



中華民國 105 年版

衛生福利年報



健康 幸福 公平 永續



中華民國 105 年版

衛生福利年報

秉持「全人關懷」理念

落實衛生醫療及社會福利政策

衛生福利部 編印

中華民國105年11月

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。本部每年出版衛生福利年報，使各界瞭解政府一年來在衛政及社政領域，推動的各項重要政策與施政的具體成果。

我國自民國82年邁入高齡化社會以來，即以經濟安全、健康維護、生活照顧三大面向為施政主軸，推動並建構高齡者友善生活環境與長期照顧制度，104年6月完成《長期照顧服務法》立法，並訂於106年正式施行，本部接續進行子法規的訂定與配套措施，同時全力推動「長照十年計畫2.0」，以加速長照服務資源布建，充實長照人力及培訓，奠基長照服務之普及化與在地化，設立長照發展基金，積極擴增以社區為單元的多元照顧服務模式，以因應高齡化社會之需求。

在暴力與保護服務方面，修正通過《性侵害防治法》明定對兒童及心智障礙被害人，於司法偵審階段有專業人士協助進行詢（訊）問等相關條文。修正《家庭暴力防治法》將目睹家庭暴力的兒童少年納入保護令範疇、延長通常保護令的期限，並將恐怖情人條款納入適用家暴法。推動《兒童及少年性交易防制條例》修法，除名稱修正為《兒童及少年性剝削防制條例》，保護範圍亦擴大，將利用兒少從事色情表演以供人觀覽、從事坐檯陪酒或涉及色情之伴遊等應侍工作均列為性剝削，並入法加以規範；同時，強化主管機關對兒少及家長輔導之職責，增訂違法行為處罰並加重刑責。



在醫療社福齊力處理緊急災難方面，104年6月27日發生八仙水上樂園粉塵暴燃事件，造成499人燒燙傷，平均燒燙傷面積約41%，其中41人燒燙傷面積大於80%以上。本部在事件發生的第一刻即啟動了大台北、桃園、基隆地區緊急醫療網的急救責任醫院擔任第一線搶救任務，並動員全台12縣市53家醫院提供傷患後續治療，在不計代價全力搶救的信念下，本部迅即成立專案小組，每日就「醫療資源調度」、「醫療衛材供應」、「傷患醫藥費用」及「心理支持服務」等議題進行會商並追蹤進度。透過中央與地方衛生社福體系無縫接軌的通力合作，以及臨床醫護人員的努力付出與高超的醫療水準，挽救大多數年輕患者的生命，並使死亡率遠低於預期，深獲國際專家高度肯定，再度展現台灣奇蹟。

針對傳染性疾病防治，本部持續進行疫情監測與調查、防疫整備、研究及預防接種工作。為強化養護機構院內感染管制，104年修正《傳染病防治法》，規範安養機構、養護機構、長期照顧機構、安置(教養)、矯正等及其他類似場所應執行感染管制工作。另為擴增幼童免疫力及健康照護，104年將結合型肺炎鏈球菌疫苗(Pneumococcal Conjugate Vaccine, PCV)納入我國幼童常規疫苗項目。

為民衆食品藥物安全把關，我們逐步推動餐飲衛生管理、食品業者登錄制度，要求食品業實施強制檢驗及推動食品追溯追蹤管理制度等，聯合地方衛生局進行食品監測及稽查抽驗工作，落實食品安全衛生管理。另104年建置「1919全國食安專線」，提供陳情、申訴、檢舉及諮詢管道，使民衆或企業對食品安全的相關疑慮可以得到立即澄清與處理。同時修正《藥事法》，建立藥品「追蹤追溯機制」、「供應不足之通報機制」、「資訊易讀性之輔助措施」、「緊急需求之專案核准機制」，並將原料藥來源納入藥品查驗登記審查準則中，來強化藥品管理。

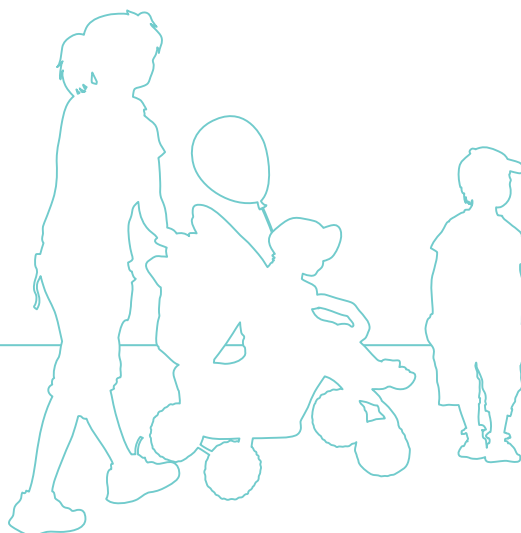
回顧104年，雖然面對諸多艱鉅的挑戰，但在同仁戮力齊心，群策群力下，化危機為轉機，逐步建立更貼近民衆需求的制度。希望藉此年報，呈現衛生福利部過去一年努力的成果，並期待各界批評、指正，使本部能為國人謀求更佳的健康福祉。

衛生福利部

部長

謹識

目錄 CONTENTS



序言	02
----	----

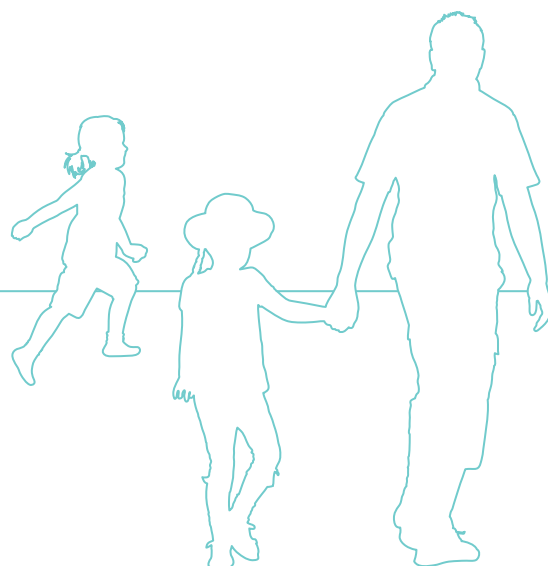
01 | 衛生福利政策 07

第一章 施政目標	08
第二章 衛生福利組織	10
第三章 衛生福利經費	10

02 | 衛生福利重要指標 13

第一章 人口指標	14
第二章 生命指標	16
第三章 國民醫療保健支出	20
第四章 社會福利指標	20
第五章 國際比較	23





03 | 友善的健康支持環境 27

第一章 健康的出生與成長	28
第二章 健康的生活	31
第三章 健康的環境	34
第四章 健康的高齡化	36
第五章 健康傳播、資訊與監測	40

04 | 健康照護 43

第一章 健康照護體系	44
第二章 心理健康與精神醫療	48
第三章 長期照顧服務體系	52
第四章 醫事人力	56
第五章 健康照護品質	59
第六章 偏鄉醫療照護	62
第七章 目標族群健康照護	64

05 | 傳染病防治 67

第一章 傳染病防治簡介	68
第二章 重要及新興傳染病防治	70
第三章 防疫整備及感染管制	75
第四章 預防接種	78

06 | 食品藥物管理 81

第一章 食品管理	82
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	92
第五章 消費者保護與宣導	93

07 | 社會保險 95

第一章 全民健康保險	96
第二章 國民年金	101
第三章 長照保險規劃	103

08 | 社會福利服務 107

第一章 兒童及少年福利	108
第二章 婦女福利與家庭支持	111
第三章 老人福利	115
第四章 身心障礙者福利	117

目錄 CONTENTS

09 | 社會救助與社會工作 121

- 第一章 低（中低）收入戶及急難救助 122
- 第二章 遊民輔導 126
- 第三章 災害救助 127
- 第四章 社會工作 128
- 第五章 福利資源網絡 130

10 | 性別暴力防治與保護服務 133

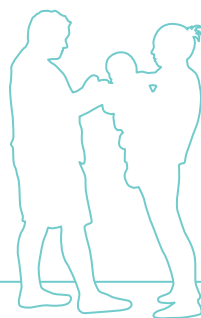
- 第一章 性騷擾與性別暴力防治 134
- 第二章 家庭暴力防治 135
- 第三章 性侵害防治 138
- 第四章 兒少保護及兒少性剝削防制 140

11 | 研究發展與國際合作 143

- 第一章 衛生福利科技研究 144
- 第二章 國際合作 151

附錄 159

- 附錄一 衛生福利統計指標 160
- 附錄二 法定傳染病確定病例統計 173



1

衛生福利政策

08 | 第一章 施政目標

10 | 第二章 衛生福利組織

10 | 第三章 衛生福利經費



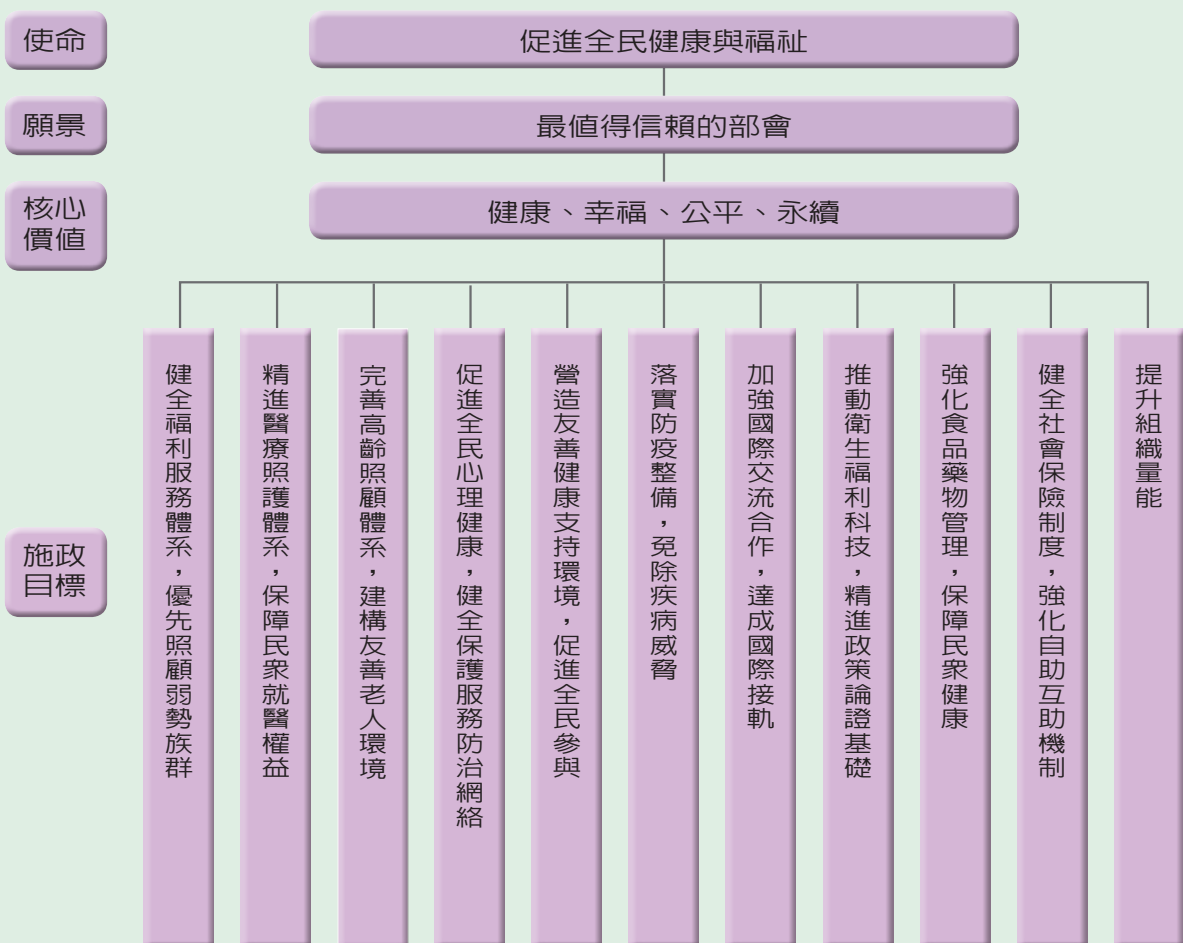
為維護全民健康與福祉，本部秉持著全球化、在地化、創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，用心規劃未來藍圖，從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治、食品藥物管理等攸關全民福祉之議題，擬定整合性之公共政策，期能提供完善之服務，以「促進全民健康與福祉」為使命，以「最值得民衆信賴的部會」為願景，期讓全民更幸福、更健康。

第一章 施政目標

第一節 年度施政目標

依據行政院民國104年所訂施政方針，並配合當前社會狀況及國家發展需要，訂定104年施政目標(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104年施政目標



第二節 2025 衛生福利政策

近年，因全球化、人口老化、貧富不均及氣候變遷的影響，我們面臨疾病負擔加重、長期照護量能不足、資源分配不均及新興傳染病等的威脅，因此，我國的衛生及福利政策規劃也面臨極大的挑戰。面對這些威脅，我們透過整合衛生醫療與社會福利體系，提供整合型的全人照護，以因應未來社會所需，促進群體之健康及福祉，爰籌劃撰寫「2025衛生福利政策白皮書」。

該白皮書係擘劃我國衛生福利未來之藍圖，歷經二年多的討論，召開內部及專家團體四十餘場會議，並秉承聯合國所提之2030永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs），以健康、幸福、公平、永續為核心價值，以實現「共享生活幸福平等，全人全程安心健康」為目標。重要政策如下：

- 一、以全生命週期模式，透過全人全程的健康促進策略，健全非傳染病防治系統，以健全個人健康行為。
- 二、建立整合性全人照護體系，並強化防疫網絡，構築食品藥物安心消費環境，以重塑健康服務體系。
- 三、健全健康保險及年金制度，以品質、效率及公平為主軸，持續修正檢討，以求永續發展。
- 四、重視社會福利資源分配，建置優質長期照顧服務體系，以完善社會福利支持系統。

五、強化衛生福利資訊創新應用之服務，以提高衛生醫療及社會福利服務之可近性。

六、積極拓展國際參與空間，以專業形象增加我國於國際間之能見度。

第三節 性別平等促進策略

為促進性別平等，呼應國際重視性別平等議題之潮流，本部配合行政院性別平等處推動各項性別平等政策，於擬訂政策、計畫及措施時，積極融入性別觀點並主動推展性別主流化、落實性別平等政策綱領及「消除對婦女一切形式歧視公約」（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, CEDAW）等相關作為，藉此提升健康、醫療與社會福利的性別平等。

有鑑於婦女權益的政策核心並非侷限於補助與扶助，培力女性經濟自主、創造自我價值更顯重要。本部積極推動「營造女性幸福生活環境之行動計畫」，透過補助各地方政府建立「女性夢想館」及「婦女福利服務中心」，作為基層婦女社會參與及學習成長的平台，以婦女團體培力，使女性能勇於打造自己的夢想，進而促進婦女就業力及社會競爭力，達成經濟自主目標。

為落實CEDAW公約，維護婦女健康權，針對婦女的特殊健康需要提供一切適當保健措施，以生育而言，為維護孕產婦生育健康，本部持續建構優質之生育保健服務體系，使懷孕婦女於孕前、孕期至生



本部榮獲行政院第14屆金馨獎甲等榮譽

產過程，能夠在孕產期生育保健服務網絡，受到妥善照護；並推動「友善多元溫柔生產醫院試辦計畫」，建立由婦產科醫師與助產士共同合作模式，提升孕產婦照護品質。

婦女安全保護，在性別主流化計畫，規劃提升親密關係暴力案件實施危險評估比率，透過性別統計掌握女性遭受家庭內親密關係暴力情形，及早辨識出處於高危險狀態之受暴婦女並介入處置，以遏止更嚴重之暴力傷害。

第二章 衛生福利組織

本部於102年7月23日成立，設置8司、6處、7個常設性任務編組及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、疾病防治、食品藥物管理、醫療照護、社會保險、社會福利、社會救助、保護服務等層面。

第三章 衛生福利經費

104年度主管決算數共1,757億7,284萬1千元，其中，社會保險支出為1,326億4,949萬4千元，占決算之75.47%；福利服務支出為188億2,055萬2千元，占決算之10.71%；醫療保健支出為187億6,108萬元，占決算之10.67%；科學支出為40億6,998萬4千元，占決算之2.31%；社會救助支出為14億740萬元，占決算之0.80%；教育支出為6,433萬1千元，占決算之0.04%，如圖1-3。

105年主管預算數共編列1,986億6,712萬7千元，其中，社會保險支出編列1,539億8,093萬8千元，占預算之77.51%；福利服務支出編列192億7,277萬3千元，占預算之9.70%；醫療保健支出編列191億2,498萬元，占預算之9.63%；科學支出編列46億5,565萬6千元，占預算之2.34%；社會救助支出編列15億2,627萬4千元，占預算之0.77%；教育支出編列1億650萬6千元，占預算之0.05%，如圖1-4。

圖1-2 衛生福利部組織圖

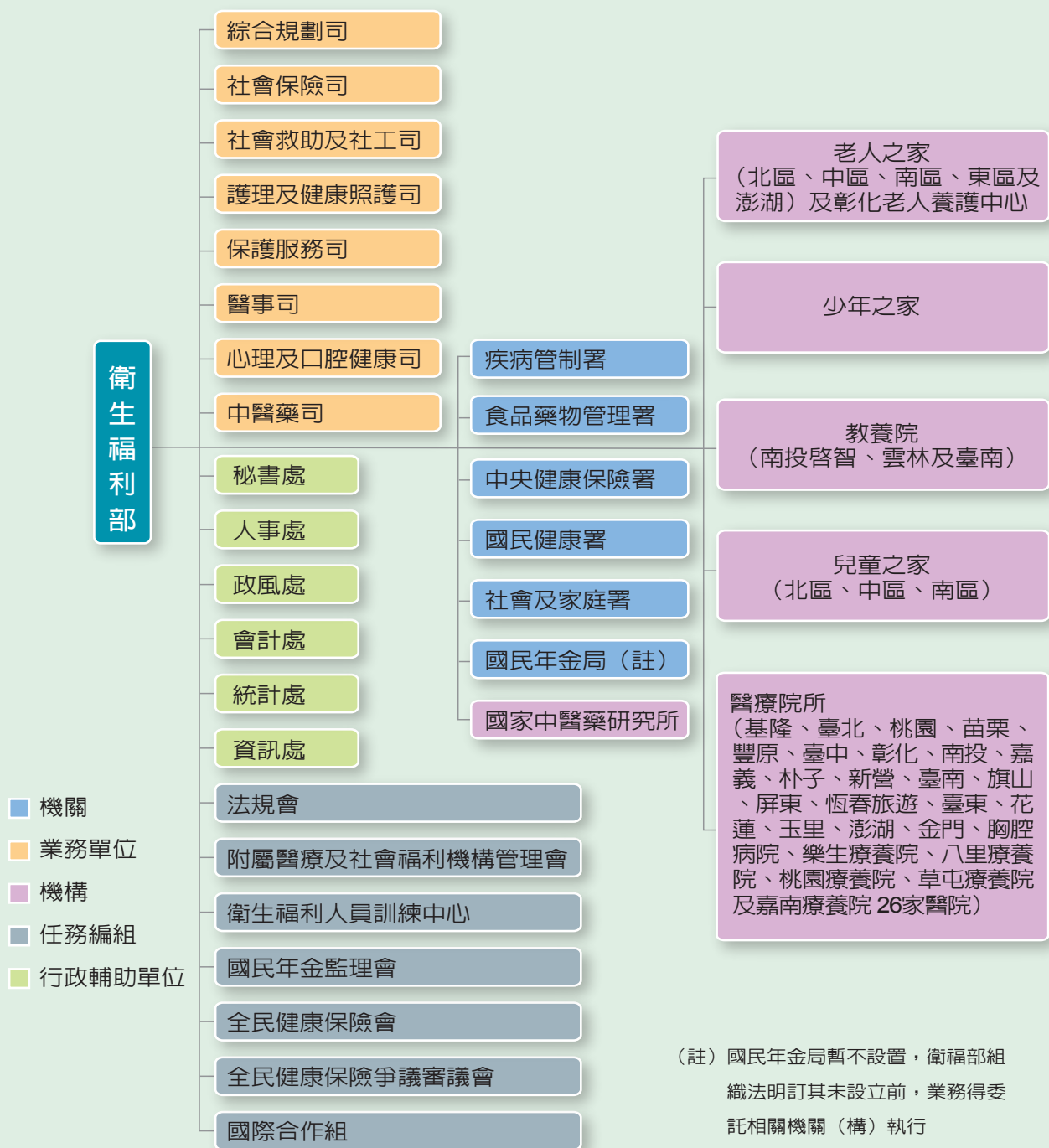
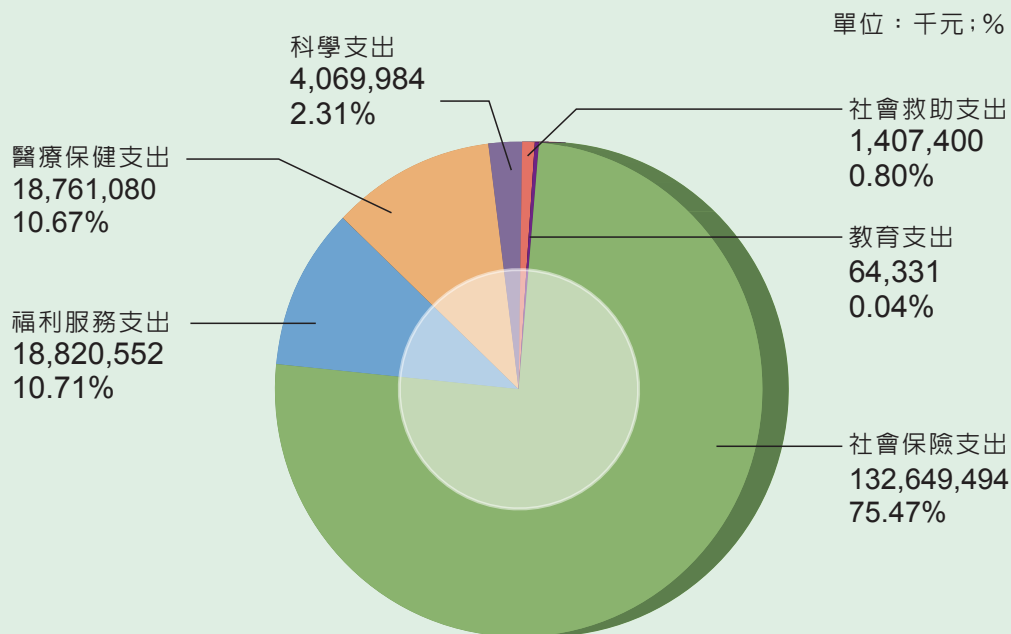
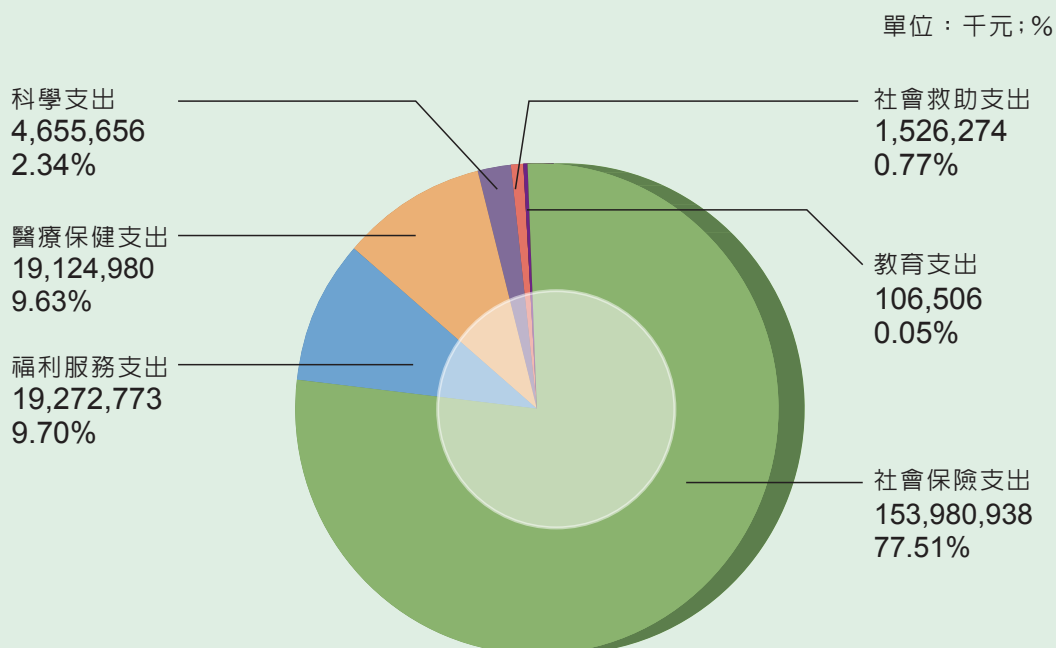


圖1-3 104年衛生福利經費決算分布圖



資料來源：衛生福利部

圖1-4 105年衛生福利經費編列分布圖



資料來源：衛生福利部

2

衛生福利重要指標

- 14 | 第一章 人口指標
- 16 | 第二章 生命指標
- 20 | 第三章 國民醫療保健支出
- 20 | 第四章 社會福利指標
- 23 | 第五章 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成長的變動，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）、社會福利指標及國際比較等之變化趨勢簡要陳述。

第一章 人口指標

104年底我國戶籍登記人口總數計2,349萬人，其中男性1,171萬人，女性1,178萬人，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99.4，人口年增率2.5‰。

104年底，每平方公里人口密度達649人，以臺北市9,951人最為稠密、嘉義市4,504人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為72人、63人。

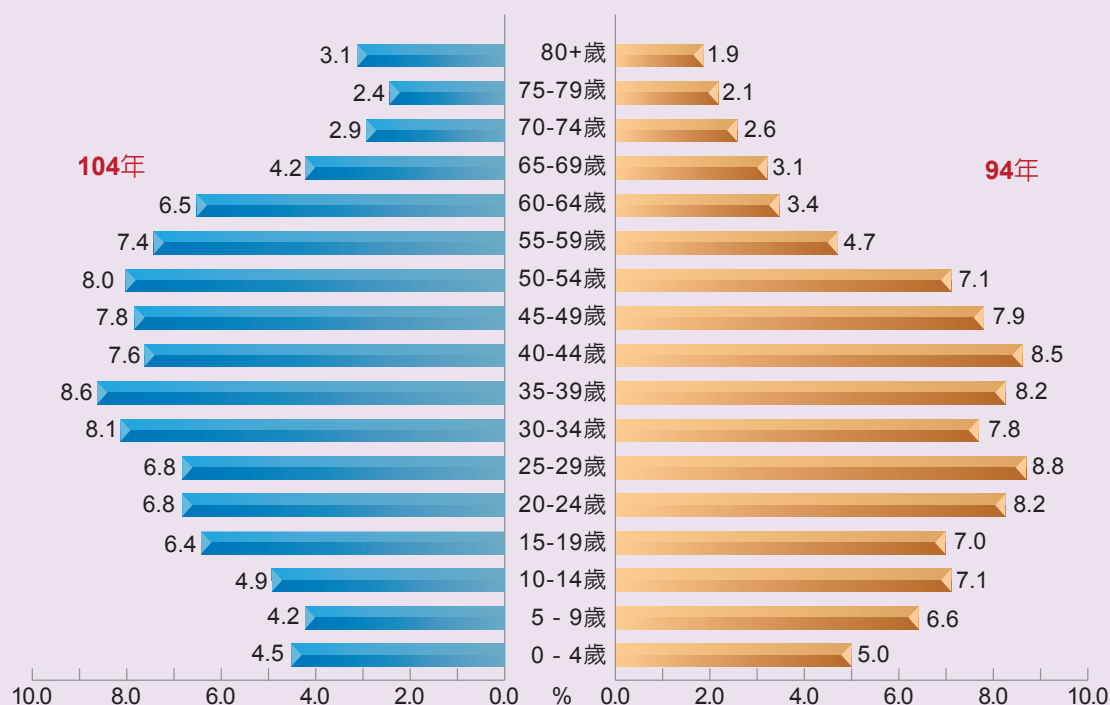
第一節 人口年齡結構

104年受出生率逐年下降影響，與94年相較，104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7.0%，進入高齡化國家之列。0～14歲幼年人口比率，由94年18.7%降至104年13.6%，同期間65歲以上老年人口比率則由9.7%升至12.5%，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94年39.7%降至101年34.7%，主要是扶幼比

圖2-1 人口年齡結構



資料來源：內政部統計處

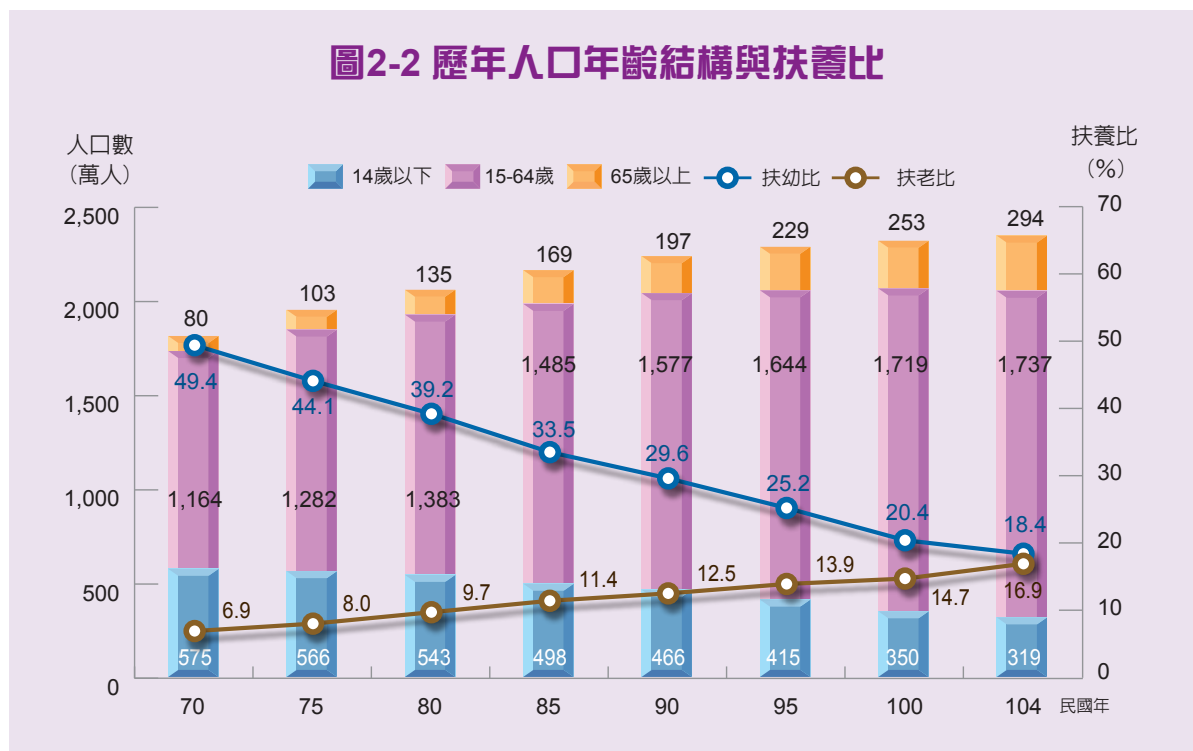
【0~14歲人口/15~64歲人口*100】快速下降，而扶老比【65歲以上人口/15~64歲人口*100】平穩上升所致。102年扶老比增幅超越扶幼比降幅，扶養比開始反轉回升，104年升至35.3%。

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94年9.1‰降至99年7.2‰低點後，上升至104年9.1‰；粗死亡率【死亡數/年中人口數*1,000】由94年6.1‰上升至104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104年2.1‰，如圖2-3。

圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比



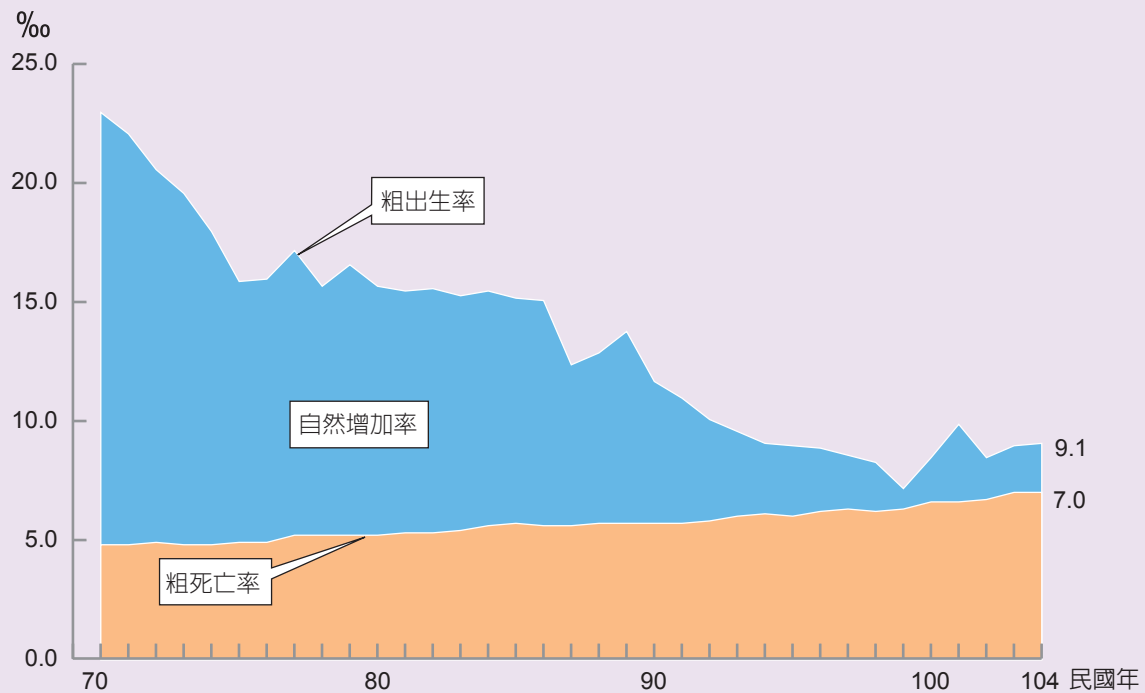
資料來源：內政部統計處

表2-1 歷年人口年齡結構與扶養比

年底別 (民國年)	總人口	人口結構			扶養比	
		14歲以下	15-64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
	萬人	%	%	%	%	%
70年	1,819	31.6	64.0	4.4	49.4	6.9
80年	2,061	26.3	67.1	6.5	39.2	9.7
90年	2,241	20.8	70.4	8.8	29.6	12.5
100年	2,322	15.1	74.0	10.9	20.4	14.7
101年	2,332	14.6	74.2	11.2	19.7	15.0
102年	2,337	14.3	74.2	11.5	19.3	15.5
103年	2,343	14.0	74.0	12.0	18.9	16.2
104年	2,349	13.6	73.9	12.5	18.4	16.9

資料來源：內政部統計處

圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



資料來源：內政部統計處

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，104年國人0歲平均餘命為80.2歲，10年來增加2.8歲。男、女性0歲平均餘命分別為77.0歲及83.6歲，10年來男性增加2.5歲，女性增加2.8歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4及附錄一表2。

第二章 生命指標

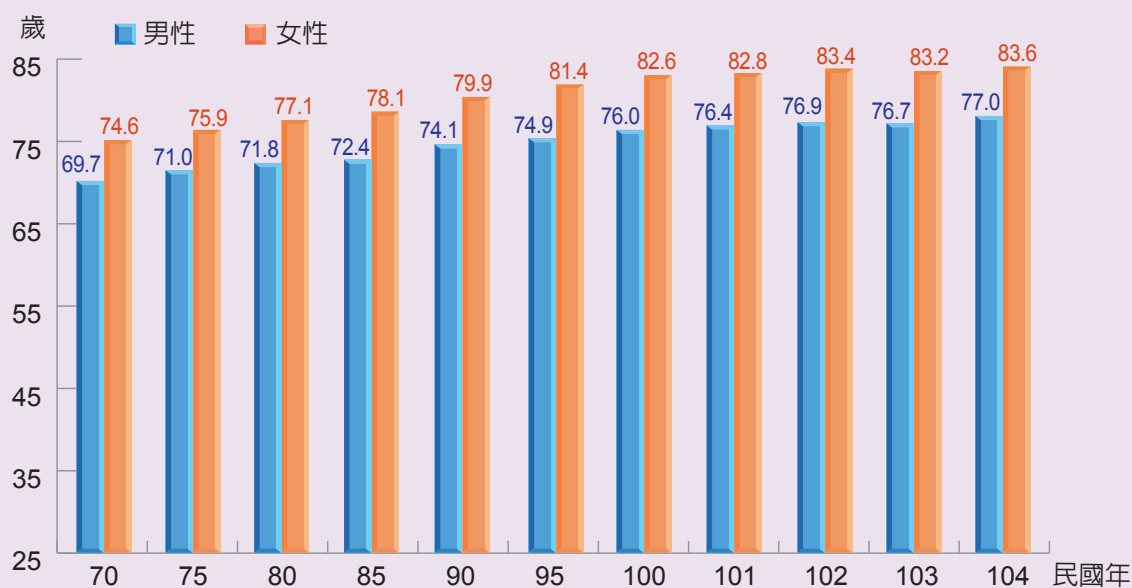
第一節 十大死因

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。

104年國人死亡人數16萬3,574人，粗死亡率為每十萬人口697.2人，較上年上升0.2%，較94年上升14.1%。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】431.5人，較上年下降2.7%，較94年下降18.6%。

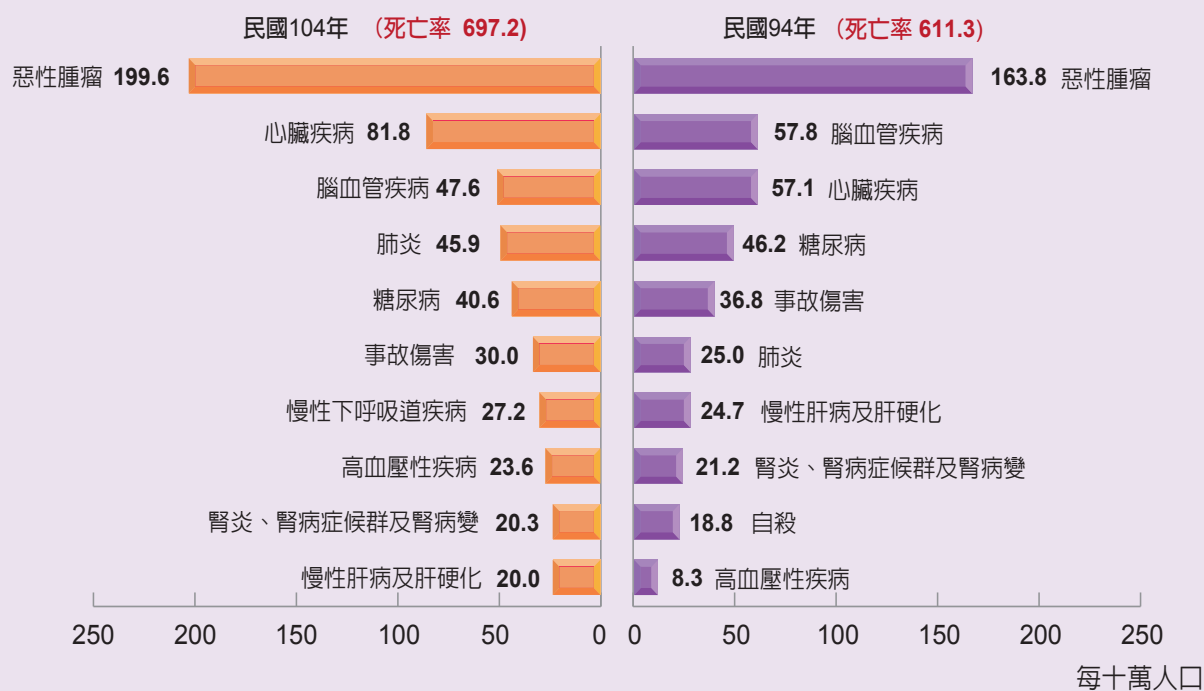
104年十大死因死亡人數占總死亡人數之77.0%，以慢性疾病為主，依死亡率排序之十大死因為(1)惡性腫瘤；(2)心臟疾病；(3)腦血管疾病；(4)肺炎；(5)糖尿病；(6)事故傷害；(7)慢性下呼吸道疾病；(8)高血壓性疾病；(9)腎炎、腎病症候群及腎病變；(10)慢性肝病及肝硬化。與94年比較，順位上升者有心臟疾病、肺炎、高血壓性疾病，順位下降者有腦血管疾病、糖尿病、事故傷害、腎炎、腎病症候群及腎病變及慢性肝病及肝硬化，如圖2-5。

圖2-4 歷年國人0歲平均餘命



資料來源：內政部統計處

圖2-5 十大死因之變化



資料來源：衛生福利部

第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據102年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口467.3人和381.1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340.1和264.3人，男女十大癌症發生統計如表2-2。

二、癌症死因

104年國人惡性腫瘤死亡人數4萬6,829人，占總死亡人數之28.6%，粗死亡率為每十萬人口199.6人，較上年上升

1.4%，較94年上升21.9%。標準化死亡率128.0人，較上年下降1.7%，較94年下降9.3%。

104年依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94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2-2 102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 (每十萬人口)	順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	大腸	8,681	53.2	1	女性乳房	11,281	69.1
2	肝及肝內膽管	7,905	49.3	2	大腸	6,459	36.3
3	肺、支氣管及氣管	7,093	43.0	3	肺、支氣管及氣管	4,658	26.2
4	口腔、口咽及下咽	6,633	41.8	4	肝及肝內膽管	3,519	19.7
5	攝護腺	4,801	29.2	5	甲狀腺	2,362	15.8
6	胃	2,348	14.5	6	子宮體	2,011	12.1
7	食道	2,422	14.3	7	子宮頸	1,579	9.5
8	皮膚	1,944	11.5	8	皮膚	1,711	9.1
9	膀胱	1,481	8.8	9	卵巢、輸卵管及 寬韌帶	1,321	8.6
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,316	8.4	10	胃	1,346	7.5
全癌症		54,601	340.1	全癌症		44,542	264.3

