

# 2017年

## 群體衛生福利品質指標報告

Population Health and Welfare Quality Indicators Report



衛生福利部 編印  
Ministry of Health and Welfare



# 部長序言

自 2012 年起，本部以經濟合作發展組織 (OECD) 的健康照護品質指標計畫 (Health Care Quality Indicators Project) 架構及指標為藍本，陸續出版「101 年健康服務品質測量暨系統性落差報告」、「2014 年群體健康服務品質指標報告」及「2015 年群體健康服務品質指標報告」，以產製健康服務類指標。然而，衛生福利部自 2013 年成立後，即積極思考如何建立具國家代表性之群體衛生福利品質指標，故透過衛生福利品質政策諮詢會的討論及本部各司、署的多方協力合作，極力建構我國群體衛生福利品質指標。

「2017 年群體衛生福利品質指標報告」蒐集之指標自 45 項健康服務品質指標增加至 65 項衛生福利品質指標，並逐步與國際全面接軌。期間更有長時間的品質變化趨勢及分層級的統計資料，藉由本報告之實證資料，並經由各相關單位就歷年政策的檢討與評估，適時找出對策，以確保及提升衛生福利品質，並透過相關政策的推動，達到人人享福利，全民有健康之目標。

衛生福利部 部長

陳時中





# Contents

## 目 錄

01 前言 ..... 001

02 群體衛生福利品質指標 ..... 003

一、初級照護指標 ..... 004

  氣喘病人住院率 ..... 005

  慢性阻塞性肺病病人住院率 ..... 008

  充血性心臟衰竭病人住院率 ..... 011

  高血壓病人住院率 ..... 014

  糖尿病病人住院率 ..... 017

  糖尿病病人下肢截肢率 ..... 021

  氣喘死亡率 ..... 024

  吸菸率 ..... 027

  15 歲以上菸品消耗量 ..... 027

  15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數 ..... 027

  15 歲以上每日吸菸人口比率 ..... 027

  長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率 ..... 037

  長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率 ..... 040

  長期使用苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 及相關藥物的老年病人 ( $\geq 365$  限定日劑量 / 年天) 千分率 ..... 043

使用長效苯二氮平 ( 鎮靜安眠劑 ) 的老年病人千分率.....	046
使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 ( 定義每日劑量 ).....	049
每千人口之抗生素總耗用量 ( 定義每日劑量 ).....	052
口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率.....	055
<b>二、急性照護指標.....</b>	<b>058</b>
急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 ( 包含院內與院外 ) 死亡率.....	059
病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 ( 包含院內與院外 ) 死亡率.....	059
腦中風住院病人入院後 30 日內死亡率.....	063
病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 ( 包含院內與院外 ) 死亡率.....	063
病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 ( 包含院內與院外 ) 死亡率.....	063
住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率.....	069
<b>三、精神照護指標.....</b>	<b>073</b>
精神疾病住院病人因自殺而死亡之比率.....	074
精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率.....	078
精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率.....	082
思覺失調症病人之超額死亡比例.....	086
躁鬱症病人之超額死亡比例.....	090
每十萬人口自殺死亡率.....	094
<b>四、癌症照護指標.....</b>	<b>098</b>
乳房攝影篩檢率.....	099
乳癌五年相對存活率.....	102
乳癌死亡率.....	105
子宮頸癌篩檢率.....	108
子宮頸癌五年相對存活率.....	111
子宮頸癌死亡率.....	114
大腸直腸癌五年相對存活率.....	117
大腸直腸癌死亡率.....	120
<b>五、傳染病照護指標.....</b>	<b>123</b>
2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 ( 百日咳 ).....	124
2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎 ).....	127
65 歲以上流感疫苗接種率.....	130

疫苗可預防疾病發生率 ( 百日咳 ) .....	133
疫苗可預防疾病發生率 ( B 型肝炎 ) .....	136
疫苗可預防疾病發生率 ( 麻疹 ) .....	139
<b>六、病人經驗指標</b> .....	142
醫師提供足夠時間為病人看診 .....	143
醫師提供簡單易懂的說明 .....	146
醫師有讓病人參與治療或照護決定 .....	149
<b>七、婦幼健康指標</b> .....	152
早產兒出生百分比 .....	153
低體重新生兒出生百分比 .....	156
<b>八、長期照顧指標</b> .....	159
每千失能人口照顧服務員數 .....	160
每千失能人口全國住宿式長照機構床位數 .....	162
經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率及受評對象接受長照 2.0 服務使用率 .....	164
經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率 .....	164
受評對象接受長照 2.0 服務使用率 .....	164
<b>九、人口統計指標</b> .....	166
育齡婦女總生育率 .....	167
老化指數 .....	170
身心障礙者占全國人口比 .....	173
健康平均餘命 .....	177
<b>十、社會保險指標</b> .....	180
全民健保覆蓋率 .....	181
<b>十一、社會救助指標</b> .....	184
低收、中低收入狀況 .....	185
低收入戶戶數及人數 .....	185
低收入戶人數占全國人口比 .....	185
低收入戶戶數占全國戶數比 .....	185
中低收入戶戶數及人數 .....	185
中低收入戶人數占全國人口比 .....	185
中低收入戶戶數占全國戶數比 .....	185

<b>十二、社會福利支出指標</b> .....	192
社會福利支出占 GDP 比率 .....	193
政府社會福利支出占政府總支出比 .....	195
社會福利支出各分項比 .....	197
<b>十三、家庭與社會支持指標</b> .....	201
未滿 2 歲正式托育服務比率 .....	202

**03 總結** .....

**04 參考文獻** .....



# Chart Contents

## 圖 目 錄

圖 1、氣喘病人住院率－國際比較 .....	006
圖 2、氣喘病人住院率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	007
圖 3、氣喘病人住院率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	007
圖 4、慢性阻塞性肺病病人住院率－國際比較 .....	009
圖 5、慢性阻塞性肺病病人住院率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	010
圖 6、慢性阻塞性肺病病人住院率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	010
圖 7、充血性心臟衰竭病人住院率－國際比較 .....	012
圖 8、充血性心臟衰竭病人住院率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	013
圖 9、充血性心臟衰竭病人住院率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	013
圖 10、高血壓病人住院率－國際比較 .....	015
圖 11、高血壓病人住院率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	016
圖 12、高血壓病人住院率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	016
圖 13、糖尿病病人住院率－國際比較 .....	019
圖 14、糖尿病病人住院率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	020
圖 15、糖尿病病人住院率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	020
圖 16、糖尿病病人下肢截肢率－國際比較 .....	022
圖 17、糖尿病病人下肢截肢率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	023
圖 18、糖尿病病人下肢截肢率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	023
圖 19、氣喘死亡率－國際比較 .....	025
圖 20、氣喘死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	026
圖 21、15 歲以上菸品消耗量－國際比較 .....	031
圖 22、15 歲以上菸品消耗量－國內比較 .....	032
圖 23、15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數－國際比較 .....	033
圖 24、15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數－國內六大醫療區域比較 (總計) .....	034

圖 25、15 歲以上每日吸菸人口比率－國際比較 .....	035
圖 26、15 歲以上每日吸菸人口比率－國內六大醫療區域比較 (總計).....	036
圖 27、長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率－國際比較.....	038
圖 28、長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率－國內各年度縣市比較 (總計).....	039
圖 29、長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計).....	039
圖 30、長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率－國際比較.....	041
圖 31、長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率－國內各年度縣市比較 (總計).....	042
圖 32、長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計).....	042
圖 33、長期使用苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 及相關藥物的老年病人 (≥ 365 限定日劑量 / 年天) 千分率－國際比較 .....	044
圖 34、長期使用苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 及相關藥物的老年病人 (≥ 365 限定日劑量 / 年天) 千分率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計).....	045
圖 35、使用長效苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 的老年病人千分率－國際比較.....	047
圖 36、使用長效苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 的老年病人千分率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計).....	048
圖 37、使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 (定義每日劑量)－國際比較 .....	050
圖 38、使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 (定義每日劑量)－國內各年度、性別比較 .....	051
圖 39、每千人口之抗生素總耗用量 (定義每日劑量)－國際比較 .....	053
圖 40、每千人口之抗生素總耗用量 (定義每日劑量)－國內各年度、性別比較.....	054
圖 41、口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率－國際比較 .....	056
圖 42、口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率－國內各年度、性別比較 .....	057
圖 43、病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國際比較 .....	061
圖 44、病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	062
圖 45、病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	062
圖 46、病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國際比較 .....	065

圖 47、病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	066
圖 48、病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	066
圖 49、病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國際比較 .....	067
圖 50、病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	068
圖 51、病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	068
圖 52、住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率－國際比較 .....	071
圖 53、住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率－國內各年度縣市比較 (總計) .....	072
圖 54、住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計) .....	072
圖 55、精神疾病住院病人因自殺而死亡之比率－國際比較 .....	076
圖 56、精神疾病住院病人因自殺而死亡之比率－國內六大醫療區域比較 (總計) .....	077
圖 57、精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率－國際比較 .....	080
圖 58、精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率－ 國內六大醫療區域比較 (總計) .....	081
圖 59、精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率－國際比較 .....	084
圖 60、精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率－ 國內六大醫療區域比較 (總計) .....	085
圖 61、思覺失調症病人之超額死亡比例－國際比較 .....	088
圖 62、思覺失調症病人之超額死亡比例－國內六大醫療區域比較 (總計) .....	089
圖 63、躁鬱症病人之超額死亡比例－國際比較 .....	092
圖 64、躁鬱症病人之超額死亡比例－國內六大醫療區域比較 (總計) .....	093
圖 65、每十萬人口自殺死亡率－國際比較 .....	096
圖 66、每十萬人口自殺死亡率－國內六大醫療區域比較 (總計) .....	097
圖 67、乳房攝影篩檢率－國際比較 (僅女性) .....	100
圖 68、乳房攝影篩檢率－國內六大醫療區域比較 (僅女性) .....	101
圖 69、乳房攝影篩檢率－國內縣市比較 (僅女性) .....	101
圖 70、乳癌五年相對存活率－國際比較 .....	103
圖 71、乳癌五年相對存活率－國內縣市比較 .....	104
圖 72、乳癌五年相對存活率－國內六大醫療區域比較 .....	104
圖 73、乳癌死亡率－國際比較 (僅女性) .....	106
圖 74、乳癌死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (僅女性) .....	107

