



2025 衛生福利政策白皮書 暨原住民族專章

衛生福利部

2025 衛生福利政策白皮書

暨原住民族專章

目 錄

前 言	1
第一篇	建立個人健康行為	
第一章	全人全程健康促進.....	5
第二章	擘劃全民心理健康.....	35
第三章	全方位非傳染病防治系統.....	55
第二篇	重塑健康服務體系	
第四章	建立優質防疫應變體系邁向新紀元.....	80
第五章	拓展全方位醫療照護體系.....	99
第六章	構築食品藥物安心消費環境.....	133
第三篇	健全健康保險及年金制度	
第七章	邁向全民健保新紀元.....	156
第八章	追求國民年金永續發展.....	179
第四篇	完善社會福利支持系統	
第九章	建置優質長期照顧服務體系.....	192
第十章	打造優質社會福利體系.....	214
第十一章	扶貧自立，營造互助祥和社會.....	227
第十二章	終止兒虐與性別暴力.....	248
第五篇	創新資訊科技與擴展國際參與	
第十三章	衛福資訊創新應用服務新契機.....	266
第十四章	拓展國際參與空間.....	276
結 語	288	
原住民族專章	288



2025 衛生福利政策白皮書

衛生福利部

中華民國 105 年 1 月

序

以人民健康與福祉為優先，營造一個優質健康與幸福之環境，提供人民一個整體與連續性之健康照護體系，符合國人對健康與幸福之期待，一向列為本部最高之目標與願景。

前行政院衛生署於 1993 年發表國人第一本《衛生白皮書》後，繼 2009 年再以延長國人健康餘命，促進健康平等性，達成全民健康為目標，發表一本《2020 健康國民白皮書》；而內政部亦在我中華民國建國一百年時，以邁向公平、包容與正義的新社會為願景，頒布「社會福利政策綱領」，這些均是以國家公共衛生、醫療發展及社會福利現況為基礎，揭櫫政府以前瞻性眼光，並切合國際潮流，規劃以促進全民健康與福祉為使命之國家重要政策發展方針。

隨著經濟的發展、社會結構的改變、疾病型態的變化、人口老化的加速、社會安全的保障及長照服務需求的提升，行政院於 2013 年正式將衛政與社政組織整併成立衛生福利部，主責公共衛生醫療及社會福利兩個重大社會民生事務，今為強化衛生福利施政之前瞻，展望未來健康醫療、預防保健、社會福利等需求，制訂新的政策白皮書，做為 2025 全民健康平等的施政藍圖。

本白皮書擘劃之內容，關係著每一年齡層、性別、族群及職業別，是屬於全體國民共同的未來。除了參酌世界先進國家衛生福利白皮書的做法，接續尚未完成之千禧年發展目標外，更秉承聯合國所提之 2030 永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)，並綜觀世界前瞻發展趨勢，以達到增進全民健康生活與福祉之前提下，參照公

共衛生三段五級概念及社會福利服務架構，編寫本白皮書，從健康的出生、成長與老化，預防保健、促進心理健康、縮小健康不平等、食品藥物安全管理、弱勢族群的照顧、營造幸福的家園、完善家庭支持體系及建構在地社區網絡等範疇，讓政府的保護傘伸展得更寬、更廣；再運用資通訊科技的優勢，整合健康、社福資訊，使政府的各項施政能更有效率及效能的澤被於民。

本白皮書從發想、規劃、籌組、動員編撰、校閱到付梓，可視為國人健康福祉的一大工程。為使白皮書在促進健康生活、提升生活品質及消除健康不平等之根基上，能超越醫療、衛生、福利之層次，制訂出更符合大多數人對健康、幸福所期待的政策措施；同時，所規劃的各項政策目標、策略及指標，在未來易於推展，並具體落實，本部除邀集專家學者與學(協)會代表外，更邀請各界人民團體共同參與每一項主題的討論，經過不斷地檢討、修正，歷經近 2 年的努力，終於欣見白皮書出爐，在此衷心感謝所有參與規劃、編製、校閱的工作團隊所貢獻的智慧與付出的辛勞。期盼藉本白皮書除擘劃出政府到 2025 年以前戮力推展之衛生福利施政藍圖外，更彰顯政府落實對民眾健康福祉保障之承諾，以及追求「共享生活幸福平等，全人全程安心健康」目標之決心。

衛生福利部部長 蔣丙煌 謹識

2025 衛生福利政策白皮書

目 錄

前 言1
第一篇 建立個人健康行為	
第一章 全人全程健康促進.....	5
第二章 擘劃全民心理健康.....	35
第三章 全方位非傳染病防治系統.....	55
第二篇 重塑健康服務體系	
第四章 建立優質防疫應變體系邁向新紀元.....	80
第五章 拓展全方位醫療照護體系.....	99
第六章 構築食品藥物安心消費環境.....	133
第三篇 健全健康保險及年金制度	
第七章 邁向全民健保新紀元.....	156
第八章 追求國民年金永續發展.....	179
第四篇 完善社會福利支持系統	
第九章 建置優質長期照顧服務體系.....	192
第十章 打造優質社會福利體系.....	214
第十一章 扶貧自立，營造互助祥和社會.....	227
第十二章 終止兒虐與性別暴力.....	248
第五篇 創新資訊科技與擴展國際參與	
第十三章 衛福資訊創新應用服務新契機.....	266
第十四章 拓展國際參與空間.....	276
結 語	288

前言

高齡化、少子女化...，人口結構快速改變，我們正面臨嚴峻的挑戰，政府必須以更嚴肅的態度，規劃國人全方位的健康照顧，並結合社會福利系統，朝「老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥、寡、孤、獨、廢疾者皆有所養」的大同社會邁進。

2013 年 7 月衛生福利部，承此使命成立，整合衛生醫療與社會福利等兩大業務，內容擴及社會保險、社會救助、家庭暴力性侵害等保護服務、醫事人員與醫療體系之規劃、長期照顧、心理健康等，並以促進全民健康福祉為使命。

本部成立之初，即有鑑於我國人口結構正快速老化，預估 2025 年時，我國 65 歲以上人口將超過總人口的 20%，即將成為「超高齡社會」。面對人口問題引發對經濟、區域發展、財政、社會保障等層面嚴峻考驗之際，透過整備衛生醫療與社會福利體系，擘劃我國衛生福利政策未來的藍圖，以因應人口結構轉型，成為本部成立後刻不容緩的要務，爰籌畫撰寫「2025 衛生福利政策白皮書」。

人口結構改變衝擊健康與環境。因此，拓展全方位的醫療照護體系，提供預防保健、健康促進、醫療照護、長期照護等服務，因應臺灣醫療體系可能崩壞的變革；加強醫事人員提供有品質的醫療，並具備因應未來醫療照護服務體系改變的能力；另外，在人口向都市集中的趨勢下，如何提供偏鄉醫療資源更是迫在眉睫的課題。

全球化的氣候變遷與國際交流頻繁，防疫體系面臨新興及再浮現傳染病的衝擊與挑戰，加強跨域整合、結合生物技術與國際合作，以架構優質的防疫應變體系。非傳染病已成為全球重大健康威脅，世界衛生組織(WHO) 2014 年全球報告，非傳染病死因已佔全球死亡人數 8 成，非傳染類疾病亦已為我國國人最重要的死因。目前社區老人 60% 有高血壓、21% 有高血糖、16% 有高膽固醇，其防治有賴於全方位的政策與行動。

近年來食品藥物安全問題層出不窮，消費者意識抬頭，我國應逐

步構築食品藥物安心消費的環境。近年來，國際對於食品安全管理，除關注食品病原微生物、食品添加物、農藥及動物用藥等衛生安全外，也逐漸重視食品安全風險分析、食品供應鏈全程管理、新穎食品成分管理等課題。此外，醫療保健科技產品也隨著人口老化的需求大幅提升；面對國內醫療器材產業的活絡，管理政策應能快速調整以能與國際管理趨勢接軌，並規劃健全完善全生命週期之品質管理機制為磐石，分別從生產源頭控管、上市前把關、上市後監督、藥商及產品通路管理、法規管理國際化及專業諮詢輔導，建立完整醫療器材全生命週期之品質管理政策。

正當世界各國陸續將行動科技、開放資料及大數據導入醫療照護，以推向個人化、精準化及有效醫療時刻，結合臺灣的優質醫療品質及資訊通訊科技發展，以建構一創新的醫療照護服務模式，從而降低醫療人力負擔，節省醫療支出，另創臺灣經濟及照護體系的新亮點。

隨著全球化、網路科技的日新月異、人口結構改變、新移民的增加、國際人權的重視、社會多元化的發展等，不但生活型態隨之丕變，同時社會也面臨多重問題，如所得分配不均，貧富差距擴大；人口老化快速，養老給付保障；家庭結構改變，影響家庭成員間相互支持照顧的功能，扶養負擔加重；家庭暴力事件的層出不窮……等。如何推動各項措施，如積極協助照顧低收入戶、中低收入，並使其脫貧；完整建構我國社會安全保障體系，開啟年金化時代；擴大弱勢族群的照顧，減輕其經濟負擔；加強加害人處遇服務、家庭及性別暴力防治，以實現邁向公平、包容、正義新社會的施政願景，為當前重大的課題。

WHO 曾指出 10 種造成健康差異的因素：收入與社經地位、社會支援網路、教育、經濟環境、社會環境、物理環境、個體特性與行為、遺傳性因素、健康服務與性別。本白皮書將個人與社會之健康促進策略分述為以下各篇，各篇再各分為數個章節細述。第壹篇：個人健康行為，包括第二章全人全程健康促進、第三章擘劃全民心理健康以及第四章全方位非傳染病防治系統；第貳篇：健康醫護體系，包括第五

章拓展全方位醫療照護體系、第六章建立優質防疫應變體系邁向新紀元，以及第七章構築食品藥物安心消費環境；第叁篇：健康保險與年金，分別為第八章邁向全民健保新紀元與第九章追求國民年金永續發展；第肆篇：社會福利支持，包括第十章建構優質長期照顧服務體系、第十一章打造優質社會福利體系、第十二章扶貧自立，營造互助祥和社會，以及第十三章終止兒虐與性別暴力；第伍篇：資訊科技與國際參與，包括第十四章衛福資訊創新應用服務新契機、第十五章拓展國際參與空間。

世界衛生組織 2015 年的報告指出，人口結構改變的趨勢會衝擊健康與社會福利。社會結構的改變，使得世界各國均必須重整醫療衛生體系以及致力於提供永續的社會安全及長照服務。該報告主題包括：健康保險、改善婦幼健康與營養、對抗傳染性疾病與非傳染性疾病、心理健康與藥物濫用、防制傷害與暴力，以及反映對健康衝擊與挑戰的永續發展指標。

本白皮書歷經二年多的討論，總計召開部內外討論會議四十餘場，參酌專家學者與團體意見，不斷檢討修正，以健康、幸福、公平、永續為核心價值，以「共享生活幸福平等，全人全程安心健康」為目標。編撰白皮書同時，聯合國(United Nations, UN)也在 2015 年提出「面向 2030 年的永續發展」目標，前瞻綜觀世界發展趨勢，列出社會、經濟與環境三個面向永續發展，並明示新議程的 5P：people 人類社會, planet 環境, prosperity 經濟, peace 和平以及 partnership 夥伴關係。並以「確保健康生活與促進全人類福祉」為其中目標。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)隨之發表《衛生 2015：從千禧年發展目標到永續發展目標》報告以承接發展；均與本部規劃的全方位的照護體系目標相符，因此，再整合後，據以發布 2025 年衛生福利政策白皮書。

第一篇 建立個人健康行為

第一章 全人全程健康促進

臺灣人口老化速度為現有已開發國家中 fastest 者，我們必須有效透過身心、社會、全人的健康促進與妥善的慢性病疾病管理，才能保障高齡後的生活品質與生命尊嚴，同時，減緩對社會勞動力迅速下降的衝擊，並減輕健康保險與長期照護保險迅速攀升的財務負擔。

各國慢性病與輕度失能比率普遍增加，但照護支出之成長幅度則快慢不一，嚴重失能之比率甚至可以有不同方向的變化，各國之間與各群體之間的「健康餘命」變異亦擴大，其關鍵之一，就在於有些國家能及早、有效地普及健康促進，並提升預防保健體系之效能；健康老化與活躍老化已成為近年聯合國與世界衛生組織大力提倡之重點政策。

另外，因應國人生育率下降，少子女化時代，從孕前到產後的親子照護，需要兼重科學與人文的完善政策，尤其，須能跨越社經藩籬，普及於最弱勢之地區與民眾，才能給下一代公平的新起點。當前我國的周產期照護與生殖科技管理，呈現著新舊問題、複雜多元的面貌，例如：嬰兒死亡率仍高、健康不平等仍嚴重、對新住民與原住民家庭的照護欠缺文化敏感度、純母乳哺育率及友善環境仍有提升空間、哺育期間仍太短、人工生殖技術與需求需突破等。

聯合國繼千禧年發展目標(The Millennium Development Goals, MDGs, 2000-2015)，續提出「永續發展目標」(Sustainable Development Goals, SDGs, 2015-2030)，目標包括，於 2030 年前，產婦死亡率少於十萬分之 70、消除可預防新生兒及 5 歲以下兒童死亡率、透過預防與治療，將非傳染性疾病的過早死亡人數減少三分之一等；同時，應重視國際與國內之健康不平等。

為達成前述目標，衛生福利部以全生命週期模式，擬定各階段健康促進發展政策，建構健康友善之政策與環境，並透過多元管道提昇民眾健康識能，讓健康成為更容易而且更受民眾喜愛的選擇。同時致力更完善之健康監測與分析，並倡議將健康融入跨部會之施政面向中，

從上游強化有益於健康之政策、法令與資源配置，並注意不同次群體之特殊需要與在健康增進上遭遇之特殊障礙，尤其是，不僅在全國層次，亦落實到各縣市及各服務機構層次，於推動時應注重不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求與資源利用上之障礙，提供因其障礙而特別需要之健康增進，及提供設計用來極小化與預防進一步障礙發生之服務，以適當之方式跨越障礙，以有效縮小健康不平等，期讓全體國人皆活得健康且長壽。

第一節 優化婦幼健康促進體系

壹、目標

為達聯合國千禧年及 2015 年後永續發展目標、WHO 孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫設定之全球目標，推動更優質完善之婦幼健康政策，以降低孕產婦、嬰幼兒及兒童死亡率，提升孕產婦及兒童之健康。並確保不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)，享有平等之生育保健及健康促進服務。

貳、現況檢討

透過高度健康照護涵蓋率及健全的公共衛生體系，提供產前遺傳診斷、免費 10 次產檢、乙型鏈球菌篩檢、新生兒先天性代謝篩檢等服務，我國孕產婦死亡率由 60 年代初期高達每十萬人口有 40 人死亡，降至 2014 年 6.6 人。與 OECD 34 個會員國比較(2013 年)，台灣排序第 18 好。嬰兒死亡率也由每千名活產嬰兒有 15-16 人死亡，下降至 2014 年 3.6 人；下降速度慢於聯合國千禧年發展目標。台灣低出生體重兒比率從 2006 年 7.3% 升至 2014 年 8.5%，與 WHO 162 個國家比較，比 91 個國家低，但仍高於 54 個國家。

為創造母乳哺育親善環境，參考 WHO 與聯合國兒童基金會成功哺育母乳 10 大步驟，推展符合國情的母嬰親善認證制度；自 2001 年起推動，至 2014 年有 177 家通過認證，新生兒在母嬰親善院所出生涵蓋率由 2001 年 39.2% 提升至 2014 年 76.6%。2014 年 6 個月以下純母乳哺育率 45.8%，已趨近 WHO 2025 年目標 50%，超越 2005-2012 年全球平均值 38%。制定公共場所母乳哺育條例，鼓勵廣設哺集乳室，通過性別工作平等法，營造友善母乳哺育環境。

此外，政府也強化各生命週期攝取足夠的營養，如：葉酸、碘、鐵、鈣、維生素 D，對 6 個月以上嬰兒，加強副食品補充等之飲食指導與健康傳播。提供 2 次產前衛教指導、7 歲以下 7 次兒童衛教指導。於 2012 年成立孕產婦關懷中心及免費諮詢專線與關懷網站，提供產前、親子健康、母乳哺育、孕前及孕產期營養與體重管理、身心調適

等支持與轉介。

由於晚婚遲育，不孕問題增加，我國於 2007 年施行人工生殖法，規定實施人工生殖之植入胚胎數以每次植入 4 個以下為上限。國際已朝向每次僅植入 1-2 個為目標，在歐洲為 75.6%，我國 2011 年僅達 31.7%，另在國際嚴重之卵巢過度反應症候群(OHSS)，2010 年發生率為 0.3%。為減少不孕婦女在接受試管嬰兒治療時發生卵巢過度反應症候群的併發症、多胞胎、早產及低體重等健康問題，於 2014 年 2 月 18 日修訂人工生殖機構許可辦法。

2012 年 3 月 15 日起全面補助新生兒聽力篩檢，2014 年篩檢率 97.2%，發現 777 位聽損兒及轉介療育。提供 7 歲以下兒童 7 次兒童健康檢查，每年約 120 萬人次使用。2014 年委託全國 45 家兒童發展聯合評估中心，受理 22,466 位疑似發展遲緩兒童；確診發展遲緩者計 16,291 人。

2010 年調查學齡前兒童近視盛行率，幼兒園中班 4.6%、大班 7.1%；小一及小六為 17.9%及 62%(近視 ≥ 50 度)，盛行率較其他東南亞國家及歐美地區高。實證顯示，3C 產品藍光刺激容易對視網膜造成傷害，於 2015 年訂定「3C 產品加註警語行政指導原則」，並持續加強宣導戶外活動可減少近視發生及預防肥胖。

2011 年台灣 5 歲兒童齲齒率高達 79.3%，與 WHO 在 2000 年訂定 5 歲兒童齲齒率 50%以下目標有極大差距。為保護兒童口腔健康，依國際實證提供 6 歲以下兒童每半年一次牙齒塗氟。於 2014 年 9 月全面補助國小 1 年級兒童及弱勢國小 2 年級學童窩溝封填服務，約有 19.6 萬名學童受惠。

響應聯合國政策，消除及預防對婦女及女孩一切形式的暴力與歧視，並降低性別失衡引發的社會衝擊，積極推動矯正出生性別比失衡，自 2010 年起建立出生性別比監測機制，透過完備法令、結合衛生局加強稽查及輔導、查察違規廣告，於各縣市成立查報窗口、結合跨司署加強源頭管理，加強大眾宣導，使我國出生性別比由 2010 年 109.0，

降到 2014 年之 106.9，持續朝正常的出生性別比拉近。

參、策略

為達成聯合國永續發展目標：於 2030 年前，讓產婦死亡率少於 70⁰/₀₀₀₀，消除可預防新生兒及 5 歲以下兒童死亡率，及 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」之 2025 年 6 項全球營養目標，訂定未來策略如下：

一、依生命週期推動從孕前、孕期至健康出生具實證基礎之母嬰照護服務，普及避孕等生育調節服務，推展健康新世代計畫，並注重不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求與就醫障礙，強化生育保健與兒童健康促進服務之提供，以縮小健康不平等：

(一) 加強高危險妊娠產前評估、早產辨識及風險分級與管理，提供孕期健康促進、安心生產及健康出生照護，降低早產及低體重兒比率，對於不同群體婦女提供適當措施，確保其生育權，並享有充分與平等之生育保健服務。

(二) 加強母乳哺育資訊傳播，建置母嬰親善環境，落實推動母嬰同室、母嬰及早肌膚接觸措施，鼓勵醫療院所參與母嬰親善認證的行列。

(三) 加強人工生殖機構管理，限制胚胎植入數，並定期監測人工生殖品質指標，適時公布人工生殖機構之資料，加強民眾多胞胎健康風險識能，進行多胞胎對於國家與父母造成經濟負擔相關研究。

(四) 加強兒童預防保健及衛教指導服務，並強化照顧者健康識能，避免危險因子對兒童健康的影響，提升篩檢及評估服務品質，以早期確診及療育，讓兒童健康成長。對於不同群體兒童，提供適當健康促進服務，確保其與其他兒童享有相同權利。

(五) 依實證方法推動學童近視防治，高風險近視管理、口腔保健工作，持續監測國內兒童視力及口腔狀況。

- 二、建立本土化數據，並參考國際實證，及國際作法，與時俱進檢視監測；並加強分析不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)在需求、資源使用與健康結果之落差。
- 三、創造支持實施全面營養政策環境、建立孕產兒營養監測機制，推動有效孕產兒營養策略，全面強化孕產婦及嬰幼兒營養。
- 四、加強跨部會合作及橫向聯繫，縮小婦幼健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)依據 2015 年 WHO 終結可預防孕產婦死亡策略，至 2030 年，孕產婦死亡率下降三分之二目標，訂定 2020 年孕產婦死亡率降至 2.2⁰/0000。(2010 年 4.2⁰/0000)
- (二)以 2011 年 4.2‰為基準值，降二分之一為目標，訂定嬰兒死亡率降至 2.1‰。(1990 年 7.6‰)
- (三)以 1990 年 9.6‰為基準值，降三分之二為目標，5 歲以下兒童死亡率降至 3.2‰。
- (四)參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年育齡婦女貧血盛行率下降 50%目標，訂定 15-49 育齡婦女貧血盛行率降至 21%。(2013 年 28%)(15-49 歲婦女中血紅素<12 g/dL 的盛行率)。
- (五)懷孕≤12 週作第一次產檢比率提升至 85%。(2012 年 83.7%)
- (六)參照 MDGs 產前照護涵蓋率指標，訂定孕婦產檢至少 4 次利用率提升至 97%。(2010 年 95.9%)
- (七)參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年低出生體重比率下降 30%目標，訂定 2020 年低出生體重比率降至 6.1%。(2012 年 8.4%)
- (八)依人工生殖資料庫統計，訂定 2020 年目標：
 - 1. 不孕婦女胚胎植入數不超過 2 個之比率達 75%以上。(2013

年 46.7%)

2. 卵巢過度反應症候群發生率降至 0.35%。(2014 年 0.41%)

3. 人工生殖多胞胎率降至 24%。(2013 年 30%)

(九) 超前 WHO 2025 年 6 個月以下純母乳哺育率達 50%目標，訂定 2020 年 6 個月以下純母乳哺育率提升至 50%。(2014 年 45.8%)

(十) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」監測框架過程指標，訂定 2020 年母嬰親善醫院出生數涵蓋率提升至 80%。(2014 年 76.6%)(WHO 目前未設訂目標值。)

(十一)參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」監測框架過程指標，訂定 0-23 月齡兒童的母親過去一年內至少接受過一次母乳哺育的諮詢、支持或訊息的比率達 99%以上。(2014 年 98.6%)(WHO 目前未設訂目標值)

(十二)參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年兒童發育遲緩人數下降 40%目標，訂定 2020 年 5 歲以下兒童發育遲緩人數下降 25%。(2014 年 3.5%)

(十三)參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年兒童身高體重消瘦比率維持 5%以下不增加之目標，訂定 2020 年 5 歲以下兒童身高體重消瘦比率 5%以下。

(十四)參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年兒童身高體重過重比率維持 5%以下不增加之目標，訂定 2020 年 5 歲以下兒童身高體重過重比率 5%以下。

(十五)兒童預防保健 1 歲以下兒童至少 1 次利用率持續達 99.0% 以上；1.5-2 歲該次利用率達 80.0%。

(十六)參照國民健康署 2010 年「6 至 18 歲學生近視及其他屈光狀況調查」小一及小六學童近視(≥ 50 度)盛行率分別為 17.9%及 62%訂定，學童近視盛行率不再上升，維持小一 17.9%以下；小六 62%以下的水準。

(十七)5 歲齲齒率降至 40%。(2011 年 79.3%);12 歲齲齒指數(DMFT)降至 1.3 顆。(2012 年 2.5 顆)

(十八)參照 2011 年 OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women WHO 「Preventing gender-biased sex selection」建議，訂定 2020 年出生性別比降至 106.0。(2010 年 109.0)

二、長程指標(2025)

(一) 依據 2015 年 WHO 終結可預防孕產婦死亡策略，至 2030 年，孕產婦死亡率下降三分之二目標，訂定 2025 年孕產婦死亡率降至 1.6⁰/0000。

(二) 以 2011 年 4.2‰為基準值降 1/2 為目標，嬰兒死亡率降至 2.0‰。

(三) 以 1990 年 9.6‰為基準值降 2/3 為目標，5 歲以下兒童死亡率降至 3.2‰以下。

(四) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年育齡婦女貧血盛行率下降 50%目標，訂定 15-49 育齡婦女貧血盛行率降至 14%。(15-49 歲婦女中血紅素<12 g/dL 的盛行率)

(五) 懷孕≤12 週作第一次產檢比率提升到 90%。

(六) 參照 MDGs 產前照護涵蓋率指標，訂定孕婦產檢至少至少 4 次利用率提升到 98%。

(七) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」，2025 年低出生體重比率下降 30%目標，訂定低出生體重比率降到 5.0%。

(八) 依人工生殖資料庫統計，訂定 2025 年目標：

1. 不孕婦女胚胎植入數不超過 2 個之比率達 80%以上。
2. 卵巢過度反應症候群發生率降至 0.2%。
3. 人工生殖多胞胎率降至 21%。

(九) 參照 WHO 2025 年目標，訂定 6 個月以下純母乳哺育率提升至 50%。

- (十) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」監測框架過程指標，訂定母嬰親善醫院出生數涵蓋率達 85%。
- (十一) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」監測框架過程指標，訂定 0-23 月齡兒童的母親過去一年內至少接受過一次最佳母乳哺育的諮詢、支持或訊息的比率達 99%以上。
- (十二) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」之 2025 年目標，訂定 5 歲以下兒童發育遲緩人數下降 40%。(2014 年 3.5%)
- (十三) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」之 2025 年目標，訂定 5 歲以下兒童身高體重消瘦比率 5%以下。
- (十四) 參照 WHO「孕產婦和嬰幼兒營養全面實施計畫」之 2025 年目標，訂定 5 歲以下兒童身高體重過重比率 5%以下。
- (十五) 兒童預防保健 1 歲以下兒童至少 1 次利用率持續達 99.0%以上；1.5-2 歲該次利用率達 85.0%。
- (十六) 參照國民健康署 2010 年「6 至 18 歲學生近視及其他屈光狀況調查」，小一及小六學童近視(≥ 50 度)盛行率分別為 17.9%及 62%訂定，學童近視盛行率不再上升，維持小一 17.9%以下；小六 62%以下的水準。
- (十七) 5 歲兒童齲齒盛行率下降至 2025 年 40%以下；12 歲兒童齲蝕指數(DMFT)下降至 1 顆。
- (十八) 參照 2011 年 OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women WHO「Preventing gender-biased sex selection」建議，出生性別比維持 106.0 以下。

第二節 健全青少年健康發展

壹、目標

為達成 WHO 2025 非傳染病防治全球目標，降低青少年吸菸盛行率、遏止過重及肥胖盛行率上升、降低身體活動不足盛行率、食鹽攝取量及糖類熱量占總熱量百分比；與達到第 68 屆 WHA 決議通過之「營養問題羅馬宣言」及「行動框架」建議，降低鈣攝取不足比率；同時著力於降低 15~19 歲青少年生育率、前 25%之各地區別高度差距下降三分之一，縮小健康不平等。

貳、現況檢討

依國民健康署「2014 年青少年吸菸行為調查研究」結果顯示，國中生吸菸率 5.0%，其中一至三年級分別為 3.4%、5.6%及 6.1%，顯示年級愈高，吸菸率愈高；另高中職生吸菸率為 11.5%有逐年降低的情形，惟仍不理想。

依教育部「學生健康檢查資料」，2012 年國小及國中過重及肥胖比率各為 29.8%及 29.5%，其中國小男童及女童過重及肥胖比率分別為 33.7%及 25.6%，國中男生及女生過重及肥胖比率各為 34.3%及 24.3%。

我國 15~19 歲青少年生育率 2003 年 10.89‰降至 2014 年 4.13‰。依 2014 年 WHO 健康統計資料，最低為北韓(1‰)，其次為南韓(2‰)，台灣為第 3 低(4‰)；另與 OECD 國家比較，最低為南韓，台灣第 2 低，均比日本(5‰)、芬蘭(8‰)、德國(9‰)低。國民健康署 2011 年與 2013 年高中、高職、五專學生健康行為調查結果顯示，15-17 歲青少年曾有性行為百分比從 11%下降至 10.2%；最近一次性行為有避孕之百分比從 75.6%上升至 85.2%，顯示尚有近 15%的青少年在最近一次性行為時，沒有進行避孕措施。

為使學校能成為一個有益學生生活、學習與工作的健康場所，透過結合校內師生及行政人員，與社區結盟，創造健康安全的學校環境，我國於 1996 年即開始推動「提升學生健康四年計畫」，並於 2002 年

由前衛生署和教育部開始共同著手規劃學校健康促進計畫，輔導學校依據健康促進學校六大範疇推動(學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、社區關係、個人健康技能、健康服務)，迄 2014 年，全國高中職以下學校全面參與計畫，共計 3,905 所，另有 142 所大專院校推動健康促進學校。年度推動之主要議題包括：健康飲食及運動、健康體位、口腔保健、視力保健、性健康教育、菸害及檳榔危害等防制。

參、策略

依據第 68 屆 WHA 報告，為使青少年能實現可達到的最高健康水平，發揮自身最大潛能，提出「青少年健康領域加速行動架構」五項重要領域(HELPS)* 註：提供普遍的預防性和治療性健康服務、飲食營養適當，有利於健康、安全和支持性的環境、促進身體活動，防止使用菸草、酒精，以及安全性生活，訂定未來策略如下：

- 一、加強跨部會合作，強化健康促進學校之運作，透過學校衛生委員會平台，加強縱向與橫向跨組織體系資源整合，並於提供滿足青少年生理和心理健康需求，高可近性的預防和治療健康服務。
- 二、依據 WHO「健康促進學校發展綱領：行動架構」，發展我國健康促進學校國際認證標準，持續推動健康促進學校國際認證，並針對罹患慢性病、罕見疾病、身心障礙等群體，提供適切之加強性服務，並增進師生對疾病之認識與相互支持，以達成 HELPS 建構青少年身心安全和支持的環境，以利青少年在生活、學習與社會參與等面向獲得充份而公平之發展機會。
- 三、建立青少年健康與危險行為監測系統，整合運用「全球青少年吸菸行為調查(Global Youth Tobacco Survey, GYTS)」、「全球青少年健康行為調查(Global School-based Student Health Survey, GSHS)、青少年視力監測調查、針對青少年至成年期健康行為轉變所辦理之「青年世代追蹤研究」，以及教育部「學生健康檢查」等資

料，持續監測青少年健康與發展，以供問題探究、介入目標族群界定與政策目標值達成狀況追蹤參考。

四、強化菸、檳榔危害防制

- (一) WHO 建議，提高菸品稅捐是最有效的菸害防制策略，菸品稅捐至少占菸價 70% 以上。我國菸價太低，青少年購菸容易，吸菸率居高不下，將修法提高菸品稅捐，尤其青少年對價格敏感，其價格彈性大於成人，成效更高。
- (二) 菸害防制法規定，未滿 18 歲者，不得吸菸。違者，依規定，應令其接受戒菸教育。將持續加強菸害防制法、兒童及少年福利與權益保障法及學校衛生法等稽查取締；並營造校園無菸支持環境，結合衛生部門及社區資源推動校園周邊無菸人行道，以營造清新校園環境，免於二手菸害。鼓勵青少年發揮創意與特色，參與反菸主題活動，加入拒菸行列。
- (三) 為防範青少年使用電子煙氾濫，將透過強化跨部會之分工，從邊境攔檢、溯源追查、流通稽查、監控管理、宣導傳播及戒治輔導等各方面著手，全面防制電子煙之危害。

五、推廣健康體位及營養教育

推廣具適當營養及有助健康之飲食，強調健康體位及辦理營養教育，預防營養不良、缺鐵性貧血和肥胖症，養成攝取足夠鈣質及低鹽、低糖、少飽和脂肪等健康飲食行為；實施致胖環境監測與改善計畫；制定限制不適合兒童長期食用之食品廣告及促銷規範；持續推動「校園周邊健康飲食輔導示範計畫」，倡議校園外周邊店家應提供無糖飲品及避免供應高油、高糖、高鹽之食物及點心；限定國中小及高中職校園內依據「學校午餐食物內容及營養基準」及「校園飲品及點心販售範圍」，販售健康食品；倡議多喝白開水與低脂牛奶，取代含糖飲料；推廣健走、騎自行車、健康操、走路或騎自行車上下學、搭乘大眾運輸工具、走樓梯取代搭電梯、戶外運動等生活化運動，鼓勵參與運動性社團，促進

身體活動。

六、強化青少年性健康促進

- (一) 部會間橫向合作，強化青少年性健康教育與健康促進。結合教育部依青少年之年齡與需求，持續強化各級學校性教育議題之課程及教材。結合在地健康促進學校，提供可近之青少年性健康促進諮詢服務及相關資源轉介。
- (二) 持續普及每縣市之青少年親善醫師門診服務據點及提高服務品質。加強偏遠地區衛生所及透過健保「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)」提供偏鄉地區青少年性健康教育及避孕服務。
- (三) 持續依具實證方法，部會間橫向合作，共同強化學校及社區之視力保健、近視防治及口腔健康。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 超前 WHO 2025 年降低 30%吸菸盛行率目標，及達成行政院黃金十年計畫，於 2020 年吸菸率減半目標，訂定國中生吸菸率 4%以下。(2010 年 8.0%)
- (二) 超前 WHO 2025 年降低 30%吸菸盛行率目標，及達成行政院黃金十年計畫，於 2020 年吸菸率減半目標，訂定高中職生吸菸率 7.4%以下。(2011 年高中職學生吸菸率 14.7%)
- (三) 參照行政院黃金十年計畫，於 2020 年青少年嚼檳率減半目標，訂定國中生 0.7%以下、高中生 1.8%以下。(2011 年國中生 1.5%、高中職生 3.8%)
- (四) 超前 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定 2020 年國中生過重及肥胖率 29.2%以下。(2010 年 30.1%)
- (五) 參照 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定 2020 年國中生健康體位百分比 67.1%以上。
- (六) 參照 WHO 2025 年降低 10%身體活動不足盛行率目標，訂定

2020 年國中生身體活動不足率下降至 72.8%以下；高中生身體活動不足率下降至 79.2%以下。(2010 年國中生 92.8%、2011 年高中職生 95.2%)

(七) 參考全球學生健康行為調查(GSHS)之歐美國家青少年使用保險套避孕率 30-60%，訂定 15-17 歲青少年性行為避孕率 88%。(2011 年 75.6%)

(八) 健康促進學校國際認證累計數 600 所。

(九) 參照各鄉鎮地區 15-19 歲青少年生育率，區分為低度(50%)、中度(25%)及高度(25%)，訂定 15-19 歲青少年生育率，前 25%之各地區別高度生育率下降至 7.5‰。(2013 年 12.5‰)

(十) 參照 WHO 2025 年降低 30%食鹽攝取量目標，訂定 2020 年每日食鹽攝取量目標，國中男生低於 10.4 克，女生低於 8.4 克；高中男生低於 10.5 克，女生低於 8.2 克。(2010 年國中生每日食鹽攝取量為男生 12.2 克鹽，女生 10.1 克鹽；2011 年高中生每日食鹽攝取量為男生 12.4 克鹽，女生 9.7 克鹽)

(十一) 參照第 68 屆 WHA 決議通過之「營養問題羅馬宣言」之「行動框架」建議，為確保各生命期階段的健康之目標，訂定國、高中生鈣攝取不足比率下降至 90%。(2013 年國中生鈣質攝取不足之百分比為男生 99.8%、女生 99.9%，高中生鈣質攝取不足之百分比為男生 99.9%、女生 100%。)

(十二) 參照 WHO 建議游離糖 (free sugar) 攝取量應低於攝取總熱量 5%，訂定「每天攝取主要熱量來源為糖之食品熱量」占總熱量的百分比下降至 6.5%。(2005~2008 年 12-18 歲國、高中生分別為 8.7%及 10.8%)

二、長程指標(2025)

(一) 超前 WHO 2025 年降低 30%吸菸盛行率目標，訂定國中生吸菸率 3%以下。

(二) 超前 WHO 2025 年降低 30%吸菸盛行率目標，訂定高中職生

吸菸率 6.4%以下。

- (三) 訂定青少年嚼檳率：國中生 0.5%以下、高中生 1.2%以下。
- (四) 超前 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定國中生過重及肥胖率 28.7%以下。
- (五) 參照 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定國中生健康體位百分比 67.6%以上。
- (六) 參照 WHO 2025 年降低 10%身體活動不足盛行率目標，訂定國中生身體活動不足率下降至 64.8%以下；高中生身體活動不足率下降至 67.2%以下。
- (七) 參考全球學生健康行為調查(GSHS)之歐美國家青少年使用保險套避孕率 30-60%，訂定 15-17 歲青少年性行為避孕率 90%以上。
- (八) 維持健康促進學校國際認證數達 600 所。
- (九) 參照各鄉鎮地區 15-19 歲青少年生育率，區分為低度(50%)、中度(25%)及高度(25%)，訂定 15-19 歲青少年生育率，前 25%之各地區別高度生育率下降至 4 ‰。
- (十) 參照 WHO 2025 年降低 30%食鹽攝取量目標，訂定每日食鹽攝取量目標，國中男生低於 8.5 克，女生低於 7.1 克；高中男生低於 8.7 克，女生低於 6.8 克。
- (十一) 參照第 68 屆 WHA 決議通過之「營養問題羅馬宣言」之「行動框架」建議，為確保各生命期階段的健康之目標，訂定國、高中生鈣攝取不足比率下降至 80%。
- (十二) 參照 WHO 建議游離糖 (free sugar) 攝取量應低於攝取總熱量 5%，訂定「每天攝取主要熱量來源為糖之食品熱量」占總熱量的百分比下降至 5%。

註：WHA「青少年健康領域加速行動架構」-“HELPS”

1. 於全民健康之涵蓋範圍下，提供可以滿足所有青少年生理和心理健康需求的可近性的預防和治療的健康服務 (Health services, both preventative and curative, that are accessible and that meet the physical and mental health needs of all adolescents, within the context of universal health coverage)
2. 適當營養之飲食，有助於健康，並預防營養不良、缺鐵性貧血和肥胖症(Eating a nutritionally appropriate and health promoting diet, and the prevention of

under-nutrition, iron-deficiency anaemia and obesity)

3. 在身心安全和支持的環境中，生活、學習和作出貢獻 (Living, learning and contributing in environments that are physically and emotionally safe and supportive)
4. 促進身體活動並防制使用菸草、酒精和其它精神活性物質 (Promoting physical activity, and preventing use of tobacco, alcohol and other psychoactive substances)
5. 在已準備好並自願情況下開始安全的性生活 (Safe sexual debut, when ready and wanted.)

第三節 促進健康的工作與活躍老化

壹、目標

營造職場健康的支持環境，增進成人接受預防保健服務，並建構有利於長者促進健康、安全、參與及終身學習之友善環境，達成健康老化、活躍老化，提昇長者健康尊嚴，降低失能率及依賴，以延長國人平均健康餘命達 2 年為目標。推動過程並應注重不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求與資源利用上之障礙，提供因其障礙而特別需要之健康服務，包括提供適當之早期診斷與介入，及提供設計用來極小化與預防進一步障礙發生之服務，以適當之方式跨越障礙，縮小健康不平等。

貳、現況檢討

工作場所及工作，對成人健康可以是威脅，也可以是資源；企業與政府不僅應依法定期提供勞工健康維護措施，更須積極營造增進健康之支持性職場環境，增進員工發揮潛能、擁有健康以及國家社會之永續發展。國民健康署自 2006 年起成立北、中、南三個健康職場推動中心，以多元健康促進議題，輔導職場建立健康支持環境，2007 年首度開始健康職場認證，並與勞動部合力推動職場健康促進，至 2014 年共有 12,439 家職場通過健康職場認證。

自 2010 年度起，採用 WHO 推動高齡友善城市計畫，鼓勵各縣市將高齡友善納為施政重點，並跨局處協力，整合及民間資源，改善不利長者生活之軟硬設施，將中央各部會的敬老、親老施政於地方落實。短短 3 年，22 縣市皆實施且加入都柏林宣言，2013 年我國已成為全球推行高齡友善城市涵蓋率最高的國家，但仍亟需對國內推動成效進行嚴謹評估及持續推動，以做為精進政策的基礎。

跌倒的醫療照護成本約占全國健康照護支出的 0.85~1.5%。根據 2013 年國民健康訪問暨藥物濫用調查，我國老人跌倒盛行率為 16.5%。跌倒傷害可藉由預防來降低，根據死因統計，1996-2013 年間各年齡層之跌倒(落)死亡率，45-64 歲降幅約 35%，老年族群降幅僅為 20%，

顯示中老年族群之跌倒(落)死亡仍有改善空間。

另積極鼓勵各縣市轄區內醫療院所、衛生所，結合社區照顧關懷據點等社區資源，以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為重點－運動與健康體能、跌倒防制、健康飲食、口腔保健、菸害防制、心理健康、社會參與、疾病篩檢，推動社區老人健康促進活動，延緩及壓縮長者失能期間。並自 2011 年開始，辦理阿公阿嬤健康促進活力秀競賽，鼓勵長輩組隊參與競賽，促進社會參與。依據「健康危害行為監測調查」結果顯示，長者規律運動(每週三次每次 30 分鐘)之比率，從 2010 年的 50.9%到 2014 年的 56.4%，仍約有 5 成之長輩尚無規律運動之習慣，有待提升以增進長者健康狀況。

參、策略

為增進職場工作者之身心健康，及達成 WHO 於 2002 年所提倡「活躍老化」，使民眾由成年轉換生活型態的中老年階段，仍能享有健康、安全、活力、尊嚴和自主的生活，訂定精進策略如下：

- 一、強化國家層級的職場健康促進合作與分工機制，持續辦理健康職場認證，擴大職場參與率，監測工作者身心健康狀況、健康行為改善狀況。
- 二、持續發展適合國內各類工作場域之健康職場推動與評估工具；並加強健康職場(尤其是中小企業)推動人力之培訓。
- 三、持續全面免費提供成人預防保健服務，為提高身心障礙者接受健檢比率，將與社政單位合作，增進健檢可近性。
- 四、透過高齡友善城市推動，結合健康城市、社區、照顧關懷據點等，落實高齡者健康與安全生活之友善環境。
- 五、透過倡議、促能及媒介，由政府各單位持續鼓勵民間團體發展提供長者多元社會參與的社團與活動，讓長者都能找到適才適性可發揮所長的團體。對於身心障礙者，依其意願，協助及促進其社區及社會參與和融合。
- 六、進行高齡友善環境監測，評價高齡友善城市推動成效，提供政

策改善依據，以達永續推動目標。

- 七、推動高齡運動處方，透過醫療院所之醫療專業人員對長輩進行健康評估後，依據評估結果開給長輩運動處方，並評價之成效。
- 八、推動國家跨部門整合性防跌策略，整合性社區老人健康促進模式，推展不同族群老人防跌多元介入模式，降低老人跌倒(落)所造成的相關疾病負擔，延緩及壓縮長者失能期間，維護長輩身、心、社會功能及生活品質。
- 九、監測分析不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，並於推動前述各項工作時，發展適當策略，跨越障礙，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

參考 OECD 活躍老化指標 AAI，及老人健康促進 8 大面向，訂定相關指標。

一、中程指標(2020)

- (一) 健康職場認證之職場之家數達 18,000 家。
- (二) 維持 22 縣市推動高齡友善城市。
- (三) 依據健康行為危險因子監測調查，訂定 65 歲以上老人社會參與之比率達 50.0%(2013 年 42.3%)。
- (四) 依據健康行為危險因子監測調查，訂定 65 歲以上老人規律運動之比率達 60%(2014 年 56.4%)。
- (五) 依據國民健康訪問調查，訂定 65 歲以上老人跌倒(落)標準化死亡率維持 23.3/每 10 萬人。(2013 年為 23.3/每 10 萬人)。
- (六) 依據國民健康訪問調查，訂定 40-64 歲國人有利用健康檢查之比率達 63.4%，65 歲以上國人每年有利用健康檢查之比率達 44.8%(2013 年 40 歲以上國人每年有利用健康檢查之比率 59.1%)。

(七) 增加國人平均健康餘命 1.2 年。

二、長程指標(2025)

(一) 健康職場認證之職場之家數達 22,000 家。

(二) 維持 22 縣市推動高齡友善城市。

(三) 依據健康行為危險因子監測調查，訂定 65 歲以上老人社會參與之比率達 60.0%。

(四) 依據健康行為危險因子監測調查，訂定 65 歲以上老人規律運動之比率達 65%。

(五) 依據國民健康訪問調查，訂定 65 歲以上老人跌倒(落)標準化死亡率降至 21.3/每 10 萬人。

(六) 依據國民健康訪問調查，訂定 40-64 歲國人有利用健康檢查之比率達 65.3%，65 歲以上國人每年有利用健康檢查之比率達 45%。

(七) 增加國人平均健康餘命 2 年。

第四節 強化健康傳播，增進國人健康識能

壹、目標

將資訊變簡單、消弭資訊障礙，並透過健康傳播讓民眾理解危險因子、重大疾病，提升如癌症篩檢、成人健檢等服務利用率與認知率。

貳、現況檢討

WHO 將健康識能定義為：「對基本健康資訊及醫療服務的取得、理解及應用能力」。美國健康照護研究與品質機構(AHRQ)報告中指出，低健康識能會影響健康照護系統有效率安全的運作。另依國家發展委員會 2015 年數位機會調查顯示，12 歲以上民眾上網率已達 78%，使用行動裝置上網率亦達 70.4%，行動化服務已成為民眾獲取資訊的來源之一。因此，將國人健康管理結合資訊通信科技，發揮資源整合效益，強化健康促進議題之傳播，落實於民眾日常生活，達到提升全民健康識能之目的，並縮小健康落差。

參、策略

目前國內針對健康識能所進行之監測、調查及媒體策略並不多，且多屬非全面性或系統性之資料調查及收集，期透過下列策略作法提升各生命週期族群的健康識能。

- 一、建立各生命週期的健康識能基本調查內容，並進行調查計畫、保健醫療服務等，提高民眾對健康資訊的搜尋、理解、判斷與應用的能力，做出有利自我健康行為的決策。
- 二、加強公共衛生傳播能力，設計及傳遞以民眾為導向的健康訊息。
- 三、運用數位行動相關技術，強化健康識能。
- 四、平衡傳播資訊，強化公共衛生的健康傳播。
- 五、澄清錯誤資訊並確保資訊品質。
- 六、傳播正確、易取得、可落實的健康及安全資訊，以提升民眾對於非傳染性疾病(如代謝症候群、高血壓、糖尿病等)之健康賦能與健康技巧。

七、提升民眾對行動載具的認知與運用，加強個人健康管理能力與技巧。

八、利用多元行銷模式，提升各生命週期族群之健康識能

(一) 大眾傳播：利用如電視、廣播、報紙、雜誌等通路進行健康傳播。

(二) 組織傳播：透過醫療院所、縣市衛生局、病友團體等進行健康傳播。

(三) 人際傳播：個人衛教、社群網路、口碑行銷等進行健康傳播。

九、結合雲端科技發展健康管理系統

(一) 整建與民眾相關之健康促進與預防保健服務資訊。串接健保資料庫，利用海量數據，分析民眾需求，建置互動式、自主式的健康傳播平台與媒體環境。

(二) 發展健康促進管理系統，建置如「健康妙管家」all-in-one 智慧型全方位健康管理工具，提供個人化互動式的衛教資訊、健康生活紀錄及管理預防保健資訊。

(三) 結合個人配戴智慧裝置，強化自動化健康紀錄傳輸與分析功能，建立民眾自我健康管理意識與自主權。

(四) 開放健康促進衛教與服務資訊，促進產、官、學協力合作，開發創新應用服務產品，帶動發展健康促進服務產業。

十、透過設置多元網站、提供雲端照護、建置免費諮詢專線、網路電話及 LINE、智慧型線上健康管理工具平台等 e 媒體，以提升各生命週期族群之健康識能。

十一、辦理「健康議題宣導成效評價」，據以規劃未來健康行銷媒體資源分配比例，並依各媒體特性，建議未來傳播方式。

十二、監測分析不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)在資訊取得與運用上之障礙與健康識能落差，並於推動前述各項工作時，發展適當策略，設計提供其可接受之傳播方法、模式與格式，增進資訊傳播之

無障礙性，提昇其健康識能，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 提升各生命週期群體之健康識能。
- (二) 整建健康促進與預防保健服務資訊，推展 50 萬人使用健康促進管理系統；提供 300 項開放資料集，帶動業界開發 100 項應用服務產品。

二、長程指標(2025)

- (一) 持續提升各生命週期群體之健康識能。
- (二) 結合多元個人穿戴式智慧裝置，推展 100 萬人使用健康促進管理系統；提供 500 項開放資料集，帶動業界開發 200 項應用服務產品。

第五節 建構健康友善支持性環境

壹、目標

為營造更健康友善之支持性環境，將整合健康城市與高齡友善城市，鼓勵更多鄉鎮市區加入成為西太平洋健康城市聯盟，更多場域通過健康促進學校國際認證、健康職場認證、高齡友善健康照護機構認證，並輔導更多健康照護機構成為 WHO 健康促進醫院國際網絡會員；並推動環境友善醫院，提升國內健康照護機構參與推動節能減碳行動，減少碳排放量。

貳、現況檢討

一、健康城市與高齡友善城市

我國於 2003 年推動健康城市示範計畫，並於 2005 年加入 WHO 所支持的西太平洋健康城市聯盟(Alliance For Healthy Cities, AFHC)。截至 2015 年已有 21 個縣市政府參與推動健康城市計畫，並有 12 縣市、11 個地區通過申請成為 AFHC 的會員。另，為因應全球人口快速老化的趨勢，2010 年於嘉義市導入高齡友善城市試辦計畫，至 2013 年，全國 22 縣市已全部加入。

二、社區健康營造

我國自 1999 年起推動社區健康營造計畫，依 WHO「渥太華健康促進憲章」健康促進的五大行動綱領，整合社區資源，透過公、私部門的合作，帶動社區居民。推動議題包括：菸酒檳榔防制、活躍老化、肥胖防治、減鹽、營造運動化生活社區等指定議題及其他自選議題。截至 2015 年計有 155 個鄉鎮市區(42%)參與推動社區健康營造計畫。

三、健康促進醫院

WHO 在 1990 年成立健康促進醫院國際網絡，目前總共由超過 40 個國家，將近 1,000 家醫院和健康照護機構組成。臺灣健康促進醫院網絡於 2006 年成立，截至 2014 年底已有 151 家健康照護機構，為該國際網絡內第一大網絡。另該國際網絡自 2012 年開始辦理「健康促進醫院全球典範獎」，連續四年皆由臺灣醫院獲獎，臺灣健康促進

醫院網絡並獲得全球網絡典範獎。

四、高齡友善健康照護機構

臺灣是全世界唯一以政府力量推動高齡友善健康照護機構認證的國家。為協助國內醫療院所即早因應高齡人口增加，國民健康署參考 WHO 於 2004 年發表之高齡友善照護三大原則與 2006 年發表之健康促進醫院標準，發展「臺灣高齡友善健康照護架構」，包含管理政策、溝通與服務、照護流程、物理環境四大標準，以協助醫院成為一個能提昇長者健康、尊嚴與參與的健康照護機構。自 2011 年起於全國醫院開始推廣，至 2014 年底已有 104 家機構通過高齡友善健康照護機構認證。

五、環境友善醫院

健康促進醫院國際網絡會員大會於 2010 年通過台灣提案成立「健康促進醫院與環境友善國際委員會」(Task Force on HPH and Environment)，結合 WHO、國際無害醫療組織(Health Care Without Harm, HCWH)、健康促進醫院國際網絡及臺灣之力量，將健康照護部門由資源高度耗用者反轉為環境保護者，並於同年 10 月與 WHO 健康促進醫院國際網絡秘書處合作，於台北舉辦「健康照護與環境友善國際研討會」，128 家醫院響應宣誓「減碳救地球，醫界作先鋒」，預計至 2020 年將較 2007 年減少碳排放量 164,648 公噸，相當於打造 445 座大安森林公園或 34 座紐約中央公園。至 2014 年底台灣有 169 家醫院加入推動行列。

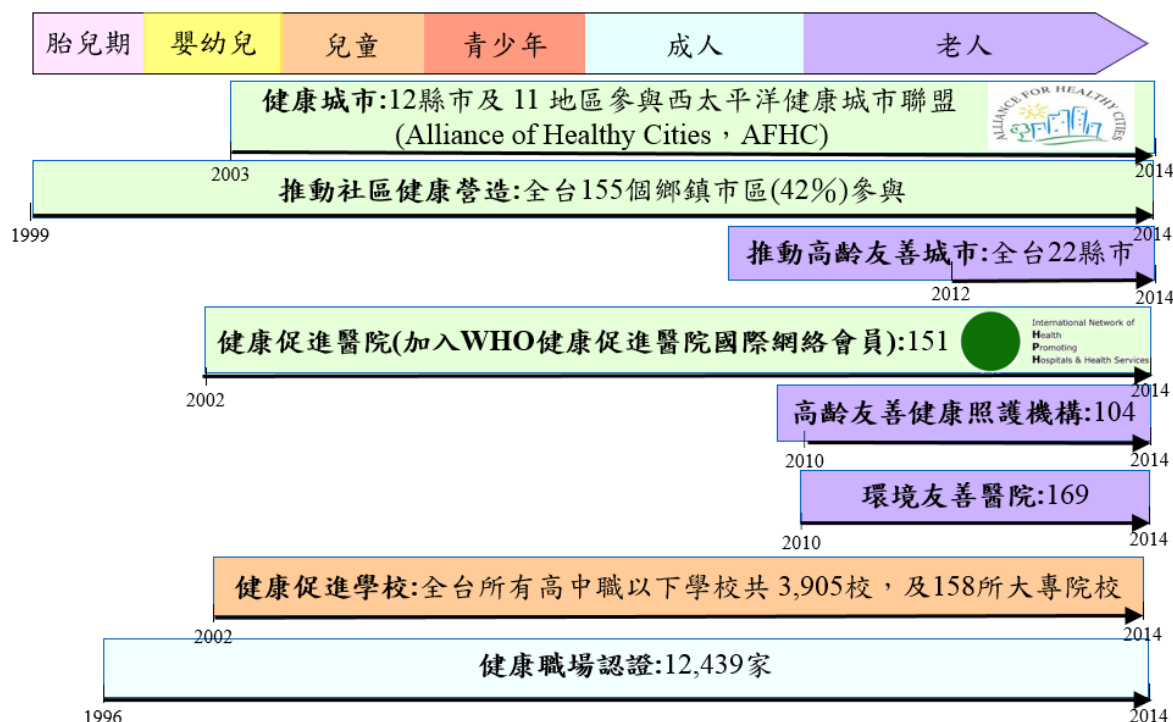


圖 2-1 健康友善支持性環境 2014 年現況

參、策略

一、發展健康城市

透過跨部門、跨領域合作、推動組織整併及建立輔導團隊。各縣市及鄉鎮市區可依據問題與需求，發展具特色的主題，提出具特色及創意之城市推動議題。基於鄉鎮區單位小，更能紮根擴散到較小組織與個人，尤其是拓展到較小型的職場健康促進與診所，可與幼托園所及褓姆的結合，強化婦幼衛生，結合更多在地資源如鄉鎮公所、社區健康營造單位、宗教及寺廟等，其動員力及健康照護涵蓋面更廣，故將積極輔導鄉鎮市區推動健康城市，申請加入西太平洋健康城市聯盟。

二、深化社區健康營造

與縣市衛生局合作，強化其整合及輔導轄區社區單位之能力及培養在地專家輔導團隊，推動在地化社區健康工作。

三、持續擴展健康促進醫院

針對無健康促進醫院之縣市加強招募及輔導提出申請，持續與當

地衛生局合辦輔導工作坊。

四、擴大推動高齡友善健康照護機構認證

針對尚未有高齡友善健康照護機構之縣市加強輔導，並鼓勵長期照護機構共同加入認證行列。鼓勵機構針對不同需求特性、疾病或狀況的病人(或住民)，包括身心障礙者、新住民等，訂定有關健康促進、疾病管理和復健需要的照護指引。

五、推動環境友善醫院落實節能減碳行動

配合我國「國家節能減碳總計畫」，結合專家團隊實地輔導醫院推動節能減碳措施，檢視醫療機構內部環境友善情形，以推廣節能減碳行動。

六、在前述各項工作之推展過程，應考量不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，並納入策略設計考量中，以達成兼容並包、無障礙之支持性環境，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 參加健康城市西太平洋聯盟之縣市及地區達 38 個。
- (二) 健康照護機構參與推動「健康促進醫院」累計達 200 家。
- (三) 通過高齡友善健康照護機構認證累計達 520 家。
- (四) 提升國內健康照護機構參與推動節能減碳行動，128 家醫院至 2020 年較 2007 年減少碳排放量 13%。

二、長程指標(2025)

- (一) 參加健康城市西太平洋聯盟之縣市及地區達 53 個。
- (二) 健康照護機構參與推動「健康促進醫院」累計達 250 家。
- (三) 維持高齡友善健康照護機構認證家數 520 家。
- (四) 提升國內健康照護機構參與推動節能減碳行動，128 家醫院至 2025 年較 2020 年減少碳排放量 5%。

第六節 完備健康促進政策實證基礎

壹、目標

強化婦幼衛生、非傳染病、營養與健康公平之監測及研究，完備跨生命週期人口群之健康監測機制，提升監測及研究之政策關聯性。

貳、現況檢討

改善婦幼健康為聯合國千禧年發展目標，以及後 2015 年永續發展共同關注重點。鑑於非傳染病對全球健康重大威脅，世界衛生組織於 2013 年世界衛生大會通過非傳染病防治監測架構，針對 9 大目標提出 25 項監測指標，並於行動計畫建議各國依據全球目標及國情訂定非傳染病防治之國家目標，發展制度化監測與資訊收集系統，追蹤 2025 年目標達成狀況，將監測資料按性別等公平考量進行分析，強化出生、死亡與死因等生命統計資料登記系統，發展癌症等疾病登記系統，定期辦理行為及代謝危險因子資料收集，並推動資訊和通訊技術，以及加強監測系統管理之技術與體制面能力。為達成全球營養目標，世界衛生組織先後於 2014 年與 2015 年世界衛生大會，通過孕產婦和嬰幼兒營養主要結果核心指標與監測架構。

我國自 2001 年起持續強化出生通報與癌症等重要疾病登記，逐步落實各生命週期人口群健康監測，透過例行健康監測調查，蒐集生命統計或公務通報登記無法取得之國人健康資料，更因應國民健康施政所需，加強先天缺陷監測與國際接軌，改善國民營養調查機制，新增出生世代與青少年世代等長期追蹤研究，並運用各項監測資料進行地區別與族群差異統計分析，出版健康促統計年報，並廣泛針對社會公平所致健康落差進行分析。為持續改善監測系統涵容度與資料品質，亦參考國際經驗研擬監測系統評價指標，針對現行監測系統進行評價。

全人口與各生命週期人口群之非傳染病監測系統

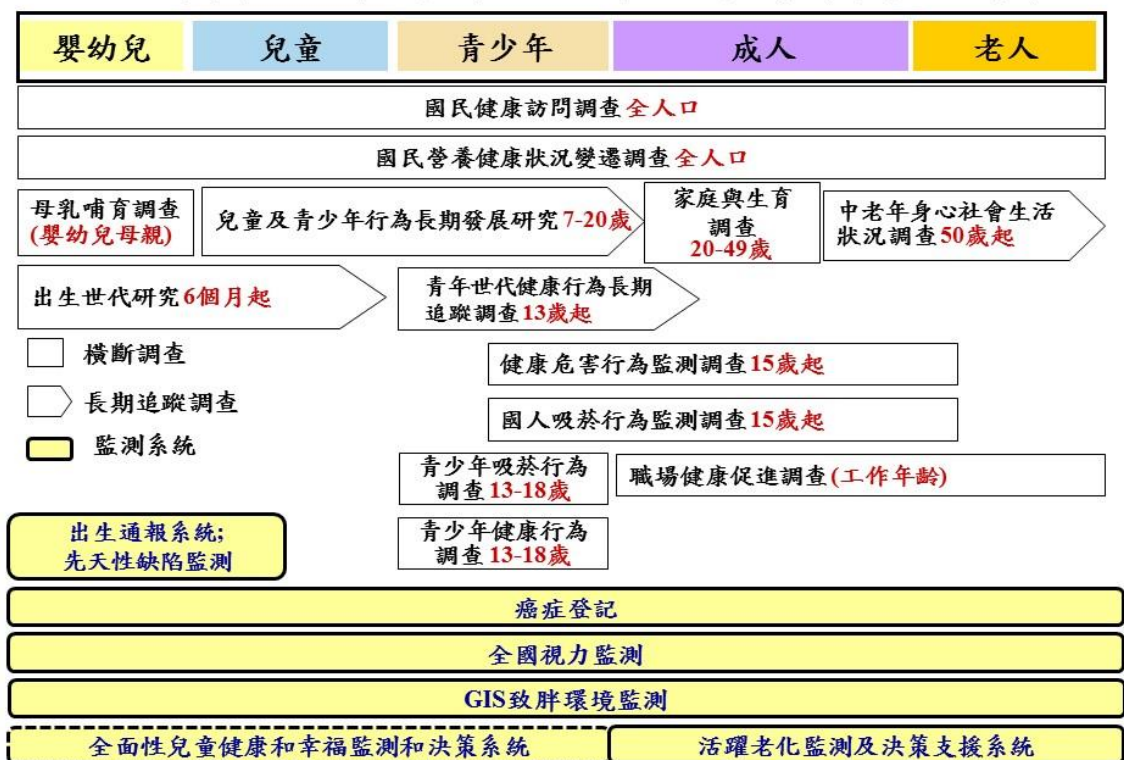


圖 2-2 全人口與各生命週期人口群之非傳染病監測系統

參、策略

為增進非傳染病監測系統之整體效能，並加強監測技術方法與國際接軌，訂定未來策略如下：

一、強化特殊人口群監測調查與健康公平分析

為供政策擬定及介入效益評價參考，須按問題發掘、目標界定與執行成效評估等目的，加強監測調查與生命統計及疾病登記等資料分析，逐步補強地區別不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)健康及營養相關監測資料收集，同時確保資料安全，保護個人隱私，並建立因社會公平問題所致健康落差之監測機制，運用系統性方法，整理與闡釋既有監測調查及相關統計數據分析結果。

二、強化監測系統架構與技術方法之可比較性

為建立與全球同步之監測架構與指標，須加強國內外文獻回顧，

彙集國內外監測調查現況、測量工具發展、實施方式與指標定義，依國情及國際現況發展符合本土施政需要並能與國際接軌之監測指標架構，加強資源整合運用與資料分享，適時檢討修正及改善，以確實反映本土特性與國際排名現況。

三、擴充並強化實證資料收集方法

針對非傳染病危險因子預防和疾病管理實務所需實證等級與知識缺口，採隨機分派試驗研究、資料統合分析，或依問題特性採用病例對照、世代追蹤等觀察研究方法，強化施政所需實證基礎，並按非傳染病防治與健康促進執行階段，透過先驅試驗研究、多元服務模式開發、教育傳播工具研發、網路及資通訊技術運用等，以擴充並強化各項實證依據。

四、提昇資料分析、解讀與數據發布

在實證、透明、盡責之健康決策時代，應建立跨部會合作機制，增進相關資料整合運用與分享，加強指標數據公布、比較及追蹤，並結合資訊與通訊技術與視覺化分析工具，提昇監測資料之可近性與易讀性。確保不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)在統計資料之可取得性與運用。

五、加強人才培訓與監測資源配置合理性

為持續提升監測資料正確性與穩定度，應加強人才培訓與資源配置，確立監測調查法源與經費穩定性，加強決策支援系統之分析層面與政策關聯性，藉制度與技術方法之改進，提昇監測資料之決策應用價值。

肆、衡量指標

參照本部現行科技成果實際應用率目標值 45%，訂定中、長程指標如下：

一、中程指標(2020)

健康促進監測及研究結果採行率達 70%。

二、長程指標(2025)

健康促進監測及研究結果採行率達 80%。

第二章 擘劃全民心理健康

根據世界衛生組織(WHO)對於健康的概念：沒有心理健康，就沒有真正的健康(No health without mental health)。推動心理健康工作的重要性，不言而喻。「心理健康」不僅是沒有異常行為與精神疾病，同時也意涵著個人在生理上、心理上、社會上都能保持和諧安寧的最佳狀況。因此，世界各國的心理健康照護政策發展重點已轉變為「初段預防」與「次段、末段預防」並重，且開始針對不同目標人口群，考量生命週期，於各場域中規劃相應的心理健康促進策略。

為了倡議心理健康概念，提供完善的心理健康服務資源，完備服務輸送體系，以及充實心理健康服務相關的專業人力，並落實以「人」為中心、「社區」為導向、「康復」為目標的服務概念，未來十年將積極規劃以全體民眾為對象，納入「三段預防」概念的心理健康政策。透過精進心理健康促進、強化自殺防治策略、完善精神疾病照護、推展成癮防治，以建立優質心理健康文化，發展有利於國民心理健康的環境，提升國人心理健康及幸福安適感。

第一節 開創心理健康紀元

壹、目標

- 一、建構具備三段預防、多元化及跨專業領域的心理健康服務體系，強化初級心理健康促進工作。
- 二、針對特定對象、族群提供心理健康服務模式，促進其心理健康。
- 三、推動以實證為依據、符合成本效益的心理健康政策及服務模式。

貳、現況檢討

我國心理健康政策自 1986 年發展，多數經費及資源皆用於精神醫療照護的次段預防及末段預防，大部分縣市的經費投入，仍著重於精神醫療的業務推動，較少著墨於初段預防的心理健康促進工作。

參考國際近年發展趨勢，依據公共衛生概念，預防重於治療，如何針對全體民眾強化其心理健康，提升心理健康知能，營造正面思考能量及幸福感，進而得以面對、調適各種壓力，避免發展為精神疾病，將是未來亟需發展的議題。

