

國際自殺防治政策、人員聘任與教育訓練之探究：
以英國、美國、澳洲、日本、臺灣為例

陳冠伶*、胡中宜

摘要

自殺防治政策直接影響各地區自殺防治服務的重點、內容及架構。然而，影響政策擬定的因素眾多，包含：在地自殺者特質、法律規範、現有衛政系統、資源網絡等等。自殺防治模式依政策規範各有不同，此不僅影響防治工作的進行方式，也影響一線服務人員的聘任及培訓內容。故本文整理英國、美國及日本等地區自殺防治政策、人員聘任及教育訓練制度，期盼提供台灣地區自殺防治服務啟示與借鏡。彙整各國相關資料，依政策、聘任、教育訓練等 3 個部分提出建議如下：政策部分，除期盼台灣地區能依地方特色擬定自殺防治法以外，亦能針對現行社會安全網之規範及相關心理健康服務進行彙整，探討並規劃自殺防治網絡之分流及合作，使自殺者及相關受影響者能獲得協助，並使服務網絡更為明確；是故，建議立定自殺防治服務之法源依據、探討自殺防治服務之分流、以及自殺防治服務之合作值得進一步擬定。聘任部分，台灣之自殺防治關懷訪視員教育背景異質性高，故建議能依此特性納入聘任之相關規範，盼能將職前訓練訂定為聘用標準、並依關懷訪視員教育背景進行職前訓練之調整。教育訓練部分，自殺防治關懷訪視員之能力分析尚未充分運用於教育訓練之上，亦期許能落實以自殺防治核心能力為基礎之教育訓練、並擬定繼續教育計畫。

關鍵詞：自殺防治、自殺防治政策、教育訓練。

陳冠伶* 桃園市生命線協會 (cendieora@gmail.com)

胡中宜 國立臺北大學社會工作學系

壹、緒論

自 1980 年代開始，世界各地區陸續發展由政府統籌、系統性的自殺防治服務。為因應自殺率逐年升高，臺灣於 2005 年成立全國自殺防治中心，各縣市亦開始進行自殺防治先導計畫。目前，自殺防治策略分為全面性、選擇性、指標性三大類別。選擇性策略中的「建立社會關懷網絡，結合民間力量，協助辨識與轉介有自殺傾向個案，同時提供緊急物質救援與心理關懷輔導」，及指標性策略中「自殺未遂者追蹤輔導」，皆指出對於自殺意念、自殺未遂個案進行追蹤關懷輔導的重要性。自此，各縣市政府衛生局開始聘任自殺防治關懷訪視員，或稱訪員、關訪員、個案管理師等，成為臺灣自殺防治直接服務的開端。

每一國家的自殺防治特色皆有不同，故「因地制宜」為自殺防治策略規劃之重要概念，掌握不同地區的特性、因應各地發展需求及特殊性，故各地區自殺防治服務的內容與架構和自殺防治政策規範相關，影響政策的因素眾多，包含：在地自殺者特質、法律規範、現有衛政系統、資源網絡等等。

不同的自殺防治模式，不僅影響防治工作的進行方式，也影響一線服務人員的聘任及培訓內容。臺灣更於 2019 年通過〈自殺防治法〉立法，本文主要目的就英國、美國、澳洲、日本、臺灣等地相異的自殺防治政策、聘用資格及訓練內容進行分析與討論，期盼能引為本地相關政策與策略制定之參考。

貳、自殺防治政策

自殺防治政策具層次性，包含全國性推動的規範，以及因應各地自殺危機特質而擬定的執行細則；整體而言，彼此之間需「網網相連」方能達到自殺防治之功效。本文期盼了解不同國家之間自殺防治之異同，並且進一步了解政策之下的執行內容與情況。英國及美國乃兩國自殺防治服務發展已久；而日本、臺灣皆為成文法系國家，希望藉由該國家之經驗及立法內容，提供臺灣參考；另外，臺灣之自殺防治服務受到澳洲政策之影響，運用全面性、選擇性、指標性防治策略進行政策規劃，並引入守門人概念推動防治服務。故比較上述國家之自殺防治政策，期盼更了解各國政策之目標、內涵、特色及相關配套措施。

一、英國自殺防治政策

根據英國國家統計局（Office for National Statistics, 2017）的統計，2016 年英國的自殺率為 9.7（每 10 萬人），年齡的部分以 40-44 歲者最高（比率為每 10 萬人 15.3），50-54 歲（每 10 萬人 15.1%）次之。自殺方式的部分，則以上吊（hanging）最多（男性佔 58.7%、女性佔 42.8%）、服用有毒物質（poisoning）次之（男性佔 18.3%、女性佔 36.2%）。中壯年的自殺議題仍為英國現在主要的防治主題。

英國的公共衛生政策，以支持以跨部門之概念執行預防性自殺策略，連結相關網絡部門、共同負責自殺防治業務，並且為地方政府和衛生保健專業人員提供資源、了解並預防自殺事件為主軸。英國政府透過與全國自殺預防聯盟（National Suicide Prevention Alliance[NSPA]）合作，致力於減少英國的自殺人數，並試圖改善那些失去支持系統或受自殺影響者的狀況（Department of Health, 2012）。

現行自殺防治政策（Preventing suicide in England: Across-government outcomes strategy to save lives）為英國健康部（Department of Health）在 2012 年公布的新版自殺防治政策，相關介紹如下（Department of Health, 2012）：

（一） 政策目標

英國自殺防治政策歷經修整，而在上一版的英國自殺防治政策中，自殺者比率已有下降。為了持續精進自殺防治服務、救援生命，彙整該政策的主要目標，包括跨部會串聯、親友參與防治服務、高風險對象服務資源彙整、24 小時即時處遇。

1. 跨部會串聯為重要概念：自殺防治為跨部會合作之政策，共同合作、串聯是防治工作的重要概念。導致一個人痛苦的因素相當複雜。沒有單一的組織可以獨自因應這些困境。衛生，教育，司法和內政部，交通，工作和年金等政府部門之間的合作至關重要。同時，也需要法務部門、學術機構、學校、企業、職業督組，記者和其他媒體的支持。
2. 將親友納入服務系統：必須讓生活受到家人，朋友，鄰居或同事自殺影響的社區和個人參與。
3. 高風險個案服務資源彙整：該自殺防治政策將有關自殺風險較高的群體服務

可用的知識、資訊匯集在一起，應用有效介入措施，強調可用資源來支持行動。而這一個策略，也是認可地方組織於所在地區之防治政策具有自主權。

4. 24 小時即時處遇：精神和身體健康必須同等重要。這意味著當自殘者、自殺者來到急診時，須有效管理精神健康方面及任何人身傷害。這也意味著危機處遇須具備即時危機處遇的反應能力。

（二） 政策內涵

英國自殺防治政策分為六個行動策略，分別為「減少自殺高危險群之風險」、「量身訂製，提高特定群體的心理健康」、「減少獲取自殺的工具」、「提供給遺族或受其影響的人更好的資訊和支持」、「支援媒體，並提供增進關於自殺和自殺行為敏感度的方法」、「支持研究，數據收集和監測」，最後則提出全國性與地方性自殺防治政策的設計建議，詳述如下。

1. 減少自殺高危險群之風險：在此主題中，將青年和中年男子、受過心理健康服務者（包括住院病人）、有自殺史者、於刑事司法系統中者、及特殊的職業群體（如醫生、護士、獸醫工作者、農民和農業工人）等高自殺危機對象列為防治的重點。當中特別強調，司法系統中者須有持續性的安全管束，而各職業間有不同的自殺風險，應分別擬訂自殺防治策略。

2. 量身訂製，提高特定群體的心理健康：下列群體以特質或文化區分，整理出高自殺危機的群體，為因應下列各群體之異質性，整理其特別需求、串聯各自可用或必要的資源系統，量身設計服務與處遇計畫，包括兒童和青少年；具脆弱特質者，如在結束青年司法系統處遇者；受虐待或暴力行為，包括性虐待的倖存者；退伍軍人；長期有身體健康狀況者；未經處理且患有憂鬱症者；由於社會和經濟情況特別容易受到傷害者；濫用藥物或酒精者；女同性戀者、男同性戀者，雙性戀者和跨性別者；黑人、亞洲人及少數族裔群體與尋求庇護者。

3. 減少獲取自殺的工具：而在「減少獲取自殺的工具」中，則分析最常見的自殺方式，並列出高危機的自殺方式，分別為：住院精神病患之上吊和窒息、服藥中毒、鐵路和地鐵網路（臥軌、跳軌自殺）等。在不同自殺方式之下，分別設計自殺防治措施。

4. 提供給遺族或受其影響的人更好的資訊和支持：此部分強調遺族服務的重要性，遺族之自殺風險、身心創傷需要被關注，並進行相關危機處遇。提供遺族有效和即

時的情感性與實際支持是不可缺少的，當中也明定一般醫師（GPs）需關注自己病患，若其成為遺族，更需對於病患的身心狀況仔細評估，以減少其潛在自殺風險。

5. 支援媒體，並提供增進關於自殺和自殺行為敏感度的方法：對於媒體，則規定「支援媒體，並提供增進關於自殺和自殺行為敏感度的方法」，強調媒體傳播在自殺防治上扮演重要角色。促進媒體以負責的態度報導自殺新聞，並鼓勵刪除不當的自殺報導，同時提供自殺意念者求助資訊，乃是此處之重點。

6. 支持研究，數據收集和監測：「支持研究，數據收集和監測」則強調數據統整的必要。健康部將繼續透過國家衛生研究院的研究及政策研究方案，以支持自殺預防和自我傷害的高質量研究。為此，可靠、及時和準確的自殺統計數據，便是自殺預防必不可少的部分。

