

理事長的話 -- 守護生命e起來

台北市生命線從2支電話、提供自殺防治熱線服務開始，四十五年來，幫助過百萬人次的台灣民眾，撫慰他們的心靈、激發他們的求生意志，不僅在民眾心目中建立了自殺防治及心理輔導的優質口碑，成效更受到各界肯定，並自98年起承辦衛生署全國自殺防治熱線「安心專線」，雙管齊下的努力，將自殺死亡排除在我國人十大死因之外。

我們深深了解社會生活型態的變化，對人的心理健康程度有相對的影響，自殺防治工作的目標也隨之調整。結合電腦科技，我們創置了台灣第一個電腦資訊化的「eSOS自殺危機處理系統」，可以快速的掌握、搶救與後續追蹤，提供e-mail線上網路信箱輔導;官網之外又設立「SOS

救命網站」，是目前中文網路世界心理健康資訊最豐富的網站之一。我們出版專業叢書做為宣導教育與培訓之用，也提供各界自殺防治專業訓練課程等等。今年，又得到北區扶輪社與國際扶輪的贊助，規劃數位平台、推動e-learning的線上學習，讓專業的訓練與學習更為多元親民。

生命線全體群策群力，積極結合資訊潮流，從被動的接受來電，逐步擴展更多主動協助的功能。自殺防治工作能這樣順利推展，要感謝曾經為台北市生命線協會出錢出力出時間的所有朋友，因為您們是天使，鼓勵我們持續守護生命。

社團法人台北市生命線協會

理事長 吳昆民

目 錄

	理事長的話
02	103年會務展望
03	102會務簡報
09	102年大事記
15	102年度個案服務方式統計分析報告
26	建構社區安全網路平台與自殺高危險群主動性輔導計畫成果報告書
42	102年度安心專線成果報告
53	安心專線之立即性效能研究成果報告
60	「自殺危機管理e學院」數位學習網上線
64	義工團102年活動報導
68	預立醫療自主計劃，做自己的主人
74	102年度全年捐款徵信

103年會務展望

台北市生命線協會生日快樂！

時間飛逝，本會已成立第45年。感謝所有線上服務的輔導員，透過24小時的電話守候，散發關懷與溫暖，讓求助者重回生命的軌道中。感謝歷屆理監事會，在理事長明智的帶領下，生命線的會務持續有理念的發展。更要感謝一路支持、鼓勵我們的朋友，做為一個非營利組織，經費的籌募常是最重要的任務之一，也因為你們熱心贊助各項資源，讓生命線的服務工作沒有後顧之憂，你們都是生命的「守護天使」！

本會於民國58年肇始我國自殺防治的工作，以提供「熱線服務中心」為主，電話的便捷與安全性一直是求助者樂於使用的，作為求助者向外求助的接觸點，至今它的角色依然十分重要；同時本會亦明白電話熱線服務有其侷限性，對於具自殺高危險的當事人，有必要提供一套持續危機處理的系統；視當事人的情況主動提供追蹤輔導工作；更應提供專業的會談；與當事人訂定不自殺契約，必要時提供就醫、住院轉介等等。因此，在過去10年間，本會積極發展「危機處理中心」，除了已發展「esos危機個案管理系統」，也在99年立案成立「生命線心理諮商所」，當「熱線服務中心」的線上輔導員評估當事人具自殺危險，只要經當事人同意後，亦可轉介生命線心理諮商所做進一步自殺危機評估、危機處理及情緒支持的諮商服務。同時也對其他相關機構開放，接受轉介自殺高危險個案，提供危機個案諮商的服務，以增進社區民眾之心理健康。

一個完整的社區自殺危機處理中心應包含熱線服務中心、危機處理中心及生命教育中心三大部分，以明確落實自殺防治的三級預防處遇，達到全面性的自殺防治防護網功能。本會在「熱線服務中心」及「危機處理中心」服務功能已趨於成熟穩定後，鑑於數位學習已是資訊化時代最夯的終身學習管道，耗費兩年建置國內首

總幹事 朱開玉

見以實務為主的自殺防治數位學習平台「自殺危機管理e學院」，本會不僅傳授本身數十年的豐富經驗，更力邀國內從事自殺相關臨床工作的專業老師，將臨床專業知能、自殺防治的實務與最新的自殺防治技能整理成數位化教材。目前第一階段啟用的學院課程包含：實務系列有：正在自殺的危機處理、正在自殺的危機談判、精神疾病在自殺表現上的辨識、高自殺風險個案的關懷實務工作、不自殺約定的運用時機及執行技巧等；專業概論有：自殺與自我傷害的區辨、認識精神疾病生物醫療；基礎課程有：如何跟朋友對話(守門人訓練)、啟動自殺者的救援機制；談第三者通報、青少年自殺防治臨床策略及專題有：助人工作者的生命哲學，共計11堂主要課程。未來本會還將不斷擴充數位課程內容，除了幫助自殺防治的第一線工作人員以外，也能夠讓自殺防治變成大眾通識化教育的一環。

「自殺危機管理e學院」已於103年3月25日由衛福部邱文達部長主持及在生命線工作人員及眾多扶輪社社友的見證下舉行啟用典禮。特別要感謝台北北區扶輪社第55屆社長鍾梁權先生，再一次結合京都北區扶輪社、泰國吞府里扶輪社、首爾南區扶輪社、大阪北區扶輪社、東京北區扶輪社及國際扶輪基金的相對基金資助下，與宏碁公司及巨匠電腦合作下，協助本會建置「自殺危機管理e學院」，相信未來包含各縣市生命線志工、衛福部全國自殺防治熱線--安心專線之接線人員、各地衛生局之社區關懷員、醫療衛生人員、社工人員、或學校輔導老師等，提供直接、間接服務的自殺防治工作人員，都可以無距離的線上學習自殺防治的基本實務與最新的自殺防治課程；同時亦能普及推廣至全國民眾，上網快速學會簡便易懂的自殺防治技能，讓社會大眾都有機會成為自殺防治專家，有效降低我國自殺死亡率。

102會務簡報

壹、社會服務

一、本會102年1月1日至102年12月31日，服務成果：

1. 電話輔導個案計22,598人次，
2. 網路E-mail輔導個案計195 人次，
3. 面談輔導計280人次。
4. 企業員工協助方案一為永慶房屋員工舉辦生活系列講座計4場。及個別諮商、電話諮詢服務。
5. 安心專線自102年1月1日至102年12月31日輔導個案計73,750人次。
6. 電子報發行計12期。

二、聯合勸募協會補助本會「自殺高危險主動性輔導暨自殺防治網絡平台建構」方案。

1. 延續自殺高危險群個案服務。自102年1月1日至102年12月31日止經評估自殺高危險人數達611人，自殺高危險群中已由本會輔導員主動定期追蹤輔導個案數計 7,176人次。
2. 建構社區安全網路平台與自殺高危險群主動性輔導計畫，舉辦資源整合聯繫會議共五場，含大台北地區二場，大高雄地區三場。

三、台灣士林地方法院檢察署102年度緩起訴處分金補助本會[自殺高危險主動性輔導暨自殺防治網絡平台建構計畫]方案，提供自殺高風險者面談諮商的服務，計200人次。



四、台北市社會局補助本會「心靈急救站-輔導志工在職訓練方案」之訓練課程講師費用。

五、102年度本會接受媒體訪問報導計3次，學校或相關單位參觀拜訪本會計12次，對外教學、演講、學術座談34次，理監事聯席會議 7次，委員會會議5次，行政中心會議13次，行政中心自主學習8次，義工團活動6次，義工團幹部會議13次。



貳、義工訓練工作

一、本年度義工在職訓練課程共計54 堂課、204小時、1,771人次上課。

課程名稱	堂數	組數	人數	時數	人次
關懷生命電影賞析會	5	1	46	15	230
危機個案之處遇團體督導	4	1	9	8	36
催化員成長團體集訓	2	1	21	6	42
警消實務座談會	1	1	58	2	58
敏感度成長團體	1	1	33	24	33
自殺追蹤個案研討	4	1	63	10	252
催化員同理心集訓	1	1	15	4	15
自我傷害	1	1	59	4	15
辯證行為治療	1	1	75	7.5	75
個案研討-開玉組	2	2	31	10	62
個案研討-明如組	2	2	24	10	48
個案研討-芳英組	2	2	32	10	64
個案研討-達筠組	2	2	25	10	50

課程名稱	堂數	組數	人數	時數	人次
個案研討-明慧組	2	2	24	10	48
個案研討-永浩組	2	2	39	10	78
同理心實務團體	6	3	38	15	228
青少年問題面面觀	1	1	66	2.5	66
催化員實務團體集訓	1	1	11	2.5	11
戲劇治療工作坊	1	1	21	12	21
男性家暴與自殺	1	1	78	2.5	78
耕心園團體	10	1	19	20	190
靜心、情緒滋養、自我照顧工作坊	1	1	19	6	19
擁抱不完美-故事的療癒力量讀書會	1	1	52	3	52
合計	54	31	853	204	1771

二、義務電話輔導員招募

1. 生命線第三十二期輔導義工儲備訓練已於102年8月30日結訓，本期甄選38名義工。
2. 102年1月 招募安心專線第七期志工。計錄取27人。



參、活動

一、影一製作所(股)限公司及國賓大戲院共同贊助影片「總舖師」提供本會舉辦電影首映義演，於八月十五日在熱心社團、企業及善心人士共同參與下，為本會建置「自殺危機管理e學院」經費，共籌募新台幣1,361,000元整。



二、本會與台北市政府衛生局、台北華欣扶輪社、台北仁愛扶輪社、台北大仁扶輪社、台北東昇扶輪社、台北東豐扶輪社、台北北區扶輪社、台北淡海扶輪社、台北華新扶輪社共同主辦，「愛與關懷－凝聚生命力」關懷生命電影賞析會，十月五日至十一月二日，每星期六下午二時至五時卅分，假台北市立圖書館總館演講廳舉辦五場電影賞析會，現場邀請專家學者做主題演講，參與民眾超過2,000人次。



四、十二月二十一日假天成飯店舉辦102年望年會。



三、台北市立圖書館、台灣士林地方法院檢察署緩起訴處分金參與協辦本會102年度社會教育講座，「愛與關懷－凝聚生命力」關懷生命電影賞析會，主題：『探討生命的失落，激發生命原動力。』



肆、會議

一、本會第二十四屆第二次會員大會於十二月二十一日假天成飯店舉行，大會中頒發義工聘書並表揚優秀義工及通過會議討論。



伍、榮譽表揚

一、資深義工獎

銀質生命榮譽獎章：(年資滿三十五年)
賴杏田 周 春 張金霞



銅質生命榮譽獎章：(年資滿三十年) 吳玉琴
特等榮譽獎章：(年資滿二十五年)
李麗英 黃麗華 蘇美玉 林賜珍



一等榮譽獎章：(年資滿二十年) 張紹維
金牌獎：(年資滿十五年) 程桂香



銀牌獎：(年資滿十年)

李紅瑩 蔡秋萍 徐福泉 翁慧英 莊進輝 張正彥



銅牌獎：(年資滿五年) 林純玲 何光中 藺蘇菲



二、榮譽獎章 二等獎 周淑芳

三、全勤獎 陶異萍 周淑芳 王亮月 謝萍 劉美綉



四、值班熱心獎

陶異萍 曾素章 葉素妙 王素芬 洪秀霞 葉寶華 周淑芳 莊進輝 張瑾貞 劉靜儀 蔡銘烈 劉永裕 梁敏之 謝萍 謝承樺 連乃玉

五、服務熱心獎

張金霞 歐陽幸 黃麗華 張國發 周淑芳 張正彥 蔡銘烈 劉永裕 周瑞蓮 王亮月 朱菊芬 謝承樺 陳慧珠



六、義工團職務獎

義工團團長：王亮月
活動組組長：李嗣瑞 朱菊芬
關懷組組長：周瑞蓮 陳薇娟
秘書組組長：方秀卉 李金雲



七、特別貢獻獎

黃永立先生 蔡鴻斌律師 施旻孝律師



陸、組織

一、本年度會員計240人，生命線輔導義工計182人，
網路義工計6人，
安心專線接線人員53人。

102年大事記

壹、會內

■ 會議

- 一月 行政會務－e-learning數位學習課程講師首次與巨匠課程設計師進行討論。
行政會議－行政中心第一次會議
行政會議－行政中心第二次會議
行政會議－第二十四屆第二次理監事會議
- 三月 行政會務－委託各地生命線自殺防治主動關懷計畫102年第一次行政會議
行政會議－第二十四屆第三次理監事會議
行政會務－聯勸方案：劉永浩、簡佑娜社工出席大高雄地區資源整合聯繫會議
行政會務－巨匠電腦e-learning後台簡介會議
- 四月 行政會議－行政中心第三次會議
行政會議－會務發展基金會議
行政會議－行政中心第四次會議
- 五月 行政會務－e-learning課程會議
行政會務－巨匠電腦e-learning數位課程製作專案第二次數位教材設計工作坊
行政會議－第二十四屆第四次理監事會議
行政會務－馬來西亞生命線協會輔導組王錦民督導至本會esos實習計十二日
行政會議－行政中心第五次會議
行政會務－巨匠電腦e-learning會議
- 六月 行政會議－行政中心第六次會議
行政會議－行政中心第七次會議
行政會務－巨匠電腦e-learning數位課程製作專案會議(自殺追蹤課程)
行政會務－聯勸補助方案執行期中審查
行政會務－大台北地區資源整合聯繫會議

參與人：江弘基、劉永浩、簡佑娜、周芳英

- 行政會務－委託各地生命線自殺防治主動關懷計畫6月行政會議
- 七月 行政會務－巨匠電腦e-learning數位課程製作專案會議(自殺追蹤課程)
行政會議－第二十四屆第五次理監事會議
- 八月 行政會議－行政中心第八次會議
- 九月 行政會議－行政中心第九次會議
行政會務－巨匠e-learning後台管理會議
與會人：朱開玉、賴怡臻
行政會務－e-learning後台管理與設計方案會議
行政會議－行政中心第十次會議
行政會務－巨匠e-learning後台管理與設計方案會議
- 行政會議－第二十四屆第六次理監事會議
- 十月 行政會議－中心行政第十一次會議
行政會議－巨匠課程設計師與課程講師會議
與會人：李慧玟醫師、賴怡臻
行政會務－巨匠e-learning平台會報
行政會議－中心行政第十二次會議
行政會務－巨匠e-learning討論記者會事宜
與會人：朱開玉、賴怡臻
- 十一月 行政會務－大高雄地區資源整合聯繫會議
行政會務－本會伺服器進駐edc時程會議
行政會務－巨匠召開e-learning會議
與會者：朱開玉、賴怡臻
行政會議－中心行政第十三會議
行政會議－第二十四屆第六次理監事會議
- 十二月 行政會務－巨匠e-learning開站記者會與平台設計討論 與會人：朱開玉、賴怡臻



行政會務－大台北地區資源整合聯繫會議
與會人：劉永浩、簡佑娜、蘇達筠、林小雅

行政會議－第二十四屆第二次會員大會會議

學校 機構參訪

- 一月 財團法人悟善文化基金會參訪
台北市立教育大學心理諮商學系學生參訪
- 二月 國民健康局青少年秘密花園視訊資訊網龍數位公司參訪
- 五月 實踐大學-校園同儕關懷員學生參訪
- 七月 馬來西亞生命線理事長高桂蘭女士來訪
- 九月 戒菸專線專任人員一行蒞臨參訪
- 十月 馬來西亞生命線理事蒞臨參訪
- 十一月 北區扶輪社社友至本會參訪
廣青文教基金會(聽你說專線志工)蒞臨參訪

媒體訪問報導

- 四月 總幹事接受復興電台「生活E點靈」訪問。
- 五月 蘋果日報採訪總幹事
TVBS採訪總幹事

職前訓練

- 一月 安心職前－安心專線招募第七梯團體面談計二梯次
安心職前－安心專線角色及專業倫理
講師：江文賢
安心職前－電話精神疾病之辨識
講師：徐振彥
安心職前－自殺評估與處遇(初階)
講師：江文賢

- 職前訓練－32期成長團體面試
- 安心職前－社會資源與諮詢
講師：劉永浩
- 安心職前－協談技巧
講師：李明慧
- 安心職前－安心專線第七期基礎課程筆試
- 安心職前－安心專線招募第七梯招募面試
- 職前訓練－32期第二階段甄選會議
- 職前訓練－32期儲訓委員會議
- 二月 安心職前－自殺評估與處遇(進階)
講師：江文賢
- 安心職前－精神障礙個案電話處遇原則
講師：徐振彥
- 安心職前－安心專線系統認識
講師：簡佑娜
- 職前訓練－32期電話輔導義工儲備訓練第三階開訓典禮
32期輔導義工訓練進階大課程生命線輔導員的角色與功能 講師：朱開玉
- 安心職前－特殊個案處遇原則 講師：朱開玉
- 安心職前－實習督導-個案研討(團體見習)
講師：李明慧
- 職前訓練－32期進階同理心團體 A組計10次
- 職前訓練－32期進階同理心團體B組 計10次
- 職前訓練－32期進階同理心團體E、F組 計10次
- 三月 職前訓練－32期進階同理心團體 C、D 組計10次
- 職前訓練－32期進階同理心團體 G組計10次
- 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-當代心理諮商理論總彙整
講師：楊明磊
- 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-後現代心理諮商理論綜論
講師：楊明磊

- 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-電話協談中諮商技術實務
講師：楊明磊
- 安心職前－實習督導：個案研討
講師：李明慧
- 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-電話諮商之助人歷程
講師：鄭玄藏
- 四月 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-同理心輔導技巧總整理
講師：朱開玉
- 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-輔導模式(一)建立關係
講師：葉明如
- 職前訓練－32期輔導義工訓練進階大課程-接案綜合練習
講師：葉明如 周芳英 林小雅
- 五月 職前訓練－32期進階課程(A、B、C、D、G面談)
職前訓練－32期進階課程(E、F面談)
職前訓練－32期進階評選會議
職前訓練－32期輔導義工招訓會議
- 職前訓練－32期實習課程--團體說明、見、實習填班
- 職前訓練－32期實習階段 eSOS管理系統、記錄撰寫 講師：簡佑娜
- 職前訓練－32期實習課程 --個案轉介與社會資源網絡 講師：劉永浩
- 職前訓練－32期實習課程-自殺評估與危機處理
講師：李明慧
- 六月 職前訓練－32期實習階段大課程 特殊個案處遇
講師：朱開玉
- 職前訓練－32期實習階段大課程 精神個案處遇
講師：朱開玉
- 職前訓練－32期學員旁聽見習開始
- 職前訓練－32期個案實務研討團體 第一組 共計十次 催化員：洪秀霞 張正彥

- 職前訓練－32期個案實務研討團體 第二組 共計十次 催化員：蘇美玉、沈秀美
- 職前訓練－32期個案實務研討團體 第三組 共計十次 催化員：曾素章、劉靜儀
- 職前訓練－32期個案實務研討團體 第五組 共計十次 催化員：劉弘忠、張瑾貞
- 職前訓練－32期個案實務研討團體 第六組 共計十次 催化員：許西祥、李紅瑩
- 職前訓練－32期個案實務研討團體 第四組 共計十次 催化員：王俊美、陶異萍
- 七月 職前訓練－32期週末學習營 計2日
職前訓練－32期實習階段大課程-專業倫理
講師：葉明如
- 八月 職前訓練－32期實習結束
- 九月 職前訓練－32期實習階段面談
職前訓練－32期儲訓實習階段評選會議
職前訓練－32期義工宣誓典禮

在職訓練

- 一月 在職訓練－個案研討-開玉組A組計2次
在職訓練－耕心園
帶領人：李明慧/鐘婉禎
專職訓練－中心自主學習
在職訓練－自殺追蹤個案研討
講師：劉永浩
- 二月 安心在職－線上督導團督
講師：江文賢
在職訓練－自我傷害課程 計2 堂
講師：許文耀
專職訓練－中心自主學習
在職訓練－個案研討-開玉組B組 計2次
- 三月 在職訓練－辯證行為治療 計三次
講師：陳淑欽

四月	<p>專職訓練－中心自主學習</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：周芳英、鐘婉禎</p> <p>在職訓練－同理心實務團體B組 計6次 帶領人：湯茹雲</p> <p>在職訓練－同理心實務團體c組 計6次 帶領人：呂嘉寧</p> <p>在職訓練－個案研討明慧組 第一梯 計2次</p> <p>在職訓練－同理心實務團體A組 計6次 帶領人：王鳳蕾</p> <p>安心在職－安心第七梯團督A組 計6次 帶領人：劉永浩、張瑾貞</p> <p>在職訓練－32期同理心團體催化員期中團督 帶領人：葉明如、蘇達筠</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：周芳英、鐘婉禎</p> <p>安心在職－安心第七梯團督 帶領人：李明慧</p> <p>在職訓練－明慧組 第二梯 計2次</p> <p>專職訓練－中心自主學習</p> <p>在職訓練－青少年問題面面觀 講師：郭琬琿</p> <p>安心在職－安心第七梯團督B組 計6次 帶領人：蘇達筠、劉弘忠</p> <p>安心在職－安心第七梯團督C組 計6次 帶領人：周芳英、李筆美</p> <p>在職訓練－線上督導團督 帶領人：蘇達筠、周芳英</p> <p>在職訓練－個案研討明如組 第一梯 計2次</p> <p>安心在職－安心第七梯團督 講師：李明慧</p> <p>在職訓練－個案研討明如組 第二梯 計2次</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：劉永浩、鐘婉禎</p> <p>專職訓練－中心自主學習</p>	六月	<p>在職訓練－32期實務團體催化員集訓 帶領人：葉明如、蘇達筠</p> <p>在職訓練－個案研討 達筠組 第一梯 計2次</p> <p>在職訓練－自殺追蹤個案研討 帶領人：劉永浩</p> <p>在職訓練－個案研討 達筠組 第二梯 計2次</p> <p>在職訓練－戲劇治療工作坊 計二天 帶領人：張志豪</p> <p>在職訓練－與身體對話-親密按摩工作坊 帶領人：楊明磊</p> <p>安心在職－安心第七梯團督 講師：李明慧</p> <p>安心在職－線上督導團督 帶領人：朱開玉</p> <p>專職訓練－中心自主學習</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：劉永浩、鐘婉禎</p>	七月	<p>在職訓練－個案研討 芳英組 第一梯 計2次</p> <p>在職訓練－個案研討 芳英組 第二梯 計2次</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：葉明如、曾素章</p> <p>專職訓練－中心自主學習</p> <p>專職訓練－危機個案之處遇團體督導 講師：江文賢</p>	八月	<p>在職訓練－男性家暴與自殺 講師：江文賢</p> <p>在職訓練－靜心、情緒滋養、自我照顧工作坊 帶領人：蘇絢慧</p> <p>安心在職－線上督導團督 帶領人：朱開玉</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：葉明如、曾素章</p> <p>在職訓練－讀書會：故事的療癒力量 講師：周志建</p>	九月	<p>在職訓練－個案研討永浩組 第一梯 計2次</p> <p>在職訓練－個案研討永浩組 第二梯 計2次</p>	十月	<p>安心在職－線上督導團督 帶領人：朱開玉</p> <p>安心在職－七梯線上實務課程 講師：林小雅</p> <p>在職訓練－32期自殺評估進階課程 講師：簡佑娜</p> <p>安心在職－七梯線上實務課程 講師：簡佑娜</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：林小雅、林佳慧</p> <p>在職訓練－32期第三者自殺通報流程 講師：周芳英</p>	十一月	<p>在職訓練－成癮問題的認識與處遇計三堂 講師：簡玉坤</p> <p>在職訓練－32期自殺追蹤的工作模式與實務演練 帶領人：劉永浩、簡佑娜</p> <p>進階訓練－團體催化員培訓基礎課程 帶領人：蔡春美</p> <p>專職訓練－中心自主學習</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：林小雅、林佳慧</p> <p>在職訓練－32期自殺追蹤的工作模式與實務演練 帶領人：劉永浩、簡佑娜</p> <p>在職訓練－自殺追蹤個案研討 帶領人：簡佑娜</p>	十二月	<p>在職訓練－心理健康促進談自殺防治 講師：張珏</p> <p>安心在職－線上督導團督 帶領人：朱開玉</p> <p>安心在職－自我照護工作坊 帶領人：簡玉坤</p>	<p>進階訓練－團體催化員培訓基礎課程 帶領人：蔡春美</p> <p>在職訓練－耕心園 帶領人：周芳英、林佳慧</p> <p>■ 活動</p> <p>二月 義工團務－102年新春團拜</p> <p>三月 義工團芝山岩家庭日活動</p> <p>四月 義工團春季花蓮慕谷慕魚旅遊</p> <p>七月 義工團電影月：故事心世界</p> <p>八月 電影「總舖師」愛心慈善特映會 地點：國賓大戲院</p> <p>九月 義工團秋季旅遊－絕美秘境發現後慈湖一日旅遊</p> <p>十月 關懷生命電影賞析會-逐夢奇蹟 主講：許文耀教授</p> <p>關懷生命電影賞析會-法國鄉村樂活 主講：郭士賢教授</p> <p>關懷生命電影賞析會-破處女王 主講：李島鳳教授</p> <p>關懷生命電影賞析會-東京家族 主講：簡玉坤心理師</p> <p>十一月 關懷生命電影賞析會-愛慕 主講：蘇絢慧心理師</p> <p>義工團紓壓玩皂活動</p> <p>十二月 102年望年會</p> <p>■ 會議</p> <p>八月 聯合勸募合作相關單位103年度方案說明會 出席人員：簡佑娜、賴怡臻</p>
----	--	----	--	----	---	----	--	----	---	----	---	-----	--	-----	--	--

■ 演講 授課

一月	江文賢前主任前往國際扶輪3520地區眷屬聯誼會演講家庭暴力加害人自殺防治服務經驗暨中心危機處理流程督導 地點：白絲帶反暴力學習中心 講師：江文賢	四月	李明慧心理師受邀至真理大學演講：大學校園自我傷害與自殺防治
二月	朱開玉總幹事、江文賢前主任前往北區扶輪社介紹本會服務業務與成果。	五月	葉明如督導應邀至美術館演講：志工的服務與成長
三月	劉永浩督導至桃園縣生命線授課-自殺追輔概要與技巧 劉永浩督導應邀至家庭事工夥伴教會授課-認識資源轉介(好消息電視台)	五月份	永慶房屋EAP講座 江弘基前主任應邀政大社會科學院授課-心情守門人
		六月	六月份永慶房屋EAP講座
		八月	八月份永慶房屋EAP講座
		九月	七月份永慶房屋EAP講座(延期)

社團法人台北市生命線協會

102 年度

個案服務方式統計分析報告

蘇達筠 主任、周芳英 督導

生命線設立宗旨是基於博愛精神，以服務社會增進人群健全的幸福為宗旨，藉著守候生命線之工作，使因絕望而喪失生機者，獲得生活的勇氣。社團法人台北市生命線協會(以下簡稱本會)以電話協談、網路函件輔導及面談的選擇方式，來幫助各種困擾的人，為能提昇及維持本會服務品質，確實掌握個案群的特質及需求，每年會將個案做年度的統計分析和檢討，以期達到對社會大眾更佳的協助。

