

立法院第 11 屆第 5 會期

社會福利及衛生環境委員會第 4 次全體委員會議

穩定原住民族就業、改善低
薪與勞動權益保障，並縮小
職業災害發生率及死亡率差
距之執行現況與精進作為
(書面報告)

報告機關：衛 生 福 利 部

報告日期：115 年 4 月 1 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 11 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。茲就穩定原住民族就業、改善低薪與勞動權益保障，並縮小職業災害發生率及死亡率差距之執行現況與精進作為，提出專案報告。敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、前言

為縮小原住民族死亡率差距，本部持續透過推動各項計畫及資源挹注，提升原住民族地區醫療照護資源並積極落實《原住民族健康法》，強化具文化安全的醫療照護。

貳、執行現況與精進作為

一、促進原住民族健康，縮短平均餘命差距

(一) 平均餘命係公共衛生中重要的健康指標，影響平均餘命之關鍵因素眾多，包括生活型態、環境、生物因子（如人口學特徵、遺傳疾病）及醫療資源等，爰為縮短原住民族與國人平均餘命差距，需各部會攜手協力共同努力，本部亦積極佈建醫療健康照護相關資源，以提升原住民族健康。

(二) 依內政部 113 年原住民族簡易生命表提要分析，113 年原住民族平均餘命為 73.23 歲，國人平均餘命為 80.77 歲。歷年原住民族與全體國民平均餘命之差距，

自 103 年之 8.24 歲，113 年已降至 7.54 歲，且逐漸縮短中。

(三) 國人平均餘命與原住民族平均餘命統計採計樣本來源不同，國人平均餘命係以當年度資料統計，惟因原住民族人口數較少，易造成年度間平均餘命有波動較大之情形，爰原住民族之統計係採三年原住民族人口資料合併編製，故近年數據受 111 年 COVID-19 疫情影響較大。

(四) 依 113 年原住民族死因統計結果資料顯示，前三大死因為惡性腫瘤、心臟疾病及腦血管疾病，事故傷害則排名第 6，每十萬人口標準化死亡率 43.8 人。另依 112 年原住民族人口及健康統計年報資料，事故傷害死亡原因包含運輸事故、意外中毒、跌倒(落)、暴露於煙霧、火災和火焰、意外溺死和淹沒等，本部將配合各部會推動各項健康促進維護之措施。

二、推動六大策略，充實原住民族地區醫療資源及量能

(一) 提升醫療照護可近性

為提供偏鄉適切醫療服務，辦理全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（簡稱 IDS 計畫），結合癌症篩檢、疾病個管等預防保健服務；推動「偏鄉地區全人整合照護方案」及「醫療資源不足地區改善方案」，提供健康促進、預防保健、疫苗接種及疾病診療

等全人整合照護服務，並鼓勵醫療院所、醫師至醫療資源不足地區提供醫療服務。

(二) 充實在地醫事人力

為充實偏鄉醫事人力資源，推動「重點科別培育公費醫師制度」及「原住民族醫事人員養成公費生計畫」，並辦理偏鄉醫師留任獎勵計畫，以挹注及穩定偏遠地區醫師人力。

(三) 提升公立醫院醫療設備

為增進原住民族地區衛生所（室）醫療服務品質及效率，補助衛生所建置共用醫療資訊系統（HIS）計 55 家及醫療影像傳輸系統（PACS）計 31 家，並於 108 年完成衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬速率提升達 100Mbps 計 320 處，另 114 年補助原住民族衛生所（室）建築工程計 14 案、醫療及資訊設備更新計 94 件。

(四) 強化在地醫療量能

為提升在地緊急救護能量，推動醫學中心或重度級急救責任醫院支援醫療資源不足地區，建立急重症醫療聯防機制，並設置夜間及假日急救站，維持偏遠地區醫療照護不中斷；另辦理部落社區健康營造，建構原住民族健康的支持環境，推動及社區發展自發性之健康促進模式。

(五) 推動遠距醫療照護

為打破地域及距離隔閡，並補實當地專科醫療服務資源，推動原住民族地區衛生所遠距專科門診，由中大型醫院專科醫師及衛生所醫師共同照護當地民眾，114年服務約 1.4 萬人次，且自 114 年 8 月起放寬區域及所有西醫專科別均可執行。

(六) 強化緊急醫療後送機制

建置以區域聯防為主軸之遠距醫療照護網絡，並建立空中救護即時審核機制及「空轉後送遠距會診平臺」，提供緊急醫療諮詢、轉診必要性評估及協調航空器，促進空中轉診之整合醫療分享決策模式，提供第一線醫事人員專業支持。

參、結語

為落實「健康台灣」願景，本部持續監測原住民族相關生命統計，依六大方向精進各項原住民族健康照護政策，充實在地醫療資源，提升原住民族健康，規劃原住民族健康相關永續政策計畫，以促進醫療資源之衡平性，縮小區域及族群間健康不平等。

本部承 大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。