此外，英國的自殺防治政策亦探討、訂定全國性與地方性自殺防治政策。自殺防治工作大部分的規劃和內容都在地方政府進行推展。而防治策略則分為地方做法和國家行動兩個部分推動。從 2013 年 4 月起，英國地方當局需負責協調和實施自殺預防工作，然而在地方公共健康和衛生的改善上，中央和地方的職責是不可分割的。

（三） 政策特色

在這一版本的自殺防治政策中，強調強調「沒有心理健康不是健康」（No health without mental health），囊括親友家人的服務、進行數據監控可謂最大的重點。在服務推展的過程中，持續監控服務的品質，評估服務的成效及數據改變，以利掌握服務需求的改變。

1. 家庭支持服務更為突出：在這一版的自殺防治政策中，支持家庭的服務更加突出，那些擔心親人面臨危險的人、或是那些不得不應對自殺後果的人，可透過 GPs 及區域型自殺防治服務，可獲得更多協助。

2. 針對不同年齡組、高風險群體進行監控：更明確地提到了初級保健在預防自殺中的重要性，並且針對每個年齡組採取預防措施的必要性。另外，在確定哪些高危人群是預防工作的重點時，監測其自殺率的人群，這對自殺防治、風險管控相當重要。也有其他群體需要降低其風險的針對性的心理健康措施。這些群體可能總體上沒有高風險，例如兒童，或者難以衡量或監測的風險，例如少數民族社區。然而在這些群體內，與媒體合作在這一領域進行報導敏感度的訓練仍相當重要。

二、美國自殺防治政策

根據美國自殺學會（AAS, 2018）的統計資料顯示，2016 年自殺率為 13.9（每 10 萬人）。進一步於每個年齡組進行死因分析，發現當中以 45-54 歲者（自殺者死亡佔 19.7%）、85 歲以上者次之（自殺者死亡佔 19.0%），55-64 歲者則位居第三（自殺者死亡佔 18.7%）。而自殺方式的部分，則以槍枝（Firearm）佔 51.0%為最多、窒息或上吊（Suffocation/Hanging）佔 25.9%次之，顯示槍枝管控在美國自殺防治中具重要影響。美國的自殺防治政策，亦由國家自殺防治行動聯盟（National Action Alliance for Suicide Prevention）執行。而自殺防治政策在此當中，自殺防治的直接服務佔了重要角色，包括需要辨識自殺高風險者、進行自殺風險評估、聯繫並運用醫療相關協助，乃是期望協助自殺意念及企圖者降低風險、提供支持，並協助其恢復原本的生活。

美國於2012年提出最新版本的自殺防治政策（National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action），（U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012）：

（一） 政策目標

2012年版自殺防治政策以一首詩作為政策之精神：「給那些自殺失去生命的人、給那些與自殺意念掙搏的人、給那些已經對自己的生活盡力嚐試的人、給那些對於生活而奮鬥者給予關心的人、給那些自殺死亡後留下的遺族、給那些在恢復、所有那些努力不懈、在我們的國家防止自殺和自殺未遂的人」。顯見自殺防治政策服務的標的，不僅是自殺意念者、自殺企圖者，更包含自殺死亡者的家屬及服務網絡人員。是故，提供所有面臨自殺威脅的人協助是這美國自殺防治政策的重要目標。

美國自殺防治政策具有四大目標，分別是「健康，增權個人、家庭和社區」、「臨床和社區預防服務」、「治療和支持服務」、「監測、研究和評估」。而在目標之下，服務設計亦包含「心理及情緒的福祉」、「預防自殺行為」、「無傷害和無暴力生活」、「預防藥物濫用和過量飲酒」等議題。

（二） 政策內涵

以下就4大防治目標，「健康，增權個人、家庭和社區」、「臨床和社區預防服務」、「治療和支持服務」、「監測、研究和評估」，分別介紹內涵：

1. 健康，增權個人、家庭和社區：以類似系統觀點的視角，串聯由小系統至大系統間可用的資源，並賦予各系統自殺防治的責任。當中有四個子目標，分別為：整合並協調多個部門和機構的自殺預防活動。實施宗旨在研究知識傳遞的效果，設計透過改變知識、態度和行為的研究以防止自殺。增加提供自殺行為保護措施、促進健康和恢復因素的認識。促進媒體報導自殺的責任。在娛樂業中對於自殺和精神疾病，以及自殺相關內容在網路的安全性能有準確描繪。
2. 臨床和社區預防服務：此部分主要討論危機個案的發掘與服務系統介入，且如何讓有危機的自殺意念者，得以順利進入服務網絡。包括下列 3 類：制定、實施並監督促進健康和預防自殺相關行為的有效方案；當辨識出高危機者時，促使減少運用高自殺危機自殺方式；對社區和臨床服務者，提供預防自殺和相關行為的培訓。
3. 治療和支持服務：在美國的自殺防治的處遇政策中，著重醫療治療與精神科照護的合作與運用。此部分包括 3 個項目：醫療服務作為促進預防自殺的核心。促進並施行有效的臨床及專業練習，評估並治療那些被辨識出來、具有高自殺行為風險的人。面對自殺及具有自殺意圖的人，提供照顧和支持、傾聽，以促進復原，並實施社區處遇策略，以幫助進一步自殺者。
4. 監測、研究和評估：自殺防治政策並非一成不變，隨著高危險族群、自殺因素、自殺致命方式變革，自殺防治策略亦須調整、與時俱進。相關內容亦包含 3 個部分，分別為：（1）增加有關自殺預防國家監測系統的即時性和有效性，提高收集、分析的能力，並利用這些訊息採取行動；（2）促進和支持對自殺預防研究；（3）評估自殺防治介入的有效性、系統、綜合性與傳播結果的影響。

（三） 政策特色

美國方面，於 1958 年在洛杉磯成立全美第一個自殺防治中心，成為該國自殺防治之立基，而後政府部門如衛生及人群服務部（Department of Health and Human Services[HHS]）、空軍（U.S. Air Force）；民間組織如自殺防治學會（American Association of Suicidology[AAS]）、美國自殺防治基金會（American Foundation for Suicide Prevention[AFSP]）、國際自殺防治協會（International Association for Suicide

Prevention[IASP])、自殺防治資源中心 (Suicide Prevention Resource Center [SPRC])，提供不同對象、不同服務模式、不同主題之自殺防治服務。

三、 澳洲自殺防治政策

2015 年澳洲有 3,027 人死於自殺，自殺死亡者中約有 75% 是男性。自殺是 15 至 44 歲人群的主要死亡原因，也是 45 至 55 歲人群的第三大死亡原因。它佔 15 至 24 歲人口中三分之一的死亡，而佔 25 至 34 歲人口中四分之一的死亡。澳洲由衛生部 (Department of Health) 推出第五版國家心理健康和自殺預防計劃，以下引述相關資料 (Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017)：

(一) 政策目標

1. 統合現行自殺防治政策：目前澳洲的自殺防治政策被批評為支離破碎的，各州政府的角色和責任不明確。這導致了個案服務的重複和差距。如果存在競合或重疊的服務，那麼哪些服務最有效就缺乏明確性。故修訂本版自殺防治政策，期許能訂定服務目標，並與國家規畫並進。
2. 訂定原住民自殺防治政策：有一些族群可能依其特質而遭遇相關風險因素，考慮如何為他們提供額外支持性服務格外重要。這包括原住民和托雷斯海峽島民的自殺防治工作。在這些人口中，於 20 世紀 60 年代之前，自殺幾乎聞所未聞。然而在 2014 年，自殺是原住民和托雷斯海峽島民的第五大死亡原因，故原住民和托雷斯海峽島民自殺預防列入國家政策規劃有其必要。

(二) 政策內涵

澳洲自殺防治政策規範了 11 個重點要素，請要求運用該要素規範服務要點，各州政府之預防自殺小組委員會擬定各地區的自殺防治政策，相關介紹如下：

1. 自殺防治政策需考量下列 11 個要素：(1) 監視：提高自殺和自殺未遂數據的質量和及時性；(2) 意味著限制，減少自殺手段的可用性、可獲得性和吸引力；(3) 促進推動媒體報導指南，以負責任的方式，報導廣播和社交媒體中的自殺事件；(4) 獲得服務：促進為易受傷害者提供更全面的自殺防治服務，並消除其接受服務的障礙；(5) 培訓和教育：守門人維護綜合培訓是已確定的培訓計畫；(6) 目標：提高

臨床照顧品質，特別是對於在自殺未遂後到醫院就診的人，依照臨床處遇模式進行協助；(7) 危機介入：確保社區有能力透過適當的處遇措施應對危機；(8) 預防：改善對自殺和自殺未遂者的反應和照顧；(9) 意識：建立公共宣傳運動，以促進「自殺是可以預防」的理解；(10) 減少恥辱感：促進精神衛生服務的使用；(11) 監督和協調：利用研究所或機構來促進和調整研究，培訓和服務提供以應對自殺行為。

2. 自殺防治規劃重點：各州政府將透過 MHDAPC 預防自殺小組委員會制定預防自殺防治政策，該政策將上述 11 個要素納入運作範圍，同時考慮到現有政策，計劃和活動：(1) 為自殺企圖或有自殺風險的人提供一致和及時的後續照護，包括服務系統中，服務提供者的明確角色和責任達成一致；(2) 為受自殺影響的人提供及時的後續支持；(3) 改善所有服務設施，考量文化因素；(4) 改善提供者之間的關係，包括緊急服務；(5) 改進數據收集和綜合評估工作，以建立與預防自殺和自殺企圖有關的「有效」的證據基礎。