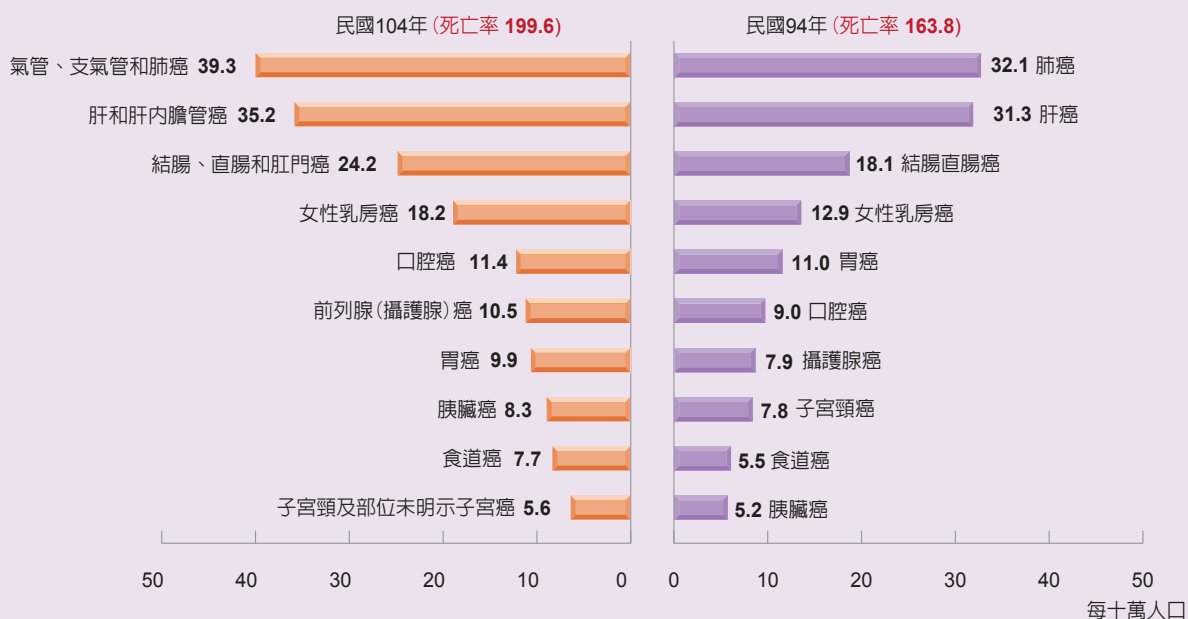
資料來源：癌症登記資料（不含原位癌）

備註：1. 順位係以標準化之發生率（單位為每十萬人口）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

圖2-6 十大癌症死因之變化



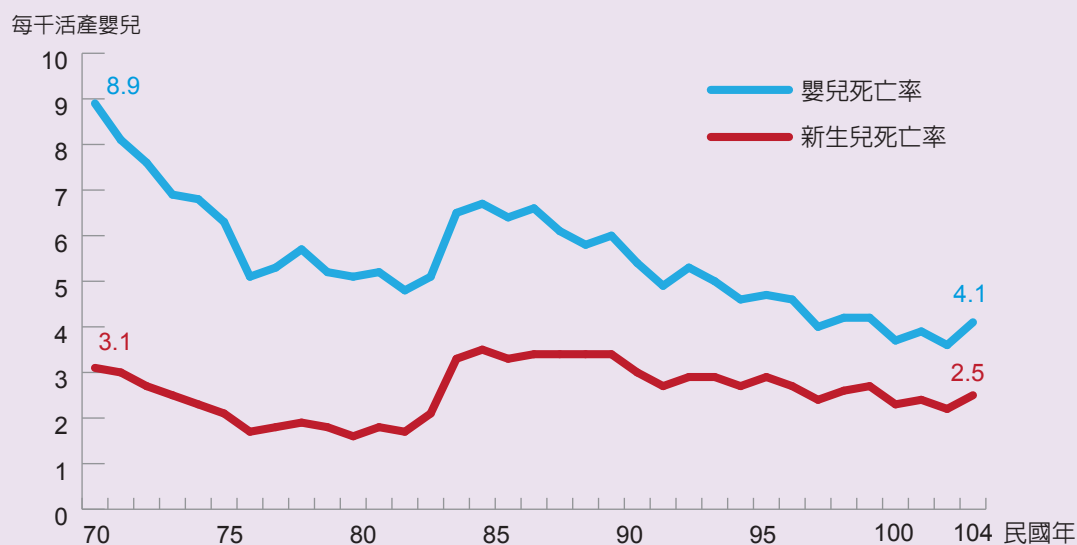
資料來源：衛生福利部

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104年的4.1‰，同期間新生兒死亡率由3.1‰降至2.5‰，如圖2-7。

圖2-7 歷年嬰兒及新生兒死亡率



資料來源：衛生福利部

備註：84年3月起實施出生通報作業

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。

自80年起，我國國民醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）呈現穩定上升，至103年國民醫療保健支出達9,955億元；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3月開辦全民健康保險，該年國民醫療保健支出年增率達11.6%，其增幅大於同年國內生產毛額（Gross Domestic Product, GDP）成長率，自此以後，國民醫療保健支出占國內生產毛額比由83年之5.0%增至84年之5.1%，至103年達6.2%；平均每人NHE由80年之1萬555元呈逐年上升，至103年達4萬2,538元，平

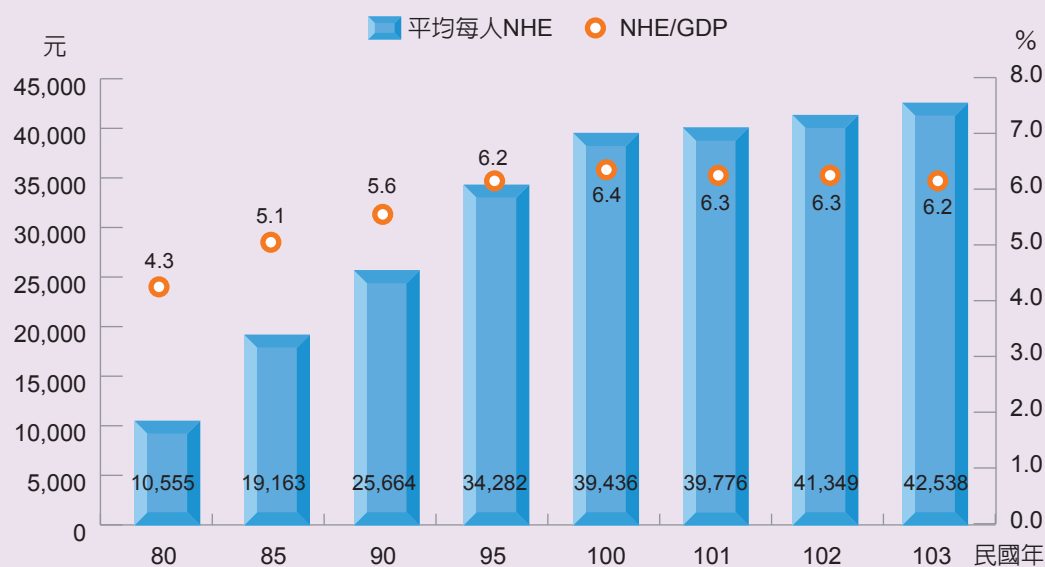
均年增率為6.2%，如圖2-8。

第四章 社會福利指標

第一節 低收入戶及中低收入戶

為保障貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得國民基本生活水準之照顧，政府辦理各項社會救助措施，97年及100年政府更調整低收入戶最低生活費訂定方式及放寬審核標準，以擴大照顧經濟弱勢者，並自100年7月起將中低收入戶納入社會救助保障，受照顧家庭戶數明顯增加，至104年底低收入戶及中低收入戶計有26萬4,065戶（低收入戶14萬6,379戶、中低收入戶11萬7,686戶）及69萬8,675人（低收入戶34萬2,490人、中低收入戶35萬6,185人），分別占全國總戶數之3.1%及總人口數之3.0%。

圖2-8 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE

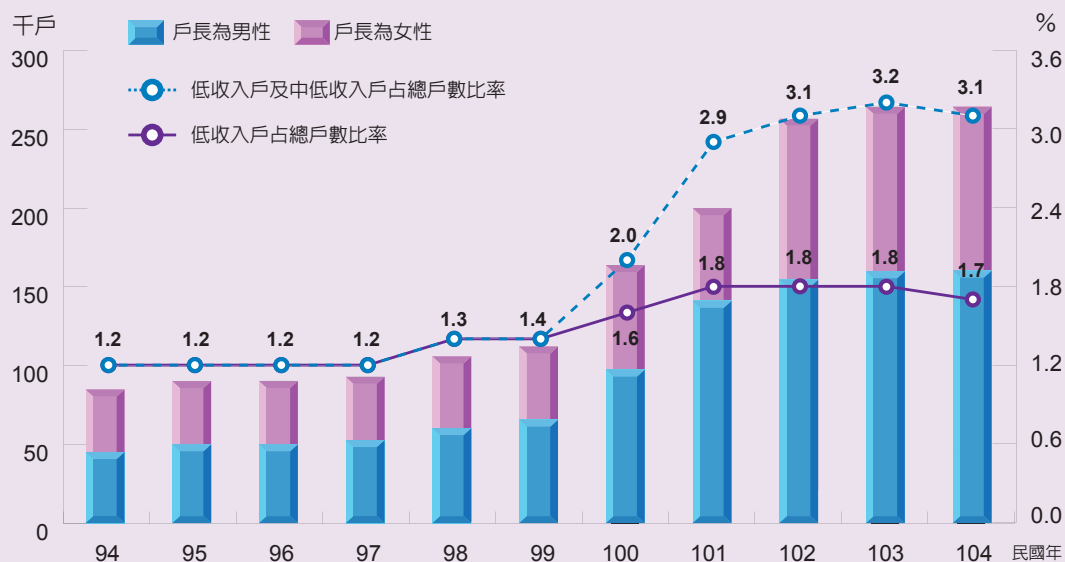


資料來源：衛生福利部

若以性別觀察，低收入戶及中低收入戶之戶長為男性家庭者，戶數計16萬21戶，高於戶長為女性之10萬4,044戶；低

收入戶及中低收入戶內人口中，男性計35萬5,928人，亦高於女性之34萬2,747人，如圖2-9、2-10。

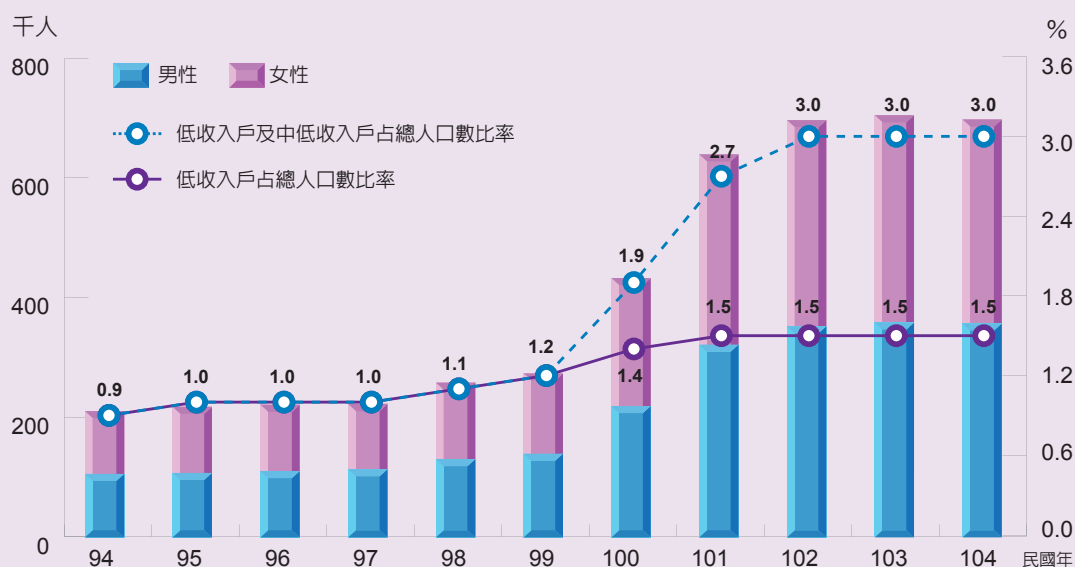
圖2-9 歷年低收入戶及中低收入戶戶數



資料來源：衛生福利部

備註：自100年7月起將中低收入戶納入社會救助保障

圖2-10 歷年低收入戶及中低收入戶人數



資料來源：衛生福利部

備註：自100年7月起將中低收入戶納入社會救助保障

第二節 身心障礙者

104年底領有身心障礙證明（手冊）者計115萬5,650人，占總人口之4.9%，其中男性65萬5,444人，占56.7%；女性50萬206人，占43.3%。

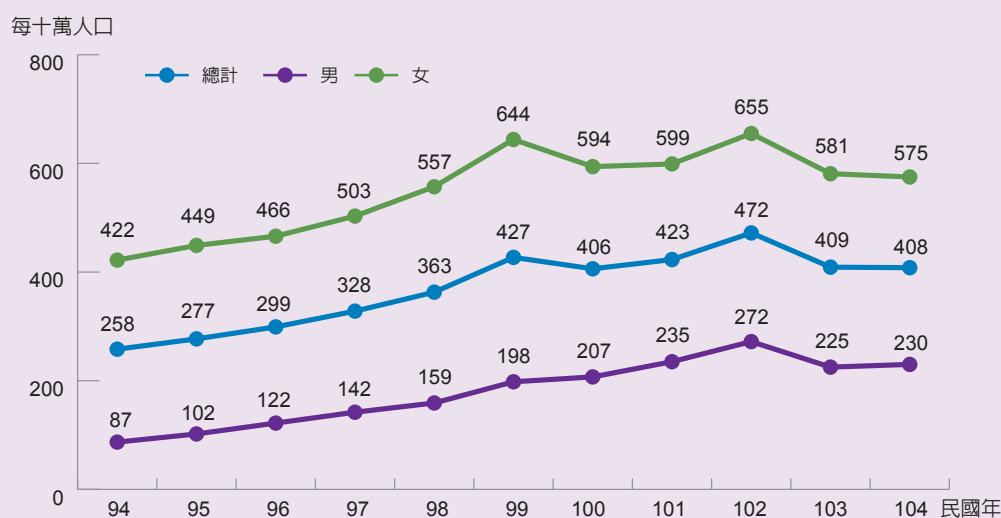
與94年比較，身心障礙者人數增加21萬7,706人或23.2%，增加之主因為受到人口老化影響。以年齡觀察，0-14歲及15-44歲者，較94年分別減少13.1%及7.6%，而45-64歲及65歲以上者，則分別增加40.9%及37.4%。如表2-3。

表2-3 歷年身心障礙人口數—按性別及年齡分

年底別 (民國年)	人數 (人)			按年齡分				占總人口比率 (%)
	總計	男性	女性	0-14歲	15-44歲	45-64歲	65歲以上	
94年	937,944	546,068	391,876	46,838	266,641	296,766	327,699	4.1
95年	981,015	569,234	411,781	48,031	267,331	315,289	350,364	4.3
96年	1,020,760	590,306	430,454	48,345	266,356	334,971	371,088	4.4
97年	1,040,585	599,664	440,921	47,911	262,443	350,245	379,986	4.5
98年	1,071,073	615,621	455,452	47,444	260,544	366,606	396,479	4.6
99年	1,076,293	616,675	459,618	46,485	256,294	379,735	393,779	4.6
100年	1,100,436	629,179	471,257	45,464	254,324	393,458	407,190	4.7
101年	1,117,518	636,287	481,231	45,090	255,687	405,297	411,444	4.8
102年	1,125,113	639,969	485,144	43,319	250,369	409,067	422,358	4.8
103年	1,141,677	648,807	492,870	42,677	248,469	414,583	435,948	4.9
104年	1,155,650	655,444	500,206	40,697	246,478	418,196	450,279	4.9

資料來源：衛生福利部

圖2-11 歷年家庭暴力被害人口率



資料來源：衛生福利部

備註：通報家庭暴力案件被害人數/年中人口數*100,000

第三節 家庭暴力

近年政府加強宣導反家暴意識，並推廣113通報專線，強化通報網路及支援措施，家庭暴力通報人數呈現逐年增加，104年被害人口率為每十萬人口408人，較94年增加150人，其中男、女性分別為每十萬人口230人及575人，女性為男性2.5倍，如圖2-11。

若以通報案件類型觀察，「婚姻、離婚或同居關係」占53.1%，「兒少保護」占18.3%，「老人虐待」占5.1%，如圖2-12。

第五章 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；我國為77歲，近20年增加6歲。

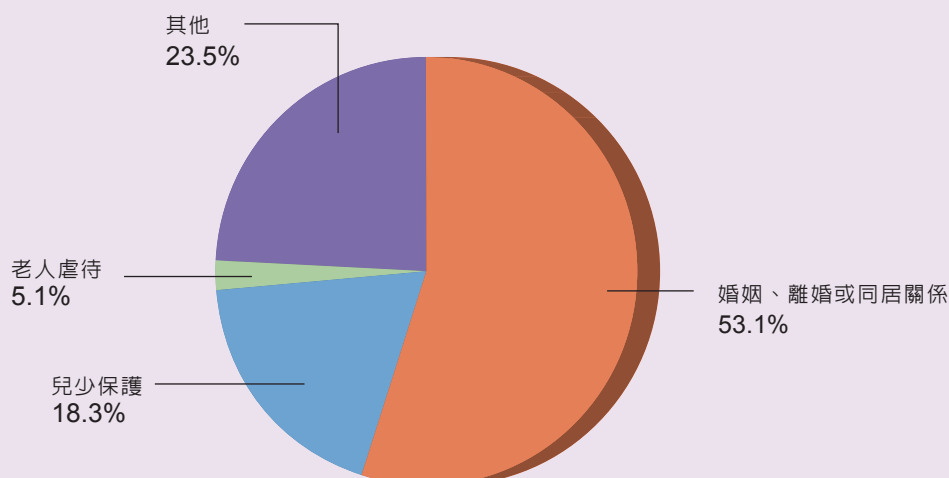
2013年世界主要國家女性0歲平均餘命以日本87歲為最高；我國為83歲，近20年增加6歲，如表2-4。

第二節 人口自然增加率

依據2015 WHO Statistical Information System資料顯示，2013年全球人口為71.3億人，人口自然增加率為1.5%，表列國家僅日本及德國人口成負成長；同期間我國人口自然增加率為0.2%，如表2-5。

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2.5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‰，表列國家僅日本及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2-5。

圖2-12 104年家庭暴力通報案件類型



資料來源：衛生福利部

表2-4 世界主要國家0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
中華民國	74	80	71	77	77	83
日本	79	84	76	80	82	87
南韓	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
澳大利亞	77	83	74	80	80	85
紐西蘭	76	82	73	80	78	84

資料來源：內政部統計處、2015 WHO Statistical Information System

表2-5 世界主要國家人口概況

	2013年 年中人口 (百萬人)	2013年 總生育率 (每一婦女)	2013年 粗出生率 (‰)	2013年 粗死亡率 (‰)	2013年 人口自然增加率 (%)
全球	7126.1	2.5	23	8	1.5
中華民國	23.4	1.1	9	7	0.2
日本	127.1	1.4	8	10	-0.2
南韓	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
澳大利亞	23.3	1.9	13	6	0.7
紐西蘭	4.5	2.1	14	6	0.8

資料來源：內政部統計處、2015 WHO Statistical Information System

第三節 扶養比

依據World Bank資料顯示，2014年全球扶養比為53.9%，世界主要國家扶養比以日本63.0%為最高，法國59.2%居次、英國54.3%第三；我國為35.1%，低於全球扶養比且於主要國家中屬較低者。我國扶養比近50年減少56.9個百分點，主要係因幼年人口依賴比大幅下降所致，如表2-6。

第四節 重要死亡率

依據WHO資料顯示，世界主要國家惡性腫瘤標準化死亡率以日本每十萬人口101.3人為最低、我國為130.4人；運輸事故以英國2.6人最低、我國為11.8人；自殺以英國6.5人最低、我國為12.0人；嬰兒死亡率以日本每千活產2人為最低、我國為4人，如表2-7。

第五節 醫療保健支出

若以購買力平價（Purchasing Power Parity, PPP）計列，2013年我國平均每人經常性醫療保健支出（Current Expenditure on Health Care, CEH）為2,621美元，低於經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）中

位數3,385美元，相當於OECD會員國第22位；平均每人國內生產毛額（GDP）為4萬3,813美元（USD PPPs），高於OECD中位數3萬6,953美元，相當於OECD會員國第11位。整體而言，平均每人GDP愈高的國家，其平均每人CEH亦愈高，2013年我國CEH占GDP比為6.0%，較OECD中位數低2.8個百分點，屬相對較低之國家，如表2-8。

表2-6 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	2014年
全球	73.6	76.3	71.5	65.5	60.2	56.3	54.1	53.9
中華民國	92.0	74.2	57.3	49.9	42.3	39.7	35.8	35.1
日本	56.0	45.3	48.4	43.4	46.6	50.7	56.8	63.0
南韓	80.7	83.3	60.7	44.1	39.5	38.4	37.6	37.0
美國	66.5	61.1	51.7	51.8	50.5	48.7	48.7	50.3
加拿大	70.7	61.6	47.4	46.9	46.4	44.5	44.1	46.5
英國	53.6	59.2	56.2	53.1	53.6	51.5	51.2	54.3
德國	49.1	58.7	52.2	44.5	46.2	49.5	51.8	51.6
法國	60.9	60.2	56.3	51.2	53.6	54.0	55.0	59.2
澳大利亞	63.4	59.4	53.6	49.5	49.7	48.6	48.2	50.2
紐西蘭	71.0	67.3	58.6	52.3	52.7	50.6	50.4	53.2

資料來源：內政部統計處、World Development Indicators, The World Bank

備註：扶養比=（0~14歲人口+65歲以上人口）/15~64歲人口*100。

表2-7 世界主要國家重要死因標準化死亡率

	年別	惡性腫瘤	運輸事故	自殺	嬰兒死亡率
		每十萬人口	每十萬人口	每十萬人口	每千活產
中華民國	2013	130.4	11.8	12.0	4
日本	2013	101.3	3.2	16.2	2
南韓	2013	102.9	9.5	22.4	3
美國	2013	110.6	11.1	11.5	6
加拿大	2011	118.9	6.2	9.5	5
英國	2013	125.5	2.6	6.5	4
德國	2013	119.1	4.0	8.5	3
法國	2011	121.3	5.9	12.9	4
澳大利亞	2011	111.8	6.3	9.1	3
紐西蘭	2011	124.5	7.5	10.9	5

資料來源：衛生福利部、WHO Mortality Database、WHOSIS2015

備註：嬰兒死亡率各國為2013年資料。

表2-8 2013年OECD會員國與我國平均每人CEH與平均每人GDP

排名	國名--以平均每人CEH排序		平均每人CEH (USD PPPs)	平均每人GDP (USD PPPs)	CEH/GDP (%)
中位數			3,385	36,953	8.8
1	美國	United States	8,713	53,042	16.4
2	瑞士	Switzerland	6,325	56,940	11.1
3	挪威	Norway	5,862	65,640	8.9
4	荷蘭	Netherlands	5,131	46,162	11.1
5	瑞典	Sweden	4,904	44,646	11.0
6	德國	Germany	4,819	43,887	11.0
7	丹麥	Denmark	4,553	43,782	10.4
8	奧地利	Austria	4,553	45,082	10.1
9	盧森堡 ²⁰¹²	Luxembourg ²⁰¹²	4,371	91,850	6.6
10	加拿大	Canada	4,351	42,839	10.2
11	比利時	Belgium	4,256	41,573	10.2
12	法國	France	4,124	37,671	10.9
13	澳大利亞 ²⁰¹²	Australia ²⁰¹²	3,866	43,971	8.8
14	日本	Japan	3,713	36,236	10.2
15	冰島	Iceland	3,677	42,035	8.7
16	愛爾蘭 ²⁰¹²	Ireland ²⁰¹²	3,663	45,242	8.1
17	芬蘭	Finland	3,442	39,869	8.6
18	紐西蘭	New Zealand	3,328	34,899	9.5
19	英國	United Kingdom	3,235	38,255	8.5
20	義大利	Italy	3,077	35,075	8.8
21	西班牙	Spain	2,898	33,092	8.8
22	中華民國	R.O.C.	2,621	43,813	6.0
23	葡萄牙	Portugal	2,514	27,509	9.1
24	斯洛維尼亞	Slovenia	2,511	28,859	8.7
25	以色列	Israel	2,428	32,502	7.5
26	希臘	Greece	2,366	25,854	9.2
27	南韓	Korea	2,275	33,089	6.9
28	捷克	Czech Republic	2,040	28,739	7.1
29	斯洛伐克	Slovak Republic	2,010	26,497	7.6
30	匈牙利	Hungary	1,720	23,336	7.4
31	智利	Chile	1,606	22,178	7.3
32	愛沙尼亞	Estonia	1,542	25,823	6.0
33	波蘭	Poland	1,530	23,985	6.4
34	墨西哥	Mexico	1,049	16,891	6.2
35	土耳其	Turkey	941	18,508	5.1

資料來源：衛生福利部、2015 OECD Health Data

備註：依OECD最新發布之醫療健康帳制度(A System of Health Accounts, SHA)，醫療支出與財源(Health Expenditure and Financing)以經常性醫療保健支出(Current Expenditure on Health Care, CEH) 為基準，統計各項健康照護之相關指標。

3

友善的健康支持環境

- 28 | 第一章 健康的出生與成長
- 31 | 第二章 健康的生活
- 34 | 第三章 健康的環境
- 36 | 第四章 健康的高齡化
- 40 | 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（如圖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）」，藉由透過跨部門公共政策，系統性的將健康效益評估納入決策過程、尋求綜效以及避免造成負面效益，在各面向、各層級，提升決策者對健康的當責性，以提升人民健康及改善健康不平等。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，透過全政府（whole-of-government）、全社會

（whole-of-society）的行動與生命歷程模式（lifecourse approach），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 次產前檢查及 1 次超音波檢查服務，平均利用率為 94.8%，並提供 2 次產前衛教評估與指導，104 年已涵蓋 90.1% 之產檢孕婦。

圖3-1 從禮堂到天堂，從家庭到社區的全民健康促進政策



(二) 補助孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用：104 年檢查 18 萬 6,787 案，篩檢率 87.2%，陽性率約為 20.8%。

(三) 提供遺傳性疾病高危險群孕婦產前遺傳診斷檢驗補助，104 年計補助 5 萬 7,471 人，發現 1,645 例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢。

二、出生性別比

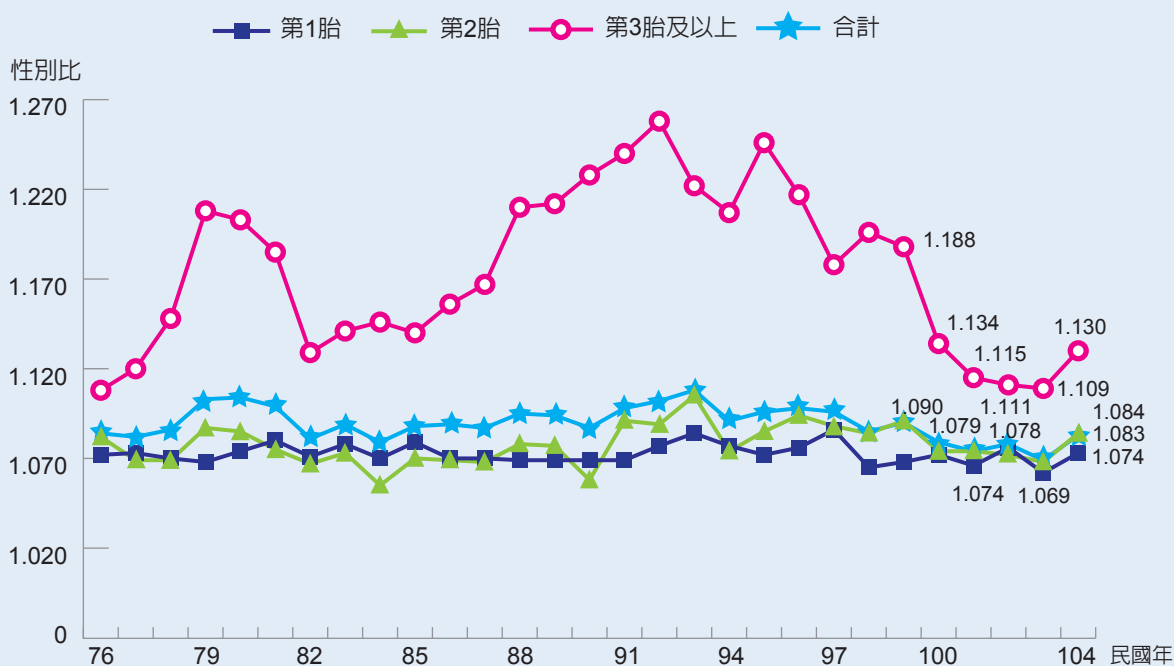
由本部組成出生性別比工作小組，透過建立出生性別比監測機制、完備法令、加強源頭試劑與檢驗管理、結合縣市衛生局普查輔導接生及產檢醫療院所、加強醫事人員性別平等與醫學倫理教育及民眾倡議等措施，保障女嬰的出生機會，我國出生性別比103年降至1.069，104年微升至1.083，與正常值1.06相比，仍需持續努力。（如圖3-2）

三、建置免付費孕產婦諮詢專線（0800-870-870）、雲端好孕守APP及孕產婦關懷網站（<http://mammy.hpa.gov.tw>），提供孕產兒健康促進資訊。104年提供1萬8,761通諮詢，網站瀏覽數232萬4,461人次，雲端好孕守APP下載數5,169次。

四、104年符合《公共場所母乳哺育條例》應設置哺（集）乳室之公共場所計有2,135處，各縣市自行設置哺集乳室之場所計有781處。

五、參考WHO母乳哺育政策，推動母嬰親善院所認證，提供有益於成功哺育母乳的條件，104年共182家通過認證，涵蓋全國80.7%出生嬰兒，使臺灣6個月以下嬰兒純母乳哺育率達45.4%，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%。

圖3-2 臺灣歷年出生通報總活產胎次出生性別比



資料來源：衛生福利部國民健康署出生通報統計

第二節 嬰幼兒及兒童、青少年健康

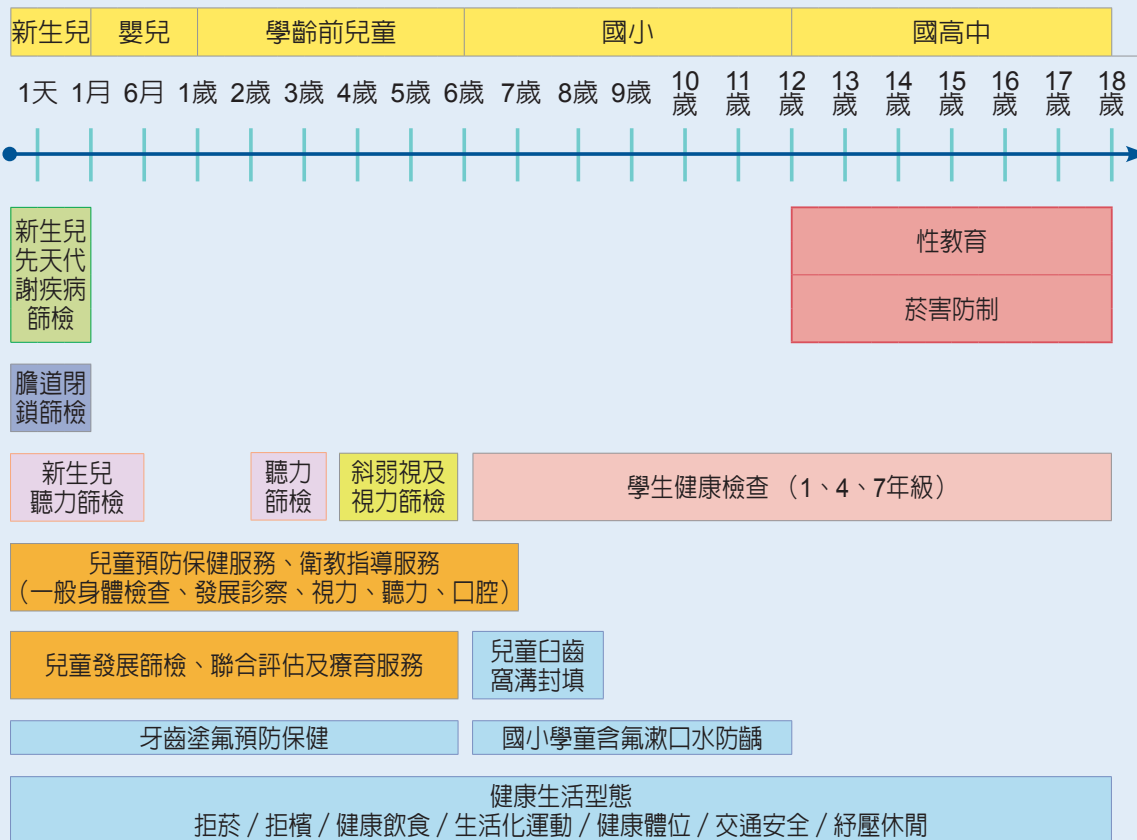
提供新生兒篩檢服務、輔導兒童發展聯合評估中心，早期發現發展遲緩兒童以早期治療；提供7次兒童預防保健及兒科衛教；辦理兒童口腔、視力、聽力保健及青少年性健康促進計畫（如圖3-3），簡述如下：

- 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，104年共計篩檢21萬3,251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、全面補助出生3個月內之新生兒聽力篩檢，104年總計篩檢20萬8,722

人，篩檢率達97.8%，其中795人確診為聽損，已轉介追蹤療育。

- 三、提供7歲以下兒童預防保健服務，104年服務112萬人次，平均利用率達78.3%；1歲以下兒童至少1次利用率達96.2%。並提供7歲以下兒童7次兒童衛教指導服務，104年服務人數計89萬8,825人次，7次平均利用率為63%。
- 四、每縣市至少1至4家兒童發展聯合評估中心，104年共計46家，確診發展遲緩兒童總計1萬6,598人。為增進服務品質，完成制訂「兒童發展聯合評估中心訪查基準」，進行實地訪查作業。

圖3-3 嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



資料來源：衛生福利部

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」，104年篩檢率達99.8%，異常個案轉介率達99.3%。

六、透過網站、線上視訊服務、學校教育宣導及「青少年親善門診」，提供青少年性知識、預防及生育保健資訊，協助解決未預期懷孕問題。104年計8萬4,104人次瀏覽網站，視訊諮詢服務2,364人次。青少年性健康校園講座及親職講座共85場次計2萬1,346人次；於全國各縣市設置70家青少年親善門診，提供3萬0,297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21.9%下降至104年17.1%，降幅近四分之一，吸菸人口減少約76萬人（如圖3-4）；國中生吸菸率由97年7.8%降至104年3.5%；高中職生吸菸率亦由98年14.8%降至104年10.4%（如圖3-5）。另禁菸公共場所二手菸暴露率自97年23.7%下降至104年7.7%。我國菸害防制與國際同步，實踐「菸草控制框架公約」

與「MPOWER」策略（Monitor【監測】：長期監測吸菸率與政策、Protect【保護】：禁菸與無菸環境、Offer【提供】：提供多元戒菸服務、Warning【警示】：菸品容器健康警示圖文及菸害傳播活動、Enforce【強制】：禁止菸品廣告、促銷與贊助、Raise【提高】：課徵菸稅與健康福利捐），重要工作及成果如下：

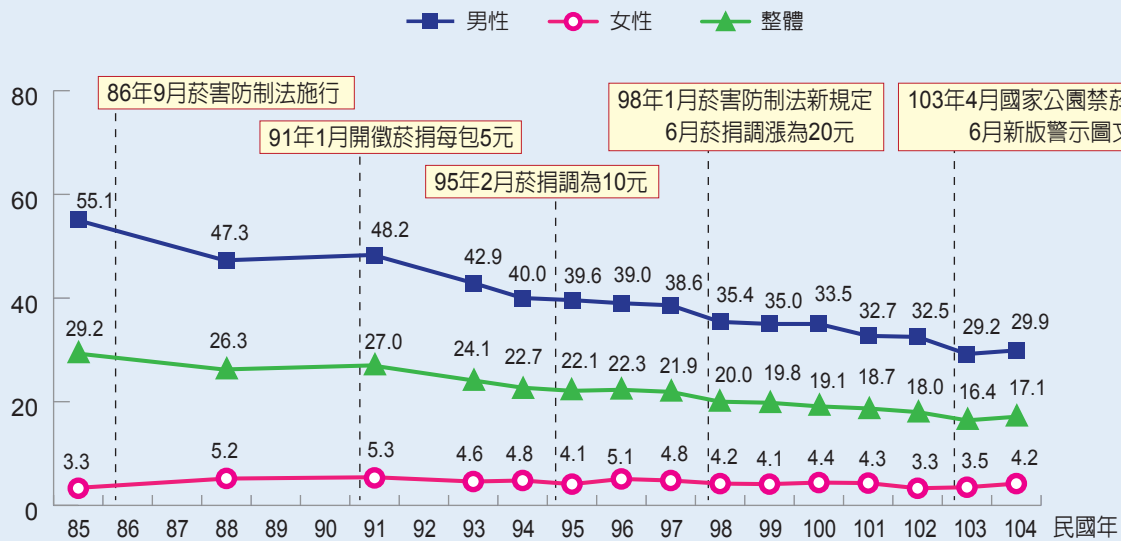
（一）營造無菸環境，落實《菸害防制法》：

1. 配合長期照顧服務法制定公布，加以人口面臨高齡化、少子化處境，為使菸品健康福利捐之分配使用於對民衆最急迫的醫療與社會福利事項，發揮最大效益，爰調整分配比率，於104年9月1日修正施行《菸品健康福利捐分配及運作辦法》。
2. 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，除吸菸區外，不得吸菸。」共設置禁菸區域計國家公園47處174景點及公園綠地3,790處，為全世界第2個實施的國家。
3. 各縣市衛生局主動進行稽查輔導，104年全國稽查總計63萬餘家、427萬餘次、處分8,771件，全年罰鍰達3,199萬餘元整。

（二）提供多元戒菸服務

1. 二代戒菸服務加上其他多元戒菸服務，104年服務超過43萬人；二代戒菸實施後（101.3-104.12）已服務約115萬人次，成功幫助超過9.8萬人戒菸，短期節省預估超過5.3億元的健保醫療費用支出。

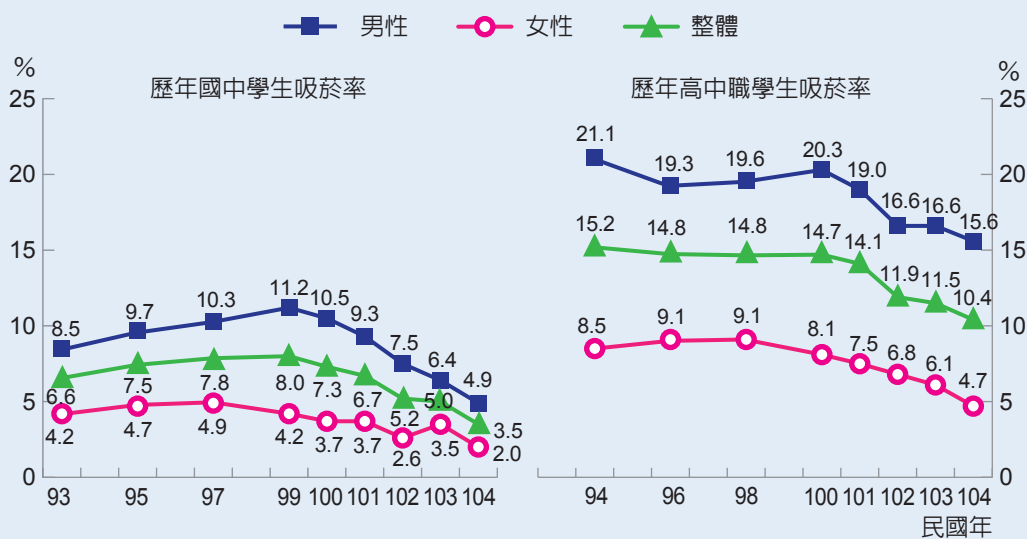
圖3-4 臺灣歷年18歲以上成人吸菸率



資料來源：

1. 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104年為國民健康署「成人吸菸行為電話調查」。
5. 88至104年成年吸菸者定義，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104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. 資料來源為衛生福利部國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 青少年吸菸者定義：過去30天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口。

2. 提供免付費電話戒菸諮商服務（0800-636363），104年總計提供9萬623人次諮詢服務。

(三) 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。

(四) 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，104年總計稽查35萬餘次、處分570件賣菸給未滿18歲青少年、罰鍰543萬餘元。另針對未滿18歲吸菸者，104年總計稽查38萬次、處分數3,795件，完成戒菸教育3,713件。
2. 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，104年服務逾2萬人，成功協助近5,000人減（戒）檳。

(二) 提供30歲以上嚼檳榔或吸菸民衆與18歲以上嚼檳榔原住民口腔癌篩檢服務。民衆對檳榔致癌的認知率由96年39.9%，上升至104年54.2%；18歲以上男性嚼檳率，從96年的17.2%降至104年的8.8%，降幅達48.8%，不到10年已減半，減少嚼檳人數逾70萬人。

(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，103-104年補助檳榔廢園轉作計58.7公頃。

第二節 健康體能促進

根據教育部體育署「運動城市調查」結果，13歲以上國人規律運動人口比率自96年的20.2%上升至104年的33.4%，上升幅度達65%，世界衛生組織指出，走路是最容易被實踐也是最為推薦的身體活動，自91年起推廣「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」，104年主要成果如下：

一、分別於4所國小舉辦「『RUNNING KIDS』—運動健身 樂活人生」跑步活動，鼓勵學童養成良好的運動習慣；同年亦辦理「全國健康操競賽」共計32隊參與，19隊通過縣市初選進入決賽，經審查共計16隊獲獎。

二、營造健康促進學校、職場及醫院

本部國民健康署與教育部體育署合作於104年12月30日共同主辦運動與健康研討會，以進行未來健康體能相關業務合作之開展，邀請各縣市衛生局、體育局、學校、職場、醫院等各單位代表及學者專家與會，共計約130人次出席。

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，並以手冊、廣播稿、發布新聞稿等管道，提供身體活動相關資訊。

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。

104年主要策略與成果如下：



新北市泰山體育館辦理全國健康操競賽活動

一、辦理校園周邊健康飲食輔導示範計畫，距離學校500公尺以內，輔導餐飲業者開發健康飲食，104年由衛生局輔導98所學校、社區健康營造單位輔導183所學校、健促醫院輔導108所學校。

二、辦理健康體重管理計畫：104年健康減重達119萬公斤，平均每位參加者減重1.66公斤，其參加者中過重及肥胖比率從63.7%下降為56.3%。

三、依據「國民營養健康狀況變遷調查」結果，國人過重及肥胖率：（如圖3-6）

（一）成人從82-85年32.7%，增加至94-97年43.4%，增加10.7%（增加率為32.7%），而102-104年初步為44.8%，增加率已大幅趨緩。

（二）國小學童由101年28.2%降至102-104年27.6%；國中學童由99年27.1%降至102-104年24.3%；高中學生由100年31.1%降至102-104年24.8%，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，104年檢測2萬2,675戶。

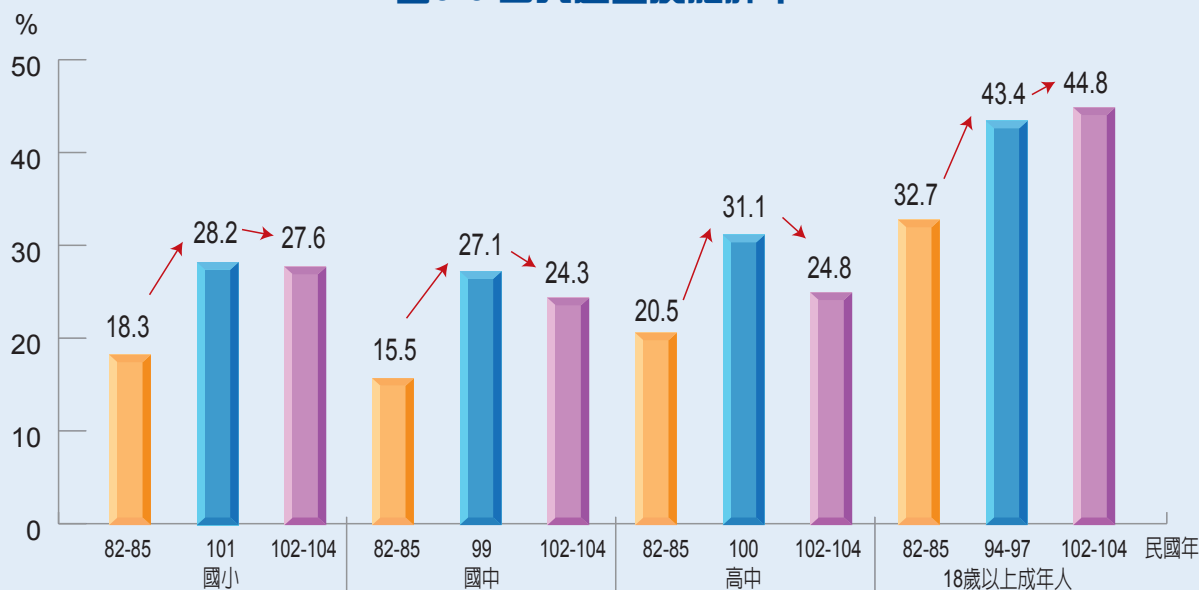
二、於《兒童健康手冊》提供「幼兒事故傷害評估表」及「預防事故傷害」，以提升家長及照顧者事故傷害防制知能。