此份報告包含電話協談統計、網路函件輔導及面談等三大項，表中的百分比計算至小數點後第一位，以第二位做四捨五入。報表最後則針對以上各結果歸納結論及未來的工作展望。

壹、電話協談

一、個案特質統計(表一)

(一)性別

男性求助個案佔總個案數的39.3%，女性求助個案則佔49.7%。

(二)年齡

個案年齡層以30-39歲最多，佔17.0%；40-49歲居次，佔13.0%；50-59歲，亦佔8.1%。

(三)職業

以無業者17.7%最多；服務業及家管依次排名第二、三位，各佔8.3%、3.8%。

(四)婚姻

未婚者(28.6%)居首位；已婚(14.6%)者次之；離婚(6.7%)第三。

(五)教育程度

本會來電求助者以大學程度最多(13.0%)，高中次之(10.2%)；專科第三(5.8%)。

(六)就醫方式

來電之求助者就醫情形以已就醫者稍居多，佔23.5%，無就醫者佔17.4%，間斷就醫3.3%，拒絕就醫0.7%，轉介就醫0.5%。

(七)自殺意念

以無自殺意念者為多數，佔23.6%，偶有念頭的佔6.4%，常有念頭佔1.5%，準備中佔0.3%，進行中則佔0.2%。

(八)自殺紀錄

來電求助者多數為無自殺紀錄佔35.8%，曾自殺佔11.3%，本會為能更積極介入高危險群個案的服務，在96年3月將此自殺高危險族群納入主動追蹤關懷的服務，以期更能解除或降低危機的發生。

(九)精神狀態

心智正常且確實有困擾之個案居首，佔42.1%，精神患者居次，佔26.7%；疑似病人則佔11.2%。

歡迎免費入場

電影賞析會

「愛與關懷-凝聚生命力」

~ 歡迎新知舊雨之朋友 請踴躍參加 ~

我們總是看著別人的故事 流著自己的眼淚

電影演出生命的失落 心激發出生命的原動力

每年十月的賞析會，總是令人期待及感動，期待經由五部電影，深入淺出的探討生命議題及人生價值，感動能夠重新思索生活中可能的契機，進而悅納自己、活出真性情。

日期：2014年10月4日、10月11日、10月18日、10月25日、11月1日

時間：星期六 PM2:00~5:00

地點：台北市市立圖書館總館演講館(台北市建國南路二段125號B2)

方式：電影放映後即由專家學者對電影內容探討生命相關議題演講。

(十)主要問題

精神疾病因素、家庭問題、感情問題、焦慮憂鬱，分別佔求助問題的第一、二、三、四位，比例是12.5%、8.2%、5.5%、4.7%。

(十一)追蹤照護

同意本會追蹤照護的案主有172人，佔0.8%，多數案主經由本會的追蹤關懷，對自殺意念確有明顯降低的想法。

(十二)物質濫用

來電本會的案主以酒癮濫用者居首，佔5.0%、毒癮次之佔0.7%、藥癮第三位佔0.6%。

(十三)暴力情形

(表一)台北市生命線協會102年度電話協談個案統計結果

項目		總數	百分比	項目		總數	百分比	項目		總數	百分比
性別	男	8883	39.3	就醫方式	無	3939	17.4	主要問題	感情	1236	5.5
	女	11237	49.7		已就醫	5310	23.5		婚姻	642	2.8
	其他	2478	11.0		問斷就醫	749	3.3		家庭	1850	8.2
職業	學生	558	2.5	自殺意念	拒絕就醫	149	0.7		其他人際關係	984	4.4
	軍警	54	0.2		轉介就醫	122	0.5		精神疾病	2828	12.5
	公教	557	2.5		不詳	12329	54.6		焦慮憂鬱	1054	4.7
	工	377	1.7	紀錄	無	5343	23.6		物質濫用	87	0.4
	商	843	3.7		偶有念頭	1457	6.4		成癮	55	0.2
	家管	866	3.8		常有念頭	350	1.5		身體病痛	467	2.1
	自由業	806	3.6		準備中	62	0.3		失業	71	0.3
	服務業	1865	8.3		進行中	46	0.2		債務	78	0.3
	農業	9	0.0		不詳	15340	67.9		經濟困難	167	0.7
	醫護	113	0.5	無	8095	35.8	職場	833	3.7		
退休	502	2.2	曾自殺	2552	11.3	學業	77	0.3			
其他	89	0.4	不詳	11951	52.9	兵役	3	0.0			

加害人來電比率較高佔3.0%，受害者次之佔2.2%、互毆則佔1.0%。

(十四)居住狀況

與家人同住居首佔36.8%，獨居11.4%第二高位，與他人同住3.0%。

(十五)自殺方式

以食用致命固體或液體及高處跳下的方式均佔0.9%為最高位，以刀、槍自殘佔0.7%。

(十六)個案狀況

曾來電者過半數最多，佔53.3%，首次來電者佔第二位34.6%，第三為追蹤個案佔0.5%。

續表一

項目	總數	百分比	項目	總數	百分比	項目	總數	百分比			
職業	無業	3997	17.7	精神狀態	精神患者	6024	26.7	主要問題	獨居	18	0.1
	不願透露	185	0.8		疑似病人	2524	11.2		退休	6	0.0
	不詳	11777	52.1		心智正常	9519	42.1		生活適應	463	2.0
婚姻	未婚	6465	28.6	年齡	無法判斷	4531	20.1		重大失落	95	0.4
	已婚	3292	14.6		12歲以下	3	0.0		法律或犯罪	142	0.6
	分居	240	1.1		12-19歲	213	0.9		性	70	0.3
	離婚	1513	6.7		20-29歲	1648	7.3		其他	785	3.5
	鰥寡	236	1.0		30-39歲	3838	17.0		接通即掛	3483	15.4
	同居	147	0.7		40-49歲	2938	13.0		自殺通報	176	0.8
	不願透露	122	0.5		50-59歲	1841	8.1		資料查詢	955	4.2
教育程度	小學以下	165	0.7	60歲以上	1359	6.0	打錯電話		5080	22.5	
	國中	876	3.9	不願透露	72	0.3	來電不出聲		563	2.5	
	高中	2315	10.2	不詳	10686	47.3	社會抱怨	330	1.5		
	專科	1305	5.8	物質濫用	無	7241	32.0	獨居	2566	11.4	
	大學	2933	13.0		酒癮	1122	5.0	與家人	8320	36.8	
	研究所	694	3.1		藥癮	143	0.6	與他人	674	3.0	
不願透露	382	1.7	毒癮		147	0.7	不願透露	148	0.7		
不詳	13928	61.6	不詳		13945	61.7	不詳	10890	48.2		
自殺方式	無	5722	25.3		暴力情形	不詳	14240	63.0	追蹤	同意	172
	上吊窒息	37	0.2	無		6963	30.8	不同意		468	2.1
	吸入致命氣體	77	0.3	加害人		667	3.0	不詳		21958	97.2
	食用致命固體或液體	203	0.9	受害人		500	2.2	個案總數： 22,598 人			
	高處跳下	213	0.9	互毆		228	1.0				
	溺斃	34	0.2	追蹤個案	111	0.5					
	以刀槍自殘	163	0.7	曾經來電	12053	53.3					
	其它	62	0.3	個案狀況	第一次	7820	34.6				
	不詳	16087	71.2		無法判斷	2614	11.6				

二、自殺高危險族群之分析

由本會所提供的3條生命線與10條安心專線，102年度來電時正在自殺者數量再創新高，意謂更多正在自我傷害之民眾願意在最後的關頭，能夠與輔導員進行聯繫，對應全國自殺率持續下降的現況，顯見自殺防治熱線的效果。以生命線來電者做人口變項分析，102年來電時正在自我傷害者共計46件，雖較101年小幅減少9件，但所佔整體服務量之比例仍維持0.2%以上。其中，男性28件（60.9%），女性18件（39.1%）；年齡以不詳最多，13件（28.3%）；40-49歲其次，10件（21.7%）；再其次為30-39歲，有8件（17.4%）。

以採取的自傷（殺）方式來分析，最多為「大量吞藥」，有18件（39.1%）採用；其次為「割腕」，有17件（37.0%），此與國外自殺防治熱線之實務工作發現相符，自殺防治熱線中之自我傷害個案，以中低致命性之自殺企圖者居多。而正在自我傷害來電者中有45.7%（21件）過去有自殺未遂的記錄，高於無自我傷害來電者的11.2%許多，顯示曾自殺未遂者更可能於來電中出現自我傷害行為。此外，有一半以上的來電者（27件、58.7%）的來電者，持續接受精神醫療服務，這亦與本會近年實務與統計資料一致，有穩定使用精神醫療服務者，較可能主動來電自殺防治熱線求助。以來電時間來看，最多自我傷害個案於11至15點來電（13件、28.3%），其次則為下午3點至7點來電（11件、23.9%），這與往年統計資料明顯不同，過去二年正在自殺個案來電時段來電皆最集中於晚間11點至凌晨3點間，下午3點至7點則排在第二或第三順位，白天時段自100年後皆未擠進前三順位，這是否表示正在自我傷害個案來電求助的時段有提早的趨勢，不再特別集中於半夜，值得關注。

來電陳述的主要問題，有39.1%（18件）與精神疾病與情緒困擾有關，包括精神疾病因素（30.4%）與焦慮憂鬱（8.7%）；其次有34.8%（16件）與親密議題有關，包括感情問題（15.2%）、家庭問題（10.9%）與婚姻問題（8.7%）。若依性別分析，正在自我傷害的來電者，無論男女主訴問題

皆以精神疾病因素（男：32.1%、女：27.8%）最多，而男性來電主要問題以家庭問題（14.3%）次之，女性則是感情問題（22.2%），雖都屬親密議題，但仍有不同關係議題上的差異。

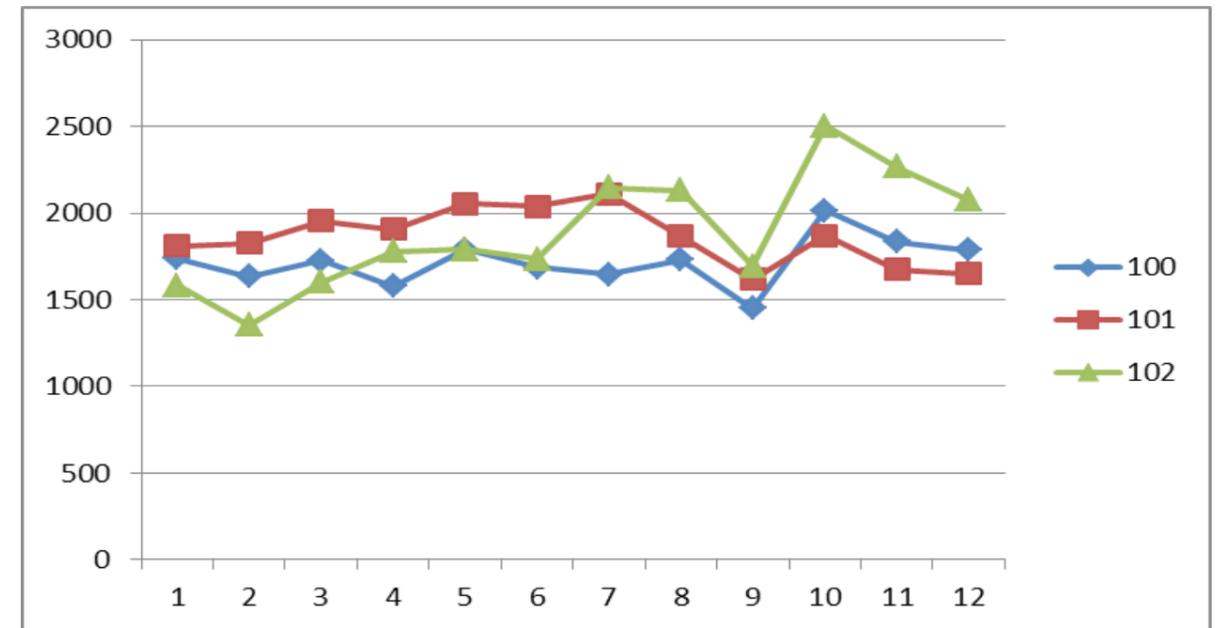
最後，在晤談時間的分析上，46件來電的平均通話時間為18分鐘，高於所有接聽來電平均的12分鐘，但皆低於自殺意念者（33.7分鐘）及準備近期執行自殺計畫者（26.9分鐘），根據本會訓練及服務原則，對於正在自我傷害之來電者，一律採取除非確定來電者已經安全無虞，否則將會繼續與來電者繼續對話，顯現本會能於正在自殺者來電時積極介入關懷，於晤談20分鐘內，尋求救援資源到，有效解除自殺危機。

三、服務量深入分析

自101年起，本會求助電話來電量，已連續第二年超過2萬2千人次以上，102年度共計服務22,598人次，較101年的22,328人次增加318人次，小幅成長1.42%，平均每月接獲1887.2通求助電話。但自殺意者來電量及所佔比例略微下降，102年自殺意圖者來電量為1,915人次，佔整體服務量之8.5%。其中1,457人次的求助者（6.4%）為偶有自殺意念，350人次的求助者（1.6%）常有自殺意念，62人次的求助者（0.3%）準備近期執行自殺計畫，46人次（0.2%）的求助者在電話晤談中已經或正在進行自我傷害動作。整體而言，102年整體來電量仍大且小幅上升，但自殺風險個案，包含自殺意念者、自殺計畫者及正在自殺者的來電量，與近2年比較皆略微下降。

（一）整體來電量增加

近三年本會求助電話服務量逐年增加，年服務量自100年的20,613人次攀升至102年的22,598人次，增加近2千人，成長9.6%；而本會所提供之3條24小時熱線服務，每個月的話務量相較於前二年亦是呈現顯著成長（如圖一）。



圖一：最近三年每月來電量趨勢圖

（二）自殺意圖者之來電比例略降

102年自殺意圖者來電量為1,915人次，較101年略降500人次，對應整體話務量所佔比例，亦從10.8%下降之8.5%，在年度話務量持續升高下，此變化令人好奇。本會嘗試尋找可能導致此現象之相關因素，透過統計分析推測，自殺意圖者來電比例下降可能與輔導員線上未完成自殺評估有關，進一步分析個案特性發現，無效個案及無明確待解決心理困擾來電者所佔比例（46.1%）明顯增加，無效個案包含接通即掛、打錯電話及來電不出聲等，佔整體來電量之40.4%；無明確待解決心理困擾包含主要問題為資料查詢及社會抱怨者，佔5.7%，此類型個案熱線難以順利提供深入協談服務，相對地，輔導員亦無法順利完成自殺評估的工作。這類型個案於整體來電量所佔比例102年較101年上升5.7%，是否即是造成自殺意圖者來電比例減少的主要因素，尚待詳細評估，但在前二年自殺意圖個案比例皆持續上升的趨勢下，有此變異，著實值得多加觀察及省思。

（三）無效個案之來電比例顯著增加

102年無效個案來電量為9,126人次，佔整體來電量之40.4%，即10個來電者中，就有4個無法提供有效服務，較101年的34.4%，上升6個百分點。統計分析後顯示，打錯電話者增幅最大，自19.3%增加至22.5%；其次為接通即掛，自13.2%增加至15.4%，最後為來電不出聲，自1.9%增加至2.5%。進一步探究民眾打錯電話的原因，發現主要還是市民撥打1999時誤撥1995自殺熱線，因此，本會將持續加強宣導自殺防治熱線的正确使用，並與有關部門協調，以減少此情形發生。

四、100~102年度綜合比較（表二~六）

（一）總個案數

表二看到近三年來，每年的個案數在20,000-22,598之間。

（二）性別

就男女兩性比例而言，女性來電人數均比男性為高。

（三）年齡

歷年來求助個案的年齡101及102年以30-39歲為主，100年則以40-49歲為較多。

（表二）100-102年度「個案總數」、「性別」、「年齡」比較表(百分比)

項目年度	個案總數	性別		年齡						
		男	女	19歲以下	20-29	30-39	40-49	50歲以上	不願透露	不詳
100	20,613	37.5	51.9	1.5	9.2	15.6	16.3	12.3	0.4	44.7
101	22,328	35.9	53.5	1.4	8.8	16.4	14.7	13.8	0.3	44.8
102	22,598	39.3	49.7	0.9	7.3	17.0	13.0	14.1	0.3	47.3

（四）主要問題

精神疾病在100年及102年為最高來電之問題，101年則以家庭問題的來電比率較高，打錯電話的比率逐年上升，民眾常欲打市民專線1999而誤打電話來本會；另外接通即掛的情形也是常出現的情形，期望來電民眾能降低此狀況發生，讓熱線更能服務到有需求的人。

（表三）100-102年度主要來談問題比較表(百分比)

項目年度	感情	婚姻	家庭	人際	精神疾病	焦慮憂鬱	身體病痛	失業	債務	經濟困難	職場	生活適應	法律或犯罪	物質濫用(藥酒癮)
	100	7.3	3.8	8.8	5.8	12.4	5.3	1.9	0.6	0.5	1.4	3.5	1.5	0.5
101	6.3	3.4	10.1	5.6	9.7	5.0	2.6	0.6	0.4	1.5	4.3	2.1	0.9	0.4
102	5.5	2.8	8.2	4.4	12.5	4.7	2.1	0.3	0.3	0.7	3.7	2.0	0.6	0.4

項目年度	性	成癮(非藥酒癮)	學業	兵役	獨居	退休	重大失落	其他	接通即掛	自殺通報	資料查詢	打錯電話	來電不出聲	社會抱怨
	100	0.6	0.1	0.5	0.0	0.2	0.0	0.6	4.5	12.5	0.8	4.6	17.3	3.0
101	0.5	0.2	0.5	0.0	0.1	0.0	0.6	3.8	13.2	1.3	4.5	19.3	1.9	1.5
102	0.3	0.2	0.3	0.0	0.1	0.0	0.4	3.5	15.4	0.8	4.2	22.5	2.5	1.5

（五）教育程度

大專以上教育程度為主要來談者。

（表四）100-102年度「教育程度」比較表(百分比)

項目年度	教育程度				
	國小	國中	高中	大專	不詳
100	1.1	2.6	9.2	23.4	61.3
101	1.0	2.6	8.6	23.8	62.0
102	0.7	3.9	10.2	21.9	61.6

（六）自殺意念(表五)

表五可以看出，無自殺意念的比例逐年下降，推測國人情緒低落、陷入困擾且有傷害自己的念頭時，會主動利用自殺防治熱線管道求助，達到緩解問題困擾或降低衝動的自殺行為。

（七）自殺紀錄(表五)

表五同時也可看出，在全部的來電者中具有將近1成的民眾，過去有自殺未遂之紀錄，這足以顯示民眾在自殺未遂後，更有可能與自殺防治熱線接觸。

（表五）100-102年度「自殺意念」、「自殺紀錄」之比較表(百分比)

項目年度	自殺意念				自殺紀錄	
	無	有念頭	準備中	進行中	無	曾自殺
100	45.8	9.9	0.5	0.3	52.2	9.0
101	30.8	10.3	0.4	0.3	41.4	10.5
102	23.6	7.9	0.3	0.2	35.8	11.3

（八）精神狀態

從表六來看，精神患者來電本會，102年明顯增加比率，女性患者來電人數有逐年增加的現象，本會針對常來電的個案，有一套完整的個案管理資料，對精神患者及佔線的困擾能有效的解決及提供適合的服務或轉介資訊。

（表六）100-102年度「精神狀態」與「性別」之比較表(百分比)

項目年度	精神狀態		男		女	
	病患	疑似	病患	疑似	病患	疑似
100	24.7	13.2	29.0	14.6	26.5	14.8
101	23.4	13.1	24.4	15.7	27.4	13.8
102	26.7	11.2	31.7	10.8	28.5	13.7

貳、網路函件輔導

本會網路函件輔導從86年7月開始，提供一個長期的平台求助管道，讓個案能有多元的服務選擇，今年度有189人依此管道求助，目前尋求函件輔導求助的人數逐年有減少的趨勢，但本會秉持一貫服務宗旨及熱忱，仍開放此管道供有需求民眾之協助。

(表七) 臺北市生命線協會102年度e-mail個案統計結果

項目		總數	百分比	項目		總數	百分比	項目		總數	百分比
性別	男	36	19.1	就醫	無	16	8.5	主要問題	感情	15	7.9
	女	152	80.4		已就醫	16	8.5		婚姻	3	1.6
	其他	1	0.5		問斷就醫	11	5.8		家庭	47	24.9
職業	學生	90	47.6	就醫方式	拒絕就醫	0	0.0	其他人際關係	40	21.2	
	軍警	1	0.5		轉介就醫	0	0.0	精神疾病	12	6.4	
	公教	7	3.7		不詳	146	77.3	焦慮憂鬱	16	8.5	
	工	5	2.7	自殺意念	無	61	32.3	物質濫用	0	0.0	
	商	13	6.9		偶有念頭	13	6.9	成癮	1	0.5	
	家管	3	1.6		常有念頭	22	11.6	身體病痛	0	0.0	
	自由業	14	7.4		準備中	2	1.1	失業	3	1.6	
	服務業	38	20.1		進行中	0	0.0	債務	0	0.0	
	農業	0	0.0		不詳	91	48.2	經濟困難	5	2.7	
	醫護	0	0.0		紀錄	無	6	3.2	職場	11	5.8
退休	0	0.0	曾自殺	18		9.5	學業	9	4.8		
其他	11	5.8	不詳	165		87.3	兵役	0	0.0		
婚姻	無業	1	0.5	精神狀態	精神患者	28	14.8	獨居	0	0.0	
	不願透露	0	0.0		疑似病人	5	2.7	退休	0	0.0	
	不詳	6	3.2		心智正常	107	56.6	生活適應	10	5.3	
	婚姻	未婚	120	63.5	年齡	無法判斷	49	25.9	重大失落	10	5.3
		已婚	44	23.3		12歲以下	0	0.0	法律或犯罪	0	0.0
		分居	0	0.0		12-19歲	52	27.5	性	1	0.5
		離婚	16	8.5		20-29歲	69	36.5	其他	1	0.5
鰥寡		2	1.1	30-39歲		29	15.3	接通即掛	0	0.0	
同居		1	0.5	40-49歲		30	15.9	自殺通報	1	0.5	
不願透露	0	0.0	50-59歲	3	1.6	資料查詢	4	2.1			
不詳	6	3.2	60歲以上	0	0.0	打錯電話	0	0.0			

項目		總數	百分比	項目		總數	百分比	項目		總數	百分比
教育程度	小學以下	3	1.6	年齡	不願透露	0	0.0	居住狀況	來電不出聲	0	0.0
	國中	19	10.1		不詳	6	3.2		社會抱怨	0	0.0
	高中	64	33.9	物質濫用	無	15	7.9	居住狀況	獨居	0	0.0
	專科	21	11.1		酒癮	8	4.2		與家人	77	40.7
	大學	66	34.9		藥癮	0	0.0		與他人	4	2.1
	研究所	12	6.4		毒癮	0	0.0		不願透露	0	0.0
	不願透露	0	0.0		不詳	166	87.8		不詳	108	57.1
	不詳	4	2.1		不詳	171	90.5				
自殺方式	無	28	14.8	暴力情形	無	14	7.4	個案總數：189人			
	上吊窒息	0	0.0		加害人	1	0.5				
	吸入致命氣體	0	0.0		受害人	3	1.6				
	食用致命固體或液體	1	0.5	互毆	0	0.0					
	高處跳下	3	1.6	追蹤	同意	9	4.8				
	溺斃	0	0.0		不同意	1	0.5				
	以刀槍自殘	7	3.7		不詳	179	94.7				
	其它	0	0.0								
不詳	150	79.4									

參、面談輔導

本會93年5月開始面談的服務，今年面談服務人數302人次，針對有意願面對其心理困擾而想直接做面談的個案，或者為自殺高危險群追蹤的個案，願意本會做直接的服務，均將安排進入面談服務。本會目前有一位專業的諮商心理師、數位約聘心理師及一群優秀資深的輔導人員，在此崗位上盡最大職責及努力，為個案找尋自我，創造生命的意義。

從表八顯示，女性來談者比男性多三倍；年齡層以50-59歲佔多數、其次則為40-49歲，婚姻狀態未婚佔多數39.7%，已婚第二佔38.1%，教育程度以大學佔多數，職業以商排名第一；來談以家庭問題居首位、人際關係及生活適應排列第二、三名，來談者以無自殺意念及心智正常為多數；物質濫用以無為主要狀態；暴力情形亦以無為主。

本會為盡直接服務的最大利益原則，針對第一次來談及未建追蹤檔之個案，由本會負責面談業務之社工為個案的管理員，而由本會追蹤員轉介至面談服務的個案，仍維持由個管檔之負責社工為個案的個管員，能針對個案在本會的不同服務管道，個管員對個案的評估能更有效做整合的服務及了解，讓個案能清楚單一窗口的服務連結。