(三) 政策特色

聯邦政府將運用一般醫師 (General Practitioner[GPs])、初級健康網絡 (Primary Health Networks[PHNs]) 和地區型健康網絡 (Local Health Networks [LHNs]) 聯合發展，進行以整體社區為取向的自殺防治工作：

1. 這包括與當地社區合作制定預防自殺行動，並作為聯合區域內心理健康和自殺預防計劃的一部分。
2. 這些區域計劃將與上述 11 個要素相符，並在規劃自殺防制策略時，對於自殺者予以通報。
3. 在區域層面，PHNs 和 LHNs 將共同合作，並建立社區對可用服務範圍以及如何運用這些服務的知識。

四、日本自殺防治政策

根據世界衛生組織 (World Health Organization[WHO], 2014) 資料顯示，日本長期以來是工業化國家自殺率最高的國家之一。根據厚生勞動省的統計，日本的自殺率 16.8 (每 10 萬人)，自殺者的年齡以 40-49 歲最多 (佔 17.2%)，50-59 歲 (佔 16.9%)、60-69 歲次之 (16.7%)；自殺之原因以「健康問題」最多，「經濟、生活問

題」次之、「家庭問題」為第三；自殺方式之統計，則同樣依據厚生勞動省（厚生勞動省，2018b）統計的自殺方式可知，以上吊為最多、高處跳下為次；再者男性以燒炭、女性以跳水則列為自殺的第三位（厚生勞動省，2018a）。

在〈自殺對策基本法〉通過之後，由精神保健研究所（國立研究開發法人國立精神・神經醫療研究センター-精神保健研究所，National Institute of Mental Health, NCNP）成立了日本自殺對策支持中心（Japan Support Center for Suicide Countermeasures[JSSC]），除了進行自殺防治工作以外，也對於自殺企圖者提供支持服務。該中心的主要任務有下列三者：第一，從事自殺與自殺相關行為的流行病學研究；第二，自殺預防支持培訓計劃，乃是對自殺企圖者和其親屬的照顧進行調查和研究；第三，影響自殺之精神疾病研究。而更重要的是，自殺對策支持中心每年亦針對自殺防治相關人員開立訓練課程。而國立精神保健研究所執行「日本自殺防治複合介入模式」計畫（Japanese multimodal intervention trials for suicide prevention, J-MISP）中，又分為「NOCOMIT-J」以社區為基礎的複合式自殺防治計畫，以及「ACTION-J」以隨機、對照、多管道的試驗，進行自殺企圖者的個案管理，以降低自殺者未來的自殺企圖，進行自殺企圖者的個案管理。並藉由教育與追蹤，降低其自殺企圖與行為。

為了進一步進行自殺防治工作，日本則在平成 18 年（2006 年）通過《自殺對策基本法》，並於 2016 年進行修正，相關介紹如下（引自日本自殺對策基本法，2016）：

（一） 政策目標

在〈總則〉開宗明義指出：「為了實現一個沒有人被迫自殺的社會，處理這個問題很重要。鑑於這是一個具有挑戰性的課題，在自殺防治措施方面，我們制定了一個基本理念，明確國家政府，地方政府等的責任，並決定自殺防治措施的基礎等事項，我們的目標是通過全面促進、預防自殺以及加強對自殺親屬的支持等來實現人們能夠健康生活的社會」。而對於自殺防治的基本理念也提及了需將每個人視為不可替代的人，自殺不僅為個人問題，背後包含各種社會因素；自殺也不僅從心理健康的角度出發，而且要考慮到自殺的實際情況，同時考慮到自殺具有多樣複雜的原因和背景。必須透過與健康、醫療、福利、教育、勞工和其他相關措施的有機合作，全面實施自殺防治措施。

同時也明訂了國家和地方政府的責任、雇主的責任、公民的責任、並期望增加公眾對於自殺防治的理解，且訂定自殺預防週和自殺措施強化月（自殺預防週為 9 月 10 日到 9 月 16 日，自殺措施強化月是 3 月），強化國家、地方政府、醫療機構、用人單位等各方合作。「考量名譽和生活的平穩」則強調自殺對策應妥善的實施，應充分考慮自殺和自殺未遂的親屬的名譽及生活的平穩，以避免任何不適當的事物侵害或騷擾。

（二） 政策內涵

在第二章〈自殺總對策大綱和督道府縣自殺對策計畫〉中提到都、道、府、縣應考慮到自殺綜合措施綱要和該地區的實際情況，制定縣內自殺防治措施的計畫。市、町、村當局應在區域內制定自殺防治措施計畫，同時考慮到自殺綜合措施綱要和都、道、府、縣自殺對策計畫以及該地區的實際情況。根據縣自殺對策計畫或市自殺對策計畫，國家應根據有關地區的情況，進行必要的自殺對策項目，對於實施努力推展防治措施的督道府縣和市町村，根據厚生勞動省條例的規定，可以在預算範圍內的預算內發放補助金，同時考慮到自殺措施的內容和其他需要促進的事項，以便遵守項目實施所需的費用等。

第三章〈基本的施策〉則著重調查研究的推展和制度的完善、保護人力資源和促進有關維持精神健康的教育和啟發。國家和地方公共實體應當採取必要措施，保障、培訓和提高與自殺對策有關的人力資源的資質，同時和大學、職業學校、相關組織等的合作。此外，國家和地方政府應於工作場所、學校、地方等組織合作，進行國民心理健康相關教育以及啟發性的推廣。並且討論體制之整備，針對企業和學校職員能確實實施維持國民心理健康之相關訓練機會。也要求學校提供心理健康促進服務，對兒童、學生家長、與當地居民和其他利益相關方應互相合作、相互尊重。

再者則提到提供醫療系統的措施、改善避免自殺事件發生的措施、提供自殺未遂者支持、協助自殺者親屬、支持非政府組織的活動等的重要性。國家和地方共同協助精神病患者時應具備專業知識，以便及時、適當地為可能因心理健康議題而自殺的人提供必要的醫療服務。提供良好質量和適當的精神健康服務，確保進行緊急醫療護理和精神科醫生之間能有適當的合作，精神科醫生及其所在地區的醫院應採取其他自殺防治的必要措施，如與從事與措施有關的活動的其他心理學家、衛生和

福利專家、民營企業等的順利合作。國家和地方政府應確保自殺或企圖自殺者對其親屬所造成的嚴重心理影響，並採取必要措施為這些親屬等提供適當的支持。國家和地方政府應提供建議、財源和其他必要措施，支持私人組織進行自殺防治、支持自殺者親屬等活動。

(三) 政策特色

1. 雇主責任與名譽考量：日本自殺防治政策最為特別之處，在於「事業主的責任義務」與「避免自殺者與其家人生活和名譽上之擔憂」等兩個部分。事業主需同時與國家和地方公共團體，共同協力實施自殺對策，事業主為了維持雇用的勞動者之心理健康，必須盡力執行必要措施。而有鑑於自殺之汙名化，實施自殺防治對策，對於自殺者、自殺企圖者以及其親人的名譽和生活的平穩，皆可避免產生不當的侵害。
2. 國家、地方、學校之合作：同時明定自殺防治不僅需要國家級自殺防治政策，督道府縣與市町村當局應在區域內制定自殺對策計劃，並與國家計畫互相搭配。同時中央政府應提供自殺防治之財源與促進地方政府推動政策。也訂定自殺預防週和自殺措施強化月，定期辦理自殺防治宣導活動。同時結合學校資源，不僅進行自殺防治訓練，亦提供學生、家長、社區民眾心理健康促進服務。

五、臺灣自殺防治政策

根據全國自殺防治中心(2016a)統計，2015年全台自殺死亡人數為3,675人、自殺粗死亡率為15.7(每10萬人)，男性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息」(30.8%)、「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(如燒炭)(27.7%)以及「以固體或液體自殺物質自殺及自為中毒」(如飲用農藥)(17.4%)；女性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息」(26.3%)、「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(22.3%)以及「以固體或液體自殺物質自殺及自為中毒」(21.9%)；男性與女性排序前三位皆為「情感／人際關係」(男36.3%、女53.2%)、「精神健康／物質濫用」(男32.8%、女37%)及「工作／經濟」(男12.9%、女8%)。顯示上吊、燒炭、農藥之自殺方式取得，需要進行管控及相關處理。

有鑑於自殺率居高不下，臺灣則於 2006 年由行政院衛生署（現為「衛生福利部」）委託臺灣自殺防治學會成立國家級自殺防治中心，並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，並有效對自殺企圖者進行妥善照顧。值得注意的是，《自殺防治法》已於 2019 年通過。以下引述法條內容，彙整重要內容進行介紹（引自自殺防治法，2019）：

（一） 政策目標

1. 強化自殺防治服務：於《自殺防治法》第一條便提及：「為加強自殺防治，關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值，特制定此法。」於此定調自殺防治服務於臺灣的法源。
2. 跨部門自殺防治諮詢會，擬定全國自殺防治綱領：「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。」另外，「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。」「中央主管得委託法人、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。」

（二） 政策內涵

目前自殺防治法規範之服務內容，包含「心理諮詢及轉介」、「獎勵及教育訓練」、「24小時免付費緊急諮詢電話」、「自殺防治通報系統通報及關懷訪視」、「高致命性工具管控」、「媒體管理」等部分，分述如下：