衛生福利部將持續規劃推動符合性別、年齡、族群及地域需求的心理健康政策及服務措施；依據服務對象及內涵，結合相關部會、部門，從中央到地方政府，建立良好的互動及合作機制，以全面提升國民心理健康。

參、策略

一、完備心理健康工作的基礎建設

- (一)輔導並健全各縣市區域心理健康服務網絡功能，訂定計畫推動心理健康政策及服務模式。透過心理健康服務網絡，辦理教育訓練，連結各項服務資源，提供可近性、可及性的心理健康服務及轉介服務，並藉由區域聯繫會議做為溝通討論平台，橫向及垂直整合區域內各項心理健康服務。
- (二)盤整與開發社區基層各項服務資源，建置心理健康資源服務及多元學習平台，提供民眾最新心理健康促進資訊及服務管道。

二、發展及整合心理健康促進方案

- (一) 結合政府部門及民間團體，倡議個人心理健康概念，共同推動全民心理健康促進工作，將心理健康促進的概念及重要性，逐漸深植於民心與社會氛圍中。
- (二) 與教育部合作進行心理健康教育，推動兩性、婚前、夫妻、孕產婦及親職等教育，並創造支持性的環境，積極倡導社會教育與家庭教育，增強家庭功能。
- (三) 為促進國民心理健康與提升幸福感，透過跨部會分工合作機制，針對鄰里、學校、職場、社區等所有人口及場域宣導，強化個人心理健康。

三、強化特定族群心理健康促進

- (一) 發展孕產婦心理健康評估機制及心理健康照護模式，增進孕產婦與其家人對心理健康的重視及適應新生活的能力，製作嬰幼兒教養手冊，及雲端教養課程，提升家長或照顧者的教養知能，建立良好的親子互動關係，進而培養孩童健全人格與良好環境適應力。
- (二) 強化原住民、新住民、身心障礙者等族群之心理健康促進，探究影響其心理健康的原因，研擬符合需求的心理健康促進宣導教材，建立心理健康照護策略，開發整合性心理健康服務方案。
- (三) 針對慢性、重大、罕見疾病患者及其照顧者，規劃心理健康促進方案或活動，強化正向的疾病適應力與心理支持，提升生活品質及安適感。
- (四) 推廣老人心理健康促進，積極協助老人維持身體、心理、社會良好狀態，發展多元心理健康服務方案，使其享受老年生活及社會參與。

四、強化場域心理健康促進

- (一) 推動校園心理健康行動

1. 強化與教育部合作，推動學校心理健康促進工作，協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育，增進學生正向積極的自我概念，培養健全人格與環境適應力。
2. 針對各縣市國中、小學發展符合其年齡層的心理健康促進課程教案及教材，並強化學校老師心理健康促進識能，以運用於課程或班級經營中，達到深耕心理健康概念，提升師生心理健康素質的目的。
3. 協助教育機關普及諮商輔導資源，提高諮商輔導效能，並建立轉介流程，適時引進心理、諮商與治療、精神醫療等相關資源，完善校園心理健康網絡。

(二) 推動職場心理健康行動

1. 結合勞動部設計、推動符合不同職場特性的心理健康促進方案，並辦理師資培訓，以協助企業共同推動勞工心理健康促進工作。
2. 倡導公部門及私人企業、廠家建立心理健康職場，並協助規劃、推動員工心理健康促進方案。

五、增進心理健康照護機關(構)、學校及社區的協同合作，並提升非心理專業人員的心理健康識能及敏感度。

六、進行心理健康相關的實證研究及實務政策評值

- (一) 蒐集國內、外心理健康調查資料進行研議，發展符合臺灣文化特性的評估工具，定期調查並長期監測民眾的快樂幸福感，以提供未來心理健康促進政策擬訂與評值的參考。
- (二) 發展國家心理健康政策，進行心理健康影響評估，系統性蒐集、評估心理健康基礎建設的相關資訊。
- (三) 針對各項政策執行成效進行評估，以實證資料提出政策建議，並配合各項研究計畫所產出的實證資料，將研究成果應用於實際執行面，以發揮研究效益。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)本島 19 縣市有可提供社區心理健康促進諮詢服務之機構(如醫院、診所、心理諮商所或心理治療所)。
- (二)完成國民心理健康調查，建立國民心理健康資料庫，據以規劃並推動以實證為依據之心理健康政策及服務模式。

二、長程指標(2025)

- (一)推動符合不同生命週期、場域、族群及性別(含性別少數)之心理健康政策及服務模式。
- (二)22 縣市有可提供社區心理健康促進諮詢服務之機構(如醫院、診所、心理諮商所或心理治療所)。
- (三)將心理健康議題帶入健康促進學校、健康促進職場及健康城市。

第二節 精進自殺防治策略

壹、目標

精進自殺防治策略，早期發現風險個案，及早介入，有效降低自殺事件發生。

貳、現況檢討

我國的自殺死亡人數從 1997 年起，連續 13 年為國人十大死因之一，並在 2006 年達到最高峰，死於自殺人數多達 4,406 人，自殺標準化死亡率為每 10 萬人口 16.8 人。為了降低民眾的自殺死亡率，政府自 2005 年開始推動全國自殺防治策略行動方案，包括：提供 0800-788-995 安心專線服務，成立全國自殺防治中心，補助縣(市)政府衛生局聘任關懷訪視員，針對自殺的最高危險群(自殺未遂者)提供關懷訪視，結合民間團體推廣心理健康知識，持續進行心理衛生教育及自殺防治守門人宣傳等。

在政府相關部會、各縣市政府及民間團體共同努力下，自殺自 2010 年起，已連續 5 年退出 10 大死因之列；與日、韓比較，我國自殺標準化死亡率 12.0 亦低於日本 18.7(2013)及韓國 29.1(2013)。自殺死亡人數也逐年降低到 2014 年的 3,546 人，相較於 2006 年大幅減少 19.5%，自殺標準化死亡率降為每 10 萬人口 11.8 人，目前已由世界衛生組織(WHO)定義的自殺高盛行率地區降為中盛行率地區，顯見自殺防治工作已初具成效。

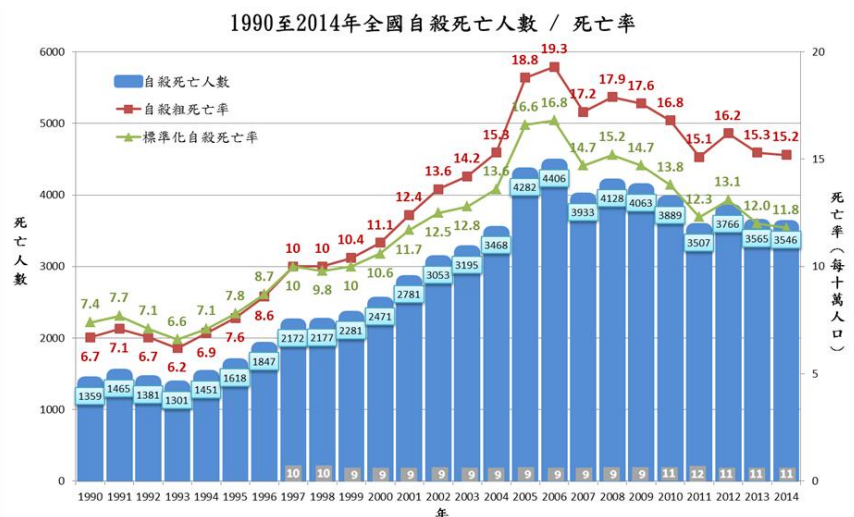


圖 3-1、1990 至 2014 年全國自殺死亡趨勢圖

參、策略

一、厚植自殺防治工作的基礎建設

(一)修訂自殺防治之法源依據

參考日本等國家之作法，修訂自殺防治相關法規，涵括自殺對策之基本理念、中央政府及地方政府之職責、自殺未遂個案通報及後續關懷處置、自殺個案資料收集、處理及運用，及提供諮詢求助專線之法源依據等。

(二)持續設置安心專線服務

委託辦理安心專線服務計畫(電話：0800-788995，請幫幫救救我)，提供 24 小時免付費心理諮詢服務，即時處理民眾心理與情緒問題，適時提供心理支持及心理衛生、精神醫療、社會救助等相關資訊。

(三)普及憂鬱防治工作

鑑於憂鬱症為聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病且為自殺危險因子，規劃並推行憂鬱防治策略，包括：1.教育民眾對憂鬱症的認識，學習並發揮守門人精神；2.鼓勵基層醫師參加有關憂鬱症診治的繼續教育課程；3.建立與精神科醫師的轉診照會機制；4.推動憂鬱共同照護服務模式；逐步建構多層次憂鬱症防治體系，以期早期發現早期治療，有效提升憂鬱防治之效益、降低醫療成本。

(四)定期進行自殺統計分析

針對全國自殺死亡統計及自殺企圖通報資料，進行趨勢分析，精進防治策略，並協助全國各縣市釐清轄區內自殺問題本質，強化因地制宜的自殺防治作為。

(五)加強自殺危險因子的探討

持續監測國人自殺死亡趨勢，透過串連醫療利用、求醫行為特質等就醫資料，以及人口學、社會心理等多變項因素分析，探討自殺危險因子，以精準呈現自殺死亡的醫療面向及社會面向風

險因子，並適時修正自殺防治策略。

(六)進行跨機關資料比對

我國自殺防治策略，以全面性、選擇性與指標性三大向度作為主軸，將協同相關部會，跨機關串聯資料庫，探討社會經濟弱勢或具有特殊服務輸送身分者的自殺風險，以實證基礎，檢討修正自殺防治策略。

二、強化自殺防治服務方案

(一)持續強化自殺個案通報工作

監控自殺通報關懷系統的運作，督導各直轄市、縣(市)政府，透過加強人員教育訓練，強化通報效能及通報精準度，提升衛生、醫療體系以外機關(構)及人員的通報效能，完善各體系間轉介服務的通暢。

(二)加強自殺個案關懷訪視

透過建立個案輔導訪視標準化作業流程、加強教育訓練及處遇轉介，落實對社區自殺高危險群的個案管理效能及危機處理能力。

(三)強化自殺危機處理

鑑於自殺風險個案的危機事件，需立即辨認危險程度，並有效應變、處置，將持續檢討「自殺風險個案危機處理注意事項」，供各縣市政府訂定因地制宜的自殺風險個案處理及緊急救援機制。

(四)整合自殺防治資源及推動多元服務方案

針對自殺高風險族群，推動自殺防治品質提升方案，並因應老年人口逐年增加，且鑑於老人自殺死亡率為各年齡層之最高，特別加強老人心理健康促進及自殺防治工作；另強化高危險自殺工具(如：木炭、農藥等)及環境(如：高樓、橋樑等)之管制措施，依據各目標族群及公共衛生三段五級預防概念，跨部會推動心理衛生促進及自殺防治工作，促進各種社會安全網絡間「網網相連」

的有效功能性連結，以提供完整而持續的關懷服務。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

維持臺灣自殺標準化死亡率屬於世界衛生組織(WHO)的中盛行率地區；並配合 WHO 2013—2020 年精神衛生綜合行動計畫的全球具體目標「各國自殺率到 2020 年下降 10%」，預估我國的自殺標準化死亡率將由 2014 年每 10 萬人口 11.8 人，降至每 10 萬人口 10.8 人。

二、長程指標(2025)

臺灣自殺標準化死亡率從 2014 年每 10 萬人口 11.8 人，降至 2025 年每 10 萬人口 10 人以下。

第三節 深化精神照護防治

壹、目標

- 一、強化精神衛生體系及服務網絡。
- 二、精進精神照護機構管理及提升服務品質。
- 三、持續提升心理健康人力資源及專業知能。
- 四、推動社區多元化精神照護模式。
- 五、促進精神病人權益保障、充權及保護。

貳、現況檢討

我國自 1985 年起開始推動精神醫療網計畫，業已完成精神醫療資源硬體建設及人力規劃，且建置完善精神衛生行政體系及社區精神病人個案管理系統，並建立了社區精神病人服務社區關懷制度及設置社區心理衛生中心等措施。

1985 年醫療網計畫實施前，精神醫療設施普遍不足，經過 6 期醫療網的努力，精神照護資源逐年成長，全國精神醫療機構已從 1985 年的 79 家，增加至 2014 年的 440 家，精神病床由 11,066 床增加至 21,291 床(其中急性病床由 1,265 床增加至 7,427 床，慢性病床由 9,801 床增加至 13,864 床)，合計已接近每萬人口精神病床 10 床；精神科日間留院由 179 床增加至 6,255 床；日間型、住宿型精神復健機構及精神護理之家亦穩定發展，目前服務量分別已達 3,433 人、5,101 床及 3,349 床。

精神醫療專任照護人力數，自 1985 年的 1,196 人，成長至 2014 年的 8,328 人，其中精神科醫師由 202 人成長至 1,547 人，護理人員由 832 人成長至 4,979 人，臨床心理人員由 48 人成長至 620 人，職能治療人員由 79 人成長至 679 人，社會工作人員由 35 人成長至 503 人。目前已建置完成精神醫療機構、精神復健機構及精神護理之家的評鑑制度、以及評鑑合格效期內不定期追蹤輔導機制，機構的管理及照護品質控管已有完善機制。

為確實掌握精神病人追蹤照護，已建置完成精神照護資訊管理系

統，並訂定訪視要點，將個案依病情診斷及穩定情況區分為一至五級，由各縣市公衛護士以家庭訪視、電話訪談或辦公室會談等，提供病人訪視追蹤服務。2014 年精神病人管理個案數為 141,801 人、訪員人數為 3,008 人(含公共衛生護士 2,733 人及關懷訪視員 275 人)、訪視病人共計 714,617 人次。

參酌世界各國精神病床發展趨勢、精神病人疾病型態的改變及藥物治療技術的進展，各國均朝向發展多元化的精神病人社區照顧模式及方案。針對精神病人的照護及安置，以往多僅考量便利性或配合家屬意願，未能適切依病人特性、需求，落實健保收(結)案標準，給予妥善服務，致生資源錯置現象，未來釐訂各類精神照護機構的服務功能，落實收(結)案標準有其必要性。另外，精神病人因疾病慢性化可能導致功能退化，再加上人口老化速度加劇，精神病人的長期照護及安置服務需求，勢必日益殷切，上述的問題都亟待檢討及建立相關政策目標。

參、策略

一、滾動式檢討各類精神照護資源目標

配合精神疾病社區化照護政策，檢討精神醫療、精神復健及精神護理之家的資源分布情形，並進行社區化照護(含居家、日間型及住宿型精神復健)資源盤點，以持續發展社區化照護資源。

二、適度調整全民健保對於社區化精神照護的支付標準及研議新發病精神病人健保支付為論人計酬方式之可行性

世界各國都朝向社區精神復健發展，未來宜適度調整社區化支付標準，俾利社區化照護的發展。另為使新發病精神病人能建立垂直整合之精神醫療照護系統，落實以病人為導向之疾病管理照護模式，提供新發病精神病人完整且連續性之照護，研議新發病精神病人健保支付為論人計酬方式之可行性，增進其治療之妥適率，提高其功能及生活品質，並逐步建立以論人計酬之醫療支付模式。

三、落實精神照護機構功能及收(結)案標準

精神照護機構應依機構設立目的，提供早期診斷(含兒童精神醫療)，落實照護服務。未來應檢討各類型機構的功能、收(結)案標準，確實依收案標準收治病人，以維護病人權益，逐步改善精神疾病個案錯置問題，同時加強個案於社區接受各項服務轉介(銜)的順暢性。

四、精進精神照護機構管理及提升服務品質

定期檢討精神照護機構(包括精神醫療機構、精神復健機構、精神護理之家等)評鑑制度及不定期追蹤輔導機制，以確保機構精神照護品質之持續維持與缺失事項的有效改善並持續規劃建立精神照護機構之連續品質監測指標，配合照護機構評鑑系統建置及資料分析，以有效監測服務品質，確保精神病人權益。

五、加強心理健康人力資源養成與精進

持續針對精神衛生專業人員及相關人員(如：專任管理人員、個案管理師、照顧服務員、志工)辦理養成及繼續教育。對於非精神科醫師及其他醫療專業人員，則規劃辦理精神病人照護訓練課程，以提升對於精神病人合併慢性疾病的照護能力。

六、檢討精神病人分級方式及拓展連續性多元照護資源

(一)檢討現行精神病人的分級方式，與「國際健康功能與身心障礙分類系統」(ICF)等國際標準相互銜接、比較，參酌服務使用者意見，適時檢討、調整精神病人的分類照護模式，避免與其他類別障礙者的照護有差別待遇，以保障其照護權益。

(二)強化連結社區關懷訪視、居家治療及居家服務等各項服務，檢討串聯各服務流程及整合資源，強化社會福利資源的無縫銜接，提升社區精神照護效能，並滿足個案居住需求。

(三)發展多元化的精神病人社區照顧模式及方案，提供穩定社區精神病人病情的醫療及復健措施；加強與勞政體系合作，依病人不同病情狀況及需求，轉介勞政機關提供職業訓練、庇護性就業、支持性就業及職場媒合。

七、倡導精神病人去污名及促進人權保障

結合精神病人及家屬團體，共同參與精神醫療相關政策的諮詢、擬定，以納入服務使用者角色，具體促進精神病人的充權。另加強結合各部會，檢討、修正歧視精神病人的法規，支持及協助精神病人融入社會生活，提高民眾對精神疾病的正確認知。

八、規劃精神病人長期照護服務體系

- (一)因應精神病人疾病慢性化所致功能退化及人口老化速度加劇，及早建置完善的長期照護資源及服務體系，以滿足其日益殷切的長期照護及安置需求。
- (二)因應未來長期照顧保險的施行，規劃精神病人長期照護服務體系，盤點精神疾病長期照護資源，均衡精神病人長期照護資源的分布，整合精神照護服務及人力訓練等輸送機制。
- (三)將精神護理之家評鑑基準，整合納入長期照護機構式服務的評鑑基準，以促進各類長照服務機構評鑑制度的整合，提升國人衛生福利長期照護體系的整體照護品質及資源管理效能。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)完成社區化照護(含居家、日間型及住宿型精神復健)資源盤點及規劃多元化的精神病人社區照顧模式。
- (二)修訂各類精神照護機構的功能、服務及收(結)案標準。
- (三)針對非精神科醫師及其他醫療專業人員(如家醫科、內科及急診科醫師)，接受精神病人照護相關訓練之涵蓋率達 20%，以強化精神醫療與一般醫療照護之合作。
- (四)將精神病人長期照護服務資源整合至長期照護服務資訊系統，以提供病人適切照顧。

二、長程指標(2025)

- (一)發展至少 2 種以上多元化的精神病人社區照顧模式及方案，提供穩定社區精神病人病情的醫療及復健措施，加強整合福利及就業資源，以促使病人與社區融合。
- (二)落實推動精神照護機構的功能、服務及收(結)案標準，且因應長期照顧服務法及長期照顧保險之施行。

第四節 提升成癮防治效能

壹、目標

- 一、提升心理健康意識，防治新興成癮行為(如網路成癮)。
- 二、建立國人對藥、酒癮疾病的共識，踐行預防勝於治療及早期發現早期治療。
- 三、建構多元可近的藥、酒癮戒治服務網絡。
- 四、周延社會與環境控制措施，減少濫用藥物及酗酒問題惡化，降低對公共衛生與社會治安危害。
- 五、發展具實證為基礎的治療及處遇服務方案，提升處遇品質與治療效果。
- 六、降低藥、酒癮戒治之醫療與處遇服務門檻，保障藥、酒癮者醫療權益及加強復歸社會。
- 七、發展網路成癮戒治服務模式並擴大服務量能。

貳、現況檢討

根據世界衛生組織的估計，全球至少有 1,530 萬人藥物濫用成癮，有 148 個國家有注射非法藥物的問題，其中 120 個國家更報告這些用藥族群有愛滋感染的問題，顯見傷害性飲酒及非法藥物使用對個人身心、社會安全及公共衛生影響甚鉅。世界衛生組織呼籲物質成癮是可治療及預防的疾病，建議各國對物質濫用採取預防及治療措施。另全球 5.4%的疾病負擔(burden of disease)歸因於酒精與非法藥物的使用；其中傷害性飲酒(harmful use of alcohol)是 200 多種疾病的危險因子，每年造成全球約 330 萬人死亡。

我國於 2005 年爆發海洛因藥癮者因共用針具或稀釋液的愛滋感染疫情，衛生福利部隨即於 2006 年開始，提供海洛因藥癮者美沙冬替代治療(2011 年另增加丁基原啡因藥物)，因而促使藥癮醫療體系的迅速拓展。截至 2014 年，衛生福利部已指定 150 家替代治療執行機構，累積治療人數 41,017 人，每日平均治療人數 9,231 人，且為提高替代治療服務的便捷性，於 2010 年建置完成「醫療機構替代治療作

業管理系統」。替代治療推動以來，每年因注射毒品新增的愛滋感染人數逐年減少，由 2005 年 2,420 人降至 2014 年 52 人；我國施用第一級毒品(以海洛因為主)查獲人數及純施用一級毒品新收入監人數亦逐年減少。

近年施用一級毒品人數雖已下降，惟施用二級毒品(以安非他命、搖頭丸為主)人數卻居高不下，第三級毒品施用人數(以愷他命為主)更於 2010 至 2013 年間逐年倍增，雖這類第二、三級毒品目前並無有效替代治療藥物，但世界衛生組織已指出，心理及社會處遇對於第二、三級毒品藥癮者之復健及再犯預防是有效的，所以開展鴉片類藥物以外的成癮防治資源、健全多元處遇網絡，實刻不容緩。

有鑑於此，衛生福利部先於 2013 年完成愷他命濫用臨床評估與處置建議，復於 2014 年開辦「非鴉片類藥癮者醫療戒治補助計畫」，同時發展第三、四級毒品施用者社區治療復健模式，以提升成癮醫療服務量能，截至 2014 年指定藥癮戒治機構已達 158 家，藥癮醫療人力達 1,714 人。

在酒癮方面，我國特有的飲酒文化，使國人易忽略酒精濫用的危害及酒癮治療的需求，也使酗酒導致的社會治安問題屢見不鮮，例如家暴、酒後暴力、酒駕肇事等。根據 2005 年的研究，國人酒精濫用及酒癮集合診斷的終身盛行率為 3.59%。2014 年一項國人酒精使用型態與醫療使用行為關係的研究則指出，青壯年(18—39 歲)及中年(40—64 歲)族群每天喝酒的盛行率分別為 1.82%與 4.82%，可能酒癮則分別為 2.4%及 2.27%，顯示有一定比例的人口有酗酒或酒癮問題。

為強化酒癮民眾的醫療服務，衛生福利部自 2006 年開辦「酒癮戒治處遇服務方案」，提供家庭暴力加害人、高風險家庭成員及社區的酒癮個案戒癮治療服務，協助酒癮者重返正常生活。未來，應更積極強化衛政與社政及其他相關單位的酒癮防治網絡，建立酒癮戒治轉介機制，俾使酒癮個案早期發現，早期治療。

藥物及酒精成癮，除對個人生理及心理健康造成嚴重損害外，亦

將導致其職業、家庭及親職等層面的失能，成癮者因而成為家庭(家屬)嚴重的經濟、情緒與生活負擔，強迫性的物質使用行為，更使成癮者衍生公共衛生問題與家庭暴力，甚至竊盜等社會治安問題。因此，協助成癮者康復，除了醫療處置外，更需長期的心理、社會復健，以協助其穩定基本生活、重建人際與家庭關係，進而能重入職場，回復健康生活型態。成癮防治工作實有賴跨部會、跨專業的積極合作與投入。

除了物質成癮，隨著數位化時代的來臨，3C 及網路產品充斥，加上生活網路化(如網購、網路社群、線上遊戲、電子書等)，網路使用已成為全民生活的一部分，連帶使網路的過度使用成了心理健康與公共衛生的新興議題，於臨床實務上已不乏為過度使用網路所苦之案例，尤其是青少年，一旦無法上網即陷入焦躁、易怒、沮喪、心神不寧，但一上網又無法停止，甚至嚴重影響身心健康、人際關係及學業與生涯發展。根據行政院國家發展委員會 2014 年數位機會調查報告，12 歲以上國人 78% 有使用網路的經驗，而 23.6% 的網路族自陳，只要一天未上網，便會開始感到焦慮、擔心；該會 2015 年的報告再指出，12 至 19 歲的網路使用族群中，投入線上遊戲者高達 74.9%。雖然美國精神醫學會於 2013 年出版的精神疾病診斷與統計手冊(DSM-5)已提出「網路遊戲疾患」之研究用診斷準則，惟未納入正式精神醫療臨床診斷，亦尚未有「網路成癮」診斷之共識，但如何監控新興成癮行為的型態與趨勢，進一步研究其症狀表現、成因、病程，及發展所需的治療與處遇資源，亦為重要課題。

參、策略

一、加強成癮疾病的防治宣導，強化成癮個案就醫意識

(一)透過多元宣導方式及各種媒體管道加強宣導對藥、酒癮的認識。

(二)結合衛生、社政、教育等單位及社區鄰里等，將成癮防治議題納入心理健康促進服務方案。

二、周延相關法規，健全成癮處遇服務的管理機制

- (一)檢討或訂定藥、酒癮醫療機構、復健機構(團體)的設置、評鑑、獎勵、管理等規定，並落實查核、監督與管控。
- (二)配合司法等相關單位研修強制戒癮的法規制度(如藥、酒癮者強制治療可行性等)，建立戒癮處遇機構與各執法單位間的連繫平台。

三、建立酒、藥癮流行病學資料，掌握個案圖像及其醫療處遇需求

- (一)進行物質成癮流行病學調查，瞭解不同物質成癮的病程與流病趨勢。
- (二)強化現有醫療機構替代治療作業管理系統功能，並就系統資料進行統計分析。
- (三)研議建置成癮醫療資訊系統，累積成癮個案臨床資料。

四、強化酒、藥癮醫療資源，提高成癮者就醫涵蓋率及可近性

- (一)加強各醫療科別對物質成癮個案的敏感度，建立成癮醫療照會或轉介機制，早期發現早期治療。
- (二)鼓勵精神醫療機構及綜合醫院設立成癮防治專科，提升成癮醫療服務量能。
- (三)結合各類心理衛生或醫事專業，如心理、社工、職能治療或護理等，發展多元心理社會處遇模式或方案。

五、擴充酒、藥癮復健機構或中途之家量能，及多元戒癮服務模式

- (一)結合民間團體運用政府閒置空間，成立戒癮復健機構或中途之家。
- (二)盤點並更新酒、藥癮復健機構及中途之家相關資訊，提高可利用率。

六、強化酒、藥癮醫療及處遇服務品質，提高戒治成效

- (一)修訂成癮治療的臨床指引或處置建議。
- (二)建立成癮者追蹤管理機制與出院準備服務。

- (三)鼓勵醫院或學術單位發展以實證為基礎的多元治療或處遇方案。
- (四)依成癮個案特性(如成年、青少年、女性、受刑人、緩起訴受處分人等)、需求，及不同成癮物質(如酒及各級別毒品)，發展適性的戒癮醫療服務或處遇模式。
- (五)針對合併有特殊醫療需求(如懷孕、HIV 感染、肝炎、合併其他精神疾病等)的成癮個案，強化不同醫療科別間的合作與轉介機制。
- (六)研訂成癮治療或處遇成效評估指標，並據以考核及評鑑。
- (七)整合社政、衛政、勞政、司法及民間資源，健全成癮防治服務網絡合作機制，提供酒、藥癮者全面性且連續性的處遇服務。

七、充實藥、酒癮治療及各類處遇人員人力

- (一)結合國家衛生研究院，擴大成癮防治次專科的人員培訓。
- (二)結合各類專業學協會，加強各類醫事人員藥、酒癮的基本疾病病理、病患辨識及短期介入技巧等教育訓練。
- (三)建立藥、酒癮治療及各類處遇人員在職教育制度，使專業知能與時俱進。

八、與國家衛生研究院合作，促進本土成癮醫療領域的學術發展與實證研究，並將研究結果轉為政策。

九、建立藥、酒癮醫療補助制度，或推動藥、酒癮納入全民健康保險，降低患者就醫障礙，保障醫療權益。

十、結合相關部會研修或制定相關法令，推動多元社會與環境控制措施，減少酒精之使用及濫用。

十一、掌握過度使用網路或網路成癮問題趨勢，並據以推動相關防治措施及發展處遇資源。

- (一)加強宣導健康上網概念，預防過度及不健康之網路使用。
- (二)發展網路成癮篩檢及評估量表，監測流病趨勢與態樣。

- (三)盤點國內網路成癮防治資源，建立資源共享機制。
- (四)依網路成癮問題趨勢，建置多元醫療與處遇網絡。
- (五)培訓網路成癮防治之專業人力與研究團隊，提升防治成效。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)本島 19 縣市有藥癮、酒癮戒治醫院、診所及心理治療所。
- (二)12 縣市有民間戒癮中途之家或安置機構。
- (三)12 縣市有可提供網癮問題之心理諮商或治療之機構(如醫院、診所、心理諮商所或心理治療所)。
- (四)一級鴉片類成癮個案查獲人數較 2016 減少 5%。

二、長程指標(2025)

- (一)22 縣市有藥癮、酒癮戒治醫院、診所及心理治療所。
- (二)本島 19 縣市有民間戒癮中途之家或安置機構。
- (三)22 縣市有可提供網癮問題之心理諮商或治療之機構(如醫院、診所、心理諮商所或心理治療所)。
- (四)一級鴉片類成癮個案查獲人數較 2016 減少 10%。

第三章 全方位非傳染病防治系統

非傳染病已成為全球重大健康威脅，世界衛生組織(WHO) 2014 年全球非傳染病報告，非傳染病佔全球死亡人數 8 成，而四大非傳染疾病(癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病)約佔死亡人數 6 成，吸菸、身體活動不足、不健康飲食及有害使用酒精為其四大共同危險因素。

非傳染疾病亦已為我國國人最重要的死因。目前社區老人 60%有 高血壓、21%有高血糖、16%有高膽固醇，其防治有賴於全方位的政策與行動，包括：戒菸、節酒、戒檳榔、均衡飲食、規律運動、維持理想體重、控制血壓、血糖、血脂肪以及定期篩檢等。對於國人重大癌症目前已有國家防治計畫，並逐步建立篩檢與診治體系，未來，對於其他威脅國人日劇的各種慢性病，如：糖尿病、心臟病、中風、氣喘、退化性關節炎、憂鬱症...等，已非單靠健保給付可解決，尚需發展各項完善的診治與保健指引，打造連接健康管理與疾病管理的整合式慢性病防治體系。各縣市、各社區與各健康機構於推動時，並應注重不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與照護落差，發展適當策略，提供因其障礙而特別需要之服務模式，包括提供適當之早期診斷與介入，及提供設計用來極小化與預防進一步障礙發生之服務，使每一位慢性病患者都能獲得優質可近的妥善控制，減少失能與殘障，並有效縮小健康不平等。

國人不健康行為多樣而廣泛，需要跨部門有力的政策介入。我國自 1997 年制定菸害防制法、2009 年修法上路，然而，一手菸防制仍是困難重重！另外，肥胖問題，亦影響國人健康，成年男性有一半、女性約四成有體重過重或肥胖，且不論兒童或成人，近十年肥胖比率皆倍增，未來，糖尿病、心血管疾病、大腸癌、乳癌之發生率必定大增且年輕化。此外，我國嚼食檳榔比率，仍居高難下。國民不健康，國家與企業難以與國際作有利的競爭，這些問題的背後的社會決定因

素，需要跨部門有力的政策介入。

為達成 WHO 非傳染病防治全球目標於 2025 年將四大非傳染病早死亡率降低 25%，聯合國永續發展目標於 2030 年下降三分之一，及行政院黃金十年計畫更具挑戰性健康目標，2020 年較 2010 年癌症死亡率降低 20%、吸菸率減半、成人規律運動倍增，衛福部積極建構更全方位的非傳染病防治系統，以促使國人更健康長壽。

第一節 推動系統性癌症防治策略

壹、目標

依據行政院黃金十年計畫之 2020 年目標，及 WHO 的 2025 年目標，在 2020 年前將癌症標準化死亡率及過早死亡率下降 20%，並於 2025 年將 30~70 歲之癌症死亡率下降 25%。

貳、現況檢討

自 2003 年實施「癌症防治法」後，即依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，並於 2005~2009 年推動「國家癌症防治五年計畫」。繼「第 2 期國家癌症防治計畫—癌症篩檢(2010~2013 年)」，以擴大提供癌症篩檢服務為主之計畫後，2014 年規劃再予推動「第 3 期國家癌症防治計畫」。

癌症登記資料顯示，2012 年共新診斷出 9 萬 6,694 人罹患癌症(男性 5 萬 3,553 人、女性 4 萬 3,141 人)，標準化發生率為每十萬人口 300 人(男性 341.4 人、女性 263.3 人)，年齡中位數 62 歲(男性 64 歲、女性 60 歲)，發生率因人口老化等原因持續上升。

另依衛福部死因統計顯示，2014 年有 4 萬 6,094 人死因為癌症(男性 2 萬 8,476 人、女性 1 萬 7,618 人)，占所有死亡個案 28.3%。癌症標準化死亡率為每十萬人口 130.2 人(男性 168.8 人、女性 94.9 人)，已開始呈現下降之趨勢。

參、策略

一、加強致癌因子之預防工作

WHO 指出慢性病(含癌症)四大危險因子為菸、酒、不健康飲食及缺乏規律運動，為降低癌症死亡率，國民健康署除持續推動癌症篩檢外，亦向上溯源至預防致癌因子，包括肥胖、致癌物質控制等。

(一)持續積極推動菸害及檳榔健康危害防制，推動菸酒檳防制整合計畫。

(二)消弭健康不平等狀況，推動人類乳突病毒疫苗接種政策。

(三)加強新興致癌因子防治，包括肥胖、飲食與運動不足，強化致胖環境監測與改善，推行現代國民營養計畫，藉由推動健康體重管理計畫，協助民眾建立健康生活習慣，達成規律運動人口倍增。

二、持續推廣具實證之癌症篩檢

子宮頸癌、乳癌、大腸癌和口腔癌等四種癌症是經證實可經由篩檢早期偵測進而降低死亡率，且具成本效益。研究顯示，每 1-2 年糞便潛血檢查可以降低 50-69 歲大腸癌死亡率 15-33%；35 歲以上具菸酒習慣的男性，每 3 年做一次口腔黏膜目視檢查，可降低 43% 口腔癌死亡率；50-69 歲婦女，每 2-3 年接受 1 次乳房 X 光攝影檢查可降低乳癌死亡率 21-34%；透過大規模子宮頸抹片篩檢，可以降低 60-90% 的子宮頸癌發生率與死亡率。

國民健康署於 2010 年起運用菸品健康福利捐擴大推動四癌篩檢，並透過門診主動提示、醫院及衛生局主動聯絡通知，以及主動走入社區推廣、鼓勵企業主動加入防癌抗癌的行列、充實癌症篩檢基礎設施與確保品管及落實陽性追蹤等，提升篩檢率及異常個案接受確診比率，為提高身心障礙者接受篩檢比率，將與社政單位合作，增進篩檢可近性。未來更將朝組織性篩檢(Organized Screening)方向發展，及改善縣市間癌症篩檢之差異，協助篩檢率及陽追率低於全國平均值之縣市進行改善。

三、推動「癌友導航計畫」，並引導癌症病人到癌症診療品質認證醫院，提升認證醫院之診治覆蓋率

推動癌症診療品質認證旨在協助醫院建立癌症照護架構、癌症診療模式，包括成立全院性癌症委員會以規劃並督導全院癌症相關業務，建置癌症登記資料庫及品管辦法，成立癌症多專科照護團隊、建立臨床診療指引、制定照護標準作業程序等。將透過積極推動「癌友導航計畫」，引導癌症病人到癌症品質認證醫院，不錯失任何一位可治療之癌症病人，早期病人加以治癒，晚期病人提供安寧療護，以減少病

友迷航，讓每位病人都能夠得到有品質、有尊嚴的治療與照護。

四、於推動各項癌症防治策略時，須考量不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，並發展適當策略，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)參考 WHO 2025 年非傳染病過早死亡降低 25%目標，訂定 2020 年目標：

1. 癌症標準化死亡率：降至每10萬人口106人。(2009年132.5人)
2. 30-70歲民眾肝癌、慢性肝病標準化死亡率：降至每10萬人口43.9人。(2013年52.9人)
3. 人類乳突病毒疫苗接種，由2014年提供山地離島地區、低收及中低收入戶國一女接種，逐步推廣至全國國一女生。

(二)參照行政院黃金十年計畫之 2020 年目標，提升主要癌症篩檢涵蓋率：

1. 30-69歲婦女3年內曾接受子宮頸癌篩檢率維持70%。
2. 45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢率上升至67.5%。(2014年38.5%)
3. 50-69歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢率上升至62%。(2014年40.7%)
4. 30歲以上嚼檳榔或吸菸者2年內曾接受口腔癌篩檢率上升至67%。(2014年54%)

(三)參照行政院黃金十年計畫之 2020 年目標，縮小縣市篩檢率差距

1. 乳癌篩檢率最高與最低之縣市差距下降至21%。(2014年27%)

2. 大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距下降至20%。(2014年24%)

(四)參照行政院黃金十年計畫之 2020 年目標，提供適切治療

1. 提升癌症新診斷個案三個月內完成首次治療率提升至92%。(2014年85%)
2. 癌症病人於診療品質認證通過醫院接受照護比率上升至86%。(2014年的84%)

二、遠程指標(2025)

(一)參考 WHO 2025 年非傳染病過早死亡降低 25%目標，訂定2025 目標：

1. 癌症標準化死亡率降至99.4人。
2. 30-70歲肝癌、慢性肝病標準化死亡率降至37.0人。
3. 人類乳突病毒疫苗接種：持續推廣至國一女生全面接種。

(二)提升主要癌症篩檢涵蓋率

1. 30-69歲婦女3年內曾接受子宮頸癌篩檢率70%。
2. 45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢率70%。
3. 50-69歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢率70%。
4. 30歲以上嚼檳榔或吸菸者2年內曾接受口腔癌篩檢率70%。

(三)縮小縣市篩檢差距

1. 乳癌篩檢率最高與最低之縣市差距降至15%。
2. 大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距降至15%。

(四)提供適切治療

1. 提升癌症新診斷個案三個月內完成首次治療率95%。
2. 癌症病人於診療品質認證通過醫院接受照護比率88%。

第二節 擴大非傳染病管理與照護網絡

壹、目標

為維護國民健康人權，持續深化及拓展主要慢性疾病管理與照護網絡，以提升疾病照護品質，使 30-70 歲國人因心血管疾病、糖尿病及慢性呼吸道疾病之死亡機率下降 25% 為目標。

貳、現況檢討

2014 年我國十大主要死因，除癌症外，仍以與三高相關的慢性疾病，包括第 2 位心臟疾病，第 3 位腦血管疾病、第 5 位糖尿病、第 7 位慢性下呼吸道疾病、第 8 位高血壓性疾病及第 10 位腎病等非傳染性疾病為主，死亡人數總計 5 萬 7,738 人，佔總死亡人數約 35.4%。依 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」結果顯示，近 9 成(88.7%)老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，即多重慢性疾病之普遍狀況且盛行率都會隨著年齡而增加，上述慢性病已影響各年齡階層民眾健康，更造成公共衛生、醫療支出及經濟的負擔。

WHO 指出 8 成的慢性疾病可藉由適當的措施來預防，如減少社會貧窮之不平等、建立民眾健康生活形態，並透過多元管道加強民眾三高等慢性病防治之識能。為能及早發現國人重要慢性病及其危險因子，早期進行介入與治療，已全面免費提供 40-64 歲國人每三年 1 次；65 歲以上每年 1 次成人預防保健服務，每年超過 180 萬位民眾接受服務。同時推動可近性高之社區整合性篩檢服務，全國有 21 縣市響應辦理。依據 2013 年國民健康訪問調查(NHIS)結果顯示，40 歲以上民眾自述過去一年有接受過健康檢查(包括政府提供之免費成人預防保健、自費...等管道)近 6 成接受健康檢查。

在新陳代謝疾病防治工作，透過多元管道推動代謝症候群防治宣導教育，民眾對腰圍警戒值之認知率由 2006 年的 3% 提升至 2014 年的 46.0%。為強化慢性病人照護管理，結合公共衛生部門、臨床醫療團隊與專業組織等，於全國 22 縣市全面推動糖尿病共同照護網，推行醫師、護理、營養等專業人員認證制度，同時成立 201 家糖尿病健

康促進機構及推動腎臟病防治，成立 155 家腎臟病健康促進機構，結合健保醫療給付改善方案提升照護品質，有效提升病人的三高控制，以預防或減緩心臟病、中風等併發症發生之優質疾病照護服務網絡。

透過慢性病防治三段五級的架構，以完整生命歷程等全人健康照護概念，避免、延緩民眾失能的發生，或壓縮失能的期間，更可減少疾病之提早死亡，維護健康基本人權及促成社會經濟的永續發展。

參、策略

一、持續宣導民眾利用健檢及推動個人化全程健康管理

因應高齡化趨勢，推動以預防醫學為基礎的個人健康管理與健康促進方案，持續提供具實證效益的健康檢查服務，透過醫療專業人員於檢查前的個別化健康風險評估，並依檢查結果給予個人化的身體保養建議與健康促進方案擬訂，以提供民眾完整且全程的個人化健康管理服務。

二、發展慢性病人全人健康管理照護模式，並評估在衛生體系之推展可行性

以既有糖尿病共同照護網為基礎，深化糖尿病管理及延伸、擴大照護範圍從腎臟病、慢性阻塞性肺病(COPD)與心血管疾病等主要慢性疾病管理及共同照護，建立醫療團隊跨部門合作及伙伴關係，發展優質疾病管理照護模式之流程與內容，並建立適當的成效監測評估指標來評估照護管理成效，促使醫療院所整合慢性病管理資源，提供慢性病人全面的健康評估及疾病管理服務，強化慢性病人三高控制等，未來期能納入全民健保照護服務體系，完善慢性病管理及共同照護體系。

三、改善慢性疾病照護之健康不平等

主動瞭解各縣市推動慢性病照護的困難及資源限制，例如針對目前糖尿病與腎臟病健康促進機構設置較少之縣市，優先協助及鼓勵醫療院所成為健康促進機構，讓縣市內之慢性病人可以有同等機會獲得較優質的團隊照護，以縮小各縣市慢性病照護指標差距。並於各縣市、

各社區與各健康機構，注意不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與照護落差，發展適當策略，提供因其障礙而特別需要之健康服務，包括提供適當之早期診斷與介入，及提供設計用來極小化與預防進一步障礙發生之服務，以縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)參照 WHO 2025 年非傳染病過早死亡降低 25%目標，訂定 2020 年目標：

1. 30-70歲人口心血管疾病之死亡機率降至3.03%。(2010年3.64%)
2. 30-70歲人口糖尿病之死亡機率降至0.97%。(2010年1.16%)
3. 30-70歲人口CRD死亡機率降至0.45%。(2010年0.54%)
4. 30-70歲人口腎臟病標準化死亡率降至每10萬人6.9人。
(2010年每10萬人8.7人)(腎炎、腎病症候群及腎病變為2014年國人十大死因第10名)

(二)參照 WHO 2025 年控制高血壓和高膽固醇血症下降 25%的預期目標，訂定 2020 年目標：

1. 18歲以上人口高膽固醇的年齡標準化盛行率降至42.58%。
2. 18歲以上人口高血壓的年齡標準化盛行率降至8.1%。

(三)為達成照 WHO 2025 年非傳染病過早死亡降低 25%目標，並提升糖尿病照護品質，訂定 2020 年目標：

1. 優質糖尿病照護涵蓋率達60%。
2. 糖尿病病人加入照護方案長期血糖控制情形以糖化血紅素(HbA1c)檢查率95%、血脂肪檢查率80%、眼底檢查或眼底彩色攝影率45%及尿液蛋白質(微量白蛋白)檢查率55%等四個品質指標。

(四)優質慢性阻塞性肺病(COPD)照護及品質：因 COPD 發病住院

率下降、因 COPD 急性發作治療及急診比率下降。(國內暫無基線數據)。

(五)提升腎臟病照護品質，推廣院所參與腎臟病健康促進機構至少 192 家。

二、遠程指標(2025)

(一)參照 WHO 2025 年非傳染病過早死亡降低 25%目標，訂定 2025 年目標：

1. 30-70歲人口心血管疾病之死亡機率降至2.73%。
2. 30-70歲人口糖尿病之標準化死亡機率降至0.87%。
3. 30-70歲人口COPDCRD標準化死亡機率降至0.40%。
4. 30-70歲人口腎臟病標準化死亡率降至每10萬人6.3人。

(二)參照 WHO 2025 年控制高血壓和高膽固醇血症下降 25%的預期目標，訂定 2025 年目標：

1. 18 歲以上人口高膽固醇的年齡標準化盛行率降至 40.7%。
2. 18 歲以上人口高血壓的年齡標準化盛行率降至 8.1%。

(三)為達成 WHO 2025 年四大非傳染病過早死亡降低 25%目標，並為提升糖尿病照護品質，訂定 2025 年目標：

1. 優質糖尿病照護涵蓋率達 70%。
2. 糖尿病病人加入照護方案長期血糖控制情形以糖化血紅素(HbA1c)檢查率 97%、血脂肪檢查率 90%、眼底檢查或眼底彩色攝影率 50%及尿液蛋白質(微量白蛋白)檢查率 65%等四個品質指標。

(四)優質慢性阻塞性肺病(COPD)照護及品質：因 COPD 發病住院率下降、因 COPD 急性發作治及急診比率下降(國內暫無基線數據)

(五)提升腎臟病照護品質，推廣院所參與腎臟病健康促進機構至少 217 家。

第三節 完善國民營養及健康飲食促進

壹、目標

落實「每日飲食指南」建議，依據 WHO 2025 非傳染病防治全球目標，遏止肥胖率上升趨勢，提升國人健康飲食行為，增加蔬果攝取量與碘鹽涵蓋率，降低食鹽攝取量，及糖類、飽和脂肪熱量占總熱量比率，並改善國人重要營養素不足問題。

貳、現況檢討

隨著生活習慣及飲食行為改變，肥胖已成為全球健康及醫療的重要問題之一，依「國民營養健康狀況變遷調查」1993-1996 年及 2005-2008 年的結果顯示，台灣成人過重及肥胖盛行率，由 33.2% 上升至 43.5%，至 2013-2014 年微降為 43%。另，2010 及 2011 年的調查則顯示台灣國中生的過重及肥胖比率為 26.3%，高中生則為 30.8%，且身體質量指數皆隨著年級增加而增高。兒童及青少年的肥胖高盛行率將會造成下一世代的成人肥胖高盛行率。在 2014 年國人十大死因中，8 項死因與肥胖、飲食和生活型態有關，因此肥胖所產生之健康風險及經濟負擔為重要之國民議題。

我國於 2011 年起辦理全國 368 鄉鎮致胖環境監測，輔導 22 縣市衛生局進行轄區內致胖環境檢視及改善。修正「食品安全衛生管理法」，將對於特殊營養食品、易導致慢性病或不適合兒童及特殊需求者長期食用之食品，得限制其促銷或廣告，制定不適合兒童長期食用之食品廣告及促銷管理辦法，並自 2016 年 1 月 1 日起實施；修訂「包裝食品營養標示應遵行事項」，於「營養標示」增加「糖含量」項目，自 2015 年 7 月 1 日實施；另制定「連鎖飲料便利商店及速食業之現場調製飲料標示規定」，規範現場調製飲料應標示全糖之添加糖量及該糖量所含熱量，自 2015 年 7 月 31 日實施。針對國人普遍缺乏碘營養問題，2015 年 12 月 25 日預告修正「包裝食用鹽品之碘標示規定」草案，所有包裝食用鹽品必須於產品包裝上強制標示「碘為必需營養素」，並於包裝上標明有加碘或未加碘，以及所加的「碘化鉀」或「碘

酸鉀」的含量；2015 年 12 月 7 日預告「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」修正草案，提升鹽碘濃度至 20~33ppm，以符合國人飲食所需。有關「停用反式脂肪」政策，於 2015 年 9 月 7 日預告「食用氫化油衛生標準草案」，規範「不完全氫化油」不得使用於食品，自發布日後三年施行。

將國人各類食物每天平均攝取份數調查結果，與每日飲食指南之建議作比較，發現國人每日的飲食內容偏離指南建議：其中「穀類與富含澱粉植物性食品」，除中老年男性外，其餘皆低於 8 份(建議為 6~16 份)，年輕人之簡單糖類攝取已達總熱量之 10%；在豆魚肉蛋類，成年男性攝取量 9 份，成年女性攝取量為 6~7 份(建議為 3~8 份)；30 歲以下男女蔬菜平均攝取量未達 3 份(建議為 3~5 份)，成年男女水果平均攝取量都未達 2 份(建議為 2~4 份)；中年男女平均攝取低脂奶量約 0.4 杯(建議量為 1.5~2 杯)，且國人奶類的選擇以全脂乳品為主；油脂與堅果種子類，油脂類平均攝取量約 5~7 份，各年齡層男女之堅果種子類攝取量為 0.3 份和 0.2 份(建議 1 份)。國人每日飲食符合國家建議標準比率仍有待加強。

參、策略

聯合國大會宣布 2016 年至 2025 年為營養行動十年，在此依據 WHO 2014 年發布之「營養問題羅馬宣言」及「行動框架」，WHA 2012 年 5 月通過的 2025 年 6 項全球營養目標以及 2013 年 5 月通過的 2025 年全球非傳染病目標及指標，訂定國人營養與健康飲食促進政策：

一、制訂健康的公共政策：

- (一)定期辦理國民營養健康狀況變遷調查及監測並公布結果，有系統、永續的監測各生命週期及特殊族群營養狀況及體位趨勢，建立具實證基礎之國民營養政策。
- (二)研擬並致力完成國民營養及健康飲食促進法立法，涵蓋創造有利環境；促進健康膳食的永續糧食體系(包括與農政單位合作，納入糧食和農業政策以確保糧食安全；鼓勵減少飽和脂

肪、糖、鹽/鈉)；營養教育和資訊等策略方案。

(三)營造健康城市及各健康促進場域，推動及落實公共場所母乳哺育條例，防治兒童肥胖；推動校園周邊健康飲食輔導示範計畫。

(四)訂立支持國民健康之營養政策，建立全國性或場域性的營養或健康飲食措施，如：加強蔬果攝取、減鈉、減糖、減少飽和脂肪，推動全面食鹽加碘，以及鈣、鐵、維生素 D、葉酸等營養素強化之推動機制或法令規範；提升各場域團體供餐之健康飲食環境策略，以增進國民健康飲食的可近性。

(五)建立一般群體健康飲食知能與行動策略，普及與落實「每日飲食指南」與「國民飲食指標」，提出新穎、分齡分眾、及生活化之宣導或教育策略，結合各場域健康傳播，進行營養工作者、師生、員工、社區居民、病患及家屬等之健康飲食教育。

二、建構健康的支持性環境：建構健康資訊環境、檢視及改善致胖環境、建構健康飲食供應系統，推動健康採購，以期健康產業化及產業健康化。

三、強化社區行動力：整合跨部門資源，進行多元傳播活動，於各場域全面展開健康體重管理，透過記者會與新聞，營造健康體重管理的社會氛圍及動力。

四、發展民眾落實健康生活的技能：製作健康傳播教材，進行多元管道大眾傳播，增進民眾熱量、營養及運動之知能；提升國人健康體重管理素養。

五、調整醫療服務的方向：輔導醫療院所轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供健康促進服務，強化關懷弱勢族群之營養評估、諮詢及指導；於癌症篩檢報告中加入健康促進衛教訊息。

六、於推動各項國民營養策略時，須考量不同群體(包括性別、年齡、

族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，發展適當策略，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)參照 WHO 2025 年非傳染病防治全球監測指標，監測國人「每天蔬果攝取達 5 份以上」的人口比率，訂定國人「每天蔬果攝取達 5 份以上」的人口百分比為每年增加 1%，即 2020 年達 26.0%。(2013 年 19%)
- (二)參照 WHO 2025 年降低 30%食鹽攝取量目標，訂定 19 歲以上國人每日食鹽攝取量男性每年減少 0.2 公克、女性每年減少 0.15 公克)，即 2020 年 19 歲以上國人每日食鹽攝取量，男性低於 8.8 克，女性低於 7.0 克。(2005-2008 年 19-64 歲男女鈉的攝取量分別為 11.2 克、8.8 克鹽)
- (三)參照 WHO 建議游離糖 (free sugar) 攝取量應低於攝取總熱量 5%，訂定 19 歲以上國人「每天攝取主要熱量來源為糖之食品熱量」占總熱量的百分比下降至 6.5%。(2005-2008 年 19 歲以上為 8.2%)
- (四)參照 WHO 建議飽和脂肪熱量占總熱量應低於 10%，訂定 2020 年 19 歲以上國人每日攝取飽和脂肪熱量占總熱量百分比下降至 9.5%。(2005-2008 年 9.88%)。
- (五)參照 WHO 國家防治缺碘永續計畫之監測指標尿碘不足 100 微克/升人口比率低於 50%之目標，訂定 6 歲以上國人尿液碘濃度不足 100 微克/升的人口比率低於 35%。(2010-2013 年 51.9%)
- (六)超前 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定 19 歲以上國人過重及肥胖盛行率下降至 43.3%以下。
(2005-2008 年 19 歲以上 43.5%)

(七)超前 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定 19 歲以上國人維持身體質量指數在理想範圍內的人口百分比增加至 54.1%以上。(2014 年 53.4%)

(八)全國鄉鎮市區參與致胖環境監測之比率達 100%。

二、長程指標(2025)

(一)參照 WHO 2025 非傳染病防治全球監測指標，監測國人「每天蔬果攝取達 5 份以上」的人口比率，訂定國人「每天蔬果攝取達 5 份以上」的人口百分比為每年增加 1%，即 2025 年國人「每天蔬果攝取達 5 份以上」的人口百分比達 31.0%。

(二)參照 WHO 2025 降低 30%食鹽攝取量目標，訂定 19 歲以上國人每日食鹽攝取量男性每年減少 0.2 公克、女性每年減少 0.15 公克)，即 2025 年 19 歲以上國人每日食鹽攝取量，男性低於 7.8 克，女性低於 6.2 克。

(三)參照 WHO 建議游離糖 (free sugar) 攝取量應低於攝取總熱量 5%，訂定國人「每天攝取主要熱量來源為糖之食品熱量」占總熱量的百分比下降至 5%。

(四)參照 WHO 建議飽和脂肪熱量占總熱量應低於 10%，訂定 2025 年 19 歲以上國人每日攝取飽和脂肪熱量占總熱量百分比下降至 9%。

(五)參照 WHO 國家防治缺碘永續計畫之監測指標尿碘不足 100 微克/升人口比率低於 50%之目標，訂定 6 歲以上國人尿液碘濃度不足 100 微克/升的人口比率低於 25%。

(六)超前 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定 19 歲以上國人過重及肥胖盛行率下降至 42.8%以下。

(七)超前 WHO 2025 年遏止過重及肥胖盛行率上升目標，訂定 19 歲以上國人維持身體質量指數在理想範圍內的人口百分比增加至 54.6%以上。

(八)全國鄉鎮市區參與致胖環境監測之比率至少 100%。

第四節 增進國人健康，運動倍增行動

壹、目標

為增進國人養成規律運動習慣，跨域合作，共同行動，以達成行政院黃金十年計畫國人規律運動率十年倍增之 2020 年目標，及 WHO 降低身體活動不足率之 2025 年目標。

貳、現況檢討

WHO 指出，約 21-25%乳癌及大腸癌、27%糖尿病與 30%的缺血性心臟病，係因身體活動量不足造成。身體活動量不足除了增加死亡率，還會使肥胖的風險加倍。

身體活動係指藉由身體動作產生的能量消耗，一般所稱運動亦包含其中，另包括日常生活、家庭和社區環境內的休閒時間活動、交通往來(如步行或騎自行車)、工作、家務勞動、體育活動(競技)等。

WHO 於 2008 年建議 18 歲以上成人，每週建議進行 150 分鐘中等費力至費力身體活動；5-17 歲兒童及青少年每天至少運動 60 分鐘，每週至少需進行 420 分鐘中等至費力強度身體活動。

培養規律運動習慣是促進身體活動的最主要方式之一。依國民健康署健康危害行為監測調查(BRFSS)結果，於 2014 年民眾過去一個月有運動之運動盛行率為 73.1%，另依教育部體育署 2014 年「運動城市調查」結果，「每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘，心跳達 130 或運動強度會喘會流汗」之國人規律運動比率為 33%。其中尤以 35-44 歲的成年人為最低，其規律運動比率不到 20%。故現行推動規律運動習慣工作仍有提升空間。

為減少國人身體活動不足及無規律運動情形，國民健康署於 2010 年製作「臺灣健康體能指引」，提供國人身體活動建議及實例，倡議國人增加身體活動。

參、策略

為達行政院黃金十年計畫及 WHO 非傳染病防治全球目標，依所出版「臺灣健康體能指引」，提供國人身體活動建議，針對兒童青少

年、成人、老年人不同年齡層及特殊族群(孕婦、慢性病患者、身體失能者)提出適合之身體活動建議量、活動類型，並以案例方式提供具體建議作法，提供家庭、社區、學校增進身體活動之建議策略。並訂以下行動：

一、制訂健康公共政策：

(一)跨機關合作，爭取各縣市首長及社區行政單位支持，與教育部體育署共同合作，依照法規訂定各項健康制度、規則，例如：國民體育法、學校衛生法、運動產業發展條例、運動彩券發行條例等法規。

(二)透過國民健康訪問調查(NHIS)、健康危害行為監測調查(BRFSS)等，監測國人身體活動及運動情形。並與體育署共同合作，調查資源共享，完備監測資訊。

(三)透過 22 縣市衛生局進行轄區內致胖環境檢視及改善，校園部分，要求學校落實身體活動教育、增加學生課外身體活動的機會、支持學校位於步行容易到達的範圍內，增加步行的基礎設施、改進戶外休閒遊憩設施的便利性及改善公共交通運輸工具的便利性，加強民眾活動場所的個人安全及步行或騎自行車的交通安全。

(四)自 2011 年起推動健康體重管理計畫鼓勵聰明吃、快樂動、天天量體重，並推動健走，建置健走步道，營造動態生活環境。

二、建構健康支持性環境：跨部門合作打造動態生活友善環境、建構健康資訊環境、檢視及改善運動環境，與交通部門共同倡議綠色運輸，國人在日常生活中採取動態通勤方式；與教育部體育署合作，整合運動資源及健康資訊，並支持推動國民運動卡；與地方政府加強公園、綠地的普及性與美觀；透過職場、學校、社區、醫院等不同場域，強化國人規律運動習慣。

三、強化社區行動力：整合跨部門資源，進行多元傳播活動，於各場域全面展開健康體能傳播，透過社區相關計畫，有效的結合社區

團體，推動各項健康促進活動，提升國人運動率。

四、發展民眾落實健康生活技能：參考 WHO 及先進國家之身體活動指引，評估修訂我國健康體能指引，以符合不同年齡層族群的身體活動建議，製作健康傳播教材，經由各種媒體形式進行多元管道大眾傳播，增進民眾運動知能、提升國人身體活動量。

五、調整醫療服務的方向：輔導醫療院所轉化為健康促進與預防醫學並設立提示系統，對病患及民眾主動提供健康促進服務及開立運動處方。

六、於前述各項運動推廣策略中，須考量不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，發展適當策略，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)達成行政院黃金十年計畫之 2020 年國人規律運動率倍增目標，訂定 13 歲以上國人規律運動比率^{註 1}上升至 52%。(2010 年 26%)

(二)參照 WHO 2025 年降低 10%身體活動不足盛行率目標，訂定 18 歲以上國人身體活動不足率^{註 2}降 5%。(較 2015 年，每年降 1%)

二、長程指標(2025)

(一)訂定 13 歲以上國人規律運動比率上升至 57%。

(二)達成 WHO 2025 年降低 10%身體活動不足盛行率目標，訂定 18 歲以上成人身體活動不足率降 10%。

註 1：13 歲以上國人規律運動率定義：7333 規律運動定義：每週至少運動 3 次、每次 30 分鐘、心跳達 130 或是運動強度會喘會流汗。

註 2：身體活動量不足盛行率定義：未達 WHO 建議之每週身體活動量 MET 之標準(600 分鐘)

第五節 推行菸檳危害減半計畫

壹、目標

達成行政院黃金十年計畫，營造無菸、無檳支持環境，於 2020 年達到成人吸菸及嚼食檳榔比率減半目標。

貳、現況檢討

菸品使用是許多國家導致死亡的第一原因，臺灣每年因吸菸死亡人數逾 2 萬人，10 年來因菸害所花費之醫療費用高達 5,000 億元以上。為控制菸害，我國於 1997 年通過菸害防制法，並於 2009 年開始施行菸害防制法新規定，已逐步擴大禁菸場所範圍、實施新版菸品健康警示圖文、嚴禁菸品廣告、提高菸捐、推動二代戒菸全面多元服務。

18 歲以上成年人吸菸率從 2008 年 21.9%降至 2014 年的 16.4%，減少了 89 萬吸菸人口。我國推動菸害防制法之成果，亦已獲得國際肯定。歐洲重量級菸害防制學者 Mr. Luk Joossens 透過歐洲評分卡為我國菸害防制現況評分，滿分 100 分中獲得 69 分，與 34 個歐洲國家比較，排名高居第 3。但於菸品價格及菸品健康警示圖文這兩部分，仍有成長的空間。

口腔癌為國人青壯年男性最常見的癌症之一，在男性癌症發生率和死亡率皆排名第 4 名。國際癌症研究總署(IARC)於 2003 年證實，檳榔為第一級致癌物；國內研究亦顯示，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，國人每 10 個口腔癌患者中，即有 9 個有嚼檳榔的習慣，嚼檳榔者得到口腔癌的機率為不嚼檳榔者的 28 倍，且有菸檳酒行為者得到口腔癌的機率為無菸檳酒行為者的 123 倍。

根據調查結果顯示，18 歲以上男性嚼檳率已由 2007 年的 17.2%降至 2014 年的 9.7%(降幅達 43.6%)；18 歲以上男性檳榔致癌認知率已由 2007 年的 39.9%提升至 2014 年的 50.6%(升幅達 26.8%)。

參、策略

為達行政院黃金十年計畫目標，擬訂以下行動：

一、積極推動菸害防制法修法，提高菸品稅捐：

(一)世界衛生組織建議調高菸價以價制量，為菸害防制最有效策略。我國的菸價仍低於許多國家，菸品健康福利捐占菸價的比率也未達 WHO 的建議 70%以上，將積極推動提高菸品健康福利捐，以有效預防青少年吸菸及減少成人吸菸。

(二)WHO 為防範菸品走私，建議各國推動菸品販賣執照等，將依國際趨勢研議加強菸品販賣業者之管理，如規範販賣執照，並對於違規賣菸給青少年之業者予以重罰等。

二、推動擴大菸盒警示圖文面積

「世界衛生組織菸草控制框架公約」第 11 條規定，菸盒警示圖文比例應佔據主要可見部分百分之 50 或以上，才能達到警示消費者的功效。將修法增加菸盒警示圖文面積，由現行的 35%增加為 80%，至全面素面包裝，及每兩年更換菸害警示效果較好的圖文。

三、營造無菸、檳支持環境，辦理菸害檳害教育傳播：

(一)落實菸害防制法及國家癌症防治計畫，持續結合教育部、各縣市政府衛生局、社政單位與民間團體，落實執法，及透過傳播活動或補助計畫，辦理無菸檳校園、職場、軍隊、社區等場域計畫。

(二)補助農委會檳榔廢園轉作，預計 4 年將減少 4,800 公頃。

(三)針對 10 個高嚼檳縣市學校及口腔癌發生率百大鄉鎮學校，將檳榔防制列為學校健康促進必辦事項。藉由民間團體深入嚼檳率高之場域與特定族群，使民眾檳榔致癌認知上升。

(四)研發青少年戒菸教育叢書、菸害防制幼兒讀本，使菸害防制工作向下紮根。持續辦理「戒菸就贏比賽」及菸害教育傳播，善用網路傳播與社區資源結合，並透過社群網路的強力播放，以引發效應。

四、提供多元化戒菸、檳服務和口腔癌篩檢，降低藥費負擔：

(一)擴大醫事機構參與二代戒菸服務，提升服務深度與廣度，大幅降低經濟負擔，對於弱勢民眾特別有意義。

- (二)提供 30 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾及 18 歲以上至未滿 30 歲嚼檳榔原住民口腔癌篩檢服務。
 - (三)加強醫事人員參與戒菸、檳服務行列，培訓教育種籽師資，於醫醫事機構、社區、職場開設戒菸班和戒檳班，並提供專線諮詢。尤其加強對孕婦及其家屬之戒菸服務及衛教。
 - (四)進行二代戒菸政策評價。
- 五、於推動上述菸檳防制策略時，須考量不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，運用適當策略，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020 年)

- (一)參照行政院黃金十年計畫於 2020 年達到嚼檳率減半目標，18 歲以上嚼檳率下降至 3.5%。
- (二)超前 WHO 2025 年降低 30%吸菸盛行率目標，及達成行政院黃金十年計畫於 2020 年成人吸菸率減半目標，訂定 18 歲以上吸菸率下降至 10%。
- (三)呼應 WHO 菸草控制框架公約精神，且大面積警示圖文已是世界趨勢，擴大菸盒警示圖文面積達 80%以上。

二、遠程指標(2025 年)

- (一)18 歲以上嚼檳率下降至 3.2%。
- (二)超前 WHO 2025 年降低 30%吸菸盛行率目標，訂定 18 歲以上吸菸率下降至 8%。
- (三)呼應 WHO 菸草控制框架公約精神，並參照澳洲等國之菸盒素面包裝政策，推動菸盒素面包裝。

第六節 周延遺傳及罕見疾病照護網絡

壹、目標

降低遺傳性疾病發生率與及早發現遺傳疾病者，給予妥適照顧。
發展罕病患者全人照護關懷服務，提升病友及家屬滿意度。

貳、現況檢討

經統計 2008-2012 年台灣嬰兒最重要死因，先天性畸形約 1%，為及早發現，自 1985 年 1 月公布實施優生保健法，即依生命歷程提供各項生育保健及遺傳疾病防治措施與網絡。

