

台灣地區2010年 衛生指標白皮書

2010₂₀₁₀ 2010₂₀₁₀ 2010₂₀₁₀ 2010₂₀₁₀

2010₂₀₁₀ 2010₂₀₁₀ 2010₂₀₁₀ 2010₂₀₁₀

台灣地區2010年

衛生指標白皮書

2010 2010 2010 2010



行政院衛生署 編印

民國九十四年十二月



署長序

隨著社會的進步及醫療保健科技的發展，我國衛生醫療工作已邁入新紀元，為應國際情勢之變更及新興健康問題之產生，實有必要訂定我國衛生指標，並明確訂定未來施政目標及政策優先順序，以期延長國民平均餘命，提升健康品質。

本書採用與以往出版品迥然不同之編訂方法，統一指標之撰寫格式，內容以科學方法為基礎，其資訊除了反應我國人民整體身心健康情形外，並可提供決策者參考，以協助疾病預防及發展重點公共衛生。本書於九十一年八月首度出版，共有六十項指標，惟考量指標應以整體性觀點，選定最具代表性及兼具國際性者，九十三年度修正指標精簡至三十項。本次改為彩色版本，除內容更為精簡，並輔以圖表，強化資料表現，提升整體美編品質，以利讀者閱讀。至於本署各單位及附屬機關，則對於主管業務訂有更詳盡之指標。

本書若有未盡妥善策劃之處，敬請各界不吝指教，本署亦將繼續檢討修正改進。

行政院衛生署署長



侯勝茂

民國九十四年十二月

目 | 錄

CONTENTS

Department of Health Executive

指標 1	粗出生率	1
	Crude birth rate	
指標 2	總生育率	3
	Total fertility rate	
指標 3	15-19歲青少年生育率	5
	Fertility rate of young women aged 15-19	
指標 4	男女性平均餘命	9
	Life expectancy by sex	
指標 5	粗死亡率	11
	Crude death rate	
指標 6	嬰兒死亡率	13
	Infant mortality rate	
指標 7	全癌症標準化死亡率	16
	Standardized for all cancers mortality rate	
指標 8	5歲以下兒童死亡率	19
	Under 5 mortality rate	
指標 9	孕產婦死亡率	21
	Maternal mortality rate	

指標 10	腦血管疾病標準化死亡率	23
	Standardized mortality rate for cardiovascular diseases	
指標 11	非蓄意事故傷害標準化死亡率	26
	Standardized mortality rate for unintentional injuries	
指標 12	心臟疾病標準化死亡率	29
	Standardized mortality rate for heart diseases	
指標 13	自殺標準化死亡率	32
	Standardized mortality rate for suicide	
指標 14	糖尿病標準化死亡率	35
	Standardized mortality rate for diabetes	
指標 15	結核病標準化死亡率	37
	Standardized mortality rate for tuberculosis	
指標 16	18歲以上人口吸菸率	39
	Prevalence of smoking among adults aged 18 and over	
指標 17	恆齒齲蝕缺牙充填指數	42
	Index of DMFT	

lth, Yuan, Taiwan, R.O.C

指標 18 15-17歲人口吸菸率 ----- 45
Prevalence of smoking among
young people aged 15-17

指標 19 每日脂肪攝取量佔總熱量之百 ----- 47
分比
Daily fat intake as % of total
calories

指標 20 肥胖盛行率 ----- 49
Prevalence of obesity

指標 21 六歲幼童B型肝炎表面抗原帶 ----- 52
原率
HBsAg prevalence at age 6

指標 22 幼兒各項預防接種完成率 ----- 55
Immunization coverage of
selected vaccines among
children

指標 23 65歲以上老人流感疫苗接種率 ----- 58
Influenza immunization
coverage of elderly 65 and over

指標 24 每千人口醫師數 ----- 61
Physicians per 1,000 population

指標 25 每十萬人口護理人員數 ----- 63
Nurses per 100,000 population

指標 26 每千人口急性一般病床數 ----- 65
Acute beds per 1,000 population

指標 27 每千人口精神病床數 ----- 67
Psychiatric beds per 1,000
population

指標 28 每千老年人口護理之家床數 ----- 69
Nursing home beds per 1,000
elderly 65 and over

指標 29 實質納保率 ----- 71
Actual insurance coverage

指標 30 國民醫療保健支出占國內生 ----- 74
產毛額比率
National health expenditure
as % of GDP

附錄 1 「台灣地區2010年衛生指標白 ----- 77
皮書」說明

附錄 2 「台灣地區2010年衛生指標白 ----- 79
皮書」指標一覽表

指標1

粗出生率

Crude birth rate

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
粗出生率 (/10 ³)	16.55	15.50	13.76	10.09	9.54	-30.7

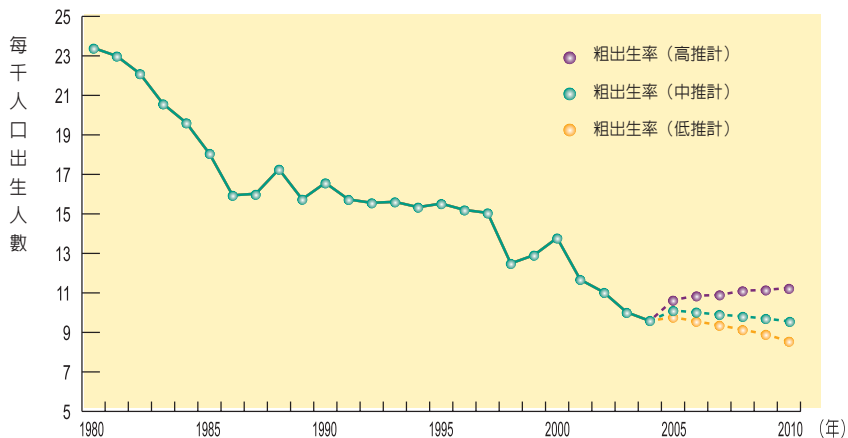
指標定義： $\frac{\text{一年內之活產總數}}{\text{年中人口數}} \times 1,000$

一、概況

過去兩百多年來，世界上許多國家由於醫學與公共衛生的進步，都曾經歷過全國人口“出生率與死亡率雙雙由高轉低”的人口轉型過程。所謂人口轉型係指“特定地區人口由高粗出生率（Crude Birth Rate; CBR）與高粗死亡率（Crude Death Rate; CDR）轉變成低粗出生率與低粗死亡率的過程”。由於世界各國的社會發展有快有慢，其人口轉型的步調亦不相同。人口轉型的歷程在英國約費時一百五十多年才完成，在台灣則約經歷六十至七十年。

台灣在轉型前（約在1920年以前），高粗出生率與高粗死亡率相互抵銷，因此人口成長稍緩慢。在轉型初期（約在1920-1951年間），人口乃因高粗出生率與低粗死亡率而爆增。二次大戰後，台灣出現嬰兒潮，在1951年，粗出生率為50‰，自然增加率（Natural Increase Rate; NIR）為38‰，均達到最高點。爰至轉型末期（約在1952-1980年間），粗出生率開始下降而粗死亡率下降緩慢。台灣地區在完成人口轉型之後（約自1980年代），粗出生率進一步降低，到2004年，粗出生率僅9.56‰，自然增加率更低至3.59‰。預期未來台灣人口粗出生率仍會持續下降，在2025年之後，粗死亡率將會高於粗出生率，人口將會轉為負成長。

台灣地區粗出生率 / 1980-2010



資料來源：

中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計（行政院經濟建設委員會人力規劃處 / 2004年7月）、行政院衛生署民國九十三年衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

依據經建會人力規劃處之人口中推計訂定。

三、重要措施

- (一) 配合內政部人口政策之訂定，持續蒐集及監測粗出生率變化資料。
- (二) 加強推動鼓勵生育衛教宣導措施。
- (三) 加強推動婦幼保健服務措施，提供鼓勵生育之支持性環境。
- (四) 營造完善育幼、托幼、及幼教制度，提供普及、多元、優質、便利之婦幼支持性環境，以提高婦女生育意願。

指標2

總生育率

Total fertility rate

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
總生育率 (/10 ³)	1,805	1,775	1,680	1,215	1,215	-27.7

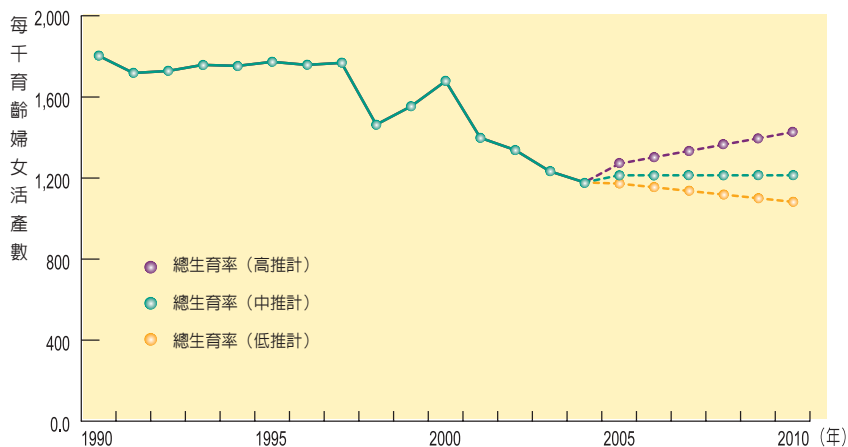
$$\text{指標定義：} 5 \times \sum_{15-49} \frac{\text{該年度某五歲年齡組婦女之活產數}}{\text{該五歲年齡組婦女年中人口數}} \times 1,000$$

一、概況

所謂總生育率（Total Fertility Rate；TFR）係指“每千位婦女自15歲開始，依照當年的年齡別生育率，到年滿50歲之前合計生育的子女數”。台灣從1960年代以來一直以總生育率作為衡量人口生育水準的標準。這是因為粗出生率易受人口年齡組成影響，但總生育率則已考慮育齡婦女年齡組成的調整，比較能反映當代育齡婦女的平均生育力。

台灣從1960年代以來，人口總生育率持續下降。1984年以後總生育率更降至替代水準，即一位育齡婦女生育不到2.1個子女，已預示未來人口負成長的可能因子。近五年來總生育率更急遽下降，2004年更低至每一育齡婦女生育不到1.18個子女，隱含台灣於未來二十年內人口達到零成長後將可能轉為負成長，且可能會因為人口老化及少子化造成勞動力缺乏。

台灣地區總生育率 / 1990-2010



資料來源：

中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計（行政院經濟建設委員會人力規劃處 / 2004年7月）。

二、指標預期值訂定依據

依據經建會人力規劃處之人口中推計訂定。

三、重要措施

- (一) 配合內政部人口政策之訂定，加強推動鼓勵生育衛教宣導措施。
- (二) 持續蒐集及監測總生育率變化資料。
- (三) 加強推動婦幼保健服務措施，提供鼓勵生育之支持性環境。
- (四) 營造完善育幼、托幼、及幼教制度，提供普及、多元、優質、便利之婦幼支持性環境，以提高婦女生育意願。

指標3

15-19歲青少年生育率

Fertility rate of young women aged 15-19

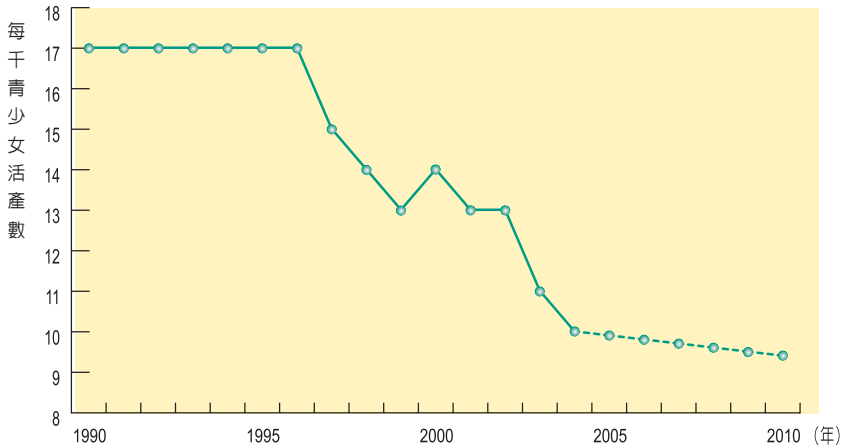
項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
15-19歲青少年生育率 (/10 ³)	17.0	17.0	14.0	9.9	9.4	-32.9

指標定義：
$$\frac{\text{該年度15-19歲不論已婚或未婚之育齡婦女活產數}}{\text{該15-19歲年齡組婦女年中人口數}} \times 1,000$$

一、概況

依據本署民國89年「台灣地區高中、高職及五專在校學生之性知識、性態度及危害健康行為與網路之使用」調查報告指出：高中（職）及五專學生對懷孕生殖生理相關知識，能正確回答的比率雖有增加，但對女性何時是易懷孕期，大多數青年學子仍不清楚，尤以男生更是。無論男女學生，性態度均有越來越開放的趨勢，男女生過去五年內各種親密行為的盛行率均有顯著增加，有性經驗者，第一次發生性行為的年齡略提早。與異性有性行為時，仍有27%的男生與34%的女生自述沒有避孕，雖然此比率已較五年前降低了許多，但15-19歲未成年女性生育率仍偏高。為此需加強青少年性教育及落實安全性行為。

15－19歲青少年生育率 / 1990-2010



資料來源：

中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計（行政院經濟建設委員會人力規劃處 / 2004年7月）。

內政部人口統計資料顯示，15-19歲青少年生育率自1997年至2004年分別為15‰、14‰、13‰、14‰、13‰、12.95‰、10.89‰、10.00‰，平均12.86‰；又近年來性行為較開放及第一次發生性行為的年齡亦提早，對於15-19歲青少年生育率似乎造成不利影響，惟在有效策略的推動下始能達到逐年微幅下降的目標。

1995年調查結果顯示43%的有性經驗學生大部分有用或每次都有採取避孕措施，到2000年則成長至49.5%，在這五年中，對於安全性愛概念之推廣已略具成效，惟大部分都沒用或全部都沒用的比例尚有30%。此外，個案或其性伴侶是否曾墮胎過之比例，1995年為13.2%，2000年略微下降至11.5%。

二、指標預期值訂定依據

1990至1995年間15-19青少女生育率均維持17‰之平穩狀態；1996至1999年間17‰降為13‰，平均年降幅1‰；1999至2000年由13‰升為14‰；2000至2004年因性教育的積極推動及事後避孕丸、Ru486的上市，青少女生育率由14‰降為10‰，平均年降幅1‰，視為降低生育率之高峰期。惟因近年來性行為較開放，2005至2010年則以2004年為基準值，每年降幅0.1‰為預期值。

三、重要措施

- (一) 訂定全國跨部會青少年性教育方案，並加強合作機制。
- (二) 結合民間團體及醫療單位，提供青少年保健與生育保健親善服務。
- (三) 建置並強化青少年網站功能—提供相關資訊。
- (四) 接軌國際青少年性健康與生育保健主題，辦理國際合作工作。
- (五) 辦理相關人員培訓。
- (六) 研發相關教材、教具及推廣方案。
- (七) 辦理青少年性教育相關議題之調查研究。

指標4

男、女性平均餘命

Life expectancy by sex

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
男性平均餘命	71.33	71.85	72.67	73.98	75.87	4.4
女性平均餘命	76.75	77.74	78.44	79.04	81.75	4.2

