

政府跨部會 自殺防治手冊



全國自殺防治中心



衛生福利部 委託台灣自殺防治學會辦理

目 錄

序	2
壹、自殺防治的基本概念	3
一、台灣自殺概況與自殺防治之重要性	3
二、全國自殺防治策略	6
三、自殺防治的核心基礎－推動「守門人」策略	7
貳、跨部會自殺防治工作方針	12
一、衛生福利部	14
二、教育部	18
三、勞動部	20
四、內政部	22
五、國防部	26
六、法務部	28
七、行政院農業委員會	31
八、交通部	34
九、環保署/環境資源部	36
十、國軍退除役官兵輔導委員會	38
十一、原住民族委員會	40
十二、國家通訊傳播委員會	43
十三、經濟部	45
十四、海洋委員會	46
參、延伸閱讀物	48
一、自殺防治策略實施範例	48
二、自殺防治手冊系列	54
三、自殺防治資源網絡	55
四、相關諮詢專線	56
肆、參考文獻	57



序

自殺防治是當今全球重要的公共衛生議題，過去10年間，臺灣自殺死亡率已有顯著下降的趨勢，但自殺防治工作刻不容緩，更需要網網相連，有賴政府與民間各界之持續努力。特別在國家層級自殺防治工作之推動，需跨部會整合相關之網絡資源；針對單位之業務權責，配合中央政策推動，方能有效落實「因地制宜」之自殺防治策略。

衛生福利部（前行政院衛生署）自2005年底開始推動「全國自殺防治行動策略」，成立「全國自殺防治中心計畫」，迄今已邁入第16年。在政府相關單位、民間團體及社會大眾的努力下，配合指標性、選擇性與全面性三大策略之下，我國的自殺率逐年下降，並於2010年首度退出國人十大死因之列。

106年度「全國自殺防治中心計畫」為提升自殺防治於跨部會的整合與推動，針對各部會業務權責編印《政府跨部會自殺防治手冊》，藉由蒐集近百篇之兩年內文獻回顧並與專家討論結合國內實務，擬定自殺防治方針，供各部會參考。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年度本會將依「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「政府跨部會自殺防治手冊」項目及內容。

本手冊內容包括自殺防治的基本概念，了解自殺防治之重要性與策略，並認識守門人之概念，另外針對各部會研擬自殺防治工作之方向，然而自殺危險因子具有不同族群之多樣性與共通性，若多加了解，能更有效預防自殺行為，因此列於各部會簡介之開頭供方便閱讀；最後為相關資料，供各部會未來研擬自殺防治工作實務時可供參考。在研擬計畫或舉辦各種活動時，若需進一步之協助，都歡迎與本中心聯繫，期待能共同成功地推動自殺防治策略。

自殺防治、人人有責；但成效與否的關鍵在於中央領導者的重視與領導；只有透過政策的引領與支持才能持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略，期盼在中央層級各級部會能發揮優質領導力，提升跨部門合作之效能，化解本位主義之藩籬；進一步垂直整合並貫徹各縣市的實務推展才能透過因地制宜之行動方案將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，促進全國民眾共同努力迎接挑戰，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的總體目標，共同達成「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

台灣自殺防治學會理事長
全國自殺防治中心主任

李明濱

謹誌



壹、自殺防治的基本概念

一、臺灣自殺概況與自殺防治之重要性

自殺是世界性的公共衛生問題，根據世界衛生組織（WHO）估計，在2000年全球有一百萬人自殺身亡。平均每40秒就有一人自殺身亡。每3秒就有一人試圖結束自己的生命。而每一個自殺事件至少為週遭6人帶來嚴重的影響。自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是難以估計的。

(一)臺灣自殺死亡率變化趨勢

現今臺灣的自殺死亡趨勢，如圖1-1所示。1994年自殺死亡人數為1,451人，自殺粗死亡率每十萬人口6.9人，其後逐年攀升，自殺死亡人數於2005年大幅躍升至4,282人，粗死亡率每十萬人口18.8人。2006年持續上升，自殺死亡人數達到4,406人，粗死亡率每十萬人口19.3人，其後則呈現下降趨勢。在政府與民間持續參與、擴大社會救助與人道關懷下，「自殺」於2010年始退出國人前十大死因，而根據世界衛生組織標準，臺灣已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，

降為中高度盛行率區域。

從近幾年之數據來看，至2019年自殺死亡人數為3,864人，自殺粗死亡率每十萬人口16.4人，相較2016年上升，雖不如過往2006年的最高峰，但這是重要的警訊，顯示自殺防治工作有賴持續地推動並且進一步加強防治，避免自殺死亡率上升的趨勢。如此，勢必要投入更多的資源與合作，透過各社政單位的連結，共構自殺防治的安全網，降低自殺死亡率。

(二)性別與自殺死亡率分析

以性別分析，近年來臺灣自殺死亡之人口學特徵，男性為女性之兩倍以上，如圖1-2所示；男性自殺粗死亡率自1994年起逐年增加，於2006年上升至每十萬人口26.7人，之後整體呈現下降趨勢，於2014年下降至每十萬人口20.2人後呈現緩緩上升趨勢，至2019年為每十萬人口21.8人，與最高峰2006年相比降幅為18.4%。女性自殺粗死亡率同樣從1994年起逐年攀升，於2005、2006年間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

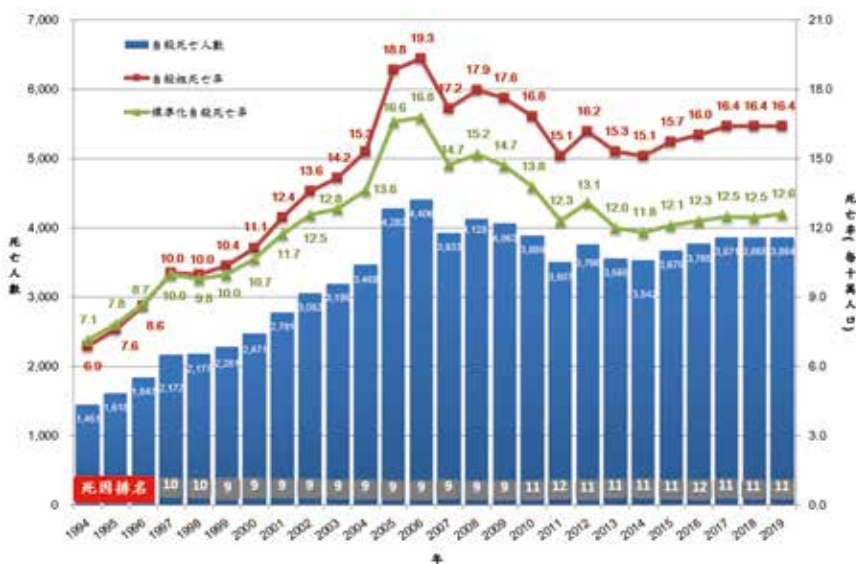


圖1-1 1994年-2019年全國自殺死亡人數及自殺死亡率

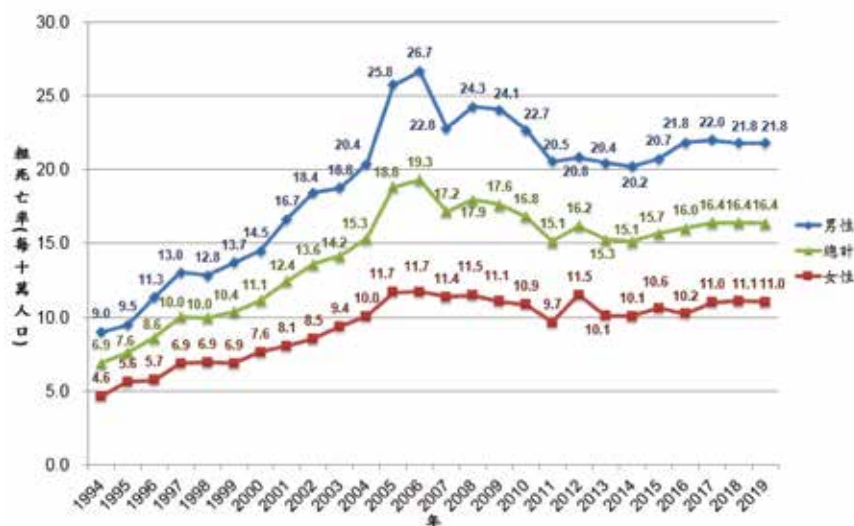


圖1-2 1994年-2019年性別自殺粗死亡率

到2012年上升至11.5人，至2014年前呈現下降趨勢，而2015年雖上升至每十萬人口10.6人，但2016年再下降至每十萬人口10.2人，而後呈現緩緩上升趨勢，至2019年為每十萬人口11.0人。整體而言，男性的自殺死亡比例為女性的兩倍，也昭示出男性自殺防治的重要性，亟待有更多政策與策略實務，來降低此自殺死亡率。

(三)年齡與自殺死亡率分析

以年齡分層分析，1994年以來各年自殺粗

死亡率皆隨著年齡老化而上升，除青少年外各年齡層自殺粗死亡率自2005、2006年達到高峰後，均呈現下降趨勢（見圖1-3）。整體而言，年齡愈高，自殺死亡率亦高，各年齡層的自殺死亡率以65歲以上老人最高。但近年來，15-24歲青少年自殺死亡逐年攀升，至2019年自殺粗死亡率為每十萬人口9.1人，創下歷年來新高。須推動針對各不同年齡層的自殺防治策略，協助降低各年齡層的自殺死亡率，特別針對自殺

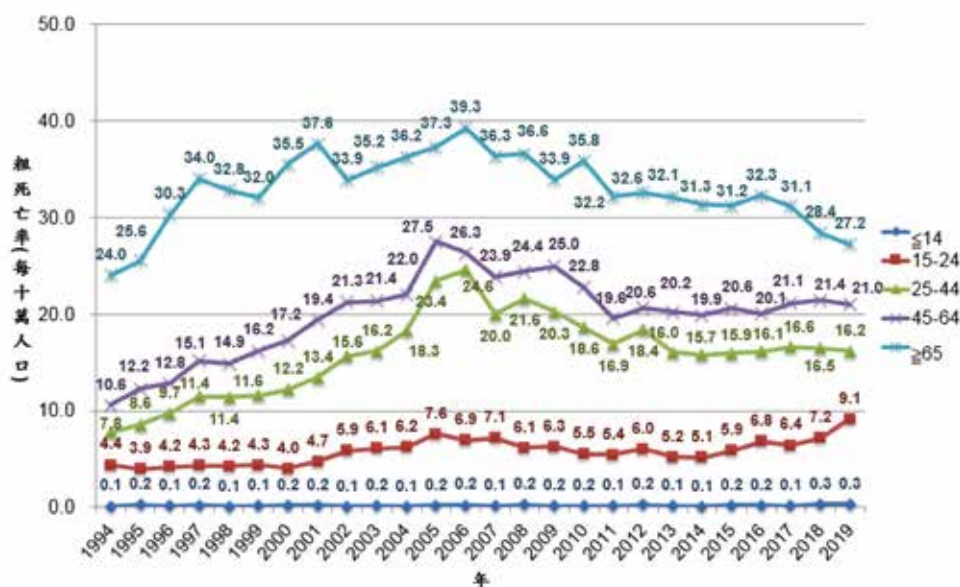


圖1-3 1994年-2019年不同年齡層粗死亡率



死亡率逐年攀升的青少年自殺防治更是刻不容緩。

(四)自殺死因分佈

以自殺死因分析，上吊為歷年來占率最高之自殺死因，從2013年32.4%下降至2015年30.8%，而後呈現上升趨勢，至2019年上升至每十萬人口35.5人；由氣體及蒸汽自殺及自為中毒占率自2001年後逐年上升，2004年已超過「固體或液體物質自殺及自為中毒」，2006年達到最高峰，之後雖呈現下降趨勢，仍為自殺死因占率第二高方式；固體或液體物質自殺占率從1996年持續下降至2006年的14.9%，又持續逐步上升至2014年最高19.2%，之後呈現逐年微幅下降趨勢，目前為全臺自殺死因第三高。「高處跳下自殺及自傷」死因占率，雖非前三高，卻從過去幾年看到維持在1至2成占率，近年更有逐步上升趨勢。

綜觀以上自殺方式，上吊仍是占國人自殺的最高比例、其次則為「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」，第三高則為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」。詳見圖1-4。

以上是臺灣近十年來在自殺死亡率、人口學及自殺方式上的分析及數據。了解相關趨勢及變化，是規劃自殺防治工作的重要基礎。而從過去研究發現，自殺行為往往伴隨有生物、心理、社會、經濟與文化之複雜成因與背景，絕非由單一危險因子可以解釋其發生的原因。

(五)自殺是多元因素造成

整體而言，自殺的危險因子可分為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患、身體疾患、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。

當前，自殺在所有國家中都是一個重要的公共衛生議題，因而防治工作必須以多層面介入，結合各領域協同一致的方式實施，故透過各個網絡工作人員增進相關概念，進一步有能力去辨識、關懷、評估、處理和轉介自殺風險個案；透過跨部會的協調方式，方能落實網網相連及面面俱到的早期風險評估與管理，這是自殺防治工作中首當推廣實踐的一環。

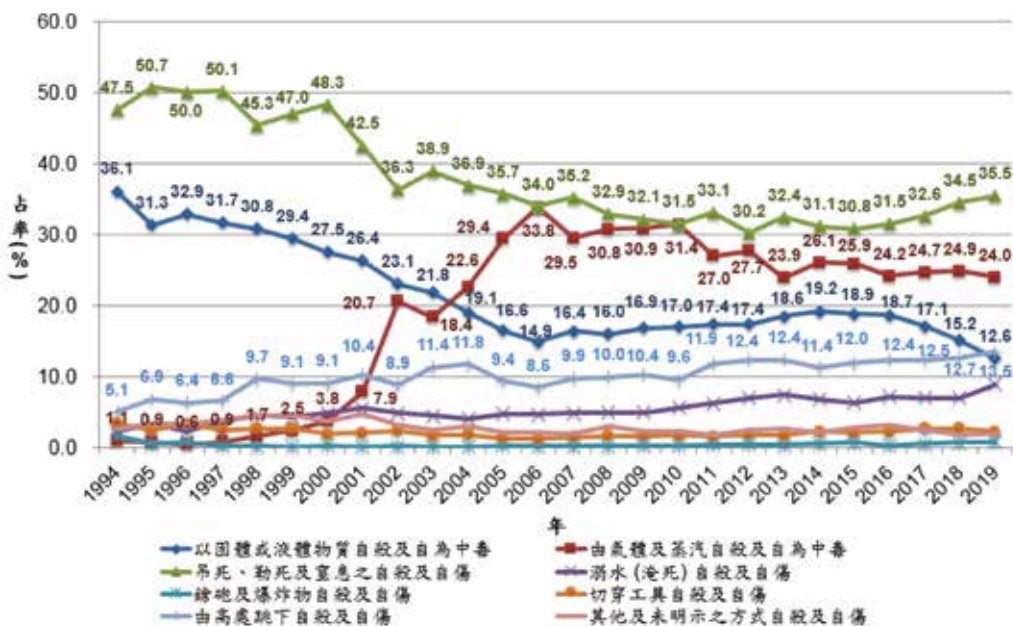


圖1-4 1994-2019年全國自殺死亡方式占率



二、全國自殺防治策略

自殺防治之原理在於降低危險因子與提升保護因子。現今我國自殺防治策略，符合當代世界自殺防治工作思潮，針對不同之高風險族群眾，分為三個層面擬定方案，分別為指標性(indicated)、選擇性(selective)與全面性(universal)策略。

以下分別介紹這三層面策略：

(一)指標性策略

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其主要在於追蹤曾自殺過的自殺企圖者、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，防止自殺企圖者再度嘗試自殺。

1. **建立自殺防治通報關懷系統：**自殺防治通報關懷系統關係到自殺死亡風險最高的族群之介入成效。藉由準確且完整的通報，提供自殺企圖者即時關懷與介入服務，並積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。
2. **派遣自殺關懷訪視員服務：**當自殺企圖者被通報到通報系統中，將會派案給自殺關懷訪視員進行訪視，藉由訪視員的輔導關心與資源連結來幫助個案，協助轉介醫療、心理、社政、衛政等相關資源。
3. **關懷自殺遺族：**自殺者之親友亦為自殺之高危險群，針對自殺死亡個案之親友提供關懷服務及資源網絡連結，協助走出傷痛並協助其改變對於自殺的認知，去除自殺的汙名化。

(二)選擇性策略

選擇性自殺防治策略以高風險族群為對象，其心理健康篩檢及高危險群之辨識工作是很重要的環節，以守門人(gatekeeper)工作推廣為核心方法，不同領域之專業人員共同維持社區資源網絡，加強醫護及諮商輔導人員辨識

