

中華民國104年版

衛生福利年報

用心  「衛」你幸福

關心 一直都在

關注 從不間斷

只要實實在在 用心盡心

就能時時刻刻 「衛」你幸福

序言



衛生福利部主管全國衛生醫療與社會福利政策，業務涵蓋醫療照護、健康促進、疫病防治、食品安全、藥物管理、社會保險、福利服務、社會救助、保護服務、生技研發與國際衛生合作等，攸關國人健康福祉至為深廣。為符合國人期待，本部秉持思維全球化，策略國際化、行動在地化，用心施政，擘劃未來。

為了讓各界瞭解政府在衛政及社政領域，推動的政策與所做的努力，本部每年出版衛生福利年報，在年報中詳細記載去(103)年間我國衛生醫療及社會福利概況、施政作為與具體成果。

鑒於我國已邁入高齡化社會，為因應高齡人口照顧需求增加之趨勢，本部規劃以經濟安全、健康維護、生活照顧三大政策主軸，提供長者全方位協助，包括：補助長者生活津貼及家庭照顧者特別照顧津貼，積極整合跨部會資源，共同規劃推動友善關懷老人服務方案第2期計畫。

針對長期照顧需要，本部持續推動長照10年計畫、長照服務網計畫及推動長照雙法立法工作。經過多年努力，《長期照顧服務法》終於在104年6月3日公布，並將於106年施行，逐步完備我國長期照顧服務體系。另為減輕失能者及其家庭之財務風險及照顧負擔，規劃的《長期照顧保險法》草案，目前已送立法院審議，期能透過法治建立，完備我國的社會安全網。

為達世界衛生組織所提之「全民健康」目標，本部為國人在不同人生階段規劃各項健康促進政策，包括：提供孕婦產前檢查、部份補助高風險孕婦產前遺傳診斷費用及鼓勵母乳哺育；提供兒童疫苗預防接種與預防保健服務、兒童牙齒塗氟、視力篩檢及新生兒聽力篩檢；擴大推動四癌篩檢；以及營造健康支持環境，推動健康城市認證等多項計畫，落實全人全歷程之健康照護理念。

為加強醫療服務品質，建置以病人為中心之安全就醫環境，訂定醫療品質及病人安全工作年度目標，設立病人安全事件通報機制等，並以「病人為中心」及「重視病人安全」為核心理念，進行醫院評鑑及教學醫院評鑑改革，同時整併醫院評鑑、醫療衛生業務訪查、專科醫師訓練機構認定之行程，降低對醫療機構作業之干擾。

在改善醫護執業環境，自101年起辦理「生育事故救濟試辦計畫」，並自103年10月1日起擴大試辦範圍至手術及麻醉事故爭議事件，減低醫療糾紛發生；同時持續推動各項護理改革計畫，包括提升護理人員薪資待遇、修訂護病比並納入評鑑基準、督促醫院遵守勞基法規定等措施。

針對103年國際間爆發伊波拉疫情，本部持續監控國際疫情訊息，除提醒民衆及醫師提高警覺外，亦成立「伊波拉病毒感染緊急應變小組」，並於103年分別派遣2名防疫醫師赴奈及利亞協助臺商、僑民防範感染等防疫作為。

在登革熱疫情方面，受臺灣氣溫較高及雨量較多之影響，103年本土確定病例遽增為1萬5,492例，為歷年最嚴峻之本土疫情，在防疫策略上，持續增修登革熱防治工作指引，並透過多元管道對民衆進行衛教宣導，推動社區動員清除孳生源，以及組成機動防疫隊督導地方防疫工作等措施。

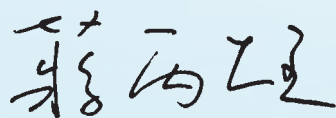
為落實兒少保護工作，建立兒少保護標準作業流程，103年積極推動修法，於104年2月4日公布修正《兒童及少年性交易防制條例》部分條文及名稱為《兒童及少年性剝削防制條例》。另為與國際接軌，彰顯我國維護兒少權益之決心，更於103年6月4日公布《兒童權利公約施行法》，使國內兒少在法律規範中的地位達到國際的標準。

為周延被害人保護，制定家庭暴力事件通報措施及處遇基準，全面推動家庭暴力安全防護網絡服務，104年1月23日公布修正《家庭暴力防治法》，將目睹家庭暴力的兒童少年及未同居親密關係伴侶，納入保護令保護範疇，鞏固國人保護網。

103年劣質油品事件，重創國人對食品安全之信心，為保障國人飲食安全，行政院成立食品安全辦公室，提出強化食安八大措施，本部亦積極增修食品相關法規，強化食品源頭管理及產製流通監管，以重建民衆食安信心，回復市場秩序，以期營造「食在安心」環境。

回顧103年，雖然面臨諸多挑戰，但在同仁戮力齊心、群策群力下，化危機為轉機。期望透過此年報，紀實過去一年努力成果，並期待各界批評指正，使本部各項施政作為能更貼近民衆需求，為國人謀求更佳的健康與福祉。

衛生福利部部長



謹識

目錄

Contents

序言	02
----	----

01 衛生福利政策 06

第一章 施政目標	07
第二章 衛生福利組織	09
第三章 衛生福利經費	10

02 衛生福利重要指標 12

第一章 人口指標	13
第二章 生命指標	15
第三章 國民醫療保健支出	18
第四章 國際比較	19

03 友善的健康支持環境 23

第一章 健康的出生與成長	24
第二章 健康的生活	27
第三章 健康的環境	31
第四章 健康的高齡化	33
第五章 健康傳播、資訊與監測	37





04

健康照護

39

- 第一章 健康照護體系 40
- 第二章 心理健康與精神醫療 44
- 第三章 長期照顧服務體系 47
- 第四章 醫事人力 51
- 第五章 健康照護品質 53
- 第六章 偏鄉醫療照護 56
- 第七章 目標族群健康照護 58

05

傳染病防治

61

- 第一章 傳染病防治體系 62
- 第二章 重要傳染病 / 新興傳染病防治 64
- 第三章 防疫整備及感染控制 69
- 第四章 預防接種 71

06

食品藥物管理

74

- 第一章 食品管理 75
- 第二章 藥品管理 78
- 第三章 醫療器材與化粧品管理 84
- 第四章 國家實驗室及風險管理 88
- 第五章 消費者保護與宣導 89

07

社會保險

91

- 第一章 全民健康保險 92
- 第二章 國民年金 96
- 第三章 長照保險規劃 99

08

社會福利服務

103

- 第一章 兒童及少年福利 104
- 第二章 婦女福利與家庭支持 106
- 第三章 老人福利 110
- 第四章 身心障礙者福利 112

09

社會救助與社會工作

115

- 第一章 低（中低）收入戶及急難救助 116
- 第二章 遊民輔導 120
- 第三章 災害救助 121
- 第四章 社會工作 122
- 第五章 福利資源網絡 123

10

暴力防治與保護服務

126

- 第一章 性騷擾與性別暴力防治 127
- 第二章 家庭暴力防治 130
- 第三章 性侵害防治 134
- 第四章 兒少保護及兒少性交易防制 136

11

研究發展與國際合作

140

- 第一章 衛生福利科技研究 141
- 第二章 國際合作 147

附錄

154

- 附錄一 衛生福利統計指標 155
- 附錄二 法定傳染病確定病例統計 167
- 附錄三 衛生福利部103年政府出版品 170
- 附錄四 衛生福利部相關網站 174

1

衛生福利政策



- 07 | 第一章 施政目標
- 09 | 第二章 衛生福利組織
- 10 | 第三章 衛生福利經費

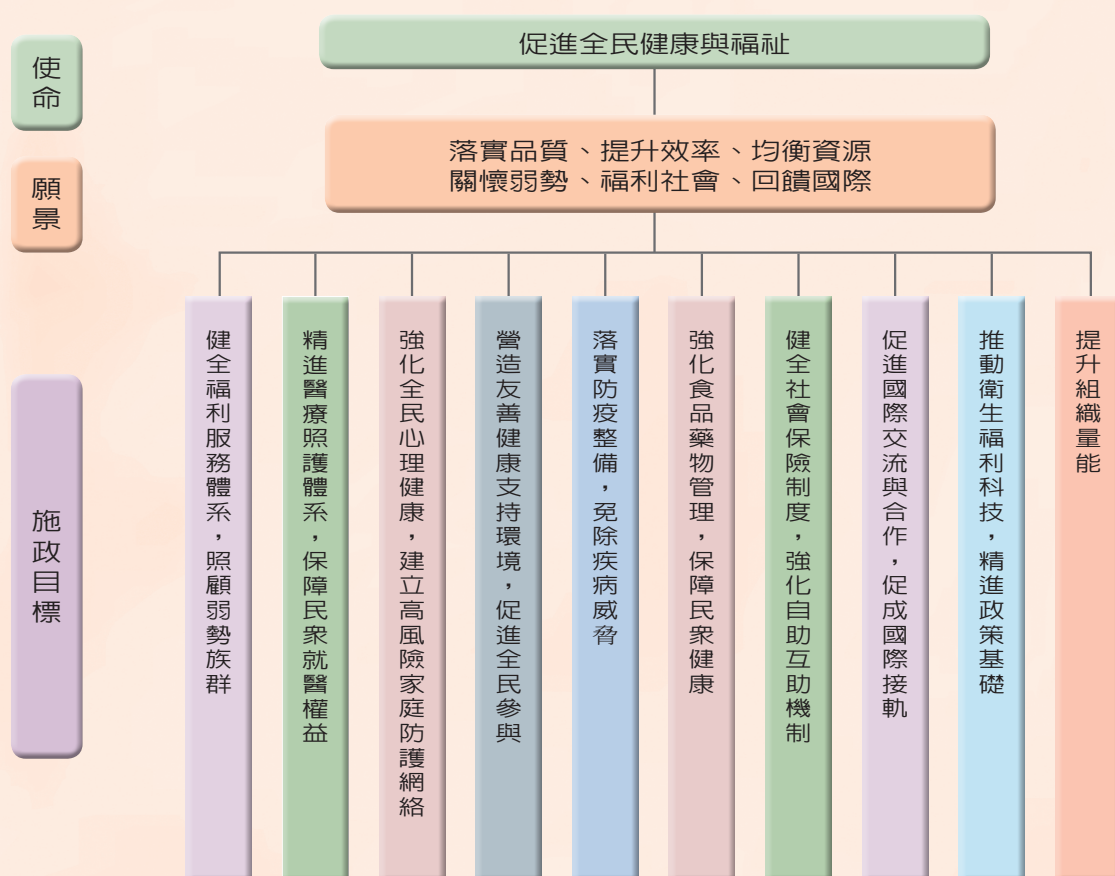
本部秉持增進國民健康與福祉之使命，以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢、福利社會、回饋國際」為願景，藉整合公共衛生與社會福利資源，以致力建構完善之衛生及社會福利體系，提供以全人照護為導向之衛生福利服務。

第一章 施政目標

第一節 103 年施政目標

依據行政院103年所訂施政方針，並配合當前社會狀況及國家未來發展需要，訂定103年十大施政目標（圖1-1），以達成促進全民健康與福祉之使命。

圖 1-1 衛生福利部 103 年施政目標





衛福大樓落成典禮

第二節 103 年性別主流化計畫

為呼應聯合國性別主流化之主張，訂定「衛生福利部推動性別主流化實施計畫」，103年計畫目標為：加強性別觀點融入機關業務，落實消除對婦女一切形式歧視公約（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women，簡稱CEDAW），本部性別主流化相關業務重點為：

- 一、透過落實危險評估機制，及早辨識親密關係暴力之高危險案件並介入處置，以減緩被害人再受暴之風險。
- 二、落實出監性侵害犯罪加害人無縫銜接，強化社區監控網絡，降低再犯風險。
- 三、建構普及長照服務網絡，強化長照人力培訓，提升整體長照服務效能，提供失能者及其家庭照顧者適切之長照服務。
- 四、結合地方政府及民間團體共同推動融入性別平等與性別暴力防治等內涵之親職教育。

五、透過建構友善托育環境-保母托育管理與托育費用補助實施計畫，提供家庭托育費用補助，減輕家長托育費用負擔；鼓勵地方政府以公私協力方式投入托育照顧體系，建立優質、多元且非營利型態之托育服務。

六、結合地方政府及民間團體，推動弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務，強化對隔代及單親家庭之照顧。

七、提升婦產科醫師人力—實施重點科別住院醫師津貼補助計畫，提升婦產科住院醫師招收率。

八、完善護理執業環境，充實護理人力-推動「護理改革近中程計畫」，提出6大目標及10大策略，以降低護理人員工作負荷、提高護理薪資與福利待遇、改善職場環境，期能留任及促使護理人力回流。另與護理團體共同推動護理專業形象宣導，並持續進行就業輔導媒合，以吸引男性護理人員進入職場。



本部榮獲行政院第13屆推動性別主流化金馨獎

第三節 智慧健康政策

本部配合行政院「雲端運算應用及產業發展方案」推動「臺灣健康雲」計畫，期程自103年至105年，規劃由保健雲、醫療雲、照護雲及防疫雲等4朵小雲共同組成，同時並以電子病歷作為基礎，來銜接醫療院所的資訊系統，範圍涵蓋病前保健、病中醫療、病後照護以及疫病防治等，其中保健雲的目標是精準傳遞個人化預防保健資訊給最需要的民衆；醫療雲的目標是要藉由電子病歷交換，建立不同醫療院所間連貫的診療服務；照護雲則希望打造不同等級照護單位共用的照護IT資源平臺；防疫雲是讓醫療院所經由電子病歷系統中的「傳染病通報模組」，透過雲端上傳到衛福部疾病管制署傳染病個案通報系統，進而達到控制疫情蔓延的目標，期運用雲端健康服務，促進國人健康。

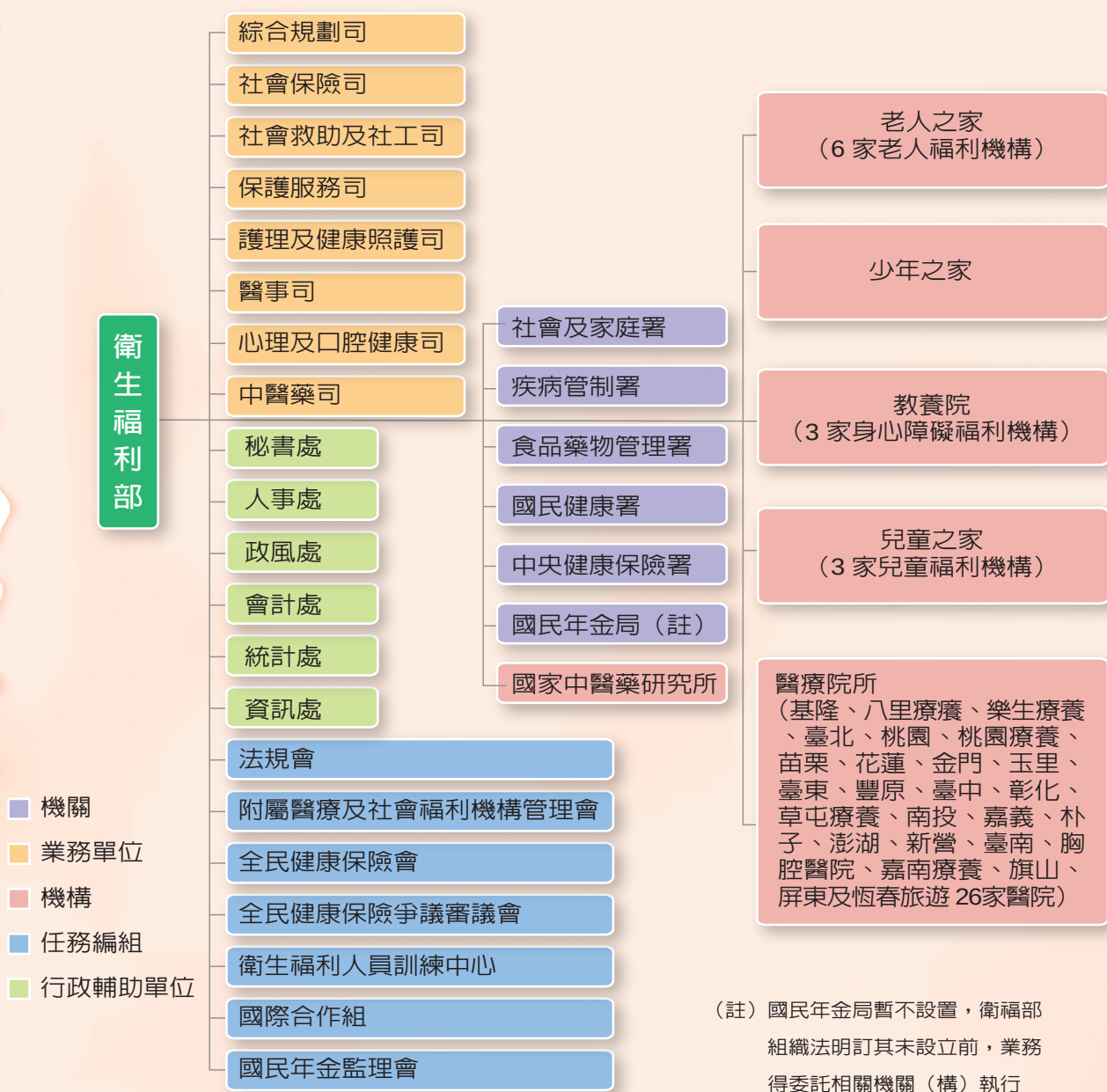
在雲端資訊服務方面，為提升病人用藥安全，避免醫師重複處方及病人重複用藥，建置了「健保雲端藥歷系統」，供醫院醫師、藥師即時線上查詢病人用藥紀錄，提升用藥安全；為推廣民衆「自我健康管理」觀念，亦建置「健康存摺」，使民衆可隨時隨地獲悉個人的就醫資料，做好自我健康管理；為利民衆查詢相關衛

生、社政相關資源，亦於本部官網設置「衛生福利e寶箱」，協助民衆快速且準確地查詢需要的資源與服務；另為協助新手爸媽順利度過從結婚、懷孕、養育兒女至學齡前兒童的過程，設置「送子鳥資訊服務網」，提供各階段服務及資源查詢。

第二章 衛生福利組織

本部於102年7月23日成立，設置8司（綜合規劃司、社會保險司、社會救助及社工司、護理及健康照護司、保護服務司、醫事司、心理及口腔健康司、中醫藥司）、6處（秘書處、人事處、政風處、會計處、統計處、資訊處）、7個常設性任務編組（法規會、附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利人員訓練中心、國民年金監理會、全民健康保險會、全民健康保險爭議審議會、國際合作組）及疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所等6個所屬三級機關（構），另設有26家部立醫院與13家社會福利機構，如圖1-2。業務涵蓋健康促進、醫療服務、疾病防治、食品藥物管理、社會保險、福利服務、社會救助、保護服務等層面。

圖 1-2 衛生福利部組織圖



第三章 衛生福利經費

103年主管決算數共1,372億1,409萬1千元，其中，社會保險支出為936億6,366萬7千元，占決算之68.26%；醫療保健支出為189億9,803萬6千元，占決算之13.85%；福利服務支出為190億8,214

萬9千元，占決算之13.91%；科學支出為38億8,983萬4千元，占決算之2.83%；社會救助支出為15億1,878萬2千元，占決算之1.11%；教育支出為6,162萬3千元，占決算之0.04%，如圖1-3。

104年主管預算數共編列1,753億9,310萬元，其中，社會保險支出編列1,331億9,955萬4千元，占預算之75.94%；醫療保健支出編列183億4,871萬8千元，占預算之10.46%；福利服務支出編列179億6,594萬9千元，占預算之

10.24%；科學支出編列41億9,317萬6千元，占預算之2.39%；社會救助支出編列16億793萬7千元，占預算之0.92%；教育支出編列7,776萬6千元，占預算之0.05%，如圖1-4。

圖 1-3 103年衛生福利經費決算分布圖

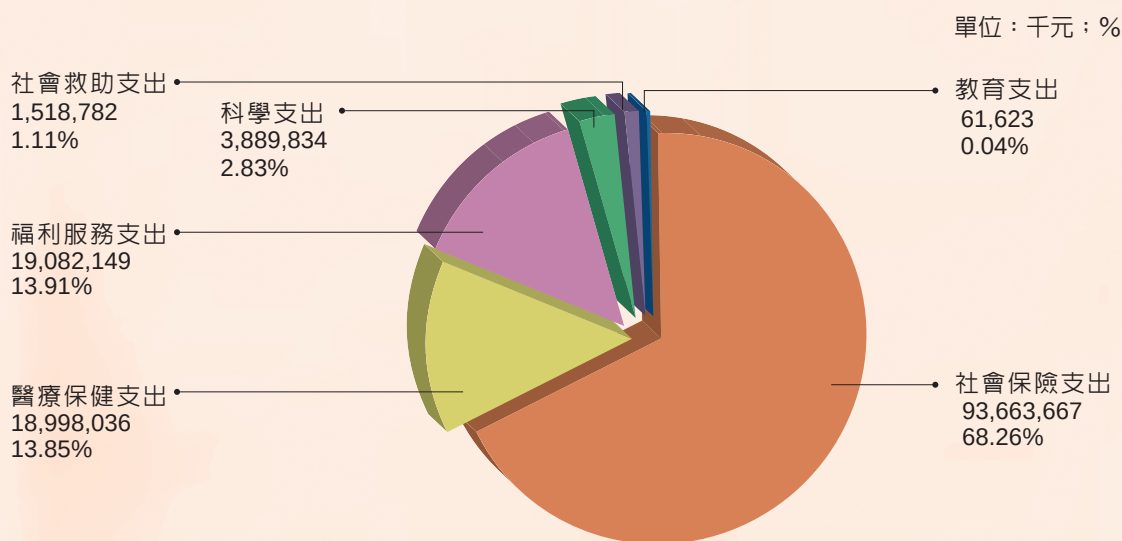
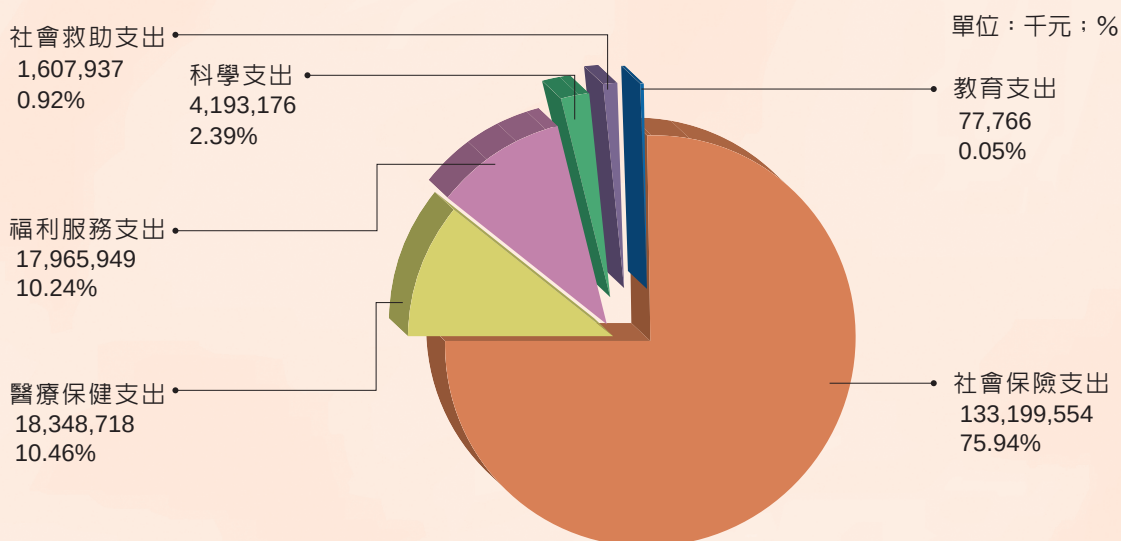


圖 1-4 104年衛生福利經費編列分布圖



2

衛生福利重要指標



- 13 | 第一章 人口指標
- 15 | 第二章 生命指標
- 18 | 第三章 國民醫療保健支出
- 19 | 第四章 國際比較

近半世紀以來，我國國民所得水準的成長、生活環境與國民營養的改善、醫藥衛生的進步及醫療保健水準的提升，使得國民平均餘命逐年延長。隨著戰後嬰兒潮人口已漸邁入老年期，人口老化的健康與疾病議題益受重視，加上少子化之趨勢，均牽動著國家整體經濟的成長，也影響著國民醫療保健支出的需求配置。謹就我國衛生福利統計相關重要指標包括人口指標、生命指標、國民醫療保健支出（National Health Expenditure，NHE）指標及國際比較等之變化趨勢簡要陳述。

第一章 人口指標

103年底我國戶籍總登記人口數計2,343萬人，其中男性1,170萬人，女性

1,173萬人，女性人口數略高於男性，人口性別比例【男性人口數/女性人口數*100】為99.7，人口年增率2.6‰。

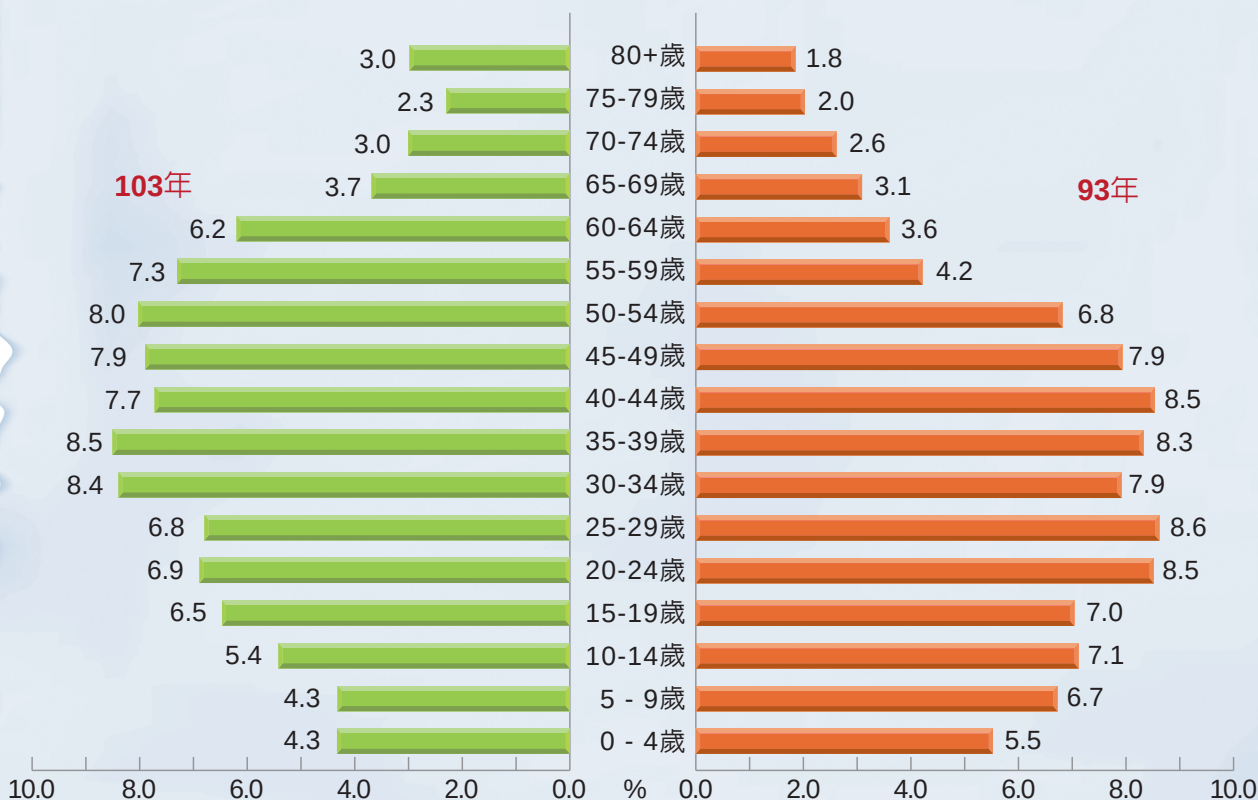
103年底，每平方公里人口密度達647人，以臺北市9,942人最為稠密、嘉義市4,513人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為72人、64人。

第一節 人口年齡結構

103年受出生率逐年下降影響，與93年相較，103年幼年人口比率降低、老年人口比率提高，如圖2-1。

若以人口年齡結構觀察，我國老年人口比率於82年突破7%，進入高齡化國家之列。0~14歲幼年人口比率，由90年20.8%降至103年14.0%，同期間65歲以

圖2-1 人口年齡結構



上老年人口比率則由8.8%升至12.0%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯，如圖2-2、表2-1。

扶養比【（0～14歲人口＋65歲以上人口）/15～64歲人口*100】由90年42.1%降至103年35.1%，主要是扶幼比【0～14歲人口/15～64歲人口*100】快速下降，而扶老比【65歲以上人口/15～64歲人口*100】平穩上升所致。

第二節 出生及死亡概況

隨著社會變遷及價值觀的改變，近年來我國之生育率逐年下滑，粗出生率【出生數/年中人口數*1,000】由90年11.7%降至103年9.0%；粗死亡率【死亡數/年中人口數*1,000】由90年5.7%上升至103年7.0%。人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】長期呈下滑趨勢至99年0.9%低點後，緩升至103年2.0%，如圖2-3。

圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比

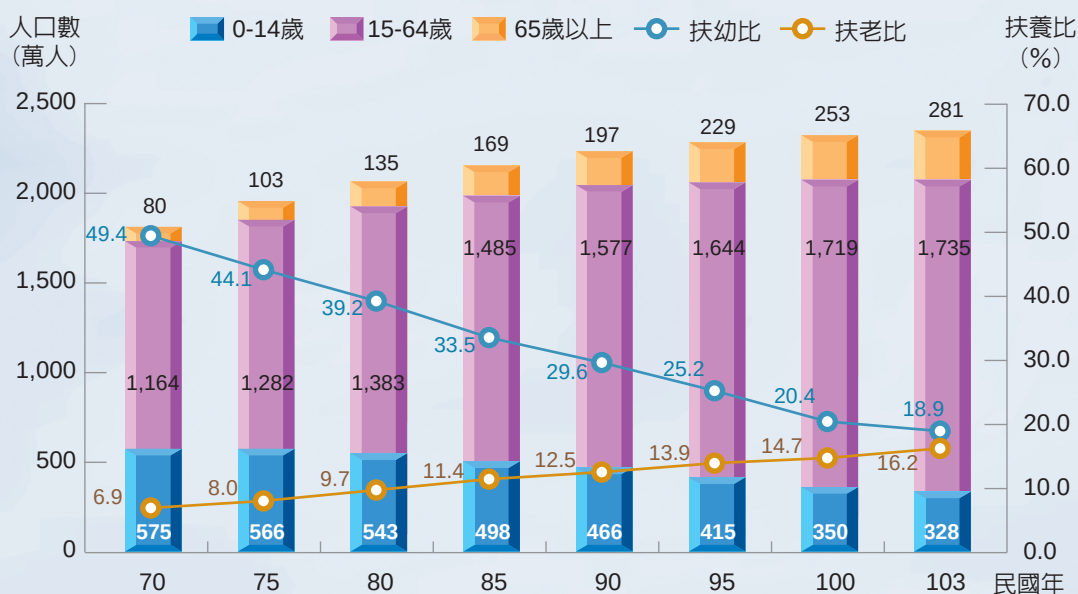
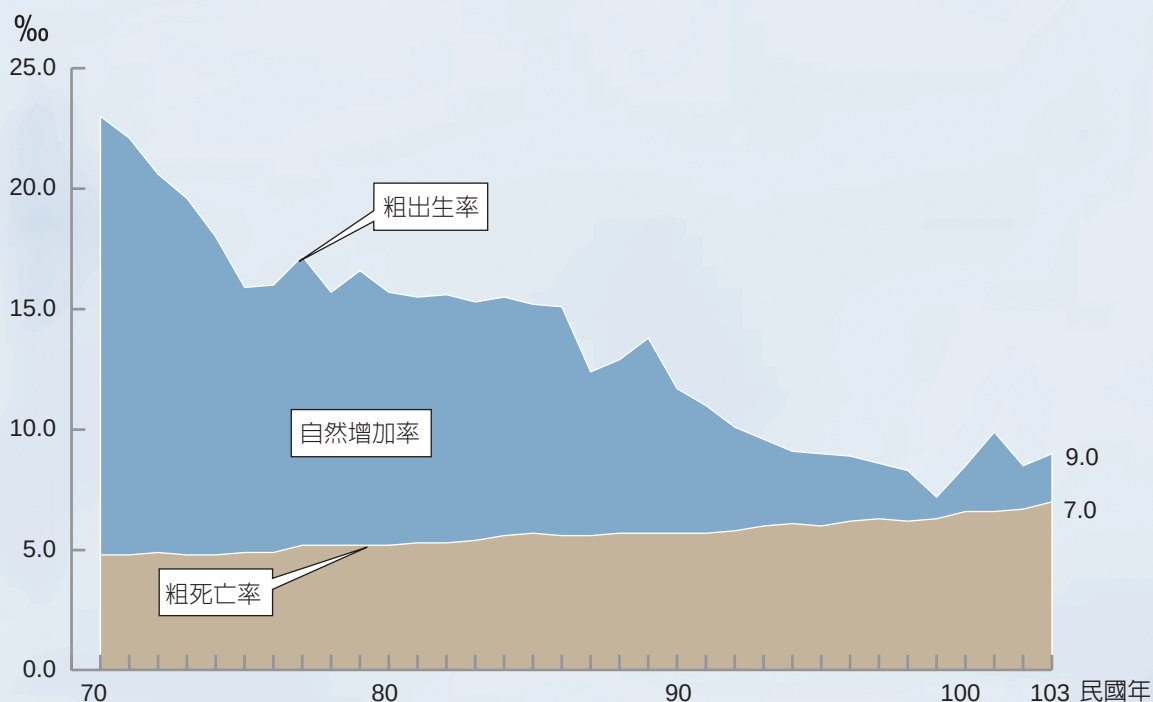


表2-1 歷年人口年齡結構與扶養比

年底別	總人口 (千人)	三段年齡組人口結構比 (%)			扶養比 (%)	
		0-14歲	15-64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
民國70年	18,194	31.6	64.0	4.4	49.4	6.9
民國80年	20,606	26.3	67.1	6.5	39.2	9.7
民國90年	22,406	20.8	70.4	8.8	29.6	12.5
民國100年	23,225	15.1	74.0	10.9	20.4	14.7
民國103年	23,434	14.0	74.0	12.0	18.9	16.2

資料來源：內政部戶政司

圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



第三節 平均餘命

就國人平均餘命整體變動觀之，依據內政部資料，103年國人0歲平均餘命為79.8歲，10年來增加2.3歲；男性76.7歲，增加2.0歲；女性83.2歲，增加2.4歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，男、女性0歲平均餘命差距呈擴大趨勢，如圖2-4及附錄一表2。

第二章 生命指標

第一節 十大主要死因

由於社會經濟結構改變、生活水準提高及衛生保健的改善，主要死因已由41年之急性、傳染性疾病為主，轉變成以惡性腫瘤、心血管等慢性疾病與事故傷害等為主。

103年國人死亡人數16萬2,911人，粗死亡率為每十萬人口696.1人，較上年上升5.3%，較93年上升17.9%。標準化死亡率【依世界衛生組織（World Health Organization, WHO）編布之2000年世界標準人口年齡結構調整計算】443.6人，較上年上升1.9%，較93年下降16.1%。

103年十大死因死亡人數占總死亡人數之77.5%，以慢性疾病為主，依粗死亡率排序之十大死因為（1）惡性腫瘤；（2）心臟疾病；（3）腦血管疾病；（4）肺炎；（5）糖尿病；（6）事故傷害；（7）慢性下呼吸道疾病；（8）高血壓性疾病；（9）慢性肝病及肝硬化；（10）腎炎、腎病症候群及腎病變。與93年比較，順位上升者有肺炎、高血壓性疾病，順位下降者有糖尿病、事故傷害、慢性肝病及肝硬化、腎炎、腎病症候群及腎病變，如圖2-5。

圖2-4 國人零歲平均餘命

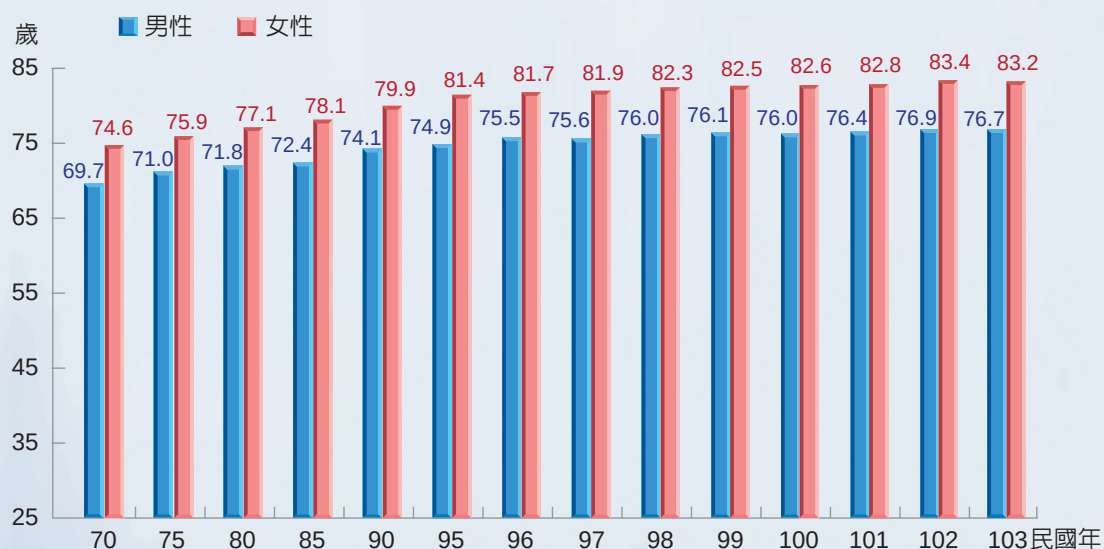
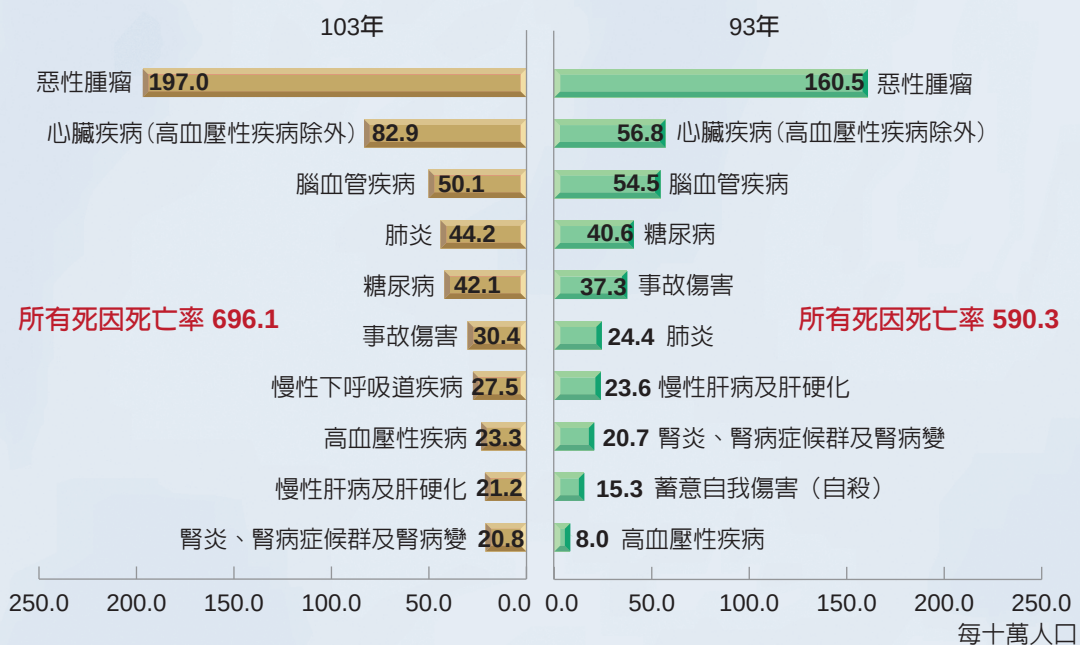


圖2-5 十大主要死因之變化



第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據101年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口458.8人和370.6人；如以2000年世界衛生組織世界人口結構調整計算，男、女性標準化發生率分別為每十萬人口341.4和263.3人，男女十大癌症發生統計如表2-2。

二、癌症死因

103年國人惡性腫瘤死亡人數4萬6,095人，占總死亡人數之28.3%，粗死亡率為每十萬人口197.0人，

較上年上升2.6%，較93年上升22.7%。標準化死亡率130.2人，較上年下降0.2%，較93年下降8.8%。

103年依粗死亡率排序之十大癌症死因順位為：(1) 氣管、支氣管和肺癌；(2) 肝和肝內膽管癌；(3) 結腸、直腸和肛門癌；(4) 女性乳房癌；(5) 口腔癌；(6) 前列腺（攝護腺）癌；(7) 胃癌；(8) 胰臟癌；(9) 食道癌；(10) 子宮頸及部位未明示子宮癌。與93年比較，順位上升者有口腔癌、前列腺癌及胰臟癌，順位下降者有胃癌及子宮頸癌，如圖2-6。

表2-2 101年國人十大癌症發生統計資料

男性				女性			
順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每10萬人口)	順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每10萬人口)
1	大腸	8,558	53.7	1	女性乳房	10,525	65.9
2	肝及肝內膽管	7,924	50.6	2	大腸	6,407	37.3
3	肺、支氣管及氣管	7,072	44.0	3	肺、支氣管及氣管	4,620	26.8
4	口腔、口咽及下咽	6,462	41.7	4	肝及肝內膽管	3,498	20.3
5	攝護腺	4,735	29.7	5	甲狀腺	2,236	15.3
6	胃	2,387	14.5	6	子宮體	1,936	12.0
7	食道	2,194	13.8	7	子宮頸	1,567	9.6
8	皮膚	1,820	11.3	8	皮膚	1,454	8.2
9	膀胱	1,416	8.7	9	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,236	8.0
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,269	8.3	10	胃	1,409	8.0
全癌症		53,553	341.4	全癌症		43,141	263.3

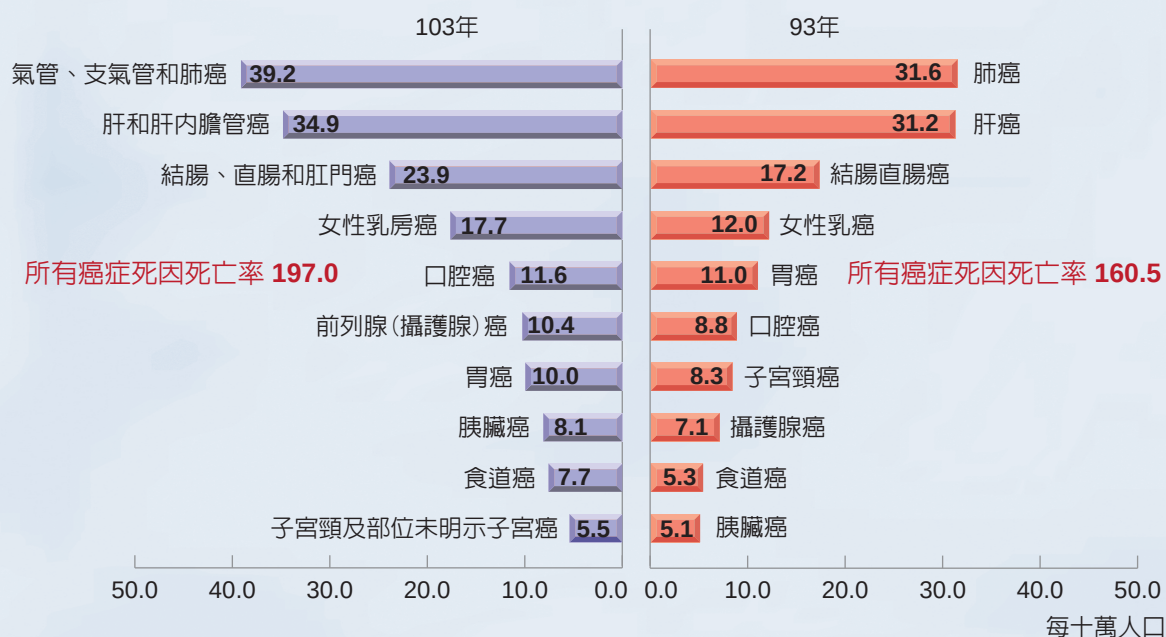
備註：1.順位係以標準化之發生率（單位為每10萬人口）排序。

2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

公式為【 $\sum$ （年齡別發生率 × 標準組年齡別人口數）】/標準組總人口數

3.發生率資料來源：癌症登記資料（不含原位癌）

圖2-6 十大癌症死因之變化



第三節 嬰兒及新生兒死亡率

隨著公共衛生之進步，嬰兒死亡率【嬰兒出生未滿1歲死亡數/活產嬰兒數*1,000】及新生兒死亡率【嬰兒出生未滿4週死亡數/活產嬰兒數*1,000】除因84年出生通報實施而略有上升外，大致呈現下降趨勢；嬰兒死亡率由70年的8.9‰降至103年的3.6‰，同期間新生兒死亡率由3.1‰降至2.2‰，如圖2-7。

第三章 國民醫療保健支出

接受良好的醫療照護是國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。我國自84年3月開辦全民健康保險，該年國民醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）

年增率達17.3%，其增幅大於同年國民所得成長率，自此以後，國民醫療保健支出占國內生產毛額（Gross Domestic Product, GDP）比例顯著增加。

自80年起，我國國民醫療保健支出呈現穩定上升，至102年國民醫療保健支出達9,628億元；受國際醫療推動、生醫科技發展及人口結構快速高齡化之影響，未來之國民醫療保健支出仍將續呈增加趨勢。

84年全民健保開辦後，國民醫療保健支出占當年國內生產毛額比，由83年之4.9%增至84年之5.3%，至102年達6.6%；平均每人國民醫療保健支出由80年之1萬765元呈逐年上升，至102年達4萬1,242元，平均年增率為6.3%，如圖2-8。

圖2-7 嬰兒及新生兒死亡率

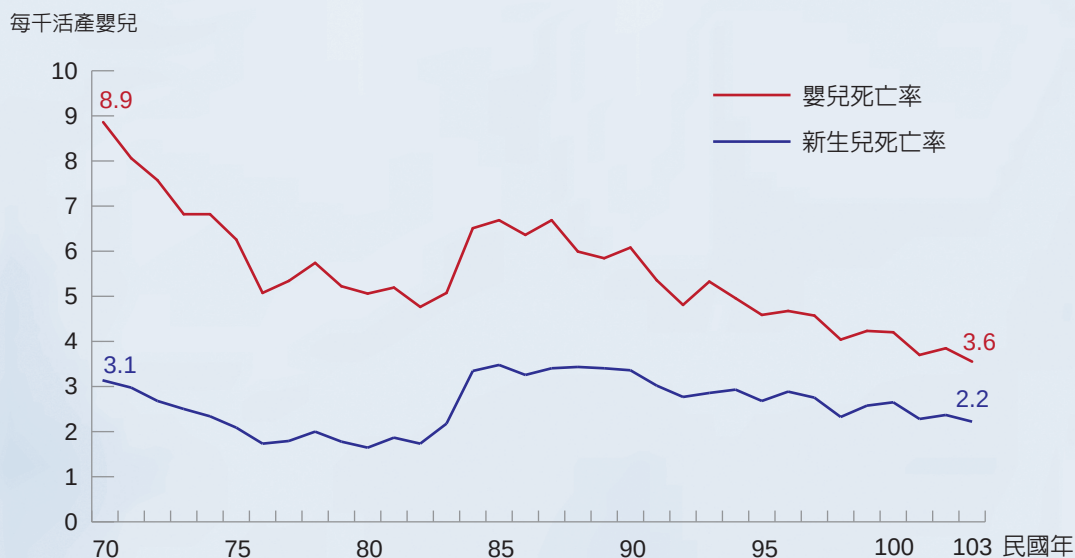
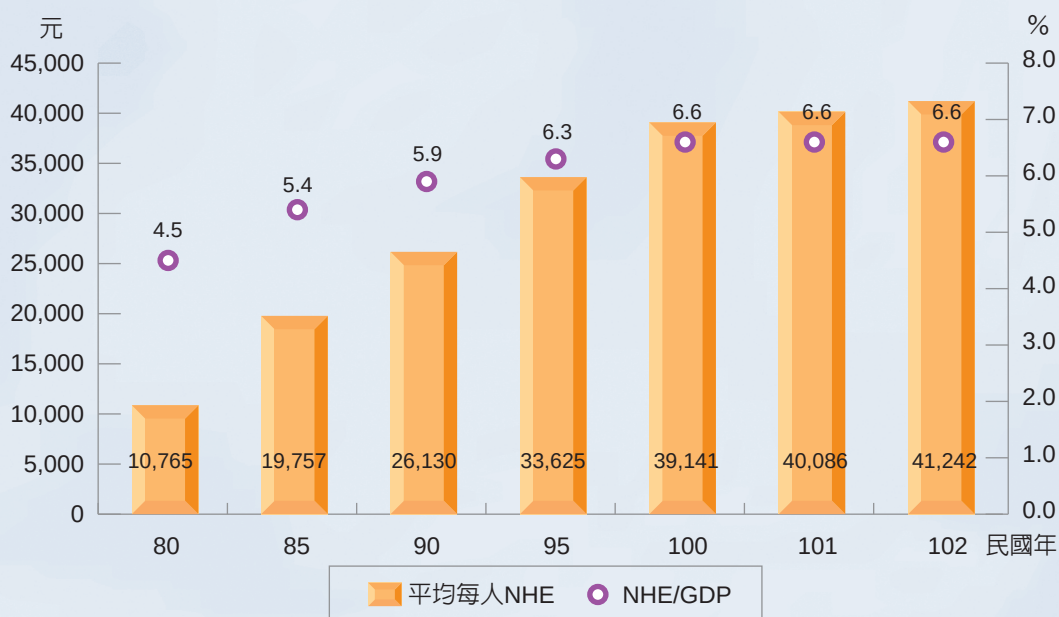


圖2-8 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE



第四章 國際比較

第一節 平均餘命

依據2015 WHO Statistical Information System資料顯示，2013年，世界主要國家男性0歲平均餘命以日本、

加拿大、澳洲及紐西蘭之80歲為最高；臺灣為77歲，近20年增加6歲。

2013年，世界主要國家女性0歲平均餘命以日本87歲為最高；臺灣為83歲，近20年增加6歲，如表2-3。

第二節 人口自然增加率

依據2015 WHO Statistical Information System資料顯示，2013年全球總生育率（表示每婦女在一生中可能有多少個活產）為3.0人，表列國家均低於全球平均值，其中，亞洲國家更明顯低於其他主要國家，顯示亞洲為低總生育率地區，同期間我國之生育率為1.1人；另全球出生率為23%，死亡率為8%，表列國家僅日本、德國出生率低於死亡率。綜觀該年全球已開發國家，其人口結構已趨向低出生率、低死亡率之型態，如表2-4。

第三節 扶養比

依據World Bank最新資料顯示，2013年世界主要國家扶養比以日本61.6%為最高，法國56.5%居次、英國54.0%第三；臺灣為34.9%，在世界主要國家中屬較低者。我國扶養比近50年減少57.1個百

分點，主要係因幼年人口依賴比大幅下降所致，如表2-5。

第四節 醫療保健支出

若以購買力平價（Purchasing Power Parity, PPP）計列，2012年我國平均每人國民醫療保健支出（NHE）為2,668美元，低於經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）中位數3,413美元，相當於OECD會員國第22位；平均每人國內生產毛額（GDP）為4萬270美元（USD PPPs），高於OECD中位數3萬5,484美元，相當於OECD會員國第14位。整體而言，平均每人GDP愈高的國家，其平均每人NHE亦愈高，2012年我國NHE占GDP比為6.6%，較OECD中位數低2.7個百分點，相當於OECD會員國第32位，與OECD會員國比較，屬相對較低之國家，如表2-6。

表2-3 世界主要國家零歲平均餘命

單位：歲

	計		男 性		女 性	
	1990年	2013年	1990年	2013年	1990年	2013年
臺灣	74	80	71	77	77	83
日本	79	84	76	80	82	87
韓國	72	82	68	78	76	85
美國	75	79	72	76	79	81
加拿大	77	82	74	80	81	84
英國	76	81	73	79	79	83
德國	76	81	72	79	79	83
法國	78	82	73	79	82	85
澳洲	77	83	74	80	80	85
紐西蘭	76	82	73	80	78	84

資料來源：2015 WHO Statistical Information System

表2-4 世界主要國家人口概況

	2013年 年中人口	2013年 總生育率	2013年 粗出生率	2013年 粗死亡率	2013年 人口自然增加率
	百萬人	每一婦女	‰	‰	‰
全球	7126.1	3.0	23	8	1.5
臺灣	23.4	1.1	9	7	0.2
日本	127.1	1.4	8	10	-0.2
韓國	49.3	1.3	10	6	0.4
美國	320.1	2.0	13	8	0.5
加拿大	35.2	1.7	11	7	0.4
英國	63.1	1.9	12	9	0.3
德國	82.7	1.4	9	11	-0.2
法國	64.3	2.0	12	9	0.3
澳洲	23.3	1.9	13	6	0.7
紐西蘭	4.5	2.1	14	6	0.8

資料來源：1. 內政部統計處
2. 2015 WHO Statistical Information System

表2-5 世界主要國家扶養比

單位：%

	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2005年	2010年	2013年
臺灣	92.0	74.2	57.3	49.9	42.3	39.7	35.8	34.9
日本	56.0	45.3	48.4	43.4	46.6	50.7	56.9	61.6
韓國	80.7	83.3	60.7	44.1	39.5	39.6	37.6	37.1
美國	66.5	61.4	51.3	51.9	50.9	48.9	49.0	50.4
加拿大	70.7	61.6	47.4	46.9	46.5	44.5	44.1	46.3
英國	54.0	59.0	56.1	53.2	53.4	51.3	51.9	54.0
德國	48.3	58.4	51.8	45.1	46.9	49.9	52.0	52.0
法國	61.1	60.4	57.1	51.5	53.7	53.7	54.2	56.5
澳洲	63.4	59.4	53.6	49.5	49.6	48.6	47.9	50.2
紐西蘭	71.0	67.3	58.6	52.3	52.7	50.5	50.4	51.9

資料來源：The World Bank 網站。

備註：扶養比=（0~14歲人口+65歲以上人口）/15~64歲人口。

表2-6 2012年OECD會員國與我國平均每人NHE與平均每人GDP

排名	國名--以平均每人NHE排序		平均每人NHE (USD PPPs)	平均每人GDP (USD PPPs)	NHE/GDP (%)
中位數			3,413	35,484	9.3
1	美國	United States	8,745	51,749	16.9
2	挪威	Norway	6,140	66,141	9.3
3	瑞士	Switzerland	6,080	53,191	11.4
4	荷蘭 ²⁰¹¹	Netherlands	5,219	43,148	12.1
5	奧地利	Austria	4,896	44,122	11.1
6	德國	Germany	4,811	42,700	11.3
7	丹麥	Denmark	4,698	42,775	11.0
8	加拿大	Canada	4,602	42,115	10.9
9	盧森堡	Luxembourg	4,578	89,510	7.1
10	比利時	Belgium	4,419	40,563	10.9
11	法國	France	4,288	36,933	11.6
12	瑞典	Sweden	4,106	42,866	9.6
13	澳大利亞 ²⁰¹¹	Australia	3,997	44,023	9.1
14	愛爾蘭	Ireland	3,890	43,834	8.9
15	日本	Japan	3,649	35,492	10.3
16	芬蘭	Finland	3,559	39,160	9.1
17	冰島	Iceland	3,536	39,118	9.0
18	英國	United Kingdom	3,289	35,477	9.3
19	義大利	Italy	3,209	34,924	9.2
20	紐西蘭 ²⁰¹¹	New Zealand	3,172	31,720	10.0
21	西班牙	Spain	2,987	32,135	9.3
22	臺灣	Taiwan	2,668	40,270	6.6
23	斯洛維尼亞	Slovenia	2,667	28,476	9.4
24	葡萄牙 ²⁰¹¹	Portugal	2,642	25,828	10.2
25	希臘	Greece	2,409	25,987	9.3
26	以色列	Israel	2,304	31,345	7.3
27	南韓	Korea	2,291	30,011	7.6
28	斯洛伐克	Slovak Republic	2,105	25,842	8.1
29	捷克	Czech Republic	2,077	27,523	7.5
30	匈牙利	Hungary	1,803	22,635	8.0
31	智利	Chile	1,577	21,545	7.3
32	波蘭	Poland	1,540	22,782	6.8
33	愛沙尼亞	Estonia	1,447	24,572	5.9
34	墨西哥	Mexico	1,048	17,019	6.2
35	土耳其	Turkey	984	18,260	5.4

資料來源：2014 OECD Health Data

3

友善的健康支持環境



- 24 | 第一章 健康的出生與成長
- 27 | 第二章 健康的生活
- 31 | 第三章 健康的環境
- 33 | 第四章 健康的高齡化
- 37 | 第五章 健康傳播、資訊與監測

