

衛生與福利攜手～ 自殺通報關懷服務的新契機

南玉芬

壹、前言

世界衛生組織預測西元 2020 年時，全球十大死因中，自殺將排名第九位（已開發國家為第八位）（De Leo, 2004），已開發國家紛紛擬定全國性的自殺防治策略並全力推動。而臺灣地區為了有效降低自殺死亡率，衛生福利部（原行政院衛生署，以下簡稱衛福部）於 2005 年開啓全國自殺防治行動策略，成立國家級自殺防治中心。在公私部門協力合作之下，自殺於 2010 年首度退出十大死因之列（廖士程，2012），並從世界衛生組織所定義的高自殺盛行區（自殺死亡數每十萬人大於 13 人）降為中自殺盛行區（6.5-1 人）（WHO, 2004）。這樣的防治成效令人感到振奮，也令長期投入自殺防治第一線工作人員帶來些許欣慰。

但自殺防治是需要持續不斷、多元管道的推動。影響自殺的因素十分多元，2012 年自殺通報個案的統計分析，自殺原因以「情感/人際關係」（57.0%）占最高，其次

為「精神健康/物質濫用」（41.7%），排名第三為「工作/經濟」（12.4%）（全國自殺防治中心，2013）。自殺是生活壓力、精神病理、人格特質或調適不良、支持網絡失效、社會文化等因素互動之最終共同結果，非單一方式介入即可達到成效。

為了有效掌握自殺企圖者的黃金搶救期，國內於 2006 年 1 月 1 日建置啓用【自殺防治通報關懷系統】，全國 22 縣市，共有 428 個不同的衛生單位透過此系統，進行自殺企圖通報（全國自殺防治中心網站）。針對存有自殺意念、自殺企圖者、自殺死亡的家屬，及時關懷並介入輔導。從自殺死亡率的降低，可見自殺防治策略已具成效。而行政組織上衛生與福利已經合併，進一步檢視目前的自殺企圖通報與關懷服務，尋找新的服務模式與契機。

貳、自殺防治的通報與關懷訪視機制

一、我國自殺防治介入策略簡介

衛福部將自殺防治列為心理健康促進之重點工作，依三級預防概念，推動「全國自殺防治策略行動方案」，確立自殺防治「思維全球化、策略國家化、行動在地化」之概念架構，並訂定全面性（universal）、選擇性（selective）及指標性（indicative）之自殺防治策略（Bertolote, 2004；Mrazek & Haggerty, 1994；轉引自李明濱等，2006），推動多項計畫及措施。

自殺防治策略中的全面性策略以全體

民眾為主，促進社會大眾心理健康，及自殺相關資訊之監測。選擇性策略以高風險族群為主，強化心理健康篩選及高風險群的辨識。指標性策略以高自殺風險個人為主，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，主要工作有三：1.建置自殺防治通報系統。2.自殺者親友的關懷。3.強化自殺關懷訪視人員的訓練及相關能力（全國自殺防治中心網站）。以生態系統概念檢視自殺防治策略，可以繪製成圖 1。

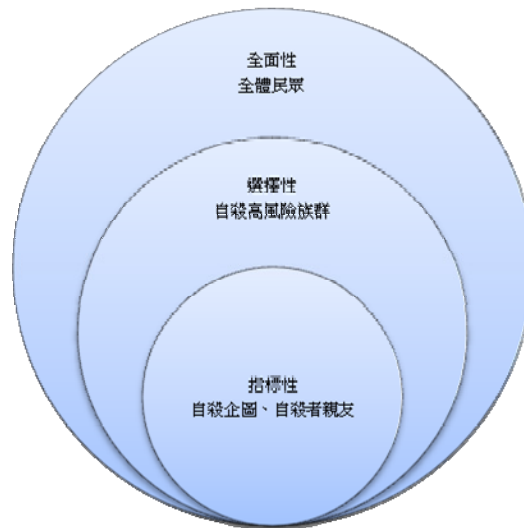


圖 1：自殺防治策略（作者自繪）

二、自殺通報及關懷訪視服務

為了實踐指標性的自殺防治策略，衛福部於 2006 年開始推動自殺防治通報（全國自殺防治中心，2011）。目前自殺通報系統設置在公共衛生資訊入口網，通報後針對自殺企圖者的服務軌跡均需鍵入此系統。通報單位包括醫療衛生、警察、消防、

民政、教育、社政、勞政及民間機構等相關單位。醫療機構直接上網填報，其他網絡機關（構），則以紙本方式，傳真通報當地衛生局，由其將通報資料鍵入該系統，隨後知會承接關懷訪視之民間單位，於 24 小時進行初次電話訪視，3 個工作天內完成初次關懷，7 個工作天內完成開案訪視工作，並至通報系統填具關懷訪視紀錄表。

自殺關懷訪視員（以下簡稱關訪員）提供服務時，依規定進行簡式健康量表（BSRS）評估及再自殺風險、心理需求評估，並擬訂處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，原則每 1 個案關懷訪視服務為 3 個月，每月至少 2 次，得依個案狀況延長至 6 個月。訪視方式依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或辦公室訪視等方式進行，如遇個案拒訪，仍應採積極聯繫及建立關係等方式，和個案、家屬或親友進行相關訪視（談）或寄送關懷信（內容表達關懷之意及提供所轄資源服務），以落實追蹤輔導機制。

