



統計應用分析報告

臺北市自殺統計概述

臺北市政府衛生局統計室

周怡芳、沈中柱

102年4月

摘要

自殺是一種偏差社會的行為，其形成相當複雜包含人類生理、心理、家庭、社會關係及精神等多重因素。

有自殺企圖者未必會自殺死亡。由臺北市自殺相關數據顯示，具自殺行為之自殺企圖者，女性多於男性，年齡主要集中在 20 至 29 歲，採用的自殺方式多以服用固體或液體物質自殺。自殺死亡者則男性多於女性，年齡主要集中在中壯年組，其自殺方式則以利用懸吊、絞勒及閉息方式最多。一般女生雖較容易有自殺的意圖，但男性一旦出現自殺想法，往往死意堅決，且較不願對外尋求協助，故特別需要家人多加關心及體諒。另年紀輕者較容易有自殺衝動，但中壯年自殺死亡者較多，且呈現年紀越長自殺死亡率越高。

由區域性資料發現，近十年(民國 91 年至 100 年)臺北市 12 行政區自殺標準化死亡率，以萬華區數據相較其他區嚴重，十年間有 8 年死亡率最高，而大安區及松山區十年間有 7 年死亡率為最低與次低。若以全國各縣市比較，則以基隆市十年間有 6 年自殺標準化死亡率高達 20 人以上，最為嚴重，最低縣市為金門縣，而臺北市近三年則下降至前 3 低。

預防勝於治療，臺北市在自殺防治上採用預防醫學公共衛生三段概念，係「全面性」、「選擇性」及「指標性」等 3 個面向，使得臺北市已從自殺高盛行率區域，降至為中盛行率區域，具體的成效亦可由就近四年的資料顯示，自殺死亡人數逐年下降，由民國 97 年 370 人，降至 100 年 306 人，已連續 4 年排除於十大主要死因之外，且逐年下降，顯示在自殺防治工作積極推動下，已略見成果。

目 次

壹、前言	1
貳、自殺死亡分析	1
一、死亡率及死亡人數變動.....	1
二、死亡年齡結構	4
三、死亡方式區別	9
四、死亡月份分布	12
參、區域性比較	14
一、臺北市各行政區比較.....	14
二、國內縣市比較	16
肆、自殺防治	19
一、政府及民間機構	19
二、自殺通報.....	22
三、自殺原因	25
四、防治成效.....	27
伍、結語	28
陸、參考資料	30

臺北市自殺統計概述

壹、前言

自殺，不論是對家庭還是社會，都是重大的衝擊與嚴肅的議題，然而有自殺意圖的人，往往未將自殺視為問題，反而企圖以其做為解決所有問題的方式。

造成自殺原因多重複雜，可能來自經濟、學業、工作、家庭、婚姻感情、健康等等，在不同階段有不同的煩惱，有時不單是現實環境困擾，更是心理層面的情緒失控，負面思想產生，容易自我封閉陷入死胡同，尋求社會支援，或許無法全面解決現實問題，但適時關懷找到情緒抒發的出口，可減少悲劇的產生。

預防勝於治療，預防首重了解，本文係依據臺北市死亡者之基本資料進行分析，惟因國內死因統計過去係採用國際疾病傷害及死因分類標準第 9 版(ICD-9)進行分類，至民國 97 年起改採第 10 版(ICD-10)，故本文有部分章節受限分類變動，僅以 97 年至 100 年之 4 年資料呈現，其餘部分則主要以近十年(91 年至 100 年)資料分析，希藉由觀察死亡者特性，找出高危險群，以供政府訂定自殺預防政策之參用，俾利分析不同群體之需求，給予不一樣的防治方向。

貳、自殺死亡分析

一、死亡率及死亡人數變動

由歷年(民國 81 年至 100 年)臺北市死亡者資料發現，自殺死亡人數自 84 年跨越 200 人後，呈逐年漸增趨勢，91 年超過 300 人，到了 94 年更突破 400 人大關，高達 467 人，創歷史新高，所幸後續反轉走跌，惟至 100 年仍有 306 人自殺身亡。(詳圖 1、表 1)

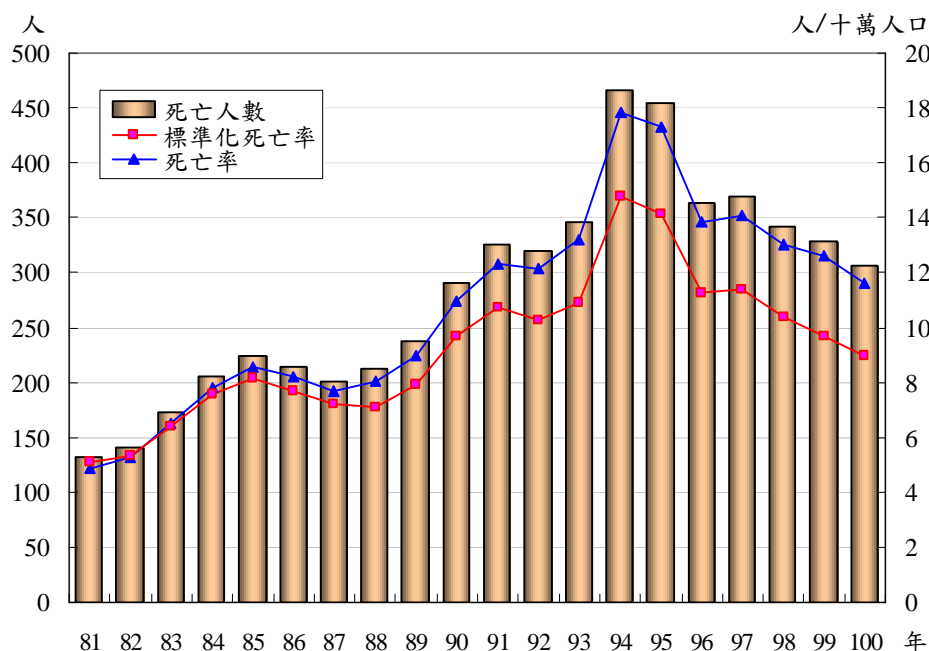
從臺北市自殺死亡人數變動情形觀察，若以增減幅度來看，增加部分以民國 94 年 34.97%最劇，83 年 22.70%次之；反之，以 81

年減少 27.07% 最多，96 年減少 19.82% 居次。若就增減數觀察，增加部分以 94 年 121 人及 90 年 53 人分占 1、2 名；反之，則以 96 年減 90 人居冠，81 年減少 49 人次之。(詳圖 1、表 1)

再就臺北市自殺死亡率¹探討，每十萬人口死亡率於民國 90 年達 10.98 人後，至今均在 10 人以上，惟自 94 年後約呈逐年下跌態勢。若剔除人口結構因素觀察，標準化死亡率²在 91 年至 98 年間，每年每十萬人口中仍有超過 10 人係因自殺身亡，至 99 年起則降至 10 人之下。

另民國 100 年臺北市市民自殺死亡者共 306 人，創近十年(91 年至 100 年)死亡人數的新低，其每十萬人死亡率為 11.61 人亦係近十年低點，另標準化死亡率則為近十一年來最低的一年。(詳圖 1、表 1)

圖 1 臺北市歷年自殺死亡人數及死亡率



資料來源：臺北市政府衛生局。

¹ 自殺死亡率：平均每十萬人口數中自殺死亡人數，即(自殺死亡數÷期中人口數)×100,000。

² 標準化死亡率：標準化死亡率是將兩國或兩地不同性別、年齡、城鄉、所得、職業、婚姻、種族等項組合，化成為同一的基礎，用以剔除其人口在組合上之差異，俾可受到純正而客觀的比較。此處所用的標準化死亡率是指去除年齡組成影響、以 2000 年 W.H.O. 世界標準人口為基準的死亡率，即各年齡別死亡率乘以標準化人口的比率之總和。

表 1 臺北市自殺死亡概況

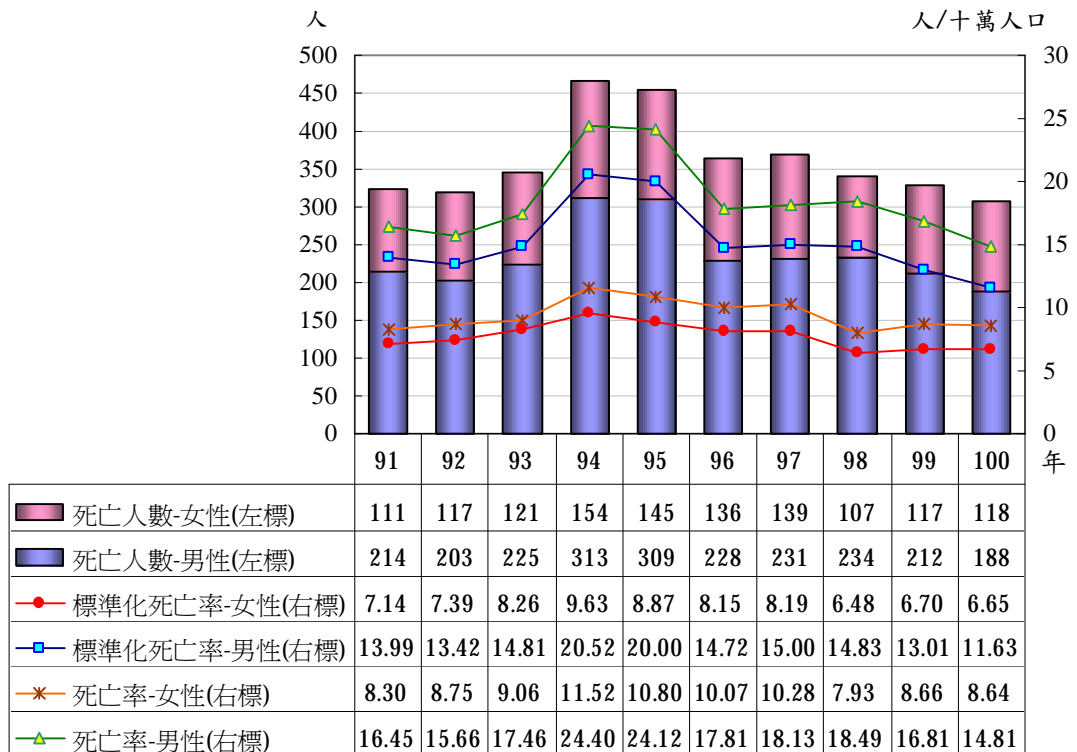
年別	死亡人數 (人)		死亡率 (人/十萬人口)		標準化死亡率 (人/十萬人口)	
		增減率(%)		增減數		增減數
81年	132	-27.07	4.88	-1.78	5.13	-1.57
82年	141	6.82	5.27	0.40	5.35	0.22
83年	173	22.70	6.52	1.25	6.39	1.04
84年	206	19.08	7.79	1.27	7.56	1.17
85年	224	8.74	8.55	0.76	8.14	0.58
86年	214	-4.46	8.22	-0.33	7.65	-0.48
87年	201	-6.07	7.67	-0.55	7.20	-0.45
88年	212	5.47	8.03	0.35	7.12	-0.08
89年	237	11.79	8.96	0.94	7.94	0.82
90年	290	22.36	10.98	2.02	9.70	1.76
91年	325	12.07	12.32	1.34	10.72	1.02
92年	320	-1.54	12.15	-0.17	10.29	-0.43
93年	346	8.13	13.18	1.04	10.93	0.64
94年	467	34.97	17.83	4.65	14.79	3.86
95年	454	-2.78	17.30	-0.53	14.12	-0.66
96年	364	-19.82	13.84	-3.46	11.27	-2.86
97年	370	1.65	14.09	0.25	11.40	0.13
98年	341	-7.84	13.04	-1.05	10.39	-1.00
99年	329	-3.52	12.59	-0.45	9.67	-0.72
100年	306	-6.99	11.61	-0.98	8.98	-0.69

