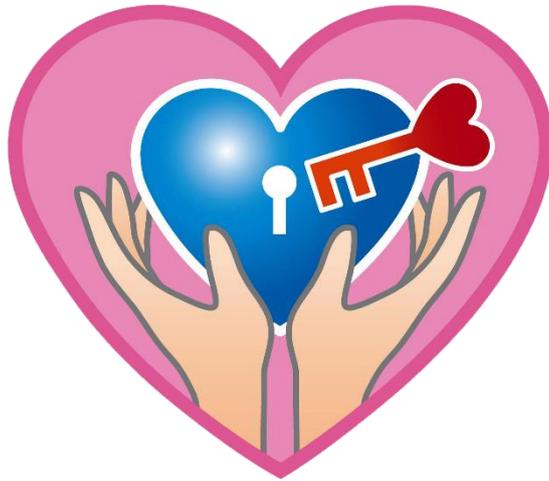


衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理

「全國自殺防治中心計畫」案

114 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、黃敏偉

地 址：台北市中正區懷寧街 90 號 2 樓

中 華 民 國 一 一 四 年 十 二 月 十 五 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、113 年度自殺資料特性分析及因應對策報告.....	2-1-1
二、113 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
四、心理健康支持方案分析.....	2-4-1
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、兒童及青少年自殺防治策略建議.....	3-2-1
三、原住民自殺防治策略建議.....	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
五、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查.....	3-5-1
肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估.....	4
一、編製 113 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、自殺防治業務工作坊.....	5-1-1
二、自殺防治業務共識營.....	5-2-1
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、新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議.....	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社群平台之維護與推廣	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、 自殺防治教育訓練課程之推動與精進	8-2-1
三、 自殺通報與關懷訪視作業流程之滾動檢討與制度精進	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

前言

一、背景提要

依據衛生福利部統計資料，113年國人標準化自殺死亡率為每十萬人口13.4人，較112年上升0.4人。自殺死因排行自99年起連續14年列於國人十大死因之外後，首次重返十大死因。因此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「114年度全國自殺防治中心計畫」

114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113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，民眾也認同八不六要之報導原則。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。辦理自殺防治業務共識營及自殺防治業務工作坊。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「114 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. 不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 114 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

1. 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，彙整名單並以電子郵件寄送給衛生福利部。

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。於 3 月份收集完畢各區精神醫療網核心醫院推薦專家學者建議名單，發文函送衛生福利部供審核與會議參考

二、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

1. 113 年度自殺資料特性分析及因應對策報告

中心將利用現有之資源，針對 113 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。中心計劃使用113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. 113 年度總體自殺防治報告

全國113年自殺死亡人數4,062人(男性2,567人、女性1,495人，性別比1.72)；標準化自殺死亡率每十萬人口13.4人(男性17.0人、女性9.9人)，較95年(每十萬人口16.8人)下降20.2%。

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2.00倍。其後逐年攀升，113年上升為50,796人次(男性16,812人次、女性33,967人次)，女性為男性之2.0倍，113年自殺通報人次較95年增加165.1%、若與112年相比增加6.4%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，113年自殺通報比與95年相比增加181.0%、較112年相比則增幅為1.7%。

3. 自殺死亡及自殺通報數據監測分析

自殺防治的指標性策略鎖定具高風險的自殺企圖者，透過建置「自殺防治通報系統」來進行即時關懷與介入。數據顯示，全國自殺通報人次自民國95年起大致呈逐年上升趨勢，113年總通報人次達50,796人次，較前一年上升6.4%；不過114年1月至9月的通報人次為34,612人次，較去年同期下降了8%。通報來源以醫療院所為主(佔59.7%)，其次為警消與教育單位，顯示跨單位的防治網絡正持續擴張以發掘潛在個案。

進一步分析114年1至9月的通報個案，女性通報人次約為男性的2.22倍，且以15-24歲青少年族群佔比最高(28.6%)，顯示校園心理健康與轉介機制的重要性。自殺方式以「固體或液體物質中毒」及「切穿工具」最為常見，主要自殺原因則歸咎於「精神健康／物質濫用」(52%)及「情感／人際關係」(44.4%)。中心持續透過滾動式策略修正，按季提供各縣市具體的防治建議，並建議未來優化系統功能，整合通報、訪視與數據監測平台，以提升整體防治效益。

4. 心理健康支持方案分析

衛生福利部為解決憂鬱症年輕化及就醫率低的問題，先後於112年及113年推出針對15-30歲及15-45歲族群的免費心理諮商支持方案，旨在提升求助可近性並落實早期介入。數據顯示，方案使用者以女性為主(約為男性的兩倍)，且集中於六都等醫療資源豐富地區。在年齡分布上，兩個方案皆以「25-29歲」為使用高峰，顯示青年在職涯初期與建立家庭階段的心理需求最為顯著；而15-45歲方案擴大後，30-34歲及35-44歲的中壯年使用者比例亦明顯增加。使用者職業多為專業人員與學生，且具備較高教育程度(大學以上佔多數)，反映出白領與高學歷族群較傾向主動利用此類資源。

在成效評估方面，透過BSRS-5(簡式健康量表)的前後測分析發現，個案在完成第一次諮商後，心理困擾指數即有顯著下降，且後續測量維持穩定改善，證實方案能有效緩解輕中度心理困擾。進一步串聯自殺通報資料顯示，超過九成使用者過去無自殺通報紀錄，顯示方案成功觸及潛在需求者；其求助主因多為「憂鬱傾向或精神疾病」(超過六成)及「家庭問題」。然而，資料亦指出15-30歲方案中有30位個案後續自殺身亡，其中以「15-19歲」族群的死亡風險相對較高，且自殺方式多採取致命性較高的「高處跳下」，顯示針對高風險個案仍需強化跨系統轉介與後續追蹤機制。

三、辦理自殺防治實證研究

1. 自殺防治現況調查

本研究旨在評估112年新版自殺通報關懷訪視紀錄表啟用後，其結構化內容品質與個案再自殺及再自殺死亡風險之關聯，以此提供訪視流程優化之實證依據。研究團隊串聯112年自殺通報資料與112至113年自殺死亡清冊，共分析33,436位通報個案，並採用Cox比例風險模型(Cox proportional hazards model)進行存活分析，以探討不同變項對再自殺死亡風險的影響。研究發現，男性個案的再自殺死亡風險顯著高於女性(約1.68倍)，且高齡、特殊註記較多、以及通報次數較多者，均屬於高風險族群。

在風險與保護因子的具體分析中，研究指出「與人同住」及「有其他機構介入關懷」具有顯著保護效果，能降低再自殺死亡風險。相對地，選擇高致命性地點(如大樓、河海)自殺者，其風險分別為住宅自殺者的3.4倍與2.8倍；而全部通報期間的BSRS-5平均分數越高，亦預測較高的再自殺死亡風險。值得注意的是，數據顯示「訪視頻率較低、追蹤天數較長」與較低風險相關，但這主要反映高風險個案常因快速轉介至心理衛生體系或再自殺而

提早結案，導致訪視週期被壓縮的資料特性，而非訪視密度低具保護作用。

基於上述發現，研究建議未來應加強第一線訪員對高風險特徵(如男性、長期心情困擾、多重通報紀錄)的辨識能力，並將之納入培訓課程。此外，針對個案轉介至心衛體系後，後續追蹤資料無法回傳至自殺通報系統造成資訊斷裂之問題，本研究強烈建議建立跨系統資料串連或回饋機制，以確保高風險個案追蹤的完整性，進而提升整體自殺防治策略的精準度。

2. 兒童及青少年自殺防治策略建議

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，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。

因此對相關議題擬定更加完善的自殺防治策略也更加迫切，然而自殺往往非單一因素所造成的，所以多層次的自殺防治策略相當重要，從校園到社區，從老師到家長，都需要一起為自殺防治努力，才更有可能減緩當前的問題。

3. 原住民自殺防治策略建議

原住民則是另一個需要關注的群體，由於受到強勢文化的侵襲影響，導致文化變遷快速，個人不足以適應，並喪失傳統文化及自我概念，原住民可能以飲酒作為紓解壓力的方式，另一方面，原住民可能受到不公平的對待，以致於不論社經上或心理健康上均位居弱勢。綜觀中心過去原住民自殺分析，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。

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。

4. 針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略

串聯109-113年多項資料庫，針對不同年齡層與特殊身份族群進行風險特徵分析。研究發現，未滿18歲與15-30歲年輕族群之通報人次均呈上升趨勢，雖女性通報佔比遠高於男性，但「高處跳下」作為自殺方式的比例在兩個年齡層中皆逐年攀升，需高度警惕。65歲以上長者之自殺死亡風險主要與「生理疾病」高度相關，健保資料顯示身亡者生前一年多受循環、消化系統等慢性病所苦；且長者採取高致命手段(如上吊)比例高，近五成由警消單位通報，顯示醫療端在自殺發生前的攔截難度較大。

在特殊身份族群方面，農民與榮民的自殺死亡個案均集中於75歲以上的高齡人口，但兩者行為模式迥異。農民多分布於臺南市、彰化縣等農業縣市，自殺方式以「固體或液體物質中毒」(如農藥)為主，佔比近四成；榮民則主要集中於六都，自殺方式以「吊死、勒死及窒息」最高(39.2%)，且其自殺死亡的性別比例較一般大眾更為接近。研究結果凸顯不同族群在地域分佈與致死方式上的顯著異質性，建議防治策略應針對這些人口學特徵進行差異化設計。

5. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

本年度「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」透過電腦輔助電話訪問(CATI)蒐集2,108份有效樣本，旨在評估國人對自殺議題的認知與態度。調查顯示，雖有53.1%民眾認為台灣自殺問題嚴重，但仍普遍存在迷思，例如64.9%誤認為「自殺身亡者生前不會透露」，以及58.0%認為「說出來只是發洩」，這些錯誤認知恐導致周遭親友錯失介入良機。在面對具自殺風險者時，雖有逾八成民眾願意提供傾聽與陪伴等情感支持，但僅50.7%敢直接詢問「有無自殺想法」，且僅36.6%敢進一步詢問「具體自殺計畫」，顯示民眾在執行關鍵的深層介入技巧時仍顯猶豫與信心不足。

值得注意的是，數據證實了「守門人」教育訓練的顯著成效，接觸過相關資訊者在主動詢問自殺意念與具體計畫的比例上，較一般民眾高出7%至14%。然而，求助資源的知曉度仍有提升空間，僅35.0%民眾知道「安心專線1925」，且15-45歲目標族群中僅29.5%知曉政府提供的免費心理諮商方案。調查亦發現，曾有自殺意念者僅23.8%曾對外求助，且主要對象為親友而非專業機構。因此，建議未來政策應著重於破除「說出來只是發洩」等迷思，並擴大守門人實務演練與資源宣導，以提升民眾辨識警訊及轉介專業的能力。

四、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

1. 編製 113 年自殺防治年報(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113年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「113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. 追蹤巴拉刈禁用後趨勢

追蹤巴拉刈禁用政策後的自殺通報與死亡趨勢。分析自殺企圖通報資料與死亡統計顯示，巴拉刈相關自殺在禁用後大幅下降：通報人次從106年高峰的328人次下降至113年的71人次(降幅78.4%)，自殺死亡人數則自106年的227人減少至113年的24人(降幅達89.4%)。下降趨勢不論在性別、年齡層及農業縣/非農業縣中皆明顯，顯示限制高度致死性農藥的可近性是有效的自殺防治策略。

然而，整體農藥中毒自殺通報並未同步大幅下降，部分族群(如50歲以上)仍呈現相對高風險，顯示可能存在替代效應，後續仍需持續監測並搭配其他自殺防治與關懷介入措施。此外，近年媒體對巴拉刈禁用的關注度逐漸下降，報告建議後續可評估是否仍需將「追蹤禁用相關報導」納入年度固定工作項目。

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，114年度依「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」及衛生福利部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20、21、22冊，並持續檢視尚未更新之手冊，以安排未來進行滾動式修訂。

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. 自殺防治業務工作坊

全國自殺防治中心考量自殺死亡在年齡、地區與臨床特性上的差異，並參考各縣市推動防治工作的實務經驗，規劃辦理三場區域性自殺防治業務工作坊，透過跨縣市交流與資源連結，協助地方依據在地特性發展針對性的自殺防治策略，提升整體防治成效。

本次工作坊主題依據最新死因統計與趨勢，聚焦於「高處墜落」、「中壯年齡層」及「長者／長期照顧者」三類自殺防治議題，並將提供各縣市趨勢分析資料與簡報，強化實務回饋與政策應用的連結。

2. 自殺防治業務共識營

為因應自殺死亡在年齡、地區與臨床特性上的差異，全國自殺防治中心舉辦自殺防治業務共識營，針對各縣市在個案管理、通報準則及遺族關懷作業上標準不一致的現況，進行標準化與最佳化討論。透過經驗交流與集體討論，協助地方建立更一致且具實效的防治流程，以提升自殺防治整體效能。

本次共識營於114年7月25日假台大校友會館辦理，採世界咖啡館模式進行，以三項情境題為核心，針對通報系統、關懷訪視流程與防治策略等議題進行分組討論，並彙整縣市建議與實務經驗，作為政策修訂與制度優化之依據。

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。

除了新聞媒體的追蹤外，本中心自103年起亦研擬「教唆與教導自殺之網站監測及檢舉流程」，並透過推廣監測與檢舉機制，強化對相關內容的即時處理與防制，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，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4則新聞稿，1場媒體相關聯繫會議，並於114年5月14日舉辦「新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議—維特效應：名人輕生與自殺防治」。

至114年10月22日共監測網路與紙本新聞媒體則自殺相關報導，並依規定投訴其中則內含不當內容之報導。

截至114年10月22日共監測到735則含自殺方法相關內容之網頁，經檢舉已下架520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207則，未下架比例為36.9%。

2. 新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議

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114年5月14日下午2時00分於臺大校友會館四樓會議室舉辦，由全國自殺防治中心呂淑貞計畫主持人及黃敏偉主任主持，專題演講者分別為台北市立聯合醫院松德院區心身醫學科陳映燁主任、台北市電腦商業同業公會鍾承哲專員。本次會議僅開放實體參與，使討論效益達到最大化，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鄭淑心代理司長致詞，參與人數共46人。其中衛生福利部3人、國家通訊傳播委員會2人、新聞局1人、衛生局22人、相關學協會5人、媒體單位5人、專家學者1位。

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」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，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「陪伴生命 注入希望」。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14日假集思交通部國際會議中心國際會議廳舉行，並辦理世界自殺防治日攝影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。

今年度至10月底，中心共協助推薦外部單位講師共92場、參與訓練的學員共9,352人，單位為醫院、學校、公家機關、長照機構、民間單位。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24日於線上辦理「第一線人員自殺防治守門人訓練課程」，衛生福利部、全國自殺防治中心、中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理，中華民國臨床心理師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台北市社會工作師公會、台灣精神醫學會、社團法人中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會、臺灣諮商心理學會協辦。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：「自殺防治的現狀與發展趨勢」、「自殺防治守門人之角色與功能」及「資源在哪裡？—資源連結與轉介技巧」，分

別教授最新自殺相關數據與趨勢、學習自殺高風險群之辨識與評估、關懷並協助自殺高風險群進行轉介，以期增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此間聯繫與支持合作，並建立具有整合性與持續性之自殺高風險防治照護網。

本活動線上參與人數為5,354人，西醫師佔428人，精神科醫師佔62人，護理師/護士佔2,460人，藥師/藥劑生佔171人，職能治療師/職能治療生佔308人，臨床心理師佔146人、諮商心理師佔203人，社會工作者(含有社工師執照及無執照者)佔612人，長照人員佔1,554人。

多項自殺風險的研究結果指出，壓力和精神障礙為引起自殺意念與行為重要導因之一，許多自殺者在生前都會因身心狀況去醫院就診，包括精神科及非精神科。其中，非精神科醫師之比例約占八成(Chang CM et al. Br J Psychiatry 2009;195:459-60)。由此可見，醫護相關人員是重要的守門人，尤其是一般科別的照護團隊，以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

因此衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而獲得照護社區之醫療相關體系有完整的概念、具備社區醫療健康照護的技能及社區健康計畫之基本規劃、執行等基本能力(key competence)。

114年度至10月底共辦理20場次PGY參訪訓練課程，361人參與，由中心楊境中執行長、林承儒副執行長；台灣自殺防治學會張家銘常務理事、戴萬祥副秘書長、陳宜明副秘書長等擔任講師。講師活潑風趣的授課方式分享臨床經驗與技巧，超過8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就有就醫行為，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團之維護與推廣

全國自殺防治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

心網站自民國109年與數位學習網合併，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10月止，網頁總瀏覽數為214,477次，課程總通人次為469,765次。

從2010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31日止，粉絲專頁追蹤人數共有13,997位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，固定每週一、三、五、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。

自今年4月份開通Instagram帳號以來，至10月31日止，共張貼62則圖文，關於圖片風格、文章內容、張貼頻率、宣傳方式等，仍在嘗試與探索階段。未來中心將持續關注網路粉絲對Instagram的使用情形，納入社群行銷概念，嘗試建立經營策略，提升粉絲數，以期達到心理健康宣導，與自殺防治推廣之目的。

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876份紀錄審查。各縣市共提供6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3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相關建議，將結合今年度規格書需求，分別針對各式表單進行修訂、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、4)關於人力相關建議，中心將提供衛生福利部參考、5)關於教育訓練相關建議，中心擬規劃教育訓練數位課程，協助縣市訪視員釐清紀錄撰寫重點。

各縣市撰寫紀錄品質為「優」或「良」居多，約佔77.7%，品質為「可」、「差」、「劣」約佔22.3%。審查紀錄過程中有時可見紀錄內容前後邏輯不一情況，期待訪員有所提升。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。

2. 自殺防治教育訓練課程之推動與精進

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，27堂課」、「護理師，25堂課」、「社工、方案管理社會工作人員，12堂課」、「心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員，48堂課」、「藥癮個管員、職能治療師，9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48堂，114年度共新增5堂課程。

115年度將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。

3. 自殺通報與關懷訪視作業流程之滾動檢討與制度精進

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。為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，滾動檢討修訂「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」及「自殺防治通報系統功能」等重要項目，同時因應國家自殺防治政策制定及國內自殺趨勢變化，擬定自殺者遺族關懷流程，實屬必要一環。

發文各縣市蒐集修改意見，針對以下各式表單進行修訂。

- 自殺個案通報後關懷作業流程

- 結案標準
- 非衛生單位自殺防治通報單
- 衛生單位自殺防治通報單
- 自殺關懷訪視紀錄單整合

中心出版文宣品內容，以及專家編輯委員共同撰稿，依據自殺防治法、強化社會安全網第二期計畫、最新法令規範及政策編製自殺關懷訪視員專業工作手冊。

於3月份彙整各縣市及中心內部針對系統功能修正及優化建議，並提供予衛生福利部及自殺防治通報系統維護廠商參考。後續持續蒐集各縣市關懷訪視人員系統使用上常見問題及功能增修建議。

邀請中華心理衛生協會、社團法人台灣失落關懷與諮商協會共同合作，分別於10月28日、11月18日召開自殺遺族關懷訪視流程草案專家會議共二場次。依會議討論結果擬定遺族關懷流程草案。

九、其他辦理事項

1. 配合衛生福利部辦理事項

全國自殺防治中心配合衛生福利部辦理多項業務，包括：自殺相關資料統計分析與策略研擬、死因統計說帖撰寫、地方政府自殺防治方案諮詢、法定會議行政支援、以及立法院、監察院、SDGs 等國家報告初稿撰擬。中心依部會需求，於期限內完成多項分析與報告，並配合進行臨時性資料彙整、政策建議與會議安排，確保自殺防治政策能即時回應公共衛生挑戰。

本年度執行成果包括完成113年自殺死因數據說帖與防治建議、參與衛福部召開之自殺防治諮詢會與數據討論會，並整理相關會議紀錄與委員意見摘要。此外亦協助處理部長信箱陳情案，並因應考評需求提供地方自殺趨勢資料，展現跨層級、跨議題的即時應變與政策支援能力。

2. 刊物之發行與推廣

全國自殺防治中心自成立以來持續透過出版物推廣自殺防治理念，初期以《自殺防治網通訊》季刊為主，內容淺顯易讀，強化公眾與實務人員對防治工作的理解與參與。自111年起轉型為《自殺防治學期刊》(Journal of Suicidology, JoS)，為同儕審查、開放取用的英文季刊，並取得ISSN與DOI編號，期望透過國際合作與數位平台上架，提升台灣在國際自殺防治領域的

能見度與參與度。

刊物每年固定出刊四期，並由編輯委員會規劃主題、邀稿、審閱與潤稿，收錄專文與研究論文；自殺防治網通訊亦持續出版，涵蓋主題文章、統計解析、經驗分享與交流園地等內容，並以電子報及數位平台廣泛發送與推廣。未來將進一步拓展宣傳通路，與圖書館合作讓更多民眾接觸自殺防治資訊，強化知識傳播與社會參與。

期中報告委員審查意見回覆

一、分項審查意見：

審查項目	審查意見	意見回覆
(二)提供及運用自殺防治相關統計分析資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 粗死亡率與標準化死亡率中，自110年以來連續上升趨勢是須正視重要議題，建議死亡率比較的基準點，除95年的高點外，也應該以112年為基準進行比較說明，以了解近來變化趨勢。 2. 報告書中僅呈現第2、4、5、7項工作進度與成果呈現，其他如項次6之不同族群/議題分析及自殺防治地圖目前執行進度並未具體說明(此為期中報告，即便進行中尚未完成亦應說明執行進度(目前僅提供大綱)，待期末報告再呈現結果)。 3. 如何「提供因地制宜策略建議」(page 57)，報告中僅提供大方向與重點，建議應依據各縣市差異具體分析提供執行策略方法建議。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於期末成果報告2.2節(113年總體自殺防治報告)中，已載列全國及各縣市112、113年自殺死亡率之比較數據。 2. 本報告目前已為期末成果報告，因此報告呈現已完成之成果內容；委員所提出應於期中報告說明執行進度之建議已納入改善，明年度計畫將於期中報告中補充各項工作進度，以利審查掌握進展。 3. 以臺北市為例，於期末成果報告第2.2節(113年全國自殺防治總體成果)中進行敘述。
(三)辦理自防治實證研究	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議原住民族自殺相關分析呈現時，宜與全國資料進行比較討論。 2. 請持續依進度完成第2、3項之分析。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於 3.3、原住民族自殺防治策略中呈現原住民與非原住民之比較分析。 2. 第 2、3 項分析已依照進度完成。
(四)擬定、推動自殺防	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未見巴拉刈禁用後持續追 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 巴拉刈禁用後續追蹤呈

<p>治策略及辦理成效評估</p>	<p>縱執行之進度說明。</p> <p>2. 「滾動式修訂自殺防治系列手冊」中，宜針對修訂哪些項目之具體規劃與內容進行呈現說明(若提供修正前後對照說明尤佳)。</p>	<p>現於4.2、追蹤巴拉刈禁用後趨勢。</p> <p>2. 於4.3、滾動修訂自殺防治系列手冊中呈現。</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>自殺率自 110 年呈連續上升趨勢，建議依各縣市特性，具體說明如何以實證數據(即今年度之自殺防治相關統計分析資料)推動因地制宜之自殺防治策略，尤其如何鏈結各縣市分析數據與議題推動探討，應具體說明論述。</p>	<p>各縣市在自殺防治上受地理環境、人口結構及文化背景等因素影響，需採取因地制宜的策略。因此，在規劃自殺防治策略前，應先掌握各地區自殺現況與風險特徵。透過將各縣市自殺數據與全國整體資料進行比較，可找出差異與縣市個別的問題樣態，進而辨識其主要風險族群、常見自殺方式及潛在危險因子。</p> <p>在掌握上述分析結果後，針對不同區域及族群量身定制防治策略，提供最適切的介入措施。此外，持續辦理跨縣市工作坊或共識營，分享策略與作法，讓地方能彼此學習並萃取出成效較佳的模式，作為全國或同質性縣市推動防治策略的參考。</p>
<p>(六)協助傳播媒體及國際網路平臺遵循自殺新聞報導原則，並協助本部因應重要或重大自殺</p>	<p>1. 目前媒體網路資料收集分析與通報仍多仰賴人工方式進行，媒體通路廣泛恐有遺漏，建議規劃以AI資</p>	<p>1. 今年度與國立勤益科技大學簡伯霖教授合作，導入爬蟲機器人蒐集網路自殺新聞資料，並同</p>

<p>議題或輿情</p>	<p>訊導入方式收集相關資料進行分析能提升媒體網路訊息掌握之精確度與完整性。</p> <p>2. 新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議(5月14日舉辦)應具體說明各媒體代表出席人員名單、會議討論QA紀錄等，以具體呈現與媒體溝通聯繫之功能與有效性。</p>	<p>步進行人工與爬蟲資料之比對與驗證，以檢視資料準確度與完整性。透過持續改良爬蟲模型及優化判別機制，待作業流程與制度更加成熟後，即可正式導入使用，提升資料蒐集效率與監測能力。</p> <p>2. 新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議出席人員名單整理於附件6-2-2。</p>
<p>(七)教育訓練、活動規劃及召開相關會議</p>	<p>第一線人員之自殺防治守門人訓練已舉辦數屆，是否統計今年度參與學員為第一次或過去已參與學員，建議針對不同族群可進一步了解其需求與回饋。</p>	<p>於 7.2、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣呈現，第一線人員之自殺防治守門人訓練舉辦多年，以社會工作者及長照人員為核心受訓對象。今年在社會工作者及長照人員共 2,223 名參與者中，共有 1,845 人為首次參加課程，在社會工作者及長照人員參與者中約佔 83%。今年所有參與者對本活動均表達滿意，無提出特殊需求與回饋。</p>

二、綜合審查意見：

1. 目錄及內容有所不符：

(1) 目錄中有 8-4-1 字樣，請予更正。

(2) 目錄中有壹拾及 10-1-1 字樣，而內容全缺，請於期末報告補強，並注意報告內容一致性。

意見回覆：已於期末成果報告中修正。

2. 整體而言，計畫執行進度符合預期，惟建議應針對需求書中所有工作審查項

目一一列表說明執行進度概要，而非選擇式的說明(例如(二)提供及運用自殺防治相關統計分析資料，僅提供第2、4、5、7項闡述(page 26-27)，(三)辦理自殺防治實證研究僅提供第2項，其他項目執行狀況則幾未在期中報告中說明)。此外，附件宜加上頁碼方便檢閱查詢。

意見回覆：因本報告已為期末成果報告，因此報告呈現已完成之成果內容；委員所提出應於期中報告說明執行進度之建議已納入改善，明年度計畫將於期中報告中補充各項工作進度，以利審查掌握進展。

3. 0-3-2 113年總體自殺防治報告宜比較近3年之數值增減，作為政策之參考，而非強調和95年之差異。

意見回覆：三年移動平均的比較呈現於自殺資料特性分析及因應對策報告中，請見附件2-1-1中自殺死亡地圖分析。

4. 研究兒少自殺防治宜加強和教育單位合作；原住民自殺防治則宜加強和原住民單位合作。

意見回覆：3.2、3.3 兩份分析報告於執行前，均已以正式公文函請教育部及原住民族委員會提供分析建議，並依回饋內容調整報告方向與呈現方式。

5. 0-3-6 自殺者生前就醫狀況宜有國內之資料分析，而非僅引用國外2009年研究結果。

意見回覆：在3.4節「針對特定族群人口學變項分析制定自殺防治策略」中，透過資料串連，針對65歲以上長者生前的就醫情形進行了深入分析。

6. 2-1-1-3特殊身份註記遺漏性侵害被害人。

意見回覆：因衛生福利部提供之身分註記檔案目前僅包含性侵害加害人註記，無法辨識性侵害被害人相關資訊。明年將持續與衛生福利部溝通，說明研究需求，並尋求以合法且符合個資保護原則的方式取得被害人相關註記資料，以利後續分析。

7. 建議於期末報告呈現今年度自關員有被抽查紀錄之比例。

意見回覆：由於無法取得各縣市實際之關懷訪視員人數，因此無法計算「自關員抽查比例」。在執行這項業務時是以各縣市自殺通報人數作為分層依據，區分不同範圍區間後，按區間比例抽選不同份數之紀錄進行審查，以確保抽查方式具公平性。

8. 建議網路購物和燒炭自殺之關聯性宜有本土研究分析，以支持相關防治措施。

意見回覆：經文獻搜尋，目前尚未發現國內針對「網路購物與燒炭自殺之關聯性」的本土研究，顯示此議題仍為研究缺口，後續可作為進一步探討之方向

9. 建議深入分析通報後自殺死亡個案，作為檢討關懷訪視收結案標準及作業流程之參考。

意見回覆：請見今年實證研究中，廠商自選研究，3.1章節。

壹、設置全國自殺防治中心

工作項目 (依照 114年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(一) 設置全國自殺防治中心	
<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>	詳見1.1章節
<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>	依規定執行完成 詳見1.2章節

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)

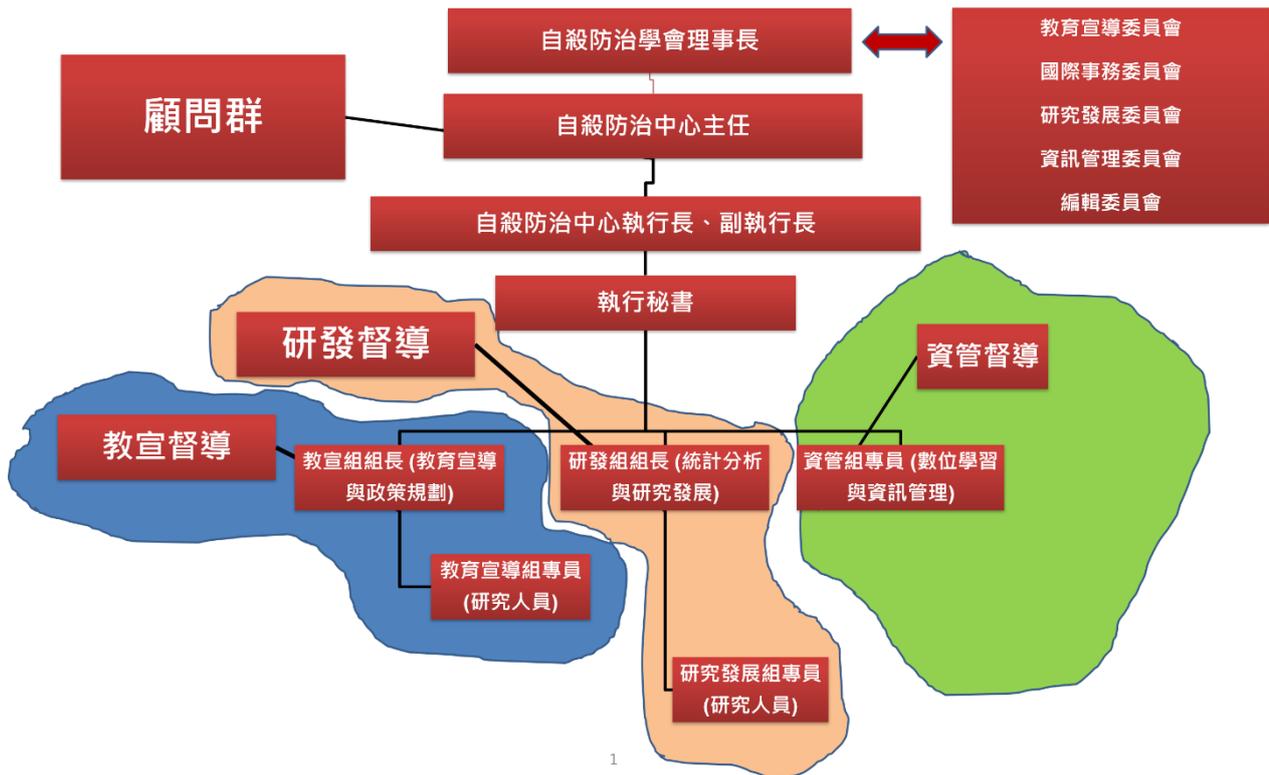


圖 1-1-1、全國自殺防治中心組織架構圖

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	理事長
黃敏偉	計畫主持人兼主任	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	協同主持人兼顧問	常務理事
張家銘	協同主持人兼顧問	常務理事
張書森	協同主持人兼顧問	理事
林承儒	協同主持人兼副執行長	理事
方俊凱	協同主持人兼顧問	監事
黃柔嘉	協同主持人兼副執行長	副秘書長

114 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 3 員；負責「教育宣導與政策規劃」相關業務為 4 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；另有駐部人力 1 員。(圖 1-1-2)

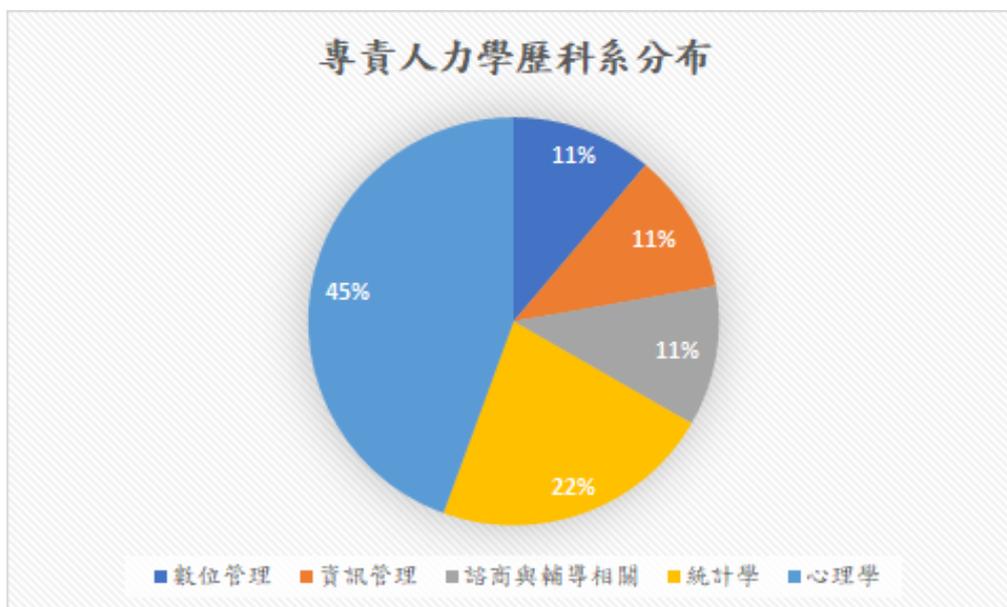


圖 1-1-2、全國自殺防治中心專責人力學歷科系分布圖(不含駐部)

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，114 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有效的雙向互動，且利於自殺防治業務的推動，本中心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。

本中心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
以電子郵件方式詢問各衛生局自殺防治業務聯絡窗口。
- 2) 外部督導專家學者建議名單
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. 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) 於每一季第三個月以電子郵件方式詢問各縣市衛生局自殺防治業務聯絡窗口。
 - (2) 彙整名單並以電子郵件寄送給衛生福利部。
- 2) 外部督導專家學者建議名單
 - (1) 依據規格書，於決標日起 2 個月內提供衛生福利部精神醫療網分區之外督專家學者建議名單。
 - (2) 於 2 月份發文各區精神醫療網核心醫院，請核心醫院提供外部督導之專家學者建議名單。
 - (3) 於 3 月份收集完畢各區專家學者建議名單。鑒於督導著重方向不同，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。
 - (4) 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，發文函送衛生福利部。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 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) 114 年度外部督導專家學者建議名單彙整如附件 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、114 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 style="text-align: center;">工作項目</p> <p>(依照 114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>(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114年死因統計記者會後1個月內，函送「113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114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114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> <ul style="list-style-type: none"> a. 全年齡層(以本部統計處定義為之)。 b. 未滿18歲、15-30歲之年輕族群。 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)。 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)。 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)。 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、 	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>

<p>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。</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114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113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>

113 年度自殺資料特性分析及因應對策報告

一、背景

1. 相關問題與重要性

根據世界衛生組織(WHO)的統計，全球每年有近 80 萬人死於自殺行為，每 40 秒就有 1 人因自殺死亡，自殺防治已成為全世界公共衛生的重要議題。自殺行為為多重原因所導致，可能與心理、生理、社會、經濟等因素相關，較難以歸因於單一因素，因此，如何透過分析全國、各縣市的資料，了解自殺企圖者的特性，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎，是自殺防治相當重要的工程。

我國自殺防治策略，主要分為三大層面，分別為全面性、選擇性與指標性策略，其中選擇性自殺防治策略以高風險群為對象。在選擇性自殺防治策略中，心理健康篩檢以及高危險群之辨識工作，是相當重要的一個環節。加強醫護與諮商輔導人員篩檢、辨識可能罹患各類精神疾病或有自殺傾向者的能力，並適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置，是相當重要的環節。

2. 業務目的與目標

本報告之主要目的在於分析全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料，以台灣地區全年齡層、未滿 18 歲及 15-30 歲之年輕族群、各級學齡層(小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上)、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)、多元議題族群(包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)及其他議題供各縣市參考運用。

資料視覺化能將複雜的數據以圖像呈現，使我們更容易辨識規律、趨勢及關聯。在資訊爆炸的時代，這種方式不僅節省時間，還能提升學習效率。各縣市在施行自殺防治策略時，需因應各區의自殺特性進行調整並分配資源。本中心根據自殺統計指標，繪製多種類型的自殺地圖，供全國及各縣市參考與應用。

二、輸入

1. 執行步驟與方法：

- 1)全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料分析
 - (1) 113 年全國及各縣市自殺死亡個案特性之比較分析。
 - (2) 113 年全國及各縣市自殺企圖通報個案特性之比較分析。
- 2)113 年自殺死亡地圖
 - (1) 年中人口：以社會經濟資料平臺提供的各鄉鎮市區年底人口，並將兩年人口相加除以二，得到年中人口數。
 - (2) 繪製地圖使用 Python。
 - (3) 113 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖：以 113 年死因統計檔連結各鄉鎮之經緯度，以視覺化的方式呈現各地區的自殺死亡熱點，繪製內容：各縣市(含鄉鎮市)自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡率。
 - (4) 標準化死亡比：主要用途是在族群人口組成不同時的比較，透過標準化的計算，可比較出研究族群與標準人口間死亡率的差異，而不受人口組成不同的影響。

2. 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、戶籍縣市、死因分類(ICD-10)。
- 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：包含全民健康保險研究資料庫、中低收入戶及中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。

3. 資源連結合作：

- 1)合作單位：衛生福利部心理健康司、社團法人台灣自殺防治學會、衛生福利部統計處、衛生福利部保護服務司、衛生福利部社會救助及社工司、內政部。
- 2)資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

三、過程

1. 資料蒐集

- 1)自殺死亡資料檔
 - (1) 資料期間：113 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，由中心每一

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) 自殺企圖通報資料檔

(1) 資料期間：95 年至 113 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) 利用自殺關懷系統，分析 113 年全國及各縣市依年齡層和性別分之自殺通報人次及原因，包含通報方式及占率。分析 113 年依年齡層和性別分的首次自殺通報人數，包含通報方式、原因及各縣市分佈。

2) 利用自殺死亡清冊，分析 113 年全國及各縣市依年齡層和性別分之自殺死亡方式(ICD-9)及占率。

3) 分析自殺企圖通報個案之特殊身份，評估其 1 個月及 3 個月再自殺率，並分析各種特殊身份組合。

4) 串聯自殺死亡清冊與特殊身份資料，分析各縣市特殊身份自殺死亡個案之分布。

5) 蒐集各縣市及鄉鎮市區之經緯度、自殺相關統計數據，並對 113 年自殺死亡資料進行分析，繪製自殺死亡地圖，包括自殺死亡人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率及標準化死亡比，最終使用 Python 繪製地圖並撰寫報告。

四、成果

1. 交付報告

(1) 113 年度自殺資料特性分析及因應對策報告(含全國及 22 縣市)。

2. 113 年全國自殺死亡分析(詳見附件 2-1-1)

(1) 全年齡層分析

a. 總述

全國於 113 年自殺死亡人數共 4,062 人，男性 2,567 人(占率為 63.2%)，女性 1,495 人(占率為 36.8%)，男性為女性的 1.72 倍，死亡人數前三高年齡層為「55-64 歲」732 人(占率為 18.0%)、「35-44 歲」

694 人(占率為 17.1%)及「45-54 歲」673 人(占率為 16.6%)。

b. 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」17 人（占率 89.5%）、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」1 人（占率 5.3%）、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」1 人（占率 5.3%）；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」125 人（占率 45.6%）、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」49 人（占率 17.9%）、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」41 人（占率 15.0%）；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」204 人（占率 37.1%）、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」132 人（占率 24.0%）、「由高處跳下自殺及自傷」120 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」258 人（占率 37.2%）、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」198 人（占率 28.5%）、「由高處跳下自殺及自傷」123 人（占率 17.7%）；以 45-54 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」208 人（占率 30.9%）、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」204 人（占率 30.3%）、「由高處跳下自殺及自傷」116 人（占率 17.2%）；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」268 人（占率 36.6%）、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」136 人（占率 18.6%）、「由高處跳下自殺及自傷」111 人（占率 15.2%）；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」263 人（占率 41.7%）、「由高處跳下自殺及自傷」98 人（占率 15.5%）、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」87 人（占率 13.8%）；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」191 人（占率 39.1%）、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」120 人（占率 24.5%）、「溺水(淹死)自殺及自傷」66 人（占率 13.5%）。

c. 自殺死亡者巴拉刈註記

自殺死亡中 24 人有巴拉刈自殺死亡註記。

d. 自殺死亡者婚姻狀況

自殺死亡中已婚者 1,337 人，未婚者 1,402 人，離婚者 951 人，配偶死亡者 372 人。

(2)30 歲以下族群分析

a. 未滿 18 歲

因 113 年未滿 18 歲死亡人數較少，故自殺死亡部分只有分析全國。

a) 總述

全國 113 年未滿 18 歲死亡人數共 65 人，其中男性 32 人(占比 49.2%)，女性 33 人(占比 50.8%)，男性為女性的 0.97 倍。學齡層分佈為國小(及以下)2 人(占率為 3.1%)，國中 17 人(占率為 26.2%)，高中 46 人(占率為 70.8%)。

b) 自殺方式分析

以自殺方式分析，方式為「由高處跳下自殺及自傷」47 人(占比 72.3%)；方式為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」6 人(占比 9.2%)；方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」5 人(占比 7.7%)；方式為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」4 人(占比 6.2%)；方式為「其他及未明示之方式自殺及自傷」2 人(占比 3.1%)；方式為「溺水(淹死)自殺及自傷」1 人(占比 1.5%)。

c) 縣市分布

以戶籍縣市分析，戶籍縣市為「桃園市」11 人(占比 16.9%)；戶籍縣市為「新北市」10 人(占比 15.4%)；戶籍縣市為「臺北市」10 人(占比 15.4%)；戶籍縣市為「臺中市」9 人(占比 13.8%)；戶籍縣市為「高雄市」7 人(占比 10.8%)；戶籍縣市為「新竹市」4 人(占比 6.2%)；戶籍縣市為「雲林縣」3 人(占比 4.6%)；戶籍縣市為「彰化縣」2 人(占比 3.1%)；戶籍縣市為「臺南市」2 人(占比 3.1%)；戶籍縣市為「宜蘭縣」1 人(占比 1.5%)；戶籍縣市為「花蓮縣」1 人(占比 1.5%)；戶籍縣市為「屏東縣」1 人(占比 1.5%)；戶籍縣市為「苗栗縣」1 人(占比 1.5%)；戶籍縣市為「新竹縣」1 人(占比 1.5%)；戶籍縣市為「嘉義市」1 人(占比 1.5%)；戶籍縣市為「嘉義縣」1 人(占比 1.5%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

以死亡場所分析，場所為「住居所」3 人(占比 4.6%)；場所為「醫院」41 人(占比 63.1%)；場所為「長期照護或安養機構」1 人(占比 1.5%)；場所為「其他」20 人(占比 30.8%)。

b. 15-30 歲

a) 總述

全國「15-30 歲」於 113 年自殺死亡人數共 608 人，男性 385 人(占率為 63.3%)，女性 223 人(占率為 36.7%)，男性為女性的 1.73

倍。

b) 自殺方式分析

以自殺方式分析，方式為「由高處跳下自殺及自傷」202人(占比33.2%)；方式為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」172人(占比28.3%)；方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」120人(占比19.7%)；方式為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」51人(占比8.4%)；方式為「溺水(淹死)自殺及自傷」35人(占比5.8%)；方式為「切穿工具自殺及自傷」11人(占比1.8%)；方式為「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」11人(占比1.8%)；方式為「其他及未明示之方式自殺及自傷」6人(占比1.0%)。

c) 自殺死亡者婚姻狀況

以婚姻狀況分析，婚姻為「已婚」42人(占比6.9%)；婚姻為「未婚」513人(占比84.4%)；婚姻為「配偶死亡」3人(占比0.5%)；婚姻為「離婚」50人(占比8.2%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

以死亡場所分析，場所為「住居所」156人(占比25.7%)；場所為「醫院」204人(占比33.6%)；場所為「長期照護或安養機構」3人(占比0.5%)；場所為「診所」1人(占比0.2%)；場所為「其他」244人(占比40.1%)。

(3) 各級學齡層分析

a. 總述

全國於113年學齡內自殺死亡人數共169人，國小(及以下)2人(占率為1.2%)，國中17人(占率為10.1%)，高中46人(占率為27.2%)，大學104人(占率為61.5%)。

b. 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(及以下)為「由高處跳下自殺及自傷」2人(占率為100.0%)；國中為「由高處跳下自殺及自傷」15人(占率為88.2%)；高中為「由高處跳下自殺及自傷」30人(占率為65.2%)；大學為「由高處跳下自殺及自傷」43人(占率為41.3%)。

c. 自殺死亡者死亡場所

以死亡場所分析，國小(及以下)死亡場所為「醫院」1人，「其他」1人；國中死亡場所為「住居所」1人，「醫院」10人，「其他」6人；高中死亡場所為「住居所」2人，「醫院」30人，「長期照護或安養機

構」1人，「其他」13人；大學死亡場所為「住居所」26人，「醫院」48人，「其他」30人。

(4) 特定人口群分析

a. 原住民

本次報告因尚未收到自殺死亡個案之原住民族群註記資料，相關變項分析暫無法進行。

b. 中低收入戶

本次報告因尚未收到自殺死亡個案之中低收入戶族群註記資料，相關變項分析暫無法進行。

c. 離婚

a) 總述

全國於 113 年婚姻狀況為離婚自殺死亡人數共 951 人，占整體自殺死亡人數的 23.4%。其中男性 611 人(占率為 64.2%)，女性 340 人(占率為 35.8%)，男性為女性的 1.8 倍，年齡層分佈前三高為「55-64 歲」261 人(占率為 27.4%)、「45-54 歲」218 人(占率為 22.9%)、「35-44 歲」192 人(占率為 20.2%)。

b) 縣市分布

離婚自殺死亡者戶籍縣市分佈為「新北市」158 人(占比 16.6%)；「高雄市」123 人(占比 12.9%)；「臺中市」110 人(占比 11.6%)；「桃園市」94 人(占比 9.9%)；「臺南市」83 人(占比 8.7%)；「臺北市」60 人(占比 6.3%)；「彰化縣」45 人(占比 4.7%)；「南投縣」36 人(占比 3.8%)；「屏東縣」33 人(占比 3.5%)；「苗栗縣」30 人(占比 3.2%)；「雲林縣」29 人(占比 3.0%)；「嘉義縣」28 人(占比 2.9%)；「宜蘭縣」24 人(占比 2.5%)；「基隆市」24 人(占比 2.5%)；「新竹縣」19 人(占比 2.0%)；「花蓮縣」16 人(占比 1.7%)；「新竹市」12 人(占比 1.3%)；「嘉義市」11 人(占比 1.2%)；「臺東縣」11 人(占比 1.2%)；「金門縣」3 人(占比 0.3%)；「澎湖縣」2 人(占比 0.2%)。

c) 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」298 人(占比 31.3%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」274 人(占比 28.8%)、「由高處跳下自殺及自傷」139 人(占比 14.6%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」95 人(占比 10.0%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」89 人(占比 9.4%)、「切穿工具自殺及自傷」27 人(占比 2.8%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」17 人(占比 1.8%)、「鎗砲及爆炸

物自殺及自傷」12人(占比1.3%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

離婚自殺死亡者死亡場所為「住居所」369人(占比38.8%)；「醫院」199人(占比20.9%)；「長期照護或安養機構」7人(占比0.7%)；「其他」376人(占比39.5%)。

(5) 多元議題族群分析

a. 精神疾病照護

a) 總述

全國於113年精照列管註記自殺死亡人數共323人，占整體自殺死亡人數的8.0%。其中男性158人(占率為48.9)，女性165人(占率為51.1%)，男性為女性的0.96倍，縣市分佈前三高為「新北市」60人(占率為18.6%)、「高雄市」42人(占率為13.0%)、「桃園市」36人(占率為11.1%)。

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」96人(占率為29.7%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」71人(占率為22.0%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」47人(占率為14.6%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」43人(占率為13.3%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」43人(占率為13.3%)、「切穿工具自殺及自傷」14人(占率為4.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」9人(占率為2.8%)。

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」158人(48.9%)，「離婚」80人(24.8%)，「已婚」73人(22.6%)，「配偶死亡」12人(3.7%)。

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「醫院」119人(36.8%)，「其他」103人(31.9%)，「住居所」96人(29.7%)，「長期照護或安養機構」5人(1.5%)。

e) 年齡層分析

精照列管註記自殺死亡者年齡層分佈為「35-44歲」75人(23.2%)，「45-54歲」75人(23.2%)，「55-64歲」70人(21.7%)，「25-34歲」45人(13.9%)，「65-74歲」35人(10.8%)，「15-24歲」17人

(5.3%)，「75歲以上」6人(1.9%)。

b. 脆弱家庭

因 112 年全國脆弱家庭註記死亡人數較少，故自殺死亡部分只有分析全國。

a) 總述

全國於 113 年脆弱家庭註記自殺死亡人數共 133 人，占整體自殺死亡人數的 3.3%。其中男性 66 人(占率為 49.6)，女性 67 人(占率為 50.4%)，男性為女性的 0.99 倍。

b) 自殺方式分析

脆弱家庭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 24.8%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」27人(占率為 20.3%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」27人(占率為 20.3%)、「由高處跳下自殺及自傷」27人(占率為 20.3%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」10人(占率為 7.5%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」6人(占率為 4.5%)、「切穿工具自殺及自傷」3人(占率為 2.3%)。

c) 自殺死亡者婚姻狀況

脆弱家庭註記自殺死亡者婚姻情形為「離婚」53人(39.8%)，「未婚」47人(35.3%)，「已婚」24人(18.0%)，「配偶死亡」9人(6.8%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

脆弱家庭註記自殺死亡者死亡場所為「醫院」51人(38.3%)，「其他」46人(34.6%)，「住居所」35人(26.3%)，「長期照護或安養機構」1人(0.8%)。

e) 年齡層分析

脆弱家庭註記自殺死亡者年齡層分佈為「35-44歲」33人(24.8%)，「45-54歲」26人(19.5%)，「25-34歲」22人(16.5%)，「15-24歲」20人(15.0%)，「65-74歲」16人(12.0%)，「55-64歲」14人(10.5%)，「75歲以上」2人(1.5%)。

f) 縣市分布

縣市分佈前三高為「桃園市」21人(15.8%)，「新北市」18人(13.5%)，「臺南市」17人(12.8%)，「高雄市」14人(10.5%)，「臺中市」13人(9.8%)，「臺北市」10人(7.5%)，「雲林縣」7人(5.3%)，「花蓮縣」3人(2.3%)，「南投縣」3人(2.3%)，「屏東縣」3人(2.3%)，「苗栗縣」3人(2.3%)，「基隆市」3人(2.3%)，「新竹縣」3人(2.3%)，「嘉

義縣」3人(2.3%)，「彰化縣」3人(2.3%)，「宜蘭縣」2人(1.5%)，「新竹市」2人(1.5%)，「臺東縣」2人(1.5%)，「澎湖縣」2人(1.5%)，「嘉義市」1人(0.8%)。

c. 保護身份

a) 總述

全國於 113 年保護列管註記自殺死亡人數共 962 人，占整體自殺死亡人數的 23.7%。其中男性 563 人(占率為 58.5)，女性 399 人(占率為 41.5%)，男性為女性的 1.41 倍，縣市分佈前三高為「新北市」148 人(占率為 15.4%)、「臺中市」134 人(占率為 13.9%)、「高雄市」119 人(占率為 12.4%)。

b) 自殺方式分析

保護身份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」271 人(占率為 28.2%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」235 人(占率為 24.4%)、「由高處跳下自殺及自傷」234 人(占率為 24.3%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」103 人(占率為 10.7%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」70 人(占率為 7.3%)、「切穿工具自殺及自傷」25 人(占率為 2.6%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」21 人(占率為 2.2%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」3 人(占率為 0.3%)。

c) 自殺死亡者婚姻狀況

保護身份註記自殺死亡者婚姻情形為「未婚」352 人(36.6%)，「離婚」327 人(34.0%)，「已婚」241 人(25.1%)，「配偶死亡」42 人(4.4%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

保護列管註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」329 人(34.2%)，「其他」323 人(33.6%)，「醫院」297 人(30.9%)，「長期照護或安養機構」13 人(1.4%)。

e) 年齡層分析

保護列管註記自殺死亡者年齡層分佈為「35-44 歲」238 人(24.7%)，「45-54 歲」185 人(19.2%)，「25-34 歲」176 人(18.3%)，「55-64 歲」120 人(12.5%)，「15-24 歲」105 人(10.9%)，「65-74 歲」80 人(8.3%)，「75 歲以上」43 人(4.5%)，「0-14 歲」15 人

(1.6%)。

f) 保護身份分佈

(a) 總述

全國於 113 年保護身份各分類人數為家暴加害人 616 人(保護身份註記個案中占率為 64.0%)；家暴被害人 455 人(保護身份註記個案中占率為 47.3%)；兒少施虐者 146 人(保護身份註記個案中占率為 15.2%)；兒少被害人 108 人(保護身份註記個案中占率為 11.2%)；性侵加害人 49 人(保護身份註記個案中占率為 5.1%)；性侵被害人 78 人(保護身份註記個案中占率為 8.1%)，各性別保護身份類別中最高人數，男性為家暴加害人(451 人)，女性為家暴被害人(274 人)。

(b) 多重保護身份

保護身份註記個案中有 370 人具有多重保護身份，其中 272 人同時具有 2 項保護身份；81 人同時具有 3 項保護身份；12 人同時具有 4 項保護身份；5 人同時具有 5 項保護身份，又以同時有家暴加害人及家暴被害人身份的人數最多，共 256 人。

d. 毒品

a) 總述

全國於 113 年毒防列管註記自殺死亡人數共 245 人，占整體自殺死亡人數的 6.0%。其中男性 198 人(占率為 80.8)，女性 47 人(占率為 19.2%)，男性為女性的 4.21 倍，縣市分佈前三高為「新北市」44 人(占率為 18.0%)、「高雄市」42 人(占率為 17.1%)、「臺中市」24 人(占率為 9.8%)。

b) 自殺方式分析

毒防註記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」89 人(占率為 36.3%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」64 人(占率為 26.1%)、「由高處跳下自殺及自傷」39 人(占率為 15.9%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」20 人(占率為 8.2%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」10 人(占率為 4.1%)、「切穿工具自殺及自傷」8 人(占率為 3.3%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」8 人(占率為 3.3%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」7 人(占率為 2.9%)。

c) 自殺死亡者婚姻狀況

毒防註記自殺死亡者婚姻情形為「未婚」113 人(46.1%)，「離

婚」83人(33.9%)，「已婚」45人(18.4%)，「配偶死亡」4人(1.6%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

毒防註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」99人(40.4%)，「其他」78人(31.8%)，「醫院」65人(26.5%)，「長期照護或安養機構」3人(1.2%)。

e) 年齡層分析

毒防註記自殺死亡者年齡層分佈為「35-44歲」88人(35.9%)，「45-54歲」55人(22.4%)，「25-34歲」49人(20.0%)，「55-64歲」40人(16.3%)，「15-24歲」6人(2.4%)，「65-74歲」6人(2.4%)，「75歲以上」1人(0.4%)。

e. 身心障礙族群分析

本次報告因尚未收到自殺死亡個案之身心障礙族群註記資料，相關變項分析暫無法進行。

f. 長期照護

a) 總述

全國於113年長照列管註記自殺死亡人數共448人，占整體自殺死亡人數的11.0%。其中男性262人(占率為58.5%)，女性186人(占率為41.5%)，男性為女性的1.41倍，被照顧者351人(占率為78.3%)，照顧者131人(占率為29.2%)(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」66人(占率為14.7%)、「高雄市」64人(占率為14.3%)、「臺中市」54人(占率為12.1%)。

b) 自殺方式分析

長照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」160人(占率為35.7%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」88人(占率為19.6%)、「由高處跳下自殺及自傷」74人(占率為16.5%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」57人(占率為12.7%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」33人(占率為7.4%)、「切穿工具自殺及自傷」30人(占率為6.7%)、「其他及未明示之方式自殺及自傷」4人(占率為0.9%)、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」2人(占率為0.4%)。

c) 自殺死亡者婚姻狀況

長照註記自殺死亡者婚姻情形為「已婚」176人(39.3%)，「配偶死亡」126人(28.1%)，「離婚」85人(19.0%)，「未婚」61人

(13.6%)。

d) 自殺死亡者死亡場所

長照註記自殺死亡者死亡場所為「住居所」173人(38.6%)，「醫院」143人(31.9%)，「其他」130人(29.0%)，「長期照護或安養機構」2人(0.4%)。

e) 年齡層分析

長照註記自殺死亡者年齡層分佈為「75歲以上」199人(44.4%)，「65-74歲」121人(27.0%)，「55-64歲」61人(13.6%)，「45-54歲」34人(7.6%)，「35-44歲」19人(4.2%)，「25-34歲」12人(2.7%)，「15-24歲」2人(0.4%)。

3. 113年全國自殺通報分析

(1) 全年齡層分析

a. 總述

全國113年自殺通報50796人次，其中男性通報16812人次(占率為33.1%)，女性通報33967(占率為66.9%)，女性為男性的2.02倍。

b. 自殺原因10齡組分析

以自殺原因分析，113年全國「0-14歲」，前3高依序為「家庭成員問題」1505人次(占率37.8%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1008人次(占率25.3%)、「學校適應問題」263人次(占率6.6%)；以自殺原因分析，113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」5985人次(占率41.2%)、「家庭成員問題」3128人次(占率21.5%)、「感情因素(如男女朋友)」2400人次(占率16.5%)；以自殺原因分析，113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」3141人次(占率31.9%)、「感情因素(如男女朋友)」2174人次(占率22.1%)、「家庭成員問題」1366人次(占率13.9%)；以自殺原因分析，113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」2058人次(占率26.2%)、「夫妻問題」1445人次(占率18.4%)、「家庭成員問題」1236人次(占率15.8%)；以自殺原因分析，113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」1664人次(占率28.7%)、「家庭成員問題」973人次(占率16.8%)、「夫妻問題」938人次(占率16.2%)；以自殺原因分析，113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」1131人次(占率29.9%)、「家庭成員問題」707人次(占率

18.7%)、「夫妻問題」484 人次(占率 12.8%)；以自殺原因分析，113 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」796 人次(占率 28.9%)、「家庭成員問題」489 人次(占率 17.8%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」445 人次(占率 16.2%)；以自殺原因分析，113 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)」598 人次(占率 27.2%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」579 人次(占率 26.3%)、「家庭成員問題」375 人次(占率 17%)。

c. 自殺原因 20 齡組分析

以自殺原因分析，113 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」10338 人次(占率 55.8%)、「家庭成員問題」4663 人次(占率 25.2%)、「感情因素(如男女朋友)」3121 人次(占率 16.9%)；以自殺原因分析，113 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」8295 人次(占率 46.9%)、「感情因素(如男女朋友)」3764 人次(占率 21.3%)、「家庭成員問題」2939 人次(占率 16.6%)；以自殺原因分析，113 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」4254 人次(占率 44.4%)、「家庭成員問題」1921 人次(占率 20.1%)、「夫妻問題」1424 人次(占率 14.9%)；以自殺原因分析，113 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」1854 人次(占率 37.4%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」1719 人次(占率 34.7%)、「家庭成員問題」954 人次(占率 19.3%)。

d. 自殺原因學齡層分析

以自殺原因分析，113 年全國「國小(含以下)學齡層」，前 3 高依序為「家庭成員問題」215 人次(占率 36.1%)、「同儕相處問題」167 人次(占率 28.1%)、「學校適應問題」119 人次(占率 20%)；以自殺原因分析，113 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」1568 人次(占率 46.3%)、「家庭成員問題」1291 人次(占率 38.2%)、「同儕相處問題」594 人次(占率 17.6%)；以自殺原因分析，113 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」2793 人次(占率 60.9%)、「家庭成員問題」1306 人次(占率 28.5%)、「感情因素(如男女朋友)」615 人次(占率 13.4%)；以自殺原因分析，113 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」3397 人次(占率 60.1%)、

「感情因素(如男女朋友)」1186 人次(占率 21%)、「家庭成員問題」1120 人次(占率 19.8%)。

e. 自殺方式 10 齡組分析

以自殺方式分析，113 年全國「0-14 歲」，前 3 高依序為「割腕」1541 人次(占率 38.7%)、「高處跳下」1121 人次(占率 28.2%)、「安眠藥鎮靜劑」422 人次(占率 10.6%)；以自殺方式分析，113 年全國「15-24 歲」，前 3 高依序為「割腕」5457 人次(占率 37.5%)、「安眠藥鎮靜劑」3925 人次(占率 27%)、「高處跳下」2203 人次(占率 15.1%)；以自殺方式分析，113 年全國「25-34 歲」，前 3 高依序為「割腕」2929 人次(占率 29.7%)、「安眠藥鎮靜劑」2710 人次(占率 27.5%)、「高處跳下」1274 人次(占率 12.9%)；以自殺方式分析，113 年全國「35-44 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」2385 人次(占率 30.4%)、「割腕」1950 人次(占率 24.9%)、「高處跳下」877 人次(占率 11.2%)；以自殺方式分析，113 年全國「45-54 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」2073 人次(占率 35.8%)、「割腕」1114 人次(占率 19.2%)、「高處跳下」628 人次(占率 10.8%)；以自殺方式分析，113 年全國「55-64 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1177 人次(占率 31.1%)、「割腕」504 人次(占率 13.3%)、「高處跳下」356 人次(占率 9.4%)；以自殺方式分析，113 年全國「65-74 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」692 人次(占率 25.1%)、「割腕」291 人次(占率 10.6%)、「上吊、自縊」283 人次(占率 10.3%)；以自殺方式分析，113 年全國「75 歲以上」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」521 人次(占率 23.7%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」265 人次(占率 12%)、「上吊、自縊」261 人次(占率 11.9%)。

f. 自殺方式 20 齡組分析

以自殺方式分析，113 年全國「0-24 歲」，前 3 高依序為「割腕」6998 人次(占率 37.8%)、「安眠藥鎮靜劑」4347 人次(占率 23.5%)、「高處跳下」3324 人次(占率 17.9%)；以自殺方式分析，113 年全國「25-44 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」5095 人次(占率 28.8%)、「割腕」4879 人次(占率 27.6%)、「高處跳下」2151 人次(占率 12.2%)；以自殺方式分析，113 年全國「45-64 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」3250 人次(占率 33.9%)、「割腕」1618 人次(占率 16.9%)、「高處跳下」984 人次(占率 10.3%)；以自殺方式分析，113 年全國「65 歲以上」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1213 人次(占率

24.5%)、「上吊、自縊」544 人次(占率 11%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」476 人次(占率 9.6%)。

g. 自殺方式學齡層分析

以自殺方式分析，113 年全國「國小(含以下)學齡層」，前 3 高依序為「高處跳下」289 人次(占率 48.6%)、「割腕」127 人次(占率 21.3%)、「其他部位之切穿工具」40 人次(占率 6.7%)；以自殺方式分析，113 年全國「國中學齡層」，前 3 高依序為「割腕」1414 人次(占率 41.8%)、「高處跳下」832 人次(占率 24.6%)、「安眠藥鎮靜劑」403 人次(占率 11.9%)；以自殺方式分析，113 年全國「高中學齡層」，前 3 高依序為「割腕」1829 人次(占率 39.9%)、「安眠藥鎮靜劑」950 人次(占率 20.7%)、「高處跳下」857 人次(占率 18.7%)；以自殺方式分析，113 年全國「大學學齡層」，前 3 高依序為「割腕」2186 人次(占率 38.7%)、「安眠藥鎮靜劑」1654 人次(占率 29.3%)、「高處跳下」770 人次(占率 13.6%)。

h. 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「家暴被害人」13504 人次(占率 26.6%)、「家暴加害人」11708 人次(占率 23%)、「身心障礙」9439 人次(占率 18.6%)。

(2)30 歲以下族群分析

a. 未滿 18 歲

a) 總述

全國 113 年未滿 18 歲自殺通報 8562 人次，其中男性通報 1815 人次(占率為 21.2%)，女性通報 6747(占率為 78.8%)，女性為男性的 3.72 倍。

b) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113 年全國在未滿 18 歲，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」4475 人次(占率 52.3%)、「家庭成員問題」2812 人次(占率 32.8%)、「學校適應問題」1166 人次(占率 13.6%)、「同儕相處問題」1158 人次(占率 13.5%)、「課業壓力」1028 人次(占率 12%)、「感情因素(如男女朋友)」969 人次(占率 11.3%)、「其他」460 人次(占率 5.4%)、「個案(家屬)不願說明」277 人次(占率 3.2%)、「校園霸凌」151 人次(占率 1.8%)、「生涯規劃」97 人次(占率 1.1%)、「個案因身體狀況無法說明」83 人次(占率 1%)、「遭受暴力」79 人次(占率 0.9%)、「喪親、喪偶」61 人次(占率 0.7%)、「慢性化的

疾病問題(如：久病不癒)」48 人次(占率 0.6%)、「職場工作壓力」47 人次(占率 0.5%)、「遭受騷擾」44 人次(占率 0.5%)、「藥物濫用」31 人次(占率 0.4%)、「長期照顧壓力」27 人次(占率 0.3%)、「訴訟問題」26 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」22 人次(占率 0.3%)、「債務」18 人次(占率 0.2%)、「酒精濫用」14 人次(占率 0.2%)、「遭受詐騙」10 人次(占率 0.1%)、「失業」8 人次(占率 0.1%)、「使用毒品」8 人次(占率 0.1%)、「夫妻問題」7 人次(占率 0.1%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」7 人次(占率 0.1%)、「兵役因素」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，113 年全國在未滿 18 歲，依序為「割腕」3370 人次(占率 39.4%)、「高處跳下」1978 人次(占率 23.1%)、「安眠藥鎮靜劑」1372 人次(占率 16%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」856 人次(占率 10%)、「其他部位之切穿工具」596 人次(占率 7%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」301 人次(占率 3.5%)、「上吊、自縊」202 人次(占率 2.4%)、「溺水(淹死)、跳水」99 人次(占率 1.2%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」94 人次(占率 1.1%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」67 人次(占率 0.8%)、「燒炭」34 人次(占率 0.4%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」21 人次(占率 0.2%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」19 人次(占率 0.2%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」15 人次(占率 0.2%)、「家用瓦斯」8 人次(占率 0.1%)、「自焚」3 人次(占率 0%)、「服用或施打毒品過量」3 人次(占率 0%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」2 人次(占率 0%)、「其他氣體及蒸氣」2 人次(占率 0%)、「巴拉刈農藥」1 人次(占率 0%)。

d) 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「兒少被害人」4399 人次(占率 51.4%)、「脆弱家庭」2080 人次(占率 24.3%)、「中低收入戶」1737 人次(占率 20.3%)。

b. 15-30 歲

a) 總述

全國 113 年 15-30 歲自殺通報 21095 人次，其中男性通報 5440 人次(占率為 25.8%)，女性通報 15642(占率為 74.2%)，女性為男性的

2.88 倍。

b) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113 年全國在 15-30 歲，依序為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」11970 人次(占率 56.7%)、「感情因素(如男女朋友)」4379 人次(占率 20.8%)、「家庭成員問題」4161 人次(占率 19.7%)、「職場工作壓力」1355 人次(占率 6.4%)、「課業壓力」1119 人次(占率 5.3%)、「其他」1073 人次(占率 5.1%)、「學校適應問題」1001 人次(占率 4.7%)、「夫妻問題」889 人次(占率 4.2%)、「個案(家屬)不願說明」776 人次(占率 3.7%)、「同儕相處問題」686 人次(占率 3.3%)、「債務」589 人次(占率 2.8%)、「失業」366 人次(占率 1.7%)、「酒精濫用」353 人次(占率 1.7%)、「個案因身體狀況無法說明」242 人次(占率 1.1%)、「生涯規劃」231 人次(占率 1.1%)、「藥物濫用」193 人次(占率 0.9%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」192 人次(占率 0.9%)、「喪親、喪偶」190 人次(占率 0.9%)、「訴訟問題」170 人次(占率 0.8%)、「遭受暴力」138 人次(占率 0.7%)、「校園霸凌」111 人次(占率 0.5%)、「使用毒品」105 人次(占率 0.5%)、「遭受騷擾」104 人次(占率 0.5%)、「遭受詐騙」94 人次(占率 0.4%)、「長期照顧壓力」85 人次(占率 0.4%)、「職場霸凌」59 人次(占率 0.3%)、「兵役因素」50 人次(占率 0.2%)、「遭受霸凌」44 人次(占率 0.2%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」29 人次(占率 0.1%)。

c) 自殺方式分析

以自殺方式分析，113 年全國在 15-30 歲，依序為「割腕」7516 人次(占率 35.6%)、「安眠藥鎮靜劑」5711 人次(占率 27.1%)、「高處跳下」3062 人次(占率 14.5%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」2261 人次(占率 10.7%)、「其他部位之切穿工具」1434 人次(占率 6.8%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」835 人次(占率 4%)、「燒炭」704 人次(占率 3.3%)、「上吊、自縊」642 人次(占率 3%)、「溺水(淹死)、跳水」613 人次(占率 2.9%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」255 人次(占率 1.2%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」134 人次(占率 0.6%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」68 人次(占率 0.3%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」67 人次(占率 0.3%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」53 人次(占率 0.3%)、「家用瓦斯」49 人次(占率 0.2%)、「自焚」29 人次(占率 0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」22 人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」20 人次(占率 0.1%)、「服

用或施打毒品過量」19人次(占率0.1%)、「其他氣體及蒸氣」10人次(占率0%)、「巴拉刈農藥」5人次(占率0%)、「氫氣」2人次(占率0%)。

d) 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113年全國前3高依序為「家暴被害人」5214人次(占率24.7%)、「兒少被害人」4600人次(占率21.8%)、「家暴加害人」4034人次(占率19.1%)。

(3) 特定人口群分析

a. 原住民

a) 總述

全國113年原住民註記自殺通報2559人次，其中男性通報593人次(占率為23.2%)，女性通報1965(占率為76.8%)，女性為男性的3.31倍。

b) 年齡層分析

原住民註記年齡層分佈為「15-24歲」955人(占率為37.3%)，「25-34歲」553人(占率為21.6%)，「35-44歲」360人(占率為14.1%)，「0-14歲」330人(占率為12.9%)，「45-54歲」217人(占率為8.5%)，「55-64歲」86人(占率為3.4%)，「65-74歲」42人(占率為1.6%)，「75歲以上」16人(占率為0.6%)，「不詳」0人(占率為0%)。

c) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113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」1189人次(占率46.5%)、「家庭成員問題」575人次(占率22.5%)、「感情因素(如男女朋友)」538人次(占率21%)、「夫妻問題」257人次(占率10%)、「酒精濫用」154人次(占率6%)、「其他」125人次(占率4.9%)、「職場工作壓力」115人次(占率4.5%)、「個案(家屬)不願說明」96人次(占率3.8%)、「同儕相處問題」89人次(占率3.5%)、「債務」85人次(占率3.3%)、「學校適應問題」85人次(占率3.3%)、「課業壓力」80人次(占率3.1%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」60人次(占率2.3%)、「失業」53人次(占率2.1%)、「個案因身體狀況無法說明」46人次(占率1.8%)、「喪親、喪偶」46人次(占率1.8%)、「長期照顧壓力」34人次(占率1.3%)、「藥物濫用」25人次(占率1%)、「遭受暴力」22人次(占率0.9%)、「遭受騷擾」19人次(占率0.7%)、「訴訟問題」18人次(占率0.7%)、「生涯規劃」16人次(占率0.6%)、「使用毒品」14人次(占率0.5%)、

「遭受詐騙」11人次(占率 0.4%)、「校園霸凌」9人次(占率 0.4%)、「遭受霸凌」5人次(占率 0.2%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」4人次(占率 0.2%)、「職場霸凌」4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，113年全國在原住民註記，依序為「割腕」994人次(占率 38.8%)、「安眠藥鎮靜劑」641人次(占率 25%)、「高處跳下」283人次(占率 11.1%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」192人次(占率 7.5%)、「其他部位之切穿工具」157人次(占率 6.1%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」94人次(占率 3.7%)、「上吊、自縊」85人次(占率 3.3%)、「燒炭」83人次(占率 3.2%)、「溺水(淹死)、跳水」72人次(占率 2.8%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」51人次(占率 2%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」37人次(占率 1.4%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」14人次(占率 0.5%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」12人次(占率 0.5%)、「家用瓦斯」10人次(占率 0.4%)、「自焚」8人次(占率 0.3%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」6人次(占率 0.2%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」4人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」3人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」3人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」1人次(占率 0%)。

e) 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113年全國前3高依序為「家暴被害人」850人次(占率 33.2%)、「中低收入戶」798人次(占率 31.2%)、「兒少被害人」631人次(占率 24.7%)。

b. 中低收入戶

a) 總述

全國 113年中低收註記自殺通報 7196 人次，其中男性通報 2111 人次(占率為 29.3%)，女性通報 5082(占率為 70.6%)，女性為男性的 2.41 倍。

b) 年齡層分析

中低收註記年齡層分佈為「15-24歲」2543人(占率為 35.3%)，「35-44歲」1166人(占率為 16.2%)，「25-34歲」995人(占率為 13.8%)，「45-54歲」976人(占率為 13.6%)，「0-14歲」820人(占率為 11.4%)，「55-64歲」419人(占率為 5.8%)，「65-74歲」224人(占率為 3.1%)，「75歲以上」53人(占率為 0.7%)，「不詳」0人(占率為

0%)。

c) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113 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」3643 人次(占率 50.6%)、「家庭成員問題」1691 人次(占率 23.5%)、「感情因素(如男女朋友)」1161 人次(占率 16.1%)、「夫妻問題」537 人次(占率 7.5%)、「其他」533 人次(占率 7.4%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」320 人次(占率 4.4%)、「職場工作壓力」299 人次(占率 4.2%)、「債務」287 人次(占率 4%)、「個案(家屬)不願說明」241 人次(占率 3.3%)、「失業」240 人次(占率 3.3%)、「學校適應問題」237 人次(占率 3.3%)、「同儕相處問題」235 人次(占率 3.3%)、「酒精濫用」202 人次(占率 2.8%)、「課業壓力」166 人次(占率 2.3%)、「喪親、喪偶」143 人次(占率 2%)、「長期照顧壓力」130 人次(占率 1.8%)、「個案因身體狀況無法說明」101 人次(占率 1.4%)、「藥物濫用」86 人次(占率 1.2%)、「訴訟問題」76 人次(占率 1.1%)、「遭受暴力」74 人次(占率 1%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」43 人次(占率 0.6%)、「遭受騷擾」43 人次(占率 0.6%)、「使用毒品」36 人次(占率 0.5%)、「遭受詐騙」33 人次(占率 0.5%)、「校園霸凌」30 人次(占率 0.4%)、「生涯規劃」26 人次(占率 0.4%)、「職場霸凌」18 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」17 人次(占率 0.2%)、「兵役因素」10 人次(占率 0.1%)。

d) 自殺方式分析

以自殺方式分析，113 年全國在中低收註記，依序為「割腕」2314 人次(占率 32.2%)、「安眠藥鎮靜劑」1924 人次(占率 26.7%)、「高處跳下」847 人次(占率 11.8%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」698 人次(占率 9.7%)、「其他部位之切穿工具」465 人次(占率 6.5%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」326 人次(占率 4.5%)、「溺水(淹死)、跳水」234 人次(占率 3.3%)、「上吊、自縊」227 人次(占率 3.2%)、「燒炭」224 人次(占率 3.1%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」158 人次(占率 2.2%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」104 人次(占率 1.4%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」38 人次(占率 0.5%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」36 人次(占率 0.5%)、「家用瓦斯」31 人次(占率 0.4%)、「自焚」25 人次(占率 0.3%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」17 人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」8 人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」5 人次(占率 0.1%)、「服用或施

打毒品過量」5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

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「脆弱家庭」2997 人次(占率 41.6%)、「家暴被害人」2698 人次(占率 37.5%)、「身心障礙」2647 人次(占率 36.8%)。

c. 離婚

a) 總述

全國 113 年離婚個案自殺通報 7510 人次，其中男性通報 2528 人次(占率為 33.7%)，女性通報 4981(占率為 66.3%)，女性為男性的 1.97 倍。

b) 年齡層分析

離婚個案年齡層分佈為「35-44 歲」2048 人(占率為 27.3%)，「45-54 歲」2032 人(占率為 27.1%)，「25-34 歲」1330 人(占率為 17.7%)，「55-64 歲」1152 人(占率為 15.3%)，「65-74 歲」561 人(占率為 7.5%)，「15-24 歲」235 人(占率為 3.1%)，「75 歲以上」146 人(占率為 1.9%)，「不詳」6 人(占率為 0.1%)，「0-14 歲」0 人(占率為 0%)。

c) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113 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」3160 人次(占率 42.1%)、「感情因素(如男女朋友)」1662 人次(占率 22.1%)、「家庭成員問題」1458 人次(占率 19.4%)、「夫妻問題」579 人次(占率 7.7%)、「債務」578 人次(占率 7.7%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」555 人次(占率 7.4%)、「其他」458 人次(占率 6.1%)、「酒精濫用」410 人次(占率 5.5%)、「職場工作壓力」406 人次(占率 5.4%)、「失業」333 人次(占率 4.4%)、「個案(家屬)不願說明」269 人次(占率 3.6%)、「長期照顧壓力」146 人次(占率 1.9%)、「個案因身體狀況無法說明」144 人次(占率 1.9%)、「藥物濫用」121 人次(占率 1.6%)、「喪親、喪偶」104 人次(占率 1.4%)、「訴訟問題」95 人次(占率 1.3%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」77 人次(占率 1%)、「使用毒品」69 人次(占率 0.9%)、「遭受詐騙」62 人次(占率 0.8%)、「遭受暴力」55 人次(占率 0.7%)、「遭受騷擾」44 人次(占率 0.6%)、「職場霸凌」27 人次(占率 0.4%)、「遭受霸凌」6 人次(占率 0.1%)、「生涯規劃」5 人次(占率

0.1%)、「同儕相處問題」3人次(占率0%)、「學校適應問題」3人次(占率0%)、「課業壓力」2人次(占率0%)、「兵役因素」1人次(占率0%)、「校園霸凌」1人次(占率0%)。

d) 自殺方式分析

以自殺方式分析，113年全國離婚個案，依序為「安眠藥鎮靜劑」2494人次(占率33.2%)、「割腕」1882人次(占率25.1%)、「高處跳下」668人次(占率8.9%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」606人次(占率8.1%)、「燒炭」521人次(占率6.9%)、「其他部位之切穿工具」472人次(占率6.3%)、「上吊、自縊」347人次(占率4.6%)、「溺水(淹死)、跳水」298人次(占率4%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」243人次(占率3.2%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」176人次(占率2.3%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」170人次(占率2.3%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」54人次(占率0.7%)、「家用瓦斯」53人次(占率0.7%)、「自焚」32人次(占率0.4%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」31人次(占率0.4%)、「汽車廢氣」26人次(占率0.3%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」22人次(占率0.3%)、「巴拉刈農藥」19人次(占率0.3%)、「服用或施打毒品過量」13人次(占率0.2%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」10人次(占率0.1%)、「其他氣體及蒸氣」7人次(占率0.1%)、「氫氣」1人次(占率0%)。

(4) 多元議題族群分析

a. 精神疾病照護

a) 總述

全國113年精照列管註記自殺通報6781人次，其中男性通報2079人次(占率為30.7%)，女性通報4700(占率為69.3%)，女性為男性的2.26倍。

b) 年齡層分析

精照列管註記年齡層分佈為「15-24歲」1452人(占率為21.4%)，「25-34歲」1444人(占率為21.3%)，「35-44歲」1442人(占率為21.3%)，「45-54歲」1290人(占率為19%)，「55-64歲」767人(占率為11.3%)，「65-74歲」251人(占率為3.7%)，「0-14歲」73人(占率為1.1%)，「75歲以上」62人(占率為0.9%)，「不詳」0人(占率為0%)。

c) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113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」4557 人次(占率 67.2%)、「家庭成員問題」1255 人次(占率 18.5%)、「感情因素(如男女朋友)」600 人次(占率 8.8%)、「其他」434 人次(占率 6.4%)、「夫妻問題」380 人次(占率 5.6%)、「職場工作壓力」305 人次(占率 4.5%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」268 人次(占率 4%)、「失業」249 人次(占率 3.7%)、「酒精濫用」225 人次(占率 3.3%)、「債務」203 人次(占率 3%)、「個案(家屬)不願說明」165 人次(占率 2.4%)、「學校適應問題」123 人次(占率 1.8%)、「課業壓力」109 人次(占率 1.6%)、「喪親、喪偶」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%)、「長期照顧壓力」96 人次(占率 1.4%)、「藥物濫用」96 人次(占率 1.4%)、「訴訟問題」94 人次(占率 1.4%)、「同儕相處問題」59 人次(占率 0.9%)、「使用毒品」44 人次(占率 0.6%)、「遭受暴力」42 人次(占率 0.6%)、「生涯規劃」34 人次(占率 0.5%)、「遭受詐騙」34 人次(占率 0.5%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」23 人次(占率 0.3%)、「遭受騷擾」22 人次(占率 0.3%)、「職場霸凌」18 人次(占率 0.3%)、「校園霸凌」16 人次(占率 0.2%)、「遭受霸凌」13 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，113 年全國在精照列管註記，依序為「安眠藥鎮靜劑」1945 人次(占率 28.7%)、「割腕」1706 人次(占率 25.2%)、「高處跳下」902 人次(占率 13.3%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」669 人次(占率 9.9%)、「其他部位之切穿工具」498 人次(占率 7.3%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」317 人次(占率 4.7%)、「上吊、自縊」246 人次(占率 3.6%)、「溺水(淹死)、跳水」242 人次(占率 3.6%)、「燒炭」214 人次(占率 3.2%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」205 人次(占率 3%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」101 人次(占率 1.5%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」62 人次(占率 0.9%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」55 人次(占率 0.8%)、「家用瓦斯」46 人次(占率 0.7%)、「自焚」31 人次(占率 0.5%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」21 人次(占率 0.3%)、「巴拉刈農藥」9 人次(占率 0.1%)、「服用或施打毒品過量」8 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」6 人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」5 人次(占率