近 6 年來，有關自殺企圖個案之通報比從 4.3 成長至 8.1，2012 年底全國自殺通報為 28,475 人次，與 2011 年同期相比增加 8.8%（全國自殺防治中心，2013），顯見通報服務已廣為國人所知。

參、現存的自殺通報及關懷機制的困境

一、自殺企圖通報個案關係建立不易

被通報的自殺企圖者都有其多元的問題，其所遭遇之困境也絕非一朝一夕，而是積年累月的積累形成的，故面對自殺通報關懷服務也有著不同的態度。被通報者中有 70% 是拒絕關懷訪視服務（曾光佩，2012）。關訪員須經歷多次的閉門羹，才得以建立關係。即使努力運用多種方法表達關懷，新北市某家醫院在 2009 年 2 月至 2010 年底的統計分析，仍有 15% 被通報的自殺企圖者拒絕追蹤（熊蕙筠，2011），臺

中市的自殺關懷訪視的拒訪率也有 17%（林千彙，2013），可見自殺企圖的關訪服務是相當不易的。

關訪的對象通常為高自殺風險者。就自殺死亡個案來看，高達 40% 個案之前曾有自殺未遂。大約 30 到 60% 自殺未遂者之前曾經自殺過，而且 15 到 25% 發生在過去一年內（Isometsä, Lönnqvist, 1998; Platt, et. Al., 1992）。曾有過自殺企圖的個案，已經是通報中心的常客（林千彙，2013），對於中心的服務模式已經熟悉，關訪員在面對個案的拒絕、冷漠、憤怒，是需要有十足的耐心，真誠的建立關係（潘芸璇，2013），這比起其他類型個案是更困難的。

自殺企圖者會抗拒訪視，與自殺遭污名化有關。由於自殺議題受到精神醫療的敏感性與污名化影響，被通報的自殺企圖者對於關懷服務的信任與接受度，非但無法因服務人員的機構屬性或專業身分順理成章地成形，甚或造成提供服務的障礙（江弘基，2013）。這也反應在自殺認知與態度的調查中，一般民眾對自殺的偏見，包括：自殺是不負責任的行為（87.3%）、自殺是自私的行為（81.7%）、自殺行為是弱者的表現（59.6%）、自殺是羞恥的行為（38.8%）（自殺防治中心，2012）。自殺的污名化使得自殺企圖者不願意正視自己的自殺行為，2013 年世界自殺防治日主題即為：「污名化：自殺防治的重大阻礙」，無法破除的污名化枷鎖，緊扣在自殺企圖者身上。甚至連專業的心理衛生人員在面對自殺風險個案時，也可能是抱持著偏見的，導致無法對這些身處於危機中的人們提供適當

之照護及支持（臺灣自殺防治學會，2013）。因此，面對被通報的自殺企圖者對自殺污名化的內化、加上工作人員有時也被潛移默化的影響，這樣服務關係的建立十足不易。

二、自殺通報品質不佳與人力不足，造成服務的落差（gap）

自殺防治的選擇性策略之一是「珍愛生命守門人訓練」，其意指「當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」（Maine Youth Suicide Prevention Program Plan, 2007）。其理念為不是特定人士才有機會成為守門人，也並非專業人員才能執行，只要透過適當的學習：1 問，2 應，3 轉介，就能具備初步防範自殺事件發生的能力。守門人可以是警察、生命線志工、張老師、社會工作者、基層醫師、學校老師、農藥販售商、美容美髮師、村里長，甚至是社區中的志工、鄰居等婆婆媽媽，無非是希望能發揮「早期發現、早期干預、早期協助」的功能，有效阻止自殺意念者，降低自殺率。

人人都是守門人，人人可以通報，這樣的理念是好的。但通報的品質就形成良莠不齊的窘境。目前自殺通報關懷單上共有 28 項需填報的資料，有些通報者可能因為時間緊迫，或是能力不足，或是不清楚通報者的職責，以至於未能確實填寫通報表單上需要完成的資訊。造成關訪員需再確認資訊，有時還遭冷語回應：「誰想死啊？我隨便說說。、喂！你沒事來詛咒我死喔！是誰吃飽撐著通報的。、沒這個人，你打錯了。、已經沒事了，不要再說了。」雖說防微杜漸，但守門人未稍做判斷即進行通報，造成通報單位與自殺企圖者雙方的困擾。這種舉凡「疑似」狀況皆全面通報的行為，似乎只是讓通報者安心而已，資訊不完整反而影響關懷服務的效率與成效，也使得確認通報資訊的責職又回到關訪員上。

除了通報表單填寫的狀況外，高自殺通報量對關訪員也是很大的負荷。自殺通報與關懷服務的對象主要大宗為自殺威脅、自殺企圖及自殺意念者，當這三類都進入通報關懷系統時，自殺通報量是相當龐大的，且呈現逐年增加的趨勢（表 1）。

