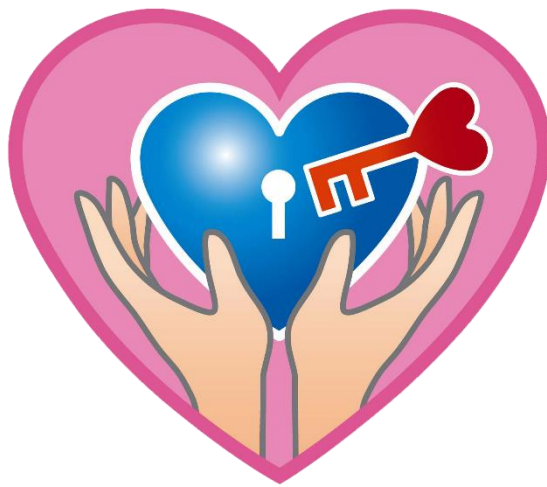


衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理

「全國自殺防治中心計畫」案

113 年度期末成果報告



珍愛生命，希望無限
Saving Lives, Restoring Hope

受委託單位：社團法人台灣自殺防治學會

計畫主持人：呂淑貞

地 址：台北市中正區懷寧街 90 號 2 樓

中 華 民 國 一 一 三 年 十 二 月 十 日

目錄

前言	0-1-1
整體執行策略及步驟	0-2-1
摘要	0-3-1
期中報告委員審查意見回覆	0-4-1
壹、設置全國自殺防治中心	1
一、全國自殺防治中心組織	1-1-1
二、提供各縣市衛生局自殺防治業務窗口及外部督導專家學者名單	1-2-1
貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料	2
一、112 年度自殺資料特性分析及因應對策報告	2-1-1
二、112 年度總體自殺防治報告	2-2-1
三、自殺死亡及自殺通報數據監測分析	2-3-1
參、辦理自殺防治實證研究	3
一、自殺防治現況調查	3-1-1
二、原住民自殺防治策略建議	3-2-1
三、兒童及青少年自殺防治策略建議	3-3-1
四、針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略	3-4-1
肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估	4
一、編製 112 年自殺防治年報(電子書)	4-1-1
二、追蹤巴拉刈禁用後趨勢	4-2-1
三、滾動式修訂自殺防治系列手冊	4-3-1
伍、輔導直轄市、縣(市)主管機關，推動因地制宜之自殺防治策略	5
一、自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊	5-1-1
陸、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 ...	6
一、強化媒體及網路平臺互動與因應	6-1-1
二、自殺防治新聞媒體聯繫會議	6-2-1
柒、教育訓練、活動規劃及召開相關會議	7
一、世界自殺防治日系列活動	7-1-1
二、自殺防治守門人之教育訓練與推廣	7-2-1
三、全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣	7-3-1
捌、優化自殺防治通報關懷訪視制度	8
一、關懷訪視紀錄抽查	8-1-1
二、推廣培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制	8-2-1

三、強化社會安全網第二期計畫人員及自殺關懷訪視員課程規劃	8-3-1
四、自殺防治通報系統增修建議	8-4-1
玖、其他辦理事項	9
一、配合衛生福利部辦理事項	9-1-1
二、刊物之發行與推廣	9-2-1
壹拾、執行成果檢討與建議	10-1-1
壹拾壹、自殺防治策略建議	11-1-1

前言

一、背景提要

依據衛生福利部統計資料，112 年國人標準化自殺死亡率為每十萬人口 12.7 人，較 111 年上升 3.3%。自殺死因排行自 99 年起已連續 14 年列於國人十大死因之外。自殺死亡率在政府與民間合作下，已見成效，但是 112 年的自殺死亡率相較前一年有所增加，自殺防治仍需要中央與地方共同合作，並以實證資料分析結果為依據，擇群、擇眾、擇場域深入持續推動，且配合因地制宜之策略徹底落實。

二、衛生福利部委託「113 年度全國自殺防治中心計畫」

113 年社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，除作為全國自殺防治工作交流平臺，亦與國內醫療專業、心理健康、公共衛生、教育訓練、社會工作、流行病學、統計資訊、傳播媒體等之專業人員、意見領袖以及其他國內外相關機構、專家學者等共同合作，持續秉持著「思維全球化」之角度，維繫多邊交流管道。

在自殺防治三大策略中之「指標性策略」所建置的自殺防治通報系統數據顯示，95 年至 112 年之自殺通報人次及通報比持續上升。另外經由民眾認知調查，我們了解到社會大眾對於本身投入自殺防治的意願逐年升高，而在自殺防治相關訊息的接觸上也有越來越多的機會。對於自殺事件之新聞，民眾也認同六不六要之報導原則(112 年更新為八不六要原則)。中心在各種教育訓練及講座中皆持續宣導「人人都是自殺防治守門人」之理念，推廣「一問、二應、三轉介」技巧，逐步落實全民參與，達到建立救人關懷文化之目標。

今年度工作重點依當今自殺防治重要議題包含更新全國及各縣市「自殺資料特性分析及因應對策報告」、每季滾動式修正自殺防治策略建議、針對青少年及原住民自殺資料進行分析並提供防治策略建議予教育部及行政院原住民族委員會參考運用、針對不同族群進行描述性統計分析及推論性統計分析、結合長期照顧、社工等相關學協會辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練。持續更新關懷訪視員線上課程、滾動式修正自殺防治系列手冊。辦理自殺防治業務輔導及自殺防治工作坊、自殺關懷訪視員種子教師培訓工作坊。持續監測新聞媒體報導及網際網路教唆自殺之資訊，並舉辦新聞媒體聯繫會議溝通交流。

整體而言，自殺防治工作可謂人人有責，需要政府與民間的共同參與與投入；未來除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，各級長官應發揮優質領導力以化解本位主義藩籬，並挹注足夠之經費，藉由實證資料引領不同專業資源之投入與增能，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，以促進全國民眾的同心協力，共同迎接挑戰，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，共同達成「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

三、報告編撰格式

本報告章節配置乃以「113 年度全國自殺防治中心計畫」廠商服務建議企劃書「工作目標、具體規劃及重要參考資源」所述需求說明項目為基礎，並將各項目依其類似性，分述為各具體章節，以利整合呈現執行成果。

本報告各章節內容格式則依循 C.I.P.P.之評鑑模式，以背景(Context)、輸入(Input)、過程(Process)及成果(Product)此四大向度撰寫計畫執行成果，藉此呈現執行「全國自殺防治中心計畫」落實國家級自殺防治三大策略所採取的具體目標、計畫、行動與結果之面向，以利提供各工作項目執行績效，並指導未來改善計畫方向之決策。

整體執行策略及步驟

一、計畫目標

全國自殺防治中心(以下簡稱中心)依據自殺防治法及「全國自殺防治中心計畫」(以下簡稱本計畫)，推動各項具體方案以實踐下列目標：

1. 自殺防治現況調查。
2. 自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。
3. 每年製作自殺防治成果報告。
4. 輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治。
5. 推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。
6. 建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。
7. 推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。
8. 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。
9. 其他自殺防治有關事項。

二、執行策略及步驟

自殺防治涉及生物、心理、社會、文化等層面因素，中心應用專業知識、實證資料以及國內、外經驗，來擬訂防治策略與方案，並且期待以科學的研究方法客觀評估成效，以做為防治策略的制訂原則。

為達成計畫目標，本計畫之執行策略分為內、外兩部分，內部包括設置全國自殺防治中心辦公室、工作人員訓練、進行研究發展及建立內部督導機制；外部包括提供自殺防治策略建議、協助完善自殺防治通報系統、自殺防治守門人教育訓練。

各需求項目依據 CIPP(Context, Input, Process, Product)評估架構，每一個為實現計畫目標而採取的行動都有其背景脈絡、資源投入、步驟過程以及結果產出。這種評估架構可以幫助我們全面了解計畫執行的情況，並確保我們在每個階段都能做出明智的決策。通過 CIPP 評估，我們可以確保每個行動都是基於正確的背景資訊、適當的資源投入和明確的過程，以產生預期的結果。

1. 背景(Context)
評估計畫的背景和目標。這包括了解背景、需求和期望，以及計畫的目的和目標
2. 輸入(Input)

評估計畫所使用的資源、策略和方法。這包括資金、人力、教學資源、培訓等。評估是否有足夠的資源來支持計畫的實施。

3. 過程(Process)

評估計畫的實施過程，包括執行行動、方法和策略。這一階段關注實施過程中的效率、可行性和執行的一致性。

4. 成果(Product)

評估計畫的結果和成果。這包括評估成果、目標達成情況、影響和效益。通過評估產出，可以了解計畫是否達到預期效果

三、全國自殺防治中心人力資源配置

社團法人台灣自殺防治學會承辦「全國自殺防治中心計畫」，負責執行相關業務，本會成員之專長遍及醫事專業、心理學、衛生教育、社會工作、流行病學、統計資訊、以及健康傳播等專業，為增強防治工作執行，亦結合本會之理監事、委員會及專業顧問群，組成各項業務推廣委員會，依業務需要定期推動並督導自殺防治相關業務，以確保全國性自殺防治工作之持續推展。中心與各委員會相對應組別分為：

1. 教育宣導組

- 1) 舉辦自殺防治之學術性及教育性訓練。
- 2) 出版自殺防治相關教育性及學術性雜誌及刊物。
- 3) 建立自殺通報關懷、醫院處置及防範照顧等標準作業標準及規範。
- 4) 提升民眾對心理疾患之自我監測及壓力管理能力。
- 5) 宣導正確心理衛生觀念，改善媒體自殺報導方式，持續推動自殺及精神疾病去污名化運動。

2. 研究發展組

- 1) 實施以自殺為主軸之流行病學、社會心理相關因素之研究。
- 2) 研究合乎國情之自殺防治系統評估以及成效指標。
- 3) 發展以自殺防治為目標之社區化健康促進策略。

3. 資訊管理組

- 1) 利用資訊與網路科技，建構並強化自殺防治網絡平台。
- 2) 數位學習課程之建立與宣導。
- 3) 發展視訊會議與社群網絡。
- 4) 與其它委員會共同合作發展之資訊相關事項。

四、進度及品質管控

1. 依期程辦理各項業務

於計畫期間依需求說明書規劃之各項工作內容辦理，若工作項目有規範辦理時間，於規範時間內完成工作項目並函送衛生福利部備查。

2. 定期召開業務討論會議

於計畫期間，每周由計畫主持人召開業務討論會議，會中依各組業務執行進度進行報告，並依照各項業務辦理情形提出討論案於會議討論，並於後續依照討論決議執行計畫內容。

3. 定期與衛生福利部進行工作會議

於計畫期間，與衛生福利部進行工作會議，會議流程包含中心工作進度報告，以及業務討論，以利衛生福利部掌握計畫需求項目執行進度。

4. 業務督導

由自殺防治學會理監事、計畫協同主持人不定期辦理業務督導會議，藉由個人或團體業務督導的形式，規劃業務後續執行方向，如遇業務執行困境，由業務督導與業務承辦人員討論解決方案，並將解決方案提出至業務討論會議進行討論。

5. 本會委員會不定期召開會議

各委員會於計畫期初召開會議，討論各項需求項目執行重點及詳細期程規劃。並視後續執行情形不定期由自殺防治學會理事長兼計畫主持人召開委員會進行討論。

五、總結

全國自殺防治中心自 94 年 12 月 9 日成立，致力於推行台灣本土化的自殺防治策略行動方案，除確實執行針對不同標的群體之全面性、選擇性、指標性策略，更努力連結既有之資源網絡，以達成「自殺防治、人人有責，網網相連、繼往開來」之預期目標。

今年度仍以當代自殺防治策略之全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicated)三大向度作為主軸，促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合(network integration)，並透過資訊分析之實證基礎(evidence-based research)為策略依據，協助衛生福利部執行本計畫。

摘要

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異，本學會秉持防治作為基本概念，即依據公共衛生三段五級架構之全面性、選擇性與指標性三大策略為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，承接衛生福利部之 113 年度「自殺防治中心計畫」主要工作結果摘要如下：

一、設置全國自殺防治中心

2. 提供各縣市衛生局自殺防治業務窗口及外部督導專家學者名單

提供各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口：為促進有效的雙向互動與自殺防治業務推動，每季更新全國各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口。

外部督導專家學者名單：國內自殺防治策略包括全面性、選擇性及指標性三大策略。針對自殺企圖者進行追蹤關懷與個案管理，需具備守門人態度、基本訪視技巧、自殺相關知識及在地化資源網絡應用能力。訪視員需團隊支持與自我照顧，透過完善督導機制提供即時性處遇建議，增進服務成效。參考各領域專家學者經歷及專長，提列外督專家學者名單供審核與會議參考。

二、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

1. 112 年度自殺資料特性分析及因應對策報告

中心利用現有之資源，針對112年度自殺死亡及自殺通報個案資料，串連全民健康保險研究資料庫、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、醫療機構替代治療作業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案以及原住民族資料，分析全年齡層、0至17歲、15至30歲之人口群、各級學齡層、特定人口群及多元議題族群，依性別、年齡別及死因分類(ICD-9)等相關因素，找出各族群特性。

資料視覺化(Data Visualization)是一種從龐大繁雜的數據庫中提取有用資料，並利用圖形化工具(如：各式統計圖表、立體模型等)使資料易於閱讀和理解的方法。中心使用112年現有資源，分析各縣市和鄉鎮市區的自殺特點，並根據年齡、自殺方式(ICD-9)等相關因素找出高危險群的特性，同

時將分析自殺死亡人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率、3年移動平均及標準化死亡比等；並使用python以顏色深淺作為區隔，繪製出各縣市及各鄉鎮或行政區自殺地圖。結合資料視覺化之技術，將有助於深入了解自殺死亡分布情況，同時本會將根據地圖內容提供初步的文字敘述，以供參考運用。

2. 112 年度總體自殺防治報告

全國112年自殺死亡人數3,898人(男性2,500人、女性1,398人，性別比1.79)；標準化自殺死亡率每十萬人口12.7人(男性16.4人、女性9.3人)，較95年(每十萬人口16.8人)下降24.4%，三年移動平均呈現上升趨勢。

臺灣的自殺通報情況在95年自殺通報人次為19,162人次(男性6,392人次、女性12,769人次)，自殺通報比為4.2(男性2.1、女性9.7)，女性為男性的2.0倍。其後逐年攀升，112年上升為47,735人次(男性15,908人次、女性31,807人次)，女性為男性之2.0倍，112年自殺通報人次較95年增加149.1%、若與111年相比增加5.1%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，112年自殺通報比與95年相比增加183%、較111年相比則增幅為6%。

3. 自殺死亡及自殺通報數據監測分析

全國通報人次在95年後大致為逐年上升的趨勢，僅在100、102、105年些微下降，而112年總通報人次為47,735人次，與前一年度相比上升5.2%，113年1月至5月通報人次為17,566人次，與去年同期相比上升1,744人次，升幅為11%。全國通報比在95年僅4.3之後逐年上升，112年為11.9。

在自殺方式部分，113年1-9月「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(34.5%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(51.7%)、「情感／人際關係」(45.4%)及「工作／經濟」(11.6%)。

三、辦理自殺防治實證研究

1. 自殺防治現況調查

本調查針對自殺防治現況進行全面性分析，涵蓋自殺防治通報系統、死因統計檔及健保資料庫等多項數據來源，旨在辨識再自殺與再自殺死亡的風險因子。調查顯示，過去數年內非致命性自我傷害通報者中，近兩成再次

自傷，且約四成有精神科診斷紀錄，常見精神疾患包括憂鬱症、焦慮症與物質使用障礙等。再自殺死亡的主要風險因素為男性、年長者、單身或離婚狀態，以及使用高致命性自殺方式。

分析指出，不同性別、年齡層與社會經濟地位的個案在再次自傷與死亡率上存在顯著差異，例如女性、年輕族群及低危自傷方式的通報者更傾向於非致命性再次自傷，而男性、年長族群則在高致命性自殺方式中占比較高。調查強調需進一步理解致命與非致命自我傷害行為的差異機制，並針對特定風險因子提出精準防治策略。

建議未來加強跨部會資料整合，結合社會人口學與臨床變項，進一步提升對高風險族群的早期辨識與介入能力，並擴展心理健康支持與去污名化措施，全面降低自殺發生率與死亡率。

2. 原住民自殺防治策略建議

根據資料分析，台灣原住民族群的自殺行為在某些地區和族群中呈現高於全國平均的情況，尤其是山地原住民。男性自殺死亡率較高，女性則在自殺企圖上占比顯著增加。年輕族群和中壯年男性為高風險群體，情感問題、家庭衝突、經濟壓力以及物質濫用是主要的自殺誘因。歷史創傷、文化差異及微歧視亦對原住民心理健康產生深遠影響。

地區分佈顯示，花蓮、新北及桃園等地為原住民自殺風險較高的區域，相關案例多與社會經濟困境及心理健康支持不足有關。數據進一步指出，原住民社群中低收入戶、家暴相關問題以及兒少受害者等特殊群體的比例較高，這些因素與自殺行為密切相關。

有效的自殺防治策略需要結合心理健康教育、情感支持與文化認同的推廣，並透過部落領袖及在地資源建立支持網絡。同時，加強自殺風險篩檢、心理輔導及物質濫用防治，並針對自殺高風險地區分配更多資源，提供緊急支援與長期心理健康服務。

3. 兒少自殺防治策略建議

兒童及青少年的自殺率在近年持續攀升，特別是在高中和大學學齡層，趨勢尤為明顯。15至19歲的青少年自殺已成為全球第三大死因，而台灣在自殺死亡及企圖通報中，均顯示青少年面臨嚴峻挑戰。研究顯示，課業壓力、家庭衝突及精神健康問題如憂鬱症等是主要誘因，而社交媒體的影響亦成為加劇危機的重要因素。

分析自殺企圖的通報特性與自殺原因，指出不同學齡層在自殺動機和方式上的差異。國小學生的自殺行為多與家庭和學校適應問題有關，而進入青春期後，憂鬱症及其他精神健康問題逐漸成為主因，女性比例特別高。網路霸凌與網路成癮則對中學及大學生的心理健康構成額外威脅。

在防治策略上，建議推動全面性、選擇性及指標性策略，包括加強心理健康教育、增進求助意願、去除自殺與精神疾病的污名化，並強化校園支持資源。針對高風險族群，需透過篩檢與早期干預，連結專業醫療與心理支持服務。此外，運用數位工具如心理健康應用程式及線上輔導，提升關懷效能，同時規劃以家庭為核心的系統性介入，整合學校、家庭及社區資源，共同降低青少年自殺風險。

4. 針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略

自殺是全球範圍內的重要公共衛生問題，其中15至29歲年齡層是自殺率位居第二。針對特定族群的人口學變項分析顯示，自殺風險與行為因年齡、性別、文化背景和社會經濟地位等因素而異。青少年因學業壓力與情感問題較易自殺，中年人因焦慮症及憂鬱症風險增加，而老年人多因健康問題和孤獨感而選擇自殺。男性自殺死亡率普遍高於女性，但女性的自殺企圖比例更高。

在自殺方式上，不同族群的自殺方法差異明顯。青少年多選擇割腕或跳樓等方式，中年和老年人則以中毒或上吊為主。地區分佈顯示，自殺高發地區集中於資源較少的農村或經濟壓力大的地區。針對精神健康問題的深入分析發現，患有憂鬱症、人格障礙或物質濫用的人群自殺風險顯著升高。

為應對這些挑戰，防治策略應結合全面性、選擇性及指標性措施，包括心理健康教育、去污名化宣導、加強社區支持網絡，以及針對高風險人群的精準篩檢與心理治療。強化數據串聯與分析，利用醫療與健保數據庫追蹤自殺高風險族群的醫療利用情形，有助於制定更具針對性的政策。此外，呼籲多部門合作並整合資源，特別是在高風險地區加強預防性干預與支持服務，以有效降低自殺率，挽救更多生命。。

四、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

1. 編製 112 年自殺防治成果報告(電子書)

全國自殺防治中心自108年起，每年編製「自殺防治成果報告」，以電子書形式提供中央和地方政府部門，報告內容包含自殺數據分析及各地自

自殺防治工作現況，旨在整合各縣市不同的防治策略，促進中央及地方自殺防治業務發展，並提高政策透明度。今年同樣彙集112年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「112年自殺防治成果報告」，對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。

2. 巴拉刈禁用後之自殺趨勢

「限制自殺工具的取得」是自殺防治「全面性」策略之一，而「自殺防治法」第12條亦為「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的機會」。

自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防治策略之一，全球已有50多個國家全面禁用巴拉刈。行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，已公告自107年2月1日起禁止巴拉刈之加工及輸入，原定於108年2月1日開始禁止分裝、販售及使用，但由於農民反彈聲量過大，在108年1月30日時政策修正，且於109年2月1日起禁止使用。

在巴拉刈禁用政策下，該自殺方式之自殺通報及自殺死亡人數有明顯下降，顯見在禁用政策下自殺防治之成效，進而觀察政策下，其他自殺方式之趨勢，其中自殺通報方式為農藥之人次於112年持續上升，仍值得我們密切留意。

3. 滾動式修訂自殺防治系列手冊

由於自殺原因多重且複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此各體系之自殺防治工作有賴跨部會及不同機構間之協同合作。

而自108年「自殺防治法」立法完成後，衛生福利部依規定定期召開跨部會「自殺防治諮詢會」，促使各部會研討並溝通協調自殺防治工作。有鑒於此，113年度本會依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫2.0」及心理健康及自殺防治之最新政策滾動式修訂自殺防治系列手冊23、25、26、35、36冊。

五、輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治策略

1. 自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊

在疫情後，全國自殺死亡率上升，尤其是15到24歲的青少年族群。針對這一脆弱群體，自殺防治工作顯得尤為迫切，因此強調跨局處合作，形成

合力，已成為自殺防治工作的重要方向。為了解各縣市衛生局推動與自殺防治策略成效、經驗及自殺關懷訪視計畫辦理情形，故辦理自殺防治互動式輔導訪查及工作坊。

自殺死亡方式在年齡、地域和臨床特性上有顯著差異，因此自殺防治策略規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。過去全國自殺防治中心參與各縣市自殺防治業務互動式輔導訪查累積的經驗顯示：各縣市在推動自殺防治工作時，其組織架構、可用資源、優勢和面臨的挑戰都有很大的不同。

為了解各縣市跨局處跨單位在此項業務推動內容之不同觀點、困境與因應方法，故辦理113年度自殺防治互動式輔導訪查，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力，並協助加強參與互動式輔導訪查之縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導追蹤及後續成效評值、依各縣市需求進行議題討論。

六、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

1. 強化媒體及網路平臺互動與因應

全國自殺防治中心自成立以來，致力與媒體共同合作，加強與媒體工作者之間的交流，並推廣WHO所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「八不六要」原則，攜手打造健康的自殺事件新聞報導，使報導能在不侵害自殺當事者及其遺族之隱私權的前提下，顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。

除新聞媒體外中心也於103年研擬教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，並藉由推廣監測及舉報，呼籲大家重視網路自殺防治，全民一起投入，人人皆是網路守門人。113年開始媒體監測業務改為追蹤，舉報流程由原先向「iWIN網路內容防護機構」申訴、利用該網站平台檢舉機制舉報改為向「台北市電腦商業同業公會」進行申訴。

本中心共發布3則新聞稿，1場媒體相關聯繫會議，並於113年5月7日舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議－網路、新媒體報導到自殺防治」。

至113年10月31日共監測網路與紙本新聞媒體1,859則自殺相關報導，並依規定投訴其中132則內含不當內容之報導。

截至113年10月31日共監測到652則含自殺方法相關內容之網頁，經檢舉已下架479則，剩餘未下架者境內網站8則，未下架比例為4.6%；境外網頁165則，未下架比例為34.4%。

2. 自殺防治新聞媒體聯繫會議

全國自殺防治中心過去致力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，自104年起，每年持續辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議，藉由媒體聯繫會議與實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導及影視作品。

今年主題為「網路、新媒體報導到自殺防治」，從網路、新媒體報導探討在自殺防治中所扮演的角色，同時特別邀請到新聞獎得主來現場分享得獎作品的撰寫過程，向媒體分享正向報導的良好範例，使媒體從業人員在報導自殺相關新聞時有所參考。

本次會議於113年5月7日下午2時00分於臺大校友會館四樓會議室舉辦，由呂淑貞計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會張書森理事、iWIN網路內容防護機構韓昊雲組長、商業周刊鄭郁萌主筆。本次會議開放實體參與的同時，也開放線上參與，供不便實體到場之單位仍能派員與會，同時讓對自殺防治議題關心之民眾亦能旁聽與提問。

會議邀請衛生福利部心理健康司陳亮妤司長、立法院王育敏委員、陳昭姿委員、林月琴委員、王正旭委員及盧縣一委員致詞，參與人數共69人。其中衛生福利部4人、立法院5人、國家通訊傳播委員會2人、新聞局1人、衛生局12人、相關學協會5人、媒體單位13人等。

七、教育訓練、活動規劃及召開相關會議

1. 世界自殺防治日系列活動

國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(WHO)自2003年開始，將每年的9月10日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)。IASP公布2021-2024年世界自殺防治日之主題「Changing the Narrative on Suicide」，中心將之翻譯為「改變自殺敘事-從心開始對話」旨在透過改變社會對自殺議題的理解與敘事，減少污名化，增進公眾的關注與支持，並進一步推動有效的預防措施。中心規劃響應世界自殺防治日活動包含世界自殺防治日記者會於9月8日假張榮發基金會國際會議中心舉行，世界自殺防治日短影片徵件活動與國

際性活動—單車繞世界、優質媒體頒獎等。我們透過這項全國性的宣傳活動，呼籲公眾通過社交媒體和其他渠道參與進來，分享訊息和資源，共同努力改變對自殺的敘事，促進心理健康和社會支持系統的發展。

2. 自殺防治守門人之教育訓練與推廣

守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色，接受過守門人訓練的民眾、家屬、親友等對於自殺危險警訊會比未接受訓練者有更高的敏銳度，並且能在早期階段做出適當的介入和轉介，達到人人是自殺防治守門人之宏願。有鑒於此本中心應合各相關行政機構之自殺防治講座、課程、學術與個案研討會之需求，提供守門人講師建議名單，並準備相關訓練教材與數據供機關參考。

截至10月23日止中心共協助推薦外部單位講師共31場、參與訓練的學員共3468人，單位為醫院、軍警單位、學校及長照機構。依中心推薦講師流程，每場講座均會寄送「心情溫度計」電子檔案於主辦單位供講師使用。

5月25日於線上辦理「第一線人員自殺防治守門人訓練課程」，由衛生福利部、台灣自殺防治學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會共同辦理。針對第一線人員提供自殺防治守門人訓練課程。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治現況與進展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺防治守門人-從概念到知能」及「資源連結及轉介技巧」探討自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險群之關懷與處遇、如何增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作、以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論。

本活動線上參與人數為5,347人，西醫師佔92人，精神科醫師佔42人，護理人員佔2,200人，臨床心理師佔80人、諮商心理師佔140人，藥師佔263人，職能治療師佔267人，社會工作者佔764人，長照人員佔1,251人。

113年度截至10月底共辦理23場次PGY參訪訓練課程，482人參與，由中心張家銘常務理事、陳俊鶯常務監事、陳宜明醫師等擔任講師。講師活潑風趣的授課方式分享臨床經驗與技巧，多年來，超過9成學員課後回饋PGY教學目標與內容都符合預期目標和臨床需求，講師透過活潑風趣的方式分享臨床經驗與技巧，同時讓學員瞭解自殺事件不只是精神科醫師或是急診

醫師需要面對的議題，是需要各科醫師、各層級的專業人員一起面對。透過此課程，學員才意識到許多自殺者生前都曾有就醫行為，臨床醫師扮演了守門人重要一道防線。

3. 全國自殺防治中心網站及臉書粉絲網之維護與推廣

本中心希望藉由網際網路無國界的特性，透過網站宣導推廣之功效、順利的將珍愛生命的觀念，深植於人們的心中。全國自殺防治中心網站自2020年2月26日之後與數位學習網合併，且重新規劃網站內容。中心網站今年除更新網站內容，並將臉書粉絲團專文更心於自殺防治中心網站，截至9月止，網頁總瀏覽數為255,815，課程總通人次為401,299次。

從99年底設立珍愛生命打氣網粉絲專頁以來，經過十年多的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導珍愛生命理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。截至10月23日止，粉絲專頁追蹤人數共有13,895位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，固定每日皆會發佈貼文，向民眾宣導心理衛生知識與自殺防治概念。

八、優化自殺防治通報關懷訪視制度

1. 關懷訪視紀錄抽查

為增進關懷訪視紀錄品質，中心每月抽查7至8縣市之訪視紀錄，每縣市每季輪流一次，以專業角度進行審查及提出具體建議，並追蹤後續改善狀況，以協助各縣市自殺關懷訪視員能詳加落實填寫訪視紀錄，確實地為自殺個案及家屬提供合適，且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

截至10月底，已完成800份紀錄審查。收到7縣市回饋共32則意見回饋，大部分縣市皆無意見回饋或均可依建議改善。參考各縣市意見回饋，經中心討論後調整要點或方式包括：1)關於自殺防治通報系統設計相關建議，已於六月份彙整意見發文提報予系統維護廠商、2)關於自殺關懷訪視紀錄表單設計及訪視流程/結案標準相關建議，應屬個案管理流程或個案本身特殊狀態方面問題，未來將透過專家學者討論方能研擬合宜改善作法、3)關於審查意見相關建議，本中心將參考縣市意見，討論增修審查準則，或即時回應縣市疑問。

各縣市撰寫紀錄品質為「優」或「良」居多，約佔82.8%，品質為「可」、「差」、「劣」約佔17.2%。在身體疾病史及精神醫療史逐漸完善，顯示訪員能盡量著重蒐集生理及精神疾病之就醫治療史，結合其他資訊綜合評估

再自殺風險。未來將進一步進行系統優化以提升紀錄完整性。社會資源轉介與橫向連結方面，可更具體了解個案使用醫療及長照資源相關訊息。未來中心將持續追蹤檢討因行政流程而自動結案之紀錄、心衛社工訪視紀錄等是否納入審查範圍。

後續持續進行每輪複審，為加強追蹤各縣市改善情形，每輪複審將與前一輪審查結果進行比較，俾了解紀錄品質是否提升。

2. 推廣培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制

自殺防治守門人訓練為國家自殺防治中心重要工作，民國108年臺灣頒布自殺防治法後，第九條明訂自殺防治守門人角色為「具備自殺防治觀念，能識別自殺風險，並提供協助或轉介等作為，以防範他人發生自殺行為之人」，並列為國家自殺防治中心的主要任務。依據自殺防治法施行細則第12條，守門人教育訓練須包含以下內容：（一）自殺防治守門人之基本素養；（二）自殺防治相關法令及綱領；（三）自殺危險因子及保護因子；（四）自殺防治現況及策略；（五）自殺風險評估之方法與技巧；（六）自殺行為之預防及危機處理技巧；（七）資源轉介：醫療暨其他資源網絡，學會於110年提出「自殺防治守門人講師認證暨教材標準化計畫」，希望透過辦理「自殺防治守門人講師訓練」工作坊，藉由標準化培訓指引、訓練大綱及教材內容，達成守門人講師專業一致性，以符合社會大眾的需求與期待，在111年11月20日已辦理「自殺防治守門人講師訓練」專家會議。

學會今年辦理113年自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊，分別於113年6月17日、113年6月25日、113年7月8日及113年7月17日辦理北中南東四場次，並且在四場次的工作坊當中，討論關於培訓自殺防治種子教師之教育訓練的方法，研訂培訓自殺防治種子之教育訓練措施及機制。

3. 強化社會安全網第二期計畫人員及自殺關懷訪視員課程規劃

行政院於107年2月核定「強化社會安全網計畫」，為建立家庭與社區永續支持體系，強化社會安全網（以下稱社安網）擴充地方政府各項專業人力，強化各網絡間的合作機制，共同建構完善的安全網絡。為協助第一線工作人員因應背景多元且問題複雜的自殺個案，持續了解社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員之進修需求、建置完善的教育訓練課程、提供與支持其精進自殺防治工作相關知能，實為社會安全工作中不可缺少的一環。

依據社安網第二期計畫，將各項目人力劃分為五類分別規劃相關課程：「心理師、心理輔導員，25堂課」、「護理師，24堂課」、「社工、方案管理社會工作人員，10堂課」、「心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員，46堂課」、「藥癮個管員、職能治療師，8堂課」。依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，於珍愛生命數位學習網開設自殺防治人力專區，目前專區課程合計共46堂，113年度新增13堂課程並草擬114年上半年新增8堂課程。

未來持續對珍愛生命數位學習網之自殺防治相關人力初階/進階現有課程進行檢視，配合社安網第二期計畫各類服務人力，增修自殺防治相關課程內容，以家庭為中心，規劃自殺風險及家庭需求評估、高齡者身心狀況及照顧議題、相對人身心狀況及家內危機事件等相關課程，以期達成提升實務專業知能的目標。

4. 自殺防治通報系統增修建議

衛生福利部為落實自殺企圖、自殺死亡個案之通報，於民國95年建置「自殺防治通報系統」，供各縣市衛生局、關懷訪視員及各通報單位登入使用。然而，由於自殺防治政策變化、系統功能眾多且複雜、關懷訪視流程更新等，使關懷訪視人員在系統操作及紀錄撰寫上遇到問題，降低行政效率。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時優化與增修自殺防治通報系統功能。

本中心將持續蒐集各縣市關懷訪視人員系統使用上常見問題，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，並依關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視員於登打資料時參閱，以滿足全國自殺防治相關工作人員實務需求。

為配合衛生福利部心理健康司及通報系統維護廠商，本中心蒐集彙整各縣市衛生局及關懷訪視人員針對自殺關懷訪視紀錄介面提出之改善建議(共計5項)，並提報予系統廠商。

九、其他辦理事項

1. 配合衛生福利部辦理事項

今年度配合衛生福利部辦理事項包含配合衛生福利部需求指派專人進行自殺相關議題之系統資料串聯、統計、分析，並依統計與分析結果，研擬自殺防治相關因應策略、研擬113年度死因統計記者會所需之相關說帖、研

訂及推動「全國自殺防治綱領」、協助衛福部研擬立法院質詢、監察院調查、國家人權行動、兒童權利公約、性別議題、永續發展目標、社安網重大社會事件檢討等報告初稿、協助辦理自殺防治諮詢會。

2. 刊物之發行與推廣

《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)展為英文期刊，自111年起由《自殺防治網通訊》(Newsletter for Suicide Prevention Network)更名轉型，接續原卷期數並正式出刊，截至113年六月為止已發行6期，並陸續邀請各國自殺防治專家學者共同編輯與投稿。第19卷第1期已於今年三月刊出，內容包含Editorials一篇、Specail Issues兩篇、Special Articles一篇、Original Articles四篇及Case Reports一篇。第19卷第2期於六月發行，內容包含Editorials一篇、Specail Issues兩篇、Special Articles一篇、Original Articles三篇及。透過專業資訊平台刊登JoS之論文，同時於中心網站更新，供有興趣之相關專業人員或民眾下載或線上閱讀，期望能鼓勵更多民眾接觸自殺防治相關訊息及資訊以達推廣之目的。

期中報告委員審查意見回覆

一、建議針對標準化死亡率年度趨勢增加之年齡族群，進行原因探討並提出建議之因應策略。

制定研究計畫時死亡率皆只能參考去年較難馬上做更正，期末報告分析族群之15-30歲及65歲恰好是增加之族群可供參考。

制定研究計畫時，由於死亡率資料通常需參考前一年度數據，難以及時更新，對分析工作帶來一定挑戰。期末報告中針對族群分析發現，15-30歲及65歲族群的死亡率為增加的群體，可作為進一步探討的重要參考依據。請參考 3.4針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略的相關敘述。

二、建議針對去年及今年各縣市自殺防治策略與執行狀況，連結各縣市各年之死亡率增減率與排名變化進行探討分析。

- (一)、 高雄市死亡率增加15.58%，自殺方式「以氣體及蒸汽」、「吊死、勒死」、「溺水」、「高處跳下」皆為增加，建議除了落實公寓大廈每年進行自殺防治宣導，漁工處也定期舉辦自殺防治高樓的宣導提稿居民的安全意識，也於溺水熱點張貼警示標語。
- (二)、 新竹縣死亡率增加20.39%，自殺方式、「以固體或液體物質」、「以氣體及蒸汽」、「吊死、勒死」、「溺水」、「高處跳下」皆為增加，建議對住院病人進行心情溫度計(BSRS)，並根據篩檢結果實施後續的介入，確保及早識別和處理潛在的自殺風險，提供必要的支持和治療，以有效減少自殺率。於自殺熱點加強自殺防治知能的宣傳。透過各種媒體和社區活動，提升公眾對自殺防治的認識，並促進早期介入和危機處理能力。
- (三)、 苗栗縣死亡率減少25.02%，自殺方式「以固體或液體物質」「以氣體及蒸汽」、「切穿工具」、皆為增加，建議針對木炭業者持續進行自殺防治宣導，另外於校園部分建議持續舉辦學生自殺防治守門人訓練，以及教師對於校園自殺防治知能。
- (四)、 屏東縣死亡率增加15.86%，自殺方式「以固體或液體物質」、「吊死、勒死」、「溺水」、「切穿工具」、「高處跳下」皆為增加。面對青少年的議題，建議邀請各大專院校輔導中心主任、諮輔中心代表，參與討論自殺防治推動方案，並擔任自殺防治會委員。
- (五)、 花蓮縣死亡率減少37.73%，自殺方式「以氣體及蒸汽」、「吊死、勒死」、「溺水」皆為減少，建議持續於校園及職場進行自殺防治宣導，以及1925安心專線。

三、建議對於特定主題(例如通報後再自殺死亡的危險因子分析等)進行推論統計分析，並深入探討重要因子的獨立影響效果、可能的修飾因子或影響路徑等，以助後續防治策略的設計規劃。

今年度自選主題研究旨在探討自殺通報者的再次自殺和自殺死亡風險因子。資料來源包括國家自殺防治通報系統、死因統計檔與健保資料庫，涵蓋性別、年齡、自殺方法、婚姻狀態等變項。研究對象為因自殺就醫的患者，排除自殺意念者、已死亡者及不合理案例。通過數據串聯與統計分析，研究對象的非致命性與致命性自傷風險因子得以清楚界定。

結果顯示，非致命性再次自傷的主要風險因子包括女性、年輕、離婚或分居、低教育程度以及使用低致命性方法(如藥物過量)。致命性自傷的風險因子則為男性、年長、單身或離婚/分居，以及使用高致命性方法(如燒炭)。此外，精神疾病診斷(如憂鬱症、焦慮症)與住院記錄也顯著增加風險。詳見3.1自殺防治現況調查。

此外，因應近年75歲以上長者自殺原因多為生理疾病，故今年進入統計處針對107-111年自殺死亡長者分析前一年就診科別與疾病，長者前一年看診科別多為內科(84%)、家醫(68.9)及急診醫學科(55.53)，可針對分析報告中較占率較高之科別加強長者自殺防治推廣，此處僅列出大概詳細疾病及其他科別占率請翻閱期末報告3.4針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略的相關敘述。

四、建議明確說明如何考量文化背景與社會經濟地位之特定族群的自殺行為現況分析，以助規劃自殺防治策略。

今年曾針對中壯年族群納入幾點社會因子(物價指數、年平均所得、總工時、失業率)做歷年自殺死亡率簡易分析(多變量線性回歸模型)，其中並沒有較明顯因子，簡單描述因子對模型的分析結果則是，總工時及年平均所得是上升後自殺死亡率會下降，物價指數及失業率則是上升死亡率會隨著上升，但分析當下並未考慮因子間的相關性，還有待進一步確認。

五、建議實證研究之主題應兼顧前瞻性議題。

今年的內容已經確定，建議納入明年辦理規劃。

六、成果報告大綱，建議可呈現探討近3年的變化趨勢，以助自殺防治策略與成果的檢討及展現。

整體趨勢建議以多年趨勢為主要參考基礎，以便更清晰地判斷過去與現在的差異。相鄰年份之間上下起伏可能較大，透過計算三年移動平均，例如110-112年的三年移動平均為110、111、112年三者相加再除以3，並分析趨勢，可消弭偶然的隨機波動，比起單純分析歷年自殺死亡，三年移

動平均能更好地反映長期趨勢。(圖1為三年移動平均趨勢範例)

針對特殊族群的部分，建議明年規劃進行三年移動平均趨勢分析，以更全面了解其變化情形，為後續策略制定提供有力依據。

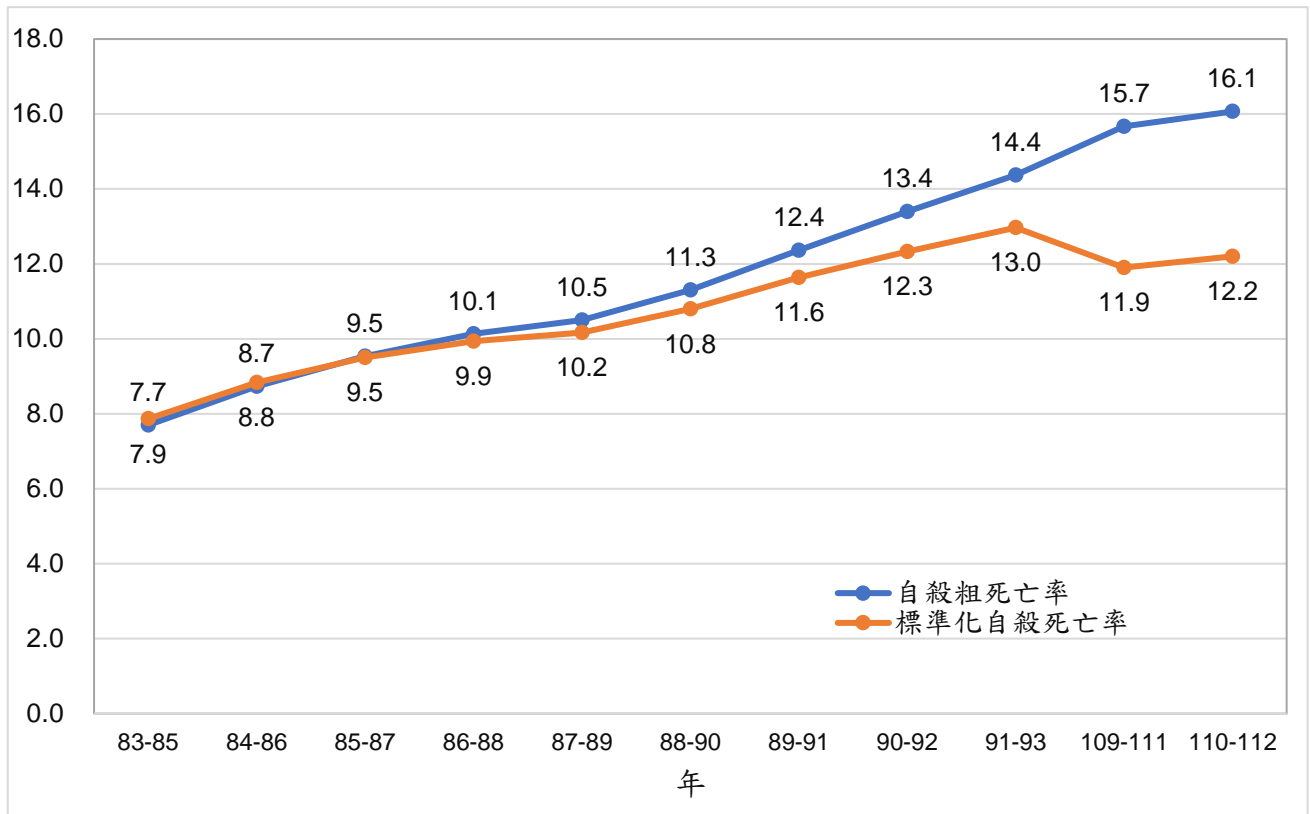


圖1、全國83年至112年自殺死亡率三年移動平均

七、建議持續強化與媒體及網路平台互動(特別是具影響力之主管)。執行方式上建議考量以科技導入搜尋連結新聞及網頁，以更有效率因應傳媒與網路報導之影響效應。

持續追蹤以及建立相關關鍵字搜尋，期望明年規劃科技輔助的方來，增加效益。

八、建議教育訓練與推廣之成果，能以課程內容與知能行為等設計題目，並進行前、後測比較，以實地了解研習成效。

今年度相關工作已順利完成，建議納入明年度的辦理規劃，以延續成果並進一步提升執行效益。

壹、設置全國自殺防治中心

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(一) 設置全國自殺防治中心</p>	
<p>1. 聘請專責人力數名(需含駐部人力1名),辦理本專案所訂各項工作。廠商應明定所聘人力於本專案之工作職掌,包含指定與各縣市自殺防治業務之研商聯繫窗口,並提交本部備查。又聘用之人力應有3分之1(含)以上具有衛生統計背景或專長,或自殺防治實務相關工作經驗(駐部人力以具有衛生統計背景或專長為佳)。</p>	<p>詳見1.1章節</p>
<p>2. 每季調查並更新各縣市衛生局自殺防治業務承辦窗口聯絡資訊,及提供並更新精神醫療網分區之外督專家學者建議名單,以供各縣市政府衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議參考運用。</p> <p>3. 上述自殺防治中心人員名冊及精神醫療網分區之外督專家學者建議名單,應於決標日起2個月內提供本部,並依實際狀況更新。</p>	<p>依規定執行完成 詳見1.2章節</p>

全國自殺防治中心組織

社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，工作團隊包括學會理、監事及相關研究人員，並依據業務需求，聘請專責人力，設置全國自殺防治中心(詳見組織圖如圖 1-1-1、編制如表 1-1-1)，辦理本案之各項工作，同時藉由本學會各委員會及顧問群之協助督導，以促進各項專案業務之推動。(「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件 1-1-1)

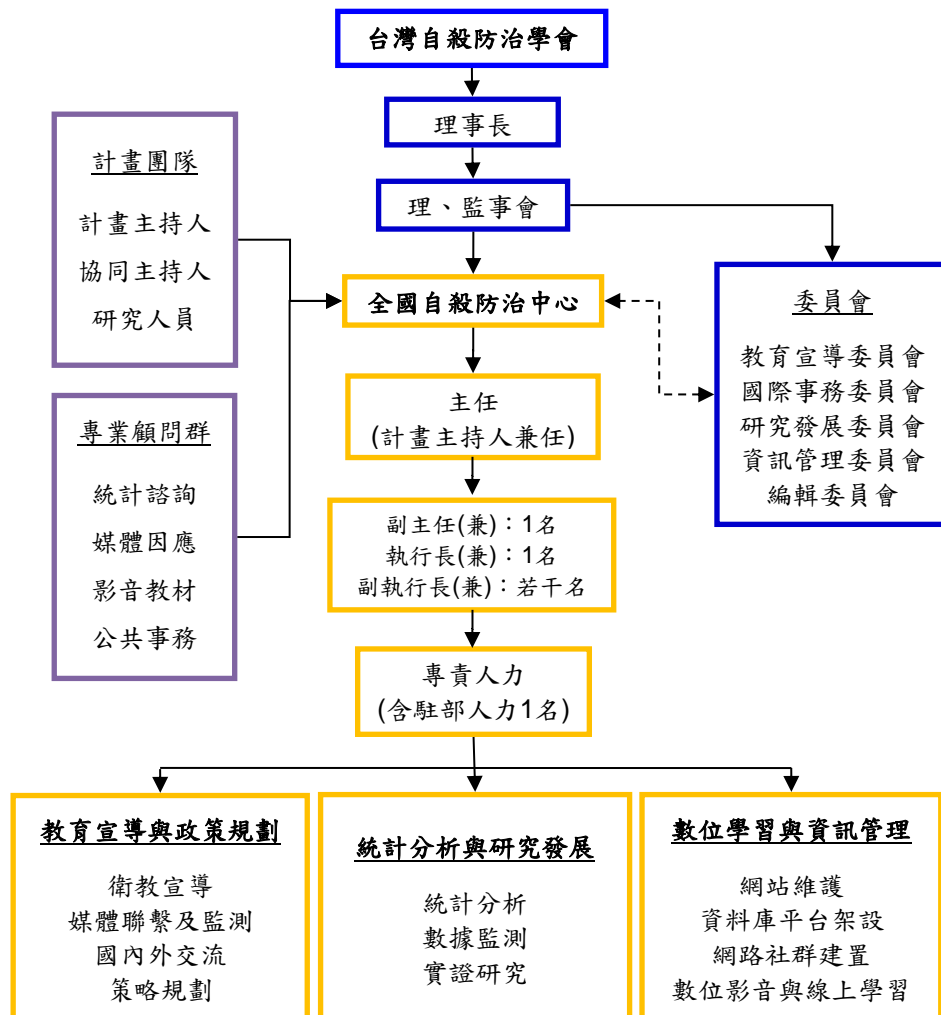


表 1-1-1、中心團隊編制職稱對照表

姓 名	中心職稱	台灣自殺防治學會職稱
呂淑貞	計畫主持人兼主任	理事長
黃敏偉	協同主持人兼副主任	常務理事
楊境中	協同主持人兼執行長	秘書長
陳俊鶯	協同主持人兼顧問	常務監事
周煌智	協同主持人	常務理事
張家銘	協同主持人	常務理事
張書森	協同主持人	理事
黃柔嘉	副執行長	副秘書長

113 年本中心專責人力學歷科系分佈如下圖所示，科系分布上，依照業務需求聘請資訊教育與數位教育系、資訊管理系人力 2 員，專責「數位學習與資訊管理」相關業務；具統計專長人力 4 員，分別為統計學系 3 員、公共衛生學系 1 員，其中 1 員為駐部人力；負責「教育宣導與政策規劃」相關業務為 5 員，科系涵蓋心理及諮商輔導相關科系，具有自殺防治實務工作經驗為 2 員，2 員均曾擔任自殺關懷訪視員。(圖 1-1-2)

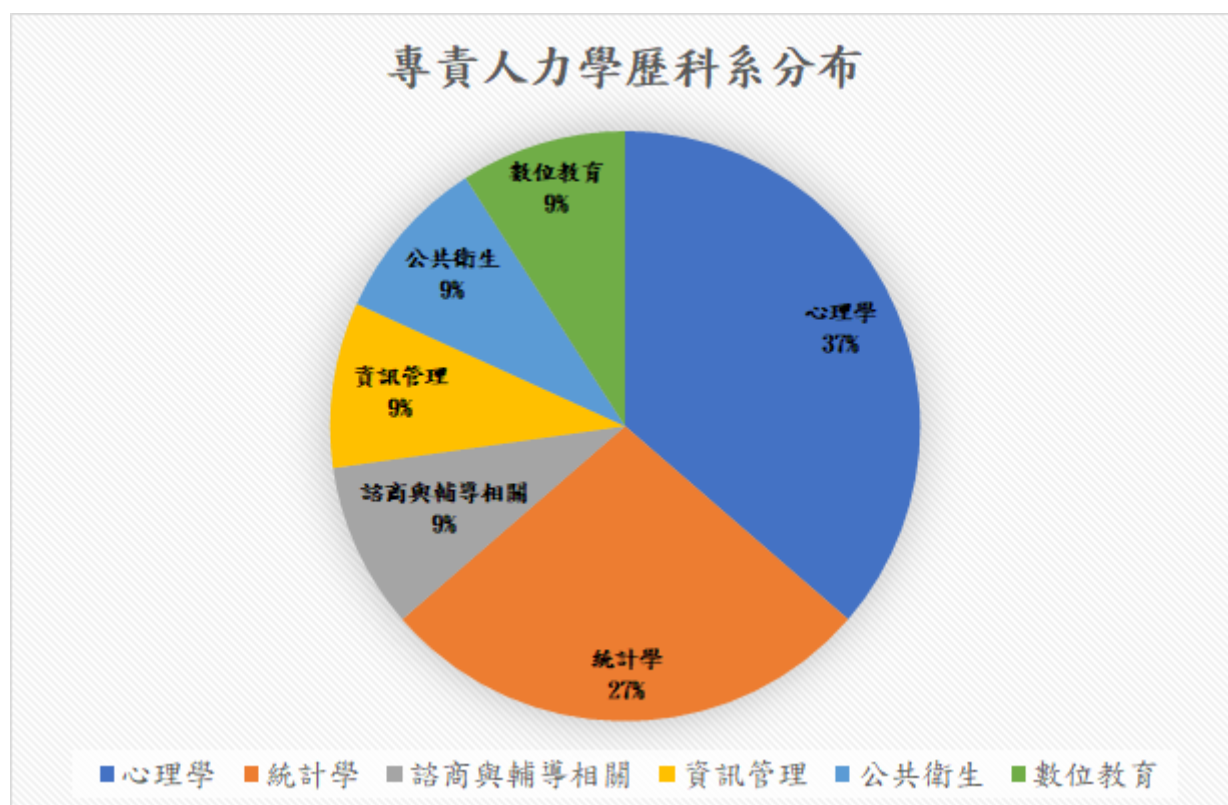


圖 1-1-2、全國自殺防治中心專責人力學歷科系分布圖

為了落實中心與地方政府衛生局間之聯繫，自 106 年起依照各縣市分配負責同仁及業務督導(詳見附件 1-1-1)，主要功能為判讀每月自殺防治通報月報表

數據變化、撰寫滾動式策略建議及各縣市因地制宜自殺防治計畫建議書策略編寫，並照地緣關係指派業務督導，針對前述策略提供專業的增修意見。

因為中心與地方政府衛生局聯繫多為索取資料所需，目前大多數仍以專責「統計分析與研究發展」相關業務之人員負責回應之工作，主要流程為衛生局端聯繫中心傳達數據需求，由中心統計人員計算數據結果後提供予衛生局。將來為強化各縣市聯繫窗口與衛生局間之聯繫溝通，將由統計人員計算數據後，轉由縣市聯繫窗口回應衛生局之需求。

承續過去自殺防治工作之理念與實務，113 年全國自殺防治中心之角色任務包括：協助衛生福利部加強整合心理衛生與自殺防治業務及資源、針對各種特定族群探討自殺之可能原因，研擬具體防治策略，預防自殺死亡率之增加；因應自殺防治法，積極檢討瞭解現有防治體制、權責分工之問題；協助各縣市衛生局，擬訂因地制宜之自殺防治措施，提升高自殺風險個案之關懷品質，包括從關懷訪視紀錄的審查結果，再次檢視關懷訪視流程及其開案，結案標準等的可行性及品質確保程度、增進跨網絡之合作，強化和其他非政府組織溝通聯繫，以達資源共享之目的；研修、訂定自殺防治相關工作規範、評估工具與運作流程；製作課程、教材、規劃各項教育訓練與宣導等活動。

提供各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口及外部督導專家學者名單

一、背景 (Context)

1. 提供各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口

為使與地方政府衛生局即時以及有效的雙向互動，且為了有利自殺防治業務的推動，本會於每季更新全國各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口。

2. 外部督導專家學者名單

國內自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性三大策略；其中，指標性策略主要是針對自殺企圖者進行追蹤關懷與個案管理。據研究顯示，曾經自殺過的人，再度自殺的機率遠高於一般人，近 40 倍，因此作為第一線的自殺關懷訪視員，不僅需具備對自殺行為者的正確態度與基本訪視技巧，亦需同時了解自殺相關知識，並能熟悉與善用各種在地化的資源網絡，以對個案做出適當的評估與處遇。

然而，訪員所面臨到的個案狀況常是包羅萬象，難以用單一通則來解決，若訪員缺乏適當的團隊支持與自我照顧能力，很可能會影響訪視服務品質，因此完善的督導機制便是訪員最主要的支持與援助，針對多重議題衝擊的自殺行為個案提供即時性的研討後，進行再評估及處遇建議，進而增進訪視服務之品質與成效。

本會參考各領域專家學者經歷、專長，提列各區外督專家學者建議名單予貴部審核，並提供縣市衛生局予辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

二、輸入 (Input)

1. 資料蒐集

1) 各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口

(1) 以電話聯絡的方式詢問各衛生局自殺防治業務聯絡窗口。

(2) 於每季寄信至該承辦進行詢問聯絡窗口是否更新。

2) 外部督導專家學者建議名單

(1) 發文精神醫療網核心醫院，由核心醫院提供責任區域縣市之專家學者建議名單。

(2) 同時發文各縣市衛生局，由衛生局提供 112 年曾聘任之外部專家學者名單及給予建議。

2. 資源連結與合作

1) 各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口

(1) 合作單位：各縣市衛生局

(2) 資源連結內容及形式：各衛生局自殺防治業務聯絡窗口資料收集

2) 外部督導專家學者建議名單

(1) 合作單位：各縣市衛生局、各精神醫療網核心醫院。

(2) 資源連結內容及形式：外部督導專家學者建議名單索取。

三、過程 (Process)

1. 執行步驟與方法

1) 各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口

(1) 3 月-4 月以電話聯絡的方式詢問各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口。

(2) 收集媒體監測寄送衛生局承辦人以及輔導訪查業務承辦人。

(3) 彙整名單並以信件寄送給衛生福利部。

2) 外部督導專家學者建議名單

(1) 收集外部督導之專家學者建議名單，今年度向各縣市衛生局收集的名單 112 年曾任外部督導之專家，以實際執行外部督導業務之專家學者作為中心推薦之參考名單之一，也一步了解各縣市衛生局聘請各區外部督導對於的需求。

(2) 不同職業背景之專家學者，督導著重方向不同，各單位聘任外部督導時需要針對外部督導會議的性質聘任不同背景之專家學者，因此根據各專家學者背景，區分為醫師、其他專業人員兩類。

(3) 挑選前項名單中有實際督導經驗之專家學者，提列各區精神醫療網外部督導專家學者建議名單，函送衛生福利部。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 每季各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口，名單如附件 1-2-1
- 2) 113 年度外部督導專家學者建議名單共 7 份，各區名單如附件 1-2-2

五、 附件

附件 1-2-1、22 縣市自殺防治業務承辦窗口

附件 1-2-2、113 年外部督導名單彙整

貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

<p>工作項目</p> <p>(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p>執行結果</p>
<p>(二)提供及運用自殺防治相關統計分析資料</p>	
<p>2.自決標日起2個月內，函送「年度自殺資料特性分析」之分析架構。分析之變項應包含全國與各縣市、全人口與分齡、分眾等面向。廠商應於提報分析架構時，敘明擬分析之向度、欄位、資料年度等。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>4.於本部113年死因統計記者會後1個月內，函送「112年總體自殺防治報告（全國）」（含現況與趨勢分析、國際比較、原因探討、推動成果、策進建議等）。</p> <p>5.於本部113年死因統計記者會後2個月內，函送各縣市之「112年總體自殺防治報告」（內容應強調全國與該縣市之差異，各縣市因地制宜之策略與建議等，惟無須含各縣市之執行成果），以供本部、各縣市政府及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.2章節</p>
<p>6.於113年10月30日前依本部提供之跨網絡系統與自殺通報系統串接之資料，更新全國及各縣市「自殺資料特性分析及因應對策報告」（含全國及22縣市各1冊）：</p> <p>(1)各報告有關自殺特性分析之內容應同時以報表、圖表、文字摘述及自殺死亡地圖等方式說明之，分析主題如下：</p> <p>a.全年齡層（請依本部統計處定義為之）。</p> <p>b.未滿18歲、15-30歲之年輕族群。</p> <p>c.各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】(以教育部統計處定義為之)。</p> <p>d.特定人口群（含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群）。</p> <p>e.多元議題族群(含保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、醫療機構替代治療作業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案等)。</p> <p>f.運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處定義為之)及各級學齡層(以教育部統計處定義為之)首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺(死亡)個案、拒訪/訪視未遇、於</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>

<p>非戶籍地死亡等個案之人口學特性、自殺死亡原因、方式、所在縣市及地點等，並提出相關風險指標。</p> <p>g.其他經本部通知所需之主題。</p> <p>(2)自殺死亡地圖應包含戶籍地、死亡地點、3年移動平均、標準化死亡比等分析。</p> <p>(3)全國之報告應另製作成簡報檔，供本部政策說明使用。</p> <p>(4)配合本部通知將是項資料依本部「自殺防治通報系統」規格，匯入該系統之自殺防治地圖之資料庫。</p>	
<p>7.監測自殺死亡及通報數據，並製作下列資料：</p> <p>(1)每月監測本部自殺死亡初步數資料(由本部提供)，進行統計分析。</p> <p>(2)定期撈取自殺防治通報系統資料進行資料清檔及統計分析，每月監測本部自殺防治通報系統資料（含自殺通報關懷訪視紀錄），進行統計分析，並按季提供各縣市政府滾動式修正自殺防治策略建議，並於次季追蹤其執行情形，按季彙整後函報本部。</p> <p>(3)按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，函送自殺通報關懷月報表予責任區域縣市之精神醫療網核心醫院，及按季提供前開醫院自殺通報趨勢分析；與區域內縣市衛生局合作，協助規劃及推動區域內自殺防治業務，據以判讀數據並提供專業建議。</p> <p>(4)應於履約期限終止前，或依本部指定期限，交付自本部取得之113年度自殺防治通報系統資料檔案，包含原始檔案(raw data)及清檔檔案。另廠商如曾取得本部112年度自殺防治通報系統資料檔案，應於決標後2個月內繳還本部（含原始檔案及清檔檔案）。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.3章節</p>

112 年度自殺防治統計分析及防治策略報告

一、背景

自殺防治是當代公共衛生及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含遠端及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒時期及周產期因素、早年創傷經驗，及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾病、身體疾病、心理社會危機、致命工具可得性、及媒體模仿效應等，其防治工作艱鉅，需公共衛生策略多層面方式的介入。

為有效防治國人自殺問題，衛生福利部於民國 94 年底開始推動「全國自殺防治行動策略第一期計畫」(期程：民國 94 年至 97 年)，委託辦理「全國自殺防治中心計畫」，成立國家級自殺防治中心，做為全國性自殺防治工作之整合平臺，工作內容包括：(一)協助擬訂全國自殺防治中長程計畫；(二)依據全體民眾、高風險群及自殺企圖者不同對象，推動全面性、選擇性及指標性自殺防治策略；(三)試辦先導區及推廣區計畫，並將其自殺防治個案關懷模式經驗，推展至各縣市；(四)辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，做為政策研擬之參考；(五)自殺危險性評估工具發展；(六)自殺遺族及志工組織建立；(七)資源及衛教手冊編訂；(八)專業人員教育訓練；(九)辦理社區心理衛生中心輔導及協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；(十)促成國際交流合作等。

以本中心做為全國自殺防治工作之平臺，持續配合衛生福利部，辦理包括自殺防治相關之統計分析、實證研究及資料蒐集及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提之下，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，俾利有效降低國人自殺死亡率。另外，為協助地方持續推動自殺防治工作，辦理強化自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

二、輸入

1. 執行步驟與方法：

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

- b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。
- c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

- a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。
- b. 資料說明：自殺企圖通報個案之相關資料。
- c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市、訪視情形、訪視方式等。

3) 資料清檔：進行資料清檔與串聯彙整。

4) 統計分析

- (1) 建立評估指標及分析自殺企圖者特性，包含自殺粗死亡率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺死因占率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺通報比(全國、各縣市)、自殺通報占率(性別、年齡層、自殺方式、自殺原因)、分案率、分案關懷率、結案率、通報單位類型分布、關懷方式類型比例、全國及各縣市個案關懷次數(平均值、標準差、中位數、最大值、最小值)、關懷後處遇計畫比例等。監測全國自殺死亡及自殺通報概況，並對全國自殺防治策略進行評估，藉以作為修正的參考。
- (2) 112 年自殺企圖通報個案，首次通報即死亡、通報後再自殺死亡以及無死亡紀錄分別與性別、年齡、自殺死亡方式、自殺通報方式、自殺原因、通報縣市、特殊身份別，進行交叉分析。
- (3) 112 年自殺死亡個案生前通報情形分別與性別、年齡、戶籍縣市，進行交叉分析。
- (4) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式，進行交叉分析。
- (5) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 天內之個案:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式，進行交叉分析。
- (6) 各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式，進行交叉分析。
- (7) 111-112 年再自殺死亡危險因子分析。
- (8) 112 年自殺死亡個案生前訪視情形分析。
- (9) 112 年自殺死亡戶籍地與死亡地相異者，其性別、年齡層、自殺死亡方式、戶籍縣市的分析。

2. 資源連結合作：

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、各縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

- 2) 資源連結內容及形式：提供分析報表及數據、系統使用回饋問題蒐集、互動式輔導訪查等。

三、過程

1. **組織建立**：延續籌組研究小組的規劃，小組成員專長涵蓋精神醫學、心理學、社會學、流行病學、生物統計、衛生政策及醫療保健等領域，持續進行老人相關議題、疾病與自殺、自殺工具與方式、自殺風險評估量表工具及巨觀的自殺防治等研究；並定期召開會議討論，以不同的統計方式整合中心現有的資訊，找出自殺高風險防範的介入點，並評估目前施行策略之成效性。
2. **資料蒐集**
 - 1) 自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：83 年至 112 年。
 - (2) 說明：自 89 年衛生福利部「衛生福利資料科學中心」成立後，由中心每年進行使用資料申請，並於繳費後得以使用。
 - 2) 自殺企圖通報資料檔
 - (1) 資料期間：95 年至 112 年。
 - (2) 說明：研究發展組向系統維護廠商申請自殺通報資料，包含自殺通報單、派遣資料表、個案基本資料表、訪視單、結案單、轉介單等資料。
3. **研究分析**
 - 1) 自殺死亡特性分析
 - 2) 自殺企圖個案特性分析
 - 3) 自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔分析

四、成果

1. **112 年自殺數據分析**
 - 1) 全國自殺死亡率變動趨勢(詳見附件 2-1-1)

臺灣的自殺死亡情況在 83 年自殺死亡人數為 1,451 人(男性 977 人、女性 474 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人(男性 9.0 人、女性 4.6 人)。其後逐年攀升，於 95 年上升至自殺死亡人數 4,406 人(男性 3,088 人、女性 1,318 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，其後逐年下降，並於 99 年退出國人十大死因，以標準化自殺死亡率觀察亦為同樣趨勢。109 年、110 年 Covid-19 疫情期間自殺死亡率連續二年下降，惟自 111 年起，自殺死亡率上升，至 112 年粗死亡率

為每十萬人口 16.7 人，標準化死亡率為 12.7 人，國人死因第 11 位)。(如圖 2-1-1)

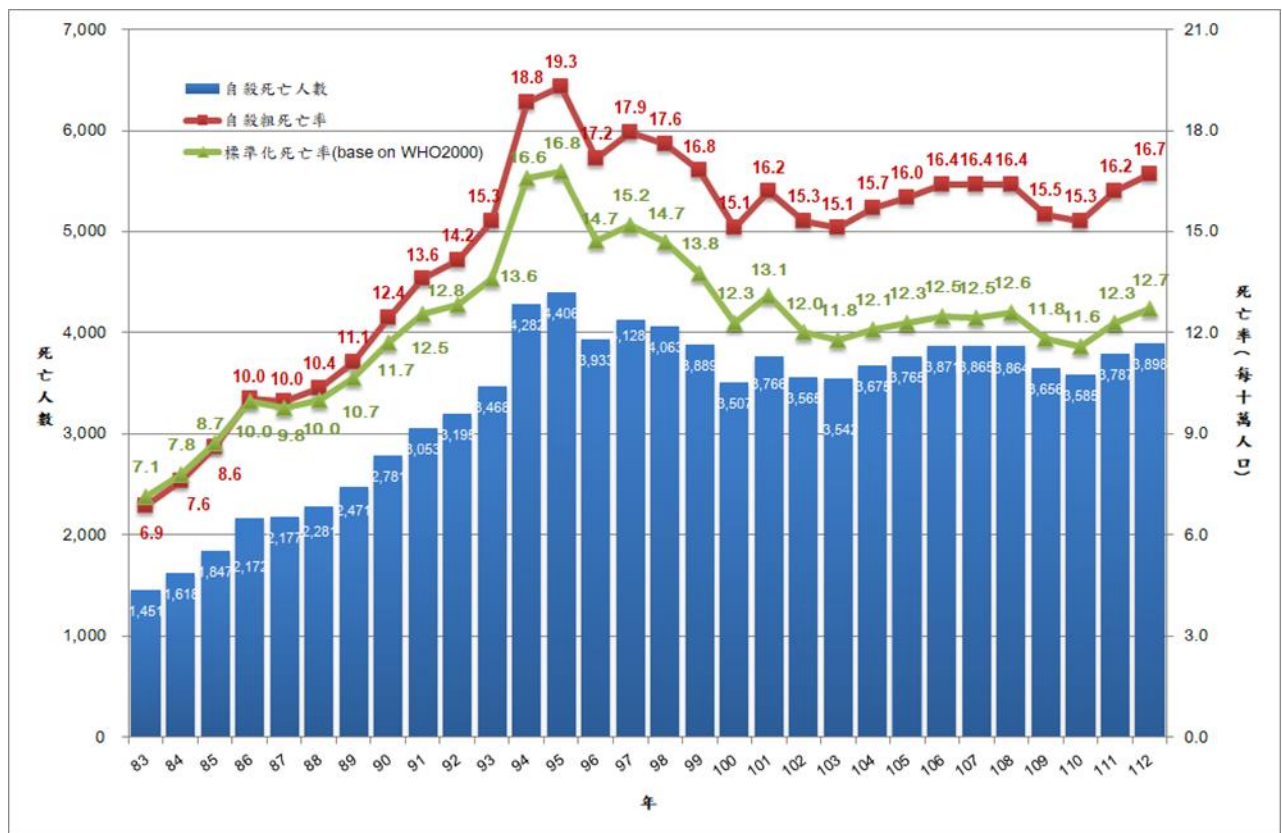


圖 2-1-1、83-112 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 112 年自殺死亡人數 3,898 人(男性 2,500 人、女性 1,398 人，性別比 1.79)；標準化自殺死亡率每十萬人口 12.7 人(男性 16.4 人、女性 9.3 人)，較 95 年(每十萬人口 16.8 人)下降 24.4%，三年移動平均呈現上升趨勢。

以性別之標準化自殺死亡率來看，男性標準化自殺死亡率自 83 年起逐年增加，於 94 年大幅上升(死亡率為每十萬人口 22.9 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 23.4 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 105 年男性標準化自殺死亡率上升為每十萬人口 17.0 人後持平，112 年每十萬人口 16.4 人，與最高峰 95 年相比降幅為 29.4%。

女性標準化自殺死亡率自 83 年起逐年攀升，於 94 年達到最高峰每十萬人口 10.2 人，其後呈現小幅向下之趨勢，直到 101 年上升至 9.3 人後，至 103 年前呈現下降趨勢，104 年至 108 年有些微上升，112 年為每十萬人口 9.3 人，與最高峰 94 年相比降幅為 8.8%。(如圖 2-1-2)

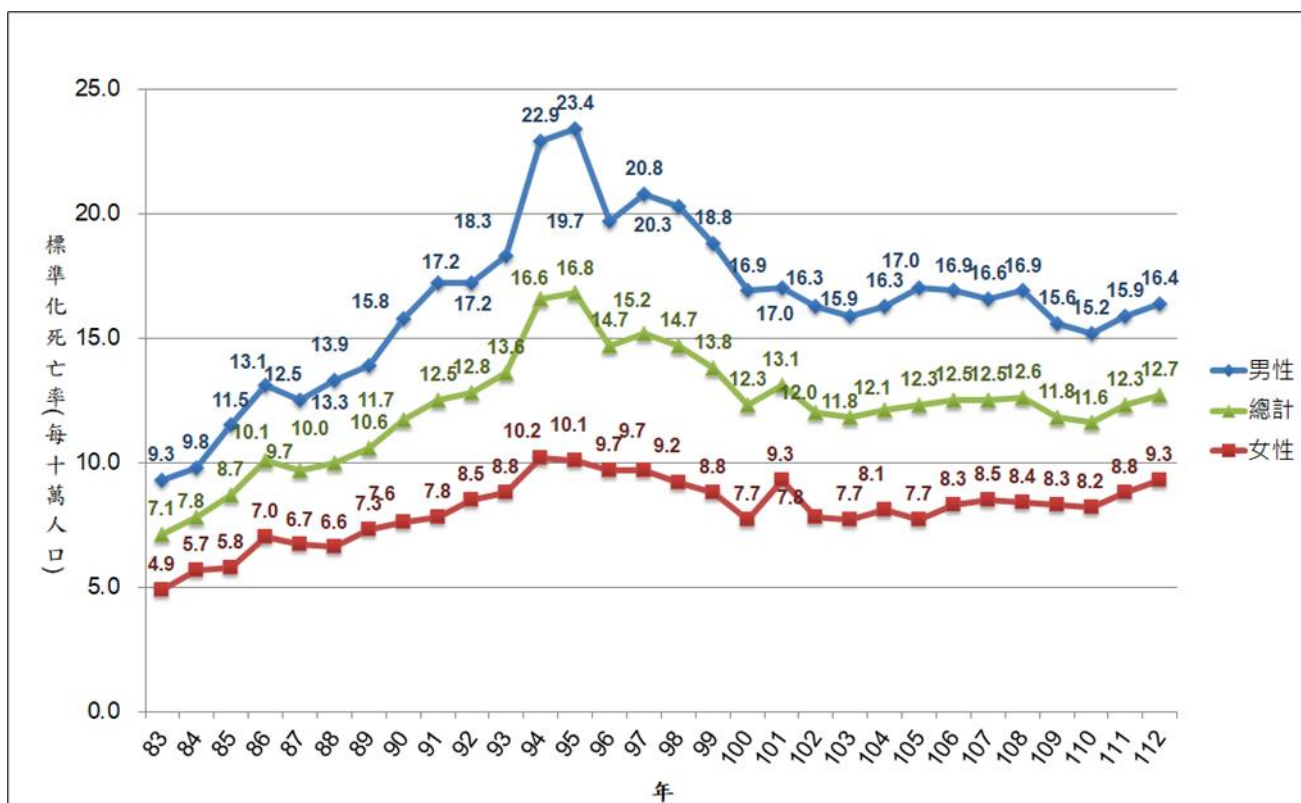


圖 2-1-2、83-112 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析 15-24 歲近年有持續上升趨勢，65 歲以上年齡層死亡率在連續二年上升後 112 年為下降，而 25-64 歲年齡層死亡率則連續 2 年呈現上升趨勢，顯示當前自殺防治策略在年輕及中壯年族群是待強化的。(如圖 2-1-3)

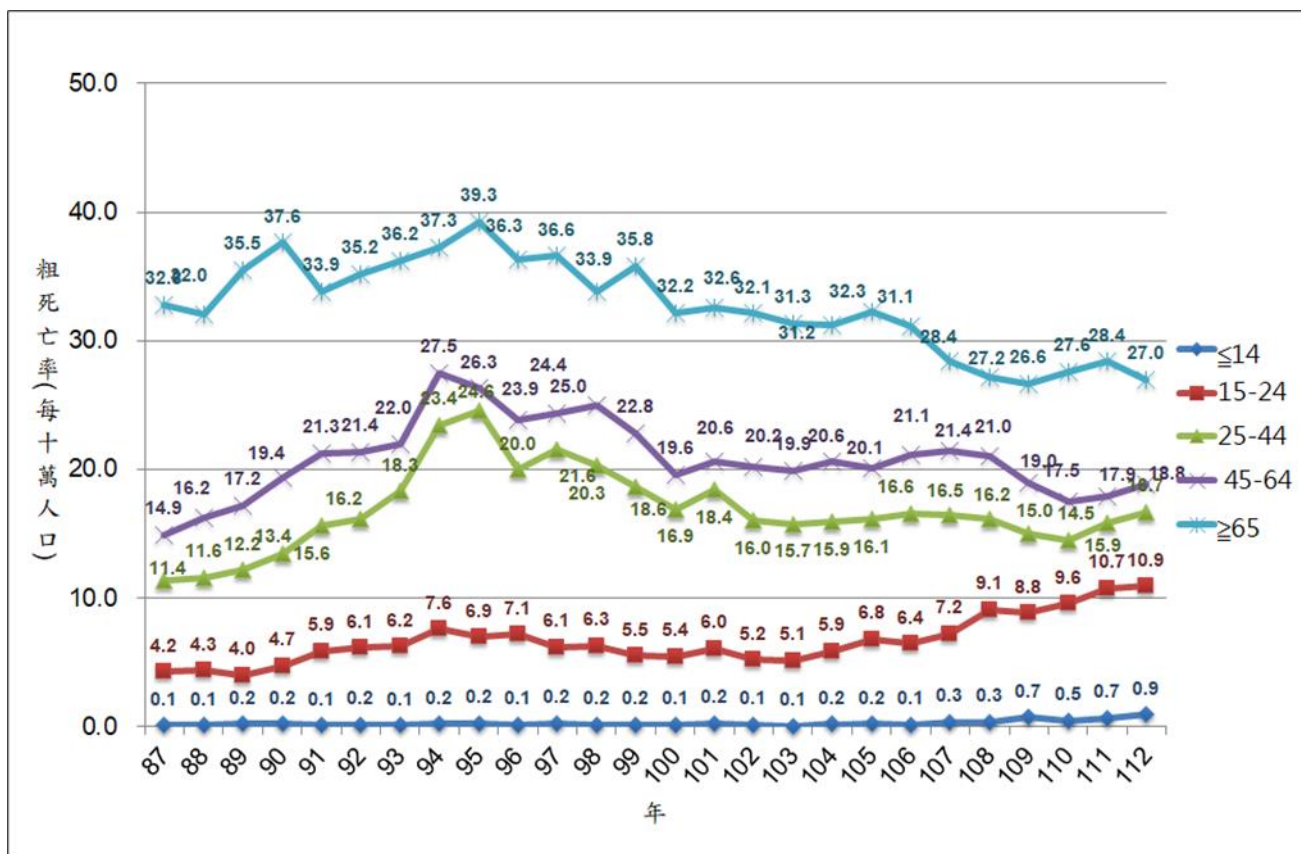


圖 2-1-3、83-112 年各年齡層自殺粗死亡率

112 年自殺粗死亡率前六高縣市為臺東縣(23.6 人)、基隆市(22.7 人)、南投縣(22.0 人)、屏東縣(20.8 人)、嘉義縣(20.4 人)、雲林縣(18.6 人)，如表 2-1-1；112 年標準化自殺死亡率前六高縣市為臺東縣(17.5 人)、基隆市(15.9 人)、屏東縣(15.0 人)、高雄市(14.3 人)、嘉義縣(14.3 人)、南投縣(14.0 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、111-112 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	111 年		112 年		增減率 (%)
	粗死亡率 (每十萬人口)	排名	粗死亡率 (每十萬人口)	排名	
全國	16.2	-	16.7		3.1
新北市	15.7	15	17.3	10	10.2
臺北市	13.7	18	12.9	20	-5.8
桃園市	13.7	19	15.4	14	12.4
臺中市	14.9	16	15.4	14	3.4
臺南市	17.2	11	17.1	11	-0.6
高雄市	17.1	12	18.6	6	8.8

宜蘭縣	19.3	6	18.5	8	-4.1
新竹縣	12.3	21	14.5	17	17.9
苗栗縣	24.0	1	17.6	9	-26.7
彰化縣	16.6	13	16.4	12	-1.2
南投縣	18.9	8	22.0	3	16.4
雲林縣	19.2	7	18.6	6	-3.1
嘉義縣	22.2	2	20.4	5	-8.1
屏東縣	18.3	9	20.8	4	13.7
臺東縣	19.7	5	23.6	1	19.8
花蓮縣	20.6	4	13.8	18	-33
澎湖縣	15.9	14	14.9	16	-6.3
基隆市	22.1	3	22.7	2	2.7
新竹市	13.3	20	13.4	19	0.8
嘉義市	17.4	10	16	13	-8
金門縣	10.6	22	7	21	-34
連江縣	14.5	17	0	22	-100

表 2-1-2、111-112 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	111 年		112 年		增減率 (%)
	標準化死亡率 (每十萬人口)	排名	標準化死亡率 (每十萬人口)	排名	
全國	12.3		12.7		3.3
新北市	12.0	15	13.4	8	11.7
臺北市	10.6	20	10.3	19	-2.8
桃園市	11.4	19	12.3	13	7.9
臺中市	11.9	16	12.3	13	3.4
臺南市	12.1	14	12.1	15	0
高雄市	12.4	12	14.3	4	15.3
宜蘭縣	14.6	5	13.4	8	-8.2
新竹縣	10.5	21	12.7	11	21
苗栗縣	17.7	1	13.3	10	-24.9
彰化縣	12.2	13	12.5	12	2.5
南投縣	13.2	10	14	6	6.1

雲林縣	13.7	8	13.9	7	1.5
嘉義縣	14.3	7	14.3	4	0
屏東縣	12.9	11	15	3	16.3
臺東縣	14.4	6	17.5	1	21.5
花蓮縣	15.4	3	9.6	20	-37.7
澎湖縣	11.8	17	11.2	18	-5.1
基隆市	17.4	2	15.9	2	-8.6
新竹市	11.6	18	11.7	17	0.9
嘉義市	13.6	9	11.8	16	-13.2
金門縣	9.8	22	5.1	21	-48
連江縣	15.3	4	0	22	-100

以各縣市自殺死亡人數分析，112 年相較 111 增加縣市為新北市 65 人、桃園市 44 人、高雄市 41 人、屏東縣 19 人、臺中市 18 人、新竹縣 14 人、南投縣 14 人、臺東縣 8 人、基隆市 2 人、新竹市 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-1-3。

表 2-1-3、111 年與 112 年性別自殺死亡人數比較

縣市	合計		男性		女性	
	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率
全國	111	2.9	81	3.3	30	2.2
新北市	65	10.3	66	17.6	-1	-0.4
臺北市	-22	-6.4	-19	-9.5	-3	-2.1
桃園市	44	14.1	24	12.1	20	17.7
臺中市	18	4.3	20	7.5	-2	-1.3
臺南市	-2	-0.6	-21	-9.9	19	17.6
高雄市	41	8.8	36	12.5	5	2.8
宜蘭縣	-4	-4.6	-9	-14.3	5	20.8
新竹縣	14	19.7	6	11.8	8	40
苗栗縣	-35	-27.1	-16	-19.3	-19	-41.3
彰化縣	-3	-1.4	-2	-1.5	-1	-1.4
南投縣	14	15.4	11	18.6	3	9.4
雲林縣	-5	-3.9	4	4.6	-9	-22
嘉義縣	-10	-9.2	-10	-13.2	0	0

屏東縣	19	12.9	13	12.5	6	14
臺東縣	8	19	12	44.4	-4	-26.7
花蓮縣	-22	-33.3	-22	-44.9	0	0
澎湖縣	-1	-5.9	2	22.2	-3	-37.5
基隆市	2	2.5	-6	-10.7	8	33.3
新竹市	1	1.7	5	14.7	-4	-15.4
嘉義市	-4	-8.7	-6	-17.1	2	18.2
金門縣	-5	-33.3	-6	-50	1	33.3
連江縣	-2	-100	-1	-100	-1	-100

2) 全國自殺通報資料趨勢說明(數據詳見附件 2-1-2)

臺灣的自殺通報情況在 95 年自殺通報人次為 19,162 人次(男性 6,392 人次、女性 12,769 人次)，自殺通報比為 4.2(男性 2.1、女性 9.7)，女性為男性的 2.0 倍。其後逐年攀升，112 年上升為 47,735 人次(男性 15,908 人次、女性 31,807 人次)，女性為男性之 2.0 倍，112 年自殺通報人次較 95 年增加 149.1%、若與 111 年相比增加 5.1%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，112 年自殺通報比與 95 年相比增加 183%、較 111 年相比則增幅為 6%。(如圖 2-1-4)

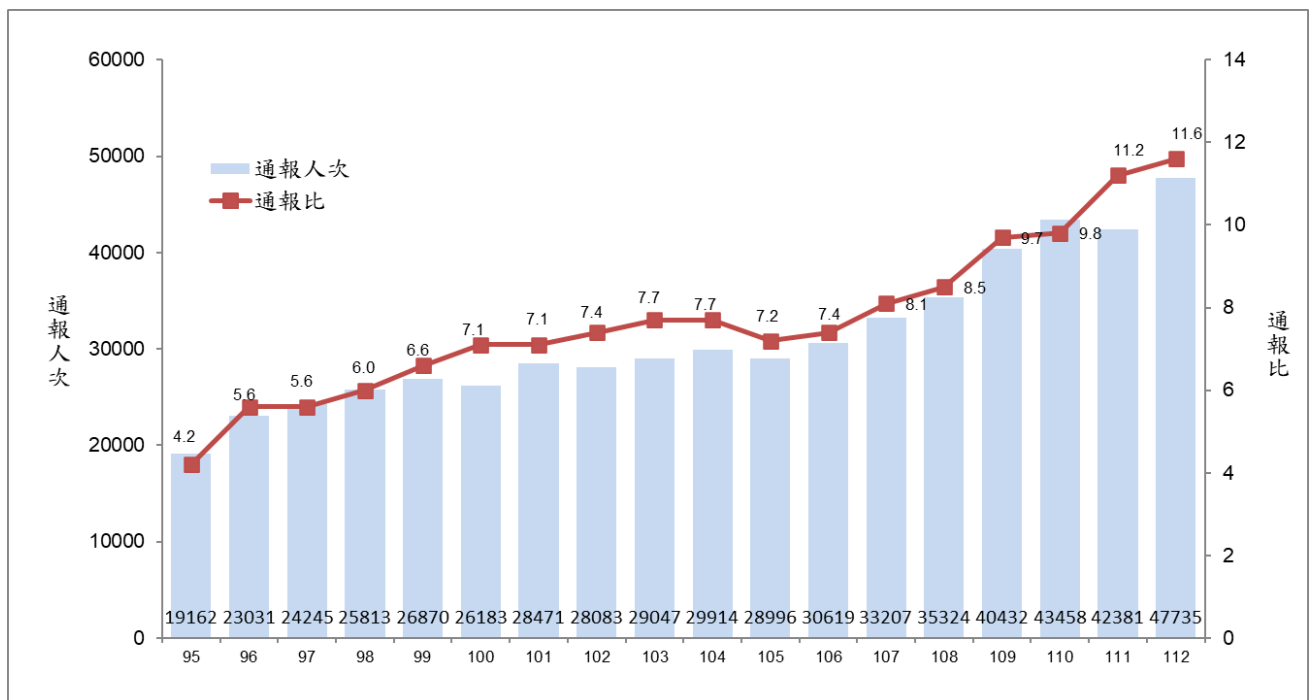


圖 2-1-4、95-112 年全國自殺通報趨勢圖

以性別分析，歷年女性通報人次皆高於男性，男性自殺通報人次 95 年為 6,392 人次，歷年呈現上升趨勢，112 年與 111 年相比，男性通報人次增幅為 11.5%。女性自殺通報人次增幅為 13.1%，歷年雖有上下起伏，但整體為上升趨勢。(如圖 2-1-5)。

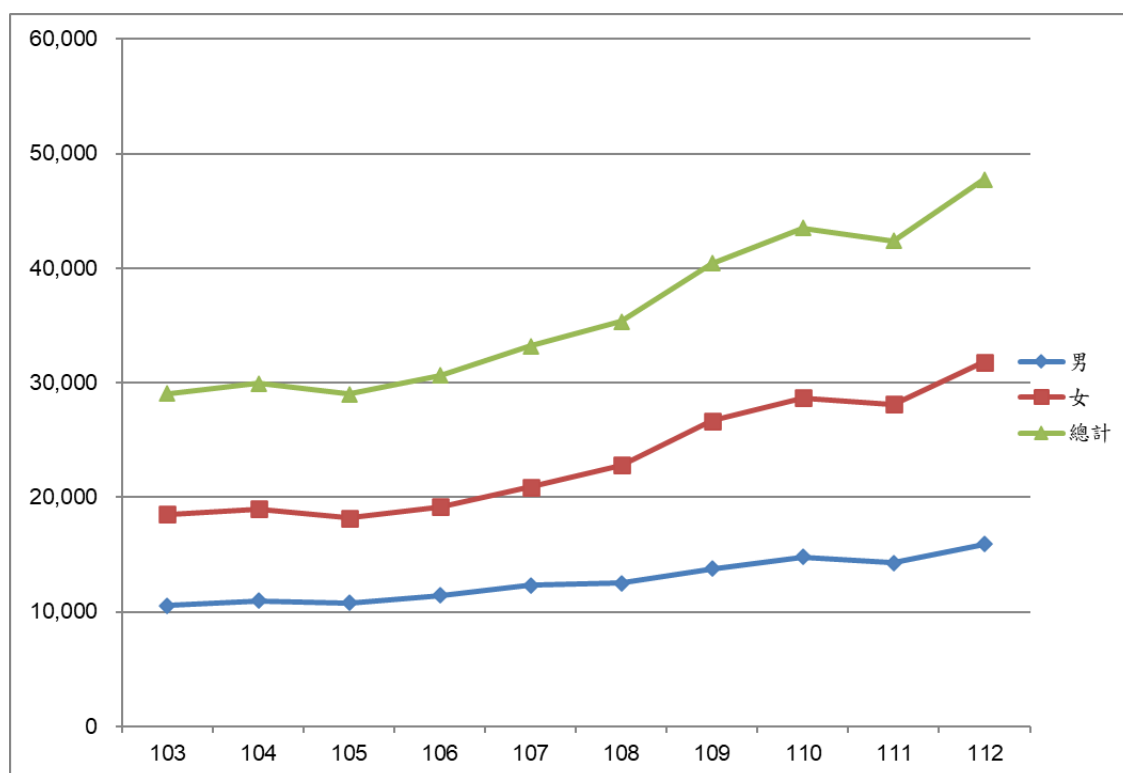


圖 2-1-5、95-112 年全國性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，95 年以來各年齡層通報量皆呈現上升趨勢，近年來以青少年族群(0-14 歲、15-24 歲)通報人次上升趨勢最為明顯。112 年各年齡層排序前三為分別為「15-24 歲」、「25-34 歲」、「35-44 歲」。(如圖 2-1-6)

112 年自殺通報個案中，自殺方式除「其他及未明示之方式」外，前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(112 年全國通報 18,697 人次，占率 39.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(112 年全國通報 15,286 人次，占率 32%)及「由高處跳下自殺及自傷」(112 年全國通報 6,038 人次，占率 12.6%)。(如圖 2-1-7)112 年自殺通報個案中，自殺原因前三位依序為「精神健康／物質濫用」(24,133 人次，50.6%)、「情感／人際關係」(21,038 人次，占率 44.1%)及「工作／經濟」(5,321 人次，占率 11.1%)。(如圖 2-1-8)

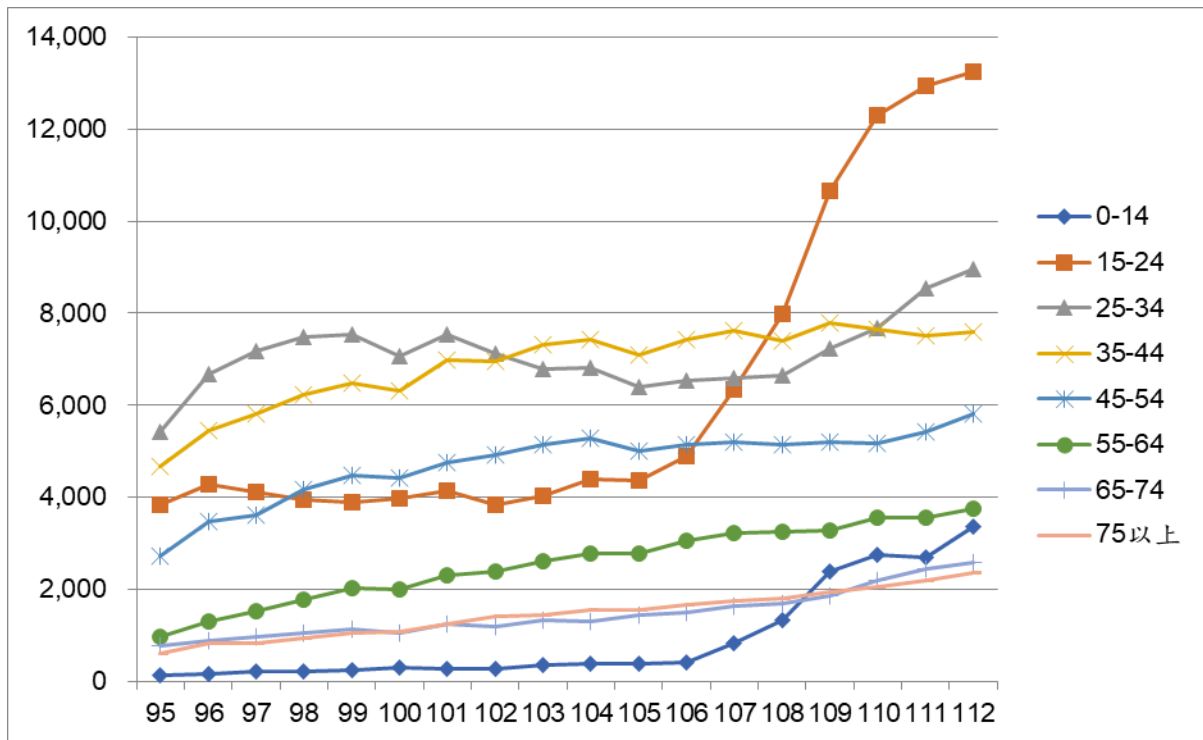


圖 2-1-6、95-112 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

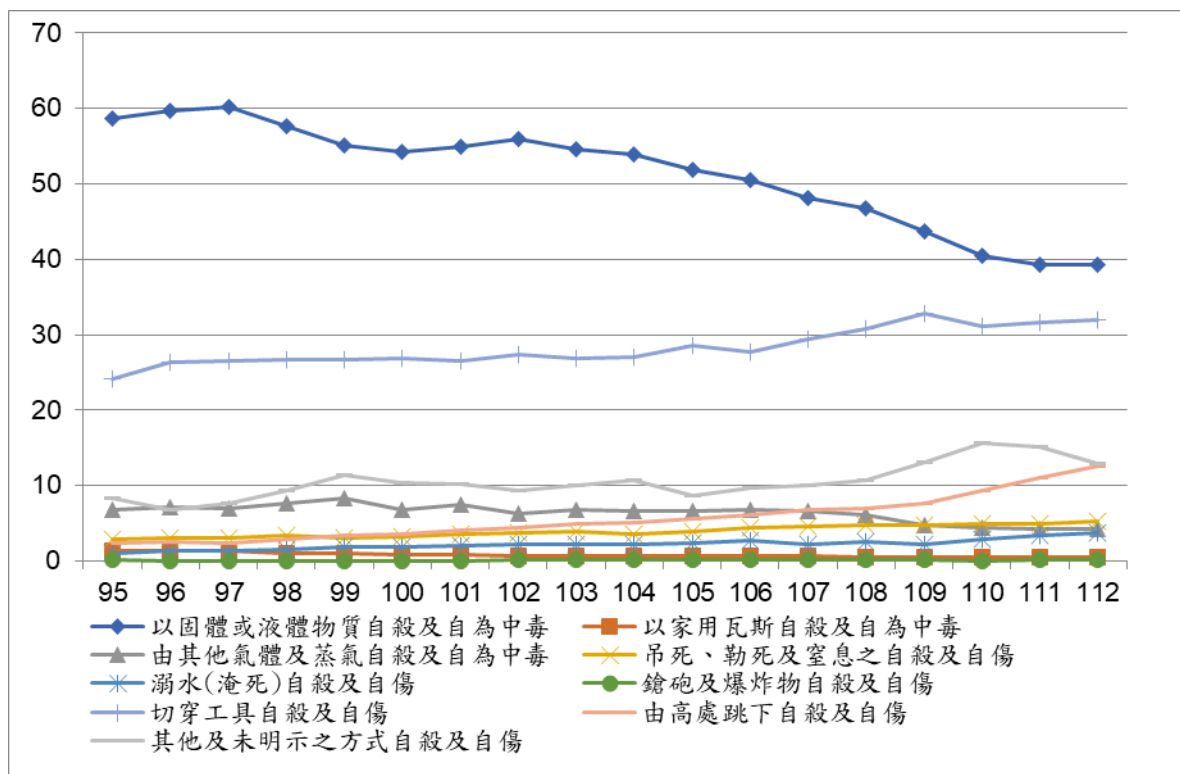


圖 2-1-7、95-112 年全國自殺通報方法占率圖

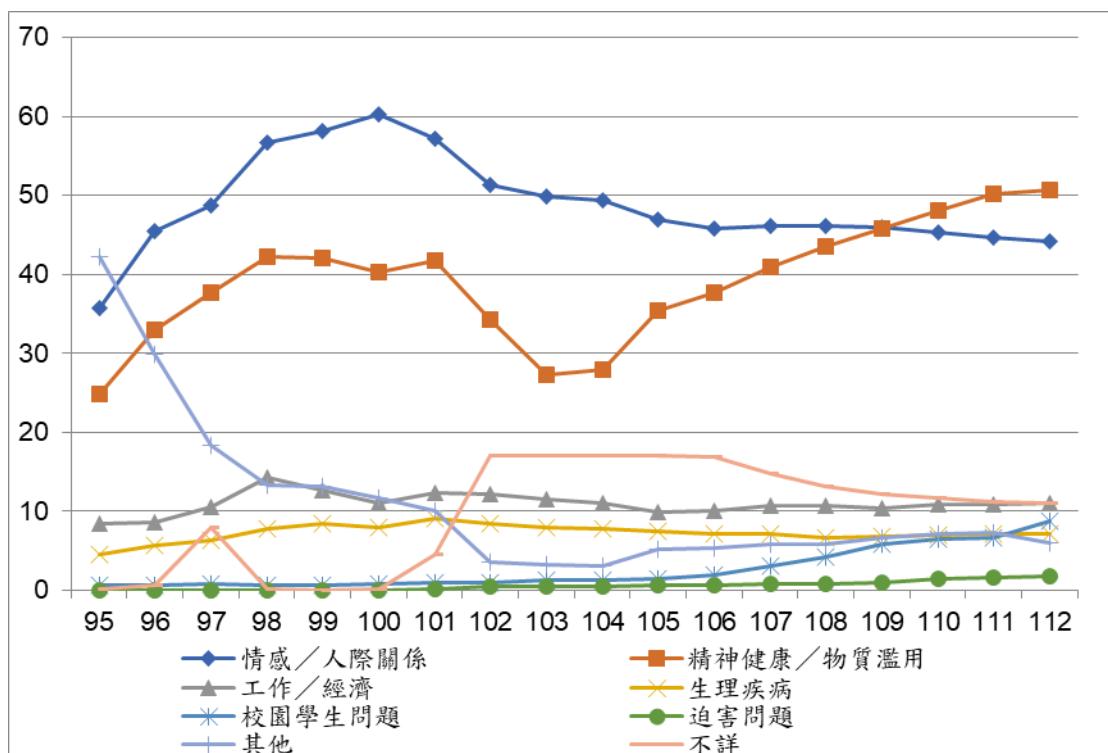


圖 2-1-8、95-112 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率前五高縣市(除離島外)為南投縣(42.1%)、新竹市(22.7%)、臺北市(20.7%)、臺南市(19.7%)及新北市(17.1)。(如表 2-1-4)整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為新北市(16.2)、花蓮縣(15.8)、新竹市(15.2)；以性別來看，男性前三高依序為花蓮縣(10.7)、臺北市(7.6)、新竹市(7.2)，女性前三高依序為花蓮縣(44.1)、新竹市(28.6)及嘉義市(28.5)。(如表 2-1-5)以各年齡層來看各縣市自殺通報比，0-14 歲前三高依序為高雄市(241)、彰化縣(211)及新北市(182)，15-24 歲前三高依序為花蓮縣(183)、南投縣(80)及新竹市(75.8)，25-34 歲前三高依序為花蓮縣(43)、南投縣(38.8)及臺北市(20.3)，35-44 歲前三高依序為花蓮縣(23.7)、宜蘭縣(16.4)及臺北市(14.6)，45-54 歲前三高依序為嘉義市(12.2)、基隆市(11.2)及花蓮縣(10.8)，55-64 歲前三高依序為花蓮縣(10.6)、澎湖縣(8)及臺北市(7.7)，65-74 歲前三高依序為新竹市(9.8)、花蓮縣(7.2)及宜蘭縣(7)，75 歲以上前三高依序為嘉義市(13)、苗栗縣(6)及臺北市(5.2)。(如表 2-1-6)