三、在長輩經常出入的場所，推展長者防跌運動。編印《長者防跌妙招》手冊，由地方政府衛生局（所）協助發送或供長輩索取。

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。

圖3-6 國人過重及肥胖率



資料來源：國民營養健康狀況變遷調查

備註：1. 有效樣本數採實際完訪樣本數之最大可利用值，分析結果經加權調整。

2. 國小、國中及高中學生過重及肥胖係依據2013年衛生福利部「兒童青少年生長身體質量指數(BMI)建議值」。

3. 18歲以上成人過重及肥胖為 BMI $\geq 24 \text{ kg/m}^2$ 。

第一節 健康城市、社區、學校及職場

一、健康城市

- (一) 104 年國內有 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) 104 年與臺灣健康城市聯盟合作辦理「第七屆台灣健康城市暨高齡友善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 54 件。

二、健康社區

104年補助19個縣市衛生局在156個鄉鎮市區營造健康社區。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4,965位；8萬6,039位民衆參加口腔黏膜檢查，4,931人參加戒檳服務；16萬2,661位長者參加長者健康促進活動；輔導1,429家餐廳提供減鹽餐點；健康減重共計57萬6,398公斤，辦理健康採購宣導活動共590場；成立199隊健走隊，營造安全並具有熱量標示的健走步道共306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。104 年全

國高中職以下學校 3,885 校全面參與，另大專院校計有 159 所參與推動。

- (二) 104 年舉辦「2015 健康促進國際研討會」，邀請來自美、加、法、泰國等 14 位國際及國內專家，分享健康促進倡議、健康促進核心能力評鑑等經驗。

四、職場健康促進

自96年起辦理全國「健康職場認證」，截至104年共1萬4,287家次通過職場認證。104年表揚31家績優健康職場及4位健康職場優良推動人員。

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) 104 年 6 月於挪威奧斯陸舉行「第 23 屆健康促進醫院國際研討會」，臺安醫院並獲得第四屆「健康促進醫院全球典範獎」（臺灣的醫院已連續 4 年獲獎）。
- (二) 至 104 年底我國有 160 家健康照護機構（146 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 19 個縣市衛生局，131 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」。
- (四) 104 年 11 月辦理「2015 健康促進醫院研討會」，授證予 104 年新加入之 13 家新會員，及頒發健康促進醫院典範獎、優良獎、組織再造獎等予 7 家獲獎院所，另有創意計畫計 34 家院所共計 47 件計畫獲獎。

二、推動低碳醫院

- (一) 104 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 30 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 104 年「國際低碳醫院團隊合作最佳案例獎」競賽活動，國內、外共 9 家健康照護機構參賽（國內 7 家、國外 2 家）。
- (五) 截至 104 年底，國內共 174 家醫院響應推動節能減碳行動。

第四章 健康的高齡化

我國預計107年老年人口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，導致慢性病人口上升。為提升高齡人口生活品質、減緩慢性病之威脅，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，依據2013年國民健康訪問調查（NHIS）結果顯示，40歲以上民衆，近6成民衆自述過去一年有接受過健康檢查，其中成

人預防保健服務約32.5%、勞工體檢約21%、公務人員健康檢查約4%、學校及兵役體檢約1%，保險公司提供約20%、非前述檢查約7%。

二、以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為重點，發動醫療院所及衛生所資源，支援社區關懷據點，104年共計結合1,921個據點，結合率達96%。

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。104年全國參與總隊數2,484隊，超過10萬4千位長輩參與活動，佔老年人口約4%以上。

第二節 高齡友善環境

一、102年起全台22縣市均推動高齡友善城市，台灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。104年並辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，總計386件提案報名，96件獲獎。

二、自103年起推動「高齡友善健康照護機構全面普及化計畫」，104年共計206家健康照護機構通過認證（含25家衛生所、28家長期照護機構）。

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104年47.6%。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，並建構慢性病防治架構（如圖3-7），鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢。

（二）推動糖尿病共同照護網，成立213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。

（三）另推動腎臟病防治，加強腎臟病宣導教育，並成立166家腎臟病健康促



「2015樂齡起舞 阿公阿嬤動起來」全國發表會

進機構，透過收案管理，強化疾病控制。

(四) 為推動三高和心血管疾病防治，辦理「三高救心全人健康管理試辦計畫」，計有 6 家醫院參與規劃建立跨科部工作小組及專責照護管理師，藉由良好三高控制、戒菸服務、規律運動及遵循醫囑服用藥物等介入與追蹤措施，建立品質指標，推廣心血管疾病防治及管理。

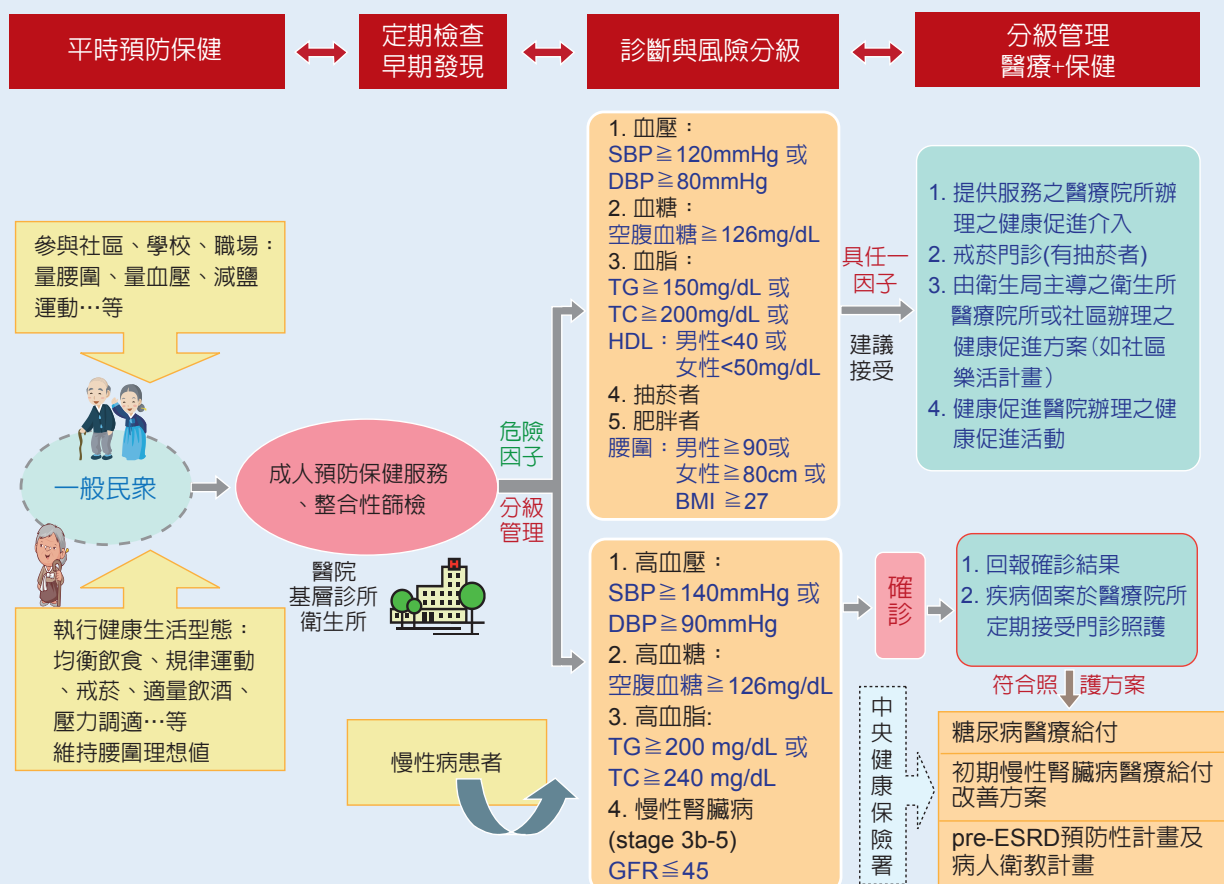
(五) 為普及血壓測量服務地點，除醫療院所外，亦於社區不同地點提供共 1,852 個血壓量測站。發展心血管疾

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

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，104年計服務8,158人次，電話諮詢的滿意度為95.9%；並結合社區與醫療衛生資源辦理更年期成長營、更年期保健講座、心靈彩繪課程及更年期種子師資培訓課程等共完成42場活動計2,644人次參與。

圖3-7 慢性病防治架構



資料來源：衛生福利部

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」，並溯至源頭之預防，三大新興重點：（1）除菸及檳榔害防制，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。

一、歷年癌症發生、死亡情形

因人口老化、生活型態西化及推動4癌篩檢等因素，癌症標準化發生率由71年每十萬人口111人，逐年上升至102年299.7人；至於癌症死亡率則自71年起即成為國人死因第一位，其死亡率呈增加趨勢，但於103年略降至每十萬人口130.2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、檳榔、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。

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，104年共完成4項癌症篩檢達506.4萬，發現4萬8,118名癌前病變及1萬1,429名癌症，104年4項癌症服務成果、篩檢檢出情形及5年期別存活率如表3-1~3-3。

（二）104年231家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢/診療品質提升計畫」中，

132家有4癌整合篩檢門診，並設置門診篩檢主動提示系統、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檳班等。

（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，104年分別有117、204及135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104年共55家醫院通過認證。

（二）104年補助7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）104年補助醫院成立「癌症資源中心」，共計67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16萬人次。

（四）委託全國87家醫院辦理「癌友導航」計畫，一旦被醫師診斷為癌症，腫瘤個管師主動聯繫關懷病人，提供醫療諮詢，引導病人在3個月內接受治療，並持續關懷追蹤至少1年。103年服務近9.8萬名新診斷癌症病人，其中九成於第一個月完成首次治療，關懷追蹤5千名不願意接受治療者接受治療，診斷後3個月內不治療率降到約9%。

表3-1 104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	217萬	74.5	10,474	4,014
乳癌	77.4萬	39.5	-	3,701
大腸癌	118.1萬	42.0	33,529	2,352
口腔癌	93.9萬	56.1	4,115	1,362
總計	506.4萬	-	48,118	11,429

資料來源：

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3-2 104年4癌症篩檢之檢出情形

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	1/347	1/71
乳癌	-	1/179	1/179
大腸癌	1/24	1/347	1/23
口腔癌	1/181	1/546	1/136

資料來源：

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	女性乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌 （含口咽及下咽）
第0期	97.5	97.0	86.1	77.1
第1期	95.5	87.8	80.9	79.4
第2期	89.4	69.4	71.2	69.6
第3期	73.6	56.9	59.9	54.8
第4期	27.8	17.5	12.3	33.5

資料來源：台灣癌症登記資料庫（含原位癌）。

備註：分析2009-2013年醫院申報4種癌症之期別5年存活率資料（追蹤至2014年）。

第五章 健康傳播、資訊與監測

認知，達行銷健康知識之目的，整合衛生教育資源。

第一節 健康傳播培力

一、健康傳播

為落實衛生教育，強化民眾對健康之

（一）訂定衛生教育主軸：104 年整合「藥



第2梯次縣市菸害防制交流工作坊

物濫用防制」、「食品安全教育」、「高齡友善環境」、及「疫病防治」等重要議題，以整合行銷方式推動，增加民衆之了解，提高民衆自主健康管理能力。

(二) 應用網站及社群網絡等多樣性傳播健康資源，進行健康傳播如「婦幼健康」、「菸害防制」、「健康城市及場域」、「體重管理飲食運動」、「慢性病防治」、「癌症防治」及其他等健康議題，傳播健康資訊，促進民衆健康。

二、為精進衛教人員於實務推動上的執行能力，104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場衛生教育工作坊，計200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，期使更多民衆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、建置健康妙管家平台及APP，提供民衆管理健康生活與健檢紀錄、健康風險評估與建議，及健康提醒等。
- 二、建置「開放資料平台」，至104年底累計開放178個資料集、表揚89件加值應用作品。

第三節 健康監測

為擬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

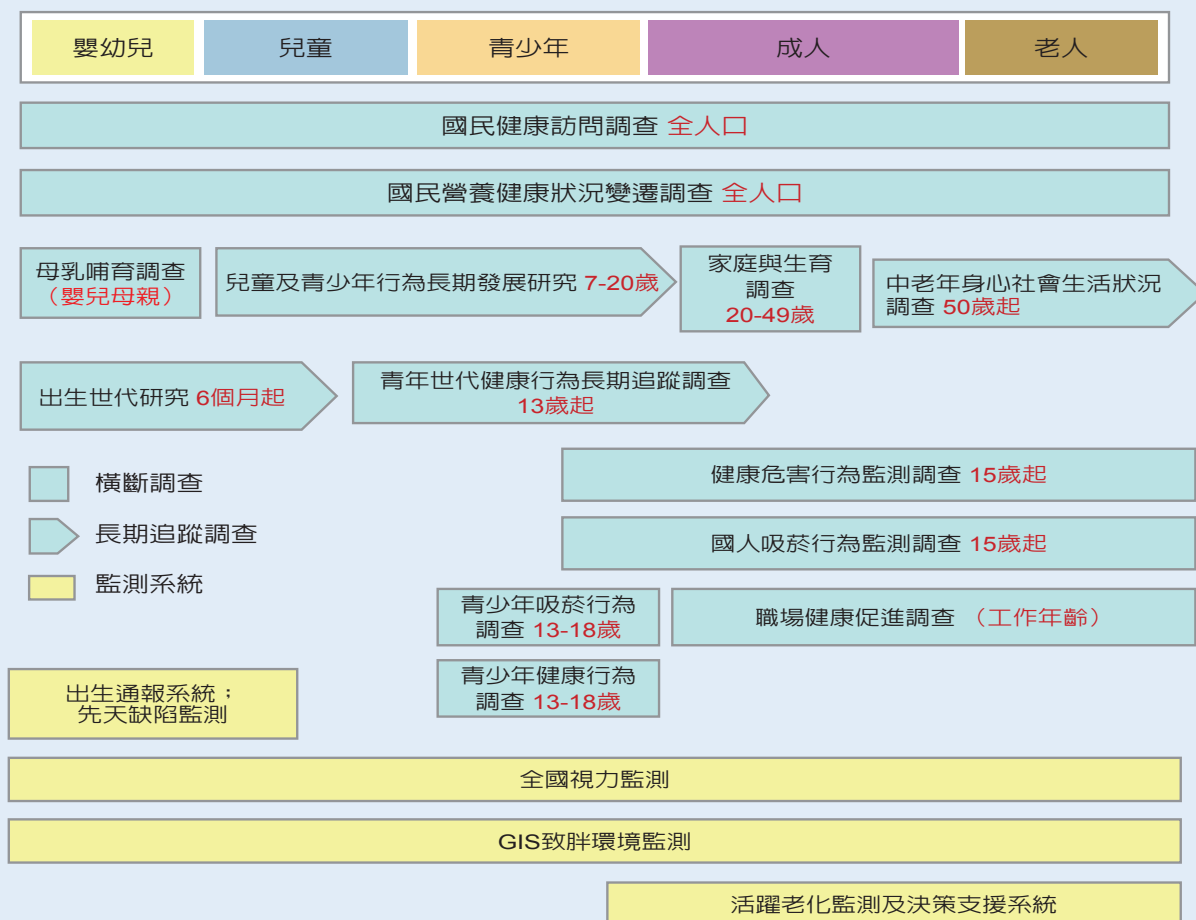
變化趨勢，運用國民營養健康狀況變遷調查資料，更新國人營養與非傳染病監測數據。除持續辦理兒童、中老年長期追蹤研究，並於104年建立青少年健康行為長期追蹤研究世代與完成基線調查。（如圖3-8）

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，

另運用既有資料如死因統計、健保就醫資料及健康調查等加強事故傷害統計分析。

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（網址為<https://olap.hpa.gov.tw/>），共開放7百餘項健康指標查詢。

圖3-8 重要健康監測調查項目



資料來源：衛生福利部

4

健康照護

- 44 | 第一章 健康照護體系
- 48 | 第二章 心理健康與精神醫療
- 52 | 第三章 長期照顧服務體系
- 56 | 第四章 醫事人力
- 59 | 第五章 健康照護品質
- 62 | 第六章 偏鄉醫療照護
- 64 | 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（Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS）醫療體系再造，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年至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。102年至105年辦理「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。

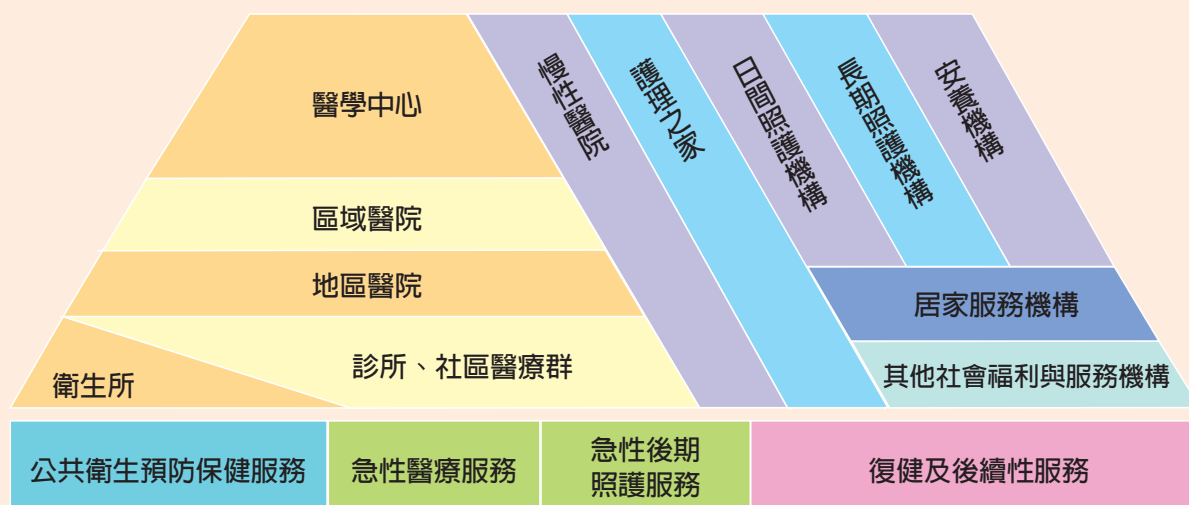
第一節 醫療資源

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。104年實施成果如下：

一、醫事機構現況：

104年醫療機構共2萬2,177家、藥局共7,922家、護理機構共1,251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

圖4-1 現行健康照護體系



資料來源：衛生福利部

檢驗所…等)共1,549家，如表4-1。

二、醫療院所病床現況：

醫療院所病床數共13萬3,335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56.8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、持續強化6大區域緊急醫療應變中心（Regional Emergency Medical Operations Center, 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。

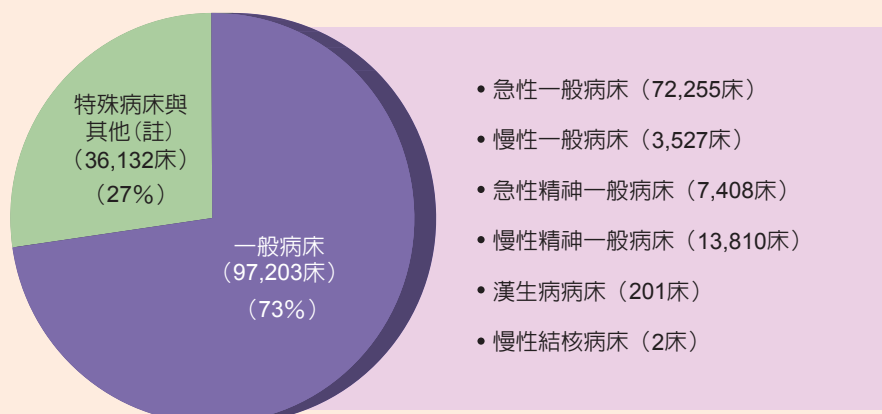
二、104年度共有36家醫院通過重度級醫院評定、82家醫院通過中度級醫院評定，目前全國43個次區域，皆已建置中度級（含）以上急救責任醫院，顯示各醫院急重症處置能力逐年提升，對當地急診品質更具保障。

表4-1 104年度醫事機構現況

醫事機構種類		家數
醫療機構	醫院	494
	診所	21,683
藥局		7,922
護理機構	一般護理之家	500
	精神護理之家	37
	居家護理所	513
	產後護理機構	201
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	25
	醫事檢驗所	407
	醫事放射所	58
	物理治療所	92
	職能治療所	14
	鑲牙所	49
	心理諮商所	52
	心理治療所	30
	語言治療所	19
	牙體技術所	771
	聽力所	10
	居家呼吸照護所	1
	營養諮詢機構	21

資料來源：衛生福利部。

圖4-2 104年醫療院所病床現況



資料來源：衛生福利部。

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、性侵害犯罪加害人強制治療床。

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，104年共獎勵19處。

四、持續辦理「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18家離島及醫療資源不足地區醫院72名急重症醫師人力，協助提升醫療服務資源與品質，增加民衆就醫之可近性。

五、截至104年底，我國自動體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator, AED）約1萬235台，密度已達每10萬人44.5台，公共場所AED急救資訊網已登錄6,475台，其中有2,672處場所通過安心場所認證（即場所設置AED且70%以上員工已完成CPR+AED訓練），共計約完成3萬人次訓練。

六、104年6月27日發生八仙樂園粉塵暴燃事件，本部立即啟動大量傷病患

應變機制，投入大量醫療資源救治燒燙傷病人。本事件共造成499人燒燙傷，平均燒燙傷面積約41%，分別收治於全國53家醫院。截至104年底止，共有461人出院（92.4%），23人持續留院治療（4.6%），15人死亡（3%）。對於醫護人員全力動員、團隊照護及衛政、社政的團結合作，本部特地舉辦「104年度衛生福利部緊急醫療救護貢獻獎及八仙樂園事件表揚活動」，以感謝無怨尤守護國人之緊急醫療救護人員無私貢獻。

第三節 急性後期照護服務

急性後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，藉由串聯急性醫療與護理之家、日間照護、居家照護面之跨專業團隊，建構無縫式的健康照護服務鏈。凡急性期後失能病人經由團隊評估符合條件者，並經病人或家屬同意後，可接受為期3-6週的急性後期服務。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



104年度緊急醫療救護貢獻獎頒獎暨八仙樂園事件表揚活動

管理師定期追蹤。

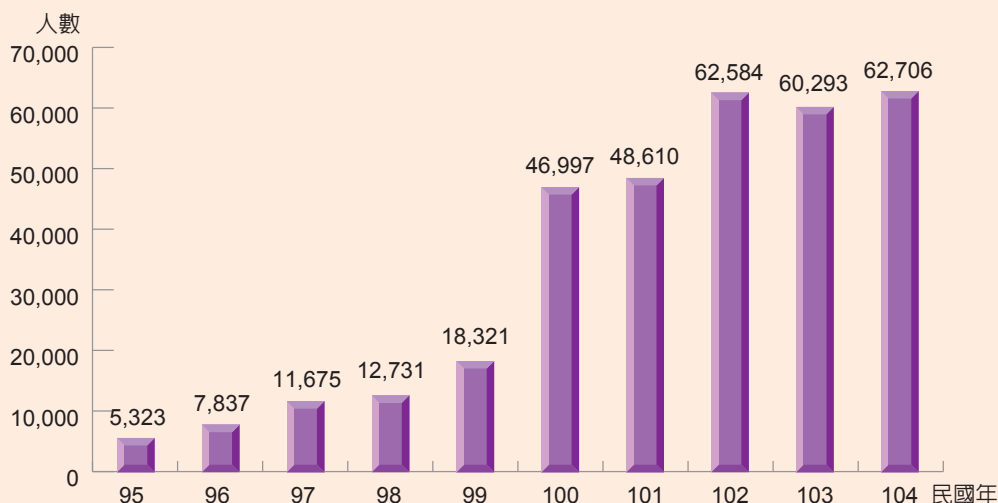
截至104年底，本部中央健康保險署（以下簡稱健保署）持續試辦優先選擇腦中風患者為對象的「提升急性後期照護品質試辦計畫（Post-Acute Care）」，計有157家承作醫院、23家上游醫院共組成39個團隊參加。104年收案3,302人，87.4%功能有進步，85.4%病人順利返家，病人滿意度達86.9%。104年9月9日公告實施的「全民健康保險燒燙傷急性後期整合照護計畫」，擴大急性後期照護模式至所有燒燙傷病人，提供社區化之燒燙傷急性後期整合照護及復健服務。

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》，使醫師對不可治癒之末期病人，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104年底止，共計有31萬182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）。

圖4-3 申請安寧緩和醫療意願註記於健保IC卡人數



資料來源：衛生福利部

截至104年止，共計53家醫療院所參與住院安寧服務、135家參與安寧共同照護服務、88家參與安寧居家療護服務、107家參與社區安寧療護服務，由醫療團隊依末期病患的需求，提供自入院、出院、社區至居家相互扣連之安寧照護服務。其中安寧共同照護服務及社區安寧療護服務，係分別自100年4月及103年1月起納入健保試辦及給付項目。104年接受安寧療護服務人數約3.7萬餘人，較上一年成長23%，且癌症死亡前1年接受安寧療護之比率，亦由99年23%，提升至103年49%。

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」，104年共補助7家示範中心（臺灣大學醫學院附設醫院、雙和醫院、中山醫學大學附設醫院、成功大學醫學院附設醫院、高雄醫學大學附設醫院、國立陽明大學附設醫院及門諾醫院）及23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；104年總計服務2萬9,240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、持續推行幼兒牙科醫療服務

(一) 持續提供未滿6歲兒童每半年一次牙齒塗氟服務，及未滿12歲之低

收入戶、身心障礙者、原住民族地區及偏遠離島地區幼兒每3個月塗氟一次，104年共計提供107萬人次，3-6歲至少一次塗氟利用率達77.3%。

(二) 針對所有國小一年級生及山地原住民族、離島地區、身心障礙者、低收入戶及中低收入戶之國小一、二年級學童，自103年9月起擴大提供恆臼齒窩溝封填服務，104年共計服務26萬人次。

(三) 持續推動全國國小學童含氟漱口水計畫，104年共計服務115萬名學童，服務涵蓋率約90%。

三、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，裝置活動假牙，統計98年至104年底止，共有4萬1,520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

一、為讓民衆看見、瞭解並重視心理健康議題，104年製作4款宣導海報及單張，主題為：「心健康心幸福」、「職場心理健康」、「家庭照顧者心理健康促進」、「老人心理健康（寬心養身）」，並發送至地方政府衛生

局、內政部、勞動部等單位，共同宣傳心理健康概念，共計發送3,200張海報及4萬張單張；另透過捷運車站燈箱、廣播、捷運報、網路圖像廣告等媒體露出，並配合世界心理健康日，辦理「用愛守護，健康心幸福」記者會，以倡導心理健康重要性。

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、提升民衆幸福感」之願景，以縣市為單位，推動建置各縣市心理健康網絡。104年委託21個地方政府衛生局辦理「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1,668場次，計12萬1,393人次參與，民衆參與活動平均滿意度為93%，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、辦理「心理健康促進政策白皮書編撰計畫」案，針對「嬰幼、兒少、青年」、「中壯年」、「老年」、「原住民」、「身心障礙者」、「照顧者」、「媒體」等七大心理健康促進核心議題，於個人、家庭/家族、學校/機構/組織、社群/社區/地域、社會/文化/信仰、國家/政策等層面，提出短程（105-107年）、中程（108-110年）、長程（111-114年）推動目標、策略、具體措施。

四、104年度補助「心理健康促進計畫」共18案，包含學齡前兒童心理健康、學校學生心理健康、職場勞工心理健康、婚前教育及家庭心理健康、原住民部落心理健康、長期照顧者心理健康、心理健康教育志工培訓、民衆心理健康促進宣導等8類，以建立相關衛教資源與培訓專業人力，強化

各項心理健康促進基礎建設。

五、設置安心專線（0800-788995），提供24小時免費心理諮詢服務，104年共計服務7萬574人次，協助1萬2,152人次的自殺意圖者，即時阻止自殺危機案件共464件。

六、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。104年共計接獲2萬9,914人次通報，關懷訪視服務20萬8,988人次。

七、104年自殺死亡人數為3,675人，相較於95年4,406人，減少了731人（圖4-4）；未來仍將持續加強中央及地方政府所建構社會安全網，強化推動關懷訪視、珍愛生命守門人等自殺防治策略。

八、補助本部草屯療養院增修「災難心理衛生教材手冊」並辦理種子教師教育訓練，共計培訓254名種子教師。

第二節 精神疾病防治

一、為健全精神病人之醫療照護服務，推動7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、104年全國精神醫療機構共461家，開放床數合計2萬1,218床（精神急性一般病床7,408床，精神慢性一般病床1萬3,810床），每萬人口約9.04床。日間型精神復健機構67家

(3,281人)；住宿型精神復健機構132家(5,519床)；精神科日間留院6,333人；護理之家37家(3,494床)。

三、為關懷社區精神病人，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，104年追蹤關懷精神病人計14萬2,416人，關懷訪視服務69萬9,815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，104年受理申請案件為747件(含強制住院申請案件677件及強制社區治療申請案件70件)。

五、104年完成11家精神醫療機構(含精神教學醫院)評鑑、63家精神復健機構評鑑及22家機構不定時追蹤輔導、17家精神護理機構評鑑。(如表4-2)。

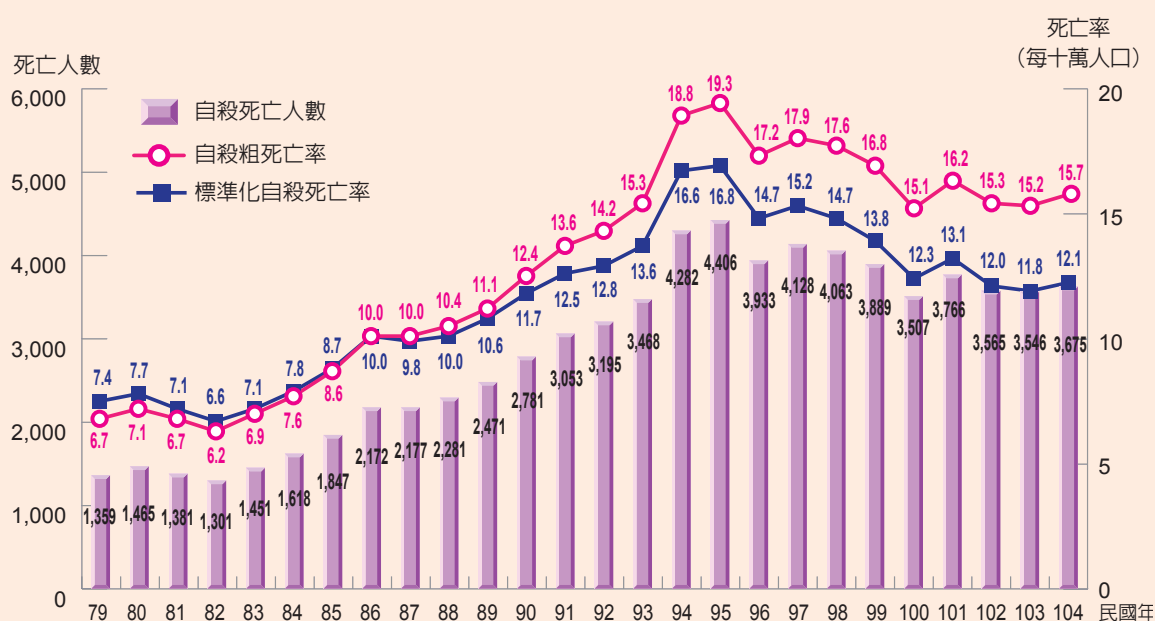
六、為考量民衆心理健康照護之需求，且

以全人照護為規劃，編印一系列「心理衛生專輯」宣導手冊，104年製作完成《認識精神疾病》、《與自閉症特質同行》、《注意力不足過動症》、《學習與精神健康》、《性別不安》、《睡眠與精神健康》、《藥物成癮與精神健康》、《認識思覺失調症》、《認識憂鬱 面對憂鬱 擺脫憂鬱-憂鬱情緒障礙自助手冊》、《如何脫離焦慮症困境》、《身體症狀與精神健康》、《創傷/壓力與精神健康》及《戰勝網路成癮-給網路族手機族的完全攻略手冊》等13冊，提供機關(構)參考運用，並置於本部網站供民衆參閱。

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」，截至104年底，全國計有162家醫療機構提供替代治療服務，累積治療人數達4萬1,762人，104年

圖4-4 79至104年全國自殺死亡人數/死亡率



資料來源：衛生福利部。

每日平均治療人數8,789人。每年新增藥癮愛滋人數，由94年2,420例，降至104年82例，如圖4-5。

二、截至104年底，指定藥癮戒治機構共計162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1,849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，辦理該等人員之繼續教育訓練，以強化專業知能。

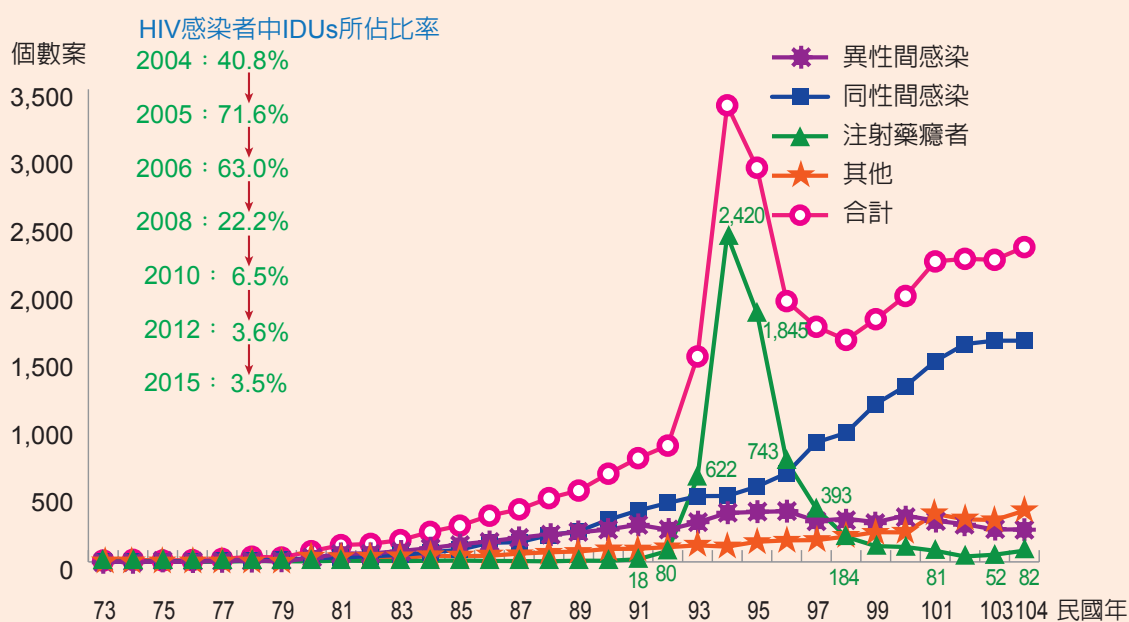
三、自103年7月起試辦「非鴉片類藥癮者戒癮治療費用補助計畫」，藉由戒癮醫療費用之補助，減輕經濟負擔，有效提升社區潛在藥癮者之治療意願。

表4-2 104年精神照護機構家數與評鑑結果

精神照護機構類型		家數總計	床數總計	104年受評家數	評鑑結果		
					優等	合格	不合格
精神科醫院	教學醫院	11	21,218	3	-	3	0
	非教醫院	35		8	1	7	0
設有精神科之綜合醫院		151		-			
設有精神科之醫療診所		264					
精神復健機構	日間型	67	3,281	14	-	14	0
	住宿型	132	5,519	49	-	46	3
精神護理之家		37	3,494	17	-	15	2

資料來源：衛生福利部

圖4-5 82年-104年愛滋感染人數統計圖



資料來源：衛生福利部

104年擴大並提高每人每年補助金額至2萬5,000元，計有441人受惠。

四、補助本部草屯療養院發展「第三、四級毒品施用者社區治療復健模式」，共收治第三、四級毒品施用者59人次，提供8,259治療人日，並完成該模式指引，俾「藥癮者治療性社區」模式之推廣。補助8家民間團體辦理「藥癮者心理社會復健工作計畫」，共提供生活安置54人，協助租屋6人，及生活輔導、心理支持、家庭支持、職業技能訓練、就業輔導及媒合等復健服務4,898人次。

五、辦理「酒癮治療服務方案」，補助社區內自願求助、家庭暴力加害人及高風險家庭成員等之酒癮個案，住院、門診及心理治療、家族治療等戒癮治療費用。104年共補助1,193人。另，補助4家醫院辦理「建構問題性飲酒與酒癮者醫療及社會復健服務模式計畫」，結合衛政、社政、地檢署、公路總局監理站等網絡單位，建立問題性飲酒及酒癮者之醫療轉介機制，並依個案需求，發展多元酒精減害及酒癮醫療與社會復健方案，以期早期發現早期治療。

六、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，104年計補助19縣市及1個民間團體計20案，服務19萬7,462人次。

第三章 長期照顧服務體系

我國整體人口結構快速趨向高齡化，因此建立完善的長照體制，已成為我國社會安全體系的關鍵議題之一。衛生福利部自97年起即分階段建立長期照護制度，第一階段長照十年計畫，第二階段-長照服務網計畫及長期照顧服務法。104年11月整合推動「長照量能提升計畫」，銜接長期照顧服務。同年6月《長期照顧服務法》公布，並將於106年全面正式施行，本部正積極進行子法規的訂定與相關配套措施之規劃。（見圖4-6）

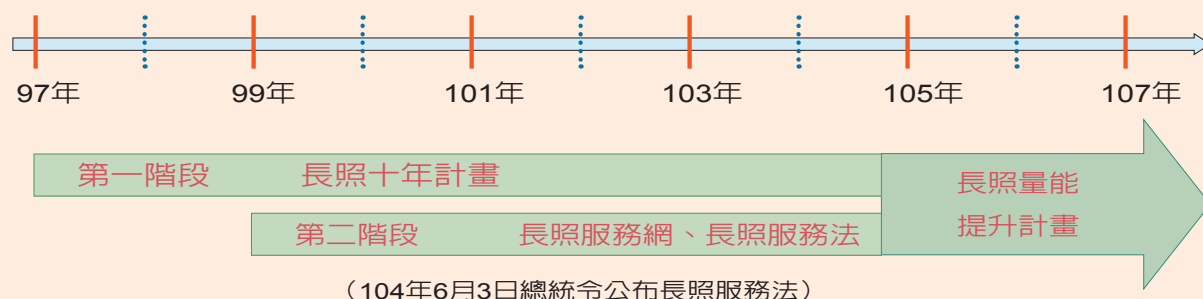
第一節 普及長照服務

為建置我國完善長照制度，規劃分階段辦理，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

圖4-6 長期照顧的整體政策藍圖



資料來源：衛生福利部

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104年底的35%，成長約15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。

- (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 104 年已增設至 178 所，成長近 6 倍，如表 4-3，4-4。

表4-3 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	104年
居家服務	124	127	133	144	149	160	168	173
日間照顧中心（含失智症老人日照中心）	31	39	66	78	90	120	150	178
家庭托顧	4	16	23	16	17	20	22	21
老人營養餐飲	166	204	201	159	169	190	209	197
交通接送	31	42	43	39	43	42	41	41
居家護理	487	495	489	451	498	478	486	494
社區及居家復健	62	88	113	112	111	191	143	143
喘息服務	102	114	311	474	527	651	1,549	1,565
合計	1,007	1,125	1,379	1,473	1,604	1,852	2,768	2,812

備註：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年度有減少之情況，惟不影響整體服務提供量能。

表4-4 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	104年
照顧服務	居家服務	22,305	22,017	27,800	33,188	37,985	40,677	43,331	45,173
	日間照顧	339	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344	3,002
家庭托顧		1	11	35	62	110	131	146	200
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	7,016
老人營養餐飲		5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074	5,520
交通接送（人次）		7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284	57,618
長期照顧機構		1,875	2,370	2,405	2,755	2,720	2,850	3,127	3,426
居家護理		1,690	5,249	9,443	15,194	20,882	21,258	23,933	24,547
社區及居家復健		1,765	5,523	9,511	15,439	16,303	21,209	25,583	27,417
喘息服務		2,250	6,351	9,267	12,296	17,471	32,629	33,356	39,135

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. 輔具購買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。

(3)截至 104 年 12 月機構收住式照護之床數共計 10 萬 4,742 床，包括護理之家 3 萬 7,032 床（占床率 85.8%）、長期照顧及安養機構 5 萬 9,869 床（占床率 77.3%）、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，至 104 年 12 月已完成事項包括：

1. 已建置 233 個多元日照服務單位（178 個日照中心、52 個日托據點、3 個原住民文化健康站）及 27 個失智症社區服務據點；原 89 個長照資源不足區已設服務據點及其他資源；核定補助 2 次區設立機構入住式床位。

2. 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，截至 104 年底共計 12 個縣市（高雄市 / 台南市 / 桃園市 / 嘉義縣 / 屏東縣 /

彰化縣 / 宜蘭縣 / 新竹縣 / 新竹市 / 台東縣 / 花蓮縣 / 澎湖縣），已設置 966 個社區生理量測據點，及提供 1,903 個獨居老人居家生理量測服務，計註冊使用人數達 4 萬 1,021 人，量測人次達 39 萬 2,485 人次。

(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 23 家廠商，驗測總案件數 104 案件完成 8 家業者申請 App 公版授權。

(二)推動《長期照顧服務法》（以下簡稱長照服務法）立法：

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 日總統令公布，預定於 106 年 6 月實施；該法共 7 章 66 條，內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大要素，為我國的長照服務制度做好奠基工作。

第二節 培訓長照人力

一、長期照護醫事專業人力培訓成果：

(一)辦理長照醫事專業三階段課程培訓並展開訓練，至 104 年 12 月已訓練 3 萬 5,091 人次；培訓照顧服務員 11 萬 263 人。

(二)強化在地化長照醫事專業人員訓練，培養在地評估照管專員、長照醫事專業人力等，充實當地的長照人力，至 104 年底共培訓 1,040 人，其中照管專員 165 人、長照醫事專業人員 875 人，人員留任率達 74%。

(三) 為提供長照服務人員便利及可近的訓練學習，刻正建置長照專業培訓課程數位化學習平台，預計 106 年上線服務。

二、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」，用以支應人員加班費、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) 辦理居家服務人力留任措施，鼓勵人才投入：為鼓勵國人投入居家服務行列，並使照顧服務員久任，自 104 年 7 月起因應失智症照顧之特殊性，提供居家失智症照顧者，每個服務對象每月加給 350 元，以增加照顧服務員於提供不同服務對象之加給辦法，提升實質薪資；另為增進照顧服務員專業形象及人力分級，對於任職居家服務提供單位領有照顧服務員

技術士證之照顧服務員，當月服務時數達 130 小時以上，每人每月補助專業加給 1,000 元。

(三) 提升老人福利機構工作人員之服務品質與效能：104 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 2 場次，計院長（主任）102 人次、社會工作人員 73 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 140 人次。

第三節 整合長照機構管理

為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 104 年止，一般護理之家計評鑑 479 家（其中 104 年 293 家），評鑑結果合格 454 家（94.8%）、不合格 25 家（5.2%），如表 4-5。另老人福利機構計 1,067 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，如表 4-6；另各地方政府 101 年至 103 年共評鑑 1,016 家。

