



中華民國 107 年版
衛生福利年報





健康 · 幸福 · 公平 · 永續



衛生福利部 編印
中華民國 107 年 11 月

序言

衛生福利部主管業務以人為本、以一生為歷程，舉凡健康促進、醫療防疫、食品藥物、社會保險及福利、社會救助及保護服務等，皆與民眾生活息息相關，本部106年所推動之重要政策與施政成果，有許多重大的里程碑，值得在此先與大家作一導讀性分享：

我國106年老年人口依賴比（簡稱扶老比）為19%，係歷年來首度高於扶幼比（18%），這是許多OECD會員國扶養情況的現象（詳見本書第二篇圖2-3及表2-6），其中尤以日、德之扶老比（47%、32%）更是遠高於其扶幼比（20%、20%），若以「延長壽命」的政策指標來探討，老年人口占比逐年攀升，為衛生福利施政的預期趨勢，職是之故，我們應刻不容緩地需要強化「健康餘命」的理念及促進策略，好讓越來越多的高齡長者得以保有永續的健康活力，如此，一方面可減輕「確需扶老」的壓力比重，另一方面還可以讓長者成為「幸福扶幼」的最佳幫手。

有鑑於此，106年之社區健康營造計畫，我們首度以社區資產為基礎進行盤點及應用，參照WHO「高齡友善城市指南」8大面向，透過社區公私部門的夥伴關係，攜手協力，營造「高齡友善社區」；長照十年計畫2.0自106年1月起實施，長照2.0擴增的重點在將長照服務向前延伸至各類保健及減緩失能等預防性服務措施，俾以活力老化，向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，讓長者在熟悉的環境安享老年生活，並減輕家庭照顧重擔。為顧及長期照護機構及安養機構之防疫安全，本部自106年首次辦理老人福利機構感染管制查核，對於實地查訪不合格之機構，務求改善均達安全標準。

有關本部「為讓全國顧客滿意，先讓內部顧客滿意」的理念，106年努力與作為如下：

為避免醫師過勞、保障其勞動權益並兼顧民眾就醫權益，本部規劃自108年9月1日起將受僱醫師納入勞基法適用對象，因應人力衝擊，我們已積極推動相關配套措施，包括106年3月公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，並於同年8月1日實施，以逐步改善住院醫師工時；持續試辦醫院整合醫學照護制度及增加專科護理師人數，以增加臨床住院醫療照護人力；落實雙向轉診制度，配合分級醫療推動，106年醫院編列60億元調高急重症項目之支付點數，自106年10月起，調升167項診療項目支付點數，放寬1,513項手術之兒童加成方式，以及放寬手術通則、急診例假日加成時間、兒童專科醫師加成，並調高偏鄉及地區醫院49項基本診療支付點數；為壯大西醫基層診所服務量能，擴大其服務範疇，西醫基層編列2.5億元預算，自106年5月起，開放「流行性感冒A型病毒抗原」等25項診療可於基層院所執行。

最後，我們要就「上醫醫國」胸懷全國國民福祉的願景，回溯至103年一位大學生在臺北捷運隨機殺人、104年一位失業男子翻牆進入小學隨機殺害女童、105年又一位失業男子隨機砍殺陪伴懷孕媽媽的女童「小燈泡」，數起慘劇讓全國人民普遍感到社會不安全的氛圍，也激發我們積極整合社福、社會工作、教育、心理健康、勞動、就業服務、內政及治安等跨部會、跨專業及多元化公私協力的交流合作機制，介入的焦點由以往的「個人」轉變成以「家庭」為中心、以「社區」為基礎，採取「風險評估分級、及早辨識預防」原則，從根本緩解消弭各項危險因子；本部於106年建構「強化社會安全網計畫」，並於107年2月26日奉行政院核定，賴院長亦肯定此為多年來回應社會最積極、最具企圖心的計畫。

健康、安全、公共衛生、社會福祉等種種重大施政，自非單一服務體系得以完備勝任，我們感謝中央各協力機關、地方政府、民間團體、每個家庭，以及社會各界共同支持參與助成，我們更當永續傳承踏實築夢，必達使命圓成願景。

衛生福利部
部長

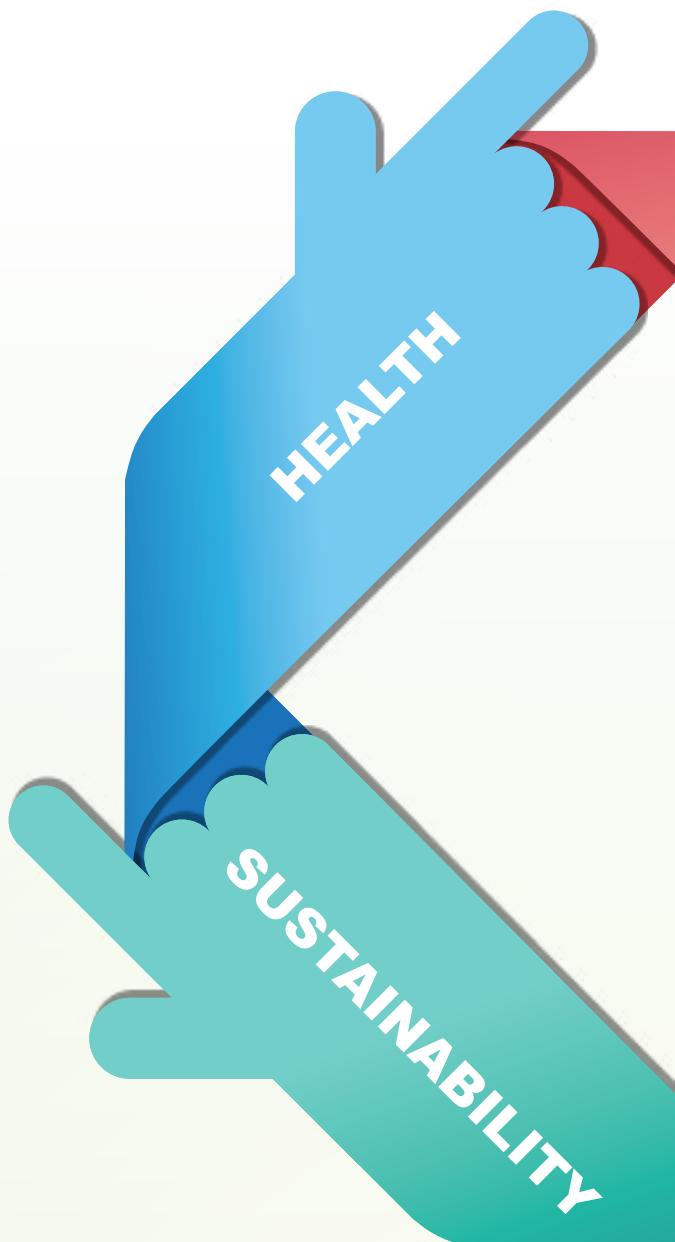
陳時中

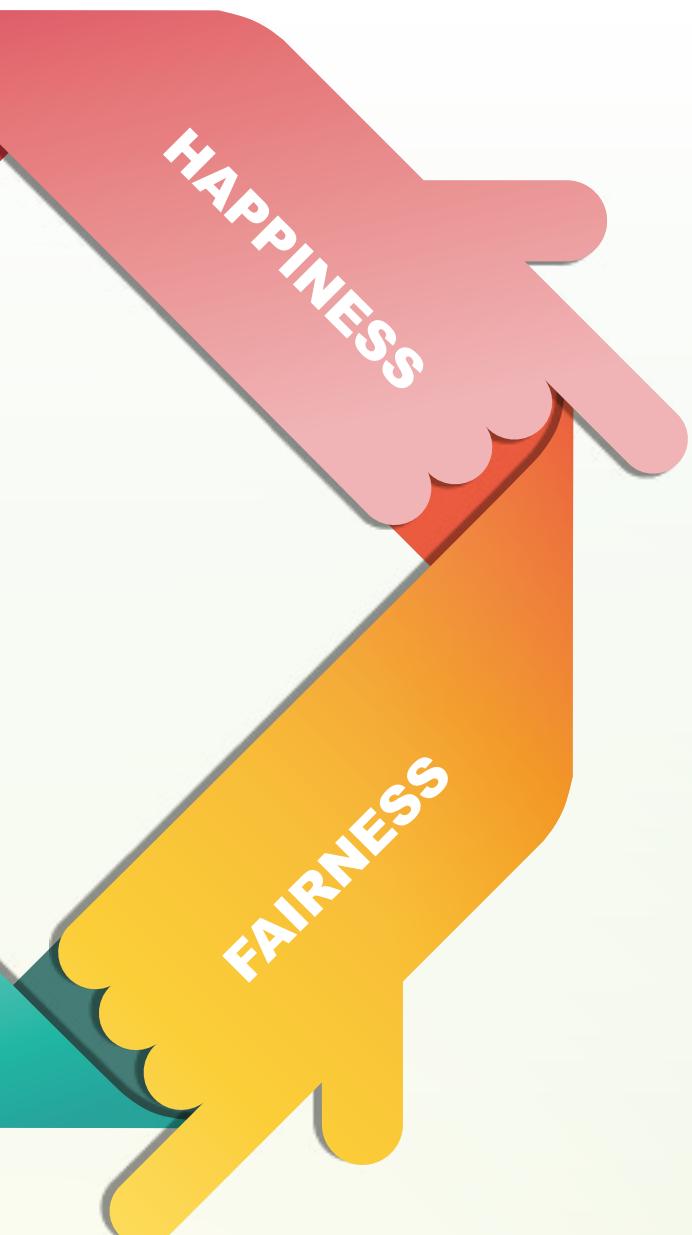
謹識



CONTENTS 目錄

序言	02
01 組織與政策	08
第一章 組織架構	09
第二章 經費	10
第三章 施政目標	10
02 衛生福利重要指標	14
第一章 人口指標	15
第二章 生命指標	18
第三章 國民醫療保健支出	22
第四章 社會福利指標	23
第五章 國際比較	29
03 健康支持環境	36
第一章 從出生到成長	38
第二章 生活中的危害	40
第三章 活躍老化及非傳染病防治	44
第四章 健康資訊傳播與監測	48





04 健康照護	50
第一章 健康照護體系	51
第二章 心理健康與精神醫療	54
第三章 醫事人力	56
第四章 健康服務品質	58
第五章 偏鄉醫療照護	61
第六章 目標族群健康照護	62
05 長期照顧服務	66
第一章 長照服務體系	68
第二章 人力資源發展	73
第三章 溝通宣導與服務品質	74
06 傳染病防治	76
第一章 傳染病防治簡介	77
第二章 重要及新興傳染病防治	79
第三章 防疫整備及感染管制	84
第四章 預防接種	88

CONTENTS 目錄

07 食品藥物管理 90

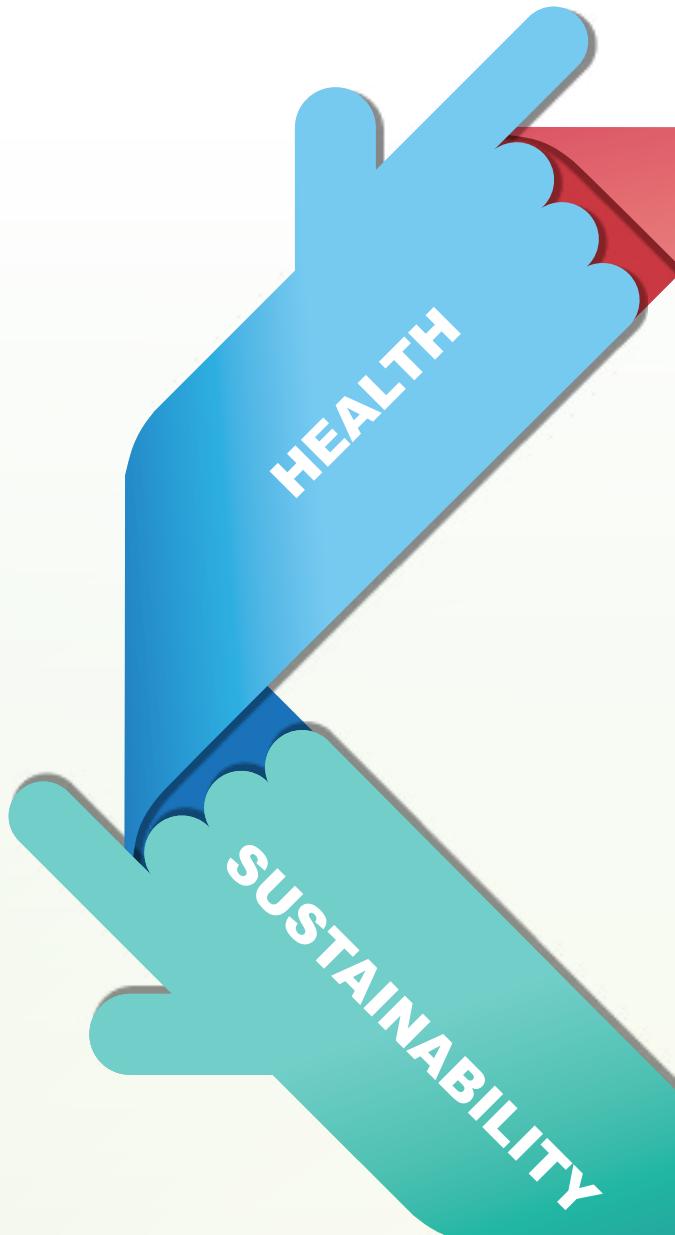
- 第一章 食品管理 91
- 第二章 藥品管理 93
- 第三章 醫療器材與化粧品管理 98
- 第四章 國家實驗室及風險管理 101
- 第五章 消費者保護與宣導 103

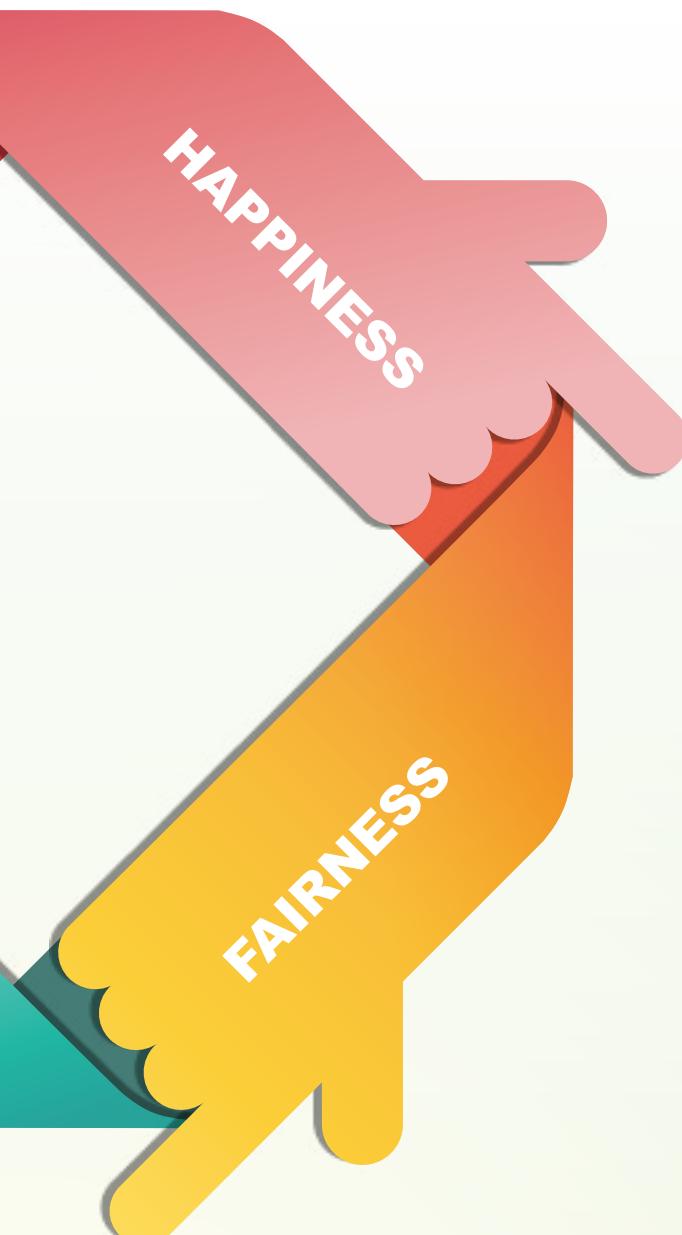
08 全民健保與國民年金 104

- 第一章 全民健康保險 105
- 第二章 國民年金制度 111

09 社會福利服務 114

- 第一章 兒童及少年福利 115
- 第二章 婦女福利與家庭支持 117
- 第三章 老人福利 121
- 第四章 身心障礙者福利 123





10 社會救助與社會工作	126
第一章 社會救助相關服務	127
第二章 遊民輔導	130
第三章 災害救助	131
第四章 社會工作	132
第五章 福利資源網絡	134
11 性別暴力防治與保護服務	136
第一章 性別暴力防治	137
第二章 家庭暴力防治	139
第三章 性侵害及性騷擾防治	142
第四章 兒童及少年保護	144
12 研究發展與國際合作	146
第一章 衛生福利科技研究	147
第二章 國際合作	152
附錄	160
附錄一 衛生福利統計指標	161
附錄二 法定傳染病確定病例統計	175
附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表	178



01

組織與政策

第一章	組織架構	09
第二章	經費	10
第三章	施政目標	10

民國102年配合行政院組織改造成立衛生福利部(以下簡稱衛福部)，將原衛生署署內21個單位與任務編組、5個所屬機關、內政部社會司、兒童局、家庭暴力及性侵害防治委員會、國民年金監理會以及教育部國立中國醫藥研究所等單位，一起整併為事權統一的新機關，打造以人為中心的衛生福利網，提升國民的健康與幸福。

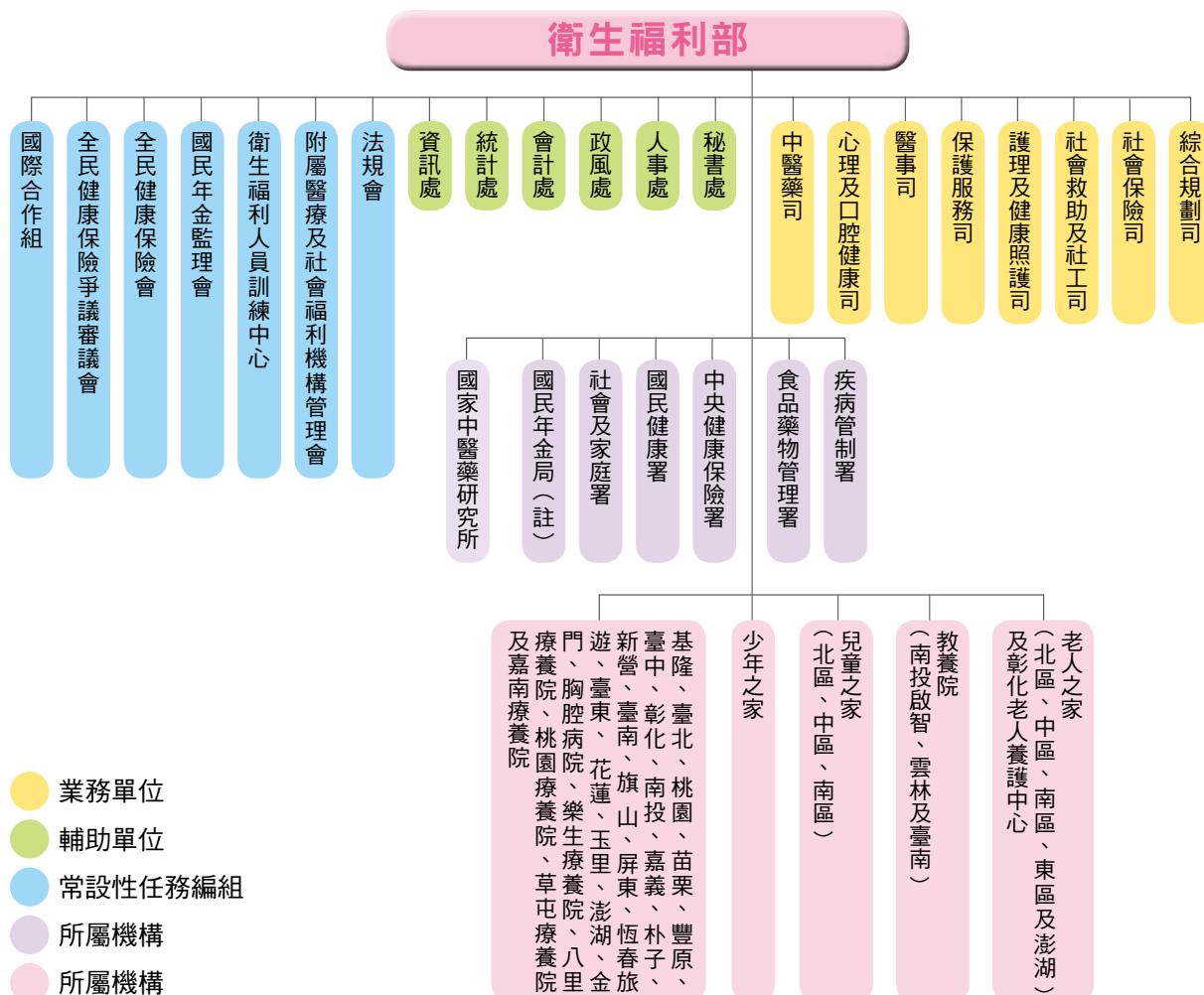
針對當前社會需求及國家發展需要，衛福部秉持全球化、在地化、創新化的思維，用心規劃施政，擬定整合性之衛生福利公共政策，以「促進全民健康與福祉」為使命，提供更符合民眾需求之服務，並期待成

為「最值得民眾信賴的部會」，為守護全民健康而努力。

第一章 ► 組織架構

由部長綜理部務，置政務次長2人、常務次長1人及主任秘書1人，設置8司、6處、7個常設性任務編組及6個所屬三級機關（構），另設有26家部立醫院與13家社會福利機構，如圖1-1。業務涵蓋健康促進、疾病防治、醫療照護、長期照顧、食品藥物管理、社會保險、社會福利、社會救助、保護服務等。

圖 1-1 衛生福利部組織圖



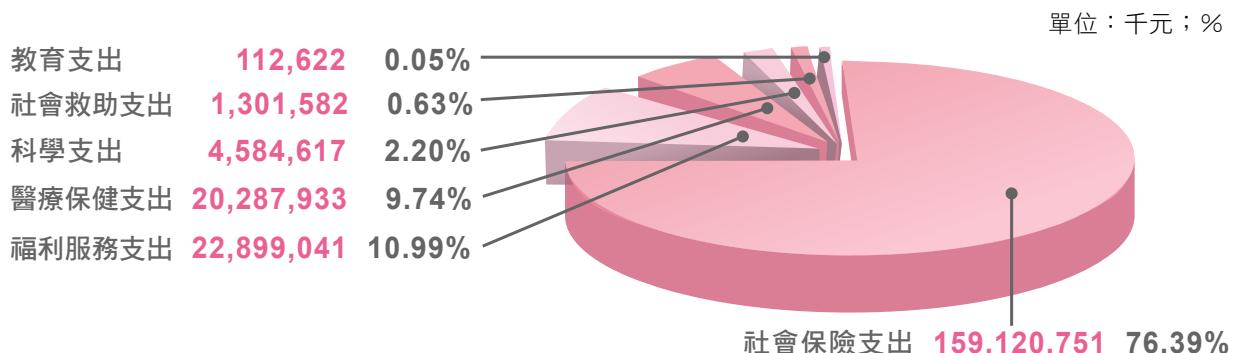
註：國民年金局暫不設置，衛福部組織法明訂其未設立前，業務得委託相關機關（構）執行。

第二章 ▶ 經費

106年度主管決算數共2,083億654萬6千元，其中，社會保險支出為1,591億2,075萬1千元，占決算之76.39%；福利服務支出為228億9,904萬1千元，占決算之10.99%；醫療保健支出為202

億8,793萬3千元，占決算之9.74%；科學支出為45億8,461萬7千元，占決算之2.20%；社會救助支出為13億158萬2千元，占決算之0.63%；教育支出為1億1,262萬2千元元，占決算之0.05%，如圖1-2。

圖1-2 106年度衛生福利經費決算分布圖



第三章 ▶ 施政目標

依據行政院106年度施政方針，配合中程施政計畫及核定預算額度，並針對社經情勢變化及本部未來發展需要，編定106年度施政計畫目標，如圖1-3，其重要執行策略摘錄如次：

- 一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群
 - (一) 推動兒童權利公約，落實兒童及少年福利與權益保障；建構多元且品質穩定之托育模式，滿足家庭育兒需求。
 - (二) 推動身心障礙者權利公約，繼續辦理身心障礙鑑定與需求評估新制，佈建完善身心障礙者福利服務資源，提升服務效益，落實在地服務。
- 二、建置優質長照體系，完備長照服務資源
 - (一) 建構完整長照服務制度及體系，推動長期照顧服務法，提升長照服務

品質與多元供給量能，整合長照機構及充實長照人力資源。

- (二) 持續普及社區照顧關懷據點及多元日間照顧資源，強化在地資源發展、提升社區照顧服務可近性，營造健康、活力、幸福及友善之高齡社會。
- (三) 關懷弱勢族群，推動獨居老人照護及整合性門診；辦理失智老人社區照護服務，提升失智症社區服務普及性。
- 三、營造互助祥和社會，完善保護服務體系
 - (一) 保障弱勢族群經濟生活，推動兒童少年未來發展帳戶，協助自立脫貧。
 - (二) 培力社區組織營造社區互助關懷網絡，發展多元志工，擴大志願服務社區量能，落實社會福利服務於基層。
 - (三) 建置社會工作專業制度，充實地方

政府社會工作師，提升服務品質及量能。

(四) 健全性別暴力三級預防服務體系。

(五) 打造兒少保護體系互聯網，針對兒虐風險升高的家庭，及早主動介入提供支持性服務。

四、拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益

(一) 重塑初級健康照護網絡，打造社區健康照護管理中心，強化在地健康照護質量，推廣安寧照護，提升臨終生命品質。

(二) 改善醫事人員執業環境，保障醫師勞動條件；推動醫療糾紛處理及醫療事故補償制度，促進醫病關係和諧。

(三) 均衡醫療資源分布，強化偏遠地區及弱勢族群照護，建立急重症照護網絡。

(四) 持續推動醫院評鑑改革，落實病人安全工作目標。

(五) 改善護理執業環境，推動優質護理

職場，留任及吸引護理人員回流。

(六) 提升優質中醫醫療照護品質，健全中醫健康照護人力；提升民俗調理人員從業素質，確保消費安全。

(七) 賽績強化衛生福利科技研究與人才培育，落實研發成果轉譯為政策之實證基礎。

(八) 配合政府新南向政策推動國際醫衛合作；推展多邊、雙邊、國際以及兩岸衛生福利之合作與交流。

五、建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元

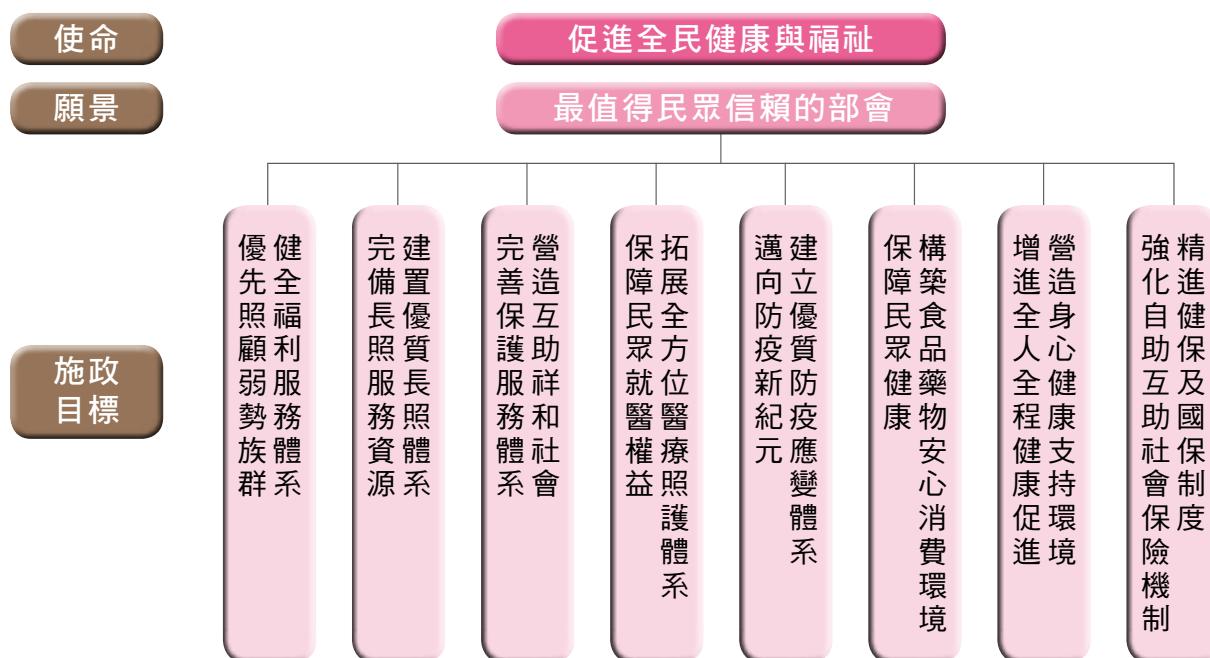
(一) 架構完整防疫體系，積極落實各項傳染病監視及防治工作。

(二) 確保疫苗接種財源穩定，辦理各項預防接種工作，提升全民免疫力。

(三) 強化篩檢諮詢服務、提供適切醫療處置及完善個案管理機制，達成結核再減半、挑戰愛滋零成長。

(四) 落實傳染病預警與風險管控機制，強化應變整備工作，積極參與國際合作，有效阻絕傳染病於境外。

圖1-3 衛生福利部106年施政目標



六、構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康

- (一) 推動食品、藥物及化粧品全生命週期管理，並以品質安全為前提，重建MIT食品藥物之產品信譽。
- (二) 整合中央與地方監管分工機制，推動跨部會合作取締不法藥物、黑心食品及減少藥物濫用。
- (三) 強化食品資訊透明化，型塑食品、藥物安全防護網絡。
- (四) 落實中藥品質管制及中藥（材）安全衛生管理。

七、營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進

- (一) 推動健康新世代計畫，健全婦幼及生育保健服務環境，增進原住民和新住民健康促進。
- (二) 培養健康生活型態，營造健康場域，推動國民營養與肥胖防治；營造無菸、無檳支持環境。
- (三) 強化癌症預防工作，提升主要癌症篩檢陽性追蹤率及品質，針對新診斷病人推動就醫領航計畫。
- (四) 建立高齡資料倉儲，發展活躍老化決策支援系統，加強地區別不同群體資料蒐集與分析，落實以實證為基礎之施政。
- (五) 倡議「Health in All Policies」，強化eHealth，提升國民健康識能及健康賦能。
- (六) 犹劃全人、全程、全方位之心理健康服務，提升國人幸福能量。
- (七) 提升特殊族群口腔醫療照護量能，推動5歲以下兒童口腔保健服務與衛教宣導，養成兒童良好口腔衛生習慣。
- (八) 精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制
- (一) 落實收支連動機制，確保健保財務

平衡，強化弱勢照顧。

- (二) 檢討現行給付效益，抑制健保資源不當耗用，持續提升醫療品質與公開資訊。
- (三) 持續推動國民年金制度，建立完善之老年經濟安全保障體系。

第二節 性別平等政策

為加強性別觀點融入機關業務，強化「消除對婦女一切形式歧視公約」（簡稱CEDAW）及重要性別平等政策或措施之規劃、執行與評估，以達成實質性別平等之目標，繼續推動性別主流化各項工具，並提升推動品質及擴大成效，衛福部訂定「推動性別主流化執行計畫（103至106年度）」重要辦理成果為：

- 一、親密關係暴力案件實施危險評估比率自94%提升至96.9%。
- 二、社區高再犯危險性侵害加害人聲請法院裁定強制治療比率100%。
- 三、長照1.0服務涵蓋率自33.2%提升至37.6%，並於106年起實施長照2.0擴大服務對象及服務項目。
- 四、藉長照2.0失智照護政策之推動，提升失智長照服務能量，擴大失智照護資源，佈建「失智社區服務據點」134處，強化社區個案服務管理機制。
- 五、補助地方政府及民間團體辦理親職教育受益人次自52,182人次提升至112,850人次，且男性家長參與情形與比率逐步增加，宣導改變傳統性別刻板化印象，促進家庭性別平等環境。
- 六、居家及機構式嬰幼兒送托服務率自12.12%提升至16.16%，穩健發展托育管理制度。
- 七、開辦「重點科別培育公費醫師制度」，透過提升五大科健保支付標準、住院醫師津貼、施行生育事故救濟條例，使婦產

- 科住院醫師招收率自89%提升至100%。
- 八、護理人員執業總人數每年增加2,000人之達成率自133.7%提升至520%，且男性護理人員已有逐年增加趨勢。
- 九、自辦或積極薦送各層級人員參加性別主流化相關教育課程，參訓率自85.81%提升至90.7%，深化性別意識培力。
- 十、持續辦理中長程個案計畫性別影響評估及擴充性別統計指標範圍並持續關照性別平等政策綱領及CEDAW有關促進性別平等工作之需求，優先編列性別預算。



衛福部推動性別平等業務
榮獲行政院第16屆金馨獎甲等、創新獎、故事獎

第三節 醫衛新南向政策

我國105年起推動新南向政策，鑑於我國醫衛成就享譽國際，106年並選定「新南向醫衛合作與產業鏈結」為新南向五大旗艦計畫之一。本部將與外交部、經濟部、科技部、教育部、交通部觀光局及僑委會等相關單位緊密合作，共同打造醫衛產業生態鏈，期能達成下列目標：

- 一、藉由我國醫療衛生軟實力，深耕醫衛人脈網絡，擴大我國在新南向國家的影響力。
- 二、透過全面性醫衛合作與相關產業鏈密切連結，增加我國醫衛產業之出口機會及產值。
- 三、強化防疫境外之理念，建構更安全之區域聯合防制網絡。
- 106年辦理成果如次：

- 一、協助培訓新南向國家醫衛人才計199位。
- 二、本部與臺大、成大與慈濟醫院合作，於緬甸、印尼、越南、菲律賓辦理醫衛合作計畫，簽署3項MOU，協助培訓醫事人員，於印尼辦理4場國際研討會，於緬甸推動「醫療服務長期駐點計畫」，於菲律賓推動結核病與狂犬病防治計畫。
- 三、依據印尼農業部針對部分食品輸入時，需先經其海外認可實驗室出具檢驗報告之規定，本部已推薦並獲印尼政府認可我方實驗室累計3家次，食品業者可直接於國內檢驗後出口至印尼，減少重複試驗，降低國內產品進入新南向國家之時間及金錢成本，有利雙邊經貿往來。
- 四、本部與馬來西亞衛生部藥品管理局達成共識，凡通過「二級品管」及「擴充方案」驗證，可向本部申請核發「營養補充食品外銷核備函」，取得該核備函後，即可向馬來西亞NPRA提出營養補充食品之查驗登記申請，協助解決我國營養補充食品外銷馬來西亞受阻的問題。
- 五、建置Taiwan Healthcare+ (THP) 國際商貿整合行銷平臺，已集結超過500項優質服務與產品、以及13家醫院、62個TOP醫療團隊與65家標竿生技企業等140個團體，型塑臺灣品牌形象，並透過國際網路宣導，讓東南亞國家看見臺灣創新醫療生技動能，拓展商機。
- 六、統籌制定新興傳染病關鍵績效指標，協助亞太區21個APEC會員體達成2020健康亞太目標，我國已於106年7月統籌制定完成並提交澳洲彙整，由我國負責的「新興傳染病（Emerging Diseases）」績效指標，已獲得小組成員的全數認同。



02 衛生福利重要指標

第一章	人口指標	15
第二章	生命指標	18
第三章	國民醫療保健支出	22
第四章	社會福利指標	23
第五章	國際比較	29

隨國民所得提高、生活環境與國民營養改善、醫藥衛生進步及醫療保健意識增強，國人平均壽命逐年延長，加上戰後嬰兒潮人口邁入老年期，以及少子女化趨勢，衍生之人口老化的健康與照護議題益受重視，除影響著國民醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）與資源配置外，亦牽動國家整體經濟成長動能。本篇將就我國衛生福利統計相關重要指標，包括人口指標、生命指標、國民醫療保健支出、社會福利指標及國際比較等之變化趨勢簡要陳述。

第一章 ► 人口指標

106年底我國戶籍登記人口總數計2,357萬人，較105年底增1.33%，其中男性1,172萬人，增0.03%，女性1,185萬人，增2.63%，人口性別比例（男性人

口數/女性人口數）降為98.89。

106年底人口密度每平方公里人口達651人，與上一年相當，以臺北市9,872人最為稠密，花蓮縣、臺東縣則分別僅71人及62人。

第一節 人口年齡結構

少子女化及平均壽命延長影響，人口年齡結構明顯呈現幼年人口比率降低，老年人口比率提高之現象。我國0-14歲幼年人口占總人口比率，由96年17.6%降至106年13.1%，65歲以上老年人口占比於82年突破7.0%，進入高齡化國家之列後，持續提高，106年升至13.9%，人口高齡化特徵益趨明顯，如圖2-1。

就性別觀察，女性人口高齡化狀況較男性更為明顯，106年女性老年人口占14.9%，高於男性之12.8%；女性幼年人口占12.5%，低於男性之13.7%，如圖2-2。

圖2-1 人口年齡結構

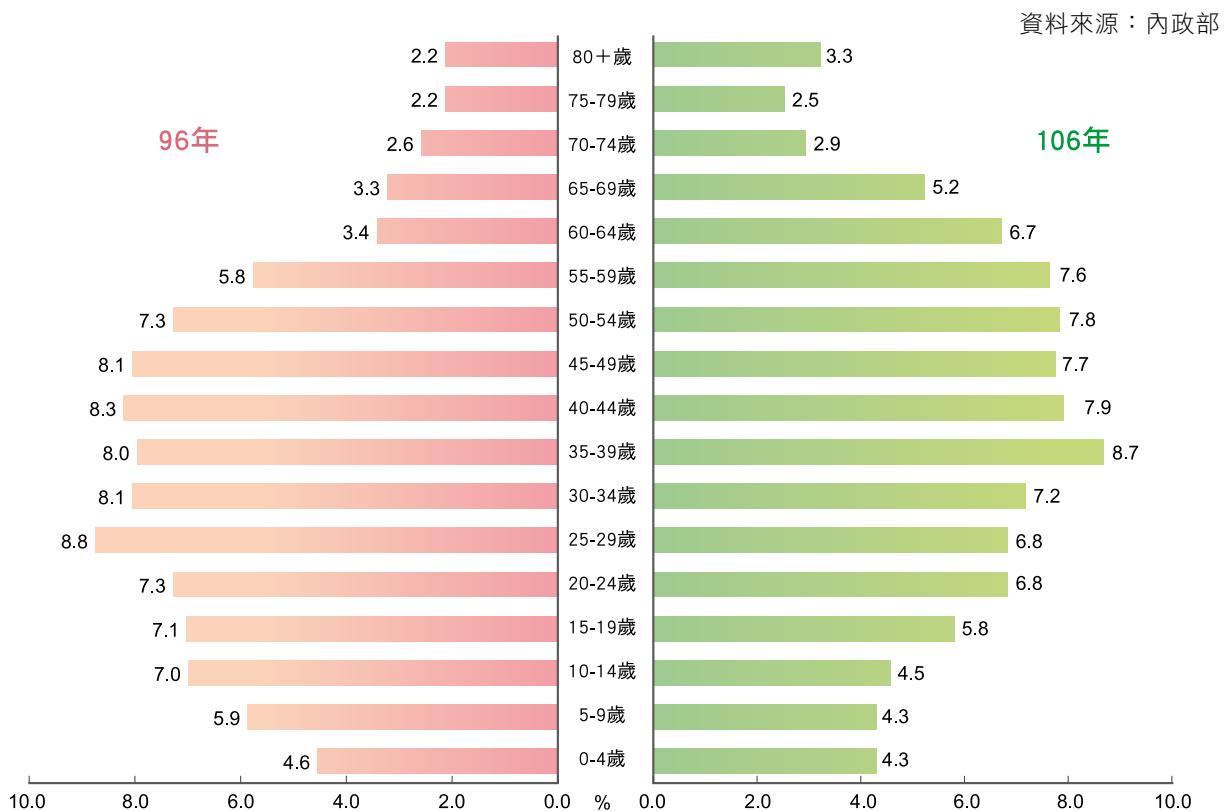
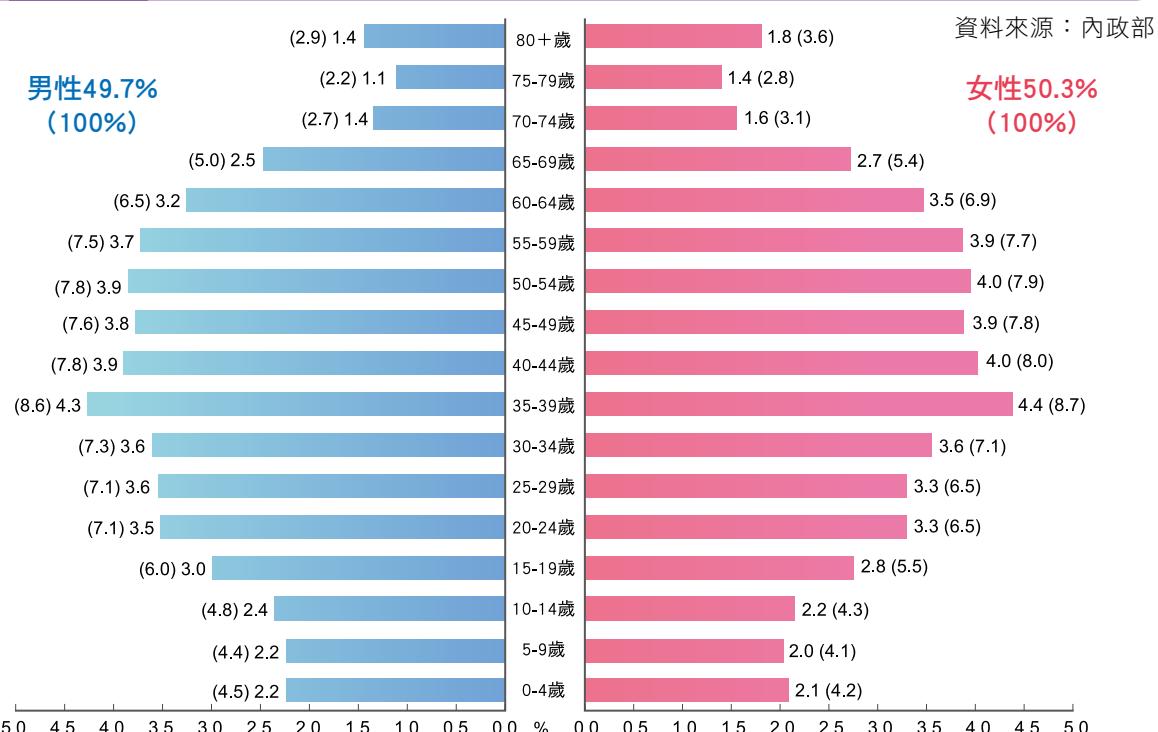


圖2-2 106年男女性人口結構

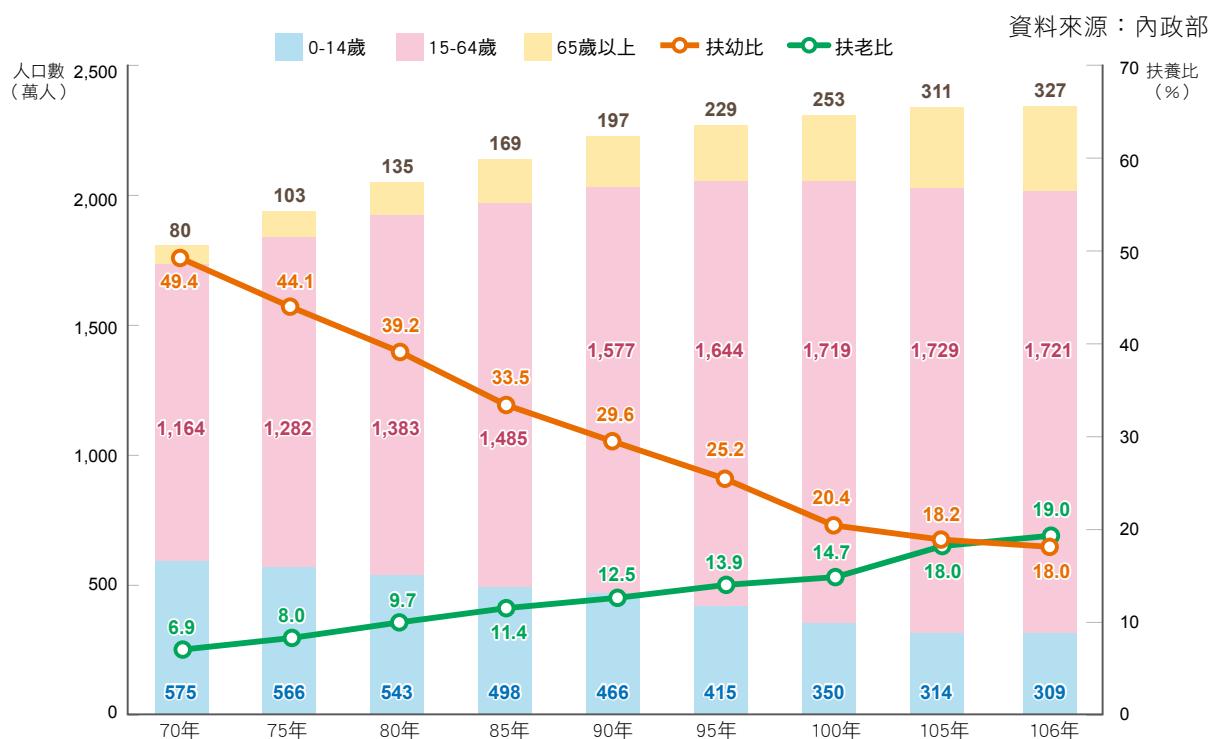


資料來源：內政部

扶養比【(0-14歲人口 + 65歲以上人口)/15-64歲人口×100】由70年56.3%降至106年37.0%，主因扶幼比【0-14歲人口/15-64歲人口×100】由49.4%快

速下降至18.0%，而扶老比【65歲以上人口/15-64歲人口×100】則由6.9%平穩上升至19.0%所致，如圖2-3。

圖2-3 歷年人口年齡結構與扶養比

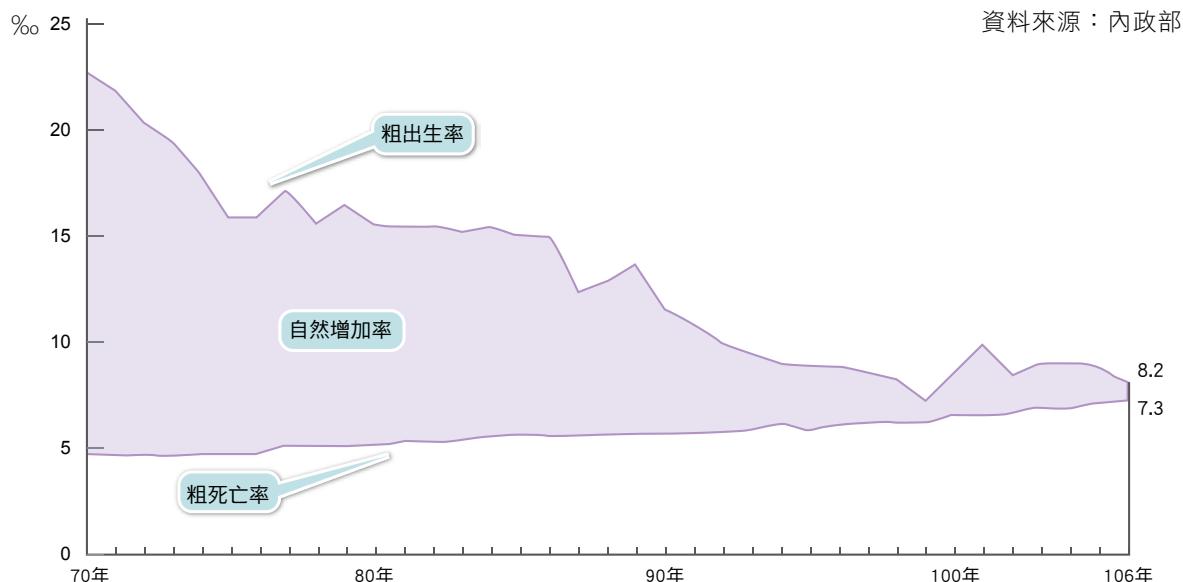


第二節 出生及死亡概況

隨著社會與經濟環境變遷，國人之生育率長期呈下滑趨勢，致粗出生率【出生數/年中人口數 $\times 1,000$ 】由70年代初期之逾20‰降至90年代不及10‰，106年為8.2‰；粗死亡率【死亡數/年中人口數

$\times 1,000$ 】則因高齡人口比重提高，由70年代之近5‰遞升至106年7.3‰，綜上影響，人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】由70年代之逾10‰，降至106年之僅約1.0‰，如圖2-4。

圖2-4 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率

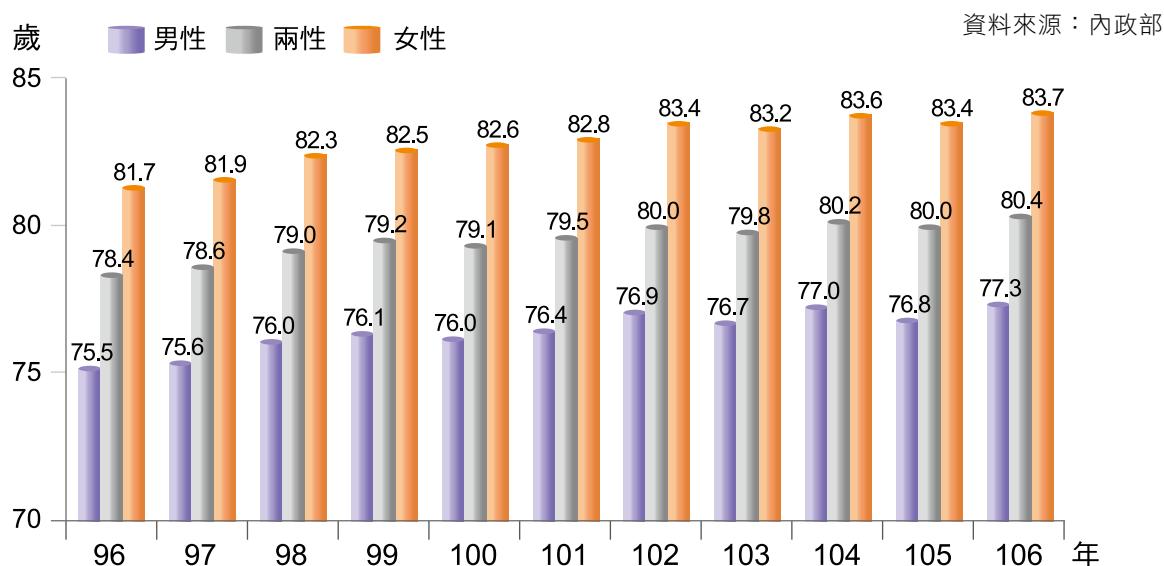


第三節 平均餘命

就國人平均餘命整體變動觀察，106年國人0歲平均餘命（即平均壽命）為80.4歲，10年來增加2.0歲。男、女性平

均壽命分別為77.3歲及83.7歲，10年來男性增加1.8歲，女性增加2.0歲，顯示女性較男性長壽，且兩性壽命之差距有逐漸擴大的趨勢，如圖2-5及附錄一表2。

圖2-5 歷年國人0歲平均餘命



第二章 ▶ 生命指標

第一節 十大死因

由於社會經濟結構改變、生活水準提高及衛生保健的改善，主要死因已由41年之急性、傳染性疾病為主，轉變成以惡性腫瘤、心血管等慢性疾病與事故傷害等為主。

106年國人死亡人數17萬1,857人，死亡率為每十萬人口729.6人，較105年下降0.5%，較96年上升20.0%。標準化死亡率【依世界衛生組織（World Health Organization, WHO）編布之2000年世界標準人口年齡結構調整計算】424.3人，較105年下降3.4%，較96年下降13.7%。

圖2-6 十大死因之變化

資料來源：衛福部



第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據104年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口483.6人和411.8人；如依WHO編布之2000

106年十大死因死亡人數占總死亡人數之76.8%，以慢性疾病為主，依死亡率排序之十大死因為(1)惡性腫瘤；(2)心臟疾病；(3)肺炎；(4)腦血管疾病；(5)糖尿病；(6)事故傷害；(7)慢性下呼吸道疾病；(8)高血壓性疾病；(9)腎炎、腎病症候群及腎病變；(10)慢性肝病及肝硬化。與96年比較，順位上升者有肺炎及高血壓性疾病，順位下降者有腦血管疾病、糖尿病、事故傷害、腎炎、腎病症候群及腎病變、慢性肝病及肝硬化與自殺，如圖2-6。

年世界標準人口年齡結構調整計算，男、女性標準化發生率分別為每十萬人口336.5人和273.1人，男女十大癌症發生統計如表2-1。

表2-1 104年國人十大癌症發生統計

資料來源：衛福部

男性			
順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	大腸	8,968	52.1
2	肝及肝內膽管	7,884	46.5
3	肺、支氣管及氣管	7,660	44.2
4	口腔、口咽及下咽	6,965	42.3
5	攝護腺	5,106	29.4
6	食道	2,415	14.2
7	胃	2,351	13.2
8	皮膚	2,044	11.6
9	非何杰金氏淋巴瘤	1,425	8.8
10	膀胱	1,510	8.5
	全癌症	56,642	336.5
女性			
順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	12,360	73.0
2	大腸	6,611	34.9
3	肺、支氣管及氣管	5,426	28.5
4	肝及肝內膽管	3,536	18.2
5	甲狀腺	2,729	17.9
6	子宮體	2,440	14.1
7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,434	9.0
8	皮膚	1,755	8.7
9	子宮頸	1,485	8.6
10	胃	1,498	7.7
	全癌症	48,514	273.1

備註：1.統計資料不含原位癌。

2.順位係以年齡標準化發生率（每十萬人口）排序。

3.年齡標準化發生率，係以WHO2000年世界標準人口年齡結構調整計算。

公式為【 Σ （年齡別發生率×標準組年齡別人口數）】/標準組總人口數。

二、癌症死因

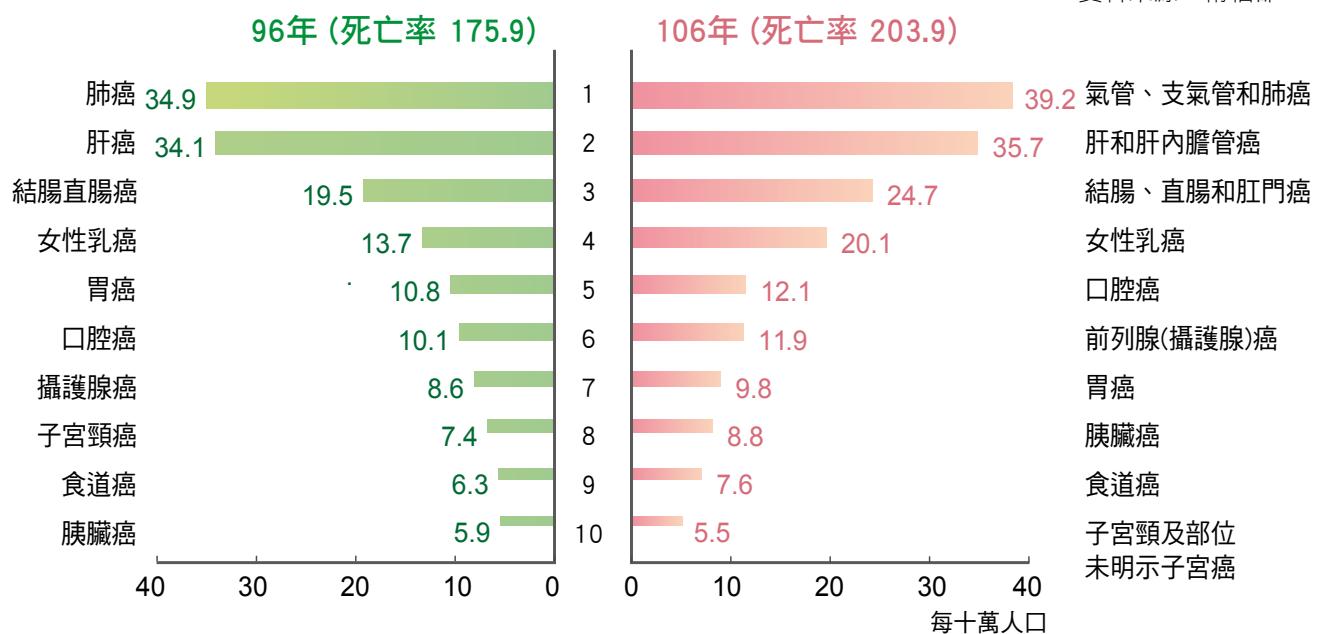
106年癌症死亡人數4萬8,037人，占總死亡人數之28.0%，死亡率為每十萬人口203.9人，較105年上升0.4%，較96年上升15.9%。標準化死亡率123.4人，較105年下降2.7%，較96年下降13.5%。

106年依死亡率排序之十大癌症死

因順位為：(1)氣管、支氣管和肺癌；(2)肝和肝內膽管癌；(3)結腸、直腸和肛門癌；(4)女性乳癌；(5)口腔癌；(6)前列腺（攝護腺）癌；(7)胃癌；(8)胰臟癌；(9)食道癌；(10)子宮頸及部位未明示子宮癌。與96年比較，順位上升者有口腔癌、前列腺癌、胰臟癌，順位下降者有胃癌及子宮頸癌，如圖2-7。

圖2-7 十大癌症死因之變化

資料來源：衛福部



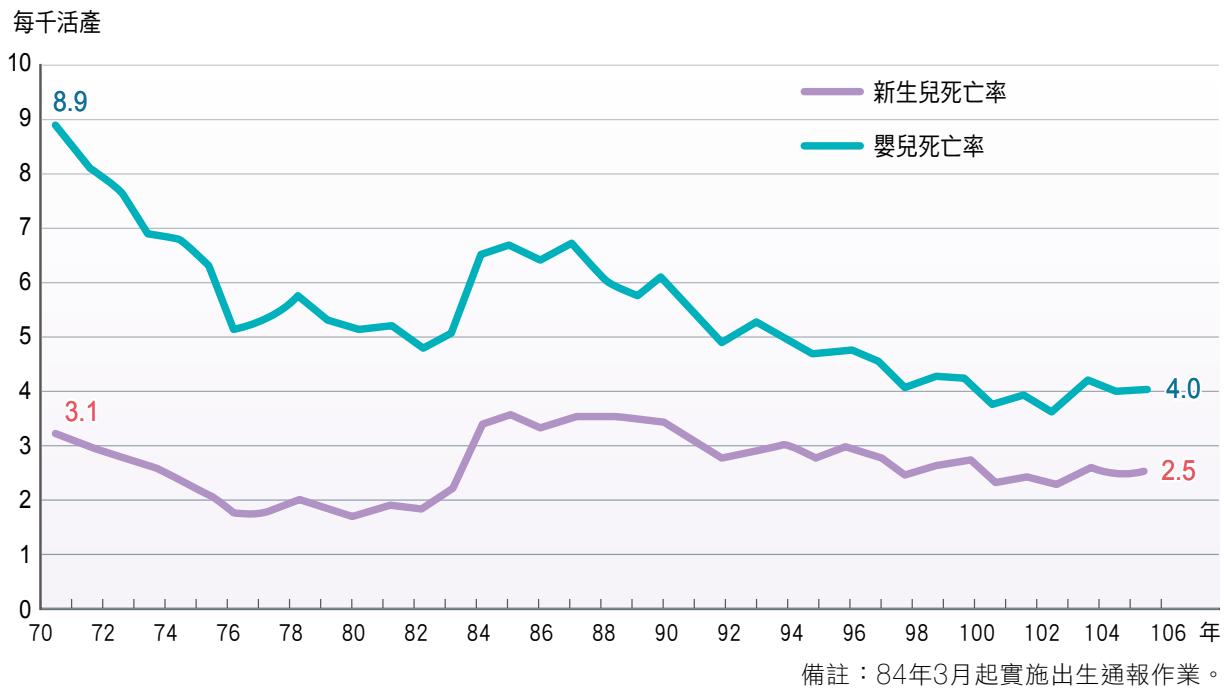
第三節 嬰兒及新生兒死亡率

隨著公共衛生之進步，嬰兒死亡率【嬰兒出生未滿1歲死亡數/活產嬰兒數 $\times 1,000$ 】及新生兒死亡率【嬰兒出生未滿4週死亡數/活產嬰兒數 $\times 1,000$ 】除因