表 1：全國自殺通報人次統計資料

年度	95	96	97	98	99	100	101	102/10
合計	19,162	23,031	24,245	25,813	26,870	26,183	28,475	23,746
成長率（%）	—	20.2	5.3	6.5	4.1	-2.6	8.8	7.9
通報比	4.3	5.9	5.9	6.4	6.9	6.7	8.1	—

而自殺通報關懷服務不單只有衛生系統的，還有社政單位的高風險自殺通報或縣/市民專線等。以目前五都的自殺通報（含高風險轉介）人次為例（表 2），目前

各市自殺通報關懷服務的人力大約在 8-10 人左右，若以最少人力數 8 人為計算基準，每一位關訪員要背負 250-700 人次以上的自殺企圖者，壓力之大，不容忽視。

表 2：自殺通報（含高風險轉介）

市別/ 年度	臺北市		新北市		臺中市		臺南市		高雄市	
	人次	負荷	人次	負荷	人次	負荷	人次	負荷	人次	負荷
100	4,119	514	5,125	640	2,405	300	2,035	254	3,581	448
101	4,342	534	5,594	699	2,721	340	2,407	300	3,667	458

註：目前國內的自殺通報之全國自殺防治中心之統計為主，統計以人次為單位。五都的統計公告資料不一，臺北市每月公告施政報告、其他各都是年度的精神衛生行政工作執行成果表，而報告表中統計名稱為自殺未遂，又與呈報全國自殺防治中心的自殺通報名稱不一。

目前的通報關懷作業手冊定有明確關訪時程，加上通報品質不佳，為了確認資訊花費許多時間，也瓜分對自殺企圖者的服務時間。江弘基（2013）以通報個案為研究對象，指出自殺防治服務體系在放置延宕(lay delay)與體系延宕(system delay)方面是存有諸多盲點以目前的機制，通報與個案管理均在同一單位、同一批人力，要進行通報資料確認，又要緊急進行關懷訪視服務，造成資源上的疲乏和負荷過

重；再加上中心人力是方案制，人力的穩定不足，也無法形成經驗累積與傳承。

三、自殺通報及關懷服務的定位不清

自殺通報及關懷服務設立的宗旨究竟是甚麼？以自殺發展歷程來看，吳金水（1990）認為自殺之防範，除了及時的危機介入外，包括消除危機情境、與早日發現自殺傾向而早日加以抒解、沖淡。

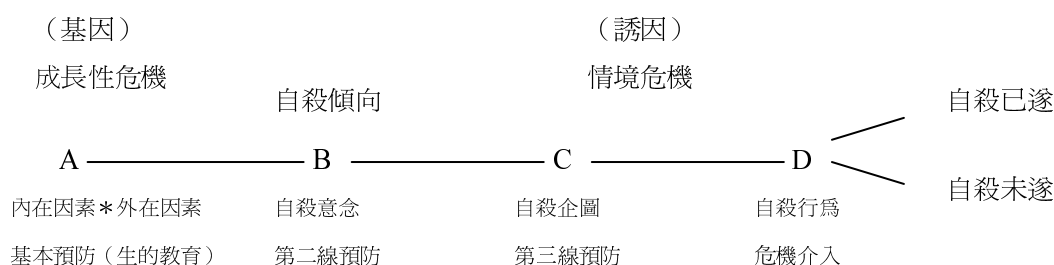


圖 2：“自殺行為”的形成歷程與各階段的預防（吳金水，1990：347）

以時間序列進行切割，從有自殺意念到自殺企圖的展現，是一段連續的線性發展，而自殺的通報及關懷訪視，是一種自殺警訊的通報，再由關訪員進行了解與訪視。緊急的自殺危機的排除，關訪員應到現場嗎？危機是未曾意料而倉促爆發所造成的一種意外，且在情況急遽轉變之前可供反應的時間有限，因此危機處理著重在危機發生當下的處理與控制，常需透過談判的方式，藉由協商或討論來處理或解決事情。故應先排除危機，確認身體、生命的安全無虞後，再進行心理的輔導。通常發現自殺企圖者有危及生命之緊急情況，應立即通報警察機關或消防機關派員前往現場處理；倘若自殺企圖者符合「精神衛生法」第 32 條第 1 項之規定，就會護送至就近之醫療機構就醫。臺北市消防局士林區後港分隊小隊長林政利說道：「就算不是心理衛生專業人員，同樣可以做到自殺防治！」因處在危機現場，應以救人為先（臺北市政府衛生局，2010/9/14）。

讓關訪員衝鋒陷陣到第一現場，對自殺危機的解除效益多大，有待研究，但實務的推展實有其困境。苗栗縣大概是第一個要求訪視員要到自殺危機現場的縣市，由 10 名專業人員，進行全年無休 24 小時輪班待命之準備。但自殺危機事件處理並不是每一個人都能冷靜的思考與應對的，若沒有作好心理建設與準備的話，很快的會在此處理過程中受到挫折，因而造成人力與專業的耗竭（張仁典，2012）。24 小時自殺防治工作專業人力過少，導致工作人力疲於奔命，造成體力不勝負荷。