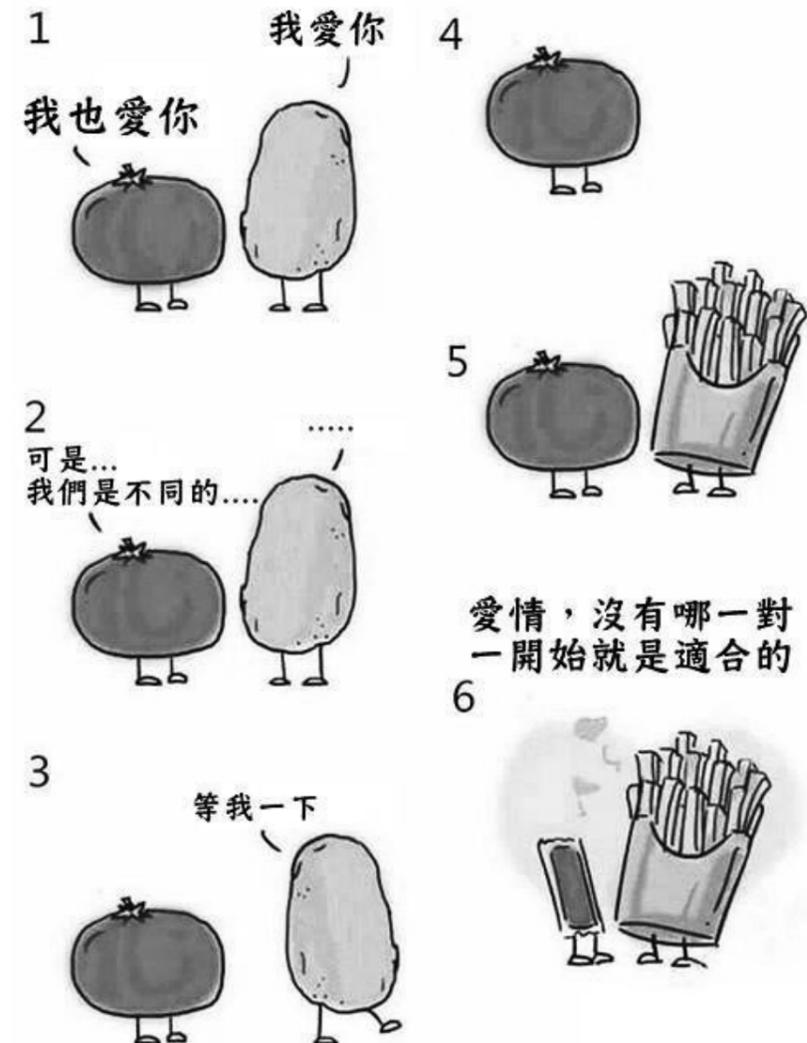
(表八)台北市生命線協會102年度面談個案統計結果

項目		總數	百分比	項目		總數	百分比	項目		總數	百分比
性別	男	71	23.5	職業	學生	16	5.3	主要問題	感情	30	9.9
	女	231	76.5		軍警	0	0.0		婚姻	24	8.0
年齡	12-19歲	0	0.0	公教	14	4.6	其他問題	家庭	90	29.8	
	20-29歲	55	18.2	工	11	3.6		其他人際關係	46	15.2	
	30-39歲	47	15.6	商	82	27.2		精神疾病	31	10.3	
	40-49歲	82	27.2	家管	16	5.3		焦慮憂鬱	16	5.3	
	50-59歲	97	32.1	自由業	7	2.3		身體病痛	1	0.3	
	60歲以上	19	6.3	服務業	54	17.9		失業	0	0.0	
				醫護	19	6.3		債務	0	0.0	
婚姻	未婚	120	39.7	就業	退休	20	6.6	其他問題	經濟困難	9	3.0
	已婚	115	38.1		其他	0	0.0		職場	8	2.7
	分居	6	2.0		無業	54	17.9		學業	6	2.0
	離婚	44	14.6		不詳	9	3.0		兵役	0	0.0
	鰥寡	17	5.6		不願透露	0	0.0		獨居	0	0.0
	同居	0	0.0		無	141	46.7		退休	0	0.0
	不詳	0	0.0		已就醫	139	46.0		生活適應	32	10.6
教育程度	小學以下	0	0.0	就醫方式	間斷就醫	12	4.0	精神狀態	重大失落	9	3.0
	國中	5	1.7		拒絕就醫	3	1.0		法律或犯罪	0	0.0
	高中	38	12.6		轉介就醫	1	0.3		性	0	0.0
	專科	44	14.6		不詳	6	2.0		其他	0	0.0
	大學	156	51.7		無	189	62.6		精神患者	128	42.4
	研究所	45	14.9		曾自殺	94	31.1		疑似病人	10	3.3
	不願透露	0	0.0		不詳	19	6.3		心智正常	164	54.3
自殺意念	無	156	51.7	記錄	無	253	83.8	暴力情形	無法判斷	0	0.0
	偶有念頭	86	28.5		酒癮	4	1.3		無	202	66.9
	常有念頭	17	5.6		藥癮	0	0.0		加害人	2	0.7
	準備中	0	0.0		毒癮	2	0.7		受害人	39	12.9
	進行中	0	0.0		不詳	43	14.2		互毆	0	0.0
	不詳	43	14.2						不詳	59	19.5
個案總數 302 人											

肆、結論

綜合上述統計分析結果發現，102年求助電話服務人次，仍是維持上升的趨勢，但在自殺危險個案來電量及佔率方面，皆呈現輕微下滑，而無效個案及無明確待解決心理困擾電量卻明顯的逐年增加，已達10,411人次，佔整體服務量46.1%，亦是不容忽視的實務現象。雖目前尚無明確分析自殺意圖者來電的減少，與無效個案來電的增加，兩者間是否有相互影響的關聯性，此變化還是值得多加觀察，鑑此，為幫助社會大眾更清晰自殺防治熱線之服務特性，及正確的使用觀念，本會有必要在新的年度裡增加自殺熱線服務的宣導活動。此外，本會仍會持續投注大量的

人力與經費，辦理第33期輔導義工招募及線上輔導員在職訓練，深耕義工服務品質專業化，透過自殺風險評估機制及標準化服務流程，即時篩選更多自殺意圖來電者，進而透過社工主動介入，提供更多元的關懷服務，包含電話追蹤、心理諮商及資源轉介等，以達全面有效自殺防止之目的。對於未來本會在自殺防治專業領域的期許，也希望能夠貢獻所長，透過本會「自殺危機管理e學院」數位化的線上學習課程，推廣自殺評估與危機處理之專業知能，使本會長期實務經驗得與其他各級單位分享。



建構社區安全網路平台與 自殺高危險群主動性輔導計畫 成果報告書

追蹤個案生命故事

林太太是一個獨立自主，個性堅強的女性，平日喜歡跳舞、爬山等戶外運動，案夫因車禍後癱瘓，家中大小事由林太太一肩擔起，育有一兒一女，皆很孝順，女兒已經嫁去台中，懷有身孕，林太太相當歡喜，準備要做外婆。

但好景不常，就在那年年底，案夫辭世，就在忙碌於先生的後事時，案子經商失敗，因家中忙碌，林太太也無暇注意到兒子的情緒狀態，就在先生過世一個月後，兒子上吊自殺死亡。林太太目睹兒子上吊情境，一時情緒失控，但因個性使然，林太太選擇將所有情緒吞下，冷靜、理性的辦完案夫與兒子的喪禮，也因為擔心造成他人困擾，林太太沒有向外求援，也不敢讓朋友、女兒知道自己的情绪狀態，在所有事情忙完之後，生活功能開始出現狀況，對於先前戶外的活動也意興闌珊，有厭食、憂鬱等傾向。

林太太無意之間聽到0800788995安心專線的電話，鼓起勇氣撥打電話訴說心情，無意間在晤談中釋放出欲結束生命之模糊訊息，接線輔導人員察覺到林太太有強烈自殺慾望，立即將此個案轉介台北市生命線協會的自殺追蹤關懷計畫，由社工與自殺追蹤員共同協助與關心

簡佑娜 社工師

個案，期間發現林太太主要問題於喪親之重大失落，一直處於情緒低落、沮喪狀態，社工員於初期密集安排追蹤，建立個案與專線間的穩定關係，也在每通關懷電話中持續鼓勵林太太只要情緒不佳就即刻撥電話進線協談，林太太慢慢的信任這樣的關懷關係，也開始會在夜晚感覺孤獨無助時來電尋求協助，半年後，情緒漸趨緩時，追蹤關懷電話已不再像初期密集自殺監控，而是每半個月至一個月定期追蹤關懷。

自從台北市生命線輔導員定期的陪伴，林太太的情緒有了抒發的出口，從完全無法對外求援，到現在已經可以察覺到自己的情緒狀態，在感覺撐不下去時，也會主動來電生命線協談；雖然傷痛的記憶需要時間來撫平，但林太太已能夠恢復平日的的生活作息，有正常的情緒抒發以及健康的社交生活，相信在重大失落的情緒復原路上，也走得順利許多。

在102年度執行「建構社區安全網路平台與自殺高危險群主動性輔導計畫」，提供自殺高危險群個案電話主動關懷服務、情緒支持、心理諮商面談、資源轉介、職業轉介、醫療轉介、資源聯繫會議等服務，幫助500戶像林太太這樣有自殺意念的高危險個案，也讓500個家庭免於瀕臨破碎。因為聯勸的支持，台北市生命線得以透過電

話關懷服務台灣有自殺意念的人們，千里一線牽，關懷在耳邊，在偏遠的地區，只要有電話，我們就能將溫情送達。

自殺行為是個案對於生活困境所作的一種選擇，在他人的持續關懷與協助下，個案能夠跳脫僵化的選擇模式，同時，在電話追蹤輔導員的協助之下，運用更寬廣的角度來面對生活困境，找到更多元的生活選擇方式。

壹、方案目標/目的

目標	目的
建立一個罕有自殺身亡的社會，並提供意圖自殺者對人生的新契機。	在102年1月1日至102年12月31日期間，以台北市生命線協會求助電話或函件中，針對意圖自殺、計畫自殺、以及曾經自殺等自殺高危機個案，提供主動性的輔導計畫，估計服務約500名個案，共計約6,000人次數的電話追蹤服務與服務紀錄。每年4次的資源整合會議與個案研討會。

貳、資源投入

一、人力

方案細項服務名稱	執行者	工作內容	實際投入的時間、次數或頻率
主動性電話追蹤輔導服務	1名專職社工員	主責本方案之進行與評估。	周一至周五工作時間。
	7名專職社工員或心理師	擔任個案管理，進行電話追蹤了解與資源協調。	周一至周五工作時間。
	185名半專業之心理輔導志工	擔任電話追蹤員。	一年365天全天候24小時服務。
	1名心理師	提供面談心理諮商服務。	周一至周五工作時間。

服務案主群：

自殺高危機個案，共計611名案主，服務次數達7,176人次，案主來源包括：

- 1.本會協談個案：本會電話協談員晤談評估，初步認定為自殺高危機。
- 2.其他單位或民間友人轉介自殺高危機個案。
- 3.本會信函個案：本會信件輔導個案，初步認定為自殺高危機。

二、物力

服務項目/名稱	設施/設備	數量
主動性電話追蹤輔導服務	電腦	3部
	個案管理系統軟體	3套
	電話	3部
	辦公桌	3張
	防毒軟體	3套
	協談室	3間

三、資源連結

服務項目名稱	連結之資源	合作內容
主動性電話追蹤輔導服務	各縣市警察局、勤務中心、派出所	危機介入
	中華電信	危機介入
	各鄉鎮市鄰里長	危機介入
	各縣市在地生命線	資源連結與轉介
	各縣市自殺防治中心與衛生局	資源連結與轉介
	各縣市職訓局就輔中心	資源連結與轉介
	各地區醫療院所	資源連結與轉介
	各縣市社會局會或福利中心	資源連結與轉介
	各縣市相關民間社會福利機構	資源連結與轉介
學校或其他單位	資源連結與轉介	

參、運作過程與產出

一、服務項目名稱：

1. 電話追蹤
2. 電話輔導協談
3. 心理諮商服務(含個別心理治療、婚姻與家庭治療)。
4. 資源提供
5. 資源協調
6. 個案轉介

二、實際服務過程摘述：

(一)、辦理時間

102年1月1日~102年12月31日

(二)、實施地點

台北市生命線協會

(三)、服務對象

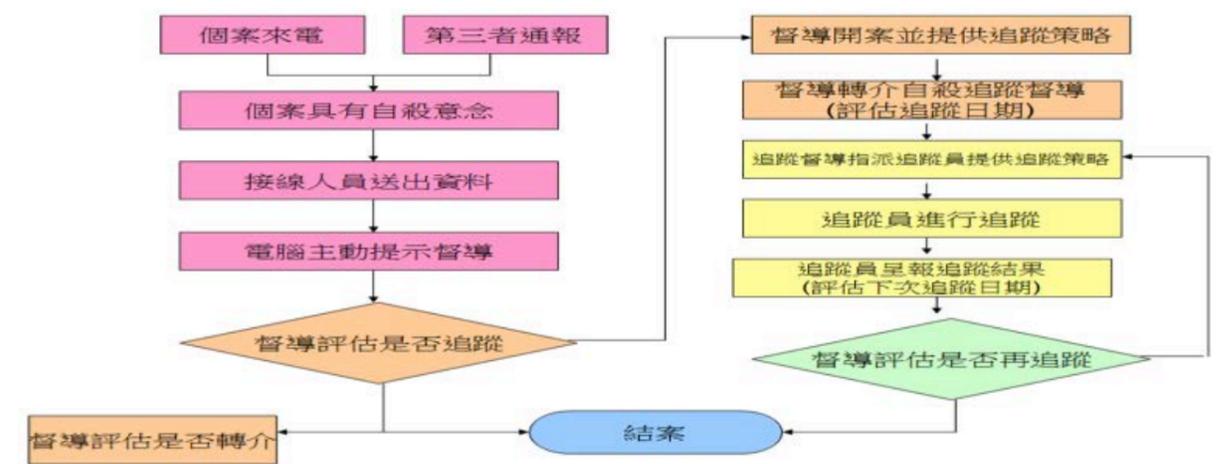
自殺高危險群(包括遭逢重大生活壓力事件者或有精神疾病傾向者)、自殺企圖者(包括有自殺意念、有自殺計畫或重覆自殺者)。

(四)、自殺高危機個案電話追蹤之報告

1. 電話追蹤方案進行流程(請參考下圖)

說明：

- (1) 本會電話協談員篩選自殺高危機個案，包括具有自殺意念、計畫自殺、準備自殺、正在進行自殺以及過去曾經自殺者。
- (2) 社工員(以下稱督導)當任此計畫總督導，同時進行第二次自殺高危機個案篩選，並擬定特定個案計畫，將個別計畫方針提供電話追蹤員。若是個案有緊急的自殺高危機，督導也將會直接進行聯繫與電話處遇。
- (3) 電話追蹤員進行聯繫：
 - 甲、在個案可聯繫時間，與個案聯繫，從事自殺評估、情緒支持、與資源轉介。
 - 乙、與相關資源單位聯繫，並整合不同的資源。
 - 丙、撰寫紀錄，另由督導評估下一步的模式。
- (4) 心理師直接服務；
 - 甲、個別諮商面談
 - 乙、婚姻與家庭諮商面談
 - 丙、自殺高危機族群的面談諮商



丁、個案員與心理師評估個案狀況，持續面談或轉介追蹤連結相關資源或結案。

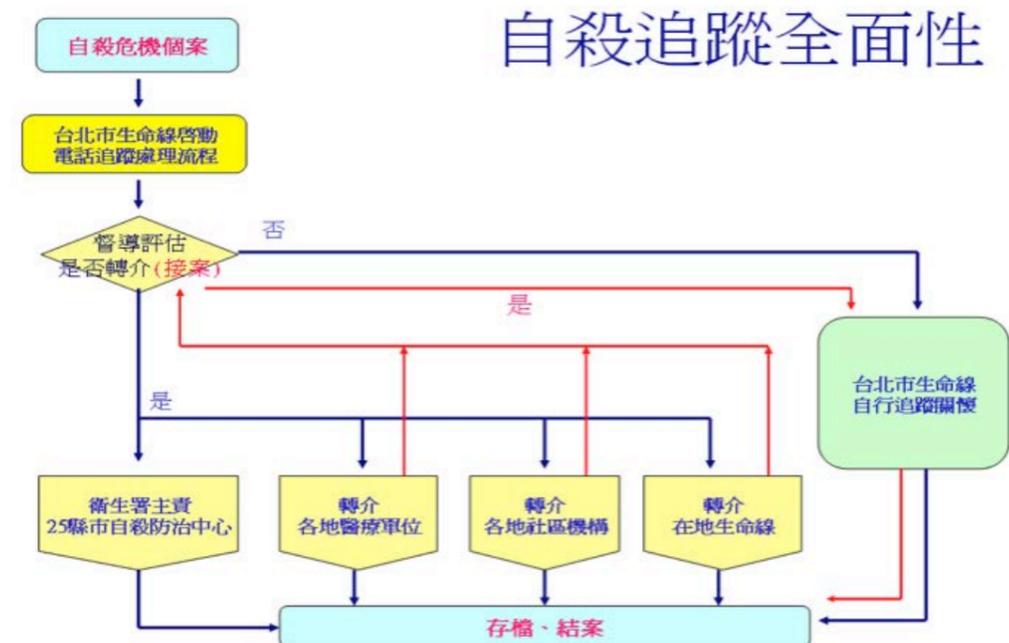
案需要相關社會資源連結，則可由行政中心協助轉介25縣市自殺防治中心、各地區醫療機構、各社區社福單位、或在地生命線。若各單位服務之個案有高自殺危險，需要生命線做後續追蹤服務，也可透過此流程轉介熱線做後續追蹤服務。

2. 自殺追蹤全面性處理模式

說明：

若評估個案為自殺高危險個案，由督導評估是否需要資源轉介連結，若個案不需要轉介相關資源，則可由生命線自行追蹤關懷，若個

三、服務產出：



1. 本會在102年1月1日~12月31日服務電話追蹤關懷個案有611人，有500人為本年度新開案服務，111人為101年尚未結案之個案，追蹤共計7,176人次。
2. 本會於102年3月27日(上午、下午)、6月28日、11月06日、12月06日召開五場自殺防治資源整合會議與個案研討會，共計185人次參與。

四、服務對象概況：

高自殺危險611名追蹤個案中，其中102年新開案的高自殺危險個案共計500名，有111名為101年尚未結案之舊個案。在今年新開案之500名個案中，49%為女性(n=245)，51%為男性(n=255)；73.8%之個案曾經自殺(n=296)；93.3%之個案已經具有自殺計畫(n=472)；58.8%之個案被診斷為精神疾病患者(n=265)；在職業方面，39.7%的個案目前屬於無業之狀態(n=163)，20.4%個案從事服務業之工作(n=84)；婚姻狀態，未婚、已婚以及離婚之比例分別為34.9%(n=151)、30.7%(n=133)與22.6%(n=98)；年紀主要集中於30~39歲與40~49歲之間，各佔27.4%(n=121)與25.6%(n=113)；居住狀況的狀況58%之服務對象與家人居住(n=2600)，34.8%之服務對象獨自居住(n=156)；最後，在居住城市上，前三名依序為新北市與桃園縣及高雄市，各佔18.5%(n=88)、14.3%(n=68)與13.4%(n=64)

表1：自殺追蹤個案之背景分析

計畫自殺方式			職業			就醫方式		
項目	人數	百分比	項目	人數	百分比	項目	人數	百分比
無	28	6.7	學生	23	5.6	無	74	20.8
上吊、窒息	37	8.9	軍警	2	0.5	已就醫	220	62.0
致命氣體	52	12.5	公教	8	1.9	間斷就醫	51	14.4
食用致命固體或液體	111	26.7	工	56	13.6	拒絕就醫	9	2.5
高處跳下	102	24.6	商	17	4.1	轉介就醫	1	0.3
溺斃	25	6.0	家管	25	6.1	精神狀態		
以刀、槍自殘	42	10.1	自由業	11	2.7	項目	人數	百分比
其它	18	4.3	服務業	84	20.4	精神患者	265	58.8
自殺記錄			農業	3	0.7	疑似病人	85	18.8
項目	人數	百分比	醫護	5	1.2	心智正常	101	22.4
無	105	26.2	退休	10	2.4	性別		
曾自殺	296	73.8	其他	4	1.0	項目	人數	百分比
			無業	163	39.7	女性	245	49
						男性	255	51

註：扣除個背景變項之遺漏值或不詳者

表2：自殺追蹤個案之背景分析(續)

年齡區間			居住城市			居住城市		
項目	人數	百分比	項目	人數	百分比	項目	人數	百分比
12歲以下	0	0	新北市	88	18.5	金門縣	1	0.2
12歲~19歲	19	4.3	桃園縣	68	14.3	高雄縣	25	5.3
20歲~29歲	67	15.2	高雄市	64	13.4			
30~39歲	121	27.4	台北市	66	13.9	婚姻		
40~49歲	113	25.6	台中市	27	5.7	項目	人數	百分比
50~59歲	87	19.7	台南市	16	3.4	未婚	151	34.9
60歲以上	34	7.7	新竹縣	12	2.5	已婚	133	30.7
物質濫用			雲林縣	7	1.5	分居	19	4.4
項目	人數	百分比	基隆市	9	1.9	離婚	98	22.6
無	115	59.6	宜蘭縣	9	1.9	鰥寡	20	4.6
酒癮	66	34.2	彰化縣	12	2.5	同居	12	2.8
藥癮	6	3.1	屏東縣	9	1.9	居住狀況		
毒癮	6	3.1	嘉義縣	6	1.3	項目	人數	百分比
經濟來源			花蓮縣	3	0.6	獨居	156	34.8
項目	人數	百分比	新竹市	5	1.1	與家人	260	58.0
工作	182	47.0	苗栗縣	6	1.3	與他人	32	7.1
儲蓄/退休金	53	13.7	台中縣	15	3.2			
社會援助	46	11.9	南投縣	5	1.1			
子女/親屬供養	72	18.6	台東縣	1	0.2			
配偶供養	21	5.4	嘉義市	3	0.6			
其他	13	3.4	台南縣	19	4.0			

*扣除不詳者

肆、方案成效

一、回應方案目的/目標，說明方案執行效益。

在102年1月1日至102年12月31日期間，以台北市生命線協會求助電話中，針對意圖自殺、計畫自殺、以及曾經自殺等自殺高危機個案，提供主動性的輔導計畫：

目的1：約500名個案，共計約6,000次數的電話追蹤服務與服務紀錄。

成效1：總計共追蹤611名個案，2012年開案的有500人，總計追蹤次數達7,176人次，平均每月追蹤598人次。結案的有419人，約佔所有自殺追蹤人口83.8%，所有結案個案中有111名自殺意念下降，佔27.2%，222名轉介其他單位，佔54.4%，有31名拒絕追蹤關懷佔7.6%，有35名兩個月未連繫到個案的佔8.6%，停話4名佔1.2%，死亡有5名佔1.0%，持續追蹤的有81人，約佔所有自殺追蹤人口16.1%。

評估工具1：自殺危險程度量表(附件一)

分析結果：如下表5、表6

評估工具2：BSRS-5簡易情緒量表(附件二)

分析結果：如下表5、表6

評估工具3：整體生活功能評估量表(附件三)

評估工具4：自殺追蹤紀錄表(附件四)

表3：結案原因

	人數	有效百分比
轉介	222	54.4%
自殺意念降低/無自殺意念	111	27.2%
兩個月未連繫上個案	35	8.6%
拒絕追蹤照護	31	7.6%
電話停話	4	1.2%
死亡	5	1.0%
總和	419	100%

*扣除不詳者

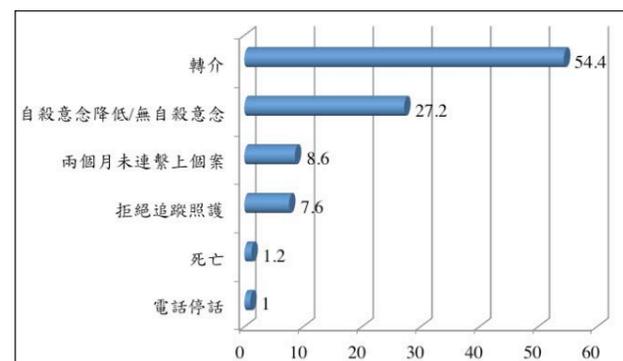


表4：自殺追蹤轉介至全台各單位之統計表

轉介機構	人數	百分比
各地自殺防治中心或衛生局	32	14.4%
醫院	4	1.8%
各地生命線	174	78.4%
政府與民間社福單位	6	2.7%
其他	6	2.7%
總計	222	100%

說明：

1. 個案服務量共計611名，服務量達7,176人次，相較於原先預期500名，服務量6,000人次，人數上增加111人，服務量超過1,176人次。平均1名個案一年被服務到11.7次比預期量增加，原因可能與大環境持續不景氣、失業與個案需長期關懷有關。

2. 質量並重的成果報告，依照原訂計畫紀錄於下文中，請參照：

一、自殺危機個案之不同處理方式

針對今年自殺追蹤服務之自殺危機個案，共整理出十七大類型，以及相關之處理計畫，下列將依照不同問題類型進行說明，並以實際案例作分享：

第一類：家庭暴力問題處遇(被害人)

案例之一：陳小姐

1. 泰雅族原住民，案夫長期家暴個案及孩子，曾申請保護令，因無法忍受長期受暴，準備離婚，目前自己暫住娘家，孩子則與案夫同住。
2. 無業，想找份工作以撫養小孩，家扶中心會定期派員訪視，但個案認為孩子都被案夫控制，不敢跟社工講實話。一個月前曾騎摩托車撞護欄企圖自殺，現在腳傷還未復原，因案夫不讓個案看小孩，使個案很想用刮鬍刀割腕，保護因子為案母，案母擔心個案安危，會阻止個案外出。

■處遇目標：情緒支持，降低自殺意念，評估是否需要與案母聯絡一起協助案主。

■短期目標：建立關係、做自殺評估，是否連結相關資源介入。

理由：協助個案支持系統、確保個案安全無虞。

方法：根據自殺險程度量表請桃園縣生命線追蹤員主動去電關心。

資源介入：桃園縣生命線追蹤關懷員後續關心。

後續結果：了解桃園縣生命線追蹤輔導員與家扶中心與個案聯繫結果，並透過機構與孩子連絡達成合作共識。

■中、長期目標：確認個案安全無虞，建立個案支持系統與社交網絡。

理由：1. 協助個案拓展生活圈，恢復工作能力。

2. 連結社區網絡，走出戶外與人互動，並且能夠就業，賺取收入。

方法：1. 固定桃園縣生命線自殺追蹤員根據自殺險程度量表定期關心。

2. 提供相關法律扶助，了解個案就醫情形。

後續結果：個案情緒穩定，有支持系統、自殺念頭降低。

第二類：家庭暴力問題處遇(加害人)

案例二：陳先生

1. 個案為貨車司機，和妻子育有三個兒女(案女大學、高三、高二)為家暴加害人，妻已申請保護令，已開離婚調解庭。
2. 個案 懷疑妻子有外遇，揚言找到妻的男友，要殺掉對全家，自己再自殺。
3. 自述曾因對未成年案子提告偷竊反被中壢法院判家暴，之後被家人送桃療強制住院15天，個案認為自己沒病是被誣陷。

■處遇目標：情緒支持，降低自殺意念，協助連結男性關懷專線資源。

■短期目標：建立關係、情緒宣洩與陪伴、安全評估、自殺評估與監控、搜集資料。

理由：減少個案孤獨感與無助感。

方法：根據自殺險程度量表請桃園縣生命線追蹤員主動去電關心。

資源介入：提供男性關懷專線0800-013-999與法律扶助基金會電話供個案諮詢。

後續結果：與個案建立關係，了解案件狀況，與男性關懷專線資源連結。

■中、長期目標：與個案討論相關的處遇計畫，減少個案焦慮與不安感，進入輔導策略模式，肯定個案的改變。

理由：減少個案焦慮與無助感，與個案達成合作之共識。

方法：桃園縣生命線自殺追蹤員根據自殺險程度量表定期關心，協助改善個案情緒控制，家庭互動情形。

後續結果：情緒穩定，有支持系統，穩定就醫，自殺念頭降低，結案。

第三類：獨居老人問題處遇

案例三：王小姐

個案60多歲，曾賣掉一棟房子幫助孩子繳兩間房的貸款，但孩子除了拿錢都不太會來看個案，讓個案覺得很心痛難過。案子單薪高收入，但入不敷出，常回家向個案拿錢，個案與媳相處常有磨擦(認為她浪費錢)，覺得媳婦很可惡(只顧自己，不會關心，也不要孫子跟C互動)，與媳婦及親家關係疏離 期待兒子/孫女的互動關心。