為達成世界衛生組織（WHO）所提出「全民健康（Health for all）」，本部為孕產婦與嬰幼兒、兒童與青少年、中老年人及婦女等不同人生階段的國人，積極規劃健康促進政策（圖3-1）。針對國人不健康生活型態的挑戰，依據健康監測調查及研究之實證資料，檢視人權、性別、健康平等觀點及響應聯合國積極倡議「所有施政面向的健康工程（Health in All Policies）」。

另依據西元2012年世界衛生大會針對非傳染病「25 by 25」的目標（即於2025年將早發性非傳染病死亡率降低25%），將所訂之9項全球目標和25項指標列入政策目標，訂定各項策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球的健康。

第一章 健康的出生與成長

為促使我國嬰幼兒及兒童健康成長，積極推展孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年

等健康促進工作，以期早期發現異常、早期矯治。

第一節 孕產婦健康

一、孕婦產前檢查

（一）提供孕期婦女 10 次產前檢查服務，103 年約 194.9 萬人次，平均利用率 94.3%。自 103 年 11 月 1 日起，針對孕期重要健康議題，於妊娠第一孕期及第三孕期，提供 2 次產前衛教評估與指導，截至 103 年 12 月底，參加本方案之醫師總計 1,196 人，涵蓋 66.8% 之產婦。（服務個案 5 萬 2,126 人次）。

（二）為有效預防新生兒早發型感染，於 101 年 4 月 15 日起全面補助孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用，每案補助 500 元。103 年檢查 18 萬 2,605 案，篩檢率約 85.3%，陽性率為 21.1%。

圖3-1 從子宮到天堂，從家庭到社區的全民健康促進政策



(三) 提供遺傳性疾病高危險群孕婦染色體及基因等產前遺傳診斷檢驗補助，並自 103 年起將補助金額由 2,000 元提高為 5,000 元；另對低收入戶、居住優生保健措施醫療資源不足地區等 56 區，除維持原補助採檢費 3,500 元外，擴增 24 區補助採檢費。103 年計補助 5 萬 1,421 人，發現 1,565 例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢。

二、出生性別比

自99年起，由本部國民健康署（以下簡稱健康署）、醫事司及食品藥物管理署等單位，組成本部出生性別比工作小組，期望透過建立出生性別比監測機制、完備法令、加強源頭之試劑與檢驗管理、結合縣市衛生局普查輔導接生及產檢醫療院所、加強醫事人員性別平等與醫學倫理教育及民衆倡議等措施，共同攜手保障女嬰的出生機會，在5年到10年內矯正我國出

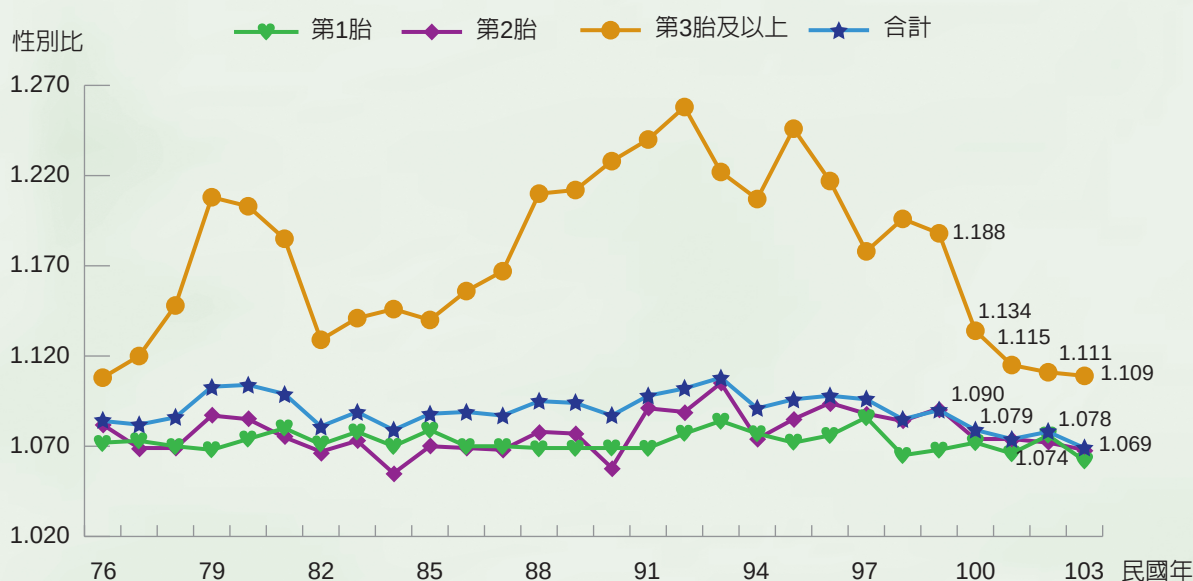
生性別比例失衡問題。我國出生性別比已由99年的1.090，降至103年的1.069，為自75年後28年來最低，朝正常值1.06邁進。（如圖3-2）

三、建置孕產婦關懷中心，提供免付費專線、雲端好孕守APP及網站（<http://mammy.hpa.gov.tw>），提供孕前、孕期至產後之母乳哺育等健康資訊。

四、《公共場所母乳哺育條例》於 99 年 11 月 24 日公布施行，截至 103 年止，符合條例應設置哺（集）乳室之公共場所計有 2,061 處，各縣市自行設置哺集乳室之場所計有 599 處。

五、自90年起參考WHO母乳哺育政策，推動母嬰親善院所認證，推行成功哺餵母乳十大措施政策、提昇醫療人員專業素養、加強對孕產婦之衛生教育及改善院所政策與友善環境設計，提供有益於成功哺育母乳的條件，103年共177家通過認證，涵蓋全國

圖3-2 臺灣歷年出生通報總活產胎次出生性別比



76.6%出生嬰兒，使臺灣6個月以下嬰兒純母乳哺育率達45.8%，已高於全球平均值38%，並接近世界衛生組織2025年全球目標值50%。

第二節 嬰幼兒及兒童、青少年健康

提供新生兒篩檢服務、設立兒童發展聯合評估中心，早期發現發展遲緩兒童以早期治療；提供7次兒童預防保健及兒科衛教；辦理兒童口腔、視力、聽力保健及青少年性健康促進計畫（如圖3-3），各項業務成果，簡述如下：

一、新生兒先天性代謝異常篩檢

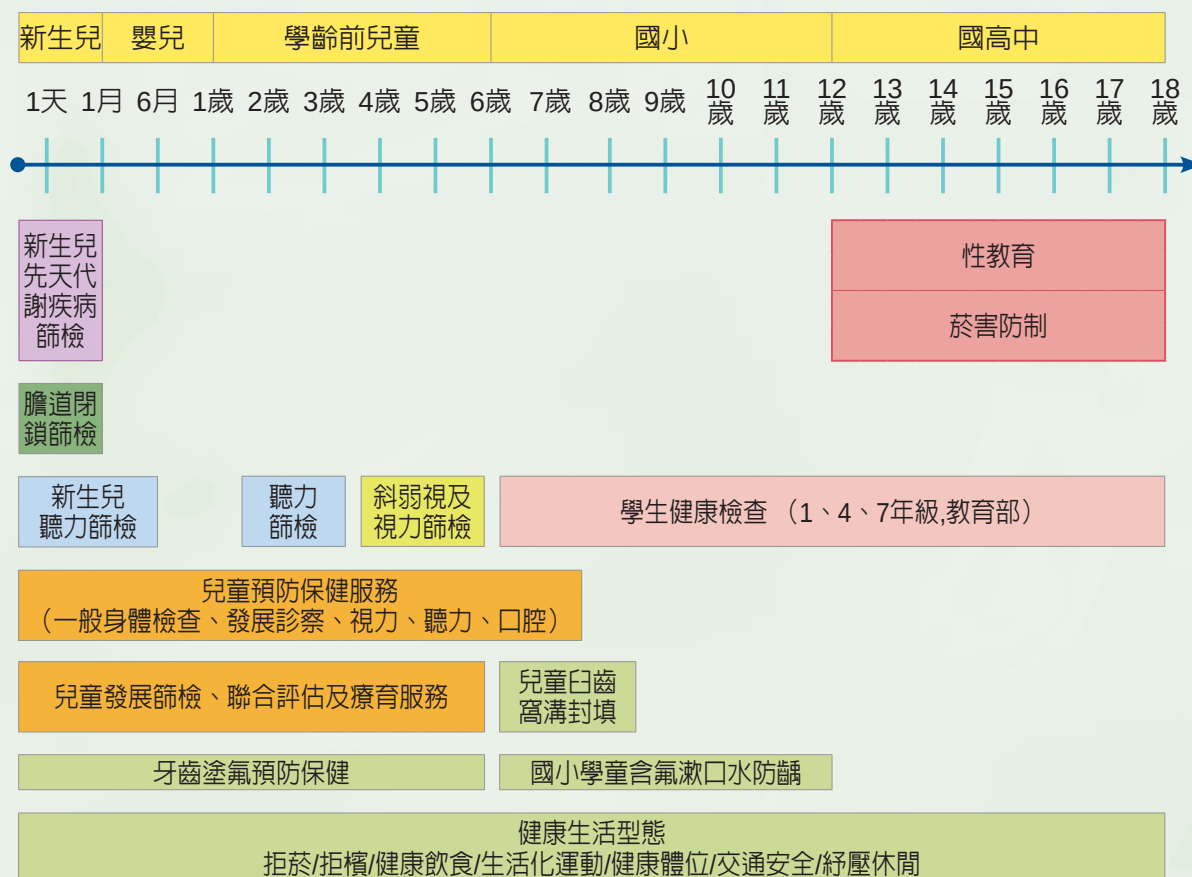
我國新生兒於出生後滿48小時即進行11項先天性代謝異常篩檢，103

年共計篩檢21萬1,272人，篩檢率達99%以上，對於異常個案給予追蹤轉介、確診及適當的治療。

二、提供7歲以下兒童預防保健服務，103年計服務110萬4,160人次，7歲以下平均7次利用率達77.7%，1歲以下至少使用1次利用率達97.2%。

三、為提升兒童的安全與健康，於102年7月1日推展「兒童衛教指導服務補助方案」，並自103年11月1日起，擴大為7歲以下全程補助7次。截至103年12月底取得資格之醫師計1,932位，已涵蓋78.1%之7歲以下兒童（以102年兒童預防保健服務量為基準）。103年提供24萬4,768服務

圖3-3 嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



人次，2次衛教指導平均服務利用率達64%。

四、於全國22縣市輔導兒童發展聯合評估中心，每縣市至少1至4家，至103年共計45家，確診發展遲緩兒童計1萬6,231人。為增進聯評服務品質，完成制訂「兒童發展聯合評估中心評估暨療育訪查基準」，並完成全部兒童發展聯合評估中心實地輔導訪查。

五、跨部會持續推動滿4歲及滿5歲「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作」，103年篩檢率達95.4%，異常個案轉介率達99.3%。

六、101年起全面補助出生3個月內之新生兒聽力篩檢。103年計篩檢20萬4,641人，篩檢率達97.2%，其中777人確診為聽損，均已轉介追蹤療育。

七、102年6月起，擴大提供未滿6歲兒童，每半年一次牙齒塗氟服務，及未滿12歲低收入戶、身心障礙者、原住民族地區及偏遠離島地區，每3個月塗氟一次，103年共計提供100萬1,512人次，3-5歲至少一次塗氟利用率87.7%。

八、103年9月起擴大提供全面國小一年級及山地原住民族、離島地區、身心障礙者、低收入戶及中低收入戶之國小2年級學童恆白齒窩溝封填服務，103年計14萬809人。

九、持續推動全國國小學童含氟漱口水計畫，103年共計服務120萬名學童，服務覆蓋率約90%。結合實證研究，推動「二要二不，從齒健康」口腔保健宣導，以護學童牙齒健康。

十、透過網站、線上視訊服務、學校教育宣導及設立「青少年親善門診」，提

供青少年性知識、預防及生育保健等資訊，並協助解決未預期懷孕問題。

103年計12萬5,025人次瀏覽網站，提供視訊諮詢服務2,105人次。辦理青少年性健康校園講座及親職講座，共110場次計2萬6,429人次參與；已於全國各縣市設置65家青少年親善門診，提供7,445人次門診服務。

第二章 健康的生活

生活中主要危害包括：個人不健康的行為(如抽菸及嚼檳榔)、不健康的飲食及缺乏運動，以及來自環境的威脅(如事故傷害)。而菸草與檳榔均為一級致癌物，事故傷害則為國人十大死因之一，故應持續推動拒菸、不嚼檳榔及安全的環境，為國民營造一個健康生活。

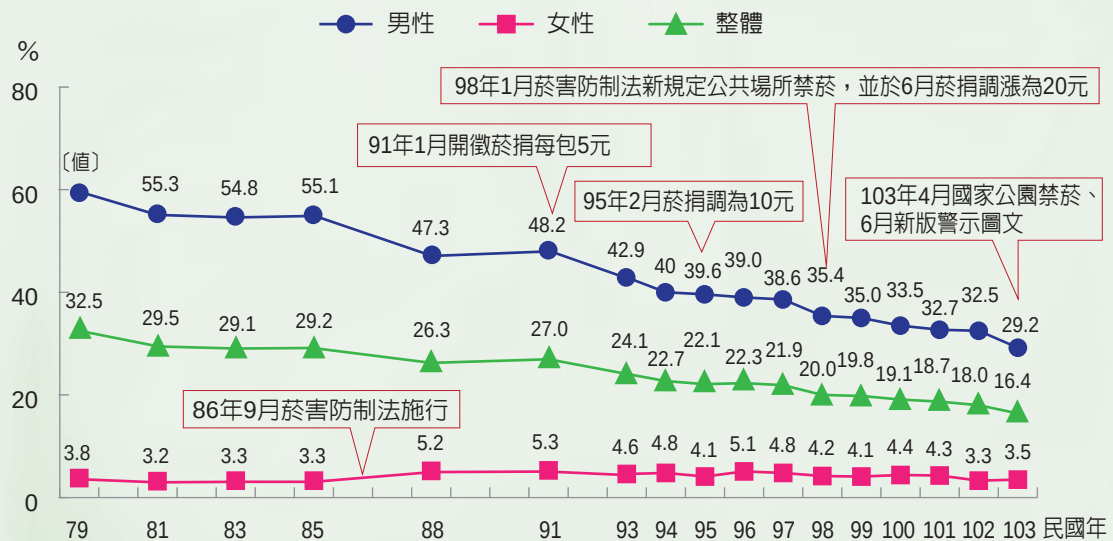
第一節 菸品、檳榔健康危害防制

一、推動菸害防制工作

《菸害防制法》新規定自98年實施迄今，18歲以上成人吸菸率已自97年的21.9%下降至103年的16.4%，減少四分之一的吸菸率，吸菸人口減少約89萬人(如圖3-4)；青少年吸菸率降至10年來最低，國中生吸菸率由97年7.8%降至103年5.0%；高中職生吸菸率亦由98年14.8%降至103年為11.5%(圖3-5)。另禁菸公共場所二手菸暴露率自97年的23.7%下降至103年的7.5%。我國菸害防制與國際同步，實踐「菸草控制綱要公約」與「MPOWER」策略，重要工作及成果如下：

(一)營造無菸環境，落實《菸害防制法》：

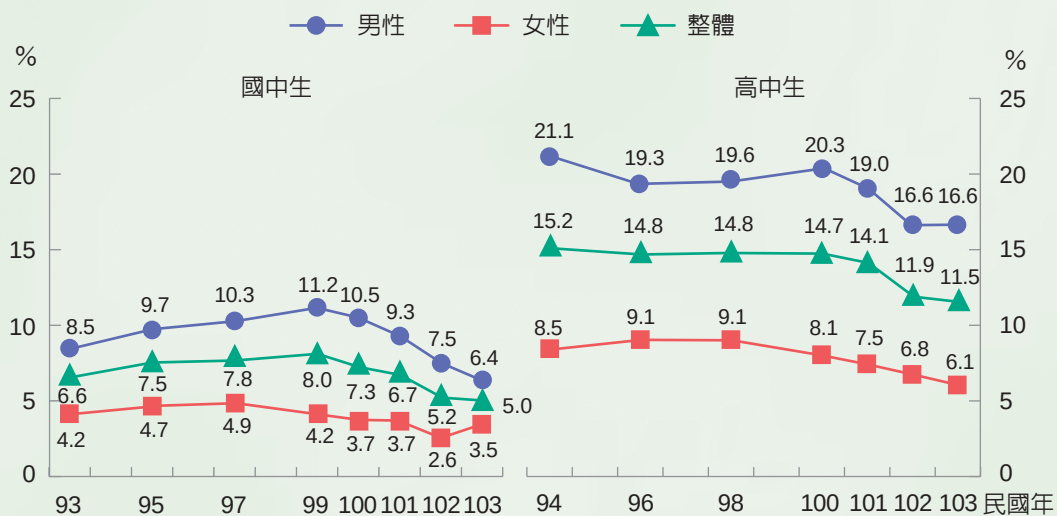
圖3-4 臺灣歷年18歲以上成人吸菸率



資料來源：

1. 79至85年為菸酒公賣局調查資料。
2. 88年為李蘭教授調查資料。
3. 91年為國民健康署「臺灣地區91年國民健康促進知識、態度與行為調查」。
4. 93至103年為國民健康署「成人吸菸行為電話調查」。
5. 88至103年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過100支（5包），且最近30天內曾使用菸品者。
6. 93至103年均以臺灣地區89年主計總處人口普查資料，並依性別、年齡、教育程度及居住地區特性進行資料加權及標準化。

圖3-5 臺灣歷年青少年吸菸率



備註：

1. 資料來源為衛福部國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 目前吸菸率定義：過去30天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口。

1. 自103年4月1日施行「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區場所之指定區域與公園綠地，為除吸菸區外，不得吸菸。」為全世界第2個實施的國家。施行1個月後民調高達96%贊成本政策，顯示國人高度支持。
2. 推動無菸醫院參與國際認證，合計179家醫院參與，我國103年在全球無菸醫院金獎獲獎醫院27家中占11家，蟬聯全球獲獎最多之國家。
3. 持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫；印製《無菸的家-立體遊戲書》幼兒讀本，分送全國7,082家公私立幼兒園。
4. 各縣市衛生局主動執法稽查輔導，全國稽查計71萬餘家、491萬餘次、處分8,764件，全年罰鍰5,386萬餘元整。

(二) 提供多元戒菸服務

1. 101年3月推出二代戒菸，戒菸藥品比照健保，每次部分負擔不超過200元，由菸品健康福利捐支付。103年提供戒菸服務總計12萬5,504人，較102年成長29.5%。幫助成功戒菸超過3萬5,000人，6個月點戒菸率約28.1%。
2. 辦理「2014戒菸就贏比賽」，共吸引2萬7,427名癮君子報名參加，推估成功幫助1萬7,800個家庭遠離二手菸害。
3. 提供免付費戒菸專線，服務10萬4,436人次。
4. 辦理戒菸班474場，計6,027人參加。

(三) 禁止菸品廣告、促銷與贊助：103年計處分13件，罰鍰超過3,600萬餘元。

(四) 推動調漲菸品健康福利捐：世界衛生組織建議課徵菸品稅捐以提高菸價，預防青少年吸菸及減少成人吸菸，達到以價制量目的。

(五) 青少年菸害防制工作成效

1. 與地方衛生局合作稽查商家販菸情形，103年計稽查40萬餘次、處分331件賣菸給未滿18歲青少年、罰鍰298萬餘元。另針對未滿18歲吸菸者完成稽查與戒菸教育，103年計稽查43萬次、處分數3,072件，完成戒菸教育2,856件。
2. 結合教育部共同建置百大無菸校園，共輔導27所大專校院參與計畫、51個社團及55個衛生局、所合作參與計畫，並辦理3梯次大專校院菸害防制研習營，共74所學校計376人次參與。辦理青少年戒菸教育種子師資培訓7場，計培訓338名師資。
3. 自103年起將違反「菸害防制法任何人不得供應菸品予未滿18歲者」之處分案件，納入縣市衛生局考評及青春專案成效評鑑，以建立無菸文化和環境。

二、檳榔健康危害防制

- (一) 運用媒體通路加強檳榔防制宣導，結合教育部、內政部、國防部、環保署、農委會等與民間團體合作營造不嚼檳榔環境，提供戒檳服務，103年服務逾1萬5,000人，成功協助約7,500人戒治成功，戒除率49.4%。
- (二) 提供30歲以上嚼檳榔或吸菸民衆與嚼檳榔原住民提前至18歲口腔癌篩檢服務。民衆對檳榔致癌的認知率由96年39.9%，上升至103年50.6%；18歲以上男性嚼檳率，從96年的17.2%降至103年的9.7%，降幅達44%。

(三) 為加強源頭管制並監控檳榔廢園轉作、復種面積及分析統計總種植面積是否持續下降，自 103 年起補助農委會為期 4 年（103-106 年）進行檳榔廢園轉作。

第二節 健康體能促進

一、自 91 年起推動健走，結合政府部門、民間團體及企業推廣「每日一萬步 健康有保固」，並於 95 年訂定 11 月 11 日為「全民健走日」，103 年於臺北、臺中、高雄及宜蘭各地辦理健走活動，逾萬人參加；並辦理健走金句徵選活動，鼓吹全民健走風氣，將健走融入生活中，時時執行、處處落實。

二、重製及推廣 15 分鐘上班族健康操、製作手冊、廣播稿、發布新聞稿等多元管道，提供健康飲食、運動及健康體重管理資訊。

三、營造健康促進學校、職場及醫院，增加身體活動的時間、營造運動支持性環境。

第三節 國民營養與肥胖防治

為提倡動態生活，提高民衆對熱量與營養之知能及維持健康體重，增進身心及社會健康，預防慢性疾病，103 年主要策略與成果如下：

一、監測國人體位趨勢、碘營養狀況；研擬校園周邊健康飲食輔導示範計畫。

二、發展民衆落實健康生活的技能：修改製作及發放《健康生活動起來》手冊、傳播布條及出版《好 fit 生活運動》健康減重專書；並配合時事及節日以新聞稿、記者會及傳播字卡等多元方式，傳播健康飲食的重要性。

三、辦理健康體重管理計畫：103 年健康減重達 114 萬公斤，平均每位參加者減重 1.6 公斤，參加者中過重及肥胖比率從 61.3% 下降為 53.8%。

四、依據「國民營養健康狀況變遷調查」，國人成人過重及肥胖率從 82-85 年的 33.2%，增加至 94-97 年的 43.5%，而 102-103 年初步為 43%；國小學童過重及肥胖盛行率由 101 年的 28.2% 降至 102-103 年的 26.3%；國中學童過重及肥胖盛行由 99 年的 27.1% 上升至 102-103 年的 28.5%；而高中學生過重及肥胖盛行由 100 年的 31.1% 降至 102-103 年的 20.8%，顯示我國成人、國小學童及高中學生過重及肥胖情形呈趨緩。

第四節 事故傷害防制

一、營造幼兒安全居家環境，透過縣市衛生局（所）人員，辦理居家安全環境檢視及改善，103 年檢測 2 萬 1,499 戶。

二、於《兒童健康手冊》提供「幼兒事故傷害評估表」及「幼兒事故傷害預防之初步處理」，以提升家長及照顧者事故傷害防制知能。

三、在長輩經常出入的場所，推展長者防跌運動並編印《長者防跌妙招》手冊。辦理「長者居家環境安全評估」，102 年共評估達 4,436 戶，其中 2,191 戶進行居家改善，改善率 49.4%。

四、推動安全社區計畫，103 年輔導 15 個社區單位推動安全促進議題。國內計 19 個單位獲得世界衛生組織社區安全推廣協進中心國際安全社區認證。

第三章 健康的環境

依據西元1997年WHO發表雅加達宣言，持續推動「健康城市」、「健康社區」、「健康促進職場」、「健康促進學校」與「健康促進醫院」等計畫，藉整合公私部門資源，帶動民衆參與、培育健康識能，建構友善的支持性環境，以達身心、社會的健康。

第一節 健康城市、社區、學校及職場

一、健康城市

- (一) 自 92 年起推動臺南市健康城市計畫，至 103 年國內已有 21 縣市推動健康城市計畫，並有 12 縣市及 11 地區加入 WHO 西太平洋區署所支持的健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities, AFHC）。
- (二) 103 年與臺灣健康城市聯盟合作辦理「第六屆臺灣健康城市獎項評選頒獎典禮」，頒發健康城市卓越獎、創新成果獎、傑出貢獻獎等獎項共 65 件；以及同年參加於香港舉辦之第六屆健康城市聯盟國際研討會，各縣市投稿獲錄取 77 篇並榮獲 7 項創新成果發展獎。

二、健康社區

自88年起推動社區健康營造計畫，103年共計補助19個縣市衛生局在153個鄉鎮市區營造建康社區。推動成果包括：領有志願服務手冊並實際參與社區健康營造之志工共計4,716位；8萬2,272位民衆參加口腔黏膜檢查，4,739人參加戒檳服務；14萬1,144位長者參加長者健康促進活動；輔導1,569家餐廳提供減鹽餐點；健康減重共計20萬5,692公斤，辦理健康採購宣導活動共592場；成立999隊健走隊，營造安全並具有熱量標示的的健走步道共184條。

三、健康促進學校

- (一) 91 年起與教育部整合跨部會資源，共同推動健康促進學校計畫，於 97 學年度成立「健康促進學校推動中心」，全面推動口腔保健、視力保健、健康體位、菸害防制。103 年全國高中職以下學校 3,905 校全面參與，另大專院校計有 142 所參與推動。



103年社區健康營造成果發表會

(二) 103 年辦理第 2 次健康促進學校國際認證工作，遴選出 5 所金質獎學校、20 所銀質獎學校、31 所銅質獎學校。

(三) 103 年 11 月 14-15 日與美國視導與課程發展協會 (ASCD)、加拿大國際學校健康網絡 (ISHN)、歐洲學校健康網絡 (SHE)、亞洲學校健康與發展跨區域網絡 (Asia Cross-Sector Network/Exchange on School Health & Development) 共同規劃辦理「2014 健康促進學校國際研討會」，邀請來自美、加、法、德、荷、比、日、香港等 12 位國際專家學者分享各國推動健康促進學校之經驗。

四、職場健康促進

自 96 年起辦理全國「健康職場認證」，截至 103 年共 1 萬 2,439 家次通過職場認證。103 年表揚 30 家績優健康職場、1 家十年成效獎及 5 位健康職場優良推動人員。

另為鼓勵職場運動環境，辦理「職場一齊 SHOW 健康」全國職場健康操競賽，共 40 家職場隊伍參與，並頒發金、銀、銅牌及 7 個特色獎項。



103 年「職場一齊 SHOW 健康」全國職場健康操競賽

第二節 健康促進醫院

一、積極參與 WHO 健康促進醫院國際網絡運作

(一) 103 年 4 月於西班牙巴塞隆納舉行「第 22 屆健康促進醫院國際研討會」，本部健康署邱淑媿署長以該國際網絡理事長身分主持會員大會，本部嘉南療養院並獲得第三屆「健康促進醫院全球典範獎」，臺灣的醫院已連續 3 年獲獎。

(二) 至 103 年底我國有 151 家健康照護機構 (137 家醫院，1 家長期照護機構，13 家衛生所) 獲得 WHO 健康促進醫院國際網絡會員認證，為該國際網絡內第一大網絡。

(三) 補助 21 個縣市衛生局，130 家健康照護機構辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」。舉辦 103 年「健康照護機構提昇照護品質競賽活動」，計有 15 家機構獲獎。

(四) 103 年 12 月辦理「2014 健康促進醫院研討會」，會中頒發「健康促進醫院典範暨創意計畫選拔」之獲典範及優良獎之 6 家醫院及 52 件獲創意計畫特優及優等之醫院。



本部嘉南療養院獲得第 3 屆健康促進醫院國際網絡「健康促進醫院典範獎」

二、推動低碳醫院

- (一) 103 年辦理 2 場「環境友善輔導工作坊」，輔導醫院推動節能減碳措施。
- (二) 安排分區輔導團隊專家赴 29 家醫院實地診斷及提供專業諮詢，建置「醫院節能減碳網路填報系統」，收集國內低碳醫院的節能減碳資料。
- (三) 對低碳醫院進行「醫院環境友善行動自我評估表」填報及分析；發行《減碳救地球 醫界作先鋒 - 臺灣低碳醫院成果專刊》及《健康促進與環境友善醫院教戰手冊》。
- (四) 辦理 103 年「國際低碳醫院團隊合作最佳案例獎」競賽活動，國內 10 家健康照護機構參賽。
- (五) 截至 103 年底，國內共 169 家醫院響應推動節能減碳行動。

第四章 健康的高齡化

預計107年我國老年人口百分比將達高齡社會之標準，加上民衆生活趨向靜態、飲食西化等生活型態，導致慢性病人

慢性之威脅，推展高齡友善城市、高齡友善健康照護、老人健康促進、重要慢性病防治及癌症防治等健康促進工作。

第一節 中老年人健康促進

- 一、免費提供40歲以上未滿65歲民衆每3年1次檢查、65歲以上民衆每年檢查1次成人預防保健服務，103年利用該服務人數約185萬人（其中65歲以上民衆利用人數約90萬人），利用率達32.5%。
- 二、以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為重點，透過衛生局所、社區醫療機構，結合社區照顧關懷據點，全面推動老人健康促進活動，103年各縣市衛生所、醫療院所已結合1,826個社區照顧關懷據點，結合比率達9成以上。
- 三、辦理全國老人健康趣味競賽，以鄉鎮為單位鼓勵長者組隊參加。103年全國參與總隊數逾2,400隊，超過10萬位長輩參與活動，佔老年人口約4%以上。



103年「2014樂齡一世 阿公阿嬤動起來」全國發表會南投縣嘉和社區愈活愈有趣隊表演實況

第二節 高齡友善環境

- 一、102年起全臺22縣市均推動高齡友善城市，臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。至103年，有嘉義市、桃園市、新竹市、南投縣、苗栗縣、新北市、宜蘭縣、臺南市、臺北市、金門縣、彰化縣及嘉義縣等12縣市已向WHO申請加入高齡友善城市全球網絡。103年並辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，共518件報名，121個單位獲獎。
- 二、自103年起推動「高齡友善健康照護機構全面普及化計畫」，依據高齡友善健康照護架構四大標準（管理政策、溝通與服務、照護流程及物理環境）提升高齡友善環境及品質，103

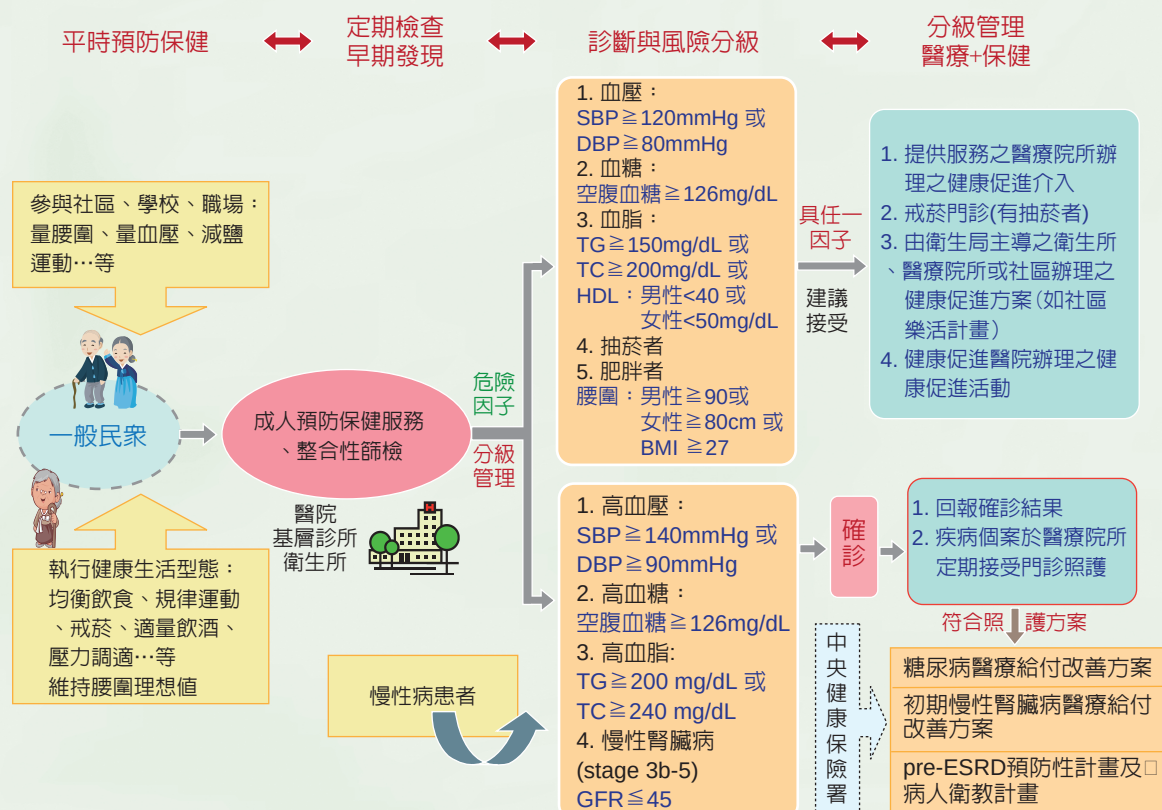
年共計104家健康照護機構通過認證（含1家衛生所、2家長期照護機構），預計104年達到200家，107年達到500家高齡友善健康照護機構。

第三節 重要慢性病防治

一、重要慢性病防治

- （一）透過多元管道推動代謝症候群防治宣導教育，民衆對腰圍警戒值之認知率由95年之3%提升至103年的46.0%。結合各縣市衛生局與民間團體共同辦理三高（高血壓、高血糖、高血脂）等慢性病之認識與預防宣導，並建構慢性病三級防治體系及服務網絡（圖3-6），鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢。

圖3-6 慢性病防治體系-慢性病防治三級服務網絡



(二) 推動糖尿病共同照護網，成立 201 家糖尿病健康促進機構，強化糖尿病病人照護品質，並成立 514 個糖尿病支持團體，依據「糖尿病健康促進機構品管調查」顯示，自 2006 至 2011 年的 5 年期間，糖尿病人糖化血色素小於 7% 的比率由 32.3% 升至 34.5%；血壓控制良好的比率由 30.9% 升至 37.7%，血脂控制良好的比率更由 33.3% 大幅提升至 51.5%。

(三) 另推動腎臟病防治，加強腎臟病宣導教育，並成立 155 家腎臟病健康促進機構，透過收案管理，強化疾病控制，依據健保署統計資料，近六年洗腎粗發生率：98 年每百萬人 413.5 人、99 年 439.3 人、100 年 431.3 人、101 年 445.3 人、102 年 457.3 人、103 年 454.9 人，粗發生率雖持續上升，但經年齡標準化校正後，發生率呈現緩和趨勢。

(四) 為普及血壓測量服務地點，除醫療院所提供服務外，亦於社區之不同型態地點提供約 2,500 個血壓量測站。發展心血管疾病患者全人健康管理模式，加強三高控制，預防或減緩病人之失能及死亡。

二、更年期健康

(一) 提供更年期女性服務，設置免付費專線電話提供正確更年期保健資料，103 年計服務 7,026 人次。

(二) 為提升民衆對骨質疏鬆症的認知，與中華民國骨質疏鬆學會合作辦理 63 場社區骨質疏鬆症衛教與應用 WHO 骨折風險評估工具 (FRAX) 對民衆進行骨折風險評估，參與人次逾 4,000 人次。針對評估結果為高危險

群者，進行衛教指導以及適時進一步轉介醫療院所追蹤治療。

第四節 癌症防治

為降低癌症死亡率，103 至 107 年推動「第三期國家癌症防治計畫」，溯至源頭之預防，三大新興重點：(1) 菸及檳榔害防制，並特別加強新興致癌因子之防治—肥胖、不健康飲食與運動不足；(2) 持續推廣具預防效果之癌症篩檢，尤其是口腔癌、大腸癌及子宮頸癌，找出癌前病變加以根除，阻斷癌症發生；(3) 推出「癌友導航計畫」，不錯失任何一位可治療之癌症病人。相關歷年癌症發生、死亡情形及重要措施如下：

一、歷年癌症發生、死亡情形

自 71 年起癌症成為國人死因第一位，其死亡率呈增加趨勢，86 年達最高點，之後 10 年間則維持在穩定波動期，至民國 97 年稍微下降至每 10 萬人口 133.7 人，目前維持至每 10 萬人口 130-132 人；至於癌症標準化發生率因人口老化、生活型態西化及健康署推動 4 癌篩檢等因素，由 71 年每 10 萬人口 111 人逐年上升至 101 年 300 人。

二、癌症危險因子預防

對於癌症發生的四大共同危險因素：吸菸、運動不足、不健康飲食及有害飲酒，本部已從戒菸、酒、檳、健康體重管理、改變飲食習慣等方向宣導民衆維持良好的生活習慣，並積極於各場域推動檳榔防制工作，降低口腔癌發生。

三、癌症篩檢

(一) 99 年開始全面推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌等四項癌症篩

檢，成為國際上第一個由政府全面補助四項癌症篩檢的國家，其中口腔癌篩檢為我國所特有。103年共完成4項癌症篩檢達523.8萬人次，共發現

5萬1,489名癌前病變及1萬1,785名癌症，103年4項癌症服務成果、篩檢檢出率及5年期別存活率如表3-1~3-3。

表3-1 103年4癌症篩檢之篩檢量、篩檢率、癌前病變數以及癌症數

癌別	篩檢量	篩檢率(%)	癌前病變數	癌症數
子宮頸癌	217.8萬	73.5	10,890	4,220
乳癌	80.2萬	38.5	-	3,680
大腸癌	125.2萬	40.7	36,229	2,490
口腔癌	100.6萬	54.3	4,370	1,395
合計	523.8萬	-	51,489	11,785

備註：各項篩檢率定義如下：

1. 子宮頸癌篩檢率：30-69歲婦女3年內曾接受子宮頸癌篩檢的比率（電話調查）。
2. 乳癌篩檢率：45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢的比率。
3. 大腸癌篩檢率：50-69歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢的比率。
4. 口腔癌篩檢率：30歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者2年內曾接受口腔癌篩檢的比率。
5. 癌前病變：一種仍歸屬良性（非惡性）的組織形態改變，但該等病變具較高惡性變異危險性。

表3-2 103年4癌症篩檢之檢出率

癌別	檢出率（推估陽性個案100%接受追蹤）		
	癌前病變	癌症	合計
子宮頸癌	1/90	1/341	1/71
乳癌	-	1/175	1/175
大腸癌	1/23	1/349	1/21
口腔癌	1/181	1/570	1/137

備註：檢出率定義如下：

1. 癌前病變檢出率（以100%追蹤率推估）定義為=以100%追蹤率推估癌前病變個案數/篩檢人數。
2. 癌症檢出率（以100%追蹤率推估）定義為=以100%追蹤率推估癌症個案數/篩檢人數。
3. 合計檢出率（以100%追蹤率推估）定義為=以100%追蹤率推估癌前病變個案數+100%追蹤率推估癌症個案數/篩檢人數。
4. [1/檢出率]為每找到一位癌症個案所需要的篩檢人數。

表3-3 4種癌症5年期別之存活率

單位：%

期別	乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌
第0期	97.7	96.9	85.5	76.7
第1期	95.7	88.2	81.3	77.4
第2期	89.1	67.7	71.3	68.3
第3期	72.3	55.0	59.1	54.7
第4期	25.7	18.1	11.4	33.2

備註：

1. 資料來源：臺灣癌症登記資料庫（含原位癌）
2. 分析2008-2012年醫院申報4種癌症之期別5年存活率資料（追蹤至2013年）

(二) 103 年 225 家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢 / 診療品質提升計畫」中，計 153 家具有乳房攝影檢查資格、130 家具有子宮頸抹片檢查資格，其中 45 家為 4 癌整合篩檢門診，並設置門診篩檢提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、配合衛生局社區篩檢及辦理院內衛教及戒癮班等。

(三) 為提升癌症篩檢品質，辦理子宮頸細胞病理診斷單位、乳房 X 光攝影醫療機構及糞便潛血檢驗醫事機構資格審查，103 年分別有 116、206 及 129 家機構通過；辦理「口腔黏膜檢查品質提升計畫」，培訓牙醫師、耳鼻喉科醫師投入口腔癌篩檢服務工作行列。

四、提升癌症診療照護品質

(一) 97 年起針對每年新診斷癌症個案達 500 例以上之醫院，辦理癌症診療品質認證，至 103 年共 55 家醫院通過認證。

(二) 103 年補助 6 個民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，讓癌友及家屬得到完善的癌症支持照護。

(三) 103 年補助醫院成立「癌症資源中心」，共計 61 家醫院成立單一窗口服務，整合院內外資源，提供病人與家屬整合性癌症資源服務，共約服務 15 萬人次。

(四) 自 103 年起推動癌友導航計畫，提供 9 萬多名癌症新診斷病人服務。

(五) 103 年補助 80 家醫院建立癌症病情告知之流程與品質管理機制，並衛教民眾病情告知的重要性，捍衛癌症病人的醫療人權。

第五章 健康傳播、資訊與監測

第一節 整合衛生教育資源，提升相關人員工作知能

為落實衛生教育，強化民眾對健康之認知，達行銷健康知識之目的，整合衛生教育資源。

一、訂定衛生教育主軸，103 年整合「認識失智症」、「口腔健康」、「合理就醫及用藥」、「藥物濫用防制宣導」及「食品安全教育」等重要議題，以整合行銷方式推動，增加民眾之了解，提高民眾自主健康管理能力。

二、針對本部及所屬機關的衛教宣導工作，透過多樣性的資源、延續性的推動及整體性的包裝，提升民眾對衛生議題的認知度。

三、為精進衛教人員於實務推動上的執行能力，103 年依「主軸宣導經驗分享暨業務檢討」及「職能促進」二主題辦理 4 場研討會，計 160 人參加。

第二節 健康資訊

運用資通訊雲端科技，將國人健康管理與行動化服務緊密結合，推動「保健雲」計畫，期使更多民眾藉行動化多元管道獲得正確之健康資訊及預防保健服務，以促進健康。

一、103 年完成健康妙管家平臺（網址：<http://wellness.hpa.gov.tw/>）及行動版 APP 建置，提供民眾便捷的智慧型健康管理工具，獲得個人化互動式衛教資訊、健康生活紀錄及管理（如運動、飲食、作息等）、健檢紀錄和管理、健康風險評估與建議，以及健康提醒等，協助民眾養成健康新生活，目前試用會員 3,200 人，滿意度 85%。

- 二、103年完成預防保健紀錄平臺建置，彙整並提供民衆查詢其個人產檢、健檢與癌症篩檢紀錄。
- 三、完成「開放資料平臺」建置，初期完成開放資料集60項，及辦理「103年度健康促進雲端加值應用評選表揚活動」，參與加值創新件數63案，並遴選表揚34件優秀作品。

第三節 健康監測

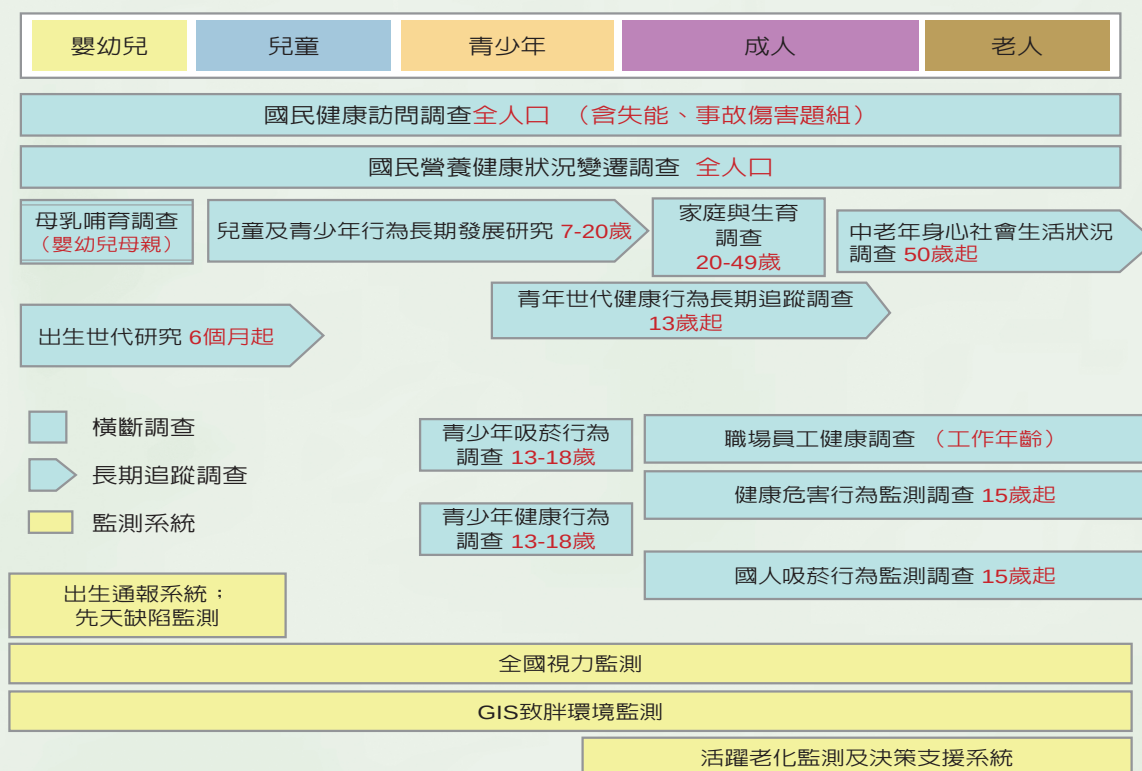
為釐訂適切之健康政策以提昇國人健康，透過各項監測系統之建立，制度化國民健康監測調查之執行，持續收集、分析與發布健康監測相關資訊，逐步建置與擴充非傳染病健康監測系統。

- 一、持續辦理國民健康監測調查，收集全人口及各生命週期人口群健康現況及

變化趨勢，運用102年國民營養健康狀況變遷調查資料，更新國人營養與非傳染病監測數據，並啟動青年世代長期追蹤研究規劃及辦理先驅試驗。
(圖3-7)

- 二、改善通報、登記及監測系統架構與效能，參考歐洲EUROCAT先天缺陷變項代碼及國際疾病分類，修訂我國出生通報系統之先天缺陷登錄，另運用既有資料加強事故傷害統計分析，並委託專業團隊完成我國口腔健康監測架構與建議指標建議。
- 三、發展多元化監測調查結果發布機制，提供健康監測調查及出生通報指標數據之便捷友善查詢服務，持續辦理國民健康指標互動查詢網站，共開放7百餘項健康指標查詢。

圖3-7 重要健康監測調查項目



4

健康照護

- 
- 40 | 第一章 健康照護體系
 - 44 | 第二章 心理健康與精神醫療
 - 47 | 第三章 長期照顧服務體系
 - 51 | 第四章 醫事人力
 - 53 | 第五章 健康照護品質
 - 56 | 第六章 偏鄉醫療照護
 - 58 | 第七章 目標族群健康照護

隨著醫藥衛生、社會、經濟環境迅速改變，對於我國醫療體系及醫療團隊如何確保民衆的就醫安全，成為當前一大挑戰。因此，提供全民全人健康照護系統，改善醫病關係、落實社區醫療與預防醫學，提升民衆健康及生活品質，係為當前之重點工作。

第一章 健康照護體系

自74年起配合醫療法公布施行，推動醫療網計畫，將臺灣劃分為17個醫療區域，規劃各區域之醫療人力與設施，以落實醫療資源均衡分布及提升區域醫療水準。該計畫分四期20年期間完成，醫院病床資源已漸充足，醫療品質亦有提升。後配合嚴重急性呼吸道症候群（SARS）醫療體系再造，於94年至97年推動「全人健康照護計畫」，強調病人安全及以病人為中心之醫療服務，並發展社區醫療衛生體系。又為因應人口老化、少子女化、疾病型態之改變，98年-101年實施「新世

代健康領航計畫」，加強提供全民適切、可近性、持續性與整合性的全人醫療照護服務。自102年起辦理「開創全民均等健康照護計畫」，配合行政院組織改組，整合醫療照護輸送體系，建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡。現行健康照護體系如圖4-1。

第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依《醫療法》及「醫療網計畫」，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估各地方民衆健康需求，辦理各項區域醫療資源分配與提升區域醫療水準計畫。103年實施成果如下：

一、醫事機構現況

103年醫療機構共2萬2,041家、藥局共7,866家、護理機構共1,230家、捐血機構共18家、病理機構共10家、其他醫事機構（如助產所、醫事檢驗所…等）共1,355家，如表4-1。

圖4-1 現行健康照護體系

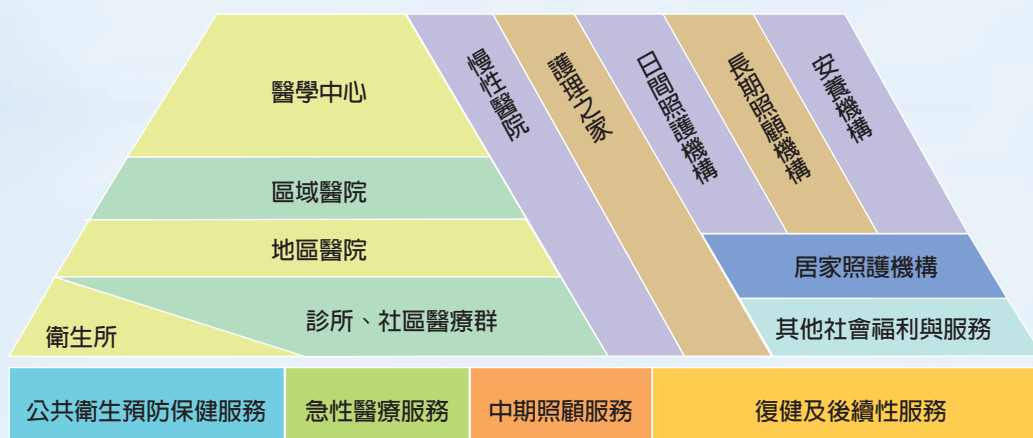


表4-1 103年醫事機構現況

醫事機構種類		家數
醫療機構	醫院	497
	診所	21,544
藥局		7,866
護理機構	一般護理之家	487
	精神護理之家	35
	居家護理所	507
	產後護理機構	187
	日間照護機構	14
捐血機構	捐血中心	6
	捐血站	12
病理中心		10
其他醫事機構	助產所	26
	醫事檢驗所	418
	醫事放射所	61
	物理治療所	76
	職能治療所	13
	心理諮商所	50
	心理治療所	28
	語言治療所	17
	牙體技術所	658
	聽力所	7
	居家呼吸照護所	1

二、醫療院所病床現況

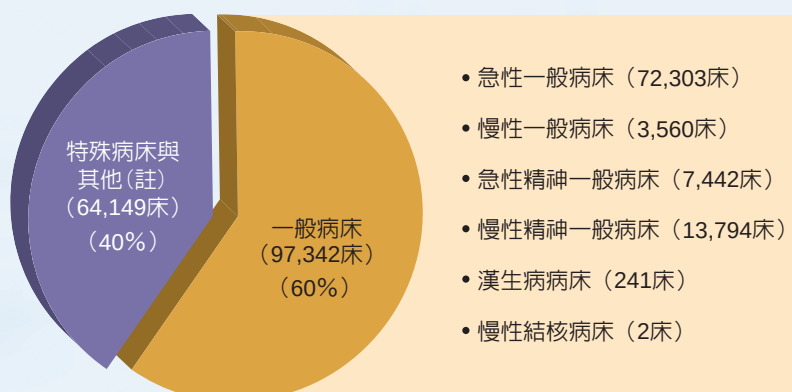
醫療院所病床數共16萬1,491床（含一般病床、特殊病床、特許病床及診所病床），醫院一般病床包含急性一般病床、慢性一般病床、急性精神一般病床、慢性精神一般病床，平均每萬人口病床數為68.91床，如圖4-2

第二節 緊急醫療救護

強化全國緊急醫療救護網，積極推展緊急醫療整合性應變機制：

- 一、強化6大區域緊急醫療應變中心（REMOC）能力，即時監控與掌握區域內緊急醫療事件、資源狀況與協助跨縣市重大災害之應變。
- 二、103年評定結果，計有34家醫院通過重度級醫院評定、82家醫院通過中度級醫院評定，目前全國43個次區域，皆已建置中度級（含）以上急救責任醫院，顯示各醫院急重症處置能力逐年提升，對當地急診品質更具保障。

圖4-2 103年醫療院所病床現況



備註：包括加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床、手術恢復床、急診觀察床、性侵害犯罪被害人強制治療床。

三、辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫」，建立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」3種模式，103年共獎勵20處。

四、102年起辦理「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由19家醫學中心支援17家離島及醫療資源不足地區醫院67名急重症醫師人力（由醫學中心支援51名、當地醫院自聘16名），協助提升「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管疾病」、「重大外傷」、「高危險妊娠產婦及新生兒（含早產兒）」醫療服務資源與品質，增加民衆就醫之可近性。

五、97年起開始推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器（CPR+AED）」急救教育訓練，更於102年1月16日公布修正《緊急醫療救護法》第14

條之1、14條之2增修條文後，開始積極推動公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）與安心場所認證（場所設置AED且70%以上員工完成CPR+AED訓練），截至103年年底，約完成2萬5千人次訓練，我國AED密度約39.1臺/10萬人（約9,000臺）、公共場所AED急救資訊網登錄4,762臺AED，其中有1,277處場所通過安心場所認證。

第三節 中期照護服務

中期照護服務是介於急性醫療與長期照護之間的健康照護服務，藉由串聯急性醫療、護理之家、日間照護、居家照護等跨專業團隊，建構無縫式的健康照護服務鏈。凡經由團隊評估符合條件者，並經病人或家屬同意後，便執行為期3-6週的中期照護服務。在照護過程中，同時提供返家衛教指導及居家照護安排，照護服務結束後，由個案管理師定期追蹤。

目前22縣市均設置有中期照護服務，103年計有21家部立醫院提供本照護服務，合計設置343床（含護理之家型和醫院病房型），收案數813人，出院返家人數375人，成功返家率為46%，初步成效顯示接受照護民衆不論身體功能、認知功能、營養指數、滿意度皆有明顯進步。

為減少病患失能，提升病人獨立生活能力，本部中央健康保險署自103年起試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫（Post-Acute Care）」，優先選擇腦中風患者為試辦對象，在復健治療黃金期內，訂定個別復健治療計畫，促進病人能較快速恢復功能自主或改善失能程度。

第四節 安寧緩和療護

我國自89年6月7日公布施行《安寧緩和醫療條例》，使醫師對無法治癒之末期病人，得在尊重其意願之情形下，不施予積極性之治療或急救，僅提供減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施。

95年起針對醫療機構及民衆辦理安寧緩和醫療意願宣導、推動及註記健保IC卡計畫，至103年止，計有27萬4,371位民衆簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並已註記於健保IC卡上（如圖4-3）。

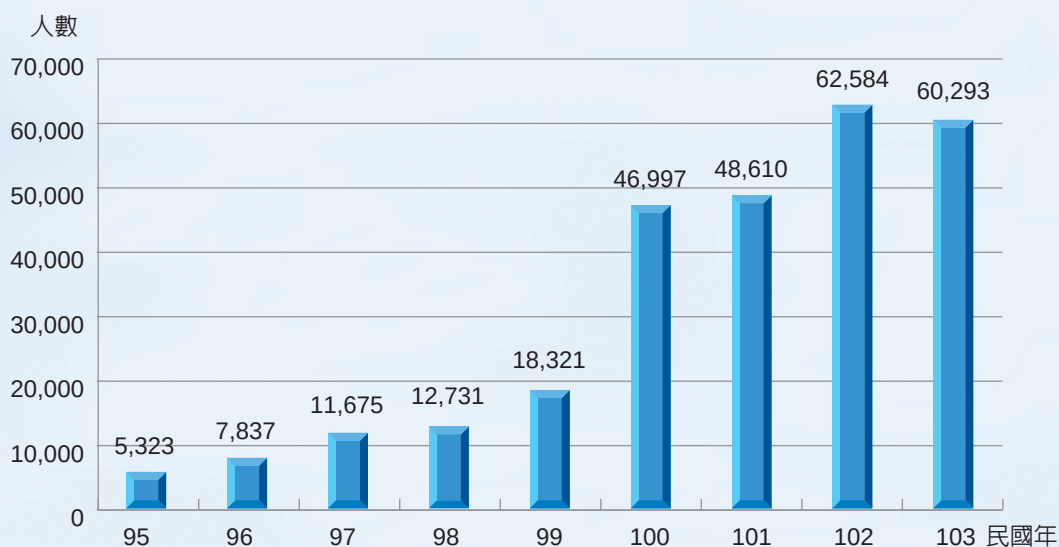
截至103年止，已有50家醫院提供安寧住院、75家提供安寧居家服務，每年可服務2萬5千多名末期病人。另100年4月起試辦安寧共同照護服務，病人不必離開原醫療團隊，由安寧照護團隊主動至各科提供末期病人安寧服務。至103年止，已有96家醫院提供安寧共同照護服務，約2萬名癌症病人接受本項服務。癌症病人死亡前1年提供安寧醫護服務情形，已由89年7.4%，提升至101年50.6%。

第五節 口腔健康照護

一、加強身心障礙牙科醫療服務

（一）持續推動「特殊需求者牙科醫療服務」，103年共補助5家示範中心

圖4-3 申請安寧緩和醫療意願註記於健保IC卡人數



(臺大醫院、雙和醫院、中山醫學大學附設醫院、高雄醫學大學附設醫院及門諾醫院)及24家醫院辦理「特殊需求者口腔整合性照護計畫」。獎勵醫院開設特殊需求者牙科特別門診服務、建立特殊需求者於醫院及社福機構間之支援、轉診網絡，並辦理牙醫師及照護人員培訓，以提升特殊需求者之醫療照護品質；103年總計服務3萬111人次。

