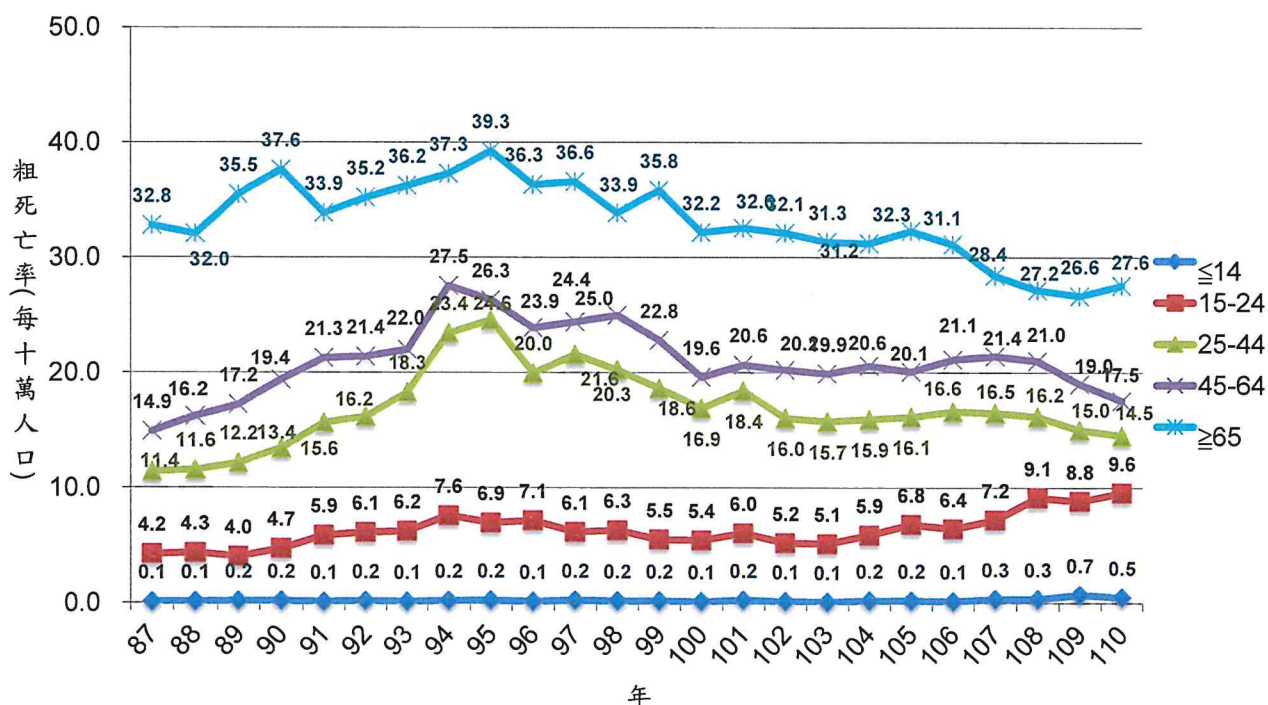


珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope



87至110年全國年齡層別自殺死亡率

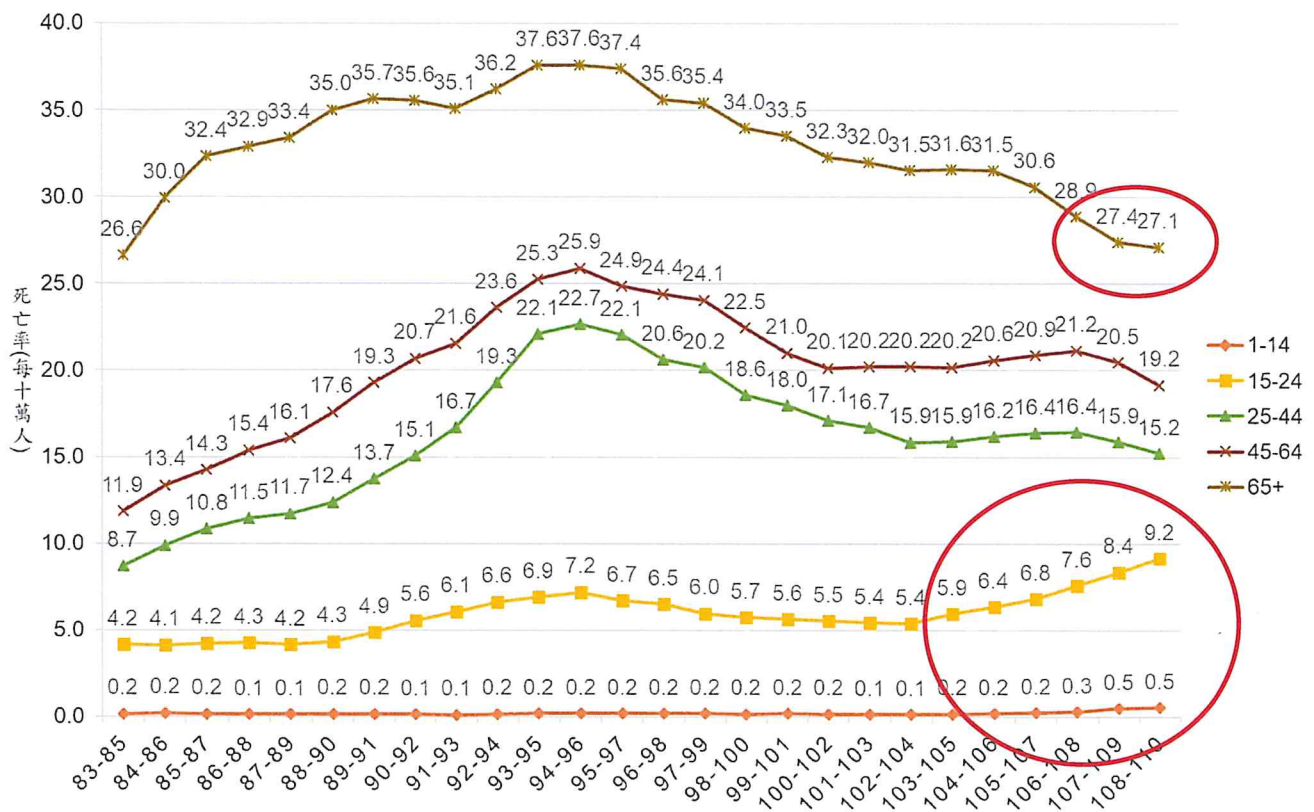


珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope



83-110年各年齡層自殺死亡率三年移動平均



珍愛生命，希望無限

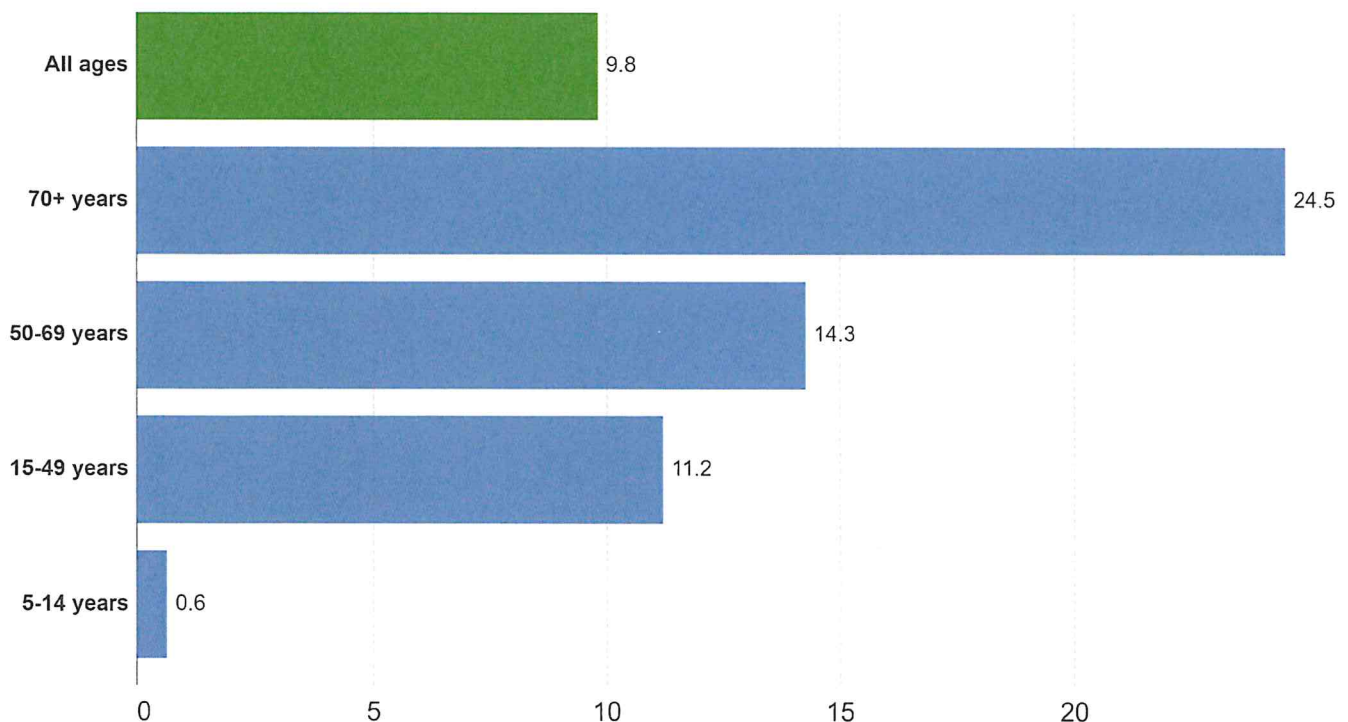
5

Saving Lives, Restoring Hope

Suicide rate by age, World, 2019

Our World in Data

Annual number of suicides per 100,000 individuals in a given demographic. Suicide deaths are underreported in many countries due to social stigma and cultural or legal concerns. This data is adjusted for this underreporting to estimate the actual rate of suicides.



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

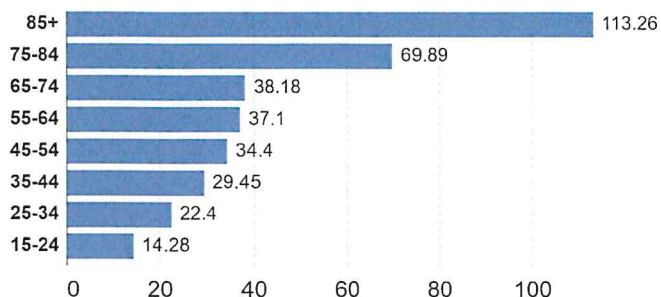
OurWorldInData.org/suicide • CC BY

Suicide rate by age, 2019

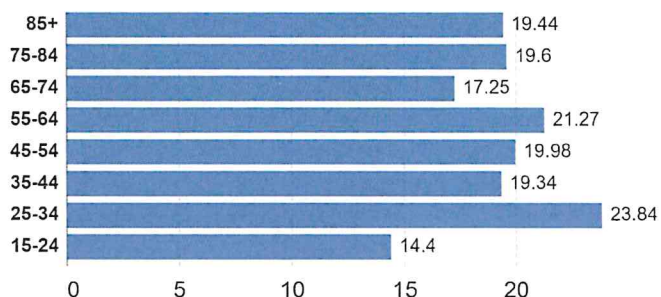
Our World
in Data

Annual number of suicides per 100,000 individuals in each age group. Suicide deaths are underreported in many countries due to social stigma and cultural or legal concerns. This data is adjusted for this underreporting to estimate the actual rate of suicides.

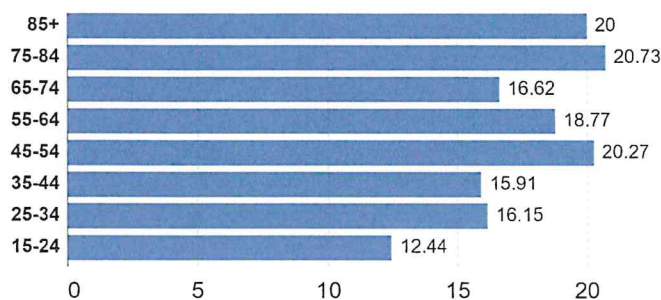
South Korea



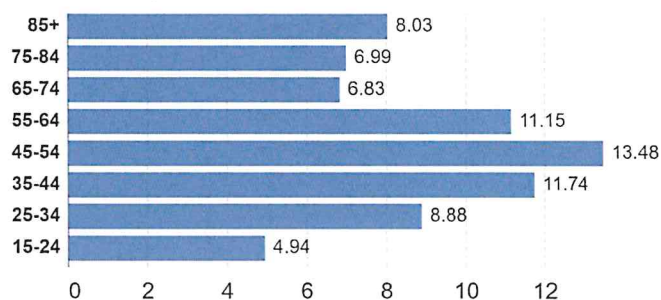
United States



Japan



United Kingdom



Source: WHO, Global Health Observatory (2022)

OurWorldInData.org/suicide • CC BY

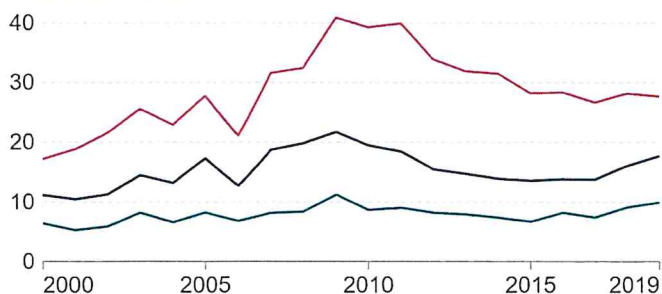
Suicide rates among young people, 2000 to 2019

Our World
in Data

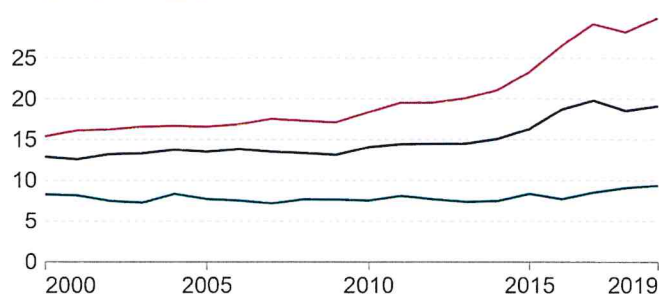
Number of deaths by suicide per 100,000 individuals in each age group. Suicide deaths are underreported in many countries due to social stigma and cultural or legal concerns.

15-19 years 20-24 years 25-34 years

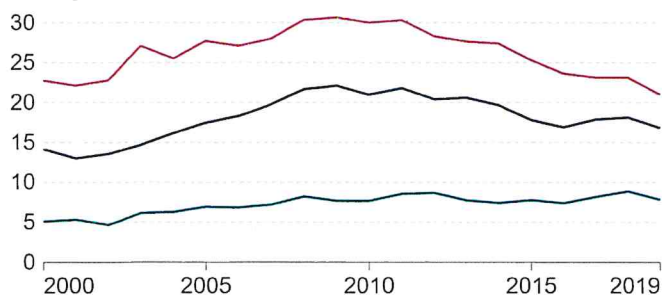
South Korea



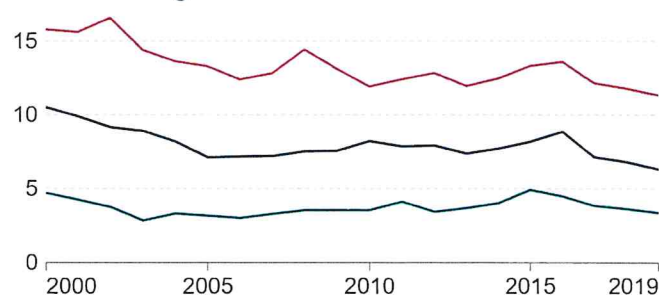
United States



Japan



United Kingdom

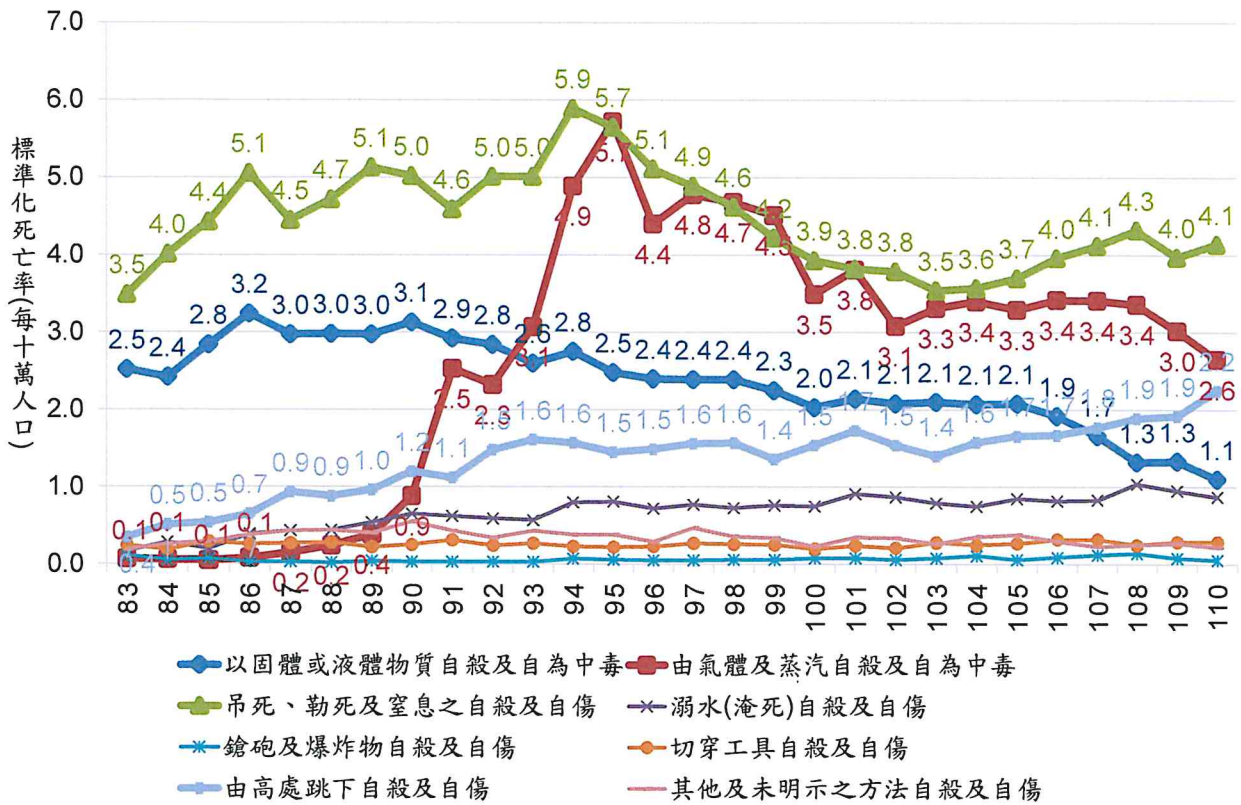


Source: WHO, Global Health Estimates (2020)