表 4-5 本部一般護理之家評鑑等第統計表（截至 104 年止）

等級	機構數	百分比	合格率/不合格率
優	98	20.5%	94.8%
甲	168	35.1%	
乙	188	39.2%	
不合格	25	5.2%	5.2%
合計	479	100%	100%

表4-6 本部93-102年老人福利機構評鑑等第統計表 單位：家數(%)

等第年度	優 (百分比)	甲 (百分比)	乙 (百分比)	丙 (百分比)	丁 (百分比)	合計
93年	30 (22.9)	49 (37.4)	49 (37.4)	3 (2.3)	0 (0.0)	131
96年	24 (19.7)	41 (33.6)	39 (32.0)	12 (9.8)	6 (4.9)	122
99年	14 (10.9)	59 (46.1)	39 (30.5)	14 (10.9)	2 (1.6)	128
102年	17 (13.4)	63 (49.6)	40 (31.5)	6 (4.7)	1 (0.8)	127

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、104年各類醫事人員執業人數共計28萬0,508人，分別為醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員6萬3,806人、藥事人員3萬3,516人、醫事檢驗人員9,261人、醫事放射人員5,952人、護理人員14萬8,223人、助產人員150人及營養師2,392人。與94年比較，醫師增加1萬5,009人、藥事人員增加2萬1,226人、醫事檢驗人員增加3,109人、醫事放射人員增加2,260人、護理人員增加5萬5,776人、助產人員減少69人及營養師增加1,424人。至104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，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」。104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（Post-Graduated Year）訓練計畫，共計1,386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。104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759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104年專科護理師甄審及格人數計5,702人（內科3,011人，外科2,691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」，104年計有138家醫院參與，共核定2,187個訓練計畫，培訓2萬6,889名醫事人員，領證2年內之新進醫事人員受訓達成率約83.95%。

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。並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102年起，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（Objective Structured Clinical Examination ,OSCE），才能參加第二階段醫師考試。

八、為建立中醫師臨床訓練制度、培育中醫人才，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，104年共輔導35家訓練醫院，接受188位新進中醫師進行為期2年訓練，並函頒「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」，104年培訓指導醫師625人及

指導藥師218人。

九、執行「提昇中醫醫事人員執業素質計畫」，104年舉辦中醫相關學術研討會11場；另辦理中醫基本護理訓練課程，完成387位護理人員七科九學分訓練。此外，並推動中醫多元照護模式，輔導3家教學醫院建立中西醫合治及中醫日間照護模式，完備中醫團隊照護能力。

第三節 護理改革

為改善護理人力短缺，本部於101年5月推動護理改革計畫，積極執行相關改革策略，降低護理人員工作負荷、提高護理薪資及待遇、改善職場環境，及推動偏鄉護理菁英計畫等，促使護理人員留任及增加護理人力回流，截至104年辦理情形如下：

一、護理執業人數增加，總離職率與空缺率下降：

（一）護理人員執業人數增加：截至104年底護理人員執業人數共14萬8,223人，較改革前（101年4月底）前增加1萬1,808人。

（二）離職率與空缺率降低：總離職率已由101年之13.14%下降為104年10.5%（減少2.6%），為自99年來最低；總空缺率則由101年之7.2%下降為104年之5.6%（減少1.6%）。

（三）全國每萬人口分配之護理人員數上升：從101年60.48，至104年增至65.27。

二、降低工作負荷、改善護病比與勞動條件

（一）102年1月1日修正「醫療機構設置標準」，提高醫療機構護理人力設

置標準，50 床以上醫院由每 4 床設置 1 人提高至每 3 床 1 人。

(二) 104 年將護病比納為醫院評鑑正式項目，評鑑基準為各級醫院急性一般病床之「全日平均護病比」：醫學中心 ≤ 9 人且白班平均護病比 ≤ 7 人、區域醫院 ≤ 12 人、地區醫院 ≤ 15 人。104 年申請評鑑的 114 家醫院之「全日平均護病比」評鑑結果，皆符合評鑑基準。

(三) 擴大推動「住院保險診療報酬與護病比連動制度」：

1. 本部健保署已於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」。
2. 另104年醫院總額亦於一般服務部門編列經費20億元，用於調增住院護理支付並與護病比連動。以醫院評鑑護病比為基準，並依各醫院每月「全日平均護病比」達成情形，予以加成9%至11%。104年實施結果，依各醫院每月提報護病比結果，平均95%以上月次皆達到較評鑑基準佳之護病比，符合加成範圍。（如表4-7）

(四) 廢除責任制：為保障護理人員勞動權益，勞動部（前行政院勞工委員會）於 101 年 3 月 30 日公告，醫療保健服務業（含國軍醫院及其民衆診療處）之場所及人員分別自 101 年 3 月 30 日、103 年 1 月 1 日起不再適用勞動基準法第八十四條之一規定，法定工時全面排除責任制（即一般所稱廢除責任制）。

(五) 違反勞基法已納入醫院評鑑標準：有違反勞基法之醫院，納入醫院評鑑查核及輔導訪查重點，並要求各縣市衛生局將醫院勞動條件檢查結果，列為年度督導考核之重點。

(六) 醫院職場暴力問題預防及處置：103 年 1 月 29 日公布修正醫療法第 24 條及第 106 條，對於醫事人員遭受暴力傷害，增訂醫療機構應採取必要措施。若涉刑事責任，警察機構應移送檢察官偵辦。另增訂毀損設備罪、妨礙醫療業務罪、及其加重結果犯之規定。

三、薪資福利待遇改善：

(一) 依勞動部調查近四年護理人員平均薪資調幅約 8.08%。

(二) 夜班費調增：至 104 年調查全國醫院（含國軍醫院）96.9% 調高夜班費（公立醫院 100%、私立醫院 96.2%）。

表4-7 醫院「全日平均照護比」加成

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%
< 8.0	< 11.0	< 14.0	11%

四、推動偏鄉護理菁英計畫：

- (一) 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」，並自 104 年開始招募。預計 4 年培育 200 名護理人力，畢業後分發至偏鄉地區醫院執行臨床護理工作至少服務 4 年。
- (二) 104 學年度已有招收 36 名 (含大學制 25 人、四技二專學制 11 人) 公費生。

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 104 年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數合計有 5 萬 0,060 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，經重新檢討後，專科醫師訓練容額由 1,948 名下修為 104 年之 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，104 年成效如下：

一、病人安全與醫療品質

- (一) 訂定醫院版「105-106 年度醫院醫療品質及病人安全工作目標」，如表 4-8。
- (二) 透過「臺灣病人安全通報系統」，營造病人安全文化，104 年共有 6,788 家醫療衛生相關機構參與此系統，初步統計通報件數達 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 104 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；評鑑結果詳列如下表 4-9、4-10。
 - (二) 為精進評鑑制度的發展與革新，於 102 年成立「醫院評鑑制度規劃小組」，針對 104 年醫院評鑑基準之研修作業設定目標，並於 103 年進行評鑑基準 (草案) 之試評作業，於 104 年正式實施，逐步落實簡化、優化、日常化作業。

(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」；又，配合醫院評鑑作業整併，自 104 年起醫院附設中醫部門評鑑併入醫院

評鑑辦理，惟科別不足未納入教學醫院評鑑之醫院附設中醫部門及中醫醫院單獨辦理評鑑；103 年評鑑合格之醫院附設中醫部門有 3 家，中醫醫

表4-8 105-106年度醫院醫療品質及病人安全工作目標及執行策略

項次	八大工作目標	執行策略
一	提升醫療照護人員間的有效溝通	1. 落實訊息傳遞之正確、完整與及時性 2. 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 3. 落實放射、檢查、檢驗、病理報告之危急值或其他重要結果及時通知與處理 4. 加強團隊溝通技能
二	落實病人安全異常事件管理	1. 營造病安文化，並參與台灣病人安全通報系統 2. 分析病安事件並推動改善方案 3. 訂有病安事件管理計畫
三	提升手術安全	1. 落實手術辨識流程及安全查核作業 2. 提升麻醉照護品質 3. 落實手術儀器設備檢測作業 4. 避免手術過程中造成的傷害 5. 建立適當機制，檢討不必要之手術
四	預防病人跌倒及降低傷害程度	1. 落實跌倒風險評估及防範措施 2. 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫
五	提升用藥安全	1. 推行病人用藥整合 2. 落實用藥過敏及不良反應史的傳遞 3. 加強高警訊藥品及輸液幫浦的使用安全
六	落實感染管制	1. 落實手部衛生遵從性及正確性 2. 落實抗生素使用管理機制 3. 落實組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染 4. 定期環境清潔、監測與建立消毒、滅菌管理機制
七	提升管路安全	1. 落實管路使用之評估及照護 2. 提升管路置放安全及減少相關傷害 3. 加強團隊合作，提供整合性照護
八	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	1. 鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係 2. 提供民眾多元參與管道 3. 鼓勵民眾通報所關心的病人安全問題 4. 主動提供病人醫療安全相關資訊，推行醫病共享決策

表4-9 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

表4-10 教學醫院評鑑結果

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

院有 1 家。

(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 104 年底，使原需受評機構 621 家次，減併為 371 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。

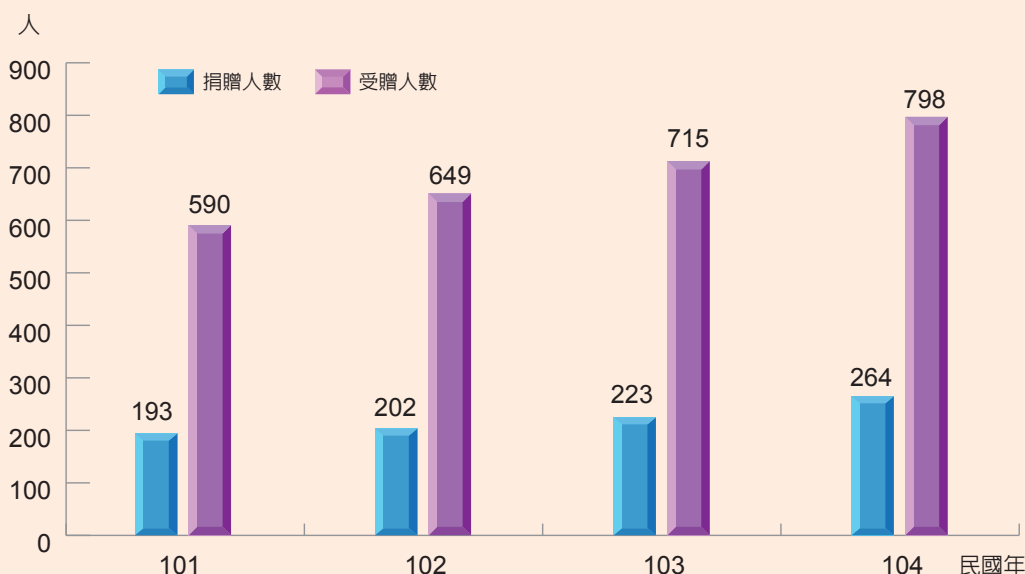
為提升基層醫事機構對於「可發生游離輻射設備使用之管理、輻射線之防護安全及影像訊息之品質，自 98 年起辦理醫事放射機構訪視。依行政院原子能委員會 102 年 6 月資料，已設置有「可發生游離輻射設備」之基層醫事機構共有 7,262 家，至 104 年 12 月，已完成實地輔導訪視近 1,700 家。

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 104 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，歷年器官捐贈與受贈人數如圖 4-7。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，104 年度相關作為如下：

一、104 年 7 月完成《人體器官移植條例》第 8 條修正，讓有意進行親屬捐

圖 4-7 101 至 104 年全國器官捐贈與受贈人數



資料來源：衛生福利部

贈移植卻因醫學因素無法進行之病人及家屬，與另一組同樣情形者之間，得以進行腎臟移植配對，提供腎臟待移植者另一個獲得移植之機會。

- 二、為感念器官捐贈之大愛，本部104年8月擇定每年6月19日為「器官捐贈紀念日」，讓每位器官捐贈者的愛心與勇氣不因時間的流逝而被遺忘。

第四節 智慧健康照護

依行政院「雲端運算應用及產業發展方案」推動「台灣健康雲」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。104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406家醫院，152家衛生所及3,700家以上診所。
- 二、持續精進「健康存摺」系統，除新增健保卡註冊下載方式，更推出行動版APP，更方便民衆運用，進行自我健康管理。截至104年底已有33萬2,517人次登入查詢個人的健康存摺，並有29萬4,589人次下載儲存，隨時掌握健康大小事，提升醫療安全與效益。
- 三、持續精進「健保雲端藥歷系統」系統功能，以符合醫院醫師、藥師即時線上查詢病人用藥紀錄臨床實務所需，有效替民衆用藥安全把關，減少重複用藥風險及非必要處方藥費。統計至104年底，計有1萬8,690家院所查詢使用，總查詢次數達1億6,562萬人次。
- 四、結合12縣市衛生局於轄區公共場所

完成設置966個社區生理量測服務據點，並提供1,903個獨居老人居家生理量測服務，使用者註冊人數合計達4萬1,021人，量測人次達39萬2,485人次。

- 五、建置全人健康管理行動化雲端服務基礎建設之「健康妙管家平台」並於104年擴充「健康妙管家平台」與「決策支援系統」功能，同時推廣國民註冊成為會員，至104年12月會員數累計達1萬1,014人，與103年人數3,118人相比，共增加7,896人。
- 六、持續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，約涵蓋全國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 醫療照護在地化

為維護偏鄉離島地區民衆就醫權益，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、持續推動「全民健康保險山地離島地區醫療效益提昇計畫」（Integrated Delivery System，簡稱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，另澎湖醫院及金門醫院之心導管室分別於102年、104年落成啟用，提升醫療服務水準，並

精進該等地區心臟內科病人之照護處置效能。

- 三、陸續新建或更新偏鄉及離島地區衛生所（室），104年屏東縣來義鄉文樂村及望嘉村衛生室重建、金門縣列嶼鄉衛生所新建完工使用，並完成改善連江縣立醫院舊醫療大樓空調設備；另以「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升」計畫及規劃於台東大武設置「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 醫療資訊網絡

一、建構偏鄉數位資訊醫療照護網

為落實偏鄉醫療在地化，提升原住民族及離島偏遠地區醫療品質，推動「行動門診」送醫療到部落，提供居民便利醫療服務，截至104年底已完成建置新竹縣等15縣64家衛生所醫療資訊系統及342處巡迴醫療點。另為使偏鄉民衆能即時獲得醫學中心級之醫療診斷與諮詢服務，透過醫學影像傳輸系統（PACS）由部立桃園醫院協助醫學影像之判讀，104年度計支援判讀7,718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，已完成48家偏鄉衛生所之電子病歷調閱系統建置。

第三節 緊急醫療後送

為使離島地區之緊急傷病患均能獲得妥善醫治，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。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」，由台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，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。空中轉診審核中心成立前每月平均空中轉診航次為43.18次，成立後轉診航次逐年下降，至104年每月平均航次降至22.36次，下降率達48.22%。

- 二、依據「緊急醫療救護法」、「救護直昇機管理辦法」及「離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，由離島主治醫師提出申請，經空中審核中心於20分鐘內完成審核，如符合「救護直昇機管理辦法」之空中救護適應症者，立即協助緊急後送台灣本島就醫，若有航空器不足之趟次或時間，則協請空勤總隊及國防部支援緊急後送服務，104年全年後送236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1%，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，另若經醫師診斷確有需要者，補助次數得增

至六次；空中轉診陪同醫護人員交通費亦得申請補助。

第四節 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」104年編列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104年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」，共計41家，其急診診察費予以加成30-80%，並對急診案件給予以點值每點一元之保障，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」，104年專款支應2.8億元，提供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。104年執業服務計畫共有33家牙醫診所於33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。104年巡迴服務有170家醫療院所前往116個鄉鎮巡迴（西醫基層診所：130家、86

個鄉鎮；醫院：40家醫院、30個鄉鎮）。

五、推動「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，104年專款支應近1億元，提供醫療資源不足地區醫療服務，以確保偏遠地區民衆就醫權益。104年巡迴服務有91家醫療院所前往86個鄉鎮提供巡迴醫療服務。

第五節 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104年共培育醫事人員910名，包含西醫師486名及其他醫事人員424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，並自104年開始招募，計有36名公費生註冊就讀。為鼓勵醫事人員留任，落實在地醫療化，廣續補助醫事人員至原住民族及離島地區開業及進修，104年共補助8家醫事機構開業及1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、新住民未納保前，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。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，104年之建卡管理率達100%。

- 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，104年共補助約1萬3,810案次，補助金額約625萬336元。
- 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。104年計有19個縣市、211個衛生所辦理此計畫，並有389名通譯員參與。
- 四、為提供多元文化及生育保健資訊，104年委託辦理「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種語版翻譯手冊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104年公告207種罕見疾病、92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，供應維持生命所需之特殊營養食品及緊急需用藥物，104年總計供應1,331人次；並提供依健保法未能給付之罕見疾病診斷、治療、國內外確診檢驗、居家醫療照護器材費用之補助，104年總計補助1,192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14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，計21場。
- 五、104年1月14日公布修正《罕見疾病防治及藥物法》，修法重點包括：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；對於依健保法未能給付之支持性與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，處新台幣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）油症患者係民國 68 年間因食用多氯聯苯（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）。
- （二）為保障油症患者健康照護權益，於 104 年 2 月 4 日奉總統令公布施行《油症患者健康照護服務條例》，除持續提供第一代及第二代油症患者健保門（急）診免部份負擔醫療費用、第一代患者住院免部份負擔醫療費用、

每年 1 次免費健康檢查、油症患者特別門診、訪視關懷及衛教外；新增油症患者之人格及合法權益，應受尊重及保障，對其接受教育、就業、醫療等權益，不得有歧視之對待，及合法權益受侵害進行訴訟時，政府應提供必要之法律扶助；對已列冊服務之油症患者於本條例施行前死亡，其配偶、直系血親卑親屬，得申請新臺幣二十萬元之一次撫慰金（申請期限自 104 年 8 月 10 日至 106 年 8 月 9 日止）等。

（三）截至 104 年底共列 服務 1,817 位油症患者，其中第一代為 1,272 位；第二代為 545 位。104 年共補助 1 萬 8,125 人次油症患者之門（急）診部分負擔醫療費用、106 人次住院部分負擔醫療費用、690 位油症患者免費健康檢查服務以及油症患者遺屬撫慰金申請通過共核付 39 案。

二、漢生病病人人權保障及照顧

（一）持續推動「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照顧。

（二）104 年 12 月底止，計臺大、馬偕、中榮、成大院及樂生療養院等 5 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人人權保障及照顧

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，104 年作為如下：

（一）人權保障方面

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或其他相關陳情，累計至 104 年認定違法計 1 件，協助民衆處理相關陳情案件計 4 件。另為保障感染者就學權益，國防大學針對本部 103 年行政處分（恢復學生就學機會或和解）不服，向臺北高等行政法院提起行政訴訟案，仍與該校進行爭訟作業中。

（二）健康照護方面

1. 截至 104 年底，全國共有 59 家愛滋病指定醫院提供愛滋感染者醫療照護服務，新診斷愛滋個案 3 個月內之就醫率達 90%、感染者服藥率達 78%、感染者測不到病毒之比率為 67%。
2. 為強化感染者作好自我健康管理，96 年起開辦愛滋病個案管理計畫，104 年共有 57 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 2 萬 252 例，管理中人數計 1 萬 3,412 例。
3. 透過地方政府衛生局（所）及個案管理師的追蹤管理，輔導個案定期就醫，以提昇生活品質，並加強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、就醫安排與緊急安置，並提供個案管理服務，104 年提供 202 例個案安置及 368 例個案管理服務。

傳染病防治

-

傳染病防治除須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，才能保障全民健康。

第一章 傳染病防治簡介

為杜絕傳染病發生、傳染及蔓延，訂定《傳染病防治法》等相關法規，以規範各級政府機關、醫事機構及人員、民衆等傳染病防治之義務及權利，並讓相關人員執行工作時有所依循。

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。104年為強化傳染病防治工作，修正9項相關法律及法規命令（含實質法規命令），共12次，如表5-1。

二、防疫行政架構

本部疾病管制署（下稱疾管署）負責傳染病防治政策制定及考核，並設置六區管制中心督導地方防疫及檢疫業務；各地方政府擬定及落實執行計畫。

三、檢驗架構

疾管署負責國內各種傳染病檢驗及研究業務，已建置全國完善的傳染病檢驗服務網，除該署實驗室外、並依法認可檢驗機構272家，指定第四級

微生物病原體(RG4) 指定檢驗機構1家，且有8家腸病毒及流感病毒合約實驗室、8家結核菌合約實驗室。另外因應全球新興傳染病發生時，亦會臨時指定檢驗機構以擴充量能，如104年7-12月即指定6家中東呼吸症候群冠狀病毒（MERS-CoV）檢驗機構。同時訂有「傳染病檢體採檢手冊」及「全國傳染病檢體運送品質管理計畫」，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，負責整合中央部會、地方政府及各機構所提供資訊，轉化為整體防災所需的即時訊息，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 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。104年法定傳染病確定病例統計如附錄二，有關監測與調查之情況如下：

一、多元化傳染病監測體系

包括法定傳染病個案通報、學校及人口密集機構監測、急診即時疫情預警監視及實驗室傳染病自動通報等指標型監測系統，並運用健保門急住診及衛福部死亡登錄資料進行疾病趨勢分析；另透過各種管道，即時蒐集分析國內外疫情，以進行事件型監測。

二、疫情通報系統之整合

104年起推動跨部會資料勾稽，整合行政院農業委員會（下稱農委會）、本部食品藥物管理署及疾管署等3個機關之疫情資料，以提升防疫監測資料之品質並互連加值運用，使疫情監測更臻完備。

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，104年共調查620件疑似群聚案件，包含屏東某渡假村食用冰塊致諾羅病毒群聚、台東綠島生蠔致諾羅病毒群聚、宜蘭某喜宴海鮮致腸炎弧菌群聚等。

表5-1 104年修正法案表

日期	名稱	修正重點
2月4日	《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》	1. 修正感染者醫療費用給付方式。 2. 增訂因醫療之必要性或急迫性得未經同意逕行採檢之情形。 3. 為符國際人權趨勢，刪除對非本國籍感染者入境及停留、居留限制。
2月25日	《有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者之範圍》	配合《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》修正，自檢查對象中刪除非本國籍感染者。
3月23日	《傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法》	修正實驗室監視及預警系統病原體檢驗項目。
6月17日 12月30日	《傳染病防治法》	1. 增訂民衆配合防疫工作給予公假之法源，及加重裁罰未配合清除大型孳生源者。 2. 配合實務需求，修正感染管制相關規定及罰則，相關修正重點如下： (1) 修正「感染控制」一詞為「感染管制」。 (2) 強化醫療機構等其他類似場所應執行之感染管制工作，及授權中央主管機關另定感染管制查核辦法。 (3) 賦予主管機關得依醫療機構與長期照護等機構及場所違反感染管制樣態之情節輕重，處以適當處分，以符比例原則。
7月31日	《受聘僱外國人健康檢查管理辦法》	配合《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》修正，取消非本國籍人類免疫缺乏病毒感染者在臺居留與工作之限制，並配合受聘僱外國人健康檢查實務需要修正相關規定。
7月31日 12月24日	《受聘僱外國人入國後健康檢查醫院指定與管理辦法》	1. 配合《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》修正，修正醫院申請為健檢指定醫院應檢附之文件。 2. 放寬指定健檢醫院申請資格，並配合健康檢查資料資訊化作業修正相關規定。
10月12日 12月18日	《傳染病防治醫療網作業辦法》	1. 賦予地方主管機關自行指定應變醫院之權限，及編列預算補助之法源。 2. 因應桃園縣升格，修正直轄市名稱。
12月7日	《傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法》	1. 刪除傳染病檢體採檢項目、採檢時間、送驗方式之附表，改授權主管機關以公告為之。 2. 賦予地方主管機關對轄區檢驗機構查核之權限。
12月14日	《人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法》	配合《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》之修正，爰修正感染者醫療費用補助相關規定，名稱並修正為《人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法》。

第二章 重要及新興傳染病防治

第一節 結核病防治

104年結核病確定病例數為1萬711例（如圖5-1），我國推動「結核病十年減半全民動員計畫」。防制成果如下：

- 一、全國結核病發生率（數）於94年為72.5例/10萬人口（1萬6,472人），於104年為45.7例/10萬人口（10,711人），發生率累積降幅達37%，顯見防治策略奏效。
- 二、推動直接觀察治療（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。
- 三、實施「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，102年世代追蹤之24個月的治療成功率為76.4%。

四、加強落實結核病接觸者檢查，104年平均每一指標個案追蹤檢查接觸者為10位。

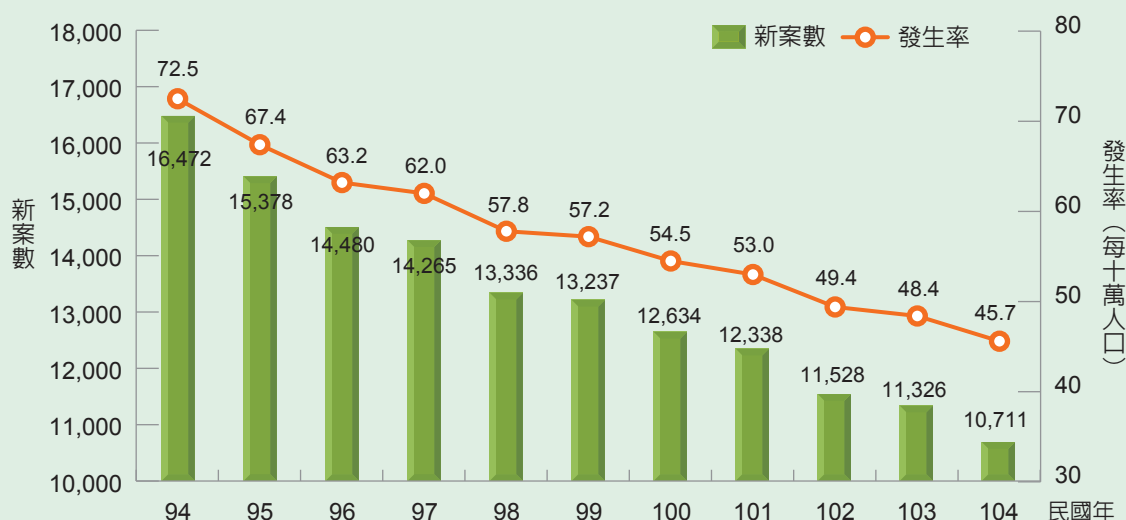
五、推動「潛伏結核感染治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療法」，104年加入潛伏結核感染治療個案總計4,706人。

六、主動積極發現個案，104年進行全國各地胸部X光車巡檢，共計34萬7,264人次，發現確診個案363例。

七、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。

八、對15~49歲結核病個案進行常規性愛滋檢驗，104年目標族群HIV檢驗率為94%。

圖5-1 94-104年結核病發生數變動趨勢圖



資料來源：衛生福利部疾病管制署

第二節 腸道傳染病防治

一、腸病毒

104年腸病毒重症確定病例計6例，其中2例死亡，皆為現階段尚無法有效避免之母嬰垂直感染重症個案。主要防治策略包括即時疫情監測，加強托育機構及兒童常出入公共場所之衛生查核，與地方政府合作辦理「腸病毒防治計畫」，運用在地資源深耕社區衛教，建立腸病毒重症醫療網加速轉診效率，提昇醫護人員臨床診療能力及醫療照護品質。

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 病媒傳染病防治

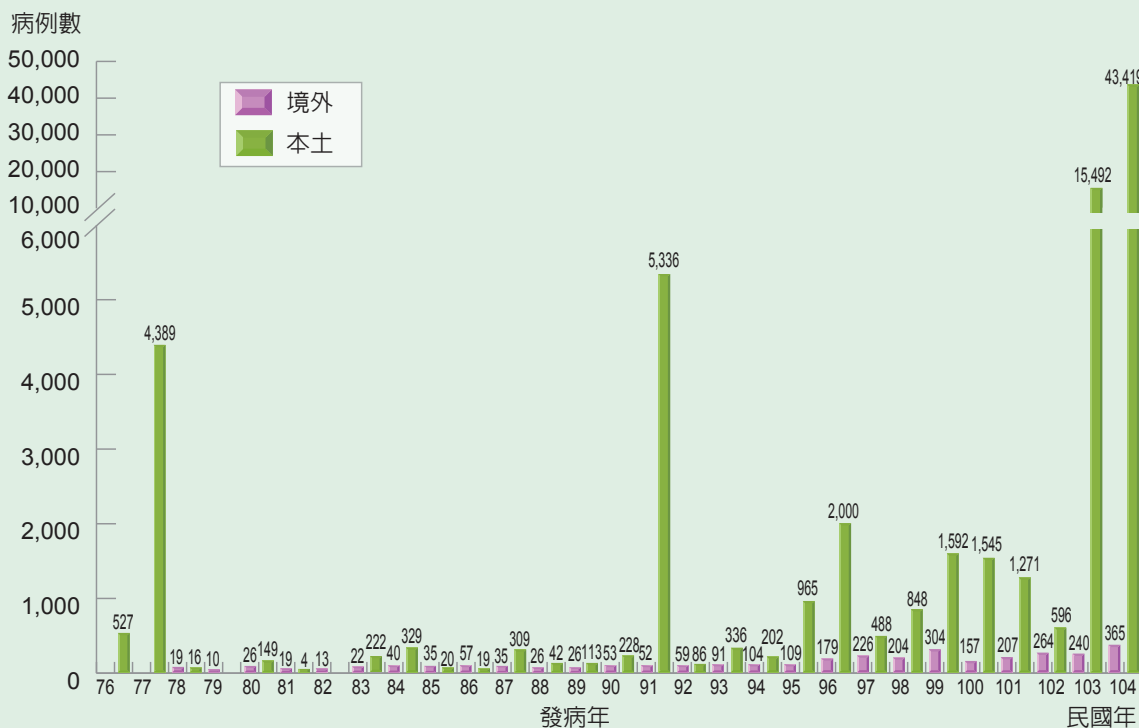
一、登革熱

104年登革熱確定病例計4萬3,784例，其中境外移入365例，本土確定病例4萬3,419例（其中228例死亡），為歷年最嚴峻之本土疫情，可能受到全球疫情嚴峻，氣溫較高及雨量較多之影響；重症計647例，均為本土病例。歷年登革熱確定病例數（如圖5-2）。

104年新增下列防治策略：

- （一）修正傳染病防治法，對於不主動清除孳生源者加重裁罰，同時條文增列提供配合緊急防治民衆可申請公假。

圖5-2 歷年登革熱確定病例數統計圖



資料來源：衛生福利部疾病管制署

- (二) 修訂病例通報定義，提醒醫師注意重症個案，以降低死亡率。
- (三) 修訂工作指引，使地方政府處理大規模流行疫情時，能夠彈性因應。
- (四) 委託辦理「登革熱防治研究中心整合計畫」，結合跨領域專家，研發或引進病媒防治新技術，以因應未來防治所需。

由於 104 年入夏後發生大規模流行疫情，行政院於 9 月 15 日成立「登革熱中央流行疫情指揮中心」，每週召開工作會議，整合中央與地方防疫資源，統籌、協調與督導防治工作，整體疫情於 11 月後持續趨緩，指揮中心於 105 年 1 月 11 日解散。

二、日本腦炎

日本腦炎之流行期為每年 5 至 10 月，流行高峰為 6 至 7 月，104 年共有 30 例確定病例。

三、瘧疾

持續辦理瘧疾疫情及矮小瘧蚊監測，加強衛生教育宣導，提醒國人出國旅行時，防範病媒蚊叮咬，104 年共 8 例境外移入病例。

第四節 血體液傳染病防治

一、愛滋病

自 73 年至 104 年底累計通報 3 萬 1,030 例本國籍感染者，其中有 1 萬 4,003 例發病，5,085 例死亡。另 104 年新增感染者 2,327 名，93.9% 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 82.6%。104 年主要策略及成果如下：

- (一) 為使男男間性行為者獲得適當愛滋

介入服務，持續委託辦理 5 家同志健康社區服務中心，提供多元性別友善的健康講座、民間團體衛教宣導、免費電話諮詢、醫療諮詢門診、篩檢及轉介醫療等服務，另利用 Line、Facebook 等通訊軟體提供衛教諮詢，並透過交友手機應用軟體 (APP) 露出健康促進的宣導訊息，平均每月衛教觸及 1 萬人次。

- (二) 中央 / 地方各機關團體密切合作，全面推動防治宣導，透過 Facebook、Twitter、Instagram 及交友軟體等媒體，多元創新方式宣導提升民衆防治知能，民意調查顯示，15-49 歲民衆正確認知率已達八成。
- (三) 辦理「藥癮愛滋減害計畫」，全國共有 159 家醫院提供替代治療服務，設置 834 處清潔針具衛教諮詢服務站及 417 台針具自動服務機，針具回收率達 92% 以上。
- (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」，計有 3 萬 8,599 人次接受篩檢，病毒陽性率為 2%。
- (五) 為避免母子垂直感染，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。截至 104 年共發現 105 例新通報孕婦陽性個案 (含外國籍 24 例)，其中 104 年發現 10 例 (陽性率：4.49/ 每 10 萬人口)，歷年成果 (如圖 5-3)。

二、性病

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 104 年底推薦醫師達 1,371 位。另

持續辦理性病患者的愛滋篩檢服務，104年計提供10萬3,241人次服務，篩檢陽性率為0.37%。

三、B、C型肝炎

(一) 迄今我國成人B型肝炎帶原者估計約250萬例、C型肝炎之感染者約40-70萬例。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104年底，B肝治療登錄計18萬7,243例，C肝治療登錄計8萬7,045例。

(二) 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，自實施預防注射前之10.5%，降至約0.8%。

第五節 季節性流感防治

一、104年流感併發重症確定病例共計857例，其中147例死亡，致死率為17.2%，確定病例監視（如圖5-4）。

二、每年10月起辦理「流感疫苗接種計畫」，104年接種對象包含65歲以上老人、6個月以上至國小六年級學童、重大傷病及罕見疾病患者、安養／養護機構住民及直接照顧工作人員、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖業相關人員、50-64歲具糖尿病、心、肺、血管、肝、腎及愛滋病毒（Human Immunodeficiency Virus, HIV）感染等疾病者及孕婦等8類。另補助學齡前幼兒、65歲以上老人、安養／養護機構對象及罕病患者接種流感疫苗之診察費。

三、為因應流感疫情高峰期之醫療需求，自103年12月1日至104年4月30日止，擴大公費流感抗病毒藥劑使用對象，並維持該藥劑合約配置點達3,200多家。

四、104年配合類流感群聚事件，調整包括（一）公費流感抗病毒藥劑之使用情況，由疾管署各區管制中心防疫醫師研判；（二）症狀監視；（三）學

圖5-3 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫陽性個案數及陽性率圖



資料來源：衛生福利部疾病管制署

校傳染病監視等系統之通報流程及內容，並依修正內容修訂「季節性流感防治工作手冊」，以利醫療與防疫人員依循並視疫情狀況採取合適因應作為，共同推動防治工作。

五、為因應每年季節性/新型A型流疫情高峰之防治需求，訂定「流疫情高峰應變作戰計畫」，主要策略包括：提升流感監測效能、擴大公費流感抗病毒藥劑適用對象及增設藥劑配置點、開設類流感特別門診、急診壅塞紓緩措施及品質提升方案，及加強風險溝通與衛教等。

六、為妥適因應流疫情高峰期，提供流感病患及時適切之醫療服務，於104年2月14日至3月1日之假日(含農曆春節連續假期)全國145家醫療機構開設類流感特別門診，總開設診次數為1,617診次，總就診人數為1萬8,758人次，紓解急診類流感就診人次百分比達30.3%。

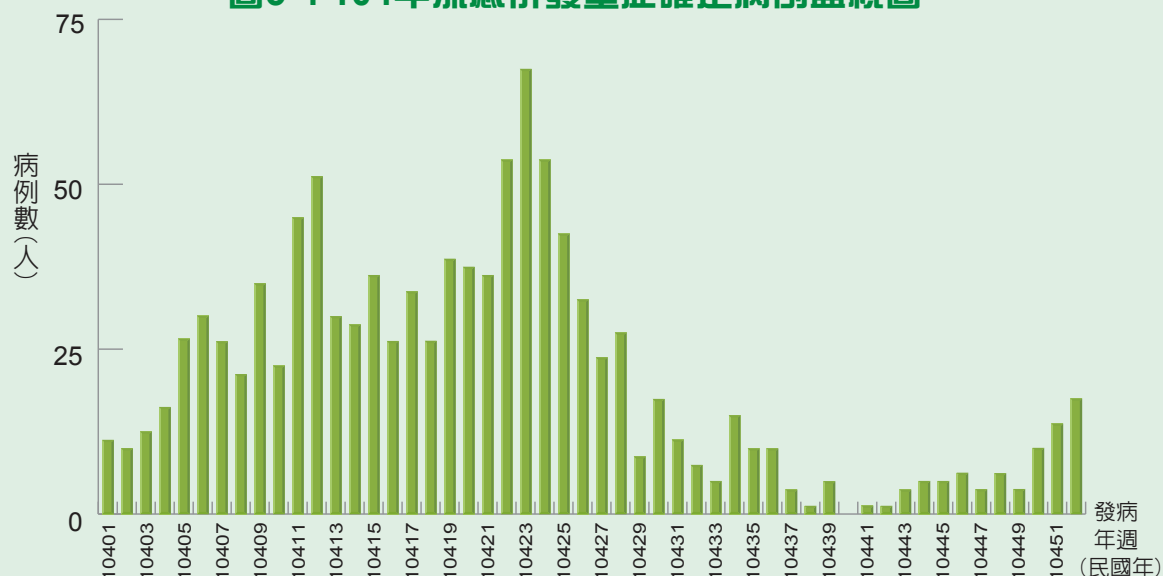
第六節 新興傳染病防治

一、鑑於近年國際間伊波拉、中東呼吸症候群冠狀病毒感染症（MERS-CoV）、茲卡病毒感染症等新興傳染病疫情的出現，為能落實防疫一體（One Health）的概念，我國積極推動加入「全球衛生安全綱領（Global Health Security Agenda, GHSA）」，於104年9月6日至9日由疾管署以亞太經濟合作會（Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC）會員身分參加韓國的APEC-GHSA建立傳染病防治基礎設施論壇。

二、104年因應國際間持續爆發伊波拉疫情之防疫作為如下：

（一）於歐洲、杜拜入境的航機上發放「伊波拉入境申報卡」，降低伊波拉病毒入侵我國機率。另於2月至6月間辦理「新興傳染病 - 伊波拉病毒感染防治應變整備訓練演練」20場次，強

圖5-4 104年流感併發重症確定病例監視圖



資料來源：傳染病統計資料查詢系統



我國與美國合作辦理之「MERS-CoV檢驗診斷國際研習營」

化第一線醫療防疫人員新興傳染病知能及個人防護裝備穿脫技能。

(二) 3 月和美國合作成立「伊波拉防疫訓練中心」並舉辦首梯訓練，計有菲律賓、馬來西亞、印尼、新加坡、柬埔寨及越南等 6 國 16 名醫護人員參與受訓，建立國際合作網絡。

三、104 年 5 月南韓爆發 MERS-CoV 疫情，我國防疫作為如下：

(一) 5 月 21 日立即發布新聞稿及致醫界通函，提供國際疫情訊息，提醒民眾及醫師提高警覺。

(二) 5 月 22 日成立「MERS 緊急應變小組」，擬定境外移入個案 3 種可能情境的 3 套因應措施，積極強化「疫情監測、提升檢驗量能、邊境檢疫、院感管制、國際合作、風險溝通」等作為。

(三) 5 月派遣防疫醫師赴南韓拜會該國衛生單位及醫師，並對僑民進行衛教宣導，防範 MERS-CoV 感染。

(四) 8 月和美國合作辦理「MERS-CoV 檢驗診斷國際研習營」，計有來自日本、菲律賓、印尼、柬埔寨、馬來西

亞、越南、泰國、印度、巴布亞紐幾內亞等 9 個國家 17 位資深分子病毒檢驗專業人員參訓，並建立亞太與東南亞地區國家實驗室聯繫網絡，拓展跨區域間的合作契機，有效提升區域傳染病聯防量能。

第七節 境外傳染病防治

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。104 年採取措施如下：

一、檢疫

我國當年總入境人數為 2,360 萬 1,215 人，其中經由本部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 7,779 人，確診罹患法定傳染病個案計有 161 例。

二、旅遊傳染病防治

設立旅遊醫學特別門診，提供民眾出境前旅遊諮詢、預防接種及預防用藥等服務，全國已有 26 家合約醫院，全年門診服務量達 1 萬 7,316 人次。

第三章 防疫整備及感染管制

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、醫院感染管制，以及生物病原重大人為危害事件或恐怖攻擊應變之重要。本部疾管署除持續維運「傳染病防治醫療網」（如圖 5-5）外，並定期針對應變醫院進行負壓隔離病房檢測及查核，且依應變計畫施行教育訓練及演習，104 年共辦理 194 場次教育訓練及 23 次演習。

第一節 流感大流行之整備與因應

一、依「我國因應流感大流行準備第二期計畫」，以「四大策略、五道防線」為防治主軸，辦理各項流感大流行整備工作，並於104年5月26日奉行政院同意「我國因應流感大流行準備第三期計畫」，以無縫銜接各項整備工作。

二、為因應A型新型流感防疫需求，維持全人口數10-15%流感抗病毒藥劑儲備量。

三、儲備適量流感大流行前疫苗「人用流感A/H5N1疫苗」，並辦理人用流感A/H5N1疫苗自願接種計畫，提供WHO建議之高風險族群接種，保障國人健康。

四、104年因應國內禽場H5亞型禽流感疫情之防疫作為如下：

(一) 參與行政院農業委員會（下稱農委會）

成立的動物疫災災害緊急應變小組會議，確切掌握禽類疫情動態發展資訊，並調整防疫作為。

(二) 監控禽流感病毒變異及禽傳人風險，並評估病毒感染人類之潛在風險，超前部署預做相關防範及必要的準備。

(三) 督導縣市密切監測禽場人員及執行清場相關作業人員之健康情形，共監測8,311人，皆未發現禽流感病例。

(四) 調撥支援儲備之防護衣、N95口罩及外科口罩共42萬餘件／片予國防部及農委會，供其執行感染禽場清場人員之緊急防護需求。

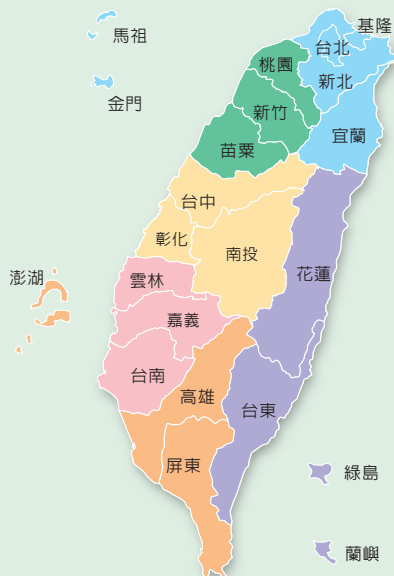
五、農委會於104年6月15日公告「雞、鴨、鵝及火雞等活體家禽禁止於零售市場展示、陳列及販售」，當日公告停止適用本部103年5月2日施行「活禽陳列、展示及買賣之場所及人員限制措施」，相關聯合查緝作業，則續依農政單位相關規定辦理。

圖5-5 傳染病防治醫療網

域別	應變醫院名稱
北	衛福部桃園醫院-新屋分院 (34 床負壓隔離病床)

域別	應變醫院名稱
中	衛福部臺中醫院 (20 床負壓隔離病床)