曾被衛生局開案追蹤(已結案)，希望找人談心，對於家庭互動疏離覺心痛。主要問題：因年老久病孤單寂寞常有輕生念頭。

■處遇目標：降低自殺意念，減低孤單無助感。

■短期目標：建立關係、情緒宣洩與陪伴、自殺評估、蒐集資料。

理由：減少個案孤獨感與無望感、了解是否有社會資源介入。評估聯繫家人採合作模式一起處理個案問題，並提供相關社會資源。

方法：轉介高雄市生命線輔導員定期追蹤關懷。

資源介入：提供老朋友專線電話0800228585，聯結高雄市生命線個管員。

後續結果：建立關係，自殺意念稍降，個案。

■中、長期目標：協助建立支持系統，進入輔導策略模式。

理由：尋找個案生命的價值與意義，探索生命中的閃亮點，協助個案生涯規劃。

後續結果：個案情緒穩定，與家人關係改善，無自殺念頭，結案。

第四類：情感受挫或婚姻失敗問題處遇

案例四：張先生

與初戀女友分手，分手1個半月後即後悔，隨後展開2年努力挽回，一直到女友跟個案說"如果個案再這樣糾纏

下去會怕個案才鬆手。這些年來未連絡。近日看到女友臉書，知道她已結婚，過得很好，而難過哭泣。因為感到自己感情一無所得，未來也沒有機會找到好對象的希望。一直沈浸在痛苦的狀態，無法走出這樣的感覺。

■主要問題：因感情受挫來電。

■處遇目標：降低自殺意念，情緒穩定，恢復日常生活。

■短期目標：與個案建立關係、情緒宣洩與陪伴、自殺評估與監控、搜集資料。

理由：減少個案孤獨感與無助感、增強個案自我價值。

方法：由生命線追蹤員頻繁密集去電關懷。

資源介入：提供北市生命線的面談服務。

後續結果：心理師與個案建立關係，個案自殺意念稍降，情緒趨穩。

■中、長期目標：聯絡家人，協助轉移個案生活目標，進入輔導策略模式。

方法：與家人連絡，協助監控個案自殺行為。

後續結果：個案情緒穩定，暫無自殺危險。

第五類：人際問題處遇

案例五：周同學

個案就讀高三，自述因個性關係受到同學排擠，失去2位好友，也受到班上多數同學不喜歡、不理會，不清楚到底得罪多少人，感覺徬徨不知該如何。

■處遇目標：降低自殺意念，恢復正常生活。

■主要問題：與同學間人際相處問題來電求助。

■短期目標：建立關係、情緒宣洩與陪伴、自殺評估與監控、搜集資料。

方法：台北市生命線追蹤員主動頻繁去電關懷。

資源介入：與家人學校輔導老師聯繫了解個案狀況。

後續結果：關係建立，自殺意念稍降，但仍有自殺念頭。

■中、長期目標：協助個案建立支持系統，進入輔導策略模式，並與個案建立互動合作模式。

方法：鼓勵個案進入學校輔導面談系統。

■資源介入：提供相關面談服務。

後續結果：個案自殺意念降低，答應主動來電，結案。

第六類：法律、訴訟問題處遇

案例六：吳太太

小女兒在自家地下室遭歹徒性侵，歹徒交保後，女兒與個案皆受到很大的驚嚇，個案自責自己沒有保護好女兒，計畫用枕頭悶死女兒再自殺。個案只要遇到下雨天就會情緒不穩，恐懼女兒又會遇害。

■主要問題：個案遇到法律相關問題來電求助。

■處遇目標：降低自殺意念，連結相關法律資源。

■短期目標：建立關係、提供相關資源、自殺評估與監控、搜集資料。

理由：減低個案無助感與焦慮。

方法：固定台北市生命線追蹤員主動頻繁去電關懷。評估連結勵馨基金會的可能性。

資源介入：提供法律扶助基金會等相關法律資源。

後續結果：關係建立，自殺意念稍降。

■中、長期目標：協助建立支持系統，了解相關資源連結與訴訟情形。

理由：討論相關處遇計畫與合作的互動模式。

後續結果：個案穩定就醫，法律問題已解決，持續接受勵馨基金會面談，自殺意念降低，結案。

第七類：教育、課業問題處遇

案例七：朱同學

個案就讀高三，來電說話緩慢無力，有娃娃音，無動力，睡眠品質不佳，功課不佳，人際關係亦不佳，常作

惡夢，有割腕自殘的舉動與輕生的念頭。

■主要問題：個案遇到同儕、課業、家庭問題來電求助。

■處遇目標：降低自殺意念，與學校輔導室資源合作。

■短期目標：與個案建立關係、情緒宣洩與陪伴、自殺評估與監控、搜集資料。

理由：減低個案無助感與焦慮。

方法：轉介台中市生命線追蹤員主動頻繁去電關懷。嘗試聯絡家人、朋友。

資源介入：學校資源、教官。

後續結果：建立關係，自殺意念稍降。

■中期目標：協助建支持系統，相關資源連結，進入輔導模式。

方法：經個案同意轉介學校輔導室，並與個案討論同儕相處與紓壓方法。

資源介入：學校輔導室、張老師專線、台中市生命線。

後續結果：自殺意念降低。

■長期目標：個案情緒穩定、進入學校輔導室資源，自殺意念降低。

方法：後續追蹤了解個案狀況。

後續結果：情緒穩定，進入學校輔導系統。結案。

第八類：家庭不和問題處遇

案例八：郭先生

個案來電聲音低沉，虛弱，小聲，哭泣表示最近癌症的父親竟然同意讓叔伯將父親房產瓜分，個案阻止，卻被案父親誤解為個案肖想房產，覺得心灰意冷，有何種方式自殺比較不痛苦。

個案為更生人，有前科。假釋出來，求職不順，有四~五十萬債務問題。

■主要問題：個案與家庭成員不和與債務問題來電求助。

■處遇目標：降低自殺意念，恢復家庭和諧。

■短期目標：建立關係、情緒宣洩陪伴、自殺評估與監控、搜集資料。

理由：協助個案建立家庭支持系統。

方法：台北市生命線追蹤員主動頻繁去電關懷。嘗試聯絡家人、朋友，恢復家庭關係。

後續結果：建立關係，情緒稍微平復。

■中期目標：協助建立支持系統，進入面談輔導策略模式。

方法：利用角色扮演的模式演練與家人溝通的方式。

後續結果：個案情緒平復，有支持系統，自殺意念降低。

■長期目標：個案情緒穩定，家人關係恢復，個案順利回歸家庭。

方法：生命線追蹤輔導員持續電話關懷與支持也持續邀請至生命線面談。

後續結果：個案順利回歸家庭，工作順利，無自殺念頭，結案。

第九類：喪親之痛問題處遇

案例九：林小姐

個案在兩個月內喪夫喪子，對外獨立雖堅強的處理完後事，但後來持續發現自己一個人快撐不下去，來電前有想要吞安眠藥自殺的想法。

■主要問題：個案因重要他人過世來電求助。

■處遇目標：降低自殺意念，恢復日常生活作息。

■短期目標：陪伴、自殺評估與監控、搜集資料。

理由：減少個案孤獨感與失落感。

方法：生命線追蹤員主動頻繁去電關懷，評估聯繫家人的必要性。

■中期目標：協助建立支持系統，進入輔導策略模式。

方法：固定一位生命線追蹤輔導員定期追蹤關懷，以

敘事為主，幫助個案在談話中抒發，並鼓勵個案恢復原本的爬山休閒活動。

後續結果：個案情緒趨穩，自殺念頭降低。

■長期目標：個案情緒穩定，生生活功能恢復正常。

後續結果：個案無自殺意念，生活功能恢復正常，結案。

第十類：第三者自殺通報之問題處遇

案例十：張先生

本個案為白絲帶反暴力學習中心來電通報需要生命線追蹤關懷，案妻於今年七月聲請保護令後攜子女離家，個案為見小孩四處陳情未果，原定八月討論離婚、監護權事宜，因警方態度令個案不滿，於是個案在警局前自傷(割腕、撞牆)，主訴為陳情未被重視，欲藉自焚方式討回公道。

■短期目標：給予個案情緒安撫與陪伴，提供相關法律諮詢。

■中、長期目標：情緒支持，自殺評估、並提供持續電話關懷。

後續結果：個案多次因衝動行為與警方發生衝突，與案妻離婚官司仍在進行中，由於個案工作性質(送貨員)，生命線提供彈性時間的追蹤關懷，評估目前自殺意念已經降低，持續關懷中。

第十一類：焦慮、憂鬱症問題處遇

案例十一：許先生

個案照顧案母半年多，送去安養院，發現案母越住越糟，現在記憶力退化、痴呆、大小便失禁、無行走能力的現象，心裡感覺後悔不應該將案母送至安養院，於今年接回自行照顧，但個案總覺得照顧不周，心裡感覺更低落，案姐對於案母不予理會，遂萌生殺母後自殺意念。

■處遇目標：關心個案成為照顧者的焦慮感以及情緒反

應，幫助個案走過案母重病可能致死的重重大失落。

■短期目標：建立個案與專線之間的關係，自殺監控、鼓勵個案情緒不佳時24小時皆能來電協談。

方法：協助個案尋到健康情緒抒發的出口。

■中期目標：連結在地資源(生命線、自殺防治中心)

方法：協助個案與在地資源連結，個案於追蹤期間因案母病情惡化慘生焦慮，自殺意念升高時由專線轉介在地自殺防治中心一同關懷。

■長期目標：教育個案有抒發情緒之管道。

後續結果：個案雖仍肩負照顧案母責任，但因與專線關係良好，於無法承受壓力時，會主動來電專線協談，評估自殺風險仍存在，目前持續追蹤關懷中。

第十二類：躁鬱症問題處遇

案例十二：陶小姐

個案為是南部某大學政治系學生，因情緒不穩休學一年，習慣以小刀割手腕發洩情緒，曾有想要跳樓想法，害怕空虛，不能忍受生活平淡，渴望有人陪伴，會以撒嬌、無助引起他人關注，自我傷害是個案呈現情緒低落的一種方式。

■短期目標：評估躁鬱症對個案的影響。

方法：輔導員電話追蹤、提供躁鬱症衛教訊息、鼓勵就醫服藥。

■中期目標：資源連結：轉介台北市生命線面談服務。

方法：了解個案就醫狀況，持續鼓勵與支持。

■長期目標：個案穩定就醫，狀況改善，無自殺念頭。

後續結果：情緒平穩，現已復學，追蹤結案。

第十三類：精神分裂症的問題處遇

案例十三：劉先生

精神分裂20幾年，原在彰化基督醫院看診，現於省立豐原醫院就診，自陳醫生診斷為精神分裂、憂鬱症、酒癮，現2個月拿藥一次。與案妻、兒女關係不佳已全無聯繫，目前獨居，常感覺孤單而萌生自殺意念。

■短期目標：評估個案狀態，個案因酒醉衝動性且一人獨居，意外身亡機率較大，短期以自殺監控為主

■中、長期目標：建立關係，並了解個案其他非正式支持系統，提供必要時危機介入可聯繫資源。

後續結果：個案同意不自殺約定，並於情緒不佳時主動來電協談。

第十四類：藥酒癮的問題處遇

案例十四：陳先生

個案領有中度身障手冊，嚴重酗酒，來電時明顯酒醉口齒含混不清、哭哭啼啼的喃喃自語。2012年因個案失業、酗酒問題及與婆家相處問題，夫妻衝突而互毆，導致案妻提家暴訴請離婚訴訟，個案自認無傷害妻子之意，只想一家團聚，但妻已無意婚姻關係。常酒後有自殺意念。

■短期目標：安撫個案情緒、自殺監控。

方法：與個案建立自殺危機的合作模式、了解目前開庭狀況。

■中、長期目標：鼓勵個案連結醫療資源戒酒、了解法律扶助介入的狀況。

方法：同理傾聽個案面對離婚一事定案的反應，並給予情緒支持。

後續結果：個案與案妻已簽離婚書，個案擁有雙胞胎女兒的監護權及扶養權，案妻擁有探視權，目前個案同意參加酒精戒斷門診，改善戒斷症狀，以期待給子女好榜樣，評估自殺意念已降低，進入結案階段。

第十五類：經濟補助個案問題處遇

案例十五：劉小姐

1. 為洗腎診所護士自殺通報個案，個案患有糖尿病、高血壓，因經濟因素常萌生自殺意念，補助款共7700元，目前租屋費用6000元，低收入有兒子無法申請。

2. 了解近期自殺計畫，不自殺約定

■ 主要問題：經濟補助

■ 處遇目標：了解個案與資源單位連結，降低自殺意念。

■ 短期目標：建立關係、自殺評估與監控、收集個案資料。

理由：減少個案無助絕望感受、評估轉介社福單位的必要性。

方法：電話追蹤關懷了解個案目前申請補助的狀況。

後續結果：因積欠房租，可能被逐出租屋處，個案已經自行聯繫相關資源，社福中心資源已經介入，自殺意念稍降。

■ 中、長期目標：穩定個案情緒並有長期資源能挹注。

理由：個案須穩定就醫始能領取重大傷病及殘障手冊，較能符合社會資源補助。

方法：持續陪伴個案穩定情緒，並鼓勵個案穩定就醫

後續結果：自殺意念已降低，但評估危險因子仍存在，持續追蹤關懷。

第十六類：久病厭世

案例十六：楊小姐

個案患有血癌、癲癇等病，領有重大傷病卡，已經退

休，情緒狀態算穩定，來電時會侃侃而談，以女強人自許，後因車禍粉碎性骨折，現無法站立，需大小便皆須用紙尿布，無行為能力，醫生告知個案僅剩2個月生命，因個案感受兒女不孝，準備入住安寧病房，並計畫好與親友道歉、告別後執行自殺計畫。

■ 處遇目標：長期自殺監控與相關醫療機構介入。

方法：採固定輔導員追蹤模式陪伴個案。

■ 短期目標：生命線自殺追蹤員與個案建立關係。

■ 中期目標：了解個案對於自身疾病的看法，談論未竟事宜。

■ 長期目標：協助個案感受情親以及身邊的支持系統，鼓勵與醫生配合治療。

後續結果：追蹤時個案表示感受到兒女的孝心，兒女表示不希望個案住安寧病房，認為讓個案去住代表兒女不孝順，現個案希望平安結束生命，已無自殺意念。

第十七類：人格違常

案例十七：湯先生

個案自陳被診斷為憂鬱症與邊緣性人格，因此不必當兵。在高雄曾因憂鬱症就醫兩年多，但服藥不穩定，目前在長庚斷續就醫(因費用高無力負擔)。自青少年起就有多次自殘紀錄(割手或腕)，自述看到血流出會有快樂的感覺，也不避諱別人看到傷口(自述每道傷口是自己每一次生命的痕跡)。

方法：固定輔導員定期追蹤。

■ 短期目標：與個案建立關係，評估個案的自我傷害狀態，鼓勵個案與專業醫療資源聯繫。

■ 中期目標：達成自傷危機介入機制，個案於自傷前來電協談。

■ 長期目標：個案回歸醫療系統或面談機。

後續結果：固定輔導員持續追蹤三個月，個案自殺意念明顯下降，個案在追蹤過程中工作面試成功，評估自殺意念低，追蹤結案。

二、評估方案效益之評估方式與工具、分析結果

情緒量表與自殺危險程度量表，自開案到結案，都出現顯著的改善。在情緒量表BSRS-5，開案時個案的情緒指標BSRS-5為5.97，最大值18，結案時個案情緒指

標BSRS-5為1.29，最大值為9，根據前後測比較顯示，經過自殺追蹤後，民眾情緒有顯著下降 ($t = 6.949$, $p < .001$)。在自殺危險程度量表方面，自殺追蹤前的平均自殺危險程度為2.40，最大值為3，結案時自殺危險程度平均為1.52，同樣經過前、後測的比較，民眾在接受自殺追蹤服務之後，自殺危險程度也有明顯下降($t = 4.745$, $p < .001$)。換句話說，本會所採取主動電話關懷為主的全面性自殺追蹤關懷模式，能夠有效降低自殺高風險民眾的情緒困擾與自殺風險。

表5：個案在開案與結案時，在BSRS-5與自殺危險量表之分數

	Mean	N	Deviation	Mean
Pair 1	5.97	63	4.79	0.603
	1.29	63	2.18	0.275

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 &	63	-0.044	0.733

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	of the Difference				
				Upper	Lower			
Pair 1 -	4.683	5.349	0.674	3.336	6.030	6.949	62	0.000

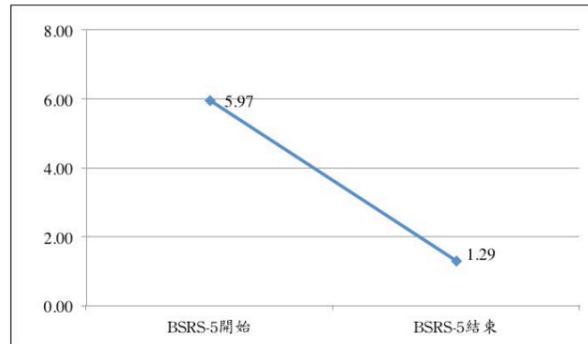
表6：個案在服務前後之BSRS-5與自殺危險量表的比較

	Mean	N	Deviation	Mean
Pair 1	2.40	25	0.82	0.163
	1.52	25	0.71	0.143

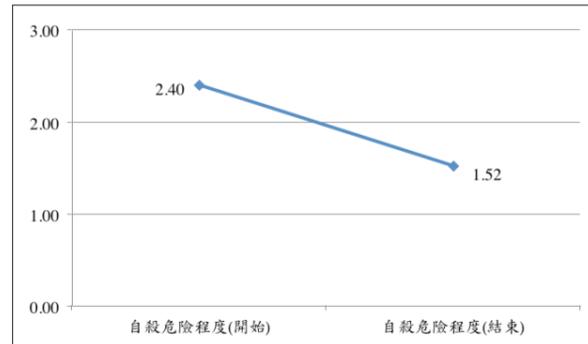
	N	Correlation	Sig.
Pair 1 &	25	0.272	0.189

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	of the Difference				
				Upper	Lower			
Pair 1 -	0.880	0.927	0.185	0.497	1.263	4.745	24	0.000

圖三：BSRS-5前後測的曲線圖



圖四：自殺危險程度前後測的曲線圖



三、整體執行結果之自評、困難及未來改善計畫

(一) 自殺高危險個案問題多元且複雜需長時間的關懷服務

自殺原因是一個複雜且相互關聯的多元變項，貧窮、失業、婚變或失戀、家人或朋友關係惡化、憂鬱症等精神疾病、以及藥酒癮等問題，都可能引發自殺的企圖與行動。這多元複雜的問題往往需要長時間的陪伴與關懷才能降低或解除個案自殺的意念。故在方案計畫成果中發現，今年服務的611名自殺高危險個案中有111名個案是歷年就已開案尚未結案或重複開案的個案，如何縮短個案服務時間，短期內能有效解決個案的自殺問題與想法，並免長時間的資源消耗或人力耗損，服務更多新個案是本中心待處理解決的課題。

(二) 建置民眾通報他人自殺的服務機制

本會的實務工作發現，當自殺意圖者身旁的第三者打電話到自殺防治熱線求助之際，往往表示自殺意圖者已經處於極高度的自殺危險狀態，甚至也發生過當本會主動聯絡自殺意圖者時，發現自殺意圖者已經自殺身亡的案例。美國自殺學學會(2011)表示通報者來電表達對自殺意圖者的擔憂時，往往代表著自殺意圖者處於更高度的自殺風險，而這類型的自殺意圖者對於求救行為有更多的猶豫不決，更傾向於不對外求援的孤立與無助狀態中。也因此，當自殺意圖者願意將自殺意念讓週遭親友知曉的時候，往往已經具有交代後事的可能性，這樣的行為表徵通常被列為高度的自殺危機狀態。因此，當下身邊的任何人，包括自殺意圖者身旁的親友、同事或類似客戶關係等等的第三者，若是願意在發現自殺意圖者有異狀之際，打電話到安心專線尋求協助，往往可以共同預防自殺事件的發生。是以，本會在這樣的實務背景與國際自殺防治熱線的要求下，99年開始建置以下之民眾自殺通報的機制。

然本年度(102年)生命線與安心專線接獲民眾通報他人欲自殺約有近1190人次(如下表)

102年度第三者自殺通報案件量

年度	家人	友人	機構或政府單位	不詳	總量	占整體來電之比例
102年	272	681	237	0	1190	1.6%

後續處理情形

年度/處理情形	諮詢	報警	親友自行處理	追蹤	總量
102年	845	93	111	141	1190

換句話說，每月約有近百名自殺高風險民眾。可得知本項服務機制實為社區所需重要資源，生命線亦可藉由他人的通報之下，讓高危險個案得以後續接受自殺防治熱線的服務。

(三) 社區資源整合會議

本會於今年的社區資源整合會議與個案實務研討會中，針對社區第一線接觸個案的社福機構社工加強宣導通報觀念，以及專業分工概念，鼓勵工作人員發現所服務的個案中有自殺企圖者、高危險之自殺企圖者以及具強烈自殺意念者，24小時皆可來電本會通報，本會於今年3月27日(上午、下午)、6月28日、11月06日、12月6日召開五場自殺防治資源整合會議與個案研討會，共計185人次參與，機構或政府單位於今年轉介入追蹤服務方案有237人次，由生命線轉介出自殺防治中心、在地生命線、社福單位提供在地關懷服務，本年度102年共轉出222個案，可見此整合會議已逐漸在專業分工上發揮資源平台之效能，期待明年能持續落實話務集中，服務在地化的精神。



102年度安心專線成果報告

林小雅 督導

壹、102年度「安心專線服務計畫」重要工作成果

一、102年度服務人次達73,750人次，與101年同期相當

民國102年1月1日至12月31日為止，共計服務73,750人次，與去年同期(73,986人次)的服務人次相當。

安心專線的通話時間為11.81分鐘，大多為當事人自行來電(98.4%)，其餘1.6%則為第三者(包括家屬、朋友等身份)來電通報他人可能有自殺危險。主要來電時間以小夜班最多，占整體來電量的41.9%；來電者女性占54.5%，男性則占42.5%；居住縣市則以新北市(13.7%)、高雄市(11.2%)與桃園縣(9.6%)最多；來電者協談內容的前五大主要問題依序為精神疾病(24.7%)、家庭問題(13.6%)、焦慮憂鬱(8.3%)、生活適應(7.7%)及感情問題(6.7%)。

二、干預591次的自殺事件發生

安心專線於102年1月至12月共計干預591次的自殺事件，此成效顯著超越101年的573件。在591人次民眾來電表明已進行自殺行為中，透過接線人員啟動危機處理模式後，有585件(99.0%)解除危機，另外6件(1.0%)則是當下斷線或派人協尋未果，主動追蹤3個月仍無法聯繫。此結果顯示在自殺危機處理的人數與比例逐年增加。本會參照美國自殺學學會「組織認證標準手冊」，並斟酌國人的文化特性，自99年起積極發展自殺熱線之標準化協談模式，該模式包括接線人員與正在自殺個案的談判準則，熱線機構內團隊合作的標準作業流程，以及與其他機構聯繫的判斷依據與作業方式。正在自殺的危機處理模式之建立，更可發揮安心專線在自殺防治熱線的重要功能。

三、提升自殺意圖來電者之進線率

102年1月至12月共計接獲13,432人次的自殺意圖者來電，占整體來電之18.2%，相較101年同期自殺意圖來電者共計13,416人次，占當年同期整理來電18.1%，102年高於過往同期之人次與進線率。

自殺意圖來電者之進線率增加，主要在於有效降低無效個案之占線時間，以及加強接線人員在電話諮詢中進行自殺評估的訓練。首先，由於本會電腦與電話整合系統(簡稱eSOS系統)的作用發揮，積極管理多次來電之民眾需求，降低無效個案的占線時間，進而增加一般民眾的進線率。其次，本會持續透過一系列關於自殺評估的訓練、督導課程，使接線人員對於自殺評估的態度、知識與技巧更加熟悉並且累積實務經驗，再配合固定的督導與評鑑制度，接線人員除了持續提升對來電者的自殺評估之技能外，也能將自殺評估的理念融入對談之中，未來本會也很樂意教導各地自殺防治人員這一系列的自殺評估訓練課程。

四、落實「話務集中化、服務在地化」的自殺防治模式

透過安心專線在第一線的自殺評估與篩選，將具自殺高風險之民眾轉介相關單位進行後續追蹤與關懷，102年1月至12月共計後續追蹤500名全台自殺高風險民眾(年度新開案)，目前持續追蹤關懷有81人，結案419人。在結案個案當中，有222人轉介各地自殺防治中心、醫療院所、各地生命線、社政單位與其他民間福利單位等。

來電整體服務分析總表

個案筆數總計73,750

102.01.01~102.12.31

	項目	個案數	百分比		項目	個案數	百分比	
性別	女性	40,175	54.47%	年齡區間	12歲以下	20	0.03%	
	男性	31,320	42.47%		12~19歲	2,388	3.24%	
	其他	2,255	3.06%		20~29歲	10,933	14.82%	
	小計	73,750	100.00%		30~39歲	17,539	23.78%	
職業	服務	10,294	13.96%		40~49歲	19,720	26.74%	
	工	4,545	6.16%		50~59歲	9,990	13.55%	
	家管	4,302	5.83%		60歲以上	2,893	3.92%	
	學生	2,680	3.63%		不願透露	60	0.08%	
	商	2,408	3.27%		不詳	10,207	13.84%	
	自由	2,221	3.01%		小計	73,750	100.00%	
	退休	1,276	1.73%		物質濫用	無	24,910	33.78%
	公教	922	1.25%			酒癮	7,937	10.76%
	農	628	0.85%	藥癮		2,409	3.27%	
	軍警	430	0.58%	毒癮		1,002	1.36%	
	醫護	398	0.54%	不詳		37,492	50.84%	
	其他	287	0.39%	小計		73,750	100.00%	
	無業	30,166	40.90%	暴力情形				
	不願透露	146	0.20%	無		23,554	31.94%	
	不詳	13,047	17.69%	受害人		6,646	9.01%	
	小計	73,750	100.00%	加害人		4,052	5.49%	
婚姻	未婚	30,121	40.84%	互毆		971	1.32%	
	已婚	12,286	16.66%	不詳		38,527	52.24%	
	分居	2,047	2.78%	小計		73,750	100.00%	
	離婚	13,900	18.85%	經濟來源		工作	18,715	25.38%
	鰥寡	1,850	2.51%			儲蓄/退休金	6,124	8.30%
	同居	1,281	1.74%			綜合社會保障援助	12,029	16.31%
	不願透露	100	0.14%		子女/親屬供養	16,557	22.45%	
	不詳	12,165	16.49%		配偶供養	3,100	4.20%	
小計	73,750	100.00%	其他		886	1.20%		
教育程度	小學以下	1,615	2.19%		不願透露	357	0.48%	
	國中	6,819	9.25%		不詳	15,982	21.67%	
	高中	15,279	20.72%	小計	73,750	100.00%		
	專科	6,284	8.52%	居住狀況	獨居	16,480	22.35%	
	大學	10,465	14.19%		與家人	42,504	57.63%	
	研究所	1,523	2.07%		與他人	3,604	4.89%	
	不願透露	458	0.62%		不願透露	92	0.12%	
	不詳	31,307	42.45%		不詳	11,070	15.01%	
小計	73,750	100.00%	小計		73,750	100.00%		

