

衛生福利年報



衛生福利部 編印
中華民國106年11月



中華民國 106 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



序言

衛生福利部主管業務攸關國人健康與福祉，舉凡醫療照護、健康促進、疫病防治、食品藥物安全、全民健保、國民年金、社會救助、保護及福利服務等，皆與民衆生活息息相關，備受各界關注，爰出版本年報，以全文12篇之內容呈現我國醫藥衛生及社會福利概況，以及本部105年所推動之重要政策與施政成果。

我國人口結構快速高齡化，雖自97年起即推動長期照顧制度，卻因缺乏系統性推動使服務網絡未能普及，因此105年積極推動長照十年計畫2.0，除新增4類服務對象、銜接出院準備服務及居家醫療服務等9類服務項目外，更以社區整體照顧ABC模式發展多樣性長照資源，透過中央、地方政府與民間單位的夥伴關係，攜手協力，帶動我國長期照顧服務進入新紀元。

為促進醫療資源妥善運用，105年規劃推動分級醫療，實施六大策略及相關配套，鼓勵民衆至基層院所就醫；另為改善因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，實施居家醫療照護整合計畫，逐步落實以病人為中心之全人照護。在保障醫師勞動權益方面，規劃自108年9月1日起將受僱醫師全面納入勞基法適用對象，並依勞基法第84條之1議定工時以維持彈性；推動醫院評鑑改革降低醫護人員工作負荷，以醫療品質及病人安全為核心，減少書面作業，精簡評鑑條文與項目，簡化幅度達40%。

為維護食品安全，105年推動「食安五環」改革方案，透過源頭控管、重建生產管理、加強查驗、加重惡意黑心廠商責任、全民監督食安等措施，結合產業自律、政府管理及民間參與三大力量，共同確保食品安全，提升食品業者管理能力，讓食品安全向前邁進。

在社會福利方面，我們一向秉持「主動關懷，尊重需求，協助自立」原則，辦理各項社會救助措施，105年訂頒《協助積極自立脫離貧窮實施辦法》，辦理包括教育投資、就業自立、資產累積、社區產業等模式之脫貧措施；規劃「兒童與少年未來教育及發展帳戶」方案，鼓勵貧窮家庭長期儲蓄，為孩童累積未來教育及發展基金。為落實兒童權利公約(CRC)及身心障礙者權利公約(CRPD)，進行各項法規檢視，提出國家報告並將於今年辦理首次國際審查會議，促進我國兒童少年及身心障礙者權益保障。

105年初，世界衛生組織宣布巴西小頭症及神經系統異常病例為國際公共衛生緊急關注事件，國內亦即公告茲卡病毒感染症為法定傳染病，成立署級指揮中心建構國內防疫網，並與美國合作取得病毒血清，研習檢驗與診斷技術，強化亞太地區茲卡疫情防治量能。由此可見，持續參與國際衛生組織，為防治新興疫病，維護公共衛生之重要途徑，盼未來與國際盟友一同攜手努力，為全球衛生安全盡一份心力。

回顧105年，雖經歷許多挑戰，仍在全體同仁群力群策，戮力合作下，重新檢視外在環境，調整政策方向，106年致力於建構以人為中心、社區為基礎的健康照護網絡，推動分級醫療，完善長照服務體系，強化社會安全網，朝提供民衆完善之服務方向邁進，深盼各界共同支持，齊力共創國人健康福祉。

衛生福利部

部長

陳時中

謹識



目錄 CONTENTS



序言	02
----	----

01 組織與政策	07
----------	----

第一章 組織架構	08
第二章 經費	09
第三章 施政目標	09

02 衛生福利重要指標	11
-------------	----

第一章 人口指標	12
第二章 生命指標	14
第三章 國民醫療保健支出	18
第四章 社會福利指標	18
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 健康的高齡化	36
第四章 健康傳播、資訊與監測	40



04 健康照護

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 醫事人力	51
第四章 健康服務品質	54
第五章 偏鄉醫療照護	57
第六章 目標族群健康照護	59

05 長期照顧服務

第一章 長照服務體系	62
第二章 人力資源發展	66
第三章 溝通宣導與服務品質	67

06 傳染病防治

第一章 傳染病防治簡介	70
第二章 重要及新興傳染病防治	72
第三章 防疫整備及感染管制	78
第四章 預防接種	80

43

07 食品藥物管理

第一章 食品管理	84
第二章 藥品管理	86
第三章 醫療器材與化粧品管理	89
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	94

08 全民健保與國民年金

第一章 全民健康保險	96
第二章 國民年金	100

09 社會福利服務

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

83

95

103



10 社會救助與社會工作 115

第一章 社會救助相關服務	116
第二章 遊民輔導	120
第三章 災害救助	121
第四章 社會工作	122
第五章 福利資源網絡	124

11 性別暴力防治與保護服務 127

第一章 性別暴力防治	128
第二章 家庭暴力防治	129
第三章 性侵害及性騷擾防治	132
第四章 兒童及少年保護	135

12 研究發展與國際合作 137

第一章 衛生福利科技研究	138
第二章 國際合作	142

附錄 149

附錄一 衛生福利統計指標	150
附錄二 法定傳染病確定病例統計	163
附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表	166

1

組織與政策

08 | 第一章 組織架構

09 | 第二章 經費

09 | 第三章 施政目標



配合行政院組織再造，衛生福利部(以下簡稱衛福部)於民國102年7月23日成立，由前行政院衛生署與內政部轄下之社會司、兒童局、國民年金監理會、家庭暴力與性侵害防治委員會及教育部所屬國立中國醫藥研究所等部門整合而成，肩負制定國家衛生福利政策之重任。

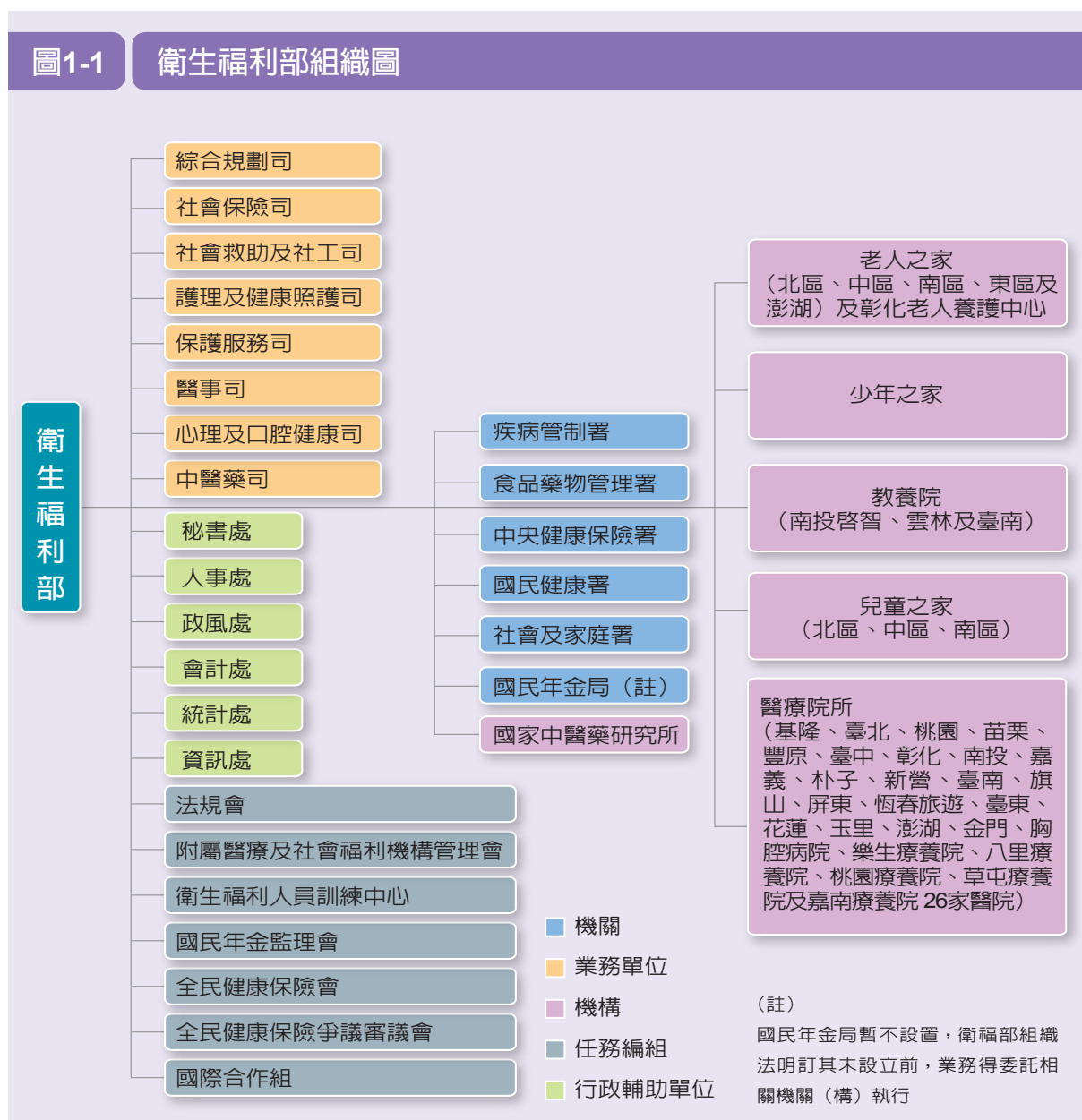
針對當前社會需求及國家發展需要，衛福部秉持全球化、在地化、創新化的思維，用心規劃施政，擬定整合性之衛生福利公共政策，以「促進全民健康與福祉」為使命，提供更符合民衆需求之服務，並

期待成為「最值得民衆信賴的部會」，為守護全民健康而努力。

第一章 組織架構

由部長綜理部務，置政務次長2人、常務次長1人及主任秘書1人，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1-1。業務涵蓋健康促進、疾病防治、醫療照護、食品藥物管理、社會保險、社會福利、社會救助、保護服務等。

圖1-1 衛生福利部組織圖



第二章 經費

105年度主管決算數共1,985億505萬3千元，其中，社會保險支出為1,538億4,530萬3千元，占決算之77.50%；醫療保健支出為193億5,576萬9千元，占決算之9.75%；福利服務支出為193億975萬9千元，占決算之9.73%；科學支出為44億8,271萬9千元，占決算之2.26%；社會救助支出為14億2,923萬3千元，占決算之0.72%；教育支出為8,227萬元，占決算之0.04%，如圖1-2。

第三章 施政目標

第一節 年度施政目標

依據行政院105年所訂施政方針，配合中程施政計畫及預算額度，並針對當前社經情勢變化及未來發展需要，訂定105年度施政計畫目標如圖1-3，以達成促進全民健康與福祉之使命。

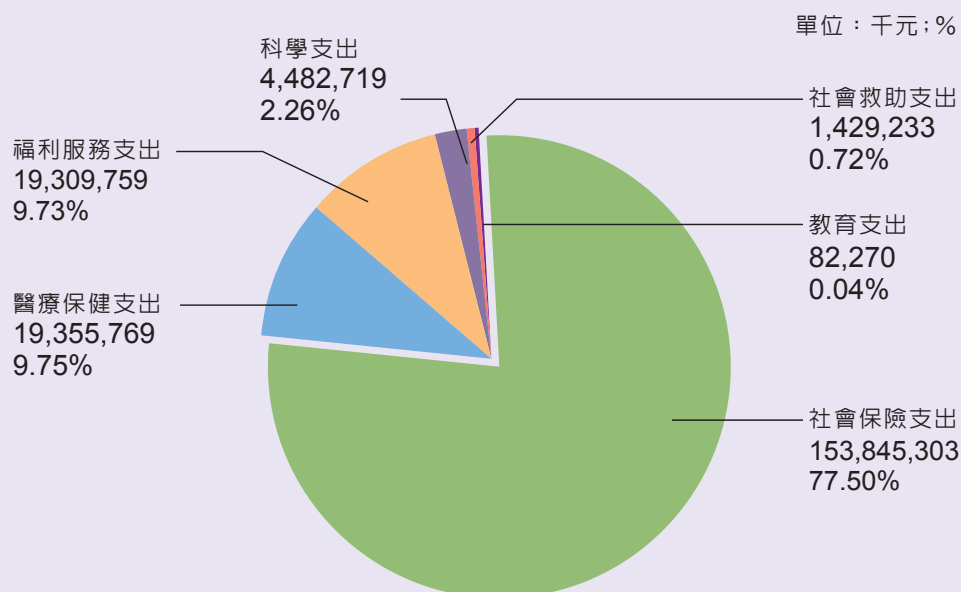
第二節 性別平等政策

為促進性別平等，呼應國際重視性別平等議題之潮流，衛福部持續推動性別主流化計畫，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）相關政策。

為提升健康、醫療與社會福利領域之性別平等，衛福部積極制定具性別觀點之女性健康照顧政策與行動計畫、建構孕產婦完善之照顧服務、落實生育風險醫療制度，優化女性生產環境，以及持續改善出生性別比；規劃安心安全之居家托育服務，建立完整的兒童照顧服務體系，減輕家庭照顧者之負擔、宣導性別平等之家務分工；結合民間團體辦理婦女議題發聲平台，辦理各項婦女培力活動，強化女性社會參與、消除對女性的暴力行為與歧視，推動性別暴力防治等相關政策。

圖1-2 105年度衛生福利經費決算分布圖

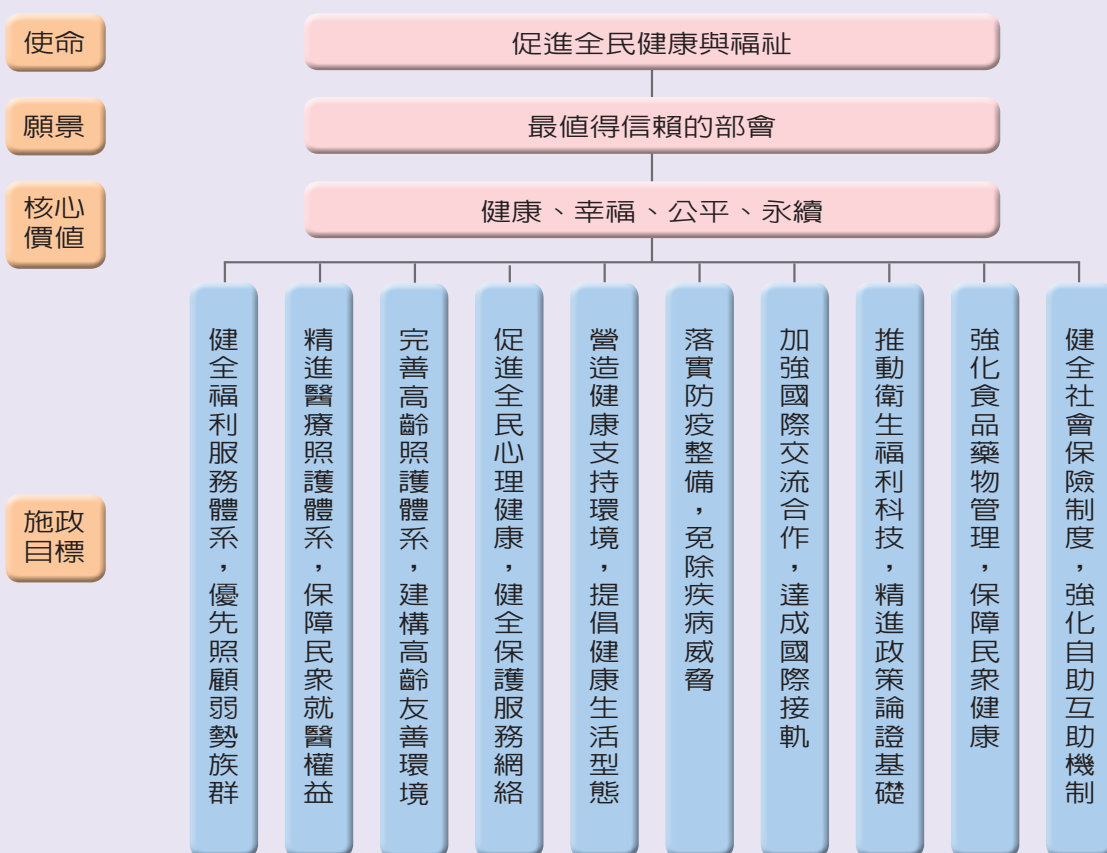


因應我國新移民人口持續增加，為維護新移民女性之健康及福利權，衛福部結合各地方政府衛生局執行「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，以培訓通譯員，提供新移民醫療保健資訊之通譯服務。另補助民間團體辦理外籍配偶生活適應輔導班及促進多元文化融合適應服務，以減少新移民配偶及其子女因文化、語言及生活適應所產生之社會排除現象，建立友善之社會生活環境。

整體而言，衛福部除透過積極立法保障女性相關權益，也從傳統聚焦我國女性議題，擴大保障至新移民、外籍人士之相關權益保障。

同時，透過融入性別觀點的政策施行，逐步落實以人為本的性別平等的友善社會環境。

圖1-3 衛生福利部105年施政目標



2 衛生福利重要指標

12 | 第一章 人口指標

14 | 第二章 生命指標

18 | 第三章 國民醫療保健支出

18 | 第四章 社會福利指標

23 | 第五章 國際比較



隨國民所得提高、生活環境與國民營養改善、醫藥衛生進步及醫療保健意識增強，國人平均壽命逐年延長，加上戰後嬰兒潮人口邁入老年期，以及少子女化趨勢，衍生之人口老化的健康與照護議題益受重視，除影響著國民醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）與資源配置外，亦牽動國家整體經濟成長動能。本篇將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、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

105年底我國戶籍登記人口總數計2,354萬人，較104年底增2.0%，其中男性1,172萬人，增0.6%，女性1,182萬人，增3.4%，人口性別比例(男性人口數/女性人口數)降為99.1。

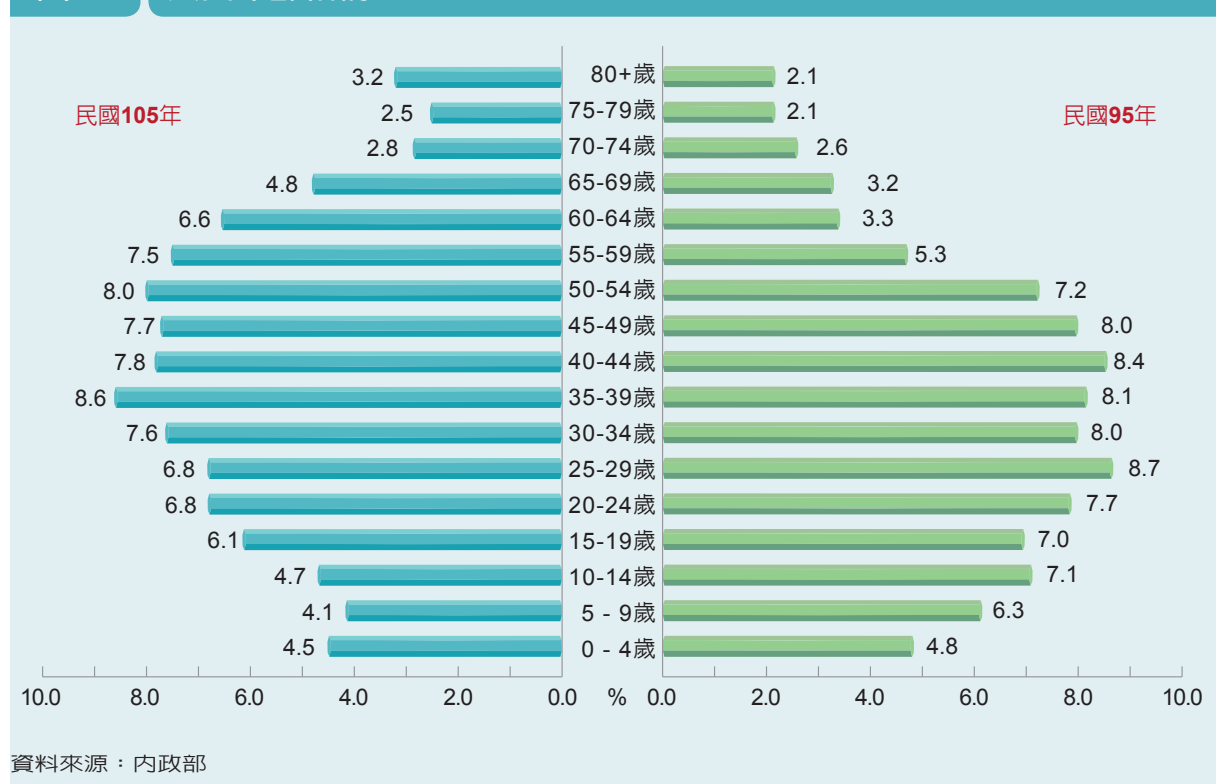
人口密度持續微增，105年底每平方公里人口達650人，以臺北市9,918人最為稠密，花蓮縣、臺東縣則分別僅71人及63人。

第一節 人口年齡結構

少子女化及平均壽命延長影響，人口年齡結構明顯呈現幼年人口比率降低，老年人口比率提高之現象。我國0-14歲幼年人口占總人口比率，由95年18.1%降至105年13.3%，65歲以上老年人口占比於82年突破7.0%，進入高齡化國家之列後，持續提高，105年升至13.2%，人口高齡化特徵益趨明顯，如圖2-1。

就性別觀察，女性人口高齡化狀況較男性更為明顯，105年女性老年人口占14.2%，高於男性之12.2%；女性幼年人口占12.7%，低於男性之14.0%，如圖2-2。

圖2-1 人口年齡結構



扶養比【(0-14歲人口+65歲以上人口)/15-64歲人口*100】由70年56.3%降至105年36.1%，主因扶幼比【0-14歲人口/15-64歲人口*100】由49.4%快速下降

至18.2%，而扶老比【65歲以上人口/15-64歲人口*100】則由6.9%平穩上升至18.0%所致，如圖2-3。

圖2-2 民國105年男女性人口結構

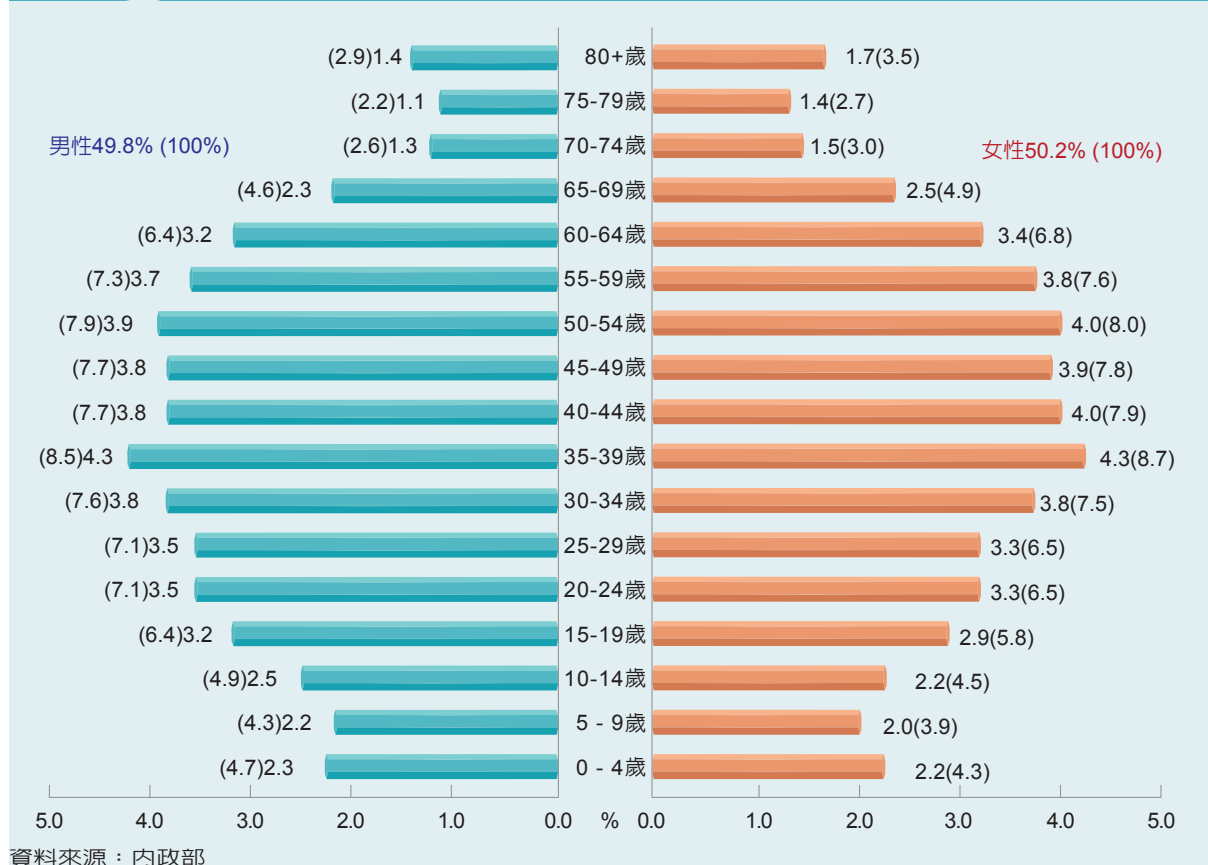
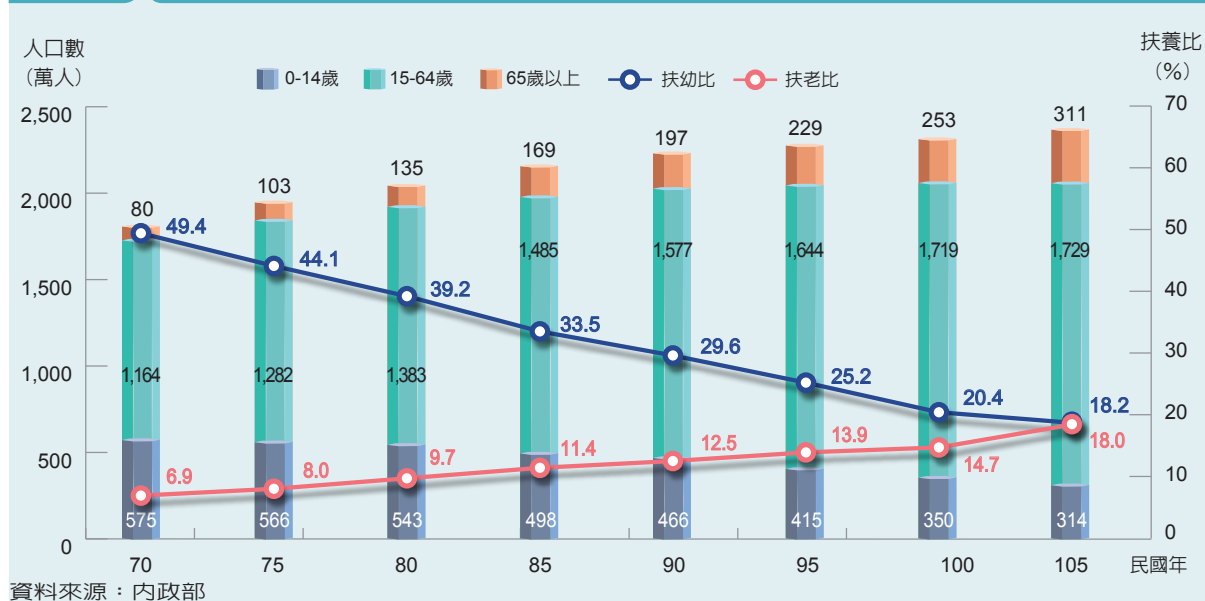


圖2-3 歷年人口年齡結構與扶養比



第二節 出生及死亡概況

隨著社會與經濟環境變遷，國人之生育率長期呈下滑趨勢，致粗出生率【出生數/年中人口數*1,000】由70年代初期之逾20‰降至90年代不及10‰，105年降為8.9‰；粗死亡率【死亡數/年中人口數*1,000】則因高齡人口比重提高，由70年代之近5‰遞升至105年7.3‰，綜上影響，人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】由70年代之逾10‰，降至105年之僅約1.5‰，如圖2-4。

第三節 平均餘命

就國人平均餘命整體變動觀察，105年國人0歲平均餘命(即平均壽命)為80.0歲，10年來增加2.1歲。男、女性平均壽命分別為76.8歲及83.4歲，10年來男性增加1.9歲，女性增加2.0歲，顯示女性較男

性長壽，且兩性壽命之差距有逐漸擴大的趨勢，如圖2-5及附錄一表2。

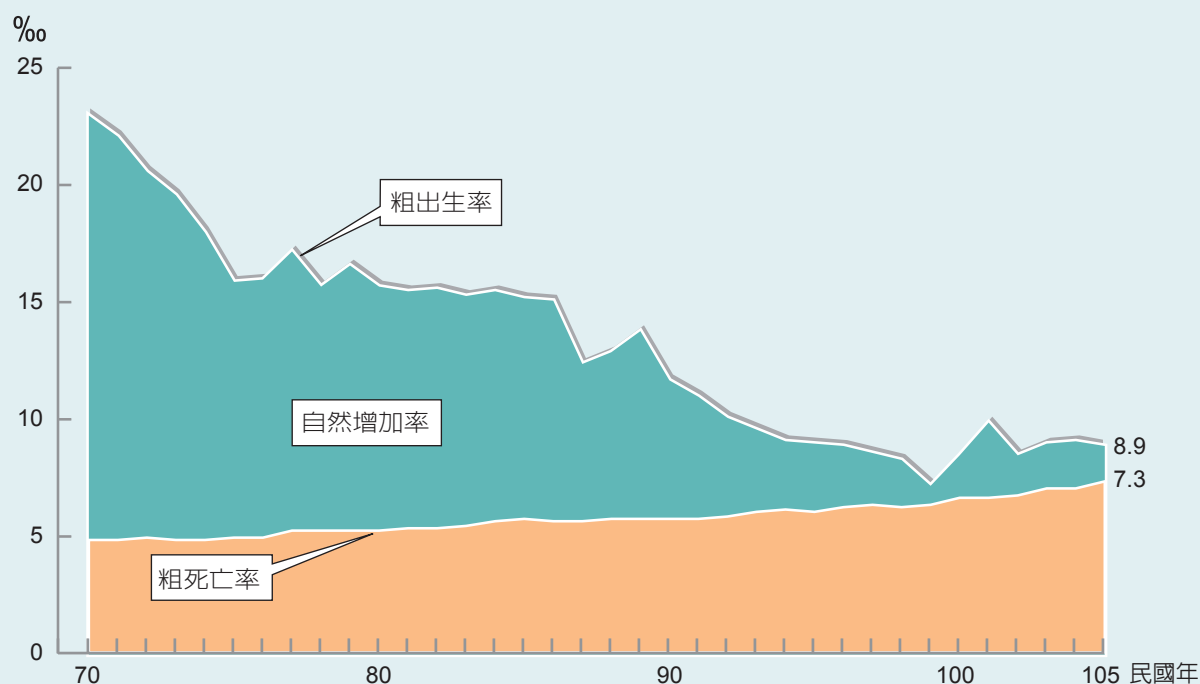
第二章 生命指標

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。

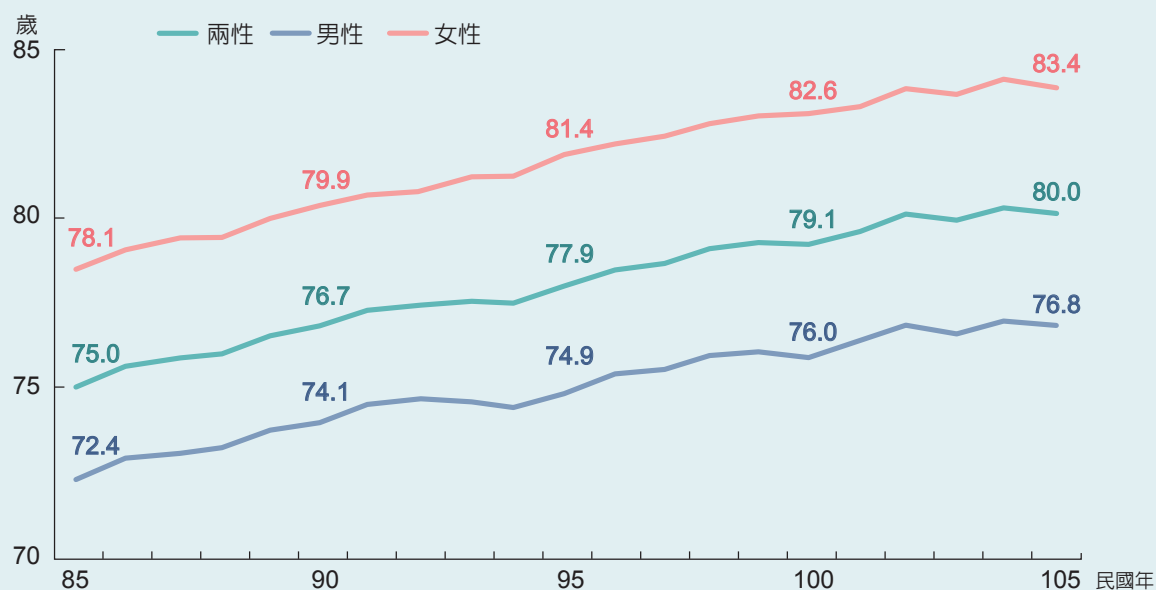
105年國人死亡人數17萬2,418人，死亡率為每十萬人口733.2人，較104年上升5.2%，較95年上升23.9%。標準化死亡率【依世界衛生組織(World Health Organization, WHO)編布之2000年世界標準人口年齡結構調整計算】439.4人，較104年上升1.8%，較95年下降11.3%。

圖2-4 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



資料來源：內政部

圖2-5 歷年國人0歲平均餘命



資料來源：內政部

105年十大死因死亡人數占總死亡人數之76.8%，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)肺炎；(4)腦血管疾病；(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95年比較，順位上升者有心臟疾病、肺炎及高血壓性疾病，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、慢性肝病及肝硬化與自殺，如圖2-6。

第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據103年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口479.5人和400.9人；如依WHO編布之2000年世界標準人口年齡結構調整計算，男、女性

標準化發生率分別為每十萬人口341.4人和271.4人，男女十大癌症發生統計如表2-1。

二、癌症死因

105年國人惡性腫瘤死亡人數4萬7,760人，占總死亡人數之27.7%，死亡率為每十萬人口203.1人，較104年上升1.8%，較95年上升22.0%。標準化死亡率126.8人，較104年下降0.9%，較95年下降9.0%。

105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)卵巢癌。與95年比較，順位上升者有口腔癌、前列腺癌、胰臟癌及卵巢癌，順位下降者有胃癌及子宮頸癌，如圖2-7。

圖2-6

十大死因之變化

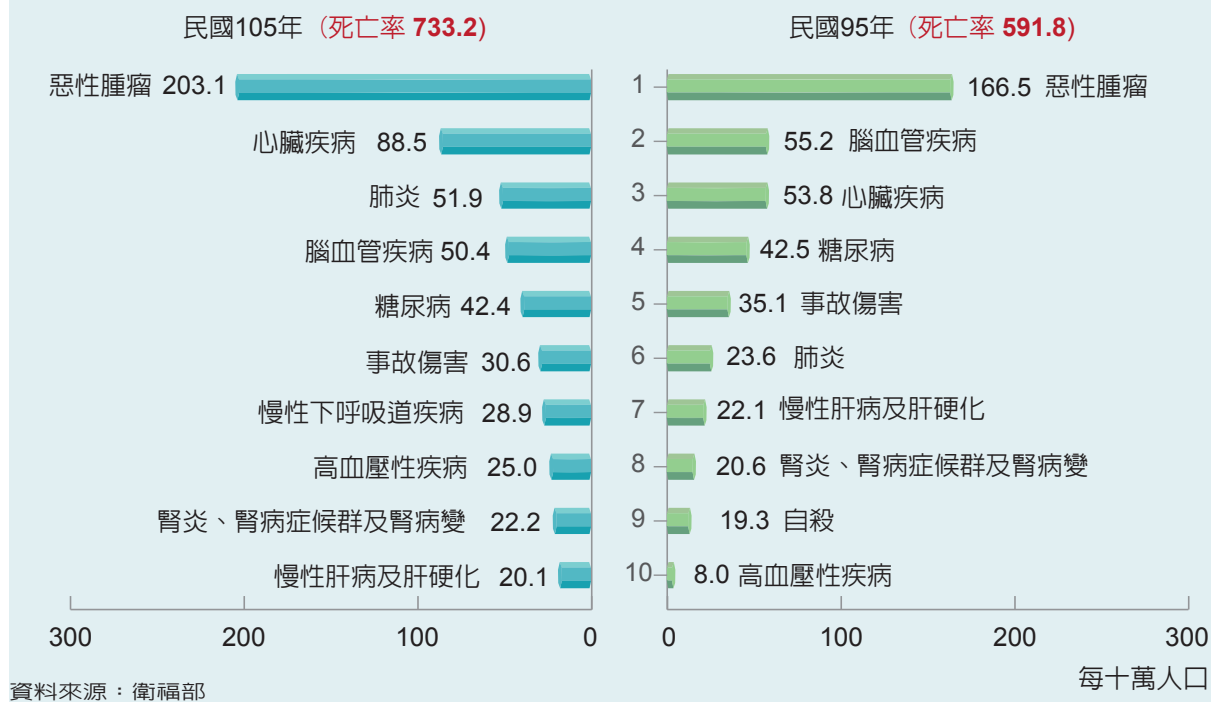


表2-1

民國103年國人十大癌症發生統計

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	9,006	53.9	1	女性乳房	11,769	70.7
2	肝及肝內膽管	7,810	47.3	2	大腸	6,758	36.5
3	肺、支氣管及氣管	7,326	43.3	3	肺、支氣管及氣管	5,136	28.0
4	口腔、口咽及下咽	6,922	42.9	4	肝及肝內膽管	3,548	19.1
5	攝護腺	4,904	29.1	5	甲狀腺	2,535	16.6
6	食道	2,448	14.8	6	子宮體	2,257	13.3
7	胃	2,328	13.3	7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,447	9.1
8	皮膚	2,036	11.9	8	子宮頸	1,452	8.5
9	膀胱	1,601	9.3	9	皮膚	1,638	8.4
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,387	8.7	10	胃	1,458	7.8
全癌症		56,093	341.4	全癌症		47,054	271.4

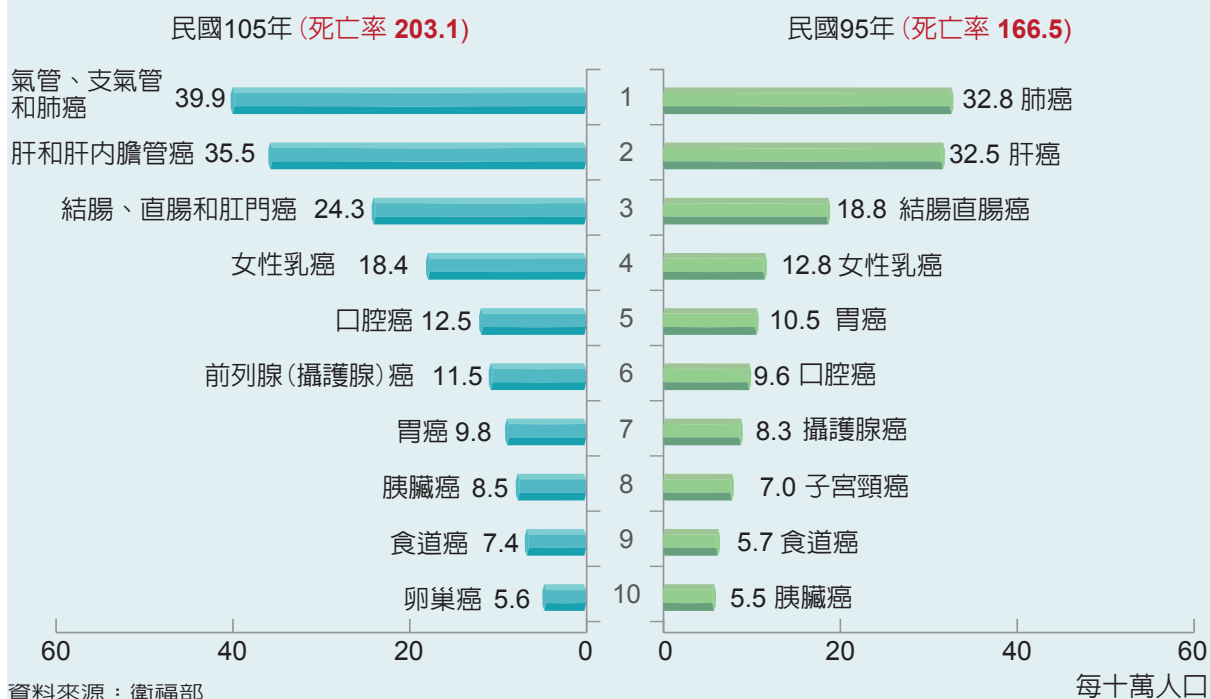
資料來源：癌症登記資料（不含原位癌）

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2-7 十大癌症死因之變化

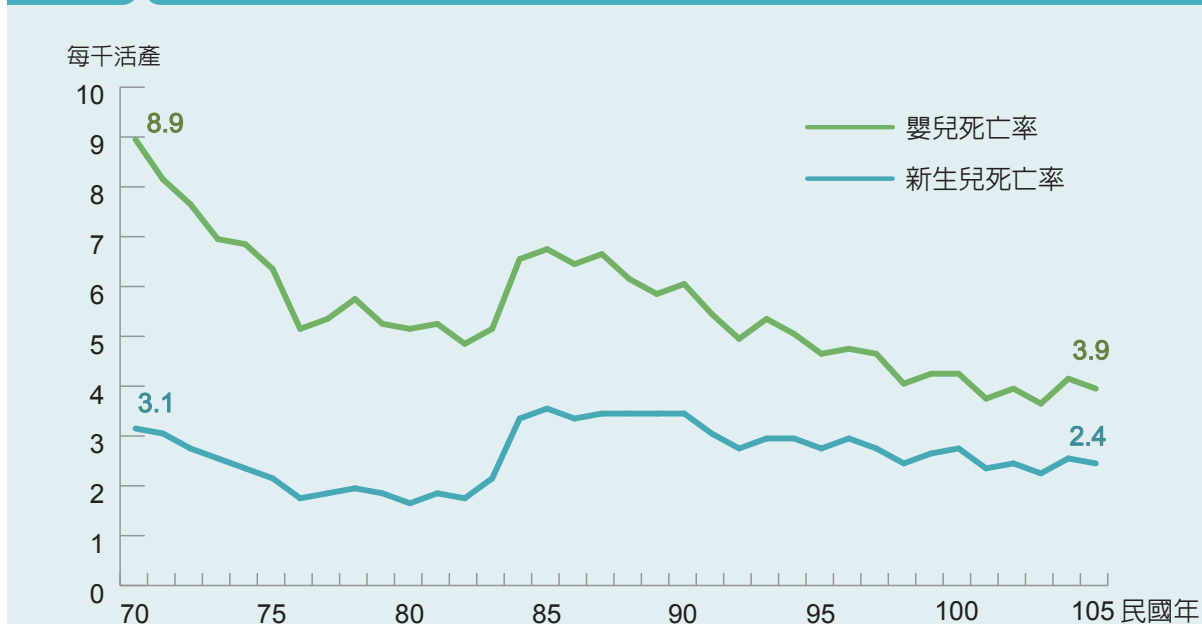


第三節 嬰兒及新生兒死亡率

隨著公共衛生之進步，嬰兒死亡率【嬰兒出生未滿1歲死亡數/活產嬰兒數*1,000】及新生兒死亡率【嬰兒出生未滿

4週死亡數/活產嬰兒數*1,000】除因84年出生通報實施而略有上升外，大致呈現下降趨勢；嬰兒死亡率由70年的8.9‰降至105年的3.9‰，同期間新生兒死亡率由3.1‰降至2.4‰，如圖2-8。

圖2-8 歷年嬰兒及新生兒死亡率



資料來源：衛福部

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(NHE)

接受良好的醫療照護是國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。

我國NHE呈現穩定上升，104年達10,292億元；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NHE仍將續呈增加趨勢。

NHE占國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)比由94年之6.2%降為104年之6.1%；平均每人NHE由94年之3萬2,878元呈逐年上升，至104年達4萬3,864元，平均年增率為2.9%，如圖2-9。

第四章 社會福利指標

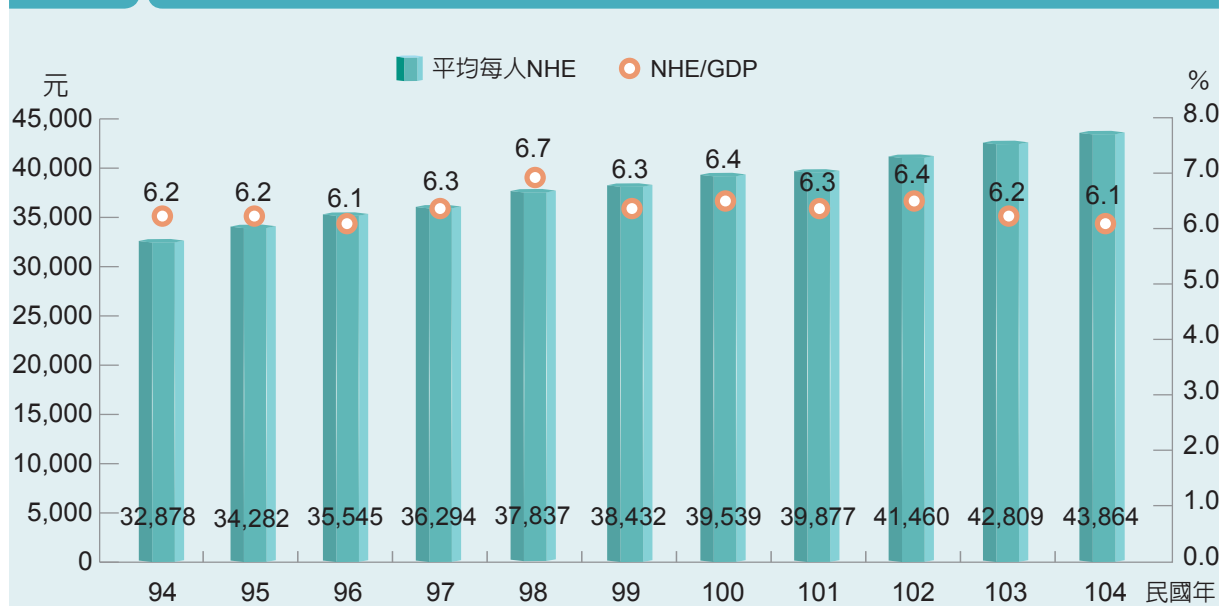
第一節 低收入戶及中低收入戶

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105年底低收入戶及中低收入戶計有26萬4,257戶（低收入戶14萬5,176戶、中低收入戶11萬9,081戶）及68萬9,937人（低收入戶33萬1,776人、中低收入戶35萬8,161人），分別占全國總戶數之3.1%及總人口數之2.9%。