84年出生通報實施而略有上升外，大致呈現下降趨勢；嬰兒死亡率由70年的8.9%降至106年的4.0%，同期間新生兒死亡率由3.1%降至2.5%，如圖2-8。

圖2-8 歷年嬰兒及新生兒死亡率

資料來源：衛福部



備註：84年3月起實施出生通報作業。



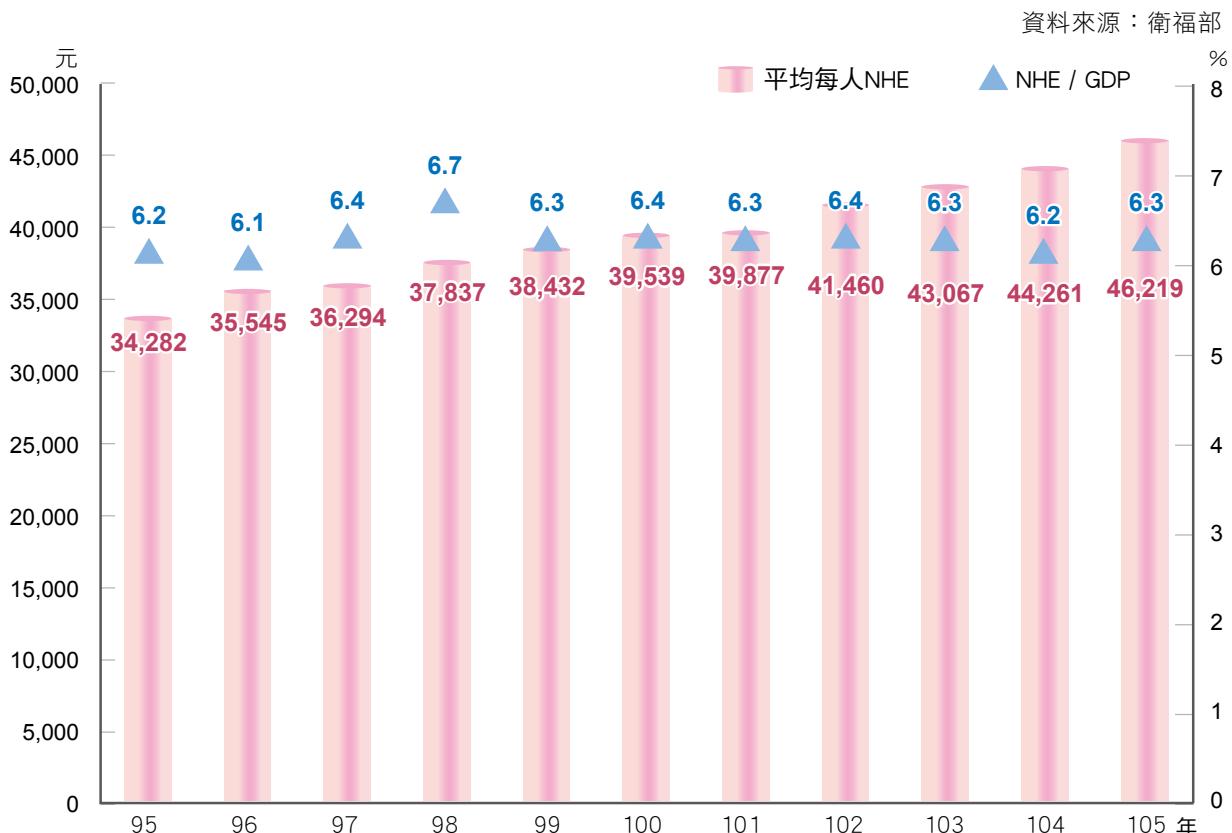
第三章 ► 國民醫療保健支出 (NHE)

接受良好的醫療照護是國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。

我國NHE呈現穩定上升，105年達10,869億元；受國際醫療推動、生醫科技發展及人口結構快速高齡化之影響，未來之NHE仍將續呈增加趨勢。

NHE占國內生產毛額 (Gross Domestic Product, GDP) 比重由95年之6.2%增為105年之6.3%；平均每人NHE由95年之3萬4,282元呈逐年上升，至105年達4萬6,219元，平均年增率為3.0%，如圖2-9。

圖2-9 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE



第四章 ► 社會福利指標

第一節 低收入戶及中低收入戶

為保障貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得國民基本生活水準之照顧，政府辦理各項社會救助措施，97年及100年政府更調整低收入戶最低生活費訂定方式及放寬審核標準，以擴大照顧經濟弱勢者，

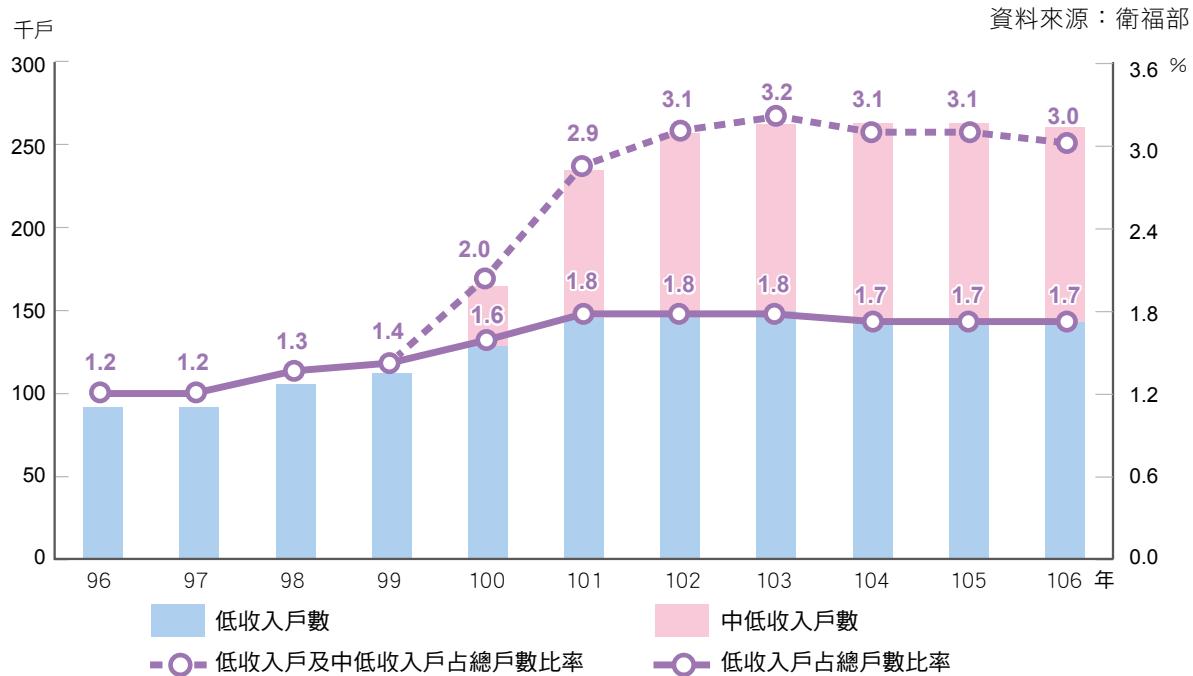
並自100年7月起將中低收入戶納入社會救助保障，受照顧家庭戶數明顯增加，至106年底低收入戶及中低收入戶計有26萬590戶（低收入戶14萬2,814戶、中低收入戶11萬7,776戶）及66萬7,682人（低收入戶31萬7,257人、中低收入戶35萬425人），分別占全國總戶數之3.0%及總人口數之2.8%。



若以性別觀察，低收入戶及中低收入戶內人口中，男性計34萬1,664人，女性

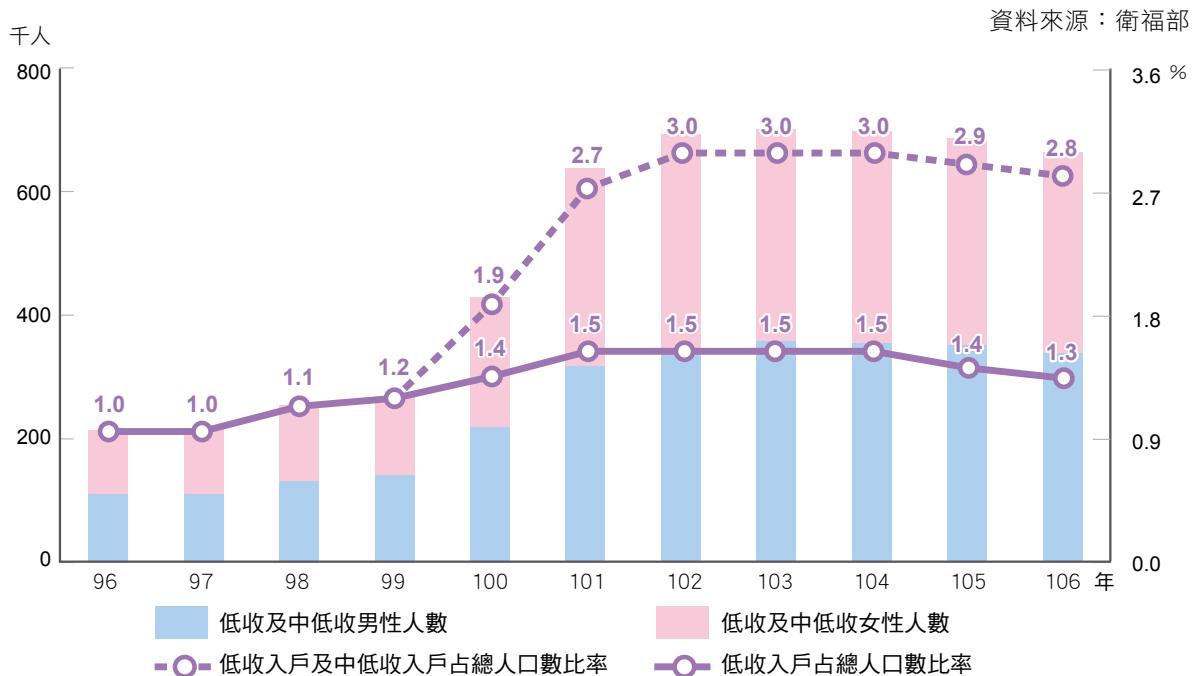
計32萬6,018人，男性為女性之1.05倍（全國0.99倍），如圖2-10及2-11。

圖2-10 歷年低收入戶及中低收入戶戶數



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

圖2-11 歷年低收入戶及中低收入戶人數



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

第二節 身心障礙者

106年底領有身心障礙證明（手冊）者計116萬7,450人，占總人口之5.0%，其中男性65萬8,682人，占56.4%；女性50萬8,768人，占43.6%。

與96年比較，身心障礙者人數增加14萬6,690人或14.4%，主因壽命延長，較高齡之身心障礙人數增幅顯著。106年0-17歲身心障礙者較96年減少14.9%，18-64歲及65歲以上者則分別增加8.8%及28.2%，如表2-2。

表2-2 歷年身心障礙人口數-按性別及年齡分

資料來源：衛福部

年底別	性別（人）			按年齡分（人）			占總人口比率（%）
	總計	男性	女性	0-17 歲	18-64 歲	65 歲以上	
96 年	1,020,760	590,306	430,454	63,512	586,160	371,088	4.4
97 年	1,040,585	599,664	440,921	63,509	597,090	379,986	4.5
98 年	1,071,073	615,621	455,452	63,440	611,154	396,479	4.6
99 年	1,076,293	616,675	459,618	62,705	619,809	393,779	4.6
100 年	1,100,436	629,179	471,257	61,833	631,413	407,190	4.7
101 年	1,117,518	636,287	481,231	62,051	644,023	411,444	4.8
102 年	1,125,113	639,969	485,144	59,570	643,185	422,358	4.8
103 年	1,141,677	648,807	492,870	58,737	646,992	435,948	4.9
104 年	1,155,650	655,444	500,206	56,885	648,486	450,279	4.9
105 年	1,170,199	662,800	507,399	55,702	645,588	468,909	5.0
106 年	1,167,450	658,682	508,768	54,051	637,568	475,831	5.0

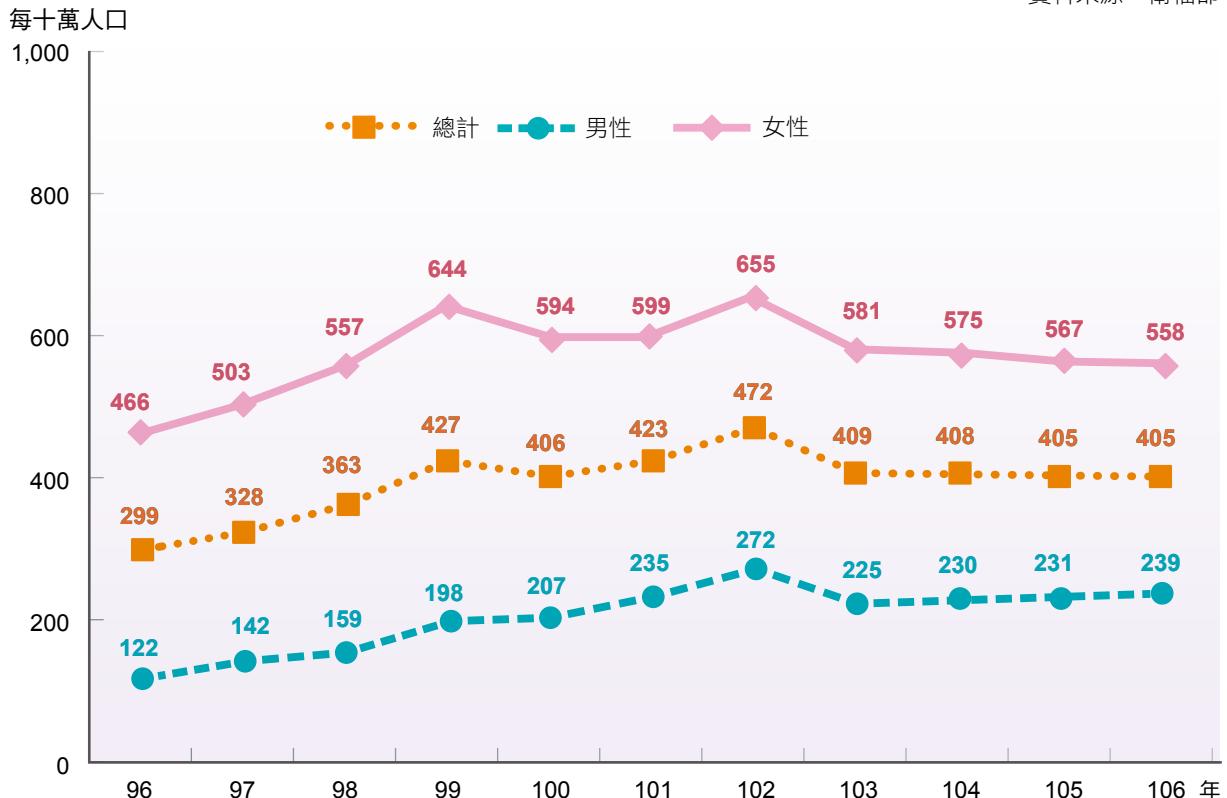
第三節 家庭暴力

近年政府加強宣導反家暴意識，並推廣113通報專線，強化通報網路及支援措施，家庭暴力通報人數呈現逐年增加，106年被害人口率為每十萬人口405人，較96年增加106人，其中男、女性分別為每十萬人口239人及558人，女性為男性2.3倍，如圖2-12。

若以通報案件類型觀察，「婚姻、離婚或同居關係」占54.7%，「兒少保護」占13.3%，「老人虐待」占6.3%，如圖2-13。

圖2-12 歷年家庭暴力被害人口率

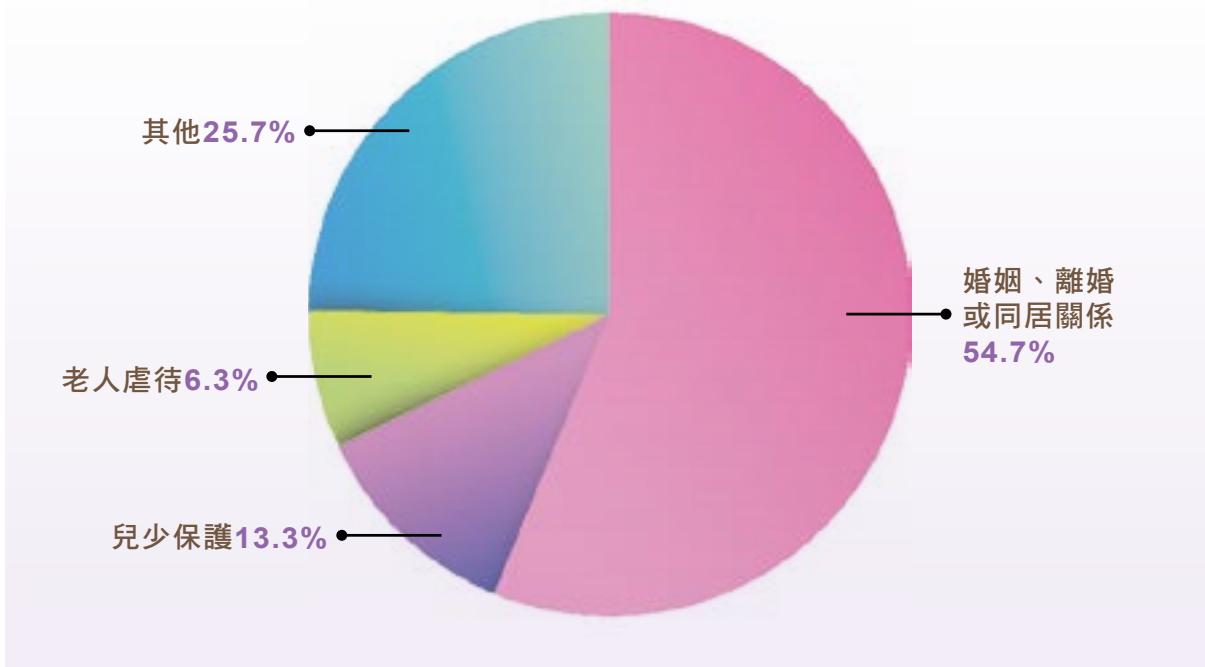
資料來源：衛福部



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

圖2-13 106年家庭暴力通報案件類型

資料來源：衛福部



第四節 托嬰中心

106年底全國立案公、私立托嬰中心有907所，共收托2萬3,066名嬰幼兒，占全國未滿3歲嬰幼兒總數之2.8%，收托比率逐年上升。為確保照顧品質，我國規

定托嬰中心之托育人員與收托幼兒比例為1:5，受到托嬰中心收托人數逐年成長，托育、教保及助理教保等照顧人力亦呈逐年增加態勢，至106年底共5,613人，師生比4.1人。如表2-3。

表2-3 托嬰中心概況

資料來源：衛福部

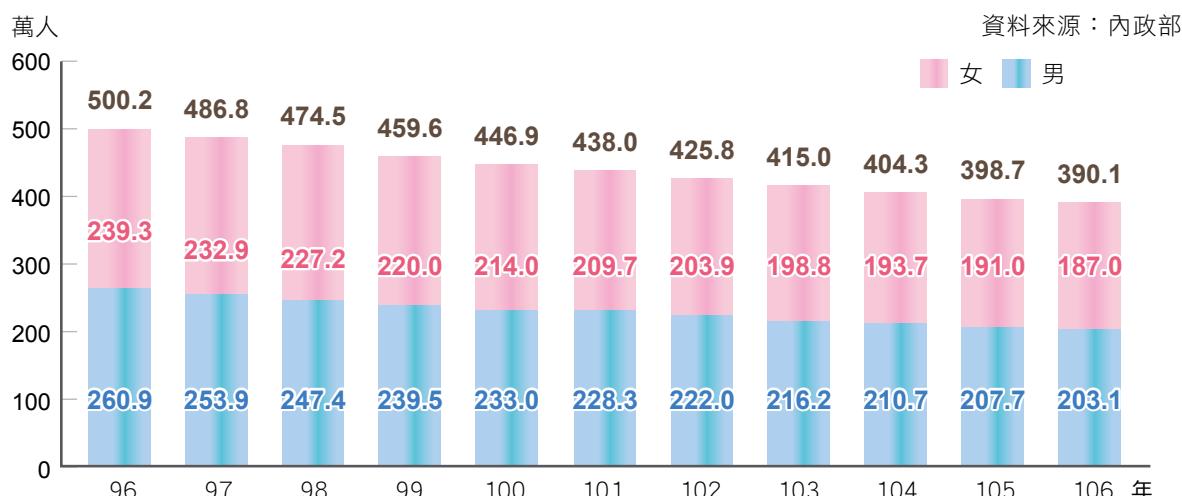
年底別	所數 (所)	私立	公辦 民營	收托 人數	占全國未滿 3歲人口比 (%)	托育、教保 及助理教保 人員人數	托嬰中心 師生比
103 年	659	587	72	14,845	1.8	3,710	4.0
104 年	735	643	92	17,246	2.0	4,305	4.0
105 年	808	710	98	19,750	2.4	4,924	4.0
106 年	907	784	123	23,066	2.8	5,613	4.1

第五節 兒童及少年經濟保障

受少子化影響，兒童及少年人口數逐年下降，106年底我國未滿18歲人口為390.1萬人，較105年減少8.6萬人，較96年減110.1萬人，十年間減少22.0%；依性別觀察男、女性分別較105年底減少2.2%及2.1%，較96年底減少22.2%及21.9%。

政府為增加對兒童及少年之經濟安全保障，各縣市政府對低收入戶家庭兒童提供生活補（扶）助，並針對非低收入戶惟遭遇困境家庭小孩提供弱勢兒童及少年生活扶助，以協助度過難關。106年低收入戶兒童生活補（扶）助及弱勢兒童及少年生活扶助分別為31.8及27.1億元，各較105年減少8.5%及5.8%，主要受到兒少人數減少所致。如圖2-14及2-15。

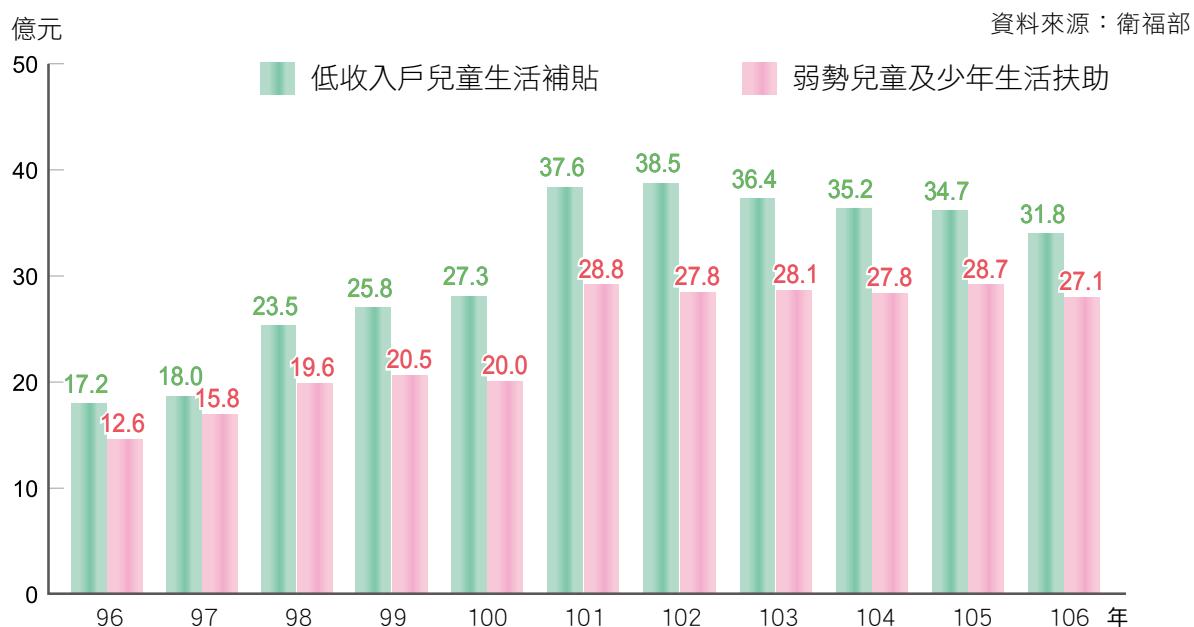
圖2-14 未滿18歲兒童及少年人口數



資料來源：內政部

■ 女 ■ 男

圖2-15 兒童及少年福利補(扶)助金額



資料來源：衛福部

■ 低收入戶兒童生活補貼 ■ 弱勢兒童及少年生活扶助

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

第五章 ► 國際比較

第一節 平均餘命

2016年我國兩性0歲平均餘命為80.0歲，與OECD會員國比較，居第26位，低於OECD會員國中位數81.5歲。OECD會員國男性0歲平均餘命以瑞士81.7歲最高，我國為76.8歲；女性0歲平均餘命亦以日本86.6歲最高，我國為83.4歲，如表2-4。

第二節 人口自然增加率

2017年我國人口自然增加率為1‰，與OECD會員國比較，居第19位，低於OECD會員國中位數2‰。

近年來受晚婚、遲育現象影響，我國總生育率（表示每婦女在一生中可能生育之活產數）持續偏低，2017年為1.2人，低於OECD各會員國，且除以色列、墨西哥、土耳其外，其他會員國皆低於人口替代水準2.1人。同期間我國粗出生率為8‰，死亡率為7‰，與OECD會員國比較，分別居第31、26位，低於OECD會員國中位數11‰、9‰，綜觀該年OECD會員國之人口結構多趨向低出生率型態，如表2-5。

第三節 扶養比

2017年OECD會員國扶養比以日本67%最高，以色列64%居次，瑞典61%第三，我國扶養比為37%，低於OECD各會員國。

若以老年人口依賴比（簡稱扶老比：65歲以上人口 / 15-64歲人口×100）觀察，我國2017年扶老比為19%，與OECD會員國比較，居第32位，高於以色列、智利、土耳其及墨西哥，我國約每5.3個青壯人口扶養1位老人；若以老化指數（65歲以上人口 / 0-14歲人口×100）分析各國老化程度，我國為106%，與OECD會員國比較，居第22位，顯示我國老年人口占比與OECD會員國比較雖不高，惟0-14歲人口占比偏低，致老化指數較近二分之一OECD會員國高，如表2-6。



表2-4 2016年OECD會員國與我國0歲平均餘命

資料來源：內政部、2017 World Health Statistics

排名	國名 - 以兩性 0 歲平均餘命排序	兩性（歲）	男性（歲）	女性（歲）
OECD 中位數		81.5	79.0	83.9
1	瑞士	83.7	81.7	85.6
2	西班牙	83.5	80.5	86.3
3	義大利	83.4	81.0	85.6
3	日本	83.4	80.2	86.6
5	法國	82.7	79.5	85.7
5	盧森堡	82.7	80.1	85.3
7	澳大利亞	82.5	80.4	84.6
8	挪威	82.5	80.7	84.2
8	瑞典	82.4	80.6	84.1
10	冰島	82.2	80.4	84.1
11	以色列	82.1	80.3	83.9
12	加拿大	81.9	79.8	83.9
13	奧地利	81.8	79.3	84.1
14	愛爾蘭	81.8	79.9	83.6
15	荷蘭	81.7	80.0	83.2
16	比利時	81.5	79.0	84.0
17	芬蘭	81.5	78.6	84.4
18	希臘	81.5	78.9	84.0
19	南韓	81.4	78.0	84.8
19	紐西蘭	81.4	79.5	83.2
19	葡萄牙	81.3	78.1	84.3
22	斯洛維尼亞	81.2	78.2	84.3
22	英國	81.2	79.4	83.0
24	德國	81.0	78.6	83.5
25	丹麥	80.9	79.0	82.8
26	中華民國	80.0	76.8	83.4
27	捷克	79.1	76.1	82.1
28	智利	78.8	76.3	81.4
29	美國	78.8	76.4	81.2
30	土耳其	78.1	75.4	81.0
31	愛沙尼亞	78.0	73.3	82.2
31	波蘭	78.0	73.9	82.0
33	斯洛伐克	77.3	73.8	80.7
34	匈牙利	76.2	72.6	79.7
35	拉脫維亞	74.9	69.8	79.6
36	墨西哥	74.8	72.1	77.5

表2-5 OECD會員國與我國人口概況

資料來源：內政部、2017 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

排名	國名 - 依人口 自然增加率 排序	年中人口 (百萬人)	人口預測(百萬人)	人口倍數比	總生育率 (每一婦女)	粗出生率 (‰)	粗死亡率 (‰)	人口自然 增加率(‰)
		2017	2030	2050	2050 vs 2017	2017	2017	2017
	OECD 中位數	10.7	11.3	12.7	1.2	1.6	11	9
1	以色列	8.3	10.3	13.8	1.7	3.1	21	5
2	墨西哥	129.2	147.5	164.3	1.3	2.2	20	5
3	土耳其	80.9	89.7	94.8	1.2	2.1	17	5
4	智利	18.4	20.0	21.1	1.1	1.8	14	6
5	愛爾蘭	4.8	5.3	5.9	1.2	1.9	14	7
6	澳大利亞	24.5	29.7	37.1	1.5	1.8	13	7
6	紐西蘭	4.8	5.1	5.3	1.1	1.9	13	7
8	冰島	0.3	0.4	0.4	1.3	1.8	12	7
9	美國	325.4	357.7	396.8	1.2	1.8	12	8
10	加拿大	36.7	41.2	47.1	1.3	1.6	11	8
10	法國	65.0	68.5	72.3	1.1	1.9	12	9
10	盧森堡	0.6	0.7	0.7	1.2	1.4	10	7
10	挪威	5.3	5.9	6.7	1.3	1.7	11	8
10	瑞典	10.1	11.3	12.4	1.2	1.9	12	9
10	瑞士	8.5	9.1	9.9	1.2	1.5	11	8
10	英國	66.2	71.7	77.7	1.2	1.8	12	9
17	丹麥	5.8	6.1	6.3	1.1	1.8	11	9
17	南韓	51.4	52.7	49.2	1.0	1.2	8	6
19	奧地利	8.8	9.4	9.8	1.1	1.5	10	9
19	比利時	11.3	12.0	12.7	1.1	1.7	11	10
19	捷克	10.6	10.7	10.4	1.0	1.6	11	10
19	荷蘭	17.1	17.9	18.1	1.1	1.7	10	9
19	中華民國	23.6	24.1	22.7	1.0	1.2	8	7
19	斯洛伐克	5.4	5.4	5.0	0.9	1.4	11	10
25	芬蘭	5.5	5.8	5.9	1.1	1.6	10	10
25	波蘭	38.4	36.9	32.6	0.8	1.4	10	10
25	斯洛維尼亞	2.1	2.0	1.9	0.9	1.6	10	10
25	西班牙	46.6	46.1	44.4	1.0	1.3	9	9
29	愛沙尼亞	1.3	1.3	1.1	0.8	1.6	11	12
30	德國	83.1	84.3	83.2	1.0	1.5	9	11
30	義大利	60.5	60.0	57.5	1.0	1.3	8	10
30	日本	126.7	119.1	101.9	0.8	1.5	8	10
33	希臘	10.7	10.4	9.1	0.9	1.3	8	11
33	匈牙利	9.8	9.7	9.5	1.0	1.5	10	13
33	拉脫維亞	1.9	1.7	1.5	0.8	1.7	11	14
33	葡萄牙	10.3	10.0	9.2	0.9	1.4	8	11

備註：人口自然增加率=粗出生率-粗死亡率

表2-6 2017年OECD會員國與我國扶養比

資料來源：內政部、2017 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

排名	國名 - 依扶養比排序	人口結構			扶養比 (%)	扶幼比 (%)	扶老比 (%)	老化指數
		0-14 歲 (%)	15-64 歲 (%)	65 歲以上 (%)				
	OECD 中位數	16	66	18	52	24	27	111
1	日本	12	60	28	67	20	47	233
2	以色列	28	61	11	64	46	18	39
3	瑞典	18	62	20	61	29	32	111
4	芬蘭	16	63	21	59	25	33	131
4	法國	18	63	19	59	29	30	106
6	比利時	17	64	19	56	27	30	112
6	丹麥	17	64	19	56	27	30	112
6	義大利	14	64	22	56	22	34	157
6	英國	18	64	18	56	28	28	100
10	愛沙尼亞	16	65	19	54	25	29	119
10	希臘	14	65	21	54	22	32	150
10	拉脫維亞	15	65	20	54	23	31	133
10	紐西蘭	20	65	15	54	31	23	75
10	挪威	18	65	17	54	28	26	94
10	葡萄牙	14	65	21	54	22	32	150
16	澳大利亞	19	66	15	52	29	23	79
16	德國	13	66	21	52	20	32	162
16	冰島	20	66	14	52	30	21	70
16	愛爾蘭	21	66	13	52	32	20	62
16	荷蘭	16	66	18	52	24	27	113
16	西班牙	15	66	19	52	23	29	127
16	美國	19	66	15	52	29	23	79
23	奧地利	14	67	19	49	21	28	136
23	加拿大	16	67	17	49	24	25	106
23	捷克	15	67	18	49	22	27	120
23	墨西哥	27	67	6	49	40	9	22
23	瑞士	15	67	18	49	22	27	120
28	匈牙利	14	68	18	47	21	26	129
28	斯洛維尼亞	15	68	17	47	22	25	113
28	土耳其	24	68	8	47	35	12	33
31	智利	20	69	11	45	29	16	55
31	波蘭	15	69	16	45	22	23	107
33	盧森堡	16	70	14	43	23	20	88
34	斯洛伐克	15	71	14	41	21	20	93
35	南韓	13	73	14	37	18	19	108
35	中華民國	13	73	14	37	18	19	106

備註：1.扶養比 = (0-14歲人口 + 65歲以上人口) / 15-64歲人口 × 100。 2.扶幼比 = (0-14歲人口) / 15-64歲人口 × 100。 3.扶老比 = (65歲以上人口) / 15-64歲人口 × 100。 4.老化指數 = (65歲以上人口) / 0-14歲人口 × 100。 5.此表為各國2017年或最近年份之數據（如無2017年資料，以最近可獲得資料年度代替）。

第四節 重要死亡率

依據OECD資料顯示，2015年世界主要國家惡性腫瘤標準化死亡率以南韓每十萬人口168.4人為最低、我國為215.5人；運輸事故以英國2.9人最低、我國為13.9

人；自殺以英國7.5人最低、我國為15.1人；新生兒死亡率以日本每千活產0.9人為最低、我國為2.5人。與2005年比較，除美國、英國與澳大利亞自殺死亡率上升外，各國大多呈現下降，如表2-7。

表2-7 世界主要國家重要死因死亡率

資料來源：衛福部、OECD Health Data

	惡性腫瘤 (每十萬人口)		運輸事故 (每十萬人口)		自殺 (每十萬人口)		新生兒死亡率 (每千活產)	
	2005	2015	2005	2015	2005	2015	2005	2015
中華民國	235.0	215.5	23.7	13.9	20.3	15.1	2.9	2.5
日本	196.6	173.8	7.1	3.6	22.1	16.6	1.4	0.9
南韓	210.0	168.4	20.6	11.2	29.9	25.8	2.8	1.5
美國	212.9	185.3	16.6	12.6	11.2	13.8	4.5	3.9
加拿大	226.9	204.1	10.2	6.9	11.2	11.1	4.1	3.6
英國	237.9	217.7	5.8	2.9	6.7	7.5	3.5	2.7
德國	217.5	199.6	6.7	4.2	11.4	10.6	2.5	2.3
法國	225.1	196.8	8.9	4.8	17.1	13.1	2.5	2.6
澳大利亞	212.4	189.5	8.6	5.9	10.6	12.8	3.5	2.3
紐西蘭	226.2	211.4	12.1	8.1	12.7	11.8	3.1	4.1

備註：1.各國若無該年度資料，以最近可獲得資料年度代替。

2.惡性腫瘤、運輸事故及自殺標準化死亡率係以OECD 2010標準人口計算。

第五節 醫療保健支出

若以購買力平價（Purchasing Power Parity, PPP）折算，2016年我國平均每個人經常性醫療保健支出（Current Health Expenditure, CHE）為2,897美元，低於經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）中位數4,033美元，與OECD會員國比較，居第22位；平均每個人GDP為4萬8,535美元（USD PPPs），則高於OECD中位數4萬1,649

美元，居第13位，致我國CHE占GDP比重僅6.0%，較OECD中位數低2.9個百分點，屬相對較低之國家，如表2-8。

與2006年比較，OECD會員國多數國家之CHE占GDP比重均呈提升，其中日本增3.0個百分點最多，瑞典增2.8個百分點居次，冰島及希臘等7國反呈減少，另我國增加0.1個百分點，低於OECD會員國平均之1.0個百分點，僅高於葡萄牙、匈牙利及盧森堡等9國，如圖2-16。

圖2-16 CHE/GDP比重

資料來源：衛福部、OECD Health Data

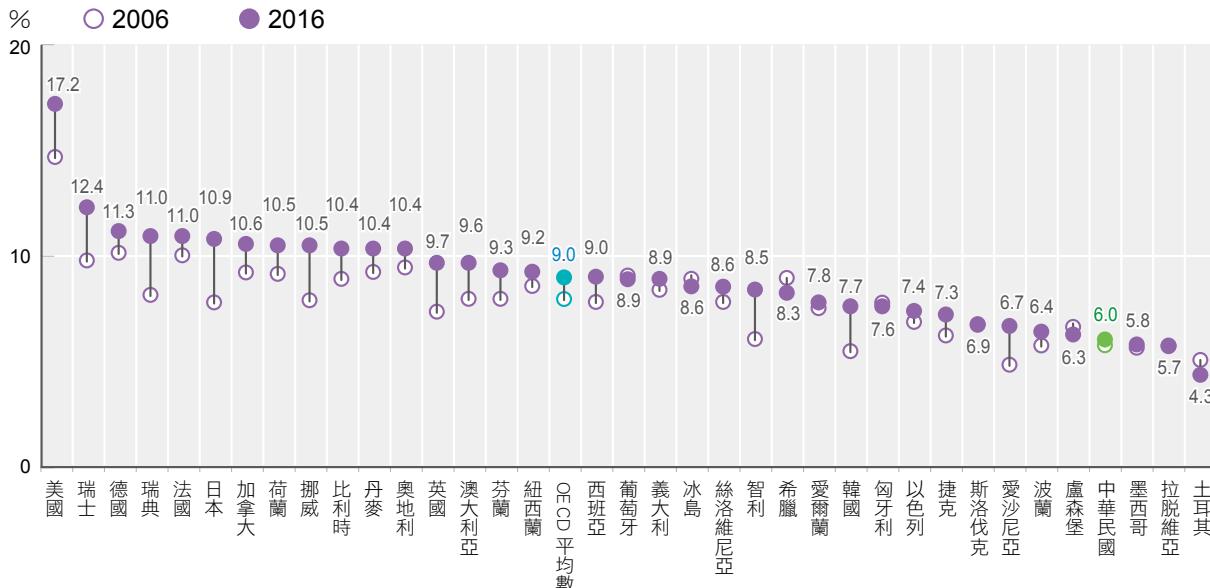


表2-8 2016年OECD會員國與我國平均每人CHE與平均每人GDP

資料來源：衛福部、行政院主計總處

國名	順位	平均每人 CHE (USD PPPs)	順位	平均每人 GDP (USD PPPs)	順位	CHE / GDP (%)
OECD 中位數		4,033		41,649		8.9
美國	1	9,892	5	57,467	1	17.2
瑞士	2	7,919	3	63,959	2	12.4
盧森堡	3	7,463	1	109,653	32	6.3
挪威	4	6,647	4	63,527	9	10.5
德國	5	5,551	11	49,260	3	11.3
愛爾蘭	6	5,528	2	70,723	24	7.8
瑞典	7	5,488	10	49,852	4	11.0
荷蘭	8	5,385	6	51,289	8	10.5
奧地利	9	5,227	8	50,424	12	10.4
丹麥	10	5,205	9	50,162	11	10.4
比利時	11	4,840	14	46,594	10	10.4
加拿大	12	4,753	15	44,930	7	10.6
澳大利亞	13	4,708	12	49,093	14	9.6
法國	14	4,600	18	41,889	5	11.0
日本	15	4,519	19	41,649	6	10.9
冰島	16	4,376	7	50,854	20	8.6
英國	17	4,192	17	43,022	13	9.7
芬蘭	18	4,033	16	43,162	15	9.3
紐西蘭	19	3,590	20	38,990	16	9.2
義大利	20	3,391	22	37,937	19	8.9
西班牙	21	3,248	23	36,162	17	9.0
中華民國	22	2,897	13	48,535	33	6.0
斯洛維尼亞	23	2,835	26	33,113	21	8.6
以色列	24	2,822	21	38,041	27	7.4
葡萄牙	25	2,734	28	30,563	18	8.9
南韓	26	2,729	24	35,557	25	7.7
捷克	27	2,544	25	35,047	28	7.3
希臘	28	2,223	32	26,793	23	8.3
斯洛伐克	29	2,150	27	31,228	29	6.9
匈牙利	30	2,101	31	27,552	26	7.6
愛沙尼亞	31	1,989	29	29,763	30	6.7
智利	32	1,977	35	23,397	22	8.5
波蘭	33	1,798	30	27,901	31	6.4
拉脫維亞	34	1,466	33	25,654	35	5.7
土耳其	35	1,088	34	25,117	36	4.3
墨西哥	36	1,080	36	18,628	34	5.8



03

健康支持環境

第一章	從出生到成長	38
第二章	生活中的危害	40
第三章	活躍老化及非傳染病防治	44
第四章	健康資訊傳播與監測	48

為達成WHO所提出「全民健康（Health for All）」，衛福部為不同人生階段國人，積極規劃健康促進政策，如圖3-1，響應聯合國積極倡議「所有施政面

向的健康工程（Health in All Policies）」，藉由跨部門公共決策綜效，在各面向、各層級，提升決策者對健康的當責性。

圖3-1 從子宮到天堂，從家庭到社區的全民健康促進政策



聯合國永續發展目標已成為各國共同的施政方向，本部在行政院國家永續發展委員會召集下，擬定我國永續發展目標，並建立健康支持環境，打造公平健康的永續社會。另依據西元2012年世界衛生大會針對非傳染病「25 by 25」目標（即於2025年將早發性非傳染病（心血管疾病、癌症、糖尿病及慢性呼吸道疾病）

死亡率降低25%），將所訂之9項全球目標和25項指標列入政策目標，透過全政府（whole-of-government）、全社會（whole-of-society）的行動與生命歷程模式（lifecourse approach），訂定各項策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球健康。

第一章 ▶ 從出生到成長

為促使我國嬰幼兒及兒童健康成長，積極推展孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年等健康促進工作。

第一節 孕產婦健康

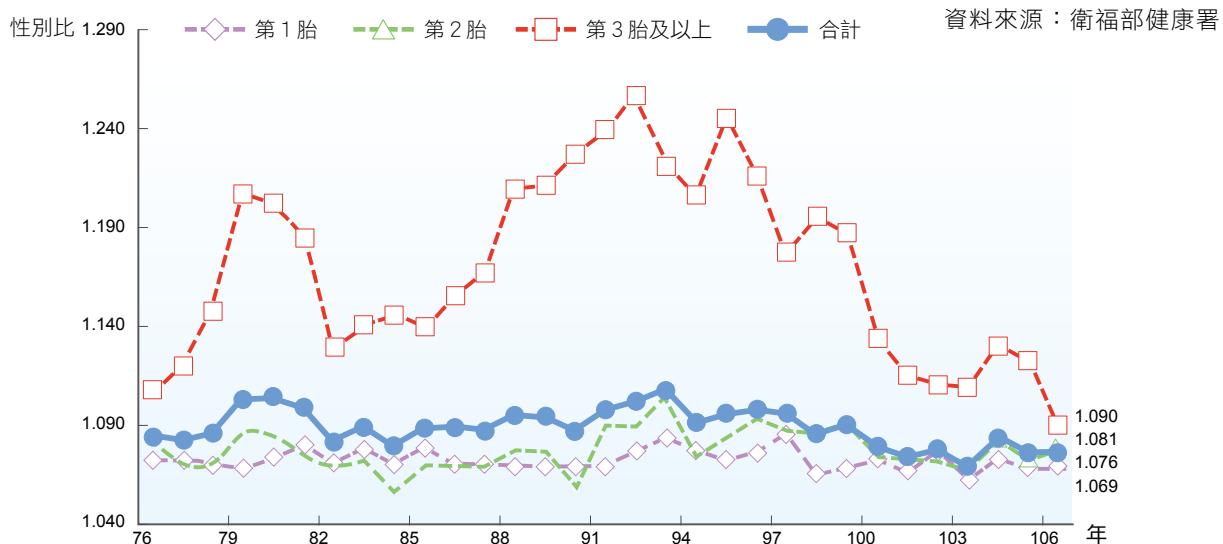
一、孕婦產前檢查

- (一) 提供孕婦10次產檢及1次超音波檢查，106年預估平均利用率为94.7%，產檢利用人次達174萬612人次，並提供2次產前衛教指導。
- (二) 補助孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用：106年檢查16萬9,649案，篩檢率87.5%，陽性率約為21.2%。
- (三) 提供遺傳性疾病高危險群孕婦產前遺傳診斷檢驗補助，106年計補助4萬6,413案，發現1,379例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢。
- 二、建置免付費孕產婦諮詢專線（0800-870-870）、雲端好孕守應用程式（Application, APP）及孕產婦關懷網站，提供孕產兒健康促進資訊。106年提供1萬9,220通諮詢，網站216萬8,961人次瀏覽，雲端好孕守APP下

載數達4萬1,261次。

- 三、106年符合《公共場所母乳哺育條例》應設置哺（集）乳室公共場所計2,223處，自行設置哺集乳室場所計1,187處。
- 四、參考WHO母乳哺育政策，推動母嬰親善醫療院所認證，106年共180家通過認證，涵蓋全國78.1%出生嬰兒，6個月以下嬰兒純母乳哺育率達44.8%，已高於全球平均值38%，並接近WHO 2025年全球目標值50%。
- 五、出生性別比：在自然狀態下，男女出生性別比約在1.04~1.06之間，然重男輕女在亞洲社會是歷史久遠的普遍現象，基於維護胎兒生命權、消除性別歧視，及防範男女失衡所衍生之社會問題，政府已明定及落實醫療相關法規。為減少不當墮胎行為，共同組成出生性別比工作小組，結合縣市衛生局普查輔導接生及產檢醫療院所，繼續辦理宣導及倡議。經上述努力，我國出生性別比已由99年的1.090，降到106年1.076，如圖3-2。依我國永續發展目標草案，將我國109年之目標設定為1.068。

圖3-2 歷年出生通報總活產胎次出生性別比



第二節 嬰幼兒及兒童、青少年健康

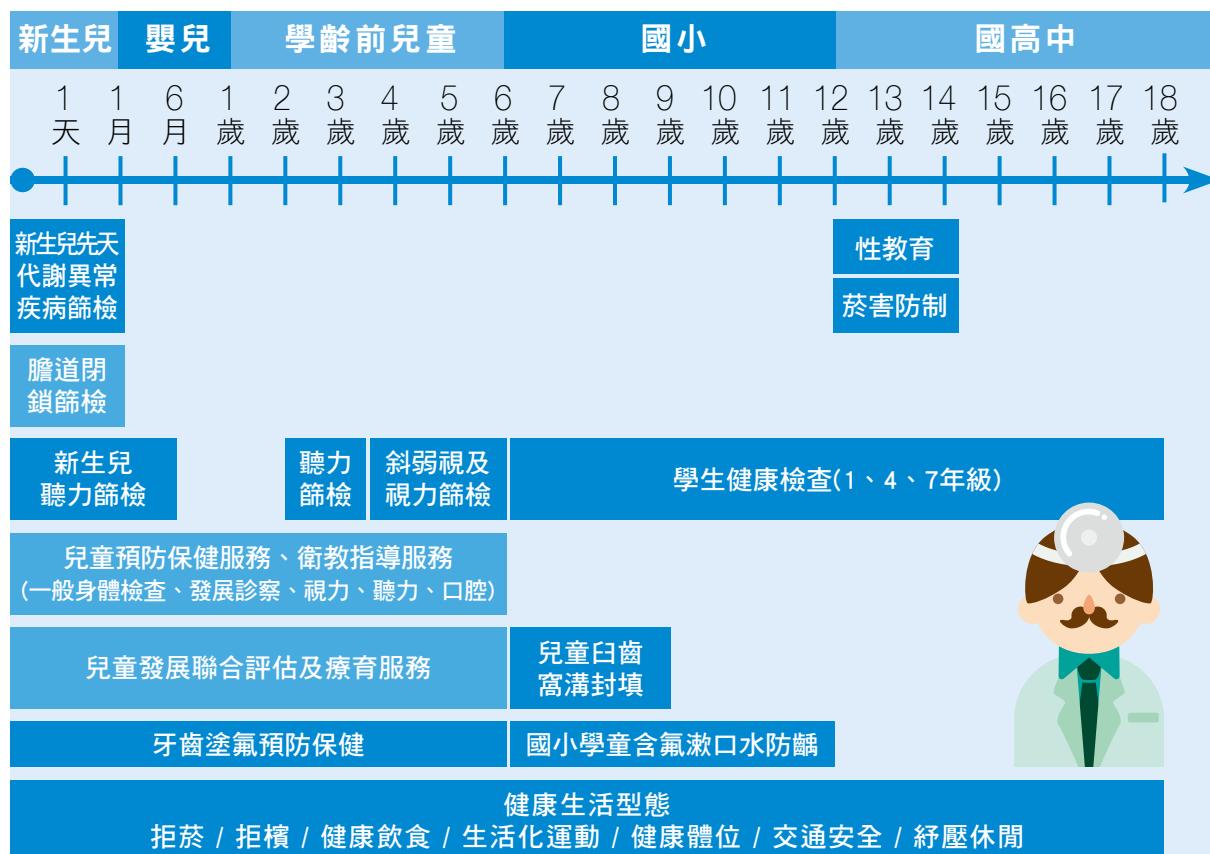
提供新生兒篩檢服務，早期發現發展遲緩兒童以早期治療；提供7次兒童預防保健及衛教；辦理兒童口腔、視力、聽力保健及青少年性健康促進計畫，如圖3-3，簡述如下：

- 一、我國新生兒出生後滿48小時即進行11項先天性代謝異常疾病篩檢，106年計篩檢19萬3,651人，篩檢率達99%以上，異常個案均追蹤轉介、確診及適當治療。
- 二、全面補助出生3個月內新生兒聽力篩檢，106年計篩檢19萬1,119人，篩檢率達98.3%，798人確診為聽損，已轉介療育。
- 三、提供7歲以下兒童預防保健服務，106年全年服務110萬2,846人次。7歲以下兒童衛教指導服務推估93萬5,601

人次。截至106年12月底申請加入兒童衛教指導服務方案醫師計2,975位。

- 四、輔導每縣市至少設置1至4家兒童發展聯合評估中心，106年22縣市計47家，經確診發展遲緩兒童計1萬4,580人。
- 五、持續推動滿4歲及滿5歲「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作」，106年篩檢率達101.8%，異常個案轉介率達99.53%。
- 六、辦理青少年性健康校園講座及親職講座，106年共63場，8,100人次參加；維運青少年網站（性福e學園），106年新增3萬1,809人次瀏覽；106年於22縣市93家醫療院所設置青少年親善門診，提供門診及諮詢服務計2萬51人次。

圖3-3 嬰幼兒及兒童、青少年健康



第二章 ▶ 生活中的危害

生活中主要危害包括：個人不健康的行為（如抽菸及嚼檳榔）、不健康的飲食及身體活動不足，以及來自環境的威脅（如事故傷害）。而菸草與檳榔均為一級致癌物，事故傷害則為國人十大死因之一，故應持續推動拒菸、不嚼檳榔及安全環境，為國民營造健康生活。

第一節 國民營養與肥胖防治

為提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能及維持健康體重，增進身心及社會健康，並預防慢性疾病。

106年主要策略與成果如下：

一、辦理校園周邊健康飲食輔導示範計畫，並輔導連鎖業者（早餐店、超商、飲料店及速食業）推出健康早餐

套餐、減糖或無糖飲品，期能帶動產業健康化，維護學童飲食健康。

二、推動營養及健康飲食促進法立法，以朝向制度性推動飲食與營養教育，營造正向健康的飲食文化，營造國人營養支持環境。

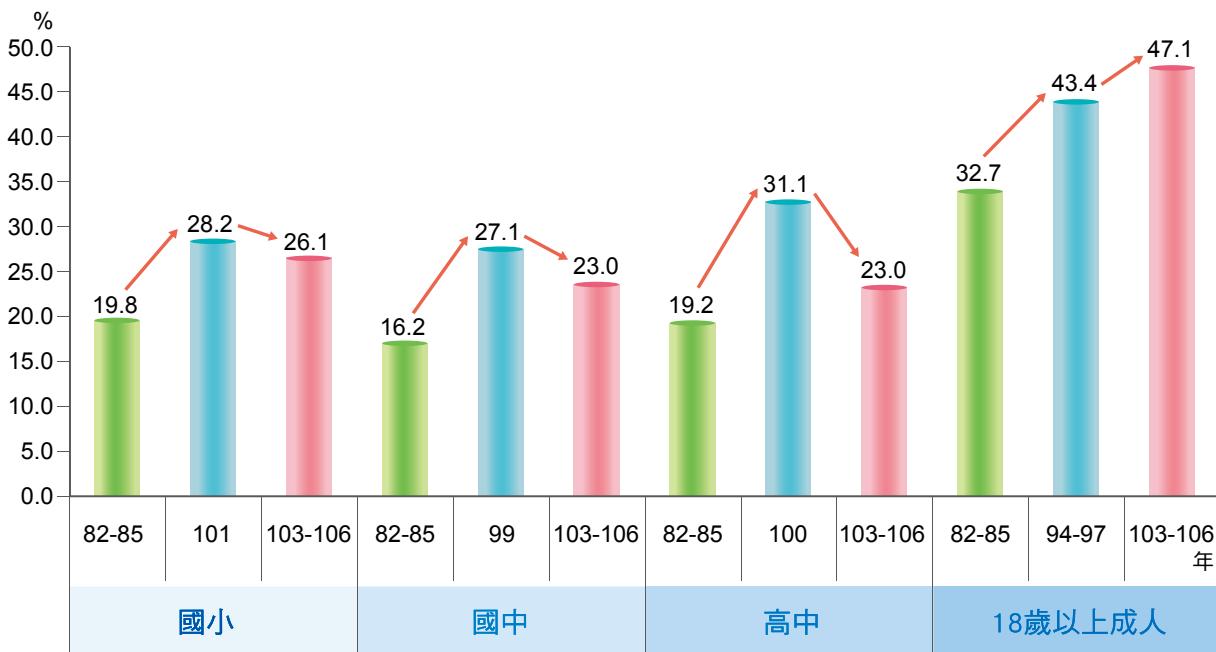
三、依據「國民營養健康狀況變遷調查」結果，國人過重及肥胖率如圖3-4：

(一) 國小生由101年28.2%降至103-106年26.1%；國中生由99年27.1%降至103-106年23.0%；高中學生由100年31.1%降至103-106年23.0%，顯示兒童過重及肥胖率均已下降。

(二) 成人從82-85年32.7%，增加至94-97年43.4%（增加率為32.7%），103-106年為47.1%，增加率大幅趨緩。

圖3-4 國人過重及肥胖率

資料來源：82-85年及103-106年國民營養健康狀況變遷調查



備註：

1.國小、國中及高中學生過重及肥胖係依據衛福部102年「兒童青少年生長身體質量指數(BMI)建議值」。

2.18歲以上成人過重及肥胖為 $BMI \geq 24 \text{ kg/m}^2$ 。

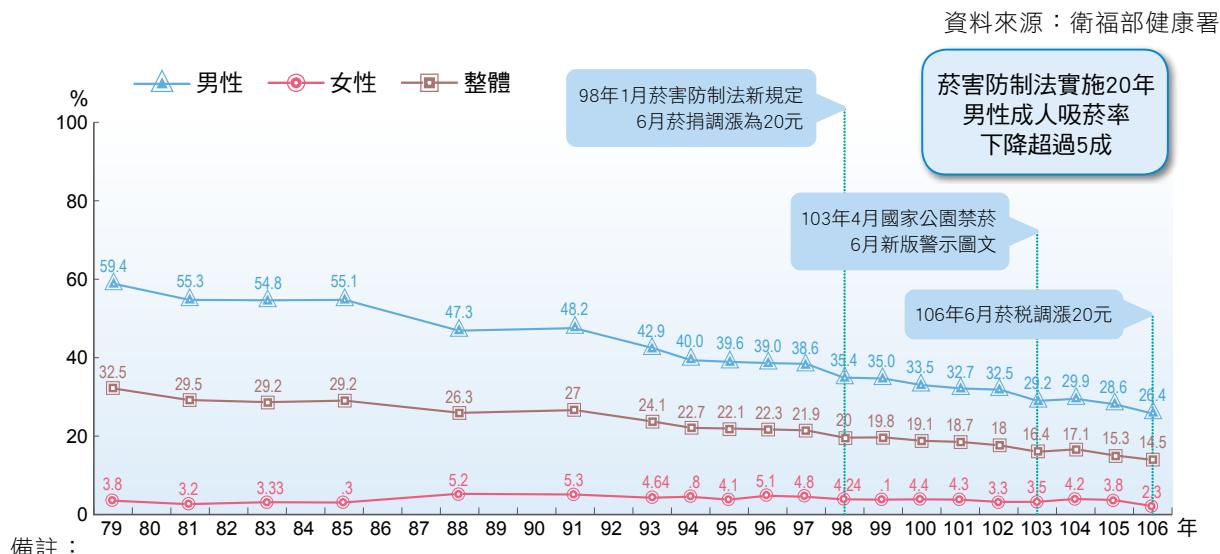
第二節 菸品、檳榔健康危害防制

一、推動菸害防制

我國自86年起開始實施《菸害防制法》，成人吸菸率已從85年的29.2%降至106年的14.5%，如圖3-5。國中學生吸菸率由93年的6.6%降至106年的2.7%，降幅達六成（59.1%）；高中職

學生吸菸率由94年的15.2%降至106年的8.3%，降幅近二分之一（45.4%），如圖3-6。已逐步邁向WHO非傳染性疾病（Noncommunicable Diseases, NCD）2025年減少30%吸菸率之目標。另禁菸公共場所二手菸暴露率自97年23.7%下降至106年6.4%。