資料來源：臺北市政府衛生局。

從上述臺北市自殺死亡人數長期變動情形來看，大致可分為前後 2 個階段，約以民國 90 年為分野，其中前半段(81 年至 90 年)自殺死亡人數在 300 人以內，而後半段(91 年至 100 年)自殺死亡人數在 300 人以上，且波段變動幅度較大，故後續將以後半段(即近十年)的資料再加以分析探討其中的變化。

從近十年資料觀察，得知臺北市男性自殺死亡人數遠高於女性，且約為女性的兩倍。另民國 100 年女性死亡人數及死亡率均較 91 年增加，但男性無論在死亡人數、死亡率及標準化死亡率均較十年前下降，且男性標準化死亡率已連續三年逐年遞減。(詳圖 2)

圖 2 臺北市兩性自殺死亡人數及死亡率



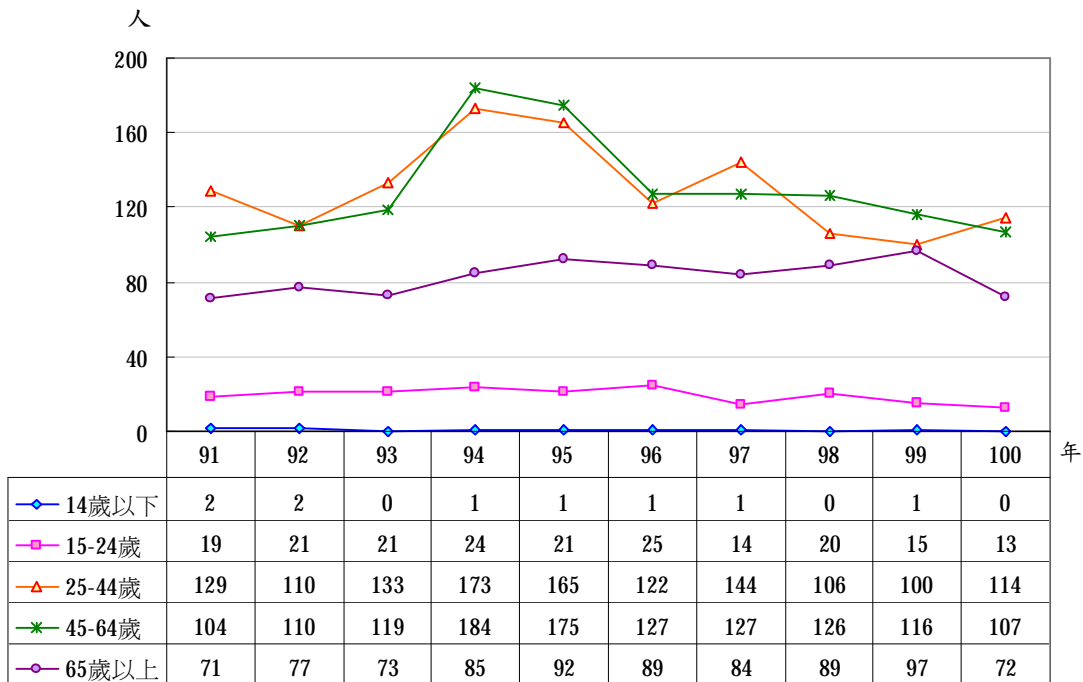
資料來源：臺北市政府衛生局。

二、死亡年齡結構

由上一節圖 1 可看出早期自殺死亡率與標準化死亡率幾無差異，惟自民國 88 年起兩者的差異逐漸明顯，顯示年齡因素之影響日趨加重，故本節將就近十年各年齡組死亡情形加以分析。

近十年臺北市自殺死亡人數依各年齡組趨勢分析，少年組(14 歲以下)及青年組(15-24 歲)變動不大；壯年組(25-44 歲)及中年組(45-64 歲)變動較為劇烈，在民國 92 年至 96 年兩者走勢極為相似，同樣是 92 年逐步向上增加，至 94 年為高點後反轉向下，惟後四年中年組呈緩步下跌，而壯年組則漲跌互見起伏幅度較大；另老年組(65 歲以上)則約呈上漲趨勢，然至 100 年自殺死亡人數下降，創近十年次低。(詳圖 3)

圖 3 臺北市各年齡組自殺死亡人數



資料來源：臺北市政府衛生局。

觀察臺北市自殺死亡者每年的年齡結構組成，其中少年組占不到 1%，民國 93 年後更降至 0.3% 以下；青年組其比率亦未達一成，除 92 年(6.56%)、93 年(6.07%)及 96 年(6.87%)超過於 6% 外，其餘年度皆在 4% 至 6% 之間。另壯年組及中年組，兩者各占 30% 以上，合計約達 7 成，顯示自殺死亡者主要集中在中壯年；而老年組所占比重，除 94 年之 18.20% 外，其餘皆超過 2 成。(詳表 2)

若比較民國 100 年與 91 年自殺數據之差異，在各年齡死亡人數方面，除中年組增加 3 人及老年組增加 1 人外，其餘皆為減少，又以壯年組減少 15 人最多。在年齡結構組成方面，增加的部分以中年組增加 2.97 個百分點居冠，老年組增加 1.68 個百分點次之；減少的部分則以壯年組減少 2.44 個百分點最多。(詳圖 3、表 2)

表 2 臺北市自殺死亡者年齡結構

單位：%

年別	總計	14歲以下 (少年組)	15-24歲 (青年組)	25-44歲 (壯年組)	45-64歲 (中年組)	65歲以上 (老年組)
91年	100.00	0.62	5.85	39.69	32.00	21.85
92年	100.00	0.63	6.56	34.38	34.38	24.06
93年	100.00	-	6.07	38.44	34.39	21.10
94年	100.00	0.21	5.14	37.04	39.40	18.20
95年	100.00	0.22	4.63	36.34	38.55	20.26
96年	100.00	0.27	6.87	33.52	34.89	24.45
97年	100.00	0.27	3.78	38.92	34.32	22.70
98年	100.00	-	5.87	31.09	36.95	26.10
99年	100.00	0.30	4.56	30.40	35.26	29.48
100年	100.00	-	4.25	37.25	34.97	23.53

資料來源：臺北市政府衛生局。

除了由上述面向分析自殺死亡年齡結構(即各年齡層自殺死亡人數占全年自殺死亡人數比率)外，亦可從自殺死亡人數與所有死因死亡人數關係，觀察各年齡組死因結構(即該年齡層自殺死亡人數占該年齡層死亡人數之比率)。

窺探近十年臺北市各年齡自殺人數占所有死因之死亡人數比率，以民國 96 年青年組之 22.73% 最高，即當年該年齡組死亡人數中有 22.73%，係因自殺身亡(96 年 15-24 歲死亡人數為 110 人，自殺死亡人數為 25 人)。其餘各年齡組所占比率之分布高點，少年組在 92 年(1.22%)、壯年組及中年組則在 94 年(分別為 19.68% 及 6.63%)，老年組落於 95 年(0.93%)。(詳表 3)

若就民國 100 年與 91 年死亡人數比率相較，青壯年組比率呈增加，而中老年組則減少；若單看 100 年之年增減率，除壯年組所占比率增加外，其餘各年齡層皆呈下降。另由該年齡組各種死亡率排名發現，自殺每年均進入青年組及壯年組主要死因的前 3 名，而中年組約在 4-7 名，老年組則排出於十大死因之列。由上可知，青壯年者死亡的原因，自殺仍居要角。(詳表 3)