域別	應變醫院名稱
南	衛福部臺南醫院 (22 床負壓隔離病床)



域別	應變醫院名稱
臺北	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區 (29 床負壓隔離病床)

域別	應變醫院名稱
東	衛福部花蓮醫院 (7 床負壓隔離病床)

域別	應變醫院名稱
高屏	衛福部屏東醫院 (9 床負壓隔離病床)

備註：104年指定隔離醫院共134家，並於每網區指定1家應變醫院與1家支援合作醫院及編置支援人力。



為「2015手護臺灣：薪火相傳」手部衛生接力活動揭開序幕，號召全國醫院、長期照護機構及醫護學生團體共同參加。

第二節 防疫物資管理

- 一、建置中央、地方和醫院防疫物資三級庫存管理制度，且透過資訊系統，即時掌握全國庫存狀況，並維持之三級庫存安全儲備量100%。
- 二、持續辦理防護裝備流通換貨及建置聯合採購平台，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與實驗室生物安全管理

104年重要成果如下：

- 一、修正公布《傳染病防治法》第32條、33條、67條及69條，強化安養機構、養護機構、長期照顧機構、安置（教養）機構、矯正機關及其他類似場所應執行之感染管制工作，及授權中央主管機關另定感染管制查核辦法；並得依醫療機構與長期照護等機構及場所違反感染管制樣態之情節輕重，處以適當處分。
- 二、持續推動全國醫院參與「台灣院內感染監測系統（Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System,

TNIS System）」通報，並定期製作全國醫院醫療照護相關感染監測年報及季報，回饋參與通報醫院提升通報資料正確性及完整性。另規劃建置抗生素抗藥性管理通報監測機制，以掌握國內抗生素抗藥性趨勢，促進抗生素合理使用及落實感染管制措施。

- 三、持續辦理醫院感染管制查核，實地查訪367家醫院，初查合格比率達99.4%。完成340家護理機構查核，包含一般護理之家188家、產後護理之家131家及精神護理之家21家，合格率分別為97.3%、99.2%及100%。

- 四、持續推動國家型「抗生素管理計畫」，分區建置7家示範中心及71家參與醫院，以抗生素合理使用及感染管制二大主軸作為因應對策，並透過醫院內、外部評稽核及追蹤輔導機制，優化抗生素合理使用，以維護病人健康權益及提升醫療品質。

- 五、舉辦「2015手護臺灣，手部衛生接力」活動，共有98家醫院、80間長期照護機構及35個醫護學生團體參加，響應落實手部衛生，降低醫療照護相關感染的發生。

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	16	150	53	172	391
生物安全專責人員	17	21	2	86	126

六、生物安全管理

- (一) 辦理實驗室生物安全查核工作，共查核國內 21 間生物安全第三等級 (BSL-3) 實驗室、1 間 BSL-4 實驗室及 11 間結核病負壓實驗室。
- (二) 辦理 8 場次生物安全實體訓練課程，共計 627 人次參訓，並另製作 3 堂數位學習課程。配合國際實驗室生物風險管理政策，輔導國內 11 間高防護實驗室「導入實驗室生物風險管理系统」，提升實驗室自主管理能力。
- (三) 國內持有、使用第 2 級危險群以上微生物之設置單位共計 517 家，向疾管署核備設立之生物安全會，各類型家數統計如表 5-2。

第四節 研究及檢驗

- 一、104 年受理之傳染病檢體共計 13 萬 7,354 件，其中檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計 2 萬 6,698 件，陽性率為 19%。
- 二、104 年進行新興呼吸道病毒傳染病監測，包含 49 例新型 A 型流感病毒及 5 例 MERS-CoV 通報案例，另加強主動監測 270 例不明原因肺炎個案，檢驗結果皆排除新型 A 型流感病毒與 MERS-CoV 感染。
- 三、完成淋病雙球菌檢驗技術移轉，並推動登革熱 NS1 快速檢驗試劑移轉。

四、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」第二年計畫，建置跨機構之合作模式。於 104 年間整合疾管署疫情調查與檢驗研究資源並與食藥署合作，發現新型諾羅病毒株造成該年之腹瀉群聚感染事件數明顯增加，並追蹤多起群聚事件，找出感染源，即時控制與進行防治工作。

五、持續推動國內傳染病檢驗機構認可制度，104 年計通過 66 家檢驗機構，檢驗項目 162 項次。

六、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。

第四章 預防接種

第一節 預防接種現況與趨勢

為疫苗政策之永續推動，疾管署自 99 年起依《傳染病防治法》第 27 條成立疫苗基金，以確保財源穩定，並且逐年推動新疫苗政策。104 年將結合型肺炎鏈球菌疫苗 (Pneumococcal Conjugate Vaccine, PCV) 納入常規疫苗項目，擴增幼童免疫力及健康照護。

目前政府對幼童免費提供之常規疫苗共有 9 項，包括卡介苗、B 型肝炎、五合

一、PCV、水痘、麻疹腮腺炎德國麻疹、日本腦炎、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及流感疫苗，可預防14種傳染病，並對山地鄉等高危地區實施幼童接種A型肝炎疫苗。另6個月以上幼兒至國小學童為流感疫苗接種計畫實施對象。現行各項疫苗接種時程詳如表5-3。

疾管署建有「全國性預防接種資訊管理系統」，掌握及追蹤在籍幼童的預防接種情形。在落實執行下，幼童各項常規疫苗維持95%以上之高接種率。各項常規疫苗接種率如圖5-6。

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。

表5-3 兒童常規預防接種項目及時程表

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 ● 結合型肺炎鏈球菌疫苗第一劑
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 ● 結合型肺炎鏈球菌疫苗第二劑
出生滿5個月	● 卡介苗一劑（建議接種時間為出生滿5-8個月）
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6個月至國小	● 流感疫苗
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12~15個月	● 結合型肺炎鏈球菌疫苗第三劑
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 ³	● 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
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。

第二節 血清疫苗研製

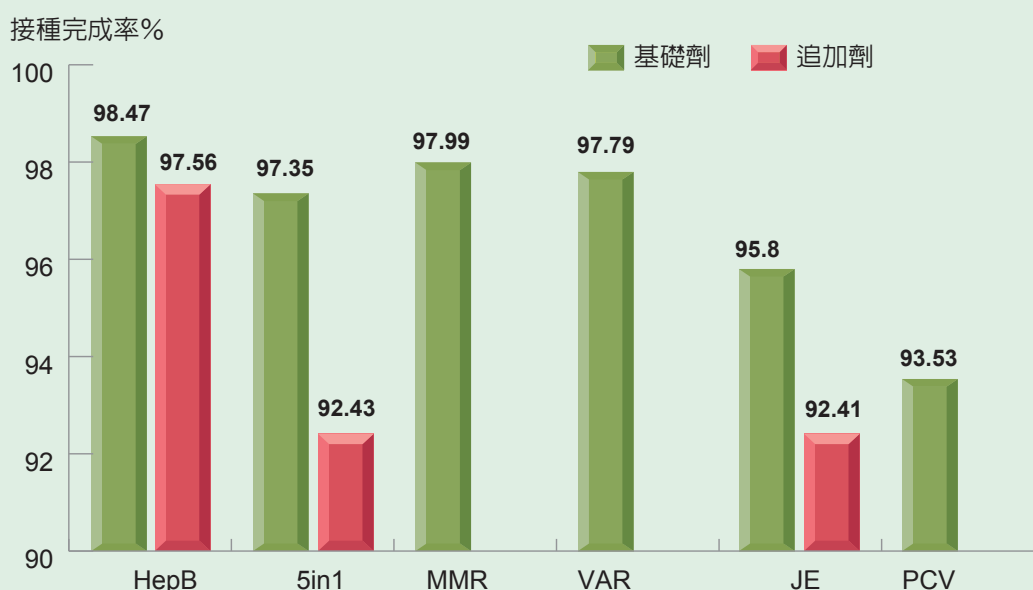
一、生物製劑生產

- (一) 104 年以蛇毒免疫馬匹生產抗蛇毒血漿 404.7 公斤。並定期供應卡介苗、抗蛇毒血清等製劑共 66 萬 1,483 劑。
- (二) 國家免疫馬匹畜牧場營運順利，飼養頭數增加，馬場營運相關作業標準程序、血漿收集潔淨室維護作業及廠房確效及相關儀器設備之優良作業規範（Good Manufacturing Practice,GMP）陸續建立，並完成抗蛇毒血漿產製模擬。
- (三) 卡介苗及抗蛇毒血清製劑等自製產品改以委託財團法人國家衛生研究院生物製劑廠製造，該廠已取得此 2 類產品之製造許可，並開始供應產品。全年委託製造供應卡介苗共 1 萬 739 瓶。

二、生物製劑開發

- (一) 建立腸病毒 B5, C2 及 C5 等 3 種 11 株病毒種庫並挑選出 C2-E98-07 為疫苗候選株。綜合 103 和 104 年研究成果，C2 亞基型病毒株將是未來開發新腸病毒 71 型疫苗的主要目標。
- (二) 建立雨傘節及飯匙倩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「毒蛇委託飼養及蛇毒採集供應計畫」，與專業單位合作，減少場地限制，分散風險；執行「毒蛇保定及採毒技術服務計畫」，以降低毒蛇醫療照護操作人員及毒蛇受傷的風險。

圖5-6 104年幼兒各項預防接種完成率



資料來源：104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；PCV：結合型肺炎鏈球菌疫苗

6

食品藥物管理

82 | 第一章 食品管理

84 | 第二章 藥品管理

88 | 第三章 醫療器材與化粧品管理

92 | 第四章 國家實驗室及風險管理

93 | 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，104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，強化食品業者自主管理制度，提升食品從業人員衛生觀念，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、為加強食品安全管理，積極推動《食品安全衛生管理法》（下稱食安法）之修正，其修正情形如表6-1。
- 二、104年食品安全衛生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104年底累計已核可在案許可證共1萬6,696件。

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），預防食品危害的發生。亦需成立食品安全管制小組，其中至少一人應具備專門職業人員資格，以確保食品產製過程之安全性。

二、輸入食品邊境查驗

- （一）依食安法第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，應向本部食藥署所屬之各港埠辦公室辦理查驗。迄104年12月31日止，共公告2,364個貨品分類號列，輸入如屬食品用途之產品，應辦理食品輸入查驗。
 - （二）104年共計查驗64萬0,005批食品及相關產品，檢驗5萬0,149批，輸入查驗不符合規定之產品，均依規定辦理退運或銷毀。
- ### 三、食品添加物之管理
- （一）邊境分流：公告增列29項輸入貨品如屬食品或食品添加物（含香料）用

表6-1 104年食安法修正情形

日期	修正重點
2月4日	1. 公告特定類別及規模之食品業者，應就其衛生安全管理系統，主動接受第三方驗證之外部查核監控。（第8條） 2. 針對直接供應飲食場所及散裝食品，增列「其他應標示事項」。明訂國內通過農產品生產驗證者，應標示可追溯之來源。（第25條）
12月16日	授權中央主管機關對於可供食品使用之原料，得限制其製造、加工、調配之方式或條件、食用部位、使用量、可製成之產品型態或其他事項。（第15條之1）

表6-2 104年食品安全衛生管理相關法規及標準增修訂

日期	名稱	修正重點
6月10日	食品或食品添加物之工廠應單獨設立，不得於同一廠址及廠房同時從事非食品之製造、加工及調配	103年12月12日前，食品或食品添加物工廠未單獨設立者，應於105年6月10日前完成辦理單獨設立，不得於同一廠址及廠房同時從事非食品之製造、加工及調配。
6月23日	食品業者登錄辦法	修正強制食品添加物製造、加工或輸入業者應登錄食品添加物產品相關事項。
7月31日	應辦理檢驗之食品業者、最低檢驗週期及其他相關事項	新增8類大宗物資之製造及輸入業者及2類茶葉產品之食品業者實施強制性檢驗。
7月31日	應建立食品追溯追蹤系統之食品業者	要求食用油脂等19類食品業者分階段納入追溯追蹤管理。
10月15日	應設置實驗室之食品業者類別及規模	規範領有工廠登記且資本額一億元以上之10類製造、加工、調配業者應設置實驗室，從事自主檢驗。
1月~12月	食品營養標示、基因改造食品標示、品名標示等規定	增修「包裝食品」、「包裝維生素礦物質類之錠狀膠囊狀食品」、「市售包裝嬰兒與較大嬰兒配方食品及特定疾病配方食品」營養宣稱應遵行事項。
		增修訂「包裝食品」、「食品添加物」、「散裝食品」及「直接供應飲食場所之食品」含基因改造食品標示應遵行事項。
		增修訂「直接供應飲食場所火鍋類食品之湯底」、「真菌類食品」、「農產品驗證之散裝食品」、「現場調製飲料」、「重組肉食品」之標示規定。
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：366種農藥計5,852品項之殘留農藥安全容許量標準；137種動物用藥計1,405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；增修訂5項食品衛生標準。

途者，應依照《食品及相關產品輸入查驗辦法》規定申請辦理輸入食品查驗。

(二) 製造、輸入及販賣全登錄：迄 104 年 12 月 31 日止，完成登錄之食品添加物業者約 2,600 家，登錄之食品添加物產品約 13 萬件。

(三) 建立與國際調和之食品添加物分類：迄 104 年底累計準用 800 項食品添加物，均訂有使用範圍、限量及規格標準以供遵循。

第三節 食品安全鏈監測

一、食品後市場監測

食藥署協同地方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。104年執行結果如表 6-3。

二、食品稽查抽驗

(一) 專案稽查：針對重點施政項目、高風險食品及輿情關切議題等，督導並聯合地方衛生局辦理專案稽查抽驗，共計執行 47 項專案稽查。

表6-3 104年食品後市場監測結果

監測項目	結果		
	總件數	合格數	合格（%）
市售與包裝場農產品殘留農藥監測	3,087	2,738	88.7
食品中動物用藥殘留監測	1,745	1,714	98.2
市售食品中真菌毒素含量監測	574	545	94.9
市售蔬果中重金屬（鉛，鎘）含量監測	160	160	100
市售食品重金屬（鉛，鎘與汞）含量監測	601	595	99.0
市售食米農藥殘留監測	200	200	100

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

（二）聯合稽查：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，104年已完成食鹽、市售包裝茶飲、包裝盛裝飲用水與加水站水及其水源、水果之農藥殘留檢驗等10項聯合稽查。

第四節 食品安全衛生管理

一、餐飲衛生管理

推動餐飲衛生管理分級評核制度，依據評核結果，評定「優」及「良」兩級，99年至104年累計已評核超過1萬2,000多家餐飲業通過評核。

二、強化食品業者登錄制度

104年公告新增食品容器具包裝與食品用洗潔劑製造、加工業者、餐飲業者、販售業者及輸入等依食安法第30條第1項公告應申請查驗產品之輸入業者，應申請登錄。截至104年底，全國已超過30萬家食品業者完成登錄。

三、要求食品業者實施強制檢驗

104年公告大宗物資製造及輸入業者，與茶葉輸入業者及茶葉飲料製

造工廠，自104年7月31日起實施強制性檢驗。另水產食品、肉類加工、乳品加工之食品製造工廠、食品添加物之製造及輸入業者、特殊營養食品業者及大型食用油脂製造工廠等6類食品業者，已於103年實施強制性檢驗。截至104年底，總計16類食品業者應實施強制檢驗。

四、推動食品追溯追蹤管理制度

104年擴大納入7類大宗民生物資、2類茶葉產品、黃豆製品、嬰兒及較大嬰兒配方食品、市售包裝乳粉及調製乳粉等12類食品業者應實施食品追溯追蹤制度，而食用油脂、水產品、肉品、乳品、餐盒食品、食品添加物、基改食品原料等7類食品業者已於103年強制實施，截至104年底，總計19類食品業者應建立追溯追蹤管理。

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，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

眾用藥安全之消費環境。

第一節 藥品法規標準及產品審查

一、健全法規標準

參考先進國家法規規定，持續修正及研訂藥物相關管理規範，以符合國內需求並與國際接軌。104年藥政管理法規及相關公告增修訂如表6-4。

二、藥品查驗登記管理

(一) 104 年國內臨床試驗申請新案 358 件，變更申請案 2,603 件，整體件數較前一年成長近 5%。

(二) 104 年共核准 170 件新藥申請案，相較去年核准件數增加近三成(26%)，再創歷史新高，其中 2 件國產新藥更締造全球第一個通過法規審查國家的新紀錄。

第二節 藥品源頭管理

一、推動PIC/S GMP標準

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）」的優良藥品製造規範（Good Manufacturing Practice, GMP）標準，自104年1月1日起，西藥藥品製造工廠已全面實施PIC/S GMP，截至104年底國內西藥製劑廠通過家數為120家，國外則為893家。

二、加強原料藥管理

(一) 製造品質管理：為落實源頭管理，自 105 年 1 月 1 日起，領有許可證之原料藥應全面符合 GMP，截至 104 年底為止，國產原料藥已有 21 家藥廠 223 品項符合 GMP 規定；取得 GMP 備查之輸入原料藥許可證共 1,313 張。

(二) 進口管理：建立原料藥主檔案（Drug Master File, DMF）制度，自 98 年 10 月至 104 年底已收 3,690 件申請案，結案數為 2,323 件，核准率達 63%。

表6-4 104年藥政管理法規明細增修訂

日期	名稱	修正重點
1月14日	修正《罕見疾病防治及藥物法》第17條、第27條之1	明訂除因不可抗力之情形外，應於許可證有效期間內持續供應罕見疾病藥物。
7月13日	公告「人類細胞治療產品查驗登記審查基準」	公告對細胞治療產品查驗登記之審查基準事項。
8月5日	訂定《藥物回收處理辦法》	訂定該辦法以精進藥物回收之程序，提升藥物製造及輸入業者之權責。
10月5日	公告「人類細胞治療產品捐贈者合適性判定基準」	為確保用於細胞或基因治療的人類細胞產品無傳染性疾病的風險，說明捐贈者合適性的判定條件。
12月2日	修訂《藥事法》部分條文	建立藥品「追蹤追溯機制」、「供應不足之通報機制」、「資訊易讀性之輔助措施」、「緊急需求之專案核准機制」，並將原料藥來源納入藥品查驗登記審查準則。
12月4日	公告「生物相似性單株抗體藥品查驗登記基準」	公告現階段對生物相似性單株抗體的審查原則及考量重點。

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年起逐步推動藥品優良運銷規範（Good Distribution Practice, GDP），於104年公告「西藥藥品優良製造規範（第三部：運銷）」，預計108年1月1日起持有西藥許可證之製造業者及販賣業者須全面符合該規範。

二、藥物品質監測

（一）104年規劃執行10項藥物及化粧品聯合稽查專案，共計稽查1,386家，裁罰金額總計427.4萬元。104年稽

查結果如表6-5。

（二）104年辦理457批生物藥品檢驗封緘，成功攔阻2批約22萬8,520劑運送溫度異常產品。

（三）為確保藥物上市後品質狀況，104年完成市售西藥9項產品之品質調查監測，共計212件，合格率99.5%，結果如表6-6。

三、取締不法藥物、食品及化粧品

自103年4月30日起成立「偽劣假藥聯合取締小組」，加強查緝不法藥物，並監控食品、藥物及化粧品違規廣告，104年執行情形：

表6-5 104年不法藥物及化粧品聯合稽查結果

稽查專案	稽查結果
藥粧店聯合稽查	稽查藥粧店、藥局370家，11家違反藥事法等規定。
無照藥商專案稽查	稽查檳榔攤、雜貨店、網咖、情趣商店等382家，不符合規定39家。
無處方販售處方藥稽查	稽查藥局207家，不符合規定71家。
安眠類等制藥品稽核	稽查237家，25家疑涉違規。
化粧品聯合稽查	稽查大賣場、連鎖店、美容（髮）院、美髮材料行、藥粧店等48家，疑涉標示違規25件。
醫療器材稽查	稽查醫療機構、藥局、藥粧店、醫療器材行93家，4件外包裝標示或仿單等內容與原核准不符，11件醫療器材疑涉違反藥事法。
瘦身美容業者聯合稽查	稽查瘦身美容業者49家，其中2件醫療器材未取得許可證。

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表6-6 104年藥品品質調查監測結果

監測項目	完成件數	合格件數	合格率（%）
尿酸合成抑制劑、類固醇、抗生素、安眠藥及抗癲癇藥等製劑之品質監測	115	114	99.1
類固醇眼藥水之無菌品質監測計畫	57	57	100.0
Gentamycin及Vancomycin抗生素注射劑之藥品品質監控	25	25	100.0
小型無菌注射劑之無菌監測	15	15	100.0
總計	212	211	99.5

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

(一) 查獲不法藥物 659 件，罰鍰金額共 432.4 萬元，查獲率由 99 年的 27.2% 降至 104 年的 2.3%，如圖 6-1。

(二) 衛生機關核處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計 7,618 件，罰鍰金額共 2 億 2,113.8 萬元，廣告違規率由 99 年的 13.9% 降至 104 年的 5.0%，如圖 6-2。

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，104 年藥物不良反應通報系統通報疑似藥品不良反應 1 萬 2,815 件，監控國內、外藥品安全警訊 131 則。

二、藥品風險評估及管理

針對所監控之藥品安全資訊，偵測是否有新增安全疑慮訊號，104 年針對

45 項藥品進行安全性再評估，共 17 項藥品要求進行風險管控，包括發布警訊、修訂仿單或限縮使用。

三、藥害救濟

對於正當使用合法藥品而受害者，依〈藥害救濟法〉給予及時之救濟。104 年總計受理藥害救濟申請案總計 203 件，審定救濟給付 129 件，金額總計 2,123 萬 8,942 元。

第五節 管制藥品管理

一、管制藥品管理體系

為加強醫藥及科學上需用之管制藥品管理，依《管制藥品管理條例》建立管理體系，以防杜管制藥品濫用或非法使用。

(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。104 年管制藥品分級增修公告事項如表 6-7。

圖6-1 99-104年不法藥物查獲率

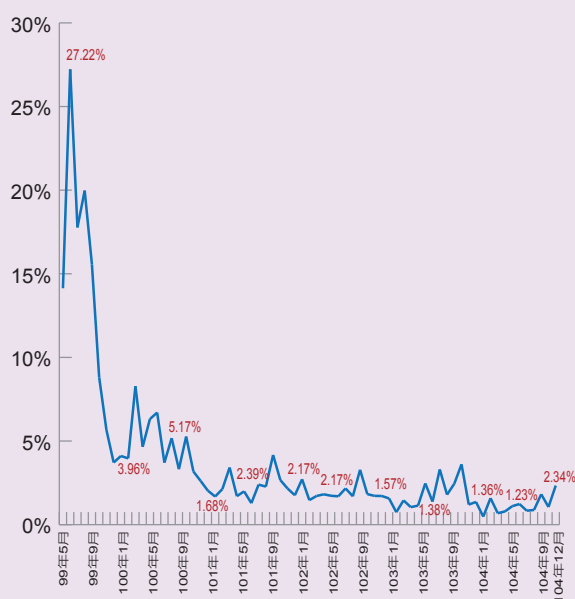


圖6-2 99-104年食品藥物廣告違規率



資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表6-7 104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	說明
10月7日	第二級	離胺右旋安非他命 [Lisdexamphetamine]	美國食品藥物管理署核准用於治療過動症及暴食症之藥物，但在我國列為「禁藥」。
3月26日	第二級	3,4-亞甲基雙氧苯基甲胺戊酮 [Pentylone]； 甲氧基甲基卡西酮 [Methoxymethcathinone]	屬中樞神經興奮劑且具迷幻作用，無醫藥用途。
10月7日	第三級	N-（1-氨基-3-甲基-1-羰基 丁烷-2-基）-1-（環己基甲 基）-1H- 唑-3-羧醯胺[AB- CHMINACA]	含有類大麻活性物質的草本混合物，無醫藥用途。
3月26日	第四級	丙泊酚[Propofol]	俗稱「牛奶針」，用於全身麻醉之誘導及維持。

(二) 證照管理：截至 104 年 12 月 31 日，領有管制藥品登記證之機構業者計 1 萬 5,148 家；領有管制藥品使用執照之專業人員計 5 萬 1,111 人。

(三) 流通管理：104 年執行實地稽核共 1 萬 7,454 家，查獲違規者 371 家，違規比率為 2.13%，違規者均予以處辦。

二、管制藥品濫用防制網絡服務

104 年醫療院所通報藥物濫用個案件數計 1 萬 8,399 件，較 103 年增加；另於 104 年辦理藥物濫用防制師資培訓，共培訓 319 人，並成立 8 家反毒教育資源中心，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

查驗規定」，新增邊境查驗品項至 16 項；除原有紅棗等 10 項外，新增柴胡、黃芩、半夏、肉桂、牛膝及大黃等 6 項。104 年受理 3,164 件報驗通關案，總計 1 萬 2,846 公噸，均符合我國異常物質限量標準。

三、104 年 8 月 1 日修訂「中藥材飲片之標籤或包裝應標示事項處理原則」。規定中藥材飲片應標示品名、重量、廠商名稱及地址、製造日期、有效期間、炮製方式（屬毒劇中藥材應標示項目）。

四、104 年中藥廣告及中藥材查核結果如表 6-8。

第六節 中藥管理

一、94 年起實施中藥廠 GMP 制度，至 104 年底，共有 97 家 GMP 中藥廠；104 年並依據《藥物製造業者檢查辦法》，完成 55 家查廠。

二、強化中藥材邊境查驗，104 年 5 月 5 日修正「應施輸入查驗中藥材之相關

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，保障民眾健康安全。

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

104年醫療器材、化粧品管理法規及相關重要公告，整理如表6-9。

二、醫療器材產品、化粧品產品及廣告之審查

(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 104 年底止，共研訂 50 項醫療器材產品技術基準，採認 918 項國際標準及 90 項產品基準，提升

審查一致性與透明性。

(二) 104 年完成 123 件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，較 103 年增加 9 %，提升國人使用新興醫材產品之可近性。

(三) 104 年醫療器材及化粧品各項審查案件統計，詳如表 6-10。

三、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，104 年共接獲 1 萬 9,280 通諮詢電話，及時回復各界法規疑問。落實國產新興醫材專案輔導機制，104 年成

表6-8 104年中藥廣告及中藥材查核結果

項目	查核情形
違規中藥廣告查處	行政處分327件，罰鍰1,682萬6,000元。
中藥材包裝標示稽查	查核2,417件，查獲9件違規。
中藥材異常物質抽驗	抽查367件，查獲2件違規。

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表6-9 104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
4月13日	公告「醫用軟體分類分級參考指引」	此指引提供業者初步判斷產品分類分級之參考，以利研發產品與申請查驗登記有所依循。
6月18日	公告「醫療器材優良流通規範」	此規範之目的在確保醫療器材在輸入業者、經銷商或藥局運銷活動能維持原製造業者所規定之產品品質，同時掌握產品流向，保障民衆健康安全。
7月7日	公告訂定「含奈米成分化粧品風險評估指引」	公告含奈米成分化粧品之物理化學特性及安全性評估項目，提供業者於開發階段之參考。
10月15日	公告修正「藥商得於郵購買賣通路販售之醫療器材及應行登記事項」第1點之附件	自101年起本部已開放藥商得於網路販賣第一等級及部分第二等級醫療器材計726品項，104年增加開放8品項，提供民衆以多元方式購買醫療器材之便利性。
10月16日	公告「醫療器材優良臨床試驗作業規範」	強化保護受試者之權利、安全及福祉，以及提供廠商及醫院做為執行醫療器材臨床試驗之參考。
10月30日	公告「醫療器材單一識別系統規範」	公布國際可接受的單一識別(Unique Device Identification, UDI)編碼及條碼規格，便於建立自動化流通管理之基礎。

功協助國產 3 件高階體外診斷試劑核准上市，1 件學研界研發成果技轉至產業界。

(二) 設立化粧品法規諮詢及化粧品登錄平台輔導專線，104 年接受電話諮詢超過 5,000 通，並將化粧品登錄平台常見問題 Q&A 公布於食藥署網站。

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醫療器材優良製造規範（GMP）管理，並推行自願性化粧品優良製造規範，詳如表 6-11。

二、推廣化粧品產品登錄平台

建置化粧品產品登錄平台（Cosmetic Products Notification Portal），104 年共辦理 3 場教育訓練，至 104 年底總計登錄化粧品產品 1,694 件，較 103 年增加 592 件。

第三節 醫療器材及化粧品品質鏈監測

一、市售醫療器材及化粧品品質調查監測

104 年市售醫療器材及化粧品品質調查監測結果如表 6-12，其中不合格產品，均已移請轄區衛生局依法處辦。

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地方衛生局聯合稽查，結果如表 6-13。

第四節 醫療器材及化粧品安全管理

一、醫療器材安全管理

104 年監控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 3,453 件及 375 件（如圖 6-3），較 103 年增加 2.4 倍。主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊，摘譯公告 128 則警訊於網路，提供各界參考。

表 6-10 104 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	5,453	296	1,822	1,612
結案數	5,321	299	1,878	1,618
有效許可證張數：醫療器材 4 萬 841 張（較 103 年增加 3,043 張）、含藥化粧品 1 萬 4,906 張。				

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表 6-11 104 年醫療器材及化粧品製造廠符合優良製造規範

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	685 件	3,640 件	44 家

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表6-12 104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		包裝標示	
		合格件數	合格率(%)	合格件數	合格率(%)
腹膜透析導管及腹膜透析管組之無菌檢測	28	28	100.0	19	67.8
市售電子血壓計準確度試驗之品質檢測	18	18	100.0	18	100
醫療器材總計	46	46	100.0	37	80.4
市售指甲油甲醇、苯、鄰苯二甲酸酯類等禁用成分	59	57	96.7	58	98.3
醫療美容診所化粧品中對苯二酚、維他命A酸、汞鹽及類固醇之品質監測	60	60	100.0	33	55.0
市售化粧品中防腐劑（甲基異噻唑啉酮及甲基氯異噻唑啉酮等成分）之品質監測	71	70	98.6	62	87.3
宣稱染髮功能之化粧品（含染毛料或染毛劑）標示稽查品質抽驗	30	27	90.0	28	93.3
宣稱含有防曬功能之化粧品標示稽查品質抽驗	31	30	96.8	31	100.0
化粧品總計	251	244	97.2	212	84.5

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表6-13 104年醫療器材及化粧品聯合稽查統計分析表

產品類別	查核縣市數	查核店面數	產品標示		
			查核件數	合格件數	合格率(%)
保存血小板濃縮液之容器	9	73	16	11	68.8
低周/週波治療器、臉部用經皮電刺激器及超音波治療儀	9		70	67	95.7
動力式熱敷墊	9		67	62	92.5
血壓計	21	370	985	961	97.6
血糖計（含血糖試紙）	21		599	585	97.7
醫療器材總計	69	443	1,737	1,688	97.2
染髮功能化粧品	6	48	90	77	85.6
防曬功能化粧品	6		113	103	91.2
止汗制臭功能化粧品	6		64	61	95.3
洗臉用化粧品	22	370	1,039	1,017	97.9
眼部用化粧品	22		894	860	96.2
化粧品總計	22	418	2,200	2,118	96.3

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

二、化粧品安全管理

104 年起化粧品不良品通報系統更名為「藥物食品化粧品上市後品質管理系統」，104 年化粧品不良事件通報共有 28 件，另監控化粧品 159 則安全訊息，並發布安全紅綠燈 177 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，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，建構健全且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。

第一節 國家實驗室任務與功能

一、辦理檢驗業務

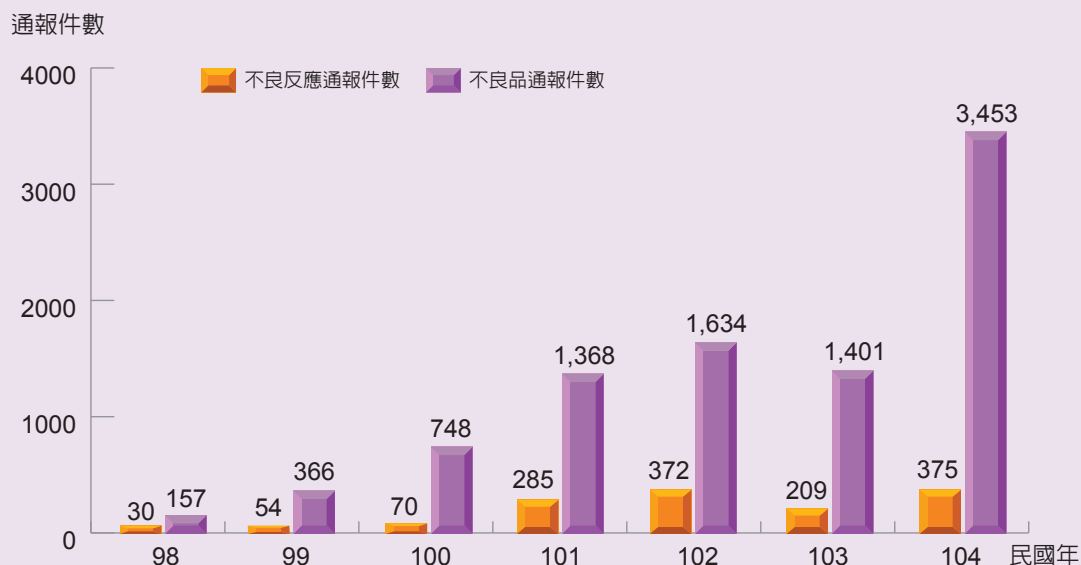
為因應各式產品檢驗需求，積極開發

快速、精確之檢驗方法，以迅速釐清突發事件發生始末、提出因應策略，並透過新聞稿與媒體公布呈現，化解民衆疑慮。

104 年共計辦理施政檢驗及協助檢驗共 8,957 件，各式檢體之檢驗項目達 4 萬 9,650 次，說明如下：

- (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，衛生套邊境檢驗，以及配合突發事件之檢驗，如工業用碳酸鎂事件、生理食鹽水注射液疑似染菌事件等。
- (二) 協助檢驗：含括各地衛生局稽查抽樣無法自行檢驗項目及消費者送至在地衛生局申訴等轉送之檢驗，以及複雜食品中毒事件發生時，各地方衛生局送檢之檢體，如誤食有毒植物中毒案、疑似肉毒桿菌中毒案等。

圖6-3 歷年醫療器材不良品及不良反應通報件數



資料來源：衛生福利部食品藥物管理署



「1919全國食安專線」記者發表會

二、擴增檢驗量能及檢驗方法研訂推廣

- (一) 增購儀器擴增檢驗量能，並辦理「未知物鑑別培訓」系列課程，強化實驗室檢測能力，制訂技術文件供各界使用。
- (二) 辦理「2015 年 APEC 食品添加物管理及檢驗技術亞太研討會」、「不法藥物國際研討會」大型國際研討會及超過 10 場國內研討會或專家會議，進行技術交流及經驗分享。
- (三) 出版「生物藥品檢驗基準 (V)」及「中華藥典第七版補篇」，與美國、歐洲與日本等三大藥典之內容進行調和，部分內容係首次與國際規範同步，為我國藥典之創舉。

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) 成立「風險管理及危機處理推動小組」，透過管理機制有效降低風險與危機發生之可能性與衝擊程度，並將

風險管理及危機處理融入日常作業與決策運作。

- (二) 104 年辦理「危機管理的基本概念」、「危機預防作業程序」等基礎課程，「危機處理與復原策略」、「危機預防作業」等實務課程，強化各單位風險管理及危機處理之概念。

二、強化危機之應變處理

104 年因應「違法使用二甲基黃事件」、「日本食品管理事件」、「茶飲農藥殘留事件」、「八仙粉塵暴燃事件」等啟動緊急應變機制，並針對事件進行檢討改進，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，提供專業、正確的訊息，增進民衆的瞭解、信任及信心。

第一節 消費者即時資訊提供

- 一、建置「食藥關謠專區」，蒐集有關食品、藥品、醫療器材及化粧品安全等的不實謠言，事實關謠，提供民衆正確資訊，至 104 年底止已發布 140 則關謠。
- 二、104 年總計查詢發布 332 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。
- 三、建置「食用玩家 Facebook 粉絲團」，透過最新實用資訊貼文及「食藥署 Hito 雷達戰」等遊戲活動提供消費者衛教資訊，粉絲數已達 4.3 萬人以上。
- 四、持續更新「食品藥物消費者知識服務網」及「正確用藥互動數位資訊學習網」，提供更多元且便捷之知識服務平台與正確用藥資訊。

第二節 消費者溝通與宣導

- 一、針對食品安全管理作為向消費者進行溝通與宣導，並透過刊載5則「食安新世代」系列報導，說明政府建構之食安防護網，為民預約安心新食代。

- 二、政府首支跨部會單一便民服務專線「1919全國食安專線」於104年12月4日啟動，提供陳情、申訴、檢舉及諮詢管道，使民衆或企業對食品安全的相關疑慮可以得到立即澄清與處理。
- 三、招募全國食品衛生志工逾3,000名，協助轄區衛生局深入社區宣導食品衛生安全資訊，提升民衆正確食安知能。
- 四、營造正確用藥支持性環境，成立25家正確用藥資源中心，270家社區藥局用藥諮詢站，另結合104所正確用藥中心及種子學校推動正確用藥教育。
- 五、辦理「醫材智多星挑戰賽」網路有獎徵答活動，共計7萬2,996人次參與，網頁瀏覽共115萬1,636人次，藉由遊戲過程傳達選購、使用醫療器材的正確知識。
- 六、舉辦「1017化粧品選用安全宣導嘉年華」宣導正確選用化粧品觀念，同時也舉行話劇劇本徵選決賽，透過寓教娛樂之方式提升全民化粧品正確選用的認知。



以專題講座宣導食品安全相關資訊



食品衛生志工以幽默行動劇向民衆宣導正確食安觀念

7 社會保險

96 | 第一章 全民健康保險

101 | 第二章 國民年金

103 | 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、國民年金及曾規劃的長照保險分述於下。

第一章 全民健康保險

第一節 全民健保業務現況

為全民健康保險（以下簡稱健保）永續經營，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，全面落實醫療服務及就醫權利平等之目標，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；另考量矯正機關受刑人的健康權，亦將其納入健保。

截至104年底，總投保人數共有2,374.7萬人，實質納保率達99.6%以上。此外，全國約93.0%的醫療院所皆與本部中央健康保險署（以下簡稱健保署）特約，醫療可近性可謂相當便利。

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104年底保險收支累計結餘為2,289億元，目前財務狀況穩定。

第二節 全民有保就醫便利

104年，總門診次數為3億5,550萬人次，總住院次數為327萬人次，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，全國每人每年平均住院日數1.3日。

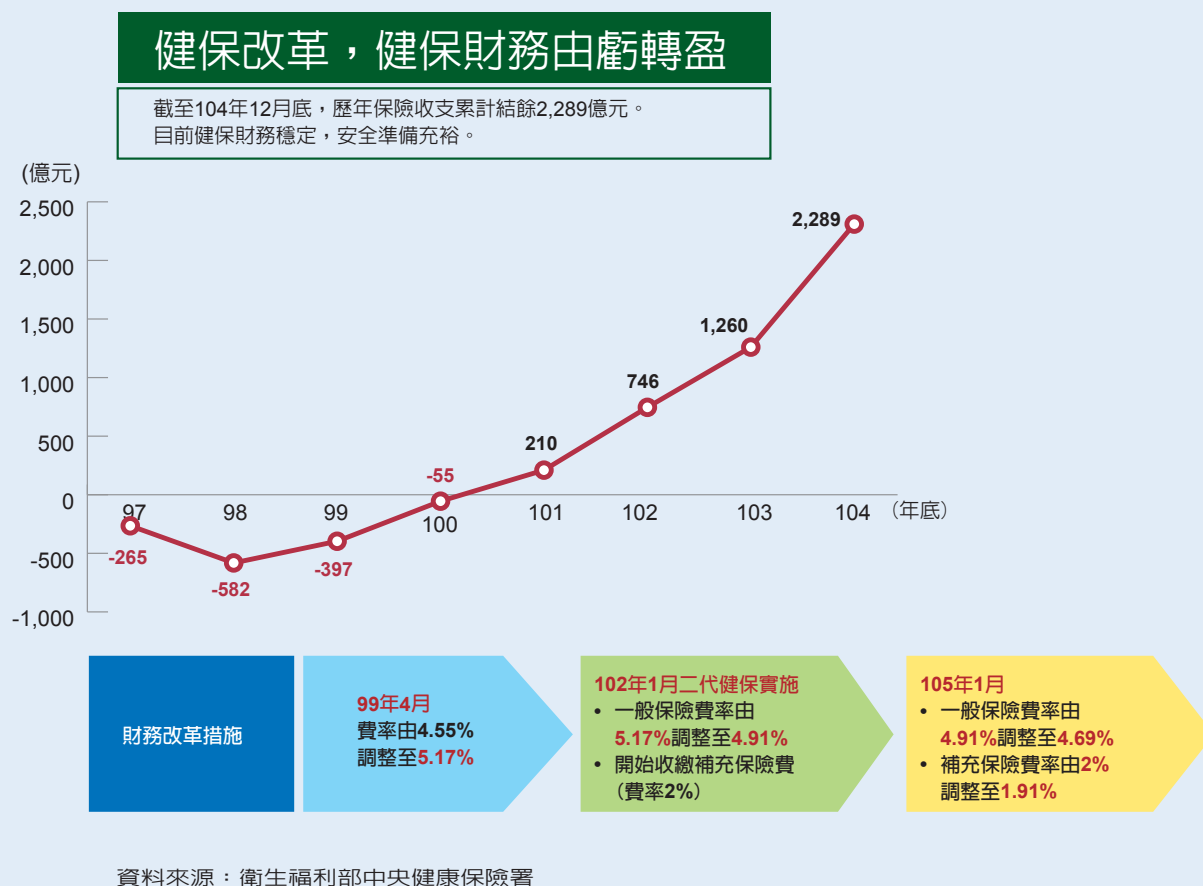
104年底，健保特約醫事服務機構計達2萬7,683家，其中特約醫療院所計2萬0,736家，占全國所有醫療院所總數的93.0%，保險對象可自由選擇醫療院所，接受醫療照護服務。健保之保險對象在保期間，在臺灣地區外因不可預期之緊急傷病，須在當地醫事服務機構立即就醫，得於門、急診治療當日或出院之日起六個月內申請核退自墊醫療費用。另核退案件應依健保醫療費用支付及給付規定予以審查後核實給付，核退金額以健保支付特約醫學中心平均費用為上限。

第三節 財務健全收支連動

二代健保因擴大費基收繳補充保險費，及政府總負擔比率提高等財源挹注，除強化健保財務穩健（如圖7-1），亦使以經常性薪資為費基的一般保險費率得由5.17%調降為4.91%，減輕倚賴經常性薪資為主要收入者及多眷口家庭的保費負擔，保費收取更符合量能負擔的公平原則。

在二代健保改革下，目前財務狀況尚稱穩定，惟本部全民健康保險會於審議105年度保險費率時，考量健保制度永續經營，須在長期財務平衡下運作始能落實，應建立一套以科學數據為基礎且不受外力干擾之費率調節機制。爰秉持二代健保財務收支連動精神，並依據《全民健康保險法》第78條「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則」之規定，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」，並據以審議105年度費率，建議一般保險費率由4.91%調降為4.69%，補充保險費率連

圖7-1 二代健保實施前後財務收支累計餘絀情形



動由2%調降為1.91%，經本部轉報行政院核定後，自105年1月1日施行。

第四節 多元支付合理管理

健保醫療費用支付方式，係以「論服務量計酬（Fee for Service）」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，自91年7月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度（Global Budget）；同時透過支付制度策略，如論病例計酬（Case Payment）、論質計酬（Pay-for-Performance）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。另為提升醫療服務效率，提供跨院間醫療品質可比較性，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。

