

本報告僅供委員參考

超高齡社會老人自殺行為防治與心理健康
促進相關問題探討

法制局 蔡琮浩 撰

中華民國 114 年 8 月

超高齡社會老人自殺行為防治與心理健康促進相關問題探討

目次

摘要	1
壹、背景說明	1
貳、問題研析	2
一、老人自殺現況分析	2
二、老人自殺原因分析	8
三、現行老人自殺防治及心理促進之法律規定及落實作法	13
參、各國老人自殺防治措施	19
一、美國	19
二、日本	21
三、韓國	23
四、英國	24
肆、問題檢討與建議	25
一、自殺行為涉及生命法益的基本權利，允宜評估採取適當措施積極介入	25
二、重視老人群體之特殊性，建議自殺防治策略之基本原則應納入老人等不同生命週期群體	27
三、強化基層醫療院所醫護人員之老人自殺識別及轉介服務	28
四、研議中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立自殺風險及精神疾病識別、老人心理健康支持與轉介相關服務措施	30
五、建議將心理健康篩檢列為老人福利項目，並於老人福利法中明定為老人定期檢查項目	32
六、明定中央衛生主管機關應發展並定期修正老人心理健康篩檢工具，提供基層醫療院所使用	33

七、老人篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低，宜加強投入轉介輔導治療之資源	34
伍、結論	36
陸、條文對照表	37
參考文獻	40
附錄：「超高齡社會老人自殺行為防治與心理健康促進相關問題探討」 專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形	49

摘 要

113 年蓄意自我傷害（自殺）死亡再度重回國人前 10 大死因，也是全球主要死亡原因之一，自殺行為對家庭及社會的衝擊及影響極大，因此世界各國均將自殺防治視為急迫且日益嚴重的公共衛生危機加以處理。根據衛生福利部統計，65 歲以上長者自殺率均為所有年齡層最高，老人的自殺率遠高於其他年齡層，且自殺方式更為致命、成功率也更高，不過多數的自殺行為是可加以預防的，臺灣即將邁入超高齡社會，老人自殺行為常是一個被忽視的領域，爰本報告從老人福利角度提出老人自殺防治之相關問題探討，並提出修法建議，俾提供本院委員問政及審查法案參考。

超高齡社會老人自殺行為防治與心理健康促進 相關問題探討

壹、背景說明

113年¹12月時，86歲知名作家因自殺輕生引起國人關注。依衛生福利部（下稱衛福部）國人死因統計分析顯示，113年蓄意自我傷害（自殺）死亡人數為4,062人，較112年增加4.2%（164人），居國人死因第10位²。根據統計，從87至98年連續12年，自殺占國人10大死因第9位，100年以後則多為第11位³，去（113）年則再度重回前10大死因。自殺也是全球主要死亡原因之一，不過自殺是可以預防的，因此降低自殺率成為世界各國公共衛生（下稱公衛）政策的重要努力目標。

自殺行為對家庭與社會的衝擊及影響極大，平均1個自殺案件會影響至少6個人⁴，無論在什麼年齡，自殺對個人、家人、朋友以及所屬的社區來說都是悲劇，更可能導致死亡、長期障礙、生產力下降及龐大的醫療費用，因此世界各國均將自殺防治視為急迫且日益嚴重的公衛危機加以處理。依老人福利法第2條規定：「本法所稱老人，指年滿65歲以上之人。」依此定義，我國目前有超過456萬的老人⁵，占總人口數的19.54%，即將邁入超高齡社會門檻。

根據統計，從83年至112年，65歲以上長者自殺率均為所有年齡層最高，研究指出，老人的自殺率遠高於其他年齡層，且自殺方式更為致命、成功率也更高⁶，世界各國均呈現年齡越高，自殺死亡率也越高

¹ 本報告有關年分之使用，原則以民國紀元表述，並省略民國，但涉及國外法例或引述國外文獻者，除註釋中網頁瀏覽日期外，改採西元紀年表述。

² 衛生福利部，113年國人死因統計結果，113年6月16日，頁10，網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-7177-82775-1.html>，最後瀏覽日期：114年6月30日。

³ 衛生福利部，112年國人死因統計結果，113年6月17日，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113-xCat-y112.html>，最後瀏覽日期：114年4月30日。

⁴ 楊詠仁、賴德仁、黃正平，《老人心理衛生與自殺防治》，臺北：衛生福利部自殺防治中心，96年1月，頁2。

⁵ 迄114年5月底止，我國老人人口為4,564,313人，總人口數為23,355,470人。內政部戶政司，縣市人口年齡結構重要指標，網址：<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>，最後瀏覽日期：114年7月3日。

⁶ 趙于婷，老人輕生致死率高！憂鬱症是大誘因 醫曝 4大心理問題：易被忽略，ETtoday新聞雲，113年12月4日，網址：<https://health.ettoday.net/news/2867505#ixzz8uFfLFEBT>，最後瀏覽日

的趨勢。雖然自殺行為有其複雜的文化、社會及心理因素，不過多數的自殺行為是可加以預防的，臺灣即將邁入超高齡社會，相較於衛福部近日推出「年輕族群心理健康支持方案」，提供15至30歲國人每年3次免費諮詢已受到社會高度關切，相對於自殺死亡率更高的老人族群而言，其複雜性更高，且老人自殺常是一個被忽視的領域，爰本報告從老人福利角度提出老人自殺防治之探討並提出相關建議，俾供本院委員問政及審查法案參考。

貳、問題研析

一、老人自殺現況分析

（一）世界各國老人自殺率現況

根據聯合國世界衛生組織(World Health Organization, 下稱 WHO) 資料顯示，全世界每年有超過 72 萬 7,000 人死於自殺，占全球所有死亡人數的 1.1% 以上；其中約 4 分之 1 (27.2%) 發生在 60 歲以上的老人。自殺也是全球主要死亡原因之一，比因瘧疾、愛滋病、乳癌、戰爭和兇殺而死亡的人數更多，因此自殺是一個嚴肅的公衛議題，須透過及時有效的干預措施介入⁷。除了自殺死亡，還有更多人是在自殺企圖階段，每年有 1,000 至 2,000 萬人嘗試自殺，約 5,000 萬至 1 億 2,000 萬人深受自殺或有 1 個近親或同事企圖自殺的影響⁸。降低自殺率已被 WHO 列為聯合國永續發展目標 (SDG) 的全球優先指標，要求會員國應積極投入自殺防治策略，以減少自殺行為對生命的威脅。有關 WHO 統計世界各主要國家粗自殺率 (suicide rate/deaths per 100,000 people) 情形如表 1：

期：114 年 5 月 2 日。

⁷ World Health Organization(WHO), Suicide, 2025/3/25, Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, Last Retrieved: 2025/5/6.

⁸ 臺北市政府自殺防治中心，統計分析，113 年 6 月 17 日，網址：<https://tspc-health.gov.taipei/cp.aspx?n=6EAA7483EFA36549>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 1 日。

表 1：WHO 世界主要國家粗自殺率統計一覽表（2019 年）

單位：每 10 萬人

國家	年齡組	粗自殺率	平均粗自殺率	所有年齡層自殺率
臺灣	65 歲以上	27.2	27.2	16.4
日本	85 歲以上	20	19.1	16.5
	75 歲-84 歲	20.7		
	65 歲-74 歲	16.6		
韓國	85 歲以上	113.3	73.8	28.4
	75 歲-84 歲	69.9		
	65 歲-74 歲	38.2		
中國	85 歲以上	71.9	43.1	8.7
	75 歲-84 歲	38.4		
	65 歲-74 歲	19.1		
新加坡	85 歲以上	32.2	20.7	8.1
	75 歲-84 歲	17.9		
	65 歲-74 歲	12		
泰國	85 歲以上	18.5	14.7	13.6
	75 歲-84 歲	13.9		
	65 歲-74 歲	11.7		
馬來西亞	85 歲以上	36.7	24.3	5.4
	75 歲-84 歲	20.6		
	65 歲-74 歲	15.6		
美國	85 歲以上	19.4	18.8	15.1
	75 歲-84 歲	19.6		
	65 歲-74 歲	17.3		
加拿大	85 歲以上	13.2	12.3	12.7
	75 歲-84 歲	13.1		
	65 歲-74 歲	10.5		
英國	85 歲以上	8	7.3	9.4
	75 歲-84 歲	7		
	65 歲-74 歲	6.8		
法國	85 歲以上	28.2	24.5	15.0
	75 歲-84 歲	28.6		

	65 歲-74 歲	16.7		
德國	85 歲以上	37.9	26.8	12.5
	75 歲-84 歲	26.5		
	65 歲-74 歲	16.1		
義大利	85 歲以上	15.8	12.8	6.8
	75 歲-84 歲	13.4		
	65 歲-74 歲	9.3		
瑞士	85 歲以上	35.8	29.8	14.2
	75 歲-84 歲	32.4		
	65 歲-74 歲	21.2		
西班牙	85 歲以上	13.6	13.4	8.1
	75 歲-84 歲	16.2		
	65 歲-74 歲	10.3		
丹麥	85 歲以上	31.8	23.7	11.4
	75 歲-84 歲	24.3		
	65 歲-74 歲	14.9		
澳洲	85 歲以上	16	13.9	14.0
	75 歲-84 歲	14.5		
	65 歲-74 歲	11.4		
紐西蘭	85 歲以上	12.5	10.5	11.8
	75 歲-84 歲	10.8		
	65 歲-74 歲	8.2		
巴西	85 歲以上	15.4	12.7	6.7
	75 歲-84 歲	12.2		
	65 歲-74 歲	10.4		
南非	85 歲以上	54.2	30.4	20.1
	75 歲-84 歲	20.1		
	65 歲-74 歲	16.9		

資料來源：衛生福利部，全國歷年自殺死亡資料統計暨自殺通報統計及 World Health Organization(WHO), The Global Health Observatory: Explore a world of health data, Retrieved From: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))，最後瀏覽日期：114 年 5 月 16 日。

另針對美國、歐盟、韓國、日本等主要國家說明如下：

1. 美國

美國每年有超過 4 萬 9000 人死於自殺，平均每 11 分鐘有 1 人死於自殺；超過 150 萬人試圖自殺、370 萬人曾訂定自殺計畫、1280 萬人認真考慮自殺。以自殺粗死亡率（指每 10 萬人口的自殺人數，下稱自殺率並省略每 10 萬人）來看，從 2000 年至 2018 年上升達 37%，2022 年達到歷史新高，與 2021 年相較上升 8.1%；2023 年為 14.1 人，其中以 85 歲以上族群自殺率最高(22.7%)，65 歲以上平均自殺率為 19.3 人⁹。美國老人僅占總人口 16.8%，但老人占自殺死亡人口 22%¹⁰。

2. 歐盟

2021 年歐盟有 47,346 人死於自殺，占當年所有死亡人數的 0.9%。65 歲以上年齡組，死亡人數為 1 萬 5,998 人，占自殺死亡總數的 34%¹¹。不過與 2011 年首次記錄時平均 12.4 人死亡相較，歐盟自殺率下降 13.3%¹²。

3. 日本

根據日本厚生勞動省資料¹³，令和 6（2024）年日本自殺死亡人數為 20,320 人，60 歲以上為 7,615 人，占 37.5%，不過與前一年相較減少 452 人。日本自 1998 年以來，自殺死亡人數連續 14 年維持在 3 萬以上，但自 2012 年首次跌破 3 萬，並自 2010 年後連續 9 年下降。2018 年為 2 萬 840 人，是自 1981 年來首次跌破 2 萬 1,000 人。但自殺人數仍超過 2 萬人，情況仍嚴峻。此外，日本的自殺率是 7 個主要已

⁹ U.S. Centers For Disease Control And Prevention(CDC), Suicide Data and Statistics, 2025/3/26, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/data.html>, Last Retrieved: 2025/5/12.

¹⁰ National Council on Aging, Suicide and Older Adults: What You Should Know, 2025/1/3, Retrieved From: <https://www.ncoa.org/article/suicide-and-older-adults-what-you-should-know/>, Last Retrieved: 2025/5/14.

¹¹ European Commission, Deaths by suicide in the EU down by 13% in a decade, 2024/9/9, Retrieved From: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1>, Last Retrieved: 2025/5/13.

¹² Euronews, The number of deaths by suicide in Europe decreased by 13% in a decade, 2024/9/20, Retrieved From: <https://www.euronews.com/health/2024/09/20/the-number-of-deaths-by-suicide-in-europe-decreased-by-13-in-a-decade>, Last Retrieved: 2025/5/13.

¹³ 厚生労働省，令和 6 年中における自殺の状況，令和 7 年 3 月 28 日，Retrieved From: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsu_year.html, Last Retrieved: 2025/5/18.

開發國家（除日本外，另 6 個為美國、法國、德國、加拿大、英國及義大利）中最高的。

4. 韓國

過去幾十年來，韓國一直是經濟合作暨發展組織（OECD）國家中自殺率最高的國家之一。依 2024 年初步統計資料顯示，韓國自殺死亡人數高達 14,439 人，每天近 40 人（39.5 人）自殺死亡，自殺率 28.5 人再創 2011 年以來新高¹⁴。官方統計數據則顯示，2023 年韓國自殺死亡人數為 13,978 人，自殺率達到 27.3 人，是自 2018 年以來的最高，幾乎是 20 年前的兩倍。60 至 69 歲為 30.7 人，70-79 歲 39 人，韓國 80 歲以上老年人口的自殺率更高達 59.4 人。10 至 79 歲族群的整體自殺率與前一年相比有所上升。男性自殺率是女性的兩倍多，且隨著年齡增加，尤其是 70 歲以上的老人。自殺是 10 至 39 歲族群死亡的主要原因¹⁵。自殺率最高的是 80 歲以上，其次是 70-79 歲、50-59 歲以上（32.5 人）、40-49（31.6 人）和 60-69（30.7 人）¹⁶。

韓國老人自殺的一個驅動因素是貧窮。該國近一半的老人生活水準還不到平均可支配收入的一半。許多人不想成為家庭的經濟負擔，最後因為無法養活自己而自殺。

韓國於 2011 年頒布了《預防自殺及營造尊重生命文化法》（簡稱自殺防治法，자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률，Act for the Prevention of Suicide and the Creation of Culture of Respect for Life）規定了國家層級自殺防治責任及政策的必要事項。該法之立法目的旨在保護韓國公民寶貴的生命並培養尊重生命的文化。

5. 英國

¹⁴ 연합뉴스, 하루 40 명 스스로 목숨 끊었다...작년 자살건수 13 년 만에 최대, 2025/2/26, Retrieved From: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20250226151200530>, Last Retrieved: 2025/5/20.

¹⁵ 대한민국의 내일을 위한 지표, 자살률, 2024/10/4, Retrieved From: <https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=8040>, Last Retrieved: 2025/5/12.

¹⁶ 보건복지부, 2023 년 자살사망통계 발표, 2024/10/4, Retrieved From: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1483270&act=view&, Last Retrieved: 2025/5/12.

與其他國家相較，英國老人自殺死亡率近年有呈現下降趨勢。根據英國國家統計局的資料¹⁷，英國（英格蘭及威爾斯）2023 年有 6,069 人死於自殺，自殺率為 11.4 人，較 2022 年 10.7 人略微增加，亦是自 1999 年以來最高的數字。男性（17.4 人）較女性（5.7 人）高。地區以英格蘭西北部最高（14.7 人），最低為倫敦（7.3 人）。年齡別自殺率以 45 至 49 歲的男性（25.5 人）和 50 至 54 歲的女性（9.2 人）最高；65 歲以上自殺率，以 90 歲以上（11.2 人），其次為 65-69 歲（10.1 人）、85-89 歲（9.7 人）、80-84 歲（9.3 人）、70-74 歲（8.1 人）、75-79 歲（7.7 人），平均為 9.35 人；男性 65 歲以上自殺率則為 14.3 人、女性則為 4.5 人。

（二）我國老人自殺率現況

根據衛福部統計資料如圖 1，112 年自殺死亡率為 16.7 人，其中 65 歲以上老人為 27 人，明顯高於其他年齡層¹⁸，更遠高於世界自殺死亡率 9 人¹⁹的 3 倍。我國老人約占總人口的 19.48%，但老人自殺死亡數卻占有自殺死亡數的 29%，可見老人自殺問題之嚴重。113 年自殺死亡率則為 25.5 人，較 112 年下降 5.4%²⁰。

大多數國家的數據顯示，自殺率在老年時達到高峰²¹。有學者研究指出，臺灣 65 歲以上自殺率為平均自殺率的 2.21 倍，與歐美國家老人自殺率多只略高於平均值的統計現象²²，顯示老人高自殺率的狀況是非常值得關注的警訊。

¹⁷ Office for National Statistics in UK, Suicides in England and Wales: 2023 registrations, 2024/8/29, Retrieved From: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2023>, Last Retrieved: 2025/5/7.