圖 75、乳癌死亡率－國內縣市各年度比較 (僅女性).....	107
圖 76、子宮頸癌篩檢率－國際比較 (僅女性).....	109
圖 77、子宮頸癌篩檢率－國內縣市比較 (僅女性).....	110
圖 78、子宮頸癌篩檢率－國內六大醫療區域比較 (僅女性).....	110
圖 79、子宮頸癌五年相對存活率－國際比較.....	112
圖 80、子宮頸癌五年相對存活率－國內縣市比較.....	113
圖 81、子宮頸癌五年相對存活率－國內六大醫療區域比較.....	113
圖 82、子宮頸癌死亡率－國際比較 (僅女性).....	115
圖 83、子宮頸癌死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (僅女性).....	116
圖 84、子宮頸癌死亡率－國內縣市各年度比較 (僅女性).....	116
圖 85、大腸直腸癌五年相對存活率－國際比較 .....	118
圖 86、大腸直腸癌五年相對存活率－國內縣市比較 (總計).....	119
圖 87、大腸直腸癌五年相對存活率－國內六大醫療區域比較 (總計).....	119
圖 88、大腸直腸癌死亡率－國際比較 .....	121
圖 89、大腸直腸癌死亡率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計).....	122
圖 90、大腸直腸癌死亡率－國內縣市各年度比較 (總計).....	122
圖 91、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (百日咳)－國際比較.....	125
圖 92、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (百日咳)－國內縣市比較 (總計).....	126
圖 93、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (百日咳)－	
國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計).....	126
圖 94、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎)－國際比較.....	128
圖 95、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎)－國內縣市各年度比較 (總計).....	129
圖 96、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎)－	
國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計).....	129
圖 97、65 歲以上流感疫苗接種率－國際比較.....	131
圖 98、65 歲以上流感疫苗接種率－國內縣市各年度比較 (總計).....	132
圖 99、65 歲以上流感疫苗接種率－國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計).....	132
圖 100、疫苗可預防疾病發生率 (百日咳)－國際比較 .....	134
圖 101、疫苗可預防疾病發生率 (百日咳)－國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計).....	135
圖 102、疫苗可預防疾病發生率 (B 型肝炎)－國際比較 .....	137
圖 103、疫苗可預防疾病發生率 (B 型肝炎)－國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計).....	138
圖 104、疫苗可預防疾病發生率 (麻疹)－國際比較 .....	140
圖 105、疫苗可預防疾病發生率 (麻疹)－國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計).....	141
圖 106、醫師提供足夠時間為病人看診之百分比－國際比較 .....	144
圖 107、醫師提供足夠時間為病人看診之百分比－國內情形 .....	145

圖 108、醫師提供簡單易懂的說明之百分比－國際比較 .....	147
圖 109、醫師提供簡單易懂的說明之百分比－國內情形 .....	148
圖 110、醫師有讓病人參與治療或照護決定之百分比－國際比較 .....	150
圖 111、醫師有讓病人參與治療或照護決定之百分比－國內情形 .....	151
圖 112、早產兒出生百分比－國際比較 .....	154
圖 113、早產兒出生百分比－國內縣市各年度比較 .....	155
圖 114、低體重新生兒出生百分比－國際比較 .....	157
圖 115、低體重新生兒出生百分比－國內縣市各年度比較 (總計) .....	158
圖 116、育齡婦女總生育率－國際比較 .....	168
圖 117、育齡婦女總生育率－國內比較 .....	169
圖 118、老化指數－國際比較 .....	171
圖 119、老化指數－國內縣市比較 .....	172
圖 120、身心障礙者占全國人口比－國際比較 .....	175
圖 121、身心障礙者占全國人口比－國內縣市比較 .....	176
圖 122、健康平均餘命－國際比較 .....	178
圖 123、健康平均餘命－國內比較 .....	179
圖 124、全民健保覆蓋率－國際比較 .....	182
圖 125、全民健保覆蓋率－國內情形 .....	183
圖 126、低收入戶戶數及人數－全國趨勢 .....	188
圖 127、低收入戶戶數及人數－國內縣市比較 .....	188
圖 128、低收入戶人數佔全國人口比－國內縣市比較 .....	189
圖 129、低收入戶戶數佔全國戶數比－國內縣市比較 .....	189
圖 130、中低收入戶戶數及人數－全國趨勢 .....	190
圖 131、中低收入戶戶數及人數－國內縣市比較 .....	190
圖 132、中低收入戶人數佔全國人口比－國內縣市比較 .....	191
圖 133、中低收入戶戶數佔全國戶數比－國內縣市比較 .....	191
圖 134、社會福利支出占 GDP 比率 - 國內趨勢 .....	194
圖 135、政府社會福利支出占政府總支出比－國內縣市比較 .....	196
圖 136、社會福利支出各分項比 (社會保險支出)－國內縣市比較 .....	198
圖 137、社會福利支出各分項比 (社會救助支出)－國內縣市比較 .....	199
圖 138、社會福利支出各分項比 (福利服務支出)－國內縣市比較 .....	199
圖 139、社會福利支出各分項比 (國民就業支出)－國內縣市比較 .....	200
圖 140、社會福利支出各分項比 (醫療保健支出)－國內縣市比較 .....	200
圖 141、正式托育服務比率－國際比較 .....	204
圖 142、正式托育服務比率－國內縣市比較 (總計) .....	205

07

## 前言

- 一、背景
- 二、指標蒐集

## 一、背景

本部自 2015 年起，即規劃長期蒐集之健康服務品質指標，擴充至衛生福利範圍，以客觀呈現我國群體衛生福利品質之水準。另為與國際接軌，本部同步蒐集國外相關可比較之資料，以瞭解我國於衛生福利品質上之表現位於先進國家之排名，並掌握全球品質議題發展之最新趨勢。

## 二、指標蒐集

本書共收錄 65 項指標，分為初級照護 (17)、急性照護 (4)、精神照護 (6)、癌症照護 (8)、傳染病照護 (6)、病人經驗 (3)、婦幼健康 (2)、長期照顧 (4)、人口統計 (4)、社會保險 (1)、社會救助 (6)、社會福利支出 (3)、家庭與社會支持 (1) 等 13 大類，所有指標均經由本部衛生福利品質政策諮詢會遴選所得。

依據前述之 65 項指標定義，國內資料由本部心理及口腔健康司（簡稱心口司）、長期照顧司（簡稱長照司）、社會救助及社工司（簡稱社工司）、中央健康保險署（簡稱健保署）、國民健康署（簡稱健康署）、疾病管制署（簡稱疾管署）、社會及家庭署（簡稱社家署）、食品藥物管理署（簡稱食藥署）及本部統計處等指標主管單位，依其業務範圍蒐集提供指標資料及指標內容之撰擬；國外資料則由本部綜合規劃司自 OECD 統計資料庫中尋找具可比較性之資料，蒐集各國之指標數據並繪製圖表（本報告書僅以長條圖呈現，詳細數據將列表公告於本部網站）。

本報告不同於過往報告之處，在於此次為瞭解我國各縣市、各醫療區域及不同醫院評鑑級別之衛生福利品質，本部分別就 22 縣市、國內六大醫療區域（依照健保署之六個地區業務分組，分為臺北區、北區、中區、南區、高屏區及東區）及醫院評鑑別（醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所），進行長時間（2009 年至 2017 年）的資料蒐集，以洞悉近十年來我國衛生福利品質之變化。

02

## 群體衛生福利品質指標

- 一、初級照護指標
- 二、急性照護指標
- 三、精神照護指標
- 四、癌症照護指標
- 五、傳染病照護指標
- 六、病人經驗指標
- 七、婦幼健康指標
- 八、長期照顧指標
- 九、人口統計指標
- 十、社會保險指標
- 十一、社會救助指標
- 十二、社會福利支出指標
- 十三、家庭與社會支持指標

## 一、初級照護指標

非傳染性疾病 (non-communicable disease) 近年來已快速成為全球重大健康威脅，因多數的非傳染性疾病可透過優質的初級照護體系提供整合性照護，並提出相對應之健康促進對策，以降低民眾暴露於各種危險因子，本部挑選 17 項初級照護指標，並分為可避免住院及處方箋兩大層面進行監測，指標項目如下：

### ● 可避免住院 (10)

- 氣喘病人住院率
- 慢性阻塞性肺病病人住院率
- 充血性心臟衰竭病人住院率
- 高血壓病人住院率
- 糖尿病病人住院率
- 糖尿病病人下肢截肢率
- 氣喘死亡率
- 吸菸率 (15 歲以上菸品消耗量、15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數、15 歲以上每日吸菸人口比率)

### ● 處方箋 (7)

- 長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率
- 長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率
- 長期使用苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 及相關藥物的老年病人 ( $\geq 365$  限定日劑量 / 年天) 千分率
- 使用長效苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 的老年病人千分率
- 使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 (定義每日劑量)
- 每千人口之抗生素總耗用量 (定義每日劑量)
- 口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率

## 氣喘病人住院率

### 指標定義：

分子	15 歲以上住院主診斷為氣喘之案件數
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)

### 重要性：

氣喘是一種常見的慢性疾病，根據 WHO 資料估計，全球約有 2.35 億人口罹患氣喘疾病，2015 年報告指出有 38.3 萬人因此死亡。而多數的死亡發生在老年人。國內學者高碧霞於 2013 年提及世界各國的氣喘盛行率都呈現逐漸上升之趨勢。我國氣喘盛行率由 1981 年的 10.79%，上升至 2009 年已高達 20.74% (高碧霞，2013)。

氣喘雖不易根治，但多數個案可透過適當照護控制症狀，進行正常生活 (OECD, 2013)。若能於基層醫療體系獲得妥善照顧，預期可減少其住院需求。因此，OECD 選定氣喘病人住院率作為衡量初級照護的指標，住院率愈低，代表初級照護品質愈可信賴。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為每十萬人口 55.1，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 39 個國家中居第 27 位。相較 2010 年每十萬人口 70.5，排名於 37 個國家中居第 28 位，雖為中後段排名，惟已明顯進步。[ 詳見圖 1 ]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，各縣市皆為女性高於男性，且呈現逐年下降趨勢，而花蓮縣、屏東縣、宜蘭縣及台東縣雖較其他縣市為高，亦呈現逐年下降趨勢。[ 詳見圖 2，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，各分區亦為女性高於男性，且皆呈現逐年下降，以臺北區為各區中最低；東區雖然最高，亦呈現逐年下降趨勢。區域間之評比及狀況 [ 詳見圖 3，性別數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