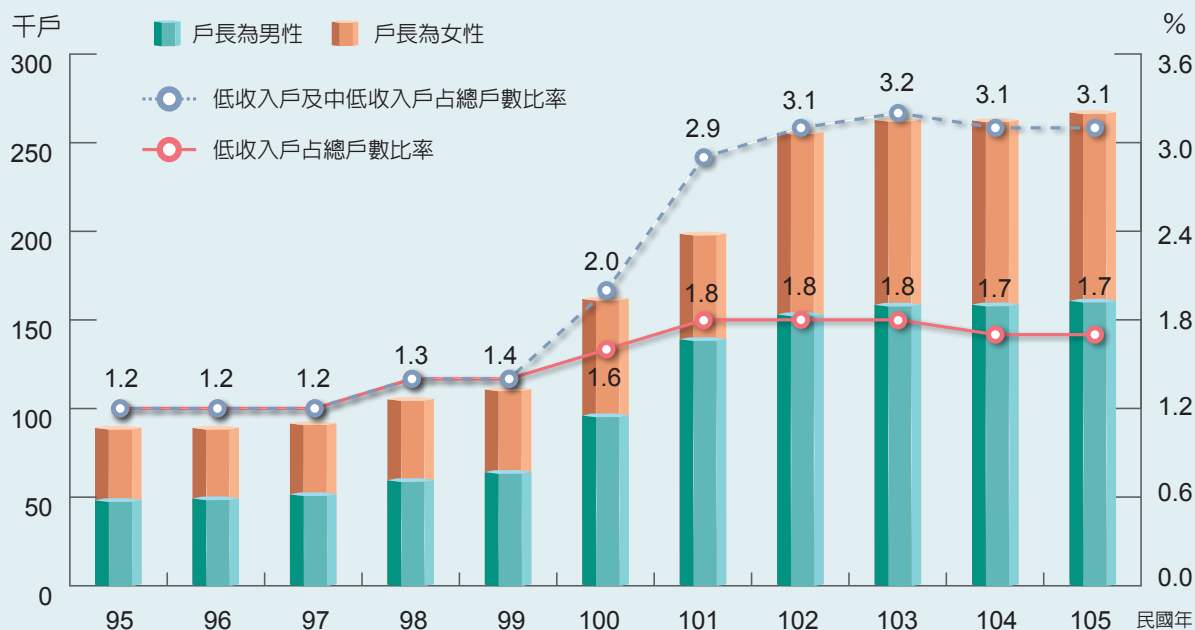
若以性別觀察，低收入戶及中低收入戶之戶長為男性家庭者，計16萬74戶，女性戶長計10萬4,183戶，男女差距倍數為1.54倍(全國1.37倍)；低收入戶及中低收入戶內人口中，男性計35萬2,279人，女性計33萬7,658人，男女差距倍數為1.04倍(全國0.99倍)，如圖2-10及2-11。

圖2-9 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE



資料來源：衛福部

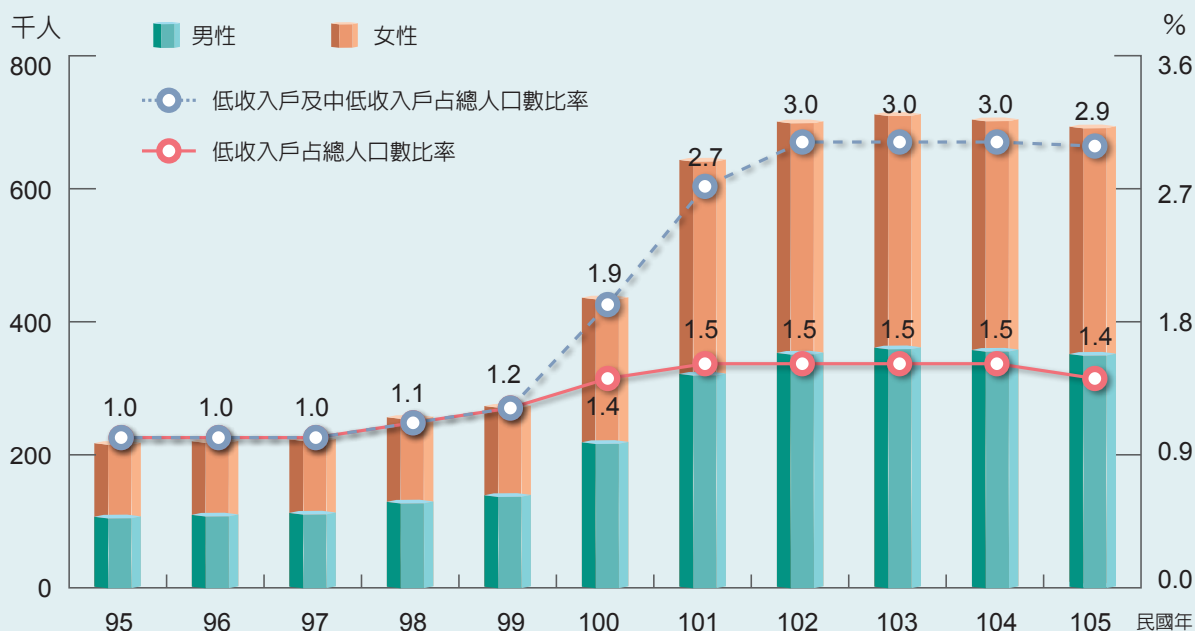
圖2-10 歷年低收入戶及中低收入戶戶數



資料來源：衛福部

備註：自100年7月1日起，將中低收入戶納入社會救助保障範圍；最低生活費訂定方式由最近一年平均每人消費支出60%，改為每人可支配所得中位數60%；家庭應計算人口排除兄弟姊妹。

圖2-11 歷年低收入戶及中低收入戶人數



資料來源：衛福部

備註：自100年7月1日起，將中低收入戶納入社會救助保障範圍；最低生活費訂定方式由最近一年平均每人消費支出60%，改為每人可支配所得中位數60%；家庭應計算人口排除兄弟姊妹。

第二節 身心障礙者

105年底領有身心障礙證明(手冊)者計117萬199人，占總人口之5.0%，其中男性66萬2,800人，占56.6%；女性50萬7,399人，占43.4%。

與95年比較，身心障礙者人數增加18萬9,184人或19.3%，主因壽命延長，較高齡之身心障礙人數增幅顯著。105年0-14歲及15-44歲身心障礙者較95年分別減少18.0%及8.5%，45-64歲及65歲以上者則分別增加32.4%及33.8%，如表2-2。

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，

105年被害人口率為每十萬人口405人，較95年增加128人，其中男、女性分別為每十萬人口231人及567人，女性為男性2.5倍，如圖2-12。

若以通報案件類型觀察，「婚姻、離婚或同居關係」占55.3%，「兒少保護」占13.8%，「老人虐待」占6.0%，如圖2-13。

第四節 兒童及少年保護

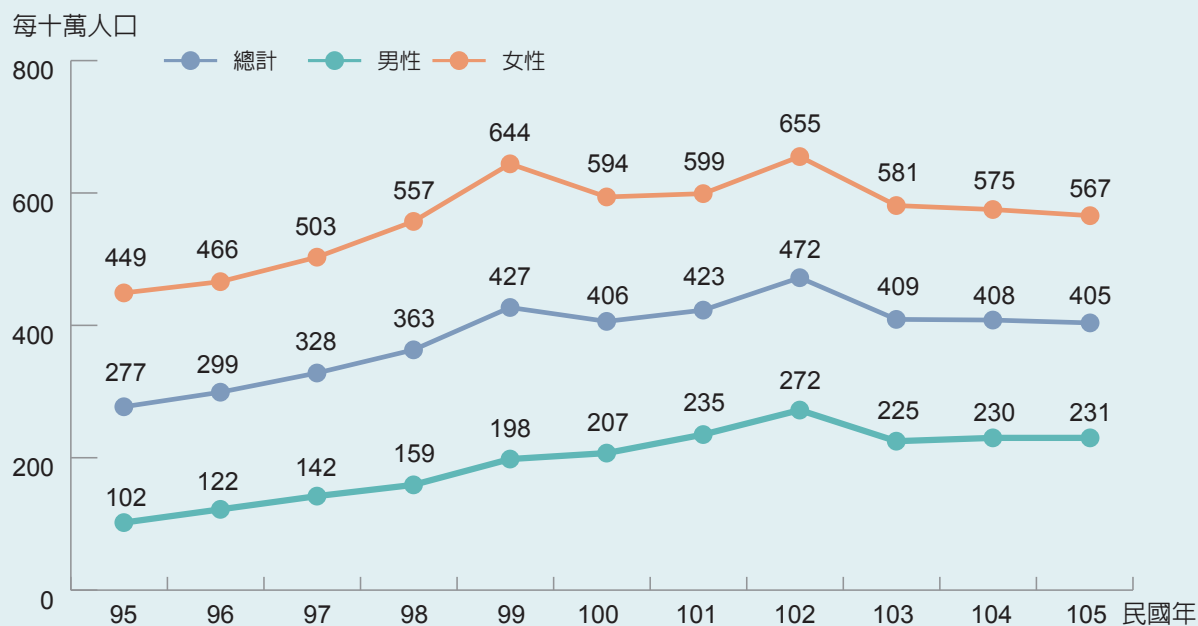
95年受虐兒童及少年人數為1萬93人，之後逐年上升，至101年達1萬9,174人高峰後逐年下降，至105年為9,461人，較95年減少6.3%。以性別及年齡別觀察，受虐兒童(未滿12歲)人數呈現男高於女，12-17歲少年則呈女高於男；在安置保護部分，主要以安置於個案家中占86.0%，如表2-3及圖2-14。

表2-2 歷年身心障礙人口數-按性別及年齡分

年底別 (民國 年)	性別 (人)			按年齡分 (人)				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	
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
105年	1,170,199	662,800	507,399	39,382	244,569	417,339	468,909	5.0

資料來源：衛福部

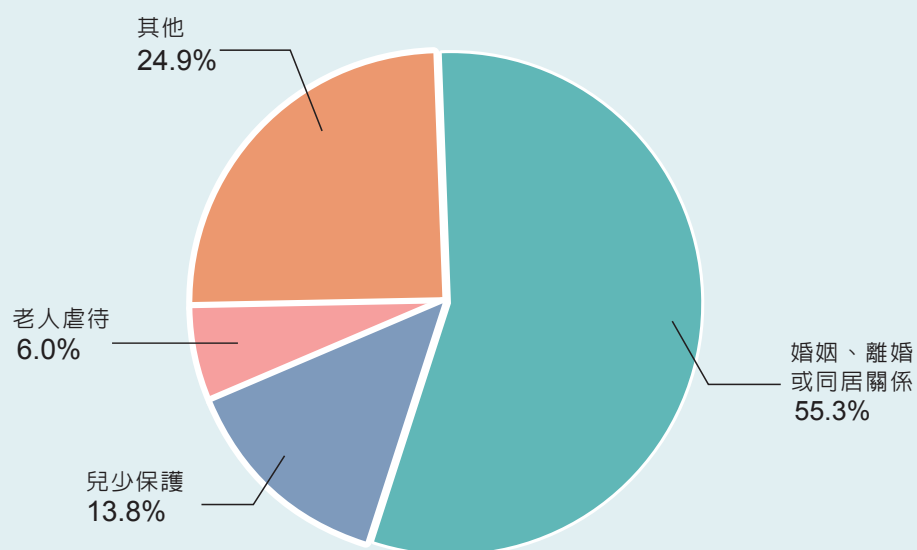
圖2-12 歷年家庭暴力被害人口率



資料來源：衛福部

備註：家庭暴力被害人口率=通報家庭暴力案件被害人數/年中人口數*100,000。

圖2-13 民國105 年家庭暴力通報案件類型



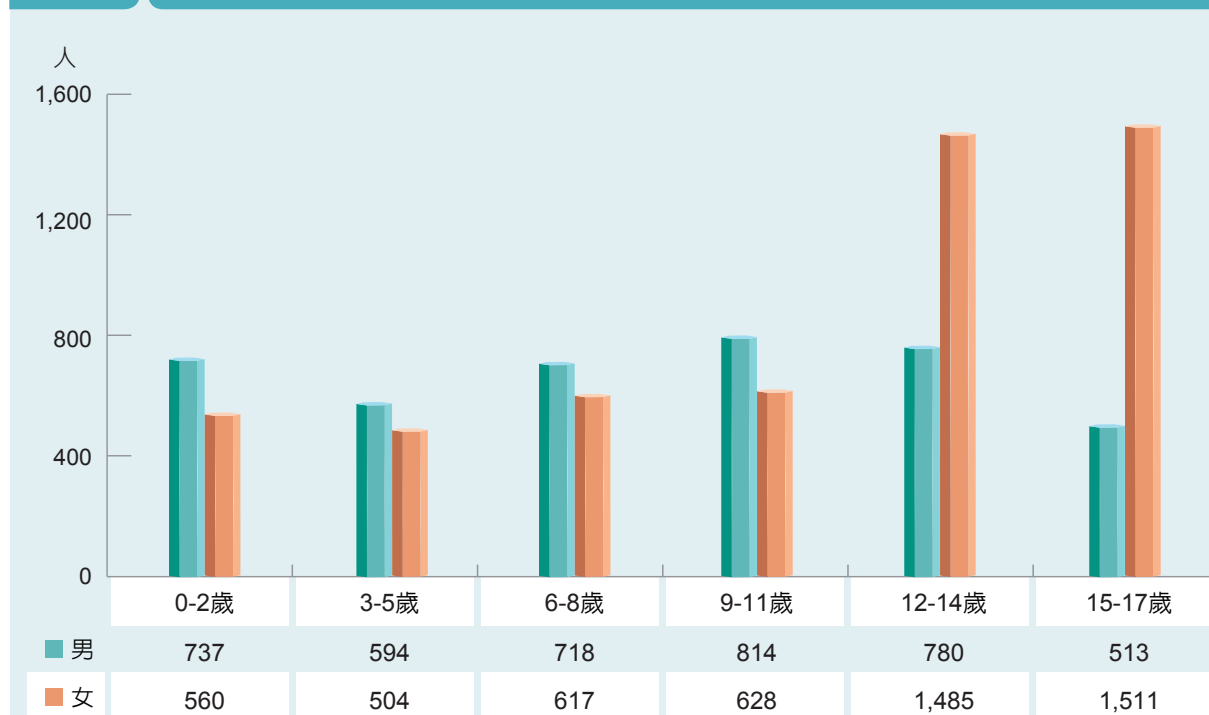
資料來源：衛福部

表2-3 歷年兒少保護情形

年底別 (民國 年)	受虐人數 (人)			安置保護 (人次)			
	總計	男性	女性	個案仍 住家中	緊急安置	繼續安置	其他
95年	10,093	5,145	4,948	8,113	801	749	412
96年	13,566	6,435	7,131	11,314	891	897	418
97年	13,703	6,760	6,943	11,893	918	681	461
98年	13,400	6,646	6,754	11,798	625	609	814
99年	18,331	8,839	9,492	15,848	748	929	746
100年	17,667	8,277	9,390	13,603	953	2,268	789
101年	19,174	9,102	10,072	15,753	989	1,415	1,017
102年	16,322	7,616	8,706	12,808	579	1,146	1,789
103年	11,589	5,304	6,285	9,916	595	1,227	495
104年	9,604	4,649	4,955	9,555	396	847	217
105年	9,461	4,156	5,305	8,897	384	858	202

資料來源：衛福部

圖2-14 民國105年受虐兒少人數-按性別及年齡分



資料來源：衛福部

第五章 國際比較

第一節 平均餘命

依據2016 World Health Statistics資料顯示，2015年世界主要國家男性0歲平均餘命以澳大利亞80.9歲最高；我國為77.0歲。

2015年世界主要國家女性0歲平均餘命以日本86.8歲最高；我國為83.6歲，如表2-4。

第二節 人口自然增加率

依據2016 World Population Data Sheet資料顯示，2016年全球人口為74.2

億人，人口自然增加率為12‰，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2‰。

2016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1.2人；另全球出生率為20‰，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。

表2-4 2015年世界主要國家0歲平均餘命

單位：歲

	兩性	男 性	女 性
全球	71.4	69.1	73.8
中華民國	80.2	77.0	83.6
日本	83.7	80.5	86.8
南韓	82.3	78.8	85.5
美國	79.3	76.9	81.6
加拿大	82.2	80.2	84.1
英國	81.2	79.4	83.0
德國	81.0	78.7	83.4
法國	82.4	79.4	85.4
澳大利亞	82.8	80.9	84.8
紐西蘭	81.6	80.0	83.3

資料來源：內政部、2016 World Health Statistics

表2-5 世界主要國家人口概況

	2016年 年中人口 (百萬人)	人口預測 (百萬人)		2050 vs 2016年 人口 倍數比	2016年 總生育率 (每一婦 女)	2016年 粗出生率 (‰)	2016年 粗死亡率 (‰)	2016年 人口自然 增加率 (‰)
		2030年	2050年					
全球	7418.0	8539.0	9869.0	1.3	2.5	20	8	12
中華民國	23.5	23.3	20.5	0.9	1.2	9	7	2
日本	125.3	116.7	100.6	0.8	1.5	8	10	-2
南韓	50.8	52.2	48.1	0.9	1.2	9	5	4
美國	323.9	359.4	398.3	1.2	1.8	12	8	4
加拿大	36.2	41.0	46.9	1.3	1.6	11	8	3
英國	65.6	71.0	77.0	1.2	1.8	12	9	3
德國	82.6	83.3	81.0	1.0	1.5	9	11	-2
法國	64.6	68.5	72.3	1.1	1.9	12	9	3
澳大利亞	24.1	30.9	41.3	1.7	1.8	13	7	6
紐西蘭	4.7	5.3	5.9	1.3	2.0	13	7	6

資料來源：內政部、2016 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

備註：人口自然增加率=粗出生率-粗死亡率。

第三節 扶養比

依據2016 World Population Data Sheet資料顯示，2016年全球扶養比為52%，世界主要國家扶養比以日本67%最高，法國56%居次、英國及紐西蘭54%第三；我國為36%，低於全球扶養比且於主要國家中屬較低者，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99.9人為最低、我國為130.2人；運輸事故以英國2.6人最低、我國為12.1人；自殺以英國6.5人最低、我國為11.8人；新生兒死亡率以日本每千活產0.9人為最低、我國為2.5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)折算，2014年我國平均每人經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)為2,715美元，低於經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)中位數3,870美元，與OECD會員國比較，居第22位；平均每人GDP為4萬6,250美元(USD PPPs)，則高於OECD中位數3萬7,712美元，居第10位，致我國CHE占GDP比率僅5.9%，較OECD中位數低3.2個百分點，屬相對較低之國家，如表2-8。

表2-6 2016年世界主要國家扶養比

	年中人口 (百萬人)	人口結構			扶養比 (%)	扶幼比 (%)	扶老比 (%)
		0-14歲 (%)	15-64歲 (%)	65歲以上 (%)			
全球	7418.0	26	66	8	52	39	12
中華民國	23.5	13	74	13	36	18	18
日本	125.3	13	60	27	67	22	45
南韓	50.8	14	72	14	39	19	19
美國	323.9	19	66	15	52	29	23
加拿大	36.2	16	68	16	47	24	24
英國	65.6	18	65	17	54	28	26
德國	82.6	13	66	21	52	20	32
法國	64.6	18	64	18	56	28	28
澳大利亞	24.1	19	66	15	52	29	23
紐西蘭	4.7	20	65	15	54	31	23

資料來源：內政部、2016 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

備註：1.扶養比= (0-14歲人口+65歲以上人口) /15-64歲人口*100。

2.扶幼比= (0-14歲人口) /15-64歲人口*100。

3.扶老比= (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死亡率

	年別	惡性腫瘤 標準化 (每十萬人口)	運輸事故 標準化 (每十萬人口)	自殺 標準化 (每十萬人口)	新生兒 死亡率 (每千活產)
中華民國	2014	130.2	12.1	11.8	2.5
日本	2014	99.9	3.0	15.4	0.9
南韓	2013	102.9	9.5	22.4	1.6
美國	2014	109.2	11.0	11.9	3.6
加拿大	2012	118.4	6.7	9.8	3.2
英國	2013	125.5	2.6	6.5	2.4
德國	2014	116.3	4.0	8.6	2.1
法國	2013	116.3	4.5	11.7	2.2
澳大利亞	2012	108.6	6.2	10.3	2.2
紐西蘭	2012	121.4	8.6	12.1	3.1

資料來源：衛福部、WHO Mortality Database、2017 World Health Statistics

備註：新生兒死亡率各國為2015年資料。

表2-8 2014年OECD會員國與我國平均每人CHE與平均每人GDP

排名	國名--以平均每人CHE排序		平均每人CHE (USD PPPs)	平均每人GDP (USD PPPs)	CHE/GDP (%)
中位數			3,870	37,712	9.1
1	美國	United States	9,024	54,407	16.6
2	瑞士	Switzerland	6,787	59,536	11.4
3	盧森堡	Luxembourg	6,682	98,460	6.3
4	挪威	Norway	6,081	65,702	9.3
5	荷蘭	Netherlands	5,277	48,253	10.9
6	德國	Germany	5,119	46,394	11.0
7	瑞典	Sweden	5,065	45,298	11.2
8	愛爾蘭	Ireland	5,001	49,377	10.1
9	奧地利	Austria	4,896	47,707	10.3
10	丹麥	Denmark	4,857	45,996	10.6
11	比利時	Belgium	4,522	43,409	10.4
12	加拿大	Canada	4,492	45,025	10.0
13	法國	France	4,367	39,301	11.1
14	澳大利亞	Australia	4,207	46,681	9.0
15	日本	Japan	4,152	36,530	11.4
16	英國	United Kingdom	3,971	40,217	9.9
17	冰島	Iceland	3,897	43,993	8.9
18	芬蘭	Finland	3,870	40,694	9.5
19	紐西蘭	New Zealand	3,537	37,712	9.4
20	義大利	Italy	3,207	35,419	9.1
21	西班牙	Spain	3,053	33,625	9.1
22	中華民國	R.O.C.	2,715	46,250	5.9
23	斯洛維尼亞	Slovenia	2,599	30,403	8.5
24	葡萄牙	Portugal	2,584	28,760	9.0
25	以色列	Israel	2,547	33,703	7.6
26	捷克	Czech Republic	2,386	31,186	7.7
27	南韓	Korea	2,361	33,395	7.1
28	希臘	Greece	2,220	26,795	8.3
29	斯洛伐克	Slovak Republic	1,971	28,327	7.0
30	匈牙利	Hungary	1,797	25,061	7.2
31	愛沙尼亞	Estonia	1,725	28,140	6.1
32	智利	Chile	1,689	22,059	7.7
33	波蘭	Poland	1,625	25,262	6.4
34	拉脫維亞	Latvia	1,295	23,548	5.5
35	墨西哥	Mexico	1,035	18,197	5.7
36	土耳其	Turkey	990	19,467	5.1

資料來源：衛福部、2016 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 Health Expenditure, CHE) 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

36 | 第三章 健康的高齡化

40 | 第四章 健康傳播、資訊與監測



為達成WHO所提出「全民健康（Health for all）」，衛福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，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

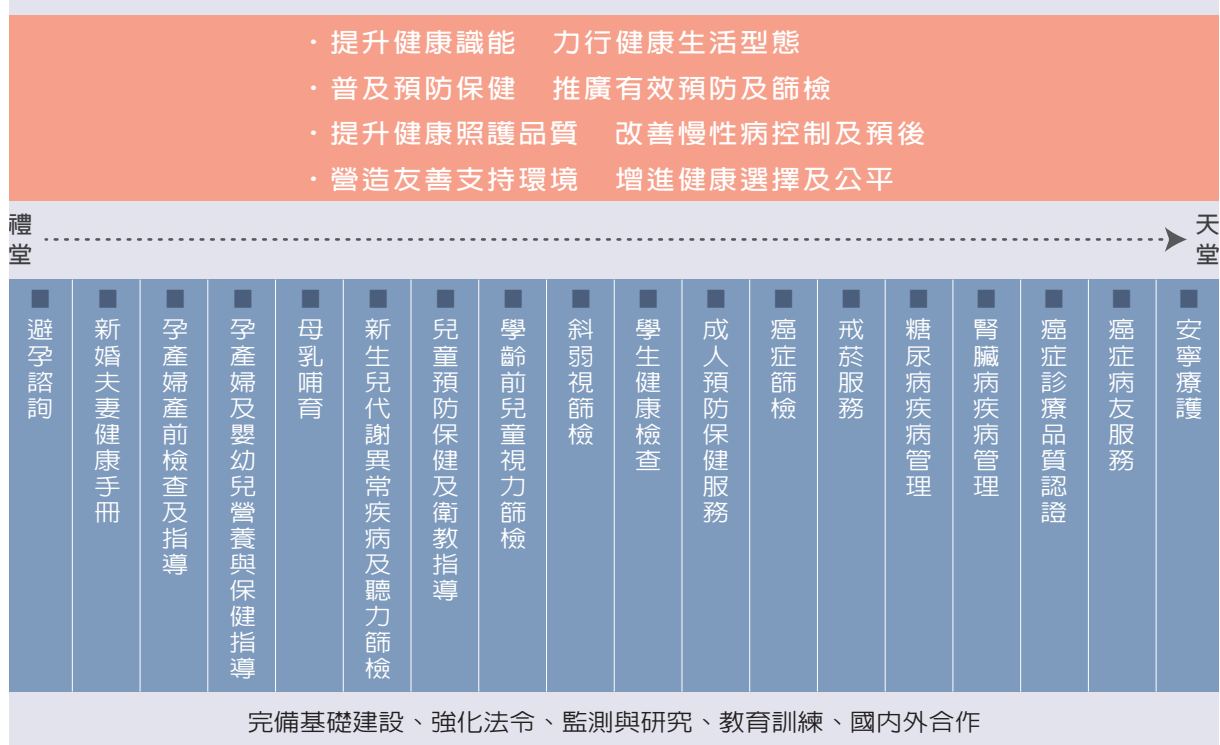
為促使我國嬰幼兒及兒童健康成長，積極推展孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年等健康促進工作，以期早期發現異常、早期矯治。

第一節 孕產婦健康

一、孕婦產前檢查

(一)提供孕婦 10 次產檢及 1 次超音波檢查，105 年平均利用率為 94.8%，產檢利用人次達 187 萬 7,683 人次，並提供 2 次產前衛教指導。

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：105年檢查18萬2,032案，篩檢率87.3%，陽性率約為21.2%。

(三)提供遺傳性疾病高危險群孕婦產前遺傳診斷檢驗補助，105年計補助5萬3,919案，發現1,542例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢。

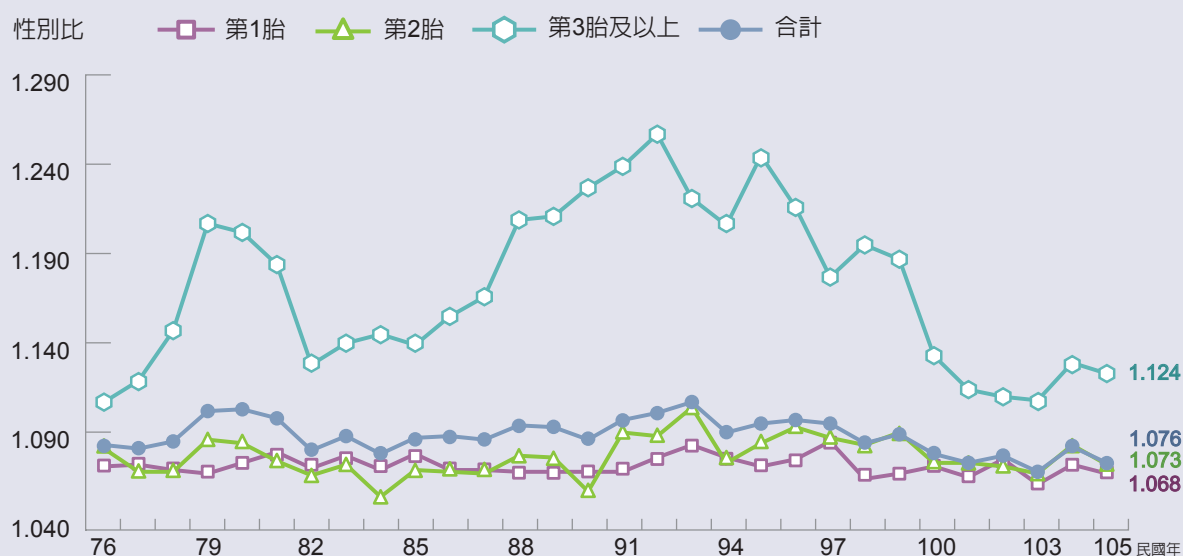
二、建置免付費孕產婦諮詢專線（0800-870-870）、雲端好孕守應用程式（Application, APP）及孕產婦關懷網站，提供孕產兒健康促進資訊。105年提供1萬7,827通諮詢，網站192萬2,028人次瀏覽，雲端好孕守APP下載數達3萬54次。

三、105年符合《公共場所母乳哺育條例》應設置哺（集）乳室公共場所計2,204處，自行設置哺集乳室場所計918處。

四、參考WHO母乳哺育政策，推動母乳親善院所認證，105年共187家通過認證，涵蓋全國79.9%出生嬰兒，6個月以下嬰兒純母乳哺育率達44.8%，已高於全球平均值38%，並接近WHO 2025年全球目標值50%。

五、出生性別比：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衆倡議等措施，保障女嬰的出生機會，我國出生性別比104年為1.083，105年降至1.076。依國家發展委員會公布之「中華民國人口推估（105年至150年）報告」設定我國125年至150年出生性別比1.07，作為每年努力之目標值，如圖3-2。

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

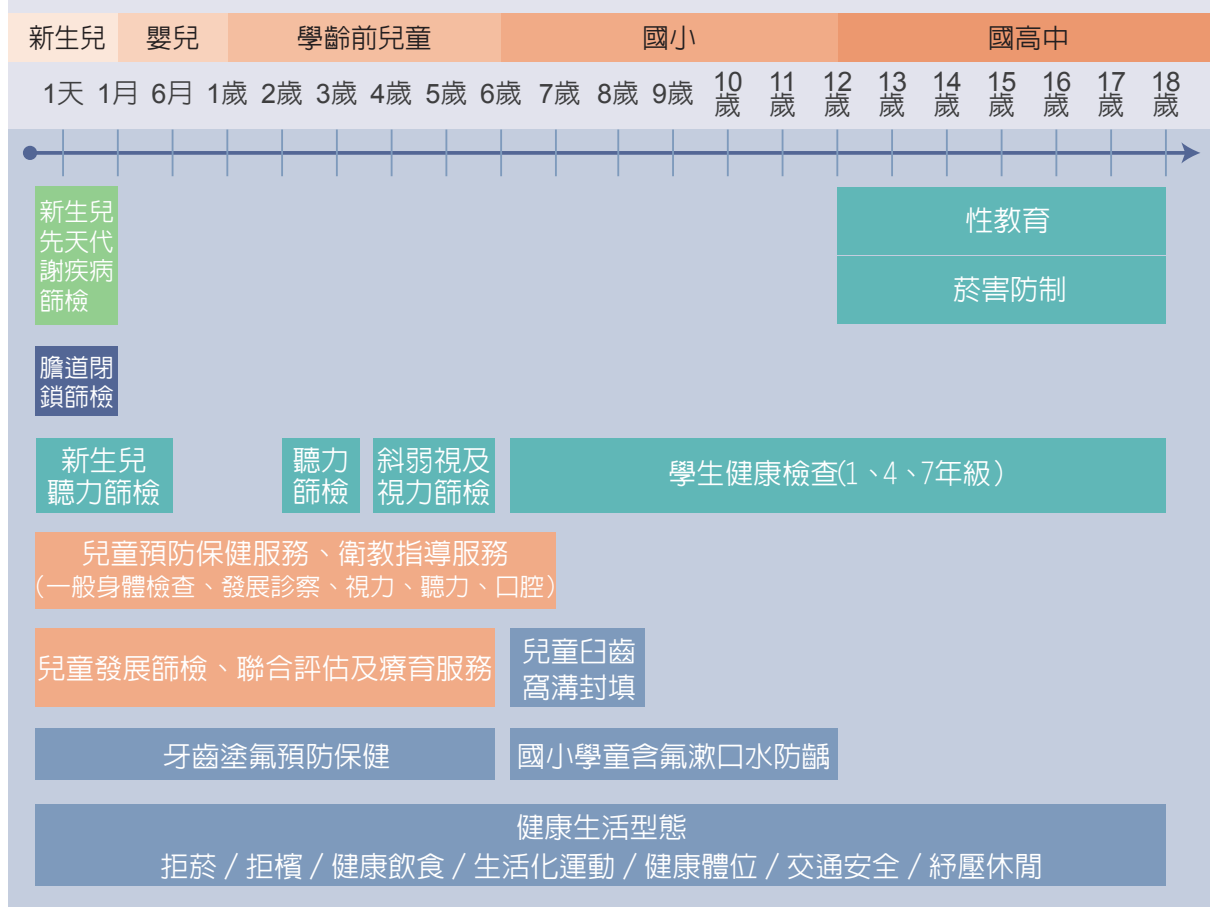
提供新生兒篩檢服務、輔導兒童發展聯合評估中心，早期發現發展遲緩兒童以早期治療；提供7次兒童預防保健及衛教；辦理兒童口腔、視力、聽力保健及青少年性健康促進計畫，如圖3-3，簡述如下：

- 一、我國新生兒出生後滿48小時即進行11項先天性代謝異常疾病篩檢，105年計篩檢20萬7,422人，篩檢率達99%以上，異常個案均追蹤轉介、確診及適當治療。
- 二、全面補助出生3個月內新生兒聽力篩檢，105年計篩檢20萬2,741人，篩

檢率達98.1%，889人確診為聽損，已轉介療育。

- 三、提供7歲以下兒童預防保健服務，105年全年服務113萬人次。7歲以下兒童衛教指導服務94萬8,334人次。105年申請加入兒童衛教指導服務方案醫師計2,823位。
- 四、輔導每縣市醫院至少設置1至4家兒童發展聯合評估中心，105年22縣市計47家，確診發展遲緩兒童總計1萬5,940人。
- 五、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」，105年篩檢率達98.5%，異常個案轉介率達98.9%。

圖3-3 嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



六、透過網站校園宣導及「青少年親善門診」，提供青少年性健康及生育保健資訊，協助解決未預期懷孕問題。設置青少年網站（性福e學園）提供正確性知識及青少年身心健康、兩性交往等資訊，105年新增8萬9,970人次瀏覽；辦理青少年性健康校園講座及親職講座計87場次，計1萬9,311人次參加；於22縣市80家醫療院所設置青少年親善門診，提供門診及諮詢服務計1萬8,142人次。

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）、不健康的飲食及身體活動不足，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，為國民營造健康的生活。

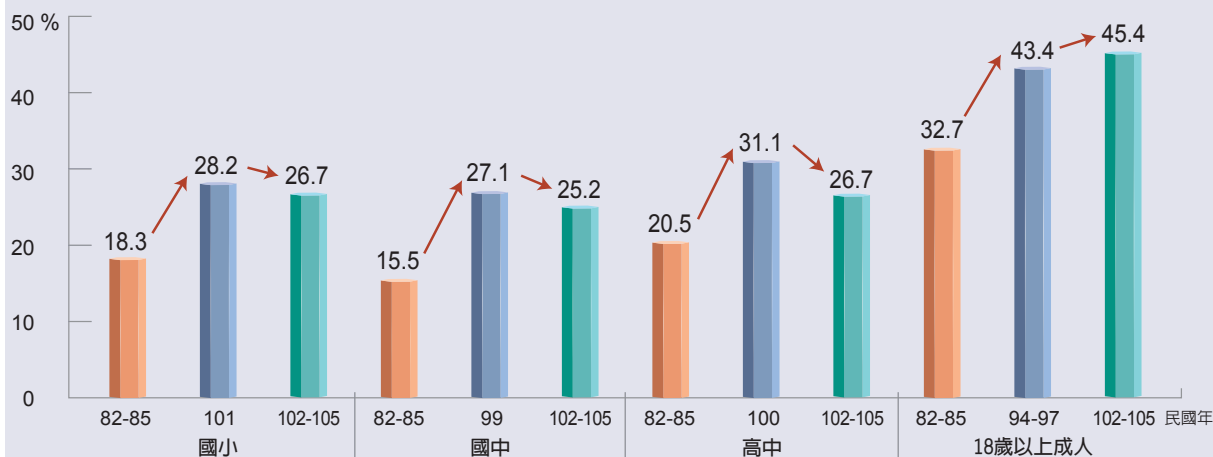
第一節 國民營養與肥胖防治

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。

105年主要策略與成果如下：

- 一、辦理校園周邊健康飲食輔導示範計畫，並輔導連鎖業者（早餐店、超商、飲料店及速食業）推出符合計畫之健康早餐套餐、減糖或無糖飲品，期能帶動產業健康化，建構學童營養、均衡的飲食環境。
- 二、推動國民營養及健康飲食促進法立法，以朝向制度性地推動飲食與營養教育，營造正向健康的飲食文化，提升國民營養知能，營造國民營養支持環境，進而改善國民飲食健康。
- 三、推動健康體重管理計畫，105年健康減重達113萬公斤，參加者中過重及肥胖比率從65.4%降為58.5%。
- 四、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3-4）

圖3-4 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. 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」

2. 18歲以上成人過重及肥胖為 BMI ≥ 24 kg/m²。

(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%），102-105年為45.4%，增加率大幅趨緩。

(二) 國小生由101年28.2%降至102-105年26.7%；國中生由99年27.1%降至102-105年25.2%；高中學生由100年31.1%降至102-105年26.7%，顯示兒童過重及肥胖率均已下降。

第二節 菸品、檳榔健康危害防制

一、推動菸害防制工作

我國自86年起開始實施《菸害防制法》，成年人吸菸率已陸續從85年的29.2%降至105年的15.3%，降幅接近一半（47.6%），如圖3-5。青少年吸菸率亦獲控制，國中學生吸菸率由93年的6.6%降至105年的3.7%，降幅達四成（44.1%）；高中職學生吸菸率由94年的15.2%降至105年的9.3%，降幅達三分之一（38.9%），如圖3-6。已逐步邁向WHO非傳染性疾病(Noncommunicable Diseases, NCD)2025年減少30%吸菸率之目標。另禁菸公共場所二手菸暴露率自97年23.7%下降至105年6.5%。

圖3-5 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。

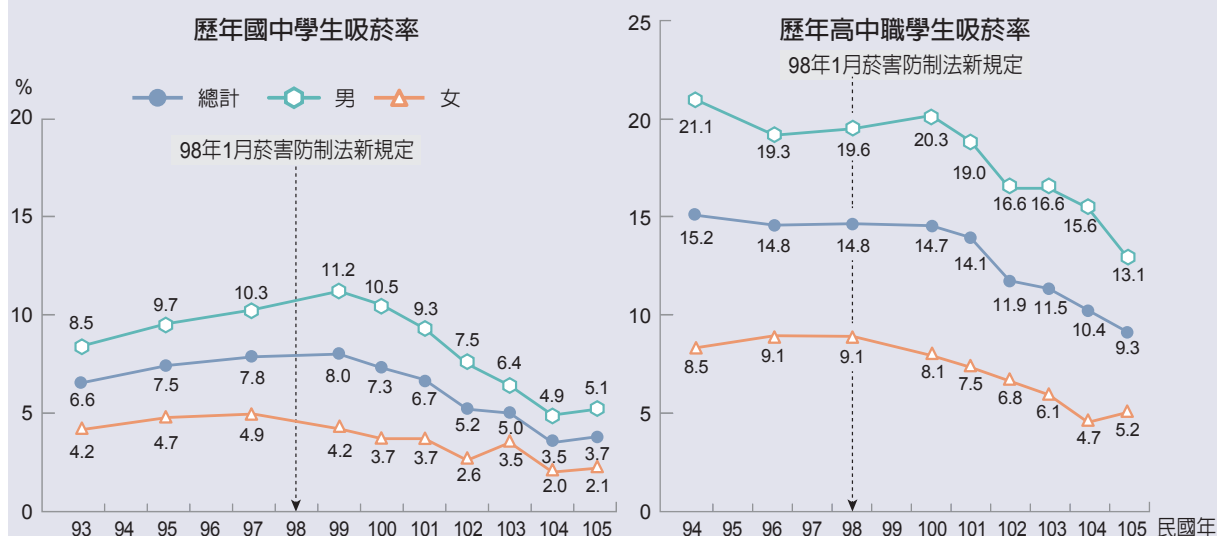
3. 91年為衛生福利部國民健康署「臺灣地區91年國民健康促進知識、態度與行為調查」。

4. 93至105年為衛生福利部國民健康署「成人吸菸行為電話調查」。

5. 88至105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105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3-6 歷年青少年吸菸率



1. 資料來源：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。

我國菸害防制與國際同步，實踐「菸草控制框架公約」與「MPOWER」(Monitor【監測】，Protect【保護】，Offer【提供】，Warning【警示】，Enforce【強制】，Raise【提高】)策略，重要工作成果如下：

(一) 營造無菸環境，落實《菸害防制法》

1. 為增進菸捐運用效益，並配合《生產事故救濟條例》制定公布，於105年10月7日修正發布《菸品健康福利捐分配及運作辦法》，以發揮菸捐最大效益。
2. 自101年起結合教育局、學校、相關局處及社區資源，推動校園周邊無菸人行道，截至105年12月止全國22縣市公告學校周邊含人行道、校門口、家長接送區禁菸之學校數達2,000校，約占全國高中職以下學校比例近6成(54.1%)。

3. 地方政府衛生局進行稽查輔導，105年全國稽查計67萬餘家次、411萬餘次、處分8,403件、罰鍰6,453萬餘元整。

(二) 提供多元戒菸服務

1. 「多元戒菸服務」：包括二代戒菸服務、戒菸專線、戒菸就贏活動及地方政府衛生局所辦理之戒菸班、社區藥局衛教諮詢服務等，105年服務85萬6,120人次；105年二代戒菸服務56萬5,472人次，成功幫助超過4萬人戒菸，短期節省預估超過2.2億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過170億元的經濟效益。
2. 提供免付費電話戒菸諮詢服務(0800-636363)，105年提供7萬7,968人次諮詢服務。

(三) 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，105年總計稽查33萬餘次、處分

502件賣菸給未滿18歲青少年、罰鍰447萬餘元。另針對未滿18歲吸菸者，105年總計稽查34萬次、處分數3,275件，完成戒菸教育3,115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，以保護青少年遠離菸品。

為瞭解連鎖便利超商等業者，是否依法不販售菸品予青少年，於105年4~9月間對22個縣市的660家菸品販賣場所，以喬裝測試方式，了解該場所是否賣菸給未滿18歲者，發現包括四大便利超商、連鎖超市、大賣場、檳榔攤、傳統商店等，有46%店家會販售菸品予未滿18歲者，其中四大便利商店違規率24.5%，但檳榔攤與傳統商店分別更高達60%及57.1%會販售菸品予青少年，顯示菸品販賣業者違規比例仍嚴重。

二、檳榔健康危害防制

- (一)加強檳榔防制宣導，結合各部會、民間團體合作營造不嚼檳榔環境，提供戒檳服務，105年服務逾萬人，成功協助近3千人減(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。男性民衆檳榔致癌的認知率由96年39.9%升至105年55.9%；18歲以上男性嚼檳率，從96年的17.2%降至105年8.4%，不到10年已減半。

- (三)加強源頭管制並輔導檳榔廢園轉作、監控復種及總種植面積，至105年農委會農糧署廢園轉作計100.2公頃。

第三節 健康的場域

衛福部依據西元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。

一、健康城市、社區、學校及職場

(一)健康城市

1. 105年臺灣地區計有13縣市及12地區獲准以非政府組織名義加入WHO西太平洋區署所支持的健康城市聯盟(Alliance For Healthy Cities, AFHC)。
2. 臺灣於105年韓國舉辦的第7屆西太平洋健康城市國際研討會共獲得8項健康城市創新成果獎分別為：高雄市、桃園市及臺北市萬華區獲得良好健康體系類獎項、臺南市獲得評價類獎項、新北市獲得健康場域及傳染病防治類獎項、高雄及台南市獲得防災、救災和適應類獎項。

(二)健康社區

推動社區健康營造計畫，105年領有志願服務手冊並實際參與社區健康營造之志工共計4,172人，辦理健康飲食衛教宣導共919場；125所學校參與「105年校園周邊健康飲食輔導示範計畫」；營造安全、便利的社區健康步道共394條；培訓健康體能種子師資806位；辦理菸酒檳榔防制踩街或遊行133場；推動無檳支持環境及無檳職場542處；辦理長者防跌宣導活動527場；進行幼兒居家安全檢視6,563戶。

(三) 健康促進學校

1. 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，推動議題包括口腔衛生、視力保健、健康體位、菸檳防制、性教育(含愛滋病防治)及全民健保(含用藥安全)等。105學年度全國大專院校以下學校計4,029校全面推動。
2. 105年於「第22屆國際健康促進暨教育聯盟(International Union of Health Promotion and Education ,IUHPE)世界健康促進研討會」辦理「Active Transportation-Active society, Healthy people」平行會議；分享臺灣推動菸品危害防制之成果。

(四) 職場健康促進

自96年起辦理全國「健康職場認證」，截至105年共1萬6,456家次通過職場認證。105年表揚30家績優健康職場及2位健康職場優良推動人員。

二、健康促進醫院

(一) 積極參與 WHO 健康促進醫院國際網絡運作，至 105 年底有 163 家健康照護機構（148 家醫院，2 家長期照護機構，13 家衛生所）獲得該網絡認證，成為第一大網絡。另天主教聖馬爾定醫院獲得第五屆「健康促進醫院全球典範獎」（臺灣已連續 5 年獲獎）。

(二) 補助 21 個縣市衛生局，137 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」。

(三) 105 年 11 月辦理「2016 健康促進醫院研討會」，授證予新加入之 4 家會員，及頒發健康促進醫院典範獎、優良獎、組織再造獎等，另有 64 件創意計畫獲獎。

(四) 推動低碳醫院

截至105年底，有國內共174家醫院響應推動節能減碳行動。辦理2場「環境友善輔導工作坊」、30家醫院實地輔導及提供專業諮詢。



「2016 樂齡寶貝 熱情無限 阿公阿嬤活力秀」全國總決賽

三、健康體能促進

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，衛福部自91年起推廣「每日一萬步 健康有保固」，105年主要成果如下：