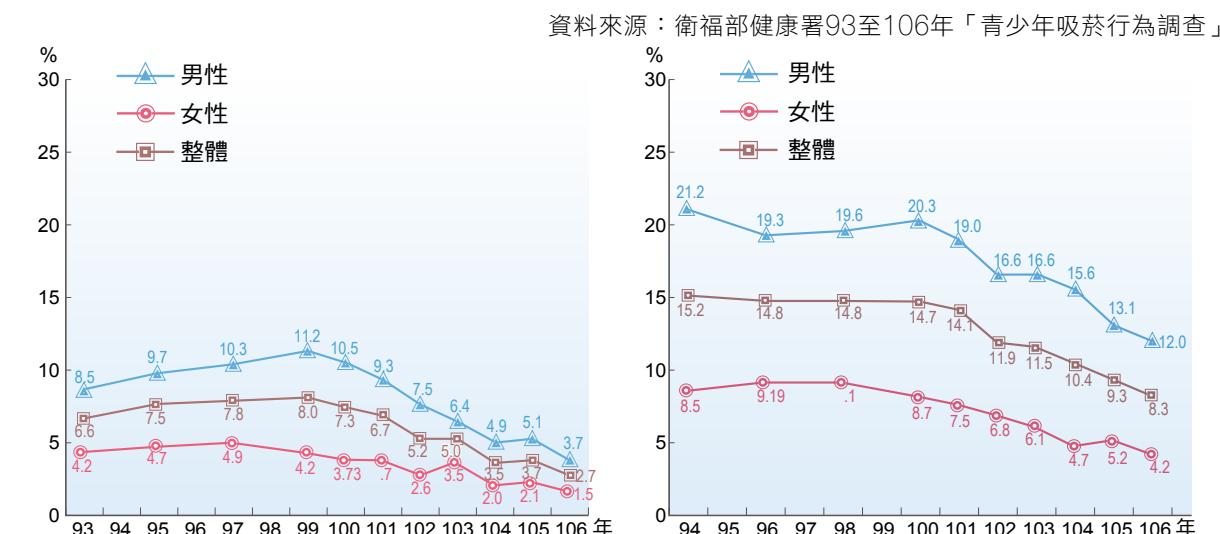
圖3-5 歷年18歲以上成人吸菸率



備註：

- 1.88至106年成年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過100支（5包），且最近30天內曾使用菸品者。
- 2.93至106年均以臺灣地區2000年主計總處戶口普查資料為標準，並依性別、年齡、教育程度及居住地區特性進行資料加權。
- 3.79-85年為菸酒公賣局調查資料；88年為李蘭教授調查資料；91年為衛福部健康署「臺灣地區91年國民健康促進知識、態度與行為調查」；93至106年為衛福部健康署「成人吸菸行為電話調查」

圖3-6 歷年青少年吸菸率



備註：青少年吸菸者定義：過去30天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口。

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

(一) 營造無菸環境，落實《菸害防制法》

- 1.為使菸害防制政策符合國際趨勢，本部已研提菸害防制法修正草案，修正重點包括加強電子煙管理、禁止加味菸、擴大警示圖文、擴大室內公共場所禁菸、累犯加重罰則、禁止菸商具名贊助、增訂法律與醫療扶助、及授權公告禁止模仿菸品使用之物品，該法於106年12月21日行政院院會第3581次會議審議通過，函送立法院審議；立法院業於106年12月29日完成「菸害防制法草案」一讀，並送社會福利及衛生環境委員會審查。
- 2.自101年起推動校園周邊無菸人行道，截至106年12月止全國22縣市公告高級中等以下學校周邊含人行道、校門口、家長接送區禁菸之學校數已達2,581校，約占全國高中職以下學校比例的6成9 (69.1%)。
- 3.地方政府衛生局106年全國稽查計76萬餘家次、527萬餘次、處分7,232件、罰鍰6,809萬餘元。

(二) 提供多元戒菸服務

- 1.多元戒菸服務：包括二代戒菸服務、戒菸專線、戒菸就贏活動及地方政府衛生局所辦理之戒菸班、社區藥局衛教諮詢服務等，106年服務98萬2,186人次；106年二代戒菸服務73萬3,109人次，成功幫助超過5.4萬人戒菸，短期節省預估超過3億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過229億元的經濟效益。
- 2.免付費電話戒菸諮詢 (0800-636-

363)：106年服務6萬5,443人次。

(三) 青少年菸害防制成效

- 1.與地方政府衛生局合作稽查商家販菸情形，106年計稽查45萬餘次、處分425件賣菸給未滿18歲青少年、罰鍰368萬餘元。另針對未滿18歲吸菸者，106年總計稽查47萬次、處分數2,166件，完成戒菸教育1,892件。
- 2.自103年起將違反《菸害防制法》「任何人不得供應菸品予未滿18歲者」之處分案件，納入縣市衛生局考評及青春專案成效評鑑。依據106年喬裝測試結果，有31.8%菸品販售業者違規販售菸品予未滿18歲者，其中四大便利商店違規率11.8%，檳榔攤與傳統商店違規率分別為46.2%及41%，較105年違規率46%有明顯改善。
- 3.打造全臺首創菸害教育互動體驗車，透過互動遊戲，進行三手菸、電子煙及戒菸宣導，吸引學子、民眾熱烈迴響。

二、檳榔健康危害防制

- (一) 結合各部會、民間團體合作營造不嚼檳榔環境，106年提供戒檳服務逾6千人，成功協助近2千人減（戒）檳。
- (二) 提供30歲以上嚼檳榔或吸菸民眾與18歲以上嚼檳榔原住民口腔癌篩檢服務。男性民眾檳榔致癌的認知率由96年39.9%升至106年51.2%；18歲以上男性嚼檳率，從96年的17.2%降至106年6.1%，10年降幅逾半。
- (三) 加強源頭管制並輔導檳榔廢園轉作、監控復種及總種植面積，103年至105年農委會農糧署廢園轉作計116公頃；106年調整輔導措施及納入平地檳榔園，受理廢園轉作面積達604公頃。

第三節 健康的場域

本部依據西元1997年WHO發表雅加達宣言，整合公私部門資源，帶動民眾參與、培育健康識能，建構友善的支持性環境，以達身心、社會健康。

一、健康城市、社區、學校及職場

(一) 健康城市及社區

106年計19縣市、99個社區單位（82個衛生所、17個社區營造單位）辦理社區健康營造計畫，成立99個鄉鎮市區層級跨部門推動平台，首次以社區資產為基礎進行盤點及應用，參照WHO「高齡友善城市指南」8大面向，營造「高齡友善社區」。

(二) 健康促進學校

1.91年起與教育部共同推動健康促進學校計畫，106年底全國大專院校以下學校計4,029校全面推動。

2.106年於第15屆世界公共衛生大會，就臺灣認證不同等級學校師生健康行為比較進行交流，並分享我國推動成果。

(三) 職場健康促進

自96年起辦理「健康職場認證」，截至106年共1萬8,274家次通過認證。106年表揚28家績優健康職場及2位優良推動人員。

二、健康醫院

(一) 106年將95年起推動的健康促進醫院，整合高齡友善、無菸等面向，並融入低碳醫院精神，建立「健康醫院」認證機制，共計91家醫院通過認證，及辦理「健康促進與照護機構國際研討會」，頒發健康醫院典範獎、優良獎、組織再造獎等，另有42件創意計畫獲獎。

(二) 補助21個縣市衛生局，106家健康照護機構辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」。

(三) 推動低碳醫院

截至106年底，國內共174家醫院響應推動節能減碳行動。辦理3場「環境友善輔導工作坊」、15家醫院實地輔導及提供專業諮詢。

三、健康體能促進

WHO指出，走路是最容易被實踐也是最為推薦的身體活動，本部自91年起推廣「每日一萬步 健康有保固」，106年主要成果如下：

(一) 與教育部體育署共同主辦「銀髮族運動政策暨社區動態生活營造研討會」，並簽署「體育署與國民健康署將攜手營造樂齡運動及社區動態生活環境，共同守護臺灣人民運動與健康權」及發布政策規劃，結合產官學界約300人與會。

(二) 以醫事及運動專業人員為對象，辦理「運動保健師資培訓」，共1,598名運動保健指導員完訓，並結合完訓師資辦理社區長者健康促進課程「動動健康班」，共15縣市申辦229期課程，服務人數4,716人，其中89.4%為65歲以上長者，於北中南東各擇2場課程進行輔導及評價，在多項功能性體適能檢測項目中，全體皆有顯著進步。

(三) 完成「全民身體活動指引」、單張及工具包，提供具實證基礎的身體活動建議。

(四) 根據教育部體育署「運動城市調查」結果，13歲以上國人規律運動人口比率自96年的20.2% 上升至106年的33.2%。

四、事故傷害防制

- (一) 營造幼兒安全居家環境，106年辦理居家安全環境檢測2萬552戶。
- (二) 於《兒童健康手冊》提供「幼兒事故傷害評估表」及「預防事故傷害」。
- (三) 編印《長者防跌妙招》手冊。在長輩經常出入的場所，推展長者防跌運動。

第三章 ▶ 活躍老化及非傳染病防治

我國於107年達高齡社會標準，加上民眾生活趨向靜態、飲食西化等型態，導致慢性病人口上升。為提升高齡人口生活品質、減緩慢性病威脅，推展高齡友善城市、老人健康促進、重要慢性病及癌症防治等健康促進工作。

第一節 中老年人健康促進

- 一、為早期發掘疾病，早期治療，透過全國6,652家醫療院所及社區整篩服務提供40-64歲每三年一次，65歲以上每年一次成人預防保健服務，106年共計188萬人接受服務，其中完成整體服務利用率为93%。
- 二、推動地方政府衛生局（所）及醫療院所於社區照顧關懷據點，辦理老人健康促進活動，包括健康飲食、規律運動、老人防跌、健康檢查、口腔保健、菸害防制、慢性病衛教宣導、心理健康促進等八大議題，106年計2,519個社區關懷據點參與，開辦849班課程，參與活動長者約2萬2,326人。
- 三、辦理長者健康促進競賽活動，106年長者組隊（以鄉鎮為單位）參與總人數達3萬5千人，由各地方政府衛生局推派縣市代表隊計61隊參賽，參賽平

均歲數約72歲，總歲數逾17萬歲，推動迄今第7年總累計超過50萬長者參與。

四、102年起全臺22縣市均推動高齡友善城市，臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。106年辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，410件報名，96件獲獎。

五、自103年起推動「高齡友善健康照護機構全面普及化計畫」，截至106年底，共計469家健康照護機構通過認證，包含182家醫院、216家衛生所、1家診所及70家長照機構。

第二節 重要慢性病防治

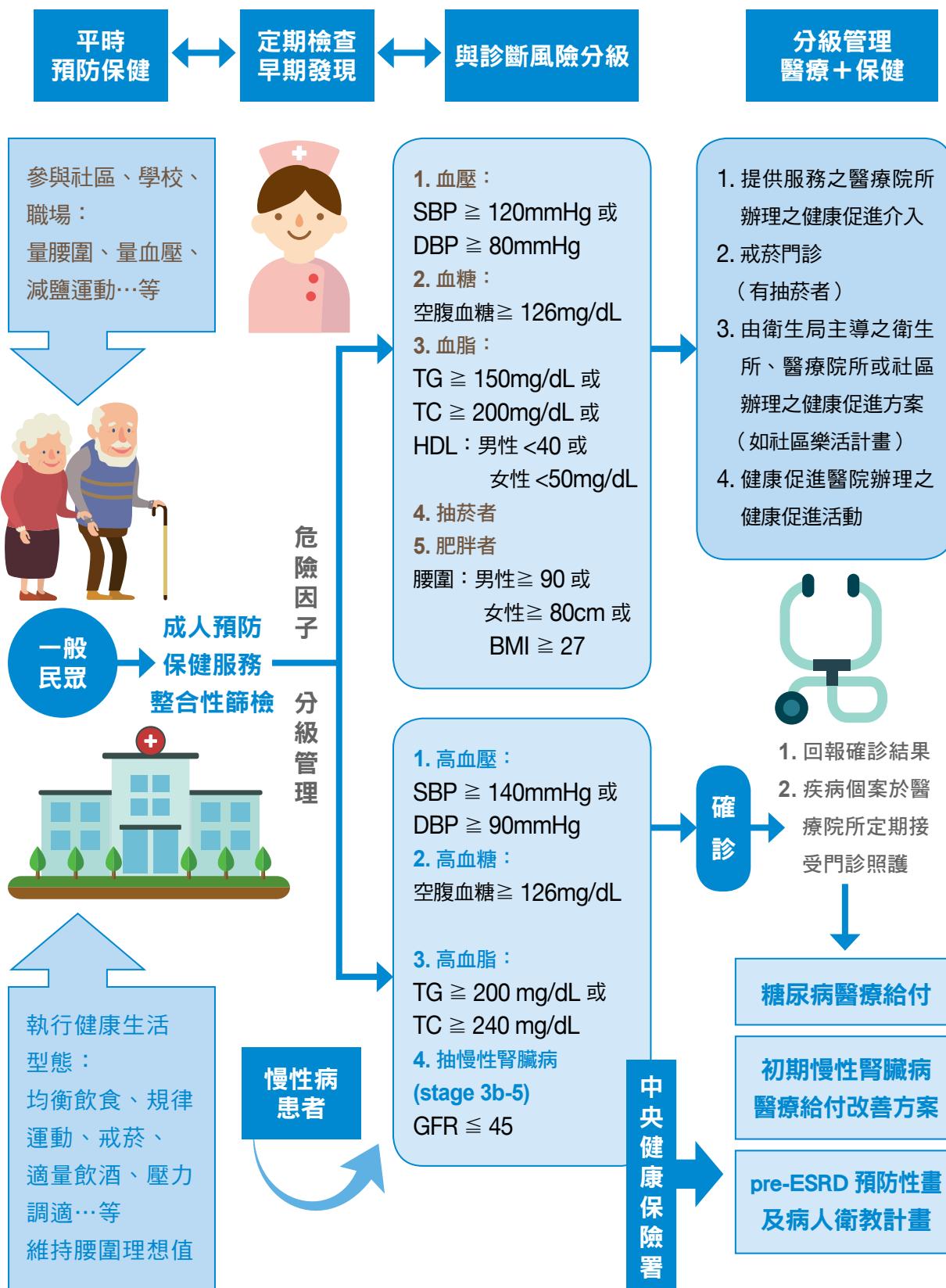
一、重要慢性病防治

- (一) 推動代謝症候群防治宣導教育，民眾對腰圍警戒值認知率由95年之28.7%提升至106年53.5%。辦理三高（高血壓、高血糖、高血脂）等慢性病之認識與預防宣導，慢性病防治架構如圖3-7，鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢。
- (二) 推動糖尿病共同照護網，成立242家糖尿病健康促進機構，成立540個糖尿病支持團體。
- (三) 推動腎臟病防治及宣導教育，成立178家腎臟病健康促進機構，透過收案管理，強化疾病控制。
- (四) 於社區不同型態地點，提供民眾便利之血壓量測服務，106年底已設置2,880個血壓站。

二、更年期健康

設置免付費更年期諮詢專線電話，106年服務7,991人次；辦理成長營、講座或諮詢及教育訓練等共66場活動，計4,030人次參與。

圖3-7 慢性病防治架構



第三節 癌症防治

推動「第三期國家癌症防治計畫」，三大重點：癌症危險因子預防、篩檢及推動「癌友導航」。

一、癌症危險因子預防

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

二、癌症篩檢

(一) 99年開始全面推動子宮頸、口腔、大腸及乳癌等四癌篩檢，106年共完成篩檢達507.6萬，發現近5萬名癌前病變及逾1萬名癌症罹患者，106年四癌篩檢成果及5年期別存活率，如表3-1~3-3。

(二) 106年217家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢/診療品質提升計畫」，並設置門診篩檢主動提示系統及建立陽性個案轉介單一窗口。

(三) 為提升癌症篩檢品質，辦理子宮頸細胞病理診斷單位、乳房X光攝影醫療機構及糞便潛血檢驗醫事機構資格審查，至106年累計有120、204及147家機構通過；辦理「口腔黏膜檢查品質提升計畫」，培訓專科醫師。

表3-1 106年4癌症篩檢之篩檢量、篩檢率、癌前病變數、癌症數以及陽性追蹤率

資料來源：台灣癌症登記資料庫（含原位癌）

癌別	篩檢量	篩檢率(%)	癌前病變數	癌症數	陽性追蹤率(%)
子宮頸癌	216.7 萬	72.5	9,655	3,951	93.6
乳癌	84.7 萬	39.9	-	4,535	91.9
大腸癌	128.4 萬	41.0	35,075	2,596	74.9
口腔癌	78.4 萬	50.1	3,435	1,231	84.3
總計	507.6 萬	-	48,165	12,313	86.2*

備註：各項篩檢率定義如下：

- 1.子宮頸癌篩檢率：30-69歲婦女3年內曾接受子宮頸癌篩檢的比率（電話調查）。
- 2.乳癌篩檢率：45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢的比率。
- 3.大腸癌篩檢率：50-69 歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢的比率。
- 4.口腔癌篩檢率：30歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者2年內曾接受口腔癌篩檢的比率。
- 5.癌前病變：一種仍歸屬良性（非惡性）的組織形態改變，但該等病變具較高惡性變異危險性。
- 6.陽性追蹤率：（篩檢為陽性個案其完成追蹤數）÷（篩檢為陽性個案數）。
- 7.*四癌篩檢陽性追蹤率之平均值：（四癌篩檢陽性追蹤率合計÷4）×100%。

表3-2 106年4癌症篩檢之檢出情形

資料來源：台灣癌症登記資料庫（含原位癌）

癌別	檢出情形（推估陽性個案 100% 接受追蹤）		
	癌前病變	癌症	合計
子宮頸癌	1/98	1/344	1/76
乳癌	-	1/177	1/177
大腸癌	1/24	1/336	1/23
口腔癌	1/185	1/515	1/135

備註：檢出率定義如下：

- 1.癌前病變檢出率（以100%追蹤率推估）定義為=以100%追蹤率推估癌前病變個案數/篩檢人數。
- 2.癌症檢出率（以100%追蹤率推估）定義為=以100%追蹤率推估癌症個案數/篩檢人數。
- 3.合計檢出率（以100%追蹤率推估）定義為=以100%追蹤率推估癌前病變個案數+100%追蹤率推估癌症個案數/篩檢人數。
- 4.[1/檢出率]為每找到一位癌症個案所需要的篩檢人數。

表3-3 4種癌症5年期別之存活率

資料來源：台灣癌症登記資料庫（含原位癌）

期別	女性乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌（含口咽及下咽）
第0期	97.6	96.9	87.2	76.6
第1期	96.3	88.6	82.3	80.3
第2期	90.0	69.9	69.7	70.5
第3期	74.7	55.6	59.9	56.0
第4期	29.1	21.9	11.6	34.7

備註：分析100-104年醫院申報4種癌症之期別5年存活率資料（追蹤至105年）

三、提升癌症診療照護品質

(一) 97年起辦理癌症診療品質認證，至106年共59家醫院通過認證，服務癌症個案涵蓋率達全國癌症個案8成以上。

(二) 補助民間團體及醫院成立「癌症資源中心」，提供癌友與家屬支持與

關懷整合性服務。

(三) 委託全國92家醫院辦理「癌友導航」，由腫瘤個管師主動聯繫關懷病人，引導病人在3個月內及時接受治療。每年約服務超過9萬新診斷癌症病人，且九成於三個月內完成首次治療。

第四章 ▶ 健康資訊傳播與監測

第一節 健康資訊傳播

透過媒體、公學會及民間組織，傳遞正確健康資訊，並提供各類健康主題網站及健康素材，結合雲端服務，以期促進全民智慧健康生活與健康識能。

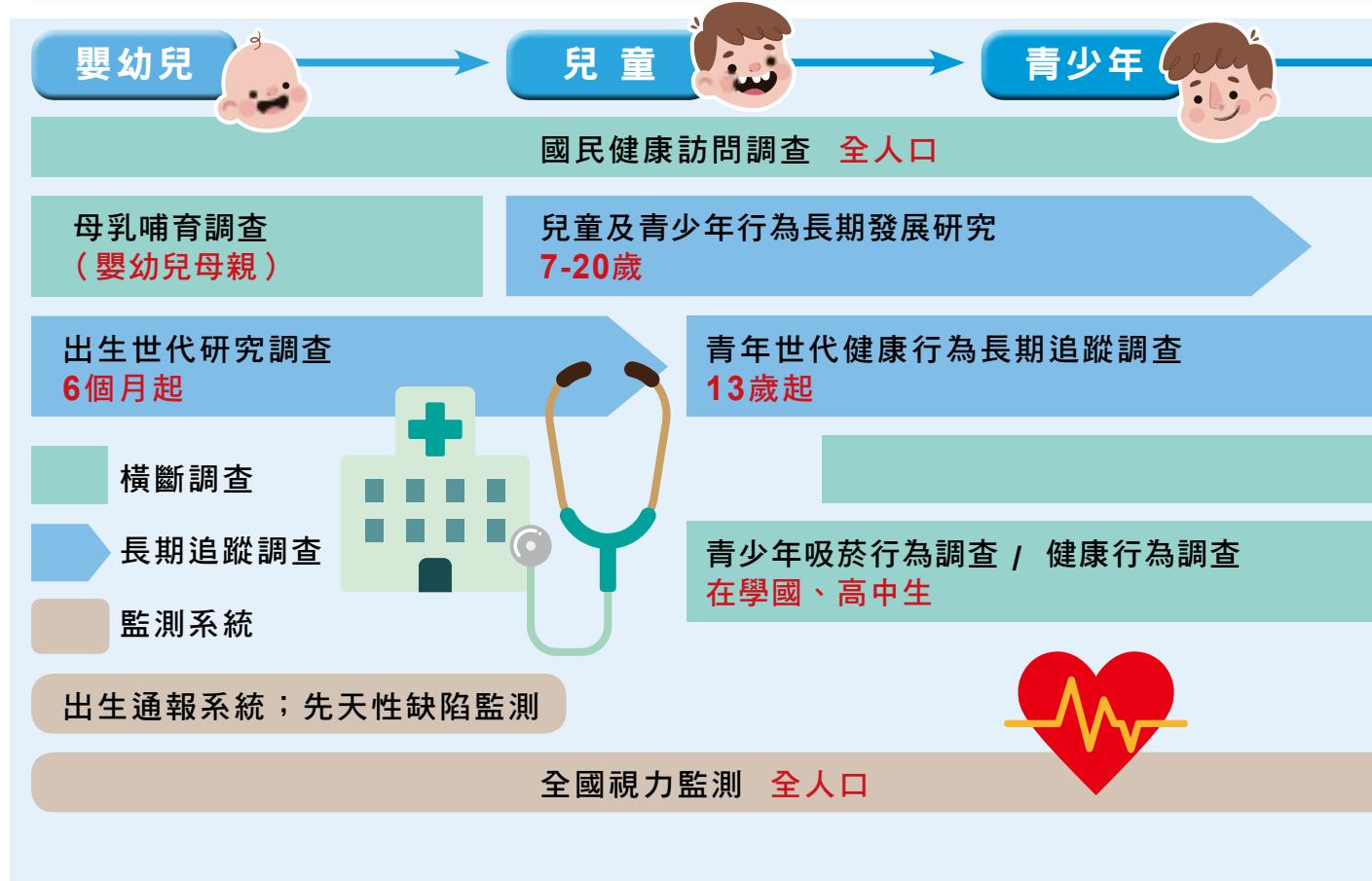
一、健康傳播

- (一) 訂定衛生教育主軸：106年整合「送子鳥資訊服務網，圈住您的幸福大小事」、「電子煙防制知能」、「傳染病防治」、「食品資訊素養」及「珍惜醫療資源，健保服務帶著走」等重要議題，以整合行銷方式，提高民眾自主健康管理能力。
- (二) 為促進衛生教育素材發展與品質，參考國內外教材評值指標建置及發展

「健康識能友善素材審查指標」，共涵蓋6個構面、21個評分項目。

- (三) 106年9月辦理「手護生命、探索幸福印記—健康徵好、由你Create」健康傳播素材徵選活動，共588件作品投稿，其中符合「健康識能友善素材審查指標」者，共271件，已上架至健康九九網站。
- (四) 「健康九九」網站平均每月訪客瀏覽達37萬人次，截至106年底上架之單張、手冊、海報及多媒體等教材累積有4,689件。
- (五) 透過Facebook粉絲專頁及LINE@通訊軟體等社群媒體，主動即時推播健康資訊與議題。

圖3-8 重要健康監測調查項目



二、106年依「主軸宣導經驗分享暨業務檢討」及「職能促進」二主題辦理2場衛生教育工作坊，計166人參加。

三、e-Health推動及應用服務

持續推動「保健雲」計畫，分階段建構我國健康促進及慢性病自我管理模式：

- (一) 健康妙管家網站新增健保卡認證及團體註冊功能；行動APP新增「足部拍照」及「飲水紀錄管理」2項慢性病防治相關應用，並提供「戰友團」功能，增進使用者網路互動。
- (二) 服務場域試辦：完成1處健康促進場域生理資料量測點及上傳量測數據至雲端平臺等服務，試辦場域使用者對於本服務滿意度高達95%以上。
- (三) 106年度使用保健雲2.0平台服務瀏

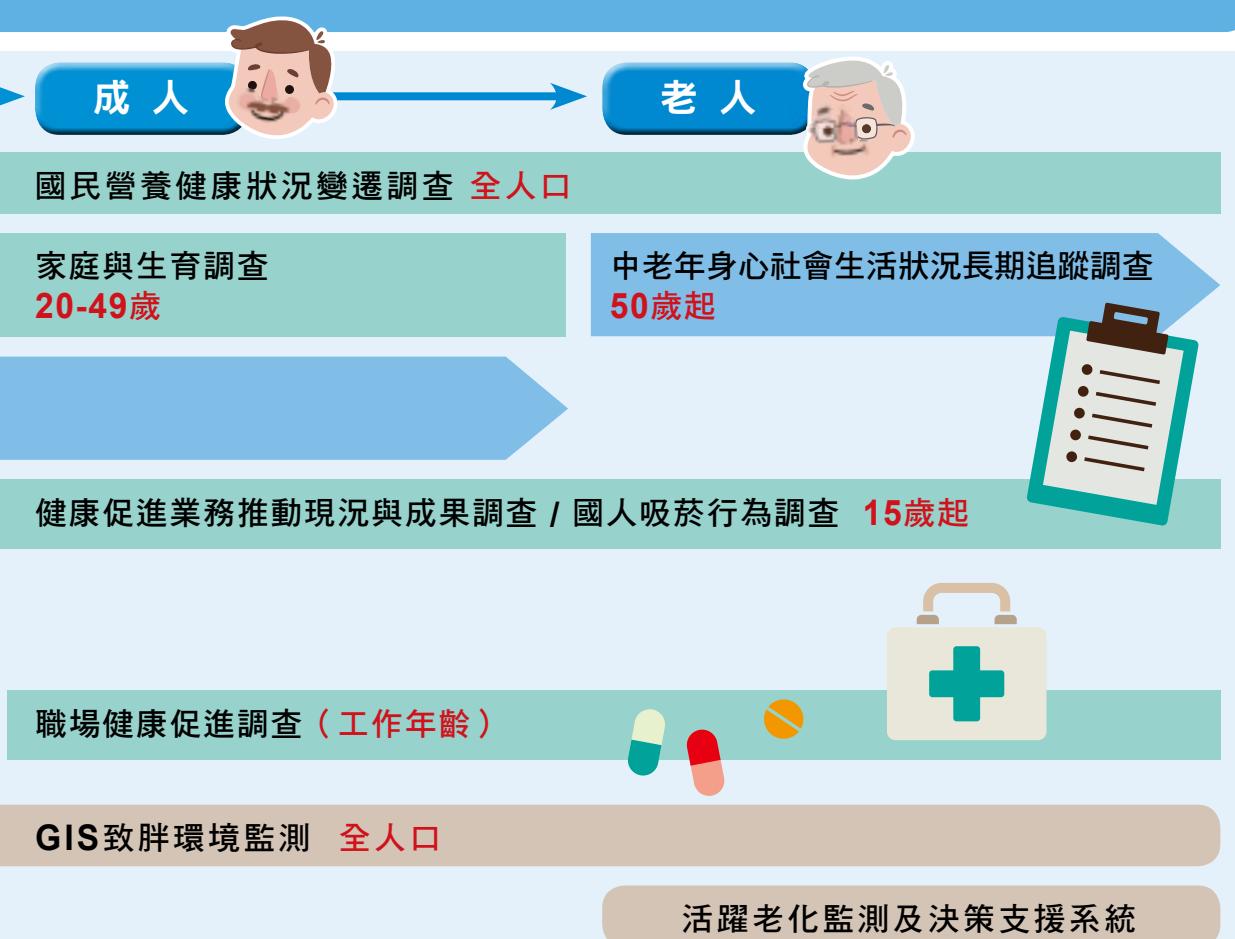
覽人次約266萬人，註冊會員數累計超過2萬3,000人。APP下載次數共計超過1萬人次，民眾評等達4.7分。

(四) 賽績推展政府資料開放政策，至106年底累計釋出開放資料集數已達221種。

第二節 健康監測

辦理國民健康監測及調查，加強施政所需資料蒐集與應用：

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



04



健康照護

第一章	健康照護體系	51
第二章	心理健康與精神醫療	54
第三章	醫事人力	56
第四章	健康服務品質	58
第五章	偏鄉醫療照護	61
第六章	目標族群健康照護	62

74年配合醫療法公布施行，推動醫療網計畫，將臺灣劃分醫療區域，規劃各區醫療人力與設施，以落實醫療資源均衡分布及提升區域醫療水準。迄今醫院病床資源已漸充足，醫療品質亦有提升。於106年至109年辦理「第八期醫療網計畫」，以建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡。

表4-1 106年醫事機構現況

資料來源：衛福部統計處

醫事機構種類		家數
醫事機構	醫院	483
	診所	22,129
藥局		7,950
護理機構	一般護理之家	532
	精神護理之家	42
	居家護理所	567
	產後護理機構	243
捐血機構	捐血中心	5
	捐血站	13
病理中心		11
其他醫事機構	助產所	23
	醫事檢驗所	389
	醫事放射所	54
	物理治療所	148
	職能治療所	28
	鑲牙所	48
	心理諮詢所	70
	心理治療所	43
	語言治療所	28
	牙體技術所	876
	聽力所	20
	居家呼吸照護所	1
	驗光所	10
	營養諮詢機構	27

第一章 ► 健康照護體系

第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依《醫療法》及「醫療網計畫」，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估地方民眾健康需求，辦理各項區域醫療資源分配與提升區域醫療水準計畫。106年實施成果如下：

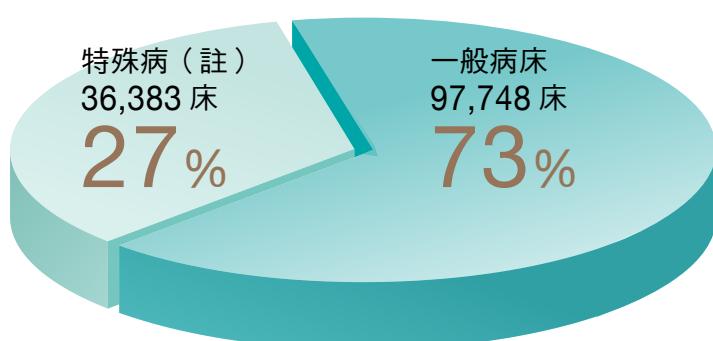
一、醫事機構現況：如表4-1

二、醫療院所病床現況：

醫療院所病床數共13萬3,335床（含一般、特殊及診所病床），醫院

一般病床包含急、慢性一般病床與精神急、慢性一般病床，平均每萬人口病床數為56.8床，如圖4-1

圖4-1 106年醫療院所病床現況



資料來源：衛福部統計處

急性一般病床	73,191 床
慢性一般病床	3,327 床
精神急性一般病床	7,399 床
精神慢性一般病床	13,661 床
慢性結核病床	2 床
漢生病病床	168 床

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

第二節 緊急醫療救護

強化緊急醫療救護網，推展整合性應變機制：

一、截至106年底，全國急救責任醫院家

數如表4-2，目前全國有43個次醫療區域，建置至少1家中度級以上之急救責任醫院。

表4-2 106年急救責任醫院分級家數

緊急醫療能力分級	重度級	中度級	一般級	總計
家數	39	81	79	199

二、106年度共獎勵17處辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫」，建立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」3種模式。

三、106年度持續辦理「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由27家醫學中心支援25家離島及醫療資源不足地區醫院108名急重症醫師人力，協助提升醫療服務資源與民眾就醫之可近性。

四、截至106年底，衛福部公共場所自動

體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator, AED）已登錄8,691台，密度達36.98台/10萬人，其中有4,788處場所通過安心場所認證（亦即場所設置AED且70%以上員工已完成CPR+AED訓練）。

五、106年度持續辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，補助偏遠縣市之中度級以上急救責任醫院提供24小時兒科急診服務，讓全國各縣市至少有一家提供24小時兒科急診服務之醫院，計有15個縣市15家醫院執行本計畫。

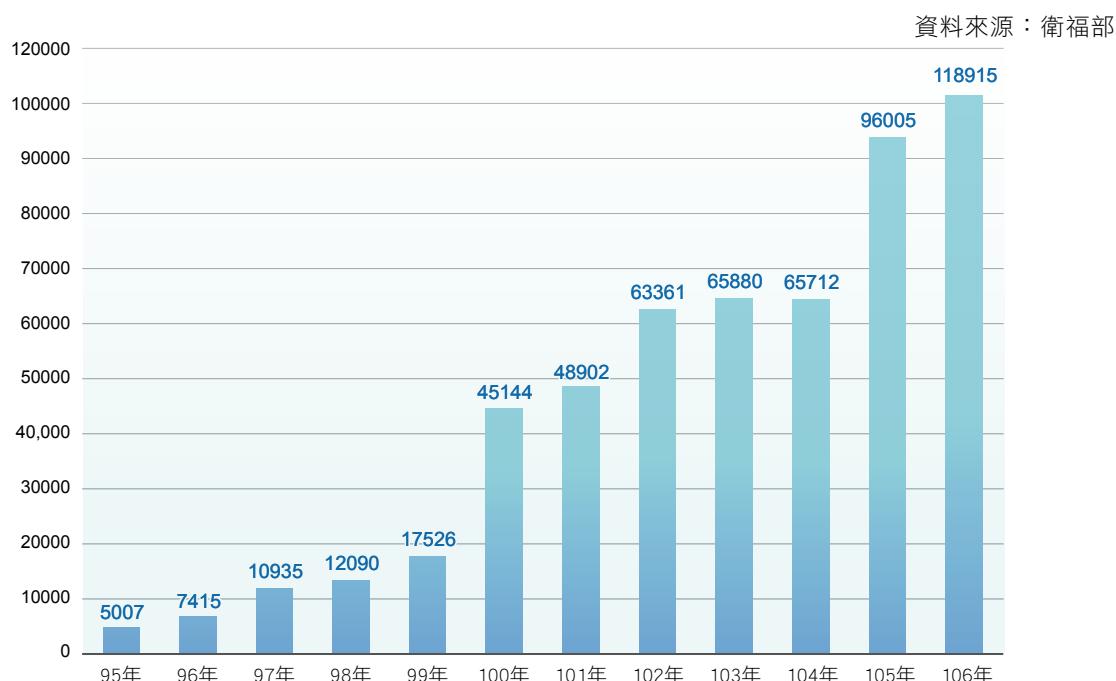
第三節 安寧緩和療護

- 一、我國自89年6月7日公布施行《安寧緩和醫療條例》，使醫師對不可治癒之末期病人，得在尊重其意願下，不施予積極性之治療或急救，僅提供緩解性、支持性醫療照護措施。
- 二、95年起針對醫療機構及民眾辦理安寧緩和醫療意願宣導、推動及註記健保IC卡計畫，至106年底止，共計55萬6,892位民眾簽署「預立安寧緩和醫

療暨維生醫療抉擇」意願書，並已註記於健保IC卡上，達總人口數之2.36%，如圖4-2。

- 三、截至106年止，共計66家醫療院所參與住院安寧服務、149家參與安寧共同照護服務、105家參與安寧居家療護服務、247家參與社區安寧療護服務，提供自入院、出院、社區至居家相互扣連之安寧照護服務。

圖4-2 申請安寧緩和醫療意願註記於健保IC卡人數



第四節 口腔健康照護

- 一、加強身心障礙牙科醫療服務
 - (一) 持續辦理「特殊需求者口腔整合性照護計畫」，106年共補助7家示範中心（臺大、雙和、中山、成大、高醫、陽明及門諾醫院）及22家醫院；106年總計服務3萬458人次。
 - (二) 全國各縣市依《身心障礙者特別門診管理辦法》指定103家醫院提供身心障礙者牙科特別門診。
- 二、持續推行兒童口腔預防保健
 - (一) 持續提供兒童牙齒塗氟服務，106

年共107萬人次，3至6歲兒童至少一次塗氟利用率達74.8%。

- (二) 針對所有國小一、二年級學童，自103年9月起擴大提供恆臼齒窩溝封填服務，106年共服務39萬人次。
- (三) 持續推動國小學童含氟漱口水計畫，106學年度117萬名學童，服務涵蓋率超過90%。
- 三、98年1月1日起實施「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」，截至106年底止，共有5萬1,411人受益。

第二章 ▶ 心理健康與精神醫療

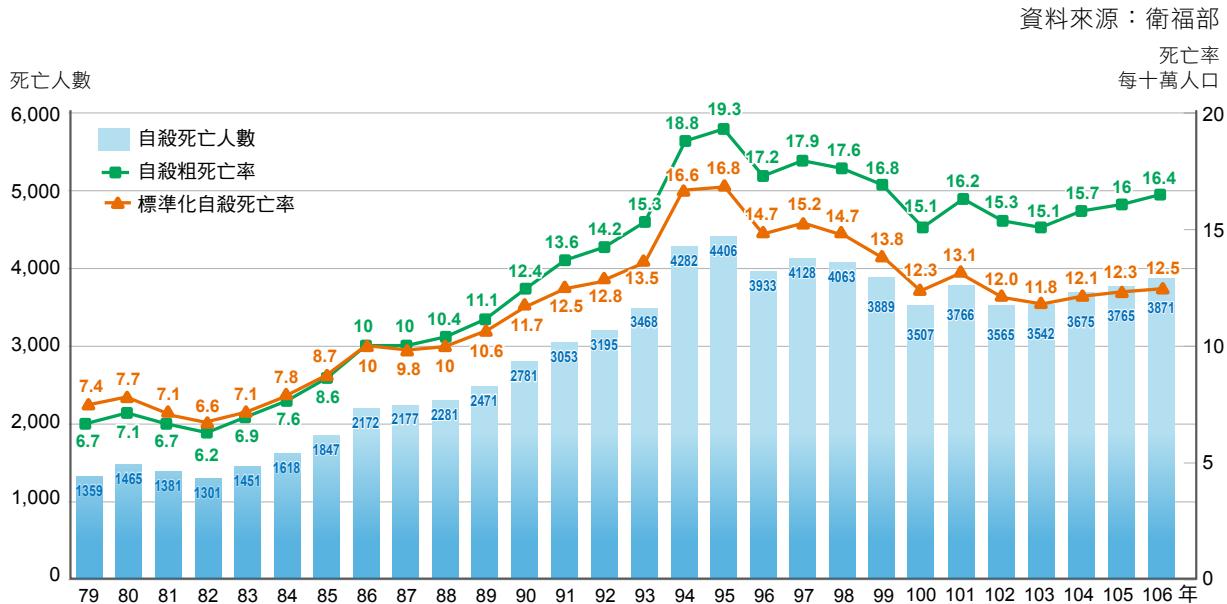
第一節 心理健康促進

- 一、推廣本部製作之孕產婦心理衛生教育資源，106年辦理婦女（含孕產期）心理健康促進宣導活動共303場次。
- 二、為推動心理健康促進初級預防工作，提升民眾幸福感，106年賡續委託22個地方政府衛生局辦理「推動心理健康網計畫」，辦理427場職場心理健康講座，共23,890人次、提供心理諮詢服務共2萬265人次。另心理健康月辦理27場記者會、204場次系列活動，共3萬8,990人次參與。
- 三、安心專線（0800-788995）提供24小時免費心理諮詢服務，106年共服務7萬6,511人次，協助1萬1,590人次的自殺意圖者，即時阻止自殺危機

案件共427件。

- 四、持續辦理自殺個案通報、關懷訪視及自殺危機處理，106年共接獲3萬619人次通報，關懷訪視服務20萬2,890人次。
- 五、106年自殺死亡人數為3,871人，標準化死亡率為每十萬人口12.5人，如圖4-3；長期趨勢從95年高峰逐漸下降，自殺標準化死亡率降低近26%，並自99年起連續8年退出十大死因，仍維持在自殺中高盛行率區域。未來持續加強社會安全網，強化關懷訪視、珍愛生命守門人等防治政策。
- 六、106年推動「原住民心理健康促進計畫」，包括提升原鄉精神醫療專業人力文化敏感度、製作符合原住民族文化的心理健康教材，及提供符合原住民族需求的心理諮商服務。

圖4-3 79至106年全國自殺死亡人數/死亡率



第二節 精神疾病防治

- 一、持續推動7區精神醫療網輔導計畫，指定核心醫院推動區域性心理健康及精神醫療網絡、促進區域內服務品質提升及辦理教育訓練。

- 二、106年全國精神醫療機構共495家，開放床數合計2萬1060床（含精神急性一般病床7,399床及精神慢性一般病床1萬3,661床，每萬人口約8.93床）。日間型精神復健機構67家

(3,176人)；住宿型精神復健機構144家(6,086床)；精神科日間留院6,317人；精神護理之家42家(開放床數計3,805床)。

三、補助縣市政府聘任96名關懷訪視員，106年追蹤關懷精神病病人計13萬9,569人，服務72萬9,008人次。

四、依《精神衛生法》辦理精神疾病嚴重

病人強制住院及強制社區治療審查會業務，106年受理申請案件876件(含強制住院818件及強制社區治療58件)。

五、106年完成32家精神醫療機構(含精神教學醫院)評鑑、63家精神復健機構評鑑及49家機構不定時追蹤輔導、17家精神護理機構評鑑(評鑑結果如表4-3)。

表4-3 106年精神照護機構家數與評鑑結果

精神照護機構類型		家數總計	床數總計	106年受評家數	評鑑結果		
					優等	合格	不合格
精神科醫院	非教學醫院	35	21,060	25	0	25	0
	教學醫院	11		7	-	7	0
設有精神科之綜合醫院		158		-			
設有精神科之醫療診所		291		-			
精神復健機構	日間型	67	3,176	18	-	17	1
	住宿型	144	6,086	45	-	42	3
精神護理之家		42	3,805	17	-	17	0

第三節 成癮防治

一、95年起推動「藥癮者替代治療補助計畫」，至106年底，共177家替代治療執行機構，累積治療4萬3,796人，106年每日平均治療8,383人。每年新增藥癮愛滋人數，由94年2,425例，降至106年44例。

二、指定藥癮戒治機構168家，並責請衛生局、精神醫療網核心醫院等，辦理治療人員繼續教育，106年共辦理28場次

三、103年7月起試辦「非鴉片類藥癮者治療補助計畫」，並持續擴大辦理，106年共有17家機構辦理，1,678人受惠。

四、補助衛福部草屯療養院辦理「第三、四級毒品使用者居住性戒癮復健治療暨成癮防治訓練計畫」，106年共收治43人，並培訓防治專業人員45人。此外，補助8家「民間機構(團體)辦理藥、酒癮者復歸社會服務之效能提升計畫」，共安置178人次及提供出監所前後轉銜輔導6,977人，戒癮團體2,745人次，職業技能訓練、就業輔導與媒合5,540人次。

五、106年獎勵4家醫療機構於7所矯正機關辦理「矯正機關藥癮、酒癮醫療服務計畫」，共開設藥、酒癮門診323診次，服務4,893人，衛教12,878人次，團體心理治療4,868人次，出監

轉介諮詢1,245人次，出所追蹤1,163人次。

六、106年持續辦理「酒癮治療服務方案」共補助1,618人。另自104年9月起試辦「建構問題性飲酒與酒癮者醫療及社會復健服務模式計畫」，106年共有8家機構辦理，受理轉介個案679人，提供酒癮治療513人。

第三章 ▶ 醫事人力

第一節 醫事人力現況

一、依據專門職業人員專業證照制度之醫事人員類別區分，訂定《醫師法》、《藥師法》、《助產人員法》、《營養師法》、《護理人員法》、《物理治療師法》、《職能治療師法》、《醫事檢驗師法》、《醫事放射師法》、《心理師法》、《呼吸治療師法》、《聽力師法》、《語言治療師法》、《牙體技術師法》及《驗光人員法》等15類醫事人員管理法規。

二、106年各類醫事人員執業人數共計30萬8,826人，其中醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員6萬7,633人、藥事人員3萬5,141人、醫事檢驗人員9,774人、醫事放射人員6,490人、護理人員16萬4,099人、助產人員212人及營養師3,353人。

第二節 醫事人力培訓

為提升醫事人員素質，每年進行培育、養成計畫及在職訓練，成效如下：

一、對各類醫事人力之培育採取管制措施，西醫師以每年培育1,300名醫學生為原則；其他類別醫事人力則屬特殊管制項目，設立時需提報申請計畫，由教育部專案審核。未來醫師人

力規劃，將以均衡資源分配為目標，並建立定期評估機制。

二、依據《專科醫師分科及甄審辦法》規定，擬定專科分科醫師計23科。截至106年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數累計有5萬1300人次。

三、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，積極推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。106年計核定39家主要訓練醫院、90家合作醫院辦理一年期畢業後一般醫學訓練（Post-Graduated Year, PGY）訓練計畫，共計1,396名學員接受訓練。

五、為提升口腔醫療照護品質，規劃牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度。106年共核定431家訓練機構，包含87家醫院及344家診所辦理訓練計畫，總計有810位牙醫師接受訓練。

六、為提升護理人員專業素養以及照護品質，自95年起推動專科護理師制度，截至106年專科護理師甄審及格人數計6,962人（內科3,707人，外科3,255人）。

七、為使新進醫事人員接受完善的臨床教學訓練，有效提升醫療服務人員之素質。96年起辦理「臨床醫事人員培訓計畫」，106年計有140家醫院參與，共核定1,981個訓練計畫，培訓2萬8,252名醫事人員，領證2年內之新進醫事人員受訓達成率約85.57%。

八、為建立中醫師臨床訓練制度、培育中醫人才，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，106年共輔導39家訓練醫院，接受359位新進中醫師進行為期2年訓練，並依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」培訓指導醫師159人及指導藥師92人。106年推動「中醫專科醫師訓練

制度建構計畫」，凝聚中醫界共識，評選針灸及中醫內科醫學會，研擬訓練課程及審查基準等規範，並補助5家教學醫院建置中醫臨床技能測驗中心，以作為未來中醫專科醫師初審口試場所。

九、為推動中醫特色及多元醫療，106年共輔導6家教學醫院建立中西醫合治、中醫日間照護、中醫參與長期照顧及中醫參與戒毒模式，完備中醫團隊照護能力，並提供民眾多元醫療選擇。

第三節 友善醫護執業環境

一、為避免醫師過勞及保障其勞動權益，衛福部與勞動部共同研商，規劃自108年9月1日起將受僱醫師納入勞基法適用對象，並依勞基法第84條之1議定工時以維持彈性。因應醫師納入勞基法之人力衝擊，本部已積極推動相關配套措施，包括試辦醫院整合醫學照護制度（hospitalist）及增加專科護理師人數，以增加臨床住院醫療照護人力；擬訂專科訓練應完成之案例數及學習里程碑（Milestone）、辦理一般醫學兩年訓練課程，以確保醫師人力素質；推動分級醫療，落實轉診制度；檢討財務成本，逐年修正健保給付；辦理重點科別公費醫學生計畫、原住民族及離島地區醫事人員養成計畫、偏鄉公費醫師留任獎勵計畫、醫學中心支援偏鄉離島地區計畫及鬆綁醫師報備支援規定等，以持續改善偏鄉與離島地區人力；自106年8月1日起實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，以逐步改善住院醫師工時。

二、為減少醫療糾紛，促進醫病關係和諧，自101年度起推行「鼓勵醫療機構辦理

生育事故爭議事件試辦計畫」，並進一步促成「生產事故救濟條例」之立法，相關辦理成效如下：

- (一) 「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」截至106年底止，全國共有294家婦產專科醫療院所加入，計受理503件生育事故申請案件，共審定480件，並撥付新臺幣4億151萬餘元，約415個家庭獲得幫助，而相關之醫療訴訟鑑定案件大幅減少70%，更間接促成婦產科住院醫師招收率回升，近三年均達100%。
- (二) 「生產事故救濟條例」於104年12月11日立法院三讀通過，並於104年12月30日經總統令公布全文29條，自105年6月30日起施行，截至106年底止，計受理301件申請案，已審定救濟260件，共救濟1億1,990萬元，醫療機構建立內部風險機制，針對重大生產事故進行通報、根本原因分析及改善。
- (三) 積極推動多元化之訴訟外處理機制，包括：
 - 1.輔導機構成立關懷小組，強化內部關懷機制，及時進行說明、溝通、關懷及協助，緩和醫病關係。
 - 2.提升地方主管機關醫療爭議調處能力，促進醫病雙方有效溝通。
 - 3.培訓鑑定醫師，截至106年底止，司法機關委託醫事爭議鑑定案件數已減少43%、衛生局調處案件數減少22.2%、鑑定作業時程縮短35%、平均處理時間6個月。

三、為改善護理人力短缺，於101年5月推動護理改革計畫，積極執行各項改革策略，以促使護理人員留任及人力回流，至106年成果如下

(一) 護理執業人數增加，總離職率與空缺率下降

執業人數增加：106年底執業人數共16萬3,736人，較改革前增加2萬7千餘人。總離職率已由101年13.14%降為105年9.88%，為自99年來最低；總空缺率由101年7.2%降為105年5.96%。

(二) 降低工作負荷、改善護病比與勞動條件

1.102年修正《醫療機構設置標準》：提高醫療機構護理人力設置標準，刻正研議護病比納入醫療機構設置標準。

2.104年護病比納入醫院評鑑正式項目，評鑑基準為各級醫院急性一般病床之「全日平均護病比」：醫學中心 \leq 9人且白班平均護病比 \leq 7人、區域醫院 \leq 12人、地區醫院 \leq 15人。申請評鑑之104年114家及105年151家醫院評鑑結果皆符合。

3.擴大推動護病比連動制度給付：已自104年移至全民健康保險醫院總額之一般服務部門編列20億元，用於調增住院護理支付並擴大護病比連動。依各醫院每月「全日平均護病比」達成情形，予以加成9%至11%。106年擴大加成級距由原本3級（9-11%）變為5級（3%-14%），鼓勵醫院改善護病比。

4.廢除責任制：護理人員自103年起不再適用勞動基準法第八十四條之一，全面排除責任制（即一般所稱廢除責任制）。

5.落實勞基法規定：

(1)違反勞基法已納入醫院評鑑標準

及要求衛生局列為年度督導考核重點。

(2)加強宣導與溝通勞基法，編訂勞動基準法下護理排班指引手冊。

(三) 薪資福利改善

依勞動部調查，105年護理人員平均薪資較100年增幅約11%。

(四) 推動偏鄉護理菁英計畫

依行政院核定「偏鄉護理菁英計畫」，104至107年將培育200名公費生，畢業後分發至偏鄉地區醫院至少服務4年，截至106學年度就讀人數計130名。

第四章 ▶ 健康服務品質

第一節 病人安全與醫療品質

為提升以病人為中心之醫療服務品質，推行醫院評鑑制度，頒布醫療品質及病人安全工作年度目標，建置病人安全事件通報機制，106年成效如下：

一、訂定醫院版「107-108年度醫院醫療品質及病人安全工作目標」，如表4-4。

二、透過「臺灣病人安全通報系統」營造病人安全文化，106年共有7,283家醫療衛生相關機構參與，統計通報件數達6萬9,234件。

三、建置「醫病共享決策平台」，截至106年共上架81件決策輔助工具（如：決策輔助表、影片或其他素材），累計共210醫院參與推動醫病共享決策。

四、於《醫院評鑑基準》訂定安全的醫院環境之相關規定，包括安全的環境與設備、病人導向之服務與管理、醫療照護品質管理、用藥安全、麻醉及手術、感染控制等，營造安全之就醫環境。

表4-4 107-108年度醫院醫療品質及病人安全工作目標

資料來源：衛福部台灣病人安全資訊網

項次	八大工作目標
一	提升醫療照護人員間的有效溝通
二	落實病人安全異常事件管理
三	提升手術安全
四	預防病人跌倒及降低傷害程度
五	提升用藥安全
六	落實感染管制
七	提升管路安全
八	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

第二節 醫院評鑑制度改革

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

- 一、截至106年接受並通過醫院及教學醫院評鑑者，計有醫院423家、教學醫院131家；評鑑結果詳列如表4-5、4-6。
- 二、推動醫院評鑑制度改革，簡化區域及地區醫院評鑑基準，自188條1,297

項評量項目簡化為122條550項評量項目，減少58%；13類人力共計12條評鑑基準予以保留，建立持續性監測指標定期監測。

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

表4-5 106年度醫院評鑑結果

資料來源：衛福部

評定結果	醫院評鑑合格			
	醫學中心	區域醫院 - 準醫學中心	區域醫院	地區醫院
家數	19	3	81	320

表4-6 106年度教學醫院評鑑結果

資料來源：衛福部

評鑑結果	醫師及醫事人員類 教學醫院評鑑合格	醫事人員類（非醫師） 教學醫院評鑑合格
家數	114	17

第三節 器官捐贈與移植

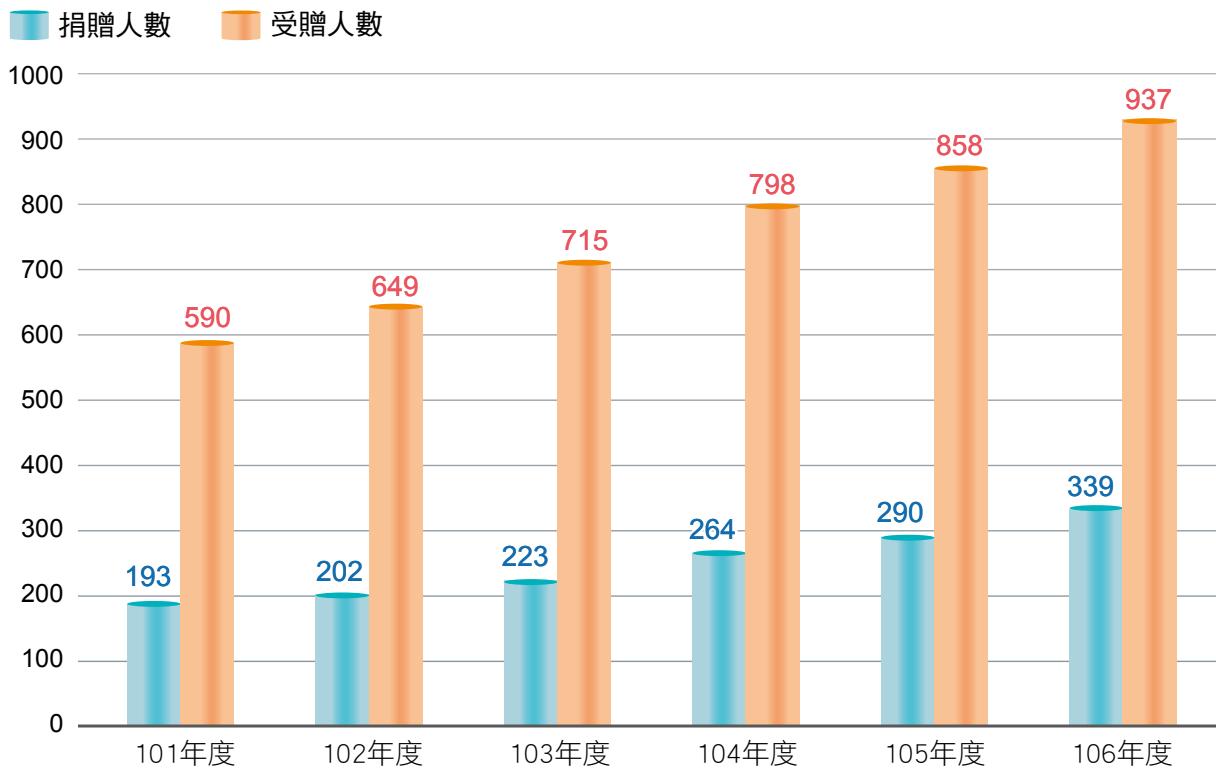
器官來源供需失衡仍是世界各國共同面臨的課題，截至106年底止，國內器官移植等候者已累計有9千餘位，然平均每年僅約有8百多人可幸運受惠，歷年器官捐贈與受贈人數如圖4-5。

為擴大器官捐贈風氣及來源，衛福部於91年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」辦理器官捐贈推廣與分配業務。多項措施推動至今，我國器官捐贈率

躍居亞洲第二，手術後存活率亦不亞於世界領先國家，106年發布《施行器官摘取移植手術之核定及管理辦法》及《器官捐贈移植醫院醫學倫理委員會組織及運作管理辦法》，以提升器官捐贈移植之品質。此外，為增加大體器捐來源並保障捐贈人權益，於106年底發布「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，供全國醫療機構作為施行參考，是器官捐贈發展之另一重要里程碑。

圖4-5 101至106年全國器官捐贈與受贈人數

資料來源：衛福部



第四節 電子病歷政策推動成果

持續推廣電子病歷，公告並試辦個人健康檢查報告單張標準。辦理北、中、南各一場電子病歷座談會；北、中、南電子病歷績優醫院及衛生所觀摩會共計9場次。完成5家醫院導入電子病歷之輔導工作，及1家醫院通過電子病歷資安檢查。

持續推廣健康存摺，提供民眾自我管理醫療紀錄的管道；健保醫療資訊雲端查詢系統於106年底擴增跨院查閱醫學影像功能。規劃電子病歷交換中心未來運作方案，推動電子病歷交換多元化、研擬擴增交換標準，期以減少民眾交通、時間、金錢等相關成本。

第五章 ▶ 偏鄉醫療照護

第一節 醫療照護在地化

為維護偏鄉離島地區民眾就醫權益，衛福部持續秉持「醫療不中斷」原則，積極強化在地醫療功能，措施包括：

- 一、衛福部澎湖醫院心血管照護中心102年12月4日正式營運，自成立至106年12月已收治服務593人次，並於106年增購「經皮心肺輔助裝置（PCPS）」1台及「主動脈氣球幫浦（IABP）」1台，強化急重症醫療服務，提升心血管住院患者醫療品質，落實在地化醫療，減少病人及家屬舟車勞頓之不便。
- 二、衛福部澎湖醫院化療中心104年10月啟用，自啟用至106年12月化療服務完成1,217人次，提供病人安全及真實證之癌症診療，促使癌症病人獲得方便的、適時、適當之治療及醫療照護，以提高病人生活品質，減少澎湖鄉親往返臺澎之負擔，提升醫療的在地化與可近性。
- 三、衛福部金門醫院心血管照護中心104年10月設置完成、104年11月揭牌啟用，自啟用至106年12月已收治服務181人次，提升在地緊急醫療救護能力，降低空中緊急後送頻率，為金門民眾提供急性心肌梗塞及急性冠心症的第一線醫療處置，讓金門民眾受到更完善及安全的醫療照護及權益。
- 四、補助衛福部金門醫院106年購置數位乳房攝影系統1組，汰換舊機型，提升金門地區民眾癌症篩檢及醫療服務之品質。
- 五、增加偏鄉及醫療資源缺乏地區民眾各種醫療需求之可及性，同時提升在地之醫療品質，追求健康平等之社會正義，自105年起辦理「強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫」，增