精神疾病或具有自殺傾向者之能力，並適時轉介給專業人員做妥當處置，協助高風險群之篩檢，並能予以適當回應及轉介。

1. **推展守門人訓練：**守門人意指能藉著這一道又一道的關卡來進行過濾和控制過程的人，國外許多自殺防治方案都會提到守門人對自殺防治的重要性。守門人主要扮演著「關懷、支持」的角色，能在對方需要關心的時候辨識出求救的訊息，並給予支持及提供資源協助。人人皆可成為自殺防治守門人，重要的是能在對方透露出自殺意念時，就得以適時介入。更加詳盡的守門人訓練將在下一段落－《自殺防治的核心基礎－守門人》有更加詳盡的介紹。
2. **心情溫度計(BSRS-5)之推廣：**為使專業人員及一般民眾迅速了解個人的心理健康照護需求，而推廣信效度良好之篩檢工具－心情溫度計。此量表為目前於台灣自殺防治工作中廣泛採用，可強化篩檢、辨識可能罹患各類精神疾病或有自殺傾向的成員，適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置。同時，本量表亦為民眾學習自我覺察心理困擾的有效媒介之一，藉由說明與訓練可使一般人自我評估個人心理健康需求及自殺風險程度，進而促進求助的意願。關於量表詳細內容見《自殺防治的核心基礎－守門人》中的第二大項：心情溫度計(BSRS-5)。
3. **發展義工組織：**台灣社會在全民對自殺防治觀念尚未普及之情況下，全國自殺防治中心持續努力加強義工之培訓及組織，以協助自殺防治之宣導及推廣工作，與辨識與轉介有自殺傾向個案；人人皆可為自殺防治工作盡一份心力，政府與民間相互合作，達到服務「在地化」及「社區化」之目標，建立社會關懷網絡。
4. **高風險群篩檢與轉介：**針對特定的自殺高風險族群，譬如身心受創的災難倖存者（包含救難與醫療員），進行精神疾病與自殺風險

的篩檢及轉介。而多數研究指出，憂鬱症、酒癮及物質濫用與自殺之間均有高度相關，藉由這些族群進行疾病防治與治療工作，可與降低自殺風險達到相輔相成。

(三)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汙名化程度。並透過心理衛生教育，增進民眾風險行為管理知能，提升社會大眾對自殺議題之認識，推廣心理健康促進相關資訊及網站，落實「自殺防治、人人有責」，擔任自殺防治守門人。

1. **導正媒體報導：**監測自殺相關資訊，導正媒體報導，降低自殺的模仿效應。
2. **減少致命性物品之可得性：**針對常用自殺方式或工具，擬定公共政策，減少致命性自殺工具的可得性。降低自殺與精神疾病社會汙名化：製作心理衛生與自殺防治本土化宣導教材，透過大型宣導活動、演講、藝文活動之辦理，全面宣導正確的自殺防治觀念，增進社會大眾心理健康，並連結教育訓練資源，建立數位學習網站以推動精神疾病與自殺的去汙名化概念。
3. **促進社會民眾的心理健康：**建立全國性精神疾病與自殺防治網站，提供相關資訊與醫療轉介諮詢服務，提供民眾心理健康促進之知能與技巧協助安心專線(1925)之建立與推廣，並提供相關教育資源連結。整體而言，自殺防治工作之推行，與心理衛生體系，甚至社會安全體系功能之充分發揮密切相關。臺灣目前已有相當程度之心理衛生、醫療照護以及其他社會安全系統網絡，然而，欲進一步達成有效之自殺防治工作，還必須能促進跨部會間「網網相連」之功能性連結，以提供完整而持續之防治措施。此外，自殺防治工作亦需要政府與民間合作參與，於各縣市推動因地制宜之自殺防治措施，還必須推動跨部會合作，促進有效功能性連結，以提

供完整而持續之關懷服務，發揮「聯繫、溝通、關懷」之精神，為自殺防治共盡一份心力。

三、自殺防治的核心基礎－推動「守門人」策略

(一)何謂守門人(gatekeeper)

自殺防治守門人策略是有效防治自殺的重要策略；可分為狹義及廣義界定，狹義定義指「定期（固定地）接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」；而廣義自殺防治守門人定義為「當個人接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺危險者作適當的回應或轉介者」，只要透過適當的學習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」。

「自殺防治守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色，換句話說，守門人在看到求救訊息，並於對方需要之時給予鼓勵及資源協助，陪伴他度過想要尋求死亡的低潮期。

過去研究指出對整體自殺率有影響的防治方法包括：自殺防治相關之教育訓練、藥物治療、自殺企圖者之關懷照護、限制使用致命物品之取得以及媒體管制等。

其中，實施「自殺防治守門人」教育方案，合併多層面之網絡連結以及心理衛生促進等作為，自殺死亡率之降幅較為明顯。美國空軍及挪威陸軍引入守門人教育後，全年自殺率也分別降低**40%**及**33%**，而前者之研究也發現在守門人計畫實施同時期，嚴重的家庭暴力事件發生率，甚至謀殺率也相對減少。

我們相信選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」行為或企圖來對世界表示一種「我需要幫助」、「我很痛苦」的訊息；有些人也可能是生理的因素，像是憂鬱症、久病不癒等，讓人試圖以自殺的方法來尋求解脫。



守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發生的訊息，也能適時的給予鼓勵並提供資源協助，陪伴其走過死蔭的幽谷，走向光明的未來。

1. 守門人三步驟：一問、二應、三轉介



一問：「主動關懷、積極聆聽」

自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程。在自殺行為出現之前，個案會透露某一形式的線索或警訊，可能以口語或行為的方式表現，也可由其所處狀態判斷。因此，當發現有自殺風險時，請認真嚴肅地看待警訊，並主動運用心情溫度計（詳見此章第二段《守門人的工具－心情溫度計》）評估情緒困擾程度，用心傾聽所遭遇的困境，一旦確認個案具有自殺意圖，立即深入了解自殺危險度高低。要詢問一個人的自殺意念並不容易，循序漸進的討論主題是有幫助的，一感到懷疑便立即詢問，要了解「這可能是唯一一次幫助的機會」。

1) 關於「詢問」的部分注意事項如下：

- 一感到懷疑個案仍有自殺意念，需立即詢問。
- 要有這可能是唯一一次介入幫助的機會的認知。
- 在隱密的地方談。
- 讓個案放心自在的說，不要打斷他。
- 如果個案不願接受幫助或不願談論，請堅持下去。
- 如何問是其次，重點是「你問了」。

2) 如何「詢問」？

- 間接問法
 - 你是否曾經希望睡一覺並且不要再醒來？
 - 你是否覺得活著沒意義，沒價值，也沒有人在在乎？
- 直接問法
 - 你會不會有想不開的念頭？
 - 你是否有想到要自殺呢？
- 應注意避免詢問的問句
 - 不要對自殺意念或行為以半開玩笑的方式詢問：「你該不會想要自殺吧？」、「不要跟我說你想自殺喔！」
 - 不要太急著提供問題的解決方法。
 - 不要發誓保守秘密。
 - 不要爭辯自殺是對或錯。
 - 不要使自殺者增加罪惡感。

二應：「適當回應、支持陪伴」

當人們說「對生活厭倦」、「沒有活下去的意義」時，這些說法常常會被聽的人否決，或甚至告訴他們其他更悲慘的例子。事實上，最重要的一步是要有效的聆聽他們的想法。因為伸出援手或傾聽本身就能減少自殺者的絕望感。詢問確定個案有自殺意圖後，守門人的任務即轉為適當回應與提供陪伴，同時，在回應的過程中，亦可評估個案是否需要進一步轉介或其他醫療協助。

1) 如何勸說個案繼續活下去並且接受幫助

- 平靜、開放、接納且不批判的態度將有助於與個案的溝通。
- 開放地討論失落、孤獨與無價值的感覺，使個案情緒起伏程度減緩。
- 積極專注傾聽個案遭遇的問題，嘗試了解他們的感受，提供情緒支持。
- 不要急著評斷個案的遭遇、處境或想法，你的傾聽與協助能夠重燃希望，並產生改變。

- 「自殺」本身並不是問題，而是個案用來解決他所遭遇困境的方法，因此可試著找出自殺以外的處理方式。
- 提供個案任何形式的「希望」，並將焦點放在個人正面的力量。因此，我們可以思考「這個人在過去的人生當中是為什麼而生，現在活著的理由是什麼？」、「他的生活重心與目標為何？有沒有可以令他積極的人、事、物？」，再接著詢問他：「是否願意尋求協助？」「你是否願意答應在找到任何協助之前，不結束你的生命？」。

2) 不適當的回應方式如下，更重要的是，傾聽與理解，並能在適當的資源轉介之後，持續關懷

- 太常打斷他們說話。
- 顯露震驚或情緒激動。
- 表達自己很忙。
- 擺出恩賜的態度。
- 做出突兀或含糊不清的評論。
- 問大量的問題。

三轉介：「針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷」

面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫個案找出適當的資源，進行資源連結的時候，就如同當我們的家人有生理疾病時（如心臟病），我們立即的反應是尋求專業醫師的協助，而非自己試圖治療。因此，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。且轉介後需持續的關懷個案，並再次評估個案的自殺風險，直至結案為止。

1) 若有以下的情形就可嘗試進行轉介

- 心情溫度計分數偏高者，高於10分者建議尋求心理諮商，高於15分者建議諮詢精神專科醫師。
- 懷疑可能具有潛在的精神疾病者。

- 有自殺或自傷的身心問題。
- 問題超乎助人者的能力。
- 社會資源或支持不足夠。

2) 在協助個案進行轉介時，有以下的建議

- 向個案保證隱私之安全與尊重個案的意願。
- 依個案特性提供適切的資源或協助其轉介。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。
- 轉介個案就醫時，建議守門人可先以電話或其他方式告知被轉介的醫師有關個案的特殊情況，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瞭解處理情況。

2. 危機處理

當個案有明顯自殺企圖或自殺行為正在發生，有明顯傷害自己之虞，生命有立即性危險時，應即刻通知警察、消防單位前往救援，並告知警消人員個案地址及電話等聯絡方式，並切記自身安全為第一，勿冒然自行單獨前往處理。

(二)守門人必備工具－心情溫度計(BSRS-5)

簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱BSRS-5，俗稱：心情溫度計)是由台大李明濱教授等人所發展，主要在做為精神疾患之篩檢表，目的在於能迅速瞭解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務，幫助我們具體地了解對方的心情及釐清他們情緒困擾的程度，並且根據得分結果做適當的處理。

心情溫度計為一自填量表，與其他篩檢量表相比，心情溫度計，內容簡短、使用容易，並可作為自我檢測及大規模對象施測之用，過去之系列研究結果更顯示心情溫度計在社區大規模調查中具有良好之信效度。



心情溫度計主要在於主觀自我測量自己情緒困擾的嚴重度，可以幫助我們了解自己的心情狀態，也可以用此量表主動關懷週遭的人，建立起自我健康管理的習慣。只要對方的回應可以回覆原本的問題，便可將心情溫度計之敘述方式，換成自己的話來詢問，例如詢問『睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒』的問題時，可以先問對方『最近睡眠的狀況好不好』，再根據對方回答的狀況判斷分數，也可經由電話訪談，因此對於認識中文字或聽懂中文發音者均能適用。

然而在使用心情溫度計時，應注意其評分結果僅做為個人或專業醫療團隊之參考，並非診斷，更重要的是，使用心情溫度計應避免不必要之標籤化或污名化效應。

1. 量表內容

2. 量表評分與建議

- 1至5題之總分：
- 0-5分：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。
- 第6題（有無自殺意念）單項評分。
本題為附加題，若評分為2分或以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。

心情溫度計

簡式健康量表每週自我檢測

請您仔細回想「在最近一星期中（包括今天）」，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

得分與說明

前5題總分：

0-5 分：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。

有無自殺的想法

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。

由於目前雲端服務的推出以及智慧型裝置的普及，加上行動裝置APP程式的運用已深入大眾的日常生活，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，由台大醫院李明濱教授設計開發心情溫度計應用程式，以智慧型裝置作為媒介，提供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，更可用於關心他人。

- 『心情溫度計APP』提供服務如下：

- 1) 心情溫度計(BSR5-5)檢測及分析建議。
- 2) 全國心理衛生資源，民眾可查詢臨近精神醫療院所並尋求協助。
- 3) 心理健康秘笈，內含自殺防治系列手冊及衛教影片，方便民眾查詢參考。

- 如何下載『心情溫度計APP』

- 1) 連至APP store或Google play商店搜尋『心情溫度計』。
- 2) 使用手機掃描QR code，立即下載。



(三)守門人必備技巧－壓力與自我調適

在自殺防治的過程中，守門人比一般人更有機會面對壓力事件的衝擊，不僅要積極傾聽苦水，同時也必須承受個案的情緒反應。因此，自我的心理調適及壓力抒解是很重要的，適時地與相關工作人員或督導分享工作心得、討論目前遭遇之困難，都有助於保持工作的活力及熱忱，並增強助人專業知識。

1. 如何舒緩壓力：

人處於壓力之下，難免都會有壓力，但只要適當的處理，我們都能平安地度過危機。在

幫助別人之前，專業助人者應該培養自我調適之能力，即便遇到緊急情況或困難，亦能「化阻力為助力，化危機為契機」。在面對壓力時，我們可把握下列原則：

- 1) 睡眠充足
- 2) 營養均衡
- 3) 規律運動
- 4) 身心放鬆
- 5) 適當的休閒活動

2. 自我調適小祕訣：

當在聽到個案許多的情緒及抱怨，或接觸到過量的負面思考後，需要花時間整理個人的身心狀態，回歸至自己的生活，因此自我調適是很重要的一環。在自我調適時，亦可把握下列原則：

- 1) 了解自己的資源與限制：每個問題背後都有複雜的原因，不可能在一時刻就靠己身之力解決他人的問題，將問題分為很多小步驟，並適時提出需求，與他人合作，才是長久之計。
- 2) 適時放鬆自己與舒緩工作壓力：放鬆的方式有很多種，除了做些自己喜歡的休閒娛樂外，也可嘗試書寫、繪畫、冥想或運動，但更重要的是，透過固定的督導討論，可更積極學習壓力管理的技巧，涵蓋腹式呼吸及肌肉放鬆法，給自己一些喘息的空間，獲得休息。
- 3) 建立個人支持系統：生活中，若能彼此分享與支持，將對於面對困境有很大的幫助。每個人在面對生活都有不同的方式及態度，藉由向他人訴說，給自己喘息的空間，共同分擔難處，就能更有力量面對挑戰。
- 4) 練習自我內心觀察，以進一步做好情緒管理：身心狀況會直接反應在日常生活中，因此，留心觀察自己的情緒或生理變化，對自己有更多的了解，就能在需要之時適時的幫助自己。

貳、跨部會自殺防治工作方針

以下將分別針對各部會之自殺防治策略提供參考指引，內容包含業務權責、服務族群與自殺危險因子、自殺防治策略實施方針等三部分，如下所述：

自殺有生物、心理、社會、經濟與文化之複雜成因與背景，並涉及個人身心健康、家庭、經濟和社會網絡的多元問題，政府各部會應更加強合作與連結，並結合民間團體資源，共同促進各種社會安全網絡「網網相連」。於第一及二期國健計畫期間透過正式的跨部會會議平台，及非正式的部份局部部會的協商；有鑑於此，**2019年6月19日**自殺防治法公佈之後，依據本法第四條規定及自殺防治諮詢會設置要點，成立自殺防治諮詢會，置委員**27**人，由衛福部部長兼任召集人，政務次長兼任副召集人，其他包含本部代表**4**人（心理及口腔健康司、長期照顧司、國民健康署、社會及家庭

署）、跨部會代表**8**人（教育部、勞動部、內政部、國防部、法務部、行政院農業委員會、原住民族委員會、國家通訊傳播委員會）及專家、學者代表十四人，每四個月開會一次。第一次會議於**2019年11月6日**召開，就「自殺防治法介紹」、「自殺防治最新數據分析及因應對策」及「行政院各相關部會及衛生福利部相關司署推動自殺防治工作概況」進行報告與討論，協助委員熟悉自殺防治法規與政策，瞭解各部會推動自殺防治現況，促使各部會依照自殺防治法各項規定，落實推動自殺防治工作，並藉此平台協調、整合各部門自殺防治工作，推動各項心理健康促進預防工作。