- (一)為鼓勵民衆從健走開始，落實規律且多元運動習慣，105年於北、中、南舉辦「『有走有保庇，健康呷百二』105年全國健走暨多元運動活動」，3場活動共計1萬1,000人次參與。
- (二)衛福部與教育部體育署於10月1日共同主辦「2016全民運動政策研討會」，以職場員工運動為討論主題，會中邀請英國、日本及韓國講者共同分享推動之經驗，計200人次出席。
- (三)高齡運動促進：世界衛生組織建議65歲以上長者每週要做150分鐘以上的中等強度身體活動，也建議要增加訓練身體平衡及防跌的活動，衛福部製作20分鐘「高齡者健康操」影片，不受場地限制，有坐姿及站姿2種動作選擇，可以增加長者身體活動，還能強化肌力及平衡力，促成活躍老化。
- (四)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105年的33%，上升幅度達65%。

四、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，105年檢測2萬104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 健康的高齡化

隨著人口的高齡化，預計107年我國老年人口比將達高齡社會標準，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、為早期發掘疾病，早期治療，透過全國6,564家醫療院所提供40-64歲每三年一次，65歲以上每年一次成人預防保健服務，105年共計182萬人接受服務，其中完成整體服務利用率為93%。
- 二、推動縣市衛生局（所）及醫療院所於社區照顧關懷據點，辦理老人健康促進活動，包括健康飲食、規律運動、老人防跌、健康檢查、口腔保健、菸害防制、慢性病衛教宣導、心理健康促進等八大議題，105年已結合2,379個據點辦理健康促進活動約5,800場次。

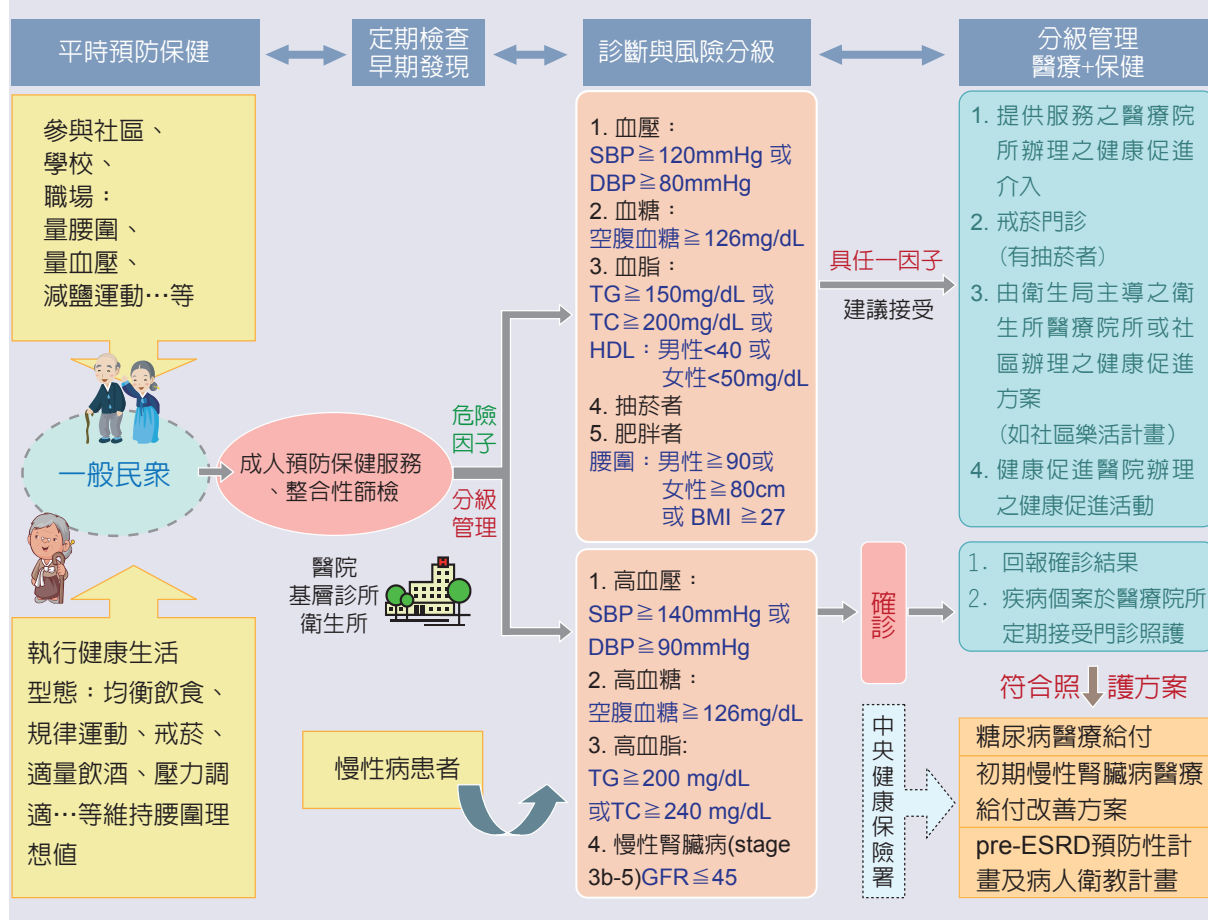
- 三、辦理長者健康促進競賽活動，以鄉鎮為單位鼓勵長者組隊參加。105年全國參與總隊數逾2,400隊，超過10萬名長輩參與活動，佔老年人口約4%以上。
- 四、102年起全臺22縣市均推動高齡友善城市，臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。105年並辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，396件報名，105件獲獎。
- 五、自103年起推動「高齡友善健康照護機構全面普及化計畫」，截至105年底，共計310家健康照護機構通過認證，包含169家醫院、76家衛生所、1家診所及64家長照機構。

第二節 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28.7%提升至105年48%。結合各地方政府衛生局與民間團體辦理三高（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。

圖3-7 慢性病防治架構



(二)推動糖尿病共同照護網，成立 229 家糖尿病健康促進機構，強化糖尿病病人照護品質，成立 528 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 172 家腎臟病健康促進機構，透過收案管理，強化疾病控制。

(四)於社區之不同型態地點，提供民衆便利及可近性高之血壓量測服務，105 年底已設置 2,880 個血壓站。

二、更年期健康

設置免付費更年期諮詢專線電話，105 年計服務 4,005 人次；結合社區與醫療衛生資源辦理成長營、保健講座或諮詢、師資培訓及醫事人員教育訓練等共 49 場活動，計 3,508 人次參與。

第三節 癌症防治

為降低癌症死亡率，推動「第三期國家癌症防治計畫」，三大新興重點：

(1) 癌症危險因子預防；(2) 持續推廣癌症篩檢；(3) 推動「癌友導航」。

一、癌症危險因子預防

針對吸菸、身體活動不足、不健康飲食及有害飲酒四大癌症共同危險因素，宣導民衆戒菸、酒、檳榔、健康體重管理、改變飲食習慣等，並維持良好的生活習慣。

二、癌症篩檢

(一)99 年開始全面推動子宮頸、口腔、大腸及乳癌等四癌篩檢，105 年共完成篩檢達 512.4 萬，發現近 5 萬名癌前病變及逾 1 萬名癌症罹患者，

105 年 4 項癌症篩檢服務成果及 5 年期別存活率，如表 3-1~3-3。

(二)105 年 225 家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢 / 診療品質提升計畫」，並設置門診篩檢主動提示系統及建立陽性個案轉介單一窗口。另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，至 105 年累計有 117、202 及 144 家機構通過；辦理「口腔黏膜檢查品質提升計畫」，培訓專科醫師。

三、提升癌症診療照護品質

(一)97 年起辦理癌症診療品質認證，至 105 年共 57 家醫院通過認證，涵蓋率 8 成以上。

(二)補助民間團體及醫院成立「癌症資源中心」，提供癌友與家屬支持與關懷整合性服務。

(三)委託全國 90 家醫院辦理「癌友導航」，由腫瘤個管師主動聯繫關懷病人，引導病人在 3 個月內及時接受治療。每年約服務超過 9 萬新診斷癌症病人，且九成於三個月內完成首次治療。

表3-1 105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	陽性追蹤率(%)
子宮頸癌	213.9萬	72.1	10,071	3,833	93.7
乳癌	79.4萬	39.3	-	3,691	91.0
大腸癌	126.1萬	40.7	34,725	2,349	73.0
口腔癌	92.8萬	55.1	3,572	1,322	83.0
總計	512.4萬	-	48,368	11,195	83.7*

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。
6. 陽性追蹤率：（篩檢為陽性個案其完成追蹤數）÷（篩檢為陽性個案數）。
7. *四癌篩檢陽性追蹤率之平均值：（四癌篩檢陽性追蹤率合計÷4）×100%。

表3-2 105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	1/91	1/370	1/72
乳癌	-	1/180	1/180
大腸癌	1/25	1/380	1/23
口腔癌	1/206	1/555	1/150

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	97.9	96.9	86.5	71.1
第1期	96.0	88.2	82.2	80.2
第2期	90.1	68.6	70.7	70.7
第3期	73.9	56.5	60.1	55.0
第4期	28.1	19.7	12.3	33.8

資料來源：台灣癌症登記資料庫（含原位癌）。

備註：分析2010-2014年醫院申報4種癌症之期別5年存活率資料（追蹤至2015年）。

第四章 健康傳播、資訊與監測

第一節 健康資訊傳播

健康傳播透過媒體、公學會及民間組織，傳遞正確的健康資訊，並提供全民各類健康主題網站及健康素材，結合雲端服務，建置妙管家健康促進平臺，以期促進全民智慧健康生活與健康識能，增進全民健康。

一、健康傳播

(一)訂定衛生教育主軸：105年整合「中藥用藥安全」、「結核病防治」、「食品安全衛生教育」、及「牙周病預防及氟化物防齲」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傳播健康資源，包括「婦幼健康」、「菸害防治」、「健康城市及場域」、「體重管理飲食運動」、「慢性病防治」及「癌症

防治」等健康議題，並建立素材審查機制，以提升傳播效益，提供正確的資訊與環境，促進民衆健康。

(三)因應網際網路的發展趨勢，透過Facebook粉絲專頁及LINE@通訊軟體等社群媒體，主動推播健康資訊與議題，即時將正確的訊息傳遞給民衆。

二、為精進衛教人員於實務推動上的執行能力，105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185人參加。

三、e-Health推動及應用服務

為使國人增能賦權，透過資通訊科技將健康管理與行動化服務緊密結合，持續推動「保健雲」計畫，分階段建構我國健康促進及慢性病自我管理模式：

- (一) 新增健康妙管家網站及行動 APP 功能，如 GPS 衛星定位與運動健康管理功能，提供民眾記錄運動時間和距離，並估算消耗卡路里，以維持健康體適能及減少罹患慢性疾病的機會等。
- (二) 服務場域試辦：完成 2 處健康促進場域生理資料量測點及將量測數據上傳至雲端平臺等服務，總計服務人數達 800 人次，服務使用者滿意度達 85%。
- (三) 建立各縣市衛生局及民間團體間資訊交流分享管道，提升健康傳播成效。
- (四) 完成辦理「105 年藝起燃燒健康魂健康素材設計特展暨頒獎典禮」，共徵 162 件作品，獲獎 35 件，聯展 5 日

並公告於衛福部國民健康署官網及健康九九網站以利民眾瀏覽使用。

- (五) 廣續推展政府資料開放政策，至 105 年底累計開放 208 個資料集、表揚 129 件加值應用作品。

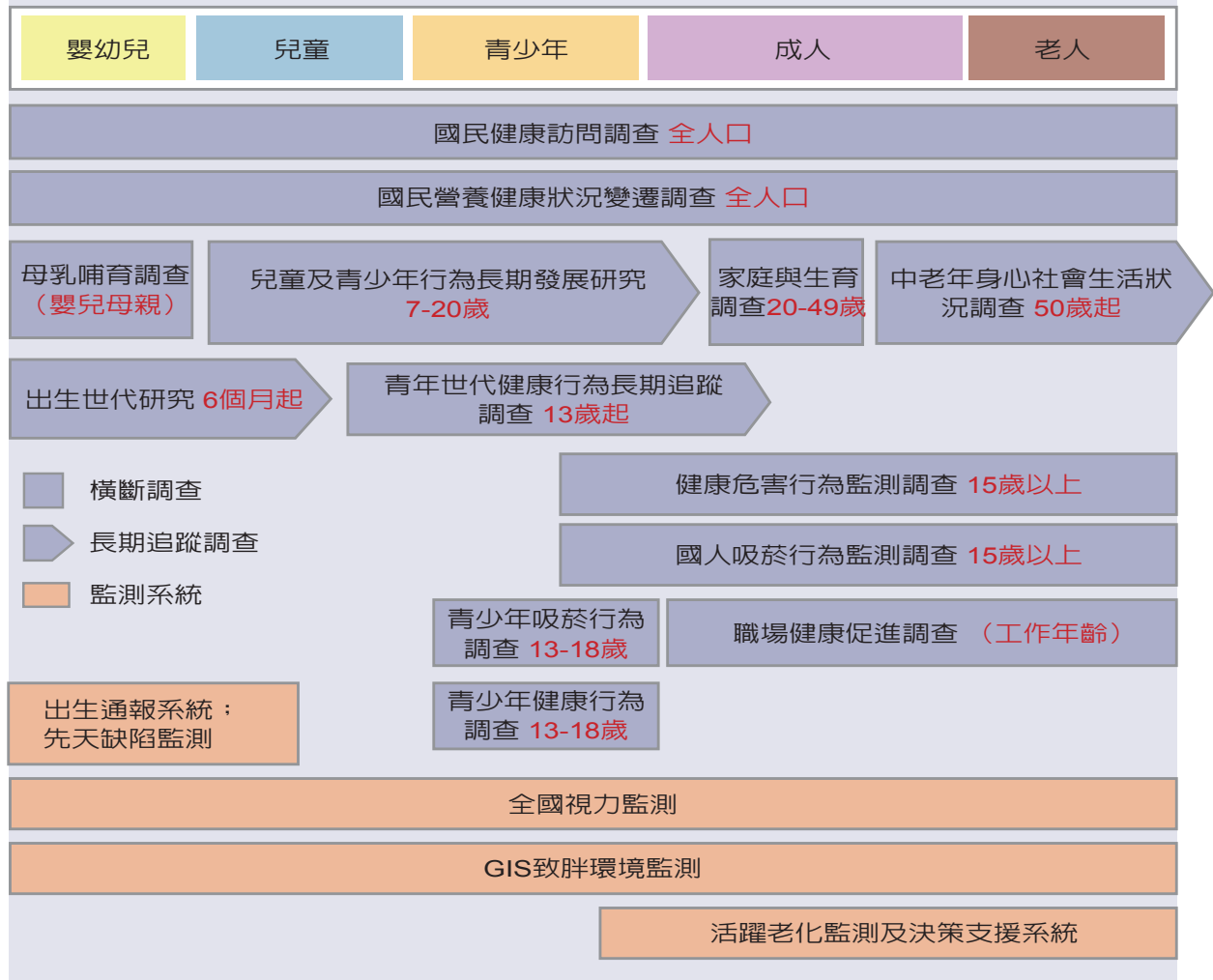
第二節 健康監測

辦理國民健康監測及調查，加強施政所需資料之蒐集與應用，提昇國人健康：

- 一、落實全人口及各生命週期人口群健康監測調查，蒐集、分析與發布資訊，完備國民健康與非傳染病健康監測系統。（如圖3-8）
- 二、改善通報、登記及監測系統架構與效能，並提供健康監測調查指標數據之便捷友善查詢服務。



圖3-8 重要健康監測調查項目



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

51 | 第三章 醫事人力

54 | 第四章 健康服務品質

57 | 第五章 偏鄉醫療照護

59 | 第六章 目標族群健康照護



74年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，迄今醫院病床資源已漸充足，醫療品質亦有提升。並於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。

第一章 健康照護體系

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。105年實施成果如下：

一、醫事機構現況：如表4-1

表4-1 105年度醫事機構現況

醫事機構種類		家數
醫療機構	醫院	490
	診所	21,894
藥局		7,907
護理機構	一般護理之家	511
	精神護理之家	41
	居家護理所	547
	產後護理機構	219
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	398
	醫事放射所	55
	物理治療所	113
	職能治療所	19
	鑲牙所	49
	心理諮商所	58
	心理治療所	33
	語言治療所	19
	牙體技術所	836
	聽力所	14
	居家呼吸照護所	1
	營養諮詢機構	25

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4-1。

第二節 緊急醫療救護

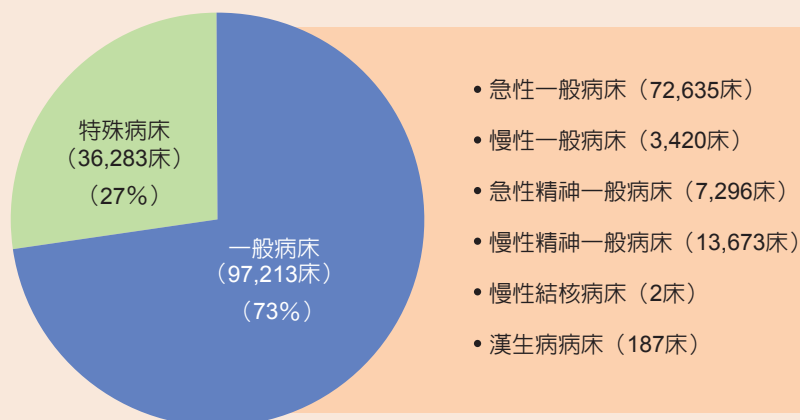
持續強化全國緊急醫療救護網，積極推展緊急醫療整合性應變機制：

一、截至105年底，全國急救責任醫院家數如表4-2，目前全國已有43個次醫療區域，建置至少1家中度級以上之急救責任醫院。

二、105年度共獎勵14處辦理「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。

三、105年度持續辦理「醫學中心或重度級急救責任醫院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27家醫學中心支援25家離島及醫療資源不足地區醫院107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。

圖4-1 105年醫療院所病床現況



備註：特殊病床包括加護病床、燒傷病床、燒傷加護病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、慢性呼吸照護病床、亞急性呼吸照護病床、精神科加護病床、普通隔離病床、正壓隔離病床、負壓隔離病床、骨髓移植病床、整合醫學急診後送病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床、其他。

表4-2 105年急救責任醫院分級家數

緊急醫療能力分級	重度級	中度級	一般級	總計
家數	36	82	80	198

四、截至105年底，衛福部公共場所自動體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator, AED）已登錄7,503台，密度達32.6台/10萬人，其中有3,617處場所通過安心場所認證（亦即場所設置AED且70%以上員工已完成CPR+AED訓練）。

五、自105年度起，辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，補助偏遠及非都會區縣市之中度級以上急救責任醫院提供24小時兒科急診服務，讓全國各縣市至少有一家提供24小時兒科急診服務之醫院，現已有14個縣市14家醫院執行本計畫。

第三節 急性後期照護服務

急性後期照護服務（Post-Acute Care, PAC）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，由個案管理師定期追蹤。至105年12月底止，計有21家部屬醫院開辦中期照護服務，合計設置357床，收案1,172人（平均占床率43.05%），成功返家人數775人，返家率66.13%。

另，105年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」（以下稱PAC計畫），並於104年9月納入燒燙傷PAC計畫。至105年共38個醫院團隊、153家承作醫院辦理本計畫，其中區域醫院62家，地區醫院91

家，23家大型醫院（含19家醫學中心）擔任上游轉出醫院。腦中風PAC計畫105年收案4,048人，87.4%功能有進步，87.8%病人順利返家，病人滿意度達88.8%。燒燙傷PAC計畫迄105年共收案51人，結案病人91.7%功能有進步，日常生活功能（Activities of Daily Living, ADLs）由收案時61.4分進步至結案時79.5分，89.6%病人順利返家。

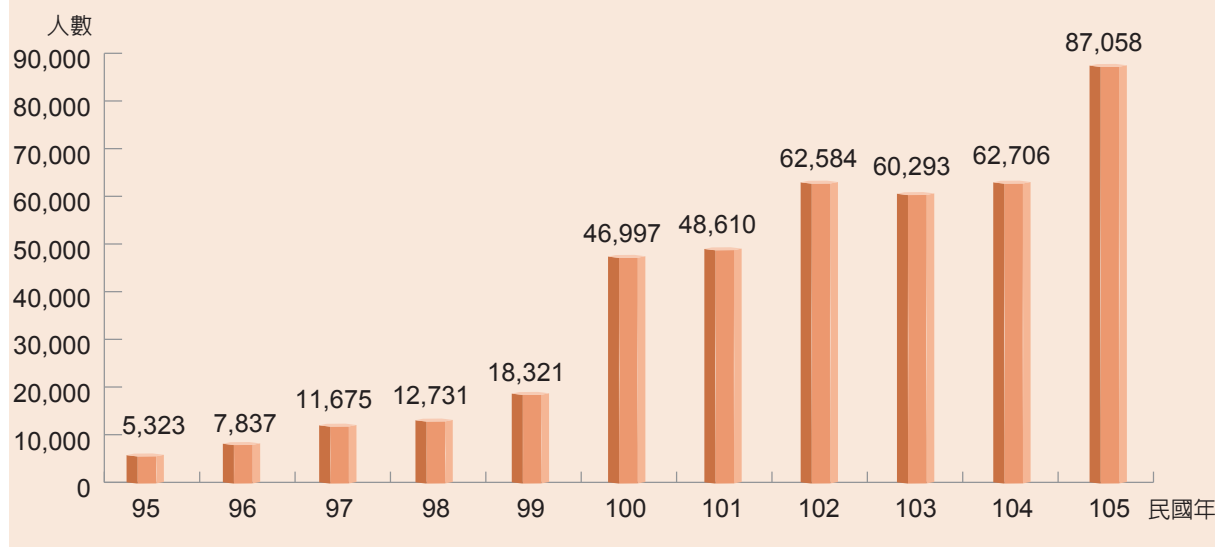
第四節 安寧緩和療護

一、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。

二、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105年底止，共計有40萬1,455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，達總人口數之1.7%，如圖4-2。

三、截至105年止，共計62家醫療院所參與住院安寧服務、142家參與安寧共同照護服務、101家參與安寧居家療護服務、210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。105年接受安寧療護服務人數約4.3萬餘人，較上一年成長15%，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104年56%。

圖4-2 申請安寧緩和醫療意願註記於健保IC卡人數



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」，105 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；105 年總計服務 3 萬 2,145 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 85 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，105 年共計提供 116 萬人次，3 至 6 歲兒童至少一次塗氟利用率達 83.3%。

(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 月起擴大提供恆白齒窩溝封填服務，105 年共計服務 47 萬人次。

(三) 持續推動全國國小學童含氟漱口水計畫，105 學年度 121 萬名學童中，服務涵蓋率超過 90%。

三、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

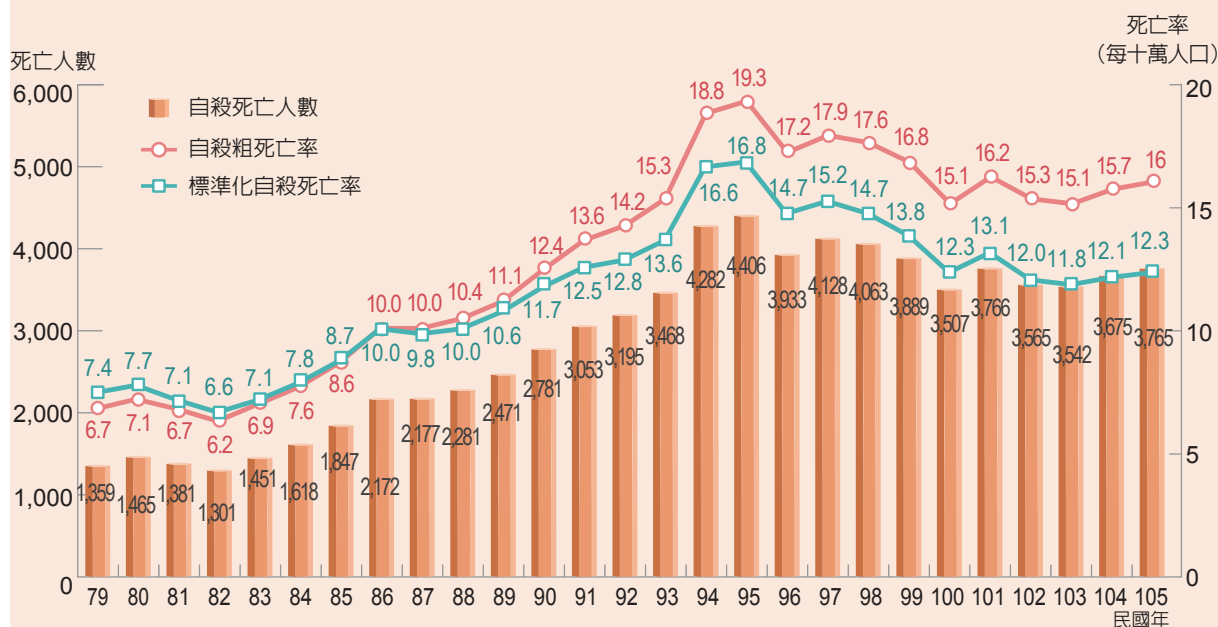
入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有中低收入身心障礙者生活補助費、經各級政府全額補助收容安置，以及經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達50%以上之老人，裝置活動假牙，統計98年至105年底止，共有4萬6千餘人受益。並自102年起增加補助假牙維修費，以增進中低收入老人咀嚼能力。

第二章 心理健康與精神醫療

第一節 心理健康促進

- 一、為讓民衆看見、瞭解並重視心理健康議題，105年完成多項心理衛生教育資源製作，包含「0-6歲嬰幼兒正向教養心理衛生教育資源」、「國中小學心理健康促進主題式教材」、「學校教師心理健康促進衛生教育資源」、「慢性、重病或罕見疾病病人暨家屬之心理衛生教育資源」。
- 二、為促進孕產婦女心理健康及預防產後憂鬱，提升孕婦及家屬對於孕產期心理健康的重視，落實CEDAW第12條(婦女和保健)以及第24號一般性建議，已於105年完成「孕產婦心理健康衛教課程影片」及「孕產婦及其家屬心理健康衛生教育資源」；另補助「孕產婦身心共同照護教育訓練計畫」共2案，強化第一線服務之專業人員對於孕產婦身心健康照護之重視，精進相關專業識能及技能，提升對高風險族群處遇服務之敏感度，以期提升國內孕產婦身心健康共同照護品質。
- 三、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。105年委託22個地方政府衛生局辦理「推動心理健康網計畫」，成果包括：成立並召開縣市心理健康推動小組及網絡聯繫會議、建置縣市心理健康服務網絡地圖及各類衛教資源、推動在地化及無障礙之亮點方案（共828場次，計7萬351人次參與）、提供適合各地區居民心理諮詢服務（共1萬2,741人次使用）。另配合10月10日世界心理健康日，辦理心理健康月系列活動，包含36場記者會、753場次系列活動，共計24萬5,868人次參與。
- 四、設置安心專線（0800-788995），提供24小時免費心理諮詢服務，105年共計服務6萬7,773人次，協助1萬1,079人次的自殺意圖者，即時阻止自殺危機案件共449件。
- 五、為加強自殺防治，持續辦理自殺個案通報與關懷訪視、自殺危機處理工作，並整合自殺防治資源及推動自殺防治多元服務方案。105年共計接獲2萬8,996人次通報，關懷訪視服務20萬2,969人次。
- 六、105年自殺死亡人數為3,765人，標準化死亡率為每十萬人口12.3人，如圖4-3；長期趨勢從95年高峰逐漸下降，自殺標準化死亡率降低近27%，並自99年起連續7年退出十大死因，仍維持在自殺中盛行率區域。未來持續加強中央及地方政府所建構之社會安全網，強化推動關懷訪視、珍愛生命守門人等自殺防治政策。

圖4-3 79至105年全國自殺死亡人數/死亡率



七、105年補助辦理「心理急救教育訓練計畫」，完成2場專家會議、8場心理急救教育訓練，共423人參與。

八、為促進注意力不足過動症兒童及其家長對疾病之了解，並提供親職教育，協助家長照護病童，已於105年補助辦理「注意力不足過動症教育訓練計畫」共4案。

第二節 精神疾病防治

一、為健全精神病人之醫療照護服務，持續推動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）促進區域內心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治及特殊族群處遇專業服務及服務品質提升；（三）辦理區域網絡成員教育訓練工作。

二、105年全國精神醫療機構共481家，開放床數合計2萬969床（含精神急性一般病床7,296床及精神慢性一般病床1萬3,673床，每萬人口約8.91床）。日間型精神復健機構62家（3,043人）；住宿型精神復健機構141家（5,917床）；精神科日間留院6,340人；精神護理之家41家（開放床數計3,742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，105年追蹤關懷精神病人計14萬2,193人，關懷訪視服務71萬5,452人次。

四、依《精神衛生法》規定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，105年受理申請案件為791件（含強制住院725件及強制社區治療66件）。

五、105年完成4家精神醫療機構（含精神教學醫院）評鑑、25家精神復健機構評鑑及24家機構不定時追蹤輔導、10家精神護理機構評鑑（評鑑結果如表4-3）。

第三節 成癮防治

- 一、於95年起推動「藥癮者替代治療補助計畫」，截至105年底，計有179家替代治療執行機構，累積治療人數達4萬2,722人，105年每日平均治療人數8,300人。替代治療推動後，大幅降低每年新增藥癮愛滋人數，由94年2,425例，降至105年60例，如圖4-4。105年替代治療新收藥癮個案，完成6個月治療期程之比率為59.51%。
- 二、截至105年底，已指定藥癮戒治機構共165家，藥癮醫療人力（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

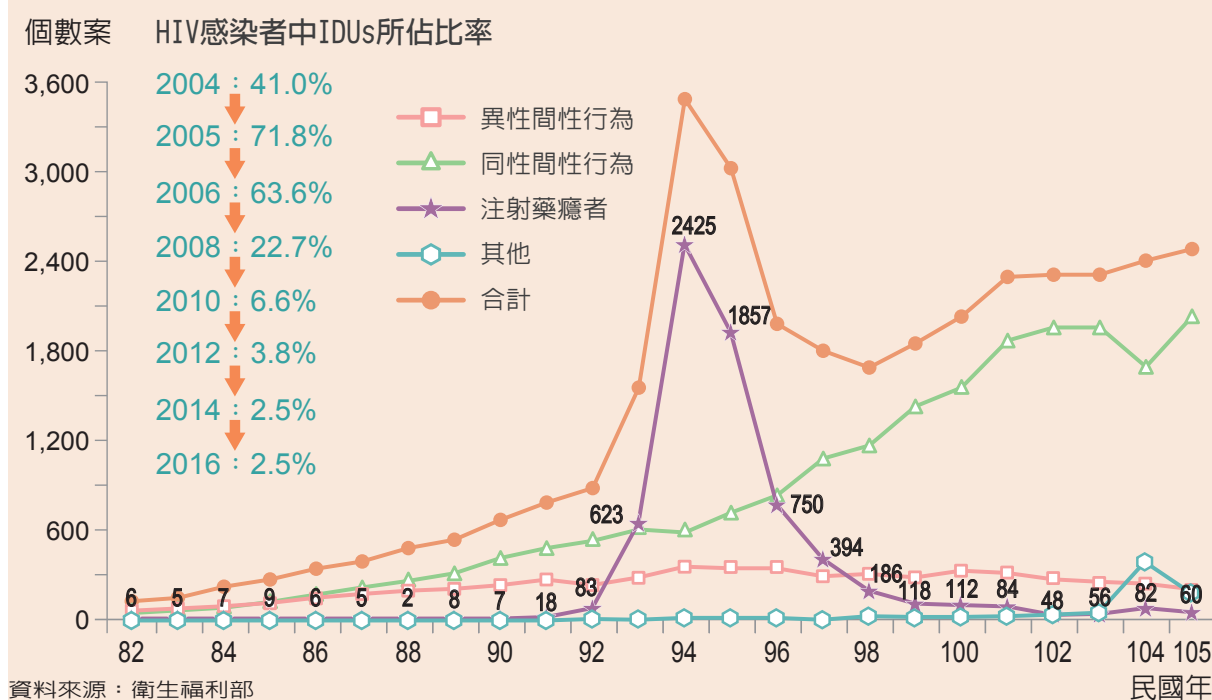
等）2,495人，提供藥癮個案門診、急診、住院與追蹤輔導等服務，並責請精神醫療網核心醫院，辦理該等人員之繼續教育訓練，以強化專業知能。

- 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」以減輕個案藥癮治療之經濟負擔，提升治療意願。104年起擴大辦理並提高每人每年補助金額至2萬5,000元，105年計有929人受惠。
- 四、補助衛福部草屯療養院辦理「三、四級毒品施用者居住型戒癮復健治療暨成癮防治專業訓練計畫」，105年共收治48人，並培訓成癮防治專業人員43人及完成訓練課程指引。此外，於105年度持續補助8家民間團體辦理「藥癮者心理社會復健工作計畫」，提供生活安置192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1萬5,066人次。

表4-3 105年精神照顧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	105年 受評家數	評鑑結果		
					優等	合格	不合格
精神科醫院	非教學醫院	35	20,969	3	0	2	1
	教學醫院	11		1	-	1	0
設有精神科之綜合醫院		155		-			
設有精神科之醫療診所		280		-			
精神復健機構	日間型	62	3,043	3	-	3	0
	住宿型	141	5,917	22	-	18	4
精神護理之家		41	3,742	10	-	10	0

圖4-4 82年至105年愛滋感染人數統計



五、辦理「矯正機關藥癮、酒癮戒治醫療服務獎勵計畫」，105年共獎勵4家醫療機構於5所矯正機關提供藥、酒癮收容人成癮醫療服務，共開設藥、酒癮門診254診次，門診服務6,132人，衛教9,126人次，團體心理治療4,658人次，出監轉介諮詢1,355人次，出所追蹤1,485人次。

六、辦理「酒癮治療服務方案」，補助酒癮個案成癮治療費用，105年共補助1,254人。另自104年9月補助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、地檢署及監理單位等，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，截至105年底，共受理轉介個案576人，提供酒癮治療405人。

第三章 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》、《牙體技術師法》及《驗光人員法》等15類醫事人員管理法規。

二、105年各類醫事人員執業人數共計28萬9,174人，分別為醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員6萬5,202人、藥事人員3萬3,908人、醫事檢驗人員9,400人、醫事放射人員6,164人、護理人員15萬3,509人、

助產人員154人及營養師2,525人。與95年比較，醫師增加1萬5,148人、藥事人員增加6,496人、醫事檢驗人員增加1,943人、醫事放射人員增加2,112人、護理人員增加4萬4,356人、助產人員減少214人及營養師增加1,388人。至105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採取管制措施，西醫師以每年培育1,300名醫學生為原則；其他類別醫事人力則屬特殊管制項目，設立時需提報申請計畫，由教育部專案審核。未來醫師人力規劃，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、依據《專科醫師分科及甄審辦法》規定，擬定專科分科醫師計23科、牙醫師3科。截至105年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數累計有5萬920人次。
- 三、培育公費醫師制度實施40餘年，因達成階段性任務，遂自98年停招；而地方養成公費醫師則由原來每年培育6-9名，增為27名，惟為因應未來人口老化及五大科醫師人力需求等問題，爰自105學年度辦理「重點科別培育公費醫師制度計畫」，每年培育100名公費醫學生。
- 四、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，積極推動「畢業後一般醫學訓練計

畫」。105年計核定40家主要訓練醫院、90家合作醫院辦理一年期畢業後一般醫學訓練 (Post-Graduated Year, PGY)訓練計畫，共計1,335名學員接受訓練。

- 五、為提升口腔醫療照護品質，規劃牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度。105年共核定431家訓練機構，包含87家醫院及344家診所辦理訓練計畫，總計有790位牙醫師接受訓練。
- 六、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105年專科護理師甄審及格人數計6,414人（內科3,439人，外科2,975人）。
- 七、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」，105年計有140家醫院參與，共核定2,070個訓練計畫，培訓2萬2,808名醫事人員，領證2年內之新進醫事人員受訓達成率約88.3%。
- 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」，105年共輔導37家訓練醫院，接受280位新進中醫師進行為期2年訓練，並依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」培訓指導醫師462人及指導藥師174人。105年推動「建立中醫專科醫師訓練制度共識計畫」，凝聚中醫界共識，並補助6家教學醫院建置中醫臨

床技能測驗中心，以作為未來中醫專科醫師初審口試場所。

- 九、執行「提昇中醫醫事人員執業素質計畫」，105年舉辦中醫相關學術研討會4場。推動中醫多元照護模式，輔導6家教學醫院建立中西醫合治、中醫日間照護、中醫參與長期照顧及中醫參與戒毒模式，完備中醫團隊照護能力。

第三節 友善醫護執業環境

- 一、為避免醫師過勞及保障其勞動權益，衛福部與勞動部共同研商，規劃自108年9月1日起將受僱醫師全面納入勞基法適用對象，並依勞基法第84條之1議定工時以維持彈性。因應醫師納入勞基法之人力衝擊，已擬定短、中、長程計畫，推動試辦醫院整合醫學照護制度、增加醫療輔助人力、訂定醫師勞動權益及工作時間指引、調整專科醫師訓練計畫確保住院醫師訓練品質、辦理公費醫師培育計畫、擴大醫學中心支援偏鄉獎勵計畫、落實分級醫療與轉診制度、法規檢討及鬆綁遠距醫療規定、加強民衆溝通與衛教、檢討財務成本修正健保給付等10項配套措施。

- 二、為減少醫療糾紛，促進醫病關係和諧，並解決醫療爭議由病人單方承擔醫療不良結果之情形，自101年度起推行「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，該計畫試辦成效卓著，進一步促成「生產事故救濟條例」之立法，相關辦理成效如下：

- (一)「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」截至105年底止，全

國共有294家婦產專科醫療院所加入，計受理481件次生育事故申請案件，共審定464件，並撥付新臺幣3億6,661萬元，約388個家庭獲得幫助，而相關之醫療訴訟鑑定案件大幅減少70%，更間接促成婦產科住院醫師招收率回升，近兩年均達100%。

- (二)「生產事故救濟條例」於104年12月11日立法院三讀通過，並於104年12月30日經總統令制定公布全文29條，並自105年6月30日起施行，截至105年底止，共受理55件申請案，已審定救濟24件，共救濟1,590萬元，並要求醫療機構建立內部風險機制，針對重大生產事故應進行通報、根本原因分析及改善。

- (三)積極推動多元化之訴訟外處理機制，包括：

1. 輔導機構成立關懷小組，強化內部關懷機制，及時進行說明、溝通、關懷及協助，緩和醫病關係。
2. 提升地方主管機關醫療爭議調處能力，促進醫病雙方有效溝通。
3. 培訓鑑定醫師，截至105年底止，司法機關委託醫事爭議鑑定案件數已減少43%、衛生局調處案件數減少27%、鑑定作業時程縮短46%、平均處理時間4.9個月。

- 三、為改善護理人力短缺，於101年5月推動護理改革計畫，積極執行各項改革策略，以促使護理人員留任及人力回流，至105年成果如下：

- (一)護理執業人數增加，總離職率與空缺率下降

1. 執業人數增加：105年底執業人數共15萬3,509人，較改革前增加1萬7千

餘人。總離職率已由101年13.14%降為105年9.88%，為自99年來最低；總空缺率由101年7.2%降為105年5.96%。

2. 全國每萬人口分配之護理人員數上升：從101年59.0人，至105年增至65.2人。

(二) 降低工作負荷、改善護病比與勞動條件

1. 102年修正《醫療機構設置標準》：提高醫療機構護理人力設置標準。
2. 104年護病比納入醫院評鑑正式項目，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。申請評鑑之104年114家及105年151家醫院評鑑結果皆符合。
3. 擴大推動護病比連動制度給付：已自104年移至全民健康保險醫院總額之一般服務部門編列20億元，用於調增住院護理支付並擴大護病比連動。依各醫院每月「全日平均護病比」達成情形，予以加成9%至11%。105年平均94%以上月次皆達到較評鑑基準佳之護病比，符合加成範圍。
4. 廢除責任制：護理人員自103年起不再適用勞動基準法第八十四條之一，全面排除責任制(即一般所稱廢除責任制)。
5. 違反勞基法已納入醫院評鑑標準及要求衛生局列為年度督導考核重點。
6. 醫院暴力預防及處置：103年1月29日公布修正醫療法第24條及第106條，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) 薪資福利改善

1. 依勞動部調查近四年護理人員平均薪資調幅約8.08%。
2. 夜班費調增至105年調查97%醫院調高。

(四) 推動偏鄉護理菁英計畫

1. 依行政院核定「偏鄉護理菁英計畫」，104至107年將培育200名公費生，畢業後分發至偏鄉地區醫院至少服務4年。
2. 104至105學年度已招收並實際就讀者計88名。

第四章 健康服務品質

第一節 病人安全與醫療品質

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，105年成效如下：

- 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4-4。
- 二、透過「臺灣病人安全通報系統」營造病人安全文化，105年共有7,032家醫療衛生相關機構參與此系統，初步統計通報件數達6萬5,000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。

表4-4 105-106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

第二節 醫院評鑑制度改革

推動醫院評鑑改革，以病人安全與醫療品質為核心，目標為有感革新，降低醫院受評壓力，簡化、明確化醫院評鑑基準，並符合國際評鑑制度精神與趨勢。

一、截至105年接受並通過醫院及教學醫院評鑑者，計有醫院416家、教學醫院126家；評鑑結果詳列如表4-5、4-6。

二、推動醫院評鑑制度改革，簡化區域醫院及地區醫院適用評鑑基準，自188條1,297項評量項目簡化為122條550項評量項目，減少58%；13類人力共計12條評鑑基準予以保留，建立持續性監測指標定期監測。

表4-5 105年度醫院評鑑結果

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- 準醫學中心	區域醫院	地區醫院	區域醫院	地區醫院
家數	19	2	75	38	4	278

表4-6 105年度教學醫院評鑑結果

評鑑結果	醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格	醫事人員類（非醫師）教學醫院評鑑合格
家數	116	10

三、以醫院一年只接受一次評鑑或訪查為原則，朝項目整併、條文精簡及行程整併之方向，簡化各項評鑑、訪查及認證，並依性質併入評鑑週與訪查週辦理。醫療衛生評鑑作業總項目由40項減少為24項，簡化幅度達40%。

第三節 提升器官捐贈移植效率與品質

器官來源供需失衡仍是世界各國共同面臨的課題，截至105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8百多人可幸運受惠，歷年器官捐贈與受贈人數如圖4-5。

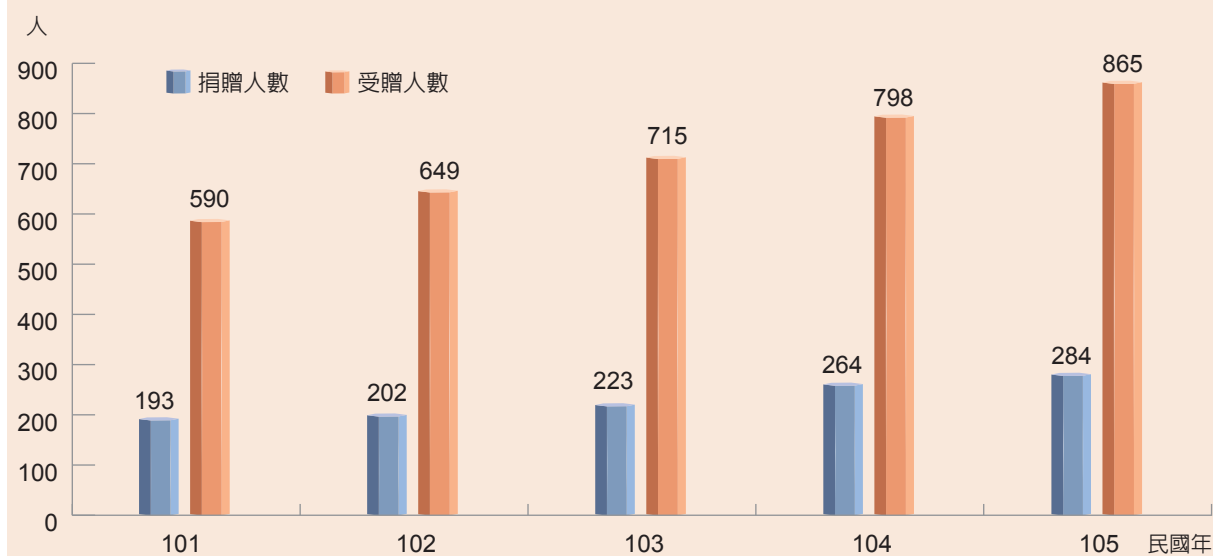
為擴大器官捐贈風氣及來源，衛福部於91年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」專責辦理器官捐贈推廣與器官分配業務。多項措施推動至今，我國器官捐贈率躍居亞洲第二，手術後存活率亦不亞於歐美等國家，105年完成《施行器官

摘取移植手術之核定及管理辦法》及《器官捐贈移植醫院醫學倫理委員會組織及運作管理辦法》之訂定，確實提升器官捐贈移植之品質。

第四節 電子病歷政策推動成果

持續辦理推廣電子病歷，截至105年底止全國醫療院所與電子病歷交換中心介接，提供電子病歷交換服務共計402家醫院、5,800家診所，以及全部衛生所，可提供醫療影像及報告類、血液檢驗類、出院病摘類及門診病歷類等4類交換服務，並持續於診所群推廣宣傳成效，以提升醫療品質。

圖4-5 101至105年全國器官捐贈與受贈人數



資料來源：衛生福利部

第五章 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，衛福部持續秉持「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給付效益提昇計畫」

（Integrated Delivery System, IDS），由責任醫院統籌，派遣人力及資源到偏鄉離島，提供專科診療、急診、夜診等定點或巡迴醫療服務，並朝「醫師動，病人不動」方向持續努力，積極強化在地醫療。截至105年共計有50個山地離島地區納入本計畫，有26家特約院所承辦，服務民衆達46萬餘人，實施計畫鄉鎮民衆，對計畫之平均滿意度為95%。

二、104年10月衛福部澎湖醫院化療中心啓用，減少鄉親往返臺澎之負擔，提升醫療的在地化與可近性。

三、陸續新建或更新偏鄉及離島地區衛生所（室），105年澎湖縣白沙鄉鳥嶼衛生室辦公廳舍重建、臺東縣金峰鄉嘉蘭衛生室新建完工使用，並續辦臺東縣綠島鄉衛生所新建工程。

四、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105年底已完成建置新竹縣等15縣70家衛生所醫療資訊系統及359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（Picture archiving and

communication system, PACS) 由部立桃園醫院協助醫學影像之判讀，105年度計支援判讀9,458件。

- 五、101年起實施「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」：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105年計有85家醫院參與。此外，健保署每年公告之醫療資源缺乏地區就醫之門診、急診與居家照護服務減免20%部分負擔。