表 3 臺北市自殺死亡人數占各年齡死亡人數比率及死亡率名次

年別	總計	14歲以下 (少年組)	15-24歲 (青年組)	25-44歲 (壯年組)	45-64歲 (中年組)	65歲以上 (老年組)
死亡人數比率(%)						
91年	2.45	0.93	14.62	14.24	3.90	0.76
92年	2.35	1.22	15.56	12.76	4.25	0.78
93年	2.52	-	15.22	15.34	4.31	0.75
94年	3.26	0.63	16.90	19.68	6.63	0.82
95年	3.27	0.70	15.33	19.39	6.17	0.93
96年	2.51	0.69	22.73	16.05	4.55	0.83
97年	2.45	0.63	13.21	18.05	4.45	0.75
98年	2.29	-	19.80	15.08	4.40	0.80
99年	2.19	0.86	18.29	14.66	4.04	0.86
100年	1.93	-	15.12	16.55	3.50	0.61
死亡率排序(名次)						
91年	8	8	2	3	7	13
92年	9	5	3	3	6	13
93年	8	-	2	2	7	12
94年	7	9	2	2	4	12
95年	7	10	2	2	4	11
96年	8	7	2	2	6	11
97年	11	10	3	2	4	15
98年	12	-	2	2	6	15
99年	12	6	3	2	5	16
100年	12	-	3	2	6	17

資料來源：臺北市政府衛生局。

說明：死亡人數比率=該年齡層自殺死亡人數/該年齡層死亡人數×100%。

由各年齡組自殺死亡率發現，其中除民國 97 年及 100 年壯年組略高於中年組外，其餘皆呈現年齡越大死亡率越高之態勢，其中老年組之死亡率約為中年組及壯年組的 1.5 至 2 倍，青年組 5 倍左右，更為少年組之數十倍以上。(詳表 4)

民國 100 年與 91 年相較，各年齡組死亡率皆呈下降，尤以老年組每十萬人口減少 5.17 人最多，中年組減少 3.43 人次之。另最近一年(100 年)自殺死亡率變動情形，除壯年組不降反增外，其餘各年齡組皆減少，尤以老年組下降幅度最為明顯(詳表 4、圖 4)。若再細究 100 年壯年組資料，則發現增加主要係因女性自殺死亡率由 8.82 人

上升至 10.83 人，激增 22.85%。

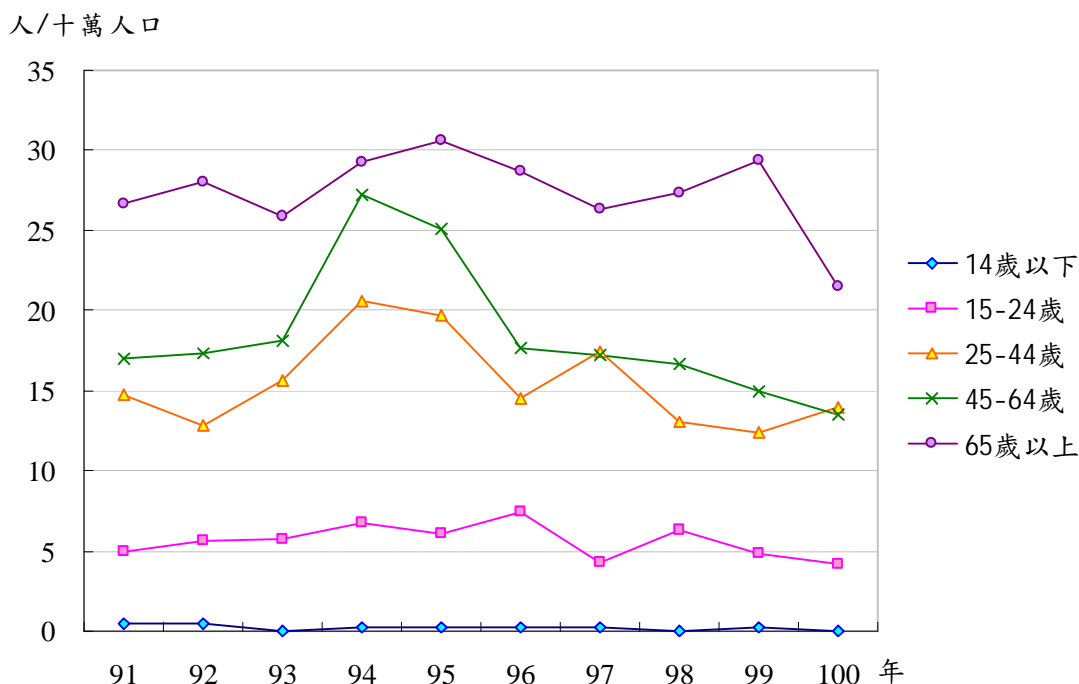
表 4 臺北市自殺死亡率—按年齡組分

單位：人/十萬人口

年別	總計	14歲以下 (少年組)	15-24歲 (青年組)	25-44歲 (壯年組)	45-64歲 (中年組)	65歲以上 (老年組)
91年	12.32	0.40	4.93	14.80	16.98	26.66
92年	12.15	0.41	5.57	12.78	17.31	28.07
93年	13.18	-	5.75	15.65	18.13	25.87
94年	17.83	0.22	6.78	20.55	27.20	29.22
95年	17.30	0.23	6.10	19.65	25.05	30.58
96年	13.84	0.23	7.48	14.57	17.63	28.67
97年	14.09	0.24	4.30	17.39	17.19	26.35
98年	13.04	-	6.30	13.00	16.67	27.33
99年	12.59	0.26	4.79	12.37	15.01	29.38
100年	11.61	-	4.16	14.01	13.55	21.49

資料來源：臺北市政府衛生局。

圖 4 臺北市各年齡組自殺死亡率



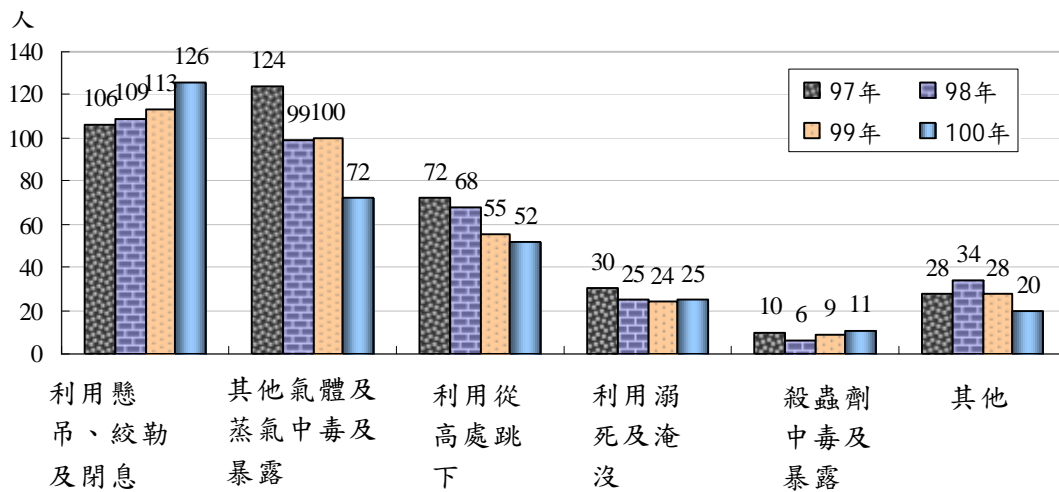
資料來源：臺北市政府衛生局。

三、死亡方式區別

國內的死因統計自民國 97 年起改採以國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版(ICD-10)，由於第 9 版與第 10 版在死亡方式分類有所不同，故本節僅採用 97 年至 100 年(近四年)之資料進行分析。

民國 100 年臺北市自殺死亡方式以「利用懸吊、絞勒及閉息」死亡者最多，其次依序為「其他氣體及蒸氣中毒及暴露」、「利用從高處跳下」、「利用溺死或淹沒」、「殺蟲劑中毒及暴露」等等；觀察近四年的資料，其中以選擇懸吊、絞勒及閉息自殺死亡的個案逐年增加，由 97 年 106 人，增至 100 年 126 人，占自殺死亡人數的比率亦由 28.65% 增至 41.18%，而「利用從高處跳下」死亡者則逐年下降，由 72 人降至 52 人，所占比率亦由 19.46% 降至 16.99%。(詳圖 5)

圖 5 臺北市自殺死亡方式



資料來源：臺北市政府衛生局。

除排名前 5 大自殺方式外，其中「利用銳利(尖銳鋒利)器物」、「其他及未特定藥物、藥劑及生物性物質中毒及暴露³」4 年間分別計有 30 人及 21 人，採行此法自殺身亡，分居第 6 及第 7 名。(詳表 5)

表 5 臺北市自殺死亡變動情形—按自殺方式分

死因碼 ICD-10	死亡方式	單位：人、人/十萬人口							
		97年		98年		99年		100年	
		死亡 人數	死亡率	死亡 人數	死亡率	死亡 人數	死亡率	死亡 人數	死亡率
X60- X84 ,Y87.0	自殺總計	370	14.09	341	13.04	329	12.59	306	11.61
X61	抗癲癇(藥)劑、鎮靜—安眠(藥)劑、抗帕金森(氏)症候群(藥)劑及精神藥物(所致)的蓄意自為中毒及暴露，他處未歸類者	5	0.19	1	0.04	-	-	1	0.04
X62	麻醉(藥)劑及夢幻(藥)劑[致幻劑、幻覺原](所致)的蓄意自為中毒及暴露，他處未歸類者	-	-	-	-	-	-	-	-
X63	其他作用於自主神經系統藥物(所致)的蓄意自為中毒及暴露	-	-	-	-	-	-	-	-
X64	其他及未特定藥物、藥劑及生物性物質(製劑、製品、材料)(所致)的蓄意自為中毒及暴露	1	0.04	6	0.23	5	0.19	9	0.34
X65	酒精(所致)的蓄意自為中毒及暴露	-	-	1	0.04	-	-	-	-
X66	有機溶劑及鹵素煙及其蒸氣(汽)(所致)的蓄意自為中毒及暴露	-	-	1	0.04	1	0.04	-	-
X67	其他氣體及蒸氣(汽)(所致)的蓄意自為中毒及暴露	124	4.72	99	3.79	100	3.83	72	2.73
X68	殺蟲劑(所致)的蓄意自為中毒及暴露	10	0.38	6	0.23	9	0.34	11	0.42
X69	其他及未特定化學製劑(品)及毒害物質(所致)的蓄意自為中毒及暴露	3	0.11	6	0.23	2	0.08	1	0.04
X70	利用懸吊、絞勒及閉息(悶氣)蓄意自我傷害	106	4.04	109	4.17	113	4.32	126	4.78
X71	利用溺死及淹沒蓄意自我傷害	30	1.14	25	0.96	24	0.92	25	0.95
X74	利用其他及未特定的槍械[尤指槍炮、火器等軍火]發射蓄意自我傷害	1	0.04	-	-	-	-	1	0.04
X75	利用爆炸物蓄意自我傷害	-	-	-	-	1	0.04	-	-
X76	利用煙(烟)霧、火(災)及火焰蓄意自我傷害	2	0.08	5	0.19	4	0.15	1	0.04
X78	利用銳利(尖銳鋒利)器物蓄意自我傷害	10	0.38	4	0.15	10	0.38	6	0.23
X80	利用從高處跳下蓄意自我傷害	72	2.74	68	2.60	55	2.10	52	1.97
X82	利用機動車衝撞蓄意自我傷害	2	0.08	3	0.11	4	0.15	1	0.04
X83	利用其他特定方式蓄意自我傷害	1	0.04	1	0.04	-	-	-	-
X84	利用未特定的方式蓄意自我傷害	3	0.11	6	0.23	1	0.04	-	-