1. 心理諮詢及資源轉介：「機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。」「中央主管機關為辦理自殺防治工作之必要，得請求有關機關協助或提供相關資料。」「第一項自殺防治教育及心理諮詢管道所需費用，必要時中央及直轄市、

縣（市）主管機關得予補助。」第 13 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。」

2. 獎勵及教育訓練：「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。」「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。」

3. 24小時免付費緊急諮詢電話：「中央主管機關應設置或委託辦理免付費之24小時自殺防治緊急諮詢電話。」

4. 自殺防治通報系統通報及關懷訪視：「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。」「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。」關於保密部份，「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。」

5. 高致命性工具管控：「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。」

6. 媒體管理：「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。」「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。」

（三） 政策特色

目前自殺防治策略與《自殺防治法》相互呼應，以三個面向擬定方案，分別為全面性（universal）、選擇性（selective）與指標性（indicative）策略進行擬定（全國自殺防治中心，2016b），分別如下：

1.全面性策略：對象為全體國民：（1）媒體互動與觀察，監測媒體是否符合世界衛生組織（WHO）報導原則；（2）減少致命性自殺工具的可近性（如農藥、木炭）；（3）透過宣傳活動，加強心理衛生教育，推動精神疾病與自殺的去污名化；（4）製作宣導教材，運用多元管道推廣，如平面、網路等；（5）電話調查民眾對自殺相關概念，作為推行策略之參考；（6）協助安心專線之推廣。

2.選擇性策略：對象為高風險群對象：（1）推動「珍愛生命守門人」教育訓練，推展守門人概念；（2）發展義工/志工組織，發揮在地服務與關懷的精神；（3）推廣心情溫度計，增進個人心理健康，加強篩檢與運用；（4）推行憂鬱症共同照護體系；（5）精神疾病的早期診斷有效處置；（6）結合民間力量，如憂鬱症防治協會，合作推動珍愛生命理念等。

3.指標性策略：對象為高自殺風險者或已出現自殺企圖者：（1）建置自殺防治通報系統，提供資料分析與回饋；（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。

綜合上述各國之自殺防治政策，英國由健康部（Department of Health）擬定自殺防治政策，將此政策定調為跨部會合作業務，提出全國性與地方性自殺防治政策的設計建議；此外，亦將高風險族群、減少自殺工具取得、遺族或受影響者、媒體、自殺防治數據研究列為防治重點。美國由衛生及人群服務部（HHS）、藥物濫用和心理健康服務管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]）、自殺防治資源中心（SPRC）等公私部門共同擬定自殺防治政策，運用全美自殺防治聯盟之概念，並依族群、職業、特質發展各類自殺防治方案。澳洲則運用 PHN 和 LHNs 等地區醫療網絡，結合 GPs 資源進行地區醫療網絡介入服務。

日本則透過《自殺防治對策法》立法，規範中央與地方之權責，並且主張自殺防治服務需透過與健康、醫療、福利、教育、勞工和其他相關措施合作，全面實施自殺防治措施。臺灣則由衛生福利部委託臺灣自殺防治學會成立國家級自殺防治中心，設置 24 小時服務專線，推動心理諮詢服務，另外，推動推動自殺通報系統服務，並且針對媒體之自殺相關報導進行管控。

近年來，已有實證分析研究進行自殺防治個案管理服務模式進行分析。在河西教授等人針對 ACTION-J 之服務介入成效進行研究，發現以個案管理模式進行介入者，相對於對照組之一般介入，於自殺後的短期內（1、3、6 個月）雖有較低的再自殺率，但對於長期（超過 12 個月後）的影響而言並無明顯差異（Kawanishi et al., 2014）。而後續古野教授等人進行進一步分析發現，個案管理介入降低了自殺後再自傷的比率（Furuno et al., 2018）。但是，近期實證文獻上亦出現不同結果。例如 Hawton 等人則針對自殺和自傷個案介入方式之探討進行比較，發現個案管理、一般處遇以及其他替代性心理治療等三種模式，在重複自傷、危機介入後再自殺之比例並無特別差異（Hawton et al., 2016）。是故，目前自殺防治個案管理服務介入之長期成效目前並不明顯，故個管自殺防治政策中亦包含鉅視層面之範疇，形成綜合型處遇策略。另一方面，自殺防治個案管理工作仍是現行直接服務的重要環節，故以下針對自殺防治一線從業人員的聘用資格及訓練進一步討論。

參、自殺防治一線從業人員之聘用資格及教育訓練

在各地區不同的自殺防治政策之下，對於自殺防治一線服務人員的聘任有不同規定，當中美國、日本及臺灣具有自殺防治個案管理師和關懷訪視員的職務設計，英國及英國則由醫療、志願服務、專業團體等人力執行自殺防治工作，以下就任用資格說明之：

一、英國之聘用資格及教育訓練

英國各地有許多危機關懷處遇的團體，而在英國國家政策之中，運用許多專業團體、志願服務團隊等各類組織，結合健康服務、救護服務、警察資源、地方政府和其他地方組織執行自殺防治計畫（Department of Health, 2012）。

英國並無自殺防治個案管理師的職務設計，自殺防治的直接服務工作仰賴前線專業人員進行風險評估。這代表著由精神科醫生、社工、護理師和其他精神衛生從業者，在自殺防治、急診和初級心理衛生服務中的工作人員方面都發揮著作用。雖然程度、內容上各有不同，但這些專業人員都須接受相關培訓。故在英國地區의自殺防治服務設計，凸顯評估和轉介的重要性。若無法有效轉介、則無方法介入服務（Department of Health, 2012）。

Appleby 教授在英國醫學研究委員會（Medical Research Council[MRC]）的支持之下，推動「訓練第一線醫護人員評估、處置有自殺危險性的病患」之先導研究（STIRM Project），針對所有的健康促進從業人員、心理健康從業人員及非心理健康促進之專業人員進行訓練，安排風險評估（包含風險因素、自殺意圖）、臨床管理（管理自殺意圖、消除致命手段、提供適當的支持）、及問題解決等訓練，並發現有顯著成效（Appleby et al., 2000）。

STIRM Project 後續發展成為 STORM®，是英國地區最完整的自傷、自殺防治教育訓練及社會企業組織。以往自殺防治的課程規劃為 4 個單元，分別是風險評估、安全計劃、解決問題、未來安全計劃；而目前則將課程規劃為預防自殺技能訓練（成人）、預防自殺的技能培訓（兒童和青少年）、預防自殺和減輕自我傷害的技能培訓（成人）、預防自殺和減輕自我傷害的技能培訓（兒童和青少年）等 4 個單元（STORM®, 2019）。

二、美國之聘用資格及教育訓練

美國的自殺防治個案管理師所服務的自殺個案，因其種族、職業等差異，而由不同主管關機各自聘任個案管理師進行服務。以退伍軍人局（U.S. Department of Veterans Affairs [VA], 2016）之統計為例，退伍軍人占美國自殺死亡人數的 18% 為自殺者之大宗；而退伍軍人局所聘任之個案管理師亦為個案管理師聘任之主要來源。

聘用資格的部分，以美國退伍軍人局聘用之個案管理師為例，個案管理師之教育背景為社會工作；且須具備社會工作教育委員會（Council on Social Work Education[CSWE]）認可的社會工作學院的碩士學位，而這當中社會工作的博士學位不能取代社會工作的碩士學位；同時須擁有 2 年以上專業領域之實務經驗；而當中若通過社會工作委員會協會（Association of Social Work Boards[ASWB]）之臨床測

驗或具備進階人才(advanced generalist)資格者優先錄用(U.S. Department of Veterans Affairs, 2018, 2019a)。

美國專業人員自殺防治訓練相當多元，由許多專業團體提供，以下分別介紹美國自殺防治資源中心(SPRC, 2017)辦理的自殺風險之評估與管理訓練(Assessing and Managing Suicide Risk[AMSR])、及全國預防自殺行動聯盟(National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014)之《自殺預防和臨床人員：培訓指南》訓練指引進行說明。

美國自殺防治資源中心(SPRC, 2017)和美國自殺學會(AAS)辦理的AMSR訓練以工作坊的方式進行，內容分為五個部分，分別為對於自殺的態度和取向、了解自殺(透過數據和統計)、個案概念化、自殺風險評估、安全和長期規劃；研討會由資深的臨床醫生提供，並結合了各種學習技巧，包括小組討論、專家教學、視訊和角色扮演；華盛頓州於2012年通過ESHB 2366的立法授權，乃是美國第一個要求州內心理衛生專業人員及前線的服務提供者需要接受自殺防治相關培訓的地區；AMSR便符合ESHB 2366之訓練標準，要求具有證照的專業人員，每2年對自殺風險的評估、管理和治療進行30小時的培訓；且需要在開始執業的前6年完成第一次6小時的訓練。

美國全國預防自殺行動聯盟也提出《自殺預防和臨床人員：培訓指南》訓練指引，為相當具體、詳細的訓練準則，當中包含(National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014)：「培訓項目之範圍和目標」、「自殺急救和風險評估方面的培訓」、「介入技巧訓練」、「照顧的連續性發展」等四大類別；「培訓項目之範圍和目標」中包含加強建立治療關係的重要性、自殺觀念和事實、法律和法規的資訊、文件的相關要求(包括病歷記錄之管理和保留)、追蹤與轉變議題(transition matters)、文化與在地因素、培訓或設置組織的具體問題；「自殺急救和風險評估方面的培訓」則是對於具有自殺風險的人，在個人化的短期與長期計劃中，須強調危險及保護因子：首先是探究危險預告和風險指標(包括：孤獨、情緒波動、注意力集中困難、入睡困難、全身不適(疲勞、厭倦，煩躁或不安)等等)；再者為檢視危險因子，包括公開和直接談論自殺想法與計畫、企圖進行的自殺計畫、預計運用的致命性手段、不害怕疼痛、孤單的來源、之前的自殺企圖、暴露於自殺(風險)中、具有心理健康議題(例如憂鬱)；第三為檢視保護因子，包括：公開和直接談論活下來的原因、