加花蓮縣豐濱地區、臺東縣成功地區及屏東縣恆春地區之專科醫師人力，至該區進行醫療門診、住院、急診、值班及手術等服務。

- 六、為提升偏遠地區部立醫院醫療服務效能，並提供適切醫療服務，以達成公醫使命及完成偏鄉離島及弱勢族群的照護責任，辦理「補助所屬偏遠離島地區充實醫師人力計畫」，依實際專科人力需求，請求他院派醫師或其他醫事人員提供診療服務，提升偏遠地區部立醫院醫療服務效能，並提供適切醫療服務，以達成公醫使命及完成偏鄉離島及弱勢族群的照護責任，106年提供1,970診次，服務人次為44,832人次，門診滿意度成長1.2%，急診滿意度成長1.6%。
- 七、建構偏鄉數位資訊醫療照護網：為落實偏鄉醫療在地化，提升醫療品質，截至106年底已完成建置新竹縣等15縣72家衛生所醫療資訊系統及363處巡迴醫療點。另為使偏鄉民眾（含原住民族地區）能即時獲得醫學中心級之醫療診斷與諮詢服務，透過醫學影像傳輸系統（Picture Archiving and Communication System, PACS）由本部桃園醫院協助醫學影像之判讀，106年度計支援判讀17,177件。
- 八、自95年起辦理「緊急醫療資源不足地區改善計畫」，強化緊急醫療資源不足地區之醫療照護服務，獎勵當地之醫療機構互相合作提出設立「夜間及假日救護站」、「觀光地區急診醫療站」及「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」等3項改善模式。106年度共獎勵17處（如：清境、日月潭、台東大武及成功等地區），可服務緊急醫療資源不足地區每月約9,000急診人次，維持緊急醫療服務24小時不中斷。

第二節 緊急醫療後送

為使離島地區之緊急傷病患均能獲得妥善醫治，採「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」之原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔政策。106年度持續辦理「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由臺北榮總等10家醫院支援金門醫院、澎湖醫院、三總澎湖分院、連江縣立醫院，提供21名急重症醫師人力方式辦理。

- 一、為有效建立空中轉診審核制度及提升空中轉診醫療品質，自91年建置「空中救護審核機制」，派駐專科醫師，24小時提供緊急醫療諮詢、空中轉診必要性評估及協調航空器及海巡署船艦調度。成立前每月平均空中轉診航次為43.18次，至106年每月平均航次降至21.77次，下降率達49.58%。
- 二、依據《緊急醫療救護法》及《救護直昇機管理辦法》，如因當地醫療資源不足有後送臺灣醫治之需求且符合空中救護適應症者，立即調派航空器協助緊急後送臺灣本島就醫，106年後送235案；另澎湖醫院於102年12月4日成立心導管室，至106年11月底已成功完成578例心導管，澎湖地區106年心臟內科轉診人數為6人，減少率78.57%，顯示離島地區醫療在地化及醫療照護品質已獲得有效提升。
- 三、至於病情較穩定者，依據「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」規定，補助可自行搭機（船）就醫所需交通費1/2，每人每年以四次為限，另若經醫師診斷確有需要者，補助次數得增至六次；空中轉診陪同醫護人員交通費亦得申請補助。

第三節 人才培育與留任

為充實基層及偏遠地區人力，公費醫師培育制度自民國64年實施，40餘年來共培育6,557名公費醫師，分發至醫師人力不足地區或羅致較為困難之科別服務，以達均衡醫師人力資源目的，因達成階段性任務，遂自98年停招。鑑於未來醫師人力之需求增加，本部自105年起重啟「重點科別培育公費醫師制度計畫」規劃於105年-109年培育500名公費醫師，於專科訓練完成後，至偏遠地方服務6年，挹注偏鄉人力。

第六章 ▶ 目標族群健康照護

第一節 原住民族健康照護

依據原住民族委員會統計105年12月原住民共有53萬9,426人，佔台灣總人口2.3%，原住民族因群聚地區多為偏遠或山地地區，以致健康醫療照護資源不似都會區可近與充足；故本部為保障我國民眾均能平等的獲得健康照護權利，其施政重點致力於增加原住民族地區健康保健與醫療照護可近性，推動政策計畫如下：

- 一、辦理原住民族地區公費醫事人才培育計畫
為強化偏遠地區醫療資源分布平衡，積極培育在地化的醫療人才，自58年起辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，累計至106年已培育醫事人員985名（原住民籍535名），包含西醫師529名（原住民籍265名）及其他醫事人員456名（原住民籍270名）。於原住民族地區衛生所服務之養成公費醫師計57名，佔實際任職醫師之比率約7成。
- 二、提升原住民族地區醫療設備投資與服務品質
(一) 為提升原住民族及離島地區衛生所

- (室) 醫療設備資源，辦理補助各縣市辦理原住民族地區衛生所（室）之醫療、資訊設備更新、空間整修及重擴建、及購置巡迴醫療（機）車等，106年度補助128項設備更新。
- (二) 強化衛生所醫療資訊化（HIS）系統與建置，使醫療照護深入偏遠部落，截至106年底已完成建置新竹縣等12縣53家衛生所醫療資訊系統及363處巡迴醫療點。
- (三) 辦理原住民族地區醫事人員開業補助計畫：鼓勵醫事人員至原住民族地區開業，並依本部「補助醫事人員至原住民族地區開業要點」，酌予經費補助每家最高新臺幣（以下同）50萬元。106年度補助2家醫事機構開業。
- (四) 辦理原住民族地區之緊急傷病患就醫交通補助：為使嚴重及緊急傷病患均能獲得妥善醫治，辦理原住民就醫交通費並依其就醫距離補助600元或1,000元（10次為限/年），至106年共補助執行約1,300萬元。
- (五) 辦理部落健康營造計畫：為培養居民良好生活習慣，提倡居民的健康意識，鼓勵居民將健康理念融入日常生活中，並培養社區居民參與社區健康議題，以促進社區的健康，提升民眾健康促進與生活品質；至106年於原住民族地區已設置53處「部落健康營造中心」，成效包括提升部落社區健康營造認知、加強組織運作推動、建立健康會議自治模式、提高生活與文化敏感度認知及培訓健康營造人才等。

三、改善原住民族健康不平等

為縮小原住民族平均餘命差距，改善

原住民族健康不平等，本部自106年8月起結集相關司署單位召開9次會議，研議如何從影響健康因素面向，著力從原住民個人、家庭及部落健康議題所面臨的差距，從各項健康照護政策之推動流程、行政管理效率與組織間垂直及水平合作關係，已研擬原住民族健康不平等改善策略10項行動計畫，並預計107年5月起推動執行。

第二節 新住民健康照護

依據內政部移民署統計76年至106年底，外籍與大陸配偶人數為53萬512人，其中外籍配偶17萬6,828人（男性1萬9,202人；女性15萬7,626人），大陸港澳配偶35萬3,684人（男性2萬4,023人；女性32萬9,661人）。另依據內政部戶政司統計，106年國人結婚登記對數總計13萬8,034對，總計27萬6,068人，就配偶國籍分，本國籍者25萬4,971人，外籍1萬2,147人（男性3,873人；女性8,274人），大陸（含港澳）8,950人（男性1,431人；女性人7,519）。因此，至106年底新住民來臺人數已達53萬人，其中尤以女性居多，本部為提升新住民生育健康，及減少因該語言之隔閡，造成生活適應或就醫障礙，推動政策如下：

- 一、新住民未納保前，比照國人產檢，享10次產檢、1次乙型鏈球菌篩檢、1次超音波及2次衛教指導補助。提供新住民及其子女生育保健諮詢與檢核建卡管理，及有關生育計畫、哺餵母乳、孕期保健、定期產檢、孕期營養等生育健康指導，106年之建卡管理率達90.37%。
- 二、為保護新住民婦女在未納全民健保前之生育健康，給予設籍前外籍配偶產前檢查補助，自100年起補助未納保產前檢

查費用，106年共補助1萬962案次，補助金額532萬187元。

- 三、為降低新住民語言溝通之就醫障礙，自100年起，由地方政府衛生局依所轄需求，向內政部「新住民發展基金」申辦「輔導新住民翻譯人才培訓及運用計畫」，推動培訓在臺多年之新住民擔任通譯員，以協助衛生局（所）工作人員於進行新住民之家訪、健兒門診、生育保健指導之通譯工作。105年共17個縣市、226個衛生所辦理，並至少350名通譯員參與，106年共17個縣市申辦該計畫。
- 四、為提供多元文化及生育保健資訊，106年印製英、越、印、柬及泰語言兒童及孕婦健康手冊，並分送各縣市衛生局、醫療院所，也將手冊電子檔放置國民健康署網站手冊專區，提供新住民家庭運用。
- 五、手術同意書、麻醉同意書、住出院流程及門急診就醫流程等文件，提供簡體中文、韓文、英文、越文、印尼文、泰文、緬甸文等7種外語版本。

第三節 罕見疾病健康照護

- 一、截至106年公告218種罕見疾病、99項罕見疾病藥物及40項罕見疾病特殊營養食品品目，將罕見疾病列入重大傷病範圍及免除病患就醫之部分負擔。
- 二、辦理罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心，供應維持生命所需之特殊營養食品及緊急需用藥物，106年總計供應1,335人次；並提供依健保法未能給付之罕見疾病診斷、治療、國內外確診檢驗、居家醫療照護器材費用之補助，106年總計補助1,827人次。
- 三、透過生育遺傳各項服務（含產前遺傳診斷、新生兒篩檢、遺傳性疾病檢查及遺

傳諮詢等），於14家醫學中心設立遺傳諮詢中心，提供遺傳性疾病及罕見疾病醫療諮詢服務。另，設置遺傳諮詢窗口網站，提供罕病及遺傳疾病相關資訊及資源。

- 四、加強罕見疾病防治教育與宣導：辦理病友、病友團體、廠商及醫療機構說明會，計13場。
- 五、因應《罕見疾病防治及藥物法》部分條文修訂，爰修正「罕見疾病醫療補助辦法」名稱為「罕見疾病醫療照護費用補助辦法」，業於106年9月8日修正發布，並將「罕見疾病醫療補助辦法第二條第一項第七款、第五條第四項之補助基準」納入該辦法第七條第三款附表。另於106年9月22日辦理廢止「罕見疾病醫療補助辦法第二條第一項第七款、第五條第四項之補助基準」。
- 六、105年6月6日發布施行「罕見疾病防治工作獎勵補助辦法」，應以公開甄選方式為之，106年罕見疾病防治工作補助計畫共16件。105年9月2日發布施行「罕見疾病及罕見遺傳疾病缺陷照護服務辦法」，106年辦理「委託辦理罕見疾病照護服務案之規劃」案，研訂委託派遣專業人員訪視、告知相關疾病之影響，提供病人及家屬心理支持、生育關懷、照護諮詢等服務之內容與執行方式，依據規劃架構，研擬「106年-108年罕見疾病照護服務計畫」，公開徵求有意提供病人及家屬有關服務之單位共同執行相關服務，目前委託9家醫學中心辦理。

第四節 特殊健康需求族群

- 一、油症患者健康照護
 - (一) 68年於臺中彰化地區，因廠商提煉米糠油在脫臭過程時，以多氯聯苯為

熱媒劑，致使熱媒管產生裂隙，導致多氯聯苯及其熱變性物由隙縫滲入油中，發生油症事件，造成2千多位民眾受害。依據研究結果顯示，油症患者除早期外觀上有明顯氯痤瘡、色素沈澱、眼瞼腺分泌過多，後續也可能造成肝臟、免疫與神經系統損害等問題。該（68）年4月起由前臺灣省政府衛生處辦理油症患者之個案登記、抽血檢驗及健康照護服務等，並由各縣市衛生局提供追蹤訪視、衛生教育及醫療轉介。因肇事者已脫產且病死獄中，照護由政府及整個社會的力量概括承受。

（二）為保障油症患者健康照護權益，於104年2月4日奉總統令公布「油症患者健康照護服務條例」，除持續提供油症患者健保門（急）診免部份負擔醫療費用、第一代油症患者住院免部份負擔醫療費用、免費健康檢查、油症患者特別門診等服務外，並增加第1代患者出生年限擴至69年；保障油症患者之權益；設置油症患者健康照護推動會；發放油症患者遺屬撫慰金。105年11月16日修正上開條例第4條及第12條，放寬油症患者認定標準、撫慰金請領對象倘無直系血親卑親屬則擴及父母及延長請領期限至109年8月9日。

（三）至106年底共列冊服務1,889位油症患者，第一代為1,263位；第二代為626位。106年共補助2萬94人次油症患者之門（急）診部分負擔醫療費用、132人次住院部分負擔醫療費用、632位油症患者免費健康檢查服務以及油症患者遺屬撫慰金申請通過共核付202案。

二、漢生病病患人權保障及照顧

- （一）持續推動「漢生病病患直接觀察治療（Directly Observed Treatment Short-Course, DOTS）執行計畫」，提供高品質個案照護。
- （二）106年計有臺大醫院、馬偕醫院、臺中榮民總醫院、成大醫院及樂生療養院等5家專門醫院為漢生病病患確診及治療醫院，以增加病患就醫便利性。

三、人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

77年引進抗愛滋病毒藥物提供病患治療，於86年免費提供感染者雞尾酒療法（Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART）治療，106年作為如下：

（一）人權保障方面，自96年訂定《人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法》，建立申訴制度，並受理感染者權益受損申訴案件或其他相關陳情，106年處理陳情案件計5件。

（二）健康照護方面

1.106年全國共有69家愛滋病指定醫院提供愛滋感染者醫療照護服務，感染者服藥率達84%、感染者測不到病毒之比率為90%。

2.為強化感染者的自我健康管理，106年辦理「愛滋病指定醫院服務品質提升計畫」，共有69家指定醫院參與，提供衛教及諮詢服務，就醫人數達2萬7,201人。

3.透過地方政府衛生局（所）及個案管理師的追蹤管理，輔導個案定期就醫，提升其生活品質，並加強個案伴侶之諮詢與檢查追蹤。

4.補助相關民間團體，協助個案收容照顧、就醫安排與緊急安置，並提供個案管理服務，106年提供167位個案安置服務及304位個案管理服務。

05



長期照顧服務

第一章	長照服務體系	68
第二章	人力資源發展	73
第三章	溝通宣導與服務品質	74

台灣整體人口結構受少子女化及國民平均壽命延長影響，65歲以上人口急遽增加。107年3月底，65歲以上老年人口比率已達到14.05%，進入高齡社會，至115年更達20.6%，成為超高齡社會，亦即每5人即有1人為65歲以上老人。據此，建設健全長期照顧服務體系、發展服務人力與機構資源及確保服務品質越顯其重要性，故本部於105年11月奉行政院核定長照十年計畫2.0（以下簡稱長照2.0），自106年1月起實施，以推動社區整體照顧服務體系，回應高齡化社會的長照需求。

長照2.0延續長照十年計畫之內涵，

除擴大照顧對象外，並增加長照服務項目，將長照服務向前延伸至各類預防及減緩失能等預防性服務措施，且向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，並以實現在地老化為目標，建立以社區基礎提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務之普及照顧服務體系。綜上，長照2.0計畫目標，如表5-1所示：

長照2.0因應不同族群的長照需求，以及服務需求多元化的趨勢，其工作重點包括將服務對象由4類擴大為8類，且提升長照1.0現有服務之彈性，將服務項目由8項增至17項，詳如表5-2。

表5-1 長照2.0計畫目標

資料來源：長照十年計畫2.0核定本

計畫目標	建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。
	實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。
	延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。
	向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

表5-2 長照1.0與長照2.0服務對象及服務項目

資料來源：長照十年計畫2.0核定本

	長照 1.0	長照 2.0
服務對象	1. 65 歲以上老人 2. 55 歲以上山地原住民 3. 50 歲以上身心障礙者 4. 65 歲以上僅工具性日常活動功能 (IADLs) 失能需協助之獨居老人	除延續長照 1.0 服務對象外，新增下列 4 類： 5. 50 歲以上失智症患者 6. 55-64 歲失能平地原住民 7. 49 歲以下失能身心障礙者 8. 65 歲以上僅工具性日常活動功能 (IADLs) 失能之衰弱 (frailty) 老人
服務項目	1. 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 2. 交通接送 3. 餐飲服務 4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家及社區復健 7. 喘息服務 8. 長期照顧機構服務	除延續長照 1.0 服務項目外，新增下列 9~17 項服務： 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（成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站） 14. 社區預防性照顧 15. 預防或延緩失能之服務 16. 銜接出院準備服務 17. 銜接居家醫療

第一章 ► 長照服務體系

第一節 長期照顧服務法

- 一、《長期照顧服務法》（以下簡稱長服法）修法：長服法部分條文修正案於106年1月26日經總統令公布修正。為擴大長照財源，修正第15條增加遺產稅、贈與稅及菸稅為長照指定財源。又為保障現行長照機構可持續營運，修正第22條，對於本法施行前已設立的住宿式長照機構除有擴充或遷移之情事外，不受法人化之限制；另修正第62條，就長服法施行前，已依其他法律規定從事長照服務者，得依原適用法令繼續提供長照服務，免於5年內改制及許可設立文件之換發，以強化長照2.0社區整體照顧服務體系之發展。
- 二、長服法之授權子法：為因應長服法於106年6月3日正式施行，依該法應制定1部法律及8個子法，包括(1)長期照顧服務機構法人條例、(2)長服法施行細則、(3)長照服務機構評鑑辦法、(4)長照人員訓練認證繼續教育及登錄辦法、(5)長照服務資源發展獎助辦法、(6)長照機構設立標準、(7)長照服務機構設立許可及管理辦法、(8)長照服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法及(9)外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法。長期照顧服務機構法人條例於106年12月29日經立法院審議三讀通過。

第二節 照顧管理制度

為因應推動長照2.0並整合各類長照服務與資源，各縣市長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）進用專業照顧管理（以下簡稱照管）人力作為受理申請、評

估、擬定照顧計畫、連結及輸送長照服務之整合性單一窗口。

為充實照管中心照管人力，衛福部推動相關措施如下：

- 一、照管人力配置採密集式照顧管理模式，並考量城鄉人力資源與服務量能差異，其配置原則為每200名個案配置照管專員1名；每7位照管專員配置照管督導1名。另為提升照管人員之服務量能，自106年起以10：1之比例配置行政人員，即照管專員及督導合計每10人則配置1名行政人員。衛福部核定各縣市106年照管人力共971人，較105年增加618人（其中包含增加照管專員439人、照管督導73人及行政人員106人）。
- 二、調升照管專員薪資等級：由原來3個等級提升為7個等級（280點/3萬3,908元-376點/4萬5,534元），以積極留住人才。
- 三、強化照管人員訓練並因應長照服務對象及服務項目增加，研議就政策、評估實務及在地文化特色等面向，納入照管人員訓練課程，以提升其專業知能。

第三節 服務體系與資源發展

一、建構社區整體照顧服務體系

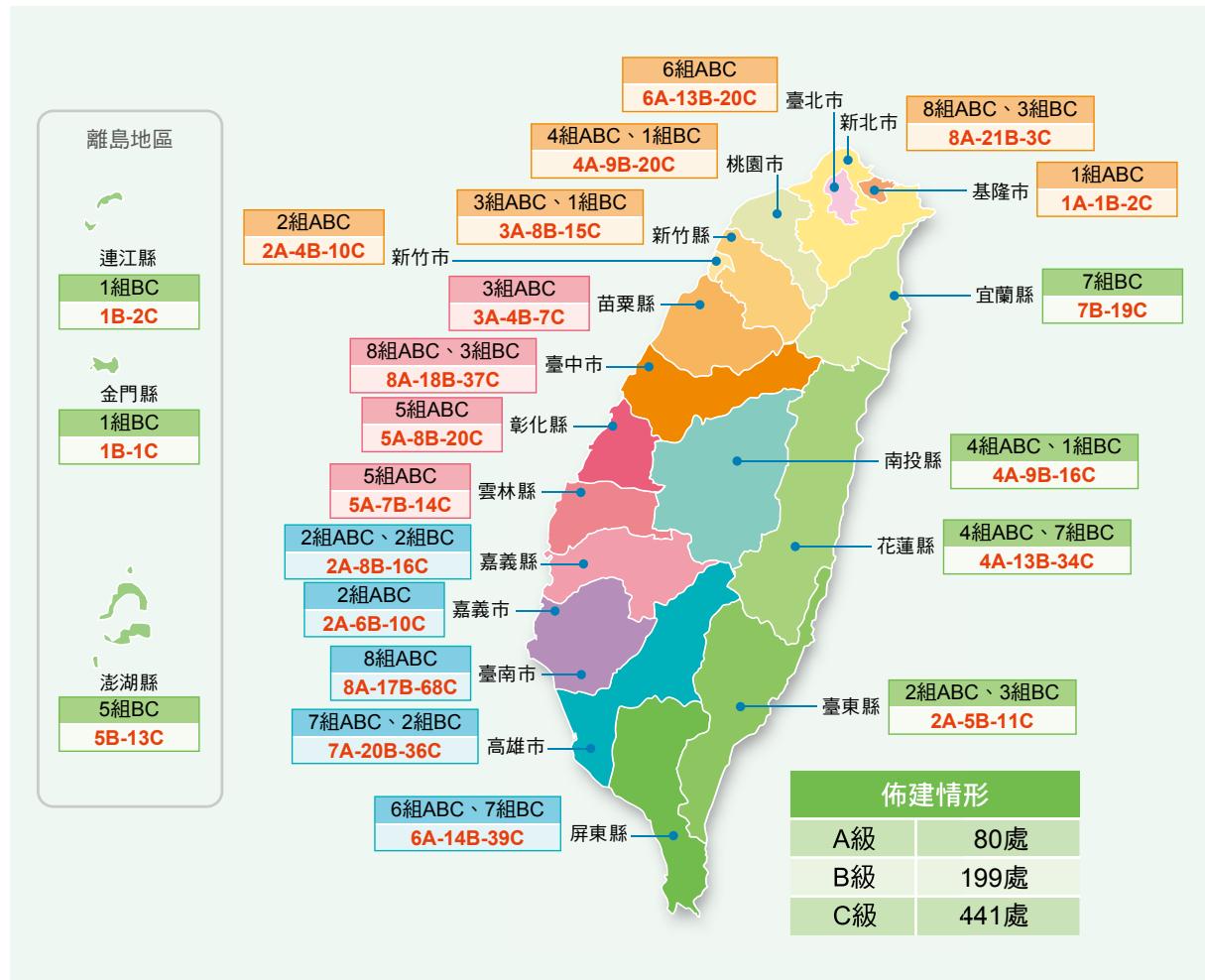
以優先擴大居家服務供給量與普及化日間照顧中心為原則，並整合各項服務，朝向以社區為基礎的整合式照顧服務體系發展。以培植社區整合型服務中心（A）、擴充複合型服務中心（B）、廣設巷弄長照站（C）為原則，鼓勵各縣市政府廣結長照、醫療、護理以及社福單位辦理。若民眾有長照服務需求，得向所在地長期照顧管理中心聯繫，經照顧管理專員或社區整合型服務中心（A）評估連結民眾所需之長照服務。106年計結合720個單

位布建80處社區整合型服務中心、199處複合型服務中心、441處巷弄長照站

(80A-199B-441C)，各縣市布建情形如圖5-1。

圖5-1 各縣市社區整體照顧服務體系

資料來源：衛福部長照司



二、服務資源發展及布建情形

(一) 長照服務使用提升：表5-3所列106年長照服務人數中，以日間照顧服務成長最為顯著，較105年成長92%。其後，家庭托顧、居家服務及老人營養餐飲，較105年皆成長65%以上；另外，本部於106年度起，長照服務人數計算方式係依照「照顧管理資訊系統」統計當年底服務人數，並經身分證統一編號歸戶後，排除重複計算之服務人數，致部分數值有呈現大幅度落差。

(二) 加速長照資源布建

1. 整體服務資源成長以家庭托顧成長最為顯著，106年較105年成長240%，日間照顧中心及老人營養餐飲亦有超過26%之成長，如表5-4。
2. 全國老人福利機構床位數，至106年12月底止共有1,100家、6萬2,460床，如表5-5。
3. 全國一般護理之家床位數，至106年12月底止共有528家、床數4萬1,316床，如表5-6。

表5-3 近10年長照服務人數

單位：人

資料來源：衛福部長照司

項目	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年
居家服務	22,305	22,017	27,800	33,188	37,985	40,677	43,331	45,173	47,134	79,137
日間照顧服務 (含失智症日照)	339	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344	3,002	3,663	7,029
家庭托顧	1	11	35	62	110	131	146	200	210	390
輔具購租及居家無障礙環境改善（人次）	2,734	4,184	6,112	6,845	6,240	6,817	6,773	7,016	9,663	8,008
老人營養餐飲	5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074	5,520	5,516	9,090
交通接送 (人次)	7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284	57,618	59,588	10,351
長期照顧機構	1,875	2,370	2,405	2,755	2,720	2,850	3,127	3,426	4,104	4,527
居家護理	1,690	5,249	9,443	15,194	18,707	21,249	23,933	23,975	22,359	9,970
社區及居家復健	1,765	5,523	9,511	15,439	15,317	21,209	25,583	25,090	27,237	12,013
喘息服務	2,250	6,351	9,267	12,296	18,598	32,629	33,356	37,346	46,339	21,270
歸戶後總服務人數								84,295	90,603	113,706

備註：

1.105年度前：

- (1)輔具購租及居家無障礙環境改善、交通接送服務指該年度累計服務人次；其他項目指該年度12月底現有服務人數。
- (2)居家護理、社區及居家復健、喘息服務指該年度累計服務人數。
- (3)輔具購租及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲、長期照顧機構等項，主要由各縣市政府自行編列預算辦理。

2.106年度起：

- (1)因服務人數計算方式基準不同，故以分隔線做為區隔。
- (2)106年度，居家服務、日間照顧服務、家庭托顧、老人營養餐飲、交通接送、居家護理、社區及居家復健及喘息服務之人數，係依照「照顧管理資訊系統」統計當年底服務人數，經身分證統一編號歸戶後，排除重複計算之服務人數。
- (3)歸戶後總服務人數：不包括老人營養餐飲及長期照顧機構服務人數。
- (4)老人營養餐飲於106年度共服務9,090人，其中6,293人福利身分別為低收及中低收入戶。

表5-4 近10年長照服務提供數

單位：家

資料來源：衛福部長照司

項目	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年
居家服務	124	127	133	144	149	160	168	173	200	238
日間照顧中心 (含失智症老人 日照中心)	31	39	66	78	90	120	150	178	205	259
家庭托顧	4	16	23	16	17	20	22	21	25	85
老人營養餐飲	166	204	201	159	169	190	209	197	197	249
交通接送	31	42	43	39	43	42	41	41	40	48
居家護理	487	495	489	451	478	483	486	493	518	505
社區及居家復健	62	88	122	112	111	125	143	143	129	211
喘息服務	1,390	1,439	1,444	1,052	1,510	1,509	1,549	1,565	1,760	872

備註：105年度以前之居家護理、社區及居家復健、喘息服務單位數係指該年度全國設立在案之單位數；
106年則為全國特約單位數。

表5-5 近10年老人福利機構家數及住民人數

資料來源：衛福部統計處

年度	機構 (家數)	合計(床數)					實際住民 (人數)	占床率 (%)
		長照床	養護床	失智床	安養床	合計		
97	1,043	3,970	41,990	0	7,224	53,184	38,300	72.0%
98	1,066	4,419	43,180	0	6,968	54,576	40,183	73.6%
99	1,053	4,796	43,586	0	6,684	55,066	41,515	75.4%
100	1,051	4,660	44,794	90	6,545	56,089	42,824	76.4%
101	1,034	5,748	45,642	144	5,303	56,837	42,769	75.2%
102	1,035	5,959	46,652	220	4,844	57,675	43,496	75.4%
103	1,063	4,447	48,935	280	5,618	59,280	45,298	76.4%
104	1,067	4,340	49,565	406	5,558	59,869	46,264	77.3%
105	1,082	4,544	50,756	453	5,329	61,082	47,192	77.3%
106	1,100	4,470	52,481	459	5,050	62,460	48,315	77.4%

表5-6 近10年一般護理之家機構家數及住民人數

資料來源：97年至101年資料來源衛福部統計處；102年至106年資料來源衛福部照護司

年度	機構(家數)	床數	實際住民(人數)	占床率(%)
97	347	21,461	18,416	85.8%
98	367	23,077	19,785	85.7%
99	390	25,849	20,774	80.4%
100	423	28,476	21,151	74.3%
101	447	30,447	22,471	73.8%
102	470	33,302	27,605	82.9%
103	486	35,383	29,933	84.6%
104	499	37,161	31,772	85.5%
105	508	39,002	33,271	85.3%
106	528	41,316	34,698	84.0%

三、改善長照服務評估工具暨資訊化作業

於長照1.0的基礎下，長照2.0進一步改善長照服務評估工具暨進行資訊化作業。

(一) 全面啟用照顧管理評估量表：配合長照2.0擴大服務對象及項目，106年4月起全面啟用發展成熟之照顧管理評估量表，據以評估不同服務對象之長照需要及判定長照失能等級及給付額度，量表內容包括：(1)「日常活動功能量表(ADLs)」與「工具性日常活動功能量表(IADLs)」、(2)溝通能力、(3)特殊複雜照護需要、(4)短期記憶評估、情緒及行為型態、(5)居家環境、家庭支持及社會支持、(6)主要照顧者負荷等六個面向。

(二) 置入載具標準化作業：為使評估達到標準化且具一致性，將量表置入行動載具(平板電腦)以進行評估作業，載具依據評估結果自動化以複合式因子判定個案長照需要等級，改善過往照顧管理專員仰賴個人專業及經驗判定等級之狀況，避免人為偏誤或外界干

擾，以提升照顧管理專員評估之一致性及效率，以及長照給付的公平性，提供長照失能者適切之照顧服務。

四、失智照護服務

(一) 提升失智社區服務量能：為促進失智者照護服務可近性，減輕失智個案家屬的照顧負擔，長照2.0之服務對象新增納入50歲以上失智症者，為讓失智者及照顧者可就近獲得適切照護，並提升失智社區服務量能，規劃擴增失智社區服務據點布建；另為陪伴失智照顧者在照顧失智患者不同階段的照顧需求，將創新於各縣市建立失智共同照護中心，引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

(二) 服務成果：106年已完成設置失智社區服務據點134處，照顧疑似及失智症個案2,859人，辦理認知促進活動、緩和失智72,585人次、家庭關懷訪視10,059人次、友善社區多元方案

25,870人次、照顧者訓練課程11,411人次及家屬支持團體服務7,534人次、互助家庭4,212人次、安全看視4,844人次參加；截至12月底共設置20處失智共同照護中心，照顧疑似及失智症個案共9,130人，辦理公民識能教育31,436人次、人才培訓10,324人次、成果研討會4,662人次。

五、布建原住民族、離島及其他資源不足地區照管中心分站

鑑於原住民族、離島及其他資源不足地區長照資源相對不足，自99年起推動獎勵偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點，發展在地化及多元功能之綜合服務模式，至106年底設置46個據點，其中原住民族地區計設有20個據點。透過照管分站布建，提供在地長照服務，發展因地制宜之照顧管理模式及整體長照體系，充實在地長照資源，以利偏鄉長照服務的推展。

第二章 ▶ 人力資源發展

第一節 照顧服務人力

一、改善薪資待遇：為鼓勵國人投入照顧服務行列，並使照服員久任，除因應失智症照顧之特殊性，提供照服員失智症服務對象加給，及針對領有照服員職類技術士證給予專業加給外，並已針對一例一休加班費差額進行補助及調升偏遠地區交通費。另規劃居家服務給付及支付新制，以平均月薪3萬2千元為目標，改善照服員實質薪資。

二、強化人才培訓：為因應服務對象之失能樣態，已修正照顧服務員訓練課程內容，納入身心障礙照顧、失智症照顧、原住民族文化敏感度等專業課程，滿足民眾多元照顧需求；另配合勞動部「自

訓自用」計畫，鼓勵長照服務提供單位自行辦理訓練及訓後直接留用，及規劃辦理線上訓練數位課程，減少實體訓練之地域區域限制，提高訓練可近性。針對外籍看護訓練，已於長服法第64條明定，雇主得為其申請接受本部所定之補充訓練。

三、促進產學合作交流：本部與教育部共同努力，鼓勵大專校院長照相關科系發展實務導向之照顧課程，並落實校外實習課程，有助學生畢業後留任照顧工作。協助教育部推動高中（職）設立長照科，向下扎根實踐照顧工作價值教育，並擴大人力來源。

四、強化職涯發展：

本部積極規劃照顧服務員多元升遷管道，除資深居家照顧服務員可升任居家督導員之外，本部已修訂長服法相關子法，明定一定年資以上之照顧服務員可擔任長照機構之業務負責人，促進晉升管理階層；另鼓勵照顧服務員創業成為「照老闆」，提供職涯願景。

第二節 社工及醫事專業人力

提升長照專業人力服務量能是建置完整長照服務體系的關鍵因素，為因應從事長照服務人力之培訓需求，本部規劃與推動具一致性、連續性及完整性之各類長照專業人力培訓課程，分為共同課程（Level I）、專業課程（Level II）及整合性課程（Level III）三個階段；於102年7月12日發布長照社會工作人員專業課程（Level II）課程表，並函請直轄市、縣（市）政府廣為宣導並積極推動。

為達成擴大訓練效益目標，本部建置長期照顧專業人員數位學習平臺於106年3月正式上線啟用，提供長照專業人力之便利性及可近性之訓練課程學習教材，截至106年底約1萬3千人次完成線上課程訓

練。為拓展充實長照醫事專業人力服務量能，已結合各縣市政府及醫事或長照相關專業相關團體辦理培育計畫。

綜上，自99年起至106年12月底累積培訓社工及醫事專業人力約6萬7千人，預計未來每年培育至少1萬5千人次。

第三章 ▶ 溝通宣導與服務品質

第一節 溝通宣導

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

一、分眾溝通

- (一) 長照2.0系列論壇：自106年3月至9月，結合民間團體辦理長照2.0系列論壇，於12個縣市辦理16場長照2.0論壇，針對長照2.0相關政策之實務運作機制進行說明與交流，開啟民間團體由下而上的對話機制，鼓勵多元團體共同協力布建長照資源，將服務推進社區。
- (二) 社區整體照顧體系成果暨觀摩展：106年12月辦理社區整體照顧體系成果展，邀請各縣市政府、服務單位以設攤、影片播放、實務座談等方式分享推動經驗及成果，約500人參與。
- (三) 長照給付及支付新制說明會：106年12月至107年1月中旬邀集各縣市政府、照管專員、ABC承辦單位，以及民間團體等計辦理9場行政說明會議，說明長照新制內容、資訊系統操作流程等，參與人數逾3,500人。

二、公關行銷活動

- (一) 長照徵才春季博覽會：自106年4月至5月，結合康寧大學、亞洲大學及

嘉南藥理大學於北中南三區分別辦理長照徵才春季博覽會，強化產學合作，計196個長照服務單位參與，45所老人照顧、長期照顧相關大專院校約3,500位求職者參與；另辦理6場學校、產業代表、照服員與服務使用者經驗交流的分享會。

(二) 1966長照服務專線開通記者會：為提供民眾更簡單且容易記憶的號碼，快速、方便地申請長照服務，建置1966長照服務專線，並於106年11月24日舉辦開通記者會，由賴清德院長、徐國勇發言人及陳時中部長共同主持專線開通儀式，以提高專線能見度，約200人參與。

三、大眾傳播媒體通路

- (一) 長照2.0例行記者會：累計至106年12月底，本部辦理共計23場次長照2.0相關議題之例行記者會，透過媒體報導長照2.0相關議題，增進社會大眾對長照2.0之了解，提高民眾對長照之認知，同時透過本部臉書直播，共累積超過21萬人次瀏覽、觸及人數超過59萬人。
- (二) 平面媒體廣告宣傳：於雜誌、報紙刊登長照2.0宣傳海報、廣告及文章等；製作長照2.0服務介紹摺頁及海報，分送相關單位，並提供各縣市政府照管中心大量印製發放民眾使用。
- (三) 電視、廣播及戶外媒體宣傳：製作「1966長照服務專線」、「長照出院準備服務」、「照顧服務員形象」等長照2.0宣傳影片，透過電視頻道、戶外媒體及多元宣傳通路露出；邀請賴清德院長錄製「1966長照服務專線」廣播帶，並透過全國性廣播電台播放。
- (四) 網路媒體宣傳：透過多元網路媒體

(如新聞網、入口網、本部臉書粉絲專頁、Line@及「長照政策專區」網站等)，宣傳各式長照2.0政策溝通素材及宣傳影片，本部臉書粉絲專頁共累積超過5萬人追蹤。

(五) 長照服務專線1966：當有家人年老、疾病、失智或身心障礙等因素失去自理能力，需要他人提供長期照顧時，提供長照服務專線1966，由各縣市照管中心人員負責接聽，並以前5分鐘通話免費的措施，鼓勵民眾廣為使用。

第二節 服務品質

一、老人福利機構評鑑為3年辦理一次，前次105年度老人福利機構評鑑家數計134家，包含衛福部所屬及主管機構、直轄市、縣（市）之公立、公設民營與財團法人老人福利機構；評鑑結果為優等16家（11.9%）、甲等75家（56%）、乙等35家（26.1%）、丙等7家（5.2%），

丁等1家（0.8%），如表5-7。

二、為提升護理之家照護服務品質，依《護理人員法》及《護理機構評鑑辦法》辦理護理之家評鑑，目前成立滿一年且接受評鑑之機構共計507家，皆已於103~106年接受評鑑，其中合格者計479家，不合格者計28家，合格率94.47%。106年一般護理之家評鑑共有126家受評，其中111家合格，15家不合格，整體合格率達88.10%。評鑑結果如表5-8。

三、為提升老人福利機構服務品質，依《老人福利機構評鑑及獎勵辦法》，針對評鑑成績列甲等以上者，予以表揚；若成績評列為丙等或丁等，則要求限期改善並另行複評。有關一般護理之家部分，依《護理機構評鑑辦法》，評鑑為不合格者，應限期改善；限期未改善者，將依法處辦，以確保機構服務品質水準。

表5-7 105年老人福利機構評鑑結果

資料來源：衛福部社家署

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

備註：老人福利機構評鑑為3年辦理一次，故以前次辦理情形為準。

表5-8 106年一般護理之家評鑑結果

資料來源：衛福部照護司

等級	機構數	百分比 (%)	合格率 (%)
合格	111	88.10	88.10
不合格	15	11.90	
合計	126	100.0	

06



傳染病防治

第一章	傳染病防治簡介	77
第二章	重要及新興傳染病防治	79
第三章	防疫整備及感染管制	84
第四章	預防接種	88

傳染病防治除須持續辦理疫情監測及調查、防疫整備、研究及預防接種，亦須因應世界潮流及防治作為需要，適時研修相關法規，建置符合實務需求之架構，以保障全民健康。

第一章 ▶ 傳染病防治簡介

為杜絕傳染病發生、傳染及蔓延，訂定《傳染病防治法》等法規，以規範各級政府機關、醫事機構及人員、民眾等防治

之義務及權利，並讓相關人員執行工作時有所依循。

第一節 傳染病防治法規與架構

一、傳染病防治法規：

《傳染病防治法》及《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》是執行傳染病防治的兩大重要法規。106年訂定及修正法案，如表6-1。

表6-1 106年訂定及修正法案表

資料來源：衛福部疾管署

日期	名稱	修正重點
2月16日	醫療機構執行感染管制措施及查核辦法	調整地方主管機關對醫療機構查核感染管制之頻率。
5月5日	受聘僱外國人健康檢查管理辦法	因應勞動部相關法令修正，配合實務作業修正相關規定。
6月15日	傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法	為簡化中央主管機關委託檢驗機構之程序，配合實務作業修正相關規定。
7月27日	港埠檢疫費用徵收辦法	檢討檢疫收費標準，依船舶噸位數增訂收費級距，並自107年1月1日施行。
10月16日	長期照護矯正機關（構）與場所執行感染管制措施及查核辦法	增訂改制前高級職業學校護理及護理助產科畢業者，得擔任感染管制專責人員之資格條件。
10月17日	港埠檢疫規則	為使船舶檢疫規範明確，並因應現行跨機關檢疫聯防之實務作業修正相關規定。
12月29日	傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	新增「李斯特菌症」為第四類傳染病，並自107年1月1日施行。

二、防疫行政架構

衛福部疾管署負責傳染病防治政策制定及考核，並設置六區管制中心督導地方政府防疫及檢疫業務；各地方政府擬定及落實執行計畫。

三、檢驗架構

衛福部疾管署負責各種傳染病檢驗及研究業務，於全國建置完善的傳染病檢驗服務網，除該署12間實驗室，並依法認可271家檢驗機構、1家指定第四級危險群微生物病原體檢驗機構，8家腸病毒及流感病毒合約實驗室、8家結核菌合約實驗室及1家委託結核病分子檢驗實驗室。訂有「傳染病檢體採檢手冊」，並輔助地方衛生局辦理「全國傳染病檢體採檢送驗品質管理工作」，以確保檢體採檢送驗之品質、時效及安全。

四、指揮架構

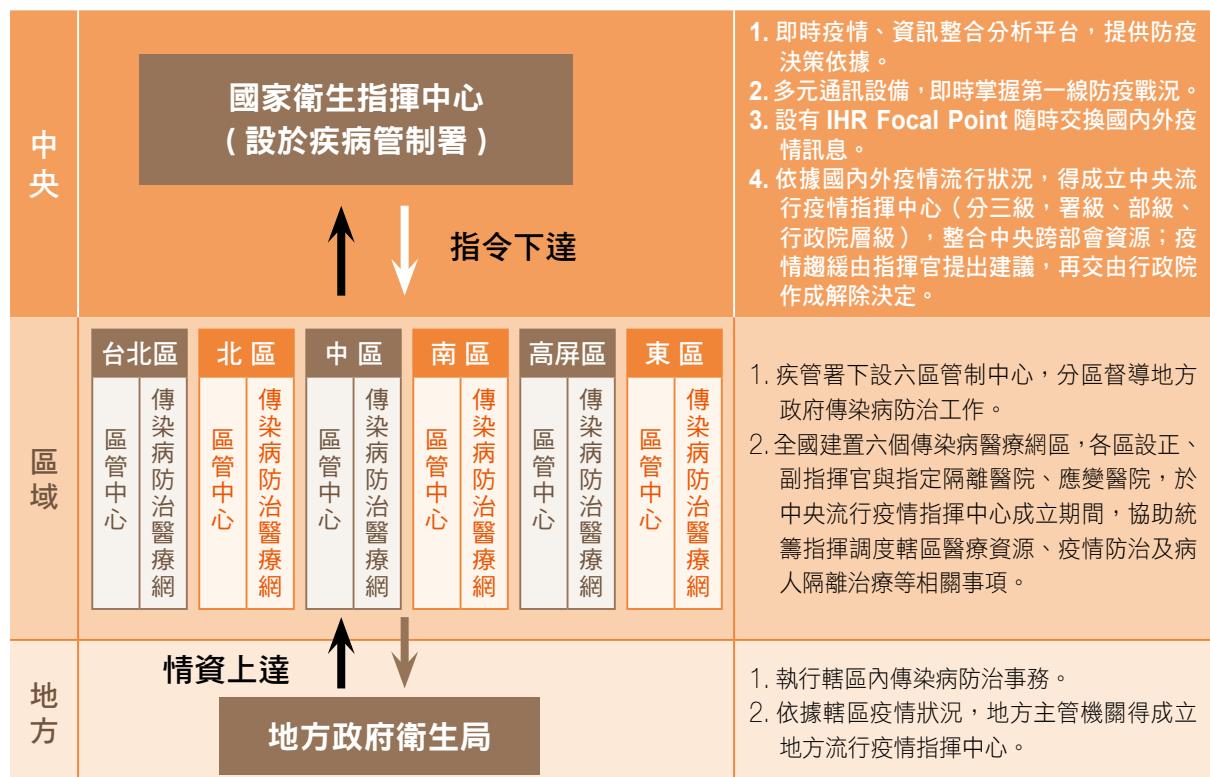
94年成立國家衛生指揮中心，負責中

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

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

圖6-1 傳染病防治指揮架構圖

資料來源：衛福部疾管署



第二節 疫情監測與調查機制

疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及建立疾病流行的長期趨勢，做為擬定傳染病防治政策之參考。106年法定傳染病確定病例統計如附錄二，監測與調查情況如下：

- 一、多元化傳染病監測體系：包括法定傳染病個案通報、學校及人口密集機構監視、急診即時疫情預警監視及實驗室傳染病自動通報等指標型監測系統，並運用健保門、急、住診及衛生福利部死亡登錄資料進行疾病趨勢分析；另透過網路媒體即時蒐集國內外疫情，進行事件型監測。
- 二、疫情通報系統之整合：106年持續推動跨部會資料交換，整合行政院農業委員會、衛福部食藥署、健保署及疾管署等機關之疫情資料，使疫情監測更臻完備。
- 三、疫情調查：就突發及不明原因之傳染病群聚事件進行調查，106年調查1,471件疑似群聚案件。

第二章 ▶ 重要及新興傳染病防治

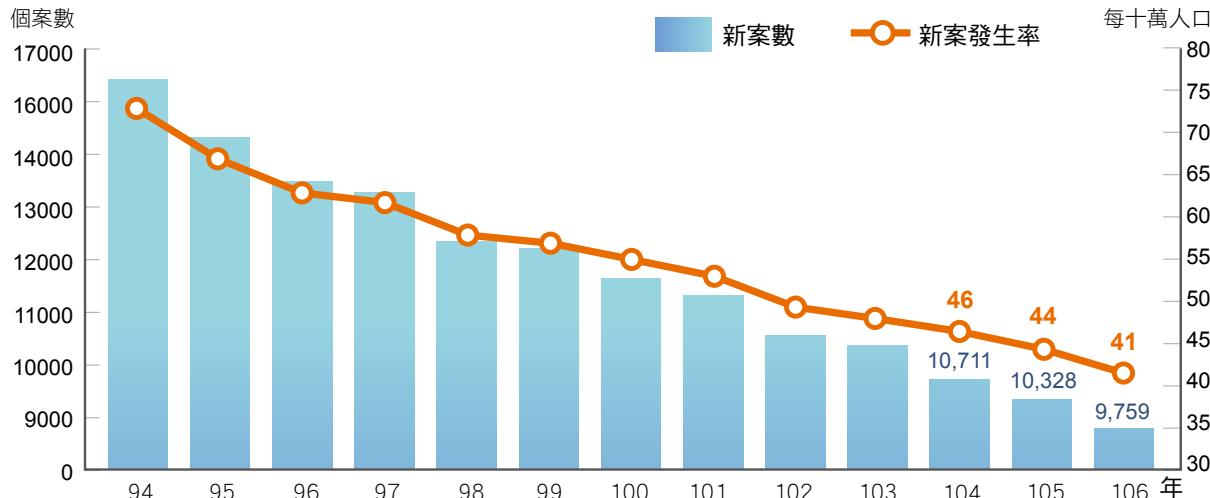
第一節 結核病防治

持續推動新診斷技術、新藥之引進，以縮短結核病診斷治療期程，提升潛伏結核感染治療涵蓋率，成果如下：

- 一、106年結核病新案數9,759人，全國發生率為41例/10萬人口，自94年以來發生率累積降幅達43%（圖6-2），顯見防治策略奏效。
- 二、推動直接觀察治療（都治）計畫，結核病人納入計畫達98%以上。
- 三、實施「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，104年世代追蹤之24個月的治療成功率為74%。
- 四、加強落實接觸者檢查，平均每一個案追蹤檢查接觸者為12位。
- 五、擴大推動「潛伏結核感染（Latent tuberculosis infection, LTBI）治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療法」，106年計提供5萬8,379人LTBI篩檢服務，LTBI應治療者有1萬910人，其中超過7成以上加入治

圖6-2 歷年結核病發生數變動趨勢圖

資料來源：衛福部疾管署



療，計8,510人，相較105年LTBI治療人數增幅約30%。

六、主動積極發現個案，106年經由胸部X光主動篩檢發現368例個案。

七、對15-49歲個案進行常規性愛滋檢驗，106年檢驗率為95%。

八、赴墨西哥參加「第48屆國際抗癌聯盟世界年會（48th Union World Conference on Lung Health）」，受邀擔任大會「終止結核策略工作坊」講員。

九、呼應世界衛生組織（World Health Organization, WHO）倡議之全球消除結核目標，於「2017臺灣全球健康論壇（Global Health Forum in Taiwan）」辦理「2035結核病消除策略（Strategies for Ending TB by 2035）」平行場次，與國內外專家共同討論結核病消除策略。

第二節 腸道傳染病防治

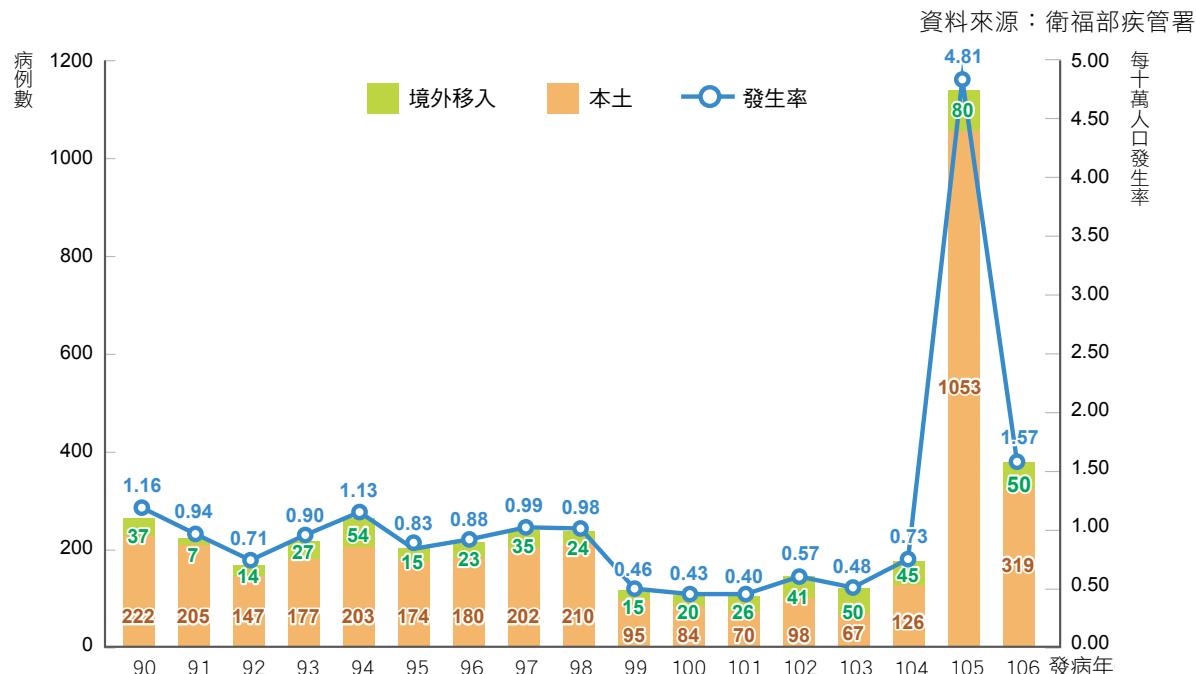
一、腸病毒

106年腸病毒重症確定病例計24例，其中1例死亡，致死率為4.2%，低於前10年平均。106年冬季陸續出現腸病毒D68型感染併發重症病例，為過去所未見，衛福部疾管署立即展開各項應變措施，包含修訂相關指引及加強醫護人員臨床處置品質等，降低腸病毒D68型重症疫情對國人之威脅。

二、A型肝炎

106年A型肝炎確定病例計369例（境外移入50例，本土病例319例）如圖6-3。為控制疫情，辦理「急性病毒性A型肝炎確定病例接觸者A型肝炎疫苗免費接種計畫」及「擴大A型肝炎公費疫苗接種試辦計畫」，提供A型肝炎確定病例接觸者、HIV感染者及梅毒、淋病患者等高風險族群接種1劑公費A肝疫苗，使A型肝炎發生率由105年每十萬人口4.81人降至106年之1.57人。

圖6-3 歷年A型肝炎確定病例數及發生率統計圖



第三節 病媒傳染病防治

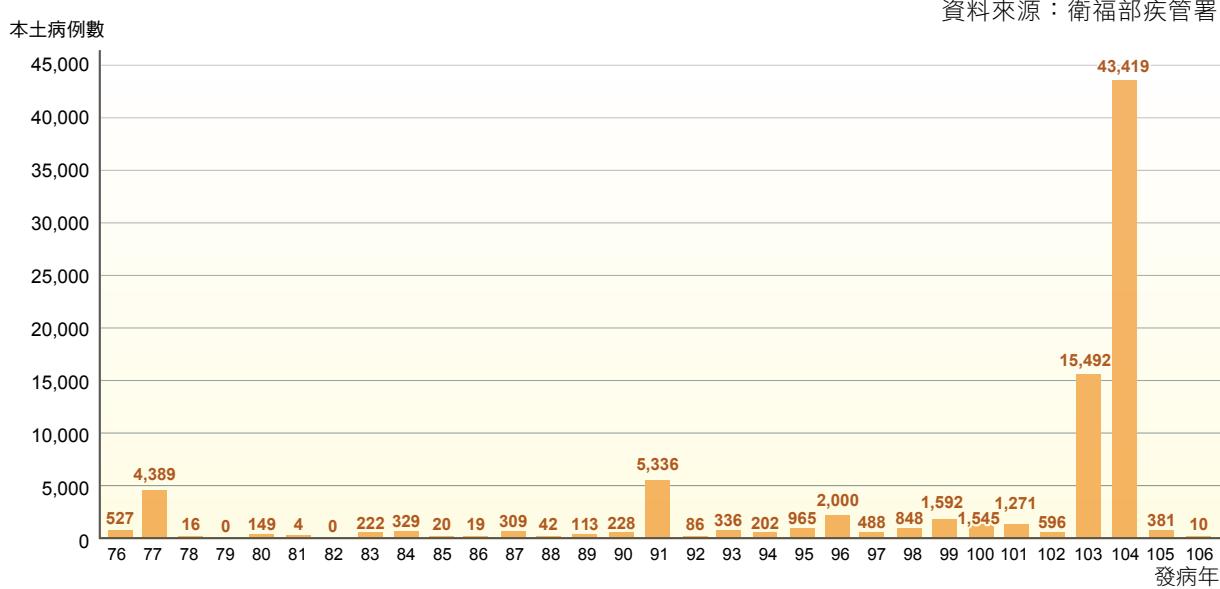
106年登革熱確定病例計343例，本土病例僅10例，為近10年最低，防治成效良好。歷年登革熱確定病例數如圖6-4、6-5，重要防治策略如下：

一、持續執行國際港埠入境旅客體溫量測，對疑似登革熱病例進行NS1快速篩檢並採檢送驗；另推廣基層診所運用NS1抗原快速診斷試劑，縮短隱藏期。

二、每月由衛生福利部與行政院環境保護署兩位首長共同召開「行政院重要蚊媒傳染病防治聯繫會議」，強化中央及地方對重要病媒傳染病之業務聯繫。

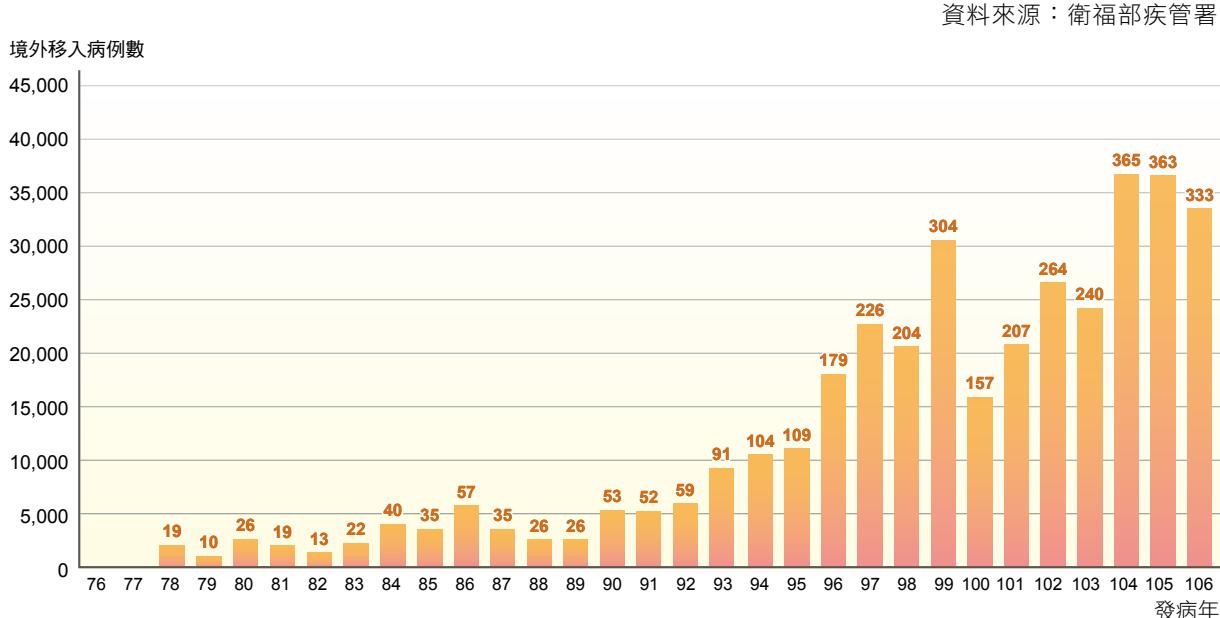
三、國家蚊媒傳染病防治研究中心持續與高風險縣市政府合作，培訓專業人員，運用科學實證資料協助防治實務。

圖6-4 歷年登革熱確定病例數統計圖(本土病例)



資料來源：衛福部疾管署

圖6-5 歷年登革熱確定病例數統計圖(境外移入)



資料來源：衛福部疾管署

第四節 血體液傳染病防治

一、愛滋病

73年至106年底累計通報3萬5,930例本國籍感染者，其中有1萬6,809例發病，6,065例死亡。106年新增感染者2,514名，96%透過不安全性行為傳染，感染途徑以男男間不安全性行為為主，占全年通報人數的85%。106年防治成果如下：

- (一) 為使男男間性行為者獲得適當介入服務，推動設置4家同志健康社區服務中心提供愛滋醫療諮詢門診、篩檢或透過社群網絡及交友軟體提供衛教諮詢等服務，提供超過5,000人次篩檢服務。
- (二) 持續辦理「藥癮愛滋減害計畫」，全國有174家醫院提供替代治療服務。
- (三) 委託44家醫療機構辦理「免費愛滋病匿名篩檢諮詢服務計畫」，提供4萬2,026人次匿名篩，篩檢陽性率1.7%。

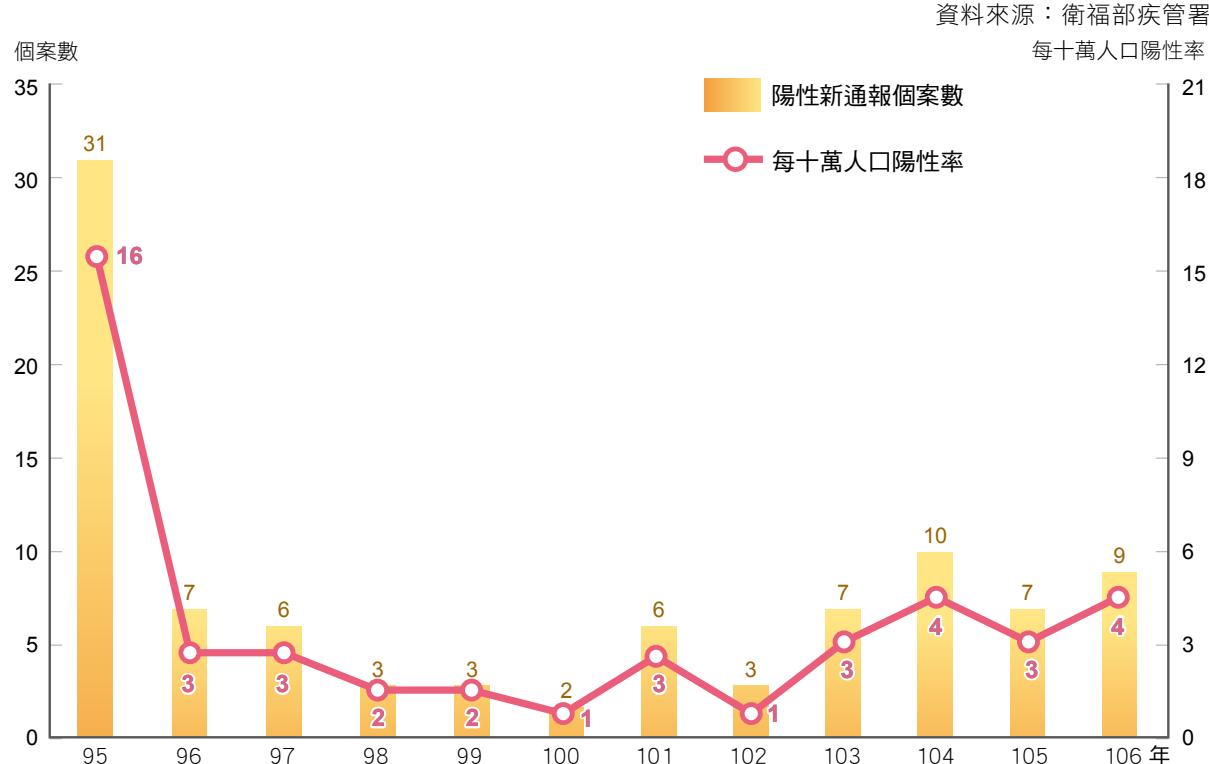
(四) 辦理「在家愛滋自我篩檢服務計畫」，提供民眾在19個縣市衛生局及4家民間團體，所共同設置的278個定點與24台自動服務機，取得愛滋唾液快速自我篩檢試劑之服務，並設立24小時諮詢服務專線，提供篩檢陽性者轉介就醫之服務，共提供1萬7,788人次篩檢服務，發現167名新案，在兼顧民眾隱私及便利之下，有效提高篩檢率。