衛生福利部定期召開「自殺防治諮詢會」，邀集政府各的部門共同與會，並根據自殺防治法規劃各部會權責分工如下。

自殺防治法條文		相關業務權責部會
第三條	自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。	中央及地方各級政府
第四條	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。	衛生福利部
第五條	直轄市、縣(市)主管機關為協調、諮詢、督導、考核及推動自殺防治工作，應設跨單位之自殺防治會。 前項自殺防治會之組成、任務、議事程序及其他應遵行事項，由直轄市、縣(市)主管機關定之。	各直轄市、縣(市)政府
第七條	各級政府每年應編列自殺防治經費，執行本法所定相關事項。中央主管機關應針對直轄市、縣(市)主管機關自殺防治方案推行績效優良者，給予獎勵。	中央及地方各級政府；衛生福利部
第八條	直轄市、縣(市)主管機關應設置自殺防治相關人力，並提升其專業技能。 前項自殺防治相關人力之資格、訓練、課程及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。 中央主管機關就前二項事項，必要時應對直轄市、縣(市)主管機關予以補助。	衛生福利部；各直轄市、縣(市)政府

自殺防治法條文		相關業務權責部會
第九條	中央主管機關應擬訂全國自殺防治綱領，報行政院核定後實施。中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，辦理下列事項： 一、自殺防治現況調查。 二、自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。 三、每年製作自殺防治成果報告。 四、輔導直轄市、縣(市)主管機關，推動因地制宜之自殺防治。 五、推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。 六、建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。 七、推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。 八、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。 九、其他自殺防治有關事項。 前項第五款自殺防治守門人，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。 第二項法人、團體於執行受委託業務時，得蒐集、處理或利用必要之個人資料。	衛生福利部
第十條	中央主管機關應設置或委託辦理免付費之二十四小時自殺防治緊急諮詢電話。	衛生福利部
第十一條	中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村(里)長、村(里)幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。 前項通報之方式及內容，由中央主管機關定之；通報人之身分資料，應予保密。 直轄市、縣(市)主管機關接獲通報後，應立即處理；必要時得自行或委請其他機關(構)、團體進行關懷訪視。	衛生福利部醫事司、衛生福利部社會救助及社工司、衛生福利部長期照顧司、教育部、內政部警政署、內政部消防署、法務部矯正署；各直轄市、縣(市)政府
第十二條	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。	各級主管機關
第十三條	直轄市、縣(市)主管機關為防止自殺行為人再自殺，提供自殺行為人及其親友心理輔導、醫療、社會福利、就學或就業等資源轉介。	各直轄市、縣(市)政府衛生局
第十四條	直轄市、縣(市)主管機關或受其委請之機關(構)或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關(構)協助，受請求者應予配合。	內政部警政署、衛生福利部醫事司、教育部
第十五條	各機關、學校、法人、機構、團體及相關業務人員執行本法相關業務時，對自殺行為人及其親友之個人資料應予保密，不得無故洩漏。 無故洩漏前項個人資料者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣六千元以上六萬元以下罰鍰。	各直轄市、縣(市)政府

自殺防治法條文		相關業務權責部會
第十七條	廣播、電視事業違反前條規定者，由目的事業主管機關處新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改正；屆期未改正者，得按次處罰。 前項以外之宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體違反前條規定者，由直轄市、縣(市)主管機關處負責人及相關行為人新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並得沒入前條規定之物品、令其限期移除內容、下架或其他必要之處置；屆期不履行者，得按次處罰。	國家通訊傳播委員會；各直轄市、縣(市)政府衛生局

以下將分別針對各部會之自殺防治策略提供參考指引，內容包含業務權責、服務族群與自殺危險因子、自殺防治策略實施方針等三部分，如下所述：

一、衛生福利部

(一)業務權責

在中央，衛生福利部為我國最高衛生及社會福利行政機關，負責全國衛生及社會福利行政事務，並對各級地方衛生及社會福利機關負有業務指導、監督和協調的責任。就自殺防治策略實施方針，除透過內部機制整合外，委由全國自殺防治中心彙予細節規劃並協助業務推動。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人生理與心理層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持

2. 相關高風險族群舉例說明

包括慢性病患者、癌症患者、遺傳性疾患患者、缺乏適當醫療照護者、身心障礙者、中低收入戶、經濟困難者、家暴及性侵害加害人與受害人、老人、高風險家庭、街友、物質成癮者、精神疾患患者等。

這些高風險族群常具有上述自殺危險因子，當遇上生活壓力事件，保護因子又不足時，其自殺可能性會比一般人高。以老人為例，根據臺灣不同年齡層粗死亡率，老人相較其他年齡層最高，可見針對各族群訂定不同自殺防治策略，並促成各部會網絡為刻不容緩之議題。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體民眾

1) 當重大自殺新聞事件（如名人自殺、集體自殺或攜子自殺）發生時，設立因應小組及對外窗口，並整合資源提供所需民眾運用：針對重大自殺事件設立緊急因應小組，適時提供大眾心理衛生教育宣導，並整理相關心理衛生及社會福利資源清單，供民眾運用。

- 相關業務單位：社會救助及社工司、心理及口腔健康司、社會及家庭署、保護服務司

2) 藉辦理大型宣導活動、演講、藝文活動

等，推廣正確心理衛生觀念，增進民眾心理衛生知識，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：以社區、校園為基礎，鼓勵基層辦理心理衛生教育宣導活動，並針對自殺防治議題（例如常見自殺相關之精神疾病、自殺危險因子、親友自殺意圖因應方式、求助資源）加強宣導。

- 相關業務單位：心理及口腔健康司、醫事司、社會及家庭署、護理及健康照護司

3) 因應在地特點，規劃心理衛生教育本土化宣導教材，並運用在地有效之媒體通路，定期宣導心理衛生相關資訊：鼓勵各縣市鄉鎮因應當地文化特點，結合當地資源，設計及推廣在地心理衛生教育宣導及自殺防治相關教材及文宣品。

- 相關業務單位：社會救助與社工司、護理及健康照護司、心理及口腔健康司、醫事司、社會及家庭署

2. 選擇性策略

標的：高風險族群

1) 結合現有的篩檢機制，針對高自殺風險族群進行篩檢：針對具有自殺危險因子的高風險族群，可結合原先部內推動的疾病篩檢機制，如愛滋病篩檢機制、憂鬱症篩檢等，融入一問、二應、三轉介的自殺篩檢步驟，對於評估有高自殺風險者，予以提



供轉介，以降低自殺風險。

- 相關高風險族群舉例說明：癌症患者、慢性病患者、遺傳性疾病的患者及家屬、罕見疾病的患者、憂鬱症患者。
- 相關業務單位：國民健康署、長期照顧司。

2) 推廣心情溫度計及心理衛生資源：要使民眾能迅速了解心理照護的需求，目前自殺防治工作中主要使用的為心情溫度計（BSRS-5），為強化篩檢與辨識可能有自殺風險的人，除了加強此量表的推廣，增設辦理心情溫度計使用辦法活動，亦可將關懷單張附上心情溫度計的量表與app、QRcode，同時將心理衛生資源放置於背面，使一般民眾與專業人員及時了解心理照護需求，並在有需要時能有資源及時求助。

- 相關高風險族群舉例說明：經濟困難者、家暴及性侵害加害人與受害人
- 相關業務單位：社會救助與社工司、保護服務司、心理及口腔健康司

3) 推動珍愛生命守門人教育訓練：針對可能會接觸自殺企圖者的人員進行珍愛生命守門人訓練，以一應二問三轉介為原則，結合民間團體共同推廣協助一般大眾可以成為彼此生命的守門人，如與憂鬱症防治協會共同推動珍愛生命守門人課程。

- 相關高風險族群舉例說明：高風險家庭、罕見疾病的患者、慢性疾病的患者、遺傳性疾病的患者及家屬、中低收入戶、經濟困難者、家暴及性侵害加害人與受害人、精神疾患患者、街友、物質成癮者
- 相關業務單位：國民健康署、社會救助與社工司、護理及健康照護司、醫事司、心理及口腔健康司、中醫藥司、衛生福利人員訓練中心、社會及家庭署

4) 與社區或地方團體合作，成立義工組織：加強義工組織建立與自殺防治能力培訓，與各區心理衛生中心結合，以關懷民眾身心健康，強化自殺防治工作推廣。如成立社區義工巡守隊，定期巡視、發送愛心餐給弱勢族群，藉由定期接觸、關懷，發揮在地服務與安心關懷的精神。

- 相關高風險族群舉例說明：高風險家庭、獨居老人、經濟困難者
- 相關業務單位：社會救助與社工司、心理及口腔健康司

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

1) 管控自殺關懷通報系統，精進整體運作功能：監督各通報機關確實進行通報，並管理接獲通報端之處理機制，確保通報流程效能通暢。

- 相關業務單位：綜合規劃司、心理及口腔健康司、護理及健康照護司、醫事司、中醫藥司、社會及家庭署

2) 增進自殺關懷訪視員服務效能：提供自殺關懷訪視員完整職前及在職繼續教育訓練，建立完善督導及考核機制。經由訓練強化訪員專業能力，包括自殺危機處理、個案整體需求評估、資源連結及訪視紀錄撰寫等。此外，若經費允許，建議增加訪員人數以及完善訪員職涯制度以減低訪員平均案量，長期深耕訪員與個案間關係，提升服務品質與效能。

- 相關業務單位：心理及口腔健康司

3) 強化第一線醫療人員、社工員（師）、心理師、輔導員之自殺危機辨識及處理能力：針對第一線人員辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺的關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。

- 相關業務單位：社會救助及社工司、護理及健康照護司、醫事司、心理及口腔健康司、中醫藥司、長期照顧司
- 4) 持續推動自殺者親友及遺族關懷：為自殺者親友進行去汙名化宣導，並提供支持與關懷服務，例如辦理遺族支持團體。
- 相關業務單位：心理及口腔健康司
- 5) 建立共訪機制：針對高風險自殺倖存而未就醫者，由專業團隊分工負責，建立共同訪視機制，聯合相關資源，例如社區、宗教或醫療及社福等系統。由關訪員定期關懷訪視，相關資源系統於評估危機程度後，得以及時介入、轉介資源，以幫助穩定個案身心狀況。
- 相關業務單位：心理及口腔健康司、社會救助及社工司、社會及家庭署
- 6) 強化就醫自殺個案出院後追蹤關懷機制：針對就醫自殺企圖個案，督導醫院整合醫師、護理師、心理師、社工師、關懷訪視員等相關人員，強化醫院自殺防治小組之功能，協助個案制定離院準備計劃、進行院外資源連結及轉介，並因應個案情況，提供關懷訪視員後續關懷追蹤計劃之建議。
- 相關業務單位：心理及口腔健康司



二、教育部

(一)業務權責

教育部為中華民國有關教育學術、體育及青年事務的最高主管機關，並監督各地方政府的教育行政機關。教育部長期以來即推動一系列之自殺防治措施。除以強化之生命教育課程外，未來更應落實實際有建構的校園體制之自殺通報系統功能，對外連結相關之心理衛生及精神醫療相關資源，以達成早期預防、辨識、處置及轉介治療的目標。

(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子(如下表)

2. 相關高風險族群舉例說明

影響青少年自殺的危險因子有很多，可見上表的危險因子，大致分為兩項：基因遺傳與環境（家庭、學校、社會）。基因遺傳包括精神疾患，如情感性疾患，或一些慢性疾病，如癌症等，都有可能提高青少年的自殺比。

另外環境因子則顯示在特殊家庭環境成長的孩童，如低社經狀態、低教育水準、照顧者失業、原住民或外來移民（語言隔閡、價值觀衝突）、家暴家庭等，都可能是自殺高風險群；在學校也可能會碰到性別認同、性取向等自我認同與接納問題，若青少年發展過程中缺少接納，缺乏支持，將可能造成自我貶低，對生命產生迷惘。此外，曾有過自殺企圖的青少年更是自殺高風險的族群之一。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：青少年、家長、教師、職員

1)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；亦保護校園裡師生，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。

2)透過宣導活動、演講、課程的辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，增進青少年、家長、教師的心理衛生知識，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。（如下頁表）

影響層面	自殺危險因子
個人生理與心理層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖、校園與網路霸凌
環境層面	模仿效應、經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導

相關法規	法規內文
兒童及少年福利與權益保障法	第46條 「為防止兒童及少年接觸有害身心發展之網際網路內容，網際網路平臺提供者應訂定自律規範採取明確可行防護措施」
	第49條之14項 「於網際網路散布或播送有害兒童及少年身心健康之內容，未採取明確可行之防護措施，或未配合網際網路平臺提供者之防護機制，使兒童或少年得以接取或瀏覽」

3) 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

標的：高風險族群

- 1) 針對高自殺風險族群進行篩檢：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、三轉介的自殺篩檢步驟，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。
- 2) 推廣心情溫度計及心理衛生資源：要使教師及家長能迅速了解學生心理照護的需求，強化篩檢與辨識可能有自殺風險的學生，目前自殺防治工作中積極推動心情溫度計（BSRS-5），除了篩檢外，也能強化師生自我健康覺察的能力。除了加強此量表的推廣，增設辦理心情溫度計使用方法的演講與課程，亦可將關懷單張附上心情溫度計的量表與APP、QRcode，同時將心理衛生資源放置於背面，發放給各校的教

師與家長，增進心理照護需求的瞭解，並在有需要時能有資源及時求助。如可在家長日發給與會家長。

3) 推動珍愛生命守門人教育訓練：針對可能會接觸自殺企圖者的教師、家長、偏鄉數位關懷教師進行珍愛生命守門人訓練，以一問二應三轉介為原則，如可在師資培育政策中設置此課程為教師的必修課程，或者設為資格考核標準之一；樂齡學習中亦可推廣此課程。

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。

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

- 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) 持續推動自殺者同儕及遺族關懷：為自殺者同儕進行去汙名化宣導，並提供支持與關懷服務，例如辦理班級輔導。

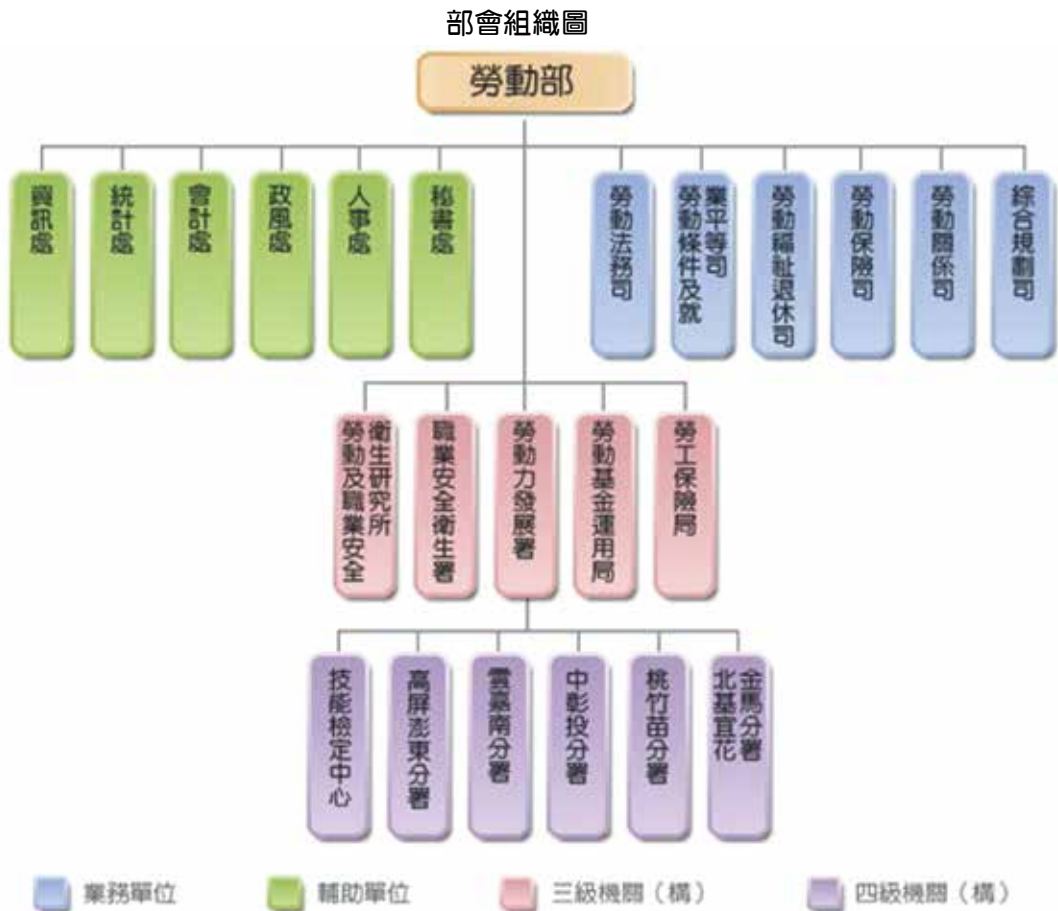


三、勞動部

(一)業務權責

勞動部為全國勞動業務之主管機關，主要掌理勞動政策規劃、國際勞動事務之合作及研擬；勞動關係制度之規劃及勞動關係事務之處理；勞工保險、退休、福祉之規劃、管理及監督；勞動基準與就業平等制度之規劃及監督；職業安全衛生與勞動檢查政策規劃及業務推動