個人、家庭、社區和社會制度間的連結、與醫療服務間具有支持性關係、治療行為；「介入技巧訓練」則包含確定危險程度，並告知短期和長期規劃，包括：問題的評估涉及到即將發生的自我傷害行為及運用致命的手段；基於上述制定一個安全計劃：安全協議、清除或禁止傷害性手段、連結緊急性資源、建立接觸頻率（的規範）、為了面臨風險的人擬訂計畫，透過家屬、社區或社會機構，增加和他人的聯繫、保護活動；「照顧的連續性發展」則包含保證（從長遠來看，面臨自殺風險的人，需具專業性之持續性的臨床照顧管理較符合安全計畫的需求；自殺風險的持續評估與調整，安全計劃和治療計劃是必要的；社區資源和支持對於下述提供連續性的照顧支持）；對於面臨自殺風險的人，為了其特別需要和提供個別化的（服務內容）；示範對於個人、他/她的家庭支持系統的參與技巧和知識；設定期望及後續計劃的承諾。

三、 澳洲之聘用資格及教育訓練

根據 Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health (2017) 對於澳洲自殺防治服務網絡之規範，自殺防治服務網絡大致可分為在地自殺防治網絡、非營利組織服務、及社區型原住民健康監控服務（Aboriginal Community Controlled Health Services[ACCHS]）；自殺防治在地服務是透過 PHNs 和 LHNs 推展的，PHNs 由邦政府設立，針對特定區域人口提供醫療和保健服務，並得以在區域中進行服務整合；LHNs 由州和地區建立，主要進行公立醫院服務管理；另外，也會匯集州內資源及其他醫療服務，例如基於社區的醫療服務；並支持區域級別的服務集成。PHNs 和 LHNs 與社區有著密切的關係，並推動地區內服務之成效。

另外，社區內亦有許多非營利組織推動自殺防治服務，一些組織具有較大的地理覆蓋範圍和許多相互關係，有些組織則僅在一個地區運行；這些組織為服務使用者和服務提供者相關處遇措施，包括預防和短暫處遇服務、社會心理支持服務、宣傳、喘息，以及運用電話和互聯網進行的處遇措施（Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017）。

ACCHS 是非營利性組織，對於原住民之服務，則根據其規模和複雜性，提供上述歸社區管理和私營部門服務和計劃的範圍，包括全面的初級衛生保健、專科服務、專職醫療和社會支持；ACCHS 是具備能理解原住民需求之精神衛生服務系統的重要組成部分，在與原住民和托雷斯海峽島民以及他們之間的合作中，同時將其

視為 PHN 和 LHN 的精神衛生服務提供合作夥伴（Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017）。

澳洲格里菲斯大學（Griffith University）中之澳洲自殺研究與防治研究所（Australian Institute for Suicide Research and Prevention[AISRAP]）是澳洲重要的自殺防治基地。自 2004 年以來，AISRAP 為有自殺意念者或自殺未遂者開設了專門的門診診所；此外，AISRAP 還為衛生和相關衛生專業人員提供教育和培訓，提供工作坊、畢業後學程（postgraduate programs）及碩士學位課程，以及自殺防治培訓之認證（Griffith University, 2019）。

自殺防治培訓之認證是針對自殺防治領域之重業人員，包括護士、一般醫生（GPs）、專職衛生專業人員、教育者、社會工作者、指導人員、警務人員、緊急服務人員，神職人員和志工開立；而這個訓練符合 AQF（Australian Qualifications Framework）之基準；另外課程內容定調為初級課程，訓練主題包含當代預防自殺實踐及自殺研究進展；也期許受訓者在接受此訓練課程後，可以繼續接受碩士學位成員、工作坊等訓練（Griffith University, 2019）。

四、日本之聘用資格及教育訓練

日本之自殺個案服務主要由在前述「日本自殺防治複合介入模式」計畫（Japanese multimodal intervention trials for suicide prevention, J-MISP）中之「ACTION-J」以隨機、對照、多管道的試驗，進行自殺企圖者的個案管理，計畫執行當中的個案管理師由精神科醫師、護理師、社工及臨床心理師構成，並接受指定的教育課程後方可擔任，而個案管理師又以社工及臨床心理師為主（日本自殺預防學會，2018）。

關於教育訓練的課程。日本厚生勞動省每年招募參與 ACTION-J 計畫之合作醫院，而有意願參與的醫院需具有符合 Post ACTION-J CM（PAC）資格的個案管理師方能參與並執行計畫。PAC 的課程則包括個案管理實務、個案管理必要的心理教育、個案管理實施時之必要準備、個案管理的案例等等（日本自殺預防學會，2018）。

日本由精神保健研究所（國立研究開發法人國立精神・神經醫療研究センター-精神保健研究所，National Institute of Mental Health, NCNP, 2015）規劃每年度的「自殺預防綜合對策中心的培訓」課程，內容包括自殺綜合措施規劃培訓、心理學專業

之自殺預防培訓、精神科醫護人員預防自殺訓練。

而當中精神科醫護人員預防自殺訓練，乃是針對醫師、護理師、精神科社工、心理師等精神醫療網絡人員辦理的訓練活動。精神保健研究所辦理的訓練內容包括：「日本自殺、自殺對策的實施與精神保健作用」、「日常精神科的自殺防治」、「自殘、服藥過量與理解間之對應評估」、「自殺與身體疾病」、「關於人格疾患治療與自殺風險之證據」、「自殺發生後之處遇」、「醫療團隊」、「趨勢合作方式」等共計 8 個主題。在課程結束後會進行課程的回饋與討論，了解參與者對於訓練的看法、並評估此訓練所帶來的協助（國立研究開發法人國立精神・神經醫療研究センター-精神保健研究所，National Institute of Mental Health, NCNP, 2015）。

五、臺灣之聘用資格及教育訓練

臺灣各縣市政府對於關懷訪視員之聘任資格相當接近，以臺灣 6 個直轄市之狀況為例（表 1），學歷部分主要乃聘用大學畢業之社會工作、護理、心理等相關科系從業人員，而部分縣市亦有聘用職能治療及醫務管理（如桃園市、高雄市）等背景之關懷訪視員。資歷部分則多要求有相關工作經驗 1 年以上，若無相關工作經驗，則需進行相關在職訓練。其他縣市如新竹縣（大學以上社工（社會工作學系、醫務社會工作學系、社會福利學系、老人福利學系、青少年及兒童福利學系或符合社工師考試報名資格之相關系所）、心理諮商、臨床心理、護理、職能等相關科系畢業）、宜蘭縣（大學以上社工、護理、心理等相關科系畢業；相關科系畢業，但須具備精神醫療、心理諮商、心理輔導等相關工作經驗 1 年以上）亦有類似聘任規範。

綜合上述各國之任用規定，英國未有自殺防治個案管理師之職務，但運用其公衛服務網絡及志願服務團體等單位進行一線服務。美國則依族群、職業、特質為分別，各自聘用個案管理師，以退伍軍人局為例，即聘用社工擔任個案管理師，且需具備 2 年服務經驗者優先。日本之個案管理師須通過 PAC 訓練才可具聘僱資格，教育背景則多來自社工與心理。臺灣之個案管理師教育背景相當多元，包括社工、心理、護理、職能治療、醫管等等，且工作資歷之要求亦頗具差異。由上可知，相較於美國多運用社工、日本運用社工及心理之聘用規定，臺灣之自殺個案管理師教育背景異質性相當高，後續亦影響個管師之教育訓練。

表 1

自殺防治關懷訪視員聘用員額及任用資格

縣市別	任用資格
臺北市	專科以上或教育部承認之國外專科以相關科系畢業者，並具備上述科系背景之相關工作經驗 1 年以上
新北市	1.大學以上社工、護理、心理等相關科系畢業，具相關工作經驗尤佳 2.非相關科系畢業，需在心理、諮商輔導服務至少 150 小時
桃園市	專科以上或教育部承認之國內外專科以上學校，社工、護理、心理、醫管、公共衛生、職能治療等相關科系畢業者，並具備上述科系背景之相關工作經驗 1 年以上；工作經驗未滿 1 年者，任職後 6 個月內需接受至少 30 小時自殺防治相關在職訓練課程
臺中市	大學以上相關科系，從事精神醫療與心理衛生等相關經歷
臺南市	專科以上或教育部承認之國內外專科以相關科系畢業者，具備相關工作經驗尤佳
高雄市	1.專科以上或教育部承認之國內外專科以上學校，社工、護理、心理、醫管、公共衛生、職能治療等相關科系畢業者 2.非相關科系，具備相關精神醫療、心理諮商等工作經驗 1 年以上 3.曾承接衛福部或衛生局心理衛生相關計畫工作經驗 6 個月以上

資料來源：作者自製。

關懷訪視員之教育訓練除了各業務承作單位自行辦理的課程以外，目前以臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心辦理之「自殺關懷訪視專業訓練」、衛生福利部衛生福利人員訓練中心「精神及心理衛生人員訓練班」，以及各區精神醫療網之「精神疾病及自殺通報個案關懷員教育訓練」為主(全國自殺防治中心, 2016c, 2016d)。

臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心辦理之自殺關懷訪視專業訓練，分為初階與進階辦理。初階部分包括自殺防治概論與措施、自殺/自傷個案之評估與處遇、自殺防治與資源連結、自我覺察與壓力管理等部分。進階課則有常見精神疾病與因應措施、高風險個案之評估、困難個案之處遇及追蹤、案例實際演練等4部分，課程內容以自殺防治的概論、評估、處遇、資源連結、精神疾病評估與因應、困難個案處理及演練為主(全國自殺防治中心, 2016c, 2016d)。

精神及心理衛生人員訓練班之課程，則結合關懷訪視員及社區關懷訪視員的課程，內容以精神醫療、自殺個案處置、社區精神病人處置、社會福利資源運用、保護性案件合併精神疾病或自殺案件之合作處理機制、以及成癮問題為主軸(衛生福

利部，2017）。

而各區精神醫療網之「精神疾病及自殺通報個案關懷員教育訓練」課程差異頗大，目前並未強制要求需依課程綱要開課。擷取2016至2017年北區、中區及東區為例，就北區而言，課程聚焦於會談技巧、自殺風險評估、精神疾病、藥物與副作用、家庭暴力與性侵害、藥酒癮、訪視人員的壓力調適，以及社區精神個案的處遇和資源（北區精神醫療網，2017）。中區與北區的課程相似，但加入有醫療倫理課程（中區精神醫療網，2017）。而東區則有精神科居家照護、拒訪及重複自殺個案注意事項、高危機個案處遇、精神疾病與藥物、精神病人社區照護模式與社區資源運用，除此之外，則以壓力紓解為主軸，安排了一系列園藝療癒舒壓課程（東區精神醫療網，2016）。

綜合上述各國之訓練，英國針對自殺防治服務人員，已發展一套具有規模之STORM®訓練。美國亦有自殺防治資源中心（SPRC, 2017）和美國自殺學會（AAS）辦理的AMSR訓練以工作坊、美國全國預防自殺行動聯盟亦提供之訓練指南。此外，已運用立法方式要求持有證照之專業人員接受自殺防治訓練。日本的個案管理師除了前述PAC職前訓練外，個案管理師也須參與精神保健研究所辦理之精神科醫護人員自殺防治訓練。臺灣則運用自殺防治個案管理師之自殺關懷訪視專業訓練、衛生福利人員訓練中心之精神及心理衛生人員訓練班提供訓練，另一部分，個案管理師亦需參加精神醫療網之「精神疾病及自殺通報個案關懷員教育訓練」，而此教育訓練內容因未強制要求依照課綱開課，故而課程內容差異甚大。

肆、討論

自殺防治之政策影響各區自殺防治工作的發展，也規範該地區防治工作的內容，同時也與一線服務人員的聘用、訓練互相呼應。故以下就自殺防治政策、人員聘用及訓練分別進行討論。

一、國外自殺防治政策之比較

整理上述文獻資料發現，自殺防治於服務自殺死亡者與自殺企圖者、服務遺族，界定中央政府與地方政府責任，以及進行全國性數據統計與趨勢研究等部分皆有相

關規定或計畫，分述如下：

（一） 自殺防治政策之共同內涵

1. 服務自殺企圖者與自殺意念者：自殺防治的範疇不僅針對自殺未遂者，更包含自殺意念與自殺企圖者的服務。故使具有受服務需求者進入服務網絡，提前進行危機處遇，降低自殺意念者，與其家屬受到的影響，減少自殺事件的發生。

2. 服務遺族：面對喪親，遺族受到情感上的創傷、生活上的影響；此外，遺族也常因自殺者的自殺行為而面臨遭受歧視或異樣眼光。進行悲傷輔導、協助其調適生活、重新建立生活的步調，並評估需求連結相關資源，皆可為遺族的服務內容。

3. 界定中央政府與地方政府責任：自殺防治政策有層次性，有需中央政府擬定的全國性政策，如自殺防治的媒體政策，媒體的傳播力廣泛且強大，非國家政策無法限定之。然也需要地方性、具彈性的行政規則，如依人口條件、地形、產業結構設立的訪視流程和規範，讓直接服務更具在地性，貼近地方服務的需要。

4. 進行全國性數據統計與趨勢研究：自殺防治是個不停發展的議題，社會結構的改變也會影響自殺防治的型態，故針對自殺防治數據進行相關統計，是政策修訂的重要依據。例如：近年來因人口老化，老年自殺議題的重要性值得重視，老人使用高致命性的自殺行為，致使自殺致死率遠高於其他年齡的自殺個案，亦是藉由統計而來的政策規畫方針。

（二） 自殺防治政策之區域特色

自殺防治的策略具有共通性，但仍依各國國情、需求、發展、服務結構之不同，創立出因地制宜的自殺防治策略，期許能更貼近各國的現況與服務期待，各國自殺防治政策之特色如下述（表 2）。

1. 對於各國各異的致命方式，擬定不同的管控計畫：每個國家常見的自殺方式不同，須防範的重點也因國家而異。如美國強調槍枝管控、英國則重視臥軌、跳軌等以鐵路為場域的自殺防治，臺灣則著重於發展農藥和木炭的防治策略，即是因國情不同而產生的政策差異。

2. 對於媒體管控：英、美兩國皆提及媒體管控的重要，臺灣部分亦然。當中英國又格外重視，除了限制媒體對於自殺事件內容的報導外，更致力針對網路上過去不當之自殺新聞報導進行下架與移除，避免持續傳播不當的自殺訊息。

表 2

英、美、日、台自殺防治政策比較

項目\國別	英國	美國	澳洲	日本	臺灣
執行自殺防治政策之受託單位	全國自殺預防聯盟	國家自殺防治行動聯盟	健康部	日本自殺對策支持中心	臺灣自殺防治學會
主要政策或法規	Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives	National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action	The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan	自殺對策基本法	自殺防治法；分面性、選擇性與指標性防治策略
各國自殺防治特色	1. 運用一般醫師 (GPs) 制度建立評估與通報網絡 2. 重視臥軌自殺之管控	1. 重視槍枝管控 2. 軍人及退伍軍人乃為自殺防治研究之大宗	1. 重視依循原住民文化為基礎的服務 2. 以一般醫師 (GPs)、PHNs 和 LHNs 為基礎之社區服務	1. 中央與地方政府合作 2. 教育訓練並運用學校資源 3. 明定企業主之責任 4. 自殺者與家屬名譽的保障	1. 針對自殺個案進行全面通報，並運用自殺防治服務系統進行個案追蹤 2. 關懷訪視員教育背景多元 3. 針對燒炭及農藥進行積極防治

資料來源：Department of Health (2012)、U.S. Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention (2012)、Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health. (2017)、自殺對策基本法 (2016)、全國自殺防治中心 (2016b)。作者自製。

3. 對於社會結構或制度結構特色，建立自殺防治網絡：日本之自殺防治政策，最特別的部分是明訂企業主的自殺防治責任，這與日本社會的企業聘僱制度相關。在日本，終生聘用制度為企業常見的模式，企業與員工之間有緊密、長期的互動關係，故將企業主納入自殺防治網絡，為相當符合國情的政策評估。

英國自殺防治政策中，則運用一般醫生 (GPs) 建立評估與通報網絡，運用民眾最為信任的家庭醫師、藉由其轉介與評估，不僅可以增加危機評估的密度，更因長期建立的信任度與熟悉感，增進高危機者受服務的意願。澳洲自殺防治工作亦大量仰賴 GPs 進行，同時搭配既有的 PHNs 和 LHNs 醫療系統，進行可近性高、具社區服務特色之自殺防治工作。

此外關於國內特色族群部分，澳洲將 ACCHS 放入自殺防治服務提供者中，考量在地不同原住民之特色、信仰，提供符合其需要的服務。美國亦有類似做法，依

據族群、職業、特質（如性傾向）等，各自聘任自殺防治個案管理師，提供不同精神健康及自殺防治服務。

整理上述各國自殺防治政策，發現服務模式雖各有不同，而當中卻有共通性的內涵，包括：服務自殺企圖者及自殺意念者、服務遺族、界定中央政府與地方政府責任、進行全國性數據統計與趨勢研究。至於防治重點及防治模式上則各具特色，設計及規劃符合其發展脈絡及社會結構，另外，也因應各區自殺防治服務的發展，建構出防治服務推展所需具備的人員任用條件及訓練內容。

二、 一線服務人員之聘用與訓練

澳洲及英國運用地區性醫療系統，結合 GPs、非營利組織服務進行自殺者及相關受影響者之服務，美國將自殺個案服務以族群、職業別等因素進行分流，由各主管機關各自聘用個案管理師，而聘用的人員以具有社會工作碩士學歷者為主。日本自殺防治個案管理師教育背景以社工、心理為多，且需具備 PAC 資格才可進行聘任，亦即需具完成職前訓練才具備聘用資格。亦即不論教育背景為社工或心理，可接受一套一致的訓練，是兩種教育背景者具備共同能力。此外，亦有精神保健研究所規劃每年度的「自殺預防綜合對策中心的培訓」課程。

此外，臺灣地區之個案管理師於到職之前，未必上過自殺防治訓練課程，職前訓練亦非聘任標準。臺灣則由各縣市政府衛生局聘任，服務所有具有自殺意念的民眾，且關懷訪視員的教育背景多元，包含社工、心理、護理，其工作方法、教育訓練相差甚廣。反觀臺灣現行的訓練制度，以「自殺關懷訪視專業訓練」、「精神及心理衛生人員訓練班」，以及各區精神醫療網之「精神疾病及自殺通報個案關懷員教育訓練」為重。臺灣之個案管理師並不需具備職前訓練資格，而教育背景差異亦甚大；同時，各區教育訓練各異其趣，如何協助自殺防治個案管理師能彌平教育背景之差異，能有相同之服務能力，值得深思。