資料來源：臺北市政府衛生局。

³ 「x64 其他及未特定藥物、藥劑及生物性物質中毒及暴露」：係指扣除 ICD-10 死因碼 x61-x63 所涵蓋範圍以外的藥物、藥劑及生物性物質。

分析近四年臺北市男性及女性自殺死亡方式，民國 97 年至 100 年不論男女皆以「利用懸吊、絞勒及閉息」、「其他氣體及蒸氣中毒及暴露」、「利用從高處跳下」3 種方式為主，其中 97 年至 98 年兩性前 3 名排列順序不同，後二年則順序一致。由結構比率來看，女性採「利用從高處跳下」比率高於男性，而男性以「利用懸吊、絞勒及閉息」比率較女性為高，值得注意的是兩性採此種方式自殺身亡的比率逐年加重。(詳表 6)

表 6 臺北市自殺死亡方式結構比—按性別分

單位：%

死因碼 ICD-10	死亡方式	男生				女生			
		97年	98年	99年	100年	97年	98年	99年	100年
X60-X84 ,Y87.0	自殺總計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
X70	利用懸吊、絞勒及閉息(悶氣) 蓄意自我傷害	30.30	34.62	37.74	44.15	25.90	26.17	28.21	36.44
X67	其他氣體及蒸氣(汽)(所致)的 蓄意自為中毒及暴露	35.06	30.77	33.02	22.87	30.94	25.23	25.64	24.58
X80	利用從高處跳下蓄意自我傷害	15.15	15.81	12.26	13.30	26.62	28.97	24.79	22.88
X71	利用溺死及淹沒蓄意自我傷害	7.36	8.12	6.13	9.04	9.35	5.61	9.40	6.78
X68	殺蟲劑(所致)的蓄意自為中毒 及暴露	3.46	1.28	3.30	4.26	1.44	2.80	1.71	2.54
X78	利用銳利(尖銳鋒利)器物蓄意 自我傷害	3.46	0.85	3.30	1.60	1.44	1.87	2.56	2.54
	其他	5.19	8.55	4.25	4.79	4.32	9.35	7.69	4.24

資料來源：臺北市政府衛生局。

若按各年齡組所採取的自殺死亡方式分別觀之，近四年臺北市青年組、壯年組及中年組皆以「利用懸吊、絞勒及閉息」、「其他氣體及蒸氣中毒及暴露」、「利用從高處跳下」居前三位，而老年組之前三大則多了「利用溺死及淹沒」，排除「其他氣體及蒸氣中毒及暴露」。另青年組採「利用懸吊、絞勒及閉息」死亡人數漸增；壯年組及中年組近四年採「利用懸吊、絞勒及閉息」死亡者皆以民國 100 年為高點，而以「其他氣體及蒸氣中毒及暴露」方式身亡者則均以 100 年為最低點；另老年組則採「利用從高處跳下」的人數逐年降低。(詳表 7)

表 7 臺北市各年齡組自殺方式一覽表

單位：人

年齡組別及年別		總計	利用懸吊、絞勒及閉息(悶氣)	其他氣體及蒸氣(汽)(所致)中毒及暴露	利用從高處跳下	利用溺死及淹沒	殺蟲劑(所致)中毒及暴露	利用銳利(尖銳鋒利)器物	其他
總計		1,344	452	395	247	104	36	30	80
青年組	97年	14	1	8	5	-	-	-	-
	98年	20	2	7	6	2	-	-	3
	99年	15	4	7	3	1	-	-	-
	100年	13	5	4	2	-	-	-	2
壯年組	97年	144	34	67	24	6	3	4	6
	98年	106	34	41	21	1	-	1	8
	99年	100	22	52	15	3	-	2	6
	100年	114	40	40	24	2	2	1	5
中年組	97年	127	38	39	24	12	3	5	6
	98年	126	31	44	25	8	2	1	15
	99年	116	40	33	19	10	3	5	6
	100年	107	43	25	15	9	5	4	6
老年組	97年	84	32	10	19	12	4	1	6
	98年	89	42	7	16	14	4	2	4
	99年	97	46	8	18	10	6	3	6
	100年	72	38	3	11	14	4	1	1

資料來源：臺北市政府衛生局。

四、死亡月份分布

國人受宗教及傳統習俗的影響，農曆 7 月(約國曆 8 月)又稱為「鬼月」，一向被視為陰氣較重的月份，但依每月自殺死亡人數觀察，8 月份並無異常變多。由資料顯示，近十年來每年死亡人數最多的月份，主要集中在上半年，占四分之三，若加入次多(即每年前 2 大)月份來看，則更為明顯，約有 8 成分布在上半年，其中尤以 5 月為最，無論在總死亡人數或每年死亡人數之月份排序名次上，皆名列前茅。(詳表 8)

表 8 臺北市自殺死亡人數—按月別分

單位：人

月別	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
1月	22	23	28	48	30	41	22	27	26	27
2月	25	31	23	24	44	33	37	28	37	26
3月	25	26	36	32	46	27	34	35	25	38
4月	30	29	18	37	42	29	39	30	30	27
5月	16	34	35	59	40	24	46	35	30	23
6月	29	38	31	48	42	26	25	37	35	27
7月	33	23	28	40	34	34	25	29	38	22
8月	30	27	29	27	40	25	22	30	28	28
9月	21	26	28	33	27	26	27	25	27	30
10月	30	28	33	40	38	39	35	24	23	19
11月	31	17	26	44	38	31	30	19	14	18
12月	33	18	31	35	33	29	28	22	16	21

資料來源：臺北市政府衛生局

說明：反黑部分表整年單月最多之死亡人數，斜體部分係屬次多。

將近十年資料合併觀察各年齡組自殺死亡結構，發現各年齡組死亡人數最多的月份皆落在上半年，其中少年組人數過少(9人)不列入分析，青年組以4月份11.40%居冠；壯年組以5月9.57%為最；中年組以2、3月及6、7月比率較大；老年組超過1成的，則有5月及6月。(詳表9)

表 9 臺北市各年齡組自殺死亡者組成結構—按月別分

單位：%

月別	總計	少年組	青年組	壯年組	中年組	老年組
總計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1月	8.12	-	9.84	8.72	8.57	6.15
2月	8.50	11.11	6.22	7.79	9.96	7.84
3月	8.95	-	7.77	8.56	9.50	9.05
4月	8.59	33.33	11.40	8.87	7.72	8.56
5月	9.44	11.11	7.25	9.57	8.96	10.49
6月	9.33	11.11	9.84	8.49	9.65	10.01
7月	8.45	11.11	7.25	8.10	9.27	7.96
8月	7.90	-	8.81	8.18	7.64	7.72
9月	7.45	-	6.22	7.72	6.72	8.56
10月	8.53	22.22	6.22	8.95	8.03	9.05
11月	7.40	-	9.33	7.41	7.41	7.00
12月	7.34	-	9.84	7.64	6.56	7.60

資料來源：臺北市政府衛生局。

說明：表內數據係以91年至100年加總資料計算。

參、區域性比較

本章主要係以民國 100 年自殺死亡資料比較區域間的差異，輔以近十年趨勢分析，首先將呈現臺北市各行政區自殺死亡統計之消長情形，接著再觀察國內各縣市間之變化差異。

一、臺北市各行政區比較

民國 100 年臺北市自殺死亡人數共 306 人，較 99 年下降 6.99%(減少 23 人)；每十萬人口死亡率為 11.61 人，較上年減少 0.98 人，若剔除人口結構後，每十萬人口標準化死亡率為 8.98 人，亦減少 0.69 人。(詳表 10)

若依各行政區細分，在自殺死亡人數部分，100 年以北投區 40 人最多，萬華區 36 人次之，中山區 35 人再次之，南港區 13 人最少。在死亡率部分，就每十萬人口標準化死亡率而言，以萬華區 14.40 人最高，北投區 12.79 人次之，松山區 4.96 人最少。(詳表 10)

觀察民國 100 年各區變動情形，在自殺死亡人數部分，以松山區減少 40.0% 最劇，信義區減少 30.43% 次之；反之，則以中正區增加 25.00% 幅度較大。在標準化死亡率部分，松山區減少 5.06 人居冠，內湖區減少 3.01 人次之；反之，則以中正區增加 2.23 人最多。(詳表 10)