¹⁸ 112 年全國自殺死亡人數為 3,898 人，65 歲以上老人為 1,130 人。衛生福利部統計處，自殺死亡及自殺通報統計，113 年 6 月 26 日，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4904-8883-107.html>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 27 日。

¹⁹ World Health Organization(WHO), Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization, 2021/10, p4.

²⁰ 衛生福利部，同註 2，頁 10。

²¹ Sophia Werdin, Suicide in the Elderly – A Prevalent Phenomenon With Low Societal Awareness, International Journal of Public Health, Vol.69, 2024/21, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10922918/>, Last Retrieved: 2025/5/25.

²² 陳映燁、呂宗學、李馨如、郭千哲、邱震寰、陳喬琪，〈臺灣與南韓方法別自殺率之比較〉，《北市醫學雜誌》，第 3 卷，第 10 期，95 年 10 月，頁 984。

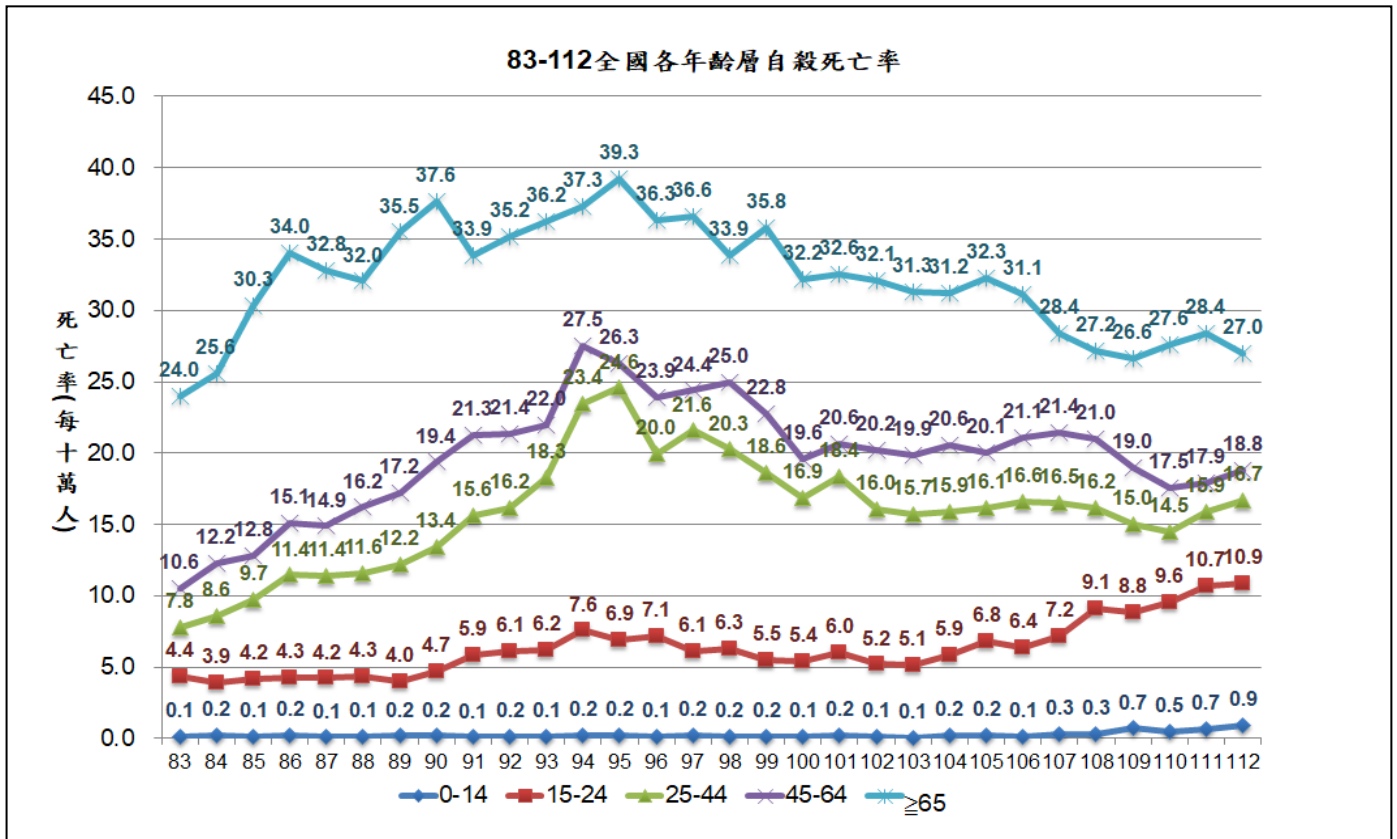


圖 1：我國 83-112 年全國各年齡層自殺死亡率統計。

資料來源：全國自殺防治中心。

二、老人自殺原因分析

（一）老人群體年齡差異性大，老化程度隨年齡變化程度高

從年齡的角度來分析，老人福利法規定 65 歲以上為老人，以我國 112 年全國平均餘命為 80.23 歲²³而言，其年齡之跨距即超過 15 歲，迄 114 年 3 月底止，80-90 歲老人約 769,616 人（占老年人口 16.95%），90-100 歲約 155,382 人（占老年人口 3.42%），甚至 100 歲以上仍有 5,155 人（占老年人口 0.11%），與其他群體相較，老人群體之年齡差異性大，老化程度隨年齡變化程度亦高，加上老人多已退休，身體、心理、社會經濟支持等狀況複雜度高，更增加自殺行為防治之困難度。

老人自殺原因非常多，可能包括身體健康漸差、社會角色變動、

²³ 平均餘命係達到某歲以後平均尚可期待生存的年數，稱為某歲的平均餘命，又稱某歲的預期壽命；零歲的平均餘命特稱為「平均壽命」。見內政部，歷年簡易生命表，113 年 8 月 23 日，網址：<https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=2953>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 13 日。

親人過世、行動自主下降、社會福利支持減少等，都會加重負面影響。另自殺危險因子大致可分為精神疾患、身體健康狀況、社會孤立、經濟壓力、失落感和無價值感、酒精或藥物濫用與長期照護壓力。隨著年齡增長，老人可能會感到自己對社會貢獻減少，失去生活目標，產生無價值感，也增加自殺風險²⁴。由於老人自殺是多面向問題，約30%意圖自殺老人是因兩種以上因素選擇採取自殺行為²⁵。

老化會增加各種健康狀況和壓力源的風險，這些健康狀況和壓力源會以複雜的方式相互作用，導致自殺行為。如憂鬱症等精神和神經認知障礙、社會孤立、身體損傷、疼痛、癌症等疾病以及失去配偶等生活事件與自殺意念有關，精神疾病和行為變化的症狀常常被忽略或歸因於老化過程由於行動不便、與世隔絕的生活、社交網絡較小以及缺乏數位素養，老年自殺者可能難以獲得心理保健服務。此外，被診斷出的老年精神疾病可能無法得到充分的治療，由於合併其他病症加上缺乏老年心理健康專家介入等因素，可能使得心理問題被忽視²⁶。研究認為，老年人較容易經歷與自殺相關的生活事件，如身體疾病和功能障礙、喪親、獨居和社會脫節²⁷，而產生自殺的企圖或行為。

（二）憂鬱症等心理疾病因素影響

據估計，憂鬱症每年造成超過1兆美元的損失，因此WHO預測至2030年時，憂鬱症將成為造成全球社會經濟負擔第1名的疾病。憂鬱症是一種非常普遍的疾病，全球約有3.8%的人口患有憂鬱症，其中60歲以上的成年人則為5.7%。憂鬱症患者的自殺風險較高，因此憂鬱症和自殺

²⁴ 社團法人自殺防治學會，長者自殺防治不可輕忽，113年12月5日，網址：<https://www.tsos.org.tw/bulletin/cpageMore?pageId=p.7.376&cpage=p.7&blockId=376&category=all>，最後瀏覽日期：114年5月8日。

²⁵ 曾光佩、游川杰、楊添圍、黃世傑，〈從老人自殺危險因子看老人自殺預防之整合性照護〉，《北市醫學雜誌》，第16卷，附冊，108年10月，頁121。

²⁶ Sophia Werdin，同註21。

²⁷ Jing Wu, Ying Li, Margda Waern, Suicide among Older People in Different European Welfare Regimes: Does Economic (in)Security Have Implications for Suicide Prevention? International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol.19, No.12, 2022/6/8, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9222638/>, Last Retrieved: 2025/5/27.

都是WHO提出「心理健康差距行動計畫（mhGAP）」重點關注的疾病²⁸。

相較於一般人，高齡憂鬱問題容易被忽視。由於老人常有心臟病、高血壓等慢性病，容易因身體不適而與憂鬱症產生共病現象，造成疏忽。統計顯示，臺灣有12%的老人有憂鬱症，老年慢性病常是老人發生憂鬱的原因，當身體機能衰退到自己無法掌控時，挫折感和失落感特別嚴重，甚至往往會覺得這是讓他們失去生存下去的理由，而進入「老人憂鬱」²⁹。但憂鬱症並非正常老化現象，老人可能認為憂鬱症狀是老化現象或感到羞辱而未獲得適當照護，患有多種健康問題的老人更容易罹患憂鬱症³⁰。憂鬱症伴隨的認知變化常被老人誤認為是失智症，導致誤診³¹。身體疾病與晚年自殺之間的關聯可以部分透過憂鬱症的中介作用來解釋（身體疾病導致憂鬱，憂鬱增加自殺風險）。因此，識別和適當治療憂鬱症可以改善自殺意念，並降低自殺風險。

除了身體健康因素，其他如失智、帕金森氏症、孤獨、悲傷、血管性憂鬱、飲酒等都可能造成憂鬱症³²。全球60歲以上老人其他精神障礙的盛行率約14%，英國自殺老人71%-95%在死亡時患有嚴重的精神疾病，其中最常見的是憂鬱症³³，美國約8%成人受憂鬱症影響，居住在普通社區低於5%、住院老人11%、失能老人則高達13.5%³⁴。孤獨和社會孤立是老年時期心理健康狀況的主要風險因素³⁵。

²⁸ World Health Organization(WHO), Depressive disorder (depression), 2023/3/31, Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Last Retrieved : 2025/5/29.

²⁹ 丁彥伶，慢性病身體疼痛是老人憂鬱主因！防久病厭世、憂鬱 這2個運動超有效降26%風險！健康 2.0，112年5月12日，網址：<https://health.tvbs.com.tw/review/339537>，最後瀏覽日期：114年5月27日。

³⁰ U.S. Center For Disease Control And Prevention(CDC), Depression and Aging, 2024/9/3, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/depression-aging.html>, Last Retrieved: 2025/5/20.

³¹ National Council on Aging, How to Talk to Your Doctor About Mental Health, 2024/4/18, Retrieved From: <https://www.ncoa.org/article/how-to-talk-to-your-doctor-about-mental-health/>, Last Retrieved: 2025/5/22.

³² Royal College of Psychiatrists, Depression in older adults, 2023/9, Retrieved From: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/mental-illnesses-and-mental-health-problems/depression-in-older-adults>, Last Retrieved: 2025/5/20.

³³ Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED, Risk factors for suicide in later life, Biological Psychiatry, Vol. 52, No.3, 2002/8/1, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12182926/>, Last Retrieved: 2025/5/21.

³⁴ National Council on Aging, How Common is Depression in Older Adults?2024/9/11, Retrieved From: <https://www.ncoa.org/article/how-common-is-depression-in-older-adults/>, Last Retrieved: 2025/5/22.

³⁵ World Health Organization(WHO), Mental health of older adults, 2023/10/20, Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>, Last Retrieved: 2025/

全球老人憂鬱症盛行率為13.3%，我國老人憂鬱症盛行率約為15.1%，明顯高於世界平均水準。根據我國中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查顯示，65-74歲老年憂鬱症患者盛行率約11.7%，75歲以上老年憂鬱人口盛行率則約19.7%³⁶。由於國內外許多研究皆顯示，憂鬱症與自殺行為高度相關，憂鬱症患者有15%會死於自殺，自殺死亡者生前達憂鬱症診斷者高達87%³⁷。比起其他年齡層，高齡憂鬱症患者普遍存在病識感低、就醫率低，因「共病」多難察覺症狀等特性，使得在預防和治療上，面臨更棘手的難題。高齡憂鬱來自「面臨人生的終點」、「疾病困擾」及「孤單沒生活重心」三大主因³⁸。

不過據估計，全球憂鬱症的治療率為34.8%。只有三分之一的憂鬱症或焦慮症患者尋求專業服務治療。研究指出³⁹，臺灣健康服務可及性高達83%，然而憂鬱症的接觸覆蓋率只有27%。其中，只有約17%的患者得到充分治療，11%的患者得到有效覆蓋。和其他國家相較，高收入、中等收入和低收入國家的憂鬱症治療率分別為48.3%、21.4%和16.8%。世界各國估計憂鬱症總體接觸覆蓋率為41.8%，高收入國家的接觸覆蓋率52%，低收入或中等收入國家26.5%。高收入國家的有效覆蓋率12.3%是低收入或中等收入國家5.6%的兩倍。儘管臺灣是高收入國家，但憂鬱症的接觸覆蓋率接近中等收入國家，憂鬱症的有效覆蓋率也低於高收入國家。

研究發現⁴⁰，患有嚴重憂鬱症、有嚴重自殺意圖史、社會支持較差

5/20.

³⁶ 林秀蓉，〈淺談老年憂鬱症與照護〉，《社團法人臺灣憂鬱症防治協會會訊》，第23卷，第2期，113年4月，頁1。

³⁷ 張家銘，正視憂鬱症造成的社會經濟負擔，社團法人臺灣憂鬱症防治協會，網址：<https://www.depression.org.tw/knowledge/info.asp?/70.html>，最後瀏覽日期：2025/5/22。

³⁸ 林良昇，〈發出求救訊號 卻被當成「老了愛叨念」 老人自殺率連升兩年 怎接住憂鬱銀髮族？〉，《今周刊》，第1391期，112年8月16日，頁53。

³⁹ Ting-Yu Chang, Shih-Cheng Liao, Chia-Ming Chang, Chi-Shin Wu, Wei-Lieh Huang, Juey-Jen Hwang, Chih-Cheng Hsu, Barriers to depression care among middle-aged and older adults in Taiwan's universal healthcare system, *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, Vol. 26, 2022/9, Retrieved From: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266660652200116X>, Last Retrieved: 2025/5/11.

⁴⁰ Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of general psychiatry*, Vol.56, No.11, 1999/11, Retrieved From: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205461#google_vignette, Last Retrieved: 2025/5/28.