表 2-1-4、112 年與 111 年相比各縣市自殺通報人次增減表

男性	女性	總計
----	----	----

縣市	111 (N)	112 (N)	增減率 (%)	111 (N)	112 (N)	增減率 (%)	111 (N)	112 (N)	增減率 (%)
全國	14257	15902	11.5%	28124	31811	13.1%	42381	47735	12.6%
新北市	2814	3345	18.9%	6304	7330	16.3%	9118	10677	17.1%
臺北市	1293	1573	21.7%	2923	3513	20.2%	4216	5089	20.7%
桃園市	1227	1259	2.6%	2624	2713	3.4%	3851	3976	3.2%
臺中市	1618	1725	6.6%	3441	3853	12%	5059	5581	10.3%
臺南市	943	1154	22.4%	1873	2217	18.4%	2816	3371	19.7%
高雄市	1678	1838	9.5%	3115	3339	7.2%	4793	5180	8.1%
宜蘭縣	338	320	-5.3%	539	526	-2.4%	877	846	-3.5%
新竹縣	268	280	4.5%	582	638	9.6%	850	918	8%
苗栗縣	407	415	2%	581	703	21%	988	1119	13.3%
彰化縣	852	848	-0.5%	1274	1504	18.1%	2126	2353	10.7%
南投縣	355	507	42.8%	488	691	41.6%	843	1198	42.1%
雲林縣	409	481	17.6%	750	797	6.3%	1159	1279	10.4%
嘉義縣	412	428	3.9%	517	646	25%	929	1074	15.6%
屏東縣	467	478	2.4%	794	735	-7.4%	1261	1213	-3.8%
臺東縣	118	109	-7.6%	251	213	-15.1%	369	323	-12.5%
花蓮縣	309	304	-1.6%	665	758	14%	974	1064	9.2%
澎湖縣	33	46	39.4%	77	102	32.5%	110	148	34.5%
基隆市	225	269	19.6%	399	436	9.3%	624	706	13.1%
新竹市	266	309	16.2%	524	660	26%	790	969	22.7%
嘉義市	173	180	4%	358	373	4.2%	531	553	4.1%
金門縣	45	28	-37.8%	40	53	32.5%	85	81	-4.7%
連江縣	7	6	-14.3%	5	11	120%	12	17	41.7%

表 2-1-5、112 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
新北市	7.0	28.2	16.2

臺北市	7.6	24.3	13.9
桃園市	5.1	19.6	12.1
臺中市	5.4	25.1	12.7
臺南市	5.3	16.7	9.8
高雄市	5.0	17.3	10.3
宜蘭縣	5.2	17.2	8.9
新竹縣	4.3	22	12.1
苗栗縣	5.8	25.9	8.4
彰化縣	5.8	20	10.7
南投縣	6.4	19.1	12.3
雲林縣	4.6	24.4	9.4
嘉義縣	5.8	18.9	9.2
屏東縣	3.6	14.5	7.7
臺東縣	2.7	19.4	7.6
花蓮縣	10.7	44.1	15.8
澎湖縣	3.8	20.8	8.6
基隆市	4.7	13	8.2
新竹市	7.2	28.6	15.2
嘉義市	5.6	28.5	11.6
金門縣	3.8	13	5
連江縣	**	**	7

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

表 2-1-6、112 年各縣市各年齡層通報比

縣市	0-14 歲	15-24 歲	25-34 歲	35-44 歲	45-54 歲	55-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
新北市	182	63.3	19.2	13.7	8.4	5.5	4.8	4.9

臺北市	142.3	64.7	20.3	14.6	7.5	7.7	3.5	5.2
桃園市	88	43	13.1	12.5	8.3	4.5	2.9	3.1
臺中市	61	53.4	16.2	12.4	9.2	4.6	3.5	3.7
臺南市	82.5	50.5	16.2	13.4	9.8	4.2	2.7	2.8
高雄市	241	30.3	16.3	9.4	7	4	4.2	3.1
宜蘭縣	**	53.8	9.8	16.4	5.4	4.2	7	3.8
新竹縣	36	21.2	12.8	11.6	10.7	4.1	2.9	3.5
苗栗縣	**	41.7	14.9	11.7	10.5	3.6	3.4	6
彰化縣	211	46.9	11.8	11.1	7.8	7.1	3.2	3.3
南投縣	**	80	38.8	11.7	8.4	4.1	3.8	3.7
雲林縣	**	26.4	14.4	11.1	8.8	5.9	2.7	3.8
嘉義縣	**	49	19	8.1	8.8	6.5	3.6	2.4
屏東縣	53	32.7	12.9	7.5	4	4.6	3.7	3.2
臺東縣	**	54.5	5.9	6.1	4.2	2.1	3.5	2.4
花蓮縣	**	183	43	23.7	10.8	10.6	7.2	4.4
澎湖縣	**	57	5.7	10.5	5.3	8	3	2.7
基隆市	35	70.5	10	8.8	11.2	4	3.7	2.4
新竹市	**	75.8	15.9	8.3	6.4	4.2	9.8	4.7
嘉義市	39	**	13.5	13.7	12.2	3.7	2.6	13
金門縣	**	**	3.3	13	3	1.7	5	**
連江縣	**	**	**	**	**	**	**	**

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

註 2:「-」表示用以計算該值之分子及分母均為 0，故無法計算。

註 3:「**」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

2. 跨部會自殺防治策略研商建議(詳附件 2-1-3)

- 1) 國家自殺防治策略仍需以指標性、選擇性、全面性三大策略作為主軸，由衛福部制定自殺防治行動方案，以下為依據描述性統計分析結果提出之因應策略。
- 2) 布建社區心理衛生資源及充實關懷訪視人力：依據強化社會安全網第二期計畫，佈建社區心理衛生中心，並於中心置心理師、護理師、職能治療師、關懷訪視員及心理衛生社工，就近提供社區民眾心理健康、精神衛生及自殺防治資源，並適時提供有需要的民眾連結醫療、社會福利等相關資源。並將至 114 年逐年補實各縣市關懷訪視人力，藉以提升訪視量能，
- 3) 持續推廣 1925 安心專線、男性關懷專線及各縣市社區心理衛生中心等求助資源，並請教育部協助推廣前開校園學生輔導體系以外之求助管道。
- 4) 布建心理健康資源，推動高風險族群心理健康促進：持續布建心理諮商服務據點，並於補助各縣市之「整合型心理健康工作計畫」持續推動各類高

風險族群(含高風險青少年、老人、家庭照顧者、孕產婦、原住民、身心障礙者)心理健康促進工作，並強化各縣市之心理資源地圖(心據點)，及推廣「心快活」心理健康學習平台等線上心理健康資源。

- 5) 持續強化心理諮詢(商)量能，提升民服務資源可近性。
- 6) 輔導縣市建立高致命性自殺工具防治策略：為研擬常見之墜樓、上吊等高危險自殺方式，並協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得或高致命自殺方式機制。
- 7) 持續委託全國自殺防治中心進行相關數據研析，以監測並分析自殺死亡及通報資料，串聯相關資料庫並研析自殺高風險群，滾動修正自殺防治策略，精進自殺防治作為。
- 8) 持續宣導自殺通報，建立自殺個案跨領域橫向聯繫，讓更多自殺企圖之個案，得以透過通報納入衛生體系予以關懷訪視，降低再自殺企圖，此外，也滾動修正自殺防治通報系統功能，提升各單位通報之便利性與資訊之完整性。
- 9) 強化各單位之自殺防治守門人概念：將心理健康及自殺防治守門人課程，納入校園生命教育或心理健康促進課程，或於各類職場推動相關員工訓練或繼續教育。
- 10) 持續更新「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」，以利各單位了解自殺意念個案之服務及轉銜流程，以適時提供個案必要之情緒支持、社會網絡支持、諮商輔導、精神醫療、社會福利等相關資源。
- 11) 強化與媒體之對話，導正媒體報導，以降低自殺的模仿效應，並擇定優質媒體頒發自殺新聞報導獎項。
- 12) 強化社群平台網路自殺防治：將持續結合社群平台，早期預防平台用戶自殺行為，並提供心理健康服務資源連結，並已於 112 年度，協助平台建立網路自殺訊息通報警方流程機制，針對有自殺行為之用戶予以及時救援。
- 13) 提升影視戲劇工作者自殺防治意識：為避免電影、電視、等戲劇節目之自殺相關劇情，致產生模仿效應，已於 112 年，將世界衛生組織於 2019 年發布之「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊」，翻譯為中文版本手冊，提供本部、文化部等相關部會及影視劇相關學協會推廣運用。
- 14) 持續修訂自殺防治手冊，製作宣導教材，藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。
- 15) 強化兒童及青少年自殺防治策略：

- (1) 持續推動跨部會及跨局處之自殺防治溝通平台機制
- (2) 綿密校園及社區自殺防治網絡，推動校園正向生命教育
- (3) 完成與教育部學籍系統及校安通報系統介接，及早辨識高風險族群
- (4) 落實自殺通報，提供自殺企圖兒少關懷訪視服務
- (5) iWIN 修正「網路有害兒少身心健康內容例示框架」，納入自殺防治法第 16 條不得刊載之相關規定。
- (6) 推動社群媒體平台布建線上心理健康資源，並增列自殺防治法相關規範。

16) 強化老年人自殺防治策略：

- (1) 提升長照人員自殺防治守門人概念
- (2) 強化高負荷家庭照顧者之資源轉介及相關服務。
- (3) 加強辦理老人自殺防治通報個案之關懷訪視
- (4) 持續落實劇毒農藥管制(含巴拉刈回收)機制。
- (5) 研擬長期照顧者及被照顧者之自殺防治：含長照資料庫及自殺相關資料庫之介接及比對作業、研析照顧者及被照顧者之自殺風險及相關統計分析。

17) 透過社區心衛中心及網路平台整合，以利民眾心理健康可近性提升，並進一步擴大提升社區民眾心理健康識能，整合社區心理衛生中心、網路上求助資源管道、及社區推動的相關活動，以擴充民眾對於心理衛生資源的接觸，結合線上資訊即時的自我求助與社區心理衛生中心的實體諮詢，促進民眾求助資源的取得效能。

18) 持續推廣心情溫度計，以利民眾對自我情緒狀態認識，並促進適時求助，於社區辦理大眾教育，讓民眾正確認識情緒覺察及心理問題求助的重要性，同時於線上持續推廣心情溫度計使用，以提升情緒困擾的早期發現與早期處置。

19) 強化民眾與民間社福機構連結之管道，以利社會弱勢群體能夠取得心理健康資源，減緩 COVID-19 及經濟衰退對心理健康不平等影響。

3. 112 年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料(詳附件 2-1-4)

1) 112 年自殺死亡全年齡層分析

(1) 總述

全國於 112 年自殺死亡人數共 3898 人，男性 2500 人(占率為 64.1%)，女性 1398 人(占率為 35.9%)，男性為女性的 1.79 倍，死亡人數前三高年齡層為「55-64 歲」675 人(占率為 17.3%)、「45-54 歲」670 人(占率為 17.2%)及「35-44 歲」608 人(占率為 15.6%)。

(2) 自殺方式分析

以 0-14 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「由高處跳下自殺及自傷」18 人(占率 75%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」5 人(占率 20.8%)及「溺水(淹死)自殺及自傷」1 人(占率 4.2%);以 15-24 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「由高處跳下自殺及自傷」102 人(占率 39.2%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」80 人(占率 30.8%)及「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」40 人(占率 15.4%);以 25-34 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」174 人(占率 32.8%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」153 人(占率 28.8%)及「由高處跳下自殺及自傷」116 人(占率 21.8%);以 35-44 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」225 人(占率 37%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」182 人(占率 29.9%)及「由高處跳下自殺及自傷」95 人(占率 15.6%);以 45-54 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」231 人(占率 34.5%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」177 人(占率 26.4%)及「由高處跳下自殺及自傷」111 人(占率 16.6%);以 55-64 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」258 人(占率 38.2%)、「由高處跳下自殺及自傷」114 人(占率 16.9%)及「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」106 人(占率 15.7%);以 65-74 歲而言，各自殺方式占率較高的分別是「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」261 人(占率 44.5%)、「由高處跳下自殺及自傷」111 人(占率 18.9%)及「以固體或液體物質自殺及自為中毒」73 人(占率 12.4%);以 75 歲以上而言，各自殺方式占率較高的分別是「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」214 人(占率 39.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」152 人(占率 28%)及「由高處跳下自殺及自傷」71 人(占率 13.1%)。

(3) 自殺死亡者巴拉刈註記

自殺死亡中 29 人有巴拉刈自殺死亡註記。

(4) 自殺死亡者婚姻狀況

自殺死亡中已婚者 1289 人，未婚者 1330 人，離婚者 886 人，配偶死亡者 393 人。

2) 112 年自殺死亡各級學齡層分析

(1) 總述

全國於 112 年學齡內自殺死亡人數共 164 人，國小(含以下)4 人(占率為 2.4%)，國中 20 人(占率為 12.2%)，高中 26 人(占率為 15.9%)，

大學 114 人(占率為 69.5%)。

(2) 自殺方式分析

因學齡內死亡人數較少，故只取最高自殺方式，國小(含以下)是「由高處跳下自殺及自傷」4 人(占率 100%);國中是「由高處跳下自殺及自傷」14 人(占率 70%);高中是「由高處跳下自殺及自傷」14 人(占率 53.8%);大學是「由高處跳下自殺及自傷」46 人(占率 40.4%)。

(3) 自殺死亡者死亡場所

以死亡場所分析，國小(含以下)死亡場所為「醫院」3 人，「其他」1 人;國中死亡場所為「住居所」3 人，「醫院」13 人，「其他」4 人;高中死亡場所為「住居所」6 人，「醫院」15 人，「其他」5 人;大學死亡場所為「住居所」35 人，「醫院」43 人，「其他」6 人。

3) 112 年自殺死亡特定人口群分析

(1) 原住民

a. 總述

全國於 112 年原住民註記自殺死亡人數共 83 人，占整體自殺死亡人數的 2.1%，其中山地原住民註記 49 人，平地原住民註記 34 人。男性 51 人(占率為 61.4%)，女性 32 人(占率為 38.6%)，男性為女性的 1.59 倍，死亡人數較高年齡層為「35-44 歲」19 人(占率為 22.9%)、「45-54 歲」15 人(占率為 18.1%)、「25-34 歲」14 人(占率為 16.9%)、「65-74 歲」13 人(占率為 15.7%)、「55-64 歲」11 人(占率為 13.3%)、「15-24 歲」9 人(占率為 10.8%)、「75 歲以上」2 人(占率為 2.4%)。

b. 自殺方式分析

原住民註記自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」33 人(占率為 39.8%)，「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」17 人(占率為 20.5%)，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」13 人(占率為 15.7%)，「由高處跳下自殺及自傷」10 人(占率為 12%)，「切穿工具自殺及自傷」5 人(占率為 6%)，「其他及未明示之方式自殺及自傷」2 人(占率為 2.4%)，「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2 人(占率為 2.4%)，「溺水(淹死)自殺及自傷」1 人(占率為 1.2%)。

c. 縣市分佈

原住民註記自殺死亡者戶籍縣市為「桃園市」13 人(占率為 15.7%)，「臺東縣」12 人(占率為 14.5%)，「花蓮縣」11 人(占率為 13.3%)，「屏東縣」8 人(占率為 9.6%)，「高雄市」8 人(占率為 9.6%)，

「新北市」8人(占率為9.6%)，「新竹縣」6人(占率為7.2%)，「臺中市」5人(占率為6%)，「南投縣」4人(占率為4.8%)，「基隆市」2人(占率為2.4%)，「嘉義縣」2人(占率為2.4%)，「新竹市」1人(占率為1.2%)，「彰化縣」1人(占率為1.2%)，「臺北市」1人(占率為1.2%)，「臺南市」1人(占率為1.2%)。

d. 自殺死亡者婚姻狀況

原住民註記自殺死亡者婚姻狀況為「離婚」29人(占率為34.9%)，「已婚」26人(占率為31.3%)，「未婚」22人(占率為26.5%)，「配偶死亡」6人(占率為7.2%)。

e. 自殺死亡者死亡場所

原住民註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」33人(占率為39.8%)，「其他」26人(占率為31.3%)，「醫院」22人(占率為26.5%)，「長期照護或安養機構」2人(占率為2.4%)。

(2) 中低收入戶

a. 總述

全國於112年中低收入戶註記自殺死亡人數共226人，占整體自殺死亡人數的5.8%。其中男性147人(占率為65%)，女性79人(占率為35%)，男性為女性的1.86倍，縣市分佈前三高為「高雄市」37人(占率為16.4%)、「臺中市」32人(占率為14.2%)、「彰化縣」27人(占率為11.9%)。

b. 自殺方式分析

中低收入戶註記自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」79人(占率為35%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」41人(占率為18.1%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」29人(占率為12.8%)、「由高處跳下自殺及自傷」29人(占率為12.8%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」29人(占率為12.8%)、「切穿工具自殺及自傷」9人(占率為4%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」8人(占率為3.5%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2人(占率為0.9%)。

c. 年齡層分析

中低收入戶自殺死亡者年齡層分佈為「45-54歲」60人(占率為26.5%)，「55-64歲」38人(占率為16.8%)，「35-44歲」35人(占率為15.5%)，「15-24歲」30人(占率為13.3%)，「65-74歲」29人(占率為12.8%)，「25-34歲」23人(占率為10.2%)，「75歲以上」10人(占率為4.4%)，「0-14歲」1人(占率為0.4%)。

d. 自殺死亡者婚姻狀況

中低收入戶註記自殺死亡者婚姻狀況為「未婚」92人(占率為40.7%)，「離婚」85人(占率為37.6%)，「已婚」41人(占率為18.1%)，「配偶死亡」8人(占率為3.5%)。

e. 自殺死亡者死亡場所

中低收入戶註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」84人(占率為37.2%)，「其他」71人(占率為31.4%)，「醫院」65人(占率為28.8%)，「長期照護或安養機構」5人(占率為2.2%)，「診所」1人(占率為0.4%)。

(3) 離婚

a. 總述

全國於112年婚姻狀況為離婚自殺死亡人數共886人，占整體自殺死亡人數的22.7%。其中男性585人(占率為66%)，女性301人(占率為34%)，男性為女性的1.94倍，年齡層分佈前三高為「55-64歲」237人(占率為26.7%)、「45-54歲」220人(占率為24.8%)、「35-44歲」165人(占率為18.6%)。

離婚自殺死亡者縣市分佈為「新北市」161人(占率為18.2%)，「高雄市」119人(占率為13.4%)，「桃園市」90人(占率為10.2%)，「臺中市」90人(占率為10.2%)，「臺南市」75人(占率為8.5%)，「臺北市」73人(占率為8.2%)，「屏東縣」46人(占率為5.2%)，「彰化縣」41人(占率為4.6%)，「南投縣」26人(占率為2.9%)，「基隆市」23人(占率為2.6%)，「雲林縣」23人(占率為2.6%)，「苗栗縣」20人(占率為2.3%)，「宜蘭縣」19人(占率為2.1%)，「嘉義縣」16人(占率為1.8%)，「嘉義市」15人(占率為1.7%)，「新竹縣」12人(占率為1.4%)，「臺東縣」12人(占率為1.4%)，「新竹市」11人(占率為1.2%)，「花蓮縣」8人(占率為0.9%)，「金門縣」3人(占率為0.3%)，「澎湖縣」3人(占率為0.3%)。

b. 自殺方式分析

離婚自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」328人(占率為37%)，「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」229人(占率為25.8%)，「由高處跳下自殺及自傷」122人(占率為13.8%)，「溺水(淹死)自殺及自傷」82人(占率為9.3%)，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」64人(占率為7.2%)，「切穿工具自殺及自傷」30人(占率為3.4%)，「其他及未明示之方式自殺及自傷」21人(占率為2.4%)，「鎗砲

及爆炸物自殺及自傷」10人(占率為1.1%)。

c. 自殺死亡者死亡場所

離婚自殺死亡者死亡場所為「其他」364人(占率為41.1%)，「住居所」357人(占率為40.3%)，「醫院」155人(占率為17.5%)，「長期照護或安養機構」9人(占率為1%)，「診所」1人(占率為0.1%)。

4) 112年自殺死亡多元議題族群分析

(1) 精神疾病照護

a. 總述

全國於112年精照列管註記自殺死亡人數共338人，占整體自殺死亡人數的8.7%。其中男性188人(占率為55.6%)，女性150人(占率為44.4%)，男性為女性的1.25倍，縣市分佈前三高為「新北市」69人(占率為20.4%)、「高雄市」44人(占率為13%)、「臺北市」34人(占率為10.1%)。

b. 自殺方式分析

精照列管註記自殺死亡者自殺方式為「由高處跳下自殺及自傷」109人(占率為32.2%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」84人(占率為24.9%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」52人(占率為15.4%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」40人(占率為11.8%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」36人(占率為10.7%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」12人(占率為3.6%)、「切穿工具自殺及自傷」4人(占率為1.2%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1人(占率為0.3%)。

c. 自殺死亡者婚姻狀況

精照列管註記自殺死亡者婚姻情形為「未婚」165人(占率為48.8%)，「離婚」91人(占率為26.9%)，「已婚」69人(占率為20.4%)，「配偶死亡」13人(占率為3.8%)。

d. 自殺死亡者死亡場所

精照列管註記自殺死亡者死亡場所為「其他」122人(占率為36.1%)，「醫院」112人(占率為33.1%)，「住居所」102人(占率為30.2%)，「長期照護或安養機構」2人(占率為0.6%)。

e. 年齡層分析

精照列管註記自殺死亡者年齡層分佈為「45-54歲」89人(占率為26.3%)，「55-64歲」68人(占率為20.1%)，「35-44歲」63人(占率為18.6%)，「25-34歲」54人(占率為16%)，「15-24歲」28人(占率為8.3%)，「65-74歲」28人(占率為8.3%)，「75歲以上」8人(占率為

2.4%)。

(2) 脆弱家庭

a. 總述

全國於 112 年脆弱註記自殺死亡人數共 88 人，占整體自殺死亡人數的 2.3%。其中男性 49 人(占率為 55.7%)，女性 39 人(占率為 44.3%)，男性為女性的 1.26 倍。

b. 自殺方式分析

脆弱註記自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」31 人(占率為 35.2%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」20 人(占率為 22.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」19 人(占率為 21.6%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」6 人(占率為 6.8%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」5 人(占率為 5.7%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」5 人(占率為 5.7%)、「切穿工具自殺及自傷」2 人(占率為 2.3%)。

c. 自殺死亡者婚姻狀況

脆弱註記自殺死亡者婚姻情形為「離婚」49 人(占率為 55.7%)，「未婚」20 人(占率為 22.7%)，「已婚」14 人(占率為 15.9%)，「配偶死亡」5 人(占率為 5.7%)。

d. 自殺死亡者死亡場所

脆弱註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」32 人(占率為 36.4%)，「其他」31 人(占率為 35.2%)，「醫院」23 人(占率為 26.1%)，「長期照護或安養機構」1 人(占率為 1.1%)，「診所」1 人(占率為 1.1%)。

e. 年齡層分析

脆弱註記自殺死亡者年齡層分佈為「35-44 歲」25 人(占率為 28.4%)，「45-54 歲」19 人(占率為 21.6%)，「55-64 歲」17 人(占率為 19.3%)，「25-34 歲」12 人(占率為 13.6%)，「15-24 歲」7 人(占率為 8%)，「0-14 歲」4 人(占率為 4.5%)，「65-74 歲」2 人(占率為 2.3%)，「75 歲以上」2 人(占率為 2.3%)。

f. 縣市分佈

脆弱註記自殺死亡者縣市分佈為「高雄市」14 人(占率為 15.9%)，「新北市」12 人(占率為 13.6%)，「臺中市」11 人(占率為 12.5%)，「臺南市」11 人(占率為 12.5%)，「屏東縣」6 人(占率為 6.8%)，「臺北市」6 人(占率為 6.8%)，「桃園市」5 人(占率為 5.7%)，「雲林縣」5 人(占率為 5.7%)，「嘉義市」3 人(占率為 3.4%)，「嘉義縣」3 人(占率為 3.4%)，「彰化縣」3 人(占率為 3.4%)，「臺東縣」3 人(占率為 3.4%)，

「基隆市」2人(占率為2.3%)，「宜蘭縣」1人(占率為1.1%)，「南投縣」1人(占率為1.1%)，「苗栗縣」1人(占率為1.1%)，「澎湖縣」1人(占率為1.1%)。

(3) 保護身份註記

a. 總述

全國於112年保護身份註記之自殺死亡人數共733人，占整體自殺死亡人數的18.8%。其中男性445人(占率為60.7%)，女性288人(占率為39.3%)，男性為女性的1.55倍，縣市分佈前三高為「新北市」115人(占率為15.7%)、「高雄市」113人(占率為15.4%)、「臺中市」76人(占率為10.4%)。

b. 自殺方式分析

保護身份註記之自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」235人(占率為32.1%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」177人(占率為24.1%)、「由高處跳下自殺及自傷」133人(占率為18.1%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」74人(占率為10.1%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」66人(占率為9%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」20人(占率為2.7%)、「切穿工具自殺及自傷」19人(占率為2.6%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」9人(占率為1.2%)。

c. 自殺死亡者婚姻狀況

保護身份註記之自殺死亡者婚姻情形為「離婚」254人(占率為34.7%)，「未婚」241人(占率為32.9%)，「已婚」208人(占率為28.4%)，「配偶死亡」30人(占率為4.1%)。

d. 自殺死亡者死亡場所

保護身份註記之自殺死亡者死亡場所為「住居所」282人(占率為38.5%)，「其他」259人(占率為35.3%)，「醫院」185人(占率為25.2%)，「長期照護或安養機構」5人(占率為0.7%)，「診所」2人(占率為0.3%)。

e. 年齡層分析

保護身份註記之自殺死亡者年齡層分佈為「35-44歲」170人(占率為23.2%)，「25-34歲」145人(占率為19.8%)，「45-54歲」135人(占率為18.4%)，「55-64歲」107人(占率為14.6%)，「15-24歲」72人(占率為9.8%)，「65-74歲」64人(占率為8.7%)，「75歲以上」34人(占率為4.6%)，「0-14歲」6人(占率為0.8%)。

f. 保護身份註記分佈

全國於 112 年保護身份各分類人數為家暴相對人 484 人(保護身份註記個案中占率為 66%);家暴被害人 385 人(保護身份註記個案中占率為 52.5%);兒少施虐者 80 人(保護身份註記個案中占率為 10.9%);家暴加害人 64 人(保護身份註記個案中占率為 8.7%);家暴高危加害人 47 人(保護身份註記個案中占率為 6.4%);兒少被害人 41 人(保護身份註記個案中占率為 5.6%);性侵加害人 25 人(保護身份註記個案中占率為 3.4%);家暴高危被害人 23 人(保護身份註記個案中占率為 3.1%)，男性與女性保護身份類別中最高人數皆為家暴相對人男性 347 人，女性 222 人。

保護身份註記個案中有 299 人具有多重保護身份，其中 208 人同時具有 2 項保護身份;70 人同時具有 3 項保護身份;16 人同時具有 4 項保護身份;5 人同時具有 5 項保護身份，又以同時有家暴相對人及家暴被害人身份的人數最多，共 201 人。

(4) 毒防註記

a. 總述

全國於 112 年毒防註記之自殺死亡人數共 222 人，占整體自殺死亡人數的 5.7%。其中男性 190 人(占率為 85.6%)，女性 32 人(占率為 14.4%)，男性為女性的 5.94 倍，縣市分佈前三高為「新北市」44 人(占率為 19.8%)、「高雄市」30 人(占率為 13.5%)、「桃園市」25 人(占率為 11.3%)。

b. 自殺方式分析

毒防註記之自殺死亡者自殺方式為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」78 人(占率為 35.1%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」71 人(占率為 32%)、「由高處跳下自殺及自傷」23 人(占率為 10.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」18 人(占率為 8.1%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」12 人(占率為 5.4%)、「切穿工具自殺及自傷」7 人(占率為 3.2%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」7 人(占率為 3.2%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」6 人(占率為 2.7%)。

c. 自殺死亡者婚姻狀況

毒防註記之自殺死亡者婚姻情形為「未婚」107 人(占率為 48.2%)，「離婚」79 人(占率為 35.6%)，「已婚」32 人(占率為 14.4%)，「配偶死亡」4 人(占率為 1.8%)。

d. 自殺死亡者死亡場所

毒防註記之自殺死亡者死亡場所為「住居所」89 人(占率為 40.1%)，「其他」87 人(占率為 39.2%)，「醫院」44 人(占率為

19.8%)，「長期照護或安養機構」2人(占率為0.9%)。

e. 年齡層分析

毒防註記之自殺死亡者年齡層分佈為「35-44歲」81人(占率為36.5%)，「45-54歲」58人(占率為26.1%)，「25-34歲」42人(占率為18.9%)，「55-64歲」29人(占率為13.1%)，「15-24歲」6人(占率為2.7%)，「65-74歲」5人(占率為2.3%)，「75歲以上」1人(占率為0.5%)。

5) 112年自殺死亡身心障礙族群分析

(1) 總述

全國於112年身心障礙註記自殺死亡人數共614人，占整體自殺死亡人數的15.8%。其中男性370人(占率為60.3%)，女性244人(占率為39.7%)，男性為女性的1.52倍，縣市分佈前三高為「新北市」101人(占率為16.4%)、「高雄市」83人(占率為13.5%)、「臺中市」58人(占率為9.4%)。

(2) 自殺方式分析

身心障礙註記自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」197人(占率為32.1%)、「由高處跳下自殺及自傷」135人(占率為22%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」96人(占率為15.6%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」78人(占率為12.7%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」70人(占率為11.4%)、「切穿工具自殺及自傷」24人(占率為3.9%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」13人(占率為2.1%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1人(占率為0.2%)。

(3) 自殺死亡者婚姻狀況

身心障礙註記自殺死亡者婚姻情形為「已婚」200人(占率為32.6%)，「未婚」190人(占率為30.9%)，「離婚」145人(占率為23.6%)，「配偶死亡」79人(占率為12.9%)。

(4) 自殺死亡者死亡場所

身心障礙註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」217人(占率為35.3%)，「醫院」201人(占率為32.7%)，「其他」189人(占率為30.8%)，「長期照護或安養機構」7人(占率為1.1%)。

(5) 年齡層分析

身心障礙註記自殺死亡者年齡層分佈為「55-64歲」131人(占率為21.3%)，「75歲以上」120人(占率為19.5%)，「45-54歲」116人(占率為18.9%)，「65-74歲」111人(占率為18.1%)，「35-44歲」68人(占率

為 11.1%)，「25-34 歲」46 人(占率為 7.5%)，「15-24 歲」22 人(占率為 3.6%)。

6) 112 年長期照護註記之自殺死亡

(1) 總述

全國於 112 年長照註記之自殺死亡人數共 341 人，占整體自殺死亡人數的 8.7%。其中男性 195 人(占率為 57.2%)，女性 146 人(占率為 42.8%)，男性為女性的 1.34 倍，被照顧者 282 人(占率為 82.7%)，照顧者 77 人(占率為 22.6%)(個案可以同時是照顧者及被照顧者)，縣市分佈前三高為「新北市」43 人(占率為 12.6%)、「臺南市」40 人(占率為 11.7%)、「高雄市」38 人(占率為 11.1%)。

(2) 自殺方式分析

長照註記之自殺死亡者自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」119 人(占率為 34.9%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」91 人(占率為 26.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」59 人(占率為 17.3%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」37 人(占率為 10.9%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」15 人(占率為 4.4%)、「切穿工具自殺及自傷」13 人(占率為 3.8%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」6 人(占率為 1.8%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」1 人(占率為 0.3%)。

(3) 自殺死亡者婚姻狀況

長照註記之自殺死亡者婚姻情形為「已婚」144 人(占率為 42.2%)，「配偶死亡」100 人(占率為 29.3%)，「離婚」54 人(占率為 15.8%)，「未婚」43 人(占率為 12.6%)。

(4) 自殺死亡者死亡場所

長照註記之自殺死亡者死亡場所為「醫院」154 人(占率為 45.2%)，「住居所」106 人(占率為 31.1%)，「其他」80 人(占率為 23.5%)，「長期照護或安養機構」1 人(占率為 0.3%)。

(5) 年齡層分析

長照註記之自殺死亡者年齡層分佈為「75 歲以上」163 人(占率為 47.8%)，「65-74 歲」88 人(占率為 25.8%)，「55-64 歲」44 人(占率為 12.9%)，「45-54 歲」30 人(占率為 8.8%)，「25-34 歲」7 人(占率為 2.1%)，「35-44 歲」7 人(占率為 2.1%)，「15-24 歲」2 人(占率為 0.6%)。

7) 112 年自殺通報全年齡層分析

(1) 總述

全國 112 年自殺通報 47735 人次，其中男性通報 15902 人次(占率為 33.3%)，女性通報 31811 人次(占率為 66.6%)，女性為男性的 2 倍。

(2) 自殺原因，分齡組分析(每 10 年為一組)

以自殺原因分析，112 年全國「0-14 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1488 人次(占率 44.4%)、「家庭成員問題」1181 人次(占率 35.2%)、「同儕相處問題」577 人次(占率 17.2%);以自殺原因分析，112 年全國「15-24 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」7912 人次(占率 59.7%)、「家庭成員問題」2813 人次(占率 21.2%)、「感情因素(如男女朋友)」2728 人次(占率 20.6%);112 年全國「25-34 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」4210 人次(占率 47%)、「感情因素(如男女朋友)」2197 人次(占率 24.6%)、「家庭成員問題」1456 人次(占率 16.3%); 112 年全國「35-44 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」3234 人次(占率 42.5%)、「夫妻問題」1495 人次(占率 19.6%)、「家庭成員問題」1391 人次(占率 18.3%); 112 年全國「45-54 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」2665 人次(占率 45.9%)、「家庭成員問題」1152 人次(占率 19.9%)、「夫妻問題」925 人次(占率 15.9%); 112 年全國「55-64 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1648 人次(占率 44%)、「家庭成員問題」766 人次(占率 20.4%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」564 人次(占率 15.1%); 112 年全國「65-74 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1127 人次(占率 43.6%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」773 人次(占率 29.9%)、「家庭成員問題」506 人次(占率 19.6%); 112 年全國「75 歲以上」，前 3 高依序為「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」984 人次(占率 41.6%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」751 人次(占率 31.8%)、「家庭成員問題」407 人次(占率 17.2%)。

(3) 自殺原因，分齡組分析(每二十年為一組)

以自殺原因分析，112 年全國「0-24 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」9400 人次(占率 56.6%)、「家庭成員問題」3994 人次(占率 24.1%)、「感情因素(如男女朋友)」3015 人次(占率 18.2%); 112 年全國「25-44 歲」，前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」7444 人次(占率 45%)、「感情因素(如男女朋

友)」3535 人次(占率 21.3%)、「家庭成員問題」2847 人次(占率 17.2%); 112 年全國「45-64 歲」, 前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」4313 人次(占率 45.2%)、「家庭成員問題」1918 人次(占率 20.1%)、「夫妻問題」1429 人次(占率 15%); 112 年全國「65 歲以上」, 前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1878 人次(占率 37.9%)、「慢性化的疾病問題(如: 久病不癒)」1757 人次(占率 35.5%)、「家庭成員問題」913 人次(占率 18.4%)。

(4) 自殺原因, 學齡層分析

以自殺原因分析, 112 年全國「國小學齡層」, 前 3 高依序為「家庭成員問題」163 人次(占率 37%)、「同儕相處問題」110 人次(占率 25%)、「學校適應問題」90 人次(占率 20.5%); 112 年全國「國中學齡層」, 前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1412 人次(占率 48.5%)、「家庭成員問題」1018 人次(占率 34.9%)、「同儕相處問題」467 人次(占率 16%); 112 年全國「高中學齡層」, 前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」2353 人次(占率 60.5%)、「家庭成員問題」1098 人次(占率 28.2%)、「感情因素(如男女朋友)」582 人次(占率 15%); 112 年全國「大學學齡層」, 前 3 高依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」3259 人次(占率 61.5%)、「感情因素(如男女朋友)」1164 人次(占率 22%)、「家庭成員問題」1050 人次(占率 19.8%)。

(5) 自殺方式, 分齡組分析(以十年為一組)

以自殺方式分析, 112 年全國「0-14 歲」, 前 3 高依序為「割腕」1284 人次(占率 38.3%)、「高處跳下」900 人次(占率 26.8%)、「安眠藥鎮靜劑」413 人次(占率 12.3%); 112 年全國「15-24 歲」, 前 3 高依序為「割腕」4884 人次(占率 36.9%)、「安眠藥鎮靜劑」3839 人次(占率 29%)、「高處跳下」1954 人次(占率 14.7%); 112 年全國「25-34 歲」, 前 3 高依序為「割腕」2781 人次(占率 31.1%)、「安眠藥鎮靜劑」2521 人次(占率 28.2%)、「高處跳下」1092 人次(占率 12.2%); 112 年全國「35-44 歲」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」2441 人次(占率 32.1%)、「割腕」1938 人次(占率 25.5%)、「高處跳下」788 人次(占率 10.4%); 112 年全國「45-54 歲」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」2147 人次(占率 37%)、「割腕」1166 人次(占率 20.1%)、「高處跳下」510 人次(占率 8.8%); 112 年全國「55-64 歲」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1241 人次(占率 33.1%)、「割腕」477 人次(占率 12.7%)、「高處跳

下」347 人次(占率 9.3%); 112 年全國「65-74 歲」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」759 人次(占率 29.3%)、「上吊、自縊」284 人次(占率 11%)、「高處跳下」251 人次(占率 9.7%); 112 年全國「75 歲以上」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」574 人次(占率 24.3%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」301 人次(占率 12.7%)、「上吊、自縊」267 人次(占率 11.3%)。

(6) 自殺方式，分齡組分析(每二十年一組)

以自殺方式分析，112 年全國「0-24 歲」, 前 3 高依序為「割腕」6168 人次(占率 37.1%)、「安眠藥鎮靜劑」4252 人次(占率 25.6%)、「高處跳下」2854 人次(占率 17.2%); 112 年全國「25-44 歲」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」4962 人次(占率 30%)、「割腕」4719 人次(占率 28.5%)、「高處跳下」1880 人次(占率 11.4%); 112 年全國「45-64 歲」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」3388 人次(占率 35.5%)、「割腕」1643 人次(占率 17.2%)、「高處跳下」857 人次(占率 9%); 112 年全國「65 歲以上」, 前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1333 人次(占率 26.9%)、「上吊、自縊」551 人次(占率 11.1%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」500 人次(占率 10.1%)。

(7) 自殺方式，學齡層分析

以自殺方式分析，112 年全國「國小學齡層」, 前 3 高依序為「高處跳下」209 人次(占率 47.5%)、「割腕」89 人次(占率 20.2%)、「其他部位之切穿工具」28 人次(占率 6.4%); 112 年全國「國中學齡層」, 前 3 高依序為「割腕」1195 人次(占率 41%)、「高處跳下」691 人次(占率 23.7%)、「安眠藥鎮靜劑」405 人次(占率 13.9%); 112 年全國「高中學齡層」, 前 3 高依序為「割腕」1494 人次(占率 38.4%)、「安眠藥鎮靜劑」938 人次(占率 24.1%)、「高處跳下」689 人次(占率 17.7%); 112 年全國「大學學齡層」, 前 3 高依序為「割腕」2041 人次(占率 38.5%)、「安眠藥鎮靜劑」1638 人次(占率 30.9%)、「高處跳下」724 人次(占率 13.7%)。

(8) 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國前 3 高依序為「家暴被害人」13169 人次(占率 27.6%)、「家暴加害人」11203 人次(占率 23.5%)、「身心障礙」10002 人次(占率 21%)。

8) 112 年自殺通報特定人口群分析

(1) 原住民

a. 總述

全國 112 年原住民註記自殺通報 2253 人次，其中男性通報 511 人次(占率為 22.7%)，女性通報 1739(占率為 77.2%)，女性為男性的 3.4 倍。

b. 年齡層分析

原住民註記年齡層分佈為「15-24 歲」868 人次(占率為 38.5%)，「25-34 歲」460 人次(占率為 20.4%)，「35-44 歲」344 人次(占率為 15.3%)，「0-14 歲」264 人次(占率為 11.7%)，「45-54 歲」173 人次(占率為 7.7%)，「55-64 歲」79 人次(占率為 3.5%)，「65-74 歲」46 人次(占率為 2%)，「75 歲以上」19 人次(占率為 0.8%)。

c. 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在原住民註記，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」982 人次(占率 43.6%)、「感情因素(如男女朋友)」545 人次(占率 24.2%)、「家庭成員問題」486 人次(占率 21.6%)、「夫妻問題」232 人次(占率 10.3%)、「酒精濫用」128 人次(占率 5.7%)、「職場工作壓力」120 人次(占率 5.3%)、「其他」116 人次(占率 5.1%)、「同儕相處問題」96 人次(占率 4.3%)、「學校適應問題」84 人次(占率 3.7%)、「課業壓力」76 人次(占率 3.4%)、「債務」69 人次(占率 3.1%)、「個案(家屬)不願說明」68 人次(占率 3%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」63 人次(占率 2.8%)、「失業」53 人次(占率 2.4%)、「喪親、喪偶」48 人次(占率 2.1%)、「個案因身體狀況無法說明」29 人次(占率 1.3%)、「藥物濫用」25 人次(占率 1.1%)、「長期照顧壓力」19 人次(占率 0.8%)、「遭受暴力」18 人次(占率 0.8%)、「校園霸凌」10 人次(占率 0.4%)、「訴訟問題」10 人次(占率 0.4%)、「生涯規劃」8 人次(占率 0.4%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」8 人次(占率 0.4%)、「遭受騷擾」6 人次(占率 0.3%)、「職場霸凌」6 人次(占率 0.3%)、「使用毒品」5 人次(占率 0.2%)、「遭受霸凌」5 人次(占率 0.2%)、「遭受詐騙」4 人次(占率 0.2%)、「兵役因素」2 人次(占率 0.1%)。

d. 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國在原住民註記，依序為「割腕」911 人次(占率 40.4%)、「安眠藥鎮靜劑」583 人次(占率 25.9%)、「高處跳下」234 人次(占率 10.4%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」200 人次(占率 8.9%)、「其他部位之切穿工具」109 人次(占率 4.8%)、「撞擊(如：

撞牆、撞車等)」68 人次(占率 3%)、「溺水(淹死)、跳水」61 人次(占率 2.7%)、「上吊、自縊」60 人次(占率 2.7%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」58 人次(占率 2.6%)、「燒炭」48 人次(占率 2.1%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」39 人次(占率 1.7%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」11 人次(占率 0.5%)、「巴拉刈農藥」7 人次(占率 0.3%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」7 人次(占率 0.3%)、「自焚」6 人次(占率 0.3%)、「家用瓦斯」6 人次(占率 0.3%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」3 人次(占率 0.1%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」3 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」2 人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」1 人次(占率 0%)。

e. 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國原住民註記前 3 高依序為「家暴被害人」695 人次(占率 30.8%)、「中低收入戶」659 人次(占率 29.2%)、「脆弱家庭」559 人次(占率 24.8%)。

(2) 中低收入戶

a. 總述

全國 112 年中低收註記自殺通報 6606 人次，其中男性通報 2034 人次(占率為 30.8%)，女性通報 4569(占率為 69.2%)，女性為男性的 2.25 倍。

b. 年齡層分析

中低收註記年齡層分佈為「15-24 歲」2156 人次(占率為 32.6%)，「35-44 歲」1091 人次(占率為 16.5%)，「45-54 歲」1064 人次(占率為 16.1%)，「25-34 歲」871 人次(占率為 13.2%)，「0-14 歲」747 人次(占率為 11.3%)，「55-64 歲」443 人次(占率為 6.7%)，「65-74 歲」181 人次(占率為 2.7%)，「75 歲以上」53 人次(占率為 0.8%)。

c. 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在中低收註記，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」3323 人次(占率 50.3%)、「家庭成員問題」1579 人次(占率 23.9%)、「感情因素(如男女朋友)」1072 人次(占率 16.2%)、「夫妻問題」539 人次(占率 8.2%)、「其他」463 人次(占率 7%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」351 人次(占率 5.3%)、「債務」262 人次(占率 4%)、「學校適應問題」244 人次(占率 3.7%)、「失業」230 人次(占率 3.5%)、「酒精濫用」219 人次(占率 3.3%)、「同儕相處問題」217 人次(占率 3.3%)、「職場工作壓力」215 人次(占率

3.3%)、「個案(家屬)不願說明」210 人次(占率 3.2%)、「課業壓力」156 人次(占率 2.4%)、「長期照顧壓力」108 人次(占率 1.6%)、「個案因身體狀況無法說明」107 人次(占率 1.6%)、「喪親、喪偶」107 人次(占率 1.6%)、「藥物濫用」72 人次(占率 1.1%)、「遭受暴力」58 人次(占率 0.9%)、「訴訟問題」57 人次(占率 0.9%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」43 人次(占率 0.7%)、「遭受騷擾」41 人次(占率 0.6%)、「校園霸凌」34 人次(占率 0.5%)、「生涯規劃」30 人次(占率 0.5%)、「使用毒品」26 人次(占率 0.4%)、「遭受詐騙」26 人次(占率 0.4%)、「遭受霸凌」13 人次(占率 0.2%)、「職場霸凌」11 人次(占率 0.2%)、「兵役因素」7 人次(占率 0.1%)。

d. 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國在中低收註記，依序為「割腕」2182 人次(占率 33%)、「安眠藥鎮靜劑」1873 人次(占率 28.4%)、「高處跳下」703 人次(占率 10.6%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」611 人次(占率 9.2%)、「其他部位之切穿工具」388 人次(占率 5.9%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」272 人次(占率 4.1%)、「溺水(淹死)、跳水」225 人次(占率 3.4%)、「上吊、自縊」215 人次(占率 3.3%)、「燒炭」190 人次(占率 2.9%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」156 人次(占率 2.4%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」89 人次(占率 1.3%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」57 人次(占率 0.9%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」30 人次(占率 0.5%)、「家用瓦斯」28 人次(占率 0.4%)、「自焚」25 人次(占率 0.4%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」19 人次(占率 0.3%)、「服用或施打毒品過量」9 人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」8 人次(占率 0.1%)、「巴拉刈農藥」7 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」4 人次(占率 0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」2 人次(占率 0%)。

e. 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國中低收註記前 3 高依序為「脆弱家庭」2795 人次(占率 42.3%)、「身心障礙」2674 人次(占率 40.5%)、「家暴被害人」2574 人次(占率 39%)。

(3) 離婚

a. 總述

全國 112 年離婚個案自殺通報 7519 人次，其中男性通報 2493 人次(占率為 33.2%)，女性通報 5026(占率為 66.8%)，女性為男性的 2.02

倍。

b. 年齡層分析

離婚個案年齡層分佈為「45-54 歲」2095 人次(占率為 27.9%)，「35-44 歲」2085 人次(占率為 27.7%)，「25-34 歲」1274 人次(占率為 16.9%)，「55-64 歲」1129 人次(占率為 15%)，「65-74 歲」538 人次(占率為 7.2%)，「15-24 歲」230 人次(占率為 3.1%)，「75 歲以上」167 人次(占率為 2.2%)，「不詳」1 人次(占率為 0%)。

c. 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在離婚個案，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」3216 人次(占率 42.8%)、「感情因素(如男女朋友)」1628 人次(占率 21.7%)、「家庭成員問題」1506 人次(占率 20%)、「夫妻問題」550 人次(占率 7.3%)、「債務」550 人次(占率 7.3%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」532 人次(占率 7.1%)、「酒精濫用」433 人次(占率 5.8%)、「其他」425 人次(占率 5.7%)、「職場工作壓力」391 人次(占率 5.2%)、「失業」310 人次(占率 4.1%)、「個案(家屬)不願說明」294 人次(占率 3.9%)、「個案因身體狀況無法說明」185 人次(占率 2.5%)、「喪親、喪偶」130 人次(占率 1.7%)、「藥物濫用」109 人次(占率 1.4%)、「長期照顧壓力」103 人次(占率 1.4%)、「訴訟問題」92 人次(占率 1.2%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」80 人次(占率 1.1%)、「遭受暴力」64 人次(占率 0.9%)、「使用毒品」58 人次(占率 0.8%)、「遭受詐騙」45 人次(占率 0.6%)、「遭受騷擾」33 人次(占率 0.4%)、「職場霸凌」22 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」13 人次(占率 0.2%)、「同儕相處問題」10 人次(占率 0.1%)、「生涯規劃」6 人次(占率 0.1%)、「學校適應問題」4 人次(占率 0.1%)、「課業壓力」3 人次(占率 0%)。

d. 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國離婚個案，依序為「安眠藥鎮靜劑」2591 人次(占率 34.5%)、「割腕」1937 人次(占率 25.8%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」610 人次(占率 8.1%)、「高處跳下」610 人次(占率 8.1%)、「燒炭」472 人次(占率 6.3%)、「其他部位之切穿工具」371 人次(占率 4.9%)、「上吊、自縊」348 人次(占率 4.6%)、「溺水(淹死)、跳水」313 人次(占率 4.2%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」274 人次(占率 3.6%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」175 人次(占率 2.3%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」157 人次(占率

2.1%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」74 人次(占率 1%)、「家用瓦斯」66 人次(占率 0.9%)、「自焚」48 人次(占率 0.6%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」32 人次(占率 0.4%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」17 人次(占率 0.2%)、「服用或施打毒品過量」16 人次(占率 0.2%)、「汽車廢氣」14 人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」13 人次(占率 0.2%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」8 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」3 人次(占率 0%)。

9) 112 年自殺通報多元議題族群分析

(1) 精神疾病照護

a. 總述

全國 112 年精照列管註記自殺通報 7149 人次，其中男性通報 2267 人次(占率為 31.7%)，女性通報 4877(占率為 68.2%)，女性為男性的 2.15 倍。

b. 年齡層分析

精照列管註記年齡層分佈為「15-24 歲」1642 人次(占率為 23%)，「45-54 歲」1445 人次(占率為 20.2%)，「35-44 歲」1421 人次(占率為 19.9%)，「25-34 歲」1417 人次(占率為 19.8%)，「55-64 歲」771 人次(占率為 10.8%)，「65-74 歲」270 人次(占率為 3.8%)，「0-14 歲」117 人次(占率為 1.6%)，「75 歲以上」66 人次(占率為 0.9%)。

c. 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在精照列管註記，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」4874 人次(占率 68.2%)、「家庭成員問題」1309 人次(占率 18.3%)、「感情因素(如男女朋友)」591 人次(占率 8.3%)、「其他」402 人次(占率 5.6%)、「夫妻問題」394 人次(占率 5.5%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」331 人次(占率 4.6%)、「職場工作壓力」312 人次(占率 4.4%)、「酒精濫用」258 人次(占率 3.6%)、「失業」254 人次(占率 3.6%)、「債務」177 人次(占率 2.5%)、「個案(家屬)不願說明」169 人次(占率 2.4%)、「學校適應問題」139 人次(占率 1.9%)、「課業壓力」132 人次(占率 1.8%)、「個案因身體狀況無法說明」124 人次(占率 1.7%)、「喪親、喪偶」105 人次(占率 1.5%)、「藥物濫用」98 人次(占率 1.4%)、「同儕相處問題」87 人次(占率 1.2%)、「長期照顧壓力」67 人次(占率 0.9%)、「訴訟問題」64 人次(占率 0.9%)、「使用毒品」50 人次(占率 0.7%)、「遭受詐騙」40 人次(占率 0.6%)、「遭受騷擾」40 人次(占率 0.6%)、「急性化的疾病問題

(如：初得知患病)」33 人次(占率 0.5%)、「遭受暴力」32 人次(占率 0.4%)、「生涯規劃」31 人次(占率 0.4%)、「校園霸凌」20 人次(占率 0.3%)、「職場霸凌」20 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」11 人次(占率 0.2%)、「兵役因素」1 人次(占率 0%)。

d. 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國在精照列管註記，依序為「安眠藥鎮靜劑」2083 人次(占率 29.1%)、「割腕」1806 人次(占率 25.3%)、「高處跳下」879 人次(占率 12.3%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」709 人次(占率 9.9%)、「其他部位之切穿工具」467 人次(占率 6.5%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」357 人次(占率 5%)、「溺水(淹死)、跳水」280 人次(占率 3.9%)、「上吊、自縊」258 人次(占率 3.6%)、「燒炭」235 人次(占率 3.3%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」209 人次(占率 2.9%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」105 人次(占率 1.5%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」60 人次(占率 0.8%)、「家用瓦斯」44 人次(占率 0.6%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」40 人次(占率 0.6%)、「自焚」26 人次(占率 0.4%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」26 人次(占率 0.4%)、「服用或施打毒品過量」16 人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」7 人次(占率 0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」4 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」4 人次(占率 0.1%)。

e. 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國精照列管註記前 3 高依序為「身心障礙」4731 人次(占率 66.2%)、「家暴被害人」2666 人次(占率 37.3%)、「家暴加害人」2383 人次(占率 33.3%)。

(2) 保護身份

a. 總述

全國 112 年保護身份註記自殺通報 21531 人次，其中男性通報 6778 人次(占率為 31.5%)，女性通報 14749(占率為 68.5%)，女性為男性的 2.18 倍。

b. 年齡層分析

保護身份註記年齡層分佈為「15-24 歲」5956 人次(占率為 27.7%)，「25-34 歲」4429 人次(占率為 20.6%)，「35-44 歲」4236 人次(占率為 19.7%)，「45-54 歲」2831 人次(占率為 13.1%)，「0-14 歲」1856 人次(占率為 8.6%)，「55-64 歲」1261 人次(占率為 5.9%)，「65-74 歲」619 人次(占率為 2.9%)，「75 歲以上」341 人次(占率為

1.6%)，「不詳」2 人次(占率為 0%)。

c. 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在保護身份註記，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」10293 人次(占率 47.8%)、「家庭成員問題」5181 人次(占率 24.1%)、「感情因素(如男女朋友)」4245 人次(占率 19.7%)、「夫妻問題」2961 人次(占率 13.8%)、「其他」1072 人次(占率 5%)、「酒精濫用」988 人次(占率 4.6%)、「職場工作壓力」866 人次(占率 4%)、「債務」798 人次(占率 3.7%)、「個案(家屬)不願說明」669 人次(占率 3.1%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」660 人次(占率 3.1%)、「學校適應問題」602 人次(占率 2.8%)、「同儕相處問題」542 人次(占率 2.5%)、「失業」514 人次(占率 2.4%)、「課業壓力」475 人次(占率 2.2%)、「個案因身體狀況無法說明」323 人次(占率 1.5%)、「藥物濫用」294 人次(占率 1.4%)、「遭受暴力」272 人次(占率 1.3%)、「長期照顧壓力」265 人次(占率 1.2%)、「喪親、喪偶」260 人次(占率 1.2%)、「訴訟問題」203 人次(占率 0.9%)、「使用毒品」169 人次(占率 0.8%)、「遭受騷擾」137 人次(占率 0.6%)、「校園霸凌」96 人次(占率 0.4%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」84 人次(占率 0.4%)、「生涯規劃」83 人次(占率 0.4%)、「遭受詐騙」73 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」53 人次(占率 0.2%)、「職場霸凌」45 人次(占率 0.2%)、「兵役因素」9 人次(占率 0%)。

d. 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國保護身份註記，依序為「割腕」6477 人次(占率 30.1%)、「安眠藥鎮靜劑」5901 人次(占率 27.4%)、「高處跳下」2927 人次(占率 13.6%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」1753 人次(占率 8.1%)、「其他部位之切穿工具」1338 人次(占率 6.2%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」970 人次(占率 4.5%)、「燒炭」833 人次(占率 3.9%)、「溺水(淹死)、跳水」735 人次(占率 3.4%)、「上吊、自縊」722 人次(占率 3.4%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」421 人次(占率 2%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」307 人次(占率 1.4%)、「家用瓦斯」138 人次(占率 0.6%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」133 人次(占率 0.6%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」91 人次(占率 0.4%)、「自焚」88 人次(占率 0.4%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」60 人次(占率 0.3%)、「服用或施打毒品過量」45 人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」25 人次(占率 0.1%)、「汽車

廢氣」18 人次(占率 0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」16 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」10 人次(占率 0%)、「氬氣」1 人次(占率 0%)。

e. 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國保護身份註記前 3 高依序為「家暴被害人」13169 人次(占率 61.2%)、「家暴加害人」11203 人次(占率 52%)、「脆弱家庭」5742 人次(占率 26.7%)。

(3) 毒防註記

a. 總述

全國 112 年毒防註記自殺通報 2460 人次，其中男性通報 1541 人次(占率為 62.6%)，女性通報 919(占率為 37.4%)，女性為男性的 0.6 倍。

b. 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在毒防註記，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」923 人次(占率 37.5%)、「感情因素(如男女朋友)」538 人次(占率 21.9%)、「家庭成員問題」412 人次(占率 16.7%)、「夫妻問題」271 人次(占率 11%)、「使用毒品」163 人次(占率 6.6%)、「酒精濫用」156 人次(占率 6.3%)、「其他」142 人次(占率 5.8%)、「債務」135 人次(占率 5.5%)、「藥物濫用」129 人次(占率 5.2%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」108 人次(占率 4.4%)、「失業」106 人次(占率 4.3%)、「個案(家屬)不願說明」96 人次(占率 3.9%)、「職場工作壓力」96 人次(占率 3.9%)、「個案因身體狀況無法說明」59 人次(占率 2.4%)、「訴訟問題」56 人次(占率 2.3%)、「長期照顧壓力」24 人次(占率 1%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」23 人次(占率 0.9%)、「喪親、喪偶」23 人次(占率 0.9%)、「遭受暴力」15 人次(占率 0.6%)、「遭受騷擾」9 人次(占率 0.4%)、「遭受詐騙」8 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」5 人次(占率 0.2%)、「生涯規劃」3 人次(占率 0.1%)、「同儕相處問題」2 人次(占率 0.1%)、「學校適應問題」2 人次(占率 0.1%)、「課業壓力」1 人次(占率 0%)、「職場霸凌」1 人次(占率 0%)。

c. 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國在毒防註記，依序為「安眠藥鎮靜劑」690 人次(占率 28%)、「割腕」642 人次(占率 26.1%)、「高處跳下」224 人次(占率 9.1%)、「燒炭」207 人次(占率 8.4%)、「其他部位之

切穿工具」177 人次(占率 7.2%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」141 人次(占率 5.7%)、「上吊、自縊」106 人次(占率 4.3%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」98 人次(占率 4%)、「溺水(淹死)、跳水」88 人次(占率 3.6%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」54 人次(占率 2.2%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」45 人次(占率 1.8%)、「服用或施打毒品過量」33 人次(占率 1.3%)、「家用瓦斯」23 人次(占率 0.9%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」22 人次(占率 0.9%)、「自焚」15 人次(占率 0.6%)、「汽車廢氣」8 人次(占率 0.3%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」7 人次(占率 0.3%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」6 人次(占率 0.2%)、「其他氣體及蒸氣」4 人次(占率 0.2%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」4 人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」2 人次(占率 0.1%)。

d. 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國毒防註記前 3 高依序為「家暴加害人」1311 人次(占率 53.3%)、「家暴被害人」1060 人次(占率 43.1%)、「脆弱家庭」620 人次(占率 25.2%)。

10) 112 年身心障礙族群，自殺通報分析

(1) 總述

全國 112 年身心障礙註記自殺通報 10002 人次，其中男性通報 3806 人次(占率為 38.1%)，女性通報 6193(占率為 61.9%)，女性為男性的 1.63 倍。

(2) 年齡層分析

身心障礙註記年齡層分佈為「15-24 歲」1864 人次(占率為 18.6%)，「45-54 歲」1798 人次(占率為 18%)，「35-44 歲」1637 人次(占率為 16.4%)，「25-34 歲」1494 人次(占率為 14.9%)，「55-64 歲」1302 人次(占率為 13%)，「65-74 歲」824 人次(占率為 8.2%)，「75 歲以上」785 人次(占率為 7.8%)，「0-14 歲」298 人次(占率為 3%)。

(3) 自殺原因分析

以自殺原因分析，112 年全國在身心障礙註記，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」5895 人次(占率 58.9%)、「家庭成員問題」1950 人次(占率 19.5%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」1246 人次(占率 12.5%)、「感情因素(如男女朋友)」741 人次(占率 7.4%)、「其他」641 人次(占率 6.4%)、「夫妻問題」630 人次(占率 6.3%)、「職場工作壓力」346 人次(占率 3.5%)、「失業」333 人次(占率

3.3%)、「債務」285 人次(占率 2.8%)、「個案(家屬)不願說明」266 人次(占率 2.7%)、「酒精濫用」266 人次(占率 2.7%)、「個案因身體狀況無法說明」238 人次(占率 2.4%)、「學校適應問題」206 人次(占率 2.1%)、「喪親、喪偶」181 人次(占率 1.8%)、「同儕相處問題」157 人次(占率 1.6%)、「課業壓力」143 人次(占率 1.4%)、「長期照顧壓力」132 人次(占率 1.3%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」110 人次(占率 1.1%)、「訴訟問題」90 人次(占率 0.9%)、「藥物濫用」87 人次(占率 0.9%)、「遭受騷擾」57 人次(占率 0.6%)、「遭受暴力」53 人次(占率 0.5%)、「遭受詐騙」40 人次(占率 0.4%)、「生涯規劃」35 人次(占率 0.3%)、「使用毒品」31 人次(占率 0.3%)、「職場霸凌」28 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」27 人次(占率 0.3%)、「校園霸凌」26 人次(占率 0.3%)。

(4) 自殺方式分析

以自殺方式分析，112 年全國身心障礙註記，依序為「安眠藥鎮靜劑」2762 人次(占率 27.6%)、「割腕」2332 人次(占率 23.3%)、「高處跳下」1133 人次(占率 11.3%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」886 人次(占率 8.9%)、「其他部位之切穿工具」676 人次(占率 6.8%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」508 人次(占率 5.1%)、「上吊、自縊」444 人次(占率 4.4%)、「溺水(淹死)、跳水」391 人次(占率 3.9%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」358 人次(占率 3.6%)、「燒炭」303 人次(占率 3%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」286 人次(占率 2.9%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)」110 人次(占率 1.1%)、「家用瓦斯」62 人次(占率 0.6%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」62 人次(占率 0.6%)、「自焚」43 人次(占率 0.4%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」41 人次(占率 0.4%)、「巴拉刈農藥」19 人次(占率 0.2%)、「服用或施打毒品過量」10 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」5 人次(占率 0%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」4 人次(占率 0%)、「汽車廢氣」3 人次(占率 0%)、「氫氣」1 人次(占率 0%)。

(5) 特殊身份別分析

以特殊身份別分析，112 年全國身心障礙註記前 3 高依序為「精照列管」4731 人次(占率 47.3%)、「家暴被害人」3538 人次(占率 35.4%)、「家暴加害人」2829 人次(占率 28.3%)。

4. 各年齡層及學齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標及因應策略(詳附件 2-1-5)

1) 自殺死亡個案生前通報情形

112 年度自殺死亡個案生前自殺企圖通報情形分析，該年度自殺死亡人數為 3,898 人，進而將自殺死亡資料串聯 95-112 年自殺企圖通報檔，分析結果顯示，自殺死亡個案中 1,014 人(占率 26.0%)為自殺死亡前無通報紀錄(詳見表 2-1-7)。

表 2-1-7、112 年自殺死亡個案生前通報情形

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
總計	1869(47.9)	1014(26)	1015(26)	3898
性別				
男性	1245(49.8)	732(29.3)	523(20.9)	2500
女性	624(44.6)	282(20.2)	492(35.2)	1398
年齡層(粗分)				
0-24 歲	135(47.5)	29(10.2)	120(42.3)	284
25-44 歲	489(42.9)	282(24.8)	368(32.3)	1139
45-64 歲	623(46.3)	398(29.6)	324(24.1)	1345
65 歲以上	622(55)	305(27)	203(18)	1130
年齡層(5 歲分)				
0-14 歲	18(75)	0(0)	6(25)	24
15-19 歲	34(46.6)	3(4.1)	36(49.3)	73
20-24 歲	83(44.4)	26(13.9)	78(41.7)	187
25-29 歲	116(43)	64(23.7)	90(33.3)	270
30-34 歲	110(42.1)	64(24.5)	87(33.3)	261
35-39 歲	110(41.4)	62(23.3)	94(35.3)	266
40-44 歲	153(44.7)	92(26.9)	97(28.4)	342
45-49 歲	139(45.3)	78(25.4)	90(29.3)	307
50-54 歲	167(46)	109(30)	87(24)	363
55-59 歲	162(45.1)	118(32.9)	79(22)	359
60-64 歲	155(49.1)	93(29.4)	68(21.5)	316
65-69 歲	166(54.6)	85(28)	53(17.4)	304
70-74 歲	154(54.4)	81(28.6)	48(17)	283
75-79 歲	112(56.9)	47(23.9)	38(19.3)	197
80-84 歲	104(52)	58(29)	38(19)	200
85 歲以上	86(58.9)	34(23.3)	26(17.8)	146

表 2-1-7、112 年自殺死亡個案生前通報情形

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
學齡層				
國小(11 歲以下)	3(75)	0(0)	1(25)	4
國中(12-14 歲)	15(75)	0(0)	5(25)	20
高中(15-17 歲)	14(53.8)	1(3.8)	11(42.3)	26
大學(18-21 歲)	49(43)	14(12.3)	51(44.7)	114
自殺方式				
切穿工具	58(45.7)	45(35.4)	24(18.9)	127
以固體或液體	204(48.6)	92(21.9)	124(29.5)	420
吊死,勒死,窒息	687(49.6)	408(29.5)	289(20.9)	1384
其他	29(37.2)	21(26.9)	28(35.9)	78
氣體/蒸氣	339(44)	229(29.7)	203(26.3)	771
高處跳下	389(52.7)	125(16.9)	224(30.4)	738
溺水	152(42.9)	84(23.7)	118(33.3)	354
槍砲、爆炸物	11(42.3)	10(38.5)	5(19.2)	26

2) 自殺及自傷通報個案死亡情形

進而分析 112 年度自殺企圖個案之自殺死亡情形，共 36,656 人，其中 2,214 人(占率 6.0%)為首次通報時即死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天內)，419 人(占率 1.1%)為通報後再自殺死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天後)，34,023 人(占率 92.8%)無死亡紀錄。

以性別而言，女性整體的自殺企圖通報人次數約為男性的兩倍，但男性首次通報即死亡 1,413 人次(占率 10.5%)及通報後再自殺死亡 210 人次(占率 1.6%)均高於女性(詳見表 2-1-8)。

表 2-1-8、112 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

	首次通報即死亡 (於指標通報日 7 天內) n(%)	通報後再自殺 (於指標通報日 7 天後) n(%)	無死亡記錄 n(%)	總和 n
總計	2214(6)	419(1.1)	34023(92.8)	36656
性別				
男性	1413(10.5)	210(1.6)	11812(87.9)	13435
女性	800(3.4)	209(0.9)	22196(95.7)	23205
跨性別	1(6.2)	0(0)	15(93.8)	16
年齡層(粗分)				
0-24 歲	168(1.5)	63(0.6)	10728(97.9)	10959

表 2-1-8、112 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形

	首次通報即死亡 (於指標通報日 7 天內)	通報後再自殺 (於指標通報日 7 天後)	無死亡記錄	總和
	n(%)	n(%)	n(%)	n
25-44 歲	629(4.8)	135(1)	12211(94.1)	12975
45-64 歲	736(9.1)	128(1.6)	7205(89.3)	8069
65 歲以上	681(14.8)	93(2)	3813(83.1)	4587
不詳	0(0)	0(0)	66(100)	66
年齡層(5 歲分)				
0-14 歲	19(0.8)	5(0.2)	2236(98.9)	2260
15-19 歲	43(1)	21(0.5)	4080(98.5)	4144
20-24 歲	106(2.3)	37(0.8)	4412(96.9)	4555
25-29 歲	148(4)	38(1)	3500(95)	3686
30-34 歲	140(4.5)	37(1.2)	2926(94.3)	3103
35-39 歲	155(5.4)	30(1)	2685(93.6)	2870
40-44 歲	186(5.6)	30(0.9)	3100(93.5)	3316
45-49 歲	175(6.5)	31(1.2)	2484(92.3)	2690
50-54 歲	200(9.6)	28(1.3)	1854(89)	2082
55-59 歲	193(10.8)	34(1.9)	1558(87.3)	1785
60-64 歲	168(11.1)	35(2.3)	1309(86.6)	1512
65-69 歲	180(14.3)	23(1.8)	1058(83.9)	1261
70-74 歲	160(14.6)	27(2.5)	906(82.9)	1093
75-79 歲	124(16.1)	17(2.2)	629(81.7)	770
80-84 歲	123(15.4)	15(1.9)	663(82.8)	801
85 歲以上	94(14.2)	11(1.7)	557(84.1)	662
不詳	0(0)	0(0)	66(100)	66
學齡層				
國小(6-11 歲)	3(0.8)	1(0.3)	371(98.9)	375
國中(12-14 歲)	16(0.9)	4(0.2)	1859(98.9)	1879
高中(15-17 歲)	16(0.6)	8(0.3)	2491(99)	2515
大學(18-21 歲)	64(1.8)	24(0.7)	3377(97.5)	3465

3) 各年齡層再自殺死亡危險因子分析

針對 112 年各年齡層首次自殺企圖再自殺風險因子，進一步使用邏輯式回歸判斷有影響因子，使用逐步回歸選模法，最後篩選出的因子有自殺方式、年齡層、性別、中低收入戶註記、嚴重病人註記及兒少被害人註記，單就篩選出的因子敘述如，男性較女性有更高的再自殺死亡風險，年齡層越往上再自殺死亡風險越高，被通報時選擇自殺方式致命性越高的個

案越有再自殺死亡風險，註記則是有嚴重病人註記相較於沒有的有較高風險。

4) 策略

指標性策略是為預防先前有自殺企圖之個案，以死亡前通報比例來看，整體僅 26% 在死亡前有通報紀錄，因此自殺通報情形仍可以強化，此外，從通報後自殺死亡的情況來看，不同年齡層的再自殺死亡風險因子有所差異。然而，由於再自殺死亡的案例比例偏低，因此相關數據的分析與解讀需更加謹慎。特別是在學齡層，再自殺死亡的比例也偏低，導致難以產出具有統計意義的危險因素分析結果。

(1) 男性

建議有接觸到男性為主之相關網絡強化其守門人訓練，以期早期辨識及轉介，若發現高風險個案，儘快協助求助或就醫。

(2) 高齡長者

若以不同年齡層進行分析，發現年齡越高之族群，首次通報即死亡與通報後再自殺死亡之占率越高，各國對老年自殺方法的研究都顯示，老年自殺的方式較年輕族群所使用的方式更為強烈且致命性高，在台灣也不例外。

老年人其通報即死亡比例較高，因此建議需要強化老人在全面性策略與選擇性策略，才較有機會減少老人自殺之比例。其教育程度較低、自殺原因為生理疾病，再自殺死亡風險較高

除此之外，老人自殺防治可由四個面向著力：(1)普及化社區老年自殺防治相關之守門人訓練、(2)持續推動劇毒農藥及高致命性自殺工具之禁用或管制以降低可得性、(3)自殺防治守門人課程列入老人相關單位照護人員必要之在職教育，並納入機關(構)考查輔導項目、(4)地方自殺防治體系與單位之橫向、縱向整合，持續推動養護機構及社區老人自殺防治。

(3) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」

除「切穿工具自殺及自傷」外，首次通報即死亡之個案其自殺死亡方式及自殺通報方式以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率相對較高，此自殺方法的致命性高達七成，欲藉由管制危險物品取得的方法來防治上吊是非常困難的一項任務(僅約 10% 發生於監獄、醫院或矯治機構) (Gunnell et al., 2005; Yau & Paschall, 2018)，由於大部分的案例發生於家中，其上吊

或窒息物品(如電源線、皮帶、繩索、塑膠袋等)或環境難以防範。因此，一般防治策略重點強調早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者(near-hanging)的緊急處置、以及全面性防治策略三者(吳佳儀、李明濱，2017)。

(4) 多重議題

針對一進案就自殺死亡的個案在生前多少都會有一個以上的多重議題，例如脆弱家庭、長照議題、精神疾病、家暴、性侵害及兒少被害人…等，有這些議題比沒有這些議題的個案自殺風險來的高，脆弱家庭也把自殺列為開案指標之一，在長照家庭照顧者的支持方案有一項指標也是照顧者有自殺的意念；自殺死亡前，可能個案有自殺意念、自殺企圖沒有被通報，但多少可以透過跨局處、跨網絡，去找出這些比較高風險的族群，從我們的自殺企圖者之關懷訪視到社會安全網，都是強調以家庭為中心，如果從跨網絡找出這些高風險個案，應能減少他們自殺死亡的風險。

(5) 學齡層

以各學齡層來看，以大學通報後再自殺死亡比例較高共 24 人(0.7%)，各年齡層隨著年齡增加再自殺死亡比例增加，然因為整體再自殺死亡比例偏低，以致較難分析出有意義風險因子，因此建議風險因子分析需合併多年資料。

五、附件

附件 2-1-1、全國自殺死亡資料統計

附件 2-1-2、全國自殺通報資料統計

附件 2-1-3、112 年死因統計記者會提出之自殺防治因應策略說帖

附件 2-1-4、112 年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料

附件 2-1-5、各年齡層及學齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因和危險指標

112 年總體自殺防治策略報告

一、背景

自殺防治是當代公共衛生及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含遠端及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒時期及周產期因素、早年創傷經驗，及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾病、身體疾病、心理社會危機、致命工具可得性、及媒體模仿效應等，其防治工作艱鉅，需公共衛生策略多層面方式的介入。

各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰均具高度差異。故自殺防治策略之規劃須以「因地制宜」為方向，掌握不同地區的特性以落實「在地化」、「社區化」之目標。本中心自民國 106 年以來持續編寫全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市政府參考運用。

本中心分析全國及 22 縣市自殺相關資料特性，提供全國及 22 縣市因地制宜之策略建議，編寫「112 年總體自殺防治策略報告」，內容涵蓋自殺相關數據特性分析及自殺防治策略建議，作為衛生福利部、各縣市政府及精神醫療網核心醫院，於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施之用。

二、輸入

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：85-112 年。

(2) 於衛生福利部公布全國十大死因後，中心向衛生福利部統計處/衛生福利部衛生福利資料科學中心進行資料申請，再由研究發展組同仁前往統計處分析資料。

2) 自殺通報資料檔

(1) 資料期間：95-112 年。

(2) 向自殺防治通報系統維護廠商申請自殺通報資料。(詳見章節 2.3 自殺死亡及自殺通報數據監測分析)

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、東捷資訊服務股份有限公司。

2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、進行統計分析。

三、過程 (Process)

1. 執行步驟與方法

1) 根據 112 年度全國自殺死亡資料及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析等。

2) 根據 112 年自殺通報資料，分析各縣市自殺通報特性，包含性別、年齡、自殺方式、自殺原因等。

3) 整理自殺防治策略，徵詢內外部專家意見，擬定各縣市因地制宜之具體自殺防治計畫建議。

4) 彙整報告及建議函送衛生福利部。

2. 資料分析

1) 自殺死亡特性分析

2) 自殺通報資料分析

3. 策略擬定

四、成果 (Product)

1. 執行結果

1) 提供全國自殺資料特性分析及防治策略建議 1 份。

2) 提供各縣市自殺資料特性分析及防治策略建議共 22 份。

2. 全國性數據分析

1) 全國自殺死亡率變動趨勢

臺灣的自殺死亡情況在 83 年自殺死亡人數為 1,451 人(男性 977 人、女性 474 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 6.9 人(男性 9.0 人、女性 4.6 人)。其後逐年攀升，於 95 年上升至自殺死亡人數 4,406 人(男性 3,088 人、女性 1,318 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 19.3 人(男性 26.7 人、女性 11.7 人)，其後逐年下降，並於 99 年退出國人十大死因，以標準化自殺死亡率觀察亦為同樣趨勢。109 年、110 年 COVID-19 疫情期間自殺死亡率連續二年下降，惟自 111 年起，自殺死亡率上升，至 112 年粗死亡率為每十萬人口 16.7 人，標準化死亡率為 12.7 人，國人死因第 11 位)。(如圖 2-2-1)

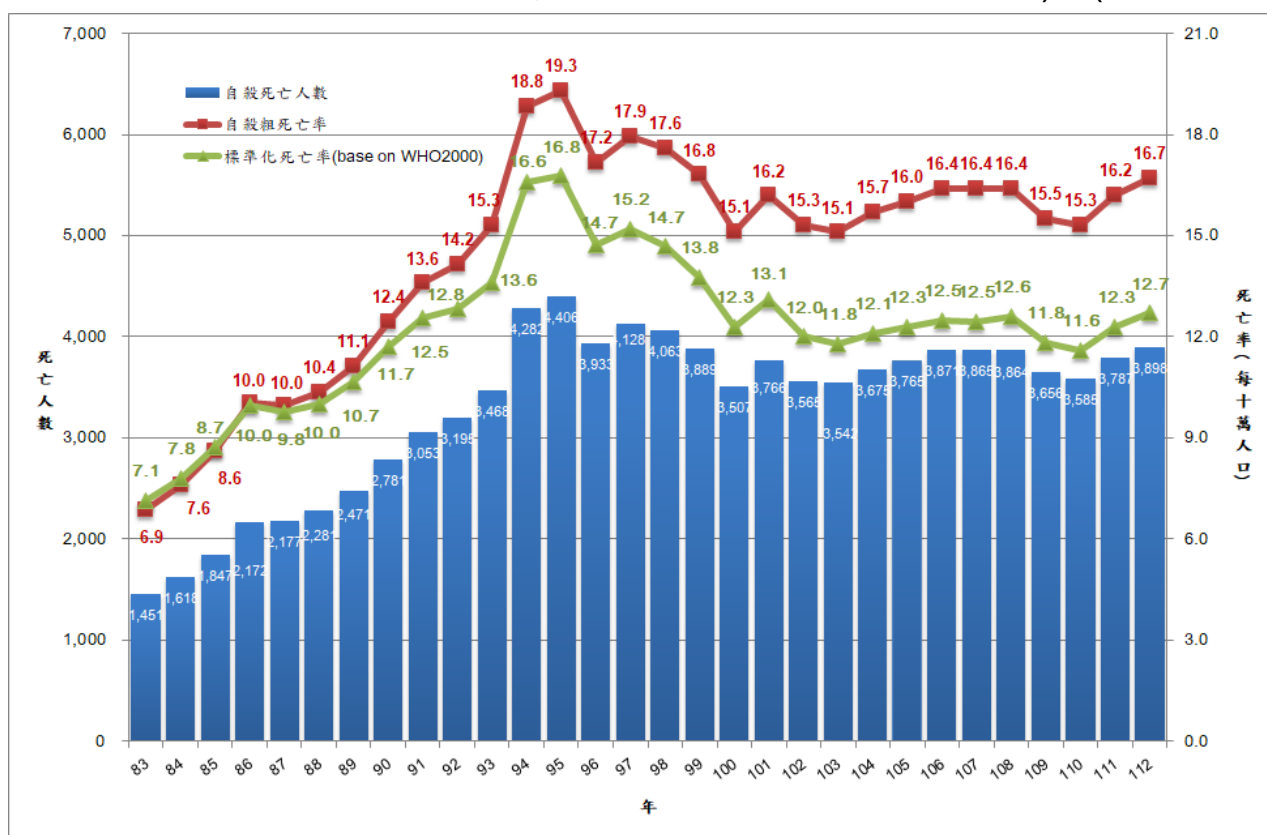


圖 2-2-1、83-112 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 112 年自殺死亡人數 3,898 人(男性 2,500 人、女性 1,398 人，性別比 1.79)；自殺標準化死亡率每十萬人口 12.7 人(男性 16.4 人、女性 9.3 人)，較 95 年(每十萬人口 16.8 人)下降 24.4%，三年移動平均呈現上升趨勢。

以性別之標準化自殺死亡率來看，男性自殺標準化死亡率自 83 年起逐年增加，於 94 年大幅上升(死亡率為每十萬人口 22.7 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 23.2 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 101 年男性標準化自殺死亡率上升為每十萬人口 17.0 人後持平，112 年

每十萬人口 16.4 人，與最高峰 95 年相比降幅為 29.4%。(如圖 2-2-2)

女性標準化自殺死亡率自 83 年起逐年攀升，於 94 年達到最高峰每十萬人口 10.1 人，其後呈現小幅向下之趨勢，直到 101 年上升至 9.3 人後，至 103 年前呈現下降趨勢，104 年至 108 年有些微上升，112 年為每十萬人口 9.3，與最高峰 94 年相比降幅為 8.8%。(如圖 2-2-2)

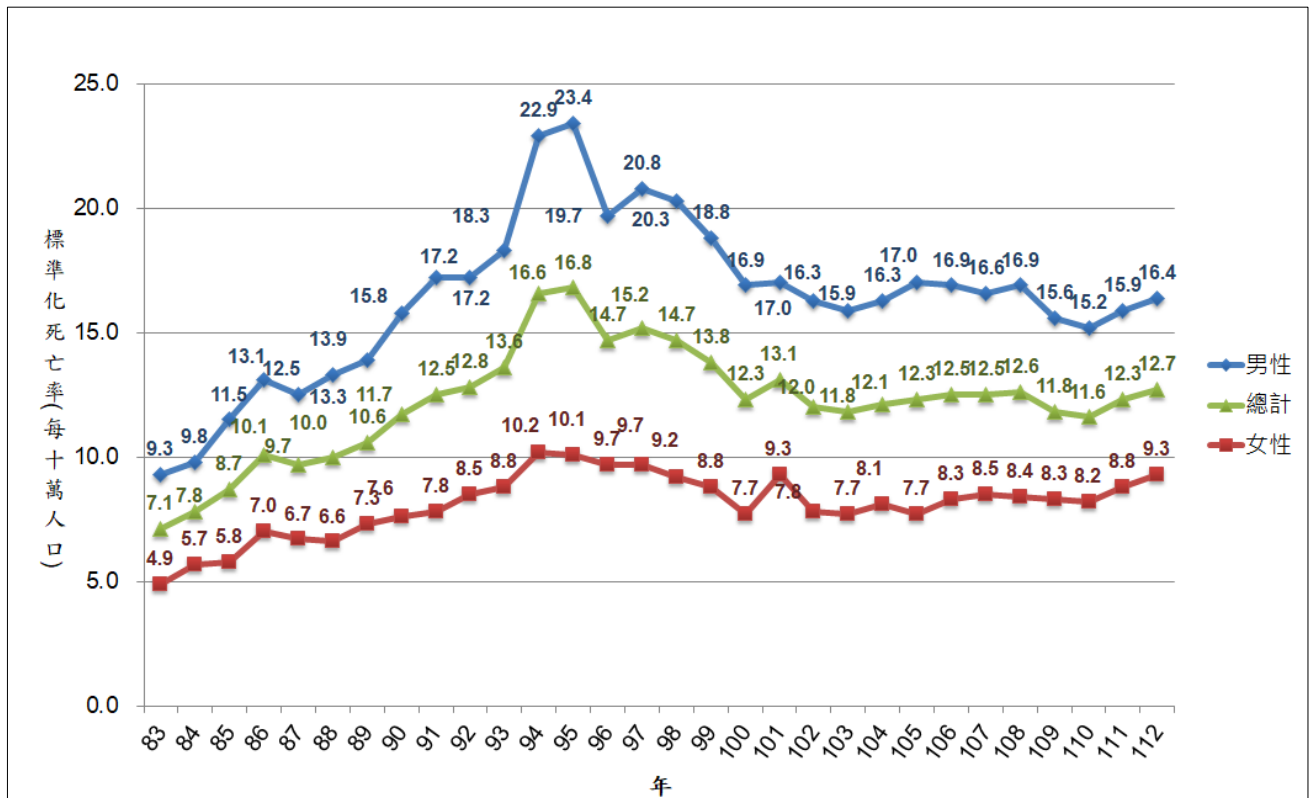


圖 2-2-2、83-112 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析 15-24 歲近年有持續上升趨勢，65 歲以上年齡層死亡率在連續二年上升後 112 年為下降，而 25-64 歲年齡層死亡率則連續 2 年呈現上升趨勢，顯示當前自殺防治策略在年輕及中壯年族群是待強化的。(如圖 2-2-3)

以各自殺方法標準化死亡率來看，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由氣體及蒸汽自殺及自為中毒、由高處跳下自殺及自傷 112 年度較 111 年度有上升的趨勢。(如圖 2-2-4)

以各年齡層各死因死亡來看，男性 0-14 歲由高處跳下自殺及自傷及吊死、勒死及窒息之自殺及自傷，皆連續 2 年上升(如圖 2-2-5)；女性 0-14 歲則以由高處跳下自殺及自傷最需注意。(如圖 2-2-6)

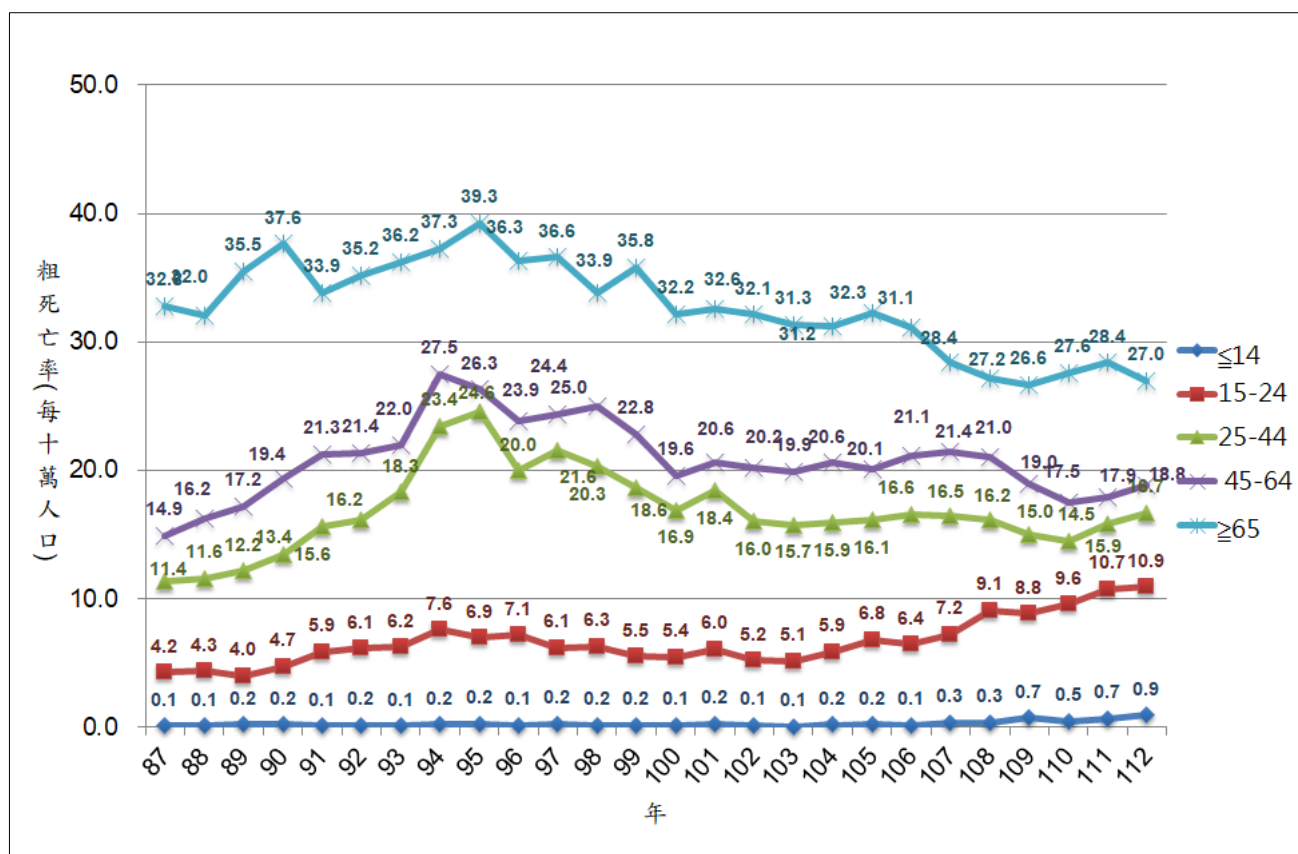


圖 2-2-3、83-112 年各年齡層自殺粗死亡率

男性 15-24 歲由高處跳下自殺及自傷、由氣體及蒸汽自殺及自為中毒皆上升，其中由高處跳下自殺及自傷已連續 3 年上升(如圖 2-2-7)。15-24 歲女性在由高處跳下自殺及自傷 104 年至 112 年呈現連續上升趨勢，吊死、勒死及窒息自殺及自傷同樣呈現連續上升之趨勢(如圖 2-2-8)。

男性 25-44 歲近年皆以由氣體及蒸汽自殺及自為中毒，吊死、勒死及窒息之自殺及自傷，由高處跳下自殺及自傷為前三高自殺死亡率之自殺死因(如圖 2-2-9)。女性 25-44 歲亦為同樣情形，且此三種方式於近 2 年皆上升(如圖 2-2-10)。

男性 45-64 歲至 110 年為止，自殺死亡率前三高方式皆為吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由氣體及蒸汽自殺及自為中毒、以固體或液體物質自殺及自為中毒，但在 111 年、112 年由高處跳下自殺及自傷上升至第三高自殺死亡率之方式(如圖 2-2-11)。近年女性 45-64 歲前三高方式除 111 年溺水(淹死)自殺及自傷上升至第三高外，其餘年度皆為吊死、勒死及窒息之自殺及自傷、由高處跳下自殺及自傷、由氣體及蒸汽自殺及自為中毒(如圖 2-2-12)。

男性及女性 65 歲以上自殺死亡率前三高方式為吊死、勒死及窒息之自

殺及自傷、以固體或液體物質自殺及自為中毒、由高處跳下自殺及自傷，其中吊死、勒死及以固體或液體呈現下降趨勢，高處跳下則逐年上升(如圖 2-2-13、圖 2-2-14)。