OurWorldInData.org/suicide • CC BY



83-110年全國各自殺方法標準化死亡率

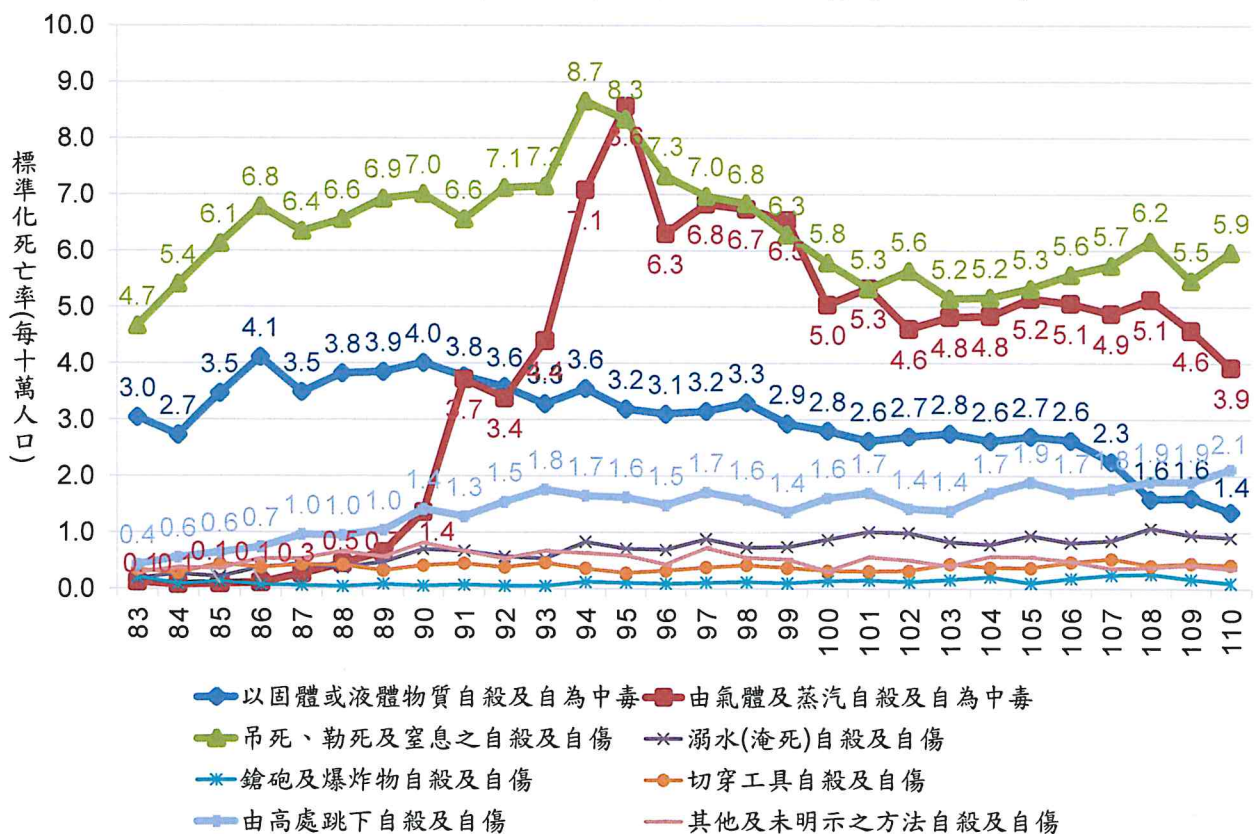


珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope



83-110年全國男性各自殺方法標準化死亡率

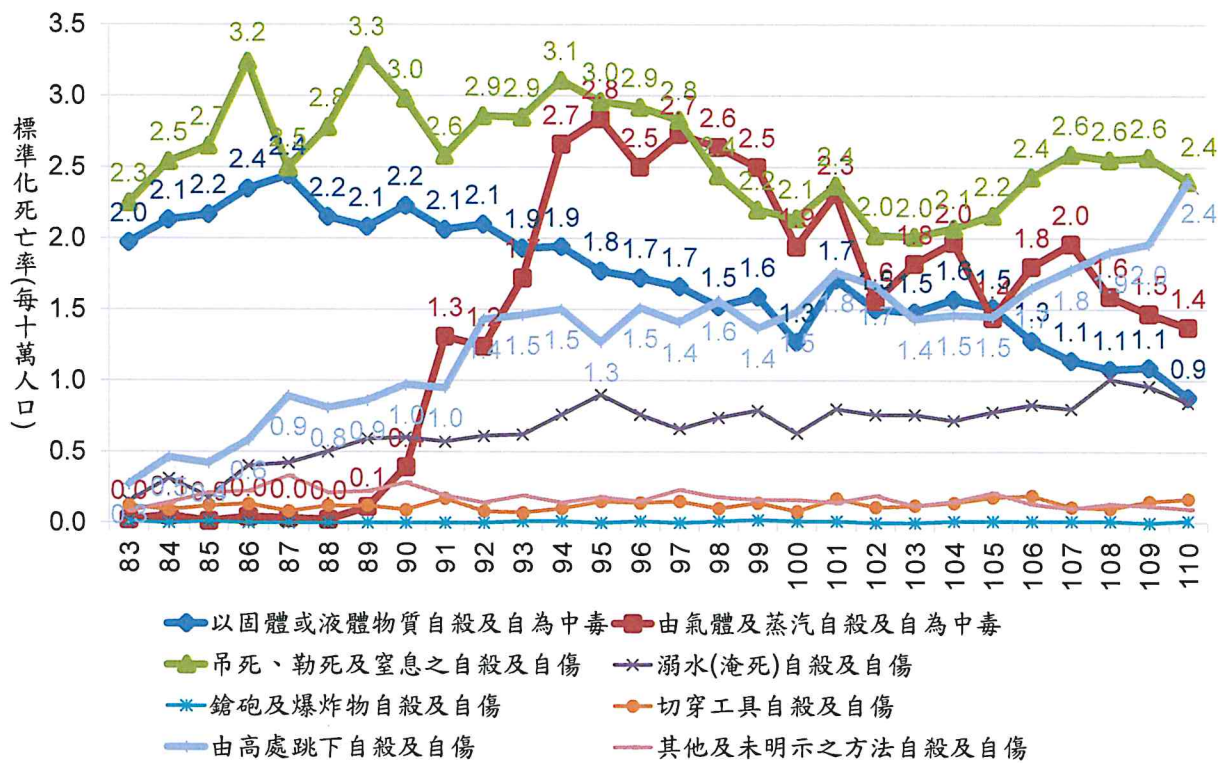


珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope



83-110年全國女性各自殺方法標準化死亡率



珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope

自殺成因與防治策略

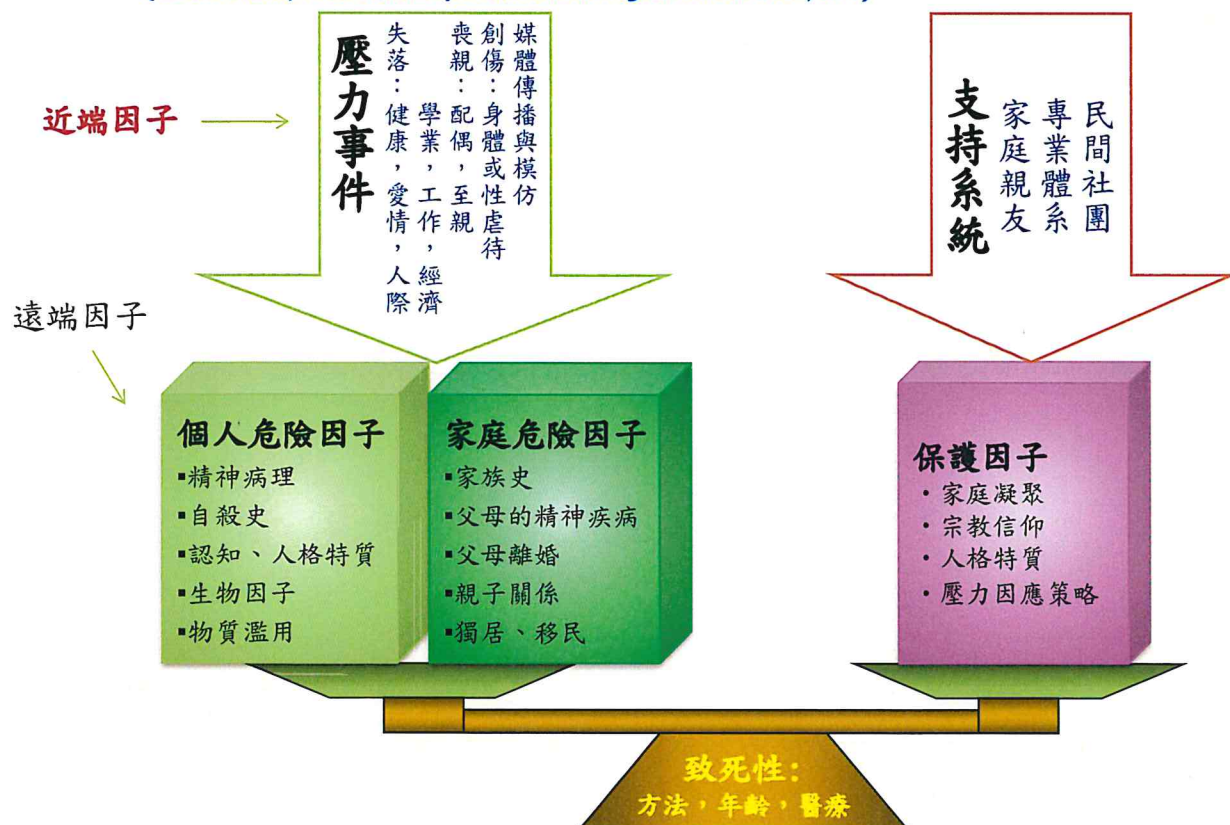
自殺為多重因素造成之悲劇結果

- 自殺行為絕非單一因素可造成
- 自殺的成因複雜而多樣，往往包含了：
 - 精神疾病
 - 心理學因素
 - 社會經濟因素
 - 家庭因素
 - 人際關係問題
 - 生物性體質因素
- 需要多層面的預防及介入措施

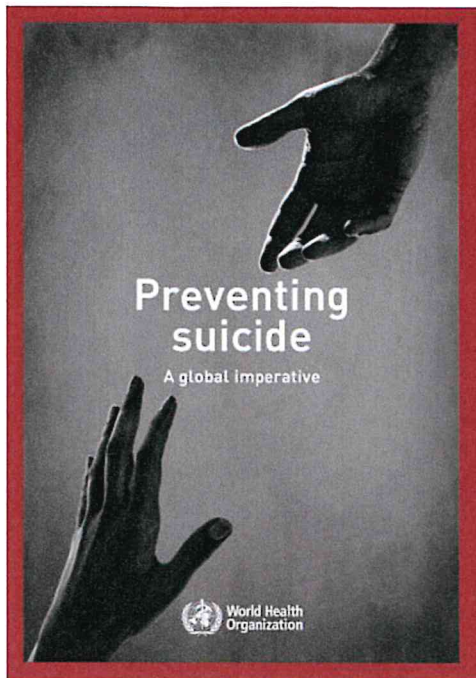
Hawton K., BMJ 1998;317:156-157.

自殺成因概念架構

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



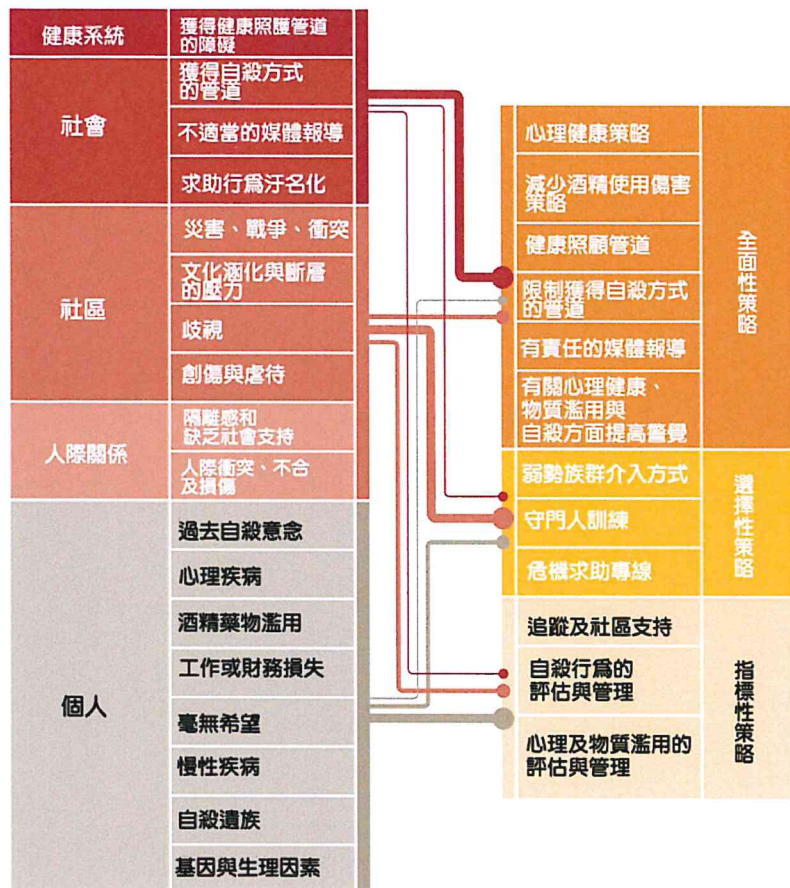
關鍵自殺危險因子與相關策略



2014 WHO



<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-global-imperative>



我國自殺防治三大策略與相關工作實例

思維全球化、策略國家化、行動在地化

全面性策略 全體民眾

心理健康促進與特殊防護

- 安心專線心理諮詢服務(1925 依舊愛我)
- 媒體報導觀察與聯繫互動
- 禁止進口、加工、分裝、銷售及使用劇毒農藥巴拉刈
- 民眾教育宣導、出版自殺防治刊物
- 燒炭、農藥、殺子後自殺及高樓墜下等自殺防治宣導

選擇性策略 自殺高風險及其接觸者

高危險群發現、治療、處遇

- 自殺防治守門人及專業人員訓練
- 憂鬱症篩檢及早期治療
- 志工組織開發
- 校園、社區心理師的駐點服務

指標性策略

自殺企圖者
及自殺死亡個案遺族

企圖者與家屬追蹤、關懷、處遇

- 自殺企圖者關懷訪視
- 自殺者遺族(親友)關懷
- 自殺死亡、通報資料之實證研究

TABLE 6. Risk of Suicide in Persons With Previous Suicide Attempts and Psychiatric Disorders^a

Condition	Number of Studies	Standardized Mortality Ratio (SMR) ^b	Annual Suicide Rate (%)	Estimated Lifetime Suicide Rate (%)
Previous suicide attempts	9	38.4	0.549	27.5
Psychiatric disorders				
Eating disorders	15	23.1		
Major depression	23	20.4	0.292	14.6
Sedative abuse	3	20.3		
Mixed drug abuse	4	19.2	0.275	14.7
Bipolar disorder	15	15.0	0.310	15.5
Opioid abuse	10	14.0		
Dysthymia	9	12.1	0.173	8.6
Obsessive-compulsive disorder	3	11.5	0.143	8.2
Panic disorder	9	10.0	0.160	7.2
Schizophrenia	38	8.45	0.121	6.0
Personality disorders	5	7.08	0.101	5.1
Alcohol abuse	35	5.86	0.084	4.2
Pediatric psychiatric disorders	11	4.73		
Cannabis abuse	1	3.85		
Neuroses	8	3.72		
Mental retardation	5	0.88		

^aBased on a meta-analysis by Harris and Barraclough (64) of 249 reports published between 1966 and 1993. Table adapted with permission.

^bThe SMR is the ratio of the observed mortality to the expected mortality and approximates the risk of mortality resulting from suicide in the presence of a particular condition. For the general population, the value of the SMR is 1.0, with an annual suicide rate of 0.014% per year and a lifetime rate of 0.72%.

指標性策略 → 【高危險族群】

主要目標：針對自殺企圖者與自殺遺族提供即時的關心與介入服務

■ 自殺通報關懷系統

- ✓ 醫院 & 衛生局 & 教育局...
- ✓ 訓練/準確性、完整性

■ 自殺關懷訪視員

- ✓ 自殺危機評估處理
- ✓ 輔導關懷能力

■ 自殺者親友之關懷

- ✓ 喪親哀傷歷程
- ✓ 自殺認知



自殺通報後再自殺率

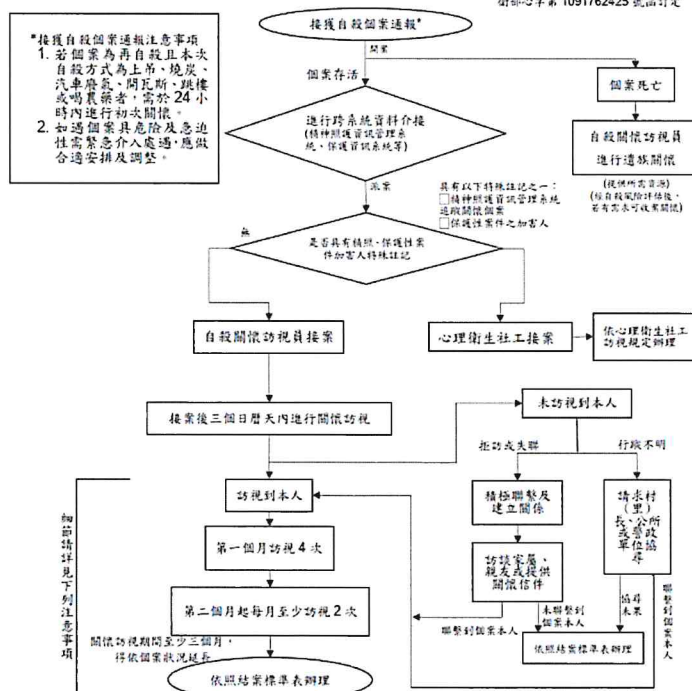
	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
	再自殺率 (%)	再自殺率 (%)	再自殺率 (%)	再自殺率 (%)	再自殺率 (%)	再自殺率 (%)	再自殺率 (%)
30天內再自殺	5.3	5.6	5.7	6.7	7.7	8.3	10.5
90天內再自殺	9.1	9.4	9.5	10.5	11.9	12.3	14.3
一年內再自殺	17.1	18.0	18.8	20.2	19.4	16.4	16.8

珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope

自殺個案通報後關懷作業流程

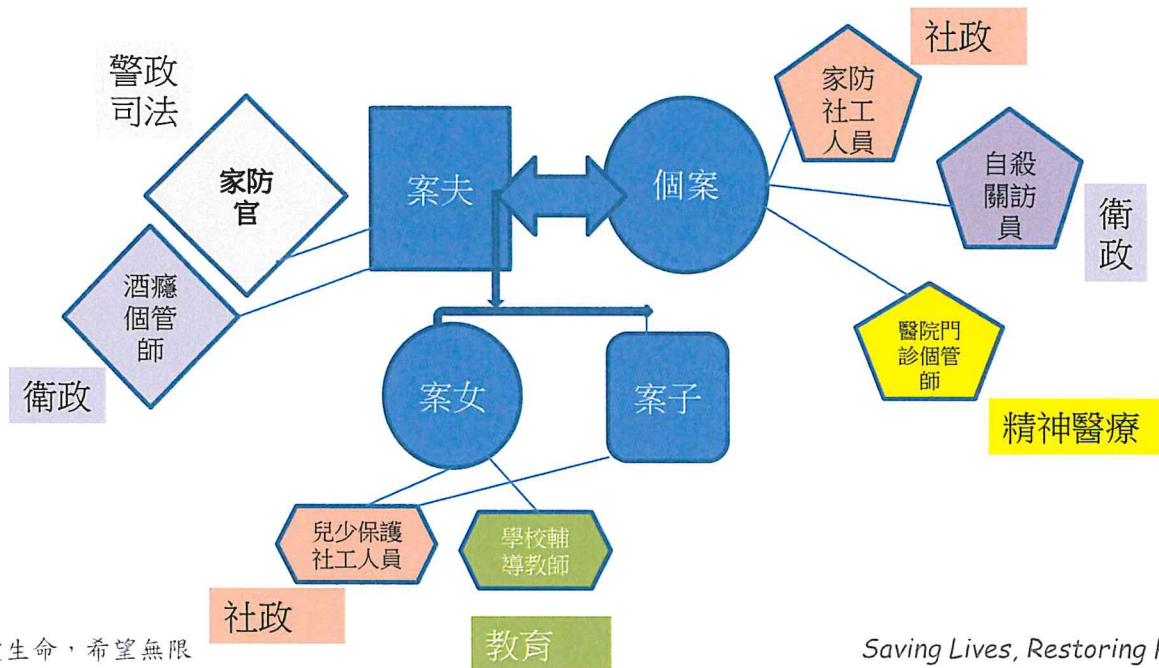
衛生福利部 109 年 11 月 27 日版
衛部心字第 1091762425 號函訂定





整合個案追蹤管理

個案為中心,家庭為單位,社區為範疇整合個管



100-110年全國自殺通報指標

年度	通報人次	通報比	分案率	分案關懷率	通報後一年內再自殺死亡率
100年	26,183	7.1	99.9	99.9	1.3
101年	28,471	7.1	100	100	1.4
102年	28,083	7.4	100	99.2	1.3
103年	29,047	7.7	100	99.9	1.4
104年	29,914	7.7	100	99.2	1.4
105年	28,996	7.2	100	99.4	1.4
106年	30,619	7.4	100	99.8	1.4
107年	30,207	8.1	100	99.9	1.5
108年	35,324	8.6	100	99.8	1.5
109年	40,432	10.5	100	99.5	1.3
110年	43,469	11.5	93.4	99.3	-

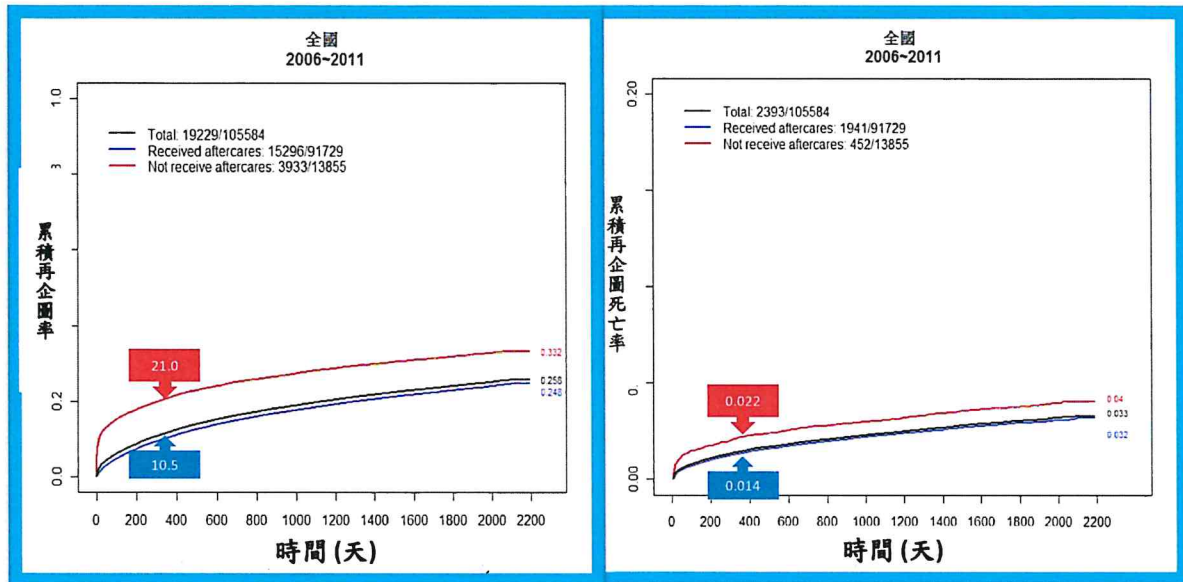
- 通報人次的上升，可能因為積極推動通報自殺案件，原先未被通報的黑數在鼓勵通報的政策下，盡可能讓自殺行為者進入到通報體系，不代表自殺人數的上升。

自殺通報關懷系統

有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者

再次自殺企圖行為減少
降低50.0%

再自殺死亡率降低
降低36.4%



Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review

Zalsman G et al. Lancet Psychiatry 2016;3:646-59.