0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」3人次(占率0%)。

e) 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113年全國前3高依序為「身心障礙」4372人次(占率64.5%)、「家暴被害人」2641人次(占率38.9%)、「家暴加害人」2331人次(占率34.4%)。

b. 保護身份

a) 總述

全國113年保護身份註記自殺通報23131人次，其中男性通報7210人次(占率為31.2%)，女性通報15915(占率為68.8%)，女性為男性的2.21倍。

b) 年齡層分析

保護身份註記年齡層分佈為「15-24歲」6882人(占率為29.8%)，「25-34歲」4695人(占率為20.3%)，「35-44歲」4336人(占率為18.7%)，「45-54歲」2739人(占率為11.8%)，「0-14歲」2126人(占率為9.2%)，「55-64歲」1316人(占率為5.7%)，「65-74歲」711人(占率為3.1%)，「75歲以上」326人(占率為1.4%)，「不詳」0人(占率為0%)。

c) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113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」11235人次(占率48.6%)、「家庭成員問題」5618人次(占率24.3%)、「感情因素(如男女朋友)」4489人次(占率19.4%)、「夫妻問題」2879人次(占率12.4%)、「其他」1287人次(占率5.6%)、「酒精濫用」997人次(占率4.3%)、「職場工作壓力」944人次(占率4.1%)、「債務」911人次(占率3.9%)、「學校適應問題」731人次(占率3.2%)、「個案(家屬)不願說明」724人次(占率3.1%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」644人次(占率2.8%)、「同儕相處問題」629人次(占率2.7%)、「失業」594人次(占率2.6%)、「課業壓力」520人次(占率2.2%)、「長期照顧壓力」331人次(占率1.4%)、「個案因身體狀況無法說明」325人次(占率1.4%)、「遭受暴力」311人次(占率1.3%)、「藥物濫用」303人次(占率1.3%)、「喪親、喪偶」297人次(占率1.3%)、「訴訟問題」272人次(占率1.2%)、「使用毒品」189人次(占率0.8%)、「遭受騷擾」140人次(占率0.6%)、「校園霸凌」113人次(占率0.5%)、「遭受詐騙」105人次(占率0.5%)、「生涯規劃」90人次(占率0.4%)、「急性化的疾病問題

(如：初得知患病) 86 人次(占率 0.4%)、「職場霸凌」50 人次(占率 0.2%)、「遭受霸凌」46 人次(占率 0.2%)、「兵役因素」24 人次(占率 0.1%)。

d) 自殺方式分析

以自殺方式分析，113 年全國身心障礙註記，依序為「割腕」6984 人次(占率 30.2%)、「安眠藥鎮靜劑」5803 人次(占率 25.1%)、「高處跳下」3386 人次(占率 14.6%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」1921 人次(占率 8.3%)、「其他部位之切穿工具」1692 人次(占率 7.3%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」1091 人次(占率 4.7%)、「燒炭」985 人次(占率 4.3%)、「上吊、自縊」753 人次(占率 3.3%)、「溺水(淹死)、跳水」752 人次(占率 3.3%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」434 人次(占率 1.9%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」317 人次(占率 1.4%)、「家用瓦斯」158 人次(占率 0.7%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」136 人次(占率 0.6%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」133 人次(占率 0.6%)、「自焚」81 人次(占率 0.4%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」58 人次(占率 0.3%)、「汽車廢氣」39 人次(占率 0.2%)、「巴拉刈農藥」27 人次(占率 0.1%)、「服用或施打毒品過量」23 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」20 人次(占率 0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」15 人次(占率 0.1%)、「氫氣」2 人次(占率 0%)。

e) 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「脆弱家庭」6191 人次(占率 26.8%)、「身心障礙」5018 人次(占率 21.7%)、「中低收入戶」4728 人次(占率 20.4%)。

c. 毒品

a) 總述

全國 113 年毒防註記自殺通報 2555 人次，其中男性通報 1582 人次(占率為 61.9%)，女性通報 973(占率為 38.1%)，女性為男性的 0.62 倍。

b) 年齡層分析

毒防註記年齡層分佈為「25-34 歲」842 人(占率為 33%)，「35-44 歲」811 人(占率為 31.7%)，「45-54 歲」540 人(占率為 21.1%)，「15-24 歲」171 人(占率為 6.7%)，「55-64 歲」160 人(占率為 6.3%)，「65-74 歲」27 人(占率為 1.1%)，「75 歲以上」4 人(占率為 0.2%)，「0-14

歲」0人(占率為0%)，「不詳」0人(占率為0%)。

c) 自殺原因分析

以自殺原因分析，113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」977人次(占率38.2%)、「感情因素(如男女朋友)」547人次(占率21.4%)、「家庭成員問題」416人次(占率16.3%)、「夫妻問題」270人次(占率10.6%)、「其他」189人次(占率7.4%)、「使用毒品」169人次(占率6.6%)、「債務」148人次(占率5.8%)、「酒精濫用」145人次(占率5.7%)、「失業」144人次(占率5.6%)、「藥物濫用」120人次(占率4.7%)、「職場工作壓力」107人次(占率4.2%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」97人次(占率3.8%)、「個案(家屬)不願說明」85人次(占率3.3%)、「訴訟問題」69人次(占率2.7%)、「個案因身體狀況無法說明」56人次(占率2.2%)、「喪親、喪偶」37人次(占率1.4%)、「長期照顧壓力」22人次(占率0.9%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」22人次(占率0.9%)、「遭受暴力」19人次(占率0.7%)、「遭受詐騙」11人次(占率0.4%)、「同儕相處問題」6人次(占率0.2%)、「遭受騷擾」5人次(占率0.2%)、「生涯規劃」4人次(占率0.2%)、「職場霸凌」4人次(占率0.2%)、「學校適應問題」3人次(占率0.1%)、「兵役因素」1人次(占率0%)、「校園霸凌」1人次(占率0%)。

d) 自殺方式分析

以自殺方式分析，113年全國在毒防註記，依序為「安眠藥鎮靜劑」643人次(占率25.2%)、「割腕」632人次(占率24.7%)、「高處跳下」269人次(占率10.5%)、「燒炭」252人次(占率9.9%)、「其他部位之切穿工具」202人次(占率7.9%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」166人次(占率6.5%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」111人次(占率4.3%)、「上吊、自縊」90人次(占率3.5%)、「溺水(淹死)、跳水」90人次(占率3.5%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」59人次(占率2.3%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」35人次(占率1.4%)、「家用瓦斯」32人次(占率1.3%)、「服用或施打毒品過量」28人次(占率1.1%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」15人次(占率0.6%)、「自焚」13人次(占率0.5%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」8人次(占率0.3%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」7人次(占率0.3%)、「汽車廢氣」6人次(占率0.2%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」6人次(占率0.2%)、「其他氣體及蒸氣」5人次(占率0.2%)、「巴

拉刈農藥」3人次(占率 0.1%)。

e) 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「家暴加害人」1296 人次(占率 50.7%)、「家暴被害人」1077 人次(占率 42.2%)、「脆弱家庭」658 人次(占率 25.8%)。

(5) 身心障礙族群分析

a. 總述

全國 113 年身心障礙註記自殺通報 9439 人次，其中男性通報 3493 人次(占率為 37%)，女性通報 5945(占率為 63%)，女性為男性的 1.7 倍。

b. 年齡層分析

身心障礙註記年齡層分佈為「15-24 歲」1802 人(占率為 19.1%)，「45-54 歲」1607 人(占率為 17%)，「35-44 歲」1553 人(占率為 16.5%)，「25-34 歲」1522 人(占率為 16.1%)，「55-64 歲」1199 人(占率為 12.7%)，「65-74 歲」805 人(占率為 8.5%)，「75 歲以上」660 人(占率為 7%)，「0-14 歲」291 人(占率為 3.1%)，「不詳」0 人(占率為 0%)。

c. 自殺原因分析

以自殺原因分析，113 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」5570 人次(占率 59%)、「家庭成員問題」1869 人次(占率 19.8%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」1159 人次(占率 12.3%)、「感情因素(如男女朋友)」702 人次(占率 7.4%)、「其他」682 人次(占率 7.2%)、「夫妻問題」585 人次(占率 6.2%)、「失業」337 人次(占率 3.6%)、「職場工作壓力」296 人次(占率 3.1%)、「債務」282 人次(占率 3%)、「酒精濫用」230 人次(占率 2.4%)、「個案(家屬)不願說明」223 人次(占率 2.4%)、「學校適應問題」189 人次(占率 2%)、「個案因身體狀況無法說明」172 人次(占率 1.8%)、「喪親、喪偶」160 人次(占率 1.7%)、「長期照顧壓力」149 人次(占率 1.6%)、「課業壓力」132 人次(占率 1.4%)、「同儕相處問題」126 人次(占率 1.3%)、「訴訟問題」116 人次(占率 1.2%)、「急性化的疾病問題(如：初得知患病)」99 人次(占率 1%)、「藥物濫用」97 人次(占率 1%)、「遭受暴力」60 人次(占率 0.6%)、「遭受詐騙」43 人次(占率 0.5%)、「遭受騷擾」40 人次(占率 0.4%)、「使用毒品」33 人次(占率 0.3%)、「生涯規劃」26 人次(占率 0.3%)、「職場霸凌」26 人次(占

率 0.3%)、「校園霸凌」24 人次(占率 0.3%)、「遭受霸凌」21 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，113 年全國身心障礙註記，依序為「安眠藥鎮靜劑」2459 人次(占率 26.1%)、「割腕」2171 人次(占率 23%)、「高處跳下」1151 人次(占率 12.2%)、「除安眠藥鎮靜劑之外藥物」862 人次(占率 9.1%)、「其他部位之切穿工具」647 人次(占率 6.9%)、「撞擊(如：撞牆、撞車等)」490 人次(占率 5.2%)、「上吊、自縊」413 人次(占率 4.4%)、「化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)」367 人次(占率 3.9%)、「溺水(淹死)、跳水」367 人次(占率 3.9%)、「燒炭」273 人次(占率 2.9%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」256 人次(占率 2.7%)、「一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)」96 人次(占率 1%)、「悶死及窒息(如塑膠袋套頭)」90 人次(占率 1%)、「家用瓦斯」46 人次(占率 0.5%)、「自焚」43 人次(占率 0.5%)、「臥、跳軌(含鐵路、捷運等)」32 人次(占率 0.3%)、「巴拉刈農藥」21 人次(占率 0.2%)、「服用或施打毒品過量」11 人次(占率 0.1%)、「以槍炮、氣槍及爆炸物」8 人次(占率 0.1%)、「汽車廢氣」7 人次(占率 0.1%)、「其他氣體及蒸氣」7 人次(占率 0.1%)、「氫氣」1 人次(占率 0%)。

e. 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「精照列管」4372 人次(占率 46.3%)、「家暴被害人」3431 人次(占率 36.3%)、「家暴加害人」2784 人次(占率 29.5%)。

(6) 首次自殺通報分析

a. 總述

全國 113 年首次自殺通報 25576 人次，其中男性通報 10790 人次(占率為 42.2%)，女性通報 14779(占率為 57.8%)，女性為男性的 1.37 倍。

b. 自殺原因 10 齡組分析

以自殺原因分析，113 年全國「0-14 歲」，前 3 高依序為「家庭成員問題」936 人次(占率 41.4%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」682 人次(占率 30.2%)、「同儕相處問題」500 人次(占率 22.1%)；以自殺原因分析，113 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」2815 人次(占率 47%)、「家庭成員問題」1468 人次(占率 24.5%)、「感情因素(如男女朋友)」1406

人次(占率 23.5%)；以自殺原因分析，113 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」1719 人次(占率 38%)、「感情因素(如男女朋友)」1253 人次(占率 27.7%)、「家庭成員問題」711 人次(占率 15.7%)；以自殺原因分析，113 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」1318 人次(占率 35.3%)、「夫妻問題」850 人次(占率 22.8%)、「家庭成員問題」681 人次(占率 18.2%)；以自殺原因分析，113 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」1032 人次(占率 36.2%)、「家庭成員問題」529 人次(占率 18.6%)、「夫妻問題」523 人次(占率 18.4%)；以自殺原因分析，113 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」873 人次(占率 37.2%)、「家庭成員問題」470 人次(占率 20%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」390 人次(占率 16.6%)；以自殺原因分析，113 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」719 人次(占率 35.8%)、「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」613 人次(占率 30.5%)、「家庭成員問題」390 人次(占率 19.4%)；以自殺原因分析，113 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)」787 人次(占率 43.1%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」557 人次(占率 30.5%)、「家庭成員問題」315 人次(占率 17.3%)。

c. 自殺原因 20 齡組分析

以自殺原因分析，113 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」3497 人次(占率 42.4%)、「家庭成員問題」2404 人次(占率 29.1%)、「感情因素(如男女朋友)」1595 人次(占率 19.3%)；以自殺原因分析，113 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」3037 人次(占率 36.8%)、「感情因素(如男女朋友)」1847 人次(占率 22.4%)、「夫妻問題」1471 人次(占率 17.8%)；以自殺原因分析，113 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」1905 人次(占率 36.7%)、「家庭成員問題」999 人次(占率 19.2%)、「夫妻問題」827 人次(占率 15.9%)；以自殺原因分析，113 年全國「65 歲以上」，前 3 高依序為「慢性化的疾病問題(如：久病不癒)」1400 人次(占率 36.5%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」1276 人次(占率 33.3%)、「家庭成員問題」705 人次(占率 18.4%)。

d. 自殺原因學齡層分析

以自殺原因分析，113 年全國「國小(含以下)學齡層」，前 3 高依序為「家庭成員問題」182 人次(占率 39.1%)、「同儕相處問題」144 人次(占率 31%)、「學校適應問題」86 人次(占率 18.5%)；以自殺原因分析，113 年全國「國中學齡層」，前 3 高依序為「家庭成員問題」754 人次(占率 42%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」613 人次(占率 34.2%)、「同儕相處問題」356 人次(占率 19.8%)；以自殺原因分析，113 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」936 人次(占率 48%)、「家庭成員問題」658 人次(占率 33.8%)、「感情因素(如男女朋友)」307 人次(占率 15.8%)；以自殺原因分析，113 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」1109 人次(占率 47.8%)、「感情因素(如男女朋友)」619 人次(占率 26.7%)、「家庭成員問題」508 人次(占率 21.9%)。

e. 自殺方式 10 齡組分析

以自殺方式分析，113 年全國「0-14 歲」，前 3 高依序為「割腕」840 人次(占率 37.2%)、「高處跳下」712 人次(占率 31.5%)、「安眠藥鎮靜劑」196 人次(占率 8.7%)；以自殺方式分析，113 年全國「15-24 歲」，前 3 高依序為「割腕」1988 人次(占率 33.2%)、「安眠藥鎮靜劑」1424 人次(占率 23.8%)、「高處跳下」1046 人次(占率 17.5%)；以自殺方式分析，113 年全國「25-34 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1127 人次(占率 24.9%)、「割腕」1121 人次(占率 24.8%)、「高處跳下」613 人次(占率 13.5%)；以自殺方式分析，113 年全國「35-44 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1026 人次(占率 27.5%)、「割腕」755 人次(占率 20.2%)、「高處跳下」482 人次(占率 12.9%)；以自殺方式分析，113 年全國「45-54 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」969 人次(占率 34%)、「割腕」433 人次(占率 15.2%)、「高處跳下」332 人次(占率 11.7%)；以自殺方式分析，113 年全國「55-64 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」670 人次(占率 28.5%)、「割腕」268 人次(占率 11.4%)、「上吊、自縊」223 人次(占率 9.5%)；以自殺方式分析，113 年全國「65-74 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」475 人次(占率 23.6%)、「上吊、自縊」226 人次(占率 11.2%)、「割腕」209 人次(占率 10.4%)；以自殺方式分析，113 年全國「75 歲以上」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」422 人次(占率 23.1%)、「一般農

藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」236 人次(占率 12.9%)、「上吊、自縊」215 人次(占率 11.8%)。

f. 自殺方式 20 齡組分析

以自殺方式分析，113 年全國「0-24 歲」，前 3 高依序為「割腕」2828 人次(占率 34.3%)、「高處跳下」1758 人次(占率 21.3%)、「安眠藥鎮靜劑」1620 人次(占率 19.6%)；以自殺方式分析，113 年全國「25-44 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」2153 人次(占率 26.1%)、「割腕」1876 人次(占率 22.7%)、「高處跳下」1095 人次(占率 13.3%)；以自殺方式分析，113 年全國「45-64 歲」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」1639 人次(占率 31.6%)、「割腕」701 人次(占率 13.5%)、「高處跳下」555 人次(占率 10.7%)；以自殺方式分析，113 年全國「65 歲以上」，前 3 高依序為「安眠藥鎮靜劑」897 人次(占率 23.4%)、「上吊、自縊」441 人次(占率 11.5%)、「一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)」404 人次(占率 10.5%)。

g. 自殺方式學齡層分析

以自殺方式分析，113 年全國「國小(含以下)學齡層」，前 3 高依序為「高處跳下」222 人次(占率 47.7%)、「割腕」102 人次(占率 21.9%)、「其他部位之切穿工具」35 人次(占率 7.5%)；以自殺方式分析，113 年全國「國中學齡層」，前 3 高依序為「割腕」738 人次(占率 41.1%)、「高處跳下」490 人次(占率 27.3%)、「安眠藥鎮靜劑」184 人次(占率 10.3%)；以自殺方式分析，113 年全國「高中學齡層」，前 3 高依序為「割腕」711 人次(占率 36.5%)、「高處跳下」433 人次(占率 22.2%)、「安眠藥鎮靜劑」355 人次(占率 18.2%)；以自殺方式分析，113 年全國「大學學齡層」，前 3 高依序為「割腕」768 人次(占率 33.1%)、「安眠藥鎮靜劑」607 人次(占率 26.1%)、「高處跳下」369 人次(占率 15.9%)。

h. 特殊身份別分析

以特殊身分別分析，113 年全國前 3 高依序為「家暴被害人」4642 人次(占率 18.1%)、「家暴加害人」4520 人次(占率 17.7%)、「身心障礙」3068 人次(占率 12%)。

4. 113 年全國首次通報即死亡個案、生前被通報之再自殺死亡個案分析

(1) 自殺死亡個案生前通報情形

113 年全國自殺死亡個案生前通報情形分析，該年度自殺死亡人數為 4,062 人，進而將自殺死亡資料串聯 95-113 年自殺企圖通報檔，分

析結果顯示，自殺死亡個案中 948 人(占率 23.3%)為自殺死亡前無通報紀錄。

表 1-1、113 年全國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	2020(49.7)	948(23.3)	1094(26.9)	4062
性別				
男性	1370(53.4)	674(26.3)	523(20.4)	2567
女性	650(35.5)	274(15.8)	571(32.2)	1495
年齡層(粗分)				
0-24 歲	141(8.1)	40(7.7)	112(38.2)	293
25-44 歲	547(44)	266(14.4)	431(34.6)	1244
45-64 歲	684(8.7)	361(5.7)	360(6)	1405
65 歲以上	648(7.9)	281(5.1)	191(1)	1120
年齡層(5歲分)				
0-14 歲	16(2)	0(0)	3(15.8)	9
15-19 歲	45(9)	12(8)	37(39.4)	94
20-24 歲	80(4)	28(6)	72(40)	180
25-29 歲	118(1.3)	59(6)	109(38.1)	286
30-34 歲	120(5.5)	57(6)	87(33)	264
35-39 歲	140(4)	65(4)	113(35.5)	318
40-44 歲	169(4)	85(22)	122(32)	376

表 1-1、113 年全國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
45-49 歲	4.9) 163(4	.6) 84(23	4) 105(29.	76 3
50-54 歲	6.3) 141(4	.9) 83(25	8) 97(30.2	52 3
55-59 歲	3.9) 188(5	.9) 95(25	) 87(23.5	21 3
60-64 歲	0.8) 192(5	.7) 99(27	) 71(19.6	70 3
65-69 歲	3) 192(5	.3) 80(23	) 64(19)	62 36
70-74 歲	7.1) 165(5	.8) 75(25	55(18.6	2
75-79 歲	5.9) 111(5	.4) 45(23	) 32(17)	95 88
80-84 歲	9) 97(55.	.9) 56(32	21(12.1	1
85 歲以上	7) 83(65.	.2) 25(19	) 19(15)	74 27
學齡層				
國小(11 歲 以下)	4) 2(100)	.7) 0(0)	) 0(0)	1 2
國中(12-14 歲)	4) 14(82.	0(0)	3(17.6)	7
高中(15-17 歲)	5) 20(43.	9) 5(10.	) 21(45.7	6 4
大學(18-21 歲)	1) 49(47.	.4) 15(14	) 40(38.5	04 1
自殺方式				
以固體或 液體	217(4 9.5)	67(15 .3)	154(35. 2)	4 38
氣體/蒸氣 吊死,勒死,	422(4 6)	271(2 9.6)	224(24. 4)	9 17
	665(5	350(2	291(22.	1

表 1-1、113 年全國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
窒息	0.9) 182(4	6.8) 94(24	3) 102(27)	306 3
溺水	8.1) 19(54.	.9) 13(37		78 3
槍砲、爆 炸物	3) 72(53.	.1) 31(23	3(8.6) 32(23.7	5 1
切穿工具	3) 410(5	) 101(1	) 262(33.	35 7
高處跳下	3) 33(41.	3.1) 21(26	9) 26(32.5	73 8
其他	2))	.2) )	)	0

(2) 自殺及自傷通報個案死亡情形

進而分析 113 年全國自殺企圖個案之死亡情形，共 38,344 人，其中 2,742 人(占率 7.2%)為首次通報時即死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天內)，126 人(占率 0.3%)為通報後再自殺死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天後)，35,476 人(占率 92.5%)無死亡紀錄。

以性別而言，女性整體的自殺企圖通報人次約為男性的 1.73 倍，但男性首次通報即死亡 1,692 人次(占率 12.1%)高於女性。

表 1-2、113 年全國自殺企圖通報個案之死亡情形

	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 紀錄 n(%)	總 和 n
總計	2742(7.2)	126(0.3)	35476(92.5)	38 344
性別				
男性	1692(12.1)	60(0 .4)	12285(87.5)	14 037
女性	1050(4.3)	66(0 .3)	23178(95.4)	24 294

表 1-2、113 年全國自殺企圖通報個案之死亡情形

	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
跨性別	0(0)	0(0)	13(100)	13
年齡層(粗 分)				
0-24 歲	233(1.9)	10(0.1)	11731(98)	11974
25-44 歲	848(6.2)	38(0.3)	12741(93.5)	13627
45-64 歲	910(1.2)	37(0.5)	7191(88.4)	8138
65 歲以上	751(6.5)	41(0.9)	3772(82.6)	4564
不詳	0(0)	0(0)	41(100)	41
年齡層(5 歲分)				
0-14 歲	19(0.7)	0(0)	2581(99.3)	2600
15-19 歲	74(1.6)	4(0.1)	4551(98.3)	4629
20-24 歲	140(3)	6(0.1)	4599(96.9)	4745
25-29 歲	197(4.8)	6(0.1)	3882(95.5)	4085
30-34 歲	183(5.6)	7(0.2)	3082(94.2)	3272
35-39 歲	217(7.3)	13(0.4)	2763(92.3)	2993
40-44 歲	251(7.7)	12(0.4)	3014(92)	3277
45-49 歲	233(8.4)	8(0.3)	2535(91.3)	2776
50-54 歲	202(10)	14(0.7)	1795(89.3)	2011
55-59 歲	242(1)	10(0)	1533(88)	1717

表 1-2、113 年全國自殺企圖通報個案之死亡情形

	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
60-64 歲	3.6) 233(1	.6) 5(0.	5.9) 1328(8	85 15
65-69 歲	4.9) 228(1	3) 13(1	4.8) 1057(8	66 12
70-74 歲	7.6) 195(1	) 8(0.	1.4) 985(82.	98 11
75-79 歲	6.4) 128(1	7) 9(1.	9) 583(81)	88 0
80-84 歲	7.8) 107(1	2) 5(0.	611(84.	72
85 歲以上	4.8) 93(14.	7) 6(0.	5) 536(84.	3 63
不詳	6) 0(0)	9) 0(0)	4) 41(100)	5 41
學齡層				
國小(6-11 歲)			478(99.	48
國中(12- 14 歲)	2(0.4) 17(0.8	0(0) 0(0)	6) 2103(9	0 21
高中(15- 17 歲)	) 39(1.4	) 2(0.	9.2) 2768(9	20 28
大學(18- 21 歲)	) 76(2.1	) 6(0.	8.5) 3579(9	09 36
	)	2)	7.8)	61

5. 113 年全國自殺死亡地圖

(1) 全國地圖分佈

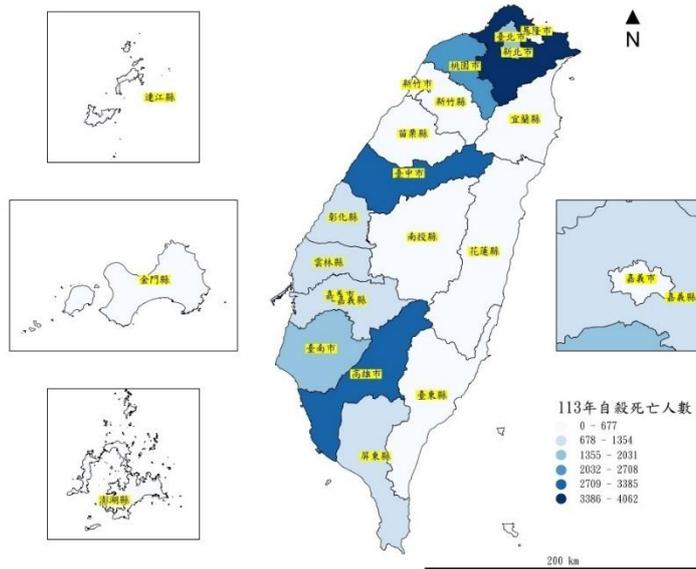


圖 1-1、113 年自殺死亡人數

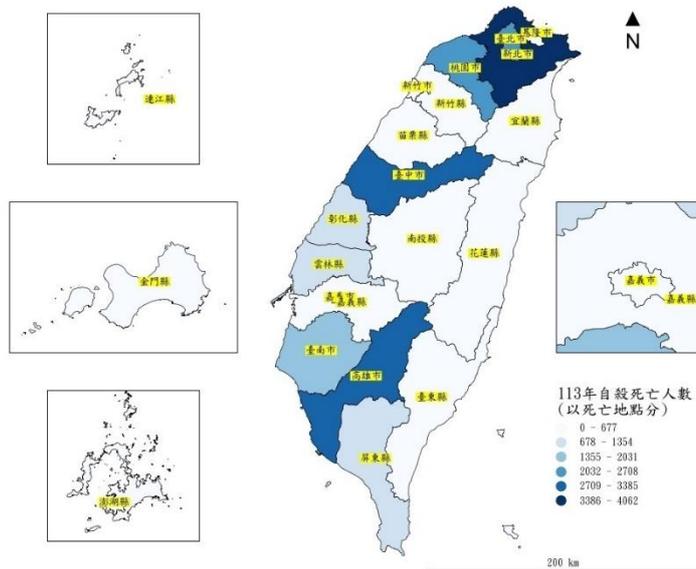


圖 1-2、113 年自殺死亡人數(以死亡地點分)

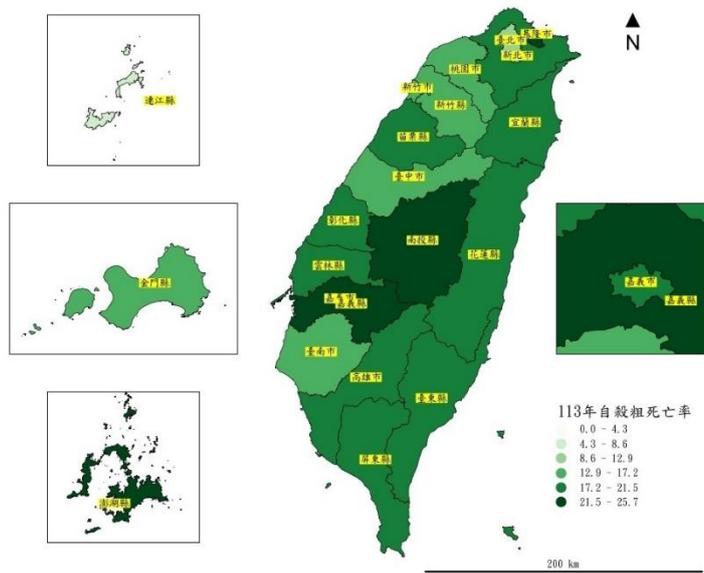


圖 1-3、113 年自殺粗死亡率(每十萬人口)

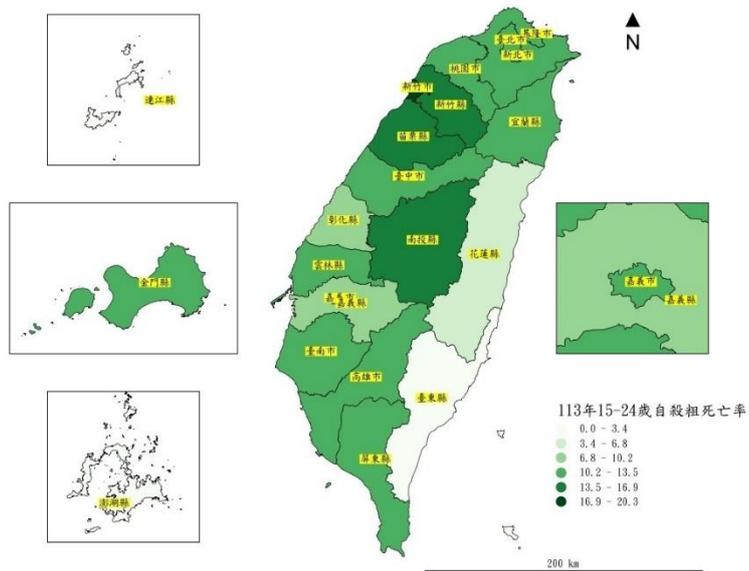


圖 1-4、113 年 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

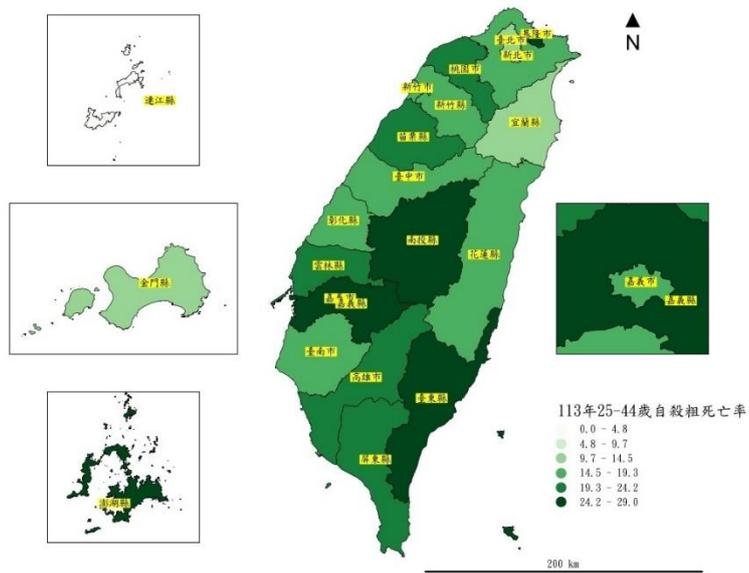


圖 1-5、113 年 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

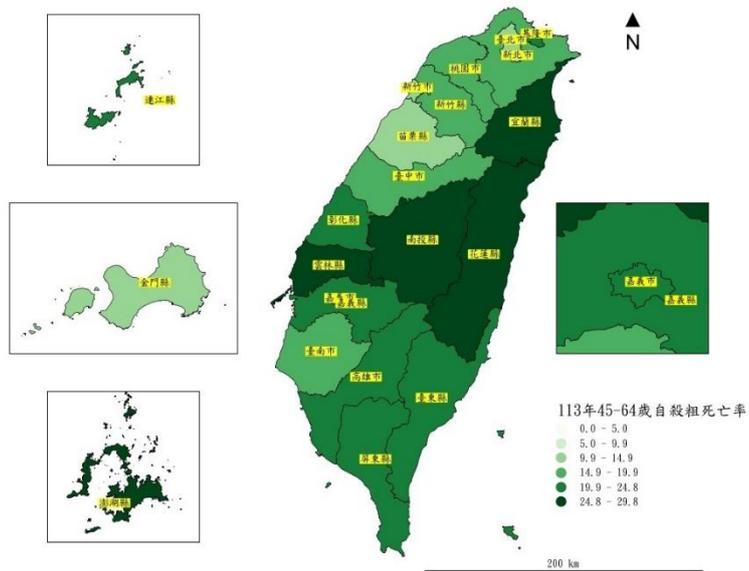


圖 1-6、113 年 45-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

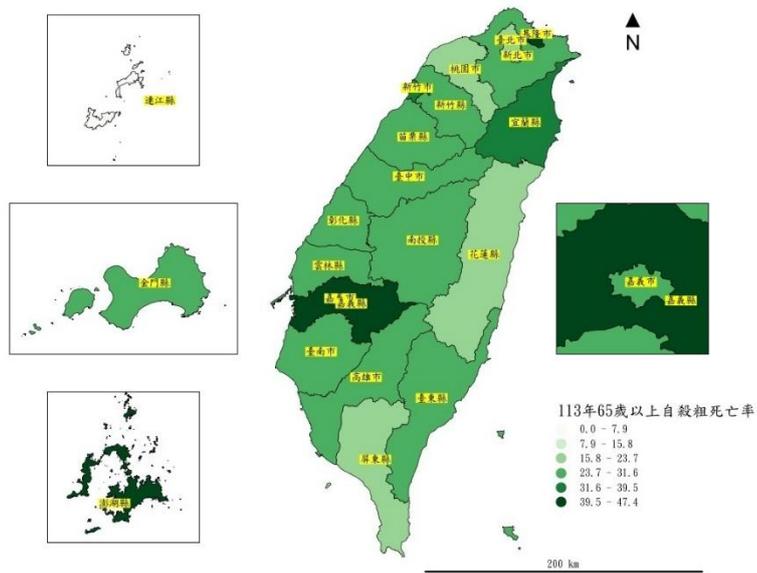


圖 1-7、113 年 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

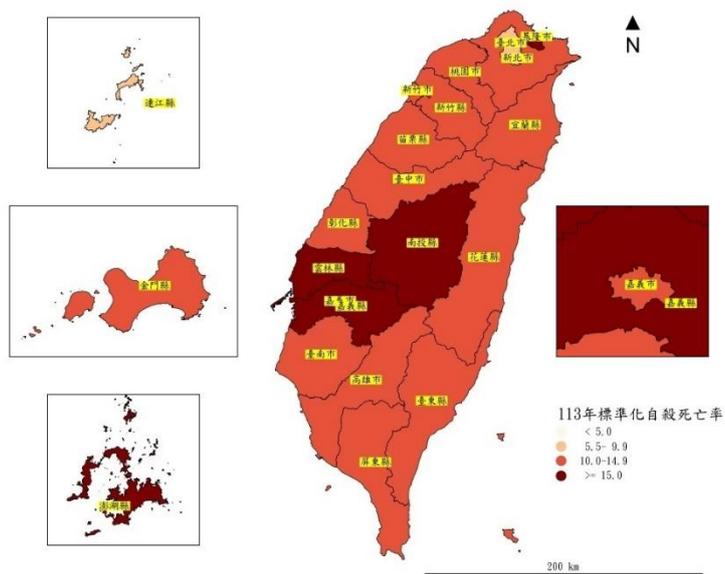


圖 1-8、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)

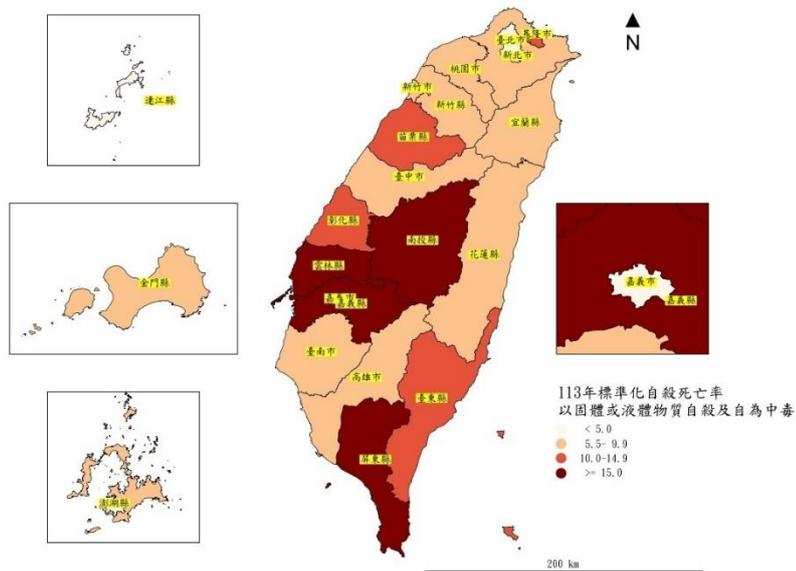


圖 1-9、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：以固體或液體物質自殺及自傷

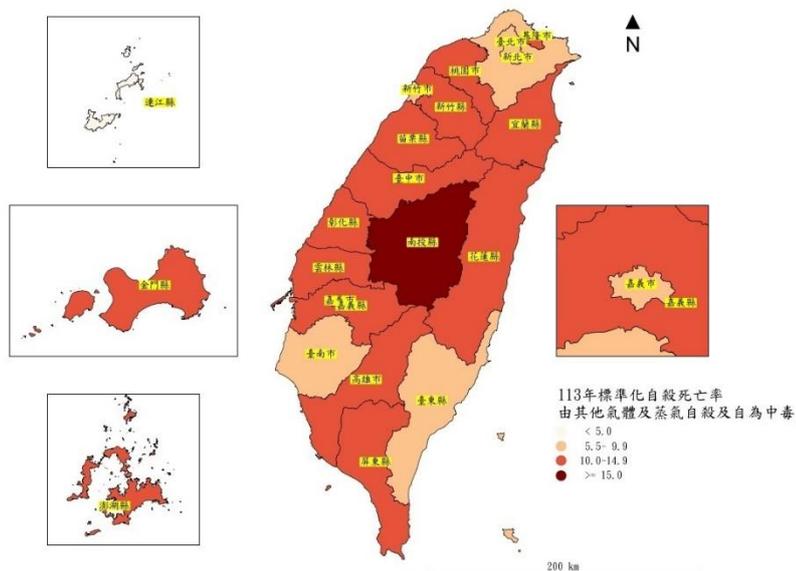


圖 1-10、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：由其他氣體及蒸氣自殺及自傷

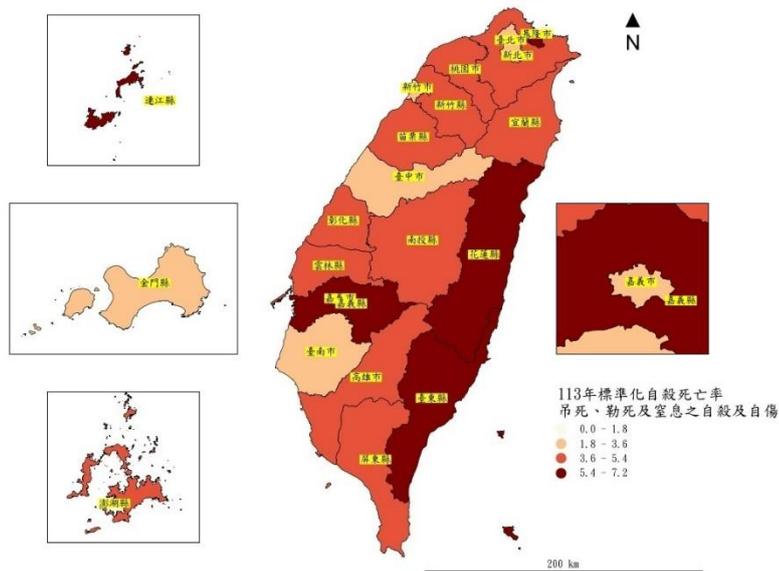


圖 1-11、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

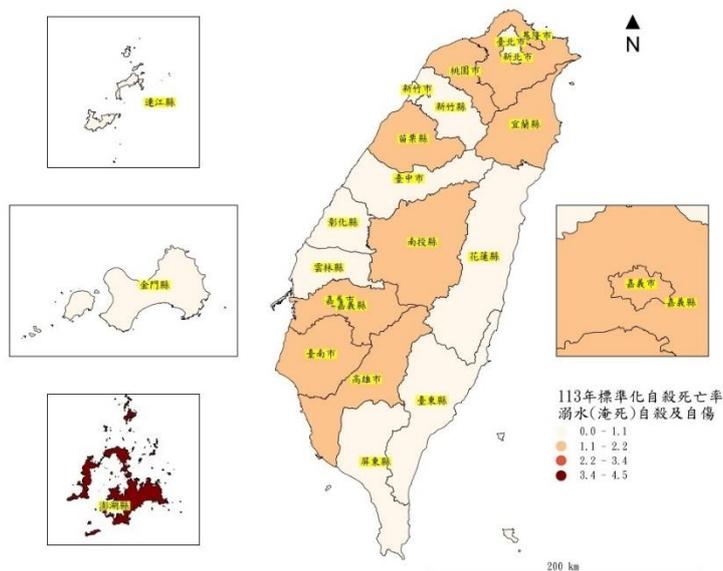


圖 1-12、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：溺水(淹死)自殺及自傷

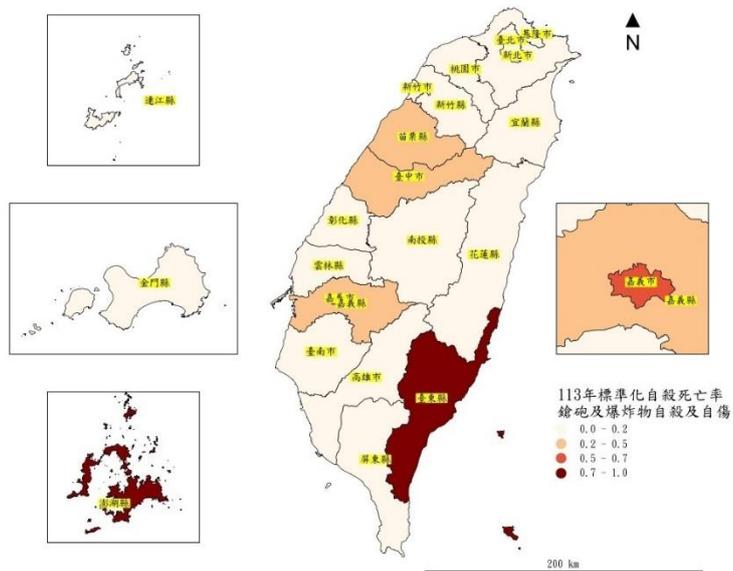


圖 1-13、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：鎗砲及爆炸物自殺及自傷

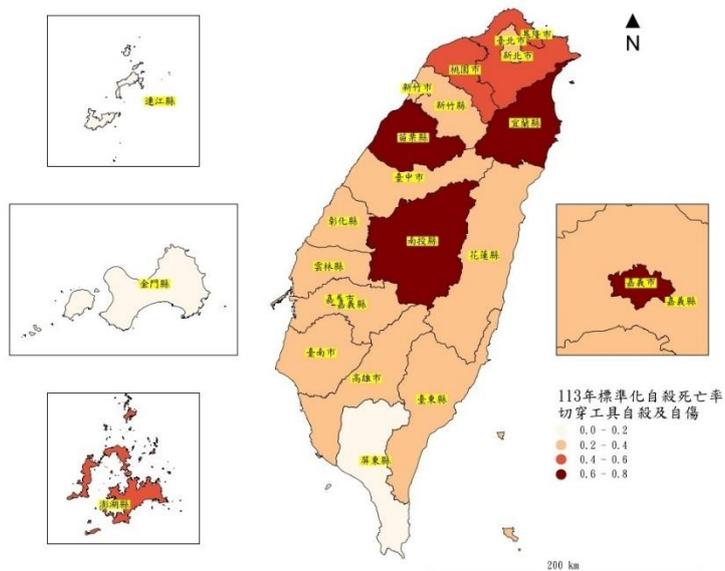


圖 1-14、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：切穿工具自殺及自傷

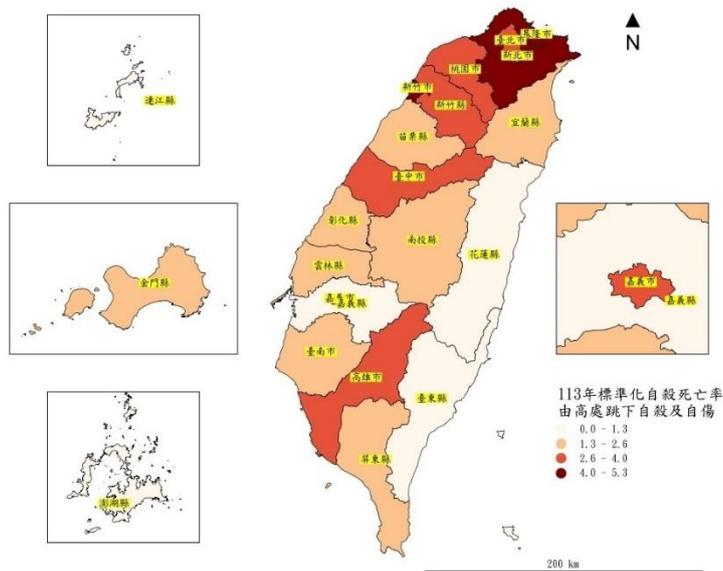


圖 1-15、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：由高處跳下自殺及自傷

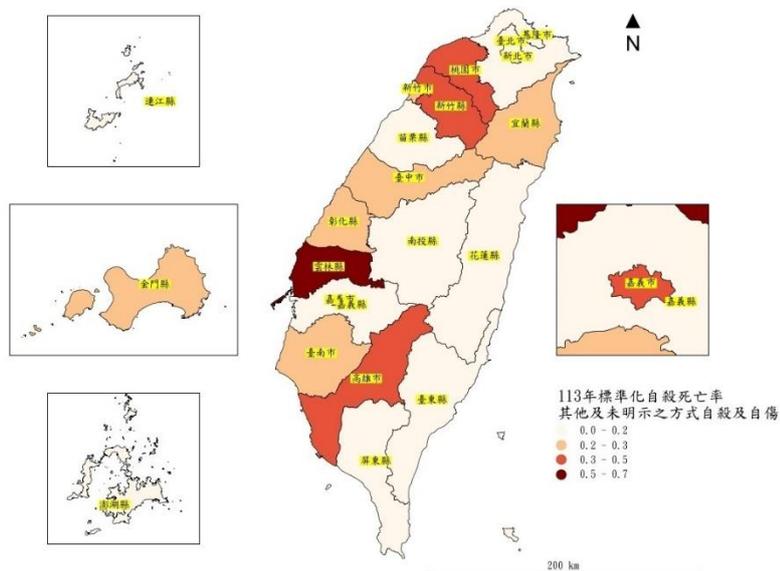


圖 1-16、113 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：其他及未明示方式之自殺及自傷

(2) 全國總說明

- a. 自殺死亡人數前三高依序為：新北市、臺中市、高雄市。
- b. 自殺粗死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義市、基隆市、澎湖縣。
- c. 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、南投縣、嘉義縣。
- d. 以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：雲林縣、南投縣、嘉義縣。
- e. 由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：南投縣、嘉義縣、新竹縣。
- f. 吊死、勒死及窒息之自殺及自傷標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：臺東縣、嘉義縣、花蓮縣。
- g. 溺水(淹死)自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：澎湖縣、臺南市、嘉義市。
- h. 鎗砲及爆炸物自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：澎湖縣、臺東縣、嘉義市。
- i. 切穿工具自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義市、南投縣、宜蘭縣。
- j. 由高處跳下自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、新竹市、新北市。
- k. 其他及未明示之方式自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：雲林縣、桃園市、嘉義市。
- l. 總論

依據 113 年自殺死亡數據結果顯示，自殺粗死亡率(每十萬人口)與標準化自殺死亡率(每十萬人口)，前三高縣市皆包含基隆市，雖每年的自殺率經常會高低起伏，但仍需更進一步探討自殺死亡率較高之縣市，以降低高危險縣市之自殺死亡率。以各項統計指標，依據視覺化方式呈現台灣自殺死亡地圖，顯示不同縣市因應各縣市之生活型態、人口結構以及背景文化，自殺防治策略須依據在地化實施。

五、附件

附件 2-1-1、113 年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料(以新北市為例)

113 年總體自殺防治報告

一、背景

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

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。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。

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「113 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：85-113 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：95-113 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 113 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 113 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 113 年全國總體自殺防治報告 1 份(詳見附件 2-2-1)。

2) 提供 113 年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 113 年粗死亡率為每十萬人口 17.4 人，標準化死亡率為 13.4 人，國人死因第 10 位。(如圖 2-2-1)

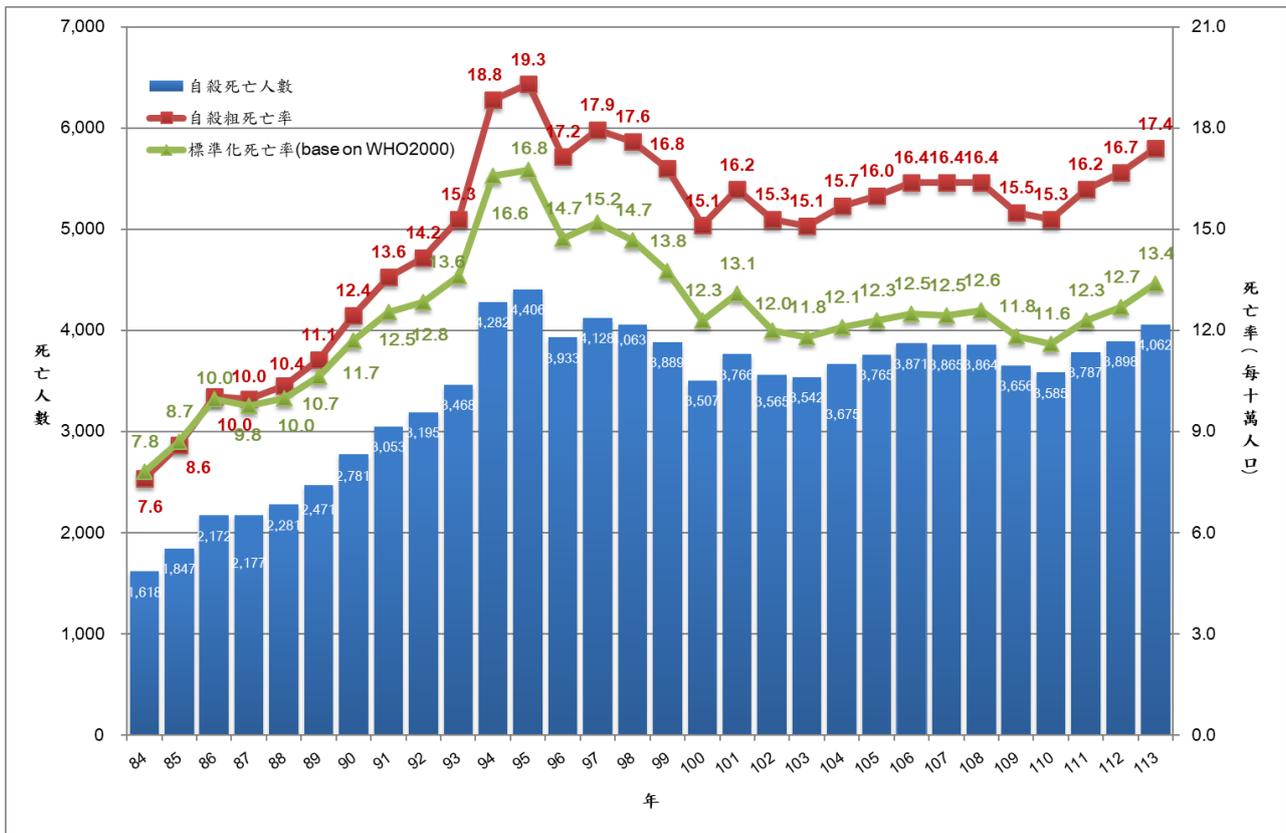


圖 2-2-1、84-113 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 113 年自殺死亡人數 4,062 人(男性 2,567 人、女性 1,495 人，性別比 1.72)；標準化自殺死亡率每十萬人口 13.4 人(男性 17.0 人、女性 9.9 人)，較 95 年(每十萬人口 16.8 人)下降 20.2%。

以性別之標準化自殺死亡率分析，男性自 88 年起逐年攀升，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)後下降，直到 111 年開始，連續 3 年呈現上升。113 年每十萬人口 17.0 人，與最高峰 95 年相比，下降 27.4%。(如圖 2-2-2)

女性標準化自殺死亡率自 89 年起逐年攀升，至 94 年達到最高峰(每十萬人口 10.2 人)，其後小幅下降，直到 101 年上升至第二高峰(每十萬人口 9.3 人)，102 年下降後，103-110 年大致上持平，而 111 年開始，同樣連續 3 年呈現上升。113 年每十萬人口 9.9 人，與最高峰 94 年相比，下降 2.9%。(如圖 2-2-2)

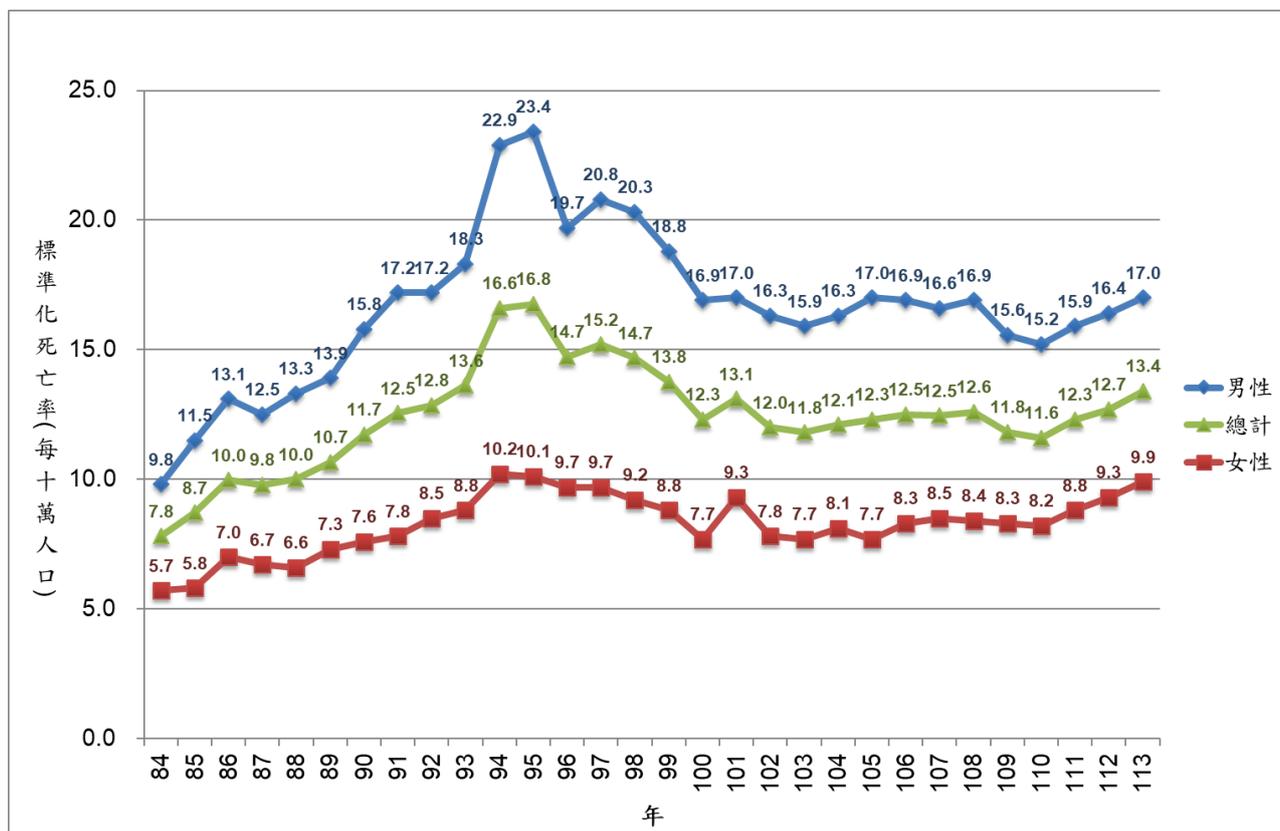


圖 2-2-2、84-113 年全國性別標準化自殺死亡率

以年齡層分析，「15-24 歲」死亡率自 110 年起持續上升，「65 歲以上」連續 2 年呈現下降，而「25-44 歲」、「45-64 歲」連續 3 年皆呈現上升，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)

以各自殺方式標準化死亡率分析，相較 112 年，「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」、「固體或液體物質自殺及自為中毒」、「溺水(淹死)自殺及自傷」皆呈現上升。(如圖 2-2-4)

以各年齡層各自殺方式死亡率分析，男性「0-14 歲」在「由高處跳下自殺及自傷」及「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」皆呈現下降(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)

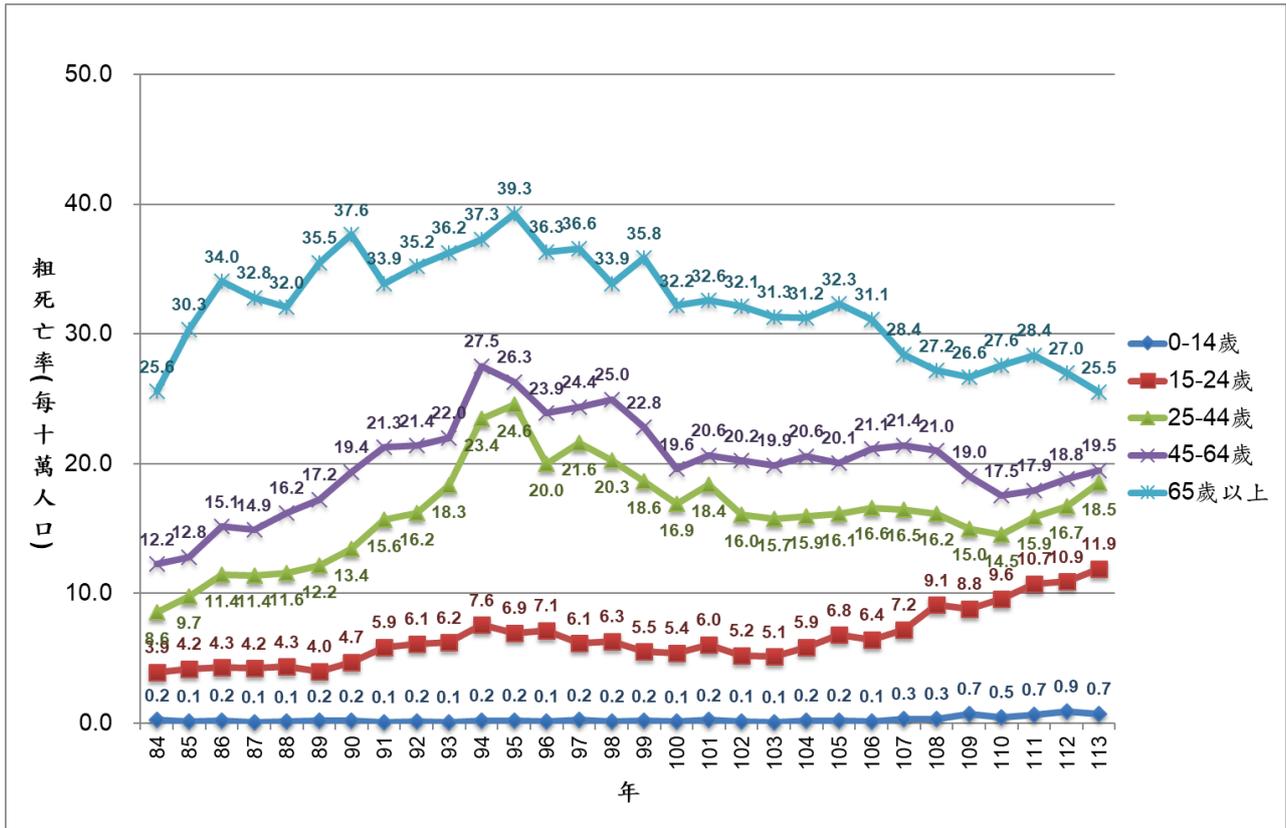


圖 2-2-3、84-113 年全國年齡層別自殺死亡率

男性「15-24 歲」在「由高處跳下自殺及自傷」、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」、「溺水(淹死)自殺及自傷」皆呈現上升，其中「由高處跳下自殺及自傷」連續 4 年呈現上升(如圖 2-2-7)。女性「15-24 歲」在「由高處跳下自殺及自傷」連續 9 年呈現上升，「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「溺水(淹死)自殺及自傷」則只有 113 年上升。

男性「25-44 歲」自 107 年起，皆以「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「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方式，其中，113 年「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「由高處跳下自殺及自傷」皆上升，「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」則呈現下降(如圖 9)。女性「25-44 歲」前三高則是「由高處跳下自殺及自傷」、「由吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」，且此三種方式連續 2 年皆呈現上升(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「由吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」、「固體或液體物質自殺及自為中毒」，自 111 年起，「由高處跳下自殺及自傷」上升至第三高(如圖 2-2-11)。女性「45-64 歲」自 108 年起，除 111 年「溺

水(淹死)自殺及自傷」上升至第三高外，其餘年度前三高方式皆為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「由高處跳下自殺及自傷」、「以氣體及蒸汽自殺或自為中毒」(如圖 2-2-12)。

男性及女性「65歲以上」自殺死亡率前三高方式皆為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「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，男性此三種方式皆呈現上升。女性「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」及「固體或液體物質自殺及自為中毒」皆下降，「由高處跳下自殺及自傷」則持續上升(如圖 2-2-13、圖 2-2-14)。