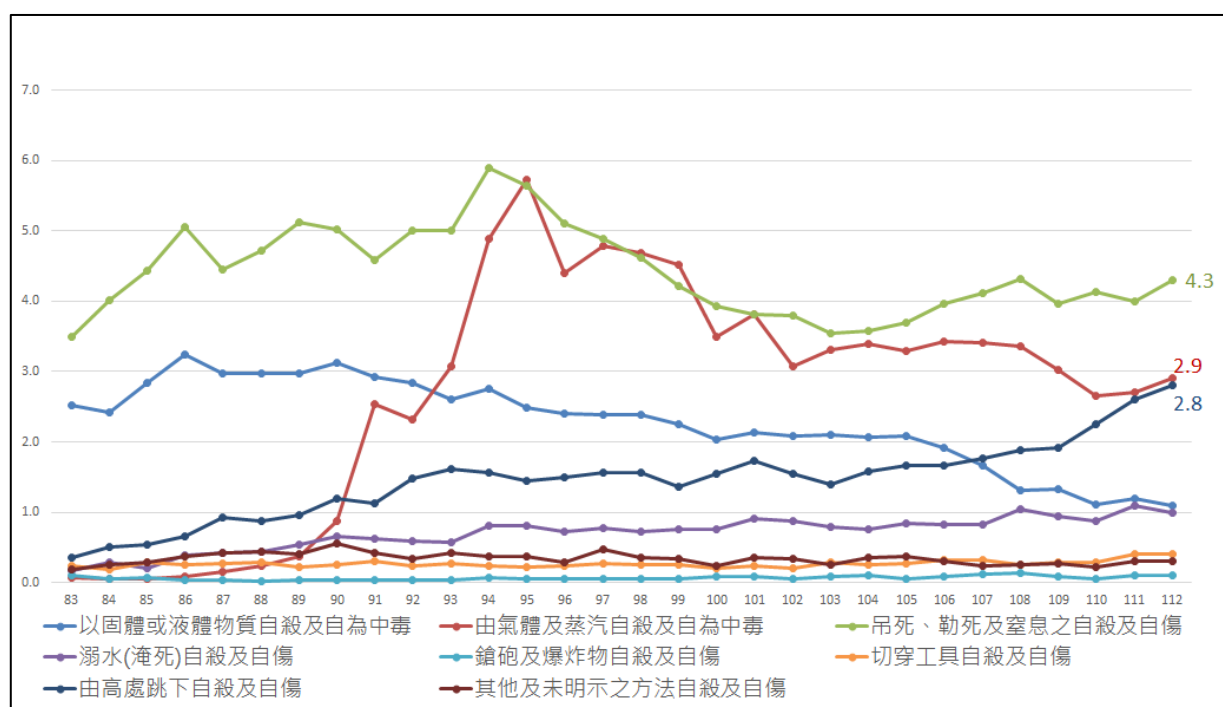


圖 2-2-4、83-112 年各自殺方法標準化死亡率

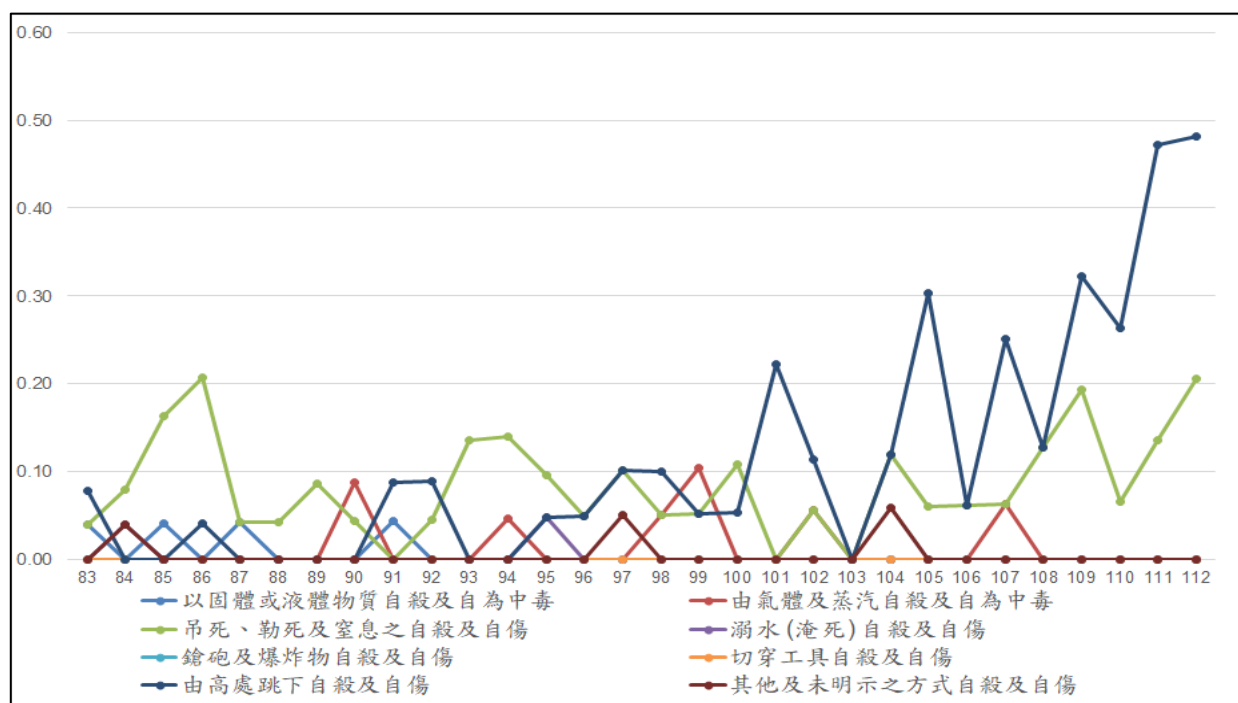


圖 2-2-5、83-112 年男性 0-14 歲各死因死亡率

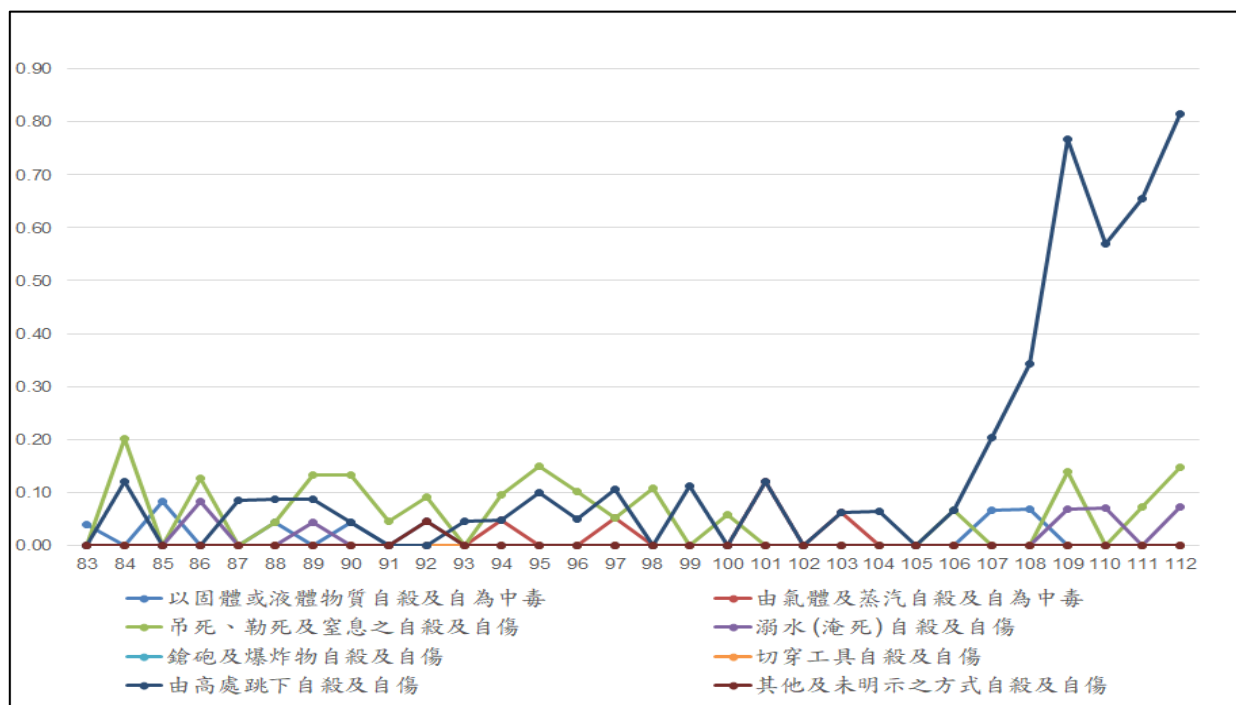


圖 2-2-6、83-112 年女性 0-14 歲各死因死亡率

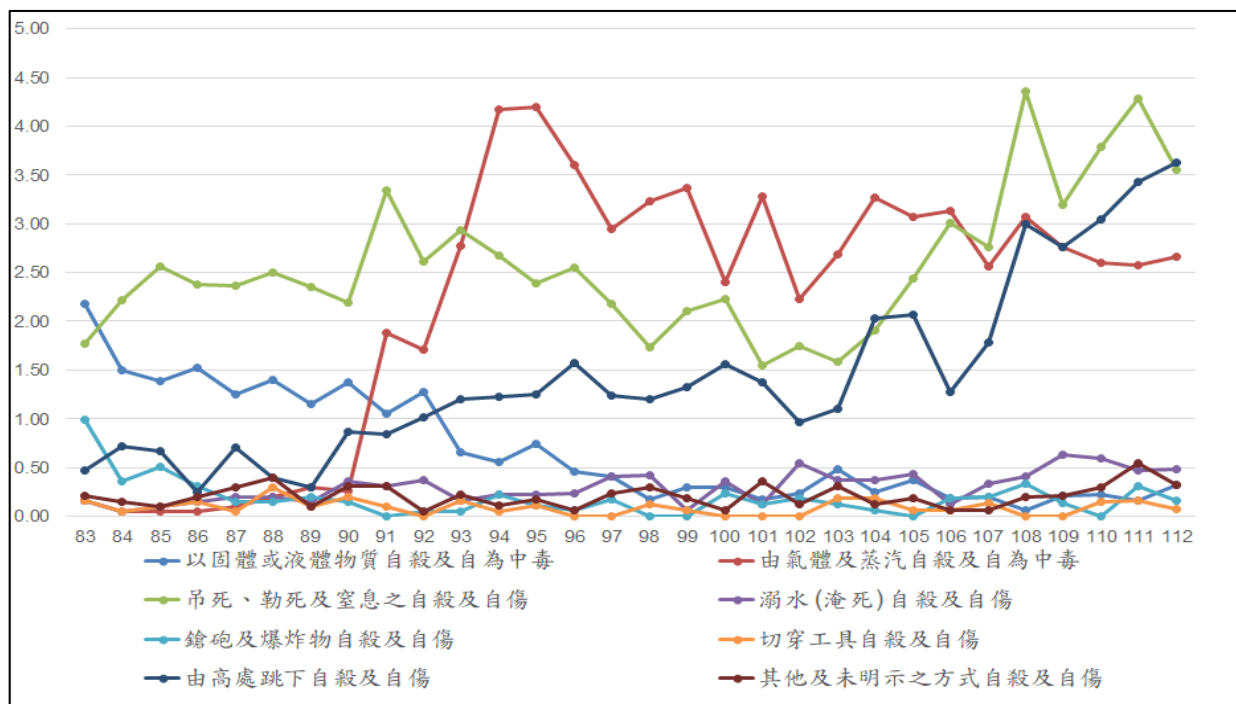


圖 2-2-7、83-112 年男性 15-24 歲各死因死亡率

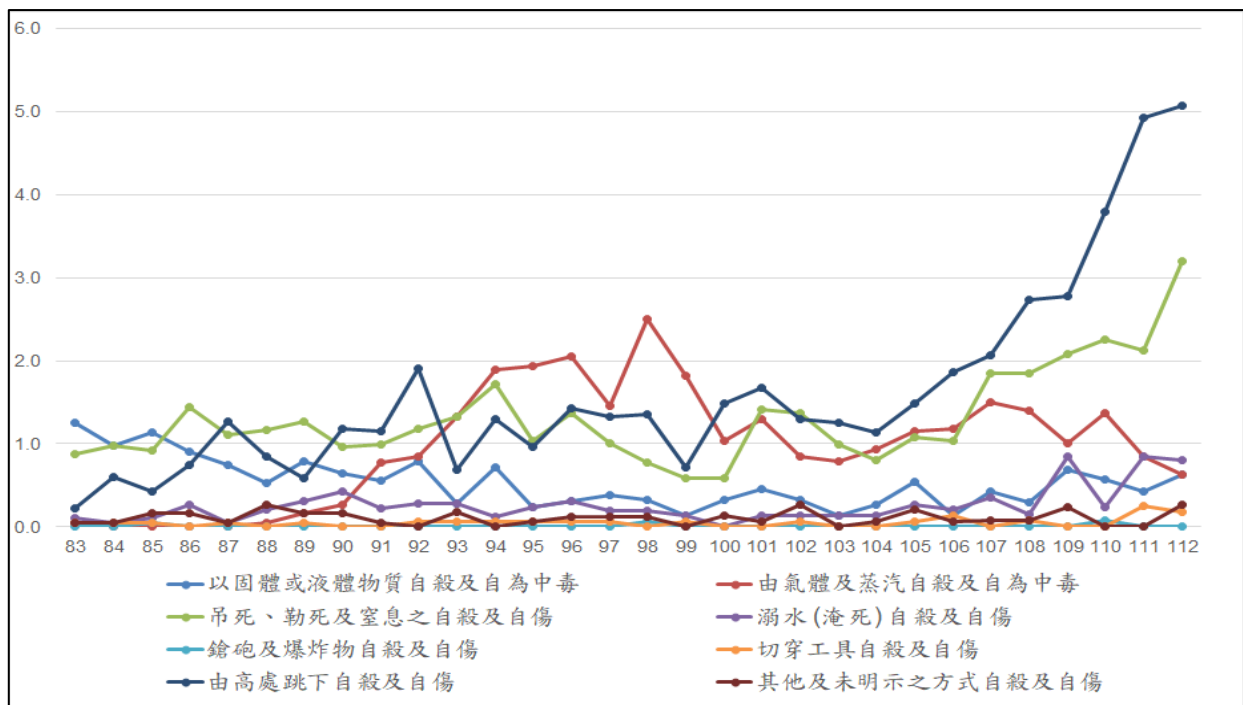


圖 2-2-8、83-112 年女性 15-24 歲各死因死亡率

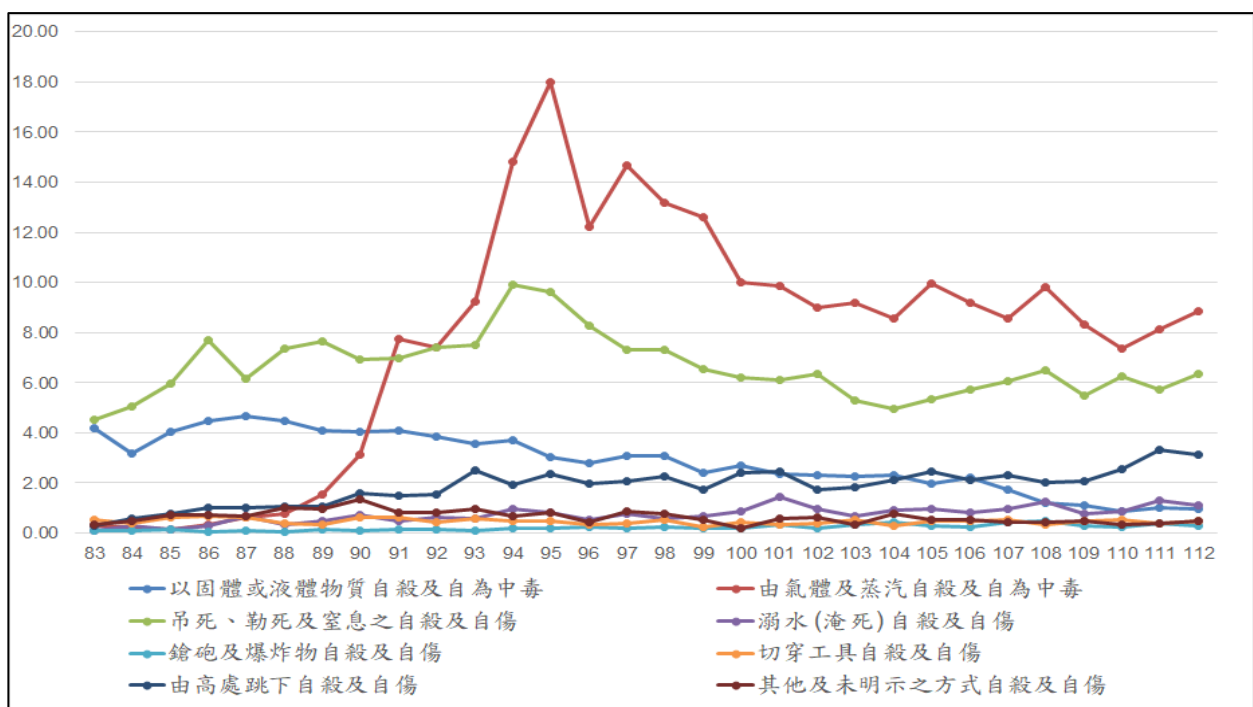


圖 2-2-9、83-112 年男性 25-44 歲各死因死亡率

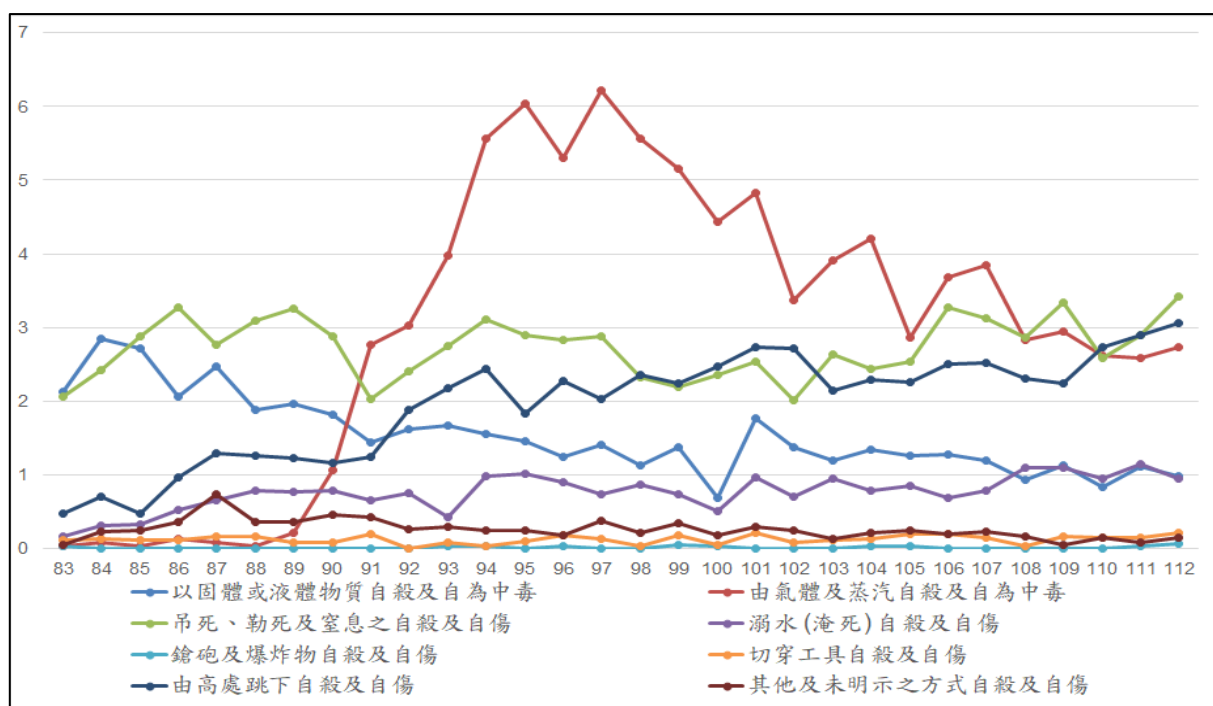


圖 2-2-10、83-112 年女性 25-44 歲各死因死亡率

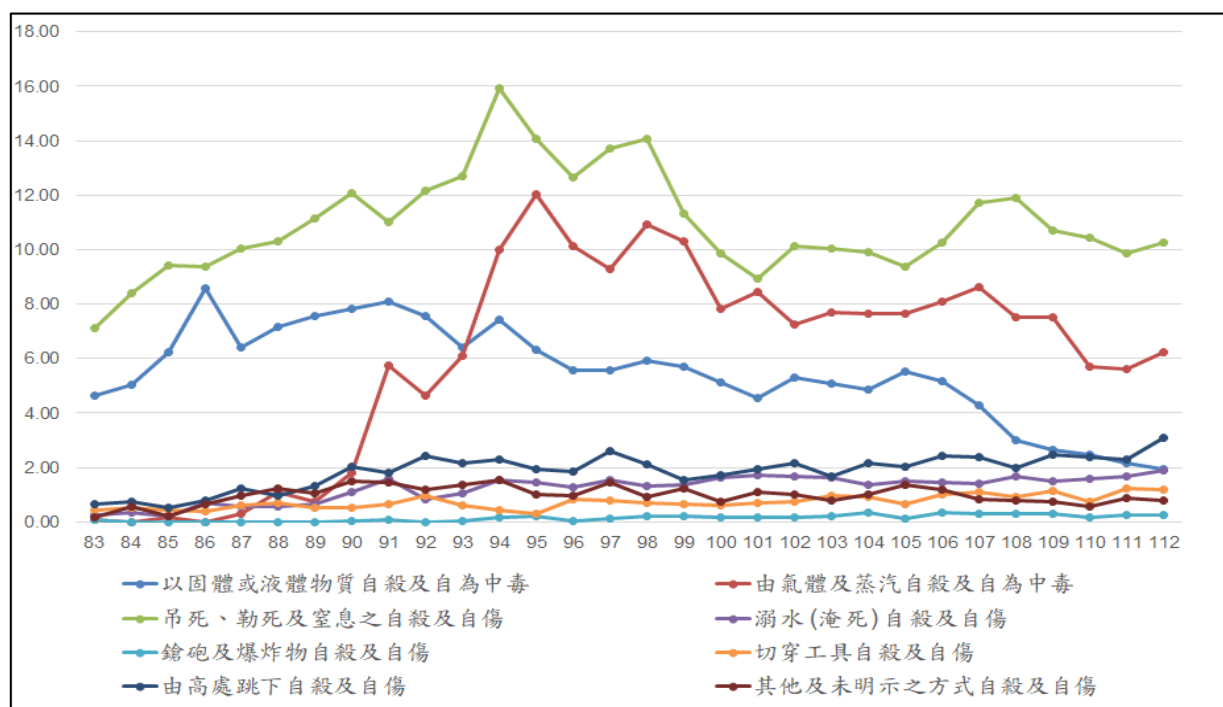


圖 2-2-11、83-112 年男性 45-64 歲各死因死亡率

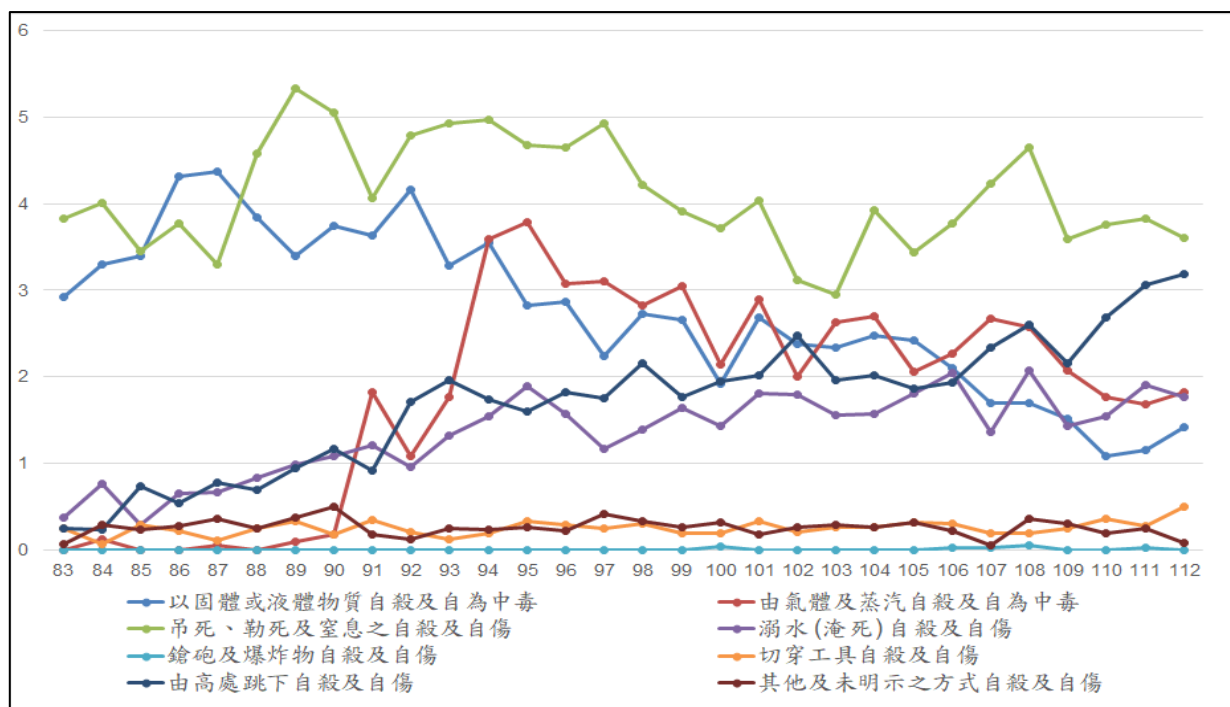


圖 2-2-12、83-112 年女性 45-64 歲各死因死亡率

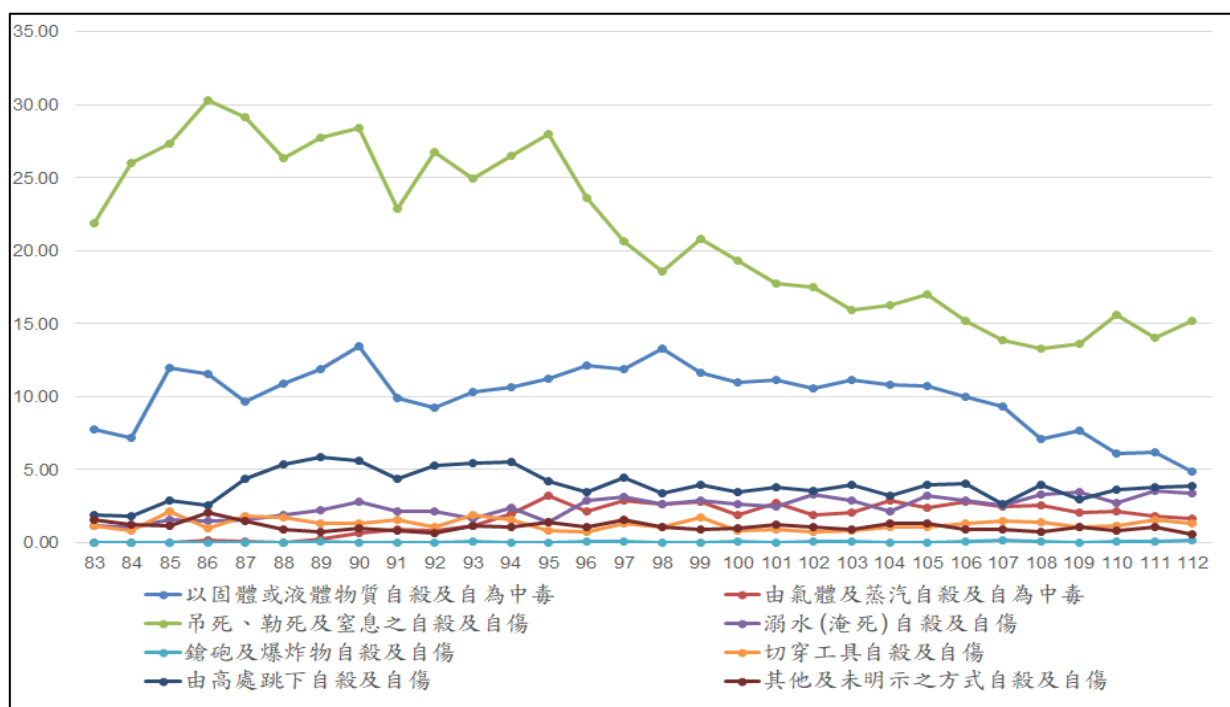


圖 2-2-13、83-112 年男性 65 歲以上各死因死亡率

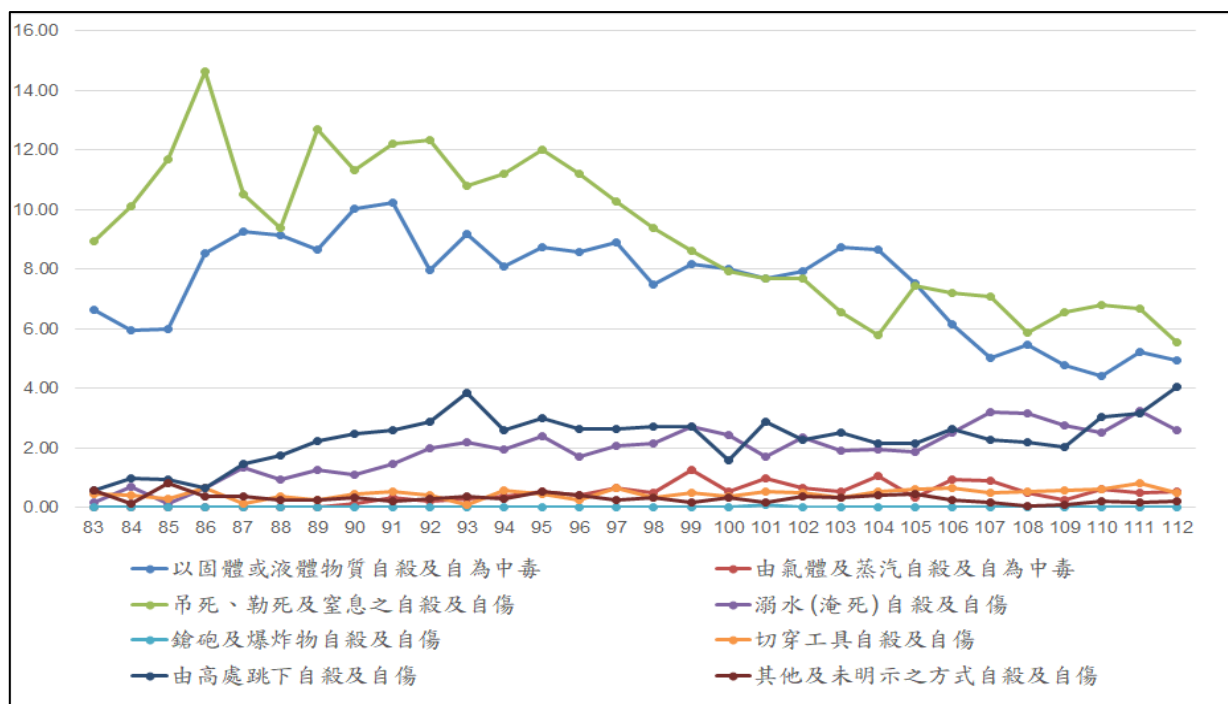


圖 2-2-14、83-112 年女性 65 歲以上各死因死亡率

112 年每十萬人口自殺粗死亡率前六高縣市為臺東縣(23.6 人)、基隆市(22.7 人)、南投縣(22.0 人)、屏東縣(20.8 人)、嘉義縣(20.4 人)、雲林縣(18.6 人)，如表 2-2-1。

表 2-2-1、111-112 年各縣市每十萬人口粗死亡率、增幅及排名

縣市	111 年		112 年		增減率 (%)
	粗死亡率 (%)	排名	粗死亡率 (%)	排名	
全國	16.2	-	16.7		3.1
新北市	15.7	15	17.3	10	10.2
臺北市	13.7	18	12.9	20	-5.8
桃園市	13.7	18	15.4	14	12.4
臺中市	14.9	16	15.4	14	3.4
臺南市	17.2	11	17.1	11	-0.6
高雄市	17.1	12	18.6	6	8.8
宜蘭縣	19.3	6	18.5	8	-4.1
新竹縣	12.3	21	14.5	17	17.9
苗栗縣	24	1	17.6	9	-26.7
彰化縣	16.6	13	16.4	12	-1.2

表 2-2-1、111-112 年各縣市每十萬人口粗死亡率、增幅及排名

縣市	111 年		112 年		增減率 (%)
	粗死亡率 (%)	排名	粗死亡率 (%)	排名	
南投縣	18.9	8	22	3	16.4
雲林縣	19.2	7	18.6	6	-3.1
嘉義縣	22.2	2	20.4	5	-8.1
屏東縣	18.3	9	20.8	4	13.7
臺東縣	19.7	5	23.6	1	19.8
花蓮縣	20.6	4	13.8	18	-33
澎湖縣	15.9	14	14.9	16	-6.3
基隆市	22.1	3	22.7	2	2.7
新竹市	13.3	20	13.4	19	0.8
嘉義市	17.4	10	16	13	-8
金門縣	10.6	22	7	21	-34
連江縣	14.5	17	0	22	-100

以各縣市自殺死亡人數分析，112 年相較 111 增加縣市為新北市 65 人、桃園市 44 人、高雄市 41 人、屏東縣 19 人、臺中市 18 人、新竹縣 14 人、南投縣 14 人、臺東縣 8 人、基隆市 2 人、新竹市 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-2-2。

表 2-2-2、112 年與 111 年性別自殺死亡人數比較

縣市	合計		男性		女性	
	增減數	增減率(%)	增減數	增減率(%)	增減數	增減率(%)
全國	111	2.9	81	3.3	30	2.2
新北市	65	10.3	66	17.6	-1	-0.4
臺北市	-22	-6.4	-19	-9.5	-3	-2.1
桃園市	44	14.1	24	12.1	20	17.7
臺中市	18	4.3	20	7.5	-2	-1.3
臺南市	-2	-0.6	-21	-9.9	19	17.6
高雄市	41	8.8	36	12.5	5	2.8
宜蘭縣	-4	-4.6	-9	-14.3	5	20.8
新竹縣	14	19.7	6	11.8	8	40
苗栗縣	-35	-27.1	-16	-19.3	-19	-41.3

表 2-2-2、112 年與 111 年性別自殺死亡人數比較

縣市	合計		男性		女性	
	增減數	增減率(%)	增減數	增減率(%)	增減數	增減率(%)
彰化縣	-3	-1.4	-2	-1.5	-1	-1.4
南投縣	14	15.4	11	18.6	3	9.4
雲林縣	-5	-3.9	4	4.6	-9	-22
嘉義縣	-10	-9.2	-10	-13.2	0	0
屏東縣	19	12.9	13	12.5	6	14
臺東縣	8	19	12	44.4	-4	-26.7
花蓮縣	-22	-33.3	-22	-44.9	0	0
澎湖縣	-1	-5.9	2	22.2	-3	-37.5
基隆市	2	2.5	-6	-10.7	8	33.3
新竹市	1	1.7	5	14.7	-4	-15.4
嘉義市	-4	-8.7	-6	-17.1	2	18.2
金門縣	-5	-33.3	-6	-50	1	33.3
連江縣	-2	-100	-1	-100	-1	-100

此處以標準化自殺死亡率進行各縣市比較係因自殺粗死亡率是未經過校正的自殺死亡率估計。其計算方式是將某地區某一年的死亡人數，除以該年的年中人口數。粗死亡率的優點是計算方便，且能直接反映出該地區的自殺死亡情形，然而，粗死亡率受到性別與年齡的影響，除非人口結構極為相似，否則無法將不同地區或不同時期的粗死亡率互相比較，會導致錯誤解讀。因此，在進行不同地區的自殺率比較時，常以世界衛生組織(WHO)所定義之世界標準人口為基準，計算標準化自殺死亡率。

標準化自殺死亡率

$$= \frac{\sum \text{各組死亡率} \times \text{標準人口該組人口數(年中人口數)}}{\text{標準人口總人口數(年中人口數)}}$$

2) 全國自殺通報資料趨勢說明

臺灣的自殺通報情況在 95 年自殺通報人次為 19,162 人次(男性 6,392 人次、女性 12,769 人次)，自殺通報比為 4.2(男性 2.1、女性 9.7)，女性自殺通報人次為男性的 2.00 倍。其後逐年攀升，112 年上升為 47,735 人次(男性 15,908 人次、女性 31,807 人次)，女性自殺通報人次為男性之 2 倍，112 年自殺通報人次較 95 年增加 149.1%、若與 111 年相比增加 5.1%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，112 年自殺通報比與 95 年相比增加 183%、較 111 年相比則增幅為 6%。(如圖 2-2-15)

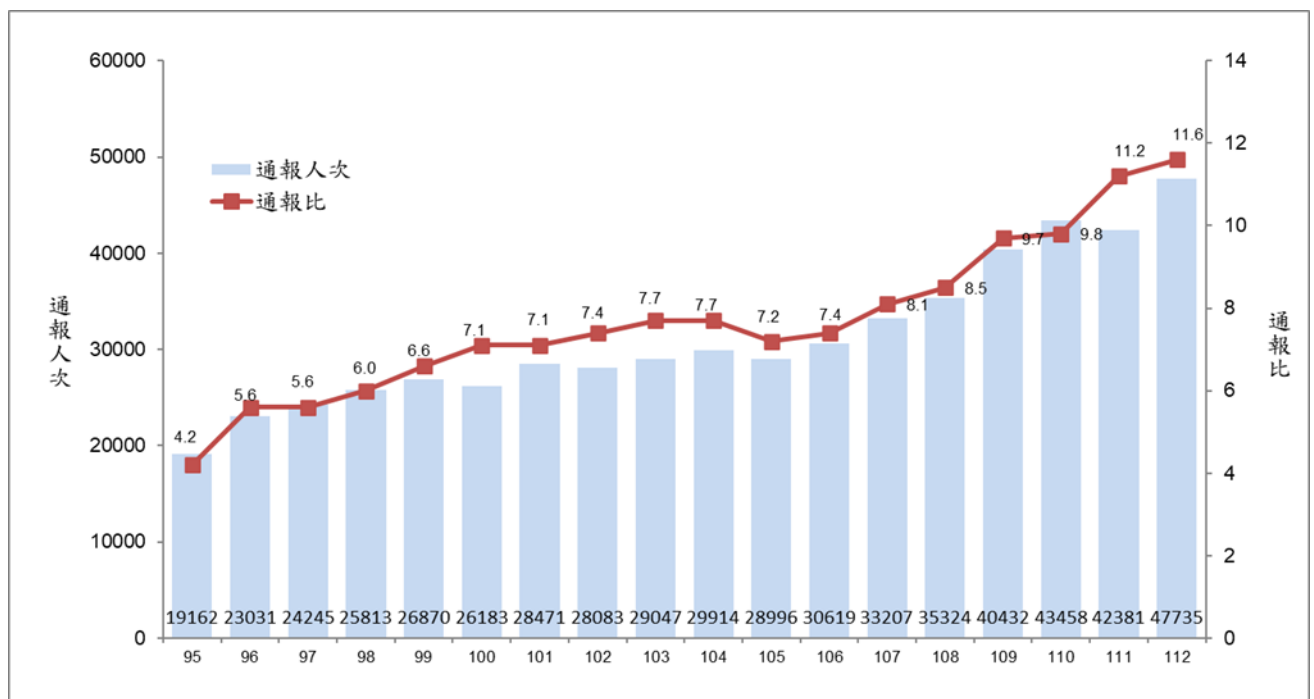


圖 2-2-15、95-112 年全國自殺通報趨勢圖

以性別分析，歷年女性通報人次皆高於男性，男性自殺通報人次 95 年為 6,392 人次，歷年呈現上升趨勢，112 年與 111 年相比，男性通報人次增幅為 11.5%。女性自殺通報人次增幅為 13.1%，歷年雖有上下起伏，但整體微上升趨勢。(如圖 2-2-16)。

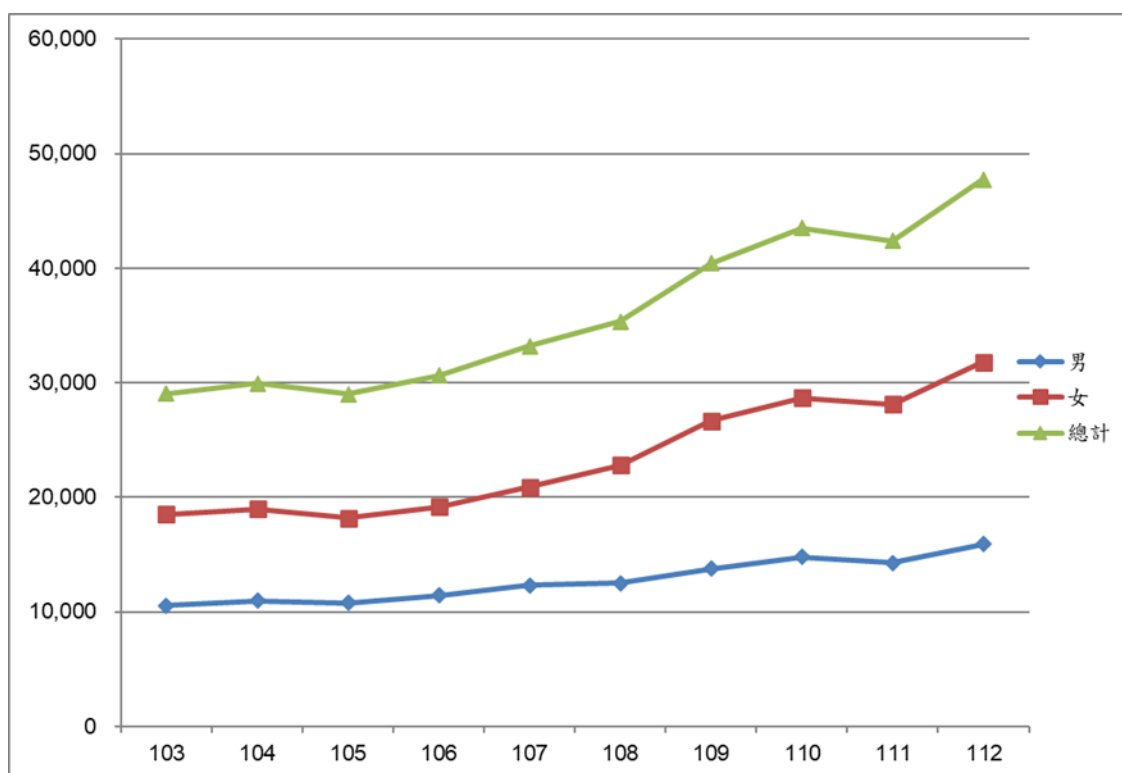


圖 2-2-16、95-112 年全國性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，95 年以來各年齡層通報量皆呈現上升趨勢，近年來以青少年族群(0-14 歲、15-24 歲)通報人次上升趨勢最為明顯。112 年各年齡層排序前三為分別為「15-24 歲」、「25-34 歲」、「35-44 歲」。(如圖 2-2-17)

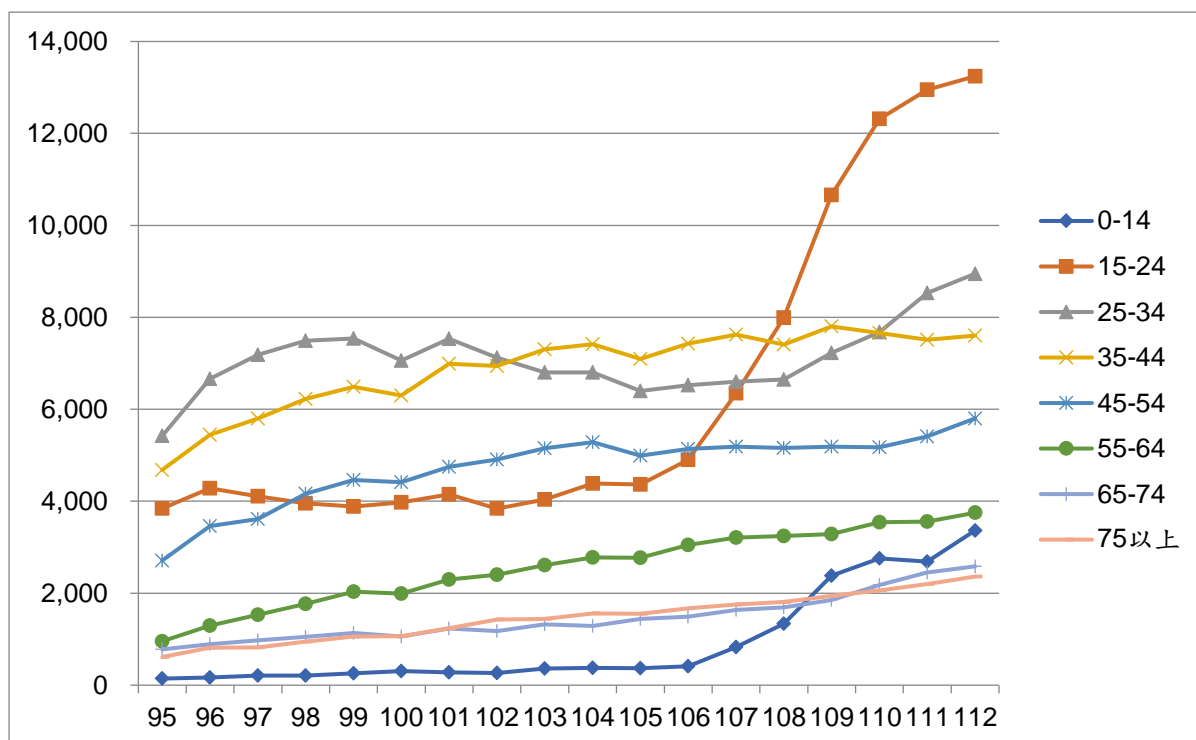


圖 2-2-17、95-112 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

112 年自殺通報個案中，自殺方式除「其他及未明示之方式」外，前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(112 年全國通報 18,697 人次，占率 39.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(112 年全國通報 15,286 人次，占率 32%)及「由高處跳下自殺及自傷」(112 年全國通報 6,038 人次，占率 12.6%)，如圖 2-2-18。若以性別觀察，無論男女自殺方式前三位皆與全國排序相同。

112 年自殺通報個案中，自殺原因前三位依序為「精神健康／物質濫用」(24,133 人次，50.6%)、「情感／人際關係」(21,038 人次，占率 44.1%)及「工作／經濟」(5,321 人次，占率 11.1%)。(如圖 2-2-19)。以性別觀察，男性前三依序為「精神健康／物質濫用」、「情感／人際關係」、「工作／經濟」；女性前三依序為「精神健康／物質濫用」、「情感／人際關係」、「校園學生問題」。

註：自殺通報資料中，自殺方式及自殺原因，皆可為複選。

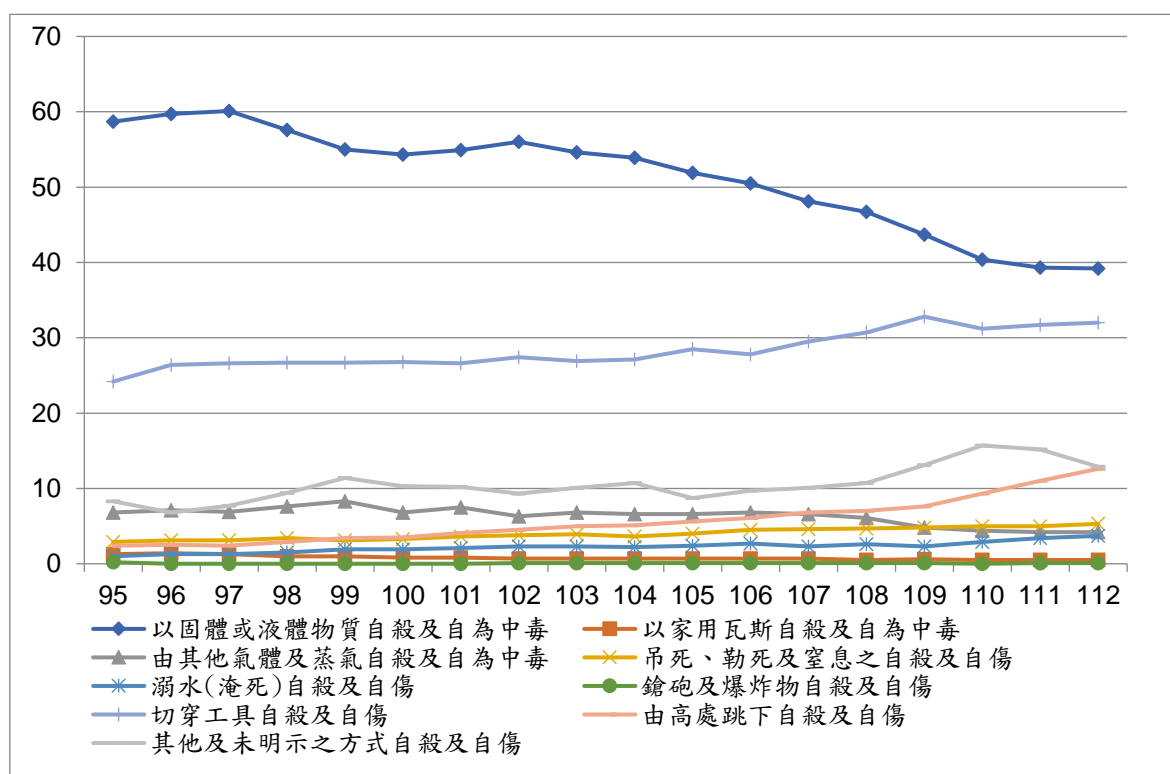


圖 2-2-18、95-112 年全國自殺通報方法占率圖

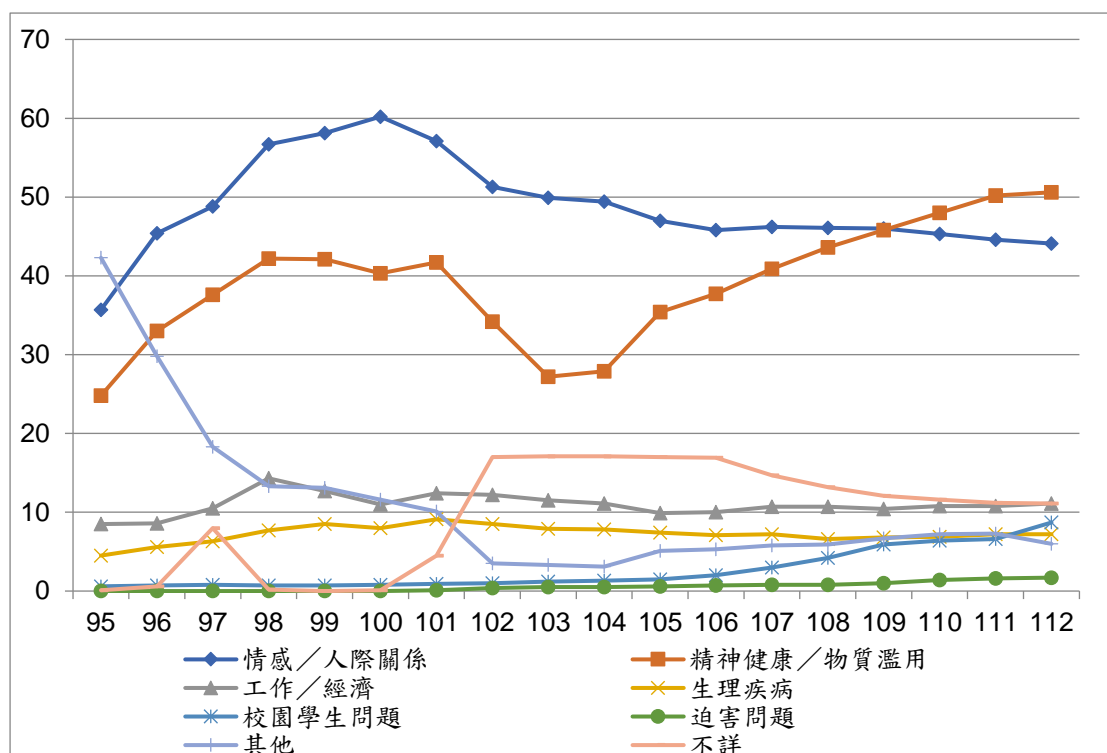


圖 2-2-19、95-112 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率前五高縣市(除離島外)為南投縣(42.1%)、新竹市(22.7%)、臺北市(20.7%)、臺南市(19.7%)及新北市(17.1)。(如表 2-2-3)

表 2-2-3、112 年與 111 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	111 (N)	112 (N)	增減率 (%)	111 (N)	112 (N)	增減率 (%)	111 (N)	112 (N)	增減率 (%)
全國	14257	15902	11.5%	28124	31811	13.1%	42381	47735	12.6%
新北市	2814	3345	18.9%	6304	7330	16.3%	9118	10677	17.1%
臺北市	1293	1573	21.7%	2923	3513	20.2%	4216	5089	20.7%
桃園市	1227	1259	2.6%	2624	2713	3.4%	3851	3976	3.2%
臺中市	1618	1725	6.6%	3441	3853	12%	5059	5581	10.3%
臺南市	943	1154	22.4%	1873	2217	18.4%	2816	3371	19.7%
高雄市	1678	1838	9.5%	3115	3339	7.2%	4793	5180	8.1%
宜蘭縣	338	320	-5.3%	539	526	-2.4%	877	846	-3.5%
新竹縣	268	280	4.5%	582	638	9.6%	850	918	8%
苗栗縣	407	415	2%	581	703	21%	988	1119	13.3%
彰化縣	852	848	-0.5%	1274	1504	18.1%	2126	2353	10.7%
南投縣	355	507	42.8%	488	691	41.6%	843	1198	42.1%
雲林縣	409	481	17.6%	750	797	6.3%	1159	1279	10.4%
嘉義縣	412	428	3.9%	517	646	25%	929	1074	15.6%
屏東縣	467	478	2.4%	794	735	-7.4%	1261	1213	-3.8%
臺東縣	118	109	-7.6%	251	213	-15.1%	369	323	-12.5%
花蓮縣	309	304	-1.6%	665	758	14%	974	1064	9.2%
澎湖縣	33	46	39.4%	77	102	32.5%	110	148	34.5%
基隆市	225	269	19.6%	399	436	9.3%	624	706	13.1%
新竹市	266	309	16.2%	524	660	26%	790	969	22.7%
嘉義市	173	180	4%	358	373	4.2%	531	553	4.1%
金門縣	45	28	-37.8%	40	53	32.5%	85	81	-4.7%
連江縣	7	6	-14.3%	5	11	120%	12	17	41.7%

整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為新北市(16.2)、花蓮縣(15.8)、新竹市(15.2)；以性別來看，男性前三高依序為花蓮縣(10.7)、臺北市(7.6)、新北市(7)，女性前三高依序為花蓮縣(44.1)、新竹市(28.6)及嘉義市(28.5)。(如表 2-2-4)

表 2-2-4、112 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
新北市	7.0	28.2	16.2
臺北市	7.6	24.3	13.9
桃園市	5.1	19.6	12.1
臺中市	5.4	25.1	12.7
臺南市	5.3	16.7	9.8
高雄市	5.0	17.3	10.3
宜蘭縣	5.2	17.2	8.9
新竹縣	4.3	22	12.1
苗栗縣	5.8	25.9	8.4
彰化縣	5.8	20	10.7
南投縣	6.4	19.1	12.3
雲林縣	4.6	24.4	9.4
嘉義縣	5.8	18.9	9.2
屏東縣	3.6	14.5	7.7
臺東縣	2.7	19.4	7.6
花蓮縣	10.7	44.1	15.8
澎湖縣	3.8	20.8	8.6
基隆市	4.7	13	8.2
新竹市	7.2	28.6	15.2
嘉義市	5.6	28.5	11.6
金門縣	3.8	13	5
連江縣	**	**	7

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

註 2:「**」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

以各年齡層來看各縣市自殺通報比，0-14 歲前三高依序為高雄市(241)、新北市(182)及臺北市(142.3)，15-24 歲前三高依序為花蓮縣(183)、南投縣(80)及新竹市(75.8)，25-34 歲前三高依序為花蓮縣(43)、南投縣(38.8)及臺北市(20.3)，35-44 歲前三高依序為花蓮縣(23.7)、宜蘭縣(16.4)及臺北市(14.6)，45-54 歲前三高依序為嘉義市(12.2)、基隆市(11.2)及花蓮縣(10.8)，55-64 歲前三高依序為花蓮縣(10.6)、澎湖縣(8)及臺北市(7.7)，65-74 歲前三高依序為新竹市(9.8)、花蓮縣(7.2)及宜蘭縣

(7)，75 歲以上前三高依序為嘉義市(13)、苗栗縣(6)及臺北市(5.2)。(如表 2-2-5)

表 2-2-5、112 年各縣市各年齡層通報比

縣市	0-14 歲	15-24 歲	25-34 歲	35-44 歲	45-54 歲	55-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
新北市	182	63.3	19.2	13.7	8.4	5.5	4.8	4.9
臺北市	142.3	64.7	20.3	14.6	7.5	7.7	3.5	5.2
桃園市	88	43	13.1	12.5	8.3	4.5	2.9	3.1
臺中市	61	53.4	16.2	12.4	9.2	4.6	3.5	3.7
臺南市	82.5	50.5	16.2	13.4	9.8	4.2	2.7	2.8
高雄市	241	30.3	16.3	9.4	7	4	4.2	3.1
宜蘭縣	**	53.8	9.8	16.4	5.4	4.2	7	3.8
新竹縣	36	21.2	12.8	11.6	10.7	4.1	2.9	3.5
苗栗縣	**	41.7	14.9	11.7	10.5	3.6	3.4	6
彰化縣	211	46.9	11.8	11.1	7.8	7.1	3.2	3.3
南投縣	**	80	38.8	11.7	8.4	4.1	3.8	3.7
雲林縣	**	26.4	14.4	11.1	8.8	5.9	2.7	3.8
嘉義縣	**	49	19	8.1	8.8	6.5	3.6	2.4
屏東縣	53	32.7	12.9	7.5	4	4.6	3.7	3.2
臺東縣	**	54.5	5.9	6.1	4.2	2.1	3.5	2.4
花蓮縣	**	183	43	23.7	10.8	10.6	7.2	4.4
澎湖縣	**	57	5.7	10.5	5.3	8	3	2.7
基隆市	35	70.5	10	8.8	11.2	4	3.7	2.4
新竹市	**	75.8	15.9	8.3	6.4	4.2	9.8	4.7
嘉義市	39	**	13.5	13.7	12.2	3.7	2.6	13
金門縣	**	**	3.3	13	3	1.7	5	**
連江縣	**	**	**	**	**	**	**	**

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

註 2:「**」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

3. 縣市數據分析(以臺北市為例)

1) 臺北市自殺死亡率變動趨勢

112 年臺北市自殺死亡人數 321 人(男性 182 人、女性 139 人，性別比 1.31)；標準化自殺死亡率為每十萬人口 10.3 人，較 111 年(10.6 人)下降 2.8%。(如圖 2-2-20)

以性別分析，112 年男性標準化自殺死亡率為每十萬人口 11.8 人，較 111 年(13.1 人)下降 9.9%；女性標準化自殺死亡率為每十萬人口 9.0 人，較 111 年(8.4 人)上升 7.1%。(如圖 2-2-21)

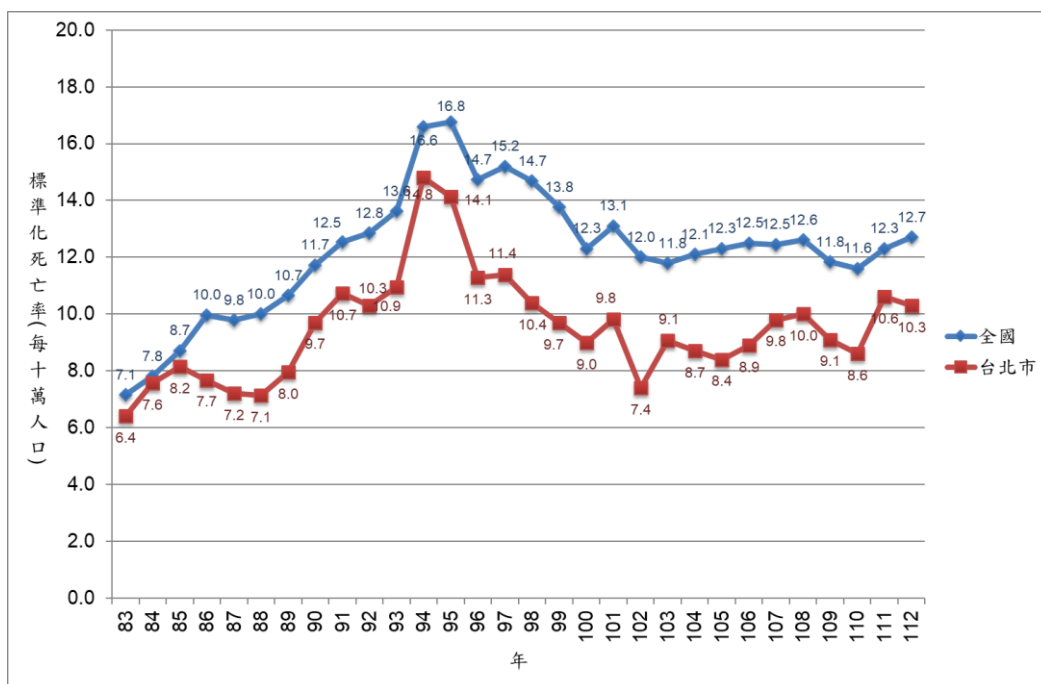


圖 2-2-20、83-112 年全國與臺北市標準化自殺死亡率圖

以年齡層分析，「14 歲以下」112 年自殺粗死亡率為每十萬人口 1.0 人，較 111 年(0.6 人)上升 66.7%；「15-24 歲」自殺粗死亡率為每十萬人口 11.6 人，較 111 年(10.3 人) 上升 12.6%；「25-44 歲」自殺粗死亡率為每十萬人口 12.5 人，較 111 年(14.1 人) 下降 11.3%；「45-64 歲」自殺粗死亡率為每十萬人口 13.1 人，較 111 年(13.9 人)下降 5.6%；「65 歲以上」自殺粗死亡率為每十萬人口 20.3 人，較 111 年(22.5 人)下降 9.8%。(如圖 2-2-22)

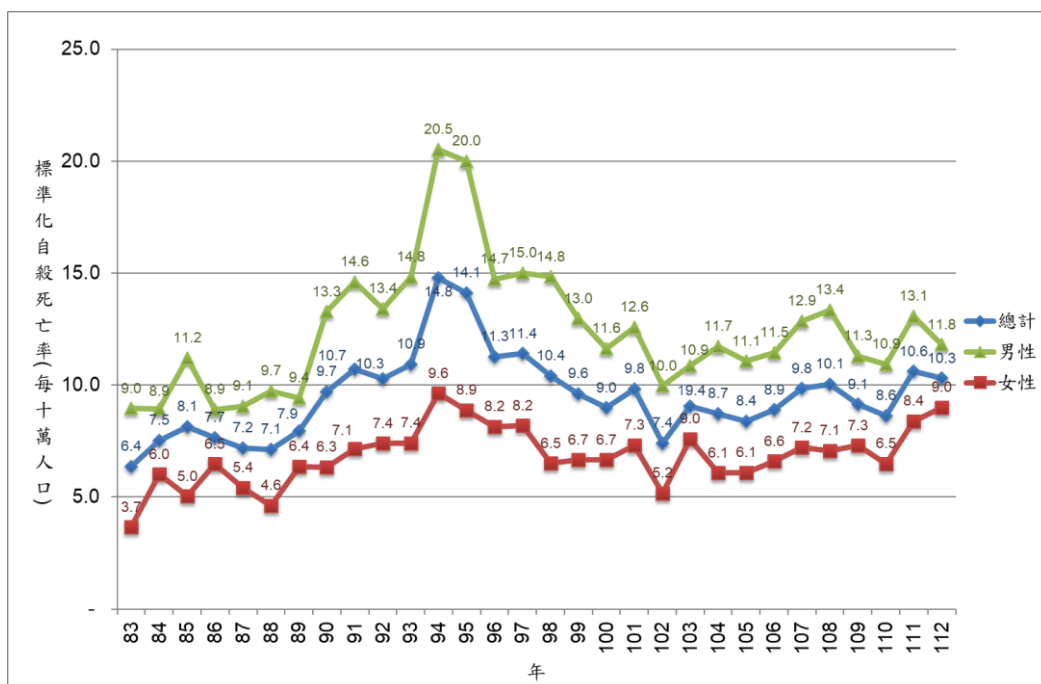


圖 2-2-21、83-112 年臺北市性別標準化自殺死亡率

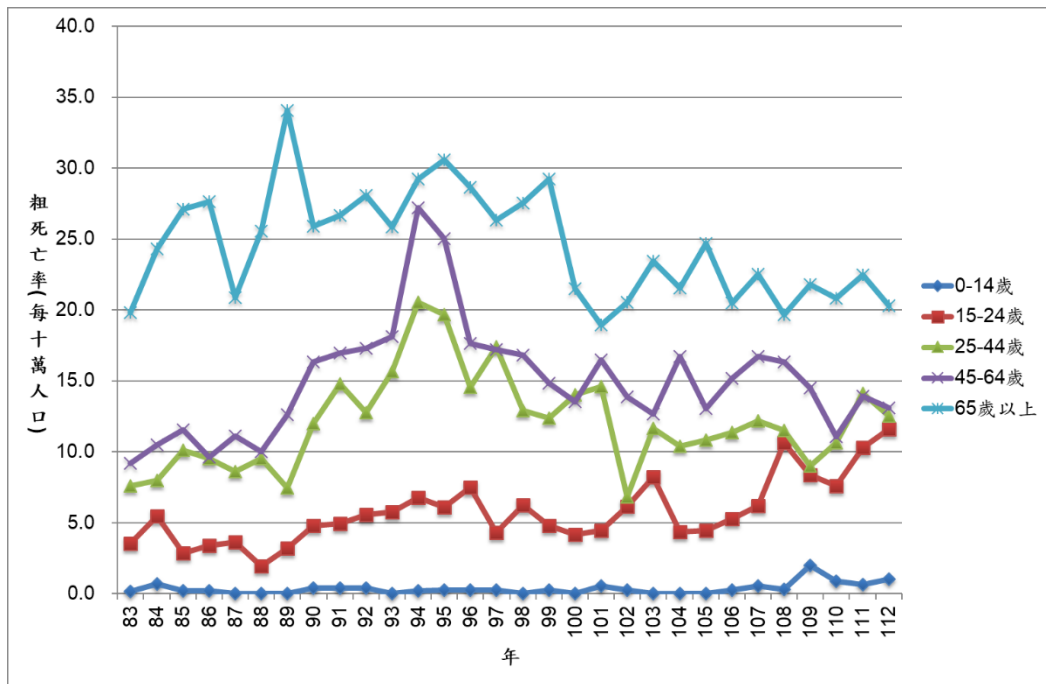


圖 2-2-22、83-112 年臺北市年齡層別自殺死亡率

112 年臺北市各自殺死因人數前三高依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由高處跳下自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」。

以各死因標準化死亡率觀察，112 年臺北市各死因死亡率前三高為「由高處跳下自殺及自傷」、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」。(如圖 2-2-23)

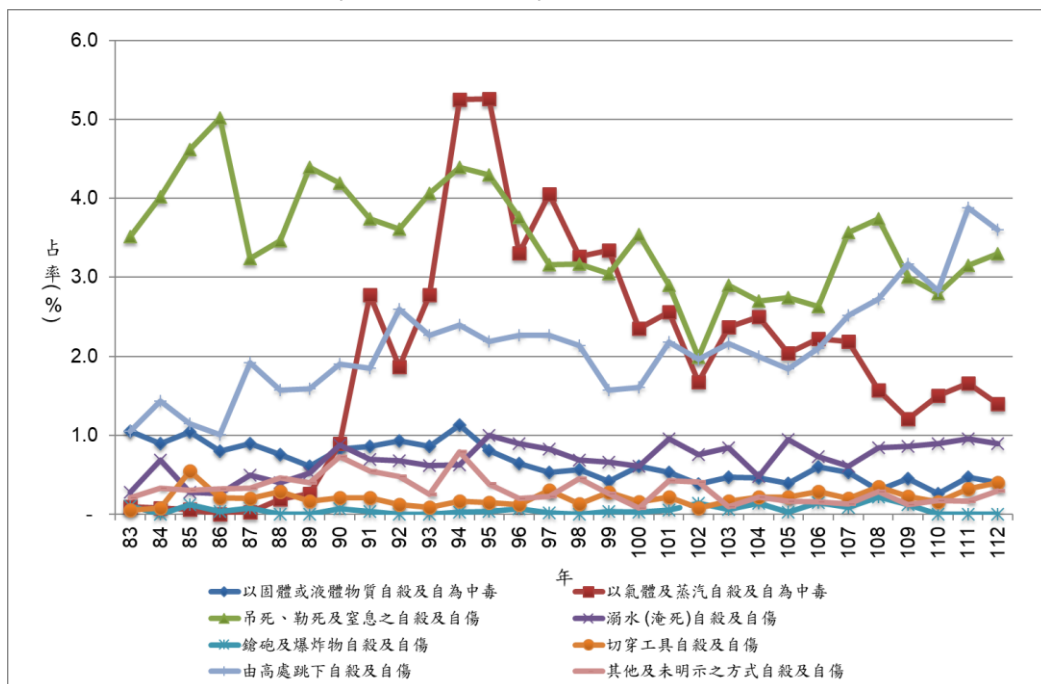


圖 2-2-23、83-112 年臺北市各自殺方法標準化死亡率

2) 臺北市自殺通報資料趨勢

臺北市 112 年自殺通報人次為 5,089 人次，相比 111 年增加 873 人次。以性別分析，112 年男性通報 1,575 人次，較 111 年(1,293 人次)上升 21.8%；女性通報 3,512 人次，較 111 年(2,923 人次)上升 20.2%。(表 2-2-6；圖 2-2-24)

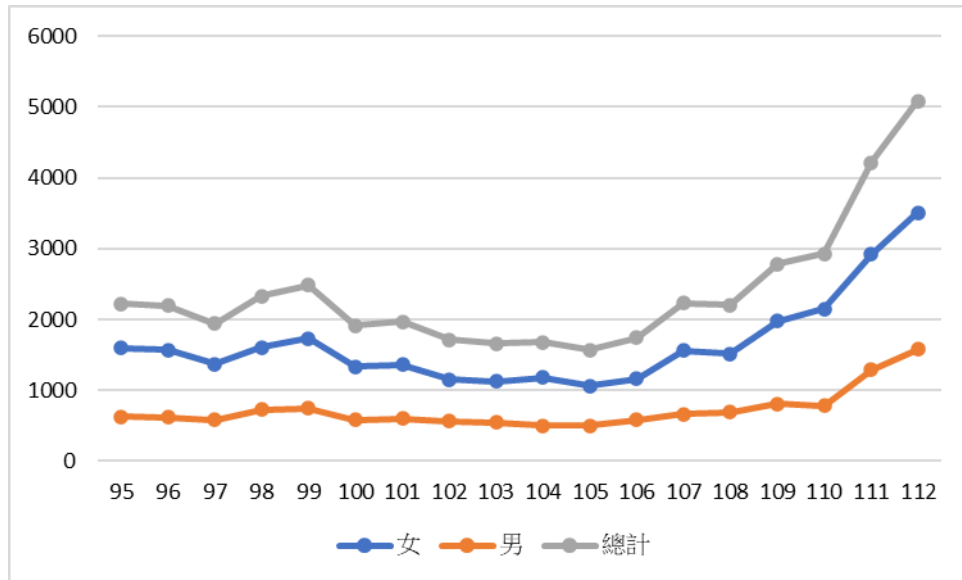


圖 2-2-24、95-112 臺北市性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，112 年臺北市通報占率以「15-24 歲」最高(1641 人次，32.3%)，「25-34 歲」次之(984 人次，19.3%)，第三為「35-44 歲」(607 人次，11.9%)。(表 2-2-6；圖 2-2-25)

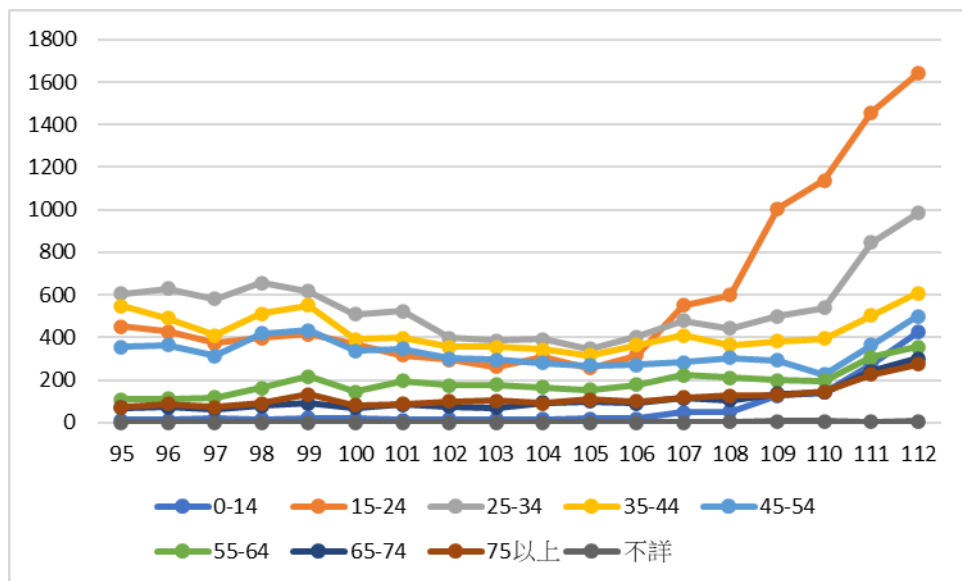


圖 2-2-25、95-112 臺北市年齡自殺通報趨勢圖

自殺通報方式前三位(不含其他及未明示之方式)依序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(通報 2,749 人次，占率 40.4%)、「切穿工具自殺及自傷」(通報 1,780 人次，占率 35%)及「由高處跳下自殺及自傷」(通報 915 人次，占率 18%)。(表 2-2-6；圖 2-2-26)。

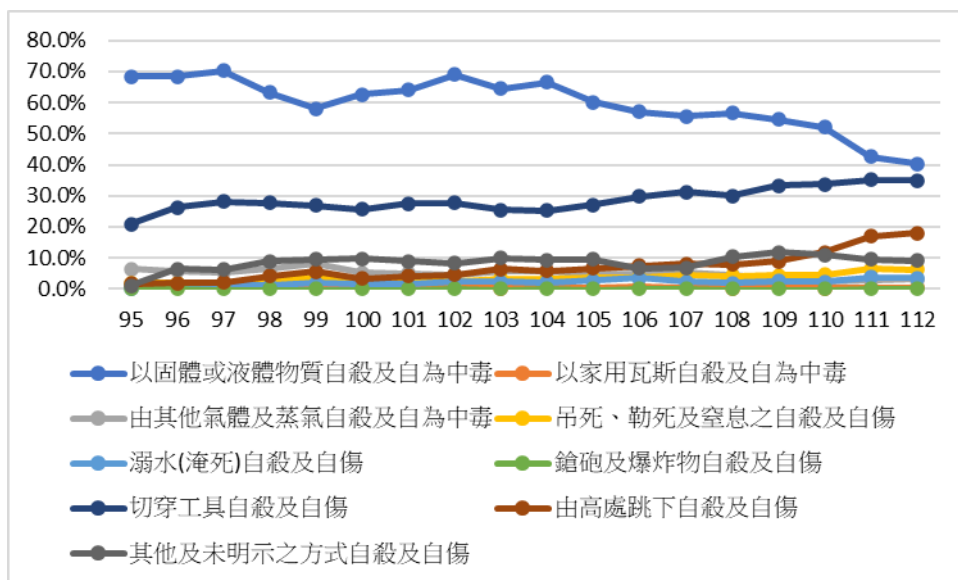


圖 2-2-26、95-112、臺北市自殺通報方式趨勢圖

自殺通報原因前三位(不含原因不詳)依序為「精神健康／物質濫用」(2,986 人次，58.7%)、「情感／人際關係」(2,231 人次，占率 43.8%)及「校園學生問題」(719 人次，占率 14.1%)。(表 2-2-6；圖 2-2-27)。

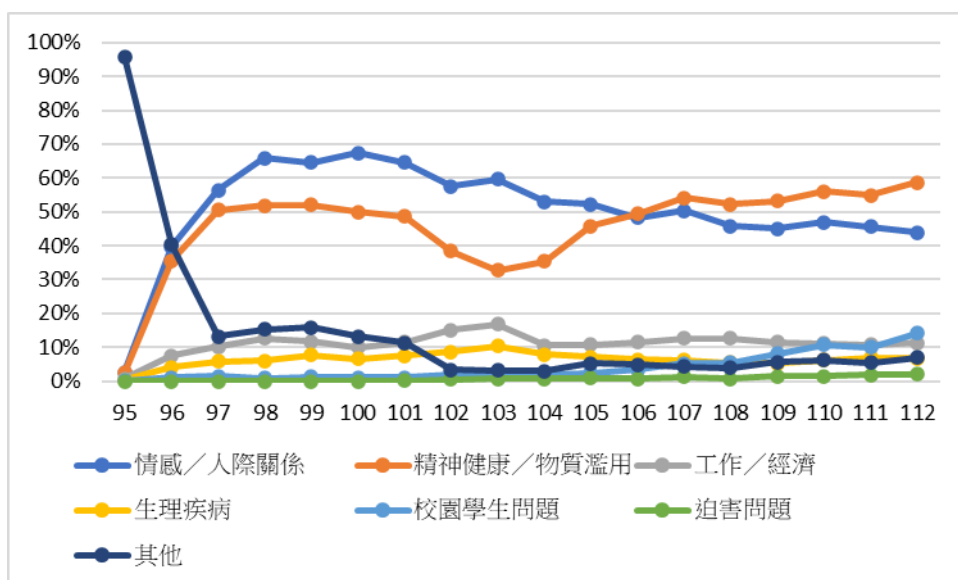


圖 2-2-27、95-112 臺北市自殺通報原因趨勢圖

表 2-2-6、臺北市 112 年及 111 年自殺通報數據比較

	111 年		112 年		增減	
	n	%	n	%	n	%
通報人次	4216	100	5089	100	873	20.71
男性	1293	30.67	1575	30.95	282	21.81
女性	2923	69.33	3512	69.01	589	20.15
年齡級距						
≤ 14	273	6.48	424	8.33	151	55.31
15-24	1456	34.54	1641	32.25	185	12.71
25-34	845	20.04	984	19.34	139	16.45
35-44	503	11.93	607	11.93	104	20.68
45-54	363	8.61	499	9.81	136	37.47
55-64	308	7.31	354	6.96	46	14.94
65-74	240	5.69	301	5.91	61	25.42
≥ 75	226	5.36	273	5.36	47	20.8
自殺方式						
以固體或液體物質	1796	42.6	2056	40.4	260	14.48
以家用瓦斯	17	0.4	19	0.37	2	11.76
由其他氣體及蒸汽	121	2.87	157	3.09	36	29.75
吊死、勒死及窒息	268	6.36	312	6.13	44	16.42
溺水（淹死）	156	3.7	184	3.62	28	17.95
鎗砲及爆炸物	4	0.09	2	0.04	-2	-50
切穿工具	1484	35.2	1780	34.98	296	19.95
由高處跳下	717	17.01	915	17.98	198	27.62
其他及未明示之方式	402	9.54	467	9.18	65	16.17
自殺原因						
情感／人際關係	1924	45.64	2231	43.84	307	15.96
精神健康／物質濫用	2314	54.89	2986	58.68	672	29.04
工作／經濟	454	10.77	572	11.24	118	25.99
生理疾病	293	6.95	343	6.74	50	17.06
校園學生問題	420	9.96	719	14.13	299	71.19
迫害問題	80	1.9	107	2.1	27	33.75

4. 提供因地制宜策略建議

各縣市自殺防治方面因受到地理、人口、文化等不同因素影響，有其因地制宜之策略及困境，故自殺防治策略之規劃須掌握不同地區的特性。

1) 組織架構及基礎建設

- (1) 應了解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等，並與自殺死亡方式進行相關分析，以利防治進行。
- (2) 縣市主管之重視：縣市自殺防治工作之成功與否，與當地縣市主管之重視有極大之關係。
- (3) 依據自殺防治法第 5 條第 1 項：「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。」，負責自殺防治重點工作之推動。
- (4) 縣市衛生局：應有一主管負責自殺防治工作之執行，包括協調醫院及公衛系統、建立轉介照會制度、教育宣導及醫院自殺防治業務督考等實際自殺防治業務。
- (5) 關懷訪視：應有督導，針對通報關懷訪視流程及系統、自殺防治業務運作相關事宜等業務協助督導。並建議由精神科專科醫師或心理師擔任，定期召開個案、行政督導及專業督導討論會。且應針對關懷訪視員辦理教育訓練課程。
- (6) 跨局處個案討論會：應定期辦理跨局處之個案討論會，討論個案情形以利網絡間之合作，且能避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。
- (7) 自殺企圖個案送醫流程：縣市衛生局宜規劃轄內各區優先負責接受警消轉送個案之醫院清單，各醫院應設有窗口，以利聯繫，而縣市衛生局可扮演督導、協調之角色。
- (8) 相關單位之合作連結：應與精神醫療網及其他相關單位(如社會局(處)、勞工局或生命線協會等)連結合作，並建立各合作單位之聯絡人名單。
- (9) 轄內資源盤點：將轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡了解、運用與連結。

2) 因地制宜策略建議

針對不同區域、族群及問題的特性，基於數據分析提供適當且有效的防治策略。了解特定區域的自殺情況和主要風險因素，然後依據這些因素量身定制策略。

自殺死亡及自殺通報數據監測分析

一、背景(Context)

全國自殺防治三大策略中之指標性策略，主要防治對象是最高自殺風險個人，其中，最主要是曾經嘗試自殺者，即自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件背後代表有 10 至 20 起自殺企圖案件發生。曾有過自殺行為的人，再度自殺機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。

衛生福利部基於上述原因，於 95 年建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市建立自殺防治關懷網絡，針對存有自殺意念個案、自殺企圖個案、自殺死亡的家屬，進行及時關懷並介入輔導，並促進標準化自殺防治通報及介入流程，多方面提升我國心理衛生與精神醫療品質，活絡社區支持網絡。104 年 12 月衛生福利部進行通報系統改版、109 年 7 月起積極推動自殺防治通報系統擴大通報作業及 109 年 8 月自殺防治法施行細則公佈，除醫療院所及衛生局所外，鼓勵非衛生單位於知悉有自殺事件時進行通報作業，有助於提升自殺企圖個案管理及訪視關懷服務。

過往對於自殺的瞭解，主要透過自殺死亡者，大致分為兩種方式：一是從自殺死亡登記檔，可以得知自殺死亡者的基本資料(如性別、年齡、戶籍地)及自殺方法，但該資料原始目的乃用於戶籍登記，與自殺行為相關的資料並未登錄；二是透過「心理解剖」(psychological autopsy)的方式，訪談接觸過自殺死亡者的人，包括親友及照護者(包括醫師、心理諮商師或社工人員)等。但自殺防治最緊急的目的是要挽救企圖以自殺結束生命的人，透過分析自殺防治通報關懷系統資料(即自殺通報資料)，將有助於了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

中心持續配合衛生福利部，做為全國自殺防治工作之平臺，辦理包括自殺防治相關之統計分析、實證研究及資料蒐集及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提之下，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，俾利有效降低國人自殺死亡率。另外，為協助地方持續推動自殺防治工作，辦理強化自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。

c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。

b. 資料說明：自殺企圖通報個案之相關資料。

c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市、訪視情形、訪視方式等。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、全國 22 縣市衛生局、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。

2) 資源連結內容及形式：定期製作分析報表、提供統計資料、系統維護及專家諮詢等。

三、過程(Process)

1. 初步自殺死亡資料分析

1) 衛生福利部定期提供初步自殺死亡資料。

2) 依照前項資料進行描述性統計分析。

3) 將分析結果提供衛生福利部。

2. 自殺通報資料分析

1) 自殺防治通報系統：

(1) 自殺防治通報系統建置於衛生福利部。

(2) 資料存放於衛生福利部資訊處之伺服器。

2) 資料建置與取得：

(1) 資料建置：通報單位接獲自殺通報，登入自殺防治通報系統進行資料登錄，之後由衛生局分案，將個案分配至各關懷訪視員，關懷訪視員進行訪視後再將資料登錄至系統。

(2) 資料申請：每月向系統維護廠商以電子郵件申請自殺通報資料，申請期間為當年 1 月 1 日至當月 10 日。

(3) 資料撈取：廠商依照中心填寫之申請期間撈取資料後，以電子郵件通知中心並附上資料連結。中心下載之檔案為加密壓縮檔，需以密碼解密後方可取得原始資料。

3) 資料清檔：進行資料檢查後，進行清檔與串聯彙整。

4) 資料提供：

(1) 按月協助檢視自殺通報系統產出之「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」數據。

a. 「自殺通報月報表」：包含當月全國自殺防治通報關懷系統概況分析(通報單位、性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因、個案關懷及處遇計畫等)與縣市重要指標的呈現(通報人次、通報比、分案率、分案關懷率、30 天再自殺率及特殊身份註記個案比例等)。

b. 「各縣市通報個案特性分析表」：包含當月該縣市自殺通報個案概況分析(性別與年齡層分佈、自殺方法及自殺原因等)與各通報單位通報件數表；每月依據以回饋各縣市衛生局作為督導本身自殺通報業務之參考。

(2) 按月函送「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」至精神醫療網核心醫院。

(3) 依業務需求，不定期提供各縣市衛生局統計分析資料。

四、成果(Product)

1. 初步自殺死亡資料分析

因 112 年自殺死亡人數已確定，自殺死亡趨勢分析詳見章節 2.2、112 年總體自殺防治報告。

2. 自殺通報資料分析

1) 95 年 1 月至 113 年 9 月統計分析如下(擷取日期：113 年 10 月 15 日)

(1) 通報人次：

全國通報人次在 95 年後大致為逐年上升的趨勢，僅在 100、102、105 年些微下降，而 112 年總通報人次為 47,735 人次，與前一年度相比上升 5.2%，113 年 1 月至 9 月通報人次為 35,512 人次，與去年同期相比上升 2,397 人次，升幅為 7.2%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，112 年為 11.9 (如圖 2-3-1)。

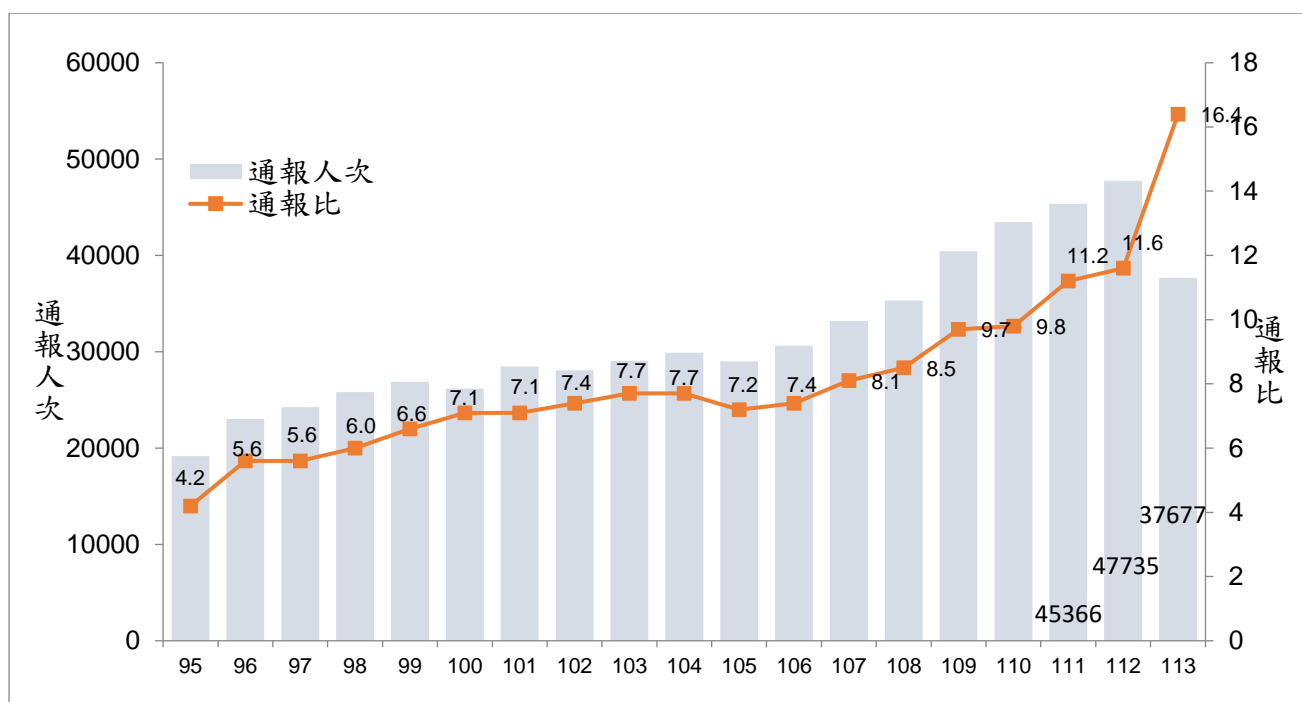
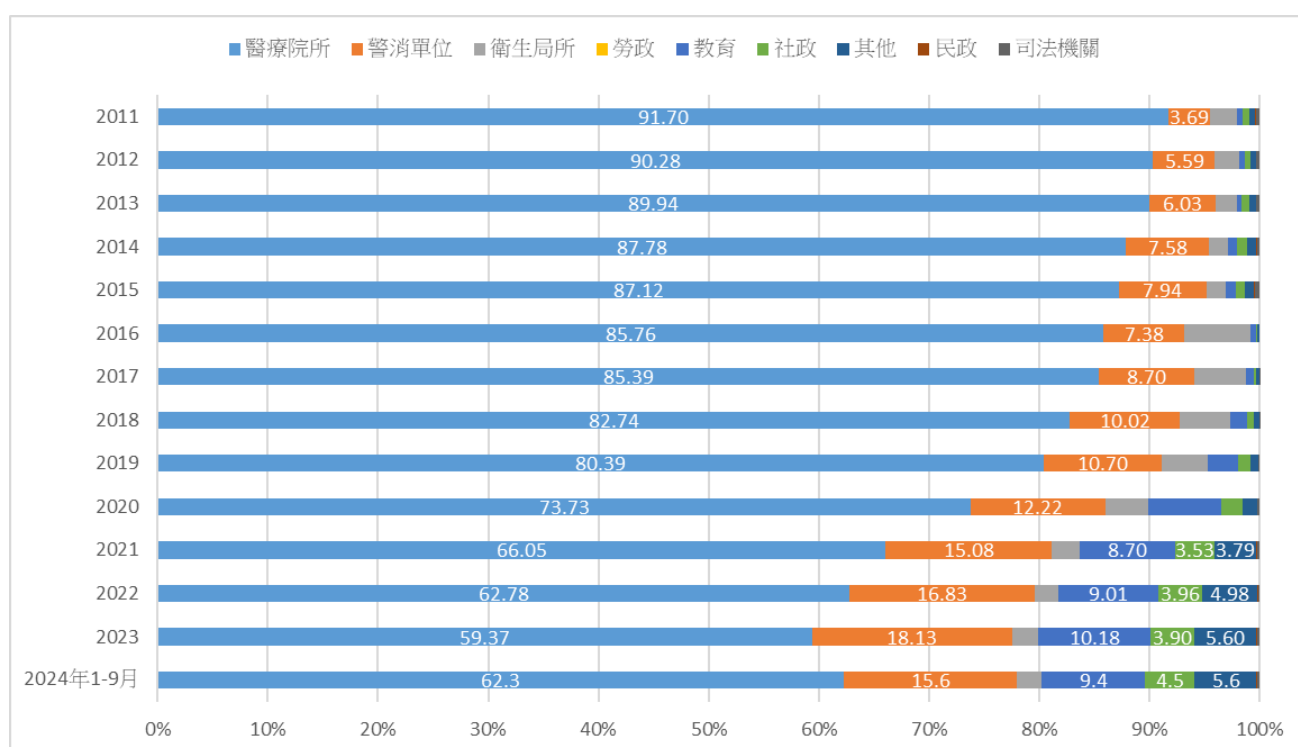


圖 2-3-1、95 年至 113 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型

由各類型通報單位資料顯示，通報單位主要來自醫療院所，其占率為 62.3%，近年來因持續鼓勵各單位通報，醫療院所通報占率逐步降低，顯示其他通報單位類型逐漸擴張。通報占率次高為警消單位，113 年 1 至 9 月為 15.6%，教育單位的通報占率逐年上升，113 年 1 至 9 月占率為 9.4%，。



(3) 通報指標

各項通報指標，在中心持續推動以及各單位努力合作之下，通報比逐年上升，至 103 年通報比達到 7.7，112 年通報比則為 11.9。30 天再自殺率則呈現逐年增加的趨勢，113 年 1-8 月自殺通報個案 30 天再自殺率 9.3%，可能的原因是持續積極推動通報自殺案件，原先未被通報的黑數在鼓勵通報的政策下，盡可能讓自殺行為者進入到通報體系，過往研究數據顯示，再自殺個案為自殺死亡的高風險族群，針對再自殺高風險個案加強管理，落實通報訪視作業並搭配資訊系統的功能優化，針對高風險族群加強以個案為中心，跨衛政、諮商、精神醫療、教育、社政、勞政聯繫協商，提供整合式照護，及時介入提供個案協助及轉介相關資源，避免憾事發生。

(4) 自殺企圖者之特性

113 年 1 至 9 月通報共 35512 人次，其中女性通報 24230 人次，男性通報 11272 人次，女性通報人次為男性 2.14 倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為 15-24 歲(占率 29.3%)、25-34 歲(占率 20.2%)、35-44 歲(占率 15.7%)、45-54 歲(占率 11.4%)、55-64 歲(占率 7%)、14 歲以下(占率 7.3%)、65-74 歲(占率 5%)、75 歲以上(占率 3.9%)。以性別的年齡層結構來看，男性通報人次最高的年齡層為 15-24 歲，佔男性通報的 21.2%；女性通報人次最高的年齡層為 15-24 歲，佔女性通報的 33.1%(如表 2-3-1)。15-24 歲通報個案占率最高，此年齡層較多為學生族群，應加強校園內珍愛生命守門人之觀念，並強化學校單位與精神醫療資源的轉介。期盼未來持續提升個案資料之完整性，以利探究個案自殺行為背後的根因。

表 2-3-1、113 年 1-9 月性別年齡層別分析

	男性		女性		跨性別		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%	人次	%
14 以下	651	5.8	1944	8	0	0	2595	7.3
15-24	2385	21.2	8024	33.1	3	30	10412	29.3
25-34	2382	21.1	4785	19.7	5	50	7172	20.2
35-44	1993	17.7	3594	14.8	1	10	5588	15.7
45-54	1424	12.6	2621	10.8	0	0	4045	11.4
55-64	1045	9.3	1452	6	0	0	2497	7
65-74	813	7.2	959	4	1	10	1773	5
75 以上	563	5	833	3.4	0	0	1396	3.9

	男性		女性		跨性別		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%	人次	%
不詳	16	0.1	18	0.1	0	0	34	0.1
總計	11272	100	24230	99.9	10	100	35512	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(34.5%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。(如表 2-3-2)。