	項目	個案數	百分比		項目	個案數	百分比
就醫方式	無	8,220	11.15%	個案分類	一般	24,393	33.08%
	已就醫	37,294	50.57%		成癮	2,696	3.66%
	間斷就醫	7,252	9.83%		騷擾	480	0.65%
	拒絕就醫	1,881	2.55%		精神分裂	15,713	21.31%
	轉介就醫	80	0.11%		躁鬱症	13,050	17.69%
	不詳	19,023	25.79%		焦慮、憂鬱等	14,568	19.75%
	小計	73,750	100.00%		人格違常	2,526	3.43%
自殺意念	不詳	48,602	65.90%	精神狀態	自殘	313	0.42%
	無	11,716	15.89%		災民	11	0.01%
	偶有念頭	8,540	11.58%		小計	73,750	100.00%
	常有念頭	3,790	5.14%		精神患者	44,792	60.73%
	準備中	511	0.69%		疑似病人	11,345	15.38%
	進行中	591	0.80%		心智正常	11,466	15.55%
小計	73,750	100.00%	無法判斷	6,147	8.33%		
自殺記錄	不詳	18,663	25.31%	自殺方式	小計	73,750	100.00%
	無	26,871	36.44%		不詳	54,228	73.53%
	曾自殺	28,216	38.26%		無	12,943	17.55%
	小計	73,750	100.00%		上吊、窒息	371	0.50%
個案狀況	追蹤個案	872	1.18%	吸入致命氣體	590	0.80%	
	曾經來電	60,391	81.89%	食用致命固體或液體	2,205	2.99%	
	第一次來電	11,344	15.38%	高處跳下	1,344	1.82%	
	無法判斷	1,143	1.55%	溺斃	336	0.46%	
	小計	73,750	100.00%	以刀、槍自殘	1,293	1.75%	
主要問題	精神疾病因素	15,742	21.35%	次要問題	其它	440	0.60%
	家庭問題	8,638	11.71%		小計	73,750	100.00%
	焦慮憂鬱	5,274	7.15%		沒有	58,855	79.8%
	生活適應	4,910	6.66%		精神疾病因素	2,227	3.0%
	感情問題	4,278	5.80%		家庭問題	1,681	2.3%
	其他人際關係因素	4,178	5.67%		焦慮憂鬱	3,108	4.2%
	資料查詢	4,046	5.49%		生活適應	1,196	1.6%
	身體病痛	2,818	3.82%		感情問題	496	0.7%
	職場問題	2,782	3.77%		其他人際關係因素	1,024	1.4%
	婚姻問題	2,203	2.99%		資料查詢	536	0.7%
	經濟困難	2,015	2.73%		身體病痛	737	1.0%
	自殺通報	1,189	1.61%		職場問題	489	0.7%
	法律或犯罪	1,050	1.42%		婚姻問題	290	0.4%
	失業	693	0.94%		經濟困難	991	1.3%
	物質濫用(藥酒癮)	657	0.89%		自殺通報	9	0.0%
	重大失落	367	0.50%		法律或犯罪	482	0.7%
	債務	306	0.41%		失業	281	0.4%
學業問題	242	0.33%	物質濫用(藥酒癮)	225	0.3%		

	項目	個案數	百分比		項目	個案數	百分比
主要問題	成癮(非藥酒癮)	212	0.29%	次要問題	重大失落	127	0.2%
	性問題	99	0.13%		債務	103	0.1%
	獨居問題	94	0.13%		學業問題	69	0.1%
	退休問題	21	0.03%		成癮(非藥酒癮)	47	0.1%
	兵役問題	19	0.03%		性問題	45	0.1%
	其他	1,902	2.58%		獨居問題	61	0.1%
	接通即掛	6,199	8.41%		退休問題	9	0.0%
	來電不出聲	1,372	1.86%		兵役問題	5	0.0%
	社會抱怨	1,281	1.74%		其他	104	0.1%
	打錯電話	1,163	1.58%		接通即掛	24	0.0%
小計	73,750	100.00%	來電不出聲	2	0.0%		
追蹤照護				社會抱怨	500	0.7%	
				打錯電話	27	0.0%	
				小計	73,750	100.00%	
				同意	672	0.91%	
			不同意	416	0.56%		
			不詳	72,662	98.52%		
			小計	73,750	100.00%		

貳、102年服務成效之具體說明

一、整體服務分析報告

(一) 整體服務量

102年1月1日起至102年12月31日為止，安心專線共計服務73,750人次，單月服務量平均可達6,146人次。

針對各年度1至12月服務量的變化進行分析，由圖1可知，今年度服務量最大的月份落在5月(6,911人次)，此高峰現象與98年至100年以5月份為來電量高峰期相同。今年度的來電趨勢同101年呈現雙峰現象，在年初的1月份達到第一個來電高峰期(6,490人次)，在5月份則再度進入第二高峰期。

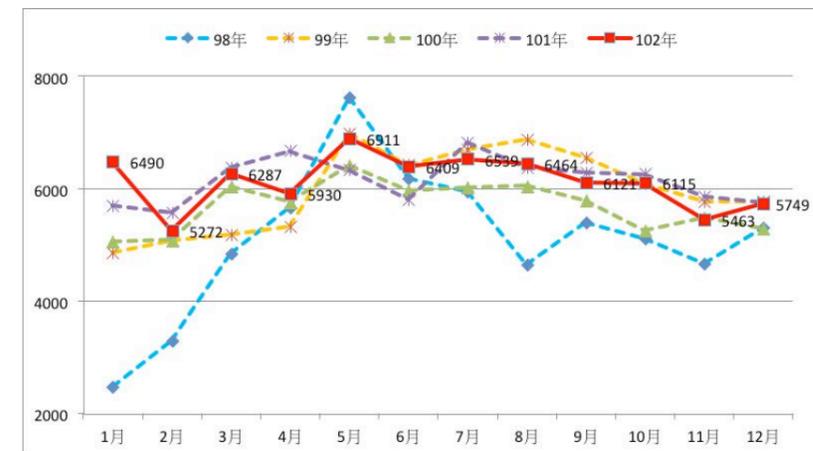


圖1、98年至102年各月份來電量之趨勢圖

(二)整體來電者特性

1. 平均協談時間

平均每通電話的協談時間為11.81分鐘，中位數7分鐘，眾數為1分鐘，最小值為1分鐘，最大值為151分鐘。若扣除來電即掛、來電不出聲及打錯電話、社會抱怨的無效服務，可計算出真正有效的平均協談時間為13.31分鐘，由此可看出安心專線每通電話至少都需要10分鐘以上的處理時間。

第一次來電者平均每通電話需要15.26分鐘(n = 11,344, 15.4%)，曾經來電者則需要11.27分鐘(n = 60,391, 81.9%)。若以檢定兩群體協談時間的差異，可發現第一次來電者所需的協談時間顯著高於曾經來電者(F = 864.638, p < .001)，顯示藉由本會所研發的eSOS系統，讓接線人員在面對曾經來電者時，能夠快速掌握來電者的背景資料(節省許多時間)以及上一次的主訴問題，進而可以縮短協談時間，並深入達到心理諮詢的效果。

2. 服務對象別接聽量

當事人自行來電者占72,549人次(98.4%)，家屬來電為278人次(0.4%)，朋友來電為686人次(0.9%)，警察、機構等其他身份來電為237筆(0.3%)。近年來，衛生福利部積極透過自殺守門員活動的推廣、新聞媒體於自殺事件後的相關報導，以及各級學校實施生命教育宣導，使得民眾與機構來電通報他人可能自殺的事件，成為安心專線一個穩定的服務族群，根據統計，每月都會有超過1%的來電者屬於通報他人可能自殺的案件。為配合這個類型的來電者，本會研擬第三者通報服務措施，以提供民眾防治他人自殺的專業諮詢，或透過安心專線轉介自殺個案到各地相關機構，進行後續追蹤關懷服務。

3. 來電時段別接聽量

白天班的來電量，占整體服務量的28.1%(n = 20,748)，小夜班的來電量，占整體服務量的41.9%(n = 30,911)，大夜班的來電量，則占整體服務量30.0%(n = 22,091)。透過來電務務分析的結果，發現一般個案最多

的來電時間為下班後的時段。由此可見，安心專線自99年年中調整的接線席次模式(白天班9席、小夜班12席、大夜班11席)，確實符合民眾的來電行為模式。

4. 性別接聽量

女性來電占整體服務量的54.5%(n = 40,175)，男性則占42.5%(n = 31,320)，其他則為性別不詳者，占3.1%(n = 2,255)。女性來電者的平均協談時間為13.04分鐘，男性來電者則為11.00分鐘。若檢定性別對協談時間的差異性，可發現女性來電者的協談時間顯著高於男性來電者(F = 940.169, p < .001)。面對男性來電者，接線人員必須有所認知，男性來電者能夠給予的晤談時間較少，更需要把握時間了解男性來電者的需求。

5. 年齡層接聽量

安心專線的來電族群以25~44歲者的青壯年族群居多，年度來電量高達35,109人次，占整體服務量的47.6%，其次則為45~64歲族群，來電量達22,137人次，占整體服務量30.0%；再次則為24歲以下者，來電量達5,201人次，占整體服務量的7.1%。65歲以上者於今年度共計來電1,036人次，僅占整體服務量的1.4%。

6. 協談內容

有效服務的協談內容，主要問題的前五項依序為精神疾病(占整體服務量的21.3%/有效服務量的24.7%)、家庭問題(11.7%/13.6%)、焦慮憂鬱(7.2%/8.3%)、生活適應(6.7%/7.7%)、感情問題(5.8%/6.7%)。在無效服務者當中，則以接通即掛(占整體服務量的8.4%/無效服務量的61.9%)占最多數。

表1、協談內容之主要問題分布

排序	項目	次數	百分比	有效百分比	
1	精神疾病因素	15,742	24.7	21.3	
2	家庭問題	8,638	13.6	11.7	
3	焦慮憂鬱	5,274	8.3	7.2	
4	生活適應	4,910	7.7	6.7	
5	感情問題	4,278	6.7	5.8	
6	其他人際關係因素	4,178	6.6	5.7	
7	資料查詢	4,046	6.3	5.5	
8	身體病痛	2,818	4.4	3.8	
9	職場問題	2,782	4.4	3.8	
10	婚姻問題	2,203	3.5	3.0	
11	經濟困難	2,015	3.2	2.7	
12	自殺通報	1,189	1.9	1.6	
13	法律或犯罪	1,050	1.6	1.4	
14	失業	693	1.1	0.9	
15	物質濫用(藥酒癮)	657	1.0	0.9	
16	重大失落	367	0.6	0.5	
17	債務	306	0.5	0.4	
18	學業問題	242	0.4	0.3	
19	成癮(非藥酒癮)	212	0.3	0.3	
20	性問題	99	0.2	0.1	
21	獨居問題	94	0.1	0.1	
22	退休問題	21	0.0	0.0	
23	兵役問題	19	0.0	0.0	
24	其他	1,902	3.0	2.6	
小計		63,735	100.0	86.4	
無效服務	1	接通即掛	6,199	61.9	8.4
	2	來電不出聲	1,372	13.7	1.9
	3	社會抱怨	1,281	12.8	1.7
	4	打錯電話	1,163	11.6	1.6
	小計		10,015	100.0	13.6
總計		73,750	100.0	100.0	

註：在有效服務當中，資料查詢包括來電詢問自殺防治中心、心理諮商機構電話或其他社福機構資料等服務。

7. 處置方式

由表2可知，統計自102年1月1日起至102年12月31日為止，今年度服務量共計有73,750通電話，其前三大的處置方式，依序為一般輔導(69.1%)、結案(60.6%)、自殺評估(19.4%)。

表2、處置方式之統計分布

排序	處置方式	次數	百分比
1	一般輔導	50,925	69.1
2	結案	44,675	60.6
3	自殺評估	14,302	19.4
4	資訊提供	7,138	9.7
5	危機處理	698	0.9
6	轉介追蹤關懷	319	0.4
7	再約談	235	0.3
8	轉介醫療單位	194	0.3
9	轉介社政單位	118	0.2
10	轉介在地民間機構	94	0.1
11	轉介就業輔導單位	24	0.0
12	轉介面談	18	0.0
13	其他及建議中心建檔	4,487	6.1
總計		123,227	167.1

註：本題為複選題，服務量總計73,750人次，共選擇123,227個處置方式，故百分比超過100%。

(三)具自殺意圖來電者特性

在整體服務量中，18.2%之來電者具有自殺意圖(n = 13,432)，包括具有自殺意念者(n = 12,330, 16.7%)、準備自殺者(n = 511, 0.7%)與正在自殺者(n = 591, 0.8%)。今年度自殺意圖者之來電量與比例遠高於往年，如此的效果提升，除了再次驗證本會話務系統之個案管理機制效能，以及自殺評估教育訓練於晤談中有效運用外，也讓安心專線此自殺防治熱線功能得以持續發揮。

二、正在自殺中的個案之分析報告

102年1月至12月共計接獲591人次來電表示正在自殺，占本年度整體服務之0.8%。這591次民眾來電表明已經進行自殺行為中，透過接線人員啟動危機處理模式後，有585件(99.0%)解除危機，另外6件(1.0%)則是當下斷線或派人協尋未果，主動追蹤3個月仍無法聯繫。

正在自殺者的個案人數，相較於99年~101年皆有明顯的增加，表3顯示過去四年在同一時期所接獲正在自殺來電者的進線人次與比率，99年接獲375人次的正在自殺，該年度整體服務之0.5%；100年接獲475人次，占該年度整體服務之0.7%；101年接獲573人次，占該年度整體服務之0.8%。隨著安心專線的服務更加穩定與明確，越來越多民眾在本身最危機時刻能夠與安心專線聯繫上，預防更多自殺事件的發生，確實發揮安心專線之自殺防治熱線的主要功能。

表3、99年~102年正在自殺者之比較

年度	正在自殺者	占年度之百分比	較上一年的成長率
99年1至12月	375	0.5%	-
100年1月至12月	475	0.7%	26.7%
101年1月至12月	573	0.8%	20.6%
102年1月至12月	591	0.8%	3.1%

1. 正在自殺之來電者平均協談時間

由表4可知，正在自殺中的來電者之平均協談時間為22.04分鐘，面對正在自殺中之來電者，安心專線更應該掌握這22分鐘的黃金時間。若以單因子變異數分析檢定不同自殺意圖程度來電者的平均協談時間，則可發現正在自殺者(22.04分鐘)與偶有意念者(22.21分鐘)並無明顯差異，但與其他自殺意圖程度的平均協談時間明顯不同($F=4,208.286$, $p < .001$)：準備自殺中的來電者之平均協談時間為27.20分鐘，常有自殺念頭者為25.98分鐘，無自殺意念者為15.97分鐘，自殺意念不詳者為7.60分鐘。

表4、不同自殺意圖程度之來電者平均協談時間

自殺意圖程度	來電數	占比	平均數	標準差	中位數	眾數	最小值	最大值
不詳者	48,602	65.9%	7.60	8.87	5	1	1	114
無自殺意念者	11,716	15.9%	15.97	14.56	11	1	1	141
偶有自殺念頭	8,540	11.6%	22.21	16.11	18	10	1	140
常有自殺念頭	3,790	5.1%	25.98	18.16	22	10	1	146
準備自殺中	511	0.7%	27.20	22.93	22	10	1	151
正在自殺中	591	0.8%	22.04	20.24	16	2	1	120
總計	73,750	100.0%	11.81	13.39	7	1	1	151

2. 正在自殺者之來電時間

由表5可知，相較於白天班，小夜班與大夜班接獲更多正在自殺者的來電，又以大夜班接獲最多，共計有281名(占正在自殺者的47.5%)。顯示下班之後，更多來電者會在此時段出現自殺之行徑。

表5、正在自殺者的平均協談時間

正在自殺者	來電數	占比	平均數	標準差	中位數	眾數	最小值	最大值	
來電時段	白天班	88	14.9%	19.63	18.76	12	10	1	77
	小夜班	222	37.6%	18.92	18.10	15	2	1	120
	大夜班	281	47.5%	25.26	21.81	20	20	1	116
性別	女性	264	44.7%	21.80	19.00	17	10	1	113
	男性	327	55.3%	22.23	21.21	16	2	1	120
	不詳	0	0.0%	0.00	0.00	0	0	0	0
年齡	14歲以下	0	0.0%	0.00	0.00	0	0	0	0
	15~24歲	36	6.1%	28.17	21.81	24	23	2	92
	25~44歲	256	43.3%	23.04	20.53	18	10	1	120
	45~64歲	230	38.9%	21.17	20.08	16	2	1	116
	65歲以上	4	0.7%	35.50	21.44	36	10	10	60
	不詳	65	11.0%	16.92	17.54	10	3	1	86
總計	591	100.0%	22.04	20.24	16	2	1	120	

由圖2可知，若以全天24小時時段別來分析接獲正在自殺者的來電人次，可發現夜間7點至凌晨3點之間的來電量最為密集(每小時至少皆超過30人次)，佔據正在自殺者來電時段的前9名，接獲次數合計占整體正在自殺案件之61.6%。值得注意的是，半夜12點~1點($n = 58, 9.8%$)為正在自殺者的來電高峰。

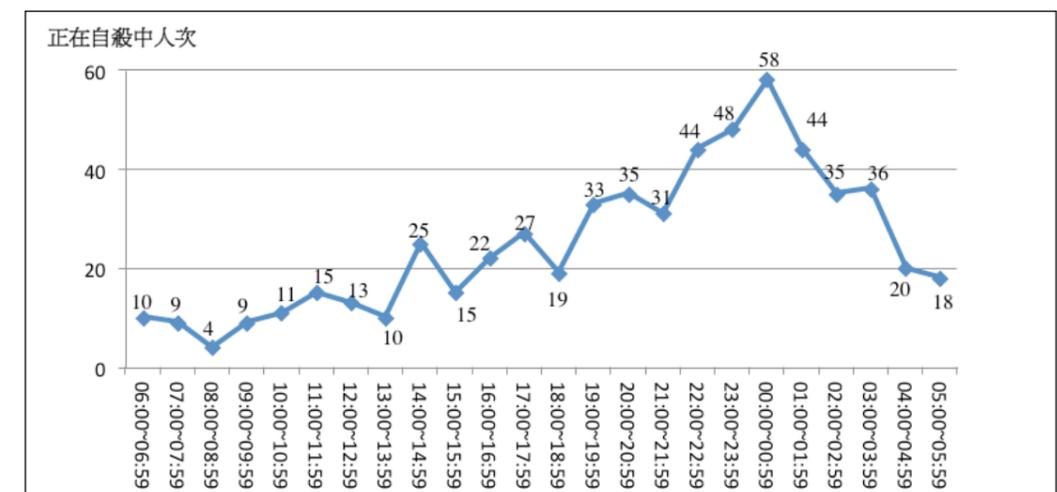


圖2、正在自殺者的來電時段

3. 正在自殺者之自殺方式

由表6可知，若分析正在自殺來電者所採取的自殺方式，在扣除5位自殺方式不詳的民眾後，正在自殺者最常採「食用致命固體或液體」自殺，共計有330件，占56.3%。再次則為「以刀、槍自殘」，共計122件，占20.8%。整體來說，安心專線所處理的自殺危機事件，以致命性偏低為主(合計占77.1%)，此特色符合國外研究發現。

表6、正在自殺者之自殺方式

致命性	自殺方式	次數	百分比	有效百分比
低	食用致命固體或液體	330	55.8	56.3
	以刀、槍自殘	122	20.6	20.8
中	吸入致命氣體	42	7.1	7.2
高	高處跳下	61	10.3	10.4
	上吊、窒息	11	1.9	1.9
	溺斃	12	2.0	2.0
無法判別	其它	8	1.4	1.4
	不詳	5	0.8	-
總和		591	100.0	100.0

註：有效百分比為扣除不詳或不願透露者。

4. 正在自殺者之各種特徵變項

- (1) 年齡：正在自殺者以25~44歲、45~64歲為正在自殺者的兩大主要族群，占比分別為43.3%及38.9%。
- (2) 性別：正在自殺者男性占正在自殺者的55.3%，女性僅44.7%。由表7可知，若將性別與自殺方式做交叉分析，可發現女性選擇以「以刀、槍自殘」及「高處跳下」的自殺方式之比例略高於男性；至於男性則以「食用致命固體或液體」及「吸入致命氣體」的比例略高於女性。

表7、正在自殺者的性別與自殺方式之交叉分析

致命性	自殺方式	女性		男性		總和	
		次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
低	食用致命固體或液體	140	53.0	190	58.1	330	55.8
	以刀、槍自殘	63	23.9	59	18.0	122	20.6
中	吸入致命氣體	13	4.9	29	8.9	42	7.1
高	高處跳下	33	12.5	28	8.6	61	10.3
	上吊、窒息	3	1.1	8	2.4	11	1.9
	溺斃	6	2.3	6	1.8	12	2.0
無法判別	其它	4	1.5	4	1.2	8	1.4
	不詳	2	0.8	3	0.9	5	0.8
總和		264	100.0	327	100.0	591	100.0

註：有效百分比為扣除不詳或不願透露者。

- (3) 主要問題：正在自殺者之協談內容，最主要之五大問題依序為精神疾病(占整體正在自殺者之服務量的23.5%/有效服務量的24.0%)、家庭問題(15.7%/16.1%)、焦慮憂鬱(10.0%/10.2%)、感情問題(11.8%/12.1%)以及經濟困難(5.9%/6.1%)，此與具自殺意圖意圖者的排序相同。
- (4) 其他變項探討：在591名正在自殺者中，有486名個案曾有自殺記錄(占正在自殺個案的78.8%，若扣除不詳或無法判斷者，則為91.7%)；356名個案已經就醫(60.2%/78.2%)；428名個案被診斷為精神疾病患者(72.4%/77.4%)；167名個案有酒癮(28.3%/49.9%)。值得注意的是，有67名個案(11.3%/11.4%)的為第一次來電，503名個案(85.1%/85.2%)曾經接受過本會的服務。

高於101年的18.1%(n = 13,416)。本會認為上述成功管制無效來電的措施，亦有可能為自殺意圖來電者的自殺監控與危機介入提供更大的服務空間與時間。

3. 第三者通報服務機制已達穩定狀態

隨著安心專線被社會大眾所認可，也有越來越多的欲自殺者親友或社區機構會向安心專線尋求協助，在安心專線能夠服務的業務範圍內，本會都非常樂意提供電話諮詢服務，針對危機程度較高之自殺企圖者甚至另行主動去電關心。今年度1~12月，第三者來電通報他人欲自殺案件，每月平均約100件左右，占每月來電之1.1%~1.9%，相關處理情形統計說明如下，顯現每通自殺通報來電皆依據通報雙方不同的個別狀況，包含自殺危險程度、追蹤照護意願、報警救援意願等因素，線上提供適切的服務。

4. 各年齡層的來電占率與自殺意圖的比例

有自殺意圖的來電者中，以25~44歲居多(49.4%)；45~65歲次之(34.6%)。然而，65歲以上老年族群，今年度1~12月的總來電量達311人次，雖僅占整體來電的2.3%，但其中有自殺意圖的比例卻高達30.0%，比45~64歲的21.0%、25~44歲的18.9%及15~24歲的21.8%都高出許多。從衛生福利部的死亡統計資料亦可看出，年齡別死亡率有隨著年齡組越大、自殺率越高的規則(林家瑩等，2005)。

5. 男性自殺死亡率高於女性，但女性企圖自殺者高於男性

毛人傑(2010)由衛生福利部死因統計可知，歷年來的男性自殺死亡率皆高於女性，且其他國家相比亦為如此；Hall與Platt(1999)提出女性自殺未遂或企圖自殺的比例高於男性，自殺身亡的比例卻低於男性，主因為男性較容易選擇較高致命性的自殺方式，我國情況亦可由得到數據支持(邱震寰等，2006)，發現我國女性企圖自殺的比例約為男性企圖自殺者的1.5倍。

從今年度的安心專線接聽量的分析當中可知，(1) 整體來說，女性(54.5%)使用安心專線的比例高於男性(42.5%)；(2) 女性來電者(13.04分鐘)所能給予的協談時間

參、期末成果討論

台北市生命線協會承接安心專線第五年，無論是專線使用量、自殺意圖來電撥通量或是第三者通報的人數皆顯著高於過往，顯示本會在實際服務成果能夠持續保持成長，同時透過不斷修正本會內部接線流程與訓練模式，以及參考國際上自殺防治熱線的準則，讓各種電話心理諮詢或轉介模式，都能在第一時間滿足不同來電者的所需。

一、安心專線更趨向自殺危機處理熱線的角色與功能

1. 成功管制無效多次來電個案，提升專線使用量及使用率

本會自101年以來，開始針對少數重複來電者大量撥打安心專線，而造成資源佔用，導致其他民眾無法在第一時間可以取得專人服務的現象，提出管理對策。成功將管制個案的無效來電撥通率控制在20%以下，安心專線今年度1~12月的專線使用率，達到73.79%。

2. 自殺意圖來電所佔比例維持在將近五分之一

今年度自殺意圖者之來電量與比例遠高於歷年同期，今年有自殺意圖來電者所占比例為18.2%(n = 13,432)，略

顯著高於男性(11.00分鐘)；(3)在具有自殺意圖的來電者當中，男性來電者(19.6%)中具有自殺意圖的比例顯著高於女性(18.2%)；然而，(4)在正在自殺或準備自殺者的來電當中，男性的比例皆高於女性(男性55.3%及58.3%、女性為44.7%及41.7%)。因此，面對男性來電者，接線人員必須認知男性來電者能夠給予的晤談時間較少，且其容易選擇致命性高的自殺方式，必須善加把握晤談時間，並快速掌握男性來電者的需求，以確實降低其自殺意念。

肆、結論與建議

本會承接衛生署安心專線，自98年至今已邁入第六個年度，整體服務成果遠遠超越過去與目前任何一自殺防治熱線單位之成效，包括增加接聽服務人數，提升自殺意圖者的來電次數與比例，危機解除更多正在自殺事件的發生，以及提供「被動接聽」到「主動關心」的自殺防治熱線之整體性服務網絡，這些服務品質的提升，再再說明安心專線目前已具有自殺防治熱線的實質功效，並符合國際上對於自殺防治熱線的標準。

承蒙衛生福利部的指導，以及本會積極地投入自殺防治熱線的品管流程，安心專線目前為全台接聽量最高的自殺防治熱線，並處理大量的自殺危機案件，也是唯一24小時全年服務全國民眾的單一機構。藉由本會軟硬體的合作以及教育訓練的提升，讓本會在這五年內累積超過上千件的自殺危機處理之實務經驗。

藉由這些經驗的累積與學習，本會也發展出一套更為符合台灣民情的自殺危機處理流程。另外，面對每月超過

數以千計的各種類型之來電者，自殺防治人員的在職訓練更是一大挑戰，這幾年的實務累積，也讓本會得以摸索出一套更適合國人的自殺防治的訓練課程，其中包括自殺評估、自殺危機處理與特殊個案的處置等等。這些自殺危機處理流程的發展以及在職訓練課程的建置，都是本會在這幾年累積下來的重要資產。

未來若是衛生福利部有所需要，本會非常樂意將這些實務經驗推廣到全台各地的自殺防治機構或是自殺防治熱線，讓這些更符合實務工作的標準與操作流程，得以有效在台灣運作，也讓自殺防治人員有一套更貼近自殺民眾的服務準則。

