

「全國自殺防治中心計畫」案

基本工作項目(四)

擬定、推動自殺防治策略及成效評估

110 年度屏東縣自殺防治業務輔導在地化策略

社團法人台灣自殺防治學會
110 年 11 月

目錄

前言.....	1
全國自殺資料特性分析	2
屏東縣自殺資料特性分析	14
一、 自殺相關數據分析	14
二、 屏東縣自殺防治工作成果(工作坊簡報摘要).....	22
三、 疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊討論議題.....	23
策略及回饋意見.....	27

前言

本文係依衛生福利部委託辦理 110 年度「全國自殺防治中心計畫」需求項目第貳-(壹)-一-(四)-3 辦理，提供自殺死亡趨勢分析、自殺通報概況及趨勢分析、自殺死亡地圖分析，並針對縣市提供因地制宜之在地化策略及回饋意見。

自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性，過去累積經驗發現：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。

全國自殺防治中心每年以特定指標選定六縣市辦理互動式輔導訪查。訪查中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。

今年因疫情緣故，為減少群聚風險並降低縣市衛生局於防疫工作外的負擔，改採視訊會議模式進行。並於會後依據 1) 中心事先收集之縣市自殺防治具體措施及成果、2) 縣市提供之自殺防治具體措施及成果等相關資料、3) 縣市自殺相關數據趨勢，經中心專家會議討論後，提供因地制宜之在地化策略。

全國自殺資料特性分析

自殺相關數據分析

1. 109 年度全國自殺死亡趨勢分析

全國 109 年自殺死亡人數 3,656 人(男性 2,404 人、女性 1,252 人，性別比 1.92)；自殺標準化死亡率每十萬人口 11.8 人(男性 15.6 人、女性 8.3 人)，較 95 年(每十萬人口 16.6 人)下降 29.0%、較 108 年下降。(如圖 1-1)

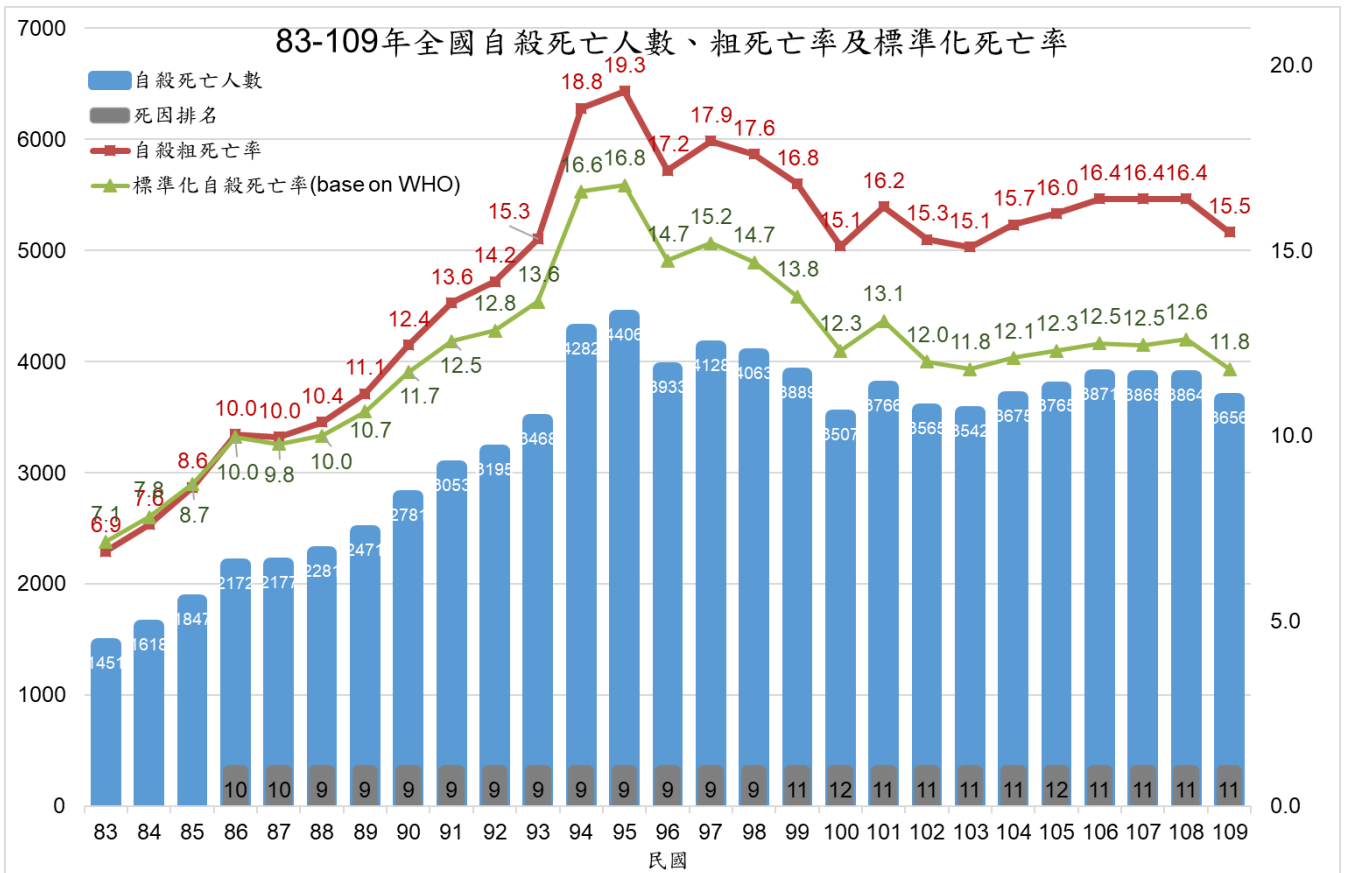


圖 1-1、全國 83 至 109 年自殺死亡人數及死亡率圖

以性別之標準化自殺死亡率來看，男性自殺標準化死亡率自 83 年起逐年增加，於 94 年大幅上升(死亡率為每十萬人口 22.7 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 23.2 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 101 年男性標準化自殺死亡率上升為每十萬人口 17.0 人後持平，109 年下降至每十萬人口 15.6 人，與最高峰 95 年相比降幅為 18.4%。

女性自殺粗死亡率自 83 年起逐年攀升，於 94 年達到最高

峰每十萬人口 10.1 人，其後呈現小幅向下之趨勢，直到 101 年上升至 9.3 人後，至 103 年前呈現下降趨勢，104 年至 108 年有些微上升，109 年下降為每十萬人口 8.3 與最高峰 94 年相比降幅為 17.8% (如圖 1-2)

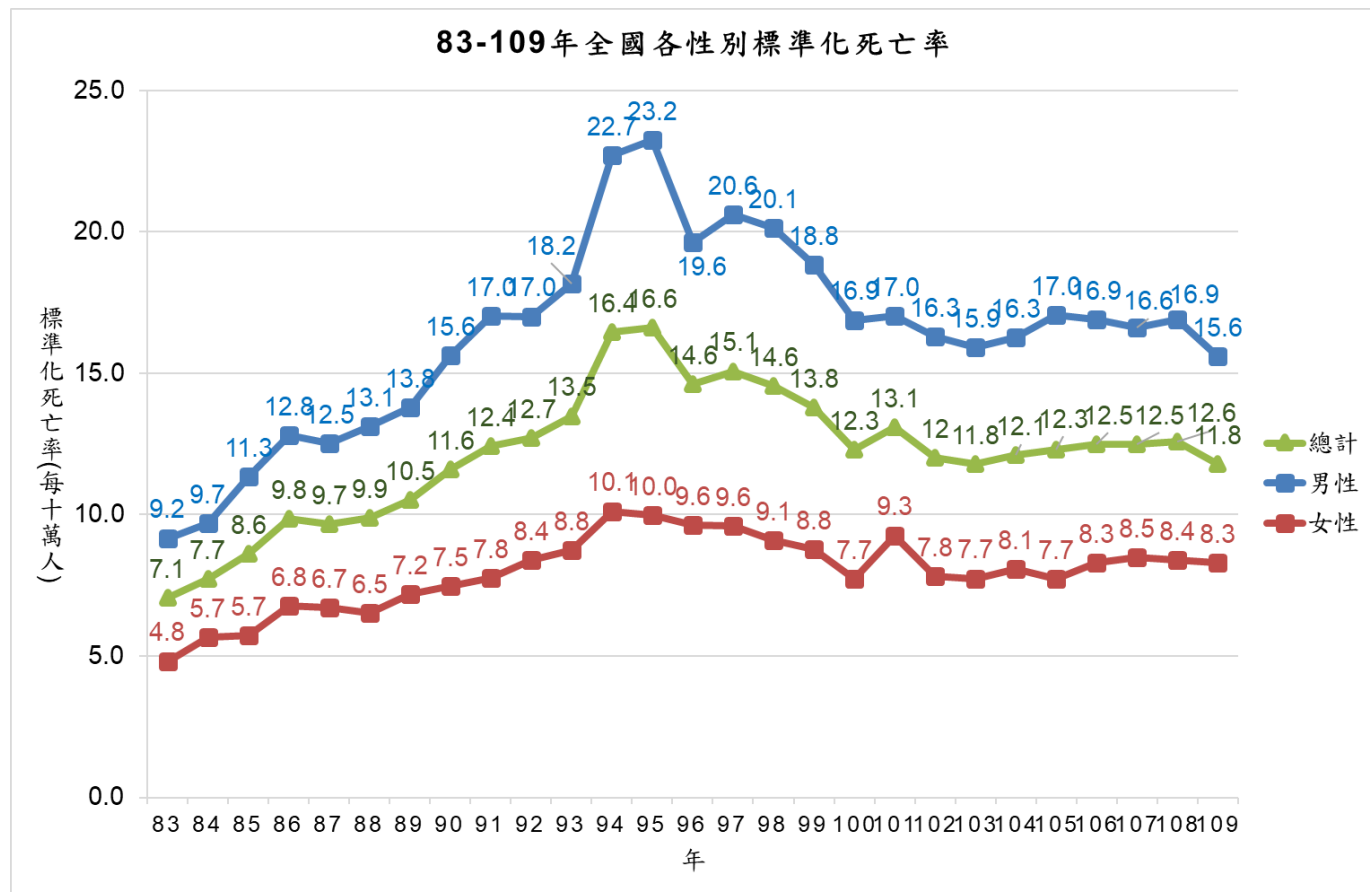


圖 1-2、全國 83 至 109 年性別標準化自殺死亡率圖

以年齡分層分析，0-14 歲及 15-24 歲，近三年有持續上升趨勢，而 25 歲以上年齡層死亡率則大致呈現下降趨勢。(如圖 1-3)

觀察 106~108 年趨勢，自殺粗死亡率不論以性別或全體觀察，大致呈現持平狀態，並無下降或再次上升的趨勢，109 年則呈現下降，標準化自殺死亡率自每十萬人口 12.6 人下降至 11.8 人。若以年齡層觀察，除 14 歲以下年齡層自殺粗死亡率上升外，其餘年齡層皆呈現下降。