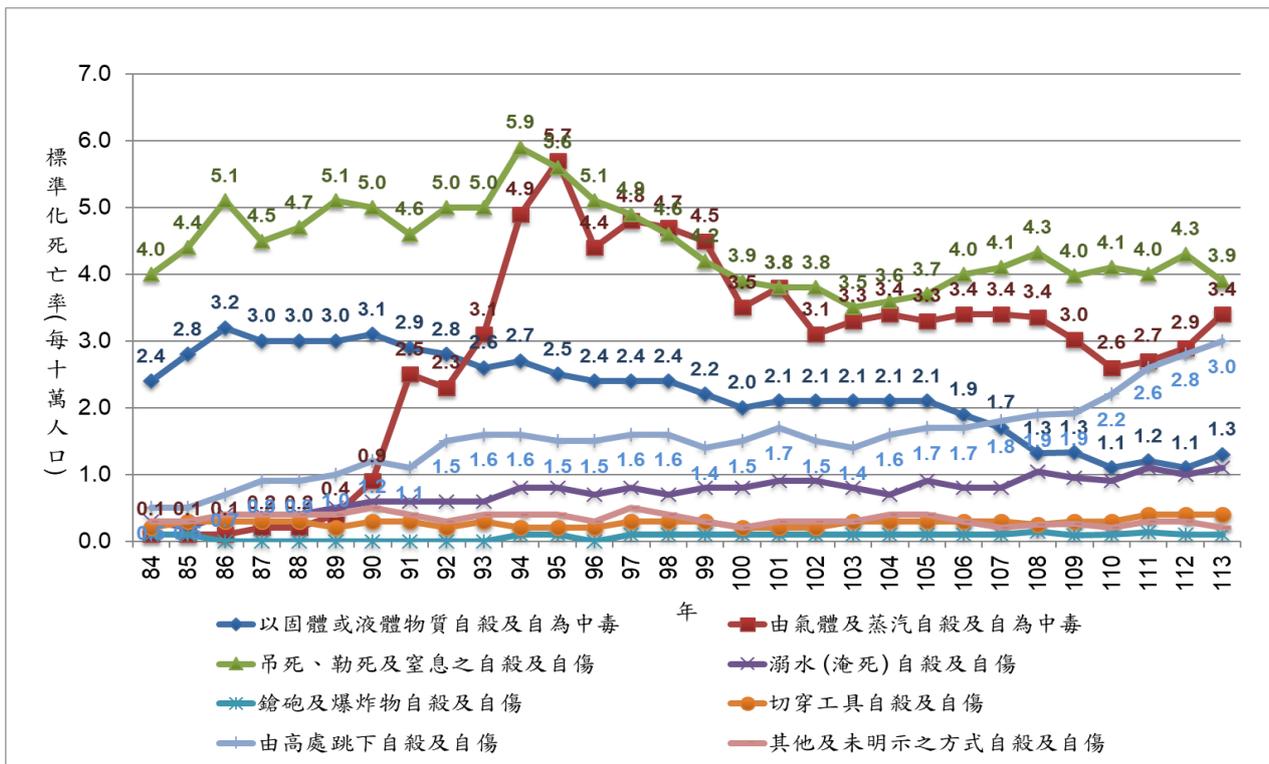


圖 2-2-4、84-113 年全國各自殺方式標準化死亡率

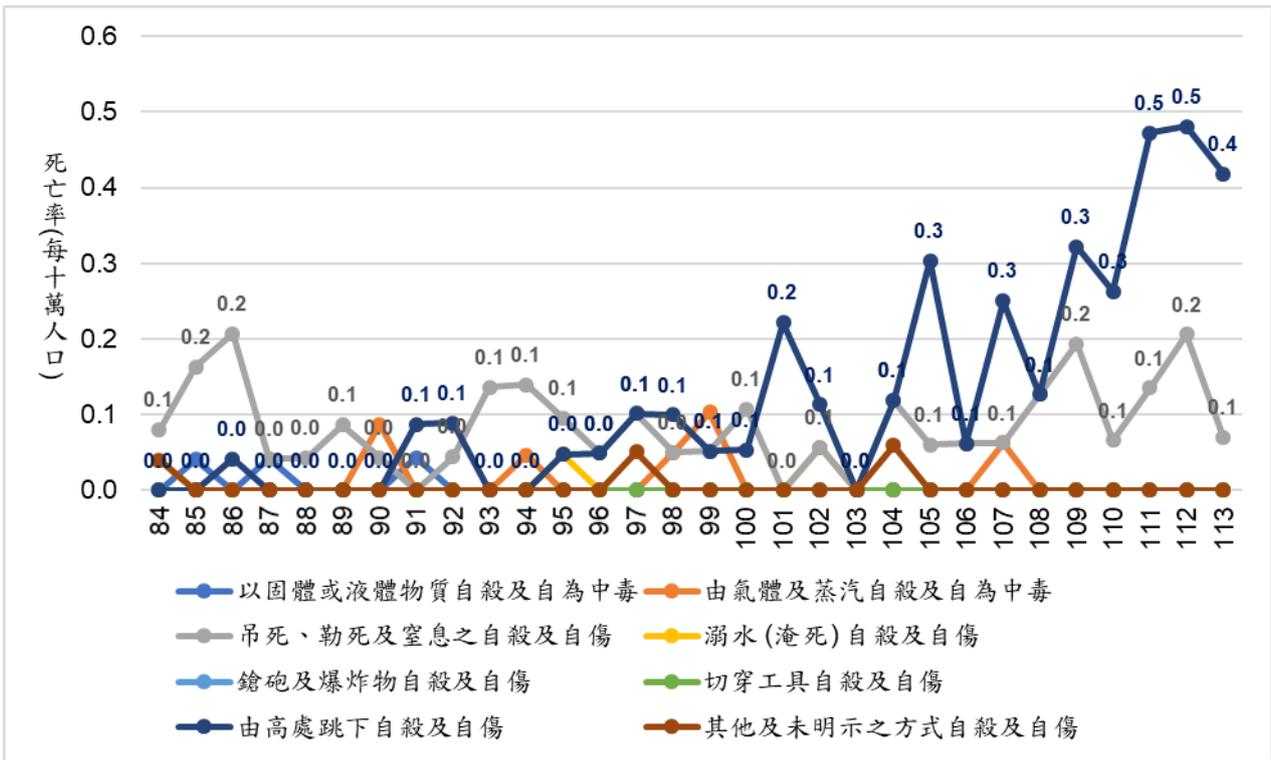


圖 2-2-5、84-113 年男性 0-14 歲各自殺方式死亡率

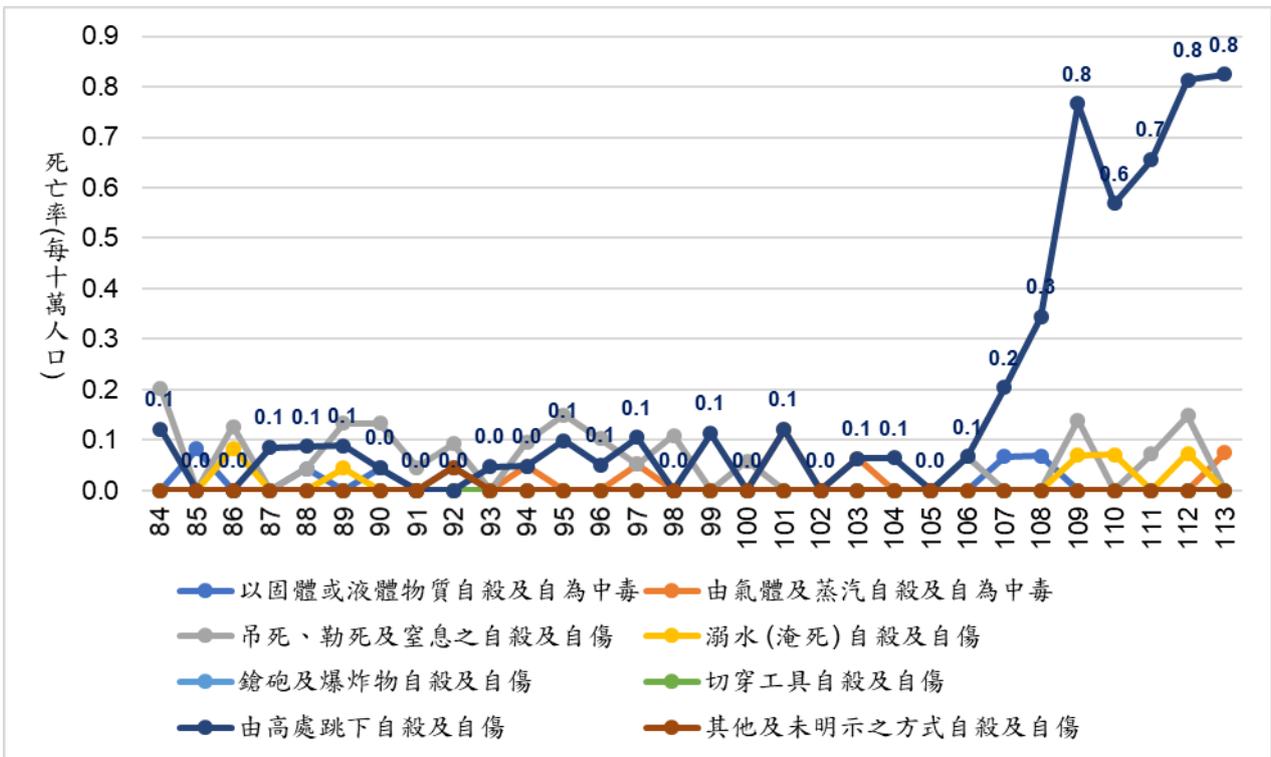


圖 2-2-6、84-113 年女性 0-14 歲各自殺方式死亡率

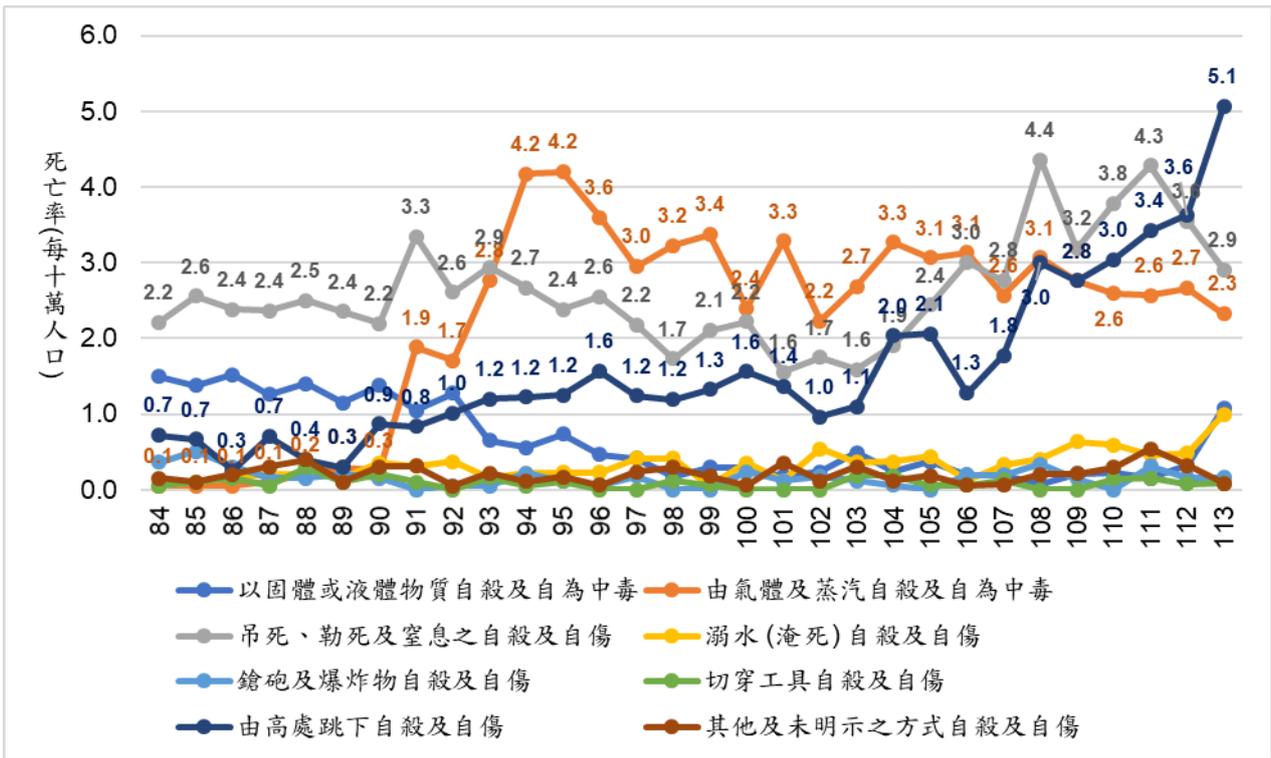


圖 2-2-7、84-113 年男性 15-24 歲各自殺方式死亡率

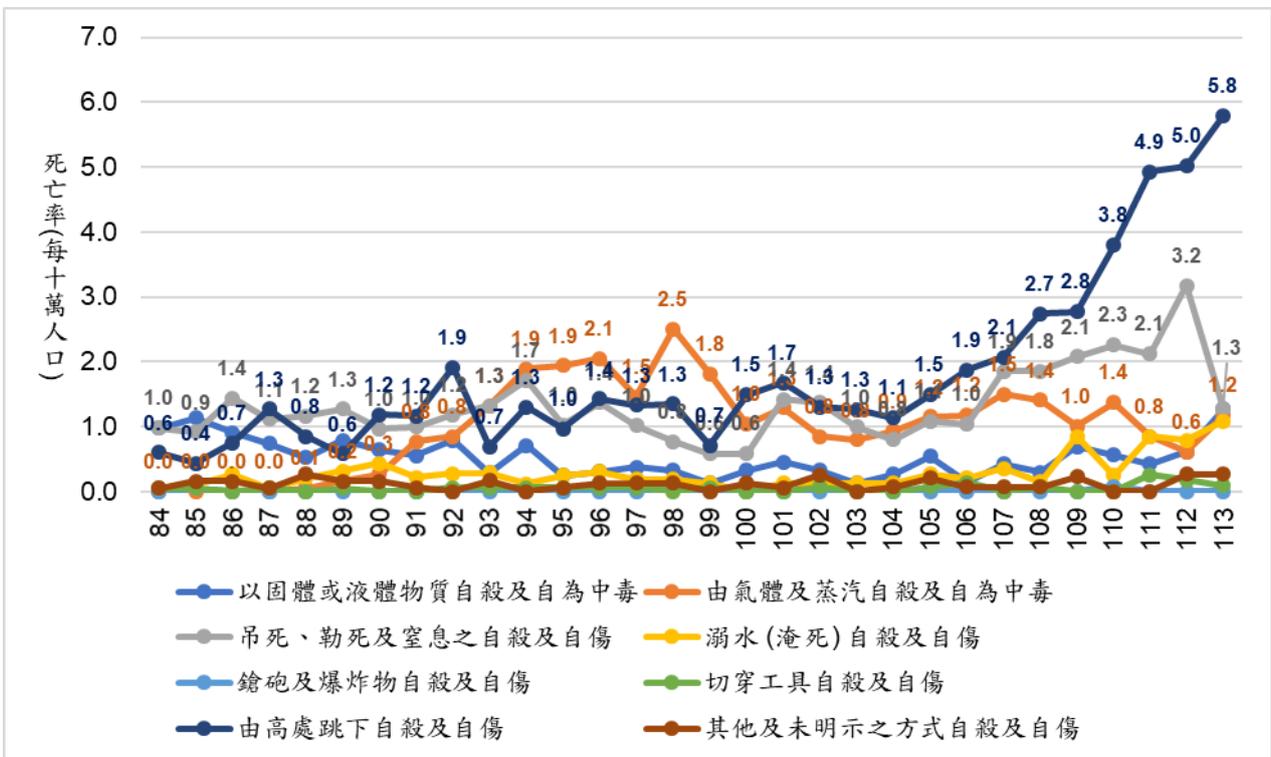


圖 2-2-8、84-113 年女性 15-24 歲各自殺方式死亡率

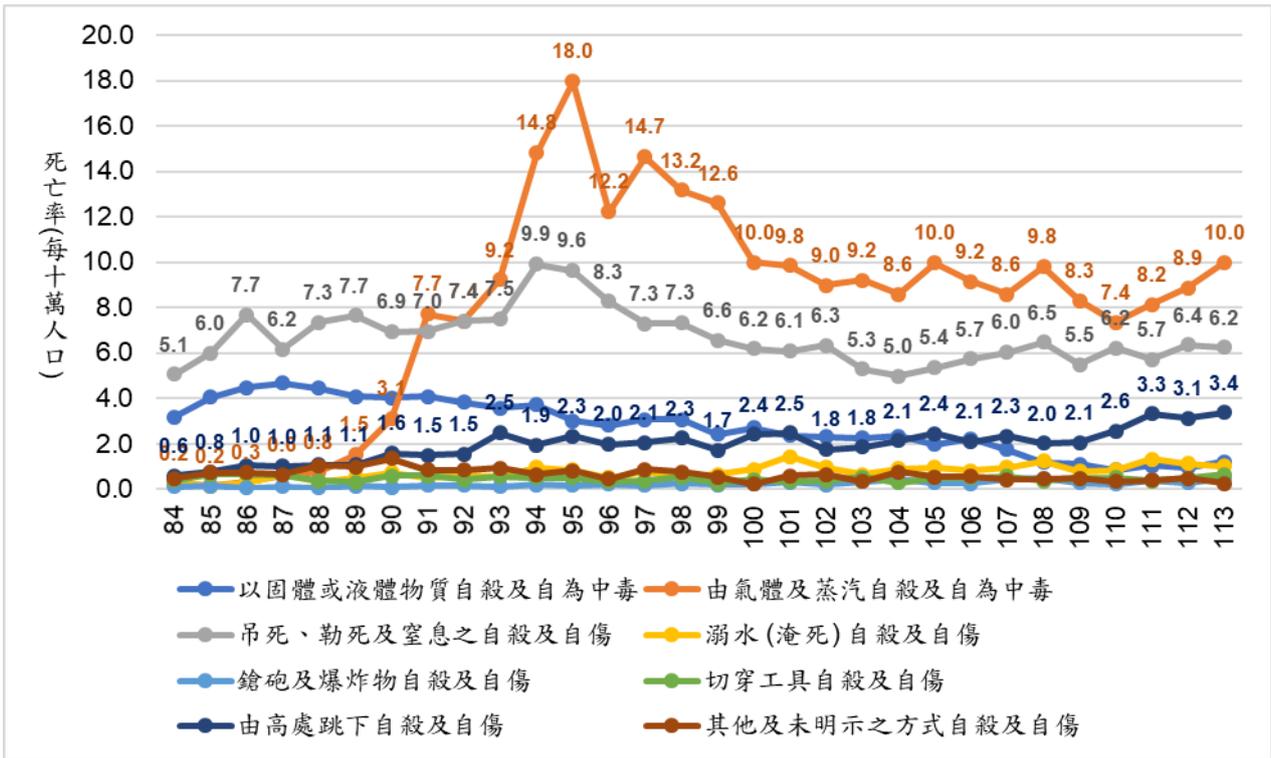


圖 2-2-9、84-113 年男性 25-44 歲各自殺方式死亡率

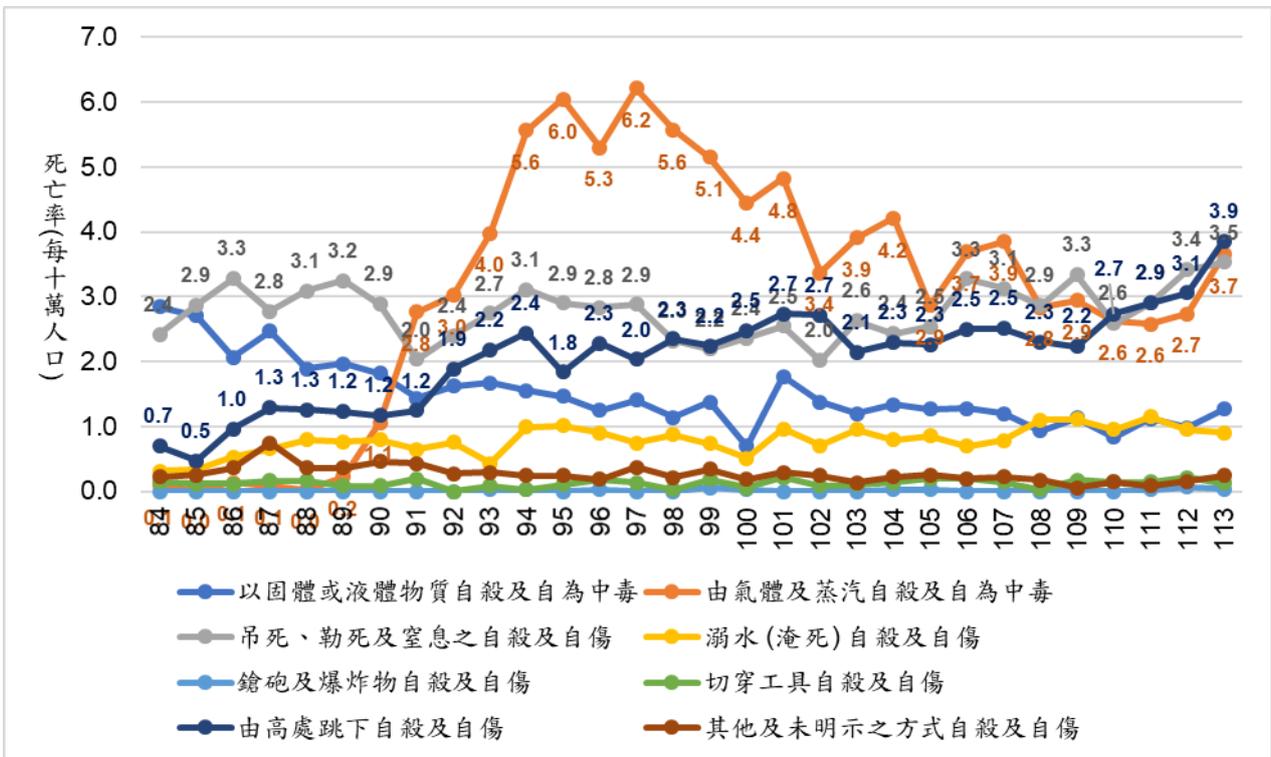


圖 2-2-10、84-113 年女性 25-44 歲各自殺方式死亡率

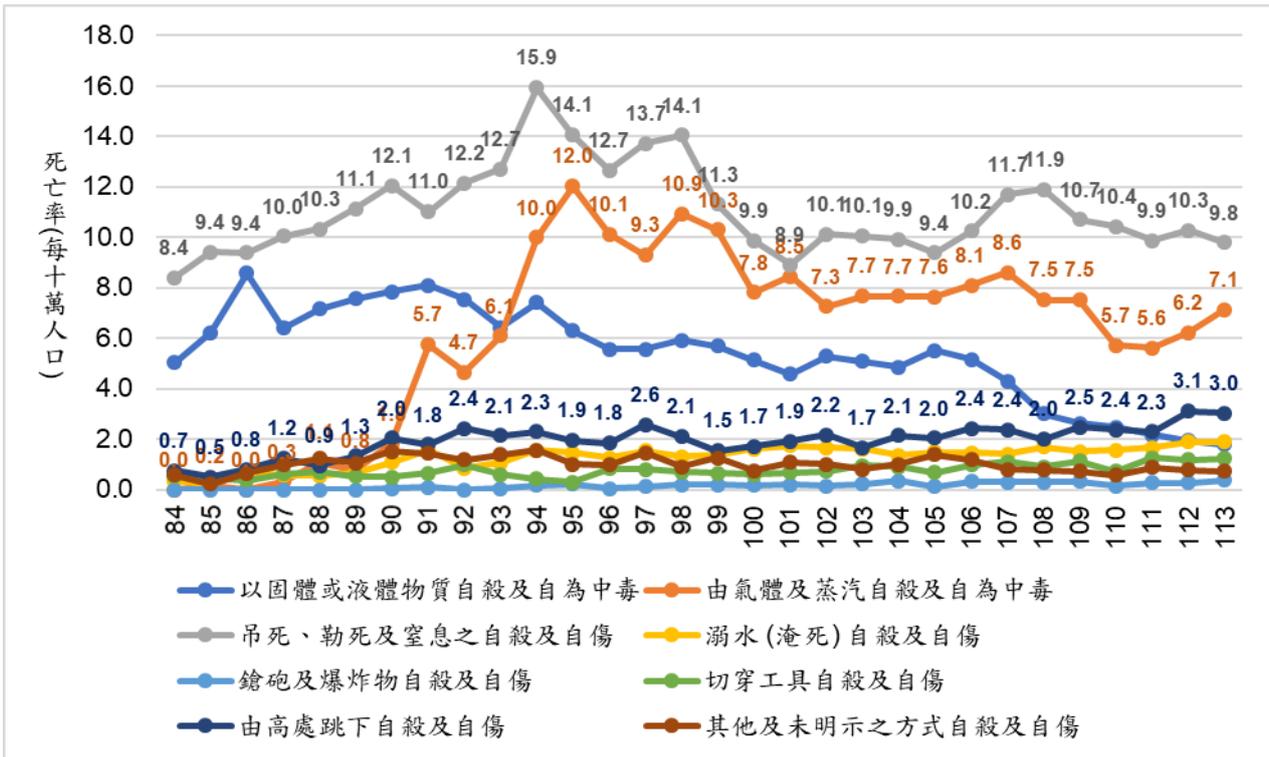


圖 2-2-11、84-113 年男性 45-64 歲各自殺方式死亡率

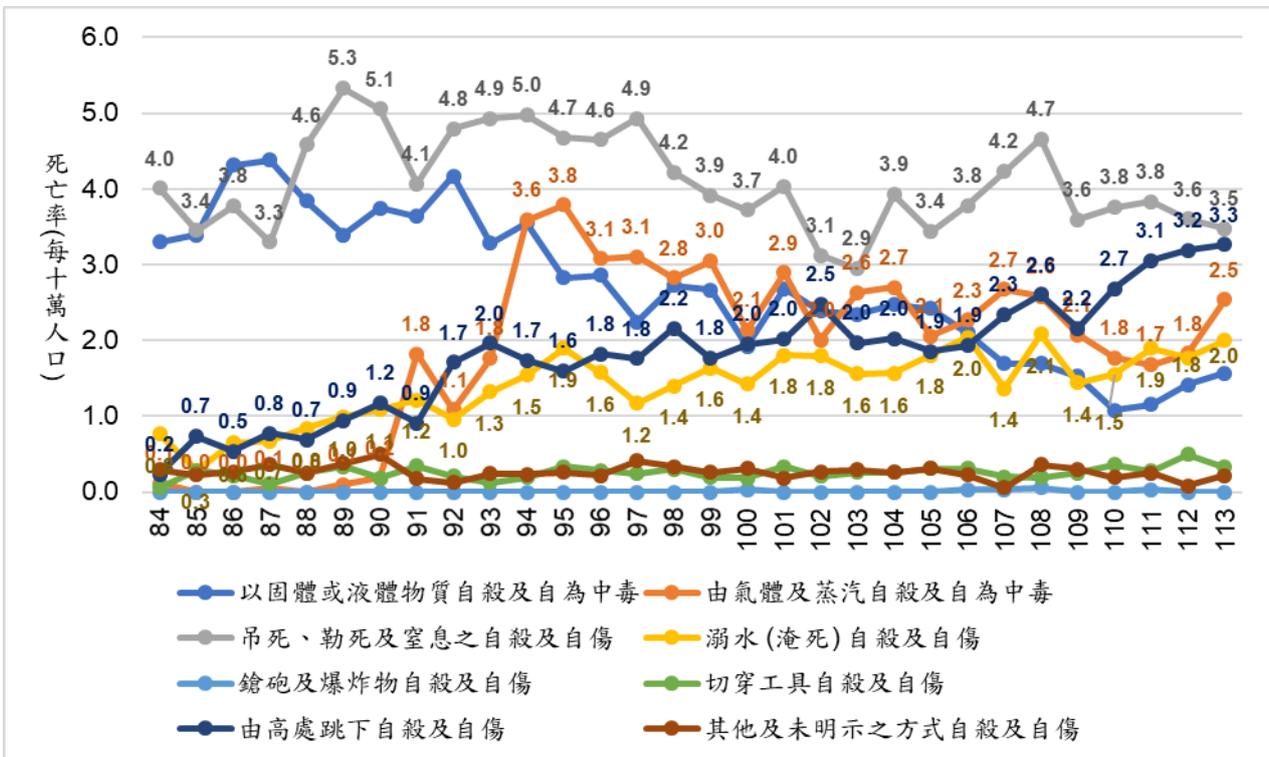


圖 2-2-12、84-113 年女性 45-64 歲各自殺方式死亡率

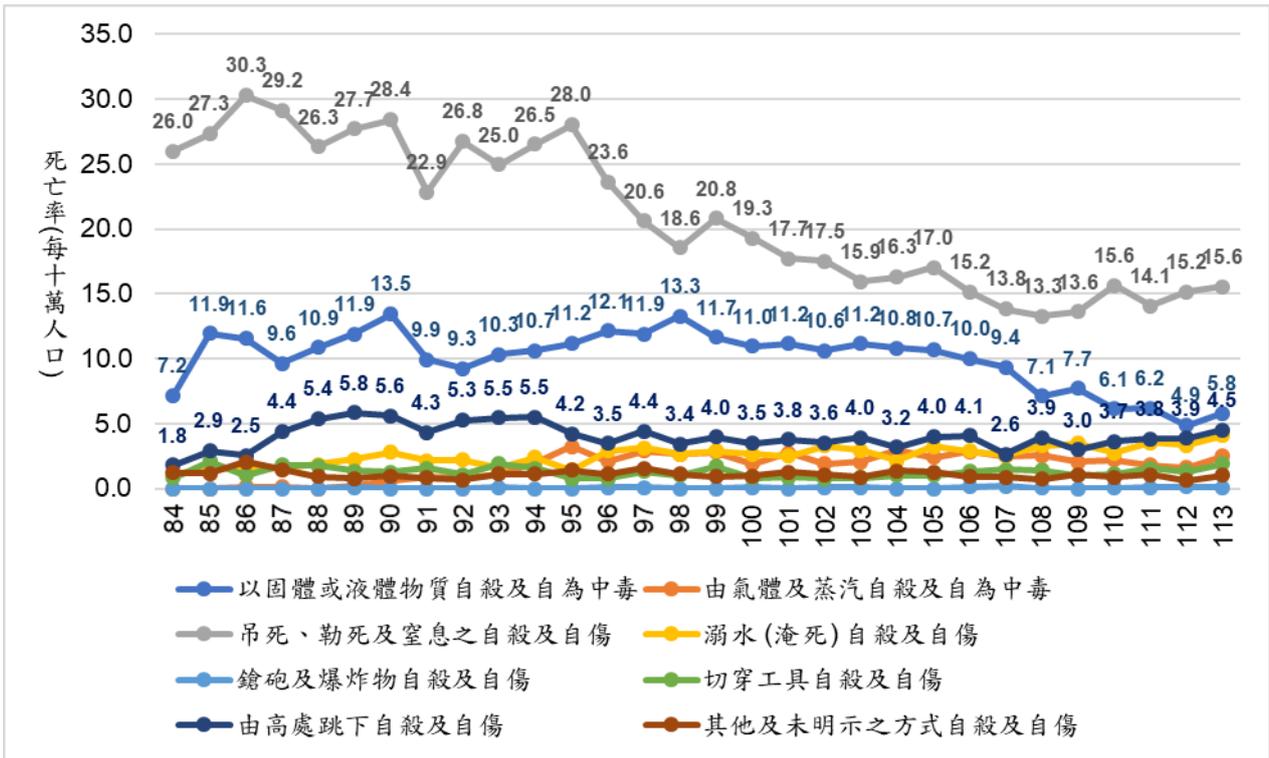


圖 2-2-13、84-113 年男性 65 歲以上各自殺方式死亡率

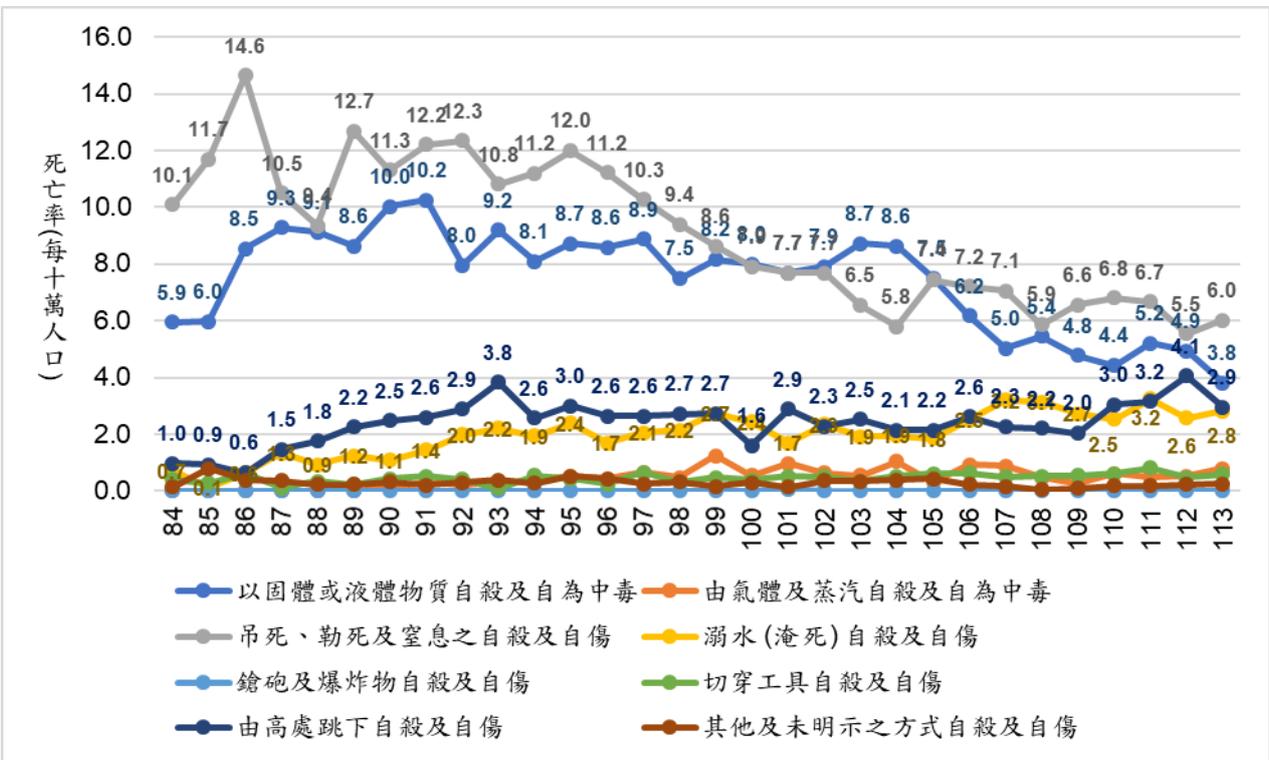


圖 2-2-14、84-113 年女性 65 歲以上各自殺方式死亡率

113 年每十萬人口的自殺粗死亡率前六高縣市為嘉義縣(25.7 人)、基隆市(25.4 人)、澎湖縣(24.1 人)、南投縣(23.4 人)、宜蘭縣(20.5 人)、雲林縣(20.3 人)(如表 2-2-1)。

表 2-2-1、113 vs 112 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	112 年		113 年		死亡率 增減率(%)
	粗死亡率	排名	粗死亡率	排名	
全國	16.7		17.4		4.2
新北市	17.3	10	17.4	13	0.6
臺北市	12.9	20	12.2	21	-5.4
桃園市	15.4	14	16.8	16	9.1
臺中市	15.4	14	16.5	17	7.1
臺南市	17.1	11	16.5	17	-3.5
高雄市	18.6	6	18.4	9	-1.1
宜蘭縣	18.5	8	20.5	5	10.8
新竹縣	14.5	17	17.1	15	17.9
苗栗縣	17.6	9	18.4	9	4.5
彰化縣	16.4	12	17.2	14	4.9
南投縣	22.0	3	23.4	4	6.4
雲林縣	18.6	6	20.3	6	9.1
嘉義縣	20.4	5	25.7	1	26.0
屏東縣	20.8	4	18.9	8	-9.1
臺東縣	23.6	1	19.4	7	-17.8
花蓮縣	13.8	18	18.0	11	30.4
澎湖縣	14.9	16	24.1	3	61.7
基隆市	22.7	2	25.4	2	11.9
新竹市	13.4	19	16.2	19	20.9
嘉義市	16.0	13	17.9	12	11.9
金門縣	7.0	21	14.6	20	108.6
連江縣	0.0	22	7.1	22	-

以各縣市自殺死亡人數分析，相較 112 年，113 年增加縣市為桃園市 37 人、臺中市 35 人、嘉義縣 25 人、新竹縣 16 人、花蓮縣 13 人、新竹市 13 人、金門縣 11 人、雲林縣 11 人、澎湖縣 10 人、基隆市 10 人、宜蘭縣 9 人、彰化縣 8 人、新北市 8 人、南投縣 6 人、嘉義市 5 人、苗栗縣 4 人、

連江縣 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少(如表 2-2-2)。

表 2-2-2、113 vs 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	164	4.2	67	2.7	97	6.9
新北市	8	1.2	-14	-3.2	22	8.7
臺北市	-16	-5.0	-31	-17.0	15	10.8
桃園市	37	10.4	29	13.1	8	6.0
臺中市	35	8.0	24	8.4	11	7.3
臺南市	-12	-3.8	6	3.1	-18	-14.2
高雄市	-5	-1.0	-8	-2.5	3	1.6
宜蘭縣	9	10.8	9	16.7	0	0.0
新竹縣	16	18.8	2	3.5	14	50.0
苗栗縣	4	4.3	-1	-1.5	5	18.5
彰化縣	8	3.9	14	10.7	-6	-8.2
南投縣	6	5.7	9	12.9	-3	-8.6
雲林縣	11	8.9	-2	-2.2	13	40.6
嘉義縣	25	25.3	18	27.3	7	21.2
屏東縣	-16	-9.6	-12	-10.3	-4	-8.2
臺東縣	-9	-18.0	-13	-33.3	4	36.4
花蓮縣	13	29.5	13	48.1	0	0.0
澎湖縣	10	62.5	4	36.4	6	120.0
基隆市	10	12.2	8	16.0	2	6.3
新竹市	13	21.3	4	10.3	9	40.9
嘉義市	5	11.9	-4	-13.8	9	69.2
金門縣	11	110.0	11	183.3	0	0.0
連江縣	1	-	1	-	0	-

此處以標準化自殺死亡率進行各性別、自殺方式之比較，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是自殺死亡情形，然而，粗死亡率受到年齡的影響，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)，女性為男性的 2.00 倍。其後逐年攀升，113 年上升為 50,796 人次(男性 16,812 人次、女性 33,967 人次)，女性為男性之 2.0 倍，113 年自殺通報人次較 95 年增加 165.1%、若與 112 年相比增加 6.4%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，113 年自殺通報比與 95 年相比增加 181.0%、較 112 年相比則增幅為 1.7%。(如圖 2-2-15)

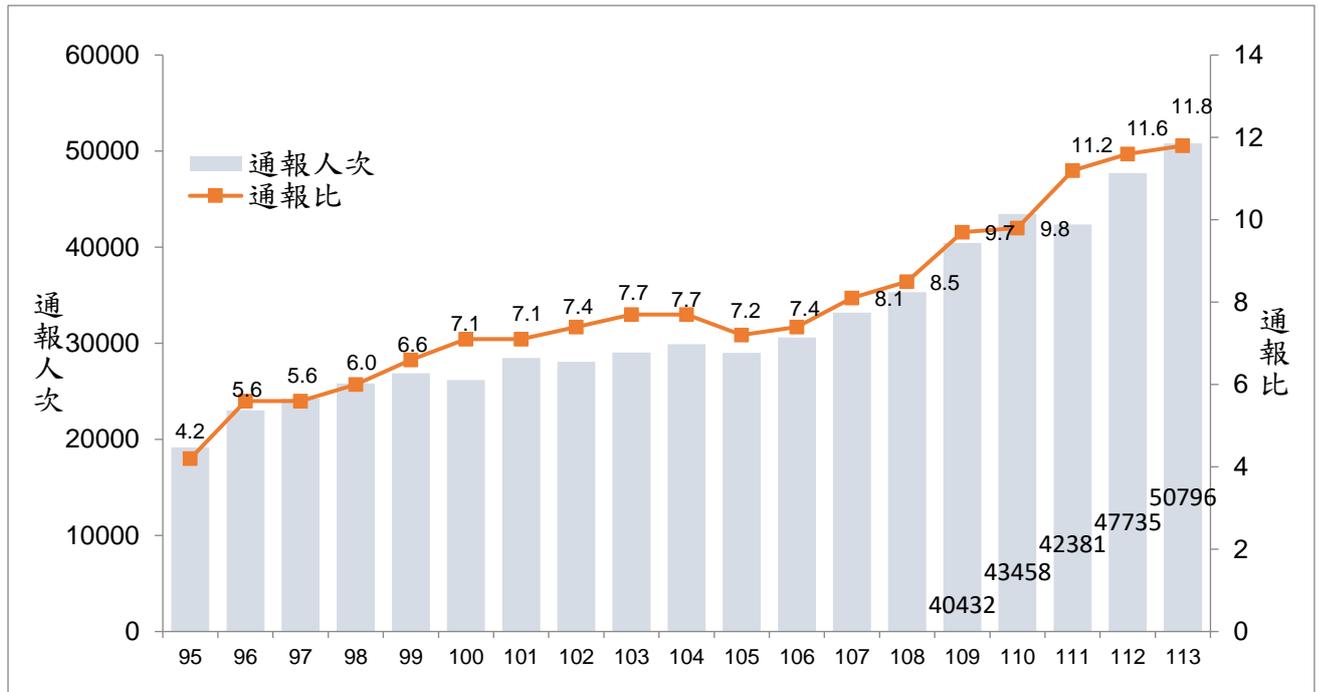


圖 2-2-15、95-113 年全國自殺通報趨勢圖

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，113 年與 112 年相比，男性通報人次增幅為 6.0%。女性自殺通報人次增幅為 6.8%，歷年雖有上下起伏，但整體微上升趨勢。(如圖 2-2-16)。

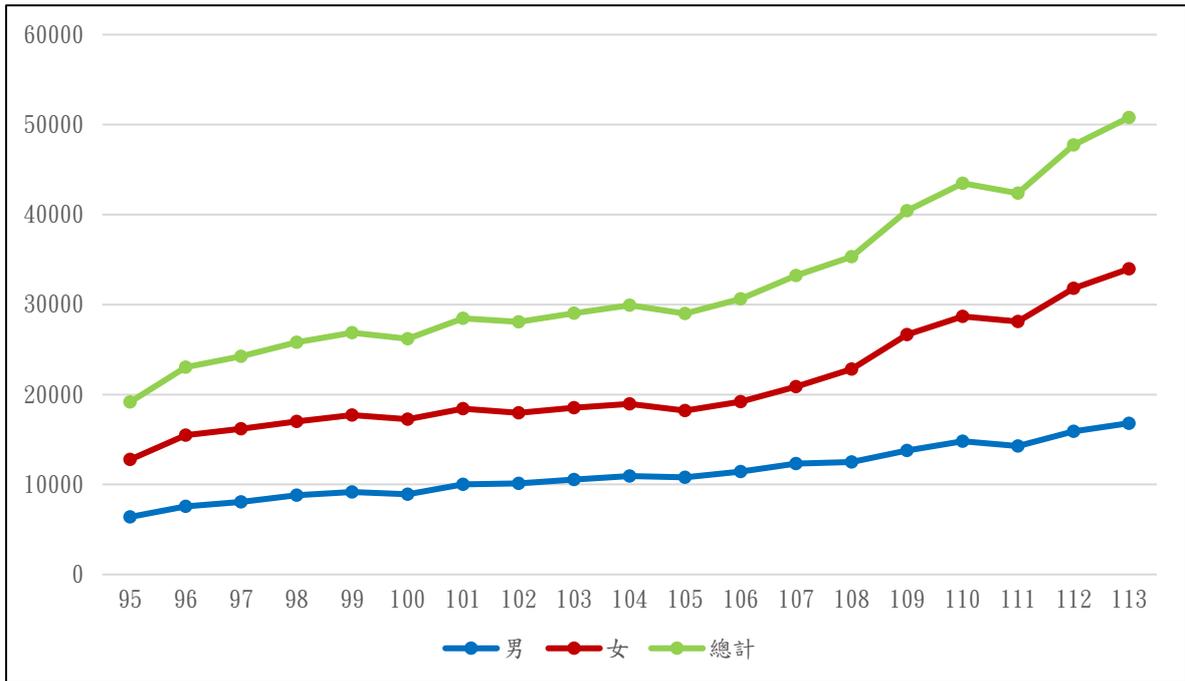


圖 2-2-16、95-113 年全國性別自殺通報趨勢圖

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。113 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)

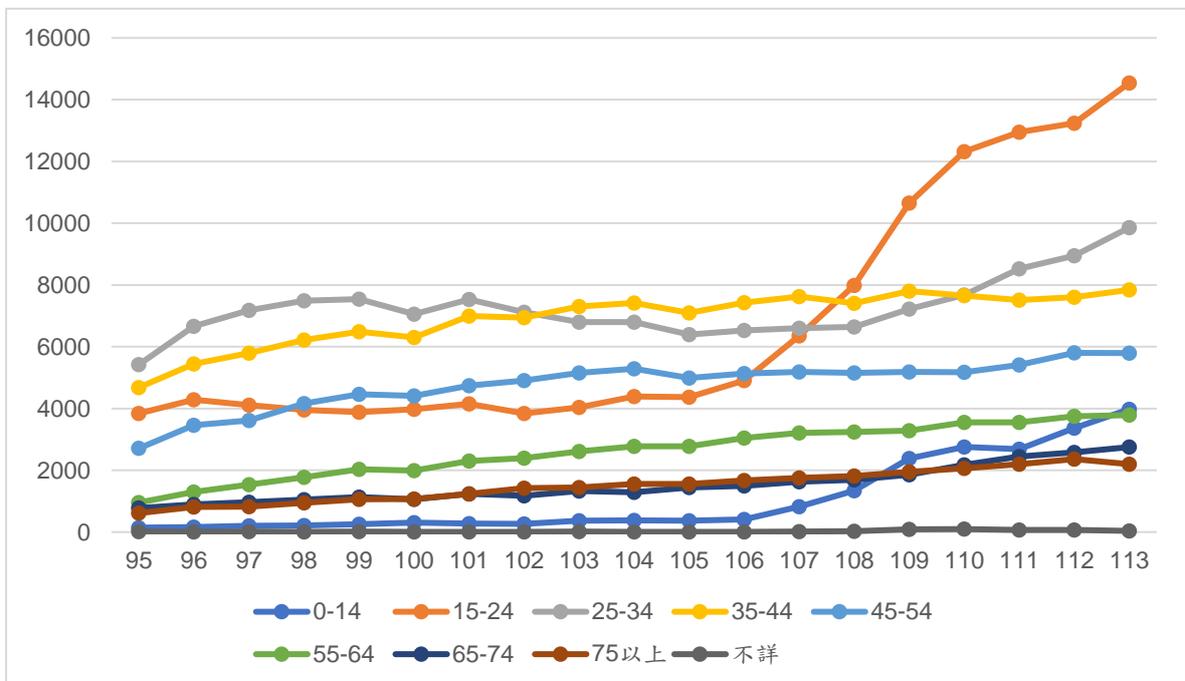


圖 2-2-17、95-113 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

113 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」(113 年全國通報 18,780 人次，占率 37.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(113 年全國通報 16,787 人次，占率 33.1%)及「由高處跳下自殺及自傷」(113 年全國通報 6,869 人次，占率 13.5%)，如圖 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。

113 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」(25,920 人次，51.0%)、「情感／人際關係」(22,058 人次，占率 43.4%)及「工作／經濟」(5,896 人次，占率 11.6%)。(如圖 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為複選。

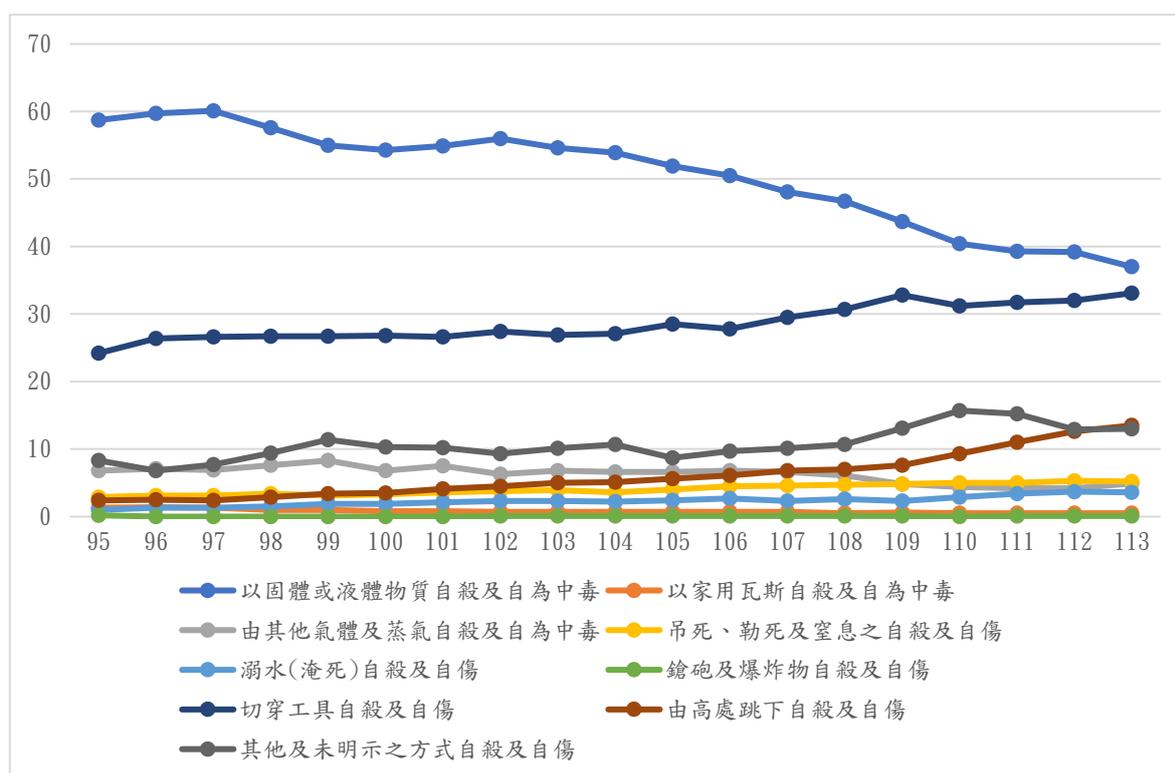


圖 2-2-18、95-113 年全國自殺通報方法占率圖

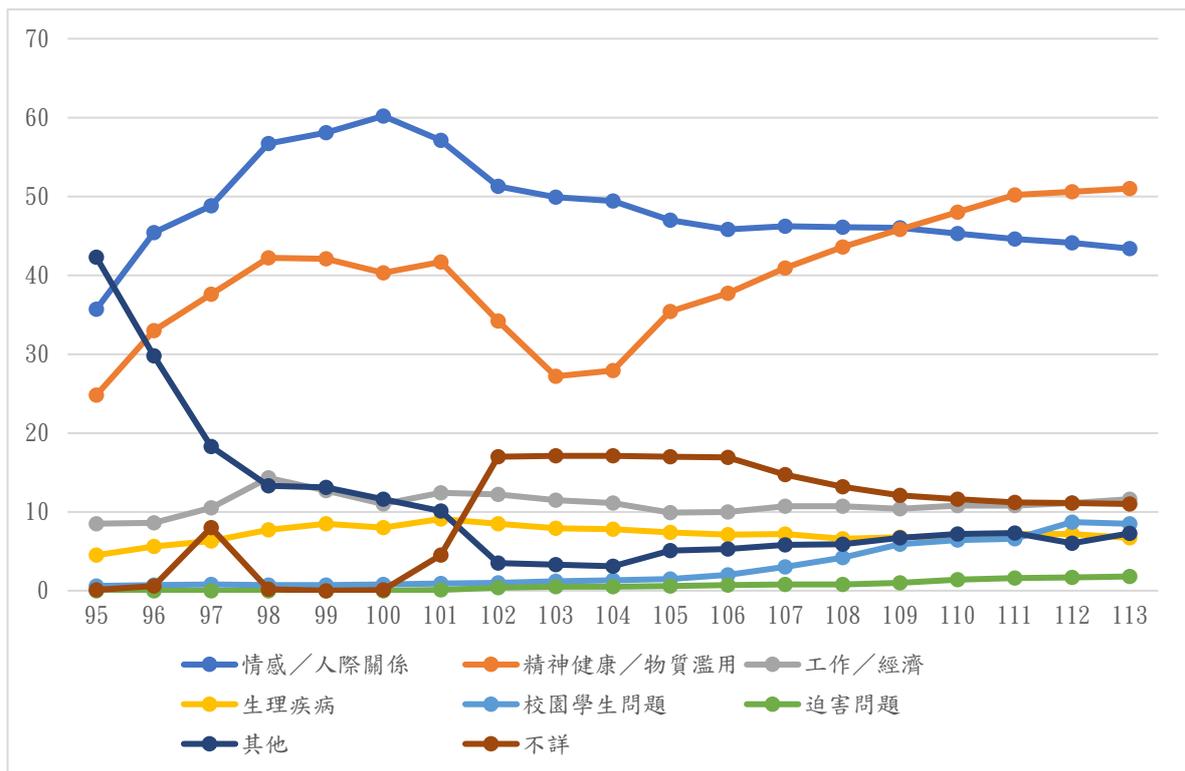


圖 2-2-19、95-113 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率前五高縣市(除離島外)為臺東縣(26%)、屏東縣(23.3%)、桃園市(20.7%)、高雄市(17.7%)、苗栗縣(15.2%)。(如表 2-2-3)

表 2-2-3、113 年與 112 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	總計			男性			女性		
	112 (N)	113 (N)	增減率 (%)	112 (N)	113 (N)	增減率 (%)	112 (N)	113 (N)	增減率 (%)
全國	47,735	50,796	6.41%	15,902	16,812	5.72%	31,811	33,967	6.78%
新北市	10,677	11,332	6.13%	3,345	3,526	5.41%	7,330	7,801	6.43%
臺北市	5,089	5,150	1.20%	1,573	1,495	-4.96%	3,513	3,652	3.96%
桃園市	3,976	4,797	20.65%	1,259	1,539	22.24%	2,713	3,254	19.94%
臺中市	5,581	5,511	-1.25%	1,725	1,761	2.09%	3,853	3,750	-2.67%
臺南市	3,371	3,376	0.15%	1,154	1,193	3.38%	2,217	2,183	-1.53%
高雄市	5,180	6,098	17.72%	1,838	2,063	12.24%	3,339	4,031	20.72%
宜蘭縣	846	831	-1.77%	320	300	-6.25%	526	531	0.95%
新竹縣	918	823	10.35%	280	277	-1.07%	638	546	14.42%
苗栗縣	1,119	1,289	15.19%	415	468	12.77%	703	821	16.79%
彰化縣	2,353	2,644	12.37%	848	956	12.74%	1,504	1,688	12.23%
南投縣	1,198	1,019	14.94%	507	447	11.83%	691	572	17.22%
雲林縣	1,279	1,349	5.47%	481	508	5.61%	797	841	5.52%
嘉義縣	1,074	1,084	0.93%	428	458	7.01%	646	626	-3.10%
屏東縣	1,213	1,496	23.33%	478	542	13.39%	735	954	29.80%
臺東縣	323	407	26.01%	109	120	10.09%	213	287	34.74%
花蓮縣	1,064	1,028	-3.38%	304	309	1.64%	758	718	-5.28%
澎湖縣	148	153	3.38%	46	44	-4.35%	102	109	6.86%
基隆市	706	751	6.37%	269	257	-4.46%	436	494	13.30%
新竹市	969	933	-3.72%	309	297	-3.88%	660	636	-3.64%
嘉義市	553	592	7.05%	180	207	15.00%	373	385	3.22%
金門縣	81	117	44.44%	28	40	42.86%	53	77	45.28%
連江縣	17	16	-5.88%	6	5	16.67%	11	11	0.00%

整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為花蓮縣(17.7)、臺北市(15.8)、新北市(15.4)；以性別來看，男性前三高依序為臺北市(8.8)、嘉義市(7.6)、新北市(7.6)，女性前三高依序為花蓮縣(41.9)、新北市(27.5)及苗栗縣(25.1)。(如表 2-2-4)

表 2-2-4、113 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
新北市	7.6	27.5	15.4
臺北市	8.8	22.7	15.8
桃園市	5.6	22.4	11.7
臺中市	4.9	22.5	10.9
臺南市	5.3	19.2	10.3
高雄市	5.9	20.7	11.4
宜蘭縣	4.1	17.5	8.3
新竹縣	4.2	12.5	7.6
苗栗縣	6.5	25.1	12.6
彰化縣	5.9	24.4	11.8
南投縣	4.8	17.3	8.4
雲林縣	5	17.8	9.3
嘉義縣	4.6	14.9	7.9
屏東縣	4.5	20.7	9.3
臺東縣	4.4	18.9	9.7
花蓮縣	7.4	41.9	17.7
澎湖縣	2.5	9.5	5.5
基隆市	3.8	14.1	7.6
新竹市	6.1	19.7	11.8
嘉義市	7.6	16.5	11.8
金門縣	1.7	18.8	5
連江縣	5	**	16

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 歲前三高依序為臺中市(261)、新北市(239)及高雄市(204)，15-24 歲前三高依序為花蓮縣(174)、臺北市(77)、新北市(66)及嘉義縣(66)，25-34 歲前三高依序為宜蘭縣(39)、花蓮縣(31)、臺北市(25)及新北市(25)，35-44 歲前三高依序為花蓮縣(19)、嘉義縣(18)及宜蘭縣(14)，45-54 歲前三高依序為新竹市(14)、苗栗縣(12)、彰化縣(11)及臺北市(11)，55-64 歲前三高依序為苗栗縣(7)、花蓮縣(7)及嘉義縣(6)，65-74 歲前三高依序為花蓮縣(9)、屏東縣(7)及苗栗縣(7)，75 歲以上前三高依序為嘉義市(7)、南投縣(6)、雲林縣(5)及臺

北市(55)。(如表 2-2-5)

表 2-2-5、113 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	239.4	66.2	24.5	13.5	10.4	4.9	4	4.2
臺北市	119	77.1	24.8	11	10.6	5.1	4	4.6
桃園市	120.7	42.9	13.7	9.7	7.6	4.4	3.6	3.8
臺中市	261	47.9	15.1	9.3	6.4	5.1	2.9	3.9
臺南市	141	41.4	20.5	12.2	7.6	4.3	2.9	3.5
高雄市	203.5	53	15.1	10.4	8.5	4.7	4.2	4.3
宜蘭縣	31	40	38.7	14.2	5.3	2.6	2.5	3.3
新竹縣	44	26.7	13.6	5.3	4.3	3.9	2.6	2
苗栗縣	**	35.7	23.3	7.2	11.6	6.9	6.8	3.1
彰化縣	**	63.5	10.6	13.4	11.2	3.5	3.6	4.5
南投縣	**	24.9	16.8	8	6	4	4.2	6.3
雲林縣	**	35.2	12	9.8	6.9	3.1	3.1	4.8
嘉義縣	**	66	10.9	8.6	4.9	6.3	2.7	2.4
屏東縣	**	40.9	13.2	9.1	7.5	4.1	7.1	3.3
臺東縣	**	**	16	4.5	4.9	4.2	3.1	2.8
花蓮縣	**	173.5	30.7	19.3	5.8	6.9	8.5	3.5
澎湖縣	**	**	3.8	6.3	2.7	3.3	3.7	1.5
基隆市	**	43.3	11.4	7.4	9	4.2	2.6	2.3
新竹市	70	31.9	14.8	12.4	14	2.9	2.5	3
嘉義市	**	51.7	15.7	17.8	7	3.5	3.2	7.3
金門縣	**	20.5	4.3	7	1.8	4	1.3	1.3
連江縣	**	**	**	**	0	**	**	**

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

113 年臺北市自殺死亡人數 305 人(男性 151 人、女性 154 人，性別比 0.98)；標準化自殺死亡率為每十萬人口 9.8 人，較 112 年(10.3 人)下降 4.9%。(如圖 2-2-20)

以性別分析，113 年男性標準化自殺死亡率為每十萬人口 9.3 人，較 112 年(11.8 人)下降 21.2%；女性標準化自殺死亡率為每十萬人口 10.6 人，較 112 年(9.0 人)上升 17.8%。(如圖 2-2-21)

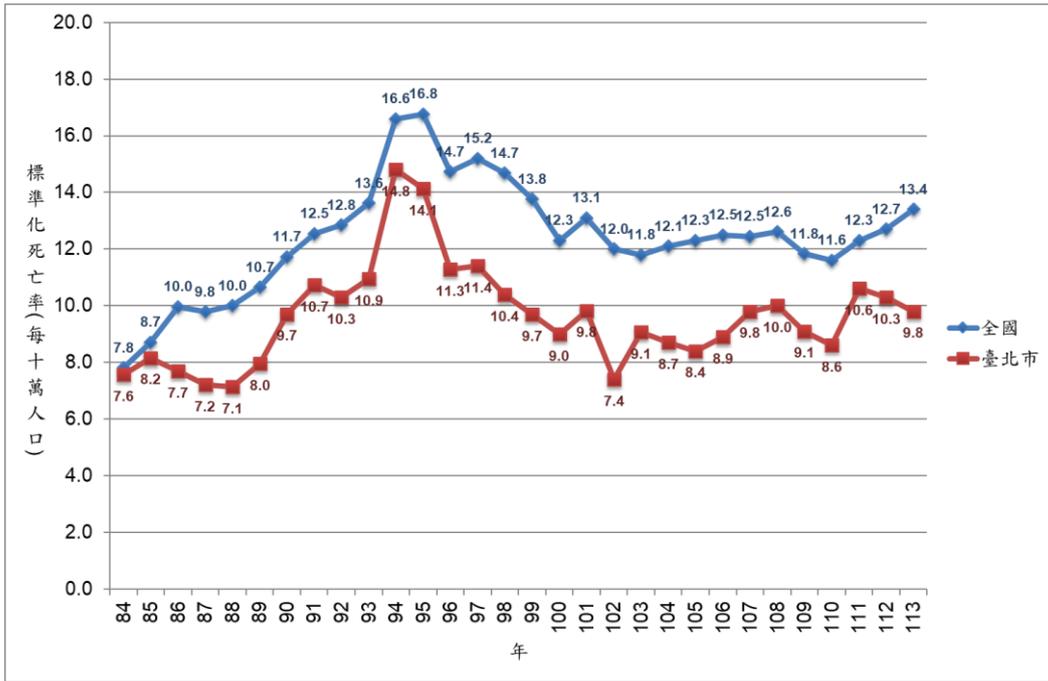


圖 2-2-20、84-113 年全國與臺北市標準化自殺死亡率

以年齡層分析，「14 歲以下」113 年自殺粗死亡率為每十萬人口 1.3 人，較 112 年(1.0 人)上升 30.0%；「15-24 歲」自殺粗死亡率為每十萬人口 10.4 人，較 112 年(11.6 人)下降 10.3%；「25-44 歲」自殺粗死亡率為每十萬人口 13.7 人，較 112 年(12.5 人)上升 9.6%；「45-64 歲」自殺粗死亡率為每十萬人口 12.5 人，較 112 年(13.1 人)下降 4.6%；「65 歲以上」自殺粗死亡率為每十萬人口 16.5 人，較 112 年(20.3 人)下降 18.7%。(如圖 2-2-22)

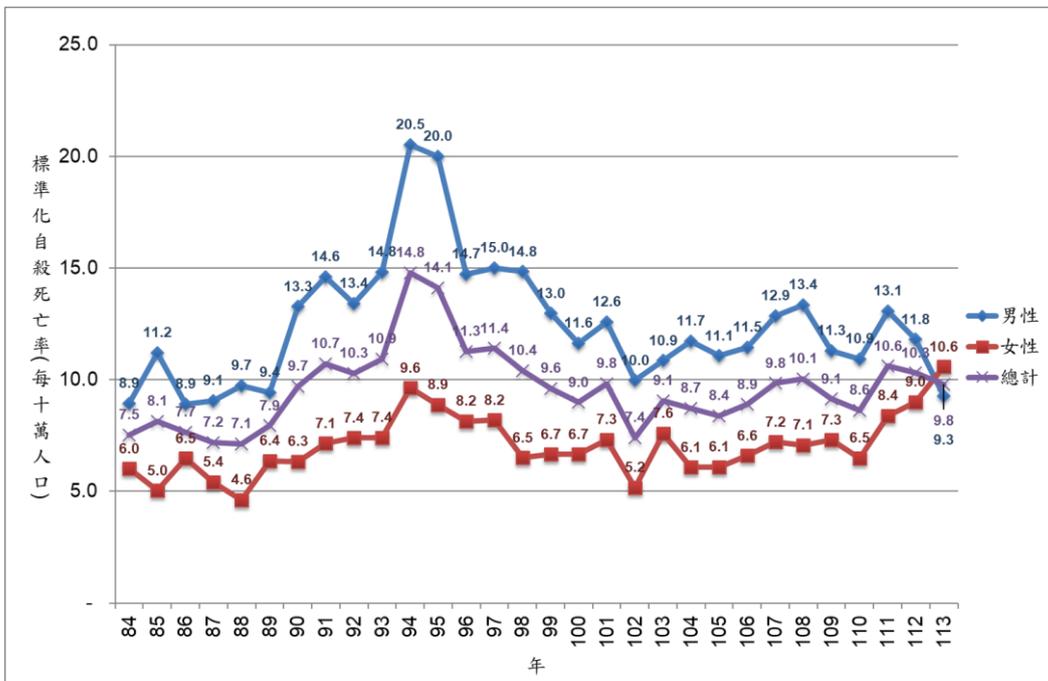


圖 2-2-21、84-113 年臺北市性別標準化自殺死亡率

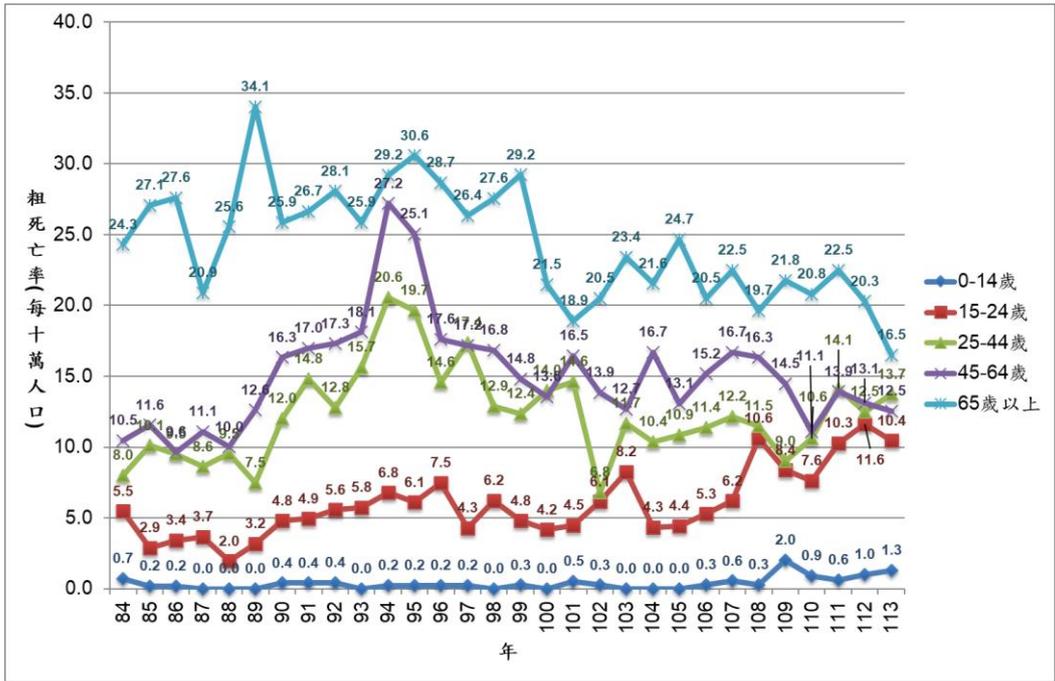


圖 2-2-22、84-113 年臺北市年齡層別自殺死亡率

113 年臺北市各自殺方式人數前三高依序為「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」。

以各自殺方式標準化死亡率觀察，113 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)

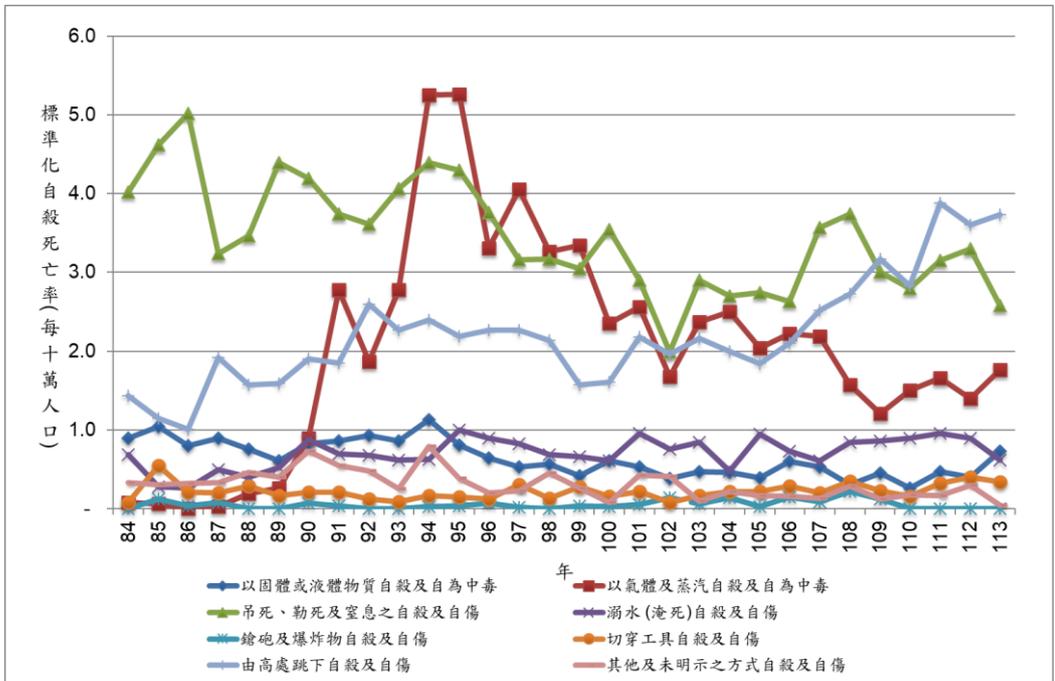


圖 2-2-23、84-113 年臺北市各自殺方式標準化死亡率

2) 臺北市自殺通報資料趨勢

臺北市 113 年自殺通報人次為 5,150 人次，較 112 年(5,089 人次)增加 61 人次，上升 1.2%。以性別分析，113 年男性通報 1,495 人次，較 112 年(1,573 人次)下降 5.0%；女性通報 3,652 人次，較 112 年(3,513 人次)上升 4.0%。(表 2-2-6；圖 2-2-24)

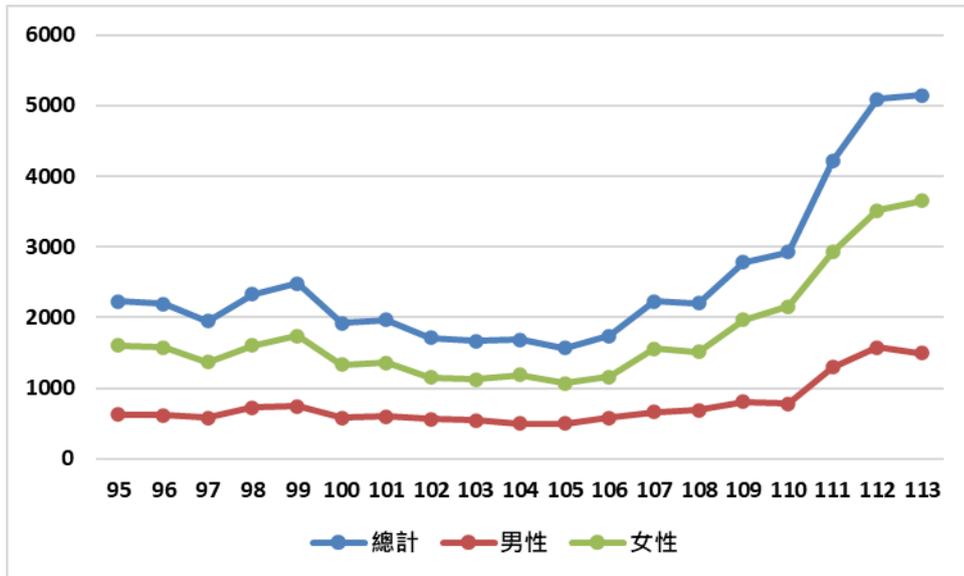


圖 2-2-24、95-113 臺北市性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，通報占率以「15-24 歲」最高(1,722 人次，33.4%)，「25-34 歲」次之(1,037 人次，20.1%)，第三為「35-44 歲」(611 人次，11.9%)。(表 2-2-6；圖 2-2-25)

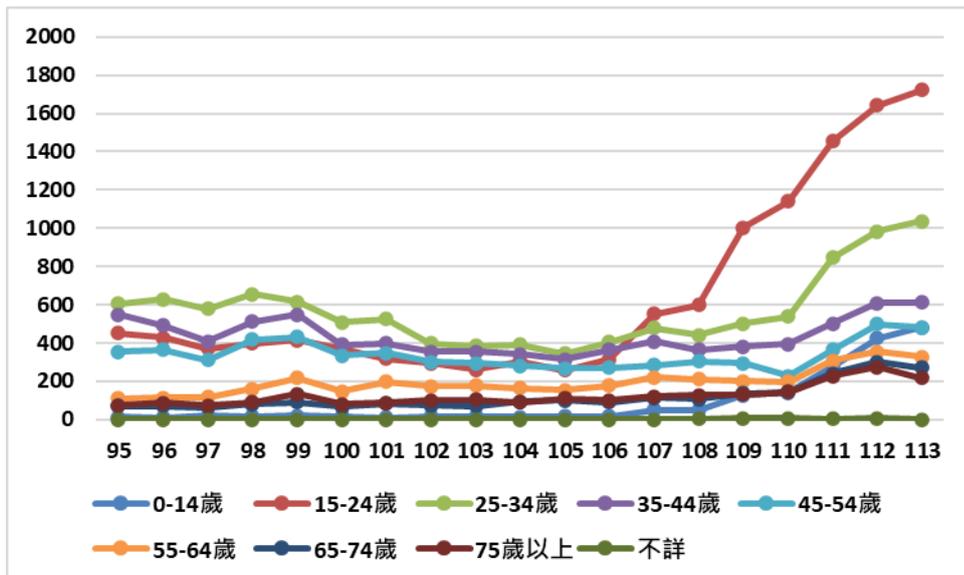


圖 2-2-25、95-113 臺北市年齡自殺通報趨勢圖

自殺通報方式前三位(不含其他及未明示之方式)依序為「切穿工具自殺及自傷」(通報 1,815 人次, 占率 35.2%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(通報 1,772 人次, 占率 34.4%)及「由高處跳下自殺及自傷」(通報 922 人次, 占率 17.9%)。(表 2-2-6; 圖 2-2-26)。

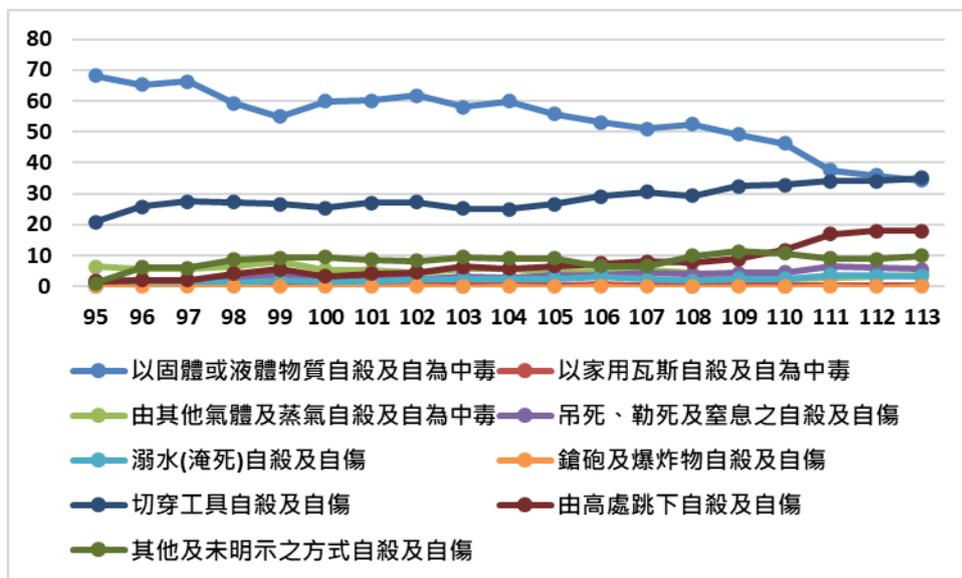


圖 2-2-26、95-113、臺北市自殺通報方式趨勢圖

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」(3,004 人次, 占率 58.3%)、「情感／人際關係」(2,038 人次, 占率 39.6%)及「校園學生問題」(570 人次, 占率 11.1%)。(表 2-2-6; 圖 2-2-27)。

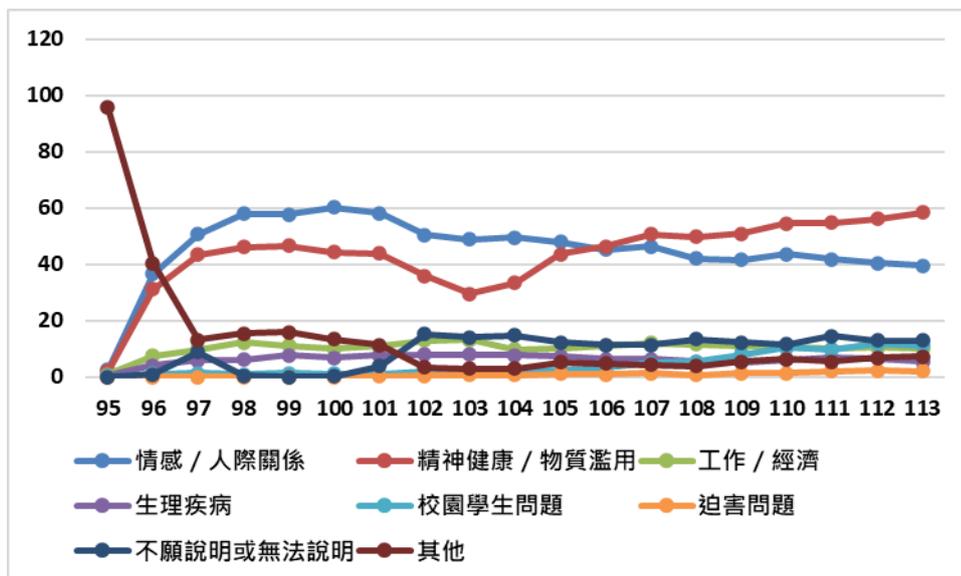


圖 2-2-27、95-113 臺北市自殺通報原因趨勢圖

表 2-2-6、臺北市 113 年及 112 年自殺通報數據比較

	112 年		113 年		增減	
	n	%	n	%	n	%
通報人次	5,089	100	5,150	100	61	1.2
男性	1,573	30.91	1,495	29.03	-78	-4.96
女性	3,513	69.03	3,652	70.91	139	3.96
年齡級距						
≤14	424	8.33	482	9.36	58	13.68
15-24	1,641	32.25	1,722	33.44	81	4.94
25-34	984	19.34	1,037	20.14	53	5.39
35-44	607	11.93	611	11.86	4	0.66
45-54	499	9.81	481	9.34	-18	-3.61
55-64	354	6.96	329	6.39	-25	-7.06
65-74	301	5.91	270	5.24	-31	-10.3
≥75	273	5.36	217	4.21	-56	-20.51
自殺方式						
以固體或液體物質	1,827	35.9	1,772	34.41	-55	-3.01
以家用瓦斯	19	0.37	19	0.37	0	0
由其他氣體及蒸汽	157	3.09	189	3.67	32	20.38
吊死、勒死及窒息	312	6.13	283	5.5	-29	-9.29
溺水(淹死)	184	3.62	170	3.3	-14	-7.61
鎗砲及爆炸物	2	0.04	4	0.08	2	100
切穿工具	1,742	34.23	1,815	35.24	73	4.19
由高處跳下	915	17.98	922	17.9	7	0.77
其他及未明示之方式	456	8.96	516	10.02	60	13.16
自殺原因						
情感／人際關係	2,062	40.52	2,038	39.57	-24	-1.16
精神健康／物質濫用	2,853	56.06	3,004	58.33	151	5.29
工作／經濟	531	10.43	511	9.92	-20	-3.77
生理疾病	330	6.48	284	5.51	-46	-13.94
校園學生問題	598	11.75	570	11.07	-28	-4.68
迫害問題	105	2.06	97	1.88	-8	-7.62

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、幅員廣闊等)、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) 衛生局：應有一主管負責自殺防治工作之執行，包括協調醫院系統及公衛系統、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，定期召開個案及督導討論會，協助關懷訪視員評估個案自殺危險性等。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：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，而衛生局可扮演督導、協調之角色。
- (8) 相關單作之合作連結：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。

以新北市為例，敘述如下：(詳見附件 2-2-2)

- (1) 與全國數據之差異

113年新北市的標準化自殺死亡率為每十萬人口13.4人，與全國相同。然而，在性別差異上，男性為16.2人，略低於全國的17.0人；女性則為10.9人，高於全國的9.9人，且女性上升幅度達10.1%，增幅高於全國女性，顯示女性族群風險上升需特別關注。年齡層方面，新北市65歲以上高齡者的粗死亡率達27.3人，高於全國的25.5人，為風險最高族群；15-24歲青少年粗死亡率亦達13.0人，高於全國的11.9人，顯示青少年自殺情形不容忽視；45-64歲族群降至18.5人，低於全國平均的19.5人。

在自殺方式方面，新北市死亡人數前三的方式依序為由「由高處跳下自殺及自傷」、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」，以及「由氣體及蒸汽自殺及自為中毒」。雖與全國相同為前三高方式，但排序略有不同。然而值得注意的是，新北市由高處跳下的死亡人數達182人，占整體自殺死亡約26%，顯示在都會地區應特別關注高致命性的自殺地點，強化環境安全與防墜設施的管理。

以自殺通報數據觀察，歷年通報人次大致上呈現上升趨勢，只有110年下降。若以性別區分，男女趨勢皆與整體相同，但女性升幅更高。113年通報人次男性較前一年增加181人次，女性則增加471人次。以年齡層觀察通報人次增減，113年通報增減人次最高的年齡層為「25-34歲」，其次為「15-24歲」，第三則為「14歲以下」。

通報個案自殺方法中，113年以「切穿工具自殺及自傷」占率為最高，「以固體或液體自殺及自為中毒」次之，「高處跳下自殺及自傷」為第三高。

另以自殺通報原因觀察，113年以「精神健康／物質濫用」占率為最高，「情感／人際關係」次之，「校園學生問題」為第三高。

(2) 因地制宜策略建議

- a. 新北市高齡者自殺死亡率高於全國，顯示需強化高齡防治措施。建議擴大對獨居長者的主動關懷訪視網絡，並促進社區長照機構與心理健康資源的有效串聯，特別針對喪偶及身心共病的高齡者提供心理支持與轉介服務，以降低其心理壓力與孤立感。
- b. 15-24歲青少年自殺死亡率與通報數均偏高，應積極推動校園內心理健康篩檢及早期轉介機制，同時透過青少年常用平台加強心理資源宣導與匿名求助管道，並與學校合作建立標準化的「校園心理危機處理SOP」及教職員守門人訓練，提升校園即時因應能力。
- c. 高處跳下為新北市最常見自殺方式，致命性高，顯示須加強自殺熱點之管理。應優先於高樓、公寓、捷運站與高架橋等地設置防墜欄杆與清楚的求助資訊，並結合民間企業與住戶委員會改善物理安全設施，同時推

- 動心理衛生宣導，以降低環境誘發風險。
- d. 可推動在職場健康檢查中整合心理篩檢項目，並發展守門人支持網絡，加強早期辨識與支持介入。
 - e. 自殺通報原因中，「精神健康／物質濫用」占率於近年皆為最高，建議強化選擇性策略，早期辨識、早期防範，主動關懷獨居與罹患精神疾病的高風險個案，並適時挹注社會資源及增加社會支持以降低自殺風險。近年「校園學生問題」占比上升需加強「學生防治策略」，「工作／經濟」依然有一定占比，「職場防治策略」仍需加強。

五、附件

附件 2-2-1、113 年全國總體自殺防治報告

附件 2-2-2、臺北市 113 年總體自殺防治報告

自殺死亡及自殺通報數據監測分析

一、背景(Context)

國家級自殺防治三大策略中之指標性策略，主要防治對象是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生，而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。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、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 113 年自殺死亡人數已確定，自殺死亡趨勢分析詳見章節 2.2、113 年總體自殺防治報告。

2. 自殺通報資料分析

1) 95 年 1 月至 114 年 9 月統計分析如下(擷取日期：114 年 10 月 30 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 113 年總通報人次為 50,796 人次，與前一年度相比上升 6.4%，114 年 1 月至 9 月通報人次為 34,612 人次，與去年同期相比下降 3030 次，降幅為 8%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，113 年為 11.6，114 年 1-9 月為 12.9(如圖 2-3-1)。

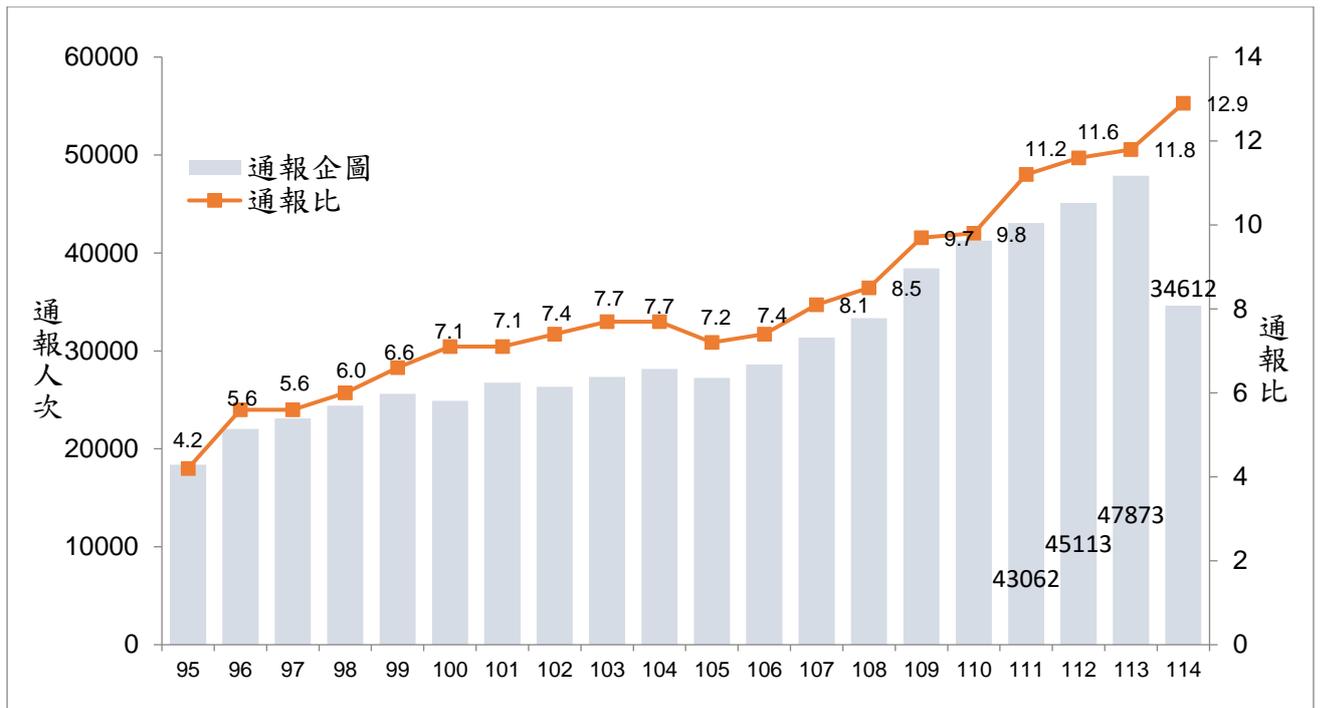


圖 2-3-1、95 年至 114 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型

由各類型通報單位資料顯示，113 年通報單位主要來自醫療院所，其占率為 47.6%，114 年 1 至 9 月則占 59.7%，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(警察人員)，114 年 1 至 9 月為 14.5%，教育單位(學校人員)的通報占率逐年上升，114 年 1 至 9 月占率為 10.4%。

(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 7.7，113 年通報比則為 11.8。30 天再自殺率則呈現逐年增加的趨勢，114 年 1-8 月自殺通報個案 30 天再自殺率 9.5%(上年 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最佳化，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(通報註記為自殺企圖個案)

114 年 1 至 9 月通報共 34,612 人次，其中女性通報 23,868 人次，男性

通報 10,730 人次，女性為男性 2.22 倍，跨性別為 14 人次；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 28.6%)、25-34 歲(占率 19.7%)、35-44 歲(占率 15%)、45-54 歲(占率 11.3%)、14 歲以下(占率 9%)、55-64 歲(占率 6.9%)、65-74 歲(占率 5%)、75 歲以上(占率 4.5%)。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 20.5%；女性通報人次最高的年齡層為 15-24 歲，佔女性通報的 32.3%(如表 2-3-1)。15-24 歲通報個案占率最高，此年齡層較為學生族群，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、114 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	689	6.4	2411	10.1	0	0	3100	9
15-24	2199	20.5	7697	32.2	5	35.7	9901	28.6
25-34	2182	20.3	4631	19.4	6	42.9	6819	19.7
35-44	1817	16.9	3365	14.1	2	14.3	5184	15
45-54	1433	13.4	2468	10.3	0	0	3901	11.3
55-64	983	9.2	1413	5.9	0	0	2396	6.9
65-74	738	6.9	979	4.1	1	7.1	1718	5
75 以上	673	6.3	879	3.7	0	0	1552	4.5
不詳	15	0.1	25	0.1	0	0	40	0.1
總計	689	6.4	2411	10.1	0	0	3100	9

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39.4%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(35%)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、114 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	3877	36.1	9747	40.8	13628	39.4
以家用瓦斯自殺及自為中毒	131	1.2	46	0.2	177	0.5

由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	742	6.9	583	2.4	1326	3.8
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	576	5.4	808	3.4	1384	4
溺水(淹死)自殺及自傷	441	4.1	696	2.9	1137	3.3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	23	0.2	4	0	27	0.1
切穿工具自殺及自傷	2596	24.2	9494	39.8	12099	35
由高處跳下自殺及自傷	1604	14.9	2797	11.7	4404	12.7
其他及未明示之方式自殺及自傷	1841	17.2	2464	10.3	4305	12.4

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」(52%)、「情感／人際關係」(44.4%)及「工作／經濟」(11.4%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(43.6%)、「情感／人際關係」(41.1%)及「工作／經濟」(15.6%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(55.8%)、「情感／人際關係」(45.9%)及「工作／經濟」(9.5%)。(如表 2-3-3)。

表 2-3-3、114 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	4406	41.1	10963	45.9	15373	44.4
精神健康／物質濫用	4677	43.6	13317	55.8	18005	52
工作／經濟	1673	15.6	2271	9.5	3947	11.4
生理疾病	1073	10	1127	4.7	2201	6.4
校園學生問題	716	6.7	2220	9.3	2936	8.5
迫害問題	156	1.5	497	2.1	654	1.9
其他原因	1020	9.5	1585	6.6	2606	7.5
無法說明及不詳	1223	11.4	1961	8.2	3186	9.2

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

以 114 年 1-9 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.7 次，尚未達到平均次數之縣市有新北市(平均 6.2 次)、桃園市(平均 6.3 次)、新竹縣(平均 5.2 次)、苗栗縣(平均 4.8 次)、彰化縣(平均 6.2 次)、雲林縣(平均 6.1 次)、嘉義縣(平均 4.9 次)、花蓮縣(平均 4.2 次)、澎湖縣(平均 6.6 次)、基隆市(平均 4.7 次)、新竹市(平均 5.4 次)、嘉義市(平均 6 次)、連江縣(平均 4.6 次)。(如表 2-3-4)。

表 2-3-4、114 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表(一般自殺個案)

	114 年 1-4 月		
	平均數	標準差	中位數
全國	6.7	5.11	6
新北市	6.2	4.29	6
臺北市	7.1	6.1	6
桃園市	6.3	4.04	7
臺中市	7.9	6.48	8
臺南市	7.4	4.95	8
高雄市	7.2	5.56	7
宜蘭縣	7.4	5.4	7
新竹縣	5.2	3.71	5
苗栗縣	4.8	3.86	4
彰化縣	6.2	4.43	6
南投縣	8.5	5.77	9
雲林縣	6.1	3.99	7
嘉義縣	4.9	4.67	3
屏東縣	8.2	4.62	9
臺東縣	10.1	7.25	10
花蓮縣	4.2	3.81	4
澎湖縣	6.6	5.58	7
基隆市	4.7	3.83	5
新竹市	5.4	4.41	4
嘉義市	6	3.77	6
金門縣	6.7	6.53	5
連江縣	4.6	3.78	4

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 113 年總通報人次為 50,796 人次，與前一年度相比上升 6.4%，114 年 1 至 9 月通報共 34,612 人次，與去年同期相比下降 8%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，113 年為 11.6，114 年 1-9 月為 12.9。

自殺企圖者在自殺方式部分，114 年 1-9 月「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39.4%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(35%)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，可見相比女性男性較常使用致命性較高的自殺方式。

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」(52%)、「情感／人際關係」(44.4%)及「工作／經濟」(11.4%)。

- 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 8.3 自殺通報與關懷訪視作業流程之滾動檢討與制度精進)。
- 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 113 年度總體自殺防治報告，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。

心理健康支持方案分析

一、背景(Context)

近年來，台灣年輕族群與青壯年族群的心理健康議題受到高度關注。衛生福利部於 112 年 8 月 1 日正式推動「年輕族群心理健康支持方案」，針對 15 至 30 歲族群提供每人三次的免費心理諮商服務，並與七大精神醫療與心理專業團體共同合作，旨在提升年輕族群的求助意願與心理健康可近性。方案的發展背景源自近年憂鬱症有年輕化趨勢，且就醫率偏低的問題。根據健保資料顯示，105 至 110 年間，15-30 歲人口中具有精神科相關診斷者自 22.1 萬人上升至 29.2 萬人，其占總就醫人口比例由 4.8% 提升至 7.0%，成長率達 47%。相關研究亦指出，年輕族群中高達四成具憂鬱症狀者未曾就醫，而求助障礙主要來自費用負擔與對資源管道的不熟悉。此現象使得「憂鬱症年輕化」與「就醫率低」成為公共衛生領域的重要課題，強調從前端介入的重要性。

「年輕族群心理健康支持方案」落實心理困擾初篩、三次心理諮商、以及高風險個案之醫療轉介等核心任務。方案實施後獲得廣泛回應，截至 112 年底，已有 17,178 名個案使用此服務，累積使用人次達 43,284 次，並成功轉介 5,715 位高風險個案進入醫療系統。使用者滿意度亦顯著偏高，96% 的使用者表示對方案滿意，95% 認為諮商服務對心理狀態有所助益，顯示此方案對促進年輕族群心理健康具有實質效果。

為因應更廣泛之青壯年心理健康需求，衛生福利部於後續推出「15-45 歲青壯世代心理健康支持方案」，將適用年齡由原先 15-30 歲向上延伸至 45 歲，以擴大心理健康支持之服務範圍。此方案同樣提供三次心理諮商補助，並同步推動心理困擾量測、風險辨識與轉介服務。政策擴大反映出青壯年族群在工作、經濟、人際與家庭等壓力因素下，對心理健康支持的需求逐年上升。臺灣政府亦同步推動包括校園自殺關懷轉介流程與心理急救包等措施，以建構更完整的心理健康防護網。

整體而言，15-30 歲方案以及後續擴大至 15-45 歲的政策，皆以提升求助可近性、降低心理健康汙名、促進早期辨識與介入為核心目標。本研究以 BSRS-5 前後測分析方案使用者的心理困擾變化，目的在於釐清方案是否有效改善個案心理狀態，並作為政策後續調整與成效評估的重要參考。

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) 15-30 歲心理健康支持方案檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處

b. 資料說明：使用方案個案諮商情形。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、個案居住地、機構縣市別、諮商方式等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(2) 15-45 歲心理健康支持方案檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處

b. 資料說明：使用方案個案諮商情形。

c. 資料內容：主要包含性別、年齡、個案居住地、機構縣市別、諮商方式等。

d. 資料串聯：以個人身分證字號進行串聯。

(3) 自殺死亡清冊檔。

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。

(4) 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) 15-30 歲心理健康支持方案資料檔及 15-45 歲心理健康支持方案資料檔(後稱心理健康支持方案檔)：由衛生福利部心理健康司提供，內容為使用方案個案之相關資料。

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「衛生福利資料科學中心」、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：113 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 113 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) 心理健康支持方案資料檔：
 - (1) 資料期間：112 年至 114 年。
 - (2) 說明：向衛生福利部心理健康司索取，截至第一次分析時的個案資料，包含個案性別、個案年齡、諮商方式、諮商對象、居住縣市、機構縣市等資料。

四、成果

1. 使用方案對象各項統計

心理健康支持方案自 112 年 8 月正式啟動，第一年度的服務對象主要聚焦在 15-30 歲族群。近年來青年族群在學業壓力、職涯轉換與人際適應等層面面臨逐漸增高的心理挑戰，因此方案在初期以青年為核心，以提供即時且可近的心理諮商資源。然而，中年族群在家庭責任、職場競爭與經濟壓力等方面所承受的心理負荷並不亞於青年，且其自殺風險更往往高於年輕族群。基於此風險考量，方案自 113 年 8 月起將服務範圍擴大至 15-45 歲，以期涵蓋更多可能面臨心理困擾與風險的族群。

在後續的統計分析中，本研究僅使用每位個案第一次接受諮商時的資

料，主要目的在於避免同位個案因使用多次方案而造成資料重複計算，同時也考量到並非所有個案都會完成三次諮商紀錄。藉由統一以首次諮商資料為基準，可以更準確呈現方案使用者的特性與族群樣貌，也能避免因使用次數差異而產生的偏誤。

1) 居住縣市年齡層統計

在 15-30 歲方案中(表 2-4-1)，不分性別的首次使用者明顯集中於六都，新北市、臺北市、臺中市、臺南市、桃園市與高雄市的使用比例遠高於其他縣市。所有縣市的年齡層分布皆呈現一致的模式，即以 25-29 歲為主要使用者(多在 46%-53%之間)，其次為 20-24 歲(約 26%-30%)，而 15-19 歲族群占比略低但仍具一定比例。10-14 歲與 30-34 歲族群在人數上都明顯偏少，顯示方案使用者的核心年齡層集中在 20-29 歲之間。非六都縣市雖人數較低，但分布結構與六都一致，反映整體年齡結構相當穩定。

表 2-4-1、15-30 歲方案首次使用年齡層分析(不分性別)

	10-14 歲	15-19 歲	20-24 歲	25-29 歲	30-34 歲	總計
全國	12(0.0)	4765(15.1)	8782(27.9)	15136(48.1)	2747(8.7)	31454(100.0)
新北市	3(0.1)	595(11.2)	1381(26.0)	2792(52.6)	538(10.1)	5310(100.0)
臺北市	0(0.0)	475(10.9)	1149(26.4)	2285(52.5)	444(10.2)	4353(100.0)
桃園市	1(0.0)	512(18.1)	808(28.6)	1275(45.1)	233(8.2)	2829(100.0)
臺中市	0(0.0)	579(13.8)	1225(29.2)	2018(48.1)	370(8.8)	4193(100.0)
臺南市	1(0.0)	390(15.7)	713(28.7)	1157(46.7)	217(8.8)	2480(100.0)
高雄市	2(0.0)	712(16.1)	1291(29.2)	2064(46.7)	352(8.0)	4421(100.0)
宜蘭縣	1(0.2)	81(18.4)	121(27.5)	196(44.5)	41(9.3)	440(100.0)
新竹縣	0(0.0)	150(18.5)	188(23.1)	404(49.7)	71(8.7)	813(100.0)
苗栗縣	0(0.0)	90(17.8)	147(29.0)	229(45.2)	41(8.1)	507(100.0)
彰化縣	1(0.1)	223(19.6)	329(28.9)	503(44.2)	82(7.2)	1138(100.0)
南投縣	0(0.0)	136(27.6)	144(29.2)	183(37.1)	28(5.7)	493(100.0)
雲林縣	1(0.1)	146(19.5)	216(28.9)	318(42.6)	62(8.3)	747(100.0)
嘉義縣	0(0.0)	52(13.4)	132(34.0)	177(45.6)	27(7.0)	388(100.0)
屏東縣	0(0.0)	197(23.9)	250(30.3)	325(39.4)	52(6.3)	824(100.0)
臺東縣	0(0.0)	37(15.7)	56(23.7)	119(50.4)	24(10.2)	236(100.0)
花蓮縣	1(0.2)	64(14.6)	158(36.2)	184(42.1)	30(6.9)	437(100.0)
澎湖縣	0(0.0)	5(14.7)	12(35.3)	15(44.1)	2(5.9)	34(100.0)
基隆市	1(0.3)	50(14.5)	99(28.7)	171(49.6)	24(7.0)	345(100.0)
新竹市	0(0.0)	200(18.3)	264(24.1)	545(49.8)	84(7.7)	1095(100.0)
嘉義市	0(0.0)	56(17.6)	87(27.4)	152(47.8)	23(7.2)	318(100.0)

表 2-4-1、15-30 歲方案首次使用年齡層分析(不分性別)

金門縣	0(0.0)	15(28.8)	12(23.1)	23(44.2)	2(3.8)	52(100.0)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)

在男性個案中(表 2-4-2)，六都仍為主要的方案使用來源地，且新北、臺北與高雄的使用人數相對較多。男性的年齡結構比整體更明顯偏向 20-29 歲族群，特別是 25-29 歲占比普遍落在 43%-51%，並在多數縣市呈現最高比例；其次為 20-24 歲族群，占比多落在 26%-32%。15-19 歲的比例略高於女性，顯示部分男性可能在學業壓力或轉銜階段即出現求助需求。整體而言，男性在非六都的使用人數相對更少，但仍呈現相同的年齡層分布模式。

表 2-4-2、15-30 歲方案首次使用年齡層分析(男性)

	10-14 歲	15-19 歲	20-24 歲	25-29 歲	30-34 歲	總計
全國	4(0.0)	1531(17.6)	2449(28.2)	3970(45.7)	733(8.4)	8692(100.0)
新北市	1(0.1)	190(14.2)	329(24.6)	681(50.9)	136(10.2)	1338(100.0)
臺北市	0(0.0)	163(15.2)	282(26.3)	518(48.2)	111(10.3)	1074(100.0)
桃園市	0(0.0)	137(17.1)	253(31.6)	346(43.2)	65(8.1)	801(100.0)
臺中市	0(0.0)	181(16.4)	309(28.0)	525(47.6)	88(8.0)	1103(100.0)
臺南市	0(0.0)	128(18.2)	207(29.5)	304(43.3)	63(9.0)	702(100.0)
高雄市	2(0.2)	240(18.8)	378(29.6)	555(43.5)	100(7.8)	1275(100.0)
宜蘭縣	0(0.0)	23(19.7)	30(25.6)	55(47.0)	9(7.7)	117(100.0)
新竹縣	0(0.0)	53(23.0)	62(27.0)	101(43.9)	14(6.1)	230(100.0)
苗栗縣	0(0.0)	24(15.1)	46(28.9)	77(48.4)	12(7.5)	159(100.0)
彰化縣	1(0.3)	89(24.5)	106(29.1)	142(39.0)	26(7.1)	364(100.0)
南投縣	0(0.0)	44(25.1)	56(32.0)	65(37.1)	9(5.1)	175(100.0)
雲林縣	0(0.0)	47(19.2)	74(30.2)	108(44.1)	15(6.1)	245(100.0)
嘉義縣	0(0.0)	16(16.8)	30(31.6)	41(43.2)	8(8.4)	95(100.0)
屏東縣	0(0.0)	58(22.1)	88(33.6)	100(38.2)	16(6.1)	262(100.0)
臺東縣	0(0.0)	14(22.2)	14(22.2)	29(46.0)	6(9.5)	63(100.0)
花蓮縣	0(0.0)	15(12.8)	43(36.8)	50(42.7)	9(7.7)	117(100.0)
澎湖縣	0(0.0)	1(7.1)	5(35.7)	6(42.9)	2(14.3)	14(100.0)
基隆市	0(0.0)	14(13.3)	32(30.5)	51(48.6)	8(7.6)	105(100.0)
新竹市	0(0.0)	68(20.3)	72(21.5)	162(48.4)	31(9.3)	335(100.0)
嘉義市	0(0.0)	20(20.4)	27(27.6)	46(46.9)	5(5.1)	98(100.0)
金門縣	0(0.0)	6(31.6)	6(31.6)	7(36.8)	0(0.0)	19(100.0)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)