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（Post-Acute Care）」，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。104年計有157家承作醫院、23家上游醫院共組成39個團隊參加計畫，收案3,302人，87.4%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〕，85.4%病人順利返家，病人滿意度達86.9%。並於104年9月9日公告實施「全民健康保險燒燙傷急性後期整合照護計畫」，擴大至所有燒燙傷病人，提供社區化之燒燙傷急性後期整合照護及復健服務。

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；104年協助情形見表7-1。

（二）醫療協助：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，104年底欠費民眾約82.7萬人，符合上開規定欠費不鎖卡，受惠人數約78.5萬餘人均就醫無障礙。

（三）公益彩券回饋金協助弱勢民眾減輕就醫負擔及排除就醫障礙：104年協助項目包含健保欠費及就醫相關費用等，共計補助約2億8,500萬元，共6萬2,800人次受惠。

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104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45萬餘人。整體而

表7-1 104年繳納健保費之協助措施成效

項目	對象	人（件）數	金額（新臺幣：元）
保險費補助	低收入戶、中低收入戶、無職業農民、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	324萬6,000人	263億6,000萬
紓困貸款	符合經濟困難資格者	2,525件	1億7,700萬
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	11萬2,246件	32億1,000萬
愛心轉介	無力繳納健保費者	9,201件	2,160萬

資料來源：衛生福利部中央健康保險署



健康存摺加值應用APP創意競賽頒獎典禮

言，實施 IDS 計畫鄉鎮之民衆，對計畫之平均滿意度為 95%。

- (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 104 年計有 72 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，可免除該項疾病就醫應自行負擔之費用（以下簡稱部分負擔）。截至 104 年 12 月底，重大傷病證明核定約有 96 萬餘件（人數為 90 萬餘人，約占總保險對象的 3.8%），而 104 年重大傷病醫療費用約 1,719 億餘元（占全年總醫療支出的 27.3%）。
- (二) 經本部公告之罕見疾病為全民健保重大傷病項目，除取得重大傷病證明者就醫時可免除部分負擔外，使用經本

部公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付。截至 104 年 12 月底止，核定重大傷病證明共 1 萬 151 件。

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及內部資訊系統運作所需伺服器移轉為虛擬伺服器，截至104年底為止，移轉完成約300台並持續提供服務。另配合業務擴充，可快速提供所需之虛擬伺服器上線使用。虛擬化作業可節省健保署原有大量實體伺服器耗用電力、硬體維修費用及人力成本；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台」，讓服務更多元化。截至104年12月底，使用該系統的投保單位已有14.7萬家，每個月透過網路申報之異動資料約135萬筆，占全部異動量之7成1以上。

102年二代健保實施時，為簡化補充保險費申報作業，免費提供「補充保險費電子申報系統（單機版軟體）」下載，供扣費義務人維護扣費明細資料，並可經由網路、媒體等電子化方式申報明細資料。為減少因申報及繳納作業時程不同所致錯誤，於104年2月起新增建置「補充保險費網路明細申報及列印」，提供扣費義務人即時申報、扣繳網路作業系統，更加簡化繳納補充保險費作業。截至105年2月，透過網路申報104年度補充保險費扣費明細資料近2,840萬筆，占全部明細資

料的9成以上。

102年建置「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，以提升民眾用藥安全及品質。104年有1萬8,690家醫療院所啟動查詢；被查詢病人共計約1,801萬人，總查詢次數共計約1億6,562萬人次（如表7-2），進一步分析查詢雲端藥歷之門診病人處方，其104年全年度藥品品項數、每人平均藥費、6類藥品（高血壓、高血脂、糖尿病、思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜用藥）、藥理別跨院所用藥日數重疊率等，與103年相較均有下降的趨勢，可見雲端藥歷有效減少跨院所間重複用藥情形，降低用藥風險。

另為提升民眾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年完成建置「健康存摺」之建置，民眾只要持「已註冊」之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、住診資料、

表7-2 104年健保雲端藥歷使用情形統計

	查詢院所總數	查詢醫事人員數	被查詢病人數	查詢總筆數
醫學中心	26	11,064	3,771,298	27,663,634
區域醫院	84	13,110	5,241,700	36,617,583
地區醫院	385	8,937	3,363,396	17,400,565
西醫診所	8,817	14,319	13,201,633	65,352,915
中醫診所	693	1,054	280,750	809,782
牙醫診所	3,942	4,804	2,085,926	4,217,759
特約藥局	4,728	5,719	4,455,243	13,562,001
居家照護	15	28	111	160
總計	18,690	51,440	18,012,709	165,624,399

備註：

1.資料來源：健保雲端藥歷系統查詢使用率報表；合計項所有欄位係按全區總歸戶計算。

2.統計日期：104/01/01－104/12/31

表7-3 104年12月國民年金保險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	302萬4,520人	86.2
低收入戶	7萬5,620人	2.1
重度、極重度身心障礙者	9萬7,409人	2.8
中度身心障礙者	7萬7,447人	2.2
輕度身心障礙者	6萬5,558人	1.9
所得未達1.5倍	12萬1,514人	3.5
所得未達2倍	4萬7,902人	1.3
總計	350萬9,970人	100.0

資料來源：衛生福利部

中醫及牙科健康存摺、過敏資料、檢驗（查）結果、出院病歷摘要、器官捐贈或安寧緩和醫療意願、成人預防保健結果及預防接種紀錄等。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。截至104年底已有33萬2,517人次登入查詢個人的健康存摺，並有29萬4,589人次下載儲存。

第二章 國民年金

「國民年金保險」是我國在97年10月1日開辦的社會保險制度，目的係將年滿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，開辦國民年金制度是我國建構全面性社會安全網的重要里程碑，使我國跨入「全民有保險、老年有保障」的嶄新紀元。

第一節 國民年金現況

- 一、104年12月國民年金保險被保險人人數為350萬9,970人，各身分別被保險人數及比率統計表如表7-3。
- 二、保險費率：8%（保險費係依月投保金額及保險費率計算）。
- 三、保險費補助：國民年金保險費原則上由政府補助40%（每月585元），所得未達一定標準者或輕、中度身心障礙者，保險費補助55%（805元）或70%（1,024元）；而低收入戶、重度以上身心障礙者，政府給予100%（1,463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於中央主計機關發布之消費者物價指數（CPI）累計成長率達5%時，即依該成長率調整之。因97年10月至103年9月之CPI累計成長率已達5.8%，爰自104年1月1日起月投保金額自1萬7,280元調整為1萬8,282元。

五、被保險人繳費率：國民年金保險開辦迄今（97年10月至104年12月），被保險人應收保險費金額為2,246億餘元，已收金額1,259億餘元，被保險人繳費率為56.1%（女性被保險人繳費率62.7%、男性被保險人繳費率49.2%）。

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 7-4。

七、國民年金保險基金財務狀況：截至 104 年 12 月底止，國民年金保險基金積存數額為 2,170 億 7,504 萬 299 元。

表7-4 104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	104年累計核付金額（千元）
保險給付	老年年金給付	67萬5,649人	27,342,429
	生育給付	1萬7,194人	316,191
	身心障礙年金給付	5,908人	257,439
	喪葬給付	1萬7,372人	1,574,954
	遺屬年金給付	6萬4,848人	2,776,202
	合計	78萬0,971人	32,267,215
其他給付	老年基本保證年金	69萬2,129人	29,791,022
	身心障礙基本保證年金	2萬1,421人	1,219,428
	原住民給付	3萬6,852人	1,522,492
	合計	75萬0,402人	32,532,942
總計		153萬1,373人	64,800,157

資料來源：衛生福利部

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7-5 104年國民年金法修正重點

日期	修正條文	修正重點
12月16日	第32條之1	生育給付由1個月提高為2個月月投保金額；申請分期或延期繳納保費者，其保費已繳納金額不得低於給付總額之半數。
12月30日	第18條之1	自次（105）年3月1日起，遺屬年金給付得追溯發給前5年得領取之給付

第二節 國民年金制度變革

- 一、為使國民年金制度更公平、合理，104年《國民年金法》修正重點如表7-5：
- 二、針對各界關注之國民年金議題，持續推動各項策進作為：
 - (一) 持續蒐集各界有關國民年金建議意見，及滾動式檢討研議《國民年金法》中納保及給付資格條件，俾使國民年金制度更公平及合理，以落實照顧經濟弱勢民衆之立法意旨。
 - (二) 持續督導勞保局每2年定期辦理國保財務精算作業，本部依據精算結果檢討國保費率調整事宜，公告自104年1月起將國保費率由7.5%調整為8%，以確保國保基金長期財務安全。
 - (三) 為強化國保基金之投資運用，除持續督請基金運用局擬具國保基金投資政策書，據以擬訂年度運用計畫外，並督請基金運用局秉持多元化資產配置原則進行基金投資運用，以提升收益率。
 - (四) 為提升國民年金繳費率，以保障民衆給付權利，持續督請勞保局透過制度化催繳機制，針對國保欠費民衆（包含加保中及已退保），以分批寄發繳款單及宣導摺頁方式，辦理全面性催繳作業，104年度催收欠費金額總計225億1,750萬776元，已繳納金額計11億8,286萬646元。已繳金額占欠費總金額5.3%。
 - (五) 為降低給付溢領情事，提昇國保各項給付正確發放率，已加強建置完整比對資料庫、建立相關機關稽核制度、

持續督促勞保局更為謹慎審核與勾稽媒體資料，經查104年12月底累計溢領回收率為96.1%。

- (六) 為使民衆瞭解國民年金制度，增進民衆繳納國保保險費之意願，訂定「提昇國民年金被保險人繳費率策進作為」，並結合原民會、勞保局及各地方政府積極推動相關策進作為，104年度各地方政府訪視人數25萬7,235人，辦理宣導場次3萬7,601場、參加宣導活動人數261萬9,856人次；另培訓地區性種籽人數1萬1,037人。
- (七) 為持續健全我國年金制度，105年總統府成立國家年金改革委員會，本部將持續配合總統府國家年金改革委員會議研議規劃之整體年金制度改革方向及共識進行《國民年金法》修法事宜。

第三章 長照保險規劃

我國人口結構快速趨向高齡化的發展，使得長期照顧（護）需求人數日益增加。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，我國原規劃以保險制籌措長照服務經費，惟目前長照政策確立，係以指定稅收做為長照財源，以建立完善的長照體制，以下簡述先前規劃之長照保險重要沿革及制度內涵。

第一節 規劃沿革與重點

長照保險規劃沿革如表7-6。

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	本部將《長期照顧保險法》（以下簡稱長照保險法）草案函送行政院審議。
104年6月4日	長照保險法草案經行政院院會通過，送立法院審議。
104年6月12日	長照保險法草案經立法院第8屆第7會期第16次會議通過，送交社會福利及衛生環境委員會審查。
105年1月7日	因立法院屆期不續審，本部將長照保險法草案重新函送行政院審議。

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，並以提供實物給付為主。 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。

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) 規劃長照保險財務制度

檢視各國長照制度，係以社會保險或稅收制方式辦理，由於目前我國稅負擔率僅約 12%，與北歐福利國家之稅負高達 40% 相去甚遠，因此原規劃係以社會保險方式推動長照制度，由政府、雇主和保險對象三方負擔保險費方式，藉由社會保險自助互助、全民共同分擔風險的機制，以減輕所有長照需要者及其家庭之負擔。

(二) 辦理國民長期照護需要調查

1. 為提供推估未來長期照顧需要、發展長照服務體系，以及估算長照保險規模與費率之實證資料庫，爰辦理國民長期照護需要調查，獲取具全國暨各縣市代表性之失能率、深度評估失能者長期照顧需要、家庭照顧者所需資源，以及目前面臨之照護問題。
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年度至104年度再次辦理國民長期照護需要調查，預計於105年上半年辦理完畢。

(三) 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

Living, ADLs）」與「工具性日常生活功能量表（Instrumental Activities of Daily Living, 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及102年針對精神障礙者、智能障礙者、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之測試及修正；104年完成標準化教學手冊及學習手冊，提供長照評估人員教育訓練之用。

(四) 規劃長照保險給付及支付制度

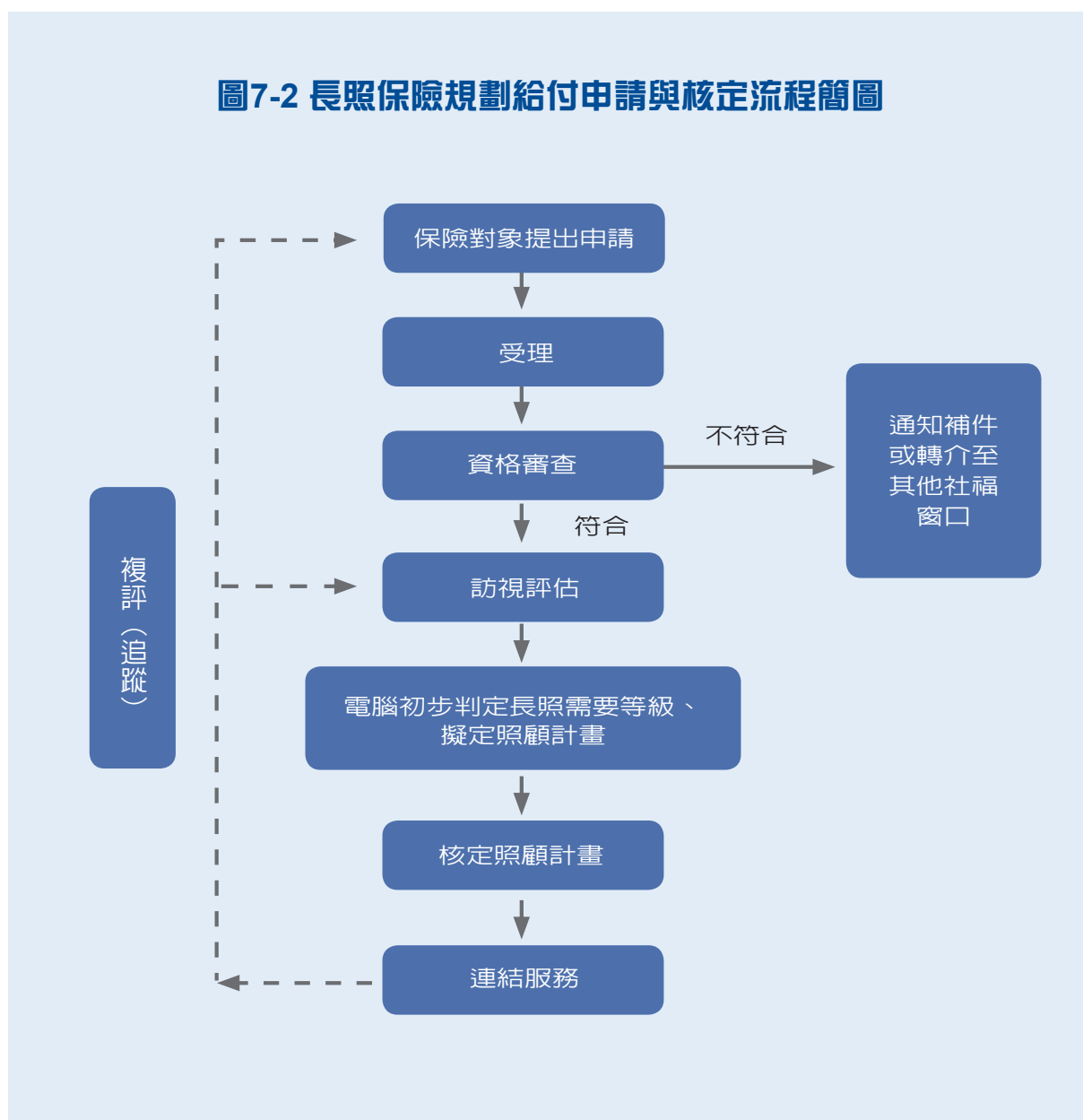
1. 給付制度：於102年底完成「長期照護案例分類系統（Long-Term Care Case-Mix System, LTC-CMS）」第一版初稿，作為後續長照保險給付標準訂定之依據。另於104年收集長照十年個案之實證資料，配合實務工作者意見回饋及專家學者會議，進行長期照護案例分類系統之校正。
2. 支付制度：依照給付項目及給付單位，設計長照保險居家式服務、社區式服務，及機構住宿式服務之支付基準，以案例為支付單位；其他服務項目，依其特性設計不同之支付單位，例如租賃輔具之支付單位，依品項按日（月）計酬。另對於支付點數之擬訂，將以成本實證資料、財政穩定，以及提升照護品質等原則進行。

(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（原規劃為健保署）於各縣
市設立服務據點，辦理相關業務，如
圖 7-2。

圖7-2 長照保險規劃給付申請與核定流程簡圖



8

社會福利服務

108 | 第一章 兒童及少年福利

111 | 第二章 婦女福利與家庭支持

115 | 第三章 老人福利

117 | 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）人數至104年底計404萬3,357人，占全國人口17.2%，社家署依行政院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支持措施（如圖8-1），以緩解少子女化現象。同時，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《兒童及少年福利與權益保障法》並於103年6月4日公布《兒童權利公約施行法》，使國內兒少權益法制化並確立國際化的標準。

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。104年有男童13萬2,621人（占51.8%），女童12萬3,101人（占48.1%），共25萬5,722名兒童受益，補助50億4,509萬餘元。

圖8-1 友善兒少支持措施

		無排富		部分排富		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						
				幼兒就讀幼兒園補助			5歲免學費教育計畫
	特殊境遇家庭子女生活補助（子女生活津貼、兒童托育津貼）						
	低收入戶及弱勢兒童少年生活補助						
平價優質托教措施	公私協力托嬰中心			非營利幼兒園			
	公私協力托育資源中心						
	居家托育服務中心（社區保母系統）						
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						
	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：衛生福利部社會及家庭署

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照顧的家庭，每人每月給予3,000元緊急生活扶助，協助度過經濟危機，104年協助6,010戶家庭、7,777名兒少，補助1億4,074萬餘元。

三、辦理中低收入戶兒少健保費補助

104年共155萬6,698人次受益，補助9億5,147萬餘元。

四、辦理3歲以下兒童醫療補助

104年補助免費就醫1,545萬3,602人次，減輕家長負擔18億5,686萬餘元。

五、提供弱勢兒少醫療補助

協助繳納健保欠費、發展遲緩兒童療育、訓練及評估費、住院期間看護費及部分負擔費等，使弱勢兒少獲得適切健康照顧，104年共2,183人受益，補助8,754萬餘元。

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台

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、兒童權利公約之落實進行協調、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

落實「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」，定期檢討各部會執行兒少安全實施方案8大面向績效

與管考，以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，並保障無戶（國）籍兒少就學、就養、就醫權益。截至104年底個案總數70名，已（擬）結案20名，目前持續追蹤計50名。

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，104年補助64個團體，辦理316場次，共計9萬6,742人次受益。

（二）每年10月11日辦理「臺灣女孩日」宣導活動，呼籲社會各界共同營造有利女孩成長與多元發展之環境。104年度以「Girls, Lean In- 挺身前進・展現自信」為主題，邀請沈春華等名人攝製宣導短片，舉辦15場校園講座及宣導記者會，凝聚社會各界對臺灣女孩日的關注與共識。



104年度臺灣女孩日記者會。

（三）協助各地方政府與民間團體培植兒少諮詢代表，全面落實兒少社會參與及表意權。104年度核定補助臺南市等8個縣市辦理兒少培力112場次，計2萬256人次受益。

第三節 安置服務

一、加強推動機構安置服務

(一) 輔導與委託民間團體辦理機構安置業務，照顧依法應受安置之兒少，至 104 年底計有 122 所機構（如表 8-1）。

(二) 補助機構專業人員服務費、設施設備、院生課業輔導、福利服務活動等，104 年計補助 8,024 萬 9,748 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項規定辦理機構評鑑，最近一次接受評鑑之機構計有117家，評鑑結果詳如表8-2，其中評定丙等以下機構預定於106年辦理複評。

三、推動家庭寄養服務

輔導地方政府委託民間團體辦理家庭寄養業務，104年12月登記合格之寄養家庭計有1,326戶，另有307戶儲備寄養家庭，安置兒少1,662人（如表8-3）。

表8-1 近5年兒童及少年安置教養機構設立情形

年度		100	101	102	103	104
機構數		120	123	126	124	122
核定床位數		4,577	4,816	4,985	4,991	5,004
安置人數	男	1,837	1,858	1,842	1,818	1,771
	女	1,772	1,691	1,700	1,683	1,704

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

表8-2 103年及104年兒童及少年安置教養機構評鑑結果

項目別	臺北市評鑑 (103年)	中央聯合評鑑 (104年)	總計 (家數)	比率(%)
優等	8	27	35	29.9
甲等	6	49	55	47.1
乙等	2	17	19	16.2
丙等	0	6	6	5.1
丁等	0	2	2	1.7
總計	16	101	117	100.0

資料來源：衛生福利部社會及家庭署、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		100	101	102	103	104
家庭數(戶)		1,243	1,248	1,275	1,289	1,326
兒童數(人)	男	927	927	899	847	804
	女	908	908	905	896	858

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

四、建置全國兒少安置及追蹤個案管理系統

為協助地方主管機關及全國兒少安置服務單位，瞭解個案服務狀況，建置「全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統」及訂定使用作業規定供各使用單位遵循。104年度廣續辦理維護服務、修正系統必要欄位及擴充12項系統功能，以建立友善操作環境。

第二章 婦女福利與家庭支持

因應近十年社會變遷，我國家庭政策於104年5月26日行政院社會福利推動委員會第23次委員會議修正通過，提出（一）發展全人照顧與支持體系，促進家庭功能發揮；（二）建構經濟保障與友善職場，促進家庭工作平衡；（三）落實暴力防治與居住正義，促進家庭和諧安居；（四）強化家庭教育與性別平權，促進家庭正向關係；（五）宣導家庭價值與多元包容，促進家庭凝聚融合等5大目標，內含33項政策內容及98項行動措施，將自105年起執行。

第一節 婦女福利

從婦女觀點出發，以充權婦女能力為考量，推動各項服務，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，充權婦女能力，創造並增進婦女公平發展的機會，104年計服務7,080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婦女有關婦女福利、婦女權益、法律服務

及學習成長等服務，104年計服務42萬1,202人次。

- 三、經營管理台灣國家婦女館，作為我國推展婦女福利、婦女權益及性別主流化的平台，促進國內外婦女組織及公私部門之聯繫互動。104年累計來館人次達1萬1,803人次，提供國內71個單位場地使用；接待74個國內團體及國外人士參訪。
- 四、規劃辦理打造女性夢想館計畫，104年補助新北市及屏東縣政府運用女性夢想館，建構婦女團體培力與交流，及婦女參與社會、公共事務之機制平台，發展培力機制與運作模式。
- 五、推動培力地方政府推展婦女福利業務輔導計畫，104年度擇定臺南市、桃園市、基隆市、雲林縣、嘉義縣及花蓮縣等6個受輔導縣市，組成專家督導團隊，協助解決業務執行困境，並發展地方特色的婦女福利服務。

第二節 弱勢家庭服務

一、單親家庭福利服務

- （一）104年全國計16處單親家庭服務中心，整合轄內單親福利資源及服務；補助民間團體辦理單親家長支持團體、福利宣導活動等計56案。
- （二）鼓勵單親家長提升學歷，辦理單親培力計畫，104年計補助304名單親家長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（男女性別比為1:19.3）。
- （三）104年全國計105處家庭（社會）福利服務中心，提供整合性及預防性的家庭福利服務。

二、外籍配偶福利服務

104年全國計35處外籍配偶家庭服務中心，提供個管服務計1萬5,853案。另辦理87個社區服務據點，提供各項外籍配偶家庭方案100案。

三、弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務

104年補助民間團體辦理弱勢兒少家庭訪視、課後臨托與照顧或親職教育等方案58案，計74萬515人次受益。

四、兒童及少年高風險家庭處遇服務

104年補助85個民間團體，聘用232位社工進行訪視關懷（較103年增加8人），計訪視3萬6,751個戶，開案服務2萬2,050戶，協助3萬2,193位兒少。

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歲幼兒送托育人員照顧者，每月補助2,000元至5,000元不等。104年補助7萬7,721名兒童，金額14億4,021萬8,325元。

（二）托育服務

1. 居家式托育服務：104年底計有72處居家托育服務中心，共管理4萬8,681名托育人員（含親屬托育），收托4萬1,983名未滿2歲之兒童（如圖8-2）。
2. 托嬰中心服務：104年底計有735所私立托嬰中心，收托1萬7,246名幼兒（如圖8-3）。
3. 社區式支持家庭服務：輔導地方政府辦理公私協力托嬰中心，至104年底計開辦92所，收托4,258人。另規劃設置托育資源中心，提供托育及幼兒照顧諮詢、親職教育課程等服務，至104年底共有100處，服務逾144萬人次。

二、發展遲緩兒童早期療育服務

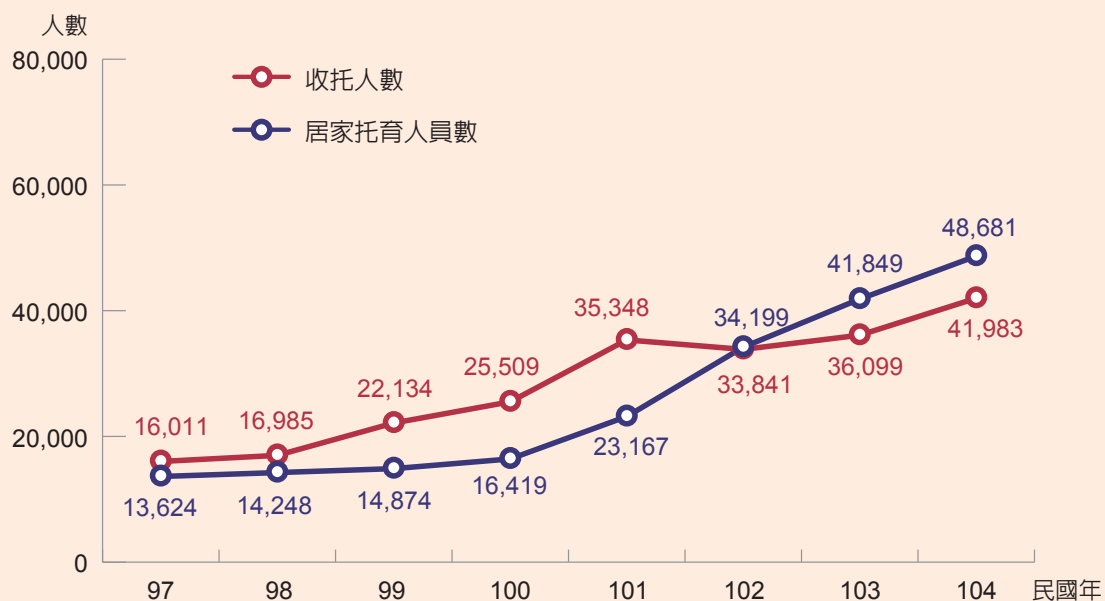
（一）通報服務：輔導各縣市設置28處通報轉介中心，104年通報2萬658名發展遲緩兒童，全國通報率10.25%。

（二）個案管理及療育費用補助：輔導各縣市設置55處個案管理中心，104年協助發展遲緩兒童計4萬4,765人次申請療育費用補助，補助3億5,586萬9,294元（如圖8-4）。



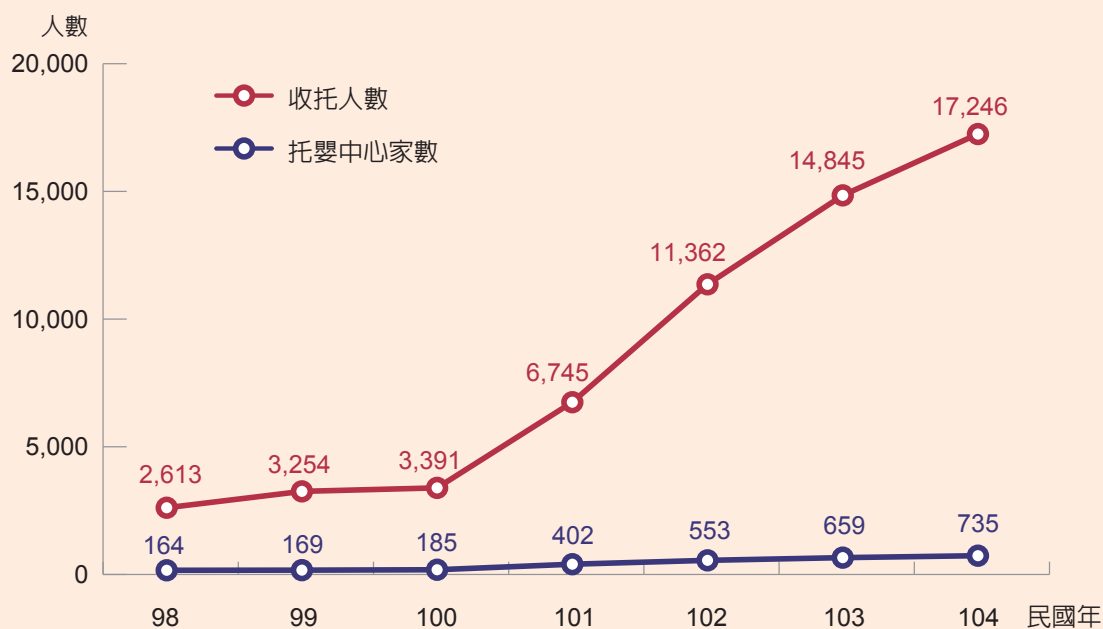
家庭福利服務中心辦理親子闖關活動。

圖8-2 歷年居家托育人員數與收托未滿2歲兒童人數



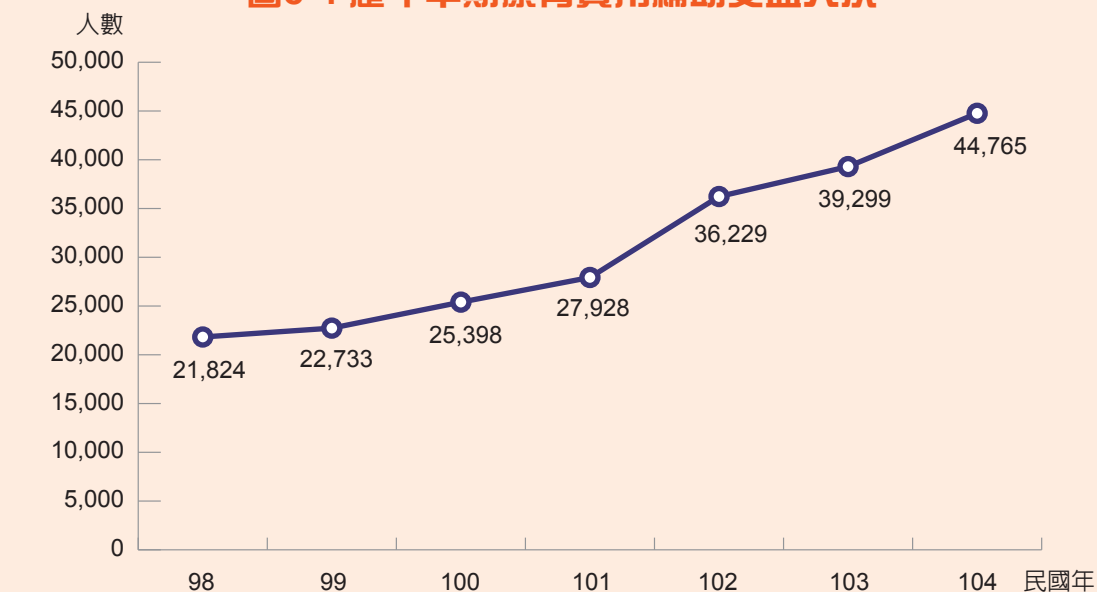
資料來源：衛生福利部社會及家庭署

圖8-3 歷年全國托嬰中心家數及收托人數



資料來源：衛生福利部社會及家庭署

圖8-4 歷年早期療育費用補助受益人次



資料來源：衛生福利部社會及家庭署

(三) 到宅及社區療育據點服務：104 年輔導地方政府提供 1,500 名兒童到宅服務；另結合 8 縣市於 40 個早期療育資源不足鄉鎮區，推動社區療育據點服務。

第四節 特殊需求家庭服務

一、收出養媒合服務

101年5月30日起，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，並應以國內收養人優先收養為原則。104年底全國共9家機構（計13個服務處所），104年經由收出養媒合服務機構出養兒童及少年計301人（國內出養143人、跨國境出養158人）。

二、特殊境遇家庭扶助

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。104年扶助1萬9,297戶家庭、13萬3,370人次、補助4億2,012萬餘元。

三、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 及「未成年懷孕求助網站」(<http://www.257085.org.tw>)，提供求助及諮詢。104 年專線計服務 823 人次；求助網站瀏覽計 5 萬 4,717 人次，信件及線上諮詢 403 人次。
- (二) 104 年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，服務 1,280 人次。

第三章 老人福利

截至104年底，全國老年人口數達293萬8,579人，占總人口數12.51%。我國自82年邁入高齡化社會以來，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，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。104年計核發12萬4,490人，補助96億3,080萬餘元。
- 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。104年計9,407人次，補助4,753萬餘元。
- 三、為協助老人將所擁有的不動產，轉化為可按月領取的現金，提供老人經濟保障多一項選擇，自102年3月1日推動不動產逆向抵押貸款試辦方案；另參照國外不動產逆向抵押貸款多朝金融商品方向規劃推動，於104年12月9日修訂《老人福利法》規範金融主管機關應鼓勵金融業者辦理提供商業型不動產逆向抵押貸款服務。

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。104年計補助7萬9,048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。104年計補助4家機構135人。

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具優待。截至104年底止，共計239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104年底，計2,157人通報協尋，其中1,266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，平均每月通話量約為1,000通。
- 四、為維護失能老人身心健康，除透過居家服務、日照中心提供身體照顧服務外，自97年起依縣市需求補助沐浴車輛、專業人事費用、業務費等，提供普及可近之到宅沐浴服務，截至104年底，國內計有18個縣市24台車輛，累計服務逾1萬4,000人次。
- 五、整合跨部會資源，邀集地方政府、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，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。另為因應未來10年高齡社會趨勢需求，行政院於104年10月13日核定「高齡社會白皮書」，以「增加健康年數」、「減少失能人口」為政策目標，建構「健康、幸福、活力、友善」高齡社會為願景。

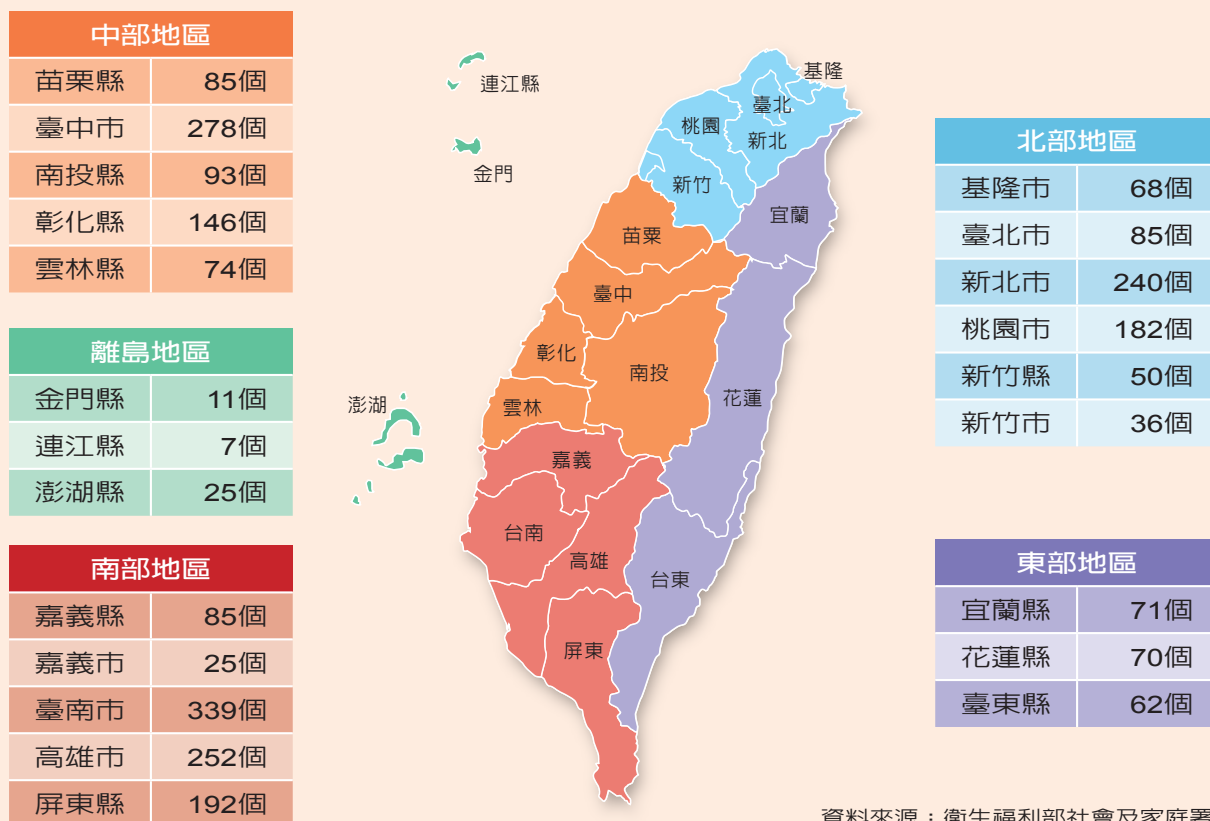
六、各地方政府積極結合村里辦公處、社會團體參與，普遍設置2,476個社區照顧關懷據點（如圖8-5），由當地民衆擔任志工，提供關懷訪視、電話

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。

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。104年補助辦理長青學苑及老人福利活動，計有40萬5,522人受益。

圖8-5 全國社區照顧關懷據點分布圖



資料來源：衛生福利部社會及家庭署



104年全國銀髮族槌球錦標賽



104年第一屆社區金點——社區照顧關懷據點表揚



「2015爺奶幸福家庭日-野餐健走嘉年華」活動



「2015爺奶幸福家庭日-野餐健走嘉年華」活動

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「2015爺奶幸福家庭日-野餐健走嘉年華」活動，計近700個家庭，超過3,300人參與。推廣重陽敬老、關懷家中長輩的理念，號召全國民眾響應，鼓勵年輕世代多關心與陪同家中長輩一起慶祝重陽，有更多老人攜手與家庭成員走出家門參與社會，達到促進家庭和諧，同時也體現

了重陽節「親老、敬老、尊老」的真正意涵。

第四章 身心障礙者福利

截至104年12月底，全國身心障礙者人數計115萬5,650人，占總人口數4.9%。我國身心障礙者福利政策，依身心障礙者實際需求、《身心障礙者權益保障法》（以下簡稱身權法）及《身心障礙者權益保障白皮書》內容，推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，並保障經濟安全、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 身心障礙者權益保障

一、2006年聯合國大會通過之「身心障礙者權利公約」(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 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，103年8月20日總統公布《身心障礙者權利公約施行法》，並自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WHO頒布之國際健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。104年受理民衆申請身心障礙證明29萬9,325件，核發20萬2,279件，辦理需求評估27萬2,590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。104年提供生活補助205億6,215萬餘元，平均每月計有35萬813人受益。

二、補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，104年補助76億4,663萬餘元，平均每月計有3萬8,354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，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、社區居住等服務措施，共執行16億954萬餘元，累計546萬8,566人次受益。

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，辦理身心障礙者臨時及短期照顧、照顧者訓練及研習、家庭關懷訪視等家庭支持服務，共執行6億6,089萬餘元，累計299萬3,539人次受益。

三、促進機構照顧的小型化與社區化發展

104年底止，全國身心障礙福利機構計271所、2萬3,326床，實際服務1萬8,744人，其主要項目有：日間照顧、技藝陶冶、作業活動、住宿養護等，並輔導朝向小型化、社區化發展，促進身障者利用之可近性與便利性。

第四節 身心障礙者輔具資源整合

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：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



輔具中心展示各種可協助身障者的輔具並提供試用（圖為移位機）

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。

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、宣導、維修等服務，104年全國各縣市已設置26家輔具中心。

三、持續辦理身心障礙者輔具費用補助，104年全國身心障礙者輔具費用補助8萬148人次，達7億6,616萬餘元。

四、為使行動不便之身心障礙者及老人克服上下樓梯之困難，爰協助地方政府建構爬梯機服務，且運用公益彩券回饋金，補助新北市政府試辦「建構爬梯機服務輸送體系計畫」。

五、編列預算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，104年底全國共計補助2萬9,077人次（男性占72%，女性占28%），補助1億9,587萬5,140元整。

第五節 身心障礙者社會參與

一、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，104年度共補助595案，5萬餘人次受益。

二、辦理國際身心障礙者日活動，並於104年11月28日辦理「身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮。

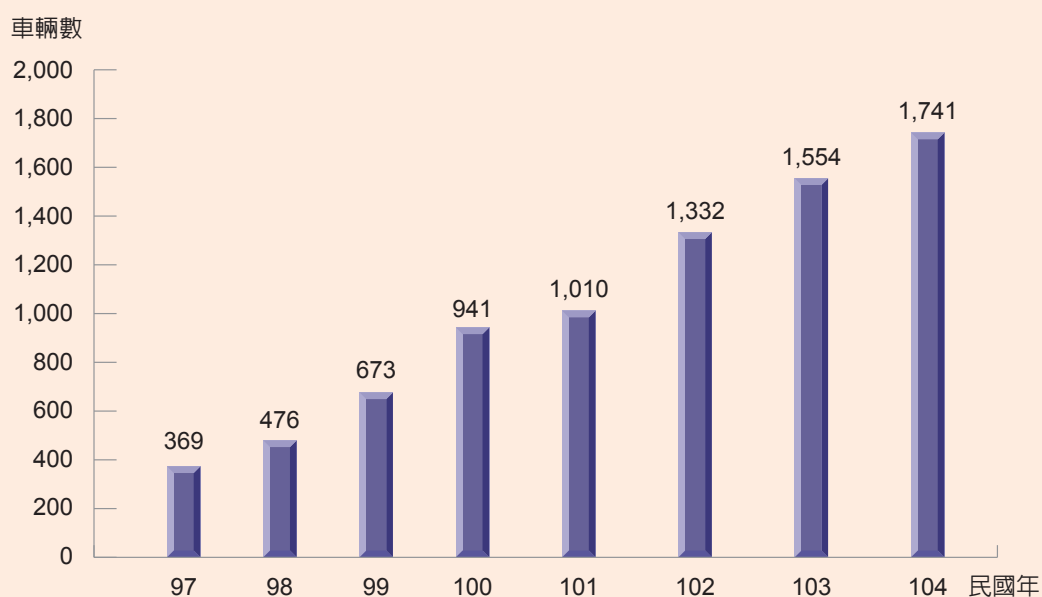
三、補助辦理導盲犬訓練及宣導，目前38隻服役中，寄養中導盲幼犬計140隻。

四、規劃辦理身心障礙者專用停車位識別證，已設置專用停車位1萬8,283個，發放專用車牌、專用停車位識別證31萬餘張。

五、為推動身心障礙者行動無障礙空間，促進其社會參與，運用公益彩券回饋金補助，及結合民間資源捐贈各地方政府增購復康巴士，104年全國復康巴士計有1,741輛（如圖8-6），累計提供354萬8,628人次服務。

六、輔導各地方政府建置手語翻譯服務窗口及服務範圍與作業程序制定，以促進聽障者參與公共事務，104年度依法提供手語翻譯服務人員合計227人。

圖8-6 97至104年全國復康巴士車輛數



資料來源：衛福部社會及家庭署

9

社會救助及社會工作

122 | 第一章 低（中低）收入戶及急難救助

126 | 第二章 遊民輔導

127 | 第三章 災害救助

128 | 第四章 社會工作

130 | 第五章 福利資源網絡

1957福利諮詢專線

傳遞我們的溫暖
讓您獲得及時的協助

我國社會救助，一向秉持「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法規，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。依據《社會救助法》（以下簡稱社救法）第4條及第4條之一規定，「低收入戶」指經申請戶籍所在地直轄市、縣（市）主管機關審核認定，符合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。「中低收入戶」指每人每月不超過最低生活費一點五倍，且不得超過所得基準，另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。