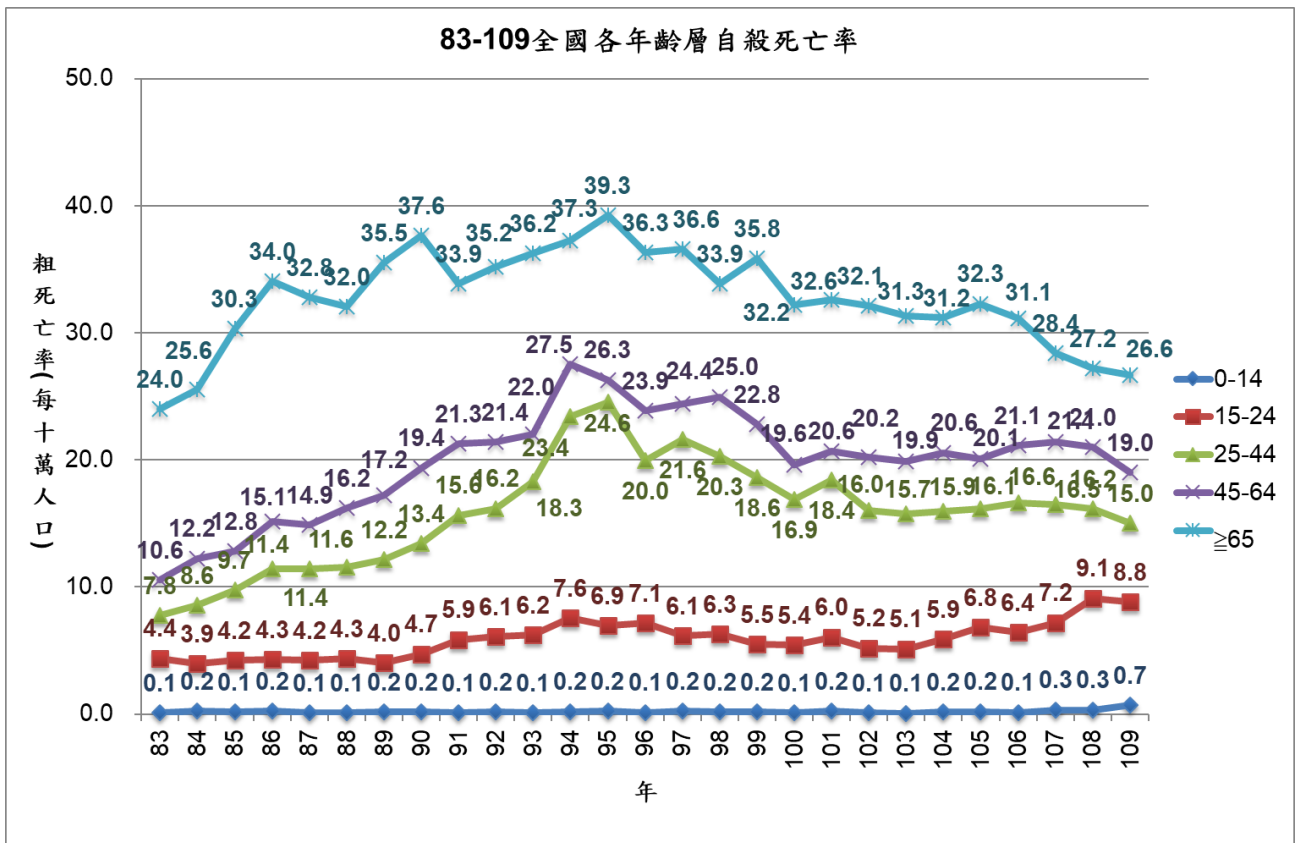


圖 1-3、全國 83 至 109 年年齡層別粗死亡率圖

109 年各死因標準化自殺死亡率前三高自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」。

整體而言，死亡率下降較為明顯的自殺死因為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」及「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」，「由高處跳下自殺及自傷」及「以固體或液體物質自殺及自為中毒」之標準化自殺死亡率則與 108 年相同。(如圖 1-4)

若分性別觀察，男性各死因標準化自殺死亡率趨勢與整體相似，女性則以「由高處跳下自殺及自傷」上升幅度較大，成為女性自殺死因第二高之自殺死因。(如圖 1-5、1-6)

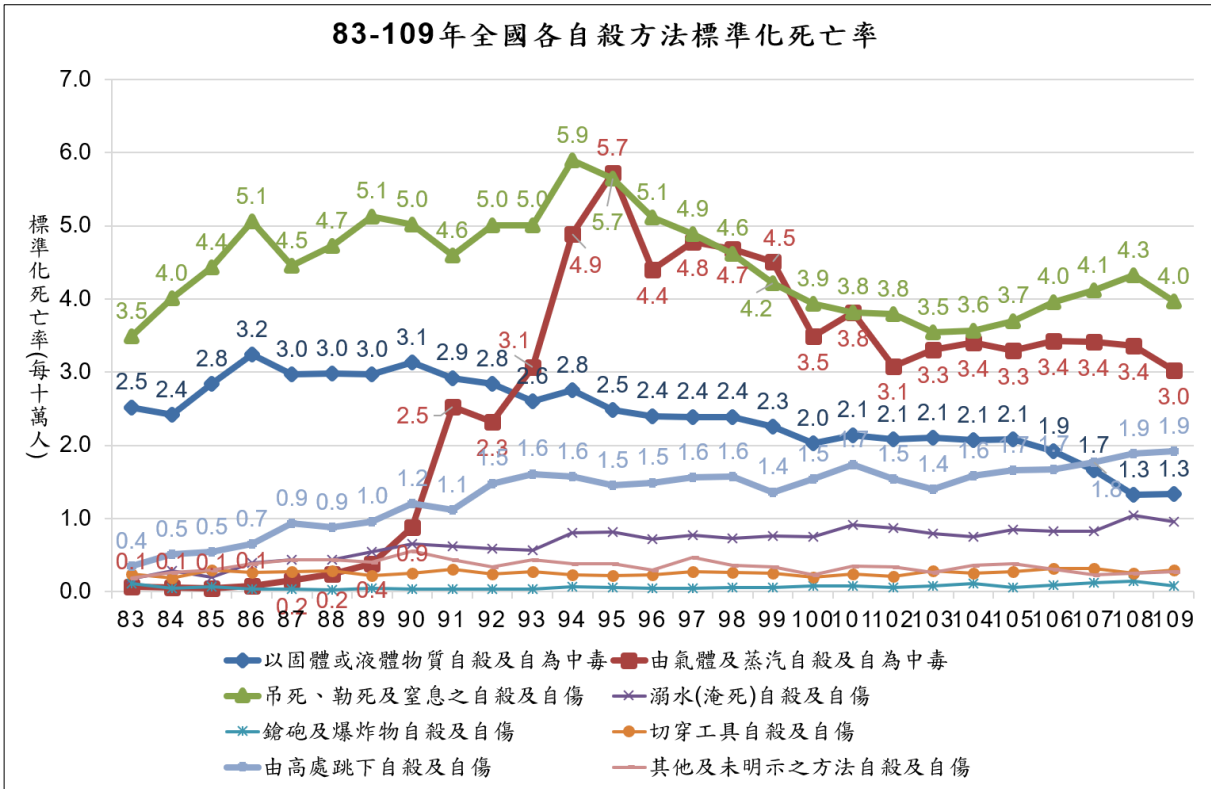


圖 1-4、全國 83 至 109 年自殺死因標準化自殺死亡率圖

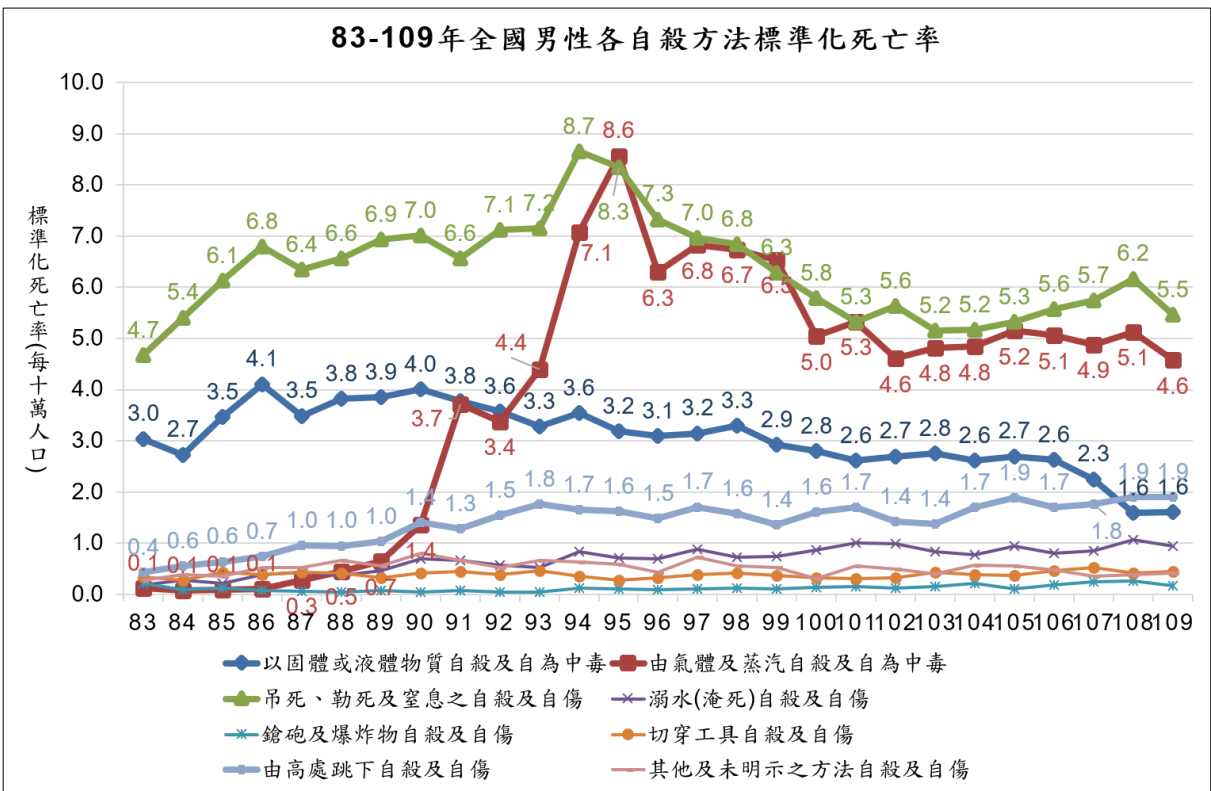


圖 1-5、全國 83 至 109 年男性自殺死因標準化自殺死亡率圖

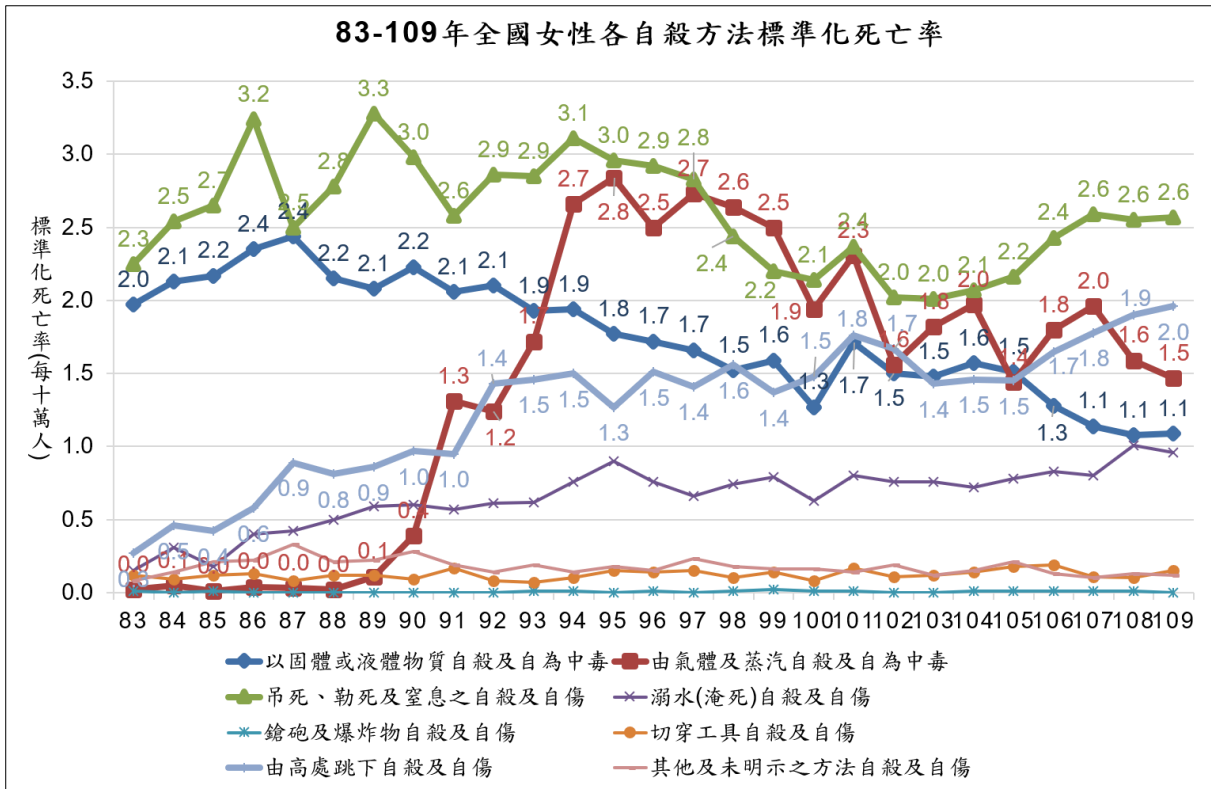


圖 1-6、全國 83 至 109 年女性自殺死因標準化自殺死亡率圖

109 年標準化自殺死亡率前六高縣市為基隆市(17.4 人)、連江縣(15.6 人)、苗栗縣(14.8 人)、屏東縣(13.7 人)、宜蘭縣(13.5 人)、花蓮縣(13.4 人)，如表 1-1。