表 2-3-2、113 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺方式與性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
以固體或液體物質自殺及自為中毒	3897	34.6	9934	41	13835	39
以家用瓦斯自殺及自為中毒	118	1	66	0.3	184	0.5
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	852	7.6	610	2.5	1464	4.1
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	550	4.9	782	3.2	1333	3.8
溺水(淹死)自殺及自傷	511	4.5	687	2.8	1198	3.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	17	0.2	3	0	20	0.1
切穿工具自殺及自傷	2850	25.3	9402	38.8	12254	34.5
由高處跳下自殺及自傷	1586	14.1	2851	11.8	4437	12.5
其他及未明示之方式自殺及自傷	2046	18.2	2751	11.4	4798	13.5

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(51.7%)、「情感／人際關係」(45.4%)及「工作／經濟」(11.6%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(44.7%)、「情感／人際關係」(41.2%)及「工作／經濟」(16.4%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(54.9%)、「情感／人際關係」(47.4%)及「工作／經濟」(9.3%)。(如表 2-3-3)。

表 2-3-3、113 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺原因與性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
情感／人際關係	4641	41.2	11494	47.4	16140	45.4
精神健康／物質濫用	5043	44.7	13310	54.9	18361	51.7
工作／經濟	1848	16.4	2253	9.3	4102	11.6

生理疾病	1066	9.5	1085	4.5	2152	6.1
校園學生問題	659	5.8	2169	9	2829	8
迫害問題	140	1.2	541	2.2	681	1.9
其他原因	1056	9.4	1555	6.4	2612	7.4
無法說明及不詳	1345	11.9	2165	8.9	3510	9.9

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 113 年 1-9 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.6 次，尚未達到平均次數之縣市有基隆市(平均 4.6 次)、新北市(平均 5.7 次)、嘉義市(平均 5.5 次)、新竹縣(平均 5.1 次)、苗栗縣(平均 5.7 次)、彰化縣(平均 5.8 次)、新竹市(平均 5.2 次)、雲林縣(平均 5.2 次)、嘉義縣(平均 5.5 次)、花蓮縣(平均 5 次)、金門縣(平均 5.8 次)及連江縣(平均 2.5 次)。(如表 2-3-4)。

表 2-3-4、113 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表(一般自殺個案)

	113 年 1-9 月		
	平均數	標準差	中位數
全國	6.6	5.06	6
新北市	6.7	5.76	6
臺北市	8.5	6.43	8
桃園市	4.6	3.6	4
臺中市	7.3	5.09	8
臺南市	6.9	5.4	6
高雄市	5.7	4.09	5
宜蘭縣	7	5.29	7
新竹縣	6.8	4.36	7
苗栗縣	5.5	3.92	6
彰化縣	5.1	4.32	4
南投縣	5.7	4.16	5
雲林縣	8.8	5.58	9
嘉義縣	5.8	4.55	5
屏東縣	5.2	3.81	4
臺東縣	5.2	3.7	5
花蓮縣	5.5	4.64	4
澎湖縣	7.1	4.66	7
基隆市	5	4.03	5

表 2-3-4、113 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表(一般自殺個案)

	113 年 1-9 月		
	平均數	標準差	中位數
新竹市	9.1	7.03	9
嘉義市	5.8	4.68	4
金門縣	7.3	5.5	6.5
連江縣	2.5	2.5	2

3. 滾動式修正策略建議

- 1) 依照需求說明書內容辦理，按季更新自殺通報關懷月報表須含滾動式修正策略建議、修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
- 2) 每季至自殺防治通報系統更新滾動式修正策略建議，滾動式修正策略建議內容針對季報表中數據加以判讀，並由中心編寫自殺防治策略的修正建議，供各縣市衛生局參考。
- 3) 追蹤各縣市衛生局每季策略建議執行情形，包含執行結果與意見回饋，已函送 112 年第 4 季策略建議執行情形至衛生福利部，並按季持續進行。

4. 結論

1) 自殺通報資料分析

全國通報人次在 95 年後大致為逐年上升的趨勢，僅在 100、102、105 年些微下降，而 112 年總通報人次為 47735 人次，與前一年度相比上升 5.2%，113 年 1 至 5 月通報共 17566 人次，與去年同期相比上升 11%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，112 年為 11.9。

在自殺方式部分，113 年 1-9 月「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(34.5%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(51.7%)、「情感／人際關係」(45.4%)及「工作／經濟」(11.6%)。

- 2) 根據各縣市每季通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。
- 3) 持續檢測自殺通報資料撈取之正確性及與系統維護廠商溝通。
- 4) 持續蒐集使用者對自殺防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部 (詳見章節 6.4 自殺防治通報系統增修建議)。
- 5) 建議與改善：

本中心藉由歷年自殺死亡數據及自殺通報數據得知，各縣市高危險因子種類並無不同，差別僅在於高危險因子所占比例差異。今年依照近年全國自殺死亡資料統計、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及實務督導及高風險縣市輔導訪查摘要，更新全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

指標性策略主要對象為高自殺風險個人，也就是曾經有自殺企圖的個案，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務為主要工作。自殺防治通報系統的功能增修為重要的一環，中心除了每月分析自殺通報數據外，亦持續收集各縣市使用者對於系統的增修建議，發現使用者除自殺通報及訪視流程的改善建議外，對於自殺通報資料庫的使用需求日漸提升，如通報個案即時性的統計數據等，建議未來可朝系統資料整合方面，提供自殺通報、訪視、數據監測的整合性平臺，以期自殺防治工作能更增效益。

參、辦理自殺防治實證研究

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(三)辦理自殺防治實證研究</p>	
<p>1. 依自殺防治法第9條第2項第1款規定，辦理自殺防治現況調查。調查主題由廠商自行擇定（廠商應於服務企劃書即提出主題規劃），並於調查前2個月函送細部執行計畫書至部，經本部同意後始得辦理。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.1章節</p>
<p>2. 提供前1年度之兒少及原住民族自殺死亡/通報分析與自殺防治策略建議予教育部及原住民族委員會：</p> <p>(1) 函請教育部及行政院原住民族委員會提供有關自殺防治統計資料分析之需求，並綜合本部建議之分析項目，研擬兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治統計分析變項，並進行資料統計及分析。</p> <p>(2) 於113年10月30日前，函送度112年兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治專題報告(含自殺防治相關統計、變項及趨勢之分析、自殺防治策略與政策建議等)。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.2、3.3章節</p>
<p>3. 針對年輕族群（確切分析之年齡區間，由本部另行通知）、65歲以上、長期照顧(含照顧者及被照顧者)族群之人口學相關變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並依分析結果研提自殺防治策略及政策建議。(如年輕女生其以服藥自殺方式，應分析何種藥物，避免醫師重複開藥；65歲以上長者，經分析為「久病」原因，應分析是何種疾病，或可研議連結後續末期照護等政策)。</p>	<p>依規定執行完成 詳見3.4章節</p>

自殺防治現況調查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

鑑於國人近年自殺率仍高，雖已未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託台灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

自殺企圖者關懷服務是我國自殺防治中的重要策略。根據國外的系統性回顧，自殺企圖是自殺死亡的重要危險因子(Yoshimasu, Kiyohara, & Miyashita, 2008)；國內研究也顯示，首次自殺企圖後約有 2% 的人會最終自殺身亡(張書森, 108 年)。另外，根據國內自殺企圖者通報系統的數據，將近 50% 的自殺企圖者會在首次企圖的 101.5 天內再自殺身亡 (Pan et al., 2013a)。這些國內外研究都強調，自殺企圖者在自殺防治中的關懷和追蹤是極為重要的策略。我國自 95 年起即推行自殺企圖者關懷服務，並且國內後續的研究證實，該服務能有效降低再自殺死亡率(Pan et al., 2013b)。因此，如何透過跨部會的資料整合，識別高風險自殺企圖者並進一步強化防治策略，是目前自殺防治工作的重要目標。

2. 辦理目的與目標

- 1) 比較自殺通報者再次自殺和再自殺死亡之風險因子。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 組織建立：研究發展組。

- 2) 資料蒐集

- (1) 死因統計檔。

- a. 資料來源：衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」。
 - b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。
 - c. 資料內容：主要包含性別、年齡、婚姻狀態、戶籍地、死亡原因等。

- (2) 自殺企圖通報資料

- a. 資料來源：自殺防治通報系統。
 - b. 資料說明：臺灣自殺通報資料。
 - c. 資料內容：自殺通報單資訊、包含性別、年齡、使用方法、婚姻狀況、教育程度等。

- (3) 健保資料庫資料

- a. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署。

b. 資料說明：民眾就醫之相關資料。

c. 資料內容：含門診就醫資料、及住院就醫資料、投保資料。

2. 資源連結

- 1) 合作單位：國立臺灣大學健康行為與社區科學研究所張書森所長、松德院區社區精神科黃卓尹醫師、衛生福利部心理健康司、衛生福利部統計處「資料科學中心」、東捷資訊服務股份有限公司。

三、過程(Process)

1. 文獻收集：針對再次自我傷害和再自殺死亡之風險因子進行文獻回顧

- 1) 對於自殺者的預後及影響因子了解有限，過去研究對再次自我傷害的影響因子結果不一致，且亞洲國家的相關研究較少，缺乏對社會人口學因素和精神疾病診斷的討論。

- 2) 研究異質性高，少有使用全國性資料庫或在同一樣本中比較自殺者預後和影響因子的研究，導致結果不一致。

2. 研究架構：

- 1) 研究問題：因自我傷害而就醫者，影響其再次自殺和再自殺死亡的危險因子使否不同？差異為何？

- 2) 研究假說：因自我傷害而就醫者，影響其再次自殺和再自殺死亡的危險因子有所不同。

3. 研究方法：

- 1) 研究設計與資料來源

本研究使用自殺防治通報系統資料庫作為主要資料來源，並將第一次自殺事件定義為指標事件(index episode)。此外，自殺死亡資料則由死因統計檔進行串聯以進行後續分析。

- 2) 研究對象與排除標準

研究對象包括因自殺就醫的患者，以該期間的第一次自殺行為作為指標事件 (index episode)。排除的對象包括：

- (1) 僅有自殺意念者或已經自殺身亡者。
- (2) 年齡小於 10 歲或年齡資料缺失者。
- (3) 外國人、重複通報者以及通報內容不合理的個案。

- 3) 自殺通報與死亡資料串聯

再自殺行為的資料來自自殺防治通報系統，自殺死亡資料來自死因統計檔(2012-2017)，使用 ICD-10 編碼進行篩選，包含 X60-X84 (自殺)，Y10-Y34(原因未明的死亡)，X48(意外農藥中毒)以及 W75-W76 和 W83-W84 (意外窒息)，以涵蓋可能的自殺事件。若死亡時間在自殺行為後兩天內，

視為同次自殺事件結果，予以排除。

4) 變項定義

- (1) 社會人口學變項：包括性別、年齡、自殺方法、婚姻狀況、教育程度(來自自殺通報資料)，以及居住地區家戶所得中位數
- (2) 臨床變項：包括精神科診斷、生理共病(根據查爾森共病指數 Charlson Comorbidity Index)以及精神科與非精神科住院情形(資料來自健保資料庫)。

5) 統計分析

- (1) 描述性分析：對研究樣本的基本特徵進行描述。
- (2) 發生率計算：計算再自殺和再自殺死亡的發生率，單位為每 1000 人年，並分別計算一年內和整個追蹤期間的發生率。此外，對不同社會人口學和臨床因子的發生率進行分層計算。
- (3) Cox 比例風險回歸模型：用於檢視各變項對再自殺和再自殺死亡的影響。進行單變項和多變項分析，計算危險比(Hazard Ratios, HRs)，並檢視等比例風險假設(proportional hazards assumption) 是否成立。

6) 統計軟體：SAS for Windows (V9.4)

四、成果 (Product)

在 101 至 105 年間，台灣的國家自殺防治通報系統(NSSS)記錄了 157,293 起自殺意圖、自我傷害和自殺死亡之通報事件。在排除不符合納入標準的事件後，共有 90,408 件因非致命性自我傷害就醫之通報紀錄。在這些案例中，有 57,810 人(63.9%)為女性，且 42,534 人(47.1%)年齡介於 25 至 44 歲之間(見表 3-1-1)。兩種最常見的自我傷害方式為過量服藥(47.1%)和切割傷(22.7%)。大約 42%的自我傷害者在前一年有精神科診斷記錄，其中包括 27.3%患有憂鬱疾患、19.4%患有焦慮疾患、6.7%患有雙相情緒障礙及相關疾病、4.7%患有思覺失調症和情感型思覺失調症、5.7%患有物質使用障礙，以及 2.1%患有人格障礙。大多數個案(97.9%)在指標自傷前一年並無顯著的身體疾病(CCI=0)。此外，5.6%和 19.5%的自我傷害者在初次自我傷害發生的前一年，分別有精神科和非精神科的住院記錄。

在平均 2.8 年的追蹤期間，當中有 17,225 人(19.1%)再次發生自我傷害，而有 3,316 人(3.7%)在平均 3.3 年的追蹤期內因自殺而去世。非致命性自我傷害重複發生的整體發生率為每千人年 67.3(95%信賴區間 [CI] 66.3-68.3)，而自殺的發生率則為每千人年 11.0(95% CI 10.6-11.3)。

非致命性自我傷害重複發生的風險因素(見表 3-1-2)包括：「女性、較

年輕的年齡、離婚或分居、教育程度較低、在指標自傷事件中以過量服藥作為自我傷害方法、以及有特定精神疾病史(例如：思覺失調症、雙相情緒障礙、憂鬱疾患、焦慮疾患、物質使用障礙、人格障礙)的病史，且過去一年內有精神科或非精神科住院經歷。」

相比之下，自殺的風險因素包括：「男性、較年長的年齡、單身或離婚/分居、在首次事件中使用高致命性的方法、具有特定精神疾病病史(如思覺失調症、雙相及相關情緒障礙、憂鬱疾患和焦慮疾患)，以及過去一年內有非精神科住院的經歷。」

由上述分析結果可知，在自我傷害的人群中，「非致命性自我傷害的重複發生」與「再次自傷導致死亡」有些相同的風險因素，例如離婚分居、有精神疾病病史等；但也有相反的風險因素，例如女性、年輕與相對低危自殺方式（如藥物過量或割腕）是非致命再自傷的風險因子，但男性、年長與相對高危自殺方式（藥物過量或割腕之外的自殺方法）是再自傷導致死亡（即自殺）的危險因子。

後續有必要更深入得理解非致命性與致命性自我傷害重複發生背後的不同機轉，以及可修飾的危險因子（例如精神疾病的治療），以便為制定介入策略提供參考。

表 3-1-1、自我傷害者之人口學資料以及再次自傷之事件數、追蹤人年數和發生率

特徵	非致命性再次自傷						致命性再次自傷（自殺）			
	n	(%)	追蹤人 年數	事件數	發生率 (每 1000 人年)	(95% CI)	追蹤人 年數	事件數	發生率(每 1000 人 年)	(95% CI)
全體	90,408	(100.00)	256,078	17,225	67.3	(66.3 - 68.3)	302,772	3,316	11.0	(10.6 - 11.3)
性別										
男性	32,598	(36.06)	89,144	4,837	54.3	(52.7 - 55.8)	101,471	1,754	17.3	(16.5 - 18.1)
女性	57,810	(63.94)	166,934	12,388	74.2	(72.9 - 75.5)	201,301	1,562	7.8	(7.4 - 8.2)
年齡分組(歲)										
10-24 歲	14,733	(16.30)	44,479	2,920	65.6	(63.3 - 68.1)	52,274	218	4.2	(3.6 - 4.8)
25-44 歲	42,534	(47.05)	123,432	9,574	77.6	(76.0 - 79.1)	150,458	1,311	8.7	(8.3 - 9.2)
45-64 歲	23,760	(26.28)	66,593	3,944	59.2	(57.4 - 66.1)	76,989	1,133	14.7	(13.9 - 15.6)
65 歲以上	9,381	(10.38)	21,574	787	36.5	(34.0 - 39.1)	23,051	654	28.4	(26.2 - 30.6)
自我傷害方式										
藥物過量	42,606	(47.13)	122,495	9,142	74.6	(73.1 - 76.2)	147,968	1,081	7.3	(6.9 - 7.8)
割腕	20,512	(22.69)	58,762	4,380	74.5	(72.4 - 76.8)	70,776	443	6.3	(5.7 - 6.9)
燒炭	5,021	(5.55)	14,830	717	48.3	(44.9 - 52.0)	16,701	361	21.6	(19.4 - 24.0)
農藥中毒	5,050	(5.59)	13,140	514	39.1	(35.8 - 42.7)	14,240	631	44.3	(40.9 - 47.9)
墜落	2,829	(3.13)	7,932	391	49.3	(44.5 - 54.4)	8,886	99	11.1	(9.1 - 13.6)
上吊	1,635	(1.81)	3,905	207	53.0	(46.0 - 60.7)	4,371	172	39.4	(33.7 - 45.7)
溺水	1,179	(1.30)	3,151	198	62.8	(54.4 - 72.2)	3,691	69	18.7	(14.6 - 23.7)
其他	11,576	(12.80)	31,862	1,676	52.6	(50.1 - 55.2)	36,139	460	12.7	(11.6 - 14.0)
婚姻狀態										

已婚或同居	35,665	(39.45)	98,999	6,113	61.7	(60.2 - 63.3)	115,237	1,408	12.2	(11.6 - 12.9)
單身	31,109	(34.41)	91,847	6,232	67.9	(66.2 - 69.6)	108,690	927	8.5	(8.0 - 9.1)
離婚或分居	17,626	(19.50)	50,250	4,171	83.0	(80.5 - 86.6)	62,141	713	11.5	(10.7 - 12.4)
喪偶	4,276	(4.73)	10,911	532	48.8	(44.7 - 53.1)	12,193	219	18.0	(15.7 - 20.5)
不明	1,732	(1.92)	4,069	177	43.5	(37.3 - 50.4)	4,510	49	10.9	(8.0 - 14.4)
教育程度										
小學及以下	11,676	(12.91)	31,812	1,727	54.3	(51.8 - 56.9)	36,328	660	18.2	(16.8 - 19.6)
國中	20,406	(22.57)	55,232	4,620	83.6	(81.3 - 86.1)	67,375	736	10.9	(10.2 - 11.7)
高中	33,294	(36.83)	97,434	6,811	69.9	(68.3 - 71.6)	115,980	1,062	9.2	(8.6 - 9.7)
大學以上	14,830	(16.40)	45,465	2,748	60.4	(58.2 - 62.8)	53,183	441	8.3	(7.5 - 9.1)
不明	10,202	(11.28)	26,134	1,319	50.5	(47.8 - 53.3)	29,906	417	13.9	(12.6 - 15.4)
家庭年收入中位數(新台幣/年)										
<= 514,000	6,735	(7.45)	18,671	1,149	61.5	(58.0 - 65.2)	21,764	310	14.2	(12.7 - 15.9)
515,000-540,000	9,047	(10.01)	25,009	1,637	65.5	(62.3 - 68.7)	29,361	403	13.7	(12.4 - 15.1)
541,000-563,000	13,002	(14.38)	36,527	2,402	65.8	(63.2 - 68.4)	43,109	507	11.8	(10.8 - 12.8)
564,000-613,000	26,854	(29.70)	76,037	5,345	70.3	(68.4 - 72.2)	90,486	947	10.5	(9.8 - 11.2)
>= 614,000	34,770	(38.46)	99,834	6,692	67.0	(65.4 - 68.7)	118,051	1,149	9.7	(9.2 - 10.3)
憂鬱症										
無	65,764	(72.74)	192,189	9,702	50.5	(49.5 - 51.5)	217,226	2,085	9.6	(9.2 - 10.0)
有	24,644	(27.26)	63,888	7,523	117.8	(115.1 - 120.4)	85,545	1,231	14.4	(13.6 - 15.2)
焦慮症										
無	72,917	(80.65)	210,357	12,640	60.1	(59.1 - 61.2)	244,615	2,439	10.0	(9.6 - 10.4)
有	17,491	(19.35)	45,720	4,585	100.3	(97.4 - 103.2)	58,157	877	15.1	(14.1 - 16.1)
躁鬱症及相關障礙										

無	84,357	(93.31)	241,011	15,075	62.5	(61.6 - 63.6)	281,353	2,980	10.6	(10.2 - 11.0)
有	6,051	(6.69)	15,066	2,150	142.7	(136.7 - 148.9)	21,419	336	15.7	(14.1 - 17.5)
思覺失調症及情感思覺失調症										
無	86,122	(95.26)	244,503	16,157	66.1	(65.1 - 67.1)	288,305	3,087	10.7	(10.3 - 11.1)
有	4,286	(4.74)	11,574	1,068	92.3	(86.8 - 98.0)	14,467	229	15.8	(13.9 - 18.0)
物質使用障礙										
無	85,275	(94.32)	243,580	15,548	63.8	(62.8 - 64.8)	285,245	3,038	10.7	(10.3 - 11.0)
有	5,133	(5.68)	12,498	1,677	134.2	(127.9 - 140.8)	17,526	278	15.9	(14.1 - 17.9)
人格障礙										
無	88,480	(97.87)	251,379	16,352	65.0	(64.1 - 66.1)	295,214	3,239	11.0	(10.6 - 11.4)
有	1,928	(2.13)	4,698	873	185.8	(173.7 - 198.6)	7,557	77	10.2	(8.0 - 12.7)
查爾森共病指數										
0	88,529	(97.92)	252,692	16,922	67.0	(66.0 - 68.0)	298,675	3,214	10.8	(10.4 - 11.1)
1+	1,879	(2.08)	3,385	303	89.5	(79.7 - 100.2)	4,097	102	24.9	(20.3 - 30.2)
過去一年有因精神科住院										
無	85,357	(94.41)	243,433	15,424	63.4	(62.4 - 64.4)	284,734	3,024	10.6	(10.3 - 11.0)
有	5,051	(5.59)	12,645	1,801	142.4	(135.9 - 149.2)	18,038	292	16.2	(14.4 - 18.2)
過去一年有因非精神科住院										
無	72,780	(80.50)	212,565	13,369	62.9	(61.8 - 64.0)	248,644	2,454	9.9	(9.5 - 10.3)
有	17,628	(19.50)	43,513	3,856	88.6	(85.8 - 91.5)	54,128	862	15.9	(14.9 - 17.0)

表 3-1-2、非致命性和致命性再次自傷之風險因子

	非致命性再次自傷						致命性再次自傷（自殺）					
	Unadjusted			Adjusted ^a			Unadjusted			Adjusted ^a		
	HR	(95%CI)	p-value	HR	95%CI	p-value	HR	95%CI	p-value	HR	95%CI	p-value
性別												
男性	0.72	(0.70-0.74)	<0.001	0.81	(0.79-0.84)	<0.001	2.13	(1.99-2.28)	<0.001	1.67	(1.55-1.80)	<0.001
女性	1.00	Referent		1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent	
年齡分組(歲)			<0.001 ^b			<0.001 ^b			<0.001 ^b			<0.001 ^b
10-24 歲	1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent	
25-44 歲	1.17	(1.12-1.22)	<0.001	0.98	(0.94-1.03)	0.49	2.09	(1.81-2.42)	<0.001	1.89	(1.63-2.20)	<0.001
45-64 歲	0.88	(0.84-0.92)	<0.001	0.70	(0.66-0.74)	<0.001	3.41	(2.95-3.94)	<0.001	2.69	(2.28-3.16)	<0.001
65 歲以上	0.50	(0.47-0.55)	<0.001	0.50	(0.46-0.55)	<0.001	5.85	(5.02-6.82)	<0.001	4.16	(3.43-5.03)	<0.001
自我傷害方式			<0.001 ^b			<0.001 ^b			<0.001 ^b			<0.001 ^b
藥物過量	1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent	
割腕	1.00	(0.96-1.03)	0.83	1.06	(1.02-1.10)	0.003	0.85	(0.77-0.95)	0.005	1.04	(0.93-1.16)	0.54
燒炭	0.66	(0.61-0.71)	<0.001	0.75	(0.70-0.81)	<0.001	2.92	(2.59-3.29)	<0.001	2.85	(2.52-3.21)	<0.001
農藥中毒	0.52	(0.47-0.57)	<0.001	0.72	(0.66-0.79)	<0.001	5.71	(5.17-6.30)	<0.001	4.20	(3.77-4.68)	<0.001
墜落	0.65	(0.59-0.72)	<0.001	0.65	(0.58-0.71)	<0.001	1.46	(1.19-1.79)	<0.001	1.46	(1.19-1.80)	<0.001
上吊	0.67	(0.59-0.77)	<0.001	0.74	(0.64-0.85)	<0.001	4.89	(4.16-5.74)	<0.001	3.68	(3.12-4.33)	<0.001
溺水	0.82	(0.71-0.94)	0.006	0.87	(0.75-1.00)	0.046	2.46	(1.93-3.14)	<0.001	2.13	(1.67-2.71)	<0.001
其他	0.69	(0.66-0.73)	<0.001	0.80	(0.76-0.84)	<0.001	1.67	(1.50-1.86)	<0.001	1.53	(1.36-1.70)	<0.001
婚姻狀態			<0.001 ^b			<0.001 ^b			<0.001 ^b			<0.001 ^b
已婚或同居	1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent		1.00	referent	

單身	1.13 (1.09-1.17)	<0.001	1.02 (0.98-1.07)	0.33	0.72 (0.66-0.78)	<0.001	1.21 (1.10-1.34)	<0.001
離婚或分居	1.37 (1.31-1.42)	<0.001	1.15 (1.11-1.20)	<0.001	0.98 (0.89-1.07)	0.62	1.20 (1.09-1.32)	<0.001
喪偶	0.77 (0.70-0.84)	<0.001	0.99 (0.90-1.09)	0.85	1.40 (1.21-1.61)	<0.001	0.98 (0.84-1.13)	0.74
不明	0.64 (0.55-0.74)	<0.001	0.72 (0.62-0.83)	<0.001	0.79 (0.59-1.05)	0.10	0.91 (0.68-1.23)	0.55
教育程度	<0.001 ^b		<0.001 ^b		<0.001 ^b		0.61 ^b	
小學及以下	1.00	referent	1.00	referent	1.00	referent	1.00	referent
國中	1.52 (1.44-1.60)	<0.001	1.14 (1.08-1.21)	<0.001	0.61 (0.55-0.68)	<0.001	0.98 (0.87-1.11)	0.77
高中	1.31 (1.24-1.38)	<0.001	0.93 (0.87-0.98)	0.011	0.52 (0.48-0.58)	<0.001	0.99 (0.88-1.11)	0.87
大學以上	1.16 (1.09-1.23)	<0.001	0.79 (0.74-0.85)	<0.001	0.48 (0.43-0.54)	<0.001	0.92 (0.80-1.05)	0.22
不明	0.89 (0.83-0.96)	0.002	0.73 (0.67-0.78)	<0.001	0.74 (0.65-0.83)	<0.001	1.03 (0.90-1.16)	0.70
家庭年收入中位數 (新台幣/年)	<0.001 ^b		0.024 ^b		<0.001 ^b		0.83 ^b	
<= 514,000	1.00	referent	1.00	referent	1.00	referent	1.00	referent
515,000- 540,000	1.06 (0.98-1.14)	0.14	1.05 (0.98-1.14)	0.17	0.96 (0.83-1.12)	0.62	1.00 (0.86-1.16)	0.98
541,000- 563,000	1.07 (1.00-1.15)	0.063	1.03 (0.96-1.11)	0.37	0.83 (0.72-0.96)	0.011	0.95 (0.83-1.11)	0.50
564,000- 613,000	1.15 (1.08-1.22)	<0.001	1.09 (1.02-1.16)	0.008	0.75 (0.66-0.85)	<0.001	0.95 (0.83-1.08)	0.43
>= 614,000	1.10 (1.03-1.17)	0.004	1.04 (0.98-1.11)	0.21	0.69 (0.61-0.79)	<0.001	0.94 (0.83-1.07)	0.38
憂鬱症	2.26 (2.19-2.33)	<0.001	1.85 (1.79-1.91)	<0.001	1.54 (1.43-1.65)	<0.001	1.53 (1.42-1.66)	<0.001
焦慮症	1.62 (1.56-1.67)	<0.001	1.21 (1.17-1.26)	<0.001	1.51 (1.40-1.63)	<0.001	1.32 (1.22-1.44)	<0.001
躁鬱症及相關 障礙	2.19 (2.09-2.29)	<0.001	1.48 (1.41-1.56)	<0.001	1.52 (1.36-1.71)	<0.001	1.48 (1.31-1.67)	<0.001

思覺失調症及 情感思覺失調 症	1.37 (1.29-1.46)	<0.001	1.17 (1.10-1.25)	<0.001	1.48 (1.30-1.70)	<0.001	1.29 (1.11-1.49)	<0.001
物質使用障礙	2.01 (1.91-2.11)	<0.001	1.29 (1.22-1.36)	<0.001	1.51 (1.33-1.70)	<0.001	1.06 (0.93-1.21)	0.36
人格障礙	2.78 (2.60-2.98)	<0.001	1.33 (1.23-1.43)	<0.001	1.01 (0.80-1.26)	0.96	0.90 (0.71-1.14)	0.40
查爾森共病指 數(1+ vs 0)								
0	1.00	referent	1.00	referent	1.00	referent	1.00	referent
1+	1.14 (1.02-1.27)	0.027	1.03 (0.91-1.15)	0.68	1.91 (1.57-2.33)	<0.001	0.98 (0.80-1.21)	0.85
過去一年有因 精神科住院	2.17 (2.07-2.83)	<0.001	1.32 (1.25-1.40)	<0.001	1.58 (1.40-1.78)	<0.001	1.08 (0.94-1.24)	0.28
過去一年有因 非精神科住院	1.34 (1.29-1.39)	<0.001	1.27 (1.22-1.32)	<0.001	1.55 (1.44-1.68)	<0.001	1.12 (1.03-1.22)	0.01

原住民自殺防治策略建議

一、背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)最新的統計，全球每年有逾 70 萬人死於自殺行為，其中原住民族的自殺防治，是台灣較少關注的焦點，然而原住民自殺防治卻是相當重要的，因此強化原住民的心理健康並進一步規劃完善的自殺防治策略是相當迫切；然而自殺議題卻可能間接造成原住民的二度傷害，過去的研究統計僅呈現統計數據，造成原住民的污名化，也因此了解殖民文化對原住民的影響及與自殺之間關聯是讓大眾能夠有正確解讀的關鍵。

在回顧 99 篇有關原住民自殺發生率文獻，顯示原住民與非原住民自殺死亡率僅在部分地區會有差異(Pollock, Naicker, Loro, Mulay, & Colman, 2018)葛氏分析民國 60 年-民國 79 年台灣山地鄉居民死因，發現泰雅、布農族標準化死亡率顯著高(葛應欽 & 謝淑芬, 民 83)，其他研究亦發現到類似的結果(謝淑芬, 劉碧華, 潘碧珍, 章順仁, & 葛應欽, 民 83)，(陳錦宏, Stewart, 伍美馨, & 李子奇, 民 103)則發現海拔高度與人口組成會進一步影響自殺死亡率；然而針對原住民自殺流行病學與其背景整合性解讀卻是缺乏的—在自殺危險因子的分析研究，早期研究發現原住民自殺具有物質濫用及憂鬱症的共病特徵(Cheng, 1995)，其他研究則發現原住民自傷危險因子則包含酗酒、女性、無業(台灣原住民蓄意自我傷害者之心理社會與精神疾病因素研究，劉宜釗)；然而這些危險因子卻與原住民生活文化息息相關，過往卻未能說明飲酒生活型態可能是原住民族受到歷史性創傷所衍生(Mohatt, Thompson, Thai, & Tebes, 2014; Sotero, 2006)。另一方面，原住民也有可能因為長期受到微歧視(Microaggression)而發生憂鬱、低自尊等情形(Walls, Gonzalez, Gladney, & Onello, 2015)，而也有其他研究指出，資本主義的入侵也可能造成原住民社經地位的弱勢，也間接造成心理健康不利以及過度飲酒影響(陳美霞, 民 103; 陳慈立, 民 103; 游宗輝 & 黃毅志, 民 105)。

綜觀中心過去原住民 99-110 年自殺分析，不難發現原住民標準化死亡率有些微高於全國標準化死亡率，其中山地原住民標準化死亡率略高於平地，然而由於山地原住民戶籍與死亡地相異的比例較高，因此亦可能與遷移後的原住民較缺乏心理及各方面支持，導致其自殺死亡率較高，男性以中壯年自殺死亡率較高，女性則以高齡自殺死亡率較高。

自殺非單一因素所造成，所以自殺防治策略需要全民的合作，而有效的自殺防治需要跨政府部門的合作，包含衛生、教育、就業、福利機構、執法機構、住房提供者和非政府組織等，針對社區的原住民、有自殺風險的及那些有過自殺企圖的原住民，以實踐全面性、選擇性及指標性策略。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、婚姻狀態、戶籍地、死亡原因等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(2) 自殺企圖通報檔。

a. 資料來源：衛生福利部心理健康司。

b. 資料說明：自殺企圖個案通報記錄。

c. 資料內容：主要包含自殺企圖日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

2. 資源連結合作

合作單位：衛生福利部統計處、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部心理健康司、東捷資訊服務股份有限公司

三、 過程(Process)

1. 資料來源

1) 自殺死亡資料檔：由衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心提供，內容為自殺個案死亡情形之簡要資料，包含性別、年齡層、縣市、死因。

2) 自殺企圖通報資料檔：由衛生福利部自殺防治通報系統提供，內容為自殺企圖通報個案之相關資料。

3) 其他資料檔：原住民清冊。

2. 資源連結合作

1) 合作單位：教育部、內政部、衛生福利部心理健康司、衛生福利部「衛生福利資料科學中心」、原住民族委員會、社團法人台灣自殺防治學會。

2) 資源連結內容及形式：資料庫、專案小組及會議。

3. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：112 年。

(2) 說明：目前取得死亡資料為衛生福利部資料所釋出之資料，由中心每年向衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心進行使用資料申請。

2) 自殺企圖通報資料檔

(1) 資料期間：95 年至 112 年。

(2) 說明：向系統維護廠商申請自殺通報資料，包含自殺通報單、派遣資料表、個案基本資料表、訪視單、結案單、轉介單等資料。

3) 特定人口自殺死亡分析，利用各特定人口群系統清冊(包含全民健康保險研究資料庫、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒童及少年保護通報明細檔、性侵害通報明細檔、原住民清冊、替代治療作業管理檔、精神照護管理資訊系統、毒品危害防制中心案件管理系統個案管理檔)串連自殺死亡檔。

4) 研究分析

1) 利用自殺通報資料檔產出 108 年至 112 年不同人口的通報人次趨勢圖、自殺方式占比趨勢圖及自殺原因占比趨勢圖。

2) 為避免重複通報導致某些項目比例過高故只挑選每人的最後一筆通報分析，使用卡方分配比較不同人口組群通報檔內自殺死亡與自殺企圖的差異，判斷項目有性別、自殺原因、自殺方法、與人同住、通報單位及通報縣市，自殺方式可複選，每個個案只選取致命應最高者再轉成 ICD9 分類，當該項目比較計算後的 p 值達到明顯差異時標記*。

3) 因 65 歲以上自殺原因為「生理疾病」比例占前三高且再持續上升，於資料中心串聯健保資料庫分析 107 年至 111 年 65 歲以上自殺身亡長者生前一年看診科別及疾病。

4) 使用死亡資料檔串聯特殊身份別資料檔分析 108-112 年自殺身亡者中農民及榮民的占比及自殺方式。

四、成果

1. 性別統計分析

根據自殺防治通報資料，原住民女性的自殺企圖通報比例為 76.4%，遠高於男性的 23.6%；相比之下，非原住民女性的自殺企圖比例則為 67.1%，男性為 32.9%。原住民在自殺企圖的性別占率上有顯著的差異 ($P < 0.001$) (詳表 3-2-1)。

表 3-2-1、108-112 年自殺企圖通報原住民性別分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 年(n)	占比 (N=9,715)	通報人次 年平均(n)	占比 (N=188303)	
總計	9,715	100%	188303	100%	<0.001
男	2,289	23.6%	61,936	37.6%	
女	7,423	76.4%	126,349	62.4%	

*使用卡方檢定

在自殺通報死亡數據(死亡含通報後情形為死亡者)中，性別差異相對較小。原住民男性自殺死亡占比 60.5%，女性占比 39.5%。這一數據與非原住民群體的情況相似，男性占 62.1%，女性占 37.9%。這說明，儘管女性自殺企圖的比例較高，但男性最終因自殺死亡的風險更大。(詳表 3-2-2)

表 3-2-2、108-112 年自殺死亡通報原住民性別分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 (n)	占比 (N=220)	通報人數 (n)	占比 (N=11053)	
總計	220	100%	11,053	100%	0.62
男	133	60.5%	6,867	62.1%	
女	87	39.5%	4,185	37.9%	

*使用卡方檢定

2. 年齡統計分析

自殺企圖的年齡分佈顯示出年輕群體自殺風險較高。原住民在 15 至 29 歲的年齡段，自殺企圖的佔率高於其他年齡群。15-19 歲原住民自殺企圖 5 年通報總計比例為 611.2(每十萬)，而非原住民為 275.7(每十萬)；20-29 歲年齡層中，原住民的自殺企圖比例為 458.2(每十萬)，非原住民為 227.9(每十萬)。

年齡層越高，自殺企圖的比例逐漸減少，這一趨勢在原住民和非原住民群體中均表現明顯。60 歲以上的原住民自殺企圖比例為 58.9(每十萬)，

非原住民為 67.5(每十萬)，差異縮小，從總計來看通報企圖比例原住民大約是非原住民的 2 倍。(詳表 3-2-3)

表 3-2-3、108-112 年自殺企圖通報原住民年齡分析

	原住民			非原住民			
	通報人次 (n)	人-年 (N)	率 (十萬人)	通報人次 (n)	人-年 (N)	率 (十萬人)	率 比
0-14 歲	393	557,515	70.5	3,306	14046,170	23.5	2.99
15-19 歲	1294	211,704	611.2	15,237	5526,380	275.7	2.22
20-29 歲	2271	495,598	458.2	33,461	14679,276	227.9	2.01
30-49 歲	2196	843,445	260.4	46,379	35232,752	131.6	1.98
50-59 歲	439	371,580	118.1	14,430	17639,263	81.8	1.44
60 歲以上	242	410,562	58.9	18,413	27294,798	67.5	0.87
總計	1199	2890,402	234.3	131,226	114418,637	118.5	1.98

*使用卜瓦松分配

原住民和非原住民在不同年齡段的通報率存在一定差異。整體而言，原住民的自殺死亡通報率為每十萬人 7，而非原住民則為每十萬人 5.9，顯示原住民的通報率比非原住民略高。在 0 至 14 歲年齡段，原住民的通報率略與非原住民無明顯差異，皆大約為每十萬人 0.7；15 至 19 歲，原住民的通報率增加至每十萬人 8，非原住民則為 5.1，顯示原住民的通報率相對較高，大約為非原住民的 1.5 倍；20 至 29 歲的原住民通報率為每十萬人 8.5，非原住民為 9.7，這表明在這個年齡段，原住民的通報率略低於非原住民；在 30 至 49 歲年齡段，兩族群的通報率接近，原住民為每十萬人 10.6，非原住民為 9.9；然而，50 至 59 歲的原住民通報率達到每十萬人 8.9，而非原住民為 10.8，差異較不明顯，但非原住民可以明顯看到隨年齡上升死亡比例也逐漸上升，反映出中年階段非原住民可能面臨較高的健康或社會壓力；60 歲以上的原住民通報率為每十萬人 8.5，非原住民則為 14.2，差異相較前列較年輕族群更大，顯示非原住民老年人面臨的危險因子可能比原住民還多，但以總計分析原住民為每十萬人 7，非原住民則是 7，較無明顯差異。

綜上所述，50 歲以上的非原住民在通報死亡率上高於原住民，這可能反映出非原住民在中老年階段面臨更大健康和社會問題，而年輕族群之

間除 15-19 歲外的通報率差異則較小，可能代表求學階段原住民學生面臨的困境較多。這些數據揭示了年齡和族群在通報率上的不同特徵，尤其是在中老年階段，值得進一步探討其背後的成因。

表 3-2-4、108-112 年自殺死亡通報原住民年齡分析

	原住民			非原住民			
	通報人數 (n)	人-年 (N)	率 (十萬人)	通報人數(n)	人-年 (N)	率 (十萬人)	率比
0-14 歲	4	557,515	0.74	93	14046,170	0.7	1.08
15-19 歲	17	211,704	8.0	284	5526,380	5.1	1.56
20-29 歲	42	495,598	8.5	1423	14679,276	9.7	0.87
30-49 歲	89	843,445	10.6	3472	35232,752	9.9	1.07
50-59 歲	33	371,580	8.9	1899	17639,263	10.8	0.82
60 歲以上	35	410,562	8.5	3864	27294,798	14.2	0.60
總計	220	2890,402	7.0	11,035	114418,637	7.7	0.91

*使用卜瓦松分配

3. 通報原因分析

以原因細項來看，夫妻問題、家庭成員問題及感情因素(如男女朋友)是原住民自殺企圖的重要誘因。感情問題尤其突出，24%的原住民自殺企圖與此有關，遠高於非原住民的 16.7%。(詳如表 3-2-5)

在自殺通報中死亡個案自殺原因細項中，家庭成員問題及感情因素(如男女朋友)依然是主要因素。原住民分別是 23%及 24%，非原住民則為 21.3%及 16.7。此外，慢性病問題(如久病不癒)在非原住民占比較高，可能也是非原住民與原住民自殺死亡的另一項有差異的自殺原因。(詳如表 3-2-6)

表 3-2-5、108-112 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 (n)	占比(%) (N=9715)	通報人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
情感/人際關係					
夫妻問題	1144	11.8	20546	10.9	0.008
家庭成員問題	2234	23	40022	21.3	<0.001
感情因素(如男女朋友)	2332	24	31368	16.7	<0.001
喪親、喪偶	146	1.5	2582	1.4	0.278
長期照顧壓力	19	0.2	487	0.3	0.230
精神健康/物質濫用					
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	3957	40.7	87360	46.4	<0.001
酒精濫用	128	1.3	1349	0.7	<0.001
藥物濫用	25	0.3	448	0.2	0.702
使用毒品	6	0.1	232	0.1	0.088
物質濫用(酒、藥、毒品)	498	5.1	6763	3.6	<0.001
工作/經濟					
職場工作壓力	496	5.1	9605	5.1	0.984
職場霸凌	6	0.1	127	0.1	0.833
失業	205	2.1	5372	2.9	<0.001

表 3-2-5、108-112 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 (n)	占比(%) (N=9715)	通報人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
債務	242	2.5	6693	3.6	<0.001
生理疾病					
慢性化的疾病 問題(如:久病 不癒)	179	1.8	11000	5.8	<0.001
急性化的疾病 問題(如:初得 知患病)	35	0.4	1456	0.8	<0.001
校園學生問題					
學校適應問題	538	5.5	9622	5.1	0.062
課業壓力	76	0.8	1416	0.8	0.736
校園霸凌	11	0.1	164	0.1	0.398
同儕相處問題	95	1	1174	0.6	0.000
生涯規劃	48	0.5	1052	0.6	0.404
其他:(請說明)	17	0.2	301	0.2	0.716
迫害問題					
遭受騷擾	49	0.5	880	0.5	0.602
遭受暴力	73	0.8	1223	0.6	0.224
遭受詐騙	19	0.2	552	0.3	0.080
遭受霸凌	5	0.1	86	0	0.795
不願說明或無 法說明					

表 3-2-5、108-112 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 (n)	占比(%) (N=9715)	通報人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
個案(家屬)不願說明	392	4	6396	3.4	0.001
個案因身體狀況無法說明	119	1.2	3418	1.8	<0.001
不詳	554	5.7	10883	5.8	0.751
其他					
兵役因素	8	0.1	125	0.1	0.554
訴訟問題	57	0.6	1309	0.7	0.208
其他	584	6	11298	6	0.963

*使用卡方檢定

表 3-2-6、108-112 年自殺死亡通報原住民自殺原因分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 (n)	占比(%) (N=220)	通報人數 (n)	占比(%) (N=11,053)	
情感/人際關係					
夫妻問題	14	6.4	455	4.1	0.098
家庭成員問題	14	6.4	614	5.6	0.605
感情因素(如男女朋友)	23	10.5	608	5.5	0.002
喪親、喪偶	4	1.8	114	1	0.256
長期照顧壓力	2	0.9	34	0.3	0.117
精神健康/物質濫用					

表 3-2-6、108-112 年自殺死亡通報原住民自殺原因分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 (n)	占比(%) (N=220)	通報人數 (n)	占比(%) (N=11,053)	
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	70	31.8	3629	32.8	0.751
酒精濫用	2	0.9	38	0.3	0.163
藥物濫用	1	0.5	24	0.2	0.459
使用毒品	0	0	17	0.2	0.560
物質濫用(酒、藥、毒品)	9	4.1	178	1.6	<0.001
工作/經濟					
職場工作壓力	12	5.5	321	2.9	0.027
職場霸凌	0	0	6	0.1	0.730
失業	4	1.8	299	2.7	0.421
債務	16	7.3	803	7.3	0.997
生理疾病					
慢性化的疾病問題(如:久病不癒)	31	14.1	1935	17.5	0.186
急性化的疾病問題(如:初得知患病)	0	0	189	1.7	0.050
校園學生問題					
學校適應問題	3	1.4	67	0.6	0.157
課業壓力	0	0	15	0.1	0.585

表 3-2-6、108-112 年自殺死亡通報原住民自殺原因分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 (n)	占比(%) (N=220)	通報人數 (n)	占比(%) (N=11,053)	
校園霸凌	0	0	3	0	0.807
同儕相處問題	1	0.5	5	0	<0.001
生涯規劃	0	0	18	0.2	0.549
其他:(請說明)	1	0.5	5	0	0.009
迫害問題					
遭受騷擾	0	0	5	0	0.752
遭受暴力	1	0.5	5	0	<0.001
遭受詐騙	2	0.9	18	0.2	<0.001
遭受霸凌	0	0	3	0	0.807
不願說明或無法說明					
個案(家屬)不願說明	4	1.8	189	1.7	0.902
個案因身體狀況無法說明	11	5	521	4.7	0.843
不詳	69	31.4	3550	32.1	0.812
其他					
兵役因素	0	0	8	0.1	0.690
訴訟問題	5	2.3	86	0.8	0.014
其他	6	2.7	379	3.4	0.570

*使用卡方檢定

4. 自殺方法分析

自殺方式為複選但此次分析只取各案中致死率較高之方式，故 p 值只有最上方一列，代表整體自殺方式原住民與非原住民的差異是否顯著，不代表原住民與非原住民以固體或液體物質自殺及自為中毒的差異是否顯著。

在自殺企圖通報的自殺方法上，原住民與非原住民最常使用的都是固體或液體物質自殺及中毒，分別占 34.3% 及 41.7%，其次皆為切穿工具自殺及自傷，分別占 40.1% 及 26.9%，可以看出原住民較常使用切穿工具，非原住民則是化學物品。(詳如表 3-2-7)

自殺死亡通報中，上吊和窒息是最常見的自殺方法，原住民的上吊自殺比例為 36.8%，非原住民為 32.1%。此外，高處跳下和燒炭也是常見的自殺方式，此外須注意的是非原住民以溺水(淹死)方式占比高過原住民大約一倍。(詳如表 3-2-8)

表 3-2-7、108-112 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 (n)	占比(%) (N=9,715)	通報人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
以固體或液體物質 自殺及自為中毒					<0.001
安眠藥鎮靜劑	2417	24.9	57764	30.7	
除安眠藥鎮靜劑之 外藥物	460	4.7	10488	5.6	
一般農藥(如：農 用殺蟲劑、除草 劑、生長劑等)	220	2.3	4142	2.2	
巴拉刈農藥	30	0.3	354	0.2	
一般病媒殺蟲劑 (如：蟑螂、螞 蟻、老鼠藥等)	35	0.4	1142	0.6	

表 3-2-7、108-112 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 (n)	占比(%) (N=9,715)	通報人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
化學物品(如：漂 白水清潔劑、鹽酸 等)	154	1.6	4390	2.3	
服用或施打毒品過 量	6	0.1	240	0.1	
以家用瓦斯自殺及 自為中毒					
家用瓦斯	36	0.4	938	0.5	
由其他氣體及蒸汽 自殺及自為中毒					
燒炭	193	2	6791	3.6	
汽車廢氣	3	0	245	0.1	
氨氣	0	0	11	0	
其他氣體及蒸氣	4	0	82	0	
吊死、勒死及窒息 之自殺及自殺	230	2.4	6435	3.4	
上吊、自縊	204	2.1	5656	3	
悶死及窒息(如塑 膠袋套頭)	26	0.3	779	0.4	
溺水(淹死)自殺及 自傷					
溺水(淹死)、跳水	193	2	4730	2.5	
鎗砲及爆炸物自殺 及自傷					

表 3-2-7、108-112 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 (n)	占比(%) (N=9,715)	通報人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
以槍炮、氣槍及爆炸物	4	0	85	0	
切穿工具自殺及自傷					
割腕	3492	35.9	42092	22.4	
其他部位之切穿工具	407	4.2	8462	4.5	
由高處跳下自殺及自傷					
高處跳下	732	7.5	17053	9.1	
其他及未明示之方式自殺及自傷					
自焚	17	0.2	497	0.3	
臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	9	0.1	311	0.2	
撞擊(如：撞牆、撞車等)	283	2.9	6970	3.7	
除了上列方式之外的自殺方式	790	8.1	15081	8	

*使用卡方檢定

表 3-2-8、108-112 年自殺死亡通報原住民自殺方法分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 年(n)	占比(%) (N=220)	通報人數 年(n)	占比(%) (N=11,053)	
以固體或液體物質 自殺及自為中毒					0.002
安眠藥鎮靜劑	1	0.5	251	2.3	
除安眠藥鎮靜劑之 外藥物	2	0.9	76	0.7	
一般農藥(如：農 用殺蟲劑、除草 劑、生長劑等)	14	6.4	405	3.7	
巴拉刈農藥	4	1.8	89	0.8	
一般病媒殺蟲劑 (如：蟑螂、螞 蟻、老鼠藥等)	0	0	8	0.1	
化學物品(如：漂 白水清潔劑、鹽酸 等)	3	1.4	150	1.4	
服用或施打毒品過 量	0	0	12	0.1	
以家用瓦斯自殺及 自為中毒					
家用瓦斯	0	0	19	0.2	
由其他氣體及蒸汽 自殺及自為中毒					
燒炭	33	15	2076	18.8	
汽車廢氣	0	0	46	0.4	

表 3-2-8、108-112 年自殺死亡通報原住民自殺方法分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 年(n)	占比(%) (N=220)	通報人數 年(n)	占比(%) (N=11,053)	
氫氣	0	0	4	0	
其他氣體及蒸氣	0	0	13	0.1	
吊死、勒死及窒息 之自殺及自殺					
上吊、自縊	81	36.8	3552	32.1	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	4	1.8	206	1.9	
溺水(淹死)自殺及 自傷					
溺水(淹死)、跳水	9	4.1	1043	9.4	
鎗砲及爆炸物自殺 及自傷					
以鎗炮、氣槍及爆炸物	3	1.4	49	0.4	
切穿工具自殺及自 傷					
割腕	10	4.5	143	1.3	
其他部位之切穿工具	3	1.4	143	1.3	
由高處跳下自殺及 自傷					
高處跳下	44	20	2302	20.8	
其他及未明示之方 式自殺及自傷					

表 3-2-8、108-112 年自殺死亡通報原住民自殺方法分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 年(n)	占比(%) (N=220)	通報人數 年(n)	占比(%) (N=11,053)	
自焚	1	0.5	105	0.9	
臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	0	0	40	0.4	
撞擊(如：撞牆、撞車等)	1	0.5	17	0.2	
除了上列方式之外 之自殺方式	7	3.2	304	2.8	

*使用卡方檢定

5. 縣市統計分析

在全國各縣市中，原住民自殺企圖的通報集中在少數幾個地區。前三大自殺企圖通報的縣市分別為花蓮縣(18.7%)、新北市(14.1%)及桃園市(13.8%)，這三個縣市的原住民通報比例明顯高於其他縣市；非原住民自殺企圖通報則集中在新北市、臺中市及高雄市。(詳如表 3-2-9)

自殺死亡通報的地區分佈亦顯示出某些縣市是高風險地區。屏東縣、桃園市及新北市是原住民自殺死亡比例最高的三個縣市，佔總體的 13.7% 以上；非原住民自殺死亡比例最高的縣市為新北市、高雄市及臺北市。(詳如表 3-2-10)

表 3-2-9、108-112 年自殺企圖通報原住民縣市分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 年(n)	占比(%) (N=9,715)	通報人次 年(n)	占比(%) (N=188,303)	
新北市	1367	14.1	40438	21.5	<0.001
臺北市	313	3.2	16086	8.5	
桃園市	1339	13.8	16855	9	
臺中市	737	7.6	22868	12.1	

表 3-2-9、108-112 年自殺企圖通報原住民縣市分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人次 年(n)	占比(%) (N=9,715)	通報人次 年(n)	占比(%) (N=188,303)	
臺南市	204	2.1	13154	7	
高雄市	763	7.9	23175	12.3	
宜蘭縣	262	2.7	3907	2.1	
新竹縣	368	3.8	3483	1.8	
苗栗縣	224	2.3	4511	2.4	
彰化縣	164	1.7	9433	5	
南投縣	439	4.5	4153	2.2	
雲林縣	82	0.8	5682	3	
嘉義縣	106	1.1	4381	2.3	
屏東縣	522	5.4	5792	3.1	
臺東縣	691	7.1	1412	0.7	
花蓮縣	1819	18.7	3097	1.6	
澎湖縣	9	0.1	590	0.3	
基隆市	95	1	3164	1.7	
新竹市	135	1.4	3330	1.8	
嘉義市	58	0.6	2337	1.2	
金門縣	17	0.2	392	0.2	
連江縣	1	0	63	0	

表 3-2-10、108-112 年自殺死亡通報原住民縣市分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 (n)	占比(%) (N=220)	通報人數 年平均(n)	占比(%) (N=11,053)	
宜蘭縣	5	2.3	314	2.8	<0.001
花蓮縣	17	7.7	60	0.5	
金門縣	0	0	27	0.2	
南投縣	14	6.4	351	3.2	
屏東縣	32	14.5	360	3.3	
苗栗縣	3	1.4	161	1.5	
桃園市	31	14.1	829	7.5	
高雄市	17	7.7	1314	11.9	
基隆市	5	2.3	227	2.1	
連江縣	0	0	4	0	
雲林縣	1	0.5	372	3.4	
新北市	31	14.1	2311	20.9	
新竹市	1	0.5	177	1.6	
新竹縣	9	4.1	251	2.3	
嘉義市	4	1.8	130	1.2	
嘉義縣	2	0.9	350	3.2	
彰化縣	5	2.3	597	5.4	
臺中市	12	5.5	1221	11	
臺北市	5	2.3	819	7.4	
臺東縣	18	8.2	56	0.5	
臺南市	8	3.6	1096	9.9	

表 3-2-10、108-112 年自殺死亡通報原住民縣市分析

	原住民		非原住民		P-Value
	通報人數 (n)	占比(%) (N=220)	通報人數 年平均(n)	占比(%) (N=11,053)	
澎湖縣	0	0	26	0.2	

*使用卡方檢定

6. 自殺通報特殊註記分析

在自殺企圖通報中，原住民在低收入戶、家暴受害人及兒少加害人與受害人等特殊註記項目上的比例較高，這顯示這些因素在原住民群體中可能與自殺企圖有較強的關聯性(詳如表 3-2-11)。而在自殺死亡通報中，原住民在家暴加害與受害、兒少加害人等項目中的註記比例也高於非原住民，顯示這些因素與自殺死亡之間有更顯著的關聯(詳如表 3-2-12)。

從中可以看出，原住民在低收入、家暴相關問題及兒少加害與受害等特殊社會因素上的比例尤為突出，這些因素在自殺企圖及死亡事件中扮演了重要角色。因此，針對原住民的自殺防治策略應更側重於經濟支持、家暴干預及兒少保護等議題，並進一步強化對原住民社群的整體支援。

表 3-2-11、108-112 年自殺企圖通報原住民特殊註記分析

	原住民		非原住民		P-Value
	註記人次 (n)	占比(%) (N=9,715)	註記人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
精照列管	1371	14.1	35002	18.6	<0.001
家暴加害人	1657	17.1	33983	18	0.0131
家暴被害人	2476	25.5	40347	21.4	<0.001
兒少加害人	722	7.4	8912	4.7	<0.001
兒少被害人	1297	13.4	12404	6.6	<0.001
性侵加害人	68	0.7	737	0.4	<0.001
替代治療	24	0.2	2169	1.2	<0.001
毒藥品列管	445	4.6	10327	5.5	<0.001

表 3-2-11、108-112 年自殺企圖通報原住民特殊註記分析

	原住民		非原住民		P-Value
	註記人次 (n)	占比(%) (N=9,715)	註記人次 (n)	占比(%) (N=188,303)	
低收入戶	1721	1.4	15292	12.1	<0.001
身心障礙	768	0.6	24780	19.6	<0.001

低收入戶及身心障礙是使用 110-112 的資料

*使用卡方檢定

表 3-2-12、108-112 年自殺死亡通報原住民特殊註記分析

	原住民		非原住民		P-Value
	註記人數 年平均(n)	占比(%) (N=220)	註記人數 年平均(n)	占比(%) (N=11,053)	
精照列管	19	8.6	1131	10.2	0.439
家暴加害人	34	15.5	1094	9.9	0.007
家暴被害人	33	15	875	7.9	<0.001
兒少加害人	12	5.5	189	1.7	<0.001
兒少被害人	5	2.3	125	1.1	0.116
性侵加害人	0	0	35	0.3	0.403
替代治療	0	0	166	1.5	0.067
毒藥品列管	10	4.5	554	5	0.753
低收入戶	10	0.1	422	5.9	0.490
身心障礙	20	0.3	1161	16.1	0.610

低收入戶及身心障礙是使用 110-112 的資料

*使用卡方檢定

7. 原住民 112 年自殺死亡數據分析

112 年度自殺死亡個案生前分析，該年度原住民自殺死亡人數 83 人，個案中 34 人(占率 41%)無通報紀錄明顯高於全國(26%)，相對的通報後死亡占率(15.7%)也低於全國(26%)，其中男性有接近一半個案未被通報過，接近 4 成通報即死亡。以年齡層(粗分)分析，無通報紀錄個案占比最

高為「25-44 歲」，年齡層(細分)則為「65-69 歲」，通報後死亡個案年齡層(粗分)占比最高為「25-44 歲」，年齡層(細分)則為「25-29 歲」。(詳見表 3-2-13)

表 3-2-13、112 年原住民自殺死亡個案生前通報情形

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
性別				
男性	21(41.2)	25(49)	5(9.8)	51
女性	15(46.9)	9(28.1)	8(25)	32
總計	36(43.4)	34(41)	13(15.7)	83
年齡層(粗分)				
0-24 歲	7(77.8)	2(22.2)	0(0)	9
25-44 歲	10(30.3)	14(42.4)	9(27.3)	33
45-64 歲	15(57.7)	9(34.6)	2(7.7)	26
65 歲以上	4(26.7)	9(60)	2(13.3)	15
年齡層(細分)				
0-14 歲	0(0)	0(0)	0(0)	0
15-19 歲	3(75)	1(25)	0(0)	4
20-24 歲	4(80)	1(20)	0(0)	5
25-29 歲	1(25)	1(25)	2(50)	4
30-34 歲	3(30)	4(40)	3(30)	10
35-39 歲	3(42.9)	2(28.6)	2(28.6)	7
40-44 歲	3(25)	7(58.3)	2(16.7)	12
45-49 歲	3(50)	3(50)	0(0)	6
50-54 歲	6(66.7)	2(22.2)	1(11.1)	9
55-59 歲	4(66.7)	2(33.3)	0(0)	6
60-64 歲	2(40)	2(40)	1(20)	5
65-69 歲	1(33.3)	2(66.7)	0(0)	3
70-74 歲	2(20)	6(60)	2(20)	10
75-79 歲	1(50)	1(50)	0(0)	2
80-84 歲	0(0)	0(0)	0(0)	0
85 歲以上	0(0)	0(0)	0(0)	0

表 3-2-13、112 年原住民自殺死亡個案生前通報情形(續)

	通報日=死亡 日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
自殺死亡方式(ICD-9)				

表 3-2-13、112 年原住民自殺死亡個案生前通報情形(續)

	通報日=死亡 日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
以固體或液體物質自殺及自為中毒	5(38.5)	5(38.5)	3(23.1)	13
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	8(47.1)	6(35.3)	3(17.6)	17
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	17(51.5)	11(33.3)	5(15.2)	33
溺水(淹死)自殺及自傷	0(0)	1(100)	0(0)	1
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0(0)	2(100)	0(0)	2
切穿工具自殺及自傷	1(20)	4(80)	0(0)	5
由高處跳下自殺及自傷	5(50)	3(30)	2(20)	10
其他及未明示之方式自殺及自傷	0(0)	2(100)	0(0)	2
婚姻狀況				
未婚	10(45.5)	9(40.9)	3(13.6)	22
已婚	16(61.5)	9(34.6)	1(3.8)	26
離婚	10(34.5)	12(41.4)	7(24.1)	29
配偶死亡	0(0)	4(66.7)	2(33.3)	6
死亡場所				
醫院	637(61.1)	69(6.6)	337(32.3)	22
診所	2(100)	0(0)	0(0)	0
長期照護或安養機構	8(29.6)	15(55.6)	4(14.8)	2
住居所	560(41.9)	451(33.7)	327(24.4)	33
其他	662(44.5)	479(32.2)	347(23.3)	26

表 3-2-13、112 年原住民自殺死亡個案生前通報情形(續)

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
戶籍縣市				
新北市	3(37.5)	3(37.5)	2(25)	695
臺北市	1(100)	0(0)	0(0)	321
桃園市	4(30.8)	5(38.5)	4(30.8)	355
臺中市	1(20)	3(60)	1(20)	437
臺南市	1(100)	0(0)	0(0)	318
高雄市	4(50)	4(50)	0(0)	508
宜蘭縣	0(0)	0(0)	0(0)	83
新竹縣	3(50)	2(33.3)	1(16.7)	85
苗栗縣	0(0)	0(0)	0(0)	94
彰化縣	1(100)	0(0)	0(0)	204

表 3-2-13、112 年原住民自殺死亡個案生前通報情形(續)

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
南投縣	1(25)	2(50)	1(25)	105
雲林縣	0(0)	0(0)	0(0)	123
嘉義縣	0(0)	0(0)	2(100)	99
屏東縣	5(62.5)	2(25)	1(12.5)	166
臺東縣	7(58.3)	5(41.7)	0(0)	50
花蓮縣	2(18.2)	8(72.7)	1(9.1)	44
澎湖縣	0(0)	0(0)	0(0)	16
基隆市	2(100)	0(0)	0(0)	82
新竹市	1(100)	0(0)	0(0)	61
嘉義市	0(0)	0(0)	0(0)	42
金門縣	0(0)	0(0)	0(0)	10
連江縣	0(0)	0(0)	0(0)	0

8. 原住民自殺防治策略建議

1) 全面性策略

(1) 推動正確心理衛生知識的普及與去汙名化

在教會與社區活動中全面推廣正確的心理衛生觀念，提升公眾對心理健康的認識。可邀請醫師等專業人士參與，針對自殺防治及心理健康問題進行交流與教育，幫助民眾掌握有效的應對策略。同時，辦理精神疾病與物質濫用的專題講座，介紹其影響與防治方法，讓更多人了解病情，降低因無病識感而延遲就醫的風險。

(2) 針對原住民族群規劃心理衛生教育宣導

針對原住民，開發專屬的心理衛生教育宣導教材，並利用其熟悉的媒體平台，如原住民電視台，定期播送相關的心理健康資訊。透過這樣的方式，民眾不僅能夠瞭解自殺企圖者的心理狀況與行為特徵，還能獲取各類支持資源的訊息，以便在情緒低落時及時找到有效幫助。

(3) 透過部落領袖與長者推廣心理健康

原住民中的耆老和領袖擁有崇高地位與深遠影響力，因此他們在心理健康宣導中扮演關鍵角色。透過與領袖進行溝通，幫助他們理解心理健康的重要性，進而藉由他們的影響力推動宣導。這種雙向的溝通不僅可以提升宣導的效果，也能夠根據部落的回饋，調整宣導內容，使成果更加符合實際需求。

(4) 應用媒體報導原則減少自殺模仿效應

當原住民族社群中發生自殺事件時，原住民電視台可參照本中心根據世界衛生組織建議的「八不六要」原則，合理報導，減少自殺事件被模仿的可能性，保護其他潛在的高風險群體。

(5) 組織社區巡守志工隊，建立安全防護網

藉由結合部落領袖、當地居民及相關民間團體，組織巡守志工隊或巡邏隊，定期巡視社區中潛在的安全盲點，形成一個強大的安全防護網，從而保護社區成員，並加強社會支持體系。

(6) 降低致命工具的取得是自殺防治的關鍵

根據過去的研究，社會經濟狀況對自殺風險的影響在漢人與原住民中並無顯著差異，然而降低致命工具的可得性可能是關鍵所在。因此，自殺防治策略應著重於加強對致命工具的管控，並根據各地需求制定具針對性的防治措施。

2) 選擇性策略

(1) 結合現有機構對高風險族群進行自殺篩檢

針對家暴受害者、老人、經濟不穩定者等高風險族群，透過接觸這些族群的機構，實施自殺風險篩檢。篩檢可採用「一問、二應、三轉介」的流程，針對具有自殺危險因子的個案進行評估，並為那些高風險者提供專業轉介服務，降低自殺風險並提供即時支持。

(2) 透過部落互助機制建設安全防護網

部落互助機制不僅推動了符合原住民文化脈絡的防護措施，還有助於增強青壯年對傳統價值觀的認同與尊重。通過培育部落種子，讓每個人都成為心理健康的守門人，從而建立一個強大的社群支持網絡，提升部落的心理健康水準。

(3) 推廣心情溫度計及心理衛生資源

為提高心理健康篩檢的廣度與效率，可加強心情溫度計(BSRS-5)的推廣，使專業人員與一般民眾更快辨識可能有自殺風險的人。同時，可通過各類活動普及心情溫度計的使用方法，並提供相關宣導資料，如附有APP與QRcode的單張，將心理衛生資源置於背面，方便民眾與專業人員在有需求時及時尋求幫助，這些資源可在原住民家庭暨婦女服務中心、老人日間關懷站、職訓班和教會中進行分發。

(4) 結合在地組織宣導心理健康與藥物濫用防治

透過培育部落內的種子師資，結合地方機構、學校及原住民部落的資源，推動心理健康與藥物濫用防治教育。這不僅提升了高風險族群的文化照護服務，還能有效提供心理關懷，降低原住民族群中蓄意自我傷害(自

殺)與藥物濫用的風險。

(5) 強化精神健康個案的介入與支持

雖然部分自殺企圖及死亡個案已在精神照護系統中列管，但仍有案例發展至最終的自殺。因此，應加強對列管個案的密集心理輔導和社會支持，並推廣精神疾病相關的公眾教育，促使早期診斷與治療，預防潛在自殺風險的發生。

(6) 綜合家庭暴力防治與自殺防治策略

在針對家暴高風險族群的介入中，應將自殺防治與家庭暴力防治相結合。家暴受害者應定期接受心理健康篩檢，並獲得專業的自殺防治支持。同時，對家暴加害者加強諮商與情緒管理訓練，這不僅能減少家暴行為，還有助於降低他們的自殺風險。

3) 指標性策略

(1) 推動社區志工與提升關懷訪視員的服務效能

鼓勵有志族人成為社會工作者，並在取得相關資格後返鄉服務。透過族群間文化、背景及語言的共通性，加上專業訓練，關懷服務將更能符合當地需求。此外，應進一步強化家婦中心中原住民族社工的專業知識，幫助原住民族家庭應對生活與經濟困境，提供及時的個案照顧、關懷，以及福利資訊與資源的整合，從而改善其生活品質。

(2) 利用社區與教會網絡持續推動自殺者親友與遺族的關懷

透過當地的志工與原住民社工，持續推動對自殺者親友及遺族的關懷服務，並消除相關汙名。這些在地服務人員具備深厚的文化脈絡與支持性優勢，常與案主有著密切的生活聯繫，甚至可能是親友或熟人。這樣的關係有助於推廣正確的心理健康觀念與自殺防治政策，同時也能有效組織遺族支持團體，為有需要者提供持續的心理支持。

(3) 強化自殺高風險地區的防治資源分配

根據通報系統數據顯示，原住民自殺企圖及死亡案例多集中於特定地區(如花蓮、台東等)。這些地區應優先加強自殺防治資源的分配，包括增設心理諮詢中心和提供緊急支援服務，確保在發生危機時，當地居民能夠迅速獲得所需的專業支持。

兒童及青少年自殺防治策略建議

一、背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)最新的統計，全球每年有逾 70 萬人死於自殺行為，且自殺已成為 15-19 歲青少年族群的第三大死因，因此青少年自殺議題逐漸成為各國的重要議題。目前在兒童及青少年族群中，雖然 15 歲以下的自殺行為並不常見，但不管是 15 歲以下的族群，或是 15-19 歲的族群，自殺行為的發生同樣在逐漸增加當中，不只是臺灣青少年近年自殺死亡人數的攀升，多國亦呈現上升趨勢，由此可知青少年自殺，除了低齡化外，且有逐年攀升的趨勢。而學者認為這樣的現象無法用單一簡單因素可以來解釋，應是多種原因導致青少年自殺死亡率上升的情形。(Bridge et al., 110;Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2017)。

自殺行為發生往往也非單一因素所造成，而青少年常見的自殺危險因子則可分為個人因素、認知狀態、家庭因素、環境因素等，學者整理青少年自殺行為發展路徑(如圖 3-3-1)，青少年的憂鬱、衝動及攻擊性一開始受到家庭的影響而發展，憂鬱隨後可能進一步發展自殺意念，並受到衝動性及攻擊性、壓力因子、保護因子調控，而產生自殺企圖行為，最終變成自殺死亡。

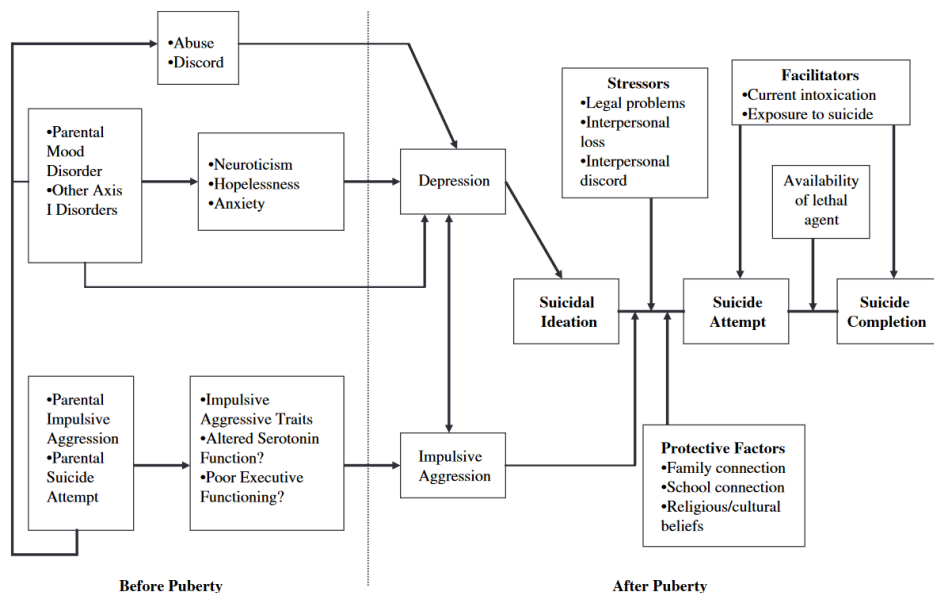


圖 3-3-1、青少年自殺行為發展

國際上則進一步將青少年自殺行為區分為非自殺式之自傷 (nonsuicidal self-injury)(如割腕)(雖許多情況下，割腕作為一種自我傷害的表現，可能被歸類為非自殺性自我傷害，但具體情況要根據個人的意圖和情境來判斷)、自傷(self-harm)(包含自殺行為及非致命性自傷行

為)、自殺企圖(suicide attempt)、自殺死亡(suicide)，大部分的青少年自殺行為均屬於非自殺式之自傷，大部分的青少年也並不會真的有致命性自殺行為(Mars et al., 2019)，而青少年自傷行為的盛行率約為 17%-18%，而且在女性較常見，而導致自傷行為的發生的因素同樣相當多，包含人際衝突、社會模仿、兒時創傷、神經生物學因素等，然而對自傷行為的危險因子仍需要有更多研究，才能完善對其病因學的了解(Jong et al., 2021)。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、婚姻狀態、戶籍地、死亡原因等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(2) 自殺企圖通報檔。

a. 資料來源：衛生福利部心理健康司。

b. 資料說明：自殺企圖個案通報記錄。

c. 資料內容：主要包含自殺企圖日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

2. 資源連結合作

合作單位：衛生福利部統計處、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部心理健康司、東捷資訊服務股份有限公司

三、過程(Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：107-112 年。

(2) 說明：目前取得死亡資料為衛生福利部資料所釋出之資料，由中心每年向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心進行使用資料申請。

2) 自殺通報資料檔

- (1) 資料期間：108 年至 112 年。
 - (2) 說明：向系統維護廠商申請自殺通報資料，包含自殺通報單、派遣資料表、個案基本資料表、訪視單、結案單、轉介單等資料。
- 3) 特殊身份別資料檔
- (1) 資料期間：全系統。
 - (2) 說明：向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心申請特定族群資料檔(含全民健康保險研究資料庫、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒少保通報明細檔、性侵害通報明細檔、精神照護資訊管理系統、替代治療資料庫-個案基本資料、毒品危害防制中心案件管理系統_個案管理檔)。

2. 研究分析

1) 研究定義

- (1) 以下分析數據將個案依據年齡分為國小學齡層(6-11 歲)、國中學齡層(12-14 歲)、高中學齡層(15-17 歲)以及大學學齡層(18-21 歲)4 組。

2) 分析方法:

- (1) 針對 97-112 年各學齡層自殺死亡率、各死因死亡率進行分析，以探討自殺死亡趨勢變化
- (2) 針對 106-112 年各學齡層自殺企圖通報人次、自殺方式占率、自殺原因占率、自殺地點、各月通報人次、特殊身分別進行分析，以探討自殺企圖通報特性。
- (3) 針對 112 年各學齡層再自殺、再自殺死亡率進行分析。
- (4) 其中特殊身分別說明如下：
 - a. 精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病，其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常。
 - b. 精神疾病嚴重病人：指精神病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。
 - c. 家庭暴力高危險個案：以家庭暴力施暴者的暴力行為類型、施暴者的特質及容易引發較危險暴力情境等三方面作為危險程度的判斷依據，並以台灣親密關係暴力危險評估表進行評估，若分數大於 8 分即歸類為高危險個案。
 - d. 家暴相對人／施虐者／加害人：相對人係指對其家庭成員實施家庭暴力行為者，其中對未滿 18 歲兒童及少年實施家庭暴力者稱為施虐

者。另相對人倘經法院核發民事保護令，或因犯家庭暴力罪、違反保護令罪遭起訴或判決，則稱為加害人。

- e. 身心虐待的樣態包括身體虐待、精神虐待及性虐待，身體虐待是指對孩子施加任何非意外性之身體傷害，導致孩子受傷、死亡、外型損毀或任何身體功能毀壞；精神虐待包括言語的羞辱、孤立、控制、漠視孩子的情緒需求等；性虐待是指直接或間接對孩子做出與性有關的侵害或剝削行為，如性騷擾、猥褻及性侵害等。
- f. 疏忽則為孩子的基本需求，如飲食、穿著、居住環境、教育、醫療照顧等，受到嚴重或長期忽視，以致危害或損害兒童健康或發展，以及將 6 歲以下或需要特別照顧的孩子單獨留在家中，或交給不適當的人照顧。
- g. 脆弱家庭：依據行政院 107 年 2 月 26 日核定強化社會安全網計畫內容「脆弱家庭定義」係指：家庭因貧窮、犯罪、失業、物質濫用、未成年親職、有嚴重身心障礙兒童需照顧、家庭照顧功能不足等易受傷害的風險或多重問題，造成物質、生理、心理、環境的脆弱性，而需多重支持與服務介入的家庭。

四、成果

1. 學齡層自殺死亡及通報數據

1) 近五年自殺死亡及通報趨勢

近年隨著學齡層自殺死亡率、自殺通報人次都不斷攀升，另各界相當擔憂，圖 3-3-2 為 97-112 年各學齡層自殺死亡率，其中可以明顯發現到高中及大學學齡層在 103-107 年逐漸增加，至 108 年則大幅攀升，國中學齡層則從 106 年開始逐漸增加，而國小學齡層雖近幾年亦是有增加，但由於人數較少，較難以統計方式呈現整體樣貌；國中、大學學齡層自殺死亡率於 112 年皆大幅上升。學齡層自殺增加趨勢，國內專家推測可能與 Z 世代生活在網路、社群媒體的盛行的環境有關，然而自殺往往也非單一因素所造成的，因此較難以單一因素解釋。

另一方面，107 年董式基金會的調查，發現課業壓力是青少年與憂鬱重要的因素，韓國的研究則進一步指出課業壓力的是憂鬱的危險因子，並可能進一步導致自殺意念、自殺行為的發生(Kwak & Ickovics, 2019; Lee et al., 2010)。

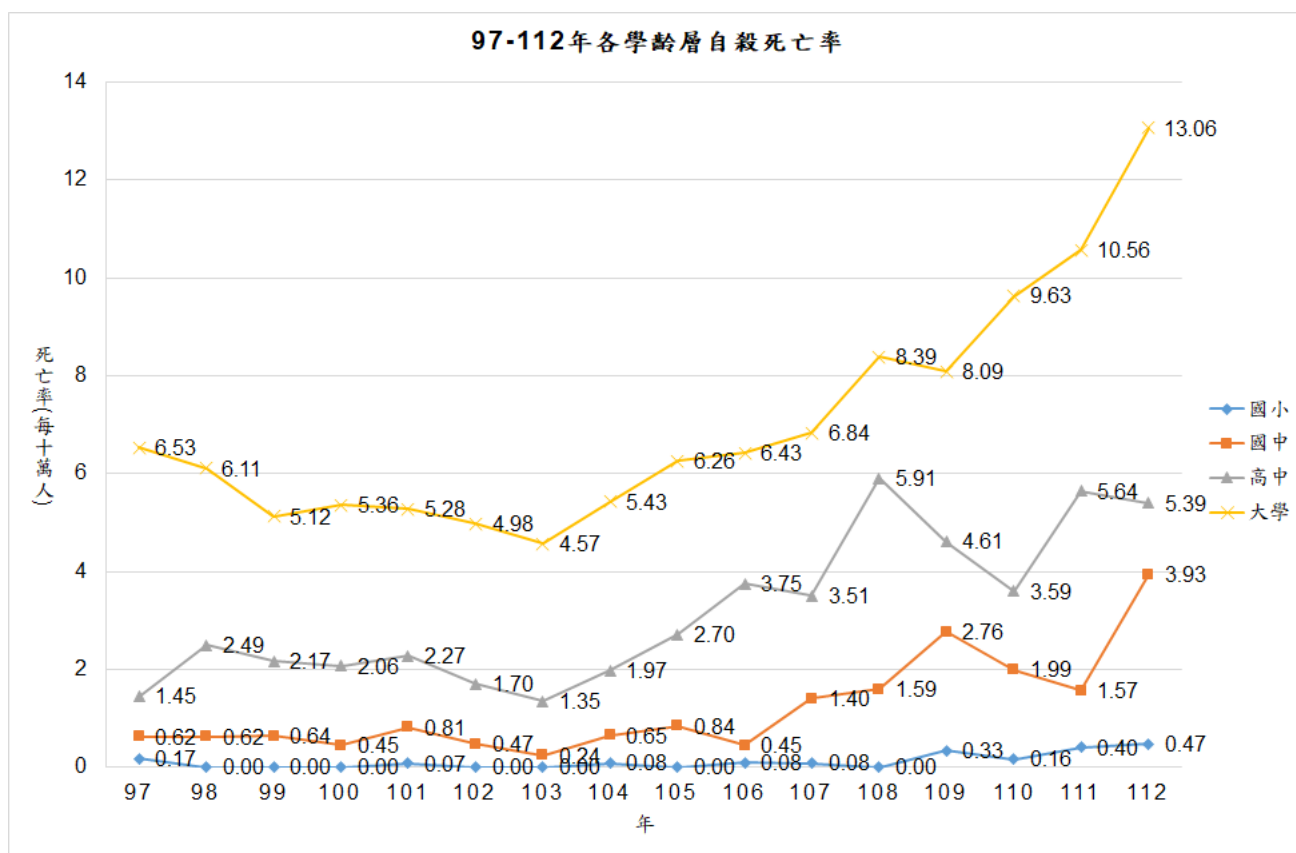


圖 3-3-2、97-112 年各學齡層自殺死亡率

進一步看 106-112 年各學齡層自殺通報人次趨勢來看，以國小學齡層來看(如圖 3-3-5)，男性與女性在 109 年開始有大幅度的上升，同時自殺死亡率也在 112 年除高中以外攀升至近五年新高，雖然 111 年稍有下降，然而國小學齡自殺防治確實需要注意，而由各死因死亡率(圖 3-3-6)來看，可以發現到 112 年由高處跳下自殺及自傷死亡率較 111 年上升；由氣體及蒸汽自殺及自為中毒於 112 年上升。不過，由於國小學齡層的自殺死亡人數相對較少，這類死亡率的升降變化在統計學上較不具顯著意義。

以國中學齡層來看(如圖 3-3-7)，女性自殺通報人次近五年不斷上升，除 111 年些微下降，男性則相較平緩；然而若進一步看男性及女性自殺死亡率則可以發現女性在 107 年自殺死亡率上升，並於 108 年起超越男性(如圖 3-3-3、圖 3-3-4)，雖然此一現象較難以有的單一解釋來說明，但國內的研究使用具代表性的樣本發現到 13 歲孩童約 5.4%有自殺行為(Lung et al., 2020)，粗略換算下來可能仍有相當比例的學生可能並未進入通報系統，而仍存在於校內的輔諮系統做後續介入輔導或未被發現，因此國中校園內輔

諮服務系統健全及校外精神醫療資源轉介為這些曾有自殺行為重要的資源，同時研究也發現較長時數的網路使用(大於5小時)與自傷行為的增加有關；而由各死因死亡率(圖 3-3-8)來看，同樣可以發現到由高處跳下自殺及自傷持續上升，較其他死亡原因高，因此需要針對高處跳下自殺工具防治強化。

以高中學齡層來看(如圖 3-3-9)，自殺死亡率與自殺通報趨勢較無一致的趨勢，女性通報人次近五年同樣呈現不斷上升趨勢，以自殺死亡率來看，雖然男性在 108 年上升幅大較大，但 109 年即下降，而女性在 112 年則是呈現大幅上升的現象。而由各死因死亡率(圖 3-3-10)來看，由高處跳下死亡率為各死因中最高，但在 112 年下降；除此之外，吊死、勒死及窒息較 111 年上升，也由於吊死、勒死及窒息較難採用自殺工具的限制，因此高中校園的多層次自殺防治策略對此年齡層相當重要。

以大學學齡層而言(如圖 3-3-11)，女性通報人次同樣在近五年呈現上升趨勢，男性則較為平緩，在自殺死亡率方面，男性則在 108 年上升後，109 年下降，隨後三年持續上升，至 112 年達到每十萬人口 14.17 人；而女性同樣持續上升，至 112 年為 11.85 人(如圖 3-3-3、圖 3-3-4)；而由各死因死亡率來看(如圖 3-3-12)，吊死、勒死及窒息與由高處跳下自殺死亡率持續上升，因此針對大學學齡層校園自殺防治在自殺工具的限制仍須加強。

各學齡層自殺通報人次的上升，並無法排除在自殺防治法通過後，造成各類型通報單位通報人次的上升(如學校積極通報學齡層之自殺行為個案數大幅上升)，但未來持續推廣教育單位實施通報作業，將有助於自殺高風險群轉介並實施介入措施，以利降低個案自殺死亡風險。