指標定義：0歲時之平均餘命

一、概況

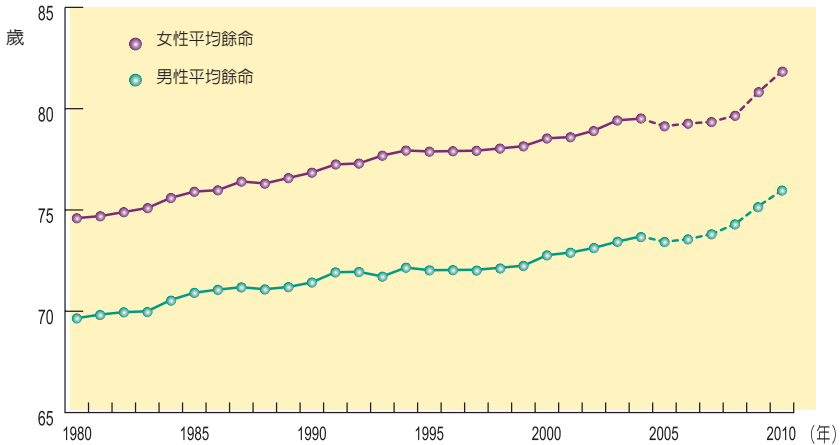
二次世界大戰後，台灣地區1951年之男女性平均餘命為53.4及56.3歲，其後因醫藥衛生進步、國民營養改善、生活水準提高以及傳染性疾病的有效控制，使國人男女性平均餘命顯著延長，至1966年各為65.2及69.7歲，2000年則各為72.7與78.4歲，至2004年則分別為73.60與79.41歲。

根據美國人口資料局之「2004年世界人口資料要覽」，所臚列203個國家中之零歲人口平均餘命資料，顯示2004年全世界最長壽之國家當屬日本，日本人口零歲平均餘命兩性為82歲，男性為78歲，女性為85歲。而我國人口零歲平均餘命兩性為76歲，男性73歲、女性為79歲，若與日本比較，兩性少6歲，男性少5歲，女性少6歲。

二、指標預期值訂定依據

依據經建會人力規劃處之人口中推計訂定。

台灣地區男女性平均餘命 / 1980-2010



資料來源：

中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計（行政院經濟建設委員會人力規劃處 / 2004年7月）、行政院衛生署民國九十三年衛生統計。

三、重要措施

- (一) 持續蒐集及監測男女性平均餘命變化資料。
- (二) 針對分眾目標族群(Segmentation of target population)，推動生命週期健康促進(Life Cycle Health Promotion)，如加強反菸、戒菸等菸害防制活動，提倡規律性運動習慣，多攝取各類蔬果，積極參加各種防癌篩檢等。
- (三) 逐步推行各項社會衛生福利措施，加強緊急醫療救護、各級醫療與長期照護之連續服務，提供整合性老人社會暨健康照護，以增進民衆在身體、心理、社會及環境等各層面之生活品質。

指標5

粗死亡率

Crude death rate

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
粗死亡率 (/10 ³)	5.21	5.60	5.68	5.91	6.49	14.3

指標定義： $\frac{\text{該年度總死亡數}}{\text{年中人口數}} \times 1,000$

一、概況

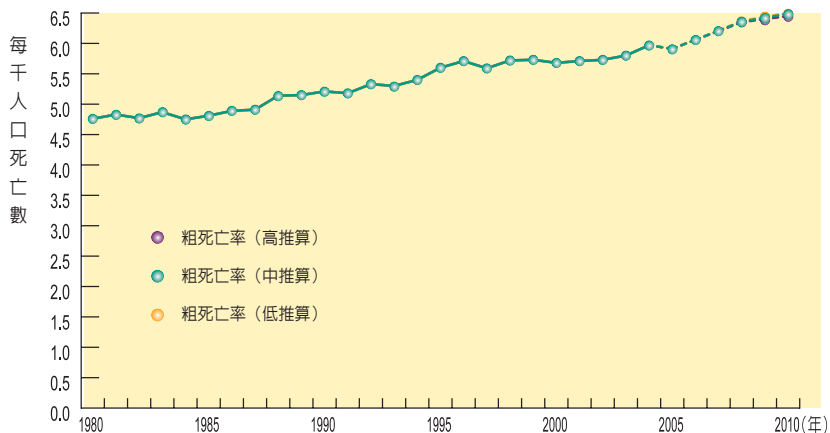
如指標1所述，台灣地區經歷人口轉型，自1980年後粗出生率逐漸降低，粗死亡率則因人口年齡結構之漸老化而逐年增加，2000—2004年每年各為5.68‰、5.71‰、5.73‰、5.80‰及5.97‰。

依據2004年美國人口資料局之世界人口資料顯示，我國粗死亡率為5.97‰，較已開發國家之10‰及開發中國家之8‰均低；與主要國家比較，較英國及德國之10‰、美國及法國之9‰、日本之8‰、加拿大之7‰為低，與泰國及中國大陸之6‰相當，較新加坡之4‰及南韓之5‰為高。

二、指標預期值訂定依據

依據經建會人力規劃處人口中推計。

台灣地區粗死亡率 / 1980-2010



資料來源：

中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計（行政院經濟建設委員會人力規劃處 / 2004年7月）、行政院衛生署民國九十三年衛生統計。

三、重要措施

- (一) 推行生命週期健康促進(Life Cycle Health Promotion)，以減低各種主要死因之衝擊。
- (二) 加強基層保健及老人保健與緊急醫療、長期照護之連續服務，減緩粗死亡率增加之趨勢。
- (三) 持續性蒐集及監測粗死亡率變化資料。
- (四) 加強人口與衛生資料系統橫向及縱向連結作業。

指標6

嬰兒死亡率

Infant mortality rate

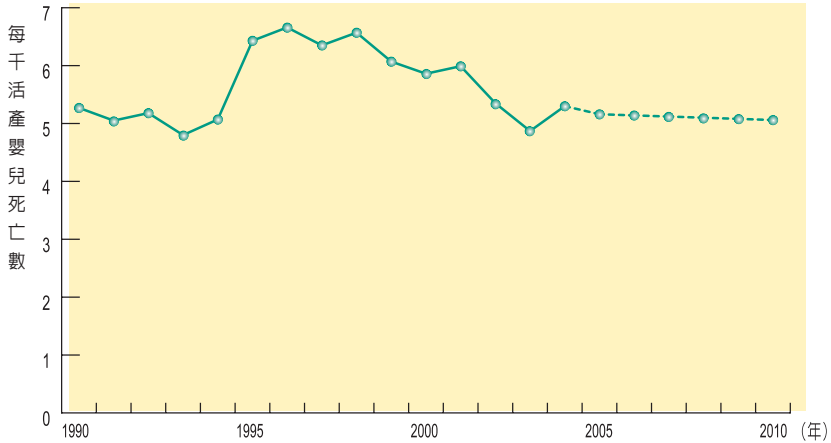
項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
一歲以下嬰兒 死亡率 (/10 ³)	5.27	6.43	5.86	5.16	5.06 以下	-10.2

$$\text{指標定義：} \frac{\text{該年度未滿一歲之嬰兒死亡數}}{\text{該年活產總數}} \times 1,000$$

一、概況

嬰兒死亡率是衡量一個國家兒童健康狀況之主要指標之一。自1971年起，我國嬰兒死亡率逐年下降。惟於1994年時，因「兒童福利法」之修正公布，於當年10月起全面實施「出生通報制度」，減少了出生嬰兒之漏報或遲報之情形，反映於1995年起嬰兒死亡率的上升及波動（附圖）。我國雖比日本、新加坡及荷蘭等七國先進國家嬰兒死亡率平均值5.06‰為高，但2004年已降至5.30‰。依據衛生署2004年統計台灣地區嬰兒（未滿一歲）死因分類，第一位為源於周產期之病態死亡率2.49‰，第二位為先天性畸形死亡率1.54‰，第三位為事故傷害死亡率0.37‰。因此要有效控制嬰兒死亡率，除針對過去未通報而可以有效控制之死因，予以監視分析外，並應由孕產期及嬰幼兒期提供一貫性、整體性之婦幼健康照護服務（含健康管理及保健指導）。

台灣地區嬰兒死亡率 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

依據美國的生命指標統計系統National Vital Statistics System (NVSS)，CDC，NCHS，資料顯示一歲以下嬰兒死亡率於1998年之基值為7.2‰，而美國Healthy People 2010一歲以下嬰兒死亡率目標值為4.5‰。行政院經濟建設委員會人力規劃處譯自「美國人口資料局2001年世界人口資料要覽」資料，顯示台灣2001年嬰兒死亡率已降至6.0‰，與北美及歐洲先進國家接近，但仍稍高於2001年日本之3.4‰及新加坡之2.5‰。爰以日本、新加坡、法國、瑞典、德國、澳大利亞及荷蘭等七國先進國家嬰兒死亡率平均值5.06‰為2010年之目標，以積極鼓勵相關措施的推動。

三、重要措施

(一) 持續辦理優生保健工作

落實婚前健康檢查、產前遺傳診斷檢查、新生兒篩檢服務，早期發現有礙優生之遺傳性疾病，減少源於周產期之相關病症，降低早產兒、低體重兒及先天性缺陷兒之發生。

(二) 落實先天缺陷登記制度及出生、死產通報工作，並加強研究

1. 健全出生、死產通報、先天缺陷兒通報登記及監測系統，並透過地方衛生單位，早期發現異常個案，及早轉介。
2. 持續與學者、專家合作，進行嬰兒死亡原因（如源於周產期病變、猝死、先天性畸形、事故傷害…等）之相關研究，並針對可控制之死因，研擬因應對策。

(三) 育齡婦女健康促進及保護

1. 加強宣導適時及適量生育之觀念，以減少青少年及高齡等高危險性懷孕，期望降低生育先天性缺陷兒之可能。
2. 積極整合現行保健醫療及公共衛生之孕產婦及嬰幼兒的個案管理、衛生教育與疾病預防，推動社區婦幼照護措施。
3. 配合相關部會單位，加強高危險群婦女性傳染病之防治，減少孕期胎兒嚴重併發症及新生兒感染，進而降低嬰兒死亡率。
4. 配合相關部會單位，積極推動弱勢婦女之醫療照護，期望降低早產兒、低體重兒、先天性缺陷兒之發生。
5. 配合相關部會單位，建議規劃更適切的產假制度及懷孕婦女工作的合理調整。

指標7

全癌症標準化死亡率

Standardized for all cancers mortality rate

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
全癌症標準化死亡率 (/10 ⁵)	102.55	120.13	123.53	128.28	133.03	7.69

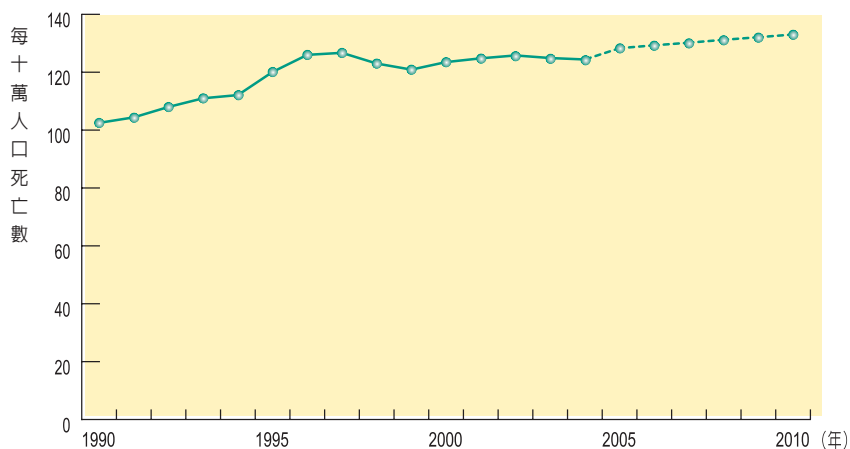
指標定義：
$$\frac{\sum (\text{年齡別癌症死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

一、概況

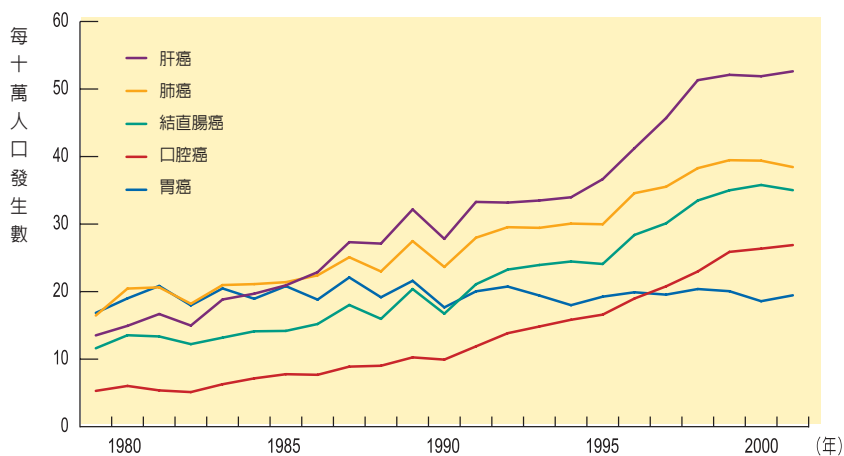
依據衛生統計資料顯示，1982年癌症即成為國人十大死因首位，全癌症年齡標準化死亡率逐年增加，雖於1997年全癌症年齡標準化曾經下降，但1999年即又上升，2000年有31,554人死於癌症（圖一）。

目前國人飲食及生活型態改變，如高脂肪飲食、缺乏運動，特別是國人男性吸菸及嚼檳榔率高，分別為50%及17.5%，致使肺癌、口腔癌、結直腸癌等相關癌症罹患率持續上升（圖二、圖三）。且民衆對於癌症早期警訊的認知不足和疏忽，未建立定期接受癌症篩檢的習慣，如30歲以上婦女三年內曾接受過子宮頸抹片檢查的比率只達54%，與歐美國家八、九成的篩檢率相差甚遠。同時不少得癌症的民衆誤信偏方因而延誤正規治療，另癌症治療照護的服務品質，如診療共識、團隊整合也待加強。

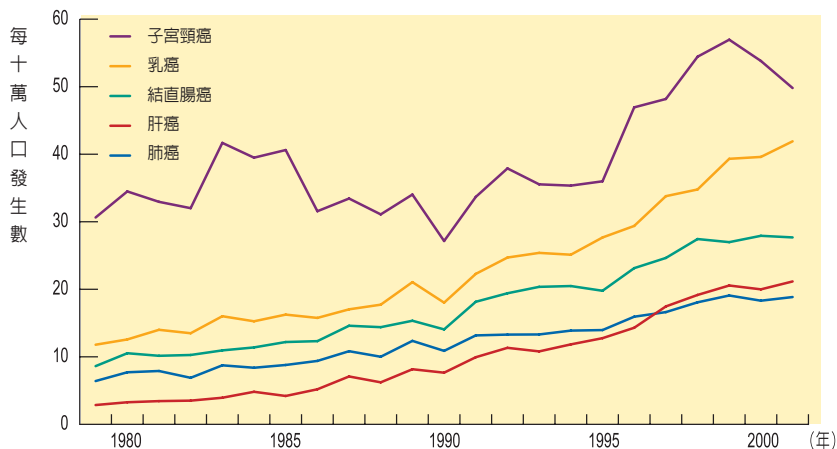
圖一 台灣地區全癌症標準化死亡率 / 1990-2010



圖二 台灣地區男性五大癌症發生率長期趨勢



圖三 台灣地區女性五大癌症發生率長期趨勢



二、指標預期值訂定依據

1990年至2000年間，台灣地區全癌症標準化死亡率 $102.55/10^5$ 增加至 $123.53/10^5$ ，平均年成長為 $2.10/10^5$ ，下修2000年至2010年平均年成長為 $0.95/10^5$ ，推估2010年為 $133.03/10^5$ 。

三、重要措施

- (一) 普及防癌宣導教育，避免接觸癌症危險因子，推動健康飲食攝取及長期每日運動。
- (二) 辦理癌症篩檢，以期早期發現，早期治療，另建立篩檢陽性個案轉介追蹤系統，確保其接受適當治療。
- (三) 推動癌症診斷及治療品質提升計畫，並建立評鑑制度，以提升診療品質及病患存活率。
- (四) 推動癌症研究發展及建立癌症防治監測資料，建立實證導向之防治政策。