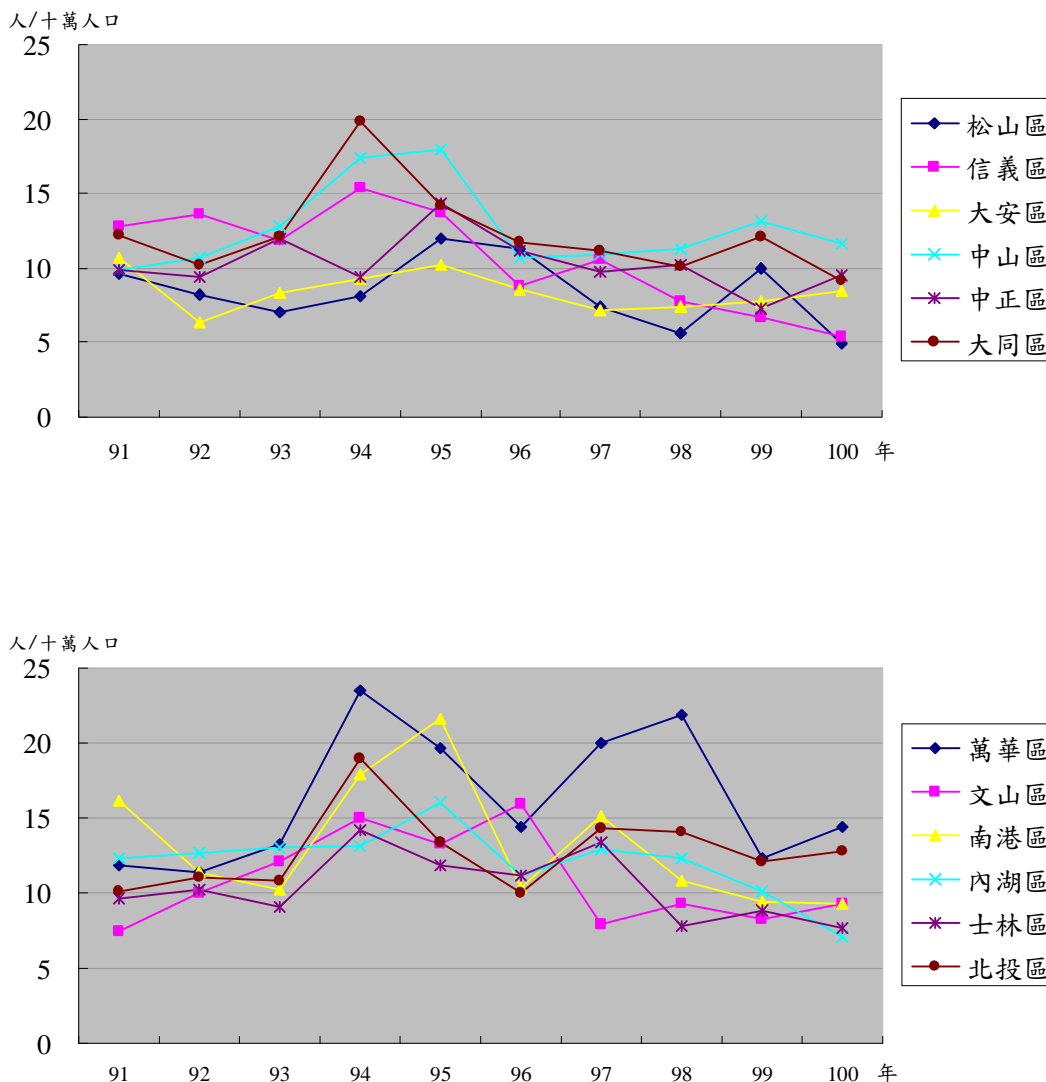
表 10 100 年臺北市自殺死亡變動情形－按行政區別分

行政區別	死亡人數 (人)		死亡率 (人/十萬人口)		標準化死亡率 (人/十萬人口)	
		增減率(%)		增減數		增減數
臺北市	306	-6.99	11.61	-0.98	8.98	-0.69
松山區	15	-40.00	7.17	-4.84	4.96	-5.06
信義區	16	-30.43	7.09	-3.13	5.45	-1.28
大安區	33	-10.81	10.55	-1.32	8.40	0.70
中山區	35	2.94	15.76	0.25	11.63	-1.47
中正區	20	25.00	12.46	2.41	9.51	2.23
大同區	16	-20.00	12.74	-3.39	9.17	-2.96
萬華區	36	20.00	18.95	3.06	14.40	2.12
文山區	30	3.45	11.35	0.26	9.27	0.99
南港區	13	0.00	11.30	-0.15	9.28	-0.10
內湖區	24	-22.58	8.79	-2.73	7.11	-3.01
士林區	28	-15.15	9.80	-1.81	7.66	-1.14
北投區	40	5.26	15.95	0.67	12.79	0.66

資料來源：臺北市政府衛生局。

從各區自殺標準化死亡率走勢發現，除大安區及文山區外，其餘各區十年間的高峰集中在民國 94 年及 95 年，而低點落在 100 年的則有松山、信義、大同、南港、內湖及士林 6 區，其中信義、南港、內湖已連續 3 年走跌，反之，其餘 6 區中大安區則自 97 年呈逐年增加之態勢。若以 100 年較 91 年相比，自殺標準化死亡率則以信義區每十萬人口減少 7.33 人最多，南港區減少 6.91 人次之；反之，則以北投區增加 2.69 人較為惡化。(詳圖 6)

圖 6 臺北市各行政區自殺標準化死亡率變動情形



將各行政區自殺標準化死亡率依數據由小至大排序，其中萬華區，自民國 93 年至 100 年間皆為倒數後 2 名，表示該區自殺問題相較其他區嚴重，而表現較佳則有大安區及松山區，其中大安區在 92 年至 99 年間，松山區除 96 年及 99 年外，2 區十年間內皆有 8 次排名前 3 名。(詳表 11)

表 11 臺北市各行政區自殺標準化死亡率由小至大序位

區別	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
松山區	2	2	1	1	3	9	2	1	7	1
信義區	11	12	6	7	6	3	5	3	1	2
大安區	7	1	2	2	1	2	1	2	3	5
中山區	4	7	10	8	10	6	6	9	12	10
中正區	5	3	7	3	8	1	4	7	2	9
大同區	9	5	9	11	7	10	7	6	9	6
萬華區	8	9	12	12	11	11	12	12	11	12
文山區	1	4	8	6	4	12	3	5	4	7
南港區	12	10	4	9	12	5	11	8	6	8
內湖區	10	11	11	4	9	8	8	10	8	3
士林區	3	6	3	5	2	7	9	4	5	4
北投區	6	8	5	10	5	4	10	11	10	11

資料來源：臺北市政府衛生局。

說明：係依當年12個行政區自殺標準化死亡率由小至大排序，數據最小為第1，最大為12。

二、國內縣市比較

民國 100 年全國自殺死亡人數共 3,507 人，較 99 年減少 382 人 (-9.82%)，22 個縣市中僅 5 個縣市增加，其餘縣市皆呈減少，尤以新北市由 668 人降至 566 人，減少 102 人最多，而臺北市 100 年死亡人數 306 人占全國 8.73%，較 99 年減少 23 人，在 22 各縣市中，減少人數居第 7 多。若排除連江縣(100 年死亡人數為 0)外，下降幅度以臺東縣下降最大，臺北市則僅下降 6.99%。(詳表 12)

民國 100 年全國自殺標準化死亡率為每十萬人口 12.25 人，相

較 99 年每十萬人口減少 1.51 人，下降 10.97%，各縣市中除連江縣外，以臺東縣減少 7.30 人及下降 37.75% 變動最劇。若將 22 縣市依自殺標準化死亡率遞增排序，100 年臺北市排名第 3，僅次於連江縣及金門縣，前 3 名與 99 年順序一致。另序位進步最多的前 2 個縣市為臺東縣(進步 14 名)及苗栗縣(進步 11 名)。(詳表 12)

表 12 各縣市自殺死亡概況

縣市別	100年		99年		100年較99年增減情形	
	死亡數 (人)	標準化死亡率 (人/十萬人口)	死亡數 (人)	標準化死亡率 (人/十萬人口)	死亡數 增減率 (%)	標準化死亡率 增減數
總計	3,507	12.25	3,889	13.76	-9.82	-1.51
新北市	566	12.08 (9)	668	14.43 (13)	-15.27	-2.35
臺北市	306	8.98 (3)	329	9.67 (3)	-6.99	-0.69
臺中市	344	11.08 (7)	379	12.32 (7)	-9.23	-1.24
臺南市	334	13.95 (19)	321	13.59 (11)	4.05	0.36
高雄市	467	13.67 (16)	508	14.92 (14)	-8.07	-1.25
宜蘭縣	79	13.87 (17)	93	15.99 (15)	-15.05	-2.12
桃園縣	296	12.72 (12)	292	13.00 (9)	1.37	-0.28
新竹縣	77	12.88 (13)	97	16.38 (16)	-20.62	-3.50
苗栗縣	78	10.86 (6)	114	16.47 (17)	-31.58	-5.61
彰化縣	171	10.42 (5)	194	12.02 (6)	-11.86	-1.60
南投縣	111	16.61 (20)	96	13.60 (12)	15.63	3.01
雲林縣	118	12.41 (11)	122	13.05 (10)	-3.28	-0.64
嘉義縣	102	13.42 (15)	134	18.53 (20)	-23.88	-5.11
屏東縣	153	13.92 (18)	193	17.61 (18)	-20.73	-3.69
臺東縣	34	12.04 (8)	55	19.34 (22)	-38.18	-7.30
花蓮縣	72	16.82 (21)	79	18.23 (19)	-8.86	-1.41
澎湖縣	16	13.02 (14)	13	10.61 (4)	23.08	2.41
基隆市	87	17.71 (22)	92	18.76 (21)	-5.43	-1.05
新竹市	48	9.87 (4)	61	12.77 (8)	-21.31	-2.90
嘉義市	40	12.18 (10)	39	11.67 (5)	2.56	0.51
金門縣	8	6.99 (2)	9	8.31 (2)	-11.11	-1.32
連江縣	-	- (1)	1	8.13 (1)	-100.00	-8.13