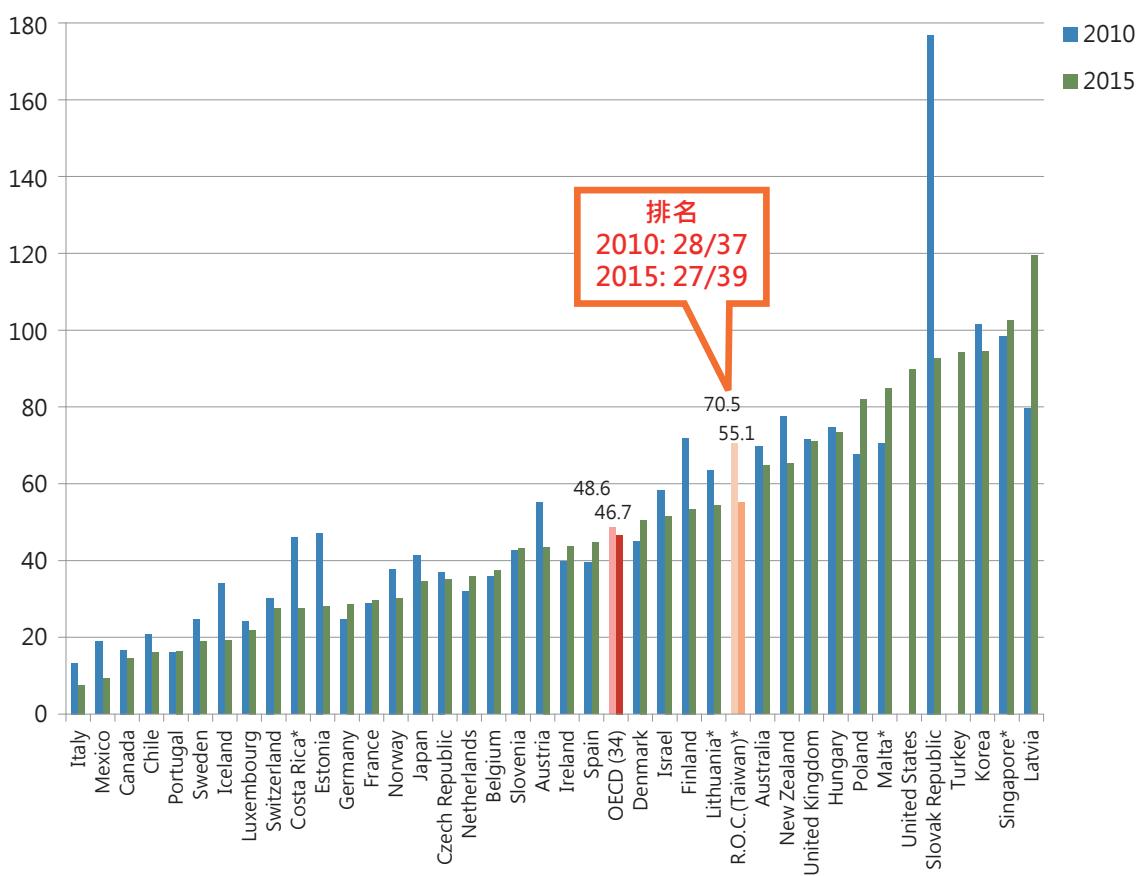
本項指標雖然與 OECD 各國比較下仍屬於中後段排名，但是已逐年進步中，顯示氣喘之初級照護已有成效顯現。東區住院率特別高，或許初級照護資源不足或因就醫較不便，故病患就醫時即為較嚴重個案。

「Global Asthma Report 2014」對於氣喘疾病之相關公共衛生政策提出包含氣喘藥物的使用、適當的轉介程序、社區和初級衛生保健納入護理照護、氣喘的管理、加強政策、以及減少煙草消費、鼓勵健康飲食，減少暴露於潛在的有害化學物質如煙霧和灰塵、並支持相關進一步的研究，以確定氣喘的原因以及持續測量和監測氣喘在國家的耗費 (包

括醫療費用和生產力經濟成本) (GAN,2014)。

國際氣喘專家組成 GINA 組織 (Global Initiative for Asthma) 強調氣喘自我處置及病人衛生教育推廣。

近年來各國積極推動氣喘防治教育，包括我國在內，也積極推展氣喘防治計畫。健署從 1997 年起推動全國之氣喘防治，草擬我國之國家氣喘診療指引，供醫師參考；健保署於 2001 年推出氣喘論質計酬試辦方案，現為「全民健康保險氣喘醫療服務改善方案」，持續鼓勵院所定期追蹤病人，增加定期疾病管理之照護費作為支付誘因。目前參與健保署辦理的「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」的醫療院所，將氣喘病患收案後，遵循臨床治療指引提供照護，藉此可提升病人的照護品質(健保署，2016)。



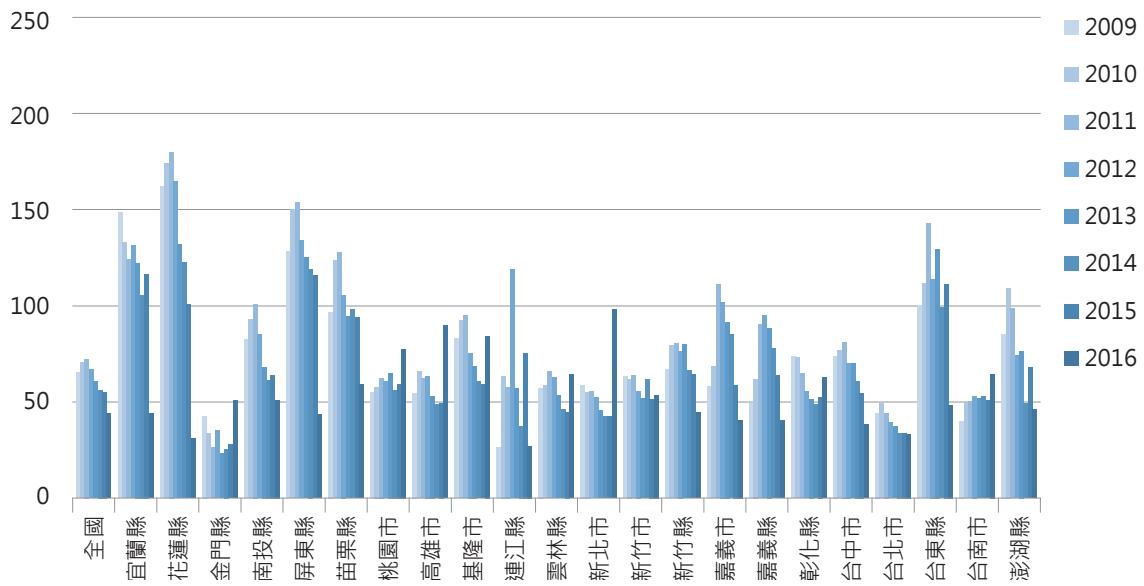
單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 1、氣喘病人住院率—國際比較

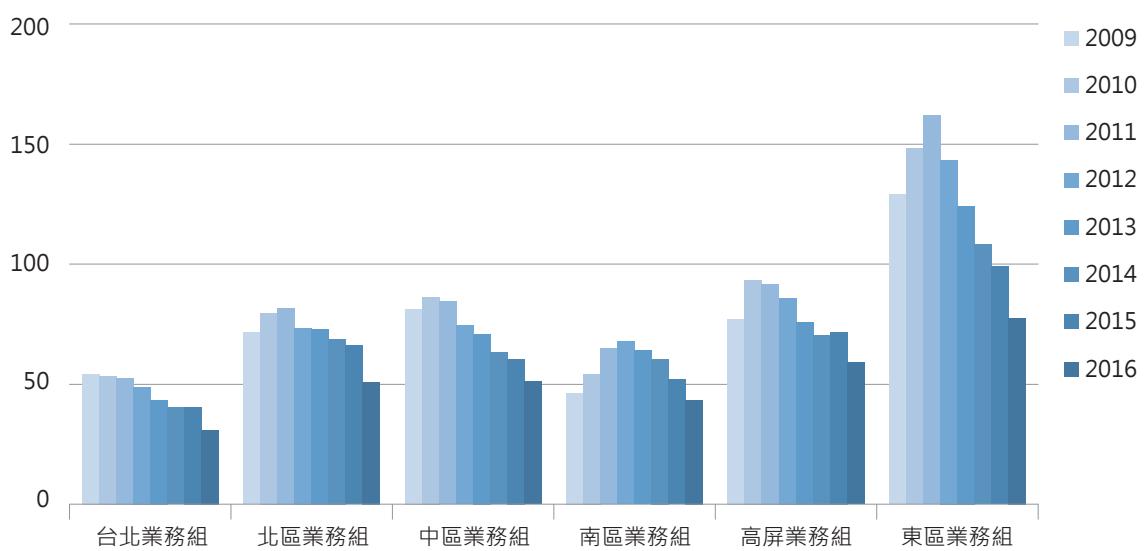


單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 2、氣喘病人住院率－國內各年度縣市比較 (總計)



單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 3、氣喘病人住院率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 慢性阻塞性肺病病人住院率

### 指標定義：

分子	15 歲以上住院主診斷為慢性阻塞性肺病之案件
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)

### 重要性：

慢性阻塞性肺病 (下稱 COPD) 是一種慢性發炎造成呼吸道阻塞的疾病。WHO 指出，全球每年約有 300 萬人死於 COPD，占總死亡人數的 5%，於全球死因排名第 4 位 (國健署，2013)。COPD 同時為我國十大死因第七位之疾病 (衛福部，2018)，也造成 70 歲以下國人 9.9 年的生命年數損失，可見此疾病對國人健康之危害 (台灣胸腔暨重症加護醫學會，2017)。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為每十萬人口 147.3，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 39 個國家中居第 14 位。較 2010 年每十萬人口 221.8，排名 37 國家中居第 27 位，已有明顯進步。[ 詳見圖 4]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，各縣市皆為男性高於女性，且呈現逐年下降趨勢，而台東縣、彰化縣、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣及南投縣雖較其他縣市為高，亦呈現逐年下降趨勢。[ 詳見圖 5，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，各分區皆是男性高於女性，且呈現逐年下降，以臺北區為各區中最低；東區雖然最高，亦呈現下降趨勢。區域間之評比及狀況 [ 詳見圖 6，性別數據請詳見本部網站 ]。