第二節 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」，由臺北榮總支援金門醫院、高雄長庚醫院及奇美醫院支援澎湖醫院、亞東醫院及萬芳醫院支援連江縣立醫院之急重症醫師人力方式辦理。

- 一、為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，自91年建置「空中救護審核機制」，派駐專科醫師，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。成立前每月平均空中轉診航次為43.18次，至105年每月平均航次降至15.08次，下降率達65.08%。
- 二、依據《緊急醫療救護法》及《救護直昇機管理辦法》，如因當地醫療資源

不足有後送臺灣醫治之需求且符合救護直昇機管理辦法之空中救護適應症者，立即協助緊急後送臺灣本島就醫，若有航空器不足，則協請空勤總隊及國防部支援，105年後送181案，較104年減少23.31%；另澎湖醫院於102年12月4日成立心導管室，澎湖地區空中轉診後送醫療診斷科別占率，心臟內科由原51%降至1%，顯示離島地區各項醫療在地化的措施已發揮作用，醫療照護品質獲得有效提升。

- 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，每人每年以四次為限，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。

第三節 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「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，累計至105年已培育醫事人員949名，包含西醫師511名及其他醫事人員438名。另105年養成公費醫師預計14名返鄉服務，實際完成12名養成公費醫師分發（原住民5名、澎湖6名、金門1名），返鄉服務達成率85.71%，且實施多年來，有7成公費醫師服務期滿仍留任偏鄉服務。另為鼓勵醫事人員留任，落實在地醫療化，賡續補助醫事人員至原住民族及離島地區開業及進修，105年共補助11家醫事機構開業及2名衛生局所相關人員在職。

第六章 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，比照國人產檢，享10次產檢、1次乙型鏈球菌篩檢、1次超音波及2次衛教指導補助。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，105年之建卡管理率達99.49%。
- 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補助，自100年起補助未納保產前檢查費用，105年共補助1萬2,522案次，補助金額601萬4,907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。105年計有17個縣市、226個衛生所辦理，並至少350名通譯員參與。
- 四、為提供多元文化及生育保健資訊，105年製作英、越、印、柬及泰語言兒童及孕婦健康手冊，並分送各縣市衛生局、醫療院所，也將手冊電子檔放置國民健康署網站手冊專區，提供新住民家庭運用。

第二節 罕見疾病健康照護

- 一、截至105年公告215種罕見疾病、98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、辦理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，105年總計供應1,380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，105年總計補助877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20場。
- 五、105年配合《罕見疾病防治及藥物法》修訂，訂定《罕見疾病國際醫療合作補助辦法》、《罕見疾病防治工作獎勵補助辦法》及《罕見疾病及罕見遺傳疾病缺陷照護服務辦法》。

第三節 特殊健康需求族群

一、油症患者健康照護

- (一) 68年於台中彰化地區，因廠商提煉米糠油在脫臭過程時，以多氯聯苯為熱媒劑，致使熱媒管產生裂隙，導致多氯聯苯及其熱變性物由隙縫滲入油中，發生油症事件，造成2千多位民眾受害。依據研究結果顯示，油症患者除早期外觀上有明顯氯痤瘡、色素沈澱、眼瞼腺分泌過多，後續也可能造成肝臟、免疫與神經系統損害等問題。該年4月起由前臺灣省政府衛生處辦理油症患者之個案登記、抽血檢驗及健康照護服務等，並由各縣

市衛生局提供追蹤訪視、衛生教育及醫療轉介。因肇事者已脫產且病死獄中，照護由政府及整個社會的力量概括承受。

(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「油症患者健康照護服務條例」，除持續提供油症患者健保門（急）診免部份負擔醫療費用、第一代油症患者住院免部份負擔醫療費用、免費健康檢查、油症患者特別門診等服務外，並增加第1代患者出生年限擴至69年；保障油症患者之權益；設置油症患者健康照護推動會；發放油症患者遺屬撫慰金。105年11月16日修正上開條例第4條及第12條，放寬油症患者認定標準、撫慰金請領對象倘無直系血親卑親屬則擴及父母及延長請領期限至109年8月9日。

(三)至105年底共列冊服務1,854位油症患者，第一代為1,270位；第二代為584位。105年共補助1萬9,173人次油症患者之門（急）診部分負擔醫療費用、111人次住院部分負擔醫療費用、555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128案。

二、漢生病病患人權保障及照顧

(一)持續推動「漢生病病患直接觀察治療（Directly Observed Treatment Short-Course, DOTS）執行計畫」，提供高品質個案照護。

(二)105年計有臺大醫院、馬偕醫院、臺中榮民總醫院、成大醫院及樂生療養院等5家醫院為漢生病病患確診及治療醫院，以增加病患就醫便利性。

三、人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

77年引進抗愛滋病毒藥物提供病患治療，於86年免費提供感染者雞尾酒療法（Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART）治療，105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，並受理感染者權益受損申訴案件或其他相關陳情，105年處理相關陳情案件計7件。另為保障感染者就學權益，衛福部於105年對國防大學因歧視而令感染者退學案，裁處新臺幣100萬元整，惟國防大學不服，全案仍於爭訟程序中。

(二)健康照護方面

1. 105年全國共有62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92%、感染者服藥率達84%、感染者測不到病毒之比率為88%。
2. 為強化感染者的自我健康管理，96年起開辦愛滋病個案管理計畫，105年共有60家指定醫院參與，提供衛教及諮詢服務，就醫人數達2萬5,608人。
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，提昇其生活品質，並加強個案伴侶之諮詢與檢查追蹤。
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，105年提供個案安置451人次及個案管理服務405例。

5 長期照顧服務

62 | 第一章 長照服務體系

66 | 第二章 人力資源發展

67 | 第三章 溝通宣導與服務品質



我國整體人口結構快速趨向高齡化，使得長期照顧(以下簡稱長照)需求人數也同步增加。為發展完善的長照制度，衛福部97年起即推動長照十年計畫(以下簡稱長照1.0)。

隨著人口老化及照顧服務需求多元化，為因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，建立以社區為基礎之長照服務體系，衛福部於105年規劃推動長照十年計畫2.0(以下簡稱長照2.0)，於11月起推動社區整體照顧服務體系，並自106年1月起實施長照2.0，以回應高齡化社會的長照需求。

長照2.0的目標為：向前端優化初級預防功能，銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質；向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長照負擔。除積極推廣試辦計畫、發展創新服務，建構以社區為基礎的健康照護團隊體系，並將服務延伸銜接至出院準備服務、居家醫療等服務。工作

重點包括增加長照1.0現有服務之彈性，另將服務對象由4類擴大為8類、服務項目由8項增至17項，詳如表5-1。

第一章 長照服務體系

第一節 長期照顧服務法

一、《長期照顧服務法》(以下簡稱長服法)修法：長服法部分條文修正案於106年1月26日經總統令公布修正。為擴大長照財源，修正第15條增加遺產稅、贈與稅及菸稅為長照指定財源。又為保障現行長照機構可持續營運，修正第22條，對於本法施行前已設立的住宿式長照機構除有擴充或遷移之情事外，不受法人化之限制；另修正第62條，本法施行前，已依其他法律規定從事長照服務者，得依原適用法令繼續提供長照服務，免於5年內改制及許可設立文件之換發，以強化長照2.0社區整體照顧服務體系之發展。

表5-1 長照1.0與長照2.0服務對象及服務項目

	長照1.0	長照2.0
服務對象	1.65歲以上老人 2.55歲以上山地原住民 3.50歲以上身心障礙者 4.65歲以上僅IADLs需協助之獨居老人	除延續長照1.0服務對象外，新增下列4類： 5.50歲以上失智症患者 6.55-64歲失能平地原住民 7.49歲以下失能身心障礙者 8.65歲以上僅IADLs失能之衰弱(frailty)老人
服務項目	1.照顧服務 (居家服務、日間照顧及家庭托顧) 2.交通接送 3.餐飲服務 4.輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5.居家護理 6.居家及社區復健 7.喘息服務 8.長期照顧機構服務	除延續長照1.0服務項目外，新增下列9-17項務： 09.失智症照顧服務 10.原住民族地區社區整合型服務 11.小規模多機能服務 12.家庭照顧者支持服務據點 13.社區整體照顧服務體系(成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站) 14.社區預防性照顧 15.預防或延緩失能之服務 16.銜接出院準備服務 17.銜接居家醫療

二、長服法之授權子法：為因應長服法於106年6月3日正式施行，依該法應制定1部法律及8個子法，包括(1)長期照顧服務機構法人條例、(2)長服法施行細則、(3)長照服務機構評鑑辦法、(4)長照人員訓練認證繼續教育及登錄辦法、(5)長照服務資源發展獎助辦法、(6)長照機構設立標準、(7)長照服務機構設立許可及管理辦法、(8)長照服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法及(9)外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法。

第二節 照顧管理制度

為因應推動長照2.0並整合各類長照服務與資源，各縣市長期照顧管理中心(以下簡稱照管中心)進用專業照顧管理(以下簡稱照管)人力作為受理申請、評估、擬定照顧計畫、連結及輸送長照服務之整合性單一窗口。

為充實照管中心照管人力，衛福部推動相關措施如下：

- 一、照管人力配置將採密集式照顧管理模式，並考量城鄉人力資源與服務量能差異，其配置原則為每200名個案配置照管專員1名；每7位照管專員配置照管督導1名。另為提升照管人員之服務量能，自106年起以10：1之比例配置行政人員，即照管專員及督導合計每10人則配置1名行政人員。衛福部已核定各縣市106年照管人力共971人，較105年增加618人(其中包含增加照管專員439人、照管督導73人及行政人員106人)。
- 二、調升照管專員薪資等級：由原來3個等級提升為7個等級(280點/3萬3,908元-376點/4萬5,534元)，以積極留住人才。

- 三、強化照管人員訓練並因應長照服務對象及服務項目增加，將研議就政策、評估實務及在地文化特色等面向，納入照管人員訓練課程，以提升其專業知能。

第三節 服務體系與資源發展

一、建構社區整體照顧服務體系

以優先擴大居家服務供給量與普及化日間照顧中心為原則，並整合各項服務，朝向以社區為基礎的整合式照顧服務體系發展。以培植社區整合型服務中心(A)、擴充複合型服務中心(B)、廣設巷弄長照站(C)為原則，鼓勵各縣市政府廣結長照、醫療、護理以及社福單位辦理。105年計結合20縣市、146個單位佈建17處社區整合型服務中心、44處複合型服務中心、85處巷弄長照站(17A-44B-85C)。

二、服務資源發展及佈建情形

- (一)提升服務使用率：社政項目及衛政項目由97年至今成長顯著，其中以日間照顧服務、家庭托顧、居家護理、社區及居家復健、喘息服務等，服務量皆成長10倍以上，如表5-2。
- (二)加速資源佈建
 1. 整體服務資源成長以日間照顧中心成長最為顯著，由97年底31家到105年已增設至205家，成長6.6倍，如表5-3。
 2. 全國老人福利機構床位數，至105年12月底止共有1,082家、6萬1,082床，如表5-4。
 3. 全國一般護理之家床位數，至105年12月底止共有508家、床數3萬9,002床，如表5-5。

表5-2 97年至105年長照服務人數

單位：人

項目	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年
居家服務	22,305	22,017	27,800	33,188	37,985	40,677	43,331	45,173	47,134
日間照顧服務 (含失智症日照)	339	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344	3,002	3,663
家庭托顧	1	11	35	62	110	131	146	200	210
輔具購租及居家無障礙 環境改善(人次)	2,734	4,184	6,112	6,845	6,240	6,817	6,773	7,016	9,663
老人營養餐飲	5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074	5,520	7,279
交通接送(人次)	7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284	57,618	59,588
長期照顧機構	1,875	2,370	2,405	2,755	2,720	2,850	3,127	3,426	4,104
居家護理	1,690	5,249	9,443	15,194	18,707	21,249	23,933	23,975	22,359
社區及居家復健	1,765	5,523	9,511	15,439	15,317	21,209	25,583	25,090	27,237
喘息服務	2,250	6,351	9,267	12,296	18,598	32,629	33,356	37,346	46,339

備註：1. 輔具購租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次；餘則指該年度12月底現有服務人數。

2. 居家護理、社區及居家復健、喘息服務指該年度累計服務人數。

3. 輔具購租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。

表5-3 97年至105年長照服務提供數

單位：家

項目	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年
居家服務	124	127	133	144	149	160	168	173	200
日間照顧中心(含失 智症老人日照中心)	31	39	66	78	90	120	150	178	205
家庭托顧	4	16	23	16	17	20	22	21	25
老人營養餐飲	166	204	201	159	169	190	209	197	197
交通接送	31	42	43	39	43	42	41	41	40
居家護理	487	495	489	451	478	483	486	493	518
社區及居家復健	62	88	122	112	111	125	143	143	129
喘息服務	1,390	1,439	1,444	1,052	1,510	1,509	1,549	1,565	1760
合計	2,295	2,450	2,521	2,051	2,567	2,649	2,768	2,812	3,074

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5-4 97年至105年老人福利機構家數及住民人數

年度	機構 (家數)					合計 (床數)	實際住民 (人數)	佔床率 (%)
		長照床	養護床	失智床	安養床			
97	1,043	3,970	41,990	0	7,224	53,184	38,300	72.0%
98	1,066	4,419	43,180	0	6,968	54,576	40,183	73.6%
99	1,053	4,796	43,586	0	6,684	55,066	41,515	75.4%
100	1,051	4,660	44,794	90	6,545	56,089	42,824	76.4%
101	1,034	5,748	45,642	144	5,303	56,837	42,769	75.2%
102	1,035	5,959	46,652	220	4,844	57,675	43,496	75.4%
103	1,063	4,447	48,935	280	5,618	59,280	45,298	76.4%
104	1,067	4,340	49,565	406	5,558	59,869	46,264	77.3%
105	1,082	4,544	50,756	453	5,329	61,082	47,192	77.3%

資料來源：衛福部統計處

表5-5

97年至105年一般護理之家機構家數及住民人數

年度	機構(家數)	床數	實際住民(人數)	佔床率(%)
97	347	21,461	18,416	85.8%
98	367	23,077	19,785	85.7%
99	390	25,849	20,774	80.4%
100	423	28,476	21,151	74.3%
101	447	30,447	22,471	73.8%
102	470	33,302	27,605	82.9%
103	486	35,383	29,933	84.6%
104	499	37,161	31,772	85.5%
105	508	39,002	33,271	85.3%

資料來源：97年至101年資料來源衛福部統計處；102至105年資料來源衛福部護理及健康照護司。

三、改善長照服務評估工具及支付與給付制度

為落實在地老化之理念，在長照1.0的基礎下，長照2.0提出評估量表及居家服務支付與給付制度之變革策略。

(一)發展新型照顧管理評估量表

1. 配合長照2.0擴大服務對象及項目，將已發展成熟之長照需要評估工具精簡成為新型照顧管理評估量表，據以評估不同服務對象之長照需要，決定長照服務給付額度，內容包括：(1)「日常活動功能量表（Activities of Daily Living, ADLs）」與「工具性日常活動功能量表（Instrumental Activities of Daily Living, IADLs）」、(2)溝通能力、(3)特殊複雜照護需要、(4)短期記憶評估、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. 為使評估達到標準化且一致性，已完成量表操作手冊之編製，搭配行動載具（平板電腦）評估作業，提升照管專員對個案長照需要評估之專業度及敏感度，以提供失能者適切之照顧服務。

(二)包裹式支付：為提升服務品質，規劃以人為中心的整合性長照服務，整體看待每一位個案的長照需求，而非片段式的提供分項服務，藉由制度的改革與資訊化導入，提升給付公平性，使支付核銷有效率；服務提供者管理能力提升；長照資源增長，民衆獲得優質的服務，活絡長照產業的發展，使民衆得到適切的照顧。

四、失智症照護服務

- (一)社區服務成果：為提升失智症社區服務普及性，衛福部獎助設置失智社區服務據點，至105年已完成設置26處，共辦理健康促進活動4,323場3萬8,206人次、關懷訪視6,019人次、社區宣導活動931場4萬6,559人次、家屬照顧者教育訓練及支持團體服務1,410場次1萬5,791人次參加。
- (二)提升失智症社區服務量能：為促進失智者照護服務可近性，減輕失智個案家屬的照顧負擔，長照2.0之服務對象新增納入50歲以上失智症者，為讓失智者及照顧者可就近獲得適切照護，並提升失智社區服務量能，規劃擴增失智社區服務據點佈建；另為陪伴失智照顧者在照顧失智患者不同階段的照顧需求，將創新於各縣市建立

失智共同照護中心，引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

五、佈建原住民族、離島及其他資源不足地區照管中心分站

鑑於原住民族、離島及其他資源不足地區長照資源相對不足，自99年起推動獎勵偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點，發展在地化及多元功能之綜合服務模式，至105年底補助建置47個據點，其中包括原住民族地區設置21個據點。

透過照管分站佈建，提供在地長照服務，發展因地制宜之照顧管理模式及整體長照體系，充實在地長照資源，以利偏鄉長照服務的推展。

第二章 人力資源發展

第一節 照顧服務人力

- 一、改善薪資待遇：為鼓勵國人投入照顧服務行列，並使照服員久任，除因應失智症照顧之特殊性，提供照服員失智症服務對象加給，及針對領有照服員職類技術士證給予專業加給外，並已針對一例一休加班費差額進行補助及調升偏遠地區交通費。另規劃居家服務給付及支付新制，以平均月薪3萬2千元為目標，改善照服員實質薪資。
- 二、強化人才培訓：為因應服務對象之失能樣態，已於照服員訓練實習場域增列居家服務提供單位、日間照顧中心等，並研議修正照服員訓練課程內容，分級納入專業課程，滿足民衆多元照顧需求。
- 三、促進產學合作交流：為培育國家優質長照健康事業人才，並與產學共同攜

手，發揮產學合作之綜效，引導學校修定或調整課程模組，並納入實習課程，促進學校與服務提供單位產學合作。

四、強化職涯發展：除鼓勵照服員晉升督導員外，自105年起推動施行照顧服務實務指導員計畫，由照服員升任實務指導員到宅提供家庭照顧者諮詢或照顧技巧指導，提供多元升遷管道；並規劃輔導資深照服員擔任業務負責人，或創業成為「照老闆」。

五、提升專業形象：於105年11月29日舉辦「照顧服務員故事分享會」，並製作宣導短片及積極運用各種宣導管道，讓社會大眾瞭解照顧服務之專業性及重要性，提升照顧服務員(以下簡稱照服員)職業形象，藉以吸引更多不同年齡層者投入此項工作。

第二節 社工及醫事專業人力

長照社工人力攸關長照服務輸送體系之完善建置，為期人力培訓計畫之推動具一致性、連續性及完整性，衛福部完成各類長照專業人力培訓課程內容規劃，分為共同課程（Level I）、專業課程（Level II）及整合性課程（Level III）3個階段；於102年7月12日發布長照社會工作人員專業課程（Level II）課程表，並函請直轄市、縣（市）政府廣為宣導並積極推動。

鑒於長照醫事專業服務人力招募困難及人員留任為世界各國推行長照制度所面臨之共同問題，推估比較105-115年各類長照醫事專業人力供需，未來護理人力、物理治療人力及職能治療人力之推估結果多呈現供不應求狀況，且供需落差隨年代推進而越趨明顯。為充實長照醫事專業服務人力，以利未來長照醫事專業人員投入長照服務體系，衛福部已結合各地方政府及醫事專業相關團體，擴大辦理培育計畫。

各類長照社會工作、醫事專業人員受訓情形如附表5-6。

第三章 溝通宣導與服務品質

第一節 溝通宣導

長照2.0希望建立優質、平價與普及的長照服務體系，減輕家屬照顧負擔，提升失能者與照顧者的生活品質。為增進民衆對長照2.0政策的瞭解與支持，辦理公共溝通宣傳情形分述如下：

一、分衆溝通

(一)長照2.0政策說明會：自105年8月至11月至各縣市辦理長照2.0計畫說明會，聽取縣市政府、民意代表、村里長、專家學者及轄內服務提供者、團體代表等之建言，作為推動長照2.0政策之參考，共計完成22場次巡迴說明會，約7千人參與。

(二)社區整體照顧體系共識營：105年11月6日邀集首波通過試辦之9個縣市政府代表、ABC服務團隊夥伴約150人參加共識營，針對已啟動的長照ABC運作模式，進行更細緻的討論，以凝聚共識，發展務實做法，做為未來推廣服務模式的參考。

(三)政策溝通論壇：為促發更多在地社區組織辦理C級巷弄長照站，分區辦理4場次長照2.0與社區長照體系論壇；另為蒐集原鄉原住民族服務使用經驗，了解其對於長照2.0與社區照顧服務體系之需求及意見，分區辦理5場原鄉論壇活動。

二、公關行銷活動

(一)長照服務單位LOGO網路票選活動：為了方便民衆在社區內可輕易的辨識長照服務據點，共設計了4款服務據點標章樣式並公布於衛福部之「長照粉絲團」，透過國人共同參與票選活動及專家評審結果，選出勝選標章張貼於服務據點明顯處。自105年10月6日起開放至10月20日止，超過1萬7千人參與網路投票。

(二)長照服務單位掛牌活動：

為讓有長照需求的民衆「看得到」、「找得到」、「用得到」長照服務，結合縣市政府於長照服務單位懸掛或張貼標章，如圖5，近1,800



個服務單位完成掛牌事宜。

圖5 長照服務單位標章

表5-6 100年至105年各類長照社工、醫事專業人員受訓情形

類別	Level I	Level II	Level III	總計
社會工作人員	2,213	1,373	0	3,586
醫師	3,528	4,137	517	8,182
護理人員	14,087	10,235	2,769	27,091
物理治療人員	1,268	887	432	2,587
職能治療人員	821	257	199	1,277
藥事人員	1,443	630	333	2,406
營養師	836	433	309	1,578
呼吸治療師	347	182	119	648
其他醫事人員	532	128	31	691
合計	25,075	18,262	4,709	48,046

三、大眾傳播媒體通路

(一)長照 2.0 例行記者會：自 105 年 9 月至 105 年 12 月已辦理共計 12 場次長照 2.0 相關議題之例行記者會，透過媒體報導長照 2.0 相關議題，增進社會大眾對長照 2.0 之了解，提高民衆對長照之認知，同時透過衛福部臉書直播，共累積超過 6 萬人次瀏覽、觸及人數超過 22 萬人。

(二)平面媒體廣告宣傳：於期刊、雜誌、報紙刊登長照 2.0 宣傳海報、廣告及文章等，並製作長照 2.0 服務介紹摺頁，分送相關單位，並供各縣市政府照管中心大量印製發放民衆使用。

(三)電視廣播及戶外媒體宣傳：製作長照 2.0 宣傳影片「形象篇」及「資訊篇」，並透過行政院新聞傳播處提供中視、華視、台視、民視、客家、原民共 6 家電視台及廣播媒體之公益託播通路播放；另發函各級政府機關、衛福部所屬機關(構)於民衆等候區電視牆播放宣傳影片。

(四)網路媒體宣傳：透過衛福部「長照政策專區」網站及臉書粉絲專頁，宣傳各式長照 2.0 政策溝通素材及宣傳影

片，衛福部臉書粉絲專頁共累積超過 4 萬人追蹤。

(五)長照幫您專線(412-8080)：當有家人年老、疾病、或身心障礙等因素失去自理能力，需要他人提供長期照護時，提供長照幫您專線(412-8080)，專線會依發話地點連結到當地縣市照管中心，提供民衆諮詢服務。

第二節 服務品質

105年度老人福利機構評鑑家數計134家，包含衛福部所屬及主管機構、直轄市、縣(市)之公立、公設民營與財團法人老人福利機構；評鑑結果為優等16家(11.9%)、甲等75家(56%)、乙等35家(26.1%)、丙等7家(5.2%)，丁等1家(0.8%)，如表5-7。

為提升護理之家照護服務品質，依《護理人員法》及《護理機構評鑑辦法》，辦理護理之家評鑑。103-105年(3年)，一般護理之家計489家機構接受評鑑，評鑑合格466家(95.30%)，評鑑不合格23家(4.70%)。

105年有149家參與評鑑，評鑑合格計133家(89.3%)，不合格(丙及丁等)計16家(10.7%)，評鑑結果如表5-8。

表5-7 105年老人福利機構評鑑結果

等級	機構數	百分比(%)	合格率(%)
優	16	11.9	94.0
甲	75	56.0	
乙	35	26.1	
丙	7	5.2	
丁	1	0.8	
合計	134	100.0	

表5-8 105年一般護理之家評鑑結果

等級	機構數(家)	百分比(%)	合格率(%)
優	13	8.7	89.3
甲	35	23.5	
乙	85	57.1	
丙	12	8.0	
丁	4	2.7	
合計	149	100.0	

6 傳染病防治

70 | 第一章 傳染病防治簡介

72 | 第二章 重要及新興傳染病防治

78 | 第三章 防疫整備及感染管制

80 | 第四章 預防接種



傳染病防治除須持續辦理疫情監測及調查、防疫整備、研究及預防接種，亦須配合世界潮流及防治所需，適時修正相關法規，建置符合實務需求之架構，以保障全民健康。

之義務及權利，並讓相關人員執行工作時有所依循。

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》等法規，以規範各級政府機關、醫事機構及人員、民衆等防治

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。105年訂定1項及修正13項相關法規命令(含實質法規命令)，如表6-1。

表6-1 105年訂定及修正法案表

日期	名稱	訂定/修正說明
1月22日、 2月2日、 4月1日、 5月27日	傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	修正4次： 1.新增「茲卡病毒感染症」為第二類傳染病，再改列為第五類傳染病。 2.新增「先天性梅毒」為第三類傳染病。 3.修正第五類傳染病「新型A型流感」屍體處置措施。
4月1日	防疫物資及資源建置實施辦法	修正醫療機構防疫物資安全儲備量由地方主管機關核定。
4月13日	緊急醫療救護法第十九條規定應通知之傳染病範圍	修正傳染病名稱。
4月26日	傳染病防治獎勵辦法	刪除民衆主動至主管機關接受登革熱篩檢並經證實為病例者，可領取通報獎金之規定。
7月6日	傳染病防治法施行細則	為統整《傳染病防治法》(下稱本法)相關規定、函釋及因應實務需求修正。
7月7日	傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法	修正傳染病監視及預警系統、人口密集機構監視及預警系統之通報規定。
7月8日	長期照護矯正機關（構）與場所執行感染管制措施及查核辦法	1.依本法第33條第3項授權訂定。 2.規定長期照護矯正機關（構）與場所應配合感染管制之事項。
7月19日	1.傳染病防治醫療網作業辦法 2.醫療機構執行感染管制措施及查核辦法 3.醫事人員發現人類免疫缺乏病毒感染患者通報辦法	修正感染控制一詞為感染管制。
11月2日	衛生福利部疾病管制署生物製劑收費標準	修正本標準適用範圍、生物製劑種類、生物製劑供應品目及收費金額。
11月22日	受聘僱外國人健康檢查管理辦法	因應105年11月3日修正發布《就業服務法》第52條，配合修正本辦法第二類外國人健康檢查時程相關規定。
11月30日	人類免疫缺乏病毒感染治療費用補助辦法	增列在臺灣地區合法居留之三類人員為補助對象。
12月13日	感染性生物材料管理辦法	加強高危險生物病原管理，落實國內生物安全及生物安全管理政策。

二、防疫行政架構

衛福部疾病管制署(以下簡稱疾管署)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

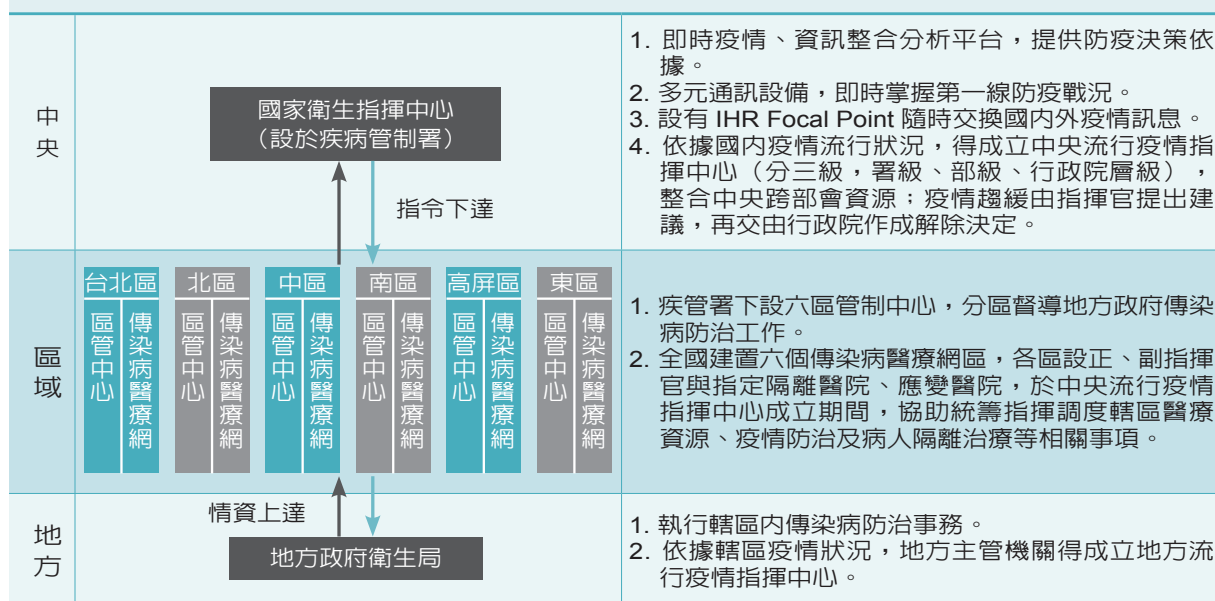
疾管署負責各種傳染病檢驗及研究業務，於全國建置完善的傳染病檢驗服務網，除該署12間實驗室、並依法認可檢驗機構272家，指定第四級微生物病原體(RG4)檢驗機構1家，8家腸病毒及流感病毒合約實驗室、8家結核菌合約實驗室。另因應疫情指定9家疑似茲卡病毒感染症通報個案指定檢驗機構。訂有「傳染病檢體採檢手冊」及「全國傳染病檢體運送品質管理計畫」，以確保檢體採檢送驗之品質、時效及安全。

四、指揮架構

自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，轉化為整體防疫所需的即時訊息，提供指揮官應變決策參考，並設置與世界各國聯絡之國際衛生條例國家對口單位(International Health Regulation Focal Point, IHR Focal Point)，以利重要疫情及公共衛生緊急事件之通報及應變。

運作架構則透過中央、區域、地方三層架構的策略性聯防，圍堵疫情擴散。當發生疫情，由各級衛生單位研判疫情，提請縣市首長（地方）及行政院（中央）決定啟動指揮中心，並指派指揮官負責整體運作。此外，全國劃分六區建立傳染病醫療網（區域）設有正、副指揮官，於中央流行疫情指揮中心啟動時，協助統籌指揮轄區內醫療資源調度與防疫作為。整體指揮架構如圖6-1。

圖6-1 傳染病防治指揮架構圖



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建立疾病流行的長期趨勢，做為擬定傳染病防治政策之參考。105年法定傳染病確定病例統計如附錄二，監測與調查情況如下：

- 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；另透過網路媒體即時蒐集國內外疫情，進行事件型監測。
- 二、疫情通報系統之整合：105年持續推動跨部會資料交換，整合行政院農業委員會、衛福部食品藥物管理署、中央健康保險署及疾管署等機關之疫情資料，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，105年共調查668件疑似群聚案件。

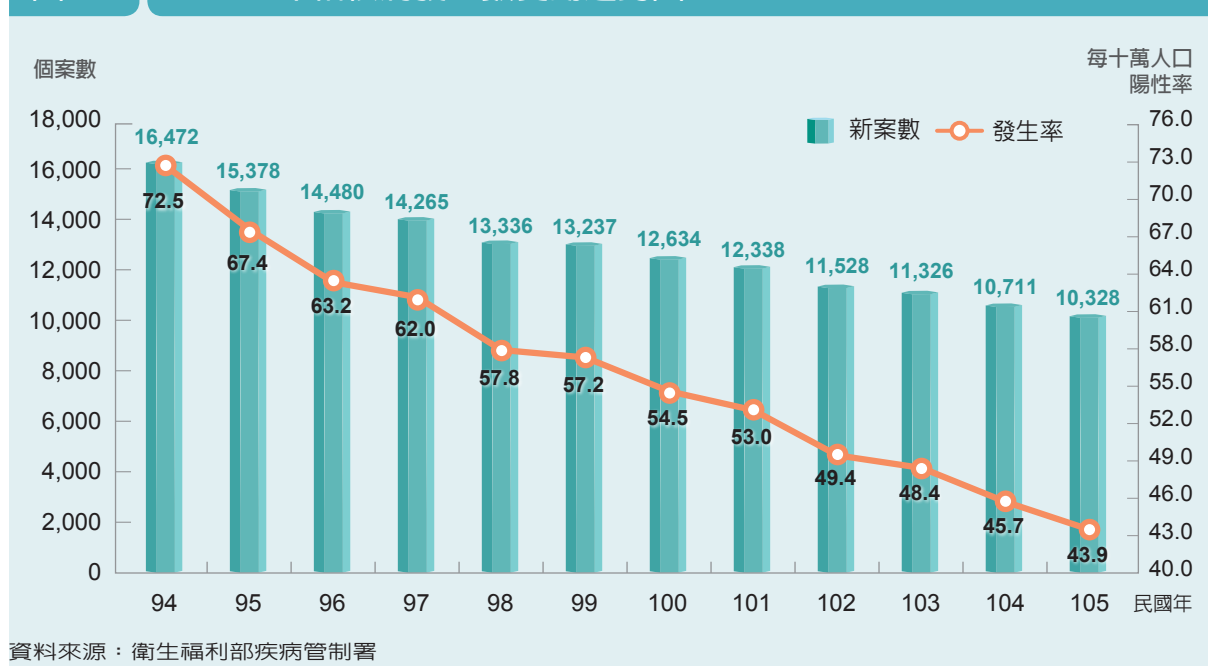
第二章 重要及新興傳染病防治

第一節 結核病防治

自95年推動「結核病十年減半全民動員計畫」、105年開始推動「我國加入WHO 2035消除結核第一期計畫」，並引進新診斷技術、新藥，縮短結核病診斷治療期程，提昇潛伏結核感染治療涵蓋率，期能有效降低結核病發生率。成果如下：

- 一、105年確定病例數1萬328人，全國發生率為43.9例/10萬人口，自94年以來發生率累積降幅達40%，如圖6-2，顯見防治策略奏效。

圖6-2 94-105年結核病發生數變動趨勢圖



二、推動直接觀察治療（都治）計畫，細菌學陽性病人納入計畫達98%以上。

三、實施「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，103年世代追蹤之24個月的治療成功率為73.9%。

四、加強落實接觸者檢查，平均每一指標個案追蹤檢查接觸者為10位。

五、擴大推動「潛伏結核感染(Latent tuberculosis infection, LTBI)治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療法」，105年LTBI檢測人數為104年2倍，並有7成以上加入潛伏結核感染治療，計6,739人。

六、主動積極發現個案，105年胸部X光車巡檢發現332例個案。

七、對15-49歲個案進行常規性愛滋檢驗，105年檢驗率為94%。

八、前往英國參加「第47屆國際抗癆聯盟世界年會(47th Union World Conference on Lung Health)」，擔任保護結核治療之會議討論主席。

九、舉辦「APEC多重抗藥性結核病及抗結核二線藥供應國際研討會」，與亞太經濟合作會(Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC)各會員體交流，提升結核病防治量能。

第二節 腸道傳染病防治

一、腸病毒

105年腸病毒重症確定病例計33例，其中1例死亡，致死率為3.0%，低於前10年平均。

二、A型肝炎

105年A型肝炎確定病例計1,133例（境外移入80例，本土病例1,053例）為歷年之最(圖6-3)，其中59%合併感染HIV、梅毒或淋病，男男間性行為為主要風險因子。為控制疫情，105年推動A型肝炎疫苗接種計畫，提供確定病例接觸者、HIV感染者及梅毒、淋病患者等高風險族群接種1劑公費A肝疫苗。

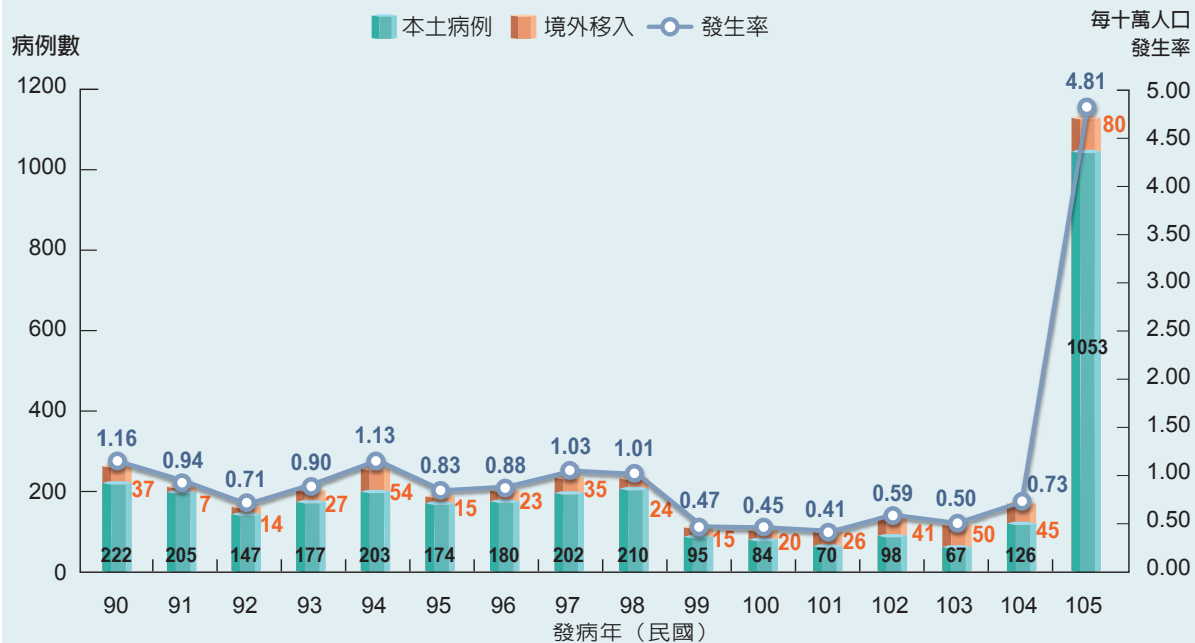
第三節 病媒傳染病防治

一、登革熱

105年確定病例計743例，本土病例380例（其中4例死亡）。5月入夏後本土病例僅有8例，為近10年最低，防治成效良好。歷年登革熱確定病例數如圖6-4、6-5，新增防治策略如下：

- (一) 每月由衛福部與行政院環境保護署兩位首長共同召開「行政院重要蚊媒傳染病防治聯繫會議」，強化中央及地方對重要病媒傳染病之業務聯繫。
- (二) 放寬「登革熱 NS1 抗原快速診斷試劑」之適用對象條件不限疾病嚴重程度及國內居住縣市，以加強病例偵測效能。
- (三) 成立「國家蚊媒傳染病防治研究中心」，研究發展蚊媒傳染病防治之新技術。

圖6-3 歷年A型肝炎確定病例數及發生率統計圖



資料來源：衛生福利部疾病管制署

圖6-4 歷年登革熱確定病例數統計圖(本土病例)

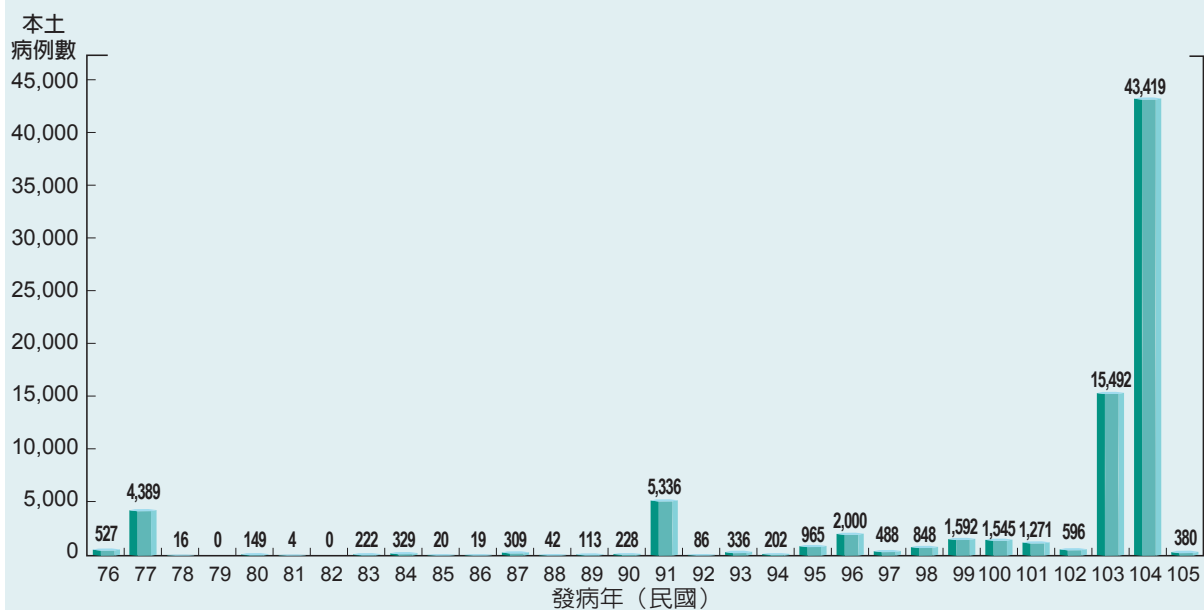
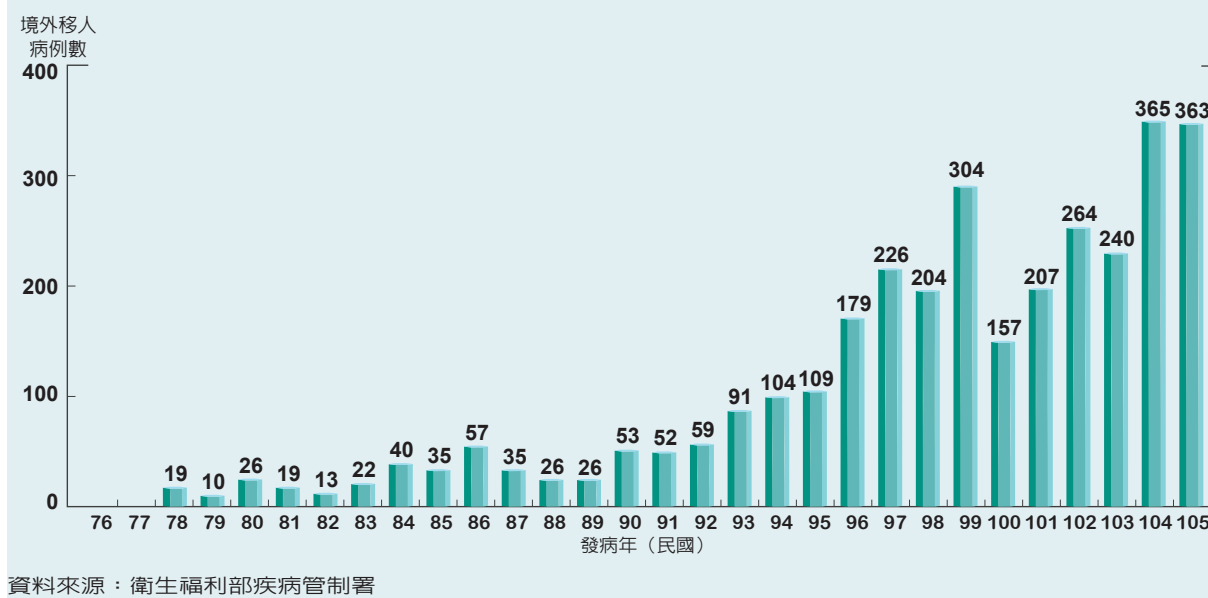


圖6-5 歷年登革熱確定病例數統計圖(境外移入)



二、茲卡病毒感染症

WHO 於 105 年 2 月宣布茲卡病毒感染症疫情為國際公共衛生緊急關注事件 (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)，我國立即成立中央流行疫情指揮中心三級開設。在防疫資源整備、邊境檢疫與境外防疫、衛教溝通、醫療與檢驗量能整備、孳生源清除與查核等多方策略下，防疫成效良好。自 105 年 1 月出現首例境外移入病例以來，全年僅 13 例境外移入病例，均未造成國內傳染散播。

第四節 血體液傳染病防治

一、愛滋病

自 73 年至 105 年底累計通報 3 萬 3,423 例本國籍感染者，其中有 1 萬 5,418 例發病，5,569 例死亡。105 年新增感染者 2,396 名，93.8% 透過性行為傳染，感染

途徑以男男間性行為為主，占全年通報人數的 84.9%。105 年主要防治策略及成果如下：

- (一) 為使男男間性行為者獲得適當介入服務，委託辦理 5 家同志健康社區服務中心提供愛滋醫療諮詢門診、篩檢等服務。另透過社群網絡及交友軟體提供衛教諮詢，平均每月觸及 1 萬人次，15-49 歲民衆正確認知率達八成。
- (二) 辦理「藥癮愛滋減害計畫」，全國有 159 家醫院提供替代治療服務。委託 41 家醫療機構辦理「免費愛滋病匿名篩檢諮詢服務計畫」。另 9 月起推動在家愛滋唾液快速自我篩檢服務方案，於 9 縣市共設置 81 個執行點及 23 台自動服務機提供愛滋唾液篩檢試劑，共計 4,812 人次篩檢，有 2,249 位登錄篩檢結果，陽性率 1%。

(三) 為減少母子垂直感染，執行孕婦全面篩檢服務、預防性投藥等介入措施。

105 年由此發現 6 例感染者 (歷年成果如圖 6-6)，無母子垂直感染個案。

二、B、C型肝炎

105年急性病毒性B型及C型肝炎確定病例分別為118及207例。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，國內6歲兒童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、105年流感併發重症確定病例共計2,084例，其中426例死亡，致死率為20.4%，病例監視如圖6-7。

二、每年10月起辦理「流感疫苗接種計畫」，105年接種對象包含6個月以上至國小入學前幼兒等8類，並於12月起擴大至6個月以上之所有民衆。另補助除校園集中接種學生外的所有對象接種處置費。105年採購600萬劑流感疫苗，於2.5個月內全數接種完畢，全人口接種涵蓋率由前一年13%大躍進為27.4%。