為加強婦幼健康照護，減輕育齡家庭經濟負擔，縮小健康差異，於 2014 年 11 月 3 日發布高齡或高風險懷孕婦女產前遺傳診斷(羊膜穿刺)檢驗費補助，從最高 2,000 元提高為 5,000 元，另對弱勢族群除維持原補助採檢費外，亦擴增 24 個鄉鎮區醫療資源不足地區，最高補助 8500 元，並溯自 2014 年 1 月 1 日施行。2014 年計補助產前遺傳診斷 51,422 案(發現異常 1,565 案)；遺傳性疾病檢查 6,630 案(發現異常 1,989 案)，對於檢驗結果異常個案提供追蹤、諮詢或轉介適當醫療處置之服務，減少遺傳及罕見疾病新個案發生，同時預防因該等疾病造成之身心障礙。

全面提供 11 項新生兒先天性代謝疾病篩檢服務，每年篩檢率均達 99% 以上；2014 年共篩檢 21 萬 1,272 人，篩檢率達 99.8%，發現異常 4,385 案，並提供確診個案治療及遺傳諮詢。

建置及提供遺傳諮詢服務窗口網站，供國內遺傳服務資源平台。定期實施遺傳性疾病及罕見疾病檢驗機構之檢驗品質監測及後續審查，為品質把關。

為更擴大罕病病人照顧與保障，持續完備與推動罕病防治與照護相關政策；結合立法委員、民間病友團體力量，共同積極推動「罕見疾病防治及藥物法」修法，於 2015 年 1 月發布施行。透過完備法令，支持及改善罕病病人醫療照護和家庭，包括：由專業人員進行罕病家庭訪視，提供病人及家屬心理支持、生育關懷與照護諮詢等服務；補

助健保法未能給付之支持性及緩和性照護；協調相關機構協助罕病患者就醫、就學、就養以及罕藥之健保給付收載程序將徵詢罕見疾病及藥物審議會之意見；藥商除不可抗力情形，應該在許可證有效期限內，持續供應罕病藥物等。

參、策略

為及早發現，提供轉介及妥適診療服務與網絡，並建構周延之遺傳及罕見疾病防治及身心障礙者之生育遺傳之照護服務網絡，並確保品質，訂定策略如下：

- 一、強化先天性缺陷登記與監測，加強病因、診斷及防治之研究。
- 二、推廣及監測孕婦接受碘、鐵和葉酸補充劑之比率。
- 三、依實證與時俱進，於兼具母嬰健康及符合醫學倫理下，定期檢視新興遺傳疾病檢測及產前遺傳診斷技術項目、以串聯質譜儀進行之新生兒篩檢項目、建置相關管理指引及遺傳諮詢介入服務。
- 四、持續辦理遺傳及罕見疾病檢驗機構、新生兒篩檢中心及遺傳諮詢中心之資格審查及品質監測與後續審查。
- 五、跨部會、機關(構)合作，落實罕見疾病防治及藥物法，持續強化罕見疾病通報、罕見疾病及罕病藥物之審查與審議認定機制及其相關作業標準。發展全人照護關懷服務強化罕見疾病病人身心照護及家庭支持、生育健康諮詢，協助罕病患者及家屬獲得生育/遺傳諮詢、診療及相關醫療照護、支持與補助，提升罕病病友及家屬滿意度。
- 六、持續提供健保給付及罕見疾病醫療補助雙重的安全網。落實罕見疾病防治及藥物法第 33 條規定，補助依全民健保法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物費用，包括：全額補助中、低收入戶之上述費用、維生所需特殊營養食品及緊急醫療之費用。部分補助國內外檢驗、維生所需居家醫療器材租賃、營養諮詢、緊急用藥、治療、藥物等費用，最高補助 80%。
- 七、參酌國際經驗與作法，建置與國際接軌之罕見疾病藥物臨床試驗

安全監測機制及平台，強化罕見疾病相關國際醫療合作。

八、珍愛生命，對於任一兒童出生後，即予以出生登記與平等照護。

九、注意不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)在上述各項資源利用上之障礙與健康落差，發展適當策略，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程目標(2020)

(一)以 2014 年 96.7%為基準值，高危險群孕婦接受產前遺傳診斷之異常追蹤率提升至 98%。

(二)以 2014 年 74.4%為基準值，34 歲以上孕婦產前遺傳診斷補助利用率提升至 85%。

(三)新生兒先天性代謝異常疾病篩檢率提升至 99.8%以上。

(四)維持罕見疾病個案通報率 100%。

(五)罕病病人及家屬接受生育健康諮詢比率達 80%。

二、長程目標(2025)

(一)以 2014 年 96.7%為基準值，高危險群孕婦接受產前遺傳診斷之異常追蹤率 99%以上。

(二)以 2014 年 74.4%為基準值，34 歲以上孕婦產前遺傳診斷補助利用率 90%以上。

(三)新生兒先天性代謝異常疾病篩檢率 99.9%。

(四)維持罕見疾病個案通報率 100%。

(五)罕病病患及家屬接受生育健康諮詢比率 85%。

第二篇 重塑健康服務體系

第四章 建立優質防疫應變體系邁向新紀元

隨著我國國民所得提高、環境衛生大幅改善及預防接種落實執行，使許多傳染病獲得有效地控制或根除。但 2003 年發生了 SARS 疫情，引起全球恐慌，也對國內醫療及公共衛生體系造成極大的衝擊，亦同時給了我國澈底檢視國內防疫應變體系的機會，針對不足之處，研議改革策略，積極補強改善，十餘年來建立了更為精實的防疫體系。

然而，由於近年來國際交流頻繁、人口老化、環境變遷、微生物本身適應與演化及抗生素抗藥性等因素，讓我們將面臨更嚴峻之新興及再浮現傳染病的衝擊及挑戰。未來如何加強跨域整合，結合生物技術、資訊科技與國際合作並設置國家防疫基金，以架構完備及有效的醫療、檢驗、監測、檢疫等防疫應變體系；推動永續且符合公平正義的預防接種政策；完備新興及再浮現傳染病之準備、應變，以落實世界衛生組織(World Health Organization；WHO)「世界一體、防疫一體」(One World, One Health)之主張並接軌「全球衛生安全綱領」(Global Health Security Agenda；GHSA)，都是我國未來需嚴肅面對的課題，也是本章節撰擬的重點。

第一節 跨域整合資源建構完備防疫體系

壹、目標

完備防疫體系架構，提升整體應變量能，並完成「國家防疫基金」之規劃設置。

貳、現況檢討

我國在歷經 SARS 嚴峻疫情的考驗後，已逐步建立完善的防疫體系架構，從疫情的監測、整備到應變之各項防治工作，透過中央跨部會及地方整合，構成一個完整有效能的防疫體系，才能精進防疫作為，免除疫病威脅。惟歷次緊急疫情均以動支第二預備金之方式因應，如 2013 年 H7N9 流感動支 5.5 億元、狂犬病 9,600 萬元，2014 年登革熱動支 3,000 萬元、伊波拉 7,000 萬元，2015 年 MERS- CoV(莫士) 1,000 萬元、登革熱 3 億餘元，緩不濟急，缺乏永續且足夠之經費支應，無法應付緊急防疫之需，設立「國家防疫基金」實刻不容緩。

隨著來臺觀光人數突破 1,000 萬人次，國人出入境人次數亦逐年增加，為阻絕傳染病於境外，需隨時因應國際疫情趨勢，進行風險預警評估，其中疫情監測為重要環節，為提升監測的廣度及敏感度，除常規勾稽健保申報及死亡資料，以監測傳染病趨勢及嚴重度。另積極推動防疫雲計畫之電子病歷自動通報，目前已佔全國 44 %通報量，以提高法定傳染病通報便利性。

在與美方簽訂之「全球合作暨訓練架構」下，2015 年合作辦理「伊波拉防疫訓練中心首梯課程」及「MERS 檢驗診斷國際研習營」之國際人才訓練，共有 33 位國外醫療、防疫人員、病毒檢驗專業人員參訓，以拓展我國對外之國際合作機制與人才交流管道，並協助提升區域防疫量能。

參、策略

一、設置「國家防疫基金」

面臨緊急疫情時，若以動支第二預備金之方式因應，因行政程序冗長，經費之撥付常緩不濟急，無法及時處理，應朝向籌設「國家防

疫基金」之大水庫概念，專屬防疫整備調度，每年編列基金預算，及累積歷年結餘經費，永續經營，並迅速取得緊急處理疫情所需經費，儘早控制疫情。

為取得「國家防疫基金」法源依據，遵循「中央政府特種基金管理準則」等法令規定，進行傳染病防治法等相關法規之研修，完成法定程序作業。另積極爭取各類財源(如公務預算、菸品健康捐等等)挹注，完成防疫基金設置目標。

二、強化國家應變指揮體系

透過指揮中心之防疫應變平臺，跨域整合政府防疫資訊，使資訊統一，減少疫情訊息錯誤傳播而造成民眾之不必要恐慌。另應強化跨部會、地方政府之整合及各相關單位之分工與協調(如圖 4-1)，以落實跨域整合，提升防疫量能。在無指揮中心成立時，亦於行政院設立常規化跨單位聯繫會議或任務編組，便於平時溝通。

三、跨域整合傳染病監測系統

藉由防疫雲計畫快速整合傳染病資訊至現有的監測系統，提升傳染病通報流程與時效。收集與整合跨部門資訊，以資料倉儲、政府雲端資料與食媒性傳染病分享平台等進行防疫、動物、食品與環境等跨域資訊整合，建構全面性食媒性病原體之監測防治網絡，並採產學跨域合作策略，以強化並提升現有之監測、檢驗及調查等管理機制。

四、建立檢驗整合通報制度

規劃建立國內「傳染病檢驗機構整合性通報系統及實驗室分工作業模式」(如圖 4-2)，並研議修訂傳染病防治法，規劃傳染病認可檢驗與健保給付聯結機制，以提高檢驗機構代檢意願，俾利整合推動實驗室檢驗結果自動通報系統。

五、推動跨機關(構)之研究

為使國內傳染病防治研究更具國際競爭力，進而提供國內發展疫苗及新藥物之研發利用，應朝向推動跨研究機關(構)之研究合作(如疾病管制署、中央研究院及財團法人國家衛生研究院等)，以提升研究

量能。並參考如美國 National Institute of Allergy and Infectious Disease(NIAID)等國家級傳染病研究機構，設置各項傳染病實驗室，平時妥為整備，緊急疫情時可立即啟動因應。

六、加速防疫應變人才培育

中央現有「防疫醫師」的功能應更為強化，進一步規劃其訓練與評核機制。各縣市亦應透過制度面的改革，爭取防疫醫師編制，協助地方研判疫情與從事風險溝通。

在傳染病發生時，如何確切調查評估，掌握先機，需高度仰賴防疫專業人才，應持續與國內外專業單位合作，派員學習，並聘請國際專家來臺，以提升我國防疫專業人才之知能，達到國際水準。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 完備「國家防疫基金」法源及完成 250 億元財源之規劃，提供專屬於防疫整備應變之基石。
- (二) 利用跨部會雲端資訊及資料勾稽，整合農委會、食品藥物管理署及疾病管制署等 3 機關之疫情防治資料，以提升及完備防疫監測資料品質，並建立傳染病預警及風險評估機制。
- (三) 在「全球合作暨訓練架構」及經費許可下，達成 100 人以上之國際防疫專才之專業培訓，並拓展國際合作。

二、長程指標(2025)

- (一) 向行政院申請完成「國家防疫基金」之設置，增強國內傳染病應變量能。
- (二) 以防疫雲計畫為基礎，擴大醫院利用電子病歷進行傳染病通報佔所有通報的 80%以上。
- (三) 整合研究機關(構)合作，強化我國病原檢驗能力及實驗室生物安全層次。



圖 4-1 傳染病防治架構

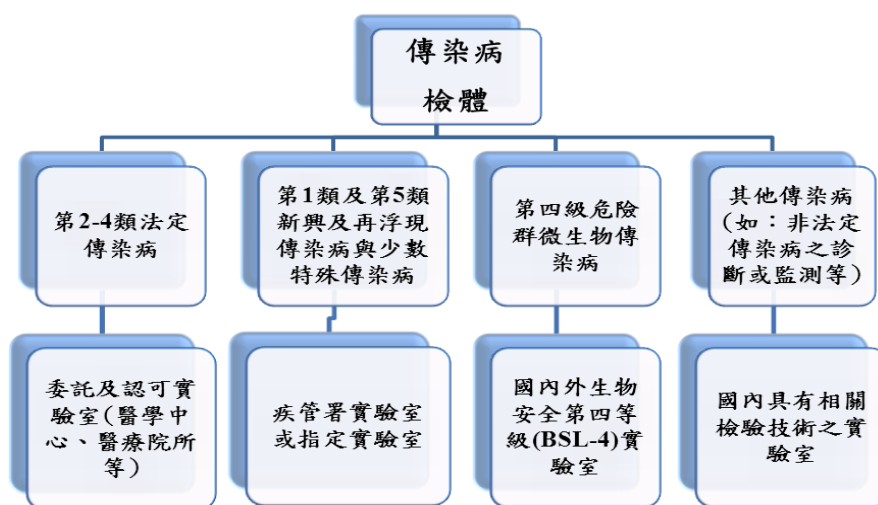


圖 4-2 實驗室傳染病檢驗分工及整合通報模式

第二節 穩定國家疫苗財源提高國民免疫

壹、目標

- 一、確保國家疫苗基金每年至少 25~35 億元之必要額度，並開發其它財源，逐序累積基金額度，維持常規疫苗穩定執行及依序導入新疫苗。
- 二、運用資訊科技，強化預防接種管理系統，整合健康照護、臨床醫療及防疫管理等，強化全民健康。

貳、現況檢討

2015 年我國 3 歲以下幼童各項常規疫苗接種完成率達 93%，有效預防傳染病，惟現今國際往來相當頻繁，外籍勞工及台商舉家來往經商或新住民攜子女往來母國之比例也逐步提高。疫苗之按時接種、傳染病的消除/根除更形困難，全球小兒麻痺症根除及麻疹消除之目標達成日期一再延宕，陷入瓶頸，新疫苗的引進與接種策略的強化有其必要性。加上目前面臨少子化及人口高齡化的嚴重挑戰，年出生數已下降至 20 萬人以下，老年人口推估於 2025 年時佔 21%以上，將進入超高齡社會，如何建構老人疫苗施打之國家政策，亦是國家健康照護重要的一環。

國際疫苗製造歷來均是寡占市場，需仰賴國外輸入，而全球疫苗供需失衡，導致疫苗短缺困境，政府須有效預先因應，才能確保疫苗接種效益。

參、策略

一、開發擴充疫苗基金，穩定充足財源

疫苗為傳染病防治之基石，疫苗經費應視為維護國人健康的絕對必要義務支出，因此，常規疫苗推行及新疫苗引進的經費需求應預先籌措，擴充疫苗基金的穩定財源，除公務預算之調整支應，調升菸捐的挹注比例外，並規劃設置其他多重管道的財源，確保基金經費的充足穩定成長，有效且迅速採購所需之疫苗。

二、導入新疫苗、建立全年齡疫苗策略

基於國家安全，應具備自行研發及生產疫苗的能力，並應規劃加速疫苗研發上市進度及導入新疫苗之評估機制，以因應國際流行疫情，確保防疫效能。針對不同族群各年齡層國人(嬰幼兒、學童、青少年、成人及年長者等族群)可能面臨疫苗可預防疾病的侵襲，應逐一檢視該疾病的嚴重度、後遺症、流行病學趨勢及接種效益等提出接種建議與策略，並逐步推動新疫苗接種，擴增疫苗保護效果。另持續充實疫苗冷儲運送及溫度監控設備且提升效能，並定期評估與汰換更新，確保疫苗品質。

三、建立靈活的疫苗採購緊急應變機制

運用國際多元管道、多國策略聯盟等方式積極尋得貨源，並評估運用長期合約等策略，穩定疫苗供應，才能促使疫苗政策永續推動。

四、發展有效策略，維持高接種完成率

配合時代、社會變遷，疫苗接種的推行亦必須隨之調整推動策略，始能確保高接種完成率及防疫成效。接種工作的推動，必須設法讓衛生單位、醫療院所與民眾形成互信的共識，而預防接種資訊，須公開透明且有效傳達，同時針對醫事人員、民眾、學生族群、反疫苗接種團體的即時教育溝通亦是必要措施。另積極加強疫苗接種副作用評估系統，提供正確資訊，建立民眾對疫苗之信賴與接受，亦是提升接種率的必要作為。

五、運用雲端科技，提升作業管理效能

透過發展雲端科技技術之建置與運用，有效進行預防接種業務的管理及疫苗配置之管控與調度，提供各項防疫系統擴大加值運用。同時運用雲端科技收集接種疫苗後副作用資訊，進行分析，定期公布，以供政府與民眾參考。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)穩定疫苗供應，確保幼兒各項常規疫苗接種完成率達 95%，提升國人免疫力。

(二)擴充國家疫苗基金財源，在可尋得其他財源穩定挹注情況下，期望至 2020 年累積基金存款至少可達 40~50 億元，以利新疫苗導入及推動疫苗新政策。

(三)持續導入新疫苗(表 4-1)：

表 4-1 2020 年前預定導入的疫苗項目

項目	預訂導入時間(年)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
◎ 2 歲以下幼兒常規接種結合型肺炎鏈球菌疫苗	√					
◎ 65 歲以上長者接種肺炎鏈球菌疫苗						
— 所有 65 歲以上長者			√			
◎ 以細胞培養之日本腦炎疫苗取代鼠腦產製之日本腦炎疫苗			√			
※ 幼兒 A 型肝炎疫苗						
※ 幼兒輪狀病毒疫苗						
※ 人類乳突病毒(HPV)疫苗						
※ 長者帶狀皰疹疫苗						

◎依衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)建議規劃導入之疫苗。

※視未來疫苗基金財源，規劃導入之疫苗。

二、長程指標(2025)

擴充國家疫苗基金財源，在可尋得其他財源穩定挹注下，期望至 2025 年累積基金存款至少可達 80~100 億元，以利新研發上市疫苗之導入及疫苗新政策之推行。

第三節 免除急性傳染威脅保全防疫戰果

壹、目標

- 一、維持急性傳染病重症個案低致死率、保全已根除與消除疾病之成果、掌握本土流行急性傳染病之風險背景值並降低發生風險。
- 二、有效降低抗生素使用量/抗藥性及醫療照護相關感染事件發生。

貳、現況檢討

疫病傳播無國界，因此，須建立嚴密的疫情監視系統、強化國際港埠之邊境檢疫、完善緊急應變動員體系，同時落實對於外來人口的健康管理，才能降低境外移入急性傳染病對國內防疫的衝擊。另外，醫療照護相關感染是造成抗生素抗藥性增加的重要原因，並造成醫療資源耗用與社會負擔；而持續推動醫療照護工作人員落實手部衛生、導入具實證基礎的侵入性醫療處置之組合式照護措施，以及配置充足的臨床醫護與感染管制人力，是降低醫療照護相關感染發生的重要策略。依據 2015 年各縣市衛生局查核 367 家醫院結果顯示，「院內有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制」及「設立感染管制單位，聘有足夠之感染管制人力負責業務推行」2 項基準被評定為不符合的比率分別為 5.8%及 8.6%，另依據自評表填復資料顯示，有 30.2%的醫院尚未推動侵入性醫療裝置之組合式照護措施。

另由於抗生素的不合理使用和抗藥菌傳播增加，抗藥性成為全球公共衛生的重大危機之一，世界衛生組織(WHO)也呼籲各國擬定具財政支援的國家型計畫，以減緩抗生素抗藥菌及其傳播。依據 2015 年各縣市衛生局查核 367 家醫院結果顯示，「抗生素抗藥性管制措施」符合比率為 80.4%。

參、策略

一、急性傳染病防治

(一)建立跨域跨單位合作機制並強化運作

面對新世紀的疫病戰爭，必須跨單位、跨領域共同合作，建立中央部會及地方間的溝通協調平台，定期運作，以發揮效能。例如食媒傳染病之源頭管控，事涉農政與衛政單位不同的專業與權責，亦須建立跨部會合作機制，以提升我國食媒傳染病之監測與防治效能。

(二)提升已知及新興病原病媒之監測效能

急性傳染病如未能及時偵測並加以反應，可能使病原迅速傳播而導致大規模疫情，應持續強化監測系統，快速敏銳偵測病例，以掌握並評估風險地區是否擴散蔓延。另實驗室監測對於尚無本土病例之疾病或新興病原之偵測有相當助益，因此，快速檢驗試劑之研發，將有助於迅速啟動防治因應作為。

(三)對本土已根除傳染病保全既有防治成果

全球仍有不少的地區持續出現瘧疾與小兒麻痺症流行疫情，世界衛生組織(WHO)近日亦宣布小兒麻痺症可能反撲的警訊。對於已根除與消除之急性傳染病，不能掉以輕心，應嚴密監控境外移入病例，阻斷傳播鎖鏈，以期有效因應，確保戰果。

(四)強化重要傳染病防治新策略之發展落實

- 1.結合跨領域專家研發防治新技術；適時修訂相關指引，增加防治體系彈性；提升臨床處置品質降低死亡率；協助地方政府加強病例監測、民眾衛教及落實公權力。
- 2.持續強化各部會及民間資源的支持，拓展衛生教育管道，使防疫觀念深入民眾生活。適時檢討修訂臨床處置指引，傳承重症處置經驗，並強化醫療院所的合作聯結，提高轉診效率，確保重症個案能及時獲得妥善的醫療處置。

(五)積極發展科學與實證為基礎之防治手段

急性傳染病之病原種類繁多，致病機轉各異，必須針對其病原特性與傳播途徑採取相對應之策略。除了本於世界衛生組織(WHO)、美國疾病預防控制中心(Centers for Disease Control and

Prevention；CDC)等單位以實證科學為基礎之專業建議外，應加上過去防疫經驗的理學分析與檢討，才能據以研訂有效的防治策略，及本土傳染病控制新技術之研發。

二、抗生素抗藥性管理

(一)推動國家型抗生素管理計畫，減緩抗藥性抗藥菌傳播

參考國際抗生素管理策略，修訂查核基準並研擬獎勵方案；以抗生素合理使用及感染管制二大主軸作為因應對策，由醫院高階主管領軍，推動醫院建立跨職別類(醫師、藥師、檢驗師及感管師)合作之抗生素管理計畫，做為醫院抗生素合理使用交流平台之基礎。透過醫院內部自評及辦理外部評核作業，自多面向了解各醫院抗生素管理實況，借助追蹤輔導制度，促使醫院善盡管理抗生素之責，以達減少抗生素使用量之目的。另規劃抗生素抗藥性與全民健康保險相關指標連結，以鼓勵醫院落實抗生素管理，確保病人安全及提升醫療照護品質。同時與農委會、食品藥物管理署等相關單位共同合作，健全我國抗生素管理政策和面向。

(二)推動國家型感染管制計畫，降低醫療照護之相關感染

以「醫療照護相關感染零容忍」為目標，參考世界衛生組織(WHO)等國際性建議，並結合政府、專業團體及醫療機構等力量共同推動，以先驅研究導入創新科技，預防與控制醫療照護相關感染，以達提升醫療照護品質及病人安全，並減少國家醫療費用支出的三贏目標。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)維持腸病毒重症個案致死率在 10%以下(2015 年致死率 33%)。

(二)降低登革熱(DF)死亡病例之年平均致死率至 0.3%(2015 年致死率 0.5%)。

- (三) 醫院感染管制查核指定基準(包括推動手部衛生、推動侵入性醫療處置組合式照護措施、感染管制人力等)合格率达 90%，醫院抗生素抗藥性管制措施評核項目合格率达 85%以上。

二、長程目標(2025)

- (一) 保全瘧疾根除成果，維持無瘧疾本土新染病病例發生，三麻一風各項監測指標均超越國際之根除與消除標準。
- (二) 引進登革熱疫苗降低疾病負擔。
- (三) 醫院感染管制查核合格率达 95%，醫院抗生素抗藥性管制措施評核項目合格率达 90%以上。

第四節 達成結核再減半挑戰愛滋零成長

壹、目標

提供結核病、愛滋病患者及結核病潛伏結核感染者適切之醫療處置、完善個案管理及提升照護品質，有效控制感染人數及降低病例數。

貳、現況檢討

一、結核病

我國於 2006 年 7 月奉行政院核定實施「結核病十年減半全民動員計畫」，以有限經費(約原計畫經費 6 成)推動該項計畫，9 年內發生率降幅仍達預定目標值之 8 成。2014 年發生率每 10 萬人口 48.4 例，在 2015 年世界經濟論壇(The World Economic Forum；WEF)指出我國結核病發生率排名較 2014 年進步 3 名，顯示結核病已獲具體成效。未來，仍面臨人口老化嚴重，伴隨多重慢性病及國際交流密切，影響國內防治成效等困境，亟待努力。

二、愛滋病

我國愛滋疫情 2015 年新增通報數 2,330 人，主要為男男間不安全性行為感染，15~49 歲愛滋盛行率為 0.2%，屬低盛行率的國家。透過中長程施政計畫，2015 年新增感染人數年增率 4%，達到計畫目標值，顯示防治策略已獲得初步成效。新增感染者中，75%知道自己病況，73%知道病況者有服用藥物，87%服用藥物者其病毒量成功被抑制。未來在社會對特定族群之歧視、藥物濫用造成不安全性行為感染人數增加、醫療費用持續擴張排擠預防預算及衝擊國家財政等面向，是政策推動的重點。

參、策略

一、結核病

(一)引進新診斷技術新藥，縮短診斷治療期程

建置完整的通報機制，及早預警，並於診斷及通報流程中訂定標準檢驗流程且適時引進國際間認可檢驗診斷技術，以提供結

核病患者更快速且正確之診斷。另定期追蹤國際上新藥物之治療效益，以適時引入縮短病患或潛伏感染者治療期程。另運用各類管道，提供第一線醫療及防疫人員相關教育訓練，以提升我國結核病防治專業水準。

(二)擴大潛伏結核感染治療對象，防止後續發病

持續推動潛伏結核感染監測及治療計畫，強化相關機構自行監測與執行接觸者追蹤轉介之能力，並運用更具效益之檢驗工具，找出潛伏結核感染者，透過有效介入措施，降低結核病新個案發生。

(三)提升公衛處置效能，減少個案管理及醫療障礙

整合包括社工、心理等跨域專業，建立特殊個案之診治、照護及轉介模式，以解決個案就醫障礙。持續提供個案就醫之部分負擔補助，並依傳染病防治法，對於不合作個案落實公權力執行，避免個案成為社區傳染源。

(四)逐步拓展分子診斷及流行病學監測族群對象

建置我國基因分型資料庫系統，並以多重抗藥性結核病/超級多重抗藥性結核病個案及發生群聚等為首要對象，再階段性擴展成全面性結核病患菌株基因分型，準確判斷感染傳播鏈。

二、愛滋病

(一)強化政府行政決策體系，編列足夠防治預算

愛滋病的流行涉及社會文化與行為改變，非僅公共衛生或醫療單位能獨力完成，亟需強化中央政府間行政諮詢及決策體系，再透過組織動員力量，結合中央各部會資源並與地方及民間等機構共同合作，方能有效遏止愛滋病的蔓延。

(二)提升全民預防知能，制定反歧視去污名策略

針對全民辦理愛滋防治宣導活動，並加強第一線防疫及醫療人員教育訓練，將愛滋病基本概念、反歧視等內容納入。為保障民眾之權益，落實違反「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權

益保障條例」者，依法處以罰鍰。另依不同之易感族群，擬訂適宜之防治策略，以提升風險認知，降低其感染愛滋之機會。

(三)建構防疫醫療妥適分工的愛滋醫療照護體系

為確保愛滋病患治療無虞，積極進行藥品價格協調、集體採購、引進同品質學名藥等策略，降低醫療花費。建構防疫與醫療分工的愛滋醫療照護體系，初期與穩定治療期感染者之醫療分由政府與健保負擔。另整合社工、心理及各科別資源，提供個案整合性之醫療服務。

(四)加強整合非法藥物濫用防制與愛滋防治策略

結合教育、法務及警政單位共同推動非法藥物之管理及查緝，建立轉介諮商輔導系統，並加強非法藥物濫用宣導，同時於教育體系開設融入藥物濫用及愛滋病防治之通識課程。

(五)全面提供完善的抗病毒治療，強化預防策略

「以治療作為預防」為國際上證實有效的愛滋防治策略。藥物治療可有效降低病毒量，使傳染力降低達 80%~96%。持續提供感染者免費醫療服務，使其維持低病毒量，以落實感染者預防策略。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)結核病新案發生率降低至每 10 萬人口 32 例。
- (二)接受個案管理之愛滋感染者規則服藥率從 85%提升到 90%。
- (三)為呼應聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS)提出的「90-90-90」目標，我國設定「90-90-90」之指標，即 90%感染者知道自己病況、90%知道病況者有服用藥物、90%服用藥物者其病毒量成功被抑制。

二、長程指標(2025)

- (一)結核病新案發生率降低至每 10 萬人口 23 例。

(二)達到「92-92-92」之指標，即 92%感染者知道自己病況、92%知道病況者有服用藥物、92%服用藥物者其病毒量成功被抑制，朝世界衛生組織全球愛滋病防治策略之三零(零感染、零死亡、零歧視)願景邁進。

第五節 接軌國際杜絕新興傳染病之威脅

壹、目標

- 一、完善新興傳染病應變整備與機制，有效提升新興傳染病整體應變量能。
- 二、積極參與跨國合作，接軌國際，快速應變新興傳染病疫情。

貳、現況檢討

近年來 SARS、H1N1 新型流感、伊波拉病毒出血熱、MERS-CoV(莫士)等新興傳染病不斷發生，世界衛生組織(WHO)有鑑於此，在強化國際衛生安全及全球防衛的概念下，將阻止疾病輸入國內的措施，轉變為在疫情爆發時於源頭即進行快速應變，訂定國際衛生條例 2005(International Health Regulations 2005；IHR 2005)。為提升檢疫品質及量能，依該條例精神，積極推動「建置 IHR 指定港埠核心能力計畫」，2011 至 2013 年完成第一期指定港埠-桃園機場及高雄港的核心能力建置，2014 至 2016 年執行第二期計畫。截至 2015 年我國共有 7 個指定港埠完成核心能力建置，已涵蓋逾 95%入出境旅客及貨物吞吐量。然而防疫無國界，當前全球許多低發展國家仍無法一體適用的「國際衛生條例 2005」規範要求(截至 2015 年僅 33%WHO 會員國達到基本核心能力規範)，所以僅固守邊境防疫的概念已有所不足。因此，2014 年國際組織及美英等國推動全球衛生安全綱領(GHSA)，目前正在發展針對預防、偵測及應變的評核工具，以落實提升全球共同對抗傳染病威脅的能力。

依世界衛生組織(WHO)最新建議，我國已訂定「流感大流行因應準備第二期計畫」，進行流感疫苗、抗病毒藥劑及個人防護裝備儲備整備工作。目前已建立「防疫物資三級庫存管理制度」，並建置管理資訊系統及流通機制，其中，防疫物資全國安全儲備量已達 100%。自 2003 年起，每年編列約 2.8 億元採購抗病毒藥劑，迄今採購費用計約 45 億元，以維持抗病毒藥劑安全儲備量至少達 10%，因應緊急

疫情之需。如何在有限的資源下，面對醫療網收治大量病患、實驗診斷量能提升、整備與應變機制完備等挑戰，是未來工作重點。

參、策略

一、確保國境安全，阻絕傳染病於境外

參考國際規範，以及先進國家的檢疫政策實務，檢視並滾動修正我國檢疫作法。持續推動國際衛生條例(IHR 2005)指定港埠核心能力計畫，保全及維護核心能力，提升國際港埠安全衛生應變能力。

2014 年起推動之全球衛生安全綱領(GHSA)，強調國際跨國合作及防疫一體的概念，始能有效控制傳染病，避免疫情擴散至全球，並補國際衛生條例(IHR 2005)之不足。我國應依該綱領 9 大目標及 11 項行動方案，參與國際跨國合作，快速應變，確保國境安全，阻絕傳染病於境外。

二、精進檢驗診斷技術，準確預測風險

目前已建立新興傳染病及未知病原之檢測平台，未來應持續精進新興及再浮現病原體的檢測技術，運用次世代定序(Next Generation Sequencing)等新發展之高通量定序方法，及早偵測未知病原體。

三、整合提升傳染病醫療體系收治量能

持續藉由醫療網區正/副指揮官整合網區內各醫療機構，強化網區之區域聯防機制，有效因應疫情發生時之病患診治需求，避免疫情擴散。且應持續完備傳染病防治醫療網區應變量能，包括應變醫院軟硬體設施，確保隨時啟動量能，並儲備應變醫院啟動收治傳染病患之支援人力，以利疫情需求時，依法徵調，有效控制疫情。

四、建立藥物儲備永續模式及安全存量

(一) 應確保財源，建立靈活應變的抗病毒藥物與疫苗及採購策略，定期檢討合理儲備量，維持安全儲備量。

(二) 另應建立疫苗緊急採購機制與自製量能，掌握國際疫苗來源，發展長遠合作關係、互助機制。加入世界衛生組織(WHO)流感大流行防範框架(Pandemic influenza preparedness

framework, PIPF)，以即時共享流感病毒株與獲得疫苗和其他利益，確保流感大流行時可優先取得疫苗。

- (三) 建立儲備防疫物資之流通機制，維持中央個人防護裝備儲備量、促進庫存流通，兼顧平時物資推陳出新及疫情期間安全儲備之需求。

肆、衡量指標：

一、中程指標(2020)

- (一) 依世界衛生組織(WHO)建議多元儲備流感抗病毒藥劑，並按衛生福利部傳染病諮詢會流感防治組建議，維持安全儲備量至少全人口 10%，每年並須編列至少 2.8 億元預算辦理。
- (二) 防疫物資全國三級庫存安全儲備量，維持達成率 100%。
- (三) 全球衛生安全綱領(GHSA)11 項行動方案之外部評核結果，至少 8 項達成國際間 70~100%水準之綠色指標等級，餘 3 項至少達成 40~60%水準之黃色指標等級。

二、長程指標(2025)

- (一) 全球衛生安全綱領(GHSA) 11 項行動方案之外部評核結果，至少 10 項達成國際間 70~100%水準之綠色指標等級，餘 1 項至少達成 40~60%水準之黃色指標等級。
- (二) 朝向全球衛生安全議題之預防、減緩新興傳染病發生(Prevent avoidable epidemics)、早期偵測傳染病威脅(Detect threats early)及有效、快速應變作為(Respond rapidly and effectively)等目標邁進。

第五章 拓展全方位醫療照護體系

全球正面臨人口高齡化、少子女化及科技數位化與氣候變遷等所帶來的各種健康及環境衝擊，對於整體醫療照護需求增加，造成醫療照護資源過度耗用，加重人口扶養負擔。如何合理配置及提升醫療資源運用效益，賦予各層級醫療機構適當的角色與定位，保障醫療資源不足區民眾之就醫權益，以資訊科技提供智慧化的出院後延續性醫療照護，全面精進醫療照護體系與網絡，整合發展新型態、連續性之優質醫療照護服務，是未來努力的方向與目標。

醫事人員是完整醫療體系不可或缺之關鍵要素之一，醫療服務的提供需有足夠的醫事人力且具備良好的臨床素質，持續改善醫事人員執業環境及充實醫事人力與強化醫事人員培訓，建立長遠健全的醫療制度，仍是未來持續之施政重點。同時，發展以病人安全為核心價值之醫療體系，輔以價值為基礎的策略，藉由改善醫療結果並創造病人價值，全面提升醫療品質及確保病人安全，來達成全方位之醫療照護目標。

隨著時代的演進，因人口結構改變與科技進展日新月異，民眾除在乎各類醫療照護外，更進而重視個人健康管理，醫療保健服務與技術之升級，尖端的醫療技術、保健器材與產品應運而生，推動智能醫療、利用雲端技術，以擴大導入保健與醫療照護應用，發展多元或特殊族群友善就醫環境，已成為各國推動的重要方向。面對新興發展之醫療技術、產品，我國目前尚未有一套完整管理機制，而現有的相關法規尚未能全面涵蓋所需，是以，因應時代趨勢，如何建構完善管理機制，避免醫院軍備競賽，重新檢修法規，完備符合國際趨勢之法令制度，以及發展智能醫療，整合既有資訊科技，打破資源地域時空限制，加速病人診療決策時間，提升醫療效能，降低醫療資源耗費，是未來亟需面對的重要議題與挑戰。

第一節 完善醫療照護體系

壹、目標

- 一、精進醫院病床資源有效運用。
- 二、發展在地安老的整合性醫療照護服務模式。
- 三、強化自醫院至社區的出院轉銜機制，以及基層醫療院所於整合性醫療照護服務之角色，建立完整分層、分工的醫療照護體系。
- 四、以人本思維，健全預立醫療照護諮商制度，提升非癌症病人安寧療護利用率。

貳、現況檢討

我國的健康照護體系，將醫療機構區分為四個層級，分別為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所。醫學中心之主要任務，除急重症與尖端醫療外，也必須承擔相對之社會責任與醫學教育工作。區域醫院則提供主要的急症醫療服務，接受地區醫院及診所之轉診個案，在部分地區亦為重度級急救責任醫院。地區醫院因面臨競爭壓力，家數有逐漸下降之趨勢，部分地區醫院轉型以提供呼吸照護與血液透析服務為主。診所為主要的基層醫療服務提供者，除一般性醫療服務外，提供健康保健服務或是居家醫療服務的診所，則漸趨增加。

健康照護體系之設計，宜由基層醫療單位發揮核心功能並為主要提供者。然我國以往重視醫院的發展，加上民眾就醫習慣，傾向至大型醫院就診，導致社區醫療體系式微。面對現今慢性疾病盛行率增加及人口結構問題，對於服務連續性及個案管理的需求日益增加。無論是慢性病或老化相關之健康問題，以社區為基礎的健康照護體系，已被認為是最能有效提供民眾可近性、連續性及周全性之健康照護。

為提供民眾無縫接軌的「醫療服務體系」與「長期照顧服務體系」，全民健保試辦了「提升腦中風急性後期照護品質計畫」；這項計畫係為減少失能的發生，因應急性治療後出現暫時失能的狀況，需於黃金復健期內提供全人整合式照護，而由衛生福利部中央健康保險署於

2014 年起選擇共病較多、人數較多的腦中風疾病為試辦對象，以建立臺灣急性後期照護模式，銜接急性醫療與長期照護。

我國 2014 年十大死因以慢性疾病為主，惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病排行前 3 位。為因應這些疾病對於醫療照護體系所帶來衝擊，加上未來老化社會對於健康照護服務的需求改變，將以在地安老為思考方向，針對社區人口需求，因地制宜發展適當服務模式，使得健康服務更貼近個人需要；從過去被動提供醫療服務，轉變為主動提供健康管理，整合急性後期照護、長期照護及安寧療護等服務資源，連結社會服務體系，強化分層、分工各項服務間之轉銜機制。因此，有必要重新檢視並設計各層級醫療機構之任務與定位，透過政策工具，引導醫療機構落實其功能，並評估相關資源之適足性。

國內每萬人口病床數相較於其他國家醫院病床數下降之趨勢，我國病床數增加的原因，肇因於部分特殊病床的增加。醫院病床資源之管理應適時審視與重整。於有限的資源下，檢視並調整健康照護體系定位與功能。同時，醫院管制病床資源亦應能同步應對需求改變，適當規劃醫院特殊病床合理之分配比例與管理，以促進病床資源之運用效益。

醫療照護方式的選擇，影響醫療資源之耗用。我國在推展安寧療護服務時，常因倫理考量、或是病人與家屬抉擇不同，而導致醫病雙方對於選擇服務之疑慮，也影響末期病人之居家照護與安寧療護選擇。「病人自主權利法」為亞洲第一部病人自主權利之專法，此法之通過使臺灣病人自主權利往前邁進一大步，讓 20 歲以上具完全行為能力之意願人可透過醫療機構提供之「預立醫療照護諮商」(advance care planning, ACP)立下書面之「預立醫療決定」(advance directives, AD)，選擇接受或拒絕醫療，並經核章、公證人公證或有具完全行為能力者二人以上見證，註記於健保卡，始具效力。健全預立醫療照護諮商制度，以完善溝通過程，確保「預立醫療照護諮商」之品質，將是未來下一階段之重要工作。

鑑於 2003 年 SARS 爆發院內感染之經驗，本部透過分階段試辦全責照護，研議相關照護模式與工作指引，為因應未來少子化、高齡化及改善護理執業環境等挑戰，建立與推動醫院全責照護制度(護理輔助人力)，以提供全方位完善之照護服務為未來下一階段重要工作。

參、策略

一、納入特殊病床之管理，重建醫療資源合理分布

- (一)修正醫院設立及許可擴充辦法、醫療機構設置標準等法規，納入特殊病床資源管理機制。
- (二)檢視次醫療區域劃分情形，檢討每萬人口管制病床之合理量與合理分配，逐步將特殊病床、急性後期、急診後送病床、專責一般醫療主治醫師照護病床等納入資源管理。
- (三)為滿足急重症醫療下轉，以及社區急性後期醫療或社區安寧療護服務發展所需之資源，對於供給已達飽和之特殊病床，如洗腎治療床或呼吸照護病床，鼓勵其轉型為急性後期照護病床或安寧病床，特別是鼓勵社區醫院提供相關資源。

二、建立延續性醫療照顧模式

- (一) 檢討與形塑醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所及其他醫事機構(如長照機構提供醫療服務者)新的任務與定位
- (二) 鼓勵國內基層醫療機構及社區醫院在確保服務品質的前提下，提供社區居家安寧緩和醫療照護服務，共同建構以病人為中心之安寧緩和醫療照護網絡。
- (三) 以心血管、腦中風等疾病為優先，發展自醫院至社區的分層、分工之整合性健康照護服務模式及服務網絡，強化出院轉銜機制，以及基層醫療院所於整合性醫療照護服務之角色。

三、發展維護病人自主權利之醫療作業模式

- (一) 訂定預立醫療照護諮商之醫療機構資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項等事項之法規。

- (二) 成立「病人自主權利法諮議會」，研議所適用之 5 種臨床條件之具體判斷標準及參考程序，推動相關試辦計畫，
- (三) 辦理醫護人員教育訓練及民眾之宣導，建立病人自主權利之正確觀念。

四、發展醫院全責照護(護理輔助人力)服務模式

- (一) 建立護理輔助人力標準化訓練課程與認證機制。
- (二) 發展醫院全責照護(護理輔助人力)服務模式之相關配套措施(含付費模式、業務範疇、人力配置等)。
- (三) 試辦醫院全責照護計畫。
- (四) 訂定護理輔助人力配置標準及相關管理規定。
- (五) 輔導鼓勵醫院推動全責照護服務模式。

五、普及安寧緩和醫療照護

- (一) 持續辦理安寧緩和醫療觀念宣導與教育，引導民眾擁有正確之安寧緩和醫療觀念。
- (二) 請各縣市政府衛生局協同醫療網區域網絡，辦理生命末期臨終照護意願徵詢相關訓練課程，強化臨床醫護人員對安寧緩和醫療的正確觀念，以保障末期病人醫療品質。
- (三) 持續提升民眾及醫護人員對安寧療護服務之認知，增加安寧療護服務之利用率，另因癌症病情告知乃安寧療護之入門石，除持續協助醫院進行病情告知，並衛教民眾病情告知的重要性，倡議「病情告知，尊重病人的知曉權、選擇權與拒絕無效醫療。把掌握生命尊嚴的鑰匙，交回到病人手中，生死兩無憾」，捍衛癌症病人的醫療人權。

肆、衡量指標

一、中程目標(2020)

- (一) 檢討 50 個醫療次區域病床之合理量與合理分配，並將特殊病床納入管制病床資源管理。

- (二)發展心血管及腦中風疾病之出院後健康照護服務模式及服務網絡。
- (三)全國 5 縣市建置社區安寧照護服務網絡。
- (四)建置預立醫療照護諮商流程及預立醫療決定註記於健保卡之模式
- (五)醫學中心級以上醫院均具備「預立醫療照護諮商」之能力。
- (六)建立各級全責照護服務模式及相關規定。
- (七)簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書並註記健保卡人數累計達 70 萬人、往生者死前接受安寧緩和醫療服務之比例達 20%。
- (八)提升安寧療護服務利用率，癌症病人死亡前兩年使用安寧療護之比率上升至 55%。(2013 年 45%)

二、長程目標(2025)

- (一)全國 22 縣市均建置社區安寧照護服務網絡。
- (二)以心血管及腦中風疾病為基礎，建立涵蓋出院後準備服務、急性後期醫療服務、居家與安寧療護之整合性醫療照護服務模式與服務網絡。
- (三)「預立醫療決定」註記人數達 3 萬人。
- (四)全面醫院實施全責照護服務。
- (五)簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書並註記健保卡人數累計達 100 萬人、病人接受安寧緩和醫療服務之比例達 30%。
- (六)提升癌症病人死亡前兩年使用安寧療護之比率達 60%。

第二節 精進緊急醫療照護

壹、目標

- 一、均衡緊急醫療資源分布，促進在地化醫療連續性服務。
- 二、推動整合各層級醫療資源，共同強化兒科緊急醫療照護能力。
- 三、提升急診就醫環境效能與優質化，整合性照護網絡。

貳、現況檢討

依據本部 2014 年統計資料，急診共計有 7,334,056 人次於急診就醫，醫院急診服務量平均每日達 20,093 人次，與 2004 年相較，平均每日急診人次增加 6.7%。其中損傷及中毒有 1,957,134 人次、症狀及診斷欠明之各種病態有 1,783,858 人次、循環系統疾病 (含高血壓與心臟疾病)有 534,635 人次、妊娠生產及產褥期之併發症計有 264,452 人次，周產期病態(新生兒破傷風除外)28,919 人次。又臺灣自 1993 年起邁入高齡化社會，65 歲以上老年人口所占總人口比率持續攀升，2014 年底已達 12%，推估於 2025 年將達到 20%。其中 65 歲以上老人之每十萬人口急診就診率或急診醫療費用皆隨年齡增加而成長，占總醫療費用之 31%，且呈現逐年上升之趨勢，顯示急診環境愈形複雜與艱鉅。

我國於 1995 年緊急醫療救護法公布施行後，1997 年公告「救護技術員管理要點」作為救護技術員訓練之依據，並於 2001 年公告增訂高級救護技術員之規範，允許高級救護技術員於預立醫療流程下，可執行執行注射或給藥、施行氣管插管、電擊術及使用體外心律器。截至全國各級救護技術員，共計 40,590 人，與 2012 年相較增加 10,247 人，2015 年各級救護技術員所佔比例為初級(69.7%)、中級(27%)、高級(3.3%)，其中高級救護技術員，僅有消防、國防兩機關送訓，比例為 5：1；中級救護技術員，消防機關佔 93.1%，國軍約佔 5-6%，民間救護車公司、醫療院所等其他約佔 1%。

為提升偏鄉離島地區急重症醫療照護品質及能量，自 2013 年起推動醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院之急重症醫師人力，

協助提升急診、加護病房、腦中風、心血管、重大外傷、高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)之醫療服務資源與品質。其中偏鄉離島神經專科醫師招募不易，而治療急性缺血性腦中風，目前臨床實證唯一有效的藥物是靜脈血栓溶解劑。為提高施打靜脈血栓溶解劑治療急性腦中風病人之比率，降低病人失能之情形，以及減少社會、醫療成本之支出，將仿效國外先進國家之作法，成立整合性腦中風照護網絡。

另為強化急救責任醫院服務與照護能力，本部自 2009 年開始，將「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」等服務內容納入醫院緊急醫療能力分級指定項目，以提供民眾就醫參考。並自 2015 年起要求申請中度級急救責任醫院評定者，均皆須評定「高危險妊娠孕產婦與新生兒(含早產兒)」章節，以逐步提升照護能力。目前全國急救責任醫院各縣市具中度級以上「高危險妊娠與新生兒緊急醫療」照護能力達 85%，未來則朝向所有中度級急救責任醫院，均通過「高危險妊娠孕產婦與新生兒(含早產兒)」章節為目標。

隨著人口的老化、健保就醫自由性、交通生活圈日漸便利，急診壅塞(擠)與就醫品質成為影響緊急醫療照護品質的重要問題。目前全國急救責任醫院共計有 194 家，負責 24 小時全天候民眾緊急傷病醫療服務。又急診病人來源有 75%為民眾自行就醫、10%救護車後送、15%曾先就診而由其他醫療院所轉入，急診留觀時間過長易使病患無法得到適切照護、隱私受限與醫療需求未獲得滿足，急診轉住院後之住院天數增加，醫療費用支出增加，與容易造成急診返診病情惡化、死亡。老年病人由於慢性疾病的增加，在急診的病情表現比年輕族群複雜，留置時間延長，更讓大醫院急診壅塞問題更形嚴重。有鑑於急診醫療費用之成長，且面臨高齡化社會之衝擊，落實急診分級及轉診制度，結合其他醫療服務提供後續照護，為未來政策規劃之重要方向。

參、策略

一、改善緊急醫療資源分布策略

- (一)強化醫學中心「提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質」任務指標，支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務，逐步提升偏遠離島地區急重症醫療照護品質及能量，以達到醫院緊急醫療能力分級所需之標準。
- (二)持續補充偏鄉護理人力，辦理「偏鄉護理 200 菁英計畫」及「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」，監測公費生實際接受培訓完成人數及履約人數，確實掌握人力執業狀況。
- (三)推動遠距醫療並修改相關法規，強化偏遠地區之身心障礙者與老年人口醫療照護服務，並規劃成立腦中風照護網絡。
- (四)辦理偏鄉地區重度級醫院緊急醫療服務品質提升計畫，協助維持當地唯一重度級醫院，促進在地緊急醫療可近性與有效性。

二、強化婦、兒科醫療照護能力策略

- (一)提升醫學中心級兒童醫院(目前 4 家兒童醫院)重難症醫療照護能力及品質，以精進兒童專屬及優質之就醫環境。
- (二)補助醫療資源不足地區的醫院提供 24 小時的兒科醫療：獎勵醫學中心支援醫療資源不足地區之急救責任醫院，挹注兒科、急診等急重症醫師人力，充實各醫院急重症醫師人力。
- (三)獎補助經費予全國 370 家醫院，持續辦理兒科照護指標收集作業，以即時監測國內現行兒科照護品質。
- (四)強化醫療資源不足地區與緊急醫療資源不足地區急救責任之醫院之 24 小時急診及內、外、婦產、兒科門住診服務，總額部門醫療費用一點一元保障。
- (五)建置兒童醫學及健康研究之資源整合平台，優化兒童醫學與健康相關研究，以促進兒科資源之統整及有效運用。
- (六)鼓勵醫學中心級兒童醫院，積極發展具國際競爭力之兒科重難症醫療服務，對現有提供兒科服務之醫院，強化其發展特

色醫療服務之能力。

三、提升緊急醫療效能、維護急診病患之就醫品質策略

- (一)強化智慧型緊急醫療：分別包括送院前與醫院急診智慧緊急醫療二部分，送院前緊急醫療的智慧強化，係透過消防、衛生與醫院三方之公民產學合作，將涉及時間搶救之疾病，如中風、心臟疾病等，運用合適的判定設備與傳輸方式，強化送院前救護處理資料即時傳送，縮短醫院治療之前置作業，進而增加病患處置時間機會，讓 AED、消防救護、醫院搶救無縫接軌。另醫院急診醫療照會，推動遠距方式，來提供重要之緊急醫療相關專科照會與醫療處置。
- (二)推動醫院急診救護技術助理制度：積極培訓各級救護技術員(EMT)、修正「救護技術員管理要點」與「醫療指導醫師實施辦法」，提供各醫院辦理緊急醫療救護工作，包括大量病患送院前(含臨時醫療站)救護、醫院急診緊急救護輔助工作，以因應災難發生時救護能量與急診高齡就診救護服務人力之需求。
- (三)擴大推動醫學中心支援急診、內、外、婦、兒、麻、神經、骨、整外、耳鼻喉、眼科等緊急醫療相關專科醫師人力，共同提升偏鄉急診醫療照護能力。
- (四)規劃全國 194 家急救責任醫院急診轉診網絡之區域聯防網，提供急診病人向上、平行、向下轉診，與特定緊急傷病患之綠色通道之緊急醫療服務。
- (五)增修「醫院緊急醫療能力分級評定規定」，包括增加燒傷照護章節、偏鄉特殊醫師人力、緊急醫療遠距照會、壅塞品質指標等修定，以有效落實管理醫院緊急醫療品質與效能。
- (六)建置我國燒燙傷病人資料庫，並納入法規管理，以整合我國燒燙傷病人自緊急救護至後續治療復健全階段之醫療資料，以利資訊管理、交流及相關分析應用。

肆、衡量指標

一、中程目標(2020)

- (一)六大健保分區中，有三分區至少有 1 個整合型照護網絡，提供急性缺血性腦中風病人採用遠距醫療施打靜脈血栓溶解劑治療服務。
- (二)全國急救責任醫院各縣市具中度級以上「高危險妊娠與新生兒緊急醫療」照護能力達 90%。
- (三)每一縣市至少有一家急救責任醫院完成有關智慧緊急醫療達 25%。
- (四)救護技術員成長率 1.5 倍。
- (五)醫院燒燙傷病人資料登錄率達 100%

二、長程目標(2025)

- (一)六大健保分區中，每一分區至少有 1 個整合型照護網絡，提供急性缺血性腦中風病人採用遠距醫療施打靜脈血栓溶解劑治療服務。
- (二)全國急救責任醫院各縣市具中度級以上「高危險妊娠與新生兒緊急醫療」照護能力達 100%。
- (三)每一縣市至少有一家急救責任醫院完成有關智慧緊急醫療達 50%。
- (四)救護技術員成長率 3 倍。
- (五)醫院燒燙傷病人資料登錄率達 100%

第三節 精進醫事人力培育

壹、目標

- 一、改善醫事人員勞動條件，合理配置醫事人力。
- 二、強化醫師整合醫療能力，提升基層醫療服務品質。發展專責一般醫療主治醫師整合照護模式，具體落實住院病人全人照護。
- 三、健全住院醫師培訓制度，建構完整的訓練模式，提升住院醫師訓練之深度與廣度。
- 四、培育重點科別公費醫師及其他醫事人員公費生，充實偏遠地區醫事人力。
- 五、發展與建構國內護理分級混合照護制度，使護理人員回歸專業工作，改善職場環境，提升留任與回流。

貳、現況檢討

醫事人力之規劃與培育，為醫療照護體系中重要的一環，其最終目的乃在於提供全體國民適時、適切的醫療照顧，就經濟學之角度而言，追求供給與需求的平衡是市場機制發揮最大功能的不二法則，雖然醫療市場不同於一般市場，但追求「供給與需求的平衡」目標是一致的，而數量之外，均衡人力分布亦為影響可近性之重要因素。

因應高齡化社會來臨，人口老化導致慢性病醫療服務需求提升，未來相關專科醫師人力需求亦將增加，然近年由於社會經濟、醫療環境、保險給付、人口結構改變及民眾對於醫療需求之期待提高等現象，致使住院醫師選擇執業科別之意願隨之改變，而生活品質、工時、醫療糾紛等考量已成為重要因素之一，導致急重難症科別住院醫師招收不易，住院醫師人力相對困窘，各專科別之人力發展情形，亦隨之產生改變，尤其內、外、婦、兒、急診醫學科等基礎照顧科別，更是呈現成長趨緩之情形，104 年五大科住院醫師平均招收率為 83%。基此。醫療執業環境與勞動條件之改善尤為重要。惟因醫師工作之高度專業性及與特殊性與一般行業不同，工時之改善涉及民眾之就醫權益，復以各科性質懸殊，所以工時改善仍需以漸進之方式辦理。

而偏遠地區因特殊地理、經濟條件及交通不易等，醫事人力羅致更為困難，致使部分地區民眾之醫療需求無法被有效滿足。依據國家衛生研究院對於內、外、婦、兒、急診專科醫師人力研究結果，10 年內五大科醫師老化問題，偏鄉地區及急重科醫師人力可能首當其衝。為有效解決原住民及離島地區醫事人力缺乏問題，落實醫療在地化，我國於 1969 年開始進行原住民及離島地區醫事人員培育政策；從 2007 年起，更增加培育人數，由每年平均培育 10 名醫師增加至 27 名。到 2014 年為止，培育醫事人員 869 名，分別為醫師 463 名、牙醫師 69 名、護理人員 236 名、其他醫事人員 101 名。實施多年以來，畢業後公費生均分發返鄉服務，7 成公費醫師服務期滿，仍留任偏鄉服務。

護理人力短缺亦一直是世界各國面臨之問題；依據本部對醫院醫療服務量之定期調查，近六年來(1999 至 2014 年)全國執業人數佔領證人數約 6 成，全國離職率介於 10.4%至 13.1%，空缺率為 4.5%至 7.4%，顯示國內醫院近年來一直存有護理人力不足問題，該現象於 2011 年至 2012 年達最高峰，護理人力缺口超過 7,000 人。此人力不足情形亦反映在醫院招募護理人員的困難度，依前調查結果，醫院招募困難度平均達 76%。

另依據相關調查研究及文獻顯示，影響護理人員離職原因主要為晉升、薪資及工作壓力等問題，故本部與護理相關專家及團體共擬改革策略，並於 2012 年 5 月起推動「護理改革近中程計畫」，積極著手執行各項改革措施，以降低護理人員工作負荷、提高護理薪資及待遇、改善職場環境，促使留任及回流。

護理改革計畫推動迄今，截至 2014 年底全國護理人員總執業人數為 147,818 人，較改革前增加 11,403 人，而離職率、空缺率、招募困難度皆有下降趨勢，但參考國際間以空缺率高於 5%為人力缺乏之指標，及能留任護理人員、營造高護理品質的優質職場之離職率 10.30%(2012 年美國護理認證中心網頁資料)，顯見護理改革計畫雖已

初見成效，但護理人力短缺問題仍未能完全解決，故仍需繼續努力，以促使護理人力留任及回流。

參、策略

一、定期評估各類醫事人員供需狀況，配合公費醫事人員養成制度，培育重點科別需求人力，確保偏鄉醫事人力需求無虞。

二、改善醫療執業環境

(一) 確保醫師勞動權益

1. 透過教學醫院評鑑制度，逐步規範住院醫師工時由 88 小時、78 小時至 68 小時，並要求醫院須符合勞工安全衛生法、職業災害勞工保護法等法令之規定。

2. 透過住院醫師自行通報工時之管道，掌握住院醫師工時動態，並將住院醫師工時、休息、休假列入契約約定，由各縣市衛生局就醫院訂定之契約內容進行查核

3. 將醫師工時、職業災害、保險條件等事項入法規範。

(二) 推廣整合性醫療照護模式，配合急診後送病房設置標準規範及健保支付制度論質計酬方式之檢討，將醫院專責醫療主治醫師照護病房設置制度化。

(三) 擴大辦理醫療風險救濟至內、外、婦、兒、急診等科別之全面醫療事故。

(四) 強化 22 縣市醫療調處能力及機制，迅速解決醫療爭議，維護醫病雙方權益。

(五) 增加專科護理師等輔助人力培育，協助醫師處理常規性臨床照護工作；檢討公立醫院人事員額總額限制人力聘用問題，活絡公立醫院人力運用，補足人力缺口，減輕醫師工作負荷。

三、推動醫師勞動權益法制化，與各團體社會對話，研議法制化，納入勞動基準法適用範圍。

四、提升醫師整合醫學能力，規劃 2 年期醫師畢業後一般醫學(PGY)

訓練，提升新進醫師診療品質。

- 五、進行專科醫師訓練改革，強調住院醫師臨床學習評量、同儕學習及合理的訓練強度及時數，並推動聯合訓練模式。
- 六、發展專科醫師訓練里程碑制度(milestone)，訂定專科醫師訓練各階段應完成之次核心能力(subcompetencies)與進階制度。
- 七、修法明定醫療財團法人盈餘使用範圍，落實用於醫療人員執業環境改善及投入社會公益活動。
- 八、持續推動護理改革中長程計畫。
- 九、滾動式修正及訂定合理醫院評鑑護病比，擴大辦理住院護理費給付與護病比連動機制。
- 十、積極輔導醫院建立優質護理職場，協同勞動部落實勞動條件檢查。
- 十一、發展護理輔助人力制度，試辦護理輔助人力之訓練培育，建立標準化課程，研議適當輔助人力比與工作內容，作為制度推動基礎。
- 十二、賡續辦理「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」及偏鄉護理菁英計畫公費生培育，監測公費生實際接受培訓完成人數及履約人數，確實掌握人力執業狀況。

衡量指標

一、中程目標(2020)

- (一)每位西醫服務人口數 471 人。
- (二)五大科住院醫師平均招收率 85%。
- (三)將醫師職業災害、退休撫卹等，納入勞動基準法保障，以 84 條之 1 議定工時，並推動住院醫師每週工時 78 小時。
- (四)每位護理人員服務人口數：150 人。
- (五)護理人員執業率達 62%。
- (六)培育公費醫事人員，每年達 40-60 名。

(七)推動醫療爭議處理及醫療事故補償相關法案立法通過，並擬定子法及配套措施。

二、長程目標(2025)

(一)每位西醫服務人口數 430 人。

(二)落實勞基法對於醫師勞動權益之保障，並推動住院醫師每週工時 68 小時。

(三)實施專科醫師訓練的學習里程碑(milestone)制度。

(四)每位護理人員服務人口數：135 人。

(五)護理人員執業率達 65%。

(六)依本部原住民及離島地區醫事人員養成計畫第三期，推估至 2025 年養成計畫公費醫師至山地離島服務者可達 300 人。

(七)落實醫療爭議處理及醫療事故補償相關法案之執行，且適時檢討修訂其內容。

第四節 落實病人安全核心價值

壹、目標

- 一、強化醫療品質監測機制，鼓勵醫院持續改善品質。
- 二、建立安全、有效及以病人安全為核心價值之醫療服務。
- 三、病人安全通報法制化，強化異常管理。
- 四、推動重大病安事件根本原因分析，使醫療機構具備提升病人安全的分析及改善能力。

貳、現況檢討

病人安全，是指在醫療過程中所採取的必要措施，來避免或預防病人不良的結果或傷害，包括預防錯誤、偏誤與意外。病人安全之保障如何付諸實踐，美國不僅只在機構內部設有同儕審查機制，而且也成立醫療機構聯合評鑑委員會(JCAHO)，於 1995 年開啟外部通報系統，就此對全國性醫療瑕疵的警訊事件進行統整分析，以廣為探知醫療錯誤之成因及其防制策略。

另基於醫療照護系統的高技術性、高專業性以及各個元素間的緊密互動性，潛在錯誤或系統性失效對民眾就醫安全是一大威脅，而身處其中的人員往往習慣於職場環境存在的既有錯誤行為模式，導致潛在問題不易發現。所以當錯誤發生，如何從錯誤中學習是一重要的課題，美國醫療政策智庫機構 Institute of Medicine 提出「建立通報系統」的建議，我國自 2004 年起著手建置台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-Safety Reporting System, 以下簡稱 TPR)，以「匿名、自願、無究責、保密、共同學習」為宗旨鼓勵各界參與，近期每年均約可收納超過 7 萬件不良事件通報量，經校正後每年約有 6 萬件左右的收件量，本部運用 TPR 資料庫辦理案例學習、警示訊息、制定年度工作目標及教育訓練等作業，以降低重複的錯誤在不同醫事機構間重複發生。惟 TPR 尚無法源依據可辦理強制通報作業，現行多數通報機構考量後續衍生醫療糾紛爭議之困擾，將通報案件避重就輕，使通報資料庫欠缺

重大案件之通報，致難以掌握我國不良事件之全貌，是未來應思考努力的方向。

又醫療本身有其風險，然而醫療事故或爭議事件如走上司法訴訟，醫病雙方動輒面臨纏訟 2 到 10 年的窘境，不論最後何者在司法上獲勝，雙方均已耗費龐大精神與物質之代價，進而導致防衛性醫療興起，影響醫病正常互動，最終仍不利於病人就醫與民眾健康。因此，醫療事故的處理，應有更合適的管道可供選擇，在 104 年 12 月 10 日立法院三讀通過的「生產事故救濟條例」即率先引進「根本原因分析」(Root Cause Analysis)機制，以完整調查、原因徹底分析、公布與學習，並搭配 TPR 機制，有助真相釐清及同儕學習，兼顧病人就醫權益、醫事執業風險保障與整體醫療品質的提升。

根本原因分析是最常使用進行分析的方法，可針對警訊事件用來找出造成執行效能變異最基本或根本原因的程序，但國內各醫療院所缺乏可自行分析影響病人安全因素的專業能力，因此，未來可先蒐集並比較各國執行 RCA 分析的病安事件，邀請國內專家及醫院共識決定國內需進行 RCA 的事件類型，研擬「醫院根本原因分析調查標準作業程序」後，輔導醫院自行訂定院內需進行 RCA 的病安事件。

國內醫療機構漸呈兩極化發展，醫療機構競爭力的提升，應同時兼顧醫療成本改善與創造服務品質兩項目標，而非一昧的追求降低成本，卻犧牲照護品質。為帶動整體健康照護品質優質化，提倡與協調醫療機構專業盡責，鼓勵民眾參與性與增加透明度，我國於 2014 年開始辦理「醫院品質績效量測指標系統與落實品質改善計畫」(以下簡稱醫品改善計畫)，期藉由獎勵與獎補助機制，敦促醫院進行品質指標之提報與監測，輔導提升品質績效、落實醫療團隊之整合、改善專業品質潛在之弱點及導引新型服務模式。國內發展醫療品質指標已有十餘年歷史，並深入醫療服務流程中，惟對於提高指標執行成果之正確性，建構透明、公開的醫療品質資訊資料庫，結合醫療品質監測及指標發展之生命週期，完善醫療品質持續改善機制等事項仍有努力

空間；而且缺乏風險校正之後的疾病指標，可明確提供給醫療界或民參做為就醫參考。

本部自 1988 年起依據醫療法第 28 條規定，辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑，並於 2004 年辦理評鑑合格醫院追蹤輔導訪查，2010 年起增加即時追蹤輔導訪查機制，以持續監督醫院醫療服務品質。經多年努力，已由傳統的「結構面」、「專業品質」評鑑逐漸轉為以整體醫療服務成果表現為觀點，著重「流程面」、「結果面」及「以病人為中心」、「強調病人安全」的方向，因應未來健康照護體系發展需要，除持續檢討評估醫院評鑑提供醫院外部監控品質改善之模式，亦應協助醫院發展特色醫療服務，以提升醫療品質。