的長者最容易產生自殺意念，應針對性地進行適當的介入。重度憂鬱症是銀髮族群中最常見的精神疾病，約50%的患者是在老年才首次罹患重度憂鬱症⁴¹。精神疾病，尤其是憂鬱症的嚴重程度是自殺意念過程最強的預測因子，可能對老人自殺預防具有特殊的意義⁴²，也是社福單位應予關切的重要問題。

（三）社會福利政策與經濟支持因素影響

歐洲老人自殺率差異很大，因此一份比較歐洲28個國家經濟指標和65歲以上人口自殺率變化的研究指出，老人的經濟不安全感，可能進而影響其自殺的可能性。積極的勞動力市場政策和包容的社會環境可能有助於預防該年齡層的自殺。強而有力的社會福利政策被認為是抵銷經濟風險因素對自殺影響的關鍵。香港和美國的研究也發現相同的情形⁴³。換言之，貧窮、物質匱乏、失業和低收入容易造成剝奪感和引發憂鬱症，進而增加自殺行為的發生。歐洲社會政策認為老年人口是遭受社會排斥的高危險群，尤其是在就業、收入、物質條件和退休金等經濟資源方面的社會排斥。社會福利政策對老年人的經濟支持產生影響，並可能導致整個歐洲自殺死亡率的變化。

紐西蘭老人研究發現，自殺的老人在過去一年中比對照組更有可能經歷嚴重的人際關係和財務問題。瑞典研究也發現，自殺者在死亡前2年內經歷家庭不和和財務困難的可能性比對照組更高⁴⁴。香港的研究結果顯示，身體健康狀況較差，包括視力差、聽力問題，以及較多疾病；以及心理健康狀況不佳，尤其是憂鬱症，是老年族群產生自殺意念的預測因子。此外，透過將個人因素與憂鬱症連結的統計分析，財務和人際關係問題也是重要的風險因素之一⁴⁵。相較於年輕人的財務

⁴¹ 陳彥良，〈老人憂鬱與職能治療照護〉，《社團法人臺灣憂鬱症防治協會會訊》，第23卷，第2期，113年4月，頁6。

⁴² Yeates Conwell, Caitlin Thompson, Suicidal behavior in elders, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol.31, No.2, 2008/6, p343.

⁴³ Jing Wu, Ying Li, Margda Waern，同註27。

⁴⁴ Yeates Conwell, Caitlin Thompson，同註42，頁338。

⁴⁵ Yip PS, Chi I, Chiu H, Chi Wai K, Conwell Y, Caine E., A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.18, No.11, 2003/11, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14618559/>, Last Retrieved: 2025/6/3.

和事業問題，老年人面對的問題以家庭問題居多⁴⁶，面對超高齡社會來臨，老人社福政策亦應與時俱進配合調整以符需求。

三、現行老人自殺防治及心理促進之法律規定及落實作法

（一）自殺防治法

108 年 6 月 19 日公布施行自殺防治法，規定設立自殺防治諮詢會，促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調與整合，並辦理自殺防治教育，提供心理諮詢管道及設置國家自殺防治中心，協助推動自殺防治工作。自殺防治法也明定自殺通報及後續處理規定，建立各通路媒體不得報導及記載自殺方法等訊息之罰則。其政策目標及內涵簡述如下：

1. 自殺防治服務之法源依據及整體策略

依自殺防治法第 1 條規定：「為加強自殺防治，關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值，特制定本法。」及第 3 條規定：「自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。」

2. 中央與地方跨部門專責機構設置

自殺防治法第 4 條規定：「中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會，以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合。」另自殺防治法第 5 條規定：「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（第 1 項）。前項自殺防治會之組成、任務、議事程序及其他應遵行事項，由直轄市、縣（市）主管機關定之（第 2 項）。」及第 9 條第 2 項規定：「中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心……」我國於 94 年成立全國自殺防治中心，發展自殺防治策略。

3. 專責機構之任務規定

⁴⁶ Ismael Conejero, Emilie Olié, Philippe Courtet, Raffaella Calati, Suicide in older adults: current perspectives. Clinical Interventions in Aging, No.13, 2018/4/20, p693.

自殺防治法第 8 條第 1 項規定：「直轄市、縣（市）主管機關應設置自殺防治相關人力，並提升其專業技能。」另第 9 條第 2 項規定：「中央主管機關得委託法人、團體設國家自殺防治中心，辦理下列事項：一、自殺防治現況調查。二、自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。三、每年製作自殺防治成果報告。四、輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治。五、推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。六、建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。七、推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。八、協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制。九、其他自殺防治有關事項。」

4. 心理諮詢及轉介服務

自殺防治法第 6 條規定：「各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道（第 1 項）。中央主管機關為辦理自殺防治工作之必要，得請求有關機關協助或提供相關資料（第 2 項）。第一項自殺防治教育及心理諮詢管道所需費用，必要時中央及直轄市、縣（市）主管機關得予補助（第 3 項）。」第 13 條規定：「直轄市、縣（市）主管機關為防止自殺行為人再自殺，提供自殺行為人及其親友心理輔導、醫療、社會福利、就學或就業等資源轉介。」

5. 獎勵及教育訓練

自殺防治法第 7 條規定：「各級政府每年應編列自殺防治經費，執行本法所定相關事項（第 1 項）。中央主管機關應針對直轄市、縣（市）主管機關自殺防治方案推行績效優良者，給予獎勵（第 2 項）。」第 8 條規定：「直轄市、縣（市）主管機關應設置自殺防治相關人力，並提升其專業技能（第 1 項）。前項自殺防治相關人力之資格、訓練、課程及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之（第 2 項）。中央主管機關就前二項事項，必要時應對直轄市、縣（市）主管機關予以補助（第

3 項)。」

6. 設置免付費緊急諮詢電話

自殺防治法第 10 條規定：「中央主管機關應設置或委託辦理免付費之 24 小時自殺防治緊急諮詢電話。」

7. 建置自殺防治通報系統及關懷訪視

自殺防治法第 11 條規定：「中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業（第 1 項）。前項通報之方式及內容，由中央主管機關定之；通報人之身分資料，應予保密（第 2 項）。直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，應立即處理；必要時得自行或委請其他機關（構）、團體進行關懷訪視（第 3 項）。」第 14 條規定：「直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。」

8. 明定高致命性自殺工具控管

自殺防治法第 12 條規定：「各級主管機關應建立機制，降低民眾取得高致命性自殺工具或實施高致命性自殺方法之機會。」

9. 自殺企圖者及自殺遺屬之關懷措施

自殺防治法第 13 條規定：「直轄市、縣（市）主管機關為防止自殺行為人再自殺，提供自殺行為人及其親友心理輔導、醫療、社會福利、就學或就業等資源轉介。」

10. 媒體管理

自殺防治法第 16 條規定：「宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載下列事項：一、教導自殺方法或教唆、誘使、煽惑民眾自殺之訊息。二、詳細描述自殺個案之自殺方法及原因。三、誘導自殺之文字、聲音、圖片或影像資料。四、毒性物

質或其他致命性自殺工具之銷售情報。五、其他經中央主管機關認定足以助長自殺之情形。」第 17 條為第 16 條之處罰規定。

（二）老人福利法

1. 中央目的事業主管機關

老人福利法第 3 條第 3 項第 2 款規定：「衛生主管機關：主管老人預防保健、心理衛生、醫療、復健與連續性照護之規劃、推動及監督等事項。」

2. 經濟及生活安全支持

老人福利法第 11 條第 1 項規定：「老人經濟安全保障，採生活津貼、特別照顧津貼、年金保險制度方式，逐步規劃實施。」第 12 條第 1 項規定：「中低收入老人未接受收容安置者，得申請發給生活津貼。」第 15 條第 1 項規定：「直轄市、縣（市）主管機關對於有接受長期照顧服務必要之失能老人，應依老人與其家庭之經濟狀況及老人之失能程度提供經費補助。」第 42 條第 1 項規定：「老人因無人扶養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境者，直轄市、縣（市）主管機關應依老人之申請或依職權，予以適當安置。」

3. 心理健康促進福利服務

老人福利法第 18 條規定：「為提高家庭照顧老人之意願及能力，提升老人在社區生活之自主性，直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供下列社區式服務：一、保健服務。二、醫護服務。三、復健服務。四、輔具服務。五、心理諮商服務。……」

4. 老人健康檢查福利服務

老人福利法第 21 條規定：「直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務（第 1 項）。前項保健服務、追蹤服務、健康檢查項目及方式之準則，由中央主管機關定之（第 2 項）。」

（三）精神衛生法

依精神衛生法之規定，主管機關應投入各項資源，推動國人心理健康促進與精神疾病防治政策、強化精神病人服務與權益保障、辦理相關專業人員訓練等，同時應積極布建社區心理衛生中心，加強多元社區支持，並強化病人通報、精進前端預防及危機處理。

（四）我國老人自殺防治之作法

除了自殺防治法、老人福利法及精神衛生法對老人自殺相關規定外，我國於 95 年即開始試辦自殺防治計畫，並於 98 年成立自殺防治中心，擬定自殺防治策略並建置通報系統，並由各地方政府委託醫療機構聘僱「自殺關懷訪視員」，以類似個案管理員的方式，追蹤有自殺意念與自殺行為的高風險個案後續狀況，提供心理支持或轉介資源等必要協助，後又於 108 年通過首部自殺防治法⁴⁷。我國自殺防治策略與世界先進國家相同，以全面性（universal）、選擇性（selective）、指標性（indicative）三大方向為主軸，並促進醫療與非醫療整合。初級預防在持續保持個人健康狀態，次級預防介入在問題的早期徵兆阻止疾病發生減低危機及改變困擾行為，三級預防在追蹤自殺企圖者，預防自殺未遂者與自殺身亡的周遭朋友或親友模仿自殺，建立自殺與自殺企圖者之危機處理與善後處置標準作業流程⁴⁸。

依自殺防治法第 9 條第 1 項規定之自殺防治綱領⁴⁹，我國自殺防治在全面性策略上，包括監測自殺趨勢及進行自殺因子與介入研究；倡議及辦理自殺防治識能宣導活動；推動分齡分眾心理健康促進方案。選擇性策略包括發展高風險族群（如青少年、老年人或特定職業群體等）介入方案或措施；推動教育訓練，提升自殺防治守門人知能；完善心理衛生支持（含危機處理）系統；提升媒體（含網路媒體）自殺事件報導素質與建立監督機制，減少不適當自殺之相關內容；減少高

⁴⁷ 蕭雁文，〈自殺防治與生命教育掛勾？生命中不可承受之重！〉，《教育評論月刊》，第 11 卷，第 1 期，111 年 1 月，頁 87。

⁴⁸ 林姝伶、黃浩然，〈自殺防治之社會創新一以某生命線協會為例〉，《輔仁管理評論》，第 25 卷，第 1 期，107 年 1 月，頁 3。

⁴⁹ 衛生福利部，《自殺防治綱領》，113 年 10 月 22 日，頁 3。

致命性自殺方法可近性。指標性策略包括落實自殺企圖個案通報及轉介，減少重覆自殺自傷行為；提升自殺關懷訪視（含遺族）與醫療處遇的質量，提供有實證基礎的服務。

行政院於 107 年「強化社會安全網計畫」中，將自殺防治重點策略放在建構自殺防治守門人防護網，並加強第一線人員及自殺防治守門人觀念與敏感度，及充實自殺關懷訪視員人力與能力等效能⁵⁰。復於 110 年「強化社會安全網第二期計畫」中，於全國各縣市布建社區心理衛生中心，將精神病人合併自殺企圖者納入心理衛生社工服務對象，並以提升自殺通報個案服務量能，加強網絡人員自殺防治觀念為策略目標⁵¹。行政院在新公布之全民心理健康韌性計畫（2025-2030 年）中指出，慢性病及獨居影響老人心理健康、自殺防治關懷量能不足、精神疾病與慢性病共病照護增加等，屬於老人自殺心理促進之範疇；後續將透過精神疾病防治諮詢會、自殺防治諮詢會針對心理健康政策、精神疾病防治、精神照護資源規劃、研究發展、各項心理促進及自殺防治政策與策略進行徵詢，並區分為一般民眾（如原住民族、身心障礙者及照顧者）普及性預防、高風險族群（如孕產婦）之選擇性預防，及特定族群（如精神病人、自殺企圖者、成癮者等）之指標性預防，希望降低自殺個案通報後 1 年內再自殺率降低 1% 至 1.7%、降低自殺標準化死亡率每 10 萬人口 12 人至 12.7 人。在老人心理健康促進方面，從 2017 年至 2023 年推動「老人心理健康工作」，責成各縣市衛生局辦理老人心理健康促進活動及老人憂鬱篩檢，並訂定轉介標準，視高風險老人之需求提供篩檢後續服務。在推動高齡者心理健康促進工作，將辦理 1. 持續發展並擴大宣導高齡者心理衛教資源；2. 跨部會（局處）合作，於辦理高齡者社區課程及活動時，融入心理健康衛教、心理評估量表應用及轉介機制；3. 辦理各項社區高齡服務人員之心理健康及

⁵⁰ 衛生福利部，《強化社會安全網計畫(核定本)》，107 年 2 月 26 日，頁 30-32、86-87。

⁵¹ 衛生福利部，強化社會安全網第二期計畫（110-114 年），110 年 7 月 29 日，頁 83-84。

憂鬱症轉介相關教育訓練；4. 發展與推動高齡者心理健康支持方案⁵²。

參、各國老人自殺防治措施

影響自殺防治策略之因素包括在地自殺者特質、法律規範、現有衛政系統、資源網絡等⁵³。各國自殺防治策略不同，根據各國不同特性及特殊性，亦有不同之自殺防治策略。以下針對美國、日本、韓國、英國及我國之老人自殺防治措施重點說明如下：

一、美國

美國的研究指出，自殺的動態複雜，並無單一原因，發生往往是由多種風險因素共同導致的。這些已知的風險因素是當前的生活壓力源，例如人際關係、失業或財務、霸凌、酒精和物質使用障礙或精神健康狀況；歷史風險因素，例如童年時期受到虐待或創傷、曾經有過自殺企圖或家族有自殺史；以及獲取槍支等致命傷害手段。當這三個因素同時出現並產生無助和絕望的感覺時，自殺風險就會大大增加。研究顯示自殺危機往往是短暫的，脆弱期有時只持續幾分鐘或一個小時。如果沒有最致命的自殺方法—槍支，生命還是可以挽救的。絕大多數自殺未遂的人最後並沒有自殺身亡⁵⁴。

美國在 2024 年提出最新的全國自殺防治策略（2024 National Strategy for Suicide Prevention, NSSP），為期 10 年，期以全面、全社會預防自殺的新方法，解決自殺預防領域差距提供具體建議。NSSP 包括 15 個目標和 87 個具體目標，分為 4 個策略方向⁵⁵：

策略方向一、社區自殺預防，目標包括建立有效、廣泛、協作和

⁵² 衛生福利部，全民心理健康韌性計畫（2025-2030 年），113 年 9 月，頁 15、18、20、29、32、36-37、73。

⁵³ 陳冠伶、胡中宜，〈國際自殺防治政策、人員聘任與教育訓練之探究：以英國、美國、澳洲、日本、臺灣為例〉，《本土諮商心理學學刊》，第 10 卷，第 3 期，108 年 7 月，頁 37。

⁵⁴ Kathryn R. Fingar, Sarah Burd-Sharps, Tannuja D. Rozario, Two Decades of Suicide Prevention Laws: Lessons from National Leaders in Gun Safety Policy, Everytown Research & Policy, 2023/9/29, Retrieved From: <https://everytownresearch.org/two-decades-of-suicide-prevention-laws-lessons-from-national-leaders-in-gun-safety-policy/>, Last Retrieved: 2025/6/10.

⁵⁵ U.S. Centers For Disease Control And Prevention(CDC), The National Strategy for Suicide Prevention, 2024/9/24, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/suicide/resources/nssp.html>, Last Retrieved: 2025/5 /15.