三、依「流感疫情高峰期應變作戰計畫」嚴密監測疫情發展、強化急重症醫療照護品質與資源調度，以及增設公費流感抗病毒藥劑配置點達3,700多家，及辦理擴大公費藥劑適用對象。

圖6-6 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫陽性個案數及陽性率圖

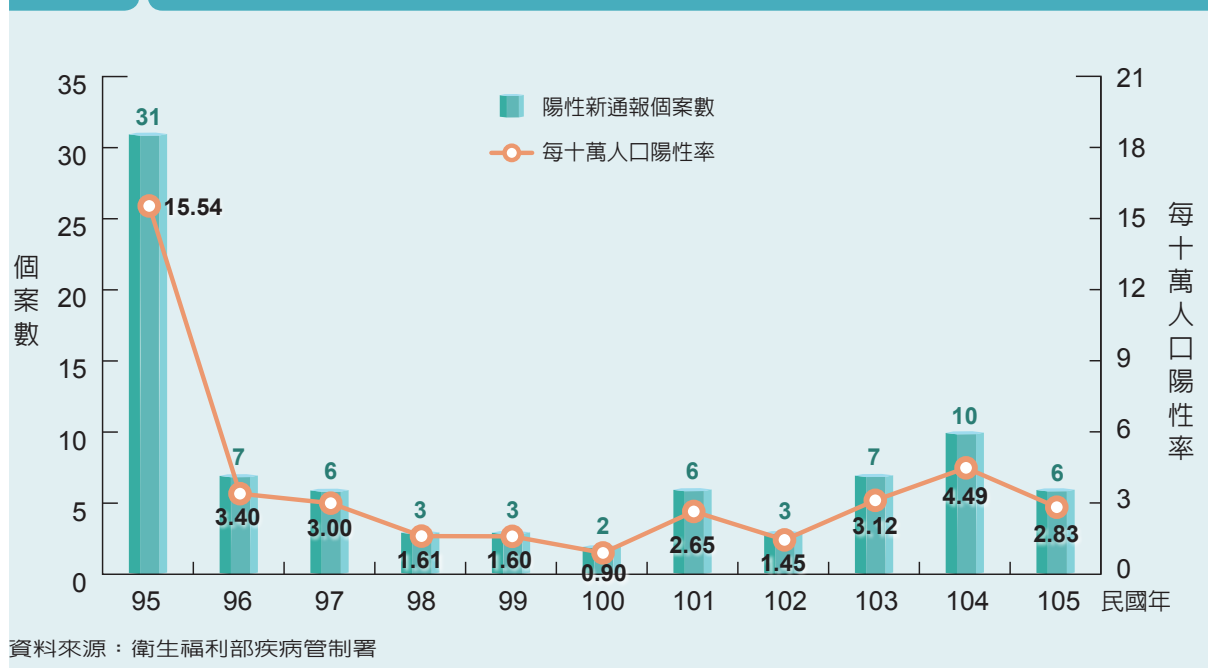
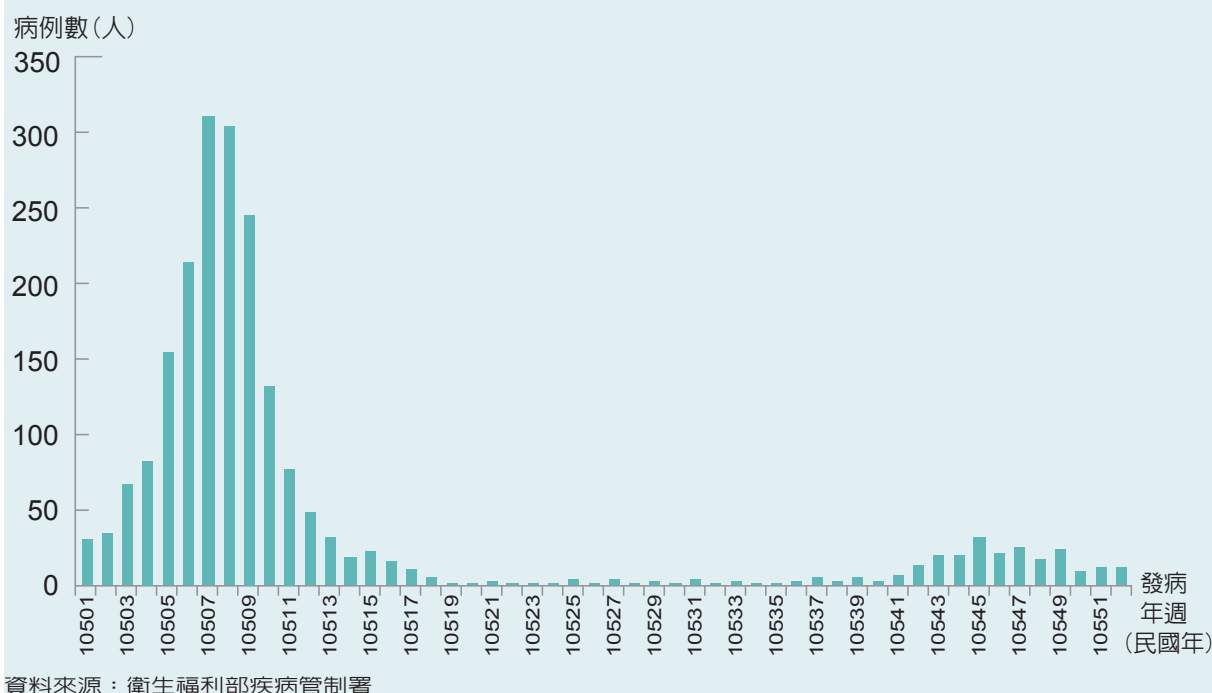


圖6-7 105年流感併發重症確定病例監視圖



第六節 新興傳染病防治

- 一、完備重大新興傳染病疫情應變軟硬體基礎設施，建置戰情室，負責統籌疫情指揮中心之運作，另參考WHO及歐洲疾病管制中心(European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC)之快速風險評估相關指引，例行針對國際間發生之疫情，進行我國發生之可能性及衝擊風險評估，並內化為常規預警機制。
- 二、積極推動參與全球衛生安全綱領(Global Health Security Agenda, GHSA)，落實防疫一體(One Health)的概念，委託美國約翰霍普金斯大學衛生安全中心(Johns Hopkins University Center for Health Security; 前為匹茲堡大學衛生安全中心)採用WHO的聯合外部評估工具(Joint External Evaluation Tool,

JEE Tool)協助我國進行公共衛生威脅應變量能的外部評核。我國在48項指標中，有42項獲評為綠燈級，顯示我國因應公共衛生緊急事件之應變能力已達9成量能，並於美國舉辦之「全球衛生安全量能評估－國際公共衛生研討會」對國際公布。使我國成為全球第8個完成聯合外部評核國家，防疫能力得以透過與國際一致之標準展現。

- 三、保全IHR指定港埠核心能力：依據2次對於「建置IHR指定港埠核心能力計畫」之外部評核結果，撰擬「IHR指定港埠核心能力之維運暨保全計畫」提報行政院核定執行，以持續保全我國7個IHR指定港埠核心能力，提升新興傳染病監測與風險評估技能。

四、辦理疑似生恐事件應變處置相關研討會、桌上型及無預警演習。另建置生恐事件現場通訊體系，以及完成生物防護裝備量能檢討，並規劃中長期之裝備汰換計畫，提升生恐應變量能。

五、建立國際交流網絡，增加國際能見度

(一) 應邀至韓國與日本參加「2016 年亞太地區非傳統威脅化學、生物、放射性和核武器研討會」及「2016 年第 3 屆日經傳染病研討會」，擔任專題講座及討論與談人。

(二) 選派防疫人員赴美國研習公共衛生資料分析，包括流感病毒監測、疫苗製備規範與防疫整備體系。

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。

一、檢疫

105年總入境人數2,522萬7,784人，經由各機場港口檢疫站紅外線體溫測溫儀器篩檢出有症狀旅客共計2萬5,286人，確診罹患法定傳染病個案計有164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26家合約醫院，全年服務量達2萬63人次。

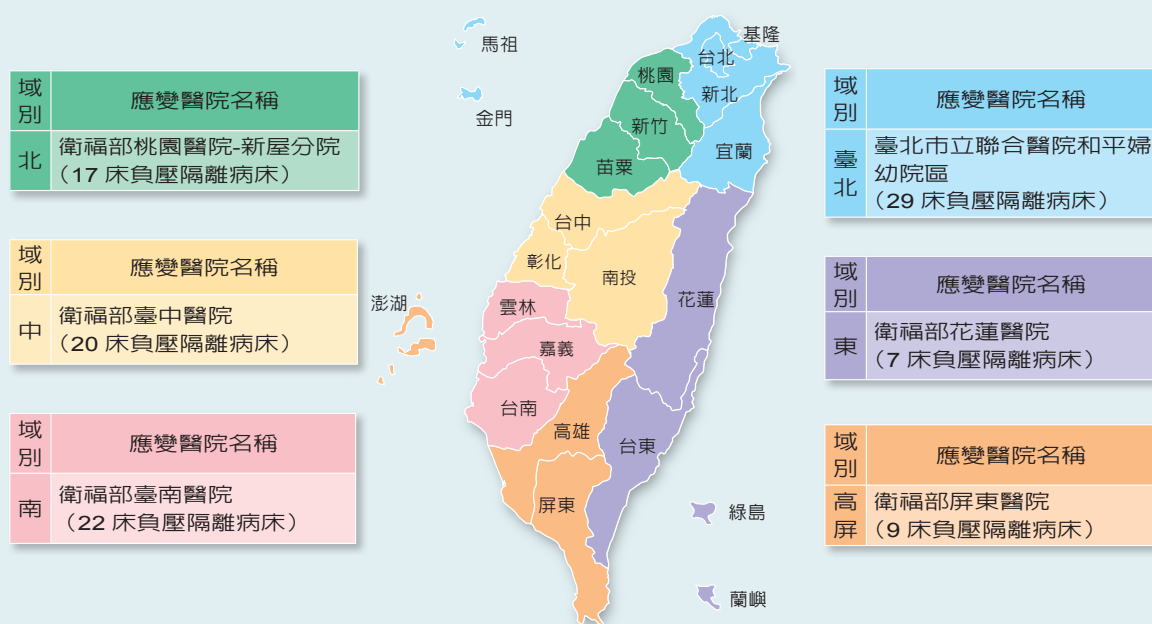
第三章 防疫整備及感染管制

持續維運「傳染病防治醫療網」(如圖 6-8)，並定期針對應變醫院進行負壓隔離病房檢測及查核，施行教育訓練及演習。

第一節 流感大流行之整備與因應

依「我國因應流感大流行準備第三期計畫」，持續辦理流感大流行整備工作：

圖6-8 傳染病防治醫療網



備註：105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。

一、創新防疫物資儲備及管理調度機制，提升物資儲備效益

(一) 建置中央、地方和醫院防疫物資三級庫存管理制度，維持防護衣、N95等級口罩及外科手術面罩之安全儲備量。另建置中央防護裝備流通換貨機制，避免物資屆效並節省採購經費，提升物資儲備效益。

(二) 維持全人口數 10-15% 流感抗病毒藥劑儲備量，並於流感流行高峰期（12 月 1 日至隔年 3 月 31 日）擴大藥劑適用對象。

(三) 持續辦理人用流感 A/H5N1 疫苗自願接種計畫，共接種 6,064 人次。

二、建立跨部會應變機制，有效因應國內禽流感疫情

(一) 以「行政院禽流感及重大人畜共通傳染病防治聯繫會議」為禽流感防治跨部會平臺，有效整合農委會、衛福部、海巡署與財政部關務署等機關之禽流感防治資訊及協調擬定相關政策。

(二) 密切監控禽流感病毒變異及禽傳人之風險，及督導地方政府衛生局對禽流感確認案例場之撲殺 / 清場工作人員進行健康監測作業，未發現有人類禽流感病例。

三、持續監測流感病毒抗原性、抗藥性、基因變化與新型流感的出現，並寄送我國病毒株至日本、美國之 WHO 參考實驗室，做為疫苗選株之參考。

第二節 醫療照護相關感染管制與實驗室生物安全管理

一、105 年建置抗生素抗藥性管理通報系統，監控抗生素抗藥性微生物與相關

感染，並增設「實驗室通報臨床菌株之抗生素感受性統計資料分析報表」及回饋功能，以有效利用監測資料，促進抗生素合理使用及落實感染管制措施。

二、辦理地區級以上醫院感染管制查核，查訪 326 家醫院合格比率達 100%。完成 297 家長期照護機構感染管制查核，合格率 99.3%。

三、持續辦理抗藥性微生物多元監測機制，偵測碳青黴烯類抗藥性腸道菌 (Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, CRE) 及萬古黴素不敏感或抗藥性金黃色葡萄球菌 (Vancomycin-intermediate/resistant *Staphylococcus aureus*, VISA/VRSA) 等抗藥性微生物之重要抗藥性基因。

四、持續推動國家型「侵入性醫療處置照護品質提升計畫」，建置專案管理中心及全國分區 7 家責任醫院，並評選 45 家參與醫院，共同推行導尿管與呼吸器等侵入性醫療裝置組合式照護措施，參與計畫單位之呼吸器相關肺炎及導尿管相關泌尿道感染密度下降幅度達 10% 以上。

五、生物安全管理

(一) 辦理實驗室生物安全查核工作，查核國內 19 間生物安全第三等級 (Biosafety Level 3, BSL-3) 實驗室、1 間 BSL-4 實驗室及 1 間動物生物安全第三等級 (Animal Biosafety Level 3, ABSL-3) 實驗室。

(二) 輔導 12 間高防護及 21 間生技產業相關實驗室導入「實驗室生物風險管理系統」，提升實驗室自主管理能力。

(三) 國內持有、使用第 2 級危險群以上病原體及生物毒素之設置單位共計 440 家，如表 6-2。

第三節 研究及檢驗

- 一、105 年受理之傳染病檢體共計 10 萬 5,251 件，檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計 1 萬 360 件，陽性率為 9.8%。
- 二、監測檢驗 4,680 件蟲媒病毒，成功驗出 13 例境外移入茲卡(Zika)病毒感染個案，阻絕疫情於境外。
- 三、新增 8 項新興病原體檢測方法。
- 四、持續「台灣剝絲網 (PulseNet Taiwan)」食媒疾病監測，偵測到沙門氏菌 Anatum 血清型群聚感染流行，追溯與豬雞之關聯性；與美、韓進行霍亂病原菌株跨國比對，進行國際防疫合作。
- 五、進行社區腸病毒及呼吸道病毒監測，提供預警、防治、檢驗試劑及疫苗開發之參考。
- 六、完成登革熱 NS1 快速檢驗試劑技轉，並協助廠商申請體外診斷醫療器材查驗登記。
- 七、成功開發肺炎病原體檢測套組，單一反應可檢測 24 種呼吸道病原體。

八、沙門氏菌感染流行病學調查，發現患者購買散裝蛋感染風險為健康族群 2.5 倍，以科學證據支持農方推動雞蛋一次性包材政策。

九、持續對於諾羅病毒引起腹瀉群聚之監測，且藉由建置之諾羅病毒株監測資料，於 105 年發現群聚疫情明顯上升與新型病毒株 GII.2 相關。

十、辦理「茲卡病毒檢驗診斷國際研習營」，邀請日、澳等 12 國分子病毒檢驗專業人員參訓，提升區域傳染病聯防量能。

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，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，並逐年推動新疫苗政策。

目前幼童免費常規疫苗共 9 項，可預防 14 種傳染病，並對山地鄉等高危險地區實施幼童接種 A 型肝炎疫苗。接種時程如表 6-3。

表 6-2 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	其他機關或事業	合計
生物安全會	19	146	56	213	434
生物安全專責人員	0	0	0	6	6

表6-3 兒童常規預防接種項目及時程

接種年齡	疫苗種類
出生24小時內	● B型肝炎免疫球蛋白一劑 ^註
	● 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
出生滿1年6個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第四劑
出生滿2年3個月	● 日本腦炎疫苗第二劑
滿5歲至國小一年級	● 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 ● 日本腦炎疫苗第三劑(提供已完成3劑不活化疫苗之幼童接種)

備註：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。

運用「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，幼童各項常規疫苗均維持基礎劑96%以上、追加劑93%以上之高接種率如圖6-9，105年度3歲以下幼童全數完成各項常規疫苗應接種劑次之接種率達94.3%，

顯示我國公共衛生量能與便利普及的接種服務體系。

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

第二節 血清疫苗研製

進行卡介苗及抗蛇毒血清製劑生產，
105年成果如下：

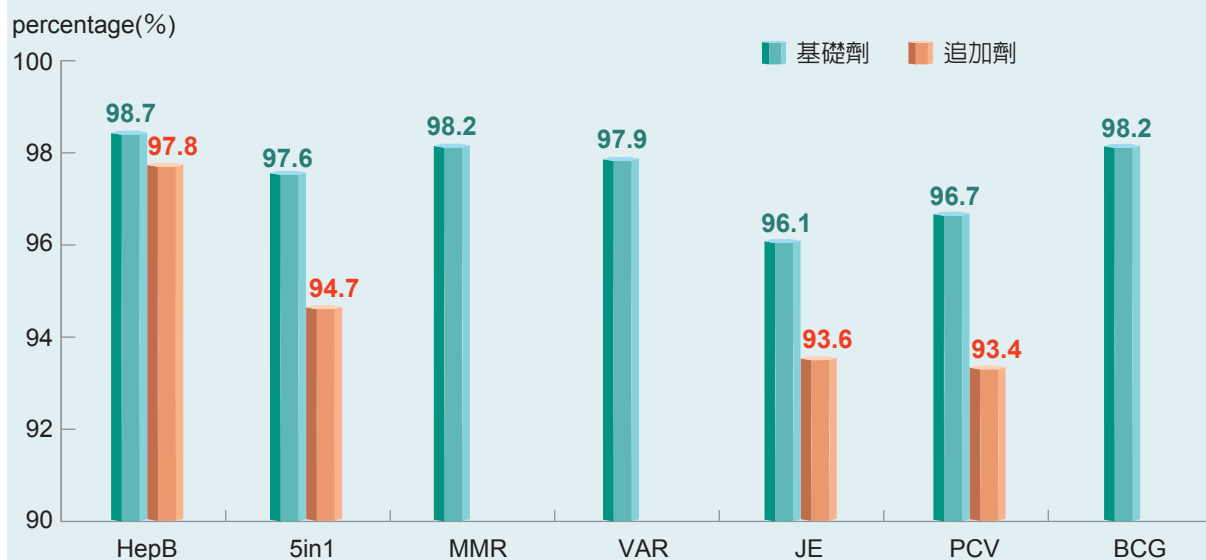
一、原馬場硬體設施老舊，將馬匹全數順利遷至新代養馬場，化解馬匹飼養及血清斷貨危機。

二、以蛇毒免疫馬匹生產抗蛇毒血漿
352.8公斤。

三、委託國家衛生研究院生物製劑廠製造
抗蛇毒血清製劑5,400瓶。

四、供應國內所需卡介苗、抗蛇毒血清等
製劑共52萬4,584劑。

圖6-9 105年幼兒各項預防接種完成率



資料來源：105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
- ◆ BCG：卡介苗

7 食品藥物管理

84 | 第一章 食品管理

86 | 第二章 藥品管理

89 | 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

94 | 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，105年之工作重點為健全法規標準及審查制度、落實源頭管理、建構綿密的品質鏈監測體系、精進國家實驗室功能、建置風險預警及管理機制，積極強化消費者保護與溝通，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

衛福部食品藥物管理署(以下簡稱食

藥署)105年推動「食安五環」改革方案，結合產業自律、政府管理及民間參與三大力量，共同確保食品安全，提升食品業者管理能力，讓食安管理向前邁進。

第一節 食品法規標準及產品審查

- 一、為建立全面性食品安全體系，積極推動《食品安全衛生管理法》(以下簡稱食安法)，修正如表7-1。
- 二、辦理特定食品查驗登記，已核可在案許可證件數如表7-2。

表7-1 105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
4月21日	應訂定食品安全監測計畫與應辦理檢驗之食品業者、最低檢驗週期及其他相關事項	要求食用油脂等17類食品業者分階段訂定食品安全監測計畫及實施強制性檢驗
5月19日	訂定「應依食安法第四十九條之二規定沒入追繳違法所得之食品業者」	辦理工廠登記且資本額新臺幣一億元以上之食品業者，有違反食安法第十五條第一項、第四項或第十六條之規定；或有第四十四條至第四十八條之一之行為致危害人體健康者，其所得之財產或其他利益，應沒入或追繳之。
12月26日	餐館業事業廢棄物再利用管理辦法	處理餐館業事業廢棄物及促使可資源化之物質循環利用。
1月~12月	<div> <div>品名及其他標示規定</div> <div> 包裝食品與玩具併同販售應標示醒語規定 食品添加物之通用名稱 食品添加物應明顯標示產品登錄碼 應標示之食品器具、食品容器或包裝品項 特殊營養食品之病人用食品應加標示事項 巧克力標示規定 </div> </div>	訂定部分產品品名、標示宣稱及營養標示等規定之標準。
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：121種農藥計651品項之殘留農藥安全容許量標準；797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。

表7-2 105年核可特定食品查驗登記許可證件數

應查驗登記食品類別		有效證件數
輸入錠狀、膠囊狀食品		7,367
健康食品		339
食品添加物		6,590
基因改造食品		118
特殊營養食品	特定疾病配方食品	180
	嬰兒配方奶粉及較大嬰兒配方輔助食品	144
國產維生素類錠狀、膠囊狀食品		1,875
真空包裝黃豆即食食品		157
總計		16,770

第二節 食品源頭管理

一、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)，截至105年底，餐盒食品工廠193家及國際觀光旅館內餐飲業73家完成HACCP符合性稽查。

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等相關物品，應依海關專屬貨品分類號列，截至105年底計2,489個號列，輸入如屬食品用品用途之產品，應辦理食品輸入查驗。

(二)為提升產品輸入查驗效率，105年8月修訂並更名「食品及相關產品輸入查驗作業要點」，105年查驗約67萬5仟食品及相關產品，較100年增加60.49%，不合格產品均依規定辦理退運或銷毀。

三、食品添加物管理，截至105年底完成登錄之食品添加物業者約3,000家，登錄之產品約14萬件。準用797項食品添加物，均訂有使用範圍、限量及規格標準。

第三節 食品安全鏈監測

一、食藥署協同地方衛生局執行食品後市場監測計畫，加強把關結果如表7-3，不合格者均依法查處。

表7-3 105年食品後市場監測結果

監測/稽查項目	結果		
	總件數	合格數	合格率(%)
市售與包裝場農產品殘留農藥監測	3,341	2,978	89.1
市售食品動物用藥殘留監測	2,278	2,246	98.6
市售食品真菌毒素含量監測	515	502	97.5
市售食品重金屬含量監測	601	598	99.5

二、專案稽查抽驗

- (一) 針對重點施政項目、高違規、高風險、高關注項目辦理專案稽查抽驗，105 年完成 47 項專案及 3 項行政院聯合專案稽查。
- (二) 為加強監控高風險產品，擴大抽驗金針、脫水食品及液蛋和夜市小吃攤環境衛生與所使用食材、醬料之衛生安全，105 年度金針、脫水食品抽驗合格率較 104 年提升；液蛋和夜市小吃攤環境衛生與所使用食材、醬料平均合格率達 85.7%。

第四節 食品安全衛生管理

- 一、99 年至 105 年累計 1 萬 6,000 多家餐飲業通過餐飲衛生管理分級評核。
- 二、104 年公告新增食品容器具包裝與食品用洗潔劑之食品業者應申請登錄，截至 105 年底，超過 40 萬家食品業者完成登錄。
- 三、105 年新增「農產植物製品」、「麵條、粉條類食品」等 5 類食品業者，以及「農產植物製品」、「肉類加工食品」等 5 類食品輸入業者，實施食品安全監測計畫及強制檢驗，累計已納入 23 類業者。
- 四、105 年預告新增「食用醋」、「蛋製品」、「嬰幼兒食品」等 3 類食品業者，實施食品追溯追蹤管理，累計已納入 22 類業者。

第五節 食品衛生安全管理系統驗證

- 一、105 年起陸續公告《食品衛生安全管理系統驗證機構認證及驗證管理辦法》與《食品衛生安全管理系統認證及驗證收費辦法》，並建置「食

品衛生安全管理認證及驗證資訊系統」(Food safety Accreditation and Certification System, FACS)，以提升認證及驗證執行效能。

- 二、經公告之罐頭食品、食品添加物、乳品加工、特殊營養食品及資本額 3,000 萬以上食用油脂、麵粉、澱粉、食鹽、糖、醬油等 10 類製造業者，共計 469 家通過二級品管驗證。

第二章 藥品管理

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

第一節 藥品法規標準及產品審查

- 一、為符合國內需求並與國際接軌，持續健全藥物相關管理規範，105 年增修訂如表 7-4。
- 二、藥品查驗登記管理：105 年國內臨床試驗申請新案 309 件，藥品臨床試驗報告案 178 件，核准 136 件新藥申請案，並推出「藥掃描」APP，讓民衆立即掌握藥品仿單、外盒、外觀等相關資訊。

第二節 藥品源頭管理

- 一、西藥藥品製造工廠自 104 年起已全面完成實施國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範(The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme : Guide to Good Manufacturing Practice for

Medicinal Products, PIC/S GMP)，截至105年底，國內西藥製劑廠通過家數計127家，國外則為936家。

二、自105年起，製劑使用之原料藥應符合藥品GMP並登錄來源，登錄比例已達100%。截至105年底，國產原料藥已有24家藥廠243品項符合GMP規定，取得GMP備查之輸入原料藥許可證共1,681張。

第三節 藥品品質鏈監測

一、105年2月公告「西藥藥品優良製造規範(第三部：運銷)」施行項目與時程，並執行查核，截至105年底，計有233家業者申請藥品優良運銷規範(Good Distribution Practice, GDP)檢查。

表7-4 105年藥政管理法規增修訂

日期	名稱	修正重點
1月21日	「複合性藥物判定要點」	協助業者判定創新複合性藥物應以藥品或醫療器材列管，並有效審查及管理該類產品。
3月8日	「西藥非處方藥仿單外盒格式及規範」及實施方法	考量民衆閱讀習慣及視障、銀髮等之族群需求，制訂非處方藥仿單外盒格式及相關規範。
4月6日	公告修正「藥品查驗登記審查準則」部分條文	部分條文計十二條，包括「工廠登記證明文件」、輸入藥品外盒標籤相關規定申請銜接性試驗評估製劑之範圍、原料藥應檢附之資料等。
7月13日	「必要藥品短缺通報登錄及專案核准製造輸入辦法」	規範必要藥品短缺之通報、登錄及專案核准製造、輸入之申請條件、審查程序、核准基準及其他應遵行事項。
8月1日	修正「新藥查驗登記精簡審查機制」	將具有美國FDA、歐盟EMA或日本MHLW其中兩地區核准證明，經評估為具有族群差異者，且符合相關規定，得以精簡審查程序核准上市。
9月6日	「藥品追溯或追蹤系統申報及管理辦法」	規範經中央衛生主管機關公告類別之藥品，其製造或輸入許可證持有藥商及從事業務之批發藥商須依規定內容，應建立藥品來源及流向之追蹤系統。
9月8日	「特定藥物專案核准製造及輸入辦法」	針對預防、診治目前國內尚無合適藥物或替代療法之危及生命或嚴重失能疾病，或為因應緊急公共衛生情事之需求，而有必要使用尚未取得許可證之藥物者，可以專案申請製造或輸入。
10月26日	修正「指示藥品審查基準」	修訂指示藥品審查基準之警語及注意事項，將過於專業或艱澀的字句，改寫成口語化敘述，使民衆容易理解。
12月14日	公告「申請學名藥查驗登記案自106年1月1日起，送審內容達嚴重缺失者，實施退件及部分退費作業」	依據學名藥查驗登記之行政及技術資料查檢表，其缺失達退件標準者，實施退件及部分退費作業。

二、藥物品質監測

(一)市售藥品品質監測結果，疑似藥品不良品通報 869 件、疑似藥品療效不等通報 52 件、監控國際藥品品質(回收)警訊 646 則。

(二)105 年辦理 396 批生物藥品檢驗封緘，共 1,268 萬 8,690 劑。

(三)105 年完成 88 件心血管用藥、解熱鎮痛藥品及抗生素等製劑之藥品品質調查監測，合格率 94.3%。

三、「偽劣假藥聯合取締小組」自99年成立後，每月維持平均稽查至少1,500次以上，查獲率由小組成立初期的27.22%(99年4月)大幅下降至1.22%(105年12月)，如圖7-1。另105年核處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計8,185件，罰鍰金額共1億9,940.95萬元，廣告違規率由13.9%(99年1月)降至4.85%(105年12月)。

第四節 藥品安全管理

一、為強化新藥安全性監測，並與國際接軌，105年1月13日修正新藥定期安全性報告格式。

二、105年受理藥害救濟申請案計196件，審定救濟給付107件，給付率58%，給付金額總計1,776萬5,304元整。

第五節 管制藥品管理

一、為防杜管制藥品濫用或非法使用，依《管制藥品管理條例》建立管理體系，105年管制藥品分級增修公告如表7-5。

二、截至105年底，領有管制藥品登記證之機構業者計1萬5,413家，領有使用執照之專業人員計5萬2,757人。

三、105年執行流通管理實地稽核共1萬7,145家，查獲違規比率2.6%，並予以處辦。

圖7-1 99-105年不法藥物查獲率

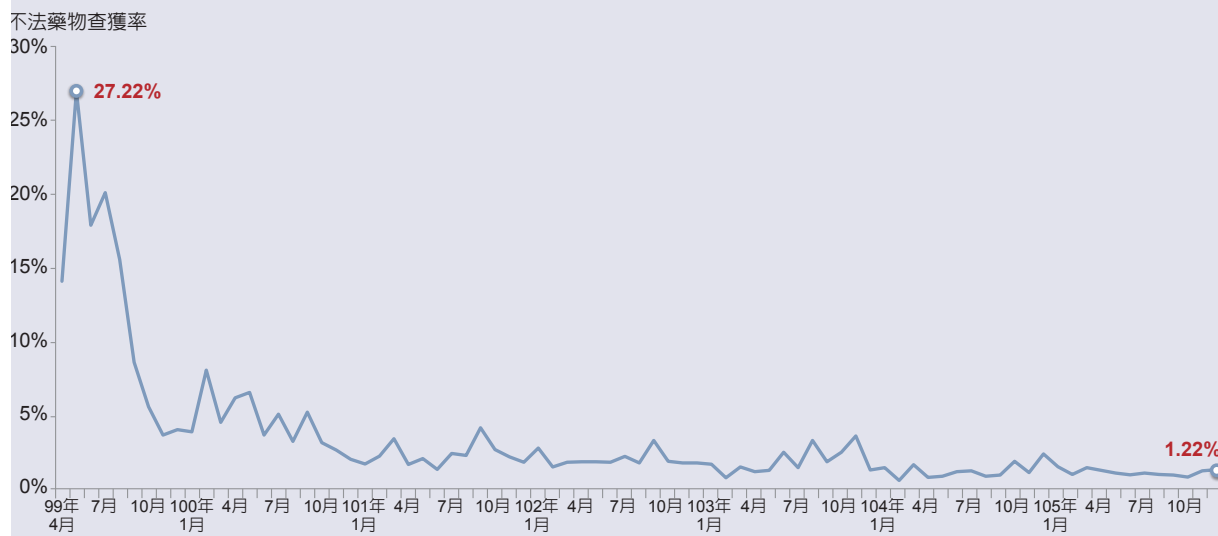


表7-5 105年管制藥品分級增修公告事項

日期	分級	公告管制藥品分級名稱	說明
3月25日	第三級	3,4-亞甲基雙氧-N-乙基卡西酮 (3,4-methylenedioxy-N-ethylcathinone、Ethylone)	屬中樞神經興奮劑，產生類似搖頭丸效果，無醫療用途。
3月25日	第三級	2-（3-甲氧基苯基）-2-乙胺環己酮 [2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone、Methoxetamine, MXE]	結構類似愷他命，會產生幻覺及具成癮性。
3月25日	第三級	氯甲基卡西酮(Chloromethcathinone, CMC)， 包括2-Chloromethcathinone, 2-CMC、 3-Chloromethcathinone, 3-CMC及 4-Chloromethcathinone, 4-CMC等三種位置異構物。	屬中樞神經興奮劑，無醫療用途。
3月25日	第三級	溴甲基卡西酮(Bromomethcathinone, BMC)， 包括2-Bromomethcathinone, 2-BMC、 3-Bromomethcathinone, 3-BMC及 4-Bromomethcathinone, 4-BMC等三種位置異構物。	屬中樞神經興奮劑，無醫療用途。

四、定期彙整研析國內藥物濫用趨勢，提供防制機關(構)參採，另辦理種子師資培訓及成立8家反毒教育資源中心，結合61個外展點，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

98.9%；違規中藥廣告查處561件行政處分，共罰鍰1,867.5萬元，不合格產品皆依法處辦。

第六節 中藥管理

- 一、依《藥物製造業者檢查辦法》105年完成43家GMP中藥廠查廠作業，合格率達100%。
- 二、紅棗、黃耆等16項中藥材執行邊境查驗管理，105年受理3,643件報驗通關案，總計1萬3,174噸，均符合我國異常物質限量標準。
- 三、105年實施中藥材含二氧化硫、黃麴毒素及重金屬限量基準。
- 四、105年抽驗中藥材355件，合格率90.1%；中藥製劑272件，合格率

第三章 醫療器材與化粧品管理

為有效控管醫療器材及化粧品之安全及品質，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，保障民衆健康安全。

第一節 醫療器材及化粧品法規標準及產品審查

- 一、法規環境與國際規範調和化，105年增修訂如表7-6。
- 二、105年完成143件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，較104年增加16%；研訂56項醫療器材產品技術

基準，採認918項國際標準及110項產品基準，提升審查一致性與透明性。相關審查案件如表7-7。

- 三、成立全方位醫材及化粧品法規諮詢輔導網絡，及時回復各界疑問，並公布相關問題Q&A於食藥署網站。
- 四、落實國產新興醫材專案輔導機制，成功協助「血糖監測系統」及「甲基化癌症基因檢測試劑」等2項產品核准上市，並輔導2件國產高階創新醫材產品進入臨床試驗。

第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

- 一、醫療器材製造廠全面納入醫療器材GMP管理，105年有效國產醫療器材認可登錄669件、有效輸入醫療器材品質系統文件(Quality System Documentation, QSD)認可登錄3,800件、符合自願性化粧品優良製造規範40家。
- 二、截至105年底，化粧品產品登錄平台共登錄1,759件，較104年增加592件。

表7-6 105年醫療器材及化粧品管理法規重要增修訂公告

日期	名稱	修正重點
1月18日	公告訂定3項含藥醫療器材產品基準	公告玻尿酸皮下植入物、冠狀動脈氣球導管、創傷覆蓋材等3項含藥醫材產品臨床前測試基準。
2月19日	公告「化粧品中禁止使用Estradiol、Estrone及Ethynyl estradiol成分」	自105年5月1日起，凡含有旨揭成分之化粧品，禁止販賣、供應或意圖販賣、供應而陳列。
4月1日	公告「『嬰兒專用濕巾』納入化粧品種類管理」	自106年6月1日起，嬰兒專用濕巾應符合化粧品衛生管理條例之規定。
6月30日	公告「化粧品中禁止使用Antihistamine成分」	自106年起，凡含有Antihistamine成分之化粧品，禁止販賣、供應或意圖販賣、供應而陳列。
7月1日	公告4項醫療器材臨床前測試資料切結書	符合公告品項之醫療器材，廠商於申請查驗登記時，得以臨床前測試資料切結書，替代臨床前測試及原廠品質管制等資料。
11月9日	總統公布化粧品禁止動物試驗	增訂化粧品業者除有特定情形，不得在國內以動物進行化粧品成品及成分之安全性評估試驗，並不得銷售違反前述規定之化粧品。

表7-7 105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	5,451	334	1,484	1,645
結案數	5,118	329	1,508	1,622

有效許可證張數：醫療器材4萬3,328張(較104年增加2,487張)、含藥化粧品1萬5,759張。

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
如表7-8，不合格產品均依法處辦。
- 二、食藥署協同地方衛生局聯合稽查醫療器材及化粧品之產品包裝標示，結果如表7-9。

第四節 醫療器材及化粧品安全管理

- 一、105年醫療器材不良品及不良反應通報分別為3,429件及427件，如圖7-2。主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊2,044則，摘譯公告70則警訊，提供各界參考。

表7-8 105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(%)
市售彩色隱形眼鏡之色素溶出物試驗品質監測	28	28	100.0	28	100.0
市售醫用手套之品質調查	20	17	85.0	18	90.0
一般市售滅菌紗布及棉花之無菌性監測	78	78	100.0	63	80.8
針灸針之無菌性監測	56	56	100.0	44	78.6
人類乳突病毒(HPV)分子診斷試劑對高風險第16/18型病毒之偵測能力調查研究	11	11	100.0	9	81.8
醫療器材總計	193	190	98.4	162	83.9
市售化粧品中防腐劑之品質監測	152	150	98.7	111	73.0
市售化粧品中微生物之品質監測	177	174	98.3	174	98.3
化粧品總計	329	324	98.5	285	86.6

表7-9 105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(%)
骨內植體(牙科)	9	50	41	23	56.1
未滅菌傳導膠	9		29	24	82.8
靜電器(電位治療器)	7	41	25	17	68.0
醫療器材總計	25	91	95	64	67.4
牙齒美白用化粧品	7	57	30	19	63.3
燙髮用劑			39	26	66.7
含潤膚成分之濕巾			65	52	80.0
化粧品總計	7	57	134	97	72.4

二、105年化粧品不良事件通報共54件，監控化粧品196則安全訊息，並發布安全紅綠燈161則。

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、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。105年檢驗7,618件，檢驗項目達8萬6,600次，包括產品申請許可證之查驗登記檢驗、生物藥品逐批封緘檢驗、衛生套邊境檢驗及突發事件之檢驗等，另協助檢、警、調、司法、海關送驗案、地方衛生主管機關之檢驗技術與支援等。

二、增購儀器擴增檢驗量能，精進檢驗技術，制訂技術文件供各界使用，公告新增及修正食品類檢驗方法22篇、建議檢驗方法38篇、化粧品公開建議檢驗方法8篇。

第二節 風險管理及危機處理機制

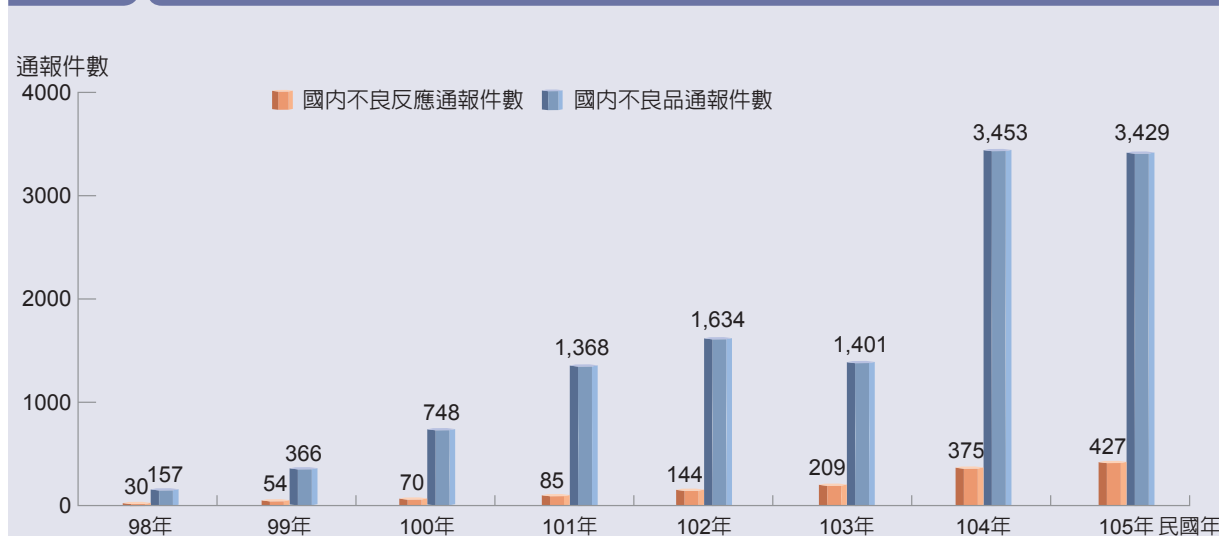
一、成立「風險管理及危機處理推動小組」，辦理「風險及危機管理概念」等基礎課程，及「危機預防準備及事後復原檢討」等實務課程，強化組織危機處理量能及策略擬定能力。

二、105年因應「日本食品輸臺公聽會」，啟動應變指揮中心三級開設，針對事件進行檢討改進，落實緊急事件應變機制。

第三節 地方及民間實驗室認證管理

一、透過「衛生局聯合分工檢驗體系」，持續協調及輔導專責分工檢驗項目，提升地方衛生局自行檢驗比率達85%。截至105年底，計755品項通過衛福部實驗室認證，專責項目通過認證比率達91.7%。

圖7-2 歷年醫療器材不良品及不良反應通報件數



二、為擴大國內檢驗量能，管理民間認證機構家數及項目數已達115家、1,425品項，較104年成長12.5%，如圖7-3、7-4，食品能力試驗滿意度達84.6%。

三、印尼官方接受食藥署推薦3家認證機構為認可實驗室，可免實地查核，認證體系受國際肯定。

圖7-3 歷年食藥署認證檢驗機構家數成長情形

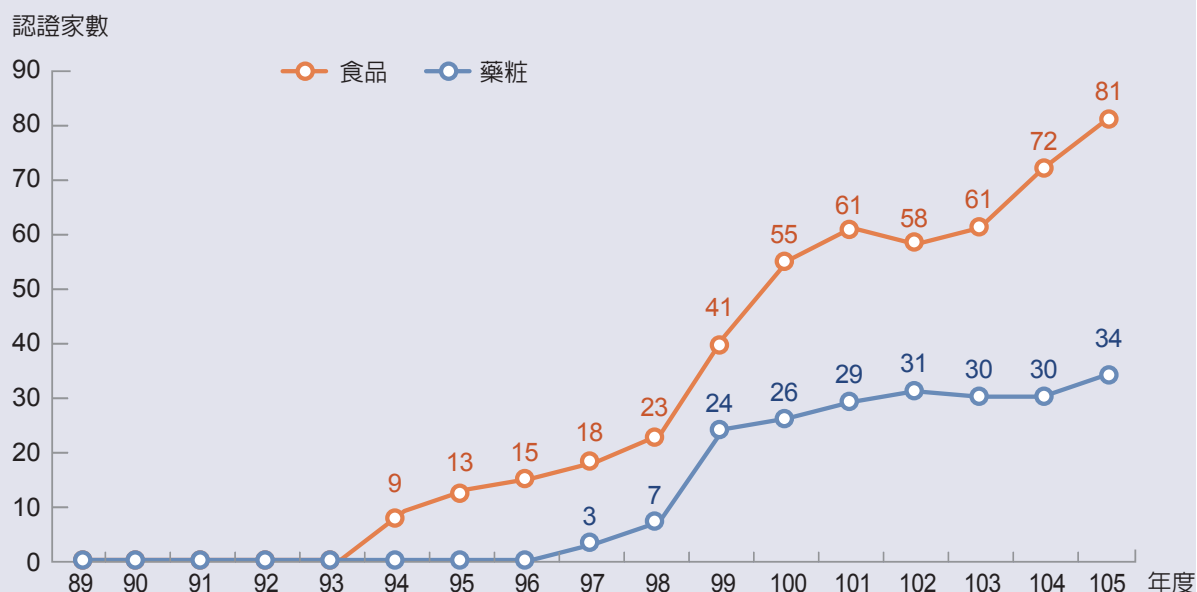
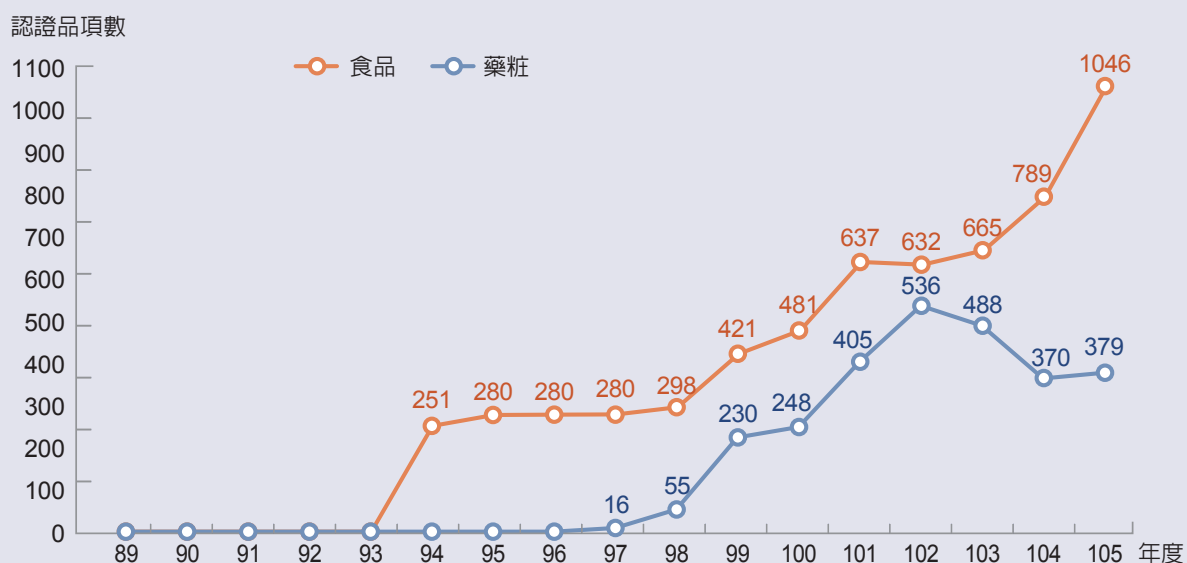


圖7-4 歷年食藥署認證檢驗機構認證品項數成長情形



第五章 消費者保護與宣導

透過新興傳播通路，藉由「線下到線上」的新媒體行銷方式，傳遞安全風險教育及施政訊息，並建立新型態衛生教育及政策行銷模式，以達有效政策宣導。

第一節 消費者即時資訊提供

- 一、架設「食藥好文網」提供食藥知識及資訊，設置「謠言終結機」及「徵求謠言」專區，持續蒐集網路食藥迷思及破解謠言，截至105年底，文章數已超過400篇，累積18萬3,000人瀏覽。
- 二、透過「食用玩家Facebook粉絲團」，發布最新實用衛教資訊貼文，粉絲數已達5萬6,000人以上。
- 三、透過「食藥關謠專區」，蒐集網路不實謠言，發布254則關謠，專區點閱率達135萬次，媒體報導轉載約1,050則以上。