為簡化醫院評鑑資料準備作業，本部亦規劃建置「醫院評鑑持續性監測系統」，提供醫院於平時即可提報監測指標資料之資訊平台，將 4 年一次準備文書資料的作業分散於平時完成，並設置歷年提報資料下載等功能以便於監測醫療品質，作為醫院內部品質持續改善之機制並即時掌握醫療品質，使評鑑作業日常化，提供更客觀及更符合臨床實務的審核機制。

參、策略

一、建構醫療品質與病人安全網絡

(一)建立「台灣病人安全通報系統」(Taiwan Patient-safety Reporting system, TPR)強制通報法源依據，並推動通報系統醫療傷害補償或醫療責任保險制度。

(二)持續輔導國內醫療機構醫療品質與病人安全目標作業。

(三)結合全國醫療機構與醫事人員，配合政策推展病人安全。

(四)適時檢視安全針具法規適用範圍，落實醫療院所全面提供安全針具政策。

(五)制訂重大病安事件之根本原因分析機制(RCA)，並配合病人安全通報，以匿名、保密、共同學習方式，強化病人安全。

二、推動醫療品質指標監測

- (一)整合健保資料庫及國健署癌登資料庫，建置全國醫療品質有效指標資料庫，有效監測品質績效。
- (二)透過上述完整資料，有效稽核及資料分析，以實證醫學鞭策品質提升。
- (三)推動醫院進行品質優化方案及病人參與醫療決策等模式，輔導跨層級機構合作，推動整體健康照護品質。
- (四)推動醫療品質績效指標公開機制，揭露整體或特定疾病之品質績效。
- (五)建立基層院所醫療品質指標改善機制，擴大推廣範疇，供各界檢視。

三、持續醫院評鑑改革

- (一)建構全國整體或特定疾病之醫療品質指標資料庫或整合資訊平台，發展監測指標系統，分析指標趨勢，作為醫院內部監控改善、評鑑及政府決策參考。
- (二)健康照護體系健全發展，強化不同層級醫院之定位與功能，建立特色醫院評鑑標準，發展特殊功能醫院。
- (三)推廣 EMR、PHR 自動化指標收集作業，即時匯入去辨識資料，以系統性延續醫療服務品質。
- (四)改革醫學中心評鑑制度，引導醫學中心教學研究及負擔社會責任，強化醫學中心任務及功能。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)全國 90%醫院加入提報品質指標通報系統。
- (二)80%醫院可以自動化模式收集通報指標資料。
- (三)完成整合健保資料庫及癌登資料庫，資料互相串聯。
- (四)建立 10 項病人層級之醫療品質指標資訊。
- (五)建立 TPR 強制通報法源依據。

二、長程指標(2025)

- (一)全國 95%醫院加入提報品質指標通報系統。
- (二)100%醫院可以自動化模式收集通報指標資料。
- (三)對嚴重或死亡事件的根本原因分析完成率達 50%以上。
- (四)推動 15 項病人層級之醫療品質指標資訊。
- (五)建立 TPR 通報，透過巨量資料庫，強化弱點分析及異常管理。

第五節 發展中醫健康照護

壹、目標

- 一、健全安全、有效之優質中醫醫療照護服務環境。
- 二、健全中醫醫療與照護團隊，強化中醫特色之護理、藥事、推拿人員培訓與輔導，提供民眾醫療照護。
- 三、完備畢業後教育訓練及專科醫師制度，培育現代中醫新人才。
- 四、拓展中醫多元醫療服務，發展合宜中西醫療合作模式，提供民眾多重就醫選擇。
- 五、推動中醫特色之健康照顧服務，支援長期照顧體系。
- 六、促進中醫養生保健服務發展。

貳、現況檢討

隨著醫藥科技創新研發、公共衛生改善，人類健康增進與壽命延長，但同時也伴隨著老年人口增加、長期多重慢性疾病困擾民眾生活品質與沈重的醫療費用負擔等問題。中醫醫學是先人醫療經驗累積的智慧結晶，其在預防疾病、養生保健及慢性疾病治療上，有相當的特色；我國為中醫與西醫併行之雙主流醫療體系，也並為全民健康保險給付之服務項目，在面對未來健康照護資源有限，民眾需求增加之趨勢，如何推展中醫健康照護在疾病防治與健康促進上的應用，善用中、西醫之長共同合作，加乘健康照護服務效果，減輕健康照護資源耗用，是值得關注的課題。

現代醫療健康照護服務，具有高度專業與分工合作之特性。目前中醫藥領域，僅中醫師具有完整中醫專業教育及證照制度，繼中醫一般醫學訓練、中醫住院醫師訓練制度實施後，仍須精進中醫專科醫師制度發展，培育具有競爭力之中醫師。此外，中醫醫療團隊成員，例如：中藥、中醫護理、中醫醫事技術輔助(如推拿)人員之專業培育訓練制度有待持續發展，以提供民眾完善之中醫醫療服務。

由於健康照護資源的可近性與普遍性，常見民眾中西醫複向求診、多重用藥，不只造成醫療資源浪費，也影響健康照顧服務效果。在長期慢性疾病照護方面，研究顯示中醫服務對於預防及減緩失智症的精神行為異常，改善失能者之褥瘡、便秘、疼痛、跌倒、關節退化及中風的再發生，具明顯改善效果，也普為民眾接受。長遠思考，中醫治未病、養生與調理等特色之相關服務或產品，如能融入西方醫學健康照護體系，參與長期照顧、預防醫學領域，有助減輕高齡、慢性疾病者失能程度與改善亞健康狀態，進而減輕因病失能者對國家資源的負擔與照顧服務人力需求。

近年來，民眾追求養生保健，利用傳統民俗調理服務紓解身心疲勞之風氣興盛，此類源於中醫醫學理論之保健服務如能適當引導管理，將可促進中醫特色養生休閒產業發展。2012 年 10 月 17 日行政院消費者保護會第 8 次會議指定本部為民俗調理業之中央目的事業主管機關後，本部已積極朝健全從業行為輔導、發展技能評量制度，以保護消費者權益。惟民俗調理業從業行為與營業秩序管理，涉及國民健康、經濟發展與公共安全等跨部門之治理，有待持續連結政府各部門合作。

參、策略

一、健全中醫健康照護人力

- (一) 推動中醫醫療機構負責醫師訓練、中醫住院醫師訓練與發展中醫專科醫師制度，兼顧培育具有全人醫療能力與專科特色之中醫師。
- (二) 辦理中醫臨床技能測驗中心計畫，建置中醫臨床客觀技能評估(OSCE)方式，培育臨床優良師資，提升臨床訓練品質。
- (三) 辦理中醫護理人員教育訓練，提供護理人員接受中醫基本及進階護理訓練，落實辨證施護，提升中醫護理照護品質。
- (四) 推動中醫醫療團隊成員教考訓用培育制度。

二、促進多元化中西醫合作服務

- (一) 推動中西醫合作照護，發展中醫日間照護、中醫參與長期顧服務及中醫參與戒毒治療等多元服務模式。
- (二) 輔導教學醫院逐步完備中醫多元照護團隊量能與發展特色，持續辦理中醫醫療機構(部門)評鑑與輔導，保障民眾醫療服務品質。

三、推動中醫預防醫學與養生保健服務發展

- (一) 建立民俗調理人員職能基準、技能檢定標準與考試，制定民俗調理業專法，結合產業與教育資源，完備教考訓用人才培育，提升民俗調理服務品質。
- (二) 發展中醫健康預防醫學，應用於預防疾病與改善體能。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 每年培育中醫負責醫師至少 250 名。
- (二) 建置 3 家中醫臨床技能測驗中心。
- (三) 建立 1 科中醫專科醫師甄審制度。
- (四) 建立 3 種病種或特定診斷之中西醫合作照護模式
- (五) 建立 3 種病種或特定診斷之中醫日間照護模式。
- (六) 訂定中醫護理進階訓練課程。
- (七) 訂定中醫護理技術作業標準手冊。
- (八) 建置傳統整復推拿初級技術員職能基準，發展初級技術員職能導向標準課程。
- (九) 完成 1 項具有保健功能之中藥食療方或健康食品。

二、長程指標(2025)

- (一) 每年培育中醫負責醫師至少 280 名。
- (二) 建立中醫臨床技能測驗題庫，並應用於中醫臨床技能測驗。
- (三) 至少建立 2 科中醫專科醫師甄審制度。
- (四) 設有中醫部門之公立教學醫院，全面提供中西醫合治服務。

- (五) 設有中醫學系大學之附設醫院，可提供特定病種或診斷之中西醫合作照護、中醫日間照護服務。
- (六) 建置傳統整復推拿人員技能檢定標準，辦理技術士技能檢定考試，培育傳統整復推拿技術人員。
- (七) 制定民俗調理業管理法，落實民俗調理從業人員管理，提供民眾安全健康養生環境。
- (八) 完成 1 項中醫預防醫學(如太極拳)，應用於健康促進(如肌耐力)或改善生活品質(如睡眠)之臨床效益評估。

第六節 智慧醫療安心回家

壹、目標

- 一、將傳統紙本出院準備服務計畫網路化，以此為基礎建置後續特定疾病遠距照顧模式，提升醫院與病人之醫療資訊連結。
- 二、運用物聯網(internet of things, IOT)科技，以擴大醫療照顧模式之應用，增加病人的自我照顧能力，減少病人再住院比率、縮短住院天數。
- 三、掌握當前醫療服務發展動態，創新前瞻性電子病歷服務模式，協助醫療院所開發整合相關技術，落實電子病歷的核心價值。
- 四、透過整合醫藥、健保、防疫、保健、社政、福利等國家型資料庫，建置預警式醫療健康照護監控系統，即時分析資料，立刻模擬應變計畫。

貳、現況檢討

對某些疾病而言，病人出院後，病人及家屬需要投入相當多心力及時間照顧，有時因受限於照顧者現有之能力及人力，常會要求延長住院，但實質上當醫院通知病人出院，代表疾病已穩定，持續住院只剩復健、服藥、換藥……等專業醫護依賴度較低的照護工作，所延長之住院天數，不僅增加病人感染的風險、醫療費用負擔，也影響醫療人力之運用，進而影響整體醫療品質和病人安全，所以醫院如何降低病人出院前之焦慮及疑慮，是病人能否安心回家的關鍵。

讓病人安心回家，需考量基層醫療 3C2A (comprehensiveness, coordination, continuity, accessibility, accountability)，透過資訊科技將醫療延伸至社區，建立病人健康需求與醫療網絡間之資訊連結，落實醫囑及病後照顧，讓醫院成為病人及家屬的後盾，可創造民眾健康、醫療資源及醫療人力之三贏局面。

本部於 2009 年度起配合行政院政策辦理「加速辦理智慧醫療照護計畫」並新增「加速醫療院所實施電子病歷系統計畫」分項計畫，然而「加速醫療院所實施電子病歷系統計畫」為推動電子病歷之主要

政策執行依據。2013 年起推動工作係以加強擴散為目標，鼓勵醫療院所實施電子病歷，上傳各項電子病交換單張索引資料，並介接電子病歷交換中心。針對基本醫療機構，透過醫療雲，推動國內各級基層衛生所及診所導入電子病歷雲端調閱功能，達到醫療資源分享，提升整體醫療品質，降低重複檢驗檢查及重複用藥目標。目前已完成出院病摘、門診病歷、門診用藥、血液檢查及醫療影像報告等五項電子病歷單張，供醫療院所跨院查詢及調閱，未來應透過創新應用之規劃，改善醫療照護連續性及即時性，提升醫療品質，增進電子病歷之效用。

參、策略

一、由疾病管理延伸至全民健康管理

初期聚焦延續照護需求較高之病人導入智慧照護模式，例如：心衰竭、中風復健；中期將依使用者意見結合健康照護模式，建立出院病人之延續性照護；長期將健康業務之推動，擴展至全民自主健康管理模式。

二、以資訊科技提供智慧化的出院後延續性醫療照護模式

(一)運用現有遠距健康照護服務平台，鼓勵醫院將病人出院準備服務計畫網路化(結合遠距健康照護服務平台現有社會福利、衛教、照護資源、病友或照顧者支持團體.....等)，於病人出院前(或住院中)指導及鼓勵病人運用此網路服務取得所需資訊。

(二) 結合現行遠距健康照護服務平台資訊，提供病人可至社區量測站(例如藥局、衛生所)、租賃或購買居家型、穿戴式裝置，檢測生理數據、拍攝傷口影像、登錄飲食及用藥情況、測量血糖值或血氧濃度、或將病情相關疑問上傳至病情管理系統。而此系統將設定參數，當病人之檢測數據異常時，甚至可在病況危急時，即時通知醫療團隊與病人或家屬聯絡，系統同時自動回饋相關衛教或是就醫建議訊息，醫療團隊(如個案

管理師)亦可透過病人上傳之數據或影像，評估病人的病情進展、恢復進度或回覆病人提問，讓病人出院後，亦能獲得適當的持續性照護。

三、建立訊息交換平台

鼓勵醫院或支持團體為原有的病友會或聯誼會建置網路互動溝通平台(社群平台)，邀請專業人員(如：醫護、社工、心理師.....等)、病人、家屬及照顧者一同參與平台，透過網路訊息發布、發問及討論，使病人或照顧者學習或交流照顧技巧、提升病人自我照顧能力，病人及家屬也可透過平台取得醫療、照顧或社會福利之專業建議，病人之間或照顧者之間也可以透過平台互相支持、支援，緩和情緒及壓力，減少出院後的焦慮害怕，也可提高其對醫療照護的滿意程度，減輕病人及其家屬的經濟與精神上的負擔。

四、全民推廣教育

(一)結合醫療保健社群，以健康資訊分享、互動，如運動 APP、運動網站、健康護照等，提升民眾自我健康意識、強化預防勝於治療的概念。

(二)病人、民眾之相關健康量測數據，整合至醫療紀錄，或是藉由相關健康軟體做自我健康管理，同時也可讓家人了解被照護者之身體狀況，讓量測數據不只是監測健康，而是個人健康護照。為能使電子病歷之實施及跨院交換持續進行，除了擴大醫療院所推廣，同時加強資料品質管控，未來將透過醫院評鑑及納入健保申報機制，以落實醫療資源共享。

五、對於已施行多年且帶領社區醫療群發展之中大型醫院，在確保資訊技術、整體架構、標準規範及資訊安全之下，設法開放醫院私有雲環境發展，以利未來醫療資料加值應用。

六、持續以委託研究計畫方式(如急性後期醫療照顧、高齡門診或兒童發展聯合評估等特殊族群應用、三高門診或失智等特定疾病整

合)，尋求電子病歷互通及應用之規劃目標，以作為推動政策制定之參考，實現電子病歷發展藍圖目標。

七、配合醫療科技發展，適時鬆綁通訊醫療法規，針對慢性疾病、病情發展較為穩定之疾病或輕症疾病，透過通訊設施連結在宅之病人與醫療機構之醫師，直接進行互動式診療，免除病人至醫療機構等候看病之時間。

肆、肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)為提升醫療照護連續性及醫療品質，將於 2020 年完成電子病歷之加值應用 10 項以上。

(二)修正醫師法有關通訊醫療之規定，擴大通訊醫療之適用範圍。

(三)建構國家型衛生福利資料庫，啟用預警式醫療健康照護監控系統，以醫院應變為主，針對災難、疫情，建構 10 套模擬應變計畫。

二、長程指標(2025)

(一)2025 年發展出 15 種疾病別出院後延續照護需求較高之智慧照護模式。

(二)為提升醫療照護連續性及醫療品質，將於 2025 年完成電子病歷之加值應用 20 項

(三)每位民眾可透過國家型衛生福利資料庫連結醫院生物資料庫預測及預防醫療情形。

第七節 醫療服務多元友善

壹、目標

- 一、發展多元友善就醫環境，服務不同文化之新住民及外籍病友。
- 二、打造優質國際醫療服務，形塑臺灣醫療品牌國際市場。
- 三、因應電子商務全球趨勢，醫療機構提供電子支付服務普及化。
- 四、提升我國民眾對器官捐贈移植之認同，策進器官捐贈移植政策。
- 五、建置國際規格之國家型組織保存庫，符合國人移植醫療需求，回饋國際社會。
- 六、領先全球新興醫療科技，建立兼顧病人自主及醫學倫理之管理機制。

貳、現況檢討

逐年增加的新住民人數，現已成為台灣社會中之重要族群，但是從觀察台灣近幾年的族群結構改變，可以看出目前在台灣增加的新住民應該是國際醫療服務的既有客群之一，然而新住民由於語言及文化上的隔閡，在接受醫療服務時遭遇諸多不便，新住民無法順利傳達症狀給醫護人員，而醫護人員在說明治療方式及後續追蹤方法時也很難被完全理解。目前僅有少數醫院提供新住民友善門診，足見具語言及文化隔閡的新住民在醫療服務流程中所遇到的障礙，也表現出不諳英語的國際醫療病患來台就醫時將遭受的困境。

我國醫療服務有品質佳、服務好及價格合理三項優點，願意來臺灣接受醫療服務或追求健康的之國際病患不斷攀升。為因應醫療服務國際化及產業化之潮流趨勢，透過推動醫療服務國際化平台建立之方式，並結合產、官、學界之相關資源及醫療服務網絡，帶動我國醫療服務產業進步。臺灣醫療五大強項享譽國際，包括：活體肝臟移植手術、顱顏重建手術、心血管治療及內外科手術、人工生殖技術、關節置換手術等。截至 2014 年來台接受醫療、健檢及美容醫學之外籍人士已將進 26 萬人次，比 2008 年的 68,500 人次成長 3.8 倍，醫療本身

及帶動的相關產業總產值約 141 億元，比 2008 年的 19 億元成長達 7.4 倍。

目前公立醫院多數已達成可提供非現金支付且國內已有個別銀行提供「行動銀行 APP」繳納醫療費用服務，或由個別醫院與銀行共同開發「醫療 APP 行動繳費」服務，提供手機行動支付，後端皆是透過銀行公會「全國性繳費平台」，使能接受使用電子支付服務之機構越多，才能擴大醫院提供電子支付服務比率。

據統計，我國器官捐贈等待人數累計已達八千餘人，其中又以等待腎臟器官移植人數為最多(佔 76%)，其次依序為肝臟(佔 13%)、眼角膜(佔 8%)等，然而我國每年屍體器官捐贈人數僅約二百餘人，受惠人數僅約八百人，供需失衡嚴重，器官捐贈觀念及風氣尚待提升。

部分捐贈器官或組織(如眼角膜、皮膚等)之使用，較少於移植前進行品質之管控或品質管控流程不一，應建置高規格國家型器官保存庫，提升我國器官或組織品質管控制度，為移植病人安全把關。

經濟全球化與科技進展日新月異，促使醫療服務與技術之升級，尖端的醫療技術、醫療器材與產品，因應而生，不論是基因治療、組織醫學工程、細胞治療、質子治癌設備等，這些高科技醫療產業，未來勢必在臨床應用上愈趨蓬勃發展，並造就個人化醫療的應用潛能與價值。面對新興發展之醫療技術、產品，目前尚未有一套完整管理機制，而現有的相關法規可能未能全面涵蓋所需，是以，因應時代趨勢，建立完善管理機制，避免醫院軍備競賽，修正現有的法規或增列新規範，有其時代背景之需要，以確保民眾安全與醫療品質。

參、策略

一、發展多元友善就醫環境

(一)為使外籍病患來台就醫，能與醫療機構雙方進行良善溝通以減少醫療糾紛，訂定外籍病友來台就醫時，可能使用之相關外語化文件。

(二)醫療機構其環境所標示之語言朝多國語言發展，建立通譯協助

及相關對應機制協助外籍病患。

(三) 努力拓展國際醫療目標市場，營造多元醫療環境與醫療服務。

(四) 鼓勵醫療機構設立海外據點及遠距醫療中心，提供病友就醫後回國之後續照護。

二、醫療品牌國際化

(一) 有效複製僑安專案成功經驗，拓展東南亞各國醫療產業與臺灣進行實質合作，加強我國推動國際醫療之顯著效益。

(二) 結合觀光概念，發展國際醫療模式

(三) 活化中小型醫療機構參與國際醫療，進行非健保給付的國際人士健康檢查與美容醫學。

三、普及醫療電子支付

(一) 為擴大電子支付使用之範圍，將電子支付不侷限於醫療費，可增加對於如病歷之索取之相關費用等。

(二) 與金融單位合作，提供多元運用規劃，增加醫院廣泛設置電子支付之意願。

(三) 搭配智慧型電子載具結合電子支付之系統，增加便利性提升民眾使用率。

四、策進器官捐贈移植制度

(一) 持續辦理器官捐贈觀念宣導與教育，引導民眾擁有正確之器官捐贈觀念，以增加器官捐贈率。

(二) 規劃有利於民眾器官捐贈之制度，並落實與確保各項措施之完善。

五、建置國家型器官保存庫

(一) 建置高規格國家型組織保存庫(如：眼角膜、皮膚保存庫等)，輔以國際認證，落實標準處理檢驗之程序。

(二) 與國際知名組織保存庫建立合作模式，提升器官或組織之摘取技術及品質管控制度。

六、發展新興醫療科技

- (一) 辦理新興醫療技術或醫材之科技醫療評估，適時引進國內運用。
- (二) 建置高科技醫療技術或設備之管理機制，設立專家諮議會議，協助制訂政策。
- (三) 參酌產官學研之意見及國際最新法規，研擬符合時代趨勢之法規或規範，促進我國高科技醫療產業多元化之發展。
- (四) 定期邀集新興醫療科技相關之專家，辦理學術交流，培訓醫療科技人才，深耕新興醫療科技基礎。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 提供多元醫療保健資訊，編製至少日文、阿拉伯文、英文、越南、印尼、柬埔寨及泰文等語版，提供新住民或外國籍病患運用。
- (二) 國際人士慕臺之名，接受醫療服務人次突破 50 萬，並帶動我國健康相關產業之發展，總體產值預計可達到新臺幣 300 億元。
- (三) 推廣電子支付與支付系統環境建置，提升可使用電子支付(全國繳費網、行動支付、感應式金融卡、感應式信用卡、小額付款服務)之醫院比率達 30%。
- (四) 簽署器官捐贈同意書並註記健保卡人數累計達 45 萬人，占總人口數 2%；國內屍體器官捐贈率達死亡人口數千分之 2。

二、長程指標(2025)

- (一) 妥善建置電子支付之軟硬體設施，推升使用電子支付(全國繳費網、行動支付、感應式金融卡、感應式信用卡、小額付款服務)之醫院比率達 100%。
- (二) 簽署器官捐贈同意書並註記健保卡人數累計達 90 萬人，佔總人口數百分之 4；國內屍體器官捐贈率達死亡人口數千分之 4。

(三) 國內捐贈之眼角膜、皮膚等組織之處理檢驗率達 100%

第六章 構築食品藥物安心消費環境

近年來，國際對於食品安全之管理，除關注食品病原微生物、食品添加物、農藥及動物用藥等衛生安全外，也逐漸重視食品安全風險分析、食品供應鏈全程管理、新穎食品成分管理等課題。有鑑於此，衛生福利部逐步施行「食品三級品管制度」，健全「檢舉人保障機制」與設立「食品安全保護基金」，建構食品安全保護制度。

藥品(包括西藥及中藥)與一般消費品不同，影響身體健康及生命安全，因此衛生福利部多年來致力於藥品法規修訂與國際接軌、審查簡化與管理一元化、源頭製造與管理、流通與品質監測，並強化藥品安全監測機制，確保民眾用藥安全。而臺灣已邁入高齡化社會，對於醫療保健科技產品的需求大幅提升；面對國內醫療器材產業的活絡，管理政策應能快速調整與國際管理趨勢接軌。所以衛生福利部以風險管理為基礎，規劃健全完善的全生命週期品質管理機制，分別從生產源頭控管、上市前把關、上市後監督、藥商及產品通路管理、法規管理國際化及專業諮詢輔導等各層面著手，建立完整醫療器材全生命週期的品質管理政策。

在食品及藥物管理方面，以「藥求安全，食在安心」為使命，並以「全民信賴的食藥安全守護者，創造食品藥物安全消費環境」為願景，建構健全完善的食品藥物安全管理體系，實踐促進全民健康與福祉的承諾。

第一節 重建食品安全管理機制

壹、目標

一、持續推動與國際調和之食品法規與食品業者管理

參考國際法規與盱衡我國現況，持續精進食品法規，保障消費者權益。為控管食品安全與衛生，已訂有「食品良好衛生規範準則」(GHP)，作為所有食品業者須符合的衛生基準，且於 2003 年起陸續實施食品安全管制系統(HACCP)，強化食品製程的安全控管。配合食品安全衛生管理法修正，2014 年訂定「食品安全管制系統準則」。此外，推動食品業者登錄管理制度、輔導業者建立追溯追蹤系統，並同步推動三級品管制度，提升食品業者的衛生安全管理能力。

二、透過強化跨部會合作機制以健全產製流通之監管

強化各組織部門的任務功能，培養緊密的合作機制，建立從垂直到橫向的溝通聯繫管道，使食品安全的管理政策、法規及稽查檢驗等面向，更加有效地整合與精進。且為強化稽查效能，行政院啟動跨部會的「食品安全聯合稽查與取締小組」，結合多元資源，將民生食品列為稽查重點。針對天然毒素、環境污染物、食品添加物等，建立常態性監測機制與國家食品安全檢驗網絡，於發生食品安全事件時，即時因應緊急事件。

三、完善精進輸入食品及特定食品之管理

為完善食品輸入管理，新修訂的食品安全衛生管理法特別增加「食品輸入管理」專章，明訂輸入食品的查驗、申報及境外源頭管理等相關規定。此外，針對特定食品進行查驗登記管理，包括食品添加物及基因改造食品原料等。

貳、現況檢討

近年來食品標示不實、摻偽假冒等衛生安全事件頻傳，影響民眾對食品安全的信心。衛生福利部為完善食品管理，將強化風險資訊蒐集及分析能力，落實源頭管理與食品產製流通的監管，以提升管理效率，重建食品安全管理機制。

一、無工商登記食品業者數多，自主管理未有效落實

國內食品業別繁多，其中以食品販賣業、通路業、餐飲業、攤販為多，但業者素質參差不齊，不熟悉法規，加上流動性高，若發生重大食品安全事件時，衛生機關難以即時釐清原因及掌握產品流向。歷年來相關的稽查與查核結果，仍有衛生管控不足等缺失，雖有事後補強措施，仍無法全面有效預防食品安全事件。

二、食品產製及流通的監管資源不足，認證檢驗環境待精進

部分業者的違法行為推陳出新，增加稽查工作困難度，且衛生機關人員流動頻繁，影響食品衛生管理政策推動。為因應層出不窮的食品安全事件、突發事件及法規修訂，需持續精進檢驗技術，同時擴大民間實驗室參與。

三、境外源頭管理及食品添加物管理須持續精進

近年重大國際食品安全事件層出不窮，加上國際食品貿易頻繁，國外問題產品流入我國消費市場的問題防不勝防，顯示輸入食品源頭管理與雙邊合作的重要性。國內食品添加物業者規模大小及專業水準參差不齊，且對食品添加物瞭解有限，自主管理能力不足，導致誤用、違規使用食品添加物的事件一再發生。

四、食品事件違規態樣複雜，持續檢討風險管理機制

近年食安事件的違規態樣日漸新穎、複雜，且擴及多個不同部會的業管權責，故各部會間如何協調與合作，定期檢討食品的風險管理機制，將是有效降低食品安全事件的重點。

參、策略

一、法規標準與時俱進，食品業者全程化管理

(一) 持續精進法規標準與食品標示規定，與國際接軌

因應國際間對於食品安全衛生法規標準的重視與更新，隨時蒐集資料及分析評估，以訂定與國際接軌的法規標準與標示規定。

(二) 持續推動食品業者完成登錄及建立追溯與追蹤系統

為能充分掌握業者態樣，將推動食品業者辦理登錄；並實施食品追溯追蹤制度，依據風險高低，訂定食品管理優先次序，強制高風險食品業者掌握原料供應來源資料，建立產品販賣流向，並以電子方式申報。

(三) 強化業者自主管理

為加強食品業者自主管理，推動三級品管制度，第一級品管由業者進行產品自主檢驗；第二級品管由公正第三方機關(構)進行驗證；第三級品管由政府進行查驗。

二、健全食品產製及流通之監管與認證檢驗之管理

(一) 中央與地方產製及流通之監管分工整合

持續透過「食品安全聯合稽查與取締小組」，透過跨部會合作，建立後市場稽查監測機制，提升產製及流通管理效能。

(二) 健全檢驗體系環境及認證檢驗單位之管理

開發、建立檢驗方法，辦理檢驗方法訓練，建構國家實驗室、地方衛生機關與民間認可實驗室的全面實驗室網路系統，健全國家食品安全檢驗能力。

三、精進境外源頭、邊境及特定產品管理

(一) 完善輸入食品系統性查核之境外源頭管理

深化輸入食品查驗的管理，推動高風險食品系統性查核，持續透過與輸出國政府雙邊合作或其他合作模式，強化境外源頭管理。

(二) 落實高風險產品管理之三分策略

持續落實食品添加物等高風險產品管理，利用進口分流、製造分廠及販賣分業之三分策略強化管理。

肆、衡量指標

2025 年符合先進國家食品管理體系水平，使食品衛生安全品質及消費者保護達到國際水準，敦促食品業者落實、提升自主管理能力。全面落實食品安全衛生管理法，以期達到：「食品安全管理制度與法

規標準暨檢驗之國際化」、「輸入食品有安全，國產食品有保障」、「食品業者全都錄，食品流向全掌握」等目標，捍衛全民吃的衛生安全、邁向食品管理新紀元。

一、中程指標(2020)

- (一) 落實食品登錄制度，依據食品產業風險進行有效的業者自主檢驗、第三方驗證及稽查檢驗等三級品管。
- (二) 完成 40 萬家食品業者全登錄、20 類以上食品業者建立追溯追蹤系統。
- (三) 完成跨領域食品管理資源的整合，建構以資訊技術管理食品安全的食品雲，藉由橫向的跨部會協調溝通平台、以及縱向的中央地方合作機制，建立高效率的管理體系，強化全產品產銷鏈的安全管理。

二、長程指標(2025)

- (一) 擴大各類別食品業者建立追溯追蹤系統，完善食品產業產製流通管理、稽查、監測與檢驗管理體系，使食品業者依法運作，善盡企業的社會責任。
- (二) 完成整合各領域食品安全管理資訊，充分運用食品雲的追溯追蹤能力，藉由統計分析核判食安風險，阻隔不法，防患於未然。
- (三) 結合百大全國公協會民間力量，建構協力共治的食品安全管理機制。

第二節 精進藥品生命週期管理

壹、目標

一、藥政管理國際化

因應全球化市場發展及法規協和化趨勢，醫藥產品的研發日趨快速、多樣，國際間針對藥政管理法規均與時俱進、推陳出新。基於機關行政需求及國際藥政管理趨勢，宜儘速參酌先進國家現行規範架構與立法內涵，全方位通盤檢視我國藥政相關法規及相關子法條文，積極推動相關修法方案。

二、精進藥品可近性

藉由建置、導入創新產品審查機制，增進醫療迫切需求產品的可近性，同時加強潛力案源的主動搜尋及專業輔導，加速國產創新藥物及早上市，並健全藥品穩定供應及短缺評估處理機制，落實相關通報暨因應處理機制，以保障民眾多元用藥的權益與安全。另推廣 GSP/GRevP 優良送件審查規範，以期能精進藥品的審查能量與評估機制，提高品質與效率，使審查作業標準化、精簡化及資訊化。

此外，規劃培育具有國際視野、長於國際合作的人力及法規審查領航人才，培育具有足夠外語溝通、談判能力的人才，建立本署專業審查人員的國內外培訓制度。

三、源頭管理預警化

為全面管理製劑使用的原料品質，自 2016 年 1 月 1 日起所有製劑產品應使用符合 GMP 規範的原料藥、且完成來源登錄，並持續強化製劑使用的原料藥變更管理，以妥善管控藥品流通，自源頭開始建立系統化的管理制度。另外，強化邊境通關風險管理，持續找出高風險的態樣及模式，杜絕不法產品輸入，維持輸入藥物的品質。

四、產製品質一致化

提升產製品質管理與查核機制，推動我國 GCP 查核制度與國

際接軌，培育專業 GCP 查核人才。發展國際標準和風險分級管理機制，強化扶植國內藥廠發展藥品改良或創新的技術法規審查機制，並加強已核准上市藥品的變更管理技術審查，以致力維護藥物全生命週期的藥品品質和用藥安全，健全藥品上市後變更管理法規環境，強化學名藥品品質管理。

五、流通監管全面化

藉由即時監控產品上市後的品質、建構上市後查核機制、以及提升國內藥商對於藥物安全監視的認知及能力，督促藥廠、藥商確實管理藥品。另外，落實藥品優良安全監視規範(GPvP)，確保上市後產品品質及安全。建立藥品供應一律通報暨處理的機制，評估替代藥品，掌握藥品進、出貨數量，同時加強後市場產品品質監測，以確保國人的用藥安全及供需無虞。

六、藥事衛教多元化

藉由健全臺灣優良藥事執業規範與照護網絡、完善藥品轉類制度、培育高階藥事照護人才，訓練、輔導社區藥局藥師執行藥事服務，使藥事人員可以成為民眾在社區中第一線的健康守護者，提供民眾正確的藥物知識，並落實對偏遠地區民眾的健康、醫療照顧。推動風險溝通教育，建構用藥安全環境，採取分眾、分流及分級的方式，宣導、導正民眾用藥觀念，使合法藥品發揮其效益，根絕不法藥物殘害國人健康。

七、精進管制藥品管理

近年世界各國處方藥物濫用嚴重，聯合國已提出相關警示，世界各先進國家亦極為重視。面對此一問題，我們將蒐集國外法規制度及管理精神，全面檢討管制藥品管理條例，以因應時代變遷，研修符合我國國情的管理規定；未來對於管制藥品分級管理、醫療不當及屢次違規者的處罰、處方或管理管制藥品者的教育訓練、長期使用麻醉性管制藥品列報管理等各相關事項，將進行檢討修正，與先進國家的規定接軌；除確保管制藥品不致流、濫用

外，並使醫療人員妥善使用管制藥品，保障民眾健康。

八、強化藥物濫用防制

近年新興濫用藥物層出不窮，且濫用型態亦隨各地風情人文而有所差異，目前地方縣市皆已設置毒品危害防制中心，職司該縣市的藥物濫用防制工作，故結合縣市毒品危害防制中心，分析所轄藥物濫用資訊，定期進行防制工作執行效能之比較，並建構具地區特色的防制網絡，使藥物濫用防制工作更為落實、深入，澈底防杜濫用藥物。

貳、現況檢討

臺灣藥品政策分為上市前及上市後管理，涵蓋基礎研究、非臨床試驗、臨床試驗、許可證申請、優良製造以及上市後使用及流通等各個階段。為確保民眾用藥安全，應從藥品法規修訂與國際接軌、審查簡化與管理一元化、源頭製造與管理、流通與品質監測、掌控並強化藥品安全監測機制等各層面著手，以達到藥品全生命週期管理。另一方面，管制藥品含成癮性麻醉藥品、影響精神藥品與其他有加強管理必要之藥品，這些藥品雖具醫療用途，可減輕病痛，惟不當使用易造成使用者成癮，故需有效管控，避免濫用、誤用。

一、與國際藥政管理法規及管理制度的落差

隨著新興藥品陸續上市或因應時代需求新增管理項目，相關部門應隨時更新藥事與藥政相關法規，促進我國藥政法規與國際協和，甚至主動參與國際藥品管理規範的訂定，如藥品國際協和組織(ICH)的技術性審查標準，並即時更新國際管理法規，朝向精緻化的進階管理。同時加強與各國合作，增進我國藥業出口，以行動實質參與重要國際組織，並積極爭取於我國辦理各種主題的國際會議，邀請各國專家出席會議，活絡與各國的交流管道。

二、藥物審查機制及專業量能須有效全面精進，以提升可近性

新興型態藥品陸續上市，需於風險與利益評估的平衡之上建置、導入創新產品審查機制(如：細胞、基因治療產品)，增進醫

療迫切需求產品的病患用藥可近性。但目前優良送件、審查規範仍有待推展，人員訓練有待強化，以加速新藥審查的品質及效率。另外，由於國際藥品原物料短缺、製造廠設備老舊，再加上國內藥價調整及致力於藥品品質提升等因素，致使藥品供需平衡多變，需再加強供應短缺預警通報制度、管理法規及因應處理機制。

三、產製品質一致性需再強化

面對全球新藥研發產業的競爭，需建立符合國際水準的管理體系，完善現行藥品臨床試驗管理法規，並加速審查效率，建立內部 GCP 專業查核團隊與經驗傳承，以精進優質試驗環境，兼顧保障受試者安全、以及藥品臨床試驗產業發展的競爭力，讓臺灣製藥走向國際，也讓國際新藥走進臺灣。此外，為精進製劑使用的原料藥品質管理，使管理規範符合與時俱進的科技水準與專業發展，故應參考歐、美、日等先進國家的原料藥品質管理規範，推動製劑使用的原料藥須符合藥品優良製造規範，並強化學名藥品質管理，建立消費者對學名藥的信心。

四、藥物上市後的管理有待持續監視及強化

藥品上市前雖經臨床試驗，以確認其療效及安全性，然因臨床試驗有諸多限制，例如試驗時間、試驗人數、使用族群等皆相當有限，故藥品上市後於臨床使用時，仍可能發現未知或未預期的風險。因此，藥品上市後需持續監控其安全性，尤其是學名藥，應針對其品質及療效一致性進行監督，必要時採取相關風險管理措施，例如修訂仿單內容；而在此監控過程中，藥品許可證持有藥商扮演最重要的角色，應提升其藥品安全監視的認知及能力。

五、擴大現行藥事服務網絡

藥師專業角色應由傳統以藥品製備及調劑等產品服務為主，轉而朝向以病人為中心，透過醫療團隊合作，達成治療效果的專業服務。加速制定符合我國需求的「優良藥事執業規範」為現階段重要任務。而指示藥品的管理除應考量藥品本身安全與有效性，

更須考量我國國情及民眾用藥行為。

六、新興濫用藥物興起

近年隨著科技進步，經由化學合成產生的新型態濫用物質，民眾對其認知不清，往往因好奇而誤用，另歐美等先進國家的處方藥物濫用亦逐年攀升；因此未來須強化藥物濫用監控體系，以及時發現新興濫用物質，適時提出預警，並進行防制宣導教育，另亦須精進管制藥品管理，與國際管理協和化，以遏止管制藥品、處方藥物遭濫用。

參、策略

一、強化藥品(包含生物藥品)管理法規體系，提升藥品上市後安全品質監控

- (一)藥品管理法規國際協合化與審查標準國際一致化，強化製藥業送件能力。
- (二)完善藥品臨床試驗法規及改善管理效能，與國際並駕齊驅。
- (三)完善藥品原料品質優質化，推動製劑產品使用 GMP 原料藥及來源登錄，提升製藥水準，同時加強學名藥的品質，建立國人對學名藥的信心。
- (四)整合產官學研界及國際資訊，培訓審查人才，強化審查能量。彈性運用審查規費，提高進用及留任適任之國內外審查人員。
- (五)健全藥品上市後品質安全監控，提升藥品檢驗技術開發，並增強藥品風險評估機制。
- (六)迎接銀髮社會的來臨，建立全方位藥事照護網。
- (七)建立藥師專業的國際合作，資訊雙向交流。

二、落實以風險管理之 GMP 藥廠管理制度

- (一)精進查核人員專業知識及查核技能，透過 PIC/S 平台，參與國際訓練，建立聯合查廠機制，促進稽查技術交流，加強充實查核人員專業知能。

(二)精實後 PIC/S GMP 時代之藥廠監督管理，強化機動性查廠，確認藥廠 GMP 落實程度，持續辦理業者教育訓練，落實監製藥師及品質管理人員之監督管理職責，並強化嚴重違反 GMP 後續行政處理。

(三)整合資源強化輸入藥品製造品質管理，導入風險管理，持續監管國外藥廠 GMP 符合性，透過 PIC/S 平台，深化跨國合作(資訊交流、聯合稽查等)，整合國際資源，落實國外藥廠管理。

三、強化管制藥品管理機制，定期更新管制藥品資訊與法規。

(一)管制藥品法規與國際接軌，蒐集國外法規制度，並研擬建構處方藥物監控系統，提升管理效能。

(二)整合產、官、學、研界及相關的國際資訊，培訓審查人才，強化審查能量。彈性運用審查規費，提高進用及留任適任的國內外審查人員。

(三)善用管制藥品，研訂使用指引，並引進新型管制藥品，促使醫師合理處方，解決病痛問題。

(四)引進新型管制藥品，以符合醫師及病人需求，提升醫療品質。

(五)蒐集地區資訊，定期進行全國調查，分析各地的藥物濫用資訊，掌握歷年藥物濫用的變化趨勢。

(六)開發與時俱進的宣導網絡，設計分眾化的宣導教材，增進民眾認知，並結合國健署進行菸、毒防制宣導，拓展宣導量能。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)新藥及學名藥的審查符合 ICH 規範，全面推動國際公認的「通用技術性文件(CTD)」送審制度，至 2020 年符合 ICH 規範達 90%；制定再生醫學產品管理法規、基準，每年修訂至少一項與再生醫學相關的規範。另外，藥品審查及送件均符合 GRevP 及 GSP 制度，每年至少辦理一場 GRP/GSP 相關的國際會議。

- (二) 因應新醫療科技，逐年修訂與臨床試驗有關的基準、規範，推動國家級的臨床試驗資料管理及分析機構，使臺灣成為亞洲最具競爭力的臨床試驗中心。
- (三) 製造販賣中的製劑產品全面登錄使用 GMP 原料藥，持續強化製劑使用原料藥的變更管理，建立原料藥管理資訊勾稽機制，修訂變更管理相關法規，精進藥品製造源頭管控，也強化學名藥品質管控。
- (四) 持續運行藥品上市後安全監視，每年至少完成六十項藥品成分的安全性再評估，並精進我國藥品安全監視相關規範，完成至少四項相關規範的增、修訂，並落實執行藥品安全監視查核機制。
- (五) 推動藥事照護網、醫事司的醫療網相連網絡，並建立社區、居家與機構藥事照護作業模式。藥事照護納入長照服務體系，至 2020 年，超過六成的健保特約社區藥局藥師能提供在地藥事照護。
- (六) 針對老年人口的弱勢族群，分析其疼痛、失眠治療現況，並制訂管制藥品使用指引。
- (七) 提供點字或其他足以提升藥物資訊易讀性的輔助措施，並建立藥品追溯、追蹤系統，訂定相關應遵行事項。

二、長程指標(2025)

- (一) 積極參與 APEC、IGDRP、ICH、FIP 等國際重要藥政管理相關組織會議，推動跨國合作計畫，如共同審查，共同查核等。針對新興生技藥品，提升審查能力及審查能量，並建立藥品臨床效益及風險評估的量化評估模式，依藥品效益及風險評估相關規範審查藥品。
- (二) 協助至少 10 家以上國內生技醫藥業者，使其成為具高度創新及研發能力的跨國性製藥業，同時輔導 10 家以上國內臨床試

驗受託研究機構(CRO)具備跨國性 CRO 資格，以促進臺灣發展成為亞洲具競爭力的臨床試驗中心。

(三)新藥及學名藥實施符合國際審查規範的賦形劑 DMF 審查制度。

(四)完善藥品安全監視查核機制(包括查核標準、查核流程、查核小組)，依風險挑選藥商進行實地查核。

(五)於亞洲藥學會(FAPA)、世界藥學會(FIP)、西太平洋論壇(WPPF)等國際組織，推動我國藥事相關人員擔任中堅幹部，全面落實優良藥事執業作業規範(GPP)，並協助東南亞國家推動 GPP。

(六)建構在地化的防制網絡，成立 12 家以上反毒資源中心，並經由反毒資源中心結合周遭民間團體，設立 150 個以上外展點，針對濫用藥物的高危險族群，進行深入化、在地化的藥物濫用防制，並提升民眾對藥物濫用危害認知與態度的正確比例達九成以上。

第三節 領航醫療器材及化粧品管理

壹、目標

- 一、建構完善醫療器材風險管理體系。
- 二、促進化粧品法規管理國際化。
- 三、建立現代化醫療器材製造廠管理模式。
- 四、精進醫療器材上市前審查品質及效率。
- 五、發展新興醫療器材管理規範。
- 六、強化醫療器材的辨識及流通管理。
- 七、建立永續學習的醫療器材及化粧品法規人才庫。
- 八、強化民眾對醫材及化粧品安全使用的認知。

貳、現況檢討

隨著醫療器材及化粧品科技的日新月異發展，以及臺灣邁入高齡少子化社會，衛生福利部將以風險管理為基礎，致力於規劃完善全生命週期的管理機制，以有效控管醫療器材及化粧品之安全及品質，保障消費者健康。

一、醫療器材管理法規應全面落實風險管理精神

醫療器材具有不同風險等級管理的特性，且其產品種類多樣、廠商型態繁複多元，現行藥事法以藥品的規範方式難以完全適用於醫療器材的管理需求，更影響醫療器材產品上市時效。

二、化粧品管理法規需加速與國際調和

鑒於近年來化粧品流通的國際化、貿易自由化，現行管理規定已無法因應實務需求，為維護化粧品的衛生安全，提升與國際法規的調和度，大幅修訂我國化粧品管理法規，已為當前重要工作。

三、醫療器材製造廠為數眾多，稽查品質需再精進

隨著國內外醫療器材製造廠家數日益增多，政府的資源有限，為確保製造廠管理的品質及維持代施查核機構查核一致性，引進風險管理制度勢在必行。

四、醫療器材審查時效、品質、一致性與透明性需再提升

創新醫材產品日新月異，如何兼顧醫療器材產品審查的品質及效率，正面臨重大挑戰，透過提升第三方審查機構審查能量，期改善審查時效及品質。

五、新興醫療器材蓬勃發展，應協助成果商品化

因應高齡少子化社會來臨，許多公司前仆後繼跨領域涉足遠距、長照醫療器材、以及 3D 列印醫療器材領域，為促使我國新興醫材產業發展，應及早因應規劃相關法規，促進研發成果商業化。

六、醫療器材產品追溯性須有系統化的管控

近幾年標籤重貼竄改有效期限、黑心骨板流通等事件，顯示不肖業者知法犯法，因此發展上市後醫療器材快速有效的識別工具，增強市售品標示的追蹤追溯性，成為衛生主管機關重要的工作項目。

七、醫療器材及化粧品專業人才能量需增強

由於創新醫材產品日新月異，國內外醫療器材及化粧品相關法規更新快速，培育專業法規人才，對醫療器材及化粧品產業發展有極大助益。

八、民眾對醫材及化粧品的風險溝通需強化

創新醫材及化粧品產品日新月異，產品使用方法也益加多元及繁複，如何保障消費者使用醫療器材及化粧品的安全及有效，需透過多元管道及分群分眾的風險溝通教育，以強化民眾對醫材及化粧品安全使用的認知。

參、策略

一、建構醫療器材專法

(一) 以藥事法醫療器材相關條文修正草案為基礎，建構醫療器材專法全文草案。

(二) 針對修正草案對產業的影響，進行經濟分析及影響評估，制定健全的醫療器材管理機制。

(三) 研擬修訂醫療器材管理法相關子法規及配套措施，召開政策說明會，溝通、宣傳政策內容，凝聚各界共識。

(四) 完成醫療器材管理專法的立法程序。

二、修訂與國際調和的化粧品管理制度

(一) 凝聚各界共識，建立完整配套措施，積極推動修正「化粧品衛生管理條例」立法程序。

(二) 推動落實化粧品上市前登錄(NTF)制度，以加強掌握市售產品資料，且為強化產品管理，規範業者建置產品資訊檔(PIF)。依化粧品風險程度，漸進推動化粧品業者實施優良製造規範(GMP)。

三、導入風險管理概念的醫療器材製造廠管理模式

(一) 參酌國際製造廠管理規範，建立與國際接軌的品質管理與查核架構。

(二) 依據醫療器材製造廠的品項風險程度，訂定查廠的優先順序及稽查頻率，妥善有效運用資源

(三) 建立稽查人員的選訓考用制度。

四、精進醫療器材審查品質及效率

(一) 建構第三方審查機構資格認可制度，整合審查能量。

(二) 推動二階段審查方案，明訂審查週期，提升審查時效。

五、建立新興醫療器材產品管理規範

(一) 制訂遠距、長照醫療器材管理標準或規範。

(二) 完善 3D 列印醫療器材管理法規。

六、強化醫療器材的辨識及流通管理

(一) 透過前瞻性的中高風險醫療器材風險辨識研究，完善醫療器材全生命週期風險管控。

(二) 推動高風險醫療器材單一識別(UDI)印貼技術及系統導入，建置醫療器材 UDI 雲端平台。

(三) 落實醫療器材流通管理規範。

(四) 精進低風險醫療器材上市前管理，強化上市後稽查。

七、培育專業醫療器材及化粧品法規人才

- (一) 延攬及培育核心審查人才，提升審查人員素質。
- (二) 依醫材及化粧品產品生命週期，建立各分類人才培育機制。
- (三) 建立制度化醫療器材教育學程，開放讓各界人員受訓。
- (四) 建置完整 E 化課程資源，落實雲端 E 化學習考評機制，擴大及提升學習效益。

八、強化民眾對醫材及化粧品安全使用的認知

- (一) 透過上市後產品使用資訊及雲端巨量情報，評估對各不同族群具有高使用風險的醫材及化粧品品項、與大眾關心議題。
- (二) 舉辦分群分眾的風險溝通及教育課程。
- (三) 利用多元管道如網路、App 等方法，傳播擴散醫材及化粧品的安全使用知識。
- (四) 從校園醫材及化粧品安全衛生教育紮根，從小養成醫材及化粧品安全使用基礎觀念。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 每年完成至少五項醫療器材或化粧品管理法規之增、修訂公告。
- (二) 依據第三方審查機構認可標準作業程序及查檢表單，完成醫療器材第三方審查機構查核。
- (三) 針對審查人員，每年辦理各項初階及進階培訓課程至少二十場。
- (四) 每年辦理不定期查核國內醫療器材製造廠至少二十家，提升國內醫療器材製造品質，確保民眾使用安全。
- (五) 每年持續大數據及輿情分析，精進醫材及化粧品的風險溝通模式。

二、長程指標(2025)

- (一) 每年辦理高風險國外醫療器材製造廠實地查核至少五家。
- (二) 完成醫療器材專法草案及相關配套子法規五項。

- (三) 完成建置至少三項高風險醫療器材單一識別系統(UDI)雲端平台及醫院導入運行。
- (四) 盤點國內醫療器材專業人才缺口，依醫材產品生命週期，建立潛力人才分類栽培方向及機制。
- (五) 推動化粧品 GMP 制度，導引我國化粧品業者符合 GMP 規範。

第四節 健全中藥品質管理制度

壹、目標

強化中藥材源頭管理機制，提升中藥廠內部製程及確效管理能力，培訓中藥專業人才，發揚中藥商產業特色，建構中藥用藥安全環境。

貳、現況檢討

中藥材源自天然動物、植物及礦物，易受外在環境影響，存有重金屬、農藥殘留、微生物污染等風險，應予監控，以維安全衛生與品質。

為保障民眾使用中藥與中藥材之衛生安全，衛生福利部推動 3 階段中藥(材)品質管理機制：第一階段為推動中藥材之包裝標示，要求市售中藥材飲片，其標籤或包裝均應符合標示事項處理原則。第二階段則針對重金屬及黃麴毒素等異常物質，參考相關國家當前管制原則與背景值調查，訂定各種異常物質限量標準；截至目前，已公告 91 種中藥材、所有濃縮製劑與 22 方傳統製劑應分別符合總重金屬、個別重金屬與微生物等不同指定項目之異常物質限量標準。第三階段則致力於完備中藥材之源頭管理機制，自 2012 年 8 月 1 日起實施中藥材邊境查驗制度，目前已有 16 項品項執行邊境查驗。又，臺灣中藥典已收載 300 項中藥材檢驗規格與品質標準，如能精進收納訂定中藥製劑之國家法定規格標準，有助於中藥產業國際化與法規協和化。

在中藥藥事服務部分，中藥調劑目前除由中醫師執行外，修習中藥課程達適當標準之藥師亦可執行。由於中、西藥產業規模不一、健保藥事服務給付差異及中藥臨床實務訓練不足等因素，多數藥師選擇西藥藥事服務執業，導致中藥專業藥事人力明顯缺乏。

另外，中藥材供應服務人力，主要為藥事法第 103 條之中藥商，此行業屬內需性中小型企業，多以傳統經營方式管理，經營者的專業服務知識多來自師徒相授，不易系統化傳承與保存，致創新發展能力與市場競爭力不斷喪失，面對全球貿易自由化趨勢，亟待提升體質，開發商業經營特色，轉化成競爭優勢。

我國中藥廠自 2005 年 3 月 1 日起全面實施藥品優良製造規範(GMP)制度，目前有 97 家中藥 GMP 廠，22,124 張中藥藥品許可證(包括 14,036 張處方藥及 8,088 張成藥藥品許可證)及 132 張原料藥藥品許可證，對於品質確效評估，目前係採個別廠家查核輔導，因應國際間愈來愈多國家或組織以國際醫藥品稽查協約組織之藥品優良製造指引(PIC/S GMP)制度作為稽查標準之發展趨勢，首應建立實施確效作業，檢討 PIC/S GMP 法規環境，輔導中藥廠建立品質確效與品保能力，以利拓銷國際市場、提供優質中藥。

參、策略

一、提升品質與促進安全

- (一) 強化中藥材品質管制，落實中藥材邊境查驗，透過海峽兩岸醫藥衛生合作協議，確保輸入中藥材安全與品質。檢討中藥材異常物質限量標準，提升中藥製劑安全性及有效性，與各直轄市、縣市衛生局一同把關市售中藥產品，辦理市售中藥產品抽驗及包裝標示查核，並建置「中藥質控國家標準實驗室」，精進中藥品質分析方法之開發。
- (二) 持續擴充並精進中西藥交互作用資料庫及中藥不良反應通報系統功能，建立一套完整的藥品風險管控機制，降低民眾用藥風險，確保市售中藥之品質與安全，保障國人健康。

二、輔導中藥產業升級

- (一) 強化國內中藥廠 GMP 法規訓練，加速導入相關確效觀念，建構國內 PIC/S GMP 中藥法規環境，輔導中藥廠分階段實施確效作業，鼓勵並輔導有外銷需求中藥廠自願性提升，符合 PIC/S GMP 制度。
- (二) 推動中藥產業體質調整與輔導方案，導入創新元素與營運觀念，協助產業引進現代化之經營模式，提升服務品質、環境衛生及安全，以符合消費者需求。

- (三) 辦理中藥相關產業人才培育，增加新藥研發能力，帶動中藥產業發展。

三、健全法制與培訓人才

- (一) 修訂中藥查驗登記審查準則，增進中藥製藥品質。
- (二) 編修臺灣中藥典之中藥檢驗品質規格與標準，新增收載臺灣特有種中藥材品項及中藥製劑規格與標準。
- (三) 強化國內中藥查驗及稽查法規資訊與訓練，提供相關諮詢服務，增進產學實務連結，培育中藥藥品查驗及稽查人才。
- (四) 增進中藥藥事人員專業知能，強化中藥藥事服務團隊之專業分工，建立中藥專業人員教考訓用制度，完善中藥專責藥事服務。

四、精進中藥研發量能

- (一) 辦理臺灣本土中藥之療效評估，開發替代中藥材資源，減少藥材來源依賴。
- (二) 辦理創新複方之臨床療效評估，帶動產業創新發展。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 訂定中藥傳統製劑通則性重金屬限量標準。
- (二) 完成中藥廠適用之確效作業指導手冊。
- (三) 完成 30%中藥基準方濃縮製劑指標成分含量規範，並納入臺灣中藥典。
- (四) 中藥材邊境查驗合格率，達 95%以上。
- (五) 市售中藥材包裝標示查核合格率，達 96%以上。
- (六) 市售中藥材異常物質抽驗合格率，達 92%以上。
- (七) 市售中藥製劑抽驗合格率，達 95%以上。
- (八) 執行臺灣本土中藥在慢性疾病之療效評估。

二、長程指標(2025)

- (一) 臺灣中藥典所收載中藥材品項全面實施邊境查驗。

- (二) 輔導國內 10 家中藥廠自由認證實施 PIC/S GMP 制度。
- (三) 完成 50%中藥基準方濃縮製劑指標成分含量規範，並納入臺灣中藥典。
- (四) 中藥材邊境查驗合格率，達 98%以上。
- (五) 市售中藥材包裝標示查核合格率，達 99%以上。
- (六) 市售中藥材異常物質抽驗合格率，達 95%以上。
- (七) 市售中藥製劑抽驗合格率，達 97%以上。
- (八) 執行創新複方在常見疾病臨床療效評估。

第三篇 健全健康保險及年金制度

第七章 邁向全民健保新紀元

我國自 1995 年 3 月 1 日實施全民健康保險(以下稱全民健保)，在民眾、醫療院所及社會各界的支持與努力下，納保率一直維持在 99% 以上，民眾滿意度維持在 8 成以上，醫療院所特約率亦達 93%，已成功建構民眾負擔得起的醫療照護體系，實為我國重要的社會安全制度之一，並達到「普及、方便、自由、經濟、滿意度高」的成就，為全球各國所稱羨。

為迎接我國 2025 年將進入超高齡社會，全民健保在面對人口結構高齡化、少子化、疾病結構多樣化的變動下，也面臨醫療費用快速成長、弱勢民眾健康權益公平性保障等挑戰。高齡者照護與醫療服務需求密不可分，未來在健康照護體系服務的供給及需求面上，更應確保財務穩健，照護服務品質良好與醫事人力資源充足。

健康照護制度是支持社會安定的基石，本章主要就全民健保核心價值「公平」、「品質」與「效率」，藉由五大政策措施，架構更完善健康照護體系，維持健保財務平衡，提升保險費負擔公平性；調整健保支付制度，優化醫療效率及品質；結合健保、社福與長照體系，落實弱勢民眾就醫權益；妥適配置健保資源，強化給付效益與價值；運用創新科技發展，擴大健康資訊應用。期能運用多元管道，拓展健保醫療服務提供的深度及廣度，提升國人健康水平，確保民眾健康福祉。

第一節 確保健保財務穩健運作

壹、目標

- 一、提升保險費負擔公平性，健全財務制度。
- 二、落實財務收支連動機制，健保永續經營。

貳、現況檢討

一、二代健保改革

(一)健保收入短期財務穩定

全民健保係自給自足、自負盈虧之社會保險，以隨收隨付制維持短期財務平衡，主要收入來源為保險對象、雇主及政府共同分擔之保險費，占整體保險收入比率約為 95%；另有少部分補充性財源挹注，包括菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配之收入等，占整體保險收入比率約 5%。

截至 2014 年底，健保收支累計結餘約 1,260 億元，2015 年底安全準備逾 2,000 億元，短期財務狀況尚稱穩定。惟因人口老化、醫療科技進步及保險費自然成長率偏低等因素，長期仍面臨財務壓力。

(二)實施補充保險費制度，擴大費基並強化量能負擔

2013 年二代健保實施前，保險費計算基礎主要以保險對象之經常性薪資為主，但其僅占綜合所得 6 成左右，造成薪資所得者的財務責任不均，且保險費負擔金額未必與實際經濟能力相符。

為逐步擴大保險費計費基礎，提升保險費負擔公平性，二代健保新制在既有制度基礎下進行改革，對於保險對象過去未列入保險費費基之高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利、利息及租金收入等 6 項，單次給付達一定金額(兼職所得為基本工資、獎金為逾 4 倍投保金額之部分，其餘為 2 萬元)，即以就源扣繳方式收取補充保險費，使保險費費基由過去僅占綜合所得的 6 成左右，擴大至 9 成以上。

另雇主須就支付薪資所得總額與投保金額總額之差異、計收補充保險費，使薪資結構不同、但支付薪資總額相同之企業保險費負擔趨近。此外，新增政府整體經費負擔比率於扣除其他法定收入後不得低於36%之規定，以強化政府對全民健保財務責任。因財源增加，一般保險費之費率由5.17%降至4.91%。

(三)透過收支連動機制，保持財務平衡

鑑於過去健保財務長期收支失衡，二代健保已建立保險財務收支連動機制，由全民健康保險會(以下稱健保會)針對保險費率及保險給付範圍進行審議，除協議訂定及分配年度醫療給付費用總額外，於有減少保險收入或增加保險支出情事時，由保險人提出資源配置及財務平衡方案，期透過收支連動機制，確保健保長期財務平衡與穩定。

健保會已於2015年11月20日第2屆104年第10次委員會議，進行「健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨105年度全民健康保險費率審議案」之討論決議，訂定每年以協商次年度(下稱當年)起(含)第3年年底安全準備餘額超出3個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制，其調降以超出之金額計算為原則，惟若當年年底安全準備餘額不足1.5個月保險給付支出時，則啟動保險費率調漲機制，其調漲以當年起(含)第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則之「全民健保財務平衡及收支連動機制」，作為105年及未來費率審議之依據，審議結果建議2016年健保費率由4.91%調降至4.69%；補充保險費率由2%調降至1.91%，並經行政院核定後，自2016年起實施。

二、補充保險費制度的檢討與改革

二代健保新制實施後，雖可擴大計費基礎，提升保險費負擔的公平性。惟執行以來，社會各界陸續提出執行效率及公平性疑義，衛生福利部雖已立即檢討因應，儘可能在符合相關法令及不影響人民權益

之前提下，由健保署本於保險人立場，透過行政措施或實務認定解決多數執行面疑義；然部分涉及法規制度面議題，則須進一步研議。

衛生福利部於新制實施後，曾邀集各領域專家學者組成二代健保總檢討小組，就新制度進行全面檢視，並提出政策建議。針對補充保險費議題，建議近期可先研議年度結算機制之可行性，長期則應思考如何進一步擴大計費基礎，提高計費上限，並持續研議更穩健財務制度。

三、面臨人口老化醫療費用支出快速成長之挑戰

我國老化問題已愈趨嚴重，2014 年 65 歲以上老年人口已達 12.06%，占醫療費用總支出高達 33.99%。依國家發展委員會對於人口結構變動推估，2017 年老年人口將增為 14%，將邁入高齡社會；2025 年再增至 20%，邁入超高齡社會。若持續維持現行財務制度及費率，醫療費用成長速度將大於保險收入成長；為維持健保財務平衡，預估未來費率調整幅度將大幅增加。

我國人口生育率在 2010 年已為全球最低，預估人口將於 2019 年停止成長，於 2026 年開始萎縮；加上經濟成長緩慢壓力，健保長期將面臨安全準備不足壓力。

參、策略

一、落實執行健保會訂定之「全民健保財務平衡及收支連動機制」逐年檢討保險費率，俾利健保制度永續經營。

二、近期先行研議補充保險費納入年度結算機制，解決目前扣費方式所引發之公平性質疑，並使所得相同者的保險費負擔更趨一致。

三、研擬擴大保險費計費基礎及提高計費上限，使財源更充足，負擔更趨公平。

四、爭取其他補充性財源，並持續研議確保財務穩健之財務制度。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)於現行制度下落實財務收支連動機制，健保安全準備總額以符合健保法第 78 條 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。
- (二)於 2016 年底前提出對於補充保險費納入年度結算機制可行性，以及擴大保險費計費基礎與提高計費上限等檢討改善方案。

二、長程指標(2025)

- (一)於我國人口邁入超高齡社會前(2025 年)，完成考量人口結構變遷並兼具整體保險費負擔公平之長期財務平衡方案。。
- (二)提出朝向一般保險費及補充保險費收繳方式一元化方向之穩健財務方案。

第二節 持續提升醫療效率品質

壹、目標

- 一、促進科別間健保支付公平性，提高急重難科醫師回流誘因，全方位提升民眾就醫的可近性、醫療品質與照護效果。
- 二、整合與全人照護有關的全民健保醫療給付改革計畫，讓更多病人能獲得有效醫療照護。
- 三、整合居家醫療照護相關服務，提供行動不便患者整合性之全人照護。
- 四、強化醫療品質監控，確保民眾享有專業之醫療照護品質。

貳、現況檢討

一、給付效益、支付效率及醫療品質

- (一)健保給付廣泛，為維持醫療品質，新醫療技術及藥品持續納入給付，長期必然造成健保財務負擔。
- (二)目前已逐步導入第一、二階段住院支付制度改革(Tw-DRGs)，占住院醫療費用 23%，104 年第 3 季平均每件住院天數為 3.94 天，較去年同期下降 3.5%；平均每件實際醫療費用為 4 萬 2,255 點，較去年同期每件減少 400 點，下降 0.9%；3 日內再急診率為 1.95%，較去年同期減少 0.11%，下降幅度 5.4%；14 日內再住院率 3.0%，較去年減少 0.5%，減少幅度 14%。將於 105 年全面導入 Tw-DRGs 支付制度(占住院醫療費用 58%)。
- (三)優質醫療人力是高品質醫療服務的重要推手。為紓緩醫療體系出現醫事人力不足、科別分布不均之現象，全民健保已持續調高護理費用，並全面檢討支付標準，並導入全民健康保險醫療費用支付標準之醫療資源耗用相對值(RBRVS)，以改善現行高風險、高心力投入之科別醫師人力不足現象。

二、推動整合式、連續式之照護模式

- (一)我國目前醫療照護體系偏向提供片段式醫療，健康促進之預防保健資料與醫療利用資料尚待整合，雖自民國 90 年起陸續

推動論質計酬、家庭醫師整合照護、整合性門診、論人計酬等支付制度革新計畫，惟計畫眾多，有缺乏整合之虞，且所訂定之成效指標能否適切引導有效醫療，仍待檢視。

(二)對於老年人、多重慢性病及重大傷病等患者，醫療更待多元及跨單位模式整合，提供以病人為中心的照護，以最經濟醫療支出，發揮最大治療效果。

(三)我國自 1995 年全民健保開辦以來，陸續將多項居家醫療照護服務納入給付；惟不同類型居家醫療照護缺乏連續性，服務模式流於片段照護。

三、強化醫療照護品質監控、提升審查效率

(一)為確保醫療院所提供民眾適切的醫療服務，應審查特約醫療院所之醫療服務項目、數量、適當性及品質，並透過電腦醫令自動化審查，提升審查效率。

(二)為確保民眾就醫權益不因總額支付制度實施而受損，透過健保署與醫療團體共同訂定品質確保方案，對保險對象醫療服務品質滿意度調查、申訴及檢舉案件處理機制，與監測診療型態及專業服務品質，建立醫療院所輔導系統和品質資訊透明化，以提升醫療品質。