危機處理人力越單純越好，過多系統、人力的介入，又無彼此的職責劃分，旁觀者效應有可能發生。加上危機排除畢竟是非常專業、危險的工作，以目前助人相關領域，在自殺防治的教育課程都不足（南玉芬、鄭以琪、吳家珏、林美伶，2011），要承擔此重責大任，似乎需要有更多的教育訓練與經驗的累積，也需要擴充人力與組織功能。

四、將自殺通報個案切割為不同局處的服務

通常中心秉持資源不重疊的原則，因此會將目前已經有其他局處、資源介入服務的，列為評估後即結案。但對於自殺通報後開案與否的評估有著不同的聲音。在其他系統的助人者常有這樣的疑惑，已將自殺企圖者通報，為何評估後又再轉回社政或勞政等系統。開案、結案的標準為何？自殺關懷輔導訪視的定位為何？是危機的排除，還是社會適應的處遇？這點出通報單位對自殺通報關懷服務的不理解，對開案指標的不理解、對自殺企圖者的服務能力不足。另外，自殺通報是以自殺行為為主要的評估軸線，高風險自殺是以引發自殺的風險情境為通報依據，高風險家庭關懷輔導處遇計畫中將「家中成員家庭成員中有急性自殺意圖者」列為高危機指標（衛生福利部社會及家庭署，2013）。同樣是自殺通報，卻有不同的標準、不同單位受理，雙頭馬車，令通報單位混淆。

曾經引起軒然大波的曹小妹事件，就暴露自殺防治通報體系的漏洞，不夠嚴

謹。缺乏個案管理的主責單位，造成互踢皮球的遺憾。這事件點出自殺防治網絡「原來」是有問題的，在各自的專業本位中，卻無形成資源的連結與運用，網絡中的職務定位和策略不周延，缺乏互為網絡的意識，因此發生問題時，責任變成推諉。目前只重視自殺死亡率及再企圖自殺率的降低、過度倚賴自殺風險評估及精神醫療服務轉介，濃厚的精神醫療模式色彩。然而，從研究受訪個案的「受助」經驗可知，精神疾病相關概念對於服務社區中的企圖通報個案並無法直接助益（江弘基，2013）。因此以全人服務的視角，由單一單位進行自殺企圖者的個案管理，結連各個網路，政府機關及民間團體，網網相連群策群力，以達自殺防治之功效。

五、自殺通報系統紊亂

可以進行自殺通報的管道多元，無法集中火力、也無法有效進行個案管理。根據調查目前我國協助防治自殺的專線電話包括，內政部 1957 福利關懷專線通報、臺北市政府全國自殺防治中心所設的 1999 轉 8858（幫幫我吧）諮詢專線、衛生署全國自殺防治中心安心專線 0800-788-995、張老師 1980 專線、1995 生命線、各縣市有自殺通報的專線、各縣市還有市民專線等，都會接獲自殺企圖者或其相關人的電話。民眾無所適從，更難有效管理、有效評估。

自 2006 年迄今藉由各界的努力，自殺通報比（企圖自殺未遂的人數，除以不幸自殺身亡人數的比值）大約從 4 倍上升到

接近 7 倍，顯見曾有自殺企圖高危險群及實質自殺企圖的民眾人數相當多。50.1% 民眾近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊，是近 5 年來比例最高的一次（全國自殺防治中心，2012），但僅 33.3% 知道自殺防治有諮詢專線（李明濱、廖士程、宋思潔，2009），而國人逐漸瞭解通報之重要性且積極參與通報。但政府與民間相關協談諮詢專線各自為營，求助管道莫衷一是，無法及時提供心理輔導幫助民眾走出困境，寶貴生命可能就此殞落。

目前現有自殺諮詢專線礙於經費與人力配置關係，在假日及夜間時段常處於無人狀態而無法撥通，或直接轉入語音系統，惟救人如救火，一絲一毫的耽擱都可能導致企圖自殺的無助民眾選擇最極端的手段結束生命。因此，專人全天時的諮詢服務絕對是不可或缺的。在自殺防治上，若能有效整合通報諮詢，提供更及時與專業服務，將可有效降低自殺通報後仍自殺死亡的人數。

肆、自殺通報及關懷服務未來的可能

一、提升通報品質，將通報與關懷服務分流

100 年 7 月 6 日新竹市盧姓女童受虐致死案件，監察院調查後提出對該縣主管彈劾文中提到：「新竹市社工人員未能審視通報表單進行調查處理，亦未能善加運用跨機關資源以確認致傷原因及蒐集資料，資訊掌握不足，至危機評估判斷錯誤，且

未積極追蹤訪視，肇致遺憾發生。」(監察院，2011)。通報表的確認、評估與資訊的掌握是相當重要的事前工作，就像是醫師在診斷對病人疾病前，也需要有完整的問診，才能開出適當的藥方。因此，通報表單的資訊完整是基本的要件。目前對於通報之內容、程度，通報單位的責任與義務，並無統一規章範定，以至於通報表品質良莠不齊。宜確實要求全國各縣市之通報內容與責任(例如：空白通報表格、表格填載案例、聯絡人員姓名、電話、傳真……)上網公告周知，或發送予相關通報機關，透過教育訓練加強宣導，或由地方自訂罰則，提升通報品質，避免產生困擾。