(五) 為減少母子垂直感染，執行孕婦全面篩檢服務、預防性投藥等介入措施。106年由孕婦篩檢發現9例新診斷感染者，如圖6-6。

二、B、C型肝炎

106年急性病毒性B型及C型肝炎確定病例分別為151及327例。持續辦理孕婦B型肝炎產前檢驗和新生兒B型肝炎預防注射，國內6歲兒童帶原率自實施預防注射前之10.5%降至約0.8%。

圖6-6 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫陽性個案數及陽性率圖



第五節 季節性流感防治

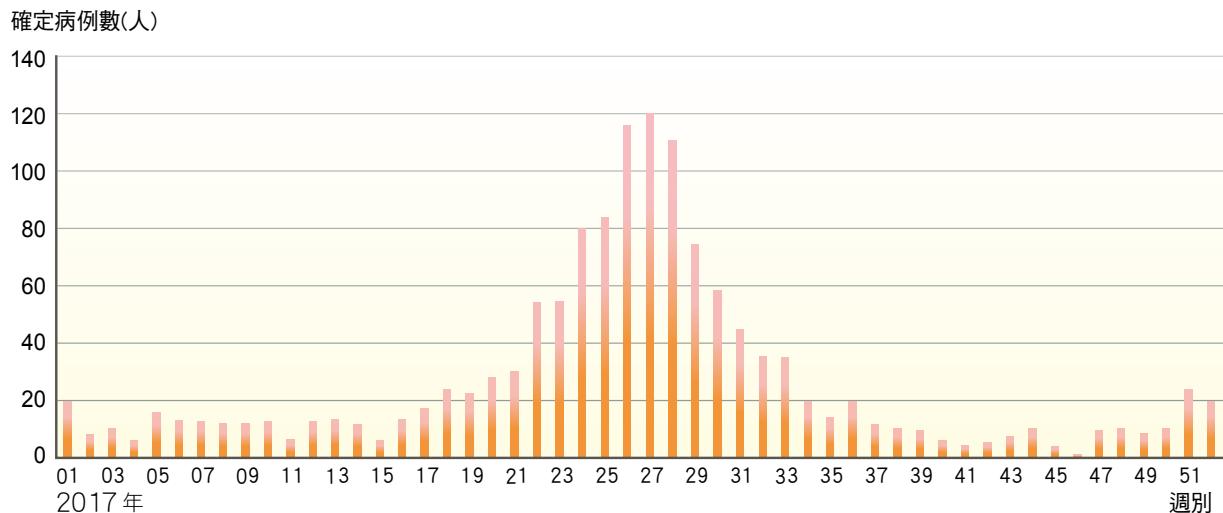
一、106年流感併發重症確定病例共計1,359例，其中224例死亡，致死率為16.5%，如圖6-7。

二、每年10月起辦理「流感疫苗接種計畫」，106年接種對象包含6個月以上至國小入學前幼兒等9類；另補助除校園集中接種學生外的所有對象接種處置費。106年採購600萬劑流感疫苗，全人口接種涵蓋率達25.4%。

三、依「流感能疫情高峰期應變作戰計畫」嚴密監測疫情發展、強化急重症醫療照護品質與資源調度，增設公費流感抗病毒藥劑配置點達4,000多家，辦理擴大公費藥劑適用對象。

圖6-7 106年流感併發重症確定病例圖

資料來源：衛福部疾管署



第六節 新興傳染病防治

- 一、辦理「IHR 指定港埠公共安全與衛生事件應處研討會」，邀請WHO國際衛生條例入境港埠歐盟合作中心專家來臺進行專題演講，並與國內專家、中央相關部會及7個指定港埠海關、移民查驗、檢疫及安全檢查等單位進行交流，以持續提升我國際港埠整體應變力與競爭力。
- 二、訂定「生物病原重大人為危安事件或恐怖攻擊應變計畫」，針對實驗室生物防護應變隊編組人員辦理疑似生恐新興傳染病檢驗相關教育訓練與模擬演練，確保生恐應變量能。
- 三、運用掌上型ATP微生物孢子檢測器，建立生物防護應變快速篩檢程序，擴充新興傳染病檢驗量能。
- 四、建立國際交流網絡，增加國際能見度：
 - (一) 赴義大利與泰國參加「第一屆國際化學、生物、放射性及核武器科學研討會」及「2017 年防疫一體國際研討會」。
 - (二) 赴新加坡參加「APEC建置健康照護機構新興傳染病感染管制暨整備與應變量能工作坊」，與亞洲太平洋經濟合作會議（Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC）會員國交流，精進我國新興傳染病整備與應變。
- 五、採購通過第二等級醫療器材查驗登記與經過美國國家職業安全衛生研究所認證具有防血液或其他體液噴濺功能之折疊型N95口罩共1,200片，以應新興傳染病防疫之需。
- 六、為強化矯正機關防疫整備，辦理「機構內常見傳染病群聚事件處理」課程，提升矯正機關工作人員之專業知識與技能。

第七節 境外傳染病防治

- 針對船舶、航空器、人員執行必要的檢疫措施，港埠內的相關單位聯合組成衛生安全工作小組，維護入出境我國國際港埠的衛生安全。
- 一、國際港埠檢疫：106年總入境人數2,639萬6,941人，經由各機場港口檢疫站紅外線體溫測溫儀篩檢出有症狀旅客共計2萬6,707人，確診罹患法定傳染病個案計有164例。
- 二、旅遊傳染病防治：設立旅遊醫學特別門診，提供民眾出境前旅遊諮詢、預防接種及預防用藥等服務，全國28家合約醫院，全年服務量達2萬3,686人次。

第三章 ▶ 防疫整備及感染管制

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

第一節 流感大流行之整備與因應

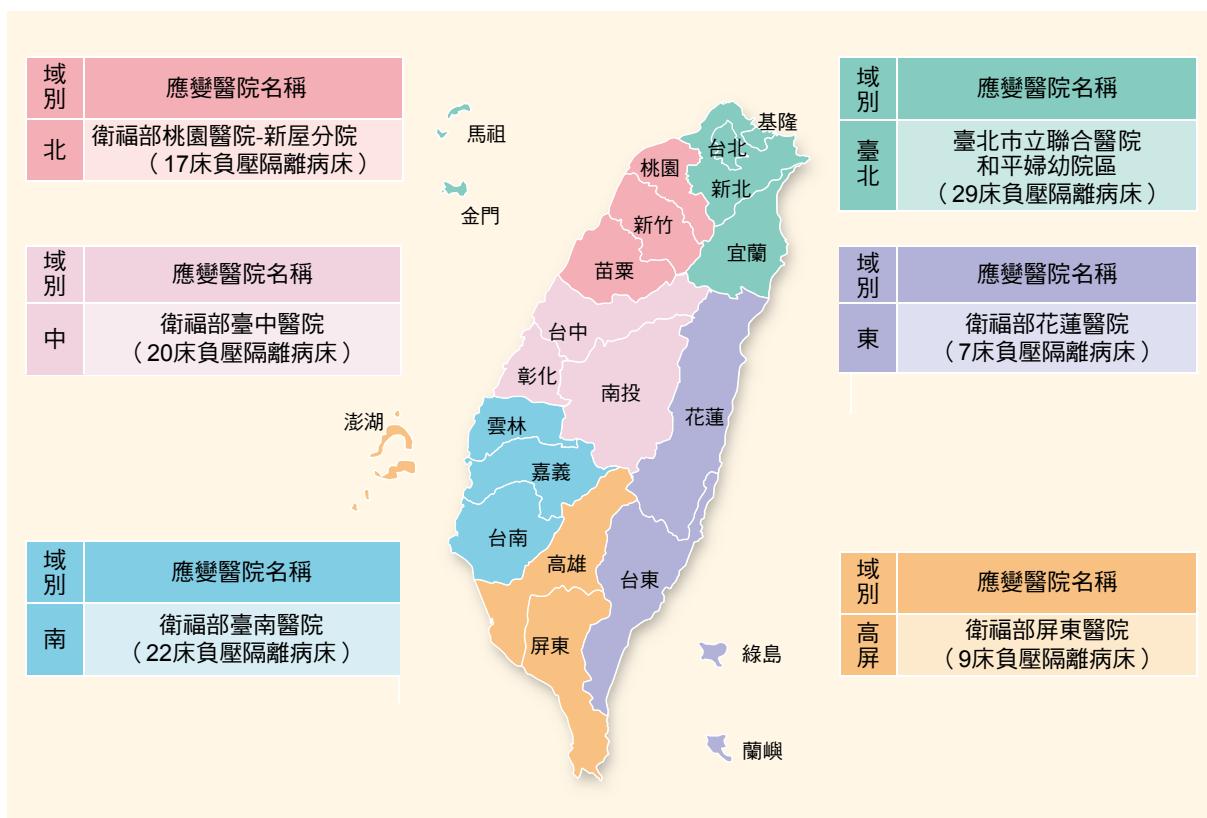
- 一、創新防疫物資儲備及管理調度機制，提升物資儲備效益
 - (一) 建置電子商務採購平臺，確保防護裝備流通換貨機制，以及中央、地方和醫院防疫物資三級庫存管理制度，維持防護衣、N95等級口罩及外科手術面罩安全儲備量。
 - (二) 維持全人口數10-15%流感抗病毒藥劑儲備量，並於流感流行高峰期擴大藥劑適用對象。
 - (三) 持續辦理人用流感A/H5N1疫苗自願接種計畫，106年共接種5,441人次。
- 二、建立跨部會應變機制，有效因應國內禽流感疫情

- (一) 以「行政院禽流感及重要動物傳染病防治聯繫會議」為跨部會溝通平臺，請農政單位鼓勵禽畜相關從業人員及動物防疫人員接種流感疫苗，接種率達97.5%。
- (二) 密切監控禽流感病毒變異及禽傳人之風險，及督導縣市監測禽場作業人員健康情形，未發現有人類禽流感病例。

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

圖6-8 傳染病防治醫療網

資料來源：衛福部疾管署



備註：106年指定隔離醫院共132家，並於每網區指定1家應變醫院與1家支援合作醫院。

第二節 醫療照護相關感染管制與實驗室生物安全管理

- 一、106年首次辦理長期照護機構及安養機構等老人福利機構感染管制查核，實地查訪830家機構，初查合格率達97.1%，待改善之機構複查均合格。
- 二、自106年起調整醫院感染管制查核頻率為至少每2年1次，106年共計224家醫院接受衛生局實地訪查。
- 三、建置長照機構及醫院的感染管制查核作業系統，以利查核資料分析與管理，並減少查核作業行政流程及人力負荷。
- 四、強化抗藥性微生物多元監測機制
 - (一) 抗生素抗藥性管理通報系統於106年3月上線，提供交換平臺自動傳輸及人工批次上傳等2種通報機制，監測醫院全院常見重要細菌之實驗室藥敏試驗結果及其相關資料，106年有80餘家醫院通報。
 - (二) 透過傳染病個案通報系統偵測碳青黴烯類抗藥性腸道菌（Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, CRE）等抗藥性微生物之重要抗藥性基因。

- 五、推動國家型「侵入性醫療處置照護品質提升計畫」，連續3年參與計畫之36家醫院，呼吸器相關肺炎與導尿管相關泌尿道感染發生情形降低幅度分別達33%及16%，已達減少醫療資源耗用及維護病人安全之目標。
- 六、響應WHO對抗生素抗藥性議題之重視，辦理世界手部衛生日與世界抗生素週活動。
- 七、生物安全管理
 - (一) 辦理實驗室生物安全查核工作，查核國內16間高防護實驗室暨高危害病原使用或保存單位實地查核，查核完成率100%。
 - (二) 與經濟部國際貿易局、財政部關務署等合作推動「研究用人類細胞株」進出口便捷通關，並自106年12月1日起實施，簡化該等品項輸出入申辦作業。
 - (三) 輔導國內22間生技產業相關實驗室導入「實驗室生物風險管理系統」，提升實驗室自主管理能力。
 - (四) 國內持有、使用第二級以上危險群微生物病原體及生物毒素之設置單位共計456家，如表6-2。

表6-2 我國設置單位生物安全管理組織之類型及家數統計表

資料來源：衛福部疾管署

類別註	類型	政府機關	醫事機構	學術研究機構	其他機關或事業	合計
生物安全會	16	152	50	230	448	
生物安全專責人員	0	0	0	8	8	

備註：國內持有、使用第二級以上危險群微生物病原體及生物毒素之設置單位，其單位所有員工人數達5人以上者，應設置「生物安全會」；人數未達5人者，指派「生物安全專責人員」；對於設置之生物安全會或指派之生物安全專責人員，應向衛福部疾管署備查。

第三節 研究及檢驗

- 一、受理傳染病檢體共計11萬8,923件，檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計1萬8,383件，陽性率為15%。
- 二、監測檢驗3,939件蟲媒病毒，成功驗出4例境外移入茲卡（Zika）病毒感染個案，阻絕疫情於境外。
- 三、提供7種抗結核病藥物快速分子檢驗，除改善與傳統檢驗結果不一致性外，亦大幅縮短抗藥性病人檢驗至治療之時間差距，提高治療成功率。
- 四、持續「台灣剝絲網（PulseNet Taiwan）」食媒疾病監測，建置並運用沙門氏菌泛基因體等位基因資料庫及其分析程式，接軌國際食媒疾病監測網。
- 五、進行社區腸病毒及呼吸道病毒監測，提供預警、防治、檢驗試劑及疫苗開發之參考。
- 六、完成登革熱NS1快速檢驗試劑技轉，並協助廠商通過體外診斷醫療器材查驗登記。

- 七、首創跨機關「沙門氏菌基因資料庫」，發現106年盛行率大幅增加之沙門氏菌血清型（S.Anatum與S.Brancaster），其基因型亦同時為食用動物（雞、豬）及生肉食品分離菌株之主要基因型，指出不同來源食媒病原之流行病學關聯性，有助於疾監測與調查之溯源及追蹤。
- 八、分讓H7N9病毒予WHO流感合作中心，參與全球流感監測。
- 九、應用「高通量多重腹瀉病原偵測平台」於腹瀉群聚檢測，縮短檢驗時效，並協助新興病原之偵測。
- 十、辦理「登革熱、茲卡及屈公病鑑別診斷國際研習營」，邀請菲、澳等18國實驗室專業人員參訓，提升區域傳染病聯防量能。



第四章 ▶ 預防接種

第一節 預防接種現況與趨勢

為疫苗政策之永續推動，自99年起依《傳染病防治法》第27條成立疫苗基

金，以確保財源穩定，並逐年推動新疫苗政策。於106年推動將公費A型肝炎疫苗實施對象擴及全國，納入幼兒常規接種項目，目前幼童免費常規疫苗共10項，可預防15種傳染病，接種時程如表6-3

表6-3 幼童常規預防接種項目及時程

資料來源：衛福部疾管署

接種年齡	疫苗種類
出生24小時內	● B型肝炎免疫球蛋白一劑
	● B型肝炎疫苗第一劑
出生滿1個月	● B型肝炎疫苗第二劑
出生滿2個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第一劑 ● 結合型肺炎鏈球菌疫苗第一劑
出生滿4個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第二劑 ● 結合型肺炎鏈球菌疫苗第二劑
出生滿5個月	● 卡介苗一劑（建議接種時間為出生滿5-8個月）
出生滿6個月	● B型肝炎疫苗第三劑 ● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第三劑
出生滿6個月至國小	● 流感疫苗
出生滿12個月	● 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑 ● 水痘疫苗一劑
出生滿12~15個月	● 結合型肺炎鏈球菌疫苗第三劑 ● A型肝炎疫苗第一劑
出生滿1年3個月	● 日本腦炎疫苗第一劑
出生滿1年6個月	● 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第四劑
出生滿1年6個月至1年9個月	● A型肝炎疫苗第二劑
出生滿2年3個月	● 日本腦炎疫苗第二劑
滿5歲至國小一年級	● 破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗一劑 ● 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第二劑 ● 日本腦炎疫苗第三劑（提供已完成3劑不活化疫苗之幼童接種）

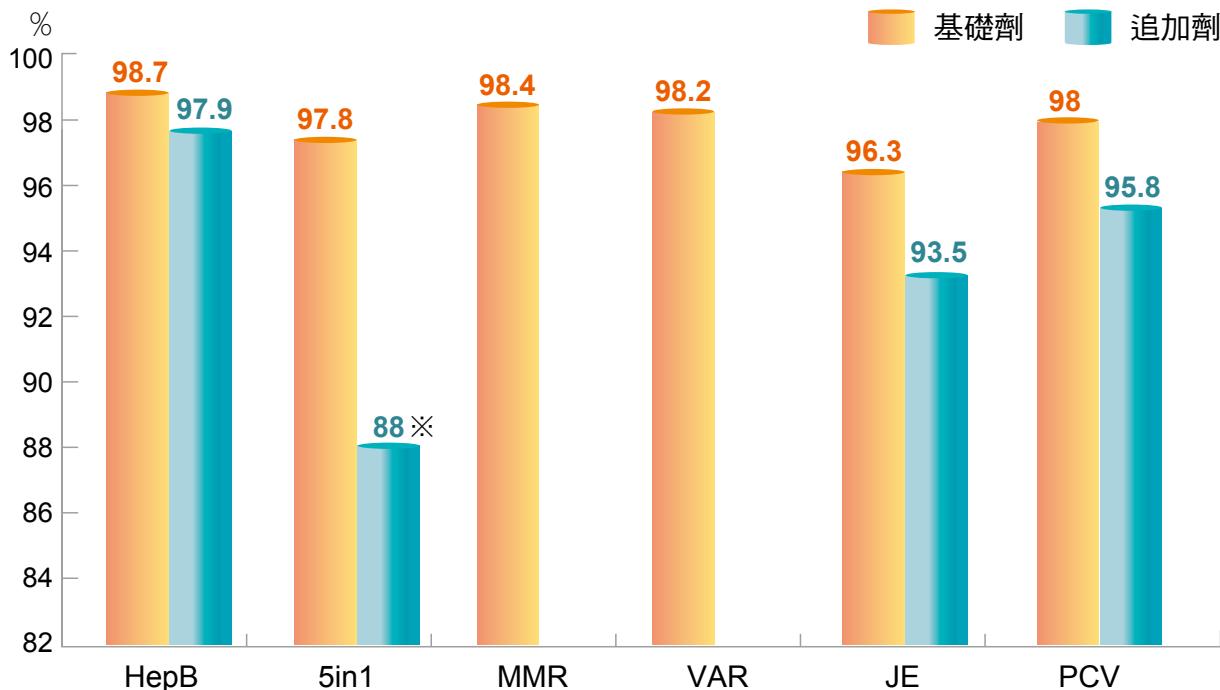
備註：A型肝炎疫苗107年1月起之實施對象為民國106年1月1日（含）以後出生，年滿12個月以上之幼兒；以及設籍於30個山地鄉、9個鄰近山地鄉之平鎮及金門連江兩縣等原公費A肝疫苗實施地區補接種之學齡前幼兒。

建置「全國性預防接種資訊管理系統」掌握及追蹤在籍幼童的預防接種情形，幼童各項常規疫苗均維持高接種率如

圖6-9。對於因預防接種而受害者，設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

圖6-9 106年幼兒各項預防接種完成率

資料來源：衛福部疾管署



備註：
 ◆HepB：B型肝炎疫苗

◆5in1：五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）

◆MMR：麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗

◆VAR：水痘疫苗

◆JE：日本腦炎疫苗

◆PCV：結合型肺炎鏈球菌疫苗

※統計時間：截至106年12月底

※因受五合一疫苗第4劑接種時程調整影響（106年5月起由出生滿27個月調回滿18個月）

截至目前已提升至94%以上

第二節 血清疫苗研製

一、以蛇毒免疫馬匹生產抗蛇毒血漿400

公斤。

二、委託國家衛生研究院生物製劑廠製造

抗蛇毒血清製劑3,005劑。

三、供應國內所需之抗蛇毒血清製劑3,641劑。



第一章	食品管理	91
第二章	藥品管理	93
第三章	醫療器材與化粧品管理	98
第四章	國家實驗室及風險管理	101
第五章	消費者保護與宣導	103

07

食品藥物管理

食品藥物管理政策係以保護消費者健康為核心價值，106年工作重點為健全法規標準及審查制度、落實源頭管理、建構綿密的品質鏈監測體系、精進國家實驗室功能、建置風險預警及管理機制，積極強化消費者保護與溝通，提供「藥求安全有效」、「食在安心健康」之消費環境。

第一章 ► 食品管理

衛福部食品藥物管理署（下稱食藥署）結合產業自律、政府管理及民間參與三大力量，共同確保食品安全，提升食品業者管理能力，讓食安管理向前邁進。

第一節 食品法規標準及產品審查

一、積極推動《食品安全衛生管理法》（下稱食安法），法規增修訂如表7-1。

表7-1 106年食品安全衛生管理相關法規及標準增修訂

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
3月1日	修正「應建立食品追溯追蹤系統之食品業者」	要求食用醋、蛋製品、嬰幼兒食品等3類業者，並分階段實施。
5月18日	公告「食品用洗潔劑標示原則」解釋令	加強食品用洗潔劑產品標示管理，要求揭露產品成分資訊。
7月13日	修正「食品安全衛生管理法施行細則」	配合食安法再修部分條文，修正施行細則31條。
7月17日	修正「健康食品查驗登記審查原則」	揭示文件品質、試驗品質、倫理要求，並應檢附相關法規證明資料。
8月4日	修正「輸入食品系統性查核實施辦法」	水產品及乳製品納入系統性查核之產品範圍，強化輸入食品源頭管理。
11月15日	修正「食品安全衛生管理法」	明定食品業者應保存產品之來源相關文件，另配合刑法沒收新制規定，修正相關條文。
11月17日	訂定「旅館業附設餐廳應符合食品安全管制系統準則之規定」	要求國際觀光旅館、五星級旅館業者，旅館內附設餐廳應有1廳以上實施食品安全管制系統。
12月25日	修正「食品或餐飲服務等郵購買賣定型化契約應記載及不得記載事項」	將「郵購買賣」修訂成「通訊交易」，修正規定名稱及具體規範內容。
12月29日	訂定「健康食品應加標示事項」	健康食品應於「注意事項」加標保健用途、藥品區隔及食用量醒語。
1月~12月	標示規定 包裝食用醋標示規定 自動販賣機販售食品之標示規定 市售奶油、乳脂、人造奶油與脂肪抹醬之品名及標示規定	規範食用醋、自動販賣機販售食品及奶油等應標示規定。
1月~12月	農藥殘留容許量標準、動物用藥殘留標準、食品添加物使用範圍及限量暨規格標準及食品衛生標準	累計訂定379種農藥計6,499品項之殘留農藥安全容許量標準；144種動物用藥計1,456品項之殘留動物用藥安全容許量標準；794品項食品添加物分別訂有使用範圍、限量及規格；共計39項食品衛生標準。

二、辦理特定食品查驗登記，已核可在案
許可證件數如表7-2。

表7-2 106年核可特定食品查驗登記許可證件數

資料來源：衛福部食藥署

應查驗登記食品類別	有效證件數	
輸入錠狀、膠囊狀食品	7,053	
健康食品	358	
食品添加物	6,403	
基因改造食品	130	
特殊營養食品	特定疾病配方食品	186
	嬰兒配方奶粉及較大嬰兒配方輔助食品	125
國產維生素類錠狀、膠囊狀食品	1,245	
真空包裝黃豆即食食品	3	
總計	15,503	

第二節 食品源頭管理

- 一、106年底「非登不可」已掌握超過43萬家食品業者業態，其中食品添加物業者約3,616家，登錄之產品約151,494萬件。
- 二、106年食品追溯追蹤管理公告累計納入22類業者。
- 三、輸入食品邊境查驗
 - (一) 輸入經中央主管機關公告之食品等相關物品，應依海關專屬貨品分類號列，截至106年底計2,582個號列。
 - (二) 106年查驗約69萬4,000批食品及相關產品，較105年增加7.37%，不合格產品均依規定辦理退運或銷毀。

第三節 食品安全鏈監測

- 一、食藥署協同地方衛生局執行食品後市場監測計畫，加強把關結果如表7-3，不合格者均依法查處。
- 二、專案稽查抽驗
 - (一) 針對重點施政項目、高違規、高風險、高關注項目辦理專案稽查抽驗，106年完成48項專案及6項行政院聯合專案稽查。
 - (二) 針對民眾高關注或不合格率較高之禽畜水產品及農產品加強監測，以輸入農產品為例，104年度平均合格率84.1%，105年度平均92.1%，106年度針對不合格率較高之產品提高3餘倍抽驗件數，抽驗合格率為95.6%。

表7-3 106年食品後市場監測結果

資料來源：衛福部食藥署

監測 / 稽查項目	結果		
	總件數	合格數	合格率(%)
市售與包裝場農產品殘留農藥	4,465	3,884	87.0
市售食品動物用藥殘留	2,732	2,704	99.0
市售食品真菌毒素含量	591	574	97.1
市售食品重金屬含量	650	647	99.5

第四節 食品安全衛生管理

- 一、99年至106年底累計超過2萬家餐飲業通過餐飲衛生管理分級評核。
- 二、106年食品安全監測計畫及強制檢驗預告新增5類食品輸入業別；食品製造、加工、調配業則擴及所有食品製造業別並採分期程實施。
- 三、106年「非登不可」系統資料提供雙北市政府衛生局共享及介接，另運用「非登不可」系統資料建立「食在優良」地圖及舉辦「全民來找查」遊戲。

第五節 食品衛生安全管理系統驗證

經公告之罐頭食品、食品添加物、乳品加工、特殊營養食品及資本額3,000萬元以上食用油脂、麵粉、澱粉、食鹽、糖、醬油等10類製造業者，截至106年底計492家應執行衛生安全管理系統驗證。

第二章 ▶ 藥品管理

積極推動藥政改革，提升藥品查驗登記審查時效，扶植醫藥產業發展與競爭力，落實藥品源頭管理及不法藥物取締，健全管制藥品管理，提供民眾用藥安全之消費環境。

第一節 藥品法規標準及產品審查

- 一、持續健全藥物相關管理規範，106年增修訂如表7-4。
- 二、藥品查驗登記管理：106年國內臨床試驗申請新案298件，藥品臨床試驗報告案194件，核准166件新藥申請案，核准286件學名藥申請案。

第二節 藥品源頭管理

- 一、截至106年底，通過國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範（The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme : Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products, PIC/S GMP）家數計137家，國外則為937家。
- 二、截至106年底，國產原料藥已有26家藥廠264品項符合藥品GMP規定，取得GMP備查之輸入原料藥許可證共1,444張。

表7-4 106年藥政管理法規增修訂

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
1月17日	公告「修正人類細胞治療產品臨床試驗計畫申請程序」	修正申請程序，以促進人類細胞治療產品研發之進展。
3月3日	「各類新藥查驗登記審查重點」	配合國際法規協和，並增進審查透明度，作為業者預備技術性資料的參考依據。
8月10日	公告「藥品臨床試驗計畫審查流程精進措施」	公告三項精進措施，包括簡化首次使用於人體的藥品臨床試驗計畫審查流程、訂定細胞治療/基因治療產品臨床試驗計畫快審機制及加強計畫變更案之分級管理，分流審查。
8月22日	公告「藥品臨床試驗受試者同意書格式」	修正受試者同意書格式，增進受試者參與藥品臨床試驗之安全與福祉。
10月31日	預告訂定輸入規定代號「F04」草案	未來輸入人用藥品之原料藥應依「輸入藥物邊境抽查檢驗辦法」向食藥署申請辦理輸入查驗。
12月5日	公告修正「藥品查驗登記審查準則」	修正製劑使用的原料藥相關查驗登記、變更及展延案件應檢附資料。增訂規範廠商於賦形劑變更核准等其仿單、標籤符合自行變更要件，並應上傳更新。
12月25日	預告訂定「藥品查驗登記審查準則第三十九條附件二、第四十條附件四、第四十九條之一所定經中央衛生主管機關公告得以其他資料替代原料藥技術性資料之藥品」	參考國際間藥品管理模式暨我國已全面實施製劑使用的符合藥品優良製造規範之原料藥，預告訂定非屬新成分新藥之醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥等製劑之原料藥，得檢附原料藥合成步驟或製程、檢驗規格、方法及成績書等取代原料藥技術性資料。

第三節 藥品品質鏈監測

- 一、公告「西藥藥品優良製造規範（第三部：運銷）」施行項目與時程並執行查核，截至106年底計有642家業者申請GDP檢查，273家通過檢查。
- 二、藥物品質監測
- (一) 市售藥品品質監測結果，疑似藥品

不良品通報895件、疑似藥品療效不等通報29件、監控國際藥品品質（回收）警訊928則。

- (二) 106年辦理421批生物藥品檢驗封緘，共1,382萬9,585劑。
- (三) 106年藥品品質調查監測結果如表7-5，不合格產品均依法處辦。

表7-5 106年藥品品質調查監測結果

資料來源：衛福部食藥署

監測項目	完成件數	合格件數	合格率(%)
類固醇外用製劑 (triamcinolone acetonide) 及口服製劑 (dexamethasone)	71	70	98.6
胃腸用口服膠漿及懸液之微生物	43	39	90.7
藥品總計	114	109	95.6

三、「偽劣假藥聯合取締小組」自99年成立後，每月維持平均稽查至少1,500次以上，查獲率由小組成立初期的27.22%（99年4月）大幅下降至1.35%（106年12月）如圖7-1。核

處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計8,081件，罰鍰金額共1.99億元，廣告違規率由13.93%（99年1月）降至4.91%（106年12月）如圖7-2。

圖7-1 99-106年不法藥物查獲率

資料來源：衛福部食藥署

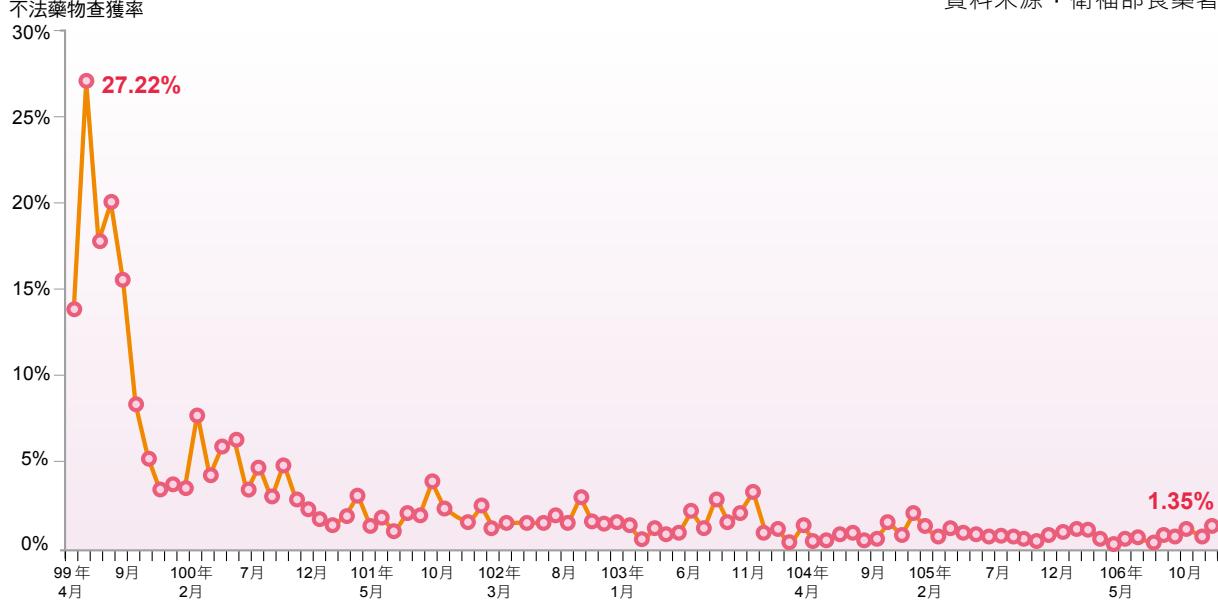
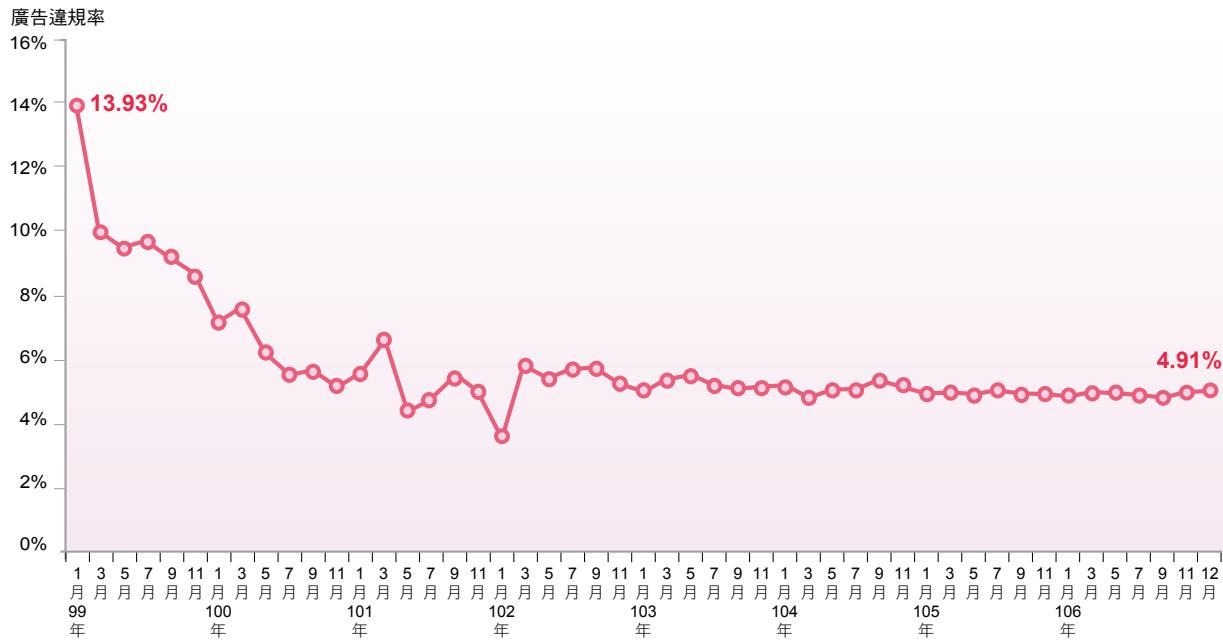


圖7-2 99-106年食品藥物廣告違規率

資料來源：衛福部食藥署



第三節 藥品質量鏈監測

一、公告「西藥藥品優良製造規範（第三部：運銷）」施行項目與時程並執行查核，截至106年底計有642家業者申請GDP檢查，273家通過檢查。

二、藥品質量監測

- (一) 市售藥品質量監測結果，疑似藥品不良品通報895件、疑似藥品療效不等通報29件、監控國際藥品質量（回收）警訊928則。
- (二) 106年辦理421批生物藥品檢驗封緘，共1,382萬9,585劑。
- (三) 106年藥品質量調查監測結果如表7-5，不合格產品均依法處辦。

第四節 藥品安全管理

106年受理藥害救濟申請案計190件，審定救濟給付122件，給付率67%，給付金額總計2,301萬6,909元整。

第五節 管制藥品管理

- 一、依《管制藥品管理條例》建立管理體系，106年管制藥品分級增修公告如表7-6。
- 二、截至106年底，領有管制藥品登記證之機構業者計1萬5,682家，領有使用執照之專業人員計5萬4,831人。
- 三、106年執行流通管理實地稽核共1萬7,230家，查獲違規比率3.41%，並予以處辦。
- 四、培訓153位藥物濫用防制人才及成立8家反毒教育資源中心，結合90個外展點，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

表7-6 106年管制藥品分級增修公告事項

資料來源：衛福部食藥署

修正日期	分級	公告分級名稱
1月5日	第二級	甲氧基甲基安非他命 (Methoxymethamphetamine、MMA) , 包括2-MMA、3-MMA及4-MMA 等三種位置異構物
		2-甲基胺丙基苯并喃 [(2-Methylaminopropyl) Benzofuran、MAPB] 包括2-MAPB、3-MAPB、4-MAPB、5-MAPB、6-MAPB 及7-MAPB等六種位置異構物
	第三級	甲氧基乙基安非他命 (Methoxyethylamphetamine、methoxy-N-ethylamphetamine、MEA) , 包括2-MEA、3-MEA 及4-MEA 等三種位置異構物
		5-甲氧基-N-甲基-N-異丙基色胺 (5-Methoxy-N-methyl-N-isopropyltryptamine、5-MeO-MIPT)
		3,4-亞甲基雙氧苯基甲胺丁酮 (Butylone、bk-MBDB)
		氟安非他命 (Fluoroamphetamine、FA)
6月23日	第二級	1-苯基-2- (1-吡咯烷基) -1-戊酮1-phenyl-2- (1-pyrrolidinyl) -1-pentanone、Alpha-PVP
		甲苯基乙基胺戊酮 (Methyl- α -ethylaminopentiophenone、MEAPP) 包括2-MEAPP、3-MEAPP、4-MEAPP 等三種位置異構物
	第三級	3,4-亞甲基雙氧苯基二甲胺丁酮 [2- (Dimethylamino) -1- (3,4-methylenedioxophenyl) -1-butanone、Dibutylone、Methylbutylone、bk-DMBDB]
12月13日	第二級	N- (1- (5-氟戊基) -1H-吲唑-3-基) 簇基纈胺酸甲酯 [Methyl-N- ((1- (5-Fluoropentyl) -1H-indazol-3-yl) carbonyl) valinate、5-Fluoro-AMB]
		甲基- α -吡啶苯己酮 (Methyl- α -pyrrolidinohexiophenone、MPHP) 包括2-MPHP、3-MPHP及4-MPHP等三種位置異構物
	第三級	甲苯基甲胺戊酮 (Methyl- α -methylamino-valerophenone、Methylpentadrone、MPD) , 包括2-MPD、3-MPD及4-MPD等三種位置異構物
	第三級	3,4-亞甲基雙氧苯基乙基胺戊酮 [1- (1,3-benzodioxol-5-yl) -2-(ethylamino) -1-pantanone、N-ethylpentylone、Ephylone]
	第三級	氯乙基卡西酮 (Chloroethcathinone、CEC、Chloro-N-ethylcathinone) 包括2-CEC、3-CEC及4-CEC等三種位置異構物

第六節 中藥管理

- 一、106年7月31日修正「藥品查驗登記審查準則」，規範中藥製劑規格及檢驗方法必須記載之項目及內容，並明定中藥安定性試驗應符合中央衛生主管機關公告之基準。
- 二、106年有94家GMP中藥廠，依藥物製造業者檢查辦法規定，完成51家後續查廠作業，合格率達96.1%。
- 三、違規中藥廣告查處655件行政處分，共罰鍰1,642萬元，不合格產品皆依法處辦。
- 四、人參、黃耆等21項中藥材實施邊境查驗制度，106年報驗3,166件，抽驗847件，37件不合格產品依法退運或銷燬。
- 五、市售中藥（材）品質監測，檢驗重金屬、二‘氧化硫、黃麴毒素及殘留農

藥，106年抽驗344件中藥材、250件中藥製劑，合格率分別為93.9%、99.6%；抽查包裝標示2,463件，合格率98.4%，不合格產品均依法處辦。

第三章 ▶ 醫療器材與化粧品管理

為有效控管醫療器材及化粧品之安全及品質，分別從法規管理國際化、生產源頭控管、上市前把關、上市後監督及產品通路監測等面向，建立完整品質管理政策。

第一節 醫療器材及化粧品法規標準及產品審查

- 一、法規環境與國際規範調和化，106年增修訂如表7-7。

表7-7 106年醫療器材及化粧品管理法規重要增修訂公告

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
1月9日	公告「醫療器材查驗登記優先審查機制」	加速新興醫療器材研發上市，並顧及罕見疾病、危及生命或嚴重失能病患能及時使用安全、有效之醫療器材。
2月15日	公告修正化粧品中防腐劑及抗菌劑成分使用及限量規定基準表	修正69項防腐劑及訂定18項抗菌劑成分之限量及使用規定。
3月16日	公告修正「藥商(局)得於通訊交易通路販賣之醫療器材及應行登記事項」	擴大開放血壓壓脈帶、月經量杯、醫療用電動代步車等共5項第2等級醫療器材得於通訊交易通路販賣。
12月8日	公告「黃樟素等15種成分為化粧品中禁止使用成分」	自107年7月1日起，凡含有黃樟素等15種成分之化粧品，禁止輸入、製造、販賣、供應或意圖販賣、供應而陳列。
12月15日	公告「醫療器材軟體確效指引」	提供研發醫用軟體產品業者參考。

二、106年完成164件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，較105年增加14%；研訂60項醫療器材產品技術基

準，採認918項國際標準及110項產品基準，提升審查一致性與透明性（審查案件如表7-8）。

表7-8 106年醫療器材及化粧品審查案件統計

資料來源：衛福部食藥署

統計項目	醫療器材查驗登記	醫療器材廣告	含藥化粧品查驗登記
收件數	5,251	292	1,499
結案數	5,096	286	1,470

有效許可證張數：醫療器材4萬6,797張（較105年增加3,469張）、含藥化粧品1萬6,724張（較105年增加965張）。

備註：依司法院大法官釋憲，化粧品廣告之事前審查106年1月1日停止。

三、成立全方位醫材及化粧品法規諮詢輔導網絡，接獲1萬8,185通諮詢電話、9,592通化粧品法規諮詢，及時回復各界疑問並公布Q&A於食藥署網站。

四、落實醫材專案輔導機制，成功協助國產「B型肝炎病毒量檢驗套組」、「D型肝炎全抗體試劑」、「登革熱NS1抗原快速檢驗試劑」、「自動體外心臟電擊去顫器」、「睡眠呼吸治療裝置」等多項產品核准上市。

第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

- 一、醫療器材製造面納入醫療器材GMP管理，有效國產醫療器材認可登錄704件、有效輸入醫療器材品質系統文件（Quality System Documentation,QSD）認可登錄3,925件、符合自願性化粧品優良製造規範47家。
- 二、截至106年底，化粧品產品登錄平台共登錄7,228件，較105年增加5,469件。



第三節 醫療器材及化粧品品質鏈監測

一、市售醫療器材及化粧品品質調查監測
如表7-9，不合格產品均依法處辦。

二、食藥署協同地方衛生局聯合稽查醫療器材及化粧品之產品包裝標示，結果如表7-10。

表7-9 106年醫療器材及化粧品品質調查監測結果

資料來源：衛福部食藥署

計畫名稱	總件數	檢查項目			
		品質		包裝標示	
		合格件數	合格率(%)	合格件數	合格率(%)
市售PVC材質醫療器材中鄰苯二甲酸二(2-乙基己基)酯(DEHP)	29	29	100	28	96.6
市售外科手術口罩及醫用口罩	28	17	60.7	27	96.4
醫療器材總計	57	46	80.7	55	96.5
市售化粧品中雌激素	52	52	100.0	52	100
市售指甲油中甲醛、甲醇、苯及鄰苯二甲酸酯類成分	50	42	84.0	50	100
化粧品總計	102	94	92.2	102	100

表7-10 106年醫療器材及化粧品聯合稽查統計分析表

資料來源：衛福部食藥署

產品類別	查核縣市數	查核店面數	產品標示		
			查核件數	合格件數	合格率(%)
耳溫槍	9	58	132	8	6
紅外線治療器	9	28	32	6	18.7
自動血球細胞分離器及保存血小板濃縮液之環境控制箱等相關醫材	3	21	28	0	0
助聽器	9	56	71	29	41
醫療器材總計	30	163	263	43	16.3
頭髮用化粧品	10	51	88	4	4.6
化粧水			95	1	1.1
染髮產品			67	4	6.0
化粧品總計	10	51	250	9	3.6

第四節 醫療器材及化粧品安全管理

一、106年醫療器材不良品及不良反應通報分別為3,996件及423件如圖7-3，主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊2,159則，摘譯公告139則警訊，

提供各界參考。

二、106年化粧品不良事件通報83件，監控化粧品233則安全訊息，並發布安全紅綠燈128則。

圖7-3 醫療器材不良品及不良反應通報件數



第四章 ▶ 國家實驗室及風險管理

持續精進國家實驗室功能，建構國際趨勢之檢驗技術，強化檢驗技術發展並以檢驗科技支援行政管理；推動風險管理及危機處理機制，建構健全且完善之食品藥物安全管理體制，有效降低風險與危機發生之可能性與衝擊。

第一節 國家實驗室任務與功能

一、因應各式產品檢驗需求，積極開發快速、精確之檢驗方法，以迅速釐清突發事件發生始末、提出因應策略，並透過新聞稿與媒體化解民眾疑慮。106年檢驗8,669件，檢驗項目達4萬3,991次，包括產品申請許可證之查驗登記檢驗、生物藥品逐批封

緘檢驗、衛生套邊境檢驗及突發事件之檢驗等，並協助檢、警、調、司法、海關送驗案、地方衛生主管機關之檢驗技術與支援等。

二、增購儀器擴增檢驗量能，精進檢驗技術，制訂技術文件供各界使用，公告新增及修正食品類檢驗方法28篇、建議檢驗方法36篇、化粧品公開建議檢驗方法6篇。

第二節 風險管理及危機處理機制

一、辦理「風險管理及危機處理教育訓練」基礎課程，提升危機管理與應變能力。
二、106年因應「0303偽藥事件」，啟動應變指揮中心三級開設，針對事件進行檢討改進，落實緊急事件應變機制。

第三節 地方及民間實驗室認證管理

一、透過「衛生局聯合分工檢驗體系」，持續協調及輔導專責分工檢驗項目，提升地方衛生局自行檢驗比率達85%。截至106年底，計761品項通過衛福部食藥署實驗室認證，專責項目通過認證比率達97.2%。

二、為擴大國內檢驗量能，通過衛福部認

證之民間檢驗機構家數及項目數已達124家、1,503品項，較去年成長7.8%如圖7-4、7-5，食品藥粧能力試驗滿意度達84.1%。

三、推動免重複檢驗方面，登錄日本厚生勞動省輸出國公共檢驗機關制度B類名單計4家認證檢驗機構，認證體系受國際肯定。

圖7-4 認證檢驗機構家數成長情形

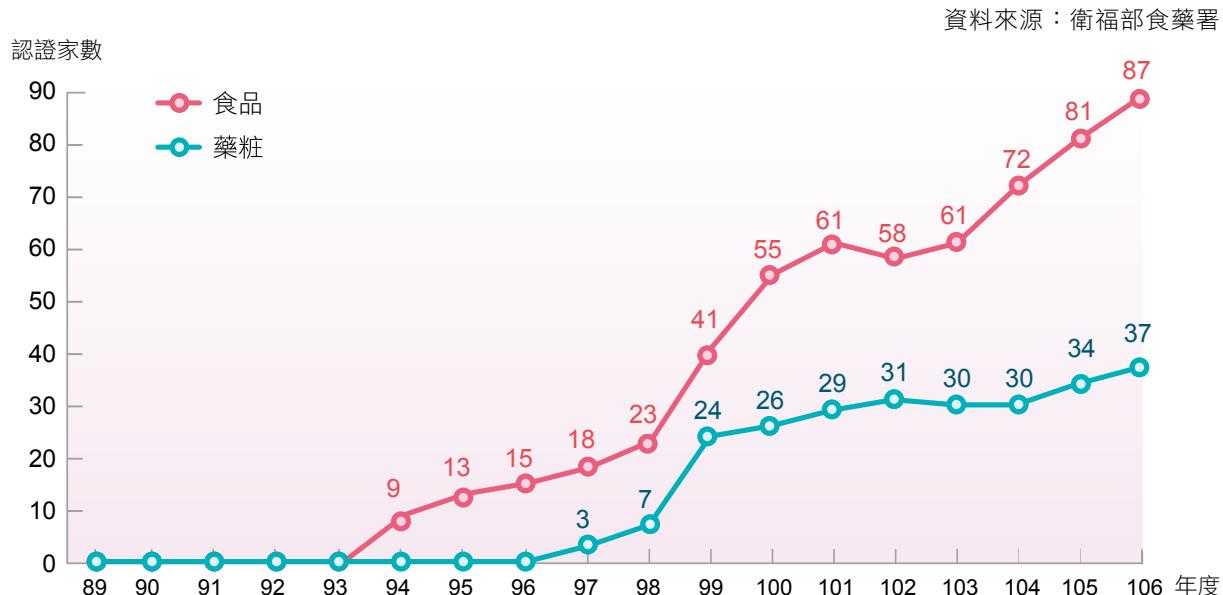
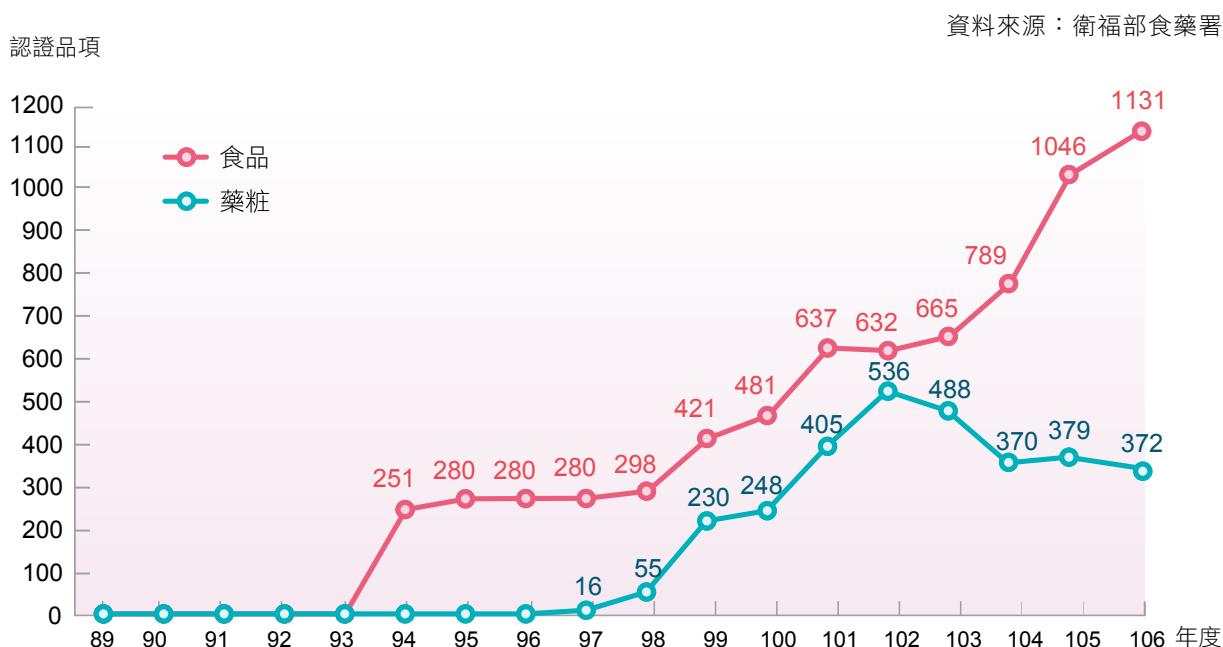


圖7-5 認證檢驗機構認證品項數成長



第五章 ▶ 消費者保護與宣導

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

第一節 消費者即時資訊提供

- 一、架設「食藥好文網」提供食藥知識及資訊，設置「謠言終結機」及「徵求謠言」專區，持續蒐集網路食藥迷思及破解謠言，截至106年底，文章數已超過420篇，累積54萬3,700人瀏覽。
- 二、透過「食用玩家Facebook粉絲團」，發布最新實用衛教資訊貼文，粉絲數已達7萬4,000人以上。
- 三、透過「食藥闢謠專區」，蒐集網路不實謠言，發布307則闢謠，專區點閱率達391萬次，媒體報導轉載約1,891則以上。



四、透過「新世代反毒策略_新興濫用藥物資訊專區」，提供新興影響精神活性物質（NPS）檢出情形、藥物濫用案件檢驗統計資料、認可濫用藥物尿液檢驗機構及尿液毒品檢驗快篩試劑可檢測毒品一覽表等資訊。

第二節 消費者溝通與宣導

- 一、全國食安專線「1919」，截至106年底服務量超過7萬通，滿意度達80%。
- 二、於全國性報紙刊載「餐桌上的知識家」專題文稿，並利用漫畫方式傳遞食品安全衛生觀念；製作「出外食，多用心」雜誌專刊書，以圖文方式呈現外出用餐及烤肉時應注意事項，教導學童看懂標示選對點心，以期食品安全向下扎根。
- 三、結合25個民間團體辦理1,566場次藥物濫用防制宣導活動，並於「反毒資源館」網站，新增「披著糖衣的毒藥」及「防毒防身五錦囊」等宣導資訊，截至106年底，累計50萬人次瀏覽。
- 四、成立全國9家正確用藥教育資源中心、19所正確用藥中心學校及351家社區用藥諮詢站，辦理438場教育活動、174場宣導講座扎根社區及學校，提升民眾正確用藥觀念。



第一章	全民健康保險	105
第二章	國民年金制度	111

08

全民健保與國民年金

為保障國民因生、老、病、死、傷殘、失能、失業而發生個人及家庭的經濟危機時能獲得幫助，乃於自助互助、風險分擔的原則下，透過社會保險制度，建構我國社會安全體系。

第一章 ▶ 全民健康保險

第一節 全民健保業務現況

全民健保經過多年的耕耘，以「普及、經濟、便利、滿意度高」的成果吸引全球關注，不僅在國內維持高達八成的滿

意度，每年也吸引數百位外賓來臺瞭解臺灣的健保制度。

截至106年底，健保總投保人數2,388萬人，納保率達99.7%以上，全國92.8%的醫療院所皆與衛福部中央健康保險署（以下簡稱健保署）特約，醫療可近性可謂相當便利。

健保財務主要來自於保險對象、雇主及政府共同分擔的保險費收入，少部分為外部財源挹注，包括公益彩券盈餘、菸品健康福利捐分配收入等。截至106年底保險收支累計結餘為2,386億元，財務狀況穩定。



106年11月24日中央健康保險署舉辦107年度重大政策共識營

第二節 全民有保就醫便利

106年總門診次數為3億6,132萬人次，總住院次數為336萬人次，平均每人每年門診就醫次數15.2次（含西醫、中醫及牙醫門診），住診就醫次數0.14次，全國每人每年平均住院日數1.3日。

106年底，健保特約醫事服務機構計達2萬8,339家，其中特約醫療院所計2萬1,080家，占全國醫療院所總數的92.8%，

保險對象可自由選擇醫療院所。

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

第三節 財務健全收支連動

二代健保實施後，因擴大費基收繳補充保險費及政府總負擔比率提高等財源挹注，保費收取更符合量能負擔的公平原則，財務缺口亦明顯改善，至106年底，歷年收支結餘達2,386億元，如圖8-1。自105年起執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入單次給付金額扣取下限由5,000元調整為2萬元，並加強補充保險費查核及監控；106年全年補充保險費計收約448億元。

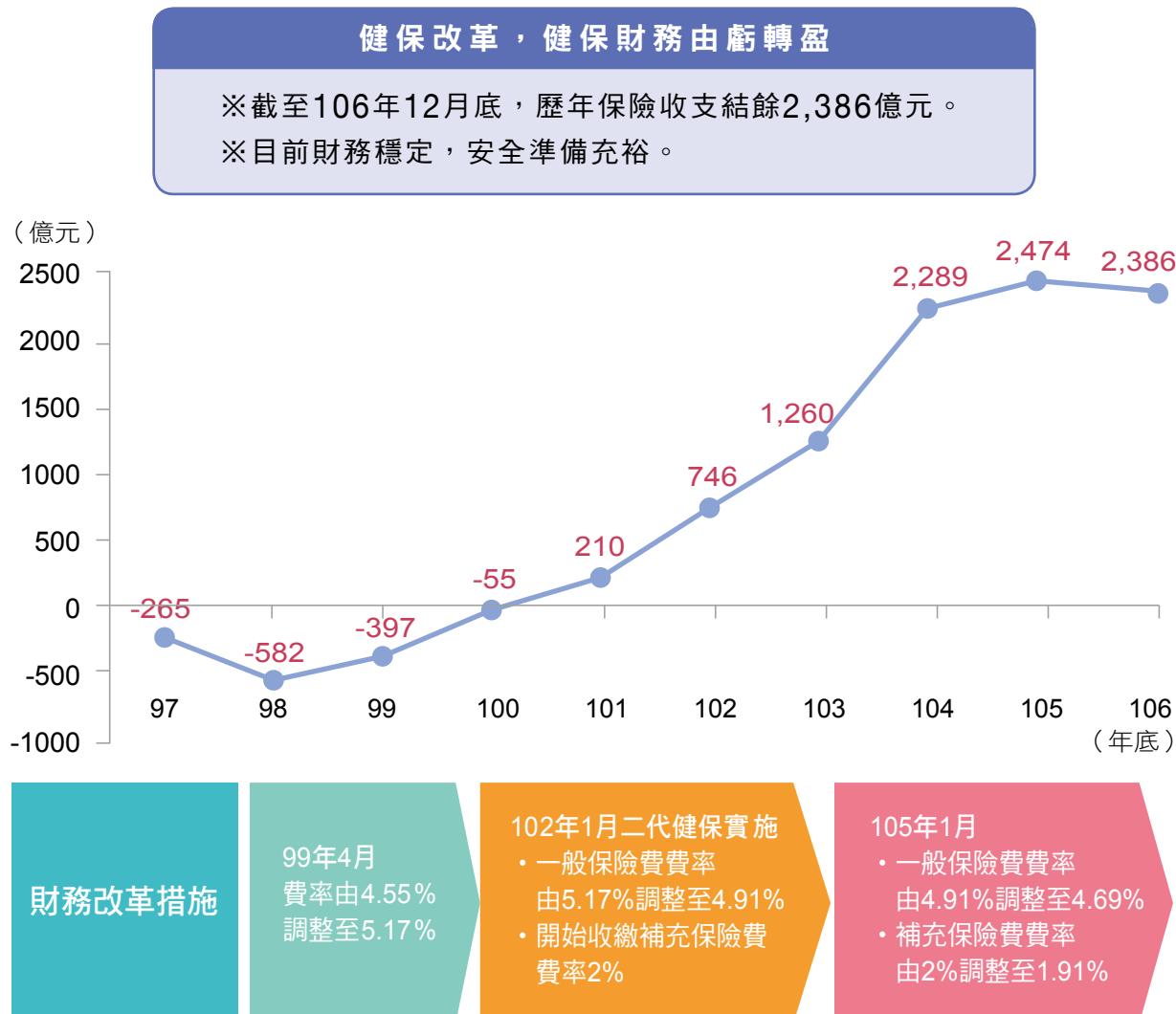
考量健保制度永續經營，爰秉持二

代健保財務收支連動精神，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」，並據以審議105、106年度費率，自105年1月1日起，一般保險費費率由4.91%調降為4.69%，補充保險費費率連動由2%調降為1.91%；106年度依該機制之審議結果，無需調整費率。