女性使用者的縣市分布與男性相似，同樣以六都占最大比例，但女性的使用量顯著高於男性。女性的年齡層分布結構亦高度一致，25-29 歲為

各縣市的主要使用者(多達 48%-54%)，其次為 20-24 歲(約 26%-30%)，而 15-19 歲略低於男性但仍占一成以上。女性在各縣市的比例分布整體比男性更集中於 25-29 歲，顯示女性在青年成年期的心理支持需求特別突出。在離島與人口較少的縣市，女性使用者仍明顯比男性多，顯示其更傾向於使用心理健康支持服務。

表 2-4-3、15-30 歲方案首次使用年齡層分析(女性)

	10-14 歲	15-19 歲	20-24 歲	25-29 歲	30-34 歲	總計
全國	8(0.0)	3225(14.3)	6258(27.7)	11062(49.0)	1997(8.9)	22557(100.0)
新北市	2(0.1)	405(10.3)	1036(26.5)	2076(53.0)	396(10.1)	3915(100.0)
臺北市	0(0.0)	310(9.6)	840(26.1)	1742(54.1)	325(10.1)	3217(100.0)
桃園市	1(0.0)	374(18.5)	551(27.3)	926(45.8)	168(8.3)	2020(100.0)
臺中市	0(0.0)	397(12.9)	910(29.6)	1487(48.4)	280(9.1)	3075(100.0)
臺南市	1(0.1)	262(14.8)	502(28.4)	849(48.0)	154(8.7)	1770(100.0)
高雄市	0(0.0)	471(15.0)	911(29.1)	1496(47.8)	252(8.1)	3130(100.0)
宜蘭縣	1(0.3)	57(17.7)	91(28.3)	141(43.8)	32(9.9)	322(100.0)
新竹縣	0(0.0)	97(16.7)	125(21.5)	302(52.0)	57(9.8)	581(100.0)
苗栗縣	0(0.0)	66(19.0)	101(29.0)	152(43.7)	29(8.3)	348(100.0)
彰化縣	0(0.0)	133(17.3)	221(28.8)	358(46.6)	56(7.3)	768(100.0)
南投縣	0(0.0)	92(28.9)	88(27.7)	118(37.1)	19(6.0)	318(100.0)
雲林縣	1(0.2)	99(19.8)	141(28.2)	209(41.8)	47(9.4)	500(100.0)
嘉義縣	0(0.0)	36(12.4)	101(34.8)	134(46.2)	19(6.6)	290(100.0)
屏東縣	0(0.0)	138(24.8)	159(28.6)	223(40.1)	36(6.5)	556(100.0)
臺東縣	0(0.0)	23(13.3)	42(24.3)	90(52.0)	18(10.4)	173(100.0)
花蓮縣	1(0.3)	49(15.5)	113(35.6)	134(42.3)	20(6.3)	317(100.0)
澎湖縣	0(0.0)	4(20.0)	7(35.0)	9(45.0)	0(0.0)	20(100.0)
基隆市	1(0.4)	35(14.8)	64(27.1)	120(50.8)	16(6.8)	236(100.0)
新竹市	0(0.0)	132(17.6)	189(25.2)	375(50.1)	53(7.1)	749(100.0)
嘉義市	0(0.0)	36(16.4)	60(27.4)	105(47.9)	18(8.2)	219(100.0)
金門縣	0(0.0)	9(27.3)	6(18.2)	16(48.5)	2(6.1)	33(100.0)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

在整體 15-45 歲的首次使用者中(表 2-4-4)，年齡分布呈現由年輕成人向中年延伸的特性。整體最高比例仍集中於 25-29 歲(約 26%)，其後依序為 30-34 歲(約 23%)與 20-24 歲(約 15%)，而 35-39 歲(15%)與 40-44 歲(11%)也具有一定佔比，顯示方案擴大後吸引到相當比例的中年使用者。15-19 歲約占 9%，而 45-49 歲的比例最低，僅約 2%。六都分布趨勢接近全國平均，南投、澎湖等縣市在 35-44 歲族群的比例偏高，顯示中年人口的使用佔比較明顯。

表 2-4-4、15-45 歲使用年齡層分析(不分性別)

	15-19 歲	20-24 歲	25-29 歲	30-34 歲
全國	5230(8.6)	8876(14.7)	15528(25.7)	13752(22.7)
新北市	725(6.6)	1553(14.2)	2964(27.0)	2705(24.7)
臺北市	544(5.8)	1230(13.1)	2633(28.1)	2318(24.7)
桃園市	486(9.1)	792(14.8)	1357(25.3)	1239(23.1)
臺中市	604(7.6)	1236(15.6)	2035(25.8)	1867(23.6)
臺南市	443(9.4)	701(14.9)	1142(24.4)	1013(21.6)
高雄市	868(10.1)	1268(14.8)	2053(24.0)	1800(21.0)
宜蘭縣	65(8.7)	119(16.0)	190(25.5)	148(19.9)
新竹縣	157(10.0)	160(10.2)	391(25.0)	380(24.3)
苗栗縣	79(10.0)	124(15.7)	198(25.0)	156(19.7)
彰化縣	248(13.3)	300(16.1)	435(23.4)	395(21.2)
南投縣	156(20.7)	109(14.4)	145(19.2)	130(17.2)
雲林縣	174(13.8)	230(18.2)	291(23.0)	223(17.6)
嘉義縣	59(9.8)	121(20.1)	156(26.0)	129(21.5)
屏東縣	195(13.9)	235(16.7)	328(23.3)	260(18.5)
臺東縣	35(7.9)	55(12.5)	105(23.8)	101(22.9)
花蓮縣	60(7.5)	149(18.5)	204(25.4)	166(20.6)
澎湖縣	11(15.3)	10(13.9)	9(12.5)	17(23.6)
基隆市	64(10.3)	90(14.4)	170(27.3)	142(22.8)
新竹市	190(9.7)	279(14.2)	524(26.7)	404(20.6)
嘉義市	56(8.9)	98(15.5)	174(27.5)	134(21.2)
金門縣	11(10.9)	17(16.8)	24(23.8)	23(22.8)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(66.7)
	35-39 歲	40-44 歲	45-49 歲	總計
全國	9068(15.0)	6967(11.5)	1049(1.7)	60470(100.0)
新北市	1654(15.1)	1185(10.8)	182(1.7)	10968(100.0)
臺北市	1424(15.2)	1050(11.2)	167(1.8)	9366(100.0)
桃園市	785(14.6)	620(11.6)	83(1.5)	5362(100.0)
臺中市	1189(15.1)	846(10.7)	123(1.6)	7900(100.0)
臺南市	752(16.0)	558(11.9)	80(1.7)	4689(100.0)
高雄市	1301(15.2)	1095(12.8)	173(2.0)	8558(100.0)
宜蘭縣	120(16.1)	90(12.1)	12(1.6)	744(100.0)
新竹縣	232(14.8)	219(14.0)	26(1.7)	1565(100.0)
苗栗縣	137(17.3)	85(10.7)	13(1.6)	792(100.0)
彰化縣	259(13.9)	203(10.9)	22(1.2)	1862(100.0)
南投縣	112(14.8)	91(12.1)	12(1.6)	755(100.0)

表 2-4-4、15-45 歲使用年齡層分析(不分性別)

雲林縣	174(13.8)	138(10.9)	34(2.7)	1264(100.0)
嘉義縣	84(14.0)	51(8.5)	1(0.2)	601(100.0)
屏東縣	185(13.1)	170(12.1)	34(2.4)	1407(100.0)
臺東縣	60(13.6)	74(16.8)	11(2.5)	441(100.0)
花蓮縣	114(14.2)	101(12.6)	10(1.2)	804(100.0)
澎湖縣	15(20.8)	8(11.1)	2(2.8)	72(100.0)
基隆市	89(14.3)	57(9.1)	11(1.8)	623(100.0)
新竹市	284(14.5)	242(12.3)	38(1.9)	1961(100.0)
嘉義市	87(13.8)	72(11.4)	11(1.7)	632(100.0)
金門縣	10(9.9)	12(11.9)	4(4.0)	101(100.0)
連江縣	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(100.0)

在男性方案使用者中，首次使用的年齡分布呈現明顯的年輕至中年過渡型態。整體最高比例落在 25-29 歲(約 24%)，其次為 20-24 歲(15%)與 30-34 歲(約 23%)，分布與不分性別的結果相似，顯示男性的使用年齡也集中於進入職場初期與職涯建立階段。35-39 歲約 15%，40-44 歲約 11%，反映方案擴大後亦吸引到一定比例的中年男性，可能與家庭責任、工作壓力累積等因素相關。45-49 歲的比例最低，約 1.5%。

六都的分布大致與全國一致，其中臺北市、新北市與高雄市的 25-34 歲佔比特別集中，反映都市地區年輕與中年男性使用心理諮詢的需求較高。中南部(如臺南、彰化、雲林)雖整體人數較少，但 35-39 歲的比例相對略高，顯示部分縣市的男性較可能在進入中年後才接觸心理支持服務。

表 2-4-5、15-45 歲使用年齡層分析(男性)

	15-19 歲	20-24 歲	25-29 歲	30-34 歲
全國	1827(10.8)	2547(15.0)	4137(24.4)	3856(22.7)
新北市	234(7.9)	397(13.4)	762(25.7)	771(26.0)
臺北市	218(8.6)	309(12.2)	661(26.2)	657(26.0)
桃園市	150(9.9)	230(15.2)	375(24.8)	347(22.9)
臺中市	193(9.4)	323(15.7)	512(24.9)	469(22.8)
臺南市	168(12.7)	223(16.8)	324(24.5)	271(20.5)
高雄市	336(13.4)	380(15.2)	579(23.1)	507(20.3)
宜蘭縣	23(11.2)	32(15.5)	58(28.2)	41(19.9)
新竹縣	54(12.5)	54(12.5)	93(21.6)	105(24.4)
苗栗縣	27(11.6)	45(19.4)	56(24.1)	45(19.4)
彰化縣	105(17.4)	93(15.4)	122(20.2)	137(22.7)
南投縣	44(20.2)	43(19.7)	41(18.8)	35(16.1)
雲林縣	64(15.1)	100(23.6)	91(21.5)	55(13.0)

表 2-4-5、15-45 歲使用年齡層分析(男性)

嘉義縣	23(13.4)	35(20.3)	34(19.8)	39(22.7)
屏東縣	57(13.4)	70(16.5)	91(21.5)	81(19.1)
臺東縣	5(4.3)	14(12.1)	27(23.3)	28(24.1)
花蓮縣	20(8.8)	40(17.6)	52(22.9)	48(21.1)
澎湖縣	2(9.5)	5(23.8)	1(4.8)	8(38.1)
基隆市	19(11.8)	28(17.4)	39(24.2)	35(21.7)
新竹市	63(10.1)	88(14.2)	169(27.2)	131(21.1)
嘉義市	19(10.9)	33(18.9)	43(24.6)	39(22.3)
金門縣	3(10.0)	5(16.7)	7(23.3)	6(20.0)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
	35-39 歲	40-44 歲	45-49 歲	總計
全國	2455(14.5)	1872(11.0)	256(1.5)	16950(100.0)
新北市	441(14.9)	326(11.0)	38(1.3)	2969(100.0)
臺北市	375(14.8)	270(10.7)	36(1.4)	2526(100.0)
桃園市	222(14.7)	162(10.7)	26(1.7)	1512(100.0)
臺中市	312(15.2)	217(10.6)	27(1.3)	2053(100.0)
臺南市	169(12.8)	150(11.3)	19(1.4)	1324(100.0)
高雄市	365(14.6)	297(11.9)	39(1.6)	2503(100.0)
宜蘭縣	32(15.5)	19(9.2)	1(0.5)	206(100.0)
新竹縣	70(16.2)	49(11.4)	6(1.4)	431(100.0)
苗栗縣	29(12.5)	27(11.6)	3(1.3)	232(100.0)
彰化縣	79(13.1)	61(10.1)	7(1.2)	604(100.0)
南投縣	36(16.5)	17(7.8)	2(0.9)	218(100.0)
雲林縣	55(13.0)	42(9.9)	17(4.0)	424(100.0)
嘉義縣	30(17.4)	11(6.4)	0(0.0)	172(100.0)
屏東縣	58(13.7)	55(13.0)	12(2.8)	424(100.0)
臺東縣	16(13.8)	21(18.1)	5(4.3)	116(100.0)
花蓮縣	35(15.4)	31(13.7)	1(0.4)	227(100.0)
澎湖縣	4(19.0)	1(4.8)	0(0.0)	21(100.0)
基隆市	19(11.8)	17(10.6)	4(2.5)	161(100.0)
新竹市	85(13.7)	76(12.2)	9(1.4)	621(100.0)
嘉義市	20(11.4)	18(10.3)	3(1.7)	175(100.0)
金門縣	3(10.0)	5(16.7)	1(3.3)	30(100.0)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)

女性在首次使用心理健康支持方案時，年齡分布同樣集中於 25-34 歲，並呈現高度一致的趨勢。全國資料顯示，25-29 歲(約 26%)仍是主要使用者，其次為 30-34 歲(約 23%)與 20-24 歲(約 15%)，15-19 歲的占比

約 8%，比例相較男性略低。35-39 歲與 40-44 歲依序佔約 15%與 12%，顯示女性在擴大方案後也有相當比例的中年族群參與，反映職涯、家庭與照顧壓力累積的需求。

六都的分布與全國趨勢接近，特別是臺北市、新北市與高雄市的 25-34 歲比例更為突出，顯示都會地區女性更傾向於在早期職涯與育齡階段尋求心理支持。部分縣市如嘉義縣、苗栗縣與花蓮縣則呈現 35 歲以上比例略高的現象，可能反映地方地區女性在面臨家庭壓力、照顧責任或健康問題時更可能使用相關服務。

表 2-4-6、15-45 歲使用年齡層分析(女性)

	15-19 歲	20-24 歲	25-29 歲	30-34 歲
全國	3394(7.9)	6268(14.5)	11286(26.1)	9828(22.8)
新北市	490(6.2)	1145(14.5)	2177(27.5)	1919(24.2)
臺北市	326(4.8)	908(13.4)	1940(28.7)	1646(24.4)
桃園市	333(8.7)	558(14.6)	978(25.6)	885(23.1)
臺中市	410(7.1)	905(15.6)	1513(26.0)	1393(24.0)
臺南市	275(8.2)	474(14.2)	813(24.4)	734(22.0)
高雄市	531(8.8)	879(14.6)	1461(24.3)	1288(21.4)
宜蘭縣	41(7.7)	86(16.1)	132(24.7)	106(19.9)
新竹縣	103(9.2)	104(9.3)	294(26.2)	274(24.4)
苗栗縣	51(9.2)	79(14.3)	140(25.3)	108(19.5)
彰化縣	143(11.4)	207(16.5)	312(24.8)	257(20.5)
南投縣	112(20.9)	66(12.3)	103(19.2)	95(17.7)
雲林縣	110(13.1)	129(15.4)	200(23.9)	168(20.0)
嘉義縣	36(8.5)	85(20.0)	121(28.5)	90(21.2)
屏東縣	138(14.2)	164(16.9)	235(24.2)	177(18.2)
臺東縣	30(9.3)	41(12.7)	78(24.2)	73(22.7)
花蓮縣	40(7.0)	107(18.8)	151(26.5)	115(20.2)
澎湖縣	9(17.6)	5(9.8)	8(15.7)	9(17.6)
基隆市	45(9.7)	62(13.4)	131(28.4)	107(23.2)
新竹市	126(9.5)	189(14.2)	351(26.5)	271(20.4)
嘉義市	37(8.1)	63(13.9)	131(28.9)	95(20.9)
金門縣	8(11.3)	12(16.9)	17(23.9)	17(23.9)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)
	35-39 歲	40-44 歲	45-49 歲	總計
全國	6556(15.2)	5044(11.7)	789(1.8)	43165(100.0)
新北市	1205(15.2)	845(10.7)	142(1.8)	7923(100.0)
臺北市	1033(15.3)	771(11.4)	130(1.9)	6754(100.0)

表 2-4-6、15-45 歲使用年齡層分析(女性)

桃園市	563(14.7)	453(11.8)	57(1.5)	3827(100.0)
臺中市	870(15.0)	625(10.8)	96(1.7)	5812(100.0)
臺南市	575(17.2)	405(12.1)	61(1.8)	3337(100.0)
高雄市	931(15.5)	791(13.2)	134(2.2)	6015(100.0)
宜蘭縣	88(16.5)	71(13.3)	10(1.9)	534(100.0)
新竹縣	159(14.1)	170(15.1)	20(1.8)	1124(100.0)
苗栗縣	107(19.3)	58(10.5)	10(1.8)	553(100.0)
彰化縣	180(14.3)	142(11.3)	15(1.2)	1256(100.0)
南投縣	76(14.2)	74(13.8)	10(1.9)	536(100.0)
雲林縣	119(14.2)	95(11.3)	17(2.0)	838(100.0)
嘉義縣	53(12.5)	39(9.2)	1(0.2)	425(100.0)
屏東縣	123(12.7)	113(11.6)	22(2.3)	972(100.0)
臺東縣	42(13.0)	52(16.1)	6(1.9)	322(100.0)
花蓮縣	78(13.7)	70(12.3)	9(1.6)	570(100.0)
澎湖縣	11(21.6)	7(13.7)	2(3.9)	51(100.0)
基隆市	70(15.2)	40(8.7)	7(1.5)	462(100.0)
新竹市	198(14.9)	163(12.3)	29(2.2)	1327(100.0)
嘉義市	67(14.8)	53(11.7)	8(1.8)	454(100.0)
金門縣	7(9.9)	7(9.9)	3(4.2)	71(100.0)
連江縣	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)

綜合兩方案的年齡分佈可見，使用者主要仍集中在 25-29 歲，不論在 15-30 歲或 15-45 歲方案中皆為最高峰，顯示青年族群在出社會初期對心理支持服務的需求最為顯著。15-30 歲方案中，20-24 歲為第二大族群，而 30-34 歲因不在服務範圍而未顯現；但在 15-45 歲方案中，30-34 歲的比例迅速攀升至第二高，甚至在部分縣市接近 25-29 歲，顯示方案擴大後明顯吸引到進入家庭與職涯穩定期的中年初段人口。

35-44 歲則在 15-45 歲方案中逐步增加(各約占 15%)，形成青年向中年延伸的使用曲線，而 15-19 歲在兩方案中皆維持較小比例，顯示學生族群仍主要依靠校內系統。整體而言，15-30 歲方案使用個案是以青年為主，而 15-45 歲方案則是青年到剛邁入中年的年齡層，可見方案擴大後成功涵蓋更多年齡層的心理健康需求。

2) 逐月使用人數

15-30 歲方案自 112 年 8 月開始執行後(表 2-4-7)，啟動當月即湧入大量使用者(約 5,800 人)，反映方案上路初期的宣傳效應與累積需求。進入 113 年後，月使用量趨於穩定，每月大致維持在 1,600-2,600 人之間，並

於 3 月、5 月、11 月等月份出現相對較高的使用量，顯示青年族群在開學、畢業求職、年末壓力積累等時點的心理諮商需求較為明顯。

從性別觀察，女性每月的使用量均為男性的約兩倍，與整體方案使用者性別結構一致。男性使用量在 113 年主要介於 480-950 人之間，女性則介於 1,100-2,400 人之間，但兩者的波動趨勢一致，15-30 歲方案呈現首月高峰、後續月份則表現平穩。

表 2-4-7、15-30 歲方案逐月使用人數(第一次)

逐月使用人數(不分性別)			逐月使用人數(男性)		逐月使用人數(女性)			
月份	112	113	月份	112	113	月份	112	113
1		2264	1		602	1		1654
2		1608	2		484	2		1114
3		2285	3		640	3		1635
4		1985	4		516	4		1456
5		2588	5		713	5		1864
6		2086	6		626	6		1450
7		1477	7		446	7		1024
8	5801		8	1498		8	4240	
9	2165		9	597		9	1554	
10	3414		10	946		10	2444	
11	3291		11	910		11	2355	
12	2473		12	708		12	1756	

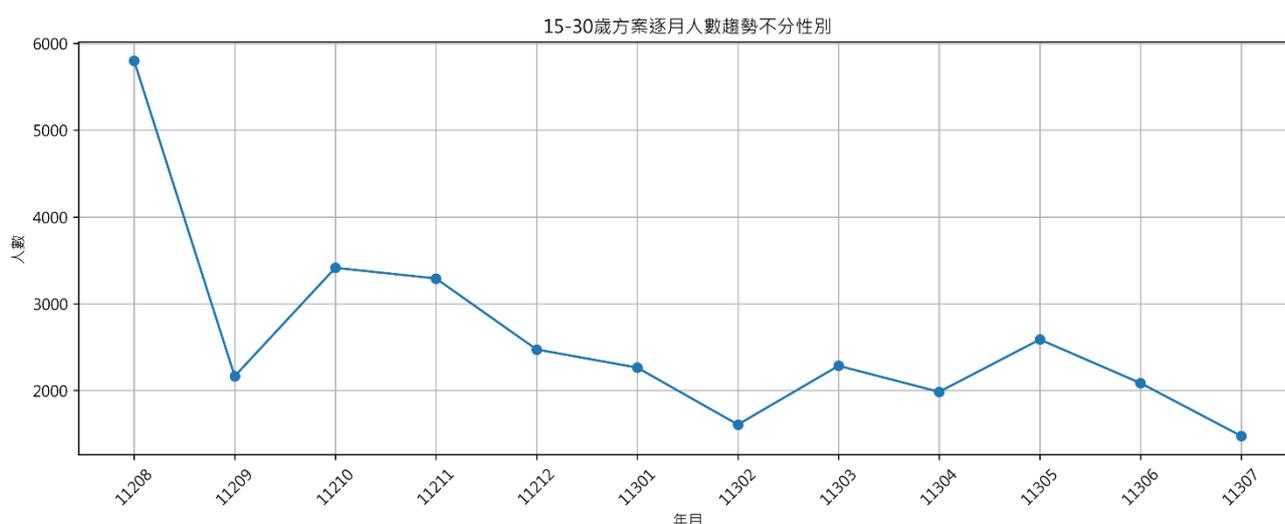


圖 2-4-1、逐月使用人數趨勢圖(不分性別)



圖 2-4-2、逐月使用人數趨勢圖(男性)



圖 2-4-3、逐月使用人數趨勢圖(女性)

15-45 歲方案於 113 年 8 月正式上路後(表 2-4-8)，逐月使用人數也呈現明顯的首月高峰與第二年穩定化的趨勢。113 年 8 月啟動當月即達 9,189 人，遠高於後續各月份，顯示方案加入中年族群後，首次接觸心理支持服務的使用者大幅湧入，但並無限制 15-30 歲方案申請後不能再申請 15-45 歲方案，因此可能會有一定數量的重複個案。隨後的月份逐漸回落並穩定在 5,700-7,000 人之間。

進入 114 年後，逐月使用量維持在 4,400-4,800 人的區間，相較啟動年度較為平穩，呈現穩定的使用模式。月度波動亦出現在年初與年末，3-4 月偏高，5-6 月較低，反映可能存在季節性變化。

性別結構方面，女性使用者依然顯著高於男性，女性每月大約維持在

3,100-5,100 人之間，而男性則落在 1,100-2,500 人。兩性的人數波動趨勢高度一致，在 3-4 月與 10-11 月明顯上升，反映不同年齡層在固定生活週期中的心理支持需求同步增加。

表 2-4-8、15-30 歲方案逐月使用人數(第一次)

逐月使用人數(不分性別)			逐月使用人數(男性)			逐月使用人數(女性)		
月份	113	114	月份	113	114	月份	113	114
1		4483	1		1265	1		3191
2		4536	2		1315	2		3191
3		4732	3		1386	3		3311
4		4712	4		1302	4		3381
5		3821	5		1166	5		2634
6		3744	6		1095	6		2622
7			7			7		
8	9189		8	2515		8	6635	
9	6344		9	1739		9	4578	
10	6045		10	1613		10	4391	
11	7099		11	1931		11	5117	
12	5765		12	1623		12	4114	

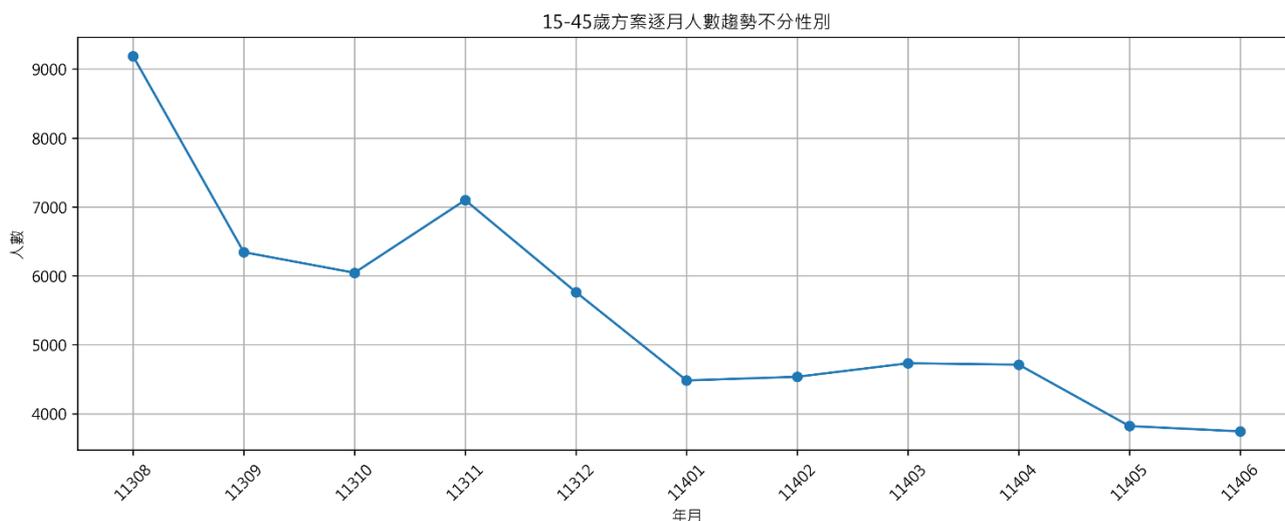


圖 2-4-4、逐月使用人數趨勢圖(不分性別)

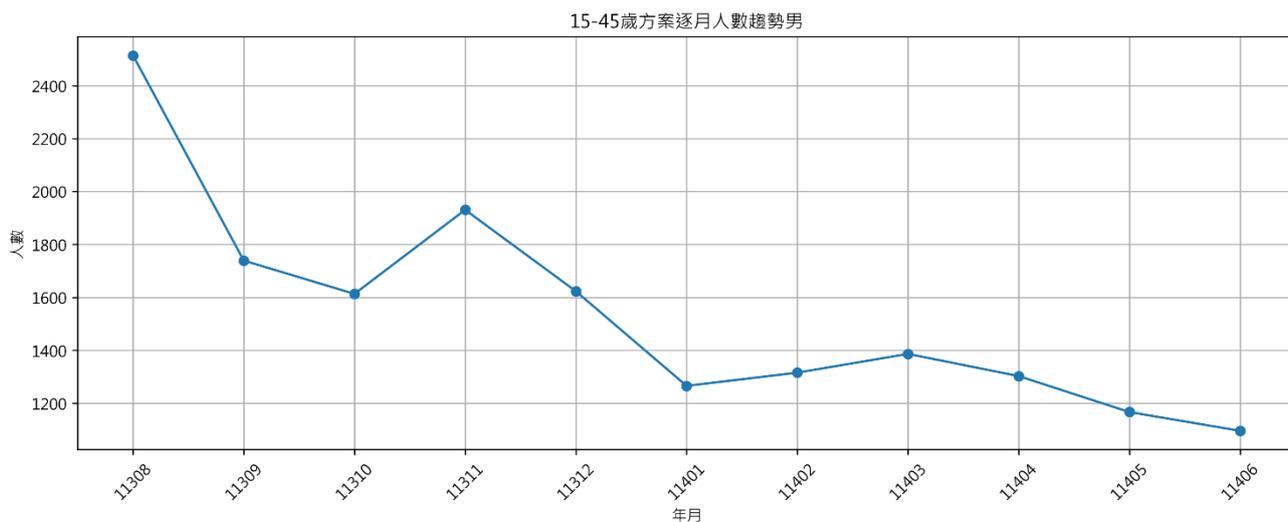


圖 2-4-5、逐月使用人數趨勢圖(男性)

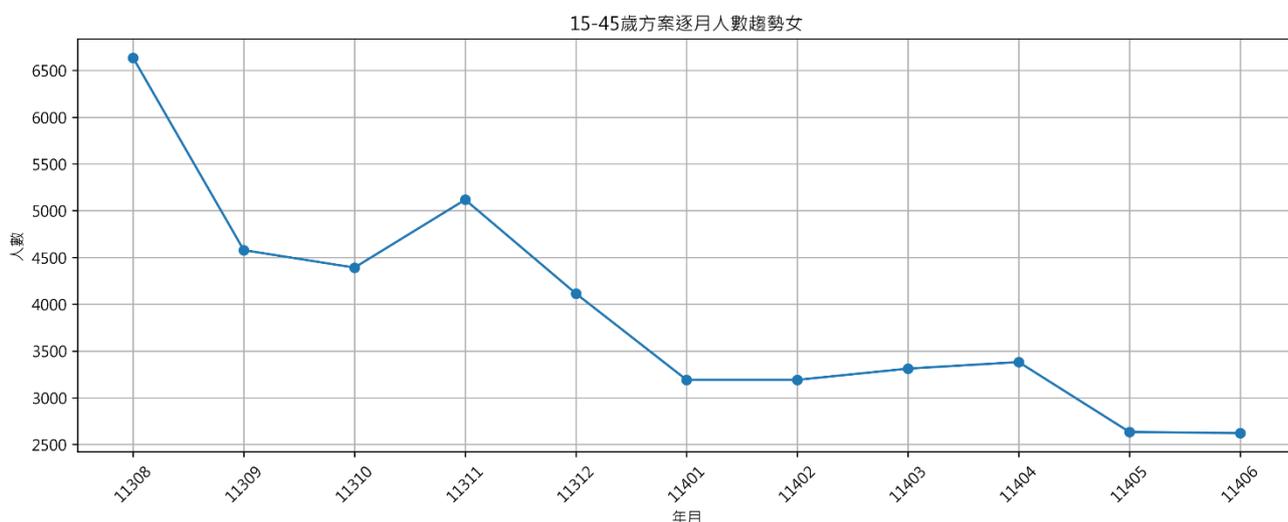


圖 2-4-6、逐月使用人數趨勢圖(女性)

3) 各項欄位統計

表 2-4-9、共通欄位統計表

	15-30 歲		15-45 歲	
	人數	比例	人數	比例
醫事人員類別				
諮商心理師	21141	67.2%	41645	68.9%
臨床心理師	9930	31.6%	18188	30.1%
醫師	383	1.2%	637	1.1%
個案居住地				
新北市	5310	16.9%	10968	18.1%

表 2-4-9、共通欄位統計表

臺北市	4353	13.8%	9366	15.5%
桃園市	2829	9.0%	5362	8.9%
臺中市	4193	13.3%	7900	13.1%
臺南市	2480	7.9%	4689	7.8%
高雄市	4421	14.1%	8558	14.2%
宜蘭縣	440	1.4%	744	1.2%
新竹縣	813	2.6%	1565	2.6%
苗栗縣	507	1.6%	792	1.3%
彰化縣	1138	3.6%	1862	3.1%
南投縣	493	1.6%	755	1.2%
雲林縣	747	2.4%	1264	2.1%
嘉義縣	388	1.2%	601	1.0%
屏東縣	824	2.6%	1407	2.3%
臺東縣	236	0.8%	441	0.7%
花蓮縣	437	1.4%	804	1.3%
澎湖縣	34	0.1%	72	0.1%
基隆市	345	1.1%	623	1.0%
新竹市	1095	3.5%	1961	3.2%
嘉義市	318	1.0%	632	1.0%
金門縣	52	0.2%	101	0.2%
連江縣	1	0.0%	3	0.0%
機構縣市				
新北市	3235	10.3%	7024	11.6%
臺北市	7018	22.3%	14547	24.1%
桃園市	2509	8.0%	4765	7.9%
臺中市	4228	13.4%	8013	13.3%
臺南市	2526	8.0%	4733	7.8%
高雄市	4573	14.5%	8746	14.5%
宜蘭縣	397	1.3%	639	1.1%
新竹縣	712	2.3%	1392	2.3%
苗栗縣	331	1.1%	509	0.8%
彰化縣	1012	3.2%	1623	2.7%
南投縣	400	1.3%	741	1.2%
雲林縣	714	2.3%	1174	1.9%
嘉義縣	264	0.8%	383	0.6%
屏東縣	662	2.1%	1175	1.9%
臺東縣	222	0.7%	426	0.7%

表 2-4-9、共通欄位統計表

花蓮縣	431	1.4%	801	1.3%
澎湖縣	25	0.1%	51	0.1%
基隆市	272	0.9%	377	0.6%
新竹市	1375	4.4%	2349	3.9%
嘉義市	504	1.6%	921	1.5%
金門縣	44	0.1%	81	0.1%
連江縣				
諮商方式				
面對面	31001	98.6%	59614	98.6%
視訊	453	1.4%	856	1.4%
年齡層				
10-14 歲	12	0.0%	0	0.0%
15-19 歲	4765	15.1%	5230	8.6%
20-24 歲	8782	27.9%	8876	14.7%
25-29 歲	15136	48.1%	15528	25.7%
30-34 歲	2747	8.7%	13752	22.7%
35-39 歲	0	0.0%	9068	15.0%
40-44 歲	0	0.0%	6967	11.5%
45-49 歲	0	0.0%	1049	1.7%
不詳	12	0.0%	0	0.0%

依據 15-30 歲與 15-45 歲兩項方案的共通欄位統計顯示(表 2-4-9)，使用者在實際接受服務時，多數由「諮商心理師」提供協助，其次為「臨床心理師」，而由醫師提供服務者相對極少，比例僅約 1% 左右。從個案居住地來看，服務使用量仍集中於六都，其中臺北市、新北市、高雄市與臺中市的使用人數最高；臺南市雖然屬六都，但使用人數相對較低，可能與方案名額的分配及在地推廣策略相關。

從服務機構所在地(機構縣市)亦可觀察到相同趨勢，臺北市作為北部醫療與心理資源最密集的地區，機構端的服務提供量最高，其次為高雄市、臺中市與新北市，呈現出都市地區具備較高的服務量能與可近性。兩個方案在「諮商方式」上幾乎一致，皆以面對面諮商為主，視訊諮商僅約佔 1% 至 1.4% 左右。

在年齡層分布方面，15-30 歲方案的主要使用年齡集中於「25-29 歲」及「20-24 歲」，而 15-45 歲方案除保有 25-29 歲的高峰外，「30-34 歲」、「35-39 歲」及「40-44 歲」皆有明顯的使用量，反映該方案的服務群體更廣，也呈現成年族群對心理健康協助的需求。較為特別的是，「15-

19 歲」的使用人數在兩方案中皆偏低，顯示學生族群可能仍主要依賴校園內既有的輔導、心理諮商或學校社工系統，因此相對較少進入衛福部的心理健康支持方案；相較之下，進入職場或成年後的族群較可能直接尋求外部的心理健康協助。

綜合整體結果，兩方案的使用樣態呈現出高度一致性：都市地區因為資源密集、宣導充分與方案名額較多，使得使用者明顯集中在六都；提供服務的醫事人員以心理師為主；諮商方式幾乎全部採面對面進行；而從年齡層可看出方案的主要使用族群以青年至中年早期為主，反映出成年後在工作、人際、生活壓力等面向中的心理健康需求更為突出。

表 2-4-10、15-45 歲方案欄位統計表

N=60470	人數	比例
婚姻狀況		
已婚	13665	22.60%
不便回答	2030	3.36%
未婚	42640	70.51%
喪偶	112	0.19%
離婚或分居	2023	3.35%
職業		
不便回答	6126	10.13%
民意代表、主管及經理人員	915	1.51%
技術員及助理專業人員	4317	7.14%
技藝有關工作人員	1427	2.36%
事務支援人員	4094	6.77%
服務及銷售工作人員	8454	13.98%
軍人	511	0.85%
基層技術工及勞力工	1416	2.34%
專業人員	15883	26.27%
無業或失業中	7184	11.88%
農、林、漁、牧業生產人員	158	0.26%
學生	9609	15.89%
機械設備操作及組裝人員	376	0.62%
教育程度		
大學	34981	57.85%
不詳	4824	7.98%
研究所以上	10522	17.40%
高中職	7110	11.76%

表 2-4-10、15-45 歲方案欄位統計表

國中以下	914	1.51%
專科	2119	3.50%
案件狀態		
已送出	57914	95.77%
被退回	21	0.03%
暫存	2535	4.19%
轉介狀態		
已轉介	3933	6.50%
個案已就醫	10956	18.12%
個案拒絕轉介,已告知建議就醫機構	2845	4.70%
無	42736	70.67%

在 15-45 歲方案的獨有欄位中(表 2-4-10)，整體婚姻狀況以未婚者為主，約七成個案屬於未婚狀態，而已婚者約佔兩成，其餘如離婚、分居或喪偶者比例皆相當低。此結果反映方案使用者仍以年輕、中年早期的族群居多，也與前述年齡分布顯示的 20-34 歲高峰相互吻合。

在職業類別方面，使用者中以「專業人員」佔比最高，約為 26%，顯示白領與專業職類族群可能更傾向主動尋求心理健康協助。其次為「服務及銷售人員」與「學生」，兩者分別佔約 14%與 16%，反映服務業及在學青年仍具有相當的心理健康需求。無業或失業者的比例亦達 12%，顯示部分個案可能正面臨轉職、經濟壓力或生活變動等挑戰。其餘職類如技術員、事務支援、技藝類或基層勞工等比例相對較低，而軍人與農林漁牧業人口則為最少數的使用者群體。

教育程度方面，以大學學歷佔比最高，接近六成，其次為研究所以上的個案(約 17%)，顯示整體方案使用者的教育水平偏向中高學歷。高中職與專科人口比例相對較低，而國中以下者則不到 2%，顯示較高教育程度的族群可能較熟悉心理健康資源或較能主動尋求協助。

關於轉介狀態，有超過七成個案未接受進一步轉介，而約 18%的個案在諮商前已自行就醫，真正完成正式轉介至其他機構服務者僅佔約 6%，顯示在該方案中，多數個案透過機構提供的初級支持即獲得協助，不一定進入後續的專業醫療體系。

綜合以上結果可看出，15-45 歲方案的使用者具有明顯的年齡、教育與職業特徵，整體族群偏向未婚、受高等教育、多為白領與學生等中青年族群，亦呈現出較高比例自行就醫與較低比例的正式跨系統轉介，反映此年齡層在求助行為上以輕度至中度心理支持與諮商需求為主，而非立即進

入醫療體系。

2. BSR5-5 前後測分析

以下為使用方案個案之 BSR5-5(簡式健康量表)前後測成效分析。分析採用成對樣本 t 檢定(paired t-test)，目的在於了解個案於不同次諮商之間，其整體心理困擾程度(BSR5-5 分數)是否有顯著變化。BSRS-5 分數越高代表心理困擾越高；因此後測低於前測可視為心理狀態改善之指標，但 BSR5-5 本身是較簡易的測量，因此只能做為參考。

由於方案從原先之 15-30 歲擴展至 15-45 歲，本報告將兩方案分別呈現與比較。

一、 全樣本比較

因為方案設計中 BSR5-5 只有第一次與第三次是必填，第二次不一定會測量，因此在分析時樣本數會隨不同次數而改變。以下分別比較兩組個案：第一次與第三次都有測量的，以及第一次與第二次都有測量的。

表 2-4-11、15-30 歲方案前後測分析(全樣本)

來源	前測平均	後測平均	前測變異	後測變異	差異檢定	後測減前測平均	n
第一次 vs 第二次	10.39	8.88	23.07	23.22	顯著	-1.5	8693
第一次 vs 第三次	10.83	8.30	21.50	20.73	顯著	-2.53	14607

在三次測量的比較中(表 2-4-11)，第一次測量的平均分數明顯高於第二次與第三次，顯示個案在初次進入方案時的心理困擾程度較高，而後續的測量分數均呈現下降。所有「後測-前測」的差異值皆為負，代表心理困擾在接受諮商後有明顯減少，反映方案介入的正向效果。此外，第一次與第三次測量之間的分數下降幅度最大(-2.53)，雖然三次測量的樣本數不同而不宜直接做嚴格比較，但仍可推論接受較多次諮商服務的個案，平均而言其困擾改善幅度可能更為顯著。

表 2-4-12、15-45 歲方案前後測分析(全樣本)

來源	前測平均	後測平均	前測變異	後測變異	差異檢定	後測減前測平均	n
第一次 vs 第二次	9.48	8.29	21.49	20.82	顯著	-1.19	14911
第一次 vs 第三次	9.93	7.66	21.11	19.86	顯著	-2.27	24707

15-45 歲與 15-30 歲方案的結果一致(表 2-4-12)，個案在 15-45 歲方案中的第一次測量平均分數亦高於後續測量，顯示初次進入方案時的心理困擾程度相對較高。從「後測減前測」的平均差異來看，第一次與第三次測量之間的改善幅度最大(-2.27)，反映個案在多次諮商後的心理困擾程度下降更為明顯。

二、 完成三次測量個案分析

由於前面的比較會因不同次數是否填寫 BSRS 而導致樣本數改變，可能產生誤差，因此以下特別使用「三次都有填寫 BSRS 的同一批個案」來做比較，讓結果更一致、期許更能反映個案本身的變化。

表 2-4-13、15-30 歲方案前後測分析(全測個案)

來源	前測平均	後測平均	前測變異	後測變異	差異檢定	後測減前測平均	n
第一次 vs 第二次	10.20	8.88	23.74	24.39	顯著	-1.32	3892
第一次 vs 第三次	10.20	8.75	23.74	22.50	顯著	-1.45	3892

在同一批皆完成三次 BSRS 的個案中(表 2-4-13)，第一次測量相較於第二次與第三次均呈現明顯下降，顯示個案在初次接受諮商後即有顯著改善。而第二次與第三次之間的差異極小，反映大多數個案在首次介入後即已達到明顯的心理困擾降低，之後的狀態則維持相對穩定。

表 2-4-14、15-45 歲方案前後測分析(全測個案)

來源	前測平均	後測平均	前測變異	後測變異	差異檢定	後測減前測平均	n
第一次 vs 第二次	9.46	8.56	21.20	20.38	顯著	-0.90	4994
第一次 vs 第三次	9.46	8.26	21.20	21.12	顯著	-1.19	4994

在同一批完成至少三次測量的個案中(表 2-4-14)，第一次測量的分數相較於第二次與第三次皆明顯下降，顯示在首次諮商後即有顯著改善。此結果與 15-30 歲方案相符，第二次與第三次之間的平均差異幅度極小，反映多數個案的改善主要發生於第一次諮商後，後續則維持穩定狀態。

兩方案皆呈現一致趨勢，以平均分數來看，都是第一次最高，接著第二次大幅下降，接著第三次再些微下降，合理推測第一次諮商時已有明顯改善，後續則是維持改善後的效果。

3. 自殺通報串聯分析

在將兩項方案進行合併分析後，以每位個案的第一次諮商日期作為基準，檢視其在諮商前後的通報情形，並避免因參與兩個方案而造成重複計算。

表 2-4-15、使用方案個案通報情形

	前後都有通報	諮商前通報	諮商後通報	諮商日=通報	未有通報過	總和
不分性別	666(0.8%)	3900(4.6%)	653(0.8%)	23(0.03%)	79740(93.8%)	84982
男性	107(0.5%)	924(3.9%)	151(0.6%)	10(0.008%)	22690(95%)	23882
女性	559(0.9%)	2796(4.9%)	502(0.8%)	13(0.02%)	56517(93.3%)	60567

整體結果顯示(表 2-4-15)，方案的使用者以女性為主要族群。從通報狀況來看，多數個案在心理諮商前後皆「未曾有通報紀錄」，占全部使用

者的九成以上；其次為「諮商前通報」的個案，顯示部分使用者是在經歷自殺企圖或相關危機後，才進一步申請心理健康支持方案；至於「諮商後通報」則僅佔極少數，比例不到 1%。

表 2-4-16、使用方案個案通報原因統計

	15-30 歲 (N=7807)		15-45 歲 (N=9680)	
	原因人次 (n)	比例 (%)	原因人次 (n)	比例 (%)
夫妻問題	110	1.41%	314	3.24%
家庭成員問題	1563	20.02%	1933	19.97%
感情因素	7	0.09%	111	1.15%
喪親、喪偶	61	0.78%	69	0.71%
長期照顧壓力	14	0.18%	18	0.19%
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	5360	68.66%	5939	61.35%
酒精濫用	27	0.35%	50	0.52%
藥物濫用	33	0.42%	31	0.32%
使用毒品	9	0.12%	19	0.20%
職場工作壓力	459	5.88%	642	6.63%
職場霸凌	16	0.20%	17	0.18%
失業	171	2.19%	211	2.18%
債務	104	1.33%	131	1.35%
慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	1066	13.65%	97	1.00%
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	2	0.03%	14	0.14%
學校適應問題	450	5.76%	426	4.40%
課業壓力	286	3.66%	296	3.06%
校園霸凌	31	0.40%	30	0.31%
同儕相處問題	138	1.77%	145	1.50%
生涯規劃	94	1.20%	89	0.92%
其他：(請說明)	27	0.35%	41	0.42%
遭受騷擾	56	0.72%	58	0.60%
遭受暴力	45	0.58%	60	0.62%
遭受詐騙	24	0.31%	37	0.38%
遭受霸凌	6	0.08%	10	0.10%
個案(家屬)不願說明	206	2.64%	269	2.78%
個案因身體狀況無法說明	66	0.85%	79	0.82%

表 2-4-16、使用方案個案通報原因統計

不詳	312	4.00%	369	3.81%
兵役因素	3	0.04%	6	0.06%
訴訟問題	38	0.49%	42	0.43%
其他	390	5.00%	535	5.53%

根據兩項方案的自殺通報原因分析結果顯示(表 2-4-16)，15-30 歲與 15-45 歲的整體原因分布相當一致，其中以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」為最主要因素，兩組皆超過六成，比例甚至高於 113 年全體通報個案約五成的水準，顯示心理疾病相關困擾在方案使用者中更加突出。其次為「家庭成員問題」，在兩組中皆約占 20%，反映家庭互動、照顧責任或家庭衝突在年輕至中年族群中是一項重要壓力來源，且其比例相較於中壯年族群更高。第三大原因為「職場工作壓力」，在兩項方案中的比例約為 6%，雖低於中壯年族群，但仍高於全體通報平均，顯示此年齡層多處於從學校轉入職場的階段，對工作適應與角色轉換的不確定性可能構成顯著壓力。

4. 自殺死亡串聯分析

將兩個方案合併後，並與 113 年自殺死亡清冊串聯，共有 31 名個案於使用諮商方案後自殺身亡(表 2-4-17)。由於 15-45 歲方案的服務期間橫跨 113 年至 114 年，而 114 年自殺死亡資料尚未完整，因此後續分析均以「15-30 歲方案」為主。

此外，第一年方案可使用人數受限，若直接與全國自殺死亡資料相比，可能造成粗死亡率失真，因此本節著重於描述方案使用個案本身的特徵。

以性別分析，若僅看死亡人數，女性較男性多，與歷年全體自殺之性別分布不完全一致；然而進一步考量首次使用方案的人數後所計算的粗死亡率，男性仍屬相對高風險族群。

以年齡層觀察，15-29 歲的死亡個案分布相對平均；但若比較粗死亡率，可明顯看出「15-19 歲」為方案使用者中後續死亡風險最高的族群。「30-34 歲」雖粗死亡率居次，但此年齡層超出方案服務範圍，使用人數受限，因此不多著墨。

以自殺方式分析，「高處跳下」的粗死亡率最高，明顯不同於全體自殺死亡資料多年以「氣體／蒸氣」或「吊死／勒死／窒息」為主之模式，顯示年輕族群較常以「高處跳下」作為致命方式。

婚姻狀況則受年齡影響，近九成個案為未婚。

表 2-4-17、使用方案個案自殺死亡統計

	15-30 歲方案 (第一次)			15-45 歲方案 (第一次)		
	死亡人數	使用方案人數 (第一次)	死亡率 (十萬人)	死亡人數	使用方案人數 (第一次)	死亡率 (十萬人)
性別						
女性	18	22527	79.90	0	43165	0.00
男性	12	8678	138.28	1	16950	5.90
總計	30	31410	95.51	1	60470	1.65
年齡層						
15-19	9	4759	189.12	0	5230	0.00
20-24	9	8770	102.62	0	8876	0.00
25-29	9	15115	59.54	1	15528	6.44
30-34	3	2744	109.33	0	13752	0.00
自殺方式						
以固體或液體	3	31410	9.55	1	60470	1.65
吊死勒死窒息	6	31410	19.10	0	60470	0.00
其他	1	31410	3.18	0	60470	0.00
氣體/蒸氣	5	31410	15.92	0	60470	0.00
高處跳下	12	31410	38.20	0	60470	0.00
溺水	3	31410	9.55	0	60470	0.00
死亡場所						
住居所	8	31410	25.47	0	60470	0.00
其他	11	31410	35.02	0	60470	0.00
診所	1	31410	3.18	0	60470	0.00
醫院	10	31410	31.84	1	60470	1.65
婚姻狀況						
已婚	2	31410	6.37	0	60470	0.00
未婚	28	31410	89.14	1	60470	1.65

5. 結論

綜合兩年心理健康支持方案的資料結果，可以看出方案在推行後有效提升青少年與青壯年族群的心理健康可行性。整體而言，方案使用者以女性為主，年齡主要集中在 20-34 歲，其中 25-29 歲為使用高峰，反映此族群在求學、轉職、進入職場與建立家庭等生命歷程轉折階段之心理壓力較為明顯。服務主要由諮商心理師與臨床心理師提供，且多以面對面諮商為主，顯示方案提供的心理支持以輕度至中度困擾之即時協助為核心。

逐月使用量呈現穩定上升並於每年 8 月出現明顯高峰，可能與方案推行時序、開學前後的壓力變化或宣導強度相關。從自殺企圖通報資料來看，九成以上個案在諮商前後皆未曾被通報，惟仍有少部分個案為通報後才進入方案，顯示該方案在自殺防治求助上具有部分互補效果。「諮商後通報」比例極低，約僅 0.8%，但仍需持續關注此族群的後續風險。

在自殺通報原因方面，兩方案最主要的壓力來源皆為「憂鬱症狀或精神疾病相關困擾」，比例超過六成，顯著高於全體通報個案；其次為「家庭成員問題」與「職場工作壓力」，反映青年到青壯年族群在家庭互動與工作適應上仍承受顯著壓力。15-30 歲方案中的「學校適應」與「課業壓力」較為突出；而 15-45 歲方案則出現更多與職涯、疾病與社會角色相關的壓力來源。

BSRS-5 前後測分析顯示，兩方案使用者在第一次諮商後即有明顯改善，第二次測量後的下降幅度不大，代表多數個案的心理困擾於首次諮商後即獲得有效緩解，並在後續測量中維持穩定。以同一批完成三次測量的個案來看，改善趨勢更一致，支持方案具有短期心理改善的成效。

自殺死亡串聯結果顯示，15-30 歲方案共有 30 名個案於使用後死亡，15-45 歲方案則有 1 名。雖然死亡率需謹慎解讀，但仍可觀察到男性的粗死亡率高於女性，且「15-19 歲」族群於方案中死亡風險相對較高。自殺方式以「高處跳下」死亡率最高，與整體自殺人口不同，顯示年輕族群的危險方式選擇可能具有不同的模式。

整體而言，心理健康支持方案確實有助於降低個案心理困擾，並成功補強青少年與青壯年族群在心理健康資源上的可近性。然而，部分高風險族群仍可能在介入後出現後續危機，顯示未來政策可強化高危險個案之追蹤、跨系統轉介與長期支持，以提升方案的整體防護網效能。此研究結果可作為後續政策調整、名額配置與高風險族群介入策略的參考。

參、辦理自殺防治實證研究

工作項目 (依照 114年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(三)辦理自殺防治實證研究	
<p>1. 依自殺防治法第9條第2項第1款規定，辦理2項自殺防治現況調查，其中1項調查主題為民眾自殺態度變化，另1項調查主題由廠商依自殺趨勢分析結果自行擇定（廠商應於服務企劃書即提出主題規劃），後者並於調查前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、3.5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114年10月30日前，函送度113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

1. 相關問題或重要性

針對自殺企圖者提供即時關懷與後續追蹤照護，是降低再自殺及再自殺死亡風險的重要策略方向，亦為我國自殺防治政策中的指標性策略之一。政府於民國 95 年(2006 年)建立自殺通報及關懷訪視制度，透過地方衛生局及關懷訪視員進行追蹤與支持，確保自殺通報個案在離開急性醫療處遇後，仍能持續獲得關懷與介入服務。關懷訪視的品質與落實程度，對於提升防治效能具有關鍵影響。為協助關懷訪視的落實，政府設計了完整的訪視紀錄，以利後續追蹤與管理。

完整撰寫訪視紀錄，不僅能讓跨單位同仁充分了解自殺個案的生活情境、自殺原因、自殺風險評估及處遇措施，亦能避免因紀錄結構不一，導致不同訪視員之間的服務品質差異或專業溝通困難。自 112 年起啟用的新訪視紀錄格式，將訪視頻率、訪視方式、拒訪情形與訪視內容等項目納入結構化文件設計，使其更便於量化分析與比較。本研究旨在探討訪視紀錄內容與個案再自殺及再死亡風險的關聯性，期能提供改進訪視紀錄結構與最佳化訪視流程之實證依據。

為提升關懷訪視紀錄的品質與一致性，本中心自 112 年起每月抽查 7 至 8 個縣市之訪視紀錄，各縣市以季度為週期輪流接受審查。審查過程由專業人員依訪視內容進行文字化審閱，提出具體改善建議，並追蹤後續修正情形，以協助各縣市關懷訪視員落實紀錄撰寫，使其服務內容與品質符合中央主管機關之要求。

新版自殺個案訪視紀錄單自 112 年 1 月正式啟用後，各縣市的紀錄品質與內容完整度逐步提升。本中心審閱時排除勾選式項目，主要聚焦於文字敘述之完整性與專業性，並以「優」、「良」、「可」、「差」、「劣」五等級進行評級。自 112 年至 114 年上半年，累計隨機抽閱 2,388 則訪視紀錄，整體而言，各縣市之紀錄品質以「優」與「良」為主，於 114 年上半年占比達 88.7%，僅約 11.3%為「可」、「差」或「劣」。

整體而言，訪視紀錄單推動兩年後，縣市間在紀錄品質上已無明顯差異，且新版表單新增多項可勾選欄位，使紀錄更具結構化與可量化特性。基於此，本研究進一步希望利用訪視聯合通報資料中的結構化欄位，探討個案於首次通報時是否存在特定關鍵項目，能夠預測其後續是否會再次被通報，或甚至發生再自殺死亡。鑒於訪視紀錄單於 112 年全面更新，本研究將以 112 年通報個案之訪視紀錄為主要分析範圍，並串聯 112 至 113

年自殺清冊資料，以判定個案是否於後續期間發生自殺死亡。

2. 辦理目的與目標

- (1) **分析訪視紀錄品質與再自殺風險**：盤點紀錄中可供量化分析的欄位(如訪視頻率、訪視方式、拒訪情形等)，並作為品質指標的替代性衡量方式，分析其與個案再自殺及再自殺死亡率之關聯性。
- (2) **辨識潛在高風險族群**：透過紀錄內容與個案特徵(如性別、年齡等)比對，找出高風險個案之特性，以利未來精準介入。
- (3) **提出改進建議**：依據分析結果，提供訪視紀錄設計與訪視流程之最佳化方向，協助提升關懷訪視品質與自殺防治效能。

二、 輸入

1. 執行步驟與方法

- (1) 召開研究設計專家會議，討論以訪視紀錄品質作為分析基礎之研究架構、指標與分析方法，並確認資料需求範圍。
- (2) 由研究團隊使用既有帳號登入自殺防治通報系統，下載訪視紀錄相關資料。
- (3) 將下載之訪視紀錄與衛生福利部提供之自殺死亡資料及自殺通報資料進行串聯，建構分析資料檔。
- (4) 進行資料整理、變項建構與統計分析，檢視訪視紀錄品質與再自殺及再自殺死亡風險之關聯。
- (5) 整理與分析研究結果，並依據數據提出改進訪視紀錄結構與最佳化訪視流程之政策建議。

2. 資源連結

本計畫將透過自殺防治通報系統下載訪視紀錄相關資料，並結合衛生福利部提供之自殺死亡與自殺通報資料進行整合與分析，由學會研究團隊完成後續統計作業。

三、 過程

1. 學會召集相關專家及研究團隊，討論「訪視紀錄品質」與再自殺風險分析之研究架構與方向。會議彙整可使用之資料來源，如訪視頻率、訪視方式、拒訪情形及文字敘寫完整度等，並研議適用之統計方法(如描述統計、趨勢分析、交叉比對、迴歸模型等)，以作為後續資料下載與分析規劃之依據。
2. 學會依據研究設計會議之決議，使用既有帳號登入自殺防治通報系統，下載訪視紀錄資料。
3. 研究團隊將針對已下載之訪視紀錄進行整理，並與自殺死亡及自殺通報

資料進行串聯。作業流程包括：清理缺漏值與異常值、統一變項編碼與格式(如性別、年齡層、縣市代碼)、必要時重新分類變項，並比對各資料集的共通欄位(年份、縣市、性別、年齡層)以確認一致性。完成比對後，依照共通欄位進行合併，最終建立完整的研究分析資料檔，作為後續統計分析的基礎。

4. 研究團隊運用多種統計方法，全面檢視訪視紀錄品質與再自殺及再自殺死亡率之關聯，接者以假設檢定比較不同人口群體在訪視紀錄品質及後續再自殺風險上的差異，作為辨識潛在高風險族群的參考。最後，亦可能建構迴歸或其他統計模型，探索訪視紀錄品質與自殺相關指標之間的潛在關聯。分析過程使用 SAS 9.4、SPSS 25.0 與 R 軟體進行。
5. 本研究之目的在於首次分析訪視紀錄品質與再自殺風險的關聯，檢視紀錄完整性與詳盡度是否影響個案再自殺及再自殺死亡率。評估內容包含訪視紀錄品質指標分布、不同品質紀錄下個案風險之比較，以及與再自殺及再自殺死亡率之間的關聯。最終將依據分析結果，提出具體政策建議，作為政府最佳化訪視紀錄結構與強化自殺防治策略之重要參考。

四、成果 (Product)

1. 資料描述

本研究原欲分析各年度間訪視紀錄品質之差異，以了解紀錄完整度與服務品質的年度變化。然而在研究過程中發現，自 112 年起訪視紀錄單進行改版，新增多項可勾選與結構化欄位，使紀錄內容與前期版本在格式與資訊量上具有差異。若將不同版本的訪視紀錄納入同一分析，可能因欄位定義及紀錄方式不一致而產生資料解讀偏差。基於維持資料一致性與研究精確性之考量，本研究改以 112 年通報個案之新版訪視紀錄作為主要分析資料。本研究資料來源為 112 年自殺通報與訪視紀錄，並串聯 112 至 113 年自殺死亡清冊資料進行分析。

本研究資料來源為 112 年自殺通報與訪視紀錄，並串聯 112 至 113 年自殺死亡清冊資料進行分析。資料中共有 33,436 位自殺通報個案，其中女性 21,808 人(65.2%)、男性 11,616 人(34.7%)、跨性別 12 人(<0.1%)；以整體通報時年齡結構來觀察，樣本以 15-24 歲族群人數最多，共 8,357 人(25.0%)；其次為 25-34 歲，約 6,495 人(19.5%)；再其次為 35-44 歲，約 5,062 人(15.2%)。45-54 歲與 55-64 歲則分別佔 11.3% 與 9.8%，而 65-74 歲及 75 歲以上則明顯較少，分別約 6.8% 與 5.0%。整體樣本集中於青壯年族群。

進一步檢視再自殺死亡個案之人口分布。結果顯示，再自殺死亡共計

648 人，佔全部 33,436 位通報個案的約 1.9%。其中女性 348 人 (53.7%)、男性 300 人(46.3%)。觀察各性別內部比例，再自殺死亡佔女性通報者的約 1.6%，男性則為約 2.6%，顯示男性個案的再自殺死亡比例相對較高。

在年齡層分布方面，再自殺死亡個案主要集中於中青年族群。以 45-54 歲人數最多，共 113 人(17.4%)；其次為 35-44 歲 100 人(15.4%)，25-34 歲則為 96 人(14.8%)。55-64 歲與 65-74 歲亦分別占約 12.7%與約 10.5%。相較之下，15-24 歲族群約 95 人(14.7%)，比例略低於中壯年；而 75 歲以上及 15 歲以下則明顯較少，分別僅占約 4.3%與不到 1%。

表 3-1-1、自殺通報個案按性別與年齡層分類之再自殺死亡情形

年齡層	男性		女性		跨性別	
	無再自殺死亡	再自殺死亡	無再自殺死亡	再自殺死亡	無再自殺死亡	再自殺死亡
15 歲以下	867	1	1,844	1	0	0
15-24	2,063	36	6,194	60	4	0
25-34	2,415	58	3,941	72	9	0
35-44	1,731	37	3,237	56	1	0
45-54	1,267	55	2,418	48	1	0
55-64	1,112	55	2,070	42	2	0
65-74	772	42	1,453	23	2	0
75 歲以上	545	14	866	22	0	0
總計	11,316	300	21,460	348	12	0

在訪視相關變項方面，個案自通報至首次訪視的平均間隔為 1.93 天 (女性 1.97 天；男性 1.85 天)，首次通報期間平均訪視 8.19 次(女性 8.42 次；男性 7.74 次)，平均訪視頻率為每 11.28 天一次(女性 11.45 天／次；男性 10.96 天／次)，整體訪視週期平均為 93.1 天(女性 96.1 天；男性 87.7 天)，顯示男性平均訪視頻率較為密集，訪視周期較短。

訪視個案特性方面，特殊註記項數以 1 項最常見，共 10,906 人 (32.6%)，其次為 0 項 8,142 人(24.4%)與 2 項 7,427 人(22.2%)。自殺地點以「自宅」最常見(20,489 人，61.2%)，其次為「其他地點」(5,142 人，15.4%)及「租屋處」(4,262 人，12.7%)。以性別來觀察，女性於「租屋處」自殺比例較高(74.4%)，男性則在「山區」比例較高(65.3%)，顯示性別在自殺地點分布上有差異。學歷方面，以高中／高職(9,654 人，35.7%)為主，其次為國中(7,403 人，27.4%)及專科(4,863 人，18.0%)，

反映多數個案具中等教育程度。

2. 分析方法

本研究原擬採用傳統回歸模型與假設檢定進行分析，然而與領域專家討論後發現，再通報與再自殺死亡皆屬時間依存之事件，若未納入追蹤期間差異，可能造成估計偏誤。因此，本研究改採存活分析方法，以更準確評估不同訪視紀錄特徵對再事件風險的影響。

本研究採用 Cox 比例風險模型(Cox proportional hazards model)進行存活分析，以檢驗個案在自殺通報後的再自殺死亡風險。此模型可同時考慮事件是否發生與發生時間，適合用來分析「通報後不同時間點發生再自殺」的存活資料。本研究的依變項為自殺通報後至再自殺死亡的存活天數，事件定義為再自殺死亡；在觀察期間內未發生再自殺死亡的個案則視為未發生事件並持續納入時間分析。

由於男性個案的再自殺死亡比例高於女性，因此本研究進一步檢驗性別是否違反 Cox 模型所要求之比例風險假設。我們在 Cox 模型中加入 $\ln(\text{存活天數})$ 與「性別 $\times\ln(\text{時間})$ 」交互項來測試是否存在時間依賴效應。結果顯示交互項不顯著($B=0.008, p=.900$)，表示性別與時間之間並無交互作用，比例風險假設成立，亦即男性與女性的風險比在觀察期間保持一致。

然而，性別主效應在完整模型中顯著($B=0.520, p<.001$)，男性再自殺死亡風險約為女性的 1.68 倍，顯示兩性間的基準風險水準不同(圖 3-1-1)。為避免性別差異影響其他變項的估計與解釋，本研究後續分析仍採性別分層模型，以確保模型穩定性與估計效度。

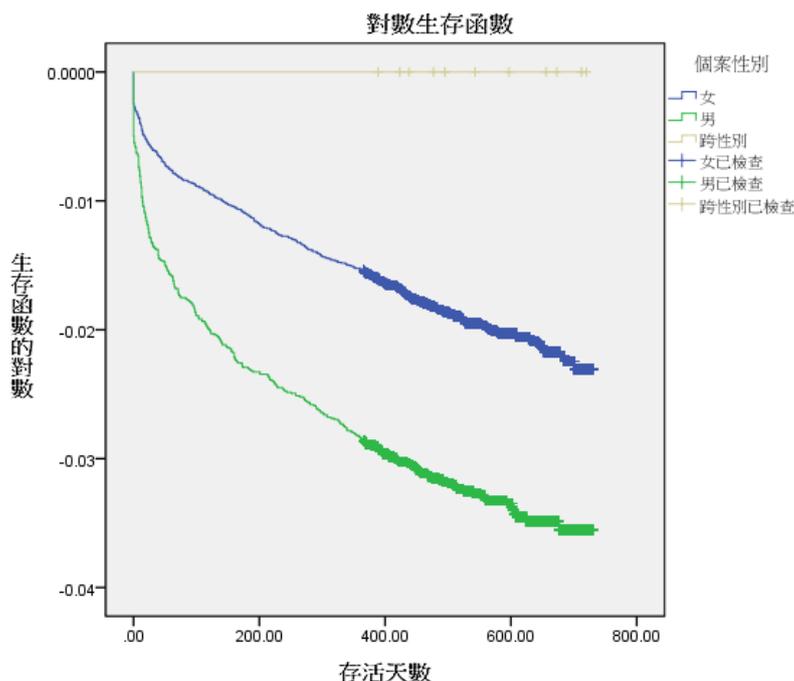


圖 3-1-1、不同性別個案之再自殺死亡存活曲線

在正式模型建立前，本研究先依前次完整模型的結果檢視各變項的表現，以避免過度控制與共線性等問題。部分變項(如職業、育有幼兒、有支持系統、關懷專案、飲酒、同行自殺、無傾訴對象、精神科治療等)因樣本數稀少或與再自殺風險無顯著關聯，故予以移除，以提升模型估計的穩定性、簡潔性與可解釋性。此外，多個訪視相關指標(如訪視次數、總訪視天數、平均訪視間隔)與多個 BSR5-5 指標(如第一次分數、最高分、平均分)彼此高度相關，若同時納入同一模型會產生明顯共線性，因此本研究採取「單一變項輪流放入模型、其餘變項保持不變」的方式逐一檢驗其效果，而非將所有相關指標同時置入模型。此作法旨在避免重複資訊造成估計偏誤，同時觀察各變項在相同控制條件下的獨立影響。

3. 分析結果

以控制變項模型(Block 1)為基準(-2LL=4572.76)，將主要變項分別加入模型後可見模型適配度均顯著提升。不同變項所帶來之模型改善皆達統計顯著($\Delta \chi^2=42.83-58.78, p<.001$)，表示在相同控制條件下，每項主要變項皆能提供額外的解釋力並改善模型適配度。

(1) 保護因子

在控制其他變項且以性別分層後，可觀察部分因素呈現保護效果。例如，有其他機構介入關懷者的再自殺風險顯著較低($B=-0.427, p=.017$; $HR=0.652$)，在控制其他條件後，接受其他機構介入關懷者的再自殺死亡風險約比未介入者低 34.8%。與人同住亦具保護作用($B=-0.330$,

$p=.008$ ； $HR=0.719$ ），與他人同住者的風險約較獨居者低 28.4%，顯示生活支持與陪伴對降低致命再次自殺事件具有重要意義。

(2) 危險因子

在控制其他變項且以性別分層後，有多項變項與較高風險相關，其中以註記項目數最為明顯。註記越多，其再自殺風險越高($B=0.121$, $p=.007$ ； $HR=1.128$)，每增加一項註記，風險約上升 12.8%。自殺地點則達整體顯著($\chi^2=27.51$, $p=.001$)，其中以大樓(非自宅)與河(海)等場所的再自殺死亡風險為最高。以人數最多的住宅(約占 61%)作為參照組進行比較時，自殺地點為大樓(非自宅)者的再自殺風險顯著較高，為住宅的 3.40 倍($B=1.224$, $p<.001$ ； $HR=3.402$)。河(海)亦呈現顯著較高風險($B=1.031$, $p=.013$ ； $HR=2.804$)，為住宅者的約 2.80 倍。此結果亦可能反映不同場所對應的致命方式差異；例如大樓多涉及高處墜落、河海常與溺水相關，皆屬高致命性手段，顯示選擇此類地點的個案其自殺意念可能相對較強。此外，通報時年齡亦為穩定的預測因子($B=0.024$, $p<.001$ ； $HR=1.024$)，通報時年齡每增加一歲，風險約上升 2.4%。

(3) 訪視變項

在訪視相關變項中，第一次通報訪視頻率為顯著保護因子($B=-.027$, $HR=.973$, $p=.009$)，在平均每 11.28 天一次訪視的情況下，平均訪視間隔越長，後續再自殺風險越低。訪視總天數($B=-.004$, $HR=.996$, $p<.001$)亦呈現相同方向的保護效果，第一次通報期間的訪視次數則接近顯著($B=-.022$, $HR=.978$, $p=.061$)，三者皆顯示「較長的訪視追蹤、較多的訪視次數」與「較低的訪視密度」與較低風險相關。然而，這些結果更可能反映個案的風險狀態，而非訪視行為本身具有保護性作用。在實務上，風險較高的個案常在通報後不久即被轉介至心理衛生系統，使原訪視流程提前結案；部分個案在通報期間再度自殺，也會由新通報覆蓋前一次紀錄，使訪視週期與次數被大幅壓縮；此外，不同縣市對拒訪結案的標準差異甚大，訪員於多次聯繫遭拒後可能提前結案，亦使記錄中的訪視天數與次數偏低。因此，模型中所呈現的「訪視頻率低、追蹤天數長、訪視次數多」與較低風險之關聯，多半反映的是這些個案能夠完整走完訪視流程、未被轉案或覆蓋，而非訪視介入本身造成的風險降低。至於第一次通報至首次訪視間隔天數($B=-.006$, $HR=.994$, $p=.526$)與第一次通報電訪比例($B=.003$, $HR=1.003$, $p=.355$)則未達顯著，顯示其對再自殺死亡風險的獨立影響有限。

(4) BSRS-5 變項

心理健康狀態方面，第一次通報 BSRS-5 平均分未達顯著($B=.031$, $HR=1.031$, $p=.102$)，但全部通報期間的平均 BSRS-5 分數則為再自殺風險的顯著預測變項($B=.053$, $HR=1.054$, $p=.005$)，顯示在全部通報平均 BSRS-5 分數每增加 1 分，再自殺死亡風險上升約 5.4%。兩個變項的方向一致(分數越高風險越高)，但僅全部通報的平均 BSRS-5 達顯著，可能反映 BSRS-5 需要經由時間跨度較長的多次測量，才能較準確呈現個案的長期心理困擾狀態，因此與後續風險的關聯更為明確；相較之下，首次通報僅反映當下的短期狀態，對風險的區辨力較弱，故僅呈現接近但未達顯著的結果。

(5) 自殺通報次數

最後，自殺通報次數亦為高度顯著的風險因子($B = .166$, $HR = 1.180$, $p < .001$)。在平均通報 1.23 次的情形下，每多一次通報，個案後續再自殺風險增加約 18.0%。

表 3-1-2、Cox 比例風險模型之預測變項與其風險比估計

預測變項	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>HR</i>	95%信賴區間	<i>p</i>
學歷	.103	.051	1.109	[1.003, 1.226]	.043
通報時年齡	.024	.004	1.024	[1.017, 1.032]	.000
地點					.001
大樓(非自宅)	1.224	.314	3.402	[1.839, 6.291]	.000
河(海)	1.031	.416	2.804	[1.240, 6.340]	.013
有無其他機構介入	-.427	.179	.652	[.459, .926]	.017
是否與人同住	-.330	.124	.719	[.564, .916]	.008
註記個數	.121	.045	1.128	[1.033, 1.232]	.007
通報至訪視間隔天數	-.006	.009	.994	[.977, 1.012]	.526
第一次訪視電訪比例	.003	.004	1.003	[.996, 1.010]	.355
第一次通報訪視總天數	-.004	.001	.996	[.994, .998]	.000
第一次通報訪視次數	-.022	.012	.978	[.956, 1.001]	.061
第一次通報訪視頻率	-.027	.010	.973	[.954, .993]	.009
自殺通報次數	.166	.023	1.180	[1.128, 1.235]	.000
全部通報 BSRS-5 平均	.053	.019	1.054	[1.016, 1.094]	.005
第一次通報 BSRS-5 平均	.031	.019	1.031	[.994, 1.070]	.102

4. 結論

本研究結果顯示，再自殺死亡的風險並非由單一因素決定，而是與多

項個案特徵及其通報歷程共同影響。對第一線訪員而言，若個案為男性、呈現長期 BSRS-5 分數偏高、具有較多特殊註記、年齡較長，或曾多次被通報自傷自殺，其後續再自殺風險可能較高，需特別留意並及時介入。此外，選擇大樓或水域等高致命性地點者，其自殺意念可能更為強烈，亦應提高警覺。至於與他人同住或已有跨系統協助的個案，雖整體風險相對較低，但仍不代表可放鬆監測。

基於上述分析，建議未來在訪員培訓中，將這些高風險特徵與服務歷程中可觀察的警訊納入課程，使訪員能在第一線更及早辨識高風險個案。同時，鑑於目前個案於轉介至心理衛生(心衛)體系後，其後續訪視紀錄無法回傳至自殺通報訪視系統，造成追蹤中斷與資料流失，亦影響再自殺風險的整體評估與研究品質。本研究建議未來可考量建立跨系統資料串連或回傳機制，無論是在既有系統中直接整合，或建立簡易資料回饋流程，均有助於提升追蹤的完整性，避免高風險個案因資料斷裂，並增進後續政策制定與臨床實務的精準性。

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，自殺已成為 15-29 歲青年族群的第四大死因，而在 10-19 歲青少年族群中，15-19 歲為自殺率較高的年齡層，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 3-2-1)，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。

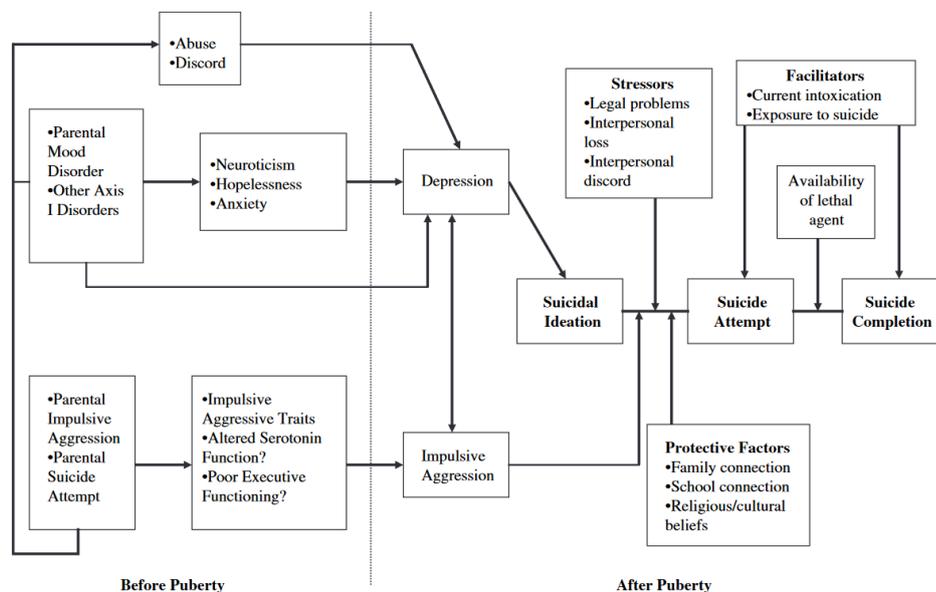


圖 3-2-1、青少年自殺行為發展

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(death by 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. 函送分析架構及詢問其他分析需求至教育部

2. 資料蒐集

1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：107-113 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，由中心每一

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 113 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)。

3. 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 97-113 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 106-113 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 113 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、物質使用障礙症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. 嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之精神狀態，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

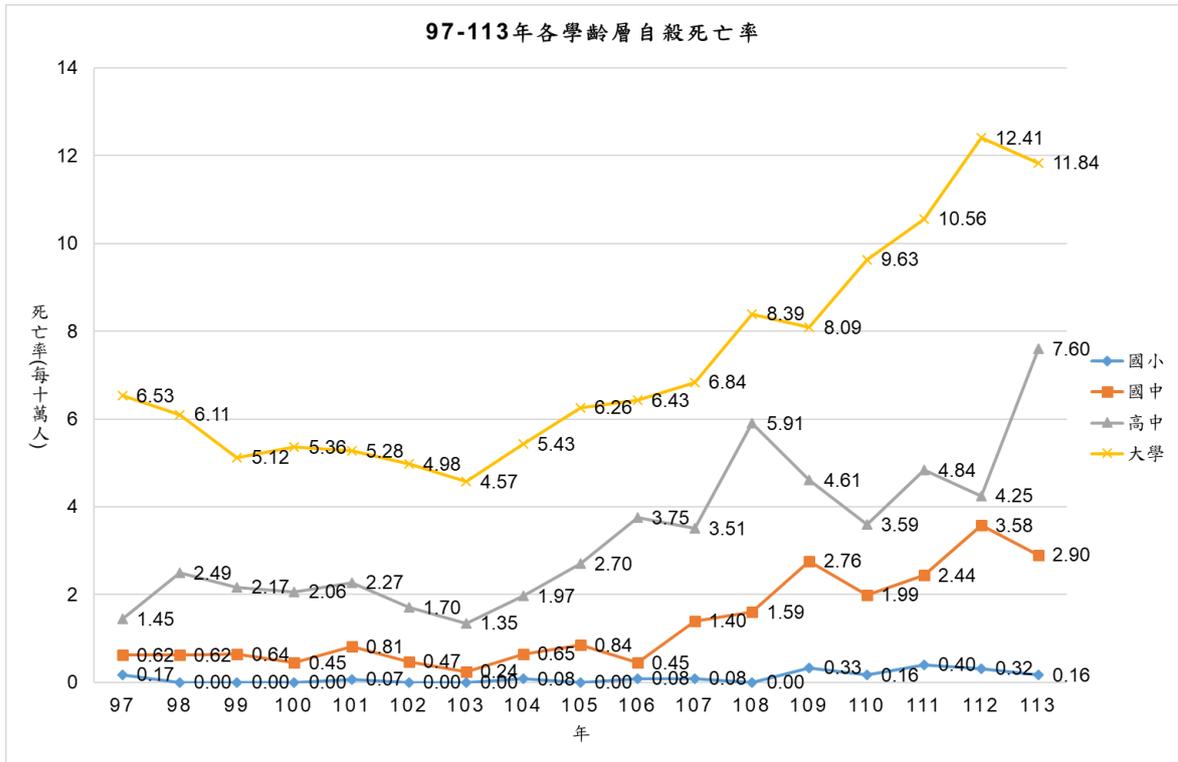
1) 近五年自殺死亡及通報趨勢

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 3-2-2 為 97-113 年各學齡層自殺死亡率，其中可明顯發現到高中及大學學齡層自 103 年起呈現上升趨勢，尤其高中學齡層 113 年大幅上升至歷年新高。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有上升現象，但由於人數較少，整體趨勢較難以統計方式明確呈現。除高中大幅上升外，其餘學齡層自殺死亡率於 113 年皆微幅下降。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 年董氏基金會的調查，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 3-2-2、97-113 年各學齡層自殺死亡率



進一步看 106-113 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 3-2-4)，男性與女性自 106 年來皆呈上升趨勢，尤其自 109 年起上升幅度更加明顯；同時自殺死亡率也在 111 年攀升至歷年新高，雖然 111 年至 113 年稍有回降，但整體而言，國小學齡層自殺防治仍需高度關注。而由各死因死亡率分布()來看，可以發現到自 109 年起，國小年齡層主要的自殺死因為「由高處跳下自殺及自傷」，且自 112 年起連續兩年成為該年齡層唯一的自殺死因。不過，由於國小學齡層自殺死亡人數相對較少，相關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 3-2-6)，男性與女性通報人次自 106 年來皆呈上升趨勢，在 113 年雙雙攀升至歷年最高。其中，女性自殺通報人次近五年不斷顯著上升，除 111 年些微下降；相較之下，男性通報增幅則較為平緩。進一步觀察自殺死亡率可發現，雖然男性與女性自 106 年以來皆呈上升趨勢，但女性的成長幅度明顯高於男性，且自 108 年起女性自殺死亡率已超越男性(如圖 3-2-3、圖 3-2-4)。雖然此一現象較難以單一解釋說明，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，但存在於校內的輔諮系統做後續介入輔導或未被發現，而由各死因死亡率(圖 3-2-7)來看，可以發現到國中年齡層主要的自殺死亡方式

同樣為「由高處跳下自殺及自傷」，且自 106 年起穩定持續上升，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 3-2-8)，男性與女性通報人次同樣自 106 年來皆呈上升趨勢，且女性增幅明顯高於男性。以自殺死亡率來看，男性與女性較無一致的趨勢。男性雖然在 108 及 111 年上升幅度較大，但皆於次年下降，而女性則是自 105 年起呈上升趨勢，雖於 107 年至 111 年間漲幅趨緩，但於 102 年起再度大幅上升。值得注意的是，男性與女性的通報人次及自殺死亡率皆於 113 年攀升至歷年最高。而由各自自殺方式死亡率(圖 3-2-9)來看，「由高處跳下自殺及自傷」為各自自殺方式中死亡率最高，且於 113 年到達歷年最高；其次為「吊死、勒死及窒息」，此類方式因相對難以透過工具限制進行防範，顯示高中階段亟需在校園內建立多層次、具針對性的自殺防治策略，以有效降低相關風險。