可持續的自殺預防夥伴關係；支持前端綜合社區自殺防治；減少有自殺風險族群獲得致命手段機會；事後介入並支持以自殺為中心生活經驗的人；將自殺防治融入職場文化和其他社區環境；在州、部落、地方和領土等層級建立和維持自殺防治基礎設施；利用傳播科學的最佳實踐，在不同族群中進行基於研究的自殺預防傳播活動。

策略方向二、治療與危機服務，目標包括將有效的自殺防治服務作為醫療保健的核心組成部分；提高所有社區危機照護服務的品質和可近性。

策略方向三、監測、品質改善與研究，目標包括提高自殺相關監測、研究、評估和品質改進所需數據的品質、及時性、範圍、實用性和可近性；促進和支持自殺防治研究。

策略方向四、自殺防治中的健康公平（health equity）⁵⁶，目標包括將健康平等融入所有自殺防治活動；針對受自殺影響尤為嚴重的族群實施全面的自殺預防策略，重點關注歷史上處於邊緣地位的社區、有自殺中心生活經歷的人和青少年；創造一支平等、多樣化的自殺預防隊伍，為其服務社區的需求提供裝備和支援；透過改善數據、研究和評估，改善和擴大針對生命週期內受自殺影響較大的人群的有效自殺預防計畫。

在方法上⁵⁷，包括加強經濟支持，如失業保險、提前退休福利、住房優先、貧困家庭臨時援助等；創造保護環境，如減少有自殺風險的人獲得致命手段的機會、訂定健康的組織政策和文化、透過以社區為基礎的政策和實踐來減少藥物濫用等。

美國眾議院2024年9月12日通過《停止自殺法案》(Stabilization

⁵⁶ 所謂健康公平係指每個人擁有相同之機會達成最佳程度之健康狀態；公平是在群體中，不因社會性、經濟性、人口學屬性、地域性或其他層面屬性（如性別、種族、身心障礙、性向等），造成不公平、可避免及可彌補的差異。見劉禮慧、鍾國彪、賴熾竹，〈經濟合作暨發展組織國家或區域與台灣健康公平指標之文獻回顧〉，《臺灣公共衛生雜誌》，113年12月，頁537。

⁵⁷ U.S. Centers For Disease Control And Prevention(CDC), Suicide Prevention Resource for Action, 2024/6/4, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>, Last Retrieved: 2025/5/21.

to Prevent Suicide Act/ STOP Suicide Act, H.R. 9577), 內容主要為修改《公共衛生服務法》(Public Health Service Act), 從 2025 年至 2029 年每年撥款 3,000 萬美元建立資助計畫, 支持為有嚴重自殺想法的個人提供穩定服務的模式⁵⁸。資助對象包括以社區為基礎的基層診所或行為健康保健提供者, 如學校健康中心、鄉村診所、社區診所、兒童醫院、精神衛生機構、印地安部落等。穩定服務包括減輕或消除嚴重情緒危機狀態、降低或消除明顯且迫在眉睫的自殺風險、幫助患者建立對急性衝動狀態的行為控制。另一個名為自殺防治法案 (Suicide Prevention Act)⁵⁹ 中, 2024 年至 2028 年間, 以每年 3,000 萬美元撥款資助醫院協助預防病患出院後的自殺企圖, 並要求應訂定標準, 對病患進行自我傷害與自殺篩檢, 並根據篩檢結果, 提供自我傷害與自殺預防服務或視情形轉介相關機構以進行長期之自我傷害與自殺服務。美國自殺防治政策服務的標的, 包括自殺意念者、自殺企圖者, 也包含自殺死亡者的家屬及服務網絡人員, 也相當注重醫療服務作為預防自殺的核心, 評估並治療被辨識出具有高度自殺行為風險的人。面對自殺及有自殺企圖的人, 提供照顧和支持、傾聽, 以促進復原⁶⁰。另外, 美國亦相當注重對於包括老人自殺行為的相關研究, 以強化預防老人自殺之發生。

二、日本

日本於 2006 年制定《自殺對策基本法》。此外, 2016 年又進行修正, 規定各都道府縣、市町村必須訂定自殺防治計畫; 其目標在創建一個沒有人自殺的社會。此外, 《自殺對策基本法》也明定國家和地方政府責任、雇主責任、公民責任, 並增加公眾對自殺防治的理解, 強化國家、地方政府、醫療機構、用人單位等各方合作; 日本自殺防治

⁵⁸ U.S. Congress, HR9577- STOP Suicide Act, 118th Congress(2023-2024), 2024/9/12, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/118th-congress/house-bill/9577/text>, Last Retrieved: 2025/5/27.

⁵⁹ U.S. Congress, H.R.5514 - Suicide Prevention Act, 118th Congress(2023-2024), 2023/9/15, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/118th-congress/house-bill/5514/text>, Last Retrieved: 2025/5/27.

⁶⁰ 陳冠伶、胡中宜, 同註 53, 頁 40。

政策最特別之處，在於「事業主的責任義務」與「避免自殺者與其家人生活和名譽上之擔憂」。是業主需與國家和地方公共團體共同協力實施自殺對策也必須執行必要措施⁶¹。2017 年 7 月 25 日依《自殺對策基本法》第 12 條規定《綜合自殺預防原則》新增兩項新的基本原則：「促進考慮到每個目標人群實際情況的措施」和「明確國家政府、地方政府、相關組織、私人組織、公司和公民的角色，並促進他們之間的合作與協作」。亦將培養守門人列為 9 項當務之急措施之一，並規定對家庭醫生、教師、保健師、護士、護理管理人員、福利專員、兒童福利專員以及各類諮詢中心的人員等所有相關領域的人員進行培訓，使他們能夠勝任守門人的角色。為加強自殺預防措施的研究和調查研究，於 2020 年 6 月 17 日起施行「關於促進研究與發展以促進全面有效實施自殺預防措施及利用此類研究成果的法律」（自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律）⁶²。此外，內閣於 2022 年 10 月訂定「綜合自殺預防原則—旨在實現無人自殺的社會」，作為政府推進自殺預防措施的指南。

日本厚生省分析日本自殺老人的特徵發現⁶³，憂鬱症是老人自殺和未遂的主要原因；其次以其他身體疾病之健康問題；因自殺跡象而諮詢內科等醫生，卻未求診精神科醫生；多數自殺者和家人同住，只有不到 5% 的人獨自生活。個人身體負擔、不想帶來家人精神負擔、失落感與孤立感是自殺主要原因。另外，日本在分析老人自殺問題時，清楚將高齡者分成 60 至 69 歲及 70 至 74 歲等前期高齡者，與 75 歲以上之後期高齡者，並針對前期高齡者較常碰到之勞動勤務、看護疲倦、經濟安全等進行研析；後期高齡者則以身體健康、孤獨感等原因居多

⁶¹ 陳冠伶、胡中宜，同註 53，頁 45-47。

⁶² 厚生労働省，令和 5 年版自殺対策白書，2023 年 11 月 27 日，Retrieved From: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2023.html, Last Retrieved: 2025/5/26.

⁶³ 厚生労働省，令和 6 年版自殺対策白書，2024 年 2 月 29 日，p45、51，Retrieved From: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2020.html, Last Retrieved: 2025/5/26. 厚生労働省，高齢者の自殺の特徴，Retrieved From: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/s-5_3.pdf, Last Retrieved: 2025/5/26.

進行探究。日本針對老人年齡階層不同生命週期進行探究並加以防治之策略，值得我國學習參考。

三、韓國

韓國自 2004 年起，依據《自殺防治法》每 5 年公布國家自殺預防基本計畫（자살예방기본계획），厚生省 2023 年 4 月為因應社會經濟變化導致的自殺率急劇上升的可能性，訂定加強生活安全網的第 5 次自殺預防基本計畫（2023-2027）。其目標為至 2027 年將自殺率降低至 18.2 人，並提高對自殺未遂者及自殺喪親家庭服務至 40%。其策略包括 1. 建立生命安全網：提供因地制宜的預防、傳播尊重生命的文化及擴大與重組心理檢查體系；2. 減少自殺風險因素：加強對自殺高危群體管理、嚴重精神病患救治、自殺危害管理、誘發資訊及高頻率場所管理等；3. 加強隨訪管理：提供訊息連動、擴大以急診室為基礎之自殺未遂者隨訪管理、於急診室配置專業人員、自殺喪親家屬後續護理服務、建立自殺事故應對制度等；4. 針對性之自殺預防：對經濟危機群體提供支援、擴大對心理健康危機團體服務、針對每個生命週期，如中年男性和老人等提供特別支援；5. 加強有效預防自殺基礎：建立自殺預防政策基本原理，如心理篩檢、加強自殺研究等、加強國際合作、加強自殺預防基礎設施等⁶⁴。

韓國在 2024 年新修正施行之法律中規定，包括國家機關、地方政府、公共機構、小學、初中和高中以及醫療和社會福利機構在內的總共約 50,000 所機構須依《自殺防治法》第 17 條第 1 項規定進行每年 1 次強制性之預防自殺教育培訓，並需提交報告⁶⁵。

另依韓國《精神健康法》第 4 條之 3 規定，保健福祉部部長每 5 年設立 1 次全國性精神健康專案。2023 年公布的「心理健康政策創新

⁶⁴ 한국생명존중희망재단, 자살예방기본계획, Retrieved From: <https://www.kfsp.or.kr/home/kor/contents.do?menuPos=27>, Last Retrieved: 2025/7/8.

⁶⁵ 한국생명존중희망재단, 자살예방교육 의무화 안내, Retrieved From: <https://www.kfsp.or.kr/home/kor/contents.do?menuPos=58>, Last Retrieved: 2025/7/8.

計畫」專案以「心理健康政策轉型—從預防到恢復」來降低自殺率。本期專案預計到 2027 年提供 100 萬人的心理諮詢服務，在 10 年內將自殺率降低 50%，策略及核心任務包括 1. 建立日常心靈系統：提供 100 萬人專業心理諮詢服務、縮短年輕人和學生的篩檢週期和早期干預、加強自殺預防、整合求助熱線等；2. 精神緊急應對和治療系統的重組：加強心理應急回應、啟動門診治療支持系統等；3. 福利服務創新，實現完全康復：所有地方政府都提供精神康復服務、加強對維權的支援，消除歧視；4. 意識提升和心理健康政策推進體制：消除對精神疾病偏見的運動、為 1600 萬人提供自殺預防義務教育、設立和運營心理健康政策創新委員會⁶⁶。韓國制度上注重自殺後防治到恢復各階段的系統性服務亦值我國參考借鏡。

四、英國

英國自 2012 年推出《英國自殺防治戰略》(Suicide prevention strategy for England)，該版本旨在降低自殺率並提供失去親人或受自殺影響者更好支援，其訂定 6 個關鍵行動策略包括：降低關鍵高危人群的自殺風險、量身訂製改善特定群體的心理健康、減少獲得自殺手段的機會、為那些失去親人或受自殺影響的人提供更好的訊息和支援、協助媒體對自殺和自殺行為提供敏感的方法、支持研究、數據收集和監測⁶⁷。自施行以來全國平均自殺率較 20 年前低 20%，不過自 2018 年後，全國自殺率一直沒有下降，因此英國政府於 2023 年再提出新的《英國自殺防治：5 年跨部門戰略》(Suicide prevention in England: 5-year cross-sector strategy)，目標在未來 5 年降低自殺率超過 50%，並改善對自殺者和自殺喪親者的支援。

新一期的關鍵行動策略包括：改進數據和證據、為優先群體（包

⁶⁶ 한국생명존중희망재단, 정신건강종합대책, Retrieved From: <https://www.kfsp.or.kr/home/kor/contents.do?menuPos=29>, Last Retrieved: 2025/5/19.

⁶⁷ Department of Health and Social Care in UK, Suicide prevention strategy for England, 2012/9/10, Retrieved From: <https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england>, Last Retrieved : 2025/5/9.

括高風險群體，如兒童和青少年、中年男性、有過自殺行為者、接觸心理健康服務者、與司法系統接觸者、自閉症患者、孕婦和新生兒母親等）提供量身訂製的針對性支援、解決風險因素（風險因素如身體疾病、經濟困難和經濟逆境、賭博、酒精和藥物濫用、社會孤立和孤獨、家庭虐待等）、網路安全、媒體與技術、提供有效和適當的危機支援、處理自殺的手段和方法、提供及時有效的喪親服務、讓預防自殺成為每個人的事。除了依不同群體提供量身訂製之策略外，亦針對自殺防治路徑進行改進，納入因身體不適而與初級保健服務提供者（primary care provider）⁶⁸接觸的病人，同時強化初級保健工作者認識與身體健康情況不佳相關的自殺風險，並具備有效干預和指示在可能需要的地方提供支持的知識和技能⁶⁹。明定一般醫師（General Practitioner, GPs）需關注自己病患，若其成為自殺遺族，更須對病患身心狀況仔細評估，以減少其潛在自殺風險⁷⁰。

肆、問題檢討與建議

一、自殺行為涉及生命法益的基本權利，允宜評估採取適當措施積極介入

自殺的自願行為與死亡之間有直接的因果關係。這種基於個人選擇而導致自殺的明顯原因，使得集中精力進行預防成為可能。自殺具有傳染性，其對人們的情感影響是強烈且持續一生的，這可能會導致更多的受害者。自殺涉及生死自決問題，最終涉及生命尊嚴及人權問題⁷¹。換言之，自殺雖然是自願行為，但涉及生命法益的基本權利行使。

⁶⁸ 初級保健提供者(primary care provider)指長期管理個人醫療保健的醫生或其他有專業證照之醫療人員，例如執業護理師或醫師助理等(A doctor or other licensed medical professional, such as a nurse practitioner or physician assistant, who manages a person's health care over time. Primary care providers diagnose and treat a wide range of common medical conditions.)。見 National Cancer Institute, NCI Dictionary of Cancer Terms: primary care provider, Retrieved From: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/primary-care-provider>, Last Retrieved: 2025/6/3.

⁶⁹ Department of Health and Social Care in UK, Suicide prevention strategy: action plan, 2023/9/11, Retrieved From: <https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england-2023-to-2028/suicide-prevention-strategy-action-plan>, Last Retrieved: 2025/5/9.

⁷⁰ 陳冠伶、胡中宜，同註 53，頁 40。

⁷¹ Agnus M. Kim, Factors associated with the suicide rates in Korea, Psychiatry Research, Vol. 284,

然而，人類之基本權利建立於對生命之絕對肯定，自殺行為雖然符合人之自主權，然因自殺乃否定生命價值之行為，其已推翻自主原則所依附之前提，因此自殺行為無法成為受肯定與鼓勵之行為。亦即雖有自主權作為基礎，此種自主權縱然無法禁止，亦不能受到肯定⁷²。

我國憲法第 15 條規定：「人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。」明文規定國家應保障人民之生存權，不過對於選擇自我終結生命的行使生存權方式的國民，由於無法藉由強迫義務人的方式實現，國家僅能道德勸說，而無法以法律迫使國民放棄行使這項消極的生存權⁷³。生命權是基本權的最高權利，雖然法律並未明確列舉生命權與自主權衝突之規範，但依據文化、習慣和大法官意見，生命權仍為優先權利，而保障生命權是基於憲法第 15 條保障生存權的規定⁷⁴，從自殺防治法第 1 條規定之立法理由亦可得知，我國係採生命價值絕對保護原則。基此，舉凡個體之生命本身、群體賴以生存之生態、環境，皆在保障之範圍內，不論直接、間接造成人民死亡之威脅因素，皆應盡力予以排除防制⁷⁵，國家對生命具有保護義務，對自殺行為應採取適當措施積極介入。

自殺行為也是一個重大公衛議題，因為羞辱和禁忌的原因，很多想自殺或自殺未遂的人，並不會尋求幫助，也因此得不到需要的幫助。換言之，提供諮詢及支持管道再多，若無法直接接觸意圖自殺群體，對於防治自殺行為幫助有限。自殺行為雖不可測，但啟動前多有跡可尋，針對高風險族群積極發現與介入是關鍵防治手段之一。除此之外，透過相關老人社會福利措施的介入，亦是防治方法之一。臺灣即將邁入超高齡社會，政府允宜正視超高齡社會之老人自殺行為防治。

2020/2, Retrieved From: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119320578>, Last Retrieved: 2025/5/8.