指標8

5歲以下兒童死亡率

Under 5 mortality rate

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
5歲以下兒童 死亡率 (/10 ³)	9.69	8.02	8.89	7.80	7.00	-21.3

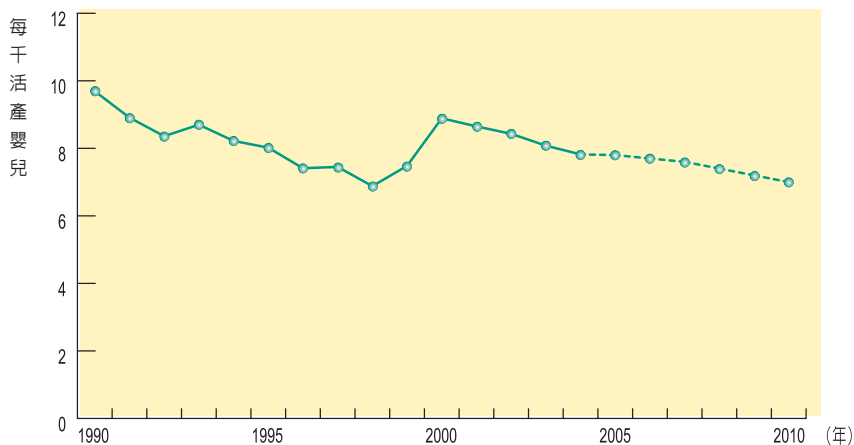
$$\text{指標定義：} \frac{\text{5歲以下兒童死亡數}}{\text{活產嬰兒人口數}} \times 1,000$$

一、概況

5歲以下兒童死亡率被認為是最能顯現一個國家兒童狀況的重要單一指標，因為這個指標衡量的是整個兒童發展的最後結果。而可能影響這個結果的投入，涵括甚廣，例如：營養情況、母親的健康知能、預防接種、婦幼醫療服務、收入及家庭可獲致的食物、清潔飲水、及包含托育學園、社區整體的安全環境等。因此WHO有關兒童的統計項目除了嬰兒死亡率(IMR)之外，亦提供5歲以下兒童死亡率(U5MR)供各國交流評比。

我國2004年5歲以下兒童死亡率為7.82，相較於2004年世界衛生組織(WHO)各先進國家的：加拿大6，美國8，日本4，新加坡3，南韓5，澳洲6，紐西蘭6，瑞典5，挪威4，比利時5，德國5，法國5，愛爾蘭6，義大利4，英國6，顯見我國仍有改善的空間。

5歲以下兒童死亡率 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

比較各先進國家數據，考量近年我國嬰兒死亡率及意外事故傷害死亡率的下降趨勢，訂定2010年我國的5歲以下兒童死亡率為7.00。

三、重要措施

- (一) 如指標「嬰兒死亡率」之重要措施，包括：育齡婦女健康促進及保護、落實先天缺陷登記制度及出生、死產通報工作，並加強研究、持續辦理優生保健工作。
- (二) 加強5歲以下幼兒事故傷害防制工作，包括：成立跨產官學工作小組、強化幼兒居家安全計畫、推展托幼兒園所安全計畫、兒童安全座椅使用宣導、特殊族群兒童事故傷害防制。

指標9

孕產婦死亡率

Maternal mortality rate

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
孕產婦死亡率 (/10 ⁵)	11.94	7.59	7.86	6.74	5.20	-32.3

指標定義：
$$\frac{\text{該年度由於各種產褥原因所致孕產婦死亡數}}{\text{該年度之活產總數}} \times 100,000$$

一、概況

隨著社會的進步，公共衛生的穩定發展，我國的孕產婦死亡率及嬰兒死亡率顯著下降，孕產婦死亡率由1981年每十萬活產19.38，降至2000年的7.86及2004年的5.54。由於完善的產前檢查可提供懷孕婦女潛在性健康問題的監測、相關諮詢及支持，所以是政府推動婦孕產保健的基本措施。

二、指標預期值訂定依據

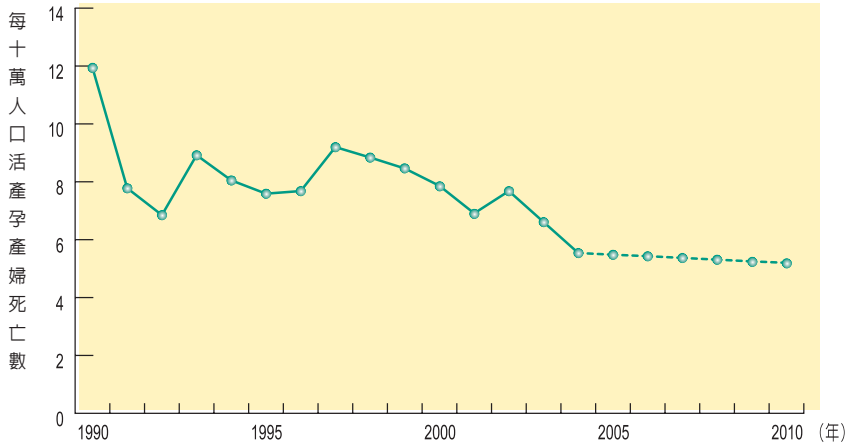
1999年我國每十萬名活產嬰兒的孕產婦死亡率為8.46，而該死亡率OECD中位數為5.20 (/10⁵)，遂以此為我國2010之預期值。

三、重要措施

(一) 加強孕婦健康管理與保健指導

1. 配合中央健康保險局，推動全民健保孕婦產前檢查服務，並加強宣導孕婦定期接受產前檢查。

台灣地區孕產婦死亡率 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

2. 透過醫療院所及縣市衛生局、所，提供孕婦完整之產前照護、檢驗服務及健康指導。
 3. 山地離島及醫療資源缺乏地區，由衛生所聘請合格之支援醫師辦理孕婦產前檢查業務，以提升產前照護之可近性。
- (二) 加強高危險群孕婦之管理與追蹤管理，如：外籍與大陸配偶、高齡孕婦，建立醫療院所與衛生局、所轉介制度，加強異常個案轉介、追蹤及管理。
- (三) 運用相關資源及傳播管道，加強宣導及衛生教育，普及正確的孕產婦保健常識。

指標10

腦血管疾病標準化死亡率

Standardized mortality rate for cardiovascular diseases

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
腦血管疾病標準化死亡率(/10 ⁵)	81.5	65.0	50.2	42.7	39.7	-20.9

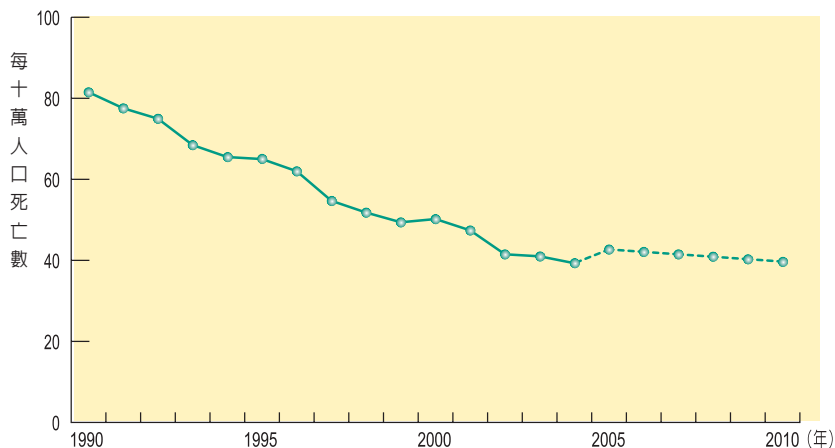
$$\text{指標定義：} \frac{\sum (\text{年齡別腦血管疾病死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

一、概況

腦血管疾病是最重要的慢性疾病之一。根據國民健康局2002年「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」，15歲以上民衆有1.64%自述曾經醫師診斷為罹患中風，且隨年齡增加而遞增，40-64歲為1.29%，65歲以上達8.76%。再就個人健康行為來看，中風個案中仍有16.8%有抽菸的情形，10.0%目前有喝酒，高達44.0%沒有運動習慣。

雖然，在本署不斷的推展腦血管疾病防治下，自1989年起，腦血管疾病死亡率呈現下降趨勢，但其死亡率於2004年時仍高居十大死因之第三名。依據2004年健保統計資料顯示，國人因腦血管疾病門診次數與住院人數分別為2,823,994次及124,264人，在健保總額支付制度下，共計支出118億5,696萬6千點數。與其他已開發國家相較，腦血管疾病仍然是未來威脅國人健康之重要疾病。

台灣地區腦血管疾病標準化死亡率／1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

參考美國Health People 2010腦中風標準化死亡率目標值：由1998年60/10⁵降低至2010年48/10⁵，以及英國Our Healthier Nation有關冠心病及腦中風標準化死亡率之目標值：至2010年降低75歲以下人口之冠心病及腦中風死亡率至少40%。

從台灣地區歷年腦血管疾病標準化死亡率之變化趨勢可看出，腦血管疾病死亡率之下降趨勢已漸趨平緩。而隨著我國人口老化、生活型態改變之因素，以及參考上述國、內外之資料後，決定以台灣地區過去腦血管疾

病標準化死亡率下降趨勢較為穩定年代（1997-2000年）之年平均降幅（ $1.5/10^5$ ）來推估2005年之目標挑戰值為 $42.7/10^5$ ，2010年則以2005年之目標值再降低 $3/10^5$ （年平均降幅 $1.5/10^5 \times 2$ 倍）為挑戰值，即 $39.7/10^5$ 。

三、重要措施

- （一）加強腦血管疾病防治衛生教育宣導。
- （二）加強腦血管疾病危險因子之個案發現、轉介就醫及追蹤管理。
- （三）建立腦血管疾病預防保健及照護體系。
- （四）加強腦血管疾病保健人力培訓。
- （五）委託辦理相關研究，以建立實證資料及研發創新工作模式。

指標11

非蓄意事故傷害標準化死亡率

Standardized mortality rate for unintentional injuries

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
事故傷害標準化死亡率 (/10 ⁵)	70.41	59.41	43.52	30.98	25.98	-40.2

指標定義：
$$\frac{\sum (\text{年齡別事故傷害死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

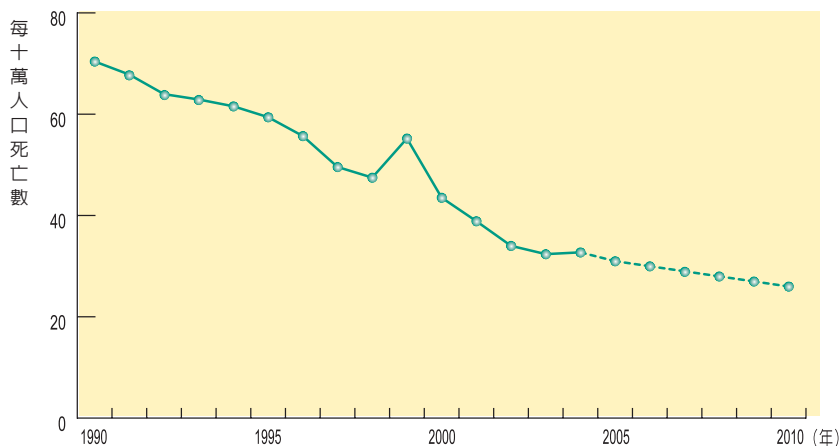
一、概況

事故傷害死亡率（含意外災害與非蓄意性傷害事故）自民國1981年起，一直是我國十大死因的第三位，僅次於惡性腫瘤和腦血管疾病。至1998年首次降為第四位，到2004年，事故傷害仍為十大死因之第五位，其標準化死亡率為每十萬人口32.7人。由圖顯示出1985-1989年呈上升趨勢，1989年之後呈下降趨勢，但1999年因921大地震急遽上升。再細分各年齡層死亡原因時，更可發現「事故傷害」一直是一至四十歲之頭號殺手。若以潛在生命損失的觀念來為十大死因排序，則事故傷害早已躍居第一位，且與第二位的惡性腫瘤差距頗大。

各種事故傷害依其不同年齡層死亡率的不同，可以找出高危險年齡層，以便採取防制措施。依據衛生統計事故傷害資料顯示，運輸事故死亡為第一位，也是兒童及青少年最主要的事故傷害死因。跌倒（墜落）致死的高危險年齡層在男、女性皆為高年齡層，尤其是老年人跌倒致死率最高。九十年代後期其他事故傷害死因依序為溺水、自然與環境因素、跌倒墜落及中毒。其中溺水與中毒都呈下降趨勢，但是跌倒墜落及自然與環境因素都沒有出現下降趨勢，值得留意。

「家」是易發生事故傷害的地方，加強居家安全防制措施刻不容緩；

台灣地區事故傷害標準化死亡率 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

安全社區運動是國際上非常注重的議題，在世界各地已逐漸蔚成風氣。國內產、官、學界應重視事故傷害防制，擬定跨領域合作機制，並加強國際交流與合作。

二、指標預期值訂定依據

台灣地區1990年至2000年間事故傷害標準化死亡率由 $75.82/10^5$ 降低至 $43.48/10^5$ ，平均年降幅約為 $3.5/10^5$ 。目前社會環境變遷，生活形態改變，然事故傷害防制亦事涉交通、火災等相關議題，2005年則以2000年之目標值，平均年降幅 $2.5/10^5$ 為挑戰目標；2010年則以2005年之目標值，平均年降幅 $1.0/10^5$ 挑戰值。

三、重要措施

(一) 立法與施行

1. 結合跨部會共同推動機動車事故傷害防制法規及措施，例如：腳踏車專用道及強制戴安全帽、限制飲酒、限速等。
2. 結合政府機構、醫療院所、社區、職場及學校，推動安全及緊急救護制度及騎腳踏車戴安全帽的措施。
3. 協助交通部修正「道路交通管理處罰條例」及相關方案之修訂。

（二）教育與宣導

1. 結合政府機構、醫療院所、社區、職場，培訓種子教師，利用各種集會宣導事故傷害防制。
2. 配合交通部、道安委員會共同宣導「小客車附載幼童安置於安全椅」等，並參與策劃相關措施。
3. 透過縣市衛生局、安全社區、社區健康營造中心，推廣事故傷害防制教育及活動。
4. 宣導居家安全的改善，並針對照顧者（家長）實施幼兒事故傷害之預防宣導；落實家長使用「幼兒居家安全評估手冊」，檢測家中環境是否安全，與加強衛教活動及成效評估。
5. 托兒所幼稚園及學校安全管理：落實學校、托兒所幼稚園將事故傷害防制納入正規教學單元，透過活潑且趣味化的衛生保健教育及活動，加強推動兒童事故傷害防制工作。
6. 校園遊戲安全設施管理：辦理「國小幼稚園托兒所遊戲設備安全管理推展計畫」，分區舉辦訓練與講習，推動安全標準制度。
7. 推動青少年事故傷害防制安全教育及行為。
8. 推動社區老年人跌倒預防介入計畫及相關傷害防制宣導。

（三）監測與研究

1. 辦理台灣地區整體事故傷害監測網之建置。
2. 委託學術或機構團體辦理事故傷害防制相關研究調查。

指標12

心臟疾病標準化死亡率

Standardized mortality rate for heart diseases

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
心臟疾病標準化死亡率 (/10 ⁵)	68.3	52.7	39.9	38.4	36.9	-7.5