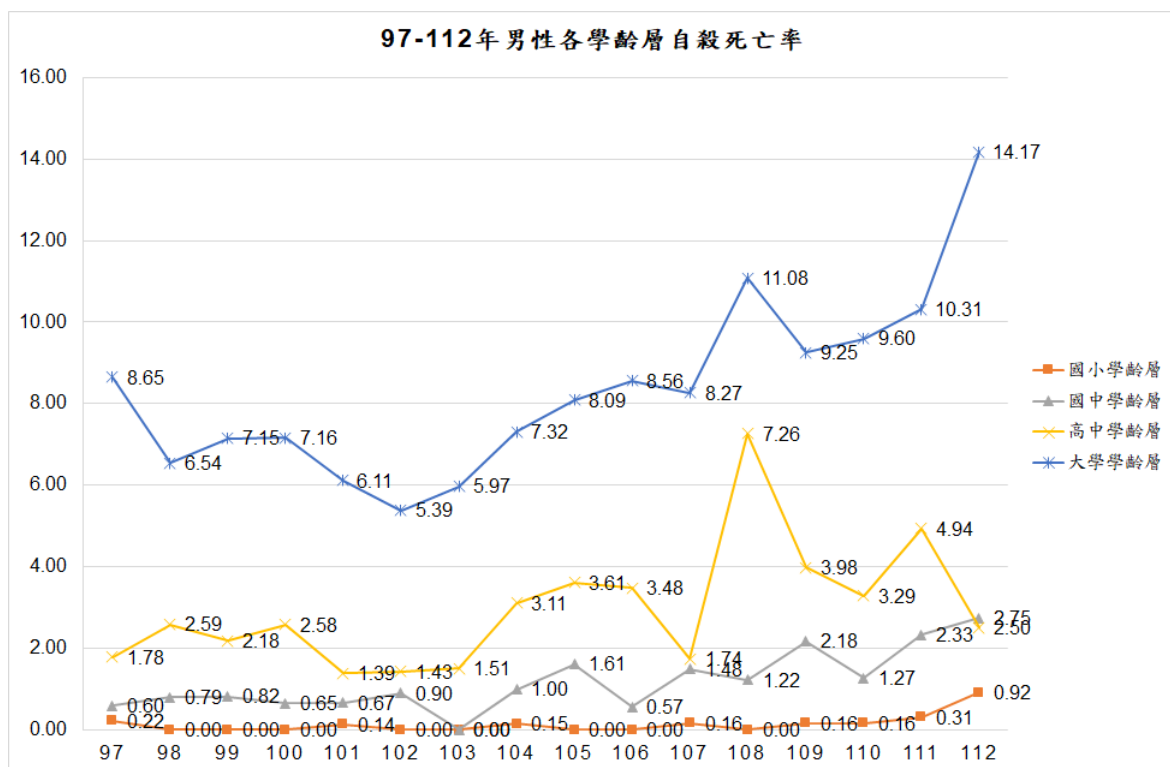


圖 3-3-3、97-112 年男性各學齡層自殺死亡率

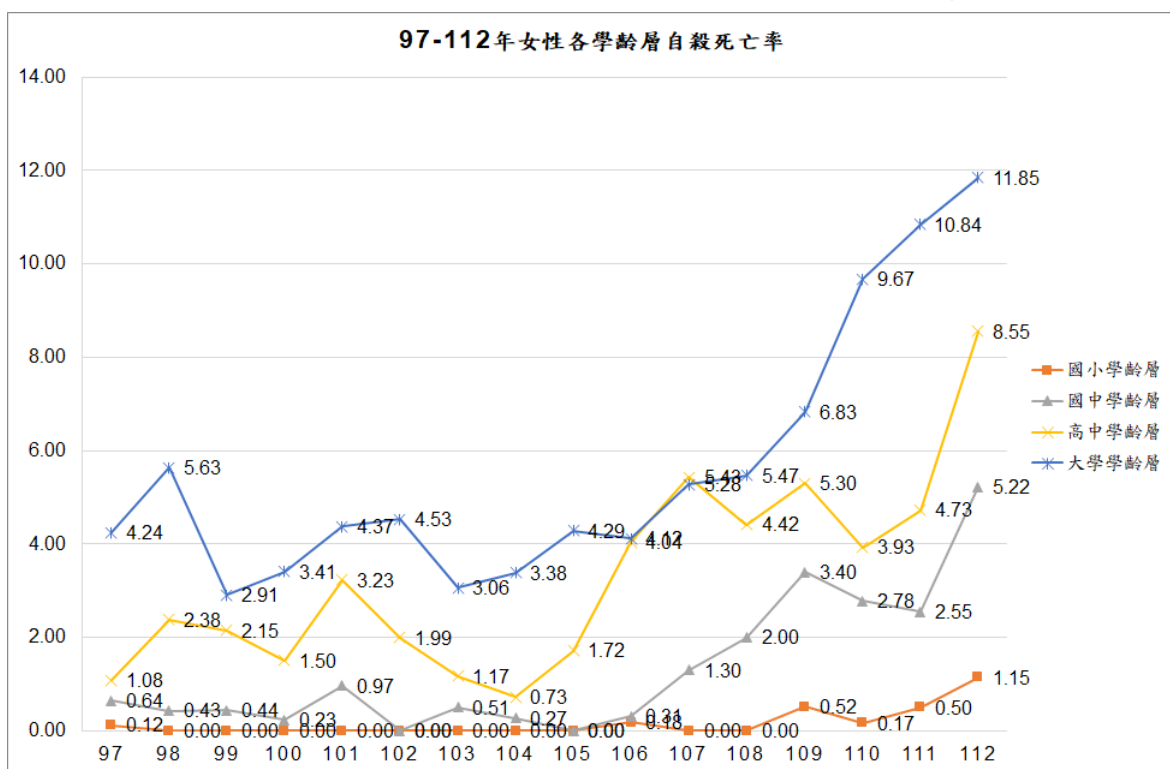


圖 3-3-4、97-112 年女性各學齡層自殺死亡率

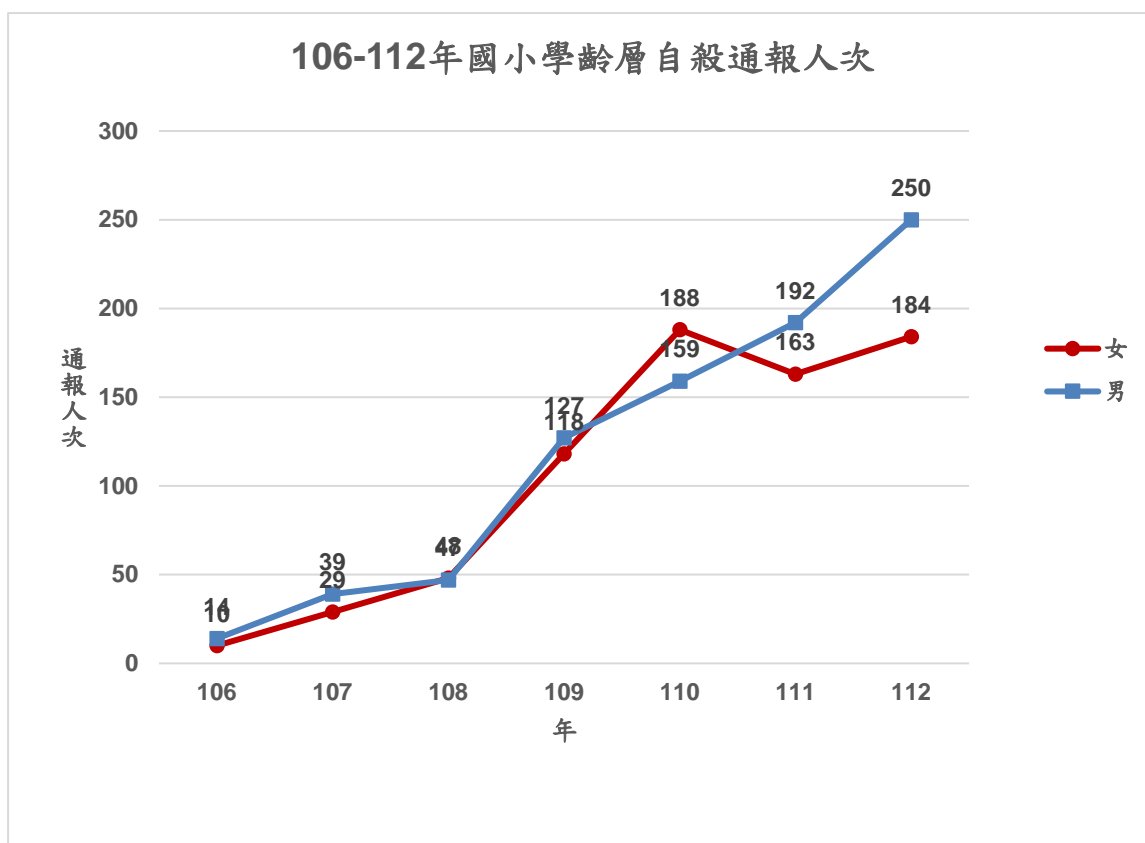


圖 3-3-5、106-112 年國小學齡層通報人次

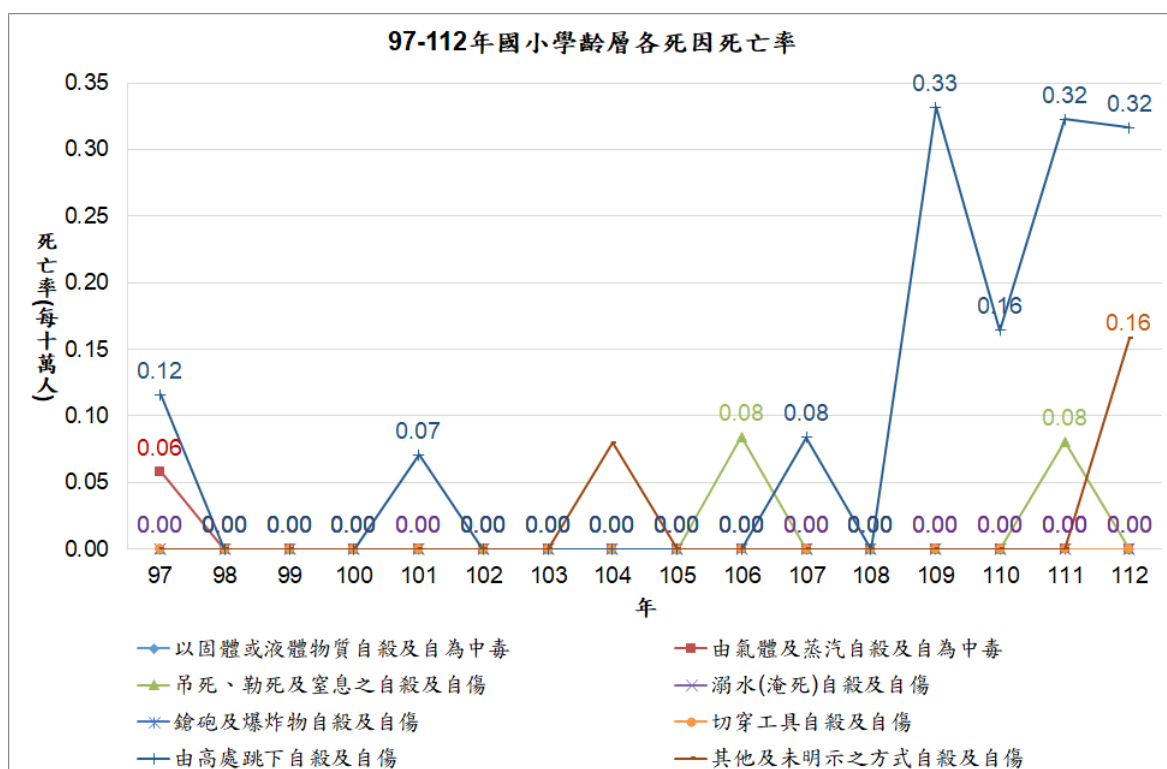


圖 3-3-6、97-112 年國小學齡層各死因死亡率

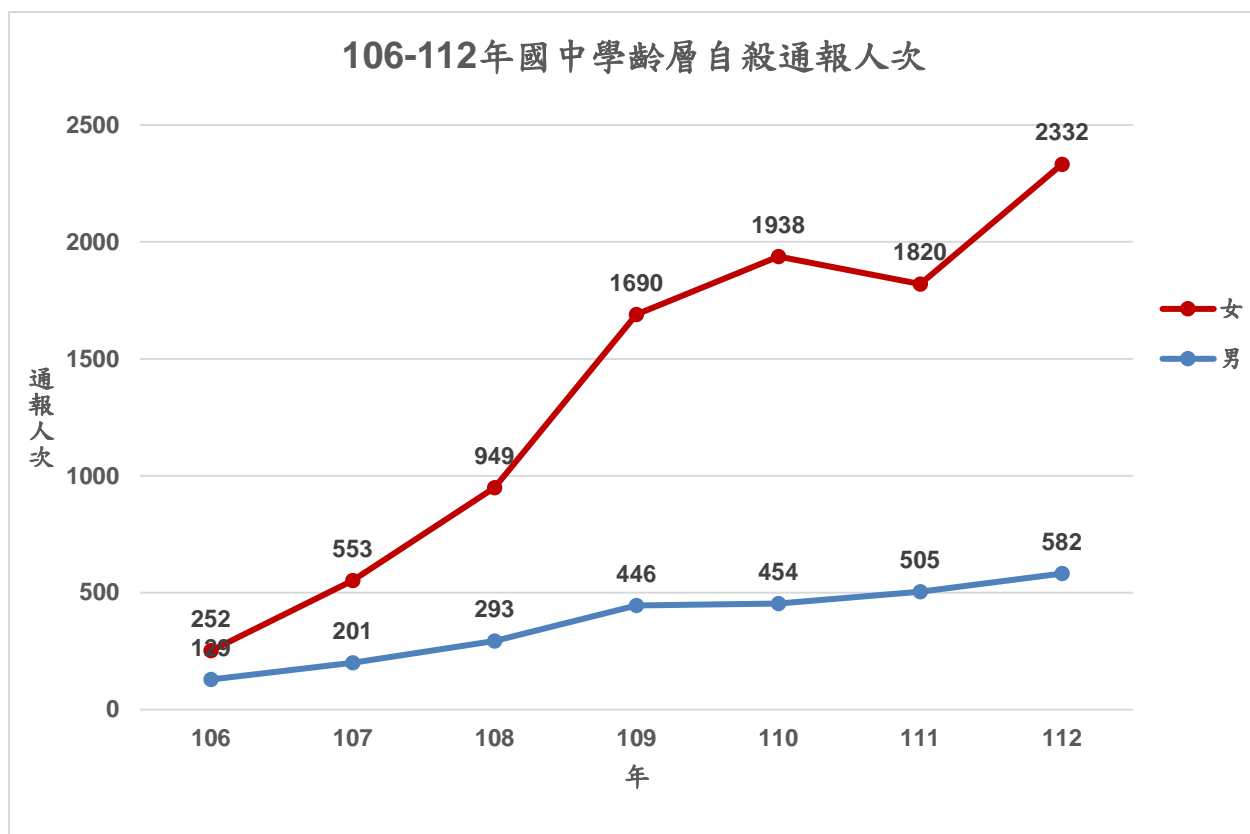


圖 3-3-7、106-112 年國中學齡層通報人次

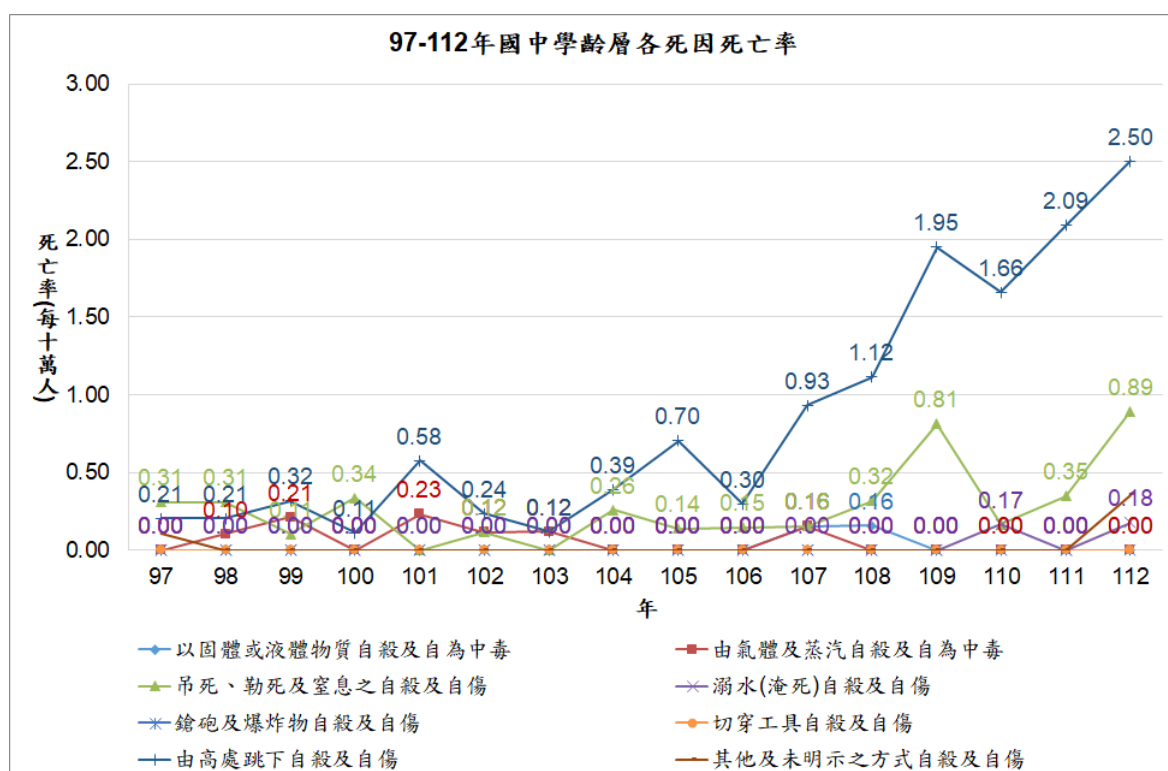


圖 3-3-8、97-112 年國中學齡層各死因死亡率

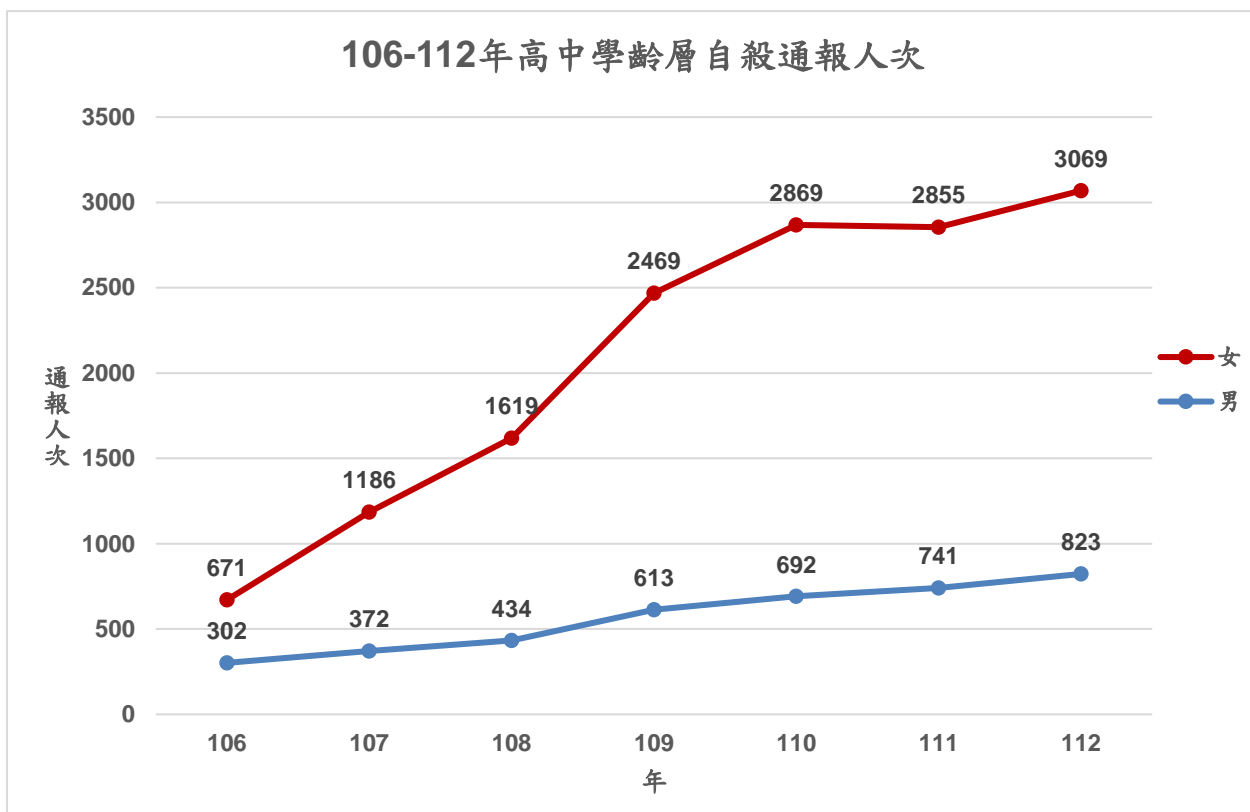


圖 3-3-9、106-112 年高中學齡層通報人次

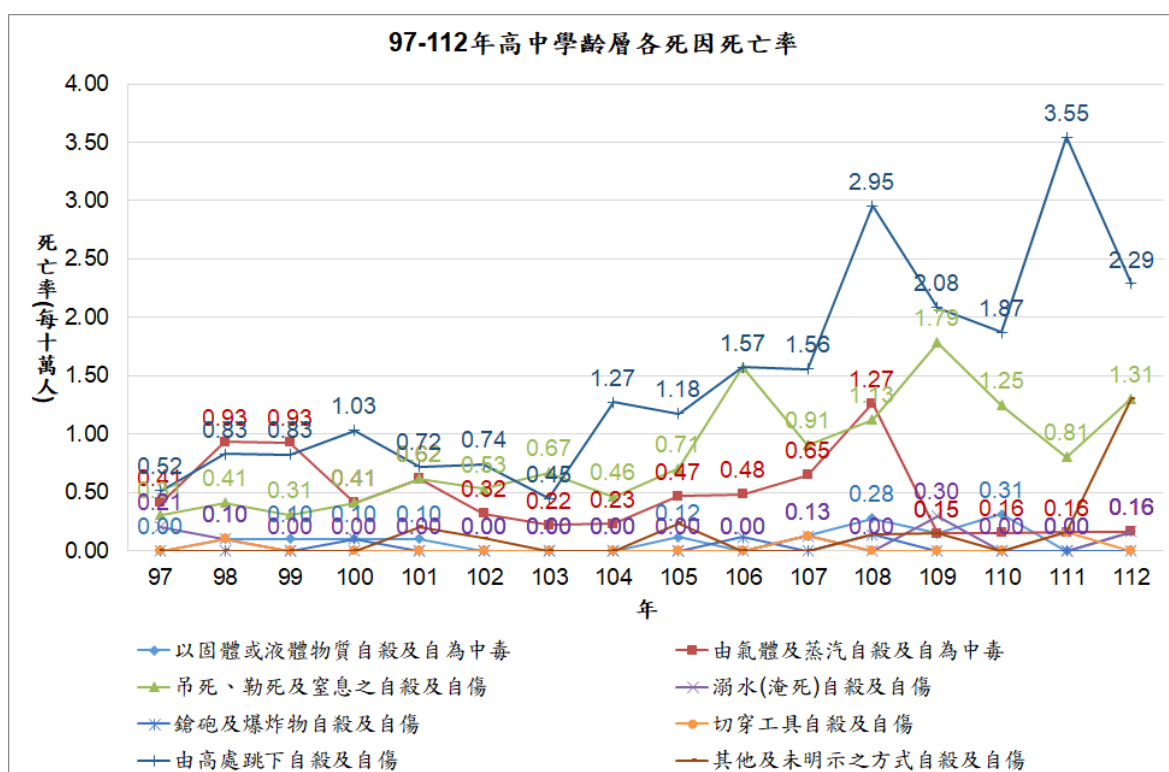


圖 3-3-10、97-112 年高中學齡層各死因死亡率

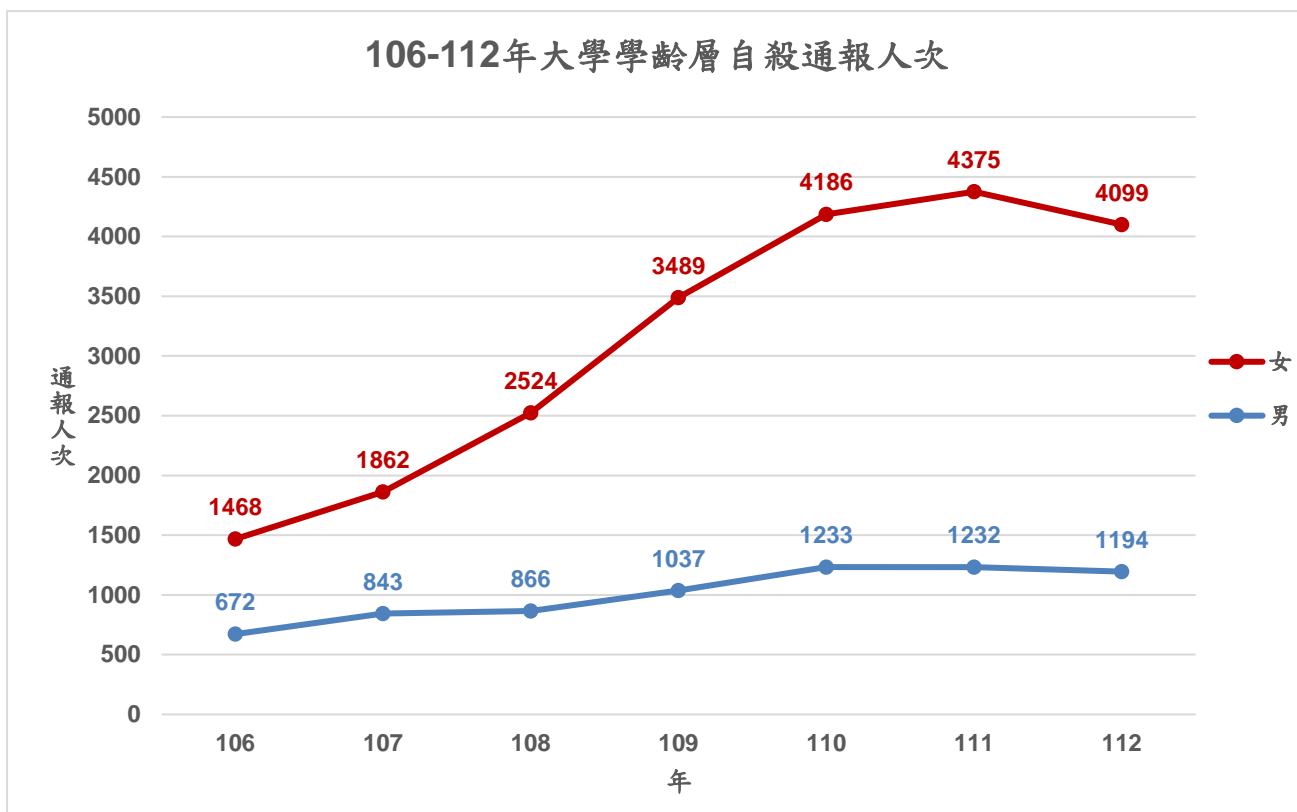


圖 3-3-11、106-111 年大學學齡層通報人次

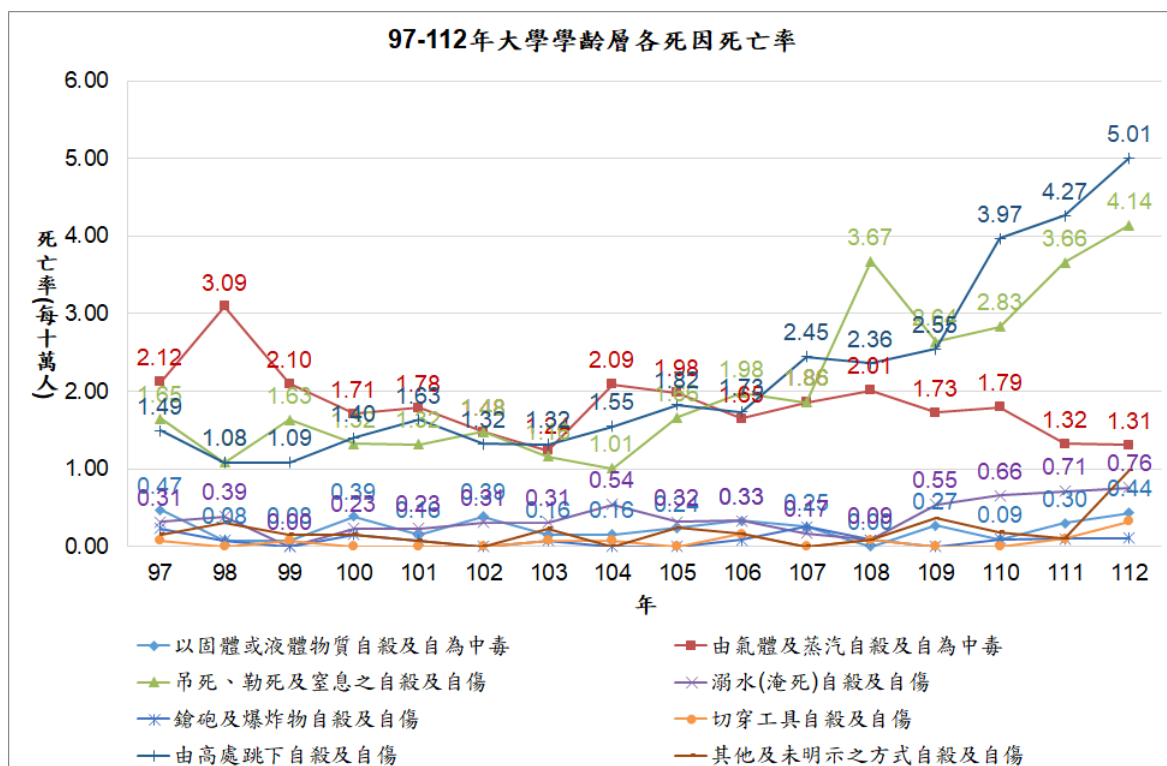


圖 3-3-12、97-112 年大學學齡層各死因死亡率

112 年各學齡層自殺通報人次若以月份別來看，發現在 3-4 月及 9-10 月的通報人次與當年其他月份相比通報人次較高，可能原因為開學期間學

生通報量上升所致，校園自殺防治應加強學校開學後的預防措施。110 年 10 月起自殺通報系統始介接教育部學籍資料，可在系統上查看個案就學情形，建議各縣市衛生局及關懷訪視員多加利用，有助於追蹤個案現況及自殺行為背後可能之原因(如圖 3-3-13)。

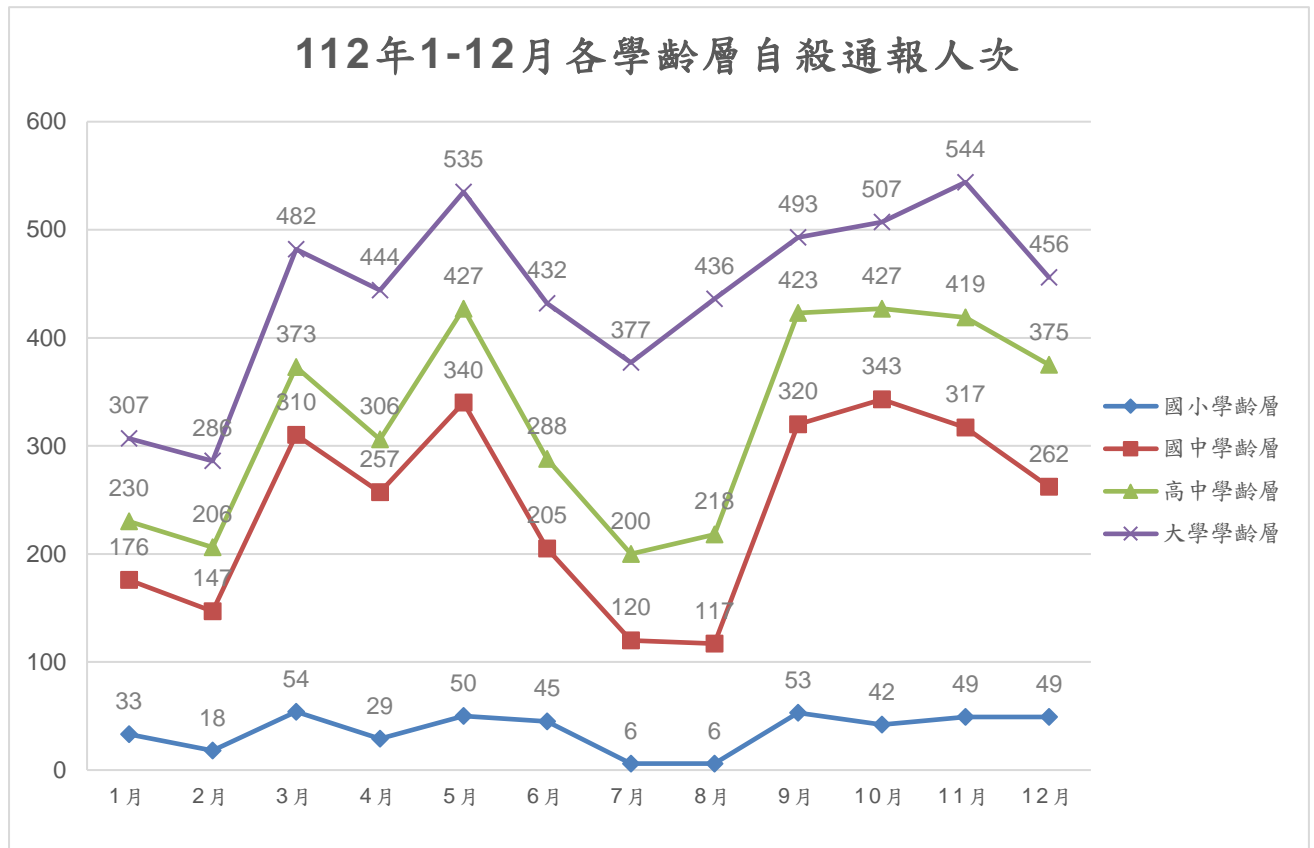


圖 3-3-13、112 年 1-12 月各學齡層自殺通報人次

2) 自殺企圖者自殺方式與自殺原因

國小自殺原因主要以家庭成員問題及學校適應問題、同儕相處為主(如表 3-3-1)，因此也顯示此時期自殺行為的發生大多與環境包含家庭環境與學校環境所造成孩童的自殺危機發生為主，因此如何強化孩童個人的復原力以減少環境對孩童的影響，並改善孩童的環境層面的危險因子以及強化個人的保護因子勢必為國小學齡層的自殺防治主要手段。

然而從國中到高中開始，隨著來到某些精神疾病的好發年齡(Silva et al., 2020)，自殺原因第一位逐漸轉變為憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神病，其中女性可能因生理因素、社會心理因素等造成比男性更容易發生憂鬱症，而青少年此時期另一個重要的發展任務是形成自我認同以及人際發展，一旦自我認同發展不順利，後續也較容易產生自殺行為，同時同儕關係也影響學童的自尊，尤其近年的社群媒體，進一步造成學童自尊的低落的危機，也會導致憂鬱、自殺的產生，系統性回顧則指出網路成癮與自殺具有高度相關性(Marchant et al., 2017)，也因此校園內的教師、輔諮系統以及校園是否能否像過去作為學生良好的發展的場域，值得教育單位未來持續強化，同時是否能否為學生銜接適當的精神醫療資源亦為相當重要，而學校教職員的訓練強化包含如何辨識精神疾病，並提供學生適當的治療或資源，以減少精神疾病的惡化，以及後續嚴重自殺企圖的發生、危險因子的辨識、自殺危機的處理，同時與家長妥善溝通都是亟需加強。

表 3-3-1、112 年國小至高中學齡層自殺原因通報占率前三位

學齡層		國小男性	國小女性	國中男性	國中女性	高中男性	高中女性
自殺原因 占率順位		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
第一位	家庭成員 問題	(31.4)	家庭成員 問題	家庭成員 問題	憂鬱傾向、罹患 憂鬱症或其他精神 疾病	憂鬱傾向、罹患 憂鬱症或其他精神 疾病	憂鬱傾向、罹患 憂鬱症或其他精神 疾病
			(44.5)	(35.6)	(53)	(47.2)	(63.5)
第二位	學校適應	同儕相處	憂鬱傾向	家庭成員	家庭成員	家庭成員	家庭成員

	問題 (27.3)	問題 (28.6)	向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (28.6)	問題 (35.6)	問題 (31.5)	問題 (27.2)
第三位	同儕相處 問題 (24.9)	憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病 (23.1)	學校適應 問題 (27.3)	同儕相處 問題 (15.4)	感情因素 (17.9)	感情因素 (17.9)

而大學學齡層，則隨著青春期的到來，男性與女性的憂鬱症發生率逐漸一致，因此憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病也變為大學男性第一位，另一方面由於憂鬱症在女性的盛行率高於男性(Salk et al., 2017)，因此女性在憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病的占率高於男性(如表 3-3-2)。

Erikson 的心理社會發展論則認為 18-24 歲的重要議題為親密和孤獨，也因此學會親密和孤獨相關議題的內涵對大學生是相當重要的，然而大學系所不重視相關議題、師資來源不足、社會對情感教育的迷思與誤解等都有可能造成現階段的情感教育推動困難(林乃慧 & 孫國華, 民 109)。

表 3-3-2、112 年大學學齡層自殺原因通報占率前三位

學齡層		大學男性(%)	大學女性(%)
自殺原因	占率順位		
	第一位	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病 (49.7)	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病 (64.9)
	第二位	感情因素 (24.6)	感情因素 (20.7)
	第三位	家庭成員問題 (20.2)	家庭成員問題 (19.5)

根據不同學齡層和性別的分析，自殺方式呈現出明顯差異。國小學生中，男性傾向於選擇從高處跳下，而女性則較常使用割腕。進入國中後，割腕和從高處跳下依然是常見的自殺方式，但服用安眠藥或鎮靜劑

的比例開始上升。到高中階段，這種趨勢在女性中尤為顯著，反映出隨年齡增長，自殺方式選擇的轉變，特別是在使用藥物的比例上逐漸增加。另，女性使用「割腕」占率在各學齡層均為第一位，跟男性比起來，女性更容易採用割腕方式做為非自殺之自傷有關(Klonsky et al., 2014)。

表 3-3-3、112 年國小至高中學齡層自殺方式通報占率前三位

學齡層 自殺方式 占率順位						
	國小男性 (%)	國小女性 (%)	國中男性 (%)	國中女性 (%)	高中男性 (%)	高中女性 (%)
第一位	高處跳下 (57.6)	割腕 (36.8)	高處跳下 (42.4)	割腕 (45.9)	高處跳下 (27.3)	割腕 (41.7)
第二位	其他方式 (20)	高處跳下 (33.5)	割腕 (21.6)	高處跳下 (18.3)	割腕 (26.2)	安眠藥、 鎮靜劑 (25.9)
第三位	撞擊 (8.6)	其他方式 (21.4)	其他方式 (16)	安眠藥、 鎮靜劑 (15.9)	安眠藥、 鎮靜劑 (16.3)	高處跳下 (15.5)

大學學齡層使用的自殺方式兩性較為一致，主要是以「割腕」和「安眠藥、鎮定劑」為主。僅在第三順位上發現兩性有所不同，男性仍是以「高處跳下」占率較高，女性則是傾向服用藥物，以「其他藥物」占率較高。

表 3-3-4、112 年大學學齡層自殺方式通報占率前三位

學齡層 自殺原因 占率順位		
	大學男性(%)	大學女性(%)
第一位	安眠藥、鎮靜劑 (26.4)	割腕 (42.7)
第二位	割腕(24)	安眠藥、鎮靜劑 (31.5)
第三位	高處跳下 (19.2)	其他藥物 (12.6)

3) 各學齡層特殊身分及過去精神病史分析

以國小學齡層、國中、高中特殊身分別來看，兒童及少年保護通報被害人在近三年占率均是前三高，同時國外的研究有發現到兒時遭受虐待往後也較容易有自殺意念(Bahk et al., 2017; Berardelli et al., 2022)，甚至是自殺行為的發生(Angelakis et al., 2019, 2020)，而過去台灣的健保資料庫研究則發現受到虐待的孩童期往後罹患精神疾病的風險顯著較高(Huang et al., 2022)，因此針對有國小學齡層有兒童及少年保護議題

的學童後續持續連接精神科資源、評估都是此一群體重要的防治措施，除此之外，中低收入戶及脆弱家庭在近兩年亦為占率較高之特殊身分別，國外研究指出家庭的社會、文化環境都有可能進一步惡化或減輕孩童的自殺危險因子，其中經濟危機有可能造成兒童自殺危險因子的惡化(Kölves, 2010)，而良好家庭環境、學校也較有可能為孩童塑造復原力，以減緩孩童遭受到重大壓力時的衝擊(洪韡健 & 吳佳儀, 民 109)，因此藉由跨政府部分提早發現高風險家庭內的孩童，並提供適當的資源，勢必相當重要。

在國小、國中學齡層，高中方面(如，兒童及少年保護被害人占率在 112 年度除國中外仍持續增加，可能與三級警戒時，造成家庭內的暴力事件增加有關(張秀鴛、邱琇琳、陳映竹、江杏雲，民 110)，在多重議題下的兒少自殺議題，則更需要以家庭中心的系統性介入，除此之外，國中學齡層過去有精神病史將近 2 成 5，高中以上學齡層則約 4 成，這也顯現精神醫療資源能否及時轉介高風險自殺企圖個案的重要性，並以獲得妥善的治療。

以大學學齡層來看，相較其他學齡層，脆弱家庭比例下降許多，可能與大學學齡層受家庭影響較低有關，然而自 110 年起，家暴受害人與兒童及少年保護被害人比例卻連年上升，同樣較可能與三級警戒所導致的家庭暴力比例上升有關，除此之外，高中及大學精神照護管理資訊系統列管個案比例亦較國中及國小學齡層高出許多，可見精神疾病議題在此年齡層逐漸顯現，因此針對高中及大學校內教師的精神疾病相關知識有強化之必要，以利教師掌握學生狀況。

表 3-3-5、國小學齡層特殊身分別通報人次及占率

	110(N=347)		111(N=355)		112(N=440)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	28	8.07	35	9.86	49	11.1
精神照護資訊系統列管	1	0.29	1	0.28	0	0.0
精神疾病嚴重病人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
毒品危害防制中心列管	0	0.0	0	0.0	0	0.0
替代治療	0	0.0	0	0.0	0	0.0
家暴高危險相對人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
家暴高危險被害人	0	0.0	0	0.0	0	0.0

家暴相對人	25	7.2	28	7.89	44	10
家暴被害人	8	2.31	18	5.07	26	5.9
兒童及少年保護相對人	22	6.34	28	7.89	51	11.6
兒童及少年保護被害人	153	44.09	170	47.89	234	53.2
性侵相對人	0	0.0	0	0.0	0	0
中低收入戶	52	14.99	60	16.9	88	20
脆弱家庭	96	27.67	93	26.2	111	25.2
身心障礙	21	6.05	26	7.32	60	13.6

表 3-3-6、國中學齡層特殊身分別人次及占率

	110(N=2392)		111(N=2325)		112(N=2914)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	683	28.55	677	29.12	733	25.1
精神照護資訊系統列管	93	3.89	131	5.63	117	4
精神疾病嚴重病人	2	0.08	4	0.17	15	0.5
毒品危害防制中心列管	0	0.0	1	0.04	0	0
替代治療	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴高危險相對人	1	0.04	3	0.13	3	0.1
家暴高危險被害人	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴相對人	210	8.78	251	10.8	326	11.2
家暴被害人	140	5.85	161	6.92	209	7.2
兒童及少年保護相對人	148	6.19	195	8.39	311	10.7
兒童及少年保護被害人	1184	49.5	1252	53.85	1502	51.5
性侵相對人	6	0.25	4	0.17	22	0.8
中低收入戶	440	18.39	497	21.38	659	22.6
脆弱家庭	659	27.55	640	27.53	842	28.9
身心障礙	134	5.6	213	9.16	238	8.2

表 3-3-7、高中學齡層特殊身分別人次及占率

	110(N=3561)		111(N=2596)		112(N=3892)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%

過去精神病史	1697	47.66	1637	45.52	1577	40.5
精神照護資訊系統列管	285	8	269	7.48	396	10.2
精神疾病嚴重病人	14	0.39	9	0.25	12	0.3
毒品危害防制中心列管	9	0.25	8	0.22	1	0
替代治療	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴高危險相對人	0	0.0	8	0.22	7	0.2
家暴高危險被害人	1	0.03	1	0.03	2	0.1
家暴相對人	331	9.3	396	11.01	432	11.1
家暴被害人	279	7.83	314	8.73	347	8.9
兒童及少年保護相對人	148	4.16	241	6.7	329	8.5
兒童及少年保護被害人	1574	44.2	1597	44.41	1937	49.8
性侵相對人	27	0.76	18	0.5	15	0.4
中低收入戶	729	20.47	713	19.83	718	18.4
脆弱家庭	764	21.45	771	21.44	1014	26.1
身心障礙	287	8.06	408	11.35	542	13.9

表 3-3-8、大學學齡層特殊身分別人次及占率

	110(N=5419)		111(N=5607)		112(N=5299)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	2856	52.7	2896	51.65	2564	48.4
精神照護資訊系統列管	783	14.45	685	12.22	664	12.5
精神疾病嚴重病人	37	0.68	55	0.98	70	1.3
毒品危害防制中心列管	61	1.13	64	1.14	58	1.1
替代治療	2	0.04	0	0.0	0	0.0
家暴高危險相對人	33	0.61	23	0.41	26	0.5
家暴高危險被害人	59	1.09	73	1.3	74	1.4
家暴相對人	632	11.66	795	14.18	731	13.8
家暴被害人	1196	22.07	1442	25.72	1339	25.3
兒童及少年保護相對人	150	2.77	169	3.01	197	3.7
兒童及少年保護被害人	705	13.01	1077	19.21	1290	24.3
性侵相對人	17	0.31	29	0.52	31	0.6

中低收入戶	696	12.84	866	15.44	959	18.1
脆弱家庭	636	11.74	754	13.45	756	14.3
身心障礙	545	10.06	734	13.09	737	13.9

4) 學齡層再自殺與再自殺死亡率

107-112 年每年各學齡層通報個案 30 天內再自殺人數及再自殺率(如表 3-3-9)，除國小學齡層外，國中至大學學齡層之再自殺人數及再自殺率皆較前年減少，然而亦無法排除為是近幾年鼓勵通報導致的結果，以當年度再自殺死亡率來看(如表 3-3-10)，各學齡層再自殺死亡率方面並未有顯著增加之趨勢，然各學齡層再自殺死亡人數持續上升，須注意。

表 3-3-9、107-112 年每年各學齡層通報個案 30 天內再自殺人數(N)及再自殺率(%)

年	國小學齡層		國中學齡層		高中學齡層		大學學齡層	
	再自殺 人數	再自殺 率	再自殺 人數	再自殺 率	再自殺 人數	再自殺 率	再自殺 人數	再自殺 率
	N	%	N	%	N	%	N	%
107	3	4.9	45	7.4	105	8.7	165	7.8
108	1	1.1	88	9.3	169	11.3	230	9.2
109	6	2.7	175	11.4	262	12.3	411	13.1
110	16	5.2	214	13.3	355	15.6	537	15.5
111	12	3.8	212	13.7	360	15.9	594	17
112	24	6.3	262	13.4	378	14.6	476	13.4

表 3-3-10、106-111 年各學齡層一年內再自殺死亡個案人數(N)及再自殺死亡率(%)

	國小學齡層		國中學齡層		高中學齡層		大學學齡層	
	再自殺 死亡人 數	再自殺 死亡率	再自殺 死亡人 數	再自殺 死亡率	再自殺 死亡人 數	再自殺 死亡率	再自殺 死亡人 數	再自殺 死亡率
	N	%	N	%	N	%	N	%
106	0	0	0	0	3	0.43	13	0.89
107	0	0	0	0	9	0.85	8	0.46
108	0	0	0	0	7	0.54	13	0.67
109	0	0	6	0.44	4	0.22	14	0.57

110	0	0	2	0.15	4	0.24	17	0.67
111	0	0	3	0.24	5	0.31	20	0.83

5) 網路社群體與自殺

對學生族群來說，近年智慧型手機及社群媒體的興起，可能也會引發自殺危機的發生，國外系統文獻回顧發現網路使用及網路霸凌都與自傷、自殺意念與憂鬱的增加有關(Daine et al., 2013)，其他系統性回顧則發現在社交媒體的時間花費、活動多寡、投入(Investment)、成癮與否均與焦慮、憂鬱有相關性(Keles et al., 2020)，台灣的研究則發現網路成癮與近一週精神症狀(睡眠困難、焦慮、苦惱、憂鬱、感覺比不上別人)、自殺意念有著顯著相關(Wu et al., 2015)，綜合上述研究，可以發現社群媒體所引發成癮行為、網路霸凌等均可能進一步造成自殺危機的發生。

而網路媒體資訊的興起，改變了自殺資訊的傳播方式，台灣馬偕醫院團隊對 2,479 位青少年的調查顯示：3%的人曾經在網路上接觸過自殺相關的內容(Liu et al., 2017)，特別是在新興自殺方法的傳播上，網路媒體的影響更為顯著(Chang et al., 2011; Gunnell et al., 2015)；如台大張書森教授的研究顯示：在媒體報導某新興自殺方法後，關於此新興方式的搜尋量；在日本增加約 50 倍，在英國增加約 9 倍(Chang et al., 2011)，除此之外，網站上的相約自殺、自殺行為相關影像在網路傳播也是需要相當注意，特別是青少年相當容易受影響、甚至進一步模仿，這些都是未來亟需面對的挑戰之一。

五、策略及建議

自殺為多重原因所造成，包含遠因及近因，而導致青少年自殺的常見近因有家庭問題、感情問題、憂鬱症或憂鬱傾向、課業壓力、學校適應問題等等，各原因間相互影響，因此多層次自殺防治策略的實施是相當重要的。根據上述數據分析結果，應加強之規畫及策略如下：

1) 全面性策略

- (1) 強化兒童及青少年的正向自尊，促進兒童及青少年情感表達及求助意願，另一方面國內 107 年衛生福利部調查顯示 12-18 歲青少年求助對象均以同儕居多，故招募適當學生以支持需要求助之學生。
- (2) 將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，除教導兒少珍愛生命的理念，教育兒少自我保護及如何尋求協助外，校園應積極宣導相關求助資源，保持求助管道暢通。
- (3) 針對學生各發展時期相關議題如家庭問題、感情問題、憂鬱症或憂鬱傾向

向、課業壓力、學校適應、同儕相處等，應透過宣導活動、演講、課程的辦理，以增進青少年、家長、教師的心理衛生知識及技巧

- (4) 在校園推動網路心理健康促進，包括：提供網路心理健康海報、安排網路霸凌相關的預防講座、舉辦健康上網競賽活動...等
- (5) 持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：建議針對高級中等學校及大學新生訓練例行性介紹守門人、心情溫度計，可舉辦演講，邀請知名醫師、作家等人員，針對心理健康、認識精神疾病議題和學生分享，如壓力紓解、認識躁鬱症與憂鬱症；另外在學校開設生命教育、珍愛生命守門人、自我認同發展、情感與人際的相關課程，增強青少年的心理健康及自殺防治的知識。
- (6) 當發生學生的自殺與自傷新聞事件時，校園設有單一發言人，針對媒體做出統一的因應：單一發言人應根據兒童及少年福利與權益保障法第 46 條、第 49 條 14 項與網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則，適度提供媒體正確的報導資訊，以免各種臆測的言論瀰漫校園；另亦保護校園師生，免於在未準備的情況下，面臨媒體逼問而不知所措。例如：當有學生跳樓事件發生時，校園可以有單一的發言人，於媒體採訪時負責解說。
- (7) 針對校園內的自殺方式進行防治：針對校園內可取得之自殺方式，推廣自殺防治的設施，如可針對校園內的頂樓進行監控管理；或根據公寓大廈管理條例第 8 條「公寓大廈有十二歲以下兒童或六十五歲以上老人之住戶，外牆開口部或陽臺得設置不妨礙逃生且不突出外牆面之防墜設施」、公寓大廈防墜設施設置原則，在樓梯間內部裝上防墜網，外部裝上細網以免學生從高處墜下。

2) 選擇性策略

- (1) 持續辦理守門人策略，對象包含教職員、學生、家長，以提升對校園內自殺高危機的辨識，並提升對自殺防治相關知識、信念、態度及汙名化的減少，以利及時將個案轉介適當資源。
- (2) 針對高自殺風險族群進行篩檢，透過社交網絡媒體觸及高風險學生也是重要的管道之一(Hawton et al., 2020)，針對具有自殺危險因子的高風險學生族群，可由教師、家長進行一問、二應、三轉介，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。
- (3) 針對學齡層個案常見之自殺原因如家庭或校園暴力、情感問題以及現在網際網路的普及，隨之而來的網路霸凌等，為避免暴力、霸凌受害者的自殺行為，加強教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，提升導師、

學輔人員或同儕辨別自殺高風險群之能力，及早發現學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象，如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則校方應召集因應小組進行評估，瞭解事件嚴重程度、個案身心狀態等，並啟動輔導機制，加強與社會工作人員之協調聯繫，必要時應陪同學生配合司法調查，如遇轉學，更應結合社工訂定個案處遇計畫，視個案情形，轉介專業諮商輔導或醫療機構接受輔導或治療。

- (4) 針對高風險學生族群給予關懷與支持：可針對此族群學生推動心理健康相關宣導與關懷，例如：班級輔導、電話關懷、建立同儕互助機制。
- (5) 提供協助予有精神疾病或情緒困擾的學生，提供能連結校園、社區、工作環境的支持。追蹤關心輟學生或有輟學風險的學生，提供諮詢與協助其復學或就業(許佩婷;陳學志, 2022)。
- (6) 藉由網路及媒體提升青少年的心理衛生，為那些可能對他人發布與自殺有關的內容作出反應的人或是可能想分享自己對自殺想法、感受或行為的感受和經驗的人提供支持。(廖. J. 自殺防治網通訊, 民 109)
- (7) 學校在長假開始前，對學生進行心理衛生服務需求調查和諮詢，並利用調查和諮詢的結果，提供學生幫助。(廖. J. 自殺防治網通訊, 民 109)
- (8) 對於重大創傷的孩童，若有保護因子的介入：如家庭聯繫、學校系統的關心或其他成年人的支持程度等。皆可顯著降低其自殺意與自殺行為。其中家庭聯繫度的健全，包含母親的教育水平、對於重大創傷相關的知能、家庭彼此的互動頻率等因素。(施. J. 自殺防治網通訊, 民 110)
- (9) 在臨床服務端，對於創傷兒童青少年的臨床服務，積極推廣心理健康從業人員以及親職照顧者接受創傷知情服務模式，藉由增進對於創傷後的專業知能，利用自身的角色，強化各系統對於受創孩童的保護與支持。(施. J. 自殺防治網通訊, 民 110)
- (10) 建立線上支持團體，提供匿名性的治療，減少當事者對污名化的擔憂、以及談論自殺的社會禁忌，更能提供支持網絡、經驗分享、接納與鼓勵等治療元素，有良好成效。
- (11) 提供線上情緒檢測與諮詢服務：請使用網路社群軟體、或線上遊戲的青少年，於線上填寫有關網路使用、情緒與自殺的問卷(如網路成癮量表、心情溫度計)，在得到檢測結果與建議之後，可以匿名方式與線上治療師互動。若為自殺的高危險族群，則邀請做面對面的評估與治療。實證研究支持，透過線上檢測與諮詢，能夠提高面對面評估與治療的機會，達三倍之多。
- (12) 使用電子郵件作為外展式的服務(outreach via e-mail)，主動提供關

懷過度沈迷網路與自殺預防訊息。

- (13) 開發智慧型手機的自殺防治應用軟體(app)，一方面作為當事者的個人化網路使用、情緒與自殺評估，另一方面以多媒體方式(如短片、動漫、卡通...)提醒當事者值得活下去的理由與作法。
- (14) 鼓勵遊戲廠商在社群軟體及網路遊戲中，加入自殺防治相關訊息，特別是邀請偶像歌星或影星代言，提醒網友珍愛生命、尋求協助，走出自殺陰霾。
- (15) 鼓勵網路通訊與遊戲業者開發文本分析(text analysis)技術，找出輸入自殺相關語彙的網路使用者，從而立即提供自殺防治資源。

3) 指標性策略

- (1) 強化第一線輔導教師之自殺危機辨識及處理能力：針對輔導教師辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。
- (2) 落實高風險個案之輔導與通報機制，尤其大專院校建議多培養同儕校園及社群媒體世界的珍愛生命守門人，並與醫療資源連結，與心理衛生相關機構建立長期的轉介合作關係。
- (3) 強化對兒童及青少年的支持及資源轉介服務，建立標準化的通報流程與處置程序：各校應成立自殺防治相關之組織或委員會，並擬訂校內自殺防治相關之政策與流程；社會支持系統應提供可能受害兒童緊急保護、危急家庭必要幫助，提供倖存者心理支持。
- (4) 持續加強校園，尤其高中與大專院校，與社區心理衛生中心、社會福利體系間的橫向聯繫，提供個案為中心，家庭為單位，社區為範疇的服務模式。
- (5) 規劃自殺後自殺防治策略，為自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務以及事後預防，針對自殺事件後之因應措施，包含成立緊急應變小組，提供自殺高危險之學生適當的資源，同時提供哀傷輔導給自殺企圖的親友、同學及親密關係之夥伴，並協同學生、老師、家長共同出辨識自殺高風險學生及有 PTSD 症候群之學生(Cox et al., 2012)，並妥善說明自殺事件以減少模仿效應(Andriessen et al., 2019)。

4) 校園自殺防治資源

- (1) 各校應妥善規劃校園自殺防治多層次自殺防治策略，包含全面性、選擇性、指標性策略，同時適當盤點附近精神醫療資源，以確保有精神疾病相關議題個案得到妥善的資源。
- (2) 家庭及社會教育對情感教育認識仍不足，孩子因缺乏問題解決、接受和

安撫情緒的有效調節策略，多用逃避、壓抑、衝動發洩方法處理情緒，而青少年若用網路活動逃避壓力、抒解憂鬱，將增加網路霸凌、成癮的風險，這些都是預防重於治療的合理做法。而對應校園預防三級架構，目前持續推動的「自殺防治守門人」策略，在傾聽、辨識、轉銜後，可提供的有效介入資源，包括危機處遇、情緒認知行為技巧訓練、早期創傷和不利核心信念的治療等，都需要精進提升(張家銘，民 109)。

六、 附表

表 3-3-11、108-112 年國小學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	0	1.6	0	0	0
家庭成員問題	23.4	29.1	29.6	28.6	32
感情因素	2.1	3.9	1.3	2.1	1.6
喪親、喪偶	2.1	1.6	1.3	1	1.2
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	21.3	13.4	17	23.4	12.8
物質濫用	0	0.8	0	0	0
失業	0	0.8	0	0	0
債務	0	0	0.6	0	0
慢性化的疾病問題	0	0	1.3	1.6	0.4
急性化的疾病問題	0	0	0	0	0.4
學校適應問題	55.3	52	49.1	47.4	26.4
生涯規劃因素	0	0	0	0.5	0
校園霸凌	0	0	0	0	1.2
課業壓力	0	0	0	0	19.2
遭受騷擾	2.1	0	0	0.5	0.4
遭受暴力	4.3	3.1	0.6	2.1	0.8
個案(家屬)不願說明	2.1	3.1	3.8	2.1	3.2
個案因身體狀況無法說明	2.1	0	0	1	1.6
其他	14.9	15.7	23.3	22.4	23.6
不詳	6.4	7.9	8.8	5.7	4.8

表 3-3-12、108-112 年國小學齡層女性自殺原因通報占率

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	0	0.8	0	0	0
家庭成員問題	58.3	44.1	43.1	42.3	45.1
感情因素	4.2	16.1	9	5.5	3.8
喪親、喪偶	2.1	0.8	0	1.8	1.1
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	35.4	18.6	18.1	24.5	22.8
物質濫用	0	0	0.5	0	0
職場工作壓力	0	0	0.5	0	0
失業	0	0	0.5	0	0
債務	0	0	0.5	0	0
慢性化的疾病問題	0	0.8	1.1	0.6	0.5
急性化的疾病問題	0	0	0	0	0
學校適應問題	39.6	32.2	29.8	36.8	13
生涯規劃因素	0	0.8	0	0.6	0.5
校園霸凌	0	0	0	0	1.1
課業壓力	0	0	0	0	12
同儕相處問題	0	0	0	0	27.7
遭受騷擾	2.1	0	1.6	0	0.5
遭受暴力	0	0	1.1	1.8	0
畏罪自殺、官司問題	0	0	0	0.6	0.5
個案(家屬)不願說明	2.1	0	8.5	4.9	4.3
個案因身體狀況無法說明	0	0	1.6	1.2	0.5
其他	4.2	16.9	14.4	12.9	18.5
不詳	6.3	7.6	9.6	7.4	5.4

表 3-3-13、108-112 年國中學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	0	0	0.2	0.2	0
家庭成員問題	39.9	37	35.9	37.2	35.4
感情因素	11.9	11.7	9.7	6.9	6.9
喪親、喪偶	1	0.2	0.9	0.8	0.7
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	29	29.8	31.3	34.3	27.8
物質濫用	0.3	0.4	0.2	0	0.2
債務	0	0.4	0	0	0.3
慢性化的疾病問題	0.7	1.3	0.9	1	1.4
急性化的疾病問題	0	0	0.2	0	0
學校適應問題	42	36.3	38.1	34.9	21.6
生涯規劃因素	1.7	1.1	0.7	1	0.3
校園霸凌	0	0	0	0	2.2
課業壓力	0	0	0	0	14.6
同儕相處問題	0	0	0	0	20.3
遭受騷擾	0.3	0.2	0	1	0
遭受暴力	1.7	0.7	1.1	1.8	1.2
遭受詐騙	0	0	0	0.2	0
畏罪自殺、官司問題	0.3	0.2	0.4	0.6	0.9
個案(家屬)不願說明	3.1	2.7	4	3.8	3.3
個案因身體狀況無法說明	0.7	1.1	1.3	1.8	0.9
其他	10.9	9.9	11.5	15.6	13.2
不詳	4.8	7.6	7.5	6.7	4.5

表 3-3-14、108-112 年國中學齡層女性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	0.1	0.1	0	0	0.1
家庭成員問題	41.1	39.3	38.4	35.3	34.8
感情因素	15.3	13.3	14.6	11.4	10.1
喪親、喪偶	0.7	1.1	0.8	0.7	0.5
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	44.7	48.6	48.8	54.4	53.6
物質濫用	0.3	0.2	0.5	0.2	0.4
職場工作壓力	0	0.1	0.1	0.1	0
債務	0.2	0	0.1	0.1	0.2
慢性化的疾病問題	0.2	0.7	0.2	0.5	0.5
急性化的疾病問題	0.1	0.1	0.2	0	0.1
學校適應問題	30.9	33.1	30.6	29.4	13.6
生涯規劃因素	0.8	1.2	0.7	1.3	0.6
遭受騷擾	0.8	0.7	0.6	0.8	0.6
校園霸凌	0	0	0	0	1.8
課業壓力	0	0	0	0	11.4
同儕相處問題	0	0	0	0	15
遭受暴力	1.4	1	0.6	0.8	0.9
遭受詐騙	0	0.1	0.1	0.1	0
兵役因素	0	0.1	0	0.1	0
畏罪自殺、官司問題	0.1	0.2	0.1	0	0.3
個案(家屬)不願說明	1.7	3.1	3.5	2.9	2.9
個案因身體狀況無法說明	0.8	0.3	0.7	0.8	0.8
其他	7.6	8.5	7.6	7.3	9
不詳	4.1	3.8	4.2	5.7	4.6

表 3-3-15、108-112 年高中學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	0	0	0	0	0.2
家庭成員問題	31.6	30.2	33.1	30.6	31.1
感情因素	18.4	19.9	15.9	17	17.5
喪親、喪偶	0.7	1	1	0.7	0.5
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	40.8	44.7	44.4	49.8	47.6
物質濫用	2.8	2.6	1.6	1.2	2.7
職場工作壓力	0.5	2	1.4	0.9	1
失業	0.5	0.3	0.6	0.1	0.5
債務	1.2	1.5	1.2	0.5	0.9
慢性化的疾病問題	0.2	0.5	0.3	0.5	1.6
急性化的疾病問題	0.2	0.2	0.1	0	0
學校適應問題	20.7	22	23	28.6	12.5
生涯規劃因素	1.8	1.3	2.9	3.6	2.9
校園霸凌	0	0	0	0	1.8
課業壓力	0	0	0	0	12.3
同儕相處問題	0	0	0	0	11.2
遭受騷擾	0.5	0.2	0.3	0.3	0.2
遭受暴力	0	0.3	0.6	0.8	0.6
遭受詐騙	0	0.3	0	0.1	0.2
畏罪自殺、官司問題	0.9	1.3	0.9	0.5	0.7
個案(家屬)不願說明	3.7	4.4	2.5	3.4	3.5
個案因身體狀況無法說明	3	1	1.4	1.3	0.9
其他	9.2	8.3	8.8	7	7.5
不詳	6.7	5.4	6.2	5.5	4.3

表 3-3-16、108-112 年高中學齡層女性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	0.7	0.2	0.1	0.4	0.2
家庭成員問題	29.2	29.6	27.7	27.3	27.4
感情因素	18	15.7	15.8	14.2	14.3
喪親、喪偶	0.9	0.4	0.3	0.7	0.7
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	54.5	60	60.6	64.3	63.9
物質濫用	0.9	0.7	0.6	0.4	0.6
職場工作壓力	0.7	1.2	0.9	0.9	1.1
失業	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1
債務	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
慢性化的疾病問題	0.7	0.4	0.6	0.6	0.6
急性化的疾病問題	0	0	0.1	0.2	0
學校適應問題	22.5	23.4	22.3	23.7	11
生涯規劃因素	1.5	1.4	1.6	1.7	1.3
校園霸凌	0	0	0	0	1.8
課業壓力	0	0	0	0	11.3
同儕相處問題	0	0	0	0	9.2
遭受騷擾	0.2	0.8	0.7	0.8	0.6
遭受暴力	0.5	0.6	0.7	1	0.7
遭受詐騙	0	0	0.1	0	0
兵役因素	0.1	0	0	0	0
畏罪自殺、官司問題	0.1	0.4	0.1	0.1	0.3
個案(家屬)不願說明	3.3	3.1	3.1	2.6	2.2
個案因身體狀況無法說明	1.2	0.7	0.8	1.1	0.9
其他	5.3	5.9	6.6	5.8	6.2
不詳	4.6	4.9	5.1	4.3	3.5

表 3-3-17、108-112 年大學學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	1.6	1.6	1.9	1.9	1.1
家庭成員問題	18.6	18	20.2	18.5	19.9
感情因素	29.7	25.8	25	25.6	25.1
喪親、喪偶	0.6	0.9	0.6	1	0.9
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	35.8	42	45	46.8	49.4
物質濫用	3.3	3.3	4.1	3.2	3.7
職場工作壓力	4	5.9	4.6	4.8	5.9
失業	2.9	2	1.9	1.5	1.7
債務	4.5	3.4	3.3	3.2	4.8
慢性化的疾病問題	0.6	0.4	1	1.5	1.2
急性化的疾病問題	0.2	0.6	0.2	0.2	0.4
學校適應問題	6.4	11.2	10	11.7	5.9
生涯規劃因素	1.5	2.3	2.1	1.9	1.9
校園霸凌	0	0	0	0	0.6
課業壓力	0	0	0	0	7.1
同儕相處問題	0	0	0	0	3.9
遭受騷擾	0.1	0.2	0.1	0.6	0.1
遭受暴力	0	0	0.3	0.2	0.3
遭受詐騙	0.2	0.2	0.3	0.2	0.6
兵役因素	1	0.9	1.2	1.5	0.8
畏罪自殺、官司問題	0.7	1.4	1.2	1.6	0.8
個案(家屬)不願說明	4.5	3.7	4.8	3.7	3.4
個案因身體狀況無法說明	2.1	1.8	2	1	1.6
其他	5.2	7.4	6.1	7.1	6.1
不詳	10	5.9	7.5	8	6.9

表 3-3-18、108-112 年大學學齡層女性自殺原因通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
夫妻問題	2.6	2.1	1.8	1.9	2.2
家庭成員問題	17.9	20	20	19.8	19.8
感情因素	28	26	22.8	22.9	21.1
喪親、喪偶	0.8	0.6	0.9	0.7	0.9
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	52.8	58	61.9	63.6	65
物質濫用	1.9	1.6	1.4	1.4	1.8
職場工作壓力	4.8	4.3	4.4	4.6	4.5
失業	0.8	0.9	1.2	0.8	0.9
債務	0.8	0.6	0.6	0.7	0.6
慢性化的疾病問題	0.6	0.7	0.8	1.1	0.9
急性化的疾病問題	0.2	0.1	0.2	0.3	0.1
學校適應問題	11	11.9	13.2	13.1	6.1
生涯規劃因素	1.8	1.3	1.6	1.7	1.3
校園霸凌	0	0	0	0	0.6
課業壓力	0	0	0	0	7.5
同儕相處問題	0	0	0	0	3.8
遭受騷擾	0.3	0.5	0.9	0.6	0.7
遭受暴力	0.6	0.5	1	0.7	0.5
遭受詐騙	0.1	0.1	0.1	0.3	0.2
兵役因素	0	0.1	0	0.1	0
畏罪自殺、官司問題	0.1	0.3	0.5	0.4	0.4
個案(家屬)不願說明	3.8	3.2	3.2	2.8	3.2
個案因身體狀況無法說明	1	1	0.6	1.1	1
其他	4.6	5.8	5.5	4.9	4.5
不詳	5.7	5.1	4.7	4.6	3.9

表 3-3-19、108-112 年國小學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	4.3	1.6	0.6	1	1.2
其他藥物	6.4	3.9	0.6	1	0.8
其他化學物品	2.1	0	1.3	0	0
家用瓦斯中毒	0	0	0	0.5	0
燒炭	0	0	0.6	0	0.4
上吊、自縊	2.1	3.1	0.6	2.6	3.6
悶死及窒息	4.3	2.4	0.6	2.1	2
割腕	4.3	17.3	12.6	6.8	8
其他部位之切穿工具自殺	8.5	3.1	5.7	3.6	6
高處跳下	55.3	49.6	44	56.8	57.6
撞擊	12.8	7.9	8.2	9.4	8.4
其他方式	12.8	16.5	34.6	28.1	20.4

表 3-3-20、108-112 年國小學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	12.5	5.1	2.7	4.9	2.2
其他藥物	8.3	0.8	1.6	5.5	1.6
農藥	0	0	0	0	0
其他化學物品	0	0	0	0	0
家用瓦斯中毒	0	0	0.5	0	0
汽車廢氣	0	0.8	0	0	0
燒炭	0	0.8	1.1	0	0.5
上吊、自縊	2.1	1.7	1.1	1.2	3.3
悶死及窒息	0	0	1.1	0.6	1.1
溺水(淹死)、跳水	0	0	0.5	0	0.5
割腕	56.3	54.2	41	40.5	37.5
其他部位之切穿工具自殺	14.6	8.5	8.5	9.2	7.1
高處跳下	12.5	16.9	20.7	22.1	33.7
撞擊	4.2	2.5	2.7	1.8	2.7
其他方式	6.3	15.3	26.1	20.2	20.1

表 3-3-21、108-112 年國中學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	6.5	7.2	4.8	9.1	4.8
服用或施打毒品過量	0.3	0	0.2	0	0.2
其他藥物	8.9	6.3	5.7	7.9	4
農藥	1.4	0.4	0.2	0	0.3
一般病媒殺蟲劑	0.3	0	0	0	0.2
其他化學物品	1	0.9	1.5	1.6	0.9
家用瓦斯中毒	0	0	0.7	0.4	0.2
燒炭	0.7	0.4	0.2	0.8	0.5
上吊、自縊	4.8	4.3	4	3.2	3.4
悶死及窒息	0	1.1	0.4	1.4	1.2
溺水(淹死)、跳水	0.7	1.3	0.2	1	1.9
割腕	31.1	34.1	26.4	20.2	22.3
其他部位之切穿工具自殺	14	9.6	7.5	8.7	7.6
高處跳下	18.8	20.9	27.3	31.5	42.4
撞擊	6.5	5.8	7.9	6.9	6.4
臥、跳軌	0.3	0.2	0.4	0	0.3
其他方式	13	18.4	22	20	15.8

表 3-3-22、108-112 年國中學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	14.4	16	17.1	15.7	16.2
服用或施打毒品過量	0.1	0	0	0.1	0
其他藥物	10.5	11.1	9.9	11.2	10.3
農藥	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2
一般病媒殺蟲劑	0.1	0.2	0	0.3	0.2
其他化學物品	0.9	1.1	0.7	1.3	1.1
家用瓦斯中毒	0	0	0	0	0
燒炭	1.1	0.2	0.2	0.1	0.5
其他氣體及蒸氣	0	0	0	0.1	0
上吊、自縊	2.3	2	1.2	2.4	2.1
悶死及窒息	0.5	0.6	0.3	0.8	0.5
溺水(淹死)、跳水	0.8	0.1	0.9	1.2	1.3
割腕	54.3	56.7	49.6	46.1	45.7
其他部位之切穿工具自殺	10	7.2	6.7	6	5.2
高處跳下	9.2	8.9	11.6	16.9	19
自焚	0	0	0	0.1	0
撞擊	2.2	1.7	2.2	2.5	2.4
臥、跳軌	0.1	0	0	0.1	0.2
其他方式	4.7	9.9	13.9	11	10.2

表 3-3-23、108-112 年高中學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	18.4	21.4	15.3	16.1	16
服用或施打毒品過量	0	0	0	0	0.2
其他藥物	9	9.5	11.6	9	8.5
除草劑(巴拉刈)	0.2	0	0	0	0
農藥	0.2	0.2	0.1	0.3	0.4
一般病媒殺蟲劑	0	0	0.3	0.1	0.4
其他化學物品	2.5	0.8	2.6	1.1	1.3
家用瓦斯中毒	0.2	0.3	0	0.1	0
汽車廢氣	0	0	0	0	0
氮氣自殺	0.5	0	0	0	0
燒炭	3.9	2.4	2.3	2.3	0.9
其他氣體及蒸氣	0.2	0.2	0	0	0
上吊、自縊	4.4	4.4	3.3	4.3	3.3
悶死及窒息	0.2	1.3	0.4	0.5	1
溺水(淹死)、跳水	1.4	2.9	1.4	2.8	2.3
以槍炮、氣槍及爆炸物	0.2	0	0	0.3	0.1
割腕	28.3	33	26	24.8	27.2
其他部位之切穿工具自殺	7.6	7.2	7.9	8.1	6.2
高處跳下	17.7	14	19.5	25	27.1
自焚	0.2	0.3	0.3	0	0.1
撞擊	6	4.6	4.3	6.9	4.6
臥、跳軌	0.5	0	0	0.3	0.4
其他方式	9.7	12.2	18.1	15.1	13.1

表 3-3-24、108-112 年高中學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	31.3	30.2	26.9	27.3	26.3
服用或施打毒品過量	0	0.1	0	0	0
其他藥物	16.2	14.7	14.2	13.3	14.1
農藥	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
一般病媒殺蟲劑	0.1	0	0.1	0.1	0.1
其他化學物品	1.1	0.6	0.9	1.2	1.1
家用瓦斯中毒	0	0	0.1	0	0
汽車廢氣	0	0	0	0	0
燒炭	1	0.6	0.4	0.5	0.4
上吊、自縊	2.9	2.2	2.3	1.9	2.5
悶死及窒息	0.4	0.2	0.3	0.5	0.5
溺水(淹死)、跳水	0.9	0.6	1.3	0.9	1.5
割腕	44.2	47.8	43.1	44.7	41.4
其他部位之切穿工具自殺	4.6	3.6	4.4	4.3	4.3
高處跳下	8.1	8.5	10.5	13.5	15.2
自焚	0.1	0	0	0	0
撞擊	2.3	2.6	2.8	2.3	3.3
臥、跳軌	0.1	0.1	0.1	0	0.2
其他方式	4.3	7.7	11.1	9.6	8.3

表 3-3-25、108-112 年大學學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	23.7	23.7	25.8	23.9	27.4
服用或施打毒品過量	0.2	0.3	0	0.2	0.3
其他藥物	9.7	9	9.6	9.4	9.5
除草劑(巴拉刈)	0	0	0	0.1	0.1
農藥	1.7	0.6	0.5	0.8	0.5
一般病媒殺蟲劑	0.7	0.1	0.2	0.2	0.3
其他化學物品	2.5	1.1	1.8	1.1	0.9
家用瓦斯中毒	0.1	0.5	0.4	0.2	0.2
汽車廢氣	0	0.3	0.1	0	0
燒炭	10	5.1	5.4	4.2	4.4
其他氣體及蒸氣	0	0.1	0	0	0.2
上吊、自縊	5.1	5.4	4.7	5	6.1
悶死及窒息	0.5	0.4	0.6	0.7	0.9
溺水(淹死)、跳水	1.7	1.8	3.2	4.5	4.4
以槍炮、氣槍及爆炸物	0	0	0.1	0	0.1
割腕	25.5	27.4	24.2	25.8	23.6
其他部位之切穿工具自殺	6.8	6.3	5.3	5.8	5.9
高處跳下	11.1	12.1	14.8	17.1	19.5
自焚	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2
撞擊	4.4	6.3	5.8	3.8	4.3
臥、跳軌	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3
其他方式	9.1	13	13.3	13.1	9.1

表 3-3-26、108-112 年大學學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	108 (%)	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)
安眠藥、鎮靜劑	36.3	35.9	34.1	33.4	31.9
服用或施打毒品過量	0.2	0.1	0	0	0
其他藥物	13.2	14.2	13.4	13.9	12.9
除草劑(巴拉刈)	0	0	0	0	0
農藥	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3
一般病媒殺蟲劑	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
其他化學物品	0.6	0.7	0.7	0.8	1
家用瓦斯中毒	0	0	0	0.1	0
汽車廢氣	0	0	0	0	0
燒炭	2.1	1.9	1.2	1	0.9
其他氣體及蒸氣	0.1	0	0	0	0
上吊、自縊	3.1	2.4	3	2.6	2.6
悶死及窒息	0.3	0.2	0.6	0.4	0.6
溺水(淹死)、跳水	1.4	1.7	2	1.8	2.3
割腕	41.8	42.6	41.1	40.4	42.8
其他部位之切穿工具自殺	4	4.6	4.7	4.8	5
高處跳下	7.5	7.4	9	11.3	12
自焚	0	0	0	0.1	0
撞擊	3	3.5	2.7	2.8	2.8
臥、跳軌	0	0.2	0.2	0.3	0.4
其他方式	3.3	5.9	8.1	9	5.5

表 3-3-33、112 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(6-11 歲)

	死亡日=指 標通報日 N(%)	死亡日於指標 通報日 7 天內 N(%)	無死亡 紀錄 N(%)	死亡日於指標通 報日 7 天後 N(%)	資料有誤、無 須呈現在表格 N(%)
全部	3 (0.8)	0 (0)	371 (98.93)	1 (0.27)	0 (0)
性別					
女	1	0	157	0	0

	(0.63)	(0)	(99.37)	(0)	(0)
男	2	0	214	1	0
	(0.92)	(0)	(98.62)	(0.46)	(0)

表 3-3-34、112 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(12-14 歲)

	死亡日=指 標通報日 N(%)	死亡日於指標 通報日 7 天內 N(%)	無死亡 紀錄 N(%)	死亡日於指標通 報日 7 天後 N(%)	資料有誤、無 須呈現在表格 N(%)
全部	9 (0.48)	13 (0.69)	1859 (98.94)	3 (0.16)	0 (0)
性別					
女	5 (0.36)	10 (0.71)	1390 (99.07)	2 (0.14)	0 (0)
男	4 (0.84)	3 (0.63)	469 (98.53)	1 (0.21)	0 (0)

表 3-3-35、112 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(15-17 歲)

	死亡日=指 標通報日 N(%)	死亡日於指標 通報日 7 天內 N(%)	無死亡 紀錄 N(%)	死亡日於指標通 報日 7 天後 N(%)	資料有誤、無 須呈現在表格 N(%)
全部	22 (0.87)	1 (0.04)	2491 (99.01)	1 (0.04)	0 (0)
性別					
女	18 (0.95)	1 (0.05)	1868 (98.64)	0 (0.07)	0 (0)
男	4 (0.64)	0 (0)	623 (99.2)	1 (0.16)	0 (0)

表 3-3-36、112 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(18-21 歲)

	死亡日=指 標通報日 N(%)	死亡日於指標 通報日 7 天內 N(%)	無死亡 紀錄 N(%)	死亡日於指標通 報日 7 天後 N(%)	資料有誤、無 須呈現在表格 N(%)
全部	81	4	3451	5	3

	(2.29)	(0.11)	(97.4)	(0.14)	(0)
性別					
女	37	2	2548	2	2
	(1.43)	(0.08)	(98.34)	(0.08)	(0)
男	44	2	898	2	1
	(4.65)	(0.21)	(94.83)	(0.32)	(0)

七、文獻參考

Andriessen, K., Krysinaka, K., Kölves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide

Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 10*.

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.02677>

Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of Childhood

Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A

Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open, 3*(8),

e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>

Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment

and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(7), 1057–1078.

<https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>

Bahk, Y.-C., Jang, S.-K., Choi, K.-H., & Lee, S.-H. (2017). The Relationship

between Childhood Trauma and Suicidal Ideation: Role of Maltreatment

and Potential Mediators. *Psychiatry Investigation*, 14(1), 37–43.

PubMed. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.1.37>

Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., Giuliani, C., Lamis, D. A.,

Innamorati, M., & Pompili, M. (2022). Association between Childhood

Maltreatment and Suicidal Ideation: A Path Analysis Study. *Journal of*

Clinical Medicine, 11(8), 2179. <https://doi.org/10.3390/jcm11082179>

Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of

nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38,

55–64.

Chang, S.-S., Page, A., & Gunnell, D. (2011). Internet searches for a specific

suicide method follow its high-profile media coverage. *American Journal*

of Psychiatry, 168(8), 855–857.

Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery,

P. (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the

Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People.

PLOS ONE, 8(10), e77555.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>

Gunnell, D., Derges, J., Chang, S.-S., & Biddle, L. (2015). Searching for

suicide methods: Accessibility of information about helium as a method

of suicide on the Internet. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(5), 325.

Huang, S.-H., Lin, I.-J., Yu, P.-C., Wang, B.-L., Chung, C.-H., Huang, Y.-C., Chien, W.-C., Sun, C.-A., & Wu, G.-J. (2022). Exposure of Child Maltreatment Leads to a Risk of Mental Illness and Poor Prognosis in Taiwan: A Nationwide Cohort Study from 2000 to 2015. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4803.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19084803>

Jong, C.-L., Chou, W.-J., & Yen, C.-F. (2021). Nonsuicidal self-injury in children and adolescents. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 35(4), 166.

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93.

Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 565–568.

Kölves, K. (2010). Child Suicide, Family Environment, and Economic Crisis. *Crisis*, 31(3), 115–117. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000040>

- Kwak, C. W., & Ickovics, J. R. (2019). Adolescent suicide in South Korea: Risk factors and proposed multi-dimensional solution. *Asian Journal of Psychiatry*, 43, 150–153. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.05.027>
- Lee, S., Hong, J. S., & Espelage, D. L. (2010). An ecological understanding of youth suicide in South Korea. *School Psychology International*, 31(5), 531–546. <https://doi.org/10.1177/0143034310382724>
- Liu, H.-C., Liu, S.-I., Tjung, J.-J., Sun, F.-J., Huang, H.-C., & Fang, C.-K. (2017). Self-harm and its association with internet addiction and internet exposure to suicidal thought in adolescents. *Journal of the Formosan Medical Association*, 116(3), 153–160.
- Lung, F.-W., Shu, B.-C., Chiang, T.-L., & Lin, S.-J. (2020). Relationships between internet use, deliberate self-harm, and happiness in adolescents: A Taiwan birth cohort pilot study. *PLOS ONE*, 15(7), e0235834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235834>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, 12(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>

- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Mayne, S. L., Hannan, C., Davis, M., Young, J. F., Kelly, M. K., Powell, M., Dalembert, G., McPeak, K. E., Jenssen, B. P., & Fiks, A. G. (2021). COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. *Pediatrics*, 148(3). Embase Medline. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051507>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Silva, S. A., Silva, S. U., Ronca, D. B., Gonçalves, V. S. S., Dutra, E. S., & Carvalho, K. M. B. (2020). Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE*, 15(4), e0232007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232007>
- Wu, C.-Y., Lee, M.-B., Liao, S.-C., & Chang, L.-R. (2015). Risk factors of

internet addiction among internet users: An online questionnaire survey.

PloS One, 10(10), e0137506.

林乃慧 & 孫國華. (民 109). 大學推動情感教育的意涵, 困境與策略. 臺灣教育評論月刊, 101.

洪韡健 & 吳佳儀. (民 109). 復原力與精神健康. 自殺防治網通訊, 15(4), 12–16. [https://doi.org/10.30126/NSPN.202012_15\(4\).0005](https://doi.org/10.30126/NSPN.202012_15(4).0005)

許佩婷;陳學志. (民 110). OECD 對 COVID-19 疫情之際青少年心理健康的政策與啟示. In 學生事務與輔導 (Airiti; Vol. 60, Issue 4, pp. 1–6). 中華學生事務學會 & Ainosco Press.

張家銘. (民 109). 青少年憂鬱與心理健康促進：需要您我共同參與. 社團法人臺灣憂鬱症防治協會協會通訊., 20(1), 2–5.

<https://www.depression.org.tw/communication/info.asp?/67.html>

自殺防治網通訊, 施. J. (民 110). 重大創傷與青少年自殺. 16(1), 5-6.

自殺防治網通訊, 廖. J. (民 109). 校園精神健康促進與自殺防治. 15(4), 17-21.

針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略

一、背景(Context)

自殺是一個全球性的重要公共衛生問題，根據世界衛生組織統計，自殺是 15-29 歲年齡層的第二大死亡原因。這種情況不僅對個人和家庭造成深遠的影響，還對社會和經濟造成重大負擔。因此，自殺防治策略的制定至關重要。而在制定這些策略時，了解和分析特定族群的人口學變項(如年齡、性別、文化背景、社會經濟地位等)是至關重要的，因為這些變項可以顯著影響自殺風險和行為。

首先，年齡是自殺風險的重要因素。研究表明，不同年齡群在自殺死亡率和自殺方式上存在差異。例如，青少年可能因學業壓力、情感問題和社交孤立等原因面臨較高的自殺風險；而老年人則可能因健康問題、孤獨和喪失伴侶等因素而自殺。因此，針對不同年齡層制定專門的防治策略是十分必要的。

性別也是一個重要的人口學變項，男性的自殺死亡率通常高於女性，但女性的自殺企圖比率卻更高。這可能與社會角色、性別期待以及對心理健康問題的不同應對方式有關。因此，性別考量在自殺防治策略中應該佔有一席之地，以便提供更具針對性的介入措施。

文化背景和社會經濟地位同樣是影響自殺行為的關鍵因素。不同文化和社會經濟背景下的人們對自殺的態度、應對方式以及獲取支持的途徑存在很大差異。例如，在某些文化中，自殺可能被視為一種榮譽行為或解決困境的手段，而在其他文化中則被強烈譴責和污名化。此外，低社會經濟地位往往與較高的壓力和較少的資源相關聯，這可能增加自殺風險。因此，自殺防治策略應該考慮這些因素，並且提供文化敏感和經濟支持的措施。

在針對特定族群的人口學變項進行分析時，心理健康問題特別值得關注。以邊緣性人格障礙(BPD)為例，研究表明，高達 46%至 92%的 BPD 患者曾有自殺企圖，3%至 10%的患者最終自殺死亡(Chang & Lee, 2022)。BPD 患者的自殺風險因素包括情緒不穩定、負面情緒、衝動性、身份困惑、慢性空虛、睡眠障礙、物質濫用、身體和性虐待、童年時期的欺凌、聽覺幻覺以及非自殺性自殘等(Chang & Lee, 2022)。這些特定風險因素的識別有助於更好地分層風險並針對性地治療 BPD 患者的自殺行為。

此次研究選擇分析族群為未滿 18 歲、15-30 歲、65 歲以上、農民及榮民。

1. 未滿 18 歲(兒童)

根據兒童權利公約所訂定的兒童係指未滿 18 歲之人，近年自殺率在低年齡層存在上升趨勢，除此之外兒童的自殺通報雖受到擴大通報政策影響通報人次有明顯上升，但通報人次遠遠超過其他年齡層，因此分析兒童自殺原因及自殺方法可更明確制定策略方向。

2. 15-30 歲

年輕族群自殺率的上升是各國目前面臨的問題，在台灣 110-111 年是以此年齡層自殺死亡率增加最高，且過去幾年也持續上升，為對應此問題衛服部於 112 年 8 月開始推動「年輕族群心理健康支持方案」提供 15-30 歲族群每人 3 次的免費心理諮商，因此挑選 15-30 歲族群進一步分析是否尚有可規劃的策略。

3. 65 歲以上

65 歲以上長者自殺率從有紀錄以來都是最高，雖然 covid-19 疫情期間自殺率有所下降，但目前已回升至疫情前的數據，此外自殺通報中長者自殺原因多為「生理疾病」，因此除了分析自殺死亡與自殺企圖的差別，額外分析 107-111 年長者自殺身亡者前一年就診及住院科別及疾病以利後續長者自殺防治策略實施。

4. 農民及榮民

特定身分的自殺往往伴隨著特殊的背景與成，因此深入了解特定身分的自殺原因，才能制定出更有效的自殺防治策略。

許多國家存在農民自殺問題，台灣也不例外，而農民自殺的起因常常與天氣、環境有關，例如，農作物遭遇暴雨來不及搶收、旱災影響農業生產及政府政策連帶造成的債務經濟、家庭等因素，都會是導致農民自殺的原因。除原因外農民相對於一般民眾也較易取得高危險化學物品，以巴拉刈為例，巴拉刈是以農藥作為用途，但對於人也是致命劇毒，因此經過研究後發現巴拉刈是農民常用自殺方式，於 107 年開始禁止巴拉刈的加工及輸入，於 109 年 2 月進一步全面禁止巴拉刈的銷售與使用。除此之外近年農民人口也面臨高齡化的問題，因此綜合農民與長者 2 種身份進一步分析農民有

利於制定策略。

老年榮民自殺死亡人數一直都明顯高於其他年齡層，近年榮民的組成已漸漸從過去離鄉背井來台及參與戰爭的退伍軍人轉成在台入伍服役並退伍的軍人，但高齡榮民還是以過去離鄉背井來台的軍人占多數，而多數人面臨不只是思鄉之情可能還有過去戰爭時得到的疾患，同時長者自殺是一直以來存在的問題，除此之外相對較年輕的榮民可能也會面臨退伍後融入社會的困難，因此分析榮民有利於制定策略，甚至可帶入國軍實施。

綜上所述，針對特定族群的人口學變項進行分析，是制定有效自殺防治策略的基礎。通過了解不同年齡、性別、文化背景和社會經濟地位人群的自殺風險和需求，政策制定者和公共衛生專家可以設計出更具針對性和有效性的干預措施，從而減少自殺率，挽救更多的生命。這不僅是公共衛生的需要，也是社會公平和人道關懷的體現

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 死因統計檔。

a. 資料來源：衛生福利部統計處

b. 資料說明：死亡個案之情形記錄。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、婚姻狀態、戶籍地、死亡原因等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(2) 自殺企圖通報檔。

a. 資料來源：衛生福利部心理健康司。

b. 資料說明：自殺企圖個案通報記錄。

c. 資料內容：主要包含自殺企圖日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(3) 健保資料庫

a. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署。

b. 資料說明：了解自殺個案之醫療利用情形。

c. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

2. 資源連結合作

合作單位：衛生福利部統計處、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部心理健康司、東捷資訊服務股份有限公司

三、過程(Process)

1. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：107-112 年。

(2) 說明：目前取得死亡資料為衛生福利部資料所釋出之資料，由中心每年向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心進行使用資料申請。

2) 自殺通報資料檔

(1) 資料期間：108 年至 112 年。

(2) 說明：向系統維護廠商申請自殺通報資料，包含自殺通報單、派遣資料表、個案基本資料表、訪視單、結案單、轉介單等資料。

3) 特殊身份別資料檔

(1) 資料期間：全系統。

(2) 說明：向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心申請特定族群資料檔(含全民健康保險研究資料庫、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒少保通報明細檔、性侵害通報明細檔、精神照護資訊管理系統、替代治療資料庫-個案基本資料、毒品危害防制中心案件管理系統_個案管理檔)。

2. 研究分析

1) 利用自殺通報資料檔產出 108 年至 112 年不同人口的通報人次趨勢圖、自殺方式占比趨勢圖及自殺原因占比趨勢圖。

2) 為避免重複通報導致某些項目比例過高故只挑選每人的最後一筆通報分析，使用卡方分配比較不同人口組群通報檔內自殺死亡與自殺企圖的差異，判斷項目有性別、自殺原因、自殺方法、與人同住、通報單位及通報縣市，自殺方式可複選，每個個案只選取致命應最高者再轉成 ICD9 分類，當該項目比較計算後的 p 值達到明顯差異時標記*。

3) 因 65 歲以上自殺原因為「生理疾病」比例占前三高且再持續上升，於資料中心串聯健保資料庫分析 107 年至 111 年 65 歲以上自殺身亡長者生前一年看診科別及疾病。

4) 使用死亡資料檔串聯特殊身份別資料檔分析 108-112 年自殺身亡者中農民及榮民的占比及自殺方式。

四、成果(Product)

1. 未滿 18 歲自殺個案分析

未滿 18 歲自殺通報除 111 年有些微下降外，5 年皆在上升，女性通報明顯高於男性，且差距有逐漸拉大趨勢。

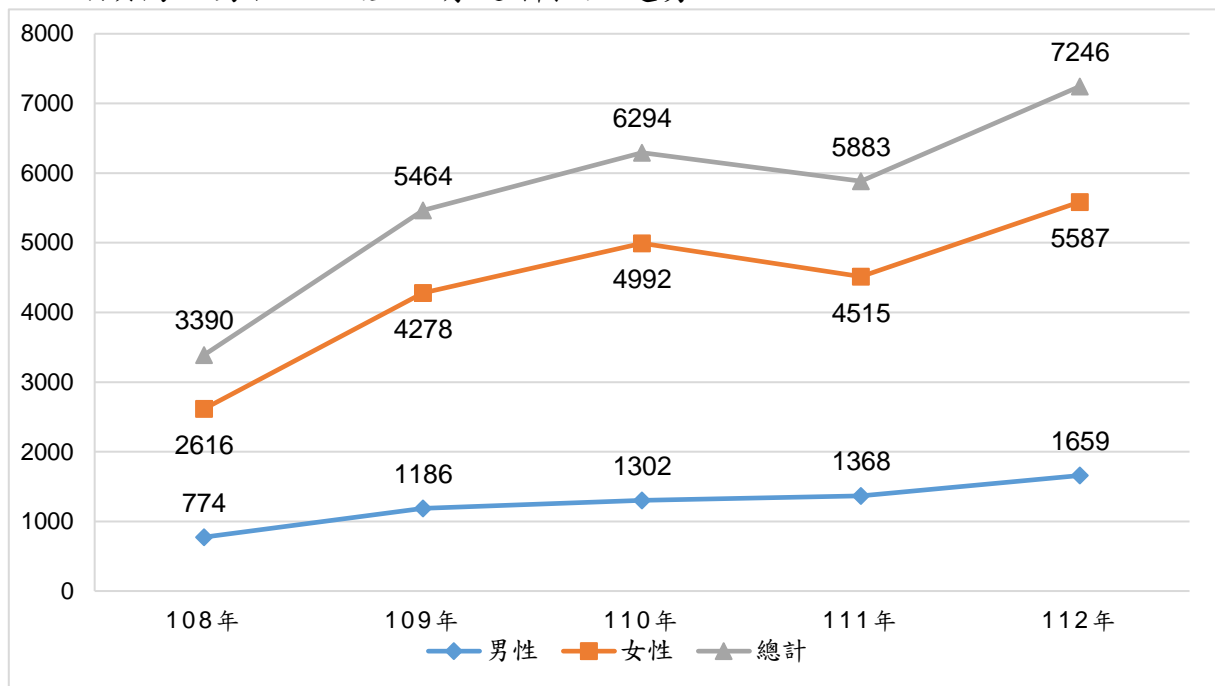


圖 3-4-1、108-112 年未滿 18 歲通報人次趨勢圖

以自殺原因 5 年趨勢圖分析，前三高皆是「精神健康/物質濫用」、「情感/人際關係」及「校園學生問題」。

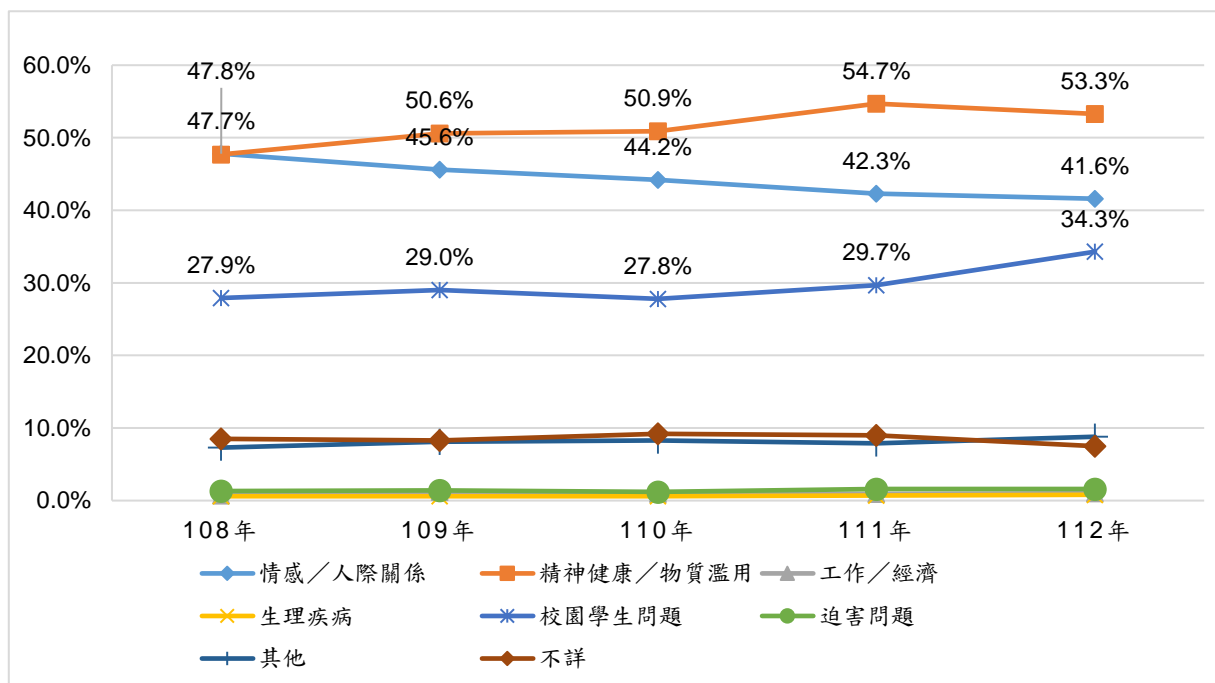


圖 3-4-2、108-112 年未滿 18 歲自殺原因通報占率趨勢圖

以自殺方式 5 年趨勢圖分析，去除「其他」後前三高皆是「切穿工具自殺及自傷」、「以固體或液體自殺及自為中毒」及「高處跳下自殺及自傷」，須特別注意「高處跳下自殺及自傷」5 年皆呈上升狀態，且逼近第二高的位置。

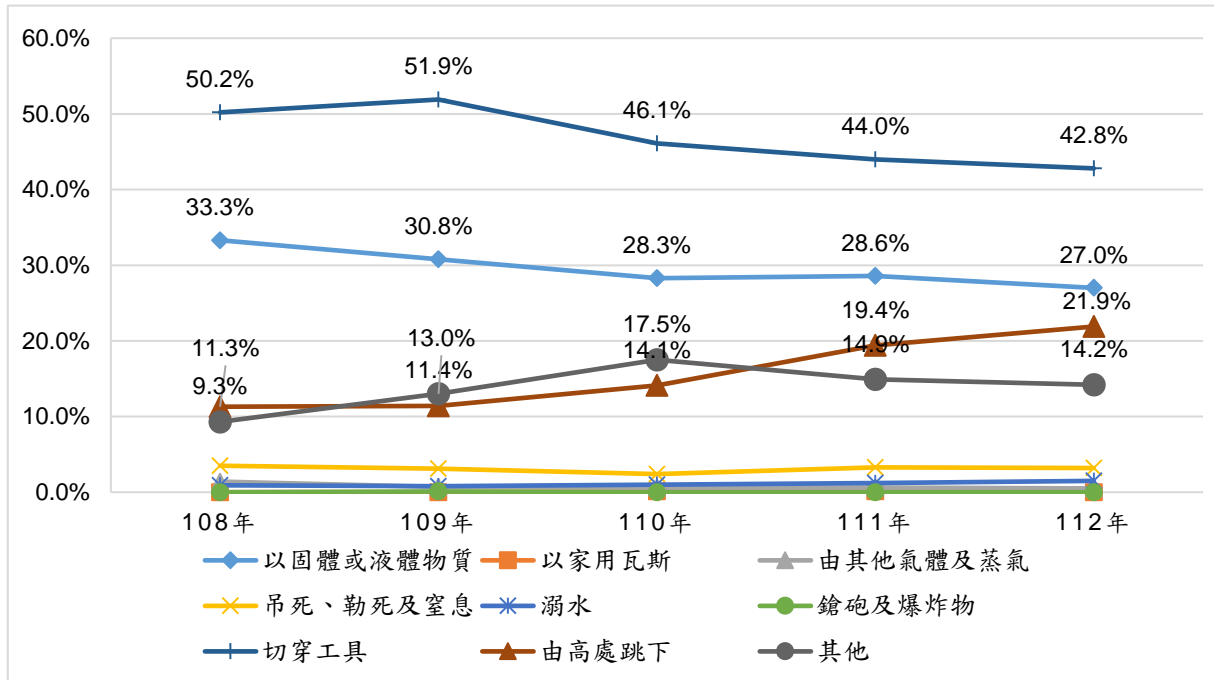


圖 3-4-3、108-112 年未滿 18 歲自殺方式(ICD-9)通報占率趨勢圖

根據下表分析得出自殺企圖與自殺死亡分佈有明顯差異的項目有，性別、部分自殺原因、自殺方式及通報單位，以性別分析，相較於自殺企圖女性占比較高自殺死亡則是接近男女各半，與過去其他年齡層男性占比較高結果不同，可以見得未滿 18 歲的自殺衝動可能兩性較接近，以自殺原因分析，除不詳外原因皆是自殺企圖個案比例較高，有近 40% 左右自殺死亡個案原因是「不詳」，可能多數人皆是自殺死亡後才被通報，以自殺方式分析可以明顯看到自殺死亡者高於自殺企圖者的自殺方式致命性都較高，而差距最大的是「高處跳下自殺及自傷」，以通報單位分析可以看到多數自殺企圖個案為「教育」，而多數自殺死亡個案則是「警消單位」。

表 3-4-1、未滿 18 歲自殺通報企圖與死亡比較

	自殺企圖 n (%)	自殺死亡 n (%)	P-value
總計	16181(100)	225(100)	
性別			
男性	4520(27.9)	104(46.2)	<0.001*
女性	11661(72.1)	121(53.8)	

自殺原因

情感/人際關係

夫妻問題	29(0.2)	2(0.9)	0.01
家庭成員問題	5757(35.6)	35(15.6)	<0.001*
感情因素(如男女朋友)	2453(15.2)	18(8)	<0.001*
喪親、喪偶	119(0.7)	2(0.9)	0.79
長期照顧壓力	6(0)	0(0)	0.77

精神健康/物質濫用

憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	6886(42.6)	54(24)	<0.001*
酒精濫用	12(0.1)	1(0.4)	0.05
藥物濫用	18(0.1)	0(0)	0.62
使用毒品	8(0)	0(0)	0.74
物質濫用(酒、藥、毒品)	77(0.5)	0(0)	0.30

工作/經濟

職場工作壓力	108(0.7)	0(0)	0.22
職場霸凌	2(0)	0(0)	0.87
失業	27(0.2)	0(0)	0.54
債務	50(0.3)	2(0.9)	0.12

生理疾病

慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	94(0.6)	1(0.4)	0.79
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	15(0.1)	0(0)	0.65

校園學生問題

學校適應問題	4008(24.8)	33(14.7)	<0.001*
課業壓力	618(3.8)	4(1.8)	0.11
校園霸凌	87(0.5)	2(0.9)	0.48
同儕相處問題	747(4.6)	2(0.9)	0.01
生涯規劃	254(1.6)	1(0.4)	0.18
其他：(請說明)	157(1)	1(0.4)	0.42

迫害問題

遭受騷擾	86(0.5)	0(0)	0.27
遭受暴力	149(0.9)	0(0)	0.15
遭受詐騙	9(0.1)	0(0)	0.72
遭受霸凌	14(0.1)	0(0)	0.66
不願說明或無法說明			
個案(家屬)不願說明	525(3.2)	8(3.6)	0.79
個案因身體狀況無法說明	144(0.9)	14(6.2)	0.00