⁷² 許玉秀，釋字第 582 號解釋協同意見書，93 年 7 月 23 日，頁 22。

⁷³ 張永明，生存的權利與生存的義務，教育部人權教育資源網，108 年 2 月 27 日，網址：<https://hre.pro.edu.tw/article/3741>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 26 日。

⁷⁴ 陳偉熹、林綉君、林裕凱、黃琨祥、陳中和、龔嘉德，〈從病人醫療自動放棄探討生命權和自主權的衡平和實務處置〉，《臺灣醫界》，第 66 卷，第 5 期，112 年 5 月，頁 45。

⁷⁵ 李震山，《人性尊嚴與人權保障》，增訂 5 版，臺北：元照，109 年 3 月，頁 82-83。

二、重視老人群體之特殊性，建議自殺防治策略之基本原則應納入老人等不同生命週期群體

從前述問題分析可以發現，不論從年齡、生理或心理而言，老人是特殊的群體，由於存在個人生理、家庭、社會環境系統甚至社會文化層面等的系統性因素，因此訂定老人自殺預防策略更具有挑戰性。老人往往不使用心理健康服務，而是尋求一般醫生或初級保健提供者的照護；老人的心理症候群可能較輕、不明顯，表現常為身體症狀，由於合併其他疾病以及需要服用多種藥物治療，使得他們的病情變得複雜。老人可能因社會文化因素而不願談論情緒問題，也不願意表達憂鬱症和自殺意念。儘管一般醫師或初級保健提供者會接觸許多老人，但基層一般醫師往往缺乏老年護理方面的專門培訓、優化護理質量所需的心理訊息和決策支持，以及在眾多相互競爭的需求中診斷情感障礙和評估自殺風險所需的時間。

參酌韓國《自殺防治法》第 2 條規定⁷⁶：「自殺防治政策應考慮有自殺風險的個人的特殊情況，採取跨性別、年齡、階層、動機等多面向、政府跨部門全面性的預防措施（第 1 項）。訂定自殺防治政策時，應以提高社會文化意識為重點，如傳播生命倫理意識和尊重生命的文化，培養健康的心態和價值觀（第 2 項）。」透過法律明定國家應「考慮有自殺風險的個人的特殊情況，採取跨性別、年齡、階層、動機等多面向、政府跨部門全面性的預防措施」之立法政策，值得參考。

另韓國《自殺防治法》第 7 條⁷⁷明定國家每 5 年訂定一次自殺防治

⁷⁶ 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률제 2 조 : 「① 자살예방정책은 자살 위험에 노출된 개인이 처한 특수한 환경을 고려하여 성별·연령별·계층별·동기별 등 다각적이고 범정부적인 차원의 사전예방대책에 중점을 두고 수립되어야 한다. ② 자살예방정책은 생명윤리의식 및 생명존중문화의 확산, 건강한 정신과 가치관의 함양 등 사회문화적 인식개선에 중점을 두고 수립되어야 한다.」 (Article 2 : (1) In establishing suicide prevention policies, priority shall be given to multilateral preventive measures in which all governmental organs take part and which are specific for each gender, age group, social class, and category of motives, taking into consideration specific conditions of individuals who are exposed to the risk of suicide. (2) In establishing suicide prevention policies, priority shall be given to the improvement of sociocultural awareness, such as the promotion of bioethics and a culture of respect for life and the development of sound mind and values.

⁷⁷ 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률제 7 조 : 「① 국가는 자살예방정책을 효과적으로 추진하기 위하여 자살예방기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 5 년마다 수립하여야 한다. ② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. ……」.

基本計畫，第 2 項第 3 款並明定基本計畫應包含針對「兒童、青少年、中年、老年人等各生命週期的自殺防治措施」，均明確將各種生命週期之群體列示，以明確要求國家應針對不同生命週期之群體辦理自殺防治措施，亦值得參考。國內的研究也指出，需進一步瞭解導致自殺死亡率趨勢改變的因素，並著重在各人口族群中特定影響因素，以利自殺防治策略的訂定⁷⁸。

綜上，基於老人群體之特殊性，其生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動等各面向均有所不同，爰建議自殺防治策略之基本原則應納入老人等不同生命週期群體，以強調針對老人訂定自殺預防策略，並同時兼顧其他年齡層之全面性自殺防治策略。

三、強化基層醫療院所醫護人員之老人自殺識別及轉介服務

據研究指出，老人憂鬱的特色是「很少有主觀的情緒抱怨」，通常會轉化成非特異性的身體不舒服，因此到處求醫、做檢查卻找不出原因，就算接受治療，效果也不佳，常用自律神經失調來自我解釋⁷⁹。研究發現⁸⁰，55 歲以上的老人在自殺前 1 個月內，平均有 58% 與初級保健提供者有過接觸；大多數老人（77%）在自殺前 1 年與初級保健提供者有過接觸。相對於心理健康服務，只有三分之一的自殺者在死前 1 年內接觸過心理健康服務機構，而超過 75% 的人接觸過初級保健提供者。有精神健康問題的人更有可能在初級保健部門（基層或社區診所）尋求服務，而不是向精神衛生專業人員尋求服務。另 1 份以文獻回顧的研究也指出，在歐洲、澳大利亞和美國，其中約 45% 的人會在自殺

아동·청소년·청년·중년층·노인 등 생애주기별 자살예방대책……」(Article 7 (1)The State shall formulate a master plan for suicide prevention every five years to effectively promote suicide prevention policies. ……3.Suicide prevention measures for each life cycle, such as children, youth, young adults, the middle-aged, and senior citizens; ……)

⁷⁸ 張奕涵、廖士程、林倩宇、許嘉月、張書森，〈臺灣自殺死亡率趨勢之改變：連結點迴歸分析（1971-2018 年）〉，《臺灣公共衛生雜誌》，第 39 卷，第 5 期，109 年 10 月，頁 548。

⁷⁹ 丁彥伶，同註 29。

⁸⁰ Jason B. Luoma, Catherine E. Martin, Jane L. Pearson, Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry, Vol.159, No.6, 2002/6, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5072576/>, Last Retrieved: 2025/6/2.

前 1 個月內與初級保健提供者聯繫，而只有 20% 的人會在同一時期去看心理健康專家⁸¹。許多老人從初級保健提供者或其他醫療協助專業人員而不是專業心理健康專業人員那裡獲得心理健康援助⁸²。因此，老人生命週期最後階段最常接觸的是基層醫師，即使疑似有心理狀況，尋求身心科醫師診療比例並不高。

國際學者的研究發現，對基層醫生進行自殺行為識別和警覺性方面的教育可以降低自殺率，全年自殺率降低 22%-73%⁸³。美國密西根州也曾針對醫療系統實施零自殺（Zero Suicide）方案，對不論是否為精神科之病人於每次就診時均實施自殺風險評估，並歸類為 4 個風險等級給予追蹤治療計畫，甚至立即介入與轉診治療；其施行後明顯降低自殺率，也讓英國、澳洲等國部分醫療體系學習採用⁸⁴。透過基層醫療院所介入自殺防治工作可能對預防老人自殺最有效⁸⁵。

「早期識別、評估、管理與追蹤可能受自殺行為影響的人」是 WHO 提出的 4 大自殺防治關鍵措施之一⁸⁶，由於 65 歲以上老人每年平均就診次數約 26.8 次⁸⁷，65 歲至 74 歲老人超過 7 成 7（77.1%）、75 歲以上老人超過 8 成 5（85%）自述曾罹患 1 種以上的慢性病⁸⁸，顯見無論

⁸¹ Ismael Conejero, Emilie Olié, Philippe Courtet, Raffaella Calati, 同註 46, 頁 692。

⁸² U.S. Congress, H.R.4897 - To amend the Social Security Act and the Public Health Service Act to improve elderly suicide early intervention and prevention strategies, and for other purposes, 110th Congress(2007-2008), 2007/12/20, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/110th-congress/house-bill/4897/text?s=3&r=2&q=%7B%22search%22%3A%22elderly+suicide%22%7D>, Last Retrieved: 2025/5/2.

⁸³ J John Mann, Alan Apter, Jose Bertolote, Annette Beautrais, Dianne Currier, Ann Haas, Ulrich Hegerl, Jouko Lonnqvist, Kevin Malone, Andrej Marusic, Lars Mehlum, George Patton, Michael Phillips, Wolfgang Rutz, Zoltan Rihmer, Armin Schmidtke, David Shaffer, Morton Silverman, Yoshitomo Takahashi, Airi Varnik, Danuta Wasserman, Paul Yip, Herbert Hendin, Suicide prevention strategies: a systematic review, The Journal of the American Medical Association, Vol.294, 2005/10/26, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16249421/>, Last Retrieved: 2025/6/16.

⁸⁴ Greg Miller, Pathways to prevention, Science, Vol. 365, Issue 6455, 2019/8/23, Retrieved From: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.365.6455.745>, Last Retrieved: 2025/6/17.

⁸⁵ Jason B. Luoma, Catherine E. Martin, Jane L. Pearson, 同註 80。

⁸⁶ World Health Organization, Live life: an implementation guide for suicide prevention, 2021, pxi - 75.

⁸⁷ 研究者自行統計，112 年度全民健康保險門、住診（含急診）統計件數為 416,208,291 件，65 歲以上門、住診（含急診）件數為 119,704,274 件。見衛生福利部統計處，112 年度全民健康保險醫療統計年報，表 10、民國 112 年門、住診合計(包括急診)件數統計—按疾病別、性別及年齡別分，113 年 12 月 12 日，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5103-113-xCat-y112.html>，最後瀏覽日期：114 年 6 月 17 日。

⁸⁸ 衛生福利部國民健康署，《民國 112 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查報告》，114 年 2 月，頁 35。

有無自殺傾向之老人均有至醫療院所尤其是基層診所就診之需求，爰強化基層醫療院所醫護人員之老人自殺識別及轉介服務機制，是防治老人自殺行為之重要方式。英國自殺防治政策中，明定運用一般醫師(GPs)建立評估及通報網絡，利用民眾最為信任的基層和家庭醫師，藉由其轉介與評估，不僅增加自殺行為危機評估密度，更因長期建立之信任感與熟悉感，加強自殺企圖者接受服務之意願。澳洲亦大量運用一般醫師(GPs)同時搭配既有之精神醫療及急救體系，進行可近性高、具社區服務特色之自殺防治工作⁸⁹，非常值得我國學習。

四、研議中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立自殺風險及精神疾病識別、老人心理健康支持與轉介相關服務措施

WHO 認為，醫護工作者均應接受早期識別、評估、管理與追蹤的訓練，以便針對高危險群體進行自殺行為防治⁹⁰。老人之人際網絡圈通常較為狹小，基層醫療院所為其生活較常接觸之機構，若能強化其早期識別、評估、管理與追蹤功能，將可更有效防治老人自殺行為發生。

依自殺防治法第 11 條第 1 項規定：「中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。」另依自殺防治法施行細則第 13 條規定：「本法第 11 條第 1 項所定人員應自知悉有自殺行為情事後 24 小時內，依中央主管機關建置之自殺防治通報系統進行通報作業（第 1 項）。本法第 11 條第 2 項所定通報內容，包括可得知之自殺方式、自殺行為人資料、自殺原因與處置情形及通報人聯絡方式（第 2 項）。」按前揭自殺防治法相關規定，通報內容須包括可得知之自殺行為等資訊，顯係以自殺行為發生之時為適用情形。反之，排除前揭適用情形之外則該人員並無通報

⁸⁹ 陳冠伶、胡中宜，同註 53，頁 60。

⁹⁰ World Health Organization(WHO)，同註 19，頁 75。

義務或機制可資適用。通報與否是依個案自我傷害或自殺行為的事實而定，依法有自殺行為才須通報⁹¹。

以老人自殺行為防治而言，若能強化基層醫療院所醫護人員之老人自殺風險及精神疾病識別、老人心理健康支持與轉介相關服務，將更能增加老人自殺防治之功效。不過，研究發現許多初級保健提供者擔心對老人患者進行精神病診斷或轉診進行心理健康護理會給患者帶來恥辱，因此完全迴避這個問題，降低發現和治療有高自殺風險的老年人的機會；儘管基層醫生在典型的初級診療中會接診許多老年人，但他們往往缺乏老年保健方面的專業培訓，缺乏優化護理品質所需的資訊和決策支援，也缺乏診斷情感障礙和評估自殺風險所需的時間⁹²。因此，專家認為全科醫師均應該更積極參與預防老年人的自殺行為。一般基層醫師應考慮生活事件和老年人生活狀況，在癥狀嚴重且缺乏改善、功能障礙、尋求治療的行為、絕望和自殺念頭或行為的情況下，建議對複雜悲傷的發展進行介入；或遇到喪偶或喪親、社會孤立或疑似有認知困難的老人，應在問診過程中解讀老人發出的危險信號⁹³。換言之，基層醫療院所因醫護人員可以接觸許多處於自殺危險中的老人，是訂定和實施預防性干預措施的最佳場所。

依老人福利法第 1 條及第 3 條規定⁹⁴，主管機關及衛生主管機關應保障老人尊嚴與健康，並包括老人心理衛生、醫療等事項之規劃、推動與監督，爰建議研議於老人福利法明定要求中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺風險及精神疾病識別、老人心理健康

⁹¹ 社團法人臺灣自殺防治學會，〈工作要覽：第一線專業人員守門人訓練 Q&A〉，《自殺防治網通訊》，第 18 卷，第 2 期，112 年 6 月，頁 19-20。

⁹² Conwell Y., Thompson C., Suicidal behavior in elders, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol.31, No.2, 2008/6, pp333-334.

⁹³ Ismael Conejero, Emilie Olié, Philippe Courtet, Raffaella Calati，同註 46，頁 697。

⁹⁴ 老人福利法第 1 條規定：「為維護老人尊嚴與健康，延緩老人失能，安定老人生活，保障老人權益，增進老人福利，特制定本法。」；第 3 條規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府（第 1 項）。本法所定事項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理（第 2 項）。前二項主管機關及各目的事業主管機關權責劃分如下：一、主管機關：主管老人權益保障之規劃、推動及監督等事項。二、衛生主管機關：主管老人預防保健、心理衛生、醫療、復健與連續性照護之規劃、推動及監督等事項。……（第 3 項）」

支持與轉介相關服務，並加強基層醫療院所醫師及護理等工作人員的自殺識別及老人心理健康支持與轉介能力相關訓練，以維護老人生命安全權益。

五、建議將心理健康篩檢列為老人福利項目，並於老人福利法中明定為老人定期檢查項目

美國老人法 (The Older Americans Act, OAA) 2019 年修正案中，即修正第 102 條 (14) (G) 規定，將政府須提供老人疾病預防與健康促進服務中，除原有憂鬱症外另增訂自殺風險篩檢，並協調社區心理和行為健康服務，提供教育活動及轉診至精神病和心理服務機構⁹⁵。

據估計，每起自殺事件都曾引發約 20 次的自殺企圖 (suicide attempt)⁹⁶。每發生一起自殺成功的事件，就會有 8 到 40 次自殺企圖。在年輕的成年人族群中，比例可能高達 200:1。但在老人中，自殺行為為致命的比例要高得多，每一起自殺成功的事件中，每完成一次自殺，估計都曾發生 2 至 4 次自殺未遂。老人一旦有自殺意念 (suicidal ideation) 和自殺企圖，將成為老人自殺行為的危險因子，而且老人常獨居、自殺警告少，方法也更致命⁹⁷。老人自殺行為的特徵讓預防遇到更困難的挑戰，研究指出，自殺意念是自殺行為的預測因子，因此要預防老人自殺行為發生，應進行自殺意念、強度及持續時間的檢測⁹⁸。針對自殺未遂或自殺意念的預防介入措施可有效減少自殺成功率。

學者指出⁹⁹，篩檢目的是為找到具自殺風險的高危險群，針對老人心理健康篩檢的實證研究認為，雖然目前尚缺乏足夠的證據支持在基層醫療中對老年人進行全面性的自殺風險篩檢所採取的介入措施能有

⁹⁵ U.S. Congress, H.R.4334-Supporting Older Americans Act of 2020, 116th Congress(2019-2020), 2007/12/20, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/4334/text>, Last Retrieved: 2025/5/2.

⁹⁶ World Health Organization(WHO), Suicide prevention, Retrieved From: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1, Last Retrieved: 2025/6/12.

⁹⁷ Conwell Y., Thompson C., 同註 53, 頁 334.

⁹⁸ Mino Annie, Bousquet Arnaud, Broers Barbara, Substance abuse and drug-related death, suicidal ideation, and suicide: a review. Crisis, Vol.20, No.1, 1999/1, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10365504/>, Last Retrieved: 2025/6/9.