(二)目前全國各縣市已依「身心障礙者特別門診管理辦法」規定，指定89家醫院提供身心障礙者牙科醫療之特別門診服務。

二、補助中低收入老人等身分者裝置假牙

98年1月1日起實施「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」，補助低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有中低收入身心障礙者生活補助費、經各級政府全額補助收容安置，以及經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達50%以上之老人，裝置假牙，統計98年至103年底止，共有3萬5千餘人受益。並自102年起增加補助假牙維修費，以增進中低收入老人咀嚼能力。

第二章 心理健康與精神醫療

第一節 心理健康促進策略與成果

一、為讓民眾瞭解、看見並重視心理健康議題，103年製作4款宣導單張，並於10月配合世界心理健康日，推出「心健康 心幸福」短片徵選、「息怒、舒壓與愛情」EQ小偏方徵求與「臺灣十大勵志療癒歌曲」網路票選等全民皆可參與的系列活動，以倡導

心理健康概念，合計宣導超過18萬人次。

二、為推動心理健康促進初級預防工作，達到「促進全民心理健康、提升民眾幸福感」之願景，103年委託12個縣市政府衛生局辦理「推動心理健康網試辦計畫」，試辦縣市成果豐碩，包括：成立並召開縣市心理健康推動小組及網絡聯繫會議，推動亮點活動計181場次，計1萬8,127人次參與，民眾參與活動平均滿意度為95%，並已完成縣市心理健康服務網絡地圖及各類衛教資源之建置等。

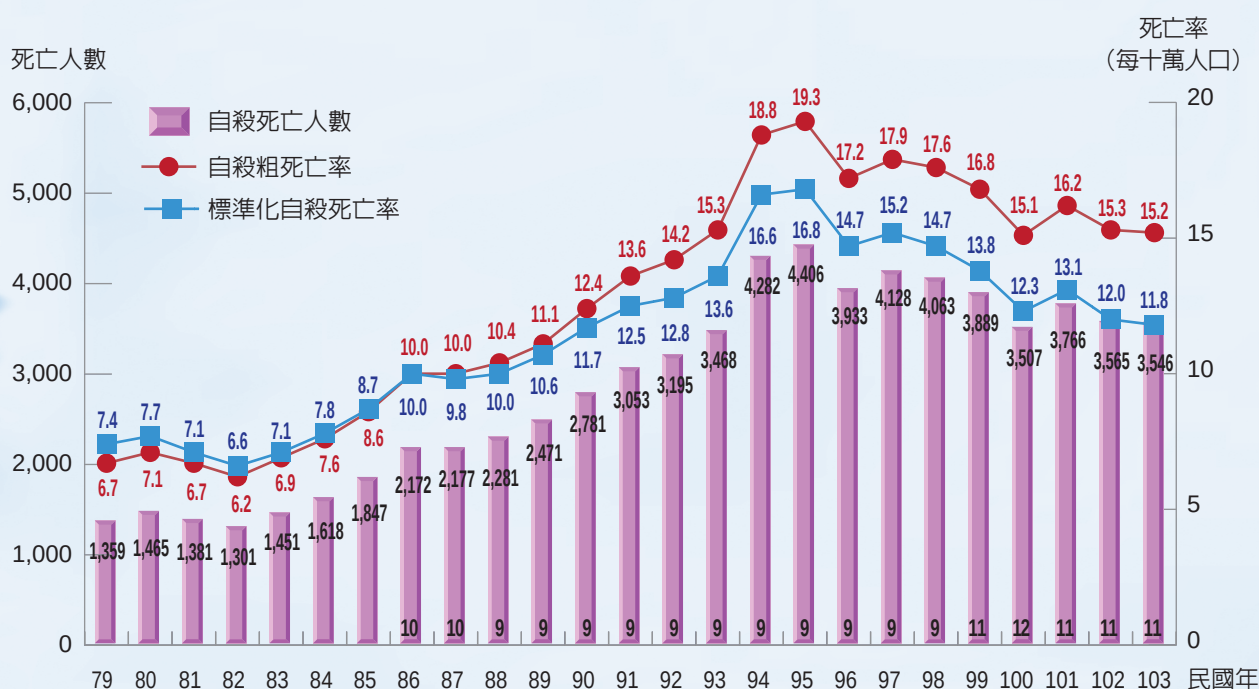
三、為擴大民間資源共同參與，以促進心理健康概念的發展、整合、實務和行動，辦理「心理健康促進計畫」，補助21個機構團體，針對校園、婚前教育、職場、原住民部落、長期照顧者、社區及大眾媒體等場域，辦理心理健康促進計畫，提高社會大眾對心理健康問題之體認。

四、設置安心專線(0800-788995)，提供24小時免費心理諮詢服務，103年共計服務7萬3,341人次，搶救或協助危機個案530人次。

五、為加強自殺防治，持續辦理自殺個案通報與關懷訪視、自殺危機處理工作，並整合自殺防治資源及推動自殺防治多元服務方案。103年共計接獲2萬9,047人次通報，關懷訪視服務20萬8,802人次。

六、103年自殺死亡人數共計3,546人，標準化死亡率每十萬人口11.8人，較102年減少1.7%，且依WHO公布之自殺盛行區域來看，本國維持於中盛行區(標準化自殺死亡率6.5人至13人者)國家，顯見自殺防治策略，已初具成效。(圖4-4)

圖4-4 79年至103年全國自殺死亡人數／死亡率



七、因應臺北捷運隨機殺人事件、澎湖空難及高雄氣爆等社會重大意外事件，修正災難心理衛生應變機制、擬定標準作業程序，並將重大公共安全事件之心理應變措施納入，服務對象除災民及救災者外，更擴及社會大眾之心理健康服務，並增列相關部會於該機制之分工及任務。

第二節 精神醫療服務

一、為健全精神病人之醫療照護服務，推動6區精神醫療網輔導計畫，指定核心醫院辦理：（一）擔任精神醫療網區域功能性單位，推動區域性心理健康及精神醫療網絡；（二）與衛生局合作，輔導區域內精神照護機構提升服務及品質；（三）發展心理健康及精神醫療專業服務；（四）辦理區域內醫事專業人員教育訓練工作。

二、103年全國有精神醫療機構440家，開放床數合計2萬1,236床（精神急性一般病床7,442床，精神慢性一般病床1萬3,794床），每萬人口約9.06床。日間型精神復健機構69家（3,433人）；住宿型精神復健機構122家（5,118床）；精神科日間留院6,376人；護理之家35家（3,295床）。

三、為追蹤關懷社區精神病人，補助縣市政府聘任96名關懷訪視員，依病人病情分級提供定期之訪視服務，103年追蹤關懷精神病人計14萬1,801人，關懷訪視服務71萬4,617人次。

四、委託精神醫學會辦理精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療審查會業務，103年受理強制住院申請案件為766件（含強制住院申請案件718件及強制社區治療申請案件48件）。

五、為確保精神照護機構服務品質，辦理各類機構評鑑與不定期追蹤輔導工作。103年完成15家精神醫療機構（含精神教學醫院）評鑑、83家精神復健機構評鑑及25家機構不定時追蹤輔導、16家精神護理機構評鑑。

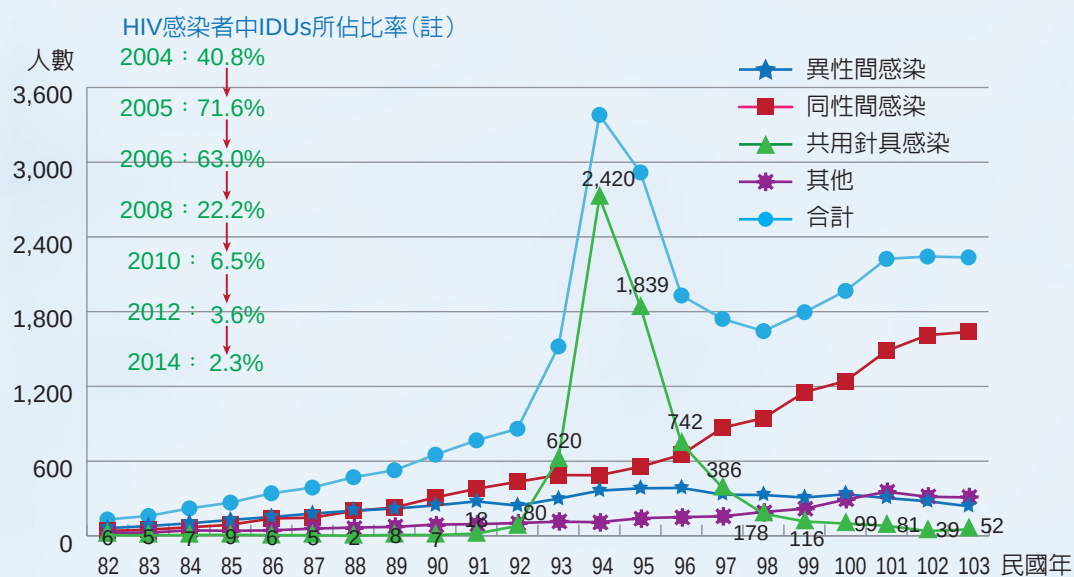
六、為考量民衆心理健康照護之需求，且以全人照護為規劃，編印一系列「心理衛生專輯」宣導手冊，103年製作完成《兒童焦慮症》、《青春期的成長與精神健康》、《飲食與精神健康》、《酒精與精神健康》、《躁鬱症》、《如何脫離強迫症困境》、《性與精神健康》、《失智症與精神健康》、《如何有效的幫助精神病人現代行動篇》及《精神病人復健之路-溫馨陪伴篇》等10冊。

第三節 成癮防治

一、95年開始推動「藥癮者替代治療補助計畫」，已逐步降低藥癮者因共用針具施打毒品感染愛滋者案例。截至103年止，全國計有150家醫療機構提供替代治療服務，累積治療人數達4萬1,017人，新增藥癮愛滋人數，由94年2,420例，降至103年52例，如圖4-5。

二、指定藥癮戒治機構共計158家，藥癮醫療人力包含精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員、社會工作人員等，合計1,714人，提供社區中自願戒癮個案門診、急診、住院與出院後之追蹤輔導等服務，並責請精神醫療網核心醫院，辦理繼續教育訓練，以強化專業

圖4-5 82年-103年愛滋感染人數統計圖



備註：實施替代辦法，已逐步降低藥癮者因共用針具施打毒品感染愛滋病比例。

知能。辦理「補助民間擴大團體參與藥癮戒治計畫」，鼓勵民間團體發展戒治模式及社會復健方案，103年補助8家機構辦理。

三、推動酒癮戒治處遇服務方案，針對家庭暴力加害人、高風險家庭成員中酒癮個案及社區內自願求助之酒癮個案，提供住院、門診、心理輔導及認知教育輔導服務。103年補助酒癮戒治處遇人數共計1,078人。

四、103年委託臺灣成癮科學會發展互動式第三、四毒品危害講習數位教材，及藥癮處遇人員（分一般及專業人員）繼續教育訓練教材，俾提供各縣市政府衛生局運用，期提升第三、四級受講習人之學習成效與藥癮處遇人員繼續教育訓練品質。

五、本部運用公益彩券回饋金，補助地方政府及民間團體社工人力，辦理家庭支持服務方案，提供毒癮者家庭關懷訪視、生活扶助、親子活動、資源轉介等服務，以改善毒癮者及其家庭生活與社會功能，支持毒癮者復歸社會，103年度計補助20個縣市政府及民間團體，服務13萬8,589人次。

第三章 長期照顧服務體系

我國的長期照顧政策藍圖，未來係由《長期照顧服務法》、《長期照顧保險法》二法構成，為達成此藍圖，97年以來陸續以計畫方式推出「長期照顧十年計畫」、「長照服務網計畫」，健全長照體系，並於104年11月至107年推動「長照量能提升計畫」以達銜接功能。（見圖4-6）

第一節 普及長照服務

為建置我國完善長照制度，分階段辦理，各階段推動情形如下述：

一、第一階段推動「長照十年計畫」

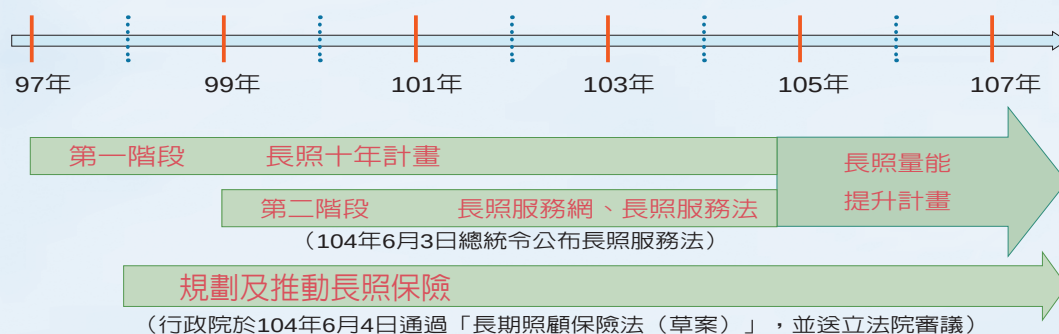
（一）廣續推動長期照顧十年計畫：發展社區在地老化服務網絡

1. 提升服務使用率：服務量占老年失能人口比例，已由97年2.3%，提高到103年底的33.2%，增加約14.2倍。

2. 加速資源布建：

（1）針對老人福利機構較為缺乏地區優先補助民間設置，針對資源不虞匱乏之縣市，則以提升機構服務品質為目標進行各項輔導改善。

圖4-6 長照制度發展歷程架構圖



(2) 整體服務資源成長 84%，尤以多元日間服務單位服務成長最為顯著，由 97 年底 31 所到 103 年已增設至 170 所，成長近 5 倍，如表 4-2，4-3。

(3) 截至 103 年 12 月機構收住式照護之床數共計 10 萬 2,814 床，包括護理之家 3 萬 5,334 床（占床率 84.6%）、長期照顧及安養機構 5 萬 9,280 床（占床率 76.4%）、榮民之家 8,200 床。

(二) 提升經濟弱勢者獲得長期照顧服務之可近性：分析五年全國長期照顧個案社經狀況，中低收入戶個案占 12%（全國總人口中低收入戶占 4%）；低收入戶個案占 14%（全國低收入戶占 1%），顯示經濟弱勢族群獲得之協助遠較一般民衆為高。

二、第二階段-推動「長照服務網計畫」及「長期照顧服務法」立法

(一) 長照服務網計畫

為促進長期照護資源多元化與均衡發展，普及長照服務網絡，讓長照服

務深入各地社區（含偏遠地區），已完成長照服務網計畫，將全國依服務資源需求劃分為大（22）、中（63）、小（368）區域，研訂獎助資源發展措施，並以社區化及在地化資源發展為主，103 年已完成事項包括：

1. 已建置 170 所多元日間服務單位及 22 個失智症社區服務據點。
2. 針對偏遠及長照資源不足區，已建置 66 個服務據點，預計 105 年底完成 89 個據點布建。
3. 遠距健康照護推展情形：

(1) 為建構整合性智慧化照護服務體系，提升民衆使用遠距健康照護服務，帶動健康照護產業發展，103 年度核定 12 縣市衛生局於轄區公共場所設置 970 個社區生理量測服務據點與 1,900 個獨居老人於居家使用遠距照護服務。

(2) 為保護民衆個人健康照護資料安全，已訂定《遠距照護個人資料安

表 4-2 長照居家與社區式提供服務單位家數

單位：家

項目\年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
居家服務	124	127	133	144	149	160	168
日間照顧中心	31	39	66	78	90	120	150
家庭托顧	4	16	23	16	17	20	22
老人營養餐飲	166	204	201	159	169	190	209
交通接送	31	42	43	39	43	42	41
居家護理	487	495	489	451	498	478	486
社區及居家復健	62	88	113	112	111	191	143
喘息服務	102	114	311	474	527	651	1,549
合計	1,007	1,125	1,379	1,473	1,604	1,852	2,788

備註：1. 老人營養餐飲及交通接送項目因有縣市政府調整規劃辦理方式，故 100 年有減少之情況，惟不影響整體服務提供量能。

2. 截至 103 年底共計 170 所多元日照服務單位，包含 150 所日間照顧中心及 20 處日托據點。

表4-3 長期照顧服務項目人數一覽表

單位：人

項目\年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
居家服務	22,305	22,017	27,800	33,188	37,985	40,677	43,331
日間照顧	339	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344
家庭托顧	1	11	35	62	110	131	146
輔具購置租借及居家無障礙環境改善(人次)	2,734	4,184	6,112	6,845	6,240	6,817	6,773
老人營養餐飲	5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074
交通接送(人次)	7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284
長期照顧機構	1,875	2,370	2,405	2,755	2,720	2,850	3,127
居家護理	1,690	5,249	9,443	15,194	18,707	21,249	23,933
社區及居家復健	1,765	5,523	9,511	15,439	15,317	21,209	25,583
喘息服務	2,250	6,351	9,267	12,296	18,598	32,629	33,356

備註：1. 輔具購置租借及居家無障礙環境改善、交通接送服務指該年度累計服務人數；餘則指該年度12月底現有服務人數。

2. 輔具購置租借及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲、長期照顧機構等項，主要由各縣市政府自行編列預算辦理。

全維護指引》，並於 103 年 11 月 10 日公告。

(3) 結盟異業建置生理量測及傳輸設備，提供驗測規範、驗測流程等，共計 21 家廠商，驗測總案件數 96 案件及完成 8 家業者申請 App 公版授權。

(4) 配合 2014 年國際銀髮族銀髮展於 103 年 6 月 19 日至 22 日展示雲端健康管理模式體驗，現場共 402 人下載或更新遠距照護一點通 App，並完成記名註冊。

(二) 推動《長期照顧服務法》(以下簡稱長照服務法)

長照服務法已於104年5月15日經立法院三讀通過，並於104年6月3日總統公布，預定於106年實施。

1. 長照財源規劃，分為三階段進行

(1) 第一階段依「長照十年計畫」逐年編列，每年 48 億元，於目前已進行

到第 8 年，其中用於長照資源建置部分計 1.5 至 6 億元，其他金額則用於提供弱勢民衆基本服務所需費用的補助。

(2) 第二階段於長照服務法明訂長照基金至少 5 年 120 億的額度，用於普及長照資源及人力。並訂定「基金額度及來源，應於本法施行二年後檢討」為長照財源預做準備。

(3) 第三階段推動《長期照顧保險法》，草案已於 104 年 6 月 4 日送立法院審議，以建立全民互助的社會保險體制。

2. 為讓各界了解長照服務法重點內容，及提供意見交換平臺，相關宣導辦理情形如下：

(1) 於 104 年 6 月完成第一版長照服務法懶人包，放置於本部官網「長照法制專區」，配合相關宣導規劃適時提供運用。

(2)建置長照粉絲團 (FB 版)，持續收集各界關注議題，並將配合不同主題製作懶人包及長照服務法問答集置於長照臉書專頁。

(3)於 104 年 6 月 2 日召開縣市說明會，邀集 22 縣市政府，就地方權責、長照機構法人、長照資源發展之獎助、長照機構及人員之轉銜改制等進行說明及意見交流。

(三)長照十年計畫及長照服務網計畫已達階段性目標，104 年整合上述二計畫為長期照顧服務量能提升計畫繼續推動。

第二節 培訓長照人力

一、為使培訓計畫推動能具一致性、連續性及完整性，完成長期照護醫事人力及照顧管理人員規劃，105年目標培育新增照顧服務員3萬912人、社工人員2,628人、護理人員5,668人、物理治療及職能治療人員2,128人。

二、長期照護專業人力培訓成果：

(一)醫事長照專業三階段課程 99 年至 103 年已訓練 2 萬 8,901 人次；96 年至 103 年共培訓照顧管理專員 729 人；92 年至 103 年培訓照顧服務員 10 萬 1,829 人。

(二)辦理偏遠地區 (含山地離島) 在地化長照人員訓練，充實當地的長照人力，100-103 年共辦理 96 場教育訓練 2,745 人次。

三、充實照顧服務人力與留任

(一)加強照顧人力培育，提升照顧服務員薪資待遇：透過職業訓練體系，持續鼓勵中高齡及二度就業人口投入長期照顧服務；並自 103 年 7 月 1 日起

調整照顧服務費為每小時 200 元，明定最低時薪為 170 元；另為補貼單位提供照顧服務相關工作福利所需成本，爰增列補助「營運費」，用以支應照顧服務員加班費、特別休假薪資、在職訓練薪資或勞動法令規定雇主應負擔之勞動條件必要支出，以鼓勵進用照顧服務員，促進服務量能成長。

(二)提升老人福利機構工作人員之服務品質與效能：103 年完成辦理老人福利機構院長 (主任) 及社會工作人員在職訓練課程，共 3 場次，計院長 (主任) 96 人次、社會工作員 130 人次；另結合民間資源辦理失智症老人照顧專區專業人員訓練研習，共 4 場次，計 160 人次。

第三節 整合長照機構管理提升品質

提升護理之家及老人福利機構照護服務品質，依《護理人員法》及《老人福利法》辦理一般護理之家及老人福利機構評鑑；102年邀請內政部、退輔會共同完成長照機構評鑑指標整合作業，103年就執行狀況及修訂整合指標，進行檢討。

截至103年止，一般護理之家總計評鑑460家 (其中103年135家)，評鑑結果優等64家 (占13.91%)、甲等185家 (占40.22%)、乙等181家 (占39.35%)、不合格30家 (6.52%)。另老人福利機構計1,063家，依各機構每年應接受主管機關查核、每3年接受實地評鑑，102年本部共評鑑127家，評鑑結果為優等17家 (13.4%)、甲等63家 (占49.6%)、乙等40家 (占31.5) 及丙等以下7家 (占5.5%)。

第四章 醫事人力

第一節 醫事人力現況

- 一、依據專門職業人員專業證照制度之醫事人員類別區分，訂定《醫師法》、《藥師法》、《助產人員法》、《營養師法》、《護理人員法》、《物理治療師法》、《職能治療師法》、《醫事檢驗師法》、《醫事放射師法》、《心理師法》、《呼吸治療師法》、《聽力師法》、《語言治療師法》及《牙體技術師法》等14類醫事人員管理法規。
- 二、103年各類醫事人員執業人數共計27萬1,555人，分別為醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員6萬2,295人、藥事人員3萬3,162人、醫事檢驗人員9,132人、醫事放射人員5,774人、護理人員14萬2,708人、助產人員149人及營養師2,304人。與90年比較，醫師增加1萬8,810人、藥事人員增加8,271人、醫事檢驗人員增加2,590人、醫事放射人員增加2,622人、護理人員增加5萬9,945、助產人員減少369人及營養師增加1,526人。至103年12月底各類醫事人員執業及每萬人口執業人數，如附錄一之表4-3。

第二節 醫事人力培訓

為提升醫事人員的素質，每年均針對各類醫事人力進行培育計畫、養成計畫及在職訓練，其成效如下：

- 一、對各類醫事人力之培育，係採取管制措施，西醫師之培育，以每年培育1,300名醫學生為原則；其他類別醫事人力則屬於特殊管制項目，設立時需提報申請計畫，由教育部專案審核

加以管控。未來有關醫師人力之規劃，將以均衡醫師人力資源分配為目標，並建立定期評估機制。

- 二、培育公費醫師制度實施30餘年，因達成階段性之任務及政策之目的，遂自95年開始，逐年減招40名公費生，至98年完全停止招收；而地方養成公費醫師則增加培育名額由原來每年6-9名，增為27名。
- 三、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，提升住院醫師訓練品質，積極推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。100年7月起，實施一年期「畢業後一般醫學訓練計畫」103年計核定128家醫院（40家主要訓練醫院、88家合作醫院）辦理一年期PGY訓練計畫，共計1,395名學員接受訓練。
- 四、為提升口腔醫療照護品質必要之訓練，銜接學校教育與臨床服務以確保病人安全，規劃牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度。103年共核定374家訓練機構，包含83家醫院及291家診所辦理訓練計畫，總計有729位牙醫師接受訓練。
- 五、為提升護理人員專業素養以及照護品質，自95年起推動專科護理師制度，分為內科及外科，101年內科分為一般內科組、兒科組及精神科等三組，102年外科新增婦產科組。至103年專科護理師甄審及格人數計5,026人（內科2,670人，外科2,356人）。
- 六、為使新進醫事人員能接受完善的臨床教學訓練，有效提升醫療服務人員之素質。96年開始辦理「臨床醫事人員培訓計畫」，103年計有133家醫院參與，共核定2,187個訓練計畫，培訓2萬5,792名醫事人員，領證2

年內之新進醫事人員受訓達成率約76.52%。

七、完成14類醫事人員繼續教育制度訂定，要求醫事人員每6年均須接受一定時數繼續教育，始得辦理執業執照更新，以確保其執業技能得與時俱進。

八、為落實對醫學生臨床能力的評估及臨床醫學教育的改善，自99年起輔導教學醫院建置臨床技能評估模式之軟硬體設施，並修訂《醫師法施行細則》，完成認定25家教學醫院、27個考場辦理測驗。自102年起，1,300名醫學畢業生應通過醫病溝通、身體檢查及其他醫療技術之臨床技能測驗（OSCE），才能參加第二階段醫師考試。

九、為建立中醫師臨床訓練制度，落實中醫醫療機構負責醫師督導功能，自98年開始辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，截至103年底，共輔導31家醫院接受383位新進中醫師訓練。103年正式實施中醫醫療機構負責醫師訓練制度，要求欲擔任負責醫師者，必須在本部指定醫院接受2年訓練，始得擔任。

十、推動「提昇中醫醫事人員執業素質計畫」，舉辦中醫專科學術研討會及中西醫學整合研討會15場；另辦理中醫基本護理訓練課程，完成2,150位護理人員訓練。

第三節 護理改革

一、為改善護理工作環境，於101年5月10日公布「護理改革近中程計畫」，提出6大目標及10大策略，103年辦理情形如下：

（一）降低護理人員工作負荷

1. 修訂護病比規定：公告醫院評鑑三班護病比試評條文，除對白班護病比作更嚴格之要求外，也新增大、小夜班的護病比，並將於104年正式納入評鑑。
2. 推動「住院保險診療報酬與護病比連動制度」：103年8月13日公告實施，於103年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」20億元經費中編列4億元，辦理「急性一般病房每月三班平均照護人數」支付項目，融入護病比連動制度之概念，藉以試辦「住院保險診療報酬與護病比連動」。

（二）提高護理薪資及待遇

1. 健保提撥20億元，專款用於新增護理人力、提高夜班費或薪資福利。
2. 依據勞動部調查資料顯示護理人員薪資102年平均月薪4萬3,296元，較99年4萬0,060元，調幅約8.08%。

（三）改善護理職場環境，留任護理人員

1. 推廣護理人力回流：建置「重返職場輔導機制」、「彈性護理人力資源管理模式」及「優質護理職場指標概念與運用」，以改善護理職業環境，提升職場滿意度。103年辦理1場工作坊、20場說明會及4場成果發表會。
2. 保障工作者權益：103年1月1日起護理人員不再適用《勞動基準法》第84條之1規定（廢除責任制）。
3. 確保醫事人員安全：103年1月29日由總統公布《醫療法》第24條及第106條修正案，對於醫院職場暴力問題予以預防及進行處置，以確保醫事人員安全。

(四) 推動偏鄉護理菁英計畫：

1. 為解決偏鄉地區護理人力不足問題及強化偏鄉地區醫療資源，行政院於103年6月19日核定「偏鄉護理菁英計畫」，將自104年開始招募。預計4年培育200名護理人力，
 2. 本計畫不僅提供就學補助，也保障畢業後之就業權益。護理公費生於畢業後分發至約30家偏鄉地區醫院執行臨床護理工作至少服務4年。
- 二、截至103年底護理執業登錄人數達14萬7,818人，較改革前增逾1萬1,403人。

第四節 專科醫師制度

- 一、依據99年6月9日發布修正之《專科醫師分科及甄審辦法》第3條規定，醫師類之專科分科計有家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、麻醉科、放射診斷科、放射腫瘤科、解剖病理科、臨床病理科、核子醫學科、急診醫學科、職業醫學科、整形外科等23類；第4條規定牙醫師類之專科分科為口腔顎面外科、口腔病理科及齒顎矯正科等3類。截至103年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數合計有4萬8,024人次。
- 二、為了平衡各科專科醫師之人力分布、強化專科醫師訓練環境及品質，自100年起，全面實施專科醫師訓練容額管制計畫，核定每年1,948名訓練容額，並有20%彈性上限（合計共2,339名），委由各專科醫學會辦理該專科醫師訓練醫院認定，且管控各訓練醫院招訓人數，惟前揭核定容

額與住院醫師人數（1,300名）差距過大，恐影響專科醫師人力分布，爰102年重新檢討由1,948名調降為1,670名，103年再下修至1,550名。

第五章 健康照護品質

第一節 醫療服務品質

為加強醫療服務品質，建置以病人為中心之安全就醫環境，推行醫院評鑑制度，頒布醫療品質及病人安全工作年度目標，建置病人安全事件通報機制，103年成效如下：

一、病人安全與醫療品質

- (一) 訂定醫院版「103-104 年醫院醫療品質及病人安全工作目標」。如表 4-4。
- (二) 建置「臺灣病人安全通報系統」，營造病人安全文化，103 年共有 6,204 家醫療衛生相關機構參與此系統，校正後通報件數達 6 萬 2,000 件。
- (三) 於《醫院評鑑基準》訂定安全的醫院環境之相關規定，包括安全的環境與設備、病人導向之服務與管理、醫療照護品質管理、用藥安全、麻醉及手術、感染控制等，營造安全之就醫環境。

二、醫院評鑑制度

以「病人為中心」及「重視病人安全」為核心理念進行醫院評鑑及教學醫院評鑑改革。

- (一) 截至 103 年接受並通過醫院及教學醫院評鑑者，計有醫院 424 家、教學醫院 124 家、精神科醫院 45 家、精神科教學醫院 11 家；評鑑結果詳列表 4-5。

表4-4 95-104年醫院醫療品質及病人安全工作目標一覽表

年別 項次	95~96 八大 工作目標	97~98 八大 工作目標	99~100 九大 工作目標	101~102 十大 工作目標	103~104 八大 工作目標
一	提升用藥安全	提升用藥安全	提升用藥安全	提升用藥安全	提升用藥安全
二	落實醫療機構感染控制	落實醫療機構感染控制	落實感染控制	落實感染管制	落實感染管制
三	提升手術正確性	提升手術安全	提升手術安全	提升手術安全	提升手術安全
四	提升病人辨識的正確性	預防病人跌倒及降低傷害程度	預防病人跌倒及降低傷害程度	預防病人跌倒及降低傷害程度	預防病人跌倒及降低傷害程度
五	預防病人跌倒	鼓勵異常事件通報及資料正確性	鼓勵異常事件通報	落實病人安全異常事件管理	落實病人安全異常事件管理
六	鼓勵異常事件通報	提升醫療照護人員間溝通的有效性	提升醫療照護人員間溝通的有效性	提升醫療照護人員間的有效溝通	提升醫療照護人員間的有效溝通
七	改善交接病人之溝通與安全	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作
八	提升民衆參與病人安全	提升管路安全	提升管路安全	提升管路安全	提升管路安全
九			加強醫院火災預防與應變	強化醫院火災預防與應變	
十				加強住院病人自殺防治	

(二) 研擬「醫院評鑑牙科照護基準（草案）」、「醫院評鑑安寧療護基準（草案）」與「醫院評鑑中醫照護基準（草案）」，並辦理試評作業。

(三) 103 年 4 月公告「中醫醫院評鑑作業程序」及「中醫醫院評鑑基準」，截至 103 年底，評鑑合格之醫院附設中醫部門有 36 家，中醫醫院有 4 家，評鑑結果詳如表 4-5，另，配合醫院評鑑整併，自 104 年起醫院附設中醫部門併入醫院評鑑。

(四) 整併醫院評鑑、醫療衛生業務訪查、專科醫師訓練機構認定之行程，截至 103 年底，使原需受評機構 444 家次，減併為 239 家次，降低對於醫療機構作業之干擾。

第二節 提升血液供輸及醫事放射服務品質

我國自63年起推動自願無償捐血，迄今一直維持大於5%以上國民捐血率及100%無償捐血供應醫療用血，使我國邁入血液事業先進國家之列。

為加強血品及血液製劑安全，我國實施捐血血液傳染病原檢測，包括愛滋病、B型肝炎、C型肝炎及梅毒，並自102年2月起，於原有之酵素免疫分析法（Enzyme ImmunoAssay, EIA）檢測方法之外，由健保支付，全面施行愛滋病及肝炎之血液核酸擴大大試驗（Nucleic Acid Amplification Testing, NAT）檢測方法，落實我國血液檢測標準與國際規格一致，維護血品安全之目標。

表4-5 103年醫院評鑑結果

醫院 評鑑結果	醫院評鑑優等			醫院評鑑合格	
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	區域醫院	地區醫院
家數	19	78	49	3	275
教學醫院 評鑑結果	醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格（醫學中心）		醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格	醫事人員類（非醫師）教學醫院評鑑合格	
家數	19		98	7	
精神科 醫院評鑑結果	精神科醫院評鑑		新制精神科醫院評鑑		
	合格	優等	合格	優等	
家數	28	10	6	1	
精神科教學 醫院評鑑結果	新制精神科教學醫院評鑑合格		醫師及醫事人員類精神科教學醫院評鑑合格		
家數	3		8		
中醫醫院 評鑑結果	中醫醫院		醫院附設中醫部門		
	合格	優等	合格	優等	
家數	1	3	24	12	

為提升基層醫事機構對於「可發生游離輻射設備使用之管理、輻射線之防護安全及影像訊息之品質，自98年起辦理醫事放射機構訪視。依行政院原子能委員會102年6月資料，已設置有「可發生游離輻射設備」之基層醫事機構共有7,262家，至103年12月，已完成實地輔導訪視1,279家。

第三節 提升器官捐贈移植效率與品質

器官來源供需失衡是世界各國共同面臨的課題。據統計，截至103年底止，國內器官移植等候者已累計有8千餘位，然平均每年僅約有7、800人可幸運受惠。為擴大器官捐贈風氣及來源，本部於91年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」專責辦理器官捐贈推廣與器官分配業務。多項措施推動至今，我國器官捐贈率躍居亞洲第二，手術後存活率亦不亞於歐美等國家，相關作為如下：

- 一、100年12月21日修訂《人體器官移植條例》，明定器捐意願應加註健保卡且視同正本，並增訂器官分配法律授權，及捐贈者書面檢驗報告應提供受移植者醫院，確保術前充分了解器官狀況。
- 二、101年底訂定「器官捐贈移植及分配標準作業流程」，增列多項檢驗結果複核步驟，俾利醫療團隊間正確傳達病患資訊。
- 三、102年6月陸續完成「器官捐贈移植登錄系統」、「慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統」、「庫賈氏血液傳染病民衆列管資料檔」系統介接作業，建立勾稽機制，提升登錄資料之正確性。
- 四、102年完成北、中、南、東4區器官勸募網絡醫院整併作業，統整器官勸募、分配、摘取及運送之作業程序，提升器官勸募品質及成效。

五、103年訂定《人體器官移植分配及管理辦法》，將器官移植分配考量之因素、方式等内容法制化，並增列「待移植者之配偶或三親等以內之血親曾為死後器官捐贈者」因素為優位排序的分配條件，以倡導器官捐贈利人利己的公益價值。

六、規劃《人體器官移植條例》部分條文修正草案，並於103年5月14日經立法院社會福利及衛生環境委員會審查完畢，並保留部分條文送交朝野協商。

第四節 智慧健康照護

本部依行政院「雲端運算應用及產業發展方案」推動「臺灣健康雲」計畫，期程自103年至105年，分成「醫療雲」、「照護雲」、「保健雲」以及「防疫雲」四項子計畫，期運用資通訊產業及技術，提供更人性化、便利、高效率的雲端健康服務，以促進國人整體健康。103年完成工作如下：

- 一、持續辦理電子病歷，累計完成與電子病歷交換中心介接達343家醫院，51家衛生所及192家診所。
- 二、為推廣民眾自我健康管理觀念，於103年9月完成建置「健康存摺」系統。民眾可利用經註冊後取得密碼之健保卡或自然人憑證申請、下載個人的就醫資料，以網路取代馬路，縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全與效益。
- 三、為提升民眾用藥安全及品質，於102年7月開發建置「健保雲端藥歷系統」，供醫院醫師、藥師即時線上查詢病人用藥紀錄，避免醫師重複處方及病人重複用藥。截至103年底已有

5,761家醫療院所啟動查詢，所查詢病人共計約644萬人，查詢筆數共計約1,948萬筆。

四、結合12縣市衛生局於轄區公共場所設置970個社區生理量測服務據點與1,900個獨居老人於居家使用遠距照護服務。

五、完成全人健康管理行動化雲端服務基礎建設之「健康妙管家平臺」及APP建置，提供民眾記錄個人健康生活及查詢預防保健紀錄，目前試用會員3,200人，滿意度85%以上。

六、自動介接方式通報傳染病個案及實驗室傳染病病原體檢驗相關資料，成功導入至少40家醫院參與，提升全國約35%通報量，促使醫院提升及改善傳染病通報流程，縮短疫情通報時間。

第六章 偏鄉醫療照護

第一節 強化離島偏鄉醫療照護在地化

為維護偏鄉離島地區民眾就醫權益，本部持續秉持「醫療不中斷」原則，積極強化在地醫療功能，措施包括：

- 一、推動「全民健康保險山地離島地區醫療效益提昇計畫」（Integrated Delivery System, IDS），由責任醫院統籌，派遣人力及資源到偏鄉離島，提供專科診療、急診、夜診等定點或巡迴醫療服務，並朝「醫師動，病人不動」方向持續努力，積極強化在地醫療。
- 二、興建金門綜合醫療大樓、連江縣立醫院新建醫療大樓，另102年本部澎湖醫院心導管室落成啟用、金門醫院精

神科大樓於102年1月正式啟用，以提升醫療服務成為區域級醫院水準為目標。

- 三、陸續新建或更新偏鄉及離島地區衛生所（室），改善連江縣立醫院舊醫療大樓空調設備；並提報「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升」計畫，規劃於臺東大武設置「南迴線緊急醫療照護中心」。希望透過硬體設備之更新，提供偏鄉民衆更好的就醫環境與醫療服務品質。

第二節 完善偏鄉醫療資訊網絡及電子病歷

- 一、建構偏鄉數位資訊醫療照護網：為使醫療照護能深入偏鄉部落，推動「行動門診」送醫療到部落，以及建置人性化的母語語音掛號系統，提供居民便利醫療服務；截至103年底已完成建置新竹縣等15縣59家衛生所醫療資訊系統及332處巡迴醫療點、支援判讀8,669件。
- 二、48個偏鄉離島電子病歷互通計畫：為提升偏遠離島地區醫療資訊服務品質，並發展雲端架構，於102年完成桃園縣復興鄉等48家偏鄉衛生所之電子病歷調閱系統建置。
- 三、巡迴醫療：為改善山地偏鄉交通不便之居民就醫問題，行動門診之看診醫師可透過雲端調閱病人的病歷與影像資料，提升看診品質，亦節省居民下山看診拿藥之時間及費用。

第三節 醫學中心支援與陸海空緊急醫療後送

為強化離島醫院之緊急醫療照護服務，自102年起辦理「醫學中心支援離島

及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由臺北榮總支援金門醫院、高雄長庚醫院及奇美醫院支援澎湖醫院、亞東醫院及萬芳醫院支援連江縣立醫院之急重症醫師人力方式辦理。

- 一、為使寶貴的緊急救護資源獲得最有效的運用，91年建置「空中救護審核機制」，派駐專科醫師，並依據本部「空中轉診審核中心離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，全天候24小時提供緊急醫療諮詢、空中轉診必要性評估及協調航空器及海巡署船艦調度；有效建立空中轉診審核制度及提升空中轉診醫療品質成效。
- 二、採「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」之原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔政策。若有航空器不足之趟次或時間，則協請空勤及國防部支援緊急後送服務，103年全年後送236案（含民間47案、空勤187案、國防部2案），較102年減少1.67%；另澎湖醫院於102年12月4日成立心導管室，比較成立前後澎湖地區空中轉診後送醫療人次及診斷科別占率，心臟內科由原51%降至13%，已有效提升醫療照護品質。
- 三、至於病情較穩定者，依據「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」規定，補助可自行搭機（船）就醫所需交通費1/2。

第四節 提升醫療資源不足區之醫療照護品質

- 一、保障醫療資源不足地區醫療費用
自101年5月起辦理「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」每年編列5-8億元，補助山地離

島地區或偏遠地區主要急性醫療照護功能之社區醫院，強化提供24小時急診或內科、外科、婦產科、小兒科四大科之門住診醫療服務。

- 二、提供健保急診診察費加成及保障：公告103年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」，共計40家，其急診診察費予以加成30-50%，並對急診案件給予以點值一點一元之保障，鼓勵醫療資源不足地區之醫院，投入急診醫療業務，並加強該等醫院急診品質。
- 三、積極推動「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，103年專款支應2.8億元，提供牙醫醫療資源不足地區執業地點門診及巡迴醫療服務，以改善城鄉差距。103年執業服務計畫共有35家牙醫診所於35個醫療資源不足鄉鎮執業；巡迴服務計畫共有18個醫療團（含280家院所）至124個醫療資源不足鄉鎮提供巡迴醫療服務。
- 四、推動「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，由西醫基層診所及地區級以上醫院至醫療資源不足地區，提供醫療保健服務，以確保偏遠地區民衆就醫權益。103年獎勵開業共有11家診所前往4個鄉鎮提供開業服務；巡迴服務則有177家醫療院所前往125個鄉鎮巡迴（西醫基層診所：135家、92個鄉鎮；醫院：42家醫院、33個鄉鎮）。

第五節 離島偏鄉人才培育與留任

為強化偏遠地區醫療資源分布平衡，積極培育在地化的醫療人才，自58年起辦理「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」，至103年共培育醫事人員869名，

包含醫師463名及其他醫事人員406名。實施多年來，有7成公費醫師服務期滿仍留任偏鄉服務。另為解決偏鄉護理人力聘僱不易問題，於102年規劃偏鄉護理200菁英計畫，4年預計培育200名護理人力，並自104年開始招募。為鼓勵醫事人員留任，落實在地醫療化，賡續補助醫事人員至原住民族及離島地區開業及進修，103年共補助11家醫事機構開業及2名衛生局所相關人員在職進修。

第七章 目標族群健康照護

第一節 新住民健康照護

- 一、輔導新住民納入全民健保，並訂定「外籍與大陸配偶生育健康管理計畫」，提供新住民及其子女生育保健諮詢與檢核建卡管理，及有關生育計畫、哺餵母乳、孕期保健、定期產檢、孕期營養等生育健康指導，103年之建卡管理率達99.2%。103年10月修正比照國人一般產檢標準，享有10次產檢、乙型鏈球菌篩檢、1次超音波補助及2次衛教指導服務補助，並自104年1月1日開始實施。
- 二、為保護新住民婦女在未納保全民健保前之生育健康，給予設籍前外籍配偶產前檢查醫療補助，自100年起補助未納保產前檢查費用，103年共補助1萬4,292案次。
- 三、推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，透過縣市衛生局培訓通譯員，提供新住民醫療保健資訊之通譯服務。103年計有17個縣市、210個衛生所辦理此計畫，並有335名通譯員參與。

四、為提供多元文化及生育保健資訊，業於102年11月印製完成「兒童健康手冊」及「孕婦健康手冊」中英、中越、中印、中柬及中泰等5種語版，共計5萬冊。除發送各縣市衛生局轉醫療院所外，也將手冊PDF電子檔放置本部國民健康署網站手冊專區，提供新住民家庭使用及其家人運用。

第二節 罕見疾病健康照護

- 一、截至103年公告204種罕見疾病、87項罕見疾病藥物及40項罕見疾病特殊營養食品品目，將罕見疾病列入重大傷病範圍及免除病患就醫之部分負擔。
- 二、成立罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心，供應37項維持生命所需之特殊營養食品及10項緊急需用藥物，並提供《全民健康保險法》依法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物與維持生命所需之特殊營養品、居家醫療照護器材費用之補助，103年總計補助2,268人次。
- 三、透過生育遺傳各項服務（含產前遺傳診斷、新生兒篩檢、遺傳性疾病檢查及遺傳諮詢等），於13家醫學中心設立遺傳諮詢中心，提供遺傳性疾病及罕見疾病醫療諮詢服務。另，設置遺傳諮詢窗口網站，提供罕病及遺傳疾病相關資訊及資源。
- 四、加強罕見疾病防治教育與宣導：辦理病友、病友團體、廠商及醫療機構說明會，103年計辦理28場。補助病友團體辦理宣導活動，其中包括「2014罕病電影公播宣導計畫」，針對醫療院所、衛生局所及本部各司署，共計200家，進行電影公播DVD寄送推廣與20場病友家屬映後分享

活動，同時於北中南5家大型醫療院所進行「2014『愛與搖滾』-認識罕見疾病系列宣導活動」，以及於全臺3縣市舉辦電影公播活動及映後宣導。

- 五、為擴大罕病病人照顧與保障，結合立法委員、民間病友團體力量，共同積極推動《罕見疾病防治及藥物法》修法，並在103年12月30日獲立法院三讀通過，於104年1月14日經總統令公布施行。透過完備法令的行動，可以支持及改善罕病病人的醫療照護和家庭，未來將由專業人員進行罕病家庭訪視，提供病人及家屬心理支持、生育關懷與照護諮詢等服務；對於健保法未能給付之支持性及緩和性照護給予補助；而在罕病患者就醫、就學、就養時，也將協調相關機構協助；罕藥之健保給付收載程序將徵詢罕見疾病及藥物審議會之意見；藥商除不可抗力情形，應該在許可證有效期限內，持續供應罕病藥物，如果未依規定即停止供應罕病藥物，處新臺幣10萬元至50萬元，必要時廢止藥物許可證等。

第三節 特殊健康需求族群

一、油症患者健康照護

- （一）油症患者係因食用多氯聯苯（Polychlorinated biphenyls, PCBs）污染之米糠油所致。由於相關文獻顯示多氯聯苯可能經由胎盤或哺乳傳遞至下一代，於94年將女性患者之子女（69年1月1日後出生）納入為照護對象（即稱為第二代油症患者），截至103年底共有1,776位油症患者，其中第一代為1,272位；第二代為504位。

(二) 依《多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點》持續提供油症患者門(急)診及第一代油症患者住院之部分負擔醫療費用、定期免費健檢等補助、開辦特別門診及提供定期訪視關懷等健康照護服務。103年1月至10月共補助油症患者1萬2,068人次門(急)診之部分負擔醫療費用、51人次住院之部分負擔醫療費用；提供614位油症患者免費健康檢查服務，及針對縣市衛生局(所)人員辦理1場油症患者健康照護教育訓練。

(三) 為保障油症患者之健康照護權益，進一步提升油症患者健康照護服務之法律位階，103年研提推動《油症患者健康照護服務條例》立法工作，並於104年2月4日公布施行。

二、漢生病病人人權保障及照顧

(一) 立法院於97年7月18日三讀通過《漢生病病人人權保障及補償條例》，修正相關法令條文內之「麻瘋(癩)病」為「漢生病」，至103年12月底漢生病病人人權保障及推動小組共召開25次會議。

(二) 持續推動縣市衛生局「漢生病病人直接觀察治療(Directly Observed Treatment Short-Course, DOTS)執行計畫」，提供高品質漢生病個案之照護。

(三) 103年12月底止，計臺大、馬偕、中榮、成大、澎湖三軍總醫院及樂生療養院等6家醫院為漢生病個案確診及治療醫院，以增加漢生病個案就醫便利性。

三、人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

本部對愛滋病病患之人權保障及健康照護，不遺餘力，77年即引進抗愛滋病毒藥物Zidovudine (ZDV/AZT) 提供病患治療，並於雞尾酒療法(highly active antiretroviral therapy, HAART)問世後，於86年免費提供感染者HAART治療，103年作為如下：

(一) 人權保障方面

1. 自96年訂定《人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法》建立申訴制度，受理感染者權益受損申訴案件，累計至103年認定違法計9件。
2. 自96年依據「感染人類免疫缺乏病毒者停留居留申覆審議作業要點」受理申覆審議案件，累計至103年通過計48件。

(二) 健康照護方面

1. 自94年2月5日起愛滋病患醫療費用由健保轉公務預算支應，提供免費的抗愛滋病毒治療藥品，103年全國共有57家愛滋病指定醫院，個案就醫率達90.4%。
2. 為強化感染者做好自我健康管理，96年起開辦愛滋病個管師計畫，103年共有56家愛滋病指定醫院參與，提供衛教及諮詢服務，累計收案數達1萬7,512人，管理中人數計1萬1,685人。
3. 透過縣市衛生局(所)及個案管理師的追蹤管理，輔導個案定期就醫，以提昇病患生活品質，並加強愛滋個案伴侶諮詢與檢查追蹤。
4. 補助相關民間團體，協助個案收容照顧、就醫安排、緊急安置及提供個案管理服務等，103年提供200位個案安置及367位個案管理服務。

5

傳染病防治

- 
- 62 | 第一章 傳染病防治體系
- 64 | 第二章 重要傳染病/新興傳染病防治
- 69 | 第三章 防疫整備及感染控制
- 71 | 第四章 預防接種

傳染病防治除需持續辦理相關疫情監測及調查、防疫整備、研究及預防接種工作外，亦需配合世界潮流及防治所需，適時修正國內相關法規，建置符合實務需求之架構，才能透過完善的防疫體系，保障全民的健康。

第一章 傳染病防治體系

為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，訂定《傳染病防治法》等相關法規，以適切規範各級政府機關、醫事機構及人員、民衆等在傳染病防治之義務及權利，並讓相關工作人員執行防治工作時有所依循。

第一節 傳染病防治法規與架構

一、傳染病防治法規

《傳染病防治法》及《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》是執行傳染病防治的兩大重要法規。103 年為強化傳染病防治工作，修正 12 項相關法律及法規命令（含實質法規命令），共 14 次，如表 5-1。

二、防疫架構

分為中央及地方兩個層級，本部疾病管制署（以下簡稱疾管署）為全國最高防疫機構，負責傳染病防治政策訂定及考核；各縣市衛生局則擬定及落實執行計畫。

三、檢驗架構

疾管署研究檢驗中心，負責國內各種傳染病之檢驗及研究業務。設置 8 家病毒合約實驗室、7 家結核菌合約實驗室、認可 271 家傳染病檢驗機構及辦理 H7N9 流感病毒檢驗指定機構，並訂定「全國傳染病檢體採檢送驗品

質管理計畫」，以確保傳染病檢體採檢送驗之品質、時效及安全。

四、指揮架構

94 年成立國家衛生指揮中心，負責整合中央各部會、地方政府及各機構所提供資訊，轉化為整體防災作戰所需的即時訊息，提供指揮官應變決策參考，並設置與世界各國聯絡之單一窗口，以利重要疫情及公共衛生緊急事件之通報及應變。

第二節 傳染病防治醫療網

92 年架構「傳染病防治醫療網」，將全國分為 6 個傳染病防治醫療網區，指派指揮官統籌轄區防疫醫療資源；另指定隔離醫院（含應變醫院）共 134 家，以隔離收治傳染病（如圖 5-1）；應變醫院定期進行負壓隔離病房檢測 / 查核，以確保妥善處理收治高傳染性之新興傳染病人之量能，該等醫院均撰擬傳染病緊急應變計畫，並據以施行教育訓練及演習，103 年計各辦理 193 場次及 28 次。

第三節 疫情監測與調查機制

疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及異常狀況，建立疾病流行的長期趨勢，以利進行傳染病防治政策擬定之參考。103 年臺灣地區法定傳染病病例統計（如附錄二），有關疫情監測與調查之情況如下：

一、多元化傳染病監測體系

建構各項通報監測系統（學校傳染病監測系統、人口密集機構傳染病監測系統、即時疫情監視及預警系統、健保資料常規監測、肺炎及流感死亡監測），並加值運用急診、健保和死亡登載資料進行疾病監測；即時蒐集與常規分析國內、外疫情現況。

表5-1 103年傳染病相關法律及法規命令修正情形

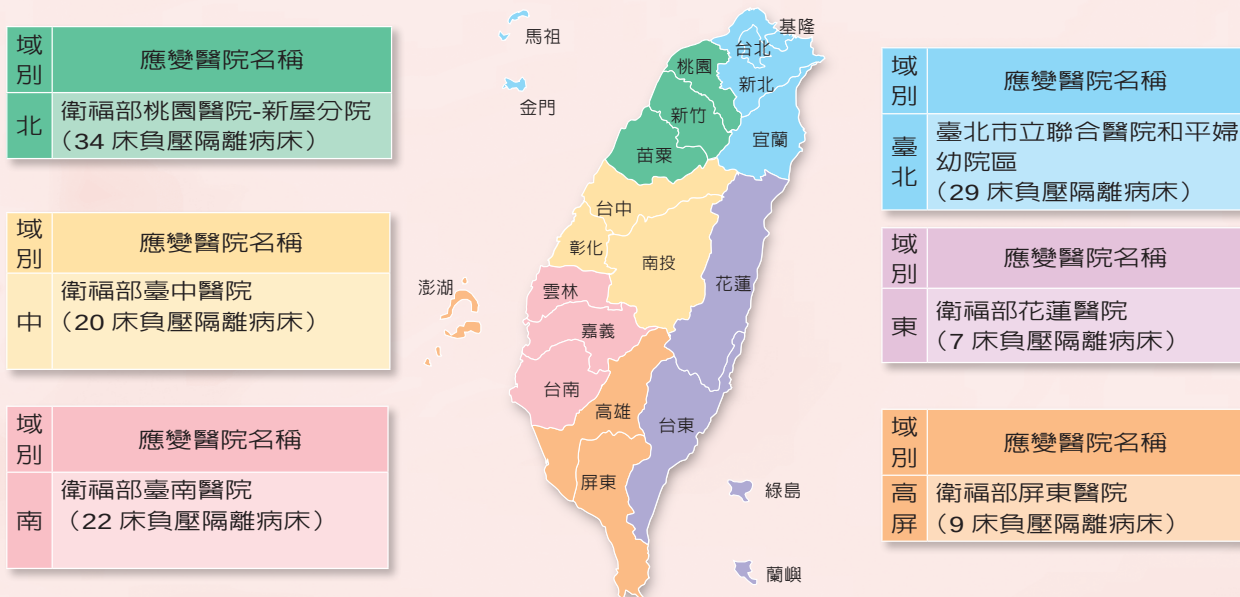
日期	名稱	修正重點
1月9日	《醫療機構執行感染管制控制措施查核辦法》	因應醫療機構感染管制實務需求及多重抗藥性細菌感染議題，修正名為《醫療機構執行感染管制控制措施及查核辦法》，並全文修正有關醫療機構感染管制、主管機關查核範圍等規定。
1月9日	《預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法》	為保障民衆救濟權益及預防接種受害救濟資源有效運用，修正部分條文，增訂預防接種受害救濟給付金額範圍之附表，及提高醫療補助上限等規定。
1月15日	《受聘僱外國人健康檢查管理辦法》	為簡化受聘僱外國人丙類人員之定期健檢備查程序，並放寬丙類人員定期健檢肺結核得治療後再檢查之規定，爰修正部分條文及相關附表。
1月15日	《受聘僱外國人入國後健康檢查醫院指定與管理辦法》	配合《受聘僱外國人健康檢查管理辦法》之修正，爰修正部分條文，放寬丙類人員定期健檢備查程序，並新增指定醫院應將其健康檢查結果清單送交所在地衛生主管機關等規定。
1月21日	《指定徵用設立檢疫隔離場所及徵調相關人員作業程序與補償辦法》	配合大法官釋字第690號解釋，研議強制隔離之合理補償機制，爰修正第10條，將指定至檢疫場所照顧幼童者納入補償對象，並增訂排除條款。
3月11日	《感染性生物材料管理及傳染病人檢體採檢辦法》	為使我國實驗室生物安全管理符合國情並與國際接軌，配合《傳染病防治法》修正感染性生物材料定義及落實風險管理，且傳染病人檢體採檢規定已另訂於「傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法」，爰修正名為「感染性生物材料管理辦法」，並予全文修正。修正重點如下： • 賦予地方衛生主管機關查核及監督之權責。 • 新增生物毒素之管理。 • 建立病原微生物風險分級管理機制。
5月26日	《人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法》	修正第8條，增訂照顧服務員申請預防性投藥費用，所須檢附之相關證明文件。
6月4日	《傳染病防治法》	修正第2條、第23條及第51條，增訂發生重大人畜共通動物傳染病時，中央農業主管機關應為必要之處置，以及緊急專案採購藥品之檢驗程序及例外開放之規定。
6月27日 8月1日 8月8日	公告：傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	本年共計3次修正，修正目的分述如下： • 整併及移除第一類傳染病「H5N1 流感」及第五類傳染病「H7N9 流感」，並新增為第五類傳染病「新型 A 型流感」。 • 修正第四類傳染病「流感併發症」名為「流感併發重症」。 • 修正第五類傳染病「伊波拉病毒出血熱」名為「伊波拉病毒感感染」。
7月18日	公告：《緊急醫療救護法》第十九條規定應通知之傳染病範圍	刪除「H5N1 流感」及「H7N9 流感」，新增「新型 A 型流感」。
9月29日	《傳染病防治獎勵辦法》	考量各亞型禽流感監測與防治之一致性，修正第5條，刪除加發 H5N1 流感全國首例通報獎金之規定。
12月23日	《港埠檢疫規則》	為遵循《國際衛生條例（IHR2005）》之基本精神，調整平時、變時之檢疫措施，及配合我國航運政策之轉變，爰予全文修正。