不詳	790(4.9)	90(40)	0.00
其他			
兵役因素	6(0)	0(0)	0.77
訴訟問題	50(0.3)	1(0.4)	0.72
其他	1295(8)	12(5.3)	0.14
自殺方法			
以固體或液體物質自殺及自為中毒			
安眠藥鎮靜劑	2848(17.6)	5(2.2)	<0.001*
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	1270(7.8)	1(0.4)	
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	19(0.1)	0(0)	
巴拉刈農藥	1(0)	0(0)	
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)	18(0.1)	0(0)	
化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)	146(0.9)	2(0.9)	
服用或施打毒品過量	8(0)	0(0)	
以家用瓦斯自殺及自為中毒			
家用瓦斯	7(0)	0(0)	
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒			
燒炭	107(0.7)	13(5.8)	
汽車廢氣	1(0)	1(0.4)	
氫氣	1(0)	0(0)	
其他氣體及蒸氣	1(0)	2(0.9)	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷			
上吊、自縊	400(2.5)	46(20.4)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	93(0.6)	2(0.9)	
溺水(淹死)自殺及自傷			
溺水(淹死)、跳水	175(1.1)	6(2.7)	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷			
以槍炮、氣槍及爆炸物	3(0)	1(0.4)	
切穿工具自殺及自傷			
割腕	5380(33.2)	3(1.3)	
其他部位之切穿工具	749(4.6)	1(0.4)	
由高處跳下自殺及自傷			
高處跳下	2762(17.1)	131(58.2)	
其他及未明示之方式自殺及自傷			
自焚	7(0)	0(0)	

臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	18(0.1)	3(1.3)	
撞擊(如：撞牆、撞車等)	507(3.1)	1(0.4)	
除了上列方式之外之自殺方式	1660(10.3)	7(3.1)	
與人同住			
是	9791(60.5)	136(60.4)	0.13
否	2078(12.8)	38(16.9)	
不詳	4312(26.6)	51(22.7)	
通報單位			
司法機關	27(0.2)	0(0)	<0.001*
民政	2(0)	2(0.9)	
其他	273(1.7)	5(2.2)	
社政	590(3.6)	1(0.4)	
教育	7148(44.2)	45(20)	
衛生局所	683(4.2)	13(5.8)	
醫療院所	6616(40.9)	102(45.3)	
警消單位	842(5.2)	57(25.3)	
通報縣市			
新北市	4390(27.1)	53(23.6)	0.23
臺北市	1334(8.2)	20(8.9)	
桃園市	1371(8.5)	28(12.4)	
臺中市	1441(8.9)	26(11.6)	
臺南市	807(5)	9(4)	
高雄市	1702(10.5)	23(10.2)	
宜蘭縣	332(2.1)	6(2.7)	
新竹縣	285(1.8)	7(3.1)	
苗栗縣	491(3)	2(0.9)	
彰化縣	867(5.4)	14(6.2)	
南投縣	402(2.5)	3(1.3)	
雲林縣	497(3.1)	4(1.8)	
嘉義縣	316(2)	2(0.9)	
屏東縣	441(2.7)	7(3.1)	
臺東縣	235(1.5)	2(0.9)	
花蓮縣	478(3)	2(0.9)	
澎湖縣	39(0.2)	1(0.4)	
基隆市	226(1.4)	4(1.8)	
新竹市	282(1.7)	6(2.7)	
嘉義市	198(1.2)	5(2.2)	
金門縣	37(0.2)	1(0.4)	

連江縣	10(0.1)	0(0)	
註記			
精照列管	695(4.3)	7(3.1)	0.38
家暴加害人	1083(6.7)	5(2.2)	0.01
家暴被害人	943(5.8)	13(5.8)	0.97
兒少加害人	754(4.7)	5(2.2)	0.08
兒少被害人	5034(31.1)	75(33.3)	0.47
性侵加害人	64(0.4)	0(0)	0.34
毒藥品列管	21(0.1)	0(0)	0.59
中低收入戶	2132(18.9)	15(11.1)	0.02
身心障礙	814(7.2)	7(5.2)	0.37

2. 15 至 30 歲自殺個案分析

15 至 30 歲近 5 年通報人次皆在上升，女性通報明顯高於男性，且差距有逐漸拉大趨勢。

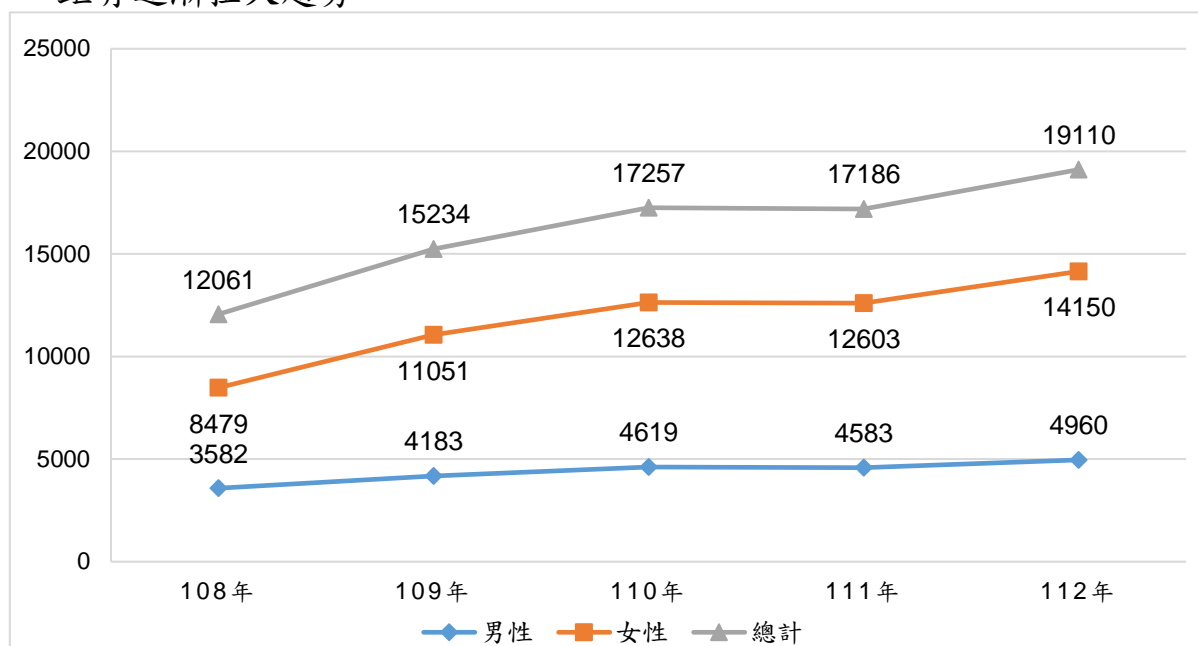


圖 3-4-4、108-112 年 15-30 歲通報人次趨勢圖

以自殺原因 5 年趨勢圖分析，前三高皆是「精神健康/物質濫用」、「情感/人際關係」及「校園學生問題」，但第三與第四的「工作/經濟」相去不遠。

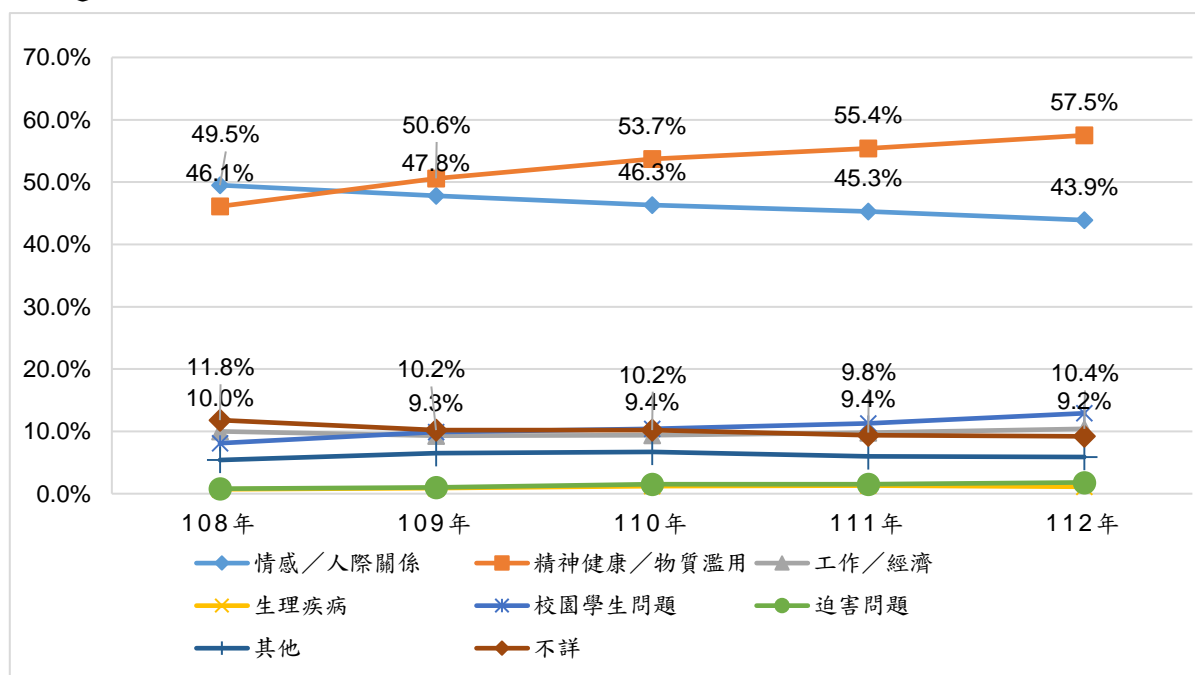


圖 3-4-5、108-112 年 15-30 歲自殺原因通報占率趨勢圖

以自殺方式 5 年趨勢圖分析，去除「其他」後前三高皆是「切穿工具自殺及自傷」、「以固體或液體自殺及自為中毒」及「高處跳下自殺及自傷」，須特別注意「高處跳下自殺及自傷」5 年皆呈上升狀態。

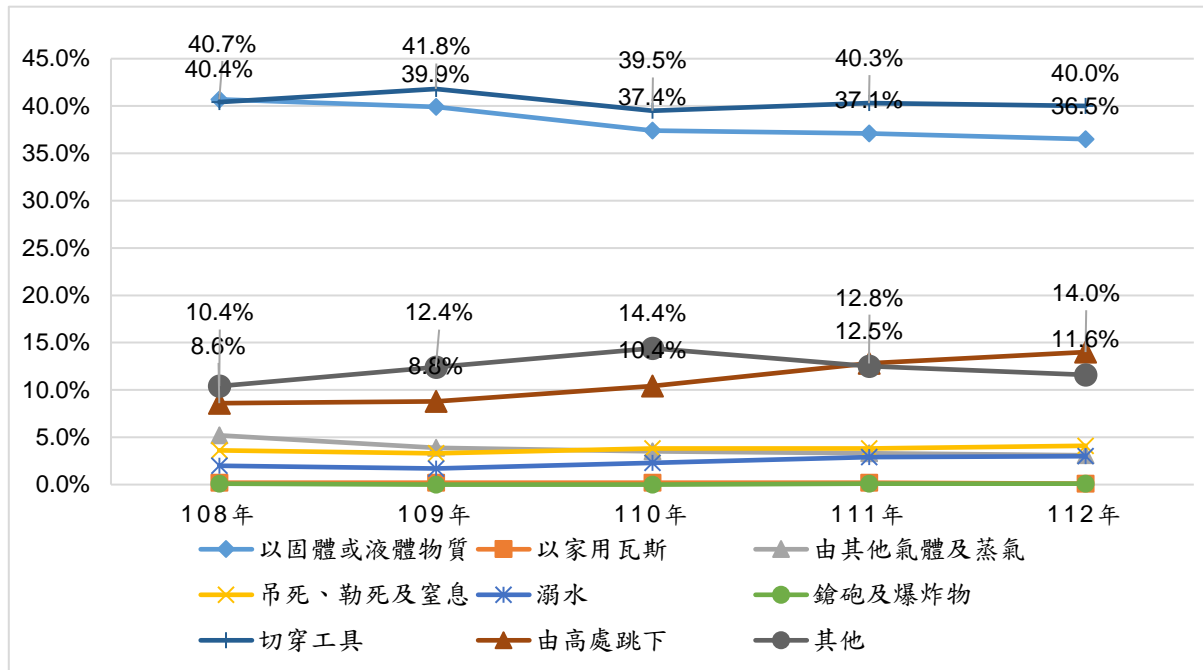


圖 3-4-6、108-112 年 15-30 歲通報自殺方式(ICD-9)占率趨勢圖

根據下表分析得出自殺企圖與自殺死亡分佈有明顯差異的項目有，性別、部分自殺原因、自殺方式、通報單位及部分註記，以性別分析，相較於自殺企圖女性占比較高自殺死亡則是男性高於女性，以自殺原因分析，除不詳外原因多是自己企圖個案比例較高，扣除「不詳」，自殺死亡較高的有「債務」及「慢性化的疾病問題」，以自殺方式分析可以明顯看到自殺死亡者高於自殺企圖者的自殺方式致命性都較高，而差距較大的是「高處跳下自殺及自傷」及「上吊、自縊」，以通報縣市分析自殺死亡占比高於自殺企圖的縣市有「宜蘭縣」、「金門縣」、「屏東縣」、「雲林縣」、「新竹市」、「新竹縣」、「嘉義市」、「彰化縣」、「台中市」及「台南市」，雖占比差異皆不高但其中不乏有離島也有六都，以通報單位分析可以看到多數自殺企圖個案為「醫療院所」，而多數自殺死亡個案則是「警消單位」，以註記分析雖有差異但多數是自殺企圖占比高過自殺死亡除「毒藥品列管」是自殺死亡較高。

表 3-4-2、15-30 歲自殺通報企圖與死亡比較

	自殺企圖 n (%)	自殺死亡 n (%)	P-value
總計	78961(100)	1906(100)	

性別			
男性	20777(26.3)	1150(60.3)	<0.001*
女性	58165(73.7)	756(39.7)	
自殺原因			
情感/人際關係			
夫妻問題	4069(5.2)	52(2.7)	<0.001*
家庭成員問題	15877(20.1)	123(6.5)	<0.001*
感情因素(如男女朋友)	19318(24.5)	300(15.7)	<0.001*
喪親、喪偶	615(0.8)	7(0.4)	0.04
長期照顧壓力	83(0.1)	2(0.1)	1.00
精神健康/物質濫用			
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神			
疾病	41453(52.5)	672(35.3)	<0.001*
酒精濫用	296(0.4)	4(0.2)	0.24
藥物濫用	165(0.2)	3(0.2)	0.63
使用毒品	83(0.1)	4(0.2)	0.17
物質濫用(酒、藥、毒品)	1824(2.3)	19(1)	<0.001*
工作/經濟			
職場工作壓力	4726(6)	78(4.1)	<0.001*
職場霸凌	47(0.1)	1(0.1)	0.90
失業	1528(1.9)	36(1.9)	0.88
債務	1813(2.3)	133(7)	<0.001*
生理疾病			
慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	646(0.8)	41(2.2)	<0.001*
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	169(0.2)	5(0.3)	0.65
校園學生問題			
學校適應問題	6547(8.3)	56(2.9)	<0.001*
課業壓力	1054(1.3)	12(0.6)	0.01
校園霸凌	114(0.1)	1(0.1)	0.29
同儕相處問題	664(0.8)	4(0.2)	<0.001*
生涯規劃	911(1.2)	12(0.6)	0.03
其他：(請說明)	119(0.2)	1(0.1)	0.27
迫害問題			
遭受騷擾	429(0.5)	2(0.1)	0.01
遭受暴力	500(0.6)	0(0)	<0.001*
遭受詐騙	176(0.2)	7(0.4)	0.19
遭受霸凌	41(0.1)	0(0)	0.32

不願說明或無法說明

個案(家屬)不願說明	2799(3.5)	33(1.7)	<0.001*
個案因身體狀況無法說明	939(1.2)	89(4.7)	<0.001*
不詳	3951(5)	665(34.9)	<0.001*

其他

兵役因素	117(0.1)	7(0.4)	0.02
訴訟問題	430(0.5)	11(0.6)	0.85
其他	4350(5.5)	63(3.3)	<0.001*

自殺方法**以固體或液體物質自殺及自為中毒**

安眠藥鎮靜劑	22620(28.6)	44(2.3)	<0.001*
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	5052(6.4)	11(0.6)	
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	302(0.4)	2(0.1)	
巴拉刈農藥	21(0)	0(0)	
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)	172(0.2)	0(0)	
化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)	847(1.1)	10(0.5)	
服用或施打毒品過量	92(0.1)	3(0.2)	

以家用瓦斯自殺及自為中毒

家用瓦斯	135(0.2)	3(0.2)	
------	----------	--------	--

由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

燒炭	2368(3)	418(21.9)	
汽車廢氣	40(0.1)	7(0.4)	
氫氣	8(0)	2(0.1)	
其他氣體及蒸氣	29(0)	3(0.2)	

吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

上吊、自縊	2157(2.7)	502(26.3)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	317(0.4)	33(1.7)	

溺水(淹死)自殺及自傷

溺水(淹死)、跳水	1668(2.1)	106(5.6)	
-----------	-----------	----------	--

鎗砲及爆炸物自殺及自傷

以鎗砲、氣鎗及爆炸物	30(0)	18(0.9)	
------------	-------	---------	--

切穿工具自殺及自傷

割腕	23149(29.3)	22(1.2)	
其他部位之切穿工具	3155(4)	19(1)	

由高處跳下自殺及自傷

高處跳下	8229(10.4)	641(33.6)	
其他及未明示之方式自殺及自傷			
自焚	89(0.1)	12(0.6)	
臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	130(0.2)	14(0.7)	
撞擊(如：撞牆、撞車等)	2718(3.4)	1(0.1)	
除了上列方式之外之自殺方式	5633(7.1)	35(1.8)	
與人同住			
是	38709(49)	726(38.1)	<0.001*
否	21341(27)	389(20.4)	
不詳	18911(23.9)	791(41.5)	
通報單位			
司法機關	132(0.2)	15(0.8)	<0.001*
民政	11(0)	6(0.3)	
其他	2907(3.7)	92(4.8)	
社政	1917(2.4)	15(0.8)	
教育	8507(10.8)	116(6.1)	
勞政	2(0)	0(0)	
衛生局所	1760(2.2)	154(8.1)	
醫療院所	54952(69.6)	705(37)	
警消單位	8772(11.1)	803(42.1)	
通報縣市			
宜蘭縣	1420(1.8)	37(1.9)	<0.001*
花蓮縣	2160(2.7)	14(0.7)	
金門縣	174(0.2)	7(0.4)	
南投縣	1439(1.8)	34(1.8)	
屏東縣	2173(2.8)	65(3.4)	
苗栗縣	1708(2.2)	35(1.8)	
桃園市	7776(9.8)	185(9.7)	
高雄市	9193(11.6)	222(11.6)	
基隆市	1015(1.3)	25(1.3)	
連江縣	34(0)	1(0.1)	
雲林縣	1819(2.3)	56(2.9)	
新北市	17107(21.7)	402(21.1)	
新竹市	1600(2)	52(2.7)	
新竹縣	1703(2.2)	55(2.9)	
嘉義市	902(1.1)	29(1.5)	
嘉義縣	1490(1.9)	27(1.4)	
彰化縣	3400(4.3)	104(5.5)	

臺中市	9659(12.2)	236(12.4)
臺北市	7962(10.1)	160(8.4)
臺東縣	848(1.1)	13(0.7)
臺南市	5142(6.5)	142(7.5)
澎湖縣	237(0.3)	5(0.3)

註記

精照列管	12180(15.4)	199(10.4)	<0.001*
家暴加害人	11296(14.3)	186(9.8)	<0.001*
家暴被害人	15961(20.2)	192(10.1)	<0.001*
兒少加害人	2747(3.5)	30(1.6)	<0.001*
兒少被害人	8917(11.3)	82(4.3)	<0.001*
性侵加害人	440(0.6)	12(0.6)	0.68
替代治療	38(0)	2(0.1)	0.27
毒藥品列管	3164(4)	98(5.1)	0.01
中低收入戶	6920(13.2)	103(8.4)	<0.001*
身心障礙	6748(12.9)	108(8.8)	<0.001*

3. 65 歲以上個案分析

65 歲以上自殺通報 5 年皆在上升，雖都是女性高過男性，但相較於其他年齡層差距較不明顯。

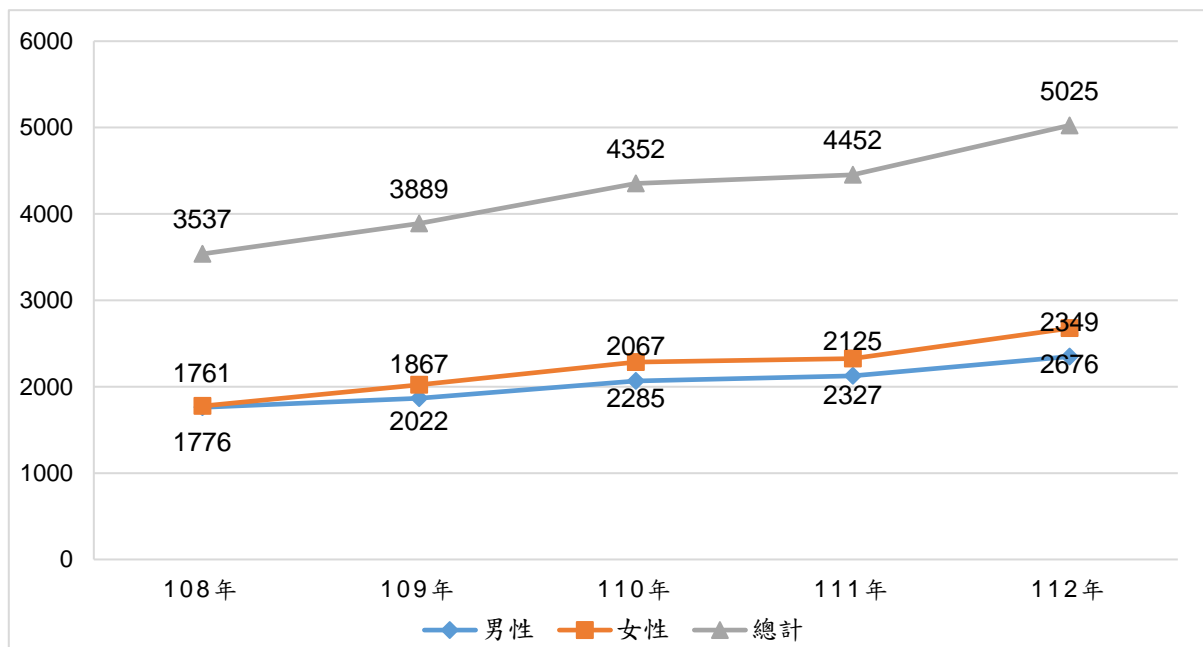


圖 3-4-7、108-112 年 65 歲以上通報人次趨勢圖

以自殺原因 5 年趨勢圖分析，前三高皆是「精神健康/物質濫用」、「生理疾病」及「情感/人際關係」。

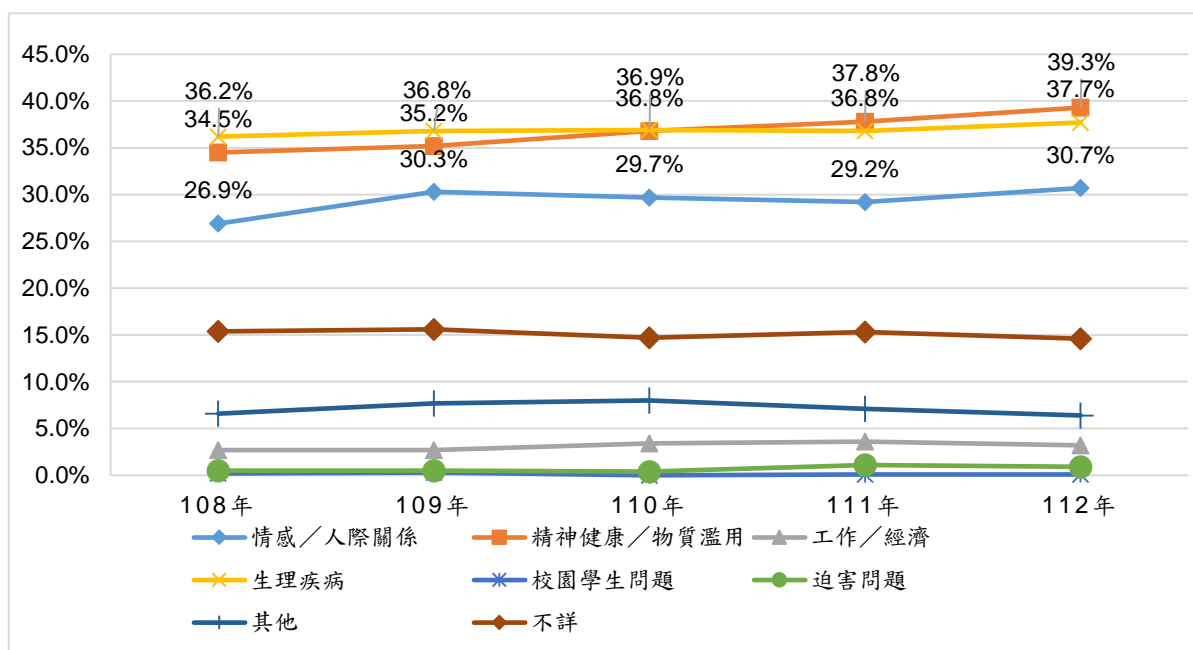


圖 3-4-8、108-112 年 65 歲以上通報自殺原因占率趨勢圖

以自殺方式 5 年趨勢圖分析，去除「其他」後前三高皆是「以固體或液體自殺及自為中毒」、「切穿工具自殺及自傷」及「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」，雖然「以固體或液體自殺及自為中毒」已逐年下降至 112 年低於 50%，但須特別注意「高處跳下自殺及自傷」5 年皆呈上升狀態，且逼近第三高的位置。

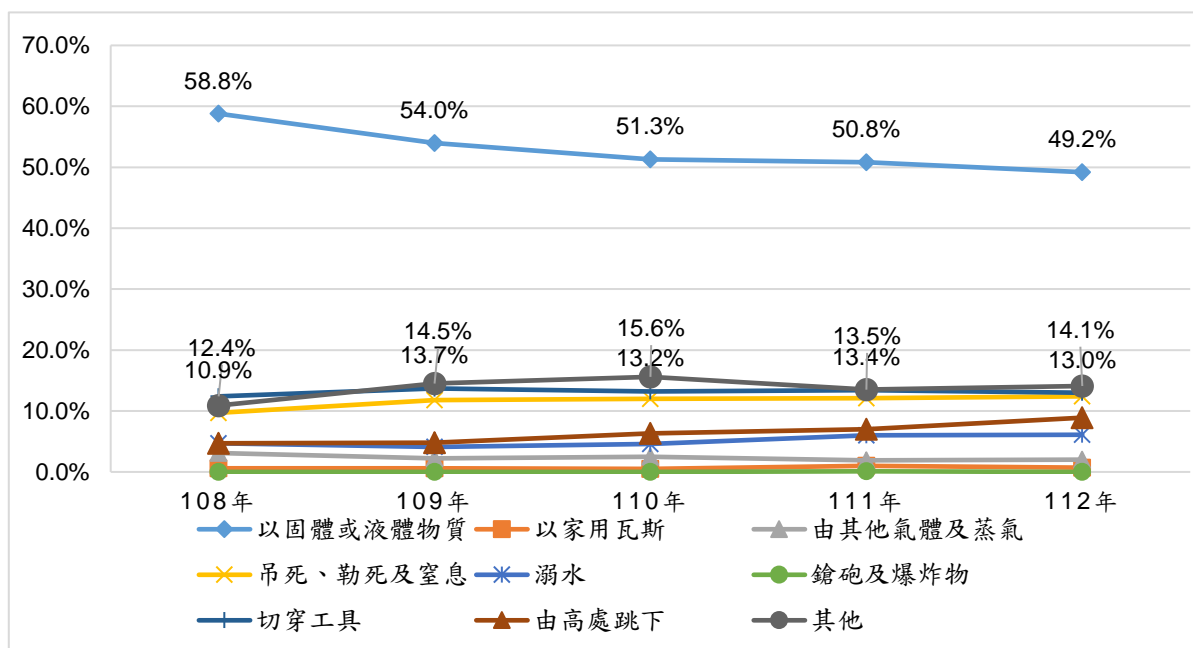


圖 3-4-9、108-112 年 65 歲以上自殺方式(ICD-9)通報占率趨勢圖

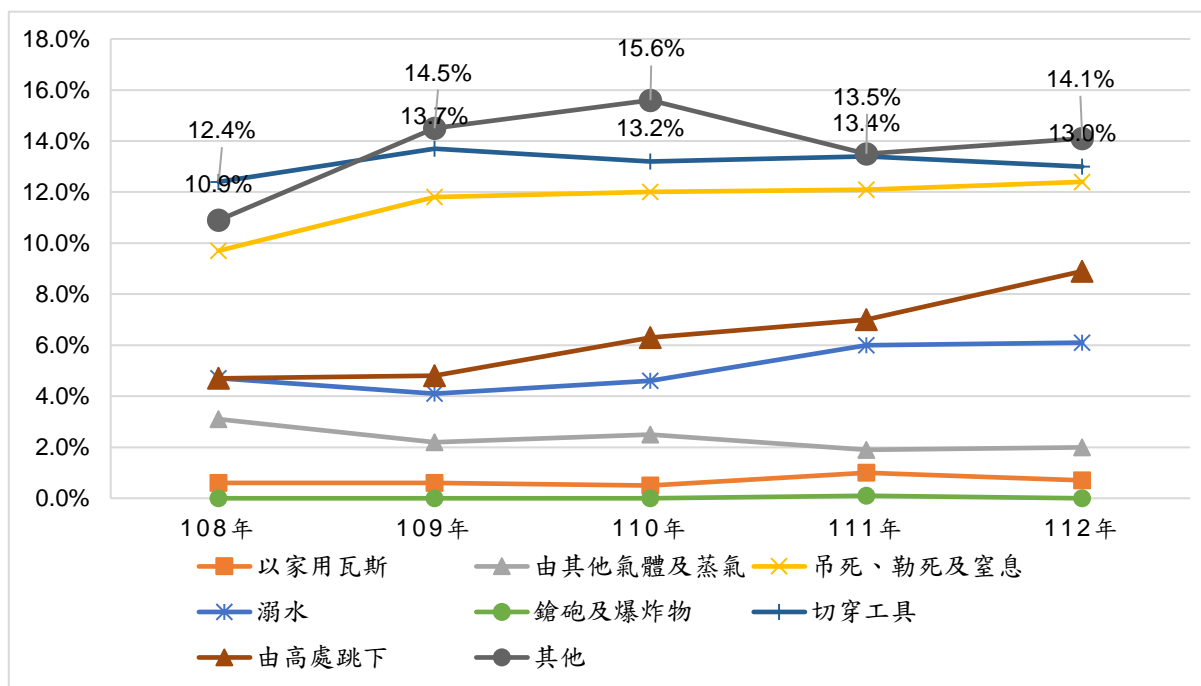


圖 3-4-10、108-112 年 65 歲以上自殺方式(ICD-9)通報占率趨勢圖
(去除占比最高項)

根據下表分析得出自殺企圖與自殺死亡分佈有明顯差異的項目有，性別、部分自殺原因、自殺方式、與人同住、通報單位及部分註記，以性別分析，相較於自殺企圖女性占比較高自殺死亡則是男性高於女性，以自殺原因分析，除「不詳」外多是自殺企圖占比較高，值得注意的是「慢性化的疾病問題」是自殺死亡占比較高，但兩者都超過三成，代表多數自殺或自傷的長者都有慢性疾病的困擾，以自殺方式分析可以明顯看到自殺死亡者高於自殺企圖者的自殺方式致命性都較高，而差距最大的是「上吊、自縊」且占比趨近四成，以通報單位分析可以看到多數自殺企圖個案為「醫療院所」，而多數自殺死亡個案則是「警消單位」，以通報縣市分析自殺死亡占比高於自殺企圖的有「宜蘭縣」、「金門縣」、「南投縣」、「高雄市」、「基隆市」、「雲林縣」、「新北市」、「新竹縣」、「嘉義市」、「嘉義縣」及「臺南市」，以註記分析占比都是自殺企圖高於自殺死亡，須注意的是「身心障礙」自殺企圖為三成左右，自殺死亡的有兩成左右，相較於其他註記都高上許多。

表 3-4-3、65 歲以上自殺通報企圖與死亡比較

	自殺企圖 n (%)	自殺死亡 n (%)	P-value
總計	15908(100)	3013(100)	
性別			

男性	7193(45.2)	1899(63)	<0.001*
女性	8715(54.8)	1114(37)	
自殺原因			
情感/人際關係			
夫妻問題	1464(9.2)	66(2.2)	<0.001*
家庭成員問題	3290(20.7)	166(5.5)	<0.001*
感情因素(如男女朋友)	227(1.4)	11(0.4)	<0.001*
喪親、喪偶	522(3.3)	46(1.5)	<0.001*
長期照顧壓力	105(0.7)	18(0.6)	0.69
精神健康/物質濫用			
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神			
疾病	5848(36.8)	795(26.4)	<0.001
酒精濫用	68(0.4)	5(0.2)	0.03
藥物濫用	27(0.2)	3(0.1)	0.37
使用毒品	1(0)	0(0)	0.66
物質濫用(酒、藥、毒品)	230(1.4)	18(0.6)	<0.001*
工作/經濟			
職場工作壓力	81(0.5)	10(0.3)	0.20
職場霸凌	1(0)	0(0)	0.66
失業	134(0.8)	15(0.5)	0.05
債務	308(1.9)	73(2.4)	0.08
生理疾病			
慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	5379(33.8)	1149(38.1)	<0.001*
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	603(3.8)	96(3.2)	0.11
校園學生問題			
學校適應問題	16(0.1)	0(0)	0.08
課業壓力	1(0)	0(0)	0.66
校園霸凌	0(0)	0(0)	
同儕相處問題	2(0)	0(0)	0.54
生涯規劃	3(0)	0(0)	0.45
其他：(請說明)	10(0.1)	1(0)	0.54
迫害問題			
遭受騷擾	28(0.2)	0(0)	0.02
遭受暴力	60(0.4)	1(0)	<0.001
遭受詐騙	44(0.3)	1(0)	0.01
遭受霸凌	6(0)	0(0)	0.29
不願說明或無法說明			

個案(家屬)不願說明	374(2.4)	55(1.8)	0.08
個案因身體狀況無法說明	541(3.4)	140(4.6)	<0.001
不詳	1149(7.2)	900(29.9)	<0.001
其他			
兵役因素	0(0)	0(0)	
訴訟問題	64(0.4)	12(0.4)	0.97
其他	1158(7.3)	98(3.3)	<0.001
自殺方法			
以固體或液體物質自殺及自為中毒			
安眠藥鎮靜劑	4673(29.4)	47(1.6)	<0.001*
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	740(4.7)	20(0.7)	
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	1853(11.6)	277(9.2)	
巴拉刈農藥	154(1)	60(2)	
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等)	257(1.6)	6(0.2)	
化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)	1333(8.4)	102(3.4)	
服用或施打毒品過量	0(0)	0(0)	
以家用瓦斯自殺及自為中毒			
家用瓦斯	107(0.7)	2(0.1)	
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒			
燒炭	257(1.6)	139(4.6)	
汽車廢氣	3(0)	3(0.1)	
氯氣	0(0)	0(0)	
其他氣體及蒸氣	8(0.1)	3(0.1)	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷			
上吊、自縊	917(5.8)	1177(39.1)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	151(0.9)	66(2.2)	
溺水(淹死)自殺及自傷			
溺水(淹死)、跳水	555(3.5)	387(12.8)	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷			
以鎗砲、氣鎗及爆炸物	3(0)	4(0.1)	
切穿工具自殺及自傷			
割腕	1184(7.4)	55(1.8)	
其他部位之切穿工具	771(4.8)	40(1.3)	
由高處跳下自殺及自傷			
高處跳下	769(4.8)	477(15.8)	

其他及未明示之方式自殺及自傷

自焚	61(0.4)	31(1)
臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	15(0.1)	9(0.3)
撞擊(如：撞牆、撞車等)	591(3.7)	2(0.1)
除了上列方式之外之自殺方式	1506(9.5)	106(3.5)

與人同住

是	9281(58.3)	1247(41.4)	<0.001*
否	4058(25.5)	624(20.7)	
不詳	2569(16.1)	1142(37.9)	

通報單位

司法機關	9(0.1)	53(1.8)	<0.001*
民政	23(0.1)	25(0.8)	
其他	986(6.2)	208(6.9)	
社政	557(3.5)	13(0.4)	
教育	79(0.5)	2(0.1)	
衛生局所	464(2.9)	301(10)	
醫療院所	12087(76)	1049(34.8)	
警消單位	1703(10.7)	1362(45.2)	

通報縣市

宜蘭縣	423(2.7)	107(3.6)	<0.001*
花蓮縣	319(2)	18(0.6)	
金門縣	18(0.1)	7(0.2)	
南投縣	522(3.3)	120(4)	
屏東縣	690(4.3)	111(3.7)	
苗栗縣	467(2.9)	52(1.7)	
桃園市	1261(7.9)	180(6)	
高雄市	1843(11.6)	358(11.9)	
基隆市	315(2)	66(2.2)	
連江縣	3(0)	1(0)	
雲林縣	577(3.6)	125(4.1)	
新北市	2936(18.5)	580(19.2)	
新竹市	251(1.6)	47(1.6)	
新竹縣	273(1.7)	53(1.8)	
嘉義市	159(1)	35(1.2)	
嘉義縣	473(3)	130(4.3)	
彰化縣	938(5.9)	153(5.1)	
臺中市	1641(10.3)	268(8.9)	
臺北市	1321(8.3)	249(8.3)	

臺東縣	187(1.2)	21(0.7)	
臺南市	1225(7.7)	327(10.9)	
澎湖縣	66(0.4)	5(0.2)	
註記			
精照列管	1269(8)	115(3.8)	<0.001*
家暴加害人	1160(7.3)	131(4.3)	<0.001*
家暴被害人	1573(9.9)	117(3.9)	<0.001*
兒少加害人	78(0.5)	5(0.2)	0.01
兒少被害人	3(0)	0(0)	0.45
性侵加害人	7(0)	1(0)	0.79
替代治療	27(0.2)	3(0.1)	0.37
毒藥品列管	64(0.4)	9(0.3)	0.40
中低收入戶	491(4.7)	54(2.7)	<0.001*
身心障礙	3300(31.7)	423(21)	<0.001*

因 65 歲以上自殺原因「生理疾病」占比多為前二，進而串聯 108-111 年 65 歲以上自殺死亡檔與健保檔分析個案生前一年就診科別及疾病，可以觀察到 108-111 年長者自殺死亡個案生前一年看診疾病男性與女性排序前五皆為「循環系統疾病」、「症狀、徵候及診斷欠明之病態」、「消化系統疾病」、「肌肉骨骼系統及結締組織疾病」及「呼吸系統疾病」，且占比皆超過 6 成，值得注意的是多數疾病都是女性占比高於男性，只有「泌尿生殖器官之疾病」及「腫瘤」是男性高於女性。

以門診科別分析男性與女性排序前三皆為「內科」、「家醫」及「急診醫學科」，其中「內科」更是超過 8 成，這對應到疾病的分析結果，須注意的是「精神科」女性明顯高於男性，而「泌尿科」則是男性高於女性。

從歷年資料分析並無疾病或是科別有特別的趨勢變化。

表 3-4-4、108-111 年 65 歲以上自殺死亡者生前一年就診住院疾病及科別性別分析
(疾病僅列出占率超過 10%)

	男性 n (%)	女性 n (%)	總計 n (%)
自殺死亡人數	2648(100)	1496(100)	4144(100)
疾病			
循環系統疾病	1971(74.43)	1115(74.53)	3086(74.47)
症狀、徵候及診斷欠明之病態	1911(72.17)	1151(76.94)	3062(73.89)
消化系統疾病	1811(68.39)	1131(75.6)	2942(70.99)
肌肉骨骼系統及結締組織疾病	1672(63.14)	1127(75.33)	2799(67.54)
呼吸系統疾病	1715(64.77)	949(63.44)	2664(64.29)

內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	1407(53.13)	887(59.29)	2294(55.36)
泌尿生殖器官之疾病	1513(57.14)	750(50.13)	2263(54.61)
精神疾患	1257(47.47)	977(65.31)	2234(53.91)
神經系統疾病	1266(47.81)	868(58.02)	2134(51.5)
眼睛及其附屬器官的疾病	1182(44.64)	832(55.61)	2014(48.6)
皮膚及皮下組織疾病	1179(44.52)	646(43.18)	1825(44.04)
傳染病與寄生蟲病及其之後期影響	897(33.87)	523(34.96)	1420(34.27)
情感性疾病	562(21.22)	558(37.3)	1120(27.03)
腫瘤	712(26.89)	345(23.06)	1057(25.51)
憂鬱症	528(19.94)	527(35.23)	1055(25.46)
耳及乳突之疾患	595(22.47)	430(28.74)	1025(24.73)
科別			
內科	2237(84.48)	1268(84.76)	3505(84.58)
家醫	1785(67.41)	1071(71.59)	2856(68.92)
急診醫學科	1458(55.06)	843(56.35)	2301(55.53)
眼科	1163(43.92)	815(54.48)	1978(47.73)
骨科	907(34.25)	746(49.87)	1653(39.89)
外科	1030(38.9)	602(40.24)	1632(39.38)
耳鼻喉科	976(36.86)	574(38.37)	1550(37.4)
神經科	888(33.53)	582(38.9)	1470(35.47)
精神科	719(27.15)	642(42.91)	1361(32.84)
泌尿科	857(32.36)	247(16.51)	1104(26.64)
皮膚科	689(26.02)	364(24.33)	1053(25.41)
復健科	407(15.37)	306(20.45)	713(17.21)
神經外科	308(11.63)	232(15.51)	540(13.03)
小兒科	307(11.59)	221(14.77)	528(12.74)
婦產科	43(1.62)	282(18.85)	325(7.84)
放射線科	147(5.55)	80(5.35)	227(5.48)
整形外科	99(3.74)	40(2.67)	139(3.35)
洗腎科	93(3.51)	39(2.61)	132(3.19)
病理科	47(1.77)	59(3.94)	106(2.56)
麻醉科	13(0.49)	8(0.53)	21(0.51)
核醫科	6(0.23)	5(0.33)	11(0.27)
結核科	4(0.15)	1(0.07)	5(0.12)
牙科	2(0.08)	2(0.13)	4(0.1)
職業醫學	0(0)	1(0.07)	1(0.02)

表 3-4-5、108-111 年 65 歲以上自殺死亡者生前一年就診住院疾病及科別逐年分析
(疾病僅列出占率超過 10%)

	108 年 n (%)	109 年 n (%)	110 年 n (%)	111 年 n (%)
自殺死亡人數	956(100)	985(100)	1065(100)	1138(100)
疾病				
循環系統疾病	712(74.48)	728(73.91)	803(75.4)	843(74.08)
症狀、徵候及診斷欠明之病態	711(74.37)	720(73.1)	782(73.43)	849(74.6)
消化系統疾病	693(72.49)	687(69.75)	754(70.8)	808(71)
肌肉骨骼系統及結締組織疾病	640(66.95)	662(67.21)	711(66.76)	786(69.07)
呼吸系統疾病	659(68.93)	679(68.93)	647(60.75)	679(59.67)
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	522(54.6)	535(54.31)	617(57.93)	620(54.48)
泌尿生殖器官之疾病	524(54.81)	570(57.87)	557(52.3)	612(53.78)
精神疾患	517(54.08)	512(51.98)	581(54.55)	624(54.83)
神經系統疾病	521(54.5)	486(49.34)	548(51.46)	579(50.88)
眼睛及其附屬器官的疾病	484(50.63)	483(49.04)	488(45.82)	559(49.12)
皮膚及皮下組織疾病	434(45.4)	433(43.96)	448(42.07)	510(44.82)
傳染病與寄生蟲病及其之後期影響	324(33.89)	342(34.72)	373(35.02)	381(33.48)
情感性疾病	266(27.82)	266(27.01)	290(27.23)	298(26.19)
腫瘤	228(23.85)	251(25.48)	276(25.92)	302(26.54)
憂鬱症	249(26.05)	248(25.18)	275(25.82)	283(24.87)
耳及乳突之疾患	269(28.14)	235(23.86)	265(24.88)	256(22.5)
科別				
內科	801(83.79)	814(82.64)	905(84.98)	985(86.56)
家醫	664(69.46)	657(66.7)	725(68.08)	810(71.18)
急診醫學科	521(54.5)	539(54.72)	593(55.68)	648(56.94)
眼科	474(49.58)	472(47.92)	483(45.35)	549(48.24)
骨科	387(40.48)	387(39.29)	407(38.22)	472(41.48)
外科	385(40.27)	366(37.16)	418(39.25)	463(40.69)
耳鼻喉科	365(38.18)	376(38.17)	390(36.62)	419(36.82)
神經科	349(36.51)	351(35.63)	358(33.62)	412(36.2)
精神科	308(32.22)	313(31.78)	359(33.71)	381(33.48)
泌尿科	250(26.15)	270(27.41)	285(26.76)	299(26.27)
皮膚科	254(26.57)	246(24.97)	268(25.16)	285(25.04)
復健科	168(17.57)	169(17.16)	202(18.97)	174(15.29)
神經外科	120(12.55)	137(13.91)	136(12.77)	147(12.92)
小兒科	113(11.82)	122(12.39)	123(11.55)	170(14.94)

婦產科	82(8.58)	72(7.31)	74(6.95)	97(8.52)
放射線科	50(5.23)	60(6.09)	51(4.79)	66(5.8)
整形外科	34(3.56)	31(3.15)	34(3.19)	40(3.51)
洗腎科	33(3.45)	30(3.05)	33(3.1)	36(3.16)
病理科	25(2.62)	25(2.54)	19(1.78)	37(3.25)
麻醉科	5(0.52)	3(0.3)	7(0.66)	6(0.53)
核醫科	2(0.21)	2(0.2)	3(0.28)	4(0.35)
結核科	3(0.31)	1(0.1)	1(0.09)	0(0)
牙科	1(0.1)	0(0)	2(0.19)	1(0.09)
職業醫學	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.09)

4. 農民及榮民分析

1. 107-112 年農民自殺死亡數據

- (1) 全國 107-112 年農民自殺死亡共 2450 人。男性農民自殺死亡 1572 人、女性農民自殺死亡 878 人，性別比例為 1.79。
- (2) 各年齡層農民自殺死亡以 10 齡組分析，由高至低依序為「75 歲以上」(45.8%)、「65-74 歲」(19.6%)、「55-64 歲」(14.9%)、「45-54 歲」(9.2%)、「35-44 歲」(4.2%)、「15-24 歲」(3.10%)、「25-34 歲」(3.06%)、「0-14 歲」(0.1%)。
- (3) 各年齡層以 5 齡組分析，前三高分別為「80-84 歲」(15.8%)、「85 歲以上」(15.2%)、「75-79 歲」(14.9%)。
- (4) 自殺死亡方式由高至低依序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39.3%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(36.3%)、「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(7.8%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(6.9%)、「由高處跳下自殺及自傷」(5.8%)、「切穿工具自殺及自傷」(2.0%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(1.6%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(0.4%)。
- (5) 各縣市農民自殺死亡較多者為「臺南市」(13.0%)、「彰化縣」(11.3%)、「雲林縣」(10.1%)、「屏東縣」(9.1%)、「嘉義縣」(9.1%)。

性別與年齡層相比 112 年整體自殺數據並無太大差異，自殺方式 112 年整體是以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」為最高，但農民是以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」為最高，可能與農民較易取得化學物品有關，以縣市分析前五高的縣市中「雲林縣」及「屏東縣」是較為人所知的農業大縣，可能與排名有關聯。

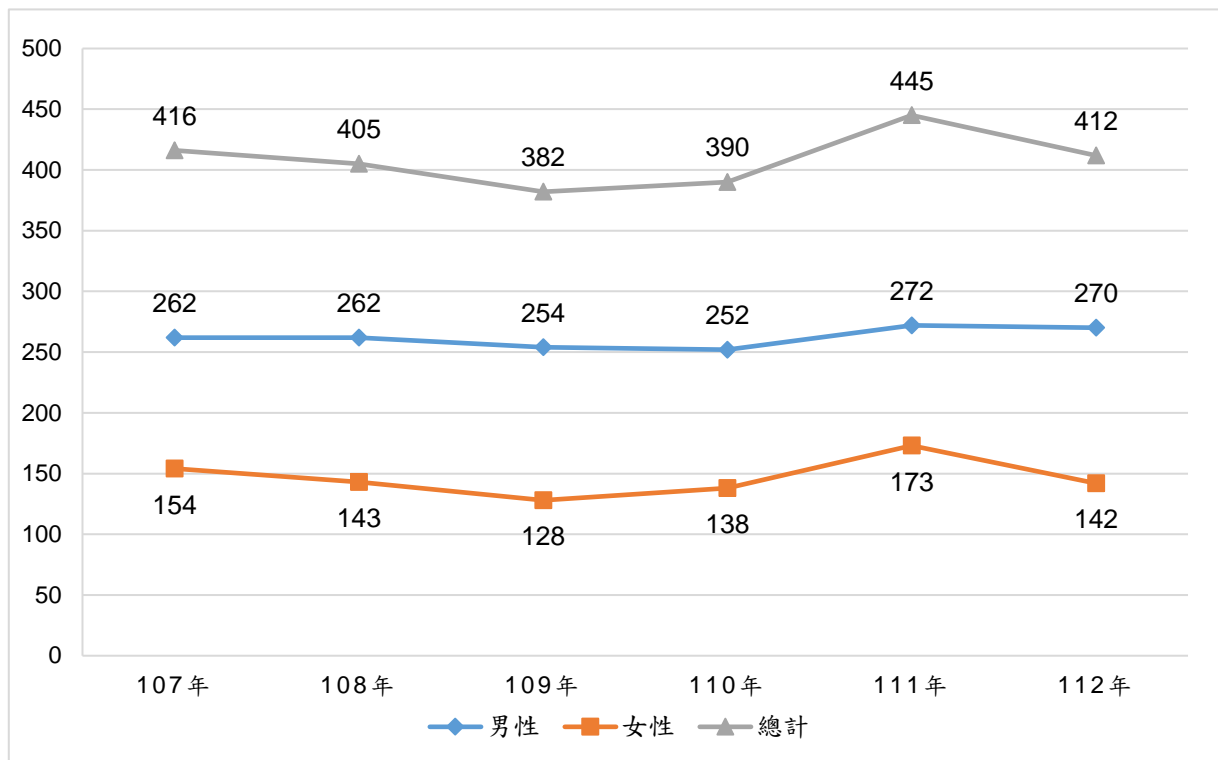


圖 3-4-11、性別每年農民自殺死亡人數趨勢圖

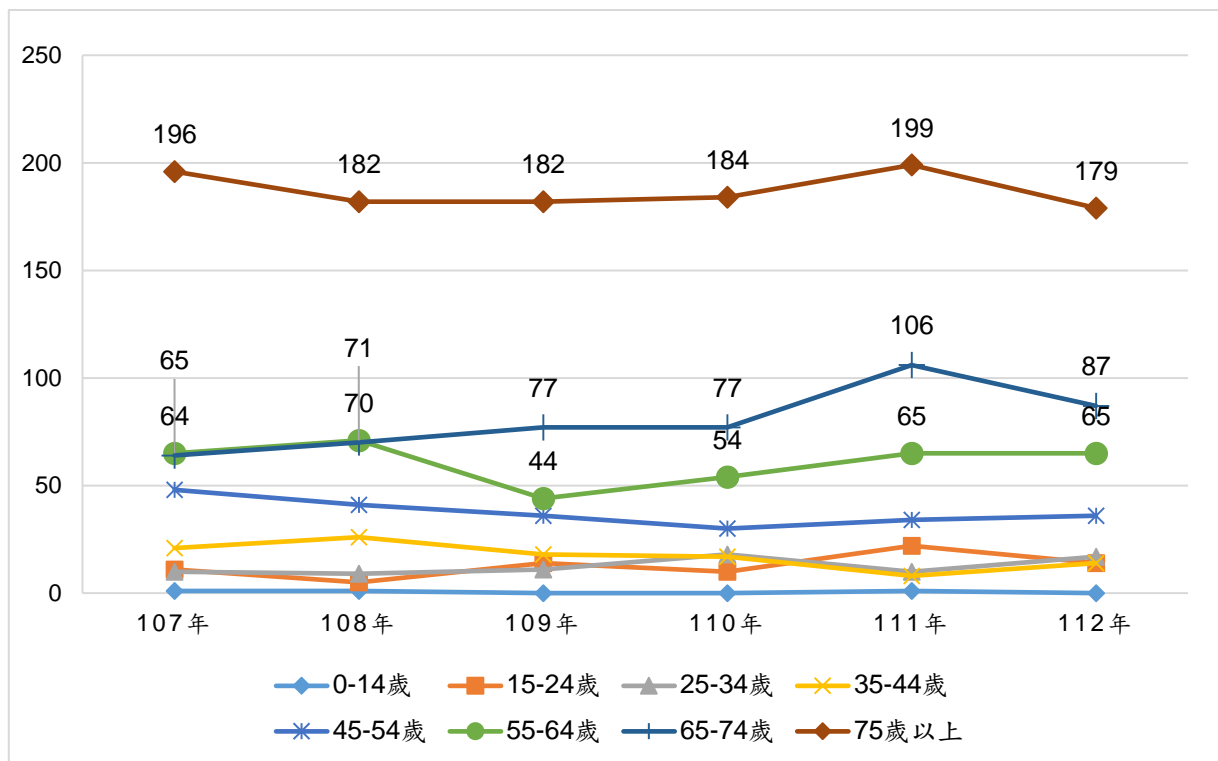


圖 3-4-12、年齡層每年農民自殺死亡人數趨勢圖圖

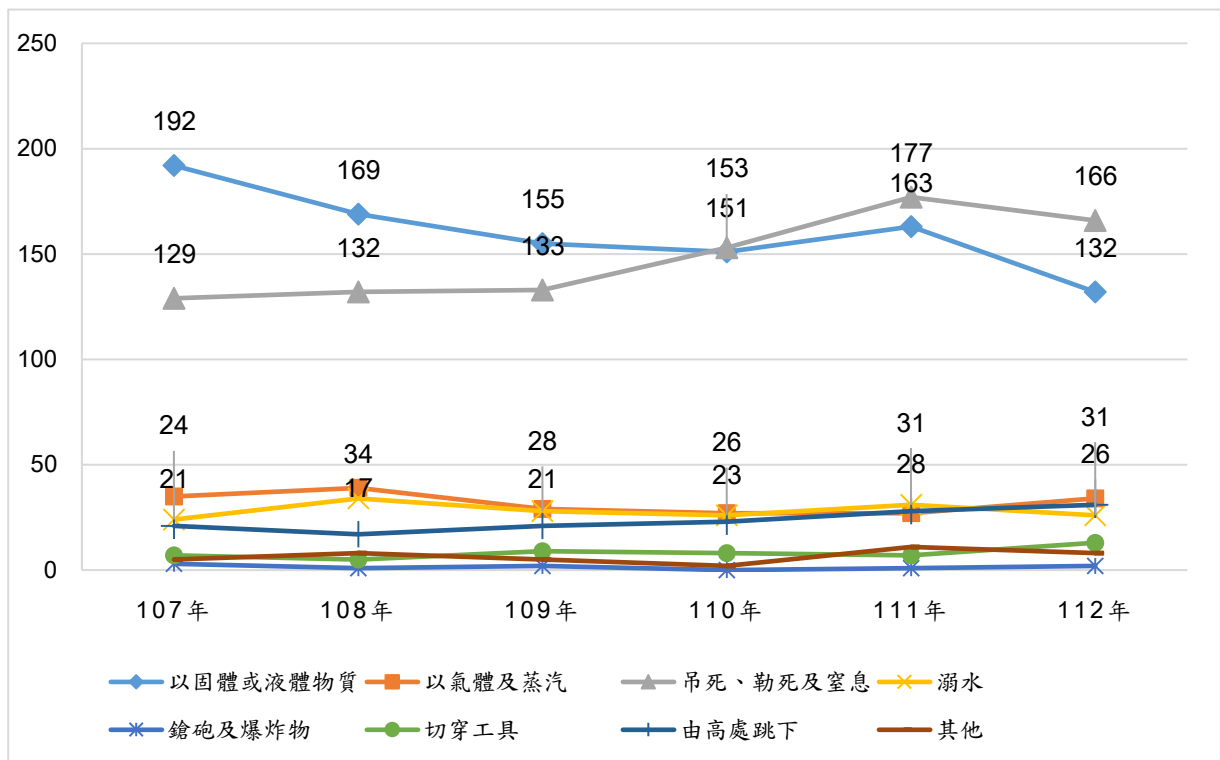


圖 3-4-13、自殺方式每年農民死亡人數趨勢圖

表 3-4-6、107-112 年農民自殺死亡分析

	107 n (%)	108 n (%)	109 n (%)	110 n (%)	111 n (%)	112 n (%)	Total n (%)
總計	416(100)	405(100)	382(100)	390(100)	445(100)	412(100)	2450(100)
性別							
男性	262(63.0)	262(64.7)	254(66.5)	252(64.6)	272(61.1)	270(65.5)	1572(64.2)
女性	154(37.0)	143(35.3)	128(33.5)	138(35.4)	173(38.9)	142(34.5)	878(35.8)
年齡							
0-4 歲	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5-9 歲	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
10-14 歲	1(0.2)	1(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)	0(0.0)	3(0.1)
15-19 歲	3(0.7)	0(0.0)	5(1.3)	2(0.5)	2(0.4)	4(1.0)	16(0.7)
20-24 歲	8(1.9)	5(1.2)	9(2.4)	8(2.1)	20(4.5)	10(2.4)	60(2.4)
25-29 歲	6(1.4)	4(1.0)	5(1.3)	9(2.3)	8(1.8)	12(2.9)	44(1.8)
30-34 歲	4(1.0)	5(1.2)	6(1.6)	9(2.3)	2(0.4)	5(1.2)	31(1.3)
35-39 歲	7(1.7)	9(2.2)	8(2.1)	4(1.0)	4(0.9)	3(0.7)	35(1.4)
40-44 歲	14(3.4)	17(4.2)	10(2.6)	13(3.3)	4(0.9)	11(2.7)	69(2.8)
45-49 歲	23(5.5)	14(3.5)	14(3.7)	8(2.1)	15(3.4)	16(3.9)	90(3.7)
50-54 歲	25(6.0)	27(6.7)	22(5.8)	22(5.6)	19(4.3)	20(4.9)	135(5.5)
55-59 歲	33(7.9)	37(9.1)	25(6.5)	23(5.9)	29(6.5)	28(6.8)	175(7.1)
60-64 歲	32(7.7)	34(8.4)	19(5.0)	31(7.9)	36(8.1)	37(9.0)	189(7.7)
65-69 歲	33(7.9)	30(7.4)	38(9.9)	37(9.5)	50(11.2)	37(9.0)	225(9.2)
70-74 歲	31(7.5)	40(9.9)	39(10.2)	40(10.3)	56(12.6)	50(12.1)	256(10.4)
75-79 歲	80(19.2)	65(16.0)	53(13.9)	63(16.2)	55(12.4)	48(11.7)	364(14.9)
80-84 歲	67(16.1)	61(15.1)	62(16.2)	58(14.9)	66(14.8)	72(17.5)	386(15.8)
85 歲以上	49(11.8)	56(13.8)	67(17.5)	63(16.2)	78(17.5)	59(14.3)	372(15.2)
自殺死亡方式							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	192(46.2)	169(41.7)	155(40.6)	151(38.7)	163(36.6)	132(32.0)	962(39.3)
以氣體及蒸汽自殺及自為中毒	35(8.4)	39(9.6)	29(7.6)	27(6.9)	27(6.1)	34(8.3)	191(7.8)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	129(31.0)	132(32.6)	133(34.8)	153(39.2)	177(39.8)	166(40.3)	890(36.3)
溺水(淹死)自殺及自傷	24(5.8)	34(8.4)	28(7.3)	26(6.7)	31(7.0)	26(6.3)	169(6.9)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	3(0.7)	1(0.2)	2(0.5)	0(0.0)	1(0.2)	2(0.5)	9(0.4)
切穿工具自殺及自傷	7(1.7)	5(1.2)	9(2.4)	8(2.1)	7(1.6)	13(3.2)	49(2.0)
由高處跳下自殺及自傷	21(5.0)	17(4.2)	21(5.5)	23(5.9)	28(6.3)	31(7.5)	141(5.8)
其他及未明示之方式自殺及自傷	5(1.2)	8(2.0)	5(1.3)	2(0.5)	11(2.5)	8(1.9)	39(1.6)
縣市							
新北市	13(3.1)	15(3.7)	22(5.8)	12(3.1)	14(3.1)	25(6.1)	101(4.1)
臺北市	7(1.7)	4(1.0)	5(1.3)	1(0.3)	1(0.2)	3(0.7)	21(0.9)

表 3-4-6、107-112 年農民自殺死亡分析

	107	108	109	110	111	112	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
桃園市	17(4.1)	15(3.7)	17(4.5)	21(5.4)	18(4.0)	21(5.1)	109(4.4)
臺中市	27(6.5)	28(6.9)	27(7.1)	25(6.4)	35(7.9)	22(5.3)	164(6.7)
臺南市	53(12.7)	45(11.1)	49(12.8)	44(11.3)	69(15.5)	58(14.1)	318(13.0)
高雄市	31(7.5)	37(9.1)	24(6.3)	24(6.2)	35(7.9)	29(7.0)	180(7.3)
宜蘭縣	11(2.6)	12(3.0)	10(2.6)	15(3.8)	14(3.1)	13(3.2)	75(3.1)
新竹縣	10(2.4)	11(2.7)	11(2.9)	9(2.3)	6(1.3)	13(3.2)	60(2.4)
苗栗縣	23(5.5)	26(6.4)	24(6.3)	25(6.4)	27(6.1)	18(4.4)	143(5.8)
彰化縣	54(13.0)	51(12.6)	45(11.8)	31(7.9)	52(11.7)	45(10.9)	278(11.3)
南投縣	29(7.0)	31(7.7)	19(5.0)	24(6.2)	31(7.0)	37(9.0)	171(7.0)
雲林縣	48(11.5)	42(10.4)	33(8.6)	46(11.8)	43(9.7)	35(8.5)	247(10.1)
嘉義縣	31(7.5)	33(8.1)	35(9.2)	52(13.3)	38(8.5)	33(8.0)	222(9.1)
屏東縣	35(8.4)	33(8.1)	45(11.8)	34(8.7)	41(9.2)	34(8.3)	222(9.1)
臺東縣	9(2.2)	9(2.2)	9(2.4)	6(1.5)	5(1.1)	11(2.7)	49(2.0)
花蓮縣	11(2.6)	8(2.0)	3(0.8)	13(3.3)	11(2.5)	6(1.5)	52(2.1)
澎湖縣	2(0.5)	2(0.5)	1(0.3)	3(0.8)	0(0.0)	3(0.7)	11(0.4)
基隆市	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.3)	0(0.0)	1(0.2)	2(0.1)
新竹市	1(0.2)	0(0.0)	1(0.3)	1(0.3)	2(0.4)	2(0.5)	7(0.3)
嘉義市	3(0.7)	1(0.2)	1(0.3)	3(0.8)	3(0.7)	3(0.7)	14(0.6)
金門縣	1(0.2)	2(0.5)	1(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(0.2)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

2. 107-112 年榮民自殺死亡數據

- 1) 全國 107-112 年榮民自殺死亡共 704 人。男性榮民自殺死亡 404 人、女性榮民自殺死亡 300 人，性別比例為 1.35。
- 2) 各年齡層榮民自殺死亡以 10 齡組分析，由高至低依序為「75 歲以上」(51.8%)、「65-74 歲」(19.6%)、「55-64 歲」(13.5%)、「45-54 歲」(7.1%)、「15-24 歲」(3.6%)、「25-34 歲」(2.4%)、「35-44 歲」(2.0%)、「0-14 歲」(0.0%)。
- 3) 各年齡層以 5 齡組分析，前三高分別為「85 歲以上」(29.0%)、「75-79 歲」(12.2%)、「70-74 歲」(10.9%)。
- 4) 自殺死亡方式由高至低依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(39.2%)、「由高處跳下自殺及自傷」(24.6%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(11.1%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(10.5%)、「以氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(8.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(4.0%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」(2.4%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(0.1%)。

5) 各縣市榮民自殺死亡較多者為「新北市」(16.5%)、「高雄市」(15.5%)、「臺北市」(12.6%)、「桃園市」(11.8%)、「臺中市」(10.5%)。

以性別分析，相較於 112 年整體死亡男性明顯高於女性，榮民則是較為接近，年齡層也多以高齡長者比例較高，以死亡方式分析，各種死亡方式比例與 112 年總體接近，以縣市分析，前五高的縣市都是六都，根據退輔會統計資料各縣市榮服處數量排序前六也是六都，可能與榮民分佈有關。

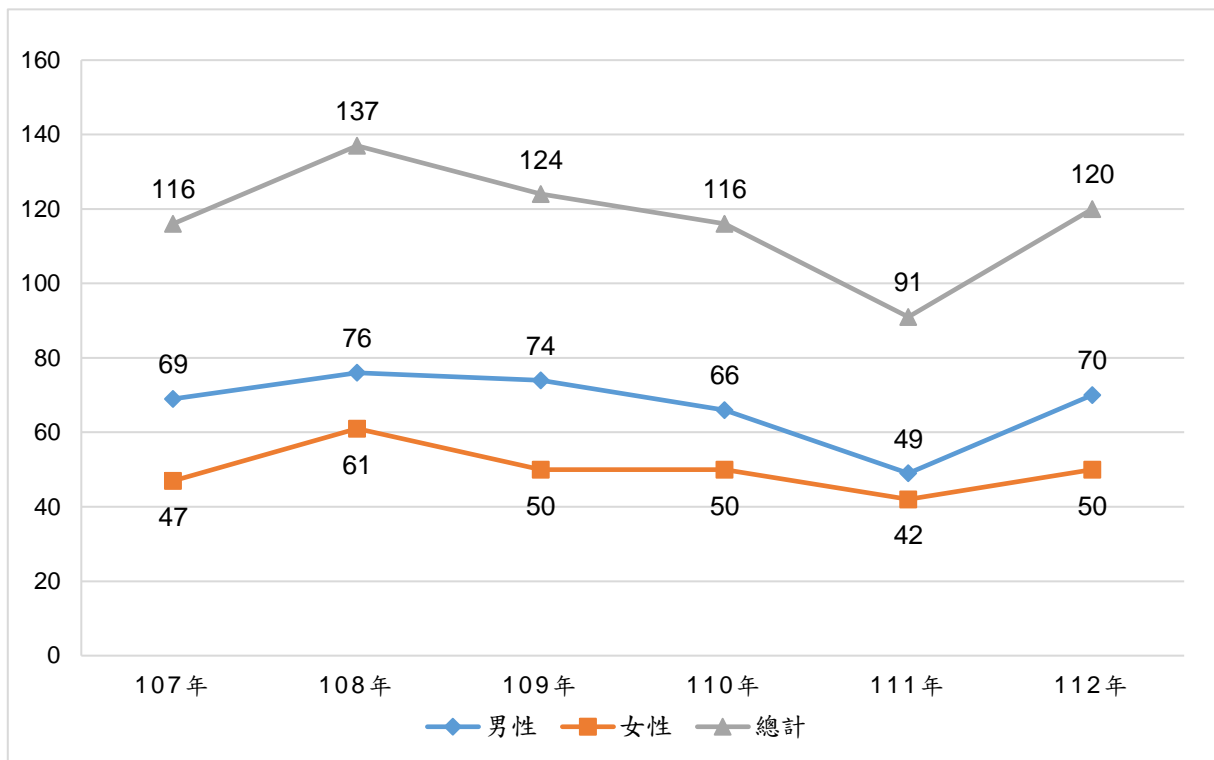


圖 3-4-14、性別每年榮民自殺死亡人數趨勢圖

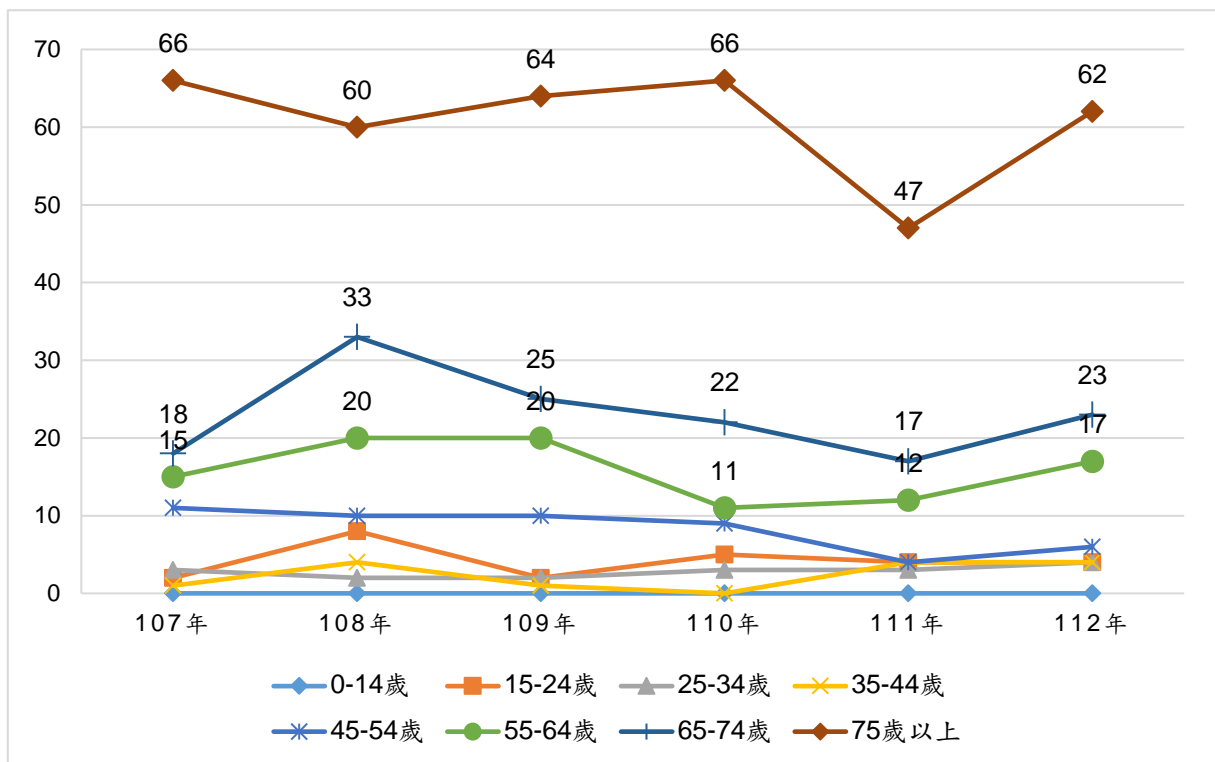


圖 3-4-15、年齡層每年榮民自殺死亡人數趨勢圖

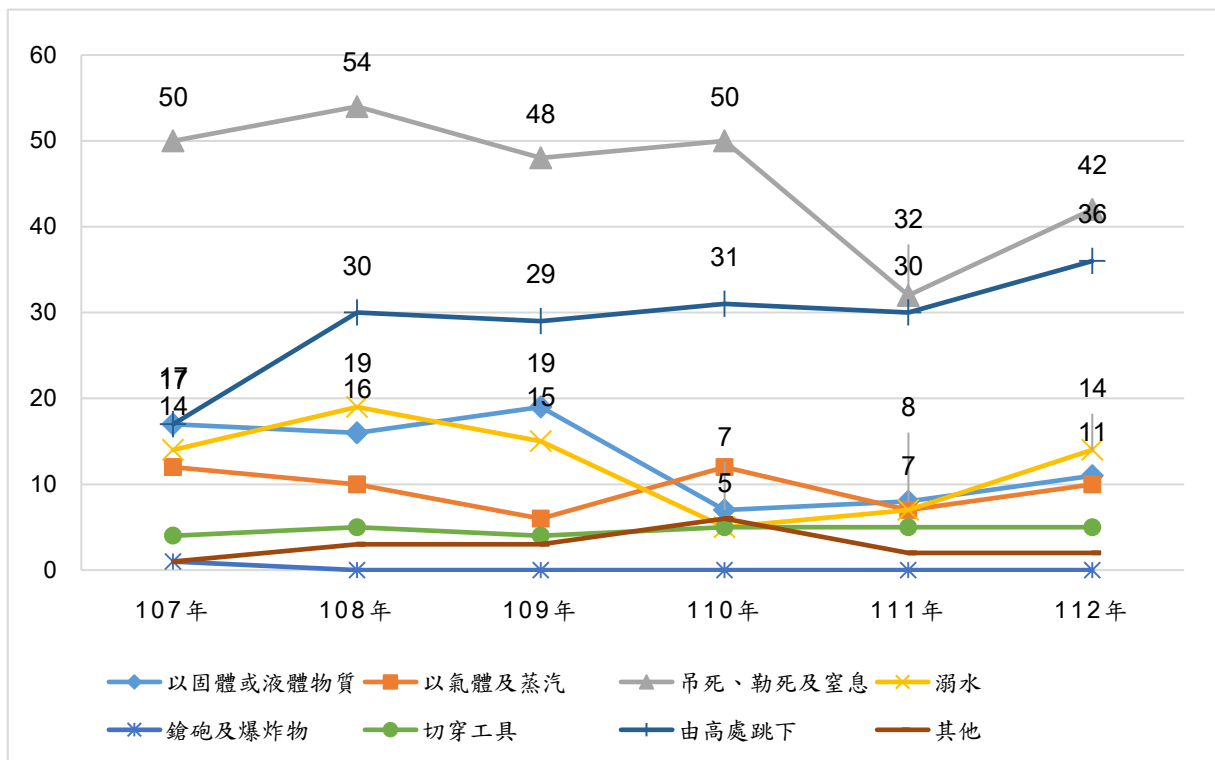


圖 3-4-16、自殺方式每年榮民死亡人數趨勢圖

表 3-4-7、107-112 年榮民自殺死亡分析

	107 n (%)	108 n (%)	109 n (%)	110 n (%)	111 n (%)	112 n (%)	Total n (%)
總計	116(100)	137(100)	124(100)	116(100)	91(100)	120(100)	704(100)
性別							
男性	69(59.5)	76(55.5)	74(59.7)	66(56.9)	49(53.8)	70(58.3)	404(57.4)
女性	47(40.5)	61(44.5)	50(40.3)	50(43.1)	42(46.2)	50(41.7)	300(42.6)
年齡							
0-4 歲	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5-9 歲	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
10-14 歲	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
15-19 歲	1(0.9)	3(2.2)	0(0.0)	2(1.7)	1(1.1)	1(0.8)	8(1.1)
20-24 歲	1(0.9)	5(3.6)	2(1.6)	3(2.6)	3(3.3)	3(2.5)	17(2.4)
25-29 歲	2(1.7)	0(0.0)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.5)	6(0.9)
30-34 歲	1(0.9)	2(1.5)	1(0.8)	3(2.6)	3(3.3)	1(0.8)	11(1.6)
35-39 歲	0(0.0)	2(1.5)	1(0.8)	0(0.0)	4(4.4)	1(0.8)	8(1.1)
40-44 歲	1(0.9)	2(1.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.5)	6(0.9)
45-49 歲	4(3.4)	4(2.9)	2(1.6)	2(1.7)	1(1.1)	2(1.7)	15(2.1)
50-54 歲	7(6.0)	6(4.4)	8(6.5)	7(6.0)	3(3.3)	4(3.3)	35(5.0)
55-59 歲	6(5.2)	8(5.8)	7(5.6)	3(2.6)	4(4.4)	8(6.7)	36(5.1)
60-64 歲	9(7.8)	12(8.8)	13(10.5)	8(6.9)	8(8.8)	9(7.5)	59(8.4)
65-69 歲	11(9.5)	10(7.3)	10(8.1)	9(7.8)	6(6.6)	15(12.5)	61(8.7)
70-74 歲	7(6.0)	23(16.8)	15(12.1)	13(11.2)	11(12.1)	8(6.7)	77(10.9)
75-79 歲	15(12.9)	18(13.1)	14(11.3)	15(12.9)	9(9.9)	15(12.5)	86(12.2)
80-84 歲	11(9.5)	8(5.8)	11(8.9)	17(14.7)	10(11.0)	18(15.0)	75(10.7)
85 歲以上	40(34.5)	34(24.8)	39(31.5)	34(29.3)	28(30.8)	29(24.2)	204(29.0)
自殺死亡方式							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	17(14.7)	16(11.7)	19(15.3)	7(6.0)	8(8.8)	11(9.2)	78(11.1)
以氣體及蒸汽自殺及自為中毒	12(10.3)	10(7.3)	6(4.8)	12(10.3)	7(7.7)	10(8.3)	57(8.1)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	50(43.1)	54(39.4)	48(38.7)	50(43.1)	32(35.2)	42(35.0)	276(39.2)
溺水 (淹死) 自殺及自傷	14(12.1)	19(13.9)	15(12.1)	5(4.3)	7(7.7)	14(11.7)	74(10.5)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)
切穿工具自殺及自傷	4(3.4)	5(3.6)	4(3.2)	5(4.3)	5(5.5)	5(4.2)	28(4.0)
由高處跳下自殺及自傷	17(14.7)	30(21.9)	29(23.4)	31(26.7)	30(33.0)	36(30.0)	173(24.6)
其他及未明示之方式自殺及自傷	1(0.9)	3(2.2)	3(2.4)	6(5.2)	2(2.2)	2(1.7)	17(2.4)
縣市							
新北市	14(12.1)	23(16.8)	17(13.7)	19(16.4)	23(25.3)	20(16.7)	116(16.5)
臺北市	11(9.5)	14(10.2)	25(20.2)	15(12.9)	10(11.0)	14(11.7)	89(12.6)

表 3-4-7、107-112 年榮民自殺死亡分析

	107 n (%)	108 n (%)	109 n (%)	110 n (%)	111 n (%)	112 n (%)	Total n (%)
桃園市	15(12.9)	15(10.9)	12(9.7)	17(14.7)	8(8.8)	16(13.3)	83(11.8)
臺中市	12(10.3)	18(13.1)	11(8.9)	12(10.3)	9(9.9)	12(10.0)	74(10.5)
臺南市	11(9.5)	10(7.3)	9(7.3)	5(4.3)	7(7.7)	11(9.2)	53(7.5)
高雄市	27(23.3)	17(12.4)	20(16.1)	15(12.9)	13(14.3)	17(14.2)	109(15.5)
宜蘭縣	3(2.6)	2(1.5)	2(1.6)	0(0.0)	2(2.2)	1(0.8)	10(1.4)
新竹縣	1(0.9)	4(2.9)	2(1.6)	2(1.7)	2(2.2)	0(0.0)	11(1.6)
苗栗縣	4(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	4(3.4)	2(2.2)	0(0.0)	10(1.4)
彰化縣	1(0.9)	5(3.6)	5(4.0)	3(2.6)	2(2.2)	3(2.5)	19(2.7)
南投縣	2(1.7)	2(1.5)	0(0.0)	3(2.6)	0(0.0)	2(1.7)	9(1.3)
雲林縣	0(0.0)	3(2.2)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	4(3.3)	8(1.1)
嘉義縣	2(1.7)	1(0.7)	0(0.0)	1(0.9)	2(2.2)	1(0.8)	7(1.0)
屏東縣	7(6.0)	5(3.6)	6(4.8)	8(6.9)	1(1.1)	4(3.3)	31(4.4)
臺東縣	0(0.0)	1(0.7)	0(0.0)	1(0.9)	1(1.1)	3(2.5)	6(0.9)
花蓮縣	0(0.0)	2(1.5)	4(3.2)	3(2.6)	1(1.1)	2(1.7)	12(1.7)
澎湖縣	1(0.9)	2(1.5)	2(1.6)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	6(0.9)
基隆市	2(1.7)	4(2.9)	2(1.6)	4(3.4)	0(0.0)	5(4.2)	17(2.4)
新竹市	1(0.9)	3(2.2)	2(1.6)	2(1.7)	5(5.5)	3(2.5)	16(2.3)
嘉義市	0(0.0)	4(2.9)	3(2.4)	0(0.0)	2(2.2)	1(0.8)	10(1.4)
金門縣	2(1.7)	2(1.5)	1(0.8)	1(0.9)	1(1.1)	1(0.8)	8(1.1)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估</p>	
<p>3.依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，每年製作「自殺防治成果報告」(電子書)，以客觀方式記載並系統性彙編當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作，俾中央各部會及各縣市政府相關部門作為探究自殺防治政策、議題及成效評值之參考。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.1章節</p>
<p>4.持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢(含有無使用其他替代性物質而為自殺情形，如其他農藥、固體液體等)及巴拉刈禁用之相關報導；並配合農委會推動前項禁用政策及措施情形，於適當時機即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。必要時依本部要求分析相關數據並提出報告。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.2章節</p>
<p>5.滾動修訂本部自殺防治系列手冊：應綜合「自殺防治法」規定、行政院核定之「強化社會安全網第二期計畫」內容、本部心理健康與自殺防治之最新法令規範及政策、相關機關(單位)所提意見、最新自殺防治統計數據及國內外相關實證研究等相關資料進行修訂作業。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.3章節</p>

編製 112 年自殺防治成果報告(電子書)

一、背景 (Context)

自殺防治工作除由中央推動發展外，各縣市因為可用資源、特性不同，皆有因地制宜的個別做法，可能發展出不同於其他縣市的自殺防治策略，若能整合各縣市不同的自殺防治工作推動情形，分析各縣市防治策略的優勢，將有利中央及各縣市自殺防治業務發展，亦能提供一般民眾了解臺灣自殺防治現況。

全國自殺防治中心於 108 年起編製「自殺防治成果報告」，以電子書形式提供中央部會及地方政府相關部門，報告書包含自殺相關數據分析，並蒐集中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展現況，整理分析各縣市自殺防治工作，提供中央部會及地方政府相關部門，同時也將此成果報告放置於中心網站上提供民眾下載閱讀，作為了解各地自殺防治政策之用，達到政策透明化的目標。

今年同樣彙集 112 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「112 年自殺防治成果報告」，對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 分析 112 年自殺死亡及通報數據。
- 2) 蒐集並整理中央及各縣市 112 年自殺防治工作成果。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、中央及地方自殺防治工作成果。

三、過程 (Process)

1. 資料蒐集

- 1) 自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：83-112 年。
 - (2) 說明：於衛生福利部公布全國十大死因後，中心向衛生福利部統計處/衛生福利部衛生福利資料科學中心進行資料申請，再由研究發展組同仁前往統計處分析資料。
- 2) 自殺通報資料檔
 - (1) 資料期間：95-112 年。
 - (2) 說明：向自殺防治通報系統維護廠商申請自殺通報資料。(詳見章節 2.4 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)
- 3) 中央及地方自殺防治工作成果
蒐集 112 年中央、各縣市自殺防治工作成果。

2. 資料分析

- 1) 自殺死亡、通報資料特性分析
- 2) 中央自殺防治工作成果
- 3) 縣市自殺防治工作成果
- 4) 年度專題文章撰寫

四、成果 (Product)

1. 執行結果

編製自殺防治成果報告(電子書)，大綱內容如表 4-3-1：

表 4-3-1、自殺防治成果報告大綱

目錄	說明
序	
一、衛生福利部部長序	
二、全國自殺防治中心計畫主持人序	
臺灣自殺數據分析	分析 112 年自殺死亡、通報趨勢； 針對各項自殺死亡及通報指標做 分析。
一、112 年自殺死亡狀況	
二、112 年自殺企圖通報狀況	
全國自殺防治策略之實施	
一、112 年全國自殺防治工作成果	整理 112 年中央自殺防治工作成果 及全國自殺防治中心業務。
縣市自殺防治工作成果	
一、112 年各縣市自殺防治工作成果	收集各縣市自殺防治策略，並針對 全面性、選擇性、指標性策略作整 理與分析。
二、系統化策略與彙整	
年度專題	
一、自殺防治守門人種子教師培訓及 關懷訪視實務教育訓練需求探討計畫	訂定自殺防治主題專文。
二、國際學術交流	
三、青少年自殺防治	
四、人工智慧與自殺防治	
資源連結	提供自殺防治相關資源。
附錄	包含自殺相關數據。

2. 後續執行事項

依照大綱編寫自殺防治成果報告內容，並由中心資訊管理組以電子書形式進行排版，以便提供衛生福利部及各縣市政府衛生局，作為探究當前自殺防治策略、問題，以及作為成效評值之參考；同時也將此成果報告放置於中心網站上提供民眾下載閱讀，作為了解各地自殺防治政策之用，達

到政策透明化的目標。

3. 結論

自殺防治成果報告至今年已經為第六期，除了數據分析與各縣市自殺防治工作成果外，本次成果報告規劃以專題文章的方式，向民眾介紹自殺防治的重要主題，內容包含自去年開始推行的自殺守門人種子教師培訓計畫、國際學術交流及青少年自殺防治。

藉由成果報告的編製及呈現，盼能增進一般民眾對於自殺現況、全國自殺防治工作的認識；各縣市自殺防治要點的整理，能提供各界探究當前自殺防治政策、問題，作為未來政策擬定之參考。

追蹤巴拉刈禁用後自殺趨勢

一、背景

1. 相關問題與重要性

自殺與自殺預防是全球與台灣重要的公共衛生議題。全球每年約有 80 萬人自殺身亡，自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防治策略之一，行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，臺灣從 107 年 2 月開始禁止巴拉刈的加工及輸入(第一階段)，於 109 年 2 月進一步全面禁止巴拉刈的銷售與使用(第二階段)。

為探討巴拉刈禁用之成效，全國自殺防治中心，已於 110 年 6 月 21 日發表 The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan 於 Clinical Toxicology 期刊，今年度將持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢。

2. 業務目的與目標

透過諮詢專家意見、自殺死亡、自殺通報數據，追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢，了解自殺防治之成效，依統計分析結果擬定相關策略。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。

c. 資料內容：包含性別、年齡層、戶籍縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。

b. 資料說明：自殺企圖通報個案之相關資料。

c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、通報縣市、訪視情形、訪視方式等。

(3) 巴拉刈禁用之相關報導

a. 資料來源：Google 快訊、各網路媒體網站。

b. 資料說明：巴拉刈禁用相關報導。

c. 資料內容：包含巴拉刈禁用、巴拉刈回收及巴拉刈案例之相關新聞。

2. 資源連結合作

(1) 合作單位：衛生福利部心理健康司、衛生福利部統計處、內政部。

(2) 資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家諮詢，提供分析報表及數據。

三、過程

1. 資料蒐集

- 1) 年中人口：以社會經濟資料服務平台所提供之性別、各年齡及各縣市年底人口數，並將前一年年底人口數及當年年底人口數相加除以二，得到年中人口數。
- 2) 巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡：以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48 之死因，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。
- 3) 農藥(含不明、意外)自殺死亡：以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48 之個案人數。

2. 研究分析

1) 自殺通報分析

針對自殺方式採用農藥、除草劑(巴拉刈)進行通報人次分析

2) 自殺死亡分析

針對巴拉刈標準化死亡率及 65 歲以上使用巴拉刈自殺死亡率進行分析，以及分別農業縣及非農業縣自殺死亡率

3) 巴拉刈禁用相關報導統計

3. 研究定義

1) 農業縣定義：

將臺灣各縣市劃分為農業縣與非農業縣進行後續分析，根據行政院主計總處公布 104 年底臺灣各縣市農業人口數之普查結果，將各縣市農業人口數除以年中人口數所得之占比，其排名前 11 之縣市定義為農業縣，其中包含嘉義縣、雲林縣、南投縣、屏東縣、彰化縣、苗栗縣、臺東縣、宜蘭縣、臺南市、花蓮縣及新竹縣，非上述縣市則定義為非農業縣。(詳表 4-2-1)

表4-2-1、各縣市農業人口占比排名

縣市	農業人口數	年中人口數	占比(%)	排名
新北市	55,240	3,970,644	1.39	19
臺北市	12,778	2,704,810	0.47	21
桃園市	80,190	2,105,780	3.81	15

臺中市	107,841	2,744,445	3.93	14
臺南市	162,833	1,885,541	8.64	9
高雄市	121,563	2,778,918	4.37	13
宜蘭縣	49,270	458,117	10.75	8
新竹縣	43,706	542,042	8.06	11
苗栗縣	66,697	563,912	11.83	6
彰化縣	168,739	1,289,072	13.09	5
南投縣	77,527	509,490	15.22	3
雲林縣	139,972	699,633	20.01	2
嘉義縣	105,963	519,839	20.38	1
屏東縣	122,023	841,253	14.5	4
臺東縣	26,191	222,452	11.77	7
花蓮縣	27,785	331,945	8.37	10
澎湖縣	5,859	102,304	5.73	12
基隆市	1,547	372,105	0.42	22
新竹市	10,252	434,060	2.36	18
嘉義市	9,764	270,366	3.61	16
金門縣	3,561	132,799	2.68	17
連江縣	87	12,547	0.69	20

註：農業人口數來自於行政院主計總處104年底之普查結果。

四、成果

1. 自殺通報分析

農藥中毒在臺灣與全球是導致自殺身亡的主要方法之一，常用除草劑巴拉刈攝入人體會導致高致死率，在臺灣曾是造成死亡的主要農藥。臺灣政府政策推動之下，農委會於107年2月1日開始禁止農藥巴拉刈的加工製造、進口和分裝，目的要讓農民有安全的工作環境，也避免延伸出的中毒和輕生事件，並於109年2月1日起禁止使用。

為了解政策推行後是否有轉移至其他替代性農藥或其他自殺方式，持續追蹤後續自殺死亡之趨勢，在自殺企圖通報系統中，巴拉刈自殺通報方式為104年起新增之選項，故通報數據以當年度開始分析。

分析結果顯示，在109年2月起禁用後，巴拉刈自殺通報人次由最高峰106年328人次至112年的75人次，共下降253人次(降幅77.1%)，相較於

禁用前呈現大幅下降趨勢；農藥自殺通報人次，於 110-112 年度呈現上升，而各年齡層農藥自殺通報人次，以 65 歲以上自殺通報人次上升幅度最高，不過 112 年則為下降，仍需注意。(詳圖 4-2-1 至 4-2-3)

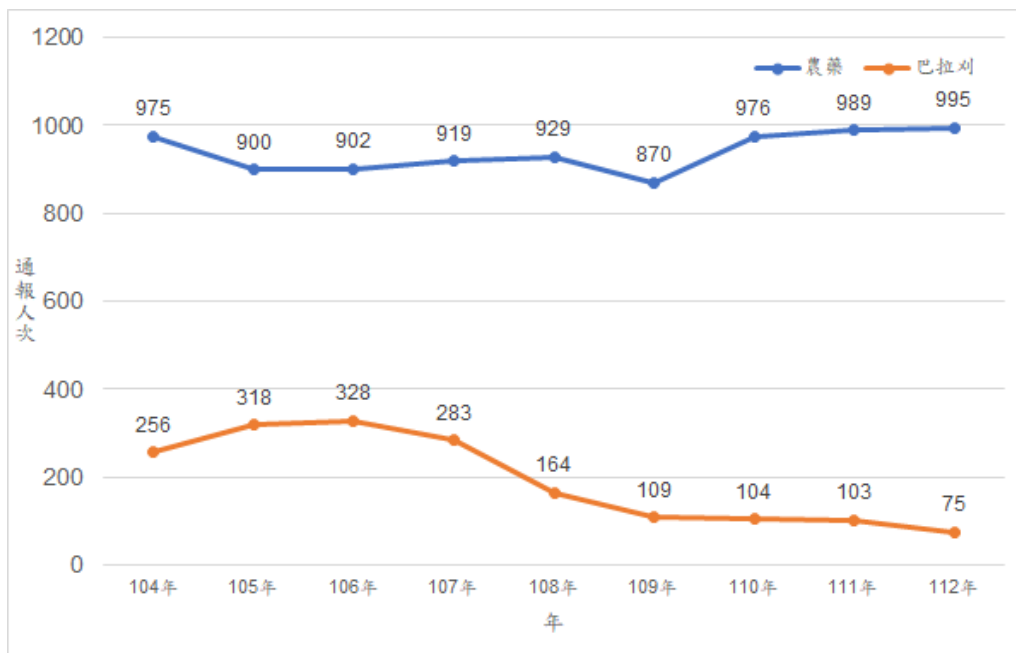


圖 4-2-1、104-112 年巴拉刈 vs. 農藥自殺通報人次(複選)

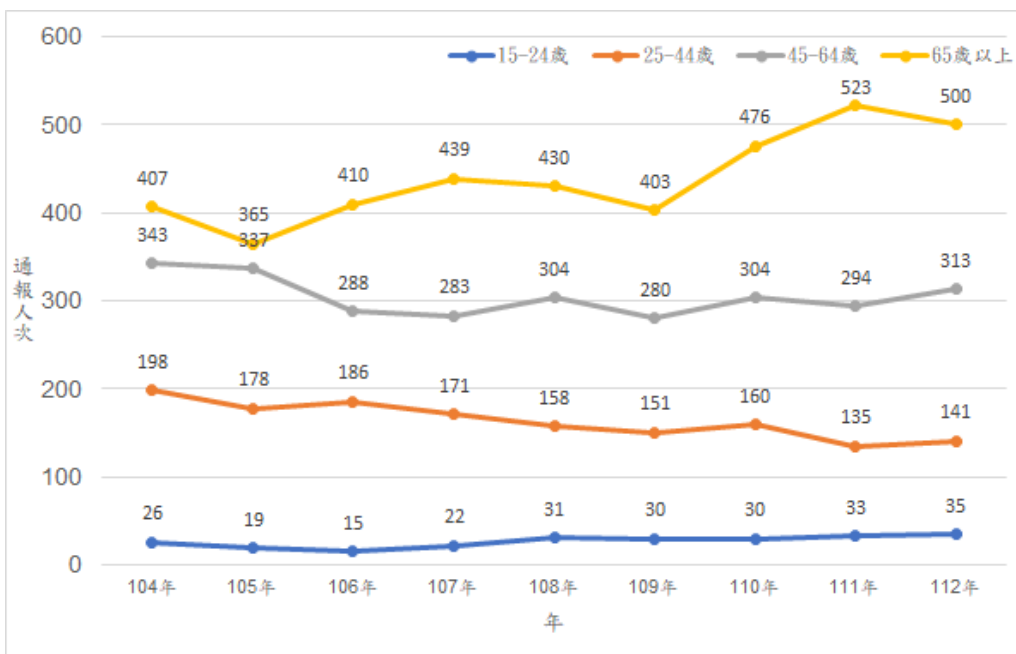


圖 4-2-2、104-112 年各年齡層農藥自殺通報人次(複選)