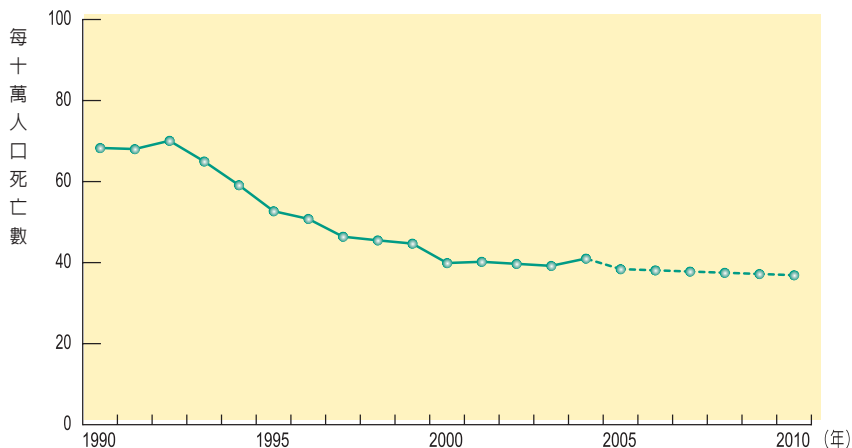
$$\text{指標定義：} \frac{\sum (\text{年齡別心臟疾病死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

一、概況

根據國民健康局2002年「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」，12歲以上民衆有5.3%自述曾經醫師診斷為罹患心臟疾病，且隨年齡增加而遞增，40-64歲為6.1%，65歲以上達21.9%。其中心臟病患者有高達42.3%未經常或按時服藥；27.2%目前有喝酒；2.19%仍有抽菸；高達40.8%沒有運動習慣。

在心臟疾病標準化死亡率部分，台灣地區較歐美國家為低，這或許與國人以往之脂肪攝取習慣及血膽固醇狀況有關。但近年來國人生活快速的西化，生活型態日趨靜態，長期對血脂異常及心臟血管疾病之影響應密切觀察。自1990年起，心臟疾病死亡率始終高居十大死因之第三或第四名。而由各年齡層之標準化死亡率發現，心臟疾病死亡率隨著年齡的增加而上升，且上升幅度自65歲開始明顯激增。2004年健保統計資料顯示，國人因心臟疾病門診次數與住院人數分別為4,046,246次及203,684人，在健保總額支付制度下，共計支出161億8,378萬9千點數，顯見心臟疾病仍是未來成人及中老年民衆重要之保健課題。

台灣地區心臟疾病標準化死亡率 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

參考美國Healthy People 2010有關每十萬人口冠狀動脈心臟病標準化死亡率之目標值：由1998年的208降低至2010年的166，以及英國Our Healthier Nation有關冠心病及腦中風標準化死亡率之目標值：至2010年降低75歲以下人口之冠心病及腦中風死亡率至少40%。

考量我國人口老化、飲食西化、靜態生活型態等因素，以及參考上述國、內外資料及歷年死亡率趨勢後，以台灣地區近四年心臟疾病標準化死亡率(2000-2003)之年平均降幅為 $0.23/10^5$ ，以未來年平均降幅 $0.3/10^5$ 為

目標。推估2005年之目標預期值為 $38.4/10^5$ ，2010年之目標預期值為 $36.9/10^5$ 。

三、重要措施

- (一) 加強心臟疾病防治衛生教育宣導。
- (二) 加強心臟疾病個案發現、轉介就醫及追蹤管理。
- (三) 建立心血管疾病預防保健及照護體系。
- (四) 加強心臟疾病保健人力培訓。
- (五) 委託辦理相關研究，以建立實證資料及研發創新工作模式。

指標13

自殺標準化死亡率

Standardized mortality rate for suicide

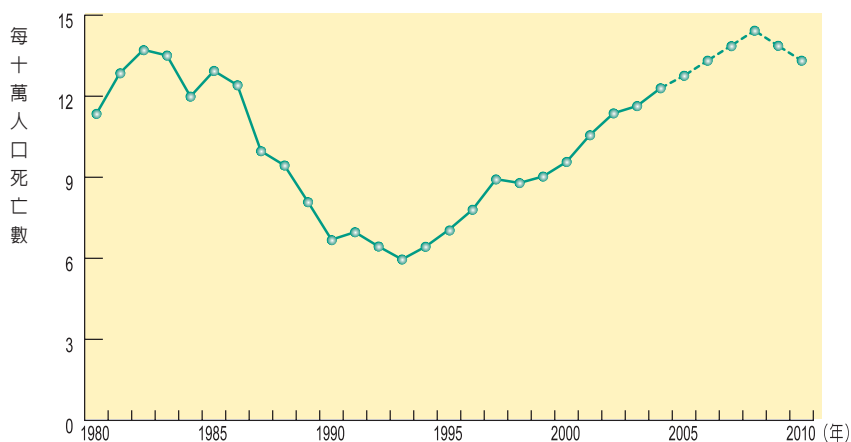
項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
自殺標準化死亡率 (/10 ⁵)	6.69	7.06	9.57	12.76	13.32	39.2

$$\text{指標定義：} \frac{\sum (\text{年齡別自殺死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

一、概況

1980-1986期間，台灣地區每十萬人口自殺標準化死亡率達到一個高峰，這個期間死亡率高於10人，並且列入十大死因之一。自1990-1994年間明顯下降到7人以下，也退出十大死因之列。但自1995年起每十萬人口自殺標準化死亡率又逐漸上昇為7.06人及1996年的7.80人，至1997年的8.93人、1998年的8.79人、1999年的9.03人、2000年的9.57人。2001年起則又上升至10人以上，當年為10.57人，2002年、2003年及2004年則各為11.37人、11.64人及12.25人(如圖)。影響死亡率變動的可能成因包括遇到失落之生活事件（失業、健康失落、人的失落、願望失落）、親（家）屬中有自殺行為者、罹患嚴重憂鬱症者、有酒與藥癮問題者或家庭的衝突壓力、情緒不穩定或有人格異常者等社會、文化、種族、遺傳因素，及近年來之921大地震、全球經濟大緊縮、SARS風暴等內外因素的影響。

台灣地區自殺標準化死亡率 / 1980-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

假設在未來社會環境變遷仍維持不變之情況下，且政府未進行自殺防治專案性之介入方案措施，則自殺標準化死亡率(每十萬人口)，以1994-2004年資料分布趨勢推估2005年至2010年之數據，分別預估為12.76、13.32、13.87、14.43、14.98及15.54人。惟因本署自94年已實施為期四年（94-97年度）之「全國自殺防治策略行動方案」計畫，並已於94年年

底成立自殺防治中心，展開自殺防治先導計畫，期能落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療，持續推動憂鬱症共同照護系統，藉由持續性之教育訓練以及認證，強化醫療體系處理並轉介自殺企圖與憂鬱症個案之能力，以有效對自殺企圖者進行妥善照顧。藉由上述之各項措施，預估至2010年，自殺標準化死亡率目標值，希望能為每十萬人口13.32人以下，與預估值15.54人相較則下降14.3%。

三、重要措施

為有效降低國人自殺率，經檢討需要全面性之「全國自殺防治策略行動方案」計畫，行政院已經於94年5月核定此項計畫。期望藉由預防（促進健康、特殊保護）、早期診斷、減少傷害與死亡（限制殘障、復健）之三段五級觀點予以整體性規劃，將自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性三個主要層面來擬定方案及制定短、中、長期目標。從建置自殺資料庫、改善媒體報導及整合民間機構力量等多元齊下方式，達到有效降低自殺率與促進民衆心理健康之目的。

指標14

糖尿病標準化死亡率

Standardized mortality rate for diabetes

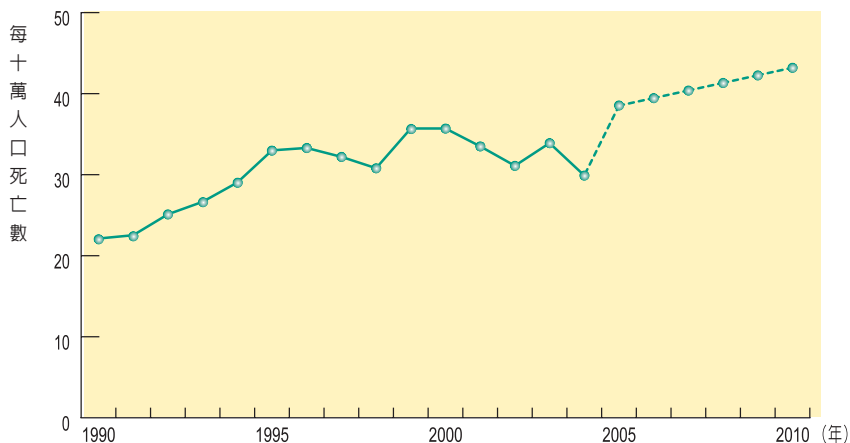
項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
糖尿病標準化死亡率 (/10 ⁵)	22.1	33.0	35.7	38.5	43.2	21.0

$$\text{指標定義：} \frac{\sum (\text{年齡別糖尿病死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

一、概況

糖尿病自1987年以來，直居國人十大死因第五位；2002年以後，躍居至第四位；其標準化死亡率，由1983年之11.9/10⁵，增至2003年之21.8/10⁵，是十大死因七種慢性疾病中，增加幅度較快之一項。又十大死因七種慢性疾病中之腦血管疾病、心臟病、腎病變、高血壓等，皆與糖尿病之控制息息相關。據研究顯示，糖尿病19歲以上盛行率，由1997年的5%，增至2002年的8.0%；魏榮男等1999年至2002年追蹤研究，6-18歲的學童第2型糖尿病盛行率為第1型的五倍，尤以13-15歲風險最高，顯示糖尿病有年輕化的趨勢；溫啓邦2003年至2004年之研究，我國糖尿病前期（AC：100—125mg/dl）個案，若沒有執行飲食、運動、體重控制等健康行為，一年後演變為糖尿病之演變率，男性為16.4%，女性為13.6%。2003年中華民國糖尿病衛教學會之糖尿病人保健推廣機構調查，70.1%糖尿病人罹患高血壓，42.4%併發高脂血症；慢性併發症方面，已有視網膜病變、腎病變及神經病變者，各占27.8%、36.3%、14.9%，顯見糖尿病對國人健康威脅的嚴重性。

台灣地區糖尿病標準化死亡率 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

二、指標預期值訂定依據

由於1999年後，台灣地區糖尿病標準化死亡率較不穩定，參考台灣地區1995年至2004年糖尿病標準化死亡率，以世界衛生組織1976年世界標準人口為基準，應用trend統計方法，得出預測值2005年 $38.82/10^5$ 、2010年 $43.51/10^5$ 後，考量目前防治策略及增幅率，再降低挑戰值為2005年 $38.52/10^5$ 、2010年 $43.17/10^5$ 。

三、重要措施

- (一) 建立糖尿病預防保健及照護體系。
- (二) 積極強化地方衛生機關推動糖尿病防治工作能力。
- (三) 多元化宣導及衛生教育，加強健康促進。
- (四) 提升糖尿病保健醫療照護品質。

指標15

結核病標準化死亡率

Standardized mortality rate for tuberculosis

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
結核病標準化死亡率(/10 ⁵)	10.74	7.20	5.66	2.55	2.00	-64.7

指標定義：
$$\frac{\sum (\text{年齡別結核病死亡率} \times 1976\text{年國際標準組年齡別人口數})}{1976\text{年國際標準人口總人口數}} \times 100,000$$

一、概況

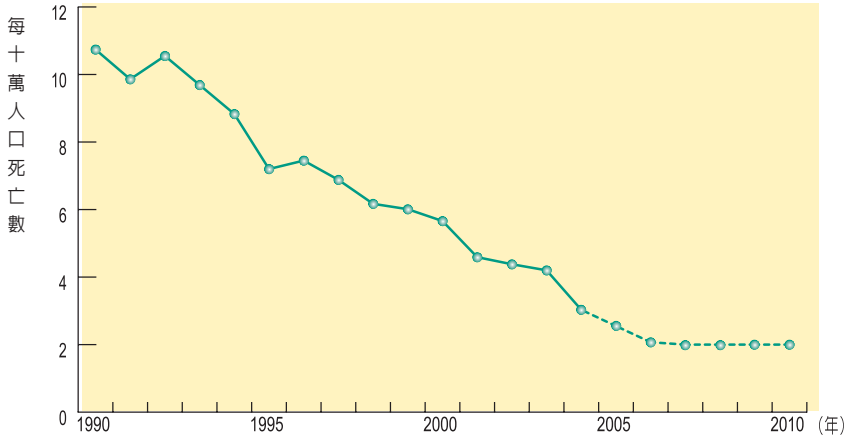
結核病是台灣最嚴重的法定傳染病之一，2004年有957人死於結核病，死亡率為2.98/10⁵，為台灣地區第13位死因。結核病死亡率隨年齡增加而明顯上升，死亡者中65歲以上老年人占79%，山地鄉居民結核病死亡數50人，死亡率為20.57/10⁵。台灣地區2004年之年齡標準化死亡率為2.98/10⁵，與世界衛生組織結核病之死亡標準率2/10⁵仍有相當大的差距。

依據近年來結核病死亡率下降之趨勢，預測台灣地區未來幾年之結核病死亡率，中程目標期望在2005年年齡標準化死亡率降至2.55/10⁵，長程目標期望在2010年年齡標準化死亡率降至2.00/10⁵。

二、指標預期值訂定依據

有關2004-2010年之結核病年齡標準化預測值，係以1996-2003年台灣地區之結核病死亡率，以迴歸方程式，求算預測值。

台灣地區結核病死亡下降趨勢及預估 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

三、重要措施

(一) 目標：

1. 及早發現已受感染並發病者，及早治療。
2. 使已被發現的病人得到完善醫療照護，儘速治癒，切斷傳染源。
3. 有效降低社會傳染源，預防未感染者受到感染。

(二) 策略目標：

1. 結合感染症醫療網，建構完整周密的結核病診療體系，提高結核病醫療品質。
2. 建構優質迅捷的結核菌檢驗網，提供結核病診斷及治療評估的正確依據。
3. 強化結核病防疫體系之功能，提升疫情通報監視、個案管理、高危險群篩檢、特殊族群管理、預防接種、衛教宣導、人員培訓等工作之績效。
4. 加強結核病相關學術研究及國外交流，以為釐定防治政策、研考防治工作執行成效之依據。

指標16

18歲以上人口吸菸率

Prevalence of smoking among adults aged 18 and over

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
18歲以上人口 吸菸率(%)	NA	NA	28.2	26.4	23.3	-17.4

指標定義：
$$\frac{(18\text{歲及其以上每天吸菸者} + 18\text{歲及其以上偶爾吸菸者})}{18\text{歲及其以上人口數}} \times 100$$

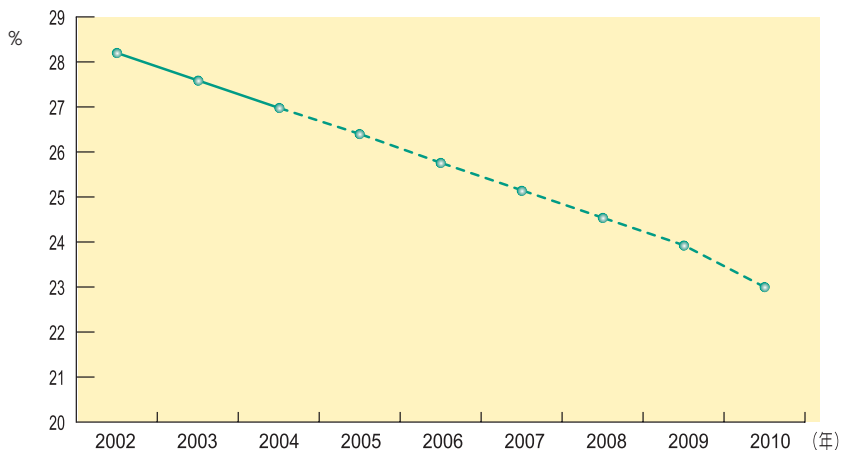
一、概況

1984年以前，台灣吸菸成年男性吸菸率約高達60%，成年女性則約為4%。但1984年起，民間團體開始進行反菸行動，成年人吸菸率遂有下降的現象。根據2002年的「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」，台灣目前約有489萬吸菸人口，成人男性的吸菸比率達50.0%，女性則為5.8%，與已開發國家相較，台灣男性吸菸率相對偏高，顯示台灣的菸害防制工作仍有相當多政府與民間共同努力的空間。