表 1-1、108-109 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	108 年		109 年		增減率 (%)
	標準化死亡率	排名	標準化死亡率	排名	
全國	12.6	-	11.8	-	-5.9
新北市	12.1	14	12.3	12	1.4
臺北市	10.0	19	9.1	19	-9.0
桃園市	11.7	15	12.1	14	3.7
臺中市	12.5	13	12.3	11	-1.8
臺南市	11.5	17	11.1	15	-3.0
高雄市	13.8	9	12.3	13	-11.1
宜蘭縣	15.4	4	13.5	5	-12.5
新竹縣	13.5	10	10.8	17	-19.6
苗栗縣	15.1	5	14.8	3	-1.8

彰化縣	11.6	16	10.8	18	-6.6
南投縣	13.3	11	13.2	7	-0.9
雲林縣	13.9	8	11.1	16	-20.3
嘉義縣	16.5	2	12.7	8	-23.1
屏東縣	15.0	6	13.7	4	-8.9
臺東縣	15.5	3	12.4	10	-20.0
花蓮縣	11.5	18	13.4	6	16.7
澎湖縣	9.4	20	6.4	21	-31.3
基隆市	18.8	1	17.4	1	-7.1
新竹市	12.9	12	9.1	20	-29.8
嘉義市	14.2	7	12.6	9	-11.0
金門縣	6.9	21	6.2	22	-10.2
連江縣	5.1	22	15.6	2	205.4

2. 109 年度全國自殺死亡地圖

依照各縣市自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率繪製自殺死亡地圖(如圖 1-7~1-8)。

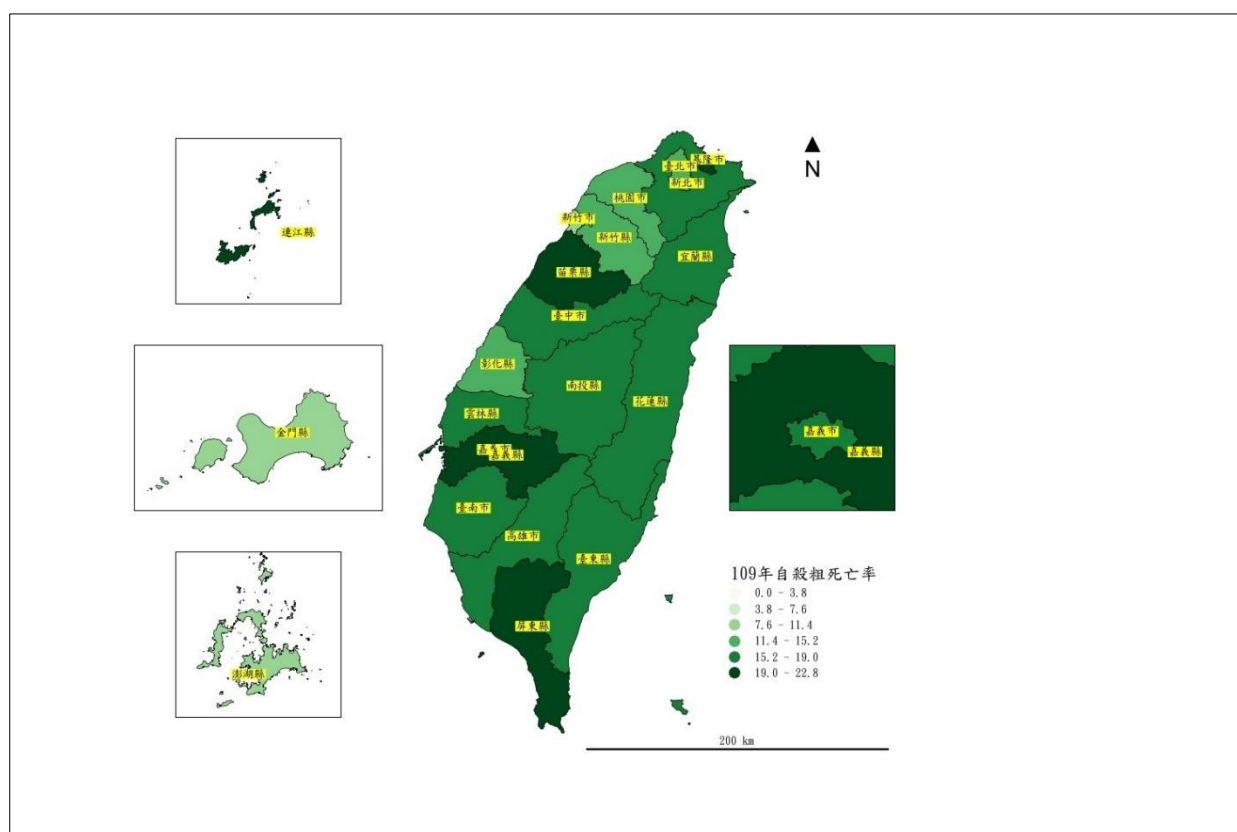


圖 1-7、全國 109 年自殺粗死亡率地圖

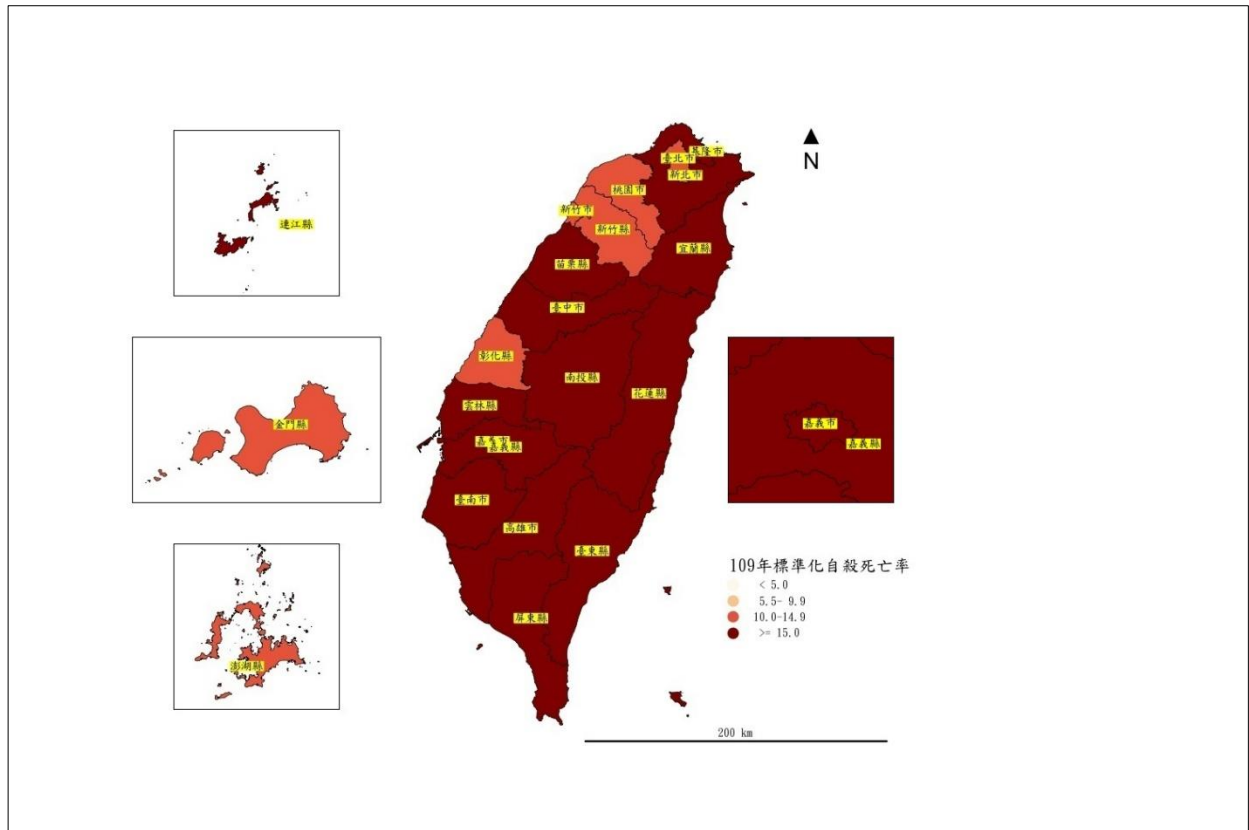


圖 1-8、全國 109 年標準化自殺死亡率地圖

3. 109 年度全國自殺通報趨勢分析

衛生福利部於 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，針對自殺企圖個案、自殺死亡的家屬，進行及時關懷並介入輔導。

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，女性為男性的 2.00 倍。其後逐年攀升，109 年上升為 40,432 人次(男性 13,767 人次、女性 26,665 人次)，自殺通報比為 10.5，女性為男性之 1.94 倍，109 年自殺通報人次較 95 年增加 110.0%、若與 108 年相比增加 14.5%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，109 年自殺通報比與 95 年相比增加 150%、較 108 年相比則增幅為 22.1%。

通報比計算方式為該縣市當月份自殺企圖通報人次／該縣市當月份自殺死亡人數。109 年度由於擴大通報緣故，通報比較 108 年上升 22.1%，自殺通報比增加除了顯示國人、相關機關或醫療機構逐漸瞭解自殺企圖通報之重要性且積極參與通報

外，也可能是自殺方式的致命性下降，自殺死亡人數下降所致，解讀時需參考其他數據才能判讀。

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，109 年為 13,767 人次，與 108 年相比增幅為 10.0%。女性自殺通報人次 95 年為 12,769 人次，歷年雖有上下起伏，但整體微上升趨勢，109 年為 26,665 人次，與 108 年相較增幅為 16.9%。(如圖 1-9)

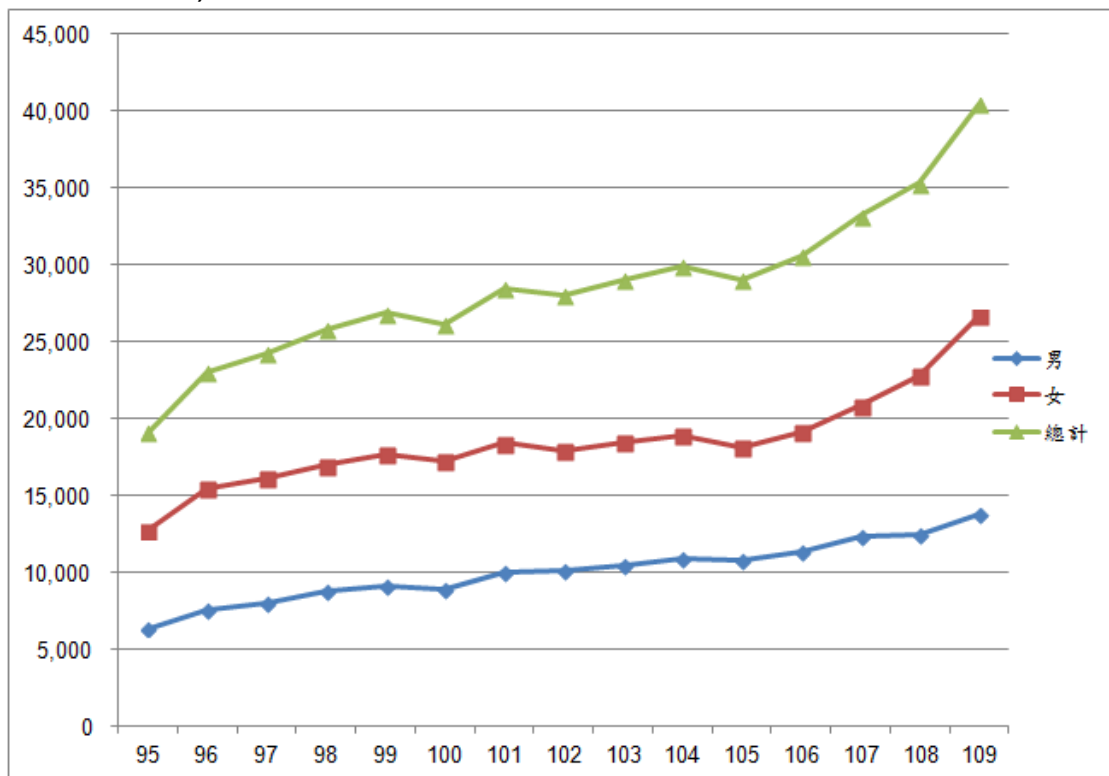


圖 1-9、全國 95-109 年性別通報人次圖

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109年通報10,659人次，較108年(7,991人次)上升33.4%。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，通報2,382人次，較108年(1,337人次)上升78.2%。(如圖1-10)