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

圖8-1 二代健保實施前後財務收支累計餘絀情形

資料來源：健保署



第四節 多元支付合理管理

健保醫療費用支付方式，係以「論服務量計酬」(Fee-for-Service, FFS)為主。91年7月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度(Global Budget Payment System)，以有效控制醫療費用成長率，106年醫療費用成長率5.6%。同時透過支付制度策略，如論病例計酬(Case Payment)、論質計酬(Pay-for-Performance, P4P)改革方案，以改變診療行為，提升醫療服務品質。99年1月1日起實施全民健保住院診斷關聯群支付制度(Taiwan Diagnosis Related Groups,以下簡稱Tw-DRGs)，並於103年7月1日起實施第2階段Tw-DRGs。

另自90年起啟動「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案」，並於102年起擴大將前一年門診就醫次數90次以上者約4.7萬人納入輔導，以協助正確就醫；經輔導一年無明顯成效，且經專審醫師認定確有就醫異常者，則限定於指定院所就醫（緊急情況不在此限），若至非指定院所就醫不予給付。輔導成效以106年輔導105年門診就醫次數90次以上者為例，輔導後與輔導前同期相比，平均就醫次數下降18%，醫療費用減少約4.25億元。

為提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，於105年2月15日起實施居家醫療照護整合計畫，改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式。截至106年底，共有195個照護團隊參與，包含2,024家院所，累計照護人數有32,759人。

對於急性治療後出現失能狀態的病人，於治療黃金期給予積極性復健，使其恢復功能健康返家，減少後續家庭照顧。

辦理急性後期整合照護計畫，針對腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患，由「急性後期照護團隊」的區域醫院、地區醫院，依不同疾病特性，在治療黃金期內給予高強度之物理治療、職能治療、語言治療、社工、營養等整合性之團隊照護。目前共38個團隊及200家醫院參與計畫，累計至106年收案人數超過11,000人，88%病人功能有明顯進步，日常活動功能(Activities of Daily Living, ADLs)由39分進步至64分，88%病人順利返家。

另為配合分級醫療推動，106年以醫院總額部門「醫療服務成本指數改變率」增加之預算，用於調整急重症項目(共60億元)及偏鄉與地區醫院診療項目(共22億元)之支付點數。自106年10月1日起，調升167項診療項目支付點數，放寬1,513項手術之兒童加成方式，以及放寬手術通則、急診例假日加成時間、兒童專科醫師加成，另調高偏鄉及地區醫院49項基本診療支付點數。為壯大西醫基層診所服務量能，擴大其服務範疇，於西醫基層總額部門以2.5億元預算，自106年5月1日起，開放「流行性感冒A型病毒抗原」等25項診療項目至基層院所執行。

為回應各界因審查專業見解差異而提出公開具名以示負責之建議，健保署自105年10月起，以醫院總額醫療費用為範圍實施「專業雙審及公開具名」試辦方案，在「專業雙審」部分，針對特定案件由2位醫師審查；在「公開具名」部分，依審查醫師之意願，分為「個別核減案件具名」及「團體公開姓名」兩類；前者，有小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科及泌尿科等7個科別於部分地區試辦；後者，於健保資訊網服務系統中依科別公布姓名，累計至106年底同意

率達51%。試辦方案後，醫療費用核減之爭議審議件數由104年的10.4萬件下降至106年的5.5萬件，故已達到「減少個人專業見解差異，提升醫療費用核減合理性」之目的。

過去C肝治療需每週施打一次長效型干擾素，並配合每日口服雷巴威林(ribavirin)，療程半年至一年。自從治療C肝的全口服新藥上市後，可提高治癒率、降低副作用並縮短療程，全民健保於106年1月起納入給付，106年健保醫療費用總額分配24.3億元預算用於C肝全口服新藥之給付，依台灣消化系醫學會建議之優先治療對象先給予給付，約有9,538名個案受惠。

第五節 資訊公開提升品質

健保署全球資訊網公開健保醫療服務資訊，包括特約醫事服務機構醫療品質、給付範圍等。二代健保實施後，更加強公開醫療重要事務等資訊，例如各醫院提報的財報、各醫院的醫療服務情形（如病床數、門住診申報件數及醫療點數）、全日平均護病比、個別醫院之醫療品質等，讓民眾及各界從宏觀角度來瞭解醫療院所的經營效率，透過公開重大違規行為，促進醫事服務機構提升醫療品質。為促使自

費醫材資訊透明化，健保署已建置「自費醫材比價網」，讓民眾可以比較各院所自費及自付差額項目之價格（如塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、陶瓷人工髓關節等）。

健保署全球資訊網並已建置「病友意見分享平台」（網址：<http://www.nhi.gov.tw>），以擴大民眾參與新藥物納入健保給付審核，落實程序正義；平台內持續更新即將納入討論之治療重大傷病的新藥，或過程面或植入物的新醫材等品項，請病人/病友團體/照顧者可對其用於疾病治療結果、生活品質改善、達到的預期效果等經驗提供意見。

第六節 照顧弱勢守護偏鄉

一、對經濟弱勢民眾的補助措施

- (一) 除對特定弱勢者補助健保費外，尚有多項協助措施如表8-1。
- (二) 105年6月7日起實施「健保欠費與就醫權脫鉤（全面解卡）案」，推動健保全面解卡，民眾只要辦理投保手續，均可安心就醫。
- (三) 公益彩券回饋金協助弱勢民眾減輕就醫負擔：106年協助項目包含健保欠費及就醫相關費用等，共計約2億1,200萬元，6.8萬餘人次受惠。

表8-1 106年繳納健保費之協助措施成效

資料來源：健保署

項目	對象	人(件)數	金額
保險費補助	低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿20歲及55歲以上之無職業原住民等	303.8 萬人	250.2 億元
紓困貸款	符合經濟困難資格者	2,324 件	1.7 億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	7.7 萬件	21.7 億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	6,799 件	2,369 萬元

二、對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護

(一) 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫：健保署自88年11月起實施本計畫，截至106年共計50個山地離島地區納入本計畫，該地區民眾就醫免收部分負擔，並有26家特約院所承辦，服務民眾達46萬餘人，整體而言，實施此計畫鄉鎮之民眾，對計畫之平均滿意度為95%。

(二) 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：101年起實施本計畫，以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於醫療資源不足地區的地區醫院或鄰近該地區的區域醫院，提供24小時急診服務以及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院服務，每家醫院補助金額上限1,500萬元。未提供24小時急診，選擇提供內外婦兒門住診者，每科全年最高補助100萬元。106年計有90家醫院參與。103年除持續推動本計畫，另新增「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」之區域醫院，急診檢傷分類1、2級當次轉住院之前10日（含）住院，給予每點1元保障，每家保障金額上限500萬元，106年有9家區域醫院參與本計畫。

(三) 健保署對醫療資源較不足鄉鎮，每年額外投入約6.4億元，辦理醫療資源不足地區改善方案，以「在地服務」的精神鼓勵中、西、牙醫醫師至醫療資源不足地區執業，或是以巡迴方式提供醫療服務。106年共有268家特約院所至醫療資源不足地區巡迴，服務民眾達59萬餘人。

(四) 依據健保法施行細則第60條，經公告之醫療資源缺乏地區就醫之門診、急診與居家照護服務，減免20%部分負擔。

三、對重大傷病患者、罕見疾病患者等疾病弱勢族群之照護

(一) 凡取得重大傷病證明的保險對象，可免除該項疾病就醫部分負擔。截至106年12月底，重大傷病證明核定約有95萬餘件（人數為89萬餘人，約占總保險對象的3.7%），而106年重大傷病醫療費用約1,915億餘元（占全年總醫療支出的27.35%）。

(二) 經衛福部公告之罕見疾病為全民健保重大傷病項目，除取得重大傷病證明者就醫時可免除部分負擔外，使用經衛福部公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付。截至106年12月底止，核定重大傷病證明共9,759件。



第七節 運用科技提升效率

中華民國（臺灣）為少數使用智慧晶片卡作為保險憑證的亞洲國家，不僅提升行政效率，健保卡還可登錄重大傷病、過敏藥物、門診醫囑（包括藥品、檢驗及檢查），此外，亦可註記保險對象器官捐贈、安寧緩和醫療或不施行心肺復甦術意願。

為讓服務更多元化，於95年1月建置「多憑證網路承保作業平臺」。截至106年底，使用的投保單位已有18.8萬家，每個月透過網路申報之異動資料約153萬筆，占全部異動量之7成6以上。

截至106年底，透過網路申報106年度補充保險費扣費明細資料近1,545萬筆，占全部明細資料的9成以上。

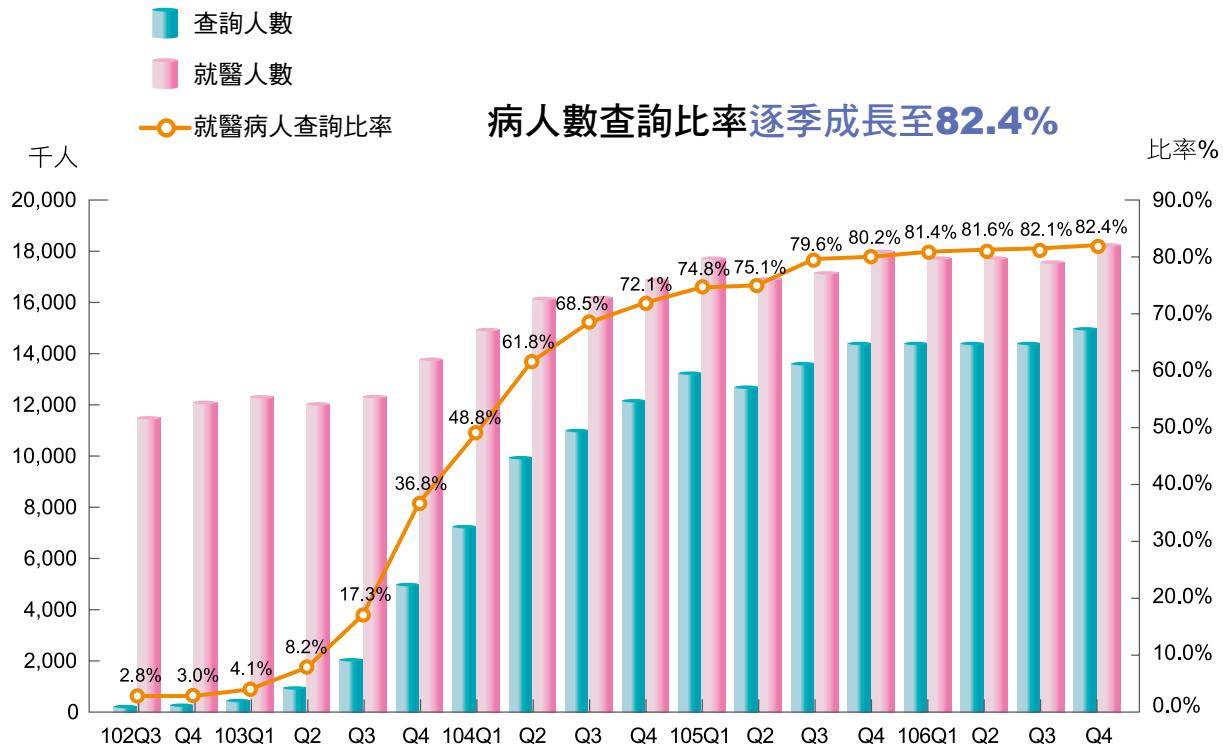
健保署於102年建置「健保雲端藥歷系統」，供醫師、藥師即時查詢病人用藥紀錄，避免醫師重複處方及病人重複用

藥，降低藥物交互作用，以提升用藥安全。105年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，截至106年3月底已發展11項查詢項目：雲端藥歷（西醫用藥）、中醫用藥、過敏藥物、特定管制藥品用藥、特定凝血因子用藥、檢查檢驗紀錄及結果、牙科處置及手術、復健醫療、手術紀錄、出院病摘。106年計有24,478家醫療院所啟動查詢，每月平均查詢筆數計2,800萬人次，就醫人數查詢比率約82.4%如圖8-2。進一步分析有被查詢用藥紀錄之病人群，其降血壓、降血脂、降血糖、安眠鎮靜、抗思覺失調及抗憂鬱症等六類用藥，跨醫療院所重疊用藥日數比率有逐年下降趨勢，顯示該系統確已發揮避免重複用藥的功效。

為提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握程度，民眾可透過「健康存摺」系統以「已註冊」之健保卡或自然人憑證查

圖8-2 健保醫療資訊雲端查詢系統（含健保雲端藥歷系統）使用統計

資料來源：衛福部健保署



詢或下載個人的就醫資料，包括：門診、住院、用藥、手術、過敏、檢驗（查）結果、影像或病理檢查、出院病歷摘要、器官捐贈或安寧緩和醫療意願、成人預防保健結果及預防接種等資料。截至106年底已有59萬人、458萬人次使用健康存摺。

第二章 ▶ 國民年金制度

國民年金保險（下稱國保）於97年10月1日開辦，將25歲以上、未滿65

歲，且未參加軍、公教、勞、農保的國民納入社會安全網，使其在老年、生育、身心障礙、死亡時，被保險人及其遺屬能獲得基本經濟生活保障，是我國建構全面性社會安全網的重要里程碑，跨入「全民有保險、老年有保障」的嶄新紀元。

第一節 國民年金制度現況

一、106年12月國保被保險人數為334萬9,164人，各身分別被保險人數及比率統計表如表8-2。

表8-2 106年12月國保被保險人數及比率統計表

資料來源：勞動部勞工保險局

身分別	被保險人數（人）	比率（%）
一般身分	288 萬 2,608	86.1
低收入戶	7 萬 1,218	2.1
重度、極重度身心障礙者	9 萬 4,018	2.8
中度身心障礙者	7 萬 4,782	2.2
輕度身心障礙者	6 萬 2,229	1.9
所得未達 1.5 倍	11 萬 8,475	3.5
所得未達 2 倍	4 萬 5,834	1.4
總計	334 萬 9,164	100

二、保險費率：8.5%（保險費係依月投保金額及保險費率計算）。

三、保險費補助：國民年金保險費原則上由政府補助40%（每月622元），所得未達一定標準者或輕、中度身心障礙者，保險費補助55%（855元）或70%（1,088元）；而低收入戶、重度以上身心障礙者，政府給予100%（1,554元）補助。

四、月投保金額：1萬8,282元。

五、被保險人繳費率：國保自97年10月1日開辦迄至106年底止，被保險人應收保險費2,909億餘元，已收1,625億餘元，繳費率為55.88%。

六、給付項目

(一) 保險給付：包含老年年金給付、生育給付、身心障礙年金給付、喪葬給付、遺屬年金給付5項。

(二) 其他給付：包含老年基本保證年金、身心障礙基本保證年金、原住民給付3項。

(三) 國民年金各項給付核付情形如表8-3。

表8-3 106年國民年金給付核付人數及金額統計表

資料來源：勞動部勞工保險局

給付種類		核付人數(人)	106年累計核付金額(元)
保險給付	老年年金給付	90萬 1,854	389億 807 萬
	生育給付	1萬 9,901	7億 127 萬
	身心障礙年金給付	6,752	3億 218 萬
	喪葬給付	1萬 4,581	13億 3,225 萬
	遺屬年金給付	7萬 9,943	36億 4,783 萬
	合計	102萬 3,031	448億 9,162 萬
其他給付	老年基本保證年金	61萬 3,157	274億 8,600 萬
	身心障礙基本保證年金	2萬 879	12億 2,822 萬
	原住民給付	3萬 9,701	17億 595 萬
	合計	67萬 3,737	304億 2,017 萬
總計		169萬 6,768	753億 1,180 萬

備註：一次性給付核付人數之年度合計值採累計方式；年金給付核付人數之年度合計值採年底數。

七、國保基金財務狀況：截至106年12月底運用金額2,640.7億元，進行多元化資產配置，包括國內銀行存款（占7.9%）、國內外債務證券（占31.2%）、國內外權益證券（占48.1%）等，以兼顧安全性及收益性。

第二節 國民年金制度變革與重要業務成果

- 一、舉辦「106年度國民年金之展望與挑戰研討會」，邀請各領域參與人數達207人，針對國民年金政策及執行等議題進行交流，廣泛蒐集各界對於國保制度未來改革方向之建議。
- 二、督請勞動部勞動基金運用局擬定106年度基金運用計畫，持續強化國保基金之投資運用，以提升收益率。106年截至12月底，總收益為212.21億元，年化總收益率為8.04%。
- 三、督請勞動部勞工保險局（下稱勞保局）透過制度化催繳機制，針對國保欠費民眾辦理全面性催繳作業，106年收回欠費金額總計52億餘元。

四、為提升國保各項給付正確發放率，督請勞保局持續加強比對資料庫、建立相關稽核制度，106年度溢領案件1,763件，較105年度降低11.3%。

五、訂定「提升國民年金保險被保險人繳費率策進作為辦理原則」，結合原住民族委員會（下稱原民會）、勞保局及各地方政府以多元管道宣導國民年金，並辦理欠費被保險人個案訪視，106年共計訪視26.9萬餘人，辦理宣導活動3.7萬餘場。

六、函頒「國民年金保險費十年補繳期限屆至因應對策」，請原民會、勞保局及各地方政府共同積極辦理，以確保民眾未來領取給付權益。





第一章	兒童及少年福利	115
第二章	婦女福利與家庭支持	117
第三章	老人福利	121
第四章	身心障礙者福利	123

09 社會福利服務

因應全球化、都市化、少子女化、高齡化的趨勢，社會結構快速變遷，家庭功能改變，為讓弱勢者獲得適切之照顧，爰以促進全民福祉與權益為使命，規劃及整合婦女、兒童及少年、老人、身心障礙者之福利服務政策，結合家庭與社區資源，期達到保障權益、支持家庭、友善社會及精進品質之願景。

第一章 ▶ 兒童及少年福利

我國兒童及少年（以下簡稱兒少）人數至106年底計390萬662人，占全國人口16.5%，衛福部社會及家庭署（以下簡稱社家署）依行政院102年核定之《人口政策白皮書》，與相關部會共同推動各項

友善兒少支持措施如圖9-1，以緩解少子女化現象。同時，推動《兒童權利公約施行法》，至106年底已完成法律案及命令案檢視作業，提出兒童權利公約首次國家報告並辦理國際審查。

第一節 兒童及少年福利補助

一、提供父母未就業家庭育兒津貼：針對父母一方因育兒需要，致未能就業，且經稅捐稽徵機關核定最近1年綜合所得稅稅率未達20%者，每月補助2,500元至5,000元。106年共25萬8,364名兒童受益（占2歲以下兒童人數65.64%），補助50億6,959萬餘元。

圖9-1 友善兒少支持措施

資料來源：衛福部社家署

項目	年齡	0歲	1歲	2歲	3歲	4歲	5歲	6歲
經濟支持 措施	就業者家庭部分托育費用補助							
	父母未就業家庭育兒津貼							
	幼兒學前特別扣除額							
					幼兒就讀幼兒園補助		5歲免學費 教育計畫	
	特殊境遇家庭子女生活補助（子女生活津貼、兒童托育津貼）							
	低收入戶及弱勢兒童少年生活補助							
平價優質 托教措施	公私協力托嬰中心				非營利幼兒園			
	公私協力托育資源中心							
	居家托育服務中心（社區保母系統）							
友善職場 措施	育嬰留職停薪津貼							
	家庭照顧假							
預防保健 醫療措施	3歲以下兒童醫療補助							
	發展遲緩兒童療育及交通補助							
	中低收入戶兒童及少年健保費補助							
	兒童預防保健服務							
人身安全 保障措施	三級預防措施							

■ 無排富 ■ 部分排富 ■ 弱勢

- 二、提供弱勢家庭兒少緊急生活扶助：106年對於遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需照顧的家庭，每人每月給予3,000元緊急生活扶助，協助度過經濟危機，計協助3,617戶家庭、5,611名兒少，補助1億450萬餘元。
- 三、辦理中低收入戶兒少健保費補助：補助未滿18歲之中低收入戶兒童及少年全民健保保險費，106年共126萬239人受益，補助8億9,227萬餘元。
- 四、辦理3歲以下兒童醫療補助：針對3歲以下參加全民健康保險之兒童，於就醫時自動減免其門（急）診及住院部分負擔，106年補助免費就醫1,526萬5,253人次，減輕家長負擔19億4,721萬餘元。
- 五、提供弱勢兒少醫療補助：106年協助繳納健保欠費、發展遲緩兒童療育、訓練及評估費、住院期間看護費及部分負擔費等，共5,384人受益，補助9,896萬餘元。

第二節 兒童及少年權益維護

- 一、建立兒少福利與權益溝通平臺：設置「行政院兒童及少年福利與權益推動

小組」、「衛生福利部兒童及少年福利與權益推動小組」，就兒少福利政策、兒童權利公約之落實進行協調、研究、審議及諮詢。

- 二、推動兒少安全實施方案：推動兒少之人身、居家、交通、校園、遊戲、水域、就業、網路及其他面向的安全工作，成立「兒童及少年事故傷害防制推動小組」，定期管考各部會績效，積極為兒少提供安全無虞的成長環境。
- 三、維護無戶（國）籍特殊兒少權益：106年定期追蹤各地方政府最新處理情形，並保障無戶（國）籍兒少就學、就養、就醫權益，個案總數228名，已結案19名，持續追蹤計209名。
- 四、推動兒少人權，提升兒少發展及社會參與
- (一) 106年結合地方政府及民間團體辦理各項兒少人權宣導活動，補助42個團體，共6萬2,137人次受益。
- (二) 為宣導10月11日「臺灣女孩日」之理念，106年取材STEM (Science, Technology, Engineering, Mathematics)，以「女力創新・我無所畏」為號召，辦理宣導記者會及科技營，邀請實務界科技女力藉自身經歷傳達活動精神－「性別平等、多元探索、相信自己」，呼籲社會各界合力建構性別友善的社會。
- (三) 106年補助辦理兒少培力方案，協助各地方政府與民間團體培植兒少諮詢代表計379名，參與地方兒少事務決策與協調，全面落實兒少社會參與及表意權，共1萬3,701人次受益。



106 年臺灣女孩日宣導記者會暨論壇

第三節 安置服務

一、加強推動機構安置服務

(一) 輔導與委託民間團體辦理機構安置業務，照顧依法應受安置之兒少，至106年底計有124所機構，如表9-1。

(二) 106年補助機構專業人員服務費、設施設備、院生課業輔導、福利服務活動等，計5,717萬8,314元。

二、辦理兒少安置及教養機構聯合評鑑：106年業研議107年兒少安置機構聯合評鑑指標及計畫，包含本部所屬及省級兒少安置機構9家、新北市等20縣市所轄兒少安置機構88家，預計

97家參與聯合評鑑。

三、推動家庭寄養服務：輔導地方政府委託民間團體辦理家庭寄養業務，106年登記合格之寄養家庭計有1,193戶，另有284戶儲備寄養家庭，安置兒少1,621人，如表9-2。

四、強化全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統：106年完成與法務部矯正署資訊系統、衛福部保護資訊系統、高風險資訊系統之介接；並規劃安置機構輔導查核線上登錄，提供地方政府進入系統登錄安置機構輔導查核情形（含定期與不定期），衛福部可由線上查核或抽檢，督導縣市政府管理情形。

表9-1 近5年兒少安置教養機構設立情形

資料來源：衛福部社家署

年度		102	103	104	105	106
機構數		126	124	122	122	124
核定床位數		4,985	4,991	5,004	5,094	5,211
安置人數	男	1,842	1,818	1,771	1,702	1,583
	女	1,700	1,683	1,704	1,617	1,565

表9-2 近5年寄養家庭及寄養人數一覽表

資料來源：衛福部社家署

年度		102	103	104	105	106
家庭數（戶）		1,275	1,289	1,326	1,299	1,193
兒少數（人）	男	899	847	804	786	769
	女	905	896	858	836	852

第二章 ▶ 婦女福利與家庭支持

因應近十年社會變遷，我國家庭政策於104年5月26日行政院社會福利推動委員會第23次委員會議修正通過，提出5大目標：（一）發展全人照顧與支持體系，促進家庭功能發揮（二）建構經濟保

障與友善職場，促進家庭工作平衡（三）落實暴力防治與居住正義，促進家庭和諧安居（四）強化家庭教育與性別平權，促進家庭正向關係（五）宣導家庭價值與多元包容，促進家庭凝聚融合，內含33項政策內容及98項行動措施，自105年起執行。

第一節 婦女福利

從婦女觀點出發，以充權婦女能力為考量，推動各項服務，106年重要工作成果如下：

- 一、結合民間團體辦理促進婦女福利與培力之支持性服務，充權婦女能力，創造並增進婦女公平發展的機會，計補助612萬4,280元。
- 二、強化各縣市26處婦女福利服務中心功能，連結政府與民間資源，提供婦女有關婦女福利、婦女權益、法律服務及學習成長等服務，計服務170萬9,484人次。
- 三、經營管理台灣國家婦女館，作為我國推展婦女福利、婦女權益及性別主流化的平台，促進國內外婦女組織及公私部門之聯繫互動。提供國內50個單位場地使用、接待67個國內團體及國外人士參訪，來館人次達1萬1千人次。
- 四、推動培力地方政府推展婦女福利業務輔導計畫，擇定臺北市、桃園市、臺南市、高雄市、苗栗縣、嘉義市、嘉義縣、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣及澎湖縣等12個縣市，組成專家團隊督導，協助評估地方政府需要及進行各項業務的問題診斷，逐步發展具地方特色的婦女福利服務，並協助地方政府建立長期性業務督導機制。

第二節 弱勢家庭服務

一、單親家庭福利服務

- (一) 106年全國計6處單親家庭服務中心，整合轄內單親福利資源及服務；補助民間團體辦理單親家長支持團體、福利宣導活動等計13案。
- (二) 106年辦理單親培力計畫，計補助204名單親家長就讀大專校院及高中

職學費、學雜費與學分費及臨時托育費用（男女性別比為1:14.7），鼓勵單親家長提升學歷。

- (三) 106年全國計120處家庭（社會）福利服務中心，提供整合性及預防性的家庭福利服務。
- 二、新住民福利服務：106年全國計35處新住民家庭服務中心，提供個案管理服務計1萬3,798案，設置79個社區服務據點，提供88項新住民家庭服務方案。
- 三、弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務：106年補助民間團體辦理弱勢兒少家庭訪視、課後臨托與照顧、親職教育或親子活動等方案39案，計40萬287人次受益。
- 四、兒童及少年高風險家庭處遇服務：106年補助77個民間團體，聘用218位社工進行訪視關懷，計訪視2萬5,630戶，開案服務1萬337戶，協助1萬9,010名兒少，降低再通報率為9%。

第三節 托育及早療家庭服務

- 一、托育費用補助：106年托育費用補助父母（或監護人）雙方或單親一方皆就業，將未滿2歲幼兒送托育人員照顧者，每月補助2,000元至5,000元不等，計補助9萬133名兒童，金額15億7,885萬4,494元。

二、托育服務

- (一) 106年底計有72處居家托育服務中心，共管理5萬5,397名托育人員（含親屬托育），收托4萬6,024名未滿2歲之兒童如圖9-2，其中領有服務登記證書托育人員中，具保母人員技術士證者計2萬5,750，占87.09%。

(二) 106年底計有907所全國托嬰中心，收托2萬3,066名幼兒如圖9-3，其中私立托嬰中心784家，收托1萬7,772人，公私協力托嬰中心123家（含社區公共托育家園17家），收托5,294人。

(三) 辦理社區式支持家庭服務，設置127處托育資源中心，提供托育及幼兒照顧諮詢、親職教育課程等服務，服務逾1,031萬人次。

圖9-2 歷年居家托育人員數與收托未滿2歲兒童人數

資料來源：衛福部社家署

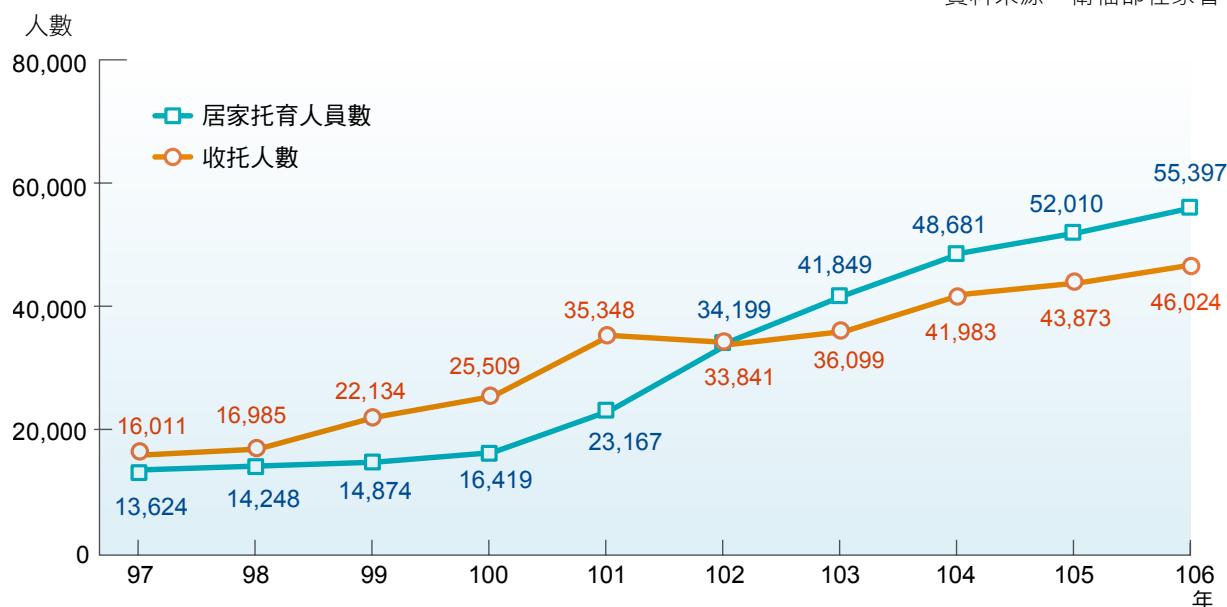


圖9-3 歷年全國托嬰中心家數及收托人數

資料來源：衛福部社家署



三、發展遲緩兒童早期療育服務

(一) 輔導各縣市設置28處通報轉介中心，106年通報2萬3,535名發展遲緩兒童，全國通報率11.3%如圖9-4。

(二) 106年輔導各縣市設置54處個案管

理中心，個案管理及療育費用計協助發展遲緩兒童4萬3,112人次，補助4億209萬7,101元如圖9-5。

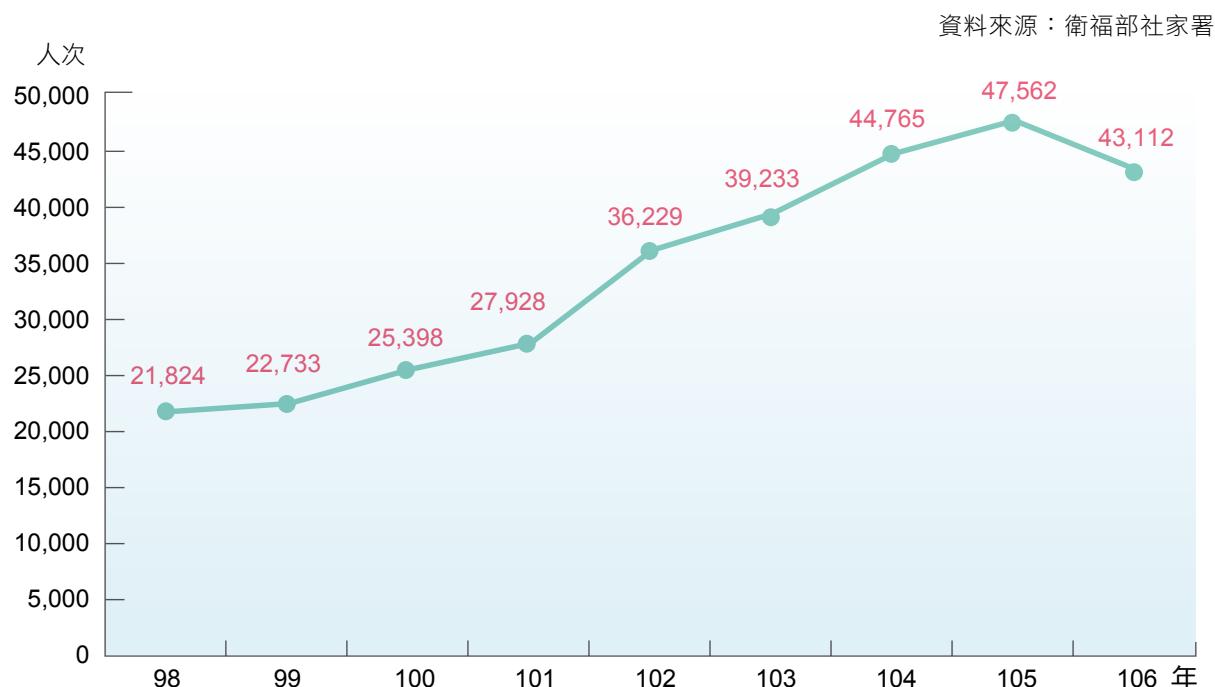
(三) 106年結合11縣市於68個早期療育資源不足鄉鎮區，推動社區療育服務。

圖9-4 歷年全國發展遲緩兒童通報率



資料來源：衛福部社家署

圖9-5 歷年早期療育費用補助受益人次



資料來源：衛福部社家署

第四節 特殊需求家庭服務

- 一、收出養媒合服務：自101年5月30日起，除一定親屬間關係及繼親關係收養外，收出養的媒合須委託經許可之兒少機構或財團法人代為辦理，並應以國內收養人優先收養為原則。截至106年底全國共9家機構（計13個服務處所），106年經由收出養媒合服務機構出養兒童及少年計267人（國內出養116人、跨國境出養151人）。
- 二、特殊境遇家庭扶助：針對遭遇特殊境遇之家庭，提供緊急生活扶助、子女生活津貼、兒童托育津貼、傷病醫療補助、法律訴訟補助、子女教育補助及創業貸款補助等扶助措施，106年計扶助2萬93戶家庭、12萬7,947人次，補助4億3,986萬餘元。

三、未成年懷孕支持服務

- (一) 設置「全國未成年懷孕諮詢專線」0800-25-7085及「未成年懷孕求助網站」，106年諮詢專線服務計828人次，求助網站瀏覽計9萬1,529人次，信件及線上諮詢907人次。
- (二) 各縣市提供個案管理服務，協助經濟補助、醫療保健、托育服務、轉介寄養及出養等服務，106年計服務4,240人次。

第三章 ▶ 老人福利

截至106年底，全國老年人口數達326萬8,013人，占總人口數13.86%。我國自82年邁入高齡化社會以來，以經濟安全、健康維護、生活照顧三大面向為政策主軸，針對心理及社會適應、教育及休閒分別推動相關措施，建構有利於高齡者

健康、安全及終身學習之友善環境，進而落實維持高齡者活力、尊嚴與自主之政策目標。

第一節 老人經濟安全

- 一、依中低收入老人其家庭經濟狀況，106年每人每月給予3,731元或7,463元生活津貼，計核發13萬4,365人，補助106億2,673萬餘元，以保障經濟安全及維持基本生活。
- 二、補助家庭照顧者特別照顧津貼每月5,000元，106年計9,360人次，補助4,693萬餘元，以彌補中低收入家庭因照顧老人犧牲就業而喪失之經濟所得。
- 三、為協助老人將所擁有的不動產，轉化為可按月領取的現金，提供經濟保障多一項選擇，自102年3月1日起推動不動產逆向抵押貸款試辦方案，老人福利法並規範金融主管機關應鼓勵金融業者提供商業型不動產逆向抵押貸款服務，截至106年底已有11家銀行辦理本項服務。

第二節 老人健康維護

- 一、協助減輕經濟困難老人繳納健保費或部分負擔醫療費用之負擔，全額補助70歲以上中低收入老人之全民健康保險自付額費用，106年計補助91萬9,691人次。
- 二、補助委託安置機構照顧之中低收入老人重病住院看護費，每日1,800元，每年最高21萬6,000元，106年計補助4家機構229人。
- 三、為增進經濟弱勢老人口腔健康，維護生活品質與尊嚴，補助其裝置活動假牙，106年受益人數為4,994人。

第三節 老人生活照顧

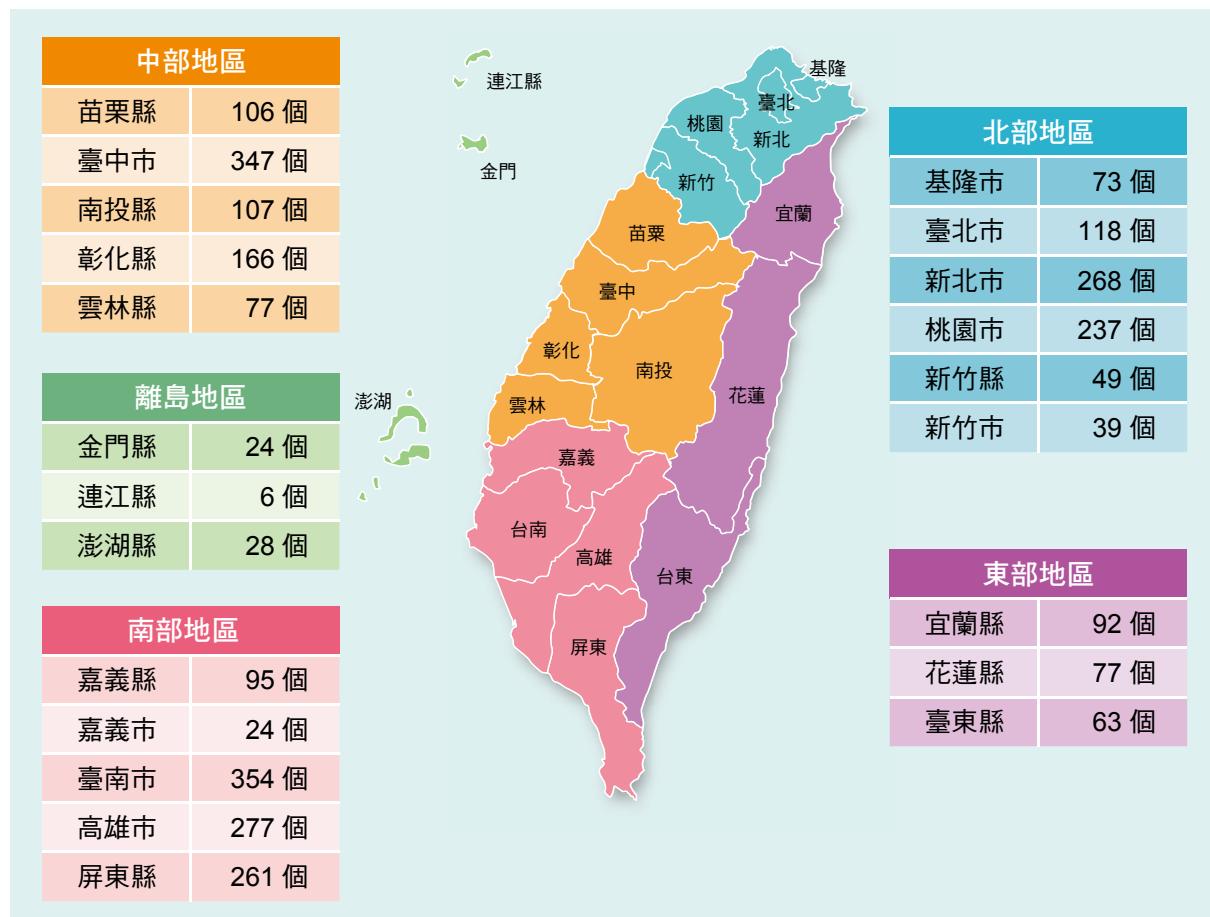
- 一、加強關懷照顧獨居老人，辦理24小時老人緊急救援服務，成立「失蹤老人協尋中心」，協助家屬尋找走失老人。自90年開辦起至106年底，計2,307人通報協尋，其中1,394人經由該中心尋獲。
- 二、持續輔導機構提升服務品質，鼓勵多元經營，滿足老人照顧需求，截至106年底立案之老人福利機構計1,100家。
- 三、為感念馬偕博士扶弱濟貧之貢獻，自100年6月1日實施「馬偕計畫」，針對在我國居住20年以上，每年居住超過183日，且經內政部入出國及移民署發給外僑永久居留證之年滿65歲外

籍人士，經審核對我國長期奉獻服務或具有特殊貢獻者，比照我國老人提供搭乘國內大眾運輸工具優待，截至106年底，共計269位外籍長者符合上開資格。

- 四、補助績優民間團體設置老人諮詢服務中心，提供0800-228585「老朋友專線」，協助老人諮詢各類問題，平均每月通話量約為1,000通。
- 五、鼓勵各地方政府積極結合村里辦公處、社會團體設置2,888個社區照顧關懷據點如圖9-6，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動。

圖9-6 全國社區照顧關懷據點分布圖

資料來源：衛福部社家署



第四節 老人社會參與

- 一、補助民間團體辦理長青學苑及各項老人福利活動，106年計734案；另提供老人搭乘國內交通工具、進入康樂場所及參觀文教設施半價優待，鼓勵老人參與戶外活動，促進身心健康。
- 二、補助16個縣（市）政府購置18部多功能巡迴關懷專車，就近提供老人服務、健康諮詢及休閒文康育樂等行動式巡迴服務，截至106年底辦理4,591場次，服務21萬2,972人次。
- 三、重陽節舉辦系列活動：「106全國銀髮族槌球錦標賽」、「創齡～銀向樂活」老人福利機構運動會、「2017重陽家庭日-爺奶群星會」歌唱表演，透過全國性親老、敬老活動，倡導「活力老化」、「世代融合」理念。



106年10月25日
創齡～銀向樂活-全國老人福利機構運動會



106年10月28日
重陽家庭日-爺奶群星會

第四章 ▶ 身心障礙者福利

因應身心障礙人數增長、個別性需求多元及國際潮流趨勢，參採世界衛生組織（World Health Organization, WHO）頒布的國際健康功能與身心障礙分類系統，定義身心障礙者，結合我國身心障礙福利政策，依身心障礙者實際需求、《身心障礙者權利公約施行法》、《身心障礙者權益保障法》及《身心障礙者權益保障白皮書》，自101年推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，依據需求評估結果提供服務，以保障經濟安全、多元連續服務措施、提供無障礙生活環境及促進社會參與等方向規劃。截至106年底，全國身心障礙者人數計116萬7,450人，占總人口數4.95%。

第一節 身心障礙者權益保障

一、95年聯合國大會通過之《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD），為國際間身心障礙者人權保障重要圭臬。為將CRPD國內法化，103年8月20日總統公布CRPD施行法，並自同年12月3日國際身心障礙者日施行。本部依據CRPD施行法法定期程，於105年完成優先法規及行政措施檢視清單計372部/674條，發表我國初次國家報告，106年辦理國際審查會議，國際審查委員共提出85點次結論性意見，作為我國未來檢討及修正相關法令、政策或行政措施之參考，後續依據「身心障礙者權利公約國際審查結論性意見追蹤管考規劃作業」，請各機關共同配合辦理，俾使我國身心障礙各項工作朝人權方向推展。

二、身心障礙者鑑定及需求評估新制自101年7月11日正式施行，就身體結構、功能、活動及社會參與等面向進行鑑定，強調採專業團隊方式進行，並以單一窗口主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務。106年受理申請身心障礙證明46萬7,409件，核發42萬8,160件，辦理需求評估44萬4,307件。

第二節 身心障礙者經濟安全

- 一、家庭總收入及財產符合給付標準之身心障礙者，106年每月核發生活補助費3,628元、4,872元及8,499元，平均每月35萬587人受益，補助212億8,289萬餘元。
- 二、補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，106年平均每月計4萬4,554人受益，補助85億432萬餘元。

第三節 身心障礙者生活照顧

- 一、推動身心障礙者個人照顧服務（居家式、社區式）：為促進身心障礙者生活品質及社會參與，辦理身心障礙者居家照顧、自立生活支持、生活重建、日間照顧、家庭托顧、社區居住等，截至106年底累計591萬113人次受益，補助17億7,281萬餘元。
- 二、推動身心障礙者家庭支持服務：為協助減輕家庭照顧負荷並給予照顧者支持，辦理身心障礙者臨時及短期照顧、照顧者訓練及研習、家庭關懷訪視等家庭支持服務，截至106年底累計340萬456人次受益，補助8億448萬餘元。
- 三、促進機構照顧的小型化與社區化發展：106年底，全國身心障礙福利機構計271所、2萬2,429床，服務1萬

8,450人，主要項目有：日間照顧、技藝陶冶、作業活動、住宿養護等，並輔導朝向小型化、社區化發展，促進身障者利用之可近性與便利性。

第四節 身心障礙者輔具資源整合

- 一、舉辦全國身心障礙者輔具資源與服務整合聯繫會議，建置輔具資源入口網，以達資訊整合之效。
- 二、建構各級政府輔具服務體系，委託多功能輔具資源整合推廣中心提供諮詢、教育訓練、維護輔具資源入口網站、輔具展示及各項宣導活動。106年全國設置29家輔具中心，提供民眾輔具評估、專業諮詢、宣導、維修等服務。
- 三、補助身心障礙者購置輔具費用，106年計9萬2,887人次受益，補助8億3,153萬餘元。
- 四、為使行動不便之身心障礙者及老人方便上下樓梯，至106年底已有7縣市運用公益彩券回饋金建構爬梯機服務。
- 五、補助10家醫院辦理醫療復健輔具中心計畫，提供輔具諮詢、評估及個別化設計等專業服務，106年計8萬7,883人次受益，補助463萬450元。
- 六、101年7月11日起全面實施身心障礙者醫療輔具補助，106年計補助1萬780人次（男性占69%，女性占31%），補助8,144萬5,464元。

第五節 身心障礙者社會參與

- 一、補助民間團體辦理各項身心障礙者休閒、育樂、研習等活動、增修無障礙網頁及充實設施設備，106年計492案，1,453萬6,009元。
- 二、106年12月2日辦理國際身心障礙者日活動—「第21屆身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮，透過10位得獎者分享

生命事蹟，鼓勵更多障礙者勇於開創人生。

三、補助導盲犬訓練及宣導，截至106年底合格導盲犬41隻，訓練中導盲幼犬134隻。

四、辦理身心障礙者專用停車位識別證，截至106年底設置專用停車位2萬

1,349個，發放專用車牌、專用停車位識別證35萬餘張。

五、106年全國復康巴士計1,962輛如圖9-7，累計提供363萬158人次服務。

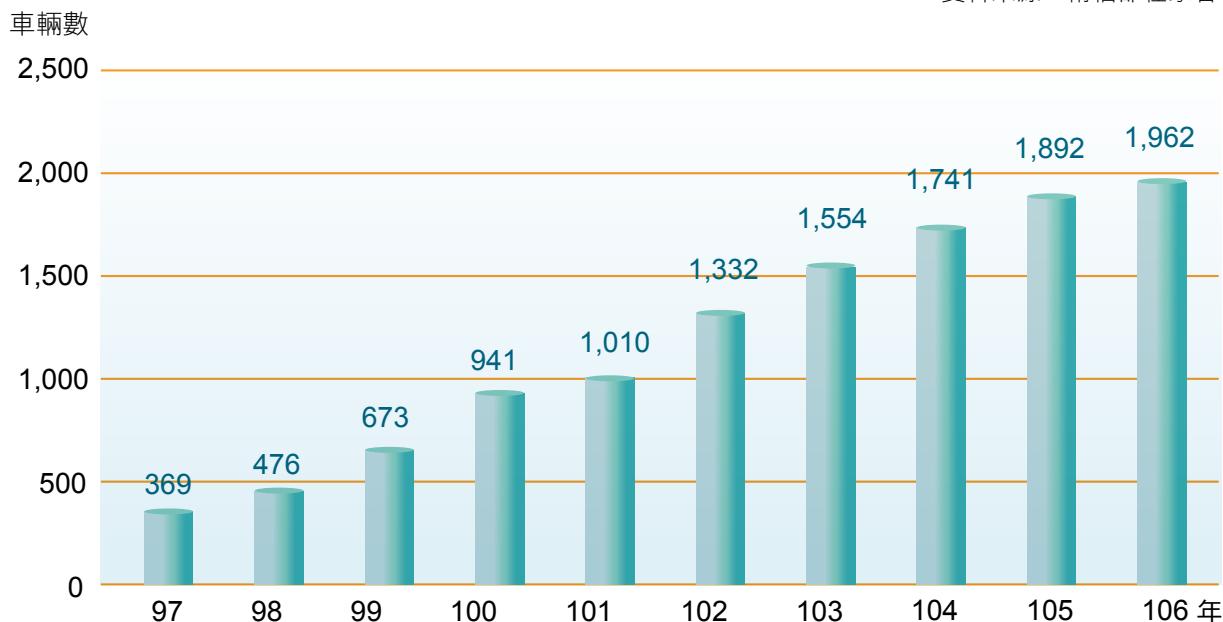
六、106年輔導各地方政府建置完成手語翻譯服務窗口及服務範圍與作業程序，手語翻譯服務人員計301人。



第21屆身心障礙楷模金鷹獎表揚典禮

圖9-7 97至106年全國復康巴士車輛數

資料來源：衛福部社家署



10



社會救助與社會工作

第一章	社會救助相關服務	127
第二章	遊民輔導	130
第三章	災害救助	131
第四章	社會工作	132
第五章	福利資源網絡	134

我國社會救助，一向秉持「主動關懷，尊重需求，協助自立」原則，辦理各項措施，並定期檢討法規，結合失業給付及社會工作福利服務體系，以確保需求人口能得到適切的救助。

第一章 ▶ 社會救助相關服務

第一節 救助概況

《社會救助法》（以下簡稱社救法）於99年12月29日修正前，政府對於落入貧窮人口，大部分資源著重於最底層之低收入戶。至於因工作能力、家庭財產或扶養親屬等不符合救助規定之低所得人口（新貧者），較少提供協助。為紓緩工作貧窮現象，以期最終使受救助者得以自

立，放寬最低生活費標準並將中低收入戶入法保障，參考歐盟、OECD等國家大多採用可支配所得比例法訂定，調整最低生活費計算方式，使得學理上較符合「貧窮線」的內涵並與國際接軌。

依照修正後最低生活費計算方式，100年6月低收入戶臺灣省最低生活費由新臺幣9,829元調整至1萬244元，近5年最低生活費如表10-1。截至106年底各縣市低收入戶及中低收入戶，已審定通過計有低收入戶14萬2,814戶（31萬7,257人）、中低收入戶11萬7,776戶（35萬425人），共計66萬7,682位弱勢民眾納入政府照顧範圍，較100年6月修法前增加14萬6,153戶（39萬1,554人），受惠人數相較修法前增加1.4倍如圖10-1。

表10-1 近5年最低生活費

新臺幣：元

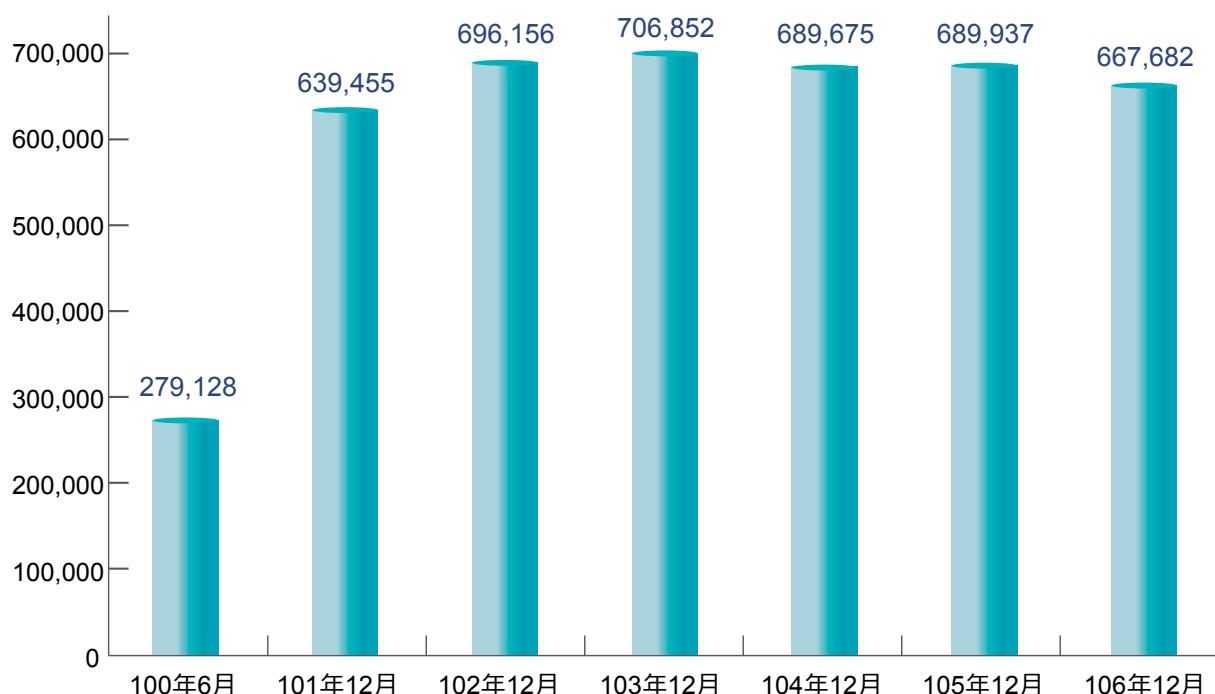
資料來源：衛福部

地區別 年別	臺灣省	臺北市	高雄市	新北市	臺中市	臺南市	桃園市	福建省	
								金門縣	連江縣
102	10,244	14,794	11,890	11,832	11,066	10,244	-	8,798	
103	10,869	14,794	11,890	12,439	11,860	10,869	-	9,769	
104	10,869	14,794	12,485	12,840	11,860	10,869	12,821	9,769	
105	11,448	15,162	12,485	12,840	13,084	11,448	13,692	10,290	
106	11,448	15,544	12,941	13,700	13,084	11,448	13,692	10,290	

圖10-1 社會救助新制上路受照顧人數

受照顧人數

資料來源：衛福部



第二節 生活扶助

低收入戶生活扶助係針對家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在最低生活費以下，且家庭財產未超過中央、直轄市主管機關公告之當年度一定金額者，提供持續性的經濟協助。104年修正社救法，明定低收入戶生活扶助費每四年參照消費者物價指數成長率進行調整，以保障弱勢民眾權益。

現行各地方政府提供低收入戶補助包含家庭生活扶助、就學生活扶助及兒童生

活扶助3大項。此外，依據社救法第12條規定，對於低收入戶中之老人、懷孕滿3個月之孕婦，以及身心障礙者，主管機關得依其原領取現金給付之金額增加最高不得逾40%之補助。為避免救助給付影響工作意願，亦於社救法第8條中明文規定，依本法或其他法令每人每月所領取政府核發之救助金額，不得超過當年政府公告之基本工資；106年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目如表10-2。

表10-2 106年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目

資料來源：衛福部

補助項目	補助人次	補助金額（新臺幣元）
家庭生活補助	105 萬 5,006 人次	58 億 771 萬 8,362 元
就學生活補助	57 萬 7,471 人次	35 億 2,490 萬 5,082 元
以工代賑(含中低收入戶)	2 萬 9,253 人次	4 億 9,759 萬 1,271 元
節日慰問	70 萬 9,854 人次	5 億 5,979 萬 95 元

除現金給付外，各地方政府另得依需要辦理各項服務措施，包括孕(產)婦營養品提供（含未婚媽媽新生兒營養補助）、生育補助、優先入住社會住宅、住宅租金補助、簡易修繕住宅費用、自購或自建住宅貸款利息補貼、學生營養午餐費用補助、傷病住院看護費用補助等服務，以確保低收入戶及中低收入戶食衣住行等基本需求的滿足。

第三節 醫療補助

按社救法第18條、第19條規定，現行針對低收入戶及中低收入戶提供之醫療補助包括下列項目：

- 一、健保費補助：106年健保費之補助，計64億7,139萬餘元。
- 二、部分負擔費用補助：為減輕低收入戶就醫負擔，《全民健康保險法》第49條明定「低收入戶就醫時，應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。」106年補助低收入戶部分負擔之醫療費用（含門診與住院），計補助14億1,505萬餘元。
- 三、全民健康保險不給付之醫療費用補助：各地方政府為滿足低收入戶及中低收入戶之就醫需求，亦訂定相關法令規定醫療費用補助標準，106年補助5,250人次，計補助1億3,565萬餘元。

第四節 工作福利及自立脫貧

為促進低收入戶及中低收入戶自立，社救法第15條規定：「低收入戶及中低收入戶中有工作能力者，直轄市、縣（市）主管機關應依需求提供或轉介相關就業服務、職業訓練或以工代賑。」，各級政府多依此積極辦理相關就業服務，並視需要提供創業輔導、創業貸款利息補貼、求職交通補助、求職或職訓期間之臨時托育及日間照顧津貼等其他就業服務與補助。此外，渠等參加職業訓練期間，尚可申領職業訓練生活津貼，以維持家庭生計免除後顧之憂。

在協助脫離貧窮自立方面，衛福部於105年6月6日訂頒《協助積極自立脫離貧窮實施辦法》，106年補助地方政府及民間社會福利團體辦理46項促進就業及自立脫貧等方案，補助2,905萬6,500元。

第五節 急難救助

依據社救法第21條規定，針對遭逢急難致生活陷於困境民眾，提供及時救助，紓解民眾經濟急困。經直轄市、縣（市）政府核予救助後，仍陷於困境者，依據「衛生福利部急難救助金申請審核及核發作業規定」轉報本部再核予救助；推動「馬上關懷」急難救助專案，針對遭逢生活急困之弱勢民眾，結合當地村里辦公處、民間公益團體及鄉（鎮市區）公所訪視認定及關懷救助；辦理成果如表10-3。

表10-3 106年急難救助成果統計

資料來源：衛福部

類別	受益人數	救助金額
直轄市、縣（市）急難救助	34,188	2 億 1,792 萬 503 元
衛福部	急難救助	1,011
	「馬上關懷」救助專案	11,813
		1,396 萬元
		2 億 4,394 萬 8,925 元

第六節 兒童及少年未來教育與發展帳戶

為照顧貧窮弱勢家庭，採社會投資取向之積極自立脫貧策略，研擬「兒童及少年未來教育與發展帳戶推動方案」，並於105年11月22日奉行政院核定。該方案係透過政府與貧窮家庭共同合作，符合資格之家長為孩子每年最高存入新臺幣1萬5,000元，政府即提撥同額款項，藉由鼓勵貧窮家庭長期（18年）儲蓄，並提供理財教育、家庭服務等配套作法，針對無依孩童及無力儲蓄之貧窮家庭，政府將結合民間資源予以協助，儲蓄過程中經由社會工作人員之陪伴與輔導，降低家庭與兒少可能遭遇之風險，該帳戶於106年6月1日開辦，截至106年底止完成開戶人數為2,654人。

第二章 ▶ 遊民輔導

遊民收容輔導採「緊急服務、過渡服務及穩定服務」三階段式服務，以尊重當事人基本人權，並考量地域差異性下，輔導協助遊民生活重建與適應。

第一節 遊民議題分析

依照106年底各縣市列冊輔導遊民人數總計2,585人，逾7成在臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市及高雄市，遊民人數50人以下有6個縣市，金門縣、連江縣及澎湖縣無遊民，顯見各地方遊民人數差異極大。