⁹⁹ 見本報告附錄有關張書森教授發言要點。

效降低其自殺風險，但在憂鬱症篩檢部分則有其效益，篩檢工具如 PHQ-9 及老年憂鬱量表在老年群體中具良好準確性，且憂鬱症已有有效的治療方法可供應用，在成人健康檢查中納入憂鬱症篩檢也有助於促進憂鬱症治療並降低精神科住院的風險。因此，透過相關心理健康篩檢找出風險族群並配合後續心理支持與轉介服務及治療措施，對自殺防治才有意義。

英國的自殺防治策略強調：「沒有心理健康不是健康」(No health without mental health)¹⁰⁰，我國現行老人福利法第 21 條第 1 項規定：「直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務。」直轄市、縣（市）主管機關依法須定期舉辦老人健康檢查服務，爰建議將心理健康篩檢列為老人福利項目，並於老人福利法明定為老人定期檢查項目，配合自殺防治法所定相關轉介心理輔導與治療措施，俾利落實執行成效。

六、明定中央衛生主管機關應發展並定期修正老人心理健康篩檢工具，提供基層醫療院所使用

依 112 年全國自殺通報統計¹⁰¹，全國自殺通報最高比例落在 25-44 歲（34.7%），其次為 15-24 歲（27.7%）、45-64 歲（20%），65 歲以上老人僅 10.4%。如同前面相關自殺研究發現，老人自殺意念較強，行動果決、計畫更周詳，致命性相對較高且自殺意圖通常不明顯，因此當老人處於自殺危機時，不但不易被發現、識別，也因其求死意圖明確，通常不會對外求助，而使得致死率更高。爰此，自殺防治專線電話及相關自殺防治協助措施對老人而言，效果可能較為有限。

學者認為，服務有情緒困擾卻不願求助醫療院所及如何發現有情緒困擾民眾為自殺防治的重點¹⁰²。老人的自殺預防必須從其他特徵和處

¹⁰⁰ 陳冠伶、胡中宜，同註 53，頁 40。

¹⁰¹ 衛生福利部心理健康司，歷年全國自殺死亡資料統計暨自殺通報統計，113 年 7 月 22 日，頁 19，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4904-8883-107.html>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 20 日。

¹⁰² 林姝伶、黃浩然，同註 48，頁 2。

理方法為基礎，許多有自殺傾向的老年人會在第一時間前往基層診所求助，這些基層醫療機構有時會篩檢病人的自殺傾向。如果能客製適用於本地的簡易版篩檢問卷，並教導診所的醫療人員如何正確使用，或許可在老人自殺率還沒有進一步惡化前對症下藥¹⁰³。

韓國《自殺防治法》第 14 條第 2 項規定¹⁰⁴：「州和地方政府必須為有自殺風險的人開發和分發心理健康篩檢工具。」爰建議參考韓國前開立法例，明定中央衛生主管機關應發展並定期修正老人心理健康篩檢工具，並提供基層醫療院所使用。

七、老人篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低，宜加強投入轉介輔導治療之資源

根據衛福部資料，2023 年提供篩檢服務計 61 萬 5956 人，轉介精神治療計 2,715 人（約 0.44%），轉介心理輔導計 1,534 人（約 0.25%）及轉介其他資源計 3,434 人（約 0.56%）¹⁰⁵。不論轉介精神治療、心理輔導或其他資源者，均不足 1%。2023 年提供篩檢服務僅占全國老人約 13.5%，與臺灣 65 歲以上的老人中約有 18.7% 的人有憂鬱症狀之調查結果¹⁰⁶相較，篩檢服務及轉介比例均有待加強。

查衛福部之策略為「現行老人憂鬱篩檢多為結合社區內活動辦理，如老人健診、門診、社區關懷活動等，後續可納入更多前端預防

¹⁰³ 何國豪，新加坡一組年長者自殺率增加 60% 需要特別關注，獅城新聞，2023/7/31，網址：<https://www.shicheng.news/zh-hant/v/Owryg#new>，最後瀏覽日期：2025/5/7。

¹⁰⁴ 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 제 14 조 : 「① 국가 및 지방자치단체는 정신건강에 이상이 생긴 것으로 인하여 자살 위험에 노출된 자에 대하여 필요한 의료적 조치가 적절히 제공될 수 있는 환경을 조성하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 자살위험자를 대상으로 한 정신건강 선별검사 도구를 개발하고 보급하여야 한다. ③ 국가 및 지방자치단체는 자살위험자의 조기 발견, 상담 및 치료를 위하여 필요한 조치를 하도록 노력하여야 한다. ④ 제 2 항에 따른 선별검사 및 제 3 항에 따른 상담·치료에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.」(Article 14 : (1)The central government and each local government shall create an environment in which appropriate medical services can be provided to persons at risk of suicide due to a mental disorder.(2)The central government and each local government shall develop and distribute tools for screening tests of mental health of persons likely to commit suicide.(3)The central government and each local government shall endeavor to take measures necessary for earlier discovery, counseling, and treatment of persons likely to commit suicide.(4)Matters necessary for screening tests under paragraph (2) and counseling and treatment under paragraph (3) shall be prescribed by Ministerial Decree of Health and Welfare.)

¹⁰⁵ 衛生福利部，同註 52，頁 42。

¹⁰⁶ 周秉萱，〈老人憂鬱症與自殺防治之關聯性〉，《亞東院訊》，第 287 期，112 年 10 月，頁 14。

心理健康宣導及增加投入資源擴大觸及率」，包括前端擴大篩檢率及後端增加轉介、治療，均應加強。學者指出¹⁰⁷，臺灣憂鬱症護理有效總體覆蓋率僅 11%，主要瓶頸是初次接觸。多數臨床憂鬱症中老年人未接受治療，原因可能是恥辱感或缺乏意識。高等教育、社會群體參與和社交休閒活動的參與與治療率的提高有關，可透過提高心理健康素養和社會支持來緩解。另外，加強憂鬱症篩檢也有助於提高初始利用率。換言之，透過自殺篩檢或憂鬱症篩檢能找出有具有自殺風險的族群，若沒有配合後續轉介與治療，對於自殺防治之意義有限。篩檢目的是為找到自殺風險的高危險群，後續的心理健康支持與轉介相關服務措施才是自殺防治的關鍵。

依自殺防治法第 6 條第 1 項規定：「各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。」及精神衛生法第 27 條第 1 項規定：「地方主管機關應針對所轄醫療機構通報及通知之病人，建立病人關懷機制，並提供主動式社區關懷、訪視及其他服務。」另依第 28 條第 1 項規定：「地方主管機關應依轄區人口數與心理衛生之需求及資源，由社區心理衛生中心辦理病人個案管理、心理衛生促進、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源開發、網絡聯結、自殺防治、精神疾病防治、災後心理重建及其他心理衛生服務事項。」針對篩檢後之轉介服務已有相關法律規定，考量老人篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低，爰建議主管機關宜加強轉介輔導治療之執行。

以行政院在新公布之全民心理健康韌性計畫推動之「高齡者心理健康支持方案」為例¹⁰⁸，其補助 65 歲以上高齡者免費心理諮商，為每年預計提供 5,000 人，每人至多 3 次、每次新臺幣 2,000 元，若以我國老人超過 453 萬人計算，則每年僅可補助 0.11% 的老人，與年輕族

¹⁰⁷ Ting-Yu Chang, Shih-Cheng Liao, Chia-Ming Chang, Chi-Shin Wu, Wei-Lieh Huang, Juey-Jen Hwang, Chih-Cheng Hsu, 同註 39，頁 4-5。

¹⁰⁸ 衛生福利部，同註 52，頁 92。

群心理健康支持方案每年補助 1% 的年輕族群，每人新臺幣 4,800 元相較，投入資源尚顯不足，宜予加強。現行老人福利法第 18 條第 5 款規定¹⁰⁹已要求主管機關應自行或結合民間資源提供心理諮商服務，爰建議主管機關應依老人福利法之規定加強老人心理健康諮詢及轉介輔導治療之服務，以強化老人自殺之防治。

伍、結論

自殺是心理問題也是社會問題，老人群體和其他生命週期之群體，在身體、心理及社會支持上均有明顯不同，基於國家積極保障人民生命權之義務，有必要針對老人族群逐漸高漲之自殺率提出相關措施加以防治，爰本報告提出自殺防治法第 3 條及老人福利法第 21 條建議修正條文，並提出以下建議，供委員問政或法案審查時參考：

- 一、自殺行為涉及生命法益的基本權利，允宜評估自殺行為應採取適當措施積極介入。
- 二、重視老人群體之特殊性，建議自殺防治策略之基本原則應納入老人等不同生命週期群體。
- 三、強化基層醫療院所醫護人員之老人自殺識別及通報。
- 四、研議中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺識別及通報相關措施。
- 五、建議將心理健康篩檢列為老人福利項目，並於老人福利法中明定為老人定期檢查項目。
- 六、明定中央衛生主管機關應發展並定期修正老人心理健康篩檢工具，並提供基層醫療院所使用。
- 七、老人篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低，宜加強投入轉介輔導治療之資源。

¹⁰⁹ 老人福利法第 18 條規定：「為提高家庭照顧老人之意願及能力，提升老人在社區生活之自主性，直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供下列社區式服務：一、保健服務。二、醫護服務。三、復健服務。四、輔具服務。五、心理諮商服務。……」

陸、條文對照表

自殺防治法第三條建議修正條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
第三條 自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自 <u>不同生命週期</u> 群體之生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。	第三條 自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。	老人群體和其他生命週期之群體，在身體、心理及社會支持上均有明顯不同，基於國家積極保障人民生命權之義務，並參酌韓國自殺防治法第二條及第七條規定，均明確考量不同群體面向自殺防治之差異，以明確要求國家應針對不同生命週期之群體辦理自殺防治措施，爰修正納入。

老人福利法第二十一條建議修正條文對照表

本報告建議條文	現行條文	說明
第二十一條 直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人健康檢查、 <u>心理健康篩檢</u> 及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務。 前項保健服務、追蹤服務、 <u>心理健康篩檢</u> 、健康檢查項目及方式之準則，由中央主管機關定之。 <u>主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺風險與精神疾病識</u>	第二十一條 直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務。 前項保健服務、追蹤服務、健康檢查項目及方式之準則，由中央主管機關定之。	一、針對自殺未遂或自殺意念的預防介入措施可有效減少自殺成功率。美國老人法（The Older Americans Act, OAA）在二〇一九年修正第一百零二條（十四）（G）規定，將政府須提供老人疾病預防與健康促進服務中，除原有憂鬱症預防外，增訂自殺風險篩檢服務，老人群體自殺防治中，早期識別、評估、管理與

<u>別、老人心理健康支持與轉介相關服務，並加強識別、支持及轉介能力之相關訓練。</u> <u>中央衛生主管機關應發展並定期檢視老人心理健康篩檢工具，提供前項醫療院所使用。</u>		追蹤為老人自殺防治重要方法，宜將心理健康篩檢服務結合老人健康檢查定期辦理，爰為第一項修正。 二、配合第一項修正，第二項明定由中央主管機關訂定結合老人健康檢查辦理心理健康篩檢之準則。 三、根據研究，老人在自殺前最常接觸的是基層醫療院所，僅有少數求助心理服務機構。鑑於對基層醫生進行自殺行為識別和警覺性方面的教育可降低自殺率，透過基層醫療院所介入自殺防治工作可能對預防老人自殺最有效，爰增訂第三項。 四、許多有自殺傾向的老年人會在第一時間前往基層診所求助，宜發展並定期檢視相關老人心理健康篩檢工具提供基層醫療機構正確使用，有助於早期識別具自殺風險之老人，爰參酌韓國自殺防治法第十四條第二項規定，要求中央主管機關發展並定期
--	--	--

		檢視老人心理健康篩檢工具，提供基層醫療院所作為老人自殺風險及精神疾病識別使用，爰增訂第四項。
--	--	--

參考文獻

一、政府出版品

1. 楊詠仁、賴德仁、黃正平，《老人心理衛生與自殺防治》，臺北：衛生福利部自殺防治中心，96 年 1 月。
2. 衛生福利部國民健康署監測研究及健康教育組，《民國 112 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查報告》，臺北：衛生福利部國民健康署，114 年 2 月。

二、書籍

中文部分

1. 李震山，《人性尊嚴與人權保障》，增訂 5 版，臺北：元照，119 年 3 月。

外文部分

1. World Health Organization(WHO), Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization, 2021/10, Retrieved From: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>, Last Retrieved: 2025/5/22.
2. World Health Organization(WHO), Live life: an implementation guide for suicide prevention, 2021/6/17, Geneva: World Health Organization, Retrieved From: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>, Last Retrieved: 2025/6/6.

三、期刊論文

中文部分

1. 社團法人臺灣自殺防治學會，〈工作要覽：第一線專業人員守門人訓練 Q&A〉，《自殺防治網通訊》，第 18 卷，第 2 期，112 年 6 月，頁 19-24。
2. 林良昇，〈發出求救訊號 卻被當成「老了愛叨念」 老人自殺率連升

- 兩年 怎接住憂鬱銀髮族？》，《今周刊》，第 1391 期，113 年 12 月 4 日，頁 52-56。
3. 林秀蓉，〈淺談老年憂鬱症與照護〉，《社團法人臺灣憂鬱症防治協會會訊》，第 23 卷，第 2 期，113 年 4 月，頁 1-3。
 4. 林姝伶、黃浩然，〈自殺防治之社會創新一以某生命線協會為例〉，《輔仁管理評論》，第 25 卷，第 1 期，107 年 1 月，頁 1-22。
 5. 周秉萱，〈老人憂鬱症與自殺防治之關聯性〉，《亞東院訊》，第 287 期，112 年 10 月，頁 14-15。
 6. 陳彥良，〈老人憂鬱與職能治療照護〉，《社團法人臺灣憂鬱症防治協會會訊》，第 23 卷，第 2 期，113 年 4 月，頁 6-8。
 7. 陳冠伶、胡中宜，〈國際自殺防治政策、人員聘任與教育訓練之探究：以英國、美國、澳洲、日本、臺灣為例〉，《本土諮商心理學學刊》，第 10 卷，第 3 期，108 年 7 月，頁 36-70。
 8. 陳映燁、呂宗學、李馨如、郭千哲、邱震寰、陳喬琪，〈臺灣與南韓方法別自殺率之比較〉，《北市醫學雜誌》，第 3 卷，第 10 期，95 年 10 月，頁 982-991。
 9. 陳偉熹、林綉君、林裕凱、黃琨祥、陳中和、龔嘉德，〈從病人醫療自動放棄探討生命權和自主權的衡平和實務處置〉，《臺灣醫界》，第 66 卷，第 5 期，112 年 5 月，頁 44-52。
 10. 張奕涵、廖士程、林倩宇、許嘉月、張書森，〈臺灣自殺死亡率趨勢之改變：連結點迴歸分析（1971-2018 年）〉，《臺灣公共衛生雜誌》，第 39 卷，第 5 期，109 年 10 月，頁 536-552。
 11. 曾光佩、游川杰、楊添圍、黃世傑，〈從老人自殺危險因子看老人自殺預防之整合性照護〉，《北市醫學雜誌》，第 16 卷，附冊，108 年 10 月，頁 120-133。
 12. 劉禮慧、鍾國彪、賴嫻竹，〈經濟合作暨發展組織國家或區域與台灣健康公平指標之文獻回顧〉，《臺灣公共衛生雜誌》，113 年 12 月，頁 537-550。
 13. 蕭雁文，〈自殺防治與生命教育掛勾？生命中不可承受之重！〉，《教育評論月刊》，第 11 卷，第 1 期，111 年 1 月，頁 87-92。

外文部分

1. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. Archives of general psychiatry, Vol.56, No.11, 1999/11, Retrieved From: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205461#google_vignette, Last Retrieved: 2025/5/28.
2. Agnus M. Kim, Factors associated with the suicide rates in Korea, Psychiatry Research, Vol. 284, 2020/2, Retrieved From: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119320578>, Last Retrieved: 2025/5/8.
3. Chen, Y. L., Wu, M. S., Wang, S. H., Lien, Y. J., Liao, S. C., Chang, C. M., Huang, W. L., Wu, C. S., & Hsu, C. C., Effectiveness of health checkup with depression screening on depression treatment and outcomes in middle-aged and older adults: a target trial emulation study. The Lancet Regional Health Western Pacific, Vol.43, 2024/2, Retrieved From: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100978>, Last Retrieved: 2025/7/25.
4. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED, Risk factors for suicide in later life, Biological Psychiatry, Vol. 52, No.3, 2002/8/1, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12182926/>, Last Retrieved: 2025/5/21.
5. Conwell Y, Thompson C., Suicidal behavior in elders, Psychiatric Clinics of North America, Vol.31, No.2, 2008/6, pp333-356, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2735830/>, Last Retrieved: 2025/6/3.
6. Greg Miller, Pathways to prevention, Science, Vol. 365, Issue 6455, 2019/8/23, Retrieved From: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.365.6455.745>, Last Retrieved: 2025/6/16.