Psychosocial interventions

Patients with history of self-harm

1a

Meta-analysis⁷⁸

Postcard intervention

People with past self-poisoning

1b

RCT¹¹¹

Adolescents and adults with repeated self-harm

1b

RCT¹¹²

Adolescents with suicide risk

2b

RCT¹¹³

Follow-up meeting

Patients with self-harm

2b

Cohort study¹¹⁴

Aftercare programme

People attempting suicide (>15 years of age)

2b

Cohort study¹¹⁵

Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters



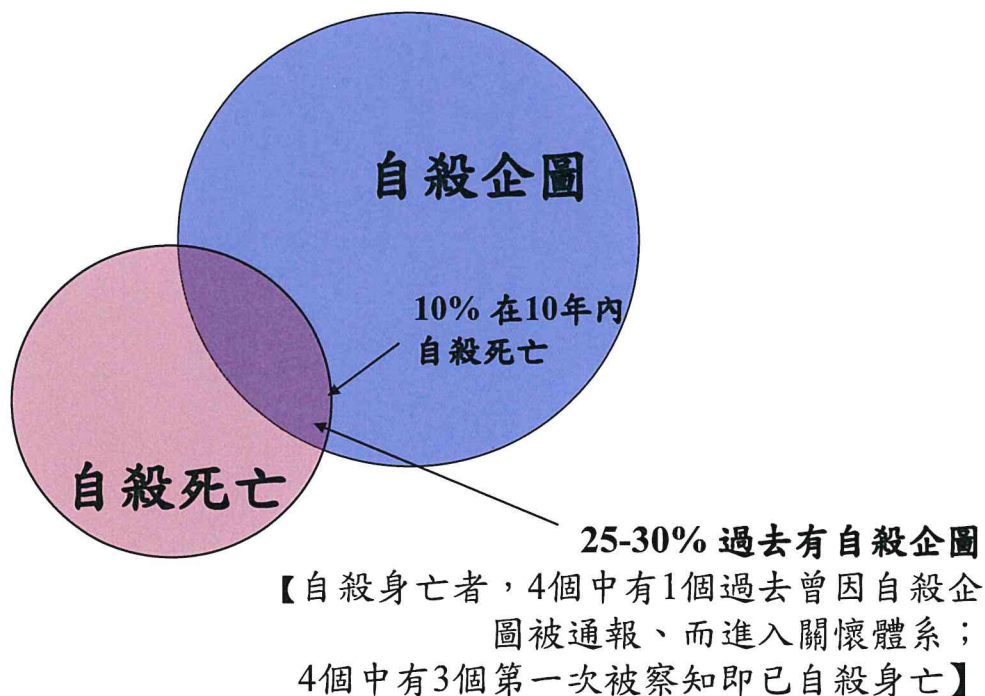
106-110年自殺死亡個案生前曾進入通報系統占率

	106年	107年	108年	109年	110年
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
全國	1025 (26.5)	985 (25.5)	1029 (26.6)	957 (26.2)	1009 (28.15)

註：死亡日於通報系統首度自殺企圖日之後。

公式：自殺死亡個案曾經進入自殺通報系統之人數/當年度自殺死亡個案人數

自殺死亡與自殺企圖



110年自殺死亡個案生前通報情形

	自殺死亡生前有接受關懷	自殺死亡生前無接受關懷	總和
	n(%)	n(%)	N
性別			
男性	523 (22.5)	1807 (77.6)	2330
女性	486 (38.7)	769 (61.3)	1255
總和	1009 (28.2)	2576 (71.8)	3585
居住地			
新北市	177 (30.1)	412 (69.9)	589

27

110年自殺死亡個案生前通報情形

	自殺死亡生前有接受關懷	自殺死亡生前無接受關懷	總和
	n(%)	n(%)	N
性別			
男性	523 (22.5)	1807 (77.6)	2330
女性	486 (38.7)	769 (61.3)	1255
總和	1009 (28.2)	2576 (71.8)	3585
居住地			
高雄市	171(34.9)	319 (65.2)	490

28

TABLE 6. Risk of Suicide in Persons With Previous Suicide Attempts and Psychiatric Disorders^a

Condition	Number of Studies	Standardized Mortality Ratio (SMR) ^b	Annual Suicide Rate (%)	Estimated Lifetime Suicide Rate (%)
Previous suicide attempts	9	38.4	0.549	27.5
Psychiatric disorders				
Eating disorders	15	23.1		
Major depression	23	20.4	0.292	14.6
Sedative abuse	3	20.3		
Mixed drug abuse	4	19.2	0.275	14.7
Bipolar disorder	15	15.0	0.310	15.5
Opioid abuse	10	14.0		
Dysthymia	9	12.1	0.173	8.6
Obsessive-compulsive disorder	3	11.5	0.143	8.2
Panic disorder	9	10.0	0.160	7.2
Schizophrenia	38	8.45	0.121	6.0
Personality disorders	5	7.08	0.101	5.1
Alcohol abuse	35	5.86	0.084	4.2
Pediatric psychiatric disorders	11	4.73		
Cannabis abuse	1	3.85		
Neuroses	8	3.72		
Mental retardation	5	0.88		

^aBased on a meta-analysis by Harris and Barraclough (64) of 249 reports published between 1966 and 1993. Table adapted with permission.

^bThe SMR is the ratio of the observed mortality to the expected mortality and approximates the risk of mortality resulting from suicide in the presence of a particular condition. For the general population, the value of the SMR is 1.0, with an annual suicide rate of 0.014% per year and a lifetime rate of 0.72%.

2006-2015年全人口自殺死亡

對照組及病例組門急診診斷PAF(population attributable fraction)排名前10

PAF 排名	疾病別	對照組 N(%)	病例組 N(%)	PAF	OR(95%CI)
高	1 精神官能症 300	24758 (5.8)	12855 (30.3)	1 0.24	4 5.2 (5.1-5.3)*
	2 憂鬱症 (296.2.3, 300.4, 311, 309)	8576 (2.0)	10737 (25.3)	2 0.23	3 12.5 (12.1-12.9)*
	3 情感性精神病 296	4097 (1.0)	7264 (17.1)	3 0.16	1 17.7 (17-18.5)*
	4 特定症狀或徵候群 307	9066 (2.1)	5732 (13.5)	4 0.11	5 6.3 (6.1-6.5)*
	5 胃及十二指腸之潰瘍 531-533	28398 (6.7)	6266 (14.8)	5 0.08	2.2 (2.1-2.3)*
	6 高血壓疾病 401-405	74935 (17.6)	10458 (24.6)	0.07	1.4 (1.4-1.4)*
	7 思覺失調症 295	2037 (0.5)	2552 (6.0)	0.06	2 12.5 (11.8-13.3)*
	8 惡性腫瘤 140-208	10124 (2.4)	2966 (7.0)	0.05	2.9 (2.8-3.1)*
	9 腦血管疾病 430-438	14547 (3.4)	3456 (8.1)	0.05	2.4 (2.3-2.5)*
低	10 糖尿病 250	36165 (8.5)	5786 (13.6)	0.05	1.6 (1.6-1.6)*

資料來源：全國自殺防治中心2017年期末報告

2006-2015年全人口自殺死亡 對照組及病例組住院診斷PAF 排名前10

PAF 排名	疾病別	對照組 N (%)	病例組 N (%)	PAF	OR (95%CI)
高 ↓ 低	1 憂鬱症 (296.2.3, 300.4, 311, 309)	475 (1.5)	2564 (16.7)	1 0.15	3 11.4 (10.3-12.6)*
	2 情感性精神病 296	402 (1.2)	2039 (13.3)	2 0.12	4 10.8 (9.7-12)*
	3 腎炎、腎徵候群及腎變性病	1404 (4.3)	1866 (12.2)	3 0.08	2.8 (2.6-3.0)*
	4 思覺失調症 295	487 (1.5)	1071 (7.0)	4 0.06	4.7 (4.2-5.2)*
	5 精神官能症 300	332 (1.0)	852 (5.6)	5 0.05	5.4 (4.8-6.1)*
	6 惡性腫瘤 140-208	3055 (9.4)	1885 (12.3)	0.03	1.3 (1.2-1.4)*
	7 酒癮徵候群	204 (0.6)	341 (2.2)	0.02	3.5 (2.9-4.2)*
	8 人格違常 301	24 (0.1)	232 (1.5)	0.01	1 20.5 (13.5-31.2)*
	9 藥癮	19 (0.1)	139 (0.9)	0.01	2 15.5 (9.6-25)*
	10 藥物濫用	49 (0.2)	242 (1.6)	0.01	5 10.5 (7.7-14.3)*

資料來源：全國自殺防治中心2017年期末報告

新北市110年通報各年齡層自殺原因占率

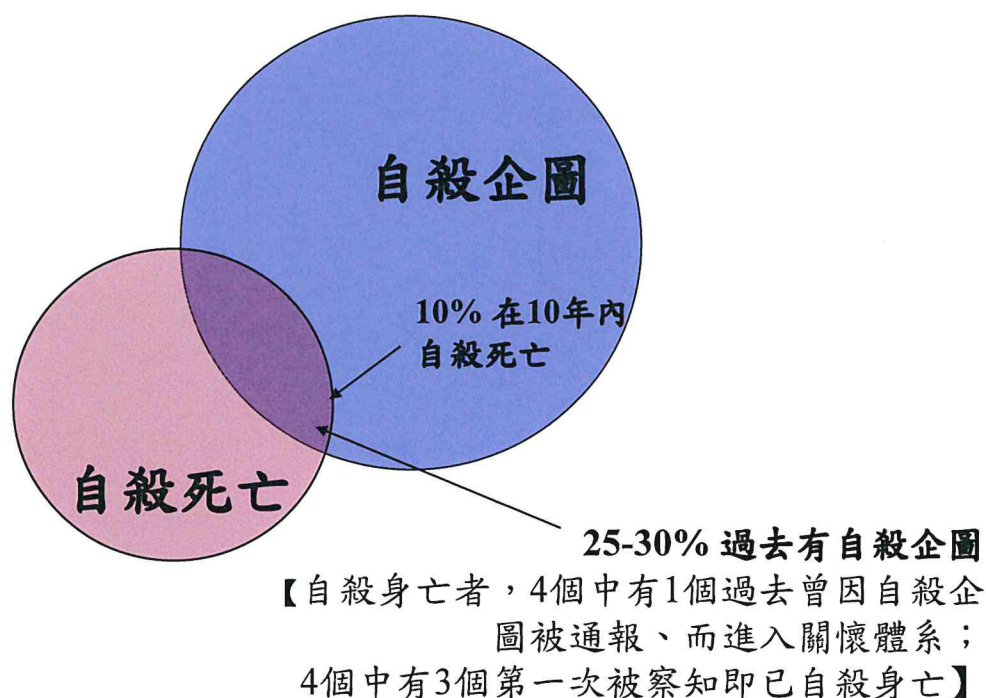
年齡層 自殺原因(複選)	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75以上	總計
夫妻問題	0	1.5	7.6	14.7	12.2	10.3	7	3.5	6.6
家庭成員問題	27.2	16.1	12.4	13.9	14.9	19.9	19	14.4	16.6
感情因素	9.0	17.3	17.9	12.4	7.2	3.1	1	0.2	12.2
喪親、喪偶	0.1	0.4	0.7	0.8	1.3	1.3	2.7	2.7	0.9
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	29.8	42.2	37.4	34.6	32	34.9	31.6	33.9	36.4
物質濫用	0.3	1.7	4.1	5.5	7.2	3.4	2.7	0.7	3.3
職場工作壓力	0.2	2.7	6.0	4.2	4.9	2	1	0	3.2
失業	0.1	0.9	3.1	3.3	4.9	3.2	1.3	0	2.2
債務	0	0.6	3.3	3.1	4.5	5.2	3	0.7	2.3
慢性化的疾病問題	0.1	0.8	1	1.4	3.8	9.1	19.2	30.4	3.7
急性化的疾病問題	0.1	0.1	0.1	0.1	0.6	1.3	2.9	5.4	0.6
學校適應問題	25.1	9.5	0.2	0.1	0.1	0	0	0	5.6
生涯規劃因素	0.5	1.3	0.4	0.1	0	0	0.2	0	0.5
遭受騷擾	0.1	0.3	0.5	0.4	0.4	0	0.2	0.2	0.3
遭受暴力	0.6	0.6	1.0	1	0.5	0.8	0.4	0.2	0.7
遭受詐騙	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.4	0.2	0	0.2
兵役因素	0	0.1	0	0.0	0	0	0	0	0
畏罪自殺、官司問題	0	0.3	0.6	0.6	1	0.2	0.2	0	0.4
其他	6.9	3.5	3.5	3.6	4.1	4.7	7.4	7.4	4.3

高雄市110年通報各年齡層自殺原因占率

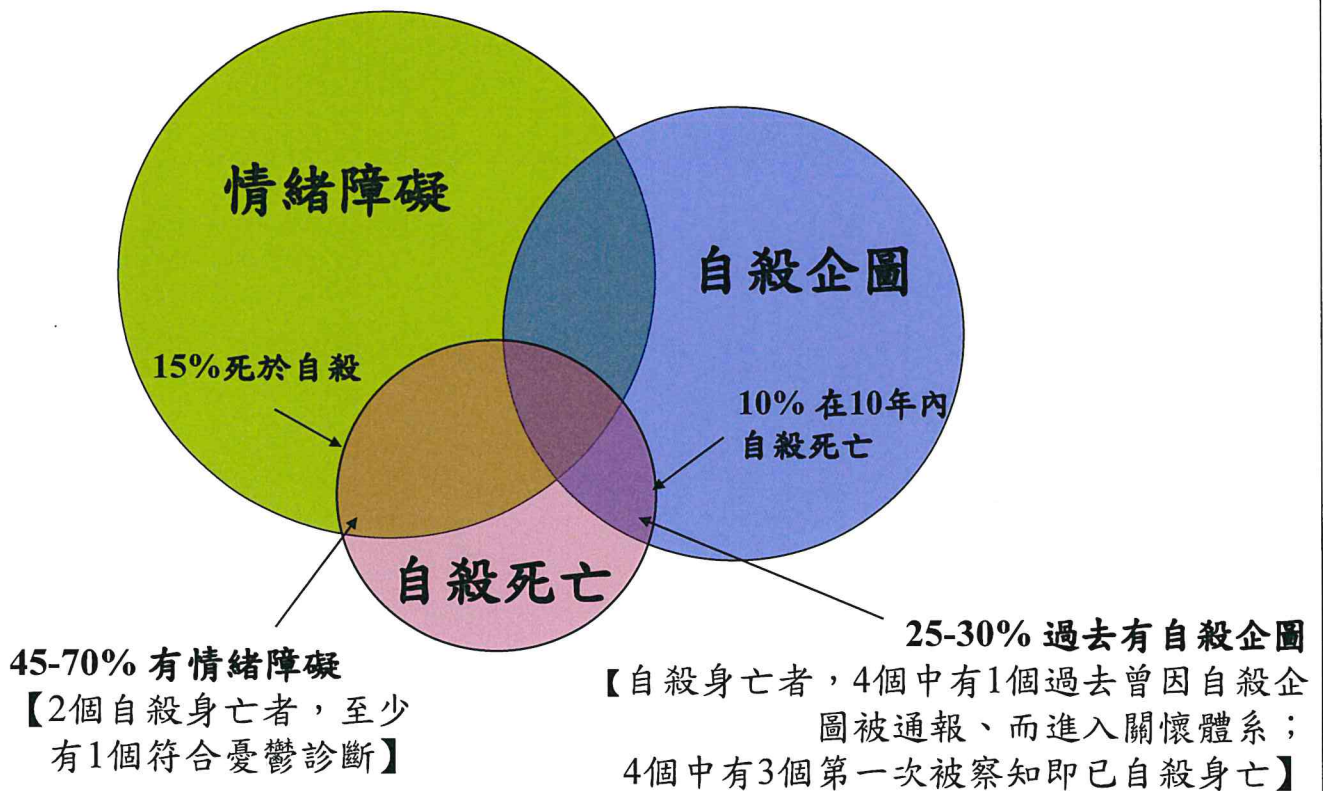
年齡層 自殺原因(複選)	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75以上	總計
夫妻問題	0	1.7	10.8	13.5	10.8	8.9	10.1	3.8	7.5
家庭成員問題	29.5	16.9	13.1	14.8	18	17.3	17.3	17.6	16.9
感情因素	9.1	17.1	22	14.5	7.4	4.4	1.7	0.8	13.3
喪親、喪偶	0.4	0.6	0.3	1	1.3	1.7	3.2	3.4	1
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	29.1	40.3	29.2	28.7	33.8	33.4	31.4	32.4	33.3
物質濫用	0.4	1.2	3.6	5.7	3.6	3.2	3.2	0.4	2.9
職場工作壓力	0	3.1	6.1	4.4	2.8	1.3	0.6	0.4	3.2
失業	0	1	2.8	4.2	4.6	4.5	1.7	0.4	2.6
債務	0	1.1	4.6	5.3	5.8	6.5	2.3	0.8	3.5
慢性化的疾病問題	0.6	0.3	0.5	1.9	4.5	12.8	27.1	32.8	4.5
急性化的疾病問題	0.2	0.1	0.3	0.4	0	0.5	1.7	3.4	0.5
學校適應問題	23.9	9.8	0.3	0.1	0	0	0	0	4.6
生涯規劃因素	0.7	0.8	0.2	0	0	0	0	0	0.3
遭受騷擾	0	0.3	0.2	0.4	0	0	0	0	0.2
遭受暴力	0.6	0.7	0.4	0.1	0.2	0.2	0.3	0	0.4
遭受詐騙	0	0	0.2	0.2	0.7	0.2	0	0	0.2
兵役因素	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0.1
畏罪自殺、官司問題	0	0.1	0.5	0.5	1.2	0	0.3	0	0.4
其他	5.6	4.8	4.9	4.2	4.8	5.2	6.9	3.8	4.8

33

自殺死亡與自殺企圖



自殺死亡, 自殺企圖與情緒障礙



選擇性策略 ➡ 【特定族群】

主要目標：心理健康篩選高危險群之辨識

● 守門人教育訓練

- 守門人概念推廣
- 早期發現、早期協助

● 推廣心情溫度計

- 情緒困擾、自殺傾向
- App上線(201409)

● 專業組織

- 在地化、社區化
- 社區心理衛生中心
- 社會安全網計畫 (2018年)
- 醫療機構病人自殺防治





防治方法與成效

介入項目	自殺率降低百分比(%)
教育	
民眾	尚無定論
基層醫師	↓ 22-73
守門人(gatekeeper)	
美國空軍	↓ 40
挪威陸軍	↓ 33
增加抗憂鬱的處方	↓ 3.2
關懷照護	尚無定論
限制使用致命工具	
槍械	↓ 1.5-9.5
家用瓦斯	↓ 19-33
巴比妥酸鹽	↓ 23
車輛排放物	尚無定論
止痛劑	尚無定論
媒體管制	尚無定論

Mann JJ et al: JAMA. 2005; 294: 2064- 2075.

自殺防治守門人123步驟 (Gatekeeper)

1問

- 主動關懷與積極傾聽

To Ask (Question)

2應

- 適當回應與支持陪伴

To Persuade (Respond)

3轉介

- 資源轉介與持續關懷

To Refer

自殺高風險群在哪裡？

求醫行為 (自殺前一年)	男性	女性	Total
就醫	84.9%	95.1%	88.2%
精神科醫師	20.2%	34.8%	24.9%
醫院之非精神科醫師	75.1%	89.0%	79.5%
一般開業醫師	66.3%	84.5%	72.1%
未就醫	15.1%	4.9%	11.8%

Psychiatric disorders were diagnosed in 48% of females and 30.2% of males, but major depression was diagnosed in only 17.8% of females and 7.4% of males.

Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60.