二、疫情通報系統之整合

持續整合各項通報系統（包括傳染病個案通報系統、症狀通報系統，並聯

結疫情調查系統、中央傳染病追蹤管理系統），以達通報入口單一化之目標。

圖5-1 傳染病防治醫療網



備註：
至103年止，劃分為6個網區指定134家隔離醫院，其中6家為網區應變醫院，6家支援合作醫院。

三、疫情調查

就突發及不明原因之傳染病群聚事件進行調查，103年共調查447件疑似群聚案件，包含臺灣鼯猴暴露民眾接受狂犬病暴露後預防接種調查、淡水沙門氏菌群聚案件、遊韓團諾羅病毒群聚事件等。

第二章 重要傳染病/新興傳染病防治

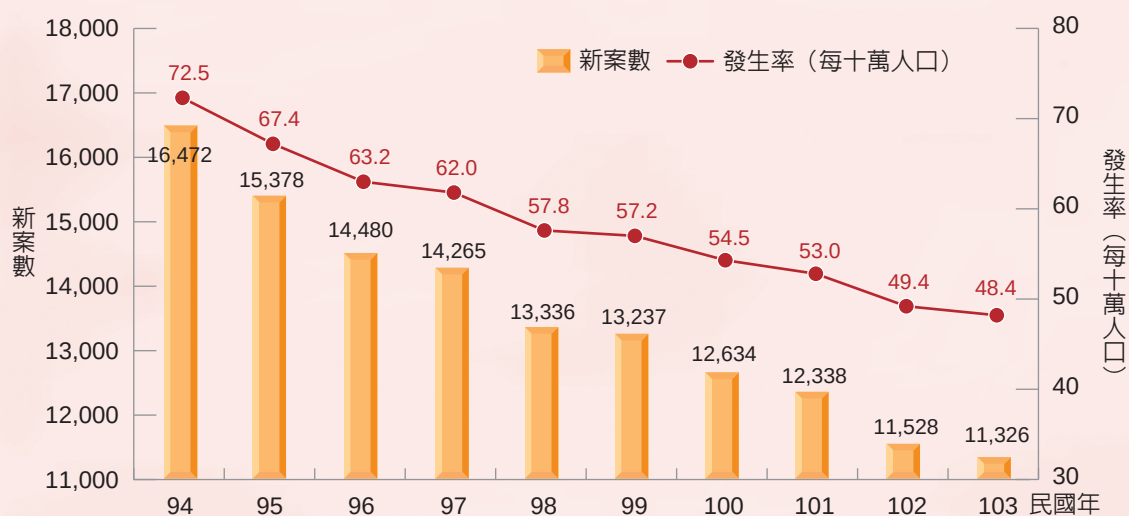
我國傳染病防治在環境衛生條件改善及防疫工作的推動下，已有大幅進步。近年已陸續根除天花、狂犬病、瘧疾、小兒麻痺等傳染病，惟面對日趨頻繁之國際交流，新興及再浮現傳染病的威脅日增，傳染病防治又再度面臨嚴峻的考驗。

第一節 結核病防治

103年結核病確定病例數為1萬1,326例（圖5-2），我國推動「結核病十年減半全民動員計畫」。防治成果如下：

- 一、推動結核病人直接觀察治療（都治）計畫，全國細菌學陽性病人納入計畫之執行率達90%以上。
- 二、實施「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，101年世代追蹤之24個月的治療成功率為70%。
- 三、加強落實結核病接觸者檢查，103年平均每一指標個案之追蹤檢查接觸者為10.5位。
- 四、推動「潛伏結核感染治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療法」，103年加入潛伏結核感染治療個案總計5,500人。

圖5-2 94-103年結核病發生數變動趨勢圖



五、主動積極發現個案，103年進行全國各地胸部X光車巡檢，共計31萬8,895人次，發現確診個案323例。

六、補助慢性傳染性肺結核住院治療及生活費，鼓勵慢性傳染性肺結核個案以住院方式長期隔離療養，阻斷社區傳染源。

七、102年6月起推行「HIV/TB合作管理模式原則」，並增加對15~49歲結核病個案進行常規性愛滋檢驗，103年目標族群HIV檢驗率為88%。

第二節 腸道傳染病

一、腸病毒

103年腸病毒重症確定病例計有6例，其中1例死亡，腸病毒71型疫情較去年緩和，防治策略包括：疫情監測、加強教托育機構及兒童常出入公共場所之衛生查核、委託辦理「加強腸病毒防治計畫」、深耕社區衛教、建立腸病毒重症醫療網及強化責任醫

院間之轉診效率。另修訂腸病毒71型重症治療指引，提供臨床醫護人員參考使用。

二、A型肝炎

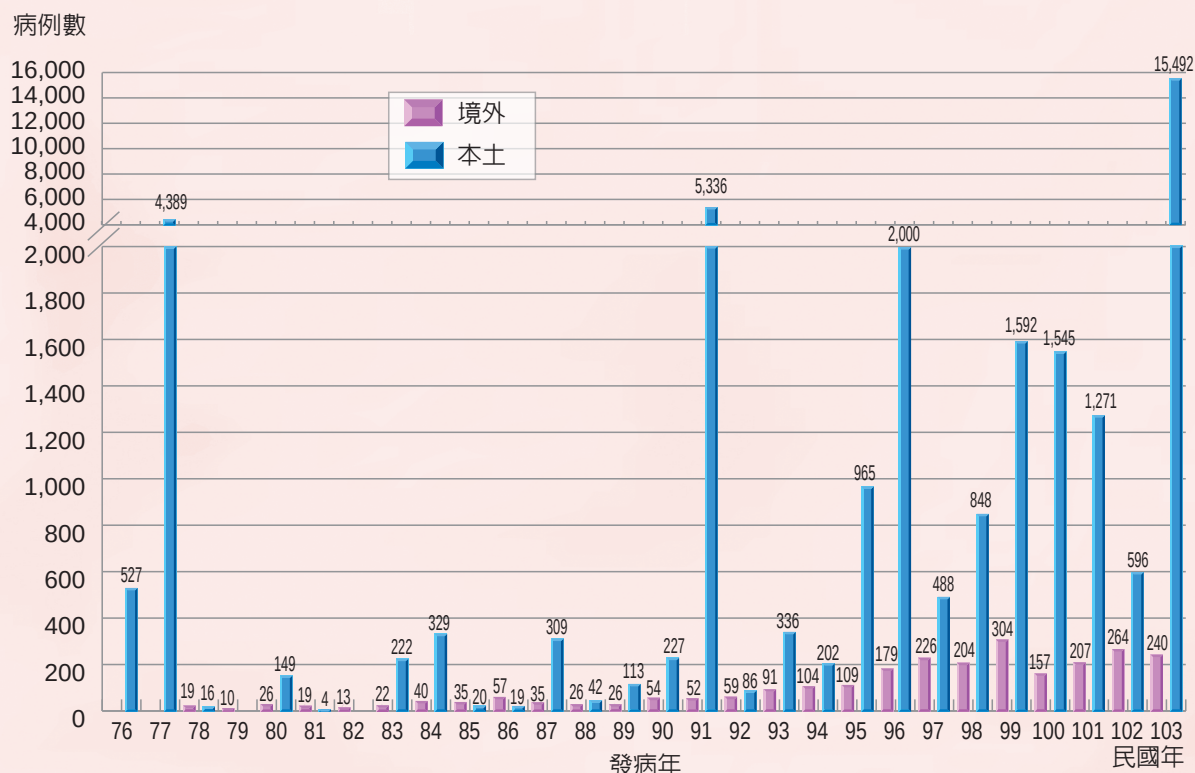
84年6月起對30個山地鄉及9個鄰近山地鄉之平地鄉學齡前幼兒，進行A型肝炎預防注射。山地鄉A型肝炎發生率由10萬分之90.7，降至10萬分之0.5以下，顯示防治政策實施成效良好。

第三節 病媒傳染病

一、登革熱

103年登革熱確定病例計1萬5,732例，其中境外移入240例，本土確定病例1萬5,492例（其中21例死亡），為歷年最嚴峻之本土疫情，可能受到全球登革熱疫情嚴峻，臺灣氣溫較高及雨量較多之影響；登革出血熱計136例，均為本土病例。歷年登革熱確定病例數如圖5-3。

圖5-3 歷年登革熱確定病例數統計圖



103年主要防治策略包括修訂登革熱防治工作指引，以因應未來可能發生的大規模疫情，透過多元管道對民眾進行衛教宣導，推動社區動員以及落實孳生源清除和容器減量，組成機動防疫隊督導地方防疫工作，並於國際港埠實施入境旅客體溫篩檢，調查旅遊史及接觸史，必要時進行採檢，以加強病例監測。

二、日本腦炎

日本腦炎之流行期為5至10月，流行高峰為6至7月。103年共有18名確定病例。

三、瘧疾

持續辦理瘧疾疫情監測，加強衛生教育宣導，提醒國人出國旅行時，防範病媒蚊叮咬。103年共19例境外移入病例。

第四節 血體液傳染病

一、愛滋病

自73年至103年底累計通報2萬8,710例本國籍感染者，其中有1萬2,564例發病，4,651例死亡。另103年新增感染者2,236人，95%是透過性行為傳染，感染途徑以男男間性行為為主，佔全年通報人數的84%。103年主要防治策略及成果如下：

- (一) 為加強男男間性行為者愛滋防治策略，持續委託辦理5家核心同志健康社區服務中心計畫，平均每月服務量達3,400人次。各縣市自行籌辦同志健康社區服務站，提供多元性別友善的環境及健康服務，並利用Line、Facebook等通訊軟體，使同志族群獲得適當愛滋介入服務的比率能持續提升。

(二) 透過疾管署與地方政府、教育單位、民間團體等機關團體之合作，辦理「愛之激動同盟會」，全面推動愛滋防治宣導，其中在各級學校的愛滋防治宣導活動涵蓋率達到 100%。

(三) 辦理「藥癮愛滋減害計畫」，至 103 年底，全國共有 150 家醫院提供替代治療服務，設置 865 處清潔針具衛教諮詢服務站及 413 臺針具自動服務機，針具回收率達 96%。

(四) 委託 43 家醫療機構辦理「免費愛滋病匿名篩檢諮詢服務計畫」，103 年計有 3 萬 7,808 人接受篩檢，愛滋病毒陽性率為 2%。另於 103 年 5 月至 10 月辦理「同儕教育員培訓計畫」，召募 244 名同儕教育員，鼓勵同儕進行檢驗，計有 3 萬 1,058 位民衆響應，發現 18 位陽性個案。

(五) 為避免母子垂直感染愛滋之威脅，執行孕婦全面愛滋篩檢服務，並進行預防性投藥等介入措施。自 94 年起開辦「孕婦全面篩檢愛滋計畫」，截至

103 年共發現 95 例新通報孕婦陽性個案（含外國籍 23 例），其中 103 年發現 7 例（陽性率：3.12/ 每十萬人口），歷年成果如圖 5-4。

二、性病

委託相關醫學會推動「愛滋病及性傳染病門診品質提升計畫」，進行各科專科醫師會員教育訓練，推薦友善性傳染病門診醫師，以提高性病病患看診意願，至 103 年底推薦醫師達 1,229 位。另持續辦理性病患者的愛滋篩檢服務，103 年計提供 11 萬 8,202 名服務，篩檢陽性率為 0.27%。

三、B、C 型肝炎

(一) 持續辦理孕婦 B 型肝炎產前檢驗和新生兒 B 型肝炎預防注射，促使國內 6 歲兒童之帶原率，實施預防注射前之 10.5%，降至約 0.8%。

(二) 我國成人 B 型肝炎帶原者估計約 250 萬人、C 型肝炎之感染者約

圖 5-4 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫陽性個案數及陽性率



40-70 萬人。自 92 年 10 月起實施「全民健保加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，累積至 103 年底，B 肝治療登錄計 16 萬 8,499 人，C 肝治療登錄計 8 萬 144 人。

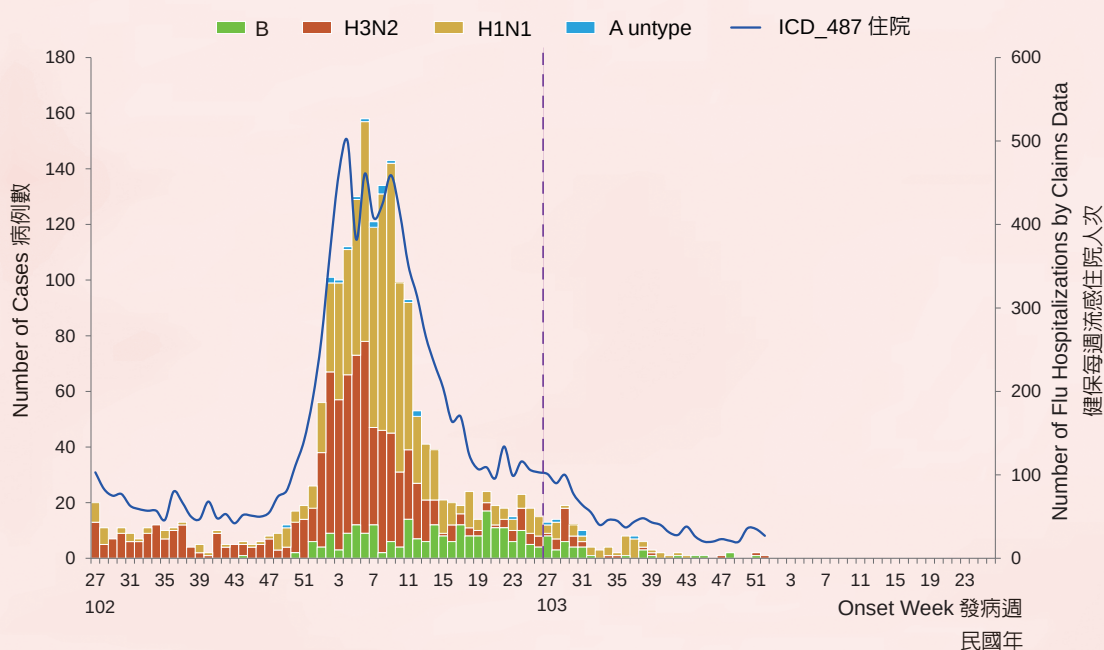
第五節 季節性流感防治

- 一、為有效掌握流感疫情及疾病嚴重度，以及早期發現可能之病毒變異或新型流感病毒，103年8月公告修訂「流感併發症」為「流感併發重症」。103年1月至7月流感併發症確定病例共計1,677例（住院即通報），其中162例死亡，致死率為9.66%；同年8月至12月底，流感併發重症確定病例計57例（住加護病房通報），其中14例死亡，致死率為24.56%，確定病例監視如圖5-5。
- 二、每年10月起辦理「流感疫苗接種計畫」，103年修正項目，接種對象包

含65歲以上老人、6個月以上至國小六年級學童、重大傷病患者、安養護理機構住民及直接照顧工作人員、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖相關人員、50-64歲具糖尿病、心、肺、血管、肝、腎及HIV感染等疾病者及孕婦等8類。另嬰幼兒接種公費流感疫苗，比照65歲以上民衆，無需負擔診察費。

- 三、維持流感抗病毒藥劑儲備量為全人口數10-15%；另自103年12月1日至104年4月30日止，擴大公費藥劑使用對象，並擴增該藥劑配置點達3,200多家，以有效因應流感高峰期及新型A型流感之防疫需求。
- 四、103年1月18日至2月9日之假日（含農曆春節連續假期）全國共37家醫療機構開設假日類流感特別門診，總開設診次數為348診，總就診人次為3,160，估算農曆春節期間（除夕至

圖5-5 流感併發重症確定病例監視



初五) 紓解急診類流感就診人次達5.55%。

第六節 新興傳染病防治

103年國際間爆發伊波拉疫情，我國防疫作為如下：

- 一、103年3月世界衛生組織（World Health Organization, WHO）公布西非伊波拉疫情時，立即發布新聞稿及致醫界通函，提供最新國際疫情訊息，提醒民衆及醫師提高警覺。
- 二、103年8月WHO宣布西非伊波拉疫情為國際關注公共衛生緊急事件，同時間成立「伊波拉病毒感染緊急應變小組」。
- 三、103年8月與11月分別派遣2名防疫醫師赴奈及利亞協助臺商、僑民防範感染，以及赴美觀摩伊波拉訓練營。並支援西非防疫團隊外科口罩及防護衣各10萬片/件，協助控制疫情。
- 四、強化「出境衛教、入境檢疫、國內整備/演練、國際合作」等四大因應作為，包含全面提升檢疫措施、針對高風險航班旅客發放旅遊史申報卡、完成應變醫院啟動收治病患整備、落實第一線醫護人員院感訓練與個人防護



我國2位防疫醫師（前排左二、三）赴美國研習伊波拉病毒感染醫護人員安全教育訓練

裝備的實際穿脫演練，全力維護醫護人員安全。

第七節 境外傳染病防治

為防範傳染病自境外移入，針對船舶、航空器、人員執行必要的檢疫措施，港埠內的相關單位聯合組成衛生安全工作小組，維護入出境我國國際港埠的衛生安全，防範傳染病移入或傳出。採取之措施如下：

一、檢疫

我國103年總入境人數為2,170萬7,379人，其中經由疾管署各機場港口檢疫站的紅外線體溫測溫儀，篩檢出有症狀旅客共計1萬5,280人，確診罹患法定傳染病個案計有123人。

二、旅遊傳染病防治

設立旅遊醫學特別門診，提供民衆出境前旅遊衛教諮詢、預防接種及預防用藥等服務，103年全國已有26家合約醫院，全年門診服務量達1萬8,693人次。

第三章 防疫整備及感染控制

近年來生物病原災害事件的發生，突顯出大流行爆發之準備及防疫物資管理、醫院感染控制，以及生物恐怖應變之重要。

第一節 流感大流行之整備與因應

- 一、依據「我國因應流感大流行準備計畫」，以「四大策略、五道防線」為防治主軸，辦理各項整備工作。
- 二、持續督導縣市政府辦理傳統市場禁止活禽販售政策，於103年6月公告修訂傳染病防治法第23條，提供人畜共通傳染病防治之法源依據。

- 三、為降低不同新型流感名稱造成臨床醫師通報及對民衆溝通紊亂，103年7月將「H5N1流感」、「H7N9流感」及其他亞型禽流感等非季節性流感統一合併為「新型A型流感」，並列入第五類法定傳染病。
- 四、檢視我國流感大流行整備策略，針對大流行疫苗儲備、傳染病防治醫療網及個人防護裝備等政策調整，並於103年7月修訂「我國因應流感大流行準備第二期計畫」。

第二節 防疫物資管理

- 一、為因應生物病原災害發生時之需求，本部已建置中央、地方和醫院防疫物資三級庫存管理制度，以及民生口罩之安全儲備。透過管理資訊系統，即時掌握全國庫存狀況。
- 二、為確保物資倉儲管理與緊急調度之效能，中央倉儲委由專業物流公司經營及辦理配送，以維持中央個人防護裝備儲備量、促進庫存流通，兼顧平時物資推陳及疫情期間安全儲備之需求。

第三節 醫療照護相關感染管制

為保障病人安全，有效降低醫療機構內感染發生，制定並推動相關重要政策，促使醫療機構落實感染管制。103年重點成果如下：

- 一、為因應國際間新興傳染病疫情，增訂「我國醫療機構因應伊波拉病毒感染之感染管制措施指引」及製作「因應伊波拉病毒感染個人防護裝備穿脫流程」示範影片。另增修「個人防護裝備使用建議」、「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症之感染管制指引」，並增訂「醫療（事）機構因應疥瘡感染

管制措施指引」。

- 二、持續推動全國醫院參與「臺灣院內感染監測系統（Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System, TNIS System）」通報，總計約有440餘家醫院參加。定期製作全國醫院醫療照護相關感染監測年報及季報，並於103年新增線上查詢功能，逐步推動政府資訊公開。
- 三、輔導醫院加強落實感染管制措施，鼓勵主動監視及送驗，並訂定相關防治指引，以降低多重抗藥性細菌的發生，提升醫療品質。持續辦理醫院感染管制查核，實地查訪424家醫院，符合初查合格率之醫院家數共419家（98.8%）。
- 四、分區建置7家示範醫院及評選103家醫院共同參與中心導管品質提升計畫，推動中心導管組合式照護措施，降低中心導管相關血流感染之發生。
- 五、推動國家型「抗生素管理計畫」，於醫院內建立跨職類及科別合作管理計畫，並透過醫院內部及外部評核作業，促進抗生素專業合理使用，降低病人醫療照護感染風險。
- 六、103年開始執行「一般護理之家」、「產後護理之家」及「精神護理之家」感染管制查核作業，共計完成456家護理機構查核（包含一般護理之家328家、產後護理之家111家及精神護理之家17家，合格率分別為99.7%、100%及100%）。

第四節 研究及檢驗

- 一、103年受理之傳染病檢體共計11萬2,018件，其中檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計2萬5,993件，陽性率為23%。

- 二、103年進行新興/再浮現傳染病監測，檢出2例H7N9禽流感病毒境外移入病例，分析比較病毒基因，結果顯示H7N9病毒之內蛋白基因歧異度大，病毒仍持續改變。
- 三、持續建置「臺灣剝絲網（PulseNet, Taiwan）」，針對食媒性傳染病原，提供快速之確認及比對，協助控制疫情之擴散，並做為國際監測平臺。
- 四、持續與日本國立感染症研究所、日本結核研究所、美國疾病管制中心、國家衛生研究院及定點監測醫院等進行合作計畫。
- 五、103年起進行「整合與提升我國食媒性疾病及其病原監測防護網計畫」第一年計畫，追蹤發現連鎖餐廳疑似進口食品沙波病毒汙染之群聚感染事件及跨國合作追溯國人赴韓旅遊之諾羅病毒群聚感染事件。
- 六、持續推動國內傳染病檢驗機構認可制度，103年計通過66家檢驗機構，檢驗項目236項次。

第五節 實驗室生物安全管理

- 一、截至103年12月，國內持有、使用第2級危險群以上微生物之設置單位共計505家，向疾管署核備設立之生物安全會（或指派之生物安全專責人員）包括370家之生物安全委員會及135家之生物安全專責人員，各類型家數統計如表5-2：

表5-2 我國備查設置單位生物安全管理組織之類型及家數統計表

類別	類型	政府機關	醫事機構	學術研究機構	其他	合計
生物安全會		15	148	51	156	370
生物安全專責人員		20	27	2	86	135

- 二、103年疾管署委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，辦理「醫院感染管制暨實驗室生物安全查核作業品質提升計畫」，對於國內19間生物安全第三等級（BSL-3）實驗室、1間BSL-4實驗室及12間結核病負壓實驗室（執行結核病鑑定及藥敏試驗檢驗工作），進行實驗室生物安全查核工作。
- 三、研訂相關實驗室生物安全技術規範及指引，103年新增訂之規範包括：《實驗室生物安全管理法規及行政指導彙編》、《處理伊波拉病毒感染病人檢體及病原體之實驗室生物安全指引》、《感染性物質貨品滲漏意外事件處理暨通知標準作業規定》及《感染性生物材料、傳染病檢體及相關生物材料輸出（入）管理規定》，提供國內實驗室工作人員遵循。另為提升實驗室人員生物安全專業技能，103年辦理8場次生物安全實體訓練課程，共計644人次參訓。

第四章 預防接種

第一節 預防接種現況與趨勢

目前政府對嬰幼兒提供之常規免費接種項目與時程詳如表5-3，另對山地鄉等高危險地區實施幼童接種A型肝炎疫苗。經由各縣市衛生所及合約醫院診所提供便捷的接種服務，持續催種與追蹤補種作

業，維持高接種完成率，幼兒各常規疫苗接種完成率詳如圖5-6。

- 一、99年依《傳染病防治法》第27條成立疫苗基金，辦理疫苗採購及預防接種相關工作，以穩定提供常規疫苗接種需求，並依傳染病防治諮詢會預防接種組（Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP）之建議逐序導入新疫苗政策，提供幼兒優質之新疫苗。
- 二、103年除了延續102年推動之幼兒各項常規疫苗政策，再擴增將1-2歲幼兒納入結合型肺炎鏈球菌疫

苗（Pneumococcal Conjugate Vaccine, PCV）接種對象。

- 三、對於因預防接種而受害者，政府設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

第二節 血清疫苗研製

為完整記錄近百年來公立疫苗沿革及研發歷史，103年12月出版「百年榮耀世紀傳承—臺灣百年公立疫苗製造史」專書，藉由此書紀念及感謝前輩筆路藍縷，奠定出臺灣公衛防治的百年大基。

表5-3 預防接種項目及時程

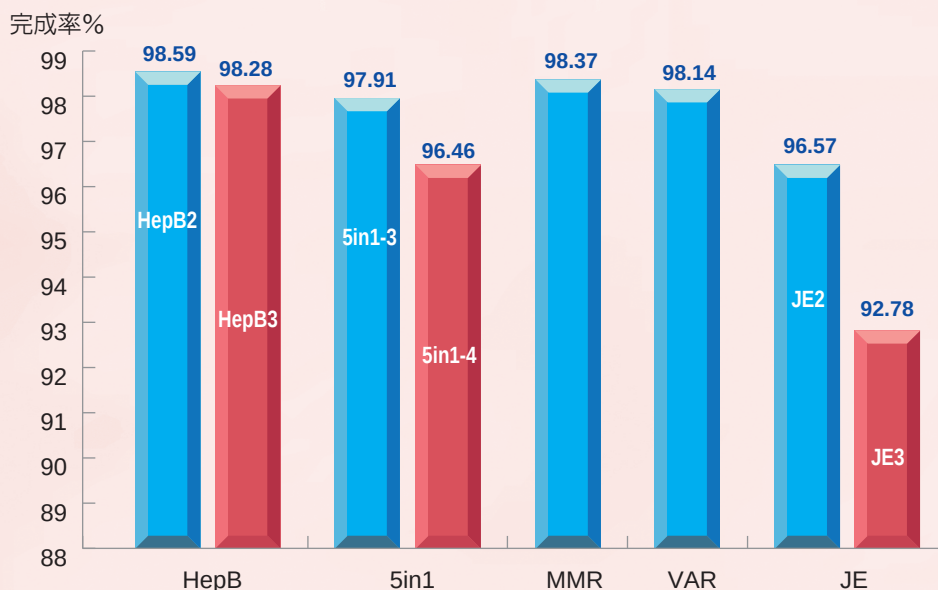
接種年齡	疫苗種類
出生24小時內	● B型肝炎免疫球蛋白一劑 ¹
	● B型肝炎疫苗第一劑
出生滿24小時以後	● 卡介苗一劑
出生滿1個月	● B型肝炎疫苗第二劑
出生滿2個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第一劑
出生滿4個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第二劑
出生滿6個月	● B型肝炎疫苗第三劑 ● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第三劑
出生滿12個月	● 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑 ● 水痘疫苗一劑
出生滿1年3個月	● 日本腦炎疫苗第一劑、第二劑（間隔兩週） ²
出生滿1年6個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第四劑 ³
出生滿2年3個月	● 日本腦炎疫苗第三劑
滿5歲至國小一年級	● 減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗一劑 ● 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第二劑 ● 日本腦炎疫苗第四劑

備註：1. 母親若為高傳染性B型肝炎帶原者（e抗原陽性），其新生兒應於出生後儘速注射一劑B型肝炎免疫球蛋白，最遲不要超過24小時。

2. 日本腦炎疫苗出生滿15個月接種第一劑，間隔二週接種第二劑。

3. 因應全球五合一疫苗缺貨，自103年1月起暫時將五合一疫苗第四劑接種年齡調整為出生滿 27 個月接種。

圖5-6 103年幼兒各項預防接種完成率



資料來源：103年12月全國性預防接種資訊管理系統資料

備註：HepB-B型肝炎疫苗；5in1-五合一疫苗（白喉、破傷風、非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）；MMR-麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗；VAR-水痘疫苗；JE-日本腦炎疫苗

一、生物製劑生產

- (一) 103 年以蛇毒免疫馬匹生產抗蛇毒馬血漿 314.5 公斤。並定期供應疫苗、類毒素、抗蛇毒血清等製劑共 52 萬 5,436 劑，生物製劑銷售收入計 4,261 萬 9100 元。
- (二) 國家免疫馬匹畜牧場於 103 年初開始營運，並進行馬匹飼養、馬場營運相關作業標準程序建立、血漿收集潔淨室、廠房確效及相關儀器設備之優良作業規範 (Good Manufacturing Practice, GMP) 文件建立，並辦理製程相關 GMP 教育訓練。

二、生物製劑開發

- (一) 從腸病毒基因監測資料，挑選出 B5、C2、C2like 和 C5 等 4 種不同亞型，建構 15 株腸病毒 71 型病毒株種庫，並評估篩選出能中和 B4、B5、C2、C4 和 C5 等亞型的 C2 亞型疫苗候選株。
- (二) 建立蛇毒品質鑑定方法及允收標準，應用高效液相層析儀建立標準圖譜鑑定蛇毒種類，並以雙向免疫擴散試驗 (double immunodiffusion test) 作為前項試驗佐證。
- (三) 執行「籠飼毒蛇死因分析及採毒技術評估計畫」，以降低操作人員及毒蛇受傷的風險。

6

食品藥物管理

- 
- 75 | 第一章 食品管理
 - 78 | 第二章 藥品管理
 - 84 | 第三章 醫療器材與化粧品管理
 - 88 | 第四章 國家實驗室及風險管理
 - 89 | 第五章 消費者保護與宣導

食品藥物之管理政策係以保護消費者健康為核心價值，103年之工作重點為健全法規標準及審查制度、落實源頭管理、建構綿密之品質鏈監測體系、精進國家實驗室任務功能、建置風險管理機制，並積極強化消費者保護與溝通宣導，提供消費者「食在安心」、「藥求安全」之消費環境。

第一章 食品管理

為保障國人飲食安全，本部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）參考國際規範，持續增修訂食品相關法規，強化食品源頭管理及產製流通監管，提升食品從業人員衛生觀念，且落實執行，以重建民衆食安信心，回復市場秩序，共同營造「食在安心」環境。

第一節 食品法規標準及產品審查

一、為加強對於食品安全管理，全盤檢討現行食品衛生相關法令與執行面所遇之問題，並透過法規修訂，建立全面性食品安全體系。積極推動《食品安全衛生管理法》之修正，其增修訂情形如表6-1。

二、103年食品管理相關子法規及標準增修訂如表6-2。

三、辦理特定食品查驗登記，截至103年底已核可在案許可證件數，如表6-3。

第二節 食品源頭管理

一、推動「食品安全管制系統」

要求高風險食品業者實施「食品安全管制系統」（Hazard Analysis and Critical Control Points, HACCP）（如表6-4），預防食品危害的發生。另亦持續推動專門職業人員投入產業，強制實施HACCP之業者須成立食品安全管制小組，其中至少一人應依《食品業者專門職業或技術證照人員設置及管理辦法》規定，具備專門職業人員資格，負責食品安全管理事項，以確保食品產製過程之安全性。

二、輸入食品邊境查驗

（一）依據《食品安全衛生管理法》第30條規定，輸入經中央主管機關公告之食品、基因改造食品原料、食品添加物、食品器具、食品容器或包裝及食品用洗潔劑時，應依海關專屬貨品分類號列，向食藥署所屬之各港埠辦公室辦理查驗。

表6-1 103年食品安全衛生管理法修正情形

日期	修正重點
2月5日	修正名稱為《食品安全衛生管理法》，以強化安全管理之決心，除了加重罰則外，也納入許多重要的管理制度包括食品業者強制登錄、建立產品追溯追蹤制度、聘用專門職業或技術證照人員、新增消費者損害賠償、保障揭弊者工作權或減免刑責之規定、增列食品三級品管制度，與設立食品安全保護基金等。
12月10日	行政院成立食品安全會報、要求特定食品業者應設置實驗室、強制指定食品業者使用電子發票作為溯源之工具、實施分廠分照制度、明定食品業者違反重大規定案件之舉證責任、提高罰則刑度、對不當利得之剝奪等多面向整體再予加強，有效提升食品安全管理效能及提供消費者更完善保障之機制。

表6-2 103年食品衛生管理相關法規及標準增修訂

日期	名稱	修正重點
1月28日	《健康食品申請許可辦法》	增列未於期限內申請展延至有效期限屆滿後六個月內，同一產品重新申辦之相關規定。
2月24日	《食品業者專門職業或技術證照人員設置及管理辦法》	經公告實施食品安全管制系統之食品業者應聘用專門職業人員，負責食品安全管理事項，且經中央主管機關公告之餐飲業及烘焙業，亦應聘用一定比例之技術證照人員，以提升食品業者從業人員專業素質，確保食品產製過程之安全性。
3月7日	食品過敏原標示規定	規定包裝食品內容物含有蝦、蟹、芒果、花生、牛奶、蛋及其製品者，應顯著標示醒語。
3月11日	《食品安全管制系統準則》	明確規範食品安全管制系統，包括事項及執行內容。管制小組成員中至少一人具備專門職業人員資格，及每年至少進行一次內部稽核，以確認食品安全管制系統之有效運作。
4月15日	包裝食品營養標示應遵行事項	明定包裝食品營養標示應遵行固定格式，並將糖增列為強制標示項目。
8月21日	應辦理檢驗之食品業者、最低檢驗週期及其他相關事項	明確規範需辦理強制檢驗之業者類別、規模、檢驗頻率與檢驗項目。
9月3日	《基因改造食品諮議會設置辦法》	規定基因改造食品諮議會之組成、議事、程序與範圍及其他應遵行事項。
10月16日	應申請登錄始得營業之食品業者類別、規模及實施日期	明定具工廠登記、商業登記或公司登記之製造、加工、餐飲、輸入及販售業者，應於103年12月31日前完成登錄。
10月24日	食用油脂製造業者應辦理檢驗之最低檢驗週期及其他相關事項	明確規範食用油脂需辦理強制檢驗之業者規模、檢驗頻率與檢驗項目。
10月27日	應建立食品及相關產品追溯追蹤系統之食品業者	明確規範應建立食品及其相關產品追溯追蹤系統之業者類別、規模及實施日期。
11月7日	《食品良好衛生規範準則》	訂定食品業者之從業人員、作業場所、設施衛生管理及其品保制度等衛生規範，並以中央法規標準規定分條書寫定之，使符合法制體例。
12月26日	健康食品管理法所稱保健功效之項目	訂定「《健康食品管理法》所稱保健功效之項目」，內容如下：護肝、抗疲勞、調節血脂、調節血糖、免疫調節、骨質保健、牙齒保健、延緩衰老、促進鐵吸收、胃腸功能改善、輔助調節血壓、不易形成體脂肪、輔助調整過敏體質，以及其他使用類似詞句之功效。
1月~12月	農藥殘留容許量標準、動物用藥殘留標準、食品添加物使用範圍及限量暨規格標準及食品衛生標準	累計訂定：354種農藥計4,355品項之殘留農藥安全容許量標準；135種動物用藥計1,389品項之《動物用藥殘留標準》；800品項食品添加物分別訂有使用範圍、限量及規格；36品項之食品衛生標準。

表6-3 103年核可特定食品查驗登記許可證件數

應查驗登記食品類別	許可證件數
輸入錠狀膠囊狀食品	8,201
國產維生素類錠狀膠囊狀食品	1,607
食品添加物	6,178
嬰兒配方奶粉及較大嬰兒配方輔助食品	193
特定疾病配方食品	155
基因改造食品	74
真空包裝黃豆即食食品	133
健康食品	288

表6-4 103年HACCP 完成符合性稽查家數

產品別	稽查家數
水產食品業	200
肉類加工食品業	138
乳品加工食品業	12
餐飲業-餐盒食品工廠	191

(二) 103 年共計查驗 61 萬 6,286 批食品及相關產品，檢驗 4 萬 8,704 批，檢驗比率為 7.9%，檢驗不符合規定佔抽樣檢驗批數約 1.4%，輸入查驗不合格的食品，均依規定辦理退運或銷毀。

三、查詢國際警訊

103年總計發布259則食品消費紅綠燈，使消費者及業者可以即時瞭解國際間食品安全警訊之資料，維護國內飲食環境之安全。

四、食品添加物之管理

(一) 推動「食品添加物登錄管理」：公告《食品業者登錄辦法》，並已建置

食品添加物「非登不可」登錄管理資訊系統（網址 <http://fadenbook.fda.gov.tw/>）。至 103 年底為止，計有食品添加物之製造、輸入、販售業 2,203 家完成登錄，共計 10 萬 2,053 項產品。

(二) 建立與國際調合之食品添加物分類：持續蒐集食品法典委員會及美國、歐盟、日本等國際規範，將我國食品添加物之分類系統進行重整與國際調和。迄 103 年底共計正面表列有 800 項食品添加物，均訂有使用範圍及限量標準以供遵循。

第三節 食品安全鏈監測

一、查驗登記食品實地查核

103年完成健康食品、國產維生素類錠狀膠囊狀食品、食品添加物製造及販售廠等實地查核，查核結果如表 6-5。

二、食品後市場監測

協同衛生局執行食品後市場監測計畫，加強把關食品以符合各項衛生標準。103年執行結果如表6-6。

三、專案稽查抽驗

針對重點施政項目、高風險食品及輿情關切議題等，督導並聯合衛生局辦理專案稽查抽驗，共計18項，同時「食品安全聯合稽查及取締小組」，針對國人每日生活必需且影響健康重大之食品，由源頭生產地或產製工廠進行稽查，103年已完成年節食品、市售食米、蛋品、肉品工廠、含澱粉原料產品、水產品工廠、油品工廠及製造業者等專案稽查。

表6-5 103年查驗登記食品實地查核結果

類別	查核家數	查核結果
健康食品製造工廠	26	無重大違規情事，缺失部分複查改善完竣
國產維生素類錠狀膠囊狀食品製造工廠	40	無重大違規情事，缺失部分複查改善完竣
食品添加物製造及販售廠商	73	無重大違規情事，缺失部分複查改善完竣

表6-6 103年食品後市場監測結果

監測/稽查項目	結果		
	總件數	合格數	合格率(%)
市售與包裝場農產品殘留農藥監測	2,528	2,205	87.2
食品中動物用藥殘留監測	830	794	95.7
市售食品中真菌毒素含量監測	461	449	97.4
市售蔬果中重金屬（鉛，鎘）含量監測	170	170	100
食米中重金屬（鉛，鎘與汞）含量監測	200	200	100
市售食米農藥殘留監測	207	207	100

備註：檢驗不合格者，均由地方衛生局依法查處

第四節 食品安全衛生管理

一、餐飲管理

為提升國內餐飲業者之衛生安全自主管理能力，積極推動餐飲GHP（Good Hygiene Practice）衛生管理分級，依據評核結果，評定「優」及「良」兩級，餐飲衛生管理分級評核證書（標章）之有效期限為2年。99-103年累計已評核1萬732家餐飲業，未來將持續推動餐飲衛生管理分級評核，以提升國內餐飲業衛生管理能力。

二、食品業者登錄制度推廣

102年12月3日發布施行《食品業者登錄辦法》，並於103年陸續公告食品添加物相關業者，以及具工廠登記、商業登記或公司登記之食品製造、加工、餐飲、輸入及販售業者，應申請登錄。「食品業者登錄制度」為我國食安法之重大變革，在各縣

市衛生局的積極推動及食品業者支持下，截至103年底，全國已有15萬8,562家食品業者完成登錄。

第二章 藥品管理

藥品管理以保護民衆用藥安全為核心，積極推動藥政改革，提升藥品查驗登記審查時效，扶植醫藥產業發展與競爭力，落實藥品源頭管理及不法藥物之取締，並健全管制藥品管理，提供民衆用藥安全、生活安心之消費環境。

第一節 藥品法規標準及產品審查

一、健全法規標準

持續檢視修正及研訂藥物相關管理規範以符合國內需求，並參考國外先進國家規定以與國際接軌。103年藥政管理法規及相關公告增修訂如表6-7。

表6-7 103年藥政管理法規及相關公告增修訂

日期	名稱	修正重點
2月14日	《藥品查驗登記審查準則》	為因應實務需求，增訂生物相似性藥品之定義，依其性質歸類為基因工程藥品，並修正第41條附件6「生物藥品查驗登記應檢附資料表」。
7月7日	公告「藥品非臨床試驗安全性規範（第五版）」	配合國際醫藥法規之進展，大幅修正原有規範之內容，並增加「引起心室再極化時間延長風險的評估」、「毒理動力學試驗」及「免疫毒性試驗」指引等段落，並新增第五章「抗癌新藥非臨床試驗規範」以符合醫藥研發之需求及國際趨勢。
9月17日	人類細胞治療產品臨床試驗申請作業與審查基準	為確保人類細胞治療產品臨床試驗合乎科學性、安全性及社會倫理性，並保障受試者之權益，爰制訂本基準，說明人類細胞治療產品申請臨床試驗時，所需檢附之相關資料內容，以作為計畫主持人準備臨床試驗申請資料之參考依據。
12月12日	新藥查驗登記優先審查機制 / 新藥查驗登記加速核准機制	將適用對象涵蓋至《藥事法》第7條所稱新藥（即新成分、新療效複方、新使用途徑），以加速藥品研發上市，滿足國人醫療迫切需求，嘉惠國內病患。
12月22日	國際醫藥法規協合組織（ICH）規範採認清單	為協助業者於藥品研發製造時能有所依循及參考，訂定「國際醫藥法規協合組織（ICH）規範採認清單」，說明ICH規範重點、適用範圍及我國目前相對應參考資料，以作為業者準備技術性資料之參考。

二、藥品查驗登記管理

- (一) 藥品上市前之查驗登記：審查要項包括藥理 / 毒理試驗、藥動（PK/PD/BA/BE）試驗及臨床試驗等資料，以確保效能及安全性。103 年國內臨床試驗申請新案 315 件，變更申請案 2,486 件，整體件數較前一年成長近 20%。至 103 年底，國內共有 2,008 件核發許可證藥物，已於國內執行生體相等性試驗或溶離率曲線比對試驗，其中國產藥佔 1,895 張。另 103 年 12 月底止共核發藥品許可證 2 萬 6,683 張，包含原料藥 2,717 張及製劑 2 萬 3,966 張。
- (二) 藥物審查機制之改革：整合建立專業審查量能，合理簡化審查機制，提升藥物審查透明度、品質及縮短時程。103 年底總計核准 135 項新藥上市（國產 29 件及輸入 106 件），創歷年來新高。

第二節 藥品源頭管理

一、推動PIC/S GMP標準

- (一) 為提升製藥品質及符合國際標準，我國從 96 年公告實施國際醫藥品稽查協約組織（Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme, PIC/S GMP）標準，103 年底國內西藥製劑廠通過家數為 98 家，自 104 年 1 月 1 日起，西藥藥品製造工廠已全面完成實施，其實施結果整理如表 6-8。
- (二) 自 102 年起，我國正式成為 PIC/S 會員，國內藥廠符合 PIC/S GMP 標準後，可減少重複查廠，降低外銷成本，使臺灣製藥業水準與國際接軌，開展全球性市場。

表6-8 103年西藥藥品製造工廠通過PIC/S GMP家數

種類	名稱	通過家數
藥品	國內西藥製劑廠PICS/GMP	98
	國外製造廠	870
	國外廠實地查核	246

備註：國外廠實地查核家數係統計91年至103年12月31日累計家數

二、加強原料藥管理

(一) 加強原料藥製造品質管理：為確保原料藥的製造品質，落實源頭管理，公告自 105 年 1 月 1 日起，全面實施「PIC/S 公告之原料藥 GMP 標準」，截至 103 年為止，已有 21 家藥廠主動申請認證。

(二) 強化輸入與自用原料藥之進口管理，建立原料藥主檔案（Drug Master File, DMF）制度，自 98 年 10 月至 103 年 12 月 31 日已收 3,037 件申請案，結案數為 2,089 件，核准率達 69%。

第三節 藥品品質鏈監測

一、藥品流通管理

為健全藥品全供應鏈品質管理制度，自100年起逐步推動我國藥品運銷管理制度：藥品優良運銷規範（Good Distribution Practice, GDP），其概念為藥品品質之維持、有效處理緊急藥品回收事件、在合理時間內正確運送給顧客、防止偽藥進入藥品供應鏈，以確保民眾用藥之安全性及療效。截至103年底，已完成藥廠、代理商與物流相關業者，共計95家次之GDP輔導性訪查。

二、藥物品質監控

為確保藥物上市後品質狀況，103年完成市售西藥6項及中藥1項產品之

品質調查監測，共計372件，合格率98.1%，結果如表6-9。另接獲醫療人員及民眾通報藥品不良品845件，以及主動監控國外藥品品質警訊656則。若發現藥品有檢驗未合格或有重大品質瑕疵，則要求啟動回收作業，如表6-9。

三、取締不法藥物、食品及化粧品

(一) 整合跨機關資源、加強取締偽劣假藥

行政院於 99 年 3 月 22 日成立「加強取締偽劣假藥及非法廣播電臺」專案，由中央相關部會及地方政府組成「偽劣假藥聯合取締小組」，稽查偽禁劣藥、食品攙西藥、中藥攙西藥等不法藥物，並持續監控食品、藥物及化粧品違規廣告，執行成果如下：

1. 不法藥物查獲率：每月平均稽查次數維持在1,500次以上，不法藥物查獲率由99年的27.22%降至103年的1.20%，如圖6-1。
2. 廣告違規率：食品、藥物及化粧品廣告違規率由99年的13.93%降至103年的4.97%，如圖6-2。

(二) 持續監測市場不法藥物、食品及化粧品

1. 103年查獲不法藥物案件共計721件，移送法辦件數508件，行政處分37件，罰鍰金額共86.5萬元。

表6-9 103年藥品品質調查監測結果

類別	監測項目	完成件數	合格件數	合格率(%)
藥品	糖尿病治療劑、消炎止痛藥、抗生素及安眠藥等製劑之品質監測	90	87	96.7
	水痘及MMR活性減毒疫苗後市場品質監測	148	148	100
中藥	市售中藥製劑異常物質檢驗及品質監控	134	130	97.0
合計		372	365	98.1

圖6-1 99-103年不法藥物查獲率



圖6-2 99-103年食品藥物廣告違規率



2. 103年衛生機關核處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計3,068件，罰鍰金額共9,408.9萬元。

(三) 103年規劃執行5項不法藥物及化粧品聯合稽查專案，查獲違規家數142家，裁罰金額總計211.8萬元。稽查結果如表6-10。

(四) 103年監測市售減肥或壯陽產品違法添加西藥情形，抽驗藥粧店、藥局（房）及代理商等所售膠囊狀、錠狀及粉末狀食品共109件，其中2件檢體檢出西藥成分，另有3件檢體

檢出非標示成分，均已移請相關縣市衛生局處辦。

第四節 藥品安全管理

一、強化藥物安全監控

為強化藥物安全監控策略，於國內持續建置各項藥物通報及監控機制，整合通報資料庫資料依風險等級進行處理，以保障民眾健康並達資源共享目標，相關監控結果如表6-11。

表6-10 103年不法藥物及化粧品聯合稽查結果

月份	稽查主題	稽查結果
3月份	藥品專案稽查（處方藥、藥商執照）	查核藥房藥局、藥商、檳榔攤或網咖等共計31家，查獲違規家數12家。
4月份	藥事人員專案稽查（處方藥、管制藥品調劑）	查核藥房、藥局、藥粧店及診所等共計618家，查獲違規家數73家，違規件數75件。
6月份	含酒精之西藥內服液劑專案稽查	稽查105家檳榔攤，查獲違規家數14家檳榔攤販售含酒精口服液藥品。
8-9月份	藥品專案稽查（處方藥、劣藥）	查核藥局、診所及醫院共計173家，查獲違規家數21家。
10月份	抗生素專案稽查	稽查藥局共計41家，查獲違規家數22家。

表6-11 103年藥物安全監控結果概述

藥物安全監控種類名稱	監控結果概述
藥物不良反應通報系統	藥品不良反應通報1萬1,399件。
藥品安全主動監控機制	完成8項藥品專案分析報告。
藥品療效不等之通報	通報共計413件（100-103年），1項疑似療效不等。
活化藥品不良品通報機制	藥品不良品通報案件845件，其中高風險不良品150件，並有14件藥品啟動回收作業。
生物藥品逐批檢驗封緘	辦理381批生物藥品檢驗封緘，合格放行封緘1,261萬6,466劑，成功攔阻8批約5萬3,385劑運送溫度異常產品。

二、持續監測藥品市場訊息

建置「藥品安全資訊即時監控暨傳遞平臺」：103年總計監控823則國內、外藥品安全及品質警訊，即時發布國內藥品回收訊息103則、消費紅綠燈36則、新聞稿9則及「藥品安全資訊風險溝通表」12則，並發行藥物安全簡訊4刊。

第五節 管制藥品管理

為加強醫藥及科學上需用之管制藥品管理，明定《管制藥品管理條例》，建立管制藥品分級管理、證照管理及流通管理之管制藥品管理體系，以防杜管制藥品濫用或非法使用。

一、管制藥品管理體系

（一）分級管理：管制藥品依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性分四級管理。103年管制藥品分級增修公告事項如表6-12。

（二）證照管理：103年12月底，領有管制藥品登記證之機構業者計1萬4,857家；領有管制藥品使用執照之專業人員計4萬9,059人。

（三）流通管理

1. 103年共計核發管制藥品之製造、輸入、輸出、醫藥教育研究試驗使用等核准函計1,833件。

2. 103年執行實地稽核共1萬7,057家，查獲違規者304家，違規比率為1.78%，違規者均予以處辦。

表6-12 103年管制藥品分級增修公告事項

修正日期	分級	公告管制藥品分級名稱
4月24日	第二級	增列東罌粟鹼（Oripavine）
4月24日	第三級	增列去甲羟嗎啡酮（Noroxymorphone）
4月24日	第三級	增列氟甲基卡西酮（Fluoromethcathinone, 1-Fluorophenyl-2-methylaminopropan-1-one, FMC）
10月6日	第二級	增列苄基哌嗪（Benzylpiperazine, BZP）
10月6日	第三級	增列1-（5-氟戊基）-3-（1-四甲基環丙基甲醯）吡啶（1-（5-fluoropentyl）-1H-indol-3-yl）（2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl）methanone, XLR-11
10月6日	第三級	增列2-（4-溴-2,5-二甲氧基苯基）-N-（2-甲氧基苯基）乙胺 2-（4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl）-N-〔（2-methoxyphenyl）methyl〕ethanamine, 25B-NBOMe

二、管制藥品濫用防制網絡服務

定期彙整研析國內藥物濫用趨勢，提供藥物濫用防制機關（構）參採運用，辦理藥物濫用防制師資培訓及成立反毒教育資源中心，並持續推廣藥物濫用防制宣導，另透過多元媒體通路，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

第六節 中藥管理

一、94年起實施中藥廠GMP制度，至103年底，共有99家GMP中藥廠；103年並依據《藥物製造業者檢查辦法》，共完成49家查廠。

二、為加強中藥傳統製劑管理，102年12月26日公告「天王補心丹等22項中藥傳統製劑含異常物質限量標準及其適用範圍」，自103年7月1日起生效。

三、101年8月1日起實施紅棗等10種進口量較大中藥材邊境管理制度，103年共受理2,298件報驗通關案，總計1萬857公噸，均符合標準；實施抽批查驗之紅棗、黃耆、當歸及甘草，共51批，檢驗結果均合格。

四、103年衛生機關中藥查核情形如表6-13。

表6-13 103年中藥業務查核情形

項目	查核情形
違規中藥廣告查處	衛生機關核予行政處分407件，罰鍰5,396萬8千元
市售中藥材包裝標示查核	共查核4,600件，合格率99.7%
市售中藥材異常物質（重金屬、農藥殘留、黃麴毒素）抽驗	共抽驗246件，其中3件不合格，合格率98.7%
中藥摻含西藥抽驗	共抽驗121件，檢驗結果皆符合規定。

第三章 醫療器材與化粧品管理

強調以消費者保護為核心，分別從法規管理國際化、生產源頭控管、上市前把關、上市後監督及產品通路監測等面向，建立一套完整品質管理政策，有效控管醫療器材及化粧品之安全及品質，保障民衆健康安全。

第一節 醫療器材及化粧品法規標準及產品審查

一、法規環境與國際規範調和化

103年醫療器材、化粧品管理法規及相關公告，整理如表6-14。

二、醫療器材產品、化粧品產品及廣告之審查

表6-14 103年醫療器材及化粧品管理法規相關增修訂公告

日期	名稱	修正重點
1月2日	修正「藥商得於郵購買賣通路販售之醫療器材及應行登記事項」公告事項第一點草案	開放體脂計、保險套及衛生棉條等3項第二等級醫療器材，得於郵購買賣通路販售，並加強藥商於郵購買賣通路提醒消費者，使用前應詳閱產品說明書之責及提供定期校正之資訊。
1月8日	訂定「化粧品中含不純物重金屬鉛、砷之殘留限量規定」	化粧品於其最終製品中所含不純物重金屬鉛、砷之殘留量，鉛不得超過10 ppm，砷不得超過3 ppm。
2月21日	公告《藥物製造業者檢查辦法》部分條文修正	配合與列支敦斯登簽訂技術合作換文，得以簡化該國製造廠符合醫療器材優良製造規範之申請，縮短產品上市時間。
5月15日	公告修正「化粧品中防腐劑成分使用及限量規定基準表」	化粧品添加「Methylisothiazolinone」及「Mixture of 5-Chloro-2-methyl-isothiazol- 3 (2H) -one and 2-Methylisothiazol-3 (2H) - one with magnesium chloride and magnesium nitrate」之成分者，應於產品標籤仿單或包裝依本基準表所規定，加刊應刊載之注意事項。
5月20日	公告訂定「家用血糖監測系統」等9項體外診斷醫療器材技術基準	為加強體外診斷醫療器材之管理，訂定9項體外診斷醫療器材技術基準，提供廠商作為產品研發及申請查驗登記資料準備之參考。
9月5日	公告修正《醫療器材查驗登記審查準則》	明定臨床前試驗與原廠品質管制文件應為安全性及功能性等檢測資料，及檢測實驗室須符合相關作業規範。明定第三等級醫療器材須符合「醫療器材安全性與功效性基本規範及技術文件摘要指引」之規定。
9月22日	公告修正《醫療器材管理辦法》第三條附件一及第四條附件二	為達與國際化調和之目的，適時進行我國醫療器材管理品項增修作業，其中包含修訂爬梯機之醫療器材分類分項品項。
10月22日	公告「鑑別奈米醫療器材參考指引」	提供研發製造奈米醫療器材相關業者作為辨別之參考。
12月19日	公告「醫療器材查驗登記優良送審規範（Good Submission Practice,GSP）」	協助廠商建立內部準備醫療器材查驗登記送審資料之能力，強化送審文件品質，以提升案件核准率及時效。

表 6-15 103年醫療器材及化粧品審查案件統計

統計項目	醫療器材		化粧品	
	醫療器材查驗登記	醫療器材廣告	含藥化粧品查驗登記	化粧品廣告
收件數	5,221	258	1,900	1,449
結案數	5,218	225	1,562	1,286
有效許可證張數：醫療器材3萬7,798張、含藥化粧品1萬4,671張。				

(一) 我國就醫療器材之不同特性及風險程度分為三等級、17 大類及 1,700 餘種品項，至 103 年底止，共研訂 46 項醫療器材產品技術基準，採認 1,002 項國際標準及 90 項產品基準。

(二) 103 年完成 113 件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，審查平均天數約 178 天，較 102 年縮短 10%，審查時效與世界各先進國相當。

(三) 103 年核准國產創新醫材上市共 6 件，核准國產第三等級醫材上市共 22 件。

(四) 103 年醫療器材及化粧品各項審查案件統計，詳如表 6-15。

三、建置優質醫療器材臨床試驗環境

(一) 醫療器材臨床試驗申請案審查，平均審查天數由 101 年 54 天縮短至 103 年 38 天，大幅縮減 30%。

(二) 多國多中心醫療器材臨床試驗案，由 101 年 1 件增加到 103 年 5 件。

(三) 培育高階醫療器材臨床試驗人才，完成甄選 10 位醫師，陸續至美、歐、日等國進行為期 1 個月的醫材臨床試驗訓練。

(四) 推動簽署跨國合作醫材研發，促成臺北五大醫院（長庚、萬芳、北醫、榮總、臺大）分別與國際大廠（SUMITOMO、COOK、SWISSRAY、SIEMENS、

MEDTRONIC）簽署跨國醫療器材臨床試驗合作計畫，促使臺灣成為進入亞太及新興市場的重要樞紐（如圖 6-3）。

四、全方位醫材及化粧品法規諮詢輔導網絡

(一) 成立醫療器材法規諮詢輔導中心，103 年共接獲 1 萬 6,276 通諮詢電話。完成培訓 48 位法規種子人員，並將名單公布於網站提供各界就近諮詢，擴大服務面。

(二) 落實無縫接軌式三階段輔導機制，截至 103 年，成功協助國產醫療器材 13 件核准上市，9 件進入臨床試驗及 3 件學研界研發成果技轉至產業界，其中包含全球第一的高階治療軟骨缺損臨床試驗，創新第一的負壓設計睡眠呼吸中止治療裝置臨床試驗，以及國產第一的一階式人工牙根核准上市。