(三)為發揮全民共同參與監督機制，定期公開全民健保醫療品質資訊提供民眾就醫前參考。然目前健保申報資料有限，未必完全反映臨床醫療專業品質，因此，有關醫療品質之監控，仍需加強相關指標的選取與資料蒐集。

參、策略

一、持續改革支付制度，提升醫療效率

(一)滾動修正與檢討健保新醫療技術及藥品之給付項目，以提升給付效益。

- (二)持續執行健保支付標準調整方案，適時進行各醫療院所之成本分析調查，滾動修改及改革健保支付標準，提升科別間支付之公平性，並反映臨床實際醫療成本。
- (三)增加支付誘因，研議所需各項配套措施，並加強與醫界溝通及合作，達成全面推動住院 Tw-DRGs 支付制度之共識，提升醫療服務效率與品質。
- (四)檢討急性後期照護方案並連結長期照護體系，減少社會性住院。
- (五)落實各部門總額監控機制，研議在一定條件下的健保點值停損處理措施，避免影響醫療品質。

二、推動連續性全人照護模式，提升醫療品質

- (一)運用雲端藥歷系統與健康存摺，促進全人整合性照護；推動及整合與全人照護有關之整合性方案、跨單位結合預防保健等相關資訊；透過支付制度鼓勵區域內醫療院所成為合作夥伴，逐步推動促進預防醫學、落實轉診、提升醫療品質及醫病關係之家庭責任醫師制度，依據實證醫學，訂定有效與無效醫療指標、結果性指標，以提升醫療照護品質。
- (二)將現行依個別病人照護品質獎勵部分(如論質)，全面改為依各醫療院所病人整體照護品質(Performance)達成目標的程度，透過院所內跨醫師、跨專科合作模式，提供民眾符合臨床治療指引的照護；並透過獎勵方式，鼓勵醫師輔導民眾查詢健康存摺及健康管理，持續朝以病人為中心之連續性照護努力。
- (三)鼓勵組成整合性居家醫療照護團隊，強化個案健康管理機制，依照護對象疾病進程，提供連續性居家醫療照護。
- (四)調控合理的醫療保健支出占國內生產毛額比率，以免影響醫療品質。
- (五)與長期照顧保險無縫接軌，使民眾能獲得延續性照護。

三、醫療品質監測資料的蒐集與運用

- (一)持續檢討全民健保公開之醫療品質指標，提高民眾可讀性。
- (二)持續監測並強化民眾就醫經驗調查，以獲取病人觀點品質衡量指標與民眾意見，並進行長期趨勢分析，以作為後續政策規劃之重要依據及參考，發展以疾病別或機構別的品质測量。
- (三)加強具信度、效度的醫療表現資訊揭露，協助民眾就醫決策，並就已公開醫療品質資訊進行整體成效評估。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)落實連續式照護

- 1. 建立連續性疾病追蹤管理模式，推動全人醫療照護，落實家庭責任醫師制度，提升轉診服務，提供整合性照護服務，照護人數達 250 萬人。
- 2. 擴大推動全民健保急性後期照護方案，納入神經系統、骨骼肌肉系統、多系統功能缺損等病人，滿足急性後期照護之迫切需要。
- 3. 推動居家整合醫療照護，因應因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之增加，提供非住院之替代醫療服務，以降低住院日數。
- 4. 統整現行性質及照護對象相近之論質支付方案，建立為整合型論質支付方案。

(二)發展以民眾為主之醫療品質監測模式

- 1. 建置「全民健保民眾就醫權益長期監測研究資料分析平台」，內容包括整體健保滿意度、5 項總額支付制度實施後醫療服務利用與可近性等全國例行性調查。
- 2. 建立正確性品質資訊指標及資料庫，發展以病人經驗為主的品質資料蒐集模式。

二、長程指標(2025 年)

- (一)在實施 Tw-DRGs 之實證基礎下，鼓勵醫院進行專業自主管理，發展臨床路徑，減少不必要診療，縮短住院日數，減少併發症，降低再住院率及再急診率，進而提升醫療品質，並全面推動論質獎勵方案，提升病人整體照護品質與效率。
- (二)參考各國經驗，逐年發展民眾關心且具臨床專業意義之疾病別醫療品質指標，至 2025 年至少完成 15 項疾病別醫療品質指標開發，並進行指標監測及品質資訊公開。

第三節 落實弱勢醫療受益優先

壹、目標

- 一、強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民眾的在地醫療。
- 二、減少離島、偏遠地區及特定身心障礙致就醫不便民眾的就診奔波之苦，加強提供醫療服務及社區預防保健，提升醫療照護可近性，促使全體保險對象都能獲得適當醫療服務。
- 三、藉由醫療資源整合及社區意識融入，以點值保障偏遠地區及鄰近區域醫院，使其具備較佳醫療提供能力，全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。
- 四、落實照顧弱勢對象，提供健保保險費補助及欠費協助措施。
- 五、保障全民就醫，弱勢對象欠費不鎖卡。

貳、現況檢討

一、經濟弱勢民眾照護

經濟弱勢群眾就醫障礙包含無力繳納保險費、就醫應自行負擔部分醫療費用(以下簡稱部分負擔)。全民健保對於低收入戶、無職業榮民、失業勞工與眷屬、身心障礙者、未滿 20 歲及 55 歲以上無職業原住民、中低收入戶等，予以健保費全額或部分補助，對於未受健保費補助而有欠費者，亦提供紓困貸款、分期繳納、轉介公益團體、緊急醫療保障，並透過公益彩券回饋金、菸品健康福利捐及健保愛心專戶等措施，協助清償健保相關欠費。透過排除就醫障礙，保障經濟弱勢民眾之就醫平等。

另外，為確實保障經濟弱勢民眾就醫權益，二代健保實施後，僅就有能力繳納而拒不繳納保險費者、始暫行停止保險給付(鎖卡)，對經濟弱勢之欠費者則一律不鎖卡。截至 2014 年底，雖有 83.5 萬人欠繳保險費，但僅有 4 萬人因非經濟困難而被鎖卡。

二、地理弱勢民眾照護

山地離島及偏遠地區因地理環境及交通不便，醫療資源普遍不足，加上人口外移，當地民眾多為老弱殘疾及幼年依賴人口。為維護基本健康權益，落實醫療在地化及提高就醫可近性，全民健保於 1999 年至 2012 年分別推動下列提升醫療服務相關措施。

- (一)「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，簡稱 IDS 計畫)」：鼓勵有意願、有能力之醫療院所，因地制宜提供符合當地保險對象需求之醫療服務，目前計於 50 個山地離島地區執行 IDS 計畫，26 家責任醫院提供約 45 萬人醫療照護。
- (二)「醫療資源不足地區改善方案」：鼓勵西醫、中醫及牙醫師至醫療資源不足地區執業或提供巡迴醫療服務。
- (三)「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」：鼓勵偏遠地區醫院提供 24 小時急診或內科、外科、婦科與兒科四科之門住診服務，並給予點值保障。

全民健保對山地離島及偏遠地區之相關措施有其具體成效，然而受限於地理環境及人口分散等客觀因素，目前仍面臨以下問題：

- (一)醫療院所提供山地離島及偏遠地區之服務成本甚高，施行成效備受考驗。
- (二)人口外流及社會結構轉變，當地民眾多為老弱殘疾及幼年依賴人口，醫療利用率呈現逐年增加趨勢。
- (三)重症及緊急醫療處置或後送問題。

三、身心障礙弱勢民眾照護

全民健保 2002 年起推動「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，鼓勵醫療院所提供特定身心障礙者可近性較高之醫療服務。2014 年全年照護約 4 萬 7 千人，共約 13 萬診次，費用約 3.9 億元。

參、策略

一、持續辦理協助經濟弱勢措施

- (一)對因經濟困境而未受健保費補助，導致無法繳納保險費者，強化其他輔助措施，即結合社福、就(創)業輔導等，協助紓減經濟困境，進而排除就醫障礙，以符合健保保障就醫權益宗旨。
 - (二)持續編列預算及引進民間資源，辦理紓困貸款、分期繳納、轉介公益團體、公益彩券回饋金、菸品健康福利捐及健保愛心專戶等保險費欠費協助及保障弱勢民眾權益措施，並結合社政單位共同提供協助。
 - (三)評估補助經濟弱勢者健保費及部分負擔效益與就醫情形，適度修正補助措施。
 - (四)持續追蹤受協助之經濟弱勢者經濟情況是否獲得改善，據以評估欠費協助措施之必要性。
 - (五)受保險費補助者、20 歲以下、懷孕婦女及特殊境遇家庭受補助者，積欠健保費一律不鎖卡。
- 二、持續將醫療送進山地離島及偏遠地區，並檢討與改善現行緊急救護體系及後送機制。
- (一)滾動檢討並修訂 IDS 計畫及醫療資源不足地區改善方案。以 IDS 計畫為基礎，透過支付制度及點值保障鼓勵當地開業院所提供醫療服務，結合預防篩檢及衛生教育以強化山地離島及偏遠地區在地化醫療保健量能及整合性照護，減少無醫師之鄉鎮市(區)數。
 - (二)整合各總額西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區之實施範圍、支付水準及服務內容一致性。
 - (三)實地訪查山地離島及偏遠地區之服務內容，提升巡迴醫療站之醫療服務品質。
 - (四)山地離島及健保醫療資源缺乏地區就醫，免收或減收部分負擔，減輕當地民眾就醫負擔。

(五)強化與健全山地離島及偏遠地區之緊急救護體系及後送機制。

三、持續獎勵院所以醫療團或到宅牙醫服務等方式，提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症等身心障礙患者的齒顎矯正裝置等牙醫醫療服務，依身障等級予以加成給付，提升特定身心障礙者牙醫醫療服務可近性。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)建置衡量偏鄉醫師人力分布均勻程度之監測指標。
- (二)建置山地離島及偏遠地區民眾之健康狀態、醫療利用監測指標。
- (三)IDS 計畫及醫療資源不足地區改善方案之民眾滿意度平均達 85%以上。
- (四)醫療資源不足地區改善方案之總服務診次(時數)及總服務人次，目標達成率達 80%以上。
- (五)牙醫門診總額特殊醫療服務計畫照護人數，較 2014 年增加 20%。

二、長程指標(2025)

- (一)IDS 計畫及醫療資源不足地區改善方案之民眾滿意度平均達 90%以上。
- (二)擴大牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之照護範圍至納入 80%以上身心障礙類別。

第四節 強化醫療資源使用效益

壹、目標

- 一、逐步改革重大傷病證明核發機制與免部分負擔制度，落實照護重大傷病患者，兼顧健保醫療資源之適當使用。
- 二、逐步改革並落實部分負擔制度，以達使用者付費公平性，避免民眾不必要的就醫行為。
- 三、推動安寧照護，協助減少臨終病人無效醫療，使末期病患得以善終，減少醫療浪費。
- 四、定期辦理藥價調查及調整作業，逐步縮減藥價差，落實醫療資源合理分配。
- 五、逐步強化醫療科技評估研究量能，建立一套獨立、完備之醫療評估制度，應用至健保醫療服務及藥材之給付決策，提升健保給付效益。

貳、現況檢討

一、重大傷病之檢討

依據全民健康保險法第 48 條第 2 項規定，重大傷病患者得免自行負擔費用。隨著醫學進步，有些重大疾病之可復原性及治療效益已漸提升，應逐步落實重大傷病證明效期之檢討及核(換)發證，以減少不同疾病病人間負擔之不公平。為衡平重大傷病患者醫療照護之可近性及自我健康管理責任，實有必要逐步檢討目前重大傷病的核發機制與免部分負擔制度。

二、部分負擔之落實

部分負擔設計旨意，一是希望抑制不當資源耗用，一是促進轉診及分級醫療，亦即透過經濟誘因引導民眾就醫行為。隨著醫療科技的發展，疾病的治癒率已大幅提高，爰免除部分負擔對象及條件應重新審慎評估，以提高民眾正確成本意識。全民健康保險法第 43 條已揭禁保險對象轉診或未經轉診之應自行負擔門診或急診費用比率，應檢討並逐步落實部分負擔制度。

三、減少無效醫療

由於醫療資源有限，各國皆提倡有效醫療服務，減少無效醫療。目前國人對臨終病人之醫療及救治，有諸多醫療處置是屬於無效或低價值醫療，應加強宣導國人及醫護人員對於正確臨終的醫療觀念，建立無效或低價值的醫療共識。在支付面給予誘因，導引醫護人員執行適切照護，以抑制不當耗用醫療資源，提升資源使用效率。

103 年病患死亡前 1 年內接受安寧療護服務之人數占率為 17.6%；
癌症病患死亡前 1 年內接受安寧療護服務之人數占率為 49.0%

四、藥品價差之縮減

健保為縮減藥價差，使藥費支出更為合理，自 1999 年起，定期辦理藥價調查及藥價調整作業，讓藥品給付與市場交易連動。另為保障藥品品質及供貨無虞，亦建立藥價調升處理機制。至今雖已進行九次藥價調整，但外界認為藥價差範圍仍有持續擴大現象；且經過多次調整後，藥價給付過低，是否會造成缺藥或影響藥品品質，實有必要持續檢討藥品給付與支付制度問題。

另外，為落實整體藥費之管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，二代健保修法後，自 2013 年起試辦藥費支出目標制，預先設定藥費支出年度目標值額度，若年度結算藥費超出目標值，就啟動年度的藥價調整；並從原本二年檢討一次藥品支付價格改為每年一次，除可依市場價格合理調整藥價外，亦可增進藥價調整之可預測性。

五、醫療科技評估之推動

二代健保實施後，明訂得依據醫療科技評估結果，決定新醫療技術及新藥品、特材之給付；惟目前國內醫療科技評估制度尚未臻完善，專業人才及研究量能仍顯不足，亦缺乏可提供公正、客觀的療效及經濟評估資訊，作為協助健保做正確給付決策之獨立醫療科技評估機構及良好的運作模式。

目前全民健保委託「財團法人醫藥品查驗中心(CDE)」醫藥科技評估組，來協助健保署針對新藥及部分新特材申請健保給付案執行醫療科技評估，但限於預算，評估範圍有限，仍有很大的改善空間。國內醫療科技評估制度才剛起步，宜參考其他先進國家相關制度之作法，增強跨領域人才培育，爭取政府投入更多的行政經費，使有限的健保資源能達到有效配置，極大化健保資源價值。

依國際經驗，新藥物納入保險給付應具有透明與系統的實證評估過程，考量因素應包含醫療、經濟與社會倫理等議題，而目前醫療科技評估未將病人使用新藥物後，對疾病的治療結果、生活品質改善、達到的預期效果等實證證據納入評估機制。

參、策略

一、逐步改革部分負擔(含重大傷病)制度

- (一)已完成部分惡性腫瘤效期檢討，持續檢討各類重大傷病證明效期，據以評估訂定重大傷病證明核(換)發機制的中長程改革計畫。
- (二)配合重大傷病制度改革，評估實施門診採定率部分負擔的可行性。
- (三)推動重大傷病制度改革，評估實施部分負擔的可行性。
- (四)逐步改革部分負擔制度，研議相關配套措施，分年分階段導入，以提升部分負擔政策公平性，宣導民眾善用有限醫療資源，促進分級醫療。

二、提倡安寧緩和醫療，訂定有(無)效醫療指標

- (一)持續宣導、推廣安寧緩和醫療，調升安寧照護支付標準，獎勵醫護人員勸導臨終病人放棄或減少使用無效醫療及急救，倡導正確臨終醫療觀念，落實末期病患疾病管理，減少醫療浪費。
- (二)使基層開業醫師有機會符合服務資格，提升參與意願，藉由醫療院所及醫事人員擴大參與，宣導及推廣正確社區安寧觀

念；並鼓勵民眾於健保 IC 卡內註記安寧療護意願，進而提升民眾安寧接受度，透過社區內醫療端及民眾端之正向循環，改善社區「安寧環境」及提升「安寧可近性」，讓我國安寧涵蓋範圍擴大。

(三)依據實證醫學研究結果，訂定有效與無效醫療指標，以提升病人照護效果與品質，減少醫療浪費。

三、檢討藥品給付與支付制度

(一)研議藥品差額負擔制度，除尊重藥品廠牌之價值及提供民眾選擇機會外，亦期望提升新藥之可近性，以改善病患之生活品質及整體存活期。

(二)持續辦理藥費支出目標制，並建立機動性藥價調查，使藥品支付價格與市場交易價格更為貼近。

四、精進醫療科技評估制度

(一)善用醫療科技評估工具或先進國家已具共識之臨床醫學或經濟效益評估證據，作為評估給付項目增刪之依據，定期檢討修正給付範圍，以逐步減少低效益，引進高效益的給付項目。

(二)擴大醫療科技評估應用範疇，訂定臨床治療指引，導引正確醫療行為，運用醫療科技評估報告的部分項目，於訂定健保給付項目之不予支付指標及審查注意事項之參考。

(三)引進先進國家經驗，培養國內醫療科技評估人才與辦理教育訓練；並增強國內醫療科技評估研究量能。

(四)參酌國外將病人證據納入醫療科技評估經驗，建立收集病人對疾病治療需求與經驗之意見管道，將病人意見納入醫療科技評估與健保給付決策機制。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)於醫院總額或健保相關計畫，訂定安寧療護評估指標，推動住院安寧、安寧共同照護、安寧居家及社區安寧，提供自入

院、出院至居家相互扣連且完整的安寧整合性照護服務，以提高病患死亡前 1 年內接受安寧療護服務之人數占率至 20%；癌症病患死亡前 1 年內接受安寧療護服務之人數占率至 55%，減少重症末期病患無效醫療，節省臨終前不當醫療利用。

(二)控制西醫藥費與醫療費用之年成長率相當。

(三)完成新藥及健保收載超過 15 年之藥品等二類藥品實施差額負擔之評估及研擬相關配套，並進行相關教育宣導。

二、長程指標(2025)

(一)完成藥品差額負擔之健保法修法程序。

(二)精進醫療科技評估機制，建立完善作業模式，提供廣泛醫療科技評估資訊與服務。滾動式檢討修正已給付之醫療及藥材項目，對於不符效益項目、建立退場機制，以逐步減少低效益給付項目。另針對新科技醫療及藥材項目，運用 HTA 進行效益評估，持續引進高效益的給付項目。

第五節 擴大健保資訊加值運用

壹、目標

- 一、強化民眾的自我健康照護自主性，讓民眾將個人健康資料帶著走，就醫時可提供醫師參考，縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全與效益。
- 二、促進相關健康產業發展資料加值行動化、多元化應用開發，讓民眾可以成功老化，延後使用醫療資源，讓有限醫療資源可更有效率運用。

貳、現況檢討

運用資通訊科技，發展健保雲端藥歷及健康存摺等措施，讓健保資訊加值，使有效醫療資源皆能達到有效率運用目標。

一、健保開辦之始，即全面採用電子化申報醫療費用

全民健保實施至今，已提升整體國民醫療品質，達到社會互助、照顧弱勢之目的。全民健保的成就，除了各界支持努力，很重要的一個關鍵是開辦之初，就推動全面採用電子化申報醫療費用，應用資通訊科技，大幅節省行政管理費用。

隨著科技發展，健保署陸續在收入面及支出面，發展出更全面與更完整的資訊系統，創造低成本、高效能優勢，並於 2004 年開始全面採用健保 IC 卡，使民眾就醫的便利性邁向嶄新階段，積極研發提升民眾使用網路服務之便利性。

二、陸續推動雲端藥歷、健康存摺創新措施

國內人口老化、少子化問題日益嚴重，健康的勞動人口是社會發展的命脈，也是國家生產力的來源。要將國民的健康持續提升，必須維持健康、延緩病程。健保署基於這個概念，自 2013 年開始推動雲端藥歷、健康存摺等創新措施，希望透過開放式創新，結合醫療院所、資通訊產業、壽險、健康照顧機構等共同參與，為民眾的健康加值，提高自我競爭力，創造雙贏。

參、策略

一、強化保險便捷加值服務

- (一)整合不同身分查驗方式，介接跨機關資訊，整合相關服務，建置單一網路入口，提升民眾使用網路服務之便利性。
- (二)蒐集評估各類電子收繳模式，結合各項資訊技術，創造民眾繳費多元性與便利性。
- (三)拓展各項網路服務及現有「個人健保資料網路服務作業」功能，運用並結合行動裝置認證功能及查證機制，使民眾利用身分證號與「個人健保資料網路服務作業」密碼登入，確保資訊安全，提供民眾便捷、即時及整合的服務。

二、精進「健保醫療資訊雲端查詢系統」

- (一)持續依臨床實務所需調整系統功能，漸進擴大健保醫療資訊雲端查詢系統應用範圍，包含手術項目、過敏藥物、凝血因子用藥、管制藥品用藥、牙醫處置及手術項目、中藥用藥、復健處置、過敏藥物、檢查檢驗報告及出院病歷摘要資訊等查詢系統，提升醫師及藥師使用意願，達到系統使用普及性。
- (二)持續針對特約醫事服務機構及民眾溝通與宣導，推廣更多特約醫事服務機構使用。
- (三)彙整特定疾病用藥資訊，推廣特約醫事服務機構臨床醫事人員運用，減少不必要的醫療資源之重複使用。
- (四)建置自費藥品申報方式，鼓勵特約醫事服務機構上傳資料，載入雲端藥歷及相關藥品資訊查詢系統。
- (五)開發建置多元瀏覽，以擴大特約醫事服務機構端醫事人員可在多元化瀏覽器運作。
- (六)建置、強化健保資訊網「健保醫療資訊雲端查詢系統」雲端基礎架構與查詢服務資訊平台：規劃整合各系統介面與相關資訊內容，並建置、強化健保資訊網雲端基礎架構及查詢服務平台項目與內容的規劃與開發，以因應多樣化內容與查詢即時性需求。

三、推廣「健康存摺」運用

- (一)蒐集及建置檢驗(查)資料庫，結合健保申報資料，發展國人疾病常模，提供業界分析醫療行為及健康照護模式，發展疾病監控與評估等加值服務。
- (二)精進健康存摺系統使用介面、功能，協調各機關將資料提供健保署載入健康存摺，擴大資料完整性，讓民眾於單一資訊平台即可查詢個人各種醫療資料。
- (三)因應未來資通訊科技發展，提供多元行動化下載管道，強化民眾健康資料行動化之便利與可近性。
- (四)透過大數據(big data)分析，即時回饋民眾健康相關資訊及提升照護效率。
- (五)開發建置多元瀏覽，以符合民眾使用習慣，可在多元化瀏覽器運作。
- (六)建置、強化健保資訊網「健康存摺系統」基礎架構與查詢服務資訊平台。
- (七)促成政府、醫療及企業合作發展，創新健康科技產業。

四、發展健康保險創新智慧平台

- (一)改造醫療費用申報流程，民眾就醫時透過就醫憑證結合雲端運算即時傳遞空間時間資訊，醫療院所每日進行費用申報，將民眾就醫資料完整收載至健保署，結合巨量資料分析技術，即時自動化管理全國民眾就醫情形。
- (二)建置健保巨量資料分析平台，因應環境快速變遷，提升決策效率；提供創新前瞻性服務，提升服務品質，確保施政效能。
- (三)建置健保中央智慧系統(Central Intelligence System, CIS)，整合醫療面、支出面等相關資訊，提供完整的醫療利用資訊，進而提升管理階層對醫療決策判斷。
- (四)發展健保政府開放資料(Open Data)服務，提供民眾、醫界、產業共享的創新智慧平台。

- (五)整合長期照顧保險資訊系統，由健保資料延伸至長期照顧保險，落實「以人為中心」的全人照護，發展全人口(population-based)知識基礎的個人化服務，促成健康保險制度的全面革新，並擴大資料的加值運用範疇。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)提供豐富、易用及安全的資料，讓民眾健康資料帶著走，健康存摺下載人次達 100 萬人次。
- (二)六類藥品(降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜)用藥日數重疊率逐年下降至合理值。
- (三)完成建置健保巨量資料平台，提升巨量資料分析應用普及率至少 100 人次以上。

二、長程(2025 年)

- (一)醫療費用資料每日申報上傳、結算，民眾就醫資訊全面即時化。
- (二)創造醫療健康照護產業 1,000 億元產值。
- (三)精進健保巨量資料分析平台，提出巨量資料有關的創新應用至少 2 項。

第八章 追求國民年金永續發展

我國於 2008 年 10 月 1 日開辦國民年金保險(以下簡稱國保)，將年滿 25 歲未滿 65 歲，未受軍、公教、勞、農保等相關社會保險保障者，納入國保之保障範圍。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 25 至 65 歲國民均能受到社會保險的保障，老年經濟安全保障制度達到全面覆蓋。因此，國民年金的開辦讓我國社會安全制度進入「全民有保險、老年有保障」的新紀元。

國保提供未就業的一般國民於發生老年、身心障礙、死亡、生育等事故時，本人及遺屬均能獲得適足的基本經濟安全保障。目前每月納保人數約 355 萬人，累計納保人數約 861 萬餘人。截至 2015 年 10 月止，各項給付受益人數約 150 萬餘人(見表 9-1)。

另國保自開辦迄今，平均每月保險費收入約 26 億元，每月保險支出約 3 億元(未含年金差額 9 億元)，收入大於支出。截至 2015 年 11 月底止，國保基金積存數額為 2,158 億元，財務實屬健全。

表 8-1：國民年金給付核付人數統計 統計日期：2015.12.15

給付種類		核付人數
保險 給付	老年年金給付	65 萬 5,770 人
	生育給付	1 萬 4,294 人
	身心障礙年金給付	5,785 人
	喪葬給付	1 萬 4,413 人
	遺屬年金給付	6 萬 3,142 人
其他 給付	老年基本保證年金	69 萬 8,011 人
	身心障礙基本保證年金	2 萬 1,377 人
	原住民給付	3 萬 6,604 人
總計		150 萬 9,396 人

為落實全民有保障之目標，建構完善社會安全網路，提供民眾基本經濟生活保障，衛生福利部持續從納保服務、給付權益及財務健全等面向加強努力，以確實保障被保險人老年經濟安全，促進國民年金制度永續發展。

第一節 提升納保服務之品質與效率

壹、目標

- 一、確實將未能於相關社會保險獲得保障的國民予以納保，建構公平合理社會安全體系。
- 二、提高被保險人繳費率，確實保障其老年經濟安全。

貳、現況檢討

國保係為確保未能於相關社會保險獲得適足保障之國民，於老年、生育及發生身心障礙時之基本經濟安全，並謀遺屬生活安定，使我國正式跨入「全民均有保險」的嶄新紀元。

惟考量社會保險資源不重複配置原則，並確實保障民眾老年基本經濟生活，爰需持續檢視國保納保範圍是否公平合理，以及是否與其他社會保險有重複保障問題，又如何與其他社會保險間建立合宜銜接機制，亦須持續檢視研議。

國保採社會保險制度方式辦理，具備「自助互助」、「風險分擔」功能，集合全體被保險人與政府繳納保險費，用以保障被保險人發生保險事故時，本人及家屬基本經濟生活；且基於「繳費義務」與「給付權利」對等原則，被保險人未盡繳費義務者，即無法享受給付權益。衛生福利部正持續透過各種政策溝通方式，鼓勵被保險人儘量按時繳納保險費，以保障未來發生保險事故時領取給付權益。

一、社會保險重複保障問題

國保開辦就朝著與相關社會保險無縫接軌的方向努力，期待全民均能納入社會安全網，故會產生部分民眾於退休至請領相關社會保險老年給付前之短暫時差，亦被強制納入國保，如部分公教人員退休離職後因選擇暫不領取養老給付，或因未立即申請老年給付，亦會短暫被納入國保。

原規劃以公保養老給付或勞保老年給付支應其老年生活的人，並無意願加入國保，故收到國保繳款單時，常會產生政府機關擾民、行政效能不彰等民怨；且因國保年資短，導致年金給付金額偏低，對老

年生活保障亦屬有限，外界爰有社會保險資源重複保障及徒增民眾困擾疑義。

二、繳費率提升不易

國保具有「柔性強制加保」特性，主要係因被保險人多屬未就業之經濟弱勢者，因此對於未繳保險費之被保險人不動用強制執行相關規定，並於國民年金法第 17 條明訂，被保險人有 10 年之保險費補繳期限(惟須加徵少許利息)。

另因國保為長期性社會保險，年輕被保險人對於領取老年年金給付較無急迫性，以致國保被保險人繳費能力及意願相較其他社會保險低(2008 年 10 月開辦迄今，被保險人累積收繳率僅約 56.42%)；且受限整體經濟環境不佳，繳費率提升實屬不易。

2015 年勞動部勞工保險局(以下簡稱勞保局)辦理國民年金保險費欠費催收成效，截至同年 12 月 7 日止，催收欠費金額總計 225 億 1,750 萬 776 元，已繳納金額計 10 億 6,144 萬 7,417 元，已繳金額佔欠費總金額 4.71%。

參、策略

一、持續檢討修正國民年金法有關納保條件規定

有關民眾符合公教保養老給付請領資格或勞保退保當月領取勞保老年給付者，衛生福利部將研擬修正國民年金法相關規定，明訂得視同已領取各該社會保險老年給付、排除納入國保，避免社會保險資源重複並減少民怨。另將持續蒐集各界意見，使國保納保條件更公平合理。

二、加強協助經濟弱勢者申請保險費補助，並以分眾方式加強與民眾溝通說明國保好處，以提升被保險人繳費意願及繳費率

依勞保局研究分析，被保險人未繳費原因，以無力繳納的經濟因素為主、無意願繳納因素次之，未來加強提升繳費率之策略與措施如下：

(一)針對「短期納保或累積欠費較少」者，因多數已再度就業，繳費能力較高，故將請勞保局優先納入每年度之欠費催收對象，積極寄送欠費繳款單及宣導摺頁，提醒被保險人儘快繳清欠費，以保障給付權益。

(二)針對「無力繳納保險費」者，因經濟偏屬弱勢，將由衛生福利部、勞保局及各縣市政府國保服務員持續宣導，並透過訪視服務，告知民眾可至公所申請辦理「所得未達一定標準」保險費補助資格認定，減輕保險費負擔。

(三)針對「長期納保且無意願繳納保險費」者，因較缺乏正確保險觀念，將由衛生福利部、勞保局及各縣市政府國保服務員以「分齡分眾」方式，持續宣導加強說明國保的保障內容，宣導老年保障觀念，使納保民眾更能正確知悉參加國保的益處，提高繳納意願。

(四)衛生福利部除持續督請勞保局，針對國保欠費被保險人持續辦理催繳作業，及加強溝通國民年金制度與內涵外，並請勞保局持續規劃提供多元繳款、預繳、轉帳代繳保險費及分期延期繳納保險費機制，提高國保繳費率。

三、適時檢討修正國民年金法補繳期間相關規定，適度縮短 10 年保險費補繳期限，鼓勵民眾儘早繳納欠費。

鑒於外界普遍質疑 10 年補繳保險費機制係被保險人未能按時繳費之重要原因，且易衍生被保險人於發生保險事故時，始補繳保險費之道德風險，並使保險費收取長期處於不確定狀態，致影響國保基金財務安全及管理運用。爰為提升社會公平正義，以及保障民眾給付權益，並增加國保基金之財務安全，衛生福利部將研擬修正國民年金法第 17 條規定，適度縮短被保險人補繳保險費期限。

四、持續配合行政院年金改革方向，研議修正國民年金法相關規定

行政院年金制度改革小組在「財務健全、社會公平、世代包容、務實穩健」的原則下，秉持「全面、漸進、務實、透明」精神，於

2013 年 1 月 30 日提出第一階段的改革方案，以平衡各社會保險財務為改革重點。國保因財務相對健全，雖未列入第一階段主要改革對象，未來衛生福利部將持續配合行政院年金改革，並蒐集各界對於國民年金制度建議，規劃研議國民年金法修正事宜。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)完成國民年金法之檢討修正，明定已符合公保養老給付請領資格者，不再納入國保。
- (二)辦理國民年金保險費之欠費催收率達 4.9%【已繳金額(當年度欠費催收收回總額)÷欠費總額(當年度催收欠費總額)×100%】。

二、長程指標(2025)

- (一)為配合整體年金制度改革，研議提出國民年金與其他年金制度整合為基礎年金之可行性方案。
- (二)辦理國民年金保險費之欠費催收率達 4.95%【已繳金額(當年度欠費催收收回總額)÷欠費總額(當年度催收欠費總額)×100%】。

第二節 落實給付權益之公平合理

壹、目標

- 一、提高國民年金給付之公平性及合理性。
- 二、落實國民年金給付保障民眾基本經濟安全之意旨。
- 三、降低溢領給付並提高溢領給付之收回率。

貳、現況檢討

- 一、國保 A 式老年年金，未有設籍及居住期間限制，衍生道德風險並增加政府財政支出

(一)A 式老年年金給付具有津貼之性質，由政府籌措財源提供一定金額基本保障(2015 年為 3,500 元，未來將隨物價指數成長率調整)，以維持基本經濟生活。

(二)部分長期旅居國外民眾，藉由恢復戶籍後短暫參加國保，即可享有每月至少 3,500 元的高額給付，不僅增加政府財政支出，亦不符公平原則。

- 二、目前遺屬年金之給付條件，明訂遺屬工作收入不得超過月投保金額，以致遺屬工作收入縱使未達基本工資、卻仍無法領取，影響遺屬生活保障

國保開辦時，月投保金額係依勞保投保薪資分級表第一級(即當時之基本工資 17,280 元)定之；惟開辦後月投保金額與基本工資即逐漸脫勾，目前基本工資已高於國保月投保金額，導致工作收入未達基本工資之弱勢遺屬，仍無法獲得遺屬年金保障之批評。

- 三、給付作業按月比對之各項資料需相關機關及民眾及時提供，溢領情形難以完全杜絕

國保各項給付各有不同資格條件，且年金給付基本保障具有津貼性質，需按月比對戶政、其他社會保險納保與給付資料、入出境資料、各項津貼發放紀錄等多樣化媒體資料。因此，只要相關機關未能依規定報送正確媒體資料，或請領人死亡、家屬未及時辦理除籍登記等情形，均將導致溢發給付，衍生後續追繳事宜。

參、策略

為強化國民年金制度之公平、合理性，衛生福利部將賡續檢討並研議修正各項給付相關條件之適當性，包括相關年金給付額度及核發時點，以落實國民年金給付保障民眾基本經濟安全之意旨。為避免溢領給付，造成國保基金財務損失，並符合公平原則，將持續提高年金給付核發正確性，降低溢領情形，並提高溢領給付之收回率。

一、適時檢討修正國民年金相關給付基本保障條件，落實公平正義原則

(一)A 式老年年金給付具有津貼性質，以保障國民老年基本經濟安全。為避免長居國外者，藉短暫回國參加國保就享有高額給付的不公平現象，參考各國年金給付發放多會考量請領人與國內社會的連結，爰將研議增加「設籍及居住期間」條件之可行性及合理性。

(二)身心障礙年金給付及遺屬年金給付，亦分別提供新臺幣 4,700 元及 3,500 元之基本保障金額，同樣具有津貼性質，將一併檢討身心障礙年金給付，以及遺屬年金給付基本保障金額增加「設籍及居住期間」條件之可行性及合理性。

二、適時檢討修正遺屬年金給付條件，落實保障弱勢遺屬

國保開辦迄今，基本工資已多次調整，目前已高於國保之月投保金額，衛生福利部將積極檢討遺屬年金請領規定有關工作收入限制，由「月投保金額」修正放寬為「基本工資」，以落實保障工作收入未達基本工資之弱勢遺屬。

三、降低溢領給付情事，提升正確發放

(一)強化津貼比對資料庫功能，健全死亡資料通報機制，並協調督促各機關確實按時提供比對資料。

(二)社會福利績效考核指標納入新增溢領件數及溢領收回率。

四、國民年金監理委員會議，提升給付業務之督導品質

持續召開衛生福利部國民年金監理委員會議，積極督導勞保局切

實執行各項給付申請審查作業及身心障礙(基本保證)年金 5 年複檢等業務，確實保障民眾給付權益。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一)完成修正國民年金法，明定 A 式老年年金給付條件應包括「設籍及居住期間」之條件限制。

(二)預計 2020 年當年度之溢領金額較之前年度平均溢領金額降低 10%；累計溢領收回率達 95%。

二、長程指標(2025)

(一)配合整體年金制度改革方向及進程，提出各社會保險之同性質年金給付僅得擇一領取，及得併計各保險年資以成就年金給付條件之可行性方案。

(二)預計 2025 年當年度之溢領金額較之前年度平均溢領金額降低 20%；累計溢領收回率達 96%。

第三節 確保國民年金財務健全

壹、目標

一、適足保險費率，穩健國保財務

國保基金主要收入來源為保險費收入及基金投資收益，用途係為支應國保各項保險給付；因國保採取「部分提存準備」的財務處理方式，現行保險費率低於精算最適費率，故需定期精算及適時調整費率，藉以增加國保基金之保險費收入，確保基金長期財務收支平衡。

二、合理提高基金投資運用收益，挹注基金規模

基金投資運用收益，亦為國保基金的重要收入之一，為能有效挹注國保基金收入，衛生福利部將持續督導國保基金運用單位(勞動部勞動基金運用局)，強化並落實多元化資產配置與風險控管，兼顧基金資產之獲利性與安全性，合理提高基金投資運用效益，有效挹注基金收入。

貳、現況檢討

確保財源穩定一直是國保永續經營的重要關鍵，全面檢視國保財務及國保基金投資績效，才能保障國人及遺屬能獲得適足基本經濟安全。

一、國保費率提撥不足，基金提存比率持續下降

國保屬確定給付制，且由政府負擔最後財務支付責任。依據國保財務精算報告，潛藏負債截至 2014 年底已增至 7,132 億元，最適費率為 23.17%，但目前費率僅 8%。隨著開辦日久，被保險人年資增加，未來保險給付責任亦即潛藏負債定將累增；然國保基金已提存比率卻持續下降，自 2009 年的 46.2%，到了 2011 年為 36.4%，2013 年更降至 28%，實需審慎因應。

二、中央應負擔款項財源籌措困難

國民年金法第 47 條規定，中央應負擔國民年金款項(包含中央政府補助保險費、年金差額與保險人之人事行政費用)財源，依序由公彩盈餘、調增營業稅 1%及公務預算支應。因現有財源僅公彩盈餘一

項，已不足支應，營業稅亦迄未調增，2012 至 2013 年度雖有公務預算、特種貨物及勞務稅撥補支應；惟 2014 年度又因故暫停編列，直至 2015 年度始編列公務預算撥補 2014 年度不足數，財源長期不穩定，不利基金運用收益與民眾給付權益。

三、國保基金投資運用績效尚待提升

國保基金自開辦至 2015 年 3 月底，整體績效為 2.92%，低於行政院年金制度改革小組針對勞工保險年金制度提出基金運用績效至少 4%之制度改革規劃。主要係開辦初期，因全球經濟情勢不佳，為確保基金財務安全，投資運用採穩健保守策略，資產配置以流動性佳、波動率小之銀行存款為主，以致基金收益偏低。

經衛生福利部持續督請基金運用單位強化基金資產配置，逐步提高股票投資比例，基金投資績效已明顯改善。惟國保基金近 3 年平均投資績效 5.06%，仍較相關政府基金近 3 年平均投資績效約 5.69%至 6.99%略低，尚有改善空間。

表 8-2 相關政府基金投資運用績效比較

年度	國保基金	勞保基金	新制 勞退基金	舊制 勞退基金	公教 退撫基金
98	1.52%	18.21%	11.84%	13.40%	19.49%
99	3.74%	3.96%	1.54%	2.11%	3.60%
100	-3.66%	-2.97%	-3.95%	-3.53%	-5.98%
101	5.06%	6.25%	5.02%	4.50%	6.17%
102	4.06%	6.35%	5.68%	6.58%	8.30%
103	6.05%	5.61%	6.38%	7.19%	6.50%
最近 3 年 平均收益	5.06%	6.07%	5.69%	6.09%	6.99%
最近 5 年 平均收益	3.05%	3.84%	2.93%	3.37%	3.72%

資料來源：衛生福利部社會保險司(2015)

參、策略

一、爭取中央應負擔國民年金款項充足財源

持續向行政院爭取依法調增營業稅徵收率 1%，每年新增稅收(約 530 億元)將可長期支應中央應負擔國民年金款項，如確實無法調增營業稅，則將爭取編列公務預算或其他適當財源支應，以落實保障弱勢民眾基本經濟生活。

二、定期辦理精算並持續檢討調增國保費率

雖然目前國保財務收入大於支出，基金處於持續成長階段；惟因高齡化及少子化之人口結構影響，未來領取人數將快速增加，被保險人數則緩慢減少。為減緩國保基金因未足額提撥所潛藏的長期財務壓力，將持續定期精算國保財務，並檢討調整國保費率，以確保國保基金長期財務安全。

三、適時檢討調高國保費率法定上限

依最新精算報告顯示，如依法每 2 年調整費率 0.5%，國保費率將於 2031 年調整至法定費率上限 12%，預估至 2052 年國保基金累積資產尚有 5,144 億元；惟屆時每年保險給付支出已達 1,314 億元，保險費收入(費率仍維持在 12%)約僅 557 億元，推估基金餘額將在短短數年內耗盡。為穩健基金長期財務，須適時調高國保的法定費率上限，兼顧民眾保險費負擔及基金財務情形，俾使國保制度能永續經營。

四、督導及審議國保基金投資運用計畫與實務，持續改善投資收益並保障基金資產安全

為強化國保基金之投資運用，除持續請勞動部勞動基金運用局檢視國保基金投資政策書，據以擬訂國保基金之年度運用計畫外，並按月監理與每年實地檢查，確實督導其透過基金資產配置多元化(例如增加國外權益證券、指數型基金等投資項目)，審慎衡量各資產類別之風險波動度與收益達成率，期使基金整體投資組合兼顧風險分散與穩定收益之效果，俾達成追求最大長期利益目標。

五、設立風險控管推動小組，持續強化基金風險治理功能

為健全國保基金風險管理，衛生福利部設立國民年金監理會風險控管推動小組，並按季邀請專家學者召開會議討論各類風險議題，且決議事項予以列管追蹤，提至國民年金監理委員會會議報告，以有效控管國保基金業務及財務經營風險。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)依法每 2 年精算國保財務，並據以檢討調整費率，於 2020 年調整至 9%。
- (二)每年進行至少 6 次財務監理或風險控管，以有效控管國保基金財務經營風險，強化基金風險治理效能。

二、長程指標(2025)

- (一)為健全國保財務，研議將現行國保法定費率上限 12%調高至 18%，並完成國民年金法之修正。
- (二)透過多元化資產配置及適時檢討國外投資比率上限，期至 2025 年時，能達到以國保基金 5 年移動平均報酬率高於同期間臺灣銀行 2 年期定期存款牌告利率加計消費者物價指數年增率之目標報酬率。

第四篇 完善社會福利支持系統

第九章 建置優質長期照顧服務體系

臺灣人口快速老化，依國家發展委員會推估，老年人口比率 2018 年將超過 14%，進入「高齡社會」，2025 年將超過 20%，成為「超高齡社會」；隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，因此而引發的長期照顧需求勢必隨之遽增，建立健全的長期照護制度已是我國刻不容緩所需面對的議題。

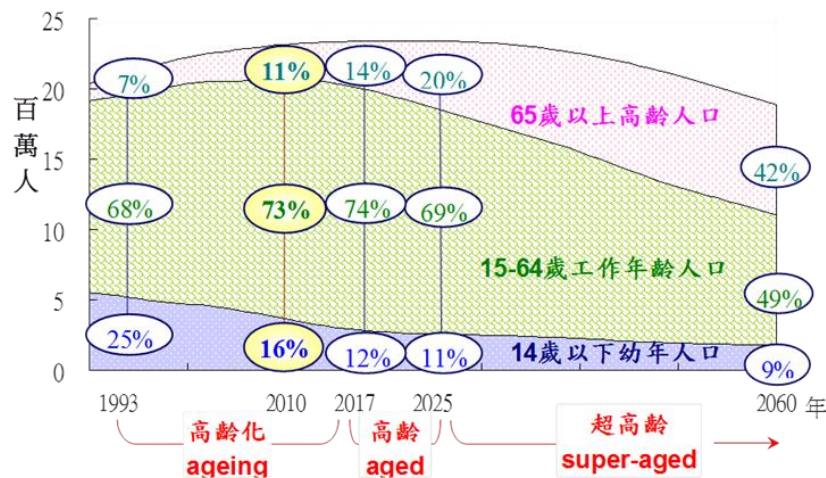


圖 9-1 人口老化趨勢

為因應高齡化所導致的長期照顧需求，提供失能者適切的長照服務，我國長照制度於 2008 年至 2015 年 9 月間，分三階段逐步加以建置：第一階段長照十年計畫，奠定基礎服務模式；第二階段長期照顧服務法及長照服務網計畫，為健全體系，普及網絡；第三階段規劃推動長期照顧保險。

考量我國長照十年計畫及長期照護服務網計畫已完成其階段性任務，現階段應強化長照服務的普及性及在地化，另由於長期照顧服務法通過，使長照服務制度有明確、一致的規範，在各方條件皆完備的情形下，整合長照十年計畫及長照服務網計畫為長期照顧服務量能提升計畫，持續提供民眾既有長照服務、投入長照人力充實與培訓、建立連續照顧體系，更運用長照基金布建長照資源，增進並兼顧我國長照服務的質與量。

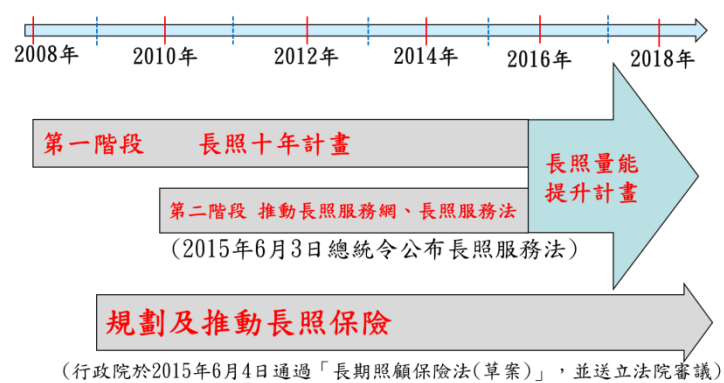


圖 9-2 長照雙法推動歷程

第一節 建構長期照顧體系

壹、目標

- 一、加速資源整備，提升失能民眾服務使用率。
- 二、推動長照服務網計畫，均衡發展居家、社區及機構服務資源。
- 三、積極發展整合輕度至重度失能多層級照顧的長照機構，及居家、社區及機構住宿式的綜合式長照機構，以因應服務對象的多元需求。
- 四、強化各類長照人才培育，提升整體服務能量與品質。
- 五、調整長照人力培訓規劃與訓用落差。
- 六、提升長照服務輸送效率、效能及品質。
- 七、逐步擴大服務對象，提供多元及創新的長照服務。
- 八、社政、衛政的長照資訊系統整合、歸人及雲端化。
- 九、持續透過多元媒體加強對社會大眾宣導長照政策。

貳、現況檢討

為提供失能民眾所需的長照服務，增進長照服務推動效益，擴大服務基礎，提高目標服務量，並考量我國長照十年計畫及長期照護服務網計畫已完成其階段性任務，現階段應強化長照服務的普及性及在地化，提高長照服務品質；另由於長期照顧服務法通過，使長照服務制度有明確、一致的規範，在各方條件皆完備的情形下，故於 2015 年 11 月整合 2008 年開始推動的「長期照顧十年計畫」，以及 2013 年推動的「長期照護服務網計畫」為「長期照顧服務量能提升計畫」，作為未來普及化長照服務體系永續發展的依據，以達成下列策略目標：

(1)普及、均衡長照服務資源，(2)逐步擴大服務對象，(3)整合長照服務及品質提升，(4)強化及整合長照資訊系統，(5)充實長照人力資源，(6)強化外籍看護工之功能、品質，(7)產業適度參與長照服務，(8)推動長照保險。該計畫主要內容包括：

- 一、現況：長照十年計畫已獲具體成效，老年失能人口獲得服務的比率，已從 2008 年 2.3%，提高到 2015 年 11 月的 34.5%，增加 14

倍，個案量超過 16 萬人，詳細的歷年統計如下：

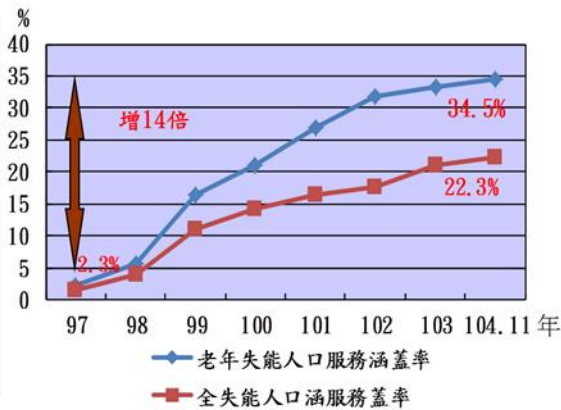
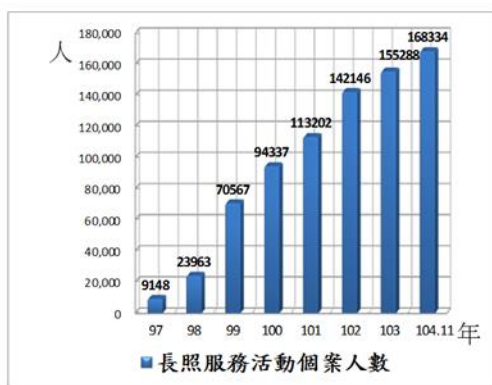


圖 9-3 長照服務活動統計

圖 9-4 失能人口服務涵蓋率

二、服務對象：65 歲以上失能老人、55 歲以上失能山地原住民、50 歲以上失能的身心障礙者、僅工具性日常生活活動功能失能的獨居老人；而考量失能民眾接受服務的權益，長照量能提升計畫將視政府財政狀況，逐步擴大服務對象至 50 歲以上失智症者及 49 歲以下身心障礙者，經長期照顧管理中心照管人員評估其失能程度後，給予不同程度的補助。

三、服務項目：居家護理、居家及社區復健、喘息服務、照顧服務、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲服務、交通接送、長期照顧機構等八項服務。

四、補助原則：低收入戶由政府全額補助；中低收入戶由政府補助 90%，民眾自付 10%；一般戶由政府補助 70%，民眾自付 30%。

五、資源盤點：在 2010 年底完成全國首次跨部會長照資源盤點，並統籌規劃現有長照機構、人力合理分布及劃分長照區域，該計畫依服務資源需求，將全國劃分為大(22)、中(63)、小(368)區域，研訂獎助資源不足區域發展方案，以社區化及在地化資源發展為目標。2014 年 6 月再次進行全國長照資源盤點，藉由定期長照資源盤點，了解資源發展的趨勢變化。

比較兩次盤點，發現在長照居家式服務家數方面，2015 年較 2010 年成長 7.2%，社區式服務較 2010 年成長 78%，機構住

宿式服務的家數及每萬失能人口的床數分別較 2010 年成長了 2.5%及 24%。

六、居家式、社區式長照服務：至 2014 年，包括居家護理服務及居家照顧服務的家數共 906 家(較 2010 年成長 7.2%)，而日間照顧中心等社區式服務則有 233 家(較 2010 年成長 78%)。

為建置我國居家式與社區式長照機構評鑑制度及推動模式，2014 年業已進行居家式與社區式長照機構評鑑計畫(包括評鑑指標)，類別包括居家服務、日間照顧、居家復健及居家護理等，並於 2015 年進行試評。另外也研訂規劃各類居家式與社區式長照服務機構評鑑指標與標準，提供未來建立各類長照服務與推動相關評鑑時參考。

七、住宿式長照機構，現況分析：截至 2014 年底長照機構家數計 1,597 家，床位計 105,588 床，占床率 80%以上，各機構類型家數及床位數如表 10-1：

表 9-1 住宿式長照機構現況

機構類型		家數	床位數 (開放數)	空床數	空床率
總 計		1,597	105,588	20,995	19.9%
老人福利 機構	安養	1,063	5,618	13,883	23.5%
	養護		48,935		
	長期照護		4,447		
護理之家	一般護理之家	486	35,383	5,450	15.4%
	精神護理之家	32	3,005	625	21%
榮民之家	安養	16	5,136	818	16%
	失能養護		2,560	156	6%
	失智養護		504	63	12.5%

八、加強長照宣導：為使民眾瞭解我國長照服務重要政策、充分並合理運用長照資源，加強長照服務宣導亦為重點之一。持續透過電

視媒體、平面文宣及各項教育訓練，增進民眾對本國長照服務的認知與使用，積極擴展、提升服務使用量。同時結合社區照顧關懷據點、民間單位、社會福利團體及村(里)辦公室等基層組織的轉介功能，透過志工的電話問安與關懷訪視服務，針對社區有照顧需求的失能者，主動提供服務訊息，即時轉介長照管理中心，以滿足失能者的照顧需求。

參、策略

- 一、推動長照服務網計畫，均衡發展居家、社區及機構服務資源：針對長照服務資源不足及分布不均的問題，推動長期照護服務網計畫，規劃各區域資源發展配置的目標及策略，進行分區的長照資源盤點；另檢討現行法規限制，落實長照服務在地化，規劃於 2016 年在 368 鄉鎮布建多元日照資源發展，推動多元照顧中心(小規模多機能)創新服務方案。
- 二、引進產業適度參與長照服務：將注入民間個人與法人資源，參與居家及社區式長照服務；長照財團法人或社團法人則可設立住宿式長照機構，且訂定長照法人回饋社會福利機制。
- 三、長照資訊系統的強化、建置及整合：整合及強化長照服務資訊系統，提供民眾單一窗口；並連結照護雲，利用資訊系統，提供以個案為中心的整合照護；同時建立長照機構及人力資訊系統，發展即時性長期照顧服務資源地理地圖(LTC-GIS)。
- 四、完善家庭照顧者支持服務：長期照顧服務法已將家庭照顧者納入服務對象，並明定家庭照顧者的支持服務項目。
- 五、發展及獎助社區式及機構住宿式長期照護服務，提升長期照護服務量能。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)配合長期照顧保險法立法進度，預計 2018 年老年及身障失能人口接受服務的比率達 34.5%。

- (二)完成社政、衛政的長照資訊系統整合、歸人及雲端化。
- (三)發展多元日照服務資源，至少 500 處日間照顧服務資源單位，
120 處小規模多機能服務，以及 70 處失智症社區服務。
- (四)配合長期照顧保險推動規劃，訂定長照服務量的目標。
- (五)提升國民長照政策識能。

二、長程指標(2025)

- (一)配合長期照顧保險法立法進度，2025 年長照服務涵蓋率達
80%。
- (二)發展多元日照服務資源，至少 736 處日間照顧服務資源，200
處小規模多機能服務，以及 90 處失智症社區服務。
- (三)提升各式長期照顧服務量能，並達社區式和機構住宿式之服
務量能比率為 7:3。

第二節 發展長期照顧人力

壹、目標

- 一、增加誘因，補足長照人力缺口：以長照基金獎勵資源不足區的人力及服務資源，並於 2016 年完成長照人力培訓、補足人力缺口。
- 二、規劃照顧服務人力分級，建立照顧服務員職涯發展。
- 三、整合學訓用機制，建立長照人力跨部會業務協商溝通平台。
- 四、訂定長照人員教育訓練相關子法、授予專業資格證明，建立長照人員訓練認證及登錄制度。

貳、現況檢討

根據資源盤點結果，我國的長期照護人力目前嚴重短缺，不僅無法滿足民眾現有的需求，更是未來實施長照保險必須先解決的一大障礙，否則勢將面臨有保險、無服務的窘境。

一、長照醫事專業人力

長期照顧服務人力是建置完整長期照護服務輸送體系的關鍵因素，依衛生福利部 2014 年長期照護資源盤點結果，目前照顧服務員計 26,942 人、社工人員計 3,439 人、護理人員計 10,826 人、物理治療人員計 1,987 人、職能治療人員計 1,091 人。以 2016 年實施長期照顧保險，涵蓋率 70%推估，尚需充實照顧服務員 30,912 人、社工人員 2,559 人、護理人員 5,668 人、物理治療人員 705 人、職能治療人員 1,686 人，目前已規劃辦理一系列相關訓練及培訓課程，預計於 2016 年完成長照人力培訓，補足人力缺口。詳如表 10-2：

表 9-2 衛生福利部 2014 年長期照護資源盤點表

服務人力	2014 年盤點結果	2016 年需求量	2016 年需充實人力
照顧服務員	26,942	57,854	30,912
社工人員	3,439	5,998	2,559
護理人員	10,826	16,494	5,668
物理治療人員	1,987	2,692	705
職能治療人員	1,091	2,777	1,686

註：2016 年之需求量原先係配合長照保險之開辦。

二、照管人力

為落實推動長照業務，衛生福利部自 2008 年開始協同各縣市政府執行長照十年計畫，並依民眾的需求，逐步普及長照服務；且為提供長照單一窗口服務，衛生福利部協同 22 縣市建置長期照顧管理中心，至 2015 年共配置了 342 名照管專員及督導人力，提供需求評估、整合並連結失能民眾所需的長照服務資源。

三、照顧服務員

以 5 歲以上失能人口的照顧需求推估，假設已開辦長期照顧保險，則 2016 年國內約需 57,854 名照顧服務員。

四、社會工作人員

長照服務單位所需的社工人力，主要用於居家服務、日間照顧及住宿式機構服務，預估 2016 年住宿式機構需求社工人力為 2,018 人，社區式為 292 人，居家式為 3,688 人，合計 5,998 人。

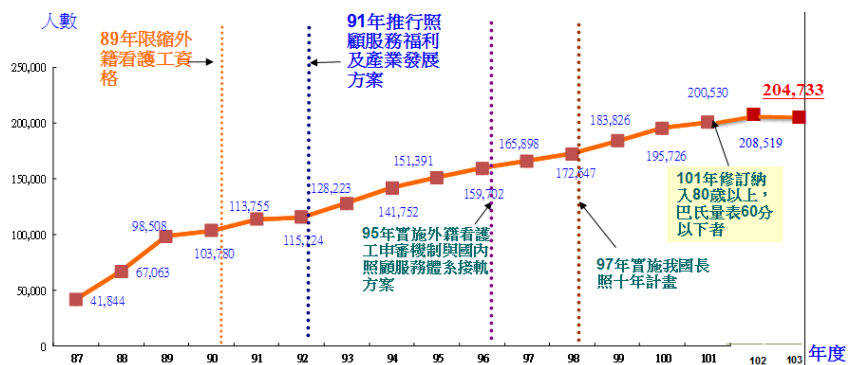


圖 9-5 外籍看護工人力輸入趨勢

五、外籍看護工

為彌補家庭照顧人力不足，我國自 1998 年起開放輸入外籍看護工，至 2015 年 11 月已輸入 221,775 人，其中居家聘僱的外籍看護工 208,130 人，失能人口由外籍看護工照顧的比率約 27.6%。

參、策略

為促進長照人力的發展，充實長照服務人力，建立長照人力跨部會業務協商溝通平台，將從整合學考訓用機制、專業定位、培訓制度及建立人力資訊管理系統等各面向多管齊下，以強化充實人力資源。推動照顧實務指導員試辦計畫，強化長照人力分級；規劃依居家服務

難易度(基礎照顧、進階照顧)訂定不同補助標準，增加照顧服務人員升遷之誘因。

一、專業定位：長期照顧服務法已明定長照專業人員的定位，授予專業資格證明。針對照顧服務員的專業定位策略包括：

(一)提升工作待遇，提高投入誘因：規劃試辦依不同服務對象或特殊情況，研訂補助標準加給的可行方式；另結合專業團隊評估推動之成效，增進留任誘因，具體作法包括獎勵居服單位月薪聘僱照顧服務員、鼓勵失業勞工從事照顧服務工作，提供相關促進就業措施、鼓勵參與專業資格認證，並針對通過技能檢定的照顧服務員研議發給專業加給。

(二)提高專業形象，建立照顧服務員職涯發展：鼓勵照顧服務員晉升居家服務督導員，規劃增列專業加給，推動照顧服務實務指導員試辦計畫，強化照顧服務員職涯發展。具體作法包括建立照顧服務職能分級，提高成就感與滿意度、推動家庭照顧者的照顧服務實務指導員試辦計畫、推動創新整合服務模式，如社區走動式服務 all in one 照顧模式(長期照顧服務法已提供適當的法源依據)。

二、整合學考訓用機制，充實照顧服務人力：

(一)人力培育方面：擴大培訓人數，培養第一線人力，配套措施包括：

1. 持續擴大長照培訓能量，建立數位化培訓課程，並檢討訓用媒合機制。
2. 優先培訓具從事長照工作意願的學員，提升訓後就業媒合成效。

(二)建立長照人力跨部會業務協商溝通平台：透過整合學訓用機制，搭配老人照顧相關科系核心課程發展，促進與長照單位的產學合作，吸引年輕世代投入。

(三)職涯規劃及整合學考訓用機制：包括鼓勵技專院校長照相關科系發展實務導向的長照課程、設立校外實習課程，減少學用落差；發展照顧服務員訓用合一模式，提升留任率、建立跨部會業務協商溝通平台，整合學、訓、用機制，及建置「健康照護產學合作中心」。

三、整合及培訓長照服務人力：

(一)長期照護的社工及醫事人員採三階段課程培訓：為擴大各項服務人力訓練，並使培訓計畫內容具有一致性、連續性及完整性，衛生福利部已完成長期照護專業三階段培訓課程(Level I 共同課程、Level II 專業課程、Level III 整合性課程)規劃，可分階段使長照人員具備長照基本知能、提升專業照護能力，以建立跨領域的團體合作模式。

(二)建立長照共通性培訓課程的數位化學習與認證制度。

四、建立長照人力資訊管理系統：建置長照人力繼續教育資訊系統，完成長照人員資格認證及建置整合登錄系統，並進行資訊系統訓練及推廣。

五、修正外籍看護工申審制度：簡化外籍看護工申審流程，檢討外籍看護工聘僱條件與機制。

六、試辦外籍看護工外展服務：訂立外籍看護工雙軌聘用的法令基礎，使外籍看護工可由長照機構聘僱後派遣至家庭提供服務，也可由雇主個人聘雇；且外籍看護工入境後，其雇主更可申請補充訓練。

七、提升照服員形象，溝通其職業價值與意義，以提升從業人員的榮譽感，積極透過各種宣導管道，增進社會大眾對居家服務內容與照顧服務員角色的正確認知；另結合專業團體拍攝紀錄影片，強化照服員專業形象。

八、與教育部合作於適當會議場合加強宣導，鼓勵長照相關科系依據產業導向、職能基準等資訊，修定或調整課程。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)在 2016 年前補足長照人力缺口：護理人員 5,668 人、物理治療人員 705 人、職能治療人員 1,686 人。
- (二)預計每年培訓照顧服務員至少 1 萬人，社會工作人員至少 500 人，並逐年增加培訓人數。
- (三)培訓之照顧服務人力留任長期照顧服務領域達 30%。
- (四)完成建置長照人員訓練、認證、登錄及繼續教育資訊系統。
- (五)推動居家服務提供單位月薪制，照顧服務員以月薪方式聘僱達 25%。

二、長程指標(2025)

- (一)持續每年培訓照顧服務員至少 1 萬人，社會工作人員至少 700 人。
- (二)培訓之照顧服務人力留任長期照顧服務領域達 40%。
- (三)推動居家服務提供單位月薪制，照顧服務員以月薪方式聘僱達 50%。

第三節 提升長期照顧品質

壹、目標

- 一、依據長期照顧服務法，訂定相關法規，包括長期照顧服務機構法人法、長期照顧機構設置標準、長照機構之改制銜接、長照機構之設立標準等，並積極宣導與說明。
- 二、修訂護理人員法及老人福利法等法律，避免法律競合。
- 三、發展及整合居家式、社區式及住宿式長照機構的評鑑方式及指標，並辦理全國整合的長照機構評鑑。
- 四、發展及建置長照機構評鑑資訊系統，並聯結長期照顧服務機構資源地圖(LTC-GIS)，供民眾查詢。

貳、現況檢討

我國長期照顧服務目前分為居家式、社區式、住宿式機構三大類，型態各異，管理事權也分散，亟待整合相關法令，訂定一致的品質指標與評鑑制度，才能確保長期照顧的品質，讓民眾享有優質的服務。

(一)住宿式長照機構評鑑制度現況

1. 長照機構評鑑整合作業

考量現行住宿型機構式服務資源包含社政、衛政及退輔系統，為確保機構式服務單位的照護品質，整合現有機構式服務單位，衛生福利部(前衛生署)於 2010 年完成「長期照護機構評鑑整合建議方案(草案)」後，2011 年更以這項草案內容為基礎，邀請衛生福利部社會及家庭署(前內政部社會司)、行政院退除役官兵輔導委員會等相關部會代表，共同研商長照機構評鑑的整合規劃，期間共召開 9 次會議，完成評鑑作業流程、評鑑基準、評分原則、評鑑委員遴聘原則等共識，並於 2011 年完成一般護理之家試評及檢討會議。這項長照機構評鑑整合計畫已於 2012 年施行於一般護理之家評鑑作業，並於 2013 年施行於老人福利機構評鑑作業，2014 年施行於

榮民之家。

針對此一機構評鑑整合方案，衛生福利部、社會及家庭署及退輔會等單位於 2015 年再度進行檢討修定，整合評鑑指標共計 107 項，且延續辦理評鑑作業。未來將定期邀集相關部會召開長照基準檢討會議，以整合各類長照機構評鑑制度。每年度於評鑑完成後，召集評鑑委員參加檢討會議，針對當年度評鑑作業及基準進行討論，提出修改建議版本，以作為下一年度評鑑作業修正之參考。