資料來源: 全國自殺防治中心

自殺個案生前與醫師或重要他人之接觸

● 國內調查

- 歷年自殺死亡者在自殺身亡前7天內就醫的比例皆在60%左右
- 身亡前90天達到80%的水準
- 45%自殺死亡者曾清楚向家人或親友表達自殺意圖
- 65歲以上老人，自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診高達九成(89.2%)(不分科別)，合併重大傷病診斷比例達7成5。

● 國外調查

- 83%自殺死亡者在自殺死亡前一年求診於基層醫師
- 66%自殺死亡者在自殺死亡前一個月求診於基層醫師

表十四、新北市 近12月特殊身分註記個案比例表

月份	精照 列管(%)	嚴重 病人(%)	家暴高危 加害人(%)	家暴高危 被害人(%)	家暴 加害人(%)	家暴 被害人(%)	兒少 加害人(%)	兒少 被害人(%)	性侵 加害人(%)	替代 治療(%)	毒防 系統(%)	脆弱 家庭(%)	中低 收入戶(%)
2021/01	13.4	0.9	1.6	1.6	15.9	16.6	4.4	8.4	0.1	0.7	3.9	11.6	9.6
2021/02	18.8	1.5	2.3	3.2	25.8	26.6	6.0	6.2	0.2	0.6	5.1	10.5	10.2
2021/03	14.6	0.7	0.9	1.8	17.5	20.2	4.6	14.0	0.1	0.5	3.5	13.0	10.2
2021/04	13.5	0.8	1.6	2.6	16.4	18.9	5.6	9.7	0.2	0.2	3.2	11.1	8.7
2021/05	13.1	0.3	1.6	1.8	15.5	21.3	4.8	11.9	0.3	1.2	4.6	14.0	8.8
2021/06	16.4	1.2	3.3	1.4	18.7	24.0	6.2	7.2	0	0.8	5.1	11.5	6.8
2021/07	17.9	1.3	1.2	2.5	17.7	23.5	6.0	5.2	0.2	1.2	5.2	12.5	10.4
2021/08	14.5	0.9	0.9	2.0	17.9	25.0	2.9	7.1	0.5	0.5	5.5	13.2	5.9
2021/09	15.0	0.8	1.8	1.7	16.8	19.9	4.4	13.3	0.5	0.3	5.2	13.1	10.1
2021/10	11.3	1.0	1.6	1.4	13.4	19.3	4.0	13.6	0.1	0.2	3.7	11.9	10.3
2021/11	13.2	1.2	0.8	1.4	12.6	19.7	3.3	14.0	0.4	0.4	3.5	9.6	10.2
2021/12	11.0	0.4	1.3	1.5	15.0	20.5	5.7	10.3	0.5	0.8	4.3	11.7	8.2

41

表十四、高雄市 近12月特殊身分註記個案比例表

月份	精照 列管(%)	嚴重 病人(%)	家暴高危 加害人(%)	家暴高危 被害人(%)	家暴 加害人(%)	家暴 被害人(%)	兒少 加害人(%)	兒少 被害人(%)	性侵 加害人(%)	替代 治療(%)	毒防 系統(%)	脆弱 家庭(%)	中低 收入戶(%)
2021/01	26.2	3.0	1.1	1.7	27.0	26.2	8.5	6.6	1.4	3.6	7.2	12.1	13.5
2021/02	24.5	2.0	1.3	3.5	31.0	34.8	6.3	7.3	0.5	1.8	6.3	12.0	15.5
2021/03	22.0	1.6	1.6	1.8	25.5	26.4	7.6	10.9	0.2	2.5	5.6	12.8	17.6
2021/04	21.1	1.2	1.6	2.8	25.8	27.9	9.4	7.8	0.5	1.9	4.0	12.5	14.1
2021/05	22.7	3.0	1.3	5.2	27.1	32.3	5.0	8.9	0.4	1.7	5.8	13.0	15.1
2021/06	25.9	2.8	2.3	4.5	29.3	34.1	9.0	5.6	0.3	1.7	4.8	9.6	13.5
2021/07	18.0	3.1	1.4	3.6	30.5	28.8	8.6	4.8	0.2	2.2	5.0	12.2	16.1
2021/08	20.5	1.9	2.3	2.7	26.2	29.3	7.4	6.5	0	1.7	5.9	10.3	15.2
2021/09	20.2	1.0	2.2	1.8	23.6	26.4	8.5	9.3	0.6	1.8	3.8	12.3	13.7
2021/10	13.2	2.8	2.1	2.1	21.3	24.3	7.2	11.7	0.8	0.8	5.1	11.3	13.7
2021/11	15.7	2.2	1.2	2.3	21.2	22.2	8.5	10.7	0.2	1.7	3.2	12.5	17.3
2021/12	12.2	2.2	2.2	3.4	21.9	24.3	10.4	10.2	0.4	1.4	5.6	10.4	10.8

42

新北市110年自殺通報個案特殊身份註記¹

身份註記 區	精照列管 個案 (%)	嚴重 病人 (%)	家暴高危 加害人 (%)	家暴高危 被害人 (%)	家暴 加害人 (%)	家暴 被害人 (%)	兒少 加害人 (%)	兒少 被害人 (%)	性侵 加害人 (%)
八里區	13.1	3.0	4.0	1.0	18.2	15.2	6.1	13.1	1.0
三芝區	10.9	2.2	0.0	4.3	8.7	32.6	0.0	15.2	0.0
三重區	11.4	1.1	2.1	2.0	14.6	19.4	5.0	13.0	0.4
三峽區	22.0	0.3	0.8	3.4	20.2	22.3	5.5	14.7	0.0
土城區	17.4	1.7	0.9	2.4	18.1	20.0	4.9	11.8	0.0
中和區	16.0	0.8	1.1	1.5	16.0	22.6	2.8	6.6	0.4
五股區	11.1	0.0	1.7	3.8	17.9	21.8	5.6	11.5	0.4
平溪區	6.7	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	0.0	20.0	0.0
永和區	15.0	0.2	0.5	2.0	13.8	19.0	3.7	8.9	0.5
石門區	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2	0.0	11.1	0.0	0.0
石碇區	7.1	0.0	0.0	7.1	7.1	14.3	0.0	14.3	0.0
汐止區	17.6	1.7	1.5	0.7	21.3	24.6	6.7	8.4	0.0
坪林區	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0
板橋區	15.5	0.8	1.5	3.0	20.8	22.1	4.2	11.5	0.3
林口區	6.0	0.5	0.0	0.9	11.0	15.1	2.8	9.6	0.0

43

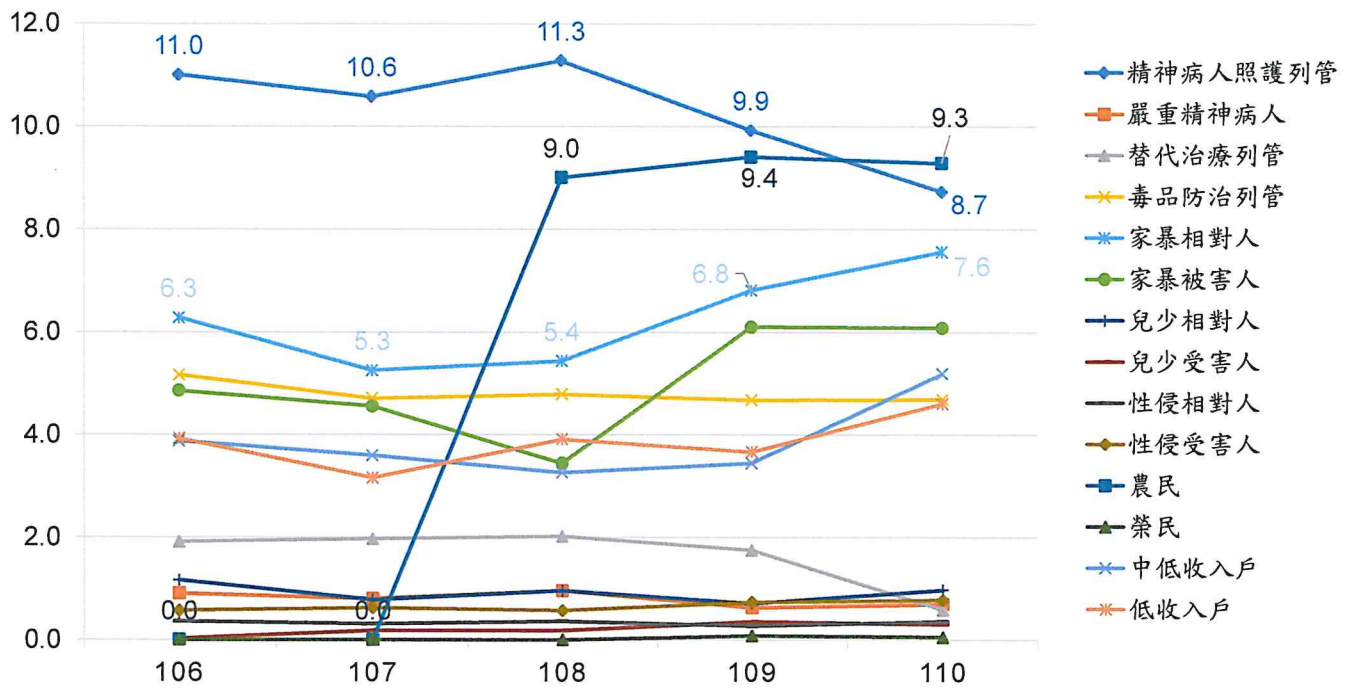
新北市110年自殺通報個案特殊身份註記²

身份註記 區	精照列管 個案 (%)	嚴重 病人 (%)	家暴高危 加害人 (%)	家暴高危 被害人 (%)	家暴 加害人 (%)	家暴 被害人 (%)	兒少 加害人 (%)	兒少 被害人 (%)	性侵 加害人 (%)
金山區	2.7	0.0	0.0	0.0	18.9	5.4	16.2	18.9	0.0
泰山區	11.1	0.7	2.0	0.7	13.7	26.1	5.2	15.7	0.0
烏來區	13.3	0.0	0.0	0.0	6.7	26.7	0.0	20.0	0.0
貢寮區	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
淡水區	10.8	1.0	1.8	0.6	15.5	16.9	3.3	13.1	0.0
深坑區	11.4	0.0	4.5	0.0	6.8	31.8	0.0	2.3	0.0
新店區	17.1	1.2	1.7	0.6	14.6	22.1	4.4	6.4	0.2
新莊區	10.9	0.3	1.4	1.6	13.7	21.1	6.6	7.2	0.1
瑞芳區	21.3	0.0	2.7	0.0	21.3	18.7	2.7	13.3	0.0
萬里區	15.8	2.6	0.0	5.3	21.1	23.7	5.3	7.9	2.6
樹林區	12.7	0.3	1.7	2.2	15.7	24.8	5.8	13.8	0.3
雙溪區	50.0	0.0	0.0	0.0	8.3	33.3	0.0	0.0	0.0
蘆洲區	12.0	1.0	1.6	2.1	19.3	22.7	4.9	11.5	1.0
鶯歌區	10.6	1.4	2.1	1.4	13.8	12.8	8.5	12.4	0.4

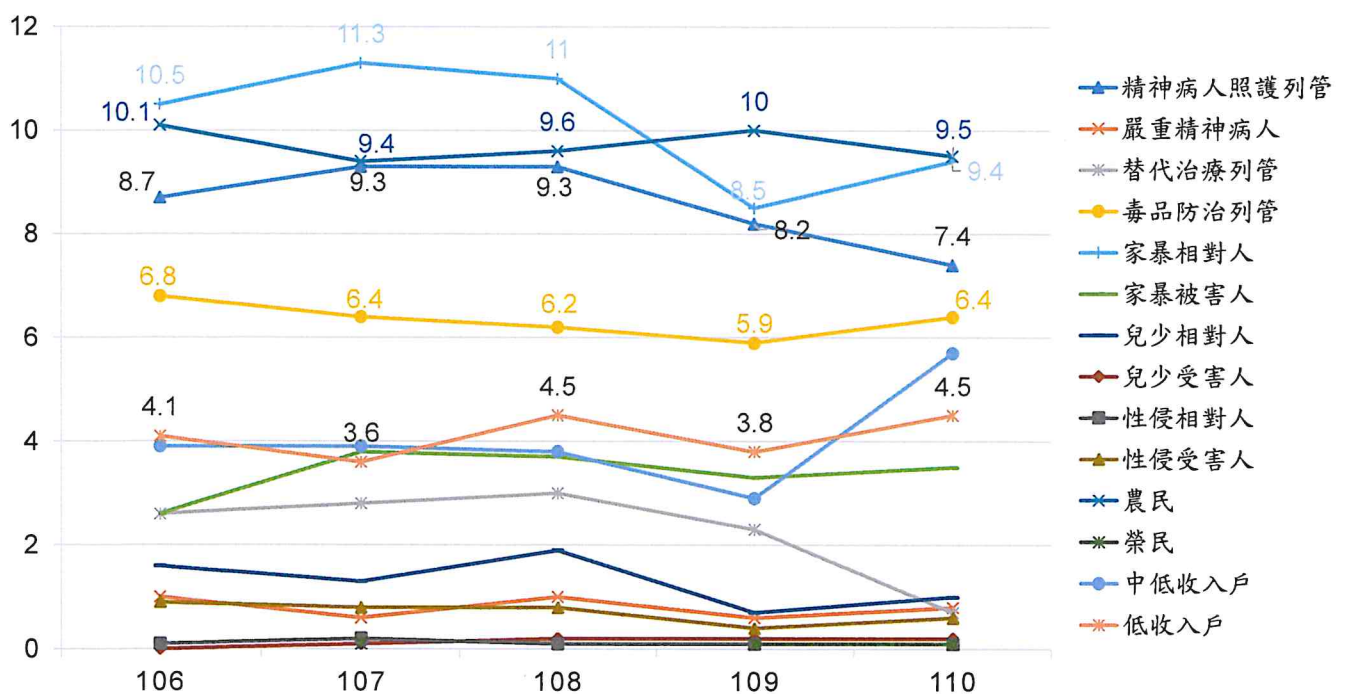
44



106-110年自殺死亡個案生前特殊身分註記占率

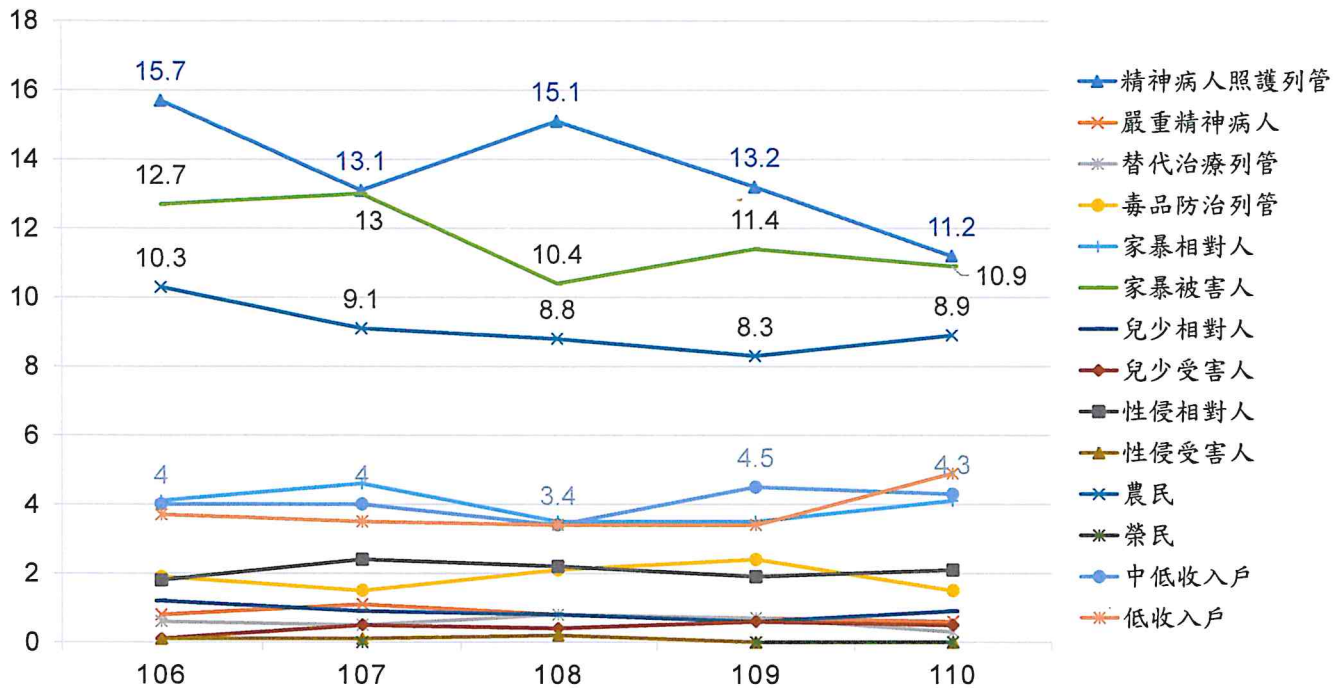


106-110年男性自殺死亡個案生前特殊身分註記占率





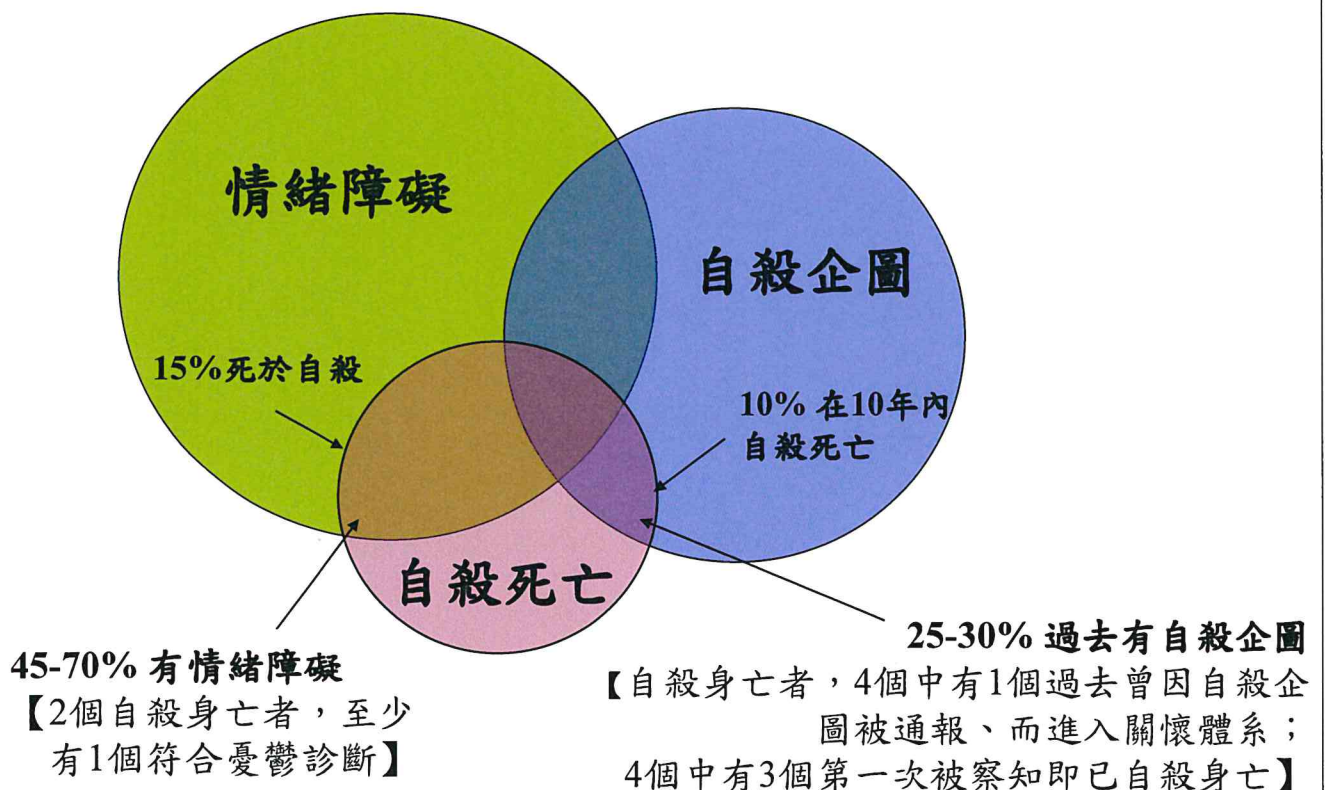
106-110年女性自殺死亡個案生前特殊身分註記占率



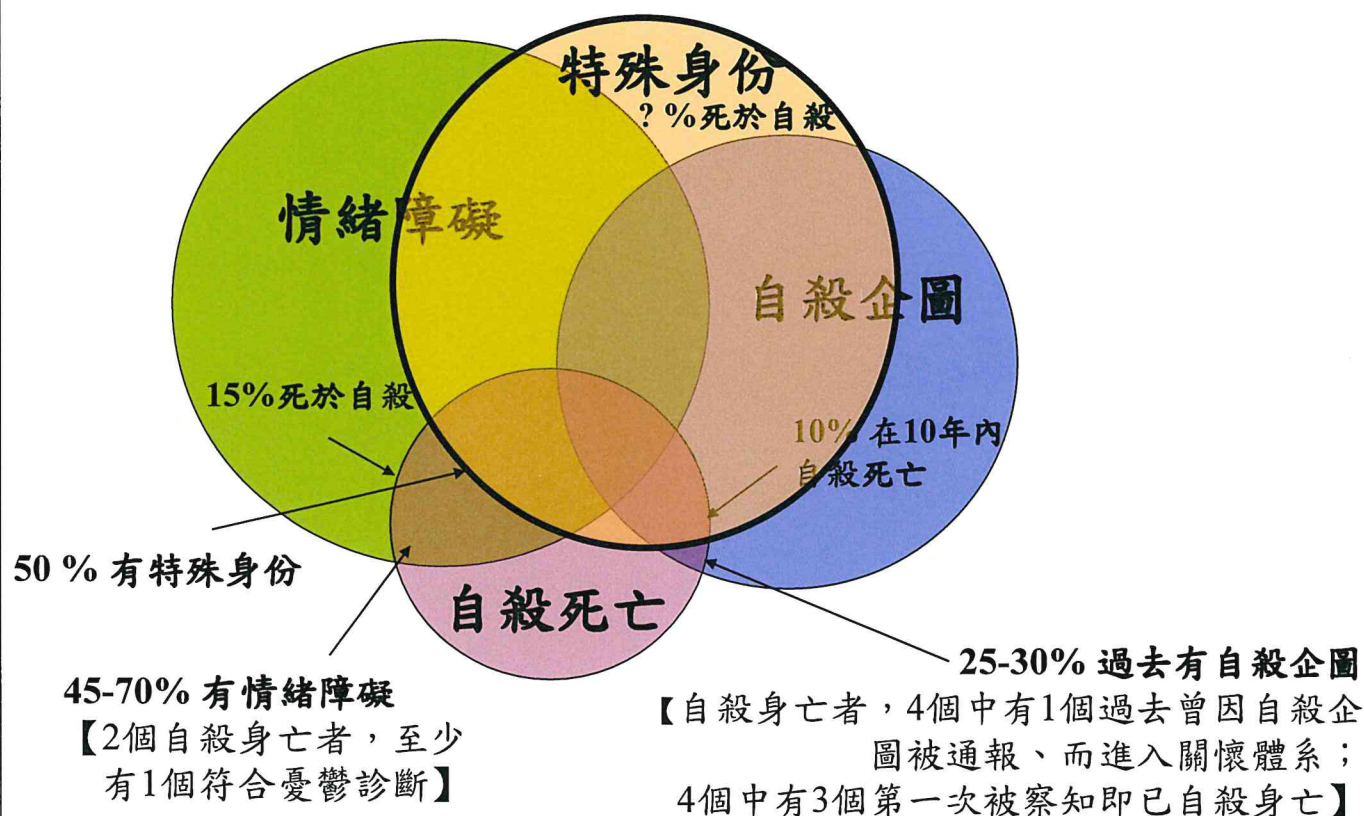
珍愛生命，希望無限

Saving Lives, Restoring Hope

自殺死亡，自殺企圖與情緒障礙



自殺死亡,自殺企圖,情緒障礙,與特殊身份



APP立即免費下載!