之監督；勞動力供需預測、規劃與勞動力發展及運用之監督；勞動法律事務之處理與相關法規之制（訂）定、修正、廢止及解釋；勞動統計之規劃、彙整、分析及管理；勞動與職業安全衛生之調查及研究等勞動事項。其部會組織如下圖。



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人生理與心理層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具

2. 相關高風險族群舉例說明

包括高工時高壓力工作族群，或高勞動力工作者，例如：醫生、護士、律師、卡車司機；長期失業者、退休族群、身心障礙者、中低收入戶、經濟困難者、物質成癮者、精神疾患患者、在職場上經歷過自殺事件者。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體勞動工作者

1) 可透過大型宣導活動、傳播媒體、演講、藝文活動辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化，落實職場之心理健康促進：製作相關文宣，於特定時節進行心理健康相關宣導或發放。也可建議公司行號定時舉辦心理健康促進、自殺防治與壓力管理相關課程，或由主管機關定期舉辦課程，邀請公司派員參與。員工及主管了解心理健康之重要性，學習覺察自身的心理狀態，以及在怎麼樣的情況下需要尋求資源。

- 相關業務單位：職業安全衛生署、勞動福祉退休司、勞動關係司

2. 選擇性策略

標的：過勞勞工、低薪勞工、失業勞工、自殺身亡勞工之同事

- 1) 推動珍愛生命守門人教育訓練：提供守門人訓練給第一線接觸勞工的相關人員，包括勞檢員、勞資調解員、就業輔導員等，強化相關人員辨識自殺高風險族群並給予關懷、提供轉介資源等能力。
- 相關高風險族群舉例說明：過勞勞工、低薪勞工、失業勞工、遇勞資糾紛之勞工
 - 相關業務單位：勞動關係司、勞工保險局、職業安全衛生署、勞動力發展署

2) 推廣心情溫度計：於勞工諮詢、勞資調解、職業訓練等場域發放心情溫度計宣導單張，提供勞工自我檢測心理健康工具及可運用之心理衛生資源。

- 相關高風險族群舉例說明：遇勞資糾紛之勞工、失業勞工、過勞勞工、低薪勞工、退休勞工
- 相關業務單位：勞動關係司、勞動福祉退休司、職業安全衛生署、勞動力發展署

3) 提供心理衛生資源給遭遇員工自殺身亡之企業部門：職場發生員工自殺事件後，往往讓周遭領導者、同事難以接受，也產生情緒反應。適當的輔導資源介入將有助於情緒紓解及提升自我照顧能力，因此建議提供相關心理衛生資源供企業運用。

- 相關高風險族群舉例說明：員工自殺之職場相關人員
- 相關業務單位：職業安全衛生署

3. 指標性策略

標的族群：曾有自殺企圖的勞工、自殺身亡勞工遺族

1) 輔導公司企業針對自殺企圖者提供後續關懷：根據研究，曾有過自殺行為之族群，其再度自殺之機率較一般人高。因此，針對曾有自殺企圖之勞工，建議公司企業提高敏感度，定期給予關懷，以防憾事發生。

- 相關高風險族群舉例說明：曾有自殺企圖之勞工，以及自殺身亡員工之眷屬
- 相關業務單位：勞動福祉退休司、職業安全衛生署

四、內政部

(一)業務權責

掌理全國內務行政事務。對於各地方最高級行政長官，執行本部主管事務，有指示、監督之責。就主管事務，對於各地方最高級行政長官之命令或處分，認為有違背法令或逾越權限者，得提經行政院會議議決後，停止或撤銷之。其部會組織如下圖。



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具

2. 相關高風險族群舉例說明

包括警消人員、災後遺族、新住民、自殺企圖者、離婚伴侶、急診患者親友，這些高風險族群常具有上述自殺危險因子，當遇上生活壓力事件，保護因子又不足時，其自殺可能性會比一般人高。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：警察、消防人員

- 1) 透過教育訓練、演講、宣導活動辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，增進警消人員

的心理衛生知識，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：可辦理演講，邀請相關精神衛生與醫療之專家學者、作家等人員，針對心理健康和精神疾病進行演講，如壓力紓解技巧、創傷後壓力症候群、憂鬱症等，和警消人員分享；另外在教育訓練中，設立各類精神疾病認識、壓力因應技巧的課程，讓警消人員更加認識精神疾病的原由，並具備知識與技巧，能夠照護自身內在心理健康，同時也發揮「及早發現及早治療的精神」降低警消人員因無病識感而延後就診治療。

- 相關業務單位：警政署、消防署、中央警察大學

2. 選擇性策略

標的：高風險族群

- 1) 針對高自殺風險族群進行篩檢：針對具有自殺危險因子的高風險族群，藉由提升有機會接到高自殺風險族群的專業人員訓練，融入一問、二應、三轉介的自殺篩檢步驟，對於評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險，如可藉由消防人員接觸到急診患者家屬，進行一問二應三轉介。

- 相關高風險族群舉例說明：一般大眾、警消人員、災後遺族、新住民、自殺企圖者、離婚伴侶、急診患者親友
- 相關業務單位：警政署、消防署、戶政司、移民署

- 2) 推廣心情溫度計及心理衛生資源：要使專業人員及一般民眾能迅速了解心理照護的需求，目前自殺防治工作中主要使用的為心情溫度計（BSRS-5），為強化篩檢與辨識可能有自殺風險的人，除了加強此量表的推廣，增設辦理心情溫度計使用辦法活動，亦可將關懷單張附上心情溫度計的量表與APP、QRcode，同時將心理衛生資源

放置於背面，發放給高自殺風險的族群，使一般民眾與專業人員及時了解心理照護需求，並在有需要時能有資源及時求助。

- 相關高風險族群舉例說明：離婚者、警消人員、新住民
- 相關業務單位：警政署、消防署、戶政司、移民署

- 3) 推動珍愛生命守門人教育訓練：針對可能會接觸自殺企圖者的人員進行珍愛生命守門人訓練，有助於提高自殺預防(Teo et al., 2016)。以一問二應三轉介為原則，培養專業人員成為大眾生命的守門人，如可在警消人員的訓練推動課程，並將此設為考核項目。

- 相關高風險族群舉例說明：一般大眾、警消人員、災後遺族、新住民、自殺企圖者、離婚伴侶、急診患者親友
- 相關業務單位：警政署、消防署、戶政司、移民署、中央警察大學、役政署

- 4) 針對常見的自殺方法進行防治：針對常見的自殺方法，如高處墜落、溺水、燒炭、氫氣、一氧化碳自殺、引爆瓦斯自殺，對於該自殺方法的防治或防治設施的安裝進行法規上的規範或宣導。

- 相關高風險族群舉例說明：一般大眾、警消人員、災後遺族、新住民、自殺企圖者、離婚伴侶、急診患者親友
- 相關業務單位：中華民國內政部建築研究所、營建署、消防署

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

- 1) 強化第一線輔導員、警消人員之自殺危機辨識及處理能力：針對第一線人員輔導員、警消人員辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺的關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。



- 相關業務單位：警政署、消防署
- 標的單位：消防署訓練中心、消防署救災救護指揮中心、警政署教育組、警政署警政署勤務指揮中心、警政署交通組、消防署緊急救護組、警政署防治組

2) 持續推動自殺者親友及災後遺族關懷：為自殺者親友、災後遺族，並提供支持與關懷服務。

- 相關業務單位：警政署、消防署
- 標的單位：消防署災害管理組、消防署民力運用組、消防署緊急救護組、警政署交通組

相關法規與建議如下表。

自殺方法	相關法規	建議策略
高處墜落	建築技術規則建築設計施工編第76條 第三項第一款規定「常時關閉防火門須免用鑰匙即可開啟，並應裝設經開啟後可自行關閉之裝置」	可加入頂樓之防火門須安裝感應裝置，提供大樓管理人員警戒
	建築技術規則建築設計施工編第1條 第九項第三款規定「女兒牆高度在一點五公尺以內」	可提升高度上限，避免有自殺意圖者使用
溺水	發展觀光條例第60條 「於公告禁止區域從事水域遊憩活動或不遵守水域遊憩活動管理機關對有關水域遊憩活動所為種類、範圍、時間及行為之限制命令者，由其水域遊憩活動管理機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並禁止其活動。……」	於偏僻的水域場合設立警語相關告示牌，並增列心理衛生資源專線
	水域遊憩活動管理辦法第7條 「水域管理機關或其授權管理單位基於維護遊客安全之考量，得視需要暫停水域遊憩活動之全部或一部。」	
燒炭	各類場所消防安全設備設置標準第7條 「各類場所消防安全設備如下：一、滅火設備：指以水或其他滅火藥劑滅火之器具或設備。二、警報設備：指報知火災發生之器具或設備。」	可檢測住宅、旅館和其他各類場所之火災警報器設置。
	住宅用火災警報器設置辦法第3條 「住宅用火災警報器安裝於下列位置：一、寢室、旅館客房或其他供就寢用之居室；二、廚房。三、樓梯…」	
	消防法第6條 「消防安全設備之設置：不屬於第一項所定標準應設置火警自動警報設備之旅館、老人福利機構場所及中央主管機關公告場所之管理權人，應設置住宅用火災警報器並維護之…」	
	商品標示法第10條 「商品有下列情形之一者，應標示其用途、使用與保存方法及其他應注意事項：一、有危險性。二、與衛生安全有關。三、具有特殊性質或需特別處理。」	
氫氣 一氧化碳	桃園縣政府消防局一氧化碳偵測警報器設置原則第1條 「桃園縣政府消防局為執行桃園縣火災預防自治條例第七條一氧化碳偵測警報器之設置，特訂定本原則。」	可於外包裝加上心理資源專線

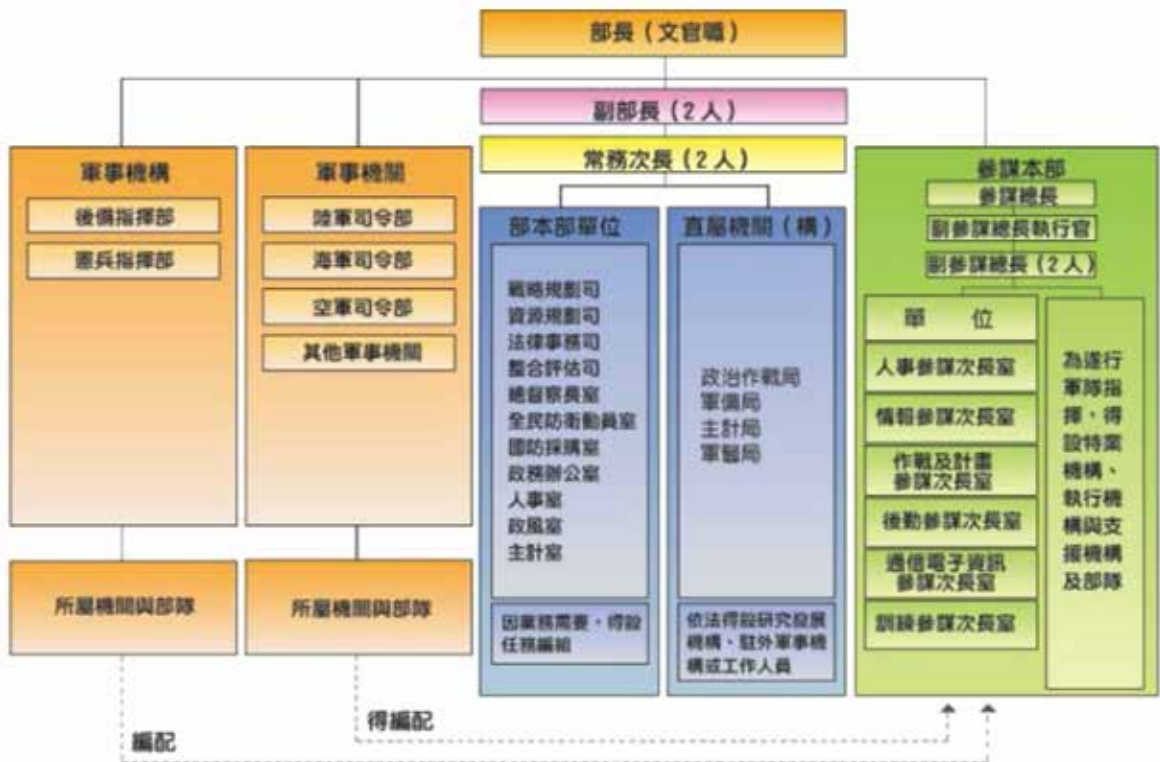


五、國防部

(一)業務權責

國防部為我國最高的軍事行政機關，掌生存與發展。對各級地方軍事機關負有業務指導、監督和協調的責任。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理層面	曾透露自傷訊息、家族具有自傷史
環境層面	經濟問題、家庭問題、情感問題(含婚姻關係)、適應問題(含工作壓力)
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導

2. 相關高風險族群舉例說明

包括曾經自傷、曾經自殺、個人債務、近期至親過世、分手、家庭不睦、軍中適應困難及人際關係問題的現役軍人（軍官役、士官役、士兵役）。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：針對國軍官、士、生、兵(替代役)、文職及聘僱人員。

1)透過心理衛生推廣教育、個案處遇、團體輔導、心理測驗、教育訓練、研究發展與輔導行政等各項官兵心理衛生工作，並偕同「國軍自殺防治中心」，全面宣導正確心理衛生觀念，增進國軍心理衛生知識，持續推動自殺防治工作。

- 相關業務單位：政治作戰局與軍醫局

2. 選擇性策略

標的：新進人員、一般官兵、輔導個案及常備兵役軍事訓練役男

- 1)國軍心理輔導體系依有效輔導分工原則，並與國軍精神醫療體系結合，建立「三級防處體系」，發揮「初級發掘預防」、「二級專業輔導」、「三級醫療處遇」之三級防處架構，以促進官兵心理健康及防範自我傷害肇生。
- 2)依「自殺防治系列手冊：心情溫度計-簡式健康量表(BSRS-5)」為宣導教材，要求全軍隊所屬幹部說明施測目的、做法及後續

處製作為等，並購製宣導品、撥發全軍心衛中心運用，同時製播「心情溫度計」宣教系列影片，加強全面推廣運用該量表。

3)提供免費心理衛生諮詢專線。

- 相關業務單位：政治作戰局、軍醫局。

3. 指標性策略

標的：曾經自傷、曾經自殺、透露自殺意念或擁有自殺高危險因子的國軍人員

- 1)強化國軍三級防處體系之全體人員對於自殺危機辨識及處理能力。
- 2)針對自殺者、自傷者或自殺高危險族群提供支持、關懷與精神醫療轉介服務，並綿密家屬聯繫，已達三方(部隊、家屬及精神醫療)共管。
- 3)常見自殺方法進行防治：針對軍人族群的自殺方法，如使用槍枝自盡、上吊，進行相關政策預防。
 - 相關業務單位：政治作戰局與軍醫局



六、法務部

(一)業務權責

法務部為我國法務行政的主管機關，負責掌理全國檢察、矯正、政風及行政院的法律事務，並對於民眾在司法上有著打擊犯罪、為民眾伸張正義等各項重要施政業務，幫助人民在生活上得以安心安定。

本部所屬機關大略分為檢察、調查、廉政、行政執行、矯正五大系統，其中矯正署(轄屬各監獄、看守所、戒治所、技能訓練所、少年觀護所、少年矯正學校、少年輔育院)。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺相關性

1. 服務標的族群之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	年輕男性、老年人，特別是老年男性、原住民、精神疾病患者（迷幻藥、麻醉中毒、因妄想、幻覺自殺）、褫奪公權者、社會孤立者、酒精與藥物或其他物質濫用者、曾有企圖自殺者、判重刑、個人聲譽受損/良心譴責、經濟困難、情感或人際關係問題、家庭或情感發生變故
環境層面	監獄為封閉/遭隔離環境、矯正機構未納入社區心理衛生方案、夜間/周末人力短缺時
社會文化層面	缺乏社會支持

2. 相關高風險族群

包含出入監所造成或相關之精神問題，譬如受刑人本身人格特質屬於較脆弱、對於拘捕或監禁所帶來的心理衝擊、藥癮之戒斷症狀，

預期為長期服刑、判下重刑而自殺者、聲譽受損而自殺者，該給予高度關懷。

歸納以上這些高風險族群具有之危險因子，特別當超時工作或未經訓練的矯正機構人

員、健康照護及心理衛生人員的疏忽，可能會錯失自殺的早期警訊。另外，若矯正機構未被納入社區心理衛生照護方案時，讓受刑人會很少甚至是毫無機會去接觸到精神醫療專業人員而導致無法即時發現症狀、接受治療，這些狀況都可能會錯過自殺預防之介入時機。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體民眾