(三) 設立化粧品產品登錄平臺諮詢專線，登錄常見問題 Q&A 公布於食藥署網站；化粧品接受電話諮詢超過 9,000 通，廠商面談約 60 次。

第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

一、醫療器材及化粧品製造廠符合優良製造規範

醫療器材製造廠全面納入符合醫療器材優良製造規範（GMP）管理，並

圖6-3 建置優質醫療器材臨床試驗環境

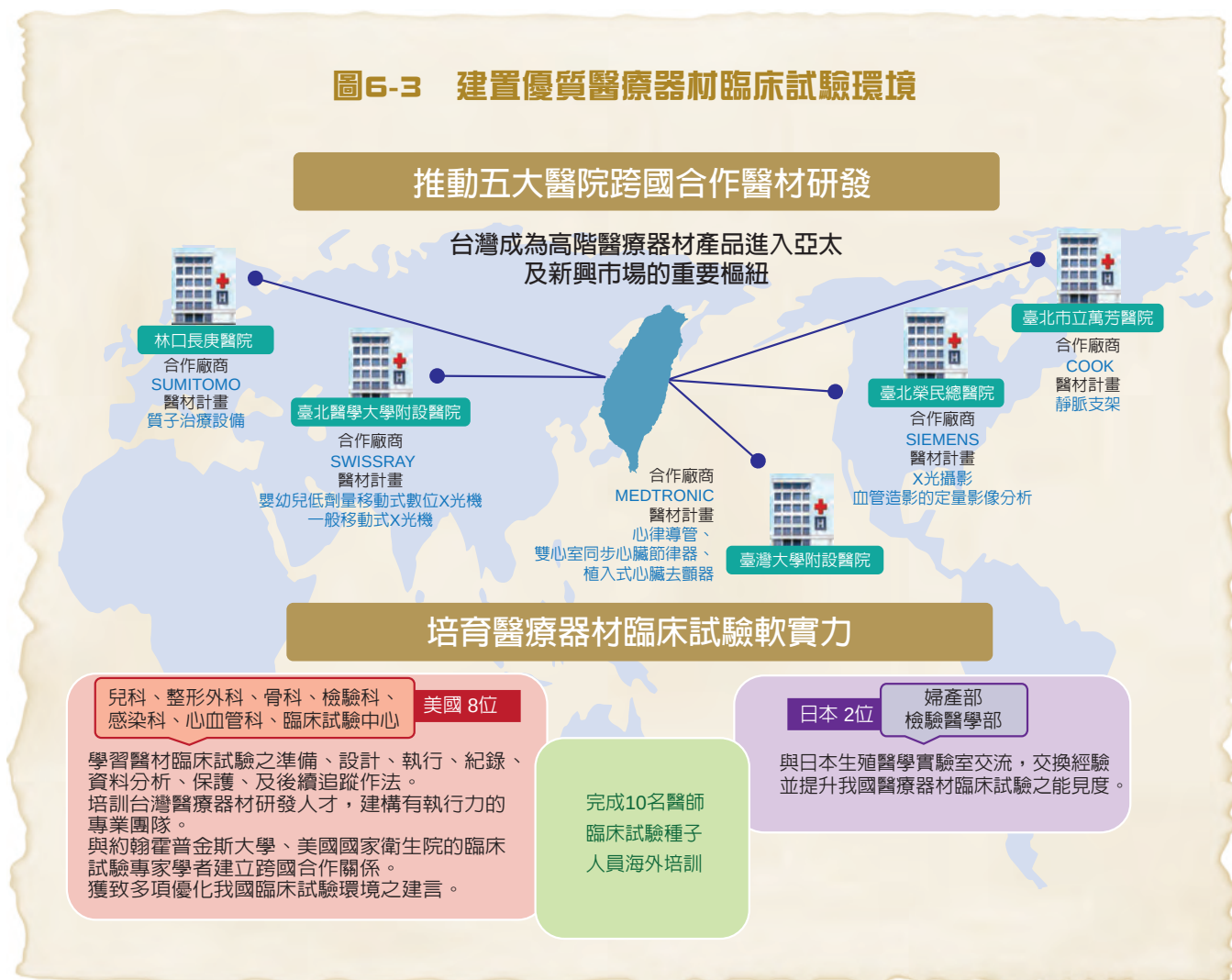


表6-16 103年醫療器材及化粧品製造廠符合優良製造規範表

項目	有效國產醫療器材優良製造規範（GMP）認可登錄	有效輸入醫療器材品質文件（Quality System Documentation, QSD）認可登錄	符合自願性化粧品優良製造規範
件/家數	565件	3,057件	30家

推行自願性化粧品優良製造規範。截至103年底醫療器材及化粧品製造廠符合優良製造規範之統計，詳如表6-16。

場教育訓練，並有138家廠商上網登錄，總計登錄化粧品產品1,102件。

第三節 醫療器材及化粧品品質鏈監測

二、推廣化粧品產品登錄平臺

為與國際規範接軌，參酌美國、歐盟、東協等國家對化粧品上市前之管理皆免除事前審查程序，推動化粧品產品登錄制度，於102年完成建置化粧品產品登錄平臺，103年共辦理3

一、市售醫療器材及化粧品品質調查監測：103年市售醫療器材及化粧品品質調查監測結果如表6-17，其中不合格產品，均已移請轄區衛生局依法處辦。

表6-17 103年醫療器材及化粧品品質調查監測結果

計畫名稱	總件數	檢查項目			
		品質（註1）		包裝標示	
		合格件數	不合格件數	合格件數	不合格件數
手術衣液體防護之品質監測（註2）	8	4	3	8	0
市售外科手術面罩及醫用面罩之品質監測	25	21	4	25	0
B型肝炎表面抗原及表面抗體診斷試劑之效能監測	22	22	0	21	1
醫院用無菌抽痰管及氣切管之無菌性監測	83	80	3	26	57
羊腸縫合線或可吸收性縫合線之無菌性監測	69	69	0	40	29
無菌導尿管之無菌性監測	9	9	0	9	0
醫療器材合計件數 （百分比）	216 (100%)	205 (94.9%)	10 (4.6%)	129 (59.7%)	87 (40.3%)
市售清潔類化粧品中壬基酚（nonylphenol）及壬基酚聚乙氧基醇（nonylphenol polyethoxylene glycol ether）之品質監測	80	79	1	74	6
市售化粧品中微生物之品質監測	149	143	6	112	37
美白及果酸化粧品之品質監測計畫	137	137	0	114	23
市售指甲彩繪、含精油成分及唇膏等化粧品之品質檢驗	154	133	21	111	43
化粧品合計件數 （百分比）	520 (100%)	492 (94.6%)	28 (5.4%)	411 (79.0%)	109 (21.0%)

備註：

1. 有關手術衣液體防護之品質監測與市售外科手術面罩及醫用面罩之品質監測，其品質之判定為符合查驗登記規格。
2. 手術衣液體防護之品質監測有1件檢體為不判定。

二、醫療器材及化粧品聯合稽查：針對醫療器材及化粧品之產品包裝標示，進行醫療器材及化粧品協同衛生局聯合稽查，結果如表6-18。

第四節 醫療器材及化粧品安全管理

一、醫療器材安全管理

103年接獲處理國際醫療器材法規官方論壇（International Medical Device Regulators Forum,IMDRF）之國際主管機關警訊報告交換系統

（National Competent Authority Report exchange program,NCAR）警訊報告331件；亞洲醫療器材法規調和會（Asian Harmonization Working Party,AHWP）之安全警訊傳遞系統（Safety Alert Dissemination System,SADS）安全警訊1,454則。另醫療器材安全監控成果，藥物不良反應通報系統之醫療器材不良品及不良反應通報分別為1,401件及209件。主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊3,058則，針

表6-18 103年醫療器材及化粧品聯合稽查統計分析表

醫療器材	查核縣市數	醫美、牙科及 骨科診所家數	產品標示		
			查核件數	違規件數	違規率（%）
玻尿酸植入物	5	12	27	5	18.5
手術縫合線	5	28	71	5	7.0
牙科骨內植體	5	11	19	8	42.1
關節腔玻尿酸植入物	5	12	23	7	30.4
醫療器材合計	5	40（註1）	140	25	17.9

化粧品	查核縣市數	查核店面/地攤數	產品標示		
			查核件數	違規件數	違規率（%）
指甲彩繪	9	87	277	19	6.9
含精油成分之化粧品	9	87	183	9	4.9
唇膏	9	87	237	15	6.3
化粧品合計	9	87（註2）	697	43	6.2

備註：

- 1.相同醫療院所，執行2種以上產品稽查。
- 2.相同店面/地攤，皆執行3種化粧品稽查。

對上述警訊產品於國內有相關許可證及受影響者，摘譯公告93則警訊於網路，提供各界參考。

二、化粧品安全管理

103年5月起擴大化粧品不良品通報系統，增加化粧品不良反應之通報，103年化粧品不良事件通報共有105件，另監控化粧品407則安全訊息，並發布安全紅綠燈62則，提供各界參考。

第四章 國家實驗室及風險管理

持續精進國家實驗室功能，建構國際趨勢之檢驗技術，首重精密檢測儀器設備之擴增，強化檢驗技術發展並以檢驗科技支援行政管理。另推動「風險管理及危機處理」機制，建構健全完善之食品藥物安

全管理體制，有效降低風險與危機發生之可能性與衝擊程度。

第一節 國家實驗室任務與功能

一、擴增檢驗量能

（一）為精進國家實驗室功能及開發多重、精確、快速之檢驗效能，增購4項高效能與高解析分析儀器設備，應用於食品危害成分或物質及藥物與未知物之檢驗分析並制訂技術文件供各界使用。

（二）辦理「未知物鑑別培訓」系列課程，強化實驗室非目標物檢測能力。

二、辦理檢驗業務

（一）施政檢驗：執行醫療器材、化粧品、健康食品、特殊營養食品及食品添加物查驗登記檢驗，生物製劑藥品逐批封緘檢驗，以及配合突發事件之檢

驗，其中食品 5 則（如黑心油品事件、豆製品二甲基黃事件等事件）、藥品 2 則（如電子煙含甲醛事件）及化粧品 3 則（如旅宿業之沐浴乳檢出綠膿桿菌事件）。

（二）協助檢驗：協助各地方衛生局送檢之檢體，103 年共計檢驗 2,275 件。

（三）支援檢驗：支援政府機關、公營機構、公益團體、法人等付費委託檢驗及司法情治或軍警等機關之檢驗，103 年共計檢驗 3,053 件。

三、檢驗方法研訂及推廣

（一）公告新增及修正食品類檢驗方法 18 篇，建議檢驗方法 60 篇；化粧品新增建議檢驗方法 10 篇。

（二）因應食安事件，領先他國研發「油脂中汙染動物性成分檢驗方法－豬、雞、牛、羊及魚成分之定性檢驗」及「食品中二甲基黃及二乙基黃之鑑別方法」，並建立「油脂中多環芳香族碳氫化合物之檢驗方法」、「油脂中丙烯醯胺之檢驗方法」及「食品中動物性成分檢驗方法－魴魚成分之定性檢驗」等方法。

四、標準品製備及供應

完成 HBV genotype C 病毒核酸候選標準品之製備，未來將作為本部或相關產業品質管控使用。

第二節 風險管理及危機處理機制

一、推動組織風險管理機制

（一）組織風險管理及危機處理體系：成立「風險管理及危機處理推動小組」，將風險管理及危機處理融入日常作業與決策運作，並建立緊急應變機制，以管控且降低危機事件之衝擊。

（二）辦理風險管理及危機處理教育訓練：103 年辦理「緊急應變手冊、相關作業要點及案例解析」教育訓練課程，強化各單位風險管理及危機處理之能力，進而形塑風險管理文化。

二、強化危機之應變處理

103 年因應「黑心油品事件」及「違法使用二甲基黃事件」啟動緊急應變機制，並針對事件進行檢討改進及完成事件後報告，作為爾後危機事件發生時之參考。

第五章 消費者保護與宣導

針對食品、藥物及化粧品管理，加強與消費者、媒體之溝通與宣導，即時提供專業、正確的訊息，增進民衆的瞭解、信任及信心；另透過「食品安全守護聯盟」及「食品衛生志工訓練計畫」，為民衆食品安全把關。

第一節 提供消費者即時資訊

一、新增「食品藥物消費者知識服務網」專業版及兒童版，提供更多元且便捷之知識服務平臺，以符合民衆需求。



透過「食品安全守護聯盟」為民衆食品安全把關

二、建置「食用玩家Facebook粉絲團」，透過衛教宣導貼文及「食用知識大會考」等遊戲活動提供消費者衛教資訊，粉絲數已達2萬人以上。

三、運用「正確用藥互動數位資訊學習網」，提供正確用藥資訊及開放教材下載使用，瀏覽人次超過40萬。

四、建置「醫療器材安全及品質警訊平臺」，即時發布相關警訊，成立「醫療器材宣導專區」，彙整醫療器材相關宣導活動及平面廣告等，並採訪專家學者介紹醫療器材專欄文章。

五、持續輔導及鼓勵醫療機構參與「管制藥品濫用通報資訊系統」，每月製作「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」彙編及每季發行「管制藥品簡訊」。

第二節 消費者溝通與宣導

一、集結各大專院校食品與營養相關系所熱心教師及學生成立「食品安全守護聯盟」，於全國中小學推廣正確食品安全衛生知識。

二、招募全國食品衛生志工逾1,500名，一旦發生黑心油品等重大食安事件，第一時間深入社區，宣導民眾正確食安觀念。

三、針對食安法所定之新政策（如食品標示主成分百分比、食品業者登錄制度），透過媒體向消費者進行宣導，並於全國性報紙刊載18則「舌尖上的科學」系列食品安全教育文稿，增進民眾對食品安全及風險觀念，計媒體露出達6萬4,312檔次，觸及人數達2,000萬人。

四、營造正確用藥支持性環境，成立22家正確用藥資源中心，520家社區藥局用藥諮詢站，另結合18縣市122所正確用藥中心及種子學校，推動正確用藥教育。

五、廣續與法務部、教育部合作辦理「反毒教育宣導整合行銷計畫」，及首次與國民健康署共同辦理「成癮物質預防教育宣導整合行銷方案」，共同推動藥物濫用防制宣導。



食品衛生志工向民眾宣導正確食安觀念



宣導專車深入社區宣導食品安全及正確用藥

7

社會保險



92 | 第一章 全民健康保險

96 | 第二章 國民年金

99 | 第三章 長照保險規劃

為保障國民因生、老、病、死、傷殘、失能、失業而發生個人及家庭的經濟危機時能獲得幫助，乃於自助互助、風險分擔的原則下，透過社會保險制度，建構我國社會安全體系。本篇就全民健康保險、國民年金及規劃中的長照保險分述於下。

第一章 全民健康保險

實施全民健保的核心價值是為了保障民衆的「就醫平權」以及「經濟平權」；其中，「就醫平權」是為了解決民衆「因病致貧」的問題，而「經濟平權」則是為了避免民衆「因貧而病」。全民健保自84年開辦迄今滿20年，已成為臺灣社會安定及民衆健康安全的重要支柱與保障。

第一節 全民健保業務現況

為使健保永續經營，政府於102年實施二代健保，以「提升品質、關懷弱勢、健保永續、國際標竿」為願景，落實「人人有保，就醫公平」之目標，推出多項改革措施，包括建立財務收支連動機制、提升政府財務責任、加強照顧弱勢族群、揭露醫療品質資訊及病床數、公開醫療院所財務報表，擴大民衆參與、多元支付制度等改革；另考量矯正機關收容人的健康權，亦將其納入健保。

截至103年底，總投保人數共有2,362.2萬人，實質納保率達99%以上。此外，全國約93%的醫療院所皆與本部中央健康保險署（以下稱健保署）特約，醫療可近性可謂相當便利。

全民健保的財務收入主要來自於保險對象、雇主及政府共同分擔的保險費收入，少部分為外部財源挹注，包括公益彩券盈餘、菸品健康福利捐分配收入等。截

至103年底，保險收支累計結餘為1,260億元，約當保險給付支出2.92個月，符合法定安全準備的原則，目前財務狀況穩定。

第二節 全民有保就醫便利

103年，總門診次數為3億5,701萬人次，總住院次數為320萬人次，平均每人每年門診就醫次數15.2次（含西醫、中醫及牙醫門診），住診就醫次數0.14次，平均住院日數1.3日。

103年底，健保特約醫事服務機構計達2萬7,332家，其中特約醫療院所計2萬603家，占全國所有醫療院所總數的93.22%，保險對象可自由選擇醫療院所，接受妥適的醫療照護服務。即使在國外因緊急傷病接受醫療，回國後也享有核退國外自墊醫療費用之部分或全額的權益。

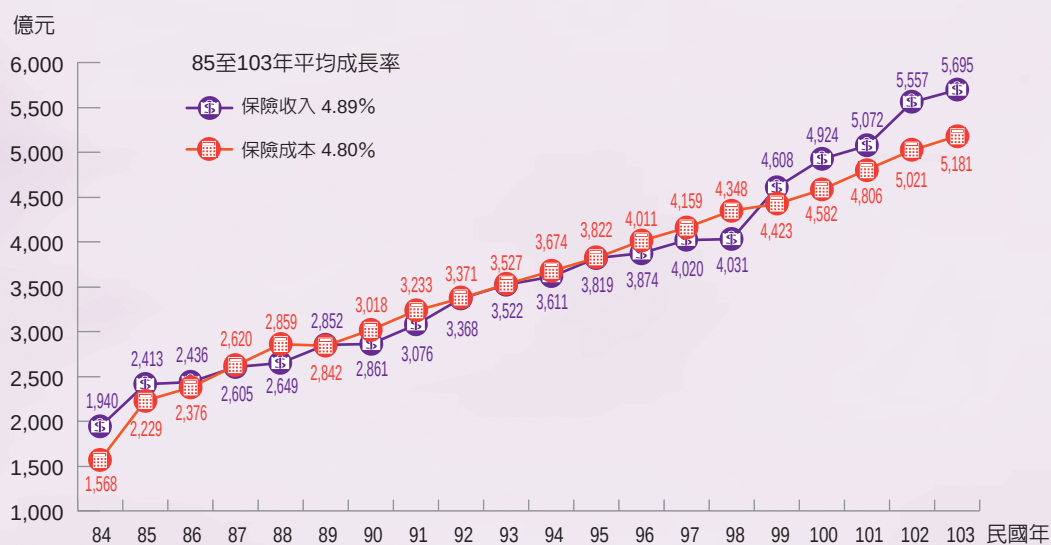
第三節 財務健全收支連動

由於人口老化、新醫療科技及藥品的引進使用、重大傷病患者增加，以及民衆對醫療品質需求的提升等因素，醫療費用逐年增加。另一方面，二代健保實施前，全民健康投保金額係以薪資為基礎，受經濟景氣影響而成長緩慢，導致醫療支出增加速度遠快於保險費收入成長的速度。本部分別於91年及99年兩次調整保險費率，改善全民健保的財務狀況，減少了收支逆差，如圖7-1。

基於保險費負擔公平性，以及健保費基應適度擴大才能維持財務平衡，102年1月1日起實施二代健保推動下列重點改革：

- 一、將全民健康保險監理委員會與醫療費用協定委員會兩會合併成全民健康保險會，建立收支連動機制，以維持財務平衡。

圖 7-1 健保財務歷年收支曲線



二、針對所屬個人未計入投保金額的高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得，以及租金收入等項目扣取補充保險費，以強化量能負擔。

三、對投保單位（雇主）每月所支付薪資所得總額與其受僱者當月投保金額總額間之差額，計收補充保險費，以提升企業間負擔公平。

四、明定政府應負擔保險經費扣除其他法定收入之比率不得低於36%，以強化政府財務責任。

第四節 多元支付合理管理

全民健保的醫療費用支付方式，係以「論服務量計酬」為主，該制度容易產生不必要之診察、檢查、用藥及手術等問題，不但造成醫療費用不斷成長，亦對醫療品質產生不利影響。爰此，全民健保自91年7月起，全面實施醫療費用

總額預算支付制度；同時透過支付制度策略，如論病例計酬、論質計酬等改革方案，以達到改變診療行為，提升醫療服務品質之目的。另為提升醫療資源使用效率，使醫療成本得以控制，更自99年1月1日起實施全民健保住院診斷關聯群支付制度（Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs），並於103年7月1日起實施第2階段Tw-DRGs。

自101年1月1日起，試辦「論人計酬」支付制度，鼓勵醫院投入健康促進服務，並減少醫療浪費與無效醫療，讓民眾獲得更周全的醫療整合照護，截至103年12月底，計有8個試辦團隊，照護對象約20萬人。

為建立急性後期跨專業照護模式，於103年起試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫」，優先選擇腦中風患者為對象進行試辦，在復健治療黃金期內，訂定個別復健治療計畫，以減少病患失能，協助其順利返家。至103年底，計有129家承作

醫院、22家上游醫院共組成39個團隊參加計畫，收案1,626人，87%功能有進步〔日常生活功能量表（ADL）由嚴重依賴進步至功能獨立等級〕，83%病人順利返家，病人滿意度達84%。

第五節 資訊公開提升品質

為促進醫療品質提升，健保署於全球資訊網公開健保醫療服務資訊，包括特約醫事服務機構、醫療品質、給付範圍等資訊。二代健保實施後，更加强公開醫療重要事務等資訊，以利民眾就醫選擇，並透過公開院所重大違規行為，促進保險醫事服務機構提升醫療品質。

另為促使自費醫材資訊透明化，健保署自103年起建置自費特材比價網，讓民眾可以上網查詢比較各院所自費項目之價格（如塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、陶瓷人工髖關節等），以維護民眾權益。

第六節 照顧弱勢守護偏鄉

一、對經濟弱勢民眾的補助措施

（一）除對特定弱勢者補助健保費外，尚有紓困貸款、分期繳納、愛心轉介等協助措施，以保障經濟困難民眾就醫權益；103年協助情形見表 7-1。

（二）醫療協助：102 年 1 月起二代健保實施後，依據健保法第 37 條規定立法意旨，僅對於有經濟能力但拒不繳納保險費者，始予暫行停止保險給付（健保卡鎖卡），並輔導其儘速處理欠費，對於無力繳納健保費之弱勢民眾，均非屬鎖卡對象，103 年 12 月欠費民眾約 83.5 萬人，符合上開規定欠費不鎖卡，受惠人數約 79 萬餘人均就醫無障礙。

（三）公益彩券回饋金協助弱勢民眾就醫：103 年協助項目包含健保欠費及就醫相關費用等，共計協助 7 萬餘人次，補助金額達 4.3 億餘元。

二、對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護

（一）全民健康保險山地離島地區醫療效益提升計畫（Integrated Delivery System，簡稱 IDS）：健保署自 88 年 11 月起實施本計畫，以改善山地離島地區醫療資源不足之困境，截至 103 年共計有 50 個山地離島地區納入本計畫，並有 26 家特約院所承辦，服務民眾達 45 餘萬人。整體而言，實施 IDS 計畫鄉鎮之民眾，對計畫之平均滿意度為 95%。

表 7-1 103 年繳納健保費之協助措施成效

項目	對象	人（件）數	金額
保險費補助	低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿20歲及55歲以上之無職業原住民等	304萬人	239.57億元
紓困貸款	符合衛生福利部所訂經濟困難資格者	3,045件	1.9億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	11.7萬件	31.66億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	10,377件	2,475萬元

(二) 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：101年起實施本計畫，以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於醫療資源不足地區的地區醫院或鄰近該地區的區域醫院，提供24小時急診服務以及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院服務，截至103年計有74家醫院參與。

三、對重大傷病患者、罕見疾病患者等疾病弱勢族群之照護

(一) 凡取得重大傷病證明的保險對象，因重大傷病就醫可免除該項疾病部分負擔費用。截至103年12月底，重大傷病證明核定約有97萬餘件（人數為91萬餘人，約占總保險對象的3.87%），而103年重大傷病醫療費用約1,679億餘元（占全年總醫療支出的27.3%）。

(二) 罕見疾病屬法定重大傷病項目，取得重大傷病證明者就醫時可免除部分負擔；經本部公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付。截至103年12月底止，核定重大傷病證明共9,666件。103年罕見疾病之醫療費用約33.90億元。

第七節 運用科技提升效率

因應雲端及虛擬化科技的發展，健保署自102年起開始導入虛擬化技術，將原有各類對外為民服務資訊系統平臺運作所需的伺服器轉為虛擬化，截至103年底為止，移轉完成約200臺虛擬伺服器持續提供服務，除可節省健保署原有大量實體伺服器耗用電力及硬體維修人力成本；同時，當某項對外資訊系統臨時有大量連線或服務需求時，亦可透過虛擬化可彈性擴充的優勢，來分散或降低系統忙碌狀況，

減少網路連線等待時間，對提升為民服務品質發揮極大效益。

健保卡除有重大傷病的註記以及過敏藥物的登錄外，也登錄門診醫囑（包括藥品、檢驗及檢查），讓醫師在診療時參考，以提升民衆就醫安全。此外，健保卡亦可註記保險對象器官捐贈、安寧緩和醫療或不施行心肺復甦術意願，讓保險對象在意識不清，無法清楚表達意願時，家屬可以瞭解其意願，使病人有尊嚴的面對死亡或完成其遺愛人間的心願。

為落實電子化政府，於95年1月更新網路作業系統，建置「多憑證網路承保作業平臺」，讓服務更多元化。截至103年12月底，使用該系統的投保單位已有13.5萬家，每個月透過網路申報之異動資料約130萬筆，占全部異動量之7成以上。

102年因應補充保險費開辦，健保署除免費提供「補充保險費電子申報系統（單機版軟體）」下載，讓扣費義務人維護扣費明細資料，更提供網路、媒體等電子化明細資料申報管道，簡化補充保險費申報作業。截至104年3月底，透過網路申報103年度補充保險費扣費明細資料的筆數近2,700萬筆，占全部明細資料的9成以上，有效提升行政效能。

健保署更於102年7月開發建置「健保雲端藥歷系統」，供醫院醫師、藥師即時線上查詢病人用藥紀錄，避免醫師重複處方及病人重複用藥，降低藥物交互作用，以提升民衆用藥安全及品質。截至103年12月底已有5,761家醫療院所啟動查詢，包括醫學中心26家、區域醫院84家、地區醫院364家、基層診所4,152家、藥局1,132家及3家居家照護機構。被查詢病人共計約644萬人，查詢筆數共計約1,948萬筆。

另為提升民衆對自我健康及就醫狀況的掌握程度，在考量個人隱私、便民與就醫資訊透明化之前提下，於103年9月25日在健保署全球資訊網完成「健康存摺」之建置，民衆只要持健保卡或自然人憑證，通過身分驗證，即可隨時隨地申請、查詢或下載個人的就醫資料，包括：門診資料、住診資料、牙科健康存摺、過敏資料、器官捐贈或安寧緩和醫療意願、預防接種資料。另外，「健康存摺」亦可查詢或下載個人的健保卡狀況及領卡紀錄、保險費計費及繳納明細等資料。「健康存摺」讓民衆可即時、便利地取得個人健保的就醫資料，做好自我健康管理，就醫時亦可提供醫師參考，縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全與效益。

第二章 國民年金

「國民年金」是我國在97年10月1日開辦的社會保險制度，主要目的在於保障年滿25歲以上、未滿65歲，且未參加軍、公教、勞、農保的國民納入社會安全網，使其在老年、生育、身心障礙、死亡時，被保險人及其遺屬能獲得適足的基本經濟生活保障，建構社會安全制度完整網絡。

第一節 國民年金現況

國民年金開辦後，我國已跨入「全民有保險、老年有保障」的嶄新紀元，103年辦理情形說明如下：

- 一、被保險人：103年12月國民年金保險之被保險人人數為358萬4,020人，其中除具備地方政府審核認定之低收入戶、身心障礙者或所得未達一定標準者等身分之弱勢被保險人分別占1.46%至3.53%外，主要之納保對象仍為未參加其他職域性社會保險之一般身分被保險人（含待業中勞工與家庭主婦等），佔86.09%，各身分別被保險人數及比率統計表如表7-2。
- 二、保險費率：7.5%。
- 三、保險費負擔：國民年金保險費原則上由政府負擔40%（每月518元），所得未達一定標準者或輕、中度身心障礙者，提高保險費補助至55%（713元）或70%（907元）；而低收入戶、重度以上身心障礙者，政府更給予100%（1,296元）保險費補助。
- 四、月投保金額：依《國民年金法》規定，國民年金保險之月投保金額係依消費者物價指數調整，按行政院主計

表7-2 103年12月國民年金被保險人數及比率統計表

身分別	被保險人數	比率（%）
一般身分	308萬5,741人	86.09
低收入戶	7萬7,315人	2.16
重度、極重度身心障礙者	9萬8,456人	2.75
中度身心障礙者	7萬7,866人	2.17
輕度身心障礙者	6萬6,018人	1.84
所得未達1.5倍	12萬6,404人	3.53
所得未達2倍	5萬2,220人	1.46
總計	358萬4,020人	100.00

總處公布之消費者物價指數資料顯示，月投保金額尚未達月投保金額調整標準，爰103年仍維持1萬7,280元。

五、被保險人繳費率：國民年金保險開辦迄今（97年10月至103年12月），被保險人應收保險費金額為1,913億餘元，截至104年3月11日止，已收金額1,080億餘元，被保險人繳費率為56.46%（女性58.4%、男性41.6%）。

六、給付項目

（一）保險給付：包含老年年金給付、生育給付、身心障礙年金給付、喪葬給付、遺屬年金給付 5 項。

（二）其他給付：包含老年基本保證年金、身心障礙基本保證年金、原住民給付 3 項。

（三）國民年金各項給付核付情形，如表 7-3。

七、國民年金保險基金財務狀況：截至103年底止，國民年金保險基金積存數額為1,930億6,444萬505元，各項投資運用及收益概況表如表7-4。

第二節 國民年金制度變革

一、歷次修法重點：為使國民年金制度更公平、合理，《國民年金法》歷經多次修正，修正重點如表7-5：

二、各界關注議題與因應作為

針對各界關注之國民年金議題：提升國民年金保險費收繳率、強化政策溝通策略、欠費被保險人配偶催繳及罰鍰妥適性、長期旅居國外僑民納保與領取老年年金之公平性、精進國民年金保險基金風險管理及多元化資產配置等，本部持續推動下列各項策進作為：

表7-3 103年國民年金給付核付人數及核付金額統計表

給付種類		核付人數	103年累計核付金額（千元）
保險給付	老年年金給付	57萬1,334人	22,492,557
	生育給付	1萬8,676人	330,134
	身心障礙年金給付	5,464人	240,294
	喪葬給付	1萬8,132人	1,566,777
	遺屬年金給付	5萬5,936人	2,382,973
	合計	66萬9,542人	27,012,735
其他給付	老年基本保證年金	72萬8,187人	31,321,729
	身心障礙基本保證年金	2萬1,740人	1,244,072
	原住民給付	3萬5,091人	1,439,082
	合計	78萬5,018人	34,004,883
總計		145萬4,560人	61,017,618

備註：一次性給付核付人數之年度合計值採累計方式；年金給付核付人數之年度合計值採年底數

表7-4 103年12月國民年金保險基金各項投資運用及收益概況表

投資項目	103 年 12 月底餘額 (千元)	%	本年度總收益 (千元)	年度總收益率 (%)
壹、國內業務	118,236,435	61.97	7,143,731	6.12
一、約當現金	32,428,361	17.00	366,143	0.84
（一）銀行存款	26,525,918	13.90	348,290	0.84
1. 活期存款	78,518	0.04	10,322	0.66
2. 支票存款	0	0.00	0	0.00
3. 定期存款	26,447,400	13.86	337,968	0.85
（二）短期貸款	1,150,702	0.61	729	2.77
（三）短期票券	4,751,741	2.49	17,124	0.81
二、權益證券	69,208,931	36.27	6,508,450	10.91
（一）自行操作	46,736,047	24.49	4,890,339	13.09
（二）委託經營	22,472,884	11.78	1,618,111	7.26
三、債務證券	16,599,143	8.70	269,138	2.02
（一）公司債	7,299,143	3.83	102,030	2.17
（二）金融債	9,300,000	4.87	167,108	1.93
貳、國外業務	72,568,784	38.03	3,503,406	5.90
一、約當現金	7,523,969	3.94	390,719	9.19
二 權益證券（自行操作）	17,124,146	8.97	606,947	7.53
三 債務證券（自行操作）	47,920,669	25.12	2,505,740	5.32
（一）國外有價證券	22,286,044	11.68	1,862,733	8.79
（二）債券型基金	25,634,625	13.44	643,007	2.48
合計	190,805,219	100.00	10,647,137	
合計（加權後）				6.05

（一）持續檢討國民年金納保及給付資格條件，俾國民年金制度更公平及合理，以落實照顧弱勢之立法意旨。

（二）督導勞保局持續辦理國保財務精算作業，本部將依據精算結果檢討費率調整事宜，以確保國保基金長期財務安全。

（三）廣續強化國保繳費率提升措施及政策溝通，並督導勞保局辦理國保欠費催收工作，以提高民衆繳費率。

（四）督請勞保局積極協助欠費被保險人申請分（延）期繳納保險費，並協助符合「國民年金法有關正當理由範圍」之欠費被保險人配偶提出申請，以免除罰鍰。

表7-5 《國民年金法》修正重點

日期	修正條文	修正重點
97年 8月13日	修正第6、7、30～32 條條文；並刪除第 52、54 條條文	保障農民原有權益，將農民與國民年金脫鉤，並放寬退休勞工參加國民年金保險之期限。
100年 6月29日	修正第 1、2、6、7、12～14、30～32、34、40、42、50、53、59 條條文及第4章第2節節名、增訂第 13條之1、18條之1、32條之1 條文	為加強照顧弱勢民衆及健全制度內涵，修正本法範圍包括擴大納保範圍、修正保險費之計收及年資計算方式、放寬基本保證年金領取條件、增加生育給付及有條件排除配偶連帶罰鍰裁處等規定。
100年 12月21日	增訂第54條之1條文	為因應物價高漲，確保年金給付能保障民衆基本經濟安全，建立年金給付之基本保障參照物價指數成長率調整之機制。
101年 12月26日	修正第31條條文	為因應土地公告現值逐年調整，放寬老年基本保證年金、身心障礙基本保證年金及原住民給付領取條件，使因土地公告現值調整喪失領取資格者，自101年1月起能繼續獲得保障。
103年 1月8日	修正第55條條文	為避免國民年金各項年金給付遭扣押或強制執行，影響給付請領人之基本經濟安全，明定年金給付請領人得檢具保險人出具之證明文件，於金融機構開立專戶，專供存入給付之用，且該專戶內之存款，不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的，加強國民年金保險保障民衆基本經濟安全之功能。

(五) 透過網路活動、社群網站、電子報等多元管道吸引民衆瀏覽，強化民衆對國民年金制度的了解。

(六) 督請勞動基金運用局適時檢討調整國保基金資產配置及投資策略，透過基金資產配置多元化，以提高基金投資績效。

另為持續健全我國年金制度，行政院已成立年金改革小組，並依據「財務健全、社會公平、世代包容、務實穩健」四大原則下進行漸進改革，本部未來將持續配合行政院政策方向，並蒐集各界對於國民年金制度建議，適時進行《國民年金法》修法事宜。

第三章 長照保險規劃

我國隨著社會變遷與醫療衛生的進步，生育率與死亡率雙雙出現下降之情

形，整體人口結構快速趨向高齡化的發展，使得長期照顧（護）需求人數也同步增加。同時因家庭的照顧功能逐漸式微，使得個人與家庭的照顧壓力日益加重，進而連帶產生社會與經濟問題。因此，建立完善的長照體制，已成為完備我國社會安全體系的關鍵議題之一。

第一節 規劃沿革與重點

長照保險規劃沿革如表7-6。

第二節 規劃制度與內涵

一、規劃目標及原則如表7-7。

二、規劃內涵

(一) 辦理國民長期照護需要調查

1. 為配合長照保險制度的規劃，獲取具全國暨各縣市代表性之失能率、深度

表7-6 長照保險規劃沿革

重要時間點	重要事件
97年	馬總統於總統大選競選期間提出開辦長照保險之政見。
97年5月	行政院劉前院長兆玄於「院長施政方針報告」中宣示：「配合未來快速成長的長期照顧需求，推動長期照顧保險與立法，減少民衆負擔，讓高齡長者能享有健康與快樂之環境」，隨之行政院經濟建設委員會即會同內政部與行政院衛生署進行長照保險之先期規劃工作。
98年7月	行政院衛生署奉行政院核定，成立「長期照護保險籌備小組」，正式承接長照保險後續相關規劃及籌備工作。
100年	我國「黃金十年、國家願景」計畫，願景二「公義社會」之施政主軸：「扶幼護老」，其施政目標之一為推動長照保險。
102年7月23日	衛生福利部正式成立，長照保險制度之規劃納入社會保險司掌理事項，繼續進行長照保險制度規劃及立法相關工作。
103年9月30日	衛生福利部將《長期照顧保險法》草案函送行政院審議。
104年6月4日	《長期照顧保險法》草案經行政院院會通過，送立法院審議。

表7-7 長照保險規劃目標及原則

規劃目標	一、建構高齡化社會完善之長照制度。 二、藉社會自助互助，分擔長照財務風險。 三、帶動長照服務資源發展，提高可近性。 四、維護與促進失能者獨立自主生活。
規劃原則	一、體制：採全民納保之社會保險制度，同時為使行政資源達到最大之經濟效益，由健保署擔任保險人，承辦長照保險業務。 二、承保及財務：保險對象分類、投保金額及保險費負擔，參照健保法規定，但長照保險有3年投保資格等待期。 三、建立獨立及收支連動之財務制度。 四、發展多元評估量表作為給付評估工具。 五、合理規劃保險給付，並以提供實務給付為主。 六、經評估有需要即依核定之長照需要等級及照顧計畫提供基本給付，超過部分則自付。 七、保險服務機構由保險人擇優特約，具有服務品質監控機制。

評估失能者長期照顧需要、家庭照顧者所需資源及目前面臨之照護問題，爰辦理國民長期照護需要調查，以建置我國長期照顧基本資料庫，作為推估未來長期照顧需要，發展長照服務體系，提供估算長照保險規模與精算費率之實證依據。

2. 繼99年至100年完成國民長期照護需要調查，為持續掌握國人之失能現況、長期照顧需要及變遷趨勢，

於103年至104年再次辦理國民長期照護需要調查，預訂於105年辦理完畢。

(二) 發展「長照保險多元評估量表」

1. 作為長照保險評估長照需要之工具，決定給付等級與水準，內容包括：(1)「日常生活功能量表 (Activities of Daily Livings, ADLs)」與「工具性日常活動功能量表 (Instrumental Activities of

Daily Livings, IADLs)」、(2)溝通能力、(3)特殊及複雜照護需要、(4)認知功能、情緒及行為型態、(5)居家環境、家庭支持及社會支持、(6)主要照顧者負荷等六大面向。

2. 為使該量表能適用於不同之長照需要者，已於101至102年針對精神障礙、智能障礙、失智症者及長期需復健訓練者進行量表及操作手冊之測試及修正。103年則針對兒童進行量表等測試及修正。

(三) 規劃長照保險給付及支付制度

1. 給付制度：於102年底完成「長期照護案例分類系統 (Long-Term Care Case-Mix System, LTC-CMS)」第一版初稿，作為後續長照保險給付標準訂定之依據。另於104年收集長照十年個案之實證資料，配合實務工作者意見回饋及專家學者會議，進行長期照護案例分類系統之校正。
2. 支付制度：依照給付項目及給付單位設計支付基準，即長照保險居家式服務、社區式服務，及機構住宿式服務之支付基準，以案例為支付單位；另並配合服務項目之特性，亦設計不同之支付單位，例如租賃輔具之支付單位，依品項按日(月)計酬。為能訂定反映合理勞動成本之支付標準，及引導長照機構提供優質之服務，自101年起，以結構式問卷陸續收集各類型長照機構之成本資料，並進行統計分析，作為訂定支付標準之參考。

(四) 規劃長照保險財務制度

1. 長照保險費用由政府、雇主、被保險人三者共同分擔，並規劃政府至少負擔36%，與全民健康保險法之規定相同。

2. 為強化長照保險財務責任制度，採收支連動機制，由未來的長照保險會負責財務平衡方案及給付範圍之審議後，由主管機關公告實施；每三年依費率調整公式計算費率；每三年精算平衡費率，每次精算二十五年；安全準備至少三個月。

(五) 規劃長照保險照顧管理機制

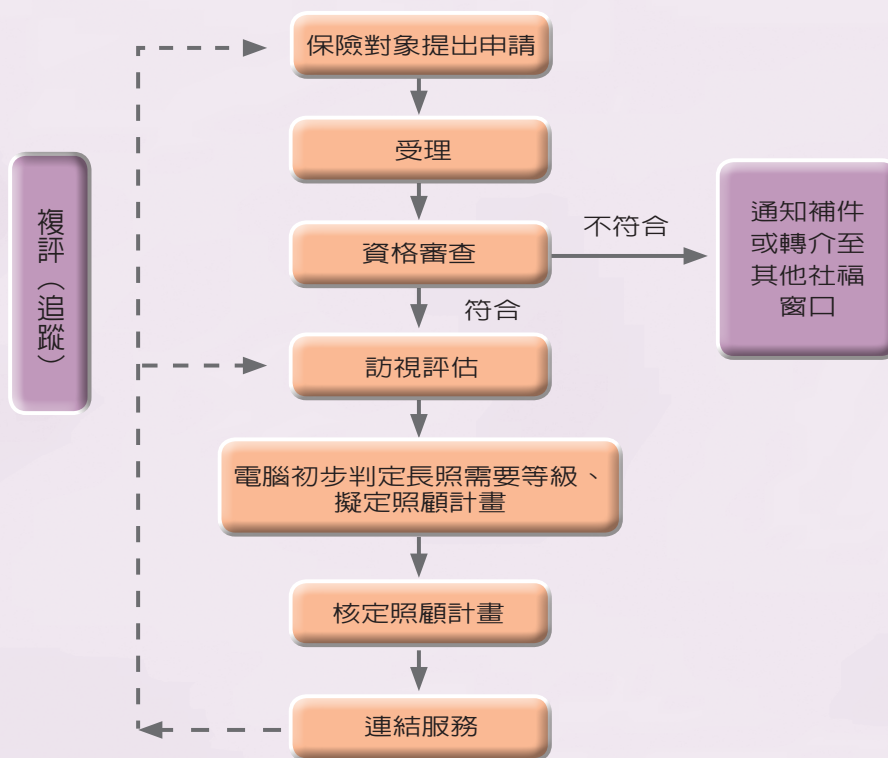
長照保險照顧管理之核心業務包括：訪視評估、擬訂照顧計畫、核定照顧計畫、連結服務、定期追蹤複評及處理保險對象申請複核案件等作業，並由保險人(目前規劃為健保署)於各縣市設立服務據點，辦理相關業務如圖 7-2。

第三節 推動立法與對外溝通

- 一、本部自98年7月至104年5月，邀請專家學者及各相關團體，召開220場專家諮詢會議，分別討論保險財務、承保、組織體制、給付與支付、照顧管理等各項制度；同時參與405場溝通座談活動，與社會各界進行長照保險制度規劃之意見溝通及交流；並拜會雇主、身障者、老人、婦女及照顧者等民間團體，以徵詢各界意見。
- 二、為瞭解民衆對開辦長照保險之看法與付費意願，自99年3月至103年12月，共辦理15次電話民意調查，每次有效樣本數至少1,073份。針對臺灣地區(含金馬地區)年滿20歲以上民衆進行電話訪問調查。歷年重要調查結果概述如下：

- (一) 民衆對於政府目前規劃長照保險制度的看法：7~8 成以上的民衆贊成政府規劃長照保險制度，且各年齡層均有 7 成以上的民衆表示贊成。

圖 7-2 長照保險給付申請與核定流程簡圖



(二) 民衆對於政府開辦長照保險時程的看法：表示「愈快愈好」者最多，其比率約為 4 成；表示「兩年內開辦」者，其比率約為 2 成；至於表示「三到四年內開辦」及「四年以後開辦」之比率，則分別居於 8%～14%。

(三) 每個月願意付的保險費是健保保險費的幾分之一：14%～20%的民衆表示個人每月願意付的保險費為健保費的「1/1~1/2」，17%～21%的民衆願意付健保費的「1/3~1/4」，16%～31%的民衆願意付健保費的「1/5」，7%～15%的民衆願意付健保費的

「1/6～1/9」，9%～11%的民衆願意付健保費的「1/10～1/20」。

(四) 民衆對由家人照顧者領取照顧津貼的看法：贊成讓家屬自己照顧並領取照顧津貼者約 66%～71%，不贊成者約 19%～23%。

《長期照顧保險法》草案雖然於 104 年 6 月 4 日經行政院院會通過，送立法院審議，惟因其為一新的社會保險制度，仍需持續對外溝通並取得共識，以期即早完成立法，並順利推動長照保險制度，完整建構我國社會安全網。

8

社會福利服務



- 104 | 第一章 兒童及少年福利
- 106 | 第二章 婦女福利與家庭支持
- 110 | 第三章 老人福利
- 112 | 第四章 身心障礙者福利

本部社會及家庭署（以下簡稱社家署）於102年7月23日成立，規劃及整合婦女、兒童及少年、老人、身心障礙者之福利服務政策，以促進全民福祉與權益為使命，結合家庭與社區資源，讓弱勢者獲得適切之照顧，以期達到保障權益、支持家庭、友善社會及精進品質之願景。

第一章 兒童及少年福利

我國兒童及少年（以下簡稱兒少）人數103年底共計有414萬9,792人，占全國總人口17.70%，依據行政院102年核定之《人口政策白皮書》，與相關部會共同推動各項友善兒少措施，包括強調婚姻與

家庭的價值、研議鼓勵婚育配套措施、建立友善職場環境、建構完善社會環境、建構幼托支持體系、提供相關經濟支持等政策，以緩解少子女化現象。友善兒少相關支持措施如圖8-1。

在法規面，以兒童權利公約為準則，因應社會、人口與家庭環境變遷，於100年11月30日修正《兒童及少年福利法》為《兒童及少年福利與權益保障法》，將表意權、發展權、社會參與權、資訊與文化休閒、免於經濟剝削等權益法制化。為銜接國際，彰顯我國維護兒少權益之決心，更於103年6月4日公布《兒童權利公約施行法》，對於國內兒少在法律規範中的地位確立了國際化的標準。

圖8-1 我國友善兒童及少年支持措施

		無排富		部份排富		弱勢		
項目\年齡	0歲	1歲	2歲	3歲	4歲	5歲	6歲	
經濟支持措施	就業者家庭部分托育費用補助							
	父母未就業家庭育兒津貼							
	幼兒學前特別扣除額						5歲免學費教育計畫	
				幼兒就讀幼兒園補助				
	特殊境遇家庭子女生活補助（子女生活津貼、兒童托育津貼）							
	低收、中低收入戶子女生活補助							
平價優質托教措施	公私協力托嬰中心			非營利幼兒園				
	托育資源中心							
	居家托育服務							
友善職場措施	育嬰留職停薪津貼							
	家庭照顧假							
預防保健醫療措施	3歲以下兒童醫療補助							
	發展遲緩兒童療育及交通補助							
	中低收入戶兒童及少年健保費補助(至18歲)							
	兒童預防保健服務							
人身安全保障措施	三級預防措施							

資料來源：衛福部社會及家庭署

第一節 兒童及少年福利補助

一、提供父母未就業家庭育兒津貼

針對父母至少一方因育兒需要，致未能就業，且經稅捐稽徵機關核定最近1年綜合所得稅稅率未達20%者，每月補助2,500元至5,000元。103年計有25萬8,436名兒童受益（男性13萬3,903人、女性12萬4,533人），補助51億1,013萬餘元。

二、提供弱勢家庭兒少緊急生活扶助

對遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需要照顧的家庭，每人每月給予3,000元緊急生活扶助，協助弱勢家庭度過經濟危機，103年協助8,750戶家庭、照顧1萬2,452名兒少（男性6,201人、女性6,251人），提供訪視服務3萬2,941次（男性1萬6,300人、女性1萬6,641人），納入兒少高風險家庭輔導1,524人（男性724人、女性800人），納入兒保個案輔導處遇805人（男性387人、女性418人），共補助1億6,949萬4,645元。

三、辦理中低收入家庭兒少健保費補助

保障中低收入家庭兒少使用全民健康保險資源，截至103年12月底共14萬745人受益（男性7萬2,222人、女性6萬8,523人），補助12億7,691萬4,187元。

四、辦理3歲以下兒童醫療補助

針對3歲以下兒童就醫之門診及住院自付額部分予以補助，103年計補助免費就醫1,284萬9,730人次，減輕家長負擔18億9,292萬6,761元。

五、提供低收入戶及弱勢兒少醫療補助

協助繳納健保欠費、發展遲緩兒童療育、訓練及評估費、住院期間看護、

膳食費及住院部分負擔費等，使弱勢兒少獲得適切健康照顧，截至103年12月底共2,460人受益（男性1,400人、女性1,060人），補助8,409萬9,080元。

第二節 兒童及少年權益維護

一、建立兒少福利與權益溝通平臺

設置「行政院兒童及少年福利與權益推動小組」及「衛生福利部兒童及少年福利與權益推動小組」，就兒少福利政策、兒童權利公約及其施行法進行協調、研究、審議及諮詢。

二、推動兒少安全實施方案，建立兒少事故傷害防制機制

96年訂頒「兒童及少年安全實施方案」，推動兒少之人身、居家、交通、校園、遊戲、水域、就業及其他面向的安全工作；成立「兒童及少年事故傷害防制推動小組」，每半年定期召開會議，積極為兒少提供安全無虞的成長環境。

三、維護無戶（國）籍特殊兒少權益

定期追蹤各地方政府列管無戶（國）籍兒少最新處理情形，截至103年底列管47案，經地方政府及各部會協處已結案25案，並辦理2場次特殊個案教育訓練暨編撰實例彙編「愛在轉角處」，提升社工員實務個案處理能力，以落實《兒童及少年福利與權益保障法》第22條規定，保障無戶（國）籍兒少就學、就養、就醫權益。

四、推動兒少人權，提升兒少發展及社會參與

（一）結合地方政府及民間團體辦理各項兒少人權宣導活動，103年補助75

個團體，辦理 375 場次，共計 7 萬 5,238 人次受益（男性 3 萬 5,235 人次、女性 4 萬 3 人次）。

- (二) 每年 10 月 11 日辦理「臺灣女孩日」宣導活動，呼籲共同營造有利女孩成長之環境。
- (三) 協助各地方政府培植兒少諮詢代表，提升公民參與知能，全面落實兒少社會參與及表意權。

第三節 安置服務

一、加強推動機構安置服務

- (一) 鼓勵、輔導與委託民間團體辦理兒少安置教養機構安置業務，照顧家庭遭重大變故、失依、貧困或需受保護之兒少，至 103 年計已成立 124 所機構如表 8-1。
- (二) 編列預算補助機構專業人員服務費、機構設施設備、院生課業補救教學、研習訓練等，103 年計補助 6,617 萬 9,100 元。

二、辦理兒少安置及教養機構聯合評鑑

依《兒童及少年福利與權益保障法》第84條第2項規定，直轄市、縣（市）主管機關對轄內兒少安置及教養機構應進行評鑑，最近一次（含 100 年臺北市評鑑及 101 年中央聯合評鑑）接受評鑑之機構計有 109 家，

評鑑結果詳如表 8-2，其中評定丙等機構均已於 103 年 2 月通過複評。

三、推動寄養服務

輔導地方政府委託民間團體辦理兒少家庭寄養業務，招募、篩選、訓練適當寄養家庭，103 年 12 月已登記合格之寄養家庭計有 1,289 戶，另有 303 個儲備寄養家庭，目前安置兒少 1,743 人（表 8-3）。

四、建置全國兒少安置及追蹤個案管理系統

研發「全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統」，並於 103 年 1 月起，輔導各單位相關工作人員於系統建置安置個案相關資訊，透過系統建置，可提供各安置機構、寄養家庭輔導服務紀錄及結束安置後之追蹤輔導情形，提升安置個案服務品質，並產出各項統計報表，協助社工員評估服務成效及提升行政效率。

第二章 婦女福利與家庭支持

第一節 婦女福利

截至 103 年底，全國女性人數為 1,173 萬 5,782 人，占總人口數 50.08%。考量女性角色與對各項服務需求日趨多元，為求更周延滿足婦女需求，我國社會

表 8-1 近 5 年兒童及少年安置教養機構設立情形

年度		99	100	101	102	103
機構數		115	120	123	126	124
核定床位數		4,554	4,577	4,816	4,985	4,991
安置人數	男	1,815	1,837	1,858	1,842	1,818
	女	1,804	1,772	1,691	1,700	1,683

資料來源：衛福部社會及家庭署

表8-2 100年及101年兒童及少年安置教養機構評鑑結果

項目別	臺北市評鑑（100年）	中央聯合評鑑（101年）	小計（家數）	比率（%）
優等	6	26	32	29.36
甲等	8	47	55	50.46
乙等	2	16	18	16.51
丙等	0	4	4	3.67
丁等	0	0	0	0.00
小計	16	93	109	100.00

資料來源：衛福部社會及家庭署、臺北市政府社會局

表8-3 近5年寄養家庭及寄養人數一覽表

年度		99	100	101	102	103
家庭數（戶）		1,260	1,243	1,248	1,275	1,289
兒童數（人）	男	968	937	927	899	847
	女	937	865	908	905	896

資料來源：衛福部社會及家庭署

福利經費從80年起即單獨編列婦女福利專款預算，並為促進國內外婦女團體聯繫交流，於97年3月8日開設「臺灣國家婦女館」。

為積極透過制度和政策的改變來消除及預防婦女問題，從婦女觀點出發，以充權婦女能力為考量，強化推動各項婦女福利業務，重要工作成果臚列如下：

- 一、結合民間團體辦理促進婦女福利與培力之支持性服務，創造並增進婦女公平發展的機會，103年計服務8,985人次。
- 二、強化各縣市20處婦女福利服務中心功能，連結政府與民間資源提供有關婦女福利、婦女權益、親職教育諮詢輔導、法律服務及學習成長等服務，另推動多元化及社區化的綜合性福利服務。
- 三、經營管理臺灣國家婦女館，作為我國推展婦女福利、婦女權益及性別主流化的平臺，促進國內外婦女組織及公私部門之聯繫互動。103年累計來館人次達1萬1,431人次，提供國內54個單位（289場次）場地使用；接待69次（1,687人次）國內團體國外人士參訪；網站瀏覽人次超過130萬人次。



「轉動夢想，女孩向前行！」103年臺灣女孩宣導記者會

四、推動女性夢想館計畫，103年補助新北市及屏東縣政府建置女性夢想館，作為婦女團體培力與交流，及婦女參與社會、公共事務之機制平臺，辦理多元女性相關展覽，透過賦權及加強女性力量之連結，建構具有地方在地特色之培力機制與運作模式。同時舉辦縣市觀摩座談，增強女性夢想館經驗拓展及資源交流機會。

第二節 弱勢家庭服務

一、單親家庭福利服務

- (一) 補助民間團體辦理單親家庭個案管理、單親家庭子女課後照顧、單親培力計畫及各項支持性福利服務。
- (二) 103 年全國設置 42 處單親家庭服務中心，補助各項單親家庭方案計 141 案。另補助 315 名單親家庭子女就讀大專校院及高中職學費、學雜費與學分費及臨時托育費用，其中男性單親 10 名，女性單親 305 名（男女性別比為 1：30.5）。

二、外籍配偶福利服務

配合內政部辦理「外籍與大陸配偶照顧輔導措施」，103年補助民間團體辦理外籍配偶生活適應輔導班，設置 35 處外籍配偶家庭服務中心及 92 個社區服務據點，並提供各項外籍配偶家庭方案計 105 案。

三、弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務

為加強對弱勢家庭及其子女之照顧與輔導，訂頒「推動弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務計畫」，103年補助民間團體辦理家庭訪視、社區推廣、課後臨托與照顧、簡易家務指導、親職教育或親子活動等方案，計 126 案。

四、兒童及少年高風險家庭處遇服務

- (一) 結合警政、教育、戶政、衛生等單位，推動兒少高風險家庭篩檢、轉介及關懷機制，主動提供預防性服務以增強家庭權能。
- (二) 103 年補助 83 個民間團體，增聘 224 位社工人力辦理，計篩檢訪視 3 萬 4,764 個家庭，開案輔導 2 萬 4,334 戶，協助 3 萬 4,323 位兒童及少年。

第三節 托育及早療家庭服務

一、托育需求家庭服務

- (一) 托育費用補助：父母（或監護人）雙方或單親一方皆就業，將未滿 2 歲幼兒送請托育人員照顧者，每月補助 2,000 至 5,000 元不等。103 年補助 6 萬 2,744 名兒童，金額 12 億 5,194 萬 7,003 元。

(二) 托育服務

- 1. 居家式托育服務：於全國推動設置社區保母系統，協助保母證照考試、提供教育訓練及訪視輔導等，截至 103 年底全國設立 70 個社區保母系統，計有 4 萬 1,849 名托育人員加入（女性占 95.44%，男性占 4.56%），收托 5 萬 9,982 名幼兒。
- 2. 托嬰中心服務：督導地方政府輔導私立托嬰中心立案，截至 103 年底全國合法立案托嬰中心計有 659 所，核定收托 2 萬 944 名幼兒，實際收托 1 萬 4,845 名幼兒。
- 3. 社區式支持家庭服務：輔導地方政府結合以非營利方式辦理公私協力托嬰中心，截至 103 年底計 72 所開辦營運，共收托 3,540 人。另規劃設置托育資源中心，截至 103 年底已有 81 處