心情溫度計

一機在手隨身攜帶，它可以……

\QR碼掃我/



- ◆ 定期檢測心情
- ◆ 觀看測驗紀錄
- ◆ 心理健康秘笈
- ◆ 心衛資源查詢



自殺防治網絡資源連結

電話諮詢

安心專線 1925
生命線1995
張老師1980

心理健康管理
心情溫度計
珍愛生命守門人

就業服務

立即上工計畫
就業諮詢專線: 0800-777-888
社會保險專線: 02-2396-1266
(失業給付相關)
創業諮詢服務專線: 0800-589168
勞資爭議專線: 1955

心理諮詢

社區心理衛生中心: 心理諮詢
衛生局社區定點諮商

關懷訪視

自殺企圖者通報
關懷訪視員: 電訪或面訪

醫療協助

警消緊急救援
緊急醫療
憂鬱症共同照護網
健保費補助
酒藥癮戒治補助計畫

社會救助

1957福利諮詢專線
馬上關懷急難救助
低收入戶生活補助
愛心關懷服務網
醫療機構社工室(部)

校園輔導

導師(任課老師):
關心學生生活狀況
輔導室(諮商中心):
評估轉介

債務協商

債權金融機構個別協商
銀行公會債務協商專線 02-8596-1629
銀行申訴專線 02-8968-9999
內政部暴力討債檢舉專線 02-2356-5429

其他資源

緊急協助電話: 110
婦幼保護專線: 113
老朋友專線: 0800-228-585
男性關懷專線: 0800-013-999
同志健康免費諮詢專線: 0800-010-569
各縣市社區心理衛生中心相關資源

註: 以上電話若有異動, 可向各單位洽詢

資料來源: 全國自殺防治中心

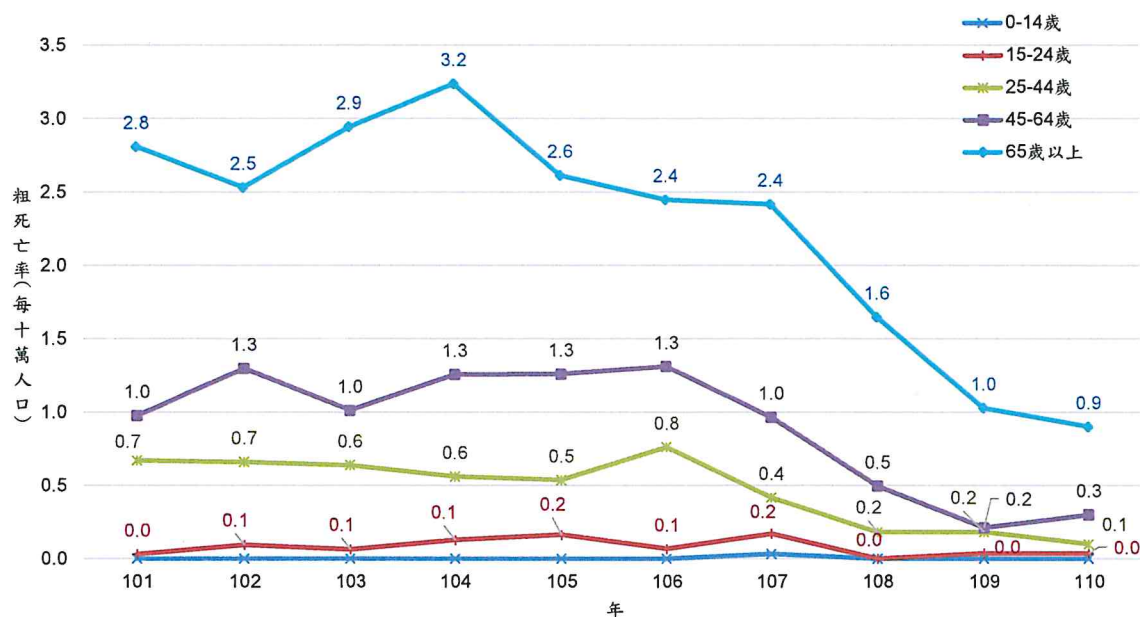
全面性策略 → 【一般民眾】

主要目標: 心理健康促進、特殊防治

- 導正媒體報導
- 減少致命性自殺方法的可得性
- 去除精神疾病與自殺的污名效應
- 促進社會大眾心理健康
- 加強心理與家庭諮詢
- 監測自殺相關資訊



【101年-110年自殺死亡資料】 各年齡層使用巴拉刈自殺之粗死亡率(含不明意外)

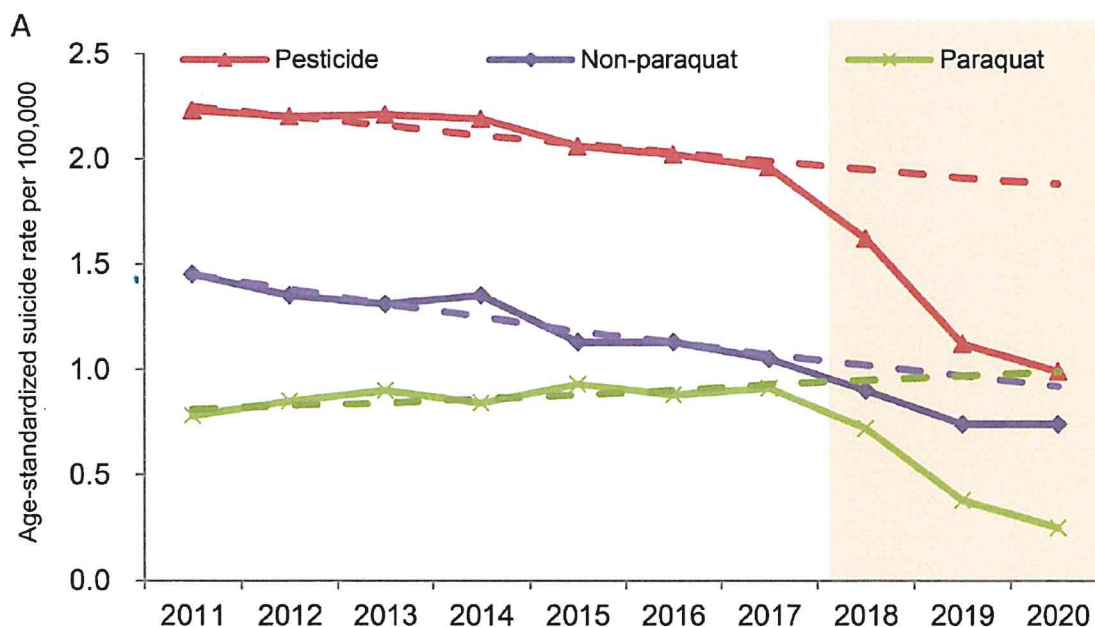


註：107年2月1日起巴拉刈禁止加工及輸入；
109年2月1日起禁止分裝、販賣及使用。



巴拉刈禁用後之自殺趨勢

農藥、非巴拉刈、與巴拉刈中毒自殺的年齡標準化率趨勢



■ 臺灣2011-2020年農藥、非巴拉刈、與巴拉刈中毒自殺的年齡標準化率（每十萬人）的趨勢。虛線表示根據2011-2017年（巴拉刈禁用前）的趨勢所估計的預期自殺率。黃標表示開始禁止巴拉刈加工與輸入的年份（2018年）。



關鍵訊息

- 在第二年的疫情期間，台灣的總體自殺率持續下降，然老年人和青少年/年輕成人的自殺率略升，需持續關注。
- 自殺是多成因的，而三大策略可以有效降低自殺死亡。
- 針對「特殊族群」之選擇性策略，著重「守門人」之「一問二應三轉介」，它可以有效地減少對象族群的自殺率：
醫療服務，要留意重大或慢性病之憂鬱，
各機關服務之案主，要留意其經濟困窘、家暴等身份。
- 可以用「心情溫度計」評估接觸對象的身心狀態，並適時給予協助或轉介。

55

關係是關鍵



● 發展並維持一種治療關係

▫ 是降低自殺風險核心要件之一

"Developing and maintaining a therapeutic relationship is central to reducing suicide risk."

Fazel S et al., N Engl J Med 2020;382:266-74.

56

第二場

自殺防治守門人的知能

吳佳儀 教授

一、現職

台大醫學院護理學系所教授
台大醫學院附設醫院護理部兼任督導長
全國自殺防治中心執行長
臺灣憂鬱症防治協會理事長
臺灣自殺防治學會理事
中華民國精神衛生護理學會理事
護理師護士公會全國聯合會法制政策委員會委員

二、學歷

國立臺灣大學護理學系學士
國立臺灣大學護理學研究所社區護理碩士
英國倫敦大學國王學院精神醫學研究所博士

三、經歷

台大醫學院護理學系所助理教授
台大醫學院護理學系所講師
馬偕紀念醫院自殺防治中心個案管理師
中央研究院生物醫學研究所研究人員
臺大醫院內科病房/內科加護病房護理師

2023年第一線人員之自殺防治守門人訓練



自殺防治守門人的知能



吳佳儀

臺大醫學院護理學系所 教授

台灣自殺防治學會理事/全國自殺防治中心執行長

主辦單位: 台灣自殺防治學會/全國自殺防治中心x中華民國醫師公會全聯會x台大醫院x社會工作師公會全聯會x台灣長期照顧發展協會全聯會

現職

演講者簡歷



臺大醫學院護理學系所 教授 (2022~)
臺大醫院護理部 兼任督導 (2016~)
臺灣憂鬱症防治協會 理事長 (2021.12~)
臺灣自殺防治學會 理事 (2016~)
中華民國精神衛生護理學會 理事 (2019~)
護理師護士公會全國聯合會-法制政策委員會 委員 (2019~)

學術研究

- 運用縱貫型混合研究法探討**家庭**對難治型憂鬱症病因及治療預後之影響(國科會PI, 2022-2023)
- 孕期中樞神經藥品暴露與孕婦和胎兒之短期暨長期不良事件(國科會co-PI, 2021-2024)
- 運用探究式教學於**心理健康促進與自殺防治課程**設計之精進方案(教育部PI, 2021-2023)
- 難治型憂鬱症**患者之心理社會特性與非藥物介入措施(科技部PI, 2017-2021)
- 八仙塵爆-傷患心理及其他相關需求評估計畫(新北市政府衛生局PI, 2017年計畫)
- 臺灣藥物濫用防治策略之行動綱領與方案規劃(國衛院論壇執行長, 2018年計畫)
- 藥物濫用對於健康與社會之衝擊:問題與對策(國衛院論壇執行長, 2017年計畫)
- 全國自殺防治中心計畫**(衛福部co-PI, 2015年迄今)

社會服務

縣市**心理健康促進及自殺防治委員會** 委員: 金門、宜蘭、苗栗、基隆
全國自殺防治中心 執行長 (2023.4~)





大綱

1. 守門人定義及自殺防治背景
2. 守門人知能訓練
3. 自殺高風險者關懷要點



大綱

1. 守門人定義及自殺防治背景
2. 守門人知能訓練
3. 自殺高風險者關懷要點



自殺需要防治嗎？

小故事的反思：阿文 VS 阿明



自殺防治法第一條(2019)-C-P-R

常見(嚴重)精神疾病 / 自殺現況

0.15 ‰ (15/100,000)

自殺死亡 (一年近4千)

2‰

自殺企圖 (一年約4萬) (~2022.12)



自殺特性與防治綜覽

- ▶ 男性憂鬱症盛行率低於女性，但自殺死亡人數多於女性(男:女=1.5~2:1)
- ▶ 所有年齡層中，老年人自殺死亡人數最多，但近五年15-24歲青少年的自殺死亡率趨勢升幅最高。
- ▶ 自殺通報率及死亡率理想上呈現反比，通報增加代表地方政府關懷介入及個案得到持續服務的可能性越高(不能僅解讀為自殺變多或嚴重)。
- ▶ 自殺防治具有因地制宜的特色，因此學校、社區鄰里、職場、機關單位...等處皆應了解需求所在，進而研析防治策略。



為何自殺行為需要預防？

保護因子

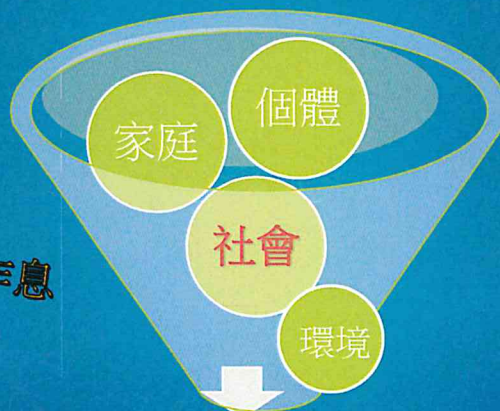
情感支持

陪伴

傾聽

規律作息

生活目標



自殺 VS 安樂死

危險因子

精神疾病

身心創傷 情緒困擾

人際疏離

不求助

無助無望



不求助文化 / 隱性憂鬱與自殺

- ▶ 多重壓力源因應困難 (家庭文化、職場、校園、社區....環境影響、汙名化等)
- ▶ 情緒困擾的求助阻礙致早期辨識困難 (esp. 醫療/軍警消等特殊專業人員...同事間也難發現)
- ▶ 尋求心理衛生專業資源的個人責任意識薄弱 (Personal responsibility in seeking mental health care)

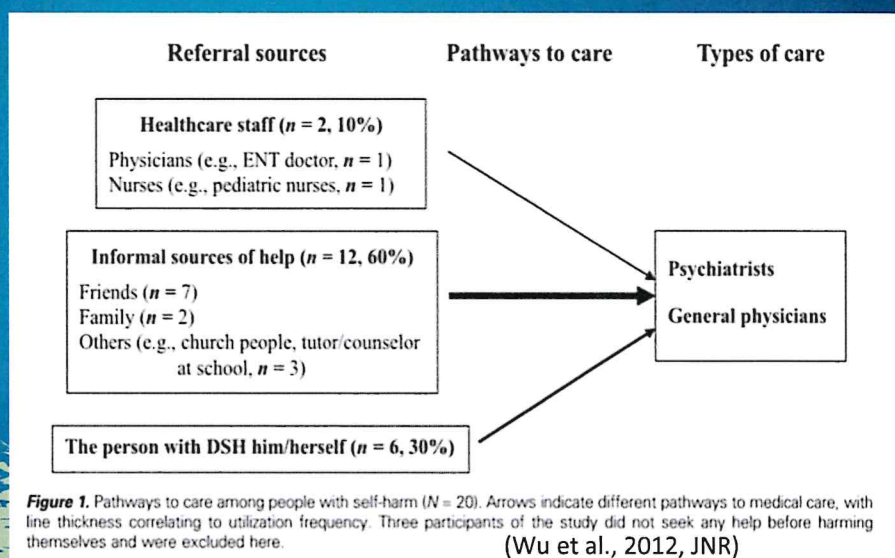
參考資料: Gallagher (2021), JAMA Surgery



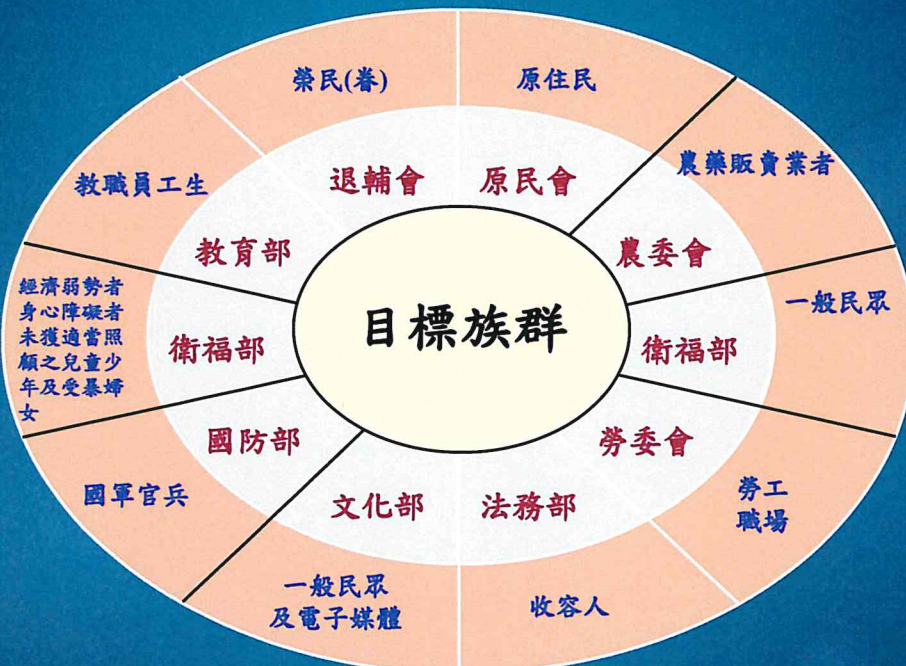
自殺企圖者之求醫歷程

非正式資源 (朋友、家人) 為主要求助管道 (70.6%)，醫療專業人員 (醫生、護理師) 則為次要。

大多自殺企圖者只向非正式資源求助，守門人應鼓勵自殺企圖者向醫療專業人員求助。
(Wu et al., 2012, JNR)



人人都是珍愛生命守門人



圖片來源: 台灣自殺防治學會



什麼是自殺防治守門人?