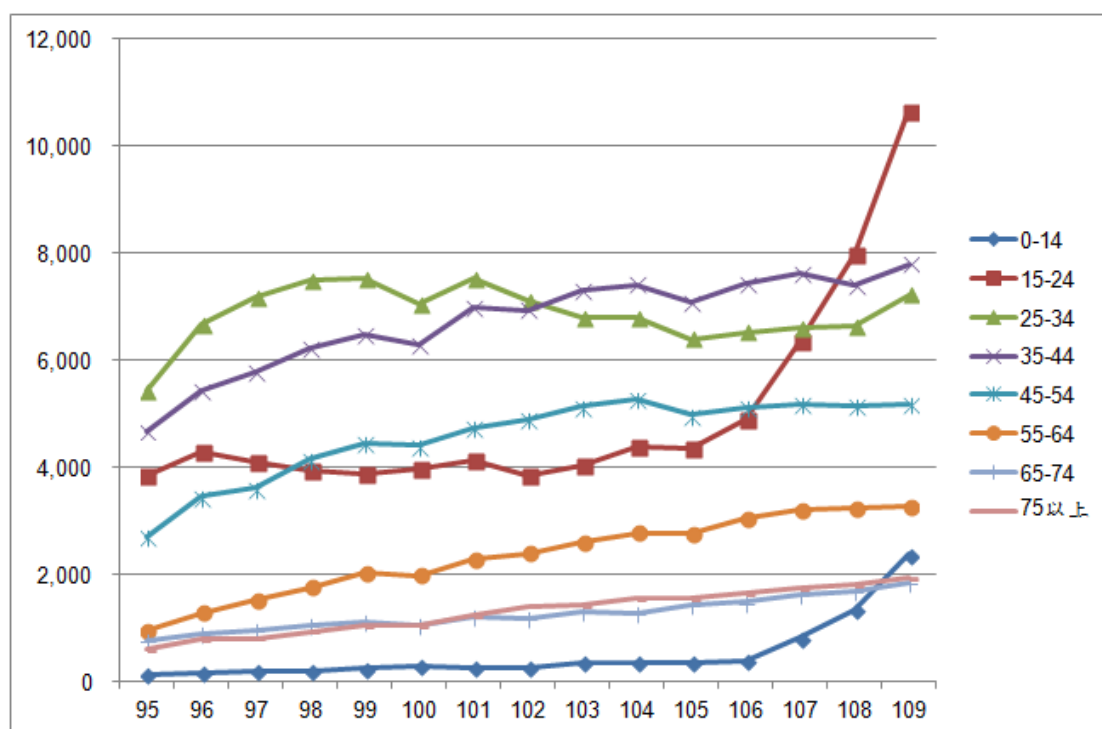


圖 1-10、全國 95-109 年年齡層通報人次圖

109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17,662人次，占率43.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(全國通報13,259人次，占率32.8%)及「由高處跳下自殺及自傷」(全國通報3,061人次，占率7.6%)。(如圖1-11)

109年自殺通報個案中，自殺原因前三位(不含原因不詳)依序為「情感／人際關係」(全國通報18,584人次，占率46.0%)、「精神健康／物質濫用」(18,522人次，45.8%)及「工作／經濟」(4,204人次，占率10.4%)。(如圖1-12)

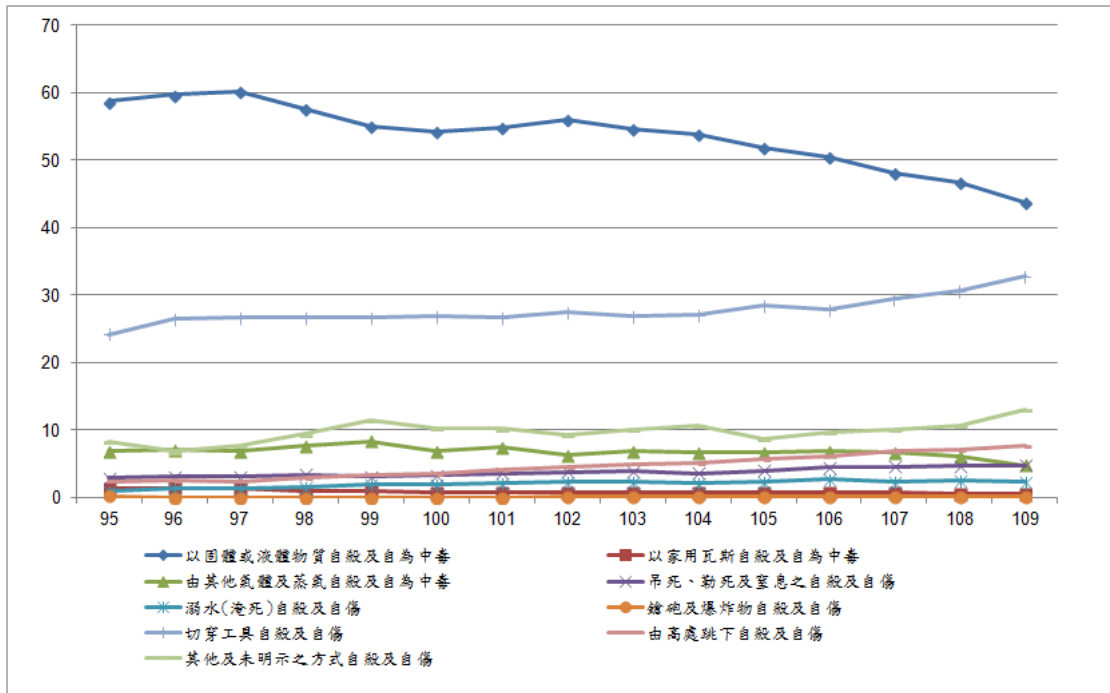


圖 1-11、95-109 年全國自殺通報方法占率圖

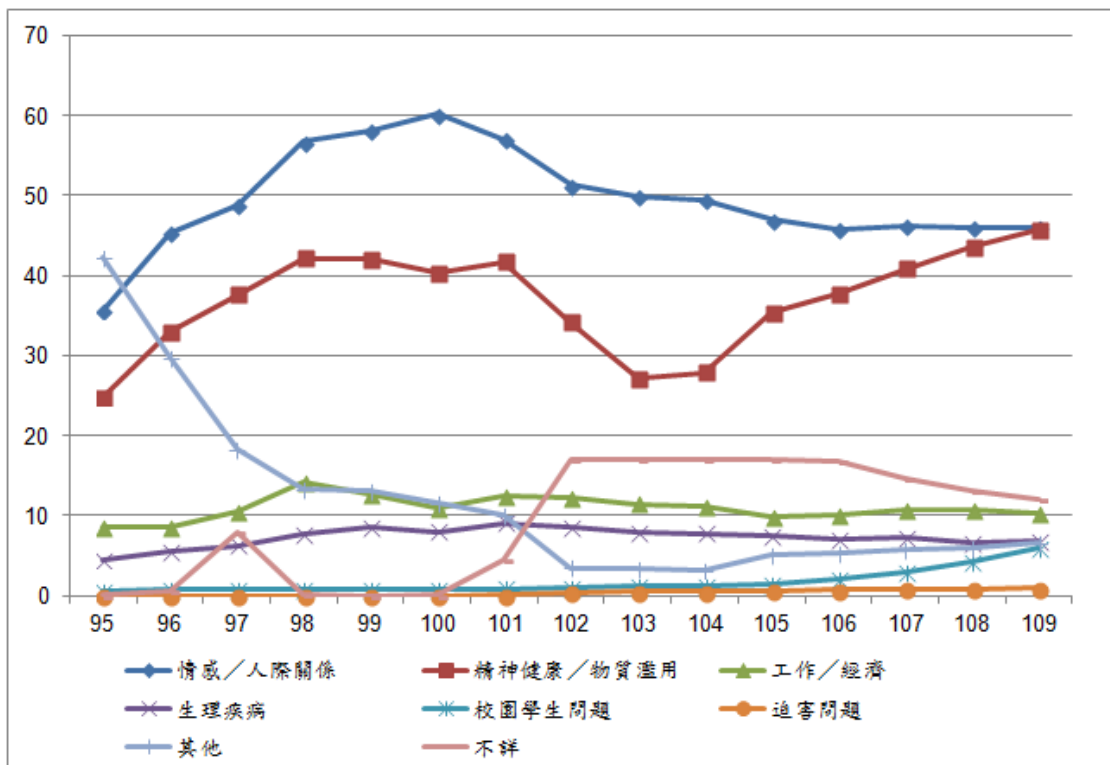


圖 1-12、95-109 年全國自殺通報原因占率圖

觀察 109 年全國自殺企圖通報個案 30 天內再自殺率，全國為 8.2%，代表全國自殺企圖通報個案中，有 8.2% 的人會於 30 天內再次企圖自殺被通報。全國各縣市通報後 30 天內再自殺率詳如表 1-2。

表 1-2、109 年全國及各縣市自殺企圖個案 30 天再自殺率

	自殺企圖 個案人數	再自殺企圖 個案人數	30 天 再自殺率
全國	30,704	2,553	8.2
新北市	6,134	618	9.9
臺北市	2,181	178	8.1
桃園市	3,087	237	7.6
臺中市	3,712	246	6.6
臺南市	2,042	92	4.5
高雄市	3,832	321	8.3
宜蘭縣	725	59	8.1
新竹縣	625	31	4.9
苗栗縣	801	28	3.5
彰化縣	1,450	94	6.4
南投縣	783	43	5.4
雲林縣	1,005	37	3.7
嘉義縣	762	88	11.4
屏東縣	1,172	107	9
臺東縣	459	40	8.6
花蓮縣	758	65	8.5
澎湖縣	87	5	5.7
基隆市	622	41	6.5
新竹市	510	43	8.4
嘉義市	381	31	8.1
金門縣	71	9	12.7
連江縣	7	0	0

觀察歷年通報個案 30 天內再自殺率趨勢，可以發現自 107 年起通報後 30 天內再自殺率有明顯上升的情形(如圖 1-13)。另分析歷年再自殺死亡情形，歷年皆有 200~300 人左右為通報後再自殺死亡，比例皆為 1%。

影響自殺的因素多元，再自殺率的高低僅為一個參考性的指標，用以觀察該年度通報個案中有多少比例在一定期間內再次被通報，無法單純以數據的高低判斷是否為訪員疏於管理或

是該縣市較積極通報自殺個案，109 年擴大通報後可以預期的上升，以及因為各單位通報較為確實，因而使再自殺率上升。因此仍需要配合其他指標，例如自殺死亡率、通報比等數據全面性的評斷各縣市的自殺防治成效。

舉例來說，若該縣市通報比較高時，可能因為縣市的積極通報，使得再自殺率隨之提升；而根據國內外文獻研究發現，針對自殺企圖者後續是否有接受關懷來進行比較，結果發現有接受關懷者的再自殺企圖及自殺死亡率均有下降，因此在解讀 30 天再自殺率時可搭配通報比或是訪視紀錄的指標一同解讀，釐清再自殺率的高低是否與通報情形或是訪視情形有關。

另外根據中心過往分析，女性、年齡介於「25-44 歲」的壯年族群、自殺企圖個案使用「以固體或液體物質自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」及「以家用瓦斯自殺及自為中毒」為自殺方式，其 30 天再自殺率較高，自殺原因則以「精神健康／物質濫用」有較高 30 天再自殺率，BSRS-5 評估輕度以上情緒困擾之自殺企圖個案，再自殺企圖風險高於其他族群，因此縣市內通報個案的資訊及自殺方式、原因的占率皆有可能影響 30 天再自殺率的高低。

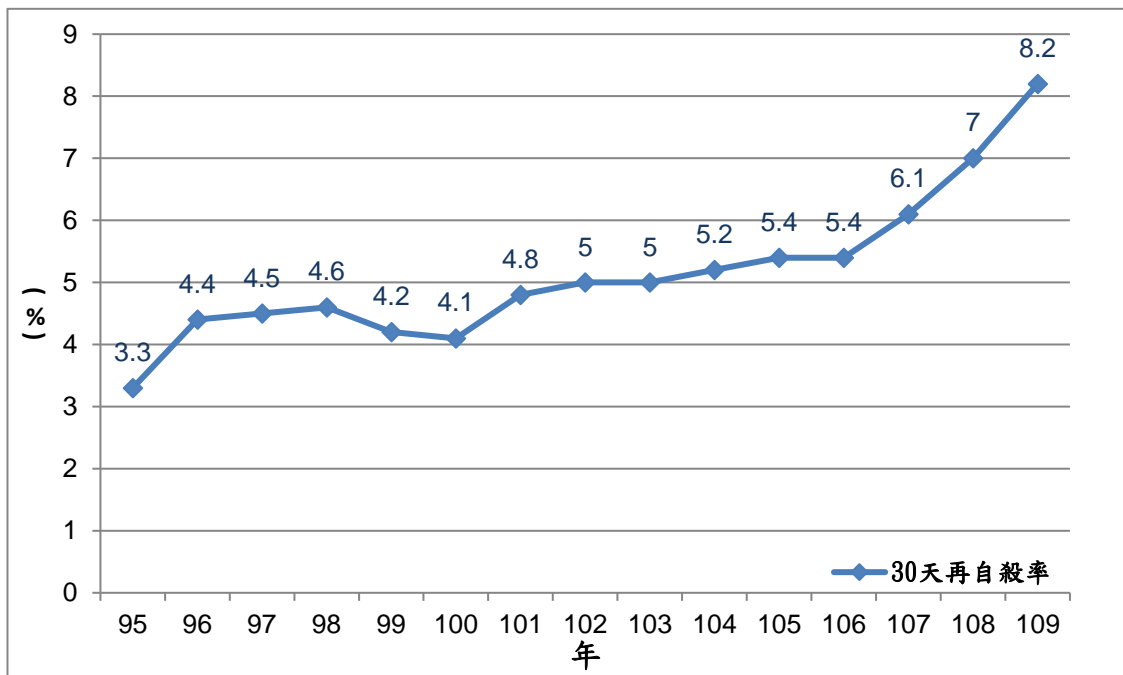


圖 1-13、95-109 年全國自殺通報個案 30 天內再自殺率圖

屏東縣自殺資料特性分析

一、 自殺相關數據分析

1. 109 年度自殺死亡數據趨勢分析

109 年屏東縣自殺死亡人數 156 人(男性 106 人、女性 50 人，性別比 2.12)；標準化自殺死亡率每十萬人口 13.7 人，較 108 年(15.0 人)下降 8.7%。(如圖 2-1)