資料來源：行政院衛生署。

說明：括弧內數字為縣市由低至高序位。

再就近十年各縣市自殺標準化死亡率比較，基隆市十年間有 6 年自殺標準化死亡率高達 20 人以上，最為嚴重，最佳縣市為金門縣，近十年有 8 年自殺標準化死亡率低於 8 人以下，另彰化縣自 96 年起已連續 5 年呈現下跌走勢相當亮眼。(詳表 13)

從當年各縣市排名比較，表現最差(即自殺標準化死亡率最高)的為基隆市，十年內有 7 次墊底及 3 次倒數第二；反之，表現最佳(即自殺標準化死亡率最低)的為金門縣，十年來有 3 次第一及 7 次第二，而臺北市表現不俗，十年中皆在 7 名之內，後三年更進步到前 3 名。(詳表 13)

表 13 各縣市自殺標準化死亡率變動情形

縣市別	單位：人/十萬人口									
	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
總計	12.5	12.8	13.6	16.6	16.8	14.7	15.2	14.7	13.8	12.3
臺北縣(新北市)	9.0	11.6	14.0	17.4	18.1	15.3	16.2	14.6	14.4	12.1
臺北市	10.7	10.3	10.9	14.8	14.1	11.3	11.4	10.4	9.7	9.0
臺中市	6.0	9.0	11.2	13.4	13.1	11.1	15.3	13.7	12.3	11.1
臺中縣	10.3	9.4	11.1	12.6	13.4	14.3	14.7	13.6		
臺南市	15.5	12.8	14.8	19.4	18.5	13.8	14.2	15.7	13.6	14.0
臺南縣	16.5	14.5	15.3	17.8	17.9	16.5	15.6	17.8		
高雄市	14.2	14.9	15.0	19.2	17.4	15.7	16.1	15.4	14.9	13.7
高雄縣	13.8	14.7	13.7	16.9	17.8	16.0	15.7	15.0		
宜蘭縣	17.2	16.3	14.3	17.4	19.4	18.7	14.2	17.8	16.0	13.9
桃園縣	14.5	15.1	14.8	16.9	17.1	12.6	14.7	15.2	13.0	12.7
新竹縣	12.6	12.5	11.3	16.7	21.0	15.1	13.1	14.7	16.4	12.9
苗栗縣	14.6	13.9	15.5	18.3	18.9	17.4	16.3	18.5	16.5	10.9
彰化縣	11.4	12.9	13.2	14.3	15.0	14.6	14.3	13.5	12.0	10.4
南投縣	19.2	15.5	15.3	19.6	20.6	19.9	21.2	17.6	13.6	16.6
雲林縣	15.8	16.6	12.5	14.4	15.1	18.2	16.6	13.0	13.1	12.4
嘉義縣	13.8	12.3	11.8	16.1	16.9	13.6	18.7	14.8	18.5	13.4
屏東縣	13.9	14.0	15.3	18.1	16.8	14.8	17.3	15.4	17.6	13.9
臺東縣	15.3	11.1	19.2	17.5	16.9	18.0	13.8	17.9	19.3	12.0
花蓮縣	15.9	15.2	18.0	18.8	18.4	19.2	14.8	16.8	18.2	16.8
澎湖縣	8.5	8.3	6.1	9.9	13.1	13.7	5.6	18.6	10.6	13.0
基隆市	17.6	20.9	19.2	25.3	25.1	22.0	22.0	22.2	18.8	17.7
新竹市	12.1	10.5	16.0	15.2	15.1	11.3	15.2	15.0	12.8	9.9
嘉義市	12.8	14.5	13.7	19.3	20.6	13.0	10.6	15.3	11.7	12.2
金門縣	7.7	6.1	7.8	6.3	5.4	8.7	6.6	7.9	8.3	7.0
連江縣	8.5	18.0	9.9	15.1	0.0	0.0	11.7	12.9	8.1	0.0

資料來源：行政院衛生署。

說明：98年以前資料為25縣市，99年起係以改制後22縣市呈現。

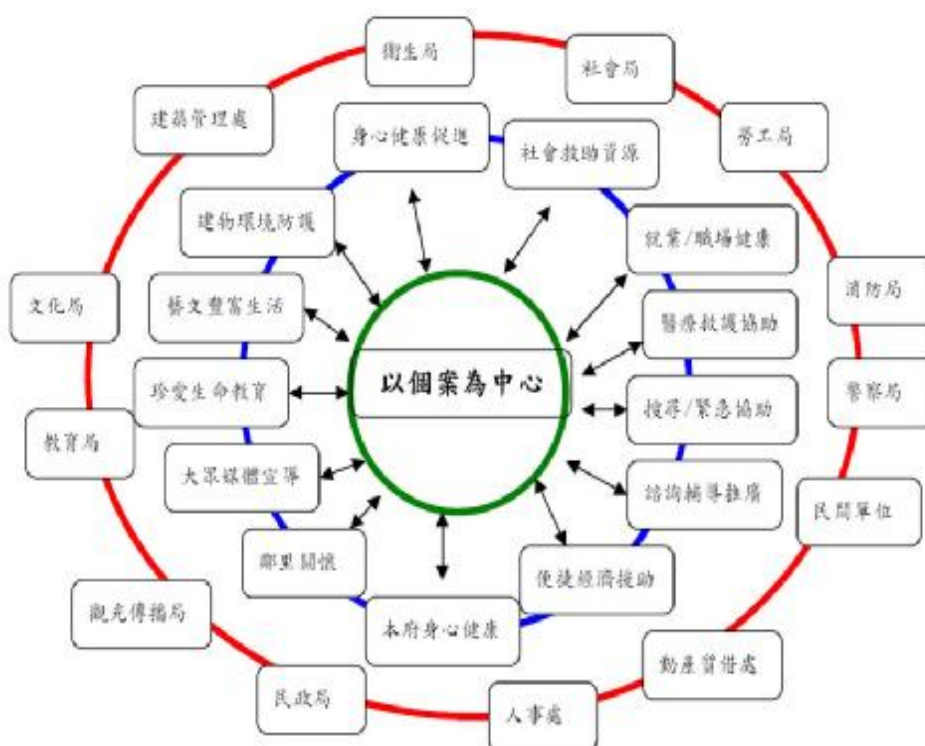
肆、自殺防治

有鑒於國內自民國 86 年起自殺死亡率高居不下，已連續 13 年居十大死因之列(臺北市自 83 年起連續 14 年進入十大因)，政府為降低自殺所造成的遺憾，積極辦理自殺防治工作，特委託台灣自殺防治學會成立國家級自殺防治中心，並推動各縣市自殺防治關懷網絡，建置標準化自殺防治通報及及個案追蹤，針對企圖自殺者及家屬，早期介入、輔導，以免未遂者再犯。

一、政府及民間機構措施

臺北市政府為降低市民自殺死亡率於民國 98 年 4 月 15 日正式將成立府級的「臺北市自殺防治中心」，結合衛生局、社會局、勞工局等 12 個局處，提供包括社區心理衛生及醫療資源、福利救助、職業訓練、就業諮商等各項服務，其組織結構及資源整合如下。(詳圖 7)

圖 7 臺北市政府自殺防治中心相關局處暨資源整合圖



自殺防治中心針對防治策略主要採預防醫學公共衛生三段概念，其中三段係指「全面性」(心理健康促進與特殊防護)、「選擇性」(即高危險群發現、治療、處遇)及「指標性」(企圖者與家屬追蹤、關懷、處遇)等 3 個面向。(詳表 14)

表 14 自殺防治策略採用公共衛生三段概念一覽表

項目別	重點	面向	自殺防治策略
第一段	促進健康和特殊保護	全面性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 導正媒體報導。 2. 減少致命性自殺方法的可得性。 3. 去除精神疾病與自殺的污名效應。 4. 促進社會大眾心理健康。 5. 加強心理與家庭諮詢。 6. 監測自殺相關資訊。
第二段	早期診斷和適當治療	選擇性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 加強憂鬱症、酒癮與物質濫用的防治。 2. 加強非精神科醫療人員之精神醫學再教育。 3. 加強各級學校輔導老師與校護精神疾病與心理衛生在職訓練。 4. 加強公私立機關團體之醫護與諮商輔導人員的心理衛生與精神醫學教育。 5. 針對特定的自殺高風險群，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢以及轉介。 6. 針對身心受創的災難倖存者，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與轉介。 7. 建立社會關懷網絡，結合民間力量，協助辨識與轉介有傾向個案，同時提供緊急物質救援與心理關懷輔導。
第三段	限制殘障與復健	指標性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自殺未遂者追蹤輔導。 2. 強化偏遠地區急救能力。 3. 建立憂鬱症病患個案管理制度。

資料來源：本研究自行整理。

臺北市除設置自殺防治中心外，亦成立臺北市諮詢專線 1999 轉 8858(幫幫我吧) 提供線上諮詢服務，以及臺北市政府衛生局社區心理衛生中心提供心理課程資訊及諮詢服務。

自殺形成係屬多重因素，其影響遍及層面甚廣，光靠政府的努力是不夠的，尚需民間配合協助，以下約略簡述除政府外可提供相關心理衛生服務的單位及資源：

- (一) 安心服務專線 0800-788-995(請幫幫，救救我)：為推動全面性自殺防治策略，衛生署自民國 98 年起，結合民間心理諮詢救援網絡，委託台北市生命線協會辦理安心專線服務提供一般民眾自殺防治心理輔導。
- (二) 生命線專線 1995(要救救我)：「生命線」是一個國際性的電話心理輔導機構，藉著全日 24 小時的電話守候，致力於自殺防治。民國 87 年在交通部核配及中華電信協助下，設置『1995 (要救救我)』電話協談輔導專線，只要簡單案四個號碼，就可與當地生命線聯繫，使生命線更接近群眾、深入社會，與全民生活緊密結合在一起。
- (三) 張老師專線 1980(依舊幫你)：民國 94 年因應心理師法成立，積極著手規劃「專業諮商體系」及「志願服務體系」雙軌制，籌畫設立「張老師」心理諮商所，集結有證照的諮商師、臨床心理師、社工師等專業團隊，辦理身心輔導、心理諮商、心理治療與心理衛生教育推廣等有關工作。
- (四) 社會服務機構附設心理諮商服務，如呂旭立紀念文教基金會、張老師基金會、華人心理治療研究發展基金會、勵馨社會福利事業基金會、懷仁全人發展中心、天使心家族社會福利基金會、廣青文教基金會、吾心文教基金會等等。
- (五) 心理諮商/治療所，如格瑞思心理諮商所、觀新心理成長諮商中心 聯合心理諮商所、歸心心理諮商所等等。