第二節 遊民輔導措施

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

一、收容安置服務：目前直轄市及縣（市）政府多設有專人承辦遊民收容輔導業務，除協尋家屬、親友外，對於無家可歸、遊蕩街頭或不願接受機構安置之遊民，亦機動提供臨時性安置場所（如遊民收容所），作為其臨時、短期避寒棲身之所，截至106年底共10處公立遊民收容處所（含7處公設民營）。

二、生活維護措施：

為維護遊民基本生活安全，衛福部近年皆編列相關預算補助直轄市、縣（市）辦理遊民業務，由政府及相關機構廣結民間團體力量辦理街頭外展服務，提供遊民基本生活維護，如供應熱食、沐浴、禦寒、理髮、乾淨衣物、睡袋、衛生保健等服務。

三、促進自立措施：

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

四、低溫關懷服務：

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

綜上，106年共服務遊民39萬5,094人次，包含關懷服務35萬9,910人次、協助返家278人次、年節服務1萬773人次、轉介福利服務8,674人次、轉介就業服務3,287人次、輔導租屋262人次、安置服務3,478人次、其他8,289人次。

第三章 ▶ 災害救助

近年極端氣候頻仍，肇致災害頻傳，各項防災工作備受各界重視。由減災、備災、應變、復原各階段防救災工作均不斷演變與推進，社政之角色功能亦不斷檢討與精進。衛福部社會救助及社工司於災害救助業務主責「災民收容安置」、「民生物資整備」、「災民慰助關懷」等任務，災前妥為整備，俾災時得以有效因應。

第一節 災民收容與物資整備

- 一、每年因應汛期及颱風季節將屆，均請地方政府確實依照《災害防救法》規定，預先辦理災民臨時收容、社會救助及弱勢族群特殊保護措施及應變事宜；106年由各縣市規劃之災民收容所設置處所總計為5,932處，可收容人數達222萬1,424人。
- 二、建立社政人力「區域聯盟、即時協助」、「一人一案」模式，將地方政府按地理區域區分5區，就近互相支援受災縣市，視災害類型發展服務模式，為災民提供即時慰助、創傷輔導、心理支持及需求調查等。
- 三、105年8月4日函頒修正「強化對災民災害救助工作處理原則」、「救災物資調節作業規定」、「各級政府結合民間團體參與社政災害防救工作注意事項」及「直轄市、縣（市）危險區域（村里、部落）因應天然災害緊急救濟民生物資儲存作業要點範例」，以有效提升實務運作效能。
- 四、配合災害防救法修正，於105年10月13日訂定發布「災區低收入戶創業貸款利息補貼作業辦法」，並溯自104年8月6日施行，以協助災區受災之低收入戶。

第二節 災害慰問

當重大天然災害發生且中央災害應變中心開設，即依據相關處置報告，聯繫地方政府確認個案係因災致死亡、失蹤或重傷，專案簽報首長啟動發放慰問金機制。

直轄市、縣（市）政府查核相關證明文件，認定符合災害救助金發放者，由直轄市、縣（市）政府針對死亡、失蹤者發放20萬元，重傷者發放10萬元救助金。此外，衛福部及財團法人賑災基金會運用民間捐款加發慰問金，發給標準如下：

- (一) 死亡慰問金：60萬元（衛福部20萬元，賑災基金會40萬元）。
- (二) 失蹤慰問金：60萬元（衛福部20萬元，賑災基金會40萬元）。
- (三) 重傷慰問金：15萬元（衛福部5萬元，賑災基金會10萬元）。

106年慰問金發放情形：6月1日豪雨致5名死亡、2人失蹤、1名重傷，發放145萬元；尼莎及海棠颱風致1名死亡、2名重傷，發放30萬元；10月11日豪雨致1名死亡，發放20萬元。



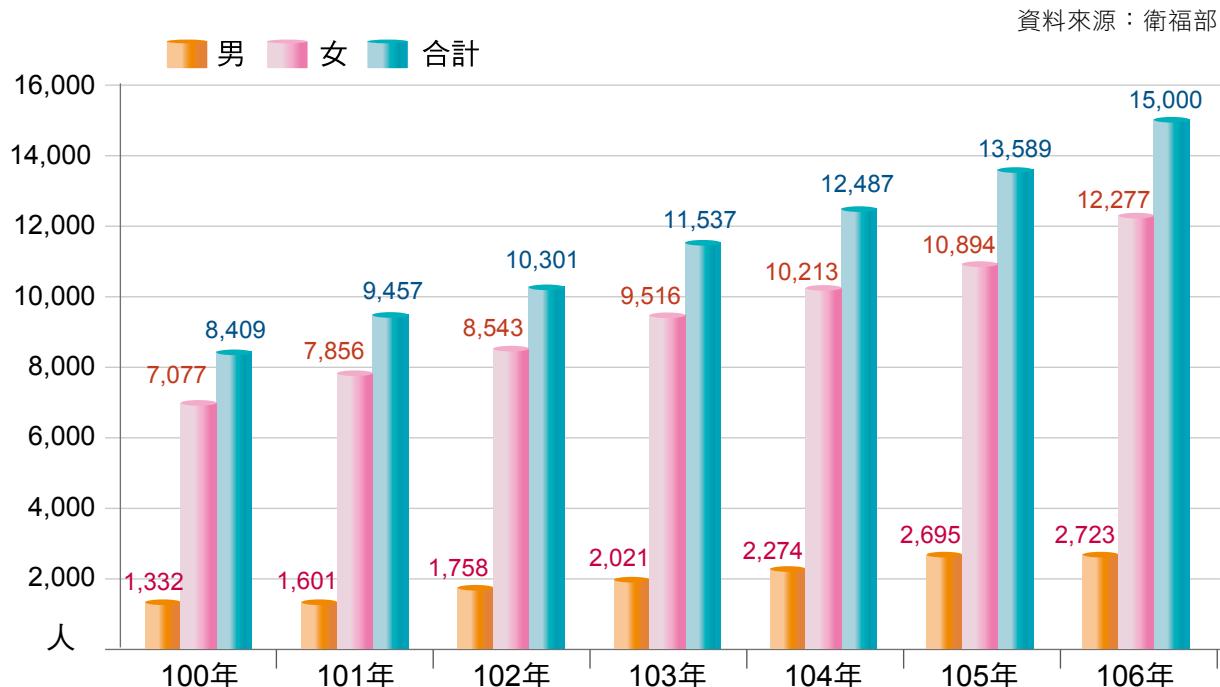
第四章 ▶ 社會工作

第一節 社會工作制度

社會工作專業制度已是世界潮流所趨，自86年4月2日公佈實施社會工作師法以來，截至106年底，全國通過社會工

作師考試已有1萬661人，登記執業社工師計6,234名，全國公私部門社福領域社會工作專職人員計1萬5,000人，其中女性12,277人（占81.85%），男性2,723人（占18.15%），如圖10-2。

圖10-2 100-106年公私部門社福領域社會工作專職人員數



一、考試方面

- (一) 衛福部於102年配合考選部推動國家考試職能分析工作，完成公職社會工作師、社會工作類科職能分析，另建請教育部鼓勵學校配合社會工作師考用制度調整課程規劃，培育第一線優秀之社會工作人才。
- (二) 配合考選部專技社工師部分科目免試辦理社會工作實務經驗及業務年資審查，截至106年底召開71次委員會議，共計複審1萬1,068件社工年資申請案。
- (三) 依據「專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法」第7條規定，專科社會工作師之甄審，自本辦法

施行後五年內，各科至少應辦理一次，自施行後第六年起，每二年至少應辦理一次，中央主管機關得依專科社會工作師人力供需情形增減之；截至106年底，計錄取專科社工師418位，含醫務類科141位、心理衛生類科116位、兒童、少年、婦女及家庭類科106位、老人類科29位、身心障礙類科26位。

二、專業訓練方面

- (一) 為符合實務工作者需求、減輕其重複受訓之負擔，已規劃綜整性的基礎訓練及各領域的進階訓練需求，訂定「社會工作人員專業訓練計畫」。

(二) 依《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》、《專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法》，提升社工師專業知能，106年辦理社工師繼續教育積分審查2,737件。

三、權益保障方面

(一) 為提供社工人員友善的工作環境，並鼓勵專職久任，衛福部與行政院人事行政總處、銓敘部研議調整職務列等、專業加給表等措施。改善公部門非編制（約聘僱等）人員，及私部門社會工作人員之勞動條件及勞動權益，確保各領域社會工作人員之執業安全，強化預防面、督導機制、員工協助等方案。為持續研究發展社會工作專業制度，納入「強化社會安全網計畫」政策溝通平臺，藉由跨部會協調會議，以利相關政策推動。

(二) 針對私部門社工人員之勞動條件，衛福部於105年度推展社會福利補助作業要點，新增專科社會工作師證照加給，並函請地方政府督促雇主依《勞動基準法》為民間社工人員辦理勞動權益有關事宜，於106年4月25日召開「社會工作人員勞動條件座談會」，廣納各界意見，維護社工人員權益。

第二節 充實社工人力計畫

針對地方政府社工人力普遍不足之困境，行政院99年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，依該計畫100年至105年增加社工人力1,462人，106年至114年間約聘人員出缺再進用正式編制社工員394名，期至114年，公部門社工人力由99年1,590人增加至3,052人。

從事直接服務及第一線保護個案處遇之社工負擔個案數亦可下降，將可強化兒少保護、家庭暴力、性侵害及弱勢家庭的訪查輔導。另百分之六十以上社工人員納入正式編制，也可確保社工人員晉用、升遷及合理薪資，建立專職長任，累積社工人員之專業服務能量。

其中100年增加進用之366名約聘社工員由中央補助4成經費，主要辦理兒少保護、家暴及性侵害防治、身心障礙、老人、婦女、社會救助等社會工作直接服務業務。

截至106年12月底已新增納編1,132名社工編制員額，占76.5%，地方政府社工人力達3,303人，較計畫實施前之1,590人，增加1,713人，地方政府每位社工人員服務總人口數由1萬4,549人降低為6,903人，有效減輕社工人員負荷，提升服務品質。

為完善社工人力資源管理，於103年建置社工人力資料庫，於104年6月啟用「社工師繼續教育線上審查功能」，105年7月新增「專科社工師繼續教育線上審查功能」。

第三節 社工執業安全

為強化社工人員執業安全，衛福部於《社會工作師法》、《兒童及少年福利與權益保障法》、《家庭暴力防治法》等法規已將社工人身安全相關措施納入條文規範，行政院於104年核定「社工人員執業安全方案（104-106）」，落實建構「安全就業」、「安心服務」及「安定管理」之三安目標。具體措施包括：

一、完成「社工人員執行高度風險及一般風險業務量表」，並據以核發社工人員風險工作補助費。104年至106年執行風險工作補助費受益人數分別為

3,645人、4,153人、4,243人，截至106年底合計補助經費計6,950萬5,128元。

- 二、爭取106年公益彩券回饋金補助381萬元辦理「社工人身安全及專業提升計畫」，截至106年12月底已補助60案計352萬5,000元整。

第五章 ▶ 福利資源網絡

第一節 社區發展

我國社區發展依據《社區發展工作綱要》採人民團體型態運作，推行社區公共設施、生產福利、精神倫理等三大建設與社會福利社區化，以增進社區民眾福祉。

社區發展結合民間力量推展社區各項福利服務，透過發行社區刊物及舉辦活動，凝聚社區居民意識，促進敦親睦鄰，提升生活品質。106年辦理成效如下：

- 一、設置社區活動中心：3,845所。
- 二、營造福利化社區：辦理福利社區化旗艦型計畫、社區人力資源培訓、社區防災備災宣導、社區提案培力等，補助154案，計1,873萬9,000元整。
- 三、辦理社區民俗育樂觀摩會及社會福利社區化觀摩活動，參加人數分別為3,000、1,483人。
- 四、辦理南部9個縣市社區發展評鑑工作，臺南市、高雄市、彰化縣、屏東縣、澎湖縣政府獲優等獎，雲林縣、嘉義縣、臺東縣、嘉義市政府獲甲等獎。另臺南市南區金華社區等32個社區發展協會獲獎。

第二節 公益勸募

為管理勸募行為，妥善運用社會資源，95年公布《公益勸募條例》，規範為社會福利事業、教育文化事業、社會慈

善事業、援外及國際人道救援及其他經主管機關認定之事業發起之勸募活動。截至106年底共計386個團體申請，許可448件，實際募得45億4,817萬2,240元。

為提升勸募團體財務責信及運作效能，本部每年委託會計師事務所稽查本部核准勸募團體辦理勸募活動之募得財物數額、使用及流向情形。107年查核106年及105年核准之勸募活動分別計15案、68案，及102年度至104年度核准展期之勸募活動計24案，歷年國內外重大災害尚未結案之勸募案計7案、經相關單位關切之特殊案26件，共查核140案。

為增進勸募團體人員專業知能，106辦理2場研習，計240人次參加。

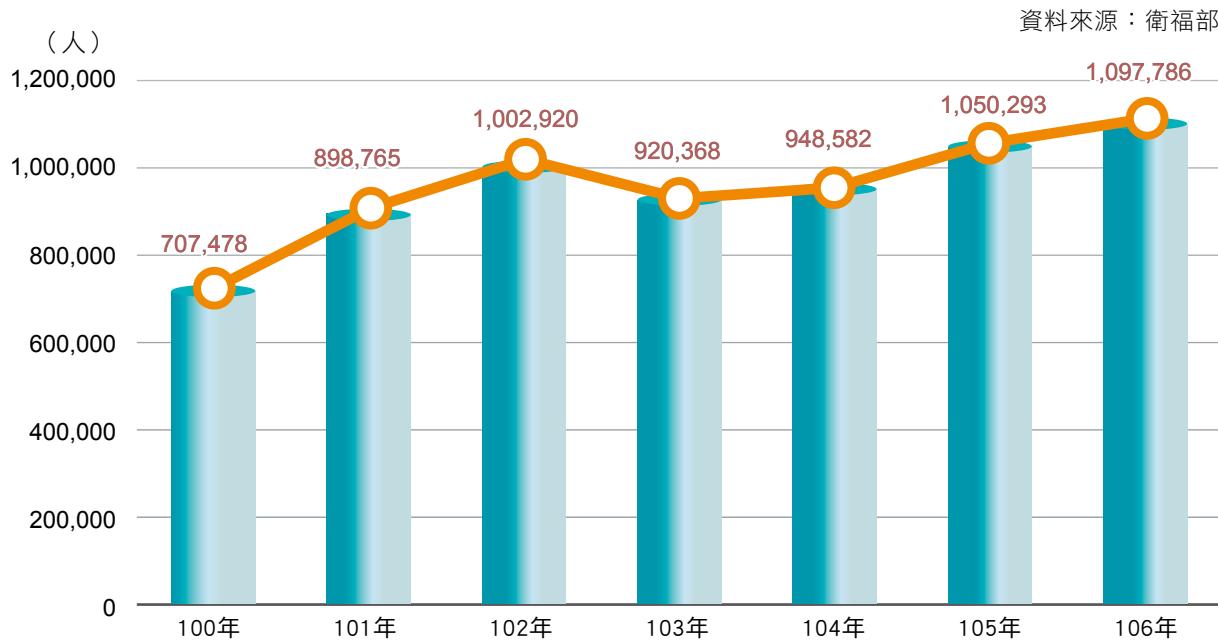
第三節 志願服務

為有效結合民間力量，激勵社會大眾發揮助人精神，90年公布《志願服務法》，為促進志願服務發展，建置「衛生福利部志願服務資訊整合系統」管理志工基本資料，另建置「重大災害物資資源及志工人力管理系統」，協助救災事宜；辦理志願服務評鑑、調查研究、教育訓練、獎勵表揚等，106年衛福部計獎勵表揚9,175名志工。

全國志工人數100年計70萬7,478人，至106年達109萬7,786人如圖10-3，其中男性志工34萬853人（占31%）、女性志工75萬6,933人（占69%），性別比為3：7。服務領域方面，以教育類志工45萬702人最多，衛生福利類36萬255人次之，環保類16萬9,820人居第三。

志工年齡分層以18-29歲24萬2,626人最多（占22%）；65歲以上志工22萬3,845人（占20%）如圖10-4；106年服務人次達6億4,331萬1,040人次，服務時數達9,514萬4,133小時，相當提供4萬5,742位專職人力。

圖10-3 100-106年全國志工人數



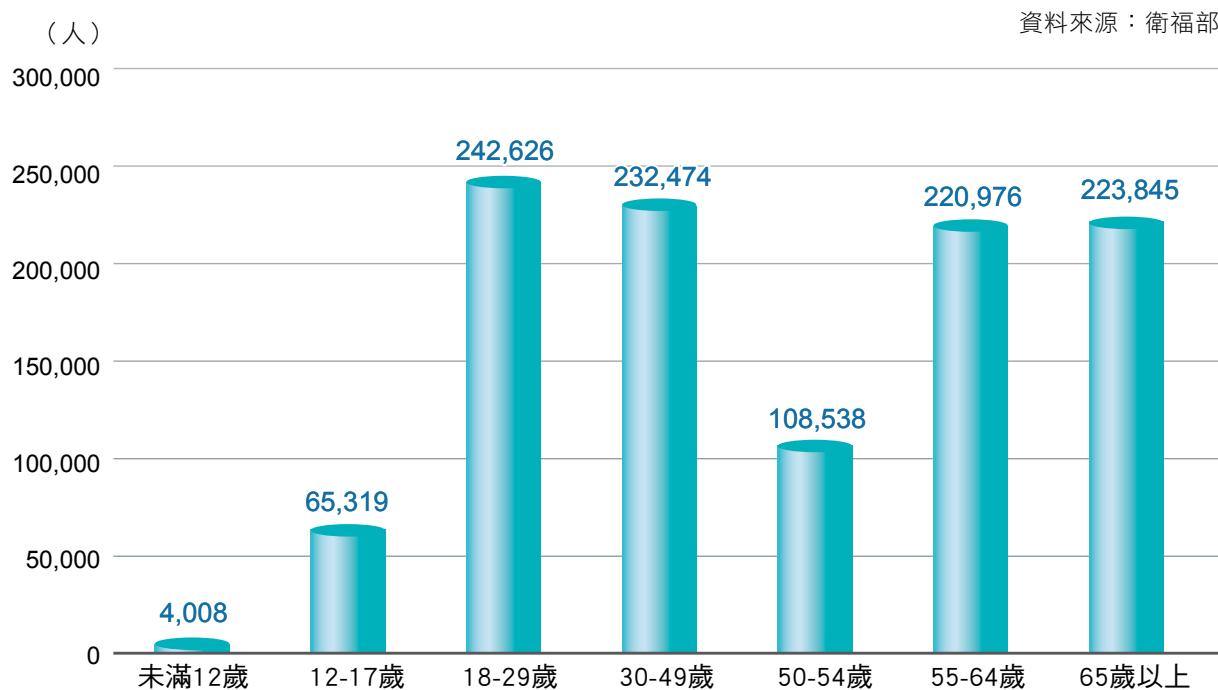
資料來源：衛福部

第四節 1957 福利諮詢專線

為協助生活上遭遇困難之家庭或個人，衛福部設置1957福利諮詢專線提供民眾免付費、全年無休之諮詢與通報轉介服務。106年委託臺灣兒童暨家庭扶助基金會聘請35位專業社工人員，於每日上午

8時至晚上10時提供服務，專線社工如發現需通報轉介個案，即通報各直轄市、縣（市）政府社會局（處）派員訪視或提供相關服務，106年來電數共計7萬2,685通，通報直轄市、縣（市）政府共276件。

圖10-4 106年志工年齡分層



資料來源：衛福部

11



性別暴力防治與保護服務

第一章	性別暴力防治	137
第二章	家庭暴力防治	139
第三章	性侵害及性騷擾防治	142
第四章	兒童及少年保護	144

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

第一章 ▶ 性別暴力防治

第一節 跨部會網絡整合機制

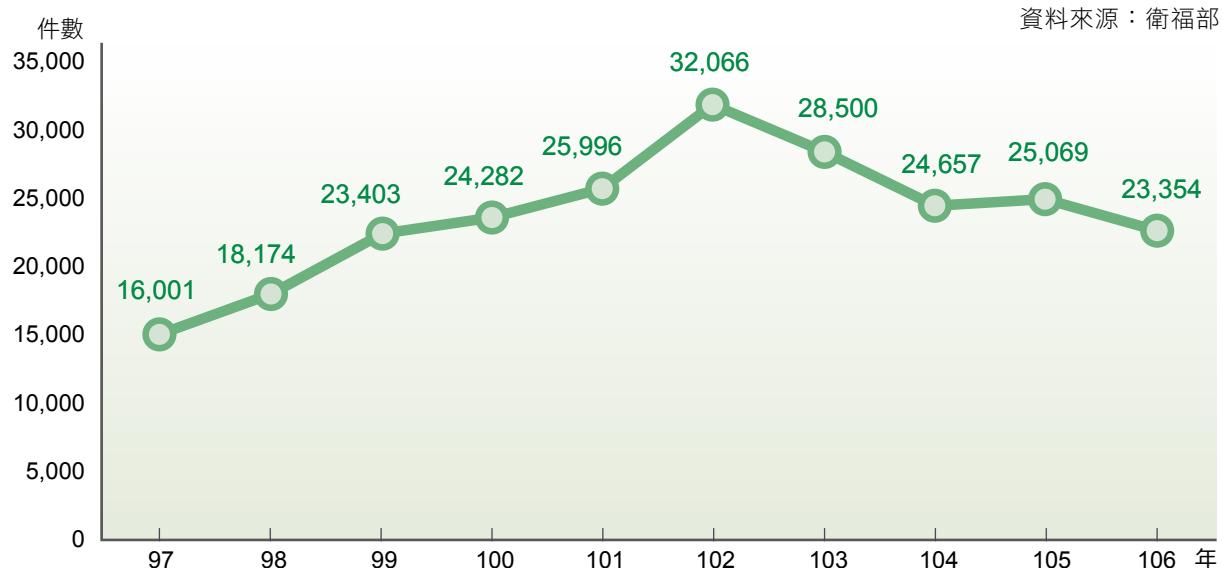
- 一、建立跨部會溝通平臺：106年召開4次家庭暴力及性侵害防治推動小組會議，檢討現行性別暴力防治及保護服務網絡運作情形，並提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。
- 二、辦理「性別暴力防治與保護服務共識營」：106年4月邀集從事家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與老人、身心障礙者、兒少保護及兒少性剝削防制與相對人服務暨加害人處遇工作之公私部門代表，共同研討保護服務工作之

重要議題與方向，計215人參加。
三、舉辦第四屆紫絲帶獎：為表彰保護服務工作著有功績之防治網絡成員，激勵實務工作者發揮專業助人之影響力，於106年11月舉辦「第四屆紫絲帶獎」頒獎典禮，16位得獎者涵括社政、警政、衛生醫療、教育、司法等各防治網絡領域。

第二節 通報制度與資訊平台

- 一、落實法定責任通報並建置全國保護資訊系統及個案處理流程控管系統：「推動關懷e起來計畫」，落實個案追蹤管理機制，建置資訊共享平臺，提供防治網絡相關工作人員運用。
- 二、設置113保護專線：依統計106年受理通報案量為2萬3,354件，以兒少保護案件最多（8,864件）、其次為婚姻/離婚/同居關係之親密關係暴力（8,849件）、餘依序為其他家庭成員間暴力案件（3,973件）、老人保護事件（899件）、性侵害案件（625件）、身心障礙者保護案件（118件）、性剝削案件（26件）如圖11-1。

圖11-1 歷年113保護專線通報案件數



三、開發多元通報管道：106年通報家庭暴力、性侵害、兒少保護、身心障礙者保護、老人保護及性剝削案件計16萬7,514件，關懷e起來14萬3,019件、113保護專線2萬3,354件、網路諮詢989件及113保護專線簡訊服務152通。

第三節 性別暴力防治意識推廣

一、維運反性別暴力資源網暨發行反性別暴力電子報：106年網站資料計1萬9,640筆，瀏覽人次逾241萬，累計發行21期「反性別暴力電子報」；整合TAGV影音專區、數位學習平台及互動學習專區資源，完成建置「性別暴力防治數位學習整合平台」，並可直接上傳數位學習時數至公務人員終身學習入口網、衛生福利部社工人力資源管理系統。

二、推動防暴社區初級預防推廣計畫：透過經費補助引導社區團體辦理在地化性別暴力防治宣導教育活動，將零暴力、零容忍之社區意識扎根社區，106年共補助22縣市，52項計畫，計324社區參與。

三、辦理反性別暴力影像巡迴座談計畫：運用商業電影之可近民眾特性，於映後在專家學者帶領討論之下，推廣性別平等及性別暴力防治意識，106年計辦理203場，約2萬餘人次參與。

第四節 保護性社工專業久任制度

一、「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」：賡續補助地方政府充實保護性社工人力，106年補助508名兒少保護及家庭暴力與性侵害防治社工，金額1.46億餘元。

二、落實保護性社工人力查核計畫：各直轄市、縣（市）政府於106年完成辦理保護性社工人力查核，並將查核結果函報衛福部。另修正「保護性社工人員資格要件及職務範疇認定基準」，責成地方政府依衛福部函頒各類保護性社工人員訓練實施計畫，辦理相關教育訓練，並將參訓人員名單確實登載於「社工人力資源管理系統」。

三、訂定保護性社工訓練實施計畫：為建立保護性工作之專業責信，增進各類保護性社工人員專業訓練規範之一致性，本部於106年將前分別訂定之「家庭暴力防治社工人員訓練計畫」、「性侵害防治社工人員分科分級訓練課程」、「兒童及少年保護社工人員資格與訓練實施計畫」及「老人保護專業人員訓練計畫」，整合為保護性社工人員訓練實施計畫，統一範定新進保護性社工人員、在職人員及督導人員等應受訓練時數及課程內容，並由中央統一辦理新進及督導人員教育訓練，地方政府自行規劃辦理在職人員訓練；106年辦理11場次新進保護性社工人員及督導人員之教育訓練。



第二章 ▶ 家庭暴力防治

第一節 家庭暴力服務概況

《家庭暴力防治法》（以下簡稱家暴法）87年6月24日公布施行，每年通報近10萬名被害人。106年通報被害人數以「親密關係暴力」最多，女性被害人為主（占83.1%）；其次「其他家庭成員間暴力」也以女性被害人居多（占55.1%）；再其

次「兒少保護案件」則以男性被害人居多（占54.1%）；「老人虐待」案件中以女性被害人居多（占60.5%），詳圖11-2。

106年各直轄市、縣（市）政府提供家庭暴力被害人保護扶助計131萬餘人次，扶助金額計7億4,336萬餘元，主要補助庇護安置補助、緊急生活扶助、心理復健補助、醫療補助、律師及訴訟費用等項目如表11-1。

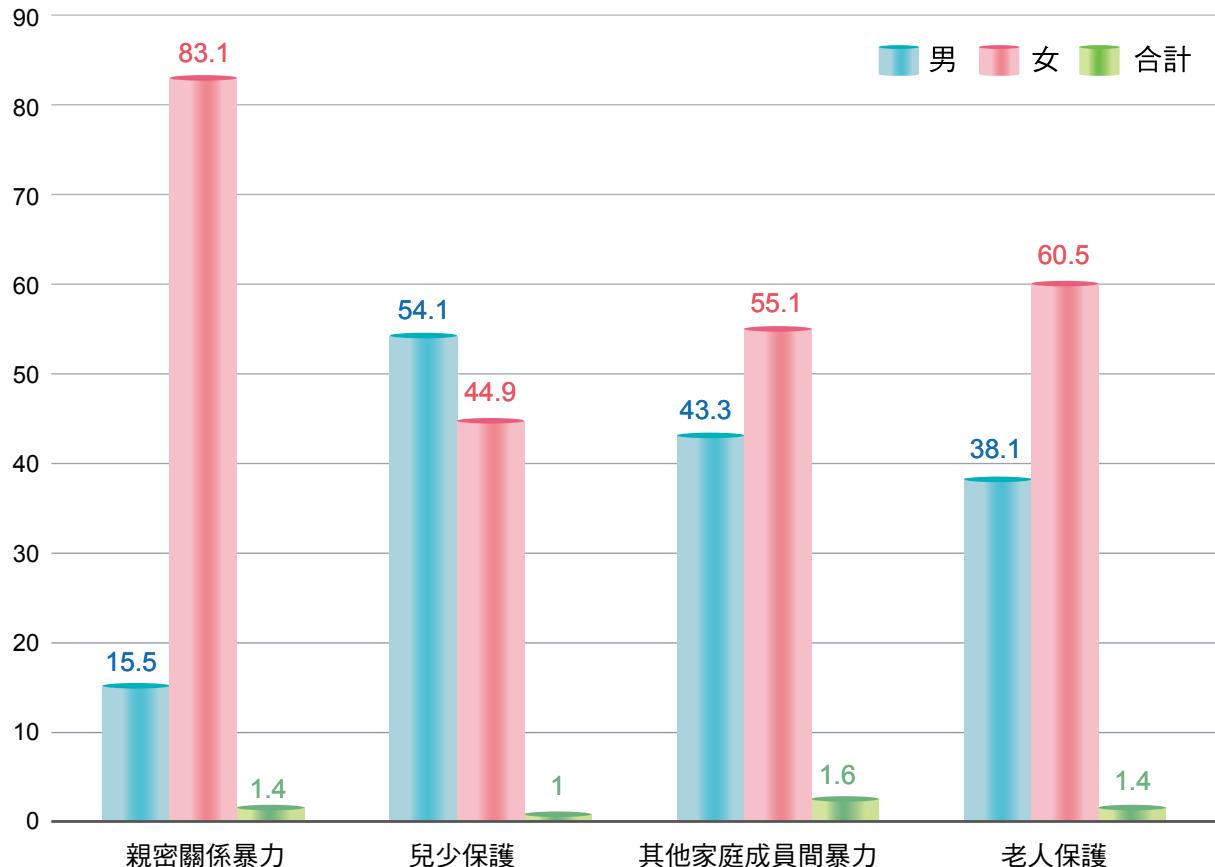
表11-1 近年家庭暴力事件保護扶助人次及金額統計表

資料來源：衛福部

項目 / 年別	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年
保護扶助人次	988,586	1,127,784	1,196,998	1,295,786	1,312,095
保護扶助金額	468,542,425	533,561,364	576,498,676	577,721,960	743,362,409

圖11-2 106年家暴事件通報案件被害人性別分析

資料來源：衛福部



第二節 家庭暴力被害人多元處遇

一、持續協助各地結合民間推動服務方案：運用社會福利補助及公益彩券回饋金協助地方政府結合民間團體推展各項家庭暴力防治工作，相關方案說明如下：

- (一) 家庭暴力被害人庇護安置服務方案：全國短中長期庇護服務資源363床，包括公設公營（1家）、公設民營（9家）、方案委託（15家）、個案委託（1家）及特約旅館；除地方政府自籌經費外，本部另挹注經費補助民間團體辦理被害人庇護服務，106年補助10案計712萬元，提供庇護安置服務計2萬餘人次。
- (二) 駐法院家庭暴力事件服務處：補助地方政府委託民間團體就近於法院成立19所家庭暴力事件服務處，提供被害人法律諮詢、陪同出庭、庇護安置等服務，106年計補助443萬561元，服務11萬6,295人次。
- (三) 目睹家庭暴力兒童及少年輔導及處遇方案：協助地方政府結合專業團體發展目睹兒少服務方案，106年補助15案計1,191萬元，服務達1萬8,665人次。
- (四) 原鄉部落及新住民家庭暴力被害人服務方案：協助地方政府結合民間團體辦理原鄉地區被害人保護相關服務方案，106年補助5案計339萬元，服務逾8萬人次。辦理新住民被害人保護服務方案106年補助126萬9,000元，並透過外配基金辦理新住民人身安全保護計畫，共補助610萬元，服務近6萬人次。
- (五) 一站式家庭暴力處遇服務方案：協助地方政府結合民間團體發展以

被害人需求為中心（至少提供3項服務，如追蹤輔導服務、目睹兒少服務、被害人就業服務、自立服務等），106年補助11縣市、15項計畫、金額3,594萬6,000元，提供新受理5,710案件，提供被害人保護扶助64,741人次、提供853名目睹家暴兒少相關服務（扶助15,144人次）及188名被害人就業服務（扶助4,468人次）。

二、繼續推動「家庭暴力安全防護網計畫」民間團體推展各項家庭暴力防治工作，相關方案說明如下：

- (一) 定期召開檢討會議檢視各直轄市、縣（市）政府執行家庭暴力安全防護網計畫情形，並與中央各部會研商推動本計畫時所面臨之共通性或制度性問題。
- (二) 運用臺灣親密關係暴力危險評估量表（簡稱TIPVDA量表）（Instructions of Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment, TIPVDA），至106年底親密關係暴力通報件數實施危險評估比率已達97.1%。
- (三) 辦理「家庭暴力高危機個案動態風險評估及解除列管評估指引推廣計畫」，於北、中、南辦理共3場次之家庭暴力高危機個案動態風險評估及解除列管評估指引教育訓練，並於基隆市、桃園市、新竹市、苗栗縣、彰化縣、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣等9個縣市進行為期8個月，計72次實地督導，協助各防治網絡成員妥適運用家庭暴力高危機個案動態多面向評估指標。

第三節 家庭暴力加害人處遇

一、持續倡導法官積極核發加害人處遇計畫之民事保護令，督導地方政府落實處遇計畫執行：106年應實施處遇計畫計4,722人，完成處遇計畫1,526人，排除相對人因死亡、入監或撤銷處遇計畫保護令等人數，執行率達100%。

二、推動家庭暴力相對人預防性服務方案

- (一) 設置「男性關懷專線0800013 999」：提供面對家庭衝突之相關諮詢輔導，減少施暴機會，106年共受理1萬8,506通電話，服務1萬7,122人次（含深談服務7,932人次、一般諮詢服務9,175人次）。
- (二) 運用公益彩券回饋金補助地方政府結合民間團體辦理家庭暴力相對人預防性服務方案：106年補助30案計2,641萬8,000元，提供 3萬9,918 人次服務（含家庭暴力相對人直接輔導、個案管理、追蹤關懷及專業人才培訓等服務）。

第四節 家庭暴力防治品質與教育

- 一、強化家暴防治網絡合作機制：106年召開1次重大家庭暴力事件個案研討會議，針對家庭暴力事件引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，檢視現行家庭暴力防治網絡之運作情形，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略建議。
- 二、研發服務指引：106年完成「家庭暴力被害人及其子女庇護工作指引」，強化庇護處所社工員及工作人員專業服務知能。
- 三、提升家庭暴力防治專業發展：106年委託臺灣大學辦理「親密關係暴力被害人醫療使用及醫療成本推估模式初探計畫」，期透過瞭解親密關係暴力

被害人之醫療使用情形及所需醫療救護支出，推估親密關係暴力事件所需花費及了解被害人之服務需求；另委託銘傳大學辦理「新住民家暴被害人服務模式初探計畫」，了解新住民家暴問題之特殊性，分析被害人之需求與困境及現行各服務方案，以期建構新住民家暴被害人服務模式。

- 四、辦理「研發我國老人受暴情形調查工具」：106年度委託臺北護理健康大學以老人受暴之盛行率分析、老人對暴力發生之認知與歸因、被害人求助行為及接受服務情形等三大面向為基礎，建立我國老人受暴問題的流行病學資料，以針對問題提出防治政策。
- 五、加強家庭暴力防治人員之專業知能：106年辦理家庭暴力防治社工人員初階訓練及家庭暴力防治工作相關業務行政講習，公私部門計 411人次完成訓練。
- 六、加強老人保護專業知能：結合專業團體辦理老人保護親屬(家屬)協調會議實務技巧專題訓練及老人保護居家服務員與責任通報人訓練，106年計 1,017人次參訓。
- 七、辦理處遇人員專業訓練：106年委託衛福部八里療養院辦理「家庭暴力及性侵害處遇人員教育訓練」，家庭暴力部分，辦理必修課程15場次、選修課程9場次，計有1,420人次參加。

第三章 ► 性侵害及性騷擾防治

第一節 性侵害及性騷擾服務概況

- 一、《性侵害犯罪防治法》86年1月22日公布施行以來，每年通報約1萬3,000件疑似案件，106年被害人數計8,000餘人，通報案件概況如下：
- (一) 被害人83%為女性，其中12至18歲占53%；嫌疑人81%為男性，其中12歲至24歲占34%；疑似或確定身心障礙者占13%。
- (二) 熟人性侵害占73%，5%為陌生人性侵害，餘為不詳或其他；案件中兩造關係以（前）配偶、未婚夫/妻、（前）男/女朋友等「親密關係」最多（占24%），其次為「不詳或其他」（占22%），再其次為「朋友關係」（家人的朋友、普通朋友、網友、鄰居）占21%。
- (三) 各直轄市、（縣）市政府家庭暴力及性侵害防治中心，提供性侵害被害人所需之庇護安置、陪同報案偵訊、經濟扶助、驗傷診療協助、法律扶助等相關保護扶助措施，106年計27萬4,529人次服務，扶助金額1億7,615萬餘元。
- 二、《性騷擾防治法》95年2月5日頒布施行，各相關機關（單位）依法受理性騷擾申訴調查案件106年計662件，案件概況如下：
- (一) 成立500件、不成立129件、撤回33件，由警察機關受理調查最多（占76.73%），其次由加害人所屬單位受理調查（占21.29%），相較105年680件（成立519件、不成立125件、撤回36件）降低2.64%。
- (二) 被害人95.6%為女性，加害人85.71%為男性。

- (三) 兩造關係「陌生人」占70.4%，其次為「朋友」占6%。
- (四) 發生地點47.84%「公共場所」，其次19.45%「虛擬環境-科技設備（如網際網路等）」。
- (五) 行為樣態主要以「趁機親吻、擁抱或觸摸胸、臀或其他身體隱私部位」占54.7%，其次「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度」占14.3%，「展示或傳閱色情圖片（檔）」占14.1%。

第二節 性侵害及性騷擾被害人多元處遇

- 一、落實性侵害案件被害人保護扶助：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置等保護扶助措施；106年提供27萬餘人次服務，扶助金額1.7億餘元。
- 二、強化性侵害被害者創傷復原服務：106年起運用公益彩券回饋金經費補助民間團體規劃辦理「性侵害被害者創傷復原中心建置推動計畫」，針對早年遭受性侵害且無司法協助需求之個案提供創傷復原服務，及時提供諮商輔導服務，106年計提供服務逾2,500人次。
- 三、提升性侵害案件採驗工作與鑑驗品質：106年提供3,254名被害人驗傷採採證服務，其中送刑事警察局化驗採證盒計1,713件。
- 四、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，提升訊問品質並減少被害人重複陳述，106年計1,593件進入減少重複陳述作業服務。

五、辦理「建構性騷擾防治服務系統競爭型計畫」：106年計補助13個縣市政府辦理85場次專業人員訓練、614被害人次進行法律諮詢、心理輔導等服務，逾57萬餘人次宣導受益、2,925場所性騷擾防治措施實地查核。

第三節 性侵害加害人處遇

- 一、積極協調設置性侵害加害人刑後強制治療處所，至106年底該類型處所累計達6家，分別為衛福部草屯療養院、衛福部草屯療養院附設大肚山莊、衛福部嘉南療養院、高雄市立凱旋醫院、臺北榮民總醫院玉里分院、臺中監獄附設培德醫院。
- 二、落實性侵害加害人社區處遇，106年執行加害人身心治療及輔導教育計7,408人；完成處遇1,788人，執行中4,494人，裁定移送強制治療10人，因故未執行744人，移送裁罰372人。

第四節 性侵害及性騷擾防治品質與教育

- 一、辦理「重大性侵害事件個案檢討會議」：106年召開2次會議共檢討10件案件以及1件提案，包括請社會及家庭署賡續督導機構加強管理，邀集相關部會針對司法裁定安置個案通報及服務轉銜策進作為再行研議，賡續研議現行處遇服務如何強化性侵害加害人支持系統功能，精進加害人之分類且逐步強化戀童症之標識，請各縣市政府落實召開相關網絡會議，俾利所轄網絡人員之重要訊息得以流通等決議事項。
- 二、精進性侵害及性騷擾防治專業訓練：106年辦理2場次「性侵害防治業務人員核心課程基礎訓練班」，課程內

容包含認識性侵害、認識性侵害加害人、人類性發展議題、性侵害受害者的司法保護措施、性侵害受害者的醫療保護措施、兒少、身心障礙者及機構內的性侵害事件、性侵害創傷與復原歷程，計107人次參訓。為提升性騷擾案件承辦人員及調查人員之專業知能，106年辦理8場性騷擾案件調查人員專業訓練，計403人完訓。

- 三、落實兒少性侵害案件處理時程管控：於「家庭暴力、性侵害及兒少保護資訊系統」設置定時提醒功能，透過資訊系統提示社工兒少保護個案法定處理時限。
- 四、強化社區及校園預防教育宣導：透過社會福利補助及公益彩券回饋金補助地方政府及民間團體辦理性騷擾防治宣導教育方案，106年共補助13個縣（市）政府及7個民間團體，逾66萬人次受益。
- 五、製作數位課程教材，提升專業工作知能：106年完成「認識性創傷」、「場所主人的性騷擾防治責任」數位學習教材，協助實務工作人員瞭解被害人創傷復原相關處遇工作內涵。
- 六、辦理處遇人員專業訓練：106年度委託本部八里療養院辦理「家庭暴力及性侵害處遇人員教育訓練」，性侵害部分，辦理核心課程6場次、選修課程4場，計有552人次參加。

第四章 ► 兒童及少年保護

第一節 兒童及少年保護工作

- 一、優化責任通報品質：106年兒童及少年保護（下稱兒少保護）通報案件共5萬9,912件次，責任通報人員共通報5萬1,090件次（85%），一般民眾共通報8,820件次（15%），分類為家內案件共2萬1,141件次（35%）、家外案件共1萬3,078件次（22%）、其他案件共2萬5,693件次（43%），其中家內案件提供後續處遇服務之受虐兒少人數為4,135人，男性2,012人（49%），女性2,123人（51%）。另106年實施責任通報人員輔助指引，輔助責任通報人員依據案情精準判斷是否通報及應通報類型，俾提升通報品質。
- 二、推動兒少保護家庭處遇及親職教育服務：106年各地方政府對家內兒少保護案件，提供親職教育服務計1萬560人次；連結家庭扶助及福利服務等各項資源計5萬1,464人次。
- 三、督導直轄市、縣（市）政府落實兒少保護工作：引導各地方政府持續強化與衛生醫療、司法、警政及教育等單位網絡合作，並精進保護性社工人員專業敏感度、兒少人身安全評估等處理知能，106年召開3次重大兒少虐待事件防治小組會議，共檢討34案。
- 四、加強辦理兒少保護專業訓練及實務研討：106年辦理1場次（3日）家庭功能評估暨家庭處遇計畫種子講師訓練，計35人參加；3場次(5日)兒少保護結構化風險評估實驗試作暨安全評估實務研討活動，計98名專家學者、社工督導及資深社工人員參與；1場

次（2日）「兒童少年保護服務跨域合作研討活動」，計165名社政、教育、衛生醫療、司法等兒少保護網絡人員參加。

- 五、辦理兒少保護專業發展及研發工作：106年辦理兒少保護結構化風險評估決策模式實驗試作成果研究計畫，完成我國兒少保護風險評估工具定版工作；辦理兒少保護家庭處遇與家庭功能評估精進計畫，依據第一線社工人員之實務經驗，修訂兒少保護家庭功能評估表及家庭處遇計畫工作手冊。

第二節 兒童及少年性剝削防制工作

- 一、周延法制：《兒童及少年性剝削防制條例》分別於106年11月29日及107年1月3日奉總統令公布修正部分條文，修正重點包括：精進被害人多元處遇流程、擴大責任通報人員範圍、加重犯罪行為人刑責等。
- 二、落實被害人保護扶助：責任通報計1,184件，以警察748件（63.18%）為最多，其次主要為教育人員214件（18.07%）、社會工作人員151件（12.75%）。被害人數計783人，地方社政機關派員陪同偵訊計服務533人，緊急安置158人，經法院裁定短期安置153人、中長期安置92人，提供後續追蹤輔導服務833人，包括關懷訪視、心理諮詢、就學輔導、經濟補助、家庭處遇、就業及醫療資源等。
- 三、召開「兒童及少年性剝削防制諮詢會」：於106年7月31日召開第1屆第1次會議，相關部會就新法施行後之辦理情形進行工作報告與討論。

四、辦理多元處遇巡迴督導：106年委託辦理「精進兒少性剝削被害人多元處遇工作計畫」，總計辦理22場巡迴督導，滾動式溝通服務內容，同時進行性剝削防制資源盤點。

第三節 兒童及少年上網安全機制

一、督導直轄市、縣（市）政府落實對網路內容防護機構（Institute of Watch Internet Network, iWIN）派案之處理：106年召開1次研商會議，決議如下：

(一) 增加系統網址及檢舉案件截圖等申訴欄位，並加強個資保護，由iWIN網路內容防護機構(自106年起由台北市電腦公會承接)辦理受理檢舉之資訊系統更新建置。

(二) 為縮短案件處理時效，建議iWIN案件採分級處理，緊急案件需於一天內下架移除並移請相關單位進行查處。

(三) iWIN主要為受理民眾檢舉，每年有訪查約40家大型平台業者，未來將再加強主動訪查之功能，並督促業者自律。

二、iWIN106年服務案量：9,865件，「色情猥褻」占93.79%，檢送相關單位554件，黑名單3,057件。

三、辦理「有害兒少身心健康之網路內容例示說明及處理效能策進發展計畫」：初步建立有害兒少身心健康之網路內容例示說明表，提供地方政府之裁罰參考依據及業者訂立自律規範之基準。



12



研究發展與國際合作

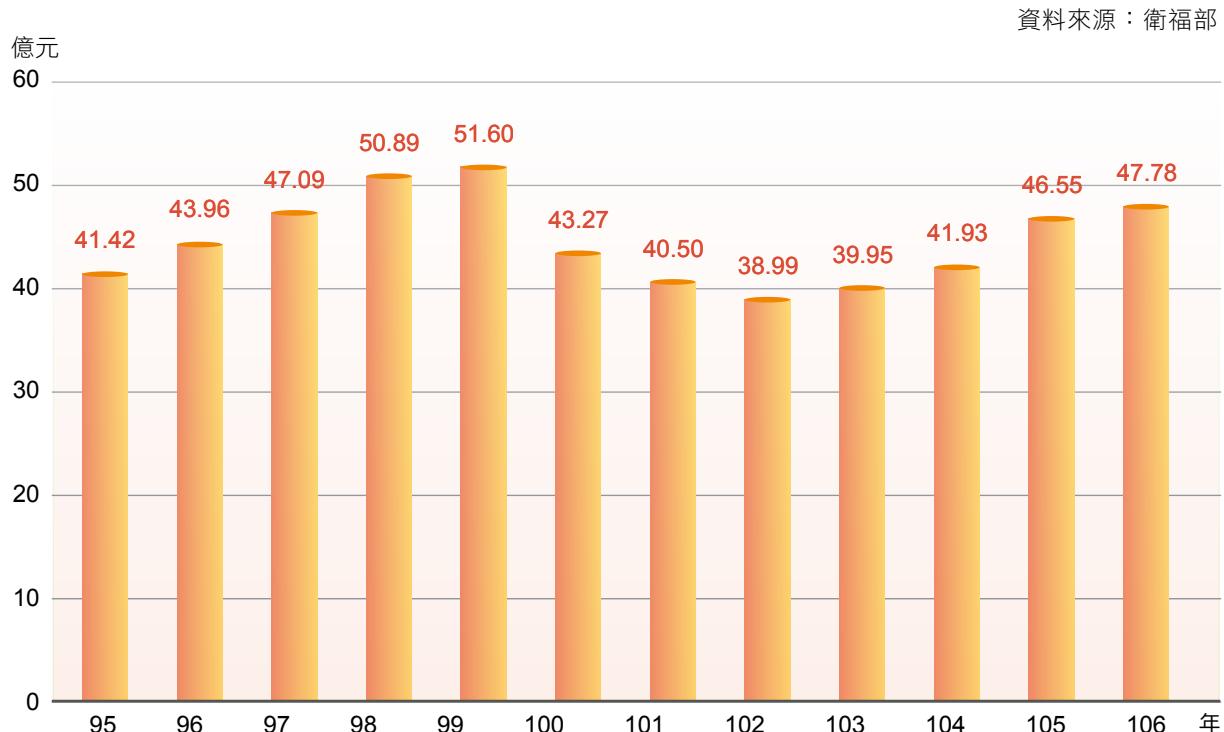
第一章	衛生福利科技研究	147
第二章	國際合作	152

第一章 ► 衛生福利科技研究

106年度科技發展預算為47億7,772萬1千元如圖12-1，占衛福部總預算2.28

%，主要投入公共衛生及社會福利政策所需之實證研究、創新及轉譯研究及衛福資料統計應用，共委託或補助859件研究計畫，科技成果實際應用率為73.7%。

圖12-1 歷年科技研究法定預算數趨勢變化



第一節 任務導向型的實證政策研究

一、防疫整備

(一) 改良及開發包括病媒病毒多重聚合酶連鎖反應檢測技術平台與快速等溫核酸增殖方法、肺炎病原體檢測套組、立克次體傳染病快速診斷系統、巴貝氏蟲分子檢驗方法、應用特製過濾器技術提升電顯試片製備技術及抗蛇毒血漿病毒及低劑量飯匙倩蛇毒抗原免疫馬匹等檢驗技術，運用於快速診斷，以提升防疫效能。

(二) 了解長照機構潛伏結核感染現況並制定防治模式，建置抗藥性二線結核病藥物安全監測系統。

(三) 首創跨機關建置「共同基因資料庫」，分享食媒病原型別資訊與建置早期預警系統，依研究成果，自107年起將「李斯特菌症」納入第四類法定傳染病進行監測調查與防治。

二、民眾健康促進

(一) 完成國民健康訪問、國民營養健康狀況變遷及兒童青少年世代追蹤調查，辦理高齡營養狀況與老年症候群研究及發展營養風險篩檢工具；完成臺灣GIS致胖環境監測系統應用及趨勢分析，建置全國各縣市肥胖率預測模式；持續研辦提升癌症診療品質，研創癌症早期篩檢策略。

(二) 完成我國活躍老化現況分析、中高齡健康照護發展應用及高齡友善環境評估等研究，並加強跨領域產官學研對話與政策轉譯。

三、食品藥物管理

(一) 食品檢驗技術發展

1. 擴增食品中農藥、動物用藥、重金屬及添加物之檢驗品項，使法規涵蓋率分別達及97%、80%、100%及97%，有效涵蓋多數檢驗需求。
2. 建立禽產品中蘇丹色素分析方法，與食品安全管理政策相互支援，成功運用於食安新聞事件中。
3. 以資通訊技術，建立27大類，103種視覺化儀表板，精進源頭管理及稽查利器。

(二) 藥物科技研究發展

1. 研訂高階高值藥品臨床試驗、查驗登記技術性資料922件；制定16項藥物相關審查管理原則及基準指引草案；建立15項藥物化粧品檢驗方法或評估研究，提升臨床試驗檢驗技術。
2. 開發2種尿液新興毒品分析方法、合成13種濫用藥物標準品及建立高效能分析方法，加速檢驗效能，防制毒品氾濫。

四、中醫藥研發與推廣

(一) 整合西藥、中西藥併用查詢系統，建立「用藥諮詢資料庫暨資訊平台」，內含「中西藥併用諮詢資料庫」，累積收錄中西藥併用研究資料3,085筆、中西藥併用配對556筆及中醫典籍配伍禁忌475筆，已提供臨床醫事人員用藥參考。

(二) 建置中藥品質分析資料庫(qaTCM)，截至106年底計90筆中藥材之性狀

與顯微鑑別、薄層層析鑑別、指標成分分析及定量數據等，有助於產官學研及一般民眾查詢。

(三) 以現代具體臨床及基礎醫學資料佐證中醫特定體質變化與亞健康及肺癌疾病狀態密切相關，可作為臨床使用之參採。

(四) 進行新陳代謝疾病新藥開發，其中「具有GLP-1受體調控活性之化合物及其用途」及「錫蘭七指蕨、入地蜈蚣素及黃酮類化合物用於治療或預防新陳代謝疾病之用途」皆已取得我國發明專利。

(五) 完成測定「辛夷散」、「烏藥順氣散」、「知柏地黃丸」、「生脈飲」等4種中藥製劑之市售品萃取物對西藥nifedipine交互作用評估研究。

五、精進醫療照護體系

(一) 建構數位資訊建設：截至106年底，原住民族及離島地區有68家衛生所及178家衛生室網路頻寬達12M以上。

(二) 探討身心障礙鑑定結果與ICD-10-CM之關係，完成100組常見ICD疾病組對應功能分布，並與一般特徵結合，建立預測模型，部分準確率高達7成。

(三) 完成國際居家護理機構創新，應用丹麥、美國及荷蘭三國案例分析，抽樣盤點119家居家護理機構照護應用需求，並提出國內居家護理機構照護應用三大發展與六大應用之建議及推動規劃策略。

(四) 建置醫院護理服務資料與管理平臺，提升其應用效益。

六、全方位強化全民健康保險體制

(一) 合理配置健保資源：建構健保醫療資源不當耗用之評估方法及改善策略，進行疾病別醫療品質資訊公開指標評估及建立，蒐集醫療服務與特約管理爭議案例與分析爭議問題。

(二) 應用科技強化服務：進行「健保醫療資訊雲端查詢系統」成效評估，將醫療資訊上傳雲端，讓基層院所調閱分享，落實分級醫療；發展智慧型E-call通服務網絡；建立顧客滿意監測系統。

七、強化心理及口腔健康監測

完成臺灣老人心理健康正面指標之調查問卷，並進行全國性調查，105至106年以面訪方式完成2,256筆調查資料，建立監測基線資料，初步分析調查結果，以瞭解我國老年人心理健康、安適幸福感及其影響因子現況。

八、積極性社會救助發展

本部106年度委請臺灣大學進行「脫離貧窮措施成效評估研究計畫」，該研究團隊提出四項脫貧指標測量面向之建議，包含：1.社會救助績效指標。2.資產累積脫貧方案指標。3.就業脫貧指標。4.脫貧方案的持續性精神、脫貧方案數及參加人數占該縣市之比率等脫貧方案共同指標。

九、完善福利服務體系

為發展適合我國運用之政策模式，積極回應新興議題，106年辦理4項新興議題研究，分述如下。

(一) 「社會住宅之福利服務輸送模式」探討各類型之設計概念與服務模式，釐析臺灣不同世代之需求。研究發現社會住宅可對應的弱勢群體相當多元，不同弱勢群體的需求也

相當分歧，服務模式可多元發展並應特別設計以對應該住宅居民的需求；政府宜強調創新與社會公平正義，示範鼓勵自由市場發展多元性住宅，並宜與「生活圈」結合，使福利服務模式與住民的生活模式相容。

(二) 「社會福利公益信託制度發展」分別針對「制度創設之目的反思、制度運作之挑戰歸納、制度結構之設計分析、制度創新的未來策略」等面向提出建議。

(三) 「社會福利評核核心價值與指標研究」通盤檢視中央對地方政府之績效考核，針對考核模式、指標設定、獎勵輔導機制等面向，提出可行操作策略。

(四) 「身心障礙者福利服務之性別分析初探」發現國內障礙及性別資料處於邊緣位置，無障礙性別交叉資料，建議我國應進行障礙者不同性別分析研究，方能呈現障礙者與非障礙者組間差異；並建議重大政策人權影響評估可立法修正將障礙納入人權指標；我國大型研究可增列是否為障礙者題項，以增進瞭解我國障礙與性別圖像。

十、強化全國身心障礙福利資訊整合平台整合身心障礙者鑑定與需求評估管理系統、身心障礙者各項福利服務管理系統及身心障礙生涯轉銜個案服務資料管理等三大類型系統，並新建置身心障礙個案管理子系統，提高公共服務效益。

第二節 創新及轉譯研究的發展

一、技術轉移及專利授權

106年完成4項研發成果技轉，研發成果收入共計 676萬878元如圖12-2。

二、生醫科技研發

(一) 啟動營運「藥物化學加值創新研發

中心(VMIC)」，以豐富之整合性新藥研發經驗，提供廠商進行小分子新藥研發所需之關鍵藥物化學研究技術服務，銜接新藥研發缺口，帶動我國生技製藥產業升級。

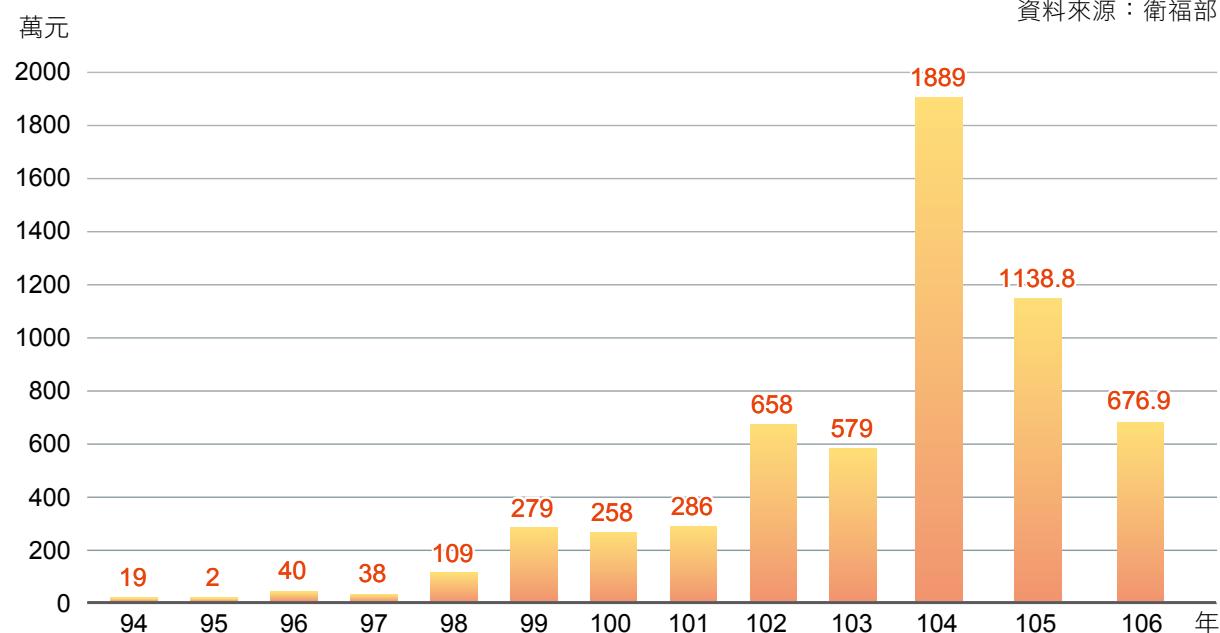
(二) 開發新穎抗肺癌標靶藥物DBPR112，

能有效抑制國人常見的上皮生長因子受體(EGFR)基因突變型肺癌。於106年起進行第一期臨床試驗，並完成全球專利佈局，包括獲得中華民國、美國、中國、日本與南韓專利。

(三) 成立「亞太腸病毒偵測網絡(Asia-Pacific Network for Enterovirus Surveillance, APNES)」與越南、馬來西亞、柬埔寨合作，共同推動腸病毒防治與疫苗開發國際合作事宜，提升腸病毒防疫效率。

圖12-2 歷年研發成果收入數趨勢變化

資料來源：衛福部



本部與東南亞防疫學研機構合作成立「亞太腸病毒偵測網絡」

三、推動第二期（103-106年）癌症研究計畫

- (一) 完成台灣執行胃癌篩檢服務模式及建立收案與後續轉介、確診的標準作業流程。證實胃幽門桿菌除菌治療篩檢介入為符合成本效益的策略，增加成本效益比（Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICERS）為-1237.14美元/拯救之生命年數（Life Year Saved, LYS）。進行文獻回顧及統合分析，除菌治療預防胃癌的長期效益，下降47%的胃癌風險。
- (二) 在癌症治療，提供肝癌及肝炎治療、白血病治療、乳癌分子分類治療、以手術用機器人輔導內視鏡手術治療口腔癌等多項治療建議。在癌症危險因子探討，研究顯示環境賀爾蒙曝露與年輕乳癌的風險呈正相關，脂肪代謝異常造成慢性發炎可能與乳癌發生有關。酒精攝取與頭頸癌發生有顯著相關，其中與下咽癌的關係最為密切。上尿路上皮癌的腫瘤進展與不正常的醣類代謝顯著相關。