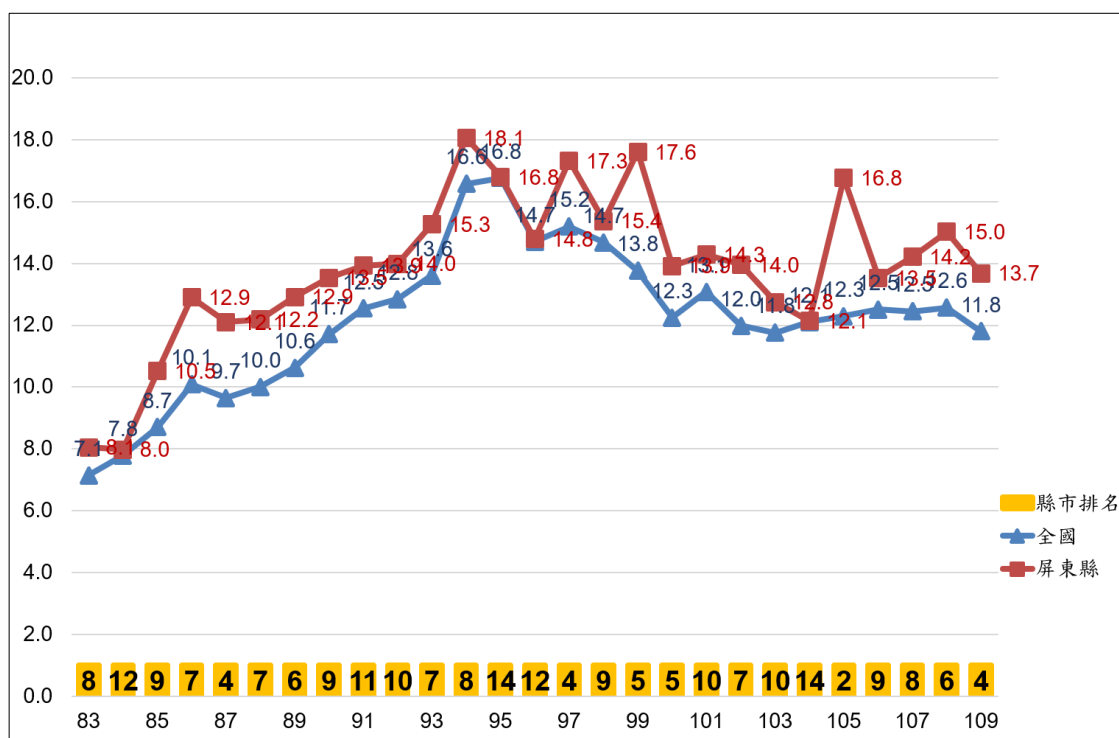


圖 2-1、全國與屏東縣 83 至 109 年標準化自殺死亡率圖

以性別分析，109 年男性標準化自殺死亡率為 17.5 人，較 108 年(18.5 人)下降 5.4%；女性標準化自殺死亡率為 9.8 人，較 108 年(11.4 人)下降 14.0%。(如圖 2-2)

以年齡分層分析，「14 歲以下」109 年自殺粗死亡率為 1.2 人，108 年為 0 人；「15-24 歲」自殺粗死亡率為 10.4 人，較 108 年(11.8 人)下降 11.9%；「25-44 歲」自殺粗死亡率為 16.6 人，較 108 年(18.5 人)下降 10.3%；「45-64 歲」自殺粗死亡率為 19.2 人，較 108 年(29.1 人)下降 34.0%；「65 歲以上」自殺粗死亡率為 39.7 人，較 108 年(26.0 人)上升 52.7%。(如圖 2-3)

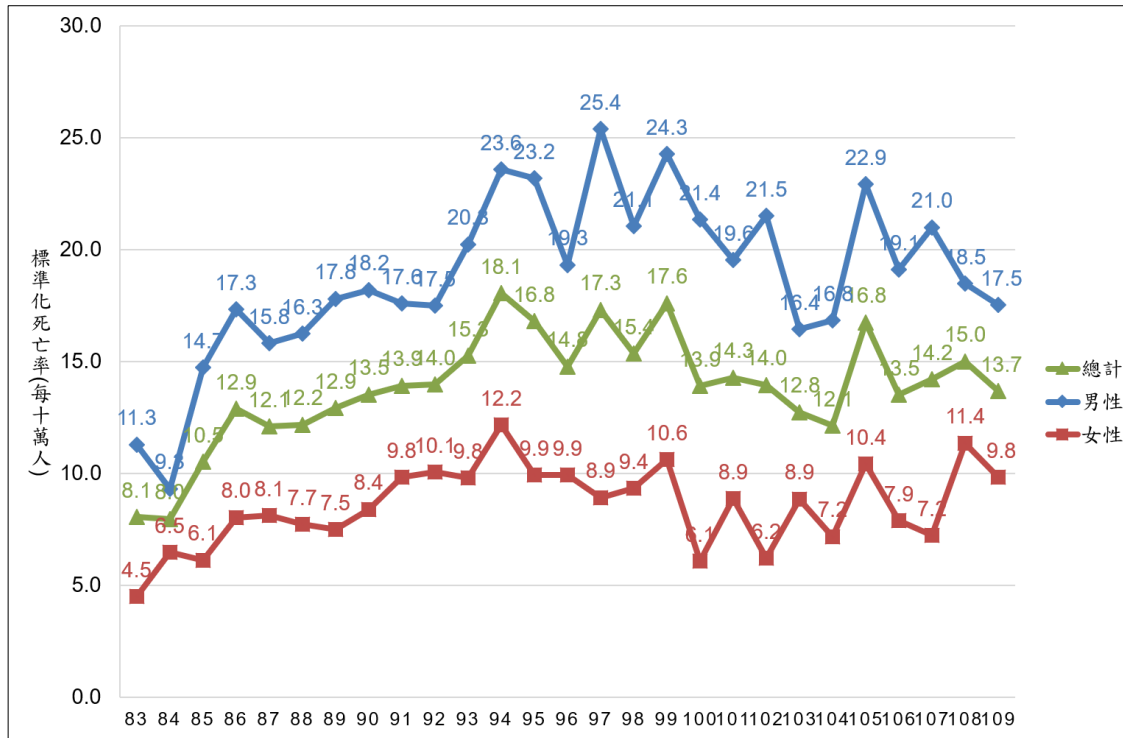


圖 2-2、屏東縣 83 至 109 年性別標準化自殺死亡率圖

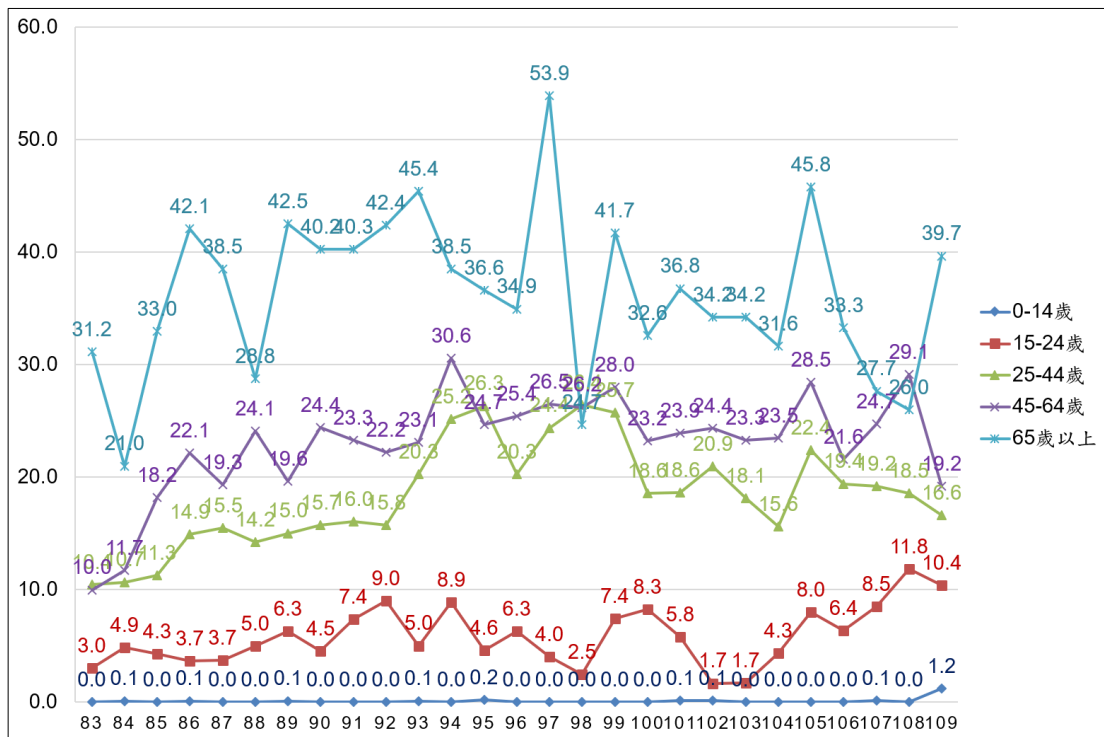


圖 2-3、屏東縣 83 至 109 年年齡層別自殺粗死亡率圖

109 年屏東縣各死因標準化死亡率由高至低為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。(如圖 2-4)

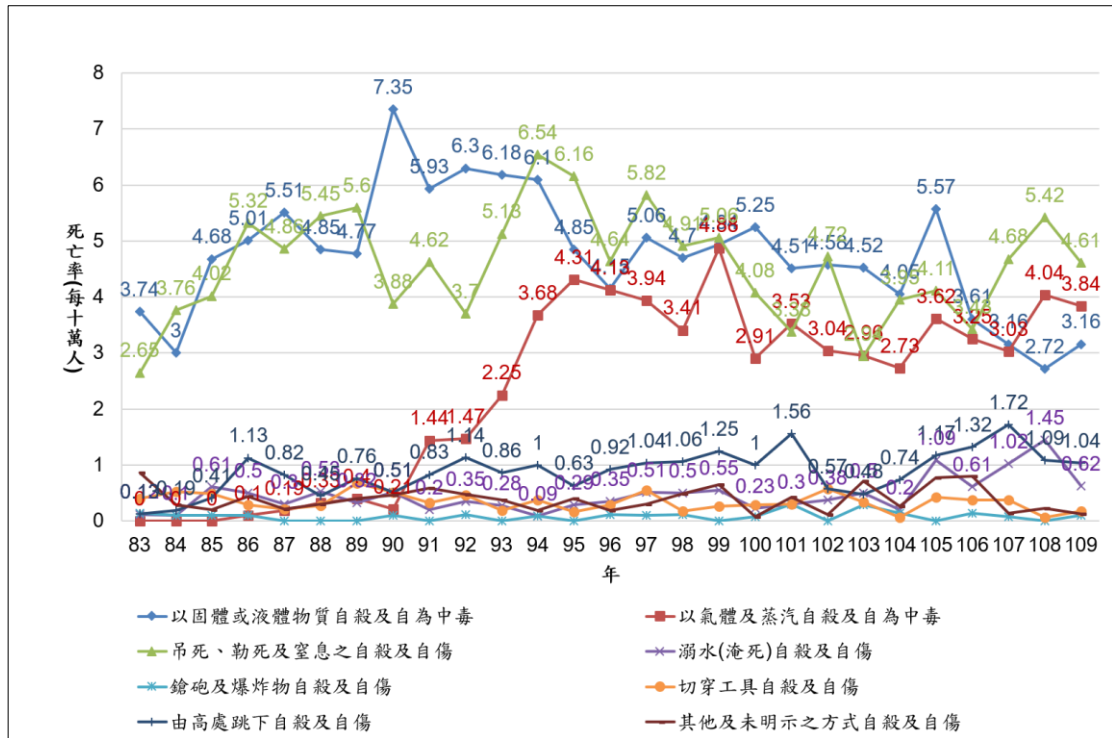


圖 2-4、屏東縣 83 至 109 年自殺死因標準化死亡率圖

2. 109 年度自殺死亡地圖

依照各區自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率及屏東縣常見自殺死因繪製自殺死亡地圖(如圖 2-5~2-9)。