1) 當發生自殺新聞事件時，媒體與矯正防治專業人員應針對事件成立因應團隊接受媒體採訪、撰寫評論以及矯正短文，並針對重大事件發表評論及文章：例如當有監獄自殺事件發生時，可以建立專案小組，針對遺族家屬、一般民眾所需要的經濟、生活類救助資源整合，於媒體採訪時解說，幫助民眾在面對類似情形時，了解能夠求助的相關單位尋求幫助，適時可以得到資源轉介。

- 相關業務單位：教化輔導組、後勤資源組

2) 定期針對受刑人規劃不同的心理衛生活動，透過大型宣導活動、媒體、藝文活動，推廣面對內心壓力時該如何舒解壓力：例如透過放鬆、尋找重要他人訴說、輔導員幫助舒解壓力，或者是當面對心情憂鬱時，該如何去面對，同時邀請相關專業人員，針對自殺防治、徵兆、潛在的言行表徵，發揮早期發現、早期治療的精神，幫助受刑人找到紓解內心壓力的出口。

- 相關業務單位：教化輔導組、後勤資源組

3) 監控自殺關懷通報系統，精進整體運作功能，落實監獄通報流程，以及管理端之接獲通報之處理機制，確保通報流程效能通暢，並能夠及時提供介入救援：例如確保監獄與警察相關機關間的公文傳遞流程，

確實掌握時效，避免執行人員當下警覺性不足錯失辨識、應答、轉介時機。

2. 選擇性策略

標的：高風險族群

1) 辨識高風險族群的特徵與情境：針對機構工作人員，訓練自殺防治相關評估、查覺風險徵兆：例如剛被逮捕/監禁前的居留者、受審前的拘留者、被判刑的囚犯觀察，針對監獄的環境容易發生自殺行為的原因、工作人員對自殺的態度、潛在的自殺危機因子、高風險自殺時段、警訊和徵兆、近期監獄與機構的自殺或嚴重自殺企圖事件，以及監獄自殺防治策略要點進行訓練。

- 相關業務單位：教化輔導組、安全督導組、矯正醫療組

2) 心情溫度計及心衛資源：期使矯正人員以及受刑人了解心理照顧需求，在監獄內定期透過心理溫度計測量受刑人的心情狀態：例如定期監控受刑人的心情、了解受刑人壓力來源、時常關懷受刑人平時身心狀況，並將量表資料能夠彙整到會接觸到此受刑人的相關單位，讓資料共享，增強不同單位間的溝通協調，增強辨識監控，有助於自殺防治。

- 相關業務單位：教化輔導組

3) 推動珍愛生命守門人教育訓練：針對接觸受刑人的矯正人員、受刑人，進行珍愛守門人訓練，以一應二問三轉介為原則，幫助帶入憂鬱症防治內容，推動辨識高風險受刑人員憂鬱症徵兆：例如例行性的安全檢查以及辨識、監看自殺意圖或心理疾病的可能指標，像是會哭泣、失眠、行動遲緩、超乎尋常的來回踱步/坐立不安；心情上、飲食或睡眠習慣的改變；對各種人際行為失去興趣；拒絕服藥或增加用藥劑量。



- 相關業務單位：教化輔導組、安全督導組、矯正醫療組

4) 針對受刑人常見的自殺方式，進行自殺防治策略建議：例如針對精神衛生法第3條以及毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第6條之規定，施用毒品者需要的是治療，而非監禁或處罰，需注意受刑人的生活環境限制、社會互動狀態，以輔助受刑人健全成長為核心，提供受刑人身心發展所需要的輔助、經濟及社會資源，協助其社會發展與社會適應。(如下表)

- 相關業務單位：教化輔導組、矯正醫療組

5) 針對青少年受刑人後續的追蹤輔導：依據少年事件處理法第四十二條之規定，青少年受刑人需進行訓誡併假日生活輔導、保護管束、保護管束併勞動服務、安置輔導、感化教育(例如：禁戒、治療)，建議結合社區、校園、家庭、醫療等資源共同提供青少年復學、就業、技職訓練，以利回歸社會，共同關懷其身、心理健康與人際支持，協助其適應社會發展。

- 相關業務單位：教化輔導組

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

1) 輔導開設針對自殺倖存者、遺族、矯正人員的安心支持團體，發展矯正機關本身足夠的資源或是連結社區導向的心理健康服務資源，隨時確保提供必要的專業介入：例如在過程中可能經歷許多高壓狀態，若能夠多針對了解事情經過、互相分享同儕間的壓力及感受，則可能會對這些人員有所幫助。

- 相關業務單位：教化輔導組、安全督導組、矯正醫療組

2) 當高自殺風險的受刑人可能需要穿著保護衣或是受到約束時，必須要有適當而清楚的方針和程序並研擬相關防治措施：例如不合適約束的情境、確保最不具限制性的替代方式優先使用辦法、安全的議題、使用約束的時間限制、約束時監控和監督的需要性，以及和心理衛生專業的聯繫。

- 相關業務單位：教化輔導組、安全督導組、矯正醫療組

自殺方法	相關法規
藥物濫用	精神衛生法第3條 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者。
	毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準第6條 檢察官為緩起訴處分前，應得參加戒癮治療被告之同意，並向其說明完成戒癮治療應遵守事項後，指定其前往治療機構參加戒癮治療。未滿二十歲之被告，並應得其法定代理人之同意。



七、行政院農業委員會

(一)業務權責

行政院農業委員會（簡稱農委會）是全國農業行政事務之最高主管機關，除了主管農、林、漁、牧及糧食行政事務之外，對於地方政府執行農業相關事務亦有指示、監督之責。其部會組織如下圖。

直屬機關：農糧署、漁業署、動植物防疫檢疫局、農業金融局、林務局、水土保持局、農業試驗所、林業試驗所、水產試驗所、畜產

試驗所、家畜衛生試驗所、農業藥物毒物試驗所、特有生物研究保育中心、桃園區農業改良場、苗栗區農業改良場、臺中區農業改良場、臺南區農業改良場、高雄區農業改良場、花蓮區農業改良場、臺東區農業改良場、茶業改良場、種苗改良繁殖場、屏東農業生物技術園區籌備處。

行政院農業委員會業務單位及附屬機關



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	重大身體疾病、久病不癒、家族自殺史、性格衝動、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	模仿效應、經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導



2. 相關高風險族群舉例說明

2012年至2019年之間，分析各年齡層之巴拉刈自殺死亡率自殺，主要以65歲自殺死亡率最高，將近2.5人／每十萬人口，而其餘年齡層大多小於2.0人／每十萬人口。24歲以下人口則不到0.5人／每十萬人口。其中，可以發現巴拉刈自殺死亡率隨年齡層逐漸上升，顯示巴拉刈在老年自殺議題中扮演著重要角色。75歲以上的自殺者中，大約每14名內就有1名是因巴拉刈所致，是老年人口群自殺的主要因素之一。此外，使用巴拉刈自殺者主要以男性居多，男性約為女性的2.5倍，顯示巴拉刈在男性自殺議題的重要性大於女性。

另外，中南部地區務農比例都較高，可以看出各地區的都市發展差異，因此農藥自殺防治更需關注在農業就業人口較高的地區。108年2月開始禁止巴拉刈販售及使用後更是可以看到在農業縣死亡率下降43.9%，而農業縣市整體標準化死亡率則下降3.78%，顯見此一策略效果良好，因此後續針對其他劇毒性農藥強化管制措施是自殺防治策略中重要的手段。

(三) 自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體民眾、含農業相關從業人員及其家屬

- 1) 在農藥管理上，推動禁用巴拉刈：放眼國際，因巴拉刈對人體之高劇毒性，近年來世界不僅歐盟國家已禁用，某些非洲國家、亞洲國家，甚至和臺灣發展程度相近的韓國也在2012年禁用。根據2015年臺灣通報資料顯示，農藥自殺的通報總數為1,340人次，其中有256通報人次中特別註記為使用除草劑（巴拉刈），通報數大多數集中於中、南部地區，而臺灣則於2018年2月1日起禁止加工及輸入，自2019年2月1日起禁止分裝，並自2020年2月1

起禁止販賣及使用，同時持續推動劇毒農藥退場，以達友善環境、維護生態，及降低自殺工具可近性。

- 相關業務單位：動植物防疫檢疫局

- 2) 針對農民於自家儲藏農藥部分，建立完整零售農藥回收處理系統，並進行教育宣導，避免農民或家中其他人誤食誤用：例如可於農藥從業人員的相關課程中，讓民眾了解農藥的毒性及致死率，並加強宣傳正確使用農藥的概念。或是宣導每次農藥購買足夠使用的量即可，減少農藥囤放的數量、不要隨意更換裝農藥的容器、農藥應儲藏在不易輕易拿取的地方、推廣農藥儲藏箱等。因目前零售農藥過期在國內尚未建立完整的回收處理系統，農藥管理相關法令僅對廢止或撤銷許可證之農藥有強制回收或銷毀之規定，僅能嘗試要求上游供應商回收處理，或洽北中南三家合法之有害事業廢棄物清理機構進行清運處理（如下表），並將透過農藥流向管制逐步建立過期農藥回收機制。

- 相關業務單位：農藥毒物試驗所

- 3) 針對農藥空罐回收，加強宣導正當的回收步驟及回收管道，避免空罐內農藥殘留，誤用誤食，或是隨意丟棄廢棄農藥罐造成環境汙染：目前各縣市農業局已有針對農藥空罐回收進行推廣活動，例如回收農藥空罐可換回收金或小禮品。可持續的推動，鼓勵民眾落實農藥罐正確回收步驟。

- 相關業務單位：行政院環境保護署、動植物防疫檢疫局

- 4) 農藥安全使用推廣教育：根據商品標示法第10條「商品有下列情形之一者，應標示其用途、使用與保存方法及其他應注意事項：一、有危險性。二、與衛生安全有關。三、具有特殊性質或需特別處理」。

地區	名稱	地址	電話
北區事業廢棄物綜合處理中心	水美工程企業股份有限公司 觀音事業廢棄物資源回收廠	桃園縣觀音工業區國建三路1之5號	03-4836128
中區事業廢棄物綜合處理中心	榮民工程股份有限公司 彰濱事業廢棄物資源回收處理廠	彰化縣線西鄉彰濱西五路2號	04-7910135
南區事業廢棄物綜合處理中心	榮民工程股份有限公司 大發事業廢棄物處理廠	高雄市大寮區潮寮村華東路25號	07-7879572

又「農藥標示管理辦法」另導入標示全球調和制度(GHS)之危害圖式、危害防範圖式、警示語及危害警告訊息。相關自殺防治建議如下，包含規劃與辦理農業相關課程時，除宣導正確使用與儲存農藥之觀念，也應加入珍愛生命之理念，提供教育宣導給農民、農業相關業者、代噴業者等對象。

- 相關業務單位：輔導處、農糧署

2. 選擇性策略：

標的：高風險族群

- 1) 針對接觸農民之農會、農藥販賣業者、代噴業者等，推動珍愛生命守門人教育訓練：例如針對第一線接觸農民、老人之相關人員提供守門人訓練，包括各地農會、農藥販賣業者等，強化相關人員辨識自殺高風險族群並給予關懷、提供轉介資源等能力。

- 相關高風險族群舉例說明：農民、老人
- 相關業務單位：輔導處、動植物防疫檢疫局

3. 指標性策略：

標的：擁有自殺高危險因子從事農業的相關人員

- 1) 集合在地社區、民間及團體之人力資源，持續關懷與支持曾自殺者及自殺者遺族：透過當地民間及宗教團體、社區人民等組織自願性志工，以提供支持與關懷服務，透過社區團體活動強化高風險自殺族群的保護因子，並消除對為自殺者遺族親友之污名化。
 - 相關高風險族群舉例說明：農民、老人、自殺者遺族
 - 相關業務單位：輔導處



八、交通部

(一)業務權責

交通部主管全國交通行政及交通事業，涵 通政策、法令規章之釐定和業務執行之督導。其
蓋運輸、觀光、氣象、通信共四種領域，負責交 部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導、自殺模仿效應

2. 相關高風險族群舉例說明

包含自用汽機車駕駛、行人與一般用路人、老人、街友、精神疾患患者(Choi & Lee, 2017; Kim & Yang, 2017; Sun, 2016)。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：一般民眾

1)可透過大型宣導活動、傳播媒體、演講、藝文活動辦理，全面宣導正確心理衛生觀念及珍愛生命守門人理念，持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：例如當與交通有關之自殺事件發生時（例：臥軌、跳軌），有關單位可主動發出聲明，進行有關之衛教宣導。或平時可從用路安全方面切入，帶到心理衛生問題，並提供簡易的

求助資源，像是安心專線、生命線等。

- 相關業務單位：臺灣鐵路管理局、路政司、航政司、觀光局

2) 可於捷運站或鐵路安裝全高式月台門，設置物理障礙，減少捷運或鐵路自殺機率：例如在韓國的研究中，月台門被認為是防止地鐵站自殺的有效策略，特別是比人身還要高的全高式月台門能阻止民眾通往軌道區域，減少自殺機率，建議月台門的設置高度應該足夠，減少民眾翻越的可能性。(如下表)

- 相關業務單位：臺灣鐵路管理局、路政司、航政司
- 標的單位：各大車站、捷運站

3) 推廣「一問二應三轉介」的自殺防治守門人概念，以及印製小卡、手冊或海報等文宣品：例如於交通月台及交通工具中，張貼自殺防治、守門人等相關的海報或文宣進行宣導。

- 相關業務單位：臺灣鐵路管理局、路政司、航政司、觀光局
- 標的單位：捷運站

2. 選擇性策略

標的：高風險族群

1) 於自殺熱點與人煙稀少處放置自殺警語：例如於河邊、海邊、交通月台等自殺熱點

與人煙稀少處，張貼自殺防治相關警語之告示牌、海報或文宣。

- 相關業務單位：臺灣鐵路管理局、路政司、航政司、觀光局

2) 標的單位：捷運站將自殺防治課程納入旅館人員、各交通設施第一線工作人員培訓課程中：例如邀請專家學者於教育訓練中進行演講，了解自殺防治之重要性以及自身在其中所扮演的重要角色，學習「一問、二應、三轉介」之精神，了解自殺防治與自身工作之相關性，以及遇到自殺相關事件的因應方式，讓每一位第一線接觸到人群的工作者，都能成為守門人。

- 相關業務單位：臺灣鐵路管理局、路政司、航政司、觀光局
- 標的單位：旅館、捷運站

3. 指標性策略

標的：透露自傷訊息或自殺訊息的民眾

1) 強化基層人員對於自殺危機辨識及處理能力：例針對工作人員辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺的關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。

- 相關業務單位：臺灣鐵路管理局、路政司、航政司、觀光局
- 標的單位：各大車站、捷運站

相關法規	法規內容
大眾捷運法	第44條 大眾捷運系統營運機構，應於適當處所標示安全規定，旅客乘車時應遵守站車人員之指導。非大眾捷運系統之車輛或人員不得進入大眾捷運系統之路線、橋樑、隧道、涵管內及站區內非供公眾通行之處所。但屬非完全獨立專用路權之大眾捷運系統，其與其他運具共用車道部分，依第四十條第二項規定辦理。採完全獨立專用路權之大眾捷運系統路線，除天橋及地下道外，不得跨越。

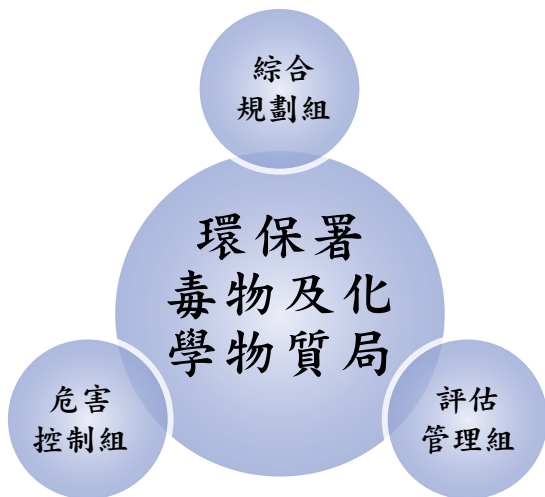
九、環保署/環境資源部

(一)業務權責

集結毒物及化學物品管理政策、法規擬訂，涵蓋災害防治策略、預防、監控及通報等事宜，及整合各部會依法或權責所建立之化學物質管理資訊，包括認證、申報、登記、許可

制度之相關資料，建立資料庫及流向追蹤之作法，協助防止有毒物質，避免危害國人健康的風險。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	一時情緒衝動、情感或人際關係問題、久病不癒
社會文化層面	缺乏社會支持

2. 相關高風險族群舉例說明

包括慢性疾病患者、經濟困難者、老人、高風險家庭、物質成癮者、精神疾患患者。這些高風險族群常具有上述自殺危險因子，當遇上生活壓力事件、衝動事件發生時，人際保護支持因子又不足，其自殺可能性會比一般人高。而根據自殺方式統計，發現中年至老年45歲以上至70歲最容易使用殺蟲劑、農藥、安眠藥物等毒藥做為自殺方式。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：一般民眾