(中央補助47處；地方自籌34處)開辦營運，提供家長社區托育資源諮詢、親職育兒課程及指導、嬰幼兒活動、社區宣導等服務，約計服務99萬人次。

二、發展遲緩兒童早期療育服務

- (一) 到宅療育服務：針對因照顧者能力不足，交通偏遠，缺乏療育資源或經濟窘困而未能進入幼兒園、療育機構或醫療院所之發展遲緩兒童，由早療機構、團體、大專院校專業人員組成團隊，103年共提供1,779名兒童到宅療育服務。
- (二) 療育費用補助：提供發展遲緩兒童療育及交通費補助，低收入家庭兒童每人每月最高補助5,000元，非低收入家庭每人每月最高補助3,000元。103年計3萬9,299名兒童受益，補助3億4,133萬2,325元。
- (三) 推動社區療育據點服務：103年補助8縣市於34鄉鎮區推動社區療育據點服務，整合衛政、特教、社政相關專業人員，進入療育資源缺乏之社區提供近便性的服務。

第四節 特殊需求家庭服務

一、收出養媒合服務

- (一) 為杜絕私下販嬰及減少終止收養情形，規範除一定親屬間關係及繼親關係收養外，收出養的媒合須委託經許可之兒少機構或財團法人代為辦理。
- (二) 截至103年底共9家機構(計13個服務處所)獲許可提供收出養媒合服務，其中有6家機構(計6個服務處所)可提供跨國境收出養媒合服務。103年經由收出養媒合服務機構出養之兒童及少年計347人(國內

出養155人、跨國境出養192人)。

二、特殊境遇家庭扶助

- (一) 針對遭遇特殊境遇之家庭，提供緊急生活扶助、子女生活津貼、兒童托育津貼、傷病醫療補助、法律訴訟補助、子女教育補助及創業貸款補助等扶助措施，以有效協助其改善生活。
- (二) 103年扶助1萬9,033戶家庭、13萬9,513人次(女性12萬803人次、男性1萬8,710人次)、補助4億2,978萬餘元。

三、未成年子女監護權

- (一) 為確保兒童及少年因父母婚姻狀況產生監護爭議時的權益維護，由地方政府派遣社工員進行會談及評估，並提出訪視調查報告與建議，供法院作為裁定未成年子女監護權之參考。
- (二) 推動家事商談服務，透過商談人員協助離婚夫妻尋求雙方可接受的衝突解決方式，103年計補助9個民間團體(12個方案)與8個地方法院合作，服務9,238人次。

四、未成年懷孕支持服務

- (一) 設置「全國未成年懷孕諮詢專線」0800-25-7085(愛我請你幫我)及「未成年懷孕求助網站」(<http://www.257085.org.tw>)，提供未成年懷孕少女求助及諮詢。103年計服務924人次；求助網站瀏覽計3萬2,752人次，諮詢信件333件。
- (二) 提供未成年懷孕少女及其子女安置服務，103年底全國婦嬰安置教養機構計6所，可安置懷孕少女60名。各縣市提供個案管理服務，協助所需經濟補助、醫療保健、托育服務、轉介寄養及出養等服務。

第三章 老人福利

我國自82年邁入高齡化社會，本部以經濟安全、健康維護、生活照顧三大面向為政策主軸，並就心理及社會適應、教育及休閒分別推動相關措施，貫徹《老人福利法》，並配合行政院核定之「人口政策白皮書-高齡化社會對策」，建構有利於高齡者健康、安全及終身學習之友善環境，進而落實維持高齡者活力、尊嚴與自主之政策目標。

第一節 老人經濟安全

- 一、保障中低收入老人之經濟安全及維持基本生活，依其家庭經濟狀況，每人每月給予3,600元或7,200元生活津貼。103年計核發12萬2,423人，補助93億8,459萬餘元。
- 二、彌補中低收入家庭因照顧老人犧牲就業而喪失之經濟所得，補助家庭照顧者特別照顧津貼每月5,000元。103年計9,077人次，補助4,500萬餘元。
- 三、協助老人將房屋及其坐落土地，轉化為按月領取之現金，安定晚年生活，自102年3月1日開辦「不動產逆向抵押貸款制度試辦方案」（以房養老試

辦方案），將俟臺北市政府委託財團法人國土規劃及不動產資訊中心辦理之「臺北市公益型以房養老實驗方案」運作評估成效，再研議試辦方案可能的調整方向。

第二節 老人健康維護

- 一、協助減輕經濟困難老人繳納健保費或部分負擔醫療費用之負擔，全額補助70歲以上中低收入老人之全民健康保險自付額費用。103年計補助7萬9,216人。
- 二、提供本部委託安置機構照顧之中低收入老人重病住院看護費補助，每日1,800元，每年最高21萬6,000元。103年計補助4家機構。

第三節 老人生活照顧

- 一、為感念馬偕博士扶弱濟貧的偉大貢獻，自100年6月1日實施「馬偕計畫」，針對在我國居住20年以上，每年居住超過183日，且經內政部入出國及移民署發給外僑永久居留證之年滿65歲外籍人士，經審核對我國長期奉獻服務或具有特殊貢獻者，比照我國老人提供搭乘國內大眾運輸工



重陽大使全臺巡迴



蔡四結爺爺身手矯健的跆拳道表演

具優待。截至103年底止，共計223位外籍長者符合上開資格。

二、持續加強關懷照顧獨居老人，並辦理24小時老人緊急救援服務，使獨居老人發生危難時獲得立即救援。另成立「失蹤老人協尋中心」，協助家屬尋找不慎走失的老人。自開辦起至103年底，計2,072人通報協尋，其中1,202人經由該中心尋獲。

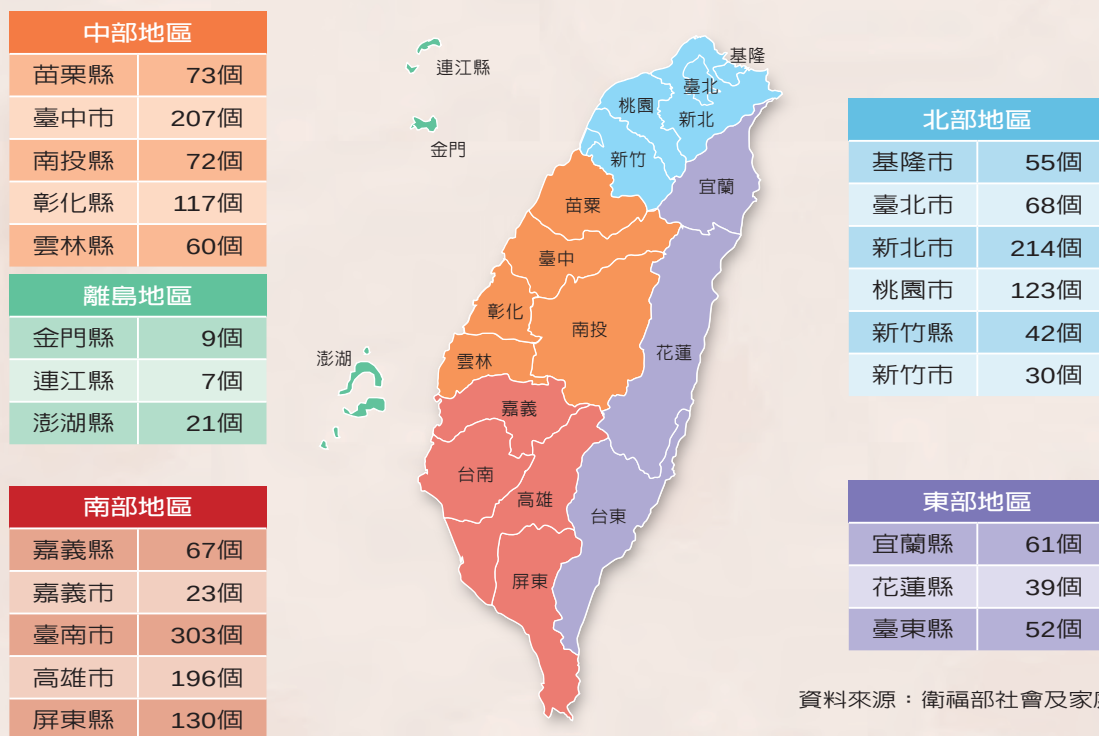
三、專案補助績優民間團體設置老人諮詢服務中心，提供0800-228585「老朋友專線」，協助老人諮詢各方面問題，平均每月服務近600人次。

四、整合跨部會資源，邀集縣市政府、專家學者及民間團體，共同規劃推動友善關懷老人服務方案第2期計畫，延

續第一期計畫強調的活躍老化、友善老人及世代融合三大理念，以「健康老化」、「在地老化」、「智慧老化」、「活力老化」、「樂學老化」為目標，提出84項具體行動措施。另為前瞻因應未來10年高齡社會趨勢需求，規劃「高齡社會白皮書」，經召開民間諮詢會議，廣納各方意見，取得白皮書架構共識，以健康、幸福、活力、友善為目標發展行動策略。

五、各縣市政府積極結合村里辦公處、社會團體參與，普遍設置1,969個社區照顧關懷據點（圖8-2），由當地民衆擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動，服務逾21萬人。

圖8-2 全國社區照顧關懷據點分布圖



資料來源：衛福部社會及家庭署

第四節 老人社會參與

- 一、辦理長青學苑、屆齡退休研習及各項老人福利活動，如研討會、健康講座、長青運動會、槌球比賽、老人歌唱比賽等活動，並提供搭乘國內交通工具、進入康樂場所及參觀文教設施半價優待，鼓勵老人多方參與戶外活動，促進身心健康。103年補助辦理長青學苑及老人福利活動，計有35萬4,201人受益。
- 二、推展行動式老人文康休閒巡迴服務，補助16個縣市購置18部多功能巡迴關懷專車，就近提供老人福利服務、健康諮詢及休閒文康育樂等。各縣市每月平均辦理35～36場次，每月參與人次平均約1,100～1,200人次。
- 三、重陽節舉辦「2014爺奶幸福健走嘉年華- Family Walk 逗陣走」，並邀請參與99年至102年重陽才藝競賽之優秀長輩組成「阿公阿嬤綜藝團」，自103年9月22日至10月2日環臺至兒少、老人、矯正機構及社區照顧關懷據點等地巡迴表演，宣導「活躍老化」、「世代共融」等理念，展現老人精彩生活的一面。



第四章 身心障礙者福利

我國身心障礙者福利政策，依據身心障礙者實際需求，並依據《身心障礙者權益保障法》（以下簡稱身權法）規定及《身心障礙者權益保障白皮書》內容，除推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，並朝向保障經濟安全、多元連續服務措施、提供無障礙生活環境及促進社會參與等方向規劃。

第一節 推動身心障礙者權益保障與國際接軌

- 一、2006年聯合國大會通過之「身心障礙者權利公約」（以下簡稱CRPD）為國際間身心障礙者人權保障的重要圭臬。為將CRPD國內法化，立法院於103年8月1日通過《身心障礙者權利公約施行法》，103年8月20日由總統公布，自103年12月3日國際身心障礙者日施行。本部已規劃推動相關措施，以落實公約規定。
- 二、身心障礙者鑑定及需求評估新制自101年7月11日正式施行，參採聯合國世界衛生組織（World Health Organization, WHO）頒布之國際健



大溪月眉社區長輩充滿活力的千歲太鼓表演及活動



千人響應齊部走

康功能與身心障礙分類系統，就身體結構、功能、活動及社會參與等面向進行鑑定，其精神強調對於身心障礙者鑑定及需求評估方式，均採行專業團隊方式進行，並以單一窗口方式主動為民衆提供個別化、多元化的福利服務。103年受理民衆申請身心障礙證明22萬4,013件，核發20萬647件，辦理需求評估21萬7,728件。

第二節 身心障礙者經濟安全

- 一、為保障身心障礙者經濟生活，對家庭總收入及財產符合給付標準之身心障礙者，每月核發生活補助費3,500元、4,700元及8,200元。103年提供生活補助205億2,774萬餘元（平均每月計有35萬526人受益）。
- 二、補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，103年補助70億6,541萬餘元（平均每月計有3萬9,199人受益）。

第三節 身心障礙者生活照顧

- 一、推動身心障礙者個人照顧服務（居家式、社區式）

為促進身心障礙者生活品質及社會參與，103年辦理身心障礙者居家照顧、自立生活支持、生活重建、日間照顧、家庭托顧、社區居住等相關服務措施，共執行8億7,875萬餘元，累計388萬4,842人次受益，其中社區居住共有97個服務據點；社區日間作業設施計有105個服務據點。

二、推動身心障礙者家庭支持服務

為提供身心障礙者家庭多元化照顧管道，協助減輕家庭照顧負荷並給予照顧者支持，103年辦理身心障礙者臨時及短期照顧、照顧者支持等家庭支持服務，共執行6,473萬3,409元，累計11萬1,669人次受益。

三、推動機構式照顧服務

截至103年底止，全國身心障礙福利機構計273所，可服務2萬3,454床，目前已服務1萬8,967人（其中男性1萬1,533人，占60.8%，女性7,434人，占39.2%），尚餘4千餘床，其主要服務項目有：早期療育、日間照顧、技藝陶冶、住宿養護及福利服務等。本部輔導機構朝向小型化、社區化發展，促進身心障礙者利用之可近性與便利性。

第四節 身心障礙者輔具資源服務整合

- 一、辦理全國身心障礙者輔具資源與服務整合聯繫會議，並建置輔具資源入口網，以達資訊整合之效。
- 二、建構中央至地方之輔具服務體系
 - (一) 建置中央輔具資源中心：委託設置多功能輔具資源整合推廣中心、矯具義具及行動輔具資源推廣中心、溝通與資訊輔具資源推廣中心，提供諮詢、教育訓練、維護輔具資源入口網站、輔具展示及各項宣導活動等服務，並輔導地方輔具中心提升專業能力。
 - (二) 補助及輔導各地方政府成立地方輔具中心，扮演具可近性、便利性之輔具服務窗口角色，提供民衆輔具評估、專業諮詢與宣導、維修等服務，目前全國各縣市皆已設置，計 26 家輔具中心。
- 三、持續辦理身心障礙者輔具費用補助，103年全國身心障礙者輔具費用合計補助7萬5,318人次，補助7億2,895萬餘元。
- 四、辦理縣市輔具工作成效查核：依據《身心障礙輔具資源整合與研究發展及服務辦法》之規定，於103年10月6日起至11月27日辦理各縣市輔具服務成效查核。
- 五、每年預算編列600萬元，補助全國北中南東四區共計至少10家醫院辦理醫療復健輔具中心計畫，以提供輔具之諮詢、評估及個別化設計等專業服務，使身障者經由輔具之協助，獨立自主生活。
- 六、身心障礙者醫療輔具補助於101年7月11日起全面實施，截至103年底全國共計補助1萬8,711人次（男性

占68%，女性占32%），補助1億2,220萬1,743元整。

第五節 身心障礙者社會參與

- 一、運用經費補助民間團體辦理各項身心障礙者休閒、育樂、研習等活動、增修無障礙網頁及充實設施設備，103年共補助704案，3萬餘人次受益。
- 二、中秋節前夕辦理中秋愛心伴手禮促銷活動，鼓勵社會大眾及企業採購身心障礙福利機構、團體生產之產品。
- 三、辦理國際身心障礙者日活動及身心障礙楷模金鷹獎頒獎典禮。
- 四、補助辦理導盲犬訓練及宣導，目前39隻服役中，寄養中導盲幼犬計122隻。
- 五、規劃辦理身心障礙者專用停車位識別證相關事宜，已設置專用停車位1萬6,235個，發放專用車牌、專用停車位識別證27萬餘張。
- 六、協請各相關部會及直轄市、縣（市）政府落實大眾運輸工具、風景區、康樂場所或文教設施票價優待。
- 七、為推動身心障礙者行動無障礙空間，促進身心障礙者社會參與，自97年起運用公益彩券回饋金補助，及結合民間資源捐贈各直轄市、縣（市）政府增購復康巴士，103年全國復康巴士計有1,554輛，累計提供368萬5,718人次服務。
- 八、輔導各直轄市、縣（市）政府完成手語翻服務窗口之建置及服務範圍與作業程序之制定，以促進聽障者參與公共事務，有關手語翻譯服務人員合計277人。

9

社會救助與社會工作



116 | 第一章 低（中低）收入戶及急難救助

120 | 第二章 遊民輔導

121 | 第三章 災害救助

122 | 第四章 社會工作

123 | 第五章 福利資源網絡

為使貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得妥適之照顧，並減緩所得差距擴大，我國社會救助，向秉持「主動關懷，尊重需求，協助自立」原則，辦理各項社會救助措施，並定期檢討社會救助規定，結合失業給付及福利服務體系，以確保需求人口能得到適切的救助。

在社會工作專業服務體系之建立上，提昇社工人員專業地位，確保受服務對象之權益，並進一步督導地方政府推動社工人力配置進用、待遇加給及強化執業安全保障。另透過社區發展工作凝聚社區意識推動社會福利、健康促進、文化傳承等各項服務。此外，更鼓勵民衆參與志願服務，發揮助人精神、有效整合運用社會人力資源，積極參與公共事務並增進社會公益，以全面提昇生活品質。

第一章 低（中低）收入戶及急難救助

第一節 救助概況

社會救助之目的，在於照顧低收入戶、中低收入戶及救助遭受急難或災害者，協助其自立，以期確實保障弱勢民衆

基本生活水準以進一步積極協助其脫貧。

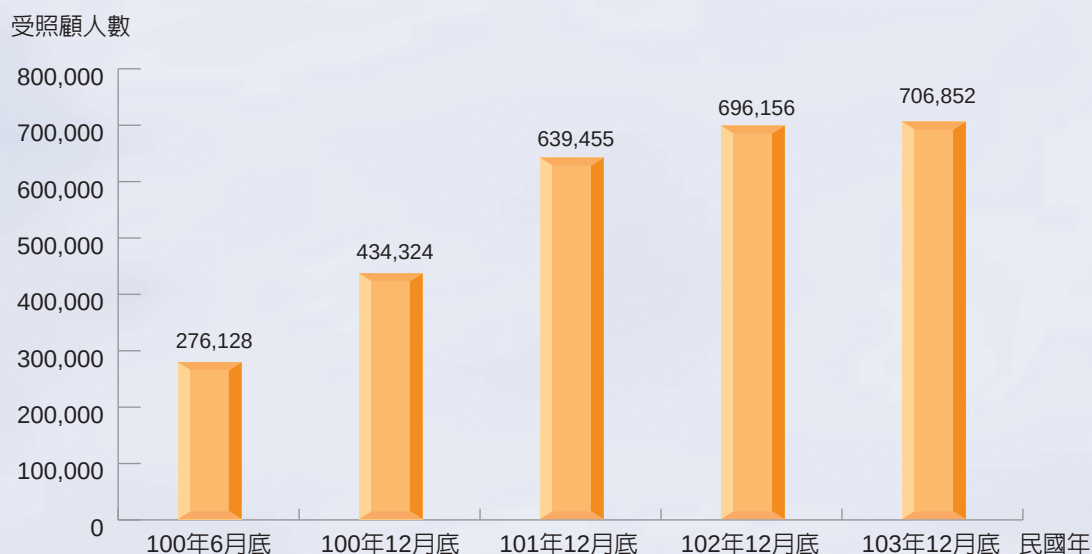
《社會救助法》（以下簡稱社救法）於99年12月29日修正前，政府對於落入貧窮人口，大部分資源著重於最底層之低收入戶，至於因工作能力、家庭財產或扶養親屬等不符合救助規定之低所得人口（新貧者），較少提供協助。為舒緩工作貧窮現象，以期最終使受救助者得以自立，放寬最低生活費並將中低收入戶入法保障，參考歐盟、OECD等國家大多採用可支配所得比例法訂定，調整最低生活費計算方式，使得學理上較符合「貧窮線」的內涵並與國際接軌。依照修正後最低生活費計算方式，100年6月底低收入戶臺灣省最低生活費由新臺幣9,829元調整至1萬244元。近5年最低生活費詳如表9-1，截至103年底各縣市低收入戶及中低收入戶，已審定通過計有低收入戶14萬9,958戶（35萬7,722人）、中低收入戶11萬4,522戶（34萬9,130人），共計70萬6,852位弱勢民衆納入政府照顧範圍，較100年6月修法前增加15萬043戶（43萬724人），受惠人數相較修法前增加1.55倍，詳如圖9-1。

表9-1 近5年最低生活費

單位：新臺幣元

地區別 年別	臺灣省	臺北市	高雄市	新北市	臺中市	臺南市	福建省	
							金門縣	連江縣
99	9,829	14,614	11,309	10,792	-----	-----	7,400	
100 (1-6月)	9,829	14,794	10,033	10,792	9,945	9,829	7,920	
100 (7-12月)	10,244	14,794	11,146	11,832	10,303	10,244	8,798	
101	10,244	14,794	11,890	11,832	10,303	10,244	8,798	
102	10,244	14,794	11,890	11,832	11,066	10,244	8,798	
103	10,869	14,794	11,890	12,439	11,860	10,869	9,769	

圖9-1 社會救助新制上路受照顧人數



另根據102年底收入戶生活狀況調查報告分析，低收入戶及中低收入戶主要致貧原因前5項依序為「工作收入低」、「收入不穩定」、「戶內均為無工作能力人口」、「戶內需扶養人口眾多」、「負擔家計者久病不癒」，詳如圖9-2。

第二節 生活扶助

低收入戶生活扶助為社會救助工作重要的一環，針對家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在最低生活費以下，且家庭財產未超過中央、直轄市主管機關公告之當年度一定金額者，提供持續性的經濟協助。根據102年底收入戶生活狀況調查報告調查結果，低收入戶及中低收入戶對補助類社會救助服務措施之需求，依重要度排序前4項依序為「家庭生活補助」、「全民健康保險費補助」、「就學子女學雜費減免補助」、「身心障礙者生活補助」（詳如圖9-3），顯示低收入戶在接

受政府社會救助的需求上，多以持續性、經常性的經濟助益為主。

現行各地方政府提供低收入戶補助包含家庭生活扶助、就學生活扶助及兒童生活扶助3大項，並依照款別不同給予不同之救助措施，此外，依據社救法第12條規定，對於低收入戶中之老人、懷孕滿3個月之孕婦，以及身心障礙者，主管機關得依其原領取現金給付之金額增加最高不得逾40%之補助。惟避免救助給付過於優渥，影響工作意願，亦於社救法第8條中明文規定：「依本法或其他法令每人每月所領取政府核發之救助金額，不得超過當年政府公告之基本工資」。103年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目，如表9-2。

除現金給付外，各地方政府另得依需要辦理各項服務措施，包括孕（產）婦營養品提供（含未婚媽媽新生兒營養補助）、生育補助、優先入住社會住宅、住

圖9-2 102年調查低收入戶及中低收入戶五大致貧原因重要度

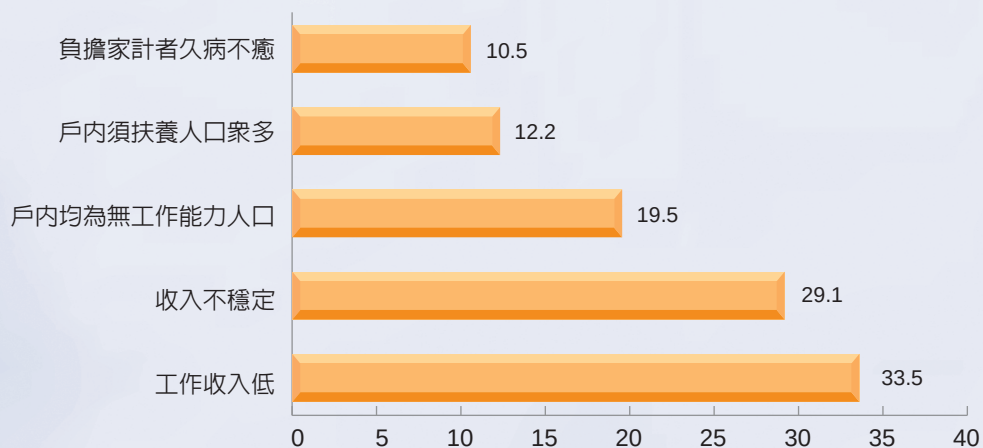


圖9-3 補助類社會救助服務措施對低收入戶及中低收入戶之重要度

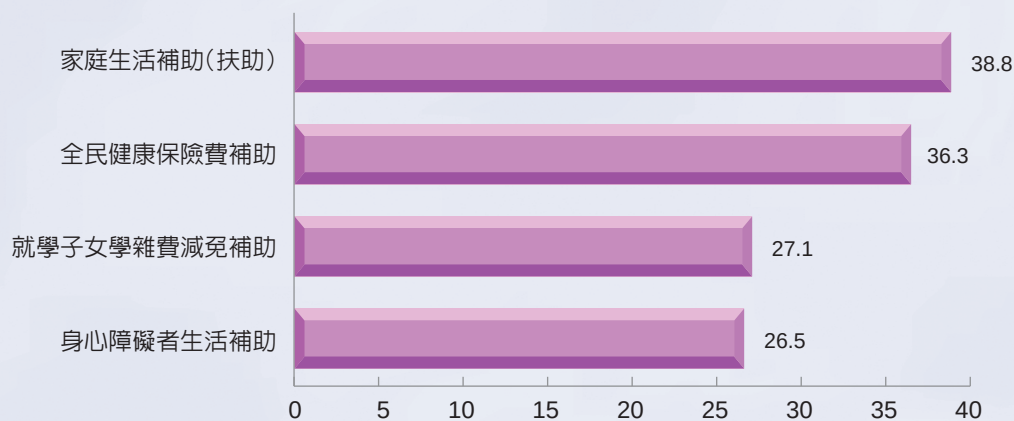


表9-2 103年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目

補助項目	補助人次	補助金額（新臺幣元）
家庭生活補助	129萬2,475人次	62億5,574萬8,408元
就學生活補助	68萬9,307人次	40億6,765萬4,800元
以工代賑(含中低)	2萬3,985人次	3億7,309萬1,163元
節日慰問	77萬7,529人次	5億2,062萬7,390元

宅租金補助、簡易修繕住宅費用、自購或自建住宅貸款利息補貼、學生營養午餐費用補助、傷病住院看護費用補助等服務，以確保低收入戶及中低收入戶食衣住行等基本需求的滿足。

第三節 醫療補助

按社救法第18條、第19條規定，現行針對低收入戶及中低收入戶提供之醫療補助包含以下項目：

- 一、保險費補助：依社救法第19條規定：「低收入戶參加全民健康保險之保險費，由中央主管機關編列預算補助。中低收入戶參加全民健康保險應自付之保險費，由中央主管機關補助二分之一。其他法令有性質相同之補助規定者，不得重複補助。」，103年健保保險費之補助，計57億6,824萬餘元。
- 二、部分負擔費用補助：為減輕低收入戶就醫之負擔，特於《全民健康保險法》第49條中明定「低收入戶就醫時，應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應」，103年補助低收入戶部分負擔之醫療費用（含門診與住院），計補助20億810萬餘元。
- 三、全民健康保險不給付之醫療費用補助：各地方政府為滿足低收入戶及中低收入戶之就醫需求，亦訂定相關法令規定醫療費用之補助標準，103年補助4,260人次，計補助8,987萬3,420元。

第四節 工作福利及自立脫貧

為促進低收入戶及中低收入戶自立，社救法第15條規定：「低收入戶及中低收入戶中有工作能力者，直轄市、縣（市）主管機關應依需求提供或轉介相關就業服務、職業訓練或以工代賑」。各級政府多依此規定積極辦理相關就業服務，並視需要提供創業輔導、創業貸款利息補貼、求職交通補助、求職或職業訓練期間之臨時托育及日間照顧津貼等其他就業服務與補助，此外，渠等參加職業訓練期間，尚可申領職業訓練生活津貼，以解決其參加職業訓練期間，無法維持家庭生計的困擾，免除其後顧之憂。

103年總計補助地方政府及民間社會福利團體辦理38項自立脫貧方案，補助1,642萬1,680元，受益4萬8,060人次。

第五節 急難救助

- 一、依據社救法針對遭逢急難致生活陷於困境民衆，提供及時救助，紓解經濟急困。
- 二、經直轄市、縣（市）政府核予救助後仍陷於困境者，依據「衛生福利部急難救助金申請審核及核發作業規定」轉報本部再核定救助。
- 三、推動「馬上關懷」急難救助專案，針對負擔家計主要責任者遭逢變故致生活陷於困境者，結合當地村里辦公處、民間公益團體及鄉（鎮市區）公所訪視認定及關懷救助。
- 四、103年辦理民衆急難救助成果詳如表9-3。

表9-3 103年急難救助成果統計

類別	受益人數	救助金金額（元）
直轄市、縣（市）政府急難救助	4萬2,232人	2億5,349萬910元
本部急難救助	1,039人	1,413萬5,000元
「馬上關懷」急難救助	1萬6,218人	2億3,187萬8,003元

第二章 遊民輔導

遊民業務於80年由警政單位移由社政單位主管，其輔導管理遂以警政取締方式調整為社政輔導之方向，現行遊民收容輔導採「緊急服務、過渡服務及穩定服務」之三層服務階段，以尊重當事人基本人權及考量地域差異性之前提下，提供適切的服務與輔導措施，協助遊民生活重建與適應。

第一節 遊民議題分析

依照地方政府103年底各地方列冊輔導遊民人數總計2,533人，有超過7成在臺北市、新北市、臺中市、臺南市、高雄市及桃園縣，遊民人數50人以下有7個縣市，其中金門縣、連江縣及澎湖縣並無遊民，顯見各地方遊民人數規模差異極大，遊民多集中在都市化程度較高的縣市。

依據本部委託辦理102年度遊民生活狀況調查研究結果顯示：男性比例佔92.1%，遊民年齡多集中在45-65歲，而非都會區的遊民平均年齡較都會區年長，教育程度在國中以下佔72.1%；在婚姻狀況部分：未婚佔47.4%，離婚、分居、喪偶等佔46.9%，顯見多數遊民處在單身的情況下。遊民流落街頭的原因十分多元，依據受訪者自陳其流落街頭原因依序為失業、沒錢付房租、孤獨一人無依靠、家庭關係不和諧等因素所致。

第二節 遊民輔導措施

遊民輔導依社救法第17條規定：「地方政府應依照其轄內遊民人數、遊民輔導規模及需求，訂定合乎各地方遊民輔導實務運作需要之遊民輔導自治條例或辦法」，現行措施如下：

- 一、收容安置服務：目前直轄市及縣（市）政府多設有專人承辦遊民收容輔導業務，除協尋家屬、親友外，對於無家可歸、遊蕩街頭或不願接受機構安置之遊民，亦機動提供臨時性之安置場所，如遊民收容所，作為其臨時、短期避寒棲身之所。目前共10處公立遊民收容處所（含7處公設民營）。
- 二、生活維護措施：為維護遊民基本生活安全，政府及相關機構亦廣結民間團體之力量辦理街頭外展服務，提供遊民基本生活維護，諸如供應熱食、沐浴、禦寒、理髮、乾淨衣物、睡袋、衛生保健等服務。為鼓勵地方政府辦理遊民輔導業務，本部近年皆編列相關預算補助直轄市、縣（市）辦理遊民業務。
- 三、促進自立措施：對於具工作能力與意願之遊民，與勞工主管機關協調提供職業訓練，或評估遊民之特性協調相關單位提供就業機會，如藉以工代賑方式培養遊民工作習慣，或提供諮商

服務，以提升遊民自立能力並回歸家庭與社會生活。

四、低溫加強關懷：本部於103年11月10日函頒「低溫及年節時期加強關懷弱勢民衆專案計畫」，當中央氣象局發布10度以下低溫特報時，即由地方政府及民間團體主動啟動低溫關懷服務，提供遊民熱食、禦寒衣物及臨時收容處所資訊等。

五、工作成果：103年地方政府輔導處理遊民共計22萬2,573人次，包含提供遊民關懷服務19萬9,064人次、安置收容1,632人次、協助返家407人次、轉介福利服務3,297人次、轉介就業服務或職業訓練3,792人次、其他服務5,929人次。

第三章 災害救助

近年氣候變遷，肇致災害頻傳，各項防災工作普受各界重視，由減災、整備、應變、復原各階段防救災工作均不斷演變與推進，社政之角色功能亦不斷檢討與精進。本部社會救助及社工司於災害救助領域主責「災民收容安置」、「民生物資整備」、「災民慰助關懷」等任務，災前妥為整備，俾災時得以有效因應。

第一節 災民收容與物資整備

一、本部每年因應汛期及颱風季節將屆，均請地方政府確實依照《災害防救法》規定，預先辦理災民臨時收容、社會救助及弱勢族群特殊保護措施及應變事宜。103年全國各縣市災民收容所設置處所及人數總計為5,797所，可收容人數196萬5,317人。

二、為能於災害發生時，即時整合物資及人力調度媒合需求，於100年12月完成「重大災害民生物資及志工人力整合網絡平臺管理系統」建置。103年除責成各直轄市、縣（市）政府輔導鄉（鎮市區）公所及所轄志願服務團體辦理相關操作訓練外，亦針對中央及地方相關人員辦理6場次之教育訓練。

三、建立社政人力「區域聯盟、即時協助」模式，將地方政府按地理區域分為北、中、南、東及離島5區，就近互相支援受災縣市，為災民提供即時慰助、創傷輔導、心理支持及需求調查等工作。

第二節 災害慰問

一、當重大天然災害發生，奉行政院指示，或於中央災害應變中心成立後，本部即依據相關處置報告，聯繫地方政府確認個案為因災致死亡、失蹤或重傷，專案簽報首長啟動發放慰問金機制。

二、地方政府查核相關證明文件，認定符合災害救助金發放者，由地方政府針對死亡、失蹤者發放20萬元，重傷者發放10萬元救助金。此外，並由本部發給慰問金，及財團法人賑災基金會運用民間捐款加發慰問金。本部及賑災基金會發給死亡、失蹤及重傷者慰問金經費標準如下：

- （一）死亡慰問金：60 萬元（本部 20 萬元，賑災基金會 40 萬元）。
- （二）失蹤慰問金：60 萬元（本部 20 萬元，賑災基金會 40 萬元）。
- （三）重傷慰問金：15 萬元（本部 5 萬元，賑災基金會 10 萬元）。

三、103年慰問金發放情形：於9月鳳凰颱風中，發放1名受難者死亡慰問金，金額計新臺幣20萬元。

第四章 社會工作

第一節 社會工作制度

社會工作專業制度之建立已是世界潮流所趨，截至103年12月底，全國通過社會工作師考試已有8,035人，執業社工師計有4,471名；103年12月底全國公私部門社福領域社會工作專職人員數計1萬1,537人（99-103年公私部門專職人員數詳如圖9-4），每1社工專職人員平均服務1,993位民衆。

為建構社會工作專業制度，已辦理相關措施如下：

一、配合考選部專技社工師部分科目免試辦理社會工作實務經驗及業務年資審查；截至103年12月計已召開

62次委員會議，共計複審9,261件社工年資申請案。

二、研訂年度社會工作專業人員表揚實施計畫，由本部及民間團體分別就公私部門所送推薦資料予以評選，並於103年4月2日社工日表揚125名優良社會工作人員。

三、依據《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》辦理社會工作師繼續教育審認；103年計審查1,683件。

四、依據《專科社工師分科甄審及接受繼續教育辦法》辦理專科社工師分科甄審作業；103年計有330位社工師報考，符合應考者計有273人，並於同年4月30日公告考試及格名單，計錄取217人。

五、為完善社工人力資源管理，於102年5月起委外建置全國性社會工作人力資料庫，並進行後續系統開發，已於103年5月完成。

圖9-4 99-103年公私部門社福領域社會工作專職人員數



資料來源：本部統計處報表9.3-社會工作專職人員數

第二節 充實社工人力計畫

針對當前地方政府社工人力普遍不足之困境，依據行政院99年9月14日核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，預定於100年至105年增加社工人力1,462人（100年增加進用366名約聘社工員，101至105年增加進用1,096名正式編制社工員），106至114年間出缺再進用正式編制社工員394名，未來（至105年）公部門社工人力預計將由99年之1,590人增加至3,052人；其中100年增加進用的366名約聘社工員由中央補助4成經費，主要辦理兒少保護、家暴及性侵害防治、身心障礙、老人、婦女、社會救助等社會工作直接服務業務。

計畫實施後，公部門社工人員服務總人口比由每位社工服務1萬4,549位民衆，降為7,580位，從事直接服務及第一線保護個案處遇之社工負擔個案數亦可下降，將可強化兒少保護、家庭暴力、性侵害及弱勢家庭的訪查輔導，提升服務品質，另百分之六十以上社工人員納入正式編制，也可確保社工人員晉用、升遷及合理薪資，建立專職長任，累積社工人員之專業服務能量。

第三節 社工人身安全

為保護社工人員人身安全，本部於《社會工作師法》、《兒童及少年福利與權益保障法》、《家庭暴力防治法》等相關法規已將社工人身安全相關措施納入條文規範。另為強化社工人員執業安全保障，行政院於104年4月1日核定推動「社會工作人員執業安全方案」，落實建構「安全就業」、「安心服務」及「安定管理」的友善職場之三安目標。

為持續強化社工人員執業安全，本部規劃執行相關具體措施，包括：

- 一、申請103年公益彩券回饋金補助辦理「推動社工人身安全保障計畫」，以協助地方政府持續加強社工人員人身安全職前、在職教育訓練，並加強風險意識及知能的提升，強化社工人員執業安全防护設施及設備。
- 二、102年底委託相關協會辦理「社工人身安全法案研議研究案」，業於103年7月完成，以作為社工人身安全相關規範及子法之研訂參考依據。
- 三、103年研訂辦理「社工人力供需及人身安全研究」，以規劃編製社工人員安全維護手冊作為基層社工人員必備之服務工具。

第五章 福利資源網絡

第一節 社區發展

- 一、我國的社區發展依據《社區發展工作綱要》採人民團體型態運作，推行社區公共設施、生產福利、精神倫理等三大建設與社會福利社區化，以增進社區民衆福祉。
- 二、社區發展福利服務補助，其目的在結合民間力量推展社區各項福利服務，透過社區刊物發行與活動的舉辦，凝聚社區居民意識，達成敦親睦鄰，促進社區居民互動，提昇生活品質之目標。成效如下：
 - （一）設置社區活動中心：截至103年底止，臺灣地區已有社區活動中心3,898所，提供社區發展協會召開會議、辦理地方性兒少、婦女、老人活動或居民平日休憩、聚會之場所。
 - （二）營造福利化社區：辦理福利社區化旗艦型計畫、社區人力資源培訓、社區防災備災宣導、社區提案培力等，

103 年計補助 277 案，補助新臺幣 1,937 萬 4,000 元整。

(三) 辦理全國性觀摩活動：103 年辦理全國走動式績優社區觀摩活動、全國社區民俗育樂觀摩會與全國社會福利社區化觀摩會，參加人數分別為 413 人，2,912 人與 1,211 人。

(四) 辦理社區發展工作評鑑：103 年辦理北部 13 縣市政府及所轄社區發展協會之社區發展評鑑工作。計有臺北市、新北市、臺中市、宜蘭縣、桃園市、苗栗縣、南投縣等縣市獲優等獎；新竹縣、花蓮縣、基隆市、新竹市、金門縣獲甲等獎外，另有南投縣南投市永興社區等 34 個社區發展協會獲卓越、優、甲、單項特色等獎項，並辦理社區評鑑表揚典禮，計有 1,219 人參與。

第二節 公益勸募

為有效管理勸募行為，妥善運用社會資源95年5月17日公布《公益勸募條例》，規範為社會福利事業、教育文化事業、社會慈善事業、援外及國際人道救援及其他經主管機關認定之事業發起勸募活動，依該條例之規定辦理。另為使勸募團體辦理勸募活動有所依循，並於95年12月25日及27日分別訂定發布《公益勸募條例施行細則》及《公益勸募許可辦法》，作為法案施行之配套。103年共計289個團體申請，許可344件，實際募得9億1,705萬餘元。

為提升勸募團體財務責信及運作效能，每年委託會計師事務所稽查本部核准勸募團體辦理勸募活動募得財物數額、使用及流向情形，103年委託會計師事務所查核102年辦畢之勸募活動計122案、歷年國內外重大災害尚未結案之勸募案件計

8案及經相關單位關切之特殊案件1件，共計查核131案。

為增進勸募業務人員專業知能、提升勸募團體實務工作能力及熟稔公益勸募相關法令，103年辦理2場勸募相關實務研習，共計156人次參加。另委託辦理公益勸募研習訓練課程，計62人次參加。

另外，為提升既有系統可用度，簡便團體申請勸募許可及後續備查作業，辦理公益勸募管理系統功能建置、擴充及改版，新系統已於104年1月9日上線啓用。並於103年12月份辦理北中南計4場次教育訓練，總計約230人參訓。

第三節 志願服務

為有效結合民間力量，激勵社會大眾發揮助人精神、健全志願服務發展，於90年1月20日公布施行《志願服務法》，明定志願服務定義、適用範圍、主管機關、運用單位的職責、志工的權利、義務及促進志願服務措施等，以有效整合運用社會人力資源，發揚志願服務美德。

為促進志願服務發展，訂頒有各項獎勵措施，包括頒發衛生福利志願服務獎勵金質、銀質及銅質徽章；全國志願服務績優金牌、銀牌及銅牌獎等。又為鼓勵民衆參與志願服務，訂有「社會福利補助作業要點」，補助民間團體辦理志工研習訓練等相關活動經費，並建置「全國志願服務資訊整合系統」、及「重大災害物資資源及志工人力整合網絡平臺管理系統」，協助受災地方政府透過平臺公告即時登載需求訊息並有效媒合協助辦理救災事宜；並辦理「103年度全國績優志工團隊選拔」計15團隊獲獎及5單位獲選為單項獎之鼓勵。

經統計全國志工人數逐年成長：101年計89萬8,765人，102年達100萬

2,920人，103年達92萬0,368人（詳如圖9-5），其中男性志工人數為31萬6,591人（占34%）；女性志工人數60萬3,777人（占66%），志工男女性別比例約為3:7。另衛生保健志工103年達5萬3,825名、社會福利志工103年達24萬150名。

第四節 福利諮詢專線

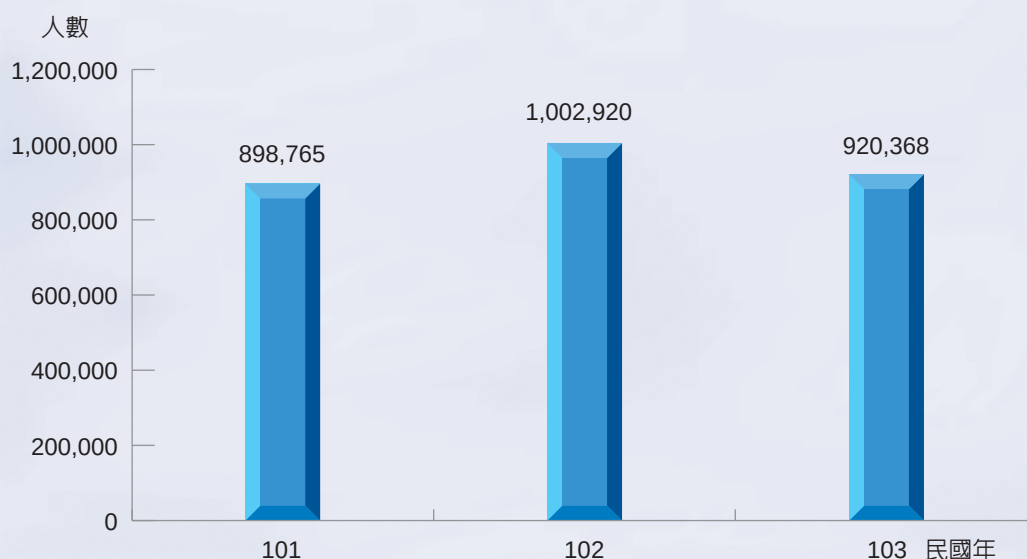
為協助生活上遭遇困難之家庭或個人，本部1957福利諮詢專線整合公私立部門各項服務與資源，提供單一窗口之福利諮詢及通報轉介服務，民衆以手機或室內電話撥打1957免付費電話，即可獲得多元的社會福利服務。

一、本專線自99年9月1日起委託財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會辦理，每天上午8時至晚上10時提供民衆急難救助及福利服務等相關諮詢與協助，目前總計聘有35位專業社工人員（含1位行政人員）提供服務。

二、本專線於100年起整合各直轄市、縣（市）政府之窗口，建置專線通報系統，專線社工一旦發現需要通報轉介之個案，即可透過資訊系統進行通報，各直轄市、縣（市）政府社會局（處）在接收案件後，即可派員訪視或提供相關的服務。透過中央與地方的力量，建立起縝密的社會安全網絡，發揮層層防護機制。另外專線也建置福利知識庫系統，除了整合福利安全網各項資源外，也橫向連結相關部會之就業安全網、自殺防治網、就學安全網及治安維護網等資源。

三、自99年起至103年12月底止，來電數量共計27萬1,039通，通報各直轄市、縣（市）政府共2,761件（103年來電數量為5萬4,656通，通報各直轄市、縣（市）政府共568案）。

圖9-5 101-103年志工人數



10

暴力防治與保護服務



127 | 第一章 性騷擾與性別暴力防治

130 | 第二章 家庭暴力防治

134 | 第三章 性侵害防治

136 | 第四章 兒少保護及兒少性交易防制

本部保護服務司以守護婦幼及弱勢者人身安全為核心價值，積極落實家庭暴力、性侵害、性騷擾防治，以及老人、身心障礙者、兒少保護及兒少性交易防制等保護性工作，其中各項被害人保護工作由保護服務司主管，加害人處遇服務則由心理及口腔健康司主責，藉由社政與衛政之整合，發揮專業分工、無縫接軌之加乘效益。

第一章 性騷擾與性別暴力防治

《性騷擾防治法》自95年2月5日正式施行以來，每年受理性騷擾申訴調查案件約400餘件，本部為引導社會大眾關注防暴議題，以及表揚績優保護性工作者，創辦「紫絲帶獎」，辦理成果深受各界肯定。

第一節 性騷擾議題分析

103年各相關機關（單位）依法受理性騷擾申訴調查案件總計550件（成立

383件、不成立72件、其他95件），其中88.34%案件由警察機關受理調查占最大宗，其次10.93%由加害人所屬單位受理調查；相較102年494件（成立349件、不成立87件、其他58件）成長11.33%。於103年的性騷擾申訴調查事件中，被害人95%為女性，加害人90%為男性；案件行為樣態主要以「趁機親吻、擁抱或觸摸胸、臀或其他身體穩私部位」占多數，達48.34%（233件），其次為「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度（如：開黃腔、緊盯對方胸部、羞辱他人身材或打扮等）」占27.59%（133件）；兩造關係以「陌生人」為主，占68.38%（320件），其次為「朋友」占8.55%（40件）；案件發生地點主要在「公共場所」占46.93%，其次為「透過科技設備（如網際網路、手機簡訊…等）」占15.43%（詳圖10-1~10-4）。

圖 10-1 103年各機關受理性騷擾申訴調查事件

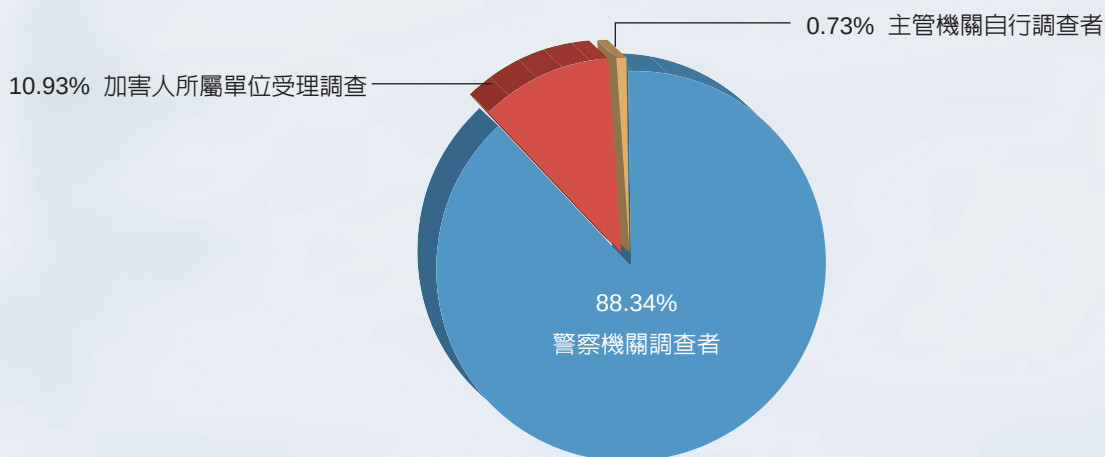


圖 10-2 103年性騷擾事件行為樣態

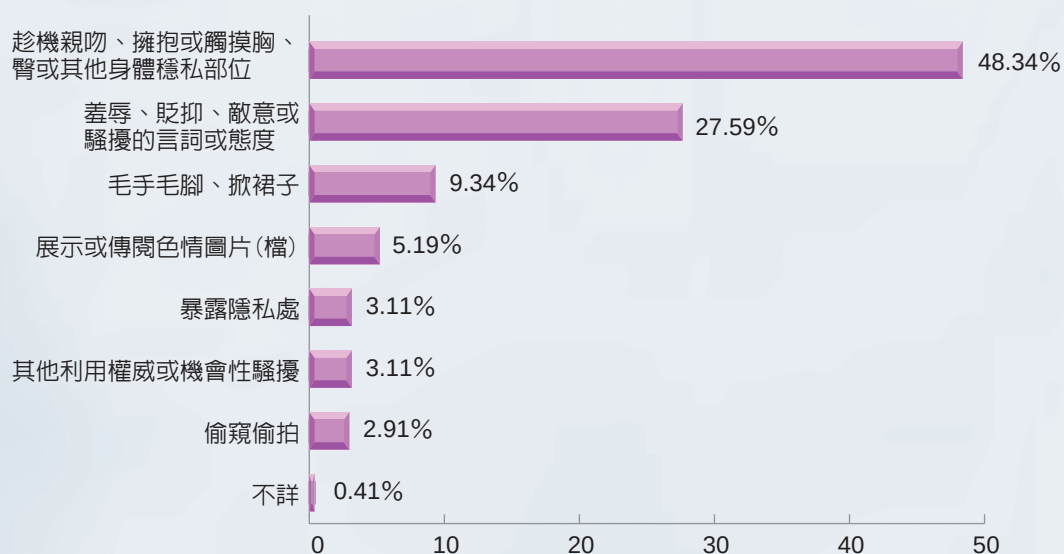
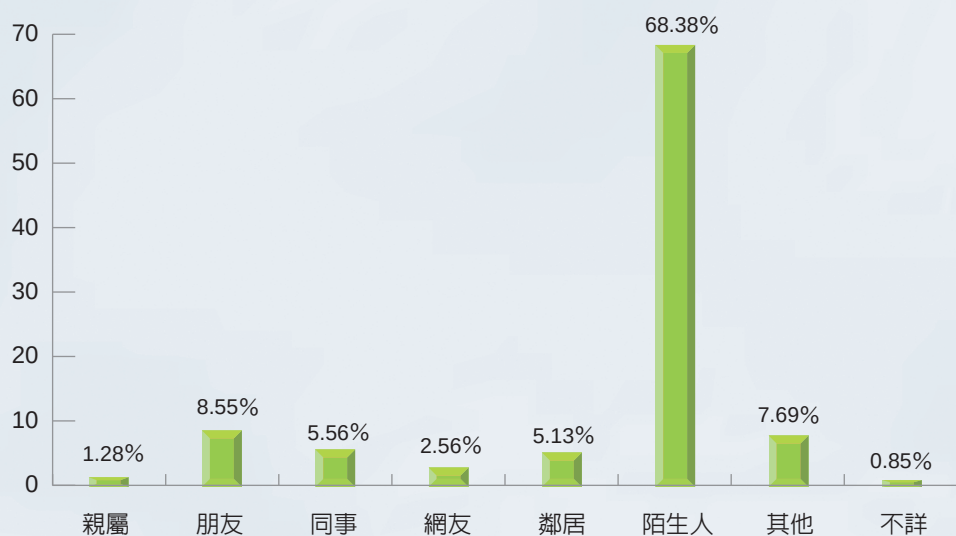


圖 10-3 103年性騷擾事件兩造關係

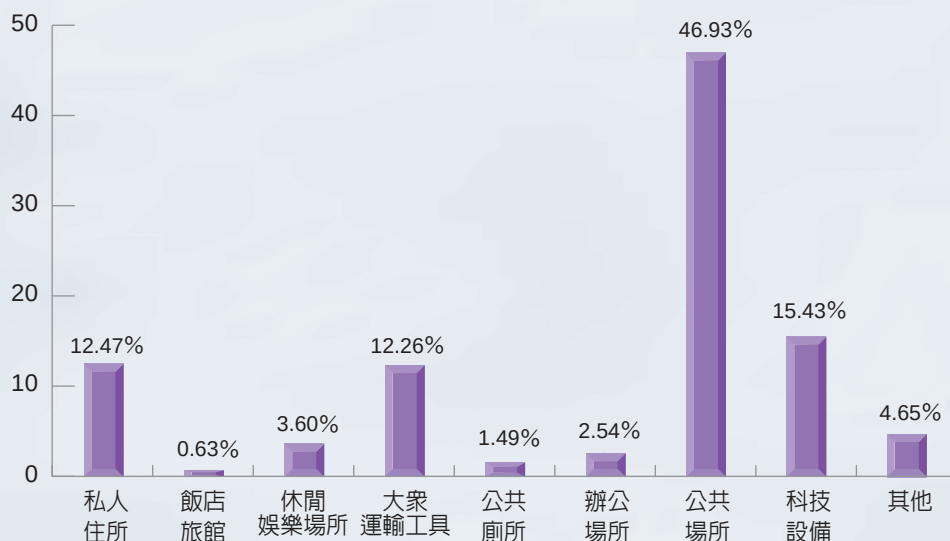


第二節 性騷擾防治品質與教育

- 一、辦理「性騷擾防治工作深化服務計畫」：運用「性騷擾事件申訴調查檢核表」、「性騷擾案件處理實務操作

手冊」輔助工具，於103年8月至9月分北、中、南區共辦理4場次專業訓練，計有社政、警政、教育、勞政及醫療人員400人參加。

圖 10-4 103年性騷擾事件發生地點



二、編製及發送「場所主人性騷擾防治注意事項」、「性騷擾被害人權益說明手冊」4萬份，於103年12月30日函送各直轄市、縣（市）政府協助轉發社政、警政、民政、戶政、衛政、教育、勞政、商業、觀光、交通、文化（新聞）機關等單位善加運用。

三、103年度補助11個地方政府辦理「建構性騷擾防治服務系統競爭型計畫」，提供性騷擾被害人個案服務、各場域性騷擾防治教育宣導、防治措施輔導與查核，以及實務工作者專業訓練等，共計受益22萬1,801人次；辦理飲酒業、宗教團體、交通運輸業、醫療院所等性騷擾防治措施輔導與查核，共計輔導查核1,502家。

四、辦理「性騷擾防治三法單一窗口報案服務研商會議」：103至104年間與勞動部、教育部、內政部、地方政府

及相關專家學者召開多次研商會議，決議有關疑似犯《性騷擾防治法》第25條案件者，由警察機關單一窗口受理報案並進行調查移送，至於行政申訴方面回歸性騷擾防治三法各該申訴管道處理，並研擬有關《性別工作平等法》、《性別平等教育法》及《性騷擾防治法》三法申訴機制整合之收件、移送管轄機關等作業流程及時限，以及訂定「民眾遭受性騷擾之申訴案件移送管轄機關標準作業流程」，提供各地方政府及相關部會依循辦理。

第三節 性別暴力防治工作

一、維運反性別暴力資源網暨發行反性別暴力電子報：自102年11月21日啓動亞洲首座反性別暴力網路圖書館「TAGV反性別暴力資源網」後，截

至103年12月止，該網站資料筆數計有1萬4,921筆，瀏覽人次逾140萬人次，並於103年9月發行反性別暴力電子報創刊號，至103年12月共計發行3期。

- 二、創辦第一屆「紫絲帶獎」：將國際上象徵反性別暴力的紫絲帶，作為表揚在婦幼、老人、身心障礙等保護工作的有功人士獎項，鼓舞更多人參與性別暴力防治行列。
- 三、辦理103年度「性別暴力防治與保護服務博碩士論文發表會」，經審查後獎助1篇博士論文及4篇碩士論文，並於103年11月24日舉辦優秀博碩士論文發表會，共有社政、警政、衛政、心理諮商等實務及學術人員計165人與會。

第四節 跨部會網絡整合機制

- 一、建立跨部會溝通平臺：103年共計召開6次家庭暴力及性侵害防治推動小組會議及會前會議，檢討現行性別暴力防治及保護服務網絡之運作情形，



第一屆紫絲帶獎頒獎典禮，表揚在婦幼、老人身心障礙等保護工作有功人士。

並提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。

- 二、辦理「103年度性別暴力防治與保護服務共識營」：並頒獎表揚102年度直轄市、縣（市）政府推動家庭暴力、性侵害及性騷擾防治業務評鑑之績優縣市，計有中央及地方防治網絡人員300人參加。
- 三、辦理「103年度培植地方性民間團體推展保護性業務座談會」北、中、南區共5場，邀集承接直轄市、縣（市）政府保護性服務方案之民間團體代表與會，共153人次參與，針對本部未來各項重要工作計畫，以及與地方政府合作經驗與困境提供建言，以提升保護性工作服務品質。