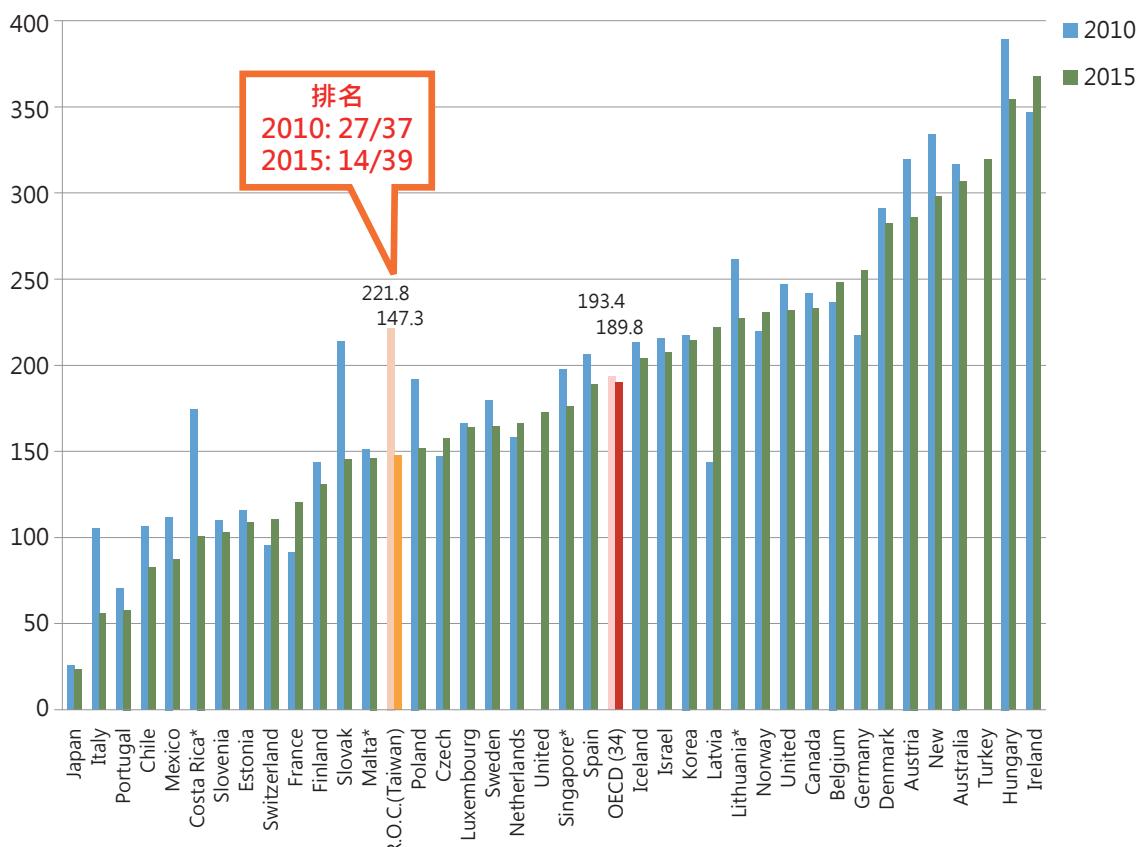
### 政策討論：

本項指標雖然與 OECD 各國比較下仍屬中後段，但是我國在國際間的排名表現進步中，顯示 COPD 之初級照護已改進。我國東區住院率高，東區人口結構以藍領階級及原住民為主，為我國吸菸盛行率較高人口 (國家衛生研究院，2005)。有研究探討中部居民吸菸行為之相關因素，發現較高的吸菸行為風險，易出現於男性、教育程度較低、原住民身分、具經濟能力、有憂鬱情緒、戶長身分、家中有未成年人口、家中有人吸菸及居山地區等多重因素 (陳、祝、陳、葉，2011)，足見影響抽菸的行為因素是十分多元。

全球 COPD 倡議組織 GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 發布 2014 年 COPD 診治指引，建議預防及治療 COPD 最重要方法為確認危險因子並減少暴露 (GOLD,2014)。

因吸菸(含二手菸)是COPD最主要的危險因子，故應鼓勵患者戒菸。我國已積極推動菸害防制工作，目前COPD照護品質所面臨的問題為患者普遍認知不足包括：疾病病程、戒菸重要性及治療不夠積極(台灣胸腔暨重症加護醫學會，2012)。為了能幫助吸菸者戒菸遠離菸害，衛生福利部於101年3月1日推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」，門診、住院及急診或社區藥局都可依專業提供適當的戒菸藥物治療，減緩戒斷過程可能面臨的不適症狀，戒菸藥物由菸品健康福利捐補助，大幅降低戒菸治療的經濟負擔(國健署，2013)。建議持續推動戒菸，對COPD患者進行個案管理、追蹤及病患教育宣導，促進早期積極治療。

健保署為在病人疾病惡化前，加強疾病之管理方式，使病人早期診斷並獲得適當治療，減少急症及併發症的發生，於106年4月推動「慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」。藉由醫療資源整合制度之設計，導入提升COPD照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，加強COPD病人之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式(健保署，2018)。



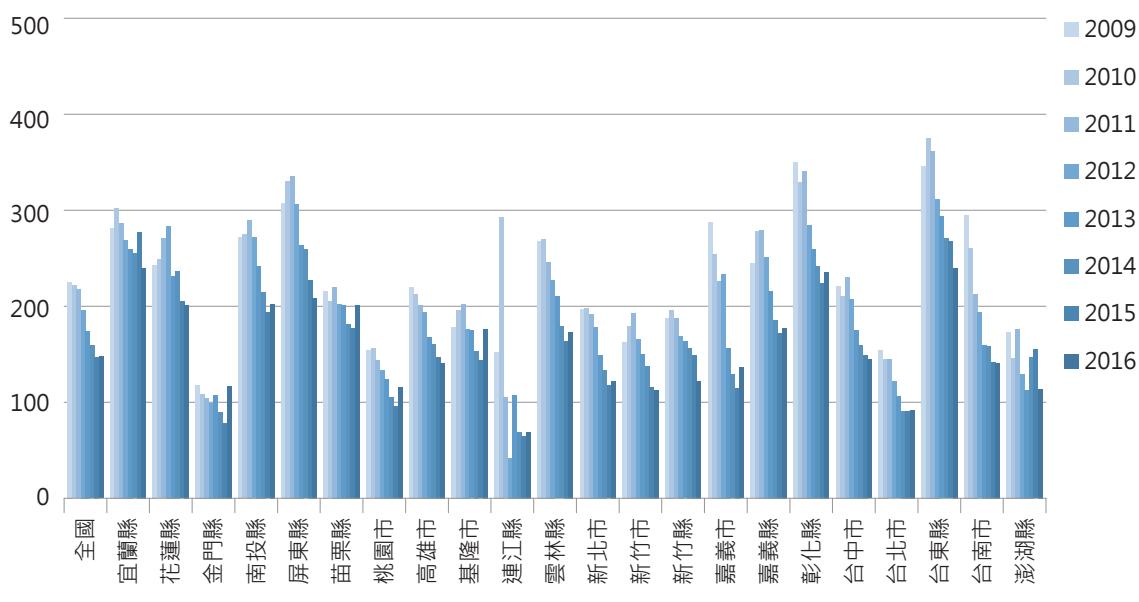
單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 4、慢性阻塞性肺病病人住院率—國際比較

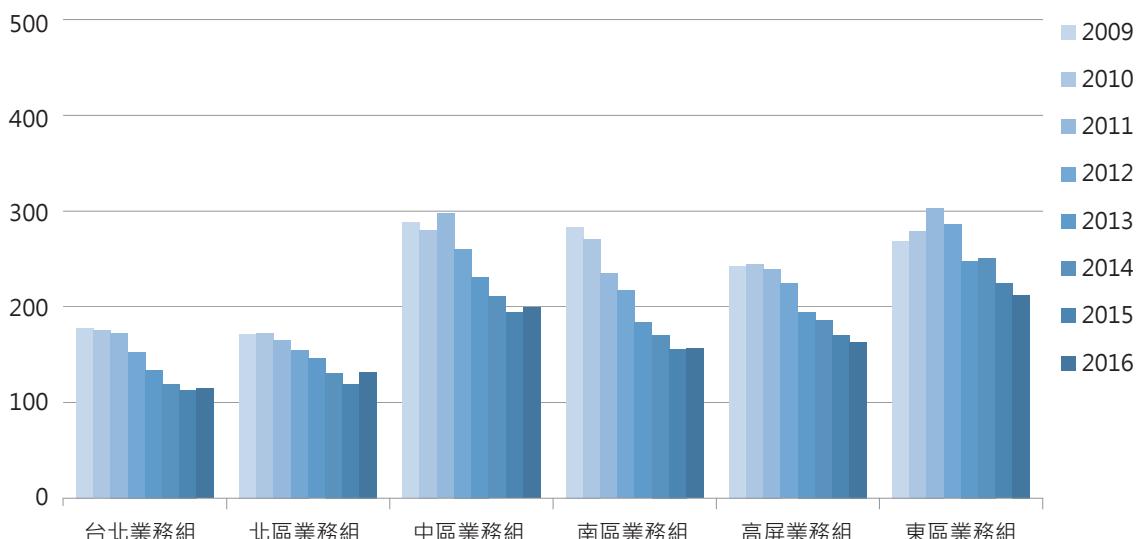


單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 5、慢性阻塞性肺病病人住院率—國內各年度縣市比較 (總計)



單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 6、慢性阻塞性肺病病人住院率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 充血性心臟衰竭病人住院率

### 指標定義：

分子	15 歲以上住院主診斷為充血性心臟衰竭的案件數
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)

### 重要性：

充血性心臟衰竭 (以下稱 CHF) 是兼具高盛行率及高復發率的疾病。全球超過 2,600 萬人受到充血性心臟衰竭威脅，美國及歐洲每年約有 100 萬人因充血性心臟衰竭而住院 (OECD, 2015)。歐洲心臟調查 II (Euro Heart Survey II) 實證報告顯示，CHF 出院後 12 週再住院率達 24% (OECD, 2009)。

心臟疾病 2017 年高居我國十大死因第二位，已是癌症以外嚴重威脅國人健康的疾病 (衛福部，2018)。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為每十萬人口 161.1，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 37 個國家中居第 11 位。較 2010 年每十萬人口 186.0，排名於 35 國家中居第 15 位，已有明顯的進步。[詳見圖 7]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，各縣市皆為女性較男性略高，且呈現逐年微幅下降趨勢，而台東縣、花蓮縣及宜蘭縣雖較其他縣市為高，亦呈現逐年下降趨勢。[詳見圖 8，性別數據請詳見本部網站]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，各分區皆為女性較男性略高，且呈現略為下降趨勢，以臺北區及南區為各區中最低；東區雖然最高，亦呈現下降後持平趨勢。區域間之評比及狀況 [詳見圖 9，性別數據請詳見本部網站]。