2. 長照機構整合作業

有鑑於長照機構現行法令及管理單位分屬不同單位，以及部內社政與衛政的長期照護業務整合等需求，故召開整合部內社政及衛政長期照護業務研商會議，以便適時討論、協調各縣市於推動長照服務所遇問題及執行困境，建立中央與地方業務聯繫與溝通平台，另定期召開「長期照顧整合業務聯繫會議」，俾利各項政策落實與問題改善，提升長照計畫效能。

參、策略

- 一、依據長期照顧服務法訂定長照機構相關法律、授權子法及公告包括長期照顧服務機構法人法、長照機構之改制銜接、長照機構之設立標準等訂定，召開會議，積極宣導與說明，以銜接長照法施行後的長照機構管理。
- 二、考量護理人員法、老人福利法及長照服務法的競合，將配合長照服務法，修訂護理人員法及老人福利法等法律如下：
 - (一)護理之家：護理人員法、護理人員法施行細則及護理機構分類設置標準等。
 - (二)老福機構：老人福利法、老人福利法施行細則及老人福利機構設立標準等。
- 三、研訂長照機構評鑑辦法，整合跨部會、跨單位及跨中央與地方主

管機關的居家、社區及住宿式長照機構評鑑，包括：

(一)居家及社區式長照機構

1. 提升居家及社區式長照機構服務品質，發展居家及社區式長照機構評鑑指標，並定期辦理評鑑。
2. 建立居家式及社區式服務評鑑核心項目，並定期辦理評鑑，以維護長照服務品質。

(二)住宿式長照機構

1. 檢討精進整合式評鑑指標。
2. 明訂各住宿式長照機構應每四年接受中央主管機關所辦理的評鑑，以提升機構服務品質，強化外部查核與評鑑機制，並落實退場機制，以確保受照顧者權益。

四、強化長照機構評鑑，以提升長照服務品質。規劃各長照機構的評鑑主辦機關：居家及社區式長照機構為地方直轄市、縣(市)政府，住宿式長照機構為中央主管機關，定期辦理評鑑，並整合規劃評鑑流程及其他評鑑事項。

五、建置長照機構評鑑資訊系統，健全資料庫，提升長照機構照護及服務品質。

六、配合及銜接長期照顧保險法實施，適時檢討長照機構評鑑。

七、每三年至五年定期進行長照機構民眾滿意度調查。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)以發展完成之整合性評鑑流程與指標，全面推動全國居家式、社區式及住宿式長照機構實地評鑑，且均應在長期照顧服務法實施後，接受依據「長期照顧服務機構評鑑辦法」所辦理的首次長照機構評鑑。
- (二)完成各類長照機構評鑑資訊系統的整合；並與長期照顧服務機構資源地圖(LTC-GIS)聯結，提供民眾及時資訊查詢。

- (三)定期辦理長照機構評鑑，運用長照機構評鑑資訊系統，積極有效落實管理，並配合長照保險法實施，完備及提升長照機構評鑑資訊系統，並開放資料至政府資訊公開相關網站。

二、長程指標(2025)

- (一)輔導長照機構提升服務品質，並於長照保險實施後，使機構評鑑合格率達 100%；優等機構所佔比率達 50%。
- (二)提升長照機構住民滿意度達 80%。

第四節 規劃長期照顧財務

壹、目標

一、長期照顧服務法

本法自公布後二年施行，期間尚需完成長照資源發展的獎助、長照機構法人、長照機構設立標準及目前長照機構的改制銜接等一部法律及十部子法訂定。衛生福利部亦將秉持政府與民間共同參與的原則，完成各項法令訂定及相關程序。行政院於 2015 年 11 月 3 日核定跨部會「長期照顧服務量能提升計畫」，整合長照十年計畫及長照服務網計畫，並經規劃編列總經費約三年 315 億元。

二、推動長照保險，建立財源充足、穩健、健全的財務責任制度，因應未來老化社會所需長照支出的成長，選擇穩定的財源，且確保財務收支的長期平衡，提撥適當安全準備金，以適度反映世代正義及因應短期緊急所需。

三、財務負擔應兼具公平性與合理性，以量能負擔為保險費設計原則，加上使用者付費及負擔上限的設計，以強化民眾之成本意識並避免失能者及其家庭之負擔過於沉重。

貳、現況檢討

長期照顧服務要能永續經營，必須有穩定、充裕的財源，政府目前的規劃以「長照基金」及「長期照顧保險」為兩大財務支柱，但尚待凝聚社會共識，完成相關立法，未來才能落實此一規劃。

一、財源規劃

政府已規劃穩定永續的整體長照財源：以「長照基金」發展長照基礎建設；以「長期照顧保險」提供服務費用。此規劃於 2009 年即充分討論，並陸續依原訂規劃展開。長期照顧服務法已明訂長照基金至少 120 億元，規劃五年內編列完成，並以政府預算及菸捐為主要財源，更明訂「基金額度及來源，應於本法施行二年後檢討」。長期照顧保險法草案已於 2015 年 6 月 4 日行政院院會通過並送請立法院審議，長期照顧保險上路後，長照服務所需總經費推估約 1,100 億元。

二、推動長期照顧服務法

(一)立法進度

為健全長照服務體系，衛生福利部(原衛生署)於 2009 年起著手規劃長照服務法，歷經跨部會、縣市、社福團體、身心障礙團體、服務提供單位、公協會與專家學者等多次說明會，收集各界意見擬具初稿，該法制定的目的在於健全長照服務體系發展，整合各類法規，針對各項長期照護資源配置、機構管理、設施供需、設置標準、服務供給者的資格條件、品質規範與評鑑標準等執行面的內涵，於法案中加以審慎研議擬訂，法案中並明定設置長照基金，獎勵發展長照資源不足區域，以完成長照基礎建設，提供普及且可近性高的長照服務，為我國的長照服務制度做好奠基工作。

(二)立法目的

該法係以健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔的長照服務，並以全人口身心失能照護需要作為基礎，不因性別、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、與居住地域等因素而有差別待遇，而以身心失能程度為主要的考量，保障接受服務者與照顧者的尊嚴及權益；其內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大要素。

三、推動長期照顧保險法

(一)立法進度

衛生福利部自 2009 年起即進行長照保險制度規劃及立法推動工作，透過溝通座談、專家諮詢、跨部會研商及國會助理座談等會議，並拜會雇主、身障者、老人、婦女及照顧者等相關民間團體代表，徵詢各界意見，初擬長期照顧保險法草案。這項草案曾於 2009 年底函送行政院，後因配合健保法修正，重新研修草案，於 2014 年 9 月底再次函送行政院，經行政院院會於 2015 年 6 月 4 日通過，並送請立法院審議，惟屆期未續審。草案將於 2016 年再送請立法院審議，並

持續加強向各界溝通說明。

(二)立法目的

為建構完善的長期照顧制度，我國亟需建立兼具財源穩定、財務獨立與提供普及式照顧服務的長期照顧保險。考量社會保險制度具有風險分擔、自助互助精神，能提供有長照需要的國民所需照顧服務，減輕失能者及其家庭的照顧負荷及財務負擔，且其給付方式較具公平性及效率性，以避免社會資源浪費，爰以社會保險理念為基礎，規劃長期照顧保險制度，並擬具「長期照顧保險法」草案，內容針對保險人、保險對象、保險財務、保險給付及支付、保險給付之申請及核定、保險服務機構等事項進行規範。

長照保險制度主要內涵，包括：1.採全民納保，藉社會自助互助功能，由政府、雇主、保險對象三方分擔保險費，以減輕失能者及其家庭之長期照顧財務負擔；2.建構獨立、自主兼具公平性財務責任制度；3.保險對象分類、投保金額及保險費之負擔，參考健保法規定，惟長年居住國外返國加保者，延長投保等待期；4.不分年齡及對象，只要有長照需要，經保險人評估符合給付條件者，即可獲得基本保險給付；5.依保險人核定之長照需要等級及照顧計畫提供定額給付，超過部分自付；6.合理規劃保險給付，優先提供居家及社區之長照服務，機構式照護以服務重度失能者或特殊條件情況為原則；7.以實物給付為主，照顧者現金給付為輔，採混合式給付；8.為保障民眾獲得一定水準的長照服務，規範長照保險特約服務機構應依長照或相關主管機關頒布之法規設立，以符合一定之品質要求；9.為使行政資源達到最大經濟效益，由健保署承辦此項業務。

四、為讓各界了解長照服務法重點內容，及提供意見交換平台，積極落實相關準備及宣導工作，辦理情形如下：

(一)以媒體溝通、新聞稿方式說明：已於 2015 年 5 月 28 日完成第一版長期照顧服務法懶人包，放置於衛生福利部網頁長照政策專區，後續將配合相關宣導規劃，適時提供運用。

(二)已建置長照粉絲團(FB 版)，持續收集各界關注議題，並將配合不同主題製作懶人包及長期照顧服務法 Q&A，放置於長照 FB。

(三)召開縣市說明會：為使各縣市政府了解長期照顧服務法內容，衛生福利部已於 2015 年 6 月 2 日召開縣市說明會，邀集 22 縣市政府，就地方權責、長照機構法人、長照資源發展之獎助、長照機構及人員的轉銜改制等，進行說明及意見交流。

(四)外界徵詢意見座談會：秉持政府與民間共同參與的原則，完成各項法令訂定及程序，業於 2015 年 9 月至 11 月辦理四場外界徵詢意見座談會、兩次專家學者工作小組會議。後續並將持續邀集相關民間團體及機構代表，召開外界徵詢意見座談會，以求周延及維護長照機構權益。

五、長照保險為一新的社會保險制度，尚待加強溝通宣導，以凝聚社會大眾對此項政策的共識與支持。長照保險政策溝通宣傳工作辦理情形如下：

(一)辦理諮詢會議、宣導活動及民意調查：歷年電話民意調查結果均顯示七成以上民眾贊成政府規劃長照保險；約有七成民眾認為應於四年內開辦長照保險，其中多數意見認為開辦時程愈快愈好。

(二)培育種子講師，辦理長照保險政策溝通說明會：針對衛生福利部及健保署人員，辦理長照保險種子人員訓練並對社會大眾辦理場長照保險政策溝通說明會。

(三)運用媒體進行政策溝通及行銷：

1.製作 QA 問答集、說帖、海報、傳單及懶人包等，並公開於網站及各種通路。

2.運用新興媒體管道及工具，透過長照政策專區網站、長照臉書粉絲專頁等，使社會大眾能以更多元、更簡易的方式獲取相關資訊。

- 3.各政府機關(構)及長照相關團體、機構網站設置 Banner，連結長照政策專區及臉書粉絲專頁。
- 4.接受平面媒體採訪、邀稿；運用衛生福利部現有通路，協助宣傳長照保險政策規劃。

參、策略

政府已規劃穩定永續的整體長照財源：以「長照基金」發展長照基礎建設；以「長期照顧保險」提供服務費用。有關長照財源的完整及階段性規劃，可分為三階段：

第一階段：行政院於 2015 年 11 月 3 日核定跨部會「長期照顧服務量能提升計畫」，整合長照十年計畫及長照服務網計畫，並經規劃編列總經費約三年 315 億元。

第二階段：長期照顧服務法明訂長照基金至少五年 120 億元的額度，用於普及長照資源及人力，以使「有補助」或「想自費」獲得長照服務的失能者，「取得到」或「買得到」長照服務；考慮到未來民眾購買或使用服務時，所需支付的經費，故於長期照顧服務法明訂「基金額度及來源，應於本法施行二年後檢討」。

第三階段：長照的長期財源應有前瞻性規劃，考慮到未來民眾購買或使用服務時，所需支付的經費，故長照保險規劃以保險費為主要財源、部分負擔為協力財源，由政府、雇主、保險對象三方分擔，並依個人經濟能力計算保險費，講求量能負擔，同時為確保財務收支平衡，長照保險定期辦理費率精算，並建立依公式定期調整費率機制，強化保險財務收支連動，避免財務出現困境，以確保有穩定及充足的財源因應未來長照之需。

搭配長照保險規劃及立法推動進程，調整溝通策略，分為以下幾個方向。

一、網路新興媒體：運用網路新型媒體(如 Facebook、YouTube 等媒體

平台)，傳播政策資訊。

二、分眾傳播：依據溝通對象的屬性，進行長照保險政策溝通。

三、公關活動：參與長照相關展覽活動，與民眾面對面溝通。

四、人際傳播：拜會立法推動過程的相關利害關係人及民間團體等。

五、大眾傳播：運用大眾媒體(例如電視、廣播、報紙、期刊、雜誌等)，進行溝通宣傳。

肆、衡量指標

鑒於長期照顧服務法於 2015 年 6 月 3 日已由總統公布，並將於 2017 年 6 月施行，完成「五年至少 120 億元」的資源建置基金法源；另長期照顧保險法草案業於 2015 年 6 月送請立法院審議，爰訂定如下指標：

一、中程指標(2020)

(一)穩定長照基金財務：依長照基金檢討結果，調整基金額度及來源。

(二)開辦長期照顧保險。

二、長程指標(2025)

(一)以長照基金充實、均衡長照服務及人力資源，從而提升服務品質與效率。

(二)長照保險開辦後第六年底起安全準備達 3 個月之給付總額。

(三)預計民眾對於長照保險開辦後的滿意度為 70%。



圖 9-6 長照政策經費財源示意圖 213

第十章 打造優質社會福利體系

回應我國人口結構發展趨勢，已於 2012 年開辦父母未就業家庭育兒津貼，2014 年實施居家式托育服務提供者登記及管理辦法；運用社區照顧關懷據點服務健康、亞健康的老人，2015 年也通過高齡社會白皮書，以「增加健康年數」、「減少失能人數」為政策目標，整合跨部會資源建構「健康、幸福、活力、友善」的高齡社會。

面對國際人權發展趨勢，積極推動消除對婦女一切形式歧視公約施行法；成立「台灣國家婦女館」與「女性夢想館」，提升婦女性別意識。兒童權利公約施行法、身心障礙者權利公約施行法亦已於 2014 年施行，更加保障我國兒童及少年、身心障礙者權益，並與國際接軌。

我國社會問題與福利需求複雜、多元，長期以來政府結合社會福利基金會、公益信託基金、公益型社會企業等民間資源共同投入社會福利服務，發展夥伴關係，深受肯定。本部將賡續輔導、培力、活絡民間資源，引導其回應新興社會福利需求，促進資源永續自主發展，也將培育多元的社會企業中介組織，透過標竿學習提升整體社會福利服務品質，以利社會資源得以像活水源源不絕，將有限資源發揮最大效益。

衛生福利部成立以來，結合衛政與社政力量共同推動「身心障礙鑑定與需求評估併同办理流程」，簡化鑑定及需求評估作業；辦理發展遲緩兒童之早期發現與篩檢，推動外展聯合評估及社區化療育服務，提高 3 歲以下早期發展遲緩兒童通報量，已有成效。並針對不同社經階層、不同身心健康狀況者與各類身心障礙者之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，發展適當策略，縮小健康不平等。

未來更致力營造兒少幸福家園、增進婦女公平發展、建構在地安老社區網絡、精進身心障礙服務輸送體系、完善家庭支持體系，提供國人更優質、全方位的社會福利服務，以提升國人福祉，實現公平、包容、正義新社會的施政願景。

第一節 營造兒少幸福家園

壹、目標

- 一、健全兒童及少年福利與權益法規，促進兒少權益發展。
- 二、研發本土化之兒少福祉監測指標，完善兒少福利措施。
- 三、擴大育兒家庭經濟支持，減輕父母照顧負擔。

貳、現況檢討

兒童權利公約(Convention on the Rights of the Child, 以下簡稱CRC)是締約國最多、最具普世性的國際公約，為確保我國兒童及少年福利與權益相關法規符合國際標準，促進兒少權益發展，總統於2014年6月4日公布兒童權利公約施行法，自2014年11月20日施行。該法明定CRC所示規定具有國內法律效力，政府應就主管法規及行政措施於1年內提出優先檢視清單，有不符公約規定者，應於3年內完成法規之增修或廢止及行政措施之改進，5年內完成其餘法規之制(訂)定、修正或廢止及行政措施之改進。

面臨少子女化之國安問題，如何建構友善兒少環境，提高家庭生育意願，同時提昇人口品質，為目前及未來人口及經社發展的重要課題。友善兒少福祉與權益涉及面向甚廣，我國目前尚未有全面量化評估指標，有必要參考國際指標開發本土化指標並進行調查，建構與國際一致的兒童少年福祉與權益統計指標，以利我國進行跨國比較，藉以了解國內兒童少年福祉與權益與國際水平的相對性，以為政策檢討依據，俾建立更為周全且友善兒少的福利環境，促進兒少福祉。

此外，現行兒少經濟補助措施眾多，或有法源依據或以計畫推行，政府將全面檢討各項補助資格與標準合宜性。檢討面向將包括弱勢兒童及少年生活扶助、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助、3歲以下兒童及弱勢兒童少年醫療補助、未就業家庭育兒津貼及托育費用補助等，在國家財政最能負擔的範圍內提供普及化的兒童照顧津貼，分擔家庭照顧兒童責任，減輕家庭部分經濟負擔，提升家庭照顧功能。

參、策略

- 一、擬定推動計畫，配合 CRC 施行法規定期程，規劃法規檢視作業流程計畫，整合民間團體、中央與地方政府各機關意見，逐步完成法律、命令及行政規則法規檢視與修法作業。
- 二、蒐集經濟合作暨發展組織(簡稱 OECD)國家兒童及少年健康福祉與權益面向指標，研發本土化監測指標，並進行調查統計分析。
- 三、針對我國目前兒少及家庭進行經濟貧窮統計與需求調查分析，進而就國內各項兒少生活扶助政策比較與分析，包括措施本身執行成效與檢討、措施間是否有重疊或不足之處，並提出政策建議。
- 四、在兼顧國家財政與照顧兒童之目標下，依據財政狀況提出育兒津貼最適發放模式，推動以兒童為主體之普及式兒童照顧津貼為長期目標。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020 年)

- (一) 2019 年全面完成 CRC 施行法法規檢視作業。
- (二) 發展友善兒少環境監測指標，並完成調查作業。
- (三) 完成兒少經濟安全政策評估報告。
- (四) 於國家財政許可之前提下，逐步放寬限制，對於 2 歲以下兒童照顧津貼涵蓋率達 70%。

二、長程指標(2025)

- (一) 完成友善兒少環境監測指標第 2 次調查報告。
- (二) 完成兒少經濟安全政策第 2 次檢討報告。
- (三) 於國家財政許可之前提下，實施以兒童為主體之普及式兒童照顧津貼，對於 2 歲以下兒童照顧津貼涵蓋率達到 100%。

第二節 增進婦女公平發展

壹、目標

- 一、增加婦女公共參與及決策機會，提升決策影響力。
- 二、促進婦女經濟賦權，降低貧窮女性化及社會排除。
- 三、減輕女性家務負荷，打破傳統家庭性別分工。

貳、現況檢討

聯合國人口基金(簡稱 UNFPA)於 2014 年發表「超越 2014(Beyond 2014)」研究報告指出：促進婦女平等參與及多元發展對全球社會的經濟、文化與政治發展都有著正面影響。我國女性具備高等教育專業技能，擁有相當的優勢，2008 年至 2012 年國會議員女性比率占 34%，已達到聯合國第 4 次世界婦女大會所訂女性國會議員比率應達 30%之目標。惟在社會參與部分，依據金融監督管理委員會統計，2014 年我國上市櫃公司女性董事占 12.46%，顯見女性在決策參與過程，仍待突破。因此亟需創造婦女參與公共事務的機會與管道，增加進入決策階層，以提升女性在社會參與的權利及決策影響力，促進平等參與社會、提升國家整體發展。

依據我國人力資源調查，2014 年女性占總就業人口比率為 44.3%，2010 年「APEC 成長策略(APEC Growth Strategy)2」將促進女性的經濟參與，列為推動亞太地區經濟包容性成長的共同目標之一，透過提升婦女人力資本，支持婦女進入勞動市場，促進其資產累積，使婦女得以自立自主。提升婦女資訊及就業創業能力，實現經濟自主，不僅可確保婦女平等參與勞動市場，並透過社會保險制度，降低女性落入貧窮的機會，提升積極參與社會的能力。

由於傳統家庭性別分工，婦女仍承擔大部分家庭責任，形成無酬照顧工作與家務勞動的女性化。我國 2013 年婦女婚育與就業調查指出，婦女每日從事家務時間達 4.2 小時，包括家庭照顧、家事清潔等家務勞動，並不利於婦女在經濟市場、社會組織及國家事務等領域之參與。除積極推廣工作與家庭平衡政策，更須調整家務性別分工的價

值觀與心態，促進男性共同參與、平等分擔家務勞動，減輕婦女從事家務及照顧負擔，打破傳統家庭性別分工，提升婦女地位、促進性別平權。

參、策略

- 一、輔導地方政府建立轄內婦女團體間合作網絡，透過經驗交流與互動合作，整合共享資源及人力，發展在地婦女議題策略聯盟，爭取公共議題發言空間及提升政策影響力，並藉由跨部會對話與合作之機制，建構更完善的政策，促進各階層女性的公平發展。
- 二、提升婦女福利服務中心整合服務功能，發展女性賦權原則之服務模式及服務方案，提供婦女具可近性、可及性的就業創業相關資訊及轉介服務，提升婦女經濟自主能力，發揮預防性協助功能。
- 三、強化弱勢婦女使用資訊及電子商務能力，消弭性別數位落差，提升婦女就創業準備能力。
- 四、加強地方政府倡導家務分工，打破傳統以性別為家庭分工標準，倡導家庭成員參與家務及分擔照顧責任。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)地方政府培力婦女團體的數量，較 2014 年成長 20%。
- (二)婦女福利服務中心發展預防性就業支持服務方案，縣市涵蓋率達 90%。
- (三)縮短家務分工性別差距比率，減少女性每日從事家務時數 0.5 小時。

二、長程指標(2025)

- (一)地方婦女議題策略聯盟，縣市涵蓋率達 50%。
- (二)強化女性資訊能力，增加女性使用網路比率達 80%。
- (三)縮短家務分工性別差距比率，減少女性每日從事家務時數 0.7 小時。

第三節 建構在地安老社區網絡

壹、目標

- 一、強化家庭支持照顧功能，回應人口結構老化之需求。
- 二、培植在地服務網絡資源，完善多元照顧體系。

貳、現況檢討

戰後嬰兒潮世代已邁向老年，伴隨出生率持續低迷，以及工作人口將於 2016 年開始遞減，可預期國人負擔將越來越重，參考世界各國人口轉型經驗，臺灣人口結構老化，對社會經濟的衝擊不容小覷。再者，家庭結構的改變，勢將影響家庭成員間相互支持照顧的功能，目前列冊需關懷之獨居老人達 4 萬餘人，而老年人口從家庭獲得妥適照顧的可能性逐漸下降。

為因應我國人口高齡化趨勢，除強化長者全方位照顧服務，針對健康及亞健康者、急性病患及長期失能者等，分別從生活照顧、醫療服務及長期照顧等建立服務體系外，應著重整合部會資源、培力在地人才，回應老人需求，完善在地安老社區網絡，以建構利於長者生活之幸福、活力、健康及友善社會環境。

參、策略

- 一、提升社區照顧關懷據點普及率，由在地民間單位、志工、社區資源及社會役人力，為社區長者提供電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動，並加強獨居老人關懷與照顧；延緩長者老化速度，建立連續照顧體系功能，減輕家庭照顧負擔。
- 二、強化社區照顧關懷據點服務質量，連結本部各司署及勞動部、農委會等部會資源，引進民間資金與資源，擴大據點服務項目與時段及規劃財務自主運作機制，建立公私部門夥伴關係，提升社區照顧與支持功能，建置及強化我國以社區為基礎的老人服務。
- 三、與勞動部共同研議推動有薪照顧假，並鼓勵企業提供家庭照顧支持相關措施方案，公、私部門共同協力建構家庭照顧支持體系，減輕家庭照顧負荷。
- 四、積極督請地方政府落實獨居老人之需求評估指標與危險分級制

度，並根據級別提供不同程度之關懷訪視及多元服務，以強化獨居老人照顧服務網絡。

- 五、結合醫療系統(生命救援連線)、消防局或警察局(警民連線)、或民間單位辦理 24 小時老人緊急救援服務，建立獨居老人安全網。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)逐年提升社區照顧關懷據點村里數涵蓋率達 60%以上。
- (二)社區照顧關懷據點服務加值與量能提升，提供日間托老及健康促進等多元服務，全面提升據點服務品質。
- (三)獨居長者 6,000 人以上安裝緊急救援系統。

二、長程指標(2025)

- (一)社區照顧關懷據點村里數涵蓋率達 70%以上。
- (二)鼓勵績優社區組織及財團法人基金會投入據點服務工作，連結政府部門及民間團體與企業資源，強化公私協力平臺，提升社區照顧與支持功能。
- (三)獨居長者 1 萬 1,000 人以上安裝緊急救援系統。

第四節 精進身心障礙服務輸送體系

壹、目標

- 一、推動身心障礙者權利公約施行法。
- 二、運用身心障礙新制資料庫作為政策參考。
- 三、佈建社區式服務資源。
- 四、建立多元連續服務輸送模式。

貳、現況檢討

為強化我國身心障礙者權益保障與國際接軌，2014 年 8 月 20 日總統公布身心障礙者權利公約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities，以下簡稱 CRPD)施行法，並自 2014 年 12 月 3 日起施行。該法明定 CRPD 具有國內法律效力，政府應就主管法規及行政措施於 2 年內提出優先檢視清單，有不符公約規定者，應於 3 年內完成法規之增修或廢止及行政措施之改進，5 年內完成其餘法規之制(訂)定、修正或廢止及行政措施之改進。

因應身心障礙鑑定與需求評估新制自 2012 年 7 月 11 日施行，障礙者經鑑定確認資格後，尚須進行福利與服務需求評估，以確認服務需求。無論新申請、申請重新鑑定、原領有手冊註記效期或執永久效期手冊者，最遲至 2019 年 7 月 10 日均須完成換證程序。全面完成換證後，全國身心障礙福利資訊整合平臺就有完整身心障礙者人口資料，將針對資料庫進行分析，瞭解障礙者使用服務、申請補助之特性，並據以檢討、規劃政策，調整法規。

針對各類身心障礙者，深入瞭解其特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，配合衛政醫療體系，發展適當策略，以加強身心障礙者之健康促進、疾病控制與功能復健，以利支持其學習、工作、建構幸福家庭及積極參與社會，實踐健康人權。

未來並加強結合民間資源，依身心障礙人口特性、區域分佈、照顧需求，佈建社區日間作業設施、日間照顧、輔具中心、社區居住及生活重建等社區式服務資源，及增設各類身心障礙福利機構、社區式

照顧服務資源，協助身心障礙者就近接受在地的照顧，減輕家庭照顧者之負擔。

另藉由需求評估、個案管理及轉銜機制，整合與協調照顧資源系統，以到宅、社區定點或機構照顧方式提供服務，使身心障礙者獲得可及性、連續性及優質之照顧服務。又因應身心障礙者老化趨勢，透過評估指標，掌握雙老家庭之需求，整合福利服務與醫療健康照護服務及輔導機構設置老化專區，導入所需服務，建構無縫接軌的多元照顧模式。

參、策略

- 一、落實 CRPD 施行法，保障身心障礙者權益與國際接軌，編撰學習教材並建置資訊平台，針對各級政府及民間團體進行教育訓練；整合民間團體、中央與地方政府各機關意見，分年完成法律、命令及行政規則檢視與修法作業；結合國內專家學者、民間團體與相關部會，依據 CRPD 國家報告撰寫準則，依法依限完成國家報告與國際審查作業。
- 二、分析身心障礙新制資料庫，掌握身心障礙者使用服務、申請補助之特性，並依年齡、障別等進行分析，據以了解不同族群障礙者之需求。依據分析結果，檢討現行政策，研修相關法規。
- 三、佈建社區式照顧服務資源，持續爭取預算經費協助並督導各地方政府開辦相關服務，透過政策引導及實地輔導機制，擴增服務據點，優先挹注偏遠地區及資源不足地區佈建服務據點，以提高民眾取得服務之近便性；設定身心障礙者社區式及機構式照顧服務年度目標數，逐年佈建身心障礙者照顧服務資源，因應機構安置對象逐漸老化，補助機構進行新建、改(增)建、修繕等，建立機構老化照顧服務模式與雙老照顧等多元化服務模式。
- 四、依不同照顧服務模式，建構各服務資源系統溝通合作平台，建立多元連續服務輸送模式，提供身心障礙者適切的服務；因應身心障礙者老化趨勢，輔導服務提供單位發展多層次的照顧服務，並積極推動各類專業人員含教保員、社工人員、生活服務員之培訓，連結藥師、職能治療師、物理治療師、營養師等相關專業資源，

提升機構人力質量，提供優質的照顧服務；檢討服務輸送流程，及落實評鑑機制，提升照顧服務品質。

五、協助連結衛政與醫療資源，使各類身心障礙者能獲得適當之健康促進、疾病管理與功能復健，縮小健康不平等。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)2016 年提出第 1 次 CRPD 國家報告，2017 年完成國際審查；2019 年全面完成 CRPD 法規檢視作業。
- (二)2019 年 7 月全面完成換發身心障礙證明後，運用全國身心障礙福利資訊整合平臺之資料，分析障礙者使用服務、申請補助之特性，2020 年完成分析報告 1 份。
- (三)每 3,000 人至少有一個身心障礙者社區式服務據點；建置身障機構老化專區床位數達 100 床，並提升機構人力質量，強化教育訓練，預計每年培訓專業人力 400 人。

二、長程指標(2025)

- (一)完成第 2 次 CRPD 國家報告及國際審查。
- (二)依據全國身心障礙福利資訊整合平臺之分析結果，檢討、規劃符合障礙者需求之福利服務政策；並依據政策需求完成法規研修。
- (三)每 2,000 人至少有一個身心障礙者社區式服務據點，使身心障礙者就近取得支持協助；輔導並補助直轄市、縣(市)政府建置身障機構老化專區總床位數達 250 床，並提升機構人力質量，強化教育訓練，預計每年培訓專業人力 500 人。

第五節 完善家庭支持體系

壹、目標

- 一、推動以家庭為中心的預防性服務，強化並提升家庭功能。
- 二、建構多元優質托育服務體系，支持家庭兼顧工作與育兒。
- 三、挹注療育資源不足區域，提供發展遲緩兒童近便性療育服務。
- 四、強化收出養媒合服務者監督管理機制，完善收出養制度。

貳、現況檢討

鑒於我國當前家庭照顧型態的轉變與家庭照顧功能弱化，原本足以擔負育兒照顧的家庭功能已漸顯不足；加以政府兒少福利預算現金給付比率居多，且許多資源集中在執行公權力的三級救援措施，導致一、二級的預防性、支持性福利方案未能健全發展，難從源頭阻斷問題發生。同處於亞洲、同為華人的新加坡及香港，亦面臨家庭崩解危機，其透過發展「家庭政策」及「家庭服務中心」，從預防到補救，構築完整支持體系。爰參考新加坡及香港採行以家庭為中心的政策方向，積極投入預防性服務方案之規劃、推動及執行，有效提升家庭功能。

依行政院主計總處近 30 年所做的「婦女婚育與就業狀況調查」發現，15-64 歲已婚女性對未滿 3 歲子女的照顧方式以自己照顧為主，祖父母及親屬照顧次之，托育人員照顧再次之。為因應社會變遷導致托育服務需求與負擔增加，以及女性勞動參與率低的困境與挑戰，爰應積極協助減輕育兒成本與照顧負擔，積極建構多元且優質的托育服務供給模式，支持家庭兼顧工作與育兒。

基於發展遲緩兒童之特殊性需求，在衛政、教育、社政單位的分工合作下，發展遲緩兒童已可在家庭、社福機構、社區療育據點、幼兒園、特約醫事等單位接受療育；惟仍有諸多早療資源缺乏地區的發展遲緩兒童亟待政府介入協助。爰應積極提供家長及家庭相關支援服務及協助方案，促使兒童順利於社區中就近接受療育服務。

收出養新制 2012 年 5 月 30 日施行，由於新制度改變以往對收出養的觀念與做法，民眾對專業服務及公權力的介入仍有待逐漸適應，加以民眾私下留養案件仍待政府及各收出養媒合服務者積極妥處，避免影響兒少相關權益。爰應精進收出養制度，杜絕私下收養爭議，並強化收出養相關法規以收法制之效。

參、策略

- 一、實施家庭政策，建構跨部會合作平台及管考機制，並隨社會狀況進行滾動式修正，以符應家庭需求。
- 二、進行家庭福利資源盤點及整合，透過增設新中心或現有福利中心、方案轉型或功能擴充，推動設置區域型家庭(社會)福利服務中心，提供整合性、預防性家庭福利服務。
- 三、藉由研修法規、協調機制及教育訓練，強化兒童及少年高風險家庭處遇服務，有效降低家庭危機因素，確保家庭成員身心發展。
- 四、落實「居家式托育服務提供者登記及管理辦法」，強化托嬰中心之輔導管理與品質提升，
- 五、豐富社區化的托育資源中心功能，提升家庭照顧者的育兒能量。
- 六、督導及鼓勵各直轄市、縣(市)政府辦理社區療育據點服務；並藉由競爭型計畫評選優質民間單位，以定點及走動服務方式，結合在地資源推動近便性與社區化之服務，挹注療育資源不足地區之療育資源。
- 七、持續檢討兒童及少年福利與權益保障法收出養相關規定，加強地方主管機關評估輔導作為及私下留養裁罰機制；蒐集實務執行疑義，研修收出養媒合服務者許可及管理規定，強化監督管理機制，提升收出養服務品質。

肆、衡量指標

一、中程目標(2020 年)

- (一)督導地方政府設置區域型家庭(社會)福利服務中心，達到每 25 萬人設置 1 中心之目標。
- (二)提升兒童及少年高風險家庭處遇服務之品質，兒童及少年高風險家庭再通報率降至 9%以下。

(三)托育服務(居家式托育服務、托嬰中心及托育資源中心)之供給涵蓋率達 15%。托育資源中心除離島外每 25 萬人設置 1 中心。

(四)社區療育據點服務之縣市涵蓋率達 80%。

(五)完成研修兒童及少年福利與權益保障法之收出養相關規定，出養人及收養人均應委託經許可的收出養媒合服務者辦理收出養，督導地方政府落實收出養評估、輔導與裁罰規定。

二、長程目標(2025 年)

(一)督導地方政府設置區域型家庭(社會)福利服務中心，達到每 20 萬人設置 1 中心。

(二)提升兒童及少年高風險家庭處遇服務之品質，使再通報率達 8%以下。

(三)居家式托育服務、托嬰中心及托育資源中心之供給量，托育服務供給涵蓋率可達 20%。托育資源中心除離島外，每 20 萬人設置 1 中心。

(四)推動社區療育據點服務之縣市涵蓋率達 90%。

(五)研修收出養媒合服務者許可及管理規定，檢討收出養媒合服務範圍、流程、審查機制、收費制度等相關規定事項，強化收出養業務監督管理制度，提升服務品質。

第十一章 扶貧自立，營造互助祥和社會

社會救助目的，在於照顧低收入戶、中低收入戶、遊民及救助遭受急難或災害民眾，協助脫貧自立。而因應社會經濟發展，有必要定期檢討社會救助相關法律與施政措施，加強失業給付及福利服務體系間的結合，確保有需求人口得到適足救助，維持基本生存水準，進而積極協助脫貧。

隨著社會進步及資訊發達，民眾捐款已是非營利組織運作的重要財源之一，故勸募團體辦理勸募之合法性，及捐款民眾權益之保障，亦逐漸受到各界關注。公益勸募條例於 2006 年訂頒施行，並於同年訂定發布公益勸募條例施行細則及公益勸募許可辦法，據以輔導與規範勸募活動。又公益勸募條例施行迄今已逾 10 年，隨著社會非營利組織的蓬勃發展，募款活動態樣的多元化，以及對勸募團體財務責信的要求，亟須研修公益勸募條例，俾能肆應實務需求及社會大眾期待。

社區發展是國家建設的基礎，也是社會發展的起點，更是社會工作的三大方法之一。惟衡諸我國當前社區發展業務之推動，現正面臨社區組織人力老化、動能不足、社區經費短缺、社區資源缺乏整合、社區防災備災能量不足、社區活動中心使用率仍待強化等問題，都是社區發展工作所面臨的嚴峻挑戰。

為建立社會工作專業服務體系，提升專業地位，確保受服務對象的權益，我國於 1997 年訂頒社會工作師法。近年針對地方政府推動社工人力配置及進用計畫、調高社工職務列等、提升社工待遇加給及強化執業安全保障等，目前雖已初見成果，但仍須廣續積極督導地方政府辦理，俾建構社工人員執業的安全友善職場。

志願服務是國際潮流及衡量國家進步的指標，更是促進公民社會的重要途徑，我國配合聯合國的國際志工年，於 2001 年訂頒志願服務法，鼓勵民眾發揮助人精神、有效整合運用社會人力資源，積極參與公共事務，並增進社會公益。立法施行以來，全國志願服務組織蓬

勃發展，多數民眾更以參與志願服務為榮，對於社會溫馨祥和的貢獻厥偉。

第一節 健全社會安全網絡，綿密弱勢照顧體系

壹、目標

- 一、發展積極性社會救助，強化脫貧機制。
- 二、完備急難救助機制，落實弱勢照顧。
- 三、建構社區互助網絡，加強社會救助通報。
- 四、強化勸募督導與管理，擴大照顧服務量能。

貳、現況檢討

為照顧弱勢經濟安全，修法放寬國內的近貧戶資格、協助弱勢脫貧等作法，可建構社會安全網絡。

一、放寬最低生活費計算方式及審查門檻

為擴大照顧未符合低收入戶資格的近貧族群，我國於 2010 年 12 月 29 日修正社會救助法，放寬最低生活費計算方式及審核門檻，並新增中低收入戶，納入政府照顧對象。自 2011 年 7 月 1 日新制實施以來，截至 2015 年底各縣市低收入戶及中低收入戶，共計約有 70 萬弱勢民眾納入政府照顧範圍，相較 2011 年 6 月修法前增加了 42 萬餘人，受惠人數相較於修法前增加了 1.55 倍。

二、因個人或環境之限制致脫貧困難

社會救助新制實施以來，各地方政府積極輔導或提供低收入戶及中低收入戶相關就業服務、職業訓練等措施，惟勞政單位輔導過程因個人就業意願或勞動市場需求之適配問題，而影響其輔導成效，爰擬經由輔導穩定就業，以達成功脫貧之目標，實屬不易。又部分家戶雖因子女成年而脫離低收入戶行列，而成年子女縱使完成大專教育，但在其順利就業前，或囿於個人能力之限制，其收入仍難實質脫貧。

三、明定通報責任人員

為建構綿密的社會安全網，社會救助法已明定將教育人員、保育人員、社會工作人員、醫事人員、村(里)幹事、警察人員等列為應通報之責任人員。同時，政府更於 2006 年設立 1957 社會福利諮詢專線，2011 年起整合各地方政府之窗口建置專線通報系統。

四、民間資源納入社福資源網絡

除了橫向連結相關部會之資源，並將民間資源納入知識庫，以建構各項社會福利服務資源網絡，使 1957 專線能夠發揮單一窗口、資源整合及全程服務之功能。

2008 年推動「馬上關懷」專案因與地方政府的急難救助措施似有重疊，亟須有效整合急難救助機制、建置急難救助資訊整合系統，以發揮簡政便民、及時救助之效能。

參、策略

一、結合公私部門資源，發展多元脫貧模式

(一)以個案為中心，分析評估低收入戶、中低收入戶及遊民脫貧障礙與優勢，採分級分類模式，對初始落入貧窮或貧窮邊緣戶，但具工作能力及意願的對象，採取積極輔導措施，並善用相關創業貸款措施，整合轄區內的促進就業及托育等措施，以排除其就業障礙，進而協助就業。

(二)推動工作福利措施，提高脫貧誘因，落實低收入戶因接受政府輔導轉介就業，或參與政府辦理脫貧措施，因而增加之收入，放寬免計入家庭總收入。

(三)發展多元脫貧模式，以既有教育投資、就業自立及資產累積三大模式為基礎，評估低收入戶及中低收入戶需求，發展其他創新脫貧服務。

二、推動遊民生活重建服務：鼓勵地方政府及民間團體推動社區住宅服務，以租金補助協助遊民在社區內租屋；並結合勞動部提供就業服務，俾利遊民自立生活。此外，協調內政部營建署及直轄市、縣(市)政府，研議規劃將閒置空間改建為社會住宅，增加遊民入住機會。整合社政、醫療、心理衛生、勞政、警政及更生保護等體系，針對容易淪為遊民的高風險群預先提供服務資源，積極結合各相關體系，提供遊民整合性、全面性服務。

三、強化 1957 專線服務效能：賡續聘僱專業社工執行接線服務，藉

由福利需求評估，運用電腦科技資訊，即時提供民眾適切的福利服務諮詢及通報轉介服務。

- 四、強化主動發掘經濟弱勢民眾管道：透過教育訓練加強責任通報人員的敏感度，發展社區及志工通報網絡，積極發掘有救助需求民眾，並通報各縣市主管機關，以提高社會救助可近性及方便性。
- 五、提升社會救助審核效能：配合中央簡政便民的施政目標，賡續檢討社會救助、急難救助審查流程，強化「弱勢 e 關懷計畫全國社會福利資源整合系統」，加速資料查詢、調閱及申請流程，落實照顧弱勢民眾。
- 六、推動公益勸募申請 e 化，營造責信勸募環境：賡續強化公益勸募管理系統及其使用率、辦理委託會計師事務所定期進行勸募團體之財務稽核，監督其定期公開徵信，強化勸募經費使用透明度；導引勸募團體強化內部控制，並加強其責信機制。
- 七、適時研修社會救助、公益勸募相關法規，並研議訂定遊民專法，俾利立法與政策措施能與時俱進，以符實務所需。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)針對低(中低)收入戶或遊民，具有工作能力及意願卻未就業者，轉介勞政單位提供就業媒合、職業訓練，或參與各項脫貧服務，受益人次增加 40%。另補助遊民租屋受益人次成長 40%。
- (二)各勸募團體運用公益勸募管理系統線上的申請勸募許可，以及專戶備查作業使用率達 80%。
- (三)研修法規以符合實務所需：配合社會變遷，適時檢討社會救助相關法規政策，以符應民眾需求。

二、長程指標(2025)

- (一)針對低(中低)收入戶或遊民，具有工作能力及意願卻未就業者，轉介勞政單位提供就業媒合、職業訓練，或參與各項脫貧服

務，受益人次增加 50%。另補助遊民租屋受益人次成長 50%。

(二)各勸募團體使用公益勸募管理系統線上的申請勸募許可，以及專戶備查作業使用率達 100%。

(三)研修法規以符合實務所需：配合社會變遷，適時檢討社會救助相關法規政策，以符應民眾需求。

第二節 營造關懷互助社區

壹、目標

- 一、培力社區組織，加強社區人才培育。
- 二、推行福利社區化，落實福利近便性。
- 三、導入社會企業理念，扶植社區產業。
- 四、整合社區資源，擴大社區建設綜效。

貳、現況檢討

國內社區正面臨組織人力老化、高流動率問題，無論是社區活動中心的使用率或資源整合、預算等方面，均亟待檢討改善。

- 一、社區組織人力老化、動能不足：民眾社區意識抬頭，是社區工作發展的重要契機；惟社區組織亦面臨人力老化、社區基層多重關係角力、社區工作幹部流動率高，以及社區組織未能建構願景等問題，以致社區工作推動成效受限。
- 二、社區活動中心使用率仍待強化：截至 2014 年 12 月底止，臺灣地區共計有社區活動中心 3,898 所，提供社區發展協會召開會議，辦理各項老人、婦女、民俗技藝等活動。惟部分社區活動中心因建築物老舊、設施設備闕如，公所無力維護管理，導致使用率偏低，亟待政府協同社區民眾共同改善。
- 三、社區預算逐年刪減：近年中央政府因財政困難，導致年度預算逐年減列，社區發展工作預算自 2009 年至 2015 年間，減幅即高達 57.26%，造成衛生福利部推動社區發展工作經費常捉襟見肘，亟須透過立法，明定社區發展工作經費法源，俾據以爭取預算，肆應推動工作需要。
- 四、社區資源缺乏整合：中央部會各依業管於社區推動的工作，概可分為教育、文化、環境、人身安全、防災、健康、社會福利、經濟產業等八大面向。惟社區組織承載的能量不一，推動過程缺乏共享與串接機制，恐造成資源錯置或浪費等情形，亟待檢討改善。

參、策略

- 一、培育社區工作人才：鼓勵直轄市、縣(市)政府及社區組織，共同加強人才培訓與輔導，並培力社區組織，提升社區組織功能。
- 二、推動社區志願服務：輔導社區發展協會開發社區服務工作項目及場域，招募社區內退休人員、家庭主婦、青年學生等，有效整合社區人力資源，協助社區自助、互助及自治。
- 三、推行福利社區化、強化跨社區交流互動：鼓勵社區組織以聯合社區方式，進行跨社區間的結盟、學習與合作，相互觀摩學習、資源共享，建構在地的社區福利服務網絡。
- 四、充實社區活動：鼓勵直轄市、縣(市)政府及社區組織，舉辦符合社區居民需求的各項活動，提升社區意識，健全社區組織。
- 五、強化社區活動中心功能：運用公益彩券回饋金補助社區活動中心修(整)建、或充實改善內部設施設備，提高使用率。
- 六、發展社區產業，注入社區新活力：運用績優社區組織經驗累積與傳承，建立陪伴與關懷機制輔導社區，整合相關產業輔導及發展資源，引入社會企業理念，輔導社區產業發展經營，創造就業機會，增進青年返鄉就業誘因，解決社區組織人力老化問題。
- 七、檢討社區評鑑制度：定期檢討社區發展工作評鑑要點，讓社區發揮整體力量，展現服務能量與資源整合成果，有助提升社區居民對社區工作投入熱忱，並對社區產生參與感、歸屬感與榮譽感。
- 八、建立社區整合平臺：設置社區育成中心，使社區教育的學術與實務相連結，提升社區工作教育質量，並協助扶植弱勢社區，透過社區培力輔導策略，提供社區發展人才培訓課程、標竿社區參訪、協助地方政府設置社區發展資源網絡及社工員諮詢訪視、辦理社區工作聯繫會報、設置友善網頁、諮詢專線等培力服務，整合各方資訊及資源，促成社區間交流學習。

- 九、強化社區互助關懷網絡：輔導民間團體在社區內建立在地、小型的換工互助平台。
- 十、訂定社區發展專法：積極推動社區發展專法完備法制，落實社區發展工作願景推動。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)督導考核機制：賡續督促直轄市、縣(市)政府對所轄社區活動中心的輔導管理，預計每縣市所轄社區活動中心有 85%可達每週開放 2 日以上之目標。
- (二)推動社區資源共享：賡續鼓勵有聯合社區經驗的社區發展協會結合鄰近之弱勢社區，以達社區自我培力能力，預計扶植率達到全國社區數的 5%。
- (三)辦理社區產業相關課程，倡導社區自主：直轄市、縣(市)政府應持續透過相關課程訓練或社區參訪，將社會企業理念引入社區，發展社區產業涵蓋率達全國社區數 20%。
- (四)建立社區整合平台：建構跨校社區工作教育資源匯流與整合平台(設置社區育成中心)，縣市設置比率達 50%。
- (五)社區發展法制化：按法制作業程序，積極推動社區發展專法訂定，完成社區發展專法之法制化。

二、長程指標(2025)

- (一)建立督導考核機制：賡續推動直轄市、縣(市)政府對所轄社區活動中心之輔導管理，預計各縣市所轄社區活動中心均達每週開放 2 日以上之目標。
- (二)推動社區資源共享：賡續推動有聯合社區經驗的社區發展協會結合鄰近之弱勢社區，以達社區自我培力能力，預計扶植率達到全國社區數的 7%。

- (三)辦理社區產業相關課程，倡導社區自主：直轄市、縣(市)政府應賡續辦理相關社區產業課程訓練，發展社區產業涵蓋率達全國社區數 30%。
- (四)建立社區整合平台：賡續推動社區培力輔導策略(設置社區育成中心)，縣市設置比例達 70%。

第三節 健全社會工作制度，強化社工人身安全

壹、目標

- 一、落實推動充實社工人力配置及進用計畫，提升福利服務品質。
- 二、強化社工人員的人身安全保障，改善勞動條件，落實社工專職長任。
- 三、健全社工人員教考訓用制度及資訊化，建立社工人力資源系統。
- 四、檢討研修社會工作師法，完備社工專業制度。
- 五、強化國際交流，拓展社工視野及專業發展。

貳、現況檢討

目前國內社工人力的配置進用、人身安全保障、教考訓用制度、相關法規以及國際交流等，皆有許多待強化之改進空間。

- 一、「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」受員額控管，未能順利執行

行政院於 2010 年 9 月 14 日核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，預定 2016 年納編 1,096 名，2017 年至 2025 年約聘社工出缺後納編 394 人。目前尚有 14 縣市受限於總員額控管，未能完全依計畫期程執行。

- 二、社工人員仍面臨人身安全保障不足、勞動條件不佳等困境

(一)現行法律針對社工人員之安全保障不足，衛生福利部於 2013 年 11 月制訂「社會工作人員執業安全條例草案」；惟於行政院審查以尚有法規競合及執行疑義等須再檢討釐清。爰行政院於 2015 年 4 月 1 日核定推動「社會工作人員執業安全方案」，希冀落實建構安全友善職場；惟方案推動初始，尚須協調相關部會及地方政府配合，以期儘速達成方案目標。

又為確保社工人員之執業安全，改善勞動條件，亟須檢討研訂專法，以完備社工執業安全法制。

(二)目前社工人員仍面臨勞動條件不佳、待遇偏低等困境，亟須研議因應對策，提供社工人員專長久任的友善職場。

三、檢討社工人員教、考、訓、用制度，提升資訊化管理

- (一)全國大學院校計成立 27 個社工系所，每年畢業學生約 2,500 人，為肆應社會發展，滿足民眾福利服務的需求，亟須發展符合本土需要之社會工作教育核心課程。
- (二)專技社工師考試自 1997 年辦理至今，錄取率偏低(平均及格率為 14.5%)，影響社工專業證照制度的推動。
- (三)社工相關科系畢業生投入社福領域工作的比率偏低，現職人員流動率卻偏高，導致實務經驗未能傳承，亟待全面檢討社工專業人員教、考、訓、用制度，建立社工人員專職久任的工作環境。
- (四)衛生福利部於 2014 年建置全國社工人力資訊系統，惟尚未能全面建置公私部門社工人力資料庫，相關繼續教育系統審認功能亦有待強化。

四、現行社會工作相關法制尚須因應社會發展檢討研修

現行社會工作相關法規，對於涉有性侵害、性騷擾者，並未訂定停業機制，亦未明定專業排他、繼續教育換照配套等機制，亟須研議修法，以落實建立社工專業證照制度。

五、國際社工專業資訊不足，亟須推動社會工作國際交流

目前僅運用有限的公益彩券回饋金，來補助社工團體進行國際交流活動，但參與量能有限；故政府應積極推動國際交流活動，增加國際視野，汲取國外經驗，建立本土化的社會工作模式，進而提升臺灣社工專業的國際能見度。

參、策略

一、督導地方政府落實推動充實社工人力配置及進用計畫

針對依據「推動充實社工人力配置及進用計畫」而辦理社工編制員額納編尚有困境的部分縣市，衛生福利部將積極輔導地方政府確實辦理員額檢討評鑑，並賡續協調行政院人事行政總處提供協助，俾使本計畫落實。

二、賡續強化社工人身安全措施並改善勞動條件

檢討社工人身安全法制，完備社工人身安全制度，並依「社會工作人員執業安全方案」，落實推動社工人身安全保障措施；研議改善社工勞動條件因應對策。

三、因應社會發展檢討教、考、訓、用制度並提升資訊化管理

建置社工專業核心知能課程、配合考選部考試及格方式檢討，完備社會工作師繼續教育制度、整合規劃社工訓練分級課程，建立完善社工人力培訓機制，有效兼顧社工人力質量提升。強化全國社工人力資訊系統功能，完成建置全國公私部門社工人力資料庫。

四、檢討研修社會工作師法等相關法制

研修社會工作師法、社會工作師倫理守則等相關法制，將涉有性侵害、性騷擾者納入停業機制，明訂專業排他性規範及繼續教育換照配套措施等，以完備社工師法定業務，並健全證照制度。

五、強化社會工作國際交流

加強運用公益彩券回饋金來補助民間團體進行國際交流計畫，編列預算參與國際社會工作的相關會議，強化臺灣社工學術研究及實務經驗論文發表，並與國際社工組織交流，提升社工專業發展。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)督導地方政府依充實社工人力計畫期程於 2020 年前完成納編社工編制員額 1,293 名，達應納編員額 1,490 名之 87%。
- (二)落實推動「社會工作人員執業安全方案」，提升社工人員專業加給，改善勞動條件，社工人員流動率降低 5%至 8%，落實社工專職長任。
- (三)每 2 年檢討社會工作核心課程，增進社工人員的專業知能，並以社會發展及經濟發展作為發展實務工作之導向。
- (四)積極配合考選部檢討社工師考試及格率，專技社工師考試及格率逐年維持 20%至 25%。

- (五)辦理(專科)社工師繼續教育積分審查，提升(專科)社工師專業知能，開課單位及個人申請繼續教育積分案件，逐年成長 10 %。
- (六)全面建置公私部門社工人力資料庫，強化繼續教育審認及相關系統功能。
- (七)推動修訂社會工作師法，完備社工師之督導管理，並健全社工師證照制度。
- (八)推動國際交流活動，辦理或參與國際社會工作相關會議每年至少 2 次，並發表至少 5 篇社會工作相關報告，汲取國際經驗與專業新知，建構本土社會工作模式。

二、長程指標(2025)

- (一)督導地方政府依充實社工人力計畫期程於 2025 年前完成納編社工編制員額 1,490 名，達應納編員額 100%。
- (二)賡續落實推動「社會工作人員執業安全方案」，提升社工人員專業加給，改善勞動條件，社工人員流動率降低 10%至 15 %，落實社工人員專職長任。
- (三)因應社會變遷，賡續每 2 年檢討社會工作核心課程，增進社工人員社工專業知能，提升福利服務品質。
- (四)辦理(專科)社工師繼續教育積分審查，提升(專科)社工師專業知能，開課單位及個人申請繼續教育積分案件，逐年成長 15 %。
- (五)檢討研修社會福利相關法規及社會工作師法，明定須由社會工作師執行法定業務之排他條文，以提升社會工作專業服務品質。
- (六)賡續推動國際交流活動，辦理或參與國際社會工作相關會議每年至少 2 次，並發表至少 10 篇社會工作相關報告，汲取國際經驗與專業新知，建構本土社會工作模式。

第四節 志工深化榮耀臺灣

壹、目標

- 一、活化高齡志工，創造高齡友善社會。
- 二、完備志願服務制度，建構公民社會。
- 三、整合志願服務資源，加強宣導管理。
- 四、強化志願服務發展，推動國際交流。

貳、現況檢討

鼓勵長者投入志工行列，可創造高齡友善社會，若希望深化國內的志工參與，目前在法規制度、資訊運用及教育方面仍面臨一些難題。

一、高齡志工參與比率偏低

我國老年人口 1993 年已達 149 萬人，占總人口比率超過 7%，成為高齡化社會；至 2014 年底達到 280 萬 8,690 人，占總人口的 11.99%。依據國家發展委員會推計資料顯示，臺灣即將於 2018 年進入高齡社會(14%)，2025 年老年人口更將超過 20%，其中，高齡人口超過八成是健康、亞健康者。

截至 2014 年底止，全國志工人數達 92 萬 368 人，65 歲以上計有 14 萬 2,312 人，人數雖較 2013 年的 12 萬 7,055 人，成長了 12.01%，但僅占總志工人數之 15%，顯見鼓勵高齡志工參與，仍有極大的發展空間。

二、制度面

- (一)志願服務法自 2011 年施行迄今已逾 13 年，為使志願服務法更為周延妥適，符合社會的發展，落實公民社會精神，確有必要檢討確立志願服務價值、目標、各級政府及運用單位權責、未來發展等，亟須檢討研修志願服務相關法規，完備法制。

- (二)為使各目的事業主管機關重視，並落實推動志願服務業務，亟待協調各級目的事業主管機關研議規劃評鑑機制，以全面提升志願服務效能。
- (三)因應高齡化及少子化，亟須創新志工服務內涵，提高公民社會民眾參與志願服務機會。
- (四)國內志願服務因缺乏國際交流，國際資訊不足，如何發展前瞻性及其具國際觀的志願服務制度，有待產官學界共同努力。
- (五)志願服務法自 2011 年立法以來，尚未辦理全國性志願服務調查，缺乏全面及多元性的志願服務基礎資料。
- (六)缺乏國家層級整合平台、人力與資源未能有效開發運用。

三、資訊面

衛生福利部開發建置之全國「志願服務資訊整合系統」、「重大災害民生物資及志工人力整合網絡平台管理系統」，應加強教育宣導，並強化系統功能，俾發揮建置系統效益。

四、教育面

因應高齡志工招募，亟須開發符合高齡志工訓練教材；且因志工專業管理人才不足，志願服務運用單位組織量能的提升，亦須妥適規劃。

參、策略

一、活化高齡志工，創造高齡友善社會

- (一)檢討各級政府及民間單位推動高齡志工方案，強化策進作為。
- (二)編製高齡者志願服務教育訓練方案及運用措施。
- (三)一鄉一「耆蹟」方案：輔導地方政府依鄉鎮市區分布，協助運用單位成立「耆蹟」高齡志工服務團隊，並補助運用單位辦理在地高齡志工教育訓練、服務方案及獎勵表揚等高齡者志願服務方案及運用措施；辦理「耆蹟」達人選拔活動，肯定高齡志工貢獻及服務精神。

二、完備志願服務制度，建構公民社會

- (一)檢討研修志願服務法規，以符合社會發展，落實公民社會精神。
- (二)強化落實中央目的事業主管機關依志願服務法規規定權責，研議規劃各級目的事業主管機關評鑑制度，落實志工運用管理。
- (三)發展不同型態志工表揚模式或增加獎項，鼓勵志工投入服務社會。
- (四)依法定期辦理全國性志願服務調查，作為未來制訂政策及措施參考，俾提供參與志願服務友善環境。

三、整合志願服務資源，加強宣導管理

- (一)全面提升志願服務資訊管理系統功能：運用「全國志願服務資訊整合系統」、「重大災害民生物資及志工人力整合網絡平台管理系統」，進行志工管理功能、災害防救人力盤點、媒合調度功能。
- (二)成立全國志願服務推廣資源中心：建置資源整合平台，加強志願服務宣導，提供志願服務諮詢，整合公私志願服務資源。

四、強化志願服務發展及國際接軌交流

強化志願服務發展之前瞻性及國際交流，建構符合本土需求之志願服務制度。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)提升志工量能：倡導政府、民間組織及個人共同響應志願服務，志工總人數成長 25%，高齡志工總人數成長 15%，志工服務時數成長 10%，每一縣市救災志工人數成長 15%。
- (二)檢討研修志願服務法規。
- (三)各級目的事業主管機關定期辦理志願服務評鑑者達 75%。

- (四)提升志願服務資訊化管理：運用「全國志願服務資訊整合系統」進行志工管理之縣市達 60%。
- (五)建置資源整合平台：成立全國志願服務推廣資源中心(或全國志工中心)。
- (六)提升志願服務品質：完成高齡志願服務之訓練教材，充實志願服務數位學習課程。舉辦志工種子教師培訓班，辦理志願服務人員研習班，每年參與志工人數成長 10%。
- (七)推展多元及國際化發展：汲取國外經驗和新知，辦理或參與國際相關志願服務會議每年至少 2 次，並發表至少 3 篇志願服務相關報告，發展符應我國需求的本土化志願服務制度。

二、長程指標(2025)

- (一)提升志工量能：倡導政府、民間組織及個人共同響應志願服務，志工總人數成長 35%，高齡志工總人數成長 18%，志工服務時數成長 15%，每一縣市救災志工人數成長 20%。
- (二)各級目的事業主管機關定期辦理志願服務評鑑者達 90%。
- (三)提升志願服務資訊化管理：志願服務運用單位 100%使用「全國志願服務資訊整合系統」，進行志工管理。
- (四)提升志工服務品質：舉辦志工種子教師培訓班，辦理志願服務人員研習班，每年參與志工人數成長 15%。開發多元志願服務之訓練教材，廣續充實網路志願服務學習課程。
- (五)推展多元及國際化發展：定期辦理志願服務推動概況調查，並經由國際觀摩與交流，汲取國外經驗和新知，辦理或參與國際相關志願服務會議每年至少 2 次，並發表至少 6 篇志願服務相關報告，制訂相關志願服務政策及措施，發展符應我國需求的本土化志願服務制度。

第五節 強化社政災防工作，積極應變機制

壹、目標

- 一、強化政府與民間災害救助整合網絡，增強災害應變效能。
- 二、提升社區防災意識，充實應變知能。
- 三、引進資訊科技，發展社政災防資訊管理系統。

貳、現況檢討

為因應全球暖化效應影響，各地極端型氣候發生的頻繁，為強化災害救助機制，在緊急時刻能立即動員搶救傷患，全面檢視都會區災民整備收容所不足、災害救助及志願服務人員更迭頻繁等問題，已成政府目前亟須面對的課題與挑戰。

- 一、為因應近年日益惡化的極端型氣候，衛生福利部每年於汛期及颱風季節，均督導各地方政府確實依照災害防救法規定，整備災民臨時收容場所及民生救濟物資；惟都會區因地狹人稠，收容所整備不易。
- 二、考量大規模複合型災害發生時，須動員大量人力、物力及財力等資源，衛生福利部 2015 年 3 月盤點各縣市於災害發生時，可動員社區組織、民間團體、社工及志工人力等資源，惟因尚無地理資訊建置，致無法掌握全國社政災防資源配置全貌。
- 三、災害救助相關人員更迭頻繁，經驗無法傳承；社區能量不一，尚無法使全民建立防災、減災意識。
- 四、災防志願服務相關人員更迭頻繁，經驗無法傳承，協助地方政府救災之民間志願服務團體能量不一。此外，部分地方政府無法動員民間單位社工人力，於災時提供災民服務，亟須廣為宣導及培力民間團體、志工及社工加入防救災工作。

參、策略

- 一、強化政府與民間災害救助整合網絡，增強災害應變效能

- (一)強化政府與民間災害救助整合平台：完成全國災害救助相關可動員之社區組織、民間團體、社工及志工人力等資源盤點，建置政府與民間災害救助整合網絡，增強災害應變效率。
- (二)增加災民臨時收容量能：加強督導縣市政府進行相關規劃，並協調各部會釋出可供運用空間或設施，如教育部提供所轄高中職校及大專校院校舍，增加災民臨時收容量能。
- (三)連結實物銀行，充實災害物資整備：鼓勵地方政府結合社會資源，辦理實物銀行，於平時提供弱勢民眾物資援助，於災害發生時，可運用於收容所之物資支援。

二、提升社區防災意識，充實應變知能

- (一)建立社政防救災作業指引，製作相關教材，提供地方政府運用。
- (二)結合志願服務團體及社區組織，辦理教育訓練及相關演練。

三、引進資訊科技，發展社政災防資訊管理系統

- (一)發展社政資源、地理資訊及災害管理系統，提升政府、企業及民間部門有關救災資源配置查詢服務之便捷性。
- (二)提升「重大災害民生物資及志工人力整合網絡平台管理系統」功能，進行收容所、民生救濟物資整備、志工管理、災害防救人力盤點、媒合調度作業。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)提升全國災民臨時收容能量，收容能量達人口數之 10%。
- (二)提升社區防災整備概念：各地方政府應訂定各種天然災害應變作業及處理流程，每年至少所轄社區數之 50%應辦理防災演練 2 次或聯合演練 1 次。
- (三)結合民間團體辦理防災宣導及相關教育訓練(含「重大災害物質資源及志工人力整合網絡平台管理系統」、操作訓練及相關防救災教育訓練)，每年辦理 3 場次之縣市涵蓋率達 100%。

(四)中央協同地方政府及民間團體訂定社政防救災志工服務手冊及流程作業範本，地方政府督導協助社政防救災團體 70%運用上述資料。

(五)地方政府輔導協助民間社政防救災志工團體數，逐年成長 10%。

二、長程指標(2025)

(一)提升全國災民臨時收容能量，收容能量達人口數之 15%。

(二)提升社區防災整備概念：各地方政府所轄社區數之 70%，每年至少應辦理防災演練 2 次或聯合演練 1 次。

(三)結合民間團體辦理防災宣導及相關教育訓練(含「重大災害民生物資及志工人力整合網絡平台管理系統」、操作訓練及相關防救災教育訓練)，每年辦理 5 場次之縣市涵蓋率達 100%。

(四)地方政府督導協助社政防救災團體，運用救災志工服務手冊及服務流程作業範本數達 100%。

(五)地方政府輔導協助民間社政防救災志工團體數，逐年成長 20%。

第十二章 終止兒虐與性別暴力

我國推動兒少保護及性別暴力防治工作自 1995 年陸續通過「兒童及少年性交易(剝削)防制條例」、「兒童及少年福利與權益保障法」、「性侵害犯罪防治法」、「家庭暴力防治法」及「性騷擾防治法」等相關保護法規以來，已近 20 年，除完備保護性相關法規，並設置專責單位、厚實社工人力、設置單一窗口提供專業服務，讓保護扶助資源全面到位，同時積極推展各項制度措施，以保護被害人安全並維護民眾權益，雖已累積相當成果，然經檢視目前尚有「重被害人保護、輕加害人處遇」、「重事後補救、輕事前預防」、「網絡合作仍待持續強化」、「社衛政組改後整合性工作模式尚待建立」、「資源投入不足、男性參與較低」等問題。

又自 2013 年 7 月衛生福利部成立後，將攸關民眾人身安全之保護性業務，集中於衛生福利部統籌辦理，期藉由組織改造社衛政之整合，形成專業分工、資源整合的新局面。未來，在性別暴力防治與兒少保護業務之推動上，將致力於建構完善之保護服務三級預防體系，發展各項預防與處遇並重之防治工作模式與行動策略，期能將保護工作從第三級的救援扶助，提前到落實初級、次級預防工作。