「……自殺防治守門人，指具備自殺防治觀念，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。」

(自殺防治法第9條第3項)

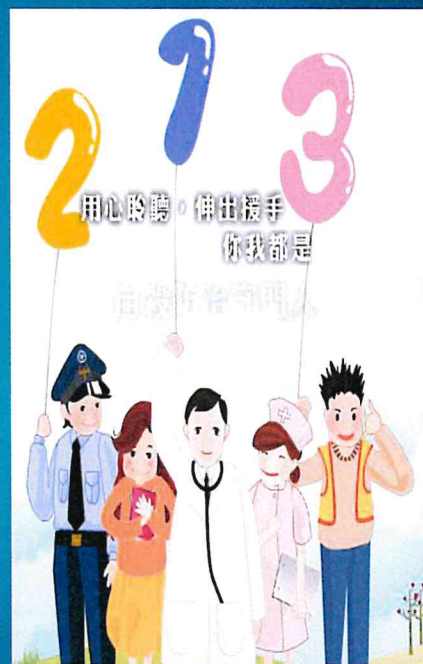
「……國家自殺防治中心…負責推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練……」

(自殺防治法第9條第2項- 第5款)

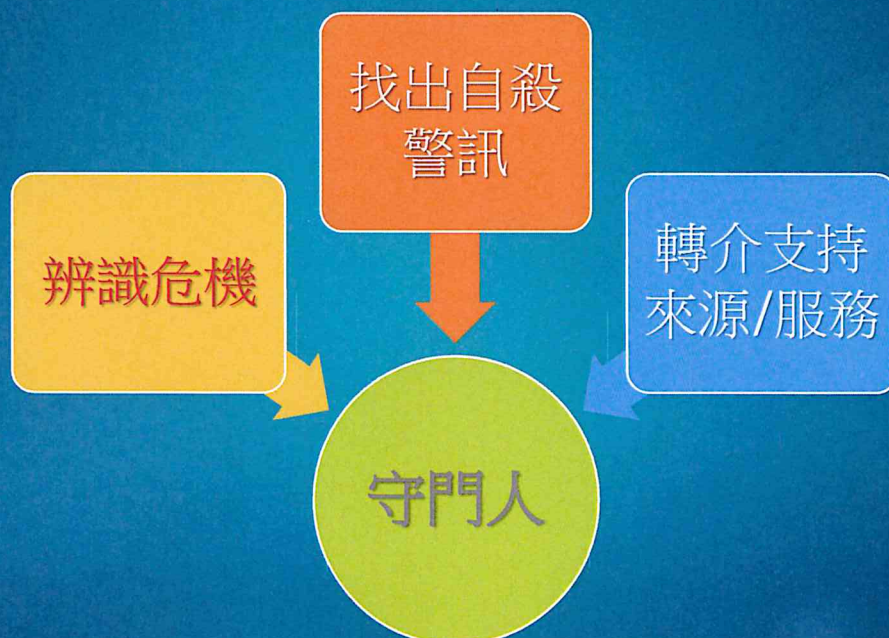


何謂成功的守門人？

<https://youtube.com/clip/UgkxNFuvjCTgveiyVvNm3esrSjWVJAdUyanD>



珍愛生命守門人之定義



醫師

護理師

社工師

心理師

每個醫院工作者都是自殺防治守門人!

OT、PT、RT、ST、
行政人員、志工.....



提高警覺辨識不同場域中之自殺警訊

社區鄰
里長

賣場
人員

學校
人員

老人服
務據點

每個社區民眾也都是自殺防治守門人!

高風險者之
親信友人

職場主管/
員工

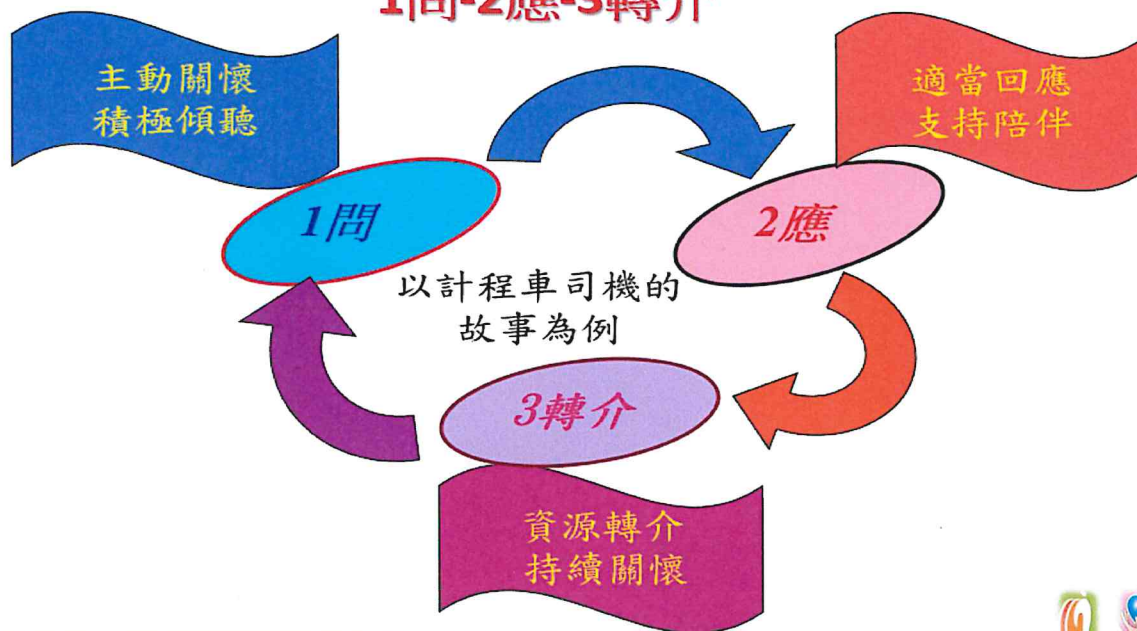
志願服務/
宗教團體

熱心網民...



珍愛生命守門人三步驟

1問-2應-3轉介



The Last Call

自殺前有什麼徵兆需要注意？

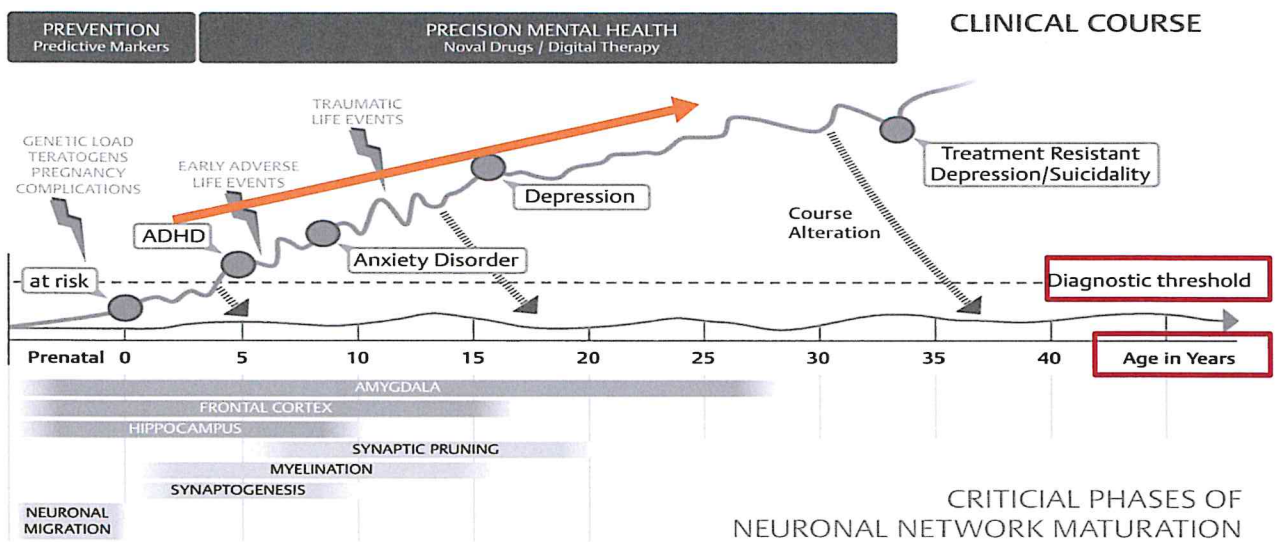
如何促進溝通？早期防範？

58歲陳先生，獨居，三年前中風，近期診斷直腸癌。

由於無任何家人，長照居服員定期來送餐陪伴。長期的**孤寂感**、每日陳先生都**沒什麼生活目標與動力**，長久下來便常跟居服員表達死亡的想法。“**活得這麼痛苦，不如死了算了...**”居服員聽了**立刻要陳先生別這麼想**，人生還很長，有很多事可以做，**別想負面**的事情。

一天，居服員如常來送餐，殊不知陳先生已服下大量安眠藥自殺，意識不清……

從憂鬱到自殺的生命歷程



► Fig. 2 Hypothetical trajectory of MDD over the lifespan.

(Reif et al., 2021)

吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練



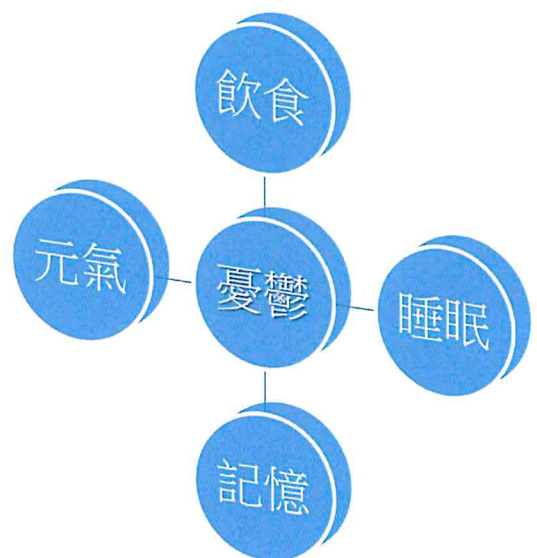
憂鬱症狀早期發現與評估

典型的憂鬱症 九大症狀

1. 情緒低落
2. 提不起勁做事
3. 體重升或降
4. 嗜睡或失眠
5. 動作/思考變得遲緩
6. 易疲倦或失去活力
7. 無價值感或強烈罪惡感
8. 注意力不集中或猶豫不決
9. 常有負面想法，甚至想輕生



個人生理、家庭、社會環境
(如職場)產生壓力或創傷



吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練





大綱

1. 守門人定義及自殺防治背景
- 2. 守門人知能訓練**
3. 自殺高風險者關懷要點

守門人知能訓練 (Gatekeeper Training)



誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？

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



誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？

面向	自殺 保護 因子
1. 個人層面 個人特質與正向經驗 正向心理健康與調適 良好的生活習慣 社交技巧	(1) 具求助意願及求助意向 (2) 擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感 (3) 擁有關於生命意義與價值的文化信念、精神支持與宗教信仰 (4) 擁有樂觀的願景及清楚的未來目標 (5) 具韌性之特質 (resilience)，如認知彈性 (6) 擁有良好的飲食、睡眠、運動習慣 (7) 擁有良好的飲食習慣
2. 社會文化層面 社會支持 社會關係與責任	(1) 與家庭或所屬社團成員間有高度的人際連結 (2) 擁有一個安全且穩定的生活環境 (3) 家庭給予溫暖、支持與接納 (4) 擁有工作 (5) 婚姻圓滿 (intact marriage) (6) 對其他事情還有責任和義務 (7) 尚有幼子待養育
3. 健康照護層面 精神醫療 一般醫療	(1) 連結到合適的醫療服務 (treatment engagement) (2) 可持續由醫療或心理健康照護中得到支持 (3) 良好的醫病關係

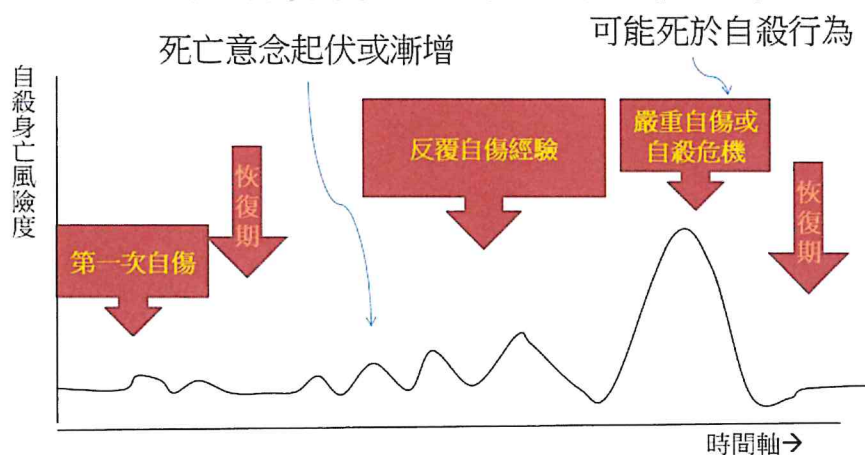


誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？

如何辨識高風險群？(3/3)



自殺是複雜且多重原因導致的行為

自我傷害(Self-harm)
自殺企圖(Suicide Attempt, SA)
自殺計畫(Suicide plan)
重複自殺(Repeated SA)

累積性自殺
危險/保護因子

自殺死亡



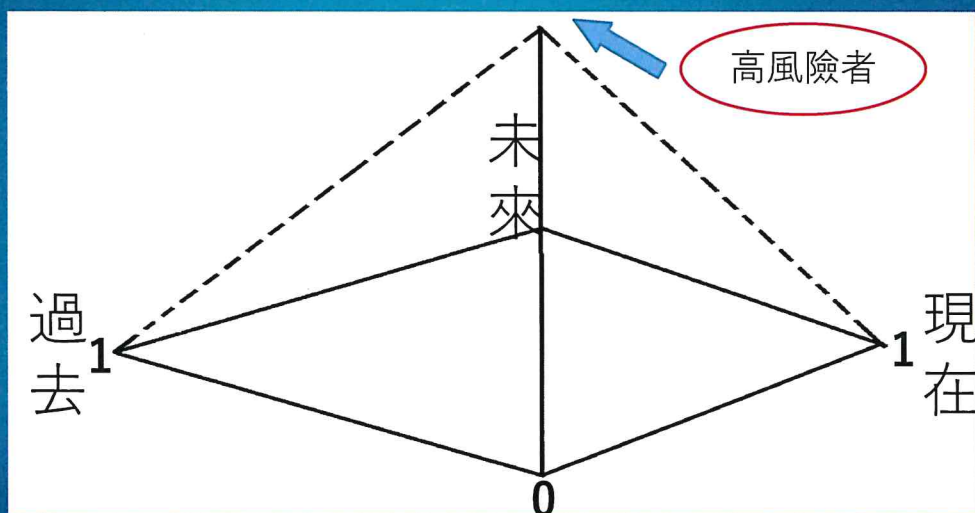
誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？

臨床 / 社區自殺風險評估

- ▶ 疾病嚴重度
- ▶ 治療遵從性
- ▶ 環境安全性
- ▶ 復元動機
- ▶ 生活目標
- ▶ 家庭支持
- ▶ 情緒關照
- ▶ 求助來源
- ▶ 關懷陪伴
- ▶ 壓力管理



誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？

以阿文和阿明為例

利用心情溫度計(BSRS-5)做好心理檢傷分類 (Mental Health Triage)

請您仔細回想在「最近一星期中(包括今天)」，這些問題讓您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1.睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2.感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3.覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4.感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5.覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★有自殺的想法	0	1	2	3	4



誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？



心情溫度計 分數說明



1至5題之總分：

0-5分：身心適應狀況良好。

6-9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。



10-14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。



15分以上：重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療。

• 第六題（有無自殺意念）單項評分。

本題為附加題，本題評分為2分以上（中等程度）時，即建議尋求精神醫療之協助。

(資料來源: 全國自殺防治中心, 2020)



誰是高風險？

如何提升安全性？

如何轉介？

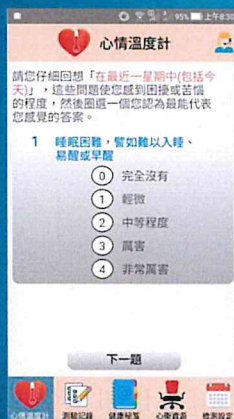
心情溫度計APP四大功能

1. 紀錄心理困擾程度變化

2. 免費心理衛生電子書/影音

3. 精神心理衛生資源地圖

4. 鬧鐘提醒自我檢測



(圖片來源: 全國自殺防治中心, 2020)

心情溫度計APP



行動3.0版
2023年4月上架!

心情溫度計

一機在手隨身攜帶，它可以……

- ◆ 定期檢測心情
- ◆ 觀看測驗紀錄
- ◆ 心理健康秘笈
- ◆ 心衛資源查詢



社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

30

(圖片來源: 全國自殺防治中心, 2020)

心情溫度計最新實證基礎

全國青少年民調 (Year 2019, N=727)

- 青少年近一週的自殺意念與易怒(OR6.5)、憂鬱(OR5.6)、焦慮(OR3.8)有顯著相關性。
- 近一週或終生有自殺意念的青少年，其求助於精神醫療或心理衛生專業的比例，較沒有意念者顯著為高。

(Pan et al. 2021. J Affect Disord, 282, 846-851)

全國代表性樣本民調 (Year 2021, N=2119)

- 大眾可經由心情溫度計篩檢，得知情緒困擾高者（分數越高）其疫情下的焦慮和壓力症狀感受度也較強。
- 心情溫度計可適用於電訪、現場自填、網路調查、團體討論等情境。

(J Suicidology, 2022)

自殺企圖通報資料長期追蹤分析 (2007-2016) (N=104,441)

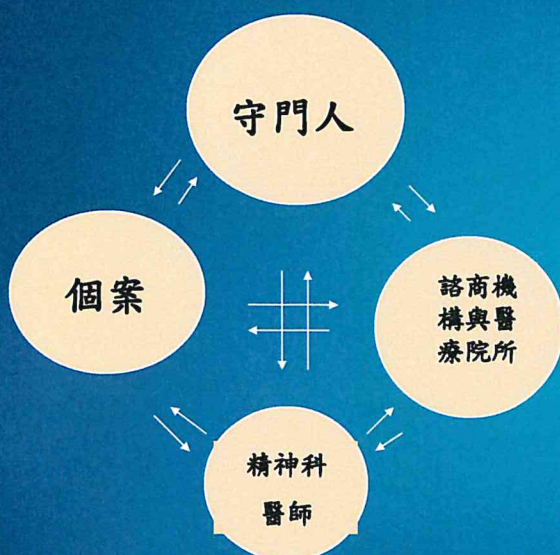
- 自殺企圖者的情緒困擾程度與一年內再自殺死亡呈正相關。
- 心情溫度計可用於關懷第一次有自殺行為的個案，反映出情緒困擾及壓力反應。

(Wu et al. 2020. JFMA, 119(8), 1306-1313)

吳佳儀PPT_111年第一線守門人訓練



誰是高風險？ 如何提升安全性？ 如何轉介？

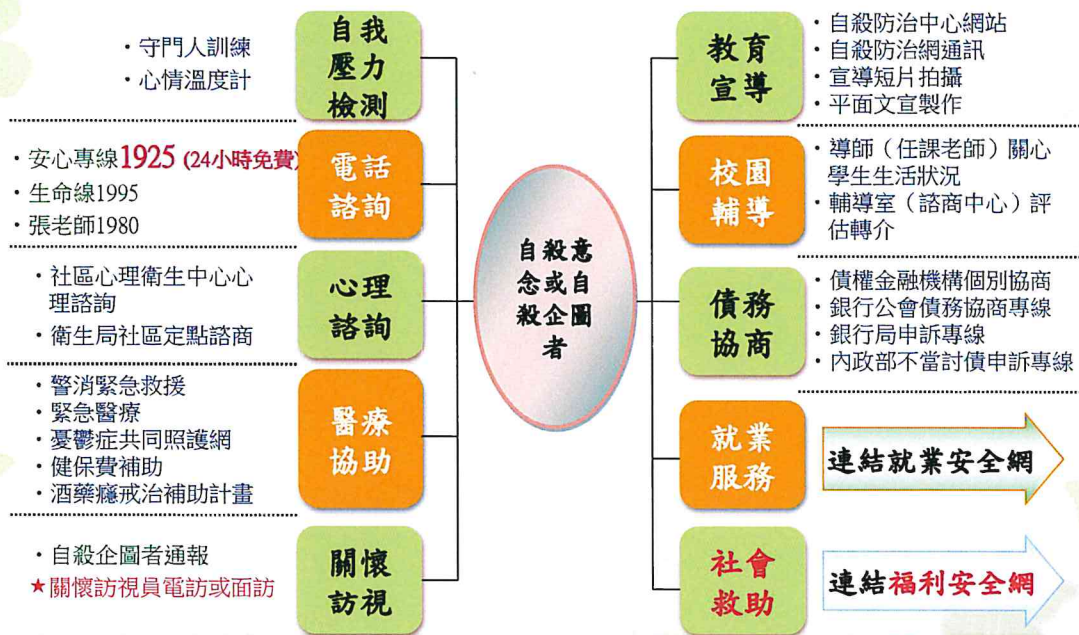


承辦單位: 台灣自殺防治學會
執行期間: 2021.8.12~2022.8.11

2022 年 10 月



中央跨部會自殺防治網



全國自殺防治中心

校園/職場/醫院自殺防治：內外部資源合作

- 關注**高風險群**在哪裡



- 了解自殺**危險因子與警訊**



- 藉由**123**步驟**關懷並轉介高風險群**



- 持續追蹤**情緒變化及危機情境（*建立校園SOP）



- 定期強化個人**自我心情關照**的能力、**預防**勝於治療！

心情溫度量了沒？

衛福部自殺防治通報系統

109.7開始人人可通報! (須備ID)

自殺防治通報系統
Suicide Prevention System

帳號註冊
使用本系統功能前，請先註冊您的專屬帳號
前往註冊
註冊說明

我要通報
提供醫事機構或非衛生單位通報個案，
衛生單位者請使用憑證IC卡登入系統進行通報
前往通報
通報流程說明

衛生單位登入
提供衛生單位使用憑證IC卡登入本系統
憑證登入
申請臨時帳號

公告訊息

醫事憑證登入新增跨瀏覽器元件方式	2021/03/05
秋冬COVID-19疫情防治專案	2020/12/28
109年度系統功能增修項目調整上線日期為109年11月09日(一)	2020/10/28
自殺防治通報系統擴大通報作業常見Q&A	2020/07/27
配合本部機房進行資料庫升級維護作業，屆時暫停本系統服務	2020/04/28
中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算	2020/03/31

關懷資源

- 1925安心專線
用陪伴打開心房，用聆聽給予力量
24小時免付費心理諮詢專線
1925(依舊愛我)安心專線
- 心據點
查詢各地區
心理資源地圖
- 自殺防治系列手冊
下載各類
自殺防治系列手冊
- BSRS量表
心情溫度計
提供BSRS量表檢測

更多電話諮詢

大綱

1. 守門人定義及自殺防治背景
2. 守門人知能訓練
3. 自殺高風險者關懷要點

第一線自殺風險評估

- **分群**：職場/學校/孕產婦/LGBT...
- **分齡**：青少年/老年人/中壯年...
- **分階照護**：憂鬱/自殺個案 (The Stepped-care Model)



Figure 1: The stepped-care model

Focus of the intervention	Nature of the intervention
STEP 4: Severe and complex ¹ depression; risk to life; severe	Medication, high-intensity psychological interventions, ECT.
第四步：持續治療、銜接社區照護、照顧者壓力協助	
STEP 3: Persistent subthreshold depressive symptoms or mild to	Medication, high-intensity psychological interventions, combined treatments,
第三步：增加求助知能、銜接醫療、強化照顧者知能	
STEP 2: Persistent subthreshold depressive	Low-intensity psychosocial interventions,
第二步：增加自助、低強度資源網絡介入、照顧者知能	
STEP 1: First episode of mild to moderate depressive	Low-intensity psychological interventions, self-help, guided self-help, and brief behavioral activation.
第一步：提升心理健康識能、改善社區篩檢與轉介流程	

¹ Complex depression includes depression that shows an inadequate response to multiple treatments, is complicated by psychotic symptoms, and/or is associated with significant psychiatric comorbidity or psychosocial factors.