台灣的研究也發現，每年有超過18,800人因吸菸相關疾病死亡，肺癌的發生率與死亡率上升；每年因吸菸相關疾病的醫療花費超過台幣165億元，所耗費的整體經濟損失，超過新台幣500億元。

洋菸於1987年開放，並准許廣告，引起國人吸菸行為及反菸活動重大的變動。「菸害防制法」於1997年通過，自此推動菸害防制工作有所法源依據，2002年依「菸酒稅法」第22條第3項規定開徵菸品健康福利捐，預估每年可徵收新台幣100億元的稅收，其中百分之十即約新台幣10億元的經費，專款專用於菸害防制工作；至此，始有較充裕的經費挹注於台灣菸害防制工作之推動。

18歲以上吸菸率 / 2002-2010



資料來源：

衛生署國民健康局民國九十一年「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」

二、指標預期值訂定依據

- (一) 參考民國九十一年之「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為」及民國六十七年至八十四年台灣省菸酒公賣局調查
- (二) 我國2002年的成人吸菸率為28.2%，與美國1991年時的成人吸菸率(28.3%)相近，美國於7年內(至1998年)便將成人吸菸率降至24%，雖然國內於2002年才開徵菸品健康福利捐，反菸環境及人力財力之發展仍不及美國，但仍期望以美國為標竿，以每年降低0.61%來估計2010年目標。

三、重要措施

- (一) 建全菸害防制工作組織架構及相關政策及法令，並結合產官學以培訓菸害防制相關人力資源。
- (二) 推動菸害防制教育與宣導，針對一般民衆及特定團體（社區、職場及軍隊等）辦理拒菸及戒菸宣導教育及諮詢。輔導特定團體規劃執行拒菸計畫，並依法建置無菸的支持環境。
- (三) 設立全國性戒菸諮詢專線、獎助建置戒菸教育諮詢服務體系、設置戒菸班及提供門診戒菸治療服務等建立便利性、可近性的戒菸服務網絡。
- (四) 嚴格執行菸品健康危害成分標示、違法促銷廣告、違法販售方式、販售菸品予未滿十八歲者、禁菸場所違規吸菸等之稽查取締作業；辦理菸品健康危害成分監測，以有效監控市售菸品之尼古丁及菸焦油濃度，降低二手菸危害。
- (五) 推動國際合作交流，參與全球性、區域性菸害防制會議，以建立合作機制及支援網絡。
- (六) 加強菸害及其相關研究監測系統，以建置菸害相關的實證資料庫。

指標17

恆齒齲蝕缺牙充填指數 Index of DMFT

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
12歲兒童DMFT(顆)	4.95	4.22	3.31	2.70	2.30以下	-30.5

指標定義： 恆齒齲蝕缺牙充填指數DMFT為牙齒齲蝕數(D)、缺牙數(M)與填補數(F)之牙齒數之總和。

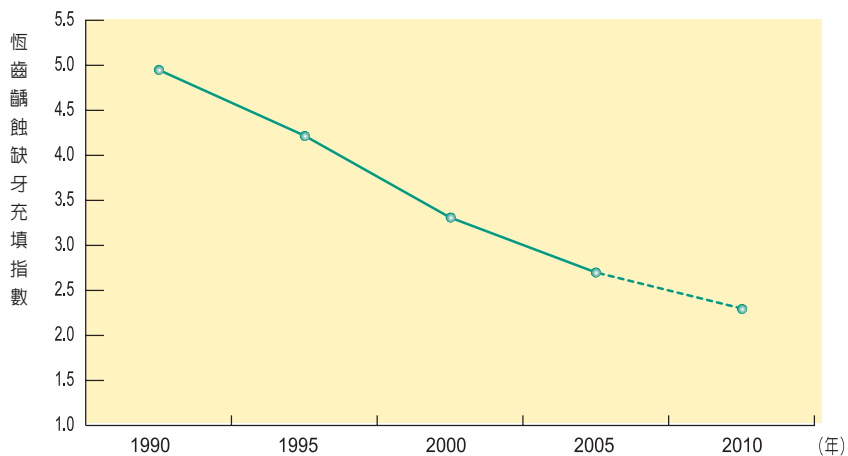
一、概況

依據歷年來全台12歲兒童恆齒齲蝕缺牙充填調查結果發現，1970年1.2顆，1981年3.76顆，1990年4.95顆，至1996年為4.22顆。至2000年時，本署全國性學童調查資料顯示，12歲兒童恆齒齲蝕缺牙充填指數（簡稱DMFT指數）為3.31顆，盛行率為66.5%，治療率為54.3%，但相較世界各國，如美國1.4顆，日本2.9顆，及世界衛生組織所公佈2000年12歲兒童之DMFT指數3顆以下之目標，尚有一段距離。因此，口腔保健工作應以有效策略、方法及結合相關社會資源來共同推動。

二、指標預期值訂定依據

依據我國歷年研究資料，進行線性迴歸分析：如果資料只到1990年，預測1996年會上升到6.5顆；如果資料只到1996年，預測2000年會上升到5.6顆，因此2000年3.31顆為相當顯著的成果。在2001年全面實施國小學童含氟水漱口計畫後，預測未來到2010以降低1顆，改善率30%，即下降到2.3顆以下為挑戰目標。

恆齒齲蝕缺牙充填指數 / 1990-2010



資料來源：

行政院衛生署全國性學童調查資料、Chang, C.S. Global Trends In Oral Health Status And Oral Health Care Delivery System. The 23th APDC, Taiwan 2001.

世界各國12歲兒童的DMFT指數

國家	年代	DMFT
Taiwan	2000	3.31
U.S.A	1994	1.28
Japan	1999	2.9
Korea	1995	3.1
Netherlands	2002	0.8
Singapore	2002	1.0

資料來源：WHO Oral Health Country/Area Profile Programme

台灣地區十二歲兒童DMFT指數、盛行率及治療率，1981-2000

年代	DMFT	盛行率 (%)	治療率 (%)
1981	3.76	85.1	14.0
1990	4.95	92.0	12.0
1996	4.22	85.0	28.7
2000	3.31	66.5	54.3

資料來源：Chang, CS. The 23th APDC Taiwan 2001

三、重要措施

(一) 推廣奶瓶性齲齒預防

1. 透過媽媽教室加強孕婦產前口腔衛教指導。
2. 透過衛生局所、醫療院所之嬰幼兒預防注射或健康檢查門診，推廣嬰幼兒口腔保健工作，並加強照顧者對口腔保健之認知。

(二) 加強學前兒童口腔保健，於托兒所、幼稚園推展餐後潔牙，並將口腔保健工作納入教學單元。

(三) 協同教育部推動學童口腔保健工作，全面實施國小學童含氟水漱口防齲計畫及潔牙活動。

(四) 加強中、老人與身心障礙者口腔保健衛教宣導。

(五) 推動牙科醫療院所口腔門診衛教。

(六) 推動全民潔牙運動，加強辦理口腔保健宣導。

(七) 培訓口腔保健工作人員，辦理口腔保健相關研究。

(八) 落實「口腔健康法」，成立「口腔醫學委員會」，設置口腔政策小組、教育訓練小組、預防保健小組，分組議事推動國民口腔健康及牙醫醫療品質。

指標18

15-17歲人口吸菸率

Prevalence of smoking among young people aged 15-17

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
15-17歲人口 吸菸率(%)	NA	NA	11	7	7	-36.4

$$\text{指標定義：} \frac{(\text{15-17歲每天吸菸者} + \text{15-17歲偶爾吸菸者})}{\text{15-17歲人口數}} \times 100$$

一、概況

依據2002年「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」顯示，台灣地區15-17歲青少年男、女吸菸率分別為17%和4%；第一次吸菸之平均年齡介於13-15歲；第一次吸菸的場所有40.7%是在學校、20.3%在公共遊樂場所、16.5%則是在自己家中；第一次會去吸菸的原因有68.8%是好奇心驅使；第一次吸菸的主要影響者76.9%是朋友及同學。相較於美國、香港、澳洲的青少年吸菸率，台灣地區青少年吸菸率尚低。

二、指標訂預期值定依據

參考衛生署「九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」結果，相較於美國、香港、澳洲的青少年吸菸率，台灣地區青少年吸菸率

尚低，惟因開放洋菸進口及菸商的廣告促銷，預期青少年吸菸率將可能逐年增加，故以限制吸菸率之上升作為2010年之目標。

三、重要措施

- (一) 配合教育部成立專責單位，積極的推動校園菸害防制工作，並督導成效。
- (二) 推動相關政策與法令的修訂，以建構各級學校自主營造無菸校園環境意識和行動。
- (三) 推動並落實「菸害防制法」，嚴格執行販售菸品予未滿十八歲者之稽查取締作業。
- (四) 以教育介入計畫提昇兒童和青少年拒絕吸菸的意識與能力。
- (五) 建立青少年戒菸服務網絡，促使青少年戒菸。
- (六) 建立青少年菸害防制監測體系，評估政策執行績效，落實以實證為導向之政策。

指標19

每日脂肪攝取量佔總熱量之百分比

Daily fat intake as % of total calories

項目	1990 (1986-88)	1995 (1993-96)	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
總脂肪占熱量%						
男性	35.6	33.5	NA	NA	<30	-10.4
女性	NA	34.4	NA	NA	<30	-12.8

指標定義：國人每日油脂的攝取量佔總熱量之百分比

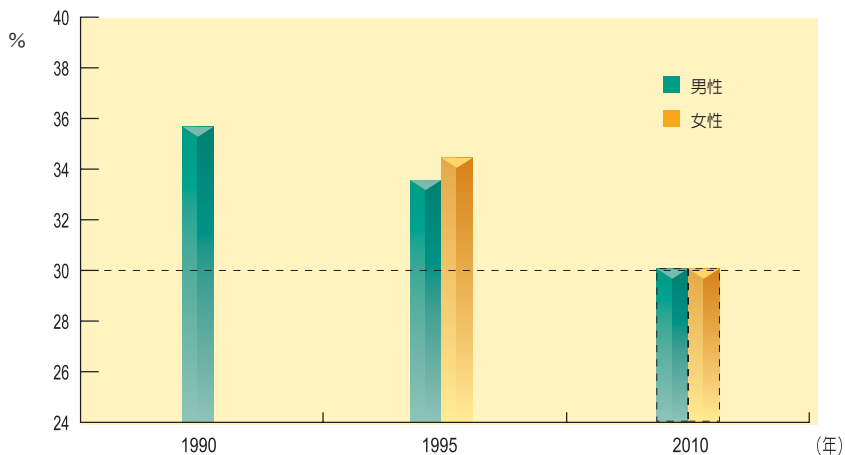
一、概況

根據國民營養調查結果顯示，1980年國人平均脂肪攝取占熱量之31.7%，到了1988年則為35.6%，有上升之趨勢。1993-1996年之調查顯示，19-64歲成年男性及女性每日脂肪攝取量佔總熱量百分比，雖然女性略為降低至34.4%，男性降至33.5%，仍有41.7%成人脂肪的攝取超過建議量30%，且飽和脂肪酸的攝取增加（ $P/S < 1$ ）。脂肪攝取過多與心血管疾病、高血壓、癌症及肥胖均有相關，為降低這些慢性疾病之罹患率，國人不僅要降低脂肪的總攝取量，還需要減少動物性脂肪的攝取，以降低飽和脂肪酸。

二、指標預期值訂定依據

依據衛生署建議三大營養素攝取量佔總熱量百分比，脂肪建議量每日攝取量不得高於30%。

每日脂肪攝取量佔總熱量之百分比



資料來源：全國第二次及第三次國民營養調查。

三、重要措施

- (一) 以衛生署訂定「成人均衡飲食建議量」及「國民飲食指標」為依據，宣導教育民衆減少總油脂及動物性油脂之攝取量，並增加主食及蔬菜、水果的攝取，以符合均衡飲食之原則。
- (二) 推動包裝食品營養標示，教育民衆參考標示選擇適合的食品。
- (三) 辦理「降低脂肪攝取-減脂之旅」教育課程及各種相關宣導教育活動。
- (四) 推動健康餐盒及健康套餐。

指標20

肥胖盛行率

Prevalence of obesity

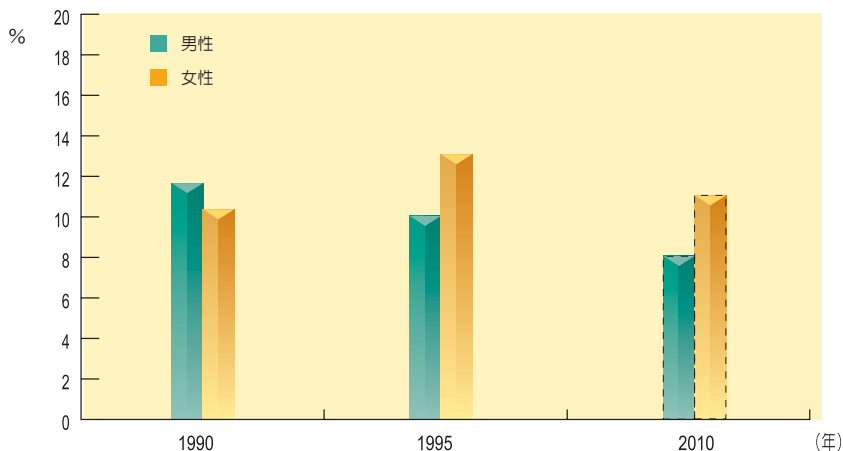
項目	1990 (1986-88)	1995 (1993-96)	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
肥胖盛行率 (%)						
男性	11.6	10.0	NA	NA	8.0	NA
女性	10.3	13.0	NA	NA	11.0	NA
男性						
6-12歲	9.1-16.4				05.0	
13-19歲	4.3-17.4				05.0	
19-44歲	6.4-10.8	12.1			07.0	
45-65歲	9.9-13.8	18.4			15.0	
65歲+	15.9	17.3	17.2		15.0	
女性						
6-12歲	8.8-15.5				05.0	
13-19歲	4.9-10.2				05.0	
19-44歲	7.8-11.4	8.9			07.0	
45-65歲	8.3-12.6	29.5			25.0	
65歲+	13.2	28.3	21.4		25.0	

$$\text{指標定義：} \frac{\text{男(女)性身體質量指數(BMI)} \geq 27 \text{ 人數}}{\text{男(女)性總樣本數}} \times 100$$

一、概況

根據1986-1988年的一項調查結果顯示，兒童的肥胖盛行率為8%-16%，而以11-12歲為最高。13-19歲青少年肥胖盛行率為4%-17%，而年齡層13-14歲盛行率最高，18-19歲之青少年肥胖盛行率最低。成年人肥胖率隨著年齡增加而增加，於1986-1988第二次國民營養調查結果，以身體質量指數(body mass index, BMI) ≥ 26.4 為肥胖標準，19歲以上女性平均為10.3%、男性為11.6%。1993-1996年的調查結果肥胖率明顯增加，若以衛生署於2001年修訂成人肥胖定義，以身體質量指數(BMI) ≥ 27 為肥胖標

成人肥胖盛行率



資料來源：全國第二次及第三次國民營養調查。

備註：1. 1990年之數據係以身體質量指數(body mass index, BMI) ≥ 26.4 為肥胖標準；
但因「成人肥胖標準」訂定，1995年起以身體質量指數(BMI) ≥ 27 為肥胖標準。