鑑於網路科技演進至今已具有長足的進步，透過網路進行各種專業「數位學習」或當作輔助教學工具更是不可或缺的時代趨勢。本會計劃建置「自殺危機管理學習網」，一來將可提供直接服務人員更有效能的學習方式，讓自殺熱線接線人員、衛生局自殺追蹤關懷員以及心理衛生專業人員能夠透過此網站，學習自殺防治的基本實務課程與最新的自殺防治概念；二來也將可以提供間接服務的全國民眾快速便捷的基本自殺防治技能，讓學校老師、非自殺防治工作之社工人員、鄰里長與家人朋友等全國民眾，必要時可立即在此網站學會簡便易懂的自殺防治技能。

本會希望能與衛生福利部共同推廣，以做為自殺防治人員之教育訓練的標準學習平台，讓全台各地之自殺防治熱線義工、社區守門員以及專業心理衛生人員，藉由「自殺危機管理學習網」，學習最具效能的自殺防治技能，了解最新且正確的自殺防治資訊。

安心專線之立即性效能研究成果報告

蕭富聰 助理教授
國立暨南國際大學輔導與諮商研究所

一、研究緣起

台北市生命線協會自2009年起承接行政院衛生福利部為全國民眾設立的免付費自殺防治熱線安心專線，服務總量由2009年61,284人次攀升至2011年68,303人次，其中自殺意圖來電總數（含自殺意念、具自殺計畫或正在自我傷害）由2009年6,012人次逐年攀升至2011年11,875人次，介入進行中的自殺事件亦由2009年143件逐年攀升至2011年475件，也就是說，越來越多人願意在存亡關鍵時刻撥打安心專線尋求協助。

然而，自殺熱線電話輔導與傳統面對面諮商差異很大。危機諮商有別於傳統心理諮商，危機諮商通常只有短暫的處理時間，不同於一般諮商情境可以長時間且多次晤談；其次，自殺危機諮商的目標是讓個案立即平靜穩定並解除生命威脅，有別於一般諮商情境中諮商師可以和個案共同建立多樣性的目標。再者，電話輔導和傳統面對面諮商所使用的技術也不完全相同，專線義工的養成教育訓練課程同樣有別於專業助人工作者。綜合來說，傳統專業助人工作者養成教育以及實務工作模式無法完全套用在自殺熱線義工培訓和實際接線輔導。

為了有效因應逐年增加的求助個案，台北市生命線協會與研究者簽約合作，期望透過實徵研究發展本土化、標準化的自殺熱線輔導模式。因此本研究探索輔導義工如何在熱線電話中與個案應對互動，再進一步探索不同輔導模式對於降低情緒困擾和自殺風險成效的立即性影響，未來有助建構以實徵研究為基礎的台灣自殺熱線輔導實務工作和訓練模式。

二、研究內容與程序

台北市生命線協會義工從2010至2011年電話即時錄音系統記載的自殺評量與來電號碼篩選出單次求助之正在自殺者、單次求助之自殺意念者、單次求助之無自殺意念者、重複求助之正在自殺者、重複求助之自殺意念者、重複求助之無自殺意念者，剔除通話時間少於10分鐘的檔案，再各自從中隨機取樣電話錄音。台北市生命線協會義工並透過電話即時錄音系統記載的來電號碼確認沒有重複的個案。

十七位義工督導受訓使用HRL（輔導技術編碼表）或MSRS（情緒狀態評量表）與SRS（自殺風險評量表），課程內容包含編碼類目定義和操作準則之講解，以及訓練用電話錄音檔案之練習編碼，唯有與研究者的人際信度係數kappa達到.90，方可成為合格編碼者並針對研究樣本電話錄音檔案進行編碼。為避免編碼員主觀偏誤一為了突顯個案接受電話輔導後的改善程度而有意無意地降低個案結束時的MSRS以及SRS編碼分數，本次研究每一通電話輔導錄音開始與結束時皆由不同編碼員負責MSRS和SRS編碼。

原始電話錄音檔案儲存於台北市生命線協會電腦資料庫，編碼後的研究資料則由研究者負責保管，儲存於設定密碼之電腦，僅研究者可以接觸。研究資料為編碼資料，不含任何有關參與者（包括義工與個案）的身份資訊，故參與者隱私保護權受到完善的保障且風險低。為能進一步確保參與者隱私和相關權益，本研究依照「行政院國家科學委員會推動專題研究計畫研究倫理審查試

辦方法」辦理，將研究計畫送至中區區域性研究倫理中心獲得審查通過。

三、個案背景資料

扣除背景資料缺失以及編碼品質不佳者後，本研究樣本為安心專線個案輔導錄音檔案551通：單次求助之正在自殺者隨機取樣89通、單次求助之自殺意念者隨機取樣67通、單次求助之無自殺意念者隨機取樣83通、重複求助之正在自殺者隨機取樣96通、重複求助之自殺意念者隨機取樣141通、重複求助之無自殺意念者隨機取樣75通。

本研究樣本通話時間最少10分鐘、最多124分鐘，平均通話時間近36分鐘、標準差約18分鐘；男性佔35.2%、女性為64.8%；19歲以下佔3.8%，20-29歲為19.1%、30-39歲28.8%、40-49歲29.9%、50-59歲14.8%、60歲以上3.5%；依照行政區劃分，北北基29.6%、桃竹苗20.7%、中彰投15.2%、雲嘉南14.1%、高屏15.2%、宜花東5.2%；若將台北市、新北市、新竹市以及縣市合併前的台中市、台南市、高雄市的個案合併計算，50.9%的樣本來自上述主要都會區。研究者另將前述人口背景變項依照六種個案類型細分，詳見表一。

表一 研究樣本的重要背景資料

		單次求助			重複求助		
		無自殺意念	自殺意念	正在自殺	無自殺意念	自殺意念	正在自殺
全部		11.4%	9.3%	12.3%	10.3%	19.4%	13.2%
性別	男	10.2%	13.6%	27.2%	15.6%	27.2%	6.1%
	女	17.3%	11.4%	10.3%	12.5%	24.7%	23.6%
年齡	~19	21.4%	28.6%	7.1%	14.3%	21.4%	7.1%
	20-29	9.9%	11.3%	14.1%	18.3%	31.0%	15.5%
	30-39	10.3%	13.1%	13.1%	16.8%	23.4%	23.4%
	40-49	18.9%	9.9%	13.5%	10.8%	27.9%	18.9%
	50-59	16.4%	9.1%	10.9%	14.5%	32.7%	16.4%
	60~	30.8%	7.7%	15.4%	7.7%	38.5%	0.0%
地區	北北基	6.2%	9.7%	21.2%	11.5%	29.2%	22.1%
	桃竹苗	19.0%	13.9%	17.7%	8.9%	21.5%	19.0%
	中彰投	15.5%	6.9%	13.8%	17.2%	31.0%	15.5%
	雲嘉南	16.7%	9.3%	11.1%	18.5%	35.2%	9.3%
	高屏	6.9%	6.9%	19.0%	17.2%	31.0%	19.0%
	宜花東	5.0%	15.0%	15.0%	25.0%	10.0%	30.0%
城鄉	主要都會區	9.2%	7.7%	19.5%	14.4%	30.8%	18.5%
	其他	14.4%	12.2%	14.9%	14.4%	25.0%	19.1%

四、服務之立即性效能

表二、圖一和圖二說明六種類型個案分別在電話輔導開始與結束時的情緒困擾和自殺風險程度改變情形。電話開始時，不論個案是單次求助或重複求助，已經或正在傷害自己、或是僅有自殺意念個案的MSRS分數（i.e. 情緒困擾程度）都相當接近，且高於沒有自殺意念個案；電話結束時，六種類型個案的MSRS分數都下降，而且不論個案是單次求助或重複求助，僅有自殺意念個案的MSRS分數下降幅度似乎都大於已經或正在傷害自己的個案（請見圖一）。

另外，電話開始時，不論個案是單次求助或重複求助，已經或正在自我傷害個案的SRS分數（i.e. 自殺程度）高於僅有自殺意念個案的分數，僅有自殺意念個案的分數則是高於沒有自殺意念的個案，顯示SRS能有效區分個案自殺風險的不同；電話結束時，六種類型個案的SRS分數都下降，但是已經或正在自我傷害個案的SRS分數依舊高於僅有自殺意念個案的分數，僅有自殺意念個案的分數則仍高於沒有自殺意念的個案，而且沒有自殺意念個案的SRS分數在協談開始時就最低、協談結束時下降幅度也最小（請見圖二）。

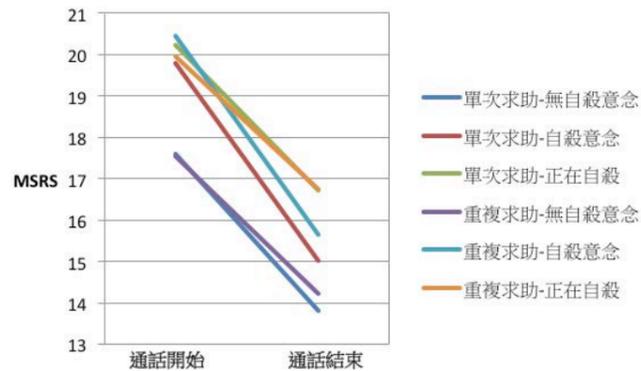
表二 電話協談開始與結束時不同類型個案的情緒困擾與自殺風險改變程度

		通話開始	通話結束	t	p
全部	MSRS	19.78	15.27	22.83	< .001
	SRS	20.26	15.87	17.79	< .001
單次求助-無自殺意念	MSRS	17.60	13.81	7.53	< .001
	SRS	13.52	12.44	2.60	.012
單次求助-自殺意念	MSRS	19.78	15.00	7.82	< .001
	SRS	19.65	14.47	6.20	< .001
單次求助-正在自殺	MSRS	20.21	16.69	6.64	< .001
	SRS	26.32	21.97	5.84	< .001
重複求助-無自殺意念	MSRS	17.53	14.21	5.98	< .001
	SRS	13.70	12.54	2.69	.009
重複求助-自殺意念	MSRS	20.44	15.63	11.41	< .001
	SRS	20.67	14.71	10.46	< .001
重複求助-正在自殺	MSRS	19.95	16.74	6.03	< .001
	SRS	24.90	20.11	6.55	< .001

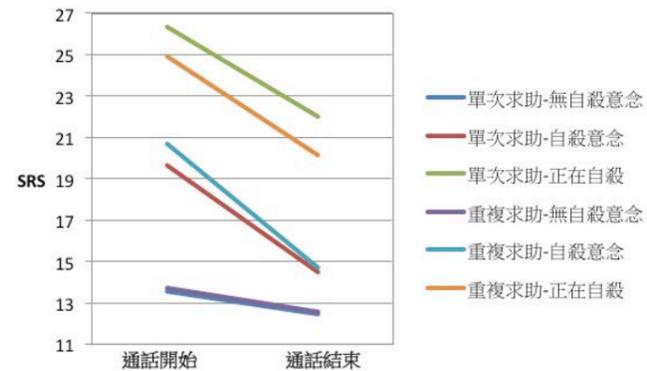
五、輔導技術模式

義工口語反應透過因素分析所淬取出的七種輔導技術模式：

1. 強勢引導—瞭解或引導情緒的問題、挑戰或面質、道德或倫理勸說、瞭解或引導想法的問題、引導或討論問題解決方式與結果；
2. 問題解決—重新框架、安慰個案或給予保證、解釋、提供問題解決的方法；
3. 非專業行為—評價個案、要求個案接受輔導員觀點、不認同個案的想法或做法；
4. 探問事實—了解或引導事實的問題或技術、簡述個案言語內容；
5. 同理—反映個案想法、反映個案情緒；
6. 危機反應—提供不自我傷害約定、反移情、告知個案可能的自殺危機處理；
7. 提供資源—提供資訊、提供轉介。



圖一 電話輔導開始與結束時個案的情緒困擾程度



圖二 電話輔導開始與結束時個案的自殺風險程度

義工使用最多的技術模式是「探問事實」，平均一通求助電話使用48.54次；使用次多的技術模式是「強勢引導」，平均一通求助電話使用15.73次；使用第三多的技術模式是「問題解決」，平均一通求助電話使用12.32次。相較於上述三種技術模式，協談志工使用同理（平均一通求助電話6.64次）、提供資源（平均2.53次）、危機反應（平均1.86次）、非專業行為（平均1.63次）等技術的次數就少得多。七種輔導技術模式的標準差以及範圍都偏大，顯示義工使用這四種技術的差異性很大。探問事實、強勢引導、問題解決為義工使用數量最多的三種技術模式，而且遠多過其他技術模式，說明義工的表現符合危機諮商的要求——以關心的態度、較指導性的方式在短時間內和個案建立關係並解決當前困境。

義工在面對單次或重複自殺中個案時使用最多危機反應技術，面對單次或重複求助自殺意念個案時次之，面對無自殺意念個案時使用數量最少，顯示義工和個案通話時確實依循台北市生命線的專業訓練和指導。另外，義工面對重複或單次求助的自殺中個案時需要蒐集足夠資訊以確認個案的人身安全並協調警消提供救援，或許因此使用較多探問事實相關技術；面對無自殺威脅個案時較常提供資訊和轉介，面對單次求助的自殺意念個案則較常反映個案的情緒和想法；但是三種技術模式組間差異雖達統計顯著，但是實際使用次數的差異不大（詳見表三）。

六、輔導模式對個案情緒狀態的立即性影響

表四說明義工在電話中使用的輔導模式對個案情緒狀態的立即性影響。當迴歸模型控制住電話服務開始時個案的情緒狀態，單次求助且有自殺意念、重複求助但無自殺意念個案和做為基準的單次求助又無自殺意念在輔導結束時的情緒狀態無顯著差異，也就是說，電話輔導能降低前述三種個案的情緒困擾，但是成效無分軒輊。重複求助且有自殺意念個案在電話結束時情緒困擾程度較單次求助又無自殺意念個案高了1/4強的標準差，單次求助且正在自殺更是較基準組高了1/2強的標準差，換句話說，電話輔導雖然能舒緩這二類型個案的情緒困擾，但是他們仍需要更多地持續地協助。

非專業行為、探問事實、危機反應等三種技術模式對於校標變項的解釋未達統計顯著，亦即義工使用前述三種技術數量多寡與個案情緒困擾改善程度無關。值得注意的是，強勢引導呈現顯著負面效果，也就是說，義工使用強勢引導技術模式的次數每增加一個標準差、個案在協談結束時的情緒困擾程度就會比平均提高1/5個標準差。問題解決、同理、提供資源則有顯著正面效果，換句話說，義工使用問題解決以及提供資源技術模式的次數每增加一個標準差、個案在協談結束時的情緒困擾程度就會比平均降低1/10強的標準差，義工使用同理技術模式的次數每增加一個標準差、個案在協談結束時的情緒困擾程度就會比平均更降低近1/5個標準差。

表三 協談志工使用技術模式與個案類型之間的關係

技術模式	求助者類型	平均數	求助者類型	平均數	ANOVA	事後檢定
強勢引導	a.單次求助-無自殺意念	12.90	d.重複求助-無自殺意念	14.81	$\eta^2 = .01$	
	b.單次求助-自殺意念	12.80	e.重複求助-自殺意念	17.07	$F = 1.03$	
	c.單次求助-正在自殺	13.00	f.重複求助-正在自殺	16.00	$p = .401$	
問題解決	a.單次求助-無自殺意念	13.22	d.重複求助-無自殺意念	11.89	$\eta^2 = .01$	
	b.單次求助-自殺意念	13.25	e.重複求助-自殺意念	12.32	$F = 0.59$	
	c.單次求助-正在自殺	10.22	f.重複求助-正在自殺	12.70	$p = .708$	
非專業行為	a.單次求助-無自殺意念	2.05	d.重複求助-無自殺意念	1.86	$\eta^2 = .01$	
	b.單次求助-自殺意念	1.57	e.重複求助-自殺意念	1.99	$F = 0.55$	
	c.單次求助-正在自殺	1.28	f.重複求助-正在自殺	1.70	$p = .746$	
探問事實	a.單次求助-無自殺意念	37.71	d.重複求助-無自殺意念	31.74	$\eta^2 = .09$	$f = c > e > a = d$
	b.單次求助-自殺意念	46.22	e.重複求助-自殺意念	44.36	$F = 7.78$	
	c.單次求助-正在自殺	58.65	f.重複求助-正在自殺	63.08	$p < .001$	
同理	a.單次求助-無自殺意念	7.03	d.重複求助-無自殺意念	4.96	$\eta^2 = .05$	$b > c = d = f$
	b.單次求助-自殺意念	9.30	e.重複求助-自殺意念	6.22	$F = 4.14$	
	c.單次求助-正在自殺	5.07	f.重複求助-正在自殺	4.73	$p = .001$	
危機反應	a.單次求助-無自殺意念	0.35	d.重複求助-無自殺意念	0.23	$\eta^2 = .19$	$f = c > e = b > a = d$
	b.單次求助-自殺意念	1.27	e.重複求助-自殺意念	1.90	$F = 18.96$	
	c.單次求助-正在自殺	3.74	f.重複求助-正在自殺	4.11	$p < .001$	
提供資源	a.單次求助-無自殺意念	3.79	d.重複求助-無自殺意念	1.42	$\eta^2 = .06$	$a = b > f$
	b.單次求助-自殺意念	3.35	e.重複求助-自殺意念	2.36	$F = 5.01$	
	c.單次求助-正在自殺	1.81	f.重複求助-正在自殺	1.16	$p < .001$	

七、輔導模式對個案自殺風險的立即性影響

表五說明義工在電話中使用的輔導模式對個案自殺風險的立即性影響。當迴歸模型控制住電話輔導開始時的個案自殺風險，單次求助且有自殺意念、重複求助但無自殺意念個案、重複求助且有自殺意念個案和做為基準的單次求助又無自殺意念個案在輔導結束時的自殺風險無顯著差異，也就是說，電話輔導能降低前述四種個案的自殺風險，但是成效無分軒輊。重複求助且正在自殺

在電話結束時自殺風險較單次求助又無自殺意念個案高了2/3弱的標準差，單次求助且正在自殺更是較基準組高了近九成的標準差，換句話說，電話輔導雖然能降低前述二種個案的自殺風險，但是他們仍需要更多地持續地協助。

強勢引導、非專業行為、探問事實、提供資源等四種技術模式對於校標變項的解釋未達統計顯著，亦即義工

表四 協談技術模式、個案類型與個案情緒困擾舒緩程度的關係

預測變項	b	t	p
常數	-0.21	-3.06	.002
MSRS通話開始 (Z分數)	0.16	3.96	<.001
單次求助-自殺意念	0.26	1.81	.071
單次求助-正在自殺	0.55	3.97	<.001
重複求助-無自殺意念	-0.06	-0.44	.660
重複求助-自殺意念	0.26	2.34	.019
重複求助-正在自殺	0.54	3.91	<.001
強勢引導 (Z分數)	0.20	4.59	<.001
問題解決 (Z分數)	-0.12	-2.83	.005
非專業 (Z分數)	0.01	0.12	.902
探問事實 (Z分數)	0.04	0.94	.347
同理 (Z分數)	-0.18	-4.23	<.001
危機反應 (Z分數)	-0.00	-0.03	.976
提供資源 (Z分數)	-0.11	-2.58	.010

註. 效標變項：MSRS通話結束 (Z分數)

八、結論與建議

使用前述四種技術數量多寡與個案自殺風險降低程度無關。值得注意的是，危機反應呈現顯著負面相關，也就是說，義工使用危機反應技術模式的次數每增加一個標準差、個案在電話結束時的自殺風險就會比平均提高1/10強的標準差。問題解決、同理則有顯著正面效果，換句話說，義工使用問題解決以及同理技術模式的次數每增加一個標準差、個案在電話結束時的自殺風險就會比平均降低1/10左右的標準差。

台北市生命線協會自2009年承接免付費自殺防治熱線安心專線，每年都有超過六萬人次求助，其中自殺意圖來電與協助防止自殺事件總數亦逐年攀升，服務成績斐然！本研究進一步佐證其工作成效，證明不論個案是單次或重複求助，也不論個案有無自殺意念，甚至正在自殺或自傷的個案，只要願意來電接受電話輔導服務，其負向情緒困擾和自殺風險都獲得顯著改善；尤其是具有自殺意念以及正在自殺的個案，其自殺風險降低程度更加明顯。

表五 協談技術模式、個案類型與個案自殺風險減低程度的關係

預測變項	b	t	p
常數	-0.17	-2.80	.005
SRS通話開始 (Z分數)	0.27	6.43	<.001
單次求助-自殺意念	0.01	0.09	.928
單次求助-正在自殺	0.88	6.87	<.001
重複求助-無自殺意念	-0.09	-0.73	.468
重複求助-自殺意念	-0.07	-0.72	.475
重複求助-正在自殺	0.60	4.80	<.001
強勢引導 (Z分數)	0.03	0.68	.500
問題解決 (Z分數)	-0.11	-3.06	.002
非專業 (Z分數)	0.04	1.25	.212
探問事實 (Z分數)	0.07	1.72	.087
同理 (Z分數)	-0.07	-2.03	.043
危機反應 (Z分數)	0.11	2.78	.006
提供資源 (Z分數)	-0.03	-0.76	.451

註. 效標變項：SRS通話結束 (Z分數)

本研究進一步發現，探問事實、強勢引導、問題解決為義工使用數量最多的三種技術模式，而且遠多過其他技術模式，說明義工表現符合危機諮商的要求—以關心的態度、較指導性的方式在短時間內和個案建立關係並解決當前困境。但是，使用強勢引導技術模式會加深個案的情緒困擾，相對而言，問題解決、同理、提供資源等技術模式則對舒緩個案情緒困擾和降低個案自殺風險有著正向效果。換句話說，義工如果能減少使用挑戰面質或道德倫理勸說等較強勢的輔導技巧，而採取一種較溫暖接納的方式照顧個案被聽到以及解決困境的需求，電話輔導的成效就越好。

另外，本研究證實義工確實依循台北市生命線協會提供的專業訓練和要求，在電話晤談中使用適當的輔導技術。雖然研究也發現義工使用越多危機反應、個案在電話結束時的自殺風險也更高，但是需考量相關性研究的本質，因此最可能的解釋是當個案越棘手越危急、義工就使用更多危機反應。另外，本研究發現問題解決、同理、提供資源等技術模式有正面效果，未來台北市生命線協會也能針對義工與在職或實習心理師/社工師設計更明確具體的專業訓練課程與評量方式。

「自殺危機管理e學院」 數位學習網上線

賴怡臻 社工員



台北市生命線協會(以下簡稱本會)於1969年7月成立至今,主要為自殺防治與心理諮商服務之社團法人機構,透過訓練有素之義工,向求助者伸出關懷、鼓勵的雙手,並以有效的行動使企圖自殺者重拾生活的勇氣,引導徬徨無助者,重燃希望之火。

本會不但是衛福部唯一委託建置全國性的自殺防治熱線-安心專線的民間社福組織,更是提供第一線服務人員取得專業自殺防治訓練的重要人才資料庫,每年協助訓練全台各地直接服務或間接服務自殺防治工作的專業與非專業人士,超過數千人次。

關懷生命 全台e線

因應資訊時代潮流,1997年本會官方網站「生命線lifeline」正式啟用,1999年再設「SOS救命網」、發行電子報等,提供民眾互動網路服務;同年,本會電話輔導及自殺防治工作進入e化整合,成為全台灣第一個電腦化系統自殺防治協助熱線。

2004年本會在台北北區扶輪社及國際扶輪基金會的資助下與宏碁公司合作,率先發展「eSOS自殺危機個案處理系統」,成為全世界少數自殺防治熱線全面資訊化的機構之一,並將此服務機制推廣至北中南生命線,建構社區自殺高危險群個案服務網絡。根據衛生福利部統計,最近二年自殺率的下降主要歸功於自殺防治熱線的發揮與社區關懷員的介入,eSOS發揮顯著的自殺防治成效!