第二節 消費者溝通與宣導

- 一、104年設立首支跨部會全國食安專線「1919」，截至105年底服務量超過6萬通，滿意度調查達80%。
- 二、持續結合民間資源及志工力量，完成食品標示訪查3萬7,394家次、食品廣告監控3萬8,371小時，並深入職場、校園、社區宣導食安觀念。
- 三、於全國性報紙刊載「餐桌上的知識家」，製作「發現食安酷科學」童書，以期食品安全向下扎根。
- 四、結合33 個民間團體辦理2,461 場次藥物濫用防制宣導活動。
- 五、成立22家正確用藥資源中心、465家社區藥局用藥諮詢站，營造正確用藥支持性環境。



8 全民健保與國民年金

96 | 第一章 全民健康保險

100 | 第二章 國民年金



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、國民年金分述於下。

第一章 全民健康保險

第一節 全民健保業務現況

全民健康保險立基於增進全體國民健康，經過多年的耕耘，以「普及、經濟、便利、滿意度高」的成果吸引全球關注，不僅在國內維持高達八成的滿意度，每年也吸引數百位各國訪賓來臺瞭解臺灣的健保制度。

截至105年底，健保總投保人數2,381.5萬人，納保率達99.7%以上。此外，全國92.8%的醫療院所皆與衛福部中央健康保險署（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105年底保險收支累計結餘為2,474億元，目前財務狀況穩定。



105年10月20日推動分級醫療公聽會



105年11月5日舉辦全民健保21周年路跑活動

第二節 全民有保就醫便利

105年，總門診次數為3億6,154萬人次，總住院次數為332萬人次，平均每人每年門診就醫次數15.4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。

105年底，健保特約醫事服務機構計達2萬7,995家，其中特約醫療院所計2萬857家，占全國醫療院所總數的92.8%，保險對象可自由選擇醫療院所，接受醫療照護服務。

衛福部自105年6月起研議加強推動分級醫療，擬定六大策略及相關配套逐步實施，以鼓勵民衆至基層院所就醫，如醫師專業認定有醫療上之需求，將協助轉診至適當科別院所，以強化大醫院專注於治療重症及醫學研究的功能，基層院所則成為民衆健康第一線守門員。

第三節 財務健全收支連動

二代健保實施後，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，保費收取更符合量能負擔的公平原則，財務亦明顯改善，如圖8-1。為回應民情，自105年起執行業務收入、股利所

得、利息所得及租金收入單次給付金額扣取下限由5,000元調整為2萬元；另加強資本利得補充保險費查核及監控；105年全年補充保險費計收約439億元。

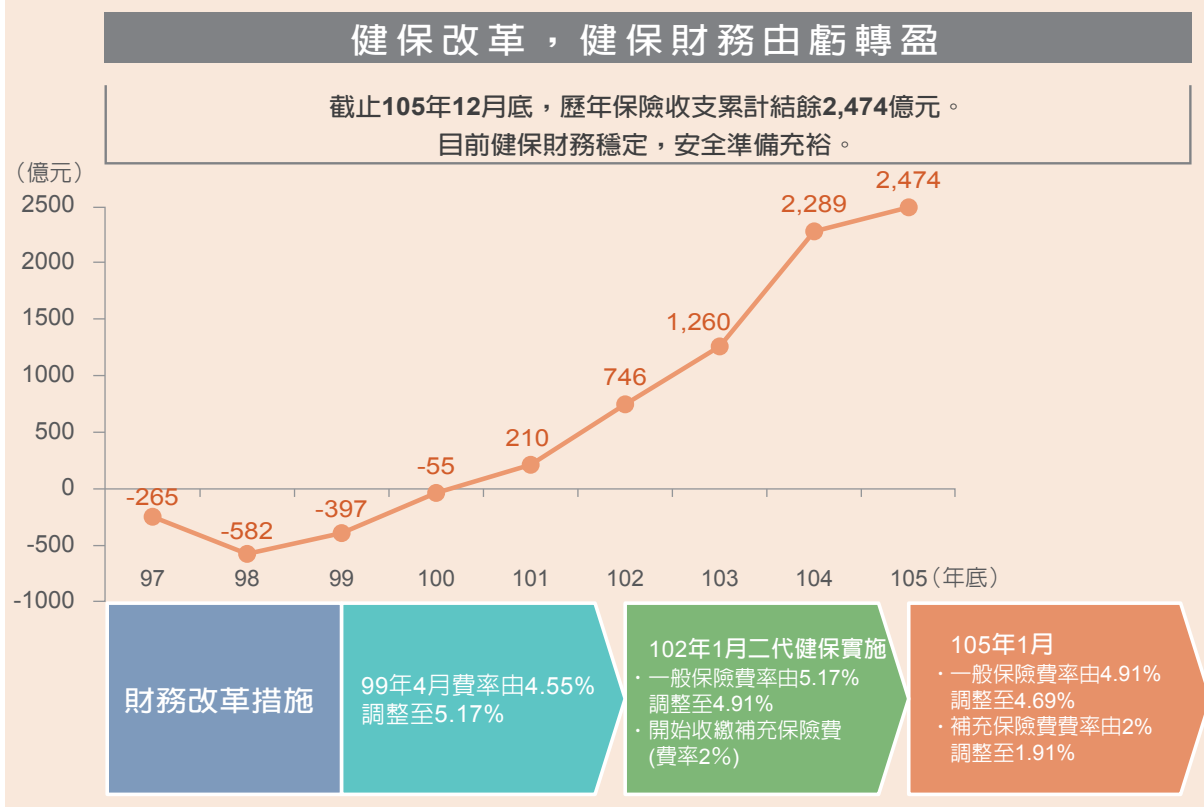
考量健保制度永續經營，爰秉持二代健保財務收支連動精神，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」，並據以審議105年度費率，自105年1月1日起，一般保險費費率由4.91%調降為4.69%，補充保險費費率連動由2%調降為1.91%。衛福部亦續行檢討收支連動機制，以維持長期財務平衡。

目前財務狀況穩定，惟因人口老化及醫療科技進步等因素，長期仍將面臨財務壓力，衛福部將持續推動健保財務改革，進行制度檢討並研議更穩健之財務制度，以確保長期財務健全，負擔更加公平合理。

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, FFS)為主，該制度容易造成醫療費用無限成長，對醫療品質亦有影響。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 Payment System)；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, P4P)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(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)，並於103年7月1日起實施第2階段Tw-DRGs。

圖8-1 二代健保實施前後財務收支累計餘絀情形



另自90年起啟動「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案」，並於102年起擴大將前一年門診就醫次數90次以上者約4.7萬人納入輔導，以協助正確就醫；另經輔導一年無明顯成效，且經專審醫師認定確有就醫異常者，則限定於指定院所就醫（緊急情況不在此限），若至非指定院所就醫不予給付。輔導成效以105年輔導104年門診就醫次數90次者為例，輔導後與輔導前同期相比，平均就醫次數下降20%，醫療費用減少約5.6億元。

為提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，於105年2月15日起實施居家醫療照護整合計畫，改善現行不同類型居家醫療照護片段的服務模式，提供以病人為中心之全人照護。截至105年底，共有106個照護團隊參與，包含803家院所，累計照護人數有7,675人。

為增進民眾使用創新新藥之可近性，讓國人可儘早使用適當的新藥治療，對於在我國為國際間第一個上市之新藥，於102年及103年已針對新成分新藥，訂定健保給付之核價鼓勵措施，再於105年12月6日放寬其適用範圍，不限於新成分新藥，且同時具臨床價值(包括增進療效、減少不良反應或降低抗藥性)之新藥，均可適用。

第五節 資訊公開提升品質

為促進醫療品質提升，於健保署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，更加強公開醫療重要事務等資訊，例如各醫院提報的財報資料，並提供各醫院的醫療服務情形(如病床數、門住診申報件數及醫療點數)、全日平均護病比資料、個別醫院之醫療品質資訊等，讓民眾及各界從宏觀角度來瞭

解院所的經營效率，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，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；105年協助情形見表8-1。
- (二)醫療協助：為更進一步落實醫療平權之普世價值，105年6月7日起實施「健保欠費與就醫權脫鉤（全面解卡）案」，推動健保全面解卡，民眾只要辦理投保手續，均可安心就醫。
- (三)公益彩券回饋金協助弱勢民眾減輕就醫負擔：105年協助項目包含健保欠費及就醫相關費用等，共計約2億8,400萬元，7萬餘人次受惠。

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給付效益提升計畫：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105年共計50個山地離島地區納入本計畫，該地區民眾就醫免收健保部分負擔，並有26家特約院所承辦，服務民眾達46萬餘人，整體而言，實施此計畫鄉鎮之民眾，對計畫之平均滿意度為95%。

表8-1 105年繳納健保費之協助措施成效

項目	對象	人(件)數	金額
保險費補助	低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿20歲及55歲以上之無職業原住民等	321.8萬人	261.5億元
紓困貸款	符合經濟困難資格者	2,339件	1.70億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	9.1萬件	26.39億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	8,489件	2,578萬元

(二)醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：

101年起實施本計畫，以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於醫療資源不足地區的地區醫院或鄰近該地區的區域醫院，提供24小時急診服務以及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院服務，截至105年計有85家醫院參與。此外，每年公告之醫療資源缺乏地區就醫之門診、急診與居家照護服務減免20%部分負擔。

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部分負擔。截至105年12月底，重大傷病證明核定約有95萬餘件（人數為89萬餘人，約占總保險對象的3.7%），而105年重大傷病醫療費用約1,813億餘元（占全年總醫療支出的27.4%）。

(二)經衛福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，使用經衛福部公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付。截至105年12月底止，核定重大傷病證明共1萬525件。

第七節 運用科技提升效率

臺灣為少數使用智慧晶片卡作為保險憑證的亞洲國家，不僅提升行政效率，健保卡還可登錄重大傷病、過敏藥物、門診醫囑（包括藥品、檢驗及檢查），此外，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。

為落實電子化政府，於95年1月更新網路作業系統，建置「多憑證網路承保作業平臺」，讓服務更多元化。截至105年12月底，使用該系統的投保單位已有16.2萬家，每個月透過網路申報之異動資料約134萬筆，占全部異動量之7成2以上。

截至106年3月，透過網路申報105年度補充保險費扣費明細資料近1,558萬筆，占全部明細資料的9成以上。

健保署自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。105年持續精進系統功能，擴大發展為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，包含雲端藥歷(西醫用藥)紀錄、過敏藥物、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄、檢查(驗)紀錄、手術紀錄、牙科處置及手術等七項資訊系統。105年計有2萬2,708家醫療院所啓

動查詢，每月平均查詢筆數計2千3百萬人，就醫人數查詢比率約80.2%，如圖8-2。進一步分析有被查詢用藥紀錄之病人群，其降血壓、降血脂、降血糖、安眠鎮靜用藥、抗思覺失調用藥及抗憂鬱症用藥等六類用藥跨院所重疊用藥日數比率有逐年下降趨勢，顯示健保雲端藥歷系統確已發揮避免重複用藥的成效。

另為提升民衆對自我健康及就醫狀況的掌握程度，民衆已可透過「健康存摺」系統以「已註冊」之健保卡或自然人憑證查詢或下載個人的就醫資料，包括：西、中、牙醫門診、住院、用藥、手術、過敏、檢驗（查）結果、影像或病理檢查、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資料，以及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105年底已有27萬人，192萬人次使用健康存摺。

第二章 國民年金

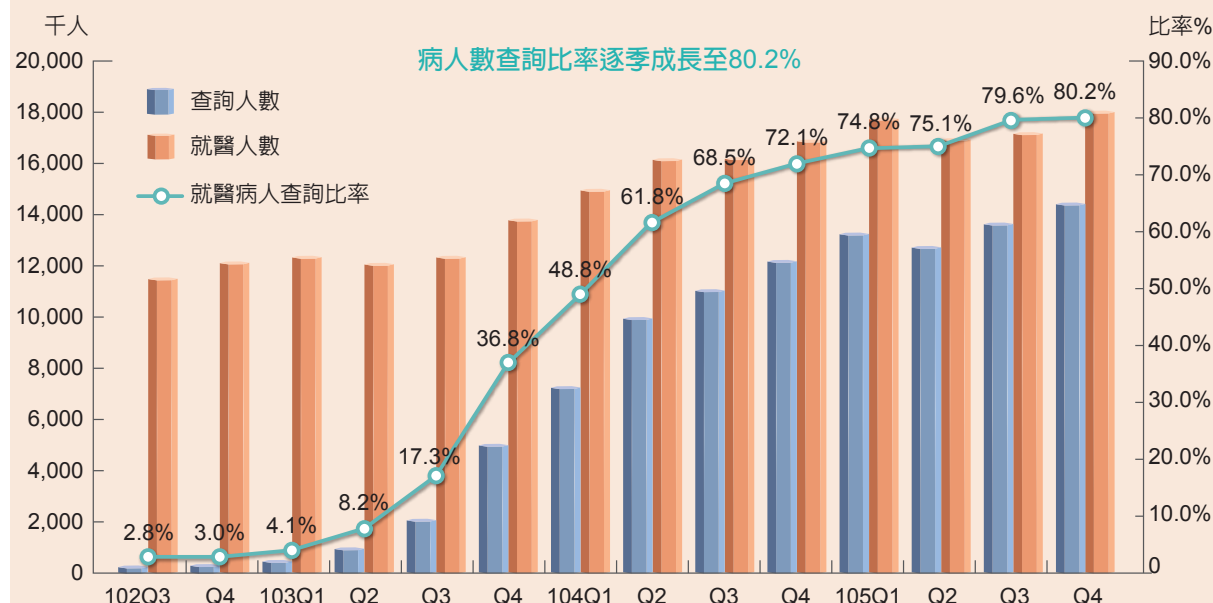
「國民年金保險」於97年10月1日開

辦，目的係將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。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，使我國繼開辦全民健康保險之後，在國人的經濟生活保障層面，更跨入「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、105年12月國民年金保險被保險人人數為342萬5,214人，各身分別被保險人人數及比率統計表如表8-2。
- 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）補助。

圖8-2 健保醫療資訊雲端查詢系統(含健保雲端藥歷系統)使用統計



四、月投保金額：1萬8,282元。

五、被保險人繳費率：國民年金保險開辦迄至105年12月底止，被保險人應收保險費為2,572億餘元，已收1,439億餘元，被保險人繳費率為56%。

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 8-3。

七、國民年金保險基金財務狀況：截至 105 年 12 月底止，國民年金保險基金投入財務運用之金額為 2,504.1 億元，在多元化資產配置原則下，主要投資於國內銀行存款(占 12.3%)、國內外債務證券(占 31.5%)、國內外權益證券(占 46.6%)等，以兼顧安全性及收益性。

表8-2 105年12月國民年金保險被保險人人數及比率統計表

身分別	被保險人人數(人)	比率(%)
一般身分	294萬3,026	85.9
低收入戶	7萬4,178	2.2
重度、極重度身心障礙者	9萬5,282	2.8
中度身心障礙者	7萬5,801	2.2
輕度身心障礙者	6萬3,574	1.9
所得未達1.5倍	12萬4,584	3.6
所得未達2倍	4萬8,769	1.4
總計	342萬5,214	100.0

表8-3 105年國民年金給付核付人數及金額統計表

給付種類		核付人數(人)	105年累計核付金額(千元)
保險給付	老年年金給付	79萬1,022	33,394,964
	生育給付	2萬1,668	691,498
	身心障礙年金給付	6,383	287,071
	喪葬給付	1萬6,693	1,524,805
	遺屬年金給付	7萬2,838	3,279,651
	合計	90萬8,604	39,177,989
其他給付	老年基本保證年金	65萬2,187	29,090,121
	身心障礙基本保證年金	2萬1,132	1,241,670
	原住民給付	3萬8,089	1,631,539
	合計	71萬1,408	31,963,330
總計		162萬0,012	71,141,319

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。

八、105年已領取老年年金給付人數計79萬1,022人，占滿65歲以上可請領老年年金人數(81萬9,963人)之96.5%，顯示國民年金制度已達確保民衆老年基本生活保障之目的。

第二節 國民年金制度變革與重要業務成果

一、為使國民年金制度更公平、合理，105年11月30日修正《國民年金法》第16條規定，明定保險人核發各項給付時，應將被保險人因繳款單開立及繳納時差而尚未逾繳納期限之保險費、逾期繳納保險費所應計收之利息，由發給之保險給付中扣抵，並計入保險年資，以保障被保險人之給付權益。

二、針對各界關注之國民年金議題，持續推動各種策進作為並獲致下列成果：

(一)持續蒐集各界之建議與意見，於105年4月邀集專家學者、民間團體及相關機關召開「國民年金制度及法規檢討諮詢會議」，並就有關納保及給付條件與保費收繳進行檢討，期使國民年金制度更公平及合理。

(二)督請勞動部勞動基金運用局依國保基金投資政策書，擬定105年度運用計畫，並秉持多元化資產配置原則，強化國保基金之投資運用，以提升收益率。截至105年底止，總收益為99.47億元，年化總收益率為4.3%，高於預定之4%。

(三)為提升國民年金繳費率，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，105年度透過各項管道收回當年度及以前年度欠費金額總計44億餘元。

(四)為提升國保各項給付正確發放率，已加強比對資料庫、建立相關機關稽核制度、持續督促勞保局強化與各機關之資料勾稽，105年度溢領案件計1,986件，較104年度降低6.2%，105年度溢領金額1,642萬餘元，較104年度降低11.1%。

(五)為增進民衆繳納國保保險費之意願以提升繳費率，訂定「提升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宣導國民年金，105年除持續以多元管道宣導國民年金外，各地方政府亦辦理欠費被保險人個案訪視，共計訪視22萬7,591人，辦理宣導場次3萬7,023場(319萬1,776人次參加)，培訓地區性種籽人員1萬1,060人。

(六)為健全我國年金制度，總統府成立國家年金改革委員會，並於105年6月至106年1月間完成20次委員會會議，4場分區會議及1場國是會議全國大會，已將國民年金保險列入中長期改革目標，未來將配合國家年金改革時程，研議修正國民年金制度。

9 社會福利服務

104 | 第一章 兒童及少年福利

106 | 第二章 婦女福利與家庭支持

110 | 第三章 老人福利

112 | 第四章 身心障礙者福利



因應全球化、都市化、少子女化、高齡化的趨勢，社會結構快速變遷，家庭功能改變，為讓弱勢者獲得適切之照顧，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，期達到保障權益、支持家庭、友善社會及精進品質之願景。

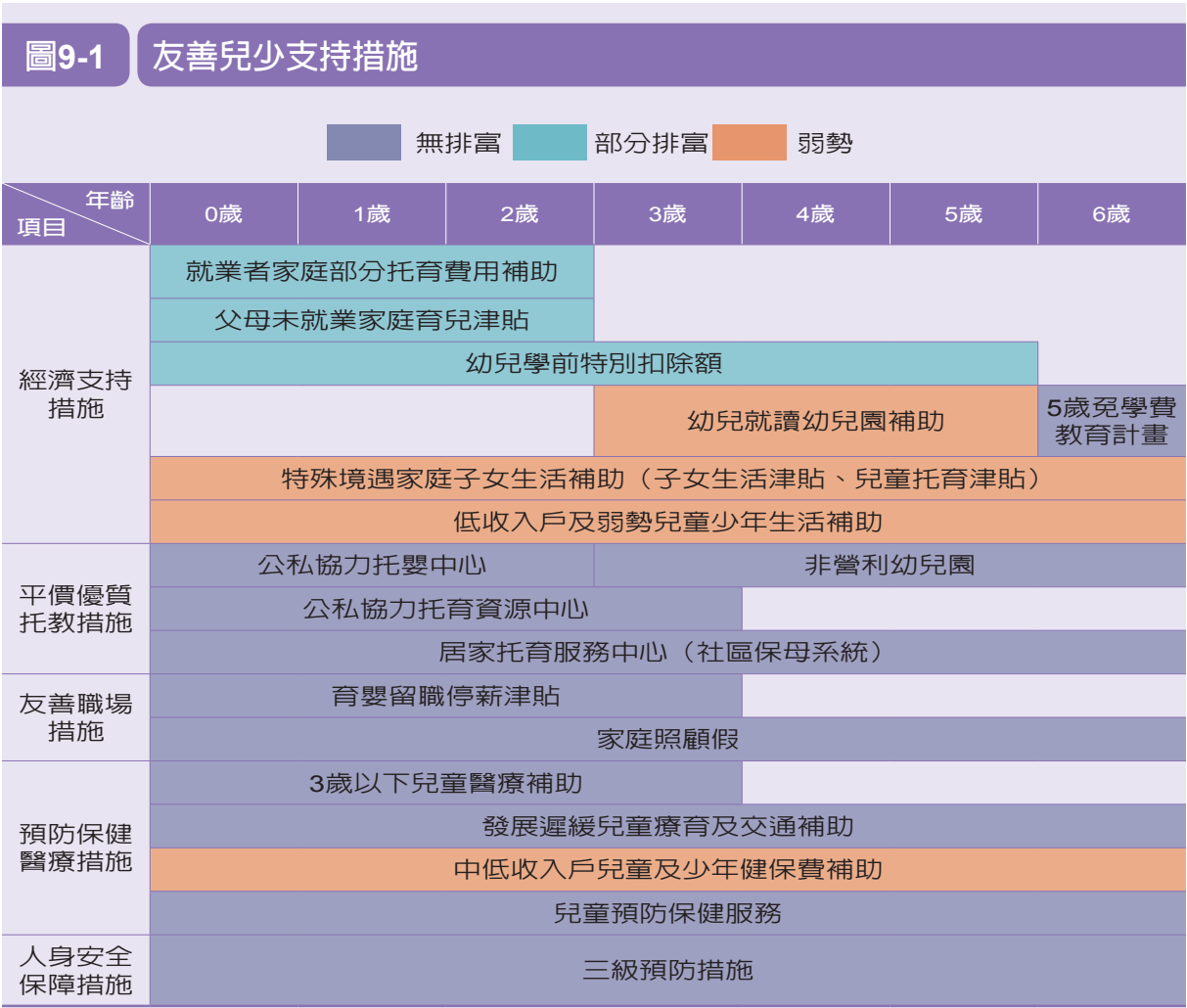
第一章 兒童及少年福利

我國兒童及少年（以下簡稱兒少）人數至105年底計398萬7,202人，占全國人口16.9%，衛福部社會及家庭署（以下簡稱社家署）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9-1，以緩解少子女化現象。同時，推動《兒童權利公約施行法》，105年完成法律案檢視作業，並提出兒童權利公約首次國家報告，說明我國兒少權利實施現況。

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。105年共26萬3,520名兒童受益(占2歲以下兒童人數63.8%)，補助51億9,337萬餘元。



二、提供弱勢家庭兒少緊急生活扶助：105年對於遭遇不幸、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，計協助4,532戶家庭、6,916名兒少，補助1億2,419萬餘元。

三、辦理中低收入戶兒少健保費補助：105年共152萬3,453人次受益，補助9億1,946萬餘元。

四、辦理3歲以下兒童醫療補助：105年補助免費就醫1,511萬7,905人次，減輕家長負擔19億1,915萬餘元。

五、提供弱勢兒少醫療補助：105年協助繳納健保欠費、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，共7,635人次受益，補助6,198萬餘元。

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臺：設置「行政院兒童及少年福利與權益推動小組」、「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、網路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9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：105年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，個案總數138名，已（擬）結案15名，目前持續追蹤計123名。

四、推動兒少人權，提升兒少發展及社會參與

（一）105年結合地方政府及民間團體辦理各項兒少人權宣導活動，補助63個團體，共9萬6,150人次受益。

（二）為宣導10月11日「臺灣女孩日」之理念，105年結合「科技與性別平等」主題，辦理宣導記者會及網路平臺系列活動，呼籲社會各界持續關注女孩權益，改善性別刻板印象對女孩發展的壓迫，建構支持女孩成長與多元發展的友善社會。

（三）105年補助辦理兒少培力工作營，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，共9,696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105年底計有121所機構，如表9-1。

（二）105年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，計5,355萬2,562元。

表9-1 近5年兒少安置教養機構設立情形

年度		101	102	103	104	105
機構數		123	126	124	122	121
核定床位數		4,816	4,985	4,991	5,004	5,094
安置人數	男	1,858	1,842	1,818	1,771	1,702
	女	1,691	1,700	1,683	1,704	1,617

資料來源：衛福部社家署

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（103年及104年）接受評鑑之機構計有117家，評鑑結果如表9-2，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，105年登記合格之寄養家庭計有1,299戶，另有278戶儲備寄養家庭，安置兒少1,622人，如表9-3。

四、強化全國兒少安置及追蹤個案管理系統：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。105年修正該系統表單欄位，並擴充專業服務費補助功能，節省各級主管機關人員行政作業時間，建立友善操作環境。

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，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、105年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，計服務6,464人次。

二、強化各縣市25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，105年計服務367萬6,699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。105年提供國內47個單位場地使用、接待86個國內團體及國外人士參訪，來館人次達1萬7千人次。

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

表9-2 103年及104年兒少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:衛福部社家署、臺北市政府社會局

表9-3 近5年寄養家庭及寄養人數一覽表

年度		101	102	103	104	105
家庭數(戶)		1,248	1,275	1,289	1,326	1,299
兒童數 (人)	男	927	899	847	804	786
	女	908	905	896	858	836

資料來源: 衛福部社家署

四、105年推動培力地方政府推展婦女福利業務輔導計畫，擇定新北市、臺南市、彰化縣、屏東縣、基隆市、宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣及澎湖縣等9個受輔導縣市，組成專家團隊督導，協助評估地方政府需要及進行各項業務的問題診斷，逐步發展具地方特色的婦女福利服務，並協助地方政府建立長期性業務督導機制。

第二節 弱勢家庭服務

一、單親家庭福利服務

(一)105 年全國計 13 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 36 案。

(二)105 年辦理單親培力計畫，計補助

221 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 1:21.1），鼓勵單親家長提升學歷。

(三)105 年全國計 108 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：105年全國計35處新住民家庭服務中心，提供個案管理服务計1萬389案。另辦理79個社區服務據點，提供89項外籍配偶家庭服務方案。

三、弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務：105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49案，計74萬3,739人次受益。

四、兒童及少年高風險家庭處遇服務：
105年補助79個民間團體，聘用220位社工進行訪視關懷，計訪視2萬7,758戶，開案服務1萬1,182戶，協助1萬8,648位兒少，降低再通報率為9%。

第三節 托育及早療家庭服務

一、托育費用補助：105年托育費用補助父母（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，計補助8萬3,893名兒童，金額14億8,619萬6,848元。

二、托育服務

（一）105年底計有71處居家托育服務中心，共管理5萬2,010名托育人員（含親屬托育），收托4萬3,873名未滿2歲之兒童，如圖9-2，其中領有服務登記證書托育人員中，具保母人員技術士證者計2萬1,169人，占87.3%。

（二）105年底計有808所全國托嬰中心，收托1萬9,750名幼兒，如圖9-3，其中，私立托嬰中心710家，收托1萬5,149人，公私協力托嬰中心98家，收托4,601人。

（三）辦理社區式支持家庭服務，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，共有111處，服務逾469萬人次。

三、發展遲緩兒童早期療育服務

（一）輔導各縣市設置28處通報轉介中心，105年通報2萬1,741名發展遲緩兒童，全國通報率10.6%，如圖9-4。

（二）105年輔導各縣市設置55處個案管理中心，個案管理及療育費用計協助發展遲緩兒童4萬7,562人次，補助3億5,648萬1,080元，如圖9-5。

（三）105年輔導地方政府提供1,505名兒童到宅服務；另結合10縣市於49個早期療育資源不足鄉鎮區，推動社區療育據點服務。

圖9-2 歷年居家托育人員數與收托未滿2歲兒童人數

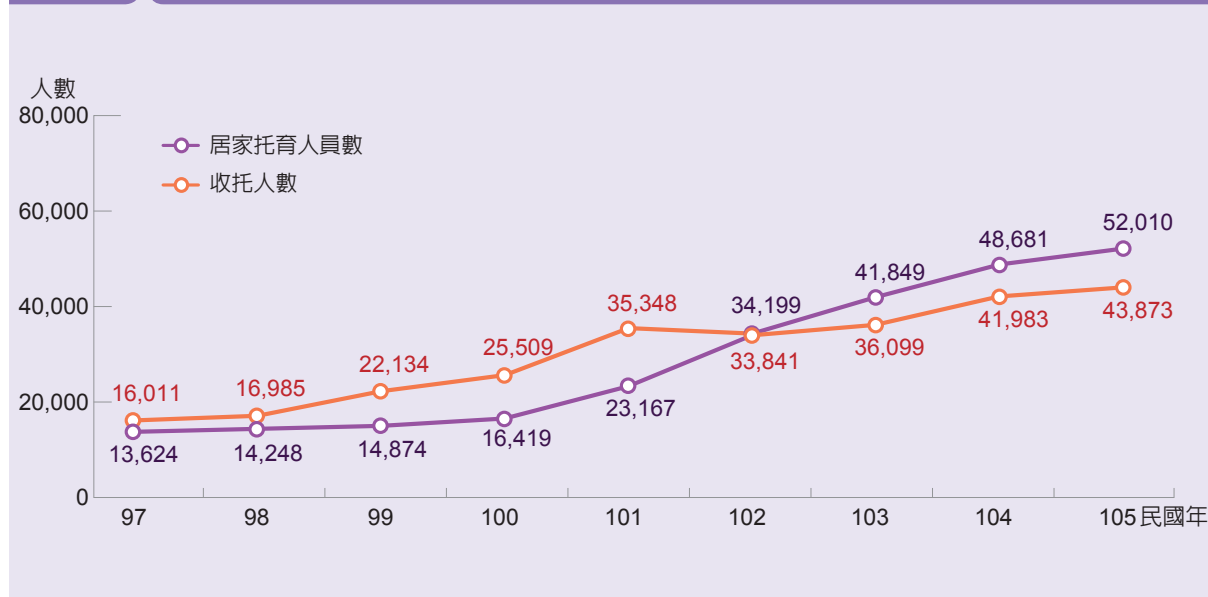


圖9-3 歷年全國托嬰中心家數及收托人數

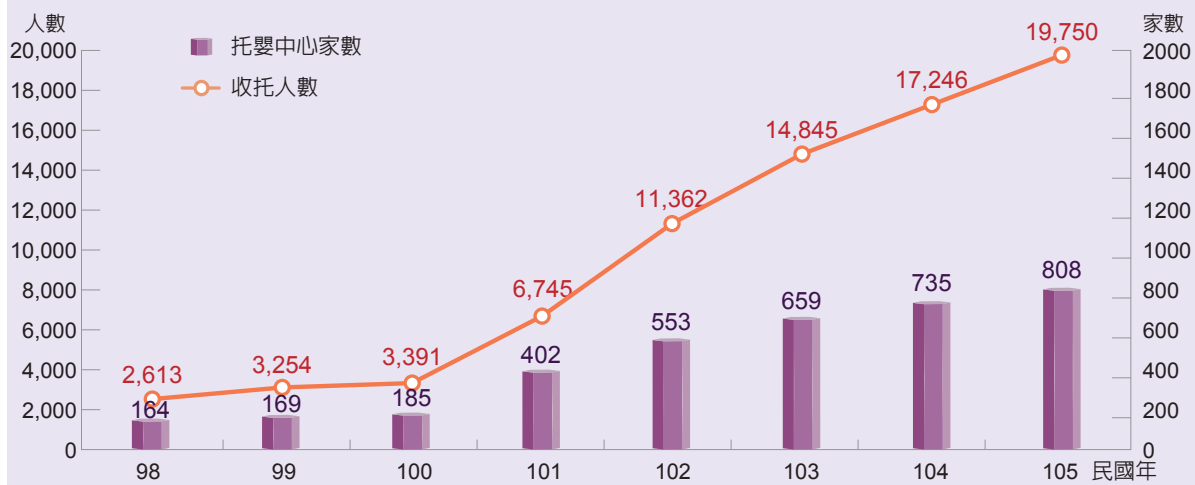
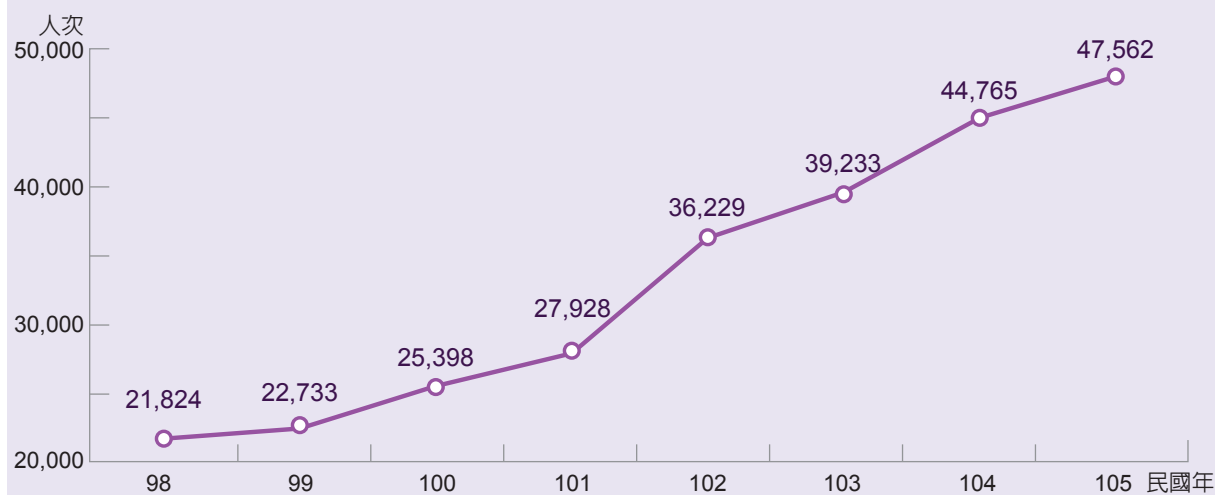


圖9-4 歷年全國發展遲緩兒童通報率



圖9-5 歷年早期療育費用補助受益人次



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。105年底全國共9家機構（計13個服務處所）；105年經由收出養媒合服務機構出養兒童及少年計293人（國內出養125人、跨國境出養168人）。
- 二、特殊境遇家庭扶助：105年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，計扶助2萬616戶家庭、12萬7,966人次、補助4億3,074萬餘元。
- 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」，提供求助及諮詢。105 年專線計服務 760 人次；求助網站瀏覽計 6 萬 5,588 人次，信件及線上諮詢 555 人次。
 - （二）105 年各縣市提供個案管理服務，協助經濟補助、醫療保健、托育服務、轉介寄養及出養等服務，服務 2,944 人次。

第三章 老人福利

截至105年底，全國老年人口數達310萬6,105人，占總人口數13.2%。我國自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、105年依中低收入老人其家庭經濟狀況，每人每月給予3,731元或7,463元生活津貼，計核發12萬8,188人，補助102億709萬餘元，以保障經濟安全及維持基本生活。
- 二、105年補助家庭照顧者特別照顧津貼每月5,000元，計9,448人次，補助4,745萬餘元，以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。
- 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日修正《老人福利法》，規範金融主管機關應鼓勵金融業者提供商業型不動產逆向抵押貸款服務；目前已有合作金庫、臺灣中小企銀、土地銀行及臺灣銀行等行庫辦理本項服務。

第二節 老人健康維護

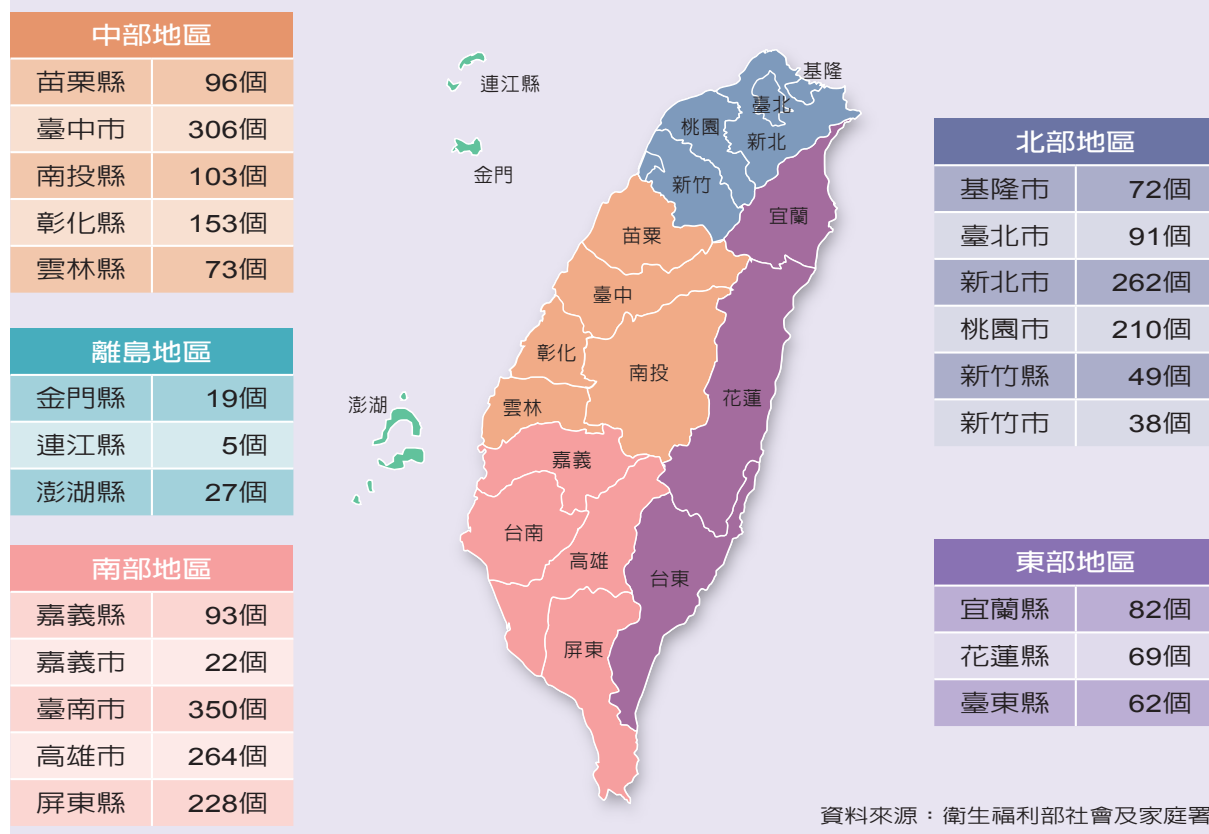
- 一、協助減輕經濟困難老人繳納健保費或部分負擔醫療費用之負擔，全額補助70歲以上中低收入老人之全民健康保險自付額費用，105年計補助93萬3,189人次。
- 二、105年補助委託安置機構照顧之中低收入老人重病住院看護費，每日1,800元，每年最高21萬6,000元，計補助4家機構104人。

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105年底止，共計257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105年底，計2,221人通報協尋，其中1,316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，補助購置沐浴車輛、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105年底，計有18個縣市24台車輛，累計服務逾2萬5,271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，包含84項具體行動措施。

圖9-6 全國社區照顧關懷據點分布圖



六、鼓勵各地方政府積極結合村里辦公處、社會團體設置2,674個社區照顧關懷據點，如圖9-6，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24萬人。

第四節 老人社會參與

一、105年辦理長青學苑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，鼓勵老人參與戶外活動，促進身心健康，計有24萬7,499人受益。



社區照顧關懷據點表揚



105年重陽爺奶家庭日-童話踩街嘉年華活動

二、105年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，計辦理6,326場次，服務27萬7,619人次。

三、重陽節舉辦「2016重陽爺奶家庭日-童話踩街嘉年華」活動，計近700個家庭，超過2,000人參與。透過全國性親老、敬老活動，倡導「活力老化」、「世代融合」之理念，鼓勵年輕世代陪伴家中長輩歡慶重陽節。

第四章 身心障礙者福利

因應身心障礙人數增長、個別性需求多元及國際潮流趨勢，參採WHO頒布的國際健康功能與身心障礙分類系統，定義身心障礙者，於101年推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，依據需求評估結果提供服務。截至105年底，全國身心障礙者人數計117萬199人，占總人口數4.97%。我國身心障礙福利政策，依身心障礙者實際需求、《身心障礙者權利公約施行法》、《身心障礙者權益保障法》及《身心障礙者權益保障白皮書》，推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，以保障經濟安全、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

保障重要圭臬。為將CRPD國內法化，103年8月20日總統公布CRPD施行法，並自同年12月3日國際身心障礙者日施行。衛福部依據行政院身心障礙者權益推動小組核定通過之落實CRPD推動計畫，辦理國家報告審查、全面法規檢視、教育訓練、教材編撰等，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，新制強調採專業團隊方式進行，並以單一窗口主動為民衆提供個別化、多元化的福利服務。105年受理民衆申請身心障礙證明36萬7,614件，核發33萬5,238件，辦理需求評估34萬7,075件。

第二節 身心障礙者經濟安全

- 一、105年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3,628元、4,872元及8,499元，平均每月35萬1,195人受益，補助經費計213億779萬餘元。
- 二、105年補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，平均每月計4萬2,214人受益，補助經費計80億2,515萬餘元。

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，累計577萬4,581人次受益，經費計20億2,033萬餘元。

- 二、推動身心障礙者家庭支持服務：為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，累計281萬2,481人次受益，經費計7億1,463萬餘元。
- 三、促進機構照顧的小型化與社區化發展：105年底，全國身心障礙福利機構計272所、2萬2,607床，實際服務1萬8,687人，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，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，中央部分，委託辦理多功能輔具資源整合推廣中心、矯具義具及行動輔具資源推廣中心、溝通與資訊輔具資源推廣中心，提供諮詢、教育訓練、維護輔具資源入口網站、輔具展示及各項宣導活動等服務。地方部分，105年全國設置27家輔具中心，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。
- 三、補助身心障礙者購置輔具費用，105年計8萬6,369人次受益，補助經費7億8,323萬餘元。

四、為使行動不便之身心障礙者及老人方便上下樓梯，爰協助地方政府建構爬梯機服務，運用公益彩券回饋金，補助新北市、臺中市、臺南市、桃園市、基隆市等5縣市辦理「建構爬梯機服務輸送體系計畫」。

五、105年度補助12家醫院辦理醫療復健輔具中心計畫，提供輔具諮詢、評估及個別化設計等專業服務，計9萬4,675人次受益，補助經費562萬8,000元。

六、身心障礙者醫療輔具補助於101年7月11日起全面實施，105年計補助3萬5,308人次（男性占68%，女性占32%），補助2億3,964萬7,388元。

第五節 身心障礙者社會參與

一、105年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計508案，金額合計1,299萬元。

二、105年11月26日辦理國際身心障礙者日活動—「第20屆身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮。

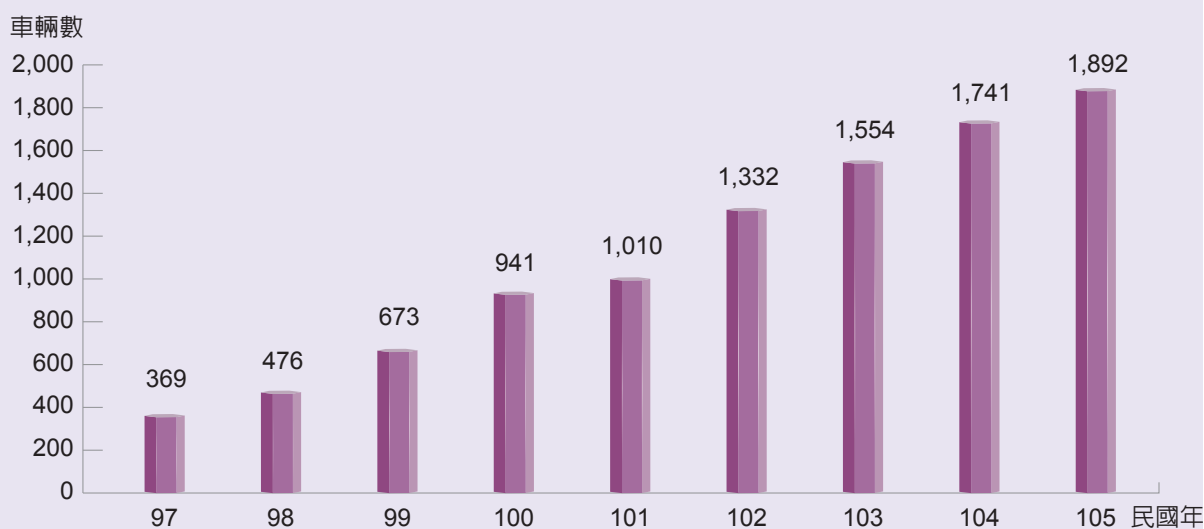
三、補助合格犬訓練及宣導，目前導盲犬37隻，訓練中導盲幼犬140隻。

四、辦理身心障礙者專用停車位識別證，已設置專用停車位1萬9,779個，發放專用車牌、專用停車位識別證29萬餘張。

五、105年全國復康巴士計1,892輛，如圖9-7，累計提供377萬3,160人次服務，促進身心障礙者社會參與。

六、105年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，目前手語翻譯服務人員合計337人。

圖9-7 97至105年全國復康巴士車輛數



10

社會救助與社會工作

116 | 第一章 社會救助相關服務

120 | 第二章 遊民輔導

121 | 第三章 災害救助

122 | 第四章 社會工作

124 | 第五章 福利資源網絡



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。

第一章 社會救助相關服務

第一節 救助概況

《社會救助法》(以下簡稱社救法)於99年12月29日修正前，政府對於落入貧窮人口，大部分資源著重於最底層之低收入戶。至於因工作能力、家庭財產或扶養親屬等不符合救助規定之低所得人口（新貧者），較少提供協助。為紓緩工作貧窮現象，以期最終使受救助者得以自立，放寬最低生活費並將中低收入戶入法保障，參考歐盟、OECD等國家大多採用可支配所得比例法訂定，調整最低生活費計算方

式，使得學理上較符合「貧窮線」的內涵並與國際接軌。

依照修正後最低生活費計算方式，100年6月底低收入戶臺灣省最低生活費由新臺幣9,829元調整至1萬244元。近5年最低生活費如表10-1，截至105年底各縣市低收入戶及中低收入戶，已審定通過計有低收入戶14萬5,176戶（33萬1,776人）、中低收入戶11萬9,081戶（35萬8,161人），共計68萬9,937位弱勢民衆納入政府照顧範圍，較100年6月修法前增加14萬9,820戶(41萬3,809人)，受惠人數相較修法前增加1.53倍，如圖10-1。

根據102年底低收入戶及中低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10-2。

表10-1 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
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	
105	11,448	15,162	12,485	12,840	13,084	11,448	13,692	10,290	