自殺是社會共同的問題，需要大家一起動起來，由 J. John Mann 等人 (2005) 彙整 5,000 餘篇文獻結果後發現，守門人教育方案可有效降低 33%-40% 之全年自殺率，其實自殺有時只是一個念頭，有

自殺想法的人，並非一定會付諸行動，因此，推廣自殺防治守門人⁴實有其必要性，故除專業人士外，一般人只要掌握「一問、二應、三轉介」原則，主動關懷傾聽、適當回應與陪伴、再轉介相關單位持續關懷，或許就能化解身邊人輕生的念頭，人人都能扮演自殺防治守門員。

二、自殺通報

自殺通報是現階段自殺防治的重點工作之一，主要目的在發現高危險群，並由相關心理衛生或社會福利機構介入提供服務，加上持續追蹤、關懷自殺者及其家屬，並給予支持、輔導及服務。自殺通報係通報單位（包含醫療衛生、警察、消防、民政、教育、社政、勞政等相關單位）於接獲自殺個案 24 小時內進行自殺個案通報，並對有自殺企圖者進行轉介提供服務。

有關臺北市自殺通報之沿革，民國 92 年臺北市政府衛生局成立自殺防治研究發展中心，94 年行政院衛生署建置全國自殺通報系統，98 年擴大設置為府級之臺北市政府自殺防治中心，辦理自殺通報相關工作，而目前該中心有關自殺通報來源主要分為 2 大部分，一是為衛生署自殺通報系統，另一部分為 98 年中心成立後積極之社區通報與轉介（傳真、電話、信件、公文書，個案包含自殺意念、有自殺沒送到醫院等）

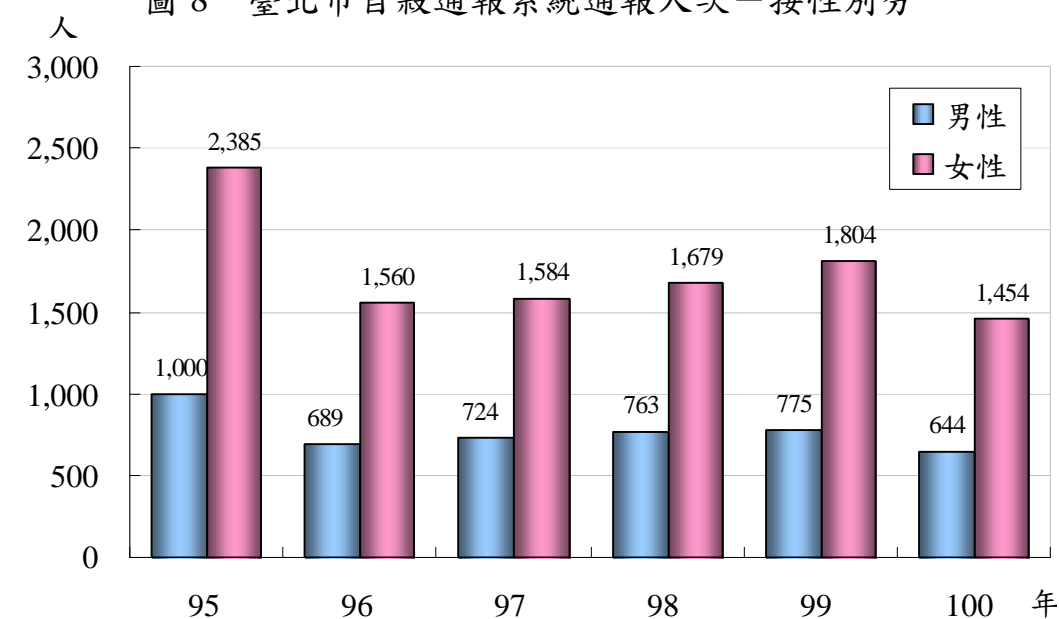
由於衛生署自殺通報系統於民國 94 年底輔建置完成，故由 95 年至 100 年之近六年自殺通報系統資料⁵分析，臺北市每年約 2-3 千人次有自殺企圖，其中以 95 年高達 3,385 人次最多，100 年降至 2,098 人次最少。若按性別分，發現臺北市女性有輕生企圖之人次為男性

⁴ 自殺防治守門人：狹義的定義是指「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」。廣義的定義是指「當個人接受訓練後懂得如何辯認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」。

⁵ 自殺通報系統資料：係以臺北市急救醫院，警消人員等通報之自殺企圖(具自殺行為)者為統計對象。

的 2 倍強，但實際上自殺身亡者卻是以男性為多，且較女性高出約一倍。以 100 年資料來看，女性企圖自殺共 1,454 人次，為男性(644 人次)的 2.26 倍，另 100 年男性自殺死亡人數 188 人，為女性 118 人的 1.59 倍。由上顯示女生雖較容易有自殺的意圖，但男性一旦出現自殺想法，往往死意堅決，且較不願對外尋求協助，故特別需要家人多加關心及體諒。(詳圖 8)

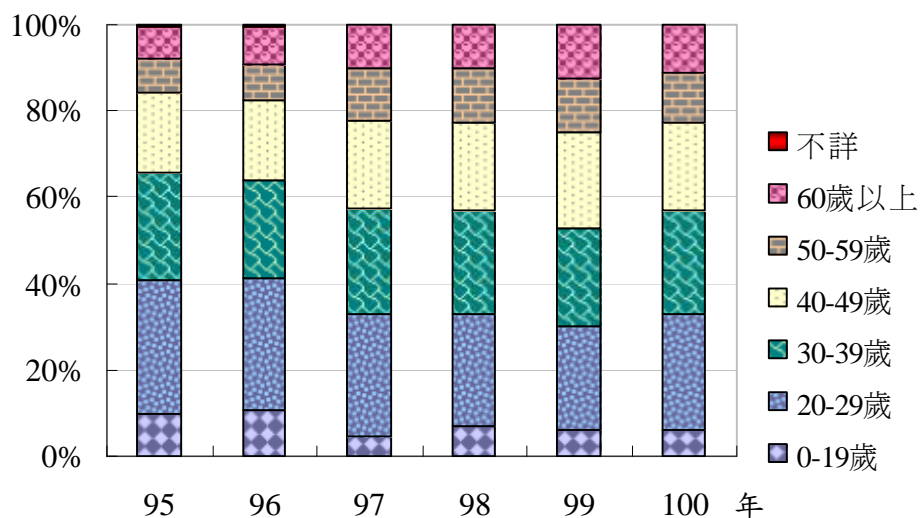
圖 8 臺北市自殺通報系統通報人次—按性別分



資料來源：臺北市政府自殺防治中心。

就自殺通報系統資料顯示，每年通報個案年齡結構，扣除年齡不詳部分，皆以 20-29 歲組比率最高，30-39 歲組次之，40-49 歲組再次之。相較 100 年與 95 年資料，以 20-29 歲組結構比率減少 4.70 個百分點變動最劇，反之以 50-59 歲組增加 4.22 個百分點增加最多，60 歲以上組增加 3.30 個百分點次之。(詳圖 9)

圖 9 臺北市自殺通報系統通報人次年齡結構



資料來源：臺北市政府自殺防治中心。

再就年齡組與性別交叉分析，近六年臺北市自殺企圖人次，皆以女性之 20-29 歲組、30-39 歲組及 40-49 歲組居前 3 位，其中除民國 99 年外，均以女性 20-29 歲組自殺企圖人次最多，女性 30-39 歲組次之，若僅就男性而論，則以男性 20-29 歲組最多。(詳表 15)

表 15 臺北市自殺通報系統通報人次—按年齡別分

		單位：人次						
年別及性別		0-19歲	20-29歲	30-39歲	40-49歲	50-59歲	60歲以上	不詳
95年	男	113	259	232	179	85	130	2
	女	214	797	618	441	174	131	10
96年	男	82	163	146	136	64	97	1
	女	159	523	366	282	124	96	10
97年	男	30	179	175	163	75	101	1
	女	78	472	396	307	200	130	1
98年	男	63	171	148	153	110	118	-
	女	109	464	430	349	193	133	1
99年	男	43	179	142	157	117	137	-
	女	117	437	447	408	214	180	1
100年	男	41	148	132	139	81	103	-
	女	90	408	372	288	168	128	-

資料來源：臺北市政府自殺防治中心。

綜上，自殺通報人次與自殺死亡者特性相差甚多，有自殺企圖以女性居多，而自殺死亡者則多為男性；另自殺企圖之年齡分布與自殺死亡者之結構亦相左，自殺通報以年紀輕者較有自殺企圖，而自殺身亡者則集中在中壯年組。由自殺方式觀察，自殺通報中自殺方式以服用固體或液體最多，而自殺死亡者則多採利用懸吊、絞勒及閉息方式自殺，此情形凸顯與自殺死亡者主要採較激烈的方式有所差異，及特殊藥物的取得控管確實有其必要性。

三、自殺原因

自殺原因探討一直是研究自殺行為重要的議題，依據自殺通報個案訪視資料發現，自殺企圖者自殺原因(複選)，尤以「情感/人際關係」因素約占 6 成，最為嚴重，顯示相處認知差異的困擾，尋求認同感的無助，最易掉入負面情緒，產成輕生行為。其次因「精神健康/物質濫用」及「工作/經濟」因素企圖自殺者，則分別約占 5 成及 1 成。(詳表 16)