四、提升臨床試驗創新及競爭力計畫

- (一) 完成國內外多國多中心藥品臨床試驗倫理審查共168件，平均審查9.4個工作天/件。醫藥品查驗中心建置臺灣臨床試驗資訊平臺，期以單一窗口（one stop shop）推廣臺灣臨床試驗的國際能見度。
- (二) 執行臨床試驗之成果，包括：發表血壓控制新標準，降低心血管疾病、腎臟病患者，以及75歲以上高齡患者3成死亡率。regorafenib在晚期肝癌第二線治療的適應症已在美國通過。使用於治療轉移性表皮生長因子受體基因帶有 T790M

突變陽性非小細胞肺癌的新藥 Osimertinib已獲得美國FDA批准。

第三節 衛福資料統計應用

一、應用服務平臺管理

資料科學中心於100年開始提供服務，旨在提升決策品質、拓展學術研究。106年除持續強化資安管理及推動巨量資料應用管理審議機制外，已完成各研究分中心遠端虛擬桌面系統建置。

二、服務內容及服務量

- (一) 截至106年底開放申請之資料庫計84項。
- (二) 106年起9處研究分中心均可透過遠端虛擬桌面系統連線至本部系統進行資料加值應用，平均設備使用率從104年3%提升至106年42%。
- (三) 執行中案件數由100年58件提升至106年617件如圖12-3，平均年增率達48%；同期間提供服務人日數亦由100年626人日增至106年10,490人日，平均年增率達60%。

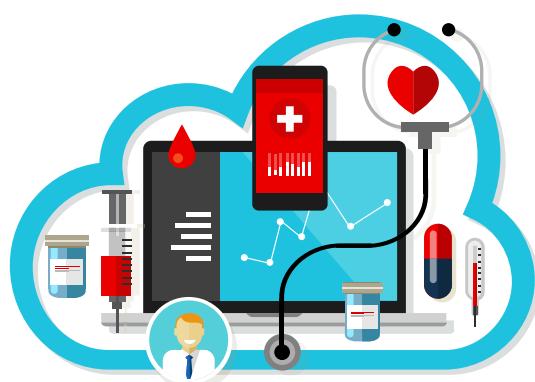
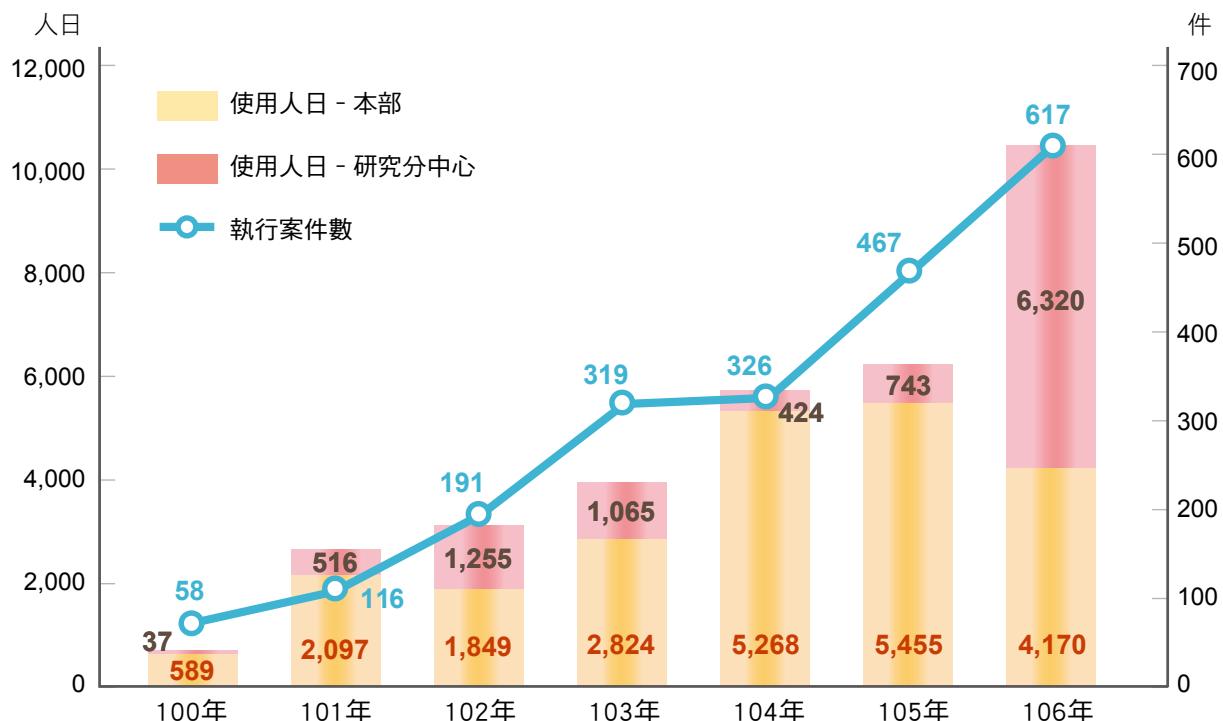


圖12-3 衛生福利資料科學中心歷年服務量

資料來源：衛福部



第二章 ▶ 國際合作

因應全球化時代，臺灣積極參與國際醫療衛生合作與緊急人道醫療援助工作，貢獻我醫療專業並分享經驗及成果。

第一節 參與國際組織

一、世界衛生組織（World Health Organization, WHO）

我國參與世界衛生組織（WHO）各項機制、活動及會議，不僅攸關全體國人的健康權益，更是世界衛生及防疫體系中不可或缺的一環。第70屆世界衛生大會（WHA）於106年5月22日至31日於瑞士日內瓦召開，雖未能受邀以觀察員身分出席，衛福部陳時中部長率領世衛行動團赴日內瓦，與美國等國家及重要國際組織

辦理59場雙邊會談，就重要衛生議題進行深度交流，尋求未來合作方向，同時也舉辦健保、防疫相關專業論壇，與國際專家交流互動，向國際社會表達我國欲基於貢獻衛生專業及維護健康人權的立場，持續專業、務實、有貢獻參與全球衛生事務之決心。

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

衛福部何啟功次長率團出席106年8月21-25日於越南胡志明市舉辦之「第7屆APEC衛生與經濟高階會議（7 th APEC High-Level Meeting on Health and the Economy）」，並以「邁向永續健康體系（Towards a Sustainable Health System）」主題發表演說，令各經濟體印象深刻並獲得與會者熱烈的回響。

第二節 國際交流與援助

一、國際合作與交流

(一) 國際業務辦理情形：106年於國外參加國際會議或研習93場，於國內舉辦國際會議40場，外賓邀/參訪共計67國978人次。

1. 參與國際會議

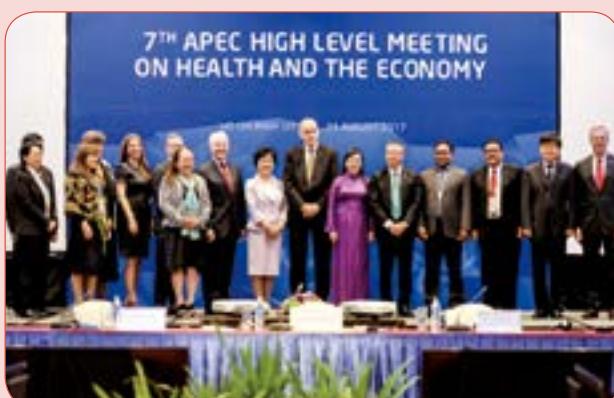
(1) 106年5月派員赴西班牙巴塞隆納參與國際護理協會（ICN）每四年舉辦之年會，探討主題為「護理師引領健康照護的轉型」，特別聚焦護理人員對永續發展目標、衛生人力資源與全民健康覆蓋的貢獻。

(2) 106年9月派員赴紐西蘭參與社會企業世界論壇（Social Enterprise World Forum），有效讓我國社會企業領域人士與國際接軌。

(3) 106年12月派員參加第22屆臺日韓三國會議係由日本全國社會福祉協議會（Japan National Council of Social Welfare）及大阪府社會福祉協議會（Osaka Prefecture Council of Social Welfare）主辦，透過與會國家與各方專業人士、政府部門的參與，一同思考各種社會問題的解方。



106年5月27日總統接見「臺灣世衛行動團」



106年8月第7屆APEC衛生與經濟高階會議



106年5月國際護理大會



106年9月社會企業世界論壇

2. 舉辦國際會議

(1) 106年4月25-28日「茲卡病毒鑑別診斷國際研習營」由衛福部、外交部及美國在臺協會合辦，為亞太及東南亞地區首次針對茲卡病毒檢驗診斷辦理的訓練課程，參訓學員來自澳洲等18國。

(2) 106年5月9日至10日舉辦「臺美

衛生福利政策研討會」，主題為「弭平施政落差：從政策面到執行面（Closing the Gap: from Policies to Actions）」，約有250人與會。邀請7位美國衛福官員及專家學者，雙方就當前重要衛福議題、未來挑戰及政策執行成果，進行實務經驗分享。



106年4月茲卡病毒檢驗診斷國際研習營



106年5月臺美衛福政策研討會

- (3) 106年7月26日韓國衛福部與本部雙方就精神衛生法及精神病人強制住院制度等議題進行交流，分享二國對於強制住院制度形塑過程及實施經驗。
- (4) 106年9月8日舉辦「亞太健康促進核心能力建構論壇」，邀集日本、新加坡、馬來西亞等8國，9位學者及5位政府官員，與我國官

員及學者160位共同與會。此次與「亞太公共衛生學術聯盟」(Asia Pacific Academic Consortium for Public Health,APACPH)共同成立健康促進核心能力建構協作中心(Collaborating Centres for Health Promotion,CCHP)，同時與6國代表代表共同發表「臺北宣言」。



106年9月亞太健康促進核心能力建構論壇

- (5) 106年9月11日至15日舉辦「PIC/S官方委員會議暨年度研討會」，與會者來自50國、60個政府機關與國際組織代表，共170位官方稽查員參加，辦理成果獲得PIC/S組織及與會者高度肯定，有效鞏固本部於PIC/S組織之地位。
- (6) 106年9月6日至7日、10月2日舉辦「中藥藥品交流合作國際論壇暨訓練課程」，共約280人參與，邀請來自新加坡及馬來西亞等新南向國家共3

名官員及專家來臺，協助我業者積極參與佈局東南亞之新南向政策。

- (7) 106年10月22至23日舉辦「臺灣全球健康論壇」，計有9位衛生部部次長與會，共35國76位高階衛生官員與專家共同參與，出席總人數達1,010人。為94年起舉辦以來，與會人數最多的一年，可見透過論壇持續多年之舉辦，已有效建構一個立足臺灣且放眼國際之醫療衛生專業交流平台。



106年10月臺灣全球健康論壇

(8) 106年10月30日至11月3日舉辦「中華民國身心障礙者權利公約(CRPD)初次國家報告國際審查會議」，由副總統具名邀請來自英國、瑞典等國，共5位身心障礙者權利專家擔任國際審查委員，來臺審查我國初次國家報告，審查結果產出85點次結論性意見。會議期間，立法院、司法院、監察院及行政院各部會代表約有307人出席與會、非政府組織代表與一般民眾約有286人出席，合計約有593人參與。

(9) 106年11月20日至24日舉辦「中華民國兒童權利公約首次國家報告國際審查會議」，由副總統具名邀請來自荷蘭、以色列等國，共5位國際兒權專家擔任國際審查委員，來臺審查我國首次國家報告。國際審查委員與政府部門、非政府組織及兒少代表進行深入且具建設性的對話，並提出共98點次結論性意見。審查會議期間，政府部門包括行政院等5院及各部會均派代表約有390人出席與會，約240位非政府組織、兒少代表及個人出席與會，合計約有630人參與。



106年10月中華民國身心障礙者權利公約初次國家報告國際審查會



106年11月中華民國兒童權利公約首次國家報告國際審查會議

3. 國際友人來訪：106年接待67國978人次外賓，除一般性的拜會外，就衛生福利政策、醫藥、食品、健保、科技、雙邊合作等議題進行交流如圖12-4。

(二) 國際合作

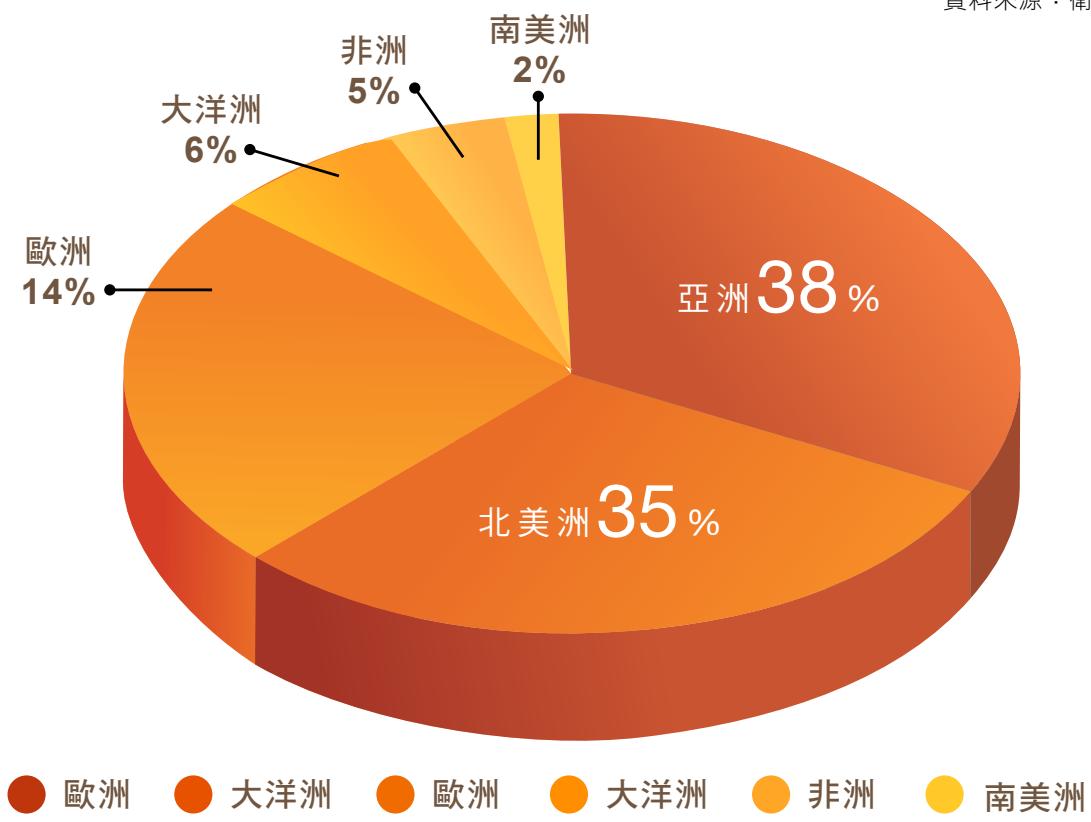
1. 與無國界醫生（Médecins Sans Frontières, MSF）合作：本部派員參加香港無國界醫生於106年8月27至9月2日舉辦之外科醫師專業訓練，其內容包括傳染病防治、外科手術照護及醫院緊急應變等，有助提升我國醫療人員之專業技能，

拓展我人道援助之國際網絡。

2. 衛福部、臺灣國家眼庫及美國SightLife衛生組織共同於105年11月7日簽署合作備忘錄，展開為期5年之密切合作，106年已完成臺灣國家眼庫相關文件審查修訂及英譯作業，眼庫技術員及品質主管亦前往美國西雅圖SightLife總部接受國際眼庫相關管理培訓及角膜內皮細胞移植手術（DSAEK）之訓練。SightLife衛生組織將持續協助我國國家眼庫通過國際認證，同時讓臺灣國家眼庫朝向成為亞洲眼庫卓越中心的目標邁進。

圖12-4 106年來訪外賓各大洲比例統計圖

資料來源：衛福部





105年11月7日臺灣國家眼庫與美國SightLife衛生組織合作備忘錄簽約儀式

二、國際醫療衛生援助

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

- (一) 中華民國協助海地地震災後重建計畫：由外交部規劃，衛福部配合執行3項公衛醫療面向子計畫：「臺灣健康促進中心計畫」、「捐贈醫療器材計畫」、「防疫生根計畫」。
- (二) 臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA)：外交部與衛福部於95年成立，至今共執行28次醫衛援助行動。
 - 1. TaiwanIHA與羅慧夫顱顏基金會、長庚醫院、勇源教育發展基金會、胡志明市病患支援協會、及德國唇顎裂基金會等共同合作，106年3月22至25日赴越南胡志明市口腔醫院進行唇顎裂手術服務，服務35名患者，除提供醫療服務外，也進行學術交流，提升該院醫療品質，嘉惠當地唇顎裂患者。
 - 2. TaiwanIHA與日本亞洲醫師協會

(AMDA) 合作，106年5月7至11日邀請羅慧夫顱顏基金會、長庚紀念醫院籌組醫療團前往印尼南蘇拉維西省班塔恩縣 (Bantaeng) 醫院進行唇顎裂手術服務，為25名患者進行顱顏重建手術；拜會錫江市哈桑丁大學醫院，舉辦唇顎裂術後傷口照護講座，強化臺印雙邊醫衛交流。

- (三) 「醫療器材援助平臺計畫 (Global Medical Instruments Support & Service Program,GMISS)」：募集全國醫療院所汰舊堪用之醫療儀器，配合外交政策辦理捐贈。106年完成海地、吉里巴斯、布吉納法索、宏都拉斯、蒙古等5國共6趟次517件醫療器材捐贈。
- (四) 「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 (Taiwan International Healthcare Training Center, TIHTC)」：藉由訓練國外醫療資源缺乏地區的醫事人員來敦睦邦交，106年共培訓15國108人次國外醫事人員。
- (五) 106年持續與外交部合作，代為委

託國內8家醫院辦理「太平洋6友邦及友我國家醫療合作計畫」，於馬紹爾群島以及索羅門群島辦理「臺灣衛生中心計畫」，於帛琉、吉里巴斯、諾魯、吐瓦魯四國辦理「臺灣醫療計畫」，於斐濟及巴布亞紐幾內亞二國辦理「行動醫療團計畫」，上述計畫經費全數由外交部支應。

第三節 醫療服務國際化

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

二、發展目標

(一) 輔導醫院建立強項特色、發展醫療品

牌、提供多元醫療服務，並與同、異業整合與合作，以開拓創新經營策略，讓醫療產業更加活絡發展。

(二) 發展國際健康產業，以醫療為火車頭，帶動生技、製藥、醫材、資訊及養生等產業發展。

三、推動成果

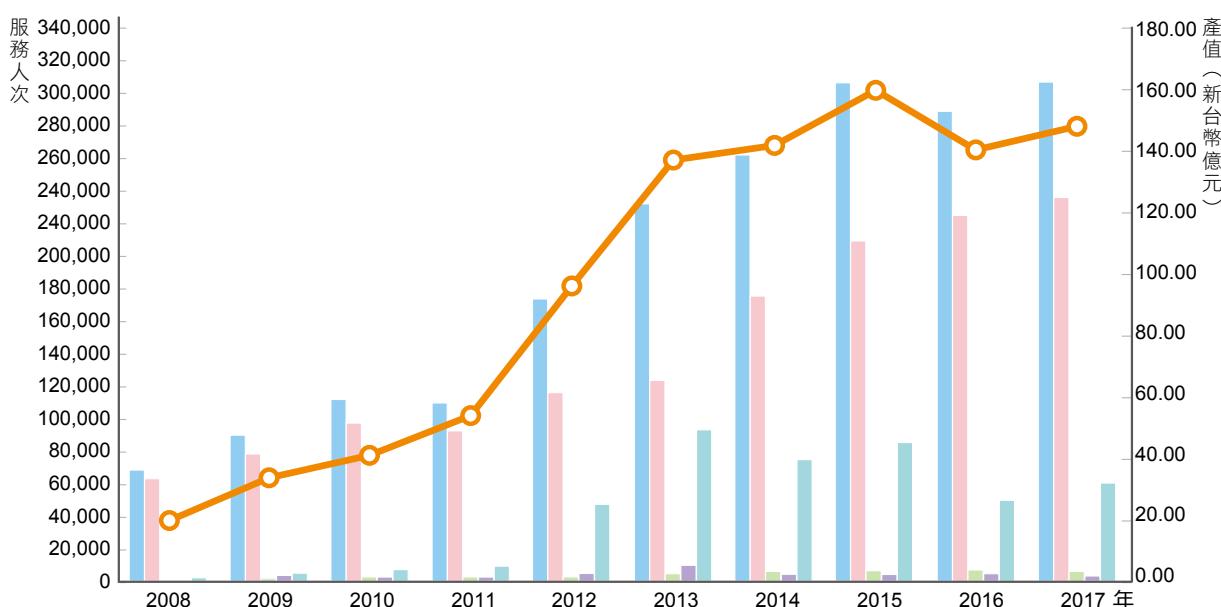
(一) 成立「國際醫療管理工作小組」作為交流與傳播之平台，並輔導77家醫院建置具國際競爭力之環境。

(二) 鬆綁法規限制並配合「大陸地區人民進入臺灣地區許可辦法」之規定，公告65家醫院可代為申請大陸地區人士來台進行健康檢查及美容醫學，提供便捷的入臺途徑。

(三) 自97年推展醫療服務國際化，國際醫療服務人次與產值如圖12-6。

圖12-6 國際醫療服務人次與產值

資料來源：衛福部



總人次	68,545	89,507	110,334	109,133	173,311	231,164	259,674	305,045	286,599	305,618
門診	63,388	78,553	96,850	92,931	115,569	123,107	174,342	208,198	224,164	233,545
住院	1,102	1,818	2,157	3,105	3,845	4,293	6,078	6,970	7,220	7,325
美容	1,072	3,902	3,125	3,254	5,822	10,627	4,308	4,874	4,530	4,076
健檢	2,983	5,234	8,532	9,843	48,075	93,137	74,946	85,003	50,685	60,672
產值	20.29	34.33	41.49	54.14	96.23	136.48	141.35	158.96	139.90	147.27



附錄

附錄一	衛生福利統計指標	161
附錄二	法定傳染病確定病例統計	175
附錄三	專有名詞英文簡稱檢索表	178

附錄一 ► 衛生福利統計指標

表1 人口

年別	總人口數	人口結構			粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率	青少女生育率	人口密度
		0-14歲	15-64歲	65歲以上						
	千人	%	%	%	%	%	%	每一婦女	%	人/每平方公里
96年	22,958	17.6	72.2	10.2	8.9	6.2	2.8	1.1	6	634
97年	23,037	17.0	72.6	10.4	8.6	6.3	2.4	1.1	5	637
98年	23,120	16.3	73.0	10.6	8.3	6.2	2.1	1.0	4	639
99年	23,162	15.6	73.6	10.7	7.2	6.3	0.9	0.9	4	640
100年	23,225	15.1	74.0	10.9	8.5	6.6	1.9	1.1	4	642
101年	23,316	14.6	74.2	11.2	9.9	6.6	3.2	1.3	4	644
102年	23,374	14.3	74.2	11.5	8.5	6.7	1.9	1.1	4	646
103年	23,434	14.0	74.0	12.0	9.0	7.0	2.0	1.2	4	647
104年	23,492	13.6	73.9	12.5	9.1	7.0	2.1	1.2	4	649
105年	23,540	13.3	73.5	13.2	8.9	7.3	1.5	1.2	4	650
106年	23,571	13.1	73.0	13.9	8.2	7.3	1.0	1.1	4	651

資料來源：內政部

表2 平均餘命與死亡率

年別	0 歲平均餘命			5 歲以下 兒童死亡率	15-60 歲 成人死亡率
	兩性	男性	女性		
	歲	歲	歲		
96年	78.4	75.5	81.7	6.4	105.6
97年	78.6	75.6	81.9	6.3	103.3
98年	79.0	76.0	82.3	5.6	101.0
99年	79.2	76.1	82.5	5.5	99.2
100年	79.1	76.0	82.6	5.7	99.0
101年	79.5	76.4	82.8	5.1	96.3
102年	80.0	76.9	83.4	4.7	93.6
103年	79.8	76.7	83.2	4.6	94.5
104年	80.2	77.0	83.6	5.0	92.0
105年	80.0	76.8	83.4	4.8	94.1
106年	80.4	77.3	83.7	4.6	90.0

資料來源：內政部、衛福部

表3 國民醫療保健支出

年別	平均每人GDP		國民醫療保健支出		公部門 醫療保健 支出占 國民醫療 保健支出比	國民醫療 保健支出 占GDP比	平均每人 醫療保健支出	
	新臺幣元	美元	新台幣 百萬元	百萬美元			%	%
95 年	553,851	17,026	782,443	24,053	56.7	6.2	34,282	1,054
96 年	585,016	17,814	814,591	24,805	57.2	6.1	35,545	1,082
97 年	571,838	18,131	834,681	26,464	56.9	6.4	36,294	1,151
98 年	561,636	16,988	873,219	26,413	57.4	6.7	37,837	1,144
99 年	610,140	19,278	889,345	28,099	57.8	6.3	38,432	1,214
100 年	617,078	20,939	917,040	31,118	57.4	6.4	39,539	1,342
101 年	631,142	21,308	927,956	31,329	59.1	6.3	39,877	1,346
102 年	652,429	21,916	967,872	32,512	59.1	6.4	41,460	1,393
103 年	688,434	22,668	1,007,923	33,188	59.3	6.3	43,067	1,418
104 年	714,774	22,400	1,038,486	32,544	59.8	6.2	44,261	1,387
105 年	729,381	22,561	1,086,886	33,618	59.5	6.3	46,219	1,430

資料來源：行政院主計總處、衛福部

表4-1 醫療設施一家數

年別	醫療機構數											
	醫院								診所			
	西醫				中醫				西醫	中醫	牙醫	
	家	家	家	家	家	家	家	家				
96 年	19,900	530	507	79	428	23	1	22	19,370	10,197	3,069	6,104
97 年	20,174	515	493	79	414	22	1	21	19,659	10,326	3,160	6,173
98 年	20,306	514	496	79	417	18	1	17	19,792	10,361	3,217	6,214
99 年	20,691	508	492	81	411	16	1	15	20,183	10,599	3,289	6,295
100 年	21,135	507	491	81	410	16	1	15	20,628	10,815	3,411	6,402
101 年	21,437	502	488	81	407	14	1	13	20,935	10,997	3,462	6,476
102 年	21,713	495	482	80	402	13	1	12	21,218	11,105	3,548	6,565
103 年	22,041	497	486	80	406	11	1	10	21,544	11,277	3,637	6,630
104 年	22,177	494	486	80	406	8	1	7	21,683	11,313	3,705	6,665
105 年	22,384	490	485	80	405	5	1	4	21,894	11,395	3,772	6,727
106 年	22,612	483	478	79	399	5	1	4	22,129	11,499	3,839	6,791

資料來源：衛福部

表4-2 醫療設施—病床數

年別		病床數						平均每萬人口病床數					
		醫院			診所			醫院			診所		
		公立	私立	急性病床		急性一般病床		床	床	床	床	床	床
96 年	150,628	131,776	44,873	86,903	79,695	73,337	18,852	65.6	57.4	34.7	31.9	8.2	
97 年	152,901	133,020	45,450	87,570	80,021	73,426	19,881	66.4	57.7	34.7	31.9	8.6	
98 年	156,740	134,716	45,913	88,803	80,884	74,132	22,024	67.8	58.3	35.0	32.1	9.5	
99 年	158,922	135,401	45,981	89,420	81,072	74,140	23,521	68.6	58.5	35.0	32.0	10.2	
100 年	160,472	135,431	45,603	89,828	81,173	74,082	25,041	69.1	58.3	35.0	31.9	10.8	
101 年	160,900	135,002	45,549	89,453	81,064	73,876	25,898	69.0	57.9	34.8	31.7	11.1	
102 年	159,422	134,197	45,134	89,063	80,096	72,692	25,225	68.2	57.4	34.3	31.1	10.8	
103 年	161,491	133,518	44,524	88,994	79,745	72,303	27,973	68.9	57.0	34.0	30.9	11.9	
104 年	162,163	133,335	43,881	89,454	79,663	72,255	28,828	69.0	56.8	33.9	30.8	12.3	
105 年	163,148	133,499	43,827	89,672	79,931	72,635	29,649	69.3	56.7	34.0	30.9	12.6	
106 年	164,590	134,134	43,187	90,947	80,590	73,191	30,456	69.8	56.9	34.2	31.1	12.9	

資料來源：衛福部

表4-3 醫事人力—執業醫事人數

年別		執業醫事人員數									
		西醫師	中醫師	牙醫師	藥師 (生)	醫事 檢驗師 (生)	醫事 放射師 (士)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師	其他
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
96 年	214,748	35,849	4,862	10,740	28,040	7,642	4,211	113,832	347	1,239	7,986
97 年	223,623	37,142	5,112	11,093	28,741	7,896	4,443	118,785	308	1,379	8,724
98 年	233,553	37,880	5,290	11,351	29,587	8,203	4,651	125,081	258	1,563	9,689
99 年	241,156	38,887	5,354	11,656	30,001	8,377	4,913	128,955	208	1,687	11,118
100 年	250,258	40,002	5,570	11,992	31,300	8,579	5,133	133,336	134	1,824	12,388
101 年	258,283	40,938	5,740	12,391	32,015	8,751	5,341	137,641	120	2,050	13,296
102 年	265,759	41,965	5,977	12,794	32,668	9,006	5,507	140,915	132	2,234	14,561
103 年	271,555	42,961	6,156	13,178	33,162	9,132	5,774	142,708	149	2,304	16,031
104 年	280,508	44,006	6,298	13,502	33,516	9,261	5,952	148,223	150	2,392	17,208
105 年	289,174	44,849	6,441	13,912	33,908	9,400	6,164	153,509	154	2,525	18,312
106 年	299,782	46,356	6,692	14,380	34,526	9,561	6,416	159,621	164	2,631	19,435

資料來源：衛福部

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

表4-4 醫事人力—平均每萬人口執業醫事人數

年別		平均每萬人口執業醫事人員數									
		西醫師 人	中醫師 人	牙醫師 人	藥師 (生) 人	醫事 檢驗師 (生) 人	醫事 放射師 (士) 人	護理師 (士) 人	助產師 (士) 人	營養師 人	其他 人
96年	93.5	15.6	2.1	4.7	12.2	3.3	1.8	49.6	0.2	0.5	3.5
97年	97.1	16.1	2.2	4.8	12.5	3.4	1.9	51.6	0.1	0.6	3.8
98年	101.0	16.4	2.3	4.9	12.8	3.5	2.0	54.1	0.1	0.7	4.2
99年	104.1	16.8	2.3	5.0	13.0	3.6	2.1	55.7	0.1	0.7	4.8
100年	107.8	17.2	2.4	5.2	13.5	3.7	2.2	57.4	0.1	0.8	5.3
101年	110.8	17.6	2.5	5.3	13.7	3.8	2.3	59.0	0.1	0.9	5.7
102年	113.7	18.0	2.6	5.5	14.0	3.9	2.4	60.3	0.1	1.0	6.2
103年	115.9	18.3	2.6	5.6	14.2	3.9	2.5	60.9	0.1	1.0	6.8
104年	119.4	18.7	2.7	5.7	14.3	3.9	2.5	63.1	0.1	1.0	7.3
105年	122.8	19.1	2.7	5.9	14.4	4.0	2.6	65.2	0.1	1.1	7.8
106年	127.2	19.7	2.8	6.1	14.6	4.1	2.7	67.7	0.1	1.1	8.2

資料來源：衛福部

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

表4-5 護理機構設施一家數

年別	護理機構			
	一般護理之家		精神護理之家	居家護理
	家	家	家	家
96年	324		17	503
97年	347		19	487
98年	367		25	495
99年	390		28	516
100年	423		30	498
101年	447		29	498
102年	472		32	507
103年	487		35	507
104年	500		37	513
105年	511		41	547
106年	532		42	567

資料來源：衛福部

表4-6 護理機構設施－床數

年別	護理機構			
	一般護理之家		精神護理之家	
	床	床	床	
96年	19,551		1,303	2,026
97年	21,461		1,539	2,924
98年	23,077		2,089	3,568
99年	25,849		2,252	3,809
100年	28,476		2,235	4,379
101年	30,447		2,512	5,618
102年	33,101		2,757	6,582
103年	35,202		3,246	7,477
104年	37,263		3,494	8,558
105年	39,132		3,742	9,786
106年	41,548		3,805	11,546

資料來源：衛福部

表5 法定傳染病

年別	確定病例															
	霍亂	白喉	日本腦炎	漢生病	瘧疾	麻疹	流行性腦脊髓膜炎	流行性腮腺炎	百日咳	小兒麻痺症	先天性德國麻疹症候群	德國麻疹	新生兒破傷風	破傷風	結核病	黃熱病
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
96年	0	0	37	12	13	10	20	1,208	41	0	1	54	0	10	14,480	0
97年	1	0	17	8	18	16	19	1,145	41	0	1	33	0	18	14,265	0
98年	3	0	18	7	11	48	2	1,068	90	0	0	23	0	12	13,336	0
99年	5	0	33	5	21	12	7	1,125	61	0	0	21	0	12	13,237	0
100年	3	0	22	5	17	33	5	1,171	77	0	0	60	0	10	12,634	0
101年	5	0	32	13	12	9	6	1,061	54	0	0	12	0	17	12,338	0
102年	7	0	16	7	13	8	6	1,170	51	0	0	7	0	24	11,528	0
103年	4	0	18	9	19	26	3	880	78	0	0	7	0	9	11,326	0
104年	10	0	30	16	8	29	3	773	70	0	0	7	0	12	10,711	0
105年	9	0	23	10	13	14	8	616	17	0	0	4	0	14	10,208	0
106年	2	0	25	10	7	6	12	636	34	0	1	3	0	11	9,759	0

資料來源：衛福部疾管署

備註：1. 資料下載時間：107年5月1日。2. 流行性腮腺炎及破傷風係報告病例。

4. 自97年起「癩病」更名為「漢生病」。

表6 食品藥政

年別	食品中毒事件			藥商家數			
		患者數	死亡數		藥局	藥品暨醫療器材販賣業	藥品暨醫療器材製造業
	件	人	人	家	家	家	家
96年	248	3,231	-	59,061	7,381	50,633	1,047
97年	272	2,924	-	58,834	7,215	50,514	1,105
98年	351	4,642	-	58,524	7,450	49,814	1,260
99年	503	6,880	1	60,222	7,558	51,289	1,375
100年	426	5,819	1	63,274	7,699	54,090	1,485
101年	527	5,701	-	64,024	7,620	54,843	1,561
102年	409	3,890	-	65,280	7,701	55,926	1,653
103年	480	4,504	-	66,678	7,866	57,125	1,687
104年	632	6,235	-	67,597	7,922	57,945	1,730
105年	486	5,260	-	69,610	7,907	59,871	1,832
106年	528	6,237	-	71,083	7,950	61,244	1,889

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

表7-1 死因統計－主要死因

年別	嬰兒死亡率	所有死亡原因		主要死因									
				惡性腫瘤		心臟疾病		腦血管疾病		肺炎		糖尿病	
	每千活產	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率
96年	4.7	139,376	491.6	40,306	142.6	13,003	44.4	12,875	43.8	5,895	19.6	10,231	35.5
97年	4.6	142,283	484.3	38,913	133.7	15,726	51.7	10,663	35.0	8,661	27.5	8,036	26.9
98年	4.0	142,240	466.7	39,918	132.5	15,094	47.7	10,383	32.8	8,358	25.3	8,230	26.6
99年	4.2	144,709	455.6	41,046	131.6	15,675	47.4	10,134	30.6	8,909	25.6	8,211	25.3
100年	4.2	152,030	462.4	42,559	132.2	16,513	47.9	10,823	31.3	9,047	24.8	9,081	26.9
101年	3.7	153,823	450.6	43,665	131.3	17,121	47.9	11,061	30.8	9,314	24.4	9,281	26.5
102年	3.9	154,374	435.3	44,791	130.4	17,694	47.7	11,313	30.3	9,042	22.5	9,438	25.8
103年	3.6	162,886	443.5	46,093	130.2	19,399	50.2	11,733	30.4	10,353	24.7	9,846	26.0
104年	4.1	163,574	431.5	46,829	128.0	19,202	48.1	11,169	27.9	10,761	24.6	9,530	24.3
105年	3.9	172,418	439.4	47,760	126.8	20,812	50.3	11,846	28.6	12,212	26.9	9,960	24.5
106年	4.0	171,857	424.3	48,037	123.4	20,644	48.5	12,480	26.5	11,755	27.5	9,845	23.5

資料來源：衛福部

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

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類。

表7-1 死因統計－主要死因（續完）

年別	主要死因											
	事故傷害		慢性下呼吸道疾病		慢性肝病及肝硬化		高血壓性疾病		腎炎、腎病症候群及腎病變		蓄意自我傷害（自殺）	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率
96年	7,130	27.9	4,914	16.2	5,160	18.4	1,977	6.6	5,099	17.3	3,933	14.7
97年	7,077	27.0	5,374	16.9	4,917	17.1	3,507	11.2	4,012	13.2	4,128	15.2
98年	7,358	27.7	4,955	14.9	4,918	16.6	3,721	11.5	3,999	12.5	4,063	14.7
99年	6,669	24.4	5,197	14.8	4,912	16.1	4,174	12.2	4,105	12.4	3,889	13.8
100年	6,726	24.1	5,984	16.2	5,153	16.5	4,631	12.9	4,368	12.6	3,507	12.3
101年	6,873	23.8	6,326	16.4	4,975	15.6	4,986	13.3	4,327	12.1	3,766	13.1
102年	6,619	22.4	5,959	14.9	4,843	14.8	5,033	12.9	4,489	11.9	3,565	12.0
103年	7,118	23.7	6,428	15.3	4,962	14.8	5,459	13.5	4,868	12.5	3,542	11.8
104年	7,033	22.8	6,383	14.6	4,688	13.6	5,536	13.2	4,762	11.8	3,675	12.1
105年	7,206	23.1	6,787	15.1	4,738	13.4	5,881	13.5	5,226	12.4	3,765	12.3
106年	6,965	21.9	6,260	13.3	4,554	12.6	6,072	13.3	5,381	12.4	3,871	12.5

資料來源：衛福部

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

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類。

表7-2 死因統計－主要癌症死因

年別	主要癌症死因									
	肝和肝內膽管癌		氣管、支氣管和肺癌		結腸、直腸和肛門癌		女性乳癌		前列腺（攝護腺）癌	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬女性人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬男性人口標準化死亡率
96年	7,809	28.1	7,993	27.9	4,470	15.6	1,552	11.1	1,003	6.7
97年	7,651	26.8	7,777	26.3	4,266	14.4	1,541	10.7	892	5.7
98年	7,759	26.2	7,951	25.9	4,531	14.8	1,589	10.6	936	5.9
99年	7,744	25.2	8,194	25.8	4,676	14.6	1,706	11.0	1,021	6.1
100年	8,022	25.3	8,541	26.0	4,921	15.0	1,852	11.6	1,096	6.4
101年	8,116	24.7	8,587	25.4	5,131	14.9	1,912	11.6	1,187	6.7
102年	8,217	24.2	8,854	25.3	5,265	14.9	1,962	11.6	1,207	6.6
103年	8,178	23.3	9,167	25.3	5,603	15.3	2,071	11.9	1,218	6.5
104年	8,258	22.8	9,232	24.7	5,687	14.9	2,141	12.0	1,231	6.4
105年	8,353	22.2	9,372	24.4	5,772	14.6	2,176	11.8	1,347	6.8
106年	9,235	23.1	8,402	21.6	5,812	14.4	2,377	12.6	1,392	6.9

資料來源：衛福部

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

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類。

表8 社會保險

年別	全民健保						
	保險對象人數	納保率	就醫指標				
			每人門診次數	每百人住診件數	每件門診點數	每件住診點數	每件住診日數
	千人	%	次	件	點	點	日
96年	22,803	…	14.0	13.1	985	53,027	10.0
97年	22,918	…	14.0	13.1	1,032	54,534	10.0
98年	23,026	99.3	14.4	13.4	1,052	54,775	9.9
99年	23,074	99.4	14.6	13.5	1,067	54,794	9.9
100年	23,199	99.5	15.1	13.8	1,086	55,346	9.9
101年	23,281	99.5	15.1	13.8	1,113	55,661	9.8
102年	23,463	99.6	15.1	13.5	1,168	57,259	9.9
103年	23,622	99.6	14.9	13.7	1,223	58,662	9.7
104年	23,737	99.7	14.7	13.9	1,257	59,076	9.5
105年	23,815	99.7	14.9	14.1	1,297	61,458	9.7
106年	23,880	99.8	14.8	14.2	1,386	63,245	9.4

資料來源：衛福部健保署

- 備註：1. 就醫指標資料來源：本署三代倉儲系統保險對象彙總檔、門診、交付機構及住診明細檔（2018/08/06 擷取）。
2. 本表統計範圍不含代辦案件。
3. 平均每人之分母為季中保險對象人數，係當年2、5、8、11月在保人數之算數平均數。
4. 門診次數不含（件數以0計）：「居家照護及精神疾病社區復健等其他部門」、「接受其他院所委託代（轉）檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件。
5. 門診件數不含（件數以0計）：「接受其他院所委託代（轉）檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件。
6. 住診件數不含（件數以0計）：「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件。
7. 住診日數為急性病床天數與慢性病床天數合計。

表8 社會保險（續完）

年別	國民年金								
	被保險人 人數	占 25-64 歲 百分比	一般身分	低收入戶	所得未達一定 標準者		身心障礙者		
					第一目	第二目	重度以上	中度	輕度
	千人	%	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人
96 年	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97 年	4,221	31.3	3,931	39	6	3	88	81	72
98 年	4,015	29.4	3,563	50	100	51	95	84	72
99 年	3,872	27.9	3,390	51	120	62	96	83	70
100 年	3,784	27.1	3,296	62	120	55	98	83	70
101 年	3,726	26.5	3,221	73	127	57	99	81	69
102 年	3,678	25.9	3,180	76	123	52	100	79	67
103 年	3,584	25.2	3,086	77	126	52	98	78	66
104 年	3,510	24.6	3,025	76	122	48	97	77	66
105 年	3,425	24.0	2,943	74	125	49	95	76	64
106 年	3,349	23.5	2,883	71	118	46	94	75	62

資料來源：衛福部

備註：第一目係指國民年金法第 12 條規定，家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達當年度最低生活費 1.5 倍，且未超過臺灣地區 平均每人每月消費支出 1 倍者；第二目係指家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達當年度最低生活費 2 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之 1.5 倍者。

表9 社會救助

年別	低收入戶				中低收入戶			
	戶數	占總戶數比	人數	占總人數比	戶數	占總戶數比	人數	占總人數比
	戶	%	人	%	戶	%	人	%
96 年	90,682	1.2	220,990	1.0	-	-	-	-
97 年	93,032	1.2	223,697	1.0	-	-	-	-
98 年	105,265	1.3	256,342	1.1	-	-	-	-
99 年	112,200	1.4	273,361	1.2	-	-	-	-
100 年	128,237	1.6	314,282	1.4	35,420	0.4	120,042	0.5
101 年	145,613	1.8	357,446	1.5	88,988	1.1	282,019	1.2
102 年	148,590	1.8	361,765	1.5	108,589	1.3	334,391	1.4
103 年	149,958	1.8	357,722	1.5	114,522	1.4	349,130	1.5
104 年	146,379	1.7	342,490	1.5	117,686	1.4	356,185	1.5
105 年	145,176	1.7	331,776	1.4	119,081	1.4	358,161	1.5
106 年	142,814	1.7	317,257	1.3	117,776	1.4	350,425	1.5

資料來源：衛福部

備註：100 年 7 月 1 日起實施新制社會救助法，放寬認定標準，並納入中低收入戶。

表9 社會救助（續完）

年別	醫療補助		中低收入住院看護補助		災害救助	急難救助	
	人次	萬元	人次	萬元		萬元	人次
96 年	5,734	6,154	5,854	10,965	13,255	46,666	26,845
97 年	5,295	5,627	6,501	11,411	18,870	48,074	27,366
98 年	5,486	6,639	7,033	12,167	82,180	44,129	24,576
99 年	5,773	6,403	8,066	12,871	79,226	47,863	28,373
100 年	5,383	7,092	9,761	16,269	4,672	45,418	27,423
101 年	5,013	7,176	9,667	16,283	17,363	46,978	26,910
102 年	4,322	8,041	10,258	16,936	8,853	40,961	24,669
103 年	4,260	8,987	10,767	18,050	4,816	42,232	25,349
104 年	4,499	10,256	10,923	17,837	7,337	37,897	23,261
105 年	4,779	12,261	11,345	20,235	14,370	35,900	22,319
106 年	5,250	13,566	12,156	20,185	6,170	34,177	21,748

資料來源：衛福部

表10 社會福利

年別	兒童及少年福利(未滿18歲)					
	人數	占總人口比	家庭寄養		弱勢兒童及少年生活扶助	
			人數	金額	人次	金額
人	%	人	萬元	人次	萬元	
96年	5,002,123	21.8	1,941	44,529	820,487	126,308
97年	4,868,304	21.1	1,849	48,253	1,039,134	158,318
98年	4,745,159	20.5	1,761	48,160	1,222,200	195,916
99年	4,595,767	19.8	1,905	43,785	1,355,253	205,352
100年	4,469,350	19.2	1,802	43,366	1,348,606	199,776
101年	4,380,203	18.8	1,835	46,625	1,466,688	288,034
102年	4,258,385	18.2	1,804	45,030	1,406,040	278,058
103年	4,149,792	17.7	1,743	43,185	1,406,033	281,434
104年	4,043,357	17.2	1,662	42,342	1,390,203	278,290
105年	3,987,202	16.9	1,622	42,533	1,387,016	287,423
106年	3,900,662	16.5	1,621	39,999	1,339,627	270,791

資料來源：衛福部

表10 社會福利(續1)

年別	老人福利(65歲以上)					
	人數	占總人口比	中低收入老人生活津貼		中低收入老人特別照顧津貼	
			人數	金額	人次	金額
人	%	人	萬元	人次	萬元	
96年	2,343,092	10.2	134,644	846,696	6,429	3,032
97年	2,402,220	10.4	125,951	785,875	6,519	3,177
98年	2,457,648	10.6	122,523	768,898	7,263	3,535
99年	2,487,893	10.7	119,861	760,908	7,862	3,814
100年	2,528,249	10.9	120,266	761,814	8,116	4,062
101年	2,600,152	11.2	120,968	923,968	9,042	4,529
102年	2,694,406	11.5	120,869	924,823	9,152	4,587
103年	2,808,690	12.0	122,423	938,459	9,077	4,555
104年	2,938,579	12.5	124,490	963,091	9,470	4,753
105年	3,106,105	13.2	128,108	1,020,710	9,448	4,746
106年	3,268,013	13.9	134,365	1,062,674	9,360	4,694

資料來源：衛福部

表10 社會福利（續2）

年別	家庭支持					婦女福利			
	單親中途之家實際收容個案數	托嬰中心 (未滿3歲)		特殊境遇家庭扶助服務		婦女福利服務中心	婦女中途之家、庇護中心		
		收托人數	師生比				機構數	可收容人數	收容個案數
人次	人	%	人次	萬元	個	個	人	人次	
96年	1,444	…	…	103,612	28,547	75	37	330	1,902
97年	2,661	…	…	107,149	30,625	58	37	331	2,987
98年	2,150	…	…	153,175	40,913	61	38	345	3,340
99年	2,055	…	…	188,433	47,861	63	41	412	3,292
100年	539	…	…	188,987	48,159	52	37	460	2,917
101年	548	…	…	156,784	44,840	51	40	449	2,927
102年	581	…	…	137,464	40,303	56	41	440	2,982
103年	678	14,845	4.0	139,513	42,978	72	58	464	3,178
104年	662	17,246	4.0	133,370	42,012	74	60	496	3,206
105年	542	19,750	4.0	127,966	43,075	82	64	486	3,076
106年	581	23,066	4.1	127,947	43,987	73	51	582	3,154

資料來源：衛福部

表10 社會福利（續完）

年別	身心障礙者										
	人數	占身障人口比			占總人口比	生活補助		日間照顧及住宿式照顧補助		生活輔具補助	
		未滿18歲	18至64歲	65歲以上		人次	萬元	年底人數	萬元	人次	萬元
人	%	%	%	%	人	%	人	%	人	%	人
96年	1,020,760	6.2	57.4	36.4	4.4	3,635,680	1,472,416	25,529	396,277	53,243	53,931
97年	1,040,585	6.1	57.4	36.5	4.5	3,712,397	1,498,714	26,823	431,025	55,425	53,900
98年	1,071,073	5.9	57.1	37.0	4.6	3,862,823	1,565,270	29,860	475,602	64,138	60,975
99年	1,076,293	5.8	57.6	36.6	4.6	3,998,947	1,621,943	30,449	517,837	70,873	66,296
100年	1,100,436	5.6	57.4	37.0	4.7	4,132,534	1,680,850	32,592	565,535	76,289	72,187
101年	1,117,518	5.6	57.6	36.8	4.8	4,176,404	2,016,490	33,779	613,446	77,422	72,882
102年	1,125,113	5.3	57.2	37.5	4.8	4,179,798	2,042,815	37,298	648,569	70,564	67,823
103年	1,141,677	5.1	56.7	38.2	4.9	4,206,306	2,052,774	39,199	706,541	75,057	72,924
104年	1,155,650	4.9	56.1	39.0	4.9	4,209,760	2,056,215	41,225	764,264	80,148	76,617
105年	1,170,199	4.8	55.2	40.1	5.0	4,214,338	2,130,780	43,300	802,516	86,369	78,220
106年	1,167,450	4.6	54.6	40.8	5.0	4,207,046	2,128,290	45,930	850,433	92,887	83,153

資料來源：衛福部

表11 保護服務

年別	家暴事件			性侵害事件			兒童及少年 保護
	通報被害人 人數	被害人保護扶助		通報被害人 人數	被害人保護扶助		受虐兒少 人數
	人	人次	萬元	人	人次	萬元	人
96 年	68,421	330,606	19,886	6,530	72,090	5,319	13,566
97 年	75,438	416,844	25,456	7,285	95,247	5,878	13,703
98 年	83,728	478,769	32,684	8,008	101,482	6,491	13,400
99 年	98,720	601,567	34,427	9,320	100,942	6,027	18,331
100 年	94,150	871,146	40,561	11,121	140,326	7,360	17,667
101 年	98,399	915,859	39,116	12,066	158,258	7,077	19,174
102 年	110,103	988,586	46,854	10,901	177,258	7,753	16,322
103 年	95,663	1,127,819	53,360	11,096	199,846	10,947	11,589
104 年	95,818	1,191,465	57,650	10,454	221,587	11,354	9,604
105 年	95,175	1,297,726	61,223	8,141	218,852	12,421	9,461
106 年	95,402	1,312,095	74,336	8,214	229,525	17,274	4,135

資料來源：衛福部及各直轄市、縣（市）政府

備註：兒童及少年保護自 106 年起僅計算家內案件者。

表12 國際比較

國別	人口				
	粗出生率	粗死亡率	人口自然 增加率	總生育率	扶養比
	2017	2017	2017	2017	2017
	%	%	%	每一婦女	%
中華民國	8	7	1	1.1	37
日本	8	10	-2	1.5	67
南韓	8	6	2	1.2	37
美國	12	8	4	1.8	52
加拿大	11	8	3	1.6	49
英國	12	9	3	1.8	56
德國	9	11	-2	1.5	52
法國	12	9	3	1.9	59
澳大利亞	13	7	6	1.8	52
紐西蘭	13	7	6	1.9	54

資料來源：內政部、2017 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

表12 國際比較（續1）

國別	平均餘命與死亡率			
	0 歲平均餘命			新生兒死亡率 2016 每千活產
	兩性 2016 歲	男性 2016 歲	女性 2016 歲	
	歲	歲	歲	
中華民國	80.0	76.8	83.4	2.4
日本	84.2	81.1	87.1	0.9
南韓	82.7	79.5	85.6	1.5
美國	78.5	76.0	81.0	3.7
加拿大	82.8	80.9	84.7	3.2
英國	81.4	79.7	83.2	2.6
德國	81.0	78.7	83.3	2.3
法國	82.9	80.1	85.7	2.4
澳大利亞	82.9	81.0	84.8	2.2
紐西蘭	82.2	80.5	84.0	3.0

資料來源：內政部、衛福部、2018 World Health Statistics

表12 國際比較（續完）

國別	醫療保健支出			
	醫療保健支出比		平均每人醫療保健支出	
	經常性醫療保健支出 占 GDP 比	公部門經常性醫療 保健支出占經常性 醫療保健支出比	平均每人經常性 醫療保健支出	平均每人公部門 經常性醫療保健支出
	2016 %	2016 %	2016 USD PPPs	2016 USD PPPs
中華民國	6.0	62.9	2,897	1,823
日本	10.9	84.1	4,519	3,801
南韓	7.7	56.4	2,729	1,538
美國	17.2	49.1	9,892	4,860
加拿大	10.6	70.3	4,753	3,341
英國	9.7	79.2	4,192	3,320
德國	11.3	84.6	5,551	4,695
法國	11.0	78.8	4,600	3,626
澳大利亞	9.6	67.8	4,708	3,190
紐西蘭	9.2	80.2	3,590	2,879

資料來源：衛福部、2017 OECD Health Data

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

附錄二 ► 法定傳染病確定病例統計

表1 106年急性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第一類	天花	0	0	0
	鼠疫	0	0	0
	嚴重急性呼吸道症候群	0	0	0
	狂犬病	0	0	0
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	16	3	13
	登革熱	343	10	333
	流行性腦脊髓膜炎	12	12	0
	副傷寒	4	1	3
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺（註3）	61	61	0
	桿菌性痢疾	162	104	58
	阿米巴性痢疾	378	187	191
	瘧疾	7	0	7
	麻疹	6	1	5
	急性病毒性A型肝炎	369	319	50
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	0	0	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	2	1	1
	德國麻疹	3	1	2
	屈公病	11	0	11
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	炭疽病	0	0	0

表1 106年急性法定傳染病確定病例數統計表（續1）

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第三類	百日咳	34	34	0
	破傷風（註4）	11	-	-
	日本腦炎	25	25	0
	先天性德國麻疹症候群	1	0	1
	急性病毒性B型肝炎	151	143	8
	急性病毒性C型肝炎	325	322	3
	急性病毒性D型肝炎	0	0	0
	急性病毒性E型肝炎	13	11	2
	急性病毒性肝炎未定型	0	0	0
	流行性腮腺炎（註4）	636	-	-
	退伍軍人病	188	174	14
	侵襲性b型嗜血桿菌感染症	6	6	0
第四類	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	24	24	0
	庖疹B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	101	100	1
	類鼻疽	26	25	1
	肉毒桿菌中毒	0	0	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	454	451	3
	Q熱	18	18	0
	地方性斑疹傷寒	38	37	1
	萊姆病	1	0	1
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	422	422	0
	水痘併發症	32	31	1
	弓形蟲感染症	21	21	0
	流感併發重症	1,359	1,352	7
	布氏桿菌病	0	0	0

表1 106年急性法定傳染病確定病例數統計表（續完）

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第五類	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒感染	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0
	中東呼吸症候群冠狀病毒感染症	0	0	0
	新型A型流感	1	0	1
	茲卡病毒感染症	4	0	4

資料來源：衛福部疾管署

- 備註：1. 資料下載時間：107年5月1日。
 2. 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。
 3. 依病毒檢驗報告資料，自73年以後即無分離出野生株之小兒麻痺病毒。
 81年實施「根除三麻一風」計畫以來，即以急性無力肢體麻痺做為小兒麻痺症之疫情監視指標。
 4. 破傷風及流行性腮腺炎以報告病例呈現。

表2 106年慢性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	確定病例數
第二類	多重抗藥性結核病	110
	結核病	9,759
第三類	梅毒	9,835
	先天性梅毒	0
	淋病	4,601
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	2,514
第四類	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,390
	漢生病	10
第四類	庫賈氏病	0

資料來源：衛福部疾管署

- 備註：1. 資料下載時間：107年5月1日。
 2. 除多重抗藥性結核病以衛福部疾管署登記日；結核病以通報建檔日為分析基準，其餘慢性法定傳染病皆以診斷日作為分析基準。

附錄三 ► 專有名詞英文簡稱檢索表

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

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
25.	IUHPE	International Union of Health Promotion and Education	國際健康促進暨教育聯盟
26.	JEE Tool	Joint External Evaluation Tool	WHO 的聯合外部評估工具
27.	LTBI	Latent Tuberculosis Infection	潛伏結核感染
28.	MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warning, Enforce, Raise	Monitor【監測】： 長期監測吸菸率與政策、 Protect【保護】： 禁菸與無菸環境、 Offer【提供】： 提供多元戒菸服務、 Warning【警示】：菸品容器 健康警示圖文及菸害傳播活動、 Enforce【強制】： 禁止菸品廣告、促銷與贊助、 Raise【提高】： 課徵菸稅與健康福利捐
29.	NCD	Noncommunicable Diseases	非傳染性疾病
30.	NHE	National Health Expenditure	國民醫療保健支出
31.	OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	經濟合作暨發展組織
32.	P4P	Pay-for-Performance	論質計酬
33.	PAC	Post-Acute Care	急性後期照護
34.	PACS	Picture archiving and communication system	醫學影像傳輸系統
35.	PGY	Post-Graduated Year	畢業後一般醫學訓練
36.	PHEIC	Public Health Emergency of International Concern	國際公共衛生緊急關注事件
37.	PIC/S GMP	The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme : Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products	國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範
38.	PPP	Purchasing Power Parity	購買力平價
39.	QSD	Quality System Documentation	有效輸入醫療器材品質文件
40.	TaiwanIHA	Taiwan International Health Action	臺灣國際醫衛行動團隊
41.	TIHTC	Taiwan International Healthcare Training Center	臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫
42.	Tw-DRGs	Taiwan Diagnosis Related Groups	全民健保住院診斷關聯群支付制度
43.	WHA	World Health Assembly	世界衛生大會
44.	WHO	World Health Organization	世界衛生組織

刊期頻率 年刊
發行人 陳時中
總編輯 張雍敏
編輯委員 (按筆畫順序排列)
王秀紅、王敦正、王燕琴、古允文、朱日喬、邱弘毅、
吳希文、張鈺旋、莊金珠、郭彩榕、陳英作、彭花春、
黃偉宏、廖崑富、褚文杰、劉家秀、劉興鋒、陳青梅、
賴兩陽、賴麗瑩、謝碧蓮
執行編輯 魏璽倫、許雅惠、宋紫雪、劉朝嘉
出版機關 衛生福利部
地址 11558 臺北市南港區忠孝東路六段 488 號
網址 <http://www.mohw.gov.tw>
電話 02-8590-6666
傳真 02-8590-7092
出版年月 中華民國 107 年 11 月
創刊年月 中華民國 103 年 11 月
設計印刷 玖樂文創有限公司
電話 02-2100-1578
定價 新臺幣 300 元整
展售處 臺北 國家書店松江門市
地址 臺北市松江路 209 號 1 樓
電話 02-2518-0207

臺中 五南文化廣場
地址 臺中市中山路 6 號
電話 04-2226-0330
ISSN：24092630
GPN：2010302163

本手冊採創用 CC 「姓名標示 - 非商業性 - 相同方式分享」授權條款釋出
此授權條款的詳細內容請見：<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw/>

促進全民健康與福祉 成為民眾最信賴部會



GPN : 2010302163
定價：新臺幣 300 元整

廣告