以大學學齡層而言(如圖 3-2-10)，男性與女性通報人次同樣自 106 年來皆呈上升趨勢，且女性增幅明顯高於男性，但自 111 年後兩者變化趨於平緩。在自殺死亡率方面，男性與女性自 103 年起皆呈上升趨勢，不一樣的是，男性在 108 及 112 年大幅上升，次年回落，再繼續上升。而女性則是穩定逐年上升。(如圖 3-2-3、圖 3-2-4)；而由各自自殺方式死亡率來看(如圖 3-2-11)，同樣以「由高處跳下自殺及自傷」為各自自殺方式中死亡率最高，「吊死、勒死及窒息」次之，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。

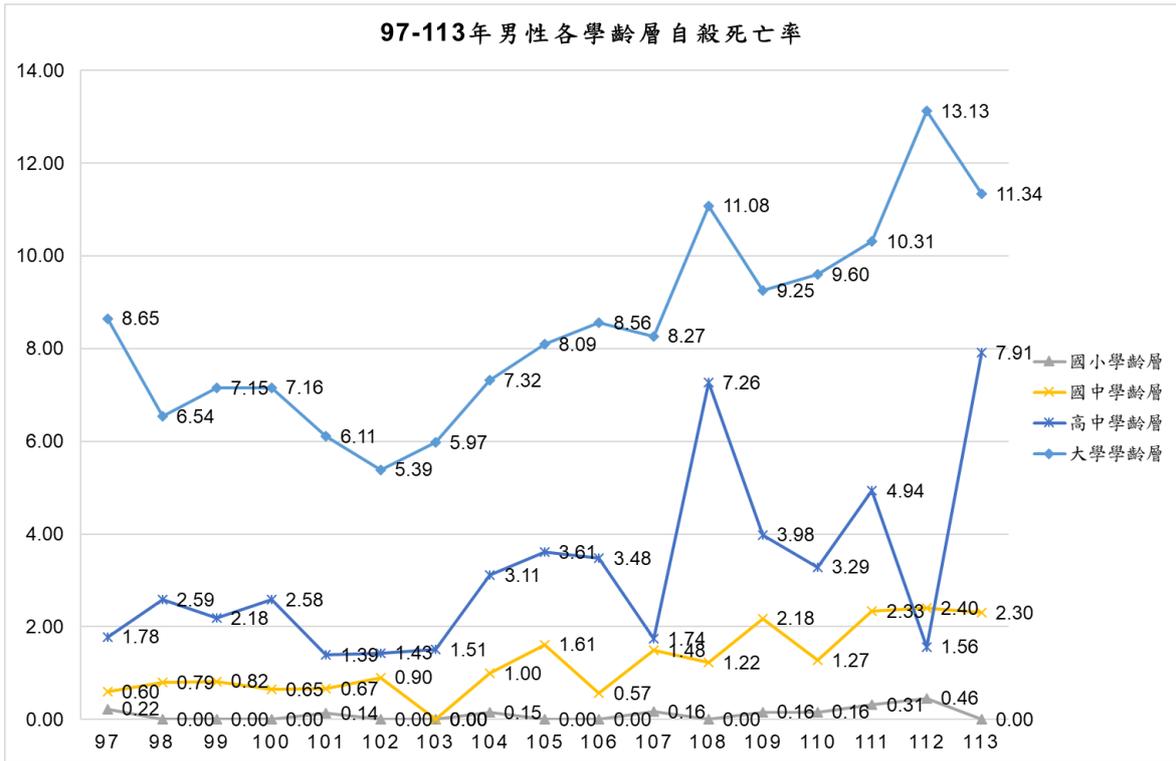


圖 3-2-2、97-113 年男性各學齡層自殺死亡率

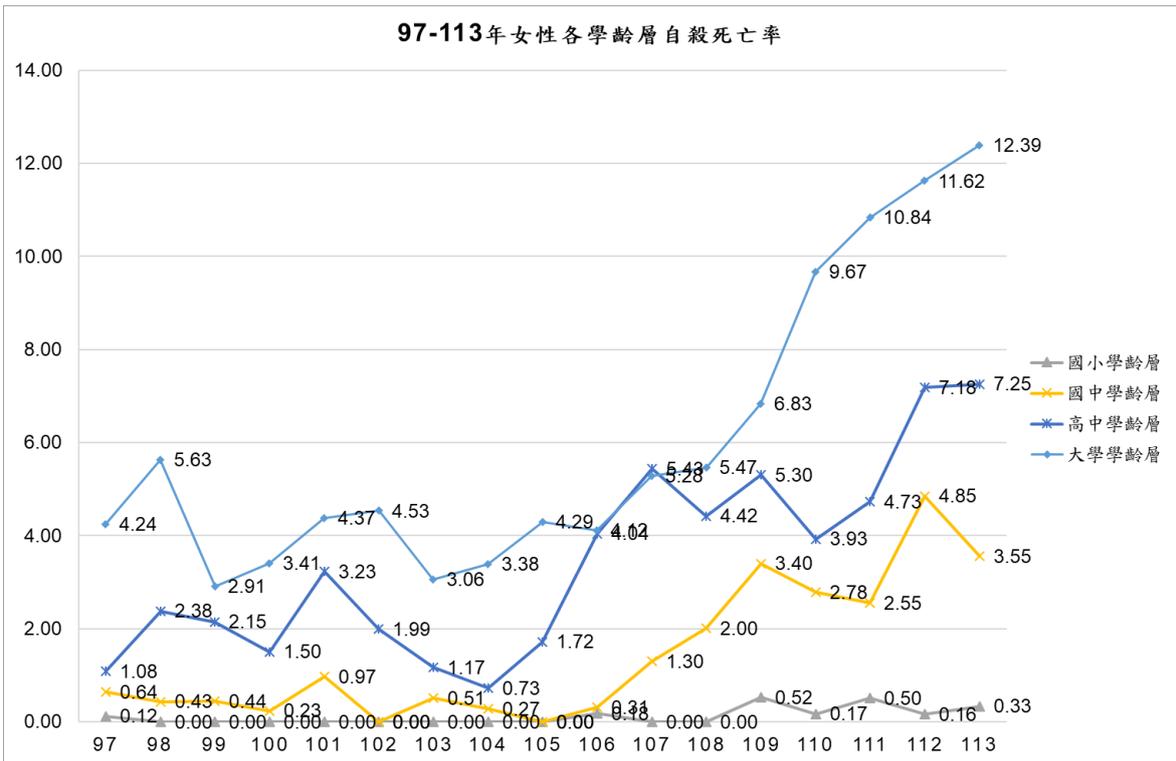


圖 3-2-3、97-113 年女性各年齡層自殺死亡率

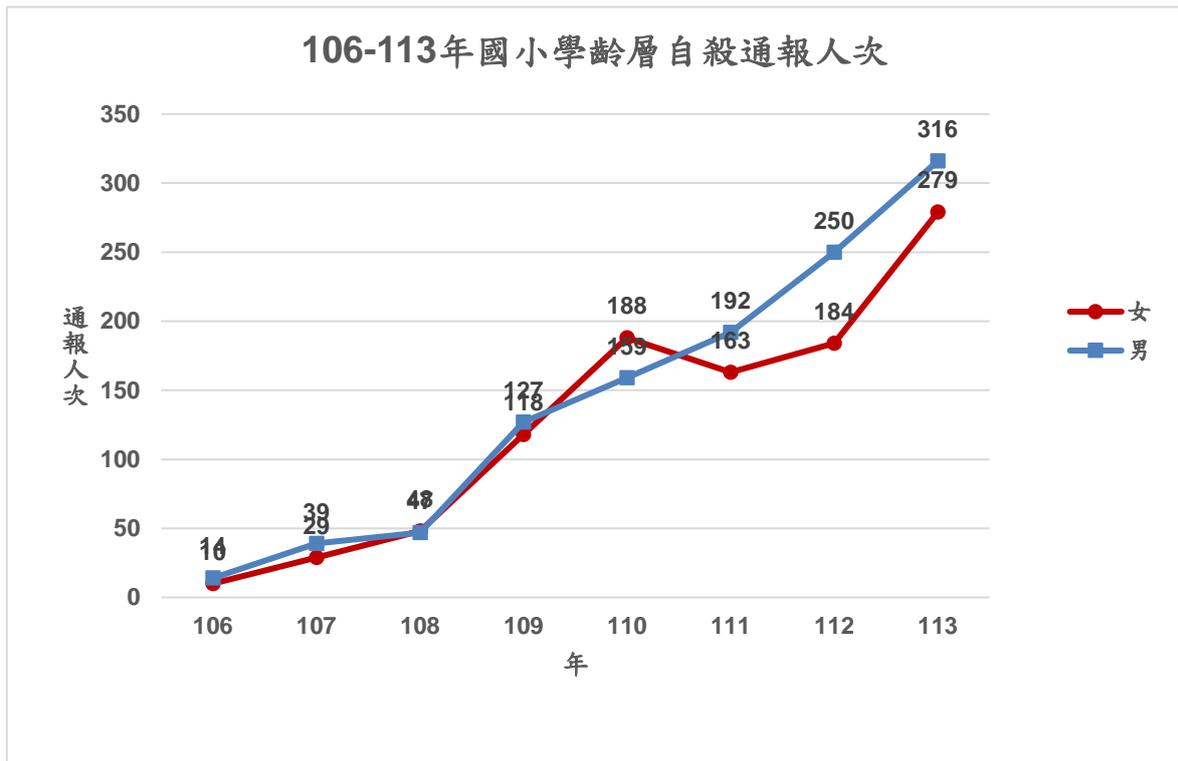


圖 3-2-4、106-113 年國小學齡層通報人次

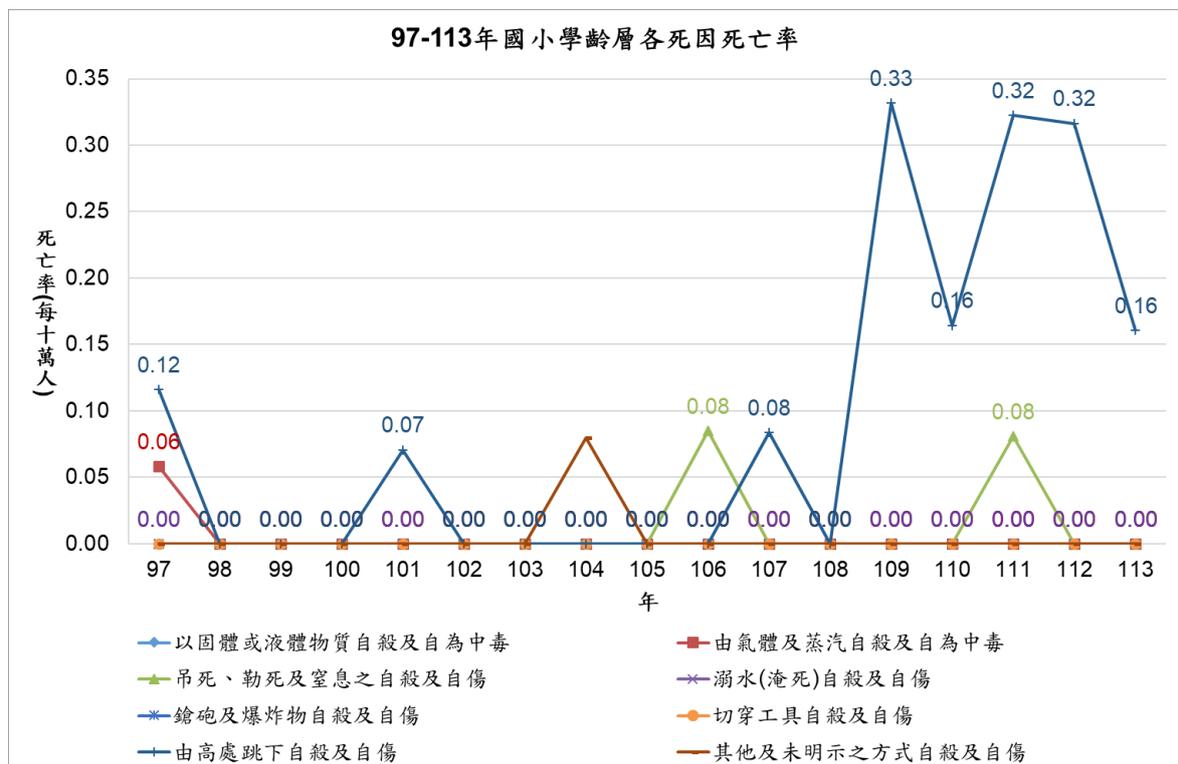


圖 3-2-5、97-113 年國小學齡層各死因死亡率

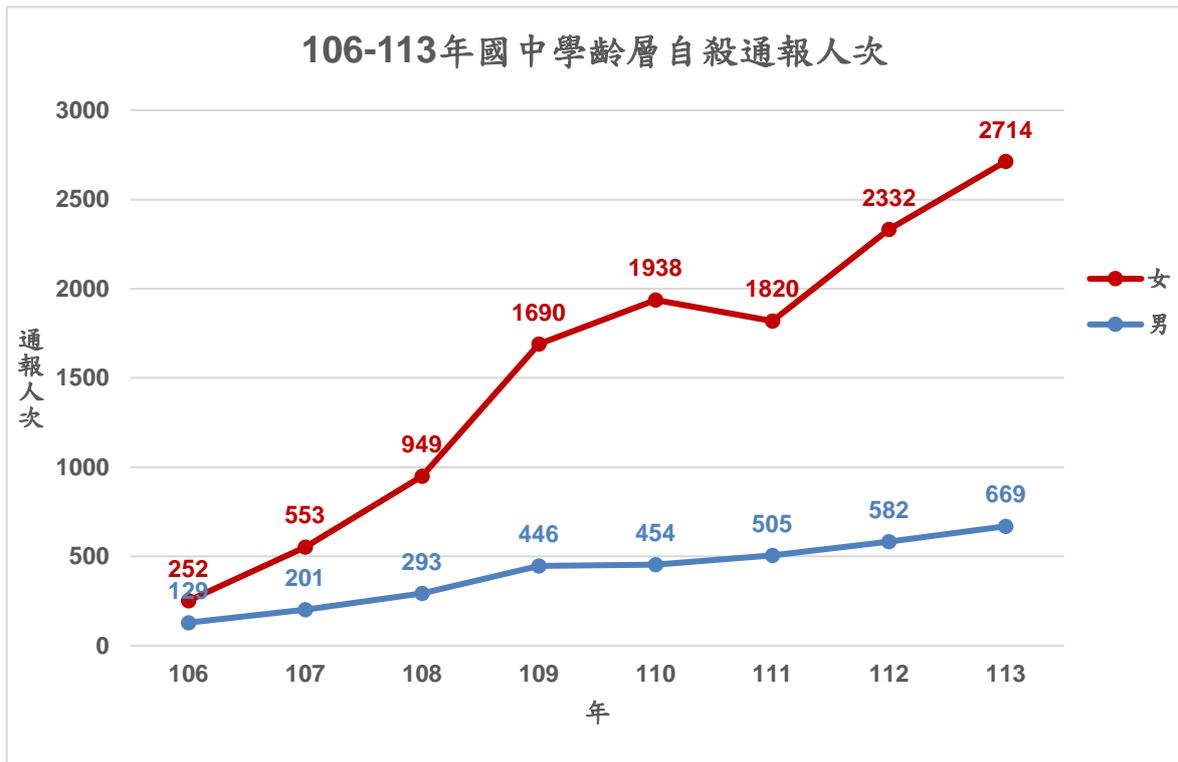


圖 3-2-6、106-113 年國中學齡層通報人次

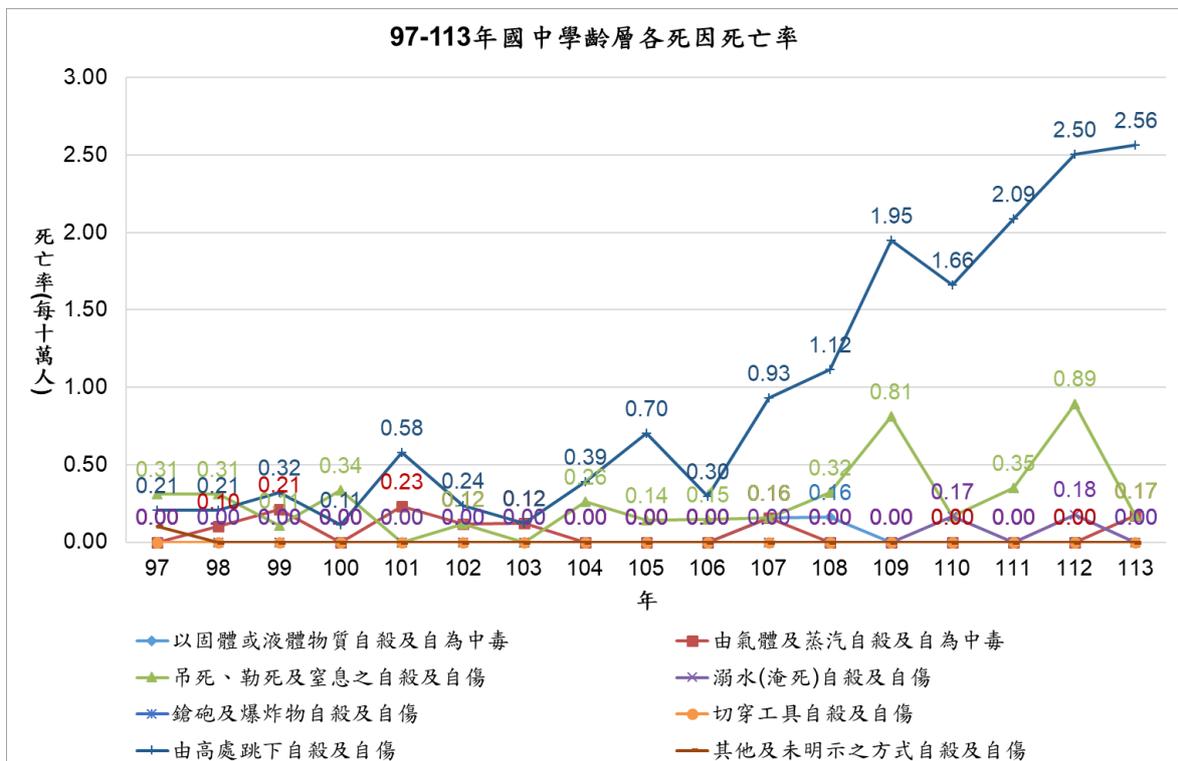


圖 3-2-7、97-113 年國中學齡層各死因死亡率

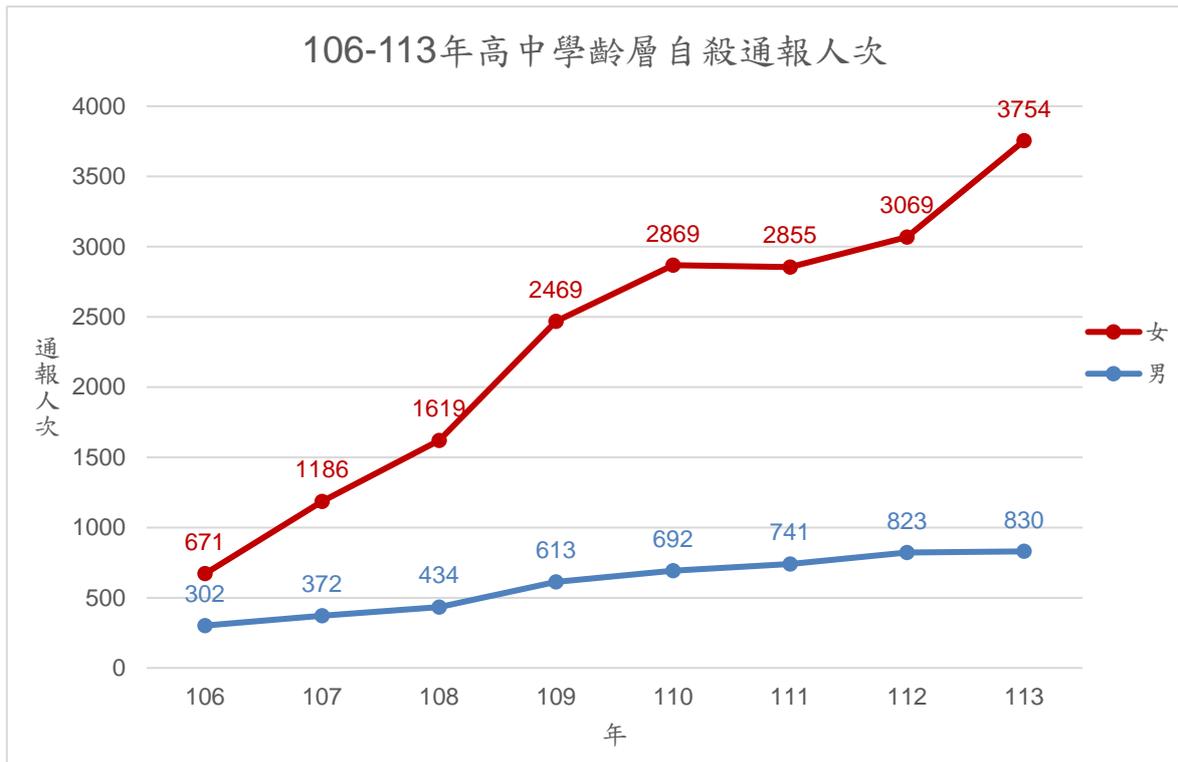


圖 3-2-8、106-113 年高中學齡層通報人次

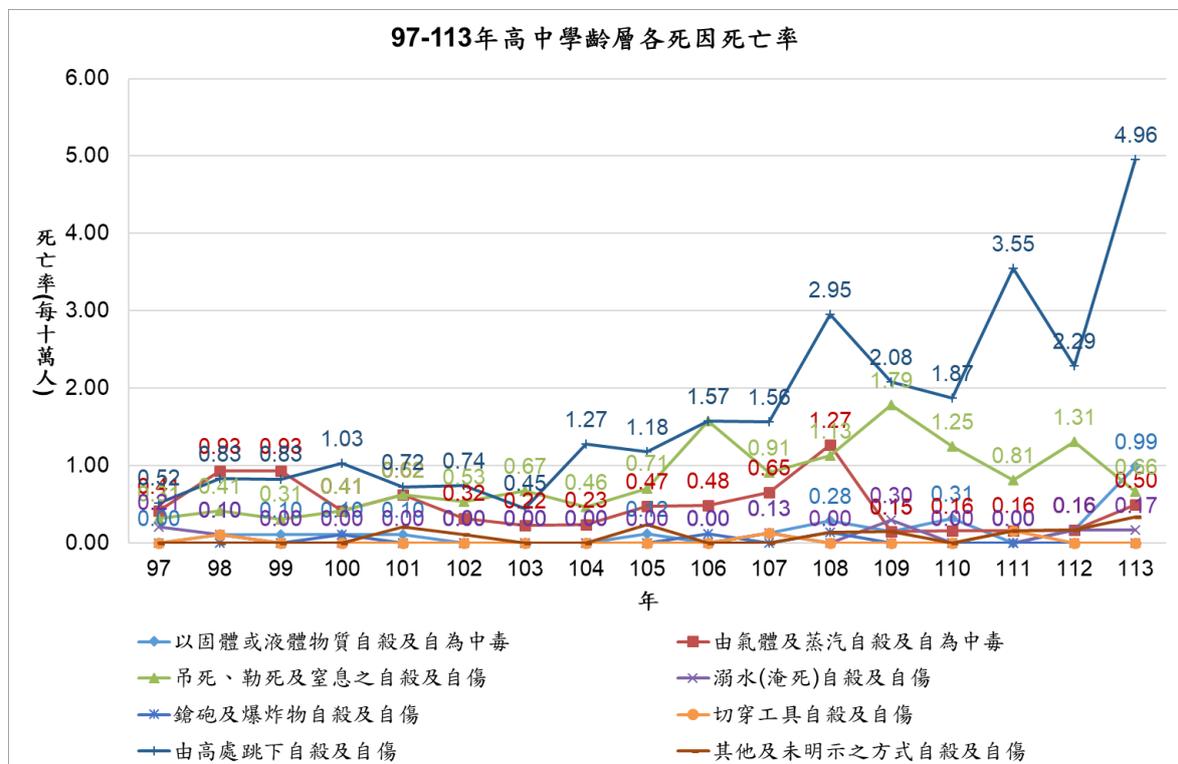


圖 3-2-9、97-113 年高中學齡層各死因死亡率

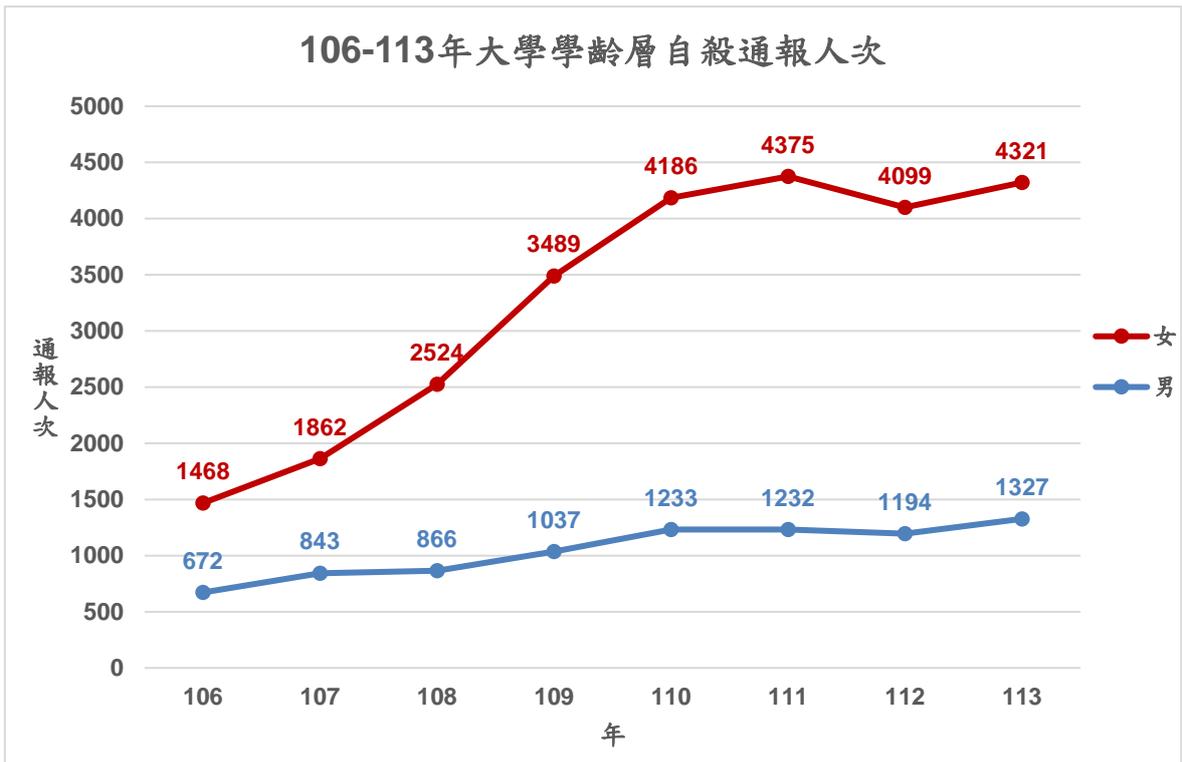


圖 3-2-10、106-113 年大學學齡層通報人次

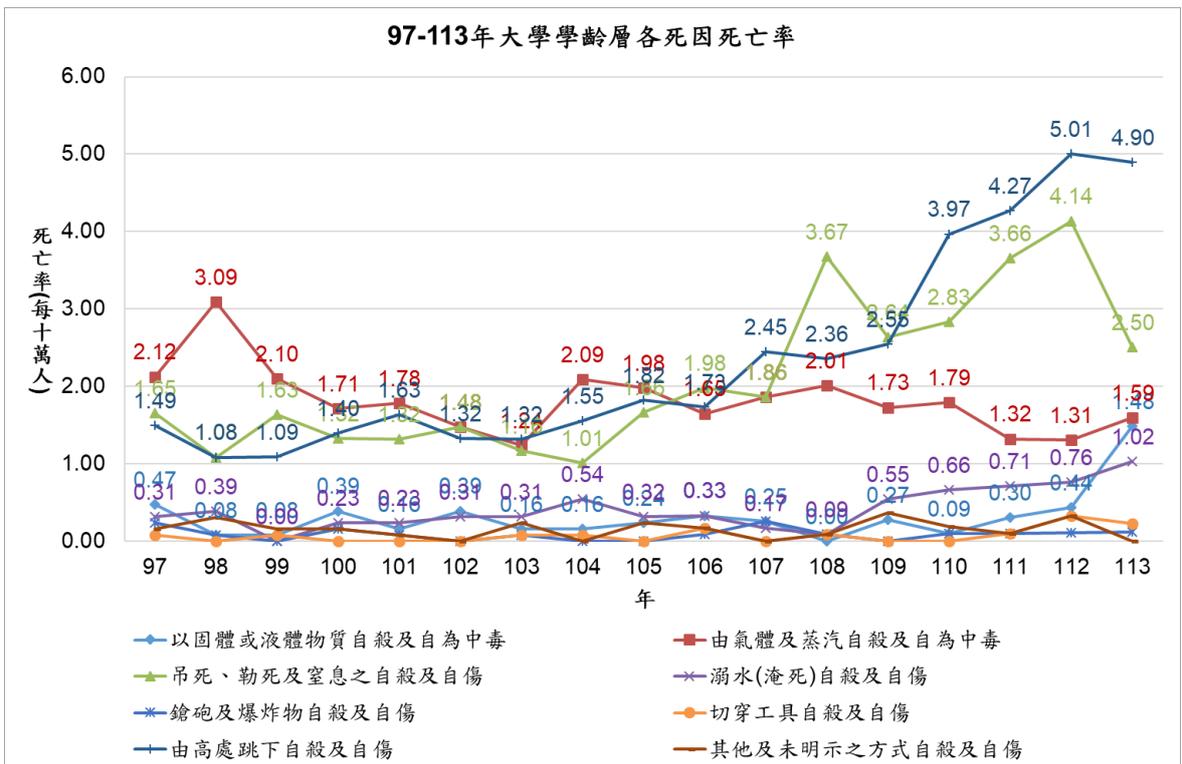
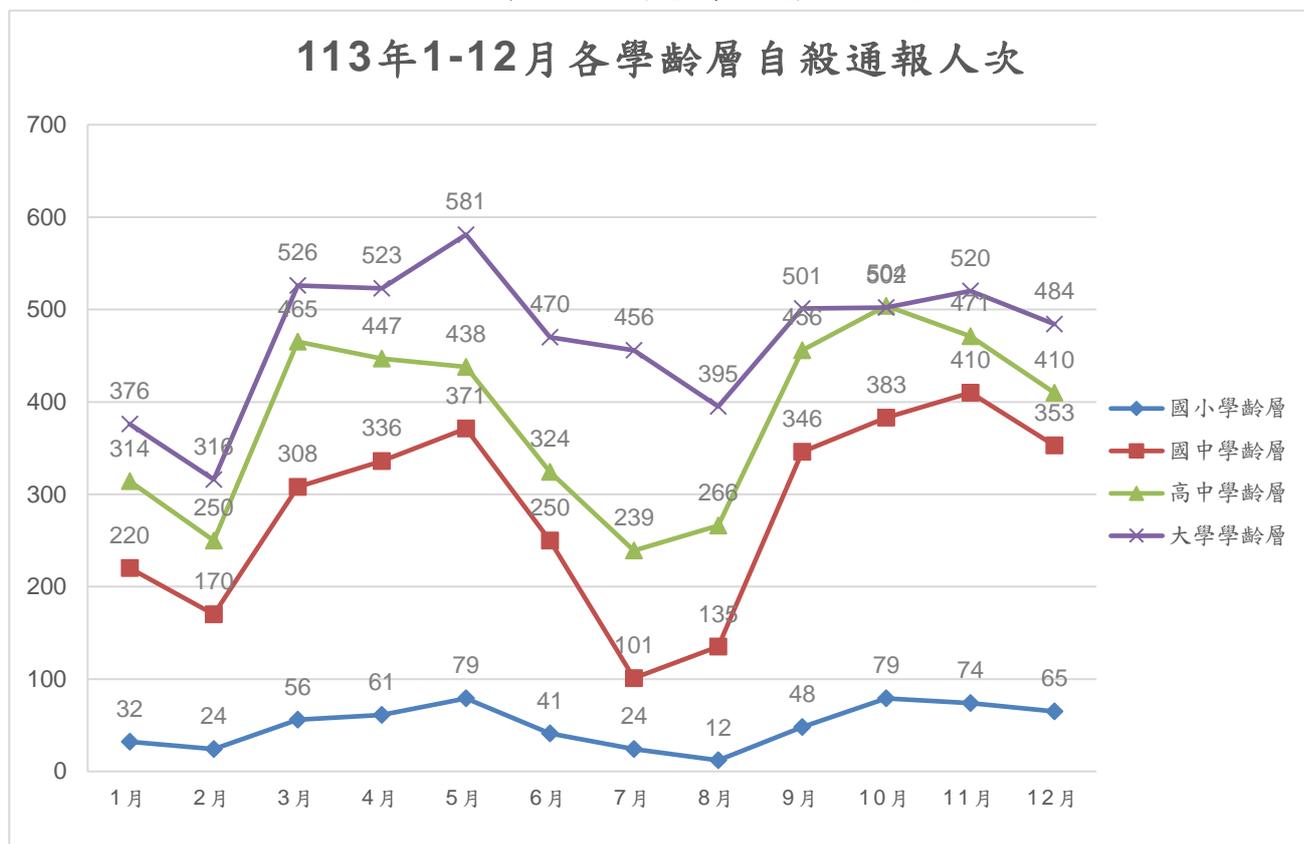


圖 3-2-11、97-113 年大學學齡層各死因死亡率

113 年各學齡層自殺通報人次若以月份別來看，發現在 5 月及 10-11 月的通報人次與當年其他月份相比通報人次較高，可能與期中、期末考試期間的學業壓力有關，此現象顯示校園自殺防治工作應特別強化考試週前

後的預防措施與心理輔導資源，及早介入並減輕學生壓力。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 3-2-12)。

圖 3-2-12、113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 3-2-1)，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、輔導系統以及校園是否能否能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，而學校教職員工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 3-2-1、113 年國小至高中學齡層自殺原因通報占率前三位

學齡層		自殺原因占率順位										
		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	同儕相處問題	(34.2)	家庭成員問題	(45.8)	家庭成員問題	(37.5)	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	(48.6)	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	(47.6)	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	(63.9)
	家庭成員問題		憂鬱傾向、罹患		憂鬱傾向、罹患		家庭成員問題		家庭成員問題		家庭成員問題	

	(27.9)	憂鬱症或 其他精神 疾病	憂鬱症或 其他精神 疾病	(38.3)	(34.1)	(27.3)
		(26.2)	(37.1)			
第三位	學校適應 問題	同儕相處 問題	學校適應 問題	同儕相處 問題(18)	學校適應 問題 (13)	感情因素 (13.5)
	(27.9)	(21.5)	(20.6)			

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 3-2-2)。

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 3-2-2、113 年大學學齡層自殺原因通報占率前三位

自殺原因 占率順位	學齡層	
	大學男性(%)	大學女性(%)
第一位	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病 (50.4)	憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病 (63.1)
第二位	感情因素 (22)	感情因素 (20.7)
第三位	家庭成員問題 (20.5)	家庭成員問題 (19.6)

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，和跟男性比起來，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 3-2-3、113 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 (65.2)	割腕 (42.6)	高處跳下 (43.7)	割腕 (47.5)	高處跳下 (27.8)	割腕 (42.6)	
第二位	其他方式 (19.3)	高處跳下 (29.8)	割腕 (18.8)	高處跳下 (19.9)	割腕 (27.8)	安眠藥、鎮靜劑 (22.4)	
第三位	撞擊 (9.2)	其他方式 (14.6)	其他方式 (16.6)	安眠藥、鎮靜劑 (13.6)	安眠藥、鎮靜劑 (13.3)	高處跳下 (16.7)	

大學學齡層使用的自殺方式前三高兩性皆一致，最高為「割腕」，其次為「安眠藥、鎮定劑」，第三則是「高處跳下」。

表 3-2-4、113 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	割腕 (24.8)	割腕 (43)	
第二位	安眠藥、鎮靜劑 (23.1)	安眠藥、鎮靜劑 (31.2)	
第三位	高處跳下 (17.6)	高處跳下 (12.4)	

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為最高，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(洪韡捷 & 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，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，家暴受害人比例顯著較高，此一現象可能與青年族群親密關係及同居型態多元化有關。伴侶暴力在大學學齡層中亦逐漸被辨識並納入通報體系，而自殺通報原因中亦顯示「情感因素」為該年齡層男女的主要原因之一，反映情感與關係議題在此階段的重要性。雖然脆弱家庭比例相對較低，但實際人數與其他學齡層相近，顯示差異主要來自大學學齡層通報總量較高，隨著家暴等其他類型個案增加，使脆弱家庭在整體通報中所占比例相對下降。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 3-2-5、國小學齡層特殊身分別通報人次及占率

	111 年(N=355)		112 年(N=440)		113 年(N=595)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	35	9.86	49	11.1	79	13.3
精神照護資訊系統列管	1	0.28	0	0.0	0	0
精神疾病嚴重病人	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
替代治療	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴高危險相對人	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴高危險被害人	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴相對人	28	7.89	44	10	29	4.9
家暴被害人	18	5.07	26	5.9	50	8.4

兒童及少年保護相對人	28	7.89	51	11.6	68	11.4
兒童及少年保護被害人	170	47.89	234	53.2	280	47.1
性侵相對人	0	0.0	0	0	0	0
中低收入戶	60	16.9	88	20	103	17.3
脆弱家庭	93	26.2	111	25.2	131	22
身心障礙	26	7.32	60	13.6	54	9.1

表 3-2-6、國中學齡層特殊身分別人次及占率

	111 年(N=2325)		112 年(N=2914)		113 年(N=3383)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	677	29.12	733	25.1	884	26.1
精神照護資訊系統列管	131	5.63	117	4	73	2.2
精神疾病嚴重病人	4	0.17	15	0.5	30	0.9
毒品危害防制中心列管	1	0.04	0	0	0	0
替代治療	0	0.0	0	0	0	0
家暴高危險相對人	3	0.13	3	0.1	1	0
家暴高危險被害人	0	0.0	0	0	0	0
家暴相對人	251	10.8	326	11.2	356	10.5
家暴被害人	161	6.92	209	7.2	226	6.7
兒童及少年保護相對人	195	8.39	311	10.7	332	9.8
兒童及少年保護被害人	1252	53.85	1502	51.5	1712	50.6
性侵相對人	4	0.17	22	0.8	3	0.1
中低收入戶	497	21.38	659	22.6	717	21.2
脆弱家庭	640	27.53	842	28.9	881	26
身心障礙	213	9.16	238	8.2	237	7

表 3-2-7、高中學齡層特殊身分別人次及占率

	111 年(N=2596)		112 年(N=3892)		113 年(N=4584)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	1637	45.52	1577	40.5	1926	42
精神照護資訊系統列管	269	7.48	396	10.2	350	7.6
精神疾病嚴重病人	9	0.25	12	0.3	32	0.7
毒品危害防制中心列管	8	0.22	1	0	15	0.3
替代治療	0	0.0	0	0	0	0
家暴高危險相對人	8	0.22	7	0.2	2	0
家暴高危險被害人	1	0.03	2	0.1	0	0
家暴相對人	396	11.01	432	11.1	571	12.5
家暴被害人	314	8.73	347	8.9	305	6.7
兒童及少年保護相對人	241	6.7	329	8.5	439	9.6
兒童及少年保護被害人	1597	44.41	1937	49.8	2407	52.5
性侵相對人	18	0.5	15	0.4	46	1
中低收入戶	713	19.83	718	18.4	917	20
脆弱家庭	771	21.44	1014	26.1	1068	23.3
身心障礙	408	11.35	542	13.9	483	10.5

表 3-2-8、大學學齡層特殊身分別人次及占率

	111 年(N=5607)		112 年(N=5299)		113 年(N=5650)	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率
	N	%	N	%	N	%
過去精神病史	2896	51.65	2564	48.4	2844	50.3
精神照護資訊系統列管	685	12.22	664	12.5	611	10.8
精神疾病嚴重病人	55	0.98	70	1.3	35	0.6
毒品危害防制中心列管	64	1.14	58	1.1	46	0.8
替代治療	0	0.0	0	0.0	0	0
家暴高危險相對人	23	0.41	26	0.5	26	0.5
家暴高危險被害人	73	1.3	74	1.4	67	1.2
家暴相對人	795	14.18	731	13.8	849	15
家暴被害人	1442	25.72	1339	25.3	1341	23.7
兒童及少年保護相對人	169	3.01	197	3.7	296	5.2

兒童及少年保護被害人	1077	19.21	1290	24.3	1766	31.3
性侵相對人	29	0.52	31	0.6	33	0.6
中低收入戶	866	15.44	959	18.1	1028	18.2
脆弱家庭	754	13.45	756	14.3	959	17
身心障礙	734	13.09	737	13.9	757	13.4

4) 學齡層再自殺與再自殺死亡率

107-113 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 3-2-9)，各學齡層較前年皆微幅上升，尤其國小學齡層更攀升至近年最高。

表 3-2-9、108-113 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
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
113	36	7.2	305	13.8	439	15.2	506	13.5

以當年度再自殺死亡率來看(如表 3-2-10)，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 3-2-10、108-112 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(%)

年	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
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	2	0.13	4	0.18	12	0.34

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，臺北馬偕醫院團隊對 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)；如台灣大學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，可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、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。

- 4) 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。
- 5) 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。
- 6) 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) 建立線上遠距支持團體，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。
- 16) 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。

3. 指標性策略

- 1) 落實高風險個案(自殺企圖者)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。
- 2) 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。
- 3) 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。
- 4) 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 3-2-11、109-113 年國小學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	1.6	0	0	0	0
家庭成員問題	29.1	29.6	28.6	32	27.8
感情因素	3.9	1.3	2.1	1.6	0.9
喪親、喪偶	1.6	1.3	1	1.2	0
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	13.4	17	23.4	12.8	13.3
物質濫用	0.8	0	0	0	0
失業	0.8	0	0	0	0
債務	0	0.6	0	0	0
慢性化的疾病問題	0	1.3	1.6	0.4	0
急性化的疾病問題	0	0	0	0.4	0
學校適應問題	52	49.1	47.4	26.4	27.8
生涯規劃因素	0	0	0.5	0	0
校園霸凌	0	0	0	1.2	0.9
課業壓力	0	0	0	19.2	18
遭受騷擾	0	0	0.5	0.4	0.3
遭受暴力	3.1	0.6	2.1	0.8	0.6
個案(家屬)不願說明	3.1	3.8	2.1	3.2	2.5
個案因身體狀況無法說明	0	0	1	1.6	1.6
其他	15.7	23.3	22.4	23.6	10.8
不詳	7.9	8.8	5.7	4.8	5.4

表 3-2-12、109-113 年國小學齡層女性自殺原因通報占率

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	0.8	0	0	0	0
家庭成員問題	44.1	43.1	42.3	45.1	45.5
感情因素	16.1	9	5.5	3.8	3.6
喪親、喪偶	0.8	0	1.8	1.1	1.1
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	18.6	18.1	24.5	22.8	25.8
物質濫用	0	0.5	0	0	0
職場工作壓力	0	0.5	0	0	0.4
失業	0	0.5	0	0	0
債務	0	0.5	0	0	0.4
慢性化的疾病問題	0.8	1.1	0.6	0.5	0
急性化的疾病問題	0	0	0	0	0
學校適應問題	32.2	29.8	36.8	13	11.1
生涯規劃因素	0.8	0	0.6	0.5	0
校園霸凌	0	0	0	1.1	2.2
課業壓力	0	0	0	12	10
同儕相處問題	0	0	0	27.7	21.1
遭受騷擾	0	1.6	0	0.5	0
遭受暴力	0	1.1	1.8	0	1.8
畏罪自殺、官司問題	0	0	0.6	0.5	0
個案(家屬)不願說明	0	8.5	4.9	4.3	3.9
個案因身體狀況無法說明	0	1.6	1.2	0.5	0.7
其他	16.9	14.4	12.9	18.5	6.5
不詳	7.6	9.6	7.4	5.4	7.9

表 3-2-13、109-113 年國中學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	0	0.2	0.2	0	0.1
家庭成員問題	37	35.9	37.2	35.4	37.5
感情因素	11.7	9.7	6.9	6.9	6.7
喪親、喪偶	0.2	0.9	0.8	0.7	0.7
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	29.8	31.3	34.3	27.8	37.1
物質濫用	0.4	0.2	0	0.2	0.1
債務	0.4	0	0	0.3	0
慢性化的疾病問題	1.3	0.9	1	1.4	0
急性化的疾病問題	0	0.2	0	0	0
學校適應問題	36.3	38.1	34.9	21.6	20.6
生涯規劃因素	1.1	0.7	1	0.3	0
校園霸凌	0	0	0	2.2	1.3
課業壓力	0	0	0	14.6	14.1
同儕相處問題	0	0	0	20.3	15.7
遭受騷擾	0.2	0	1	0	0.1
遭受暴力	0.7	1.1	1.8	1.2	0.7
遭受詐騙	0	0	0.2	0	0.3
畏罪自殺、官司問題	0.2	0.4	0.6	0.9	0
個案(家屬)不願說明	2.7	4	3.8	3.3	3.6
個案因身體狀況無法說明	1.1	1.3	1.8	0.9	1.2
其他	9.9	11.5	15.6	13.2	8.2
不詳	7.6	7.5	6.7	4.5	5.8

表 3-2-14、109-113 年國中學齡層女性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	0.1	0	0	0.1	0.1
家庭成員問題	39.3	38.4	35.3	34.8	38.3
感情因素	13.3	14.6	11.4	10.1	10.9
喪親、喪偶	1.1	0.8	0.7	0.5	0.6
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	48.6	48.8	54.4	53.6	48.6
物質濫用	0.2	0.5	0.2	0.4	0.4
職場工作壓力	0.1	0.1	0.1	0	0
債務	0	0.1	0.1	0.2	0
慢性化的疾病問題	0.7	0.2	0.5	0.5	0.1
急性化的疾病問題	0.1	0.2	0	0.1	0
學校適應問題	33.1	30.6	29.4	13.6	13.1
生涯規劃因素	1.2	0.7	1.3	0.6	0
遭受騷擾	0.7	0.6	0.8	0.6	0.9
校園霸凌	0	0	0	1.8	2.5
課業壓力	0	0	0	11.4	12.3
同儕相處問題	0	0	0	15	18
遭受暴力	1	0.6	0.8	0.9	1
遭受詐騙	0.1	0.1	0.1	0	0.1
兵役因素	0.1	0	0.1	0	0
畏罪自殺、官司問題	0.2	0.1	0	0.3	0
個案(家屬)不願說明	3.1	3.5	2.9	2.9	3.5
個案因身體狀況無法說明	0.3	0.7	0.8	0.8	0.8
其他	8.5	7.6	7.3	9	5.3
不詳	3.8	4.2	5.7	4.6	4.9

表 3-2-15、109-113 年高中學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	0	0	0	0.2	0.1
家庭成員問題	30.2	33.1	30.6	31.1	34.1
感情因素	19.9	15.9	17	17.5	12.9
喪親、喪偶	1	1	0.7	0.5	1.1
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	44.7	44.4	49.8	47.6	47.6
物質濫用	2.6	1.6	1.2	2.7	1.9
職場工作壓力	2	1.4	0.9	1	1.6
失業	0.3	0.6	0.1	0.5	0.2
債務	1.5	1.2	0.5	0.9	1
慢性化的疾病問題	0.5	0.3	0.5	1.6	0
急性化的疾病問題	0.2	0.1	0	0	0
學校適應問題	22	23	28.6	12.5	13
生涯規劃因素	1.3	2.9	3.6	2.9	0
校園霸凌	0	0	0	1.8	1.4
課業壓力	0	0	0	12.3	10.1
同儕相處問題	0	0	0	11.2	10.2
遭受騷擾	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2
遭受暴力	0.3	0.6	0.8	0.6	1.1
遭受詐騙	0.3	0	0.1	0.2	0.2
畏罪自殺、官司問題	1.3	0.9	0.5	0.7	0
個案(家屬)不願說明	4.4	2.5	3.4	3.5	3.5
個案因身體狀況無法說明	1	1.4	1.3	0.9	1.2
其他	8.3	8.8	7	7.5	6.6
不詳	5.4	6.2	5.5	4.3	4.8

表 3-2-16、109-113 年高中學齡層女性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	0.2	0.1	0.4	0.2	0.1
家庭成員問題	29.6	27.7	27.3	27.4	27.3
感情因素	15.7	15.8	14.2	14.3	13.5
喪親、喪偶	0.4	0.3	0.7	0.7	0.8
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	60	60.6	64.3	63.9	63.9
物質濫用	0.7	0.6	0.4	0.6	0.7
職場工作壓力	1.2	0.9	0.9	1.1	0.9
失業	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2
債務	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
慢性化的疾病問題	0.4	0.6	0.6	0.6	0
急性化的疾病問題	0	0.1	0.2	0	0
學校適應問題	23.4	22.3	23.7	11	11.9
生涯規劃因素	1.4	1.6	1.7	1.3	0
校園霸凌	0	0	0	1.8	1.4
課業壓力	0	0	0	11.3	11.5
同儕相處問題	0	0	0	9.2	8.3
遭受騷擾	0.8	0.7	0.8	0.6	0.4
遭受暴力	0.6	0.7	1	0.7	0.8
遭受詐騙	0	0.1	0	0	0.1
兵役因素	0	0	0	0	0
畏罪自殺、官司問題	0.4	0.1	0.1	0.3	0
個案(家屬)不願說明	3.1	3.1	2.6	2.2	2.9
個案因身體狀況無法說明	0.7	0.8	1.1	0.9	0.9
其他	5.9	6.6	5.8	6.2	4.1
不詳	4.9	5.1	4.3	3.5	4

表 3-2-17、109-113 年大學學齡層男性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	1.6	1.9	1.9	1.1	1.1
家庭成員問題	18	20.2	18.5	19.9	20.5
感情因素	25.8	25	25.6	25.1	22
喪親、喪偶	0.9	0.6	1	0.9	1.4
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	42	45	46.8	49.4	50.4
物質濫用	3.3	4.1	3.2	3.7	6.1
職場工作壓力	5.9	4.6	4.8	5.9	6.1
失業	2	1.9	1.5	1.7	1.7
債務	3.4	3.3	3.2	4.8	5
慢性化的疾病問題	0.4	1	1.5	1.2	0
急性化的疾病問題	0.6	0.2	0.2	0.4	0
學校適應問題	11.2	10	11.7	5.9	5
生涯規劃因素	2.3	2.1	1.9	1.9	0
校園霸凌	0	0	0	0.6	0.7
課業壓力	0	0	0	7.1	5.1
同儕相處問題	0	0	0	3.9	3.6
遭受騷擾	0.2	0.1	0.6	0.1	0.2
遭受暴力	0	0.3	0.2	0.3	0.4
遭受詐騙	0.2	0.3	0.2	0.6	1
兵役因素	0.9	1.2	1.5	0.8	2.5
畏罪自殺、官司問題	1.4	1.2	1.6	0.8	0
個案(家屬)不願說明	3.7	4.8	3.7	3.4	3.4
個案因身體狀況無法說明	1.8	2	1	1.6	1
其他	7.4	6.1	7.1	6.1	5.7
不詳	5.9	7.5	8	6.9	5.9

表 3-2-18、109-113 年大學學齡層女性自殺原因通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
夫妻問題	2.1	1.8	1.9	2.2	1.6
家庭成員問題	20	20	19.8	19.8	19.6
感情因素	26	22.8	22.9	21.1	20.7
喪親、喪偶	0.6	0.9	0.7	0.9	0.7
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	58	61.9	63.6	65	63.1
物質濫用	1.6	1.4	1.4	1.8	1.6
職場工作壓力	4.3	4.4	4.6	4.5	4.9
失業	0.9	1.2	0.8	0.9	0.7
債務	0.6	0.6	0.7	0.6	0.9
慢性化的疾病問題	0.7	0.8	1.1	0.9	0
急性化的疾病問題	0.1	0.2	0.3	0.1	0
學校適應問題	11.9	13.2	13.1	6.1	5.5
生涯規劃因素	1.3	1.6	1.7	1.3	0
校園霸凌	0	0	0	0.6	0.4
課業壓力	0	0	0	7.5	7.8
同儕相處問題	0	0	0	3.8	3.7
遭受騷擾	0.5	0.9	0.6	0.7	0.5
遭受暴力	0.5	1	0.7	0.5	0.7
遭受詐騙	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2
兵役因素	0.1	0	0.1	0	0
畏罪自殺、官司問題	0.3	0.5	0.4	0.4	0
個案(家屬)不願說明	3.2	3.2	2.8	3.2	3.9
個案因身體狀況無法說明	1	0.6	1.1	1	1
其他	5.8	5.5	4.9	4.5	4.8
不詳	5.1	4.7	4.6	3.9	4.3

表 3-2-19、109-113 年國小學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	1.6	0.6	1	1.2	0.6
其他藥物	3.9	0.6	1	0.8	2.8
其他化學物品	0	1.3	0	0	0
家用瓦斯中毒	0	0	0.5	0	0
燒炭	0	0.6	0	0.4	0.3
上吊、自縊	3.1	0.6	2.6	3.6	1.3
悶死及窒息	2.4	0.6	2.1	2	1.3
割腕	17.3	12.6	6.8	8	3.2
其他部位之切穿工具自殺	3.1	5.7	3.6	6	3.8
高處跳下	49.6	44	56.8	57.6	65.2
撞擊	7.9	8.2	9.4	8.4	9.2
其他方式	16.5	34.6	28.1	20.4	19.3

表 3-2-20、109-113 年國小學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	5.1	2.7	4.9	2.2	6.1
其他藥物	0.8	1.6	5.5	1.6	3.6
農藥	0	0	0	0	0
其他化學物品	0	0	0	0	1.1
家用瓦斯中毒	0	0.5	0	0	0.4
汽車廢氣	0.8	0	0	0	0
燒炭	0.8	1.1	0	0.5	0.4
上吊、自縊	1.7	1.1	1.2	3.3	3.2
悶死及窒息	0	1.1	0.6	1.1	1.1
溺水(淹死)、跳水	0	0.5	0	0.5	0.7
割腕	54.2	41	40.5	37.5	41.9
其他部位之切穿工具自殺	8.5	8.5	9.2	7.1	10
高處跳下	16.9	20.7	22.1	33.7	29.7
撞擊	2.5	2.7	1.8	2.7	1.8
其他方式	15.3	26.1	20.2	20.1	14.3

表 3-2-21、109-113 年國中學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	7.2	4.8	9.1	4.8	4.9
服用或施打毒品過量	0	0.2	0	0.2	5.5
其他藥物	6.3	5.7	7.9	4	0
農藥	0.4	0.2	0	0.3	0
一般病媒殺蟲劑	0	0	0	0.2	0.1
其他化學物品	0.9	1.5	1.6	0.9	0.7
家用瓦斯中毒	0	0.7	0.4	0.2	0.3
燒炭	0.4	0.2	0.8	0.5	0.4
上吊、自縊	4.3	4	3.2	3.4	3.3
悶死及窒息	1.1	0.4	1.4	1.2	2.4
溺水(淹死)、跳水	1.3	0.2	1	1.9	0.6
割腕	34.1	26.4	20.2	22.3	18.8
其他部位之切穿工具自殺	9.6	7.5	8.7	7.6	10.3
高處跳下	20.9	27.3	31.5	42.4	43.6
撞擊	5.8	7.9	6.9	6.4	6.3
臥、跳軌	0.2	0.4	0	0.3	0.3
其他方式	18.4	22	20	15.8	16.6

表 3-2-22、109-113 年國中學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	16	17.1	15.7	16.2	13.6
服用或施打毒品過量	0	0	0.1	0	0
其他藥物	11.1	9.9	11.2	10.3	9.4
農藥	0.1	0.2	0.1	0.2	0.4
一般病媒殺蟲劑	0.2	0	0.3	0.2	0
其他化學物品	1.1	0.7	1.3	1.1	1
家用瓦斯中毒	0	0	0	0	0
燒炭	0.2	0.2	0.1	0.5	0.3
其他氣體及蒸氣	0	0	0.1	0	0
上吊、自縊	2	1.2	2.4	2.1	1.7
悶死及窒息	0.6	0.3	0.8	0.5	0.6
溺水(淹死)、跳水	0.1	0.9	1.2	1.3	0.9
割腕	56.7	49.6	46.1	45.7	47.5
其他部位之切穿工具自殺	7.2	6.7	6	5.2	7
高處跳下	8.9	11.6	16.9	19	19.9
自焚	0	0	0.1	0	0
撞擊	1.7	2.2	2.5	2.4	2.5
臥、跳軌	0	0	0.1	0.2	0
其他方式	9.9	13.9	11	10.2	11.1

表 3-2-23、109-113 年高中學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	21.4	15.3	16.1	16	13.3
服用或施打毒品過量	0	0	0	0.2	0.2
其他藥物	9.5	11.6	9	8.5	8.1
除草劑(巴拉刈)	0	0	0	0	0.1
農藥	0.2	0.1	0.3	0.4	0.1
一般病媒殺蟲劑	0	0.3	0.1	0.4	0.1
其他化學物品	0.8	2.6	1.1	1.3	1.6
家用瓦斯中毒	0.3	0	0.1	0	0.2
汽車廢氣	0	0	0	0	0
氫氣自殺	0	0	0	0	0
燒炭	2.4	2.3	2.3	0.9	1.2
其他氣體及蒸氣	0.2	0	0	0	0
上吊、自縊	4.4	3.3	4.3	3.3	4.7
悶死及窒息	1.3	0.4	0.5	1	0.6
溺水(淹死)、跳水	2.9	1.4	2.8	2.3	2.3
以槍炮、氣槍及爆炸物	0	0	0.3	0.1	0
割腕	33	26	24.8	27.2	27.8
其他部位之切穿工具自殺	7.2	7.9	8.1	6.2	9
高處跳下	14	19.5	25	27.1	27.8
自焚	0.3	0.3	0	0.1	0.2
撞擊	4.6	4.3	6.9	4.6	5.2
臥、跳軌	0	0	0.3	0.4	0.2
其他方式	12.2	18.1	15.1	13.1	12.8

表 3-2-24、109-113 年高中學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	30.2	26.9	27.3	26.3	22.4
服用或施打毒品過量	0.1	0	0	0	0
其他藥物	14.7	14.2	13.3	14.1	12.7
農藥	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2
一般病媒殺蟲劑	0	0.1	0.1	0.1	0.3
其他化學物品	0.6	0.9	1.2	1.1	1.3
家用瓦斯中毒	0	0.1	0	0	0.1
汽車廢氣	0	0	0	0	0
燒炭	0.6	0.4	0.5	0.4	0.3
上吊、自縊	2.2	2.3	1.9	2.5	2.2
悶死及窒息	0.2	0.3	0.5	0.5	0.6
溺水(淹死)、跳水	0.6	1.3	0.9	1.5	1.3
割腕	47.8	43.1	44.7	41.4	42.6
其他部位之切穿工具自殺	3.6	4.4	4.3	4.3	5.9
高處跳下	8.5	10.5	13.5	15.2	16.7
自焚	0	0	0	0	0
撞擊	2.6	2.8	2.3	3.3	3.1
臥、跳軌	0.1	0.1	0	0.2	0.3
其他方式	7.7	11.1	9.6	8.3	8.3

表 3-2-25、109-113 年大學學齡層男性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	23.7	25.8	23.9	27.4	23.1
服用或施打毒品過量	0.3	0	0.2	0.3	0.2
其他藥物	9	9.6	9.4	9.5	9.5
除草劑(巴拉刈)	0	0	0.1	0.1	0
農藥	0.6	0.5	0.8	0.5	0.5
一般病媒殺蟲劑	0.1	0.2	0.2	0.3	0.5
其他化學物品	1.1	1.8	1.1	0.9	1.1
家用瓦斯中毒	0.5	0.4	0.2	0.2	0.2
汽車廢氣	0.3	0.1	0	0	0.2
燒炭	5.1	5.4	4.2	4.4	3.5
其他氣體及蒸氣	0.1	0	0	0.2	0
上吊、自縊	5.4	4.7	5	6.1	3.7
悶死及窒息	0.4	0.6	0.7	0.9	1.1
溺水(淹死)、跳水	1.8	3.2	4.5	4.4	6.1
以槍炮、氣槍及爆炸物	0	0.1	0	0.1	0.2
割腕	27.4	24.2	25.8	23.6	24.8
其他部位之切穿工具自殺	6.3	5.3	5.8	5.9	9.3
高處跳下	12.1	14.8	17.1	19.5	17.6
自焚	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3
撞擊	6.3	5.8	3.8	4.3	5.8
臥、跳軌	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2
其他方式	13	13.3	13.1	9.1	10

表 3-2-26、109-113 年大學學齡層女性自殺方式通報占率(%)

	109 (%)	110 (%)	111 (%)	112 (%)	113 (%)
安眠藥、鎮靜劑	35.9	34.1	33.4	31.9	31.2
服用或施打毒品過量	0.1	0	0	0	0
其他藥物	14.2	13.4	13.9	12.9	12.3
除草劑(巴拉刈)	0	0	0	0	0
農藥	0.2	0.3	0.1	0.3	0.2
一般病媒殺蟲劑	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
其他化學物品	0.7	0.7	0.8	1	0.7
家用瓦斯中毒	0	0	0.1	0	0.1
汽車廢氣	0	0	0	0	0
燒炭	1.9	1.2	1	0.9	1.1
其他氣體及蒸氣	0	0	0	0	0
上吊、自縊	2.4	3	2.6	2.6	2.4
悶死及窒息	0.2	0.6	0.4	0.6	0.4
溺水(淹死)、跳水	1.7	2	1.8	2.3	2
割腕	42.6	41.1	40.4	42.8	43
其他部位之切穿工具自殺	4.6	4.7	4.8	5	5.5
高處跳下	7.4	9	11.3	12	12.4
自焚	0	0	0.1	0	0
撞擊	3.5	2.7	2.8	2.8	2.9
臥、跳軌	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3
其他方式	5.9	8.1	9	5.5	5.5

表 3-2-33、113 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(國小(含以下))

	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	2 (0.42)	0 (0)	478 (99.58)	1 (0.27)	0 (0)
性別					
女	2 (0.96)	0 (0)	206 (99.58)	0 (0)	0 (0)

男	0 (0)	0 (0)	272 (100)	0 (0)	0 (0)
---	----------	----------	--------------	----------	----------

表 3-2-34、113 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(國中)

	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	16 (0.75)	1 (0.05)	2103 (99.2)	0 (0)	0 (0)
性別					
女	10 (0.62)	10 (0)	1594 (99.38)	2 (0)	0 (0)
男	6 (1.16)	1 (0.19)	509 (98.64)	0 (0)	0 (0)

表 3-2-35、113 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(高中)

	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	37 (1.32)	2 (0.07)	2768 (98.54)	2 (0.07)	0 (0)
性別					
女	16 (0.74)	1 (0.05)	2139 (99.12)	2 (0.09)	0 (0)
男	21 (3.23)	1 (0.15)	629 (96.62)	0 (0)	0 (0)

表 3-2-36、113 年自殺企圖通報個案之自殺死亡情形(大學)

	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	73 (1.95)	3 (0.08)	3654 (97.73)	9 (0.24)	1 (0)
性別					

女	40 (1.48)	2 (0.07)	2661 (98.19)	7 (0.26)	0 (0)
男	33 (3.21)	1 (0.1)	992 (96.5)	2 (0.19)	0 (0)

七、文獻參考

Andriessen, K., Krysinska, 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.

洪韡捷 & 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.

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 年至民國 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。

(1) 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. 函送分析架構及詢問其他分析需求至原住民族委員會。

2. 資料來源

1) 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。

2) 其他資料檔：原住民清冊。

3. 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。

4. 資料蒐集

1) 自殺企圖通報資料檔

(1) 資料期間：113 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。

研究分析

1) 利用自殺通報資料檔產出 108 年至 113 年身份註記為原住民的通報人次趨勢圖、自殺方式占比趨勢圖及自殺原因占比趨勢圖。

2) 因 113 年未收到原住民自殺死亡資料，僅針對 113 年原住民與非原住民比較自殺通報欄位差異，使用卡方分配比較不同人口組群通報檔內自殺企圖的差異，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，當該項目比較計算後的 p 值達到明顯差異時標記*。

四、成果

1. 歷年原住民自殺通報描述性分析

1) 108-113 年自殺通報分析

113 年原住民自殺通報人次共 2,559 人次，其中男性 593 人次，女性 1,965 人次(詳圖 3-3-1)，跨性別 1 人次，各年齡層以 15-24 歲及 25-44 歲通報人次較高(詳圖 3-3-2)，進一步看各月通報人次，以 5 月及 9 月通報人次較多。(詳圖 3-3-3)

以自殺方式來看，歷年以「割腕」為主要自殺方式、其次為(除其他自殺方式外)「安眠藥、鎮定劑」、「由高處跳下」(詳圖 3-3-4)。以自殺原因來看，主要自殺原因為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」、「家庭成員問題」、「感情因素問題」(詳圖 3-3-5)。

以特殊身分別來看，以家暴被害人 850 人次(占率 33.2%)、中低收入戶 798 人次(占率 31.2%)、脆弱家庭兒少被害人 631 人次(占率 24.7%)分別為前三高特殊身分別(詳表 3-3-1)。

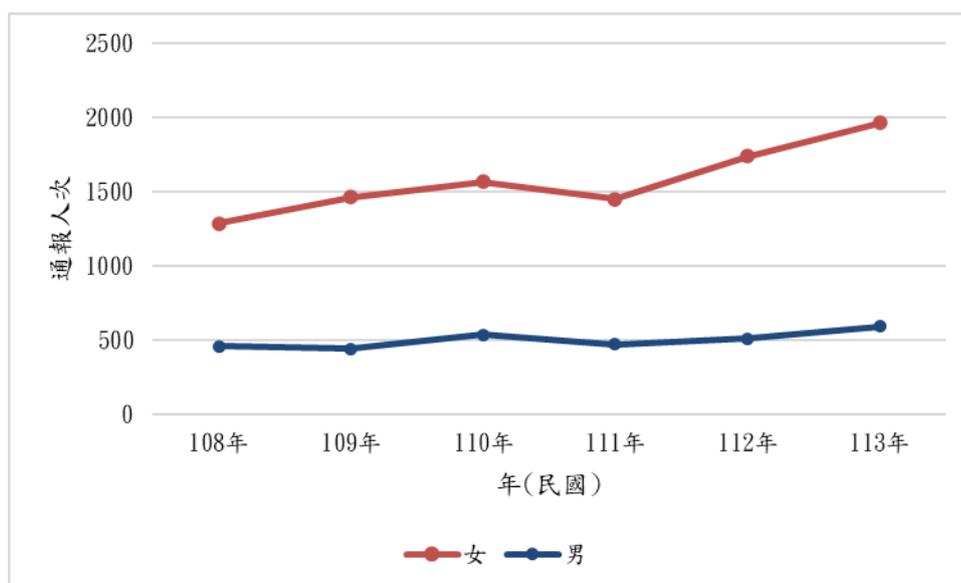


圖 3-3-1、108-113 年原住民各性別自殺通報人次

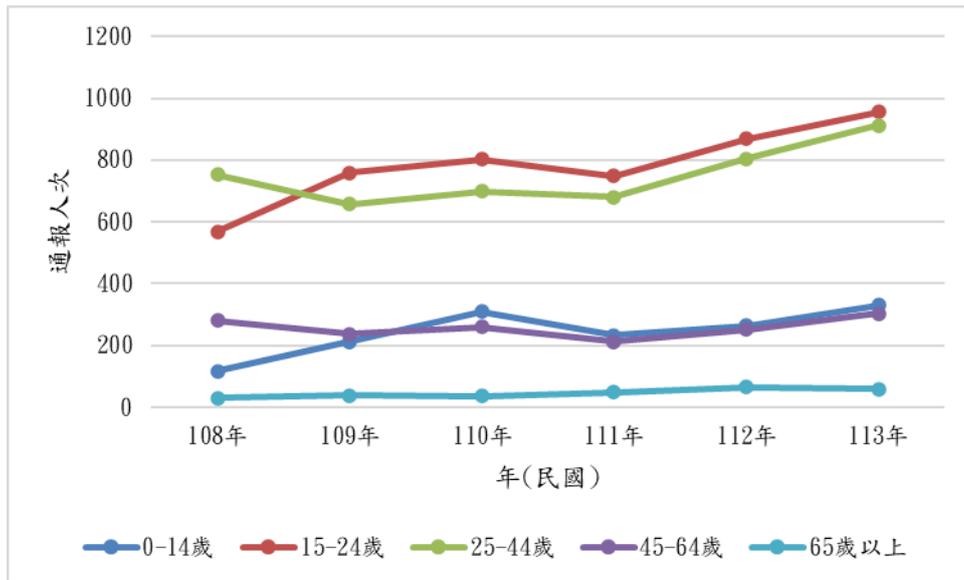


圖 3-3-2、108-113 年原住民各年齡層自殺通報人次分析

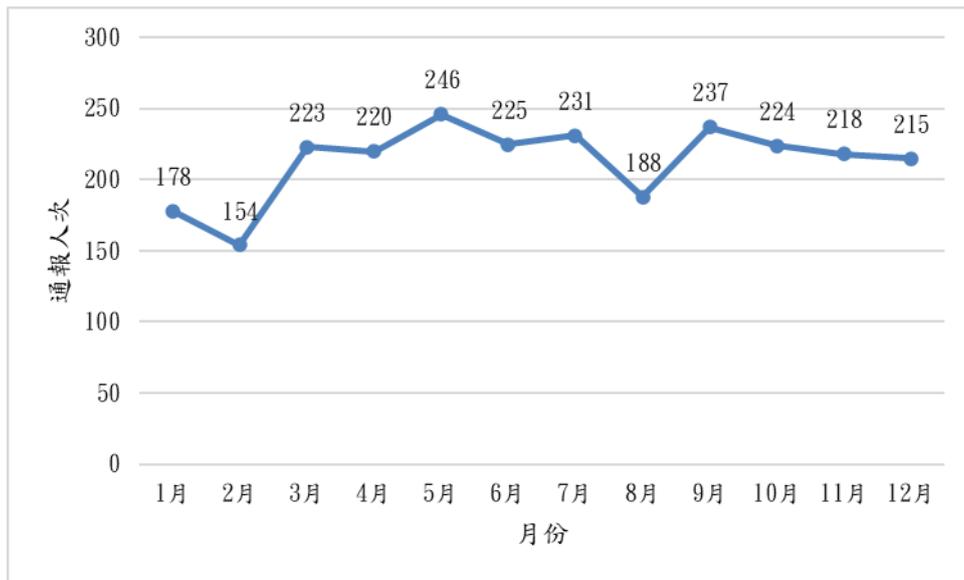


圖 3-3-3、113 年 1-12 月原住民自殺通報人次分析

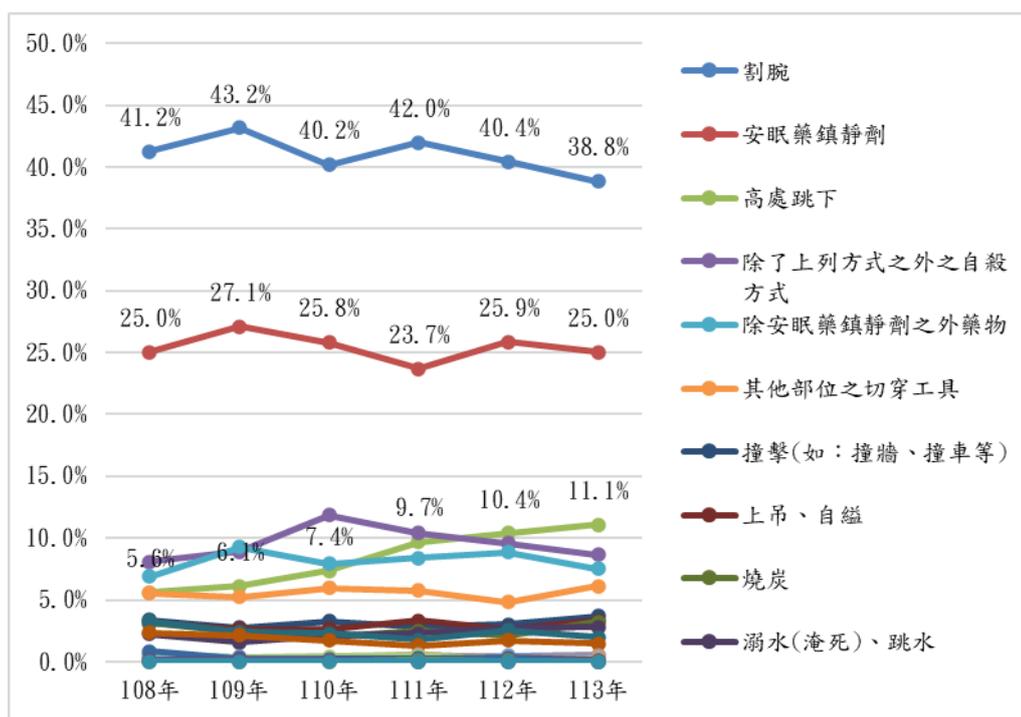


圖 3-3-4、108-113 年原住民各自殺方式占率

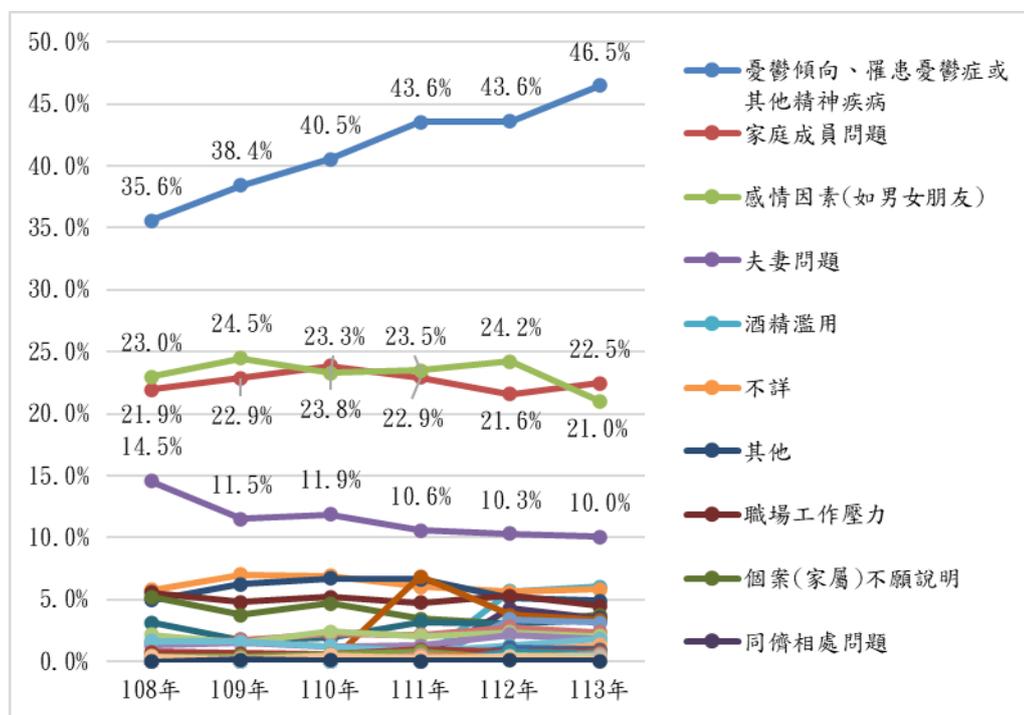


圖 3-3-5、108-113 年原住民自殺原因占率

表 3-3-1、109-113 年原住民自殺通報特殊身分別人次及占率

	109		110		111		112		113	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率
精神病人照 護列管	322	16.9%	271	12.9%	192	9.2%	211	9.8	240	9.4
精神病人嚴 重病人	17	0.9%	15	0.7%	15	0.7%	7	0.3	5	0.2
家暴高危及 害人	30	1.6%	61	2.9%	44	2.1%	34	1.6	51	2
家暴高危及 被害人	64	3.4%	102	4.8%	102	4.9%	142	6.6	131	5.1
家暴加害人	174	9.1%	401	19.0%	457	22.0%	464	21.6	613	24
家暴被害人	294	15.4%	571	27.1%	647	31.2%	673	31.3	850	33.2
兒少加害人	52	2.7%	195	9.3%	180	8.7%	252	11.7	336	13.1
兒少被害人	51	2.7%	391	18.5%	398	19.2%	412	19.2	631	24.7
性侵加害人	15	0.8%	12	0.6%	16	0.8%	17	0.8	28	1.1
替代治療列 管	1	0.1%	5	0.2%	9	0.4%	6	0.3	15	0.6
毒藥品列管	78	4.1%	96	4.6%	89	4.3%	107	5	141	5.5
脆弱家庭	0	0.0%	468	22.2%	463	22.3%	545	25.3	629	24.6
低收入戶	0	0.0%	517	24.5%	599	28.9%	624	29	798	31.2
身心障礙	0	0.0%	272	12.9%	280	13.5%	269	12.5	314	12.3

由表 3-3-2 可以看出不論 30 天、90 天、一年內再自殺率原住民均高於全國。

表 3-3-2、全國及原住民再自殺率比較

全國	109年	110年	111年	112年	113年
30天內再自殺	8.1	10.4	11.2	9.6	9.2
90天內再自殺	12.1	14.5	15.3	14.3	13.3
一年內再自殺	20.8	22.8	23.5	24.2	
原住民	109年	110年	111年	112年	113年
30天內再自殺	9.3	12	9	11.1	10.4
90天內再自殺	13.8	16.4	14	15.2	14.3
一年內再自殺	23.5	25.8	24.6	24.5	

2. 113 年通報企圖性別年齡統計分析

根據自殺防治通報資料(表 3-3-3)，原住民女性的自殺企圖通報比例為 77.5%，遠高於男性的 22.4%；相比之下，非原住民女性的自殺企圖比例則為 68.1%，男性為 31.9%。

表 3、113 年自殺企圖通報原住民性別分析

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)	
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 年平均(n)	比例 (%)
總計	2504	100%	45410	100%
男	562	22.4%	14477	31.9%
女	1941	77.5	30917	68.1%

以整體分年齡層通報率(十萬人)的比較來看(表 3-3-4)，可以明顯看到原住民年輕族群通報率都比非原住民高，但年齡層往上後就變成非原住民較高。

表 3-3-4、113 年自殺企圖通報原住民分齡分析(整體)

	原住民			非原住民			率比 (RR)
	通報人 次 (n)	年中人 口 (N)	通報率 (次/十萬 人)	通報人 次 (n)	年中人口 (N)	通報率 (十萬人)	
0-14 歲	329	115933	283.78	3623	2651967	136.62	2.077
15-19 歲	566	40244	1406.42	6762	985383	686.23	2.049
20-24 歲	385	45877	839.2	6599	1235700	534.03	1.571
25-29 歲	340	50758	669.85	5114	1477617	346.1	1.935
30-34 歲	199	48935	406.66	3794	1550496	244.7	1.662
35-39 歲	158	41546	380.3	3377	1579455	213.81	1.779
40-44 歲	188	45885	409.72	3626	1933885	187.5	2.185
45-49 歲	127	41152	308.61	3014	1882592	160.1	1.928
50-54 歲	83	38103	217.83	2109	1717283	122.81	1.774
55-59 歲	49	37150	131.9	1743	1737415	100.32	1.315
60-64 歲	25	33806	73.95	1478	1726303	85.62	0.864
65-69 歲	28	26372	106.17	1174	1533425	76.56	1.387
70-74 歲	12	16753	71.63	1101	1226450	89.77	0.798
75 歲以上	15	17878	83.9	1855	1,571,968	118	0.711

以男性分年齡層通報率(十萬人)的比較來看(表 3-3-5)，在 39 歲以前明顯原住民男性通報率高於非原住民，但 55 歲後非原住民高於原住民。

表 3-3-5、113 年自殺企圖通報原住民分齡分析(男性)

	原住民			非原住民			率比 (RR)
	通報人 次 (n)	年中人 口 (N)	通報率 (十萬人)	通報人 次 (n)	年中人 口 (N)	通報率 (十萬人)	
0-14 歲	56	59419	94.25	922	1374127	67.1	1.405
15-19 歲	88	20778	423.52	1367	514305	265.8	1.593
20-24 歲	94	23383	402	1682	644590	260.94	1.541
25-29 歲	97	25531	379.93	1551	765745	202.55	1.876
30-34 歲	66	24590	268.4	1410	802587	175.68	1.528
35-39 歲	44	20578	213.82	1234	798968	154.45	1.384
40-44 歲	36	22415	160.61	1279	953539	134.13	1.197
45-49 歲	28	19619	142.72	1052	921073	114.21	1.25
50-54 歲	21	17658	118.93	787	836452	94.09	1.264
55-59 歲	8	16881	47.39	690	847027	81.46	0.582
60-64 歲	5	14901	33.55	656	832494	78.8	0.426
65-69 歲	9	11204	80.33	570	726654	78.44	1.024
70-74 歲	5	6680	74.85	506	568331	89.03	0.841
75 歲以上	5	6124	81.65	751	664077	113.09	0.722

以女性分年齡層通報率(十萬人)的比較來看(表 3-3-6)，在 59 歲以前明顯原住民男性通報率高於非原住民，其中 0-19 歲最為明顯，但 60 歲後非原住民高於原住民。

表 3-3-6、113 年自殺企圖通報原住民分齡分析(女性)

	原住民			非原住民			率比 (RR)
	通報人 次 (n)	年中人 口 (N)	通報率 (十萬人)	通報人 次 (n)	年中人 口 (N)	通報率 (十萬人)	
0-14 歲	273	56514	483.07	2701	1277840	211.37	2.285
15-19 歲	478	19467	2455.44	5394	471077	1145.04	2.144
20-24 歲	290	22495	1289.18	4913	591109	831.15	1.551
25-29 歲	243	25227	963.25	3558	711872	499.81	1.927
30-34 歲	133	24345	546.31	2380	747909	318.22	1.717
35-39 歲	114	20968	543.69	2142	780487	274.44	1.981
40-44 歲	152	23470	647.64	2347	980346	239.41	2.705
45-49 歲	99	21533	459.76	1962	961519	204.05	2.253
50-54 歲	62	20446	303.24	1322	880830	150.09	2.02
55-59 歲	41	20269	202.28	1053	890388	118.26	1.71
60-64 歲	20	18905	105.79	822	893809	91.97	1.15
65-69 歲	19	15168	125.26	604	806771	74.87	1.673
70-74 歲	7	10074	69.49	594	658118	90.26	0.77
75 歲以上	10	11724	85.3	1104	907,921	121.6	0.701

3. 自殺原因分析

以整體自殺企圖通報原因的比較來看(表 3-3-7)，先以大項分析，「情感/人際關係」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者，以細項分析「感情因素(如男女朋友)」、「酒精濫用」及「遭受騷擾」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-7、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
情感/人際 關係	1277	50.9984	20302	44.7082	顯著
夫妻問題	252	10.0639	4253	9.3658	不顯著
家庭成員 問題	573	22.8834	9762	21.4975	不顯著
感情因素 (如男女朋 友)	532	21.246	7030	15.4812	顯著
喪親、喪 偶	46	1.8371	645	1.4204	不顯著
長期照顧 壓力	33	1.3179	564	1.242	不顯著
精神健康/ 物質濫用	1281	51.1581	23559	51.8806	不顯著
憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病	1176	46.9649	22545	49.6477	顯著
酒精濫用	151	6.0304	1368	3.0126	顯著
藥物濫用	25	0.9984	507	1.1165	不顯著
使用毒品	14	0.5591	269	0.5924	不顯著
工作/經濟	235	9.385	5219	11.4931	顯著