圖10-1 社會救助新制上路受照顧人數

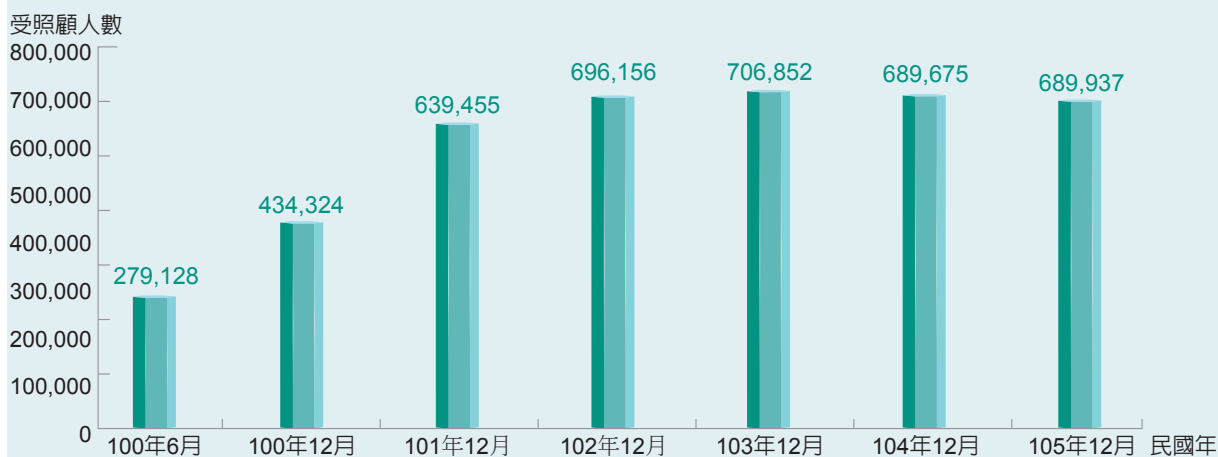
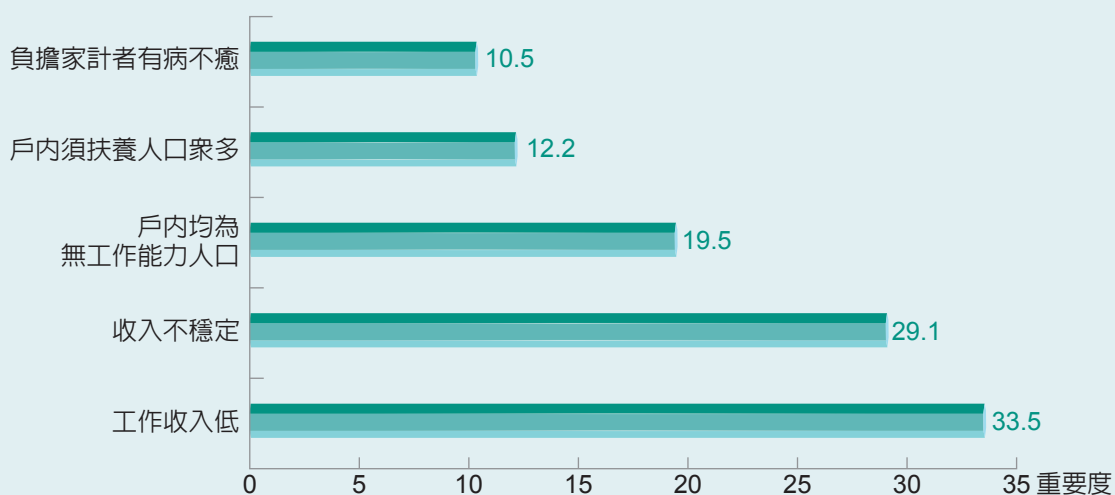


圖10-2 102年調查低收入戶及中低收入戶五大致貧原因重要度



備註：重要度=最主要比率x1+次要比率x2/3+再次要比率x1/3

第二節 生活扶助

低收入戶生活扶助為社會救助工作重要的一環，針對家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在最低生活費以下，且家庭財產未超過中央、直轄市主管機關公告之當年度一定金額者，提供持續性的經濟協助。104年修正社救法，明定低收入戶生活扶助費每四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

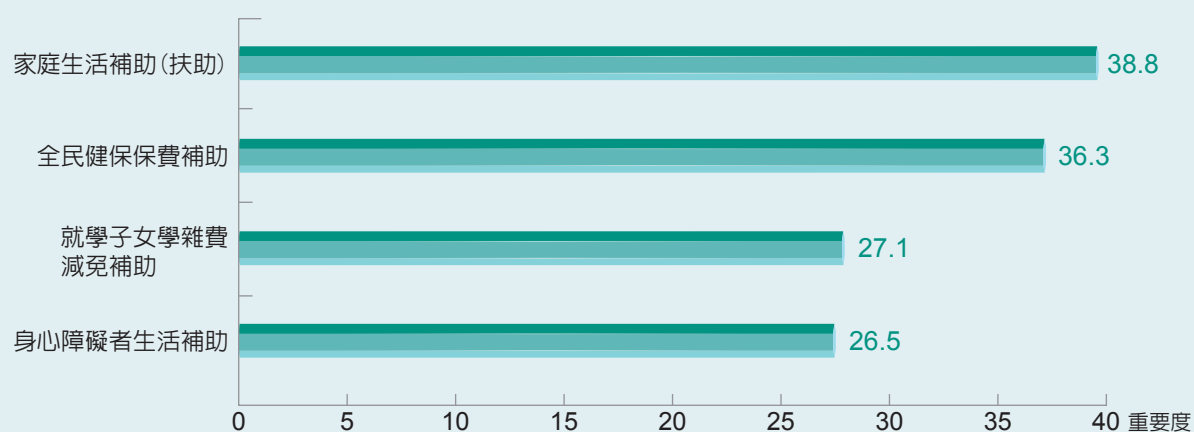
據102年低收入戶及中低收入戶生活狀況調查報告顯示，低收入戶及中低收入戶對補助類社會救助服務措施之需求，依重要度前4項依序為「家庭生活補助」、「全民健康保險費補助」、「就學子女學雜費減免補助」、「身心障礙者生活補助」，如圖10-3，顯示低收入戶在接受政府社會救助的需求上，多以持續性、經常性的經濟助益為主。

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。105年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目，如表10-2。

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。

圖10-3 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



備註：重要度=最主要比率x1+次要比率x2/3+再次要比率x1/3

表10-2 105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	117萬7,215人次	61億5,895萬5,063元
就學生活補助	63萬3,747人次	38億1,341萬6,024元
以工代賑	2萬855人次	3億4,797萬7,911元
節日慰問	73萬1,159人次	5億9,464萬2,013元

第三節 醫療補助

按社會救助法第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。」105年健保費之補助，計68億2,099萬餘元。
- 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。」105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15億8,207萬餘元。
- 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，105年補助4,779人次，計補助1億2,261萬餘元。

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、求職或職訓期間之臨時托育及日間照顧津貼等其他就業服務與補助。此

外，渠等參加職訓練期間，尚可申領職業訓練生活津貼，以解決其參加職訓期間，得以維持家庭生計，免除其後顧之憂。

在協助脫離貧窮自立方面，衛福部於105年6月6日訂頒《協助積極自立脫離貧窮實施辦法》，持續督促各直轄市、縣（市）政府依該辦法，結合民間資源辦理包括教育投資、就業自立、資產累積、社區產業、社會參與及其他多元創新具實驗性計畫等模式之脫貧措施。105年補助地方政府及民間社會福利團體辦理48項促進就業及自立脫貧等方案，補助3,115萬8,000元。

第五節 急難救助

- 一、依據社救法第21條規定，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。
- 二、推動「馬上關懷」急難救助專案，針對遭逢生活急困之弱勢民衆，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、105年辦理民衆急難救助成果如表10-3。

第六節 兒童與少年未來教育及發展帳戶

為照顧貧窮弱勢家庭，採社會投資取向之積極自立脫貧策略，研擬「兒童與少年未來教育及發展帳戶」推動方案，並於105年11月22日奉行政院核定。該方案係透過政府與貧窮家庭共同合作，符合資

表10-3 105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）急難救助		35,900	2 億 2,319 萬 1,601 元
衛 福 部	急難救助	1,096	1,325 萬 5,000 元
	「馬上關懷」救助專案	12,400	2 億 7,470 萬元

格之家長為孩子每年最高存入新臺幣1萬5,000元，政府即提撥同額款項，藉由鼓勵貧窮家庭長期（18年）儲蓄，並提供理財教育、家庭服務等配套作法，為其孩童累積未來教育及發展之基金，增加弱勢兒童未來接受高等教育及生涯發展機會，以減少貧窮世代循環問題，針對無依孩童及無力儲蓄之貧窮家庭，政府將結合民間資源予以協助，儲蓄過程中經由社會工作人員之陪伴與輔導，降低家庭與兒少可能遭遇之風險。

依據衛福部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。遊民流落街頭原因多元，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。

第二章 遊民輔導

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105年底各縣市列冊輔導遊民人數總計2,556人，逾7成在臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市及高雄市，遊民人數50人以下有6個縣市，其中金門縣、連江縣及澎湖縣並無遊民，顯見各地方遊民人數差異極大，遊民多集中在都市化程度較高的六個直轄市。

第二節 遊民輔導措施

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

- 一、收容安置服務：目前直轄市及縣（市）政府多設有專人承辦遊民收容輔導業務，除協尋家屬、親友外，對於無家可歸、遊蕩街頭或不願接受機構安置之遊民，亦機動提供臨時性安置場所(如遊民收容所)，作為其臨時、短期避寒棲身之所。目前共10處公立遊民收容處所（含7處公設民營）。

二、生活維護措施：為維護遊民基本生活安全，政府及相關機構亦廣結民間團體力量辦理街頭外展服務，提供遊民基本生活維護，如：供應熱食、沐浴、禦寒、理髮、乾淨衣物、睡袋、衛生保健等服務。為鼓勵地方政府辦理遊民輔導業務，衛福部近年皆編列相關預算補助直轄市、縣（市）辦理遊民業務。

三、促進自立措施：對於具工作能力與意願之遊民，與勞工主管機關協調提供職業訓練，或評估遊民之特性協調相關單位提供就業機會。如藉以工代賑方式培養遊民工作習慣，或提供諮商服務，以提升遊民自立能力，協助回歸家庭與社會生活。

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

五、工作成果：105年底輔導處理遊民共33萬9,449人次，包含關懷服務30萬8,612人次、協助返家289人次、年節服務1萬1,086人次、轉介福利服務5,940人次、轉介就業服務2,832人次、輔導租屋341人次、安置服務2,962人次、其他7,269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。衛福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、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。105年全國各縣市災民收容所共規劃設置5,609所（處），可收容人數197萬637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，105年辦理災害救助論壇、研討會、2場次聯繫會報及3場次專業研習，計1,106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區分5區，以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爆案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。

四、為使收容安置、救濟民生物資及志工人力動員等規定，符合現行實務工作之需，105年8月4日函頒修正「強化對災民災害救助工作處理原則」、「救災物資調節作業規定」、「各級政府結合民間團體參與社政災害防救工作注意事項」及「直轄市、縣(市)危險區域(村里、部落)因應天然災害緊急救濟民生物資儲存作業要點範例」等4項行政規則，以有效提升實務運作效能。

五、配合災害防救法修正，於105年10月13日訂定發布「災區低收入戶創業貸款利息補貼作業辦法」，並溯自104年8月6日施行，以協助災區受災之低收入戶。

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，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，並由衛福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。衛福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（衛福部20萬元，賑災基金會40萬元）。

（二）失蹤慰問金：60萬元（衛福部20萬元，賑災基金會40萬元）。

（三）重傷慰問金：15萬元（衛福部5萬元，賑災基金會10萬元）。

三、105年慰問金發放情形：105年2月6日臺南市發生震災，衛福部計發放115名死亡、2名重傷者慰問金，計2,300萬元。尼伯特颱風，發放1名死亡及1名重傷者，計25萬元。梅姬颱風發放3名死亡者慰問金，計60萬元。

四、臺南市0206震災相關慰助工作

（一）辦理災民慰問及救助金發放：105年2月6日震災後，即多次陪同總統及行政院院長至新樓醫院、成大醫院及臺南市立殯儀館等地慰問災民及家屬，並督導臺南市政府辦理死亡、重傷者慰問金發放工作。截至105年12月31日止，衛福部及賑災基金會已完成死亡115人、重傷2人之慰問（助）金發放。

（二）啟動社工、志工關懷：震災發生後，臺南市政府立即啟動社工、志工關懷服務，衛福部亦協助媒合鄰近縣市及社工相關團體支援社工人力，投入受災戶及其家屬關懷訪視、福利諮詢、需求評估、跨局處資源連結及轉介等服務。後續並督導該府指派社工人員以「一戶一社工」方式，對受災戶提供逐戶之關懷服務，評估需求並轉介相關資源。

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105年底，全國通過社會工作師考試已有1萬21人，執業社工師計5,613名。105年底全國公私部門社福領域社會工作專職人員計1萬3,589人，如圖10-4，每一社工專職人員平均服務1,693位民眾。

一、教育及考試方面

（一）社會工作專業發展事涉大學教育養成及考試制度，衛福部於102年配合考選部推動國家考試職能分析工作，完成公職社會工作師、社會工作類科職能分析，內容包括工作內涵、所需知識與技能、工作需求之學經歷等，

並另建請教育部鼓勵學校配合社會工作師考用制度調整課程規劃，培育第一線優秀之社會工作人才。

(二)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 105 年底召開 68 次委員會，共計複審 1 萬 651 件社工年資申請案。

(三)105 年 5 月辦理第 2 次全國專科社會工作師分科甄審考試，計錄取 201 位社工師（錄取率達 73.4%），其中錄取醫務類科 63 位、心理衛生類科 50 位、兒童、少年、婦女及家庭類科 56 位、老人類科 17 位、身心障礙類科 15 位。

二、專業訓練方面

(一)為符合實務工作者需求、減輕其重複受訓之負擔，已規劃綜整性的基礎訓練及各領域的進階訓練需求，訂定「社會工作人員專業訓練計畫」以兼顧專業知能之累積及我國社會工作專業之推展。

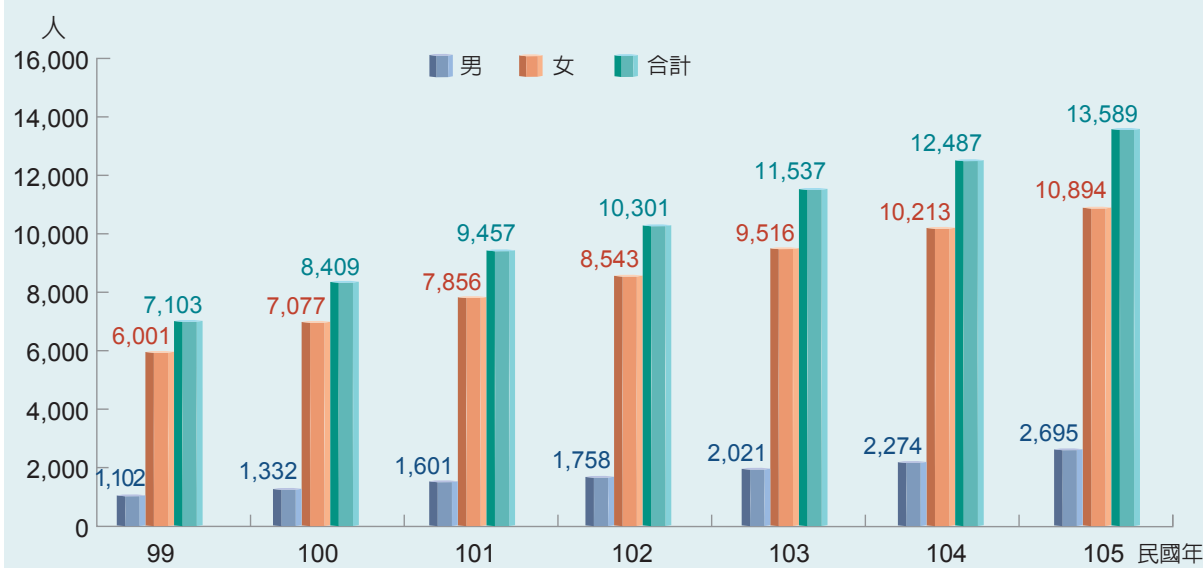
(二)依《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》、《專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法》，提升社工師專業知能及服務品質，完善落實社工師接受繼續教育相關規範。依據《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》辦理社會工作師繼續教育審認，105 年計審查 2,639 件。

三、權益保障方面

(一)為提供社工人員合理友善的工作環境，並鼓勵專職久任，衛福部與行政院人事行政總處、銓敘部研議調整職務列等、專業加給表等措施，並針對公部門具有社工師專業證照且有實務工作經驗之社工人員，藉由轉任程序優先取得納編資格，以減少人力流動。

(二)針對私部門社工人員之勞動條件，於 105 年度推展社會福利補助作業要點新增專科社會工作師證照加給，並函請地方政府督促雇主依《勞動基準法》為民間社工人員辦理勞動權益有關事宜，以維護社工人員權益。

圖10-4 99-105年公私部門社福領域社會工作專職人員數



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，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」，依據該計畫100年至105年增加社工人力1,462人，106年至114年間約聘人員出缺再進用正式編制社工員394名。期至114年，公部門社工人力將由99年之1,590人增加至3,052人。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。

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。

截至105年12月底已新增納編1,067名社工編制員額，占71.6%，地方政府社工人力達3,061人，較計畫實施前之1,590人，增加1,471人，成長92.5%，地方政府每位社工人員服務總人口數由1萬4,549人降低為7,514人，有效減輕社工人員負荷，提升服務品質。

為完善社工人力資源管理，於103年建置全國性社會工作人力資料庫，並於104年6月啓用「社會工作師繼續教育線上審查功能」，105年7月新增「專科社會工作師繼續教育線上審查功能」。

第三節 社工人身安全

為保護社工人員人身安全，衛福部於

《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》等法規已將社工人身安全相關措施納入條文規範。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。104年執行風險工作補助費受益人數為3,645人，105年受益人數4,153人，截至105年底合計補助經費計3,928萬8,800元。
- 二、爭取105年公益彩券回饋金補助1,577萬元辦理「社工人身安全及專業提升計畫」，截至105年12月底已補助41案計739萬6,065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，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105年底止，臺灣地區已有社區活動中心3,846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，105年計補助145案，補助金額計1,554萬6,800元整。
- (三)辦理全國性觀摩活動：105年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3,109與1,454人。
- (四)辦理社區發展工作評鑑：105年辦理北部13縣市政府及所轄社區發展協會之社區發展評鑑工作，計有臺北市、新北市、桃園市、臺中市、南投縣、花蓮縣、金門縣等7直轄市、縣（市）政府獲優等獎，宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、連江縣、基隆市、新竹市等6縣（市）政府獲甲等獎。另有桃園市蘆竹區坑子社區等36個社區發展協會分獲卓越獎、優等、甲等、單項特色獎等獎項，並辦理社區評鑑表揚典禮公開予以表揚，計779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。105年共計372個團體申請，許可422件，截至105年12月31日止實際募得24億5,209萬5,366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。105年委託會計師事務所查核104年度核准之勸募活動計25案及103年度核准之勸募活動計44案，以及歷年國內外重大災害尚未結案之勸募案計18案及經相關單位關切之特殊案9件，共查核96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，105年辦理2場研習，計177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，已建置「全國志願服務資訊整合系統」，管理全國志工基本資料，另建置「重大災害物資資源及志工人力管理系統」，協助救災事宜；辦理志願服務評鑑、調查研究、辦理教育訓練、觀摩、獎勵表揚等，以提升志工量能、服務品質及效益；105年衛福部計獎勵表揚9,955名志工。

經統計全國志工人數，100年計70萬7,478人，至105年已達105萬293人，如圖10-5。其中男性志工35萬8,294人（占34%）、女性志工69萬1,999人（占66%）（性別比3：7）。另以服務領域觀之，以教育類志工44萬1,861人最多，衛生福利34萬5,772人次之，環保類16萬3,328人居第3。

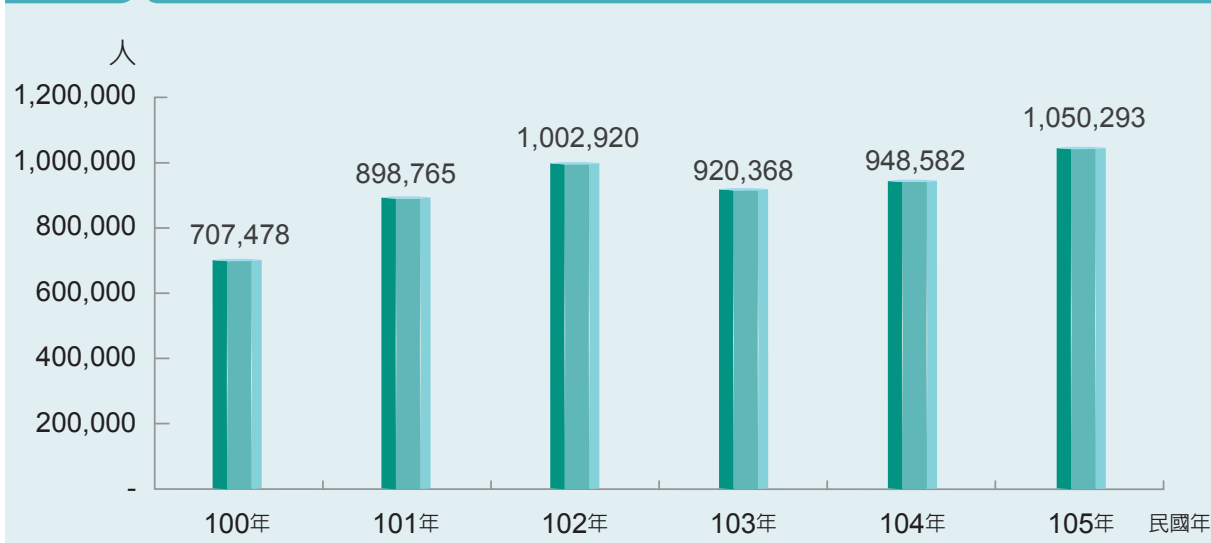
志工年齡分層以18-29歲24萬888人最多（占23%）；65歲以上志工19萬1,998人（占18%）；105年服務人次達6億4,440萬8,229人次，服務時數達9,493萬1,380小時，相當提供4萬5,640位專職人力。

第四節 1957 福利諮詢專線

為協助生活上遭遇困難之家庭或個人，衛福部設置1957福利諮詢專線提供民眾免付費、全年無休、單一窗口之社會

福利諮詢與通報轉介服務。105年委託財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會聘請35位專業社工人員，於每日上午8時至晚上10時提供服務。此外，專線社工如發現需通報轉介個案，即透過資訊系統進行通報，並由各直轄市、縣（市）政府社會局（處）派員訪視或提供相關服務。專線亦建置福利知識庫系統，整合政府各項福利服務資訊，供民眾查詢利用。105年來電數共計8萬1,101通，通報直轄市、縣（市）政府案件共714件。

圖10-5 100-105年志工人數



11

性別暴力防治與 保護服務

128 | 第一章 性別暴力防治

129 | 第二章 家庭暴力防治

132 | 第三章 性侵害及性騷擾防治

135 | 第四章 兒童及少年保護



性別暴力泛指因「性別不平等」所產生的暴力行為，常見樣態有親密關係暴力、性侵害、性騷擾等，與對兒少、老人、身心障礙者虐待之事件，均為嚴重侵害生命與健康之暴力傷害，需藉由國家制定法律、建立跨單位合作機制、發展被害人保護措施與加害人處遇輔導方案以及落實預防教育，才能全面防治性別暴力，免民衆生活於恐懼。

第一章 性別暴力防治

第一節 跨部會網絡整合機制

- 一、建立跨部會溝通平臺：105年召開5次家庭暴力及性侵害防治推動小組會議，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，包括加強落實未同居親密關係暴力預防輔導、強化性侵害被害人司法權益維護與性侵害犯罪加害人之再犯預防等。
- 二、辦理「性別暴力防治與保護服務共識營」：105年5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代表，共同研討保護服務工作之重要議題與方向，計150人參加。
- 三、舉辦第三屆紫絲帶獎

為表彰保護服務工作著有功績之防治網絡成員，激勵實務工作者發揮專業助人之影響力，於105年11月舉辦「第三屆紫絲帶獎」頒獎典禮，15位得獎者涵括社政、警政、衛生醫療、教育、司法等各防治網絡領域。透過得獎者服務歷程分享，從保護事件當事人之生命故事所見證與反思，提出對保護服務工作之倡議，有助於促進防治網絡成員建立專業價值信念與合作共識。

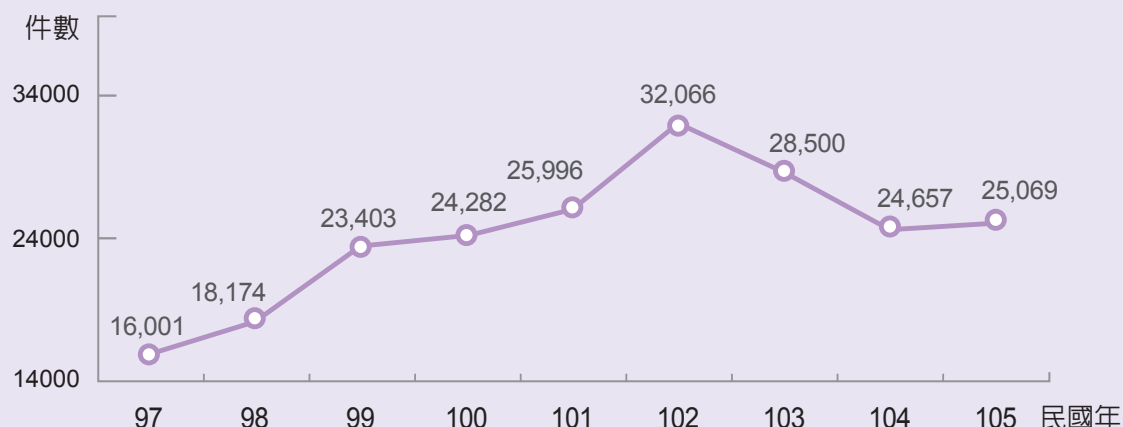
第二節 通報制度與資訊平台

- 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：依統計105年受理通報案量為2萬5,069件，以兒少保護案件最多(9,838件)、其次為婚姻/離婚/同居關係之親密關係暴力(9,595件)、再其次依序為其他家庭成員間暴力案件(4,118件)、老人保護事件(891件)、性侵害案件(627件)，如圖11-1。
- 三、開發多元通報管道：透過關懷e起來、113保護專線、網路諮詢及113保護專線簡訊服務等通報管道，105年通報家庭暴力、性侵害、兒少保護及老人保護案件計15萬8,756件(關懷e起來13萬7,825件、113保護專線1萬9,824件、網路諮詢900件及113保護專線簡訊服務207通)。

第三節 性別暴力防治意識推廣

- 一、維運反性別暴力資源網暨發行反性別暴力電子報：105年網站資料計1萬8,195筆，瀏覽人次逾241萬，累計發行14期「反性別暴力電子報」；另建置影音專區與數位學習區，供民衆線上瀏覽及推播至社群網站，推廣全民防暴意識。
- 二、推動防暴社區初級預防推廣計畫：透過經費補助引導社區團體推動在地化性別暴力防治宣導教育，105年共補助21縣市，26項計畫，計132社區參與，840場次訓練，宣導受益達60萬餘人次。

圖11-1 歷年113保護專線通報案件數



三、辦理反性別暴力影像巡迴座談計畫：運用商業電影之可近民衆特性，於映後在專家學者帶領討論之下，推廣性別平等及性別暴力防治意識，105年計辦理420場，約4萬5千人次參與。

四、辦理「性別暴力防治與保護服務博碩士論文徵選」：為鼓勵全國各大專院校研究生投入性別暴力防治與保護服務議題之研究，105年度辦理博碩士論文徵選，徵稿範圍包括家庭暴力、性侵害及性騷擾防治、兒童少年、老人、身心障礙者保護及兒少性交易防制等議題，計6篇得獎(博士論文1篇、碩士論文5篇)。

工人員資格要件及職務範疇認定基準」，責成地方政府依衛福部函頒各類保護性社工人員訓練實施計畫，辦理相關教育訓練，並將參訓人員名單確實登載於「社工人力資源管理系統」。

三、補足保護性社工人力合理數：依直轄市、縣（市）政府105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，已達推估合理之保護性社工人力數。

第四節 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」：賡續補助地方政府充實保護性社工人力，105年補助508名兒少保護及家庭暴力與性侵害防治社工，金額1.46億餘元。

二、落實保護性社工人力查核計畫：各直轄市、縣（市）政府於105年完成辦理保護性社工人力查核，並將查核結果函報衛福部。另修正「保護性社

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）87年6月24日公布施行，每年通報近10萬件名被害人。

105年通報被害人數以「親密關係暴力」最多，女性被害人為主（占84.3%）；其次「其他家庭成員間暴力」也以女性被害人居多（占57.7%）；再其

次「兒少保護案件」則以男性被害人居多（占54.5%）；「老人虐待」案件中以女性被害人居多（占60.9%），如圖11-2。

105年各直轄市、縣（市）政府提供家庭暴力被害人保護扶助計129萬餘人次，扶助金額計5億7,772萬餘元，主要補助庇護安置補助、緊急生活扶助、心理復健補助、醫療補助、律師及訴訟費用等項目，如表11。

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：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，相關方案說明如下：

（一）家庭暴力被害人庇護安置服務方案：全國短中長期庇護服務資源 369 床，包括公設公營（1 家）、公設民營（9 家）、方案委託（15 家）、個案委託（1 家）及特約旅館；除地方政府自籌經費外，本部另挹注經費補助民間團體辦理被害人庇護服務，105 年補助 10 案計 700 萬元，提供庇護安置服務計 2 萬人次。

圖11-2 105年家暴事件通報案件被害人性別分析

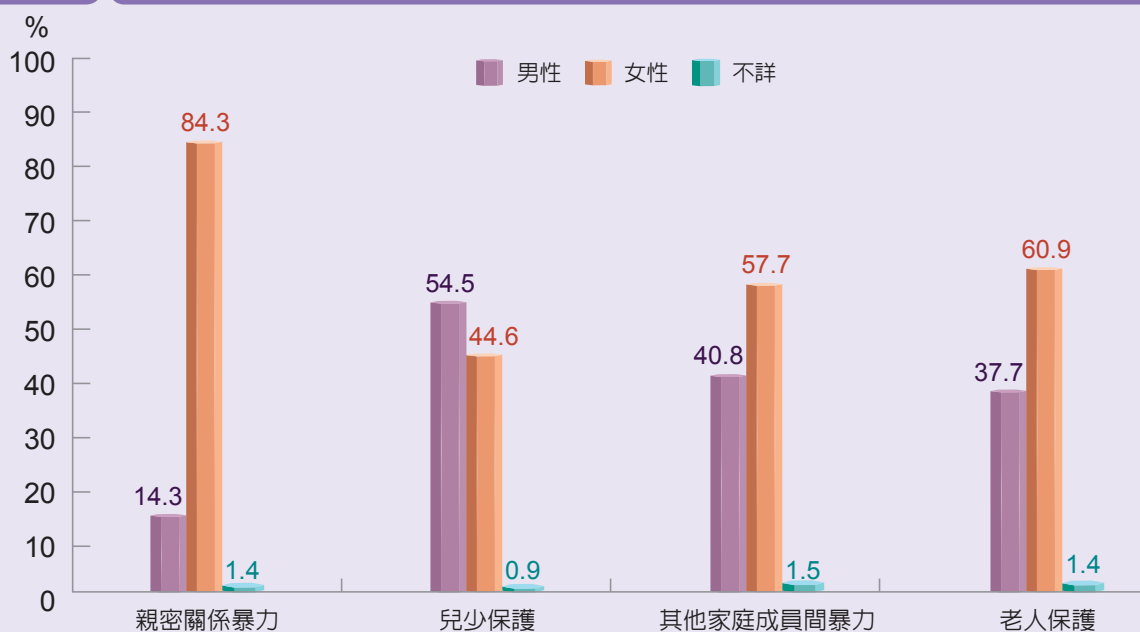


表11 近年家庭暴力事件保護扶助人次及金額統計表

項目/年別	101年	102年	103年	104年	105年
保護扶助人次	915,844	988,586	1,127,784	1,196,998	1,295,786
保護扶助金額	391,164,159	468,542,425	533,561,364	576,498,676	577,721,960

(二)辦理駐法院家庭暴力事件服務處：補助地方政府委託民間團體就近於法院成立 19 所家庭暴力事件服務處，提供被害人法律諮詢、陪同出庭、庇護安置等服務，105 年計補助 450 萬元，服務 12 萬人次。

(三)辦理目睹家庭暴力兒童及少年輔導及處遇方案：協助地方政府結合專業團體發展目睹兒少服務方案，105 年補助 13 案計 900 萬元，服務達 1 萬 4,197 人次。

(四)辦理原鄉部落家庭暴力被害人服務方案：協助地方政府結合民間團體辦理原鄉地區被害人保護相關服務方案，105 年補助 8 案計 630 萬元，服務逾 8 萬人次。

(五)辦理新住民家庭暴力被害人服務方案：協助地方政府結合民間團體辦理新住民被害人保護服務方案，105 年補助 130 萬元，並透過外配基金辦理新住民人身安全保護計畫，共補助 700 萬元，服務逾 6 萬人次。

(六)辦理一站式家庭暴力處遇服務方案：協助地方政府結合民間團體發展以被害人需求為中心（至少提供 3 項服務，如追蹤輔導服務、目睹兒少服務、被害人就業服務、自立服務等）。105 年補助 10 縣市、12 項計畫、金額 2,700 萬元，提供新受理 4,850 案件，提供被害人保護扶助 51,990 人次、提供 812 名目睹家暴兒少相關服務（扶助 11,367 人次）及 103 名被害人就業服務（扶助 3,322 人次）。

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)運用臺灣親密關係暴力危險評估量表（簡稱 TIPVDA 量表）（Instructions of Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment, TIPVDA），至 105 年底家庭暴力通報件數實施親密關係暴力危險評估比率已達 94.3%。

(三)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，協助各防治網絡成員評估高危機案件之危險因子，據此判斷是類案件解除列管與否，並擇定新北市、台中市、雲林縣、高雄市、屏東縣及花蓮縣等 6 縣市，於 104 年 11 月至 105 年 4 月間進行試辦計畫。

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執行：105 年應實施處遇計畫計 4,093 人，完成處遇計畫 1,358 人，排除相對人因死亡、入監或撤銷處遇計畫保護令等人數，執行率達 100%。

二、推動家庭暴力相對人預防性服務方案

(一)93 年設置「男性關懷專線 0800013999」：提供面對家庭衝突之相關諮詢輔導，減少施暴機會；105 年共受理 2 萬 113 通電話，服務 1 萬 8,259 人次（含深談服務 8,874 人次及一般諮詢服務 9,365 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：105 年補助 25 案計 2,542 萬元，提供 2 萬 4,621 人次服

務(含家庭暴力相對人直接輔導、個案管理、追蹤關懷及專業人才培訓等服務)。

(三)研修及函頒家庭暴力加害人處遇相關法規：配合家暴法修正公布，105年5月公告「家庭暴力加害人處遇計畫規範」，8月函頒「家庭暴力加害人認知及親職教育輔導處遇要點」及「家庭暴力加害人認知及親職教育輔導執行人員資格條件及訓練課程基準」。

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：105年召開3次重大家庭暴力事件個案研討會議，共檢討17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建議。
- 二、研發受暴評估指引：105年完成研發「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、辦理「直系血親卑親屬虐待尊親屬之問題類型與評估處遇模式」：105年度委託臺北護理健康大學歸納直系血親卑親屬虐待尊親屬之問題類型及研擬相對應的評估處遇模式，相關研究成果報告書公告於衛福部網站及函送各地方政府社會局及家防中心參考運用，並納入相關專業訓練推廣使用。
- 四、加強家庭暴力防治人員之專業知能：105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，公私部門計555人次完成訓練。

五、加強老人保護專業知能：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，105年計219人次參訓。

六、辦理處遇人員專業訓練：「精神醫療網區域輔導計畫」105年將家庭暴力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4場次，計307人次參訓。

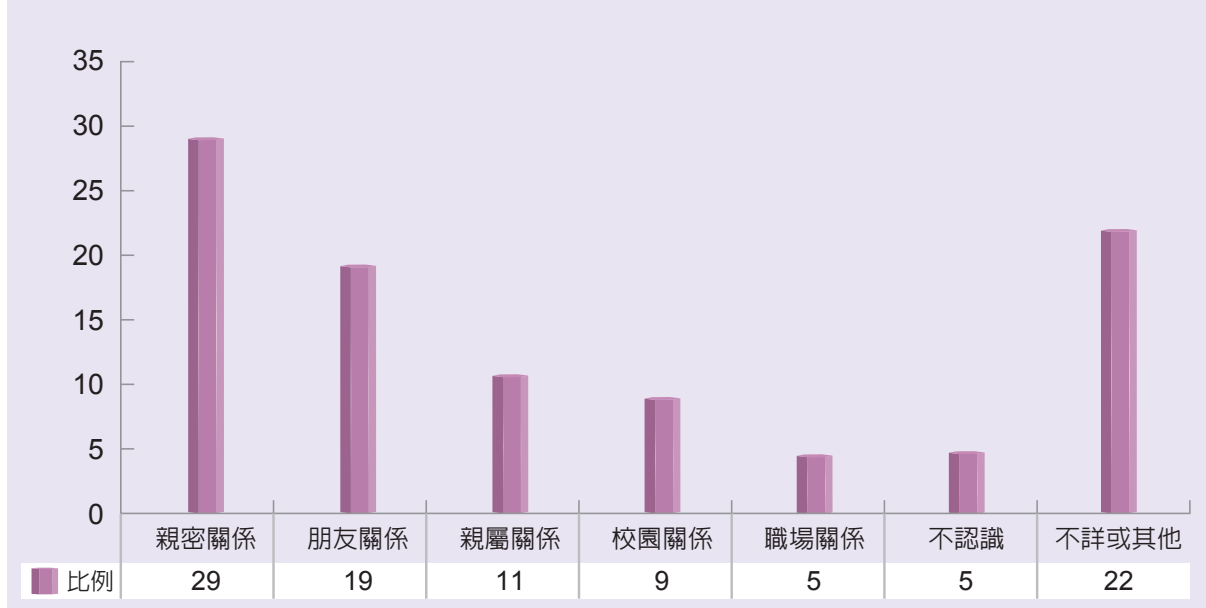
七、編訂「家庭暴力與性侵害加害人處遇業務-行政人員及醫事人員工作手冊」：為提高醫事人員對於家庭暴力與性侵害事件之敏感度與處置知能，以及行政人員專業知能工作服務品質及業務成效，增修訂本工作手冊。

第三章 性侵害及性騷擾防治

第一節 性侵害及性騷擾服務概況

- 一、《性侵害犯罪防治法》86年1月22日公布施行以來，每年通報約1萬3千件疑似案件，105年被害人數計8千餘人，通報案件概況如下：
 - (一)被害人中83%為女性，其中年齡12至18歲者占54%；嫌疑人中83%為男性，其中年齡12歲至24歲者占34%；疑似或確定身心障礙者占12%。
 - (二)性侵害案件中熟人所為占73%，陌生人占5%，餘為不詳或其他；案件中兩造關係以(前)配偶、未婚夫/妻、(前)男/女朋友等「親密關係」最多(占29%)，其次為「不詳或其他」(占22%)，再其次為「朋友關係」(家人的朋友、普通朋友、網友、鄰居)(占19%)如圖11-3。

圖11-3 105年性侵害案件兩造關係分析



(三)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，105年計提供21萬8,854人次服務，扶助金額計1億2,420萬餘元。

二、《性騷擾防治法》95年2月5日頒布施行，各相關機關(單位)依法受理性騷擾申訴調查案件105年計680件，案件概況簡述如下：

(一)成立519件、不成立125件、其他36件，由警察機關受理調查最多(占81.7%)，其次由加害人所屬單位受理調查(17.9%)，相較104年651件(成立430件、不成立95件、其他126件)成長4.45%。

(二)被害人95%為女性，加害人91%為男性。

(三)兩造關係75%「陌生人」，其次6%「同事」。

(四)發生地點39%「公共場所」，其次19%「科技設備(網際網路、手機簡訊...等)」。

(五)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43.5%，其次「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度」占19.8%，如圖11-4。

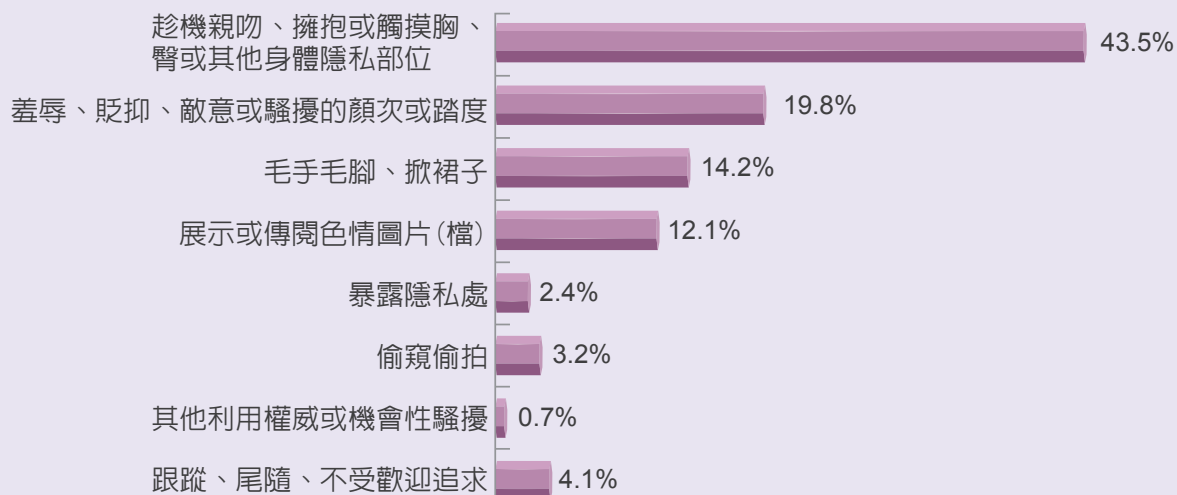
第二節 性侵害及性騷擾被害人多元處遇

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。105年各直轄市、(縣)市政府家庭暴力及性侵害防治中心計提供21萬餘人次服務，扶助金額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」，透過跨專業的聯繫與培植運用

圖11-4

105年性騷擾事件行為樣態



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，105年計提供服務144人次，辦理21場次宣導與教育課程，及4場次跨專業網絡論壇研習。

三、提升性侵害案件採驗工作與鑑驗品質：105年提供3,490名被害人驗傷採證服務，其中送刑事警察局化驗採證盒計1,835件。

四、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：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，105年計1,611件進入減少重複陳述作業服務。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，105年計4,656人，起訴1,965人，起訴率42%，法院裁判確定移送檢察機關執行有罪人數1,844人，定罪率達87.1%。

五、辦理「建構性騷擾防治服務系統競爭型計畫」：105年計補助11縣市政府辦理67場次專業人員訓練、1,358被

害人次進行法律諮詢、心理輔導等服務，逾28萬餘人次宣導受益、2,572場所性騷擾防治措施實地查核。

第三節 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105年底，該類型處所累計達6家。分別為衛福部草屯療養院、衛福部草屯療養院附設大肚山莊、衛福部嘉南療養院、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，105年執行加害人身心治療及輔導教育計6,754人；完成處遇1,806人，執行中4,081人，裁定移送強制治療6人，因故未執行511人，移送裁罰350人。

第四節 性侵害及性騷擾防治品質與教育

一、辦理「重大性侵害事件個案檢討會議」：105年召開2次會議共檢討9案，包括請直轄市、縣（市）政府針對經評估具中高以上再犯危險且非命

付保護管束之加害人，邀集相關單位召開聯繫會議、教育部及各地方政府定期追蹤了解各級學校外包交通車及校車之檢核機制、法務部為進入司法流程之性侵害案件依法通報家防中心等決議事項。

二、精進性侵害及性騷擾防治專業訓練：105年辦理10場次性侵害防治核心與專題課程，課程含性侵害創傷與復原歷程、性侵害受害者的司法保護措施、家內性侵害受害者的身心反應及家庭處遇等議題，計500人次參訓。另為提升性騷擾案件承辦人員及調查人員之專業知能，105年辦理10場性騷擾案件調查人員專業訓練計590人次參訓。

三、落實兒少性侵害案件處理時程管控：於「家庭暴力、性侵害及兒少保護資訊系統」，設置定時提醒功能，透過資訊系統提示社工兒少保護個案法定處理時限。

四、強化社區及校園預防教育宣導：透過社會福利補助及公益彩券回饋金補助地方政府及民間團體辦理性騷擾防治宣導教育方案，105年共補助12方案(含11縣市與1個民間團體)，逾2萬857人次受益。另補助桃園市政府、臺南市政府、苗栗縣政府、嘉義縣政府、宜蘭縣政府及民間團體計7件計畫，深入原鄉宣導性侵害防治教育，鼓勵被害人勇於求助，並呼籲民眾落實社區通報，逾5,000人次受益。

五、製作數位課程教材，強化工作知能：105年完成「認識性侵害加害人」、「性騷擾案件調查處理程序與技巧」數位學習教材，並置於地方行政研習e學中心網站，協助第一線實務工作人員瞭解加害人犯罪過程與相關處遇

工作內涵，以提升專業工作知能。

六、辦理處遇人員專業訓練：105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10場次，計405人次參加。

第四章 兒童及少年保護

第一節 兒童及少年保護工作

一、落實責任通報制度：105年兒童及少年(以下簡稱兒少)受虐人數共9,470人，男性4,160人(占44%)，女性5,310人(占56%)，較104年兒少受虐人數9,604人，減少1.4%。

二、推動兒少保護家庭處遇及親職教育服務：105年各地方政府對兒少保護案件，提供親職教育服務計1萬1,530人次；連結家庭扶助及福利服務等各項資源計2萬2,943人次，俾改善家庭照顧保護功能，防止兒少再次受虐或遭不當對待。

三、督導直轄市、縣(市)政府落實兒少保護工作：引導各地方政府持續強化與衛生醫療、司法、警政及教育等單位網絡合作，並改善保護性社工人員專業敏感度及危機評估及處理知能，105年召開3次重大兒少虐待事件防治小組會議，共檢討28案。