² Only for depression where the person also has a chronic physical health problem and associated functional impairment (see NICE, 2009c).

吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練

青少年自殺處遇



吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練

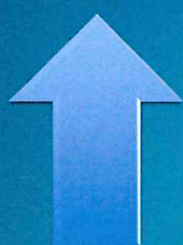
長者自殺處遇



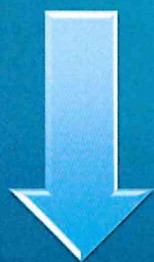
吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練



LGBT多元性別族群自殺處遇



*情緒宣洩
*接納支持
*穩定治療



*孤寂無助
*缺乏支持
*環境風險高

吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練



孕產婦自殺處遇

懷孕期

育兒期

BSRS-5:

2-2-1-2-2*1

3-2-2-3-2*3

4-2-2-4-2*3

產後期

吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練



自殺高風險者之家庭與照顧者之角色

提供情緒支持

掌握自殺警訊

破除自殺迷思

轉介合適醫療

保護因子

歸屬感與信任感

早期發現風險/有效介入

正確判斷/跨出行動

成功轉介/鞏固療程

吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練





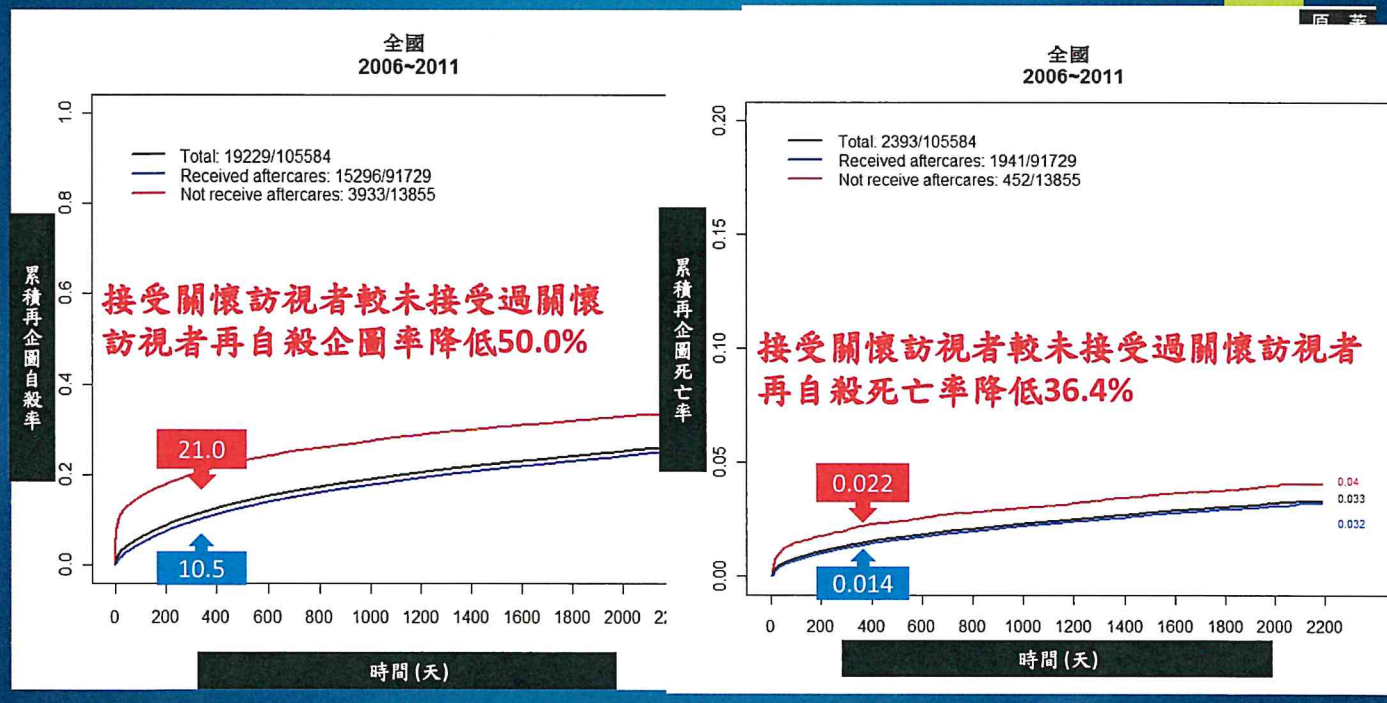
困難個案情境與因應



吳佳儀PPT_112年第一線守門人訓練



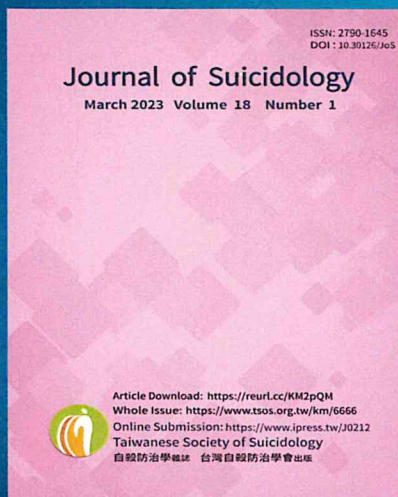
守門人成效





守門人成效

台灣自殺防治學會
Journal of Suicidology
Since 2022



自殺防治網通訊
Since 2006



↓ 歡迎踴躍投稿、隨到隨審、免費出刊

總結

自殺防治不分專業、臨床與社區，
需要你我早期辨識、關懷、與合作，
發揮敏感度、提升安全性與求助動機
只要有心，人人都是珍愛生命守門人！

jennycyw@ntu.edu.tw

Joeycat.net



第三場

社會資源網絡與轉介技巧

蕭雪雯 社會工作師

一、現職

馬偕紀念醫院自殺防治中心社會工作師

二、學歷

東海大學社會工作學系學士

國立陽明大學衛生福利研究所碩士

三、經歷

台北市康復之友協會社區身心障礙者個案管理員

台大醫院雲林分院精神部社工員

衛生福利部彰化醫院精神科社工員

社團法人台灣自殺防治學會理事

吳思亮 醫師

一、現職

衛生福利部桃園療養院社區精神科主治醫師

二、學歷

高雄醫學大學醫學系學士

美國哈佛大學公共衛生碩士

三、經歷

財團法人彰化基督教醫院精神科住院醫師

衛生福利部草屯療養院一般精神科主治醫師

元智大學講師

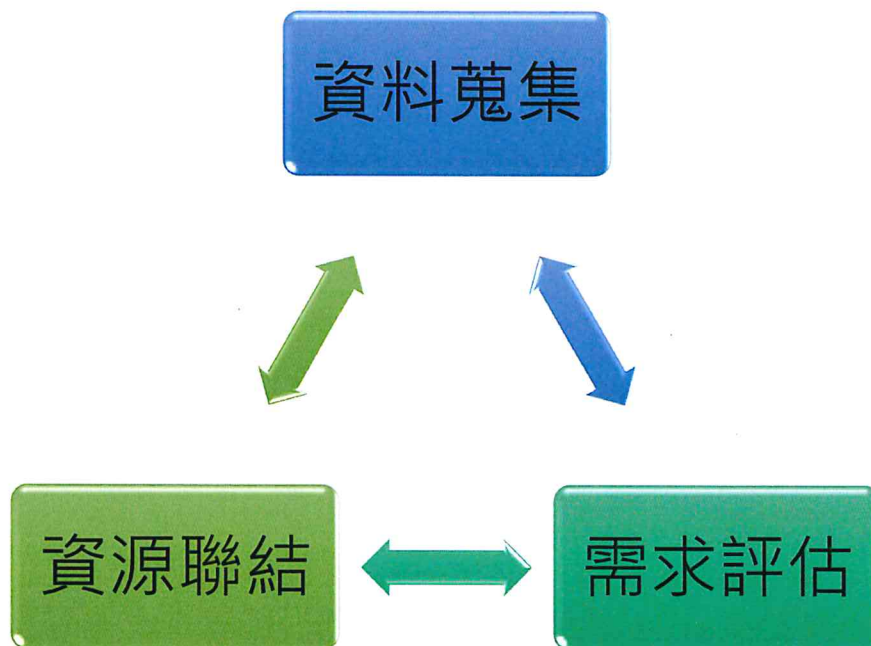
社會資源網絡與轉介技巧



蕭雪雯社工師
馬偕紀念醫院自殺防治中心
112.05.27

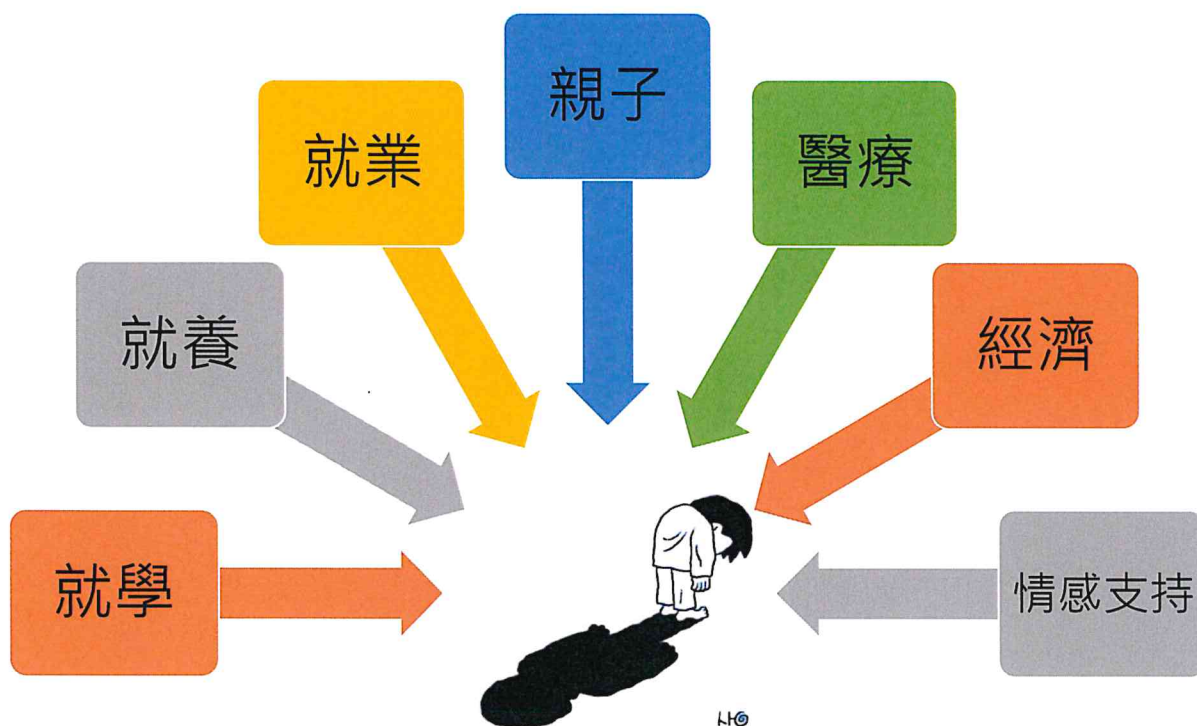


以個案為中心





分析個案需求



生活處境評估



- ◆目的：評估個案目前的壓力源，以半結構方式深入評估壓力源對個案影響程度，與壓力急迫性，使壓力問題更具體。
- ◆最近有沒有什麼讓你比較擔心或煩惱的事情？

- 人際壓力：伴侶、子女、父母、手足、朋友、同事、同學、其他。
- 工作壓力、經濟問題：失業、重大經濟危機（被倒錢、投資股票或生意失敗、負重債、家計困難）、其他。
- 課業壓力。
- 法律問題：司法糾紛或警察找上門，貴重物品（土地、房屋、錢幣等）被侵占、遺失或遭竊，其他。
- 身體問題：急性；慢性疾病狀態與治療情形：慢性疾病常常引起個案久病厭世或無望感的原因，例如：癌症、洗腎、糖尿病。
- 其他壓力源。

參考資料：馬偕紀念醫院自殺防治中心實務教戰手冊



自殺保護因子

- ◆目的：預防再次自我傷害的工作重點是加強個案的保護因子，使個案有足夠資源能力處理目前的壓力狀況，詳盡評估目前個案原有的保護因子，協助個案運用在壓力問題解決。
- ◆工作/學業：個案日常生活的安排，有無固定工作或學業，當個案功能變差或病情惡化時，學業和工作往往會出現改變。
- ◆支持系統與網路：評估個案社會支持網路的連結。
- ◆宗教、信仰、價值觀：有無固定的宗教聚會，或是宗教儀式，比如是去教堂、寺廟，是否有教友提供支持，同時評估個案是否有將宗教信仰當作是增強個人因應壓力的方式。
- ◆其他資源（補助、醫療體系、公權力）：評估是否有醫療、社福資源介入的需求。
- ◆問題解決能力：個案的壓力因應方式。自我傷害被視為是個案解決問題方式的一種，所以評估個案對上述壓力問題的看法，採取的解決方式是什麼，若個案原有較有效能的壓力因應模式，可加以強化，鼓勵運用在目前處理壓力時運用。
- ◆控制感：評估個案對目前情緒、病情的轉化，是否知道何時該向醫療院所求助。

➢工作可以提供個案經濟來源，讓個案維持自尊。
➢有持續的就學，就有學校輔導系統，及學校的人際互動可提供支持。
➢若個案是家庭主婦、退休的老年人，則評估個案目前的日常生活安排，是否有規律生活作息。

➢是否有常聯絡的親友朋友，聯絡互動的方式為何。
➢是否有親友可以提供情緒、經濟方面的支持。
➢若有自傷情形出現時誰可以找誰求助。

參考資料：馬偕紀念醫院自殺防治中心實務教戰手冊



服務過程可利用的福利與資源

◆醫療面

- ✓是否就醫
 - 重大傷病卡
 - 殘障手冊

◆社區面

- ✓了解個案在社區的資源使用
 - 區域社會福利服務中心
- ✓社區精神醫療協助
 - 台北市：健康服務中心
 - 新北市：衛生所
- ✓公部門個管情形
 - 台北市：自殺防治中心
 - 新北市：關懷訪視員

◆家庭面

- ✓兒少危機
 - 脆弱家庭通報
- ✓照顧壓力
 - 社區福利機構、長期照顧資源

◆就學

- ✓老師

◆就業

- ✓就業轉介

參考資料：馬偕紀念醫院自殺防治中心實務教戰手冊



精神疾病就診情形

◆精神科住院經驗。

◆精神科門診就醫及服藥規則性。

□有沒有固定在那家醫院就診？是那位醫師？看診多久了？是否規律回診？

◆與人商談過情緒問題。



SAD PERSONS自殺風險評估量表(Hockberger et al,1988)

- 適用於任何病患，無論有無自殺行為發生。

SAD PERSONS		總分：		□≤5分：建議精神科門診 □≥6：建議住院	
1	男性	1□是 0□否	6	精神症狀干擾（幻聽幻視、妄想）	2□是 0□否
2	年齡 <19或 >45	1□是 0□否	7	離婚／分居／喪偶	1□是 0□否
3	憂鬱症或躁鬱症等情感疾病	2□是 0□否	8	此次為具體且嚴重的自殺行為	2□是 0□否
4	曾自殺未遂或精神科門診住院	1□是 0□否	9	缺乏家人朋友工作宗教等社會支持	1□是 0□否
5	酒精／藥物濫用狀態或依賴	1□是 0□否	10	未來仍想再傷害自己	2□是 0□否





自殺危險性追蹤評估

評分標準：

0完全沒有；1症狀輕微無影響(低)；

2症狀存在但嚴重度低(中)；3症狀在大部份評分期間呈現重度(高)

【】上次訪談至今的自殺嘗試：從上次訪談至今是否有嘗試任何傷害自己的行為，包括服藥過量、割腕或撞牆、刻意酗酒等。

【】自殺意念：先詢問個案是否還有自殺意念存在，依照意念的頻率、嚴重性評分。(註：個案的自殺意念通常不會在短期內消失，所以評估自殺意念著重在對個案的影響、困擾程度，及當自殺意念出現時，個案是否有轉移成功注意力的方法。)

- 你現在還有想死的念頭嗎？這個念頭多常出現？這個想死的念頭有多困擾你？
- 這些想法出現時，你怎麼處理呢？(用什麼方法轉移這種想傷害自己的感覺呢)
- 你覺得用這種方法感覺有沒有效，可以幫助你減緩這種傷害自己的感覺嗎？

【】自殺計畫：指個案是否有擬定明確的自殺計畫，計畫內容。

【】過去自殺企圖(致命程度)

參考資料：馬偕紀念醫院自殺防治中心實務教戰手冊



心情溫度計

請仔細回想一下，最近一週中(包括今天)，這些問題使你感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個最能代表您感覺的答案。

簡式健康量表

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
① 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
② 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
③ 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
④ 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
⑤ 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

前五題總分

0-5分

為一般正常範圍

6-9分

輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒

10-14分

中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢

15分以上

重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估

有自殺的想法

本題為附加題，若前五題總分小於6分，但本題評分為2分以上(中等程度)時，宜考慮接受精神科專業諮詢

得分說明

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

資料來源：<https://www.tsos.org.tw/web/page/bsrs>



危機

◆要處理的是問題還是危機

我想自殺.....

我正站在河邊/樓頂....

確認衝突事件
討論慣常處理方式
討論危機處理方式

深呼吸
蒐集資料
報警



危險性評估

- Who
 - 附近有誰、已經通知了誰、重要他人是誰
- What
 - 引發事件、想要解決的事
- When
 - 計畫多久、準備何時去做
- Where
 - 計畫預定地、隱密性
- How
 - 準備使用何種方法、已經做了甚麼安排





蒐集資料

- 目前位置
- 外貌、衣著
- 自殺計畫細節：評估自殺企圖
 - 自殺意念：頻率、強度
 - 具體內容、真實性、準備採取哪些步驟、已完成哪些步驟
 - 覺得方法的致命性為何、是否相信會死
 - 哪些情況下會採取行動、近期執行的可能
 - 必要時與重要他人聯繫，限制案主取得危險物品



資源連結

- 聯結精神醫療
- 媒合所需資源
- 自殺通報
 - 衛生福利部建置「自殺防治通報系統」，以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。
 - 在此系統通報自殺企圖個案後，系統會以個案居住地為依據，將資料送往當地衛生局派案給轄下的自殺個案關懷訪視員進行後續追蹤關懷服務。
 - 社區端若發現自殺企圖者，可直接上衛生福利部自殺防治通報系統進行通報，若有疑問可向當地衛生局通報窗口詢問。



自殺防治通報系統

Suicide Prevention System

帳號註冊

使用本系統功能前，請先註冊您的專屬帳號

前往註冊

註冊說明

我要通報

提供醫事機構或非衛生單位者通報個案，
衛生單位者請使用專屬IC卡登入系統進行通報

前往通報

擴大通報說明

衛生單位登入

提供衛生單位使用專屬IC卡登入本系統

憑證登入

申請臨時帳號

我要通報(登入驗證)

還沒有專屬帳號？前往註冊。

帳號 (非衛生單位者請填註冊之電子信箱)

密碼

驗證碼

登入

關閉

已忘記你的密碼？
超過90天未登入？按此前往解鎖

非衛生單位尚未收到「Email驗證碼」，請按此重新寄送。

非衛生單位通報流程說明





與個案的互動



- ◆以關心為出發點。
- ◆情緒支持，傾聽，同理，傳達支持的態度。
- ◆討論對事件的不同思維，練習以不同角度重新思考事件，建立新的自我認同與肯定。
- ◆嘗試設計新生活型態，回歸生活軌道。
- ◆教導照顧個案的親友或其他與其有接觸的人員有具體的方向能操作，可以從個案的環境中來協助他。



盡力與態度



- 勇氣
 - 進入「談」→ 談多少
- 做到了哪些
 - 敏感高危機個案→ 危機處理
 - 處理流程記錄
- 行有餘力
 - ◆ → 自我省思
 - ✓ 標籤個案→ 他就是這樣.....
 - ✓ 自殺危險性評估的完整性→ 一樣的自殺方式，應該都差不多啦....
 - ✓ 處理挫折→ 怎麼又來了....