除將加強社衛政整合，以及與警政、司法、教育、勞政、民政等跨部會之橫向聯繫與政策合作，以持續深化第三級預防之救援保護服務內涵與品質，健全次級預防之網絡整合工作與專業發展，加強初級預防之宣導教育工作，深入社區倡議全民防暴外，更將同步精進加害人處遇工作，強化再犯預防，以達終止兒虐與性別暴力之終極目標。同時也落實聯合國「消除對婦女一切形式歧視公約」(The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, CEDAW)，以及「兒童權利公約」(Convention on the Rights of the Child, CRC)，消弭性別暴力、避免兒少權利受到不法侵害，並與各國政府、國內外非政府組織共同合作，以保護及促進公約所保障各項婦女、兒少權利之實現，並透過定期監測我國在相關施政之執行成效，與國際

間相關指標進行跨國評比，逐年提升我國在性別暴力防治及兒少保護之防暴指數及國際排名。

第一節 深化救援保護

壹、目標

- 一、爭取資源、善用民力，擴大民間參與能量，建立平等與相互加乘之夥伴關係，均衡城鄉資源差距，實現公平正義。
- 二、充實保護性社工人力，建立合理之薪資保障、人身安全維護及專業訓練制度，深化保護性案件服務品質。
- 三、連結社政、醫療衛生、警政、勞政、教育及司法資源，開展並深化多重弱勢被害人救援保護與生活重建服務，協助被害人自立生活。

貳、現況檢討

2013 年 7 月衛生福利部成立後，將被害人保護工作由保護服務司主管，加害人處遇服務則由心理及口腔健康司主責，在被害人保護工作上，過去 20 年間政府結合民間團體賡續推動各項保護服務方案，提供被害人諮詢協談、庇護安置、陪同報案偵詢(訊)、陪同出庭、驗傷診療、法律扶助、經濟扶助、心理諮商與輔導、就業服務、就學或轉學服務、子女問題協助、通譯服務、轉介戒毒中心等服務，2014 年共計提供保護服務 132 萬餘人次，扶助金額達 6 億 3 千萬餘元；另於 19 所地方法院補助設置家暴事件服務處，2014 年計服務 12 萬餘人次。

然依衛生福利部統計，臺灣家庭暴力、性侵害、兒少保護通報案量，以及性騷擾申訴案件數逐年增加。家庭暴力(含婚姻、離婚或同居關係暴力及兒虐、老人與身障保護案件)通報統計顯示，自 2008 年至 2014 年，被害人數由 7 萬 5,438 人增加至 9 萬 5,663 人，成長率達 26.8%；其中女性被害人數約佔 71%。而在性侵害方面，通報被害人數也自 2008 年之 7,285 人成長至 2014 年之 1 萬 1,086 人，成長率達 52%；其中女性被害人數約佔 85%。又在兒少保護方面，通報被害人數自 2008 年之 1 萬 6,989 人成長至 2013 年之 3 萬 4,855 人，成長率達 105%，惟自 2014 年起，因修正兒保案件定義，爰通報被害人數下

修至 2 萬 2,140 人。另性騷擾申訴案件數則由 2008 年 260 件成長至 2014 年 550 件，成長率達 112%；其中女性被害人數約佔 95%。

在保護性案件量逐年攀升之情況下，投入保護性工作社工人力之增加比率遠不及案量增加的比率，行政院雖然在 2010 年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，規劃於 2011 年至 2016 年增加社工人力 1,462 人，第一年由中央補助 366 人，其中 200 名為保護性社工人力，加上組改前由內政部另行補助地方政府共增聘的 510 位保護性社工人力，合計由中央補助地方政府增聘的保護性社工人力為 710 名，看似增加不少社工人力，但因保護性案件的複雜度、專業性、急迫性及各界關注度均高，以致形成保護性社工的高壓工作氛圍，致保護性社工不斷流失，形成「案量過重、工作淺碟、人力不穩、前線資淺、知能不足、成效不彰」的惡性循環，且第一線社工執行職務受到人身安全威脅之情事時有所聞，更影響其士氣與久任之意願，連帶影響工作與個案服務品質。

在保護性案件的挑戰性方面，伴隨社會環境與結構之變遷，家暴案件類型亦日益複雜，例如合併藥酒癮、精神疾病、自殺等問題，然目前仍缺乏有效的處遇方案，而被害人的需求也愈來愈多元，現行的庇護服務、民事保護令等措施不再能完全滿足被害人的需求；其次，性侵害被害人的司法正義一直是各界關注的議題，尤其因兒童及智能障礙被害人的取證困難，更加深其司法權益伸張的難度，雖然在民間團體的倡議下，2015 年 12 月性侵害犯罪防治法修法通過，增列專業人士協助詢訊問、警察及司法人員應受專業訓練及專家證人法定地位等規定，然未來的落實狀況仍待檢視；再者，性騷擾防治法自 2005 年制定起已逾 10 年，然相關的調查方法、性別敏感度等專業知能卻仍相當初淺，相關的專業人才也屈指可數，至難以在專業上有所突破；此外，高齡化及少子女化社會所面臨因老人照顧資源不足、家庭功能萎縮所衍生之老人虐待等問題，也是對現行保護系統的嚴峻挑戰；為因應上開問題，實有必要在未來十年擘劃更具前瞻性的被害人保護策

略，以回應現代社會多元族群之需求，開發多元類型處遇模式、深化服務內涵，完善對全民之保護。

參、策略

一、培力民間參與防暴工作

善用民間團體之專業性、理想性及多元性，運用家暴及性侵害防治基金與公益彩券回饋金等補助機制，政策引導民間團體參與防暴工作，尤其針對特殊族群及偏鄉地區等服務缺口，結合民間共同參與、擴大服務量能。

二、建立保護性社工專業制度

確保各直轄市、縣(市)依實際需求配置充足的保護性社工人力，並保障其工作安全與福利待遇；針對社工人員及督導規劃分級、分科訓練課程與時數，並建立教育訓練登錄系統，以精進特定專業知識與技能，建立質量兼具的保護性社工專業制度。

三、建立案件標準化處理流程

推動保護性通報案件分級分類調查處理機制，建立各類保護性案件標準化通報、受案評估、開案與後續服務流程，以更有效率評估、轉介個案，使各類保護性個案獲得即時協助。

四、運用評估工具落實兒少保護工作

發展結構化決策評估工具，強化兒少保護個案安全評估工作，以即時啟動安置資源介入服務，並落實家庭處遇及持續性之風險評估工作，以協助兒少返家穩定生活。

五、發展多元化的被害人保護方案

針對不同類型、不同危機程度、不同求助意願與服務期待的被害人，發展符合其需求的介入策略與服務方案，以強化其保護因子、降低暴力危害並協助其復原。

六、健全老人保護服務體系

因應人口老化趨勢，透過客觀的評估工具發掘老人受虐之危險因子與潛在高風險族群，並據以制定有效之處遇模式，預防老人受虐問題之發生與惡化。

肆、衡量指標

一、中程指標

- (一)引進民間專家學者參與研議防暴基金之補助政策。
- (二)建立系統性保護性業務社工人員與督導之訓練制度及登錄認證系。
- (三)完成各類保護性案件流程管理之資訊系統整合平台。
- (四)建構 2 項兒少保護結構化評估決策工具，研發成效評估指標。
- (五)深化性別暴力案件多元處遇服務：
 - 1. 50%以上直轄市、縣(市)發展親密關係暴力案件一站式服務方案。
 - 2. 親密關係暴力個案危險評估落實度達 90%以上。
 - 3. 建立 2 套全國性專業人才庫，包含參與性侵害案件司法偵審程序之全國性專家人才庫，及參與性騷擾案件調查之全國性專家人才庫，深化服務品質。
- (六)建立老人保護通報及處理機制，開發 1 套受案評估工具。

二、長程指標

- (一)挹注於偏鄉地區資源較 2015 年成長 10%。
- (二)各地方政府保護性業務社工人員與督導均依規定完成各項教育訓練，完成率達 100%
- (三)各類保護性案件依限完成處理之比率達 90%。
- (四)兒少保護受暴人數較 2015 年降低 5%。
- (五)性別暴力案件衡量指標：
 - 1. 婦女遭受親密關係暴力之 1 年盛行率，較 2015 年 10.3%降低至 9.8%。

2. 親密關係暴力個案經開案服務，結案後 1 年內再受暴率，
較 2015 年 13%降低至 12%。

(六)針對不同類型之老人保護個案，發展多元化處遇模式。

第二節 健全網絡整合

壹、目標

- 一、全面建構各防治網絡之防暴衡量指標。
- 二、建構跨網絡整合性資訊平台，運用資通訊科技設備，提升保護工作整體效能。
- 三、開發及暢通多元通報管道，並精準通報與即時派案，提升防治網絡通報與服務品質。
- 四、擴大兒少保護網，強化兒少保護三級整合服務。

貳、現況檢討

暴力防治涉及犯罪偵查、加害人矯治處遇、被害人保護扶助及民眾整體防治觀念的建立，是橫跨初級、次級與三級的預防工作，且與司法、警政、衛政、社政、教育、民政(村里長)等網絡體系密不可分，除了強調專業分工的重要外，更有賴網絡合作，才能使防治工作達到加乘效果。網絡合作觀念歷經十多年的倡議，目前中央及地方均已建置跨單位網絡合作平台，整合各領域專業資源與政策措施，推展各項防治工作。從性侵害被害人減少重複陳述方案、性侵害案件整合性團隊服務方案、家暴安全防護網計畫、兒少保護醫療服務網絡示範計畫等具體方案中，逐步建立網絡工作模式，展現網絡合作成果。但由於各專業領域既有的工作模式與價值信念的差異，加上人員異動頻繁，以致形成網絡各單位對於暴力防治工作的認知落差，尚須不斷強化彼此之合作共識與默契，消弭各專業領域與組織間之本位主義，才能實踐暴力防治工作的網絡整合，健全綿密的保護服務網。

為了強化網絡合作，不論在中央或地方政府，各種網絡會議、研討會、共識營與願景營均成為常態性活動，也透過各種督導與評鑑制度引導實務運作，然而，這些努力與投入是否達成最初設定的目的及回應暴力防治宗旨，相較其他國家，我國的暴力防治成效如何，均有待一一檢驗。因此，建立一套客觀、具體、可測量、可執行的性別暴力防治衡量指標，作為各體系自我檢視、網絡間相互對話、資源配置

檢討與推動政策方向的依據，似乎成為下個階段引領我國與國際防治工作接軌的重要里程碑。

在各種保護案件的網絡合作中，兒少保護服務長期以來被認為是偏重社政系統的工作，以致其他網絡單位似乎以「通報者」自居，後續對於兒少保護個案及其家庭的介入相當有限，然近年來，在許多重大兒少保護案件的檢討中，發現兒少保護事件被害人為 6 歲以下的兒童約佔 25%，兒少因受虐致死案件中，也有 5 成為 3 歲以下的被害人，由於學齡前的兒童多數以家庭為主要活動場域，當施虐者主要為父母或監護人等(兒童及少年保護事件之施虐者為父母或養父母者約佔 7 成)，兒童受到疏忽或虐待的情形就不容易被外界所發現，因此必須仰賴其他相關單位，利用兒童就醫、接受預防注射等，協助留意兒童是否受到必要的養育照顧，特別是針對高風險族群，如父母本身是毒品人口或罹患疾病、自殺未遂、家庭經常發生衝突等，也需要建立主動介入的預防措施。因此，如何透過各單位及跨部會的資訊系統交換機制，進行資料勾稽，即時取得兒少保護案件之當事人及關係人相關資料，及早擬具因應行動策略，顯得相當重要。

此外，我國的兒少保護因過去長期偏重以第三級的服務模式介入，而相關法令保護的範圍又不斷擴大下，致第三級的社工服務系統嚴重人力不足、個案服務被排擠，甚至在接獲通報後往往已來不及挽救兒少生命。2004 年政府推出高風險家庭關懷服務方案，企圖將服務觸角提前伸進尚未受暴但有受暴高風險的家庭，引進相關福利服務資源，支持家庭恢復功能，讓兒少年免於遭受暴力威脅。雖然兒少保護與高風險家庭服務最終的目的是保護兒少，但在介入時機、工作方法、評估指標、處遇資源及相關法源依據均有不同，各地方政府的受理窗口也不同，以致無法在最短時間內提供個案適切的服務，未來亟需建立兒少保護及高風險家庭服務整合性的通報窗口、建立一致性的評估共識，並藉由輔助工具協助正確通報，以落實對兒少的保護及權益維護。

參、策略

一、建構防治網絡各專業領域衡量指標

建立我國性別暴力防治衡量指標，並據此擬定短、中、長程績效目標，發展跨部會之整合型行動計畫，積極推動我國性別暴力防治工作。

二、建置整合性保護資訊系統及加值運用

建置跨部會的資訊交換平台，透過系統介接與資料比對勾稽，即時掌握保護性個案危機資訊，啟動救援服務。另透過智慧化加值、應用與整合，預先掌握潛在兒少保護、家庭暴力、性侵害問題與高風險族群，以發展預警機制。

三、開發多元通報管道、提升通報服務品質

提供電話通報及諮詢、網路通報諮詢服務外，另開發建置 APP 緊急求助系統，以暢通民眾求助管道。另發展責任通報決策指引工具，提高對案件的精準判斷及服務輸送效率。

四、強化兒少保護網絡整合工作

結合次級服務資源擴大兒少保護網，並建立整合性通報窗口、評估指標、雙向轉介機制及溝通連繫平台。

肆、衡量指標

一、中程指標

(一)建置社政、衛生醫療、警政、教育及司法等 5 大專業領域之性別暴力防治衡量指標，其中社政領域之核心指標實際應用率達 70%。

(二)加值運用巨量資料分析，發展家庭暴力及性侵害案件被害人疾病診斷碼各 8-10 組。

(三)建立通報決策標準化流程，通報品質精進率達 85%。

(四)建立兒少保護及高風險案件整合性通報資訊平台。

二、長程指標

- (一)制定社政、衛生醫療、警政、教育及司法各領域綜合指數及整體性防暴指數，並建立定期監測進行國際比較，逐年提升國際排名。
- (二)加值運用巨量資料分析及被害人疾病診斷碼，建立我國家庭暴力及性侵害案件醫療成本推估模式各 1 套。
- (三)通報決策標準導入資訊平台，通報品質精進率達 90%。
- (四)完成兒少保護網之評估工具、雙向轉介機制及溝通連繫平台。

第三節 倡議全民防暴

壹、目標

- 一、推動暴力零容忍文化與社區防暴紮根行動，鼓勵男性組織與青年團體投入反暴力活動，倡議兒少保護、性別平權、全民防暴觀念，由下而上營造暴力零容忍之幸福健康社會。
- 二、運用熱點預測模式將資源導入服務缺口地區，推動服務優先區之預防方案，打造社區安全防護網。
- 三、提升網路資源之傳播效果與社會教育功能，讓資訊成為兒少保護及反性別暴力的基本裝備。

貳、現況檢討

傳統社會受性別刻板印象與傳統性別迷思影響，「男主外、女主內」的觀念根深柢固，加上「法不入家門」的觀念，使得家庭暴力事件在家庭暴力防治法通過前，被認為是關在家門裡的事，不僅男性將其暴力行為視為合理，女性甚且擔心他人異樣眼光、被貼標籤而害怕向外求助。有研究指出，人們對於性別的信念，即人們對於男人和女人在社會上、家庭中應扮演何種角色的信念，才是性別暴力發生的基礎因子(underlying factor)(Nayak,Byran,Martin&Abraham,2003)。

我國家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法與性騷擾防治法一一通過，在民間與政府積極運作下，性別平權觀念漸有進展，近年在政府及民間團體大力宣導之下，民眾對於自我保護意識逐漸提升，通報案件量逐年上升，顯示已有越來越多國人認為性別暴力事件應有公權力介入。然預防重於治療，初級預防比事後提供處遇服務更為重要，否則性別暴力事件更會造成社會及醫療龐大之成本支出，如在美國親密伴侶暴行的代價每年超過 58 億美元；英國因家暴事件造成之直接和間接費用每年共 230 億英鎊，故除持續倡議兒少保護、性別平權、全民防暴觀念外，更需整合相關福利資源，積極發展、擴展初級預防及支持性服務方案，以事前預防取代事後補救工作。

此外，在性別平權的觀念倡導中，青年亦為不可忽視的一環，我國因近年幾起恐怖情人新聞事件，促成家庭暴力防治法第 63-1 條的通過，在恐怖情人的新聞事件中也發現，是類青年的特徵，常有自我控制能力不足、易衝動、控制慾強、不擇手段等特質，這些特徵與部分家庭暴力加害人之特質相近，因此，針對青年族群非同居階段親密暴力及早介入，為後續性別暴力防治工作的重點工作之一。

參、策略

一、整合初級預防及支持性服務資源

擬定社政單位內部資源整合運用之策略與工作模式，連結社福資源，有效擴展初級預防及支持性服務方案，提升父母及主要照顧者的親職能力，及學習妥適處理婚姻衝突，預防兒童及少年遭受疏忽或不當對待情形之發生。

二、鼓勵男性與青年參與

鼓勵男性組織與青年團體投入反暴力活動，發展青少年性別暴力預防並強化青少年相關處遇方案，及早掌握青少年性暴力危險因子，立即有效介入，避免青少年成為性別暴力加害者或被害人。

三、建構反暴力社區認證機制

建構反暴力社區指標與認證機制，積極培育與激勵社區各類型態組織進行反暴力社區認證，並運用熱點預測模式，及時挹注資源於服務優先區，逐步建立標竿社區防暴模式。

四、建置資訊化之台灣反性別暴力知識整合平台

運用科技資訊，結合知識管理概念與技術，加值運用 TAGV(臺灣反性別暴力資源網)，統整臺灣資訊，促進國內外反性別暴力相關資訊與經驗之交流和共享，讓資訊/知識成為反性別暴力的基本裝備。

肆、衡量指標

一、中程指標

- (一)發展 1 項初級預防及支持性服務方案。
- (二)參照 CEDAW 公約性別刻板印象和偏見(第 5 條)(a)規定，我國大眾對暴力零容忍的信念態度，以 2016 年數據為基準值，至 2020 年降低達 5%。
- (三)結合熱點預測模式試辦推行反暴力社區認證計畫，並建立社區觀摩學習平台。
- (四)充實「反性別暴力資源網(TAGV)」，至 2020 年各議題專區之重要資訊筆數較 2015 年成長 40%；TAGV 反性別暴力電子報訂閱率較 2015 年成長 10%。
- (五)反性別暴力資源網瀏覽人次達 400 萬以上。

二、長程指標

- (一)發展並推行 2~3 項初級預防及支持性服務方案。
- (二)男性及青年族群參與性別暴力防治宣導效益較 2020 年成長 10%。
- (三)參照 CEDAW 公約性別刻板印象和偏見(第 5 條)(a)規定，我國大眾對暴力零容忍的信念態度，以 2016 年數據為基準值，至 2025 年兩性態度落差縮小達 5%。
- (四)全面推動反暴力社區認證計畫，參與社區數較 2020 年成長 30%，逐步建立標竿社區防暴模式，定期交流合作。
- (五)反性別暴力資源網瀏覽人次達 600 萬以上。

第四節 強化再犯預防

壹、目標

- 一、發展婦幼保護案件被害人一站式服務，整合被害人身心復健資源。
- 二、培植婦幼保護案件處遇人員專業，建構加害人跨領域系統資料庫。
- 三、訂定婦幼保護案件加害人危險分級評估指標，開發多元處遇模式。
- 四、強化高危機個案跨網絡社區監控機制，降低婦幼保護案件發生率。

貳、現況檢討

隨著婦幼保護案件通報量逐年成長，家庭暴力及性侵害事件之通報加害人數也隨之增加，且相較被害人呈現明顯性別差異。依衛生福利部統計資料顯示，2008 年至 2014 年，家庭暴力事件通報之加害人數，由 6 萬 9,417 人增至 9 萬 7,277 人，成長率達 40.1%，其中男性加害人數約佔 76.4%。性侵害事件通報之加害人數部分，也由 2008 年的 6,227 人、成長至 2014 年的 1 萬 1,292 人，成長率達 81.3%；男性加害人數則約佔 84.4%。

一、立法強制輔導或治療

依家庭暴力防治法及性侵害犯罪防治法之規定，加害人經法院裁定或經縣市政府評估，則有執行家庭暴力加害人處遇計畫、性侵害加害人身心治療及輔導教育之必要。2014 年經法院裁定需執行家庭暴力加害人處遇計畫人數有 3,226 人，與 2011 年的 3,034 人相較，成長率為 6.3%。性侵害加害人社區處遇人數，由 2011 年的 3,661 人、成長至 2014 年的 6,419 人，成長率達 75.3%。

針對接受輔導或治療後，經鑑定評估認有再犯危險者，2006 年 7 月、2012 年 1 月並先後立法納入強制治療制度，至 2015 年 7 月計已

累計執行刑事保安處分強制治療 72 人、民事監護處分強制治療 22 人。

二、強化加害人再犯預防

檢視我國暴力防治工作之發展，早期係以被害人保護為核心，不論資源配置、服務模式，多以被害人個人需求為首要考量，醫療機構雖因被害人司法救濟需要，已提供具即時性及可近性之驗傷、採證服務；然而被害人心理狀況，更需持續追蹤及適時提供心理復健資源，避免因事件被害經驗，造成心理恐懼感或衍生加害行為。至加害人再犯防治工作，礙於執行經費、處遇資源及法制配套，現多侷限在法有明定之家庭暴力加害人處遇計畫、性侵害加害人身心治療及輔導教育之執行上，有關家庭暴力防治之相對人預防性處遇資源、暴力危險等級評估、共病個案(精神疾病、自殺、酒癮)跨網絡合作模式，及性侵害防治之加害人社區監控網絡、高再犯危險個案終身保護處分、強制治療處所及處遇模式...，均尚待強化。

參、策略

- 一、提升醫事人員對婦幼保護案件被害人之臨床辨識能力及責任通報率，強化被害人驗傷採證責任醫療機構的資源配置、空間及設備、作業品質，加強被害人回診追蹤及心理復健服務。
- 二、訂定家庭暴力及性侵害處遇人員、督導、評估小組之專業資格，研修處遇人員核心及進階訓練課程基準，定期辦理教育訓練，提升處遇相關執行人員專業知能。
- 三、配合家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法修法，修正公布家庭暴力加害人處遇計畫規範、性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法，落實加害人處遇執行。
- 四、整合警政、矯正、觀護、司法系統婦幼保護案件加害人資料庫，加強加害人處遇資料登錄完整性，檢討分析加害人犯罪成因，發展風險評估工具，建立分級、分類處遇制度。

五、落實婦幼保護案件加害人社區處遇之無縫銜接，建構加害人社區監控網絡，針對高再犯危險個案聲請終身保護處分、強制治療執行，強化加害人內控及外控能力。

肆、衡量指標

一、中程指標

- (一)各縣市政府至少指定 2 家醫療機構提供婦幼保護案件被害人一站式服務。
- (二)訂定家庭暴力及性侵害處遇人員資格，以及研修專業培訓或繼續教育課程。
- (三)建立家庭暴力及性侵害加害人危險分級評估指標。
- (四)服刑期滿的高再犯性侵害加害人，出監 2 週內無縫銜接執行社區處遇比率 100%。
- (五)完成保護資訊系統加害人處遇資料庫的跨領域整合。

二、長程指標

- (一)婦幼保護案件被害人回診追蹤率 80%。
- (二)法院依評估小組處遇建議書，裁定家庭暴力加害人處遇計畫保護令比率 80%。
- (三)建立家庭暴力及性侵害加害人分級、分類處遇模式。
- (四)建置高再犯危險個案終身保護處分的社區監控機制。
- (五)性侵害犯罪加害人 5 年內再犯妨害性自主罪之比率達 10%以下。

第五篇 創新資訊科技與擴展國際參與

第十三章 衛福資訊創新應用服務新契機

資訊科技近年來發展突飛猛進，全球主要國家政府都積極導入資訊科技解決人民生活各方面問題，創造新興服務，也成為經濟發展新動能。

為改善醫療服務體系，提升醫療品質、促進病人安全、降低成本、改善服務之近用性、公平性與效率，世界各國都積極投入健康資訊科技(Health Information Technology，簡稱 Health IT 或 HIT)之發展。世界衛生組織(WHO)把 eHealth 定義為「應用資通訊技術(Information and Communication Technologies, ICT)在醫療及健康領域，包括醫療照護、疾病管理、公共衛生監測、教育和研究」。WHO 認為 eHealth 可以增進醫療的近用性和降低醫療成本，尤其對開發中國家和弱勢群族有更深遠的影響。

因應台灣面臨高齡化與少子化趨勢，如何運用有限的社福資源、減少資源浪費，已成為我國社福政策持續推動因應的主要挑戰。衡諸未來，因應社會福利需求擴增，需通盤規劃各項社會福利政策，革新福利輸送模式，藉由公益團體、社區及個人的參與，擴大社會福利資源面向，並進行有效的整合與管理，俾使有限的社福資源能獲得更有效的運用。另藉由福利輸送模式與組織的改造與整合，達到政府資源有效運用，提升服務效率，避免浪費政府預算，以賡續我國社會福利政策的推動。

隨著政府資訊公開法、行政程序法與其他相關法令的立法與實施，我國政府資訊公開制度已漸趨完善並與世界主要國家齊步。有關本部資料開放的推動，一方面自民國 97 年起為能達到健康資訊共享的目標，在「保障個人健康隱私，促進健康資訊共享，減少資源重複投入」的核心價值下，規劃建置「健康資料加值應用協作中心」(104 年 8 月更名為「衛生福利資料科學中心」)，提供促進公共衛生決策、醫療健康學術研究及相關產業研發創新使用服務平台；另一方面透過政府資料開放平台，開放各項業務資料以利其他機關、民間組織或個人

取得再利用，將可創造不同的價值與效用。

第一節 資訊技術創新健康照護應用服務

壹、目標

配合行政院持續推動政府資料開放政策且因應資通訊技術基礎建設的成熟發展，本部所收集或持有衛社政資料及資訊繁多，諸如食品醫藥、全民健保、國民健康、疾病防制、社會福利等等。藉由推動開放資料加值運用，加速健康照護資訊標準化的推動，整合健康資訊，延伸現有醫療健康照護服務範圍，達成照護資訊連續性之目標，完善全人照護，提升生活品質亦是我國推動國民健康及照護服務等多項加值運用，促進產業發展新契機。

貳、現況檢討

104 年 12 月，英國「開放知識基金會」(Open Knowledge Foundation)所做的資料開放(Open Data)國際評比，我國大幅躍進，從 102 年的 36 名、前年的第 11 名提升至 104 年成為全球第 1。政府擴大資料開放應用的成果，已經獲得國際社會高度肯定。101 年 11 月起配合行政院規劃推動開放資料政策，本部在不違反現行法令規範及個資保護前提之下，積極推動資料開放工作，除配合國家發展委員會將本部開放資料上傳政府資料開放平台(<https://data.gov.tw>)，本部國民健康署及食品藥物管理署亦自行建置有「國民健康署開放資料平臺」及「食品藥物資料開放平臺」等。本部至 104 年底已開放超過 880 項資料集，並且持續增加中。

為整合長照服務相關資訊系統，提供民眾更完整、便利與效率的健康照護服務，並建構個人化照護資料庫，本部已規劃建立健康照護資訊平台，期能介接各照護服務團隊之個案服務使用資訊，推廣遵循國際標準的健康照護電子照護記錄應用，在資訊面成功串接健康照護服務資訊流，讓民眾取得更多智慧化、個人化及行動化的服務內容，提升國民健康，減少醫療資源重複使用，降低照護費用的支出。

參、策略

一、落實資料開放

- (一)持續深化盤點及分析本部業務資料，除選定及整理有價值的資料之外，多方傾聽民間需求及建議，善用雲端運算服務、促進資訊共享與整合，建立標準化資料格式，積極開放本部民生相關資料給社會大眾，並建立資料更新及回饋機制。
- (二)籌設衛生福利部政府資料開放諮詢委員會擬定本部及所屬資料開放行動策略，強化政府資料開放質與量、建立推廣與績效管理機制，並擔任所屬機關資料開放規劃指導，推動資料集分級、收費疑義之諮詢與協調。
- (三)整合服務方面為提升資料易用性、資料格式標準化及提供資料介接 API 取用政府開放資料，達成系統自動介接(M2M)之目標。
- (四)積極鼓勵企業組織、人民團體、與公民個人來對政府開放資料作創新增值運用(如資料分析、APP)，增進公共價值。

二、利用資通訊技術，推動健康照護整合應用

- (一)持續推廣醫院雲端交換平台，共享健康照護資訊，減少資源重複使用、降低整體照護費用支出。支援服務功能模組化及公有化，降低智慧化照護服務導入成本，促進健康照護服務多元發展，永續健康照護產業。
- (二)在完成衛社政流程整合及共通服務系統建置之基礎上，運用資料庫創新增值應用，建立個人化照護，並提供全人之服務。
- (三)持續以委託研究計畫方式，尋求以資通訊技術結合健康照護應用之可行性為目標，以作為推動政策制定之參考。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)加速有價值的資料集開放，供民間產業、學界及相關團體開發增值應用(如資料分析、各類應用服務、網站、APP)，各類應用由本部指導並評定具有成效者，將建立 20 項以上。

- (二)延續現有智慧健康照護加值應用試辦，以提供多元化服務，帶動全國廣泛推動，且特別在各直轄市均有示範應用案例(如智慧醫院、銀髮智慧屋、遠距智慧照護中心、個人健康照護雲端資料庫大數據分析創新等)，服務涵蓋全國人口達 2/3 以上。

二、長程指標(2025)

- (一)有價資料集全面開放，供民間產業、學界及相關團體開發加值應用(如資料分析、各類應用服務、網站、APP)達 50 項。
- (二)完成智慧健康照護加值應用，提供多元化服務，全面普及與跨域合作，每一縣市皆能發展各特色領域之應用案例(如智慧醫院、銀髮智慧屋、遠距智慧照護中心、個人健康照護雲端資料庫大數據分析創新等)。

第二節 智慧應用健全多元福利服務體系

壹、目標

為使各項便民服務能遍及全國民眾，落實政府照顧弱勢族群政策，以地方政府為核心，建立垂直與水平整合分工之跨機關、跨單位合作，並整合衛社政之整體服務能量，建構福利服務輸送體系，以民眾需求為導向，提供多元服務、主動關懷、一站式服務，針對資料數據進行分析，發掘潛在弱勢族群，提升各項便民服務之效能並保障民眾權益。

貳、現況檢討

目前政府所提供之福利服務資源多採被動式經費補助，與跨機關(單位)訊息、資源尚未完成整合，以致於未能有效分析弱勢族群真正需求及有效分配資源，易造成資源分配不均及加重政府財政負擔。103年度起本部已就社會福利津貼給付項目進行主動到宅服務，並建立與民眾溝通管道，唯與民間機構資源整合尚未臻完善，未來應就我國社會福利資源之規模及配置現況加以檢討分析，進行福利服務資源整合運用，提供多元服務管道，並充份結合政府與民間力量，利用資訊科技輔助進行弱勢族群篩選，主動協助進行福利資源媒合，以提供弱勢族群有效的扶助，達到福利服務客製化的目標，並藉由社會福利人口資料分析，以最適化服務取代津貼給付，俾利弱勢族群即時取得有效的協助。

參、策略

一、強化智慧應用，創新服務效能

- (一)整合中央與地方政府資料，將各類系統資料統整、擴充資料庫並建立訊息交換標準，運用大數據進行分析與評估、釐清弱勢族群潛在社福需求、催化符合國情之社福政策制訂。
- (二)開放衛生福利相關數據，提供民間單位(含企業、非營利組織等)應用，共同研擬貼近民眾需求的創新性服務。

- (三)公開福利服務資源資訊，提供服務提供者與需求者即時且適切之福利服務資源。

二、提升服務品質，改善弱勢困境

- (一)提升社福單位服務品質，利用現有社會資源，創新開發多元福利服務，依不同服務需求改善弱勢族群困境，使弱勢族群得以自給自足、脫貧脫困。
- (二)提供各類族群全方位照顧、關懷與支持，透過社區化福利服務，建構系統化服務網絡。

三、主動服務媒合，民眾政策參與

- (一)結合中央與地方政府資料，進行資料比對與篩選，輔助申請案件分析找出最佳福利需求，以進行後續之主動服務與福利資源媒合、達到客製化社會福利的目標。
- (二)建構福利服務輿論研討之網路論壇，擴大民眾議題參與及滿意度調查之管道，保障民眾權益。

四、強化個案防治，保障弱勢權益

高風險個案(如家暴、兒虐、自殺等等)危險因子所涉及的層面往往非單一因素所造成，為有效預防個案發生，藉由跨部門、跨單位衛生福利資訊整合與分析找出潛在案件(如通報、教育程度、醫療紀錄、戶政、財稅等等)，提早預防案件的發生。

五、整合福利資源，健全服務體系

- (一)整合衛社政之整體服務能量，建構整合地方政府、民間機構、專業組織與學術單位等服務體系，提供第一線服務人員之相關資源聯結系統，藉以提升服務人員之服務品質與效率。
- (二)推廣地方政府等福利服務體系與中央系統介接，整合福利服務體系一站化民眾服務。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)智慧化創新服務達 5 項。

(二)建構系統化社區服務網絡達 10 個縣市政府。

(三)一站化民眾服務件數達 100,000 件。

二、長程指標(2025)

(一)智慧化創新服務達 10 項。

(二)建構系統化社區服務網絡達 22 個縣市政府。

(三)一站化民眾服務件數達 200,000 件。

第三節 完備基礎建設提升資料統計應用

壹、目標

整合衛生福利業務資料庫，建立完備法制、結合雲端與 IT 技術，優化衛生福利資料品質、擴展服務層面及強化資料統計應用服務基礎環境，於公部門讓衛政社政決策品質提升，落實支援決策功能，於學術面讓我國學術研究水準與量能提升，於產業面拓展研發創新，提升國力增進全民福祉，使產官學研分進合擊，達成「促進全民健康與福祉」之使命。

貳、現況檢討

衛生福利資料科學中心自 100 年 2 月對外服務起，每年平均執行案件數成長速度逾 54%，服務需求持續增加，然因組織員額編制無法隨業務擴增，為維持服務效能，刻正規劃雲端化虛擬桌面服務系統及 E 化申請平台，並同步檢討現行作業模式，進行相關系統之維護及優化，故確保資訊安全、強化管理系統及作業程序標準化是未來發展重點。

另因應組織改造，提供資料範圍由健康資料擴充為衛生福利資料，資料之蒐集檢核、品質維護及文件製作工作量大幅增加；又為擴展資料應用服務，積極開發主題式資料庫，在確保資料品質及確度下刻正積極辦理資料庫之驗證程序，以利研究者之資料庫應用做引證。

此外，基於符合公共利益增進全民福祉，發揮統計支援決策功能及提升研發國力，亟需解決產業應用法制議題、改善資料統計應用服務親善環境，俾利各界進行加值研究。

參、策略

一、提升服務效能，改善作業環境

- (一)開發及優化資料統計應用服務模式及資訊系統，於個人隱私保護、資訊安全確保前提下，提供更優質之服務環境，並優化使用者互動平台，提升服務效益。

- (二)建置系統化、標準化內部管理系統，提升作業效率，強化相關作業資訊安全管理。
- (三)順應大數據應用之發展趨勢，完備資料應用之相關規制，研提作業流程及規範改善作為，提升資料應用管理面之完備性，強化相關程序之標準化、公開化、法制化。
- (四)改善法制環境，推展產業研發之資料統計應用及回饋機制建立。

二、多元發展及建置衛生福利資料庫

- (一)整合衛生與福利資料，發展主題式資料庫，強化資料驗證，提升資料庫應用層面。
- (二)與學研加強合作，提升人員之知能與專業能力，共同促進學術發展，增進公共利益。

肆、衡量指標

一、 中程指標(2020)

- (一)推廣衛生福利資料統計應用，發揮統計支援決策功能，提升服務案件數較 2015 年(157 件)成長達 2 倍，論文發表 35 篇以上。
- (二)提高衛生福利資料科學中心服務效能，持續建置系統化、標準化的內部管理系統達 2 項。
- (三)提高衛生福利資料研究之可近性，完成虛擬專線基礎建設部署至少 8 個研究分中心。

二、 長程指標(2025)

- (一)推廣衛生福利資料統計應用，發揮統計支援決策功能，提升服務案件數較 2015 年(157 件)成長達 5 倍，論文發表 50 篇以上。
- (二)提高衛生福利資料研究之可近性，完成虛擬專線基礎建設部署至少 10 個研究分中心。

第十四章 拓展國際參與空間

全球化時代，國與國間交流互動日益頻繁，隨著經濟貿易、觀光旅遊等活動增加，公共衛生議題逐漸跨越國界，成為各國共同關注焦點。因此，推展國際衛生福利事務，是時勢所趨，是全球責任，更是維持人類健康與福祉最重要的環節。

現今我國推展國際衛生福利的主要方向包括：國際衛生合作交流與援外政策的規劃及協調、推動聯合國兒童權利公約、身心障礙者權利公約國內法化、辦理國際衛生會議的雙邊及多邊會談、推動參與國際組織的策劃與協調、培訓國際衛福人才、透過非政府組織進行國際連結、緊急人道醫療援助工作、發展醫療國際化等工作。

我國目前拓展國際參與空間仍面臨諸多挑戰，為深化我國國際參與及提升國際能見度，未來將配合政府政策核心目標，在凝聚朝野共識、積極尋求國際支持，與兩岸關係和緩等前提下，期在國際社會上積極扮演「和平的締造者」及「人道救援的提供者」等角色，以促進國際社會互助與共存。

第一節 務實參與國際組織

壹、目標

- 一、實質參與國際組織之會議與工作計畫，分享我國醫藥衛生福利之成就。
- 二、為利推動國際參與工作，建立橫向溝通之協調機制。

貳、現況檢討

我國 1971 年退出聯合國後，政府積極推動活絡外交，經過多年努力，終於突破困境，無論是參與國際組織會議，或對兒童人權保障方面皆有亮眼成果，順利與國際接軌。

一、分享我國衛生福利經驗

我國終於在 2009 年以「中華臺北」名義，以觀察員身份，獲邀參加「世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)」。¹另我國亦積極參與「亞太經濟合作會(Asia-Pacific Economic Cooperation，簡稱 APEC)」與「世界貿易組織(World Trade Organization，簡稱 WTO)」等國際會議，或由非政府組織(NGO)參與「聯合國婦女地位委員會(Commission on the status of Women，簡稱 CSW)」各項會議，分享我國衛生福利工作經驗，與國際接軌。

二、保障兒童人權及身障權益

聯合國大會分別於 1989 年、2006 年通過「兒童權利公約(Convention on the Rights of the Child，簡稱 CRC)」²、「身心障礙者權利公約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities，簡稱 CRPD)」³。為了向國際社會展現臺灣對兒童人權的重視，強化我國身心障礙者權益保障，並與國際接軌，總統已於 2014 年 6 月 4 日公布「兒童權利公約施行法」⁴，自同年 11 月 20 日施行；2014 年 8 月 20 日公布「身心障礙者權利公約施行法」⁵，亦自同年 12 月 3 日起施行。

參、策略

- 一、持續出席「世界衛生大會」，並爭取參與 WHO 相關之技術性會議及活動。

- (一) 推動加入 WHO 重要機制：包括「流感大流行防範框架(PIP Framework)」、「食品衛生安全網絡(INFOSAN)」、「終止結核病夥伴網絡(Stop TB Partnership)」等。
- (二) 積極參加與 WHO 合作之會議及重要機制，例如參與「聯合國氣候變化綱要公約(UNFCCC)」中有關「氣候變遷與健康」會議。
- (三) 針對 WHO 所訂定之策略或目標，適時將我國領先達成項目爭取於正式國際會議上發表，以彰顯我國醫療、衛生、福利專業領域優勢。

二、深度參與 APEC 衛生工作小組

- (一) 積極促成衛生部長會議舉辦，或與其他會員體合辦 APEC 高階會議。
- (二) 加強跨工作小組、論壇合作計畫。
- (三) 舉辦 APEC 國際研討會。

三、積極參與國際經貿會議(如 WTO)，並配合國家政策，融入區域經濟整合之進程上，盡力調整我國衛生福利體系，促成貿易自由化及公衛進步發展之雙贏局面。

四、透過「非政府組織」與國際社會進行交流合作，以輸出臺灣衛生福利經驗，提高我國的國際能見度。

五、推動兒童權利公約施行法(CRC)與身心障礙者權利公約施行法(CRPD)，籌劃、推動及執行各項法定業務，完成國家報告，建立國際審查機制與國際交流。

六、建立跨司署協調機制，統籌參與國際衛生福利事務資訊，以利整合跨領域參與國際活動及重要機制等相關事宜。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一) 深化及廣化我國參與 WHO 相關組織之機制、會議與活動：1. 制度性參與 1 項 WHO 專業機制；2. 專家技術性會議累積達 50

場次；3.鼓勵我國醫療福利相關非政府組織，參與 WHO 有正式關係之國際非政府組織活動累計達 25 場次。

(二)積極參與國際組織會議與工作計畫，至少於 APEC 衛生工作小組通過 5 項提案，以分享我國醫藥衛生成就。

(三)每年參與社會福利國際交流至少 10 場次，以分享我國社會福利發展成就及收集他國經驗。

二、長程指標(2025)

(一)深化及廣化我國參與 WHO 相關組織之機制、會議與活動:1.制度性參與 2 項 WHO 專業機制;2.專家技術性會議累計達 100 場；3.鼓勵我國醫療福利相關非政府組織，參與 WHO 有正式關係之國際非政府組織活動累計達 50 場次。

(二)積極參與國際組織會議與工作計畫，至少於 APEC 衛生工作小組通過 10 項提案，以輸出我國衛生福利經驗及收集各項國際重要醫衛資訊。

(三)每年參與社會福利國際交流至少 10 場次，以分享我國社會福利發展成就及收集他國經驗。

第二節 從事人道援助，發展國際合作

壹、目標

- 一、積極投入人道援助工作，並促進與國際非政府組織 (Non-governmental Organization，NGO) 合作。
- 二、與美、日、歐盟等國建立長期穩定之合作關係。
- 三、結合當地資源與友邦及友好國家建立持續性之醫療衛生合作。

貳、現況檢討

隨著全球化的來臨，世界各國依存度日益加深，且面對 SARS、伊波拉與 MERS-CoV 等跨國疫情爆發，「醫療衛生無國界，防疫救災不可有缺口」之理念與原則，已廣為世人接受。

一、設立國際醫療衛生合作及人道救援團隊

鑒於國內醫療衛生援外資源仍有待進一步整合，在國內外各界的建議下，外交部及衛生福利部於 2006 年以任務編組方式，籌設跨部會之「臺灣國際醫衛行動團隊(Taiwan International Health Action，TaiwanIHA)」，以統籌國際醫療衛生合作與人道救援工作，讓資源達到最有效運用。

二、建構全球健康防護網

衛生福利部加強推動與美、日、歐盟等重要國家發展國際衛生福利等議題之合作計畫，建構全球健康防護網，共同保障全人類健康。我國「衛生醫療援外」源自 1960 年代，一直都以拓展外交、鞏固邦誼、善盡國際公民義務為策略目標。衛生福利部藉由設立常駐醫療團及衛生中心等方式，與友邦建立實質之醫藥衛生合作，輸出臺灣經驗，突顯我國醫藥衛生軟實力，增加我國醫療援外效益，並深化兩國永續發展之合作夥伴關係。

參、策略

- 一、持續與財團法人國際合作發展基金會(International Cooperation and Development Fund，簡稱 ICDF)等 NGO 團體合作，並與中華民國紅十字會總會、亞洲醫師協會(Association of Medical Doctors

of Asia, AMDA)、泰國國家緊急醫療中心(National Institute for Emergency Medicine, NIEM)簽署合作備忘錄。結合民間力量，扮演「人道援助提供者」角色，發揮我國人道援助精神，並與參與之國際非政府組織(INGO)建立連結，增加未來共同合作機會。

二、與美、日、歐盟等國建立醫藥衛生相關領域之聯繫平台及合作計畫，如全球衛生安全議程(Global Health Security Agenda)、伊波拉防疫訓練中心，以建構更強而有力之全球健康防護網。

三、持續推動「臺灣衛生中心」、「臺灣醫療計畫」及「行動醫療團」等計畫，提供長期駐點或短期支援之醫療服務；並結合在地資源，協助友邦國家進行衛生醫療計畫。

(一) 透過與邦交國的合作計畫，參與國際組織衛生合作。

(二) 建立成功合作計畫之標準模式、傳承經驗，並推廣由我國主導這類實際成功範例。

四、持續推動「醫療器材援助平臺計畫(GMISS)」，捐贈醫療器材及物資至資源缺乏國家，並提供專業技術教學予當地醫工人員，以利當地醫療體系永續發展。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

(一) 持續與國內外 NGO 共同合作，預計從事 50 次國際醫衛人道援助，以彰顯我國人道關懷形象。

(二) 為建立與友邦或友我國家之合作交流平台，預計辦理 20 項國際衛生合作計畫，以促進兩國對話機制。

二、長程指標(2025)

(一) 秉持人道關懷精神，與國內外 NGO 共同從事國際醫衛人道援助，預計至少 100 次，並簽署相關備忘錄，以發揮支援合作力量，積極回饋國際社會。

(二)持續推動「臺灣衛生中心」、「臺灣醫療計畫」及「行動醫療團」等計畫，並辦理 50 項國際衛生合作計畫，以強化我國在友邦或友我國家之連結，展現我國醫藥衛生軟實力。

第三節 培育國際衛生福利人才

壹、目標

- 一、加強培育國內國際衛生福利事務人才，累積參與國際事務能量。
- 二、持續培訓國外醫療衛生人員，擴展國際人脈，以佈建友我網絡。

貳、現況檢討

臺灣在國際上的處境特殊，且醫療外交工作需要長期耕耘，因此提升人員參與國際衛生福利事務、議事、談判、協商能力，學習各衛生福利及經貿相關國際組織之架構與運作模式，並傳承參與國際事務經驗，將是培育我國衛福人才的重要工作。

一、培育國際衛生福利人才

衛生福利部採取透過國際衛生事務之實地與實際參與等策略，提升選派人員國際經驗、培養國際觀，使其成為具前瞻性的國際衛生福利事務人才。

另衛生福利部自 2007 年起派遣醫療替代役赴海外服務，至 2015 年已派遣 40 人至馬紹爾群島、索羅門群島、帛琉及馬拉威等地服務，藉以培養臺灣醫衛專業青年對國際事務的參與興趣，並將臺灣優異的公衛醫療成果與發展經驗推展至國際。

二、成立國際醫衛人員訓練中心

為善盡臺灣作為國際社會一份子的責任，將臺灣的經驗與智慧積極貢獻於世界各國，政府成立「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心(TIHTC)」，以國際醫療援助與技術合作的形式，提供友邦國家醫療支援及醫療專業人員技術訓練，藉此維繫我國與各國關係，宣揚推廣臺灣專業醫療技術與公共衛生管理成就，提升臺灣於國際間專業及友善的形象。

參、策略

- 一、舉辦衛生福利國際會議，如臺灣健康論壇、臺美衛生政策研討會、APEC 國際研討會，與婦女、身心障礙、兒童權利等相關議題之國際研討會，增加國際交流與合作，建立長久之人脈與聯繫網

絡。

- 二、與國外衛生學術或醫療社福相關機構合作，遴選衛生福利部優秀之中高階人員參加短期研討或進修課程、積極參與相關的國際研討會，如歐洲加斯坦衛生論壇、國際衛生組織之技術性會議。
- 三、派遣醫療替代役赴海外服務，並結合民間與政府力量，基於人道立場持續實質協助開發中國家，推動各項衛生醫療工作。
- 四、與學校、醫院合作，選定我國優勢項目進行國際醫衛人才培訓，並研擬付費培訓機制
 - (一) 積極參與國際組織或國外政府機關受訓、研習。
 - (二) 獎勵國內大學院校開設國際醫療衛生相關學程。
 - (三) 積極爭取教育部公費留考國際衛生相關學門員額。
 - (四) 規劃不分科住院醫師(PGY)赴海外執行計畫。
- 五、持續擴大推動「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心(TIHTC)」計畫，協助友邦醫事人員至我國接受醫療技術訓練。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)藉由參與或舉辦國際會議，與國外專家學者進行經驗分享和交流，並加強培力婦女參與，預計培養國內國際衛生福利人才 2,500 人次。
- (二)協助友邦醫事人員至我國接受醫療技術訓練，預計參與「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心(TIHTC)」計畫或接受培訓之國外醫療衛生人員 500 人月。

二、長程指標(2025)

- (一)持續培訓國內國際衛生福利專業人員，預計 5,000 人次，透過國際衛生福利事務之實際參與，培養選派人員之國際觀。
- (二)參與「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心(TIHTC)」計畫或接受培訓之國外醫療衛生人員，預計 1,000 人月，維繫及推展我國與各國醫療衛生永續發展關係。

第四節 推動醫療服務國際化

壹、目標

- 一、成立特殊或策略性醫療產業品牌輔導小組，協助國內醫療機構定位策略性醫療發展特色及方向，鼓勵中小型醫療機構參與國際醫療，並積極推動與海外知名醫療機構(如:Johns Hopkins、Harvard Medical School、Cleveland Clinic 等)締結合作關係。
- 二、擴大臺灣高品質醫療機構及相關健康醫療產業參與及全球行銷推廣，提昇臺灣醫療品牌知名度，提升臺灣在國際醫療服務質量。
- 三、從消費者立場打造高品質的醫療環境與服務以及醫療照護團隊。推廣健康檢查、美容醫學等品質認證精神，激勵醫療服務機構展現優質服務。

貳、現況檢討

隨著全球化發展，國際醫療需求方興未艾，臺灣醫療水準與品質一直是國人引以為傲之處，醫療服務技術水平在亞洲居於領先地位，臺灣醫療不僅潛在產值龐大，價格亦極具國際競爭力。

一、推廣健檢及美容醫學之國際醫療

因應醫療服務國際化及產業化之國際趨勢，在政府協助下逐步開放相關政策，包括醫療簽證、醫療廣告等，為加速兩岸與海外華僑交流，近年更進一步開放大陸人士以及東、緬、寮地區僑胞，得以健康檢查與美容醫學作為申請來台簽證事宜。

二、北中南四機場設置國際醫療服務中心

透過衛生福利部國際醫療管理工作小組、外貿協會以及各醫療機構之努力推動國際醫療服務，吸引更多海外民眾、病患來台就醫，並推動與國際醫療機構合作交流。2013 年 12 月 28 日已於臺北、桃園、臺中、高雄等國際機場設置「國際醫療服務中心」，作為國際醫療之接待門面，藉以行銷臺灣整體醫療形象。

2014 年度國際醫療服務量統計約 26 萬人次，創造總產值高達 141 億元，與 2008 年初創時期相較，其產值已成長 7 倍有餘，顯見國際醫療是一個極具發展力產業，不僅能為醫療機構開發一廣大的自費客源，更可帶動觀光產業成長，活絡國內服務業，提高就業機會，提高平均國民所得，提振臺灣整體經濟向上提升。

參、策略

- 一、以「千億產值」產業角度重新規劃布局國際醫療產業資源，相關醫療人力資源、儀器設備與醫療機構之資源配置，均需揚棄「健康保險剩餘資源再加利用」想法，投入新政策、新市場定位及新客群。
- 二、考量國家發展國際醫療條件不同，結合中小醫療機構健康檢查轉介，創造「一條龍」服務模式，穩定國際醫療中心客源。
- 三、發展國際醫療品質認證體系，配合不同國際醫療產品，發展更多元認證模式，藉以發展與行銷臺灣醫療，吸引更多國際醫療來客。
- 四、整合行銷「臺灣」品牌，結合臺灣觀光、文化、藝術等異業資源，發展豐富模組化產品。
- 五、建立跨部會產業推動組織，拉高產業推動與參與層級，就國際醫療發展議題進行廣泛交流與策略合作，並結合地方政府與民間力量，全力發展臺灣國際醫療品牌。
- 六、持續改善新住民之醫療環境，以服務新住民為出發點，建立國際醫療服務溝通機制及管理方法等，作為提供國際醫療的初步雛形。
- 七、建立外籍患者之完善醫療機制，如通譯協助及相關對應機制，了解不同語言及文化患者，讓外籍患者不因語言障礙及文化差異等問題，而視前往醫療機構為畏途。

肆、衡量指標

- 一、中程指標(2020 年)

- (一) 衛生福利部專責單位下之國際醫療會員醫療機構預計推升達 80 家，同時提供輔導以及管控作業，確保國人就醫權益。
- (二) 總體產值預計可達新臺幣 300 億元。
- (三) 30%施行國際醫療之醫療院所能夠取得 JCI 認證，且通過該認證之醫療會員機構突破 15 家。
- (四) 80%施行健檢服務之醫療院所能夠通過健檢品質認證，且通過該認證之醫療會員機構達到 40 家。

二、長程指標(2025 年)

- (一) 衛生福利部專責單位之國際醫療會員醫療機構預計推升達 100 家，同時提供輔導以及管控作業，確保國人就醫權益。
- (二) 總體產值預計可達新臺幣 1000 億元規模。
- (三) 國際醫療之醫療院所取得 JCI 認證比率能突破 50%，且通過該認證之醫療會員機構突破 25 家。
- (四) 有施行健檢服務之醫療院所能夠百分之百通過健檢品質認證，且通過該認證之醫療會員機構突破 60 家。

結語

為了體現衛生福利部落實民眾對於健康及幸福的期許，經過各方專家學者、民間團體機構的不斷努力，歷經 2 年的時間，第一本結合衛生醫療與社會福利的政策白皮書終於出爐了。本書內容為我國衛生福利目前之工作重點，以及未來十年之施政目標和策略。綜觀世界發展趨勢，參照公共衛生三段五級概念及社會福利服務架構，並從每一年齡層、性別、族群，兢兢業業的擘劃內容，期望全國國民都能活得長壽、活得健康、活得舒適，且更有尊嚴！

我國衛生福利體系目前及未來面臨最大的衝擊為，超高齡社會的來臨、氣候變遷與國際交流頻繁所造成的防疫困境、層出不窮的食品藥物安全問題、有待改革的醫療照護體系、未臻完善的社會安全保障體系。未來，本部仍秉持促進全民之健康與福祉之使命下，朝擬訂出更符合大多數人對健康、幸福期待的施政政策努力。

本書的發表，讓整個團隊更系統化執行對社會民眾之責任，體察民意，由社會脈動的角度檢視衛生福利部的使命與遠景。期望所有參與、關心國家衛生福利政策的學者、專家、團體或個人，了解國家的施政方向，進而提供意見、共同監督執行進度，並願意挹注更多資源，以達成「共享生活幸福平等，全人全程安心健康」之總目標。

本書編擬期間，對於整體架構、章節內容及撰寫方式，歷經非常多次研商討論，惟內容難免有所疏漏，尚請各界惠予指正。



2025 衛生福利政策白皮書

原住民族專章

衛生福利部

中華民國 107 年 7 月

目錄

前言	293
第一節	全人全族健康促進	296
第二節	重塑原住民族醫療體系	309
第三節	建置並發展以權利為基礎的原住民族社會福利支持體系	314
第四節	建立符合文化安全之原住民族長期照顧服務體系	321
第五節	健康資訊工程的建置與擴展國際參與空間	336

前言

世界各國原住民族普遍面臨基本生存需求資源不足問題，包括健康照護以及福利資源，相對於主流社會平均值，原住民族社會與之存在一定程度落差，致使族群及其成員個人較容易落入相對貧窮、餘命較低、社會問題頻仍等現象。

在我國名列已開發國家之林，整體國民生活水平提昇之際，臺灣原住民族各項衛生醫療及社會福利指標事實上亦同步提昇，國家相關政策之表現，與各先進國家相比，並不遜色。然而，不少重要指標，譬如原住民族人口平均餘命、原住民族地區醫療及長照資源普及程度、福利輸送與受惠對象族群背景的相關程度等，相對於主流族群所能獲得的服務，原住民族社會與主流族群之間仍存在明顯落差。在曾遭受殖民創傷以及族群文化時受壓抑歧視的原住民族身上，前述落差易使其心生相對剝削感，對國家衛生福利政策之成效構成挑戰。

從族群平等理念與原住民族權利發展角度觀之，綜整聯合國《原住民族權利宣言》(第 21、22、23、24 條)、憲法增修條文基本國策(第 10 條第 11、12 項)以及《原住民族基本法》(第 24、26、28)，我國原住民族衛生福利政策之規劃原則，可歸納為如下 3 項：

第一、基本生存需求原則。

原住民同時具備兩種身分，一般公民以及差異公民(後者指其為

原住民族社群成員)。身為一般公民，原住民基本生存需求並無異於其他公民，理應享有相同等的衛生福利資源近用機會，不因其族群身分而受不當差別對待。故在相關衛生福利政策制定上，理應以縮短原住民基本需求與其他社會成員之差異為主要規劃目標。

第二、族群差異原則。

然而，原住民族具備的差異公民身分，意謂著原住民族政策之制度，尤其在其實踐策略上，應關注差異公民身分所衍生的特殊需求，方有可能事半功倍，達成政策目標。在原住民族衛生福利政策之制定，此意謂著政策思維應對該族群之特殊需求保持敏感性，包括文化上的敏感性以及地域上的敏感性。前者譬如對有可能從事原住民族醫療、長照或社工專業人員的培育內容，應注意其原住民族文化素養之訓練，促使其服務能力能關注到原住民族文化差異需求。後者譬如各醫療或社福補助標準，或者原住民族地區長照社福機構之設置，應考慮地域差異性，不宜逕以都會區標準處理之。

第三、自主意願原則。

在原住民族歷史與轉型正義成為當前國家原住民族政策重要課題之際，如何儘可能地讓原為這一塊土地上主人的原住民族，某種程度地恢復其集體自主性以及自立自足狀態，成為政策制定所應慮及之方向。在原住民族衛生福利政策上，此意謂著，政策方向理應逐漸達

致對各原住民族或部落形成集體培力效果，而非停留在將之視為被動的福利恩給對象。譬如在各類專業人員之配置上，宜應儘量增加原住民族專業人員之比例，讓自己人服務自己人。又譬如在相關工作計畫之制定，亦應納入族群自身的想法，甚至在執行層面上，宜應儘量培力原住民族團體的自主服務能量。

在既有白皮書政策內容以及前述政策原則引導下，我國原住民族衛生福利政策，將以全人全族健康、醫療體系、社會福利支持體系、長照體系、健康資訊及國際參與為主要規劃面向，改善原住民族基本生存需求之近用狀況，逐步縮小其與主流社會之差距。更重要的是，相關政策之實踐，將更關注其差異需求，以及族群自主意願，為下一階段的原住民族自治工程中的衛生福利面向，奠定基礎。

第一節 全人全族健康促進

聯合國繼千禧年發展目標(The Millennium Development Goals, MDGs, 2000-2015)，續提出「永續發展目標」(Sustainable Development Goals, SDGs, 2015-2030)，目標包括，於2030年前，產婦死亡率少於十萬分之70、消除可預防新生兒及5歲以下兒童死亡率、透過預防與治療，將非傳染性疾病的過早死亡人數減少1/3等；同時，應重視國際與國內之健康不平等。為達成前述目標，衛福部以全程及生命週期模式，擬定各階段健康促進發展政策，建構健康友善之政策與環境，並透多元管道提昇民眾健康識能，讓健康成為更容易而且更受民眾喜愛的選擇。

美國「衛生與公眾服務部」(U.S. Dept. of Health and Human Services, HHS)於2015年11月提出「2011-2014縮短少數族裔健康差距行動計畫」的最終報告，當中定義「健康差距」意旨特定狀態下，健康差異常與不利的社會、經濟與環境等因素產生密切之相關性；而HHS提出五大目標包括：目標1.轉變健康照護：導入健康資源與健康保險於少數族群的健康照護體系中；目標2.評值與促進健康衛生單位或體系的照顧品質、多樣化與文化能力；目標3.運用具有文化敏感的通訊或資訊設施，以促進健康照護行為；目標4.發展創新、以實證介入為主的研究，解決健康差距並監測醫療照護之品質成效；目標5.HHS機構對於解決少數族群健康差距的追蹤、評估及執行其優化的成效，應增加民眾對於此行動計畫之能見度，促使與其他機構之間的溝通與合作(HHS, 2015)。因此，國內雖然有不少的文獻資料探討原住民族的健康議題，然而，完整的原住民族各項健康差距的真實原因與障礙仍尚未建置，若能以族群文化因素做為主要考量，方能「量身訂做」其衛生政策。

本節針對原住民族的健康要素，從各年齡層包括婦幼、學齡孩童、青少年、成人及老年等之身、心、靈面向，擬訂原住民族獨特的全人全程健康促進策略與指標，提供給未來政策擬定、法令及資源分

配上之參考。

壹、目標

一、**嬰幼兒保健服務**：依據文化的特性，結合地理、個人與部落資源、社會與文化醫療資本之差異，擬定文化合適性之原住民族婦幼健康政策，確保原住民族享有平等之生育保健、健康促進、篩檢、追蹤等服務，以降低新生兒與嬰兒死亡率，並提升孕產婦及兒童之健康。

二、**青少年保健服務**：調查與統計原住民族相關特定的健康議題，以降低原住民族青少年吸菸、飲酒、檳榔盛行率，以及藥物濫用之高危險率、過重及肥胖盛行率、均衡飲食達成率、15~19 歲青少年生育率。

三、**原住民職場健康與保健服務**：提升原住民族各行業職場健康與相關職場安全保障政策，落實預防醫學服務，建構健康的職場環境，並考量特殊需求與資源利用上之障礙，以提供適當的介入方案。

四、慢性疾病保健預防服務：

(一)調查原住民族中年及老年慢性疾病盛行率前 3 位，如高血壓、糖尿病、代謝症候群等，建置具有文化合適性之健康策進策略，以降低非傳染疾病或慢性疾病之盛行率。

(二)降低原住民族部落之資訊障礙，瞭解族人健康識能之能力，以合適的健康傳播策略讓族人理解危險因子、重大疾病，及提升成人健檢等服務利用率與認知率，並普及預防保健服務。

五、**心理健康促進服務**：依據原住民族的社會文化背景與全人週期特定心理現象，以精進原住民族全期心理健康促進、強化自殺防治策略、完善精神疾病照護、推展成癮防治，建立優質心理健康文化，提升族人在生理上、心理上、社會上都能保持和諧安寧的最佳狀況。

六、健康老化與高齡友善之服務：建構有利於原住民族長者健康老化與尊嚴的文化照顧資源互助與支持網絡社區，並導入創新策略、機制與監控模式，有效的降低失能率及依賴率，延長平均餘命並提升部落長者之生活品質。

貳、 現況檢討

2013 年原住民族人口及健康統計年報資料顯示，原住民族 0 歲嬰兒主要死因與先天性疾病相關性較大，近年來，其首要死因皆為源於周產期的特定病況，但此病因粗死亡率有逐年下降的趨勢，由 2008 年每十萬人口 454.9 人下降至 2013 年每十萬人口 221.6 人。合計 2009 至 2013 年之原住民族新生兒(未滿 4 週)死亡人數總計為 128 人，死亡率為每十萬人口 416.4 人；性別上男性新生兒為 63 人死亡，死亡率為每十萬人口 395.5 人；女性新生兒 65 人死亡，死亡率為每十萬人口 438.9 人，性別無差異。未滿 1 歲嬰兒死亡人數總計為 233 人，死亡率為每十萬人口 758.0 人。而比較都會區、平地鄉和山地鄉的原住民族新生兒及嬰兒死亡率，都會區新生兒死亡率為每十萬人口 358.0 人低於平地鄉的 421.2 人及山地鄉的 492.7 人。都會區原住民族嬰兒死亡率為每十萬人口 603.6 人亦低於平地鄉的 859.2 人及山地鄉的 909.6 人(2013，原住民族委員會)。

從原住民族新生兒與嬰兒死亡率的比較來看，山地鄉大於平地及都會區，從過去的文獻中明確的提到山地鄉由於幅員遼闊、交通不便、生活環境欠佳、醫療資源不足、民眾就醫不便、欠缺正確的健康醫療行為模式等因素，使其健康預防與保健知識明顯比平地與都會區缺乏。以現今新生兒篩檢系統，衛福部主要針對全國新生兒，而原住民族新生兒篩檢後的特定原因及追蹤機制，並未有一套從地理位置或是原住民族個人、家庭及族群評估而來的社會或文化資本程度，因此，文化合適性評估與防治機制為未來亟需建置之保健策略。

原住民族孕產婦的死亡人數以 2009~2013 年合計推估小於 3 人。另外，依據原住民族四大族群（阿美族、泰雅族、排灣族及布農族）

的年齡結構觀察，隨著生育率逐年下降，0-14 歲的人口比率也隨之下降。除此之外，針對孕產婦營養、晚婚遲育及不孕等問題，以及多胞胎、早產、兒童早療、聽力障礙、視力障礙等，則因應族群的差異則過去相關數據偏少。

臺灣目前全國性的針對青少年的健康促進資料，主要以教育部國民及學前教育署辦理的健康促進策略與活動為主，而此機構的概念是依據世界衛生組織對健康促進學校（Health Promoting School）的定義是，「學校社區的全體成員共同合作，為學生提供整體性與積極性的經驗和組織，以促進並維護學生的健康」，其健康促進重點面向為健康飲食及運動、健康體位、口腔保健、視力保健、性健康教育、菸害及檳榔危害等防制等；而目前針對就學原住民族學生的健康資料較為缺乏，而其健康促進策略與活動較針對全體學生，獨立於原住民族學生之健康活動與策略者較為有限。而在心理衛生部分，過去有學者關注原住民族青少年心理部分系統性調查資料、分析與活動推展部分較為有限；相對的，臺灣原住民族青少年從身體至心理層面的較少做長期性的全國調查研究，或許從教育部、中央研究院或衛福部國民健康署能提供部份完整之調查資料，但以政策層面來看，則缺乏此族群之合適性健康促進。