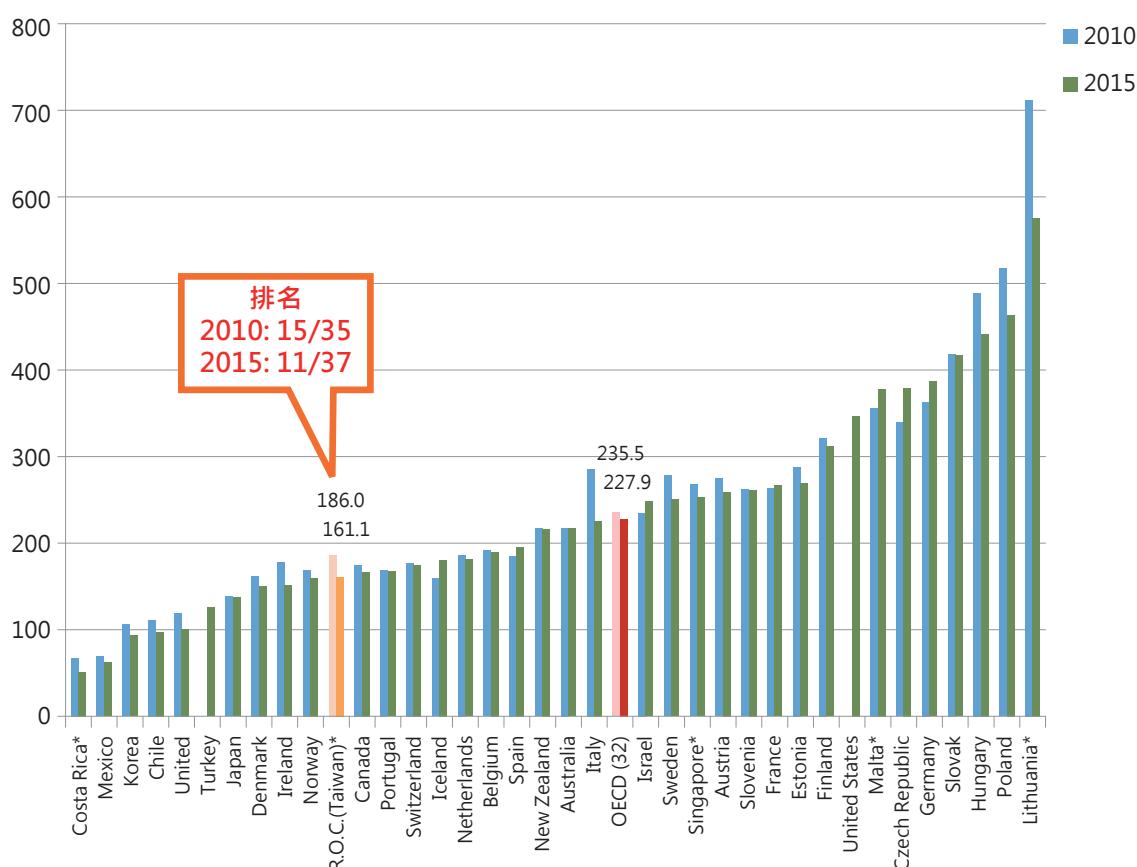
### 政策討論：

本項指標我國在國際間的表現居於前位，顯示國內醫療體系對於 CHF 患者之照顧已有相當水準。東區住院率較高，可能是初級照護資源相對缺乏，且病人因為沒有按時服藥及執行日常保健行為而導致再次入院治療 (魏嘉儀、章淑娟，2010)。

建構良好的初級照護系統是能有效減少因為充血性心衰竭而住院 (OECD, 2015)。然而研究指出約有 50% 的 CHF 發病或反覆入院可以避免 (Schwarz & Elman, 2003)，且病患需住院治療的情形有限，故建議病患於門診治療並進行自我管理 (OECD, 2009)。亦有學者發現，心臟衰竭病人再住院及症狀加劇與本身自我照顧能力有關，當心臟衰竭病人病症變嚴重時，代表心臟在功能上有更大的損傷，需要學習更多的自我照顧，然大多數心臟衰竭病人對於

疾病症狀與徵象的知識不足，因此良好的照護，不同以往的只有單純的提供藥物控制，全方位的疾病照護是才能夠幫助病人從生理、心理、靈性、與社會的互動生存，以達到個人身心協調促進的生活品質（劉敏慧，2016）。2013年美國心臟協會 AHA (American Heart Association) 公布的治療指引，強調以病人為中心的照護，如共同制定決策及治療協調等，期藉由病人參與照護計畫之決定過程，提高病人的接受度及遵從度，並進行自我管理。

根據研究指出建構良好的初級照護系統是能有效減少，因充血性心衰竭而住院之情形，且再住院及症狀加劇與病患本身自我照顧能力有關，故住院率下降可能為初級醫療照護資源普及，網路媒體資訊發達，病人的對疾病知識及自我照顧能力提升，健保署於2017年7月推動「全民健康保險急性後期整合性照護計畫\_心臟衰竭(HF\_PAC)」，透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，將可降低再住院率及減少後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔。（健保署，2017）



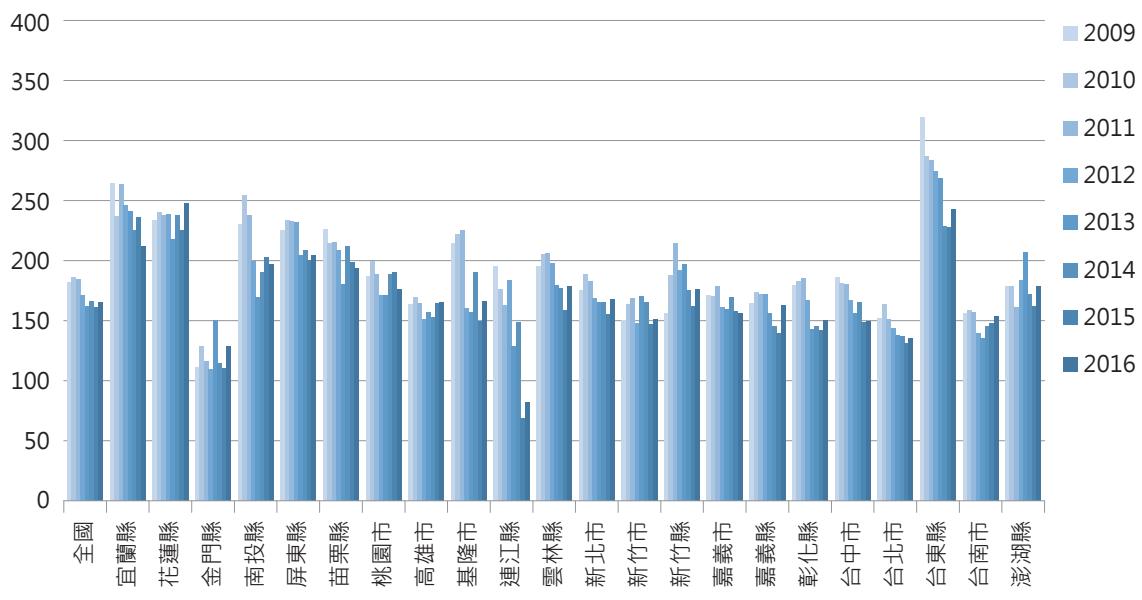
單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年（或最近年度）

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 7、充血性心臟衰竭病人住院率－國際比較

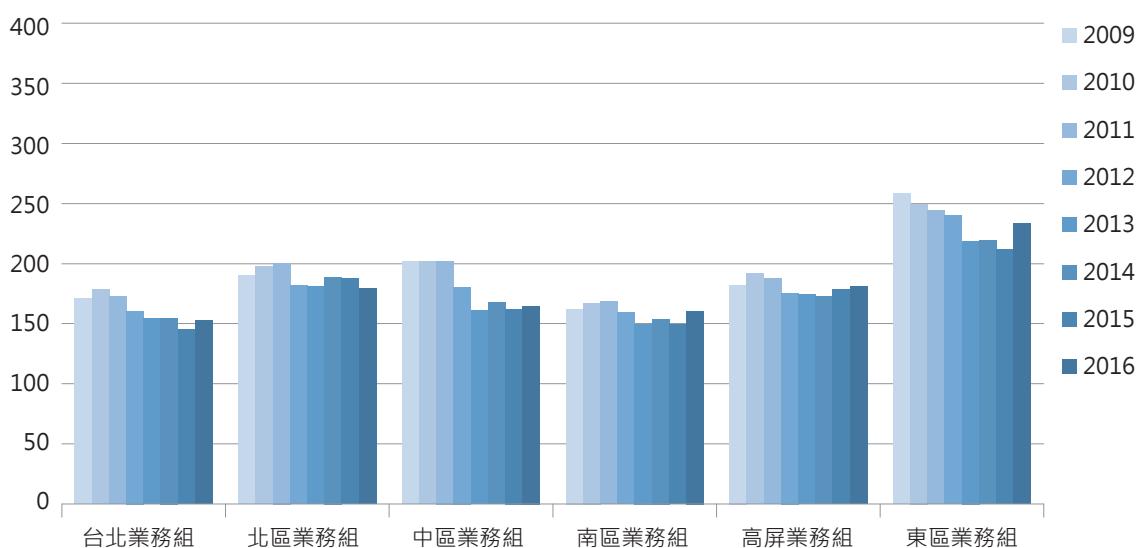


單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 8、充血性心臟衰竭病人住院率—國內各年度縣市比較 (總計)



單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 9、充血性心臟衰竭病人住院率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 高血壓病人住院率

### 指標定義：

分子	15 歲以上住院主診斷為高血壓的案件數
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)

### 重要性：

高血壓為成人最常見慢性疾病，且與許多慢性疾病有密切關係。全球約 5 分之 1 的成人罹患高血壓，其盛行率在高社會國家例如美國 2014 年為 18%，在低社會國家如非洲則為 30%，全球每年約有 940 萬人死於高血壓 (WHO, 2015)。依國健署公布 2012 年，我國 18 歲以上成人自述經醫生告知有高血壓之百分比，占 16.7% (國健署，2015)，我國 2017 年之十大死因中，高血壓性疾病名列第 8 名 (衛福部，2018)。

高血壓症狀不易察覺，罹病前期容易輕忽其嚴重性，導致合併症發生而需住院治療。若能早期治療，則可有效控制，減少合併症發生而避免住院。故 OECD 以高血壓住院率來評估會員國的初級照護品質。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為每十萬人口 9.4，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 37 個國家中居第 1 位。較 2010 年每十萬人口 24.0，排名於 35 國家中居第 9 位，明顯進步且維持表現優良的品質指標。[ 詳見圖 10]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，各縣市皆為女性高於男性，呈現逐年下降趨勢，而連江縣、屏東縣、苗栗縣、宜蘭縣、花蓮縣雖較其他縣市為高，亦呈現逐年下降趨勢。[ 詳見圖 11，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，各分區除東區外皆為女性高於男性，且維持穩定下降趨勢，以南區為各區中最低，東區最高、高屏區第二但亦皆呈現下降趨勢。[ 詳見圖 12，性別數據請詳見本部網站 ]