表 16 臺北市自殺企圖者自殺原因分析統計表
98 年 4 月至 100 年

自殺原因別	單位：%		
	98 年 4 月-12 月	99 年	100 年
情感/人際關係	65.7	64.4	62.1
精神健康/物質濫用	52.3	52.6	45.1
工作/經濟	12.7	11.7	13.3
生理疾病	6.3	7.7	7.7
校園學生問題	0.7	1.2	1.6
兵役問題	0.6	0.4	0.3

資料來源：臺北市政府自殺防治中心。

說明：自殺企圖者之自殺原因並非單一因素，故自殺原因係為複選。

一般短暫失業並不會立即造成經濟困境，通常會先以過去儲蓄或親友資助度過，然在歷經較長時期失業無收入狀況下，經濟壓力

才會浮現，嚴重時甚至釀成自殺動機。由於工作經濟因素位居自殺原因第3位，故以下試圖探討失業率與死亡率之間是否有所關聯。

在考慮時間上的遞延效應，故以91年至100年之死亡率，與同一時期(91年至100年)、遞延1年(90年至99年)、遞延2年(89年至98年)、遞延3年(88年至97年)及遞延4年(87年至96年)之失業率分別計算相關係數⁶，其結果發現死亡率與遞延3年之失業率資料，不論按性別或年齡組別皆呈現正相關，其中男性之相關係數為0.74呈高度相關，女性為0.55呈中度相關，而年齡組則在壯年組、中年組及老年組其相關係數分別為0.51、0.41及0.33皆呈中度相關。由此可知，死亡率與失業率兩者間有其遞延關係。(詳表17)

表 17 臺北市死亡率與失業率相關係數一覽表

遞延期間	全體	按性別分		按年齡組分			
		男性	女性	青年組	壯年組	中年組	老年組
0年	-0.22	-0.37	-0.80	-0.39	-0.69	-0.22	0.60
1年	0.57	-0.43	-0.34	-0.63	-0.53	-0.31	-0.05
2年	0.10	-0.05	0.13	-0.04	0.05	0.15	0.36
3年	0.08	0.74	0.55	0.26	0.51	0.41	0.33
4年	-0.13	0.65	0.42	0.12	0.30	0.23	-0.27

說明：遞延期間係指失業率與死亡率比較資料時間之差異，本表死亡率固定在91-100年，遞延0年係失業率以91-100年資料計算，遞延1年係失業率以90-99年資料計算，以此類推。

從自殺原因發現，情感或人際關係問題，最困擾也最容易產生輕生，故自殺防治重要的方向就是讓有自殺意念者，有適當的管道得以抒發，降低負面的情緒。另外提供優質醫療照護，加強物質濫用的管制，降低失業率亦是政府責無旁貸的責任。

⁶ 相關係數：係表兩組樣本之間的相關程度，其值介於-1與1之間。其中值在正負0.3之間稱為低度相關；在正負0.3-0.6之間稱為中度相關；而在正負0.6至0.9之間則稱為高度相關，正負1，即表示完全相關。

四、防治成效

依世界衛生組織的標準，臺北市已從自殺高盛行率區域（自殺標準化死亡率每 10 萬人大於 13 人），降至為中盛行率區域（每 10 萬人在 6.5-13 人之間），且為推動全面性自殺防治策略，結合民間心理諮詢救援網絡，冀望在第一時間提供專業與人性化的危機處理，能有效預防自殺事件發生。

自殺未遂者一向是自殺的高危險群，針對此一族群應提供適切的關懷與支援，可降低自殺行為重複發生。臺北市政府衛生局透過自殺通報，掌握高危險群個案，藉由派員訪視追蹤，或將其轉介相關單位接受服務，其成效由自殺個案於 30 天再自殺率探得，民國 95 年 30 天再自殺率為 4.8%，至 100 年已降至 2.2%，六年來大有展獲。(詳表 18)

表 18 臺北市 30 天再自殺率

項目別	單位：%					
	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
30 天再自殺率	4.8	4.2	3.9	4.2	3.2	2.2

資料來源：行政院衛生署自殺防治通報系統。

根據統計，有 41% 的人在自殺之前都會有跡象顯出來。有 69% 的人在欲自殺時，會發出求救信號。由安心專線來電者告知區域分析，民國 100 年來自臺北市之求助電話共 5,537 通，較 99 年增加 314 通，而 100 年自殺意圖來電者占整體來電之 18.5%，亦較 99 年 8.2% 增加 10.3 個百分點，顯示安心專線在臺北市自殺防治工作所占之角色愈發重要。

民國 100 年臺北市民死亡人數為 1 萬 5,834 人，其中因自殺死亡者共 306 人，占全體死亡人數的 1.93%，位居主要死因第 12 名，已連續 4 年跌出十大主要死因之外；就近四年的資料顯示，自殺死亡人數逐年下降，由 97 年 370 人，降至 100 年 306 人，4 年來減少 64 人(17.30%)，顯示在自殺防治工作積極推動下，已略顯成效。

伍、結語

自殺係以不自然的人為方式結束寶貴的生命，所有的自殺行為都是有原因的，或許難以永遠消失，但可以藉由預防來降低發生率。自殺的成因複雜而多樣，往往包含了精神疾病、心理因素、社會經濟、家庭因素、人際關係及生物體質等等，而不同族群所遭遇的主要壓力亦不同，青年人或因升學壓力、情感困擾、環境適應不良、人際關係衝突；中年人或家計經濟壓力，或法律上或家庭中出現糾結難解議題；老年人或長年為病所苦，或突然喪偶及遭到遺棄；甚或經神疾病、毒藥癮等等，造成抑鬱缺乏自我認同，硬鑽牛角尖無法排解。要預防自殺發生，應以了解體諒為出發點，並且要主動關懷與積極傾聽，再者給予適當回應與支持陪伴，事實上針對不同族群及地區的特性應有因地制宜的防治策略與實施方案，才可事半功倍。

有自殺意念未必會採取自殺行為，亦未必會走向自殺身亡一途，依據上述分析，可得以下結論：

- 一、統計自殺死亡者男性為女性的 2 倍，而自殺通報人次女性反而為男性 2 倍。一般而言，女生較常有自殺意念，但男性的自殺身亡人數卻較高，顯示男性一旦出現自殺想法，往往死意堅決，且不願對外求援，採取慘烈的手段，來結束生命。
- 二、就自殺者年齡觀察，自殺通報人次，以 20-29 歲組(約占 3 成)、30-39 歲組(2 成 5)為主，而自殺身亡者年齡集中在 25-44 歲組、45-64 歲組(各約占 3 成 5)，雖年紀輕者自殺企圖較多，且自殺數年進入青年組及壯年組主要死因的前三名，但壯年組及中年組死亡者較多，且自殺死亡率則呈現年紀越長死亡率越高。
- 三、由自殺方式來看，自殺通報中自殺方式以服用固體或液體物質自殺最多，而自殺死亡者則多採利用懸吊、絞勒及閉息方式自殺，手法較為激烈。

由於不同對象引發自殺的成因亦有所不同，故針對不同對象施以不同防治策略，才能有效防治，例如：青少年特別著重在學校的自殺防治策略，如提供安全的學習環境、減少課業壓力、協助對死亡及生命建立正確觀念、學習正確表達自己的情緒、落實學校輔導工作等。而老年人則強調醫療及社會方面的防治策略，增加老人生活適應及避免失能、建立有利老人生活社區、居家安排或居家照顧關懷網絡、適當的醫療照顧、強化社區及家庭的支援系統及服務運輸等。另外亦可由自殺方法的可獲性加以預防，如藥品的管制、強化大樓管理安全性、加強基層醫師判斷自殺的警覺性、住院醫療諮商輔導，及早篩檢憂鬱症等等。

根據美國羅徹斯特大學艾瑞克肯恩(Eric Caine)教授指出當今自殺防治工作的 5 大挑戰：

- 1.目前仍無法非常有效區辨「相對少數的身亡個案」與「相對多數的偽陽性個案」。
- 2.仍有相當比例「偽陰性個案」無法被防治工作偵測到。
- 3.醫療及社會服務輸送仍無法觸及許多潛在風險個案。
- 4.對於自殺行為的生物、心理、社會、文化等實證研究資料，要能夠應用在不同族群，仍需進一步的努力。
- 5.各個自殺防治相關體系與單位，垂直與水平整合，仍有進步空間。

雖然現行自殺防治的尚有其不足性，但若大眾可以發揮 1 問⁷ 2 應⁸ 轉介⁹，多關心週遭的人，一起為挽救寶貴的生命來努力，人人都是自殺防治守門人。

政府為減少自殺發生，近年來不斷地致力社會福利政策的實施及社會安全制度的建立，並同時加強心理衛生觀念，而確實由近年的數據顯示，自殺死亡率呈現逐年降低，而自殺未遂者 30 天再自殺

⁷ 問：了解情緒困擾的問題及程度、評估其嚴重性，辨識是否屬於自殺高風險群。

⁸ 應：回應當事人的想法，減少當事人覺得『被遺棄』的感覺。

⁹ 轉介：當個案出現自殺自傷身心的問題、前在的精神疾病或超出自己助人的能力範圍時則應主動積極的協助轉介處理。

率亦下降，其中政府與民間機構組成的防治網功不可沒。雖然不得不承認有些問題是無法改變或扭轉的，但並非所有自殺者都是真的想死亡，有些只是藉由自殺行為來傳達痛苦的訊息，主要是想要別人能夠接納、了解及認同其想法或做法，若能及時給予關懷，並適度的開導，自殺應是可以避免的。

陸、參考資料

1. 李明濱，民國 94 年，「從公共衛生及精神醫療談自殺防治」。
2. 廖士程，民國 100 年，「全國自殺防治工作現況、策略與措施」。
3. 臺北市政府衛生局，「臺北市生命(死因)統計年報」。
4. 行政院衛生署，「死因統計(上卷)」。
5. J. John Mann, et al. Suicide prevention strategies. JAMA. 2005; 294: 2064- 2075