另外，通報又分為醫療、衛生人員採用線上通報、非醫療人員採用紙本通報，通報在地衛生局後，再由衛生局派案給承接自殺關懷訪視案的單位。若遇到的是自殺危機狀況可趕緊向 119 或 110 報案，還有分為夜間、假日通報，高風險通報，負責的單位也不同，搞得社會大眾一頭霧水了，真的發生自殺危機還要先弄清楚該向誰通報了。宜使用大家耳熟能詳的號碼，較好記誦或是有單一窗口提供整合服務，避免資訊過多、混淆視聽(南玉芬，2010)。中央主管機關宜盡速統一通報窗口與通報者的身分，不應有所區別，相對於 113 全國婦幼保護專線，政府對待自殺企圖者也應審慎對待，由統一窗口提供各種狀況的線上諮詢服務。

目前自殺防治通報關懷單有 28 題項需要完成，這對通報者而言是一項負擔，有時要進行危機處理，又要蒐集完整資

訊，蠟燭兩頭燒。在檢視推展多年的兒童虐待通報，專家就提出通報之事多發生在時效緊迫、資訊不足之情況，值此急迫之際，憑藉自身的經驗和有限評估工具，進行快速評估及決策，是否能準確預測，這對第一線工作者而言是沉重的壓力(翁慧圓，2006：223-234；何明晃，2007)。加上現行受通報單位之後續處理開案標準與處理流程並未臻透明化，通報後評估的結果常令通報者產生疑慮。宜建置開案標準與處理流程，簡化第一線通報表單，建請通報與關懷服務分流。

目前的自殺通報關懷機制，將通報工作與後續關懷全部集中在，急緩不分，難免會有遺漏之處。通報轉介的功能應著重在評估，安排適切的服務，關懷服務則著重在個案管理與資源整合。而通報轉介與個案管理服務的分流早已經在其他領域實施，運作多年的發展遲緩兒童早期療育通報暨轉介中心(以下簡稱通報中心)與發展遲緩兒童早期療育個案管理中心(以下簡稱個管中心)就是最好的例子。通報中心設立通報專線，主動發現或被動受理兒童通報，協助兒童獲得相關早期療育服務；個管中心受理通報中心轉介之兒童，由專屬的個案管理者(case manager)協助其協調與統整各項服務資源，以專業團隊合作的方式，召開相關團隊會議，為服務對象擬定與執行 IFSP(內政部兒童局，2007；張秀玉，2009)。另外，民國 87 年 6 月 24 日公布的「家庭暴力防治法」，也設立 113 保護專線，通報單位完成致命危險評估表後通報，社工提供被害人 24 小時

緊急救援、協助診療、驗傷、採證及緊急安置，在針對其受暴類型，如婚姻/同居暴力、兒少保護、老人虐待派案，再進行後續的個案管理服務，以家庭為中心、尊重個別差異。責成通報中心進行專業評估後決定開案與否，開案後再由個案管理中心進行關懷服務，讓評估兼訪視員不需疲於奔命。

二、整合部內自殺防治的業務

衛生、社福經過組織再造已經統整在同一部會當中，可以適時的將重疊的業務進行整併，以利自殺防治的推動。目前衛生福利部下將設心理健康與口腔司，負責統整自殺防治業務。高風險家庭的自殺關懷業務在社會及家庭署，過去是以「行政院心理健康促進及自殺防治會報」適度的進行橫向統整與合作。

過去衛生部門與內政部門像是兩座獨立的高山，各嶺山頭、各自發展。衛生部門重視精神診斷，社政部門重視社會系統處理。劉靜燕（2011）研究點出臺北市的自殺防治網絡大致以衛生體系的全國自殺防治中心和社政體系的社會福利服務中心為主，這兩大自殺防治網絡因機構角色、任務、助人觀點、工作模式等差異，以及服務對象的不同特性，致使雙方的溝通合作出現落差及斷裂，加上缺乏多元網絡共同討論自殺企圖者之橫向連結機制，致網絡合作功效有限。自殺的防治不是單靠某一部門就能有效防治的，自殺的原因是相當多元的，二分切割，對於服務對象是十分不利的。許多專家學者都曾針對此觀點

提出看法，像是周煌智（2013）整理日本的自殺對策基本法，其強調自殺是個具有複雜原因及背景，不應僅視為個人問題，必須根據背後種種的社會因素，全社會投入防治，非僅有醫療與精神醫學之責。陳映燁、葉兆輝研究指出歐美國家的自殺和憂鬱症有較明顯的連結，反觀亞洲國家急性生活壓力對自殺的影響較大。臺灣和香港自殺率升高和經濟不景氣、傳播媒體對燒炭自殺的渲染力有關；在日本，則和失業率和工作壓力息息相關。因此，亞洲國家的自殺防治策略，不應只偏重臨床醫療，而應走社區取向路線，透過家庭及社區的群體力量，協助有自殺傾向的人，不讓他們繼續走向不歸路（林進修，2008/11/20）。因此，社區網絡的建構、社會環境的改善有其必要的。