表 3-3-7、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
職場工作 壓力	114	4.5527	2504	5.5142	顯著
職場霸凌	4	0.1597	165	0.3634	不顯著
失業	53	2.1166	1151	2.5347	不顯著
債務	78	3.115	1814	3.9947	顯著
生理疾病	58	2.3163	2811	6.1903	顯著
慢性化的 疾病問題 (如：久病 不癒)	55	2.1965	2530	5.5715	顯著
急性化的 疾病問題 (如：初得 知患病)	3	0.1198	332	0.7311	顯著
校園學生 問題	236	9.4249	4058	8.9364	不顯著
學校適應 問題	85	3.3946	1535	3.3803	不顯著
課業壓力	80	3.1949	1553	3.42	不顯著
校園霸凌	9	0.3594	191	0.4206	不顯著
同儕相處 問題	89	3.5543	1376	3.0302	不顯著
生涯規劃	16	0.639	250	0.5505	不顯著

表 3-3-7、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
其他：(請 說明)	17	0.6789	404	0.8897	不顯著
迫害問題	56	2.2364	852	1.8762	不顯著
遭受騷擾	19	0.7588	202	0.4448	顯著
遭受暴力	22	0.8786	350	0.7708	不顯著
遭受詐騙	11	0.4393	248	0.5461	不顯著
遭受霸凌	5	0.1997	91	0.2004	不顯著
不願說明 或無法說 明	253	10.1038	4373	9.63	不顯著
個案(家 屬)不願說 明	96	3.8339	1520	3.3473	不顯著
個案因身 體狀況無 法說明	44	1.7572	710	1.5635	不顯著
不詳	127	5.0719	2349	5.1729	不顯著
其他(大 項)	152	6.0703	3409	7.5072	顯著
兵役因素	1	0.0399	53	0.1167	不顯著
訴訟問題	17	0.6789	433	0.9535	不顯著
其他	122	4.8722	2593	5.7102	不顯著

*使用卡方分配檢定差異

以男性自殺企圖通報原因的比較來看(表 3-3-8)，先以大項分析，「情感/人際關係」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者，以細項分析「感情因素(如男女朋友)」、「夫妻問題」及「酒精濫用」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-8、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
情感/人際 關係	271	48.221	5857	40.457	顯著
夫妻問題	74	13.167	1316	9.0903	顯著
家庭成員 問題	113	20.107	2862	19.769	不顯著
感情因素 (如男女朋 友)	96	17.082	1842	12.724	顯著
喪親、喪 偶	13	2.3132	220	1.5197	不顯著
長期照顧 壓力	8	1.4235	189	1.3055	不顯著
精神健康/ 物質濫用	237	42.171	6501	44.906	不顯著
憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病	184	32.74	5859	40.471	顯著
酒精濫用	69	12.278	759	5.2428	顯著

表 3-3-8、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
藥物濫用	9	1.6014	223	1.5404	不顯著
使用毒品	6	1.0676	199	1.3746	不顯著
工作/經濟	91	16.192	2321	16.032	不顯著
職場工作 壓力	41	7.2954	886	6.1201	不顯著
職場霸凌	1	0.1779	42	0.2901	不顯著
失業	26	4.6263	631	4.3586	不顯著
債務	29	5.1601	989	6.8315	不顯著
生理疾病	18	3.2028	1418	9.7948	顯著
慢性化的 疾病問題 (如：久病 不癒)	18	3.2028	1275	8.8071	顯著
急性化的 疾病問題 (如：初得 知患病)	0	0	178	1.2295	顯著
校園學生 問題	47	8.363	993	6.8592	不顯著
學校適應 問題	16	2.847	423	2.9219	不顯著
課業壓力	17	3.0249	335	2.314	不顯著
校園霸凌	3	0.5338	37	0.2556	不顯著

表 3-3-8、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
同儕相處 問題	16	2.847	371	2.5627	不顯著
生涯規劃	4	0.7117	67	0.4628	不顯著
其他：(請 說明)	4	0.7117	162	1.119	不顯著
迫害問題	8	1.4235	186	1.2848	不顯著
遭受騷擾	2	0.3559	22	0.152	不顯著
遭受暴力	4	0.7117	52	0.3592	不顯著
遭受詐騙	1	0.1779	95	0.6562	不顯著
遭受霸凌	1	0.1779	24	0.1658	不顯著
不願說明 或無法說 明	72	12.811	1673	11.556	不顯著
個案(家 屬)不願說 明	18	3.2028	488	3.3709	不顯著
個案因身 體狀況無 法說明	12	2.1352	327	2.2588	不顯著
不詳	46	8.1851	948	6.5483	不顯著
其他(大 項)	43	7.6512	1399	9.6636	不顯著
兵役因素	1	0.1779	51	0.3523	不顯著

表 3-3-8、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
訴訟問題	10	1.7794	223	1.5404	不顯著
其他	30	5.3381	993	6.8592	不顯著

*使用卡方分配檢定差異

以女性自殺企圖通報原因的比較來看(表 3-3-9)，先以大項分析，「情感/人際關係」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者，以細項分析「感情因素(如男女朋友)」及「酒精濫用」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-9、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
情感/人際 關係	1005	51.777	14437	46.696	顯著
夫妻問題	178	9.1705	2934	9.4899	不顯著
家庭成員 問題	460	23.699	6898	22.311	不顯著
感情因素 (如男女朋 友)	435	22.411	5185	16.771	顯著
喪親、喪 偶	33	1.7002	425	1.3746	不顯著

表 3-3-9、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
長期照顧 壓力	25	1.288	375	1.2129	不顯著
精神健康/ 物質濫用	1043	53.735	17048	55.141	不顯著
憂鬱傾 向、罹患 憂鬱症或 其他精神 疾病	991	51.056	16676	53.938	顯著
酒精濫用	81	4.1731	609	1.9698	顯著
藥物濫用	16	0.8243	284	0.9186	不顯著
使用毒品	8	0.4122	70	0.2264	不顯著
工作/經濟	144	7.4189	2896	9.367	顯著
職場工作 壓力	73	3.7609	1618	5.2334	顯著
職場霸凌	3	0.1546	123	0.3978	不顯著
失業	27	1.391	518	1.6755	不顯著
債務	49	2.5245	825	2.6684	不顯著
生理疾病	40	2.0608	1392	4.5024	顯著
慢性化的 疾病問題 (如：久病 不癒)	37	1.9062	1254	4.056	顯著

表 3-3-9、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
急性化的 疾病問題 (如：初得 知患病)	3	0.1546	154	0.4981	不顯著
校園學生 問題	189	9.7372	3064	9.9104	不顯著
學校適應 問題	69	3.5549	1111	3.5935	不顯著
課業壓力	63	3.2457	1217	3.9363	不顯著
校園霸凌	6	0.3091	154	0.4981	不顯著
同儕相處 問題	73	3.7609	1005	3.2506	不顯著
生涯規劃	12	0.6182	183	0.5919	不顯著
其他：(請 說明)	13	0.6698	242	0.7827	不顯著
迫害問題	48	2.473	666	2.1542	不顯著
遭受騷擾	17	0.8758	180	0.5822	不顯著
遭受暴力	18	0.9274	298	0.9639	不顯著
遭受詐騙	10	0.5152	153	0.4949	不顯著
遭受霸凌	4	0.2061	67	0.2167	不顯著
不願說明 或無法說 明	181	9.3251	2699	8.7298	不顯著

表 3-3-9、113 年自殺企圖通報原住民自殺原因分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
個案(家屬)不願說明	78	4.0185	1032	3.338	不顯著
個案因身體狀況無法說明	32	1.6486	383	1.2388	不顯著
不詳	81	4.1731	1400	4.5283	不顯著
其他(大項)	109	5.6157	2008	6.4948	不顯著
兵役因素	0	0	1	0.0032	不顯著
訴訟問題	7	0.3606	210	0.6792	不顯著
其他	92	4.7398	1599	5.1719	不顯著

*使用卡方分配檢定差異

4. 自殺方式分析

以整體自殺企圖通報方法的比較來看(表 3-3-10)，先以大項分析，「切穿工具自殺及自傷」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者，以細項分析「割腕」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-10、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
以固體或液體物質自殺及自為中毒	849	33.9058	17656	38.8813	顯著
安眠藥鎮靜劑	638	25.4792	13166	28.9936	顯著
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	190	7.5879	4320	9.5133	顯著
一般農藥 (如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	48	1.9169	841	1.852	不顯著
巴拉刈農藥	1	0.0399	58	0.1277	不顯著
一般病媒殺蟲劑 (如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	14	0.5591	304	0.6695	不顯著
化學物品 (如：漂白水清潔)	37	1.4776	1045	2.3013	顯著

表 3-3-10、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
劑、鹽酸 等)					
服用或施 打毒品過 量	0	0	62	0.1365	不顯著
以家用瓦 斯自殺及 自為中毒	10	0.3994	232	0.5109	不顯著
家用瓦斯	10	0.3994	232	0.5109	不顯著
由其他氣 體及蒸氣 自殺及自 為中毒	74	2.9553	1823	4.0145	顯著
燒炭	71	2.8355	1728	3.8053	顯著
汽車廢氣	2	0.0799	71	0.1564	不顯著
氫氣	0	0	4	0.0088	不顯著
其他氣體 及蒸氣	1	0.0399	33	0.0727	不顯著
吊死、勒 死及窒息 之自殺及 自傷	78	3.115	1686	3.7128	不顯著
上吊、自 縊	67	2.6757	1426	3.1403	不顯著

表 3-3-10、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	11	0.4393	289	0.6364	不顯著
溺水(淹死)自殺及自傷	69	2.7556	1482	3.2636	不顯著
溺水(淹死)、跳水	69	2.7556	1482	3.2636	不顯著
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	0.0399	30	0.0661	不顯著
以槍砲、氣槍及爆炸物	1	0.0399	30	0.0661	不顯著
切穿工具自殺及自傷	1124	44.8882	15573	34.2942	顯著
割腕	993	39.6565	12933	28.4805	顯著
其他部位之切穿工具	156	6.23	3054	6.7254	不顯著
由高處跳下自殺及自傷	274	10.9425	5915	13.0258	顯著

表 3-3-10、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
高處跳下	274	10.9425	5915	13.0258	顯著
其他及未 明示之方 式自殺及 自傷	315	12.5799	6158	13.5609	不顯著
自焚	8	0.3195	123	0.2709	不顯著
臥、跳軌 (含鐵路、 捷運等)	6	0.2396	128	0.2819	不顯著
撞擊(如： 撞牆、撞 車等)	94	3.754	1875	4.129	不顯著
除了上列 方式之外 之自殺方 式	218	8.7061	4163	9.1676	不顯著

*使用卡方分配檢定差異

以男性自殺企圖通報方法的比較來看(表 3-3-11)，先以大項分析，「切穿工具自殺及自傷」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者，以細項分析「割腕」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-11、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
以固體或液體物質自殺及自為中毒	160	28.47	5000	34.538	顯著
安眠藥鎮靜劑	104	18.505	3375	23.313	顯著
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	31	5.516	1049	7.246	不顯著
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	21	3.7367	520	3.5919	不顯著
巴拉刈農藥	0	0	39	0.2694	不顯著
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	6	1.0676	141	0.974	不顯著
化學物品(如：漂白水清潔)	11	1.9573	373	2.5765	不顯著

表 3-3-11、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
劑、鹽酸 等)					
服用或施 打毒品過 量	0	0	43	0.297	不顯著
以家用瓦 斯自殺及 自為中毒	6	1.0676	150	1.0361	不顯著
家用瓦斯	6	1.0676	150	1.0361	不顯著
由其他氣 體及蒸氣 自殺及自 為中毒	38	6.7616	1064	7.3496	不顯著
燒炭	36	6.4057	992	6.8522	不顯著
汽車廢氣	2	0.3559	60	0.4145	不顯著
氫氣	0	0	2	0.0138	不顯著
其他氣體 及蒸氣	0	0	22	0.152	不顯著
吊死、勒 死及窒息 之自殺及 自傷	24	4.2705	708	4.8905	不顯著
上吊、自 縊	21	3.7367	600	4.1445	不顯著

表 3-3-11、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	3	0.5338	116	0.8013	不顯著
溺水(淹死)自殺及自傷	19	3.3808	620	4.2827	不顯著
溺水(淹死)、跳水	19	3.3808	620	4.2827	不顯著
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1	0.1779	26	0.1796	不顯著
以鎗砲、氣槍及爆炸物	1	0.1779	26	0.1796	不顯著
切穿工具自殺及自傷	186	33.096	3603	24.888	顯著
割腕	142	25.267	2485	17.165	顯著
其他部位之切穿工具	47	8.363	1248	8.6206	不顯著
由高處跳下自殺及自傷	80	14.235	2153	14.872	不顯著

表 3-3-11、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
高處跳下	80	14.235	2153	14.872	不顯著
其他及未 明示之方 式自殺及 自傷	106	18.861	2625	18.132	不顯著
自焚	5	0.8897	88	0.6079	不顯著
臥、跳軌 (含鐵路、 捷運等)	2	0.3559	47	0.3247	不顯著
撞擊(如： 撞牆、撞 車等)	34	6.0498	785	5.4224	不顯著
除了上列 方式之外 之自殺方 式	71	12.634	1769	12.219	不顯著

*使用卡方分配檢定差異

以女性自殺企圖通報方法的比較來看(表 3-3-12)，先以大項分析，「切穿工具自殺及自傷」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者，以細項分析「割腕」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-12、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
以固體或液體物質自殺及自為中毒	688	35.446	12651	40.919	顯著
安眠藥鎮靜劑	533	27.46	9786	31.653	顯著
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	159	8.1917	3269	10.574	顯著
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	27	1.391	321	1.0383	不顯著
巴拉刈農藥	1	0.0515	19	0.0615	不顯著
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	8	0.4122	163	0.5272	不顯著
化學物品(如：漂白水清潔)	26	1.3395	672	2.1736	顯著

表 3-3-12、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
劑、鹽酸 等)					
服用或施 打毒品過 量	0	0	19	0.0615	不顯著
以家用瓦 斯自殺及 自為中毒	4	0.2061	82	0.2652	不顯著
家用瓦斯	4	0.2061	82	0.2652	不顯著
由其他氣 體及蒸氣 自殺及自 為中毒	36	1.8547	757	2.4485	不顯著
燒炭	35	1.8032	734	2.3741	不顯著
汽車廢氣	0	0	11	0.0356	不顯著
氫氣	0	0	2	0.0065	不顯著
其他氣體 及蒸氣	1	0.0515	11	0.0356	不顯著
吊死、勒 死及窒息 之自殺及 自傷	54	2.7821	977	3.1601	不顯著
上吊、自 縊	46	2.3699	825	2.6684	不顯著

表 3-3-12、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	8	0.4122	173	0.5596	不顯著
溺水(淹死)自殺及自傷	50	2.576	862	2.7881	不顯著
溺水(淹死)、跳水	50	2.576	862	2.7881	不顯著
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	4	0.0129	不顯著
以槍砲、氣槍及爆炸物	0	0	4	0.0129	不顯著
切穿工具自殺及自傷	937	48.274	11963	38.694	顯著
割腕	850	43.792	10443	33.778	顯著
其他部位之切穿工具	109	5.6157	1804	5.835	不顯著
由高處跳下自殺及自傷	194	9.9948	3762	12.168	顯著

表 3-3-12、113 年自殺企圖通報原住民自殺方法分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
高處跳下	194	9.9948	3762	12.168	顯著
其他及未 明示之方 式自殺及 自傷	209	10.768	3532	11.424	不顯著
自焚	3	0.1546	35	0.1132	不顯著
臥、跳軌 (含鐵路、 捷運等)	4	0.2061	80	0.2588	不顯著
撞擊(如： 撞牆、撞 車等)	60	3.0912	1089	3.5223	不顯著
除了上列 方式之外 之自殺方 式	147	7.5734	2394	7.7433	不顯著

*使用卡方分配檢定差異

5. 縣市分析

以縣市分佈分析(表 3-3-13)，因縣市分佈較易受到原住民人口分佈影響，因此僅分析整理未分析各性別，根據分析結果，因六都相對易受到遷入人口影響，因此另外排名前三為「桃園市」、「新北市」及「高雄市」，原住民自殺通報企圖去除六都後較高比例的縣市前三分別是「花蓮縣」、「臺東縣」及「苗栗縣」。

表 3-3-13、113 年自殺企圖通報原住民縣市分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)	
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)
新北市	383	15.3	10465	23.05
臺北市	128	5.11	4699	10.35
桃園市	450	17.97	4124	9.08
臺中市	175	6.99	4983	10.97
臺南市	63	2.52	3077	6.78
高雄市	204	8.15	5539	12.2
宜蘭縣	53	2.12	715	1.57
新竹縣	58	2.32	713	1.57
苗栗縣	87	3.47	1149	2.53
彰化縣	40	1.6	2452	5.4
南投縣	74	2.96	858	1.89
雲林縣	38	1.52	1208	2.66
嘉義縣	31	1.24	953	2.1
屏東縣	143	5.71	1258	2.77
臺東縣	146	5.83	252	0.55
花蓮縣	353	14.1	656	1.44
澎湖縣	3	0.12	139	0.31
基隆市	25	1	674	1.48
新竹市	40	1.6	832	1.83
嘉義市	8	0.32	546	1.2

表 3-3-13、113 年自殺企圖通報原住民縣市分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)	
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)
金門縣	2	0.08	102	0.22
連江縣	0	0	16	0.04

6. 註記分析

以整體自殺企圖通報身份註記的比較來看(表 3-3-14)，「家暴高危害人」、「家暴被害人」、「兒少加害人」、「兒少被害人」、「性侵加害人」、「脆弱家庭」、「中低收入戶」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-14、113 年自殺企圖通報原住民身份註記分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
精照列管	235	9.38	6288	13.85	顯著
嚴重病人	5	0.2	637	1.4	顯著
家暴高危害人	50	2	971	2.14	不顯著
家暴高危害被害人	130	5.19	1322	2.91	顯著
家暴相對人	599	23.92	10678	23.51	不顯著
家暴被害人	842	33.63	12313	27.12	顯著

表 3-3-14、113 年自殺企圖通報原住民身份註記分析(整體)

	原住民 (N=2504)		非原住民 (N=45410)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
兒少加害人	327	13.06	3331	7.34	顯著
兒少被害人	628	25.08	5942	13.09	顯著
性侵加害人	27	1.08	239	0.53	顯著
替代治療	15	0.6	441	0.97	不顯著
毒防系統	139	5.55	2263	4.98	不顯著
脆弱家庭	623	24.88	7588	16.71	顯著
中低收入戶	790	31.55	6229	13.72	顯著
身心障礙	304	12.14	8695	19.15	顯著

以男性自殺企圖通報身份註記的比較來看(表 3-3-15)，「兒少加害人」、「兒少被害人」、「性侵加害人」、「脆弱家庭」、「中低收入戶」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-15、113 年自殺企圖通報原住民身份註記分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
精照列管	43	7.65	1904	13.15	顯著
嚴重病人	2	0.36	255	1.76	顯著

表 3-3-15、113 年自殺企圖通報原住民身份註記分析(男性)

	原住民 (N=562)		非原住民 (N=14477)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
家暴高危 加害人	34	6.05	709	4.9	不顯著
家暴高危 被害人	2	0.36	51	0.35	不顯著
家暴相對 人	200	35.59	4829	33.36	不顯著
家暴被害 人	119	21.17	2772	19.15	不顯著
兒少加害 人	96	17.08	1317	9.1	顯著
兒少被害 人	80	14.23	1271	8.78	顯著
性侵加害 人	22	3.91	191	1.32	顯著
替代治療	5	0.89	280	1.93	不顯著
毒防系統	53	9.43	1409	9.73	不顯著
脆弱家庭	121	21.53	2230	15.4	顯著
中低收入 戶	154	27.4	1848	12.77	顯著
身心障礙	93	16.55	3144	21.72	顯著

以女性自殺企圖通報身份註記的比較來看(表 3-3-16)，「家暴高危被害人」、「家暴被害人」、「兒少加害人」、「兒少被害人」、「毒防系

統」、「脆弱家庭」、「中低收入戶」是存在顯著差異且原住民自殺通報者比例大於非原住民自殺通報者。

表 3-3-16、113 年自殺企圖通報原住民身份註記分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
精照列管	192	9.89	4382	14.17	顯著
嚴重病人	3	0.15	382	1.24	顯著
家暴高危 加害人	16	0.82	262	0.85	不顯著
家暴高危 被害人	128	6.59	1271	4.11	顯著
家暴相對 人	399	20.56	5848	18.92	不顯著
家暴被害 人	722	37.2	9537	30.85	顯著
兒少加害 人	231	11.9	2014	6.51	顯著
兒少被害 人	548	28.23	4670	15.1	顯著
性侵加害 人	5	0.26	48	0.16	不顯著
替代治療	10	0.52	161	0.52	不顯著
毒防系統	86	4.43	854	2.76	顯著
脆弱家庭	502	25.86	5355	17.32	顯著
中低收入 戶	635	32.72	4379	14.16	顯著

表 3-3-16、113 年自殺企圖通報原住民身份註記分析(女性)

	原住民 (N=1941)		非原住民 (N=30917)		差異是否 顯著
	通報人次 (n)	比例 (%)	通報人次 (n)	比例 (%)	
身心障礙	211	10.87	5550	17.95	顯著

7. 各項數據分析小結

根據年齡層比較可以看到在低年齡層，原住民通報率明顯高於非原住民，但年齡層往上後通報率明顯降低，結合註記比較兒少保護是不可忽視的，此外長者的關懷及通報需進一步加強。根據自殺通報原因比較，可以看到有明顯差異的都有「情感/人際關係」再結合細項，可以推論家庭影響及情感是原住民自殺的其中一個因子。根據自殺通報方法比較，原住民雖是以致死率較低的「切穿工具自殺及自傷」比例較高，但這或許是造成低年齡層自殺通報率高於非原住民的原因。根據自殺通報註記比較，「家暴被害人」、「家暴加害人」、「兒少加害人」、「兒少被害人」、「脆弱家庭」、「中低收入戶」比例原住民都顯著高於非原住民，這代表家庭問題、兒少保護及弱勢群體是不可忽視的問題。

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。

(7) 推動社區志工

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

3) 指標性策略

(1) 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。

(2) 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。

(3) 提升關懷訪視員的服務效能

綜合以上兩點，部分地區的關懷訪視員較難在第一時間抵達案例現場，通常由當地志工最先接觸個案。建議強化志工與各縣市關懷訪視員之間的聯繫機制，促進案例資訊的即時交流。當關懷訪視員抵達支援現場前，可先依據個案資訊指導當地志工提供初步關懷服務；待訪視員到場後，再進一步進行後續輔導與支持，提升整個流程效率。

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)

自殺是一項全球性的重大公共衛生議題。根據世界衛生組織(WHO)的統計，自殺已是 15–29 歲人群的第二大死亡原因。此現象不僅對個人與家庭造成深遠衝擊，也對社會及經濟體系構成沉重負擔。因此，制定有效的自殺防治策略極為關鍵。

在規劃防治策略時，深入瞭解特定族群的人口學特徵(如年齡、性別、文化背景及社會經濟地位等)至關重要，因為這些因素會顯著影響自殺風險與行為表現。

年齡是自殺風險的核心變項。不同年齡層在自殺死亡率與自殺方式上呈現差異：青少年可能因學業壓力、情感困擾或社交孤立而面臨較高風險；老年人則常因健康問題、孤獨感及喪偶等因素而自殺。因此，針對不同年齡層設計具差異化的防治措施至為必要。

性別同樣是關鍵因素。男性的自殺死亡率普遍高於女性，但女性的自殺企圖率則較高。此現象可能與社會角色、性別期待及心理困境的因應方式差異有關。將性別觀點納入防治策略，有助於提供更具針對性的介入與支持。

此外，文化背景與社會經濟地位亦顯著影響自殺行為。不同文化與社會脈絡下，人們對自殺的態度、應對方式與資源取得存在差異。例如，在部分文化中，自殺可能被視為面對困境的「體面解決方式」；但在其他文化中則被強烈污名化。同時，低社會經濟地位往往伴隨高壓力與資源匱乏，增加自殺風險。防治策略應兼顧文化敏感性與社會支持。

在特定族群分析中，心理健康問題尤為重要。以邊緣性人格障礙(BPD)為例，研究指出，高達 46%至 92%的患者曾有自殺企圖，3%至 10%最終自殺身亡(Chang & Lee, 2022)。其高風險因素包括情緒不穩、衝動性、慢性空虛、童年創傷及物質濫用等。辨識並介入這些風險因素，有助於針對性預防自殺行為。

本研究聚焦於以下特定族群：未滿 18 歲者、15–30 歲年輕族群、65 歲以上長者、農民與榮民。

未滿 18 歲(兒童)：根據《兒童權利公約》，兒童指未滿 18 歲之人。近

年低年齡層自殺率呈上升趨勢，且通報人次受政策推動明顯增加。分析兒童自殺原因與方法，有助於明確策略方向。

15–30 歲族群：該年齡層自殺死亡率於近年增幅最大。為回應此現象，衛生福利部於 112 年 8 月推動「年輕族群心理健康支持方案」，提供免費心理諮商服務。本研究進一步分析該族群以評估策略成效與潛在需求。

65 歲以上長者：長者自殺率長期居高不下，主要與生理疾病與健康惡化相關。本研究除比較自殺死亡與企圖差異外，亦探討 109–112 年間長者自殺身亡者的就醫科別與疾病分布，以提供防治政策參考。

農民與榮民：特定身分群體的自殺常具有獨特背景。農民自殺常與氣候變遷、經濟壓力及化學物品可得性(如巴拉刈使用)相關；而榮民則可能面臨退伍後的適應困難、戰爭創傷與高齡化問題。分析此兩類群體有助於制訂更具針對性的支持措施。

綜上所述，針對特定族群人口學變項進行分析，是制定精準且有效自殺防治策略的基礎。藉由瞭解不同族群在風險與需求上的差異，政策制定者與公共衛生專家得以設計出更具文化敏感性與實務效益的介入方案，從而降低自殺率並挽救更多生命。

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：109-113 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，由中心每一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：109 年至 113 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 109 年至 113 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 109 年至 112 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 109-113 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。

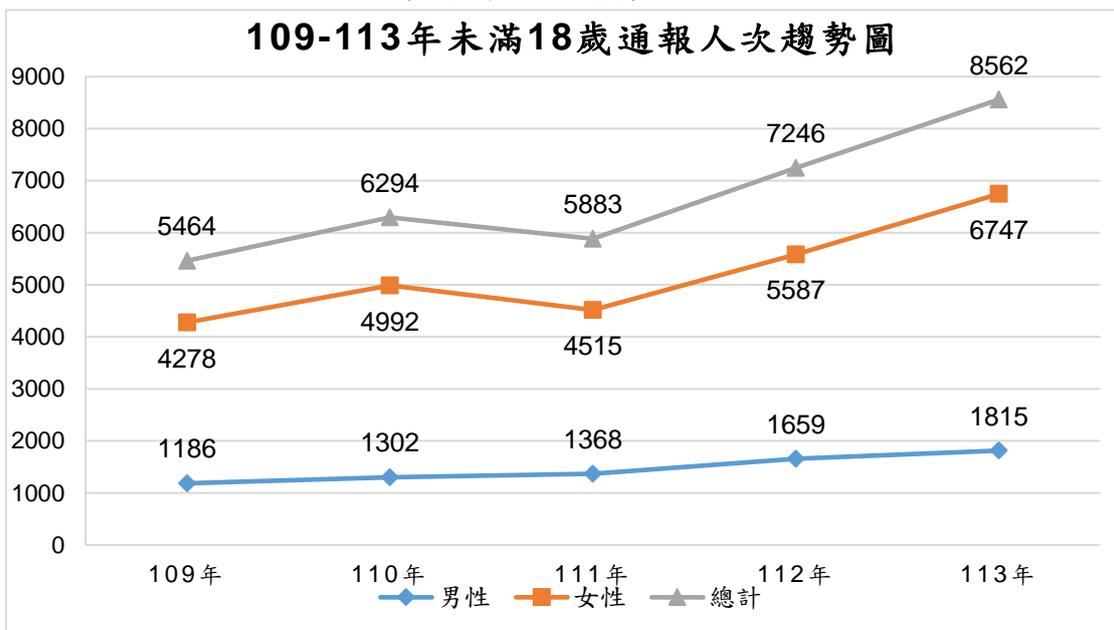


圖 3-4-1、109-113 年未滿 18 歲通報人次趨勢圖

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」。

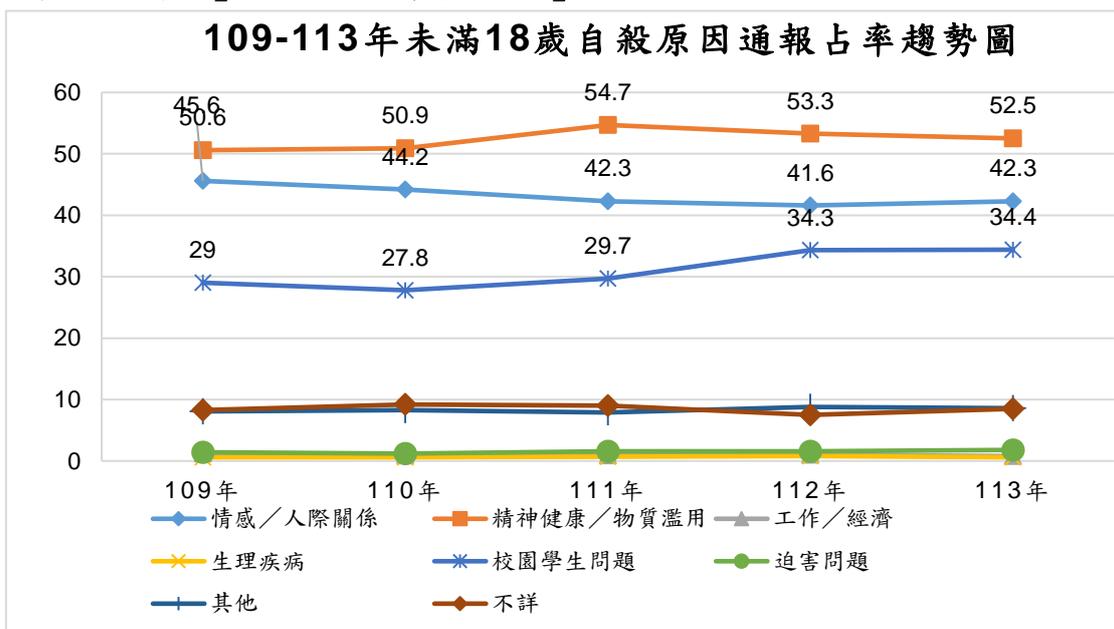


圖 3-4-2、109-113 年未滿 18 歲自殺原因通報占率趨勢圖

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，與第二高的方法已相差無幾。

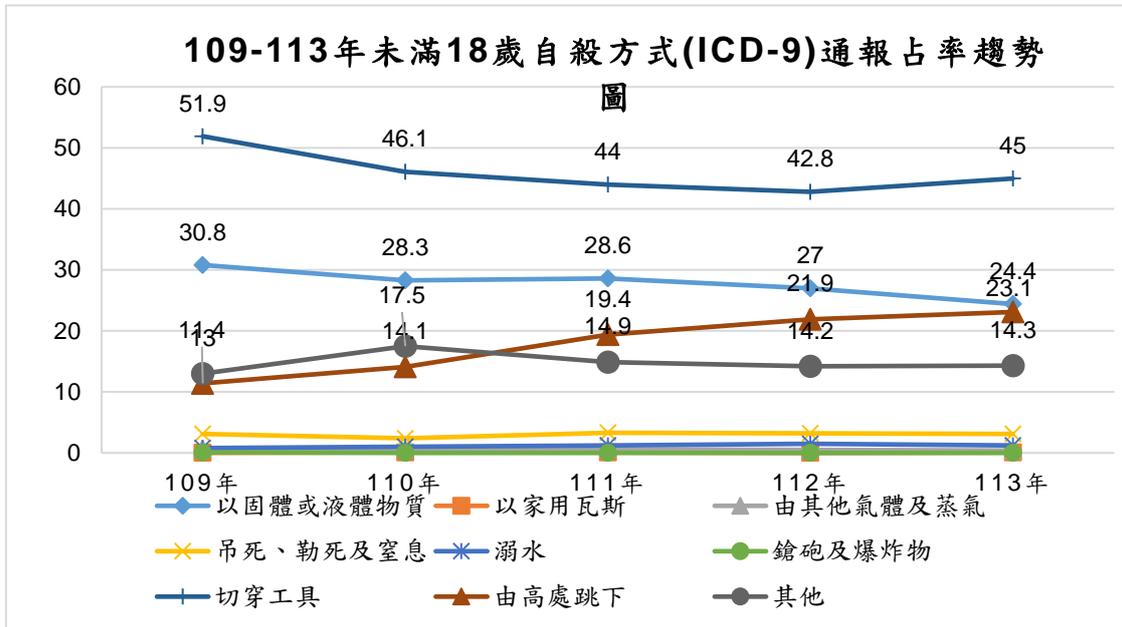


圖 3-4-3、109-113 年未滿 18 歲自殺方式(ICD-9)通報占率趨勢圖

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，於此年齡區間通報系統個案中，自殺企圖及自殺死亡女性比例都明顯高於男性，可見女性在 18 歲以下相對於男性是自殺風險較高的族群，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」，以註記分析，多數有差異註記是自殺企圖占比較高，但「兒少被害人」在自殺死亡的占比明顯高過自殺企圖，需特別留意。

表 3-4-1、109-113 年未滿 18 歲自殺通報企圖與死亡比較(每人第一次通報)

	自殺企圖	自殺死亡	是否存在差異
	n (%)	n (%)	
總計	18369(100)	251(100)	
性別			
男性	5189(28.2)	105(41.8)	顯著
女性	13180(71.8)	146(58.2)	

自殺原因

情感/人際關係

夫妻問題	27(0.1)	2(0.8)	顯著
家庭成員問題	6496(35.4)	39(15.5)	顯著
感情因素(如男女朋友)	2608(14.2)	18(7.2)	顯著
喪親、喪偶	129(0.7)	3(1.2)	不顯著
長期照顧壓力	24(0.1)	0(0)	不顯著

精神健康/物質濫用

憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	7896(43)	64(25.5)	顯著
酒精濫用	17(0.1)	1(0.4)	不顯著
藥物濫用	32(0.2)	0(0)	不顯著
使用毒品	9(0)	1(0.4)	不顯著

工作/經濟

職場工作壓力	128(0.7)	0(0)	不顯著
職場霸凌	2(0)	0(0)	不顯著
失業	30(0.2)	0(0)	不顯著
債務	57(0.3)	3(1.2)	不顯著

生理疾病

慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	112(0.6)	1(0.4)	不顯著
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	18(0.1)	0(0)	不顯著

校園學生問題

學校適應問題	4039(22)	29(11.6)	顯著
課業壓力	1188(6.5)	9(3.6)	不顯著
校園霸凌	173(0.9)	4(1.6)	不顯著
同儕相處問題	1418(7.7)	3(1.2)	顯著
生涯規劃	281(1.5)	1(0.4)	不顯著
其他：(請說明)	337(1.8)	2(0.8)	不顯著

迫害問題

遭受騷擾	97(0.5)	0(0)	不顯著
遭受暴力	182(1)	0(0)	不顯著
遭受詐騙	14(0.1)	0(0)	不顯著
遭受霸凌	28(0.2)	0(0)	不顯著

不願說明或無法說明

個案(家屬)不願說明	606(3.3)	9(3.6)	不顯著
個案因身體狀況無法說明	178(1)	10(4)	顯著
不詳	870(4.7)	105(41.8)	顯著

其他			
兵役因素	6(0)	0(0)	不顯著
訴訟問題	50(0.3)	1(0.4)	不顯著
其他	1423(7.7)	14(5.6)	不顯著
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	3013(16.4)	5(2)	顯著
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	1332(7.3)	1(0.4)	
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	23(0.1)	0(0)	
巴拉刈農藥	4(0)	0(0)	
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	18(0.1)	0(0)	
化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)	149(0.8)	4(1.6)	
服用或施打毒品過量	7(0)	0(0)	
以家用瓦斯自殺及自為中毒			
家用瓦斯	11(0.1)	0(0)	
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒			
燒炭	98(0.5)	14(5.6)	
汽車廢氣	1(0)	1(0.4)	
氫氣	0(0)	0(0)	
其他氣體及蒸氣	2(0)	1(0.4)	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷			
上吊、自縊	442(2.4)	46(18.3)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	108(0.6)	2(0.8)	
溺水(淹死)自殺及自傷			
溺水(淹死)、跳水	201(1.1)	10(4)	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷			
以鎗砲、氣鎗及爆炸物	0(0)	0(0)	
切穿工具自殺及自傷			
割腕	5943(32.4)	1(0.4)	
其他部位之切穿工具	848(4.6)	1(0.4)	
由高處跳下自殺及自傷			
高處跳下	3626(19.7)	153(61)	
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)	25(0.1)	4(1.6)	

撞擊(如：撞牆、撞車等)	563(3.1)	1(0.4)	
除了上列方式之外之自殺方式	1948(10.6)	7(2.8)	
與人同住			
是	10653(58)	153(61)	不顯著
否	2083(11.3)	29(11.6)	
不詳	5633(30.7)	69(27.5)	
通報單位			
司法機關	35(0.2)	0(0)	顯著
民政	5(0)	2(0.8)	
其他	364(2)	9(3.6)	
社政	687(3.7)	2(0.8)	
教育	8709(47.4)	53(21.1)	
衛生局所	567(3.1)	9(3.6)	
醫療院所	6955(37.9)	108(43)	
警消單位	1037(5.6)	68(27.1)	
通報縣市			
新北市	4932(26.8)	61(24.3)	不顯著
臺北市	1662(9)	31(12.4)	
桃園市	1626(8.9)	30(12)	
臺中市	1604(8.7)	32(12.7)	
臺南市	870(4.7)	7(2.8)	
高雄市	1894(10.3)	27(10.8)	
宜蘭縣	346(1.9)	5(2)	
新竹縣	284(1.5)	8(3.2)	
苗栗縣	588(3.2)	2(0.8)	
彰化縣	1052(5.7)	11(4.4)	
南投縣	422(2.3)	2(0.8)	
雲林縣	547(3)	6(2.4)	
嘉義縣	384(2.1)	3(1.2)	
屏東縣	503(2.7)	5(2)	
臺東縣	234(1.3)	0(0)	
花蓮縣	524(2.9)	2(0.8)	
澎湖縣	46(0.3)	1(0.4)	
基隆市	229(1.2)	4(1.6)	
新竹市	330(1.8)	8(3.2)	
嘉義市	232(1.3)	5(2)	
金門縣	48(0.3)	1(0.4)	
連江縣	12(0.1)	0(0)	

註記

精照列管	623(3.4)	10(4)	不顯著
家暴加害人	1409(7.7)	6(2.4)	顯著
家暴被害人	988(5.4)	15(6)	不顯著
兒少加害人	1119(6.1)	9(3.6)	不顯著
兒少被害人	6753(36.8)	116(46.2)	顯著
性侵加害人	70(0.4)	0(0)	不顯著
毒藥品列管	23(0.1)	0(0)	不顯著
中低收入戶	2862(18.5)	18(9)	顯著
身心障礙	1073(6.9)	9(4.5)	不顯著

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。

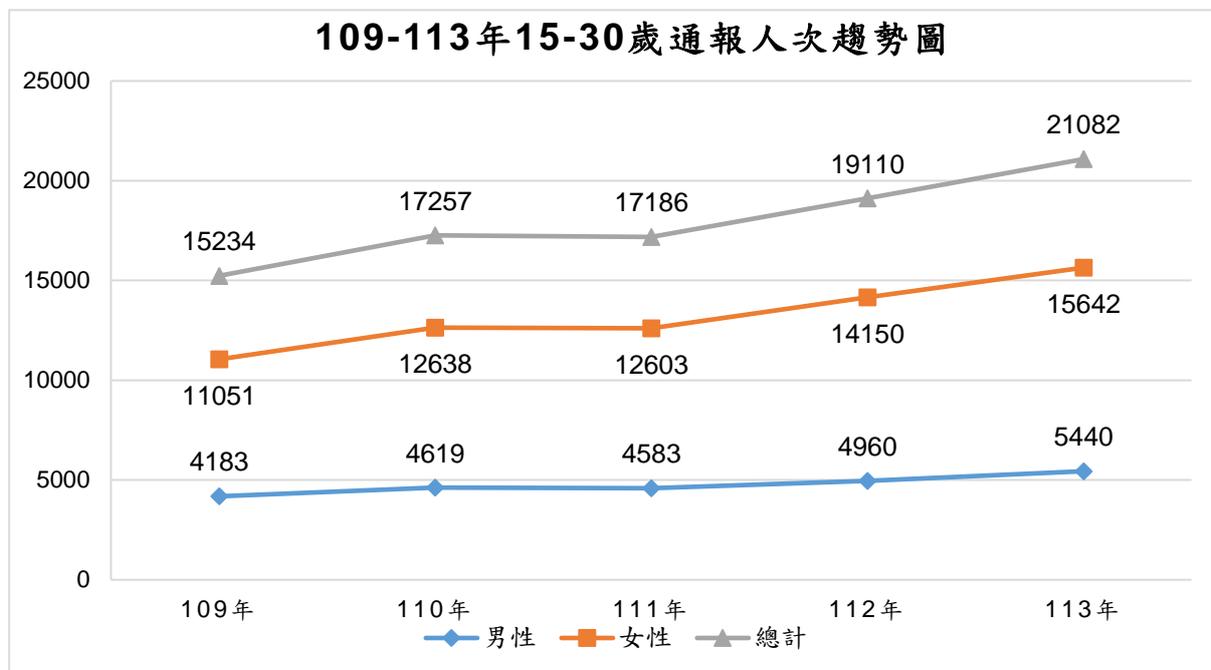


圖 3-4-4、108-112 年 15-30 歲通報人次趨勢圖

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，從圖上也可檢視到「精神健康/物質濫用」比例有越來越高的趨勢。

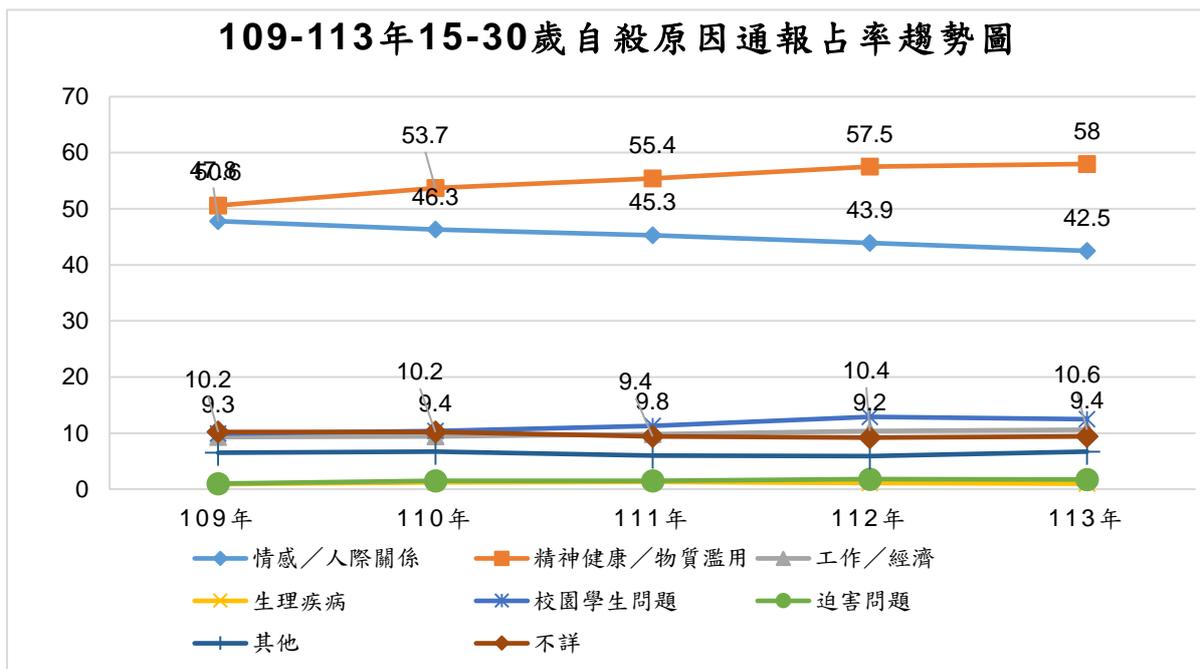


圖 3-4-5、109-113 年 15-30 歲自殺原因通報占率趨勢圖

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。

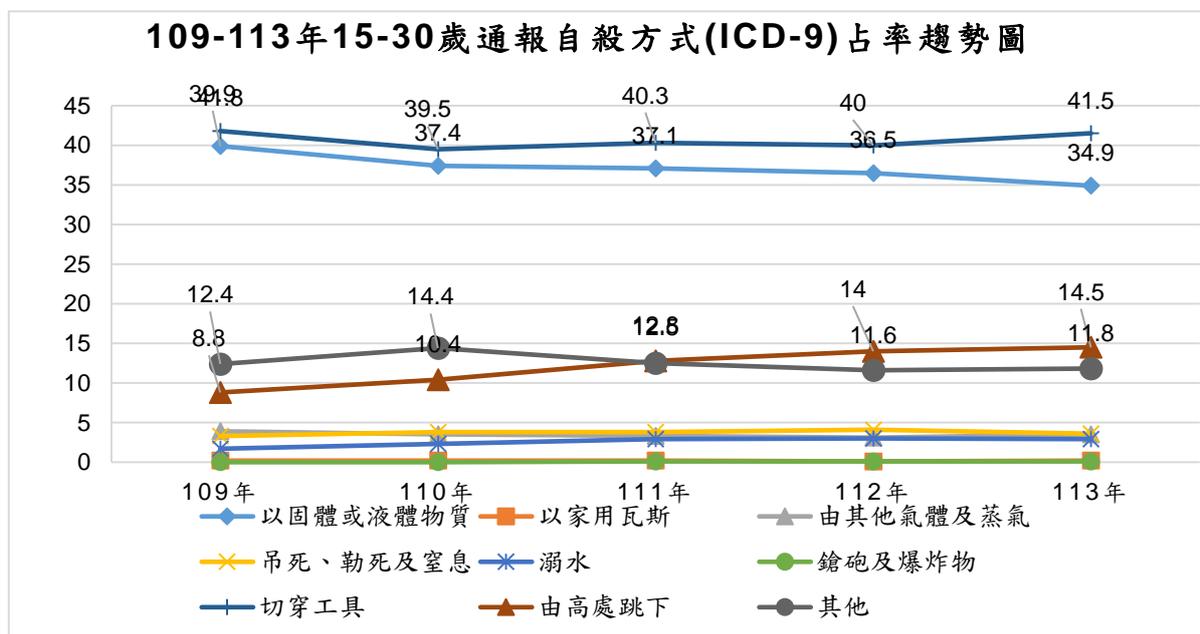


圖 3-4-6、109-113 年 15-30 歲通報自殺方式(ICD-9)占率趨勢圖

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

不詳外原因多是自殺企圖個案比例較高，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「臺中市」、「臺南市」、「高雄市」、「宜蘭縣」、「新竹縣」、「彰化縣」、「雲林縣」、「屏東縣」、「基隆市」、「新竹市」及「嘉義市」，六都中雖有三縣市，但此處的比例僅以通報系統個案及未考慮到各縣市人口基數的影響，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，「精照列管」雖檢定結果並無明顯差異，但也是其中一個死亡大於企圖的註記。

表 3-4-2、109-113 年 15-30 歲自殺通報企圖與死亡比較(每人第一次通報)

	自殺企圖 n (%)	自殺死亡 n (%)	差異是否顯著
總計	48161(100)	1980(100)	
性別			
男性	15501(32.2)	1187(59.9)	顯著
女性	32639(67.8)	793(40.1)	
自殺原因			
情感/人際關係			
夫妻問題	2975(6.2)	57(2.9)	顯著
家庭成員問題	10120(21)	112(5.7)	顯著
感情因素(如男女朋友)	12989(27)	304(15.4)	顯著
喪親、喪偶	396(0.8)	14(0.7)	不顯著
長期照顧壓力	116(0.2)	2(0.1)	不顯著
精神健康/物質濫用			
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	22074(45.8)	718(36.3)	顯著
酒精濫用	423(0.9)	5(0.3)	顯著
藥物濫用	217(0.5)	6(0.3)	不顯著
使用毒品	124(0.3)	8(0.4)	不顯著
工作/經濟			
職場工作壓力	3230(6.7)	75(3.8)	顯著
職場霸凌	75(0.2)	1(0.1)	不顯著
失業	974(2)	37(1.9)	不顯著
債務	1421(3)	164(8.3)	顯著
生理疾病			

慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	410(0.9)	44(2.2)	顯著
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	111(0.2)	7(0.4)	不顯著
校園學生問題			
學校適應問題	3210(6.7)	55(2.8)	顯著
課業壓力	1212(2.5)	22(1.1)	顯著
校園霸凌	129(0.3)	2(0.1)	不顯著
同儕相處問題	857(1.8)	5(0.3)	顯著
生涯規劃	572(1.2)	13(0.7)	不顯著
其他：(請說明)	180(0.4)	4(0.2)	不顯著
迫害問題			
遭受騷擾	254(0.5)	4(0.2)	不顯著
遭受暴力	334(0.7)	0(0)	顯著
遭受詐騙	162(0.3)	8(0.4)	不顯著
遭受霸凌	50(0.1)	1(0.1)	不顯著
不願說明或無法說明			
個案(家屬)不願說明	1827(3.8)	29(1.5)	顯著
個案因身體狀況無法說明	595(1.2)	82(4.1)	顯著
不詳	2497(5.2)	681(34.4)	顯著
其他			
兵役因素	124(0.3)	5(0.3)	不顯著
訴訟問題	306(0.6)	12(0.6)	不顯著
其他	3417(7.1)	89(4.5)	顯著
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	12202(25.3)	39(2)	顯著
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	3141(6.5)	8(0.4)	
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	206(0.4)	4(0.2)	
巴拉刈農藥	15(0)	0(0)	
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	100(0.2)	0(0)	
化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)	585(1.2)	17(0.9)	
服用或施打毒品過量	65(0.1)	3(0.2)	
以家用瓦斯自殺及自為中毒			
家用瓦斯	114(0.2)	4(0.2)	
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒			

燒炭	1682(3.5)	437(22.1)	
汽車廢氣	30(0.1)	9(0.5)	
氫氣	3(0)	1(0.1)	
其他氣體及蒸氣	22(0)	3(0.2)	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷			
上吊、自縊	1370(2.8)	491(24.8)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	222(0.5)	37(1.9)	
溺水(淹死)自殺及自傷			
溺水(淹死)、跳水	1310(2.7)	107(5.4)	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷			
以鎗砲、氣槍及爆炸物	37(0.1)	17(0.9)	
切穿工具自殺及自傷			
割腕	12988(27)	7(0.4)	
其他部位之切穿工具	2163(4.5)	26(1.3)	
由高處跳下自殺及自傷			
高處跳下	6097(12.7)	705(35.6)	
其他及未明示之方式自殺及自傷			
自焚	68(0.1)	14(0.7)	
臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	96(0.2)	12(0.6)	
撞擊(如：撞牆、撞車等)	1875(3.9)	2(0.1)	
除了上列方式之外之自殺方式	3770(7.8)	37(1.9)	
與人同住			
是	22936(47.6)	688(34.7)	顯著
否	11761(24.4)	322(16.3)	
不詳	13464(28)	970(49)	
通報單位			
司法機關	102(0.2)	16(0.8)	顯著
民政	13(0)	7(0.4)	
其他	1809(3.8)	112(5.7)	
社政	1556(3.2)	19(1)	
教育	5819(12.1)	128(6.5)	
勞政	1(0)	0(0)	
衛生局所	925(1.9)	139(7)	
醫療院所	31027(64.4)	667(33.7)	
警消單位	6870(14.3)	892(45.1)	
通報縣市			
新北市	10166(21.1)	403(20.4)	顯著
臺北市	4620(9.6)	178(9)	

桃園市	5066(10.5)	184(9.3)	
臺中市	6010(12.5)	272(13.7)	
臺南市	3196(6.6)	139(7)	
高雄市	5476(11.4)	228(11.5)	
宜蘭縣	860(1.8)	37(1.9)	
新竹縣	984(2)	59(3)	
苗栗縣	1181(2.5)	41(2.1)	
彰化縣	2052(4.3)	95(4.8)	
南投縣	922(1.9)	38(1.9)	
雲林縣	1206(2.5)	57(2.9)	
嘉義縣	894(1.9)	30(1.5)	
屏東縣	1343(2.8)	67(3.4)	
臺東縣	517(1.1)	7(0.4)	
花蓮縣	1204(2.5)	12(0.6)	
澎湖縣	140(0.3)	5(0.3)	
基隆市	619(1.3)	27(1.4)	
新竹市	996(2.1)	65(3.3)	
嘉義市	561(1.2)	29(1.5)	
金門縣	123(0.3)	6(0.3)	
連江縣	25(0.1)	1(0.1)	
註記			
精照列管	3761(7.8)	186(9.4)	不顯著
家暴加害人	7781(16.2)	225(11.4)	顯著
家暴被害人	9845(20.4)	232(11.7)	顯著
兒少加害人	2098(4.4)	48(2.4)	顯著
兒少被害人	5935(12.3)	115(5.8)	顯著
性侵加害人	350(0.7)	15(0.8)	不顯著
替代治療	25(0.1)	2(0.1)	不顯著
毒藥品列管	2030(4.2)	101(5.1)	不顯著
中低收入戶	5224(12.9)	141(8.5)	顯著
身心障礙	3567(8.8)	130(7.9)	不顯著

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。

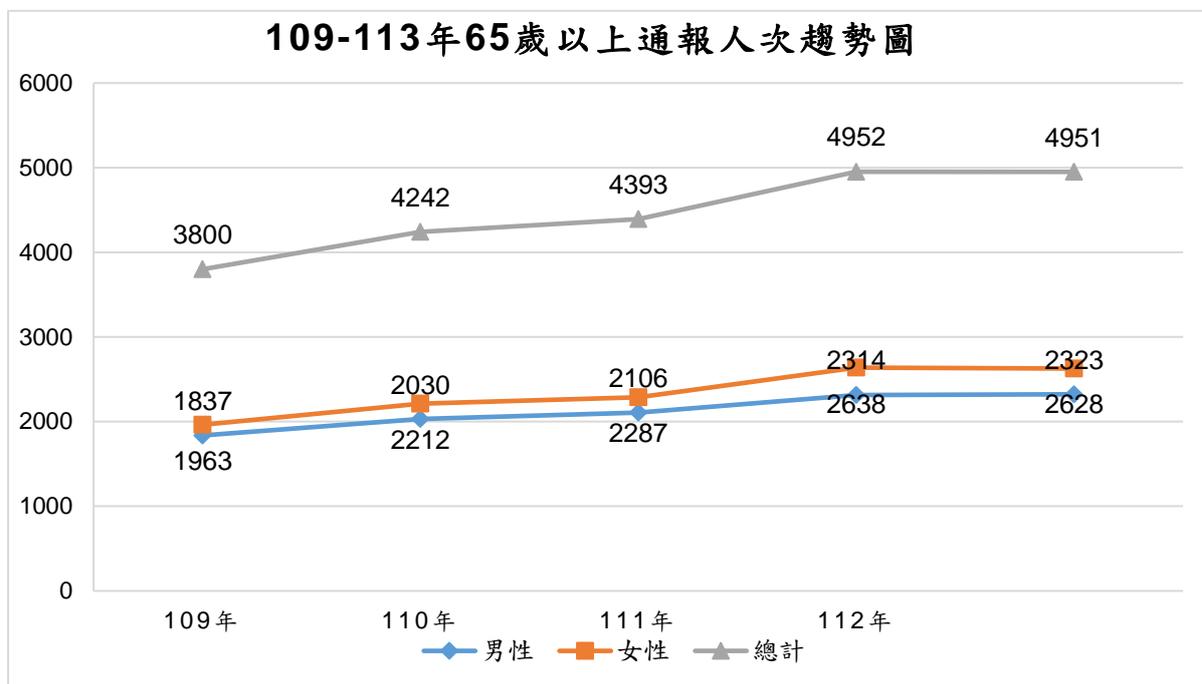


圖 3-4-7、109-113 年 65 歲以上通報人次趨勢圖

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」。

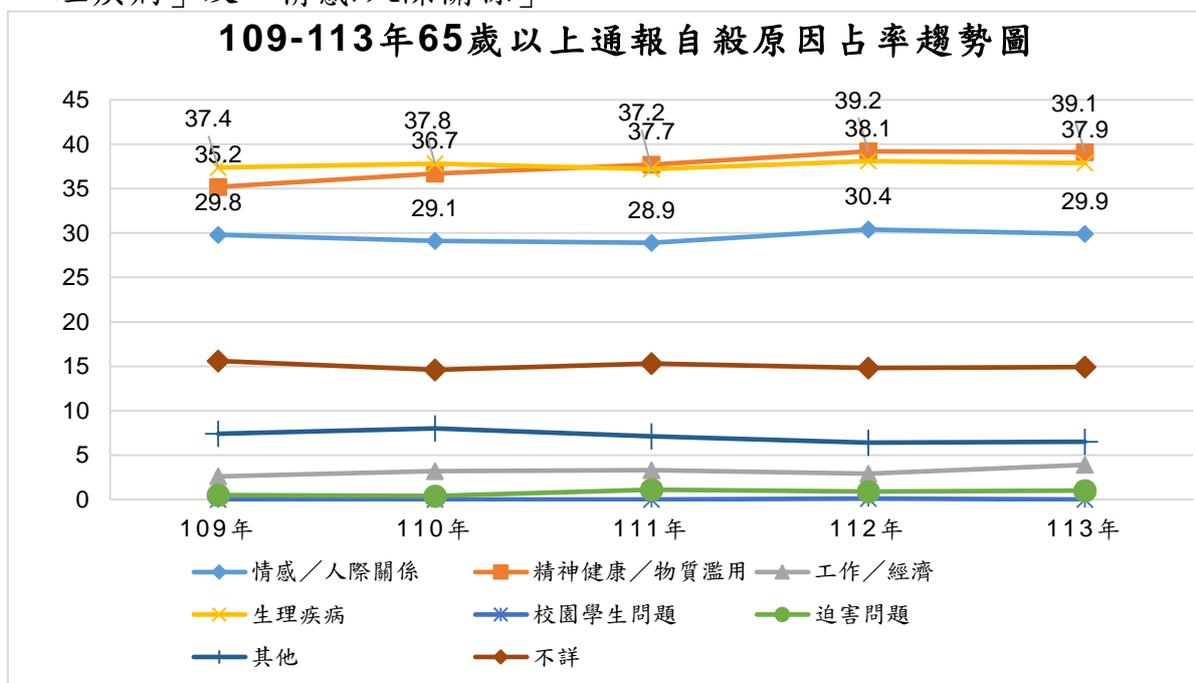


圖 3-4-8、109-113 年 65 歲以上通報自殺原因占率趨勢圖

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 年開始低於 50%。

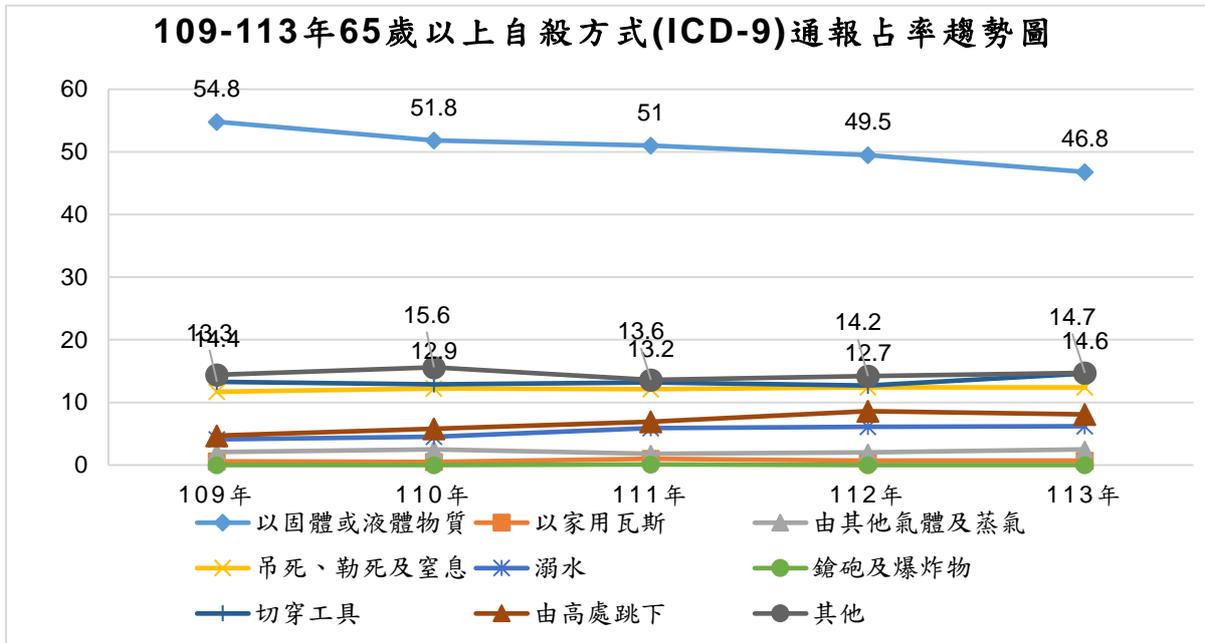


圖 3-4-9、109-113 年 65 歲以上自殺方式(ICD-9)通報占率趨勢圖

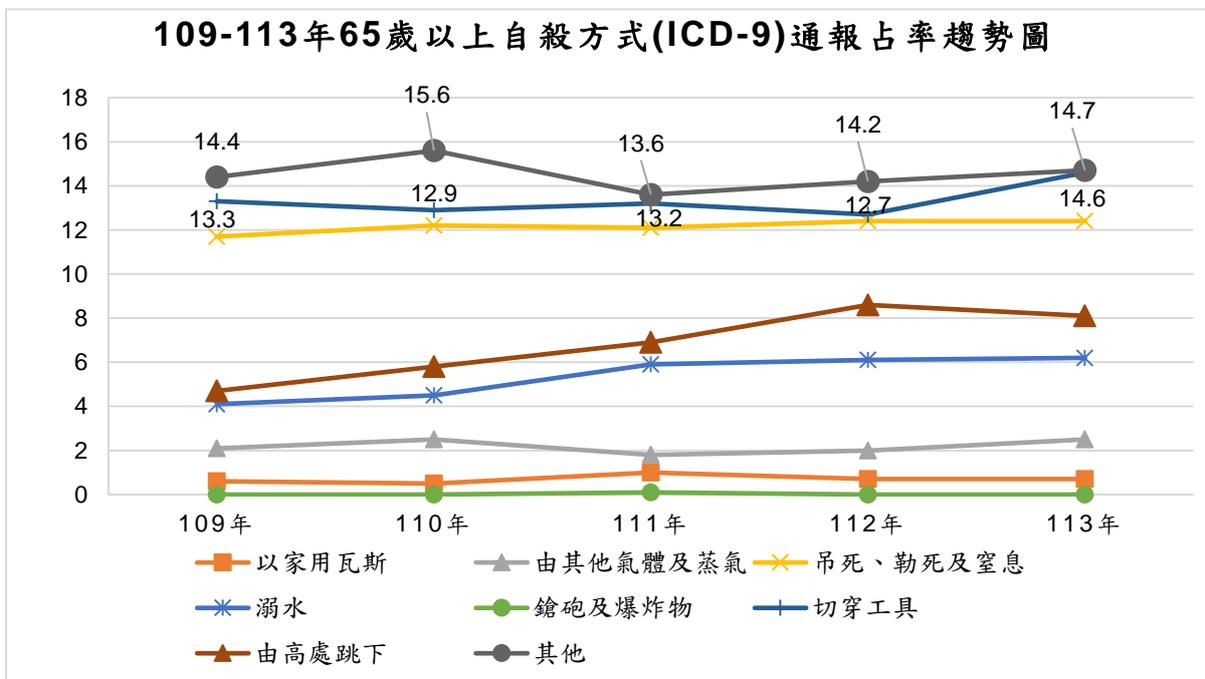


圖 3-4-10、109-113 年 65 歲以上自殺方式(ICD-9)通報占率趨勢圖
(去除占比最高項)

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「臺北市」、「臺南市」、「高雄市」、「宜蘭縣」、「南投縣」、「雲林縣」、「嘉義縣」、「基隆市」、「新竹市」、「嘉義市」及「金門縣」，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、109-113 年 65 歲以上自殺通報企圖與死亡比較(每人第一次通報)

	自殺企圖 n (%)	自殺死亡 n (%)	差異是否顯著
總計	16452(100)	3242(100)	
性別			
男性	7387(44.9)	2041(63)	顯著
女性	9064(55.1)	1201(37)	
自殺原因			
情感/人際關係			
夫妻問題	1492(9.1)	65(2)	顯著
家庭成員問題	3494(21.2)	170(5.2)	顯著
感情因素(如男女朋友)	174(1.1)	10(0.3)	顯著
喪親、喪偶	544(3.3)	44(1.4)	顯著
長期照顧壓力	201(1.2)	33(1)	不顯著
精神健康/物質濫用			
憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病	6135(37.3)	881(27.2)	顯著
酒精濫用	141(0.9)	12(0.4)	顯著
藥物濫用	53(0.3)	5(0.2)	不顯著
使用毒品	2(0)	1(0)	不顯著
工作/經濟			
職場工作壓力	74(0.4)	12(0.4)	不顯著
職場霸凌	3(0)	0(0)	不顯著
失業	127(0.8)	22(0.7)	不顯著

債務	328(2)	78(2.4)	不顯著
生理疾病			
慢性化的疾病問題(如：久病不癒)	5681(34.5)	1249(38.5)	顯著
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	652(4)	114(3.5)	不顯著
校園學生問題			
學校適應問題	1(0)	0(0)	不顯著
課業壓力	1(0)	0(0)	不顯著
校園霸凌	1(0)	0(0)	不顯著
同儕相處問題	3(0)	1(0)	不顯著
生涯規劃	21(0.1)	1(0)	不顯著
其他：(請說明)	1(0)	0(0)	不顯著
迫害問題			
遭受騷擾	24(0.1)	0(0)	不顯著
遭受暴力	73(0.4)	1(0)	顯著
遭受詐騙	49(0.3)	2(0.1)	不顯著
遭受霸凌	9(0.1)	0(0)	不顯著
不願說明或無法說明			
個案(家屬)不願說明	397(2.4)	58(1.8)	不顯著
個案因身體狀況無法說明	562(3.4)	129(4)	不顯著
不詳	1142(6.9)	985(30.4)	顯著
其他			
兵役因素	2(0)	0(0)	不顯著
訴訟問題	72(0.4)	12(0.4)	不顯著
其他	1347(8.2)	116(3.6)	顯著
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	4694(28.5)	45(1.4)	顯著
除安眠藥鎮靜劑之外藥物	747(4.5)	17(0.5)	
一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	1839(11.2)	277(8.5)	
巴拉刈農藥	125(0.8)	48(1.5)	
一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	274(1.7)	8(0.2)	
化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)	1347(8.2)	100(3.1)	
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	121(0.7)	1(0)	
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒			
燒炭	235(1.4)	146(4.5)	
汽車廢氣	5(0)	4(0.1)	
氫氣	0(0)	0(0)	
其他氣體及蒸氣	9(0.1)	1(0)	
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷			
上吊、自縊	982(6)	1279(39.5)	
悶死及窒息(如塑膠袋套頭)	178(1.1)	78(2.4)	
溺水(淹死)自殺及自傷			
溺水(淹死)、跳水	601(3.7)	422(13)	
鎗砲及爆炸物自殺及自傷			
以鎗砲、氣槍及爆炸物	3(0)	5(0.2)	
切穿工具自殺及自傷			
割腕	1266(7.7)	56(1.7)	
其他部位之切穿工具	814(4.9)	47(1.4)	
由高處跳下自殺及自傷			
高處跳下	841(5.1)	544(16.8)	
其他及未明示之方式自殺及自傷			
自焚	68(0.4)	30(0.9)	
臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	20(0.1)	10(0.3)	
撞擊(如：撞牆、撞車等)	635(3.9)	2(0.1)	
除了上列方式之外之自殺方式	1648(10)	122(3.8)	
與人同住			
是	9398(57.1)	1239(38.2)	顯著
否	4190(25.5)	577(17.8)	
不詳	2864(17.4)	1426(44)	
通報單位			
司法機關	6(0)	47(1.4)	顯著
民政	20(0.1)	30(0.9)	
其他	1232(7.5)	279(8.6)	
社政	665(4)	15(0.5)	
教育	12(0.1)	1(0)	
衛生局所	447(2.7)	287(8.9)	
醫療院所	12084(73.5)	1003(30.9)	
警消單位	1971(12)	1580(48.7)	
通報縣市			
新北市	2999(18.2)	568(17.5)	顯著

臺北市	1427(8.7)	321(9.9)	
桃園市	1284(7.8)	189(5.8)	
臺中市	1661(10.1)	290(8.9)	
臺南市	1280(7.8)	360(11.1)	
高雄市	1970(12)	393(12.1)	
宜蘭縣	413(2.5)	108(3.3)	
新竹縣	257(1.6)	51(1.6)	
苗栗縣	484(2.9)	59(1.8)	
彰化縣	971(5.9)	158(4.9)	
南投縣	551(3.3)	121(3.7)	
雲林縣	570(3.5)	131(4)	
嘉義縣	491(3)	156(4.8)	
屏東縣	731(4.4)	110(3.4)	
臺東縣	181(1.1)	14(0.4)	
花蓮縣	332(2)	23(0.7)	
澎湖縣	64(0.4)	10(0.3)	
基隆市	315(1.9)	67(2.1)	
新竹市	257(1.6)	62(1.9)	
嘉義市	190(1.2)	43(1.3)	
金門縣	24(0.1)	8(0.2)	
連江縣	0(0)	0(0)	
註記			
精照列管	1205(7.3)	123(3.8)	顯著
家暴加害人	1448(8.8)	166(5.1)	顯著
家暴被害人	1948(11.8)	149(4.6)	顯著
兒少加害人	94(0.6)	11(0.3)	不顯著
兒少被害人	5(0)	0(0)	不顯著
性侵加害人	9(0.1)	1(0)	不顯著
替代治療	30(0.2)	3(0.1)	不顯著
毒藥品列管	76(0.5)	14(0.4)	不顯著
中低收入戶	694(5.1)	78(2.8)	顯著
身心障礙	4360(31.9)	585(21.3)	顯著

因 65 歲以上自殺原因「生理疾病」占比多為前二，進而串聯 109-112 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 109-112 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、109-112 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	2740(100)	1578(100)	4318(100)
疾病			
循環系統疾病	1561(56.97)	1141(72.31)	2702(62.58)
症狀、徵候及診斷欠明之病態	1694(61.82)	1174(74.40)	2868(66.42)
消化系統疾病	1427(52.08)	1153(73.07)	2580(59.75)
肌肉骨骼系統及結締組織疾病	1332(48.61)	1146(72.62)	2478(57.39)
呼吸系統疾病	1319(48.14)	935(59.25)	2254(52.20)
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	1282(46.79)	931(59.00)	2213(51.25)
泌尿生殖器官之疾病	1330(48.54)	751(47.59)	2081(48.19)
精神疾患	1299(47.41)	1004(63.62)	2303(53.33)
神經系統疾病	1008(36.79)	886(56.15)	1894(43.86)
眼睛及其附屬器官的疾病	950(34.67)	818(51.84)	1768(40.94)
皮膚及皮下組織疾病	916(33.43)	622(39.42)	1538(35.62)
傳染病與寄生蟲病及其之後期影響	706(25.77)	514(32.57)	1220(28.25)
情感性疾病	479(17.48)	579(36.69)	1058(24.50)
腫瘤	574(20.95)	342(21.67)	916(21.21)
憂鬱症	451(16.46)	542(34.35)	993(23.00)
耳及乳突之疾患	497(18.14)	401(25.41)	898(20.80)
科別			
內科	2062(75.26)	1325(83.97)	3387(78.44)
家醫	1466(53.50)	1098(69.58)	2564(59.38)
急診醫學科	1373(50.11)	879(55.70)	2252(52.15)
眼科	1360(49.64)	799(50.63)	2159(50.00)
骨科	945(34.49)	723(45.82)	1668(38.63)
外科	814(29.71)	596(37.77)	1410(32.65)
耳鼻喉科	817(29.82)	563(35.68)	1380(31.96)
神經科	1063(38.80)	587(37.20)	1650(38.21)

精神科	626(22.85)	669(42.40)	1295(29.99)
泌尿科	777(28.36)	241(15.27)	1018(23.58)
皮膚科	525(19.16)	357(22.62)	882(20.43)
復健科	695(25.36)	318(20.15)	1013(23.46)
神經外科	237(8.65)	249(15.78)	486(11.26)
小兒科	513(18.72)	227(14.39)	740(17.14)
婦產科	44(1.61)	257(16.29)	301(6.97)
放射線科	123(4.49)	82(5.20)	205(4.75)
整形外科	80(2.92)	37(2.34)	117(2.71)
洗腎科	67(2.45)	38(2.41)	105(2.43)
病理科	372(13.58)	53(3.36)	425(9.84)
麻醉科	11(0.40)	8(0.51)	19(0.44)
核醫科	8(0.29)	7(0.44)	15(0.35)
結核科	1(0.04)	0(0.00)	1(0.02)
牙科	332(12.12)	2(0.13)	334(7.74)
職業醫學	0(0.00)	1(0.06)	1(0.02)

表 3-4-5、109-112 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%)

	109 年 n (%)	110 年 n (%)	111 年 n (%)	112 年 n (%)
自殺死亡人數	985(100)	1065(100)	1138(100)	1130(100)
疾病				
循環系統疾病	650(65.99)	803(75.40)	843(74.08)	828(73.27)
症狀、徵候及診斷欠明之病態	589(59.80)	782(73.43)	849(74.60)	863(76.37)
消化系統疾病	583(59.19)	754(70.80)	808(71.00)	793(70.18)
肌肉骨骼系統及結締組織疾病	537(54.52)	711(66.76)	786(69.07)	767(67.88)
呼吸系統疾病	529(53.71)	647(60.75)	679(59.67)	738(65.31)
內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	445(45.18)	617(57.93)	620(54.48)	680(60.18)
泌尿生殖器官之疾病	475(48.22)	557(52.30)	612(53.78)	622(55.04)
精神疾患	462(46.90)	581(54.55)	624(54.83)	636(56.28)
神經系統疾病	395(40.10)	548(51.46)	579(50.88)	597(52.83)
眼睛及其附屬器官的疾病	353(35.84)	488(45.82)	559(49.12)	581(51.42)
皮膚及皮下組織疾病	303(30.76)	448(42.07)	510(44.82)	485(42.92)
傳染病與寄生蟲病及其之後期影響	240(24.37)	373(35.02)	381(33.48)	363(32.12)
情感性疾病	235(23.86)	290(27.23)	298(26.19)	362(32.04)
腫瘤	226(22.94)	276(25.92)	302(26.54)	269(23.81)
憂鬱症	217(22.03)	275(25.82)	283(24.87)	338(29.91)
耳及乳突之疾患	142(14.42)	265(24.88)	256(22.50)	316(27.96)
科別				
內科	725(73.60)	905(84.98)	985(86.56)	967(85.58)
家醫	531(53.91)	725(68.08)	810(71.18)	829(73.36)
急診醫學科	426(43.25)	593(55.68)	648(56.94)	658(58.23)
眼科	347(35.23)	483(45.35)	549(48.24)	568(50.27)
骨科	278(28.22)	407(38.22)	472(41.48)	457(40.44)
外科	282(28.63)	418(39.25)	463(40.69)	430(38.05)
耳鼻喉科	247(25.08)	390(36.62)	419(36.82)	484(42.83)
神經科	278(28.22)	358(33.62)	412(36.20)	432(38.23)
精神科	279(28.32)	359(33.71)	381(33.48)	428(37.88)
泌尿科	210(21.32)	285(26.76)	299(26.27)	310(27.43)
皮膚科	169(17.16)	268(25.16)	285(25.04)	276(24.42)
復健科	119(12.08)	202(18.97)	174(15.29)	225(19.91)
神經外科	102(10.36)	136(12.77)	147(12.92)	160(14.16)
小兒科	89(9.04)	123(11.55)	170(14.94)	183(16.19)

婦產科	37(3.76)	74(6.95)	97(8.52)	100(8.85)
放射線科	47(4.77)	51(4.79)	66(5.80)	72(6.37)
整形外科	21(2.13)	34(3.19)	40(3.51)	36(3.19)
洗腎科	30(3.05)	33(3.10)	36(3.16)	26(2.30)
病理科	11(1.12)	19(1.78)	37(3.25)	28(2.48)
麻醉科	2(0.20)	7(0.66)	6(0.53)	5(0.44)
核醫科	2(0.20)	3(0.28)	4(0.35)	6(0.53)
結核科	0(0.00)	1(0.09)	0(0.00)	0(0.00)
牙科	0(0.00)	2(0.19)	1(0.09)	4(0.35)
職業醫學	0(0.00)	0(0.00)	1(0.09)	0(0.00)

4. 農民及榮民分析

1. 108-113 年農民自殺死亡數據

- (1) 全國 108-113 年農民自殺死亡共 2,414 人。男性農民自殺死亡 1,554 人、女性農民自殺死亡 860 人，性別比例為 1.81。
- (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」(44.9%)、「65-74 歲」(21.1%)、「55-64 歲」(14.9%)、「45-54 歲」(8.5%)、「35-44 歲」(3.9%)、「25-34 歲」(3.4%)、「15-24 歲」(3.3%)、「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」(15.7%)、「75-79 歲」(13.4%)。
- (4) 各縣市農民自殺死亡較多者為「臺南市」(13.1%)、「彰化縣」(10.9%)、「嘉義縣」(9.8%)、「雲林縣」(9.7%)、「屏東縣」(9%)。

性別與年齡層相比 113 年整體自殺數據並無太大差異，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。

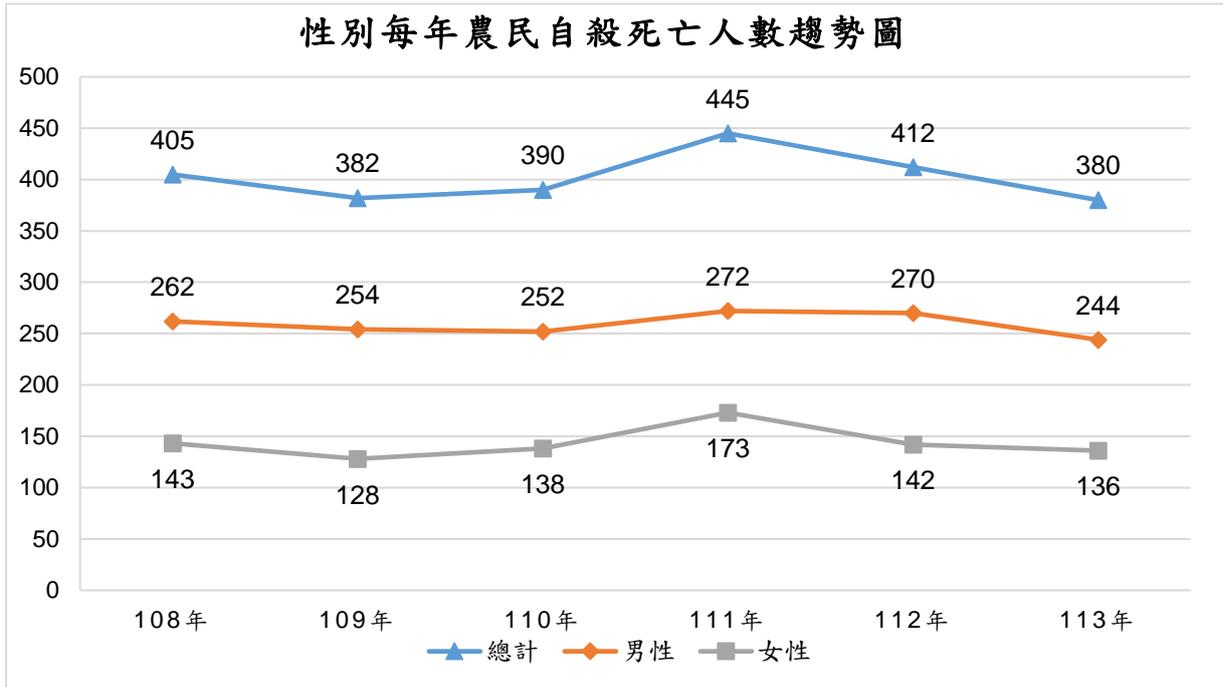


圖 3-4-11、性別每年農民自殺死亡人數趨勢圖

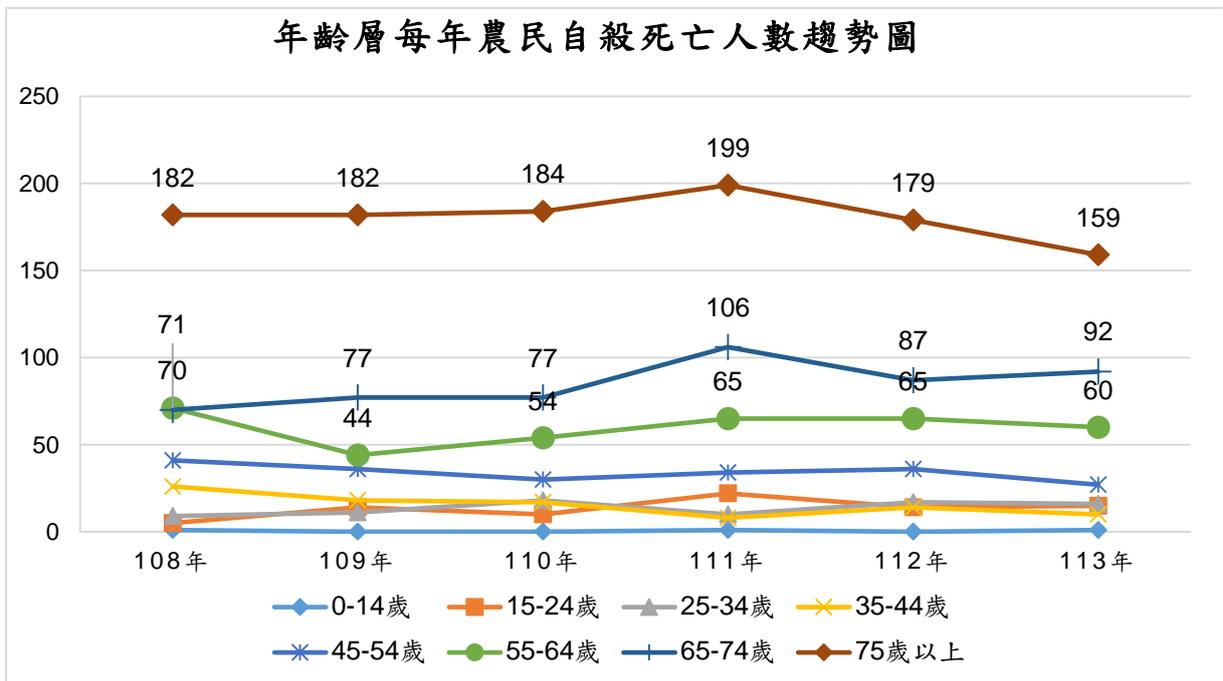


圖 3-4-12、年齡層每年農民自殺死亡人數趨勢圖

表 3-4-6、108-113 年農民自殺死亡分析

	108	109	110	111	112	113	Total
	n (%)	n(%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)
總計	405(100)	382(100)	390(100)	445(100)	412(100)	380(100)	2414(100)
性別							
男性	262(64.7)	254(66.5)	252(64.6)	272(61.1)	270(65.5)	244(64.2)	1554(64.4)
女性	143(35.3)	128(33.5)	138(35.4)	173(38.9)	142(34.5)	136(35.8)	860(35.6)
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	1(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)	0(0.0)	1(0.3)	3(0.1)
15-19 歲	0(0.0)	5(1.3)	2(0.5)	2(0.4)	4(1.0)	6(1.6)	19(0.8)
20-24 歲	5(1.2)	9(2.4)	8(2.1)	20(4.5)	10(2.4)	9(2.4)	61(2.5)
25-29 歲	4(1.0)	5(1.3)	9(2.3)	8(1.8)	12(2.9)	12(3.2)	50(2.1)
30-34 歲	5(1.2)	6(1.6)	9(2.3)	2(0.4)	5(1.2)	4(1.1)	31(1.3)
35-39 歲	9(2.2)	8(2.1)	4(1.0)	4(0.9)	3(0.7)	2(0.5)	30(1.2)
40-44 歲	17(4.2)	10(2.6)	13(3.3)	4(0.9)	11(2.7)	8(2.1)	63(2.6)
45-49 歲	14(3.5)	14(3.7)	8(2.1)	15(3.4)	16(3.9)	9(2.4)	76(3.1)
50-54 歲	27(6.7)	22(5.8)	22(5.6)	19(4.3)	20(4.9)	18(4.7)	128(5.3)
55-59 歲	37(9.1)	25(6.5)	23(5.9)	29(6.5)	28(6.8)	29(7.6)	171(7.1)
60-64 歲	34(8.4)	19(5.0)	31(7.9)	36(8.1)	37(9.0)	31(8.2)	188(7.8)
65-69 歲	30(7.4)	38(9.9)	37(9.5)	50(11.2)	37(9.0)	46(12.1)	238(9.9)
70-74 歲	40(9.9)	39(10.2)	40(10.3)	56(12.6)	50(12.1)	46(12.1)	271(11.2)
75-79 歲	65(16.0)	53(13.9)	63(16.2)	55(12.4)	48(11.7)	40(10.5)	324(13.4)
80-84 歲	61(15.1)	62(16.2)	58(14.9)	66(14.8)	72(17.5)	62(16.3)	381(15.8)
85 歲以上	56(13.8)	67(17.5)	63(16.2)	78(17.5)	59(14.3)	57(15.0)	380(15.7)
自殺死亡方式							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	169(41.7)	155(40.6)	151(38.7)	163(36.6)	132(32.0)	123(32.3)	962(39.3)
以氣體及蒸汽自殺及自為中毒	39(9.6)	29(7.6)	27(6.9)	27(6.1)	34(8.3)	32(41.3)	191(7.8)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	132(32.6)	133(34.8)	153(39.2)	177(39.8)	166(40.3)	157(41.3)	890(36.3)
溺水(淹死)自殺及自傷	34(8.4)	28(7.3)	26(6.7)	31(7.0)	26(6.3)	23(6.1)	169(6.9)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	1(0.2)	2(0.5)	0(0.0)	1(0.2)	2(0.5)	5(1.3)	9(0.4)
切穿工具自殺及自傷	5(1.2)	9(2.4)	8(2.1)	7(1.6)	13(3.2)	10(2.6)	49(2.0)
由高處跳下自殺及自傷	17(4.2)	21(5.5)	23(5.9)	28(6.3)	31(7.5)	23(6.1)	141(5.8)
其他及未明示之方式自殺及自傷	8(2.0)	5(1.3)	2(0.5)	11(2.5)	8(1.9)	7(1.8)	39(1.6)