伍、 建議

透過上述討論，本文最後針對自殺防治政策、專業人員聘任及繼續教育訓練等三個面向供若干建議，提供未來政策之參考。

一、自殺防治政策

(一) 自殺防治服務之分流

當前自殺防治工作需要多少專業及人力的介入？美國自殺個案依其職業、種族、特殊性而有不同個，如退伍軍人、LGBT、阿拉斯加原住民、老人等等，則由各自的自殺防治個案管理師或專業輔導人力服務。日本的自殺防治個案管理師則主責並追蹤送醫治療的個案；而業主、學校、民間團體與其他關係者間則須主動協助其他具有自殺風險的民眾。英國則以醫療系統為根基，運用前線之心理衛生人員，如社工、精神科醫師、護理師進行評估，再進行資源連結與轉介；澳洲與英國相似，運用地區內醫療網絡，並以其他非營利組織及 ACCHSs 之輔助推動服務。臺灣地區的自殺個案服務尚未有分流的規劃，若經自殺防治通報系統通報則需統一進行服務，而形成服務人力未受整合的狀況。與美國依其職業身分為分流基準相較，個案在自殺防治關懷訪視員進行服務時，仍因其職業身分，如學生、軍人，同時有學校專業輔導人力或心輔官介入服務。與英國、澳洲、日本以醫療系統為自殺防治服務根基者相比，自殺個案在臺灣除了有自殺個案管服務以外，醫院內的自殺防治院內關懷人員亦會提供服務。

目前臺灣地區形成一個自殺個案由數名自殺防治服務人員介入的情況。除了自殺防治關懷訪視員介入以外，亦有依其職業（如學校專任輔導人力、心輔官）、或醫療狀況（如院內自殺防治關懷人員）而發展的介入服務。衛生福利部推動「社會安全網計畫」（衛生福利部，2018），透過各地方政府衛生局勾稽精神照護資訊管理系統、保護資訊系統與自殺防治通報系統，發現若為兒少保護、家庭暴力或性侵害合併精神疾病（含有自殺企圖）個案，衛生局即派案給心理衛生社會工作人員，提供追蹤輔導與關懷訪視、自殺風險評估及處置與轉介。故自殺個案若有上述保護性服務事由，又將有心理衛生社會工作人員介入服務。在缺乏整併或分流的現況下，自殺個案需面對不同專業人員的介入，不僅使受服務對象因受到多方關懷感到疑惑，亦使自殺防治一線服務人員對彼此的角色、定位、分工不甚清楚。故建議評估臺灣地區現有自殺防治服務網絡，並進行整合或分流。

(二) 自殺防治服務之合作

自殺防治工作進行中結合各項資源、人力、物力，「網網相連」的概念相當重要。如同英國健康部（Department of Health）提到自殺防治為跨部會合作之政策。日本〈自殺防治對策法〉也提到自殺對策必須是國家、地方公共團體、醫療機關，相互密切聯繫下的措施。

如上所述，2018 年衛生福利部推動「強化社會安全網計畫」，強調以「家庭社區為基石」、「簡化受理窗口」及「整合服務體系」為強化社會安全網之架構主軸。自殺企圖個案合併多重問題者占 28.8%，其中合併高風險家庭個案占 17.7%、合併精神照護個案占 15.0%、合併保護服務個案（含加害人及被害人）占 1.1%，故試圖結合社政、衛政、勞政進行整合性服務（衛生福利部，2018）。由現行計畫的網絡體系整合服務運用圖示（圖 1）觀之，當受服務的個案問題多重或未明者，將由社政進行問題需求評估，並視其需求連結相關資源，自殺防治服務即為其中之一。目前，依據社安網計畫之規定，相關網絡人員需進行跨網絡會議、家暴高危機會議（衛生福利部，2018）。當中社政社工與心理衛生社工、關懷訪視員如何具體共案合作、服務流程如何推展、結案指標如何擬定，卻未有實際規範。故建議透過定期個案研討、聯繫會議、跨局處會議等方式，擬定具體合作流程並進一步探討彼此之權責，以利跨專業網絡合作之推展。

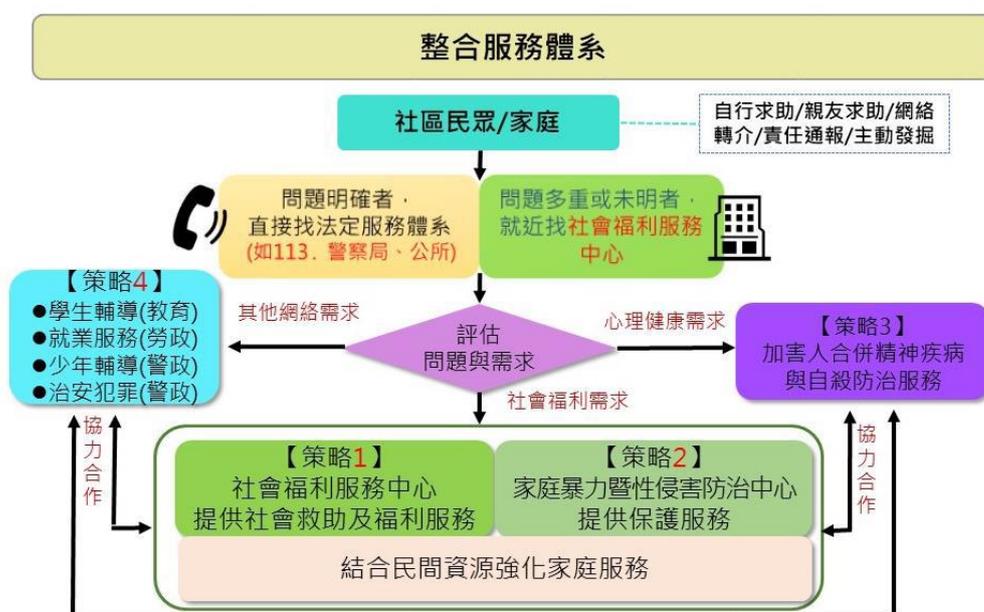


圖 1：網絡體系整合服務運作圖，描述強化社會安全網計畫含括之網絡。資料來源：衛生福利部（2018）

二、專業人員聘任

(一) 將職前訓練訂定為聘用標準

在日本地區，預計加入欲參加 ACTION-J 計畫的醫院，院內個案師先參加訓練，並符合 Post ACTION-J CM (PAC) 資格，此為擔任自殺防治個案管理師、成為合乎參與 ACTION-J 計畫資格的前提。

而目前運用網路資源進行教學越來越盛行，以臺灣地區的社團法人臺灣自殺防治協會網站 (<http://www.tsos.org.tw/>) 為例，便將每年由臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心辦理之自殺關懷訪視專業訓練上網公開。然而教育訓練辦理之時間，未必符合新任自殺防治關懷訪視員的到職時間。若能以網路教育影片為基礎，便可突破訓練時間、地點的限制，並使新任自殺防治關懷訪視員於聘用之時即具備基礎的自殺防治服務能力。

(二) 依關懷訪視員教育背景進行職前訓練之調整

臺灣自殺防治關懷訪視員主要來自社工、心理、護理等三種學科之畢業生擔任，而這三種相異的訓練背景，致使自殺防治關懷訪視員所具備的基本能力有所不同。社會工作背景的關懷訪視員擅長社會層面的評估，包括社會心理評估、福利資源運用和輸送；心理背景的關懷訪視員對於心理層面的評估有更多訓練，包含認知、情緒、心理相關評估；而護理背景的關懷訪視員則更擅長生理層面的評估和照顧，包含生理與身體狀況評估、執行護理工作。由於地方縣市聘任制度不一、訓練如何兼顧各教育背景之需求，並擬定訓練大綱，目前尚未落實自殺防治個案管理師核心能力之規範，以致訓練課程紛亂且缺乏系統性。

自殺者自殺的原因多元而繁雜，不同教育背景的關懷訪視員雖各有擅長的工作領域，但在臺灣目前服務設計中，自殺防治關懷訪視員直接進行個案的管理工作，並且不因個案的需求或主訴進行個案分派，自殺防治關懷訪視員需要具備獨自運作的評估能力，並協助案主降低自殺危機。故於聘任新任關懷訪視員時進行職前訓練，應重視不同背景關懷訪視員先備能力之差異，並針對較不擅長之領域進行增強。如：社工可增強生理狀況、精神疾病之精神病理評估；心理多參與社會福利資源運用、生理狀況評估；護理則強化社會福利資源應用、心理評估之訓練。

三、繼續教育訓練

(一) 落實以自殺防治核心能力為基礎之教育訓練

臺灣地區一線自殺防治服務人員的教育課程，如衛生福利部辦理之「精神及心理衛生人員訓練班」、各區精神醫療網「精神疾病及自殺通報個案關懷訪視員教育訓練」，目前仍與社區關懷訪視員之教育訓練混合進行。自殺防治工作與精神疾病防治工作雖有相關之處，然而當中所需具備的能力不盡相同。美國自殺防治資源中心（SPRC）整合自殺防治個案管理師所需之能力，提出對於自殺防治個案管理師的核心能力指標，其將自殺評估和管理的核心能力分成 7 個向度，分別為：和具有自殺風險的人工作、了解自殺、收集準確的評估資訊、訂定風險、發展處遇和服務計畫、管理照護、了解有關於自殺的法律和法規議題，此為自殺防治個案管理師、自殺防治關懷訪視員核心能力探討的濫觴（SPRC, 2006）。