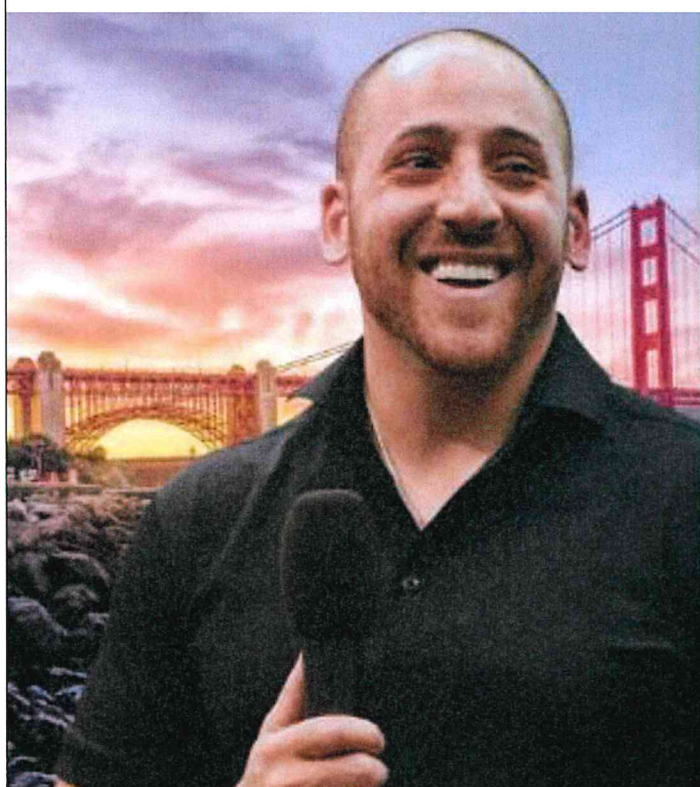
謝謝聆聽



第一線專業人員自殺防治守門人教育訓練課程

跨團隊的自殺防治： 社會資源網絡與轉介技巧

衛生福利部桃園療養院吳恩亮醫師



EOLUPODCAST.COM

It's OK to Talk About Suicide

FINDING SAFETY AND
HOPE AMIDST PAIN

WITH
KEVIN HINES

大綱

- 自殺行為者的資源需求
- 自殺身亡者遺族的資源需求
- 自殺行為者與資源的連結
- 轉介與轉銜
- 追蹤與個案管理

大綱

- 自殺行為者的資源需求
- 自殺身亡者遺族的資源需求
- 自殺行為者與資源的連結
- 轉介與轉銜
- 追蹤與個案管理

自殺行為者的資源需求（一）

從自殺行為的自殺原因來看資源需求？

- 夫妻問題：婚姻諮商 婚姻家族治療
- 家庭成員問題：家庭諮商 婚姻家族治療
- 感情因素：輔導諮商 心理治療
- 喪親、喪偶：哀傷輔導 心理治療
- 憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病：精神醫療 心理治療 婚姻家族治療
- 物質濫用：精神醫療 心理治療 婚姻家族治療

自殺行為者的資源需求（一）

從自殺行為的自殺原因來看資源需求？

- 職場工作壓力：心理健康促進 輔導諮商 精神醫療 心理治療
- 失業：職訓 協助就業
- 債務：專家協商
- 慢性化的疾病問題：疾病調適 醫療
- 急性化的疾病問題：疾病調適醫療
- 學校適應問題：問題評估及處理 輔導諮商 精神醫療 心理治療

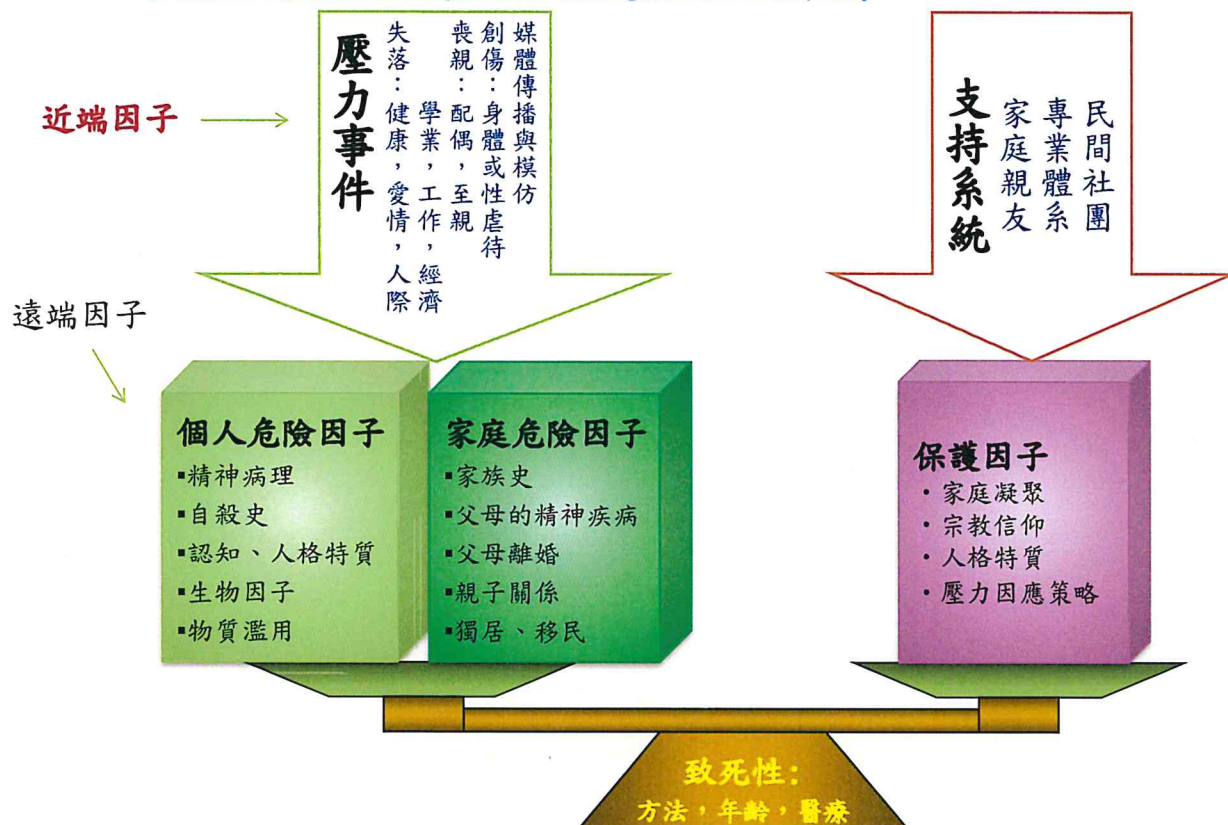
自殺行為者的資源需求（一）

從自殺行為的自殺原因來看資源需求？

- 生涯規劃因素： 問題評估及處理 輔導諮商 精神醫療 心理治療
- 遭受騷擾： 問題評估及處理 重大壓力因應 輔導諮商 精神醫療 心理治療
- 遭受暴力： 問題評估及處理 重大壓力因應 輔導諮商 精神醫療 心理治療
- 遭受詐騙： 問題評估及處理 重大壓力因應 輔導諮商 精神醫療 心理治療
- 兵役因素： 問題評估及處理 壓力因應 輔導諮商 精神醫療 心理治療：
- 畏罪自殺、官司問題 問題評估及處理 重大壓力因應 輔導諮商 精神醫療 心理治療

自殺成因概念架構

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



自殺行為者的資源需求（二）

從自殺行為者的自殺危險及保護因子來看資源需求？

降低或減少危險因子的資源

健康諮詢

輔導

心理諮商及家庭諮商

醫療

精神醫療

心理治療及婚姻家族治療

媒體網路監測及管控

提供及加強保護因子的資源

強化家庭支持系統：家庭教育中心（教育）及社區社工人員等（社政）

社區支持系統：學校，職場，鄰里等（教育，勞政及民政警政）

大綱

- 自殺行為者的資源需求
- 自殺身亡者遺族的資源需求
- 自殺行為者與資源的連結
- 轉介與轉銜
- 追蹤與個案管理

自殺身亡者遺族的資源需求

- 哀傷輔導：輔導諮商，精神醫療，心理治療等
- 壓力紓解：與自殺身亡者同陷相同壓力的資源需求
- 自殺風險評估後若中高風險遺族者：與自殺行為者針對背後自殺原因及危險，保護因子，分別有不同的資源需求

大綱

- 自殺行為者的資源需求
- 自殺身亡者遺族的資源需求
- 自殺行為者與資源的連結
- 轉介與轉銜
- 追蹤與個案管理

自殺防治網絡資源連結

電話諮詢

安心專線 1925
生命線1995
張老師1980

心理健康管理

心情溫度計
珍愛生命守門人

就業服務

立即上工計畫
就業諮詢專線：0800-777-888
社會保險專線：02-2396-1266
(失業給付相關)
創業諮詢服務專線：0800-589168
勞資爭議專線：1955

心理諮詢

社區心理衛生中心：心理諮詢
衛生局社區定點諮商

關懷訪視

自殺企圖者通報
關懷訪視員：電訪或面訪

醫療協助

警消緊急救援
緊急醫療
憂鬱症共同照護網
健保費補助
酒藥癮戒治補助計畫

社會救助

1957福利諮詢專線
馬上關懷急難救助
低收入戶生活補助
愛心關懷服務網
醫療機構社工室(部)

校園輔導

導師(任課老師)：
關心學生生活狀況
輔導室(諮商中心)：
評估轉介

債務協商

債權金融機構個別協商
銀行公會債務協商專線02-8596-1629
銀行申訴專線02-8968-9999
內政部暴力討債檢舉專線 02-2356-5429

其他資源

緊急協助電話：110
婦幼保護專線：113
老朋友專線：0800-228-585
男性關懷專線：0800-013-999
同志健康免費諮詢專線：0800-010-569
各縣市社區心理衛生中心相關資源

個案

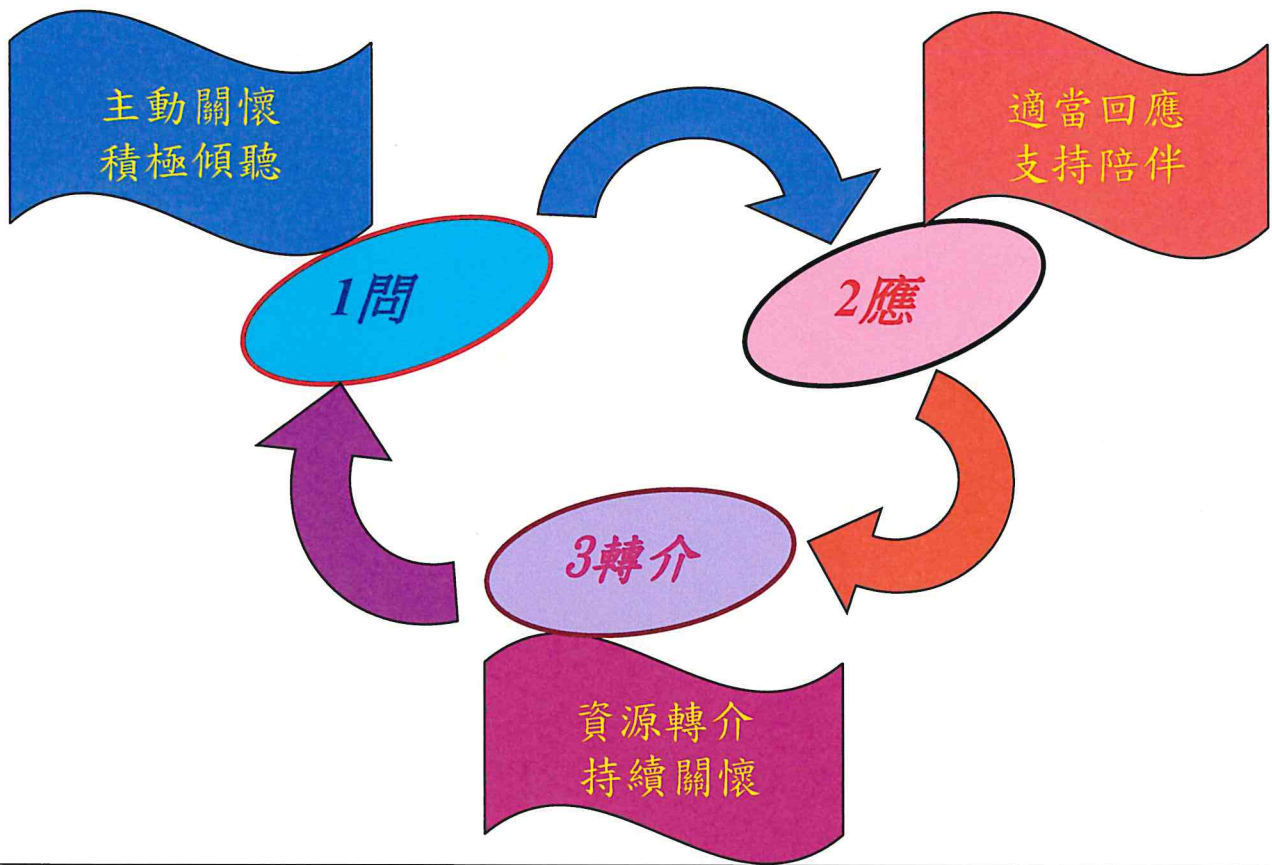
註：以上電話若有更動，可向各單位洽詢

資料來源：全國自殺防治中心

大綱

- 自殺行為者的資源需求
- 自殺身亡者遺族的資源需求
- 自殺行為者與資源的連結
- 轉介與轉銜
- 追蹤與個案管理

如何關懷自殺高風險者?



轉介與轉銜

- **轉銜：**有「轉換」和「銜接」的意思，意味「從一種狀態轉換並銜接到另一種狀態」，例如：從國小到國中、從國中到高中、從學校到成人生活，或是工作的轉換等。
- **轉介（照會）：**引介跨系統專業資源及福利資源，（確認適合）後，持續提供自殺行為者及自殺遺族的協同服務。

個案資源需求的評估

- 需求可從自醫療面、社區面、家庭面、就學以及就業各層面加以分析，如醫療、就學、就養、就業、經濟、親子、情感支持等
- **1. 醫療面**：是否就醫、重大傷病卡、身心障礙證明(手冊)
- **2. 社區面**：1) 了解個案在社區的資源使用：社會福利中心、老人服務中心、家庭教育中心、運動中心、健康服務中心2) 社區精神醫療協助：健康服務中心或衛生局所(如心理師諮商服務)3) 公部門個案管理：衛生局的社區心理衛生中心或自殺防治中心、精神科基層診所及心理諮商所

個案資源需求的評估

- **3. 家庭面**：1) 兒少危機及虐待、高風險家庭、家庭暴力通報2) 照顧壓力、社區福利機構、長期照顧資源
- **4. 就學**：老師、學校資源、特殊教育
- **5. 就業**：各地勞政的就業服務站轉介
- **6. 就養**：(老人)社會福利機構、長照資源、護理之家及養護中心
- **7. 經濟**：急難救助、中低戶生活補助、就學貸款、創業貸款及債務協商等

協助個案資源連結之原則

- 1) **保持客觀的態度**：協助個案連結資源時，常會遇到個案會有許多需求，訪員需以客觀的態度評估個案狀況，基於專業評估結果再進行適當的轉介，避免受個案情緒牽引而讓對方予取予求。
- 2) **保持彈性**：連結資源時，訪員需對連結方式保持彈性，以協助個案為第一優先原則。例如若個案排斥就診精神科，訪員可以先鼓勵個案接受諮商或是撥打求助專線。
- 3) **善用社區網絡資源**：協助個案時，可邀請個案所在社區之網絡資源共同關懷個案，如請鄰里長及社區義工組織就近關懷。

自殺無法被預測但往往有跡可循：



個案轉介所需資源的綱要

- 1. 向個案保證隱私之安全與尊重個案的意願。
- 2. 向個案保證並非轉介後即不再理他。
- 3. 提供個案適切的資源或協助其轉介。
- 4. 自殺者通常認為自己無法得到任何的幫助，因此你必須要做得更多。
- 5. 提供資源時可依個案特性提供，如為轉介至醫療院所，可評估個案平時就醫習慣，詢問是否有較習慣的就診醫療院所與固定的主治醫師。若原本已在精神科就醫，則建議繼續在原醫院治療。

個案轉介所需資源的綱要

- 6. 無論是轉介至醫療院所或其他相關社福等資源，最好的方式為由轉介者先以電話或其他方式告知被轉介的醫師或相關人員，有關個案的情況，以加速個案的轉介與處理過程，並於事後向個案或受轉介對象說明處理情況。

個案轉介所需資源的綱要

- 7. 最佳轉介方式：直接帶領著當事人去得到所需資源(機構、醫療院所、任何專業的協助)。次佳的轉介方式：得到當事人的承諾—願意接受幫助，並協助安排或預約專業的協助。再其次的轉介方式：提供關於諮詢或專業協助的資訊(機構名稱、電話...等)，並試著得到當事人的承諾-不會企圖自殺，並在未來的某個時候尋求協助。

轉介資源的阻礙 (以醫療資源為例)

- 1. 拒醫個案本人
- 1) 瞭解個案過去就醫的經驗，澄清個案拒醫的原因，並同理個案不舒服的就醫經歷，給予對方充分的時間去表達。
- 2) 拒醫個案為憂鬱症者，與其溝通時，要引導其用正面積極的態度去接受治療
- 3) 拒醫個案為思覺失調症者，與其溝通時，要同理其可能面臨有幻聽、幻覺與幻想的情形，不要與其爭辯妄想內容的真實性與否，避免激怒個案且影響關係的建立。

轉介資源的阻礙（以醫療資源為例）

- 2. 家屬方面
- 1) 同理家屬對自殺事件的無奈及煩惱。
- 2) 詢問家屬有關個案與家人之間的互動程度。
- 3) 進行家屬衛教：精神狀況評估，緊急就醫步驟，降低自殺風險的方法，溝通原則，精神疾病污名化的阻礙等。
- 4) 相關資源的介紹：安心專線、生命線、張老師，以及精神科基層診所、綜合醫院身心科或精神科專科醫院資源運用。

26

精神醫療轉介標準及方式

- 「心情溫度計」分數高
- 潛在精神疾病
- 自殺自傷身心問題
- 超乎助人者的能力

好的守門人不只被動的阻止自殺，也會主動積極的協助轉介處理

注意事項：

- 直接陪伴就醫(最好)
- 得到承諾-願意就醫並協助安排或預約
- 提供資訊，試著得到承諾未來會求助

尚未轉介成功前可作什麼？ (以醫療資源為例)

- 要試著找出對於自殺行為者特別支持且願意協助的人。
- 事先和該名有自殺風險者溝通並解釋有時候和一個陌生人談話會比和所愛的人談話要容易。
- 和提供資源的人談話時，不帶任何責難或使他們感到內疚。
- 獲得他們對即將採取的行動的支持。
- 注意他們的所有需求。可以做的事

尚未轉介成功前可作什麼？ (以醫療資源為例)

- 聆聽、展現同理心、並且保持冷靜。
- 支持且關心的態度。
- 嚴肅看待這個情境並且評估風險。
- 詢問之前是否有自殺企圖的經驗。
- 發掘自殺以外的可能性。
- 詢問自殺的計畫
- 爭取時間：訂定約定。
- 再找出其它的支持資源。轉介

大綱

- 自殺行為者的資源需求
- 自殺身亡者遺族的資源需求
- 自殺行為者與資源的連結
- 轉介與轉銜
- 追蹤與個案管理

個案追蹤管理

- 轉銜者之後，至少追蹤一次確保轉銜結果如規劃的目標
- 轉介者之後，若未被受理則需另做處理安排；若轉介成功：
 1. 持續追蹤管理提供服務並定期了解在其他轉介單位所接受的服務狀況及評估需求滿足與否
 2. 定期及不定期橫向聯繫溝通協調其他協同服務單位，必要時以個案管理為中心，進行整合

關係是關鍵



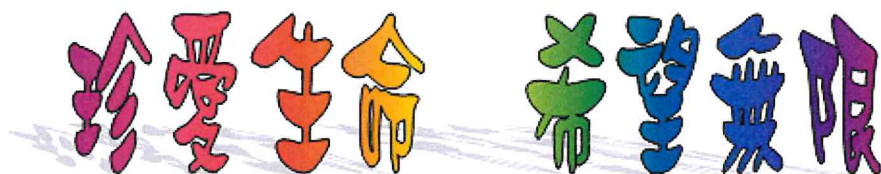
發展並維持一種治療關係

是降低自殺風險核心要件之一

“Developing and maintaining a therapeutic relationship is central to reducing suicide risk.”

Fazel S et al., N Engl J Med 2020;382:266-74.

自殺防治中心核心價值



Saving Lives, Restoring Hope