99年12月29日社救法修正前，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年最低生活費如表9-1。截至104年底，各縣市審定通過之低收入戶計14萬6,379戶（34萬2,490人）、中低收入戶11萬7,686戶（35萬6,185人），合計69萬8,675位弱勢民衆納入政府照顧範圍，較100年6月修法前增加14萬9628戶（42萬2,547人），受惠人數相較修法前增加1.53倍，如圖9-1。

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」、「戶內需扶養人口衆多」、「負擔家計者久病不癒」（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，針對低收入戶家庭提供持續性的經濟協助。104年修正《社會救助法》，明定低收入戶生活扶助費每4年參照消費者物價指數成長率進行調整，以保障弱勢民衆權益。根據102年底收入戶生活狀況調查報告顯示，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，依重要度前4項依序為「家庭生活補助」、「全民健康保險費補助」、「就學

表9-1 近5年最低生活費

新臺幣元

年別 \ 地區別	臺灣省	臺北市	高雄市	新北市	臺中市	臺南市	桃園市	福建省	
								金門縣	連江縣
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	
104	10,869	14,794	12,485	12,840	11,860	10,869	12,821	9,769	

資料來源：衛生福利部

圖9-1 社會救助新制上路受照顧人數



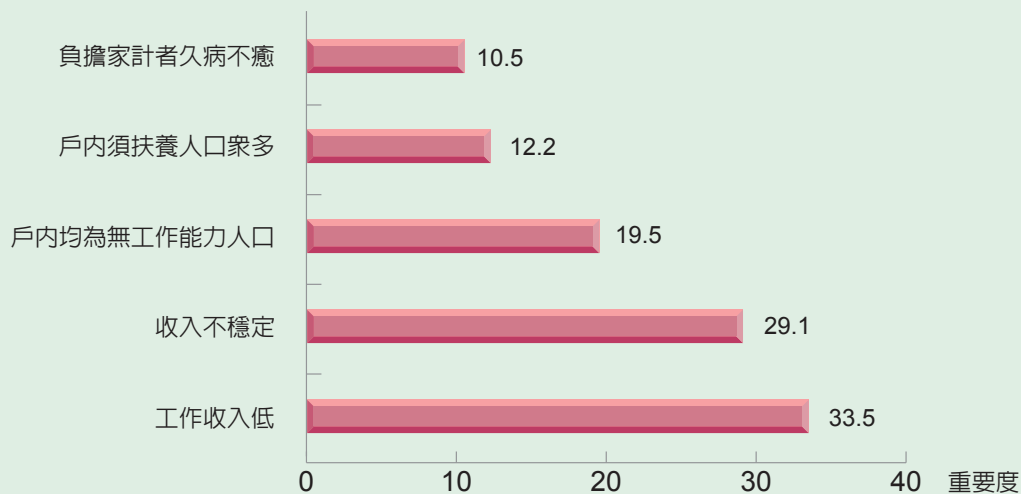
資料來源：衛生福利部

子女學雜費減免補助」、「身心障礙者生活補助」（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。又為避免救助給付過於優

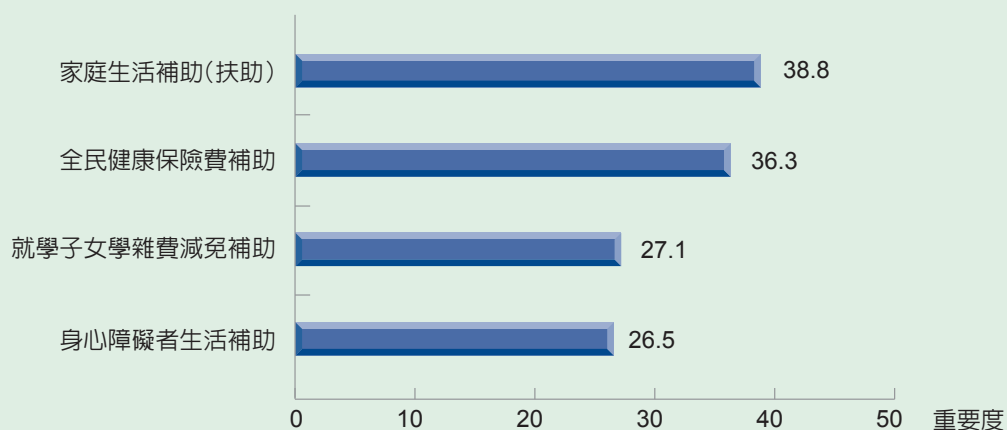
圖9-2 102年調查低收入戶及中低收入戶五大致貧原因重要度



資料來源：衛生福利部

備註：重要度=最主要比率×1+次要比率×2/3+再次要比率×1/3

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



資料來源：衛生福利部

備註：重要度=最主要比率×1+次要比率×2/3+再次要比率×1/3

表9-2 104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	120萬1,568人次	60億5,252萬6,735元
就學生活補助	64萬6,749人次	38億0,865萬4,610元
以工代賑 (含中低收入戶)	2萬3,685人次	3億7,158萬8,177元
節日慰問	58萬3,622人次	5億4,343萬0,146元

資料來源：衛生福利部

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。104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括下列項目：

- 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。」104年健保保險費之補助，計68億7,532萬餘元。
- 二、部分負擔費用補助：為減輕低收入戶就醫負擔，《全民健康保險法》第49條明定「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」104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16億5,516萬餘元。
- 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補助標準，104年補助4,499人次，計補助1億0,255萬9,166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。而且在參加職業訓練期間，尚可申領職業訓練生活津貼，以解決其參加職業訓練期間，得以維持家庭生計，免除其後顧之憂。

在協助低脫離貧窮自立方面，目前各縣市地方政府均已結合社會資源暨評估低收入戶需求辦理教育自立、就業投資及資產累積三大模式脫貧方案，並鼓勵各地方政府推展自立脫貧實驗性方案，104年補助地方政府及民間社會福利團體辦理27項自立脫貧方案，補助1,343萬3,700元，各地方政府總計推動52項服務計畫，受益3萬0,715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，紓解民衆經濟急困。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」轉報本部再核予救助。

表9-3 104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	3萬7,794人	2億3,207萬7,000元
本部急難救助	1,003人	1,638萬5,000元
「馬上關懷」急難救助	1萬4,197人	2億0,003萬1,695元

資料來源：衛生福利部

二、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。

三、104年辦理民衆急難救助成果詳如表9-3。

47.4%，離婚、分居、喪偶等占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

為落實保障遊民人權提供積極服務，現行措施如下：

一、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。

二、多元安置服務：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，目前共10處公立遊民收容處所（含7處公設民營）。另本部亦補助民間團體發展遊民短期夜宿服務，提供多樣化居住資源。

三、生活重建服務：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

第二章 遊民輔導

遊民業務係以輔導代替過往的驅離、取締方式，因此遊民收容輔導係採「緊急服務、過渡服務及穩定服務」三階段式服務，以尊重當事人基本人權，並考量地域差異性下，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104年底各縣市列冊輔導遊民人數總計2,770人，逾7成在臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市及高雄市，金門、連江及澎湖等3縣則無遊民，顯見各地遊民人數差異極大，遊民多集中在都市化程度較高的6個直轄市。

依據本部102年度遊民生活狀況調查顯示：男性比例占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占72.1%；在婚姻狀況部分：未婚占

關單位提供就業機會，如藉以工代賑或創新方案培養遊民工作習慣，並提供社區租屋協助，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、提供跨體系之整合服務：結合更生保護、醫療、心理衛生及勞政體系，針對易淪為遊民之高風險群（如更生人）預先提供服務資源，如就業輔導、協助申請社會福利，幫助其銜接回歸社區，避免因未做好銜接而導致流浪街頭。

六、工作成果：104年底輔導處理遊民共28萬9,008人次，包含關懷服務25萬9,570人次、協助返家241人次、年節服務1萬1,354人次、轉介福利服務3,924人次、轉介就業服務3,504人次、輔導租屋366人次、安置服務3,029人次、其他6,901人次。

第三章 災害救助

近年極端氣候頻仍，肇致災害頻傳，各項防災工作備受各界重視。由減災、備災、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業務主責「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、本部每年度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。104年全國各縣市災民收容所共規劃設置5,793所（處），可收容人數197萬1,168人。
- 二、為因應氣候變遷挑戰，強化社政部門災害整備與應變工作，104年運用公益彩券回饋金補助高雄市政府社會局、輔仁大學及財團法人台灣世界展望會辦理災害救助論壇、研討會及3場次專業研習訓練，計598人次受益。
- 三、建立社政人力「區域聯盟、即時協助」、「一人一案」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，並視災害類型發展災難社會工作服務模式如八仙塵暴案1人1案設置主責社工服務型態，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、直轄市、縣（市）政府查核相關證明文件，認定符合災害救助金發放者，由直轄市、縣（市）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傷亡、失蹤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、104年慰問金發放情形：104年於8月蘇迪勒颱風後，發放慰問金予10名死亡失蹤者及3名重傷者，計新臺幣215萬元。另對杜鵑颱風3名罹難者，計發放60萬元慰問金。

第四章 社會工作

第一節 社會工作制度

社會工作專業制度已是世界潮流所趨，截至104年底，全國通過社會工作師考試已有9,074人，執業社工師計5,107名。104年底全國公私部門社福領域社會工作專職人員計1萬2,487人（99-104年公私部門專職人員數如圖9-4），每一社工專職人員平均服務1,842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104年12月計已召開65次委員會議，共計複審1萬0,016件社工年資申請案。
- 二、第1次全國專科社會工作師分科甄審考試於103年3月完成，計錄取217位

社工師（錄取率達81.3%），其中錄取醫務類科78位、心理衛生類科66位、兒童、少年、婦女及家庭類科50位、老人類科12位、身心障礙類科11位。

三、訂定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104年4月2日社工日表揚128名優良社會工作人員。

四、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，104年計審查2,224件。

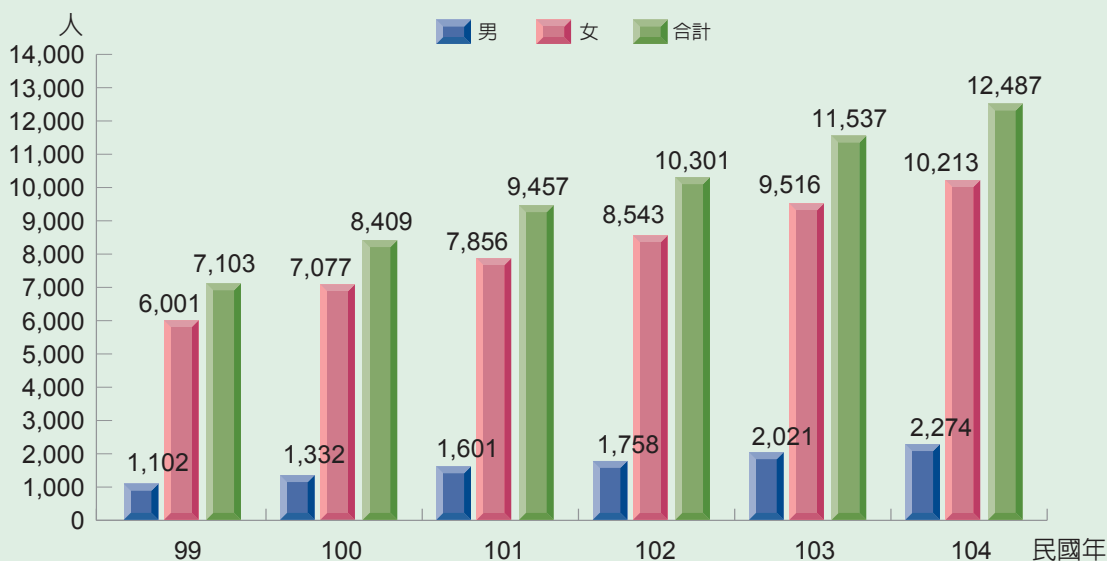
五、為完善社工人力資源管理，103年建置全國性社會工作人力資料庫。復配合《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》及《專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法》修正，於104年辦理社工人力資源管理系統維護及功能調整。

第二節 充實社工人力計畫

針對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100年至105年增加社工人力1,462人，106年至114年間出缺再進用正式編制社工員394名（如表9-4）。期至105年底，公部門社工人力將由99年之1,590人增加至3,052人。其中，100年增加進用之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，

圖9-4 99-104年公私部門社福領域社會工作專職人員數



資料來源：衛生福利部統計處報表9.3-社會工作專職人員數

表9-4 99年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」

期間	人數	備註
100年至105年	1,462人	1.100年增加進用366名約聘社員工。 2.101至105年增加進用1,096名正式編制社員工。
106年至114年	394人	出缺再進用正式編制社員工。

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，並採行相關強化人身安全措施。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「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。具體措施包括：

- 一、完成「社工人員執行高度風險及一般風險業務量表」，並據以核發社工人員風險工作補助費。
- 二、爭取104年公益彩券回饋金補助1,000萬元辦理「社工人身安全及專業提升計畫」，用以協助地方政府及民間團體持續加強社工人員人身安全職前、在職教育訓練，加強風險意識及知能的提升，強化社工人員執業安全防護設施設備，截至104年12月底已補助510萬6,000元整。
- 三、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104年底止，臺灣地區已有社區活動中心3,770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，104年計補助18案，補助金額計865萬8,000元整。
- (三)辦理全國性觀摩活動：104辦理全國社區民俗育樂觀摩會與社會福利社區化觀摩活動，參加人數分別為2,910與1,068人。
- (四)辦理社區發展工作評鑑：104年辦理南部9縣市政府及所轄社區發展協會之社區發展評鑑工作，計有臺南市、高雄市、彰化縣、嘉義縣、屏東縣等直轄市、縣（市）政府獲優等獎，臺東縣、澎湖縣、嘉義市等縣（市）政府獲甲等獎。另有臺南市北區大港社區等30個社區發展協會分獲卓越獎、優等、甲等、單項特色獎等獎項，本部辦理社區評鑑表揚典禮公開予以表揚，計有534人參加。

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。104年共計

373個團體申請，許可442件，實際募得21億5,636萬餘元。

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。104年委託會計師事務所查核102年及103年辦畢之勸募活動計46案、及102年-103年末向本部陳報備查逾期之案件計78案，以及歷年國內外重大災害尚未結案之勸募案件計22案及經相關單位關切之特殊案件3件，共計查核149案。

為增進勸募業務人員專業知能，提升勸募團體勸募實務能力及熟稔相關法令，104年辦理2場勸募實務研習，計184人次參加。

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」，其具體措施有：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台管理系統」，協助受災地方政府透過平台公告即時需求訊息，以有效媒合志工人力，協助救災事宜；104年度辦理志願服務績效評鑑，計6縣市獲優等獎及11縣市獲甲等獎，予以公開表揚。

經統計全國志工人數，101年計89萬8,765人，至104年達94萬4,038人（如圖9-5）。其中，104年男性志工為30萬9,539人（占33%）、女性志工63萬4,499人（占67%），志工男女性別比例約為3：7。

另以服務領域觀之，以教育類志工38萬8,843人最多，衛生福利29萬7,021人次之，環保類15萬9,466人，文化類2萬4,884人，其餘法務、交通、內政及其他類計7萬3,824人。

志工年齡分層以18-29歲23萬8,458人最多（占25%）；65歲以上志工16萬5,263人（占18%）；104年總服務人次達4億4,643萬4,327人次，服務時數達7,493萬2,277小時，相當提供3萬6,025位專職人力。

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。

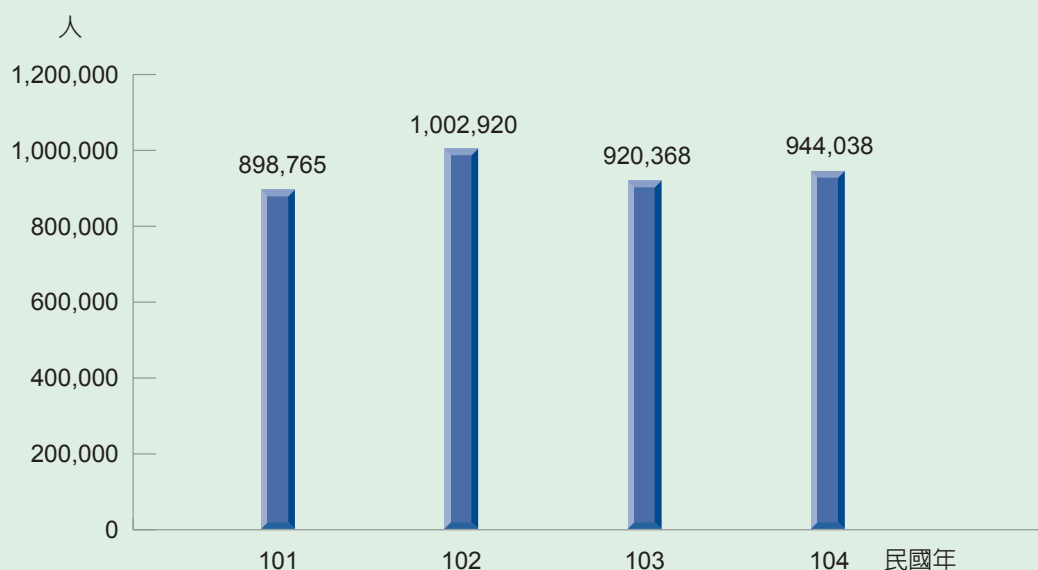
一、該專線自99年9月1日起委託財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會辦理，每天上午8時至晚上10時提供民衆福利諮詢、通報與協助，目前計聘請35位專業社工人員（含1位行政人員）提供服務。

二、該專線於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）接收案件後，即派員訪視或提

供相關服務。此外，專線亦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。透過中央與地方的力量，建立起綿密的社會安全網絡，發揮層層防護效果。

三、自99年起至104年12月底止，來電數量共計33萬5,242通，通報各直轄市、縣（市）政府共2,238件（104年來電數量為6萬4,203通，通報各直轄市、縣（市）政府共477案）。

圖9-5 101-104年志工人數



資料來源：衛生福利部

10

性別暴力防治與 保護服務

- 134 | 第一章 性騷擾與性別暴力防治
- 135 | 第二章 家庭暴力防治
- 138 | 第三章 性侵害防治
- 140 | 第四章 兒少保護及兒少性剝削防制



本部保護服務司以守護婦幼及弱勢人身安全為核心價值，積極落實家庭暴力、性侵害、性騷擾防治及老人、身心障礙者、兒少保護及兒少性剝削防制等被害人保護性工作，加害人處遇服務則由本部心理及口腔健康司主責，提供整合社政與衛政之專業服務。

第一章 性騷擾與性別暴力防治

第一節 性騷擾議題分析

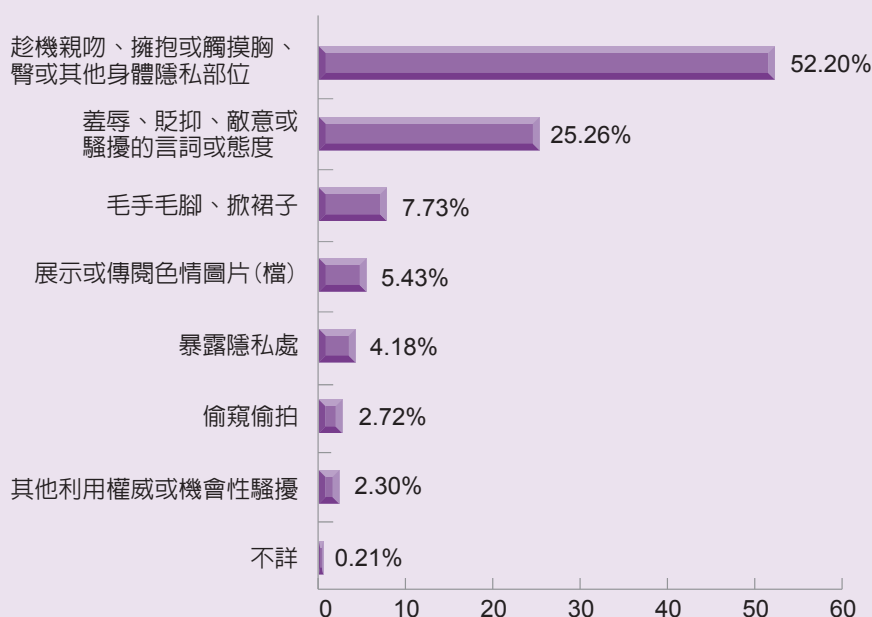
《性騷擾防治法》自民國95年2月5日頒布施行，104年各相關機關（單位）依法受理性騷擾申訴調查案件，計651件（成立430件、不成立95件、其他126件），由警察機關受理調查占最大宗（81.7%），其次為由加害人所屬單位受理調查（16.9%），相較103年550件（成立383件、不成立72件、其他95件）成長18.4%。

於性騷擾申訴調查事件中，被害人98.7%為女性，加害人93.8%為男性；兩造關係71.63%為「陌生人」，其次7.2%「朋友」；發生地點50.7%為「公共場所」，其次16.7%「科技設備（網際網路、手機簡訊…等）」；行為樣態主要以「趁機親吻、擁抱或觸摸胸、臀或其他身體隱私部位」占52.2%，其次為「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度」占25.26%（如圖10-1）。

第二節 性騷擾防治品質與教育

一、製作「性騷擾防治數位教材-解謎性騷擾：104年完成「解謎性騷擾」數位學習教材，並置於地方行政研習e學中心網站，提供正確性騷擾防治觀念及場所主人性騷擾防治責任，並提升性騷擾案件申訴與調查處理程序之工作知能。

圖10-1 104年性騷擾事件行為樣態



資料來源：衛生福利部

- 二、辦理性騷擾案件調查/調解品質提升計畫：完成性騷擾案件調查訓練課程基準、調查/調解紀錄與相關書表格式之制定，及彙編性騷擾案件調查及調解實務操作手冊，並據以規劃性騷擾案件調查人員訓練暨人才庫建置。
- 三、補助11個縣市政府辦理「建構性騷擾防治服務系統競爭型計畫」，共提供720人次性騷擾被害人法律諮詢、心理輔導等服務、辦理64場次專業訓練、辦理1,048檔次大眾媒體宣導，489場次社區推廣活動，以及1,502家性騷擾防治措施實地查核。為增進交流特邀請基隆市、彰化縣、新竹縣、嘉義縣及高雄市政府業務分享，計有內政部警政署、各地方政府以及民間團體代表共110人參與。

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：104年網站資料筆數計1萬7,029筆，瀏覽人次逾234萬人，並累計發行9期「反性別暴力電子報」；另置影音專區，民衆可運用關鍵字搜尋家庭暴力、性侵害、性騷擾防治、兒少保護等各議題之影音，於線上瀏覽及推播至社群網站，以利全民防暴意識推廣。
- 二、舉辦第二屆紫絲帶獎：為表彰保護服務工作著有功績之防治網絡成員，於104年11月20日舉行「第二屆紫絲帶獎」頒獎典禮，獎項涵括社政人員獎、警政人員獎、衛政人員獎、教育人員獎、司法人員獎、網絡人員獎、推廣創意團體獎及年度特別貢獻獎，共17位得主。

第四節 跨部會網絡整合機制

- 一、建立跨部會溝通平臺：104年共計召開8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運作情形，並提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。
- 二、辦理「性別暴力防治與保護服務共識營」：104年4月邀集從事家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與老人、身心障礙者、兒少保護及兒少性剝削防制與相對人服務暨加害人處遇工作之中央及地方防治網絡人員、民間團體代表辦理共識營，共同研討保護服務工作之重要議題與方向，計260人參加。

第二章 家庭暴力防治

第一節 家庭暴力服務概況

《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10萬件家庭暴力通報案件，年平均成長約10%。104年全國通報家庭暴力被害人數9萬5,818人，其中疑似或確定為身心障礙者為占6.6%。以通報案件類型分析：「親密關係暴力」案件最多，計4萬9,709人，被害人以女性居多（占86%）；「兒童少年保護」案件1萬7,386人，被害人以男性居多（占53.2%）；「其他家庭成員間暴力」案件1萬7,216人，被害人以女性居多（占58%）；「老人虐待」案件，包括直系血親虐待尊親屬者（65歲以下、65歲以上），計1萬1,057人，被害人以女性居多（占60.5%），其詳細案件被害人性別情形，如圖10-2。各直轄市、縣

(市)政府提供家庭暴力被害人保護扶助計141萬餘人次服務，扶助金額新台幣6億9,004萬餘元，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。

104年2月4日修正公布家暴法，共計修正33條（包括修正25條、新增8條），其修正重點如下。

- 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

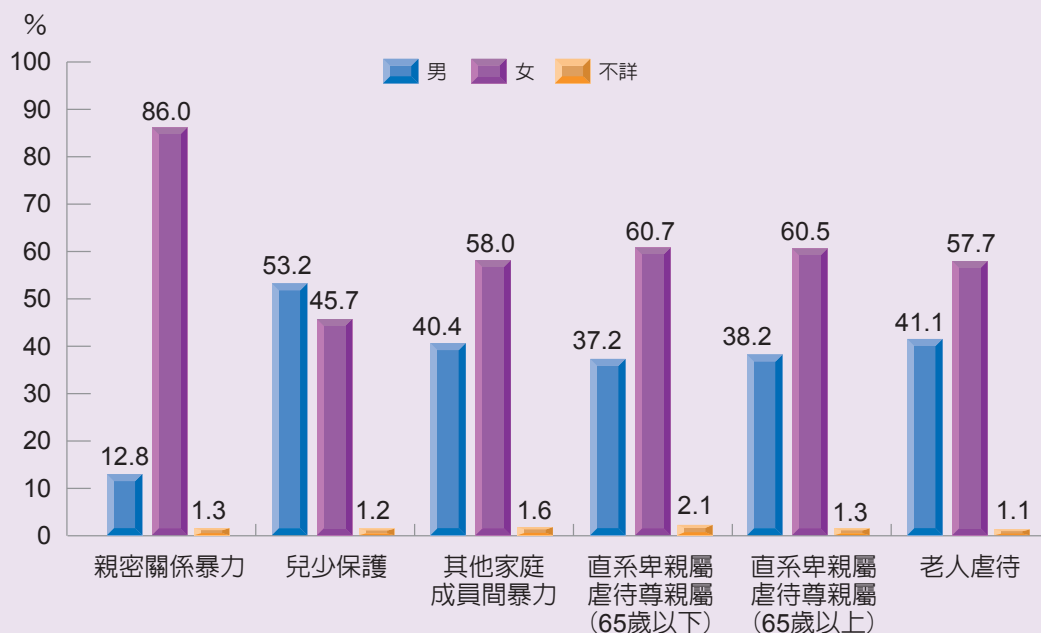
被害人隱私權。

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。

第二節 家庭暴力被害人多元處遇

- 一、持續挹注經費協助各地結合民間推動服務方案：104年運用社會福利補助及公益彩券回饋金協助地方政府結合民間團體推展各項家庭暴力防治工作：包括全國短中長期庇護服務資源計328個方案、601床位數，19個地方法院家庭暴力事件服務處提供12萬2,790人次法律、相關福利諮詢及陪同出庭準備。另提供被害人直接服務、原鄉部落家暴防治、就業輔導及目睹兒少輔導方案等計89項計畫，

圖10-2 104年家暴事件通報案件被害人性別分析



資料來源：衛生福利部

補助金額計5,646萬餘元。同時輔導縣市申請外籍配偶照顧輔導基金辦理新移民人身安全保護計畫，提供法律訴訟、緊急生活費及房租補助等，補助金額計454萬元。

二、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) 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客觀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，並擇定新北市、台中市、雲林縣、高雄市、屏東縣及花蓮縣等 6 個縣市，於 104 年 11 月至 105 年 4 月間進行試辦計畫。
- (三) 運用臺灣親密關係暴力危險評估量表(簡稱 TIPVDA 量表)，截至 104 年 12 月家庭暴力通報件數實施危險評估比率已達 94%。

第三節 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：104年應實施處遇計畫個案計4,138人，已完成處遇計畫為1,488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) 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，減少其施暴機會；104 年共受理 1 萬 9,399 通電話，提供服務 1 萬 7,253 人次，包含深談服務 8,309 人次及一般諮詢服務 8,936 人次。

(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：104 年計補助 26 案，補助金額計新台幣 2,680 萬元，提供服務 2 萬 3,259 人次，包含家庭暴力相對人直接輔導、個案管理、追蹤關懷服務及專業人才培訓。

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：104年召開3次重大家庭暴力事件個案研討會議，共檢討18案，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、研發受暴評估指引：104年研發「親密關係暴力被害人受案評估與處遇指引」及「目睹家庭暴力兒童及少年受案評估輔助指引」，強化家暴社工專業服務知能。
- 三、強化各縣市推動家庭暴力安全防護網計畫之品質：針對各縣市104年家庭暴力安全防護網工作計畫執行情形，召開2場次執行狀況檢討會議，並針對共通性問題研商相關解決策略；另辦理1場次行政講習，計有警政、社政、衛政、教育、檢察、司法等相關防治網絡成員共200人參與，俾強化

各防治網絡人員對家庭暴力安全防護網之專業知能。

四、加強家庭暴力防治專業人員之專業知能：104年辦理家庭暴力防治社工人員初階訓練及家庭暴力防治工作相關業務行政講習，各地方政府及民間團體資深社工人員及督導人員，計280人次完成訓練。

五、加強老人保護專業專能：針對老人保護議題，結合專業團體辦理老人保護社會工作人員初階/進階訓練課程及個案研討會，計219人次參訓。

六、社區預防意識：為加強推廣「暴力零容忍」之社區意識，並促進男性及年輕族群及早建立家暴防治觀念，於104年辦理「反暴力創意徵件活動」，針對「街坊出招－社區參與反家暴」及「網出創意－親密關係暴力防治」兩項主題廣徵各界創意行動方案，分別選出11組「拒親密暴力」得獎者及10組「社區反家暴」入圍

者，於11月28日舉行成果發表暨頒獎典禮。

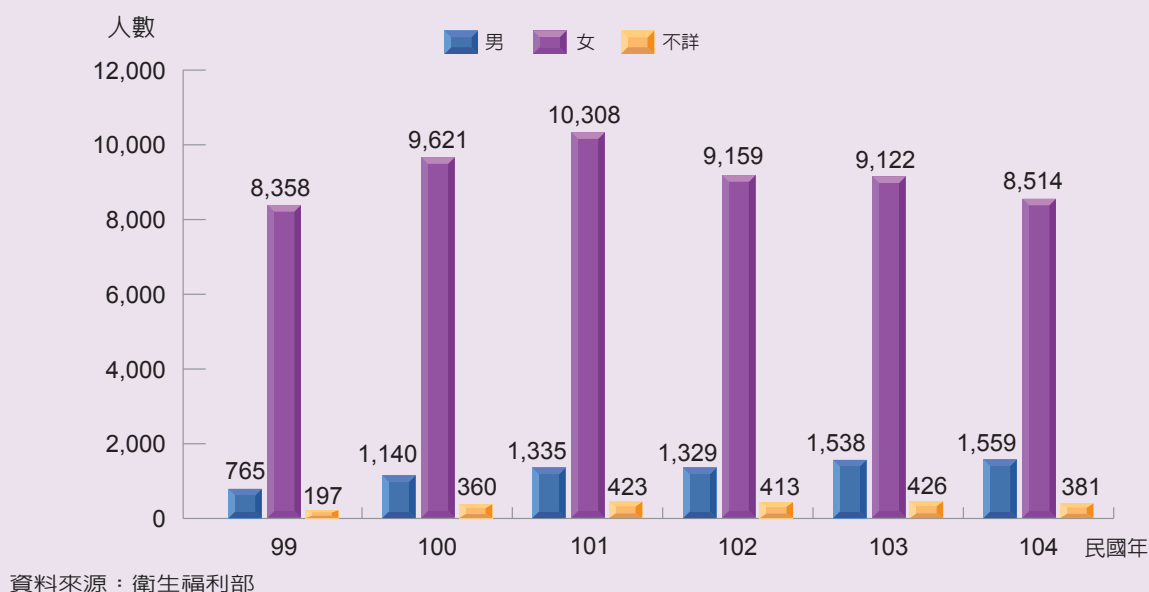
第三章 性侵害防治

第一節 性侵害事件服務概況

《性侵害犯罪防治法》自86年1月22日公布施行以來，每年約1萬3,000件疑似性侵害通報案件，104年性侵害事件通報被害人數1萬454人，通報案件之被害及嫌疑人概況簡述如下：

- 一、性侵害通報案件80%為熟人性侵害案件，57%發生於私人場所。
- 二、被害人81%為女性（如圖10-3）、54%為12歲至18歲之人；嫌疑人85%為男性、36%為12歲至24歲之人。
- 三、身心障礙者為疑似或確定者計1,116人，約占被害人數10%。

圖10-3 近五年性侵害被害人性別分析



四、兩造關係以（前）男女朋友及直系或旁系血親者約計37%最多、同學10%次之、普通朋友8.7%居第三，網友6%居第四。

104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12萬1,587人次服務，扶助金額1億1,353萬餘元。

第二節 通報制度與資訊平台

- 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：104年接線有效電話14萬7,105通，其中通報婚姻/離婚/同居關係暴力案件為9,534件，兒少保護案件數為9,812件，性侵害案件數747件。
- 三、開發多元通報管道：104年網路通報家庭暴力、性侵害及兒少保護案件為13萬8,962件，網路諮詢為1,207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。

第三節 性侵害被害人多元處遇

- 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。104年各直轄市、（縣）市政府家庭暴力及性侵害防治中心共計提供12萬餘人次服務，扶助金額計1億餘元。

- 二、強化男性及智能障礙性侵害防治：推動「性侵害個案管理資源中心計畫」，透過跨專業的溝通聯繫與有效地培植運用專業人才資源，提升男性與智能障礙性侵害個案之處遇服務品質，精進相關之防治政策與規劃發展，104年共計提供924人次服務。
- 三、辦理「重大性侵害事件個案檢討會議」：104年召開3次會議共檢討10案，包括性侵害被害人HIV預防性投藥工作指引及指定醫院、醫療聯繫窗口等相關規定，性侵害通緝案件應進入刑案追緝平臺予以公告，直轄市、縣（市）政府針對地方法院檢察署發布性侵害犯罪加害人遠離特定場所或特定對象命令書處理程序，以及強化心智障礙者性教育推廣等決議事項，業請各網絡單位加強辦理。
- 四、提升性侵害案件採驗工作與鑑驗品質：104年提供3,514名被害人驗傷採證服務，其中送刑事警察局化驗採證盒計1,736件。
- 五、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：104年計有1,617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。另各地方法院檢察署偵查性侵害案件收結情形之

終結人數，104年計4,677人，起訴性侵害2,066件，起訴率達44.2%，同年度法院裁判確定移送檢察機關執行有罪人數計1,779人，定罪率達86.6%。

第四節 性侵害加害人處遇

- 一、積極協調設置性侵害加害人刑後強制治療處所，至104年12月底，該類型處所累計達6家。分別為本部草屯療養院、本部草屯療養院附設大肚山莊、本部嘉南療養院、高雄市立凱旋醫院、臺北榮民總醫院玉里分院、臺中監獄附設培德醫院。
- 二、落實性侵害加害人社區處遇，104年執行加害人身心治療及輔導教育個案計有6,559人，其中已完成處遇1,594人，尚執行中4,050人；裁定移送強制治療個案8人，因故未執行551人，移送裁罰356人。

第五節 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：104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，特別規劃精進兒童身心發展與相關輔導技巧，受益人數共520人。
- 二、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。
- 三、辦理處遇人員專業訓練：104年度「精神醫療網區域輔導計畫」，將性侵害加害人處遇專業人員之教育訓練

納入核心醫院年度重點工作，共辦理核心課程1場次及進階課程9場次，計407人參加。

- 四、強化社區及校園預防教育宣導：104年辦理「性侵害防治預防教育推廣方案競賽徵選活動計畫」，針對兒童少年、原住民及身心障礙者等特殊族群之性侵害防治課題主動提案或結合民間團體推動在地化的性侵害預防教育推廣活動，本年補助13案，受益計122萬6,488人次，其中男性61萬2,601人次，女性61萬3,887人次。

第四章 兒少保護及兒少性剝削防制

第一節 兒少保護工作

- 一、落實責任通報制度：104年各直轄市、縣（市）政府受理兒童及少年受虐人數共9,604人，其中男性4,649人（占48%），女性4,955人（占52%）。相較103年兒童及少年受虐人數1萬1,589人（男性5,304人，女性6,285人），減少17%。
- 二、推動兒童及少年保護通報分級分機制：為配合《兒童及少年福利與權益保障法》於104年2月4日修正公布，同年8月5日修正公布《兒童及少年保護通報與分級分類處理及調查辦法》，律定各直轄市、縣（市）政府受理兒少保護通報事件，應依案件緊急程度進行分級，並依案件態樣進行分類，俾辨識須立即介入保護之案件，以篩檢分流之方式提供個別化服務，精進兒少保護服務之專業。
- 三、督導直轄市、縣（市）政府落實兒童

及少年保護工作：104年計召開3次重大兒童及少年虐待事件防治小組會議，共檢討27案，決議包括落實6歲以下弱勢兒童主動關懷機制，及早發現需要協助與保護之兒童。各地方政府亦應持續強化與衛生醫療、司法、警政及教育等單位網絡合作。

四、加強辦理兒童及少年保護社工人員專業訓練及實務研討：104年辦理2場次初階訓練，計106人參加；12場次兒少保護安全評估決策模式外督會議，計167名社工及督導人員參與；12月辦理「兒少保護服務跨專業整合實務研討會」，計230名人員參加。

第二節 兒少醫療服務工作

- 一、辦理兒少保護醫療服務示範中心：104年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12月底，共計服務990人次。
- 二、強化兒少保護案件相對人服務：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。

第三節 兒少性剝削防制工作

- 一、推動《兒童及少年性交易防制條例》修法：本條例於104年2月4日總統公布，名稱修正為《兒童及少年性剝削防制條例》，修法重點如下：
 - (一) 保護範圍擴大：性剝削定義除原條例規範之使兒童或少年為有對價之性交

或猥褻行為外，擴大至利用兒童或少年從事色情表演以供人觀覽，拍攝、製造兒童或少年色情物品，以及將原施行細則規範之利用兒童或少年從事坐檯陪酒或涉及色情之伴遊、伴唱、伴舞等侍應工作直接入法加以規範。

- (二) 被害人安置與否需經專業評估：考量被害人有無安置需求，別於現行僅以有無性剝削或性剝削之虞作為安置與否之基準。
- (三) 強化主管機關對兒少及家長輔導的職責：明定主管機關需於兒童少年返家後續予追蹤輔導至少1年或至其年滿20歲止，以及得另兒童少年家長接受8小時以上50小時以下之親職教育輔導等。
- (四) 違法行為處罰多元化並加重刑責：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者或利用兒童少年從事坐檯陪酒或涉及色情之伴遊、伴唱、伴舞等侍應工作者處罰鍰之規定；以及主管機關得於行為人在監獄服刑期間執行輔導教育等。

二、辦理成果：

- (一) 司法警察人員救援被害人：104年計緊急安置308人，279人安置於短期收容中心。
- (二) 經法院二裁安置中途學校（共5所）特殊教育者：104年計安置355位學員。
- (三) 經法院二裁安置於福利機構者：104年計35家機構、提供103位安置服務。
- (四) 提供被害人後續追蹤輔導與協助：104年計服務366人次，裁處加害人440人參加輔導教育。

- 三、召開兒童及少年性剝削防制督導會報：分別於104年1月及8月召開2次督導會報，檢討各相關單位辦理工作情形及研議改善策略。
- 四、辦理兒童及少年性剝削防制相關活動：104年結合民間團體辦理預防宣導及研習訓練，並辦理兒童及少年性剝削防制條例通過後相關措施說明會、研修工作手冊等，補助金額計750萬元。
- 五、製作推廣教育素材並透過多元媒體廣為宣導：製作以「杜絕兒童少年色情與防制性剝削」、「不得提供煙、酒、檳榔等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。

第四節 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：104年8月修正「社政主管機關處理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」，供iWIN網路內容防護機構派案，及直轄市及縣（市）政府接案、處理、結案之參考依據。
- 二、督導直轄市、縣（市）政府落實對iWIN派案之處理：104年召開2次「iWIN網路內容防護機構所派涉及兒少相關法規案件研商會議」，決議內容包括iWIN需建置「境內網域登記不實資料庫」、定義「有害兒少身心健康內容」、建立iWIN派案評估順序及同一人涉防制條例第29條及第33條，警政移送需通知社政之處理原則。申訴案量6,785件，申訴案件92.9%為「色情猥褻」，其中境外

IP有4,142件，境內IP有1,433件，派案社政單位處理案件計985件。

- 三、防止兒童及少年接觸有害身心之網路內容：辦理兒童少年閱聽權益宣導活動、研討會，印製教材及拍攝宣導短片、成立安全網站等，共補助7個民間團體，計315萬6,000元整。
- 四、辦理「兒童及少年網路安全專案發展計畫」：就網路內容、網路機構功能規定及網路App分級管理等，蒐集國內外相關資料，作為未來政策規劃及修法參考。

第五節 保護性社工專業久任制度

- 一、「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」：廣續補助地方政府充實保護性社工人力，104年度計補助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、落實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將函報查核結果。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、補足保護性社工人力合理數：依直轄市、縣（市）政府104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966人，委託民間團體辦理保護性業務之社工人力計590人，合計1,556人，已達本部推估合理之保護性社工人力數，顯示本部已逐年達到補足社工人力。

11

研究發展與國際合作

144 | 第一章 衛生福利科技研究

151 | 第二章 國際合作



第一章 衛生福利科技研究

104年度科技發展預算為41億9,317萬6千元（如圖11-1），占總預算的3.07%。主要投入食品藥物管理、傳染病監測與疾病防治等公共衛生及社會福利政策擬定所需之實證科學研究、建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及生醫科技研究，總共委託或補助817件研究計畫。

第一節 任務型導向研究

一、防疫整備

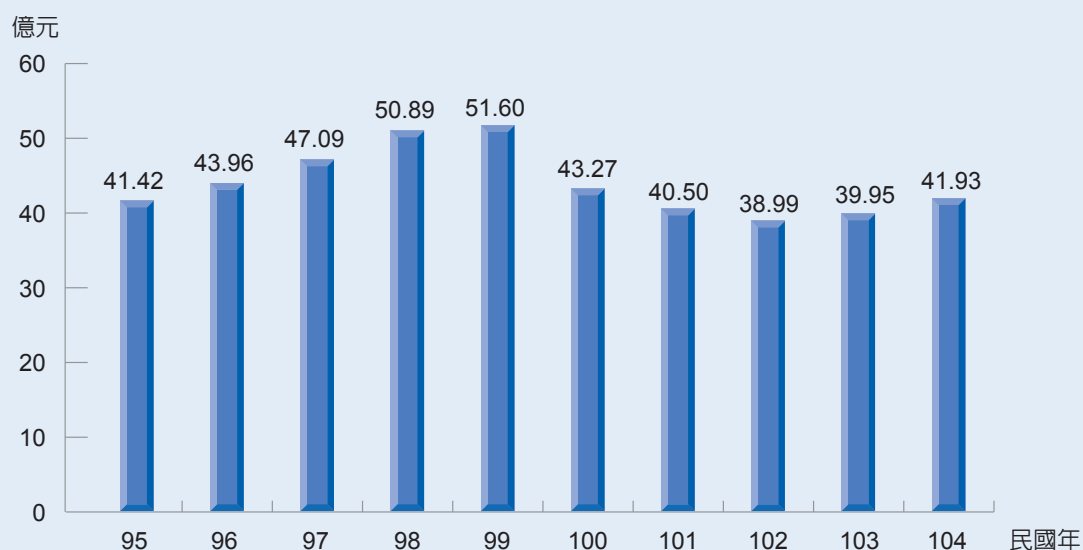
- （一）登革熱快速檢驗試劑開發：開發出合併登革熱抗體與抗原之快篩試劑，具有使用方便、較市售品牌靈敏度更高等特性，未來可朝技轉以投入第一線防疫應用。
- （二）食媒性疾病監測調查：針對國人感染食媒性傳染病之四大主要病原諾羅病毒、輪狀病毒、沙門氏菌及彎曲桿菌，除建立跨部會合作機制，並建置