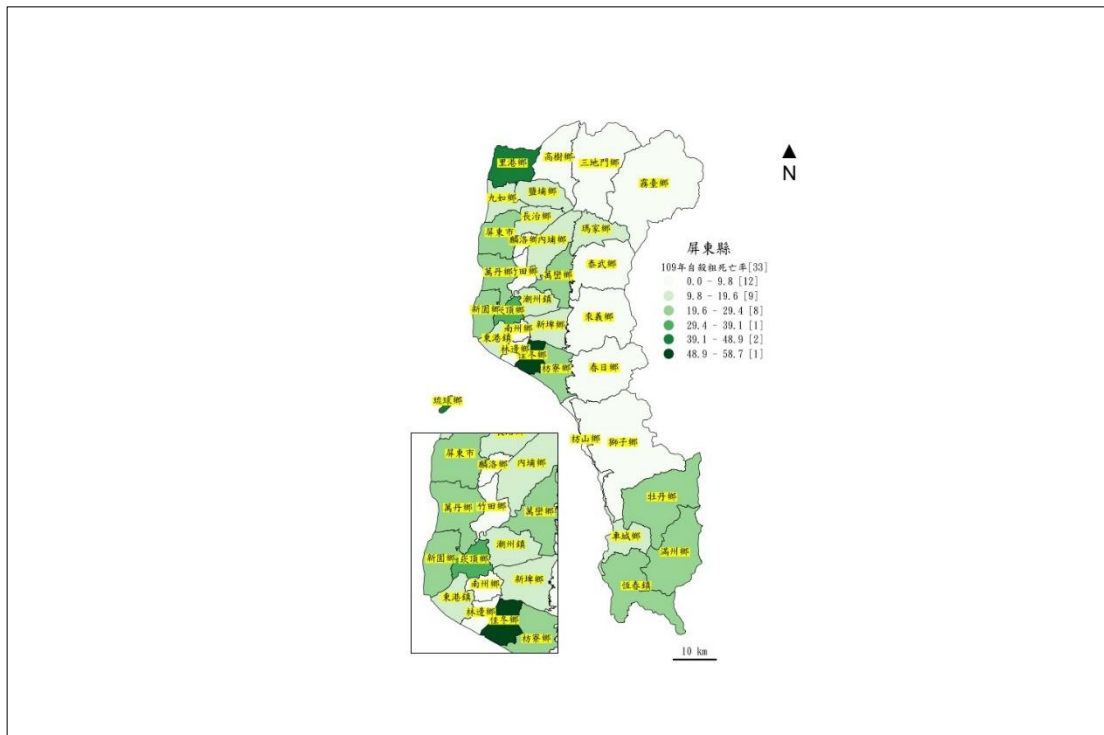


圖 2-5、屏東縣 109 年自殺粗死亡率地圖

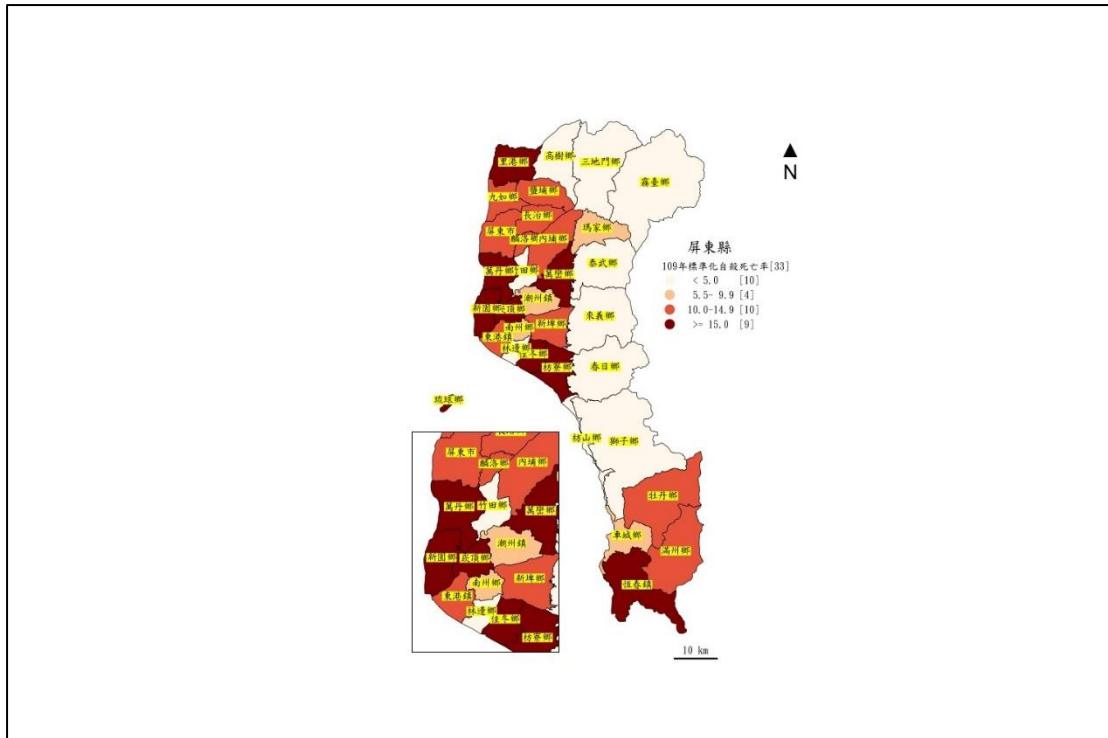


圖 2-6、屏東縣 109 年標準化自殺死亡率地圖

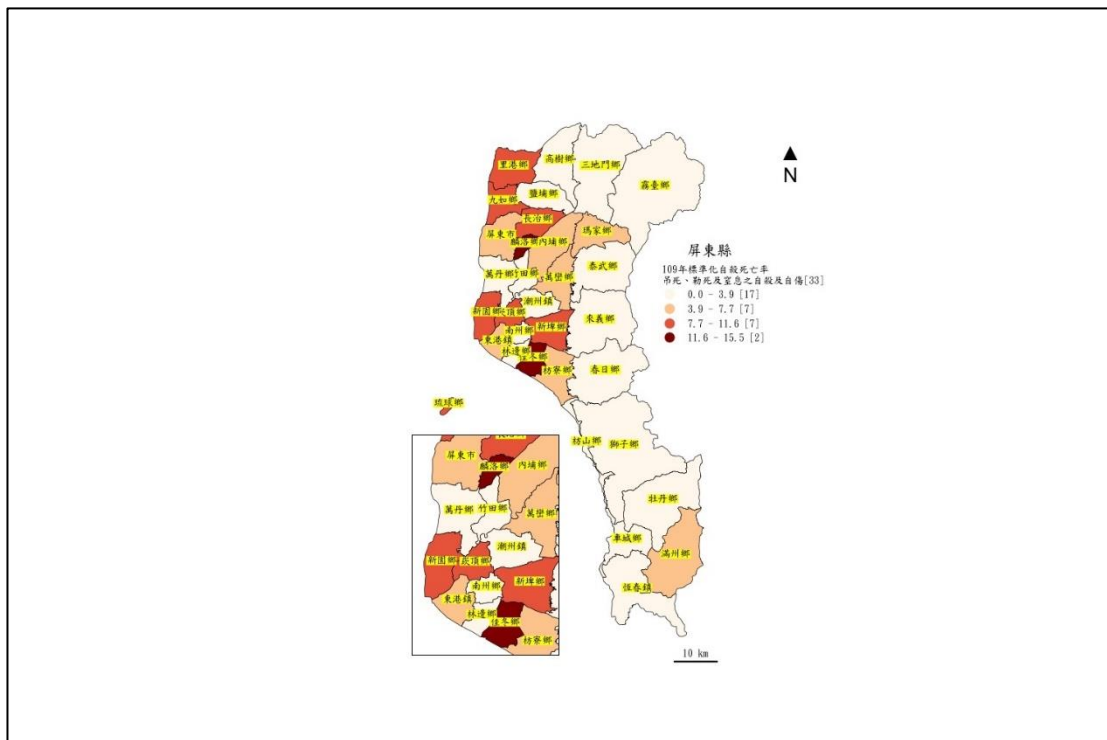


圖 2-7、屏東縣 109 年吊死、勒死及窒息之自殺及自傷標準化自殺死亡率地圖

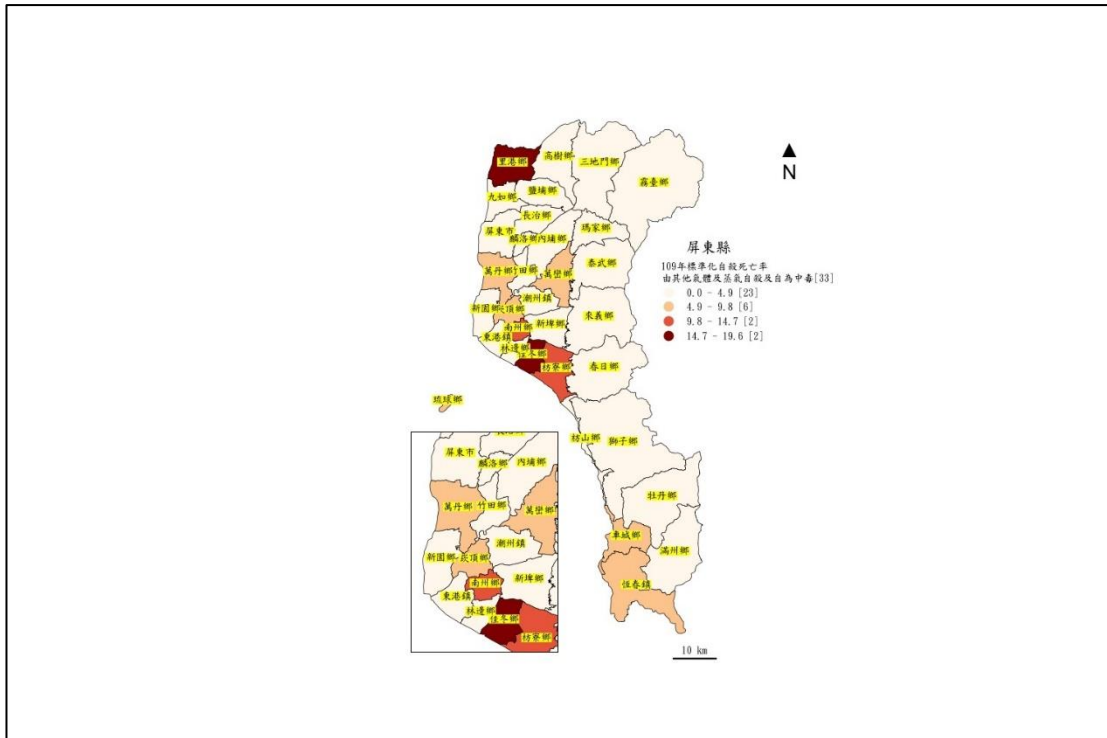


圖 2-8、屏東縣 109 年由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒標準化自殺死亡率地圖

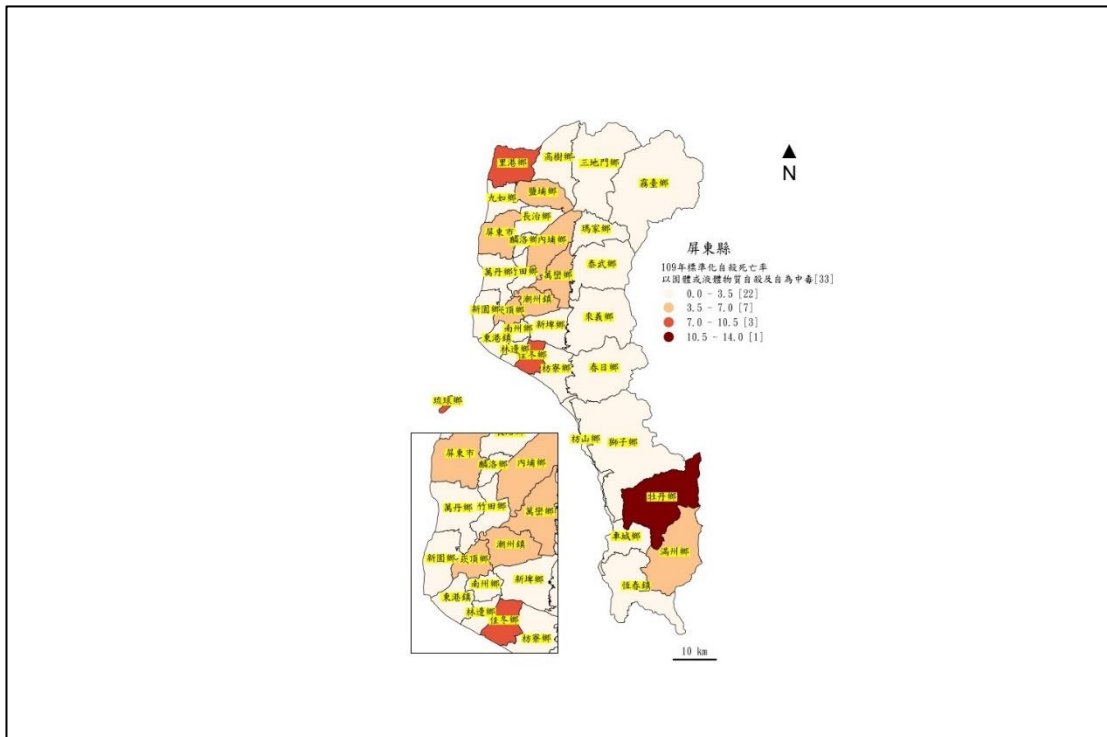


圖 2-9、屏東縣 109 年以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化自殺死亡率地圖

3. 109 年度自殺通報數據趨勢分析

屏東縣 109 年自殺通報人次為 1,516 人次，較 108 年 (1,265 人次) 上升 19.8%。以性別分析，109 年男性通報 571 人次，較 108 年 (457 人次) 上升 24.9%；女性通報 945 人次，較 108 年 (808 人次) 上升 17.0%。(如圖 2-10)

以年齡層分析，109 年屏東縣通報占率以「15-24 歲」最高 (396 人次，26.1%)，「35-44 歲」次之 (295 人次，19.5%)，第三為「25-34 歲」 (228 人次，15.0%)。

自殺通報方式前三位 (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」 (通報 640 人次，占率 42.2%)、「切穿工具自殺及自傷」 (通報 452 人次，占率 29.8%) 及「由高處跳下自殺及自傷」 (通報 113 人次，占率 7.5%)，如表 2-1。

自殺通報原因前三位 (不含原因不詳) 依序為「情感／人際關係」 (794 人次，占率 52.4%)、「精神健康／物質濫用」 (619 人次，40.8%) 及「工作／經濟」 (169 人次，占率 11.1%)，如表 2-1、圖 2-11~2-12。

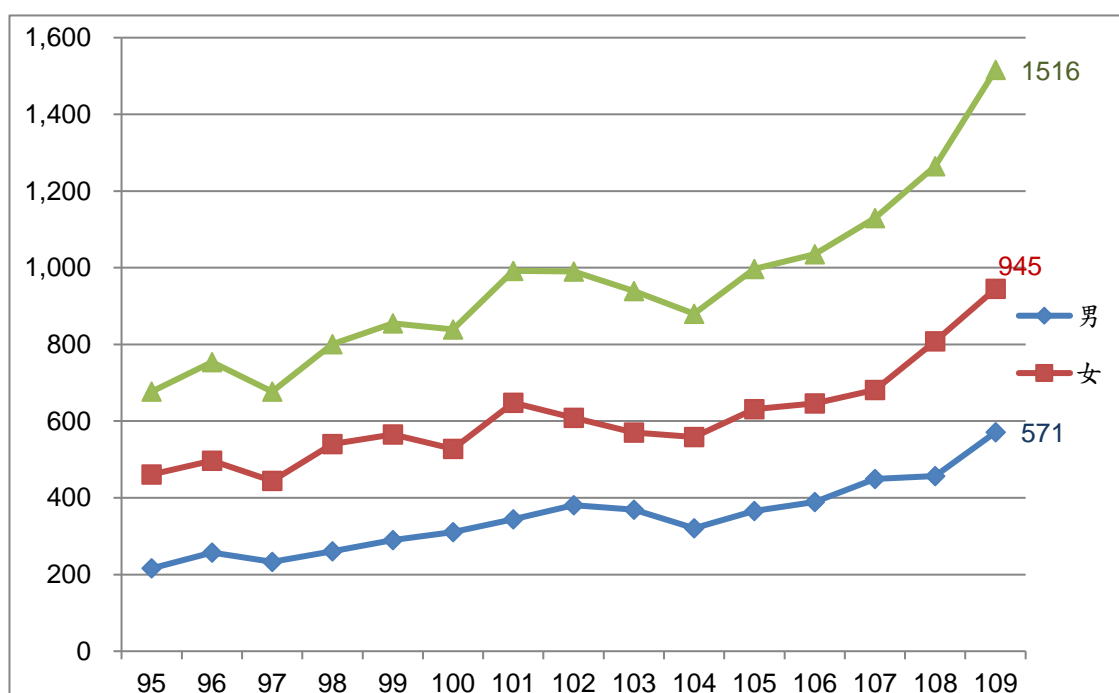