關於臺灣地區自殺防治關懷訪視員的教育訓練，魏君曲（2016）認為角色定位、溝通或會談技巧、關係建立、行政文書、評估能力、管理能力、自我照顧、同儕支持是自殺防治關懷訪視員重要的能力。是故訂定、彙整自殺防治關懷訪視員的核心能力，並依該能力擬定訓練計畫，方可符合自殺防治實務之需要。

(二) 擬定關懷訪視員繼續教育計畫

美國以華盛頓州為例，要求心理衛生專業人者每 2 年需接受接受自殺防治相關在職培訓。美國 AMSR 訓練內容分為 5 個部分（自殺的態度和取向、了解自殺、個案概念化、自殺風險評估、安全和長期規劃），進行方式則有研討會、小組討論、專家教學、視訊和角色扮演。目前臺灣地區雖要求關懷訪視員需參與在職訓練，但訓練主題、內容、方式並無特別規定。建議可彙整上述自殺防治關懷訪視員的核心能力，並分別依職前訓練、在職訓練立定訓練主題與內容。並運用現行網路資源，部分知能課程可運用視訊進行講授，技巧或倫理課程可運用角色扮演、小組討論辦理。

參考文獻

日本自殺預防學會（2018）。HOPE ガイドブック—救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス。日本：へるす

- 中區精神醫療網（2017）。**106 年度中區精神醫療網繼續教育計劃精神疾病及自殺通報個案關懷員進階教育訓練**。取自
<http://www.ttpc.mohw.gov.tw/signup/upload/event/34E0123C1EA05FF3DE24D112CF34F70D.pdf>
- 北區精神醫療網（2017）。**106 年北區精神醫療網—精神疾病及自殺個案關懷員進階教育訓練**。取自
<http://www.typc.mohw.gov.tw/public/newtxt2/ffda37d6937e26f99bc512a4e284c7b6.pdf>
- 全國自殺防治中心（2016a）。**105 年度計畫成果摘要**。取自
<http://tspc.tw/tspc/uploadfiles/File/105year-abstract.pdf>
- 全國自殺防治中心（2016b）。**防治策略**。取自
<http://tspc.tw/tspc/portal/center/index.jsp?sno=80>
- 全國自殺防治中心（2016c）。**自殺關懷訪視專業訓練（第一階）**。取自
<http://tspc.tw/tspc/uploadfiles/File/105042601.pdf>
- 全國自殺防治中心（2016d）。**自殺關懷訪視專業訓練（進階）**。取自
<http://tspc.tw/tspc/uploadfiles/File/1050608.pdf>
- 自殺防治法（2019 年 6 月 19 日）。取自
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020213>
- 自殺對策基本法（2016）。取自 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000122062.pdf>
- 自殺對策基本法（2019）。取自
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020213> [Law of Suicide Prevention（2019）. Retrieved from
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020213>]
- 東區精神醫療網（2016）。**105 年度東區精神醫療網精神疾病及自殺通報個案關懷員進階教育訓練**。取自
<http://www.twtcpa.org.tw/upload/newsfs716071021356577.pdf>
- 厚生勞動省（2018a）。平成 29 年中における自殺の状況。取自
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/h29kakutei-01_1.pdf
- 厚生勞動省（2018b）。平成 30 年版自殺対策白書。取自

- <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/18/dl/1-6.pdf>
- 施映竹 (2011)。兒童網路成癮評估模組之建構及其實徵研究 (未出版碩士論文)。
國立彰化師範大學輔導與諮商學系, 彰化。
- 國立研究開發法人國立精神・神經醫療研究センター-精神保健研究所 (2015)。第 11
回精神科医療従事者自殺予防研修。取自
http://www.ncnp.go.jp/nimh/kenshu/h27/h27_11_01.html
- 衛生福利部 (2017)。衛生福利人員訓練中心精神及心理衛生人員訓練班。取自
https://www.hwwtc.mohw.gov.tw/f01_3.php?a=0&b=11&tib_code=&csd_code=001324&os_close_type=&os_sp1=&os_sp2=&os_sp3=&csd_field_23=2017/03/21
- 衛生福利部 (2018)。強化社會安全網計畫。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-3763-40093-1.html>
- 魏君曲 (2016)。自殺防治關懷訪視員培訓課程需求及發展之研究 (未出版碩士論文)。
國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商學系, 台北。
- American Association of Suicidology. (2018). *U.S.A. Suicide: 2016 officail final data*.
Retrieved from <https://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2016/2016datapgsv1b.pdf?ver=2018-01-15-211057-387>
- Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Perry B, Lewis A, Battersby L, Colbert N, Green G, Amos T, Davies L, Faragher B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30, 805-812.
- Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health. (2017). *The Fifth National Mental Healthand Suicide Prevention Plan*. Retrieved from <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2017/10/apo-nid114356-1220416.pdf>
- Department of Health. (2012). *Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives*. Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf
- Furuno, T., Nakagawa, M., Hino, K., Yamada, T., Kawashima, Y., Matsuoka, Y., Shirakawa, O., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Kawanishi, C., & Hirayasu, Y. (2018). Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide

- attempt: Findings from ACTION-J study. *Journal of Affective Disorders*, 225, 460-465. doi: [10.1016/j.jad.2017.08.071](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.071)
- Griffith University.(2019). *Graduate Certificate in Suicide Prevention Studies*. Retrieved from <https://www148.griffith.edu.au/programs-courses/Program/3110/Courses/Domestic#degree-requirements>
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 282-283. doi: 10.1002/14651858.CD012189
- Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Otsuka, K., Kamijo, Y., Okubo, Y., Ikeshita, K., Sakai, A., Miyaoka, H., Hitomi, Y., Iwakuma, A., Kinoshita, T., Akiyoshi, J., Horikawa, N., Hirotsune, H., Eto, N., Iwata, N., Kohno M., Iwanami, A., Mimura, M., Asada, T., & Hirayasu, Y. (2014). Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): A multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 193–201. doi:10.1016/S2215-0366(14)70259-7
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Clinical Workforce Preparedness Task Force. (2014). *Suicide prevention and the clinical workforce: Guidelines for training*. Washington DC: Author.
- Office for National Statistics. (2017). *Suicides in the United Kingdom, 1981 to 2016*. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/suicidesintheunitedkingdomreferencetables>
- STORM®. (2019). *Skills Training*. Retrieved from <https://www.stormskillstraining.com/training/skills-training>
- Suicide Prevention Resource Center. (2006). *Core competencies in the assessment and management of suicidality*. Newton, MA: Author.
- Suicide Prevention Resource Center. (2017). *AMSR Training: Forefront community training*. Retrieved from https://www.eventbrite.com/e/amsr-training-forefront-community-training-tuesday-december-19th-2017-tickets-30865602849?aff=erelexpmlthttps://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/VA_Suicide_RMT.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General and

- National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012). *2012 National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Washington DC: Author.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2016). *VA Conducts nation's largest analysis of Veteran*. Retrieved from <http://www.va.gov/opa/pressrel/pressrelease.cfm?id=2801>
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2018). *Social work: Department of Veterans Affairs*. Retrieved from <https://www.socialwork.va.gov/about.asp>
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2019a). *Social worker (Suicide Prevention Case Manager)*. Retrieved from <https://www.usajobs.gov/GetJob/ViewDetails/531378700>
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2019b). *S.A.V.E. Online suicide prevention training*. Retrieved from https://www.mentalhealth.va.gov/suicide_prevention/index.asp

Research on International Suicide Prevention Policy, Personnel Appointment and Education Training: Take the United Kingdom, the United States, Japan, and Taiwan as Examples

Kuan-Ling Chen^{*}, Chung-Yi Hu

Abstract

Suicide Prevention policies have a direct impact focus, content, and structure of suicide prevention services. However, there are many factors influencing policy planning, including the characteristics of suicides on the ground, legal norms, existing health welfare systems, resources, networks, and so on. The suicide prevention and treatment model varies according to the policy. It affects not only how prevention and treatment work is carried out, but also affects the appointment and training content of front-line service personnel. Therefore, this article sorts out the suicide prevention policies, personnel appointment, and education and training systems in the United Kingdom, the United States, and Japan, and looks forward to providing inspiration and borrowing from the suicide prevention service in Taiwan. Organize relevant information on various countries and make recommendations based on policies, appointments, education, and training. In addition to expecting Taiwan to formulate suicide prevention and treatment according to local characteristics, the policy section can also address the current social safety network and related psychology. Health services are integrated to explore and plan the diversion and cooperation of the suicide prevention network so that suicides and relevant affected people can get help and make the service network clearer. Therefore, it is recommended to establish a legal basis for suicide prevention services and discuss suicide. The division of work on prevention services and the cooperation of suicide prevention services deserve further planning. In the appointing part, the educational background of suicide prevention case managers in Taiwan is profoundly different. Therefore, it is recommended that the relevant norms of appointment should be included according to these characteristics. It is expected that pre-employment training can be set as the employment standard and in accordance with the educational background of the case managers—adjustment of pre-employment training. In the education and training section, the analysis of the competences of suicide prevention case managers has not been adequately applied to education renewal. It is also expected to implement education and training based on the core competence of suicide prevention and to develop a continuing education plan.

Keywords: education and training, suicide prevention, suicide prevention policy.

Kuan-Ling Chen^{*} Taoyuan Lifeline Association. (cendieora@gmail.com)

Chung-Yi Hu Department of Social Work, National Taipei University.