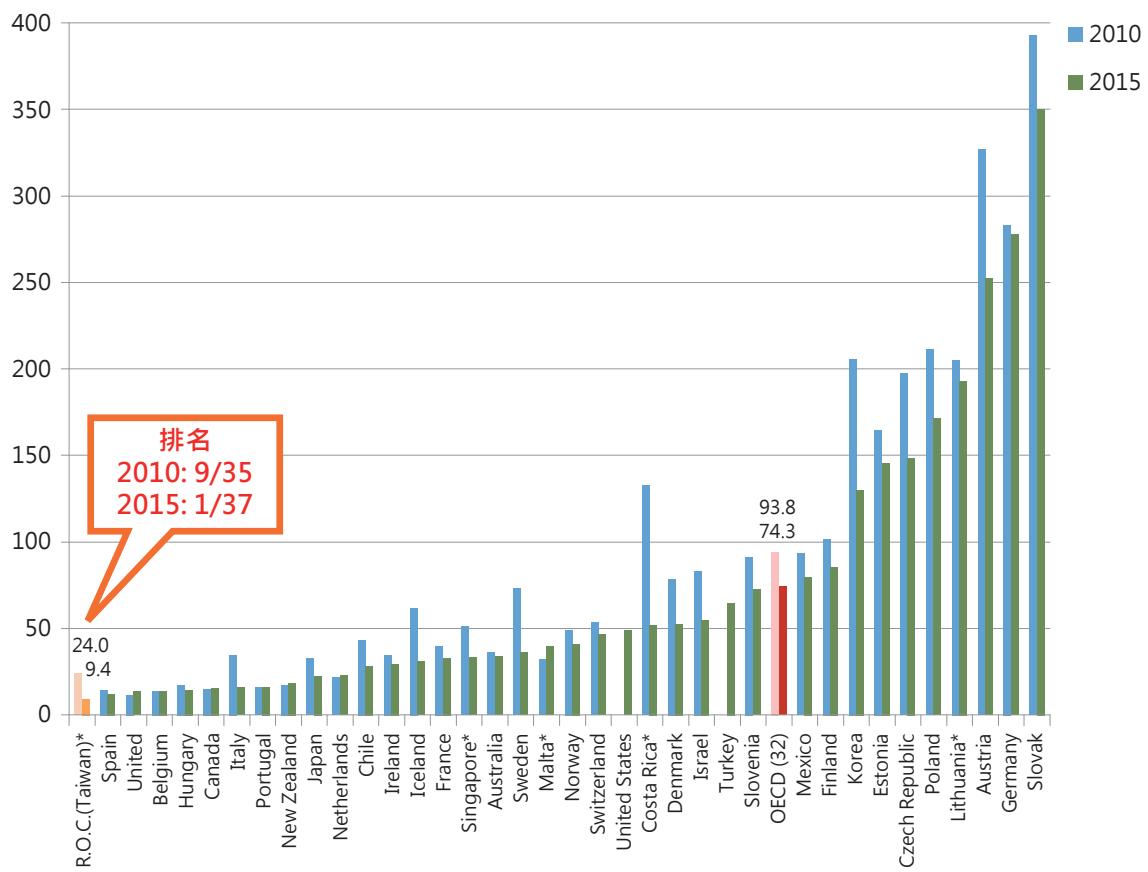
### 政策討論：

本項指標我國在國際間的表現居於前位，顯示國內醫療體系對於高血壓之照顧已有相當水準。高血壓住院率近年皆呈現下降趨勢，顯示初級照護已有成效，東區及高屏區一直較高值得重視。依國健署綜合高血壓之相關研究，發現在相同國家中，鄉村地區高血壓盛行率常高於城市 (孫建安，2007)，或許是高屏區及東區住院率較高的影響因素之一，惟若當地初級照護體系健全，應可給予患者適當照護而避免住院。觀看近 3 年包含高屏及東區，各區的表現皆有明顯進步，顯示我國高血壓初級照護持續改善中。

WHO 在「高血壓全球概要」倡議防控高血壓有六大重點：

1. 基層醫療預防端必須建立完整高血壓初級保健計畫
2. 落實整體初級照護計畫干預措施的累積成本
3. 準確的高血壓診斷技術及藥物治療
4. 降低人群危險因素
5. 職場健康規劃
6. 加強防控高血壓監測之機制 (WHO, 2013)。

我國高血壓的照護將參考國際重視的防治原則，評估投入資源於初級照護、提升民眾認知等政策。



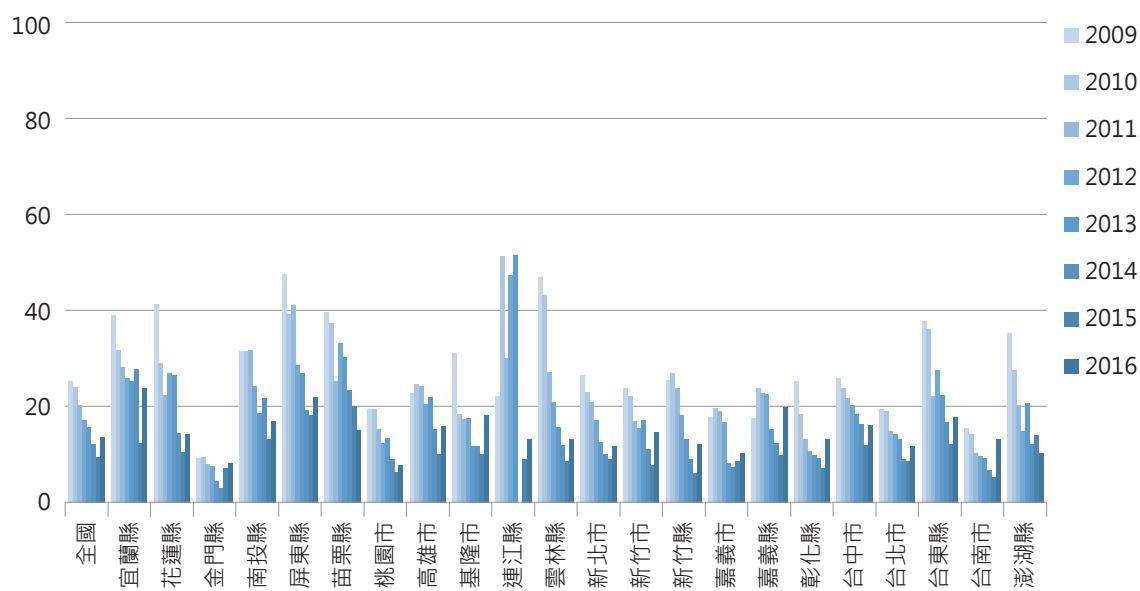
單 位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 10、高血壓病人住院率—國際比較

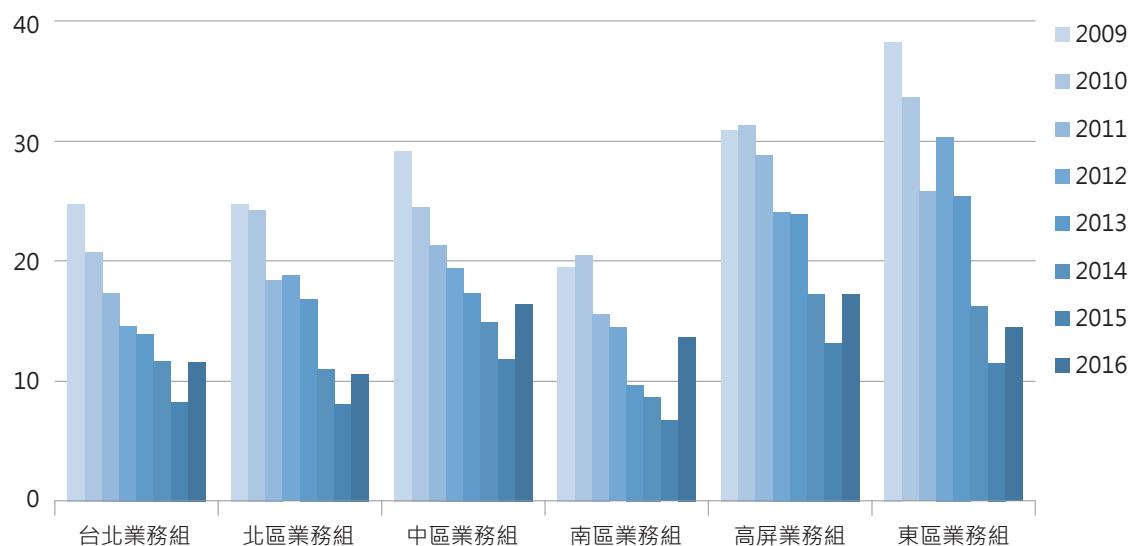


單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 11、高血壓病人住院率—國內各年度縣市比較 (總計)



單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 12、高血壓病人住院率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 糖尿病病人住院率

### 指標定義：

分子	15 歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)

### 重要性：

糖尿病是無法治癒的慢性病，一旦罹患，終其一生都不可疏忽血糖控制，以避免其威脅生命並嚴重影響生活品質(健保署，2016)。糖尿病照護主要依賴門診服務，若因控制不良而住院，則顯示初級照護出現問題，故以住院率來反映初級醫療照護品質之良窳(Kim, 2007)，病人若能於門診或社區中獲得適當照護，即可避免住院。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為每十萬人口 138.9，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 39 個國家中居第 19 位。較 2010 年每十萬人口 200.3，排名於 37 國家中居第 28 位，雖然是屬於中後段表現指標，但已明顯進步許多。[詳見圖 13]。

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，大部分縣市皆為男性高於女性，且各縣市皆呈現逐年下降趨勢，而宜蘭縣、嘉義縣及台東縣雖較其他縣市為高，亦呈現逐年下降趨勢。[詳見圖 14，性別數據請詳見本部網站]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年，八年之資料來觀察，各分區皆為男性高於女性，且維持穩定下降趨勢，以台北區為各區中最低，東區雖然最高但亦呈現下降趨勢。[詳見圖 15，性別數據請詳見本部網站]。