自殺絕非只是片面的個人精神心理議題，也是社會結構、情境的議題。美國空軍以「安全性防治」為觀念，認為自殺不是醫療問題，而是社會問題，只要降低自殺風險，達到安全維護即是好的自殺防治（胡正申、丁華、陳立孟，2010）。偏重醫療模式的自殺防治，對於自殺防治的成效也侷限了。部內應該要好好整合人力，讓自殺防治能具備多元觀點。若基層醫療工作人員、保健人員、居家護理人員、社會工作人員等，能共同參與地區性的自殺防治活動，如舉辦研討會或自殺個案討論會，應該會更具有實質上的助益（林憲，2006）。目前的防治成效是已經有進展，衛福部宜先整合醫療與社福的力量，才能落實各機構的協力合作機制，確可減少自殺

個案發生，真的落實以全人、全家為基礎的自殺防治。不然看似同一部會，卻有兩組人馬在執行同一項業務，橫向整合力都不足，更見論縱向的連結。

整併之後，還要為自殺防治業務在組織中的功能與預算定位。目前全國自殺防治中心的設立僅屬於行政計畫層級，在未有明確法源定位中心功能下，要如何統整協調各部門一起投入，不會陷入組織功能本位主義的窠臼中。且各縣市的自殺防治業務統整在社區心理衛生中心內，而心理衛生中心內含「精神疾病個案關懷」、「自殺個案關懷」等，幾乎都各自運作的，也未與以統整。而前文中提及自殺防治個案關係建立不易，中心急需專業穩定的第一線服務人力，惟長久以來臨時人力幾乎占總人力 80%以上，對於自殺防治工作長期的推展實為不利。

三、建構自殺防治網絡與權責

自殺非單一因素造成，個案常涉及有感情問題或婚姻破裂、負債或失業致經濟困難、罹患重病或長期疾病、個人或家庭支持系統欠佳、有法律或司法糾紛...等問題，自殺企圖者的服務需要具備系統的觀點，不能僅排除某一因素(潘芸琬, 2013)，需要媒合適切的社會資源提供服務。但資源間合作性不佳，反而成為自殺企圖者謀求服務的漏洞。劉靜燕(2011)的研究發現，自殺企圖者與自殺防治網絡間的求助過程是一個複雜的多角關係，一旦接觸就有不斷重複的議題和協助發生。此外，這些合併經濟需求的自殺企圖者經常有其理

性選擇的思考，會排斥無法給予實質幫助或無法獲得關懷的網絡，自行選擇自己想要接觸的網絡，甚至聚焦於某些可以提供實質幫助的固定網絡人員身上。因此，時需增強自殺防治網絡橫向連結之合作機制。

再則，自殺是由許多因素引起的表徵行為，牽涉到問題需求多元，需以個案管理的理念運作，訪視員以個案需求為中心，進行延續性的服務，並視時的連結不同的資源，並掌握不同資源的處理進度，直到自殺意念減緩後，才完全轉介給其他單位處理。這是一種協同的概念，而不是打著資源不重疊的美名，將自殺企圖個案直接移轉給非自殺防治單位處理。資源連結的過程中，訪視員還可以教導這些協同網絡成員，該如何與自殺企圖者互動，這樣有來有往的互動，才能讓自殺防治不至於脫軌或被切割。

但相關資源運用，難免會碰到各資源單位的本位心態，各局處室之間缺乏聯繫照會，當有自殺個案通報後，後續的個案管理追蹤、介入輔導並未積極處置，常落入各自為政、疏於照顧個案之現象，使得自殺問題呈現漸趨惡化現象，也缺乏實質有效的人力與因應對策。且對於不是其「法定」職責的業務態度較不積極，使得網絡運作無法發揮成效，資源網絡間較容易遇到狀況有：合作意願不高、彼此角色分工不符期待、對處理個案的理念落差大(古芳瑜、吳姿儀、李佩穎、余致興、謝欣伶, 2010)。因此，在資源網絡未建制的困境，使得個案常無處可轉，或是被冷處理。在

社政、民政、勞政，及民間團體等多方專業人員合作的過程中，一定會遇到專業間彼此因不瞭解而對對方有過度的期待，或是各自有想要達到的服務目標（曾光佩，101），這時就很需要有法原來界定職責，固定的機制或是會議，讓彼此有機會瞭解別的專業的運作與理念，強化網絡合作的效能。因此，衛福部門及其轄下主責地方機關應主動加強與警察、消防、社政、教育及勞政等機關建立合作機制，並協調各機關依權責及專業資源。防治自殺的策略需要多元的結合社區中的資源，像是健康、心理衛生機構等，為自殺企圖者建構綿密的網絡，有效預防其自殺（Mishara, 2007: 24）。這時代是需要在有限資源中創造支持和重整，各機關的作用力要正向躍升需整合與合作，才能發揮實質功效。

四、運用志工讓關懷服務延續

自殺關懷訪視服務屬於正式的服務系統，受限於人力、經費，關係總會結束。但是自殺企圖者面對人生困境的能量可能尚未全然恢復，實在需要有人可以長期傾聽、關懷。此時若能有二線輔導人力，如志工，提供長期且密集陪伴及引導，似乎是一個可思考的自殺防治策略方向。志工也世界各地自殺防治方案中擔任重任。全世界有兩千多個自殺防治中心是由志工組成的，可見志工在自殺防治上扮演重要的角色。應用志工擔任此重任合乎了成本利益、提供益友服務、彰顯社區參予的理想等優勢原則（鍾月嬌，2002；陳武宗，2000）。Granello（2007）認為以志工來發