表 3-4-6、108-113 年農民自殺死亡分析

	108	109	110	111	112	113	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)
縣市							
新北市	15(3.7)	22(5.8)	12(3.1)	14(3.1)	25(6.1)	13(3.4)	101(4.2)
臺北市	4(1.0)	5(1.3)	1(0.3)	1(0.2)	3(0.7)	1(0.3)	15(0.6)
桃園市	15(3.7)	17(4.5)	21(5.4)	18(4.0)	21(5.1)	19(5.0)	111(4.6)
臺中市	28(6.9)	27(7.1)	25(6.4)	35(7.9)	22(5.3)	32(8.4)	169(7.0)
臺南市	45(11.1)	49(12.8)	44(11.3)	69(15.5)	58(14.1)	52(13.7)	317(13.1)
高雄市	37(9.1)	24(6.3)	24(6.2)	35(7.9)	29(7.0)	35(9.2)	184(7.6)
宜蘭縣	12(3.0)	10(2.6)	15(3.8)	14(3.1)	13(3.2)	10(2.6)	74(3.1)
新竹縣	11(2.7)	11(2.9)	9(2.3)	6(1.3)	13(3.2)	7(1.8)	57(2.4)
苗栗縣	26(6.4)	24(6.3)	25(6.4)	27(6.1)	18(4.4)	13(3.4)	133(5.5)
彰化縣	51(12.6)	45(11.8)	31(7.9)	52(11.7)	45(10.9)	38(10.0)	262(10.9)
南投縣	31(7.7)	19(5.0)	24(6.2)	31(7.0)	37(9.0)	27(7.1)	169(7.0)
雲林縣	42(10.4)	33(8.6)	46(11.8)	43(9.7)	35(8.5)	34(8.9)	233(9.6)
嘉義縣	33(8.1)	35(9.2)	52(13.3)	38(8.5)	33(8.0)	45(11.8)	236(9.8)
屏東縣	33(8.1)	45(11.8)	34(8.7)	41(9.2)	34(8.3)	31(8.2)	218(9.0)
臺東縣	9(2.2)	9(2.4)	6(1.5)	5(1.1)	11(2.7)	7(1.8)	47(1.9)
花蓮縣	8(2.0)	3(0.8)	13(3.3)	11(2.5)	6(1.5)	7(1.8)	48(2.0)
澎湖縣	2(0.5)	1(0.3)	3(0.8)	0(0.0)	3(0.7)	3(0.8)	12(0.5)
基隆市	0(0.0)	0(0.0)	1(0.3)	0(0.0)	1(0.2)	0(0.0)	2(0.1)
新竹市	0(0.0)	1(0.3)	1(0.3)	2(0.4)	2(0.5)	2(0.5)	8(0.3)
嘉義市	1(0.2)	1(0.3)	3(0.8)	3(0.7)	3(0.7)	2(0.5)	13(0.5)
金門縣	2(0.5)	1(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.5)	5(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. 108-113 年榮民自殺死亡數據

- 1) 全國 108-113 年榮民自殺死亡共 676 人。男性榮民自殺死亡 378 人、女性榮民自殺死亡 298 人，性別比例為 1.27。
- 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」(49.3%)、「65-74 歲」(21.6%)、「55-64 歲」(14.5%)、「45-54 歲」(6.1%)、「15-24 歲」(3.7%)、「25-34 歲」(2.7%)、「35-44 歲」(2.2%)。
- 3) 各年齡層以 5 齡組分析，前三高分別為「85 歲以上」(26.3%)、「70-74 歲」(12.4%)、「75-79 歲」(12%)。
- 4) 各縣市榮民自殺死亡較多者為「新北市」(17%)、「高雄市」(14.8%)、「臺北市」(12.3%)、「桃園市」(11.4%)、「臺中市」(10.2%)。

以性別分析，相較於往年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。

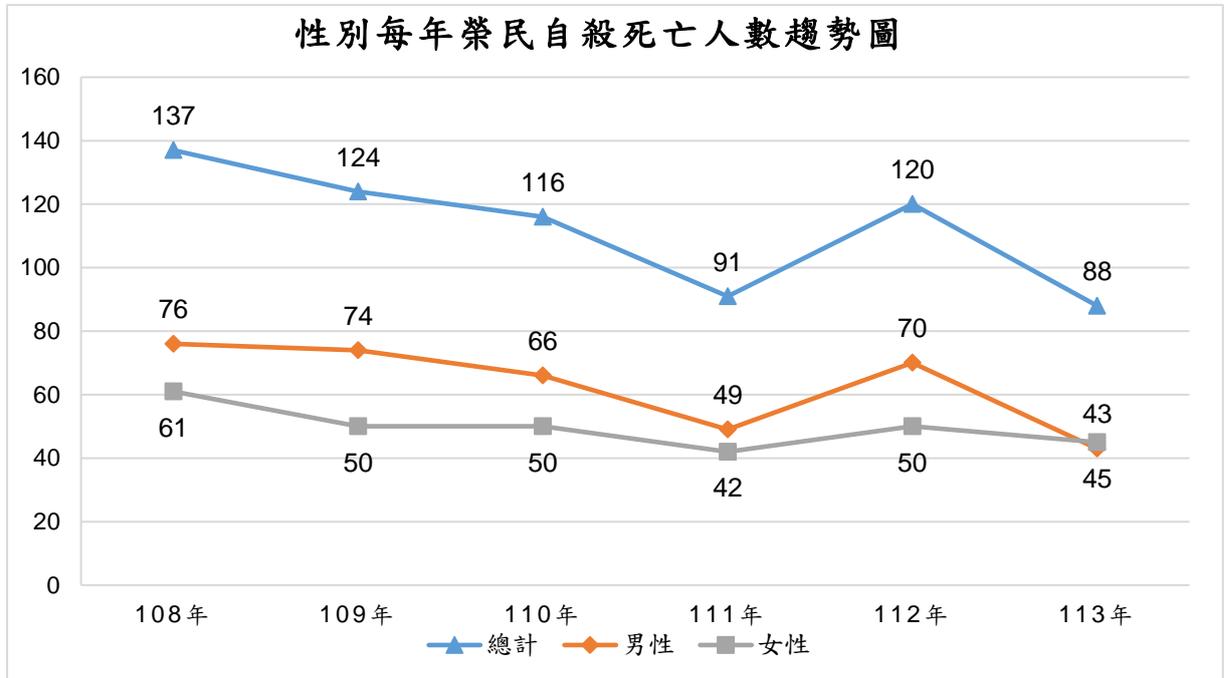


圖 3-4-13、性別每年榮民自殺死亡人數趨勢圖

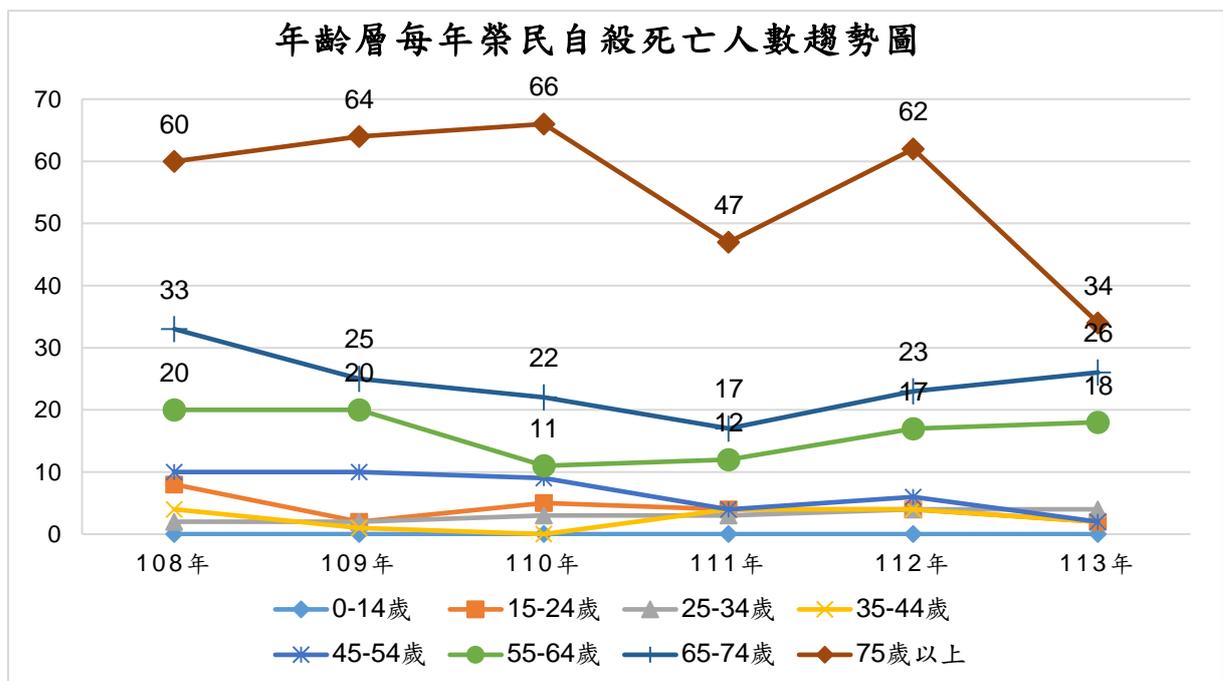


圖 3-4-14、年齡層每年榮民自殺死亡人數趨勢圖

表 3-4-7、108-113 年榮民自殺死亡分析

	108	109	110	111	112	113	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
總計	137(100)	124(100)	116(100)	91(100)	120(100)	88(100)	676(100)
性別							
男性	76(55.5)	74(59.7)	66(56.9)	49(53.8)	70(58.3)	43(48.9)	378(55.9)
女性	61(44.5)	50(40.3)	50(43.1)	42(46.2)	50(41.7)	45(51.1)	298(44.1)
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)	
15-19 歲	3(2.2)	0(0.0)	2(1.7)	1(1.1)	1(0.8)	0(0.0)	7(1.0)
20-24 歲	5(3.6)	2(1.6)	3(2.6)	3(3.3)	3(2.5)	2(2.3)	18(2.7)
25-29 歲	0(0.0)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.5)	4(4.5)	8(1.2)
30-34 歲	2(1.5)	1(0.8)	3(2.6)	3(3.3)	1(0.8)	0(0.0)	10(1.5)
35-39 歲	2(1.5)	1(0.8)	0(0.0)	4(4.4)	1(0.8)	1(1.1)	9(1.3)
40-44 歲	2(1.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.5)	1(1.1)	6(0.9)
45-49 歲	4(2.9)	2(1.6)	2(1.7)	1(1.1)	2(1.7)	1(1.1)	12(1.8)
50-54 歲	6(4.4)	8(6.5)	7(6.0)	3(3.3)	4(3.3)	1(1.1)	29(4.3)
55-59 歲	8(5.8)	7(5.6)	3(2.6)	4(4.4)	8(6.7)	6(6.8)	36(5.3)
60-64 歲	12(8.8)	13(10.5)	8(6.9)	8(8.8)	9(7.5)	12(13.6)	62(9.2)
65-69 歲	10(7.3)	10(8.1)	9(7.8)	6(6.6)	15(12.5)	12(13.6)	62(9.2)
70-74 歲	23(16.8)	15(12.1)	13(11.2)	11(12.1)	8(6.7)	14(15.9)	84(12.4)
75-79 歲	18(13.1)	14(11.3)	15(12.9)	9(9.9)	15(12.5)	10(11.4)	81(12.0)
80-84 歲	8(5.8)	11(8.9)	17(14.7)	10(11.0)	18(15.0)	10(11.4)	74(10.9)
85 歲以上	34(24.8)	39(31.5)	34(29.3)	28(30.8)	29(24.2)	14(15.9)	178(26.3)
自殺死亡方式							
以固體或液體物質自殺及自為中毒	16(11.7)	19(15.3)	7(6.0)	8(8.8)	11(9.2)	10(11.4)	78(11.1)
以氣體及蒸汽自殺及自為中毒	10(7.3)	6(4.8)	12(10.3)	7(7.7)	10(8.3)	7(8.0)	57(8.1)
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	54(39.4)	48(38.7)	50(43.1)	32(35.2)	42(35.0)	26(30.0)	276(39.2)
溺水(淹死)自殺及自傷	19(13.9)	15(12.1)	5(4.3)	7(7.7)	14(11.7)	15(17.1)	74(10.5)
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0(0.0)	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	5(3.6)	4(3.2)	5(4.3)	5(5.5)	5(4.2)	5(5.7)	28(4.0)
由高處跳下自殺及自傷	30(21.9)	29(23.4)	31(26.7)	30(33.0)	36(30.0)	24(27.3)	173(24.6)

表 3-4-7、108-113 年榮民自殺死亡分析

	108	109	110	111	112	113	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
其他及未明示之方式自殺及 自傷	3(2.2)	3(2.4)	6(5.2)	2(2.2)	2(1.7)	1(1.1)	17(2.4)
縣市							
新北市	23(16.8)	17(13.7)	19(16.4)	23(25.3)	20(16.7)	13(14.8)	115(17.0)
臺北市	14(10.2)	25(20.2)	15(12.9)	10(11.0)	14(11.7)	5(5.7)	83(12.3)
桃園市	15(10.9)	12(9.7)	17(14.7)	8(8.8)	16(13.3)	9(10.2)	77(11.4)
臺中市	18(13.1)	11(8.9)	12(10.3)	9(9.9)	12(10.0)	7(8.0)	69(10.2)
臺南市	10(7.3)	9(7.3)	5(4.3)	7(7.7)	11(9.2)	4(4.5)	46(6.8)
高雄市	17(12.4)	20(16.1)	15(12.9)	13(14.3)	17(14.2)	18(20.5)	100(14.8)
宜蘭縣	2(1.5)	2(1.6)	0(0.0)	2(2.2)	1(0.8)	3(3.4)	10(1.5)
新竹縣	4(2.9)	2(1.6)	2(1.7)	2(2.2)	0(0.0)	2(2.3)	12(1.8)
苗栗縣	0(0.0)	0(0.0)	4(3.4)	2(2.2)	0(0.0)	2(2.3)	8(1.2)
彰化縣	5(3.6)	5(4.0)	3(2.6)	2(2.2)	3(2.5)	3(3.4)	21(3.1)
南投縣	2(1.5)	0(0.0)	3(2.6)	0(0.0)	2(1.7)	0(0.0)	7(1.0)
雲林縣	3(2.2)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	4(3.3)	0(0.0)	8(1.2)
嘉義縣	1(0.7)	0(0.0)	1(0.9)	2(2.2)	1(0.8)	2(2.3)	7(1.0)
屏東縣	5(3.6)	6(4.8)	8(6.9)	1(1.1)	4(3.3)	3(3.4)	27(4.0)
臺東縣	1(0.7)	0(0.0)	1(0.9)	1(1.1)	3(2.5)	2(2.3)	8(1.2)
花蓮縣	2(1.5)	4(3.2)	3(2.6)	1(1.1)	2(1.7)	0(0.0)	12(1.8)
澎湖縣	2(1.5)	2(1.6)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(0.7)
基隆市	4(2.9)	2(1.6)	4(3.4)	0(0.0)	5(4.2)	4(4.5)	19(2.8)
新竹市	3(2.2)	2(1.6)	2(1.7)	5(5.5)	3(2.5)	3(3.4)	18(2.7)
嘉義市	4(2.9)	3(2.4)	0(0.0)	2(2.2)	1(0.8)	6(6.8)	16(2.4)
金門縣	2(1.5)	1(0.8)	1(0.9)	1(1.1)	1(0.8)	2(2.3)	8(1.2)
連江縣	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

一、背景

1. 相關問題或重要性

每年電話調查之目的在於瞭解民眾對自殺現象的看法，評估全國民眾對於自殺之觀感及認知，消除民眾對自殺現象的迷思、為自殺去污名化，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

調查範圍為臺灣地區室內電話之住宅用戶；調查對象為臺灣地區年滿15歲以上之民眾。可能遺漏的相關群體或對象：未接電話之15歲以上民眾，沒人在家或電話中之住宅用戶、非住家之電話用戶、15歲以下之民眾、生理因素(中風、植物人等)導致無法語言溝通之民眾，以及家裡未裝電話之民眾(租屋在外者)。

本年度主題焦點：對自殺問題的看法、個人與親友自殺經歷與求助問題、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

2. 業務目的與目標

- 1) 評估民眾對自殺現象之瞭解程度。
- 2) 瞭解民眾面對自殺行為之態度。
- 3) 瞭解民眾心理健康情形。
- 4) 運用心情溫度計等量表，檢測國人情緒困擾之現況、自殺意念之風險。

二、輸入

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開 114 年度電話調查討論會議，討論架構、問卷設計及確認問卷內容。
- 2) 委託全方位市場調查有限公司辦理調查作業。
- 3) 電腦輔助電話訪問(CATI)資料蒐集。
- 4) 資料整理及分析。
- 5) 召開 114 年度電話調查結果報告討論會議，由全方位市場調查有限公司進行簡報。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：全方位市場調查有限公司。

2) 資源連結內容及形式：透過委託關係，辦理電話調查工作。

三、過程

1. 執行或完成的具體工作內容

民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查蒐集專家學者對於「114年度自殺防治調查問卷」內容之建議，中心彙整歷年問卷題目、擬定初稿及問卷修訂，並召開自殺防治認知調查討論會議，針對調查問卷之架構設計作修訂及調整。執行期間為7月18日至8月18日，委託全方位市場調查有限公司執行電話訪問及資料蒐集，並進行資料整理及分析，主要部分如下：(問卷詳見附件 3-5-1)

表 3-5-1、114 年度電話調查題目主題

問卷題目	題數
民眾對自殺問題看法	21 題
民眾心理健康	2 題
民眾自殺經歷	17 題
BSRS-5 簡式量表	8 題
基本資料	6 題
延伸問題	1 題
合計	55 題

四、成果

1. 執行結果

114 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以電腦輔助電話調查系統(CATI)訪問，訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,108 份，在 95%信心水準下，抽樣誤差在±2.13%以內。各項調查結果如下：(完整報告詳見附件 3-5-2)

- 1) 民眾對臺灣自殺問題的看法：全國有 53.1%的民眾認為台灣自殺問題嚴重；64.9%認為「自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」、58.0%認為「說出自己自願自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」、73.3%認為「自殺是個人的權利，決定權在於自己」。
- 2) 假如有熟悉的親朋好友正感受精神健康問題的困擾或處於自殺風險中，有 8 成以上民眾可能會「跟他討論可以找哪些專業人士幫忙」(89.2%)、「試著重複和整理他所說的話」(87.7%)、「試著讓他高興起來」(87.5%)及

「問他有哪些他可以信賴、能夠幫他的人」(87.0%)；而「詢問他是否有傷害自己或他人的想法」的可能性相對較低，只有 63.8%。

- 3) 如果懷疑這個人可能正在考慮自殺，有 7 成以上民眾可能「告訴他，如果他自殺的話，會對家人和朋友造成很大的傷害」(78.7%)及「試著說明他自殺是不對的。」(71.2%)，50.7%可能「問他是否有自殺的想法」，僅 36.6%可能「問他是否想過具體的自殺計畫」。
- 4) 面對有立即自殺危險者，逾八成民眾能做到鼓勵求助(88.0%)與陪伴(82.6%)，而曾接觸守門人資訊者更具備風險評估能力，在詢問傷害意念(71.0%)、自殺想法(58.5%)及具體計畫(50.3%)等主動介入行為上，較一般民眾高出 7 至 14 個百分點
- 5) 接觸過守門人資訊者有 79.2%表示可能「告訴他，如果他自殺的話，會對家人和朋友造成很大的傷害」及 69.5%「試著說明他自殺是不對的」，與平均相近。
- 6) 民眾有 35.0%知道「安心專線 1925」，15-45 歲年齡層有 29.5%知道「政府有補助 15 至 45 歲民眾免費接受三次心理諮商」；年輕族群及接觸過守門人資訊者的知道率相對較高。
- 7) 綜上所述，政府應持續透過媒體、社區活動與學校教育等多元管道，加強自殺防治的公共教育與宣導，澄清大眾對自殺的迷思，協助民眾建立正確的認知，進而能及時並有效地支持身邊有需要的親友。
- 8) 調查結果顯示，曾接觸過「守門人」相關資訊的人，更可能主動關心並詢問有自殺風險者的想法。建議推廣並普及守門人課程，並鼓勵公眾參與。

2. 檢討與發現

- 1) 民眾對自殺仍存有普遍迷思，影響介入意願
 - (1) 迷思依然嚴重：雖然多數民眾認為自殺問題嚴重，但仍有高達 64.9%認為「自殺者生前不會說出想自殺」、58.0%認為「說出來的人只是發洩、非真的想死」。這顯示一般大眾對於自殺警訊的辨識仍有誤解，可能導致錯失介入良機。
 - (2) 介入行為有斷層：當親友有風險時，逾 8 成民眾願意給予情感支持(如傾聽、陪伴)，但敢於「直接詢問有無自殺想法」僅 50.7%，敢「詢問具體自殺計畫」更低至 36.6%。顯示民眾在深層介入技巧上仍感到猶豫或缺乏信心。
- 2) 守門人訓練成效顯著，但普及率仍有進步空間
 - (1) 接觸過守門人資訊者，在「詢問自殺想法」與「詢問具體計畫」的主動

性上，比一般民眾高出 7%至 14%。

(2) 全國僅 18.4%民眾近一年接觸過守門人(1問2應3轉介)資訊，普及率偏低。

3) 求助資源知名度不足，主動求助比例低

(1) 衛福部安心專線「1925」在不提示的情況下，僅 1.0%民眾能主動說出；經提示後知曉率為 35.0%。

(2) 心理諮商方案：針對 15-45 歲族群的免費心理諮商方案，目標族群中僅 29.5%知道此資源。

(3) 曾想自殺者僅 23.8%曾對外求助，且主要對象為親朋好友，尋求專業醫療或諮商者比例較低。

4) 高風險族群特徵明確

(1) 「無業待業」及「有情緒困擾」者在各項指標(如自殺意念、藥物影響、生活困擾)皆顯著高於一般人，是極需關注的高風險族群。

3. 未來執行建議

1) 深化公眾教育，破除自殺迷思

(1) 未來宣導應針對「說出來只是發洩」與「真的想死不會說」這兩大迷思進行澄清，強調「透露自殺意念是求救訊號」，提高民眾對警訊的敏感度。

(2) 強化資源記憶點：針對 1925 專線與心理諮商補助方案，需設計更具記憶點的宣傳策略，提升不提示下的主動回憶率。

2) 擴大守門人培訓與實務演練

(1) 鑑於受訓者介入意願較高，建議持續普及守門人課程至學校、社區及職場。

(2) 訓練內容應加強「如何開口問自殺」的實務演練，降低民眾面對危機時的恐懼與猶豫。

3) 最佳化調查方法，提升數據品質

(1) 本次調查拒訪率高(成功率僅 13%-35%)，主因是詐騙猖獗及問卷過長(55題)。建議刪減題目，保留核心政策指標，並將敏感性題目(如自殺經驗)採更溫和的引導方式。

(2) 分眾調查策略：電話訪問難以觸及高風險族群或遺屬，且容易造成二度傷害或防衛機制。針對特殊族群的研究，建議改採專業人員面訪或深度訪談。

4) 強化支持系統與專業轉介

- (1) 數據顯示親友是自殺者最主要的求助對象。應提供更多簡易指引給一般民眾，教導他們在第一時間接住親友後，如何順利轉介至專業醫療或諮商機構。

五、附件

附件 3-5-1、114 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷

附件 3-5-2、114 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查報告

肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

工作項目 (依照 114年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
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。	依規定執行完成 詳見4.1章節
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，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。	依規定執行完成 詳見4.2章節
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。	依規定執行完成 詳見4.3章節

編製 113 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，並蒐集中央及地方政府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本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。

114 年同樣彙集 113 年度中央、地方政府重要的自殺防治工作發展，編製「113 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。

為考量成果報告書易讀性以及內文深化，撰文部分，除了數據和客觀成果報告等登載，還可依據客觀性數據以及原則，給予成果補述前瞻性的未來展望等做法敘述，以供衛生福利部以及本會未來在教育推廣、研發和資訊方面，有更先進和新穎等評量，以增進自殺防治工作推廣。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 分析 113 年自殺死亡及通報數據。
- 2) 蒐集並整理中央及各縣市 113 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：83-113 年。
- (2) 說明：於衛生福利部公布全國十大死因後，本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：95-113 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 2.3 自殺死亡及自殺通報數據監測分析)

3) 中央及地方自殺防治工作成果

蒐集 113 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 4-1-1：

表 4-1-1、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	
壹、臺灣自殺數據分析	
一、113 年自殺死亡狀況	分析 113 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。
二、113 年自殺企圖通報狀況	
貳、全國自殺防治策略之實施	
一、113 年全國自殺防治要點	整理 113 年中央自殺防治工作成果及全國自殺防治中心業務。
參、113 年各縣市自殺防治工作成果	
一、113 年縣市自殺防治要點	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	
三、總結	
肆、年度專題	
一、改變自殺敘事，從心開始對話	
二、全國推廣培訓自殺防治種子教師之教育訓練	訂定自殺防治主題專文。
三、113 年「自殺防治認知電話調查」	
伍、資源連結	提供自殺防治相關資源。

2. 後續執行事項

依照大綱編寫自殺防治成果報告內容，並由本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本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七期，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，內容包含改變自殺敘事，從心開始對話、全國推廣培訓自殺防治種子教師之教育訓練和 113 年自殺防治認知電話調查。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113年的71人次，共下降257人次(降幅78.4%)，相較於

禁用前呈現大幅下降趨勢；農藥自殺通報人次，於 110-113 年度整體呈現微幅下降趨勢，而各年齡層農藥自殺通報人次，以 25-44 歲 113 年呈現上升，仍需注意。(詳圖 4-2-1 至 4-2-3)

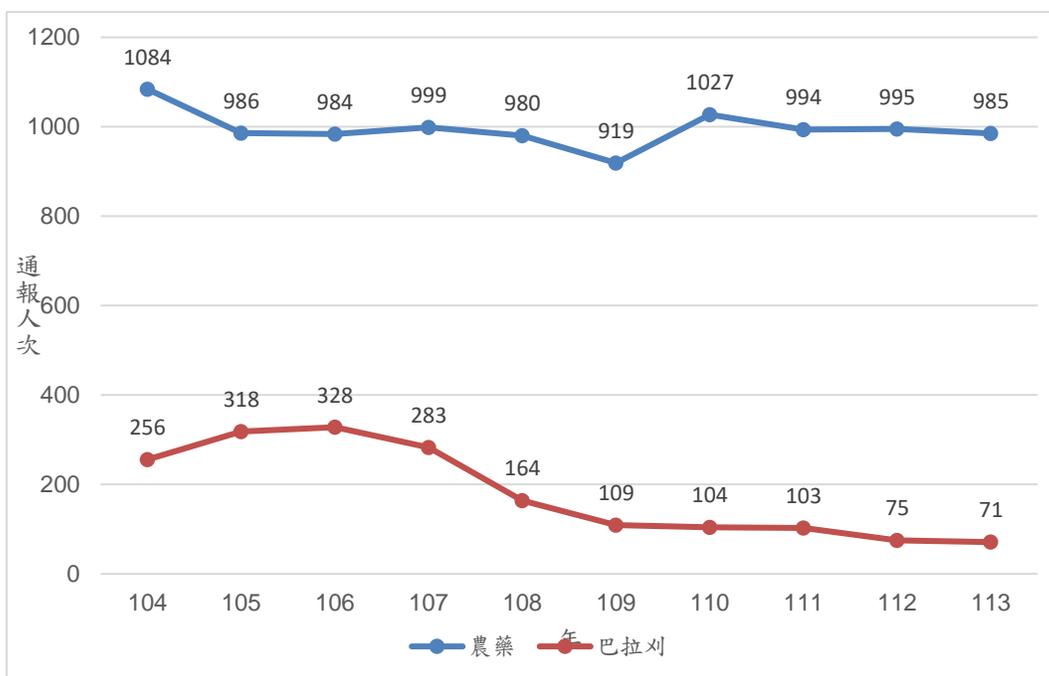


圖 4-2-1、104-113 年巴拉刈 vs. 農藥自殺通報人次(複選)

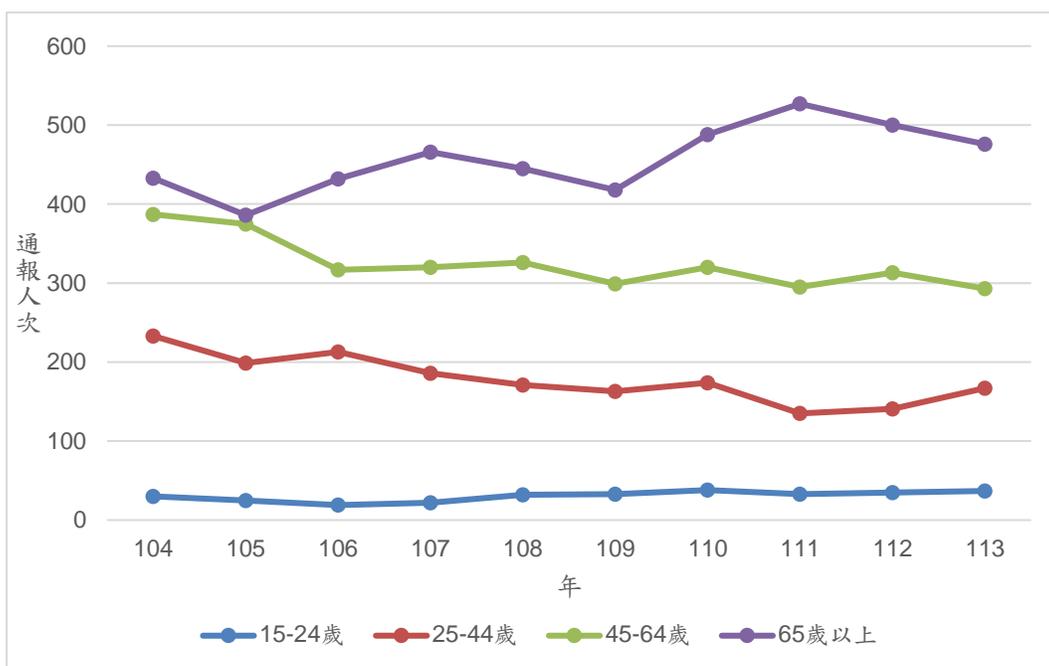


圖 4-2-2、104-113 年各年齡層農藥自殺通報人次(複選)

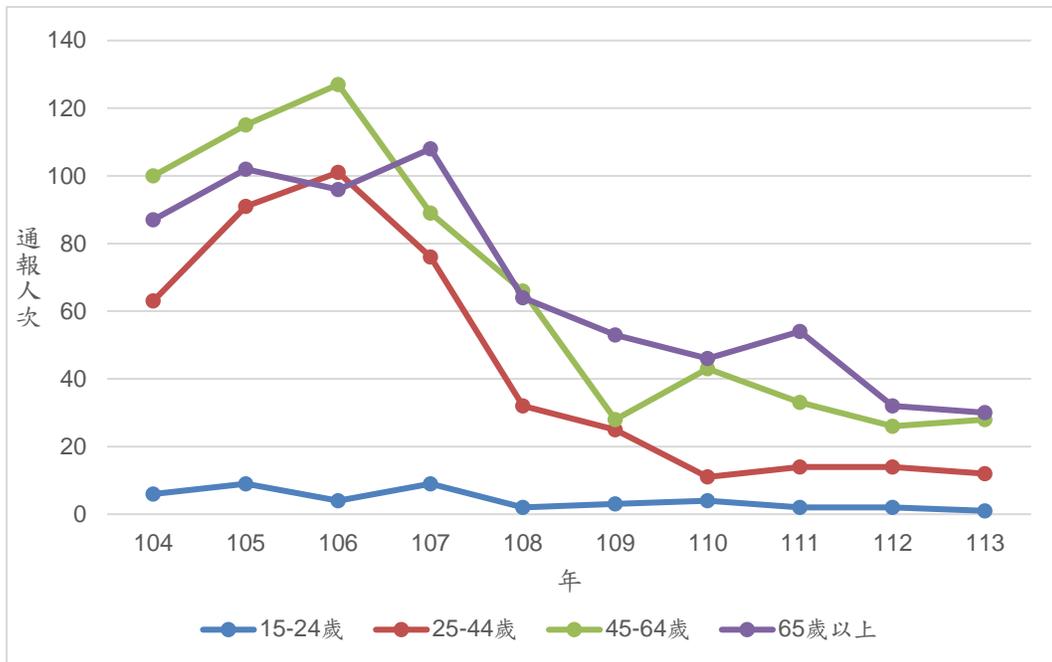


圖 4-2-3、104-113 年各年齡層巴拉刈自殺通報人次(複選)

2. 自殺死亡

利用自殺死亡資料可評估政策推動的成效。在巴拉刈禁用政策實施後，使用巴拉刈自殺死亡的人數大幅下降，從 106 年最高峰的 227 人降至 113 年的 24 人(減少 203 人，降幅達 89.4%)。

從性別分布來看，男性 16 人高於女性 8 人。以年齡層分析，113 年使用巴拉刈自殺死亡者以 50 歲以上為主要族群。

觀察縣市別，前述農業縣市的巴拉刈自殺死亡人數為 12 人，並未高於非農業縣市，顯示不論是否為農業地區，禁用政策皆產生顯著效果。

綜合而言，巴拉刈禁用後，相關自殺方式的自殺通報與自殺死亡均呈現明顯下降，證實此政策對於自殺防治具有正面成效。

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 3 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
------	------	------	------

3月11日	聯合報	高風險農藥「普硫松」禁用6年後 即起農作物皆不得殘留	食藥署修正農藥殘留標準，增修 32 種農藥容許量並禁用普硫松，所有農作物不得殘留。部分進口與國內作物容許量調整，違規最高罰 2 億元。
6月16日	自由時報	小米粽釀 4 死 劇毒農藥托福松年底退場／化學農藥風險可降至 58% 生物農藥用量增加 1.52 倍	我國推動化學農藥風險減半，巴拉刈、陶斯松及托福松等劇毒農藥陸續退場，化學農藥風險預計降至 58%。同時推廣有機與友善耕作，降低農藥使用量並提升食安。
8月5日	今日新聞	今日歷史／12 年前台灣痛失「俠醫」林杰樑 妻譚敦慈接續使命至今	毒物與食安守護者林杰樑 12 年前因感染逝世，生前揭露多起環境與食安問題、提升國人意識。其妻譚敦慈延續使命，持續推廣健康與食安教育。

4. 結論

綜整自殺企圖通報與死亡資料，巴拉刈自殺在人數與死亡率均呈現大幅下降，尤其自全面禁用後，巴拉刈自殺死亡人數自 106 年最高峰的 227 人降至 113 年的 24 人，降幅達 89.4%。在不同性別、年齡層與農業縣／非農業縣的分析中，都能清楚看見下降趨勢，顯示限制危險工具(特別是高致死率農藥)確實是有效的自殺防治策略，能在危機瞬間提供個案「第二次機會」。然而，農藥自殺的通報人次並未同步下降，甚至在部分年度呈上升趨勢，特別是 50 歲以上高齡族群仍為農藥自殺風險較高的族群，提醒後續需持續關注整體農藥中毒自殺方式的替代效應，並搭配更積極的介入與關懷行動。

依新聞回顧，今年僅有少量報導涉及巴拉刈相關議題，且多為其他劇毒農藥退場的延伸背景，顯示「巴拉刈禁用」議題已趨穩定，社會關注度逐漸降低。考量巴拉刈禁用已多年，相關媒體報導也越來越少，建議後續可評估是否仍需將「追蹤禁用相關報導」列為固定年度工作項目。

滾動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，114 年度本中心依「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」及衛生福利部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，並持續檢視尚未更新之手冊，以安排未來進行滾動式修訂。

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，於 114 年 12 月 31 日前，將下列手冊完成修訂並函送衛生福利部：

自殺防治系列 20-矯正機構與自殺防治。

自殺防治系列 21-基層醫療人員與自殺防治。

自殺防治系列 22-孕產期婦女之情緒管理。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 蒐集相關資料與彙整。
- 2) 中心同仁分工協助修改原手冊，包括大綱及其內容，確認修改幅度。
- 3) 彙整中心各專家之修改建議文稿。
- 4) 校稿。
- 5) 排版。
- 6) 將手冊電子檔上傳至本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. 3 月份於中心內部會議討論並決議選定手冊及確立專家編輯小組名單。
2. 4 月至 5 月由中心同仁進行檢視，提出初步修改內容
3. 6 月份蒐集最新數據，同時邀請專家進行複審並提供整體修改建議。
4. 7 月至 8 月依據專家編輯委員修改建議修正文稿。
5. 9 月至 10 月由中心同仁進行排版、美編、編輯等製作工作。
6. 於 11 月完成手冊編輯，提交衛生福利部，並於本中心網站上架電子檔。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 檢視自殺防治系列手冊 20、21、22，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) 針對過時數據及資訊、錯別字、文句不通順等未盡完善處進行更新，並彙整專家編輯委員提出之修改建議進行修訂。
- 3) 手冊修正前後對照以自殺防治系列 20：矯正機構與自殺防治為例，如表 4-3-1。
- 4) 三本手冊完整修正前後對照表詳見附件 4-3-1。
- 5) 序言及編輯群修訂。
- 6) 編輯排版與美編。

表 4-3-1、自殺防治系列 20：矯正機構與自殺防治修正前後對照表

修改頁數	修改之前內容	最終修改內容
p.4	往往是煽風點火推波助瀾。	往往是推波助瀾
p.4	世界各地的矯正機構莫不致力於從事受刑人的自殺防治工作。	世界各地的矯正機構莫不致力於受刑人的自殺防治工作。
p.4	更直接的是，針對肩負受刑人安全。	尤其針對肩負受刑人。
p.5	世界衛生組織估計每三秒就有一起自殺事件的發生，每一分鐘就有一個人自殺身亡。	世界衛生組織估計每三秒就有一起自殺事件的發生，每一分鐘就有 1.5 人自殺身亡。
p.5	就有一起自殺事件的發生	就有一起自殺事件發生。
p.6	透露出有自殺意念的訊息者	曾表露自殺意念者
p.6	無法確定這些因素在世界各地是否一樣重要	目前尚無法確認這些因素在全球是否具一致的重要性
p.7	審判前之拘留者，其自殺企圖率約為一般之 7.5 倍	在獄中的自殺企圖率約為一般之 7.5 倍
p.7	但有證據顯示在囚犯減少的地區其自殺率仍是增加的。	即使在囚犯人數減少的地區，自殺率仍呈上升趨勢
p.7	有許多被監禁的人，在他們的人生歷程中呈現許多次的自殺想法及行為	許多受刑人在其人生歷程中多次出現自殺意念與行為
p.7	這些違法者本質上具有許多自殺行為的危險因子	這些受刑人原本就可能具有多項自殺風險因子
p.7	這並不意味著矯正機構對自殺者沒有責任	這並不代表矯正機構可因此免除對自殺防治的責任
p.8	但卻常未能適當的監測	但卻常未能適當監測
p.8	某些監獄和拘留所已經採取了完整的自殺防治方案	部分監獄與拘留所已導入完整的自殺防治措施
p.8	共通點能提供給我們...形成最佳實務的基礎	仍可歸納出若干共通原則，作為建立最佳實務的基礎
p.9	影響受審前拘留者和被判刑囚犯的關鍵風險因子有所不同	研究顯示，影響審前拘留者與已判刑受刑人之自殺風險因子有所差異

修改頁數	修改之前內容	最終修改內容
p.9	在某些地方，不同的高風險族群可能在單一機構內同時存在	然而在某些矯正機構中，這些高風險族群可能同時共存於同一處所
p.9	典型的個案通常在逮捕時處於中毒狀態...	典型個案多在逮捕時即呈現中毒狀態
p.9	藉著個別化的把注意力放在報到區跟第一個拘留的晚上。	透過針對性措施，例如於報到區、第一晚、入監的過程及提供的照護層級加強關注
p.10	監禁也許代表著自由的喪失、家庭與社會支持的喪失、對未知的恐懼、對肢體暴力或性暴力的恐懼、對未來的恐懼及不確定性、對所犯的行為感到難為情或罪惡感，以及不良環境帶來的恐懼或壓力。	監禁也許代表著人身自由、家庭和社會支持的喪失；對於未來未知；對所犯的行為感到難為情或罪惡感，以及不良環境帶來的恐懼或壓力。
p.10	而無期徒刑者當然視為自殺的高危險群。	所以無期徒刑被理所當然視為自殺的高危險群。
p.10	充分的了解這些特徵有助於我們推動自殺防治。	充分地了解這些特徵有助於我們推動自殺防治。
p.10	監獄和拘留所中常見的自殺危險因素	監獄和看守所中常見的自殺危險因素
p.11	受刑人之自殺與囚房的分配有很大的關聯性	受刑人的自殺與囚房的分配有很大的關聯性
p.11	這些單位通常在特定期間內每天將受刑人關禁閉達 23 小時，因此特殊牢房內發生自殺事件的比例顯得特別高。	這些單位通常將受刑人在特定期間內每天關禁閉時間較長。
p.11	因此特殊牢房有不成比例的自殺事件發生	因此特殊牢房發生自殺事件的比例顯得特別高
p.11	特別是在最近一、兩年內所發生	特別是在最近一至兩年所發生
p.13	隨著落實了成功的自殺防治方案	隨著落實成功的自殺防治方案

修改頁數	修改之前內容	最終修改內容
p.13	看似比那些企圖自殺者樣貌還要“正常”	看似比那些企圖自殺者樣貌還要『正常』
p.14	是監獄當局的責任去認可並落實這些方案	是矯正機構當局的責任負責認可並落實這些方案
p.15	當環境或情況改變時再做一次。	若環境或情況改變時再做一次篩檢
p.15	矯正機構中的心理衛生專業人員數量通常是不足的	矯正機構中的心理衛生專業人員通常不足。
p.15	所以需要幾個簡單的指標，讓警員能夠完成篩檢流程。	所以需要幾個簡單的指標，讓工作人員，如心理員或社工或健康照護或是戒護人員能夠完成篩檢流程。
p.15	一般來說，篩檢問卷應該含靜態的(歷史人口統計)及動態的(情境的和個人的)變數。	篩檢問卷應包括靜態(如歷史人口統計)和動態(如情境與個人)變數。
p.16	當資源許可時，自殺篩檢可置於醫療及心理評估內容，	當資源許可時，自殺篩檢可納入醫療及心理評估內容。
p.16	自殺篩檢應該是矯正機構人員的責任，他們應該接受適當的訓練並輔以自殺評估量表。	自殺篩檢應由矯正機構人員負責，他們需接受適當訓練並使用自殺評估量表。
p.16	如果下列項目中若有一項以上的答案是存在的	如果以下項目中有一項以上為肯定答案。
p.18	自殺皆發生於監禁初期過後	自殺多發生於監禁初期(有些則發生於數年後)
p.21	機構工作人員(包括矯正、健康照護、心理衛生相關人員)間	機構工作人員(包括矯正、健康照護、心理衛生相關人員)間。
p.31	Lewin 在其一篇名為「團體動力學：團體生活的管道」中以食物為例。	Lewin 在其一篇名為〈團體動力學：團體生活的管道〉中以食物為例。
p.32	當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為	當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為
p.32	自殺防治守門人可分為狹義及廣義的界定；狹義的定義是指	自殺防治守門人可分為狹義及廣義的界定；狹義的定義是指：

修改頁數	修改之前內容	最終修改內容
	「定期（固定地）接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」（QPR Gate keeper Training For Suicide Prevention, 2002）。	「定期（固定地）接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」（QPR Gatekeeper Training For Suicide Prevention, 2002）。
p.32	廣義的自殺防治守門人是指「當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為...」。	廣義的自殺防治守門人是指：「當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為...」。
p.32	我們相信一部份選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，	我們相信一部分選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，
p.32	能夠在對方最需要關心的時候看到他所發生的訊息，	能夠在對方最需要關心的時候察覺到他所發出的訊息
p.33	在接受過守門人訓練課程後，對自殺高風險因素有較高的敏銳度，並有能力協助他人獲得適當的幫忙	在接受過守門人訓練課程後，學員對自殺高風險因素的敏銳度有所提高，並有能力協助他人獲得適當的幫助
p.33	有效阻止自殺意念者浮出海平面。	有效阻止自殺意念浮現
p.33	相信這個方法你我都做得到	相信這種方法，無論是你或我，都能夠做到
p.33	循序漸進的討論主題是有幫助的。	循序漸進地討論主題是有幫助的
p.33	一感到懷疑便立即詢問，要瞭解“這可能是唯一一次幫助的機會”	一感到懷疑便立即詢問，要了解“這可能是唯一一次幫助的機會”
p.34	此時，適當回應與提供陪伴，能減少當事人被遺棄的感覺	此時，適當回應與提供陪伴，不僅能減少當事人感到被遺棄的情緒
p.34	守門人的任務即轉為說服當事人積極延續生命。	守門人的任務即轉為鼓勵當事人積極延續生命
p.34	面對你想幫助的人，當他的問	面對你想幫助的人，若他的問題

修改頁數	修改之前內容	最終修改內容
	題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫當事人找出適當的資源，進行資源連結的時候。	已超出你能處理的範圍與能力時，就是你幫當事人找出適當的資源並進行資源連結的時候。
p.35	同時也可幫助對方釐清他們情緒困擾的程度，並且可以根據得分結果做適當的處理。	同時也可幫助對方釐清他們情緒困擾的程度。根據得分結果，我們也可以進一步採取適當的處理措施。
p.36	世界各地的矯正機構若是能落實完整的自殺防治方案，就可以系統性的降低自殺死亡的發生。	世界各地的矯正機構若是能落實完整的自殺防治方案，便能系統性地降低自殺死亡的發生。

五、附件

附件 4-3-1、手冊修編前後對照表

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

工作項目 (依照 114年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(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. 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、工作坊或共識營(廠商應於計畫書說明預定辦理之方式、場次等，並據以編列經費。) 2. 廠商應於辦理前 2 個月，提交細部執行計畫書(含時間、地點、議程、辦理方式、參加對象、預期效益、活動評估方式等)至部，經本部同意後辦理	依規定執行完成 詳見 5.1、5.2 章節

自殺防治業務工作坊

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺死亡方法在年齡、地域和臨床特性上有明顯差異，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、可用資源、優勢和挑戰均存在很大差異，透過經驗交流與在地分享，不僅有助於瞭解各地運作實況，也能作為政策擬定與資源配置之重要參考依據。

透過各縣市的自殺防治策略互補，能有效整合不同領域的專業知識與資源，進一步強化對高風險族群的支援，達到更精準的介入。各縣市間的經驗交流與分享，有助於發現並應用在地方實務中證實有效的防治方法，依照各地特性調整與應用，進而提升整體防治效果。

二、輸入(Input)

1. 業務目的與目標

- 1) 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死亡的特性，制定針對性的自殺防治策略，並為其提供專業支持和業務諮詢，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，並依自殺死亡率前三高的自殺方式如圖 5-1-1 「由高處跳下自殺及自傷」、「由其他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」；自殺死亡率上升最多的年齡層如圖 5-1-2 「45-64 歲中壯年齡層」、「65 歲以上年齡層」為指標，考慮到縣市自殺死亡近況以及趨勢，本中心擇定主題：「高處墜落自殺防治」、「中壯年齡層自殺防治」、「長者自殺防治/長期照顧者自殺防治」。

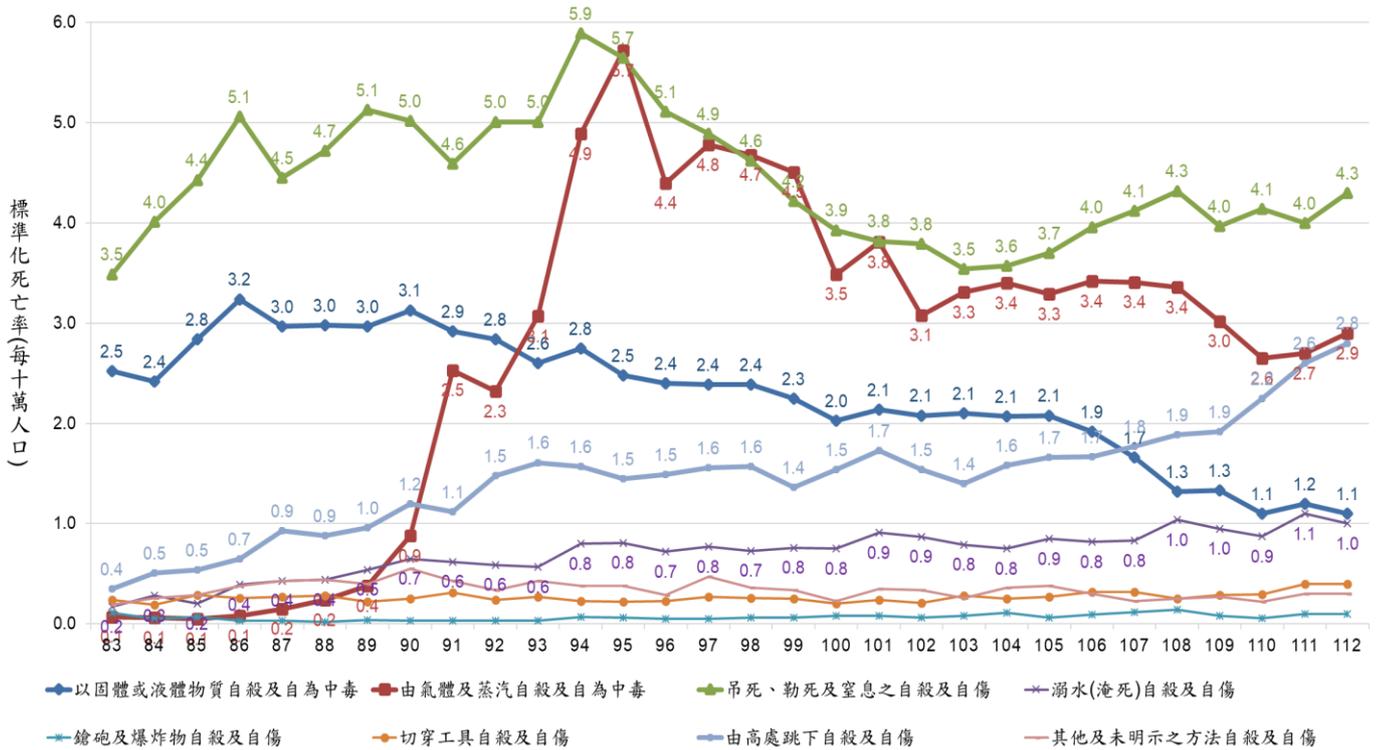


圖 5-1-1、83 年-112 年全國自殺方式標準化死亡率

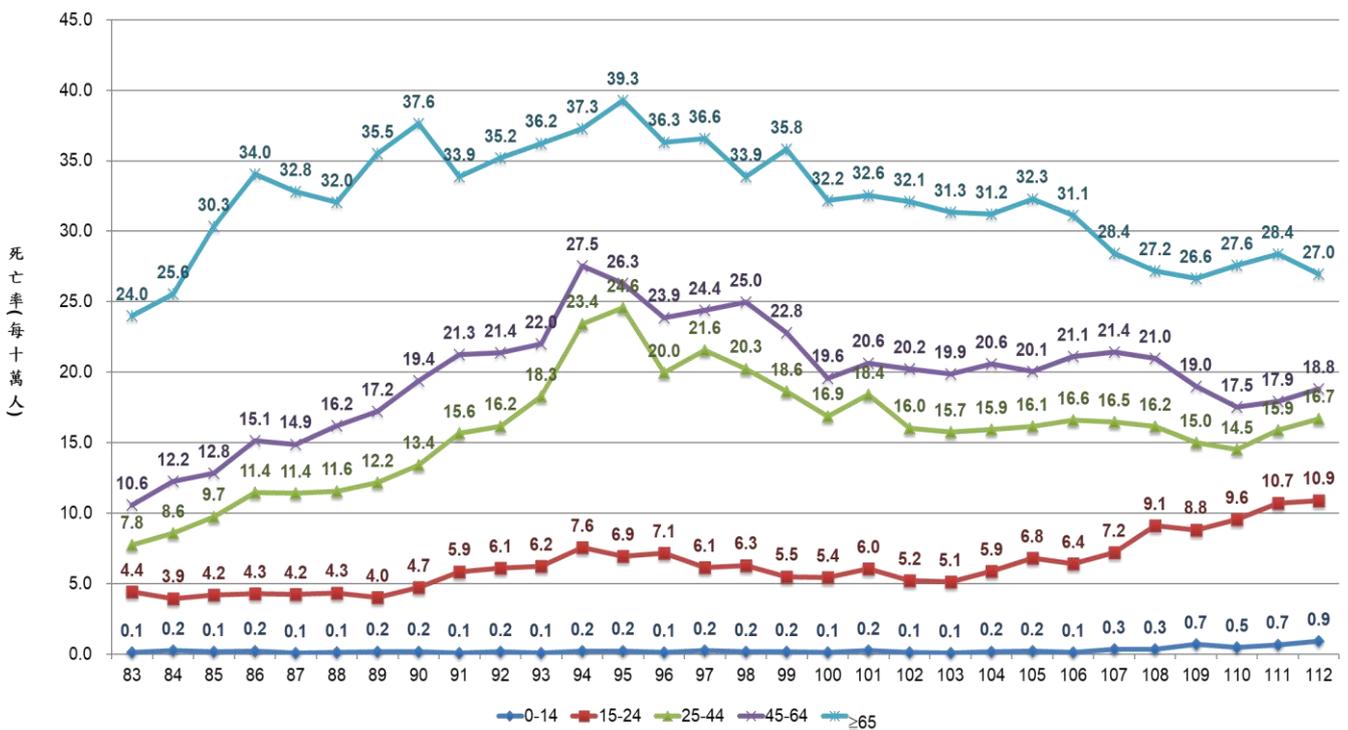


圖 5-1-2、83-112 年全國各年齡層自殺死亡率

2. 資源連結與合作

- 1) 指導單位：衛生福利部心理健康司。
- 2) 合作單位：各縣市衛生局人員、關懷訪視員、心理衛生社工、社區心衛中心人員。
- 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. 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人員出席，於兩個月內完成三區工作坊。
2. 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。
3. 由中心長官代表出席自殺防治業務工作坊。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治業務工作坊辦理日期及主題如表 5-1-1。
- 2) 工作坊議程(以中區為例)如附件 5-1-1。

表 5-1-1、自殺防治業務工作坊辦理日期及主題

區域	日期	辦理地點	主題	縣市
中區	8/7(四) 9:30~12:00	苗栗縣政府衛生局	中壯年齡層自殺防治	苗栗縣、臺中市、彰化縣、雲林縣、南投縣、嘉義縣、嘉義市、花蓮縣
南區	8/15(五) 14:30~17:00	臺南市政府衛生局 林森辦公室	長者自殺防治/ 長期照顧者自殺防治	臺南市、高雄市、屏東縣、澎湖縣、金門縣、連江縣、臺東縣
北區	8/21(四) 9:30~12:00	新竹縣政府衛生局	高處墜落自殺防治	臺北市、新北市、新竹市、新竹縣、桃園市、基隆市、宜蘭縣

2. 各場次議題重點摘要(詳細會議記錄如附件 5-1-2)

議題一、中壯年齡層自殺防治

- 1) 推廣「50+準退休」課程，此課程對象針對五十歲以上，退休前的中壯年齡層，在課程中紮實的教導相關的大腦認知、心理健康知識、搭配簡單的活動，讓參與者能快速融入課程並學習真的退休後該如何自己相處，辨識自己的情緒，從源頭提升平時較難接觸的中壯年齡層民眾的心理健康。

議題二、長者自殺防治/長期照顧者自殺防治

- 1) 心衛中心的自殺通報系統與長照系統的資料並未連線。此資訊斷層導致長照人員在訪視時，可能無法得知個案曾有自殺企圖的關鍵資訊。
- 2) 將不同服務(如心衛中心、日照中心)整合在同一地點的做法，有助於發揮網絡連結的效果。鼓勵將自殺防治的精神與方法，融入到各網絡夥伴既有的服務方案中。
- 3) 資源分配應基於「需求」而非僅看「人口數」。對於資源不足的地區，如人

口密度低、訪視員交通時間長的偏鄉，反而應投入更多人力與資源。

議題三、高處墜落自殺防治

- 1) 法規解釋與執行細節困難，需國土署、教育部協助釐清校園安檢案例與困難。
- 2) 消防局、公務局、營建單位等在安全設施與自殺防治上角色重要，跨局處合作需突破現有分工。
- 3) 建議各地方推動社區自主營造，結合優良公寓大廈社區評選，宣導高樓墜樓防治。

五、 附件

附件 5-1-1、114 年自殺防治業務工作坊議程(以中區為例)

附件 5-1-2、114 年自殺防治業務工作坊會議紀錄

自殺防治業務共識營

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺死亡方法在年齡、地域和臨床特性上有明顯差異，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、可用資源、優勢和挑戰均存在很大差異。

各縣市在個案管理與通報機制上存在標準不一的情況。無論是校園自殺個案的處理、通報個案的結案標準，或是自殺企圖與自傷個案的通報準則，以及遺族訪視流程，皆涉及個案追蹤、風險評估與資源連結等環節。為提升整體防治效能，本次共識營擬針對相關標準進行統整與最佳化，確保個案管理更具一致性與精確度。

二、輸入(Input)

1. 業務目的與目標

- 1) 為了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死亡的特性，制定針對性的自殺防治策略，並為其提供專業支持和業務諮詢，推動自殺防治工作。
- 3) 通過集思廣益、交流經驗，共同探討如何建立更加完善的防治機制。

2. 執行步驟與方法

- 1) 函知各縣市針對自殺防治通報系統、自殺個案通報後關懷作業流程、自殺防治策略等議題提供建議。
- 2) 彙整建議後與衛生福利部心理健康司討論改寫成三種主題的情境題。
- 3) 以世界咖啡館模式結合情境題進行分組討論。

3. 資源連結與合作

- 1) 指導單位：衛生福利部心理健康司
- 2) 合作單位：各縣市衛生局人員、關懷訪視員、心理衛生社工、社區心衛中心人員。

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. 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。
2. 由中心長官代表出席自殺防治業務共識營。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 於 114 年 7 月 25 日假台大校友會館辦理自殺防治業務共識營，議程如附件 5-2-1。
- 2) 自殺防治業務共識營以世界咖啡館模式進行討論，詳細運行模式、討論議題及桌長分配如附件 5-2-2。
- 3) 自殺防治業務共識營之議題建議
中心於 114 年自殺防治業務共識營，蒐集各縣市對於討論議題之建議，最後彙整出各議題建議如下表 5-2-1，完整會議紀錄詳見附件 5-2-3。

表 5-2-1、自殺防治業務共識營議題彙整

討論議題	縣市困境	預計改進方向
<p>校園自殺個案、學校諮輔人員與訪員的共案原則</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教師、學校人員的必修課程建議加入:自殺樣態的理解、自殺風險的評估(高中低)、校方、訪員角色定位及功能。 2. 校方經常以保密原則為由拒絕透露學生及家屬的資訊，難以介入訪視。 3. 學校有三級輔導體系，與衛生局自殺防治關懷訪員共案的分工未明確界定，導致責任歸屬模糊；建議中央明確定調分工(例如學校主責、校外跨網絡體系協力)，避免多頭馬車與資源浪費以年齡、在校身分為分工依據，18歲以下或在校生由學校端統籌，畢業或離校後由衛生局、社會局接手。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理共識營，收集凝聚地方政府和教育單位合作困境，擬定分工原則。 2. 結合社團法人台灣自殺防治學會講師推薦業務，請到教育單位宣導的講師教案中加入基礎自殺防治宣導(例如:訪員角色定位介紹、自殺防治法簡介、自殺防治政策宣導)。 3. 於【珍愛生命數位學習網】更新自殺防治基礎知識，提升教育單位人員知能。
<p>遺族訪視流程</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自殺事件後短期內，遺族需求常是實際生活協助，如驗屍、筆錄、處理債務、詐騙等問題；服務內容應依遺族成員年齡層差異（老、中、青、幼）需求不同，進行區分與調整。 2. 可利用死亡相驗、除戶等行政流程，與多單位合作（如民政、戶政、衛生所、醫生、檢察官、殯葬業等）發放遺族資源手冊，可提升遺族服務觸及率與信任感。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 114年已針對遺族訪視流程招開2場專家會議(10/28、11/18)，邀請「中華心理衛生協會、台灣失落與關懷協會」出席會議。 2. 製作各縣市通用之遺族資源手冊，放置於殯儀館、戶政事務所、警察局等處提供遺族使用。

表 5-2-1、自殺防治業務共識營議題彙整

討論議題	縣市困境	預計改進方向
	<ol style="list-style-type: none"> 3. 逝者與遺族可能居住於不同縣市，需考慮跨縣市協作。需明確規範服務對象的界定（個案或遺族居住地），以利跨縣市服務與資源整合。 4. 現有自殺通報系統中，通報個案為死亡者，而非眾多家屬。針對每位家屬的個別訪視紀錄與風險評估，都登載於死亡個案底下。需調整系統設計以符合遺族關懷需求。 	
<p>跨部門高風險個案合作</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療院所配合度不一，部分對個資仍有疑慮，需加強法規(自殺防治法)宣導。 2. 民政端村里長配合度不一，認知與期待需溝通(例如:期待衛政介入能立即獲得成效、三個月的訪視服務後個案改善較緩慢，無法看到訪視介入的成效)。 3. 若衛政單位主責自殺防治的宣導，容易發生時間安排不易，課程內容不被重視的情形。 4. 社政部門開案率低，與衛政評估標準不同(例如:自殺意念與企圖間的評估主觀且多模糊)，期待落差大。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結合社團法人台灣自殺防治學會「種子師資培訓課程」，設計完整的教案，並定期審核教學內容及講師資格，維護講師群及授課內容的品質與一致性。 2. 於每年舉辦的「第一線人員之自殺防治守門人訓練課程」中加強宣導基礎自殺防治知識，釐清自殺意念與自殺企圖之差別，增加第一線人員相關知能。

五、附件

附件 5-2-1、114 年自殺防治業務共識營活動議程

附件 5-2-2、自殺防治業務共識營世界咖啡館運行模式

附件 5-2-3、114 年自殺防治業務共識營會議紀錄

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

工作項目 (依照 114 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(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>1. 召開「新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議」(會議名稱為例示，由得標廠商自定之)1場次，並邀集新聞報導、社群媒體、影視劇或其他有關媒體領域之學、協、公會團體及相關機關(構)代表出席，就自殺防治之學理原則、實證研究、統計數據、實務案例、國內外媒體自殺防治措施等，共同研討媒體自殺防治自律機制，以強化媒體之正向功能。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.2章節</p>
<p>2. 蒐集並追蹤網際網路媒體記載自殺事件或內容之情形，並將疑有違反自殺防治法或確實違反自殺新聞報導原則者，通知承作本部委託辦理有關處置網際網路媒體不當自殺內容申訴案件之得標廠商，並配合該廠商之後續處置。</p> <p>3. 協助本部針對社會矚目、重大公益或重大繁雜之自殺議題(包含但不限於自殺事件、新興自殺方法、新興媒體形式)，於本部交辦之日後 2日內，完成蒐集近日新聞報導或社群媒體所載該等議題相關內容，研析其發生之情境、事由及輿論關注爭點，並依據有關之實證研究、統計數據及自殺防治措施，提供初步因應對策予本部。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.1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(copycat)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(聯合新聞網、自由時報、中時新聞網、ETtoday 新聞雲)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) 2 月 17 日發布「名人輕生新聞 呼籲全民關注心理健康」新聞稿，呼籲女性在面對生活、工作、家庭等多重壓力下，心理健康問題日益凸顯，社會大眾提高對女性心理健康重視之議題刻不容緩。
 - (2) 3 月 10 日發布「重大自殺新聞_呼籲民眾關注心理健康」新聞稿，呼籲社會應消除對心理疾病的污名化，並建立完善的心理支持網絡，讓男性能夠更容易獲得幫助。
 - (3) 9 月 14 日發布「世界自殺防治日記者會」會後新聞稿，今年的主題訂為「改變自殺敘事-陪伴生命 注入希望」，藉由此標題宣導現今多元心理健康資源，呼籲民眾勇於求助。
 - (4) 10 月 17 日發布「青年族群輕生事件_呼籲關注心理健康」新聞稿，呼籲大眾重視青少年族群輕生議題，特別是合併經濟相關議題。
- 2) 媒體追蹤
 - (1) 持續進行 114 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 21 日網路四大報共 1,317 則自殺新聞報導、紙本三大報共 30 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「不要過度責備」100%為最高、「不要用宗教或文化刻板印象」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 23.8%。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」98%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	97%	刊登在內頁	98%
不要使用聳動化標題	90%	與醫療衛生專家密切討論	1%
不要簡化自殺原因	83%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要將自殺光榮化或聳動化	96%	提及其他解決方法	38%
不要用宗教或文化刻板印象	99%	提供與自殺防治有關的資源	91%
不要過度責備	100%	報導呼籲危險指標	4%
不要詳述自殺事件發生的地點	85%		
不要刊登照片或自殺遺書	23.8%		

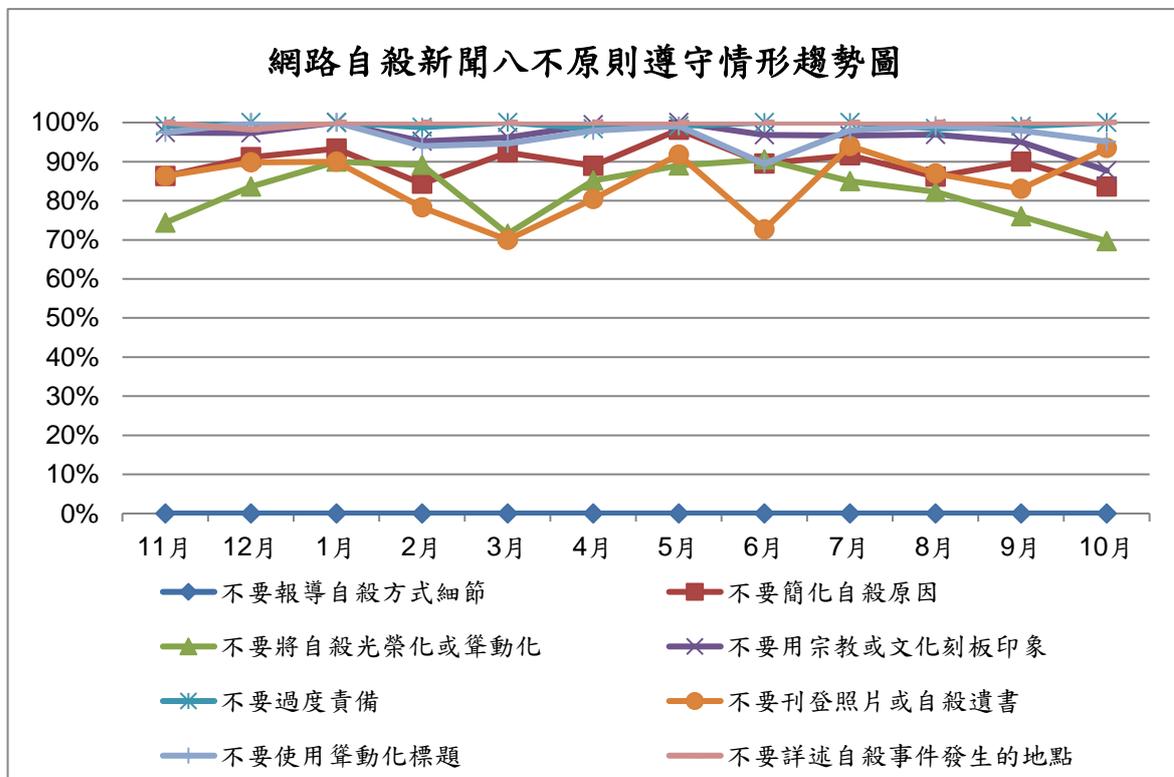


圖 6-1-1、網路自殺新聞八不原則遵守情形趨勢圖

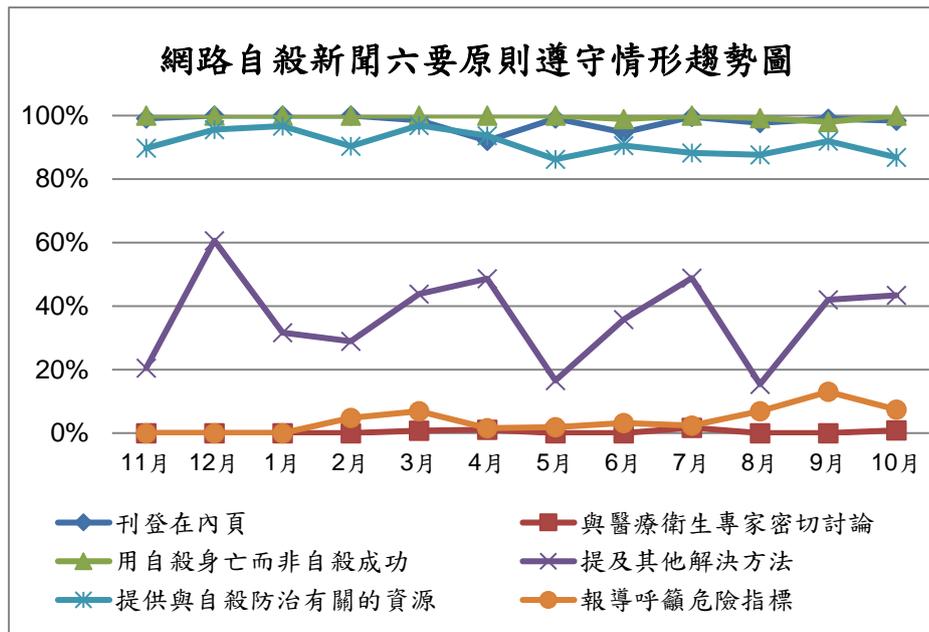


圖 6-1-2、網路自殺新聞六要原則遵守情形趨勢圖

(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%~50%間。

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表 	<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

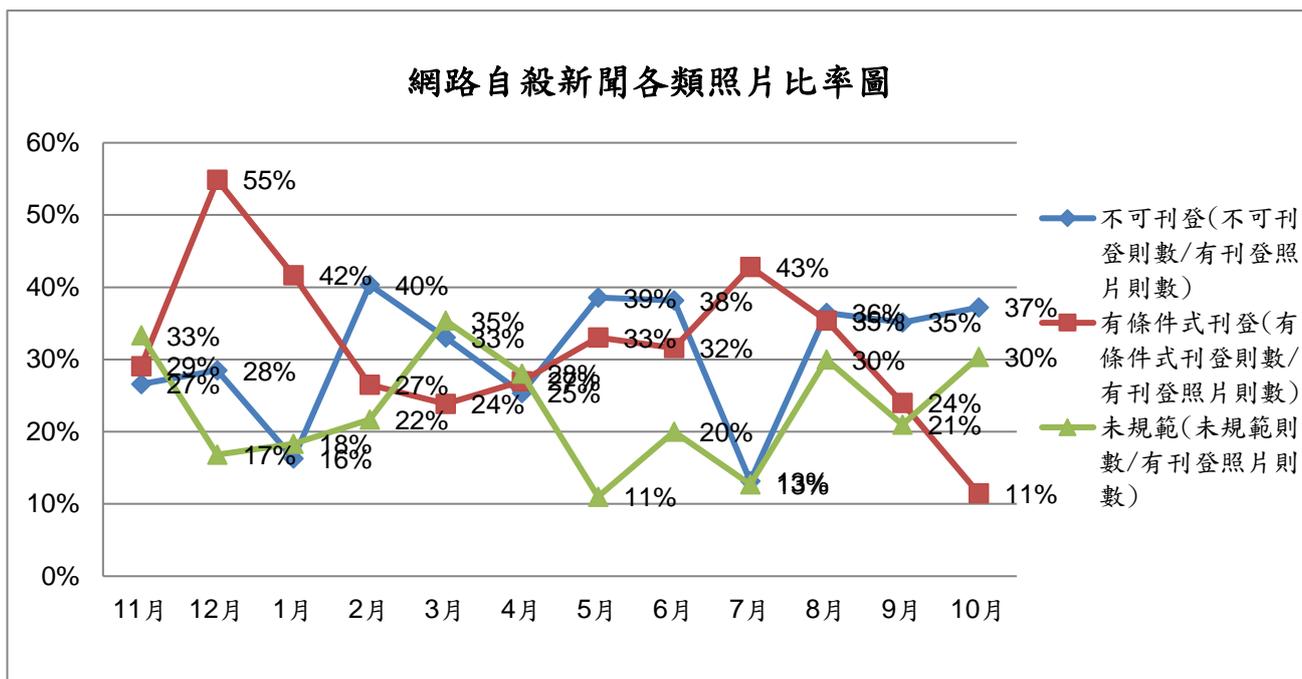


圖 6-1-3、網路自殺新聞各類照片比率圖

(4) 紙本四大報中 1 月至 10 月紙本四大報共刊登 12 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」、「不要過度責備」、「不要詳述自殺事件發生的地點」為最高 100%；遵守率最低則為「不要簡化自殺原因」，為 58%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」最高，為 100%、「刊登在內頁」92%次之。

表 6-1-3、1~10 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	88%	刊登在內頁	96%
不要使用聳動化標題	80%	與醫療衛生專家密切討論	0%
不要簡化自殺原因	52%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要將自殺光榮化或聳動化	88%	提及其他解決方法	40%
不要用宗教或文化刻板印象	96%	提供與自殺防治有關的資源	76%
不要過度責備	100%	報導呼籲危險指標	4%
不要詳述自殺事件發生的地點	96%		
不要刊登照片或自殺遺書	72%		

(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，皆會向電腦公會進行案件投訴。1月1日至10月21日為止，共投訴62則自殺新聞報導。

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) 教唆自殺網站

(1) 自103年1月13日至114年10月22日，共735個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中520個(70.7%)違規網頁已撤除。

(2) 在境內網頁部分，已下架者為166則(95.4%)、未下架者為8則(4.6%)；在境外網頁部分，已下架者為354則(63.1%)、未下架者為207則(36.9%)。 (如圖6-1-4)

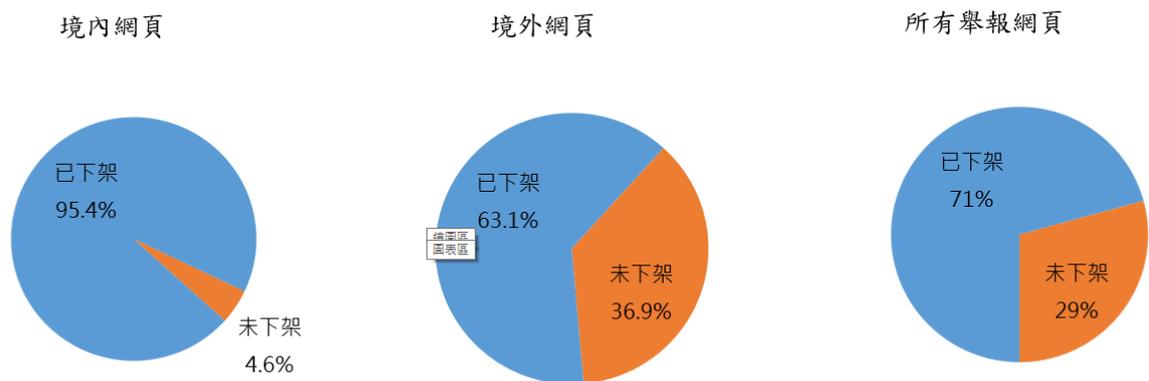


圖 6-1-4、舉報網站、境內外網站下架與未下架圓餅圖

(3) 境內教唆網站自 103 年開始，下架率接近 100%，114 年 1 月至 5 月間新增 0 筆境內教唆網站。(如圖 6-1-5)

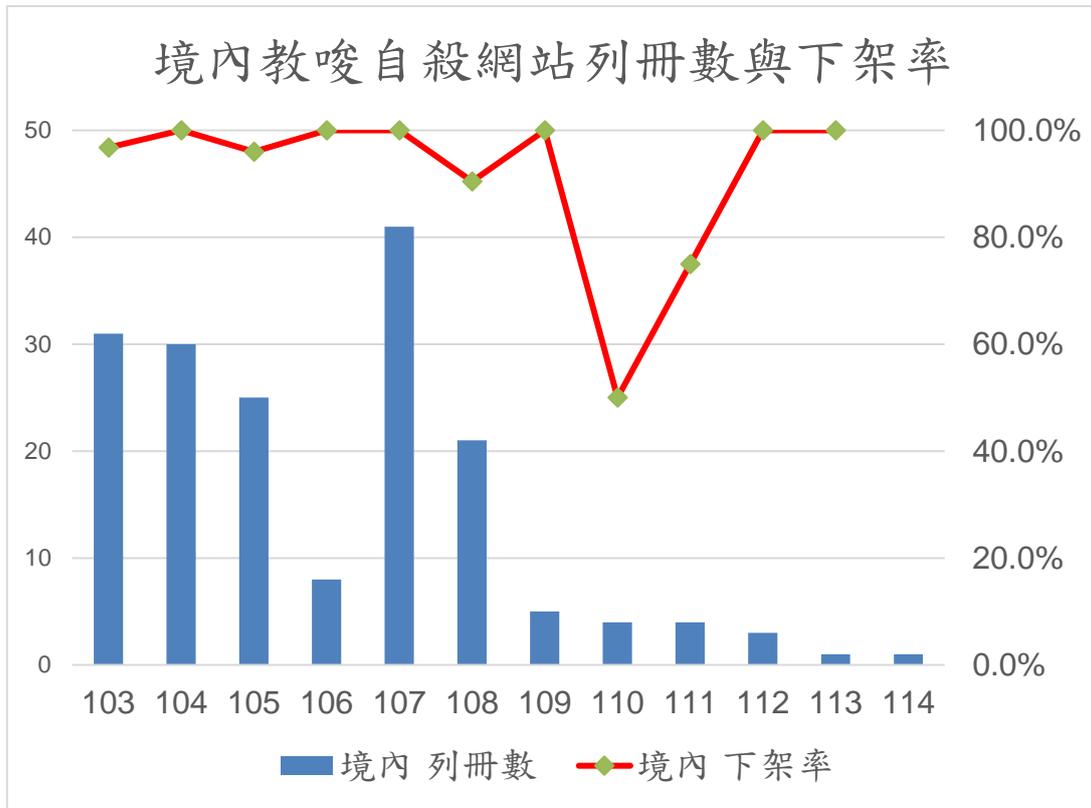


圖 6-1-5、境內教唆自殺網站列冊數與下架率

(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 207 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)