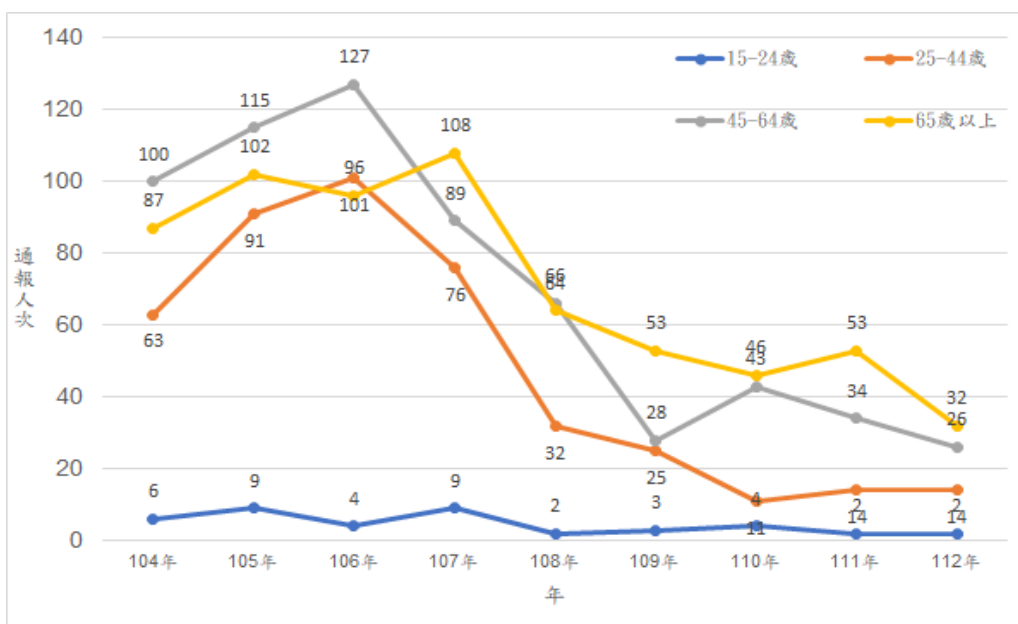


圖 4-2-3、104-112 年各年齡層巴拉刈自殺通報人次(複選)

2. 自殺死亡分析

利用自殺死亡資料了解目前政策推行之成效，在巴拉刈禁用政策下，該自殺死亡方式人數明顯下降，整體而言，由最高峰 106 年 227 位降至 112 年的 32 位(下降 195 位，降幅 85.9%)。其中巴拉刈自殺死亡係以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。(詳圖 4-2-4)

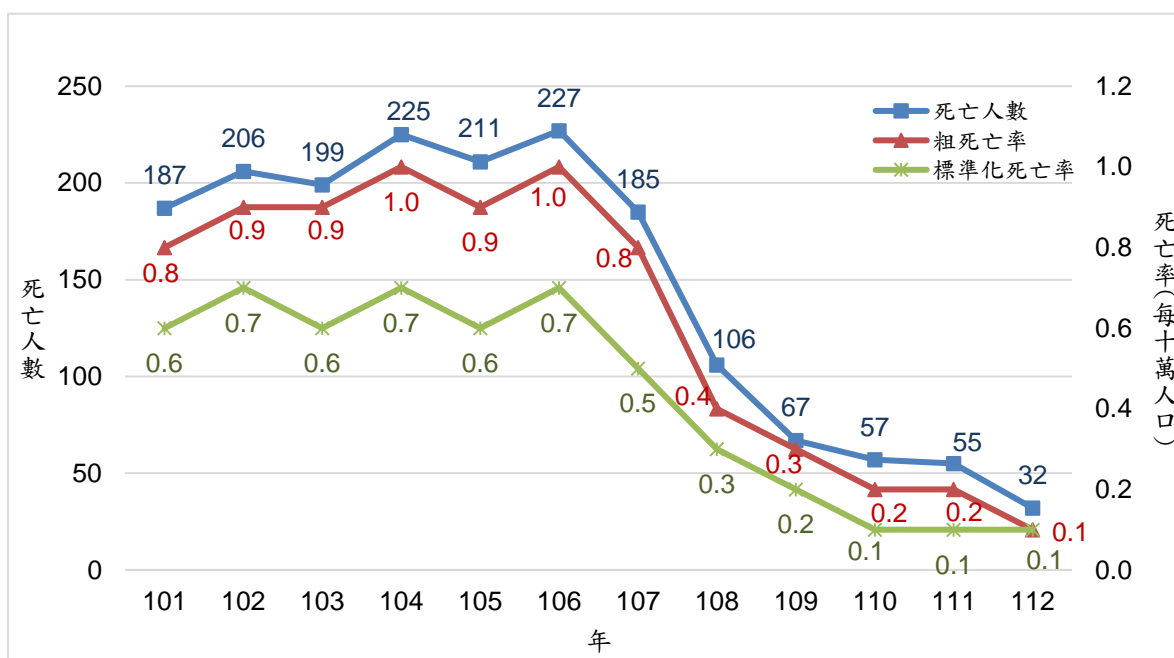


圖 4-2-4、101-111 年巴拉刈整體自殺死亡趨勢

以性別來看，106 年起巴拉刈標準化自殺死亡率呈現下降趨勢，而男性下降幅度遠高於女性，至 112 年男性與女性的標準化死亡率皆達到歷年來新低(詳圖 4-2-5)，顯見在政策的推行之下，面對複雜的自殺議題，沒有單一介入方式可以預防所有的自殺，但限制工具可以避免許多不幸的事件，化危險為轉機，提供第二次機會。(張書森,2019)

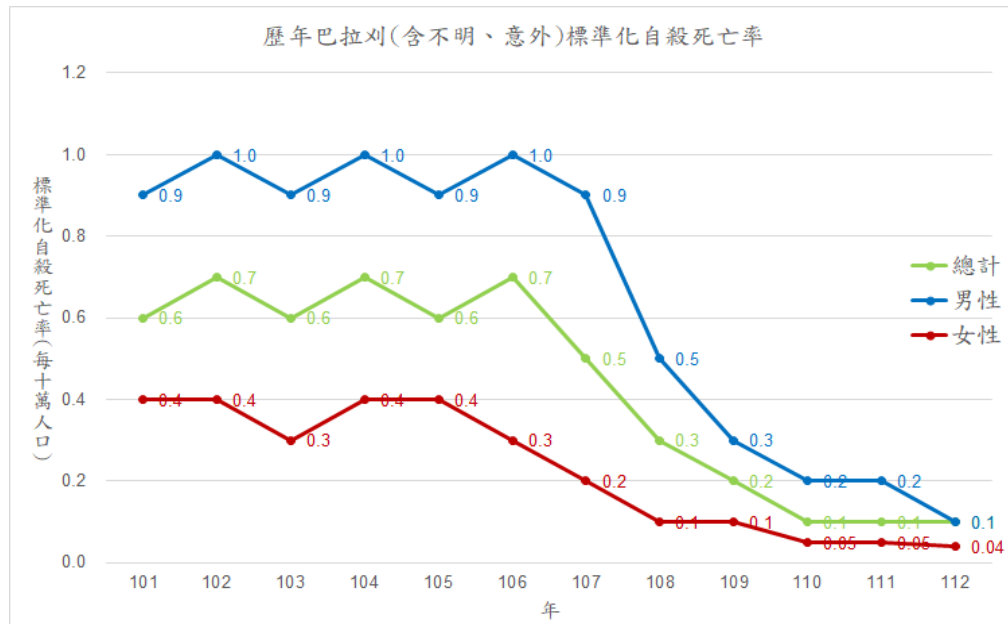


圖 4-2-5、101-112 年巴拉刈性別自殺死亡趨勢

以年齡層來看，各年齡層巴拉刈自殺粗死亡率整體而言呈現下降趨勢，而 65 歲以上老年族群，巴拉刈自殺粗死亡率歷年來皆為各年齡層最高，由歷年來最高的 104 年每十萬人口 3.2 人下降至 112 年每十萬人口 0.6 人，降幅 81.3%。(詳圖 4-2-6)

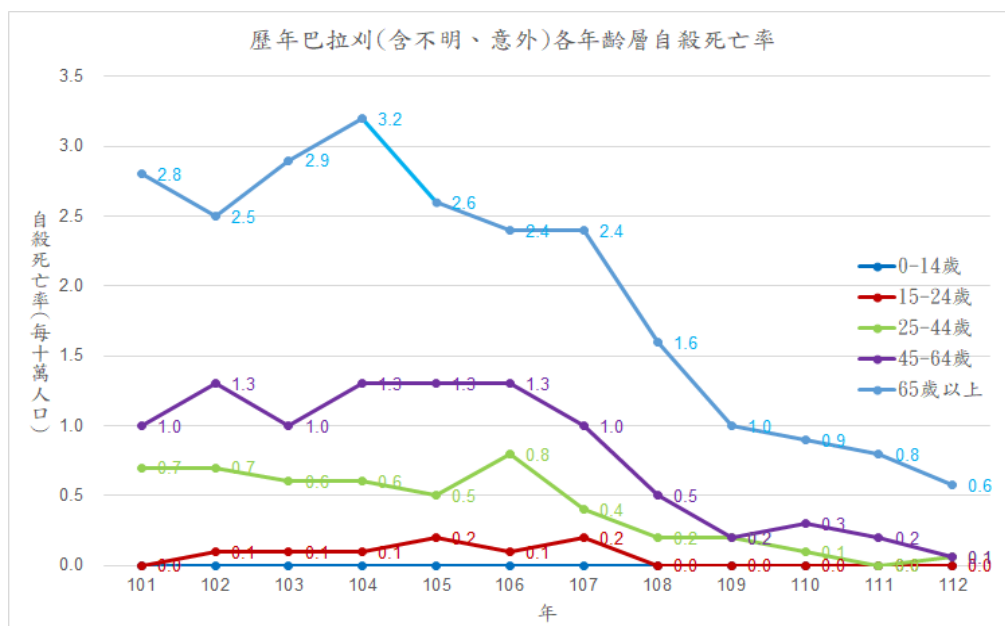


圖 4-2-6、101-112 年巴拉刈年齡別自殺死亡趨勢

進一步分析農業縣及非農業縣巴拉刈標準化死亡率，可以看到 112 年農業縣巴拉刈標準化死亡率降至新低點(詳圖 4-2-7)，然而 65 歲以上農業縣巴拉刈自殺死亡率於 111 年上升後，112 年同樣降至新低。(詳圖 4-2-8)

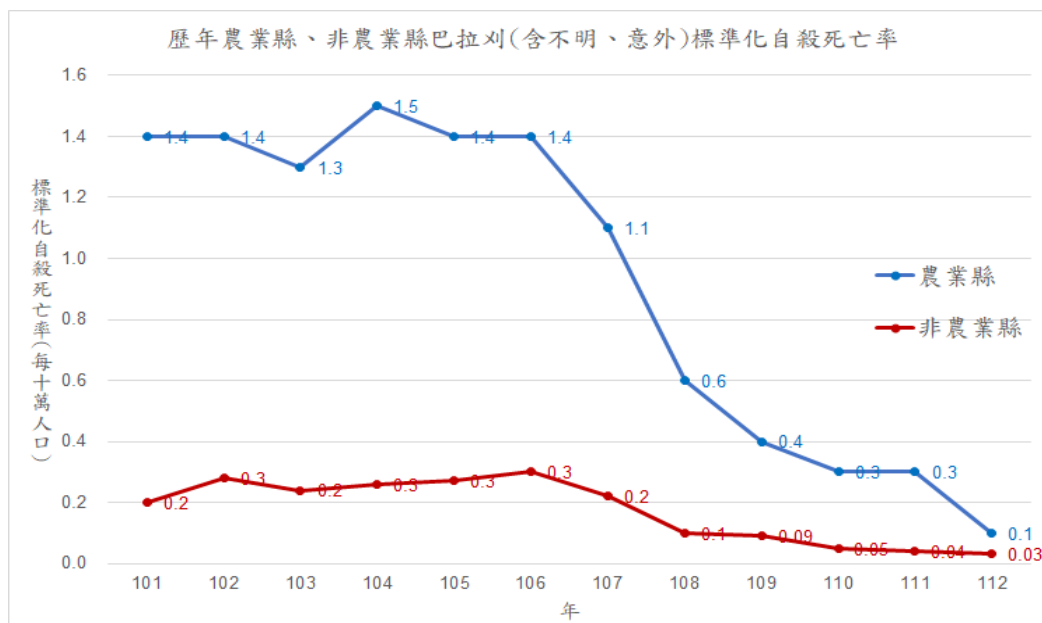


圖 4-2-7、101-112 年農業縣與非農業縣巴拉刈標準化死亡率

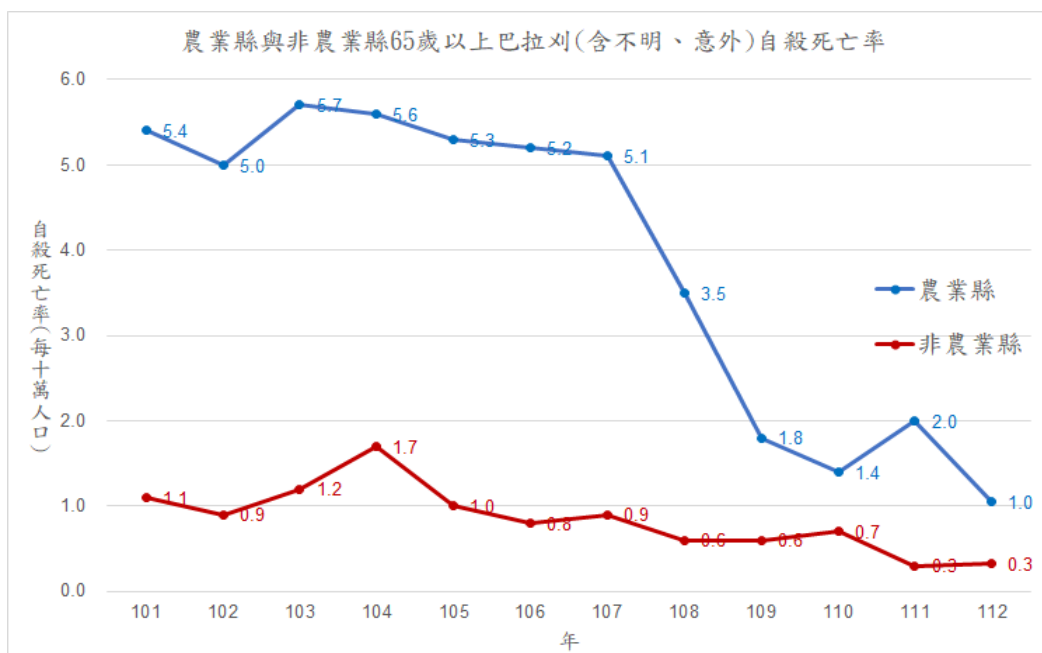


圖 4-2-8、101-112 年農業縣與非農業縣 65 歲以上巴拉刈自殺死亡率

綜合上述，在巴拉刈禁用政策下，該自殺方式之自殺通報及自殺死亡人數有明顯下降，顯見在禁用政策下自殺防治之成效，進而觀察政策下，其他自殺方式之趨勢，其中自殺通報方式為農藥之人次於 112 年持續上升，仍值得我們密切留意。

3. 追蹤巴拉刈禁用之相關報導

自 1 月 1 日至 10 月 31 日止，共追蹤蒐集 12 則巴拉刈禁用相關報導，整理如表 4-2-2。

表 4-2-2、巴拉刈禁用相關報導

刊登日期	刊登報社	新聞標題	內容摘要
1 月 8 日	上下游	獨家》最離奇農藥詐騙！臉書粉專賣劇毒巴拉刈，《上下游》調查大驚奇	透過臉書販售台灣禁用的劇毒農藥巴拉刈，實際上商品只是染色水。
1 月 8 日	自由時報	讓農民從勞基法中解套！邱良閱提農業勞動特別法	選舉新聞
1 月 8 日	中時	為農民發聲 邱良閱盼進立法院制定《農業勞動特別法》	選舉新聞
1 月 9 日	自由時報	《雲林》賴清德今雲林車掃	選舉新聞

小英來虎尾造勢

1 月 24 日 中央通訊社

食藥署預告修正農藥殘留容許量 日本草莓准入放寬

食藥署預告修正農藥殘留容許量標準，將放寬對日本草莓的進口限制，允許 4 種日本草莓常用農藥的殘留，並新增多項農藥殘留標準，以加強食品安全管理。

1 月 24 日 聯合報

食藥署預告增修逾百項農藥殘留標準 4 項和草莓相關

食藥署預告修正農藥殘留容許量標準，將放寬對日本草莓的進口限制，允許 4 種日本草莓常用農藥的殘留，並新增多項農藥殘留標準，以加強食品安全管理。

3 月 23 日 聯合報

每年 4、500 人有機磷農藥中毒 部桃醫護：非都有解藥

有機磷類農藥危險，容易導致中毒並引發嚴重症狀，如呼吸衰竭。巴拉刈等危險農藥已在台灣禁售，醫護人員提醒民眾謹慎使用和儲存農藥，並做好自我防護，以避免中毒事故。農藥中毒若不及時處理會有嚴重後遺症，且台灣每年約有 400 至 500 人死於農藥中毒，尤其巴拉刈的致死率超過 50%。專家提醒，使用農藥時務必做好防護，若不慎接觸到應盡快就醫。

4 月 15 日 TVBS

有機磷類農藥人體吸收快 接觸中毒易有長期後遺症

報導台南市衛生局推動巴拉刈農藥回收計劃，並呼籲民眾積極參與自殺防治工作，擔任守門員，透過更多的關懷與問候，協助預防自殺事件的發生。

5 月 14 日 台灣好新聞

多些關懷問候 南市衛生局籲請民眾共同擔任自殺防治守門員

5 月 14 日 中華日報

女想買農藥輕生 老闆送暖
阻憾事

描述了台南市一名農藥店老闆成功阻止一名欲購買農藥輕生的女子，透過關懷詢問化解其危機，並凸顯自殺防治守門人的重要性。

6 月 27 日 華視

台南去年 318 人輕生亡「低於全國平均」 前 3 輕生原因
曝

台南市 2023 年輕生死亡數減少，市府推動跨局處心理健康促進及輕生防治計畫，針對不同年齡層實施多項措施，包括校園、長者、職場及孕產婦心理健康促進活動，並強化輕生方式的防治和心理諮商服務，進一步提升心理健康與輕生防治效能。

滾動式修訂自殺防治系列手冊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

由於自殺原因多重且複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此各體系之自殺防治工作有賴跨部會及不同機構間之協同合作。

而自 108 年「自殺防治法」立法完成後，衛生福利部依規定定期召開跨部會「自殺防治諮詢會」，促使各部會研討並溝通協調自殺防治工作。有鑒於此，111 年度本會依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新自殺防治手冊項目及內容，113 年度本會依「強化社會安全網計畫 2.0」及衛生福利部心理健康及自殺防治之最新政策持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。

2. 業務目的與目標

綜合「自殺防治法」規定、行政院核定之「強化社會安全網第二期計畫」內容、衛生福利部心理健康與自殺防治之最新法令規範及政策、相關機關(單位)所提意見、最新自殺防治統計數據及國內外相關實證研究等相關資料進行修訂，並於 113 年 12 月 30 日前，將下列手冊完成修訂並函送本部：

- 自殺防治系列 23-社會福利工作人員與自殺防治
- 自殺防治系列 25-老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
- 自殺防治系列 26-殺子後自殺事件之防治
- 自殺防治系列 35-輔導人員自殺防治工作手冊
- 自殺防治系列 36-媒體從業人員自殺防治

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 蒐集相關資料與彙整。
- 2) 中心檢視原手冊,包括大綱及其內容,確認修改幅度。
- 3) 編輯委員修改及撰寫手冊。
- 4) 校稿。
- 5) 排版。
- 6) 將手冊電子檔上傳至中心網站供大眾閱覽及下載。

2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：來自自殺防治學會及相關領域的專家組成的中心顧問群
- 2) 資源連結內容及形式：專家會議、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

三、過程(Process)

1. 5 月至 7 月請同仁檢視修改之內容
2. 7 月至 9 月彙整各專家編輯委員之修改建議文稿。
3. 10 月至 11 月進行排版。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 檢視自殺防治系列手冊系列 23、25、26、35、36，依「強化社會安全網計畫 2.0」及心理健康及自殺防治之最新政策依照規劃進度滾動式修訂自殺防治系列手冊。
- 2) 手冊針對數據、資源部分進行更新，並彙整專家編輯委員依「強化社會安全網計畫 2.0」及心理健康及自殺防治之最新政策提出之修改建議進行修訂。
- 3) 修改手冊為自殺防治系列手冊 23、25、26、35、36，修正前後對照表以自殺防治系列手冊 36：媒體從業人員自殺防治，如表 4-3-1 及附件 4-3-1。
- 4) 序言及編輯群修訂
- 5) 編輯排版與美編

2. 結論及建議

- 1) 目前全系列手冊中較老舊的版本皆已更新編輯，建議明年度取消此工作項目。

表 4-3-1、自殺防治系列手冊 36：媒體從業人員自殺防治修正前後對照表

手冊名稱：自殺防治系列手冊 36：媒體從業人員自殺防治		
修改頁數	修改之前內容	建議修改內容
P.5	在臺灣，已有因地制宜之報導原則，乃參考各國文獻及焦點團體相關成果，針對記者與編輯的分工合作型態，分別提出在地化的報導指引（全國自殺防治中心，2016）。	加入自殺防治法頒布
P.6	據估計，每年有 80 萬人因自殺身亡，在許多國家自殺都被列於十大死因之中。自殺企圖人數大約是自殺身亡人數的 10 到 20 倍，但實際數字可能更高，臺灣地區的流行病學顯示大約為 14 倍。雖然不同人口類別的自殺率有所不同，但在過去五十年裡，自殺率大約增加了 60%。減少自殺造成的生命損失已成為國際心理衛生的關鍵目標。	更新數據 Keyword：age-standardized suicide rates (per 1000 000 population), both sexes, 2015
P.6	根據行政院衛生福利部統計，自殺於 1997 年連續 13 年進入國人十大死因之列，直到 2010 年方退出十大死因。全國自殺防治中心公布最新統計中，2017 年自殺死亡人數 3871 人，男性 2574 人、女性 1297 人男女比例約為 2：1，而在自殺企圖上女性約為男性的 1.7 倍。若以年齡而言，青少年族群(15~24 歲)的自殺在主要死因中排名第二，僅次於事故傷害；老年人(65 歲以上)的自殺率則為一般人口平均值的三倍以上。	更新數據
P.9	性取向問題（如同性戀）	性取向
P.14	近年來智慧型行動裝置逐漸普及，行動應用程式(APP)已深入大眾的日常生活，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，全國自殺防治中心已將心情溫度計發展為手機應用程式 APP。以智慧型裝置作為媒介，提供一機在手即可隨時自	心情溫度計也有 APP 版本可以使用，附 QRcode。 (刪除圖片)

	我檢測情緒及心理狀態的服務。「心情溫度計 APP」已於 IOS 及 Android 系統正式上線並提供大眾免費下載使用。	
P.18-21	【2017 媒體自殺事件報導快速指引】 臺灣媒體自殺報導建議	更新為八不六要 追述媒體聯繫會議
P.24	另外有一些是由 Suicide Awareness Voices of Education (SAVE)開發給部落格版主作為管理參考的建議 (https://www.bloggingonsuicide.org)。 這些建議是根據傳統媒體報導指引的內容所撰寫而來，特別強調在部落格中經常出現的安全議題及其因應方法。	移除
P.25	自殺防治法	新增第十六條行政原則
P.31	恐怖主義與大規模槍擊案的媒體報導	移除該區段
P.34-36	台灣資源	台灣資源區段更新

五、附件

附件 4-3-1、手冊修編建議

伍、輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治策略

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(五) 輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治策略</p>	
<p>1. 依自殺防治法第9條第2項第4款規定，辦理縣市政府自殺防治議題之自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊：</p> <p>(1) 擇定縣市政府數量：至少6縣市。</p> <p>(2) 擇定原則：以「自殺通報個案之再自殺率、自殺死亡率之3年移動平均呈現上升趨勢者」、「截至113年6月30日止，初步自殺死亡人數相較去年同期上升幅度較高者」為原則，或其他經本部指定者為優先。</p> <p>(3) 期程規劃：辦理前2個月，提交細部執行計畫書(含擇定縣市、時間、議程、該縣市自殺統計資料與全國比較之報告簡報規劃等)至部，經本部同意後辦理。</p> <p>(4) 辦理形式：得標廠商主責規劃辦理，由本部函請各縣市政府首長邀集各局處、所轄機關（構）及網絡單位代表（如教育、勞動、社政、警政、消防、農政及轄內精神醫療網核心醫院、醫療機構及其他網絡單位）等共同出席參與報告及討論，以瞭解各縣市政府因地制宜之自殺防治措施及強化自殺防治之橫向聯繫機制，並給以輔導建議。</p> <p>(5) 滿意度調查：參與者滿意度為「滿意以上」者，應占填答人數80%以上</p> <p>(6) 其他配合事項：依各縣市政府需求召開專案討論會議，並視需求增加輔導訪查次數。</p>	<p>依規定執行完成 詳見5.1章節</p>

自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

隨著自殺率的上升，僅依賴單一部門或機構難以有效應對複雜的心理健康問題。特別是在疫情後，全國自殺死亡率上升，尤其是 15 到 24 歲的青少年族群。針對這一脆弱群體，自殺防治工作顯得尤為迫切，因此強調跨局處協商合作，形成整合一致方向的防治推動力量，已成為自殺防治工作的重要運作機制。

自殺死亡方法在年齡、地域和實務特性上有明顯差異，因此自殺防治策略需要根據不同地區的特性進行調整。過去，全國自殺防治中心在參與各縣市的自殺防治業務互動式輔導訪查中，累積了豐富經驗，發現各縣市在推動自殺防治工作時，其組織架構、人口結構，面積，在地化可用資源、優勢和挑戰均存在很大差異。

為了深入了解各縣市在跨局處及跨單位推動自殺防治業務時的不同觀點、面臨的困境與相應的解決方法，於 113 年度舉辦了自殺防治互動式輔導訪查及工作坊。此活動旨在加強在地化的自殺防治干預措施，並協助參與的縣市提升跨局處及跨團體（如機構、學校、公學工協會等）的橫向連結。通過提供即時輔導、追蹤和後續成效評估，根據各縣市的具體需求進行議題討論，共同推進自殺防治工作。

二、輸入(Input)

1. 業務目的與目標

- 1) 了為瞭解縣、市衛生局於推動自殺防治之現況與困境及自殺關懷訪視計畫辦理現況，提供改善建議與連結資源。
- 2) 協助縣市衛生局根據各地自殺相關的數據分析結果及其在地化的特性，制定對應性的自殺防治策略，行動計畫或方案的制定，並為其提供專業支持和業務諮詢，協助推動自殺防治工作。

2. 執行步驟與方法

- 1) 根據衛生福利部公告國人死因資料，並依「1-8 月初步自殺死亡增減率」、「自殺死亡率之三年移動平均」、「30 天、90 天再自殺率」、「15-24 歲 30

天、90 天再自殺率」為指標，考慮到縣市自殺死亡近況以及趨勢，中心開會討論後擇定：新竹縣、新竹市、屏東縣、宜蘭縣、南投縣、基隆市（註：依心健司指示，將新北市改為基隆市）。而各縣市擇定依據數據詳如下列。

(1) 新竹縣

項目	說明
1-8 月初步自殺死亡率增減率	18.2
30 天再自殺率	7.94%
90 天再自殺率	10.88%

(2) 新竹市

項目	說明
1-8 月初步自殺死亡率增減率	17.9
30 天再自殺率	8.66
90 天再自殺率	10.11%

(3) 屏東縣

項目	說明
1-8 月初步自殺死亡率增減率	16.3
30 天再自殺率	19.78%
90 天再自殺率	30.52%

(4) 宜蘭縣

項目	說明
1-8 月初步自殺死亡率增減率	3.7
30 天再自殺率	23.93%
90 天再自殺率	36.07%

(5) 南投縣

項目	說明
1-8 月初步自殺死亡率增減率	4.5
30 天再自殺率	19.85%
90 天再自殺率	32.58%

(6) 基隆市

項目	說明
110 年標準化自殺死亡率	15.5
111 年標準化自殺死亡率	17.4

2. 資源連結與合作

- 1) 指導單位：衛生福利部心理健康司
- 2) 連結單位：各縣市自殺防治會的跨局處人員,包括衛生局人員、關懷訪視員、心理衛生社工、社區心衛中心人員、長期 照顧心人員及公共衛生護理人員、消防局、警察局、社會局、教育局、勞工局(勞動局)、交通局、工務局、捷運工程局、兵役局、原住民事務委員會、客家事務委員會、各鄉(鎮、市、區)公所等跨網絡單位。。
- 3) 資源連結內容形式：資料提供、公文、電子信箱聯繫、電話溝通、會議討論。

三、過程(Process)

1. 本中心根據統計處提供之國人死因資料,依據衛生福利部之標準:新竹縣、新竹市、屏東縣、宜蘭縣、南投縣及基隆市共 6 縣市辦理自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊。
2. 函知衛生福利部擇定之縣市,並請協助聯繫及確認辦理時間,同時邀請部內長官及各縣市跨局處人員出席,預定於三個月內完成訪查各縣市政府。
3. 研究發展組進行全國自殺死亡及通報趨勢分析及製作簡報,提供各縣市報告所需自殺相關數據。
4. 由中心長官代表出席自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 於 113 年 5 月 13 日前往屏東縣政府進行自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊,議程如附件 5-1-1
- 2) 擇定六縣市預計前往輔導訪查日期及人員如下:

日期	縣市	中心出席人員
5/13(一) 14:30~17:00	屏東縣	呂淑貞、陳俊鶯、姜丹瑠
5/31(五) 13:30~17:00	南投縣	呂淑貞、陳俊鶯、林俊媛
6/19(三) 9:30~12:00	新竹市	呂淑貞、陳俊鶯、吳佳儀

7/16(二) 14:30~17:00	新竹縣	呂淑貞、楊境中
9/3(二) 14:30~17:00	宜蘭縣	呂淑貞、楊境中
9/10(二)14:30~17:00	基隆市	呂淑貞、楊境中、陳俊鶯

五、 成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治互動式輔導訪查當日除了全國自殺防治中心與縣市衛生局近年自殺數據及心理健康及自殺防治業務報告外，交流主題針對「縣市自殺防治策略、跨局處自殺防治業務困境」、「青少年自殺防治」進行討論。
- 2) 綜合討論摘要依照全面性、選擇性及指標性三大策略列出如下。

全面性策略

議題一、高處墜落策略

結論

- (1) 落實外牆高度法規管制；公寓大廈每年進行自殺防治宣導；宣導民眾於住家陽台加裝隱形防墜網，工務處定期舉辦自殺防治與高樓墜落的宣導活動，以提高居民的安全意識和防範能力。

選擇性策略

議題二、青少年自殺防治之困境。

結論

- (1) 邀請各大專院校輔導中心主任、諮輔中心代表，參與討論自殺防治推動方案，並擔任自殺防治會委員。
- (2) 關注網路使用對青少年的影響:網路使用時間、模仿效應和霸凌問題。推廣 iWIN 平臺，處理網路上的不當訊息，並加強網絡素養教育，教導學生正確使用網絡資源，抵制網絡霸凌。
- (3) 加強輔導老師與心理師的合作，強化校園安全通報系統以及 24 小時篩選機制、提高家長對精神醫療的接受度，加強對高風險家庭的介入措

施。

議題三、長者自殺防治策略。

結論

- (1) 培育村里長、保健志工及不分國籍看護、主要照顧者成為守門人；將 BSR5-5 翻譯成越南、印尼文等，待外籍移工與長者回診時學習成為自殺防治守門人。
- (2) 邀請長者自殺防治專家，為縣市分析並擬定適合縣市的長者防治策略；多數長者在有自殺行為前皆有到醫療院所就診、可擬定針對非精神醫療人員做守門人訓練。
- (3) 與各司處、各地診所及護理所合作建立社區據點定點訪視長者，增加涵蓋率；在幅員遼闊的縣市、偏鄉設置醫療篩檢據點，推廣自殺防治守門人的概念，以利早期發現、早期治療。

議題四、職場自殺防治策略

結論

- (1) 工作生活平衡推廣：提供職場課程、研習和活動，促進工作與生活的平衡。建立在職勞工情緒管理與抒發的有效管道，幫助員工在繁忙的工作中找到平衡點，減少壓力和焦慮。
- (2) 針對警察、消防等高風險職業，強調跨局處合作，主動進行心理健康篩檢，提供心理健康教育和支援，減輕職業壓力，提升心理健康水準。

指標性策略

議題五、自殺通報拒訪率高

結論

- (1) 加強初訪關係建立：透過在職訓練，提升訪員的會談技巧與關係建立能力。提供心理支持，使個案感受到被理解與支持，從而建立良好的初步關係，為後續介入奠定基礎。
- (2) 拒訪背後原因多重，與關懷訪視流程及結案標準的規定也有相關，建議各縣市可有進一步的分析，另外中央所訂的流程及結案標準可再次檢視修訂（依據今年南投縣輔導訪查）

2. 六縣市滿意度分析結果

- 1) 本次問卷調查之對象，係以 113 年 5 月 13 日至 9 月 10 日辦理輔導訪查及工作坊之縣市跨局處、跨領域參與者為主。調查方式以實體會議填答問卷進行調查。本次問卷發放 139 份、回收 71 份，回收率為 51%¹，其中有效問卷樣本 71 份，無效問卷樣本 0 份，問卷有效率為 100%²，回答「滿意」以上，占填答人數 98%³。
- 2) 針對回覆問卷中縣市填答「對未來輔導訪查之探討議題建議」、「對選擇訪查縣市之指標建議」及「其他：感想與建議」項目之相關意見，整理結果如下：

(1) 對未來輔導訪查之探討議題建議：

- a. 訪查時分享其他縣市有效之自殺防治策略或跨局處合作情形，供縣市學習、精進。
- b. 增加實務個案案例討論，以檢視網絡單位介入的資源和策略是否有待加強的部分。
- c. 針對縣市自殺死亡方式致命性高者進行討論。

(2) 對全國自殺防治中心及衛生福利部心健司的建議：

- a. 透過中央共同制定及布達，可有效加速跨局處間的合作。
- b. 建議持續推動年輕族群心理健康支持方案，對於高中畢業生為升學之個案，可轉銜讓初入社會之社會新鮮人有關懷與支持的網絡。
- c. 人力問題需再進行評估，希望能給予第一線人員一些餘裕及深化服務的空間。

¹ 問卷回收率=回收問卷樣本(71 份)÷發放問卷總數(139 份)=51%

² 問卷有效率=有效問卷樣本(71 份)÷回收問卷總數(71 份)=100%

³ 滿意度=答「滿意」以上之總數(349)÷有效問卷樣本之總題數(355)*100%=98%

陸、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

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 113 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(六)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</p>	
<p>1.追蹤各類媒體報載自殺訊息(實體及網路):依據自殺防治法規定及世界衛生組織所建議的之自殺新聞報導原則，蒐集並追蹤媒體報載自殺事件或訊息之情形。有下列情形者，予相應處置：</p> <p>(1) 宣傳品、出版品、廣播、電視等以實體形式報載自殺事件或訊息，疑有違反自殺防治法情形者，經本部確認後於2日內函請管轄機關依法處置；確實違反自殺新聞報導原則者，應通知該媒體(業者)呼籲遵循是項原則。</p> <p>(2) 網際網路內容等以線上形式報載自殺事件或訊息，疑有違反自殺防治法或確實違反自殺新聞報導原則者，應通知本部委託處置有關網際網路內容不當自殺訊息申訴(檢舉)之得標廠商，並配合協助後續處置。</p> <p>2.持續追蹤自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。</p> <p>(1) 另應適時發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體(學者)召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應。針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會等相關方式向大眾澄清，以避免模仿效應。</p> <p>(2) 運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，並透過與民間團體合作，提升民眾對自殺防治認知。</p> <p>(3) 運用通訊軟體(如Line等)建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通，並於期末報告提報該溝通機制之成效。</p> <p>(4) 召開「新聞媒體聯繫會議」或研討會1場次，並邀請文化部及影視劇相關的學、協、公會團體(如編劇、舞台劇等)參與，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.1、6.2章節</p>

強化媒體及網路平臺互動與因應

一、背景(Context)

媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的重要載體。根據過去相關的研究，媒體報導傳遞不恰當的自殺資訊時可能造成模仿行為(copypcat)效應，相反的，適當的媒體報導則有助於自殺防治工作的推展，提高民眾勇於求助的意願，而當媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，則有利於整體自殺防治工作之推行。

近年來，由於網際網路訊息傳遞無遠弗屆的特性，以及資訊爆炸時代的來臨，造成網路上資訊的泛濫流竄，任何訊息發佈到網路上，都可能被成千上萬人閱讀、仿效、轉載，影響力甚至超越傳統媒體，而錯誤的訊息，如教唆自殺、相約自殺之訊息，也透過各種方式，被有心人士發佈至網路上並形成跨越地域的影響力。

全國自殺防治中心自成立以來，致力與媒體共同合作，加強與媒體工作者之間的交流，並推廣 WHO 所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「八不六要」原則，攜手打造健康的自殺事件新聞報導，使報導能在不侵害自殺當事者及其遺族之隱私權的前提下，顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。

為降低因教唆自殺網站訊息造成之不當影響，進而避免憾事發生，中心已於 103 年研擬教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，一旦經由常例監測或一般大眾檢舉，發現網路上有教導自殺或如何使用自殺工具進行自殺等內容之網頁，向「iWIN 網路內容防護機構」進行線上申訴，並於申訴後定期內追蹤被檢舉網頁之下架等相關事宜；同時向該網站平臺之檢舉機制舉報加以勸導，向該平臺管理者反映藉以即時撤除不當內容；113 年開始媒體監測業務改為追蹤，舉報流程由原先向「iWIN 網路內容防護機構」申訴、利用該網站平台檢舉機制舉報改為向「台北市電腦商業同業公會」進行申訴。

中心藉由與我國新聞媒體領域建立長期交流互動，與媒體工作者共同建構健康的自殺新聞報導，以期共同建立我國自殺事件新聞報導之核心價值、提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。並期待能消弭網路上不當訊息的傳播，預防更多不幸事件的發生。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 依據時事議題發佈相關新聞稿。
- 2) 不定期與媒體合作、接受專訪及媒體投書。
- 3) 向台北市電腦商業同業公會(以下簡稱電腦公會)申訴網路不當的自殺相關資訊，並進行結案、追蹤及列管。
- 4) 將最新專訪及新聞稿更新於中心網站最新消息與珍愛生命打氣網粉絲專頁，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。
- 5) 成立全國自殺防治中心媒體因應 LINE 群組，以因應重大自殺新聞事件。

2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、新聞媒體、媒體從業人員、媒體相關學協會、電腦公會。
- 2) 資源連結內容及形式：
 - (1) 媒體聯繫：遇有違反自殺防治法新聞主動向電腦公會提出申訴、媒體採訪、發佈新聞稿、辦理媒體聯繫會議等溝通方式。
 - (2) 教唆自殺網站追蹤：追蹤教唆自殺網站，主動向北市電腦公會進行申訴。

三、過程(Process)

1. 新聞稿發佈

- 1) 依據時事議題發佈相關新聞稿，期望以主動出擊方式，提供媒體記者報導素材，藉以更準確的推廣自殺防治概念，促使記者能撰寫正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因子有所理解並適時防範，同時將新聞報導由原先著重於新聞事件深入探討，轉變為理性數據描述。

2. 媒體合作

- 1) 不定期與不同媒體合作，或接受媒體專訪，於不同主題之間散佈自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」之概念傳達至社會各角落，達到「自殺防治，人人有責」之目標。

3. 媒體投書

- 1) 因應重大新聞事件適時進行因應，以投書至媒體方式，提供媒體及一般民眾參考。

4. 媒體追蹤

- 1) 每日製作紙本三大報(聯合報、自由時報、中國時報)、網路四大新聞媒體(聯合報、自由時報、中國時報、Ettoday)自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予長官及各衛生局相關人員參考。

- 2) 持續進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體追蹤作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治策略。

5.全國自殺防治中心媒體因應小組

- 1) 中心將原有媒體相關群組整併為「全國自殺防治中心媒體因應小組」。主要社群成員為媒體與自殺防治兩大領域專家與實務工作者。
- 2) 不定期針對重大自殺事件、爭議報導提出討論；針對報導自殺事件相關疑義提供即時問答。

6.教唆自殺網站

- 1) 常例關鍵字搜尋：選擇之關鍵字，分別為「無痛__自殺」、「跳樓__高度」、「燒炭__方法」、「上吊__方法」，每 10 天搜尋 google 與 yahoo 等搜尋引擎前 10 頁之內容，並登錄列冊。
- 2) 舉報步驟：
 - (1) 進行北市電腦公會進行申訴。
 - (2) 申訴後定期追蹤被檢舉網站之下架等相關事宜。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 新聞稿發佈(新聞稿內容詳見附件 6-1-1)
 - (1) 3 月 6 日發布「軍警自殺新聞，呼籲全民共同關懷」新聞稿呼籲民眾共同關懷。
 - (2) 5 月 2 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—網路、新媒體報導到自殺防治」會前新聞稿，預告新聞媒體聯繫會議之舉辦與活動內容，並邀媒體與關注相關議題之民眾。
 - (3) 5 月 7 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—網路、新媒體報導到自殺防治」會後新聞稿，網路的發展對於自殺防治的影響不可忽視，其資訊快速流通的特性，今年特以「網路、新媒體報導到自殺防治」作為主題，望能藉此探討網路於自殺防治所扮演的角色。
 - (4) 7 月 5 日發布「攜子自殺，呼籲全民共同關懷」新聞稿呼籲民眾共同關懷。
 - (5) 8 月 23 日發布「鋼琴師自殺，呼籲全民共同關懷」新聞稿呼籲民眾共同關懷。
 - (6) 9 月 5 日發布「重大自殺新聞 呼籲全民共同關懷」新聞稿呼籲民眾共同關懷。

(7) 9 月 8 日發布「113 年世界自殺防治日記者會—改變自殺敘事」會前新聞稿，預告世界自殺防治日記者會之舉辦與活動內容，並邀媒體與關注相關議題之民眾。

(8) 11 月 14 發布「名人自殺新聞 呼籲全民共同關懷」新聞稿呼籲民眾共同關懷。

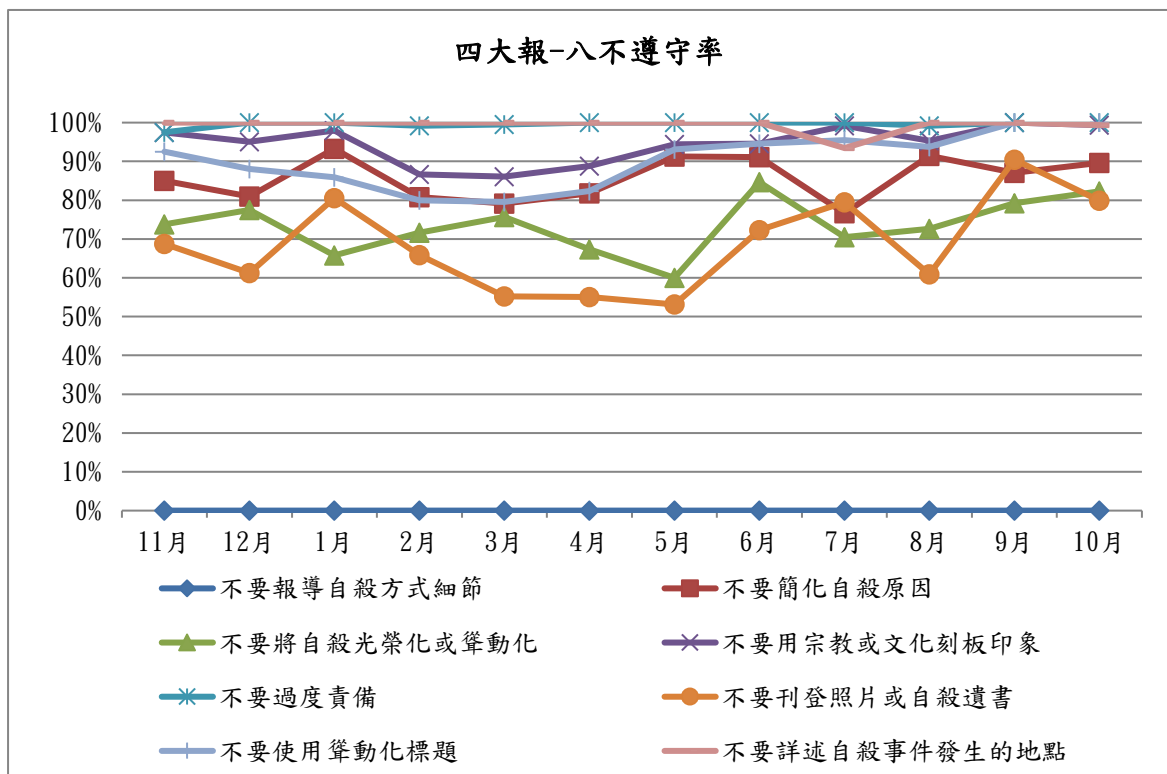
2) 媒體追蹤

(1) 持續進行 113 年自殺新聞資料蒐集，每日將追蹤之自殺新聞寄予各衛生局、衛生福利部心理健康司同仁參閱，統計至 10 月 31 日網路四大報共 1762 則自殺新聞報導、紙本三大報共 97 則自殺新聞報導。

(2) 網路四大報中，八不六要原則遵守原則如表 6-1-1，觀察各月遵守率趨勢如圖 6-1-1、6-1-2。網路報導中，八不原則遵守率以「不要用宗教或文化刻板印象」、100%為最高、「不要過度責備」第二，遵守率為 99%；遵守率最低則為「不要刊登照片或自殺遺書」，僅 21%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」100%為最高、「刊登在內頁」96%次之，第三則為「提供與自殺防治有關的資源」91%。

表 6-1-1、1-10 月網路自殺新聞八不六要監測結果簡述

遵循八不原則	遵守情況	遵循六要原則	遵守情況
不要報導自殺方式細節	91%	刊登在內頁	96%
不要使用聳動化標題	86%	與醫療衛生專家密切討論	1%
不要簡化自殺原因	73%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要將自殺光榮化或聳動化	94%	提及其他解決方法	39%
不要用宗教或文化刻板印象	100%	提供與自殺防治有關的資源	91%
不要過度責備	99%	報導呼籲危險指標	9%
不要詳述自殺事件發生的地點	69%		
不要刊登照片或自殺遺書	21%		



圖

圖 6-1-1、1-10 月網路自殺新聞八不原則遵守情形趨勢圖

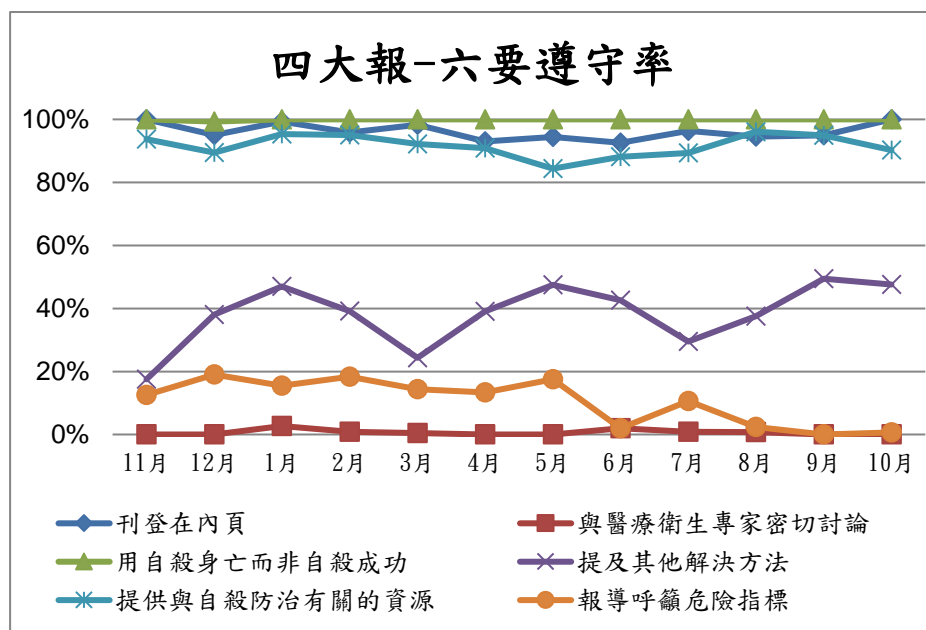


圖 6-1-2、1-10 月網路自殺新聞六要原則遵守情形趨勢圖

(3) 考量網路新聞特性，較難要求媒體完全不刊登新聞照片，因此在刊登照片項目，依據照片性質，區分為三類，如表 6-1-2。圖 6-1-3 為網路新聞

表 6-1-2、自殺新聞照片分類表

不可刊登	有條件式刊登(需徵得同意)	未規範
<ul style="list-style-type: none"> • 自殺現場(含屍體) • 自殺現場(不含屍體) • 屍體(非自殺現場) • 當事人(自殺現場) • 遺書(照片) • 自殺工具照片 • 遺書(模擬圖片) • 電腦模擬繪圖 • 影片 • 網路社交社群連結 • 歷年事件回顧或事件發展程序圖 	<ul style="list-style-type: none"> • 當事人(非自殺現場) • 自殺者生活照(含與他人合照) • 親友照(無自殺者) 	<ul style="list-style-type: none"> • 生活環境照 • 相關統計數據圖表 • 其他

各類型照片刊登比例。由趨勢圖可看出，不可刊登之比例仍為最高，各月約在 30%~70%間。

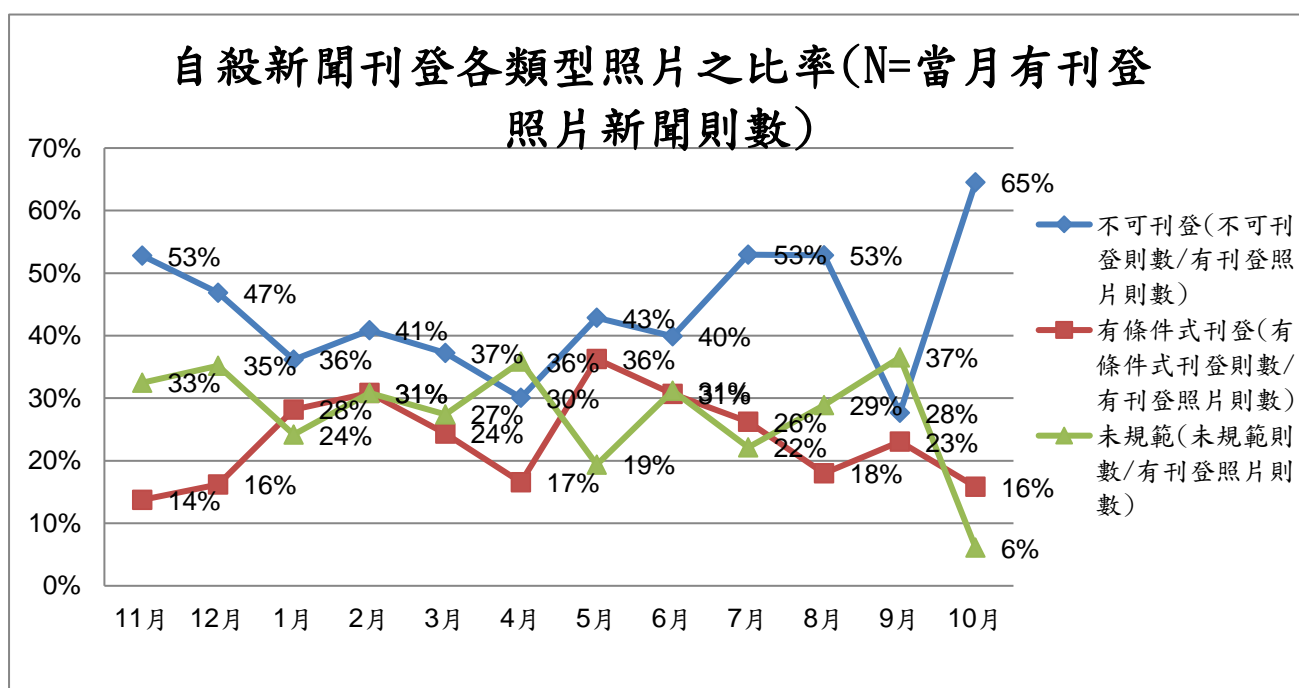


圖 6-1-3、1-10 月網路自殺新聞各類照片比例圖

(4) 紙本四大報中 1 月至 10 月紙本四大報共刊登 97 則自殺新聞報導，八不六要原則遵守原則如表 6-1-3，八不原則遵守率以「不要將自殺光榮化或

聳動化」、「不要用宗教或文化刻板印象」、「不要過度責備」為最高 100%；遵守率最低則為「不要簡化自殺原因」，為 60%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」、最高，皆為 100%、「提供與自殺防治有關的資源」82%次之。

表 6-1-3、1-5 月紙本自殺新聞八不六要監測結果簡述

遵循八不原則	遵守情況	遵循六要原則	遵守情況
不要報導自殺方式細節	99%	刊登在內頁	99%
不要使用聳動化標題	86%	與醫療衛生專家密切討論	5%
不要簡化自殺原因	60%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要將自殺光榮化或聳動化	100%	提及其他解決方法	38%
不要用宗教或文化刻板印象	100%	提供與自殺防治有關的資源	82%
不要過度責備	100%	報導呼籲危險指標	6%
不要詳述自殺事件發生的地點	79%		
不要刊登照片或自殺遺書	71%		

(5) 不當新聞投訴：中心接獲檢舉或進行媒體追蹤時遇違反《自殺防治法》第十六條第一項第二款、第三款之自殺新聞報導，皆會像電腦公會進行案件投訴。1 月 1 日至 10 月 31 日為止，共投訴 132 則自殺新聞報導，其中已處理 61 則自殺新聞報導，占率約 46.21%。

3) 全國自殺防治中心媒體因應小組

- (1) 整併為「全國自殺防治中心媒體因應小組」後，目前成員包含自殺防治領域、媒體相關學會之專業人員。
- (2) 不定期針對重大自殺事件、爭議報導提出討論；針對報導自殺事件相關疑義提供即時問答。

4) 113 年自殺新聞分析現況

- (1) 相約自殺案件共有 63 則自殺新聞被報導，媒體報導自殺原因多為債務經濟因素。
- (2) 殺家人後自殺共有 15 則自殺新聞被報導，媒體報導自殺原因為家人情感、夫妻問題以及失業經濟因素。
- (3) 14 歲以下青少年共有 10 則自殺新聞被報導；15-24 歲共有 14 則自殺新聞被報導，其自殺方式主要多為高處墜落。

5) 教唆自殺網站

- (1) 自 103 年 1 月 13 日至 113 年 10 月 31 日，共 652 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 479 個(73.5%)違規網頁已撤除。

- (2) 在境內網頁部分，已下架者為 165 則(95.4%)、未下架者為 8 則(4.6%)；
在境外網頁部分，已下架者為 314 則(65.6%)、未下架者為 165 則(34.4%)。
(如圖 6-1-4)

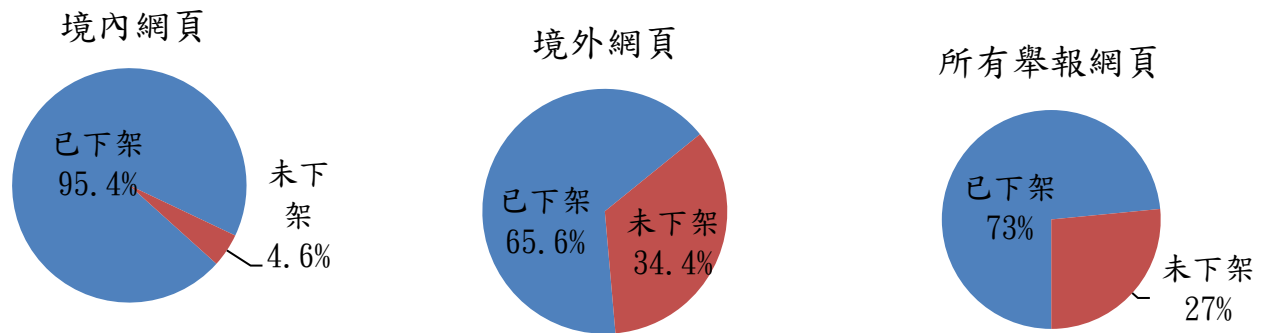


圖 6-1-4、舉報網站、境內外網站下架與未下架圓餅圖

(3) 境內教唆網站自 103 年開始，下架率接近 100%，113 年 1 月至 10 月間新增 1 筆境內教唆網站。(如圖 6-1-5)

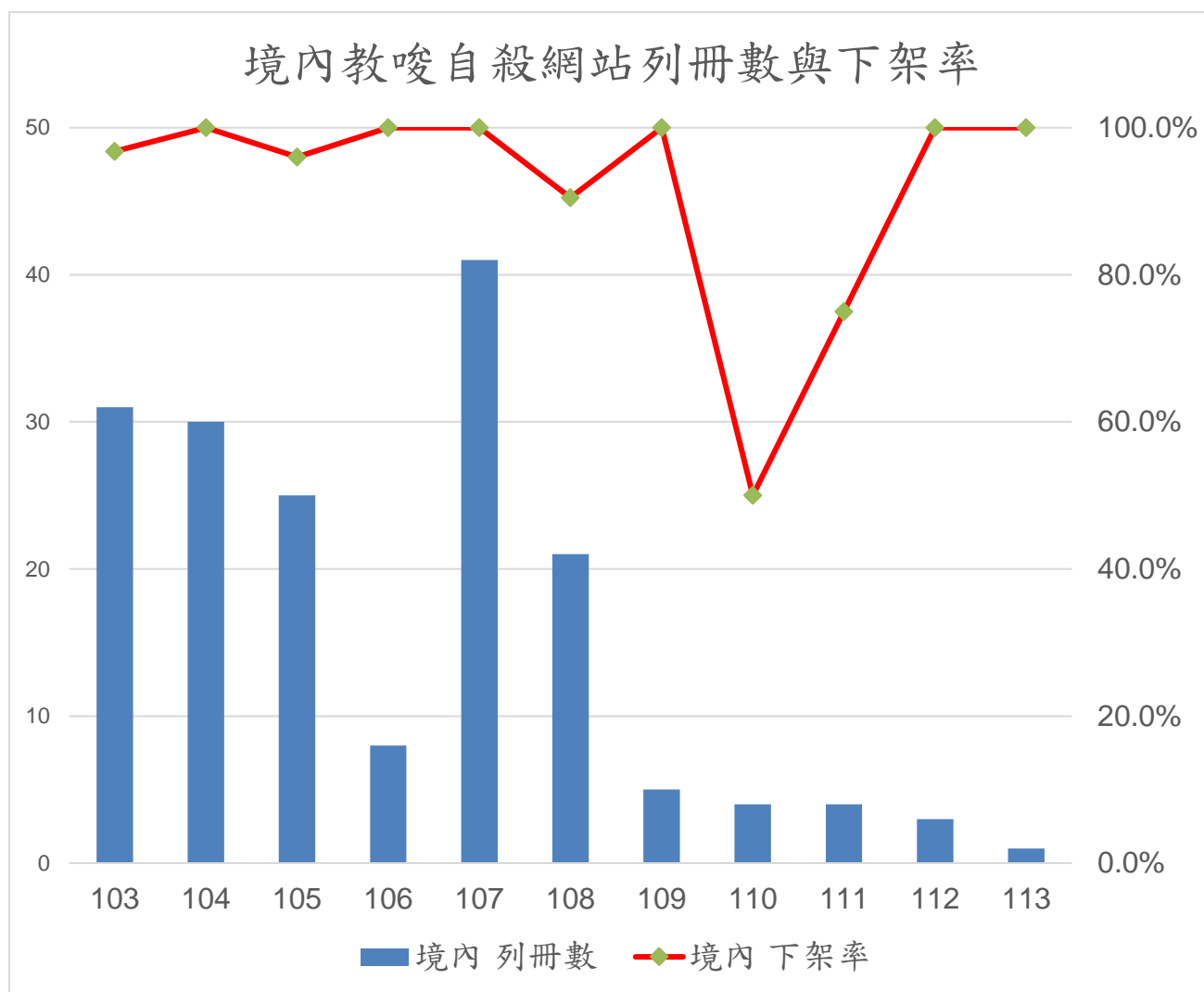


圖 6-1-5、境內教唆自殺網站列冊數與下架率

(4) 境外教唆網站自 105 年起下架率開始降低，境外檢舉未下架之 165 筆中文繁(簡)體網站。因網站架設在境外，由於境外平臺隸屬於國外當地法規，非屬我國司法管轄權限的範圍內，且許多網站目前已無管理員或者帳號停止使用，導致網站下架較為困難。(如圖 6-1-6)

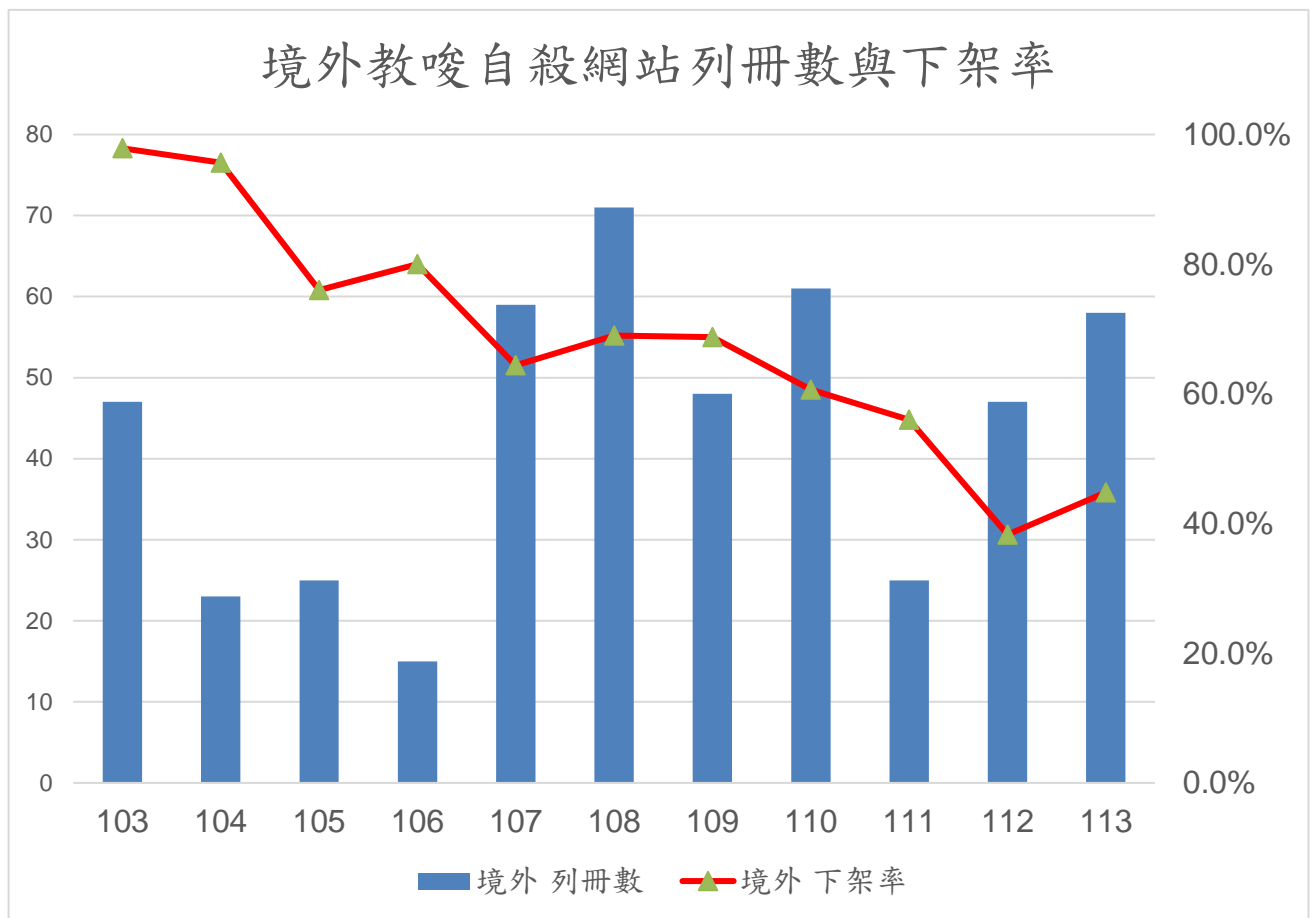


圖 6-1-6、境外教唆自殺網站列冊數與下架率

2. 結論

全國自殺防治中心歷年與新聞媒體專業工作者及媒體專家學者建立長期合作關係，透過不同心理衛生與媒體專業間的配合與討論，將自殺防治的理念擴及各大媒體。

今年度由媒體監測改為媒體追蹤，同時加強與媒體之互動，除了過去長期與新聞媒體合作外，也持續與影視劇相關學協會合作，並討論後續進一步合作之可能，希望藉由不同管道宣導自殺防治、珍愛生命守門人理念。媒體溝通部份，除發布新聞稿外，針對重大事件主動進行媒體投書，傳遞正確觀念；亦強化媒體通訊群組功能，於重大社會事件發生時，與群組內媒體人員溝通，減少自殺事件重複報導，同時也能直接與群組內的北市電腦公會人員聯繫，及時針對不當報導進行處理。

在八不六要原則部份，八不原則在中心多年的倡導後，已經有明顯進步，刊登照片部份雖然遵守情形較低，進一步分析刊登類型可以發現不可

刊登類型有下降趨勢，雖然網路自殺新聞報導較難避免刊登照片，但在照片內容上仍有進步。六要原則普遍遵守情形較低，後續中心仍須努力向新聞媒體倡議六要原則遵從的重要性及意義。

對於教唆自殺網站，針對境外檢舉未下架之 165 筆中文繁(簡)體網站，進行歸類後發現多屬兩類：

- 1) 大多數網站伺服器主機設置於國外(其中 113 筆 IP 位於美國各州，佔 73.9%)，不在我國司法管轄範圍。
- 2) 檢舉未下架網頁屬中國及香港管轄範圍、其論壇規模較小者，管理機制疏鬆、舉報無門。

因檢舉者、境外國家法規、網站管理者，三方在內容認知上的差異，影響下架成效。雖然持續進行追蹤及透過電腦公會舉報，境外網站仍不易有效移除，此部份只能透過另行舉報的方式，如透過網站本身設立之舉報管道檢舉、網站所提供之聯絡管道進行告知，讓網站管理者了解，進而下架。

五、附件

附件 6-1-1、113 年度新聞稿

- 1) 根據重大新聞事件發布新聞稿呼籲民眾共同關懷，113 年台灣自殺防治學會共發布 5 則新聞稿。
- 2) 全國自殺防治中心，於 5 月 7 日媒體聯繫會議共發布 1 則會前新聞稿、1 則會後新聞稿；於 9 月 8 日世界自殺防治日記者會發布會前新聞稿。

自殺防治新聞媒體聯繫會議

一、背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)之報告，媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的關鍵載體。根據過去相關研究，媒體報導自殺相關新聞可能造成模仿行為(copypat)效應，自殺模仿也稱維特效應(Werther effect)，可能增加自殺風險；而正確與適當地報導自殺新聞，媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，有助於呼籲民眾勇於求助，及整體自殺防治工作之推行，發揮媒體對於自殺防治的保護效應，即帕帕諾基效應(Papageno effect)。。

全國自殺防治中心過去致力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，自 104 年起，每年持續辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議，藉由媒體聯繫會議與實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導及影視作品。往年媒體聯繫會議中皆邀請各縣市衛生局、平面與網路記者、媒體朋友及相關學協會單位等共同與會；今年特別邀請商業周刊主筆-鄭郁萌來分享得獎作品，期待藉此鼓勵媒體從業人員，強化媒體對於自殺的保護因子。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 今年主題為「網路、新媒體報導到自殺防治」，從網路、新媒體報導探討在自殺防治中所扮演的角色，同時特別邀請到新聞獎得主來現場分享得獎作品的撰寫過程，向媒體分享正向報導的良好範例，使媒體從業人員在報導自殺相關新聞時有所參考。

2. 資源連結與合作

- 1) 協辦單位：台北市電腦商業同業公會、台灣媒體觀察基金會、中華編劇學會。
- 2) 合作單位：專家學者、媒體從業人員
- 3) 資源連結內容及形式：自殺防治新聞媒體聯繫會議籌備會。

三、過程(Process)

1. 召開自殺防治新聞媒體聯繫會議籌備會，與相關專家學者及第一線媒體工作者進行交流，研擬自殺防治新聞媒體聯繫會議活動內容。
2. 寄發邀請函，邀請對象包含衛生福利部、立法院社會福利及衛生環境委員

會、文化部、國家傳播通訊委員會、媒體相關學協會、各縣市衛生局、新聞局、電視臺與媒體單位、網路及平面媒體記者等。

3. 113 年 5 月 7 日辦理自殺防治媒體聯繫會議。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 113 年 5 月 7 日下午 2 時 00 分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議-網路、新媒體報導到自殺防治」，會議由自殺防治中心呂淑貞主任主持，綜合座談由自殺防治中心楊境中執行長主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會張書森理事、iWIN 網路內容防護機構韓昊雲組長、商業周刊鄭郁萌主筆。

(1) 議程：新聞媒體聯繫會議之議程包含：本次會議議題包含「網路媒體報導與自殺防治」、「當 iWIN 保護遇上自殺報導」、「親愛的憂鬱症家人」，並以綜合座談作為總結。詳細議程如附件 6-2-1。

(2) 本次會議開放實體參與的同時，也開放線上參與，供不便實體到場之單位仍能派員與會，同時讓對自殺防治議題關心之民眾亦能旁聽與提問。

(3) 會議邀請衛生福利部心理健康司陳亮好司長、立法院王育敏委員、陳昭姿委員、林月琴委員、王正旭委員及盧縣一委員致詞，參與人數共 69 人。其中衛生福利部 4 人、立法院 5 人、國家通訊傳播委員會 2 人、新聞局 1 人、衛生局 12 人、相關學協會 5 人、媒體單位 13 人。

(4) 綜合座談發言摘要如下：

立法委員林月琴：網路上的自殺相關訊息是一大重點，不像電視有 NCC 監管，網路尚無主管機關或應對策略。

呂淑貞主任：網路的發展對於自殺防治的影響不可忽視，網路可能為自殺防治帶來負面影響，如自殺訊息、方式的流竄，都是自殺防治所面臨的挑戰，尤其對青少年族群的影響更為明顯，因此對於網路上的自殺訊息將會是全國自殺防治中心未來的重點所在。

張書森教授：網路面臨許多挑戰，建議可以參考傳統媒體的方式，透過警政署訂定規定和各地方政府諮詢會來對應，減少自殺事件資訊外流媒體。

韓昊雲組長：網路監管框架難以訂定，應依違反情勢判斷並考慮阻攔機制。

鄭郁萌主筆：媒體業者面臨資訊過載和競爭壓力，而張書森建議可以從避免傷害出發，提供求助訊息和家屬資源，以及利用專家訪問作為名人事件的應對方式。

綜合座談總結：根據上述摘要各方都同意網路的發展對於自殺防治的影響

不容小覷，且會面臨到很多挑戰，如網路監管框架難以訂定、無明確主管機關等，未來將會是全國自殺防治重點所在，也需跨單位合作。

2. 結論

透過自殺防治與新聞媒體聯繫會議，希望讓與會者在自殺防治上建立共同的核心價值，並建立長期的合作關係。就「八不」數據以觀，傳統新聞媒體已經有自律的做法，相較之下，新興的網路媒體著重快速與點閱率，且合作時間較短，容易將不適宜的內容推送出去，雖在中心提出反應後皆會迅速配合修正，然第一時間接觸到的閱讀者已受到影響，因此，後續仍待持續對話與協調，使上開媒體共同負起社會責任，教育大眾正確觀念。

過去中心致力於推廣 WHO 媒體八不六要報導原則，在媒體朋友的努力下，八不原則已經慢慢改善，而宣導重心也慢慢轉向六要原則，以發揮新聞媒體的正向力量。新世代的影視劇傳播更為快速、不間斷且便於觀看，故不當內容所帶來的影響勢必不可同日而語，但與此同時，能帶來的正向影響力亦不容小覷，是故，今年本會以網路、新媒體報導作為主題，透過講者分享網路、新媒體報導與自殺防治的關係、影響，並邀請到鄭郁萌主筆線上分享得獎作品背後的撰寫過程及感想，期待讓媒體從業人員在報導自殺相關新聞時能有依據，強化媒體在自殺防治中所扮演的保護因子。

五、附件

附件 6-2-1「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」會議議程

附件 6-2-2「自殺防治新聞媒體聯繫會議—疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」會後新聞稿

柒、教育訓練、活動規劃及召開相關會議

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(七) 教育訓練、活動規劃及召開相關會議</p>	
<p>2. 配合世界自殺防治日（9月10日），辦理大型活動1場次，並應含舉行自殺新聞報導媒體頒獎儀式（可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理）；辦理主題、地點及形式，於辦理前2個月函報本部，經本部同意後，始得辦理。</p>	<p>依規定執行完成 詳見7.1章節</p>
<p>3. 依自殺防治法第9條第2項第5款及自殺防治法施行細則第12條規定，辦理下列自殺防治守門人教育訓練事項：</p> <p>(1) 維護並與時俱進更新珍愛生命學習網之各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程內容（含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程）。</p> <p>(2) 針對教育部教育人員自殺防治訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治訓練，視各部會之需，協助提供相關師資及訓練課程。</p> <p>(3) 結合長期照顧、社會工作等相關學協會，共同辦理第一線專業人員(以長期照顧人員、各縣市政府社會福利中心或家庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社會工作科之社會工作人員為主)自殺防治守門人訓練至少3節(每節50分鐘)，受訓人數至少達1,000人。</p>	<p>依規定執行完成 詳見7.2章節</p>
<p>4. 維護並與時俱進更新「全國自殺防治中心」、「珍愛生命學習網」及「臉書粉絲團」網站頁面，提供民眾、特定人口群及專業人員有關自殺防治之統計數據、策略、自我協助及專業資源等相關資訊（含推廣心情溫度計），並配合本部政策推動，即時更新或公佈相關資訊。前項維護及更新網站事宜，應循我國資通安全相關法規，建立適當資訊安全措施，並應確認是類網站頁面所公布或轉載內容之著作權，避免衍生爭議。</p>	<p>依規定執行完成 詳見7.3章節</p>

世界自殺防治日系列活動

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

為了引起全球對自殺問題嚴重性的重視，自 2003 年起，國際自殺防治協會（IASP）和世界衛生組織（WHO）將每年的 9 月 10 日定為「世界自殺防治日」（World Suicide Prevention Day）。這一天旨在提升公眾對自殺的認識，推廣預防措施，消除自殺的污名，澄清相關誤解，並宣導「自殺是可以預防的」理念，從而達到減少全球自殺人數和自殺企圖的目標。

自殺是全球關注的問題，也是每個國家中重要的公共衛生問題，歷年本中心所舉辦之世界自殺防治系列活動，除了有中央政府首長的共襄盛舉，各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表，甚至是民間媒體朋友皆熱情響應與會，齊聚散布自殺防治之正確概念，一同關懷世界自殺防治，響應人人皆為珍愛生命守門人之理念。

國際自殺防治協會公布 2024-2026 年世界自殺防治日之主題為”Changing the Narrative on Suicide”是一種樂觀的信息，旨在賦予人們技能和信心，使人們能夠與可能正在苦苦掙扎的人建立聯繫。本中心將主題翻譯為「改變自殺敘事」，期待眾人「展現行動」關懷周遭親人、朋友，乃至於陌生人的心理健康，並發揮一問二應三轉介與持續關懷的守門人原則，給身旁的人「創造」正向「希望」，減少憾事發生。

2. 方案的目的與目標

依據自殺防治法第一條，自殺防治推動係為關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值。因此除了期待個人展現行動，創造希望外，社會更要落實凝聚跨部會與民間的力量，以達到關懷民眾，守望互助的目標。為此本中心特別為今年世界自殺防治日訂定子主題為「從心開始對話」。

藉由舉辦一系列相關活動，使民眾於活動參與過程認識世界自殺防治日之意義，一同重視自殺防治重要性，進而身體力行投入自殺防治工作，促進心理衛生觀念，並喚起社會大眾關心自殺防治議題，以達到「改變自殺敘事」之目標，並且凝聚你我力量，共同守護寶貴生命。

「世界自殺防治日」記者會於 9 月 8 日假張榮發基金會國際會議中心舉行，一如歷年記者會，預計邀請中央政府單位：總統與副總統、衛生福

利部，及各地方機關代表與民間單位一同共襄盛舉。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 世界自殺防治日系列活動

(1) 召開內部業務會議與籌備會議規劃世界自殺防治日系列活動。

(2) 依規劃期程辦理活動，並透過各種管道發布消息。

(3) 與相關單位合作共同辦理世界自殺防治日系列活動。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：各縣市政府衛生局、各縣市政府教育局(處)、珍愛生命打氣網。

2) 資源連結內容與形式：消息發布、新聞報導與活動支援。

三、過程(Process)

1. 規劃

召開內部業務會議與籌備會議商討及規劃世界自殺防治日系列活動內容，含文宣品推廣、世界自殺防治日徵件活動與 2024 年世界自殺防治日記者會等系列活動。

1) 4 月 18 日於業務會議中，決議今年持續於記者會辦理聚焦儀式、短片徵件活動。

2) 5 月 5 日召開記者會籌備會議，確認記者會聚焦儀式、主持人與優質媒體頒獎等相關事宜。

3) 5 月 23 日於業務會議中，確認 2024-2026 世界自殺防治日主題中文翻譯。

4) 5 月 30 日於業務會議中，確認 2024-2026 世界自殺防治日子主題。

5) 6 月 14 日於業務會議中，確認聚焦儀式相關事宜。

今年度的啟動儀式突破以往以大型道具為主的形式，創新改採貴賓與電子看板的互動方式，並特別邀請知名藝人擔綱開場演出，為活動注入亮眼焦點與活力。

6) 8 月 1 日及 8 月 7 日於業務會議中，確認記者會相關事宜。

7) 8 月 15 日於業務會議中，確認記者會印刷品事宜。

2. 「改變自殺敘事-從心開始對話」2024 年世界自殺防治日短片徵選活動

1) 6 月 3 日公告「改變自殺敘事-從心開始對話」2024 年世界自殺防治日短片有獎徵選活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳。

- (1) 網路露出部分：運用公文、張貼訊息等方式，包括各縣市衛生局及教育局(處)及討論區、比賽訊息張貼平臺、Facebook 珍愛生命打氣網。
- (2) 寄發電子郵件：對象為珍愛生命義工、各社福團體。
- 2) 7 月 28 日收件截止後，將聘請中心內部專業評審審查參賽作品。
- 3) 將得獎作品公佈於 Facebook 珍愛生命打氣網，並於世界自殺防治日記者會暨學術演討會中進行頒獎。

3. 2024 年自殺防治優質媒體報導獎

- 1) 7 月 2 日公告 2024 年自殺防治優質媒體報導獎簡章於各媒體相關單位，並同時於多元管道宣傳。
- (1) 網路露出部分：運用公文、張貼訊息等方式，包括各媒體相關單位、Facebook 珍愛生命打氣網。
- (1) 寄發電子郵件：各媒體相關單位。
- 2) 8 月 28 日收件截止後，聘請中心內部專業評審，及孔令信教授、滕西華女士兩位外部評審，審查參賽作品。
- 3) 將得獎作品於世界自殺防治日記者會進行頒獎。

4. 「世界自殺防治日」記者會

- 1) 2024 年世界自殺防治日之主題為「改變自殺敘事-從心開始對話」。
- 2) 於 5 月 5 日召開籌備會議。
- 3) 預計邀請中央機關首長、各地方機關單位與民間機構等。
- 4) 於記者會當日發表世界自殺防治日系列活動成果、頒發優質媒體獎項等。
- 5) 於記者會結束當日發布會後新聞稿。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 世界自殺防治日系列活動會議：擬定子主題及記者會進行方式。
 - (1) 內部業務會議：共計 6 場次。
 - (2) 專家籌備會議：共計 1 場次。
- 2) 世界自殺防治日短片徵選活動
 - (1) 共徵得稿件 11 件，其中社會組 7 件、學生組 4 件，各組最終選出特優 1 名、優選 1 名、佳作 2 名及人氣獎 2 名，兩組合計共 10 組得獎者。
 - (2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組第一名票數為 233 票、第二名票數為 49 票；學生組第一名票數為 167 票、第二名票數為 157 票。
 - (3) 得獎作品詳見：

<https://www.facebook.com/tspc520/posts/913727830784673>

3) 自殺防治優質媒體報導獎

(1) 共徵得稿件 9 件，其中紙媒報導組 2 件、電視及網路(影音)報導組 2 件、新媒體報導組 5 件，各組最終選出特優 1 名、優勝 2 名、佳作 2 名，三組合計共 9 組得獎者。

4) 國際性活動－單車繞世界

(1) 宣傳管道包括 Facebook、各縣市衛生局、大專院校、相關學協會等。

5) 世界自殺防治日記者會暨學術研討會

(1) 本年度世界自殺防治日記者會包含媒體記者共 100 人與會。

(2) 於世界自殺防治日記者會後，共 15 則網路新聞露出，包含中時新聞網、聯合新聞網、台灣醒報、中央通訊社及公視新聞網等，共 7 家媒體刊登。

(3) 世界自殺防治日記者會會後新聞稿詳見附件 7-1-1。

(4) 政府機關由衛生福利部林靜儀次長代表出席，並頒發自殺防治優質媒體報導獎。



五、 附件

附件 7-1-1、2024 世界自殺防治日記者會會後新聞稿

自殺防治守門人之教育訓練與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的自殺防治策略中，自殺防治守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。自殺防治守門人意指當接受自殺防治相關訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並做適當的回應或轉介。因此只要透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」，給予周遭的親友關懷與協助，預防憾事之發生。

透過自殺防治守門人訓練課程，期使受訓人員可掌握「1問、2應、3轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及基礎的自殺介入技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源以協助有自殺意念者。

鑑於「畢業後一般醫學訓練(PGY)」之社區醫學訓練已將「自殺防治」列為特殊照護必修課程，及為推廣「自殺防治，人人有責」之理念，加強受訓醫師落實全人照顧理念，了解社區健康議題，具備社區健康醫療照顧技能，本中心特別規劃此社區醫學之「自殺防治課程」。為推廣此PGY課程，過去幾年將課程錄製成影片光碟，提供全國各家醫院畢業後一般醫學訓練計畫社區醫學課程做為參考。今年度持續辦理本課程，結合「全國自殺防治中心」參訪活動，頗獲學員好評，促進學員了解國內自殺防治現況，並認識「自殺防治守門人」之相關概念，期使學員瞭解臺灣的自殺現況以及認識自殺的評估與防治方法。

透過課程的參與，使臨床醫師了解臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神落實在臨床與生活上，促進臨床醫師成為自殺防治守門人，從人文關懷的角度出發，落實全人照顧理念，完成「人人都是自殺防治守門人」之宏願。

2. 業務的目的與目標

- 1)推廣守門人教育訓練達到「自殺防治人人有責」之理想。
- 2)藉由不同的訓練對象期待落實「網網相連，面面俱到」的理念。
- 3)為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地取得自殺防治守門人的概念及實用知識，中心建立珍愛生命數位學習網，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 講師推薦流程如下

- (1) 外部單位需辦理自殺防治守門人講座，以電話或 E-mail 等方式主動洽詢本中心，請中心協助推薦講師，中心會給予講座資訊給外部單位填寫。
- (2) 外部單位，填寫完中心的講座資訊欄位，回傳給中心 E-mail，中心會依自殺防治守門課程講師推薦作業流程，中心講師人力資料庫當中查詢，適合講座之講師名單推薦給外部單位。
- (3) 外部單位會自行與中心推薦講師作詳細聯繫之事宜，如邀請哪一位講師，外部單位後續會回傳 E-mail。

2) 講座課程數位化

- (1) 由專責人員錄製課程、剪輯並製作成數位影音教材，完成後上傳至本中心「珍愛生命數位學習網」，並視課程內容申請公務人員學分認證，以鼓勵專業人員及民眾在吸收自殺防治守門人的知識之餘，亦能取得學分認證及獲得成就感。
- (2) 講座課程數位影音推廣讓學習可隨時隨地進行，不受時空限制。故於本中心網站、自殺防治網通訊及本中心辦理各種活動中，皆積極推廣數位自殺防治守門人課程。
- (3) 將上傳完之課程影片網址提供給講座主辦單位參考。

3) 第一線專業人員守門人訓練

- (1) 規劃課程大綱及內容。
- (2) 聯繫合作、協辦單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、護理人員、諮商心理師、臨床心理師、社工師、精神科醫師、職能治療師、公務人員。
- (3) 於線上辦理第一線人員之自殺守門人訓練課程。

4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

- (1) 與合作訓練醫院聯繫並確認辦理日期。
- (2) 合作訓練醫院提供參加學員人數及聯絡資訊即完成課程報名。
- (3) 邀請講師，提供該次課程學員人數、學員背景以及標準版上課教材。
- (4) 參訪前提供自殺防治守門人課程課前閱讀資訊供學員預覽。
- (5) 於課程結束後填寫課程評值問卷及課後測驗問卷。
- (6) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。
- (7) 中心於 104 年 3 月正式上架 Android 版心情溫度計 App，於 105 年 3 月開始，講師授課簡報內容中加入心情溫度計 App 使用教學。106 年起將心情溫度計 App 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員課前先行下載使用。課堂上由講師帶領討論，蒐集學員使用經驗，以便未來繼續精進 App。
- (8) 定期於每年 6 月修訂教材內容，以配合當代最新自殺防治相關數據及專業知能。

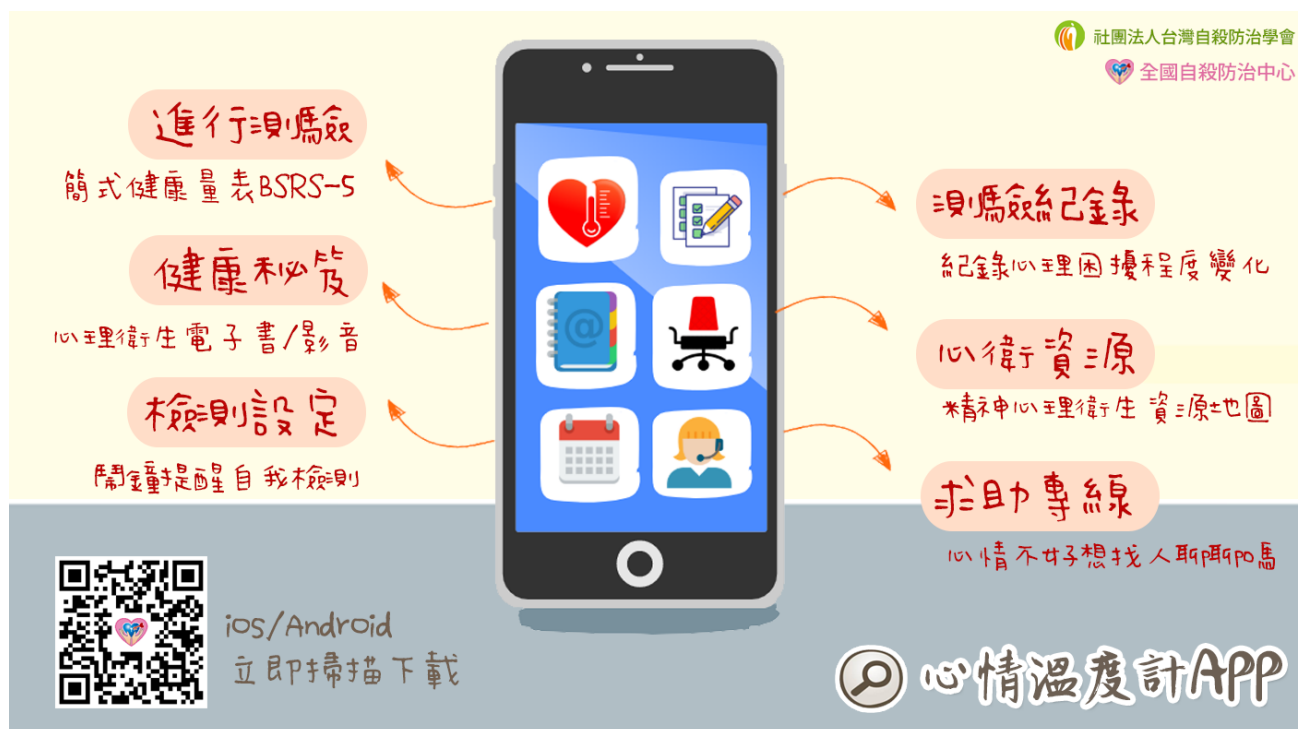


圖 7-2-1、心情溫度計 App 桌上文宣

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：中華民國醫師公會全國聯合會、法務部矯正署、元培醫事科技大學、國立政治大學、國立竹東高級中學、輔仁大學、臺北市士林區平等國小、新北市政府社會局身心障礙福利科。
- 2) 資源連結內容及形式：辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。
- 3) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程合作單位：中心綜合醫院、永和耕莘醫院、汐止國泰綜合醫院、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院、基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、臺北市立聯合醫院(中興、和平、忠孝、陽明院區)。

三、過程(Process)

1. 講師推薦，中心有推薦講師之資訊表，倘若外部單位有辦理守門人講座之課程，需填寫表單後，回傳 E-mail 至中心，中心會依照外部單位欲辦理講座之地區，推薦講師，請外部單位自行與講師聯絡。
2. 第一線人員自殺防治守門人訓練，於 113 年 5 月 25 日線上舉辦。
 - 1) 5 月 25 日於線上舉辦「第一線人員之自殺防治守門人訓練課程」，並於課後整理成果，處理學員申請繼續教育積分之相關作業。
 - 2) 由中心資訊管理組將當日課程錄影後製完成，放置中心之數位學習網，設

為數位學習課程之一，供當日未能參加之人員觀看。

3) 線上學員課後填寫課後測驗，由各講師共同合出 5 題是非題，並做整理分析，以了解學員學習成效。

3. 本年度截至 113 年 10 月底共辦理 23 場次 PGY 參訪訓練課程，共 482 人參與，並由中心張家銘顧問、陳俊鶯顧問、台灣自殺防治學會陳宜明副秘書長等擔任講師。課程設計有別於一般守門人課程，針對具有醫學背景之受訓醫師進行授課，教學內容以問題為導向，介紹自殺防治現況及數據、國家策略、守門人技巧與心情溫度計簡介等專業知能，輔以案例分享，透過小組討論與師生互動，加強學員對自殺防治的了解。今年辦理場次如表 7-2-1。

表 7-2-1、「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程場次

場次	日期	合作醫院	學員
1.	1/17	臺北市立聯合醫院(中興院區、陽明院區、忠孝院區)	43
2.	1/31	中心綜合醫院及宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院	7
3.	2/2	臺北市立聯合醫院(陽明院區、和平院區)	12
4.	2/21	臺北市立聯合醫院(中興院區、忠孝院區)	46
5.	3/6	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、博仁綜合醫院及新北市立聯合醫院	9
6.	3/13	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	38
7.	3/20	臺北市立聯合醫院(中興院區)、汐止國泰綜合醫院及宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院	10
8.	4/3	臺北市立聯合醫院(陽明院區、和平院區)	13
9.	4/10	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院及新北市立聯合醫院	34
10.	4/17	臺北市立聯合醫院(中興院區)及永和耕莘醫院	6
11.	5/8	臺北市立聯合醫院(中興院區)及基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	7
12.	5/15	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)及永和耕莘醫院	37
13.	6/5	臺北市立聯合醫院(中興院區、陽明院區、和平院區)及永和耕莘醫院	22
14.	6/12	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院及新北市立聯合醫院	50
15.	7/3	臺北市立聯合醫院(中興院區)	5
16.	7/17	博仁綜合醫院	2
17.	8/14	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)	40
18.	8/21	臺北市立聯合醫院(和平院區)、永和耕莘醫院及宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院	15

場次	日期	合作醫院	學員
19.	9/4	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區) 及博仁綜合醫院	25
20.	9/11	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院及汐止國泰綜合醫院	7
21.	9/25	臺北市立聯合醫院(中興院區) 及新北市立聯合醫院	21
22.	10/9	臺北市立聯合醫院(中興院區)、永和耕莘醫院及博仁綜合醫院	11
23.	10/16	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	22

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座推薦，外部單位有回傳給中心邀請哪一位講師之場次。

(1) 經中心已推薦給外部單位講師，請見下表 7-2-2。

表 7-2-2、已推薦講師並且回傳給中心作登記

單位	醫院	學校	軍警	長照機構
場次	2	27	1	1
人數	124	3263	41	40

(2) 每場講座均會寄送「心情溫度計」電子檔案請主辦單位供講師使用，並在課程結束後請學員掃描 QR code 下載「心情溫度計」。

心情溫度計 (簡式健康量表)

請您仔細回想「在最近一星期中（包含今天）」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 —	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安 —	0	1	2	3	4
3. 覺得容易動怒 —	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落 —	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人 —	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法 —	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題的總分：

- 0-5分 一般正常範圍
- 6-9分 輕度情緒困擾：建議找親友談談，抒發情緒
- 10-14分 中度情緒困擾：建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢
- 15分以上 重度情緒困擾：建議尋求精神醫療專業諮詢

★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

圖 7-2-2、心情溫度計 BSRS-5 問卷

2) 自殺防治守門人之教育訓練與推廣

(1) 根據主辦單位回饋，多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格多樣，大多數都以幽默、風趣、活潑和輕鬆等講授方式，並以淺顯易懂以實際例子，搭配圖片、照片或流程圖讓學員更加容易理解。講師更會邀請臺下學員一同討論、分享，增加與學員在講座的互動，而非單一方向的授課，課程中與學員互動頻繁，學員回饋表示受益良多，對自殺防治相關議題有更進一步的了解，並了解到了「人人皆為自殺防治守門人」之理念。期盼參與講座的學員都能在日常生活中落實守門人精神，為自殺防治編織出一片綿密的安全網絡，守護每一個寶貴的性命。

3) 第一線人員自殺防治守門人訓練

113年5月25日於線上辦理「第一線人員自殺防治守門人訓練課程」，由衛生福利部、台灣自殺防治學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會共同辦理。針對第一線人員提供自殺防治守門人訓練課程。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治現況與進展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺防治守門人-從概念到知能」及「資源連結及轉介技巧」探討自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險群之關懷與處遇、如何增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作、以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論，詳細議程請見下表 7-2-3。

本次活動線上參與人數為 5,347 人，西醫師佔 92 人，精神科醫師佔 42 人，護理人員佔 2,200 人，臨床心理師佔 80 人、諮商心理師佔 140 人，藥師佔 263 人，職能治療師佔 267 人，社會工作者佔 764 人，長照人員佔 1,251 人。

表 7-2-3、第一線人員之自殺防治守門人訓練議程表

時間	議程表
13:00~13:15	學員報到
13:15~13:40	致歡迎詞： 衛生福利部心理健康司 洪嘉璣專門委員 全國自殺防治中心 呂淑貞主任 貴賓致詞： 台灣長期照顧發展協會全國聯合會 潘政聰理事長 社會工作師公會全國聯合會 吳玉琴理事長
13:40~14:30	第一場：自殺防治現況與進展 主講人：張家銘醫師 (林口長庚醫院精神醫學部)

- 14:30~15:20 第二場：自殺防治守門人-從概念到知能
主講人：孫凡軻教授(國立台灣大學學士後護理學系)
- 15:20~16:10 第三場：資源連結及轉介技巧
主講人：蕭雪雯社工師(馬偕紀念醫院自殺防治中心)
- 16:10~16:30 綜合討論(主持人、主講人及與會者)
-