7. Ismael Conejero, Emilie Olié, Philippe Courtet, Raffaella Calati, Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, No.13, 2018/4/20, pp691–699, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5916258/>, Last Retrieved: 2025/6/6.
8. Jason B. Luoma, Catherine E. Martin, Jane L. Pearson, Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*, Vol.159, No.6, 2002/6, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5072576/>, Last Retrieved: 2025/6/2.
9. Kathryn R. Fingar, Sarah Burd-Sharps, Tannuja D. Rozario, Two Decades of Suicide Prevention Laws: Lessons from National Leaders in Gun Safety Policy, Everytown Research & Policy, 2023/9/29, Retrieved From: <https://everytownresearch.org/two-decades-of-suicide-prevention-laws-lessons-from-national-leaders-in-gun-safety-policy/>, Last Retrieved: 2025/6/10.
10. J John Mann, Alan Apter, Jose Bertolote, Annette Beautrais, Dianne Currier, Ann Haas, Ulrich Hegerl, Jouko Lonnqvist, Kevin Malone, Andrej Marusic, Lars Mehlum, George Patton, Michael Phillips, Wolfgang Rutz, Zoltan Rihmer, Armin Schmidtke, David Shaffer, Morton Silverman, Yoshitomo Takahashi, Airi Varnik, Danuta Wasserman, Paul Yip, Herbert Hendin, Suicide prevention strategies: a systematic review, *The Journal of the American Medical Association*, Vol.294, 2005/10/26, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16249421/>, Last Retrieved: 2025/6/16.
11. Mino Annie, Bousquet Arnaud, Broers Barbara, Substance abuse and drug-related death, suicidal ideation, and suicide: a review. *Crisis*, Vol.20, No.1, 1999/1, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10365504/>, Last Retrieved:

2025/6/9.

12. O' Connor, E. A. , Perdue, L. A. , Coppola, E. L. , Henninger, M. L. , Thomas, R. G. , Gaynes, B. N. , Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force, The Journal of the American Medical Association, Vol.329, No.23, 2023/6/20, Retrieved From: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.7787>, Last Retrieved: 2025/7/25.
13. Sophia Werdin, Suicide in the Elderly – A Prevalent Phenomenon With Low Societal Awareness, International Journal of Public Health, Vol.69, 2024/2/21, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10922918/>, Last Retrieved: 2025/5/26.
14. Ting-Yu Chang, Shih-Cheng Liao, Chia-Ming Chang, Chi-Shin Wu, Wei-Lieh Huang, Juey-Jen Hwang, Chih-Cheng Hsu, Barriers to depression care among middle-aged and older adults in Taiwan's universal healthcare system, The Lancet Regional Health-Western Pacific, Vol. 26, 2022/9, Retrieved From: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266660652200116X>, Last Retrieved: 2025/5/11.
15. Jing Wu, Ying Li, Margda Waern, Suicide among Older People in Different European Welfare Regimes: Does Economic (in)Security Have Implications for Suicide Prevention? International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol.19, No.12, 2022/6/8, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9222638/>, Last Retrieved: 2025/5/27.
16. US Preventive Services Task Force, Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, The Journal of the American Medical

Association, Vol.329, No.23, Retrieved From: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.9297>, Last Retrieved: 2025/7/25.

17. Yeates Conwell, Caitlin Thompson, Suicidal behavior in elders, Psychiatric Clinics of North America, Vol.31, No.2, 2008/6, pp333-356, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2735830/>, Last Retrieved: 2025/5/29.
18. Yip PS, Chi I, Chiu H, Chi Wai K, Conwell Y, Caine E. A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol.18, No.11, 2003/11, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14618559/>, Last Retrieved: 2025/6/3.

四、網路資源

1. 社團法人自殺防治學會，長者自殺防治不可輕忽，113 年 12 月 5 日，網址：<https://www.tsos.org.tw/bulletin/cpageMore?pageId=p.7.376&cpage=p.7&blockId=376&category=all>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 8 日。
2. 張永明，生存的權利與生存的義務，教育部人權教育資源網，108 年 2 月 27 日，網址：<https://hre.pro.edu.tw/article/3741>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 26 日。
3. 張家銘，正視憂鬱症造成的社會經濟負擔，社團法人臺灣憂鬱症防治協會，網址：<https://www.depression.org.tw/knowledge/info.asp?/70.html>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 22 日。
4. 臺北市政府自殺防治中心，統計分析，113 年 6 月 17 日，網址：<https://tspc-health.gov.taipei/cp.aspx?n=6EAA7483EFA36549>，最後瀏覽日期：114 年 4 月 30 日。
5. 厚生労働省，令和 5 年版自殺対策白書，2023 年 11 月 27 日，Retrieved From: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2023.html, Last Retrieved: 2025/5/26.

6. 厚生労働省，令和 6 年中における自殺の状況，2025 年 3 月 28 日，
Retrieved From: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsu_year.html,
Last Retrieved: 2025/5/18.
7. 연합뉴스，하루 40 명 스스로 목숨 끊었다...작년 자살건수 13 년
만에 최대，2025/2/26，Retrieved From: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20250226151200530>, Last Retrieved: 2025/5/20.
8. 보건복지부，2023 년 자살사망통계 발표，2024/10/4，Retrieved
From: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1483270&act=view&，Last Retrieved: 2025/5/12.
9. 한국생명존중희망재단， 자살예방 및 생명존중문화 조성，
Retrieved From: <https://www.kfsp.or.kr/home/kor/contents.do?menuPos=41>, Last Retrieved: 2025/5/19.
10. Department of Health and Social Care in UK, Suicide prevention
strategy: action plan, 2023/9/11, Retrieved From:
<https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england-2023-to-2028/suicide-prevention-strategy-action-plan>, Last Retrieved: 2025/5/9.
11. European Commission, Deaths by suicide in the EU down by 13%
in a decade, 2024/9/9, Retrieved From: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1>, Last
Retrieved: 2025/5/13.
12. National Council on Aging, How Common is Depression in Older
Adults?, 2024/9/11, Retrieved From: <https://www.ncoa.org/article/how-common-is-depression-in-older-adults/>, Last Re
trieved: 2025/5/22.
13. National Council on Aging, Suicide and Older Adults: What You
Should Know, 2025/1/3, Retrieved From: <https://www.ncoa.org/article/suicide-and-older-adults-what-you-should-know/>, Last Retrieved: 2025/5/14.

14. Office for National Statistics in UK, Suicides in England and Wales: 2023 registrations, 2024/8/29, Retrieved From: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2023>, Last Retrieved: 2025/5/7.
15. Royal College of Psychiatrists, Depression in older adults, 2023/9, Retrieved From: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/mental-illnesses-and-mental-health-problems/depression-in-older-adults>, Last Retrieved: 2025/5/20.
16. U.S. Centers For Disease Control And Prevention (CDC), Suicide Data and Statistics, 2025/3/26, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/data.html>, Last Retrieved: 2025/5/12.
17. U.S. Centers For Disease Control And Prevention (CDC), Depression and Aging, 2024/9/3, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/depression-aging.html>, Last Retrieved: 2025/5/20.
18. U.S. Centers For Disease Control And Prevention (CDC), The National Strategy for Suicide Prevention, 2024/9/24, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/suicide/resources/nssp.html>, Last Retrieved: 2025/5/15.
19. U.S. Centers For Disease Control And Prevention (CDC), Suicide Prevention Resource for Action, 2024/6/4, Retrieved From: <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>, Last Retrieved: 2025/5/21.
20. U.S. Congress, HR9577– STOP Suicide Act, 118th Congress (2023–2024), 2024/9/12, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/118th-congress/house-bill/9577/text>, Last Retrieved: 2025/5/27.
21. World Health Organization (WHO), Suicide, 2025/3/25,

Retrieved From: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets / detail/suicide](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide), Last Retrieved: 2025/5/6.

22. World Health Organization(WHO), The Global Health Observatory: Explore a world of health data, Retrieved From: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population)), Last Retrieved: 2025/5/16.

23. World Health Organization(WHO), Depressive disorder (depression), 2023/3/31, Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Last Retrieved: 2025/5/29.

24. World Health Organization(WHO), Mental health of older adults, 2023/10/20, Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>, Last Retrieved: 2025/5/20.

附錄：「超高齡社會老人自殺行為防治與心理健康促進相關問題探討」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形

時間：114 年 7 月 25 日（星期五）上午 10 時

地點：立法院法制局 305 會議室

主席：呂組長文玲

紀錄：蔡琮浩

參加人員：

一、學者專家

國立臺灣大學健康行為與社區科學研究所 張教授書森

二、衛生福利部

心理健康司 科長 王芃宣

研究員 王君緯

社會及家庭署 科長 許庭芸

三、本局出席人員

李研究員郁強

傅副研究員朝文

李副研究員志遠

發言要點：

國立臺灣大學健康行為與社區科學研究所張教授書森：

一、臺灣自殺率隨年齡增加而升高，65 歲以上族群仍是我國自殺率最高的族群，雖然自殺原因多元，從法制面去改善老人所處的社會環境進而防治自殺有實證支持，亦有其重要性。以往自殺防治多從疾病治療與預防著手，但近年發現社會與環境支持也是自殺防治的重要策略之一。

二、關於報告所提篩檢部分，篩檢目的是為找到自殺風險的高危險

群，針對老人心理健康篩檢的實證研究，說明如下：

（一）自殺風險篩檢

1. 目前尚缺乏足夠的證據支持在基層醫療中對老年人進行全面性的自殺風險篩檢。美國預防服務工作小組（USPSTF）指出，尚無明確證據顯示在基層醫療中進行自殺風險篩檢能改善老年人的健康結果，也缺乏直接證據證明針對篩檢後個案所採取的介入措施能有效降低其自殺風險¹¹⁰。
2. 對接受初級保健的老年人進行普遍性自殺風險篩檢，可能帶來若干潛在危害，包括：假陽性結果導致不必要的轉診與介入、加重污名化與個人焦慮，並可能造成有限醫療資源的非必要耗用¹¹¹。

（二）憂鬱症篩檢：

1. 目前已有證據支持對接受基層醫療的老年人進行普遍性的憂鬱症篩檢，但與年輕族群相比，相關益處的證據仍較為不足¹¹²。
2. 篩檢工具如 PHQ-9 及老年憂鬱量表在老年人中具良好準確性，且憂鬱症已有有效的治療方法可供應用¹¹³。
3. 不過，相關指引機構如美國預防服務工作小組強調，僅當有完善系統可提供後續診斷與治療時，才建議實施篩檢，因為篩檢可能導致假陽性結果與不必要的治療。
4. 相較之下，加拿大預防保健工作小組則不建議對無症狀成年人進行常規憂鬱症篩檢，理由包括缺乏直接證據支持其益處，並擔憂可能造成標籤化、羞辱感以及資源的不當使用¹¹⁴。

（三）臺灣相關研究：

1. 成人健康檢查中納入憂鬱症篩檢有助於促進憂鬱症治療並降低

¹¹⁰ O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N., Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force, The Journal of the American Medical Association, Vol.329, No.23, 2023/6/20, Retrieved From: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.7787>, Last Retrieved: 2025/7/25.

¹¹¹ US Preventive Services Task Force, Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, The Journal of the American Medical Association, Vol.329, No.23, Retrieved From: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.9297>, Last Retrieved: 2025/7/25.

¹¹² O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N., 同註 110。

¹¹³ US Preventive Services Task Force, 同註 111。

¹¹⁴ O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N., 同註 110。

精神科住院的風險；然而，對自殺率未見明顯影響。有參加成人健檢併憂鬱症篩檢的人，增加 60% 接受憂鬱症治療的機會，住進精神科病房的風險降低 7%，然而，未發現憂鬱症篩檢與自殺之間統計學上的顯著關聯，甚至剛篩檢完的前 90 天，其自殺風險有輕微的升高。同時，儘管進行了篩檢，憂鬱症的治療率仍偏低，因此需進一步強化轉介與治療的連結與成效¹¹⁵。

2. 國家衛生研究院另一篇關於臺灣憂鬱症治療瓶頸之研究指出，高達 87% 中高齡有憂鬱症狀的患者覺得就醫便利，卻只有 27% 的患者尋求醫師治療，最終僅 11% 的患者得到有效的治療，顯示臺灣中高齡憂鬱症就醫率偏低的狀況¹¹⁶。顯見在憂鬱症治療上，最大的瓶頸在憂鬱症患者未尋求治療。未尋求治療的原因，可能來自於對憂鬱症認知不足、不清楚憂鬱症是需要治療的、或是擔心汙名化。儘管臺灣屬於高收入國家，但中高齡憂鬱症就醫率仍然低於歐、美、日本等高收入國家，其就醫率皆超過 4 成。

三、結論：

- (一) 從上面的研究發現，自殺篩檢僅能找出有自殺風險的族群，若沒有配合後續轉介與治療，對於自殺防治之意義有限。透過自殺篩檢降低自殺率，目前並無明確的實證支持。因此，若僅針對自殺防治而進行自殺篩檢，似無明確效益。然而，篩檢憂鬱症則可能有效益。
- (二) 有關自殺防治法之修正建議條文，同意本報告於條文內凸顯不同生命週期群體之建議條文。
- (三) 另關於自殺防治法尚有一點修法建議，目前自殺防治法整體法制雖尚稱完備，惟對於防治經費不足部分似仍可加強，建議可參考如癌症防治法等法律指明經費來源或設置相關基金支持，以確保足夠的資源投入。

¹¹⁵ Chen, Y. L., Wu, M. S., Wang, S. H., Lien, Y. J., Liao, S. C., Chang, C. M., Huang, W. L., Wu, C. S., & Hsu, C. C., Effectiveness of health checkup with depression screening on depression treatment and outcomes in middle-aged and older adults: a target trial emulation study. *The Lancet Regional Health Western Pacific*, Vol.43, 2024/2, Retrieved From: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100978>, Last Retrieved: 2025/7/25.