過去文獻分析原住民族在就業困境與政策上發現族人不能在勞動市場上得到同等的就業機會或享有同等的工作權利，因此，失業、長期失業、低酬及低工時等現象，使得原住民族長期以來處於臺灣社會經濟地位之弱勢。而影響就業弱勢的社會層面因素層面，包括從事臨時性工作者比例偏高、就業資訊管道不足、普遍教育程度低落，以及缺乏專業技能等(馬財專、吳元凱，2015)。而同時根據相關研究顯示，原住民族工作者為職業災害高危險群，其中原因包含原住民族勞工多數從事營造業及無一定雇主工作，並在所有行業中以營造業職災千人率最高，另外對於職業安全及健康資訊也取得不便及認知缺乏。過去的研究結果發現近年政府促進就業政策，大量進用短期就業人

員，促使原住民族勞工 2009 年從事公共行政業及教育服務業投保人數分別較 2005 年增加 2.8、2.3 倍，職災人數也增加 5.3、1.7 倍；2009 年原住民勞工從事營造業人數較 2005 年增加 1.26 倍，明顯高於全國勞工的 1.08 倍，2009 年原住民勞工職業災害人數較 2005 年也增加 1.2 倍（謝曼麗、徐徹暉，2000）。依據勞動部統計原住民族 2015 年失業人口為每百人為 4.13 人（全國人口為 3.78 人）；而原住民族勞工職業型態以營造業居多佔 18.2%，其次為製造業 16.37%，職業災害件數總計 840 件（其中死亡 14 件、失能 32 件、傷害 794 件），整體職業災害千人率（含死亡、失能、傷害）為 4.94。而以健康行為危險因素部分，過去針對東部原住民族技術性工人調查，發現檳榔、菸、酒使用比率佔最多，各佔 50.94%、72.08% 及 44.02%。

勞動部於 2017 年分析勞保職災給付資料顯示，2017 年 1-12 月原住民投保人數為 177,031 人，職業災害件數總計 782 件（其中死亡 15 件、失能 39 件、傷害 728 件），整體職業災害千人率（含死亡、失能、傷害）為 4.42，與 2016 年 4.84 比較，整體職業災害千人率降幅達 8.67%，與 2007 年 5.95 比較，降幅達 25.8%。

另外，衛福部積極鼓勵各縣市轄區內醫療院所、衛生所，結合社區照顧關懷據點、社區營造及臺灣健康暨高齡友善城市等社區資源，以促進各年齡層之健康方案、老人健康及預防失能等活動。而目前原住民族委員會（以下簡稱原民會）所推動的部落文化健康站，未來預計開設 380 個文健站，主要以健康至亞健康的原住民族長者為主，運用部落的資源整合策略推動健康政策；然而，多元照顧服務資源恐有重疊之疑慮，目前尚未有一整合或地理資訊系統能提供查詢，且無法在同一平台中檢視各族的健康資料、健康需求與方案成效落實情形。

健康傳播與健康識能對於原住民族來說，是 2 個未來亟需被關注的議題。健康識能的研究已成為公共衛生、教育文化、社會發展以及提升整體醫療保健成效的關鍵。目前國內探討原住民族健康識能之文章十分有限，然而，健康識能亦關係個人層面的醫療利用與費用、健

康行為與照護成效，參與及賦權，醫療公平性以及可負擔性，因此，對於原住民族從醫病溝通至醫療資源有效運用，以及參與健康行為改變甚至是賦權，皆為重要未來急需探討之議題。

目前所推動的健康友善支持性環境政策，包括健康城市、社區營造、高齡友善城市、健康促進醫院、高齡友善健康照顧機構、環境友善醫院與健康促進學校等，然而，對於原住民族文化合適性的友善或支持性環境的建置機制則較少被提及，而部落地理位置常非集聚於某一區域，導致族人對於健康資源之認知與運用有限，目前也未有一科技整合資訊，能快速提供族人熟悉與瞭解該區域所擁有之獨特健康促進或預防之資源。國內已有眾多相關原住民族健康之研究，然而，以健康促進為主的研究則有限；倘若再區分為全人全程的健康促進模式，或是分析各族健康行為之差異性，則付之闕如。

近年來原住民族心理衛生最受注目的議題為自殺率，而原住民族的自殺率有其族別、性別及年齡之差異性。以統計的數字來看，原住民族的自殺粗死亡率不比全國人口自殺率還高[標準化自殺死亡率為每十萬人口 12.1 人，未符合 WHO 2011 年所定義之高自殺危險區域(每十萬人口 13 人)]，且有逐年改善之現象，然而，還有族群與文化背景因素，值得進一步探討，依據馬偕醫院自殺防治中心的統計，年輕的原住民族男性之自殺率為非原民的 3.5 倍。若從單一族群之自殺率觀察，非原民的平均自殺率為每十萬人為 18，泰雅族的自殺率平均每十萬人為 68.2。

另一不良健康行為為酒精濫用或是菸、酒及檳榔等相關問題，此議題與事故傷害與十大死因之若干疾病相關。再者，以全程或族群差異的角度思考原住民族兒童、青少年、成人與老年人心理健康問題，並發展一套有系統的防治或介入計畫，為健康促進之重點。

2013 年原住民族十大主要癌症死因依粗死亡率排序為：(1) 氣管、支氣管和肺癌；(2) 肝和肝內膽管癌；(3) 胃癌；(4) 腸、直腸和肛門癌；(5) 口腔癌；(6) 女性乳房癌；(7) 食道癌；(8) 胰臟癌；

(9) 子宮頸及部位未明示子宮癌；(10) 鼻咽癌。再者，原住民族基本體位在過去並未獲得完整之建置，各族群與體位間有明顯之差異性，族群、體位與疾病之關聯尚未被完整釐清。而族群的營養與膳食習慣，營養不良之狀態是未來得以檢視的重點，菸酒與檳榔防制須從小或青少年及家庭則開始介入，罕見疾病的重點在於與族群之盛行率差異及需探討族群社會資本的影響，與其文化敏感是否威脅族群汙名化之前置防治重點。

而針對疾病別，原住民族 2013 年以呼吸及消化系統疾病為主，其門診就診率超過 5 成，分別為 71.30%及 59.51%。2013 年原住民族就診率以「呼吸系統疾病」最高 71.30%，第 2 為「消化系統疾病」59.51%，其次為「徵候、症狀及診斷欠明之各種病態」、「損傷及中毒」、「皮膚及皮下組織疾病」、「骨骼肌肉系統及結締組織之疾病」及「神經系統及感覺器官之疾病」等，其就診率均高過 3 成。整體而言，除「內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患」以及「損傷及中毒」2 項就診率，男性略高於女性外，其餘的都是女性高於男性。目前此數據為全體原住民族之比率，而針對族群之差異性尚未具體呈現之，因此，倘若以全人觀點思考文化合適性之健康促進策略，則無法真實釐清各族群特定疾病別與防治應如何有效在各族群之間落實。

從 2020 年健康國民白皮書焦點群體「原住民」專章，即提出族群照顧中的文化差異，而 2012 年原民會國政會議報告中學者亦提到，針對臺灣原住民族的文化照護評估系統之缺乏，導致目前各族群間無法有效建置共通與差異性的疾病或照護系統。這當中包括：(1) 無法發現部落族人的世界觀、文化觀、信念、實踐及社會結構等因素，來定義相關的文化照護及健康型態。(2) 無法獲得全貌的文化照護訊息，來以作為健康照護決策及行動方案的穩固基礎。(3) 無法發現各族群特定的文化照護類型、意義及價值，並發現哪種專業知識才是對原住民各族群個人及群體有所助益。(4) 不了解族群內部的主位(emic)及客位(etic)的價值差異性，導致無法確認個人及專業醫療人

員的文化衝突、抵觸及被忽略的領域，造成衛生教育的成效有限。(5)無法確認一般及特定的健康議題及疾病型態等脈絡，來提供文化合適性的照護實踐。(6)尚未建構族群間不同或相似的比較文化照護資料，因而無法分享或應用於臨床、教學及研究的實務。(7)無法確認及提供不同文化族群間，對於照護品質的相異及相同性，因而無法評估其成效。(8)無法詮釋及解釋傳統文化照護實務，以作為合適性的照護，進而提供跨文化的照護知識新領域給不同學科的人所使用。

目前原住民族人口及健康統計年報以人數最多的前四大族群者，最常被納入各類健康議題之統計年報中，然而，較小人口數之族群則較少被有系統與相對檢視重要的健康議題；而跨部會針對原住民族單一健康議題之整合性策略與方案亦缺乏。依目前臺灣 16 個原住民族群其文化背景和生活習性不同，除了疾病特性之外，其心理健康議題與靈性的安適亦面臨文化差異的問題，擬定策略或防治方案時，如何考量原住民族人個別的需求、家庭的觀點與部落或社區內的照護服務資源的差異性，則為未來需面臨之挑戰。

參、策略

一、由上至下縱向與橫向建立「跨部會」合作與協調機制：

- (一)持續建立跨部會（原住民族委員會、衛福部、國家衛生研究院、勞動部、教育部等）之全族全人周期衛生統計資料，如嬰幼兒死亡率、孕婦產檢利用率、青少年健康行為高風險率、非傳染性之慢性疾病、職場特定健康及心理衛生議題等），定期公布訊息至各縣市衛生單位及原住民社區/部落。
- (二)建立跨部會溝通合作機制，針對全族全週期之衛生保健焦點議題（如嬰幼兒死亡率、孕婦產檢利用率、青少年健康行為高風險率、非傳染性之慢性疾病、職場特定健康及心理衛生議題等），共同制定保健評核指標，定期審視、改善並評核。

- (三)連結與深入探討原住民族個人、家庭、部落及社區對各類衛生資料的影響，縱向連結各部會之衛生統計資料，並橫向將社區、部落、教會、學校、家庭資源進行連結或整合，以部落凝聚力處理全族生命週期各類健康議題以增加族人生命品質並降低死亡率與疾病盛行率。
- (四)橫向連結納入部落傳統政治運作機制，如部落公法人、部落會議等，並整合社區各類健康方案與資源，將文化照顧的概念融入社區健康營造、部落文化健康站及各式關懷據點，盤點部落健康資源或團體如協會、促進會或鄰近醫學院、教會、健康社團或團體，全面建置健康支持網絡。
- (五)健康意識與健康行為等生活型態之形塑，應自幼小紮根，故建議原住民族地區之學校教育應整合當地資源，如文化健康站或社區營造等，以強化學校與生活中有關健康識能與行為(習慣)養成之延續性與連貫性。

二、建構各族群生命週期焦點衛生議題之文化安全評估、健康促進與疾病預防系統

- (一)依據原住民族嬰幼兒死亡率相關基礎數據，連結族群文化傳統信念，找出有益或有害的身體、心理與靈性之文化安全要素、意義與作法(例如飲食或宗教象徵形式)，以提供衛生單位建置有效益之健康促進與預防策略。
- (二)依據原住民青少年學生健康行為危害因素，找出影響之文化安全要素，例如抽菸及喝酒行為，為青少年藥物濫用之高危險風險，原住民地區之學校應連結社區、部落與家庭資源，提供學校或家庭建置有效益之預防策略及評值系統。
- (三)依據勞動部之衛生資料，調查原鄉或都會區之原住民族特定職業傷害類別(身體傷害與心理)，找出影響之文化安全要素(如部落孩童自小須承擔部分勞動，以呈現族群分工

及認同之價值)，並運用跨部門合作機制，如結合學校教育，自小或平日即推動原住民族職場安全促進行為，並且擬定相關政策，保障各區原住民族勞工的健康與尊嚴。

(四)依據原住民族人口及健康統計年報，族人十大死因與急、門診就診及住院率，建議細化各族群衛生資料與文化介入方案，如下：

1. 調查與分析臺灣 16 個族群非傳染性疾病或慢性病盛行率、急、門診及住院率之差異性，而非僅限於人數最多之四個族群。

2. 依據各族群傳統文化信念，界定該族群特定的健康議題如高血壓、糖尿病或代謝症候群等的文化安全要素與脈絡，以建立具有共通與差異的比較性文化照護資料、介入實踐與評價系統。

(五)應聚焦原住民部落現有以長者身體、心理之文化照顧為導向的計畫方案與策略，結合社區健康促進，強調長者的運動與健康體能、跌倒防制、健康飲食、口腔保健、菸害防制、心理健康、社會參與、疾病篩檢，推動社區老人健康促進活動，延緩長者的失能期，進而發展出文化合適性的健康促進模式。

(六)以健康促進與防治的觀點促使部落賦權，瞭解促使部落賦權之文化關鍵因素，改善事故傷害及不良健康行為之現況。

三、健康識能可以有效的預測各項健康促進之行為，找出各族健康識能之共通與差異性，並預測其可能產生的健康問題，甚至透過傳播管道使健康知識或訊息能有效被族人接收。

四、依據原住民族之心理健康問題考量其社會文化背景，有系統的分析族群心理現象與問題的真實原因，針對全人全程的模式強化原住民族群心理健康促進、不良健康行為防制，如飲

酒過量、自殺預防等相關策略之推展。

五、衛福部推展或擬定各種健康相關政策時，應尊重部落文化和傳統，將文化能力與文化安全要素列為政策推動之重要關鍵指標，將文化能力或敏感度導入人才訓練、各級方案或計畫之評價機制，完整體現健康、疾病與文化、心理衛生與文化、性別與文化、老化與文化等關鍵概念。

六、根據原住民全族各生命週期之衛生數據，發展跨文化實證研究與照顧指引系統，以利各部門擬定政策之參考。

肆、 衡量指標

一、中程目標（於 2020 年以前）：

（一）發展跨部門整合資源有效機制，由於原住民族的健康問題並非單一部門即可解決，因此，未來需整合原民會、衛福部、國家衛生研究院、勞動部及教育部等資源，運用原住民全人全程健康資料，包含原住民婦幼、青少年、慢性疾病與長者健康保健中心。

（二）參考國家發展計畫所定衛福部績效目標為「降低原鄉離島嬰兒死亡率」（以 2016 年為基準值至 2020 年降低 4%目標），原住民族新生兒死亡率降至每十萬人口 399.7 人，原住民族嬰兒死亡率降至每十萬人口 727.7 人。

（三）由於新生兒死亡率與婦女孕期保健及產檢有相當大的關連，因此，參考我國永續發展目標，促使原住民族婦女產檢至少 8 次利用率，達到 85%以上。

（四）依據國民健康署 2015 年國人吸菸行為調查，原住民族吸菸率達 27.6%、家庭二手菸暴露率達 30.2%，較全體國人（分別為 17.1%、24.9%）高；另依國民健康署 2013 年國民健康訪問調查，原住民族成人嚼檳率達 26.7%、飲酒率達 65.2%、曾經醉酒率達 41.9%、過去一個月暴飲率達 12.9%，而 12 至 17 歲青少年曾經飲酒率達 40.8%、過去

一個月飲酒率達 15.2%，亦較全體國人（分別為 5.8%、45.7%、19.3%、5.4%、23.8%、7.3%）高。因此，未來需強化社區介入措施，由下而上鼓勵民眾自發性養成健康生活習慣，以提升原住民菸酒檳榔戒除率，養成無菸檳節酒健康生活。

- (五)對花蓮、臺東、南投等 8 縣市，推動菸害、檳榔危害、事故傷害之健康議題，持續與教育部合作將相關議題防制列入學校課程，發展教材並納入健康促進學校議題，以融入青少年的學校生活，並透過各縣市政府、民間單位及部落組織之人力物力資源與學校結合，共同推動校園菸害、檳榔危害、事故傷害防制工作，營造健康、安全的環境。
- (六)具體調查全國約 14 萬原住民族學生人口數之心理健康、視力保健、健康飲食及運動、健康體位、口腔保健、性健康教育等分布情形，並分析影響其危險因子。
- (七)依據勞動部統計 2015 年原住民族職業災害千人率(含死亡、失能、傷害)為 5.15，2016 年為 4.94，2017 年為 4.42，基於原住民族職業災害千人率之下降幅度趨勢已逐年減緩，且需跨部會持續推行各項減災作為。因此，以近 3 年原住民族職業災害千人率之下降幅度為基準，擬定於 2020 年整體職業災害千人率(含死亡、失能、傷害)下降至 4.05 為目標。
- (八)依據 2025 年衛生福利政策白皮書建置健康職場認證數 18,000 家之外，並須建置原住民健康行為危險因子(心理壓力、菸、酒、檳榔)之防治、執行與評鑑機制。
- (九)透過 55 個原住民族鄉鎮市區、部落、社區資源、衛生所與學校教育推展職場安全。
- (十)將原住民族人口及健康統計年報，急、門診就診率、住院率、急、慢性疾病類別及健保使用率等，其衛生統計資料

以周全性的考量，從人口數多的 4 大族，擴增至 16 族。

(十一) 以跨部門模式，盤點全國 55 個原住民族鄉、鎮、市區各類健康促進、社區營造、健康站或關懷據點等資源。

(十二) 結合部落政策、照顧資源等，鼓勵各縣市政府推動 55 個原住民族鄉、鎮、市區全人全族健康促進部落認證機制，並列入相關政府部門推動原住民健康計畫之評鑑指標。

(十三) 明列原住民族群文化特定性的心理健康議題，如飲酒過量、自殺預防等，建置 16 個族群相關飲酒的疾病盛行率(肝臟疾病與意外事故等)，以及具體調查各族自殺率之差異。

二、長程目標(2025 年)：

(一)具體調查原住民族健康識能程度與文化之相關性，並針對各族前 3 大慢性疾病之文化合適性的健康識能測量、決定因素和結果影響進行相關的研究。

(二)10 年內建置原住民 16 個族群特定健康促進之照顧準則或標準，達成率至少 90%。

(三)依據各族群生命週期各階段之健康促進需求，運用基礎資料及文化照顧指引，提供給原住民族人口數高的醫院、社區或衛生單位參考，至少 200 家機構。

(四)具體分析長者照顧之文化助力與阻力，將此概念整合入 2025 年衛生福利政策白皮書所設定高齡友善健康照顧機構認證家數 520 家之 1/2(260 家)。

(五)各族健康促進監測及研究結果採行率達 80%。

第二節 重塑原住民族醫療體系

壹、目標

- 一、擬定原住民族衛生政策與全國性計畫。
- 二、針對原住民族特殊疾病與文化適應疾病(肝病、結核病、自傷行為)的特殊計畫。
- 三、強化原住民族地區衛生所功能及建置原住民族親善醫院網路。
- 四、培養原住民族醫事與社工人員與菁英進修計畫。
- 五、針對原住民族醫療資源不足地區，辦理相關醫療服務計畫。
- 六、強化緊急救護體系與文化療育機制。

貳、現況檢討

一、原住民族的醫療資源不足及文化差異

根據聯合國原住民族永久論壇報告，原住民健康狀態跟個人、社區、跟環境是否和諧息息相關。從偏遠環境缺乏國家資源挹注，原住民族難以獲得適當醫療照顧、教育、公平對待、及社會參與，加上傳統的療癒系統無法發揮原本功能，倘若現代醫療又不能適切地提供服務，將讓原住民族健康發展雪上加霜。因此採取量化及質性雙管齊下的研究，有效調整原住民族健康政策，是刻不容緩的重要策略。

綜合而言，臺灣原住民所遇到的健康問題，大致上可以分為2大因素所引起一為原住民族因居處偏遠所造成的衛生醫療問題；另一為原住民族所處的氛圍，包含文化、教育、經濟、社會、習俗、行為等所造成的影響。在這2大問題交互作用之下，整體而言，有幾個當下立即可見的困境：

在人口上，原住民族鄉鎮面臨較大的問題為中壯年人口外移、老年人口相對上升的現象，這現象在山地鄉更是明顯，而造成隔代教養與長期照護人力不足。

- (一)在個人健康上，除了一些可控制、可治療的疾病(如高血壓、糖尿病、代謝症候群)外，如事故傷害等仍然造成相

當多不必要的死亡。

- (二)在社區健康上，原住民居住的環境，多住處山區、濱海地區，相對交通不便，在就醫可近性上是相對比較不利的環境，醫療資源的匱乏，也無法積極促進健康照護及生活品質。

臺灣近 30 年來，已建構出多種量化的基本衛生指標，如原住民族死亡率與死因、嬰兒及新生兒死亡率、原住民族平均餘命，但如何促進原住民族醫療文化的衛生指標卻鮮少被提出。以現有的原住民生活中，顯著的過度飲酒特徵為例。近百年，原住民族承載了從部落社會到現代社會變遷過程中，所付出的代價包含傳統文化的解體、居家流離失所、經濟來源的不穩定、政治邊緣化及許多適應主流文化的壓力；而巨大的負擔與壓力，使得飲酒變成為最方便的解決途徑，造成的個人健康的傷害，也進一步造成家庭及整個族群及國家的負擔，這因果關係的建立是靠一系列的質性研究與跨討論才能形成。整體的健康政策若要變得強而有力，必須加強跨文化的醫療政策反思跟自我修正的能力。因此，衛生醫療文化的質性研究是改善原住民健康政策的基礎，從人性關懷的角度，建立有效提升原住民醫療的量化指標，建構具文化包容力的醫療系統。

參、策略

一、擬定原住民族衛生政策與全國性計畫

- (一)重新規劃全國原住民醫療保健體系，提升行政層級及相關編制。

- (二)制定因地且文化適宜的原住民族衛生保健服務計畫。

二、考量原住民族特殊文化相關生活適應疾病(憂鬱、酒藥癮、自傷行為)的特殊計畫

- (一)擬定原住民族心理健康服務計畫，將文化適應疾病如憂鬱症、酒精或物質成癮、自殺及相關自殘行為進行改善。

- (二)原住民族鄉鎮衛生所結合心理專業人力實施試辦計畫，加

強文化適切醫療服務能力，提高心理健康服務品質及可及性。

(三)進行原住民族傳統醫療的功能和現代醫療的結合服務研究計畫。

三、強化原住民族地區衛生所功能及建置原住民族親善醫院網路

(一)提升原住民族地區衛生所醫療保健與長照的整合服務。

(二)推動原住民族親善醫院認證，減少原住民族在求醫的障礙。

(三)醫事人員繼續教育應包括文化敏感度的課程，提供進入原住民族地區服務的醫事人員的職前教育與在職教育。

四、培養原住民族醫事與社工人員

(一)依據原住民族健康需求持續培養醫事及相關人員，並由主管機關提出規劃與預估需求。

(二)重視原住民族學生在學期間的輔導，文化經驗的互動及對學術研究的訓練。

五、針對醫療資源缺乏地區，辦理山地離島地區醫療給付效益提升計畫 IDS 計畫

(一)本部應針對原住民族地區特性提供適切的醫療服務，並定期討論及進行政策評估。

(二)鼓勵醫療團隊上山提供醫療保健服務。

(三)針對原住民族聚落，推動具文化適宜性的醫療保健服務方案。

六、推動部落健康營造及強化緊急救護體系與文化療癒

(一)持續推動部落健康營造、事故傷害防制計畫。

(二)擬定原住民災難及心理應變資源及應變計畫。

(三)清點原住民部族的非正式服務資源(包括部落、社福與宗教團體)及結合當地志工進行協助與慰問。

(四)利用衛生所辦理心理健康個案討論會。

(五)定期進行災難演練及文化療癒服務。

肆、衡量指標

一、核心指標：縮短原住民族平均餘命的差距。

二、主要指標：

(一)降低原住民族嬰幼兒死亡率。

(二)降低原住民族結核病與肝病死亡率。

(三)提高原住民族部落健康營造數。

(四)降低原住民族事故傷害與自殺死亡率。

三、中程目標(2020)

(一)規劃原住民族衛生政策與全國性計畫。

(二)擬定及推動原住民特殊疾病與文化適應疾病(肝病、結核病、自傷行為)的計畫。

(三)充實原住民族地區衛生所空間與設備,規劃醫療保健與長照的整合服務5處。

(四)建置原住民族友善醫院網路,包括北、中、南、東4區友善醫院。

(五)擬定原住民族災難及心理應變資源及規劃應變計畫,鼓勵原住民部族的非正式服務,2020年完成5處。

(六)培養原住民族醫事與社工人員每年40名,共120名。

(七)進入原住民族地區醫事人員、社工師、心理師、照管專員應完成文化敏感度課程學分。

四、長程目標(2025)

(一)全面推動原住民族地區特殊疾病與文化適應疾病(肝病、結核病、自傷行為)的計畫。

(二)充實原住民族地區衛生所(室)空間與設備,規劃佈建「原住民族長照管理分站」55處。

(三)建置原住民族友善醫院網路,包括北、中、南、東4區友善醫院並擴大至16處。

- (四)擬定原住民族災難及心理應變資源及規劃應變計畫，鼓勵原住民部族的非正式服務，2025 年完成 20 處。
- (五)培養原住民族醫事與社工人員每年 40 名，5 年共 200 名。
- (六)進入原住民族地區醫事人員、社工師、心理師、照管專員應完成文化敏感度課程學分。

第三節 建置並發展以權利為基礎的原住民族社會福利支持體系

壹、目標

- 一、落實並遵循聯合國原住民族權利宣言，提昇原住民族社會福祉。
- 二、相關法制規定的調整與修訂，確保並促進原住民族福利權益。
- 三、完善原住民族社會福利資源體系的建置。

貳、現況檢討

長期以來有關原住民族的指標數據，大多以原民會所規劃建置為主，然而有關社會福利的統計數據卻相當的零散與匱乏，也因此造成原住民族的福利權益的掌握度不足，亦無法提出具有前瞻性的福利政策規劃。例如在老人福利法(第 10 條)、身心障礙者權益保障法(第 11 條)以及兒童及少年福利與權益保障法(第 13 條)等皆指出應定期進行生活狀況及需求調查，但每一個調查並不一定有將原住民族納入，造成在政策規劃與建議上缺少了原住民族的基礎資料。因此，應積極將原住民族納入國內發展相關監測指標及相關法制的調整。

在原住民族的世界觀，過去部落就有如一個國家，大家彼此之間如同家人般的關心與照顧，其關係的連結是不可切割，甚至與部落的土地、動物、植物、水的關係亦是如此，這些都涉及到了生態倫理、祖靈信仰，也讓原住民族能夠與其所處的自然環境共存，這種與土地的關係就是一種「土地倫理」，是一種生態的平衡，已經鑲嵌在原住民族的文化生活內。因此，在相關的保護安置工作內容中，有關於族群文化的概念是相當的重要，以確保安置者不會因為安置的機制而被迫疏離甚至斷絕了與自身族群文化的臍帶，就如同國外原住民族曾經歷經的「失竊的一代」(Stolen Generation)，因此如何透過「文化安全」(Cultural Safety)的概念來確保原住民族服務使用者在被服

務的過程中應受是安全且被受尊重的，則是現有福利措施需要進一步思考及發展的方向。例如花蓮縣政府原住民社會工作人員林翰生曾在2006年起在花蓮縣萬榮鄉及卓溪鄉嘗試在家庭暴力處遇計畫中運用「原住民家庭仲裁制度」，其再發生暴力的機會明顯降低，可見具有文化意涵的處遇方式將有助於減緩(或解決)部落的社會問題。

此外，原住民族部落受到殖民社會的影響，造成其社會結構的改變，也改變了生產/生活方式，更逐漸改變了部落社會的倫理，也逐漸影響了原住民族群、部落內部彼此分享與互助的倫理價值，而這些倫理價值，正是「部落」與「社區」概念的差異。這些結構性的因素也造成了原住民族部落的廣泛的多重脆弱性(multiple vulnerabilities)，因此需要透過整體性的部落發展考量來思考。例如2014年原住民族家庭年平均收入為65.81萬元/戶，約為我國全體家庭平均狀況(1,07萬元/戶)的0.61倍，此種經濟收入可以看出大多數原住民族家庭仍陷於貧窮困境；此外，衛福部統計處2016年的低收入戶統計資料，原住民低收入戶數佔全部低收入戶戶數的7.5%(10,888戶/145,176戶)，佔全國原住民戶數的5.77%(全國低收入戶數佔全國戶數的1.7%)，因此如何建構符合原住民族的社會安全網絡，並打破貧窮世代循環的狀況，是極需相關單位再持續努力的地方。此外，在原住民族經濟產業型態的發展上，臺灣的原住民族長期遭受到主流資本主義社會的壓迫與邊緣化，而臺灣傳統產業的出走與外勞的引進，對原本就居於相對弱勢社會條件的原住民族而言，幾乎已經沒有可以「呼吸」的空間了，而在國外則是透過賦權(Empower)、教育(Educate)與連結(Connect)提供給偏鄉地區的原住民族婦女，運用自身的優勢，讓她們建立自己的生意，成為成功的公司擁有者，不僅讓自己及自己的家庭不再落入貧窮的循環，亦可能減少家庭成員酗酒或暴力行為的產生。因此如何創造並提供原住民族部落多元化的經濟發展模式，建構符合在地化的產業與就業環境，是需要有更多跨部會的討論與思考。

社會工作者是執行與落實國家社會福利政策的第一線人員，也是人民直接感受國家社會福利措施的關鍵者，因此社會工作者除了是否具有專業能力外，是否具有足夠的文化敏感度與文化能力，進而理解、真誠同理以及尊重原住民族，是提昇服務品質及效果的重要因素。例如原民會自 2002 年推動的原住民族家庭服務中心(原稱為原住民族家庭暨婦女服務中心)，其主要的目標即是透過優先聘任在地原住民族的社會工作者來進行相關的資源連結以及專業服務，提供具有文化觀點的原住民族家庭以及部落社區的整合式服務，至今(106 年度)共設置了 58 處(原住民族地區，都會區)，聘用了 196 位社會工作者，對於原鄉及都會區的原住民而言，原家中心在維護並促進原住民族社會福利權益的角色具有重要的角色，然而在考量原住民族長期所面臨的結構性問題以及地理環境的限制，如何提昇並擴大現有原家中心的功能與能量，實為未來應積極面對與處理的工作。

由上述亦可瞭解所謂的文化能力及文化敏感度對於第一線的社會工作者而言應是重要的基礎專業能力之一，然而全台約有 28 個社會工作系所中，對於文化能力相關課程的安排實為不足，即使是領有社會工作師執照的社工師而言(至 2016 年底有 10,021 人，而根據原民會的統計，2004-2016 年計 31 位具有原住民族身份的社會工作師)，亦對於原住民族的語言、歷史、部落社會以及文化習慣的認識、理解不多，因此在服務的過程中時常會有挫折與無力感。此外，有關原住民族社會工作的人力培育以及專業制度上的建置，目前仍無法有明確的發展進度。

參、策略

- 一、進行跨部會協調，納入相關原住民族團體與政府單位的意見，建立原住民族兒少暨婦女的監測指標資料庫，包括原住民籍專業人員與原住民籍服務對象等數據。
- 二、蒐集國外針對原住民族兒少及婦女保護安置的模式與經驗，以及國內原住民族在寄養及安置需求意見調查，進而提出符

合原住民族文化習慣的寄養安置工作。

- 三、整理部落互助托育行動聯盟的經驗，提供部落組織發展具有部落文化托育模式的空間，例如結合部落老人及部落托育的文化照顧服務模式。
- 四、調查並整理具有族群文化意涵的家暴預防以及協調機制，促使家暴行為形成部落的公共議題，並在非涉及生命安全的狀況下，尊重部落有傳統文化特色的家庭調解機制，並與相關單位合作進行實驗性質的家暴部落(或家族)仲裁模式，並評估其可行性。
- 五、應積極連結原住民族家庭服務中心與各單位的資源(例如家庭福利中心、家庭教育中心)，並凝聚部落民眾之共識，強化具有在地文化意涵的整合性原住民族家庭支持服務工作。
- 六、檢討原住民族家庭服務中心的承辦方式、評鑑制度與內容，提供各地原家中心發展在地化服務的彈性空間，並藉由資源的挹注，提昇專業能力以及降低人才流失。
- 七、考量原鄉地區的特殊性，調整並修訂相關的最低生活費計算方式及審查門檻條件，同時結合公私部門資源，發展原鄉脫貧模式。
- 八、建立友善的部落產業發展模式，並藉由政府或民間參與投資的概念(並設有回饋機制)，發展具有可行性的部落經濟產業。
- 九、因應多元文化社會之發展，積極檢討社會工作專業核心知能課程，有效提昇社工人力在文化能力的知能及跨文化服務上的品質提昇。
- 十、蒐集整理國外原住民社會工作的專業制度，並與國內相關專業團體共同討論，研擬適合臺灣發展原住民族社會工作專業的制度。
- 十一、積極連結國際原住民族社會工作團體(包括系所或專業團

體)，參與並推動相關國際原住民族社會工作的交流活動，以促進國內原住民族社會工作制度的發展。

十二、推動國際交流活動，辦理或參與國際社會工作相關會議每年至少 2 次，並發表至少 5 篇社會工作相關報告，汲取國際經驗與專業新知，建構本土社會工作模式。

肆、衡量指標

一、中程指標（2020）

- （一）完成原住民族社福指標之統計架構及蒐集機制。
- （二）發展具文化敏感度的寄養及安置等保護性工作，並提出檢討報告。
- （三）輔導 370 名原住民居家庭托育人員，提供具原住民族文化之居家式托育服務。
- （四）完成 2 項實驗性質的家暴部落(或家族)仲裁模式，並提出評估報告。
- （五）完成原住民族家庭服務中心評鑑制度與內容的調整，並提出評估報告。
- （六）補助設置原住民族家庭服務中心達 60 處，並且每年至少與各地方之家暴中心、家庭福利服務中心與家庭教育中心等相關單位進行 2 次聯繫會報。
- （七）進行並完成第 1 次原住民族低收入戶資格審查與生活狀況調查報告。
- （八）建立部落產業發展平台：將部落產業發展導入社會企業理念與公平貿易的做法，並連結政府及民間單位的資金，預計扶植率達參與此平台部落數的 5%。
- （九）完成凝聚與相關單位(系所及專業團體)的共識並研提 1-3 門課程，提供現有社工系所做為規劃多元文化社會工作課程之參考，同時研擬列入社會工作師考試應試科目命題大綱內涵之妥適性。

- (十)提出初步的原住民族社會工作專業制度構想。
- (十一)推動國際交流活動，辦理或參與國際社會工作相關會議每年至少 1 次，並發表至少 2 篇原住民族社會工作相關報告，汲取國際經驗與專業新知，建構原住民族社會工作模式。

二、長程指標（2025）

- (一)完成原住民族社福指標之統計與分析。
- (二)推展具文化敏感度的寄養及安置等保護性工作，並提出第 2 次檢討報告。
- (三)輔導 380 名原住民居加托育人員，提供具原住民族文化之居家式托育服務。
- (四)提出符合族群文化的家暴部落(或家族)仲裁模式，並納入正式的家暴處遇制度內。
- (五)完成評鑑制度與內容調整後的評鑑工作，並提出評估報告。
- (六)補助設置原住民族家庭服務中心達 63 處，並且每年至少與各地方之家暴中心、家庭福利服務中心與家庭教育中心等相關單位進行 2 次聯繫會報。
- (七)進行並完成第 2 次原住民族低收入戶資格審查與生活狀況調查報告。
- (八)建立部落產業發展平台：將部落產業發展導入社會企業理念與公平貿易的做法，並連結政府及民間單位的資金，預計扶植率達參與此平台部落數的 15%。
- (九)研提 1-3 門課程(有關原住民族或多元文化社會工作)，提供現有社工系所做為規劃多元文化社會工作課程之參考，並列入社會工作師考試應試科目命題大綱內涵。
- (十)完成原住民族社會工作專業制度之內容，並朝法制化進行。

(十一) 賡續推動國際交流活動，辦理或參與國際社會工作相關會議每年至少 1 次，並發表至少 4 篇社會工作相關報告，汲取國際經驗與專業新知，建構本土社會工作模式。

第四節 建立符合文化安全之原住民族長期照顧服務體系

為因應臺灣人口快速高齡化而衍生出之照顧需求，立法院於 2015 年 5 月通過「長期照顧服務法」(以下簡稱長服法)，將過去分散在社政、衛政和退輔體系的長照資源予以整合並且法制化。「長期照顧」依「長服法」第 3 條第 1 項所定義為：

指身心失能持續已達或預期達 6 個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。

上述所指的各面向「服務」依「長服法」第 9 條又可分為 3 種型式：居家式、社區式及機構住宿式，各式的服務項目則明訂於該法的第 10、11 及 12 條中。

為了落實長期照顧的服務，政府希望透過「長服法」的立法，建立一個具有的核心精神：服務品質的長照體系，是故在「長服法」第 1 條明確揭櫫了政府策訂長照政策

為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，特制定本法。長期照顧服務之提供不得因服務對象之性別、性傾向、性別認同、婚姻、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、宗教信仰、國籍與居住地域有差別待遇之歧視行為。

由上述法條內容很明顯看出，政府希望臺灣的長照服務是建立在「普及」、「多元」及「可負擔」的基礎上，因此雖然衛福部為長照中央主管機關，但在針對原住民族的長照相關事務上，「長服法」第 6 條第 5 項明確地將原民會納入長照中央權責機關之一：

原住民族事務主管機關：原住民族長照相關事項之協調、聯繫，並協助規劃及推動等相關事項。

目前原住民族的長照政策規劃主要是依據長服法第 14、18 及 24 條規定，即政府應考量原住民族地區族群文化、地理位置、人口數、服務需求及長期照顧資源分佈的差異性，規劃符合原住民族需求的長照服務輸送模式及服務內容、各類人員訓用考管方式及機構設置辦法，藉此建立「自己人照顧自己人」的長照體系，使原住民族失能者得以在地老化。

分析衛福部及原民會針對長照十年計畫的統計與調查資料顯示，原住民族地區的長照有資源分佈不均等、服務使用率低及服務涵蓋率異差大等問題，而這些問題的成因則包括長照服務的計畫內容及品質、服務人員的訓用、機構的設置、縣市政府對執行長照政策的態度、在地組織及非營利組織的投入、族人的接受與參與度等，換言之，欲建立原住民族「自己人照顧自己人」的在地老化長照體系，政府必需儘快提出有效的策略與方案解決上述問題。

2016 年 7 月政府公告「長照十年計畫 2.0」（簡稱長照 2.0），建立在長照 1.0 的基礎上，藉由擴大服務對象、增加服務項目、服務提供單位掛牌、鬆綁核銷規定等，建構一個「找得到、看得到、用得到」的長照服務體系，其中，於創新服務之社區整體性照顧服務模式部分，期透過長照 ABC 三級服務體系，建立以社區為主體的整合照顧服務網。為在長照 2.0 的架構下，避免上述長照 1.0 的缺失，建立一個符合原住民族需求及可被原住民族接受的優質長照服務體系，以下針對建構原住民族長期照顧體系、發展原住民族長期照顧人力及提升原住民族長期照顧品質之目標、現況檢討、策略及衡量指標進行分述，希冀成為政府未來施政的依據。

壹、目標

- 一、考量原住民族對長照的特殊需求，持續檢討長期照顧服務法各項子法(包括長期照顧服務法人法、長期照顧服務法施行細則、長期照顧服務機構評鑑辦法、長照人員訓練認證繼續教育及登錄辦法、長照服務資源發展獎助辦法、長期照顧機構

設立標準、長照服務機構設立許可及管理辦法、長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法及外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法)，納入符合原住民族權益之條款。

- 二、修訂護理人員法及老人福利法等法律，避免法律競合。
- 三、加速衛福部與原住民族長照資源整備，提升原住民族地區長照服務輸送效率、效能及品質，增加失能原住民族人服務使用率。
- 四、以長照 2.0 為基礎，發展適合原住民族之居家、社區、機構式及家庭照顧者支持服務資源，逐步擴大原住民族服務對象，提供多元及符合原住民族需求的長照服務；並依據憲法增修條文第 10 條、原住民族基本法第 24 條及長服法第 7、9 條，建立不同層級原住民族參與長期照顧審議機制，確保原住民族長期照顧權益。
- 五、於原住民族地區積極發展整合健康衰老至重度失能的原住民族地區社區整合型服務計畫以因應服務對象的多元需求。於原住民族所聚居的都會區，衛福部與原民會應調查原住民族長期照顧需求，並建立符合都會區原住民族需求之長期照顧服務計畫。
- 六、檢討長期照顧資源不足區之定義，並建立評估指標及定期進行評估，依評估結果，以長照基金獎勵資源不足地區發展人力及服務資源。
- 七、授權各原住民族依族群文化特性，建立照顧服務員培訓計畫、認證及登錄制度、強化職涯發展，保障原住民族長期照顧之文化安全。
- 八、整合學訓考用機制，建立原住民族長照人力培訓計畫，並改善勞動條件及薪資結構，提升原住民族地區長照人力留任率，於 2020 年前補足原住民族地區長期照顧所需之人力。

- 九、適時修訂長照人員教育訓練相關子法、授予專業資格證明，建立長照人員訓練認證及登錄制度。
- 十、強化培育具原住民族文化敏感度及文化能力的各類長照人才，提升整體服務能量與品質。
- 十一、發展及整合原住民族家庭照顧者支持、居家式、社區式及住宿式長照機構的評鑑方式及指標，並辦理原住民族整合的長照機構評鑑。
- 十二、發展及建置可適用於原住民族長照機構評鑑資訊系統，並連結長期照顧服務機構資源地圖(LTC-GIS)，供民眾查詢。
- 十三、衛福部長照資訊系統整合原住民族長照服務使用相關數據，並定期公開原住民族地區長照服務使用狀況，藉以檢討長照服務資源不足區之劃定。
- 十四、持續透過多元媒體加強對原住民族人宣傳長照政策。

貳、現況檢討

為提供符合失能長者適切的照顧，臺灣自 1980 年代起發展長期照顧相關政策，行政院於 2007 年核定通過「長期照顧十年計畫」，訂定基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」，希望據以建構臺灣長期照顧制度。

- 一、現況：長照十年計畫的推動雖導入長照服務至 55 個原住民族地區（包括 30 個山地原住民族鄉、25 個平地原住民族鄉），但各區的長期照顧服務涵蓋率有所差異。而造成此差異的原因最主要有 2 個：(1) 原住民族地區長期照顧服務計畫、服務網區、人力發展；(2) 原住民族地區長期照顧機構設立及人員配制。
- 二、服務對象：原長照 1.0 目標群體包含 65 歲以上失能老人、55 至 64 歲的失能山地原住民、50 至 64 歲的失能身心障礙者及僅 IADLs 失能且獨居之老人。為照顧更多長照需要民眾，長

照 2.0 所服務之對象，除了延續長照十年計畫之服務對象以外，也擴大服務對象，納入 50 歲以上輕度失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者，65 歲以上衰弱老人，及 55-64 歲失能原住民等。

三、服務項目：依行政院核定長照 2.0 服務項目包含：(1) 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）、(2) 交通接送、(3) 營養餐飲服務、(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、(9) 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、(14) 社區預防性照顧、(15) 預防失能或延緩失能之服務（如肌力強化運動、功能性復健自主運動、吞嚥訓練、膳食營養、口腔保健）、(16) 延伸至出院準備服務、(17) 居家醫療。(1)~(8) 為原長照 1.0 之服務項目，(9)~(17) 為長照 2.0 新增之服務項目。由於長照 2.0 為政府之新計畫案，故尚無相關執行成果資料可供分析。分析長照 1.0 原住民族對各項長照服務之使用率如下（依使用率由大至小排列）：

服務項目	居家服務	營養餐飲服務	居家護理	交通接送	社區復健	居家物理治療	機構喘息
使用率*	26.04%	11.05%	8.99%	7.35%	4.10%	3.82%	3.47%
服務項目	居家喘息	居家職能治療	輔具無障礙環境改善	機構服務	家庭托顧	日間照顧	社區物理治療
使用率	2.75%	1.68%	1.35%	0.28%	0.20%	0.19%	0.00%

*使用率計算方式為55個原住民族鄉的各項長照服務的使用人數除以各原鄉的原住民族的推估失能老人人口再乘以100%。

- 四、補助原則：低收入戶由政府全額補助；中低收入戶由政府補助 90%，民眾自付 10%；一般戶由政府補助 70%，民眾自付 30%。自 2018 年起實施給付及支付新制後配合給付額度增加，民眾部分負擔比率調降為 0%、5%、16%。
- 五、資源盤點：在 2010 年底完成全國首次跨部會長照資源盤點，並統籌規劃現有長照機構、人力合理分布及劃分長照區域，該計畫依服務資源需求，將全國劃分為 22 個大區、63 個次區、368 個小區，研訂獎助資源不足區域發展方案，以社區化及在地化資源發展為目標。2014 年針對 55 個原住民族地區各項長照資源進行盤點發現，大部分的長期照護服務資源皆分佈於大區及次區中，小區內則多以衛生所附設居家護理所提供服務，但是仍有新北市烏來區、屏東縣來義鄉、屏東縣春日鄉、屏東縣滿州鄉及臺東縣池上鄉等小區中並無任何機構提供服務。機構安置與機構喘息這二項服務除了苗栗縣南庄鄉、屏東縣三地門鄉、臺東縣臺東市、臺東縣太麻里鄉、花蓮縣新城鄉、花蓮縣花蓮市、花蓮縣吉安鄉、花蓮縣壽豐鄉外，全部集中於大區及 38 次區中。值得注意，分析影響原住民族地區長照資源分布的原因包括設置所需的成本、個案人數、土地與空間取得之法律限制等。
- 六、為發展長照 2.0 社區整體照顧服務體系，衛福部 2016 年通過 5 個原住民族地區（桃園市復興區、花蓮縣卓溪鄉/玉里鎮、臺東縣金峰鄉、臺東縣鹿野鄉、高雄市茂林區）之試辦計畫，希望於長照資源不足區強化服務量能，積極發展在地長照服務資源。
- 七、長照 2.0 實施計畫原住民族專章：考量原住民族特有的文化特性、族群分佈地理位置、醫療照顧資源不足、健康及社會不均等等問題，長照 2.0 計畫中訂有原住民族專章做為建立原住民族長照服務輸送帶、發展符合部落需求長照服務、培

育原住民族長照服務在地人力及組織之政策依歸。

在人力方面，根據資源盤點結果，我國的長期照顧人力目前嚴重短缺，不僅無法滿足民眾現有的需求，雖然政府已決定以指定稅作為長期照顧財源，於 2017 年修法調高遺產及贈與稅率、菸稅作為指定財源。但由於長照相關醫事專業、照管及照顧服務人力嚴重不足，故發展長照人力是未來實施長期照顧的基礎，否則勢將面臨有財源但無服務的窘境。

長照 1.0 多以當地衛生所的醫護人員及 IDS（整合式醫療服務）支援相關服務，但由於面對外來人力流動率高、收入偏低、生活環境不便及進修管道不通暢，導致醫護人員無法長期留任，進而造成服務提供不連續的現象，影響長照服務品質。此外，由於社區職能治療師及物理治療師的嚴重缺乏，亦造成社區及居家復健有服務需求，但無人力提供服務窘境。

原住民族照顧管理專員人力分佈方面，截至 2016 年底，政府在 21 個原住民族鄉鎮市設有長期照顧管理分站，每分站設照顧管理專員 1 名及行政人員 1 名，負責失能評估、照顧計畫擬定、資源聯結及處理分站行政等工作，各分站僅有 2 名人力，且工作繁雜。

在照顧服務員之人力分佈方面，55 個原住民族鄉鎮市中，有 23 個鄉鎮市領有照顧服務員技術士證照之原住民族人數低於 5 人，顯示原住民族地區照顧服務人力嚴重不足。依原民會統計，截至 2015 年底為止，原住民族地區完成照顧服務員之職業訓練的人數為 1261 人，考取照顧服務員技術士證人數為 916 人，但實際參與長照服務者卻低於 20%，導致照顧服務人力發生缺口。分析原住民族照顧服務不願投入原住民族地區長照服務的主要原因有勞動條件不佳、收入過低、社會地位不高及勞力吃重等因素。

在長期照顧服務類型方面，原住民族長期照顧服務目前分為居家式、社區式、住宿式機構 3 大類，衛福部刻正訂定各類長照服務的品質指標與評鑑制度，並納入原住民族地區相關因素，以確保原住民族

地區長期照顧的品質，讓原住民族人享有優質的服務。

參、策略

- 一、依長期照顧服務法授權訂定之子法及公告包括：長期照顧服務法施行細則、長期照顧服務機構評鑑辦法、長照人員訓練認證繼續教育及登錄辦法、長照服務資源發展獎助辦法、長期照顧機構設立標準、長照服務機構設立許可及管理辦法、長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法及外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法等；另為健全住宿式長期照顧機構之管理、保障長照需要者之權益，並定有長期照顧服務機構法人條例。
- 二、考量護理人員法、老人福利法及長照服務法的競合，將配合長照服務法，修訂護理人員法及老人福利法等法律如下：
 - (一)護理之家：護理人員法、護理人員法施行細則及護理機構分類設置標準等。
 - (二)老福機構：老人福利法、老人福利法施行細則及老人福利機構設立標準等。
- 三、進行原住民族地區失能人口及長照使用空間普查，發展原住民族地區之文化照顧服務模式，以「部落參與」及「部落主體」為原則，檢討並修正現行法律對原住民族土地使用限制，並由政府出資修繕活化原住民族地區閒置公共空間（如學校、派出所），優先提供部落社團法人及合作社廣設C級長照部落站及文化健康站提供健康、亞健康、衰老及輕度失能者延緩老化及各項長期照顧服務。
- 四、盤點並整合原住民族及鄰近地區長照資源，建立因地制宜之原住民族地區社區整合型服務模式，提供符合原住民族需求之各項長期照顧服務，落實原住民族在地老化之願景。
- 五、專案調查及研究都會區原住民族長期照顧需求及服務使用模式，並依研究結果擬定都會區原住民族長期照顧服務提供計

畫。

六、原民會結合衛福部合作政策執行，建構原住民族長期照顧體系、發展原住民族文化照顧計畫、長期照顧人力資源、機構設置策略及提升原住民族長期照顧品質等工作。

七、以原住民族需求架構服務面向，結合文化照顧之技術及具有文化敏感度（以照顧管理專員專業判斷為主和多元評估量表為輔）之失能評估程序，提供原住民族失能者需求且可接受之家庭照顧者支持服務、居家式、社區式及機構住宿式長照服務。

八、優先獎助原住民族長照服務資源

（一）獎補助醫院、在地社團法人及長照法人至原住民族地區設立日間照顧服務。

（二）獎助在地有意願之照顧服務人員設立托顧家庭。

（三）獎補助在地非營利組織及原住民族勞動合作社至原住民族地區開辦長照產業，例如支援照顧服務、營養餐飲服務及沐浴等生活照顧服務。

（四）建立長照資源不足區評估指標及定期進行評估，依評估結果針對長照資源不足地區，主管機關可以特約方式委由醫院、在地社團法人、長照法人、在地非營利組織及原住民族勞動合作社至原住民族地區開辦各類長照服務。

九、完善部落照顧者支持服務：瞭解部落文化特性，發揮與延續文化特色於長照服務中，建置照顧者支持中心、拓增服務據點，並提供照顧技巧指導。

十、成立原住民族鄉（鎮、市、區）長照管理分站，並設推動委員會

（一）原住民族地區以「一鄉（鎮、市、區）一分站」為設置原則，整合現有「長照據點」統一更名為「原住民族長照管理分站」，明定任務為盤點在地需求、資源、規劃推動在

地長照服務，在縣市政府長期照顧政策的統整下，鼓勵利用衛生所等在地資源，配合長期照顧管理分站人性化管理功能，由部落通曉原住民族語及文化之專業人員，即照管專員，針對部落失能服務對象進行評估後，擬訂照顧計畫，由衛福部醫院（或 IDS 醫院）、衛生所、民間非營利組織、文化健康站、部落健康營造中心、原住民族家庭服務中心及教會等，提供整合性、全人性長期照顧服務，建議編制照管專員若干人，照管專員人數依各地區失能人口數，每 50 人配置 1 名，行政人員 1 名。

(二)每 7 名照管專員配置照管專員督導 1 名，負責協助審核各照顧計畫及核定項目之適切性，並督導照管專員工作內容、流程，及維護照管人員服務品質(督導、管考、檢核)、行政庶務性工作。

(三)辦理原住民族在地照顧服務人員教育訓練，由師資進入鄉內開班授課，並至當地之日間照顧中心、文化健康站等相關長照單位內實習。

(四)針對部落特殊需求及資源不均，提供更高長照服務頻率（日數或時數）及內容之服務。

十一、為解決原住民族地區長期照顧人力嚴重不足問題，在長期照顧服務人員的訓練應依人員工作特性予以分流。在大學（含）以上，應著重於照顧管理專員/督導、居家護理、物理/職能治療師等專業訓練；照顧服務員培訓可由政府機構或民間團體依規定辦理各類教育訓練、繼續教育、在職教育。為使各類長期照顧服務人員具有服務原住民族地區之文化敏感度與能力，除原有之專業訓練外，應加入文化敏感度與能力訓練，相關課程設計應由原民會及原住民族地區長期照顧管理委員會負責擬定，且衛福部應要求受過文化敏感度及能力訓練者優先錄用於原住民族地區提供各項

長期照顧服務。

- 十二、對於護理、物理/職能治療師等專業人員培養，應納入衛福部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，培養原住民族公費生，並於畢業後分發至原住民族地區服務。教育部已有多元入學管道之名額配合培育原住民族長期照顧人才，各校亦可向教育部申請設立原住民族專班，設計強調理論與實務結合之課程，培養原住民族照顧管理人才。
- 十三、為滿足 2017 年長服法實施後各縣市照顧管理專員及督導員額的需求，社工師（員）、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師及公共衛生碩士長照老人相關科系並具一定工作年資等符合進用人員資格者，可於完成相關訓練後（含原住民族文化敏感度及文化能力），擔任原住民族鄉（鎮、市、區）長照管理分站之照顧管理專員及督導。
- 十四、政府機構或民間團體依規定辦理各類教育訓練、繼續教育，在職教育培訓照顧服務員，除在規定之機構進行各類教育課程外，應考量原住民族地區學員在提供服務時的實務需求，將實習課程開設於原住民族社區（部落），使照顧服務員之訓用得以合一。此外，為鼓勵地理位置偏遠且交通不便地區之原住民族人參加照顧服務員訓練，衛福部應就目前老化指數高、推估失能人數高、服務涵蓋率低且參與照顧服務訓練人數少之地區，優先開辦訓練課程，且開課地點應選擇接近這些區域的機構或直接於這些地區內適當的場地（如衛生所、鄉公所或學校等）。
- 十五、考量原住民族經濟上之劣勢，原住民族人參與照顧服務員培訓期間，政府得提供生活津貼，並規定所有培訓完成之照顧服務員於一定期限內至原住民族地區提供服務，服務時間應由政府提供津貼單位與原住民族地區長期照顧共管

機制共同訂定合理時數，如無法完成服務時，應繳回受訓期間所領之生活津貼。

十六、對於完成照顧服務員訓練之原住民族人，政府應鼓勵參加照顧服務員技術士技能檢定，唯應設緩衝時間，使完訓之照顧服務員可於緩衝期提供服務且同時準備技術士技能檢定。依勞動部所提供之資料，原住民族人考取照顧服務員技術士的比例為 72.64%，為提高完訓之照顧服務員考取技術士證照之比例，政府應強化技能檢定測試期程及考試方式宣導。

十七、目前照顧服務員薪資多以時薪計算，造成留任比例偏低，因此為鼓勵原住民族人投入長期照顧服務，政府應鼓勵以穩定聘用原住民族照顧服務員，同時考量原住民族地區交通條件，原住民族照顧服務員在提供服務時，應給予額外交通津貼。

十八、研訂長照機構評鑑辦法，整合跨部會、跨單位及跨中央與地方主管機關的居家、社區及住宿式長照機構評鑑，包括：

(一)居家及社區式長照機構

1. 提升居家及社區式長照機構服務品質，發展居家及社區式長照機構評鑑指標，並定期辦理評鑑。
2. 建立居家式及社區式服務評鑑核心項目，並定期辦理評鑑，以維護長照服務品質。

(二)住宿式長照機構

1. 檢討精進整合式評鑑指標。
2. 明訂各住宿式長照機構應每 4 年接受中央主管機關所辦理的評鑑，以提升機構服務品質，強化外部查核與評鑑機制，並落實退場機制，以確保受照顧者權益。

十九、強化原住民族長照機構評鑑，以提升長照服務品質。規劃各長照機構的評鑑主辦機關：居家及社區式長照機構為地方直轄市、縣(市)政府，住宿式長照機構為中央主管機關，定期辦理評鑑，並整合規劃評鑑流程及其他評鑑事項，且評鑑主辦機關進行評鑑時，應納入熟悉原住民族文化及長照之專家學者組成評鑑委員會。

二十、製作各類族語及國語雙語文宣，結合社會媒體、各縣市政府、原住民族地區鄉鎮市區公所、衛生所及原住民族地區長照管理分站等極積宣導原住民族長照政策及申請使用方式。

肆、 衡量指標

一、中程指標（2020 年）

- (一)完成原住民族地區家庭照顧者支持、居家、社區及機構式長照服務輸送模式建置，2020 年原住民族失能者長照服務涵蓋率達 40%。
- (二)結合衛福部及原民會資源，於 55 個原住民族地區設置至少 55 個日照服務、至少 380 個文化健康站及 121 個家庭托顧(或巷弄長照站)。
- (三)成立 55 個原住民族地區長期照顧管理分站，每分站編置至少 2 名照管專員及 1 名行政人員。
- (四)完成研究都會區原住民族長期照顧需求及服務使用模式之調查與研究，並依研究結果擬定都會區原住民族長期照顧服務提供計畫。
- (五)2018 年完成長照資源不足地區評估指標之擬訂，並於 2020 年完成首次評估，並依評估結果，以長照基金獎勵資源不足地區發展人力及各項服務資源。
- (六)完成社政、衛政的長照資訊系統整合、歸人及雲端化。
- (七)於 2017 年前完成原住民族地區長照人力資源盤點，並於

2020 年前補足原住民族地區提供長照服務護理人員、職能治療人員及物理治療人員。

- (八)於 2017 年前完成具文化安全觀念之原住民族「照顧服務員」、「居家服務督導員」、「照顧管理專員」、「經營管理」等長照課程模組設計，每年培育原住民族長照服務相關人力至少 50 人。
- (九)由勞動部結合原住民族地區辦理長照服務在地組織，補助辦理照顧服務員自訓自用課程，積極輔導受訓原住民族人報考照顧服務員技術士技能檢定。
- (十)完成建置長照人員訓練、認證、登錄及繼續教育資訊系統。
- (十一)鼓勵居家服務提供單位以月薪制聘任照顧服務員，並納入長期照顧服務機構評鑑指標，對於推動照顧服務員月薪制績優單位，政府得訂定獎勵辦法。
- (十二)有關長照服務機構評鑑流程與指標之擬訂，應將原住民族之文化特殊性納入考量，全面推動各類長照機構之實地評鑑。
- (十三)完成各類原住民族長照機構評鑑資訊系統的整合；並與長期照顧服務機構資源地圖(LTC-GIS)連結，提供原住民族人及時資訊查詢。
- (十四)完成原住民族各類長期照顧文宣之製作，並於 55 個原住民族進行宣導工作，提升原住民族長照政策識能。

二、長程指標 (2025 年)

- (一)原住民族地區失能者長照服務涵蓋率達 90%。
- (二)完成原住民族地區各級長照服務提供機構設置，包含至少 80 個日照服務、至少 400 個文化健康站及至少 380 個家庭托顧(或巷弄長照站)。
- (三)完成 55 個原住民族地區長期照顧管理分站人員編置，照管專員人數依各地區失能人口，每 50 人配置 1 名，行政

人員 1 名，另每 7 名照管專員配置照管專員督導 1 名。

(四)調整各區長期照顧推動計畫，建立因地制宜之原住民族地區社區整合型服務。

(五)持續辦理長照資源不足地區評估，並依評估結果，以長照基金獎勵資源不足地區發展人力及各項服務資源。

(六)提升居家式、社區式和機構住宿式之服務量能。

(七)持續每年培訓原住民族長照服務相關人力至少 50 人。

(八)由勞動部持續補助辦理原住民族地區照顧服務員自訓自用課程，積極輔導受訓原住民族人報考照顧服務員技術士技能檢定。

(九)輔導原住民族長照機構提升服務品質，使機構評鑑合格率達 100%；優等機構所佔比率達 50%。

(十)提升長照機構住民滿意度達 80%。

第五節 健康資訊工程的建置與擴展國際參與空間

未來可就民眾、健康照護者、機構或社區，甚至是原住民族獨特的經濟、環境及語言文化的面向，考量其資訊運用的助力與阻力，深入瞭解並針對族群設計獨特的健康資訊方案與管道。

壹、目標

- 一、積極參與太平洋原住民醫師聯盟。
- 二、發展國際合作。
- 三、推動菁英計畫，培育國際原住民族衛生福利人才。
- 四、資訊完整與全面性：落實全國性全人全族衛生資料庫之彙整與公布，納入未來族群文化照顧準則之擬定。
- 五、照顧資訊連續性：整合各部會衛生福利資源，建置健康促進、維護與修復等諮詢平台系統，友善取得與運用資源，維護部落民眾之健康。

貳、現況檢討

太平洋原住民醫師聯盟（Pacific Region of Indigenous Doctor Council, PRIDoC）參與國際會議之國家別達7國以上，包括澳洲、美國、阿拉斯加、加拿大、紐西蘭、夏威夷及臺灣等。

會議參與人數達約200人以上，其族群別涵蓋澳洲原住民族、美洲印地安部族、紐西蘭毛利原住民族、加拿大第一民族、梅蒂斯族與印紐特部族、夏威夷原住民族，以及臺灣原住民族，且會議參與滿意度達8成以上。

透過國際會議之舉辦與國外貴賓與學者代表的參與，可提升臺灣原住民族在國際上之能見度與地位。

- 一、具體建立官方與非官方的交流平台與管道，促進國際原住民族社會的友好互動與建立。
- 二、透過部落醫療保健的實際參與體驗，可達原住民族部落文化與傳統知識的具體表現。

在PRIDoC的成員在學術與醫療服務上均十分積極，成員在BMJ及Lancet學術期刊中「國際原住民健康專題」皆為作者群其中，尤以澳洲原住民學者Ian Andreson在2016年6月Lancet發表「國際原住民健康狀況比較」（臺灣未列於其中），就可知PRIDoC成員的活躍。

台灣原住民醫學學會積極參加2008年在夏威夷、2010年在加拿大、2012年在澳洲2年1次的年會，2014年在臺灣更由原住民醫學會在花蓮舉辦，2016年在紐西蘭上台報告有14次。預期效益如下：

- 一、參與國際討論原住民族健康的議題，與美澳紐加夏威夷原住民共同塑造原住民族健康願景。
- 二、提昇論述層次，強調「研究論證」為與主流社會對話的主軸。
- 三、讓美澳紐加夏威夷原住民族醫師學者與護理專業人員認識臺灣原住民族的文化與健康努力。
- 四、凝聚臺灣原住民族的共識與努力，確定為原住民族健康的服務目標和未來規劃。

目前原住民族各項衛生統計資料主要是來自於衛福部所收集的資料為主，包含全民健保、國民健康、疾病防治及社會福利等，而原民會則固定出版原住民族人口及健康統計年報，然而，原住民族的健康議題複雜度高，除了全族橫跨16族群之外，其社會背景、文化價值信念及生活模式皆明顯之差異。雖然2025年衛生福利政策白皮書「資訊技術創新健康照顧應用服務」章節提到，以國際評比來看臺灣的資料開放應用成果，位居全球第一，然而，在資訊開放透明的同時，未有單一部門有系統與跨部門完整的統籌全臺灣原住民族約55萬人的衛生福利資料與各族群文化安全評估，甚至依據各族文化背景建置原住民身體評估與測量資料庫、各類健康介入計畫成效、評值或評鑑系統等。同時缺少將部落與社區所有衛生福利資源做一橫向之整合，透過創新資訊系統或地理GIS系統，提供給各族友善諮詢與運用。

參、策略

- 一、持續出席2年1次的「太平洋原住民醫師聯盟」。

- (一)推動擴大原住民族醫師、研究學者、醫學生參加雙年會。
- (二)深度參與PRIDoC的工作小組與鼓勵學生加入PRIDoC原住民族醫學生社團，擴大交流空間。
- (三)舉辦 PRIDoC 雙年會，擴大參與 PRIDoC NGO 事務，發揮 WHO 周邊組織的影響力，提高國際可見度。

二、發展國際合作

- (一)邀請 PRIDoC 會員國成員來台訪問與原住民族健康交流。
- (二)簽訂協定，邀請會員國醫學生前來見習及實習原住民部落醫療保健課程。
- (三)建立跨部會協調機制，統籌參與國際原住民族衛生福利事務資訊，以整合參與國際活動及重要機制事宜。

三、推動菁英計畫，培育國際原住民衛生醫療人才

- (一)與醫學院、醫院合作，選定原住民族優秀醫護人員進行國際原住民人才培訓。
- (二)積極辦理原住民族醫事人員參與國際原住民衛生福利組織受訓及研習。

四、運用跨部會模式建立全族完整基礎族群健康資料，以作為未來文化照顧連續性及政策方案推動之參考。

五、彙整既有相關統計資料，包括原民會(如：原住民族人口及健康統計年報等)、衛福部統計處、健保署等，以輔助管理及規劃相關單位依據部落/鄉鎮條件，研擬資源投入及中長程策略。

肆、衡量指標

一、中程指標(2020)

- (一)參加「太平洋原住民醫師聯盟」雙年會，並訂定獎勵辦法鼓勵專家學者、醫學生投稿。
- (二)鼓勵 2018、2020 原住民族醫師和醫學生計 60 人次前往參加雙年會。

(三)邀請會員國醫學生前來見習及實習原住民族部落醫療保健課程，並邀請 PRIDoC 會員國成員來臺訪問與原住民族健康交流。

(四)與醫學院、醫院合作，選定原住民族優秀醫護人員進行國際原住民族人才培訓，計 10 人次。

二、長程指標 (2025)

(一)積極爭取 2024「太平洋原住民醫師聯盟」雙年會在臺灣舉辦，邀請包括澳洲、美國、阿拉斯加、加拿大、紐西蘭、夏威夷等國家成員 200 人等。

(二)邀請會員國醫學生前來見習及實習原住民族部落醫療保健課程，並邀請 PRIDoC 會員國成員來臺訪問與原住民族健康交流，計 80 人次。

(三)與醫學院、醫院合作，選定原住民族優秀醫護人員進行國際原住民族人才培訓，計 30 人次。

(四)完善原住民族生命週期健康資料庫，長程目標涵蓋 16 族。