- 1) 設置農藥、毒物、殺蟲劑、清潔劑等化學物質危險性之教育：例如在使用化學物質過程中，因有所不可忽略之危險性，若能教育民眾了解，將有助於民眾對自我保護及預防意識之提升。建議能與所轄縣市相關單位合作，例如農會、雜貨店等商

家、公務機關，辦理教育宣導活動。

- 相關業務單位：綜合規劃組、評估管理組

2) 召開化學物質危害評估會議：例如針對自殺事件常用的化學物質，加強與各部會討論管理化學物質以及社會所關注物質等強化管理辦法，邀集跨部會專家會議分析清單內之化學物質是否執行危害資訊與風險評估。經收集相關物化與危害資訊進行評估後，設立列管輔導辦法，並邀請相關部會毒化物學者進行專家諮詢，並透過與其他部會合作，宣導防治辦法，讓民眾更為了解對人體所產生可能的危機。

- 相關業務單位：危害控制組、綜合規劃組、評估管理組

2. 選擇性策略

標的族群：高風險族群

1) 研擬與協調法規管理有毒物質及風險評估：例如收集化學物質危害特性及風險評估，召開毒化物學者專家諮詢會議時邀請相關部會，評估化學物質列管可能性與建議毒性分類。而除了提供毒物特性及風險相關資訊，作為推動正確使用有毒物質的

依據，並可研擬管理法規如推動毒藥瓶罐安全標示、誤飲急救指示、添加催吐劑等。

- 相關業務單位：綜合規劃組、評估管理組、危害控制組

2) 落實人人都是自殺防治守門人，推廣「一問二應三轉介」的概念：針對使用藥劑自殺狀況，最重要的在於旁人能在第一時間了解回應狀態並予以協助。因此相關單位須能定期接受自殺防治訓練，認識與評估可能的風險狀況，並落實轉介之重要。

- 相關業務單位：綜合規劃組、評估管理組、危害控制組

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

1) 建立化學物質事件通報機制：例如為降低相關自殺方法之盛行，應建立化學物質相關問題之聯繫整合危機處理機制，與相關單位合作，有效處理問題，或不定期召開會議協商。(下表)

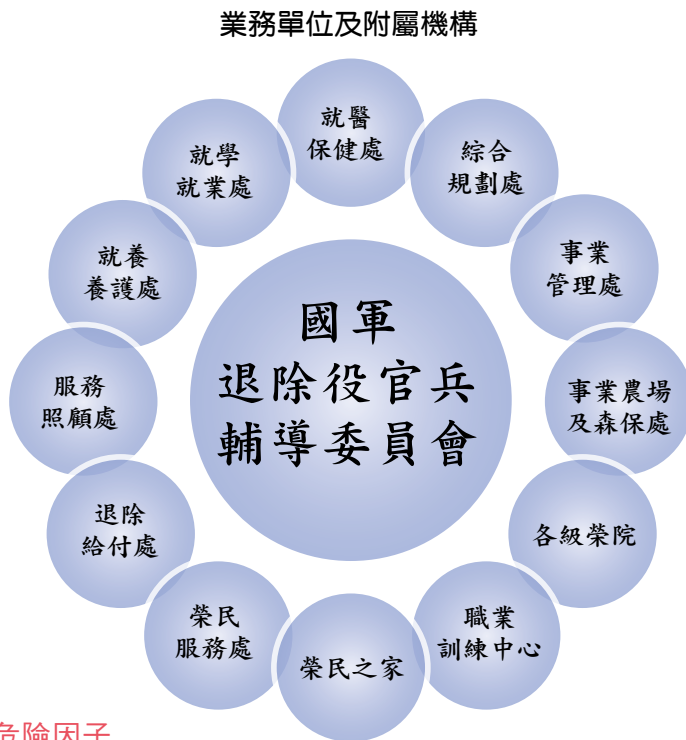
- 相關業務單位：綜合規劃組、危害控制組

相關法規	法規內文	建議策略
毒性化學物質標示及安全資料表管理辦法	第九條 毒性化學物質之運作場所及設施，應於明顯易見處所以公告板摘要標示下列事項： 一、第三條第一項規定之危害圖式、名稱、危害成分及警示語。 二、危害警告訊息：訊息內容應符合中華民國國家標準（CNS）一五〇三 〇所列各項危害特性，含毒理特性說明及避免吸入、食入或皮膚直接接觸之警語。 三、危害防範措施：含中毒急救方法、污染防制措施及緊急處理方法、警報發布方法、防火或其他防災器材之使用規定、人員動員搶救之規定及對緊急應變所應採取之通知方式。同一運作場所運作多種毒性化學物質者，得於同一公告板書寫各項標示內容；前項第二款及第三款之各項內容如有相同者，得合併書寫。	建議能於外包裝上加註生命關懷專線

十、國軍退除役官兵輔導委員會

(一)業務權責

國軍退除役官兵輔導委員會於1954年創立，自1966年起，統籌辦理輔導榮民就學、就業、就醫、就養及一般服務照顧等工作，展現「任重道遠」的精神傳承使命。其部會組織如下圖。



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人生理與心理層面	重大身體疾病、多重慢性疾病、個人或家族自殺史、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題
社會文化層面	缺乏社會支持、獨居

2. 相關高風險族群舉例說明

以中年與老年族群為主，老年人相較於年輕族群，老年人使用的自殺手法更為劇烈且致命性高，尤其當有經濟困難、缺乏心理社會支持、重大或慢性疾病等，且保護因子又不足時，自殺的風險會比一般人來得高。根據研究，老人的平均自殺死亡率高於其他年齡層，108年台灣65歲以上老人的自殺死亡率約十萬分之27.2。

(三) 自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：退役軍人、榮民及其眷屬

1) 透過大型宣導活動、傳播媒體、演講、藝文活動辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，增進心理衛生知識，持續推動自殺防治及精神疾病去汙名化(Karras et al., 2016)。

- 相關業務單位：服務照顧處、就養養護處、就學就業處、就醫保健處

2) 定期提供心理健康篩檢與諮詢，例如推廣心情溫度計（BSRS-5），並增設辦理心情溫度計使用方法的演講與課程。

- 相關業務單位：服務照顧處、就養養護處、就學就業處、就醫保健處

3) 推動珍愛生命守門人教育訓練，以一問二應三轉介為原則，共同推廣協助一般大眾可以成為彼此生命的守門人。

- 相關業務單位：服務照顧處、就養養護處、就醫保健處

4) 與地方居民或相關民間團體合作，成立巡守志工隊。

- 相關業務單位：服務照顧處

2. 選擇性策略

標的：獨居老人、多重慢性病患者、經濟條件不穩定者

1) 針對獨居老人提供及協助建立心理社會支持網絡。

2) 針對多重慢性病患者，可協助追蹤其就醫狀況與評估其心理健康。

3) 針對經濟弱勢之族群，可提供社會福利相關補助資源、就業諮詢與職業訓練等。

- 相關業務單位：服務照顧處、就養養護處、就學就業處、就醫保健處

3. 指標性策略

標的：曾企圖自殺者、自殺死亡者遺族、情感性精神疾病曾住院者

1) 根據國軍退除役官兵就醫辦法第九條「輔導會各服務、安養機構，應協助本辦法適用對象，辦理全民健康保險之投保或就醫等事宜。」：對於曾企圖自殺者、遺族與情感性精神疾病曾住院者提供支持與關懷，例如定期關懷訪視、協助轉介精神醫療機構或心理健康諮詢、追蹤後續醫療或就診狀況。

- 相關業務單位：服務照顧處、就養養護處、就醫保健處

十一、原住民族委員會

(一)業務權責

行政院為統合原住民族政策，保障原住民族權益，辦理原住民族業務，特設原住民族委員會，掌理原住民族政策、制度、法規之綜合規劃、協調及推動；原住民身分與原住民族之認定、部落之核定、原住民族自治與原住民族國際交流之規劃、審議、協調及推動；原住民族教育、文化、語言保存與傳承及傳播媒體之

規劃、審議、協調及推動；原住民健康促進、社會福利、工作權保障、就業服務、法律服務之規劃、協調及推動；原住民族傳統領域之研究、調查、諮商、規劃、協調、公告、權益回復及糾紛處理；所屬原住民族文化發展機構之督導、協調及推動。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	重大疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具

2. 相關高風險族群舉例說明

原住民蓄意自我傷害（自殺）死亡與藥物濫用之年齡層多為30~40歲之青壯人口。過去許多研究指出，原住民的憂鬱情緒與家庭關係有

高相關，而多半會透過藥物、酒精作為排解方式。其他影響心理健康的因子還有：都市化變遷、親職教養、教育、醫療衛生、就業與職場問題、生活習慣等等。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體原住民

1) 遵守六不六要的原則進行新聞報導：當有自殺事件發生時，原住民電視台可參考本中心根據世界衛生組織所提的六不六要原則，降低自殺模仿效應。

- 相關業務單位：教育文化處

2) 透過教會、社區活動，全面宣導正確心理衛生觀念，增進民眾心理衛生知識，持續推動破除自殺、精神疾病汙名化：可於日常社區活動，邀請醫師等專業人員，針對自殺防治相關概念和民眾分享，並宣導教育因應方法。另外，也能開設各類精神疾病及物質濫用的介紹，讓民眾更加認識精神疾病及物質濫用的影響與防治，降低民眾因無病識感而延後就診治療的可能性。

- 相關業務單位：綜合規劃處、社會福利處

3) 規劃原住民的心理衛生教育宣導教材，運用原住民的常用媒體通路，如原住民電視台，定期宣導心理衛生相關資訊：結合原住民電視台宣導自殺防治，除了介紹自殺企圖者可能有的心理狀態或行為，也協助宣傳相關支持資源與系統，讓一般民眾不僅認識自殺防治，更能在情緒不佳時尋找到有用資源。

- 相關業務單位：教育文化處

4) 透過部落領袖與長者之影響力宣導心理健康的重要性：原住民部落耆老或領袖有其崇高的地位以及影響力，因此在宣傳心理健康時擔任非常重要的角色。透過宣導與溝通，使領袖了解心理健康促進的重要性，藉助其成為宣導媒介，加強宣導的效果，並在宣導時也能得到部落的回應，修改宣導的內容與方式，而形成雙贏的局面。

- 相關業務單位：綜合規劃處

5) 透過部落、社區、地方居民或相關民間團體合作，成立巡守志工隊：結合部落領袖、居民等地方人士及民間團體，組織巡守志工隊或巡邏隊，定期巡視社區安全死角，形成安全保護網。

- 相關業務單位：綜合規劃處、社會福利處

2. 選擇性策略

標的：高風險族群，如有藥酒癮等物質濫用情形、經濟不穩定者

1) 結合現有接觸高風險族群的機構，針對高自殺風險族群進行篩檢：針對具有自殺危險因子的高風險族群，可在有機會接觸到高風險族群之機構推動自殺篩檢機制，以一問、二應、三轉介的自殺篩檢步驟，對於評估有高自殺風險者，予以提供轉介，降低自殺風險。

- 相關高風險族群舉例說明：家暴受害者、老人、經濟不穩定者

- 相關業務單位：社會福利處

2) 藉由部落互助機制，建立起部落的安全防護網：部落互助機制希望能以合乎文化脈絡的方式來推行各項措施，也有助於喚起青壯年原住民族對於傳統價值觀的信心和尊重。由部落培養種子，人人都成為彼此的守門人，有助於提升原住民心理健康。

- 相關高風險族群舉例說明：家暴受害者、一般原住民

- 相關業務單位：綜合規劃處

3) 推廣心情溫度計及心理衛生資源：要使專業人員及一般民眾能迅速了解心理照護的需求，目前自殺防治工作中主要使用的為心情溫度計（BSRS-5），為強化篩檢與辨識可能有自殺風險的人。除了加強此量表的推廣，增設辦理心情溫度計使用辦法活動，亦可發放關懷單張，附上心情溫度計



的量表與APP、QRcode，同時將心理衛生資源放置於背面，使民眾與專業人員及時了解心理照護需求，並在有需要時能有資源及時求助。如可於原住民家庭暨婦女服務中心、老人日間關懷站、職訓、教會中，發放心情溫度計的單張及心理衛生資源。

- 相關高風險族群舉例說明：一般大眾、家暴受害者、老人、經濟不穩定者
- 相關業務單位：社會福利處、綜合規劃處

4) 針對民間團體、部落領袖、社工，推動珍愛生命守門人教育訓練：關於原住民社區研究發現，守門人訓練是一個有發展性的自殺防治方法。因此，針對可能會接觸自殺企圖者的人員及部落中有影響力的人，如頭目，進行珍愛生命守門人訓練，以一應二問三轉介為原則，結合民間團體共同推廣協助一般大眾可以成為彼此生命的守門人，如與教會共同推動珍愛生命守門人課程。

- 相關高風險族群舉例說明：家暴受害者、老人、經濟不穩定者
- 相關業務單位：綜合規劃處

5) 結合在地組織，宣導心理健康及藥物濫用之相關知識：透過培育部落在地種子師資，結合地方機關、學校、原住民部落在地組織之人力物力資源，充分運用種子師資宣導心理健康暨藥物濫用防制之相關知識，提供高危險群族人具文化照護的關懷

與陪伴，期降低原住民蓄意自我傷害（自殺）死亡與藥物濫用之發生機率。

- 相關業務單位：綜合規劃處

3. 指標性策略

標的：自殺企圖者、遺族

1) 推動社區志工或關懷訪視員服務效能：可鼓勵有興趣之族人投入社會工作，並在取得資格後返鄉服務，藉由文化、背景及語言的共通性再加上專業之訓練，可使關懷服務更貼近需求。並且加強家婦中心中原住民族社工的專業知能，而能協助遭遇到的生活上或是經濟上困境的原住民族家庭，提供個案及時的照顧、關懷、福利資訊與資源的整合，以改善其生活。

- 相關業務單位：社會福利處、教育文化處

2) 透過社區及教會的網絡，運用在地人力資源，持續推動自殺者親友及遺族關懷：組織當地志工或聘請當地的原住民族人來擔任社工、社工助理、督導或服務員等職務。為自殺者親友進行去汙名化宣導，並提供支持與關懷服務，他們有非常強大的文化脈絡性、支持性以及在地優越性，他們很有可能剛好是案主的遠親，或是案主朋友的朋友。所以他們在生活上的連結是非常密切的，因此在部落中他們可以是宣導正確觀念及政策的推動上強大的力量，並協助辦理遺族支持團體。

- 相關業務單位：社會福利處、教育文化處



十二、國家通訊傳播委員會

(一)業務權責

2005年10月25日，立法院通過《國家通訊傳播委員會組織法》，以求落實憲法保障之言論自由，謹守黨政軍退出媒體之精神，促進通訊傳播健全發展，維護媒體專業自主，有效辦理通訊傳播管理事項，確保通訊傳播市場公平

有效競爭，保障消費者及尊重弱勢權益，促進多元文化均衡發展，提升國家競爭力等。隨後在2006年2月22日成立國家通訊傳播委員會。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務族群與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	精神疾病、物質濫用、絕望感、曾有創傷經驗、曾有自殺企圖、家族具有自殺史
環境層面	失業或財物損失、重大關係失落、易取得自殺工具、自殺模仿效應
社會文化	媒體報導影響、求助行為標籤化

2. 相關高風險族群舉例說明

若民眾具有上述自殺危險因子，保護因子（如家庭與社會支持）又不足時，自殺風險可

能會升高。舉例來說，對生活感到絕望的民眾若看到仔細描述自殺細節的相關新聞報導，容易產生模仿效應。



(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的族群：全體民眾、視聽族群

1) 實踐媒體報導六不六要原則：向媒體提倡 WHO 自殺相關新聞六不六要報導原則，減少腥羶色的內容，避免模仿效應產生。此外，也建議依據自殺防治法第 16 條、第 17 條，增列相關報導指引。

六不六要原則如下：

(1) 六不：不要刊登出照片或自殺遺書、不要報導自殺方式的細節、不要簡化自殺的原因、不要將自殺光榮化或聳動化、不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀、不要過度責備。

(2) 六要：當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論、用「自殺身亡」而非「自殺

成功」的描述、刊登在內頁而非頭版、突顯不用自殺的其他解決方法、提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源、報導危險指標以及可能的警訊徵兆。