圖 2-10、屏東縣性別自殺通報趨勢圖

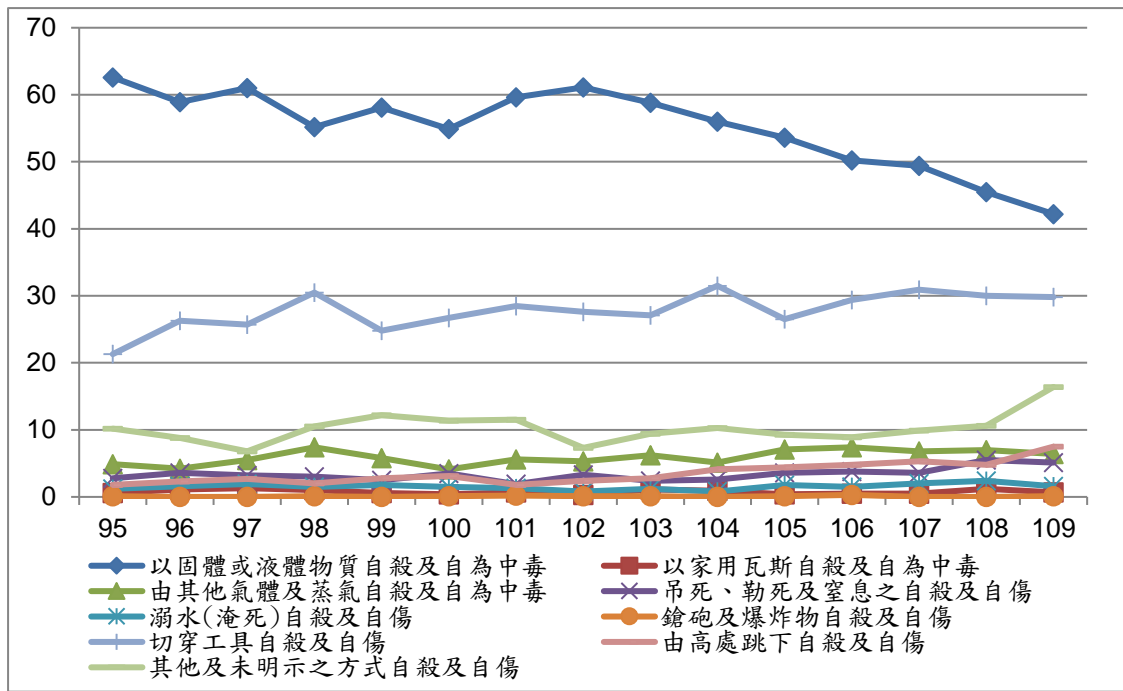


圖 2-11、屏東縣自殺通報方法占率圖

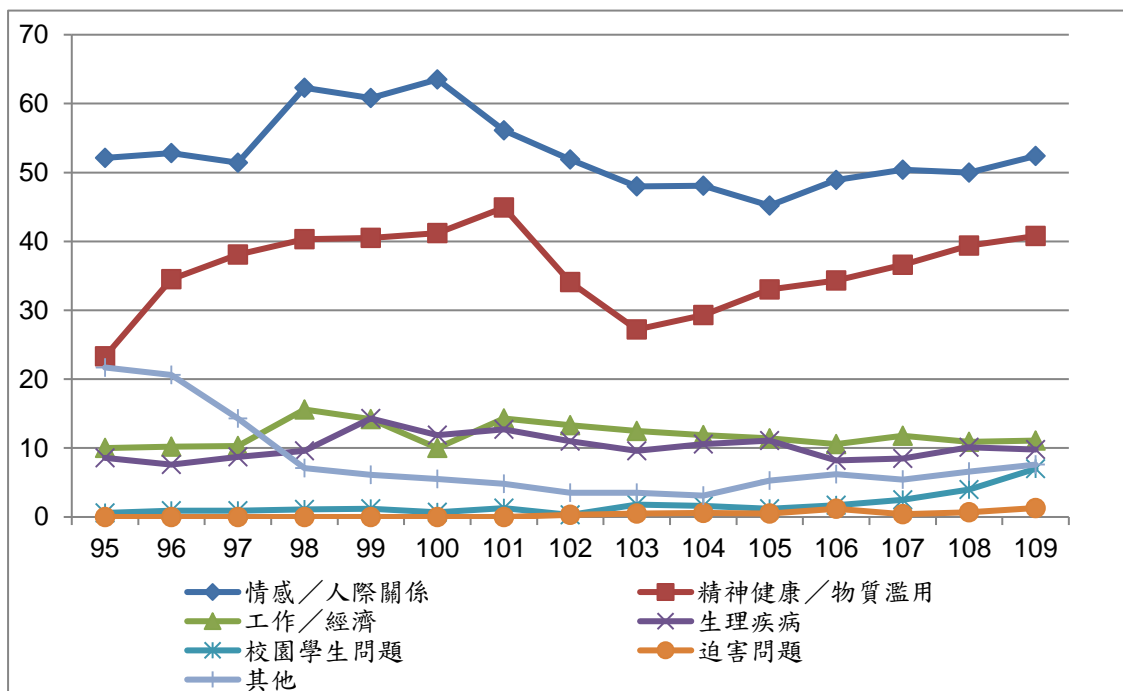


圖 2-12、屏東縣自殺通報原因占率圖

表 2-1、屏東縣 109 年及 108 年自殺通報數據比較

	108 年		109 年		增減	
	n	%	n	%	n	%
通報人次	1,265		1,516		251	19.8
男性	457	36.1	571	37.7	114	24.9
女性	808	63.9	945	62.3	137	17
年齡級距						
≤14	34	2.7	87	5.7	53	155.9
15-24	285	22.5	396	26.1	111	38.9
25-34	193	15.3	228	15	35	18.1
35-44	256	20.2	295	19.5	39	15.2
45-54	221	17.5	188	12.4	-33	-14.9
55-64	129	10.2	133	8.8	4	3.1
65-74	67	5.3	92	6.1	25	37.3
≥75	80	6.3	97	6.4	17	21.3
自殺方式						
以固體或液體物質	575	45.5	640	42.2	65	11.3
以家用瓦斯	15	1.2	10	0.7	-5	-33.3
由其他氣體及蒸汽	89	7	97	6.4	8	9
吊死、勒死及窒息	70	5.5	78	5.1	8	11.4
溺水(淹死)	30	2.4	24	1.6	-6	-20
鎗砲及爆炸物	0	0	1	0.1	1	-
切穿工具	379	30	452	29.8	73	19.3
由高處跳下	61	4.8	113	7.5	52	85.2
其他及未明示之方式	134	10.6	249	16.4	115	85.8
自殺原因						
情感／人際關係	632	50	794	52.4	162	25.6
精神健康／物質濫用	498	39.4	619	40.8	121	24.3
工作／經濟	138	10.9	169	11.1	31	22.5
生理疾病	128	10.1	148	9.8	20	15.6
校園學生問題	51	4	106	7	55	107.8
迫害問題	9	0.7	19	1.3	10	111.1

二、 屏東縣自殺防治工作成果(工作坊簡報摘要)