¹¹⁶ Ting-Yu Chang, Shih-Cheng Liao, Chia-Ming Chang, Chi-Shin Wu, Wei-Lieh Huang, Juey-Jen Hwang, Chih-Cheng Hsu, 同註 39，頁 4-5。

- (四) 本報告係將老人福利法第 21 條第 1 項納入包括憂鬱症篩檢在內的心理健康篩檢，從法制上彰顯心理健康篩檢之意義與重要性，就此而言，所提建議可表支持。
- (五) 有關老人福利法第 21 條第 3 項：「中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺識別及通報相關措施，並加強相關人員自殺識別及老人心理健康支持能力相關訓練。」建議修正為「中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺風險及精神疾病識別、老人心理健康支持與轉介相關服務，以及識別、支持與轉介能力之相關訓練。」

參採情形：

- 一、第一點意見，係認同從法制去改善老人所處的社會環境進而防治自殺有實證支持，亦有其重要性，相關意見錄供參考。
- 二、第二點意見，將老人健康篩檢分成自殺篩檢及憂鬱症篩檢，並以近年相關實證研究說明，所提內容業已參採並彙整於報告內文。
- 三、第三點意見：
- (一) 有關實證研究支持較具效益之憂鬱症篩檢部分，業將相關觀點納入前揭報告內文。另對於建議應加強自殺篩檢後之轉介與治療部分，業於「肆、問題檢討與建議七、老人篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低，宜加強投入轉介輔導治療之資源」內加強相關觀點之說明。
- (二) 有關同意本報告自殺防治法第 3 條條文及老人福利法第 21 條第 1 項條文之修正建議，錄供參考。
- (三) 關於自殺防治法防治經費不足，建議參考如癌症防治法等法律指明經費來源或設置相關基金支持，以確保足夠的資源投入之建議，相關意見錄供參考。
- (四) 第四點，係同意將老人福利法第 21 條第 1 項納入包括憂鬱症篩檢在內的心理健康篩檢，俾從法制上彰顯心理健康篩檢之意義與重要性，相關意見錄供參考。
- (五) 第五點，業已參採修正。

衛生福利部心理健康司王科長芄宣：

- 一、本部係依自殺防治法之立法意旨及其法定事項，對全體人民於自殺行為發生前之預防、發生時之危機處理及發生後之處置，均投入國家預算及以自殺防治策略實施之，以達我國憲法保障人民生存權之意旨。
- 二、查自殺防治法第 3 條規定略以，自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。依本條文義解釋，所列各「影響因素」及「面向」洵屬例示，非以法律明文事由為限。次查本部依自殺防治法第 9 條規定，前於 113 年 10 月 22 日報經行政院核定實施「自殺防治綱領」，其中已載明全面性策略包含「推動分齡分眾心理健康促進方案」、選擇性策略包含「發展高風險族群（如青少年、老年人或特定職業群體等）介入方案或措施」、指標性策略包含「落實自殺企圖個案通報及轉介，減少重覆自殺自傷行為」等措施。爰是否將「不同生命週期群體」等以年齡面向或其他特殊群體對象作為自殺防治策略或措施，納入自殺防治法第 3 條宣示，宜請再酌。
- 三、有關本報告建議研議強化基層醫療院所醫護人員及主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺識別及通報相關措施部分，本部係依自殺防治法第 9 條第 2 項第 7 款規定，持續推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。本部已於「二年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」之第 1 年住院醫師「社區醫學」訓練內，將「社區精神醫學、精神醫療體系與相關法令」及「憂鬱症與自殺防治」納為必修，並持續委託全國自殺防治中心，與各醫療機構合作開辦上開憂鬱症與自殺防治課程，使基層醫師識別憂鬱症、進行自殺評估及防治方法。另本部亦委請全國自殺防治中心，持續辦理「第一線人員之自殺防治守門人訓練課程」，並設有數位學習資源「珍愛生命數位學習網」，針對各醫療院所、醫事機構、長期照顧、社會工作等易於服務情境接觸是類老年群體之人員，強化渠等識別憂鬱症、進行自殺評估之能力，並於發現

服務對象有自殺企圖後依法進行通報作業及予適當資源轉介。
爰現行自殺防治法已定執掌，且實務推動尚無窒礙難行之處，是否於老人福利法第 21 條重複規範相關作業，宜請再酌。

四、本部為即早預防老年憂鬱症並提供必要協助，持續透過「整合性心理健康工作計畫」，督請 22 縣市衛生局於社區宣導、社區醫療巡迴講座、醫療成人健檢、衛生所慢性病門診及自殺防治守門人推廣活動等場合，並視需求結合在地村（里）長及里幹事，進行憂鬱篩檢及宣導，並針對高風險族群之需求進行醫療及心理諮商轉介。又本部國民健康署「成人預防保健方案」服務對象包含 65 歲以上老人，憂鬱檢測為其服務項目之一。現行機制與所提立法意旨並無二致，且實務推動尚無窒礙難行之處，是否於老人福利法第 21 條增訂心理健康篩檢，宜請再酌。

五、有關本報告建議明定中央衛生主管機關應發展並定期修正老人心理健康篩檢工具，提供基層醫療院所使用部分，查我國臨床實務領域已有大量研究，針對全年齡人口發展具實證基礎、適用不同服務對象及施測情境之多元化心理健康篩檢工具，如簡式健康量表(BSRS-5)、病人健康問卷(PHQ-9)、老年憂鬱症量表(GDS-15)及中文版悲傷人量表(CSPS)等，並已將簡式健康量表納入本部自殺防治通報作業流程，供醫師及醫事人員據以評估老年病患之心理照護相關需求，且實務推動尚無窒礙難行之處，是否於老人福利法第 21 條明定中央衛生主管機關應發展並定期修正老人心理健康篩檢工具，宜請再酌。

六、有關本報告所提老人篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低，宜加強投入轉介輔導治療之資源部分，篩檢後轉介心理輔導與治療比例偏低情形，除常見之汙名化因素外，尚繫於個案接受心理輔導、心理諮商(治療)服務之真實意願、得否定期至機構接受諮商(治療)服務之可近性因素等情。本部將依老人心理健康之多元需求及風險因素（包含身體機能老化、生理及精神疾病、人際關係變化、性格及習慣因素、重大壓力事件等），配合臨床實務及社區照護情境，依相關法規協助各主管機關針對所管場域（如社

區關懷據點、長照巷弄站、長青服務中心、長期照護中心、日間照顧中心、社區大學等單位）並結合民間單位，推動在地多元化之心理健康促進活動或方案，強化老人自殺防治策略及措施，俾於自殺防治綜效。

參採情形：

- 一、第一點意見，有關衛福部政策及法定執掌說明，錄供參考。
- 二、第二點意見，本報告經探討研析發現，老人由於存在個人生理、家庭、社會環境系統甚至社會文化層面等的系統性因素，年齡、生理或心理均有其特殊性，且老人群體之年齡落差大、不願討論情緒問題也不喜歡使用心理健康服務，加上身體疾病共病因素，更添複雜性。基於老人群體之特殊性，其生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動等各面向均有所不同，參酌韓國自殺防治法第 2 條及第 7 條規定，均明確考量不同年齡面向自殺防治之差異，爰建議自殺防治策略之基本原則應納入老人等不同生命週期群體，以強調針對老人訂定自殺預防策略，並同時兼顧其他年齡層之全面性自殺防治策略。爰維持本報告建議。
- 三、第三點意見，依現行自殺防治法第 11 條第 1 項規定，通報內容須包括可得知之自殺行為等資訊，顯係以自殺行為發生之時為適用情形。反之，排除前揭適用情形之外，則該人員並無通報義務或機制可資適用。通報與否是依個案自我傷害或自殺行為的事實而定，依法有自殺行為才須通報。老人之人際網絡圈通常較為狹小，基層醫療院所為其生活較常接觸之機構，若能強化其早期識別、評估、管理與追蹤功能，將可更有效防治老人自殺行為發生。研究也發現，老人生命週期最後階段最常接觸的是基層醫師，對基層醫生進行自殺行為識別和警覺性方面的教育可以降低自殺率，透過基層醫療院所介入自殺防治工作可能對預防老人自殺最有效，爰強化基層醫療院所醫護人員之老人自殺識別及通報機制，是防治老人自殺行為之重要目的。爰維持本報告建議。
- 四、第四點意見，本報告研析發現，2023 年提供篩檢服務僅占全國

老人約 13.5%，與臺灣 65 歲以上的老人中約有 18.7% 的人有憂鬱症狀之調查結果相較，篩檢服務及轉介比例均有待加強。不論轉介精神治療、心理輔導或其他資源者，均不足 1%，爰現行針對老人憂鬱症篩檢之服務尚有不足情形，有待加強。參酌美國老人法規定，將政府須提供老人疾病預防與健康促進服務中，除原有憂鬱症預防外，並增訂自殺風險篩檢服務，爰將包括憂鬱症篩檢在內之心理健康篩檢服務結合老人健康檢查定期辦理，以早期識別、評估、管理與追蹤加強老人自殺防治有其必要，亦為從老人福利法法制面向加強老人自殺防治之目的。爰維持本報告建議。

五、第五點意見，服務有情緒困擾卻不願求助醫療院所及如何發現有情緒困擾民眾為自殺防治的重點。老人的自殺預防必須從其他特徵和處理方法為基礎，許多有自殺傾向的老年人會在第一時間前往基層診所求助，宜發展老人相關心理健康篩檢工具並提供基層醫療機構正確使用，有助於早期識別具自殺風險之老人。查現行雖有許多心理健康篩檢工具，惟針對老人群體之特殊性，仍有必要發展針對老人群體之自殺風險及精神疾病識別工具，並提供基層醫療院所使用。爰為強化中央衛生主管機關之職責，參酌韓國自殺防治法規定，要求中央主管機關發展老人心理健康篩檢工具，提供基層醫療院所作為老人自殺防治使用。另依主管機關說明，現行已有相關針對全年齡人口發展具實證基礎、適用不同服務對象及施測情境之多元化心理健康篩檢工具，爰配合將老人福利法中「定期修正」文字調整為「定期檢視」，以符實際適用情形。爰維持本報告建議。

六、第六點意見，所提有關檢後轉介心理輔導與治療比例偏低情形及現行強化老人自殺防治策略及措施，錄供參考。

李研究員郁強：

一、本報告初稿第 1 頁提到瓊瑤自殺之事，因當時媒體報導她的遺書〈當雪花飄落〉提到她「『翩然』的去了」感覺滿浪漫的，恐怕

對於社會有不良影響。而 WHO「快速參考指南：負責的自殺報導」(Quick reference guide: responsible reporting on suicid)對於報導該做與不該做的事項有所列舉，其中不該做的包括「不要使用煽情、浪漫化或將自殺視為正常的語言或內容，也不要將自殺當作解決問題的可行方案呈現」。爰建議自殺防治法第 16 條增訂第 4 款「浪漫或美化自殺之文字或影像」。

- 二、本報告初稿第 37 頁，建議老人福利法第 21 條增訂第 3 項規定：「中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺識別及通報相關措施，並加強相關人員自殺識別及老人心理健康支持能力相關訓練。」鑑於自殺防治法第 11 條第 1 項已規定：「中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。」通報責任者更多，似修正自殺防治法更為妥適，以免建立多套通報系統。爰建議本報告建議條文老人福利法第 21 條第 3 項刪除「及通報」等文字。

參採情形：

- 一、第一點意見，有關自殺事件的媒體報導原則，自殺防治法第 16 條規定：「宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載下列事項：一、教導自殺方法或教唆、誘使、煽惑民眾自殺之訊息。二、詳細描述自殺個案之自殺方法及原因。三、誘導自殺之文字、聲音、圖片或影像資料。四、毒性物質或其他致命性自殺工具之銷售情報。五、其他經中央主管機關認定足以助長自殺之情形。」爰建議本條增訂第 4 款「浪漫或美化自殺之文字或影像」，敬表尊重。惟本報告主要係從老人福利角度提出老人自殺防治之相關問題探討，並未觸及自殺事件的媒體報導原則，相關意見錄供參考。
- 二、第二點意見，所提有關建議避免建立多套通報系統部分，業已參

採張教授書森意見修正條文後，已無通報部分。爰錄供參考。

傳副研究員朝文：

- 一、本報告有關自殺防治法第 3 條建議修正條文增訂「自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自不同生命週期群體之生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。」部分，按韓國《自殺防治法》第 7 條第 2 項第 3 款明定基本計畫應包含針對「兒童、青少年、中年、老年人等各生命週期的自殺防治措施」，可見所謂生命週期係按年齡層予以劃分，為求明確，建議將「不同生命週期群體」修改為「不同年齡層群體」。
- 二、本報告有關老人福利法第 21 條第 1 項建議修正條文增訂「直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人健康檢查、心理健康篩檢及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務。」部分，按條文中之老人健康檢查可涵括身體及心理健康檢查，宜將心理健康篩檢納入規範，無須另行增訂，建議將第 1 項修改為「直轄市、縣（市）主管機關應定期舉辦老人身心健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務。」另同條第 2 項心理健康篩檢文字亦可配合刪除。
- 三、本報告有關老人福利法第 21 條第 3 項建議修正條文「中央及地方主管機關應結合基層醫療院所建立老人自殺識別及通報相關措施，並加強相關人員自殺識別及老人心理健康支持能力相關訓練。」部分，按法律條文通常以直轄市、縣（市）主管機關等文字表述地方主管機關，且中央及地方主管機關應如何分工係屬內部事項，無須將兩者並列，建議將「中央及地方」文字刪除。

參採情形：

- 一、第一點意見，有關自殺防治法第 3 條將「不同生命週期群體」修正為「不同年齡層群體」之建議，本報告研析發現，不論從年齡、生理或心理而言，由於存在個人生理、家庭、社會環境系統甚至社會文化層面等的系統性因素，因此應將老人界定為特殊的群

體。另研究也指出，需進一步瞭解導致自殺死亡率趨勢改變的因素，並著重在各人口族群中特定影響因素，以利自殺防治策略的訂定。爰此，鑑於各生命週期群體如兒童、青少年、中年、壯年、中壯年、老年等群體，其生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動等各面向均有所不同，如單純以年齡區分之，恐因明確之年齡區分反致有所限制，不利於更全面之自殺防治策略的訂定，爰建議參酌韓國自殺防治法第 2 條及第 7 條規定，以「不同生命週期群體」為建議修正條文內容，惟為避免誤解，業已修正自殺防治法第 3 條建議修正條文對照表之說明。

二、第二點意見，有關將「心理健康篩檢服務」併為「身心健康檢查」部分，本報告研析指出，針對自殺未遂或自殺意念的預防介入措施可有效減少自殺成功率，參酌美國老人法 2019 年修正第 102 條 (14) (G) 規定，政府須提供老人疾病預防與健康促進服務除原有憂鬱症預防外，尚增訂自殺風險篩檢服務，爰本報告建議之「心理健康篩檢服務」除現有健康檢查之憂鬱症篩檢外，亦建議針對自殺高風險族群增加自殺風險識別篩檢服務，鑑於老人群體自殺防治中，早期識別、評估、管理與追蹤為老人自殺防治重要方法，宜將心理健康篩檢服務結合老人健康檢查定期辦理，若僅修正為身心健康檢查，恐與現階段之老人健康檢查重複，無法凸顯重視老人心理健康篩檢與心理健康促進之立法目的，爰建議維持原建議之條文文字，以凸顯將心理健康篩檢列為老人福利項目之目的。

三、第三點意見，業已參採修正。

李副研究員志遠：

一、本報告提到（初稿第 9 頁），老年人較容易經歷與自殺相關的生活事件，如身體疾病和功能障礙、喪親、獨居和社會脫節，而產生自殺的企圖或行為。其中有一半原因皆屬於心理層面因素，觀照社會支持系統與長者孤立問題，爰建議補充探討爭取更多社會支持與資源，如志工陪伴、社區關懷據點、數位素養培訓等，積

極對抗老人孤立與社會脫節，從社會面減少心理壓力與自殺風險¹¹⁷。

二、建議可善用 AI 科技技術¹¹⁸，推動「智慧陪伴」、「科技篩檢工具」與「自殺預警通報」等機制，納入長期照顧與社區心理健康政策體系，並串聯照服員、志工與社政人員，建構科技與人力互補的高齡關懷服務網絡，提升孤獨長者日常互動密度與高風險個案即時介入能力。

三、本報告初稿第 2 頁，倒數第 4 行後段，誤植「指標」二字。

參採情形：

一、第一點意見，所提觀照社會支持系統與長者孤立問題，並補充探討爭取更多社會支持與資源，從社會面減少心理壓力與自殺風險之建議，本報告已於「貳、問題研析二、老人自殺原因（三）社會福利政策與經濟支持因素影響」中加以探討說明。囿於篇幅及為免探討重點失焦，相關意見錄供參考。

二、第二點意見，有關可善用科技納入長期照顧體系等建議，相關意見錄供參考。

三、第三點意見，業已參採修正。

¹¹⁷ 可參考本局〈日韓孤獨死相關法制之簡介〉議題研析，詳盡介紹日本孤獨與孤立對策促進法、韓國孤獨死亡預防及管理法，我國如能運用現有長照體系的社區關懷據點、鄰里長通報系統，復以完備各種相關法律及建立之電子資料檔案，以有效整合處理孤獨者相關議題。李郁強，〈日韓孤獨死相關法制之簡介〉，立法院法制局，2025 年 3 月，頁 7。

¹¹⁸ 這些發展中的人工智慧將有更多應用在自殺防治的相關領域中，期待未來能結合 AI 與人腦，帶來更有效益的自殺防治成果。黃敏偉，〈人工智慧（AI）是否可幫助自殺防治？〉，《自殺防治網通訊》，第 15 期，第 1 卷，2020 年 3 月，頁 2。