• 相關業務單位：綜合規劃處、平臺事業管理處、電臺與內容事務處

2) 媒體識讀之培養：提升公民自主管理媒體環境，讓全民都能成為耳聰目明的閱聽人，減低模仿效應。

• 相關業務單位：電臺與內容事務處

相關法規	法規內文
自殺防治法	第 16 條 文宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載下列事項： 一、教導自殺方法或教唆、誘使、煽惑民眾自殺之訊息。 二、詳細描述自殺個案之自殺方法及原因。 三、誘導自殺之文字、聲音、圖片或影像資料。 四、毒性物質或其他致命性自殺工具之銷售情報。 五、其他經中央主管機關認定足以助長自殺之情形。 第 17 條 廣播、電視事業違反前條規定者，由目的事業主管機關處新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改正；屆期未改正者，得按次處罰。 前項以外之宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體違反前條規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處負責人及相關行為人新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並得沒入前條規定之物品、令其限期移除內容、下架或其他必要之處置；屆期不履行者，得按次處罰。

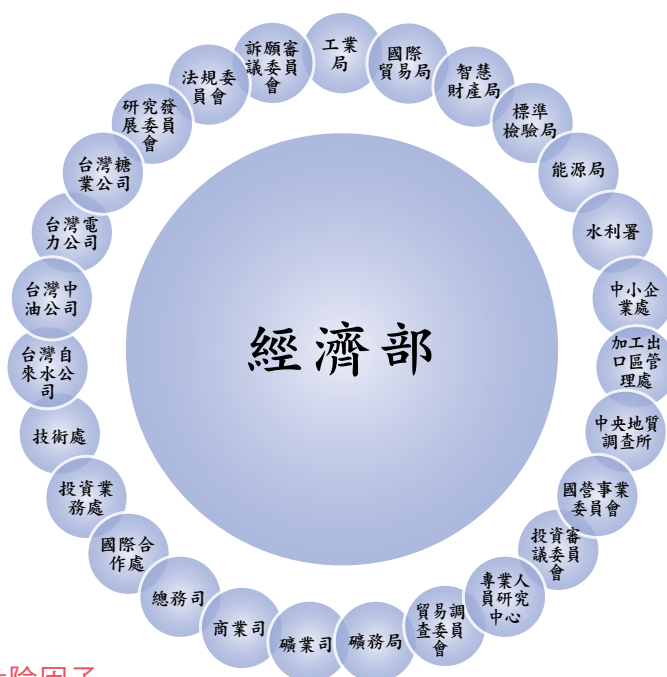


十三、經濟部

(一)業務權責

掌管全國工商業發展及國際貿易等產業事務，維持全國經濟行政運作，因應經濟情勢的改變及產業發展，制訂經濟政策，旨於創造有利經濟成長及企業經營發展的環境。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務對象與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
生理、心理與社會層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	模仿效應、經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導、自殺模仿效應

2. 高風險群舉例說明

分析近年自殺死亡數據，「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」為自殺方法之占率一直維持在25%左右，代表平均每4名自殺身亡個案中就有1位是以氣體相關方法進行，其中以燒炭為此方法的大宗。

有經濟問題之中年男性為燒炭自殺之常見族群，並且較少因情緒困擾而求醫，此外，採取燒炭自殺者具有偏好此類自殺方式之傾向，

不常轉換至其他自殺方式。因此木炭販售應為自殺防治的重點議題之一。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體民眾

1) 於木炭外包裝印製或張貼警語、求助資訊(例如安心專線1925免付費電話)。

- 相關業務單位：經濟部商業司



十四、海洋委員會

(一)業務權責

海洋委員會內部單位為綜合規劃處、海洋資源處、海域安全處、科技文教處、國際發展處、秘書室、人事處、政風處、主計處及資訊室。所屬機關(構)為海巡署、海洋保育署，國家海洋研究院。配合行政院組織調整於民國107年4月28日成立海洋委員會，「行政院海岸巡防

署」改隸為「海洋委員會海巡署」，持續執行海域及海岸巡防執法工作。

所屬機關為北部分署、中部分署、南部分署、東部分署、金馬澎分署、東南沙分署、艦隊分署、偵防分署及教育訓練測考中心。其部會組織如下圖。

部會組織圖



(二)服務對象與自殺危險因子

1. 相關面向之自殺危險因子

影響層面	自殺危險因子
個人心理與社會層面	重大身體疾病、家族自殺史、家暴、性侵與受虐及其他創傷經驗、藥物或酒精成癮、精神疾患、曾有自殺企圖
環境層面	經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具
社會文化層面	缺乏社會支持、媒體報導、自殺模仿效應

2. 相關高風險群舉例說明

若民眾具有上述自殺危險因子，保護因子（如家庭與社會支持）又不足時，自殺風險可能會升高。舉例來說，對生活感到絕望的民眾若看到仔細描述自殺細節的相關新聞報導，容易產生模仿效應。

(三)自殺防治策略實施方針

1. 全面性策略

標的：全體民眾

- 1) 將自殺熱點區域納入規畫設置巡邏區(Cox et al., 2013)：定期與各縣市衛生局分析及討論自殺死亡人數較多之海域或地點，並針對該地點定期派員巡邏，以減少自殺工具之可近性。

- 相關業務單位：巡防組、北部分署、中部分署、南部分署、東部分署、金馬澎分署、東南沙分署、艦隊分署

2. 指標性策略

標的：自殺企圖者

- 1) 強化救災、救難聯繫：強化宣傳救難窗口之資訊，以供一般民眾求助，近一步強化救難之即時性，並與警消單位一同針對自殺現場進行緊急救難。
- 相關業務單位：北部分署、中部分署、南部分署、東部分署、金馬澎分署、東南沙分署、艦隊分署



參、延伸讀物

一、自殺防治策略實施範例

(一)全面性策略

1. 針對常用自殺方式或工具，推動防治策略

1) 木炭

- (1)針對木炭販售之通路商業者、店員、旅館業者等辦理珍愛生命守門人課程，提高相關人員敏感度。
- (2)旅館業者於房間內部裝設一氧化碳偵測器，可及時發現及阻止於房內燒炭之情形。
- (3)木炭非開放式陳列：輔導大賣場或商店(連鎖量販店、便利商店)成為自殺防治示範商店，如將木炭放置明顯處、或設立木炭儲放櫃加強管制或上鎖、或置於櫃台附近，由店員協助方可取得等，限制其易取得性。
- (4)主動關懷及提供資源：民眾於結帳時，請店員特別關心只買木炭但沒買肉、烤肉醬等相關用品，且面露憂鬱神色的消費者，適時提供求助資訊。

(5)宣導資訊：

- A.於木炭外包裝印製或張貼警語、求助資訊及衛生福利部安心專線1925免付費電話。隨機抽驗通路商販賣之木炭商品是否印製警語與免付費電話，若發現有木炭外包裝上未印製，則主動向全國自殺防治中心反應，同時衛生局應先以貼紙方式貼於未標示資源之木炭外包裝。
- B.與販售之通路商合作，於賣場木炭販賣架上或其週邊牆面，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃台等明

顯處張貼宣導海報、放置關懷吊牌、摺頁或小卡等宣導資訊。並於賣場POP廣告(店頭廣告point of purchase advertising)如立牌、海報、單張、結帳櫃檯電視廣告、店內廣播等通路，宣導自殺防治概念。

- C.透過連鎖量販店寄發會員之DM等刊物、自有木炭商品外包裝、ATM操作畫面及領款轉帳單據等通路，加印自殺防治相關訊息(如：關懷警語、求助資訊等)宣導自殺防治概念，達到多元宣導之目標。
- D.透過新聞媒體及記者會宣導燒炭自殺或一氧化碳中毒之後遺症。
- E.與連鎖量販店及便利商店系統業者合作：結合業者原有活動，進行自殺防治宣導，促進民眾自我心理健康管理，如結合7-11社區健康小站宣導簡式健康量表(心情溫度計)。
- F.跨局處合作：透過跨局處會報，由其主管機關協助協調並規範相關販售通路。

2) 農藥

- (1)針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員，辦理「珍愛生命守門人」課程。
- (2)推動「落實」販賣業者販售農藥管理之登記。依據農藥管理法規定，農藥販賣業者，應遵守下列事項：
 - A.農藥販賣業執照應懸掛於營業場所明顯處。
 - B.不得在營業場所以外販賣成品農藥。

- C.不得將原包裝成品農藥拆封販賣。
 - D.不得販賣未黏貼或未加印標示之農藥。
 - E.兼營其他業務，應將農藥隔離陳列貯存。
 - F.備置簿冊或採行其他經中央主管機關公告之方式，登記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式、購買農藥之名稱及數量，並保存三年。
 - G.不得販賣予未滿十八歲之兒童及少年。
 - H.詢問購買者之用途，非為核准登記之使用方法或範圍者，不得販賣。
 - I.開具載明農藥之名稱、數量與其使用範圍、購買者及販賣業者資訊之販售證明予購買者。
 - J.回收農藥廢容器並依環保法規交付清除處理。
- (3)安全存放：除於民眾購買劇毒性農藥時，詢問其用途並提醒民眾剩餘農藥應妥善保存，勿放在隨意取得之處，以避免誤食等。並透過農會系統共同宣導在家中儲存時應妥善保管(安全存放農藥，例如上鎖等)。
- (4)持續推動農藥代噴制度：由專門業者代行噴灑農藥，降低一般農民接觸農藥機會，藉以減少農藥自殺風險。
- (5)宣導資訊：
- A.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。
 - B.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。
 - C.透過媒體宣導安全存放農藥(如巴拉刈)及誤食之中毒症狀和後遺症等。
- (6)透過農會、農改場及農藥販售通路，向農民宣導壓力管理及珍愛生命守門人之概念，呼籲人人互相關懷，並推廣簡式健康量表(心情溫度計)，促進農民進行自我心理健康管理，並關懷探視區內孤獨老農民。
- (7)針對自殺風險高危險群(例如高齡農民、久病農民、生活困頓之農民等)，進行關懷通報，予以持續性關懷，並提供資源轉介，以降低自殺風險。
- (8)強化緊急醫療救護，加強急診於常見農藥中毒處理及急救。
- 3) 安眠藥鎮靜劑
- (1)與藥師公會及社區藥局合作，加強社區藥局及藥師之「珍愛生命守門人」繼續教育訓練，提高藥事人員對藥物購買者自殺徵兆敏感度，強化藥事人員對於自殺高危險群處遇態度與轉介行為。
- (2)社區愛心站：鼓勵愛心站藥師接受珍愛生命守門人課程訓練，並於執業時，適時關心民眾，傳遞珍愛生命的理念，並推廣使用心情溫度計(BSRS-5)進行自我心理健康管理之概念。
- (3)宣導資訊：
- A.與藥局合作，於店內週邊牆面，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃台等明顯處張貼宣導海報、放置關懷吊牌、摺頁或小卡等宣導資訊。於店內如立牌、海報、單張、結帳櫃檯電視廣告、店內廣播等通路，宣導自殺防治概念。
 - B.透過寄發會員之DM等刊物，加印自殺防治相關訊息(如：關懷小語、求助資訊等)宣導自殺防治概念，達到



多元宣導之目標。

4) 高處跳下(跳樓)

(1)硬體安全裝置及監測：

- A.於高樓頂樓以張貼海報或噴漆方式，標示關懷警語、求助資訊等。
- B.加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置。
- C.由住宅大廈保全人員或社區巡守隊，加強頂樓監視器監測及巡視。對自殺熱點(常發生自殺行為)建築物，建議管委會加強監視系統管理，及盡量避免無關人員出入頂樓安全門。
- D.建築管理處於建築物之停車場設置三樓以上(含三樓)及建築物之頂樓為商業用途者，未來使用執照核發時，副知衛生局相關負責單位，以提供相關宣導訊息。

(2)宣導資訊：於社區布告欄或電梯內，張貼自殺防治相關文宣，管理櫃台放置防治資料或訊息，例如社區守門人海報、心情溫度計等。

(3)參考都市化高樓居多及自殺死亡相關數據，擇重點防治區。

- A.透過主管科室發布公文，周知各社區管理委員會相關資訊。
- B.主管機關如建築管理處內各科室亦可印製各類文宣，建議於明顯處加列自殺防治相關訊息。
- C.衛生局設有專責人員，因應相關問題之處理。可製作社區版守門人海報並發放。
- D.建議市政府警察局，將珍愛生命守門人概念納入保全人員之職前訓練。

(4)社區內建立通報關懷流程：

- A.依據現有之通報關懷流程，社區依其內部實務運作制訂在地化自殺防治措施，包含轉介資源及流程等。
- B.建議可招募社區內關懷義工，針對高風險族群(如獨居老人、高風險家庭等)問候協助。

2. 建立社區自殺防治網絡

- 1) 結合社區關懷據點共同合作，納入社區的藥師、診所、衛生所、派出所、大賣場或零售商、社區高樓管委會等共同防治。
- 2) 結合學校的社會服務隊，辦理生命課程或營隊，關懷長者及青年族群。
- 3) 建議松年大學或社區大學，可安排有關心理健康的課程。
- 4) 社區宣導：於社區內之管委會、里民公佈欄、賣場等民眾易接觸訊息處張貼相關宣導訊息。
- 5) 去除精神疾病與自殺的污名效應及加強心理衛生教育宣導，促進國人身心健康。
- 6) 配合世界自殺防治日(每年9月10日)前後推動心理健康與自殺防治宣導活動(宣導週，宣導月等)，與國際接軌，擴大宣導效益，呼籲全民重視自殺防治議題。
- 7) 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。
- 8) 除了WHO所提倡的六不六要媒體正確自殺報導原則之建議，呼籲媒體報導遵循本土針對記者(三不三要)與編輯(二不二要)兩者的分別建議之報導原則，並儘量報導逆境向上之案例，以激勵大眾。

(1)記者報導自殺新聞之三不

- A.不要聳動化報導

B. 不要描述自殺方法與地點

C. 不要簡化或臆測自殺原因

(2) 記者報導自殺新聞之三要

A. 避免使用「自殺成功」或「自殺流行」等用詞，要使用「自殺身亡」

B. 要報導自殺警訊與求助資源

C. 要與專家討論

(3) 編輯處理自殺新聞之二不

A. 不將自殺新聞刊於頭版

B. 不刊登逝者個人、遺書及現場照片

(4) 編輯處理自殺新聞之二要

A. 要熟稔自殺報導指引與範例

B. 要利用報導強調防治方法

3. 校園防治

- 1) 將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康課程中，教導孩童珍愛生命與心理健康促進的理念，教育兒少自我保護與疾病預防的概念。
- 2) 校園宣導相關求助資源：如發放兒童節禮品或獎品時，可在上面貼上顯眼的標語、求助管道等。
- 3) 學校教師與輔導老師等，注意學生異常表現，並針對高風險家庭學生，注意出缺勤狀態，聯絡簿之相關訊息等提高警覺。必要時予以轉介醫療評估及處置。
- 4) 學校落實高風險個案之輔導與通報機制，並與醫療專業資源連結。

(二) 選擇性策略

1. 運用BSRS-5篩檢出高危險群

- 1) 針對特定的自殺高風險群進行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、獨居者、特殊職業族群(例如容易獲得致命自殺方法的醫療從業人

員、軍人與警察等)。

- 2) 於照護機構及醫療院所推動BSRS-5之檢測，讓照顧者透過關懷應用BSRS-5了解個案之情緒困擾程度，並提供必要的資源連結及轉介等；鼓勵親友多陪伴有自殺傾向的民眾，避免讓其獨處，並以謹慎、尊重的態度與其交談，提供支持與正向力量。

- 3) 可針對醫院高齡住院患者(特別是高齡及有重大傷病)，運用BSRS-5等量表，早期偵測情緒困擾，提供心理健康的服務。

2. 各相關網絡及接觸高風險族群者之守門人訓練：針對各領域人員推動珍愛生命守門人課程，提高其辨識自殺高風險群之能力，並能夠給予適當的回應與轉介。建議課程能先從自身情緒及壓力管理開始，進而推廣珍愛生命守門人之概念。

- 1) 針對能接觸高風險老人之族群(如：老人社會福利服務機構員工、社工、照顧服務員、送餐服務者等)進行相關訓練，提高相關人員敏感度。與老人社福團體合作，透過社區關懷接觸篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。獨居老人的部份，建議應加強公務體系(如社政)內可接觸此族群的守門人訓練(如居家服務員)，並訓練參與活動的老人或藉由義工協助，關懷在家中的老人。
- 2) 針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員，辦理「珍愛生命守門人」課程，將「珍愛生命希望無限」之自殺防治概念納入農藥安全使用宣導內容。
- 3) 針對木炭販售之通路商業者、店員、旅館業者等辦理珍愛生命守門人課程，提高相關人員敏感度，並應適時發揮人人都是珍