### 政策討論：

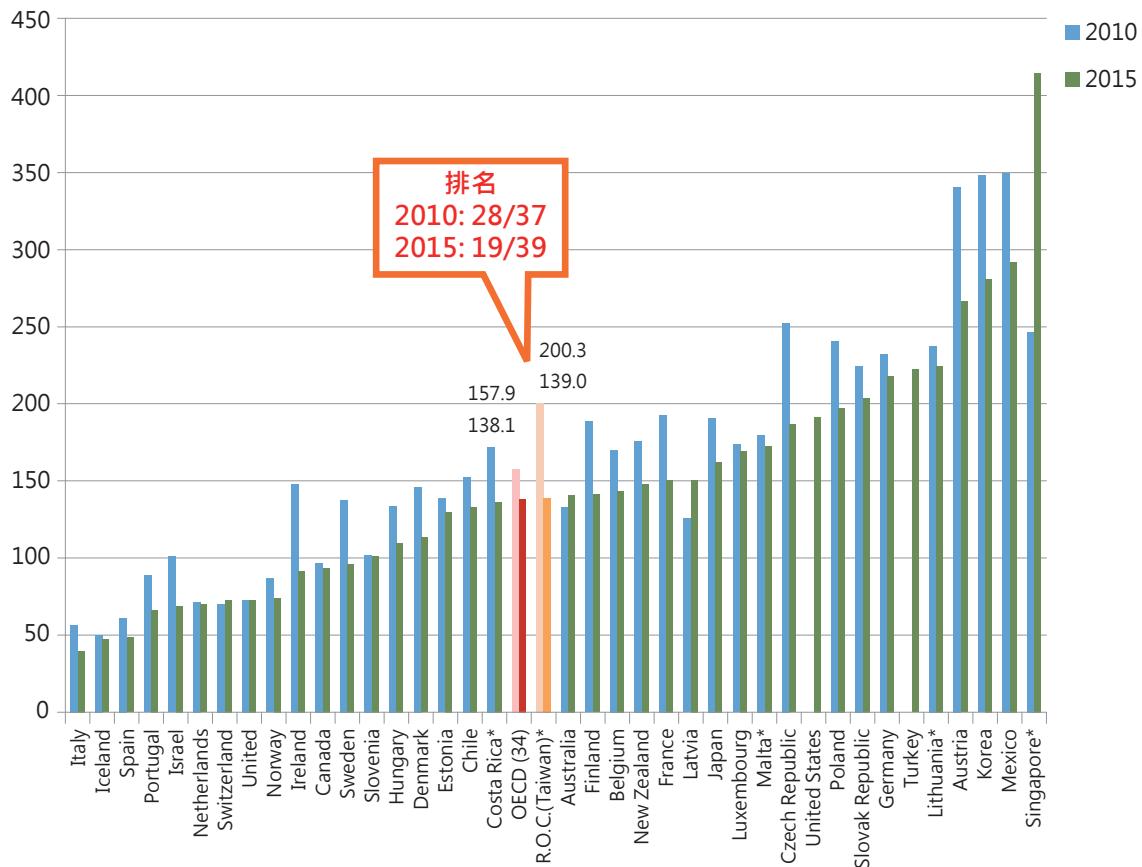
我國糖尿病病人住院率與 HCQIP 各參與國相比，雖然排名偏中後段，但也是逐年進步中，只是進步幅度不夠大。仍需要致力改善。美國糖尿病學會 (American Diabetes Association, 下稱 ADA) 指出，良好的糖尿病照護能降低併發症產生。美國進行的一項長期追蹤研究顯示，改善病人生活方式及藥物治療能減少併發症，尤其於前期 (prediabetes) 介入成效更佳 (ADA, 2014)。英國糖尿病協會則建議定期檢驗血糖值及回診可降低住院率，關鍵在於加強病人對疾病的認知以及自我管理能力 (Diabetes UK, 2014)，可運用於我國糖尿病照護中。

另有研究指出，居住於高都市化區之糖尿病病人，因有較高醫療資源使用，故住院率風險相對較低。該指標之六大醫療區分布圖也可看出類似趨勢，觀察六區之住院率自 2012 年起皆有下降趨勢，可顯示為我國初級照護已有逐步成效(張順全、賴美淑、徐啟雍，

2005)。

糖尿病為高發生高費用之疾病，且無法僅由內分泌或新陳代謝專科醫師即可提供完善周延的醫療照護，有鑑於此，國健署陸續於全省各地推動糖尿病共同照護網，希望藉由各種經過訓練的專業醫事人員間的團體合作，提供病人包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的服務，以降低或延緩糖尿病患併發症與合併症的發生；健保署自 2001 年起，推動糖尿病論質計酬方案，之後為糖尿病醫療給付改善方案，並於 2012 年納入醫療給付項目及支付標準第八部第二章，透過支付誘因，以提升醫療院所對糖尿病病人照護。依健保署統計，2013 年糖尿病病人參與此方案之比率為 37.37%。研究顯示，參與糖尿病論質計酬方案之病人，血糖及住院風險控制皆優於未參與者(林文德等人，2010；黃憶玖、張慈桂，2011)。此外，國健署從 2006 年起配合該方案，推動糖尿病健康促進機構，持續提供醫事人員糖尿病防治教育，亦加強推動高危險群體之健康促進。

研究指出定期檢驗血糖值及回診可降低住院率，加強病人對疾病的認知及自我管理能力，國健署推動之糖尿病共同照護網、2006 年推動糖尿病健康促進機構及健保署 2001 年推動糖尿病論質計酬方案及後續的醫療給付改善方案等，係透過支付誘因及醫事人員團體合作，提供病人診察、檢驗、衛教及追蹤的完整照護，以降低或延緩糖尿病病患併發症與合併症的發生，降低住院率。



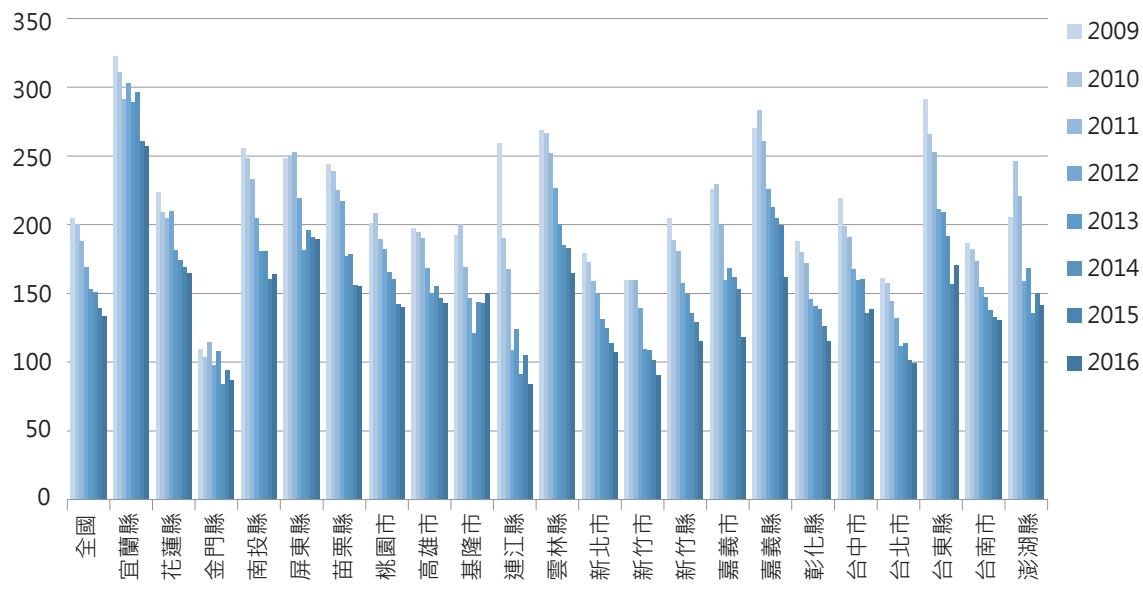
單 位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 13、糖尿病住院率—國際比較

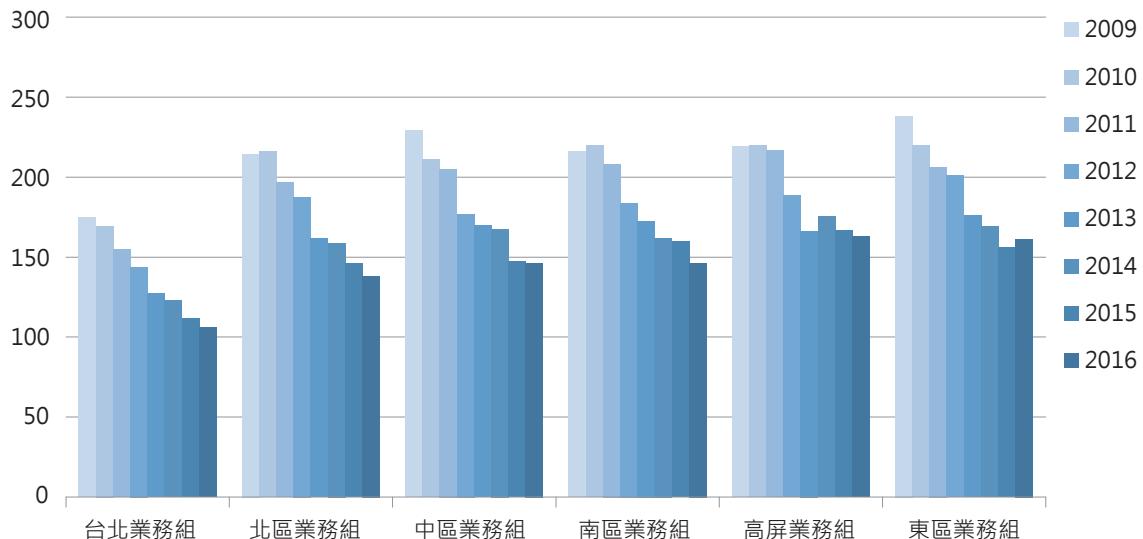


單位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 14、糖尿病住院率－國內各年度縣市比較（總計）



單位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 15、糖尿病住院率－國內六大醫療區域各年度比較（總計）

## 糖尿病病人下肢截肢率

### 指標定義：

分子	15 歲以上診斷為糖尿病之下肢截肢住院案件數
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)

### 重要性：

糖尿病足部截肢肇因於長期血糖控制不佳所引起之下肢病變。在糖尿病人中約 15%-25% 的人會發生足部潰瘍，其中有一半會因感染而需要住院，而截肢的危險性為一般人的 15-25 倍 (Singh et al., 2005；劉伯瑜等人，2012)。因此，OECD 選取下肢截肢率能反映糖尿病照護長期之品質 (OECD, 2015)。

OECD 指出糖尿病病人接受初級照護時，若有適當飲食、運動、藥物治療及良好足部照護，即可降低截肢風險。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為每十萬人口 7.2，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 31 個國家中居第 21 位。較 2010 年每十萬人口 9.8，於 20 個國家中排名居第 18 位，雖與其他國家相比排名為中後段，但已有明顯進步。[ 詳見圖 16]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，大部分縣市為男性高於女性，各縣市除台東縣外皆呈現逐年下降趨勢，而台東縣為各縣市中最高者並呈現逐年上升趨勢，且男性上升幅度高於女性。[ 詳見圖 17，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，各分區除東區外皆呈現逐年下降趨勢，以臺北區為各區中最低，東區最高；而東區中以男性上升幅度大於女性。[ 詳見圖 18，性別數據請詳見本部網站 ]