生命守護 e啟學習

2014年本會再次在台北北區扶輪社之推動下,結合了京都北區、東京北區、大阪北區、首爾南區、泰國Dhonburi等扶輪社之贊助,並得到國際扶輪基金會之專案相對資助,協助本會建置「自殺危機管理e學院」,提供心理衛生及與自殺防治相關第一線服務人員有關之網站學習自殺防治的基本實務與最新的自殺防治課程;同時能普及推廣至全國民眾上網快速學會簡便易懂的自殺防治技能。課程特色如下:

■課程設計:針對自殺防治工作之直接服務者的「訓練課程」,和自殺防治之間接服務者的「觀念課程」;分為進階、中階、初階等三種程度內容。

■課程對象:進階、中階課程主要學習者為全台各地之自殺防治熱線義工、社區守門員、專業心理衛生人員等;初階課程提供一般民眾立即且快速的自殺防治之簡易步驟,對於「自殺防治」有正確知識的學習與認識。

■名師陣容:黎建球(輔仁大學天主教學術研究院院長)、李慧玟(前台北市立和平醫院精神科主任、現任天晴身心診所兒童青少年主治醫師)、楊聰財(現任臺北醫學大學講師、附設醫院精神科專任主治醫師)、許文耀(現任於國立政治大學心理學系教授,

台灣自殺防治學會理事)、簡玉坤(現任耕莘醫院精神科暨心理衛生中心臨床心理師、輔仁大學醫學系臨床心理系臨床講師)、江文賢(前行政院衛生署安心專線主任、美國安聯大學加州專業心理學院博士)、張家銘(林口長庚醫院精神科助理教授及主治醫師、林口長庚醫院自殺防治中心主任、全國自殺防治中心副執行長、台灣自殺防治學會副秘書長)等等,感謝各界專業名師專家支持。

■學習評量:學員可查詢自己的學習歷程與進度,亦可透過「學習評量」機制進行學習成果驗收與評估;實施訓練的單位或主管亦可透過此一「學習評量」機制來評估該學員是否

已具備符合可以正式上線進行服務的合格義工。

■時數認證:所有的課程學習結束,皆提供「時數認證」。

■資格認證:正式專業人員以及自殺防治熱線義工或其他相關人員,取得線上課程的時數認證之後,預計下一階段將開發「實務訓練課程」,修畢即可取得本會頒發之「資格認證」。

目前第一階段啟用的學院課程包括正在自殺的危機處理等實務工作,及一般自殺基礎課程,共計11堂主要課程,共8部動畫教學及3部專業講師講解影片,每部影片約60至90分鐘,除了幫助自殺防治的第一線工作人員外,也能讓民眾成為自殺防治專家。

課程總覽如下表:

課程類別	課程名稱	課程簡介	課程大綱	講師
A 基礎 課程	如何跟朋友對話(守門員訓練)	協助一般民眾了解周遭友人的自殺警訊,並且掌握與自殺友人的談話原則。	1.說明台灣自殺的數據 2.介紹不同年齡層的自殺警訊。 3.學習如何進行簡易的自殺評估。 4.學習如何與自殺友人談話與防治重點。	張家銘
	啟動自殺者的救援機制:談第三者通報	本課程旨在說明自殺者救援機制的啟動,即所謂「第三者通報」,包括自殺意圖者身旁的親友或同事等第三者,若是願意在發現自殺意圖者有異狀之際,打電話到生命線尋求協助,往往可以共同預防自殺事件的發生。課程內容包含自殺通報的定義、面對自殺危險民眾的SOP(包含評估的指標、處遇的原則),以及從不同自殺案例的危險程度,來學習自殺致命性的評估與處置方法。	1.自殺通報的定義與流程 2.自殺中低危險個案之評估與處遇 3.自殺中高危險個案之評估與處遇 4.自殺高危險及正在自殺個案之評估與處遇 5.自殺通報流程總整理	台北市生命線協會講師群 蘇達筠/賴怡臻
	青少年自殺防治臨床策略	本課程是一以青少年自殺防治為重點,主要是讓使用者瞭解青少年自殺發生的原因及動機,並透過自殺危機的評估,讓你快速瞭解家庭、學校及社會的處理方式,並知道在真正遇到問題時,能夠快速判斷及處理,最後預防勝於治療,透過防治策略,讓你瞭解降低自殺因素的一個理論及實務的課程。	1.青少年自殺動機 2.如何評估自殺危機 3.青少年自殺的處理方式 4.青少年防治策略。	李慧玟

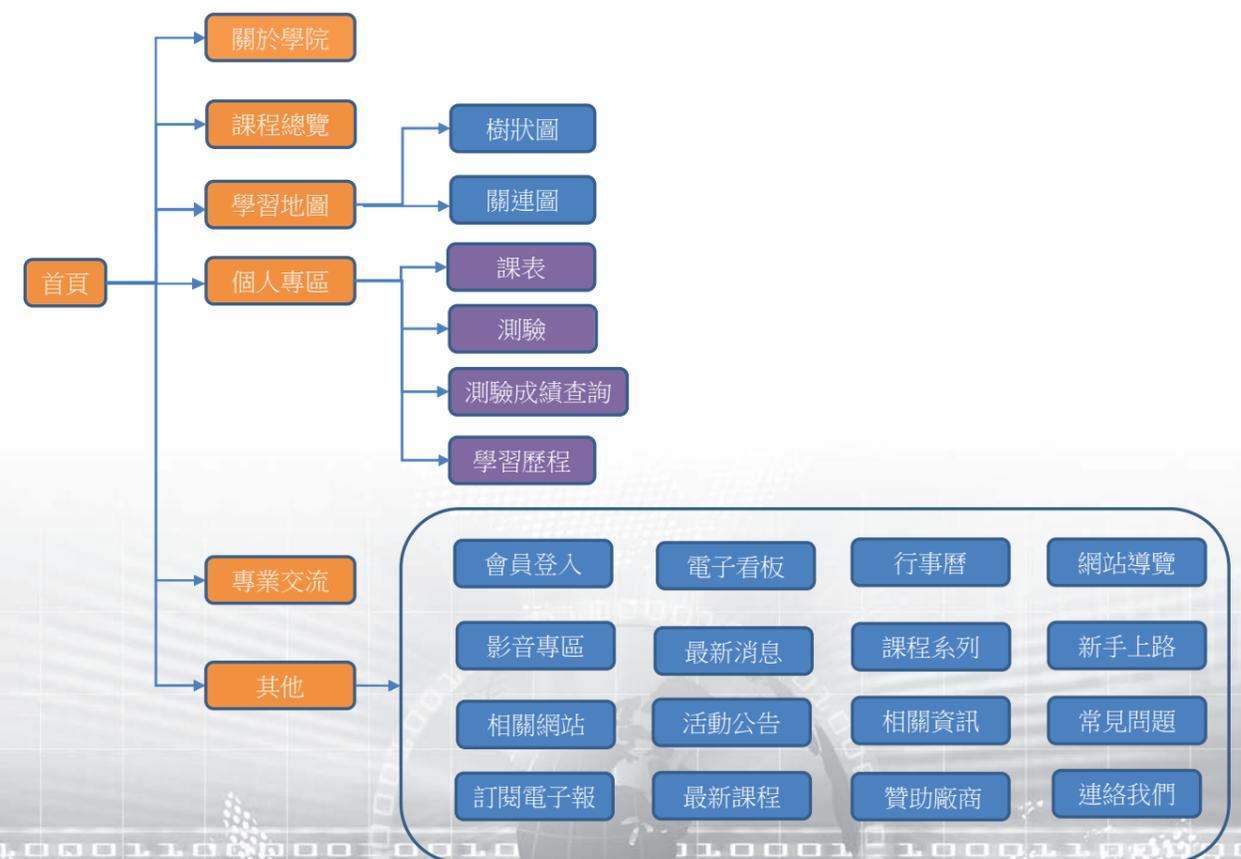
課程類別	課程名稱	課程簡介	課程大綱	講師
B 專業概論	自殺與自我傷害的區辨	自殺與自殘往往未能被加以區辨，導致自殺防治工作者投入大量人力與時間在非致命性的自殘事件上。本課程將介紹如何進行自殺與自殘的區辨，並說明兩者之間的各種相似與相異特質。	1.介紹自殺與自殘的混淆，可能導致自殺防治工作事倍功半的空勁。 2.釐清自殺與自殘之間的各種差異。 3.闡述自殺與自殘者的各種基本特質	許文耀
	認識精神疾病生物醫療	建立正確的腦科學知識，包括大腦的構造和內分泌系統等，進而養成有益身心健康的觀念和技巧。	1.說明醫療觀點對於自殺成因的看法，以及最近幾年的各種相關研究與知識。 2.介紹醫療體系在台灣如何進行自殺防治，並介紹各種自殺防治的醫療資源。	楊聰財
	精神疾病在自殺表現上的辨識	本課程提供自殺防治相關人員認識不同精神疾病下，潛在的自殺表徵，並且透過認識、了解、實務分享，能夠擁有辨識與應對的能力	1.常見精神疾病之分類 2.特定精神疾病與自殺、自傷行為之關係 3.特定精神疾病出現自殺、自傷行為之後續處理方向	簡玉坤
C 實務系列	正在自殺的危機處理(限實務工作者)	本課程重點在於介紹實務工作上如何對正在自殺者進行危機處遇，包含團隊合作的架構與原則，決策過程的兩難，以及與正在自殺者談判的策略。	1.介紹自殺危機的團隊工作之重要性。 2.說明團隊合作的架構與合作原則。 3.探討在自殺危機中，進行決策判斷的各種困境與兩難。 4.示範各種不同的自殺危機談判策略。	江文賢
	正在自殺的危機談判	正在自殺的處遇是一件刻不容緩的工作，如何在危機談判過程中，了解正在自殺者的致命程度，並收集相關的獲救資訊，將是本課程的重點。	1.說明各種自殺方式的致命性。 2.介紹自殺致命性評估的基本原則。 3.探討危機談判中如何進行致命性評估	江文賢
	高自殺風險個案的關懷實務工作	主動追蹤自殺高風險民眾是目前被認為最有效的自殺防治工作之一，然而，主動追蹤的過程往往面臨許多實務上的挑戰，包括如何確保民眾隱私，民眾對主動關懷的輔導員之冷漠以對，以及追蹤晤談的關懷原則，將是本課程的授課重點。	1.說明主動追蹤的目標與服務原則，釐清主動追蹤與被動輔導的差異。 2.介紹主動追蹤的實務工作中，可能面臨的個案隱私之挑戰，並學習各種因應之道。 3.示範如何與不同狀況之民眾進行第一次接觸，學習建立良好的工作同盟。	台北市生命線協會講師群 簡佑娜/劉永浩
	不自殺約定的運用時機及執行技巧	危機介入契約(又稱不自殺契約)往往被許多人不當使用，致使該技術難以達到應有之效果。本課程將具體介紹危機介入契約的使用時機、方式，以及實務晤談上的拿捏。	1.說明危機介入契約的使用。 2.了解正確使用與錯誤使用的結果。 3.說明危機介入契約的使用時機。 4.示範如何與自殺個案簽訂危機介入契約。	台北市生命線協會講師群 葉明如/周芳英/林小雅
D 專題	助人工作者的生命哲學	自殺學之父Shneidman認為自殺學的背後更是一门重要的生命哲學課程，接觸過自殺的民眾或工作人員，必然會碰觸到人類最基本的生命議題。本課程將由台灣當代哲學教授針對此議題進行精闢的講解	1.由台灣哲學教授說明生命哲學的意義。 2.介紹自殺與生命哲學之間的關聯與矛盾。 3.說明如何透過哲學思維看待生命本質，以及自我照顧。	黎建球

網路學習之後，您還可以……

實體進階課程

考量自殺實務工作者之實務環境、服務對象、案例練習不同等因素，需要依照服務機構特性規劃實體課程，以確保所設計之教材有助於學習者達成預定的學習目標。台北市生命線同時規劃一系列相關實體課程，涵蓋個案研討、專業技術、知能課程等，以面對面或團體方式進行，達到職能養成之目的。此課程將由台北市生命線定期辦理或機構申請辦理。

首頁架構圖



102年義工團紀事回顧

～因為彼此，讓生命的花火更燦爛～

團長/王亮月

時間過得真快，從當選團長到卸任，時間一晃眼就過去了，在整理102年義工團紀事概要時，發現全團幹部真的付出很多，不論是在時間、體力與精神上……等等。在此回顧中，非常感謝我的這群夥伴們，要不是他們對我的力挺相助，我也真不知如何走過這漫長的一年。

在這一年的義工團做了些創舉，像原有各組幹部由一位增至兩位，有此想法是因為幹部群皆為上班族群，在公司裡會有上、下年度不同的忙碌點，因此兩人搭配一組剛好能彌補對方沒空的状态。另一創舉為年度的活動規劃，由原有的四大活動(新春團拜、春、秋季旅遊及望年會)另增三項活動，包括芝山岩家庭日、電影月——故事心世界及舒壓玩皂體驗活動。每項活動規劃，都是全團卯盡心思為所有同工們設計。活動或許沒那麼的完善，但是皆為第一次所組成的團體，我覺得還真不是蓋的！而每項活動能順利進行，都要感謝協助我們辦活動的夥伴們，感謝明如、芳英、麗蘭、銘烈、景然、思清、鳴鑾、國發、承樺、素章、蘇菲……等，另外還要感謝協辦單位：荒野保護協會溪山組、好時節農莊、莎多堡養生SPA會館林明煌董事長、簡文仁老師及安塔芮絲老師。有了大家的協助，才讓活動能順利完成。而在我心中最大的創舉則是，為節目演出而衍生的新學習。烏克蘭麗麗那把小小的樂器，讓我們七人從不知怎麼按弦到能完整表演出「月亮代表我的心」和「小手拉大手」兩首歌曲，真是美妙極了。

以上「健康樂活年」的點點滴滴在我心中難以忘懷，因為當了團長而有了新體驗、新學習、認識更多夥伴、得到更多經驗，感謝這一切一切……。



• 102年義工團團體照



• 102年望年會

接下來是我親愛的夥伴們與大家回饋分享他們這一年在團體中所負責的工作、角色位置與感想。

關懷組/陳薇娟

現今時序已往前推移至103年，新的義工團持續承襲傳統為所有生命線義工服務的工作前進，同時也在新生代嚮新求變中，推展出一個嶄新的樣貌，讓全體義工們在接線之餘，能夠透過各項活動彼此連結，不僅在線上關心到個案，也能在義工團所推出的靜態及動態的活動中，讓大家的關係及情感更為緊密，但無論每一年新的義工團所推出的工作目標為何？在中心的公佈欄上，每個月張貼當月壽星卡的傳統，始終不變。

我剛踏進生命線的義工工作行列的第一年生日收到簽了滿滿熟悉與不熟悉名字及祝福話語的生日卡時，那種感動與欣喜真是難以形容，尤其在現今電子設備如此新穎及方便快捷的情形下，「紙本生日卡」已是罕見中的罕見，更特別的是，這張卡片更傳遞無數溫馨的祝福與情誼。

在102年由亮月團長所帶領的義工團，瑞蓮與我負責關懷組的工作，不論是生命線的義工、生命線的會員或是安心專線的小伙伴們，在他們的生日之喜時，或是面臨了生命中偶發的喜樂與哀愁，藉由我們關懷組這個窗口，集結眾人的心意傳達出去。此項傳統始終是台北市生命線這個大家庭的特色，我相信這是我們彼此共同珍惜的！

關懷組/周瑞蓮

加入關懷組的這一年裡，心中是滿滿的感謝，因為跟志工的距離又拉近了一大步，這是我最大的收穫及福報。這一年，關懷組做了很多事：

- 卡片寄送：以前的我只負責在卡片上簽名，今年不僅是簽名，還包括設計、寄送及事事關己的互動。
- 節日關心：以前中秋節都在想該怎麼烤肉，今年的中秋、端午節則是在想該準備哪些東西來跟大家一起過節。
- 親身慰問：以前同工的事都是聽說，今年不僅是聽說，更是現場的一員。



• 春季旅遊

若不是擔任關懷組幹部，我怎麼會有機會去靠近、去看見、去行動、去關心；去得到滿滿的溫暖及付出的喜悅。也因為加入義工團，對生命線及義工連結，更為深刻、更有歸屬感，雖然接線幾年了，但經過這一年，我多了很多家人，而不只是很多同工們。

回想去年參加義工團的情境，讓從沒辦過活動的我，好像經歷一次又一次的三溫暖！辛苦演練，用心執行，快樂結束。每一次的活動大家都必須從頭摸索、熱烈討論、擬訂計劃。不是不斷的練習，就是到處探勘。希望能呈現最好的表演及讓參與的同工們都能盡興滿足；在活動進行中，每個人都卯足力量，用心的把每個細節做好；看到每個參與活動的同工臉上的笑容，大家就都很開心。也從這次參與，讓我體驗到只要用心、不怕辛苦，真的沒做不到的。

秘書組/方秀卉

來聊聊幾件印象比較深刻的事及感想：

芝山岩家庭日活動當天下大雨，為了是否取消行程掙扎很久。沒想到大家不但都出席，還玩的很盡興開心，讓來支援解說的荒野解說員們留下深刻印象。

擔任義工是很好的學習機會，為了春酒表演，我這個音樂白痴竟然也學會了彈烏克蘭麗麗，呵呵！

在一年多場活動中，彼此有時意見不一，但終能順利完成；從合作夥伴中學到很多待人處事的態度。



• 秋季旅遊

活動組/朱菊芬

卸下義工團工作後，整個人頓時輕鬆起來，工作與生活都回到正軌上。回想擔任義工幹部期間，一個活動接著一個活動，把原本的生活攪得一團亂，時間分配和角色位置有很大的考驗。

身為活動組一員，常思考要辦怎樣的活動、特殊的活動或一般的活動；走小眾路線或大眾路線；來一點冒險嚐試或安全平順就好。自己有沒有能力做，要如何說服別人，要如何在主導與配合間拿捏。很慶幸有這樣的機會，在互相激勵中我們獻出了熱情，在衝突中更深刻的認識了彼此。藉由一次又一次的活動，不斷的挑戰自己，也了解自己的有限，這一年的經驗是如此寶貴，值得一生回味。

活動組/李嗣瑞

斜風細雨下的聚會，我們互相照見

生命線晤談區的走廊，是我印象最深的地方，在交接班的前後，這裡人聲鼎沸，雖然不合規定，但真情流露。我猜想是因為大家認識的方式很不「社會」吧，因為彼此的熟識方式不只是來自於特定工作環境的身分或是關係，是相對單純的本尊相逢吧。我自己在想，有沒有機會，創造一種條件，志工們有機會在晤談室外相逢，甚至，不只是志工們的相逢，更有夥伴們家人們的互相看見，讓志工夥伴的家人們有機會可以認識生命線其他志工的樣貌，也許有機會可以見到家人們與他人相處的樣貌。

「志工們與家人們在生命線外的地點相聚」這樣的想法，就不是現在義工團舉辦春季旅遊與秋季旅遊一台遊覽車能夠承載的人數。義工團在年初討論活動安排時，



• 芝山岩家庭日

我就在一旁亂敲邊鼓，義工團同伴認同這樣的目的後，也就趁亂排入活動中，成為了義工團第一個戶外活動「家庭日」。

「家庭日」是邀請志工們及其家人一同參加的活動，活動本身就是一場挑戰，活動籌備的過程中，我自己經歷著內外圈多重的關係張力。由內而外，義工團中，同伴間因為求好心切，對於活動從地點的選擇到流程的安排，以及順序的討論，不斷地來來回回，從相熟的夥伴關係快速地進入工作模式。回到義工團辦理活動的脈絡，「家庭日」活動是之前沒有的「傳統」，沒有前例可循。我們這群新手義工團工作者，得在混亂中相互支持。亮月也得跟中心討論經費，說明我們到底想要幹甚麼！活動總是要回到廣大群眾中接受檢視；因此，活動地點要在哪裡，就是一個大問題，台北地區交通方便的景點，大概大多數的志工夥伴都去過了。自己站上了義工團成員的位置，才見識到原來在晤談區走廊上相逢的夥伴們都是走過五湖四海的角色；因此，活動地點也讓我們著實煩惱了一陣子，幸好秀卉提出荒野協會的相關導覽訊息，在與荒野聯繫討論的過程中，更見識到



• 玩皂教學



• 舒壓玩皂活動



• 舒壓體驗

荒野志工們的能動性以及自主當家的主體性，各小組有著各自關心的對象與地區，有著自己的堅持與信念，就這樣，在志工相挺的情義、「群」與「群」的相待之下，促成了「芝山岩家庭日」。

返身，回觀「家庭日」活動的經驗，就是這一年義工團的拚搏的縮影，帶著幽微又不易見到的習氣各自攜手前進，求好心切、回應外界期待、時間條件的不足、氣候的因素、創新的壓力、夥伴們互相要求出現的張力……種種內外因素相互糾結，也促使著彼此熟悉的關係必須改變。改變就是從此時此地已然習慣的狀態移動。身心的移動，就是一種新的經驗，改變不一定是朝向好的方向，但是肯定與昨天不同。謝謝，那一年，我們一起參與了彼此的「改變」。



• 新春團拜



• 電影月--故事心世界



• 電影月--故事心世界電影討論

102年義工團紀事概要

- 101年10月14日 第一次會議召開，正式訂定102年——健康樂活年。
- 101年11月19日 呈報整年度活動規劃預算申請。
- 101年12月6日 全體幹部烏克麗麗上課開始(連續8週)。
- 101年12月16日 聖誕佈置。
- 102年2月2日 新春佈置。
- 102年2月9日(除夕)~2月12日(年初三) 新春送溫暖(四天熱食送達)。
- 102年2月24日 新春團拜。
- 102年2月28日 芝山岩探勘。
- 102年3月16、17日 春季旅遊花蓮探勘。
- 102年3月31日 芝山岩家庭日。
- 102年4月7日 花蓮第二次(火車與遊覽車轉接)探勘。
- 102年4月27、28日 春季旅遊——花蓮慕谷慕魚。
- 102年6月11日 端午佳節備貨，感謝假日值班人員。
- 102年7月6日 秋季旅遊平溪線探勘。
- 102年7月14日 秋季旅遊後慈湖探勘。
- 102年7月20日~8月10日每週六電影月——故事心世界。
- 102年8月17日 秋季旅遊桃園區塊再次探勘。
- 102年8月29日 後慈湖上網申請搶名額。
- 102年9月7日 故事心世界加演一場。
- 102年9月18日 中秋佳節備貨，感謝假日值班人員。
- 102年9月28日 秋季旅遊——絕美祕境發現後慈湖。
- 102年10月18日 莎多堡養生SPA會館舒壓體驗。
- 102年11月30日 舒壓玩皂體驗活動。
- 102年12月14日 望年會節目——健康操練習。
- 102年12月15日 望年會流程彩排。
- 102年12月20日 望年會彩品組備貨整理。
- 102年12月21日 上午望年會總彩排+ 102年望年會活動。
- 102年12月21日 102年、103年義工團交接，終於卸任囉！

預立醫療自主計劃，做自己的主人

31期劉美綉義工

摘要

預立醫療自主計畫（Advance Care Planning，簡稱ACP）是一個互動的過程，包括：充分思考自己到達生命盡頭時，什麼是對您是重要的；先瞭解目前各種治療重病的方式，根據自己的價值觀和信念，選擇您想要或不想要的醫護方式；把自己的希望和選擇告訴身邊最親近的人，讓他們知道您在不同情況下的意願；也可以指定一位代言人，當一旦無法為自己做決定時，可以代表您做決定；當您充分瞭解與考慮後，可將您的預設醫護計畫寫下來。如此，才能確保您的親人和醫護人員在您生命末期的照顧上，能尊重您個人願望。

預立之倫理分析及可行性探討

「預立醫療自主計畫（Advance Care Planning，簡稱ACP）即指有作行為能力的成人於事前對醫療的同意或拒絕事先作出指示¹。

人類因醫學科技發達，延長人的生命活得更長久，中高年齡的人口平均占大部分。人口急遽變化影響到對於死亡、臨終與為醫療作決定的態度。著名的生命倫理學家布洛克（Dan Brock）（1993：1-17）在其論文中談到了有關死亡的三大層面議題：醫師與病患所作的治療決策、臨床上有關死亡的決策、衛生政策中有關死亡的

決策。其中第二、三層議題在另一位生命倫理學家Battin（1994：3-29）的論文集，凝聚為著眼於死亡的三項課題：撤除或維持治療、安樂死、自殺²。

對於死亡課題中，瀕臨死亡的病人是否撤除或維持治療，一些無行為能力的病人，如植物人、腦部受損嚴重的精神病患或因年老智力退化的老年癡呆症患者，有可能在有行為能力時曾經以口頭或用書面方式正式的表達過對生命的期許與對治療的願望。然而一些實際例子中證明，許多年老或重病的人在知道自己病情後，根本不想作出任何醫療上的決定。這裡似乎出現一個問題，到底家屬作決定好，還是病人自己決定好。其實，若由病人在有行為能力時以口頭或用書面方式正式的表達過願意授權他人代為作決定，並加以貫徹病人的意願，仍無礙於病人的自律原則³。

預立指示開始出現在美國是美國各州於1970年代初開始修正遺囑驗證的相關法規，為的是讓有行為能力的人向醫護人員、家人與朋友表達自己在疾病末期時希望或不希望接受何種醫療行為。

在美國對討論醫療科技在照護與延長生命上所造成的影響許多是受到昆蘭（Karen Ann Quinlan）一案的啟示。

1975年4月，22歲的紐澤西州居民昆蘭當時因不明原因兩次停止呼吸長達15分鐘，造成永久性的植物人狀態。其後她的父親提出聲請，希望被指定為昆蘭人身與財產的監護人，並得以此身分為昆蘭決定停止接受人工維生措施。紐澤西法院後來裁定，在醫院醫事倫理委員會認定昆蘭無可能恢復認知功能的狀況下，監護人等撤除維生設備並無觸法之虞。

在法院對昆蘭案裁定的過程，引起美國許多人去關心醫療科技在照護與延長生命上所造成的影響。美國在1976年加州首先通過「自然死法案」（Natural Death Act），最簡單的解釋即：按病人的自主意願，不使用維生醫療方式來拖延不可治癒的病人的瀕死階段，而讓病人自然死亡謂之。這些維生醫療包括心肺復甦術，人工呼吸器、強心升壓劑、各種插管等。1976年加州同時立法保障「預立意願書」（Living Will），其中包括末期病患拒絕心肺復甦急救術，及「預立指示」的權利。目的為保障病人的自主權，避免家屬或醫師做出與其意願相違背的決定。

1983年加州通過「預立醫療委任代理人」法案（Durable Power of Attorney），病人可指定一位親屬或信任的人，在自己意識不清或無能力作決定時，代為行使醫療決定及要求自然死。1991年，美國聯邦政府制定「病人自決法案」（Patient Self-determination Act），要求所有參與國家醫療保險（Medicare 及 Medicaid）之醫療機構，必須以書面告知成人病患此項醫療自決權益⁴。

1993年，柯林頓總統及希拉蕊夫人雙雙立下預立意願書及預立醫療委任代理人，以身作則，推廣示範。如今在美國鼓勵不但七十歲以上有繼續惡化性疾病的病人需要寫下預立指示，所有十八歲以上的成年人都應該開始思考這件事⁵。

台灣有關預立指示的法律條文是安寧緩和醫療條

例，安寧緩和醫療條例2002年12月11日公布，該條例第五條指出二十歲以上具完全行為能力之人，得「預立意願書」。前項意願書，意願人得「預立醫療委任代理人」。預立意願書是針對個人因為受到末期疾病侵襲，因而無法作出或表達自己決定的情況所設計，為的是要傳達一系列預先的指示。這項當病人有行為能力時所完成的預立意願書，或預立醫療委任代理人的預立指示，在當病人無行為能力為自己的醫療作決定時產生效用。

安寧緩和醫療條例的精神是延襲美國加州於1976年所制定的「自然死法案」⁶。「安寧緩和醫療條例」的特色，在將生命的自主權交回病患手中，使得醫療工作範圍從生、老、病擴及到死亡，協助人們學會面對死亡。它排除醫療法第四十三條第一項有關「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備，予以救治或採取一必要措施，不得無故拖延」的規定，在傳統的積極治療醫療觀點外，正視緩和醫療之必要以維護末期病人之尊嚴與權益，並釐清醫療責任，以免發生爭議。綜觀整個法案的內容，主要是規範末期病人得拒絕心肺復甦術⁷。

動機與目的

任何預立指示都有賴於個人願意在時間來臨之前為自己或是家人、朋友去面對死亡的可能。很多人不願意考慮這類議題，或許是因為逃避思考自己終將死亡這件事實。然而事實顯示，一些人反對無正當理由強制將預立指示作為優先的考量，反對的理由為預立指示是否確實作了諮詢同意。此外，在預立指示中，病人對於治療所作的指示可能出現意願不明確的狀況以致很難去應用。

（一）執行上的疑慮

在健康照護與延長生命上最重要的問題就是何時、對

1. 引用自趙可式，〈安樂死、自然死與安寧療護〉。見於戴正德、李文濱編著，《醫學倫理導論》

2. 引自Battin（1994：3-29）論文集，參見鈕則誠著，《生命教育-倫理與科學》

3. 參見Tom L. Beauchamp and James F. Childress，Principle of Biomedical Ethics，5th ed.（Oxford University Press，2001），頁59。

4. 引用自趙可式，〈安樂死、自然死與安寧療護〉。見於戴正德、李文濱編著，《醫學倫理導論》

5. 參見楊淑智著，《當代生死學》，（台北：洪業文化出版，2004），頁178。

6. 參見安寧緩和醫療條例。

7. 「心肺復甦急救術」（CPR）發明於1960年代，逐漸成為醫療人員必備的救命技術。CPR 是否應被使用於每一位瀕死病患身上？早在1974年，美國的National Conference on Standards for CPR and Emergency Cardiac Care會議中即清楚指出：「CPR 的目的在防止非預期性的突發死亡，對末期臨終病患並不適用。」會議並主張在末期臨終病患的病歷中，需記載不予心肺復甦術的醫囑（DNR: Do-Not-Resuscitate）。至1987年，紐約州立法監督不予心肺復甦急救術的指導原則。

誰、用什麼方式、甚至是否拒絕治療或接受非自願的治療。同樣的，一個有行為能力的人可以經由預立指示決定自己未來的狀況。預立指示常是由病人心中有某些期待或對治療情況預作假設而作了一些指示，但此假設因著有行為能力的人藉由預立指示公布自己未來的決定，卻忽略了一旦病人實際上的狀況和預作假設有所差異時，預立指示可能會出現下列一些道德上的風險。