愛生命守門人之精神。

- 4) 針對鄰里長、社區民眾、大樓管理員及相關照護機關人員等辦理「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並能促進自我心理健康管理，增進民眾對求助資源的認識，藉由自殺防治衛教宣導，提升民眾對於居家危險環境及危險物品認知。
 - 5) 與藥師公會及社區藥局合作，加強社區藥局及藥師之「珍愛生命守門人」繼續教育訓練，提高藥事人員對藥物購買者自殺徵兆敏感度，強化藥事人員對於自殺高危險群處遇態度與轉介行為。
 - 6) 落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、精神疾病、經濟困窘等婦女，並協助其找尋適當資源。加強婦女(含家庭暴力或性侵害者)自殺防治救援服務並加強對失婚者、失業者和家庭生活陷入困境者提供急難救助協助。
3. 養護、安養機構及醫院等機構內之自殺防治：對於居住於機構內有自殺傾向個案(特別是高齡及有重大傷病)，除加強環境介紹與照護人員之在職教育，照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備，並定期檢視使用之狀況；危險性較高者，經評估可行性後，予以移除或改用有安全設計的設備。另外，也建議照護團隊增加探視頻率密切觀察，並留下觀察記錄，以掌握個案情緒狀況；在許可的情況下，可鼓勵情況較好的個案與情緒低落的個案加強互動、相互支持，以降低自殺行為的發生。
4. 強化基層醫療的自殺防治網：65歲以上的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多曾就醫，建議能強化基層醫療的自殺防治網，加強基層醫師的自殺防治

相關概念。

- 1) 提供各基層診所轉介資源小卡，並連結精神科資源，若有高危險群時應轉介或照會精神科。
 - 2) 推廣醫院或診所於看診時，若病患為老人則先量測BSRS-5，分數高則轉介相關單位。可與在社區中服務且對心理健康有興趣的醫師合作。
5. 職場心理衛生及失業部份：建議在職場心理衛生部份可著重在過勞死及個人價值感(如：在大企業內看不到自己)的問題，可與勞工局等勞政單位合作。
6. 透過社區關懷、結合政府及民間力量(含志工團體)，協助辨識及篩選出高危險群，並視個案情形提供轉介服務。
7. 加強對特殊註記族群關懷：自殺通報中有不低比例為精照系統中註記個案，尤其以精照列管與家暴關係者為主，建議加強注意精照系統中精照列管及家暴關係者個案，並提供適當關懷。
8. 遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置
- 1) 透過導師或學輔人員平時觀察，及同學、家長投訴等管道，瞭解學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象。
 - 2) 如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則由校長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。
 - 3) 啟動校園危機處理機制，由校長指定專人進行責任通報及校安通報、媒體應對及發言。
 - 4) 啟動輔導機制，召開輔導會議(由校長召集，成員得包括導師、學務人員、輔導人員、家長或視個案需要請專業輔導人員、性平委員或少年隊等)。

- 5) 加強與社會工作專業人員之協調聯繫，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。
- 6) 如有需求，在徵求家長同意後，將個案轉介專業諮商輔導或醫療機構實施矯正與輔導；學校輔導小組仍應持續關懷並與該專業諮商輔導或醫療機構保持聯繫，定期追蹤輔導情形，必要時應落實轉介精神醫療治療服務及追蹤。
9. 對於離婚者關懷：提供戶政事務所轉介資源小卡及BSRS-5量表，並於民眾辦理離婚登記時主動關心，提供求助資訊。

(三)指標性策略

1. 自殺企圖之通報關懷：自殺企圖者再度自殺的危險性高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，除主動關懷、提供支持外，應落實並協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。特別是自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、瓦斯、跳樓或喝農藥者，其再度自殺之危險性高。若為當次通報個案應於24小時內進行初次關懷訪視，預防其再度自殺。
2. 自殺遺族關懷：自殺者之親友亦為自殺之高危險群，建議應針對自殺死亡個案之親友提供關懷服務，建立不同於未遂的標準流程。另外亦須檢視自殺死亡通報的流程，以及針對個案在訪視過程中再次自殺身亡，關訪員後續處理之標準。
3. 強化關懷訪視員的專業能力訓練：建議要建立訪員的支持團隊，協助訪員進行訪視工作。
 - 1) 強化訪員的醫療知識。訪員在關懷時進行衛教、給予個案支持，釐清個案的嚴重程度並按照檢傷分類進行適當的轉介(至社工、諮商、身心科、精神科等)。
 - 2) 了解到資源分配狀況不均，可以促使主管機關進行資源盤點，了解資源分配之狀況並對此擬訂對策。
 - 3) 第一線人員應發揮「一問二應三轉介」之守門人原則，將個案轉介至適當的資源，同時要避免造成進入到通報系統之後，同時有關訪員與社工服務，造成資源重複及多頭馬車之問題。
 - 4) 積極理解個案對訪視流程感到反感之原因。需教導個案如何處理自殺相關議題之正確觀念。
 - 5) 訪視紀錄應有簡單、重要可茲遵循的標準格式，例如我們最常用的S.O.A.P.格式，S為subjective主訴，O為objective客觀，A為assessment評估，P為plan處遇計畫；以利持續關懷追蹤與成效評估。
4. 學校的自殺通報個案：建議要與衛生局的資料比對，瞭解是否本來就是通報關懷的服務個案，以提升個案追蹤關懷品質。
5. 早期心理健康問題篩檢：心情溫度計僅有五題又容易篩檢，因此建議各局處如社會處，在接獲高風險族群或弱勢族群之通報時，除派遣社工員或村里幹事訪視，亦可同時使用BSRS-5進行關懷與篩檢。
6. 定期檢討自殺防治地方策略：各縣市建立自殺防治機動小組，或是於每月外部督導會議時邀請精神科醫師及衛生局局長、科長加入，討論當月月報變化以擬訂因應對策。



二、自殺防治手冊系列

(一)各部會網站

(二)全國自殺防治中心官方網站 <http://tspc.tw>

(三)珍愛生命數位學習網

<https://www.tsos.org.tw/p/elearning>

(四)全國自殺防治中心出版之自殺防治系列手冊

1	自殺防治－專業・愛與希望	23	社會福利工作人員與自殺防治
2	自殺防範指引	24	重複自殺個案之關懷管理
3	青少年心理衛生與自殺防治	25	老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
4	老人心理衛生與自殺防治	26	殺子後自殺事件之防治
5	精神疾病與自殺防治	27	雨過天晴心希望
6	物質濫用與自殺防治	28	擁抱生命逆轉勝
7	女性心理衛生與自殺防治	29	自殺防治概論
8	職場心理衛生	30	自殺風險評估與處遇
9	自殺者親友關懷手冊	31	老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
10	陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友	32	殺子後自殺事件之防治
11	珍愛生命守門人	33	政府跨部會自殺防治手冊
12	心情溫度計	34	自殺關懷訪視員教育手冊
13	怎麼辦我想自殺	35	輔導人員自殺防治工作手冊
14	失業鬱悶怎麼辦	36	媒體從業人員自殺防治手冊
15	關懷訪視指引	37	醫院自殺防治工作手冊
16	提升人際支持遠離自殺	38	自殺關懷訪視實務與督導手冊
17	以醫院為基礎之自殺防治	39	網路與自殺防治
18	珍愛生命義工	40	長期照顧者自殺防治
19	全國自殺防治策略	41	自殺數據判讀指引
20	矯正機構與自殺防治	42	保護服務與自殺防治
21	基層醫療人員與自殺防治	43	警消與第一線救援人員之自殺防治指引
22	孕產期婦女之情緒管理		

三、自殺防治資源網絡

自我壓力檢測

- ◆ 守門人訓練
- ◆ 心情溫度計

電話諮詢

- ◆ 安心專線1925
- ◆ 生命線1995
- ◆ 張老師1980

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

關懷訪視

- ◆ 自殺企圖者通報
- ◆ 關懷訪視員：電訪或面訪

就業服務

- ◆ 立即上工計畫
- ◆ 97-98年短期促進就業措施
- ◆ 98-101年促進就業方案
- ◆ 就業諮詢專線0800-777-888

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

教育宣導

- ◆ 自殺防治中心網站
- ◆ 自殺防治網通訊
- ◆ 宣傳短片拍攝
- ◆ 平面文宣品製作
- ◆ 專業教材編撰

債務協商

- ◆ 債權金融機構個別協商
- ◆ 銀行公會債務協商專線85961629
- ◆ 銀行申訴專線89689999
- ◆ 內政部不當討債申訴專線23565009

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

社會救助

- ◆ 馬上關懷
- ◆ 低收入戶生活補助
- ◆ 1957福利關懷專線
- ◆ 愛心關懷服務網



四、相關諮詢專線

社會救助資源

- ◆ 福利諮詢專線：1957
- ◆ 就業諮詢專線：0800-777-888
- ◆ 法律扶助基金會全國專線：(02)412-8518

心理衛生資源

- ◆ 安心專線：1925
- ◆ 生命線：1995
- ◆ 張老師：1980

其他相關資源

- ◆ 保護專線：113
- ◆ 家庭婚姻問題諮詢：0800-314-888
- ◆ 外來人士在臺生活諮詢服務熱線：0800-024-111
- ◆ 衛福部男性關懷專線：0800-013-999

各縣市
心理衛生中心

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300193	嘉義市	05-2328177
台北市	02-33937885	台南市	06-3352982
新北市	02-22572623	高雄市	07-7134000
桃園市	03-3325880	屏東縣	08-7370123
新竹縣	03-6567138	台東縣	089-336575
新竹市	03-5234647	花蓮縣	03-8351885
苗栗縣	03-7558350	宜蘭縣	03-9367885
台中市	04-25155148	南投縣	049-2224464
彰化縣	04-7127839	澎湖縣	06-9272162 #122
雲林縣	05-5370885	金門縣	082-337885
嘉義縣	05-3621150	連江縣	0836-22095#8827

肆、參考文獻

本手冊主要回顧近幾年國內外自殺防治相關文獻，提供各部會工作方針之參考。

1. Anderson, A. R. (2016). Characterization of chemical suicides in the United States and its adverse impact on responders and bystanders. *Western journal of emergency medicine*, 17(6), 680.
2. Batterham, P. J., Torok, M., Krysinska, K., Shand, F., Cleave, A. L., Cockayne, N., & Christensen, H. M. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia: Response to Pirkis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(4), 386-386.
3. Brent, D. (2016). Prevention programs to augment family and child resilience can have lasting effects on suicidal risk. *Suicide and life-threatening behavior*, 46(S1).
4. Bucy, R. A., Hanisko, K. A., Kamphuis, L. A., Nallamotheu, B. K., Iwashyna, T. J., & Pfeiffer, P. N. (2017). Suicide Risk Management Protocol in Post-Cardiac Arrest Survivors: *Development, Feasibility, and Outcomes*. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 363-367.
5. Capuzzi, D., & Gross, D. R. (2014). Youth at risk: A prevention resource for counselors, teachers, and parents: *John Wiley & Sons*.
6. Choi, Y.-J., & Lee, W.-Y. (2017). The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. *International journal of mental health systems*, 11(1), 18.
7. Chung, Y. W., Kang, S. J., Matsubayashi, T., Sawada, Y., & Ueda, M. (2016). The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *Journal of affective disorders*, 194, 80-83.
8. Devenish, B., Berk, L., & Lewis, A. J. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(8), 726-740.
9. Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Kramer, A. C., Wills, A., & A King, C. (2017). Identification, response, and referral of suicidal youth following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide and life-threatening behavior*, 47(3), 297-308.
10. Fu, K.-w., & Yip, P. S. (2007). Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation: Results from a population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(6), 540-546.
11. Haddock, G., Davies, L., Evans, E., Emsley, R., Gooding, P., Heaney, L., . . . Peters, S. (2016). Investigating the feasibility and acceptability of a cognitive behavioural suicide prevention therapy for people in acute psychiatric wards (the 'INSITE' trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 79.
12. Lemmi, V., Bantjes, J., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., . . . Lund, C. (2016). Suicide and poverty in low-income

- and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 774-783.
13. Inoue, K., Fujita, Y., Takeshita, H., Abe, S., Fujihara, J., Ezoe, S., . . . Okazaki, Y. (2016). A Long-term Study of the Association between the Relative Poverty Rate and Suicide Rate in Japan. *Journal of forensic sciences*, 61(S1).
14. Jorm, A. (2016). A month for reflecting on suicide prevention. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(2), 109-110.
15. Karras, E., Lu, N., Zuo, G., Tu, X. M., Stephens, B., Draper, J., . . . Bossarte, R. M. (2016). Measuring associations of the Department of Veterans Affairs' suicide prevention campaign on the use of crisis support services. *Suicide and life-threatening behavior*, 46(4), 447-456.
16. Kennedy, A. J., Versace, V. L., & Brumby, S. A. (2016). Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC public health*, 16(1), 1204.
17. Kim, J.-P., & Yang, J. (2017). Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational study. *Geriatric nursing*, 38(2), 97-105.
18. Kong, J. W., & Kim, J. W. (2016). A review of school-based suicide prevention interventions in South Korea, 1995–2015. *Children and youth services review*, 69, 193-200.
19. Lauren Tingey MPH, M., Lee, A., Suttle, R., Lake, K., Walkup, J. T., & Allison Barlow, M. (2016). Development and piloting of a brief intervention for suicidal American Indian adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online)*, 23(1), 105.
20. LAW, Y. W. (2016). Youth Suicide and Its Prevention in Hong Kong: Emerging Approaches to a Long-Standing Issue. *Journal of Youth Studies (10297847)*, 19(2).
21. Lin, C., Yen, T.-H., Juang, Y.-Y., Lin, J.-L., & Lee, S.-H. (2014). Psychiatric comorbidity and its impact on mortality in patients who attempted suicide by paraquat poisoning during 2000–2010. *PLoS ONE*, 9(11), e112160.
22. Marutani, M., Yamamoto-Mitani, N., & Kodama, S. (2016). Public health nurses' activities for suicide prevention in Japan. *Public Health Nursing*, 33(4), 325-334.
23. Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Wiebenga, J., Gilissen, R., Kerkhof, A. J., & Smit, J. H. (2017). Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines. *Suicide and life-threatening behavior*, 47(3), 282-296.
24. Myles, N., Large, M., Myles, H., Adams, R., Liu, D., & Galletly, C. (2017). Australia's economic transition, unemployment, suicide and mental health needs. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 119-123.
25. Nasir, B. F., Hides, L., Kisely, S., Ranmuthugala, G., Nicholson, G. C., Black, E., . . . Toombs, M. (2016). The

- need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 357.
26. Oyama, H., & Sakashita, T. (2016). Long-term effects of a screening intervention for depression on suicide rates among Japanese community-dwelling older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 287-296.
27. Oyama, H., & Sakashita, T. (2017). Community-based screening intervention for depression affects suicide rates among middle-aged Japanese adults. *Psychological medicine*, 47(8), 1500-1509.
28. Phillips, D. P., & Carstensen, L. L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England Journal of Medicine*, 315(11), 685-689.
29. Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA pediatrics*, 171(4), 350-356.
30. Ramchand, R., Ayer, L., Geyer, L., & Kofner, A. (2016). Factors that Influence Chaplains' Suicide Intervention Behavior in the Army. *Suicide and life-threatening behavior*, 46(1), 35-45.
31. Reedy, S. J. D., Schwartz, M. D., & Morgan, B. W. (2011). Suicide fads: frequency and characteristics of hydrogen sulfide suicides in the United States. *Western journal of emergency medicine*, 12(3), 300.
32. Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: Results from a pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 10(1), 28-35.
33. Sun, H.-J. (2016). Suicide prevention efforts for the elderly in Korea. *Perspectives in public health*, 136(5), 269.
34. Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., & Fetters, M. D. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. *BMC psychiatry*, 16(1), 211.
35. Torok, M., Caele, A., Shand, F., & Christensen, H. (2016). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and life-threatening behavior*.
36. Violanti, J. M., Andrew, M. E., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., Fekedulegn, D., & Burchfiel, C. M. (2016). Correlates of hopelessness in the high suicide risk police occupation. *Police Practice and Research*, 17(5), 408-419.
37. Zhong, B.-L., Chiu, H. F., & Conwell, Y. (2016). Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013–14. *Journal of affective disorders*, 206, 273-279.
38. 廖士程, 李明濱, 龍佛衛, 張家銘, & 吳佳儀. (2015). 台灣自殺防治十年回顧檢討與展望. *台灣公共衛生雜誌*, 34(3), 227-239.

政府跨部會自殺防治手冊

發行人：李明濱

主編：李明濱

副主編：陳俊鶯

編審：吳佳儀、張書森、詹佳達、廖士程

編輯群：王鈺淵、林俊媛、吳恩亮、陳宜明、陳偉任、
張清棊、戴萬祥、蘇泓洸

助理編輯：呂雯、廖健鈞

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地址：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

電話：(02)2381-7995

傳真：(02)2361-8500

E-mail：tspc@tsos.org.tw

網址：www.tsos.org.tw

出版日期：2017年12月第一版

2021年2月第二版

I S B N：978-986-7195-35-7 (平裝)

政府跨部會 自殺防治手冊



全國自殺防治中心



衛生福利部 委託台灣自殺防治學會辦理