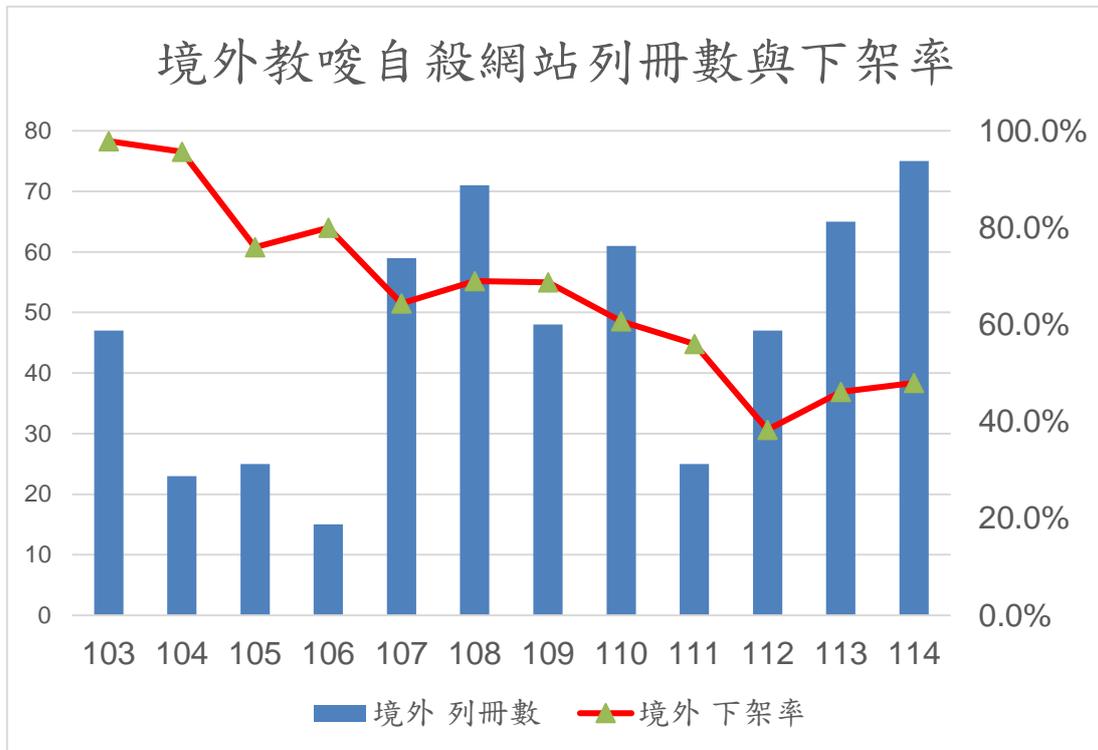


圖 6-1-6、境外教唆自殺網站列冊數與下架率

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。

今年度持續進行媒體追蹤，同時加強與媒體之互動，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，於重大社會世界發生時，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電腦公會人員聯繫，即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 207 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 165 筆 IP 位於美國各州，佔 76.0%)，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。此外，中心持續善用相關資源，利用已知中國官方不良訊息舉報平臺網站，多方進行檢舉。

五、附件

附件 6-1-1、全國自殺防治中心 114 年度新聞稿

新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議

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(copypcat)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，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「維特效應：名人輕生與自殺防治」，從名人輕生事件切入，呼籲媒體從業人員在報導自殺事件時，展現出更高的敏感度與責任感，藉由自殺新聞報導發揮防治自殺憾事的正向力量。

2. 資源連結與合作

- 1) 協辦單位：台北市電腦商業同業公會
- 2) 合作單位：專家學者、媒體從業人員

三、過程(Process)

1. 2 月 26 日於業務會議中，與長官研擬新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議活動內容。
2. 寄發邀請函，邀請對象包含衛生福利部、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. 114 年 5 月 14 日辦理新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 114年5月14日下午2時00分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議—維特效應：名人輕生與自殺防治」，會議由全國自殺防治中心呂淑貞計畫主持人及黃敏偉主任主持，綜合座談由全國自殺防治中心黃敏偉主任主持，專題演講者分別為台北市立聯合醫院松德院區心身醫學科陳映燁主任、台北市電腦商業同業公會鍾承哲專員。

- (1) 議程：本次新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議之會議議題包含「名人自殺報導與自殺防治」、「不當自殺訊息檢舉平台-案例分享」，並以綜合座談作為總結。詳細議程如附件 6-2-1。
- (2) 本次會議僅開放實體參與，使討論效益達到最大化，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鄭淑心代理司長(現副司長)致詞，參與人數共 46 人。其中衛生福利部 3 人、國家通訊傳播委員會 2 人、新聞局 1 人、衛生局 22 人、相關學協會 5 人、媒體單位 5 人、專家學者 1 位。
- (4) 綜合座談總結如下，

綜合座談總結：

在資訊高度流通的時代，自殺議題的報導與傳播成為另一項重大挑戰。媒體與社群平台肩負起巨大的社會責任，必須兼顧新聞自由與公共安全。因此，媒體在報導時應遵守《自殺防治法》以及「八不六要」原則，這雖非法律強制規範，卻是專業自律與公共利益的體現。衛福部已委託台北市電腦商業同業公會編撰《自殺新聞報導實務手冊》，並預計配合教育訓練，強化媒體與社群從業人員的敏感度與專業判斷能力。

面對日益複雜的網路環境，政府也設置了「不當自殺內容申訴平臺」，供民眾檢舉網路上不當資訊。

自殺議題往往牽涉到精神疾病，而精神疾病的去汙名化，是衛福部長期努力的重要方向。過往媒體在報導中常將自殺與憂鬱症、思覺失調症等直接連結，但這種簡化容易造成錯誤聯想，甚至傷害到精神疾病患者的權益。為此，除了自殺報導的「八不六要」，衛福部也制定了「報導精神疾病六要四不要」原則，呼籲媒體在處理相關議題時更加謹慎，並以正向、理解的視角來呈現精神健康議題。

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。在維護新聞自由的同時，必須將保護生命、預防自殺作為核心目標，為此，將今年主題定為維特效應：名

人輕生與自殺防治，持續推廣八不六要原則，雖然「八不六要」並非強制法條，但它的精神在於朝向更良善報導的自律準則，鼓勵媒體建立共同默契與自我規範；未來需要持續與媒體進行溝通，使新聞自由與自殺防治目標之間達到一個平衡點。

自殺防治並不是單一部門的責任，是需要跨部會、跨網絡的整合合作，希望透過資源整合與資訊共享，建構更完善的防治體系，

五、附件

附件 6-2-1 「114 年新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議」會議議程

附件 6-2-2、114 年新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議簽到表

柒、教育訓練、活動規劃及召開相關會議

工作項目 (依照 114年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(七) 教育訓練、活動規劃及召開相關會議	
<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>	依規定執行完成 詳見7.1章節
<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>	依規定執行完成 詳見7.2章節
<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>	依規定執行完成 詳見7.3章節

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「陪伴生命 注入希望」。

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 14 日假集思交通部國際會議中心國際會議廳舉行，一如歷年記者會，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 2025 年世界自殺防治日記者會等系列活動。

- 1) 3 月 12 日於業務會議中，決議今年辦理攝影徵件活動。
- 2) 5 月 28 日於業務會議中，確認今年世界自殺防治日子主題。
- 3) 8 月 13 日於業務會議中，確認今年世界自殺防治日記者會最終流程及禮品。

2. 「改變自殺敘事」2025 年世界自殺防治日攝影徵件活動

- 1) 3 月 18 日公告「改變自殺敘事」2025 年世界自殺防治日攝影徵件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) 6 月 30 日收件截止後，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。

3. 2025 年自殺新聞報導優質媒體獎

- 1) 4 月 30 日公告「改變自殺敘事」2025 年自殺新聞報導優質媒體獎簡章於中心網站，並寄送予各媒體相關單位，且同時於多元管道宣傳。
 - (1) 網路露出部分：運用張貼訊息方式，包括各媒體相關單位，並請中心

長官協助轉傳予熟悉之媒體單位。

(2) 寄發電子郵件：包括各媒體相關單位。

2) 7月31日收件截止後，聘請中心內部及外部專業評審審查參賽作品。

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) 2025年世界自殺防治日之主題為「改變自殺敘事-陪伴生命 注入希望」。

2) 邀請中央機關首長、各地方機關單位與民間機構等。

3) 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。

4) 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3場次。

2) 世界自殺防治日攝影徵件活動：

(1) 共徵得稿件91件，其中社會組27件、學生組64件，各組最終選出特優1名、優選2名、佳作3名及人氣2名，兩組合計共16組得獎者。

(2) Facebook人氣獎票選活動，社會組第一名票數為54票、第二名票數為54票；學生組第一名票數為36票、第二名票數為26票。

(3) 得獎名次詳見：

<https://www.facebook.com/share/p/178FwKrdPF/>

3) 自殺防治優質媒體報導獎

(1) 共徵得稿件7件，其中文字報導組6件、影音報導組1件，文字報導組最終選出特優1名、優勝2名、佳作2名，共5組獲獎者；由於影音報導組稿件較少，且唯一稿件分數未達標，故本組所有獎項從缺。

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演討會

(1) 本年度世界自殺防治日記者會包含媒體記者共約150人與會。

(2) 於世界自殺防治日記者會後，共12則網路新聞露出，包含中時新聞網、聯合新聞網、台灣醒報、中央通訊社及僑務電子報等，共11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莊仁祥次長代表出席，並頒發自殺防治優質媒體報導獎。

五、附件

附件 7-1-1、2025 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，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命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「珍愛生命守門人」，給予周遭的親友關懷與協助，預防憾事之發生。

透過珍愛生命守門人訓練課程，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干預技巧、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(Post Graduate Year program, 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珍愛生命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

- (1) 外部單位需辦理自殺防治守門人講座，填寫講座資訊表，寄至中心 E-mail，中心會依自殺防治守門課程講師推薦作業流程，查詢講師人力資料庫，篩選適合講師名單推薦給外部單位。
- (2) 由外部單位自行與講師聯繫作溝通講座事宜，如講座所需文件、資料等。

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珍愛生命守門人的知識之餘，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，皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。
- (3) 將上傳完之課程影片網址提供給講座主辦單位參考。

3) 第一線人員之自殺守門人訓練

- (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：西醫師、護理師、藥師、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。

5) 自殺防治守門人種子講師培訓

- (1) 依《自殺防治法》設計守門人教育訓練課程(基本素養、法令、危險因子、防治策略、評估工具、危機處理與轉介)，並提供標準化教材與簡報供授課使用。

- (2) 培訓目標人員為精神醫療、心衛中心及心理衛生專業人員，進行資格確認與錄取審查。
- (3) 辦理 6 小時實體講師訓練，包含專業知能與教材說明，並透過模擬教學與回饋評估學員授課能力。
- (4) 完成訓練與評核者取得講師證書，納入講師資料庫並媒合各單位推廣守門人訓練。

社團法人台灣自殺防治學會
全國自殺防治中心

進行測碼
簡式健康量表BSRS-5

健康利必及
心理衛生電子書/影音

檢則設定
開關量測提醒自我檢則

立即掃描下載




iOS Android

測碼系統金錄
系統錄心理困擾程度變化

心律行資三原
精神中心心理衛生資三原地圖

求助專線
心情不好想找找人聊聊

心情溫度計APP

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、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台北市社會工作師公會、台灣精神醫學會、社團法人中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會、臺灣諮商心理學會、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院。
- 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、新北市立土城醫院、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. 中心訂有推薦講師之資訊表單，倘若外部單位欲尋找講師辦理守門人講座，需填寫表單回傳 E-mail 至中心後，中心將依照外部單位之地區、場域、聽眾、主題等，推薦合適講師予外部單位自行講師聯繫。
2. 依規格書需求，辦理第一線人員之自殺防治守門人訓練。
 - 1) 定於 114 年 5 月 24 日線上舉辦「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) 由資訊組同仁將當日課程錄影後製完成，放置本中心數位學習網，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，由每位講師合出 5 題選擇題，並做整理分析，以了解學員學習成效。
3. 本年度截至 10 月底共辦理 20 場次 PGY 參訪訓練課程，361 人參與，由本會楊境中秘書長、張家銘常務理事、林承儒理事、戴萬祥副秘書長、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.	1/21	臺北市立聯合醫院(中興院區)	10
2.	2/5	臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明院區)	29
3.	2/20	臺北市立聯合醫院(中興院區)、永和耕莘醫院	14
4.	2/25	臺北市立聯合醫院(和平院區)、宏恩綜合醫院	13
5.	3/5	臺北市立聯合醫院(忠孝院區、中興院區)	25
6.	3/25	臺安醫院、新北市立聯合醫院	12
7.	4/2	臺北市立聯合醫院(忠孝院區、中興院區)、汐止國泰綜合醫院	21
8.	4/17	臺北市立聯合醫院(陽明院區)、永和耕莘醫院、中心綜合醫院、博仁綜合醫院	24
9.	4/22	宏恩綜合醫院、臺安醫院	6
10.	5/7	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	12
11.	5/20	臺北市立聯合醫院(和平院區、中興院區)、恩主公醫院、汐止國泰綜合醫院、新北市立聯合醫院	33
12.	6/4	臺北市立聯合醫院(忠孝院區)	14
13.	6/19	臺北市立聯合醫院(陽明院區、中興院區)、永和耕莘醫院、臺安醫院、博仁綜合醫院	25
14.	7/22	臺北市立聯合醫院(和平院區)、恩主公醫院、宏恩綜合醫院、	11

場次	日期	合作醫院	學員
15.	8/19	臺北市立聯合醫院(和平院區)	11
16.	8/21	臺北市立聯合醫院(陽明院區)、永和耕莘醫院	20
17.	9/3	臺北市立聯合醫院(中興院區)	8
18.	9/23	恩主公醫院、汐止國泰綜合醫院、宏恩綜合醫院、新北市立土城醫院	17
19.	10/1	臺北市立聯合醫院(中興院區)	12
20.	10/21	臺北市立聯合醫院(和平院區、陽明院區)、永和耕莘醫院、臺安醫院	34

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 外部單位講師推薦，今年度至 10 月底，共 92 家外部單位來信申請講師。

(1) 外部單位場次及人數請見下表 7-2-2。

表 7-2-2、114 年 1 月至 10 月外部單位場次及人數

單位	醫院	學校	公家機關	長照機構	民間單位	合計
場次	11	49	6	6	20	92
人數	865	6,827	440	360	860	9,352

(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

2) 珍愛守門人之教育訓練與推廣

(1) 根據外部單位回饋，多數表示所推薦講師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) 第一線人員守門人訓練

5月24日於線上辦理「第一線人員之自殺防治守門人訓練」，針對第一線人員提供自殺防治守門人訓練課程。由衛生福利部、全國自殺防治中心、中華民國醫師公會全國聯合會共同辦理，中華民國臨床心理師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台北市社會工作師公會、台灣精神醫學會、社團法人中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會、臺灣諮商心理學會協辦。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治的現狀與發展趨勢」、「自殺防治守門人之角色與功能」及「資源在哪裡？—資源連結與轉介技巧」，講師以自殺防治理論、最新數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及實務經驗，提醒第一線人員自殺往往是多重因素造成，勿簡化原因。且由最新數據講授自殺防治現況，協助學員了解高風險群之評估、辨識、關懷和溝通技巧。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用之社會資源。

整體課程緊扣自殺防治守門人之訓練目標，提倡「1問、2應、3轉介」之重要性，讓人人都是「珍愛生命守門人」，以期增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此間聯繫與支持合作，並建立具有整合性與持續性之自殺高風險防治照護網。議程請見附件 7-2-1 及表 7-2-3。

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
13:00~13:30	報到 致歡迎詞：周慶明理事長(中華民國醫師公會全國聯合會)
13:30~13:40	長官致詞：洪嘉璣專門委員(衛生福利部心理健康司) 主持人：呂淑貞理事長(全國自殺防治中心) 周慶明理事長(中華民國醫師公會全國聯合會)
13:40~14:30 (50分鐘)	第一場：自殺防治的現狀與發展趨勢

	主講人：張家銘醫師
14:30~15:20 (50 分鐘)	第二場：自殺防治守門人之角色與功能 主講人：楊境中醫師
15:20~16:10 (50 分鐘)	第三場：資源在哪裡？－資源連結與轉介技巧 主講人：蕭雪雯社工師
16:10~16:30 (20 分鐘)	綜合討論(主持人及所有主講人)

本活動線上參與人數為 6,001 人，西醫師佔 428 人，精神科醫師佔 62 人，護理師/護士佔 2,460 人，藥師/藥劑生佔 171 人，職能治療師/職能治療生佔 308 人，臨床心理師佔 146 人、諮商心理師佔 203 人，社會工作者(含有社工師執照及無執照者)佔 658 人，長照人員佔 1,565 人。社會工作者及長照人員參與名單請見附件 7-2-2。

第一線人員之自殺防治守門人訓練舉辦多年，以社會工作者及長照人員為核心受訓對象。今年在社會工作者及長照人員共 2,223 名參與者中，共有 1,845 人為首次參加課程，在社會工作者及長照人員參與者中約佔 83 %。

本次課程之簽退表單附有五題選擇題，學員平均得分達 98 分以上，顯示第一線人員可從課程中學習到作為守門人的基礎知識及技巧，在面對自殺風險個案時，可在第一時間辨識、關心並轉介給相關單位。

簽退表單同時附有滿意度問卷，分別針對三堂課程及整場研討會收集滿意度與寶貴建議。今年所有參與者對本活動均表達滿意，無提出特殊需求與回饋。

4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

(1) 今年度截至 10 月底共辦理 20 場次，361 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	土城醫院	合計
人數	261	17	23	18	9	11	8	5	3	6	361

(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 166 人回應，平均達到符合/良好/滿意以上為 85.1%，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	2 (1.2)	2 (1.2)	21 (12.7)	47 (28.3)	94 (56.6)
2. 您對於此次課程感到獲益良 多	1 (0.6)	3 (1.8)	21 (12.7)	42 (25.3)	99 (59.6)
3. 您覺得講師的授課技巧及解 說	0 (0)	1 (0.6)	22 (13.3)	39 (23.5)	104 (62.7)
4. 此次參訪課程，您的整體滿 意程度為	1 (0.6)	3 (1.8)	22 (13.3)	47 (28.3)	93 (56)

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

學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會運用心情溫度計的比例為 98.2%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 98.2%，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？	97 (58.4)	66 (39.8)	3 (1.8)
2. 未來臨床實務上，您是否會 運用守門人技巧協助病人？	124 (74.7)	39 (23.5)	3 (1.8)

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 198 人，整體課後測驗平均正確率為 93.2%，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 n(%)

題目	選項 n(%)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答	176	196	151	188	196	197	190	196	158	198
正確	(88.9)	(99)	(76.3)	(94.9)	(99)	(99.5)	(96)	(99)	(79.8)	(100)

作答	22	2	47	10	2	1	8	2	40	0
錯誤	(11.1)	(1)	(23.7)	(5.1)	(1)	(0.5)	(4)	(1)	(20.2)	(0)

5) 自殺防治守門人種子講師培訓

本次「2025 自殺防治守門人種子講師培訓」共完成 100 位專業人員的講師培訓，包含社工師、職能治療師、護理師、關懷訪視員與心理師。所有學員皆完成 6 小時課程與教學演練，並通過講師認證，正式納入台灣自殺防治學會「自殺防治守門人講師資料庫」，具備授課能力與教材應用技巧。參訓者專業背景如表 7-2-8。

表 7-2-8、參訓人員背景表

專業別	人數
諮商心理師	21
臨床心理師	7
社工人員	23
職能治療師	1
關懷訪視員	2
護理師	24
其他	22

培訓內容涵蓋守門人專業知能、講師基本能力與任務、教材使用指引、教學演練與回饋，議程請見附件 7-2-3 及表 7-2-9。學員透過分組教學模擬並接受講師回饋，有效提升授課能力及資源轉介技巧。

表 7-2-9、2025 自殺防治守門人種子講師培訓課程表

時間	議程
9:30-10:00	【報到】
10:00-10:10	【致歡迎詞】
10:10-11:00	專業人員守門人知能
11:00-11:10	【休息】
11:10-12:00	講師基本能力及任務
12:00-13:00	【午餐】
13:00-13:50	守門人講師認證暨教材指引
13:50-15:50	分組教學演練
15:50-16:00	【休息】

16:00-16:50

【綜合討論與回饋】

16:50-17:00

【結語】

五、附件

附件 7-2-1、第一線人員之自殺防治守門人訓練議程

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

附件 7-2-3、2025 自殺防治守門人種子講師培訓簡章

全國自殺防治中心網站及社群平台之維護與推廣

一、背景(Context)

在現代社會中，網際網路已成為人們生活中不可或缺的一部分。人們不僅透過網路瀏覽資訊，也透過各種社群媒體獲得各種訊息。因此，網站與社群媒體在自殺防治宣導中的重要性不容忽視。因此，為了推廣自殺防治守門人的概念，台灣自殺防治學會於民國 95 年成立「全國自殺防治中心網站」，於 98 年建置「珍愛生命數位學習網」，於 99 年底在 Facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，並於 114 年開始在 Instagram 經營專屬帳號。期望藉由各種網路社群平臺，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。

「全國自殺防治中心網站」致力於推廣自殺防治理念，持續更新國家自殺防治策略，傳遞正確的知識與觀念，提升社會大眾對相關議題的關注與接受度，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」則提供多元化的課程內容，提升民眾對自殺警訊的辨識能力。學習往除了為醫療專業人員提供具繼續教育積分的線上課程，也更新了關懷訪視員課程，同時滿足跨部會人員與一般民眾的學習需求。

為整合資源並提升服務效能，學會於民國 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，打造一個內容深入、易於理解的數位學習平台。

Facebook 與 Instagram 則為台灣民眾所熟悉的社群網站，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。透過這些數位資源及社群平台，期望提升全民對自殺危險因子的敏感度，促進早期發現與即時應對，讓每個人都能在自殺防治中扮演關鍵角色。期待人人都能成為自殺防治的守門人，共同守護寶貴的生命。

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) 運用社群平台及雲端工具加強網站功能

- (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」粉絲專頁及 Instagram 推廣：

每週一、三、五、日於臉書「珍愛生命打氣網」粉絲專頁張貼心理衛教文章，每季制訂大主題，並依據大主題為每月設計子主題，於每週三、日發佈主題貼文，傳遞心理健康知能或重要自殺防治知識。週一及週五貼文則貼近社會時事脈動或重大議題，包括衛教宣導、資訊分享、正向故事及中心活動等文章類型，由同仁參考本中心相關書籍文宣，或其他電子新聞、雜誌平台等內容加以整理，輔以內容摘要及說明，期望達到自殺防治「不分地區、不分你我、網網相連」之理想。

每週三、五於 Instagram 張貼圖文，以「珍愛生命打氣網」粉絲專頁過去主題貼文為主要素材，採圖片為主、文字為輔的形式，將過去主題貼文進行精簡製作圖文。圖片設計呈現可愛、柔和、溫暖風格，以期透過簡易圖文，增加年輕世代粉絲數，進而向年輕世代傳遞自殺防治相關重要資訊。

每週業務會議針對前一週粉絲人數與受歡迎貼文類型進行討論，適時調整社群平台經營策略，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、114 年 1 月至 11 月「珍愛生命打氣網」主題規劃列表

月份	主題
1 月	憂鬱症與自殺防治
2 月	思覺失調症與心理健康
3 月	情緒困擾與精神疾病
4 月	青少年心理健康
5 月	中壯年壓力與心理健康
6 月	老人心理健康
7 月	心理健康知識介紹
8 月	心理健康與生活
9 月	正向心理學與心理健康
10 月	LGBTQ、心理健康與自殺防治
11 月	保護服務個案與自殺防治

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、提供近兩年媒體聯繫會議相關演講主題供民眾瀏覽。
- (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) 114 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 TLS 安全性憑證設置 https 安全性連線。

4. 114 年「珍愛生命打氣網」粉絲專頁貼文

每月主題貼文於次月第一週彙整上架中心網站，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。每月主題貼文詳細規劃見表 7-3-3

表 7-3-3、114 年 1 月至 11 月貼文

月份	主題內容	月份	主題內容
1 月	憂鬱症與自殺防治	7 月	心理健康知識介紹
2 月	思覺失調症與心理健康	8 月	心理健康與生活
3 月	情緒困擾與精神疾病	9 月	正向心理學與心理健康
4 月	青少年心理健康	10 月	LGBTQ、心理健康與自殺防治
5 月	中壯年壓力與心理健康	11 月	保護服務個案與自殺防治
6 月	老人心理健康		

5. Instagram 圖文設計

為增加年輕族群粉絲數，向更多年輕民眾推廣心理健康及自殺防治知識，中心於 114 年 4 月份開始經營 Instagram 專屬帳號。搭配全國自殺防治中心網站及「珍愛生命打氣網」粉絲專頁同步宣傳，使民眾對此 Instagram 帳號具有基礎了解。

自殺防治中心網站建置有「Facebook 珍愛生命打氣網」頁面，為中心過去多年積累之豐富心理健康短文。為使舊有貼文發揮最大效益，將舊貼

文重新設計規劃，輔以溫馨可愛圖片，讓豐富的心理健康相關短文再次有機會被廣大社群粉絲所看見。114 年 4 月至 10 月圖文包括以下各類型主題：

表 7-3-4、貼文類型說明

大主題分類	小主題
自殺防治相關知識推廣	1 問 2 應 3 轉介、認識自殺警訊、危險因子與保護因子、壓力管理、澄清自殺迷思、自殺防治守門人、心情溫度計、看身心科或諮商前的準備、如何處理網路上自殺訊息、協助網路成癮、網路霸凌與自殺防治、維特效應、長者自殺議題、殺子後自殺議題、精神疾病與自殺防治、心理衛生知識推廣、自殺遺族如何幫助自己、情緒困擾如何求助、陪伴心理狀況不佳者、校園學生自我傷害預防推廣等。
自殺防治相關活動宣傳	台灣自殺防治學會年會暨學術研討會報名資訊、114 年度精神疾病病人職場心理健康與自殺防治研討會報名資訊、扶輪社「珍愛生命 樂當守門人」活動宣傳等。
自殺防治相關作品發表	全國自殺防治中心攝影徵件特優作品、海報設計徵件特優作品等。

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 214,477 次。
- (2) 刊物更新：自殺防治學 19-4、20-1 期，自殺防治網通訊 20-1、20-2 期。
- (3) 網頁內容更新：新增 114 年度 1-10 月臉書精選貼文、相關教育訓練及活動徵件公告、114 年新聞媒體連繫會議影片、113 年自殺死亡數據更新。
- (4) 心情溫度計 APP 114 年 1-10 月下載數如圖 7-3-1，Android 下載數為 2,846 次，iOS 下載數為 5,157 次。

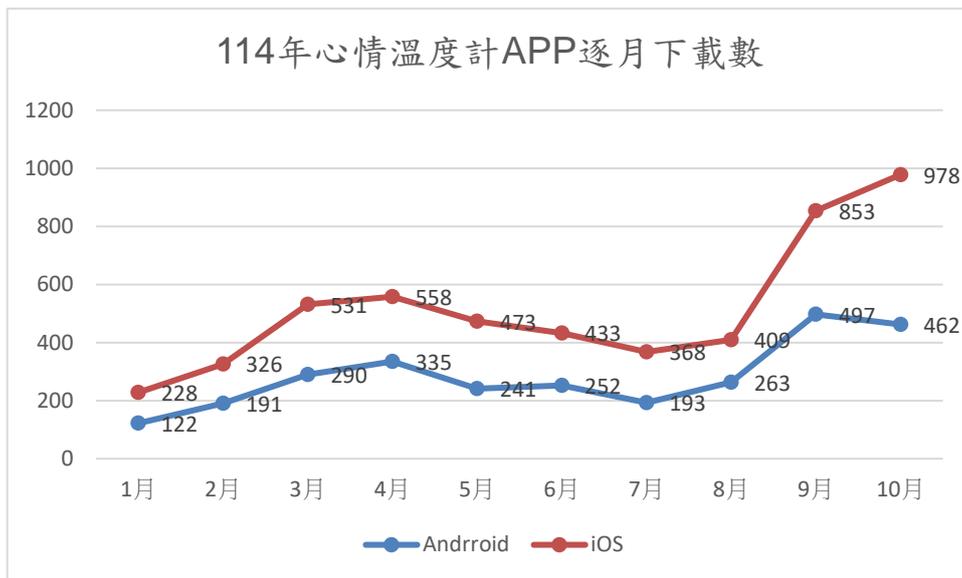


圖 7-3-1、114 年 1-10 月 APP 下載數

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，導致無法找到相對應的中心網站內容。

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 7-3-5

表 7-3-5、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	417,356
	藥師	20	7,461
	諮商心理師	20	2,927
	臨床心理師	20	1,081
	醫師	11	1,695
	職能治療師	7	450
	跨部會人員專區	教育部(教育人員)	18	14,340
社工人員		8	624
長照人員		8	13,505
內政部		6	398
勞動部		8	187
國防部		5	153
法務部		4	125
農業部		4	132
國家通訊傳播委員會		5	121
原住民族委員會		5	116
自殺防治人力專區	初階課程	26	5,273
	進階課程	17	1,990
一般民眾專區	一般民眾	13	1,831

2) 自殺防治人力專區 1-10 月共計 261 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 198 人，其次為公衛/心衛中心護理師 19 人，第三為心理衛生社工 14 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)30 人。

3) 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，由於教育部持續要求教師應學習自殺防治相關課程，及縣市長期照顧管理中心目

前對自殺防治課程的需求逐漸增加。建議可將相關自殺防治課程提供 e 等公務園+網站、長期照顧專業人員數位學習平台...等公務機關數位學習平台，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。

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 114 年 10 月 31 日貼文統計如下：

(1) 追蹤粉絲人數共有 13,997，每月趨勢分析見表 7-3-6。

表 7-3-6、114 年 1 月至 10 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
					讚數	公開分 享人數	粉絲頁上之 觸及人數	
1	17	168	48	5,443	9.9	2.8	320.2	13,980
2	16	139	47	6,977	8.7	2.9	436.1	13,970
3	19	147	39	5,415	7.7	2.1	285.0	13,978
4	18	138	32	4,447	7.7	1.8	247.1	13,979
5	19	325	35	5,485	17.1	1.8	288.7	13,995
6	18	166	42	4,560	9.2	2.3	253.3	13,974
7	20	236	59	6,961	11.8	3	348	13,979
8	18	118	46	4,718	6.6	2.6	262.1	13,982
9	18	119	39	5,193	6.6	2.2	288.5	13,994
10	18	133	45	4,866	7.4	2.5	270.3	13,997

(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) 珍愛生命打氣網粉絲專頁務總結

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 31 日止，粉絲專頁追蹤人數共有 13,997 位。整體而言，專頁的粉絲瀏覽狀況呈穩定狀態，今年至 10 月 31 日前共發佈 181 則貼文、獲得 1,689 個讚、432 個公開轉載、總觸及人數為 54,065 人次，並且每則貼文平均約有 298 以上的觸及人數，每月總觸及人數最高則達 6,977 人次。

本年度中，「主題貼文」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與知識普及。以自殺的遠端因子、近端因子做為防治重點，搭配心理健康促進資訊，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。

4. Instagram 經營執行成果及結論

1) 自 4 月份開通 Instagram 帳號以來，至 114 年 10 月 31 日止，共張貼 62 則圖文，粉絲人數 83 位，瀏覽次數 812 次，互動次數 34 次。瀏覽次數及互動次數前三名之熱門內容為「如何支持情緒低落的親友」、「10/10 世界心理健康日」、「情緒困擾，何時該求助？」。

2) Instagram 業務總結

目前 Instagram 帳號經營時間尚短，關於圖片風格、文章內容、張貼頻率、宣傳方式等，仍在嘗試與探索階段。未來中心將持續關注網路粉絲對 Instagram 的使用情形，納入社群行銷概念，嘗試建立經營策略，提升粉絲數，以期達到心理健康宣導，與自殺防治推廣之目的。

捌、優化自殺防治通報關懷訪視制度

工作項目 (依照 114年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(八) 優化自殺防治通報關懷訪視制度	
<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)。</p> <p>(2) 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章節</p>
<p>3. 協助滾動檢討「自殺個案通報後關懷作業流程(含遺族關懷)」、「自殺防治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」及「自殺防治通報系統功能」並召開專家會議，編撰作業手冊及提出相關修正建議，並邀集地方政府凝聚共識俾強化本部自殺通報資</p>	<p>依規定執行完成 詳見8.3章節</p>

<p>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；另須制 定遺族關懷流程草案供本部參考。</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)
1,000 以上	24
500 以上，未滿 1,000	16
100 以上，未滿 500	8
未滿 100	4

5. 依據 113 年各縣市通報數計算平均每季通報數，訂定 114 年各縣市每季抽查數量，如表 8-1-2。

表 8-1-2、114 年各縣市每季抽查數量

縣市	113 年通報數	平均每季通報數	每季抽查數量(份數)
新北市	11,344	2,836	24
高雄市	6,090	1,522.5	24
臺中市	5,497	1,374.3	24
臺北市	5,135	1,283.8	24
桃園市	4,799	1,199.8	24
臺南市	3,349	837.3	16
彰化縣	2,651	662.8	16
屏東縣	1,494	373.5	8
雲林縣	1,369	342.3	8

表 8-1-2、114 年各縣市每季抽查數量

縣市	113 年通報數	平均每季通報數	每季抽查數量(份數)
苗栗縣	1,286	321.5	8
嘉義縣	1,079	269.8	8
花蓮縣	1,020	255	8
南投縣	1,015	253.8	8
新竹市	962	240.5	8
宜蘭縣	838	209.5	8
新竹縣	838	209.5	8
基隆市	747	186.8	8
嘉義市	592	148	8
臺東縣	413	103.3	8
澎湖縣	150	37.5	4
金門縣	118	29.5	4
連江縣	16	4	4

6. 依據表 8-1-2，擬定 114 年每季抽查順序，如表 8-1-3。

表 8-1-3、114 年每季抽查順序

月份	抽查縣市
一月、四月、 七月、十月	臺中市、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、臺南市、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、臺北市、屏東縣、花蓮縣、嘉義市、 臺東縣、澎湖縣

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) 步驟對各該縣市反復進行抽取，至達到表定應受審訪視紀錄數量為止。
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。
13. 依據 114 年度規格書需求項目，針對「自殺關懷訪視紀錄表」進行滾動檢討。

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 876 份。

2) 審查問題和建議整理：

(1) 「整體觀」建議：前三輪抽查紀錄中，各別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，惟常見訪員將訪視個案本人的客觀觀察、風險評估、處遇計畫資料一併記錄於個案主訴欄位，建議填寫於正確欄位。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，持續建議鼓勵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：部分紀錄在撰寫「個案需求」及「服務計畫」時可能面臨邏輯不一狀況。例如一名個案有精神病史且規則就醫用藥，訪員在「個案需求」欄位仍評估個案有「醫療需求」。或是一名個案在列管期間評估無精神醫療需求，但在結案紀錄中卻勾選「醫療需求」與「提供身心醫療資源」。結案評估當中未見說明為何規則就醫或是無醫療需求情況下，訪員仍判斷個案有醫療需求這點。因此多建議訪員可以透過專業觀點，對個案產生個案概念化及系統性理解，以利進一步擬定處遇計畫。

d. 結案：經審查發現各縣市在結案綜合評估中仍有說明不足之處，包括資源連結相關說明、危險因子或自殺原因的變化、精神科就醫情形等部分仍偶有欠缺。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. 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。

3) 各縣市意見回饋：

截至 10 月底，收到 3 縣市回饋共 6 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：1 則
- (2) 自殺關懷訪視紀錄表單設計相關建議：1 則
- (3) 審查意見相關建議：2 則
- (4) 人力相關建議：1 則
- (5) 教育訓練相關建議：1 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，今年度已於 3 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。中心將持續蒐集各縣市所提供滾動意見，於隔年第一季提供系統廠商參考。
- (2) 關於自殺關懷訪視紀錄表單設計相關建議，將結合今年度規格書需求，分別針對「自殺防治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」進行修訂，透過召開專家會議，進一步研擬合宜改善作法。詳見「自殺防治通報系統增修建議」章節。
- (3) 關於審查意見相關建議，某縣市針對自殺關懷訪視工作整體原則與專業提出建言，摘要如下。
 - a. 評估內容多聚焦於醫療面向，如大篇幅詢問生理疾病、慢性疾病等，卻未了解家庭動力及生命史等，恐易陷入「自殺醫療化」的迷思。
 - b. 自殺關懷訪視員的專業背景多元，可能包含醫學、護理、心理、諮商與輔導、社會福利、社會工作、職能治療、公共衛生或其他相關系所，因此紀錄呈現需綜合多元專業評估與說明，以符合多元複雜的案件類型。而紀錄審查者若均為單一專業背景，恐影響審查結果。
有關紀錄模式與評估內容之因應作為，同前段第(2)點，將結合今年度規格書需求，透過召開專家會議，進一步研擬合宜改善作法。
- (4) 關於人力相關建議，中心將提供衛生福利部參考。
- (5) 關於教育訓練相關建議，中心擬規劃紀錄撰寫相關之教育訓練數位課程，協助縣市訪視員釐清紀錄撰寫重點。

2. 結論

- 1) 各縣市撰寫紀錄品質為「優」或「良」居多，約佔 77.7%，品質為「可」、「差」、「劣」約佔 22.3%。
- 2) 審查紀錄過程中有時可見紀錄內容前後邏輯不一情況。例如一名個案在主述中說明長期因身體病痛難以治癒產生自殺意念，而在「身體疾病史及治療史」項下欄位均填寫否及無就醫。或是一名個案於「個案主述」中並未說明

生活有急迫困境，而在「個案服務計畫」項下之「個案需求」欄位卻勾選「急難救助或緊急就醫等即時需求」，在「服務計畫」欄位則勾選「提供緊急資源、協助就醫」。此種邏輯不一情況容易造成閱讀紀錄者的混淆，不易釐清個案具體真實情況，此一狀況仍期待訪員有所提升。

- 3) 針對縣市提供之意見回饋，其中關於關懷訪視工作應具備多元面向，及紀錄審查者不宜僅有單一專業背景等重要議題，後續將透過召開專家會議，進一步研擬合宜改善作法。
- 4) 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。
- 5) 「自殺關懷訪視紀錄表」滾動檢討部分詳見「自殺防治通報系統增修建議」章節。

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

自殺防治教育訓練課程之推動與精進

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

行政院於 107 年核定「強化社會安全網計畫」，第二期計畫(110 年至 114 年)為深化「以家庭為中心、以社區為基礎」的服務模式，配置各類相關服務人力，包括心理師、心理輔導員、護理師、社工、方案管理社會工作人員、心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員、藥癮個案管員、職能治療師等。

第一線工作人員在不同的場域，面對各種不同族群且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，凸顯出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，撰寫課程計畫向衛生福利部申請審認。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 8-2-1：

表 8-2-1、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 8-2-1。

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 27 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 25 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 12 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 48 堂課。

5) 藥癮個案管理員、職能治療師

需具備自殺防治守門人知能，共 9 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 29 堂，進階課程共 19 堂，合計共 48 堂，詳細課程列表詳見附件 8-2-2。

2) 114 年下半年新增課程如表 8-2-2。

表 8-2-2、114 年下半年新增課程

課程分類	課程內容	課程時長 (分鐘)	認證時數 (小時)
1. 初階/關懷訪視技巧	運用「改變自殺敘事」 觀點之訪視技巧	64	1
2. 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	63	1
3. 進階/其他為因應實務 需求之相關課程	加拿大自殺防治：理 念、公共衛生策略、與 校園行動方案	60	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 月自殺防治人力專區各類別課程通過人數詳見下表。

表 8-2-3、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	總通過人數
初階課程	114 年 1 月-10 月	5,273	261
進階課程		1,990	

3) 115 年度將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。持續針對自

殺防治相關人力課程，錄製最新線上影片教材。依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，擬新增課程共 9 堂，詳見表 8-2-4。

表 8-2-4、115 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/個案自殺風險評估及處遇	高風險家庭及兒少保護事件個案自殺未遂關懷訪視技巧
5. 初階/個案自殺風險評估及處遇	社會安全網下之跨專業合作訪視技巧
6. 進階/拒絕訪視與重複自殺個案之關懷訪視技巧及資源轉介	拒訪個案之訪視技巧
7. 進階/拒絕訪視與重複自殺個案之關懷訪視技巧及資源轉介	重複自殺個案處置措施
8. 進階/認識常見精神疾病	邊緣性人格個案關懷訪視技巧
9. 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 8-2-1、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 8-2-2、自殺防治人力專區課程列表

自殺通報與關懷訪視作業流程之滾動檢討與制度精進

一、背景(Context)

1. 相關問題與重要性

世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。鑒此，我國於民國 95 年建置「自殺防治通報系統」，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。

其中，為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，滾動檢討修訂「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」及「自殺防治通報系統功能」等重要項目，同時因應國家自殺防治政策制定及國內自殺趨勢變化，擬定自殺者遺族關懷流程，實屬必要一環。

本中心於 114 年持續蒐集各縣市關懷訪視人員在關懷訪視業務、通報與紀錄撰寫，及通報系統使用之常見問題，提出作業流程、表單填寫、系統功能等各項增修建議，以期透過更全面的訪視作業流程、更完善的表單設計、更友善的系統操作環境，以及更詳細的專業工作手冊，使關懷訪視作業更增效益，以維護全體通報個案最大福祉。

2. 目的與目標

- 1) 蒐集縣市與專家意見，修正自殺個案通報後關懷作業流程、自殺防治通報單、自殺關懷訪視紀錄表之內容。
- 2) 編撰自殺個案關懷訪視專業工作手冊，供關懷訪視員參考利用。
- 3) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。
- 4) 建置通報系統「知識庫維護功能」。
- 5) 擬定自殺者遺族關懷流程草案供衛生福利部參考運用。
- 6) 邀集地方政府凝聚共識，提升自殺通報資料之蒐集與統計效益。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 發文各縣市針對「自殺個案通報後關懷作業流程(含遺族關懷)」、「自殺防

治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」提供修正意見。

- 2) 依據縣市意見修訂自殺關懷訪視各式表單。
- 3) 依據中心內部專家學者意見擬定遺族關懷流程草案。
- 4) 邀請遺族服務或悲傷輔導相關專業學協會合作，協助檢視草案，提供專業意見，並召開專家會議討論研擬。
- 5) 檢視中心現有出版品、文宣品，彙整關懷訪視工作重點，草擬工作手冊大綱，擬定手冊架構。
- 6) 成立專家編輯小組，委派專家學者進行撰稿，後由中心編輯成冊。
- 7) 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。
- 8) 視自殺防治通報系統中「知識庫維護功能」的現有說明內容，針對需補充或修正之欄位進行修訂，並與專家討論後持續更新，以確保系統操作與資訊正確。

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、中華心理衛生協會、社團法人台灣失落關懷與諮商協會。

三、過程(Process)

1. 於3月份彙整各縣市及中心內部針對系統功能修正及優化建議，並提供予衛生福利部及自殺防治通報系統維護廠商參考。
2. 於4月份發文各縣市針對「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺關懷訪視個案結案標準表」、「自殺防治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」提供修改意見。
3. 5月底前回收縣市意見，依縣市意見進行各式表單修訂。
4. 依據中心內部專家學者建議，草擬遺族關懷流程草案。於4月份中心內部會議討論通過，完成草案初步草擬。
5. 於5月份聯繫邀請中華心理衛生協會、社團法人台灣失落關懷與諮商協會共同合作，借重相關學協會在悲傷輔導、遺族關懷領域之專長，協助提供國內外實務工作經驗，以及具文獻支持之服務模式，進一步補足遺族關懷流程草案不足之處。
6. 分別於10月28日、11月18日召開自殺遺族關懷訪視流程草案專家會議共二場次。依會議討論結果修改前開遺族關懷流程草案。
7. 經中心內部會議討論決議，擇定「自殺個案關懷訪視專業工作手冊」專家名單，成立專家編輯小組。

8. 從中心出版文宣品篩選出與自殺關懷訪視工作內容相關手冊，條列如下。
經檢視後彙整關懷訪視工作重點。
 - 1) 自殺防治系列 15：關懷訪視指引
 - 2) 自殺防治系列 24：重複自殺個案之關懷管理
 - 3) 自殺防治系列 30：自殺風險評估與處遇
 - 4) 自殺防治系列 32：自殺風險個案追蹤關懷實務
 - 5) 自殺防治系列 34：自殺關懷訪視員教育手冊
 - 6) 自殺防治系列 38：關懷訪視實務與督導手冊
9. 整合前開手冊內容，以及專家編輯委員共同撰稿，編製自殺個案關懷訪視專業工作手冊。
10. 經校閱後完成自殺個案關懷訪視專業工作手冊內容，進行排版、美編及封面製作。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 滾動檢討「自殺個案通報後關懷作業流程(含遺族關懷)」、「自殺防治通報單」及「自殺關懷訪視紀錄表」
 - (1) 自殺個案通報後關懷作業流程(含遺族關懷)
 - a. 衛生局接獲自殺個案通報後，若個案已亡故，則由自殺關懷訪視員接案進行遺族關懷，若個案存活則進行跨系統資料比對。
 - b. 查詢精神照護資訊管理系統、保護資訊系統等列管系統，具有精神照護資訊管理系統追蹤關懷個案、保護性案件之加害人者等特殊註記之一者，由心衛社工接案，若無前述兩項特殊註記，則由關懷訪視員接案。
 - c. 初次進行關懷訪視，若個案拒絕訪視，請積極聯繫及建立關係，嘗試鼓勵個案接受訪視。若個案仍拒訪，則透過訪視家屬親友來進行個案管理，或寄發關懷信件以提供社會資源。
 - d. 若個案為失聯，則訪談家屬親友或相關人員收集個案近況資訊，並嘗試尋找個案。若透過個案身邊他人仍無法找到個案，則通報村(里)長、公所或警政單位協助尋找。若協尋未果，則依失聯標準結案。
 - e. 從訪視到個案本人起算第一個月須至少訪視四次，自第二個月起每月至少訪視兩次，每次訪視均需參考自殺個案訪視紀錄單各評估項目進行再自殺風險之綜合評估。
 - f. 關懷訪視期間至少三個月，得依個案狀況延長，之後依循結案標準進行結案。

- g. 自殺個案通報後關懷作業流程詳見圖 8-3-1。自殺個案通報後關懷作業流程、結案標準表(修正版)(含註解編號)及修正註解一覽表詳見附件 8-3-1-附件 8-3-2。

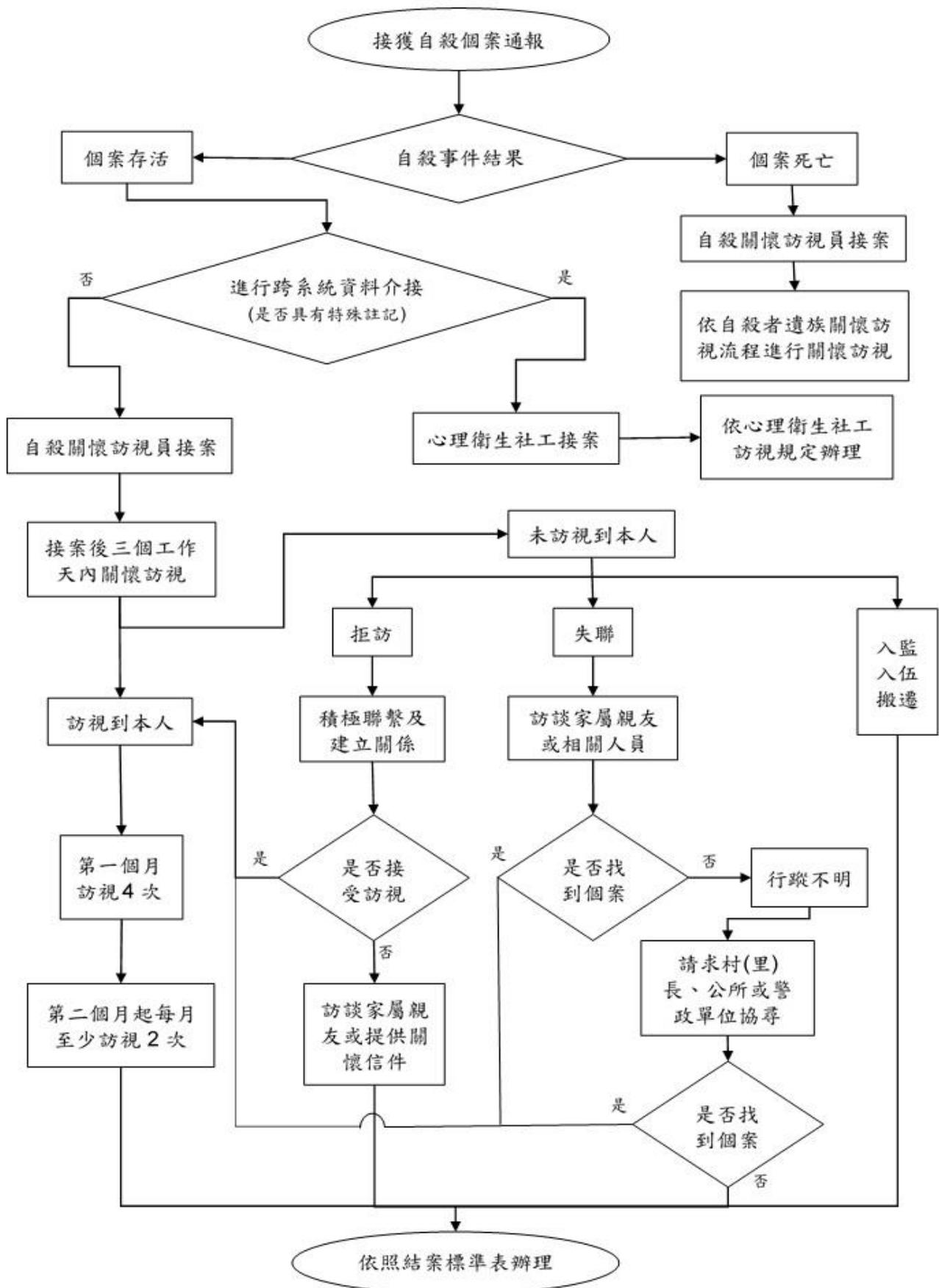


圖 8-3-1、自殺個案通報後關懷作業流程

(2) 結案標準

蒐集縣市第一線人員意見修訂結案標準，詳見表 8-3-1。

表 8-3-1、結案標準表

編號	結案標準	處理原則
1	死亡	<ol style="list-style-type: none">1. 於個管期間死亡，依自殺者遺族關懷訪視流程對其親友遺族進行關懷。2. 依自殺者遺族關懷訪視結束追蹤及結案標準表結束追蹤或結案。
2	行蹤不明	收案後，向原通報單位、當地村里長或警政單位聯繫後，仍無法得知個案聯絡方式或所在地點，或已提報警政協尋半年仍未尋獲經與督導討論或督導會議同意後，予以結案。
3	失聯	收案後，已向原通報單位、當地村里長、警政單位或家屬、親友確認個案聯絡方式或所在地點無誤，經 3 次不同時段聯繫均未果投遞關懷卡片、衛教單張及求助管道，經與督導討論或督導會議同意後，予以結案。
4	入監	於個管期間入監，導致無法接受訪視服務。 <ol style="list-style-type: none">1. 若個案將於矯正機關超過三個月，經與督導討論或督導會議同意後，予以結案。2. 若未超過三個月，應將個管相關資訊提供矯正機關，以接續關懷，並提醒矯正機關，於個案出監時通知衛生局。
5	遷徙至其他縣市	<ol style="list-style-type: none">1. 個管期間，個案遷徙至其他縣市，原收案縣市須確實追蹤聯繫個案，若可掌握其動向，則可轉出至遷入縣市衛生局接續關懷。2. 若個案遷徙卻無法掌握其動向，則依行蹤不明標準處理。
6	拒訪	<ol style="list-style-type: none">1. 兩週內訪視個案至少 3 次，其中包含 1 次家訪，且為不同時段皆遭拒訪。2. 提供關懷卡片與衛教單張，並告知相關求助管道，經督導會議同意後，始得結案。

編號	結案標準	處理原則
7	入住機構	個管期間，若個案轉入住宿式照顧機構(長期照顧機構、安養機構、身心障礙福利機構、住宿式長照機構)安置，導致無法接受訪視服務，經與督導討論或經督導會議同意後，予以結案。
8	入伍	若個管期間與個案服役期間重疊，導致無法接受訪視服務。 1. 協助通報所屬單位接續關懷。經與督導討論或經督導會議同意後，予以結案。 2. 若個案將於三個月內退伍，應提醒所屬單位，於個案退伍時通知其戶籍地衛生局接續關懷。
9	誤報	經訪視個案本人，若詳細評估確認為非自殺企圖，經與督導討論或督導會議同意後，予以結案。
10	個案風險程度降低。	個管期間，如個案連續 3 次以上之再自殺風險之綜合評估均屬低度風險，經督導會議同意後，始得結案。
11	其他	遇有未列於前十項情形或具特殊情況之個案，需於結案評估上敘明個案之具體狀況，經督導會議同意後始得結案。

(3) 自殺防治通報單

參考各縣市提供修改意見，分別針對「非衛生單位自殺防治通報單」及「衛生單位自殺防治通報單」進行修訂。其中，非衛生單位自殺通報均採線上通報，目前並無通用紙本通報單，此「非衛生單位自殺防治通報單」為中心自行抄寫線上通報頁面題目後進行內容修訂。

「非衛生單位自殺防治通報單」修訂題目 25 處，「衛生單位自殺防治通報單」修訂題目 11 處。

非衛生單位自殺防治通報單(修正版)(含註解編號)、非衛生單位自殺防治通報單修正註解一覽表、衛生單位自殺防治通報單(修正版)(含註解編號)、衛生單位自殺防治通報單修正註解一覽表詳見附件 8-3-3~附件 8-3-6。

(4) 自殺關懷訪視紀錄單

參考各縣市修改意見進行修訂，修訂題目 20 處，並將紀錄表原第九大項「結案」獨立出來新建立「自殺關懷訪視結案單」一份。

自殺關懷訪視紀錄單(修正版)(含註解編號)、自殺關懷訪視結案單(修訂)(含註解編號)、自殺關懷訪視紀錄單修正註解一覽表詳見附件 8-3-7～附件 8-3-9。

2) 編撰自殺關懷訪視員專業工作手冊

依據自殺防治法、強化社會安全網第二期計畫、最新法令規範及政策編製自殺關懷訪視員專業工作手冊。手冊架構如下：

- (1) 編者序
- (2) 自殺防治通報關懷訪視工作介紹
 - a. 計畫緣起
 - b. 法規介紹
 - c. 自殺防治全國計畫概論
 - d. 關懷訪視工作目標與任務
 - e. 關懷訪視流程
- (3) 自殺通報個案關懷訪視實務基礎能力
 - a. 自殺風險評估
 - b. 基本會談技巧
 - c. 初評訪視架構
 - d. 後續追蹤評估範例
 - e. 訪視紀錄撰寫架構
- (4) 自殺通報個案關懷訪視實務進階能力
 - a. 失聯個案追蹤照護
 - b. 拒訪個案
 - c. 重複自殺個案
 - d. 合併多重問題或特殊身分註記個案
- (5) 跨領域專業人員共案注意事項
 - a. 學校個案處遇共案重點
 - b. 脆弱家庭個案共案要點
 - c. 拒訪個案網絡專業人員共案要點
- (6) 多元資源介紹暨個案轉介說明
 - a. 個案轉介綱要
 - b. 自殺防治網絡連結
- (7) 案例分析

- a. 未成年個案關係建立及家校合作
- b. 18-24 歲校園自我傷害暨跳樓意念個案管理
- c. 中年多次服藥自殺企圖個案處理
- d. 老年自殺企圖個案風險管理

(8) 關懷訪視員自我照顧

- a. 關懷訪視員的身心照顧與自我覺察
- b. 遇個案重複自殺或自殺死亡的心理調適

(9) 參考資料

(10) 資源連結

3) 自殺防治通報系統功能增修建議

中心於 3 月發文衛福部交付「自殺防治通報系統」增修建議提報單(詳見附件 8-3-10)，增修摘要如表 8-3-2：

表 8-3-2、114 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。
6.	基本資料「17.自殺方式」於燒炭選項後新增木炭購買來源。

4) 草擬自殺遺族關懷訪視流程草案

(1) 經專家會議討論，透過文獻及國外實務等專業資訊，研擬各項自殺者遺族關懷訪視服務要點，包括：

- a. 自殺者遺族定義。
- b. 遺族需求、服務內容與訪員角色定位
- c. 服務時程
- d. 團隊專業分工及教育訓練設計
- e. 跨縣市服務合作模式

f. 資源手冊

(2) 擬定自殺遺族關懷訪視流程

- a. 於通報個案死亡後，進入自殺遺族關懷訪視流程。
- b. 鑒於我國民間習俗，案家在家屬死亡後一週內最為繁忙，訪視員得於個案死亡一週後至兩週內進行初次聯繫訪視。
- c. 若已向原通報單位、當地村里長、警政單位或家屬、親友確認個案聯絡方式或所在地點無誤，經 3 次不同時段聯繫均未果，則投遞關懷卡片、衛教單張及求助管道，經與督導討論或督導會議同意後，予以結案。
- d. 考量遺族在個案死亡近期內，易因其情緒壓力或家內變化而暫時拒訪，故放寬拒訪結案標準。一個月內訪視個案至少 3 次皆遭拒訪，則提供關懷卡片與衛教單張，並告知相關求助管道，經督導會議同意後，始得結案。
- e. 利用簡式健康量表(BSRS-5)對每位家屬施測，或邀請家屬自行檢測，進行自殺風險評估，並擬訂關懷處遇計畫。
- f. 若為中低風險(BSRS-5<15 分且有自殺想法<2)，提供相關資源連結，經與督導討論後，結束對該名家屬之追蹤。
- g. 若高風險(BSRS-5 \geq 15 或有自殺想法 \geq 2)，進一步評估有無具體自殺計畫：1)無具體自殺計畫者，依自殺意念者服務及轉銜流程介入，提供資源連結後，經與督導討論同意，結束對該名家屬之追蹤；2)有具體自殺計畫者或已出現自殺行為，視為自殺企圖個案，通報至自殺防治通報系統，派案後依新通報單，依循「自殺個案通報後關懷作業流程」及「自殺關懷訪視個案結案標準表」進行後續服務。
- h. 自殺喪親對遺族的影響可能是長期的，也可能起起伏伏，時好時壞，在「復原」與「悲傷」兩端來回擺盪，或是造成複雜性悲傷，使悲傷歷程持續延長而難以渡過，在每個週年忌日或節日勾起悲痛情緒或自殺風險。考量訪視員角色定位，長期關懷陪伴並非訪視員主要任務，自殺者遺族關懷訪視之主要目的在於：1)提供遺族情緒支持，並評估自殺風險；2)瞭解社會資源之需求，提供資源資訊與轉介服務。經與督導討論或督導會議同意後，予以結案。
- i. 本筆通報死亡個案之遺族關懷期間以不超過三個月為原則，當案家中每位家屬均結束追蹤，或重新通報開案服務，經與督導討論或督導會議同意後，將該筆通報死亡個案紀錄予以結案。
- j. 自殺遺族關懷訪視流程詳見圖 8-3-2。研訂自殺者遺族關懷訪視流程草案詳見附件 8-3-11。

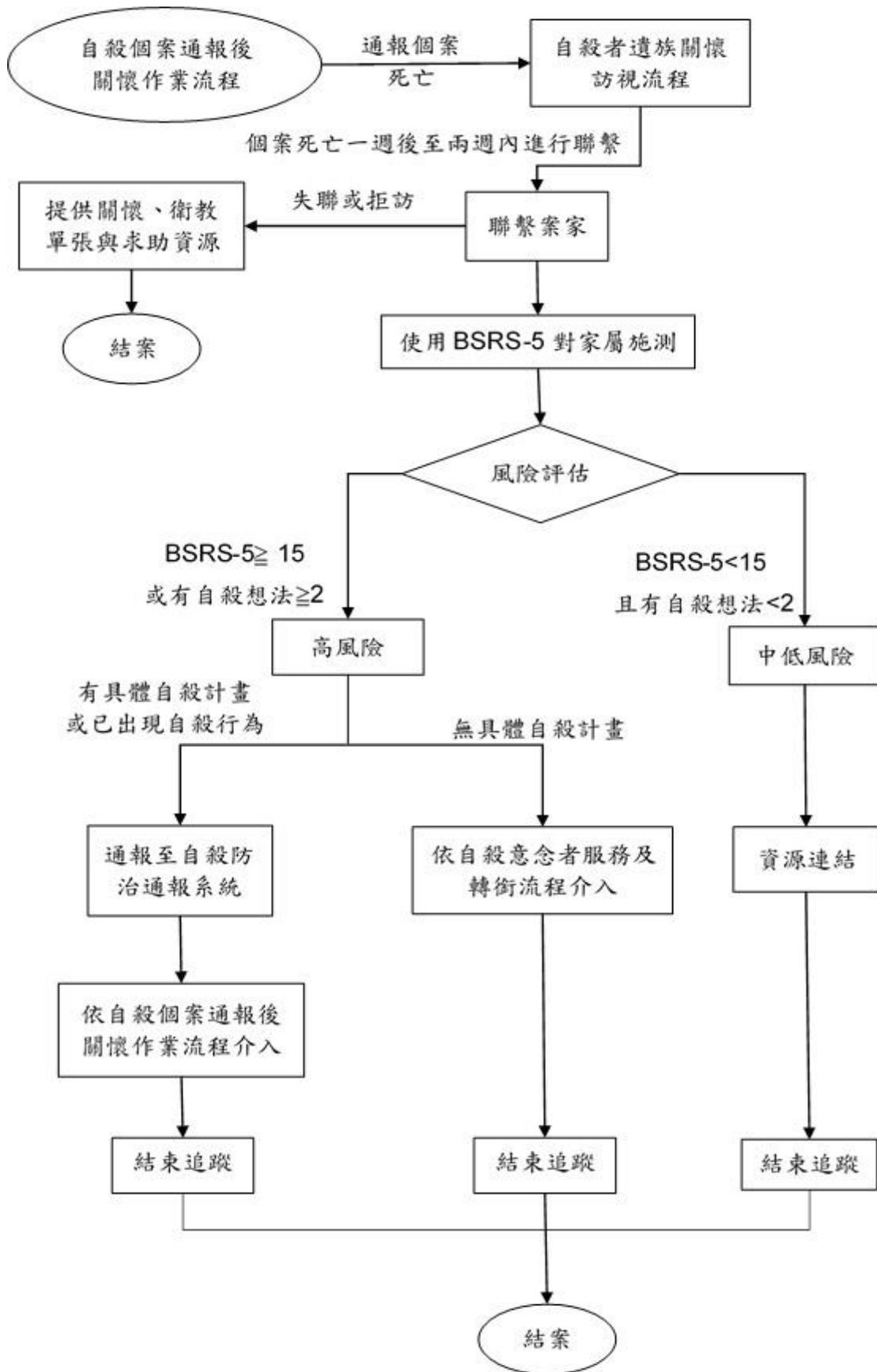


圖 8-3-2、自殺遺族關懷訪視流程

5) 知識庫維護功能

針對現行「知識庫維護功能」各欄位進行說明內容之增補與修訂，相關更新後的欄位說明彙整如表 8-3-3。

表 8-3-3、「知識庫維護功能」欄位說明

類型	欄位代碼	欄位名稱	內容說明
訪視單	Fvisit_VISITTYPE	訪視方式	分為家訪、電訪、其他地點面談三種，依照當次訪視情形選擇。
訪視單	Fvisit_STATUS	訪視情形	個案受訪情形為「個案本人」時，顯示說明除「宗教信仰」外皆為必填。不等同於通報時自殺原因，填寫內容為訪視當下個案遭受問題。
訪視單	Fvisit_VISITSTR	目前問題	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。
訪視單	Fvisit_SUBJECTIVE_DESC	個案主訴： 個案針對目前問題之敘述	訪員觀察到的客觀事實，如：個案外觀(外表、非語言訊息)、情感表達、心理狀態、人際互動、居住環境等。
訪視單	Fvisit_OBJECTIVE_DESC	其他觀察資料補充說明	與自殺有關或可能導致自殺的因素，如慢性病、藥物成癮、自殺史等。
訪視單	Fvisit_RISK_FACTOR	危險因子	相對於危險因子，能減少自殺危險性的因素，如社會支持功能、醫療介入協助、經濟能力等。
訪視單	Fvisit_PROTECT_FACTOR	保護因子	了解是否有自殺意念與行為意圖程度、有無立即自
訪視單	Fvisit_RISK	風險評估	

訪視單	Fvisit_SUGGEST	服務計畫	<p>殺計畫、生命危險及致命程度。</p> <p>根據評估結果，進一步擬定處遇計畫，包括本次訪視處遇、資源連結及轉介、未來關懷重點、方式及時間等。</p>
訪視單	Fvisit_OTHER_UNIT_CARE_YN	目前個案有無其他機構介入關懷	除自殺關懷訪視員外，是否有其他單位或機構對個案進行關懷。
通報單	Report_SUICIDEDATE	自殺日期	自殺日期不可晚於通報日期。
通報單	Report_SUICIDEMETHOD	自殺方式	自殺方式為複選，最多選三項，若超過三種則選擇最主要三種方式。
通報單	Report_SUICIDEREASON	自殺原因	自殺原因為複選，最多選三項，若超過三種則選擇最主要三種原因。
訪視單	Fvisit_FVISIT_PROJECT_YN	是否為關懷專案	政府於逢年過節或重大災難後，針對弱勢民眾或災難受災戶規劃專案提供經濟補助(如春節關懷專案或太魯閣關懷專案等)
訪視單	Fvisit_VISITWHO	訪視對象	指本次訪視實際接觸或嘗試聯繫的對象，若勾選「其他」選項者，應說明訪視對象。
訪視單	Fvisit_R_DEGREEFLAG	職業	請參考「各職業項目常見職業(依職業別分類)」
	Fvisit_Step4_4_2	(2)就醫規則性	各選項定義如下： 1.規則：係指依照醫囑穩定就醫 2.不規則：係指個案近兩年曾接受過精神科治療，

Fvisit_Step4_4_2

(3)是否遵照醫囑服藥

但未依照醫囑穩定就醫
3.拒絕就醫：係指個案近兩年曾接受過精神科治療，但對醫療懷有抗拒而不就醫
4.病情穩定，無就醫：係指個案近兩年曾接受過精神科治療，但經醫生指示後不需定期回診
各選項定義如下：
1.規則：係指依照醫囑穩定服藥
2.不規則：係指個案近兩年曾接受過精神科治療，但未依照醫囑穩定服藥
3.拒絕服藥：係指個案近兩年曾接受過精神科治療，但對服藥懷有抗拒而不服用藥物
4.病情穩定，無服藥：係指個案近兩年曾接受過精神科治療，但經醫生指示後不需服藥

6) 邀集地方政府凝聚共識，提升自殺通報資料之蒐集與統計效益

以下內容係根據本年度中心計畫所辦理之三場「自殺防治業務工作坊」及一場「自殺防治業務共識營」之討論重點所彙整，相關議題與完整內容請參考「5.1 自殺防治業務工作坊」及「5.2 自殺防治業務共識營」。

(1) 議題一、跨局處資料整合

- a. 心衛中心與長照系統未連線：長照訪視人員無法即時取得個案自殺企圖紀錄，造成資訊落差，影響服務判斷與安全性。
- b. 衛政與社政評估標準不一致：自殺意念與企圖評估在社政系統較具主觀性，導致開案率低、期待值落差大，影響資料一致性與服務銜接。
- c. 多問題家庭缺乏主責機制：複雜議題需跨局處合作，但現行沒有清楚的主責與協力分工，造成資料流通與案件管理不連續。

(2) 議題二、不同縣市通報品質差異大

- a. 高墜案件管理困難：各縣市在案件特性、危險熱點與資源配置上差異明顯，影響通報內容與資料完整度。
- b. 地方執行能力不一：通報作業熟悉度、案件判讀標準及跨局處流程落差導致資料品質不一致。

(3) 議題三、資料取得延遲與分析功能不足

- a. 資料無法即時回饋：目前資料約延遲六個月才提供分析，降低政策調整與即時預警效益。
- b. 缺乏在地化比較報表：地方政府難以理解自身狀況與全國差異，影響策略擬定。
- c. 系統缺乏彈性分析工具：無法依自選變項進行即時分析，限制資訊科技在政策分析中的運用。

(4) 議題四、遺族關懷紀錄不符實務需求

- a. 系統主體為「死亡個案」而非「遺族」：目前所有家屬訪視內容皆登錄在死亡個案下，無法呈現不同家屬之間的差異化需求與風險程度。
- b. 資料結構不利後續分析：以死亡個案為主體的架構不利於遺族支持追蹤、風險分類與服務統計，需調整系統欄位與資料設計。

2. 結論

通報後關懷作業流程的完善，及自殺防治通報系統功能及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。自殺遺族關懷訪視服務及資源佈建乃近年重要議題，未來中心將持續蒐集中央部會與各縣市，以及專家學者意見，建置完善關懷訪視體系，以促進自殺關懷訪視業務面面俱到，確保個案最大福祉，提升自殺防治成效。

地方政府對數據回饋的意見顯示，實務上在資料串接、通報品質、分析即時性及遺族關懷紀錄等面向仍面臨多項挑戰，亟需透過跨局處協作與系統功能強化，方能提升自殺通報資料之完整性與實務運用價值。上述意見將作為明年度系統增修規劃的重要參考，後續將納入評估並逐步改善現行問題。

五、附件

附件 8-3-1、自殺個案通報後關懷作業流程、結案標準表(修正版)(含註解編號)

附件 8-3-2、自殺個案通報後關懷作業流程、結案標準表修正註解一覽表

附件 8-3-3、非衛生單位自殺防治通報單(修正版)(含註解編號)

- 附件 8-3-4、非衛生單位自殺防治通報單修正註解一覽表
- 附件 8-3-5、衛生單位自殺防治通報單(修正版)(含註解編號)
- 附件 8-3-6、衛生單位自殺防治通報單修正註解一覽表
- 附件 8-3-7、自殺關懷訪視紀錄單(修正版)(含註解編號)
- 附件 8-3-8、自殺關懷訪視結案單(修訂)(含註解編號)
- 附件 8-3-9、自殺關懷訪視紀錄單修正註解一覽表
- 附件 8-3-10、114 年度「自殺防治通報系統」增修建議提報單
- 附件 8-3-11、研訂自殺者遺族關懷訪視流程草案

玖、其他辦理事項

工作項目 (依照 114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及本部「心理健康支持方案」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「113年國人死因統計資料」後，依本部所訂期限，研擬114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2.4、9.1章節
(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估	
<p>1.協助各地方政府依行政院核定之「自殺防治綱領」，研擬並推動「自殺防治方案」，並視需要提供專業諮詢。</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	
<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>	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「113年國人死因統計資料」後，依本部所訂期限，研擬114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. 協助各地方政府依行政院核定之「自殺防治綱領」，研擬並推動「自殺防治方案」，並視需要提供專業諮詢。
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113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。並且因應分析結果提出自殺防治策略。(詳如附件9-1-1)
- 2) 依據衛生福利部之需求，整合自殺死亡資料、自殺通報資料、心理健康支持方案執行成果以及民眾態度調查等多源資料，從自殺趨勢、風險因子、心理健康介入成效、社會態度變化及社會經濟因素等面向進行深入分析。內容包含四大主軸，旨在提供立法委員質詢時之完整政策evidence-based 回應，作為自殺防治政策調整與資源配置之重要參考。(詳如附件9-1-2)
- 3) 衛生福利部於114年4月25日召開「自殺防治諮詢會第三屆第4次會議」。

- (1) 會議當天由全國自殺防治中心黃柔嘉副執行長代表中心出席會議。並由廖健鈞執行秘書、許信育專員、葉宛欣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) 2月12日參加衛生福利部心理健康司「自殺死亡數據討論會議」，針對113年自殺死亡數據上升進行討論。
- 5) 7月1日、7月9日參加衛生福利部心理健康司「自殺趨勢及原因分析專家諮詢會」。
- 6) 衛生福利部於114年9月3日召開「自殺防治諮詢會第三屆第5次會議」。
 - (1) 會議當天由全國自殺防治中心林承儒副執行長代表中心出席會議。並由廖健鈞執行秘書、林琪妮專員隨行協助會議庶務。
- 7) 其他配合衛福部提供之報告初稿條列如下：
 - (1) 分別於2月5日、2月24日、4月24日、5月27日、7月28日協助檢視衛生福利部部長信箱陳情信所提貼文。
- 8) 上述之外臨時性資料分析。

三、 附件

附件 9-1-1、113 年十大死因自殺資料分析及說帖

附件 9-1-2、回覆立法委員質詢報告參考資料

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：楊聰財
 - (3) 客座編輯：Tadashi Takeshima、Manami Kodaka
 - (4) 編輯：王弘裕、周美華、林俊媛、陳宜明、黃立中、黃柔嘉、戴萬祥
 - (5) 編輯顧問：林承儒、姜丹榴、孫凡軻、張尚文、陳俊鶯、詹佳達、蕭雪雯、楊境中
 - (6) 統計顧問：杜裕康、劉力瑜
 - (7) 英文顧問：王郁琪、Walter Huang
 - (8) 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)
 - (9) 助理編輯：洪睿豪、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) 編輯委員：王弘裕、周美華、林俊媛、陳宜明、黃立中、黃柔嘉、戴萬祥
 - (3) 編輯顧問：林承儒、姜丹榴、孫凡軻、張尚文、陳俊鶯、楊境中、詹佳達、蕭雪雯
 - (4) 助理編輯：許宇萱、廖健鈞

2. 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 20 卷第 1 期 Editorials 1 篇、Special Articles 1 篇、Original Articles 1 篇。
- 2) 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。
- 3) 自殺防治網通訊第 20 卷第 1 期主題文章 1 篇、自殺防治新視野 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 4 篇、經驗分享共 4 篇、交流園地共 3 篇。
- 4) 自殺防治網通訊第 20 卷第 2 期主題文章 1 篇、自殺防治新視野 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 3 篇、經驗分享共 3 篇、交流園地共 5 篇。
- 5) 自殺防治網通訊第 20 卷第 3 期主題文章 1 篇、自殺防治新視野 1 篇、統計解析共 2 篇、工作要覽共 3 篇、經驗分享共 3 篇、交流園地共 2 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

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
<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>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>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。</p> <p>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。惟研究發展組人力較難徵得。</p> <p>3.匯整並確認各區外督名單，已提交至衛生福利部。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>人力招募困難。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>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。</p>
<p>(二)提供及運用自殺防治相關統計分析資料</p> <p>1.配合本部業務辦理需求，指派專人進行自殺相關議題及本部「心理健康支持方案」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>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</p>	<p>1.中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>1.中心在進行資料分析時，需與衛福部各相關司署進行資料串接，但此流程較為繁複且耗時，進而影響分析進度。</p> <p>2.人力招募困難。</p> <p>因應對策及建議</p> <p>1.若能縮短資料取得時間，可加速業務執行。</p>

<p>分析之向度、欄位、資料年度等。</p> <p>3.經本部提供「113年國人死因統計資料」後，依本部所訂期限，研擬114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114年死因統計記者會後1個月內，函送「113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114年死因統計記者會後2個月內，函送各縣市之「113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114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>2.人力招募問題已列於前項。</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)。

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

<p>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114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113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2項自殺防治現況調查，其中1項調查主題為民眾自殺態度變化，另1項調查主題由廠商依自殺趨勢分析結果自行擇定（廠商應於服務企劃書即提出主題規劃），後者並於調查前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114年10月30日前，函送度113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</p>	<p>1. 中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。</p>	<p>遭遇困難</p> <p>1. 無。</p>

<p>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> <p>1. 協助各地方政府依行政院核定之「自殺防治綱領」, 研擬並推動「自殺防治方案」, 並視需要提供專業諮詢。</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> <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>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, 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>1. 中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。</p>	<p>遭遇困難 無。</p> <p>建議 今年僅有少量報導涉及巴拉刈相關議題, 且多為其他劇毒農藥退場的延伸背景, 顯示「巴拉刈禁用」議題已趨穩定, 社會關注度逐漸降低。考量巴拉刈禁用已多年, 相關媒體報導也越來越少, 建議後續可評估是否仍需將「追蹤禁用相關報導」列為固定年度工作項目。</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> <ol style="list-style-type: none"> 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、工作坊或共識營(廠商應於計畫書說明預定辦理之方式、場次等，並據以編列經費。) 2.廠商應於辦理前2個月，提交細部執行計畫書(含時間、地點、議程、辦理方式、參加對象、預期效益、活動評估方式等)至部，經本部同意後辦理。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。 	<p>遭遇困難 無。</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> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開「新聞報導及社群媒體自殺防治聯繫會議」(會議名稱為例示，由得標廠商自定之)1場次，並邀集新聞報導、社群媒體、影視劇或其他有關媒體領域之學、協、公會團體及相關機關(構)代表出席，就自殺防治之學理原則、實證研究、統計數據、實務案例、國內外媒體自殺防治措施等，共同研討媒體自殺防治自律機制，以強化媒體之正向功能。 2.蒐集並追蹤網際網路媒體記載自殺事件或內容之情形，並將疑有違反自殺防治法或確實違反自殺新聞報導原則者，通知承作本部委託辦理有關處置網際網路媒體不當自殺內容申訴案件之得標廠商，並配合該 	<ol style="list-style-type: none"> 1.中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。 	<p>遭遇困難 無。</p>

<p>廠商之後續處置。</p> <p>3.協助本部針對社會矚目、重大公益或重大繁雜之自殺議題(包含但不限於自殺事件、新興自殺方法、新興媒體形式)，於本部交辦之日後 2日內，完成蒐集近日新聞報導或社群媒體所載該等議題相關內容，研析其發生之情境、事由及輿論關注爭點，並依據有關之實證研究、統計數據及自殺防治措施，提供初步因應對策予本部。</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</p>	<p>1.中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。</p>	<p>遭遇困難無。</p>

<p>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>(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</p>	<p>1.中心辦理此部份業務均依照期程進行完畢。</p>	<p>遭遇困難無。</p>

次抽查後3個月，追蹤其改善情形。

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：

(1) 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)。

(2) 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。

3. 協助滾動檢討「自殺個案通報後關懷作業流程(含遺族關懷)」、「自殺防治通報單」、「自殺關懷訪視紀錄表」及「自殺防治通報系統功能」並召開專家會議，編撰作業手冊及提出相關修正建議，並邀集地方政府凝聚共識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；另須制定遺族關懷流程草案供本部參考。

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. 心理健康促進與去汙名化

- 1) 推動全國心理衛生教育活動、展覽與校園生命教育課程。
- 2) 製作多國語言心理健康教材，建置數位學習平台、擴大教育訓練資源。
- 3) 系統性推動精神疾病與自殺去汙名化，以演講、媒體、社群平台傳播正確觀念。
- 4) 在校園新生訓練加入心理健康與守門人基礎知識。

2. 媒體自殺報導規範

- 1) 以 WHO「八不六要」原則為基礎，制定並推廣媒體報導指引。
- 2) 定期與媒體舉辦對話工作坊，避免渲染式與細節化報導。
- 3) 鼓勵報導逆境復原、求助與支持系統案例。

3. 減少致命性工具的可得性

- 1) 管制木炭、劇毒農藥、特定藥品等高致命性工具。
- 2) 辦理相關販賣業者(如藥局)之守門人訓練，提高敏感度。
- 3) 在高風險地點(橋樑、高樓頂樓)設置防墜設施、警語、求助資訊與監控巡查。
- 4) 根據不同場域(校園、公寓)設置防墜網、細網等安全設施。

4. 廣泛宣傳求助管道

- 1) 整合中央與地方求助資源(1925 等專線)。
- 2) 主動宣傳求助方式，確保民眾在危機時「知道去哪裡求助」。
- 3) 於校園、職場、社區與媒體曝光求助資訊。

二、選擇性策略(Selective)

目標對象：高風險群體

針對具特定自殺危險因子的族群(精神疾病、家庭暴力受害者、慢性病患、失業者、青少年等)進行早期辨識與介入。

1. 篩檢、評估與轉介

- 1) 於高風險族群推動心理健康篩檢(老人、重大傷病、慢性病、家暴個案等)。

- 2) 廣泛推廣心情溫度計(BSRS-5)於校園、社區、醫療院所使用。
- 3) 高風險者依「一問、二應、三轉介」進行介入並連結醫療。
2. 守門人推廣與培訓
 - 1) 推廣守門人教育於教師、社工、警消、醫療、宗教團體、藥局等第一線接觸者。
 - 2) 建立守門人標準教材，定期審查講師資格。
 - 3) 在社群媒體與網路平台推廣心理健康與求助訊息。
3. 支持高風險族群
 - 1) 青少年： 解決家庭衝突、情緒困擾、網路霸凌、課業壓力。
 - 2) 家庭暴力受害者／加害者： 定期心理健康篩檢與情緒支持。
 - 3) 精神疾病患者： 持續醫療連結、治療依從性追蹤、社會支持。
 - 4) 原住民族群： 推動部落互助網絡、建立文化適配之心理健康宣導教材、透過教會及長者傳遞正確知識。
4. 網路心理健康與創新服務
 - 1) 建立線上情緒檢測、匿名諮詢、遠距支持團體。
 - 2) 運用 App、自殺防治科技(如文字分析)提供即時協助。
 - 3) 與網路平台、遊戲公司合作推廣求助訊息。

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. 自殺企圖者追蹤與介入
 - 1) 對自殺防治通報系統進行最佳化，整合衛政、社政、醫療、教育等跨部門資訊。
 - 2) 建立標準化訪視流程、強化訪員能力與跨網絡分工原則。
 - 3) 加強醫療照護連續性與社區支持(出院追蹤、個案管理)。
2. 自殺事件後社區與校園因應
 - 1) 建立校園及社區「自殺事後預防模式(postvention)」。
 - 2) 包含危機應變小組、同儕支持、心理急救、哀傷輔導。
 - 3) 減少模仿效應(含媒體、社群平台管理)。
3. 遺族的支持服務
 - 1) 作業流程標準化。
 - 2) 針對不同年齡層遺族提供差異化服務。

- 3) 建立跨縣市遺族服務協作機制。
- 4) 製作遺族資源手冊置於殯儀館、戶政、警局等地點。

四、年齡分層防治策略

1. 兒童與青少年(14歲以下)

- 1) 透過心理健康篩檢，早期辨識高風險兒童並提供輔導。
- 2) 推動生命教育及情緒管理課程。
- 3) 強化校園霸凌與暴力防治。
- 4) 建立校園安全環境，例如頂樓管理、防墜設施。

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) 加強家庭、學校與社區三方合作處遇情感、壓力、人際等議題。
- 3) 增強青少年自尊與問題解決能力。
- 4) 建立同儕守門人系統並提供心理支持。

3. 成年人(25-64歲)

- 1) 推動職場心理健康支持方案(EAP、壓力管理)，改善工作環境並提供心理健康服務。
- 2) 針對高風險者建立個案管理與長期追蹤。
- 3) 加強家庭支持與壓力因應能力。

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、減少孤立感，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. 心理健康教育宣導

- 1) 結合部落活動與教會，進行心理健康宣導，破除迷思。
- 2) 使用原住民族語、符號、文化脈絡設計教材。
- 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) 建置部落巡守志工隊巡視高風險地點與關懷弱勢家庭。
- 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。

六、跨部門合作與制度建議

1. 衛政、社政、教育跨系統合作
 - 1) 釐清校園與訪員分工，按「年齡／在校身分」界定服務權責。
 - 2) 建置跨網絡共識與標準作業流程(SOP)。
2. 自殺防治通報系統與資料整合
 - 1) 最佳化自殺通報系統以符合實務需求(遺族服務、多家屬記錄)。
 - 2) 強化資料介接、減少因保密規範誤解造成服務中斷。
3. 講師與教學品質管理
 - 1) 建立講師培訓標準制度，統一課程品質。
 - 2) 定期審核教案內容並更新守門人教材。