準而言，19歲以上女性為13.0%、男性為10.0%。1999-2000年針對65歲以上老人進行之國民營養調查結果，男性肥胖盛行率為17.2%，女性為21.4%，老年男性其肥胖盛行率下降幅度不大，而老年女性之肥胖率則明顯降低。由於生活富裕，生活型態改變，在吃多動少的情況下，肥胖的比率逐年增加，少數人是因為基因的緣故，大多數人的肥胖仍與飲食、運動有關。所以要降低肥胖之盛行率，攝取適量均衡的飲食及適當的運動是最基本的原則。

二、指標預期值訂定依據

現今統計資料，全國成人約有180萬人為肥胖。為有效給予民眾正確體重控制觀念，依據衛生署辦理「成人健康體位、挑戰1824」五年體重控制計畫，

其相關活動辦理之可觸及有效人數，依2001年修訂成人肥胖標準，預估2010年指標值。

三、重要措施

- (一) 以衛生署訂定之「國人膳食營養素參考攝取量」、「成人均衡飲食建議量」、及「國民飲食指標」為依據，宣導教育民衆減少總油脂及動物性油脂之攝取量，並增加主食及蔬菜、水果的攝取，以符合均衡飲食之原則。
- (二) 辦理「成人健康體位、挑戰1824」計畫，宣導健康體位及正確體重控制觀念，並加強辦理體重控制教育課程。
- (三) 推動包裝食品營養標示，教育民衆參考標示選擇適合的食品。
- (四) 推動健康餐盒及健康套餐。
- (五) 宣導「每日一萬步，健康有保固」的理念，並辦理相關健走活動，製作健康體能宣導教材，培養民衆養成運動的習慣。

指標21

六歲幼童B型肝炎表面抗原帶原率 HBsAg prevalence at age 6

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
六歲幼童B型肝炎帶原率(%)	10.5	1.7 (1994)	NA	1.0	0.1	NA

指標定義：
$$\frac{\text{全國國小一年級之新生抽樣檢驗人數中HBsAg陽性人數}}{\text{全國國小一年級之新生抽樣檢驗人數}} \times 100$$

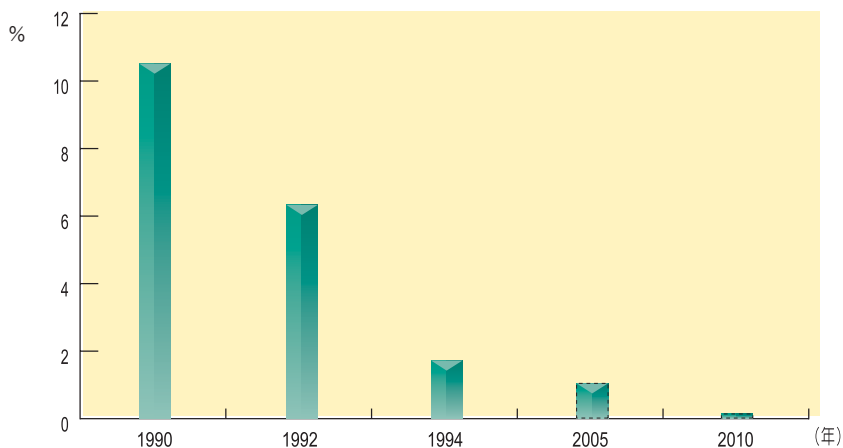
一、概況

台灣是B型肝炎之高感染區，40歲以上國人，約有90%曾受B型肝炎病毒感染。約有15%-20%的成人為B型肝炎帶原者，15%-20%之慢性肝炎患者死於肝細胞癌。2003年約有12,000人死於肝硬化、肝細胞癌或慢性肝炎。

臺灣的帶原率高主要源於年幼時期的感染，研究顯示年齡越小時感染越容易變成帶原者。而經由帶原母親傳染給下一代，是台灣地區高感染率之主要因素。鑑於B型肝炎病毒感染為台灣地區重要之公共衛生問題，本署自1981年起實施「加強肝炎防治計畫」，於1984年7月開始實施B型肝炎預防注射計畫，針對B型肝炎帶原母親所生之新生兒實施B型肝炎疫苗注射，並於1986年7月起擴大至所有新生兒。

一項針對全國學齡前6歲幼兒抽樣調查研究顯示，學齡前幼兒帶原率由未實施B型肝炎預防注射前之10.5%下降至1.7%左右，另2003年，台北

學齡前六歲幼兒B型肝炎帶原率下降趨勢 / 1990-2010



資料來源：委託科技計畫進行全國抽樣研究調查。

市七歲幼兒帶原率，已下降至0.7%；預計至公元2010年時，帶原率可望降至0.1%以下。

二、指標預期值訂定依據

世界衛生組織（WHO）針對全球慢性B型肝炎感染盛行率調查分級指標。

三、重要措施

- （一）運用電話語音催促注射及訪視等各種管道，促使95%以上幼兒完成三劑B型肝炎疫苗注射。

- (二) 加強流動人口集中地區之接種率調查及補種活動，提升該族群之接種完成率。
- (三) 提升孕婦產前B型肝炎檢查率達80%以上，督導各縣市衛生局加強辦理孕婦產前B型肝炎篩檢高危險群之新生兒B型肝炎免疫球蛋白接種之追蹤。
- (四) 透過媒體及各類衛教方式，加強肝炎防治之衛生教育，提供民衆正確之資訊，配合採取有效的預防措施。
- (五) 藉由急性病毒性肝炎監測系統及電腦化作業，提升病例通報率及時效，防範流行發生，並掌握長期流行趨勢，評估防治成效。
- (六) 及時掌握B型肝炎疫苗接種執行進度，因應將B型肝炎疫苗接種資料及疫苗管控納入全國預防接種資訊管理系統（NIIS）。

指標22

幼兒各項預防接種完成率

Vaccination coverage with 1:3:4:4:1:3 series among children aged under 36 months

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
預防接種 完成率(%)	NA	82 (1996出生世代)	85	86	88	3.5

指標定義：設籍本國3歲以下幼兒已完成1劑卡介苗、3劑B型肝炎疫苗、4劑口服小兒麻痺疫苗、4劑白喉破傷風百日咳混合疫苗，1劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗及3劑日本腦炎疫苗接種之百分率；另水痘疫苗自1994年起始納入常規接種。

備註：1996年以前之預防接種資訊系統，因限於其功能，僅能計算單項疫苗接種完成率。

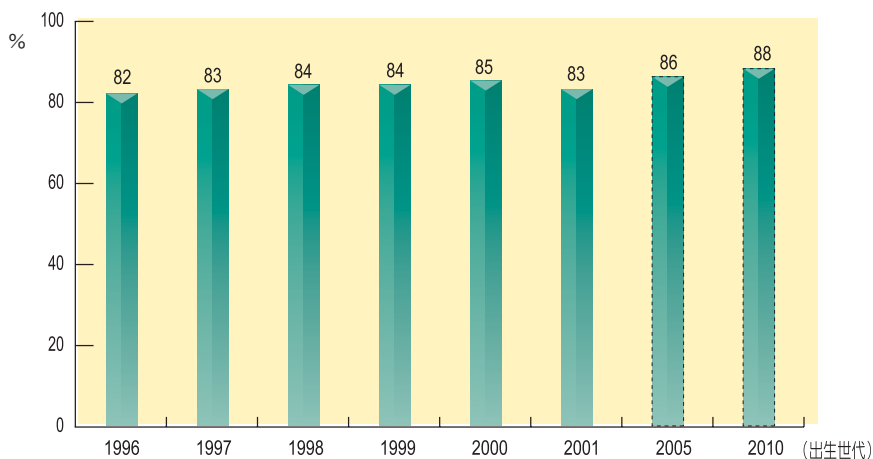
一、概況

為控制各種傳染病的爆發與流行，我國對嬰幼兒提供多項免費疫苗接種，其時程詳如附表。目前幼兒預防接種完成率除麻疹偶有出生世代未達90%（若滿十四個月以上即直接接種MMR疫苗），各單項疫苗接種完成率均已達90%以上。為提高預防接種完成率，提供便捷之預防接種服務，除推動醫院診所合約協辦預防接種業務，並加強對流動人口集中地區進行預防接種率調查及補種，同時透過大眾傳播加強預防接種之衛生教育等各項措施。另持續積極實施學齡前兒童及國小新生入學預防接種紀錄檢查與補種計畫，提高預防接種完成率，以保障學、幼童不受傳染病之威脅。

二、指標預期值訂定依據

WHO或國際間各項傳染病控制、消除或根除之規範或建議之完成率指標。

預防接種完成率及預估值



資料來源：全國預防接種資訊管理系統（NIIS）及戶政人口資料。

三、重要措施

- (一) 整合相關預防接種資訊系統，強化管理效能。
- (二) 加強預防接種業務之基層作業及衛教宣導，建立完善便民之接種措施，運用資訊系統及各種管道與資源，定期查核，找出未按時完成接種之個案，進行催補種，以提升完成率。
- (三) 建構完善之全國預防接種資訊網，確實掌握嬰幼兒之預防接種情形，提升接種作業效率與資料統計、轉介及預注追蹤之時效。
- (四) 針對完成率較低之特殊地區或高危險群，實施加強性預防接種計畫。

附表 預防接種時間

適合接種年齡	接種疫苗種類	
出生24小時內	B型肝炎免疫球蛋白	一劑
出生滿24小時以後	卡介苗	第一劑
出生滿3~5天	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	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第一劑
	小兒麻痺口服疫苗	第一劑
出生滿4個月	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第二劑
	小兒麻痺口服疫苗	第二劑
出生滿6個月	B型肝炎疫苗	第三劑
	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第三劑
	小兒麻痺口服疫苗	第三劑
出生滿9個月	麻疹疫苗	一劑
出生滿12個月	水痘疫苗	一劑
出生滿1年3個月	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	一劑
	日本腦炎疫苗(每年集中於3月至5月接種)	第一劑
	日本腦炎疫苗(每年集中於3月至5月接種)	隔二週第二劑
出生滿1年6個月	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第四劑
	小兒麻痺口服疫苗	第四劑
出生滿2年3個月	日本腦炎疫苗(每年集中於3月至5月接種)	第三劑
國小1年級	破傷風減量白喉混合疫苗	一劑
	小兒麻痺口服疫苗	第五劑
	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	第二劑
	日本腦炎疫苗(每年集中於3月至5月接種)	第四劑
	卡介苗疤痕普查(無疤且測驗陰性者補種)	

指標23

65歲以上老人流感疫苗接種率

Influenza immunization coverage of elderly 65 and over

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
六十五歲以上流感疫苗接種率 (%)	NA	15.5 (1999)	22.9	65.0	68.0	196.9

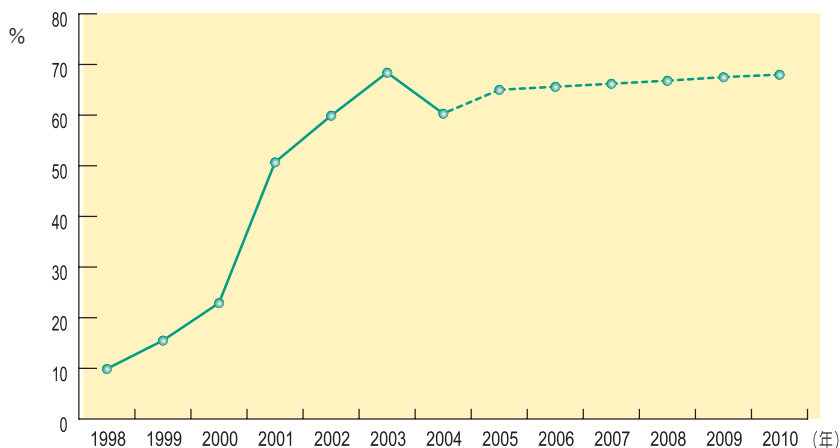
$$\text{指標定義：} \frac{\text{65歲以上老人完成流感疫苗接種人數}}{\text{該年12月底65歲以上老人人口數}} \times 100$$

一、概況

研究顯示，老年人接種疫苗後，可減少50%-60%因罹患流感導致嚴重併發症住院之機率、減少80%的死亡率以及減少約47%-66%因罹患慢性心肺疾病而住院的醫療費用。為積極維護老人健康，本署自1998年起，於每年的10月推行老人流感疫苗接種計畫。根據接種後之研究顯示，接種流感疫苗可減少54%因肺炎或其他心肺疾病住院的機率、減少74.5%的死亡機率及對曾於前一年住院之65歲以上老人，更可減少75%因肺炎或其他心肺疾病住院的機率。

本署自1998年推動高危險群老人接種，其接種率為9.9%，每年並逐步增加疫苗量，至2004年65歲以上老人接種率已提高至60.3%。由於民衆反應熱烈，預計未來接種率更將再提昇。

65歲以上老人流感疫苗接種率 / 1998-2010



資料來源：縣市衛生局統計接種人數及內政部統計人口數。

二、指標預期值訂定依據

由於流行性感冒每年均可能爆發流行，所影響之族群相當廣泛，特別是老年人若罹患流行性感冒，極可能引起肺炎、支氣管炎等併發症，輕者必須住院，重者可能死亡。因此，美國預防接種諮詢委員會（ACIP）於2000年起即將所有65歲上老人納入流感疫苗之建議施打對象，世界各先進國家亦提供65歲上老人是項接種服務，以減少國家整體醫療費用支出，65歲上老人流感疫苗接種完成率亦為流感疫情防治之重要指標。未來，完成率預期值則依據歷年執行率影響因素及未來政策推動等項評估。

三、重要措施

- (一) 加強宣導、通知、追蹤及疫苗之控留管理、集體接種等措施，提高高危險群老人之接種完成率。
- (二) 由衛生所協調社會局、轄內村里長，建立各村里獨居老人、行動不便老人名冊，以利提供到宅接種服務、逐戶催注訪視及衛教宣導。
- (三) 在接種進度未達預定進度時設立社區接種站，主動至社區提供老人接種服務，降低行動不變老人接種障礙，提高民衆之滿意度及接種意願，以提升接種率。
- (四) 由醫療院所至安養機構、養護機構及長期照護等機構，辦理集體接種，提高接種成效。
- (五) 透過各種媒體加強宣導，增進老人對流感及其預防接種之認知，提升接種意願。

指標24

每千人口醫師數

Physicians per 1,000 population

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
每千人口醫師數	0.979	1.146	1.328	1.503	1.693	27.5

指標定義：
$$\frac{\text{該年度執業醫師數}}{\text{該年度年底人口數}} \times 1,000$$

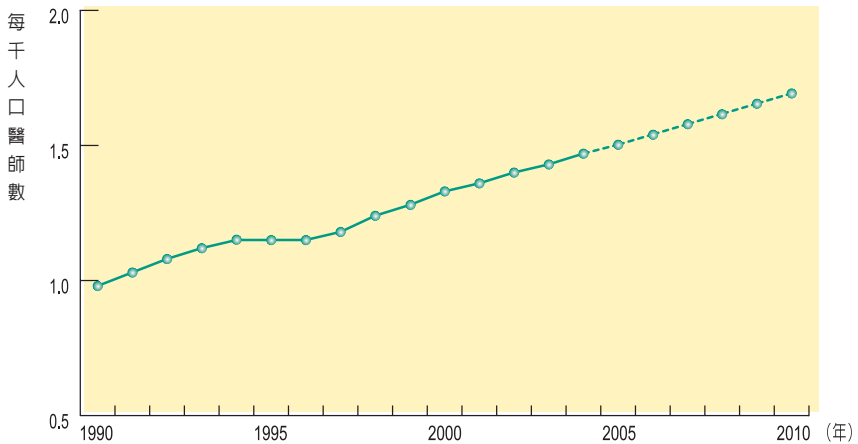
一、概況

台灣地區執業醫師數，1990年為19,921人，每千人口0.979名醫師；1995年為24,465人，每千人口1.146名醫師，與1990年相比，成長率為17.06%；2000年為29,585人，每千人口1.328名醫師，與1995年相比，成長率為15.88%。2004年為33,360人，每千人口1.470名醫師。