1. 即使在預立指示時可作的治療選擇已被充分告知，但在實際應用時，先前所預作的選擇可能因著未預期的特殊疾病而讓預期中的治療方法產生改變，例如，受到SARS的感染或被檢查為愛滋病帶原者。
2. 一位有行為能力的人依自己的最佳利益對未來作了最佳的判斷和選擇，這些利益可能因為後來的偶發事件而讓情況作了根本且意外的改變而影響了當初選擇的有利性。

同時在1987年，美國總統的生物醫學倫理顧問小組出版了一本末期臨終病人可以自主決定不予或撤除維生醫療措施指南，同時指出為此類病患施行無效的心肺復甦急救術是違反倫理的行為。在台灣，雖然醫師明知這套心肺復甦急救術頂多只能延長短暫的瀕死期，但醫師為免除訴訟，會對明知救治無望的病患進行急救。引用自趙可式，〈安樂死、自然死與安寧療護〉。網址：<http://210.60.194.100/life2000/professer/chaokshih/2EuthanasiaH.htm>

3. 預立指示中未來治療過程的安全性被輕率的作保證，一旦未來實際進行治療時，之前未經過周密思考的手術風險可能出現。若在預立指示中說明拒絕使用生命維持系統，這增加了手術的風險。此時，有行為能力的人可能會評估實際的狀況而不依照預立指示的內容，這種突發的狀況讓預立指示出現不能預期的變。
4. 有時候，一個人心中所想的和實際上的作法會不一

致，預立指示是把這些不確定的假設作了定案，這讓預立指示的權威性令人疑慮。

(二)無行為能力判定標準的問題

行為能力常常被視為判定是否能自己作決定的標準，這需滿足有行為能力判準的條件。我們懷疑一些有宗教狂熱者、會幻想的精神病患及偏執的信仰者，是否有能力去做理解，仔細的思考並能作決定。然而，他們在許多領域中被認為有能力去作理解、仔細思考問題並作決定。其他如低智商的病人仍然有行為能力去決定醫療上是否作導管插入的手術⁸。

在貫徹預立指示和採取道德行動時會出現衝突現象，例如人格同一性的問題對預立指示的權威性造成疑慮。人格同一性在不同的內文中有不同的理解。人格同一性常表示個人在一個特殊的社會群體中擁有個人獨特的自我覺知和自我認同。在此，人格同一性是指在不同的時間，個人擁有同一獨特的自我覺知和自我認同的存在個體；雖然這獨特的自我覺知、自我認同並不一直是完全相等⁹。

人格同一性的發生，在人格發展的持續性層面，至少後期行為與前期的行為有關聯，亦即，後果源於前因。有些案例，像神經受損雖然未達到腦死的標準，仍導致人格同一性的改變。人格同一性的改變這時病人若作了有危害自己或他人生命的行為或決定，是否需遵照病人的決定？這時病人需進行行為能力的判定，若經判定病人已處於無行為能力則需由代理人作替代判斷。

(三)代理人替代判斷的兩難

當一個人可以自我作決定不止是接受或拒絕治療，這些決定受到個人對於生命存在的不同看法而異，這些決定影響到未來當個人處在無行為能力時的狀態。委任

代理人的權利對接受健康照護的病人來說，隨著病人健康的改善和自主自律能力的增加影響減低，但這其中仍有潛在的風險存在。例如，如果有行為能力時已預立指示，但在無行為能力時病情與當初的推想狀況有所差異，因當初病人對病情狀況未理解而作了決定，這些可能會影響到病人改變當初預立指示的內容。這時，預立指示中的委任代理人替代判斷，可以被認為是一種尊重病人自我作決定權利的延伸。但一旦有利益衝突，去推測病人在有行為能力時會作怎樣的決定時，往往會出現高的濫用，例如代理人與第三人惡意通謀而為的代理行為；或誤用，例如代理人以被代理人的名義與自己為法律行為現象的出現，而讓預立指示的本意改變。

本文研究預立指示應用產生的風險，如實際執行預立指示時因醫療進步影響到預立意願書的內容和委任代理人替代判斷對病人最佳利益不一致的看法可能出現誤用、濫用的風險；老人痴呆症病人或精神疾病病人神經系統受損人格發展的持續性改變，產生預立指示權威性的疑慮等，進行倫理的分析 and 可行性探討¹⁰，並提出解決的建議。

預立指示生命倫理學理據

「預立指示」一般被理解為兩類；其一、實質的指示(substantive directive)如預立意願書，其二、代理的指示(proxy directive)如預立醫療委任代理人¹¹。病人在擁有行為能力的時候，就預先針對自己萬一有一天陷入無行為能力狀態時，為有關醫療的相關問題「預立意願書」，表達不願意受到某些因為醫療的需要而令他痛苦的療法。例如；給予營養和水(nutrition and hydration)，拒絕肺部插管呼吸(ventilators)、拒絕化學療法(chemotherapy)或其他侵入性支持生命(aggressive life support)的維生器材，

或對如果已經呈現植物人(vegetative state)狀態或病情已到生命臨終階段(terminally)，希望以緩和醫療(palliative care)的方式讓生命自然結束。

這個以預立意願書方式表達病人的願望，如果暫時不考慮此預立意願書的其他如時間因素、情緒或當時的健康狀態，以強調尊重個人自律原則而言，醫師或代理人在不傷害原則與仁愛原則的義務條件下都必須尊重目前呈現無行為能力病人自主自律的決定，但是如果病人的預立意願書決定的醫療行為，涉及或違反他人或病人自己的權益與福祉的時候，預立意願書的自律原則將受到適當的約束。

而當原先具有行為能力的人，預見日後自己可能變成無行為能力的人，無法告訴任何人有關他對醫療行為的意見，則他可以指定一個代理人替他執行預立意願書或作決定，這是「醫療委任代理人(durable power of attorney)」。代理人最好是與病人有非常熟悉的關係，如兄弟姊妹、成年的兒女或親密關係的朋友等。代理人可以減低專業醫師在醫療決定上的壓力，但也會帶來某些道德上的問題¹²。

一、預立指示與自律原則

人不僅外表有所不同，內在的特質亦有所差異。這些內在的差異，清楚明白地表現在生活中的作抉擇上。自律(autonomy)的價值是因為它允許人們形成並且生活在與自己的價值觀一致的生活裡，至少當行為不影響到他人時。

(一)預立指示體現人之為人的價值

康德認為尊重人的自律是「人是目的」的究極關懷。「人是目的」體現了人的尊嚴。「在目的王國中，每一事物或有一價格，或有一尊嚴。凡是有一價格，它

8. 參見Principle of Biomedical Ethics，頁73。

9. 參見Allen E. Buchanan and Dan W. Brock，Deciding for others：The Ethics Of Surrogate Decision Making，(Cambridge：Cambridge University Press，1989)，頁154。

10. 本文所謂可行性是指，所作預立指示當事人變成無行為能力時是否預立指示仍然有效；而非指病人的預立指示是否實際上被執行。

11. 整理引自Principle of Biomedical Ethics，頁152。

12. 另「預立意願書」(living will)或「預立指示」是指一個人因顧慮到當事人在病危或突發的意外事故，可能會喪失意識，無法表達醫療的意願所以在正常頭腦清醒、理智健全時，用書面表示如果關於臨終醫療或因意外造成病情情況嚴重，生命已經呈現不可逆轉的時候，為了人格尊嚴或去除不必要的痛苦延命，當事人選擇的醫療意願與方式。參見邱仁宗著，《生死之間—道德難題與生命倫理》，(台北：中華書局，1988)，頁193。

即能為某種其他與之等價的東西所代替；另一方面，凡是超乎一價格之上的，因此，亦無與之等價的，它便有一尊嚴。」¹³

自律原則所表明的是對於一個具有自律行為的行動者的自主自願行動或決定要給予至高無上的肯認與接受。這裡所指的行動者通常是一個成年而無任何特別因素影響其理性運用能力的個人而言，並不要求對其行為的一種積極的理性檢查，即其行為或決定是否在理智上為最佳的選擇。

只要當事人有如此的能力而自主自願地作出相關的決定，而這一決定不涉及其他相關人或物等應有的權利，則縱使其他人不同意也必須接受，這是當事人所具有的不可侵犯的權利，不能以該行為未能達到最高效能，或更高遠的利益，或只滿足了較低層次的欲望等，就作為剝奪當事人自主自律的權利。

預立指示是病人傳達一系列自己預先作的指示，毫無疑問的，預立指示是人的自律的一種表現。然而這項權利也不是無限上綱完全沒有限制的。當事人的行動或決定只有兩種情況下可以受到合理的限制：其一是在所做的行動或決定有涉及或違反他人同等權利的情況。其二是當事人喪失了自律能力或不具有自律能力的情况¹⁴。前者是一消極的限制條件，對此，所有的道德主體 必須恪守，否則即成為一侵害他人或物的基本權益的不道德行為，其行動即不受自律原則的保護。後者則是對於未能滿足自律能力的行動者的一種設限，這通常指未成年的兒童、嬰兒、弱智人士、老年癡呆者，和植物人、精神病人或心智失常者等，以至胎兒和胚胎等人類的生命¹⁵。

雖然具有自律能力和受到自律原則保護的人通常指成年的個體，但也可涵蓋具有自我意識和道德推理能力的成長中的少年或衰老中的老人。他們在具有這種高度的行動自由和選擇時，也同時被要求有相應的道德義務，

即嚴格遵守自律原則，以至爭取他人享有相同的權利。這種自律的道德主體通常被稱為具有人格意義的人格個體(person)。至於不具有這種至高無上的自主自律保障的個體，他們也相應地不必肩負相同的義務，但他們同時仍受到其他同等重要的不傷害原則、仁愛原則等保護。預立指示是病人當有行為能力時傳達一系列自己預先作的指示，讓一旦自己無行為能力時有所依循。毫無疑問的，預立指示體現了尊重自律人之為人的價值。

二、預立指示是自我決定權利的延伸

我們重視個人作決定，是因為一位有行為能力的人的決定應該受到尊重，因為作決定是個人自律的行為。推動預立指示最大的動力，就在於人有自我作決定的權利，認為只要是不傷害到他人的行為，都可以擁有自決權(self-determination)，甚至是臨終病人，在有行為能力下可以為自己的死亡作決定。

預立指示不止說明作了什麼樣的決定、也說明誰作了這些決定，其定位在，行為能力的個人正式的授權給誰要去作決定、或對代理人所作的指示。預立指示提供了行為能力病人當成為無行為能力時，對一些問題的自我作決定權利的延伸。

預立指示是自我作決定權利的延伸，但為何要自己作決定？影響病人作決定的重要價值是，自己作決定增進了個人的健康幸福以及尊重個人的自己作決定。因此，個人的健康幸福是支持預立指示的理據之一。這種理據可以有三種不同的理論：快樂論、需求論及理想論¹⁶。

而個人自己作決定理由的正當性支持了由病人作決定的必要性，也肯定了預立指示的價值。

預立指示的生命課題

1960年至1970年代之間，英美二國各出現了一位劃時代的先知性人物，即英國的Cicely Saunders 及美國的Kubler Ross 二位女醫師，開創了「安寧療護」運動。安寧療護的理念是四全照顧，即全人、全家、全程、全隊照顧。病人是具有身體、心理、社會、及靈性各層面的需要及反應的「全人」，因此如果在疾病無法治癒，瀕死無法挽回的情況下，給予病人「全人照顧」，以成全他各層面的需要，最後，協助他平安尊嚴的死亡。同時，一人生病，他的家人必也經歷一場風暴，家屬也極需協助，因此安寧療護提供「全家照顧」，包括家人的諮詢及協助，病人幼年子女的哀慟照顧，以及病人去世之後遺族延續性的哀傷輔導即「全程照顧」。

預立指示是一種對人自律的尊重，其價值是尊重病人自己作決定。經由預立指示來保護自己避免進行不需要的醫療行為，或生命被沒有尊嚴、無意義的延長。經由預立指示除了保護自己避免受侵犯，讓自己作決定外，也讓個人去釋放加諸其他相關人的情緒和經濟負擔。經由適宜的預立指示，一個人當他自己成為無行為能力時可以善待受到他影響的其他人。

預立指示經由二種方式善待受到他影響的其他人：
(1) 經預立指示的保證讓自己在有行為能力時減低自己所愛的人將來經驗或面對難作決定的焦慮，以及避免經濟的浪費而面臨破產。(2) 預立指示讓家人在自己死亡之後可以如何過生活有預作安排，使自己更為安心。

進入廿一世紀，提升精神文明就是要真正認識人之為人的價值、體會「生命」與「死亡」的意涵。預立指示對於行為能力的人一旦變成嚴重無行為能力，提供了一張有道德的生命藍圖。

結語

預立醫療計畫乃是基於尊重自主、行善、不傷害、正義的醫學倫理原則，賦予個人為自身之醫療選擇預做

規畫的過程。其目的不僅在於預立醫囑文件的簽署，更重要的是透過會談與溝通的過程，釐清病人的意願、偏好、價值觀及治療目標。如果能達成此目的，就算病人最後沒有簽署書面文件，醫師及家屬都能藉由此過程更多地瞭解病人的意願及價值判斷，這樣的瞭解對於未來的醫療決定具有重要的意義。

先進國家大多已訂定預立醫囑相關之法律規範，而醫學專業團體則以建立專業指引來建議醫護人員如何執行預立醫療計畫。我國在頒佈安寧緩和醫療條例後，已為預立醫療計畫的推展邁出第一步。然而，臨床實務上不管是病患簽立意願書或家屬簽署同意書，更重要的是提供病患討論預立醫療計畫之溝通與會談過程，則有待醫界加緊努力。

根據內政部九十二年的統計，我國目前領有殘障手冊的植物人已達四千三百名，其他各種末期疾病之病人隨著高齡社會的發展也將會越來越多，預立醫療計畫的推廣需要長期的努力，其臨床實務上仍存在許多阻礙因素，有待政府行政與立法機關、醫療專業與民間團體進一步的努力，從修訂完善的法律規範、建立專業人員執業指引、培養民眾建立正確的死亡觀、於學校教育中提供適切的生命教育等各個層面著手，才能逐漸落實預立醫療計畫所欲追求尊重個人自主、提升人性尊嚴與終末生命品質的理想。

參考文獻：

- 許禮安，(臨終關懷觀念澄清)
- 趙可式，(安樂死、自然死與安寧療護)
- 李瑞全，(儒家生命倫理學)
- 吳柏毅、蔡甫昌、陳慶餘，病患的決定能力，當代醫學。
- 蔡甫昌，生命倫理四原則方法，醫學教育
- 台灣安寧照顧協會網站資料

13. 參見康德著.李明輝譯，《道德形而上學之基礎》。

14. 參見李瑞全著，《儒家生命倫理學》。

15. 參見李瑞全、朱健民、葉保強著，《應用倫理學與現代社會》。

16. 整理引自Deciding for others : The Ethics Of Surrogate Decision Making ,頁31。



102年度全年捐款徵信

姓名	金額	姓名	金額
丁艷芬	\$500	台北市華欣扶輪社	\$50,000
十方菩薩	\$50	台北淡海扶輪社	\$25,000
公源藥品股份有限公司	\$50,000	台北華新扶輪社	\$25,000
王小蘊	\$2,000	台灣人壽保險股份有限公司	\$50,000
王仁輝	\$100	台灣產經建研社	\$7,000
王允中	\$50,000	巨馨機械有限公司	\$107,000
王承熹	\$70,000	永慶房屋仲介股份有限公司	\$200,000
王承熹建築師事務所	\$12,000	江素華	\$60,000
王威翔	\$100	何秉翰	\$1,200
王振堂	\$20,000	何銘福	\$1,200
王清梅	\$1,000	吳正浩	\$12,000
包忠詒	\$50,000	吳孝恩	\$1,200
北新醫院	\$50,000	吳昆民	\$200,000
台北中原扶輪社	\$50,000	吳家綺	\$300
台北仁愛扶輪社	\$25,000	吳婉慈	\$100
台北北區扶輪社	\$50,000	吳敏菁	\$50
台北市大仁扶輪社	\$25,000	吳淑芬	\$2,000
台北市私立卡爾維德蒙特梭利幼兒園	\$200	呂志彥	\$1,000
台北市東昇扶輪社	\$25,000	壯佳果股份有限公司	\$10,000
台北市東豐扶輪社	\$25,000	妙音	\$20,000

姓名	金額	姓名	金額
宋承鴻	\$600	林碧玉	\$500
宋強	\$500	林澤州	\$5,500
李正美	\$5,000	邵柏勳	\$2,000
李怡萱	\$200	邱于瑄	\$200
李俊明	\$10,000	邱奕勳	\$200
李根城	\$10,000	邱盈貯	\$200
李慶元	\$3,000	邱創城	\$200
汪坤忠	\$300	長青醫院	\$50,000
芊進塑膠興業有限公司	\$30,000	長虹聚合股份有限公司	\$10,000
周志誠	\$57,000	信文達股份有限公司	\$7,000
周宗毅	\$12,000	信孚國際法律事務所	\$50,000
周彰賢	\$10,000	信源企業股份有限公司	\$50,000
周德彥	\$6,000	冠鴻企業社	\$60,000
於浩雲	\$1,500	南怡君	\$50,000
東秀足	\$2,000	春迪企業股份有限公司	\$50,000
林沛鈴	\$2,000	映象有限公司	\$100,000
林芊緯	\$500	紅儀企業有限公司蔡進評 王秀照 / 鍾惠珍 / 陳美玲	\$30,000
林剛毅	\$300	孫周玉里	\$100
林晏翎	\$300	徐家恩	\$3,000
林黃金蘭	\$3,600	徐家誼	\$8,000



姓名	金額	姓名	金額
財團法人台北市林坤地仁濟文教基金會	\$150,000	許焜上	\$107,000
財團法人明倫社會福利慈善事業基金會	\$100,000	許新凰	\$82,000
財團法人曹仲植基金會	\$50,000	連若卉	\$50,000
財團法人應柴秀珍女士紀念基金會	\$300,000	郭立人	\$57,000
高林煒	\$600	郭俊良	\$50,000
國際扶輪3520地區	\$100,000	郭謹榮	\$3,500
無名氏	\$72,000	陳上春	\$67,000
張正	\$5,000	陳世釗	\$2,000
張正彥	\$8,640	陳怡君	\$600
張美惠	\$2,000	陳知麟	\$100
張素滿	\$1,000	陳俊鋒	\$107,000
張淑寧	\$1,200	陳威達	\$18,000
張陳錦鳳	\$1,200	陳美虹	\$200
張凱茜	\$2,000	陳素芬	\$100
梁平全家	\$2,000	陳麗美	\$2,000
梁賽芳	\$4,000	陳麗珠	\$500
祥圃實業股份有限公司	\$150,000	勝方光電科技股份有限公司	\$70,000
莊文欽	\$10,000	勝方實業股份有限公司	\$12,000
莊采潔	\$200	曾郁雯	\$10,000
莊采靜	\$200	曾國基	\$12,000
莊清硯	\$200	無名氏	\$2,000
莊惠文	\$67,000	程長和	\$182,000

姓名	金額	姓名	金額
翔益國際有限公司	\$10,000	蔡春滿	\$1,000
華心惠	\$4,000	蔡嘉軒	\$100,000
黃太平	\$10,000	鄭夙惠	\$82,000
黃金豹	\$50,000	鄭金卑	\$57,000
黃國倫	\$2,000	鄭曉琪	\$3,500
楊俊吉	\$1,200	蕭月	\$1,000
瑞賢實業股份有限公司	\$11,800	蕭偉	\$2,000
達永建設股份有限公司	\$50,000	蕭喆升	\$2,000
達遠資產管理有限公司	\$50,000	賴育美	\$12,000
雷懷信	\$500	隨喜	\$1,000
廖翊伶	\$10,000	戴錦釵	\$200
廖銘洋	\$1,000	謝永彬	\$2,000
趙美惠	\$1,000	鍾芝樺	\$1,000
儀測科技國際股份有限公司	\$107,000	駿融企業有限公司	\$7,000
劉友員	\$10,000	簡利珊	\$6,000
劉祐麟	\$200	羅培菁	\$200
劉淑敏	\$3,000	羅清亮	\$1,000
劉鎮南	\$150	羅翊辰	\$200
劉寶雲	\$2,000	羅瑞清	\$12,000
歐來成	\$60,000	儷悅有限公司	\$3,000
潘文傳	\$2,000	鍾金笑	\$20,000
潘柏愷	\$1,200	蕭崑霖	\$30,000



地址：104台北市松江路65號11樓
 Tel：(02) 2502-4242 Fax：(02) 2502-4343
 本會捐款收據核准字號(70)財北國稅台字第33121號。

感謝您願意贊助本會心理輔導及自殺防治工作經費！謹提供下列捐款方式，

- 填寫個人資料，務必使用真名。
- 捐款金額、方式：A.選擇固定年捐、月捐、不定期捐款、指定項目捐款。
 B.定期定額捐款請填寫捐款期限，固定捐款金額。
 C.月捐者另可選擇每個月或每幾個月捐款一次。
- 選擇轉帳方式：A.信用卡捐款—自行列印信用卡捐款授權書，填寫完資料及簽名後請傳真至本會即完成。
 B.銀行帳戶捐款—自行列印銀行轉帳授權書，填寫完資料並蓋原開戶章後，寄回本會（影印無效），經銀行核章後即完成。
 註：a本會收到授權書後，指定銀行核印後開始扣款。
 b.若授權帳戶存款不足，將於下月補扣。
 c.取消或更改授權，請於作業日前10個工作天以書面通知本會。
- 核印完成後於每月25日固定扣款。
- 如遇退款事宜，本會確定收到捐款後，經查核屬實，始退回原捐款人原帳戶。
- 如蒙捐款，直接填寫本表郵寄或傳真至本會，或請來電索取表格。TEL(02)2502-4242

一、捐款人資料（*必填寫） 填表日期： 年 月 日

捐款人姓名		捐款人編號	
身分證字號 (公司統一編號)		出生年月日	年 月 日
聯絡電話	(O)	(H)	(行動)
通訊地址 □□□-□□			
E-mail：			
捐款收據抬頭			
收據開立方式	<input type="checkbox"/> 開立年度收據 <input type="checkbox"/> 開立單次收據		
收據郵寄地址	1.同上 <input type="checkbox"/> 2.地址：□□□-□□		

二、轉帳方式

信用卡捐款授權書

信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
信用卡卡號	_ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _		
卡片有效期限	_ _ / _ _ (月 / 年)	卡片背面末3碼	_ _ _
本人同意提供上述信用卡帳號，做以下捐款 <input type="checkbox"/> 每年一次 於 _____月開始捐款，新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 每_____月一次於_____月開始捐款，新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 擔任守護天使 每年捐款 2000 元 <input type="checkbox"/> 不定期捐款。本次捐款新台幣_____元整 由發卡銀行代撥捐款金額，捐贈台北市生命線協會，並依照信用卡使用約定，一經使用均應按所出示之全部金額付款於發卡銀行。 持卡人簽名 _____ (請與信用卡背面簽名欄簽名相同) 本表使用方法：傳真至本會(02)2502-4343 或寄 104 台北市松江路65號11樓 台北市生命線協會收			

銀行轉帳授權書

銀行轉帳	本人同意提供下列銀行帳戶，□□□-□□□□□□□□□□□□□□□□ (銀行代號) 授權本人往來之銀行，自本人指定銀行帳戶轉帳扣款。 <input type="checkbox"/> 每年一次 於 _____月開始捐款，新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 每_____月一次於_____月開始捐款，新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 擔任守護天使 每年捐款 2000 元 捐贈台北市生命線協會 請蓋原開戶印章 捐款人簽名 _____ 本表使用方法：影印本表一式2份，印章或簽名須為正本。 寄至台北市生命線協會 104 北市松江路 65 號 11 樓
------	---

三、其他捐款方式

郵政劃撥	戶名：社團法人台北市生命線協會 郵政帳號：0106188-6
銀行電匯	1.戶名：社團法人台北市生命線協會 華南長安分行 008-145200437995 2.戶名：社團法人台北市生命線協會 中國信託城東分行 822-071540192575

四、相關資料

<input type="checkbox"/> 我願意參加義工行列	<input type="checkbox"/> 免費訂閱電子報
<input type="checkbox"/> 輔導義工 <input type="checkbox"/> 網路義工 <input type="checkbox"/> 行政義工	<input type="checkbox"/> 禮物一份(年捐達5000元者)
<input type="checkbox"/> 我願意收到生命線的活動消息	<input type="checkbox"/> 我願意參加生命線課程

~台北市生命線協會感謝您的支持與幫助~
 ◎提醒你，以上資料若有變更請記得通知我們！◎

親愛的朋友...
 無論是工作家庭課業，
 你是否也感到有些壓力？
 當人際疏離，緊繃的情緒無處可宣洩釋放時，
 我們常看到很多人以傷害自己或他人的方式，
 來逃避內心的挫敗與失落....
 看人受苦，與其不忍！
 不如伸出關懷的手，溫暖他們受苦的心，
 為他們重新找到生命的桃花源，
 台北市生命線在這座城市裏扮演著「守護天使」，
 透過24小時的電話熱線散發關懷與溫暖，
 讓求助者重回生命的軌道中，
 只要您心中有愛，您也可以是一線的「守護天使」，
 期待您加入我們的行列，
 幫助求助者將心中的烏雲，
 化為晴空萬里的藍天！



祝 平安順利

台北市生命線協會敬上

守護天使任務

- 一、推廣健康心理活出生命意義
- 二、自殺防治宣導
- 三、散播愛心服務人群
- 四、每年捐助貳仟元以上擔任生命線守護天使

溫馨的心意

- 一、守護天使徽章一枚
- 二、溫馨生日卡祝賀
- 三、贈閱每期電子報
- 四、團體課程八折優惠
- 五、參加社會教育講座免費
- 六、參加生命線春節年終各項聯誼活動
- 七、一張可抵稅之捐款收據

98-04-43-04 郵政劃撥儲金存款單																	
帳號	0	1	0	6	1	8	8	6	金額	仟	佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
									新台幣 (小寫)								
通訊欄 (限與本次存款有關事項)																	
歡迎您加入生命線為會員																	
個人榮譽會員 <input type="checkbox"/> (年捐)10,000元以上 一般會員 <input type="checkbox"/> (年繳)2,000元 入會費1,000元 贊助會員 <input type="checkbox"/> (年捐)1,000元以上 團體榮譽會員 <input type="checkbox"/> (年捐)50,000元以上 一般會員 <input type="checkbox"/> (年繳)10,000元 入會費3,000元 贊助會員 <input type="checkbox"/> (年捐)5,000元以上																	
※ <input type="checkbox"/> 不定期捐款 _____ 元 凡為捐贈本會之費用，本會於收款後即寄上收據以茲徵信，捐贈者可依(70)財北國稅台字第33121號函規定減稅，營利事業可列為費用。																	
戶名：社團法人台北市生命線協會 寄款人：姓名：_____ 通訊處：_____ 電話：_____ 經辦局收款戳																	
虛線內備供機器印錄用請勿填寫																	

◎寄款人請注意背面說明
 ◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

收款帳號戶名	
存款金額	
電腦記錄	
經辦局收款戳	