針對青少年自殺防治

1. 依據不同年齡制定策略
 - 1) 國中
 - (1) 針對高危險族群提供個別、家庭諮商
 - (2) 優化親子關係辦理大型親子活動
 - (3) 運用趣味桌遊，提升舒壓技巧
 - 2) 高中
 - (1) 重視青年心理健康，結合宮廟、藝能活動增進舒壓知能
 - (2) 與社區網絡合作宣導青少年心理健康
 - 3) 大學
 - (1) 增加社區心理諮商據點
 - (2) 提升諮商可近性鼓勵青年求助
2. 提升第一線人員敏感度及專業知能
 - 1) 自殺種子培訓
 - 2) 特定人員教育訓練
 - 3) 專業人員教育訓練
 - 4) 網絡單位合作機制
3. 制定防範策略及木炭管理規範
 - 1) 上吊之防範策略
 - (1) 強調早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者的緊急處置、以及全面性防治策略
 - (2) 早期預防，辦理珍愛生命守門人課程，提高相關人員敏感度，適時發揮人人都是珍愛生命守門人之精神，促進自我心理健康管理，增進民眾對求助資源的認識
 - (3) 鎖定特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率
 - 2) 制定木炭管理原則：輔導示範商店
 - (1) 木炭擺放地點以限制性為主
 - (2) 週邊牆面張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃台等明顯處放置關懷小卡等宣導資訊
 - (3) 於木炭外包装張貼警語與宣傳安心專線 1925

(4) 針對店內員工宣導自殺防治知能

4. 學生防治策略

- 1) 將珍愛生命守門人納入生命教育或心理健康課程
- 2) 推廣心情溫度計 App，鼓勵學生每日自我檢測
- 3) 辦理心理健康促進課程，含正向思考、壓力調適及危機管理
- 4) 學校與醫療單位建立合作機制，落實轉銜服務

5. 執行成效

- 1) 結合趣味桌遊 增強青少年心理健康
- 2) 辦理親子共遊活動 優化親子關係
- 3) 結合藝能活動 培養青少年健康休閒活動
- 4) 提高大樓管理員對青少年心理健康敏感度
- 5) 提升第一線網絡服務人員敏感度
- 6) 提升第一線訪視人員的專業知能
- 7) 提升社區藥師及民眾之敏感度~推廣自殺守門員
- 8) 提供心理諮商 守護青少年心理健康
- 9) 木炭管理商店輔導成效

三、 疫情心理健康及自殺防治業務輔導工作坊討論議題

1. 議題一：針對農藥與燒炭的自殺防治方法，應如何進行，能有更積極且具體的做法？

結論：

- 1) 已經先從屏東的一家販售木炭店開始著手，預計在 11 月全屏東七家都會完成，後續會有成果發表，召開的跨局處的委員會議持續討論。
- 2) 積極針對農民做衛教上面，在自殺守門人方面，希望屏東縣注入更多的資源，建立跨網絡夥伴之間的溝通與轉介。

2. 議題二：貴縣高致命自殺方法排行榜前三，包括吊死、勒死及窒息之自殺，以氣體及蒸汽自殺，以固體或液體物質自殺均有上揚趨勢，尤其氣體及蒸汽自殺；是否曾推動介入方案？成效如何？是否有遭遇困難？跨局處協調情況如何？可否考量依照高致命自殺方法介入分區辦理推動？

結論：

- 1) 以鄉鎮的特性分析結合死亡地圖內的自殺方式，來做後續

的防治策略。

- 2) 全面性思維下，如果這個鄉鎮如果本身的人口少，又不是死在本地，在地性和策略性的議題和處理技巧上可以再探討。
 - 3) 考慮所有保護因子的資源有沒有足夠來支持，保護因子可以在當時介入，或是更早在全面性或是選擇性的時候就介入。
 - 4) 關懷訪視不能只靠關訪員，不論是自殺個案或其他多元議題個案，衛福部的重點都是擺在針對這些個案我們如何跨局處配合協助防治、跨局處提供資源。
3. **議題三：**15-24 歲年齡層族群為近年自殺死亡率上揚的年齡層族群，是否有專屬的自殺防治方案的介入？與教育局及學校合作情形如何？有何困難？疫情中是否尚仍可行方案？

結論：

- 1) 透過輔導室跟屏東衛生局配合，提供學生心理健康資源，透過醫療介入降低學生自殺意念或衝動性的處理很有效。
 - 2) 就教育部或是教育局的政策，加強到學校開設固定的門診、轉介到基層開業精神科去處理，或醫院門診可以新增時段給青少年，都可擇因地制宜方式來處理。
 - 3) 強化家長跟孩子的信心與效能，醫療團隊後續可以去承接、去強化的包含護理師、學校的部分，這是大家一起來抗衡社會的汙名。
 - 4) 可以透過教育訓練，無論是專家授課或是實際演練，讓導師、學校人員都能提升他們對於學生的隱私重視，跟強化學生對輔導的信任度。
 - 5) 學校張貼心情溫度計廣告，張貼 QR Code，下載後有放鬆紓壓法、自評心情溫度計分數，並另了解屏東縣的心理衛生資源。
4. **議題四：**重覆自殺通報個案在關懷訪視執行中，關懷訪視的過程是否順利？督導會議功能如何？跨局處資源引入是否順暢？轉介諮商及醫療，是否遭遇困難？

結論：

- 1) 屏東縣關訪員有深入去一些部落內宣導原住民心理健康，針對我們原鄉地區及精神照護系統列管的個案，有全面性

的心理健康宣導。

- 2) 鄰里長如何善用心情溫度計很重要，從心情溫度計的關懷開始。
- 3) 關懷訪視不能只靠關訪員，其實不論是自殺個案或多元議題個案，這幾年衛福部的重點都是擺在針對這些個案我們如何跨局處配合協助防治、跨局處提供資源。

5. **議題五：**有精神疾患個案自殺時請問訪員與屏安醫院的門診或者社區開業的精神科醫師督導會議時，有做過評估紀錄的經驗嗎？

結論：針對精照系統的個案，大部分都是銀髮族的個案比較多，思覺失調症的個案也有佔一定比例，針對這部分，關訪員每個禮拜都會開團督會議，以及都有個別督導的時間，針對像這樣合併精神疾病的個案去做困難個案的討論，結案的時候也會特別有結案會議。

6. **議題六：**針對青少年自殺，想請問屏東校園系統跟我們精神衛生醫療系統如何合作？是否也是碰到很多社會的議題？

結論：

- 1) 15 到 24 歲的校園個案，我們會發現到除了疾病問題外，最大問題就是學校適應的困擾，包含了課業壓力或霸凌，那其次可能是家庭成員問題或感情因素問題，約 80% 的個案白天多數都在學校，能夠第一時間發現這些問題的往往都會是師長，所以一定需要提高學校的輔導單位或是導師敏感度來發現這些問題，並由教育單位人員即時將這些資訊提供給予衛生單位與關訪員。
- 2) 針對學生案件，屏東縣衛生局第一時間知情或教育處聯繫局端之後，局端都會主動介入學校，會協助校方尋找心理師還有專業的人員進入校園，確認可以提供校方什麼樣的援助，同時也會對班上學生做相關輔導，所以在網路合作比較密集的狀況下，有改善青少年自殺的問題。
- 3) 今年上半年，衛生福利部有函頒一個自殺意念的處置指引，指引中有各縣市的心理資源盤點手冊，有函給各縣市政府並請各縣市政府去函轉到各單位，針對學校可能有一些自殺意念的個案，都可以先利用相關資源以及處置流程做緊急的初步介入。

- 4) 自殺防治通報系統已經快要完成跟教育部各學校系統的介接，所以未來在自殺通報系統上，我們的衛生局夥伴如果是針對這些 15 到 24 歲或是國小到大學這段年齡層的個案，都可以透過我們的系統來看到他學籍的狀態，甚至也有去介接校安通報系統，所以未來遇到個案在校園內發生自殺行為或一些校園安全事件的時候，能即時地做校安通報。

策略及回饋意見

一、 指標性策略

1. 建議促進個案社會連結與照護網絡整合，強化醫療照護連續性與可近性，推動社區的醫療照護之整合。若個案出現反覆自殺的危險，應與社工及精神科的醫師協調討論，定期為個案作完整的評估治療，並針對他的身心狀況綜合擬定一個較完整的治療計畫，才能解決惡性循環。
2. 加強自殺企圖者中具潛在精神疾病個案之醫療連結；強化通報個案家庭之協調。重覆自殺個案或多元議題個案，需要跨局處配合協助防治以及跨局處提供相關資源。
3. 學生自殺防治策略
 - 1) 轉介有自殺企圖的學生至適當資源，提供自殺企圖者心理支持介入或適當治療。
 - 2) 針對學生自殺進行詳細的評估，了解自殺學生的心理及相關背景，並提供校方建立以校為主的自殺防治策略。
4. 老人自殺防治策略
 - 1) 老人自殺企圖個案關懷訪視相關事宜，建議定期召開業務督導會議，除了給予專業建議及互相交流個案心得外，也可特別加強訪員與老人情感連結技巧之訓練。
 - 2) 持續辦理跨局處個案討論會，討論個案情形以利網絡間之合作，且能避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。

二、 選擇性策略

1. 高風險族群之社會資源提供，加強自殺高風險者接觸到心理健康衛生資源之可近性；增進對於社會、經濟、工作、人際、生理問題困擾者的支援。
2. 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，如：失業人口、老年人、重大傷病、慢性病患者、獨居者、特殊職業族群(易獲得致命自殺工具的醫療人員、軍人和警察)、周產期婦女等。
3. 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，亦針對能接觸高風險族群的人員、社福團體合作，進行自殺防治宣導、推廣，與辨識與轉介有自殺傾向個案。

4. 學生自殺防治策略

- 1) 高風險族群處遇：於入學、學期開始初期及期中考前後施測心情溫度計，或由導師提高敏感度，針對時常請假或無故曠課之學生、成績突然全面性退步、過度的抽煙、飲酒、或藥物不當使用或是有情感問題、憂鬱、自殺高危險群等，進行早期篩檢，隨即追蹤的預防介入。
- 2) 教師(導師及輔導老師等)隨時留意學生的自殺威脅警訊，發現學生有自殺意念或行為時，立即啟動校園危機處理模式，成立危機小組並聯絡各相關人員，如家長、社福單位、輔導老師或校醫等。

5. 老人自殺防治策略

- 1) 針對高齡長者及長照個案照顧者的自殺防治，跨局處合作相當重要，例如整合診所跟醫院，於照護機構及醫院推動心情溫度計之檢測、增加守門人一問二應三轉介與長照據點的連結，以及轉介到社區內的精神衛生醫療資源。
- 2) 65歲以上自殺企圖者主要自殺原因為疾病因素，加上自殺死亡者生前大部分皆曾就醫，因此建議強化基礎醫療的自殺防治網，加強基層醫師的自殺防治概念，例如慢性疾病之門診醫療人員，或是衛生局的醫療人員，可進行老人精神疾病之篩選。

三、 全面性策略

1. 減少高致命性自殺工具、方法之可近性

- 1) 上吊防治：根據國外文獻，自殺方式上吊之策略建議為全面性策略，建議早期辨識個案的情緒困擾及高風險族群，針對面臨多重危險因子的高風險個案，如失業、家中有人過世、離婚、產婦憂鬱等，早期介入和轉介專業醫療的協助也是相當重要。
- 2) 巴拉刈防治：巴拉刈已正式禁用，但仍可能於禁用前所儲存，建議可了解個案自殺時的巴拉刈來源是否為新購買或是禁用前所儲存，如有儲存，輔導農民回收家中尚囤積的巴拉刈農藥，並與農業局訂定回收機制。
- 3) 農藥防治：於農會及農藥販售等據點，張貼或放置自殺防治相關宣導資料，並於農藥商品外包裝，加印關懷警語，求助資訊或貼上相關資訊貼紙等，以專櫃加鎖貯存於

安全地點。亦可備置簿冊，登記購買者姓名、住址、聯絡方式及購買數量，同時詢問購買者之用途，發揮守門人精神。

- 4) 木炭防治：針對商場木炭上架限制、警示標語與提升店員自殺防治守門人的意識策略；木炭商品印製警語與衛生福利部自殺防治安心專線 1925 免付費電話。

2. 學生自殺防治策略

- 1) 將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程，包括壓力因應、情緒調適等，教導珍愛生命與心理健康促進的理念。定期與不定期舉辦自殺防治及心理健康促進之教育訓練。
- 2) 介紹及推廣心情溫度計 App，鼓勵學生每日自我檢測。並加強關懷高風險個案，如成績退步、有憂鬱傾向等。

3. 老人自殺防治策略

- 1) 強化社區教育宣導，透過宣導教育讓家屬改變對於尋求社會資源或是醫療單位的認知態度。
- 2) 持續透過宣導活動、演講、藝文活動等辦理，全面宣導正確的心理衛生概念，提醒關心老人心理健康，增進民眾心理衛生知識，推動健康老人關心孤獨老人，持續推動老人自殺及精神疾病去汙名化。

四、 其他相關因地制宜策略建議請參閱全國自殺防治中心提供之「全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」。