二、指標預期值訂定依據

在未來每年醫學系招生名額維持不變之原則下，假設醫療政策對醫師人力變化無重大影響，在經濟成長率4.5%、醫師生產力年成長率0.5%、其他需求（如人口老化、人口成長等）年成長率5%的情形下，則依歷年醫師人力之成長趨勢，推估2005年及2010年之醫師數分別為34,367及39,687，再依行政院經濟建設委員會之中華民國臺灣地區1998年至2051年人口推計之該兩年人口中推計資料，計算每千人口醫師數分別為1.503及1.693，2010年相較2000年改善之幅度為27.5%。

每千人口醫師成長趨勢圖 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

三、重要措施

本署歷年來均依據醫療網所規劃之醫師人口比與教育部合作嚴格控管醫學系招生名額，為精進醫事人力資源有效運用，避免醫療人力資源浪費及加強服務品質提昇，本署經與教育部、經建會協商中長程醫事人力培育，並考量經濟成長率、醫師生產力及人口老化、人口成長等因素，定期統計監控醫師人力成長情形，彈性調整修正醫學生招生名額，自八十八學年度起每年醫學生招生名額定為1,300名，未來仍將持續評估並適時檢討修正各項影響因素，以達成適度成長之人力配置。

指標25

每十萬人口護理人員數

Nurses per 100,000 population

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
每十萬人口 護理人員數	188.5	265.6	355.4	466.9	590.0	66.0

指標定義： $\frac{\text{該年度執業護產人員數}}{\text{該年度年底人口數}} \times 100,000$

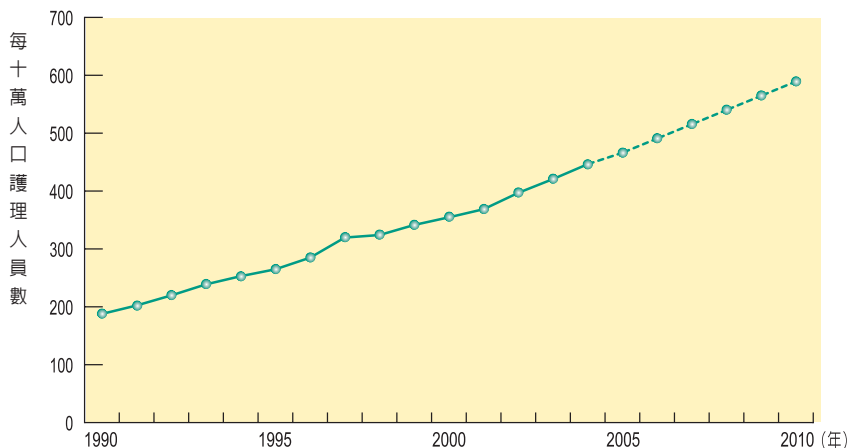
一、概況

台灣地區執業護理人員數，1990年為38,357人，每10萬人口188.5名護理人員；1995年為56,734人，每10萬人口265.6名護理人員，與1990年相比，成長率為40.95%；2000年為79,176人，每10萬人口355.4名護理人員，與1995年相比，成長率為33.79%。2004年為101,465人，每10萬人口447.2名護理人員。

二、指標預期值訂定依據

依歷年護理人力之成長趨勢及91年教育部委託國立陽明大學護理人力規劃評估報告，推估2005年及2010年之護理人員數分別為106,797人、138,343人，再依行政院經濟建設委員會之中華民國臺灣地區民國91年至140年人口推計之該兩年人口中推計資料，計算每10萬人口護理人員數分別為466.9、590，2010年相較2000年改變之幅度為66%。

每十萬人口護理人員數成長趨勢圖 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

三、重要措施

國內護理人力之養成教育分職校、專科、大學及研究所4種學制，每年畢業生約14,000多人，為提升護理人力培訓品質，教育部已於94年全面停辦「高級護理職業學校」，並將逐漸簡化護理教育培育體制；另本署為強化在職護理人員臨床專業服務品質，因應未來醫療照護需求，於89年11月8日修正公布護理人員法第七條之一，規劃專科護理師制度，以強化護理專業照護品質，並於93年10月27日以衛署醫字第0930219004號令公布「專科護理師分科及甄審辦法」，本署為建立與推動專科護理師制度之實施，94年期望透過「專科護理師培育暨執業規範模式試辦計畫」，建構適合我國的專科護理師制度，以提升醫療照護品質。

指標26

每千人口急性一般病床數

Acute beds per 1,000 population

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
每千人口急性一般病床數	2.72	3.01	3.10	3.20	3.50	12.9

指標定義：
$$\frac{\text{該年度急性一般病床數（含中醫急性一般病床數）}}{\text{該年度年底人口數}} \times 1,000$$

註：含中醫急性一般病床數

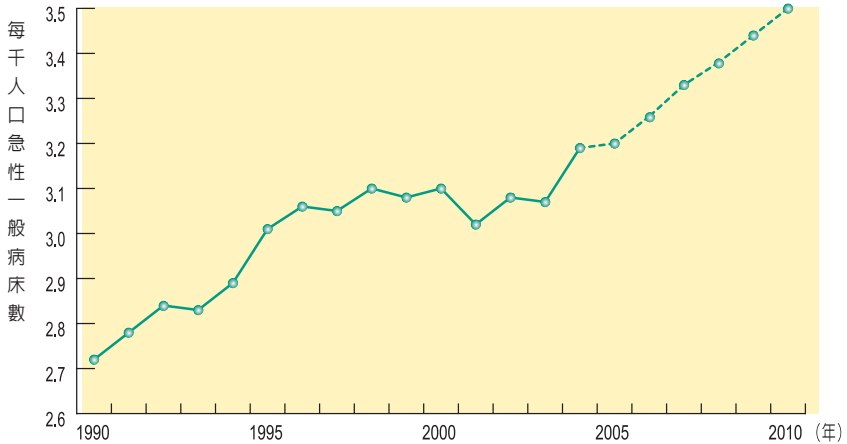
一、概況

由於醫療設施之分布對醫療服務有密切影響，政府乃積極籌建醫療網，以均衡發展醫療服務，促進全民健康，使每一國人均能在其居住地區，有相等的機會享受高品質之醫療服務。1986年以前，即醫療網建立實施以前，台灣地區共有一般病床44,374床，平均每千人口約有一般病床2.39床。歷經實施三期醫療網（即1986年至2000年止，計15年），並設置醫療發展基金，於醫療資源缺乏區，獎勵設置病床以來，統計至2000年底止，台灣地區急性一般病床即增至69,124床，平均每千人口約有急性一般病床3.05床，對於均衡醫療資源分布，已有顯著改善。2004年平均每千人口急性一般病床為3.19床。

二、指標預期值訂定依據

為均衡醫療資源，依據醫療法及醫療網計畫，將台灣地區劃分為十七個醫療區及六十三個醫療次區域，並規劃、訂定每醫療次區域醫院急性一般病床數目標應為每千人口3.5床，該急性一般病床數目標值為許可床

每千人口急性一般病床數 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

數，較無法反映實際病床之實有情況，爰依上開目標值，並考量現有病床情形，改以開放數計算，並訂定至2010年急性一般病床數之目標為3.5床。

三、重要措施

- (一) 劃分醫療照護區域，確保醫療服務提供者，照護責任與專業自主平衡，提升醫療照護系統供給面之運作效率與投資效益。
- (二) 強化「醫事審議委員會」功能，建構客觀及多面向之醫療資源評估指標，限制醫療資源過賸地區之醫院新、擴建，以進行整體性調控。
- (三) 實施醫療發展基金獎勵辦法，獎勵小型醫院醫療照護服務品質提升、緊急醫療資源缺乏地區之改善等項目，以促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源。

指標27

每千人口精神病床數

Psychiatric beds per 1,000 population

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
每千人口精神病床數	0.59	0.61	0.67	0.98	1.00	49.3

$$\text{指標定義：} \frac{\text{該年度精神病床數}}{\text{該年度年底人口數}} \times 1,000$$

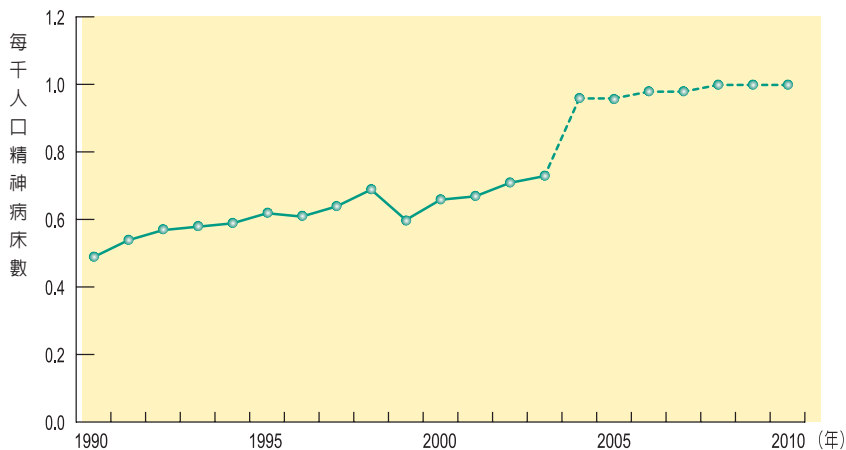
一、概況

本署一向對精神疾病之防治工作極為重視，為照顧精神病患並保障其權益，於精神衛生法中特別明文規定，精神醫療方式應包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療，其目標即在建立精神醫療、精神復健與心理衛生保健三者並重之整體性、連續性之精神醫療服務網絡。自1986年起，開始推動精神疾病防治工作計畫，每年編列預算充實前述各項服務措施，並設置醫療發展基金，鼓勵民間於醫療資源缺乏地區開設精神科醫院。精神醫療機構已從1985年之79家增加至2004年12月底之263家，全日住院病床數亦由11,935床增加至21,855床，2008年將可超過每千人口1床之目標，以改善精神醫療床位不足之問題。

二、指標預期值訂定依據

依據精神疾病流行病學調查，精神病之盛行率為3%，其中嚴重需住院治療之病人約佔1/3，即每千人口約需1床之精神科病床。因此，依全國二千三百萬人口之比例，約需23,000床之精神科病床。爰此，乃訂定2008年每千人口精神病床數1床之終極目標。

每千人口精神病床數 / 1990-2010



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

三、重要措施

- (一) 於精神病床過剩的醫療區域（每萬人口急性精神病床預估數達4.4床以上或每萬人口慢性精神病床預估數達10.7床以上），採取限制醫院設立急性與慢性之精神病床。
- (二) 至於對於精神病床不足的醫療區域（每萬人口急、慢性精神病床預估數未達10床），則繼續補助精神科病床之新、擴建。
- (三) 依「醫院精神科病床未全數開放使用處理原則」，輔導已獲許可尚未開放之床數儘速開放。

指標28

每千老年人口護理之家床數

Nursing home beds per 1,000 population elderly 65 and over

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
每千老年人口 護理之家床數	0.00	0.36	4.12	6.50	6.50	57.8

指標定義：
$$\frac{\text{該年度護理之家床數}}{\text{該年度65歲以上老年年底人口數}} \times 1,000$$

一、概況

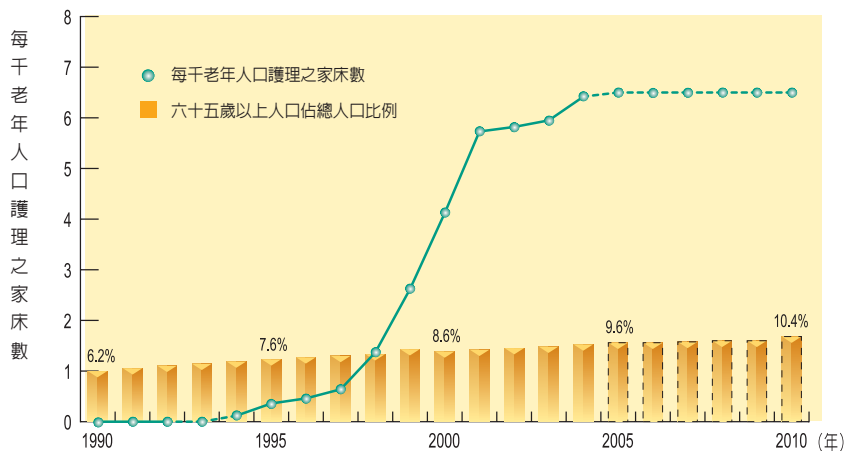
我國人口結構因平均壽命延長，生育率下降，1993年65歲以上人口已佔總人口的7.10%，正式邁入世界衛生組織所界定的「高齡化社會」，推估至2010年時，將增加到10.44%。快速增加的高齡人口，加上疾病型態的慢性化，將使國人對長期照護的需求遽增。

本署於1991年分別委託台北耕莘醫院、台東關山聖十字架療養院、雲林斗南福安療養所等三個據點，辦理護理之家實驗計畫。1991年5月17日總統公布實施護理人員法，本署依據該法，針對老年慢性病人出院後療養所需之護理機構，訂定設置及管理辦法。1994年可提供約200床之服務，至1995年度已有580床。1998年7月起，實施「老人長期照護三年計畫」，其中一項重要工作項目為普及機構式照護設施，補助護理之家床數之增設，至2004年底止已有250家護理之家共計13,799床，每千老年人口護理之家床數為6.42床。

二、指標預期值訂定依據

(一) 長期照護服務之發展目標中，機構式照護佔30%，護理之家床數需

每千老年人口護理之家床數成長趨勢圖



資料來源：行政院衛生署衛生統計。

求，推算每千名老年人口中若有6.50床，即可達到供需平衡的狀態。

(二) 依據資料：

1995年、2000年及2001年之內政部統計處「台閩地區總人口數」及行政院衛生署「台灣地區長期照護資源分佈表」資料。

三、重要措施

- (一) 提供到府服務之居家式及社區式照護，以專業服務來協助家庭照護，並推廣機構式照護，為老人提供家庭與社區無法滿足之服務。其發展目標為居家及社區式照護70%，機構式照護30%。
- (二) 為達到資源充分利用，長期照顧制度規劃以社區照顧為主，機構照顧為輔，落實居家老化、在地老化之精神。

指標29

實質納保率

Actual insurance coverage

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
實質納保率(%)	59.0	92.3	96.2	99.5	99.9	3.8

$$\text{指標定義：} \frac{\text{已加保人數}}{\text{法定應納保人數} - \text{無法聯繫人數}} \times 100$$

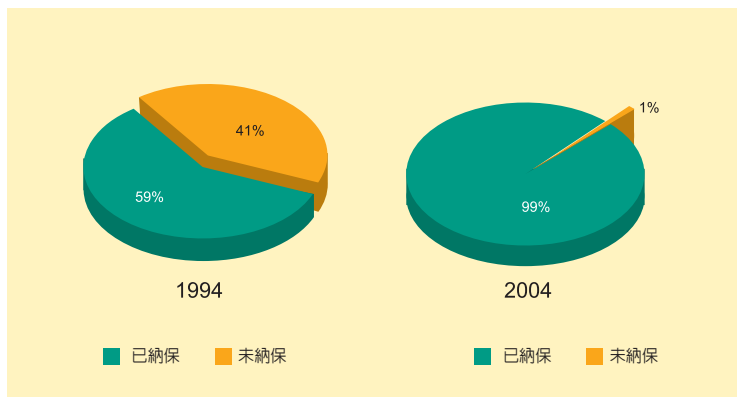
一、概況

我國自1950年起即陸續開辦公保、勞保、農保、軍人醫療照護等十種社會醫療保險，但至1994年底，在全民健康保險實施前，全國亦僅約百分之六十具工作身分者的人口享有健康保險，其餘八百五十多萬缺乏醫療保障的人口，多為十四歲以下的孩童、六十五歲以上的老人及無工作者。基於照顧全民健康的理想，政府排除萬難於1995年3月1日起實施全民健康保險，基於全民納保，平等就醫的理念，提供所有民衆基本的醫療保障，使全國民衆，不分男女老少，有無職業，也不論先前是否已經罹患任何疾病，均能享有平等的就醫權益，自2005年後，全國實質納保率已達98.64%。