第二章 家庭暴力防治

亞洲地區第一部《家庭暴力防治法》（以下簡稱家暴法）於87年6月24日公布施行。每年約有10萬件家庭暴力通報案件，年平均成長約10%。為周延被害人保護，制定家庭暴力事件通報措施及處遇基準，全面推動家庭暴力安全防護網絡服務。

第一節 家庭暴力事件通報與服務

103年全國通報家庭暴力被害人數9萬5,663人（女性被害人數6萬8,030人、約占71.1%，被害人口率為每10萬女性當中有580人；男性被害人數2萬6,312人、約占27.5%，不詳1,321人，被害人口率為每10萬男性當中有225人），整體被害人口率為每10萬口409人（如圖10-5）。相較於102年家庭暴力被害人數11萬103人（女性被害人數7萬6,396

人、約占69.4%；男性被害人數3萬1,796人、約占28.9%，不詳1,911人），減少13.11%。其人數減少的主要因素係兒少保護修正統計定義（102年前的兒少保護被害人數，包含家庭成員及非家庭成員對兒少之虐待及不當行為事件；103年起修正為僅統計家庭成員間的保護事件）。其中疑似或確定為身心障礙者被害人數有6,348人，約占被害人數6.64%；以通報案件類型分析，以「親密關係暴力」案件被害人數最多，計有4萬9,560人（女性占86.57%）；其次為「其他家庭成員間暴力」計2萬4,515人（女性占60.05%）；「兒童少年保護」1萬8,737人（女性占46.15%）；「老人虐待」2,851人（女性占61.66%）（如圖10-6）。各直轄市、縣（市）政府提供家庭暴力被害人保護扶助計112萬7,819人次，扶助金額5億3,360萬44元，主要補助項目包含庇護安置補

助、緊急生活扶助、心理復健補助、醫療補助、律師及訴訟費用補助等。

家暴法部分條文修正案於104年2月4日公布修正，共計修正33條（包括修正25條、新增8條），修正重點如下：

- 一、將目睹家庭暴力的兒童少年及未同居親密關係伴侶納入保護令保護範疇。
- 二、延長通常保護令效期，並取消延長次數的限制。
- 三、明定中央主管機關應設置基金，加強推動家庭暴力及性侵害防治工作。
- 四、規範媒體不得報導或記載足資識別被害人及其未成年子女身分資訊，保護被害人隱私權。
- 五、相對人不受司法機關拘束時，司法機關應即時通知縣市警察局及家防中心，俾即時通知被害人。

圖 10-5 歷年家庭暴力被害人口率

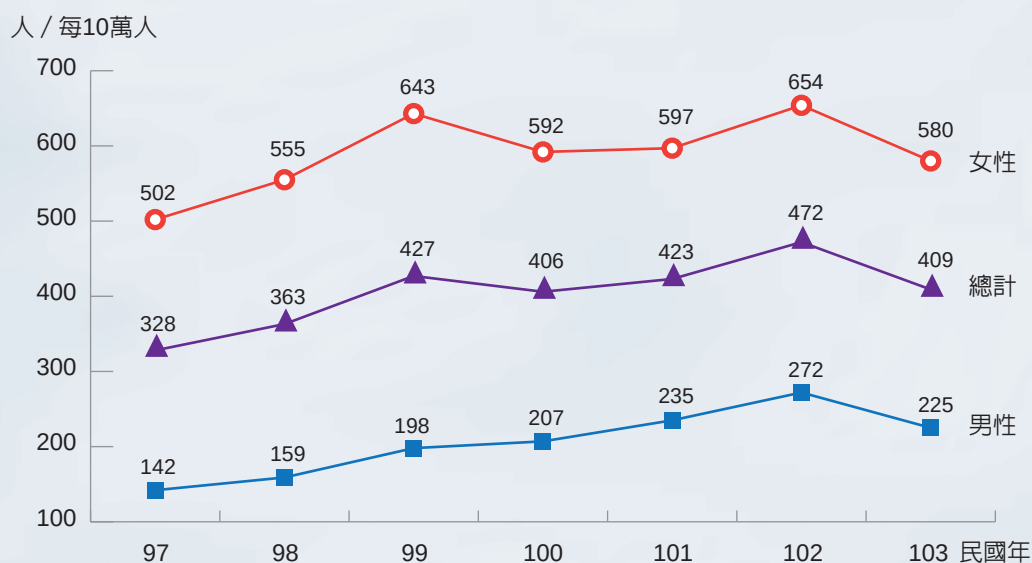
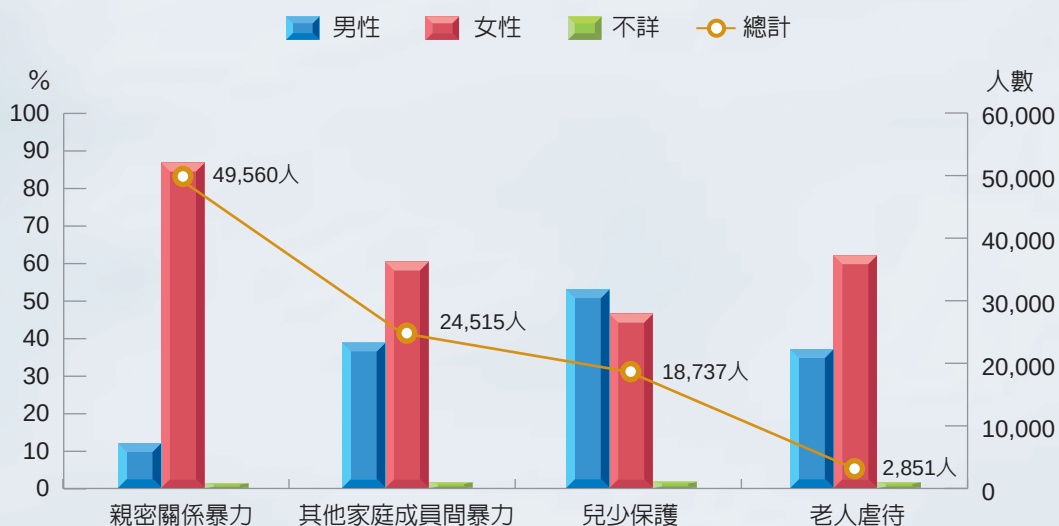


圖 10-6 103年家庭暴力事件通報被害人數與性別比例



第二節 家庭暴力安全防護網計畫

一、廣續推動「家庭暴力安全防護網計畫」：

- (一) 定期召開檢討會議檢視各直轄市、縣（市）政府執行家庭暴力安全防護網計畫情形，並與中央各部會研商推動本計畫時所面臨之共通性或制度性問題。
- (二) 103 年辦理 1 場次行政講習、2 梯次專業人員培育工作坊、3 場次團體督導、2 場次高危機案例觀摩研討會，合計 496 人次參與；103 年各直轄市、縣（市）共辦理 132 場次危險評估相關教育訓練，計有警政、衛政、社政等相關防治網絡成員 9,777 人次參訓。

- (三) 本年度委託辦理建構家庭暴力安全防護網高危機個案解除列管之多面向評估指標，俾協助各防治網絡成員能客觀地評估高危機案件之危險因子，並據此判斷高危機案件是否能解除列管。

- 二、運用臺灣親密關係暴力危險評估量表（簡稱TIPVDA量表）：截至103年12月家庭暴力通報件數實施危險評估比率已達93%，較102年提升13%。

第三節 家庭暴力被害人多元處遇服務

透過社會福利經費及公益彩券回饋金補助辦理家庭暴力被害人多元處遇服務方案，包括11個被害人庇護服務方案、14個司法協助方案、44個被害人諮詢、關懷輔

導及連結資源等服務方案、3個原鄉部落家庭暴力被害人個案關懷輔導方案、4個被害人就業輔導方案、10個目睹暴力兒童少年關懷輔導及心理諮商等計畫、7個新移民人身安全保護計畫等，合計補助金額計6,864萬餘元。

第四節 家庭暴力防治品質與教育

- 一、強化家暴防治網絡合作機制：每季召開重大家庭暴力事件個案研討會議，針對家庭暴力事件引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，檢視現行家庭暴力防治網絡之運作情形，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。
- 二、研修家庭暴力通報表單、個案工作表單及受案評估流程：103年共召開3次會議研商家庭暴力事件受案評估及處遇流程、家庭暴力個案工作表單、家庭暴力事件通報表、家庭暴力成人保護案件開結案評估指標及家庭暴力受案評估摘要等修正事宜。
- 三、研訂老人保護個案通報措施及處遇流程：研擬訂定「老人保護事件通報表」及「老人虐待案件開結案評估指標」，建立老人保護事件單一通報窗口及受、派案流程。
- 四、培訓家暴防治網絡專業人才：103年辦理3梯次家庭暴力防治社工人員初階訓練、3梯次婚姻暴力併兒少保護研討工作坊、3梯次新移民社會工作研討工作坊，及3梯次原鄉家庭暴力防治工作研討工作坊，計有新進社工人員150人，及資深社工人員及督導人員約200人次完成訓練。

- 五、辦理「老人保護案件評估輔助工具之應用發展及教育推廣計畫」：應用「臺灣老人保護評估工具」辦理分區教育訓練及督導，103年已完成專家焦點團體1場次及東區、中區教育訓練計115人次參與。

第五節 社區預防意識

- 一、廣續推動社區防暴紮根計畫：103年辦理「街坊出招3反家暴讚出來」-社區防暴創意競賽活動，本次競賽分為「菁英組」及「新銳組」兩組競賽，共計有68件來自各社區或民間團體投稿參賽，2組各有6件獲獎，於103年12月6日舉行頒獎典禮暨活動成果發表，計190人次與會。
- 二、辦理外籍配偶人身安全宣導計畫：透過在臺發行之東南亞語文平面刊物、以在臺之東南亞人士為主要收聽對象之相關廣播頻道，進行家庭暴力防治宣導，103年計刊登外語平面刊物15張單頁，廣宣節目播放600檔次。

第六節 家庭暴力加害人處遇

- 一、持續倡導法官積極核發加害人處遇計畫之民事保護令，督導地方政府落實處遇計畫之執行，103年應實施處遇計畫個案計有3,762人，已完成處遇計畫為1,422人，排除相對人因死亡、入監、或撤銷處遇計畫保護令等人數，處遇計畫執行率達100%。
- 二、推動家庭暴力相對人預防性服務方案：

(一)自 93 年起設置「0800-013-999」男性關懷專線，提供男性民衆面對家庭衝突之相關諮詢輔導，減少其施暴之機會；103 年該專線計受理 1 萬 8,457 通電話。

(二)運用公益彩券回饋金補助地方政府結合民間團體辦理家庭暴力相對人預防性服務方案，103 年計補助 17 案，補助金額共計新臺幣 2,337 萬 4,000 元。

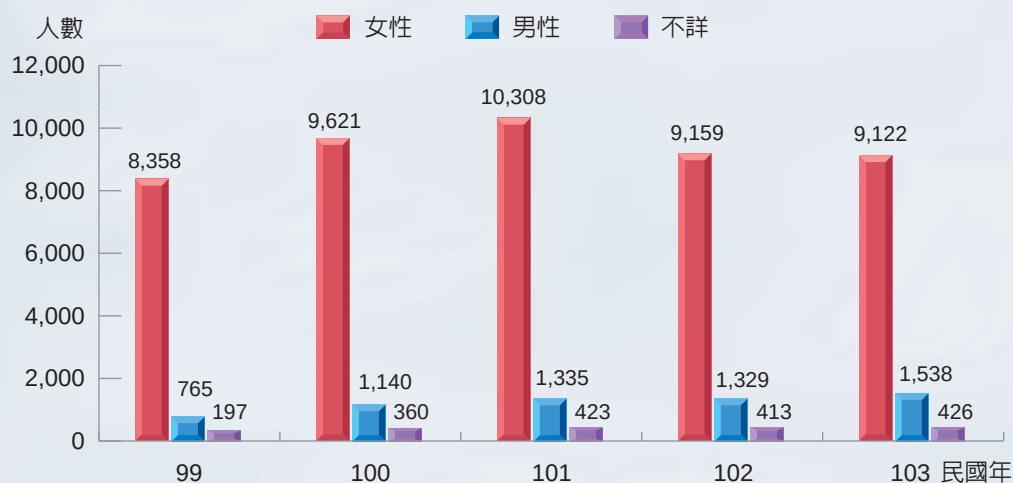
第三章 性侵害防治

自86年1月22日公布施行《性侵害犯罪防治法》以來，每年約有1萬3,000件疑似性侵害通報案件，本部為解決相關機關推展性侵害犯罪防治工作所遭遇問題，制定多項性侵害案件服務基準。

第一節 性侵害事件通報與服務

103年性侵害事件通報被害人數1萬1,086人，其中82%為女性（如圖10-7），54%為12歲至18歲國高中學生，18歲以下之人被害比率偏高，約占被害人數64%，疑似或確定為身心障礙者有1,100人，約佔被害人數10%；案發地點60%發生於私人場所；嫌疑人84%為男性、33%為12歲至24歲的青少年。性侵害通報案件中，80%為熟人性侵害案件，其中兩造關係為（前）男女朋友及直系或旁系血親者，占有案量的前2名（合計約38%），另兩造關係為同學者占案件量9.8%，普通朋友者占案件量8.6%，網友者占案件量之6%。103年各直轄市、（縣）市政府家庭暴力及性侵害防治中心，提供性侵害被害人所需之庇護安置、陪同報案偵訊、經濟扶助、驗傷診療協

圖 10-7 近五年性侵害被害人性別分析



助、法律扶助、心理諮商輔導、轉學或就學服務等相關保護扶助措施，計19萬9,846人次服務，扶助金額1億946萬餘元。

第二節 性侵害被害人多元處遇服務

- 一、落實性侵害案件被害人保護扶助：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置、心理治療、法律諮詢等保護扶助措施。
- 二、強化原鄉部落性侵害防治：103年2月19日召開會議，決議包括強化原鄉部落積極結合民間專業團體或機構，開創實驗方案建構以部落為主體之性侵害案件服務模式，並請教育部將原鄉部落地區推動性侵害防治教育情形納入相關評鑑指標、促請原住民族委員會針對原鄉地區集體性侵害案件之處理、三級預防工作予以精進，並加強文化澄清之宣導工作。
- 三、落實兒少性侵害案件處理時程管控：於「家庭暴力、性侵害及兒少保護資訊系統」，設置定時提醒功能，透過資訊系統提示社工兒少保護個案法定處理時限。
- 四、策進兩小無猜及無意願進入司法流程之性侵害案件跨網絡合作事宜：103年編製「當純愛走上法庭-兩小無猜條款（家長篇）」宣導單張供民衆使用。並針對未進入司法程序之非告訴乃論性侵害案件研訂標準處理作業規定，於103年辦理2場次行政講習，參與人數計120人。
- 五、辦理「重大性侵害事件個案檢討會議」：103年召開5次會議，檢討17

案，包括對於教育學齡前兒童有關身體自主權之概念、督促各級學校落實不適任教師查核作業，檢討電子腳鐐相關監控功能、員警與當地主任檢察官之聯繫協調工作，掌握性侵害案件即時偵辦移送之時機等決議事項，已請各網絡單位加強辦理。

- 六、強化性侵害案件採驗工作，提升鑑驗品質：103年提供3,896名被害人驗傷採證服務，其中送刑事警察局化驗採證盒計1,961件。
- 七、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：103年計有1,739件性侵害案件進入減少重複陳述作業服務，藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，提升訊問品質並減少被害人重複陳述。各地方法院檢察署偵查性侵害案件收結情形，103年計4,222件，起訴性侵害案件2,201件，起訴率達52.13%；另依法務部統計年報資料，103年法院裁判確定移送檢察機關執行有罪人數計2,136人，定罪率達88.3%。

第三節 性侵害防治品質與教育

- 一、建立性侵害防治社工人員分科分級訓練制度：103年辦理9場次初階、進階及督導人員專業訓練，其中針對兒童遭受性侵害議題，特別規劃對兒童身心發展的了解與相關輔導技巧之精進，受益人數共計645人。
- 二、辦理驗傷採證及處遇人員專業訓練：103年4月協調刑事警察局鑑識中心，提供長庚科技大學護理系8盒性侵害案件證物盒，作為刑事護理照護教學所需；另針對教育部辦理公費留學考試，於臨床醫學學門建議增列

「刑事護理」研究領域，以培養國內刑事護理人力。

- 三、辦理「性侵害防治影展」：103年7月假臺北、臺中及高雄舉辦9場「遠離恐懼 擁抱青春」性侵害防治影展及映後座談，共計千名觀眾參與。
- 四、強化社區及校園預防教育宣導：103年補助12個性侵害防治教育宣導計畫，截至103年12月底共計辦理50場次教育推廣活動，總受益人次達9萬3,543人次。

第四節 通報制度與資訊平臺

- 一、落實法定責任通報並建置全國保護資訊系統及個案處理流程控管系統：推動關懷e起來計畫，落實性侵害個案追蹤管理機制，建置資訊共享平臺，提供防治網絡相關工作人員運用。
- 二、設置113保護專線：103年共計接線有效電話15萬9,828通，其中通報婚姻/離婚/同居關係暴力案件為1萬2,315件，兒少保護案件數為1萬2,065件，性侵害案件數1,396件。
- 三、開發多元通報管道：103年網路通報家庭暴力、性侵害及兒少保護案件為12萬9,798件，網路諮詢為1,000件。另建置113保護專線簡訊服務，聽語障人士可透過手機撥打113傳送求助簡訊，進到113保護專線通報系統後，將有專人回復簡訊確認其人身安全。

第五節 性侵害加害人治療輔導

- 一、積極協調設置性侵害加害人刑後強制治療處所，至103年12月底，新增嘉南療養院、臺北榮民總醫院玉里分院

等精神醫療網核心醫院為法務部指定強制治療處所，該類型處所累計達5家。

- 二、落實性侵害加害人社區處遇，103年執行加害人身心治療及輔導教育個案計有6,419人，其中已完成處遇1,907人，尚執行中3,689人；裁定移送強制治療個案4人，因故未執行497人，移送裁罰322人。

第四章 兒少保護及兒少性交易防制

為落實兒少保護工作，建立兒少保護標準作業流程，同時為體現「聯合國兒童權利公約」第34條保護兒童不受任何形態的性剝削和性迫害之精神，防制、消弭以兒童少年為性交易對象事件，103年密集進行《兒童及少年性交易防制條例》修法研商，並於104年初修正為《兒童及少年性剝削防制條例》。

第一節 保護性社工專業久任制度

- 一、依行政院核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，賡續補助地方政府充實保護性社工人力，103年計補助508名兒少保護及家庭暴力與性侵害防治社工，共計補助1.46億餘元。
- 二、要求各直轄市、縣（市）政府訂定所轄保護性社工人力查核計畫，自103年起每年應辦理保護性社工人力查核及函報查核結果。另訂定「保護性社工專業服務品質評核及提升計畫（範例）」，督導直轄市、縣（市）政府加強轄內保護性社工專業服務品質之評核工作。

三、根據直轄市、縣（市）政府103年兒童及少年保護、家庭暴力及性侵害防治社工人力統計，公部門辦理保護性業務折算社工人力計871人，委託民間團體辦理保護性業務之社工人力計590人，合計1,461人，相較於本部推估合理之保護性社工人力計1,444人，多出17人，顯示近幾年地方政府透過落實充實社工人力計畫，及加強與民間團體合作，委託辦理保護性個案追蹤輔導計畫，已逐年達到補足社工人力。

第二節 兒少保護工作

- 一、落實責任通報制度：103年各直轄市、縣（市）政府受理兒童及少年受虐人數計1萬1,583人，其中男性為5,301人，約佔46%；女性為6,282人，約佔54%，女性比男性高出8%。又相較102年兒童及少年受虐人數為1萬6,322人，男性為7,616人（46%）；女性為8,706人（54%），103年受虐兒童及少年人數減少4,739人，約減少29%。
- 二、為提升兒童及少年保護事件之通報品質，103年委託學者辦理「兒少保護責任通報決策指引實驗計畫」，建立兒童及少年保護事件通報指引，協助責任通報人員落實精準通報，俾利第一線兒少保護社工人員及時介入處置。
- 三、督導直轄市、縣（市）政府落實兒童及少年保護工作：103年計召開2次重大兒童及少年虐待事件防治小組會議，共檢討12案，決議包括請地方政府針對具有多重問題需求及資源介入之家庭，應強化橫向聯繫機制並定

期檢視服務之綜效；針對在案服務中之個案再次被通報之案件，必要時應召開個案討論會議，以檢視相關評估及處置之適當性。

- 四、推動以家庭為核心之處遇服務模式：103年與美國兒童研究中心合作開發SDM（Structured Decision-Making Model）本土化兒少保護評估決策模型，並自103年11月要求兒少保護社工人員於受理兒少保護事件，應實施安全評估；另委託研發兒童及少年保護事件家庭處遇計畫評估指標及服務流程，研訂相關工作指引手冊。
- 五、加強辦理兒童及少年保護社工人員專業訓練及實務研討：103年4月及10月辦理2場次，總計102名社工參加，完成51小時初階訓練；103年辦理2梯次兒少保護安全評估決策模式種子師資培育、25場教育訓練、10場次外督會議，計有700名社工人員完成訓練；103年12月4日及5日辦理「兒童少年保護服務-家庭處遇工作模式實踐與展望國際研討會」。

第三節 兒少保護醫療服務工作

- 一、為建立兒少保護醫療服務網絡，促進整合衛、社政資源與網絡合作，率先參酌歐、美等先進國家，於全國建置5家兒少保護醫療服務示範中心，整合院內跨專科團隊與院外各網絡單位，提供以個案為中心的醫療服務、出院追蹤輔導與社會福利救助等服務，截至103年12月底，共計服務251人次。

二、增修訂《兒少虐待及疏忽－醫事人員工作手冊》，據以提升醫事人員兒少受虐辨識及轉介專業知能，並續以完成標準化課程教材製作、訓練推廣及人員認證。

三、強化兒少保護案件相對人服務及高風險家庭服務方案：

(一)連結本部「精神照護資訊管理系統」、「自殺防治通報系統」及「保護資訊系統」，及時有效獲取個案及其相對人資訊，以正確研判兒少之受虐風險。

(二)落實疑似精神病人或酒癮個案轉介，由社政單位先行評估後轉介，以提供相對人妥適之醫療處遇。

第四節 兒少性交易防制工作

一、推動《兒童及少年性交易防制條例》修法：本次修法重點包括強化被害人保護措施及家庭處遇機制等，本條例於104年1月23日經立法院三讀通過，104年2月4日經總統公布，法規名稱修正為《兒童及少年性剝削防制條例》。修正重點如下：

(一)範圍擴大：性剝削的定義，除包括原條例規範「使兒童或少年為有對價之性交或猥褻行為」外，擴大到「利用兒童或少年為性交、猥褻之行為，以供人觀覽」，即利用兒少從事色情表演以供人觀覽。另外，將拍攝、製造兒童或少年為性交或猥褻行為之圖畫、照片、影片、影帶、光碟、電子訊號或其他物品等，製造兒少色情物品納入性剝削範疇；另將原施行細則規範的利用兒童或少年從事坐檯陪酒或涉及色情之伴遊、伴唱、伴舞等侍

應工作，過去被視為有性交易之虞的行為樣態也直接入法加以規範。

(二)安置被害人的原因：評估遭受性剝削或疑似遭受性剝削之被害人是否安置，現行是以有無性交易或性交易之虞作為基準，修法後主要考量被害人無安置的需求。倘被害人就學、就業、生活適應、人身安全及其家庭保護教養功能無虞，經評估無安置需求者，將交由父母、監護人保護教養；如經評估有安置需求的被害人，將由主管機關安置於適當場所或提供其他協助措施。

(三)強化主管機關的職責：現行各直轄市、縣（市）主管機關對於防制兒童及少年遭受性剝削，除了加強預防教育宣導外，依法陪同被害人偵訊、安置被害人以及對行為人出獄後做輔導教育等工作，修法後除了要加強原有職責外，對於被安置或無須安置交由父母、監護人帶回的兒童少年返家後，主管機關都要給予至少一年或至其年滿二十歲止的追蹤輔導及協助，其目的在於避免被害人再度遭受性剝削。另主管機關對於遭受性剝削或疑似遭受性剝削的兒童少年父母、監護人或其他實際照顧之人，要給予八小時以上五十小時以下之親職教育輔導，以輔助增強其家庭功能。

(四)違法行為處罰的多元化：對於違反本條例的處罰，除現行刑事罰之外也增加行政罰，增訂主管機關對有付費而觀覽兒童少年為性交或猥褻行為的人或是利用兒童少年從事坐檯陪酒或涉及色情之伴遊、伴唱、伴舞等侍應工作的人都可以處一定的罰鍰。對兒童少年性剝削之個人或犯罪組織經法院

裁定判刑確定後，主管機關也會在行為人在監獄服刑期間提供一定時數的輔導教育，以避免出獄後再對兒少為性剝削行為。

- (五) 因應本條例保護兒童少年之範圍擴大，針對與兒童少年為有對價之性交或猥褻行為、使兒童或少年為色情表演以供人觀覽、觀覽兒童少年色情表演、製造兒童少年色情物品、持有兒童少年色情物品，或利用兒童少年從事坐檯陪酒或涉及色情之伴遊、伴唱、伴舞等侍應工作者等，均訂定罰則。若使用強暴、脅迫或其他違反本人意願之方法而有對兒少為性剝削行為，處罰更重。
- 二、召開兒童及少年性交易防制督導會報：依據兒童及少年性交易防制條例第3條第3項「主管機關應於本條例施行後六個月內會同前項相關單位成立兒童及少年性交易防制之督導會報，定期公布並檢討教育宣導、救援、加害者處罰、安置保護之成果。」截至103年底已召開34次督導會報，檢討各相關單位辦理工作情形。
- 三、辦理兒童及少年性交易防制相關活動：103年補助民間團體辦理預防宣導及研習訓練；兒童及少年性交易防制相關工作及犯罪行為人輔導教育；中輟、失蹤逃家或虞犯兒童少年外展及其家庭輔導服務、邊緣少年團體輔導工作等，補助金額計2,052萬元。
- 四、製作推廣教育素材並透過多元媒體廣為宣導：以「杜絕兒童少年色情與防制性剝削」、「不得提供煙、酒、檳榔、毒品、非法施用管制藥品或其他

有害身心健康之物質予兒童少年」、「促進兒童少年上網安全」等三項主題分別拍攝30秒宣導短片及廣播帶各1種，以防制兒少接觸色情暴力以及不良物質。

第五節 兒少上網安全機制

- 一、訂定網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程與原則：103年4月1日函頒「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程」及「處理原則」各1種，供iWIN網路內容防護機構、直轄市及縣（市）政府、內政部警政署等單位派案、輔導及處理參考。
- 二、落實iWIN網路內容防護機構功能：103年12月10日召開研商會議，決議以接獲網際網路內容足以引誘、媒介、暗示或其他促使人為性交易之訊息申訴案者，應同時派案予警政及社政主管機關，針對行為人及網路媒體涉及違反之部分予以查處。另網路平臺業者倘涉及登載兒童少年不宜閱聽之相關訊息，得依《兒童及少年福利與權益保障法》第46條相關規定辦理，惟涉及違反《兒童及少年性交易防制條例》第33條之規定者，由各目的事業主管機關依法查處。103年辦理成果：申訴案量總計1萬5,051件，其中派案地方政府社政單位處理之案件計1,544件。申訴案件大宗為「色情猥褻」案件，其中境外IP有9,541件，境內IP有1,622件。

11

研究發展與國際合作



141 | 第一章 衛生福利科技研究

147 | 第二章 國際合作

第一章 衛生福利科技研究

103年本部科技發展預算為39億9,511萬2千元（如圖11-1），占本部總預算的2.85%。主要投入醫藥衛生政策及食品藥物管理之實證科學研究、建構生醫產業發展之優勢環境及生醫科技研究，總共委託或補助657件研究計畫。

第一節 任務型導向研究

研究成果依施政重點歸納成「防疫整備」、「民衆健康促進」、「食品藥物管理」、「精進醫療照護體系」、「全民健保改革」五大類簡要說明如下：

一、防疫整備

（一）傳染病防治：

1. 研究顯示本部自90年起，限制急性上呼吸道感染抗生素之使用政策實施後，至103年底A型鏈球菌對紅黴素（Erythromycin）抗藥性菌株的比率由50%降至10%，成功降低抗藥性，亦節省健保相關開支。

2. 發現我國類鼻疽聚集感染是由污染之空氣微粒傳播，已納入防疫衛教宣導內容；導入預防呼吸器相關肺炎與導尿管相關泌尿道感染組合式照護措施，參與計畫11家醫院的參與病房住院病人呼吸器相關肺炎感染降低21.1%，導尿管相關泌尿道感染降低28.2%。

（二）傳染病診斷技術：透過建立之未知／新興檢驗技術平臺，檢驗103年通報疑似伊波拉病毒感染個案4例，即時釐清民衆疑慮。

（三）傳染病疫情監測及通報：開發3套行動通訊疫情監測軟體，協助關懷員進行居家訪視，有效節省時間及人力。另完成醫院、實驗室傳染病自動通報資料交換雲端平臺，簡化疫病通報流程、縮短通報時間。

二、民衆健康促進

（一）健康的出生與成長：

1. 完成「母嬰親善醫療院所實施主動式出院後電話諮商介入模式」，發展

圖 11-1 歷年科技研究法定預算數趨勢變化



《電話諮商母乳手冊》，提升產婦純母乳率及母乳哺育信心。

2. 研究發現塑化劑會經由胎盤傳給幼兒，建議女性在懷孕期間特別留意環境中塑化劑的暴露，例如：塑膠容器避免使用3號材質，應選擇5號PP（Polypropylene）較為安全，並留意保養品、化粧品等成分。

（二）健康的老化：發展「慢性腎臟病及其高危險群介入管理模式」，結果顯示參與者在腎臟保健知識、血壓及糖化血色素控制上均達到明顯的改善成效，另，完成《臺灣慢性腎臟病臨床診療指引》初稿，盼我國慢性腎臟病之照護就此形成共識，提升照護品質。

（三）縮小健康差距：辦理「身心障礙者口腔狀況及相關影響因素之探討」，掌握現況，並提供規劃口腔健康政策參考，作為「身心障礙者權益保障法」修法之依據。

（四）健康的基礎建設：首創我國出生世代資料庫，供國家資源適當配置參考，研訂國內各階段兒童發展簡式量表，供非臨床專業領域的兒童發展評估與篩檢應用。

三、食品藥物管理

（一）完善食品、藥物管理法規

1. 研擬含基因改造食品原料之標示，及農藥、動物用藥殘留容許量等6項管理規範及32項管理參考依據，以加強食品安全之管理。
2. 為提升藥物安全及品質提升，研擬20項藥品相關管理規範，並完成12項市售藥物化粧品品質安全調查監

測分析，及45項藥品的安全性再評估。

（二）食品、藥物流通監管

1. 為因應103年食品安全事件，領先他國研發「油脂中汙染動物性成分」及「食品中二甲基黃及二乙基黃」之檢驗及鑑別方法。
2. 為利對食品有害物質、食品攙偽之有效管理，研究創新之檢驗方式，研發4篇、修訂14篇、新增60篇食品相關檢驗方法，協助檢驗以釐清案情。
3. 依研究檢驗結果及風險評估資料，建立食品及管制藥品相關之8個專屬資料庫，因應緊急事件發生時，得以快速比對資料。

（三）加強中醫藥研發與推廣

1. 完成兩岸「連翹」中藥材之指標成份背景值研究、「血府逐瘀湯」應用於第二型糖尿病小鼠的血糖調控、肝功能、腎功能、中樞神經功能等之活性評估；進行「疏筋活血湯」對於心血管疾病常用西藥Warfarin（抗凝血劑）的交互作用。
2. 編輯出版《「醫家與史家的對話－中醫學術知識的歷史傳承與變革」》、《A Review of the History and Practice of the Needling Depth of Acupoints》（針刺穴位深度研究英文版）和《中醫學史》。

四、精進醫療照護體系

（一）提升醫療品質：

建立我國電腦斷層診斷劑量參考水平之規範，以期降低電腦斷層檢查之輻射曝露劑量。

(二) 健全照護體系

1. 建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網：

(1) 遠距醫療及遠距健康照護：103 年 11 月 10 日公告「遠距照護個人資料安全維護指引」；並開發遠距健康照護公版 App-「遠距照護一點通」，與縣市政府衛生局合作設置社區生理量測服務據點，提供獨居老人居家遠距生理量測服務。

(2) 數位資通訊建設：完成偏鄉山地離島地區共用「醫療資訊系統 (HIS)」、「醫療影像傳輸系統 (PACS)」及「電子病歷交換系統」，提供偏鄉民衆享有跨院所就醫資料交換無障礙之便利。

2. 完成長照服務資源調查及成果分析，提出整合式之居家式及社區式長照服務各項評鑑指標。

3. 完成護理科系畢業生職業分布調查，推估未來3年我國護理人力需求，並完成臨床護理人員與護理輔助人力工作內容及人力現況調查。

4. 使用社區口腔健康顧問介入策略及原住民語言文化為基礎之健康教育模式，提高山地鄉原住民口腔癌篩檢行為與未來口腔黏膜自我檢查意願比率 10%以上。

五、全民健保改革

(一) 穩定健保財務：進行國際間健保給付範圍之改變機制與運作成效之比較，提出符合我國健保給付可改變模式及其對民衆衝擊之風險影響評估；建置

一般保費、補充保費監測模組、財務精算模組及財稅所得資料與保險費之關聯模組，提升保險費收入、決策品質以及呈現長期預測；建構全民健保費率調整機制，建立簡易合理之費率計算公式。

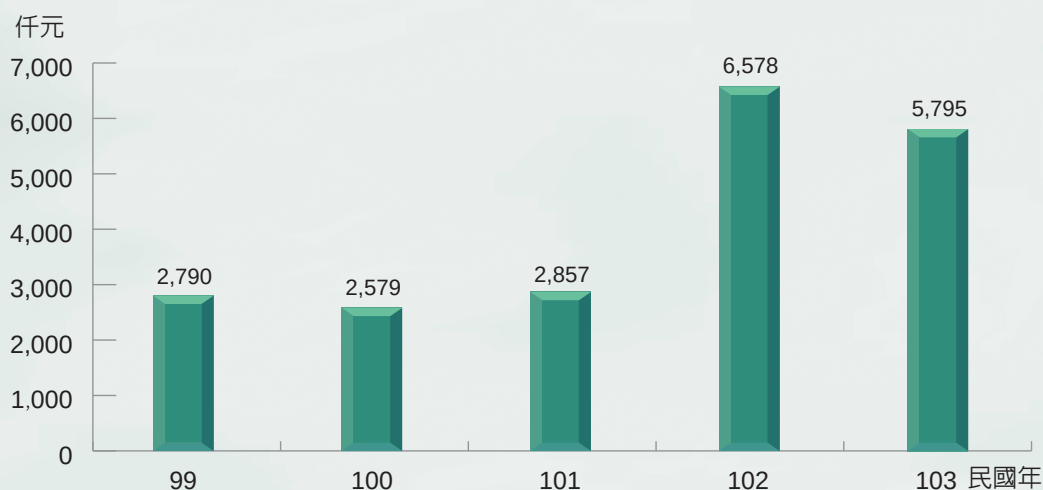
(二) 持續支付改革：建立十大惡性腫瘤患者重大傷病證明之核發要件及證明之有效期限，適當使用健保醫療資源；辦理腦中風急性後期照護專業訓練和實地輔導，全面提升急性後期照護品質；研議急性後期照護品質試辦計畫導入美國 CARE 評估量表，建構具有高信度、效度之中文版 CARE 評估量表。

(三) 增進醫療品質：建置健保醫療服務指標分析系統及發展本土化之品質指標風險校正方法，進行精進機構別健保醫療品質指標之研究，提供民衆就醫參考，持續執行年度就醫權益相關民意調查及發展民衆就醫權益監測指標。

(四) 提升體制效能：分析健保通路服務之相關資料、民衆意見以及目前服務通路之各項型態，提升健保服務效能。評估民衆參與醫療服務和藥物給付項目及支付標準擬訂之相關研究，提出「專業導向」、「財務導向」及「民主參與」政策建議方案。

(五) 醫療科技評估：研議建立健保給付藥品與特材合理的退場機制及制訂更完善之藥品與特材給付規定，完成成年慢性自發性（免疫性）血小板缺乏紫斑症（ITP）用藥、慢性骨髓性白血病及大腸直腸癌標靶藥物等 3 類藥

圖 11-2 歷年研發成果收入數趨勢變化



物及人工膝關節、動靜脈栓塞環及周邊血管塞等 3 項特材醫療科技評估。

第二節 轉譯醫學及產業發展研發

一、技術轉移及專利授權

103 年在生物醫學之基礎與應用研究，共獲得國內及國外專利 72 項；完成 8 項研發成果技轉，收入共計新臺幣 579 萬 5,848 元（圖 11-2）。

二、提升臨床試驗創新及競爭力計畫

（一）藥物臨床試驗與研究之法規輔導：依據個案需求進行法規輔導，協助解決醫藥研發法規疑義，103 年共計提供法規諮詢 1,665 件；專案法規輔導 23 件（含已進入臨床階段 8 件）。

（二）提升多中心藥品臨床試驗倫理審查效率：自 102 年 7 月 1 日開始辦理藥品臨床試驗 c-IRB 審查機制，103 年共計審查 79 件，平均審查天數 8.3 天。

（三）建構優質臨床試驗環境：臺大醫院、臺北醫學大學附設醫院及中國醫藥大學附設醫院等 3 家醫院通過美國臨床研究受試者保護評鑑（AAHRPP）殊榮，提升臨床試驗品質，並增加國際大廠對於通過機構的信賴，促進我國藥物研發產業發展。

（四）推動癌症研究中心暨臨床試驗中心（圖 11-3），與國內外藥廠合作進行重要臨床試驗。

三、推動第二期（103-106 年）癌症研究計畫

本期癌症研究計畫聚焦於發生率持續升高的乳癌、大腸直腸癌及國人特有與檳榔有關的口腔癌研究。補助 12 家癌症中心及 1 家癌症研究整合中心（圖 11-3），重要成果摘要如下：

（一）流行病學研究與預防：

1. 大腸直腸癌：透過內視鏡檢查發現，在 40-49 歲的代謝症候群有較高的大腸腫瘤盛行率及大腸癌篩檢陽性檢

圖 11-3 臨床試驗中心及癌症研究中心



出率，風險甚至比50-59歲的女性更高，建議40-49歲的男性如有抽菸、過胖、三高（高血壓、糖尿病、高血脂）症狀可考慮提前做糞便潛血檢查。

2. 口腔癌：結果顯示每天喝5杯以上茶（特別是綠茶）的人，其上呼吸消化道癌症的發生風險約降低40%。茶葉中所含有的抗癌成份（或喝茶的習慣）可能成為預防上呼吸消化道癌症發生的有效藥物。
3. 乳癌：研究確認抽菸與二手菸暴露會增加罹患乳癌之危險性；並確認尼古丁受體與DNA 修補基因多型性與菸害暴露對於乳癌具有顯著的交互作

用。

（二）早期偵測與診斷

1. 大腸直腸癌：已成功開發出46個與大腸癌相關之微核糖核酸（miRNA）套組，能有效的區別出癌症與正常人，其癌症檢出率達88.7%，比單獨使用癌胚抗原(CEA)及糞便潛血反應(iFOBT)的12.9%與51.6%高出許多。
2. 口腔癌：利用研發的光照口腔癌檢查儀(VELscope)進行光學診斷，可以提供一個快速且便利的早期診斷方式，操作簡便且無須額外染色步驟即可檢測病灶區。已於臨床上開始收案，並與馬來亞大學進行合作。

3. 乳癌：完成全乳房自動掃描超音波（ABUS）篩檢的標準化及品質控制，並應用GPS導航影像紀錄器，有助於乳房超音波（BUS）影像處理與切片精準定位。

（三）治療與預後

1. 大腸直腸癌：以腹腔鏡及機械手臂術進行根治性淋巴腺廓清，研究顯示可增加後期大腸直腸癌病患的五年存活率至40%。
2. 口腔癌：建立手術用機器人輔助內視鏡手術治療口腔癌技術，此手術可有效降低早期下咽癌手術併發症機率、也可有效降低早期下咽癌病人接受放射線治療之比例。
3. 乳癌：在第一期的乳管型（luminal-like）乳癌病人中，化學治療的效益似乎並不存在。具高氏第V亞型的第二期乳癌病人，其預後和第一期無任何危險因子的第一期病人相當，研究結果可以應用在減少乳癌病患的過度治療。

四、生醫科技研發

- （一）抗糖尿病候選藥物 DBPR108 通過美國及本部食品藥物管理署核准，執行第一期臨床試驗，並於 103 年 5 月進行人體重覆劑量第一期臨床試驗。
- （二）選定 DBPR114 為多激酶靶點抗癌候選發展藥物，能有效抑制數個與癌症相關之激酶，並且對於多種人類癌症細胞株亦具有絕佳抑制生長的效果；研發成果並榮獲生技醫藥國家型計畫推薦為候選發展藥物。
- （三）完成 H7N9 流感疫苗臨床前試驗並技轉國內廠商，預計 104 年上半年進入臨床試驗。針對登革熱 4 種病

毒血清型研究，已建立 2 個登革病毒小鼠攻毒模式，可作為脂質化登革候選疫苗效力及保護機制之評估。

- （四）發炎性 T 淋巴細胞活化與脂肪細胞之間相互調控的作用，揭示免疫系統失調為代謝疾病發生之重要關鍵，蛋白激酶 MAP4K4 將可成為第二型糖尿病的潛力生物標記或治療標靶。研究並發現去磷酸酶 DUSP22（又稱 JKAP）將可成為自體免疫疾病（如：全身性紅斑狼瘡）的潛力生物標記或治療標靶；榮獲財團法人臺灣生技醫藥發展基金會「第一屆 TBF 生技講座」。

- （五）在奈米醫學研究方面，利用人體紅血球開發之新穎紅血球微囊奈米載體，能置入不同功能性分子，作為生物醫學應用材料。

第三節 推動衛生福利資料加值應用

一、健康資料加值應用服務平臺管理

健康資料加值應用中心是由政府規劃與管理所提供的一個服務平臺，旨在提升公共衛生決策品質、拓展學術研究及促進醫療保健服務品質，進而增進全民福祉。101至104年獲行政院的支持，朝雲端化服務目標規劃，擴充健康相關資料庫，並積極開發各項主題式資料庫。103年除持續強化資安管理作業外，並取得資訊安全管理制度ISO27001之2013年最新版認證。

健康資料加值應用中心之服務係以符合相關法規規定範圍，申請者僅能在獨立作業區內以限時、限地、限欄位方式使用經逐次去辨識化及模糊化之健康資料進行統計分析，且攜出之資

料僅限通過審查之統計結果。

二、健康資料加值中心服務內容及服務量

(一) 103 年 12 月開放申請之資料庫計 14 大類 51 項，各項資料庫均製作使用手冊供使用者參用。

(二) 為平衡區域學術研究需求，設置有臺北醫學大學、臺灣大學、高雄醫學大學、長庚大學、陽明大學、慈濟大學等研究分中心。

(三) 各年度申請案件數由 100 年 135 件逐年提升至 103 年 196 件，案件數平均年增率達 10%；同期間提供服務人日數亦由 100 年 676 人日增至 103 年 4,936 人日，平均年增率達 90%。

第二章 國際合作

因應全球化時代，為善盡地球村的一份子，臺灣積極參與國際醫療衛生合作與緊急人道醫療援助工作，目前亦以觀察員身份，獲邀參加「世界衛生大會」

(WHA)，我們將持續參與相關國際組織，分享醫衛經驗及成果。

第一節 參與國際組織

一、世界衛生組織 (World Health Organization, WHO)

本部以觀察員身分受邀出席第67屆世界衛生大會 (WHA)，就大會主題「氣候與健康的關聯 (The link between climate and health)」，分享我國氣候變遷趨勢、相關疾病及因應政策。另與美國、歐盟、日本等58國進行雙邊會談，推動雙邊及多邊國際衛生合作事務。我國參與WHA六年來之進展，如圖11-4。

二、亞太經合會 (Asia -Pacific Economic Cooperation, APEC)

本部參與中國大陸北京舉辦的「第四屆 APEC健康與經濟高階會議」，邱前部長文達於會議發表專題演講，分享我國以推動「提升急性後期照護品質試辦計畫」及「長期照護規劃」等具體行動，因應未來衛生與經濟層面相關的各種挑戰。



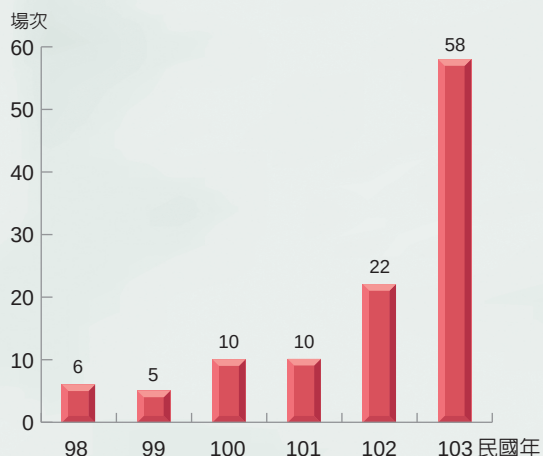
我國代表團出席第67屆世界衛生大會



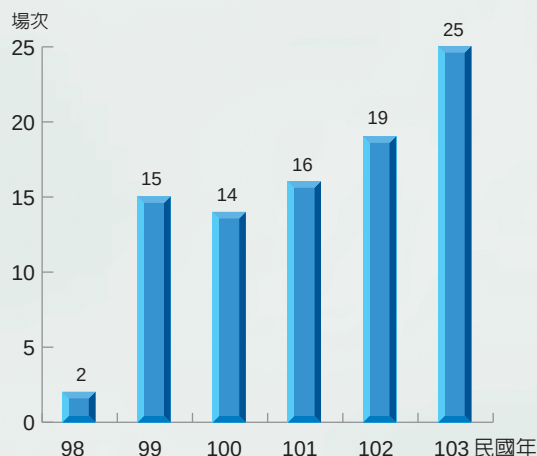
邱前部長於第四屆APEC健康與經濟高階會議演講

圖 11-4 我國參與WHA六年來之進展

我國歷年參與雙邊會議場次



我國歷年技術性會議發言場次



第二節 國際交流與援助

一、國際合作與交流

(一) 國際業務辦理情形：如表 11-1

1. 參與國際會議

參與國際護理協會（International Council of Nurses, ICN）103年第五屆法規認證論壇、三方會議暨第三屆世界衛生法規會議：5月於瑞士日內瓦舉辦第五屆法規認

證論壇，計有22國，近40名護理助產法規制定者（regulator）及國家護理學會（National Nursing Association, NNA）代表參加。而三方會議有83個國家的政府護理助產總長、護理及助產協會代表、法規制定者代表參加。與會代表共同討論加強護理及助產人力相關議題，以支持普及健康照護（UHC），達到全民健康之目標。

表 11-1 103年衛生福利國際業務辦理情形

衛生福利部國際業務辦理情形	103年
國外參加國際會議或研習	共計56場
於國內舉辦國際會議	共計14場
外賓邀/參訪	共計56國525人次

2. 舉辦國際會議

(1) 第 84 屆國醫節第 6 屆臺北國際中醫藥學術論壇：103 年 3 月 15 至 16 日於臺北舉辦，邀請 14 個國家專家學者、中醫藥界人士和國內約 1,419 位中醫師與會，針對目前中醫研究發展、臨床研究及成果進行發表交流。

(2) 2014 臺美衛生福利政策研討會：103 年 5 月 13 日及 14 日於臺北舉辦，邀請美國喬治亞州衛生署署長 Dr. Brenda Fitzgerald、阿肯瑟州衛生署署長 Dr. Nathaniel Smith、華盛頓州衛生署署長 Dr. John Wiesman、米爾班克基金會總裁 Mr. Christopher F. Koller、阿肯瑟州福利署署長 Mr. John Selig 及美國杜克大學政策與組織管理研究中心涂碧桂主任及林倩蓉副主任擔任講者。此會議讓雙邊官員與學者就當前重要衛生議題、未來發展的挑戰，與雙方衛生政策執行成果等資訊進行交流。

(3) 第 1 屆 APEC 健康促進醫院及健康照護研討會：103 年 7 月 30 至

31 日於臺北舉辦，以「非傳染病時代健康照護服務再造」為主題，邀請中國大陸、泰國、秘魯、馬來西亞、韓國、新加坡、日本等 7 個會員體，共計 518 人參與，分享推動健康促進醫院及高齡友善健康照護成果。

(4) 2014 亞洲全民健保國際研討會：103 年 10 月 13 日於臺北舉辦，以「健保醫療服務、藥品與未來挑戰」為核心，邀請泰國、馬來西亞、印尼、越南、菲律賓、韓國、日本等亞洲地區專家學者與會，針對亞洲各國的健保醫療服務與藥品給付及訂價等議題進行討論。

(5) 第 2 屆 APEC 高齡友善城市與高齡友善經濟研討會：103 年 10 月 16 日於臺北舉辦，邀請歐盟執委會健康與消費促進組副主任 Mr. Jorge Pinto Antunes、澳洲梅爾維爾市議會社區發展部門主管 Ms. Christine Young、印尼 SurveyMeter 執行長 Ni Wayan Suriastini 博士等專家演講國際推動高齡友善城市與高齡友善經濟的現況，共計 241 人與會。



2014臺美衛生福利政策研討會



太平洋原住民醫療衛生會議

2014 GLOBAL HEALTH FORUM IN TAIWAN 臺灣全球健康論壇

Organizers: Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan) Ministry of Foreign Affairs, R.O.C. (Taiwan) Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taiwan Secretariat: Foundation of Medical Professionals Alliance in Taiwan



2014臺灣全球健康論壇，共計有31國60位外賓參與。

(6)太平洋區原住民醫療衛生會議 (Pacific Region Indigenous Doctors' Congress)：103年11月2日至6日於花蓮舉辦，以「家與伙伴 (family and partnership)」為主題。此會議第一次在臺灣舉行，與夏威夷、澳洲、紐西蘭、加拿大等國原住民醫療照護實務工作者及專家學者共同交流彼此的經驗。

(7)銀浪新創力國際論壇：103年11月17日於臺北舉辦，以「在地安老 - 整合型社區居家服務」為主題，邀請美國、日本、丹麥及香港等5位國際專家就創新服務模式、打造全方位照護人才、開發商業服務模式和科技應用等題演講，並安排國內外專家分享服務經驗。

(8)2014 臺灣全球健康論壇：103年11月30日至12月1日於臺北舉辦，主 題 為 "Healthy Society, Healthy

People"，共計31國60位外賓參與，包含8位衛生部次長，衛生官員及國際知名專家學者共計34位。論壇兩日合計出席總人數達1,037人次，為論壇自94年起舉辦以來，與會人數最多的一年。

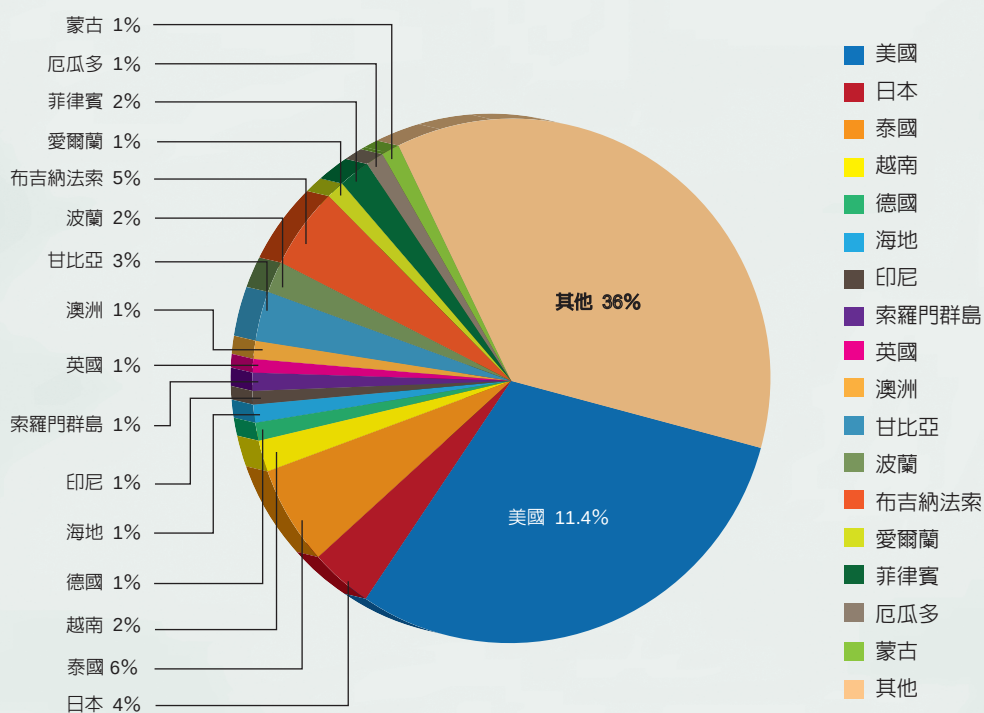
3. 國際友人來訪：103年共接待56國525人次外賓參訪，除一般性的拜會外，也就衛生福利政策、醫藥、食品、健保、科技、雙邊合作等議題進行交流。如圖11-5。

(二) 國際合作

1. 臺美5號合作協議：103年4月30日本部疾管署與美國衛生部完成簽署。雙方可交流分享流感監測與實驗室診斷資訊及技術，並派員赴美研習疫苗種株製造及全球季節性流感死亡人數估算模式。

2. 臺歐原料藥品質管理資訊交流保密協定：103年5月12日本部食藥署與歐洲理事會藥品品質與衛生保健局（European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare, EDQM）共同簽署，讓雙方可彼此分享製藥用原料品質、製造相關之非公開專屬資訊，與最新技術標準規範文件等訊息。
3. 臺灣健康不平等報告合作計畫：103年6月與WHO「社會決定因素與健康委員會」首任主席Sir Michael Marmot教授所領導之英國倫敦大學健康公平學院（UCL IHE），簽署合作計畫，將於104年完成「臺灣健康不平等報告」，共同研提改善健康不平等計畫，並建立健康不平等長期監測機制。
4. 臺菲健康產品管理合作瞭解備忘錄：103年9月12日由駐菲代表王樂生與馬尼拉經濟文化辦事處代表Antonio I. Basilio共同簽署，以建立健康產品管理相關事務之資訊交流與合作。
5. 臺韓健康保險合作瞭解備忘錄：103年11月17日本部健保署與韓國健康保險審查評價院（Health Insurance Review and Assessment Services, HIRA）共同簽署，推廣與增進雙方健康保險相關之各項措施、經驗與人員交流，促進健保制度之研究合作。
6. 兩岸醫藥衛生協議：99年12月第六次江陳會談中簽署。103年3月31日我方依協議機制提供陸方H6N1病毒株，並透過已建立之緊急救治流程及

圖 11-5 103年來訪外賓國籍比例統計圖



機制，於5月23日就大陸福建省發生24名臺灣旅客搭乘之遊覽車墜落九龍江事件，進行聯繫。

二、國際衛生醫療援助

（一）人道援助

臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）103年與日本亞洲醫師協會（Association of Medical Doctors of Asia, AMDA）合作，支援土耳其哈卡里省牙醫診療服務，另與國內花蓮慈濟醫院和斯里蘭卡市立 Badulla 醫院共同於 Badulla 地區執行牙科義診活動。除了為兩所學校約 200 名孩童進行洗牙、補牙及塗氟之外，亦辦理口腔衛教，示範正確刷牙方式，並捐贈牙刷組、義診材料、牙科治療躺椅等醫藥物資。

（二）醫療協助

1. 醫療器材援助平臺計畫（GMISS）：募集全國醫療院所汰舊堪用之醫療儀器，配合外交政策捐贈友邦。103年完成索羅門群島、史瓦濟蘭、緬甸、海地、巴拉圭、聖多美普林西比、聖文森及格瑞那汀、蒙古、帛琉、吉里巴斯、布吉納法索等12件捐贈案共1,036件醫療器材捐贈。



TaiwanIHA 團隊醫師為斯里蘭卡山區學校學童治療牙齒

2. 臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫（TIHTC）：藉由訓練國外醫療資源缺乏地區的醫事人員來敦睦邦交，103年共培訓18國106人次國外醫事人員。
3. 鑒於西非伊波拉疫情嚴峻，疾病管制署於103年11月底捐贈10萬套個人防護裝備至西非疫區，提供第一線醫療防疫人員使用，與國際攜手共抗伊波拉。
4. 103年推展非洲地區國家衛生合作計畫：協助非洲國家全民健康保險、提升婦幼衛生照護服務、愛滋病防治、寄生蟲防治、e-Health、醫療物資捐贈及人員訓練等公共衛生工作之推展。
5. 103年本部首次接受外交部所請，代為委託國內8家醫院辦理「太平洋6友邦及友我國家醫療合作計畫」，分別於帛琉、吉里巴斯、諾魯、吐瓦魯四國辦理「臺灣醫療計畫」與「行動醫療團」，於馬紹爾群島以及索羅門群島辦理「臺灣衛生中心計畫」，另於斐濟及巴布亞紐幾內亞二國辦理「行動醫療團計畫」，上述計畫經費全數由外交部支應。

第三節 醫療服務國際化

一、醫療服務產業發展背景

健保支付方式的變革影響了醫院的經營行為，且伴隨著人口老化及科技進步，醫療服務市場所涵蓋的領域逐漸擴大，醫療產業已從以往單純的疾病治療趨向客戶服務面向。我國歷年來國民醫療保健支出呈現成長趨勢，但其佔GDP比例與其他已開發國家相較之下仍偏低，尚有提升的空間。透

過醫療服務國際化的推展，積極展現我國醫療服務技術及品質的優勢，為活絡我國醫療產業之發展，並提升我國醫療服務業之國際競爭力。

二、醫療服務國際化之發展目標

- (一) 透過輔導醫療服務提供者發展醫療品牌，建立各自強項特色，提供多元化醫療服務，並效法產業之制度化、組織能力等企管能力，與同業、異業進行橫向縱向活化整合，可有效開拓醫療業者之創新經營策略，使醫療服務產業邁向多元化環境。
- (二) 配合自由經濟示範區政策發展國際健康產業，由中央主導政策地方規劃執行，以醫療為火車頭，帶動生技、製藥、醫材、資訊及養生等產業發展。

三、醫療服務國際化之推動成果

- (一) 成立「國際醫療管理工作小組」作為資訊交流與傳播之平臺，並持續輔導 57 家參與計畫醫院建置具國際競爭力之環境，除進行外語總機、網站查核外，並完成實地輔導訪查。

- (二) 持續強化我國醫療服務行銷策略，於海內外積極推廣臺灣醫療旅遊，整體行銷我國醫療服務品牌。
- (三) 持續鬆綁相關法規限制，並配合大陸人民進入臺灣許可辦法之規定，公告 51 家醫院可代為申請大陸地區人士來臺進行健檢醫美，提供更為便捷的入臺途徑。
- (四) 試辦「僑安專案」，放寬緬甸、寮國、柬埔寨等國僑胞來臺之限制，開放渠等以僑團保證方式，組團來臺灣進行健康檢查、美容醫學以及醫療服務。截至 103 年 12 月，共計 158 團 3,013 人次透過僑安專案申請入臺。
- (五) 國際醫療近年推動之成效詳如表 11-2。
- (六) 配合自由經濟示範區政策推動「國際健康」產業，103 年 12 月 28 日於臺北松山、桃園、臺中清泉崗、高雄小港四處機場設置之「國際醫療服務中心」同步開幕，提供旅客國內醫療服務資訊及預約諮詢協助，以最直接的方式服務海外旅客。

表 11-2 國際醫療近年推動之成效

期間 類別	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
門診	63,388	78,553	96,850	92,931	115,569	123,107	174,342
住診	1,102	1,818	2,157	3,105	3,845	4,293	6,078
美容	1,072	3,902	3,125	3,254	5,822	10,627	4,308
健檢	2,983	5,234	8,532	9,843	48,075	93,137	74,946
總計	68,545	89,507	110,664	109,133	173,311	231,164	259,674
產值（億元）	20.29	34.33	41.49	54.14	96.23	136.48	141.35

附錄



- 155 | 附錄一 衛生福利統計指標
- 167 | 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 170 | 附錄三 衛生福利部103年政府出版品
- 174 | 附錄四 衛生福利部相關網站

附錄一 衛生福利統計指標

表1 人口

年別	總人口數	人 口 結 構			粗 出生率	粗 死亡率	自然 增加率	總生 育率	青少年 生育率	人口密度
		0-14歲	15至64 歲	65歲 以上						
	千 人	%	%	%	‰	‰	‰	每一婦女	‰	人/每平方公里
90年	22,406	20.8	70.4	8.8	11.7	5.7	5.9	1.4	13	619
91年	22,521	20.4	70.6	9.0	11.0	5.7	5.3	1.3	13	622
92年	22,605	19.8	70.9	9.2	10.1	5.8	4.3	1.2	11	625
93年	22,689	19.3	71.2	9.5	9.6	6.0	3.6	1.2	10	627
94年	22,770	18.7	71.6	9.7	9.1	6.1	2.9	1.1	8	629
95年	22,877	18.1	71.9	10.0	9.0	6.0	3.0	1.1	7	632
96年	22,958	17.6	72.2	10.2	8.9	6.2	2.8	1.1	6	634
97年	23,037	17.0	72.6	10.4	8.6	6.3	2.4	1.1	5	637
98年	23,120	16.3	73.0	10.6	8.3	6.2	2.1	1.0	4	639
99年	23,162	15.6	73.6	10.7	7.2	6.3	0.9	0.9	4	640
100年	23,225	15.1	74.0	10.9	8.5	6.6	1.9	1.1	4	642
101年	23,316	14.6	74.2	11.2	9.9	6.6	3.2	1.3	4	644
102年	23,374	14.3	74.2	11.5	8.5	6.7	1.9	1.1	4	646
103年	23,434	14.0	74.0	12.0	9.0	7.0	2.0	1.2	4	647

資料來源：內政部

表2 平均餘命與死亡率

年別	0歲平均餘命			5歲以下 兒童死亡率	15-60歲 成人死亡率
	計	男	女		
	歲	歲	歲	每千人口	每千人口
90年	76.7	74.1	79.9	8.2	116.7
91年	77.2	74.6	80.2	7.6	111.8
92年	77.3	74.8	80.3	6.9	110.7
93年	77.5	74.7	80.8	7.3	110.9
94年	77.4	74.5	80.8	6.9	112.8
95年	77.9	74.9	81.4	6.6	112.8
96年	78.4	75.5	81.7	6.4	105.6
97年	78.6	75.6	81.9	6.3	103.3
98年	79.0	76.0	82.3	5.6	101.0
99年	79.2	76.1	82.5	5.5	99.2
100年	79.1	76.0	82.6	5.7	99.0
101年	79.5	76.4	82.8	5.1	96.3
102年	80.0	76.9	83.4	4.7	93.6
103年	79.8	76.7	83.2	4.6	94.5

資料來源：內政部、衛生福利部

表 3 國民醫療保健支出

年別	經濟 成長率	平均每人 GDP	國民醫療保健支出					國民醫療 保健支出 占GDP比	平均每人 國民醫療 保健支出
			資金應用 單位	資金來源					
				公部門 比例	政府部門 比例	家庭部門比例			
						家庭自付 比例			
%	美元	百萬元	%	%	%	%	%	元	
90年	-1.3	13,448	583,775	61.3	27.1	52.0	32.3	5.88	26,130
91年	5.6	13,750	620,674	60.4	25.7	51.6	32.5	5.96	27,631
92年	4.1	14,120	657,796	60.2	27.2	51.8	32.7	6.15	29,154
93年	6.5	15,388	705,353	58.9	25.9	52.3	33.8	6.21	31,146
94年	5.4	16,532	735,502	57.0	24.9	53.6	35.3	6.26	32,359
95年	5.6	17,026	767,432	57.3	24.8	52.5	34.3	6.27	33,625
96年	6.5	17,814	796,540	57.8	24.1	52.8	34.9	6.17	34,757
97年	0.7	18,131	819,416	57.2	23.9	53.7	35.7	6.49	35,630
98年	-1.6	16,988	862,552	57.4	23.9	52.7	35.5	6.91	37,375
99年	10.6	19,278	885,045	57.2	25.5	55.6	36.8	6.53	38,246
100年	3.8	20,939	907,829	57.2	25.3	56.2	36.7	6.62	39,141
101年	2.1	21,308	932,818	57.9	24.9	55.4	36.1	6.63	40,086
102年	2.2	21,902	962,777	58.5	23.3	54.0	35.8	6.61	41,242
103年	3.8	22,635	...	...	...	...	...	...	...