食媒性病原感染時空群聚監測預警系統、跨部會資訊分享平台以及實驗室自動通報系統，以及時處理。

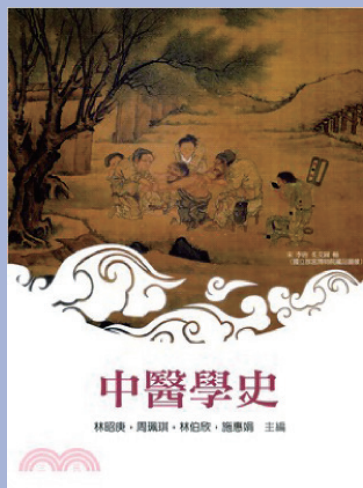
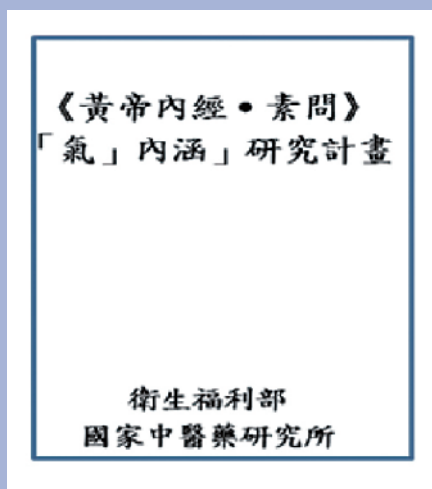
二、民衆健康促進

- （一）健康的出生與成長：依「國小低年級學童視力保健介入計畫」研究發現，室外活動可減少近視發生及降低近視度數增加。無近視學童，每週日照時間超過200分鐘可減少49%近視機率，每週室外活動至少11小時，可減少55%近視機率；已近視者，1年可減少近視度數增加約12度，減少眼球長度增加0.04毫米。此結果與國際「兒童每週花10到14小時戶外活動可能可預防近視」之研究結果相似。
- （二）健康和諧的老化：建立「臺灣本土糖尿病患之健康識能評量工具」；發展「癌症健康素養的評量短表」；運用長者社群平台增進長者獲取相關資源服務。

圖11-1 歷年科技研究法定預算數趨勢變化



資料來源：衛生福利部。



(三) 營造健康生活與環境：發展「我國職場促進身體活動量之模式」，應用世界衛生組織（WHO）建議之健康職場模式介入之方式，輔導職場員工改善身體活動量不足之情形，並套用於健康職場認證，以達周全性職場健康促進之效用。

三、食品藥物管理

(一) 食品檢驗技術發展

1. 開發食品檢驗新技術，公開檢驗方法 37 篇，完成 15 篇快速檢驗及 25 項商業檢測套組方法確效。
2. 首創魚鬆之魚種鑑別方法，鑑定魚鬆成分與標示正確性，降低食品攙 情形。
3. 為確認食品中非法添加物之成分，建立相關檢驗技術，如快速鑑別豆干中非法著色劑之成分，並釐清民衆對泰國榴槤染黃之疑慮。
4. 建立「油品中植物固醇及 3-單氯丙二醇酯」之檢驗方法，以判斷油品是否重複回收使用，以杜絕黑心油品。

(二) 藥物科技研究發展

1. 為提升我國疫苗品質，建立腸病毒 71 型疫苗 C4 亞型效價評估平台，及人用狂犬病疫苗效價試驗法檢測平台，以確保疫苗之安全性及有效性。
2. 因應新興濫用藥物的使用趨勢，建立尿液中 38 種濫用藥物之分析方法，作為毒品防制及策略擬定之重要依據。

(三) 加強中醫藥研發與推廣

1. 為促進中醫診斷術語標準化，收錄中醫症狀及病症診斷術語各 60 項，編印中醫診斷術語手冊，提高診斷的正確度。
- 2 成立《臺灣中藥典》增補版編輯工作小組，負責推動與執行中藥典編修事項。104 年完成蘆薈等 20 種中藥材規格及 58 種中藥材檢驗方法確認、開發與替代研究。

四、精進醫療照護體系

- (一) 為符合台灣現行急診醫療需求，於 104 年研發急診五級檢傷分類基準修

訂版及修訂版檢核工具，並製作修訂版急診五級檢傷對照表及電腦單機版。另，為使檢傷知識廣為民衆所熟悉，亦製作約 30 秒之急診五級檢傷推廣短片，並針對急診醫護人員進行相關教育訓練，以確實提升我國急診檢傷及醫療照護品質。

(二) 建構數位資通訊建設：迄 104 年底，原住民族及離島地區有 55 家衛生所及 140 家衛生室網路頻寬達 12M 以上。

(三) 完成一般護理之家複合式災害風險評估及研提個別輔導改善方案。擬定「一般護理之家複合式災害緊急應變指引手冊（草案）」，以落實推行於未來一般護理之家的防災應變之操作。

五、精進全民健保制度

(一) 發展智慧環境促進行政效能：運用健保雲端藥歷系統提升民衆用藥安全；推展健保費電子收繳機制、擴充為民服務與數位匯流平台等便民服務，提升為民服務品質；研發補充保費監控模組、醫療服務病歷電子檔審查作業及跨機關健保資料提供及交換平台，流程簡化，增進行政效能。

(二) 整合規劃提升醫療服務品質：分析研究健保支付標準及項目，包括新醫療技術診療項目採納、健保已給付藥品特材給付效益評估、國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）導入影響等，分析急性後期照護試辦計畫成效，並建立以論質計酬為基礎之癌症照護支付制度。

六、強化心理及口腔健康監測

(一) 國民心理健康調查計畫（104-107 年）：前驅研究發現，老年人比成人有較多的正向情緒、心理幸福感 / 自我實現、較好的環境掌握與較低的生

活目標，已完成青少年版、成人版、老年人版等三類族群問卷設計，並提出正式調查建議方案。

(二) 成年與老年人口腔健康調查（104-105 年）：第 1 年成果顯示，成年與老年人齲齒盛行率高達 99.1%，未治療齲齒盛行率 43.5%，缺牙率 85.6%，而全口缺牙率 0.8%。在牙周病指數方面，罹患牙周病機率为 80.48%。

(三) 不同類型性侵害加害人接受社區處遇後之再犯率與成效評估委託研究（104-105 年）：已完成國內社區處遇現況調查（含保護資訊系統資料庫現況、法定會議執行、社區處遇及評估工具使用情形、再犯危險因子），積極分析不同類型性侵加害人接受社區處遇五年之再犯率。

(四) 建置臺灣心理健康資源服務及多元學習平台（104-106 年）：已完成網站環境基礎建設、全國心理健康服務資源地圖及 50 篇心理健康文章。

七、性別暴力防治與保護服務

(一) 辦理「建立性別暴力防治衡量指標計畫」：104 年完成建置社政、醫療、衛生、警政、教育、司法等五大領域性別暴力防治成效衡量指標，並研發 1 套性別暴力大眾信念調查問卷設計量表，於 11 月辦理成果發表。

(二) 辦理「兒少保護結構化風險評估決策模式計畫」：推動以家庭為核心之處遇服務模式，104 年度與美國兒童研究中心合作開發本土化兒少保護「風險評估決策模型」（Structured Decision-Making Model, SDM），建立可預測兒少再受虐待風險等級之實驗評估工具，已完成建置線上版之優勢觀點家庭功能評估表及結合處遇

計畫表，引導社工人員執行有效之家庭處遇。

八、完善急難救助體系

104年進行「急難救助資訊整合系統」開發建置，有效整合中央、地方急難救助資料，使公所、縣（市）及本部急難救助資訊垂直e化及橫向聯結，加速資料查調並簡化流程，提升救助時效。

九、完善高齡福利服務

- （一）建立社區照顧關懷據點資源盤點、服務能量推估與資源整合之服務模式，提出多元社區照顧關懷據點之創新服務項目與運作模式。
- （二）建置長期照顧應用資訊網，提供民衆即時便利服務管道，建構跨系統整合介面及服務導向架構，簡化服務民衆流程，提升服務提供端資訊知能，強化平臺服務效益。

第二節 轉譯醫學及產業發展研發

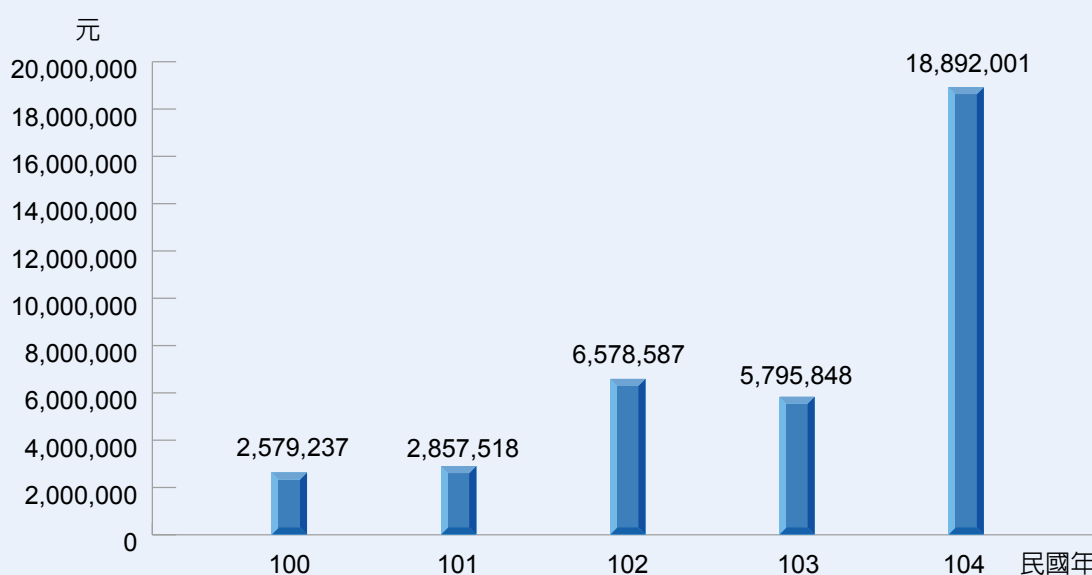
一、技術轉移及專利授權

104年度在生物醫學之基礎與應用研究，共完成7項研發成果技轉，收入共計新台幣1,889 萬2,001元（圖11-2）。

二、提升臨床試驗創新及競爭力計畫

- （一）提升多中心藥品臨床試驗倫理審查效率：辦理藥品臨床試驗 c-IRB 審查機制，共完成審查 160 件，平均審查天數約 10 個工作天。
- （二）補助 6 家臨床試驗中心，成果包括：台大與國際大藥廠合作研究發展新藥及疫苗臨床試驗；成大與臺灣微脂體公司合作，評估 TLC388 作為晚期肝細胞癌病患第二線治療的療效與安全性的第二期臨床試驗；北榮發表臺灣第一版血栓治療共識，提升病患健康；北醫大學與台新藥公司合作之 MPT0E028 小分子抗癌新藥，已

圖11-2 歷年研發成果收入數趨勢變化



資料來源：衛生福利部

通過臺灣 IND，北醫與台大將合作進行 First in Human 臨床試驗；中醫大主導國際藥廠大塚公司合作之多中心臨床試驗，證明 Cilostazol 對抑制動脈硬化有益，藥廠已取得核發新適應症；長庚成立國內多中心臺灣阿茲海默早期診斷影像中心。

三、推動第二期（103-106年）癌症研究計畫（圖11-3）

（一）癌症治療與預後

1. 急性骨髓性白血病（Acute myeloid leukemia, AML）研究：已建立獲全

國共識的治療準則，於104年7月2日在中華民國血液病學會公佈，並受邀為2016年新版WHO骨髓惡性疾病分類之臨床諮詢委員，為臺灣血液病研究在國際學術舞臺打響知名度。

2. 肝癌研究：肝移植前，若以新型肝動脈化學藥物栓塞（DC-beads裝載 doxorubicin）治療肝腫瘤，其成功率可達73%。

（二）早期偵測與診斷

肺癌篩檢研究：本計畫已完成 4,498 例不吸菸肺癌高風險者的低劑量電

圖11-3 臨床試驗中心及癌症中心



資料來源：衛生福利部

- 癌症研究中心
 - 和信治癌中心醫院
 - 三軍總醫院
 - 中山醫學大學附設醫院
 - 台中榮民總醫院
 - 高雄醫學大學附設醫院
 - 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
- 癌症研究整合中心
 - 國家衛生研究所
- 癌症研究中心暨臨床試驗中心
 - 台灣大學醫學院附設醫院
 - 台北醫學大學
 - 台北榮民總醫院
 - 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院
 - 中國醫學大學附設醫院
 - 成功大學醫學院附設醫院

腦斷層掃描（Low Dose Computed Tomography），陽性個案中共有 56 例接受手術切除，肺癌檢出率為 12.7/ 每千人，且 96% 是第一期以內的肺腺癌。初步結果顯示與美國國家肺癌篩檢研究（National Lung Screening Trial, NLST）吸菸族群的檢出率 5.2/ 每千人頗為相當，而效果比 X-ray 檢測更有效率。

（三）流行病學研究與預防

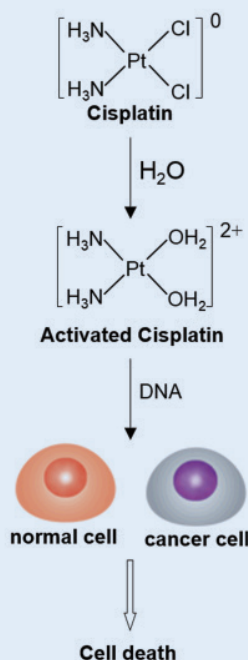
胃癌：初步研究證實幽門桿菌除菌治療可有效降低慢性胃炎、消化性潰瘍及預計降低日後胃癌的發生，藉由幽門桿菌篩檢搭配除菌服藥可望達到預防及早期治療之成效。

四、生醫科技研發

- （一）開發的「抗甲型烯醇酶（ENO-1）單株抗體」能有效抑制腫瘤生長，並可應用於多發性硬化症、類風溼性關節炎及敗血症之治療。已申請多項專利保護，並於 104 年 9 月技轉至國內生技公司。
- （二）開發腫瘤治療藥物—「胞鉑（NHRI-CPN）」為具有「於腫瘤細胞始活化」的新型鉑金奈米藥物，於進入人體之癌細胞後，才開始有效地活化成為具有毒性的鉑離子，發揮抑制癌細胞的功效，對癌細胞具有高度選擇性，大幅降低副作用，已在進行技術移轉議約。（如圖 11-4）

圖11-4 胞鉑藥物作用原理及優勢

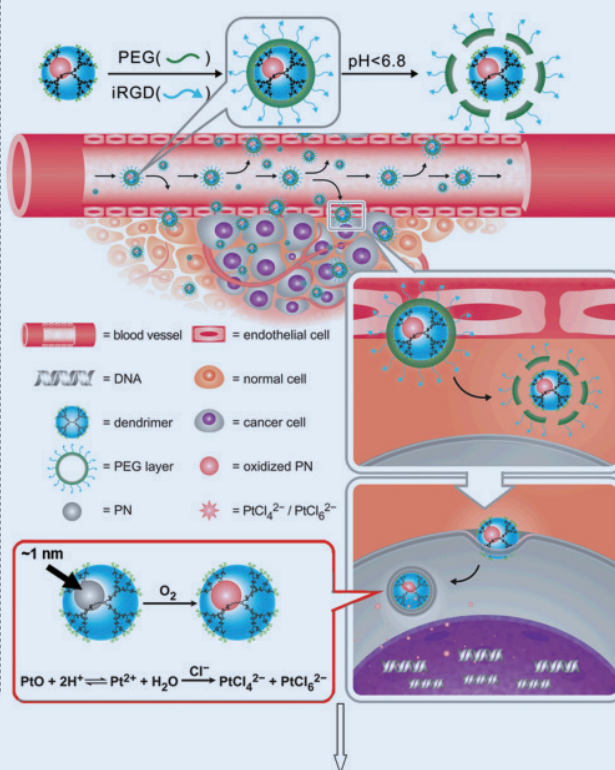
Cisplatin（市售的抗癌鉑藥：順鉑）
（Hydrolysis-dependent activation）



產生全身性毒性導致身體惡質化

資料來源：國家衛生研究所

NHRI-CPN（本發明：胞鉑）
Tumour-site activation



只會殺「腫瘤細胞」、保全正常細胞，無全身性毒性，特殊作用機制有極大潛力應用在「抗藥性癌細胞」

- (三) 完成 A 型流感 H7N9 疫苗臨床前試驗評估，於 104 年 2 月獲准執行第 I/II 期臨床試驗，並於 3 月取得 PIC/S GMP 評鑑許可。疫苗已技轉國內廠商，並於 4 月開始執行 I/II 期臨床試驗。
- (四) 完成抗糖尿病候選藥物 DBPR108 第 I 期臨床試驗，證明其具有高活性與安全性優勢。並於 104 年 3 月獲得中國大陸臨床試驗執行許可，將可加速後續多國多中心之臨床試驗進行。後續將持續協助其第 II/III 期臨床研究，達成扶植國內生技產業與開發全球藥品市場之雙重目標。

第三節 推動衛生福利資料統計應用

一、衛生福利資料統計應用服務平台管理

衛生福利資料科學中心是由政府規劃與管理所提供的一個服務平台，於 100 年 2 月開始對外提供服務，旨在提升衛生福利決策品質、拓展學術研究及促進醫療保健、社會福利服務品質，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，擴充衛生福利相關資料庫，並積極開發各項主題式資料庫。104 年除持續強化資安管理作業外，並推動巨量資料應用建立管理審議機制。

衛生福利資料科學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、衛生福利資料科學中心服務內容及服務量

- (一) 截至 104 年 12 月開放申請之資料庫計 61 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 6 個研究分中心。
- (三) 執行案件數由 100 年之 58 件逐年提升至 104 年之 326 件，平均年增率達 54%；同期間提供服務人日數亦由 100 年之 676 人日增至 104 年之 5,955 人日，平均年增率達 72%。



蔣前部長丙煌於第68屆WHA全會發言



第5屆APEC健康與經濟高階會議

第二章 國際合作

因應全球化時代，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（World Health Assembly, WHA）」，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）」

第68屆世界衛生大會（WHA）於民國104年5月18至26日在瑞士日內瓦召開，本部蔣前部長丙煌率團以觀察員身分受邀出席，就全會主題「建構具彈性應變能力的健康體系（Building resilient health systems）」發言，宣揚我國共同對抗伊波拉疫情之作為，分享我國健保體系成果及願景。另我代表團於大會期間積極參與技術性委員會，針對5

大類28項技術性議題發言，為歷年發言場次之最。同時，並與美國、歐盟、日本等54國及國際組織進行雙邊會談，推動雙邊及多邊國際衛生合作事務。

二、「亞太經濟合作（Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC）」

本部蔣前部長丙煌率團出席104年8月30日於菲律賓宿霧舉辦的「第5屆APEC健康與經濟高階會議（APEC High-Level Meeting on Health and the Economy）」，蔣前部長於會中發表專題演說，分享我國如何將「健康融入所有政策中（Health in All Policy）」的理念納入傳染性疾病防治、緊急災難應變、慢性病照護等各項政策中，並鼓勵跨部門、跨領域的合作與協調，以因應未來各種衛生與經濟層面相關的挑戰。

表11-1 104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	104年
國外參加國際會議或研習	共計68場
於國內舉辦國際會議	共計50場
外賓邀/參訪	共計78國1,051人次

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

(1) 104 年 6 月參與由泰國公共衛生部心理健康司 (Department of Mental Health) 主辦之「第 14 屆國際精神衛生研討會 (Public Mental Health for Human Dignity 14th Annual International Mental Health Conference)」，進行國際心理健康資訊之分享交流。

(2) 104 年 10 月參與國際護理協會 (International Council of Nurses, ICN) 與阿拉伯聯合大公國杜拜之阿聯酋護理學會 (Emirates Nursing Association, ENA) 主辦之「第六屆

國際護理協會 (International Council Nursing, ICN) 法規暨認證論壇 (Credentialing and Regulators Forum)」，計有 24 國 62 名護理助產法規制定者 (regulator) 及國家護理學會 (NNA) 代表參加，就進階護理執業發展、護理未來發展、國際護理教育規則、衛生人力資源之全球策略等議題進行討論。

2. 舉辦國際會議

(1) 「全民健康保險 20 週年國際研討會」：104 年 3 月 16 至 17 日於臺北舉辦，並以「先進國家健康照護系統之成就、挑戰與改革」為主題，邀集約計 23 國，100 多位國際友人，與國內健康領域重要人士、醫療從業人員、相關產業等約計 900 多人與會。



全民健康保險20週年國際研討會



2015臺美衛生福利政策研討會



2015銀浪新創力國際週-國際論壇暨工作坊



登革熱國際研討會暨諮詢專家會議

(2)「2015 臺美衛生福利政策研討會」：
104 年 5 月 12 至 13 日於臺北舉辦，會議主題為「健康加值，福祉永續」，邀請 7 位美國衛生福利官員及專家學者，就當前重要衛生福利議題、未來發展的挑戰及雙方衛

生政策執行成果等資訊，進行交流研討活動，共計約有 300 人與會。

(3)「2015 銀浪新創力國際週 - 國際論壇暨工作坊」：104 年 10 月 23 日於臺北舉辦，汲取荷蘭、英國、日本、美國就科技與創新應用於居



2015臺灣全球健康論壇

家、社區照顧之銀髮服務模式與經驗，透過國際專家演講與實際操作的過程，加速國內跨領域整合及開發優質銀髮服務。

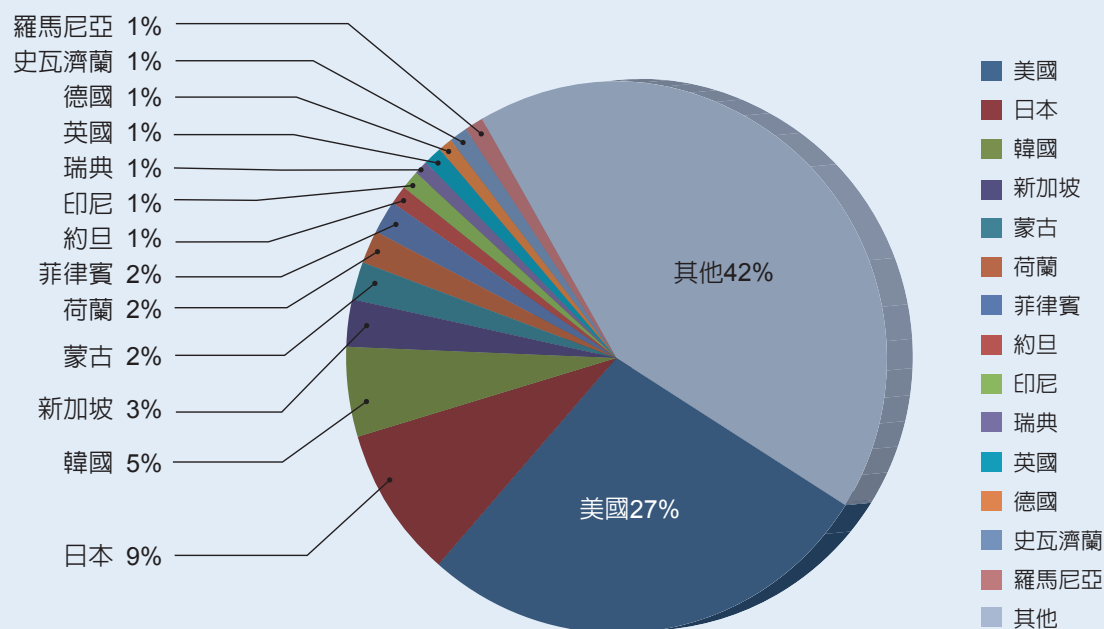
- (4)「2015 臺灣全球健康論壇」：104 年 11 月 1 至 2 日於臺北舉辦，主題為「公共衛生治理 (Public Health Governance)」，劃分「全球健康治理 (Global Health Governance)」、「以治理減少健康不平等 (Governance to Reduce Health Inequality)」兩大主軸。「臺灣全球健康論壇」迄今已邁入第 11 年，本論壇計有來自全球 9 位衛生部次長，共 32 國 66 位外賓共同參與，包含衛生官員及國際知名學者

專家；論壇兩日合計的出席總人次達 1,122 人次，可說是本論壇自 94 年起舉辦以來，國內外與會人數最多的一年。

- (5)「登革熱國際研討會暨諮詢專家會議」：104 年 12 月 7 至 8 日舉辦，本次國內外與會人員共約 190 人，由來自亞太及東南亞地區共 10 個國家的環保或衛生官員分享各國之登革熱防治現況。

3. 國際友人來訪：104 年共接待 78 國 1,051 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。

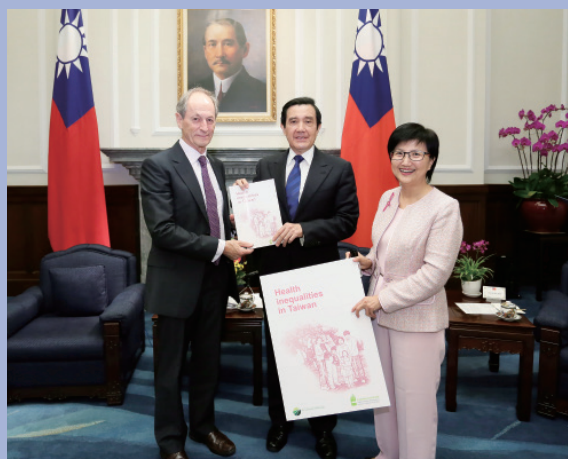
圖 11-5 104 年來訪外賓國籍比例統計圖



資料來源：衛生福利部



我國與波蘭簽署藥品及醫療器材合作瞭解備忘錄
照片來源：華沙貿易辦事處



馬前總統與馬穆爵士在「臺灣健康不平等報告」封面立牌共同簽名

(二) 國際合作

1. 由本部與外交部共同成立之跨部會緊急醫療援助平臺「臺灣國際醫衛行動團隊（Taiwan International Health Action, TaiwanIHA）」於104年2月10日與泰國公共衛生部轄下主責緊急醫療之官方機構「國家緊急醫療中心（National Institute for Emergency Medicine, NIEM）」簽署合作備忘錄。未來雙方將透過人才培育、學術活動、聯合研究及實地考察等，與泰國建立具體合作網絡，共同參與國際組織辦理之活動，有效率地提供國際緊急人道救援。
2. TaiwanIHA於104年4月13日召開「國際災難援助經驗交流與分享會議」，邀請美國國際開發署國外救災辦公室（USAID/OFDA）資深人道援助顧問René Van Slate，就政府部門與民間單位於國際緊急災難醫療援

助時之溝通協調，進行經驗分享。中華民國紅十字會總會、路竹會、慈濟基金會、世界展望會等非政府組織皆派員與會，共計超過85人參與。

3. 臺波藥品及醫療器材合作瞭解備忘錄：為促進我國生技產業之發展與開拓全球市場，我國與波蘭正式簽署《駐華沙臺北經濟文化辦事處與駐臺北華沙貿易辦事處間藥品及醫療器材合作瞭解備忘錄》。該備忘錄內容主要為我國及波蘭就藥品與醫療器材之上市管理、臨床試驗、法規和上市後監視等議題進行資訊交流，以及規劃推動研討會、實習等活動。
4. 臺灣健康不平等報告合作計畫：為檢視我國健康不平等現象及進展，提供縮小健康不平等行動參考，本部健康署自103年與曾任WHO「社會決定因素與健康委員會」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，並於104年10月共同完成「臺灣健康不平等報告」初稿及發布本報告初步分析結果。

二、國際衛生醫療援助

面對全球氣候異常、天災頻繁，我國致力於國際醫療衛生援助，發揮大愛的精神，也使國際社會體認到臺灣的舉足輕重。

（一）人道援助

1. 中華民國協助海地地震災後重建計畫：由外交部規劃，本部配合執行3項公衛醫療面向子計畫：「臺灣健康促進中心計畫」、「捐贈醫療器材計畫」、「防疫生根計畫」。
2. 臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）：於95年成立至今共執行24次的人道醫療援助行動。98年與日本亞洲醫師協會（Association of Medical Doctors of Asia, AMDA）（係國際非政府組

織），簽訂合作諒解備忘錄，共同為國際人道援助貢獻心力，雙方於100年起陸續合作進行白內障及牙科等義診活動。

- （1）TaiwanIHA 與 AMDA、財團法人羅慧夫顱顏基金會、長庚醫院合作籌組行動醫療團，於 104 年 5 月 27 至 31 日赴印尼 ParePare 執行 29 例唇顎裂手術義診，同時與當地醫護人員分享我國唇顎裂治療技術。
- （2）TaiwanIHA 與 AMDA、社團法人中華民國牙醫師公會聯合會、部立雙和醫院等單位合作，於 104 年 10 月 1 至 7 日赴印度菩提迦耶（Bodhgaya）進行牙科義診，並與印度當地扶輪社和扶輪青年服務團、獅子會主席合作，另於 Mastipur 村落學校及孤兒院為居民及孩童進行口腔衛教及檢查，受惠人次約 150 人次。



TaiwanIHA團隊醫師為當地患者執行唇顎裂手術



TaiwanIHA團隊醫師為印度孩童通形洗牙、補牙及潔牙

3. 前往尼泊爾協助災後醫療援助評估及捐贈物資：尼泊爾於104年4月發生芮氏規模7.8級強震，TaiwanIHA應外交部要求組團前往尼國進行災後醫療援助評估，並捐贈我國醫藥及補給物資共計5大箱。
4. 協助因應印尼霾害：印尼每年6-10月乾季期間霾害嚴重，自104年7月以來更益嚴峻，災情擴及首都雅加達，導致逾50萬人罹患急性呼吸道疾病。本部依外交部要求，由部立臺北醫院協助捐贈6,000枚N95口罩之行政作業，以因應印尼霾害之災情。

(二) 醫療協助

1. 「醫療器材援助平臺計畫 (Global Medical Instruments Support & Service Program, 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。104 年完成海地、巴拉圭、貝里斯、巴布紐幾內亞等 4 國捐贈案共 580 件醫療器材捐贈。
2. 「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 (Taiwan International Healthcare Training Center, 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，104 年共培訓 18 國 133 人次國外醫事人員。
3. 104年推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫：協助非洲區域國家全民健康保險、愛滋病防治、e-Health及人員訓練等公共衛生工作之推展。
4. 104年持續與外交部合作，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

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。透過推展醫療服務國際化，以展現我國醫療服務技術及品質的優勢，活絡我國醫療產業之發展，並提升國際競爭力。

二、醫療服務國際化之發展目標

- (一) 輔導醫院建立強項特色、發展醫療品牌、提供多元醫療服務，並與同、異業整合與合作，以開拓醫療業者之創新經營策略，讓醫療服務產業更加活絡發展。
- (二) 發展國際健康產業，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台，並輔導 63 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) 鼓勵醫療機構強化醫療品牌，並於 2014 年 6 月辦理全球觀光醫療暨保

健會議亞洲區會暨合作洽談會，於海內外積極推廣台灣優質醫療旅遊。

(三) 鬆綁法規限制並配合大陸人民進入台灣許可辦法之規定，公告 55 家醫院可代為申請大陸地區人士來台進行健康檢查及美容醫學，提供更便捷的入臺途徑。

(四) 試辦「僑安專案」，協助東南亞特定國家（緬甸、寮國、柬埔寨）僑民申

請來台進行健康檢查、美容醫學及疾病治療，截至 104 年 12 月，共計 300 團 4,851 人次申請入臺。

(五) 國際醫療近年推動成效詳如表 11-2。

(六) 102 年 12 月 28 日於台北松山、桃園、台中清泉崗、高雄小港四處機場設置「國際醫療服務中心」，直接提供海外旅客國內醫療服務資訊及預約諮詢協助。

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	104年
門診	63,388	78,553	96,850	92,931	115,569	123,107	174,342	208,198
住診	1,102	1,818	2,157	3,105	3,845	4,293	6,078	6,970
美容	1,072	3,902	3,125	3,254	5,822	10,627	4,308	4,874
健檢	2,983	5,234	8,532	9,843	48,075	93,137	74,946	85,003
總計	68,545	89,507	110,664	109,133	173,311	231,164	259,674	305,045
產值（億元）	20.29	34.33	41.49	54.14	96.23	136.48	141.35	158.96

資料來源：衛生福利部

附錄

160 | 附錄一 衛生福利統計指標

173 | 附錄二 法定傳染病確定病例統計



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
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
104年	23,492	13.6	73.9	12.5	9.1	7.0	2.1	1.2	4	649

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	每千活產	每千人口
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
104年	80.2	77.0	83.6	5.0	93.6

資料來源：內政部、衛生福利部

表 3 國民醫療保健支出

年別	平均每人GDP		國民醫療保健支出		公部門醫療保健支出占國民醫療保健支出比	國民醫療保健支出占GDP比	平均每人醫療保健支出	
	新臺幣元	美元	新臺幣百萬元	美元	%	%	新臺幣元	美元
91年	475,484	13,750	617,279	17,851	61.0	5.8	27,480	795
92年	486,018	14,120	655,326	19,039	60.8	6.0	29,045	844
93年	514,405	15,388	710,870	21,264	59.0	6.1	31,389	939
94年	532,001	16,532	747,305	23,223	57.3	6.2	32,878	1,022
95年	553,851	17,026	782,443	24,053	56.7	6.2	34,282	1,054
96年	585,016	17,814	814,591	24,805	57.2	6.1	35,545	1,082
97年	571,838	18,131	834,686	26,464	56.9	6.3	36,294	1,151
98年	561,636	16,988	873,223	26,413	57.4	6.7	37,837	1,145
99年	610,140	19,278	889,351	28,100	57.8	6.3	38,432	1,214
100年	617,078	20,939	914,665	31,037	57.5	6.4	39,436	1,338
101年	631,142	21,308	925,591	31,249	59.2	6.3	39,776	1,343
102年	652,429	21,916	965,271	32,424	59.3	6.3	41,349	1,389
103年	687,816	22,648	995,544	32,781	59.4	6.2	42,538	1,401

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											
	醫院								診所			
	西醫				中醫					西醫	中醫	牙醫
	公立	私立	公立	私立	公立	私立	公立	私立		公立	私立	公立
家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家
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
104年	22,177	494	486	80	406	8	1	7	21,683	11,313	3,705	6,665

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				
		醫院					診所		醫院			診所
		公立	私立	急性病床		急性一般病床				急性一般病床		
	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
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
104年	162,163	133,335	43,881	89,454	79,663	72,255	28,828	69.0	56.8	33.9	30.8	12.3

資料來源：衛生福利部

表4-3 醫事人力－執業醫事人員數

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 (士)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
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
104年	280,508	44,006	6,298	13,502	33,516	9,261	5,952	148,223	150	2,392

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員數

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 (士)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
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
104年	119.4	18.7	2.7	5.7	14.3	3.9	2.5	63.1	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	白喉	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	黃熱病
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
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	-
104年	10	-	30	16	8	29	3	773	70	-	-	7	-	12	10,711	-

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. 瘧疾無本土病例。

3. 自97年起「癩病」更名為「漢生病」。

表 6 食品藥政

年 別	食品中毒事件			藥商家數			
	件	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
		人	人		家	家	家
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
104年	632	6,235	-	67,597	7,922	57,945	1,730

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 每千 活產	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	標準化 死亡率	死亡 人數	標準化 死亡率	死亡 人數	標準化 死亡率	死亡 人數	標準化 死亡率	死亡 人數	標準化 死亡率	死亡 人數	標準化 死亡率
		人	每十萬 人口	人	每十萬 人口	人	每十萬 人口	人	每十萬 人口	人	每十萬 人口	人	每十萬 人口
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	162,886	443.5	46,093	130.2	19,399	50.2	11,733	30.4	10,353	24.7	9,846	26.0
104年	4.1	163,574	431.5	46,829	128.0	19,202	48.1	11,169	27.9	10,761	24.6	9,530	24.3

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	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率
	人	每十萬人口	人	每十萬人口	人	每十萬人口	人	每十萬人口	人	每十萬人口	人	每十萬人口
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	7,118	23.7	6,428	15.3	4,962	14.8	5,459	13.5	4,868	12.5	3,542	11.8
104年	7,033	22.8	6,383	14.6	4,688	13.6	5,536	13.2	4,762	11.8	3,675	12.1

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		女性乳房癌		前列腺（攝護腺）癌	
	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率	死亡人數	標準化死亡率
	人	每十萬人口	人	每十萬人口	人	每十萬人口	人	每十萬女性人口	人	每十萬男性人口
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	8,178	23.3	9,167	25.3	5,603	15.3	2,071	11.9	1,218	6.5
104年	8,258	22.8	9,232	24.7	5,687	14.9	2,141	12.0	1,231	6.4

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						
	保險對象 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
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	9.8
104年	23,737	99.7	15.1	14.0	1,229	58,989	9.6

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（2016/05/05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復健」、「接受其他院所委託轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「交付機構」、「醫令金額補報」及「其他依規定於該次就醫拆併報」申報案件。

5. 門診件數不含（件數以0計）：「接受其他院所委託轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「交付機構」、「醫令金額補報」及「其他依規定於該次就醫拆併報」申報案件。

6. 住診件數不含（件數以0計）：「醫令金額補報」及「其他依規定於該次就醫拆併報」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								
	被保險人 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
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
104年	3,510	24.6	3,025	76	122	48	97	77	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	%
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
104年	146,379	1.7	342,490	1.5	117,686	1.4	356,185	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
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
104年	4,499	10,256	10,923	17,837	7,337	37,897	23,261

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
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
104年	4,043,357	17.2	1,662	42,342	1,390,203	278,290	2,938,579	12.5	124,490	963,091	9,470	4,753

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
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	63	40	385	1,924
96年	1,444	103,612	28,547	75	37	330	1,902
97年	2,661	107,149	30,625	58	37	331	2,987
98年	2,150	153,175	40,913	61	38	345	3,340
99年	2,055	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	72	58	464	3,178
104年	662	133,370	42,012	74	60	496	3,206

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

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	%	%	%	%						
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
104年	1,155,650	4.9	56.1	39.0	4.9	4,209,760	2,056,215	41,225	764,264	80,148	76,617

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
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
104年	95,818	1,191,465	57,650	10,454	221,587	11,354	9,604

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	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
	歲	‰	‰	每一 婦女	‰	歲	歲	歲	每千 活產	每千 人口	每千 人口	每千 人口
中華民國	39	9	7	1.1	4	80	77	83	4	5	132	54
日本	46	8	10	1.4	5	84	80	87	2	3	81	42
南韓	39	10	6	1.3	2	82	78	85	3	4	93	38
美國	37	13	8	2.0	34	79	76	81	6	7	128	76
加拿大	40	11	7	1.7	14	82	80	84	5	5	81	52
英國	40	12	9	1.9	22	81	79	83	4	5	88	55
德國	46	9	11	1.4	8	81	79	83	3	4	92	50
法國	41	12	9	2.0	9	82	79	85	4	4	109	52
澳大利亞	37	13	6	1.9	15	83	80	85	3	4	78	45
紐西蘭	37	14	6	2.1	25	82	80	84	5	6	80	52

資料來源：內政部、衛生福利部、WHOSIS 2015

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
	2013	2013	2013	2013
	%	%	USD PPPs	USD PPPs
中華民國	6.0	62.4	2,621	1,635
日本	10.2	83.2	3,713	3,090
南韓	6.9	55.9	2,275	1,272
美國	16.4	48.2	8,713	4,198
加拿大	10.2	70.6	4,351	3,074
英國	8.5	86.6	3,235	2,802
德國	11.0	76.3	4,819	3,677
法國	10.9	78.7	4,124	3,247
澳大利亞 ^a	8.8	67.6	3,866	2,614
紐西蘭	9.5	79.8	3,328	2,656

資料來源：衛生福利部、2015 OECD Health Data

備註：1. a係以2012年資料計列。

2. 依OECD最新發布之醫療健康帳制度(A System of Health Accounts, SHA)，醫療支出與財源(Health Expenditure and Financing)以經常性醫療保健支出(Current Expenditure on Health Care, CEH)為基準，統計各項健康照護之相關指標。

附錄二 法定傳染病確定病例統計

表1 104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
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	29	15	14
	登革熱	43,784	43,419	365
	流行性腦脊髓膜炎	3	3	0
	副傷寒	3	2	1
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺(註3)	19	19	0
	桿菌性痢疾	186	81	105
	阿米巴性痢疾	350	154	196
	瘧疾	8	0	8

表1 104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	29	23	6
	急性病毒性A型肝炎	171	126	45
	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	10	9	1
	德國麻疹	7	3	4
	屈公病	4	0	4
	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	70	70	0
	破傷風(註4)	12	-	-
	日本腦炎	30	30	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	125	119	6
	急性病毒性C型肝炎	217	215	2
	急性病毒性D型肝炎	2	2	0
	急性病毒性E型肝炎	8	5	3
	急性病毒性肝炎未定型	2	2	0
	流行性腮腺炎(註4)	773	-	-
	退伍軍人病	153	148	5
	侵襲性b型嗜血桿菌感染症	3	3	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	81	79	2
	類鼻疽	32	30	2
	肉毒桿菌中毒	2	2	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	524	522	2
	Q熱	43	41	2
	地方性斑疹傷寒	35	34	1
	萊姆病	2	0	2
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	494	491	3
	水痘併發症	54	53	1
	弓形蟲感染症	13	12	1
	流感併發重症	857	853	4
	布氏桿菌病	1	0	1

表1 104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
	新型A型流感	0	0	0

備註：

1. 資料下載時間：民國105年5月1日。統計數據可能會隨著疾病追蹤調查、事證收集等原因有微幅異動。
2. 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。
3. 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。
4. 破傷風及流行性腮腺炎以報告病例呈現。

表2 104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	117
第三類	結核病	10,711
	梅毒	7,471
	淋病	3,587
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	2,327
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,440
	漢生病	16
第四類	庫賈氏病	0

備註：

1. 資料下載時間：民國105年5月1日。統計數據可能會隨著疾病追蹤調查、事證收集等原因有微幅異動。
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。

中華民國105年版衛生福利年報

刊期頻率	年刊
發行人	林奏延
總編輯	楊芝青
編輯委員	(按筆畫順序排列) 王敦正、王燕琴、古允文、朱日僑、林干媛、商東福、 張雍敏、莊金珠、許雅惠、郭彩榕、陳英作、陳麗娟、 彭花春、黃偉宏、褚文杰、劉興鋒、蔡素玲、蔡維河、 蔡閻閻、賴麗瑩、謝碧蓮
執行編輯	廖崑富、許雅惠、陳馨慧、李淑珍
出版機關	衛生福利部
地址	11558 臺北市南港區忠孝東路六段488號
網址	http://www.mohw.gov.tw
電話	02-8590-6666
傳真	02-8590-7092
出版年月	中華民國105年11月
創刊年月	中華民國103年11月
設計印刷	集思創意顧問股份有限公司
電話	02-8797-7333
定價	新臺幣300元整
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/>



促進全民健康與福祉
成為民衆最信賴部會



ISSN 2409-2630



0 0 3 0 0



9 772409 263003

GPN : 2010302163

定價：新臺幣300元整

廣告