- (1) 本課程主題訂為第一線人員之自殺防治守門人訓練，係由原本醫療層面的第一線專業人員擴大至社會層面第一線人員而設計，目的在於擴大第一線人員對象，並學習辨識高風險族群、關懷與溝通且利用轉介資源，並協助有自殺意念之個案及其親屬，預防憾事發生。
- (2) 本次課程中，講師以自殺防治理論、最新數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及自身經歷講述，提醒第一線人員自殺往往是多重因素造成之悲劇結果，勿簡化原因，且由最新數據了解自殺防治現況，並協助學員了解高風險群之評估與辨識、關懷和溝通的技巧。另外，講師提供自殺防治資源連結與轉介相關知識，使第一線人員了解實務上可協助個案之管道。整體課程緊扣自殺防治守門人之訓練目標，提倡「一問、二應、三轉介」之重要性，讓人人都成為「自殺防治守門人」。
- (3) 本次課程之簽退表單附有五題是非題，學員平均得分達 80 以上，顯示出第一線人員從課程中學習到作為一位守門人的基礎知識及技巧，已經能在面對自殺風險個案時，可以在第一時間辨識、關心並轉介給相關單位。
- 4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程
 - (1) 本年度截至 10 月底共辦理 23 場次，482 人參與。並於課程結束之後統整問卷結果並分析。合作單位及人數如表 7-2-4。

表 7-2-4、PGY 合作單位及人數

合作 單位	臺北市立 聯合醫院	新北市立 聯合醫院	永和耕莘 醫院	臺安 醫院	國泰綜合 醫院	宏恩 醫院	中心綜合 醫院	恩主公 醫院	博仁綜合 醫院	合計
人數	407	21	16	14	4	8	3	2	7	482

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估共有 252 人回應，平均達到符合/良好/滿意以上為 91.3%，詳如表 7-2-5。

表 7-2-5、課程滿意度評值表 1

題目	選項 ^{註1} n(%)				
	1	2	3	4	5
1. 整體而言，您對於課程內容 規劃是否符合預期目標	1 (0.4)	3 (1.2)	18 (7.1)	88 (34.9)	142 (56.3)
2. 您對於此次課程感到獲益良 多	1 (0.4)	0 (0.0)	20 (7.9)	84 (33.3)	147 (58.3)
3. 您覺得講師的授課技巧及解 說	1 (0.4)	2 (0.8)	18 (7.1)	82 (32.5)	149 (59.1)
4. 此次參訪課程，您的整體滿 意程度為	2 (0.8)	1 (0.4)	21 (8.3)	88 (34.9)	140 (55.6)

註 1：

第 1 題選項為 1.非常不符合、2.不太符合、3.尚可、4.符合、5.非常符合

第 2 題選項為 1.非常不符合、2.不太符合、3.尚可、4.符合、5.非常符合

第 3 題選項為 1. 非常不好、2. 不太好、3. 可接受、4. 良好、5. 非常好

第 4 題選項為 1. 非常不滿意、2. 不太滿意、3. 普通、4. 滿意、5. 非常滿意

學員回饋表示認同自殺防治守門人的概念，未來在臨床上會運用心情溫度計的比例為 98.4%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 99.6%，詳如表 7-2-6。

表 7-2-6、課程滿意度評值表 2

題目	選項 ^{註1} n(%)		
	1	2	3
1. 未來在臨床上，您會運用心 情溫度計嗎？	140 (55.6)	108 (42.9)	4 (1.6)

2. 未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？	189 (75.0)	62 (24.6)	1 (0.4)
-----------------------------	---------------	--------------	------------

註 1：兩題選項均為 1. 會、2. 偶會、3. 不會

每次課程結束前均會進行課後測驗，作答人數共 275 人，整體課後測驗平均正確率為 93%，顯示有九成以上的學員能夠確實的吸收到與自殺防治相關的知識，詳如表 7-2-7。

表 7-2-7、課程課後測驗

題目	選項 n(%)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答	236	273	221	259	270	271	264	271	218	275
正確	(85.8)	(99.3)	(80.4)	(94.2)	(98.2)	(98.5)	(96.0)	(98.5)	(79.3)	(100.0)
作答	39	2	54	16	5	4	11	4	57	0
錯誤	(14.2)	(0.7)	(19.6)	(5.8)	(1.8)	(1.5)	(4.0)	(1.5)	(20.7)	(0.0)

5) 其他相關推廣講座

- (1) 2024/4/19 八里療養院全院演講，講題：「自殺防治策略與全國自殺防治中心介紹」，講師：楊境中執行長。
- (2) 2024/6/1 天主教耕莘醫院長照部演講，講題：「自殺防治之長期照顧議題」，講師：楊境中執行長。
- (3) 2024/6/21 「112 年特種考試地方政府公務人員考試」錄取人員集中訓練，講題：社會行政及社會工作類科相關實務，講師：陳俊鶯顧問。
- (4) 2024/7/15 雙和醫院精神科演講，講題：「台灣自殺防治統計數據與自殺防治策略」，講師：楊境中執行長。
- (5) 2024/11/12 台北大學 113 自殺防治守門人培訓系列活動，活動名稱：「編織校園防護網-教職員自殺防治演練活動」，講師：呂淑貞主任。
- (6) 2024 年 11 月 警政署自殺防治講座，講題：自殺防治相關主題講座，講師：呂淑貞主任。
- (7) 2024/12/16 113 年公務人員高考三級公職社會工作師類錄取人員集中實務訓練，講題：社會工作師實務相關訓練，講師：陳俊鶯顧問。

五、附件

附件 7-2-1、第一線人員之自殺防治守門人訓練

附件 7-2-2、第一線人員之自殺防治守門人訓練：長照及社會工作者參與名單

全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣

一、背景(Context)

現代社會中，網際網路已成為人們生活中不可或缺的一部分。現今人們透過網路來瀏覽資訊，同時也透過各種社群網站獲得各種訊息。因此，網站和社群媒體對於自殺防治宣導的重要性不可忽視。台灣自殺防治學會為了推廣自殺防治守門人的概念，先後於民國 95 年建立「全國自殺防治中心網站」、民國 98 年成立「珍愛生命數位學習網」。

全國自殺防治中心網站主要致力於宣導自殺防治。該網站持續更新國家自殺防治策略，傳遞正確的自殺防治知識和觀念，提升社會大眾對自殺防治議題的接受度，喚起更多人對自殺防治重要性的認識。

珍愛生命數位學習網提供了多樣化的課程，旨在提高對自殺警訊的辨識能力。網站向醫療專業人員提供網路繼續教育積分課程，並更新了關懷訪視員課程，也同時滿足跨部會人員及民眾的學習需求。

學會民國 110 年將「全國自殺防治中心網站」與「珍愛生命數位學習網」合併，數位平台提供深入且易於理解的學習內容，「全國自殺防治中心網站」宣導全國自殺防治政策、心情溫度計…等重要國家政策及民眾常使用的量表。希望透過這些數位資源，能夠提升每個人對自殺危險因子的敏感度，早期發現自殺警訊，並在自殺防治上扮演重要的角色。期望人人都能成為自殺防治守門人，共同守護生命。

近年 Facebook 成為台灣民眾使用率最高的社群網站，使用者涵蓋各年齡層，是人們分享生活、維繫社交及獲取新資訊的主要管道之一。台灣自殺防治學會於民國 99 年底在 Facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平臺將自殺防治不分地區、不分你我，網網相連的概念和心理衛生相關正向資訊有效傳遞給更多民眾。

二、輸入(Input)

1. 全國自殺防治中心網站維護與推廣：

- 1) 使用數位學習網的 TMS+系統的「網站中心」功能，將全國自殺防治中心網站內容併入珍愛生命數位學習網網站系統中。
- 2) 自殺防治中心網站及珍愛生命數位學習網資訊更新：
 - (1) 定期更新自殺防治相關知識，如自殺防治網通訊及自殺防治系列手冊。

- (2) 更新自殺相關統計數據、自殺防治策略。
- (3) 發表最新研究文章及宣導心理健康相關資訊。
- (4) 持續以中心網站頁面及中心辦理之活動，推廣心情溫度計 APP 下載。
- (5) 將每月臉書精選貼文主題收錄於全國自殺防治中心網站。
- (6) 依據自殺防治法、及最新自殺防治相關數據，盤點出仍符合最新政策之課程。再依照不同場域工作人員的法規、工作性質挑選自殺防治課程，供各專業領域之從業人員學習自殺防治課程。
- (7) 網站醫事人員專區課程提供醫師、護理師、藥師、諮商心理師、臨床心理師、職能治療師繼續教育積分認證。
- (8) 運用學習網系統的證書列印功能，供一般民眾、跨部會的公職人員學習完畢後，可列印證書作為上課證明。

3) 運用雲端免費平臺加強網站功能

- (1) 將 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道之自有影片內嵌至中心網站的文章中，以期能提升民眾閱讀的興趣，並增進中心 YouTube 頻道之能見度。
 - (2) 使用 Google 表單製作活動報名功能，藉以統計各項活動的報名狀況。
 - (3) 使用 Google Analytics 統計網站造訪人次及點閱數，評估推廣成效。
 - (4) 使用 Google Site 設計學會舉辦之大型活動網頁。
- 4) 使用中華電信雲端主機提供之相關服務，建置相關資訊安全措施。
- 5) 持續與臺灣數位學習股份有限公司合作，維護數位學習網站系統。

2. 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁推廣：

每天於粉絲專頁動態發布貼文一篇，且訂定每三個月一季之季主題與承季主題之每月子主題，一週發佈兩篇子主題相關貼文，貼文內容來源以中心同仁自創貼文為主，或分享中心自殺防治與心理衛生促進相關書籍文宣。若參考其他電子新聞、雜誌平臺之內容，會輔以內容摘要及說明。其他分屬衛教宣導、資訊分享、正向故事及中心活動項目。每週業務會議也會針對上週粉絲人數與受歡迎貼文類型進行討論，適時調整專頁經營策略，同時推廣中心電子書、PGY 課程、文宣品、YouTube 頻道、活動等。相關內容見表 7-3-1 及表 7-3-2。

表 7-3-1、113 年 1 月至 10 月主題規劃列表

月份	主題
一月	重大議題自殺防治-慢性疾病照顧者與自殺現況
二月	重大議題自殺防治-多元社會議題自殺防治

表 7-3-1、113 年 1 月至 10 月主題規劃列表

月份	主題
三月	重大議題自殺防治-校園與職場自殺防治
四月	特殊族群自殺防治-警察自殺防治
五月	特殊族群自殺防治-多元族群自殺防治
六月	特殊族群自殺防治-藥酒癮自殺防治
七月	心理健康倡導-心理健康大補帖
八月	心理健康倡導-心理健康促進
九月	心理健康倡導-特殊族群心理健康倡導
十月	台灣自殺防治策略與人力-台灣自殺防治策略

表 7-3-2、貼文類型說明

貼文類型	說明
衛教宣導	推廣心理衛生之相關資訊與資源。 (例如守門人技巧、精神疾病去污名化及自殺防治議題等)
時事新知	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
溫馨小品	提供溫馨、感性與有趣的圖片、文章或影片。
正向故事	提供勵志的圖片、文章或影片。
中心活動	即時發佈中心相關活動與資訊，如貴賓參訪、新聞媒體聯繫會議、記者會、世界自殺防治日相關活動等。
當月主題	每月主題討論與延伸議題。

三、過程(Process)

1. 全國自殺防治中心網站維護及推廣

1) 自殺防治中心網站內容簡介：

- (1) 中心簡介：介紹全國自殺防治中心計畫、目標、業務職掌等相關訊息。
- (2) 自殺防治策略：包含國家三大自殺防治策略(全面性、選擇性、指標性)策略、常見自殺工具防治策略以及特殊族群自殺防治策略。
- (3) 自殺防治守門人專區：提供「自殺防治守門人」相關知識、資訊供民眾閱讀，並提供講師推薦管道以便政府機關及公司行號辦理自殺防治守門人課程。
- (4) 身心健康自我評量專區：運用問卷調查性格傾向、壓力因應、霸凌經驗及身心狀況，問卷結果供本中心心理健康促進方案規劃。

- (5) 媒體與網路專區：提供媒體自殺新聞報導指引、教唆自殺網站監測、及健康使用與身心健康相關資訊。
- (6) 自殺防治相關人力專區：提供關懷訪視員、自殺防治相關人力工作流程、課程、行政業務等資訊介紹。
- (7) 心情溫度計專區：簡介心情溫度計量表、App、量表授權使用資訊。
- (8) 微電影專區：中心與台灣大學「心理健康促進與自殺防治」通識課程合作，透過學生期末拍攝之微電影，傳達珍愛生命守門人概念。
- (9) 心理衛生教育專區：提供全國自殺防治中心出版的自殺防治系列手冊、自殺防治網通訊、自殺防治宣導短片與微電影、自殺行為因素、以及認識憂鬱及精神疾病相關訊息。
- (10) 研究與調查：自殺防治學雜誌、提供自殺數據統計、歷年中心發表文獻等相關資料。
- (11) 求助資源：提供求助電話及各縣市心理衛生中心網站超連結。

2. 珍愛生命數位學習網課程專區規劃

- 1) 醫事人員繼續教育專區：中心分別向中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、社團法人臨床心理師公會全國聯合會、社團法人職能治療師公會全國聯合會申請自殺防治相關之繼續教育積分課程，並開設「醫事人員繼續教育積分課程專區」供醫療專業人員獲取繼續教育積分。
- 2) 跨部會人員課程專區：統整自殺防治學會歷年適合自殺防治諮詢會相關部會人員之課程，依據相關部會之執掌提供課程每週使用伺服器快照備份服務備份網站資料。
- 3) 自殺防治相關人力專區：依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第四條所定自殺防治相關人力之訓練課程，持續向心健司申請自殺防治課程內容。
- 4) 教育人員專區：依據學生輔導法為一般教師、輔導教師、專業輔導人員定義之工作內容，挑選珍愛生命數位學習網中適合三種人力研習之課程，開放於教育人力專區，供教育人員選讀。礙於自殺防治學會無法申請教師學分之因素，故以網站列印證書方式提供學習證明
- 5) 社工專區：依據社會工作師法定義之社會工作師業務內容，提供不同類型自殺個案之服務課程。考量多數社工未持有社工師執照，不適用社工繼續教育學分規定，學會以網站列印證書方式提供學習證明。
- 6) 長照人員課程專區：依據長期照顧服務法法規定義之業務內容，除提供基

礎的守門人教育訓練課程外，並特別針對接觸照顧者及受照顧者之長照人員專屬之自殺防治課程。因學會不符合長照人員學分申請單位的資格，故以網站列印證書方式提供學習證明。

- 7) 一般民眾專區：學會近年為各機構推薦守門人講座課程時，如機構同意錄影並公開至網路，則將影片收入於此專區。

3. 全國自殺防治中心網站與數位學習網資訊安全與網站維護措施

- 1) 113 年 3 月與臺灣數位學習股份有限公司簽定系統維護合約，由廠商協助維護網站系統、更新網站功能、並針對網站可能的漏洞進行錯誤修正。
- 2) 每週使用伺服器快照備份服務備份網站資料。
- 3) 雲端主機設置防火牆，避免駭客入侵系統。
- 4) 使用中華電信 SSL 安全性憑證設置 https 安全性連線。

4. 113 年 Facebook 粉絲專頁貼文

每月主題貼文詳細規劃見表 7-3-3，每月之主題貼文亦於下個月第一週於中心網站彙整上架，置於全國自殺防治中心公告下方之「粉絲專頁主題貼文」以及自殺防治網通訊中，以利於相關貼文方便瀏覽。

表 7-3-3、113 年 1 月至 10 月貼文

月份	主題內容
一月	重大議題自殺防治-慢性疾病照顧者與自殺防治： 承第一季大主題「重大議題自殺防治」，一月以「慢性疾病照顧者與自殺防治」為子主題。長照悲歌一向是民眾所關心的議題，過往相關新聞也層出不窮。本月內容參考《自殺防治系列手冊 40-長期照顧者自殺防治》，聚焦於慢性疾病照顧者的心理健康，從而探討自殺防治。
二月	重大議題自殺防治-多元社會議題自殺防治： 承第一季大主題「重大議題自殺防治」，二月以「多元社會議題自殺防治」為子主題。從「多元性別族群的困境與調適」出發，到「攜子自殺與自殺防治」及「獨力負擔家計者的心理壓力」。呈現多元社會議題予民眾，介紹社會中的多元群體與他們所面臨的困境、應如何預防自殺和進行適當關懷。
三月	重大議題自殺防治-校園與職場自殺防治： 承第一季大主題「重大議題自殺防治」，三月份以「校園與職場自殺防治」為子主題，分別介紹各種校園與職場中會遇到的問題(如：因應霸凌、學生課業調適、職場新鮮人調適等)與自殺防治的關聯。

表 7-3-3、113 年 1 月至 10 月貼文

月份	主題內容
四月	特殊族群自殺防治-警察自殺防治： 承第二季大主題「特殊族群自殺防治」，四月以「警察自殺防治」為子主題，向民眾介紹警察族群所面臨的自殺風險，提醒警察同仁如何自我照顧，並以系列文的方式進行討論並提供相關資訊。
五月	特殊族群自殺防治-多元族群自殺防治： 承第二季大主題「特殊族群自殺防治」，五月以「多元族群自殺防治」為子主題。本月將重點放在社會上常見的多元族群，如身心障礙者、脆弱家庭與多元性別者之心理健康促進。
六月	特殊族群自殺防治-藥酒癮自殺防治： 承第二季大主題「特殊族群自殺防治」，六月以「藥酒癮自殺防治」為子主題，介紹何謂藥物與酒精成癮，以及藥酒癮患者的自殺危機。
七月	心理健康倡導-心理健康大補帖： 承第三季大主題「心理健康倡導」，七月以「心理健康大補帖」為子主題，主要聚焦於睡眠與壓力調適，以減少產生的危險因子並增加保護因子，並進一步減少自殺危機的發生。
八月	心理健康倡導-心理健康促進： 承第三季大主題「心理健康倡導」，七月以「心理健康促進」為子主題。伴隨認識與實踐正念思考，說明何謂心理健康的危險因子及保護因子。
九月	心理健康倡導-特殊族群心理健康倡導： 承第三季大主題「心理健康倡導」，九月進一步以「特殊族群心理健康倡導」為子主題，介紹包括脆弱家庭、家暴受害者、身心障礙者等社會上弱勢族群所遭遇的困境及自殺防治。
十月	台灣自殺防治策略與人力-台灣自殺防治策略： 承第四季大主題「台灣自殺防治策略與人力」，十月進一步以「台灣自殺防治策略」為子主題，使大眾對我國自殺防治策略有更多認知，進而了解關於自殺防治的知識。

四、 成果(Product)

1. 中心網站執行成果及結論

1) 中心網站執行成果：

(1) 根據 Google Analytic 統計結果，全國自殺防治中心網站頁面(不含學習網

- 頁面)，1 月至 10 月網頁總瀏覽數為 255,815 次。
- (2) 刊物更新：自殺防治學 19-1、19-2 期、自殺防治網通訊 19-1、19-2、19-3 期。
 - (3) 網頁內容更新：新增 113 年度 1-10 月臉書精選貼文、相關教育訓練公告、媒體八不六要守則、113 年新聞媒體連繫會議影片。
 - (4) 心情溫度計 APP113 年 1-10 月下載數如圖 7-3-2，Android 下載數為 4,824 次，iOS 下載數為 9,088 次。

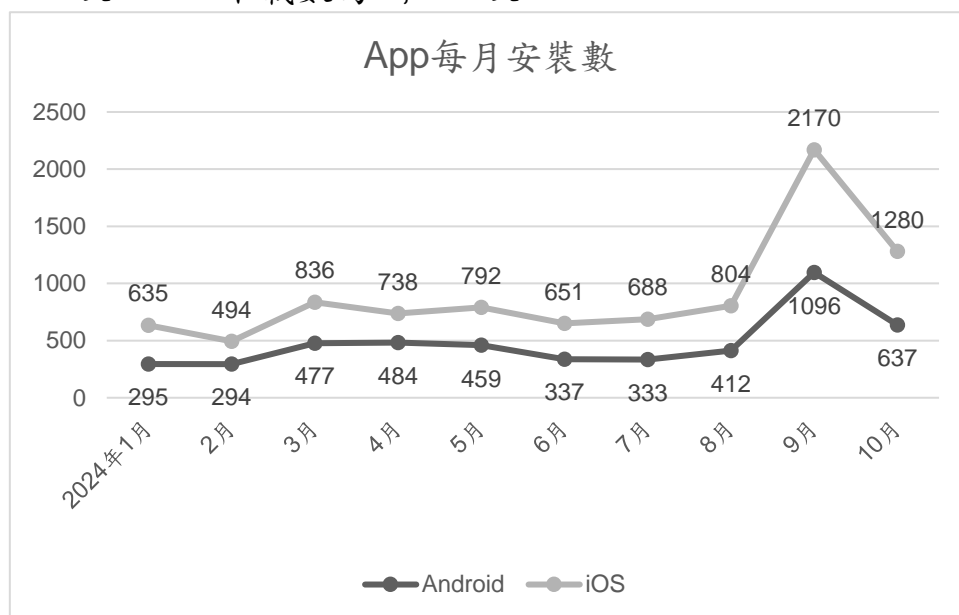


圖 7-3-2、113 年 1-10 月 APP 下載數

2) 中心網站業務現況及改善行動：

- (1) 自殺防治中心網站推廣：在現有網頁架構下，持續運用圖標及首頁位置建立頁面連結，以強化特定自殺防治專案之推廣。持續強化與其它網站間的網網相連及多元化的宣傳，以增加中心網站的曝光率，讓更多人接觸到自殺防治的訊息。
- (2) 數位學習網 TMS+系統提供的「網站中心」雖可提供一個簡易的網站設計模板，能製作出一個優秀的傳達知識用網站，但由於是和數位學習網共用系統，因此手機使用者有可能會進入珍愛生命數位學習網的頁面中。

2. 珍愛生命數位學習網執行結果及結論

- 1) 學習網 1-10 月的課程提供對象、課程數、課程通過人次如表 7-3-4

表 7-3-4、各類課程通過人次一覽表(供不同人員選修之課程有重複)

課程專區	對象	課程數	課程通過人次
醫事人員繼續教育專區	護理人員	20	361,458
	藥師	20	10,612
	諮商心理師	20	3,066
	臨床心理師	20	1,047
	醫師	11	1,835
	職能治療師	2	135
跨部會人員專區	教育部(教育人員)	18	12,471
	社工人員	8	449
	長照人員	8	3,706
	內政部	6	33
	勞動部	8	78
	國防部	5	21
	法務部	4	27
	農委會	4	22
	國家通訊傳播委員會	5	15
	原住民族委員會	5	21
自殺防治人力專區	初階課程	26	3,632
	進階課程	17	1,445
一般民眾專區	一般民眾	13	1,226

2) 自殺防治人力專區 1-10 月共計 214 人修課，修課人員職業別(職業別由學員自填)最多的是自殺/社區關懷訪視員 120 人，其次為公衛/心衛中心護理師 32 人，第三為心理衛生社工 23 人，其餘職業別(如其他類醫事人員、業務承辦人、督導…等職業別)39 人。

3) 自殺防治人力專區修課的 214 人中，有 123 人是在到職一個月內修課，且有 81 人完成超過 20 堂以上的課程；到職一年以上的學員中，有 15 人完成超過 20 堂課程。推測原因為目前地方衛生局可能缺少實體教育訓練、或缺少特定類型課程，因此仍須仰賴本站提供之線上課程以便滿足自殺防治人力學分需求。另外本站到職時間為自填，且可能有人分別在到職後一個月內跟超過一個月後有上課紀錄，故人數會有重複情形，因此表 7-3-5 僅供參考，並無法作為自殺防治人力是否有依照子法規完成指定學分數的依據。

表 7-3-5、到職多久時間內完成課程人數統計

到職時間	1 個月內	1 個月後
有完成課程記錄的人	123	120
完成課程數小於 10 堂	17	42
完成 10-19 堂課的人	25	37
完成大於 20 堂課的人	81	41

4) 學習網業務現況及改善建議

- (1) 由於數位學習網的獲取學分的便利性，及免費上課的特性，珍愛生命數位學習網已成為護理人員申請執業執照獲取積分的首選。
- (2) 數位課程錄製及製作：目前為搭配中心和外部單位舉辦之實體課程，由資訊組同仁前往錄影，但外部場地品質參差不齊，許多因素無法事先預防，故錄製成果之品質有一定的限制。
- (3) 數位學習網因修課便利性，已吸引許多各職類人員前往數位學習網修課，但網站伺服器硬體已日漸無法負擔過的使用人數。另外今年教育部在 6 月曾要求學校教師應學習自殺/自傷防治課程，11 月台南市社會局長期照顧管理中心要求市內所有長照機構人員應修習兩小時自殺防治課程，均對網站系統造成過大的負擔。建議應提升雲端主機硬體效能，或是積極與外部單位合作提供自殺防治守門人課程，方可提供使用者更好的修課體驗。
- (4) 由於公部門已有全國性的數位學習網站，未來可將跨部會課程提供給全國性數位學習平台(如 e 等公務園)，更能有效推廣自殺防治知識及理念。

3. 珍愛生命打氣網執行成果及結論

1) 珍愛生命打氣網截至 113 年 9 月 18 日貼文統計如下：

(1) 追蹤粉絲人數共有 13877，每月趨勢分析見表 7-3-4。

表 7-3-6、113 年一月至九月趨勢分析表

月 份	貼文 篇數	月總按 讚人數	月總分 享人數	月總貼文 觸及人數	平均每篇			粉絲團按讚/追 蹤總人數 (五月後 FB 演算 法改為計算追蹤人 數)
					讚數	公開分 享人數	粉絲頁上 之觸及人 數	
1	22	208	59	10022	9.5	2.7	455.5	13462
2	17	134	36	5180	7.9	2.1	304.7	13471

表 7-3-6、113 年一月至九月趨勢分析表

3	19	261	71	9675	13.7	3.7	509.2	13497
4	19	700	620	13770	36.8	32.6	724.7	13760
5	18	178	63	6171	9.9	3.5	342.8	13781
6	17	164	50	4827	9.6	2.9	283.9	13801
7	20	159	57	5987	8.0	2.9	299.4	13826
8	20	232	116	10382	11.6	5.8	519.1	13863
9	12	85	31	5047	7.1	2.6	420.6	13879

(2) 線上關懷有自殺意念之網友：

除 Facebook 舉報關懷機制外，中心亦會不定期收到民眾來信求助或反應其親友、網友有自殺意念之動態，請求中心協助關懷。針對此類個案，中心會以珍愛生命打氣網之帳號提供關懷和可使用之心理衛生醫療資源。

2) Facebook 業務總結

從民國 99 年設立珍愛生命打氣網粉絲專頁以來，經過十多年的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導自殺防治理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，今年度截至 10 月 23 日止，粉絲專頁追蹤人數共有 13,895 位。整體而言，專頁的粉絲瀏覽狀況呈穩定狀態，今年至 9 月 18 日前共發佈 164 則貼文、獲得 2,121 個讚、1,103 個公開轉載、總觸及人數為 71,061 人次，並且每則貼文平均約有 433 以上的觸及人數，每月總觸及人數最高則達 13,770 人次。

本年度中，「衛教宣傳」是最受民眾青睞的貼文類型。粉絲專頁以自殺防治、心理學知識、情緒管理、正念放鬆、心理衛生、精神疾病等多方面的角度配合每月主題系列來進行漸進式的衛教宣傳，以自殺的遠端因子做為防治重點，並搭配心理健康促進，獲得許多民眾的迴響與正向回饋，同時也獲得部分縣市心理衛生中心粉專分享貼文，達成網網相連之目標；而自殺防治的專業知識搭配時事議題亦吸引了關心相關議題的當事人與親友的討論，也反應從其中獲得了支持和力量。

未來中心將在既有的成果上，持續努力尋求更貼近民眾所需且簡單易懂的方式，促使民眾樂於主動接收相關宣導，獲取正確的自殺防治資訊，並持續致力於精神疾病去汙名化，同時建立人人都是珍愛生命守門人之觀念，進而達成全面性的策略預防。

捌、優化自殺防治通報關懷訪視制度

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p>(依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(八) 優化自殺防治通報關懷訪視制度</p>	
<p>1.每月至少針對 7 縣市政府抽查其於本部「自殺防治通報系統」所載關懷訪視紀錄，並分析優劣及針對不足之處提出具體改善建議，並作成紀錄。抽查原則如下：</p> <p>(1) 每季抽查關懷訪視紀錄總數量至少 240份。</p> <p>(2) 應考量各縣市政府自殺關懷訪視人員數及提供服務案量之差異，參考前一年度各縣市自殺總通報人數，分級距(五級距以內)抽取應受審訪視紀錄數量。</p> <p>(3) 各縣市政府所在級距及應受審訪視紀錄數量，應於首季抽審時併同函知。</p> <p>(4) 當月受抽查縣市政府不得與前月重複。</p> <p>(5) 各縣市政府應至少抽查 2次，且於每次抽查後3個月，追蹤其改善情形。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.1章節</p>
<p>2.為強化自殺關懷訪視員之關懷訪視服務效能，及提升自殺防治教育訓練品質，依「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」及本部相關政策，辦理以下事項：</p> <p>(1) 持續推廣「培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制」(含訂定種子教師培訓課程、認證及年度繼續教育機制)，辦理實務工作坊，以協助及輔導縣市辦理自殺關懷訪視員教育訓練機制；工作坊議程、簡章(含各場次縣市名單、辦理時間及地點)，於活動前1個月報經本部同意後始得辦理。</p> <p>(2) 持續配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力政策推動事宜，增修及精進自殺防治相關課程內容(應強化以家庭為中心進行自殺風險及家庭需求評估知能之內容，包含高齡者身心狀況及照顧議題、相對人身心狀況及家內危機事件等)。並持續更新自殺關懷訪視員所需之課程(如線上課程，並需獲得講師授權本部使用)，供關懷訪視員參考運用。內容如涉更新「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」之課程，須函報本部同意後始得辦理，並應依前開辦法核發研習證書予參訓人員。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.2、8.3章節</p>

<p>3.協助滾動檢討「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」及「自殺關懷訪視紀錄表」，提出修正建議及優化「自殺防治通報系統功能」相關建議，並參與前開系統工作會議，俾強化本部自殺通報資料之蒐集及統計效益，及滾動增修關懷訪視相關注意事項建置於「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員使用參閱。</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.4章節</p>
---	----------------------------

關懷訪視紀錄抽查

一、背景(Context)

根據衛生福利部函頒「自殺個案通報後關懷作業流程」，當接獲自殺個案通報後，各縣（市）政府衛生局應依流程開案並派員進行關懷訪視，評估個案狀況，詳實填寫關懷訪視紀錄，俾後續轉介及結案等流程。

關懷訪視工作具有諸多要項，包含個案主述、訪員觀察、資訊蒐集、風險評估、資源利用等等。透過檢視訪視紀錄，可了解各地訪員在關懷訪視工作中之落實情形，進而了解關懷訪視成效。

透過資源網絡網網相連，不同專業共同介入個案服務時，訪視紀錄之結構完整性或品質完善度落差，可能造成不同專業人員提供服務有所落差，或導致專業間溝通上的困境。完整、確實地填寫訪視紀錄，並清楚呈現個案生活現況，有助於提升訪視效能，亦有利於後續處遇計畫之規劃。

為增進關懷訪視紀錄品質，中心每月抽查 7 至 8 縣市之訪視紀錄，每縣市每季輪流一次，以專業角度進行審查及提出具體建議，並追蹤後續改善狀況，以協助各縣市自殺關懷訪視員能詳加落實填寫訪視紀錄，確實地為自殺個案及家屬提供合適，且符合中央主管機關所要求之服務內容與品質。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 排定審查縣市順序。
- 2) 制定紀錄審查資料範圍。
- 3) 依據自殺防治通報系統自殺個案訪視紀錄單文字敘述欄位，逐一制定細部審查標準。
- 4) 彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議，並透過意見回饋表蒐集各縣市意見。
- 5) 將審查結果交付衛生福利部，並發送予各縣市。

三、過程(Process)

1. 訪視紀錄審查規劃：每季抽查關懷訪視紀錄總數量至少 240 份，每季進行一輪審查，審查流程分四輪進行，每輪抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議。每輪審查結束後即展開下一輪審查，每輪審查所抽查資料

不得重複。

2. 紀錄審查重點聚焦於文字敘述等質性內容，經內部專家研擬制訂自殺通報個案關懷訪視紀錄審查辦法、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查結果表、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表(詳見附件 8-1-1~8-1-3)。
3. 訪視紀錄抽查標準：
 - 1) 衛生福利部自殺防治通報系統內個案類型分為五大類：「待派遣」、「待訪視」、「已訪視」、「已結案」與「已訪視，建議結案」。
 - 2) 篩選「已結案」訪視紀錄進行審查。將針對此類較為完備之個案紀錄，了解訪員提供訪視服務情形，檢核有無提供相應之處遇計畫與資源轉介。
 - 3) 抽取各該受審縣市最近一個月之訪視紀錄；倘經抽取當月應受審訪視紀錄份數不足額，則往前一個月抽取補齊，最多往前三個月。
4. 考量各縣市訪員人數及提供服務案量之差異，將參考前一年度各縣市總通報人數及其平均每季通報人數，區分四級距。參考各縣市政府自殺關懷訪視人員數及提供服務案量之差異，根據前一年平均每季通報人數，分層區分各縣市應受審訪視紀錄數量，如表 8-1-1。

表 8-1-1、關懷訪視紀錄抽查數量

前一年平均每季通報人數	每季抽查數量(份數)
900 以上	24
500 以上，未滿 900	16
100 以上，未滿 500	8
未滿 100	4

5. 依據 112 年各縣市通報數計算平均每季通報數，訂定 113 年各縣市每季抽查數量，如表 8-1-2。

表 8-1-2、113 年各縣市每季抽查數量

縣市	112 年通報數	平均每季通報數	每季抽查數量(份數)
新北市	7936	1984.0	24
台中市	4400	1100.0	24
高雄市	4126	1031.5	24
台北市	3619	904.8	24
桃園市	3242	810.5	16
台南市	2763	690.8	16
彰化縣	1846	461.5	8
雲林縣	1056	264.0	8
屏東縣	1034	258.5	8

表 8-1-2、113 年各縣市每季抽查數量

縣市	112 年通報數	平均每季通報數	每季抽查數量(份數)
南投縣	980	245.0	8
苗栗縣	902	225.5	8
花蓮縣	849	212.3	8
嘉義縣	826	206.5	8
新竹市	730	182.5	8
新竹縣	712	178.0	8
宜蘭縣	682	170.5	8
基隆市	595	148.8	8
嘉義市	448	112.0	8
台東縣	253	63.3	4
澎湖縣	107	26.8	4
金門縣	69	17.3	4
連江縣	15	3.8	4

6. 依據表 8-1-2，擬定 113 年每季抽查順序，如表 8-1-3。

表 8-1-3、113 年每季抽查順序

月份	抽查縣市
一月、四月、 七月、十月	台中市、桃園市、彰化縣、南投縣、嘉義縣、 宜蘭縣、連江縣、金門縣
二月、五月、 八月、十一月	高雄市、台南市、雲林縣、苗栗縣、新竹市、 新竹縣、基隆市
三月、六月、 九月、十二月	新北市、台北市、屏東縣、花蓮縣、嘉義市、 澎湖縣、台東縣

7. 每月登入自殺防治通報系統，依據訪視紀錄抽查標準，抽取當月份排定縣市合計至少 80 則訪視紀錄。

8. 訪視紀錄抽取流程：

- 1) 自受審縣市訪員名單中隨機選取一名訪員。
- 2) 自受審訪員名下列管個案中隨機選取一名個案，抽取其中四則訪視紀錄。
- 3) 以「訪視個案本人」之紀錄為優先抽查對象，無則酌量抽查「非個案本人」之訪視紀錄。
- 4) 倘無前開兩類紀錄，則酌量抽查「行蹤不明」、「失聯」、「入監」、「遷徙至其他縣市」及「拒訪」結案之訪視紀錄。

- 5) 抽取之第一則訪視紀錄，應為首次訪視到「個案本人」之訪視紀錄。若為「行蹤不明」、「失聯」、「入監」、「遷徙至其他縣市」或「拒訪」結案之訪視紀錄，則抽取首次訪視紀錄。
- 6) 抽取之第二則訪視紀錄，應為結案訪視紀錄。
- 7) 隨機抽取該案件中其他二則訪視紀錄，且不得與前述重複。
- 8) 依本流程 1)~7) 步驟反覆進行抽取，至表 8-1-2 所訂各縣市應抽查紀錄數量為止。
9. 由中心同仁進行初步審查，以「優」、「良」、「可」、「差」、「劣」五等級對紀錄文字內容作評級，依據各題獲得評級提出具體建議，填寫訪視紀錄審查結果表，再由中心專家學者進行複審。檢閱內容包含醫療紀錄格式 SOAP 資料，說明如下：
 - 1) Subjective(主觀資料)：內容包含個案對自己現況的主觀描述，如：造成自殺的原因、情緒感受、工作或學業情況、經濟狀況、日常生活安排、就醫情況、社會支持等。
 - 2) Objective(客觀資料)：內容包含訪員觀察到的客觀事實，如：外觀觀察、語言表達、人際互動、居住環境等。
 - 3) Assessment(評估)：整理 Subjective(主觀資料)及 Objective(客觀資料)之資料，做出進一步評估，包括：自殺原因、危險因子與保護因子、近兩年精神醫療史評估、身體疾病史及治療史、是否曾經或正接受其他非精神科醫療之心理諮商/輔導資源、情緒評估、綜合評估結果等。
 - 4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，評估個案需求，進一步建立服務計畫，整合或轉介不同領域資源。
10. 檢視結案標準：針對目前問題、自殺原因、各項危險因子及保護因子之變化做敘述評估，進行結案綜合評估並說明資源連結情形，檢閱是否符合自殺關懷訪視個案結案標準、有無填寫結案原因。
11. 對訪員及個案姓名進行匿名後，將訪視紀錄審查結果表及訪視紀錄審查結果建議意見回饋表發送受審縣市參考，於一個月內回收意見回饋表，並依據回饋內容調整綜合建議撰寫要點或審查方式。
12. 每月彙整審查縣市之審查結果，交付予衛生福利部做為參考。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 審查份數統計結果：

截至 10 月底，已完成三輪審查，第四輪審查已進行 8 縣市，目前合計

共審查 800 份。

2) 審查問題和建議整理：

(1) 「整體觀」建議：前三輪審查中，各縣市撰寫紀錄品質整體為「優」或「良」居多。

(2) 訪視紀錄撰寫建議：

- a. 主/客觀資料：品質為「優」或「良」居多，在「客觀觀察資料」欄位，多以外觀觀察、語言表達、人際互動、居住環境四大項目為主，建議各縣市可嘗試對個案呈現的各種現象進行更全面客觀觀察，產生個案概念化以輔助評估，藉此對個案產生系統性的理解與協助。
- b. 綜合評估結果：經審查發現各縣市在「其他補充說明」欄位填寫內容較少，建議除勾選高中低度風險外，也可補充說明與專業判斷、處遇有關之資訊。
- c. 個案服務計畫：建議透過專業觀點，對個案產生個案概念化及系統性理解，進一步擬定處遇計畫、資源連結、未來關懷重點等；當個案 BSRS-5 分數達 6 分以上或再自殺意念風險評估為中高度時，建議落實轉介精神科就診或進行心理諮商輔導。
- d. 結案：經審查發現各縣市在資源連結相關說明相對偏少，建議結案前需針對個案目前問題、自殺原因、各項危險因子及保護因子之變化以及資源連結情形做摘要敘述評估。

(3) 綜合建議：

- a. 前後資訊保持一致：部分紀錄較欠缺資訊連貫性，包括單一紀錄內文前後資訊不一、同一個案在不同紀錄上的狀態變化缺乏說明等。建議訪視紀錄單各欄位資訊應確保一致。
- b. 應詳實記錄訪視內容：部分訪員為作業便利，會將訪視到個案本人之 SOAP 資訊錯誤地填寫於「訪視對象非本人之訪視摘要」欄位。建議各項資料應填寫於正確欄位。
- c. 確實勾選「居住及家庭現況」為宜：部分紀錄勾選「有同住者」後，未進一步勾選具體同住成員情況，建議依實際訪視情形詳實勾選。

3) 各縣市意見回饋：

截至 10 月底，收到 7 縣市回饋共 32 則意見，其餘縣市皆無意見回饋或均可依建議改善。意見回饋經分類彙整如下：

- (1) 自殺防治通報系統設計相關建議：10 則
- (2) 自殺關懷訪視紀錄表單設計相關建議：6 則
- (3) 訪視流程/結案標準相關建議：2 則

(4) 審查意見相關建議：14 則

參考各縣市意見回饋，調整要點或方式如下：

- (1) 關於自殺防治通報系統設計相關建議，已於六月份彙整意見發文提報予系統維護廠商。詳見「自殺防治通報系統增修建議」章節。
- (2) 關於自殺關懷訪視紀錄表單設計及訪視流程/結案標準相關建議，應屬個案管理流程或個案本身特殊狀態方面問題，仍需透過專家學者討論方能研擬合宜改善作法。
- (3) 關於審查意見相關建議，本中心將參考縣市意見，討論增修審查準則，或回應縣市疑問。

2. 結論及建議

- 1) 各縣市撰寫紀錄品質為「優」或「良」居多，約佔 82.8%，品質為「可」、「差」、「劣」約佔 17.2%。
- 2) 在自殺風險評估部份，身體疾病史及精神醫療史較舊版訪視紀錄更為完善，顯示訪員能盡量著重蒐集生理及精神疾病之就醫治療史，結合其他資訊綜合評估個案的再自殺風險，提升訪視服務效能與品質。惟系統設計精神疾病欄位需填寫 ICD-10 診斷碼，使部分紀錄較難完整填寫，需進一步進行系統優化以提升紀錄完整性。
- 3) 在社會資源轉介與橫向連結方面，透過醫療史相關資訊可更具體了解個案在使用醫療資源相關訊息。其餘選項納入長照相關項目，更能了解個案在家庭支持或照顧者支持方面之需求。自殺行為是多重因素影響下的結果，除定期關懷訪視，提供支持與關懷外，亦須借助社會上多元資源，共同配合提升保護因子，達到降低個案再自殺的目標。
- 4) 為考量審查公平性，目前制定之審查辦法以訪視個案本人且結案之完整紀錄為主要審查對象，對於重覆通報或失聯、拒訪結案之紀錄檢視較少。未來中心將持續追蹤檢討因行政流程而自動結案之紀錄是否納入審查範圍。
- 5) 依據強化社會安全網計畫，自殺防治合併精神照護或保護性等多重議題個案由心衛社工承接服務，惟目前本中心無法閱覽心衛社工之個案訪視紀錄，未來中心持續檢討心衛社工訪視紀錄是否納入審查範圍。
- 6) 後續持續進行每輪複審，為加強追蹤各縣市改善情形，每輪複審將與前一輪審查結果進行比較，俾了解紀錄品質是否提升，針對不足之處提出具體改善建議，並參考各縣市提供之意見回饋，調整今後撰寫審查建議方式。

五、附件

附件 8-1-1、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查辦法

附件 8-1-2、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查結果表
附件 8-1-3、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表

推廣培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制

一、背景(Context)

相關問題與重要性

民國 108 年臺灣頒布自殺防治法，第九條明定中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，辦理「推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練」及「建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度」業務。台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，110 年提出「自殺防治守門人講師認證暨教材標準化計畫」，111 年 11 月 20 日辦理「自殺防治守門人種子師資訓練」專家研討會議，會議共培訓來自全臺各地區的 55 位自殺防治守門人種子教師，完成第一階段任務。第二階段為優化現有自殺防治通報關懷訪視制度，強化自殺關懷訪視員關懷訪視服務效能，及提升自殺防治教育訓練品質。本會於 112 年 4 月 21 日及 5 月 12 日，舉辦「112 年關懷訪視教育訓練需求探討及盤點會議」，完成盤點及彙整自殺關懷訪視實務所須教育訓練相關需求，並研訂「培訓自殺關懷訪視員種子教師教育訓練措施及機制實施計畫草案」，而 113 年辦理自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊為計畫草案延伸工作項目之一。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 於內部業務會議及督導會議提案，經由長官決議後同意。
- 2) 將全臺分為北中南東四區域辦理工作坊，具體縣市為臺北市、南投縣、高雄市及花蓮縣，並與各區核心醫院及衛生局進行合作，請求推派參與者。
- 3) 發文至各地核心醫院及衛生局進行轉發，並以 Google 表單方式報名。
- 4) 依中心既有資源製作兩堂課程簡報，包含「自殺防治數據的最新趨勢及其因應策略」與「介紹自殺關懷訪視員種子師資培訓機制的規劃」。
- 5) 製作細部執行計畫書寄予心健司核查。
- 6) 依長官及衛生福利部心理健康司建議進行課程簡報修正。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、各區精神醫療網核心醫院
- 2) 資源連結內容及形式：發文至各縣市衛生局及精神醫療網核心醫院，邀

請社區心理衛生中心的執行秘書、督導、資深關懷訪視員、已有證照的心理師、社工師、職能治療師及護理師等經各縣市衛生局及核心醫院推薦 2 至 4 名，並利用電子信箱聯繫各縣市參與人員會議通知、形式為實體合併線上。

三、過程(Process)

1. 函知北中南東擇定之縣市，並請縣市衛生局或核心醫院協助聯繫及確認辦理時間，同時邀請心衛中心、衛生局與精神醫療網成員出席。預定於兩個月內完成四區工作坊。詳細辦理場次及地點如下表 8-2-1

表 8-2-1、自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊各場次時程

場次	日期	地點	各區縣市
南區	6/17(一)	與高雄衛生局合辦採實體線上合併方式	臺南市、高雄市、屏東縣、澎湖縣、金門縣、連江縣
北區	6/25(二)	臺北市立聯合醫院松德院區	臺北市、新北市、新竹市、新竹縣、桃園市、基隆市
中區	7/8(一)	衛生福利部草屯療養院	苗栗縣、臺中市、彰化縣、雲林縣、南投縣、嘉義縣、嘉義市
東區	7/17(三)	與花蓮縣衛生局合辦採線上方式	宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣

2. 研究發展組進行全國與地方自殺死亡數據及通報趨勢分析及製作簡報，提供各區報告所需自殺相關數據。
3. 由中心長官代表出席自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 113 年 6 月 17 日(一)辦理南區自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊
- 2) 113 年 6 月 25 日(二)辦理北區自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊
- 3) 113 年 7 月 8 日(一)辦理中區自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊
- 4) 113 年 7 月 17 日(三)辦理東區自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊

2. 各區域建議彙整

1) 彙整各區域對自殺關懷訪視員種子教師機制之建議

中心於 113 年召開四場次自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊，蒐集各區域對於自殺關懷訪視員種子教師機制建議，最後彙整出各區域建議如下表 8-2-2：

表 8-2-2、各區域自殺關懷訪視員種子教師機制建議彙整

建議	地區
1.將自殺關懷訪視員種子教師按領域分專精。	南區、北區
2.講師資格更新頻率設為每 1 至 4 年一次。	南區、東區
3.設立嚴格的審核標準，確保講師不僅資深，且具備豐富的實戰經驗，避免僅依年資判定資格。	南區、北區、中區
4.自殺關懷訪視員種子教師對象納入心衛中心、一線服務人員外，其他具自殺防治相關經驗網絡單位成員。	南區、中區、東區、北區
5.設立工作經驗換算機制，以部分折抵培訓時數，或設立其他獎勵機制。	南區、北區、中區
6.自殺關懷訪視員種子教師機制應因地制宜，依照各地區需求提供不同的課程。	南區、中區、北區
7.自殺關懷訪視員種子教師對象所含職種建議可以稍微限縮。	北區、中區
8.自殺關懷訪視員種子教師同性質課程結合(如結合 level 1、2)。	東區、中區

3. 建議：

未來師資培育對象以現行各縣市衛生局外聘講師及外聘督導為對象，以教材大綱及其內容共識為主。若以各縣市心理衛生中心的執秘及內聘督導為對象，則建議先考量確立各縣市是否有需求,再與社安網執秘及督導的各項課程訓練結合及規劃。

五、附件

附件 8-2-1、113 年自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊細部執行計畫書

強化社會安全網第二期計畫人員及 自殺關懷訪視員課程規劃

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

行政院於 107 年 2 月核定「強化社會安全網計畫」，為建立家庭與社區永續支持體系，強化社會安全網（以下稱社安網）整合司法、警政、民政、教育、勞政、衛政、社政等網絡，串連中央、地方政府及民間團體、社區組織的力量。並透過各項垂直、水平的跨體系整合會議，擴充地方政府各項專業人力，強化各網絡間的合作機制，共同建構完善的安全網絡。

第一線工作人員在不同的場域，面對各種不同族群，擁有獨特議題與背景之個案，經常遭遇自殺相關議題的挑戰。為因應背景多元且問題複雜的自殺個案，凸顯自殺關懷訪視工作效能以及相關課程之重要性。持續了解社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員之進修需求、建置完善的教育訓練課程、提供與支持其精進自殺防治工作相關知能，實為社會安全工作中不可缺少的一環。

本中心已配合社安網各項專業人力需求，依據自殺防治法設計適合第一線工作人員與自殺關懷訪視員之教育訓練課程，並與專家學者共同研擬，提供更具有實務性之自殺防治相關課程，供社安網各項專業人力及自殺關懷訪視員參考運用，以精進其專業知能與實務工作能力。

2. 業務目的與目標

- 1) 配合衛生福利部社安網第二期計畫之各類服務人力需要，訂定自殺防治相關課程內容，研擬符合實務需求之相關課程。
- 2) 自殺防治相關人力課程經衛生福利部審核同意後，建置於珍愛生命數位學習網，供自殺關懷訪視員參考運用。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新課程，向衛生福利部申請同意。
- 2) 依據社安網第二期計畫，針對各類服務人力規劃、彙整相關課程。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部。
- 2) 資源連結內容及形式：全國自殺防治中心網站、自殺防治系列手冊、社安網第二期計畫等。

三、過程(Process)

1. 依據中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力定義。
2. 依據社安網第二期計畫各類服務人力規劃相關課程。
3. 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」規劃適當課程，邀請講師於中心內部進行專題演講，並錄製為自殺關懷訪視線上課程教材。
4. 課程錄製完成後，撰寫「數位學習網自殺關懷訪視員專區線上課程計畫」，於 11 月份發文衛生福利部申請課程審認。經審認同意，將最新課程教材建置於珍愛生命數位學習網。

四、成果(Product)

1. 強化社安網第二期計畫之各類服務人力相關課程

依據社安網第二期計畫，各計畫項目所需服務人力如表 8-3-1：

表 8-3-1、社安網第二期計畫服務人力類別

計畫項目	服務人力類別
社會福利服務中心	社工
提升身心障礙者需求評估服務品質	社工
脫貧方案家庭服務	社工
保護性案件服務	社工
精進及擴充兒少家外安置資源	社工
社區心理衛生中心	心理輔導員、心理師、 職能治療師、護理師
精神疾病與自殺防治合併多重議題個案服務	心衛社工
精神疾病與自殺防治關懷訪視服務	精神病人社區關懷訪視員、 自殺關懷訪視員
精神障礙者協作模式服務據點方案管理	方案管理社會工作人員
家庭暴力及性侵害加害人處遇個案管理	社工
藥癮個案管理服務	藥癮個管員
少年偏差行為輔導服務	社工

依據上表，將社安網第二期計畫各項目人力劃分為以下五類，課程規劃詳參附件 8-3-1。

1) 心理師、心理輔導員

需具備因應心理障礙、精神疾病與自殺防治之專業能力，共 25 堂課。

2) 護理師

需具備因應精神疾病與自殺防治之專業能力，共 24 堂課。

3) 社工、方案管理社會工作人員

需具備因應保護性案件、身心障礙與自殺防治之專業能力，共 10 堂課。

4) 心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員

需具備保護性案件、精神疾病與關懷訪視核心能力之專業能力，共 46 堂課。

5) 藥癮個管員、職能治療師

需具備自殺防治守門人知能，共 8 堂課。

2. 自殺防治相關人力課程檢視與規劃

1) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，本中心開設自殺防治人力專區，針對自殺防治相關人力規劃有初階課程共 27 堂，進階課程共 19 堂，合計共 46 堂，詳細課程列表詳見附件 8-3-2。

2) 113 年新增課程如表 8-3-2。

表 8-3-2、113 年度新增課程

課程名稱	課程時長 (分鐘)	認證時數 (小時)
精神衛生法與自殺防治	70	1
自殺防治專業倫理	77	1
自殺個案電話訪視技巧及危機電話處置	72	1
酒癮個案自殺防治	55	1
身心障礙者之自殺防治	59	1
老人自殺防治	62	1

3. 結論

1) 依規格書順利推出各專業課程，並收集學員回饋意見，持續追蹤檢討如何強化各專業人員使用本中心課程資源。

2) 自殺防治人力專區修課及通過情形

本年度截至 10 月底自殺防治人力專區各類別課程通過人數詳見表 8-3-3。

表 8-3-3、自殺防治人力專區各類別課程通過人數

課程類別	計算日期	通過人次	通過人數	總通過人數
初階課程	113 年 1 月-10 月	3,632	183	214
進階課程		1,445	140	

註：初階課程及進階課程各別通過人數部分重疊

3) 114 年持續配合社安網第二期計畫各類服務人力，增修自殺防治相關課程內容，以家庭為中心，規劃自殺風險及家庭需求評估、高齡者身心狀況及照顧議題、相對人身心狀況及家內危機事件等相關課程。依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，持續規劃自殺防治相關人力最新線上影片教材，目前草擬 114 年上半年新增課程共 8 堂，詳見表 8-3-4。

表 8-3-4、114 年度擬新增課程

課程分類	課程內容
1. 初階/關懷訪視技巧	同理心訓練
2. 初階/多元文化及多元性別概論	多元文化能力在關懷訪視實務中的應用
3. 初階/個案自殺風險評估及處遇	家庭暴力與自殺防治
4. 初階/自殺遺族心理歷程及關懷溝通	自殺者遺族心理歷程
5. 初階/自殺遺族心理歷程及關懷溝通	自殺者遺族關懷技巧
6. 進階/認識常見精神疾病	邊緣性人格個案關懷訪視技巧
7. 進階/其他為因應實務需求之相關課程	訪員壓力覺察、辨識與因應
8. 進階/其他為因應實務需求之相關課程	自殺防治最新數據與新進展

五、附件

附件 8-3-1、強化社安網第二期計畫之各類服務人力相關課程列表

附件 8-3-2、自殺防治人力專區課程列表

自殺防治通報系統增修建議

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

衛生福利部為落實自殺企圖、自殺死亡個案之通報，於民國 95 年建置「自殺防治通報系統」，供各縣市衛生局、關懷訪視員及各通報單位登入使用。期達到下列六項目標：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、多方面提升我國心理衛生與精神醫療、活絡社區支持網絡、落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療及有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖。

然而，由於自殺防治政策變化、系統功能眾多且複雜、關懷訪視流程更新等，使關懷訪視人員在系統操作及紀錄撰寫上遇到問題，降低行政效率。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時優化與增修自殺防治通報系統功能。

本中心持續蒐集各縣市關懷訪視人員系統使用上常見問題，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，並依關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視員於登打資料時參閱。以滿足全國自殺防治相關工作人員實務需求，縮短個案通報及後續關懷訪視的行政作業流程，透過更友善的操作環境，使關懷訪視作業更增效益。

2. 目的與目標

- 1) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。
- 2) 蒐集專家意見並修正自殺關懷訪視紀錄及自殺防治通報單之內容。
- 3) 建置通報系統「知識庫維護功能」。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 持續檢視自殺關懷訪視紀錄單及自殺防治通報單內容，並配合衛生福利部心理健康司進行討論與修正。
- 2) 持續追蹤各縣市衛生局及關懷訪視人員系統使用上常見問題並蒐集彙整修正建議。
- 3) 配合自殺防治通報系統維護廠商辦理統計資料盤點及新舊資料對應等相關事宜，以利維持統計資料之延續性。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、東捷資訊服務股份有限公司、縣市衛生局、自殺關懷訪視員。

三、過程(Process)

1. 彙整各縣市針對自殺關懷訪視紀錄介面提出之改善建議。
2. 中心內部針對系統功能修正及優化建議進行討論。
3. 於 6 月 14 日將自殺防治通報系統功能增修建議發文提報衛生福利部，做為未來通報系統增修參考。

四、成果(Product)

1. 擬定初步修正內容

1) 自殺防治通報系統功能增修

中心提出擬定通報系統功能增修建議(詳見附件 8-4)，增修摘要如下表：

表 8-4、113 年自殺防治通報系統功能增修摘要

項次	建議功能
1.	職業類別之「軍警消」修改為「軍人」、「警察」、「消防員」三類。
2.	檢視訪視紀錄頁面開啟「下載 PDF(單一)」功能。
3.	在個案歷史紀錄頁面，點「展開歷程」後，新增「個案主訴：個案針對目前問題之敘述」欄位。
4.	在個案歷史紀錄頁面，點「展開歷程」，點「心衛社工案件歷程」，點「檢視心衛社工案件詳細資料」，新增訪視紀錄或訪視重點摘要。
5.	「九、結案」新增「3.經督導討論或督導會議同意予以結案」項目。

2. 自殺防治通報系統功能的完善，及自殺關懷訪視紀錄介面的編排流暢，對於自殺關懷訪視作業流程十分重要。中心將持續收集與整理使用者建議，作為未來功能增修的參考依據，並持續與系統維護廠商配合辦理，增進訪視紀錄完整性與可信度。

五、附件

附件 8-4-1、通報系統功能增修建議

玖、其他辦理事項

工作項目 (依照 113年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料	
<p>1.配合本部業務辦理需求，指派專人進行自殺相關議題之系統資料串聯、統計、分析，並依統計與分析結果，研擬自殺防治相關因應策略，並依本部要求之時限，提交前述資料與報告（含臨時性需求）。前述系統資料如涉及運用本部統計處「衛生福利資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。</p> <p>3.經本部提供「112年國人死因統計資料」後，依本部所訂期限，研擬113年度死因統計記者會所需之相關說帖（含全人口及分齡、分眾之自殺死亡及自殺通報之描述性與推論性統計、項統計結果之分析與意涵說明，相應自殺防治策略，及其他本部所需之內容）。</p>	依規定執行完成 詳見9.1章節
(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
<p>1.協助本部依自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條規定，研訂及推動「全國自殺防治綱領」，（含相關意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等事宜）。</p> <p>2.配合本部，依期限協助研擬立法院質詢、監察院調查、國家人權行動、兒童權利公約、性別議題、永續發展目標、社安網重大社會事件檢討等報告初稿。</p>	依規定執行完成 詳見9.1章節
(七) 教育訓練、活動規劃及召開相關會議	
1.協助辦理本部依自殺防治法第4條規定召開之自殺防治諮詢會之相關行政工作（含分析會議所需相關數據、彙整提案、會議安排、部會資料蒐集、製作會議紀錄及相關庶務工作等）。	依規定執行完成 詳見9.1章節

配合衛生福利部辦理事項

一、背景 (Context)

本節整理基本工作項目中，配合衛生福利部之辦理事項，包含：

1. 配合本部業務辦理需求，指派專人進行自殺相關議題之系統資料串聯、統計、分析，並依統計與分析結果，研擬自殺防治相關因應策略，並依本部要求之時限，提交前述資料與報告（含臨時性需求）。前述系統資料如涉及運用本部統計處「衛生福利資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。
2. 經本部提供「112年國人死因統計資料」後，依本部所訂期限，研擬113年度死因統計記者會所需之相關說帖（含全人口及分齡、分眾之自殺死亡及自殺通報之描述性與推論性統計、項統計結果之分析與意涵說明，相應自殺防治策略，及其他本部所需之內容）。
3. 協助本部依自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條規定，研訂及推動「全國自殺防治綱領」，（含相關意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等事宜）。
4. 配合本部，依期限協助研擬立法院質詢、監察院調查、國家人權行動、兒童權利公約、性別議題、永續發展目標、社安網重大社會事件檢討等報告初稿。
5. 協助辦理本部依自殺防治法第4條規定召開之自殺防治諮詢會之相關行政工作（含分析會議所需相關數據、彙整提案、會議安排、部會資料蒐集、製作會議紀錄及相關庶務工作等）。

二、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 中心依照112年自殺死亡數據提出相關說帖予衛生福利部。說帖中針對性別、年齡及可能造成自殺死亡數據變化之危險因子提出可能之解釋。並且因應中壯年重點年齡層族群提出自殺防治策略。(詳如附件 9-1-1)
- 2) 於113年6月3日提供「112年自殺死亡趨勢」新聞稿，內容涵蓋世界趨勢、臺灣112年自殺數據趨勢、各年齡層趨勢及因應措施、政策說明及自殺防治守門人。
- 3) 衛生福利部於113年6月13日召開「自殺防治諮詢會第三屆第1次會議」。
 - (1) 會議當天由全國自殺防治中心陳俊鶯顧問代表中心出席會議。並由廖健鈞主任秘書、李岳勳專員、溫惟婷專員隨行協助會議庶務。

- (2) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。
- 4) 衛生福利部於 113 年 3 月 15 日召開「全國自殺防治綱領研商會議」。
- (1) 會前協助修正自殺防治綱領(草案)各部會分工表。
- (2) 會議當天由全國自殺防治中心陳俊鶯顧問代表中心出席會議，並由廖健鈞主任秘書、朱旭華專員隨行。
- (3) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。
- 5) 5 月 14 日參加衛生福利部心理健康司自殺通報系統工作會議，中心由廖健鈞主任秘書出席。
- 6) 5 月 22 日參加衛生福利部心理健康司「113 年自殺防治專家」會議，針對中壯年族群 112 年自殺死亡數據上升進行討論。全國自殺防治中心由呂淑貞主任、楊境中執行長、陳俊鶯顧問、張家銘顧問代表出席。
- 7) 衛生福利部於 113 年 10 月 1 日召開「自殺防治諮詢會第三屆第 2 次會議」。
- (1) 會議當天由全國自殺防治中心呂淑貞主任、陳俊鶯顧問中心出席會議。並由廖健鈞主任秘書、許信育專員、謝侑妍專員、簡湘芸專員隨行協助會議庶務。
- (2) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。
- 8) 其他配合衛福部提供之報告初稿條列如下：
- (1) 提供立法院第十一屆第一會期施政質詢資料。
- (2) 2 月 20 日提供 0-17 歲族群「105-112 年通報自殺原因」及「105-111 年死亡人數」簡報圖表。
- (3) 4 月 15 日協助提供公視採訪訪網回應內容。
- (4) 分別於 4 月 25 日、5 月 15 日、5 月 21 日、5 月 30 日、7 月 19 日協助檢視自殺個案關懷訪視服務品質。
- (5) 分別於 4 月 24 日、5 月 14 日、5 月 21 日提供自殺案件速報單。
- (6) 11 月 18 日提供職場霸凌相關文獻回顧與防治作為策略。
- 9) 上述之外臨時性資料分析條列如下表：

索取日期	資料內容簡述
2 月 17 日	107-111 年自殺關懷訪視個案(通報有訪視的個案)1 年內再自殺死亡情形、自殺個案死亡前未曾被通報情形
2 月 22 日	各國自殺標準化死亡率趨勢圖
6 月 26 日	112 各縣市自殺方法別自殺死亡人數

三、 附件

附件 9-1-1、112 年十大死因自殺資料分析及說帖

刊物之發行與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

本中心 94 年成立後即規劃「自殺防治網通訊」季刊宣導自殺防治理念，其內容淺顯易讀，有助專家學者與一般大眾了解自殺防治相關資訊，亦可提升全民對自殺防治工作的認識。期待本刊物成為提供全國關心自殺議題之各領域學者，以及親身參與自殺防治工作的朋友們一個即時而豐富的互動平臺。

《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)，自 111 年起由《自殺防治網通訊》(Newsletter for Suicide Prevention Network)更名轉型，接續原卷期數並正式出刊。最新一期為第 19 卷第 2 期，於 113 年 6 月發行。本會已申請國際數位物件識別碼(DOI, Digital Object Identifier)及國際標準期刊號(International Standard Serial Number, ISSN)，並與「華藝數位」公司簽約，擬透過專業資訊平台，使刊登於 JoS 之論文，能即時讓普羅大眾隨即取用。JoS 將展為英文期刊，但於出版初期，亦歡迎同仁使用中文投稿，JoS 將邀請日韓及其他東南亞或歐美國家自殺防治專家學者共同編輯與投稿。相信 JoS 的問世能提高國人在國際自殺防治領域的能見度。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 「自殺防治學」為台灣自殺防治學會所出版之同儕評審且開放取用(open access)之學術雜誌。凡與自殺防治相關之跨專業領域學術論著，均為本誌刊載之對象，但以未曾投稿於其它雜誌者為限。
- 2) JoS 為英文期刊，持續邀請日韓及其他東南亞或歐美國家自殺防治專家學者共同編輯與投稿。相信 JoS 的問世能提高國人在國際自殺防治領域的能見度。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)
 - (1) 每年 3、6、9、12 月出刊，一年發行四期，為季刊形式。
 - (2) 稿件蒐集完成後進行初步校正及潤稿、排版美編，再次進行校稿。
 - (3) 出版後，透過專業資訊平台，刊登 JoS 之論文，同時上傳中心網站供大眾瀏覽與宣導。
- 2) 自殺防治網通訊
 - (1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會。
 - (2) 召開年度自殺防治網通訊編輯委員會會議，規劃與評估主題，並由助理編輯依期程邀稿，中心同仁共同協助。
 - (3) 每年 3、6、9、12 月中出刊，一年發行四期，為季刊形式。
 - (4) 稿件蒐集完成後，由中心資訊組進行排版。

(5) 出版後，以電子報方式將刊物寄送至相關單位及對象，同時上傳中心網站與電子書平臺供大眾瀏覽與宣導。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市政府衛生局暨社區心理衛生中心、華藝數位、各縣市自殺關懷訪視員、國家圖書館、國立臺灣圖書館、國立公共資訊圖書館、臺灣大學護理學系吳佳儀教授、新光吳火師紀念醫院詹佳達主任。
- 2) 資源連結內容及形式：邀稿、撰稿、排版與刊物宣傳。

三、過程(Process)

1. 組織建立

- 1) 成立自殺防治學期刊編輯委員會，邀請台灣自殺防治學會理監事及各領域專長會員擔任委員；另由中心專員擔任助理編輯，追蹤各期主題、邀稿細節、排版等內容與進度。
- 2) 自殺防治學期刊編輯委員名單
 - (1) 總編輯：吳佳儀
 - (2) 副總編輯：顏永杰、楊聰財、賴德仁
 - (3) 編輯：王弘裕、周美華、林俊媛、陳宜明、黃立中、黃柔嘉、戴萬祥
 - (4) 編輯顧問：林承儒、姜丹榴、孫凡軻、張尚文、陳俊鶯、楊聰財、詹佳達、蕭雪雯、楊境中
 - (5) 統計顧問：杜裕康、劉力瑜
 - (6) 英文顧問：王郁琪、Walter Huang
 - (7) 國際顧問：Igor Galynker (USA)、Neil Harrison (UK)、Vivian Isaac (Australia)、Hong jin Jeon (Korea)、Karen WeiRu Lin (USA)、Yutaka Motohashi (Japan)、John Snowdon (Australia)、Robert Stewart (UK)、Tadashi Takeshima (Japan)
 - (8) 助理編輯：溫惟婷、簡湘芸、許宇萱、廖健鈞
- 3) 自殺防治網通訊編輯委員名單
 - (1) 總編輯：吳佳儀
 - (2) 副總編輯：顏永杰、楊聰財、賴德仁
 - (3) 編輯：王弘裕、周美華、林俊媛、陳宜明、黃立中、黃柔嘉、戴萬祥
 - (4) 編輯顧問：林承儒、姜丹榴、孫凡軻、張尚文、陳俊鶯、楊聰財、詹佳達、蕭雪雯、楊境中
 - (5) 助理編輯：溫惟婷、許宇萱

2. 工作期程

- 1) 3月發行自殺防治學期刊第十九卷第一期之大綱如表 9-2-1。

表 9-2-1、自殺防治學期刊第十九卷第一期之大綱

項目	文章標題
Editorials	Strengthening Suicide Prevention from Historical Insights to

	Modern Innovations
Special Issues	Current Status of Suicide Prevention in Japan from A Historical Viewpoint
	Suicide Prevention among Youths in Japanese Schools
Special Articles	Being There for Each Other After Critical Incidents: A Holistic Approach to Checking Your Six
	Initiatives Toward the Establishment of a Surveillance System for Suicide Attempts in Japan
Original Articles	The Effect of Mental Health Awareness and Help-Seeking Intention Via A Game-Based Learning Material of Gather.town for High-School Students:A Pilot Study
	Identification of Psychological Distress and Suicidality among the Adolescent Students by Tainan City Government e-Mental Health Care Model
Case Reports	A Case Illustration of Suicide Behavior among the Young Nursing Populations

1) 3月發行自殺防治網通訊第十九卷第一期之大綱如表 9-2-2。

表 9-2-2、自殺防治網通訊第十九卷第一期之大綱

項目	文章標題
理事長的話	他山之石 可以攻錯
主題文章	歷史觀點下的日本自殺防治現況 日本學校中的青少年自殺預防
新視野	解開孟加拉警察自殺現象的謎團:自殺因素、預防和介入措施
統計解析	2023年1-12月通報個案特性分析 2023年1-12月媒體監測
工作要覽	Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文 網站教唆自殺訊息之監測與處置 台日學術文化交流會議:日本自殺防治研究與教育訓練最新發展
經驗分享	縣市衛生局自殺防治工作成果
交流園地	好好對話，家庭好好 超越無助，尋求生的渴望 照顧者的自我照顧

2) 6月發行自殺防治學期刊第十九卷第二期之大綱如表 9-2-3。

表 9-2-3、自殺防治學期刊第十九卷第二期之大綱

項目	文章標題
Editorials	Empowering Healthcare Professionals Through the Suicide Prevention Education Program
Special Issues	Constructing A Comprehensive Suicide Prevention Education Program for Undergraduate Social Work Students and Its Pedagogical Manual for Faculty in Japan
	Support for Suicide Loss Survivors in Japan
Special Articles	The Brief Introduction of Concepts and Techniques of Family Dialectical Behavior Therapy for Patients with Suicidal Attempt
Original Articles	Leveraging Machine Learning to Investigate the Link between Exposure to Major Air Pollutants and the Escalation of Suicide Rates in OECD Countries
	Suicide Risk among Patients with Various Primary Cancers
	Factors Predicting Suicidality in Patients with Major Depressive Disorder

2) 6 月發行自殺防治網通訊第十九卷第二期之大綱如表 9-2-4。

表 9-2-4、自殺防治網通訊第十九卷第二期之大綱

項目	文章標題
理事長的話	改變自殺 從心對話
主題文章	日本社會工作系學生構建綜合自殺防治教育計劃及其教學手冊 日本自殺遺族的支持
新視野	安全計畫：個人化的自殺危機應對應方案
統計解析	113 年 1-5 月通報個案特性分享 113 年 1-5 月媒體監測
工作要覽	Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文 第一線守門人訓練 自殺防治新聞媒體聯繫會議
經驗分享	縣市衛生局自殺防治實務經驗及成果分享
交流園地	關懷訪視員實務經驗分享-淺談自殺防治關懷服務

3. 工作內容

- 1) 根據編輯委員會議決議，依該期主題進行各專欄之邀稿。
- 2) 收稿後，進行初步校正、潤稿與統整，再進行排版美編。
- 3) 助理編輯校稿完成後，再請總編輯進行總校正，以提升稿件內容整體性與正確性，於總校正後確認出版。
- 4) 宣導通路
 - (1) 數位推廣：各期期刊皆可在中心網站最新消息與出版刊物雜誌專區供免費下載。
 - (2) 電子報寄發通路：寄送對象為全國自殺防治中心電子報訂閱用戶、各縣市衛生局供民眾下載。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治學期刊第十九卷第一期 Editorials 一篇、Special Issues 兩篇、Special Articles 一篇、Original Articles 三篇及 Case Reports 一篇。
- 2) 自殺防治學期刊第十九卷第二期 Editorials 一篇、Special Issues 兩篇、Special Articles 一篇及 Original Articles 三篇。
- 3) 透過專業資訊平台，刊登 JoS 之論文，同時上傳中心網站供大眾瀏覽與宣導。
- 4) 自殺防治網通訊第十九卷第一期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 3 篇、經驗分享共 1 篇、交流園地共 3 篇。
- 5) 自殺防治網通訊第十九卷第二期主題文章共 2 篇、自殺防治新視野共 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 3 篇、經驗分享共 1 篇、交流園地共 1 篇。
- 6) 本刊物持續於中心網站更新，供有興趣之相關專業人員或民眾下載或線上閱讀。

2. 結論

- 1) 持續增加宣導管道，如與臺灣閱覽人數眾多之圖書館合作，使更多民眾接觸自殺防治相關訊息及新知。

執行成果檢討與建議

工作項目	執行情形	遭遇困難、因應對策及建議
(一)設置全國自殺防治中心 1.聘請專責人力數名(需含駐部人力1名)，辦理本專案所訂各項工作。廠商應明定所聘人力於本專案之工作職掌，包含指定與各縣市自殺防治業務之研商聯繫窗口，並提交本部備查。又聘用之人力應有3分之1(含)以上具有衛生統計背景或專長，或自殺防治實務相關工作經驗（駐部人力以具有衛生統計背景或專長為佳）。 2.每季調查並更新各縣市衛生局自殺防治業務承辦窗口聯絡資訊，及提供並更新精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，以供各縣市政府衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議參考運用。 3.上述自殺防治中心人員名冊及精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，應於決標日起2個月內提供本部，並依實際狀況更新。	1.中心依照業務類型分為研究發展組、教育宣導組、資訊管理組。 2.研究發展組、教育宣導組招募人員均依照需求項目要求，徵選具有衛生統計背景或專長，或自殺防治實務相關工作經驗者；資訊管理組則聘用資訊相關科系人力。 3.匯整並確認各區外督名單，已提交至衛生福利部。	遭遇困難 人力招募困難。 因應對策及建議 雖今年已調整中心專員薪資，然以目前物價水準，仍需提升薪資水準以利招募；同時中心內部亦須檢視各作業流程，方能建構留任人才機制。
(二)提供及運用自殺防治相關統計分析資料 1.配合本部業務辦理需求，指派專人進行自殺相關議題之系統資料串聯、統計、分析，並依統計與分析結果，研擬自殺防治相關因應策略，並依本部要求之時限，提交前述資料與報告（含臨時性需求）。前述系統資料如涉及運用本部統計處「衛生福利資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。 2.自決標日起2個月內，函送「年度自殺資料特性分析」之分析架構。分析之變項應包含全國與各縣市、全人口與分齡、分眾等面向。廠商應於提報分析架構時，敘明擬分析之向度、欄位、資料年度等。	1.中心辦理此部份業務均依照期程進行。 2.各縣市之「112年總體自殺防治報告」因前述人力招募困難，以至於延遲至10月1日交付。	遭遇困難 1.中心進行資料串聯分析需至衛生福利部資料科學中心進行，部份數據需要衛生福利部各司同意函始得進行。今年花費較多時間於行政流程。 2.人力招募困難。 因應對策及建議 1.若能縮短取得同意函之時間，可加速

<p>3.經本部提供「112年國人死因統計資料」後，依本部所訂期限，研擬113年度死因統計記者會所需之相關說帖（含全人口及分齡、分眾之自殺死亡及自殺通報之描述性與推論性統計、項統計結果之分析與意涵說明，相應自殺防治策略，及其他本部所需之內容）。</p> <p>4.於本部113年死因統計記者會後1個月內，函送「112年總體自殺防治報告（全國）」（含現況與趨勢分析、國際比較、原因探討、推動成果、策進建議等）。</p> <p>5.於本部113年死因統計記者會後2個月內，函送各縣市之「112年總體自殺防治報告」（內容應強調全國與該縣市之差異，各縣市因地制宜之策略與建議等，惟無須含各縣市之執行成果），以供本部、各縣市政府及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。</p> <p>6.於113年10月30日前依本部提供之跨網絡系統與自殺通報系統串接之資料，更新全國及各縣市「自殺資料特性分析及因應對策報告」（含全國及22縣市各1冊）：</p> <p>(1) 各報告有關自殺特性分析之內容應同時以報表、圖表、文字摘述及自殺死亡地圖等方式說明之，分析主題如下：</p> <p>a.全年齡層(以本部統計處定義為之)。</p> <p>b.未滿18歲、15-30歲之年輕族群。</p> <p>c.各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】(以教育部統計處定義為之)。</p> <p>d.特定人口群(含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群)。</p> <p>e.多元議題族群(含保護資訊系統個</p>		<p>業務執行。</p> <p>2.人力招募問題已列於前項。</p>
---	--	------------------------------------

案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、醫療機構替代治療作業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案等)。

f.運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處定義為之)及各級學齡層(以教育部統計處定義為之)首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺(死亡)個案、拒訪/訪視未遇、於非戶籍地死亡等個案之人口學特性、自殺死亡原因、方式、所在縣市及地點等，並提出相關風險指標。

g.其他經本部通知所需之主題。

(2) 自殺死亡地圖應包含戶籍地、死亡地點、3年移動平均、標準化死亡比等分析。

(3) 全國之報告應另製作成簡報檔，供本部政策說明使用。

(4) 配合本部通知將是項資料依本部「自殺防治通報系統」規格，匯入該系統之自殺防治地圖之資料庫。

7.監測自殺死亡及通報數據，並製作下列資料：

(1) 每月監測本部自殺死亡初步數資料(由本部提供)，進行統計分析。

(2) 定期撈取自殺防治通報系統資料進行資料清檔及統計分析，每月監測本部自殺防治通報系統資料(含自殺通報關懷訪視紀錄)，進行統計分析，並按季提供各縣市政府滾動式修正自殺防治策略建議，並於次季追蹤其執行情形，按季彙整後函報本部。

(3) 按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，函送自殺通報關懷月報表予責任

<p>區域縣市之精神醫療網核心醫院，及按季提供前開醫院自殺通報趨勢分析；與區域內縣市衛生局合作，協助規劃及推動區域內自殺防治業務，據以判讀數據並提供專業建議。</p> <p>(4) 應於履約期限終止前，或依本部指定期限，交付自本部取得之113年度自殺防治通報系統資料檔案，包含原始檔案(raw data)及清檔檔案。另廠商如曾取得本部112年度自殺防治通報系統資料檔案，應於決標後2個月內繳還本部（含原始檔案及清檔檔案）。</p>		
<p>(三)辦理自殺防治實證研究</p> <p>1.依自殺防治法第9條第2項第1款規定，辦理自殺防治現況調查。調查主題由廠商自行擇定（廠商應於服務企劃書即提出主題規劃），並於調查前2個月函送細部執行計畫書至部，經本部同意後始得辦理。</p> <p>2.提供前1年度之兒少及原住民族自殺死亡/通報分析與自殺防治策略建議予教育部及原住民族委員會：</p> <p>(1) 函請教育部及行政院原住民族委員會提供有關自殺防治統計資料分析之需求，並綜合本部建議之分析項目，研擬兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治統計分析變項，並進行資料統計及分析。</p> <p>(2) 於113年10月30日前，函送度112年兒童及青少年(含各級學齡層)與原住民族自殺防治專題報告(含自殺防治相關統計、變項及趨勢之分析、自殺防治策略與政策建議等)。</p> <p>3.針對年輕族群（確切分析之年齡區間，由本部另行通知）、65歲以上、長期照顧(含</p>	<p>1.中心辦理此部份業務均依照期程進行。惟部份分析內容亦有前述資料取得問題。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>1. 同前項所述。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>1. 同前項所述。</p>

<p>照顧者及被照顧者)族群之人口學相關變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並依分析結果研提自殺防治策略及政策建議。(如年輕女生其以服藥自殺方式，應分析何種藥物，避免醫師重複開藥；65歲以上長者，經分析為「久病」原因，應分析是何種疾病，或可研議連結後續末期照護等政策)。</p>		
<p>(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.協助本部依自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條規定，研訂及推動「全國自殺防治綱領」，（含相關意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等事宜）。 2.配合本部，依期限協助研擬立法院質詢、監察院調查、國家人權行動、兒童權利公約、性別議題、永續發展目標、社安網重大社會事件檢討等報告初稿。 3.依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，每年製作「自殺防治成果報告」(電子書)，以客觀方式記載並系統性彙編當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作，俾中央各部會及各縣市政府相關部門作為探究自殺防治政策、議題及成效評值之參考。 4.持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢(含有無使用其他替代性物質而為自殺情形，如其他農藥、固體液體等)及巴拉刈禁用之相關報導；並配合農委會推動前項禁用政策及措施情形，於適當時機即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。必要時依本部要求分析相 	<ol style="list-style-type: none"> 1.各項需求皆依照期程執行完畢。 	<p>遭遇困難 無。</p>

<p>關數據並提出報告。</p> <p>5.滾動修訂本部自殺防治系列手冊：應綜合「自殺防治法」規定、行政院核定之「強化社會安全網第二期計畫」內容、本部心理健康與自殺防治之最新法令規範及政策、相關機關(單位)所提意見、最新自殺防治統計數據及國內外相關實證研究等相關資料進行修訂作業。</p>		
<p>(五)輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治策略</p> <p>1.依自殺防治法第9條第2項第4款規定，辦理縣市政府自殺防治議題之自殺防治業務互動式輔導訪查及工作坊：</p> <p>(1) 擇定縣市政府數量：至少6縣市。</p> <p>(2) 擇定原則：以「自殺通報個案之再自殺率、自殺死亡率之3年移動平均呈現上升趨勢者」、「截至113年6月30日止，初步自殺死亡人數相較去年同期上升幅度較高者」為原則，或其他經本部指定者為優先。</p> <p>(3) 期程規劃：辦理前2個月，提交細部執行計畫書(含擇定縣市、時間、議程、該縣市自殺統計資料與全國比較之報告簡報規劃等)至部，經本部同意後辦理。</p> <p>(4) 辦理形式：得標廠商主責規劃辦理，由本部函請各縣市政府首長邀集各局處、所轄機關(構)及網絡單位代表(如教育、勞動、社政、警政、消防、農政及轄內精神醫療網核心醫院、醫療機構及其他網絡單位)等共同出席參與報告及討論，以瞭解各縣市政府因地制宜之自殺防治措施及強化自殺防治之橫向聯繫機制，並給以輔導建議。</p>	<p>1.依照期程執行完畢。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>1.輔導訪查確定各縣市辦理時間較為困難，今年度已提早確定訪查縣市，惟因縣市衛生局行政流程繁複。</p>

<p>(5) 滿意度調查：參與者滿意度為「滿意以上」者，應占填答人數80%以上</p> <p>(6) 其他配合事項：依各縣市政府需求召開專案討論會議，並視需求增加輔導訪查次數。</p>		
<p>(六)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</p> <p>1.追蹤各類媒體報載自殺訊息（實體及網路）：依據自殺防治法規定及世界衛生組織所建議的之自殺新聞報導原則，蒐集並追蹤媒體報載自殺事件或訊息之情形。有下列情形者，予相應處置：</p> <p>(1) 宣傳品、出版品、廣播、電視等以實體形式報載自殺事件或訊息，疑有違反自殺防治法情形者，經本部確認後於2日內函請管轄機關依法處置；確實違反自殺新聞報導原則者，應通知該媒體(業者)呼籲遵循是項原則。</p> <p>(2) 網際網路內容等以線上形式報載自殺事件或訊息，疑有違反自殺防治法或確實違反自殺新聞報導原則者，應通知本部委託處置有關網際網路內容不當自殺訊息申訴(檢舉)之得標廠商，並配合協助後續處置。</p> <p>2.持續追蹤自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。</p> <p>(1) 另應適時發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體（學者）召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應。針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會等相關方式向大眾澄清，以避</p>	<p>1.傳播媒體、網際網路平臺部份依常規持續進行。</p>	<p>遭遇困難無。</p>

<p>免模仿效應。</p> <p>(2) 運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，並透過與民間團體合作，提升民眾對自殺防治認知。</p> <p>(3) 運用通訊軟體（如Line等）建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通，並於期末報告提報該溝通機制之成效。</p> <p>(4) 召開「新聞媒體聯繫會議」或研討會1場次，並邀請文化部及影視劇相關的學、協、公會團體(如編劇、舞台劇等)參與，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p>		
<p>(七)教育訓練、活動規劃及召開相關會議</p> <p>1.協助辦理本部依自殺防治法第4條規定召開之自殺防治諮詢會之相關行政工作（含分析會議所需相關數據、彙整提案、會議安排、部會資料蒐集、製作會議紀錄及相關庶務工作等）。</p> <p>2.配合世界自殺防治日（9月10日），辦理大型活動1場次，並應含舉行自殺新聞報導媒體頒獎儀式（可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理）；辦理主題、地點及形式，於辦理前2個月函報本部，經本部同意後，始得辦理。</p> <p>3.依自殺防治法第9條第2項第5款及自殺防治法施行細則第12條規定，辦理下列自殺防治守門人教育訓練事項：</p> <p>(1) 維護並與時俱進更新珍愛生命學習網之各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程內容（含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程）。</p> <p>(2) 針對教育部教育人員自殺防治訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治訓練，視各部會之需，協</p>	<p>1.今年召開自殺防治諮詢會2場次，中心依照需求項目製作會議紀錄。</p> <p>2.世界自殺防治日系列活動依期程辦理完畢。</p> <p>3.第一線專業人員自殺防治守門人訓練已辦理完畢。</p> <p>4.其餘項目皆照期程辦理完畢。</p>	<p>遭遇困難無。</p>

<p>助提供相關師資及訓練課程。</p> <p>(3) 結合長期照顧、社會工作等相關學協會，共同辦理第一線專業人員(以長期照顧人員、各縣市政府社會福利中心或家庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社會工作科之社會工作人員為主)自殺防治守門人訓練至少3節(每節50分鐘)，受訓人數至少達1,000人。</p> <p>4.維護並與時俱進更新「全國自殺防治中心」、「珍愛生命學習網」及「臉書粉絲團」網站頁面，提供民眾、特定人口群及專業人員有關自殺防治之統計數據、策略、自我協助及專業資源等相關資訊（含推廣心情溫度計），並配合本部政策推動，即時更新或公佈相關資訊。前項維護及更新網站事宜，應循我國資通安全相關法規，建立適當資訊安全措施，並應確認是類網站頁面所公布或轉載內容之著作權，避免衍生爭議。</p>		
<p>(八)優化自殺防治通報關懷訪視制度</p> <p>1.每月至少針對 7 縣市政府抽查其於本部「自殺防治通報系統」所載關懷訪視紀錄，並分析優劣及針對不足之處提出具體改善建議，並作成紀錄。抽查原則如下：</p> <p>(1) 每季抽查關懷訪視紀錄總數量至少240份。</p> <p>(2) 應考量各縣市政府自殺關懷訪視人員數及提供服務案量之差異，參考前一年度各縣市自殺總通報人數，分級距(五級距以內)抽取應受審訪視紀錄數量。</p> <p>(3) 各縣市政府所在級距及應受審訪視紀錄數量，應於首季抽審時併同函知。</p>	<p>1.關懷訪視紀錄每月持續進行中。</p> <p>2.辦理自殺關懷訪視員種子教師培訓實務工作坊共四場次。</p> <p>3.自殺防治通報系統功能修正建議已提供。</p>	<p>遭遇困難 無。</p>

<p>(4) 當月受抽查縣市政府不得與前月重複。</p> <p>(5) 各縣市政府應至少抽查 2 次，且於每次抽查後3個月，追蹤其改善情形。</p> <p>2. 為強化自殺關懷訪視員之關懷訪視服務效能，及提升自殺防治教育訓練品質，依「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」及本部相關政策，辦理以下事項：</p> <p>(1) 持續推廣「培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制」(含訂定種子教師培訓課程、認證及年度繼續教育機制)，辦理實務工作坊，以協助及輔導縣市辦理自殺關懷訪視員教育訓練機制；工作坊議程、簡章(含各場次縣市名單、辦理時間及地點)，於活動前1個月報經本部同意後始得辦理。</p> <p>(2) 持續配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力政策推動事宜，增修及精進自殺防治相關課程內容(應強化以家庭為中心進行自殺風險及家庭需求評估知能之內容，包含高齡者身心狀況及照顧議題、相對人身心狀況及家內危機事件等)。並持續更新自殺關懷訪視員所需之課程（如線上課程，並需獲得講師授權本部使用），供關懷訪視員參考運用。內容如涉及更新「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」之課程，須函報本部同意後始得辦理，並應依前開辦法核發研習證書予參訓人員。</p> <p>3. 協助滾動檢討「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」及「自殺關懷訪視紀錄表」，提出修正建議及優化「自殺防治通報系統功能」相關建議，並參與</p>		
---	--	--

<p>前開系統工作會議，俾強化本部自殺通報資料之蒐集及統計效益，及滾動增修關懷訪視相關注意事項建置於「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員使用參閱。</p>		
--	--	--

自殺防治策略建議

一、全面性策略 (Universal)

目標對象：全體民眾

全面性策略著重於提升社會對心理健康的認知，減少自殺與精神疾病的污名化，並營造友善的心理健康支持環境。

1. 心理健康促進

- 1) 心理衛生教育：推動心理衛生教育活動與展覽，提升社會大眾的心理健康意識，幫助個人建立自我管理能力。製作多國語言版本心理健康宣導教材，建置數位學習網站，連結教育訓練資源，使心理健康促進工作更為普及。
- 2) 去污名化：透過公眾宣傳及活動，破除精神疾病與自殺的迷思，鼓勵求助行為。

2. 媒體報導規範

- 1) 正確報導原則：呼籲媒體遵守 WHO 的「八不六要」原則，避免詳細描述自殺手段，禁止渲染與過度關注個案。同時，強調逆境克服的案例報導，傳遞正面價值觀。
- 2) 建立媒體指引：編撰媒體自殺報導指引，定期舉辦媒體工作坊，與媒體工作者建立有效對話，減少模仿效應。

3. 減少致命性物品的可得性

- 1) 高致命性物品的管控：推動劇毒農藥、木炭、特定藥品的管制措施，與販賣業者及藥師合作辦理守門人訓練，提升敏感度。
- 2) 降低高危地點的風險：針對自殺熱點設置防護設施，例如在橋樑或高樓設置圍欄，並張貼關懷標語及求助資訊。定期巡邏高風險地點，減少意外發生。

4. 廣泛宣傳求助管道

- 1) 求助專線與資源：整理並更新中央及地方的求助電話、心理健康服務據點及網絡資源，廣泛宣傳 1925 等專線，提供即時心理支持及危機介入服務。

二、選擇性策略 (Selective)

目標對象：高風險群體

選擇性策略針對有特定危險因子的群體，包括精神疾病患者、經濟困難者、長期病患及脆弱家庭等，強調高風險族群的早期辨識及介入。

1. 心理健康篩檢與評估

- 1) 針對高風險群體的篩檢：在失業人口、老年人、重大傷病、慢性病患者等群體中推行心理健康篩檢，使用心情溫度計(BSRS-5)等工具進行情緒狀態評估，並提供必要的心理諮詢和轉介服務。
- 2) 跨系統合作：結合醫療、社福和教育機構的力量，共享數據與資源，針對篩檢結果異常的個案提供即時介入。

2. 守門人教育推廣

- 1) 教育與訓練：面向教育人員、社福機構、醫療人員等，全面推行守門人課程，培訓其辨識高風險族群並進行轉介的能力。
- 2) 應用篩檢工具：推廣心情溫度計、心理健康量表等工具的應用，協助守門人快速辨識高風險個案，並建立有效的追蹤與支援機制。

3. 支持高風險族群

- 1) 心理健康資源的可近性：擴大高風險群體的心理健康資源可得性，設立免費心理諮詢服務，並整合社會支持網絡，提供多樣化的心理支持。
- 2) 特殊群體支援：對於家庭暴力、性侵、精神病患等群體，提供支援服務、心理治療、法律援助等協助。

4. 醫療與心理治療的整合

- 1) 持續醫療支持：對精神病患提供長期醫療連結，強化精神疾病的診斷與治療，降低自殺風險。
- 2) 多元介入模式：建立個案管理系統，整合心理、社會及家庭支持資源，提供針對性的介入措施。

三、指標性策略 (Indicated)

目標對象：自殺企圖者

指標性策略主要針對曾經有自殺企圖或具高度自殺風險的個案，透過及時的危機介入與後續追蹤，減少其再次企圖自殺的可能性。

1. 自殺企圖者的關懷與追蹤

- 1) 強化通報系統：增修自殺防治通報系統功能，跨部門資訊整合，確保自殺企圖者的通報效率與關懷訪視品質。
- 2) 強化訪視機制：培訓專業訪視人員，針對自殺企圖者進行定期的訪視，連結醫療與心理資源，提供後續支持。

2. 遺族的支持服務

- 1) 遺族關懷團體：組織遺族支持團體，提供心理輔導，打破自殺迷思，協助遺族重新適應生活。

- 2) 心理健康追蹤：使用篩檢工具追蹤遺族的情緒狀態，及時提供心理輔導與危機介入服務。

四、年齡分層防治策略

1. 兒童與青少年(14 歲以下)

- 1) 校園心理健康教育：加強生命教育，提升壓力因應及情緒調適能力，並建立同儕支持網絡。
- 2) 防治校園暴力與霸凌：提升教師及輔導人員的危機辨識與處理能力，透過制度化輔導協助受害者。
- 3) 透過心理健康篩檢，早期辨識高風險兒童並提供輔導。

2. 青少年(15-24 歲)

- 1) 推動網路心理健康宣導：加強對網路霸凌的防範，推廣心理健康資訊。
- 2) 家庭與學校的合作：支援學生面對課業壓力、家庭問題及情感困擾，提供全方位心理支持。
- 3) 增強青少年自尊與問題解決能力。

3. 成年人(25-64 歲)

- 1) 職場心理健康促進：鼓勵企業設立員工支持計畫，改善工作環境並提供心理健康服務。
- 2) 個案支持系統：針對高風險個案，建立追蹤與轉介制度，提供醫療與心理支援。
- 3) 強化家庭支持網絡，改善壓力管理與溝通能力。

4. 高齡者(65 歲以上)

- 1) 加強高致命性工具的管控：禁用或限制高致命性農藥，減少老年人接觸致命物品的機會。
- 2) 整合社區資源：建立老年人支持網絡，整合醫療、心理健康與社會服務資源，提供全面性關懷。

五、原住民自殺防治建議

1. 心理健康教育

- 1) 結合部落活動與教會，進行心理健康宣導，破除迷思。
- 2) 推廣文化適配的教育教材，運用原住民語言與視覺化工具。
- 3) 透過部落領袖及長者傳遞正確心理健康資訊，提升部落影響力。

2. 社區支持與防護網絡

- 1) 組織部落巡守志工隊，進行社區巡視，及時通報高風險個案。
- 2) 推動部落互助機制，培養心理健康守門人，強化社區支持網絡。

3. 減少致命工具可得性

- 1) 限制農藥等高致命性物品的取得。
- 2) 在公共場所張貼關懷資訊，提升求助可見性。

4. 整合資源與服務

- 1) 強化跨部門合作，整合心理健康、醫療及社福體系。
- 2) 提供專屬的心理健康諮詢與巡迴服務，改善偏遠地區資源可近性。

5. 針對特殊議題的支持

- 1) 推動原住民物質濫用防治，結合文化與現代醫療提供有效解決方案。

自殺防治策略以全面性策略提升大眾認知與參與、選擇性策略聚焦高風險群體介入、指標性策略專注於高危機個案的即時介入及長期支持，並針對不同年齡層制定相應的防治計畫。此多層次綜合防治措施，旨在降低自殺率，並促進全社會的心理健康福祉。