資料來源：行政院主計總處、衛生福利部

表 4-1 醫療設施－家數

年別	醫療機構數											
	家	家	醫院						診所			
			西醫			中醫			家	西醫	中醫	牙醫
			公立	私立	公立	私立						
家	家	家	家	家	家	家	家	家				
90年	18,265	637	593	92	501	44	2	42	17,628	9,425	2,544	5,659
91年	18,228	610	574	91	483	36	2	34	17,618	9,287	2,601	5,730
92年	18,777	594	558	91	467	36	2	34	18,183	9,565	2,729	5,889
93年	19,240	590	556	88	468	34	2	32	18,650	9,819	2,852	5,979
94年	19,433	556	531	79	452	25	1	24	18,877	9,948	2,900	6,029
95年	19,682	547	523	79	444	24	1	23	19,135	10,064	3,006	6,065
96年	19,900	530	507	79	428	23	1	22	19,370	10,197	3,069	6,104
97年	20,174	515	493	79	414	22	1	21	19,659	10,326	3,160	6,173
98年	20,306	514	496	79	417	18	1	17	19,792	10,361	3,217	6,214
99年	20,691	508	492	81	411	16	1	15	20,183	10,599	3,289	6,295
100年	21,135	507	491	81	410	16	1	15	20,628	10,815	3,411	6,402
101年	21,437	502	488	81	407	14	1	13	20,935	10,997	3,462	6,476
102年	21,713	495	482	80	402	13	1	12	21,218	11,105	3,548	6,565
103年	22,041	497	486	80	406	11	1	10	21,544	11,277	3,637	6,630

資料來源：衛生福利部

表 4-2 醫療設施－病床數

年別	病床數							平均每萬人口病床數				
	床	醫院					診所	床	醫院			診所
		公立	私立	急性病床		急性一般病床						
				床	床							
床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
90年	127,676	114,640	39,670	74,970	72,915	67,818	13,036	57.0	51.2	32.5	30.3	5.8
91年	133,398	119,847	41,904	77,943	74,902	69,572	13,551	59.2	53.2	33.3	30.9	6.0
92年	136,331	121,698	42,777	78,921	75,097	69,545	14,633	60.3	53.8	33.2	30.8	6.5
93年	143,343	127,667	43,865	83,802	78,168	72,300	15,676	63.2	56.3	34.5	31.9	6.9
94年	146,382	129,548	44,273	85,275	78,423	72,411	16,834	64.3	56.9	34.4	31.8	7.4
95年	148,962	131,152	44,076	87,076	79,005	72,932	17,810	65.1	57.3	34.5	31.9	7.8
96年	150,628	131,776	44,873	86,903	79,695	73,337	18,852	65.6	57.4	34.7	31.9	8.2
97年	152,901	133,020	45,450	87,570	80,021	73,426	19,881	66.4	57.7	34.7	31.9	8.6
98年	156,740	134,716	45,913	88,803	80,884	74,132	22,024	67.8	58.3	35.0	32.1	9.5
99年	158,922	135,401	45,981	89,420	81,072	74,140	23,521	68.6	58.5	35.0	32.0	10.2
100年	160,472	135,431	45,603	89,828	81,173	74,082	25,041	69.1	58.3	35.0	31.9	10.8
101年	160,900	135,002	45,549	89,453	81,064	73,876	25,898	69.0	57.9	34.8	31.7	11.1
102年	159,422	134,197	45,134	89,063	80,096	72,692	25,225	68.2	57.4	34.3	31.1	10.8
103年	161,491	133,518	44,524	88,994	79,745	72,303	27,973	68.9	57.0	34.0	30.9	11.9

資料來源：衛生福利部

表4-3 醫事人力－執業醫事人數

年別	執業醫事人員數									
		西醫師	中醫師	牙醫師	藥師 (生)	醫事檢 驗師 (生)	醫事放射 師 (生)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
90年	165,855	30,562	3,979	8,944	24,891	6,542	3,152	82,763	518	778
91年	175,444	31,532	4,101	9,206	25,355	6,725	3,410	89,568	490	845
92年	183,103	32,390	4,266	9,551	25,033	7,055	3,557	95,271	476	895
93年	192,611	33,360	4,588	9,868	26,079	7,122	3,704	101,465	459	978
94年	199,734	34,093	4,610	10,141	26,750	7,323	3,880	104,786	397	1,056
95年	206,959	34,899	4,743	10,412	27,412	7,457	4,052	109,153	368	1,137
96年	214,748	35,849	4,862	10,740	28,040	7,642	4,211	113,832	347	1,239
97年	223,623	37,142	5,112	11,093	28,741	7,896	4,443	118,785	308	1,379
98年	233,553	37,880	5,290	11,351	29,587	8,203	4,651	125,081	258	1,563
99年	241,156	38,887	5,354	11,656	30,001	8,377	4,913	128,955	208	1,687
100年	250,258	40,002	5,570	11,992	31,300	8,579	5,133	133,336	134	1,824
101年	258,283	40,938	5,740	12,391	32,015	8,751	5,341	137,641	120	2,050
102年	265,759	41,965	5,977	12,794	32,668	9,006	5,507	140,915	132	2,234
103年	271,555	42,961	6,156	13,178	33,162	9,132	5,774	142,708	149	2,304

資料來源：衛生福利部

表 4-4 醫事人力-平均每萬人口執業醫事人數

年別	平均每萬人口執業醫事人員數									
		西醫師	中醫師	牙醫師	藥師 (生)	醫事檢 驗師 (生)	醫事放射 師 (生)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
90年	74.0	13.6	1.8	4.0	11.1	2.9	1.4	36.9	0.2	0.3
91年	77.9	14.0	1.8	4.1	11.3	3.0	1.5	39.8	0.2	0.4
92年	81.0	14.3	1.9	4.2	11.1	3.1	1.6	42.1	0.2	0.4
93年	84.9	14.7	2.0	4.3	11.5	3.1	1.6	44.7	0.2	0.4
94年	87.7	15.0	2.0	4.5	11.7	3.2	1.7	46.0	0.2	0.5
95年	90.5	15.3	2.1	4.6	12.0	3.3	1.8	47.7	0.2	0.5
96年	93.5	15.6	2.1	4.7	12.2	3.3	1.8	49.6	0.2	0.5
97年	97.1	16.1	2.2	4.8	12.5	3.4	1.9	51.6	0.1	0.6
98年	101.0	16.4	2.3	4.9	12.8	3.5	2.0	54.1	0.1	0.7
99年	104.1	16.8	2.3	5.0	13.0	3.6	2.1	55.7	0.1	0.7
100年	107.8	17.2	2.4	5.2	13.5	3.7	2.2	57.4	0.1	0.8
101年	110.8	17.6	2.5	5.3	13.7	3.8	2.3	59.0	0.1	0.9
102年	113.7	18.0	2.6	5.5	14.0	3.9	2.4	60.3	0.1	1.0
103年	115.9	18.3	2.6	5.6	14.2	3.9	2.5	60.9	0.1	1.0

資料來源：衛生福利部

表 5 法定傳染病

年別	確定病例														
	霍亂	新型A型流感	日本腦炎	漢生病	瘧疾	麻疹	流行性腦脊髓膜炎	流行性腮腺炎	百日咳	小兒麻痺症	先天性德國麻疹症候群	德國麻疹	新生兒破傷風	破傷風	結核病
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
90年	-	...	33	2	29	10	43	444	6	-	3	17	...	19	14,486
91年	2	...	19	8	28	24	46	665	18	-	-	4	...	15	16,758
92年	1	...	25	9	34	6	26	676	26	-	-	2	...	13	15,042
93年	1	...	32	9	18	-	24	1,081	21	-	-	4	...	16	16,784
94年	2	-	35	9	26	7	20	1,158	38	-	-	7	...	16	16,472
95年	1	-	29	11	26	4	13	971	14	-	-	6	...	14	15,378
96年	-	-	37	12	13	10	20	1,208	41	-	1	54	-	10	14,480
97年	1	-	17	8	18	16	19	1,145	41	-	1	33	-	18	14,265
98年	3	-	18	7	11	48	2	1,068	90	-	-	23	-	12	13,336
99年	5	-	33	5	21	12	7	1,125	61	-	-	21	-	12	13,237
100年	3	-	22	5	17	33	5	1,171	77	-	-	60	-	10	12,634
101年	5	-	32	13	12	9	6	1,061	54	-	-	12	-	17	12,338
102年	7	-	16	7	13	8	6	1,170	51	-	-	7	-	24	11,528
103年	4	-	18	9	19	26	3	880	78	-	-	7	-	9	11,326

資料來源：衛生福利部

備註：1. 流行性腮腺炎及破傷風係報告病例。

2. 瘧疾均為境外移入病例。

3.自97年起「癩病」更名為「漢生病」。

4.自103年起人類感染各亞型禽流感之通報名稱及定義，合併為「新型A型流感」。

表 6 食品藥政

年 別	食品中毒事件			藥商家數			
	發生件數	患者數	死亡數	家	藥局	藥品暨醫療器材販賣業	藥品暨醫療器材製造業
	件	人	人		家	家	家
90年	178	2,955	2	47,130	6,440	39,948	742
91年	262	5,566	1	49,752	6,990	41,996	766
92年	251	5,283	2	51,447	7,155	43,500	792
93年	274	3,992	2	52,685	7,435	44,395	855
94年	247	3,530	1	55,802	7,673	47,198	931
95年	265	4,401	-	57,976	7,397	49,580	999
96年	248	3,231	-	59,061	7,381	50,633	1,047
97年	272	2,924	-	58,834	7,215	50,514	1,105
98年	351	4,642	-	58,524	7,450	49,814	1,260
99年	503	6,880	1	60,222	7,558	51,289	1,375
100年	426	5,819	1	63,274	7,699	54,090	1,485
101年	527	5,701	-	64,024	7,620	54,843	1,561
102年	409	3,890	-	65,280	7,701	55,926	1,653
103年	480	4,504	-	66,678	7,866	57,125	1,687

資料來源：衛生福利部

表 7-1 特定死因統計－主要死因

年別	嬰兒 死亡率	所有死亡原因		主要死因									
				惡性腫瘤		心臟疾病		腦血管疾病		肺炎		糖尿病	
		死亡 人數	每十萬人口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人口標準化 死亡率
90年	6.0	126,667	558.7	32,993	143.1	11,003	48.8	13,141	57.8	3,746	16.8	9,113	39.8
91年	5.4	126,936	539.8	34,342	144.2	11,441	48.5	12,009	50.5	4,530	19.4	8,818	37.1
92年	4.9	129,878	532.3	35,201	143.1	11,785	47.9	12,404	49.9	5,099	20.8	10,013	40.5
93年	5.3	133,680	528.7	36,357	142.8	12,861	50.1	12,339	47.8	5,536	21.5	9,191	35.8
94年	5.0	138,957	530.0	37,222	141.2	12,970	48.3	13,139	48.9	5,687	21.0	10,501	39.4
95年	4.6	135,071	495.4	37,998	139.3	12,283	43.8	12,596	44.7	5,396	18.9	9,690	34.9
96年	4.7	139,376	491.6	40,306	142.6	13,003	44.4	12,875	43.8	5,895	19.6	10,231	35.5
97年	4.6	142,283	484.3	38,913	133.7	15,726	51.7	10,663	35.0	8,661	27.5	8,036	26.9
98年	4.0	142,240	466.7	39,918	132.5	15,094	47.7	10,383	32.8	8,358	25.3	8,230	26.6
99年	4.2	144,709	455.6	41,046	131.6	15,675	47.4	10,134	30.6	8,909	25.6	8,211	25.3
100年	4.2	152,030	462.4	42,559	132.2	16,513	47.9	10,823	31.3	9,047	24.8	9,081	26.9
101年	3.7	153,823	450.6	43,665	131.3	17,121	47.9	11,061	30.8	9,314	24.4	9,281	26.5
102年	3.9	154,374	435.3	44,791	130.4	17,694	47.7	11,313	30.3	9,042	22.5	9,438	25.8
103年	3.6	162,911	443.6	46,095	130.2	19,400	50.2	11,736	30.4	10,353	24.7	9,845	26.0

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以WHO 2000年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97年起以ICD-10為統計分類。

表 7-1 特定死因統計－主要死因（續）

年別	主要死因											
	事故傷害		慢性下呼吸道疾病		慢性肝病及肝硬化		高血壓性疾病		腎炎、腎病症候群及腎病變		蓄意自我傷害（自殺）	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率
90年	9,513	41.5	5,159	22.9	5,239	22.3	1,766	7.9	4,056	17.9	2,781	11.7
91年	8,489	36.3	5,226	22.0	4,795	19.9	1,947	8.2	4,168	17.7	3,053	12.5
92年	8,191	34.5	5,192	20.9	5,185	20.9	1,844	7.4	4,306	17.5	3,195	12.8
93年	8,453	35.0	5,292	20.3	5,351	20.8	1,806	7.0	4,680	18.2	3,468	13.6
94年	8,365	34.0	5,484	20.0	5,621	21.3	1,891	7.0	4,822	17.9	4,282	16.6
95年	8,011	31.9	4,969	17.2	5,049	18.6	1,816	6.4	4,712	16.8	4,406	16.8
96年	7,130	27.9	4,914	16.2	5,160	18.4	1,977	6.6	5,099	17.3	3,933	14.7
97年	7,077	27.0	5,374	16.9	4,917	17.1	3,507	11.2	4,012	13.2	4,128	15.2
98年	7,358	27.7	4,955	14.9	4,918	16.6	3,721	11.5	3,999	12.5	4,063	14.7
99年	6,669	24.4	5,197	14.8	4,912	16.1	4,174	12.2	4,105	12.4	3,889	13.8
100年	6,726	24.1	5,984	16.2	5,153	16.5	4,631	12.9	4,368	12.6	3,507	12.3
101年	6,873	23.8	6,326	16.4	4,975	15.6	4,986	13.3	4,327	12.1	3,766	13.1
102年	6,619	22.4	5,959	14.9	4,843	14.8	5,033	12.9	4,489	11.9	3,565	12.0
103年	7,123	23.7	6,430	15.3	4,962	14.8	5,459	13.5	4,868	12.5	3,546	11.8

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以WHO 2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97 年起以ICD-10 為統計分類。

表 7-2 特定死因統計－主要癌症死因

年別	主要癌症死因									
	肝和肝內膽管癌		氣管、支氣管和肺癌		結腸、直腸和肛門癌		女性乳癌		前列腺（攝護腺）癌	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬女性人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬男性人口標準化死亡率
90年	6,415	28.0	6,555	28.3	3,457	15.0	1,241	10.7	693	5.9
91年	6,943	29.4	6,846	28.5	3,649	15.3	1,203	10.2	750	6.2
92年	7,010	28.8	6,911	27.9	3,711	15.0	1,381	11.3	742	5.9
93年	7,059	28.1	7,153	27.8	3,898	15.2	1,339	10.5	821	6.2
94年	7,108	27.3	7,302	27.4	4,111	15.5	1,439	11.0	909	6.6
95年	7,415	27.6	7,479	27.0	4,284	15.5	1,439	10.6	957	6.6
96年	7,809	28.1	7,993	27.9	4,470	15.6	1,552	11.1	1,003	6.7
97年	7,651	26.8	7,777	26.3	4,266	14.4	1,541	10.7	892	5.7
98年	7,759	26.2	7,951	25.9	4,531	14.8	1,589	10.6	936	5.9
99年	7,744	25.2	8,194	25.8	4,676	14.6	1,706	11.0	1,021	6.1
100年	8,022	25.3	8,541	26.0	4,921	15.0	1,852	11.6	1,096	6.4
101年	8,116	24.7	8,587	25.4	5,131	14.9	1,912	11.6	1,187	6.7
102年	8,217	24.2	8,854	25.3	5,265	14.9	1,962	11.6	1,207	6.6
103年	8,179	23.3	9,167	25.3	5,603	15.3	2,071	11.9	1,218	6.5

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以WHO 2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97 年起以ICD-10 為統計分類。

表 8 社會保險

年別	全民健保						
	保險人數	納保率	就醫指標				
			每人門診次數	每百人住診件數	每件門診點數	每件住診點數	每件住診日數
	千人	%	次	件	點	點	日
90年	21,654	...	13.6	12.5	752	39,101	8.8
91年	21,869	...	13.6	13.0	806	41,046	9.1
92年	21,984	...	13.4	12.0	849	45,265	9.6
93年	22,134	...	14.6	13.2	874	49,048	9.7
94年	22,315	...	14.7	13.2	897	51,406	9.9
95年	22,484	...	14.0	13.0	959	52,417	9.9
96年	22,803	...	14.0	13.1	985	53,027	10.0
97年	22,918	...	14.0	13.1	1,032	54,534	10.0
98年	23,026	99.3	14.4	13.4	1,052	54,774	9.9
99年	23,074	99.4	14.6	13.6	1,067	54,693	10.0
100年	23,199	99.5	15.1	13.8	1,086	55,253	9.9
101年	23,281	99.5	15.1	13.8	1,113	55,569	9.9
102年	23,463	99.6	15.1	13.5	1,168	57,168	9.9
103年	23,622	99.6	15.2	13.7	1,197	58,573	9.7

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

備註：1. 就醫指標資料來源：本署二代倉儲系統保險對象彙總檔、門診、交付機構及住診明細檔（2015/06/02擷取）。

2. 本表統計範圍不含代辦案件。

3. 平均每人之分母為季中保險對象人數，係當年2、5、8、11月在保人數之算數平均數。

4. 門診次數不含（件數以0計）：「居家照護及社區精神照護案件」、「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「就醫併申報BC肝用藥」、「交付機構」及「醫令金額補報」申報案件。

5. 門診件數不含（件數以0計）：「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「就醫併申報BC肝用藥」、「交付機構」及「醫令金額補報」申報案件。

6. 住診件數不含（件數以0計）：「就醫併申報BC肝用藥」及「醫令金額補報」申報案件。

7. 住診日數為急性病床天數與慢性病床天數合計。

表8 社會保險（續）

年別	國民年金								
	保險人數	占25-64歲百分比	一般身分	低收入戶	所得未達一定標準者		身心障礙者		
					第一目	第二目	重度以上	中度	輕度
	千人	%	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人
90年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
91年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
92年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
94年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97年	4,221	31.3	3,931	39	6	3	88	81	72
98年	4,015	29.4	3,563	50	100	51	95	84	72
99年	3,872	27.9	3,390	51	120	62	96	83	70
100年	3,784	27.1	3,296	62	120	55	98	83	70
101年	3,726	26.5	3,221	73	127	57	99	81	69
102年	3,678	25.9	3,180	76	123	52	100	79	67
103年	3,584	25.2	3,086	77	126	52	98	78	66

資料來源：衛生福利部

備註：第一目係指國民年金法第12條規定，家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達當年度最低生活費1.5倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出1倍者；第二目係指家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達當年度最低生活費2倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之1.5倍者。

表 9 社會救助

年別	低收入戶				中低收入戶			
	戶數	占總戶數比	人數	占總人數比	戶數	占總戶數比	人數	占總人數比
	戶	%	人	%	戶	%	人	%
90年	67,191	1.0	162,699	0.7	-	-	-	-
91年	70,417	1.0	171,200	0.8	-	-	-	-
92年	76,406	1.1	187,875	0.8	-	-	-	-
93年	82,783	1.2	204,216	0.9	-	-	-	-
94年	84,823	1.2	211,292	0.9	-	-	-	-
95年	89,900	1.2	218,166	1.0	-	-	-	-
96年	90,682	1.2	220,990	1.0	-	-	-	-
97年	93,032	1.2	223,697	1.0	-	-	-	-
98年	105,265	1.3	256,342	1.1	-	-	-	-
99年	112,200	1.4	273,361	1.2	-	-	-	-
100年	128,237	1.6	314,282	1.4	35,420	0.4	120,042	0.5
101年	145,613	1.8	357,446	1.5	88,988	1.1	282,019	1.2
102年	148,590	1.8	361,765	1.5	108,589	1.3	334,391	1.4
103年	149,958	1.8	357,722	1.5	114,522	1.4	349,130	1.5

資料來源：衛生福利部

備註：100年7月1日起實施新制社會救助法，放寬認定標準，並納入中低收入戶。

表 9 社會救助（續）

年別	醫療補助		中低收入住院看護補助		災害救助金額	急難救助	
	人次	萬元	人次	萬元	萬元	人次	萬元
90年	9,640	10,173	4,454	10,209	96,886	39,229	21,406
91年	10,049	10,485	4,678	9,191	17,900	39,335	20,536
92年	11,242	8,963	4,683	9,523	8,129	35,257	19,914
93年	12,146	10,522	4,880	9,246	66,271	36,134	24,592
94年	10,756	9,376	5,145	10,429	54,774	33,960	21,794
95年	5,326	5,681	5,148	10,200	8,422	37,094	21,596
96年	5,734	6,154	5,854	10,965	13,255	46,666	26,845
97年	5,295	5,627	6,501	11,411	18,870	48,074	27,366
98年	5,486	6,639	7,033	12,167	82,180	44,129	24,576
99年	5,773	6,403	8,066	12,871	79,226	47,863	28,373
100年	5,383	7,092	9,761	16,269	4,672	45,418	27,423
101年	5,013	7,176	9,667	16,283	17,363	46,978	26,910
102年	4,322	8,041	10,258	16,936	8,853	40,961	24,669
103年	4,260	8,987	10,767	18,050	4,816	42,232	25,349

資料來源：衛生福利部

表10 社會福利

年別	兒童及少年福利(未滿18歲)						老人福利(65歲以上)					
	人數	占總人口比	家庭寄養		弱勢兒童及少年生活扶助		人數	占總人口比	中低收入老人生活津貼		中低收入老人特別照顧津貼	
			寄養人數	金額	人次	金額			年底核定人數	金額	人次	金額
	人	%	人	萬元	人次	萬元	人	%	人	萬元	人次	萬元
90年	5,662,521	25.3	...	...	...	...	1,973,357	8.8	181,211	982,386	-	-
91年	5,544,533	24.6	...	...	...	...	2,031,300	9.0	182,392	999,266	-	-
92年	5,429,950	24.0	...	...	...	...	2,087,734	9.2	173,951	987,948	7,634	3,554
93年	5,345,047	23.6	1,960	37,220	597,918	108,056	2,150,475	9.5	156,446	926,000	8,517	3,971
94年	5,242,928	23.0	2,052	39,579	824,842	171,496	2,216,804	9.7	148,118	892,951	7,847	3,646
95年	5,107,181	22.3	2,031	43,861	906,194	172,393	2,287,029	10.0	140,544	867,302	7,123	3,287
96年	5,002,123	21.8	1,941	44,529	820,487	126,308	2,343,092	10.2	134,644	846,696	6,429	3,032
97年	4,868,304	21.1	1,849	48,253	1,039,134	158,318	2,402,220	10.4	125,951	785,875	6,519	3,177
98年	4,745,159	20.5	1,761	48,160	1,222,200	195,916	2,457,648	10.6	122,523	768,898	7,263	3,535
99年	4,595,767	19.8	1,905	43,785	1,355,253	205,352	2,487,893	10.7	119,861	760,908	7,862	3,814
100年	4,469,350	19.2	1,802	43,366	1,348,606	199,776	2,528,249	10.9	120,266	761,814	8,116	4,062
101年	4,380,203	18.8	1,835	46,625	1,466,688	288,034	2,600,152	11.2	120,968	923,968	9,042	4,529
102年	4,258,385	18.2	1,804	45,030	1,406,040	278,058	2,694,406	11.5	120,869	924,823	9,152	4,587
103年	4,149,792	17.7	1,743	43,185	1,406,033	281,434	2,808,690	12.0	122,423	938,459	9,077	4,555

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

表10 社會福利（續）

年別	家庭支持			婦女福利			
	單親中途之家 實際收容個案數	特殊境遇家庭 扶助服務		婦女福利 服務中心	婦女中途之家、庇護中心		
		人次	萬元		機構數	收容人數	收容個案數
		人次	萬元	(個)	(個)	(人)	(人次)
90年	...	...	...	44	28	431	616
91年	...	109,598	27,035	39	27	305	853
92年	...	169,999	33,806	41	37	280	1,129
93年	...	172,683	34,172	55	42	370	1,371
94年	...	188,293	36,244	60	49	408	1,753
95年	...	98,858	24,220	62	40	385	1,924
96年	...	103,612	28,547	75	37	330	1,902
97年	...	107,149	30,625	58	37	331	2,987
98年	...	153,175	40,913	61	38	345	3,340
99年	...	188,433	47,861	63	41	412	3,292
100年	539	188,987	48,159	52	37	460	2,917
101年	548	156,784	44,840	51	40	449	2,927
102年	581	137,464	40,303	56	41	440	2,982
103年	678	139,513	42,978	73	58	469	4,256

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

備註：婦女福利服務內容自103年起開始統計。

表10 社會福利（續）

年別	身心障礙者										
	人數	占身障人口比			占總人口比	生活補助		日間照顧及住宿式 照顧補助		輔具費用補助	
		未滿18歲	18至64歲	65歲以上		人次	萬元	年底人數	萬元	人次	萬元
	人	%	%	%	%						
90年	754,084	6.8	58.2	35.0	3.4	2,090,576	668,695	12,891	196,042	51,873	56,928
91年	831,266	6.6	57.9	35.5	3.7	2,370,720	753,556	13,709	226,751	58,169	64,061
92年	861,030	6.6	58.6	34.8	3.8	2,654,420	824,960	16,429	265,940	61,223	70,846
93年	908,719	6.6	58.7	34.7	4.0	2,975,141	1,217,452	20,162	292,195	54,843	58,832
94年	937,944	6.5	58.5	34.9	4.1	3,273,538	1,333,763	21,658	323,290	45,162	47,753
95年	981,015	6.4	57.9	35.7	4.3	3,474,205	1,412,015	23,771	353,576	50,817	52,470
96年	1,020,760	6.2	57.4	36.4	4.4	3,635,680	1,472,416	25,529	396,277	53,243	53,931
97年	1,040,585	6.1	57.4	36.5	4.5	3,712,397	1,498,714	26,823	431,025	55,425	53,900
98年	1,071,073	5.9	57.1	37.0	4.6	3,862,823	1,565,270	29,860	475,602	64,138	60,975
99年	1,076,293	5.8	57.6	36.6	4.6	3,998,947	1,621,943	30,449	517,837	70,873	66,296
100年	1,100,436	5.6	57.4	37.0	4.7	4,132,534	1,680,850	32,592	565,535	76,289	72,187
101年	1,117,518	5.6	57.6	36.8	4.8	4,176,404	2,016,490	33,779	613,446	77,422	72,882
102年	1,125,113	5.3	57.2	37.5	4.8	4,179,802	2,042,821	37,298	648,569	70,564	67,823
103年	1,141,677	5.1	56.7	38.2	4.9	4,206,306	2,052,774	39,199	706,541	75,057	72,924

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

表11 保護服務

年別	家暴事件			性侵害事件			兒童及少年保護
	通報被害人 人數	被害人保護扶助		通報被害人 人數	被害人保護扶助		受虐兒少人 數
	人	人次	萬元	人	人次	萬元	人
90年	...	...	...	...	...	...	...
91年	...	...	...	...	...	...	...
92年	...	...	...	...	...	...	...
93年	...	...	...	...	...	...	7,837
94年	58,614	...	...	4,900	...	...	9,897
95年	63,274	285,171	13,825	5,638	48,462	4,925	10,093
96年	68,421	330,606	19,886	6,530	72,090	5,319	13,566
97年	75,438	416,844	25,456	7,285	95,247	5,878	13,703
98年	83,728	478,769	32,684	8,008	101,482	6,491	13,400
99年	98,720	601,567	34,427	9,320	100,942	6,027	18,331
100年	94,150	871,146	40,561	11,121	140,326	7,360	17,667
101年	98,399	915,859	39,116	12,066	158,258	7,077	19,174
102年	110,103	988,586	46,854	10,901	177,258	7,753	16,322
103年	95,663	1,127,819	53,360	11,096	199,846	10,947	11,589

資料來源：衛生福利部及各直轄市、縣（市）政府

表12 國際比較

國別	人口						平均餘命與死亡率						
	年齡 中位數	粗出生 率	粗死亡 率	總生育 率	青少年 生育率	扶養比	0歲平均餘命			嬰兒 死亡率	5歲以下兒童 死亡率	15-60歲成人 死亡率	
							計	男	女			男	女
	2013	2013	2013	2013	2007- 2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013
	歲	‰	‰	每一 婦女	‰	%	歲	歲	歲	每千 活產	每千 人口	每千 人口	每千 人口
臺灣	39	9	7	1.1	4	34.9	80	77	83	4	5	132	54
日本	46	8	10	1.4	5	61.6	84	80	87	2	3	81	42
韓國	39	10	6	1.3	2	37.1	82	78	85	3	4	93	38
美國	37	13	8	2.0	34	50.4	79	76	81	6	7	128	76
加拿大	40	11	7	1.7	14	46.3	82	80	84	5	5	81	52
英國	40	12	9	1.9	22	54.0	81	79	83	4	5	88	55
德國	46	9	11	1.4	8	52.0	81	79	83	3	4	92	50
法國	41	12	9	2.0	9	56.5	82	79	85	4	4	109	52
澳洲	37	13	6	1.9	15	50.2	83	80	85	3	4	78	45
紐西蘭	37	14	6	2.1	25	51.9	82	80	84	5	6	80	52

資料來源：WHO、World Bank、內政部、衛生福利部

備註：國際比較之資料年係以西元年表示。

表12 國際比較（續）

國別	醫療保健支出			
	醫療保健支出比		平均每人醫療保健支出	
	醫療保健支出占 GDP比	公部門醫療保健支出占總醫療保健支出比	平均每人醫療保健支出	平均每人公部門醫療保健支出
	2012	2012	2012	2012
	%	%	USD PPPs	USD PPPs
臺灣	6.6	57.9	2,668	1,546
日本	10.3	82.1	3,649	2,997
韓國	7.6	54.5	2,291	1,248
美國	16.9	47.6	8,745	4,160
加拿大	10.9	70.1	4,602	3,224
英國	9.3	84.0	3,289	2,762
德國	11.3	76.7	4,811	3,691
法國	11.6	77.4	4,288	3,317
澳洲 ^a	9.1	68.4	3,997	2,733
紐西蘭 ^a	10.0	82.7	3,172	2,623

資料來源：2014 OECD Health Data、衛生福利部

備註：a係以2011年計列。

附錄二 法定傳染病確定病例統計

表1 103年急性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第一類	天花	0	0	0
	鼠疫	0	0	0
	嚴重急性呼吸道症候群	0	0	0
	狂犬病	0	0	0
	H5N1流感（註3）	0	0	0
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	25	6	19
	登革熱	15,732	15,492	240
	登革出血熱/登革休克症候群	136	136	0
	流行性腦脊髓膜炎	3	3	0
	副傷寒	8	0	8
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺（註4）	29	29	0
	桿菌性痢疾	132	15	117
	阿米巴性痢疾	300	103	197
	瘧疾	19	0	19

表1 103年急性法定傳染病確定病例數統計表（續）

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第二類	麻疹	26	8	18
	急性病毒性A型肝炎	117	68	49
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	2	2	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	4	4	0
	德國麻疹	7	1	6
	屈公病	7	0	7
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	炭疽病	0	0	0
第三類	百日咳	78	77	1
	破傷風（註5）	9	-	-
	日本腦炎	18	18	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	120	117	3
	急性病毒性C型肝炎	205	205	0
	急性病毒性D型肝炎	1	1	0
	急性病毒性E型肝炎	9	5	4
	急性病毒性肝炎未定型	1	1	0
	流行性腮腺炎（註5）	880	-	-
	退伍軍人病	135	129	6
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	4	4	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	6	6	0
第四類	疱疹B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	98	97	1
	類鼻疽	37	36	1
	肉毒桿菌中毒	0	0	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	587	586	1
	Q熱	42	42	0
	地方性斑疹傷寒	21	19	2
	萊姆病	2	0	2
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	414	412	2
	水痘併發症	55	54	1
	弓形蟲感染症	12	12	0
	流感併發重症	1,721	1,713	8
	布氏桿菌病	0	0	0

表1 103年急性法定傳染病確定病例數統計表（續）

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第五類	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒感染	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0
	中東呼吸症候群冠狀病毒感染症	0	0	0
	H7N9流感（註3）	2	0	2
	新型A型流感（註3）	0	0	0

備註：

1. 資料下載時間：民國104年10月23日。
2. 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。
3. 自103年7月1日起，「H5N1流感」及「H7N9流感」等新興A型亞型流感合併為「新型A型流感」，並將其列為第五類傳染病，同時配合移除原第一類傳染病「H5N1流感」及第五類傳染病「H7N9流感」。表中「H5N1流感」及「H7N9流感」統計數據係統計至103年6月30日止；「新型A型流感」則由103年7月1日起納入統計。
4. 依病毒檢驗報告資料，自73年以後即無分離出野生株之小兒麻痺病毒。81年實施「根除三麻一風」計畫以來，即以急性無力肢體麻痺做為小兒麻痺症之疫情監視指標。
5. 破傷風及流行性腮腺炎以報告病例呈現。

表2 103年慢性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	確定病例數
第二類	多重抗藥性結核病	112
第三類	結核病	11,326
	梅毒	6,986
	淋病	2,622
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	2,236
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,387
	漢生病	9
第四類	庫賈氏病	0

1. 資料下載時間：民國104年10月23日。
2. 除多重抗藥性結核病以衛福部疾病管制署登記日；結核病以通報建檔日為分析基準，其餘慢性法定傳染病皆以診斷日作為分析基準。

附錄三 衛生福利部 103 年政府出版品

●圖書類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版 年月
1	衛生福利部103年度推展社會福利補助作業手冊	衛生福利部	1010300330	103/03
2	2014濫用藥物檢驗方法彙編	衛生福利部食品藥物管理署	1010300341	103/03
3	我的健康生活筆記-健康五絕招	衛生福利部	1010300358	103/03
4	公共場所民衆CPR+AED教材(簡易版)	衛生福利部	1010300465	103/03
5	公共場所民衆CPR+AED教材(完整版)	衛生福利部	1010300467	103/03
6	公共場所民衆CPR+AED教材(管理員版)	衛生福利部	1010300468	103/03
7	衛生福利部社會及家庭署103年度推展社會福利補助作業手冊	衛生福利部社會及家庭署	1010300728	103/04
8	愛人愛己 同舟共濟-愛滋病防治專書	衛生福利部疾病管制署	1010300730	103/04
9	兒童及少年福利與權益法規彙編	衛生福利部社會及家庭署	1010300808	103/04
10	衛生福利部全民健康保險會年報	衛生福利部	1010300822	103/05
11	實驗室生物安全管理法規及行政指導彙編	衛生福利部疾病管制署	1010300850	103/04
12	孕婦健康手冊	衛生福利部國民健康署	1010300861	103/06
13	登革熱/屈公病防治工作指引	衛生福利部疾病管制署	1010300881	103/05
14	103年反毒報告書	衛生福利部食品藥物管理署	1010300907	103/05
15	傳染病標準檢驗方法手冊	衛生福利部疾病管制署	1010300977	103/05
16	衛生福利部國家中醫藥研究所2013年研究年報	衛生福利部國家中醫藥研究所	1010300995	103/07
17	醫療機構施行安寧緩和醫療作業案例集	衛生福利部	1010301009	103/05
18	生鮮截切蔬果從業人員衛生操作參考手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010301031	103/05
19	兒童健康手冊	衛生福利部國民健康署	1010301038	103/07
20	醫療機構感染管制手冊彙編	衛生福利部疾病管制署	1010301058	103/05
21	Review of the History and Practice of the Needling Depth of Acupoints	衛生福利部國家中醫藥研究所	1010301114	103/07
22	愛滋病防治工作手冊	衛生福利部疾病管制署	1010301159	103/07
23	減鹽(鈉)秘笈手冊	衛生福利部國民健康署	1010301244	103/07
24	中醫醫療管理法規彙編	衛生福利部	1010301285	103/09
25	莫拉克重建區社區培力永續發展成果發表會	衛生福利部	1010301385	103/08
26	登革熱/屈公病教戰手冊	衛生福利部疾病管制署	1010301397	103/07
27	高齡友善城市 全臺總動員	衛生福利部國民健康署	1010301448	103/08
28	莫拉克颱風災後生活重建服務中心重建實錄	衛生福利部	1010301462	103/08
29	中醫學史	衛生福利部國家中醫藥研究所	1010301506	103/09

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版 年月
30	103年度藥物濫用防制指引	衛生福利部食品藥物管理署	1010301525	103/07
31	性騷擾案件處理實務操作手冊	衛生福利部	1010301544	103/08
32	母乳哺育教戰手冊	衛生福利部國民健康署	1010301556	103/10
33	兒童預防保健服務醫師手冊	衛生福利部國民健康署	1010301601	103/08
34	結核病怎麼辦？	衛生福利部疾病管制署	1010301603	103/08
35	2014閱讀樂健康:優良健康讀物推介手冊	衛生福利部國民健康署	1010301604	103/09
36	臺灣中醫藥之發展	衛生福利部	1010301612	103/10
37	Anti-Drug Report 2014	衛生福利部食品藥物管理署	1010301691	103/09
38	中醫行政要覽	衛生福利部	1010301778	103/10
39	102年度兒童及少年性交易防制工作 成果報告書	衛生福利部	1010301788	103/09
40	減碳救地球醫界作先鋒－臺灣低碳醫 院成果專刊	衛生福利部國民健康署	1010301810	103/10
41	結核病接觸者調查手冊	衛生福利部疾病管制署	1010301874	103/09
42	103年度社區發展工作績效評鑑報告	衛生福利部	1010302071	103/12
43	健康促進與環境友善醫院教戰手冊	衛生福利部國民健康署	1010302134	103/11
44	健康促進醫院 從臺灣到全球	衛生福利部國民健康署	1010302201	103/11
45	傳染病檢驗採檢手冊	衛生福利部疾病管制署	1010302285	103/10
46	長者防跌妙招	衛生福利部國民健康署	1010302306	103/10
47	兒少虐待及疏忽-醫事人員工作手冊	衛生福利部	1010302629	103/12
48	臨床研究中心工作手冊第五版	衛生福利部嘉南療養院	1010302679	103/12
49	全民健康保險爭議審議案例彙編(八)- 權益篇	衛生福利部	1010302747	103/12
50	全民健康保險爭議審議案例彙編(八)- 醫療篇	衛生福利部	1010302749	103/12
51	2014-2015全民健康保險民衆權益手 冊	衛生福利部中央健康保險署	1010302841	103/12
52	2014-2015全民健康保險民衆權益手 冊(日文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010302985	103/12
53	Q寶Q妹食安萬花筒	衛生福利部食品藥物管理署	1010303009	103/12
54	因應氣候變遷之健康衝擊政策白皮書	衛生福利部	1010303026	103/12
55	「熟成.再敘」健保紀實攝影集From 1995	衛生福利部中央健康保險署	1010303039	103/12
56	2014-2015 全民健康保險民衆權益手 冊 (泰文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010303041	103/12
57	2014-2015全民健康保險民衆權益手 冊 (越南文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010303086	103/12
58	2014-2015全民健康保險民衆權益手 冊 (印尼文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010303088	103/12
59	2014物質濫用:物質濫用之防制、危 害、戒治	衛生福利部食品藥物管理署	1010303094	103/12

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版 年月
60	2014-2015年全民健康保險年報	衛生福利部中央健康保險署	1010303097	103/12
61	兒童問題與輔導 小甜甜信箱 第27輯	衛生福利部中區兒童之家	1010303098	103/12
62	白色守護 全民健保醫療支付與管理 施政紀實	衛生福利部中央健康保險署	1010303107	103/12
63	藍海雲端 全民健保資訊建置與應用 施政紀實	衛生福利部中央健康保險署	1010303109	103/12
64	杏林暖流 全民健保醫療品質與藥物 管理施政紀實	衛生福利部中央健康保險署	1010303115	103/12
65	金色挑戰 全民健保納保及財務平衡 施政紀實	衛生福利部中央健康保險署	1010303116	103/12
66	綠色奇蹟 全民健保山地離島醫療服 務施政紀實	衛生福利部中央健康保險署	1010303133	103/12
67	百年榮耀，世紀傳承-1909~2014臺灣 百年公立疫苗製造史	衛生福利部疾病管制署	1010303169	103/12
68	醫療器材 GMP 品質 跨世紀 推手 1989~2014	衛生福利部食品藥物管理署	1010303173	103/12
69	健康促進醫院理念與實務	衛生福利部國民健康署	1010303179	103/12
70	因應2013年狂犬病疫情防疫工作紀實	衛生福利部疾病管制署	1010303181	103/12
71	2014-2015 Handbook of Taiwan' s National Health Insurance	衛生福利部中央健康保險署	1010303206	103/12
72	食品業者登錄宣導手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303220	103/12
73	食品業者登錄查核手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303221	103/12
74	生物藥品檢驗基準(IV)	衛生福利部食品藥物管理署	1010303232	103/12
75	國產維生素類錠狀膠囊狀食品手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303234	103/12
76	食品添加物稽查手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303235	103/12
77	食品添加物手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303236	103/12
78	躁鬱症	衛生福利部	1010303237	103/12
79	失智症與精神健康	衛生福利部	1010303238	103/12
80	如何脫離強迫症困境	衛生福利部	1010303239	103/12
81	兒童焦慮症	衛生福利部	1010303240	103/12
82	性與精神健康	衛生福利部	1010303241	103/12
83	青春期的成長與精神健康	衛生福利部	1010303242	103/12
84	酒精與精神健康	衛生福利部	1010303243	103/12
85	飲食與精神健康	衛生福利部	1010303244	103/12
86	精神病人復健之路：溫馨陪伴篇	衛生福利部	1010303245	103/12
87	如何有效的幫助精神病人：現代行動 篇	衛生福利部	1010303246	103/12
88	群體健康服務品質指標報告	衛生福利部	1010303253	103/12
89	食品添加物追溯追蹤系統手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303276	103/12
90	102年度老人福利機構評鑑報告	衛生福利部	1010303284	103/12
91	供應生食食品從業人員衛生安全操作 參考手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010303291	103/12
92	好fit生活運動	衛生福利部國民健康署	1010303311	103/12

● 期刊類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版 年月
1	國民健康署年報	衛生福利部國民健康署	2010301334	103/09
2	Health Promotion Administration Annual Report	衛生福利部國民健康署	2010301336	103/11
3	食品藥物管理署年報(中文版)	衛生福利部食品藥物管理署	2010301353	103/07
4	中華民國衛生福利年報	衛生福利部	2010302163	103/11
5	食品藥物管理署年報(英文版)	衛生福利部食品藥物管理署	2010302286	103/12
6	健康促進統計年報	衛生福利部國民健康署	2010302522	103/11
7	社政業務報告書	衛生福利部社會及家庭署	2010302695	103/12
8	國民醫療保健支出	衛生福利部	2008900478	103/12
9	全民健康保險雙月刊	衛生福利部中央健康保險署	2008500224	103/1、3、5、 7、9、11
10	社區發展	衛生福利部社會及家庭署	2006600047	103/3、6、9、 12
11	食品藥物研究年報	衛生福利部食品藥物管理署	2009902762	103/12
12	藥物食品分析期刊	衛生福利部食品藥物管理署	2008200056	103/3、6、9、 12
13	食品中毒發生與防治年報	衛生福利部食品藥物管理署	2010002894	103/12
14	CDC Annual Report (英文版)	衛生福利部疾病管制署	2009205617	103/07
15	臺灣結核病防治年報	衛生福利部疾病管制署	2009604162	103/04
16	Taiwan Tuberculosis Control Report(英文版)	衛生福利部疾病管制署	2009604164	103/04
17	衛福季刊	衛生福利部	2010201852	103/7、9、12

● 電子出版品類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版 年月
1	全民健康保險-弱勢照顧篇	衛生福利部中央健康保險署	4210302888	103/12
2	全民健康保險-珍惜醫療資源篇	衛生福利部中央健康保險署	4210302889	103/12
3	結核菌素測驗及卡介苗接種技術 教學影片	衛生福利部疾病管制署	4310303254	103/12
4	健康心生活，無毒一身輕	衛生福利部食品藥物管理署	4510302869	103/12
5	中藥炮製應用數位學習課程	衛生福利部	4510303267	103/12
6	死因統計	衛生福利部	2009502599	103/12
7	醫療機構現況及醫院醫療服務量 統計	衛生福利部	2009502598	103/12
8	疫情報導	衛生福利部疾病管制署	4909902426	099/01
9	Taiwan Epidemiology Bulletin	衛生福利部疾病管制署	4909902427	099/01
10	CDC Annual Report	衛生福利部疾病管制署	4309902536	099/07

附錄四 衛生福利部相關網站

序號	網站名稱	網址
1	衛生福利部	http://www.mohw.gov.tw
2	衛生福利部疾病管制署	http://www.cdc.gov.tw
3	衛生福利部國民健康署	http://www.hpa.gov.tw
4	衛生福利部食品藥物管理署	http://www.fda.gov.tw
5	衛生福利部中央健康保險署	http://www.nhi.gov.tw
6	衛生福利部社會及家庭署	http://www.sfaa.gov.tw
7	衛生福利部國家中醫藥研究所	http://www.nricm.edu.tw
8	衛生福利e寶箱	http://www.mohw.gov.tw
9	醫事憑證管理中心	http://hca.nat.gov.tw
10	送子鳥資訊服務網	https://ibaby.mohw.gov.tw/
11	行政院公報資訊網	http://gazette.nat.gov.tw
12	財團法人國家衛生研究院	http://www.nhri.org.tw
13	財團法人藥害救濟基金會	http://www.tdrf.org.tw
14	財團法人醫藥品查驗中心	http://www.cde.org.tw
15	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	http://www.tjcha.org.tw
16	財團法人食品工業發展研究所	http://www.firdi.org.tw
17	衛生福利部線上申辦服務系統	https://e-service.mohw.gov.tw
18	政府出版品網	http://open.nat.gov.tw
19	臺灣E學院	http://sp1.hso.mohw.gov.tw/doctor
20	全國自殺防治中心	http://tspc.tw
21	食品藥物消費者知識服務網	http://consumer.fda.gov.tw/
22	食品業者登錄平臺	http://fadenbook.fda.gov.tw/
23	藥物食品化粧品上市後品質管理系統	http://qms.fda.gov.tw/
24	食品藥物消費者知識服務網	http://consumer.fda.gov.tw/
25	健康九九衛生教育資源網	http://health99.hpa.gov.tw
26	國民健康署青少年網站-性福e學院	http://young.hpa.gov.tw/index.asp
27	健康123-國民健康指標互動查詢網	https://olap.hpa.gov.tw/index.aspx

序號	網站名稱	網址
28	國民健康署孕產婦關懷網站	http://mammy.hpa.gov.tw/index.asp
29	國民健康署兒童健康管理系統	https://chp.hpa.gov.tw/
30	國民健康署遺傳疾病諮詢服務窗口	http://gene.hpa.gov.tw/
31	傳染病數位學習網	http://e-learning.cdc.gov.tw/
32	臺灣健康促進學校	http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw
33	TaiwanIHA	http://www.taiwaniha.org.tw
34	衛生福利資料科學中心	http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/
35	衛生福利部公共場所AED急救資訊網	http://tw-aed.mohw.gov.tw
36	照顧者服務交流網	http://familycare.mohw.gov.tw/FCWEB/Resource/srv-detail.aspx
37	健康服務品質政策資訊平臺	http://hcqm.mohw.gov.tw/
38	臺灣國際醫療衛生人員訓練中心	http://ptph.gov.tw/tihtc/
39	醫療器材援助平臺計畫	http://gmiss.mohw.gov.tw/
40	反性別暴力資源網	http://tagv.mohw.gov.tw/
41	死亡通報網路系統	http://das.mohw.gov.tw/das/
42	關懷e起來	https://ecare.mohw.gov.tw/
43	肥胖防治網	http://obesity.hpa.gov.tw/
44	健康職場資訊網	http://health.hpa.gov.tw/
45	癌症登記線上互動查詢系統	https://cris.hpa.gov.tw/
46	兒童及少年收養資訊中心	http://www.adoptinfo.org.tw
47	未成年懷孕求助網站	http://www.257085.org.tw/
48	育兒親職網	http://babyedu.sfaa.gov.tw
49	菸害防制資訊網	http://tobacco.hpa.gov.tw/
50	戒菸專線服務中心網站	http://www.tsh.org.tw/
51	國民健康署戒菸治療管理中心	http://ttc.hpa.gov.tw/quit/
52	菸品成分資料網站	http://tobacco-information.hpa.gov.tw/



中華民國104年版衛生福利年報

刊期頻率
發行人
總編輯
編輯委員

年刊

蔣丙煌

楊芝青

(按筆畫順序排列)

王敦正、古允文、朱日橋、江國仁、林宜靜、張鈺旋

張雍敏、莊金珠、許明暉、許雅惠、郭彩榕、陳美娟

陳英作、彭花春、黃偉宏、褚文杰、劉玉菁、劉興鋒

蔡素玲、蔡維河、蔡閻閻

廖崑富、許雅惠、陳馨慧、李淑珍

衛生福利部

11558 臺北市南港區忠孝東路六段488號

<http://www.mohw.gov.tw>

02-8590-6666

02-8590-7092

中華民國104年11月

中華民國103年11月

集思創意顧問股份有限公司

02-8797-7333

新臺幣300元整

執行編輯
出版機關
地址
網址
電話
傳真
出版年月
創刊年月
設計印刷
電話
定價

展售處

臺北 國家書店松江門市

地址 臺北市松江路209號1樓

電話 02-2518-0207

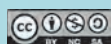
臺中 五南文化廣場

地址 臺中市中山路6號

電話 04-2226-0330

ISSN: 24092630

GPN:2010302163



本手冊採創用CC「姓名標示－非商業性－相同方式分享」授權條款釋出。

此授權條款的詳細內容請見：

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw/>