四、加強辦理兒少保護社工人員專業訓練及實務研討：105年辦理2場次初階訓練計98人參加；3場次兒少保護安全評估個案研討會議計152名社工及督導人員參與；「兒少保護服務及兒少高風險家庭服務共識營」計182名人員參加。

五、辦理兒少保護專業發展及研發工作：
105年辦理兒少保護結構化風險評估決策模式先期實驗計畫，建立研判兒童及少年再受虐風險預測之評估工具；建立兒少保護安全評估數位學習教材、兒少保護督導人員工作手冊，及更新兒少保護家庭處遇計畫服務手冊。

第二節 兒童及少年性剝削防制工作

一、《兒童及少年性剝削防制條例》106年1月1日公布施行，衛福部配合修訂「兒童及少年性剝削防制條例施行細則」及「兒童及少年性剝削行為人輔導教育辦法」，分別於105年12月13日、106年1月4日令修正發布。

二、辦理成果

(一)司法警察人員救援被害人：105年計緊急安置326人，短期收容中心321人。

(二)經法院二裁安置中途學校（共5所）特殊教育者：105年安置315位學員。

(三)經法院二裁安置於福利機構者：105年19家機構提供170位安置服務。

(四)提供被害人後續追蹤輔導與協助：105年提供507服務人次。

三、召開兒童及少年性剝削防制督導會報：105年度召開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：105年結合民間團體辦理研習、共識營、24小時評估指標工作坊及資訊管理系統教育訓練等活動，計550人次參訓。

五、製作推廣教育素材廣為宣導：製作「杜絕兒童少年色情與防制性剝削」、「促進兒童少年上網安全」宣導影片(各30秒)，於105年8至10月於台鐵及國光客運25站聯播電視輪播，計播出7,840次(235,200秒)。另拍攝改編真人真事劇情片「溫暖」，製成DVD發送全國國中、高中(職)、矯正機關作為教育宣導。

第三節 兒童及少年上網安全機制

一、督導直轄市、縣（市）政府落實對iWIN派案之處理：105年召開2次研商會議，決議包括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。申訴案量計6,785件，「色情猥褻」占93%，境外IP 4,142件，境內IP 1,433件，社政單位案件985件。

二、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。

12

研究發展與國際合作

138 | 第一章 衛生福利科技研究

142 | 第二章 國際合作



第一章 衛生福利科技研究

105年度科技發展預算為46億5,565萬6千元，如圖12-1，占衛福部總預算的2.34%。主要投入防疫整備與民衆健康促進等公共衛生及社會福利政策所需之任務導向型實證科學研究、推動轉譯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881件研究計畫，科技成果實際應用率為63.27%。另委託國家衛生研究院於本年度完成「2015-2025衛生福利科技政策白皮書」，以科學實證及國際經驗，提出前瞻性建議與方向，作為衛福部研訂與推動未來10年科技政策之參考依據。

第一節 任務導向型的實證政策研究

一、防疫整備

(一)分析國人四大主要食媒病原（諾羅病毒、輪狀病毒、沙門氏菌及曲狀桿菌）之發生率，做為防治策略研議參考，並建立跨部會即時處理與合作機制、建置食媒病原體共同基因庫平臺、地理資訊預警系統以及實驗室自動通報系統。

(二)透過研究發現速克伏短程治療結核病處方相較於現行標準處方給予異菸鹼肼錠 (Isoniazid)9 個月，肝毒性發生率無顯著差異，且治療完成率高於現行處方，相關成果提供臨床醫師參考，且已納為政策全面推動使用。

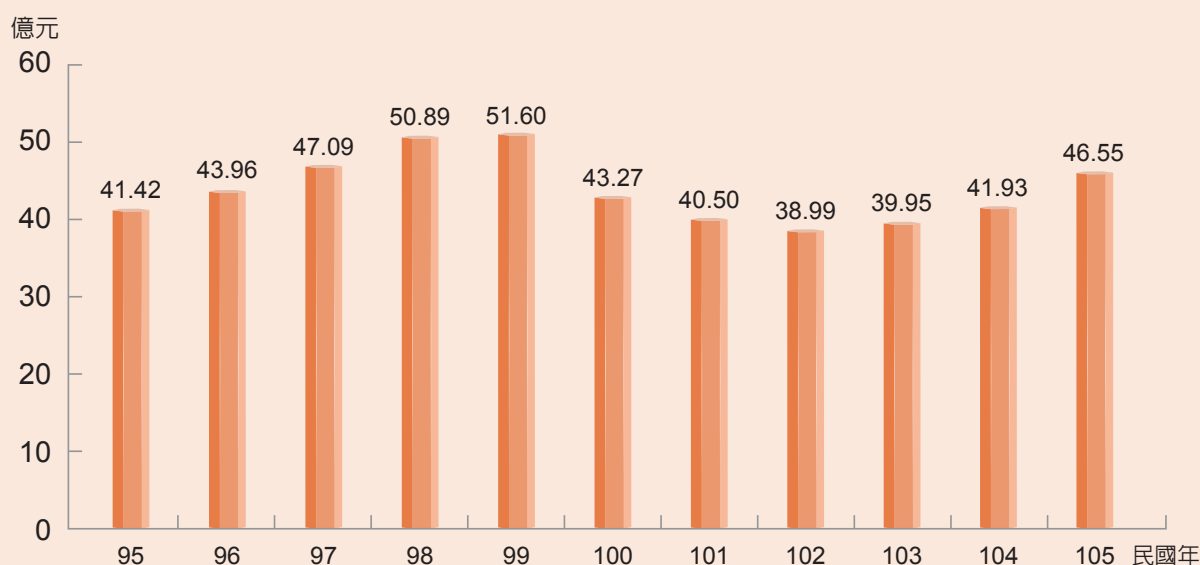
(三)成立「國家蚊媒傳染病防治研究中心」，已建立無人載具（履帶車及無人飛行器）偵測都市孳生源、新式誘蚊捕蚊設備及空間地理資訊系統 (Geospatial Information System, GIS)，結合大數據研發疫情擴散與預警系統，支援中央地方建置蚊媒傳染病合作防治體系。

二、民衆健康促進

(一)「臺灣出生世代研究」持續建置全國大規模出生世代資料庫，「國民營養健康狀況變遷調查」更新全國代表性數據，累積數年資料建立縣市基礎數據，提供做為健康促進政策制定參考運用。

(二)完成臺灣活躍老化指標、高齡友善城市指標；發展臺灣本土就醫者與醫療服務提供者健康識能問卷；建構長者

圖12-1 歷年科技研究法定預算數趨勢變化





加裝液體灑佈設備之履帶車



裝置無人飛行載具(unmanned aerial vehicle, UAV)之多軸無人機

社群平臺和手機 App「耆樂通」；完成活躍老化資料倉儲與決策支援系統之規劃及建構，持續建置「失能」、「醫療利用與支出」、「健康餘命」與「高齡友善環境」四大主題式資料庫。

三、食品藥物管理

(一)食品檢驗技術發展

1. 經由方法改良、應用快篩檢驗套組及建立比對資料庫提升檢驗效能，其中著色劑檢驗由8種大幅擴增至同步鑑別46種。
2. 開發膠囊錠狀食品中葉黃素及油品中苯檢驗等方法，成功運用於食安新聞事件中。
3. 以資通訊技術，建立22大類別、83種視覺化儀表板及統計指標，提升風險預判能力及稽查量能。

(二)藥物科技研究發展

研訂高階高值藥品及醫療器材規範草案9案，完成臨床試驗藥品安全性評估372件，開發藥物化粧品檢驗方法16項，引導醫藥產業發展，加速新藥上市。

(三)中醫藥研發與推廣

1. 編修中藥典之中藥材規格，出版「臺灣中藥典第二版英文版」，新增常用中藥製劑、臺灣特有品種藥材規格及建置線上查詢系統。

2. 完成血府逐瘀湯加黃耆多糖改善代謝異常及阿茲海默症相關的臨床前動物實驗，並且完成第二型糖尿病患400例之中醫體質證型研究。

四、精進醫療照護體系

(一)建構數位資通訊建設：迄105年底，原住民族及離島地區有64家衛生所及172家衛生室網路頻寬達12M以上。

(二)長照服務資源地理地圖(Long-term care Geographic Information Systems, LTC-GIS)105年1月1日正式啓用：民衆可透過該系統單一入口網站查詢各類長照機構資源相關內容，包括服務提供單位基本資料及聯絡資訊、長照服務類別、評鑑等級等相關資訊。

(三)進行居家式、社區式、機構住宿式服務及居家與社區混合式4種服務類型個案資料收集分析，發展臺灣首創之照顧計畫擬訂操作指引及照顧問題清單。

五、全方位強化全民健康保險體制

(一)擴充健康存摺、健保費電子收繳、跨機關資料交換等便民措施；發展保費監控模組及豐富開放資料內容，持續監控健保資訊安全。

(二)評估區域醫療整合、家庭醫師照護、急性後期照護等制度成效；提出健保醫療資訊雲端查詢系統精進策略，完成建置國際疾病分類第十版編碼品質指標及精神疾病醫療照護品質指標；探討新診療項目醫療科技評估、新藥納入給付範圍時效、提升新特材審查效益。

(三)分析各國健康照護制度及我國健保實證資料，評估人口老化對健保財務之影響，並提出因應方式之建議，作為長期健保制度規劃之參考。

六、強化心理及口腔健康監測

(一)完成「心快活 - 心理健康學習平臺」網站之建置，針對不同年齡層或族群，提供心理健康相關衛教、學習資源及服務資源查詢。

(二)完成臺灣成年與老年人之口腔健康調查，結果顯示：齲齒經驗盛行率為 98.6%，牙周病盛行率為 80.48%。

七、性別暴力防治與保護服務

(一)105 年完成建置社政、醫療、衛生、警政、教育、司法等五大領域及整體性別暴力防治成效衡量指數，並完成我國大眾對暴力侵害婦女之態度信念調查。

(二)完成 10 項兒少保護關鍵衡量指標，包括身體虐待、性侵害、監護疏忽、飲食疏忽、衛生疏忽、居住環境疏忽、醫療照顧疏忽、精神虐待、其他類型通報、行為人為家外成員之通報案件。

八、完善急難救助體系

105 年完成「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

多元社區照顧關懷據點服務模式檢視與展望研究：透過社區照顧關懷據點高齡服務使用者之分析，研究服務提供成效，推動創新服務。

第二節 創新及轉譯研究的發展

一、技術轉移及專利授權

105 年度共完成 10 項研發成果技轉，研發成果收入共計新臺幣 1,138 萬 8,850 元，如圖 12-2。

二、生醫科技研發

(一)改良及建立包括分枝桿菌 (*Mycobacterium*) 鑑定方法、漢他抗體快速檢測、臨床重要酵母菌及相關真菌檢測、肺炎重症、腦炎或其他新興病原體開發檢測套組以及可偵測茲卡病毒 (Zika virus) 與屈公病毒 (Chikungunya virus) 之等溫核酸檢測方法，運用於病人之快速診斷及疫情監測。

(二)「去活化腸病毒 71 型疫苗」榮獲「衛福部、經濟部 105 年度藥物科技研究發展獎 - 藥品類銀質獎」，為第一個自製之兒童疫苗。

(三)結合臺北榮總及成大醫院等 8 個醫學中心，共同完成胰腺癌新藥 ONIVYDE™ (安能得®) 第 III 期臨床試驗。此外，ONIVYDE™ 併用 5-氟尿嘧啶搭配葉酸 (5-Fluorouracil/leucovorin, 5-FU/LV) 療法更列入 2016 年美國國家癌症資訊網最新版中，作為胰腺癌第二線治療指引的第一級治療建議。

三、推動第二期 (103-106 年) 癌症研究計畫 (圖 12-3)

圖12-2 歷年研發成果收入數趨勢變化

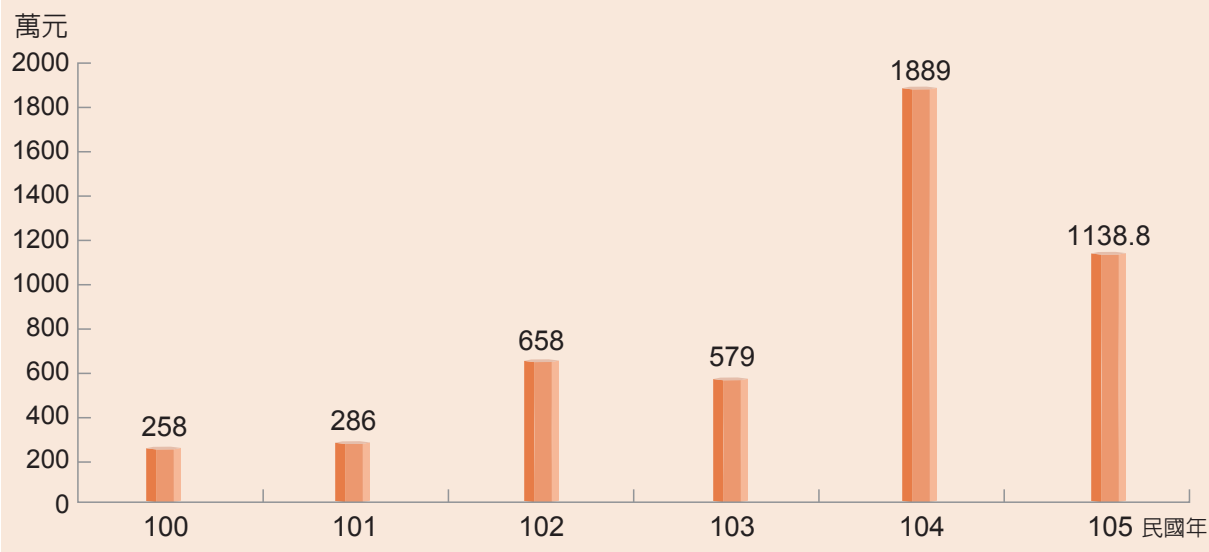
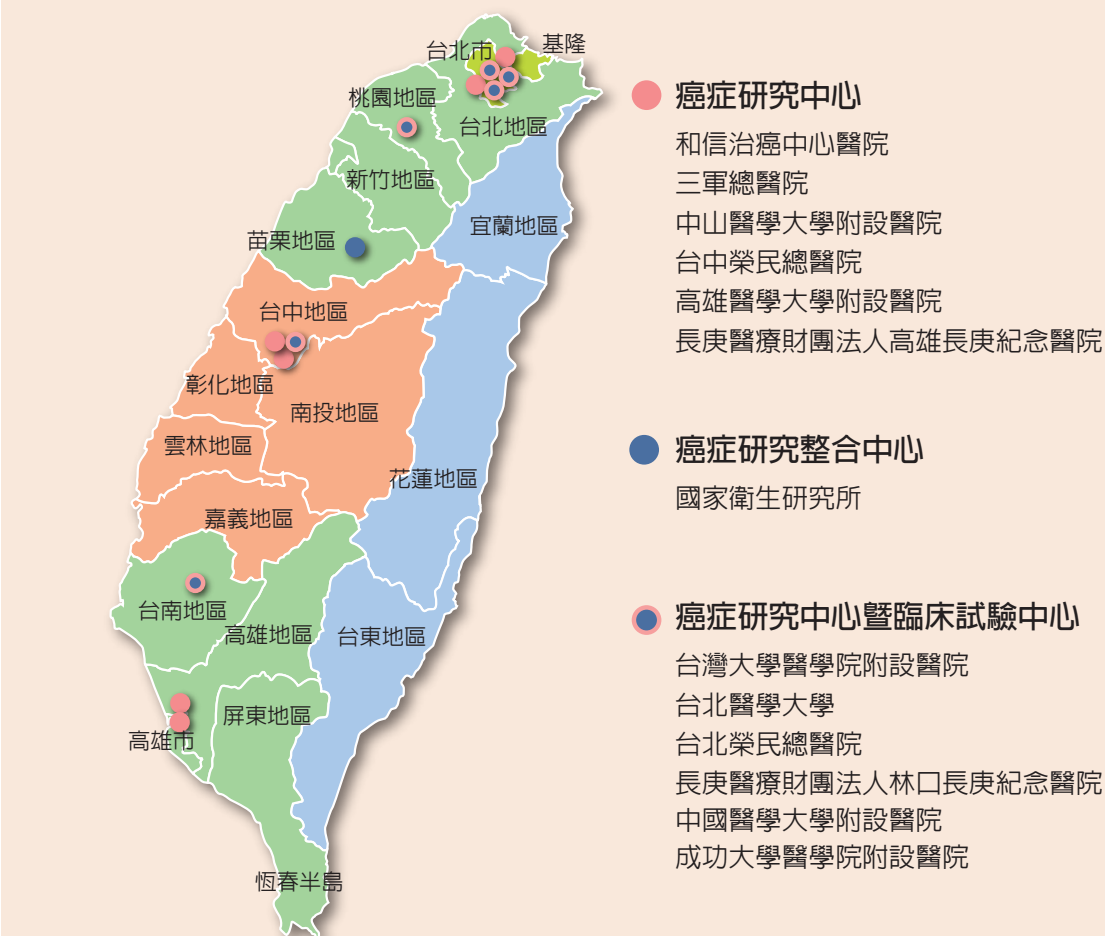


圖12-3 臨床試驗中心及癌症中心



資料來源：衛生福利部

(一)研究發現臺灣地區乳癌病患淋巴轉移為 1-3 顆時，乳房切除術後經放射線治療，較現行治療指引（乳房切除術後不經放射治療）有較好的整體存活率與無病存活率。

(二)103 至 105 年已在彰化縣建立以社區為導向的胃癌篩檢模式，在嘉義市建立以醫院為導向的胃癌篩檢模式。105 年收案 1 萬 6,225 人，幽門桿菌陽性率 36.8%，而第一線治療的除菌率約為 90.7%，初步研究結果證實幽門桿菌除菌治療可有效降低慢性胃炎、消化性潰瘍。

(三)以健保資料庫分析，發現慢性 B 型肝炎患者，使用抗病毒藥物者，其肝癌之發生率明顯較低，且小於 40 歲與非肝硬化期治療效果尤佳。

四、執行提升臨床試驗創新及競爭力計畫

(一)完成國內外多國多中心藥品臨床試驗倫理審查共 149 件，平均審查 9.4 個工作天 / 件。醫藥品查驗中心建置臺灣臨床試驗資訊平臺，期以單一窗口 (one stop shop) 推廣臺灣臨床試驗的國際能見度。

(二)執行臨床試驗之成果，包括：發現幽門桿菌第一線治療的療效含鉍劑的四合一療法優於 14 天的三合一療法。使用於頭頸部鱗狀上皮細胞癌的新藥吉舒達 (Pembrolizumab) 已獲得美國 FDA 核准。針對特定中風患者預防中風復發的新藥普達錠 (Cilostazol)，健保已核准給付。另，已製訂心房纖維顫動治療指引，提供醫療機構參考使用。

第三節 推動衛生福利資料統計應用

一、應用服務平臺管理

衛生福利資料科學中心於 100 年開始提供服務，旨在提升決策品質、拓展學術研究，進而增進全民福祉。105 年除持續強化資安管理及推動巨量資料應用管理審議機制外，並建置各研究分中心遠端虛擬桌面系統。

二、服務內容及服務量

(一)截至 105 年 12 月開放申請之資料庫計 78 項。

(二)為平衡區域研究需求，設有臺北醫學大學、臺灣大學、高雄醫學大學、長庚大學、陽明大學、慈濟大學、中央研究院、國家衛生研究院及成功大學等 9 處研究分中心，105 年除持續強化各研究分中心管理機制，並舉辦研究成果發表會。

(三)執行中案件數由 100 年 58 件提升至 105 年 501 件，平均年增率達 54%；同期間提供服務人日數亦由 100 年 676 人日增至 105 年 6,752 人日，平均年增率達 58%。

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，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 (WHO)

第 69 屆世界衛生大會 (WHA) 於 105 年 5 月 23-28 日在瑞士日內瓦召開，林前部長率團以觀察員身分受邀出席，就全會主題發言，宣揚我國在健保制度、傳染病防制等卓越成就，並強調臺灣穩健參與世界衛生組織會議及活動之意願。另我代

表團於大會期間積極參與技術性委員會，針對6大類30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、日本等國及國際組織進行59場雙邊會談，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）

由何次長啓功率團出席105年8月21-22日於秘魯利馬舉辦的「第6屆APEC衛生與經濟高階會議（APEC High-Level Meeting on Health and the Economy）」，並於會中發表演講，分享我國整合健康照護及社會福利體系，因應未來各種衛生與經濟層面之挑戰。

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 12-1

1. 參與國際會議

(1) 105年5月派員赴瑞士日內瓦參與國際護理協會（International Council Nurses, ICN）、國際助產聯盟（International Confederation of Midwives, ICM）與世界衛生組織共同舉辦之第六屆官方護理暨助產總長、護理學會及法規制訂者三方會議，就探討護理與助產專業人力之專業發展與未來、WHO 健康專業人力資源全球策略及永續發展目標等議題討論。

(2) 105年5月派員赴瑞士參與聯合國兒童權利委員會（Committee on the Rights of the Child）第72屆會議，觀摩英國等國家報告審查情形。

表12-1 105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	105年
國外參加國際會議或研習	共計67場
於國內舉辦國際會議	共計43場
外賓邀/參訪	共計53國683人次



105年5月林前部長奏延於第69屆WHA全會發言



105年8月第6屆APEC健康與經濟高階會議

- (3) 105 年 6 月 17-19 日派員赴香港出席第 38 屆亞太牙醫聯盟會議，會議主題為「運用現代科學與技術之進階牙醫學」，瞭解亞太國家口腔公共衛生及健康促進政策新趨勢，並與他國分享經驗。
- (4) 105 年 9 月派員赴香港參與 2016 社會企業世界論壇 (Social Enterprise World Forum)，有 5 名成員受邀擔任講者，讓社會企業領域人士與國際接軌，創造資訊與資源的交流，增進競爭力。
- (5) 105 年 9 月 28-30 日，派員出席於奧地利加斯坦市舉行之「第 19 屆加斯坦歐洲衛生論壇」，主題為「Demographics & Diversity in Europe - New Solutions for Health」。並辦理平行論壇，分享我國建構高齡友善環境與活躍老化成果等。

2. 舉辦國際會議

- (1) 「茲卡病毒檢驗診斷國際研習營」：105 年 4 月 13-15 日舉行，由衛福部、外交部及美國在臺協會合辦，為亞太及東南亞地區首次針對茲卡病毒檢驗診斷辦理的訓練課程，參訓學員來自澳洲等 12 國，並與各國建立多方合作，共同防範傳染病的威脅。

- (2) 「2016 臺美衛生福利政策研討會」：105 年 6 月 15-16 日於臺北舉辦，會議主題為「重新定位健康與幸福：解碼韌性的力量」，約有 250 人與會。邀請 7 位美國衛生福利官員及專家學者，就當前重要衛福議題、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。
- (3) 「APEC 多重抗藥性結核病防治研討會」：105 年 6 月 29-30 日於臺北舉辦，邀請來自美國等 14 國代表與國內專家參加。分享我國多重抗藥性結核病防治經驗，增進多重抗藥性結核病的防治與管理作為，提升亞太地區防疫量能。
- (4) 「第 13 屆臺日雙邊研討會」：105 年 9 月 6-7 日於疾病管制署舉辦，由日本國立感染症研究所 (NIID) 倉根一郎所長等 14 位人員，與國內專家學者共 85 人參加。針對急性呼吸道傳染病、結核病、抗藥性疾病及流行病學調查等議題進行討論，並報告雙邊合作計畫之成果。
- (5) 「2016 國際中藥品質管制研討會」：105 年 9 月 24-25 日假臺中舉辦，邀請來自歐美及亞太地區共 6 國 9 位外賓分享各國中藥品質管理現況，交流藥典編修之經驗，共計約 300 人參加。



105年6月臺美衛生福利政策研討會



105年4月茲卡病毒檢驗診斷國際研習營

(6)「2016 臺灣全球健康論壇」:105 年 10 月 23-24 日舉行。計有 15 位衛生部部次長與會，共 29 國 69 位高階衛生官員與國際醫衛專家共同參與，論壇兩日合計出席總人數達 1,224 人次，透過持續多年舉辦，已有效建構國際醫療衛生專業交流平臺。

(7)「APEC 醫療產品貿易與監管法規之國際合作經驗研討會」:105 年 10 月 24 日舉辦，共計約 150 人參與，邀請自菲律賓、馬來西亞、日本、越南等國衛生官員來臺擔任講者，從經貿自由化及國際間對監管法規合作之角度，分享經驗與觀點，增進我國產官學研各界對新南向國家法規發展趨勢的了解，促進我國與 APEC 及新南向政策國家，在醫衛相關議題上合作的機會。

(8)「第一屆亞洲性別暴力防治高峰論壇」暨「第五屆婦幼保護網絡 - 以

被害人為中心之承諾與行動頒獎典禮與觀摩研討會」: 105 年 10 月 26-28 日舉辦，邀請聯合國、澳門、日本、馬來西亞、中國大陸、香港與我國公私部門代表，分享性別暴力防治工作現況、策略與模式，並藉此建立網絡資訊交流平台，發展更具效能之工作模式。

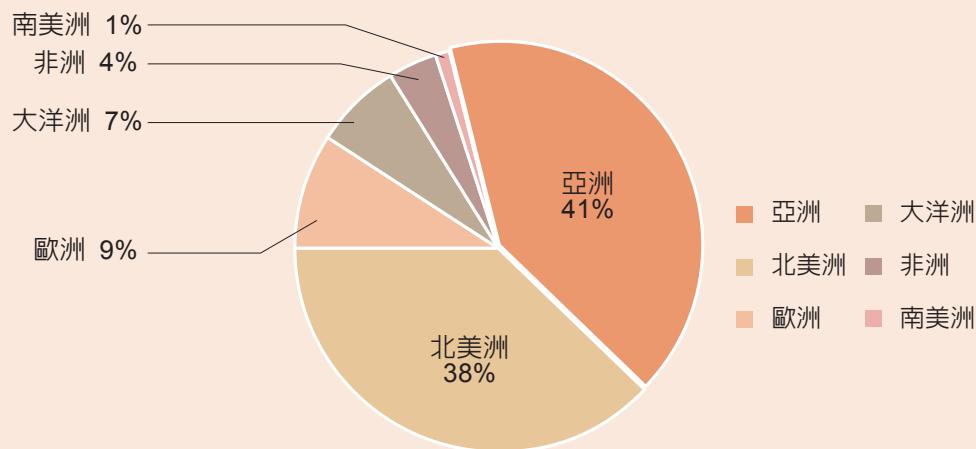
(9)「兒童權利公約首次國家報告發表記者會暨國際研討會」:105 年 11 月 17-18 日舉辦，發表我國首次兒童權利公約國家報告，並邀請荷蘭、挪威、泰國及柬埔寨兒童權利專家與會分享兒童人權推動經驗，計 471 人次與會。

3. 國際友人來訪：105 年共接待 53 國 683 人次外賓，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 12-4。



105 年 10 月臺灣全球健康論壇

圖12-4 105年來訪外賓各大洲比例統計圖



(二) 國際合作

1. 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105年11月29日舉行「TaiwanIHA十週年慶暨國際醫衛人道援助攝影展」，邀請亞洲醫師協會(Association of Medical Doctors of Asia, AMDA)、無國界醫師(MSF)及國內從事國際醫衛及人道援助的醫界夥伴與會進行經驗交流。
2. 臺灣國家眼庫與美國SightLife衛生組織簽署合作備忘錄:為擢升我國眼角膜移植水準，推動國家眼庫運作制度

與國際接軌，本部、臺灣國家眼庫及美國SightLife衛生組織於105年11月7日共同簽署合作備忘錄，SightLife將協助我國國家眼庫通過國際認證，並提供研究用眼角膜及眼庫人員的相關專業訓練，提升我國移植品質嘉惠國人。

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。



105年10月第一屆亞洲性別暴力防治高峰論壇



105年11月兒童權利公約首次國家報告發表記者會暨國際研討會

（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，衛福部配合執行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26次的人道醫療援助行動。105年5月8-12日與與日本亞洲醫師協會（Association of Medical Doctors of Asia, AMDA）、財團法人羅慧夫顏顏基金會、長庚醫院合作籌組行動醫療團，於赴印尼南蘇拉威西省巴里巴里市（ParePare）及巴魯市（Baru）兩家醫院為23名貧困唇顎裂患者重建容顏，提供術後傷口照護，並與當地醫護人員交流手術經驗及技巧。
3. 協助因應印尼霾害：為因應霾害危及印尼蘇門答臘及加里曼丹地區人民健康，TaiwanIHA配合外交部，商請衛福部臺北醫院協助採購6,000個N95口罩，於105年4月21日由我駐印尼代表張良任大使代表捐贈予印尼紅十字會，提供給印尼遭遇霾害的災民及相關人員使用。

（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。105年完成索羅門群島、海地、巴拉圭、蒙古、吉里巴斯、吐瓦魯、諾魯等7國共738件醫療器材捐贈。



105年4月TaiwanIHA團隊醫師為當地患者執行唇顎裂手術

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，105年共培訓27國141人次國外醫事人員。
3. 105年推展非洲地區國家衛生醫療合作計畫：協助非洲區域國家醫護衛生、熱帶醫學、e-Health、愛滋病防治及人員訓練等公共衛生工作之推展。
4. 105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：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，以開拓創新經營策略，讓醫療產業更加活絡發展。

(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 (表 12-2)

(一)成立「國際醫療管理工作小組」作為交流與傳播之平台，並輔導 69 家醫院建置具國際競爭力之環境。

(二)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 59 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，提供便捷的入臺途徑。

(三)配合僑委會辦理「僑安專案」，協助東南亞國家（如緬甸、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，該計畫自 101 年至 105 年 5 月 16 日計有 365 團約 5,500 人次來臺。

表12-2 國際醫療服務人次與產值

	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年
總人次	68,545	89,507	110,664	109,133	173,311	231,164	259,674	305,045	279,281
門診	63,388	78,553	96,850	92,931	115,569	123,107	174,342	208,198	216,343
住院	1,102	1,818	2,157	3,105	3,845	4,293	6,078	6,970	7,249
美容	1,072	3,902	3,125	3,254	5,822	10,627	4,308	4,874	4,523
健檢	2,983	5,234	8,532	9,843	48,075	93,137	74,946	85,003	51,166
產值	20.29	34.33	41.49	54.14	96.23	136.48	141.35	158.96	139.58

附錄

150 | 附錄一 衛生福利統計指標

163 | 附錄二 法定傳染病確定病例統計

166 | 附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表



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 女生 育率	人口密度
		0-14歲	15-64 歲	65歲 以上						
	千 人	%	%	%	‰	‰	‰	每一婦 女	‰	人/每平方公里
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
105年	23,540	13.3	73.5	13.2	8.9	7.3	1.5	1.2	4	650

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
	兩性	男性	女性		
	歲	歲	歲	每千活產	每千人口
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	92.0
105年	80.0	76.8	83.4	4.8	94.1

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	百萬美元	%	%	新臺幣 元	美元
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	834,681	26,464	56.9	6.3	36,294	1,151
98年	561,636	16,988	873,219	26,413	57.4	6.7	37,837	1,144
99年	610,140	19,278	889,345	28,099	57.8	6.3	38,432	1,214
100年	617,078	20,939	917,040	31,118	57.4	6.4	39,539	1,342
101年	631,142	21,308	927,956	31,329	59.1	6.3	39,877	1,346
102年	652,429	21,916	967,872	32,512	59.1	6.4	41,460	1,393
103年	688,434	22,668	1,001,897	32,990	59.1	6.2	42,809	1,410
104年	714,277	22,384	1,029,182	32,253	59.7	6.1	43,864	1,375

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
	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家
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
105年	22,384	490	485	80	405	5	1	4	21,894	11,395	3,772	6,727

資料來源：衛生福利部

表 4-2 醫療設施－病床數

年別	病床數							平均每萬人口病床數				
	床	醫院					診所	床	醫院			診所
		公立	私立	急性病床		急性一般病床						
				床	床							
									床	床		
床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
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
105年	163,148	133,499	43,827	89,672	79,931	72,635	29,649	69.3	56.7	34.0	30.9	12.6

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	其他
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
95年	206,959	34,899	4,743	10,412	27,412	7,457	4,052	109,153	368	1,137	7,326
96年	214,748	35,849	4,862	10,740	28,040	7,642	4,211	113,832	347	1,239	7,986
97年	223,623	37,142	5,112	11,093	28,741	7,896	4,443	118,785	308	1,379	8,724
98年	233,553	37,880	5,290	11,351	29,587	8,203	4,651	125,081	258	1,563	9,689
99年	241,156	38,887	5,354	11,656	30,001	8,377	4,913	128,955	208	1,687	11,118
100年	250,258	40,002	5,570	11,992	31,300	8,579	5,133	133,336	134	1,824	12,388
101年	258,283	40,938	5,740	12,391	32,015	8,751	5,341	137,641	120	2,050	13,296
102年	265,759	41,965	5,977	12,794	32,668	9,006	5,507	140,915	132	2,234	14,561
103年	271,555	42,961	6,156	13,178	33,162	9,132	5,774	142,708	149	2,304	16,031
104年	280,508	44,006	6,298	13,502	33,516	9,261	5,952	148,223	150	2,392	17,208
105年	289,174	44,849	6,441	13,912	33,908	9,400	6,164	153,509	154	2,525	18,312

資料來源：衛生福利部

備註：其他包含鑲牙生、物理治療師（生）、職能治療師（生）、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師（生）。

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	其他
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
95年	90.5	15.3	2.1	4.6	12.0	3.3	1.8	47.7	0.2	0.5	3.2
96年	93.5	15.6	2.1	4.7	12.2	3.3	1.8	49.6	0.2	0.5	3.5
97年	97.1	16.1	2.2	4.8	12.5	3.4	1.9	51.6	0.1	0.6	3.8
98年	101.0	16.4	2.3	4.9	12.8	3.5	2.0	54.1	0.1	0.7	4.2
99年	104.1	16.8	2.3	5.0	13.0	3.6	2.1	55.7	0.1	0.7	4.8
100年	107.8	17.2	2.4	5.2	13.5	3.7	2.2	57.4	0.1	0.8	5.3
101年	110.8	17.6	2.5	5.3	13.7	3.8	2.3	59.0	0.1	0.9	5.7
102年	113.7	18.0	2.6	5.5	14.0	3.9	2.4	60.3	0.1	1.0	6.2
103年	115.9	18.3	2.6	5.6	14.2	3.9	2.5	60.9	0.1	1.0	6.8
104年	119.4	18.7	2.7	5.7	14.3	3.9	2.5	63.1	0.1	1.0	7.3
105年	122.8	19.1	2.7	5.9	14.4	4.0	2.6	65.2	0.1	1.1	7.8

資料來源：衛生福利部

備註：其他包含鑲牙生、物理治療師（生）、職能治療師（生）、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師（生）。

表4-5 護理機構設施－家數

年別	護理機構			
	一般護理之家	精神護理之家	居家護理	產後護理
	家	家	家	家
95年	310	-	479	46
96年	324	17	503	60
97年	347	19	487	74
98年	367	25	495	94
99年	390	28	516	103
100年	423	30	498	117
101年	447	29	498	148
102年	472	32	507	171
103年	487	35	507	187
104年	500	37	513	201
105年	511	41	547	219

資料來源：衛生福利部

表4-6 護理機構設施－床數

年別	護理機構		
	一般護理之家	精神護理之家	產後護理
	床	床	床
95年	18,701	-	1,536
96年	19,551	1,303	2,026
97年	21,461	1,539	2,924
98年	23,077	2,089	3,568
99年	25,849	2,252	3,809
100年	28,476	2,235	4,379
101年	30,447	2,512	5,618
102年	33,101	2,757	6,582
103年	35,202	3,246	7,477
104年	37,263	3,494	8,558
105年	39,132	3,742	9,786

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
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	-
105年	9	-	23	10	13	14	8	616	17	-	-	4	-	14	10,328	-

資料來源：衛生福利部疾病管制署

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
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
105年	486	5,260	-	69,610	7,907	59,871	1,832

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	每十萬 人口 標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬 人口 標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬 人口 標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬 人口 標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬 人口 標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬 人口 標準化 死亡率
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
105年	3.9	172,418	439.4	47,760	126.8	20,812	50.3	11,846	28.6	12,212	26.9	9,960	24.5

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以WHO 2000年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97年起以ICD-10為統計分類。

表 7-1 特定死因統計－主要死因（續完）

年別	主要死因											
	事故傷害		慢性下呼吸道疾病		慢性肝病及肝硬化		高血壓性疾病		腎炎、腎病症候群及腎病變		蓄意自我傷害（自殺）	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率
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
105年	7,206	23.1	6,787	15.1	4,738	13.4	5,881	13.5	5,226	12.4	3,765	12.3

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 7-2 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	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬女性人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬男性人口標準化死亡率
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
105年	8,353	22.2	9,372	24.4	5,772	14.6	2,176	11.8	1,347	6.8

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以WHO 2000年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97年起以ICD-10為統計分類。

表 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
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	54,775	9.9
99年	23,074	99.4	14.6	13.5	1,067	54,794	9.9
100年	23,199	99.5	15.1	13.8	1,086	55,346	9.9
101年	23,281	99.5	15.1	13.8	1,113	55,661	9.8
102年	23,463	99.6	15.1	13.5	1,168	57,259	9.9
103年	23,622	99.6	15.2	13.7	1,197	58,662	9.7
104年	23,737	99.7	15.1	13.9	1,229	59,076	9.5
105年	23,815	99.7	15.3	14.1	1,267	61,458	9.7

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

備註：1. 就醫指標資料來源：本署二代倉儲系統保險對象彙總檔、門診、交付機構及住診明細檔（2017/09/28 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）：「居家照護及精神疾病社區復健等其他部門」、「接受其他院所委託代（轉）檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件。

5. 門診件數不含（件數以0計）：「接受其他院所委託代（轉）檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件。

6. 住診件數不含（件數以0計）：「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」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（續完）

年別	國民年金								
	被保險人數	占25-64歲百分比	一般身分	低收入戶	所得未達一定標準者		身心障礙者		
					第一目	第二目	重度以上	中度	輕度
	千人	%	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人
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
105年	3,425	24.0	2,943	74	125	49	95	76	64

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	%
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
105年	145,176	1.7	331,776	1.4	119,081	1.4	358,161	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（續完）

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
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
105年	4,779	12,261	11,345	20,235	14,370	35,900	22,319

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	
			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
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
105年	3,987,202	16.9	1,622	42,533	1,386,790	287,381	3,106,105	13.2	128,188	1,020,710	9,448	4,746

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

表10 社會福利（續1）

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
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
105年	542	127,966	43,075	82	64	486	3,076

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

表10 社會福利（續完）

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		生活輔具補助	
		未滿18歲	18至64歲	65歲以上							
	人	%	%	%	%	人次	萬元	年底人數	萬元	人次	萬元
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
105年	1,170,199	4.8	55.2	40.0	5.0	4,214,338	2,130,780	43,300	802,516	86,369	78,220

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
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	219,024	11,354	9,604
105年	95,175	1,295,812	57,772	8,141	218,852	12,421	9,461

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				
	粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率	扶養比
	2016	2016	2016	2016	2016
	‰	‰	‰	每一婦女	%
中華民國	9	7	2	1.2	36
日本	8	10	-2	1.5	67
南韓	9	5	4	1.2	39
美國	12	8	4	1.8	52
加拿大	11	8	3	1.6	47
英國	12	9	3	1.8	54
德國	9	11	-2	1.5	52
法國	12	9	3	1.9	56
澳大利亞	13	7	6	1.8	52
紐西蘭	13	7	6	2.0	54

資料來源：內政部、2016 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

備註：國際比較之資料年係以西元年表示。

表12 國際比較（續1）

國別	平均餘命與死亡率			
	0歲平均餘命			新生兒死亡率
	兩性	男性	女性	
	2015	2015	2015	2015
	歲	歲	歲	每千活產
中華民國	80.2	77.0	83.6	2.5
日本	83.7	80.5	86.8	0.9
南韓	82.3	78.8	85.5	1.6
美國	79.3	76.9	81.6	3.6
加拿大	82.2	80.2	84.1	3.2
英國	81.2	79.4	83.0	2.4
德國	81.0	78.7	83.4	2.1
法國	82.4	79.4	85.4	2.2
澳大利亞	82.8	80.9	84.8	2.2
紐西蘭	81.6	80.0	83.3	3.1

資料來源：內政部、衛生福利部、2016 World Health Statistics

表12 國際比較（續完）

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	
	經常性醫療保健支出占 GDP比	公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比	平均每人經常性醫療保健支出	平均每人公部門經常性醫療保健支出
	2014	2014	2014	2014
	%	%	USD PPPs	USD PPPs
中華民國	5.9	62.2	2,715	1,689
日本	11.4	84.6	4,152	3,512
南韓	7.1	56.5	2,361	1,334
美國	16.6	49.3	9,024	4,448
加拿大	10.0	70.7	4,492	3,175
英國	9.9	79.6	3,971	3,160
德國	11.0	84.6	5,119	4,332
法國	11.1	78.7	4,367	3,435
澳大利亞	9.0	66.6	4,207	2,804
紐西蘭	9.4	79.6	3,537	2,817

資料來源：衛生福利部、2016 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 Health Expenditure, CHE) 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1 105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	14	5	9
	登革熱	743	380	363
	流行性腦脊髓膜炎	8	8	0
	副傷寒	6	3	3
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺(註3)	41	41	0
	桿菌性痢疾	225	116	109
	阿米巴性痢疾	314	148	166
	瘧疾	13	0	13

表1 105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	14	6	8
	急性病毒性A型肝炎	1,133	1,053	80
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	4	4	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	9	9	0
	德國麻疹	4	1	3
	屈公病	14	0	14
	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	17	17	0
	破傷風(註4)	14	-	-
	日本腦炎	23	23	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	118	111	7
	急性病毒性C型肝炎	207	204	3
	急性病毒性D型肝炎	2	2	0
	急性病毒性E型肝炎	16	11	5
	急性病毒性肝炎未定型	0	0	0
	流行性腮腺炎(註4)	616	-	-
	退伍軍人病	114	111	3
	侵襲性b型嗜血桿菌感染症	14	14	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	33	33	0
第四類	疱疹B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	130	129	1
	類鼻疽	55	54	1
	肉毒桿菌中毒	6	6	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	592	591	1
	Q熱	45	43	2
	地方性斑疹傷寒	13	13	0
	萊姆病	2	0	2
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	488	483	5
	水痘併發症	40	40	0
	弓形蟲感染症	10	10	0
	流感併發重症	2,084	2,081	3
	布氏桿菌病	0	0	0

表1 105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
	茲卡病毒感染症	13	0	13

資料來源：衛生福利部疾病管制署

備註：1. 資料下載時間：民國106年5月1日。

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2 105年慢性法定傳染病確定病例數統計表

類 別	疾 病	確定病例數
第二類	多重抗藥性結核病	112
第三類	結核病	10,328
	梅毒	8,725
	先天性梅毒	1
	淋病	4,469
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	2,396
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,412
	漢生病	10
第四類	庫賈氏病	0

資料來源：衛生福利部疾病管制署

備註：1. 資料下載時間：民國106年5月1日。

2. 除多重抗藥性結核病以衛福部疾病管制署登記日；結核病以通報建檔日為分析基準，其餘慢性法定傳染病皆以診斷日作為分析基準。

附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
1	ADLs	Activities of Daily Living	日常活動功能
2	AED	Automated External Defibrillator	自動體外心臟電擊去顫器
3	AFHC	Alliance For Healthy Cities	健康城市聯盟
4	AMDA	Association of Medical Doctors of Asia	日本亞洲醫師協會
5	APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation	亞太經濟合作會
6	APP	Application	應用程式
7	CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women	消除對婦女一切形式歧視公約
8	CHE	Current Health Expenditure	經常性醫療保健支出
9	CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	身心障礙者權利公約
10	ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control	歐洲疾病管制中心
11	FACS	Food safety Accreditation and Certification System	食品衛生安全管理認證及驗證資訊系統
12	FFS	Fee for Service	論服務量計酬
13	GDP	Gross Domestic Product	國內生產毛額
14	GDP	Good Distribution Practice	藥品優良運輸規範
15	GMP	Good Manufacture Practice	優良製造規範
16	GHSA	Global Health Security Agenda	全球衛生安全綱領
17	GIS	Geospatial Information System	空間地理資訊系統
18	GMISS	Global Medical Instruments Support & Service Program	醫療器材援助平臺計畫
19	HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy	高效能抗愛滋病毒治療(雞尾酒療法)
20	HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points	食品安全管制系統
21	HPV	Human Papillomavirus	人類乳突病毒
22	IADLs	Instrumental Activities of Daily Living	工具性日常活動功能
23	ICN	International Council Nurses	國際護理協會
24	ICM	International Confederation of Midwives	國際助產聯盟
25	IDS	Integrated Delivery System	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
26	IHR	International Health Regulation	國際衛生條例

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
27	IUHPE	International Union of Health Promotion and Education	國際健康促進暨教育聯盟
28	JEE Tool	Joint External Evaluation Tool	WHO的聯合外部評估工具
29	LTBI	Latent Tuberculosis Infection	潛伏結核感染
30	LTC-GIS	Long-term care Geographic Information Systems	長照服務資源地理地圖
31	MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warning, Enforce, Raise	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
32	NCD	Noncommunicable Diseases	非傳染性疾病
33	NHE	National Health Expenditure	國民醫療保健支出
34	OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	經濟合作暨發展組織
35	P4P	Pay-for-Performance	論質計酬
36	PAC	Post-Acute Care	急性後期照護
37	PACS	Picture archiving and communication system	醫學影像傳輸系統
38	PGY	Post-Graduated Year	畢業後一般醫學訓練
39	PHEIC	Public Health Emergency of International Concern	國際公共衛生緊急關注事件
40	PIC/S GMP	The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme : Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products	國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範
41	PPP	Purchasing Power Parity	購買力平價
42	QSD	Quality System Documentation	有效輸入醫療器材品質文件
43	TaiwanIHA	Taiwan International Health Action	臺灣國際醫衛行動團隊
44	TIHTC	Taiwan International Healthcare Training Center	臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫
45	TIPVDA	Instructions of Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment	臺灣親密關係暴力危險評估量表
46	Tw-DRGs	Taiwan Diagnosis Related Groups	全民健保住院診斷關聯群支付制度
47	WHA	World Health Assembly	世界衛生大會
48	WHO	World Health Organization	世界衛生組織

刊期頻率	年刊
發行人	陳時中
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、曲同光、朱日僑、張鈺旋、 張雍敏、莊金珠、郭彩榕、陳英作、陳麗娟、彭花春、 黃偉宏、廖崑富、褚文杰、劉興鋒、蔡素玲、蔡閻閻、 鄭麗珍、賴麗瑩、謝碧蓮
執行編輯	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106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



GPN : 2010302163

定價：新臺幣300元整

廣告