展社區的自殺防治計劃是可以有所成效的。

志工在擔任自殺關懷服務後的追蹤是有成效的。Barraclough、Jennings 及 Moss（1977）研究發現自殺企圖者在與精神科醫生一個月的會談後，仍未能釋放其內在的焦慮，但轉至自殺防治中心後，接受志工服務後，轉為能夠和他社經背景相近的志工開放談論自己的生命經驗；志工無條件、不具批判性的聆聽使求助者更願意自由的分享其自殺的感受；隨著與志工會談次數的增加，自殺個案的沮喪心情逐漸改善，且更願意清晰的補充說明先前交代不清的資訊，最後來中心求助的次數也漸漸減少了。高雄市生命線協會設立「安心陪談員」，去年共追蹤一百五十名自殺高風險個案，平均在六到七次電話關懷後，多數可轉為低風險或打消自殺企圖（朱芳瑤、黃天如，2012/04/23）。因為，對自殺企圖者而言，他要的不是一個診斷，而是有人可以陪伴他，聽她說話（南玉芬，2011），時間是專業人員最奢侈的付出，而志工就可以適時補足此一缺憾。志工可以提供關懷、傾聽、支持、陪伴，還能分享生活資訊持續進行關懷。

伍、結語

自殺通報關懷服務已經推動 7 年，其間的成效也獲得實際的肯定。而為了讓服務能夠更展現成效，實在是需要檢視過去服務輸送流程中可再精進之處，以使得在輸送流程中的相關人等，都能受益與成

長。自殺防治工作必須永續經營，絕非一時一人或單一局處能推動，更應先行整合中央部會與確立法源，架構嚴謹的自殺防治安全網絡。

（本文作者為亞洲大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：自殺企圖、自殺通報、衛生福利

📖 參考文獻

內政部兒童局（2007）。早期療育工作手冊。

http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/upload/a241070a-63ca-4081-a3ee-be3885355fcc.pdf 下載日期：2012年12月24日。

古芳瑜、吳姿儀、李佩穎、余致興、謝欣伶（2010，9月）。建構夥伴關係－高風險家庭兒少偏差行為處遇之跨專業合作經驗。王育敏（主持人），【實務論壇二】跨領域合作與對話。「開創與前瞻－實務觀點的高風險家庭服務研討會」，臺北市，臺北市臺灣大學法律學院霖澤館。下載日期：2010年12月31日。

<http://www.children.org.tw/upload/File/researcher/T92.pdf>

臺灣自殺防治學會（2013）。汙名化：自殺防治的重大阻礙。自殺防治通訊，8（3），頁2-3。

全國自殺防治中心（2011）。自殺防治人員工作手冊－關懷訪視員。臺北：全國自殺防治中心。

全國自殺防治中心（2013）。自殺通報關懷系統－2012年通報個案統計。自殺防治通訊，8（1），頁5-6。

全國自殺防治中心（2013）。自殺通報關懷系統－2013上半年通報個案特性統計。自殺防治通訊，8（3），頁9。

朱芳瑤、黃天如（2012/04/23）。求助生命線去年15萬人次破紀錄上午5:30。中時電子報

<http://tw.news.yahoo.com/%E6%B1%82%E5%8A%A9%E7%94%9F%E5%91%BD%E7%B7%9A-%E5%8E%BB%E5%B9%B415%E8%90%AC%E4%BA%BA%E6%AC%A1%E7%A0%B4%E7%B4%80%E9%8C%84-213000869.html> 下載日期：2012年12月20日。

江弘基（2013）。自殺企圖通報個案的受助經驗：南投區心理衛生服務中心的田野觀察。國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士論文。