二、指標預期值訂定依據

依據健保局歷年輔導納保經驗及相關委託研究計畫顯示，未參加全民健保者有五成以上係因長期出國、行蹤不明等，這群人無法聯繫，難以掌握其狀況，因將其納入健保體系，導致納保率低估。如將上開人口自應納

健保開辦前後納保率比較



資料來源：中央健康保險局承保處統計資料。

備註：1. 民衆因轉換工作或戶籍遷移等原因暫時轉出者，有近9成會於短時間內自動回到健保體系，對於此類短期中斷投保者，因會依法補收其中斷投保期間之保險費，故列入已加保人數中。

2. 無法聯繫人數＝長期出國人數＋行蹤不明人數。

保人口中排除，並將短暫性中斷投保者（係指因轉換工作、遷移戶籍或更換依附加保之被保險人而暫未加保，短時間內會自動重新回到健保體系者）列入已加保人數中，計算實質納保率，則修正後之實質納保率較能呈現實際納保狀況。

2005年全民健保實質納保率已達98.64%，而健保局亦將輔導納保列為長期努力之重點工作，預估納保率將持續提昇，2010年並以99.9%為實質納保率目標值。

三、重要措施

- (一) 加強醫療保障措施，使全民享有醫療照護。落實大法官第四七二號解釋函，並配合修訂相關健保法規，訂定實施全民健康保險紓困基金貸款辦法、欠費分期繳納辦法、無力繳納健保費者醫療保障措施執行要點、經濟困難及特殊困難者認定辦法等措施，以排除民衆加保之經濟障礙，並使得因貧困而無力繳交保險費者，亦能獲得全民健康保險之照顧。
- (二) 推動各項優惠措施，協助經濟弱勢民衆加入全民健保：
 - 1. 配合勞工保險擴大失業給付的政策，辦理失業人口保險費補助措施。
 - 2. 配合內政部兒童局執行「低收入戶暨弱勢兒童醫療補助計畫」，辦理弱勢兒童保險費補助措施。
 - 3. 在未加保之人口中，有近二成是屬於個人經濟因素（如收入不穩、失業、繳不起保費及欠費太貴等）所致。為協助經濟困難民衆，早日獲得健保照護，健保局於92年藉增修健保法，推動「經濟困難民衆納保優惠專案」，該法於92年6月18日公布，並自92年6月20日開始施行。健保局隨即積極透過各種管道，加強輔導納保。經過一年的努力，截至93年6月，總共有21萬餘民衆受惠，受患者得免繳或緩繳其過去之欠費，以減輕其繳納健保費的壓力，其中12萬餘人經輔導而加入全民健保體系，享有健保醫療照護。

指標30

國民醫療保健支出占國內生產毛額比率 National health expenditure as % of GDP

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度 (%)
國民醫療保健支出占 國內生產毛額比率 (%)	4.62	5.49	5.67	6.50	7.05	24.3

$$\text{指標定義：} \frac{\text{國民醫療保健支出}}{\text{國內生產毛額}} \times 100$$

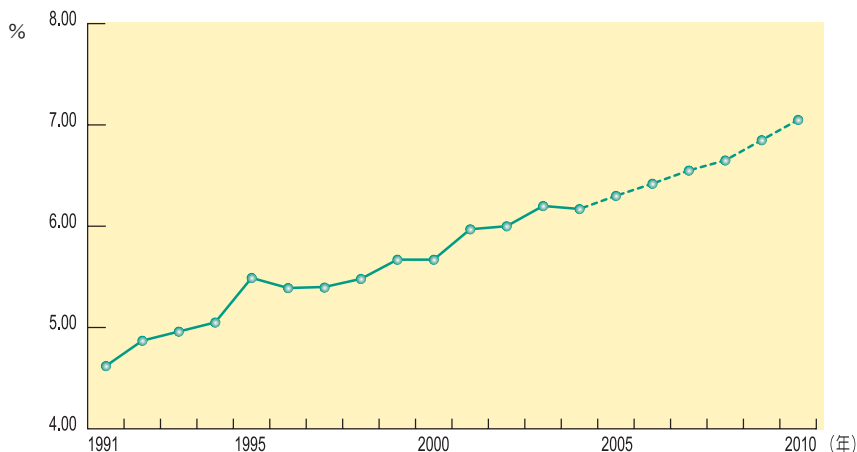
一、概況

我國國民醫療保健支出於1990年時為2,220億元，約占國內生產毛額的4.62%，1995年全民健康保險開辦時，躍升至5.49%，此與當時納入健保人口激增有關；2004年支出6,647億元，較上年增加3.91%，占國內生產毛額的6.17%（圖一），平均每位國民醫療保健支出達29,351元。

由於2001年GDP之增加率成負成長，致90年醫療保健支出占當年GDP的比例已略較往年擴大，顯示當經濟成長不易時，醫療保健需求依舊殷切，致使2002年醫療保健支出占當年GDP的比率已經突破6%。

我國2003及2004年時，國民醫療保健支出占國內生產毛額比率分別為6.20%及6.17%，與其他國際經合組織（OECD）已開發國家相較下，尚屬中低水準。美國近三年約占15%，居全球首位，其次為瑞士、德國約11%，其餘國家亦大多介於7%至10%之間，均高於我國，但也造成多數國

圖一 我國國民醫療保健支出占國內生產毛額之比例 / 1991-2010



資料來源：行政院衛生署民國93年國民醫療保健支出。

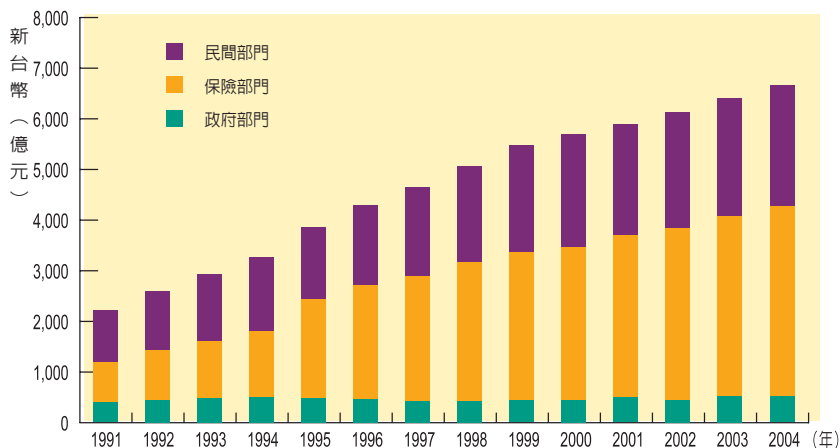
備註：國民醫療保健支出未計入商業保險。

家沉重的負擔。

目前我國國民醫療保健支出占國內生產毛額比率雖然較低，然而卻逐年成長中，尤其在戰後嬰兒潮陸續老化以後，我國未來人口老化速度將會加快，預期該比率提升速度亦會加快。我國以有限經費保障國民健康，至目前已有很好成效，2004年平均餘命女性為79.4、男性為73.6。

若以醫療保健支出各部門所占之結構分析，2004年保險部門支出達3,759億元，占有健康照護支出的57%；民間部門支出2,377億元，占36%；政府部門支出511億元，占7%（圖二）。保險部門所占比率逐年增加，民間部門與政府部門支出所占比率逐年減少，惟近年來，各部門所占比率之增減已趨於穩定。

圖二 醫療保健支出 / 1991-2004



資料來源：行政院衛生署民國93年國民醫療保健支出。

二、指標預期值訂定依據

根據衛生署統計室推估，僅考慮人口結構變化單一因素時，至2010年醫療保健支出占當年GDP的比率約為7.05%左右。。

三、重要措施

- (一) 推動醫藥衛生相關產業之發展，帶動民間部門支出增加。
- (二) 落實以精算費率收取保費，維持健保財務平衡。
- (三) 積極進行醫療費用支付改革，包括修訂支付標準、推動多元支付制度、持續強化藥品特材給付之合理性、加強醫療院所之管理、推動醫院門診合理量制度等。
- (四) 增加政府衛生部門對健康促進的預算投入。

附錄1 「台灣地區2010年衛生指標白皮書」說明

壹、指標訂定原則

為訂定出有意義的衛生指標，並免流於成為工作量指標，衛生指標之訂定以下列三點為原則：1.可代表國民健康狀況；2.能表現我國衛生施政重點；3.能與國際間資料進行評比。

貳、目標訂定原則

指標除具政策意義外，並需量化，其指標預期值將成為各級醫療衛生機關擬訂工作計畫並做為評估成效之依據。惟指標目標數之訂定應以下列為原則：1、具可行性，且能反映施政努力程度，具政策上意義；2、具有深入研究之科學性基礎；3、需有目標數之文字說明。

參、內容格式

白皮書指標之內容格式如附表，該表格係參考美國Healthy People 2010，並將其簡化。各指標內容應包含六個部分：一、指標編號及指標名稱；二、包含指標近年數值及未來預期值之表格；三、指標定義；四、指標概況說明及歷史數據圖表；五、指標預期值訂定之依據；及六、為達成目標所需進行之重要措施。

附表

一、指標編號及指標名稱

二、表格

項目	1990	1995	2000	2005	2010	改變幅度(%)
指標(總群體)						
副指標(副群體)						
:						

說明：

- (一) 表格中所設定之年份，如無當年資料，則以最靠近該年份之資料代替，並於其數值下以括弧註明所引用之年代。
- (二) 2000年為基準年，該年之數值為基準值，用以與2010年之目標預期值相比較。
- (三) 改變幅度之計算公式為：

$$((2010\text{年之預期值} - 2000\text{年基準值}) / 2000\text{年基準值}) \times 100\%$$
- (四) 副群體係指由指標總群體中可分出之有意義的特定群體，例如不同性別、年齡層等之群體。
- (五) 所謂「標準化」之資料，係以1976年W.H.O.之國際標準人口組進行標準化。

三、指標定義。

四、概況：簡單描述該指標之過去及現況，另附圖或表以協助瞭解其趨勢。

五、指標預期值訂定依據：說明預期值訂定之依據或理由。

六、重要措施：條列出為協助達成目標之重要措施。

附錄2

「台灣地區2010年衛生指標白皮書」
指標一覽表

指標編號	指標中文名稱	指標英文名稱	單位	2000年基準值	2005年預期值	2010年預期值	負責單位
1	粗出生率	Crude birth rate	1/10 ³	13.76	10.09	9.54	國民健康局
2	總生育率	Total fertility rate	1/10 ³	1,680	1,215	1,215	國民健康局
3	15-19歲青少年生育率	Fertility rate of young women aged 15-19	1/10 ³	14.0	9.9	9.4	國民健康局
4	男女性平均餘命	Life expectancy by sex	歲 (男) 歲 (女)	72.67 78.44	73.98 79.04	75.87 81.75	國民健康局
5	粗死亡率	Crude death rate	1/10 ³	5.68	5.91	6.49	國民健康局
6	嬰兒死亡率	Infant mortality rate	1/10 ³	5.86	5.16	<5.06	國民健康局
7	全癌症標準化死亡率	Standardized for all cancers mortality rate	1/10 ⁵	123.53	128.28	133.03	國民健康局
8	5歲以下兒童死亡率	Under 5 mortality rate	1/10 ³	8.89	7.80	7.00	國民健康局
9	孕產婦死亡率	Maternal mortality rate	1/10 ⁵	7.86	6.74	5.20	國民健康局

指標編號	指標中文名稱	指標英文名稱	單位	2000年基準值	2005年預期值	2010年預期值	負責單位
10	腦血管疾病標準化死亡率	Standardized mortality rate for cardiovascular diseases	1/10 ⁵	50.2	42.7	39.7	國民健康局
11	非蓄意事故傷害標準化死亡率	Standardized mortality rate for unintentional injuries	1/10 ⁵	43.52	30.98	25.98	國民健康局
12	心臟疾病標準化死亡率	Standardized mortality rate for heart diseases	1/10 ⁵	39.9	38.4	36.9	國民健康局
13	自殺標準化死亡率	Standardized mortality rate for suicide	1/10 ⁵	9.57	12.76	13.32	醫事處
14	糖尿病標準化死亡率	Standardized mortality rate for diabetes	1/10 ⁵	35.7	38.5	43.2	國民健康局
15	結核病標準化死亡率	Standardized mortality rate for tuberculosis	1/10 ⁵	5.66	2.55	2.00	疾病管制局
16	18歲以上人口吸菸率	Prevalence of smoking among adults aged 18 and over	%	28.2	26.4	23.3	國民健康局

指標編號	指標中文名稱	指標英文名稱	單位	2000年基準值	2005年預期值	2010年預期值	負責單位
17	恆齒齲蝕缺牙充填指數	Index of DMFT	顆	3.31	2.70	<2.30	國民健康局
18	15-17歲人口吸菸率	Prevalence of smoking among young people aged 15-17	%	11	7	7	國民健康局
19	每日脂肪攝取量佔總熱量之百分比	Daily fat intake as % of total calories	% (男) % (女)	NA NA	NA NA	<30 <30	食品衛生處
20	肥胖盛行率	Prevalence of obesity	% (男) % (女)	NA NA	NA NA	8.0 11.0	食品衛生處
21	六歲幼童B型肝炎表面抗原帶原率	HBsAg prevalence at age 6	%	NA	1.0	0.1	疾病管制局
22	幼兒各項預防接種完成率	Vaccination coverage with 1:3:4:4:1:3 series among children aged under 36 months	%	85	86	88	疾病管制局
23	65歲以上老人流感疫苗接種率	Influenza immunization coverage of elderly 65 and over	%	22.9	65.0	68.0	疾病管制局

指標編號	指標中文名稱	指標英文名稱	單位	2000年基準值	2005年預期值	2010年預期值	負責單位
24	每千人口醫師數	Physicians per 1,000 population	1/10 ³	1.328	1.503	1.693	醫事處
25	每十萬人口護理人員數	Nurses per 100,000 population	1/10 ⁵	355.4	466.9	590.0	護理及健康照護處
26	每千人口急性一般病床數	Acute beds per 1,000 population	1/10 ³	3.10	3.20	3.50	醫事處
27	每千人口精神病床數	Psychiatric beds per 1,000 population	1/10 ³	0.67	0.98	1.00	醫事處
28	每千老年人口護理之家床數	Nursing home beds per 1,000 elderly 65 and over	1/10 ³	4.12	6.50	6.50	護理及健康照護處
29	實質納保率	Actual insurance coverage	%	96.2	99.5	99.9	中央健康保險局
30	國民醫療保健支出占國內生產毛額比率	National health expenditure as % of GDP	%	5.67	6.50	7.05	企劃處、統計室

國家圖書館出版品預行編目資料

臺灣地區2010年衛生指標白皮書 / 行政院衛生署

企劃處. --第一版. --臺北市：衛生署，

民94

面：公分

ISBN 986-00-2680-7（平裝）

1. 公共衛生 — 臺灣 — 統計

412.028

94020760

台灣地區2010年衛生指標白皮書

發行人

侯勝茂

編著者

行政院衛生署

編輯委員

高文惠、陳志朗、陳麗華、崔道華、沈茂庭、
黃瓊華、洪美玟

執行編輯

戴桂英、曲同光、周國塘、周素珍、李欣純

出版機關

行政院衛生署

地址

台北市愛國東路100號

網址

www.doh.gov.tw

電話

(02) 23210151

出版年月

94年12月

版次

第1版

工本費

200元

GPN

1009403537

ISBN

986-00-2680-7

健康是您的權利



保健是您的責任

ISBN 986-00-2680-7



9 789860 026801

GPN: 1009403537