何明晃（2007）。從事兒少保護業務社會工作者強制通報責任規範之檢討。兒童及少年福利，12，頁97-111。

吳金水（1990）。自殺傾向的探討與自殺傾向適用量表編制經過。臺南師院初教系初等教育學報，3，343-441。

- 李明濱 (2013)。理事長的話。自殺防治網通訊，8 (3)，頁 1。
- 李明濱、廖士程、宋思潔 (2009)。臺灣民眾對自殺防治的認知調查。自殺防治網通訊，4 (4)，頁 5-7。
- 李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基 (2006)。自殺防治策略推動現況與展望，*護理雜誌*，3，頁 5-13。
- 周煌智 (2013)。日本與韓國自殺防治法導讀。自殺防治通訊，8 (1)，頁 2-3。
- 林千彙 (2013)。102 年自殺通報個案管理計畫之初次成果報告。臺中市政府衛生局。102 年度精神及心理衛生相關委外計畫年終成果報告暨檢討會。
- 林進修 (2008/11/20)。自殺防治，臺灣，可能走錯路了。聯合晚報。
http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=161489#ixzz2mmWwjDmK20131207，下載日期：2012 年 12 月 20 日。
- 林憲 (2006)。自殺防治工作能否奏效？*臺灣精神醫學* 20 (1)，頁 1-2。
- 社團法人臺灣自殺防治學會 (2013)。污名化：自殺防治的重大阻礙。自殺防治網通訊，8 (3)，頁 2。
- 南玉芬 (2010)。電話輔導於自殺防治的成效與限制。*臺灣社會工作學刊*，8，頁 157~207。
- 南玉芬 (2011)。致命的試煉～自殺企圖者之復原分析。東海大學社會工作學系博士論文。
- 南玉芬、鄭以琪、吳家珏、林美伶 (2011)。自殺防治的社工教育省思。2011 臺灣社會工作專業人員協會年會暨促進社會凝聚～社會工作專業的新視野研討會 (100.03.05) p.105-111。主辦單位：臺灣社會工作專業人員協會。
- 胡正申、丁華、陳立孟 (2010)。美軍自殺防治風險管理初探。*復興崗學報*，98，頁 145-178。
- 翁慧圓 (2006)。〈信任與傷害～處遇兒童謊報受虐事件之倫理兩難〉，收錄於《兒童及少年福利期刊》，10，223-234。
- 國自殺防治中心 (2012)。民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查。自殺防治網通訊，7 (4)，頁 6。
- 張仁典 (2012)。從社會自殺事件，淺談 24 小時自殺防治緊急處遇工作之重要性。
http://life.edu.tw/homepage/discuss/t-5-293.php?board_no=B000000169&seri_no=579&pageth=1，下載日期：2012 年 12 月 24 日。
- 張秀玉 (2009)。社會工作者在早期療育專業團隊中之角色探討。*社區發展季刊*，125，頁 343-355。
- 陳武宗 (2000)。如何協助機構推展活動。全國文化機構中區義工認知訓練研習班講義。
- 曾光佩 (2012)。【新領域。心領袖】專訪。中華民國臨床心理師公會全國聯合通訊，27，頁 15-18。
<http://www.atcp.org.tw/newspaper/5420120530.pdf>，下載日期：2012 年 12 月 24 日。

- 廖士程（2012）。臺灣自殺防治成果與展望。自殺防治網通訊，7（4），頁3。
- 熊蕙筠（2011）。傾聽失落·孤單·痛苦的聲音--自殺病患關懷訪視服務。亞東院訓。
<http://www.femh.org.tw/epaperadmin/viewarticle.aspx?ID=3259>，下載日期：2012年12月24日。
- 監察院（2011）。彈劾案一。監察院公報，2782，頁1-7。
- 臺中市衛生局（2012）。臺中市政府衛生局（100-103）施政白皮書。
<http://www.health.taichung.gov.tw/lp.asp?CtNode=6704&CtUnit=803&BaseDSD=7&mp=108010>，下載日期：2012年12月24日。
- 臺北市衛生局（2010/9/14）。北市消防局救援專家：人人都能是生命線。
<http://pchome.uho.com.tw/sick.asp?aid=9181>，下載日期：2012年12月24日。
- 臺北市衛生局（2012）。臺北市衛生局100年度施政成果。www.health.gov.tw/Portals/0/企劃處/施政報告，下載日期：2012年12月24日。
- 劉靜燕（2011）。臺北市自殺企圖者自殺防治網絡運作圖像之研究。臺灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 潘芸琬（2013）。自殺≠死神牌。自殺防治通訊，8（1），頁4。
- 衛生福利部社會及家庭署（2013）。推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫。
<http://www.sfaa.gov.tw/lawfamily/680.jhtml>，下載日期103年1月4日。
- 鍾月嬌（2004）。香港：香港瑪利亞防治自殺會。<http://www.sbhk.org.hk/>，下載日期：2013年1月4日。
- Barracough, B. W., Jennings, C., & Moss, J. R., (1977). Suicide prevention by the Samaritans. *Lancet*, 1, 237-239.
- Bertolote, J. M. (2004). Suicide prevention: At what level does it work? *World Psychiatry*, 3 (3), 147-151.轉引自李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基（2006）。自殺防治策略推動現況與展望，*護理雜誌*，3，頁5-13。
- De Leo, D. (2004, December). In the Labyrinth of Suicide Prevention: What Works and What Holds Promise, The Meeting of Taiwan Area Suicide Prevention Conference, Taipei.
- Granello, P. F., Granello, D. H. & (2007). *Suicide, An essential guide for professionals and educators*. Allyn and Bacon.
- Isometsä, E., T., Lönnqvist, J., K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 173:531-5.
- Maine Youth Suicide Prevention Program Plan, (2007). Retrieved December 24, 2012 from the World Wide Web:
<http://www.maine.gov/suicide/docs/Guidelines%2010-2009--w%20discl.pdf>.

- Mishara, B. (2007a, July). Understanding suicide and the role of helplines in suicide prevention. In 李明濱(Chair). International Conference of Suicide Prevention Crisis Line- International Experience and Crisis Lines Integration, Taipei.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). Reducing Risks from Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: National Academy Press. 轉引自李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基 (2006)。自殺防治策略推動現況與展望，*護理雜誌*，3，頁 5-13。
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lonnqvist, J., Michel, K., et al. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I.Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*, 85: 97-104.
- World Health Organization (2004). Main causes of death. Retrieved November 20, 2008 from the World Wide Web:
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHFRA/sum/20041125_24