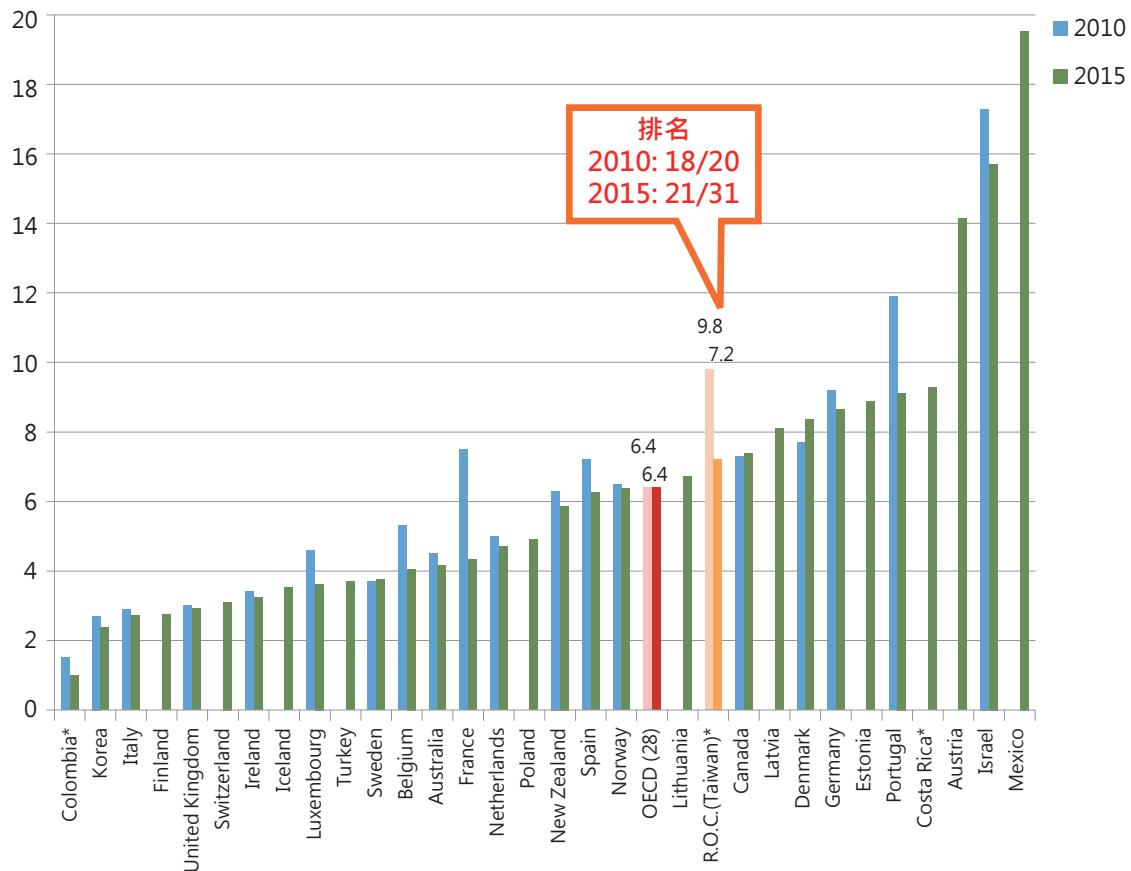
### 政策討論：

我國糖尿病下肢截肢率與 HCQIP 各參與國相比，已有明顯進步。東區之下肢截肢率最高，值得注意；有研究顯示，東部地方 6 成的糖尿病病人未曾接受足部自我照護衛教，平均每 2 位糖尿病病人就有 1 人有足部問題 (游雪峰等人，2012)，且糖尿病併發症及死亡率，東區一直高於其他區域 ( 賴美淑等人，2008)。

為提升糖尿病照護品質，國健署積極輔導各縣市全面推動糖尿病共同照護網絡，透過公共衛生部門、臨床醫療團隊與專業組織等的結合，強化縣市糖尿病防治工作，培育優質糖尿病照護醫事人力，建立照護網醫事人員認證制度，並與健保署合作，以糖尿病共同照護網為基礎，加入給付誘因，推動「糖尿病品質支付服務方案」，透過醫療院所對病人的

追蹤管理，協助病患規律就醫與自我健康管理。另國健署亦推動醫療院所成立糖尿病健康促進機構，提供糖尿病人較優質的團隊照護及高危險群健康促進，並輔導全國各縣市鄉鎮成立糖尿病支持團體，共分佈於全國 360 個鄉鎮市區，達全國鄉鎮市區涵蓋率近 97.8%，提升糖尿病高危險群及糖尿病人「控糖」之自我健康管理能力。(國健署，2018)

另為加強我國糖尿病人照護，健保署已在該署全球資訊網建立醫療品質資訊公開，糖尿病院所別之醫療品質資訊，同時也於網站上提供糖尿病足部及相關衛教資訊供民眾參考，藉此提升糖尿病病人的照護品質(健保署，2018)。



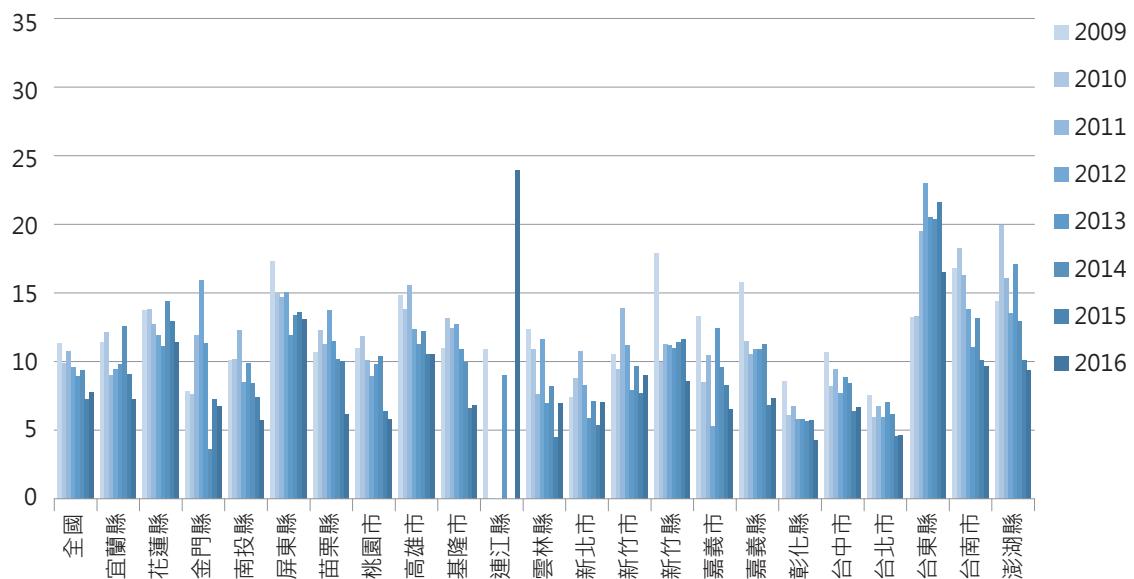
單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 16、糖尿病病人下肢截肢率－國際比較

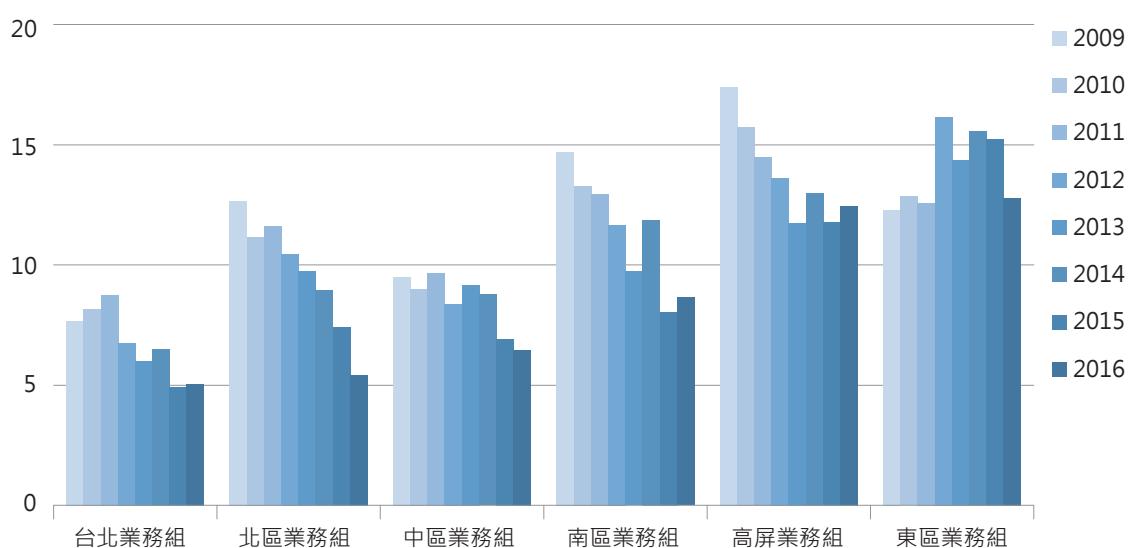


單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 17、糖尿病病人下肢截肢率—國內各年度縣市比較 (總計)



單一位：每十萬人口 (Age-sex standardised rate per 100 000 population)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 18、糖尿病病人下肢截肢率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 氣喘死亡率

### 指標定義：

分子	5-39 歲原死因為氣喘診斷之死亡人數
分母	5-39 歲人口 ( 每十萬人口 )

### 重要性：

依據 GINA ( Global Initiative of Asthma ) 2018 年指引報告指出，全世界約有 3 億人口受到氣喘的影響，且根據 WHO 2017 年統計報告顯示，2015 年全球有 38 萬人口死於氣喘。氣喘為孩童中最常見的非傳染性疾病 (World Health Organization, 2017)，病徵為呼吸時有喘鳴聲、呼吸短促或咳嗽等狀況 (OECD, 2016)，氣喘影響至全年齡層人口，且病徵會一直持續，雖然不能完全預防，但若能接受有效治療並服用藥物控制，可維持生活品質 (OECD, 2016)。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之氣喘死亡率為 5-39 歲每十萬人口 0.1，與 OECD 各國共同評比，我國已低於 41 個國家 [ 詳見圖 19]。

觀察我國近 10 年氣喘死亡率長期趨勢已逐漸下降，以我國六大醫療區域 2014 年至 2016 年 3 年資料比較，雖然全國 2016 年整體而言較 2015 年上升，但臺北區及北區部分相較其他地區低，而東區 2016 年數據較其他 5 個醫療區域高 [ 詳見圖 20]。

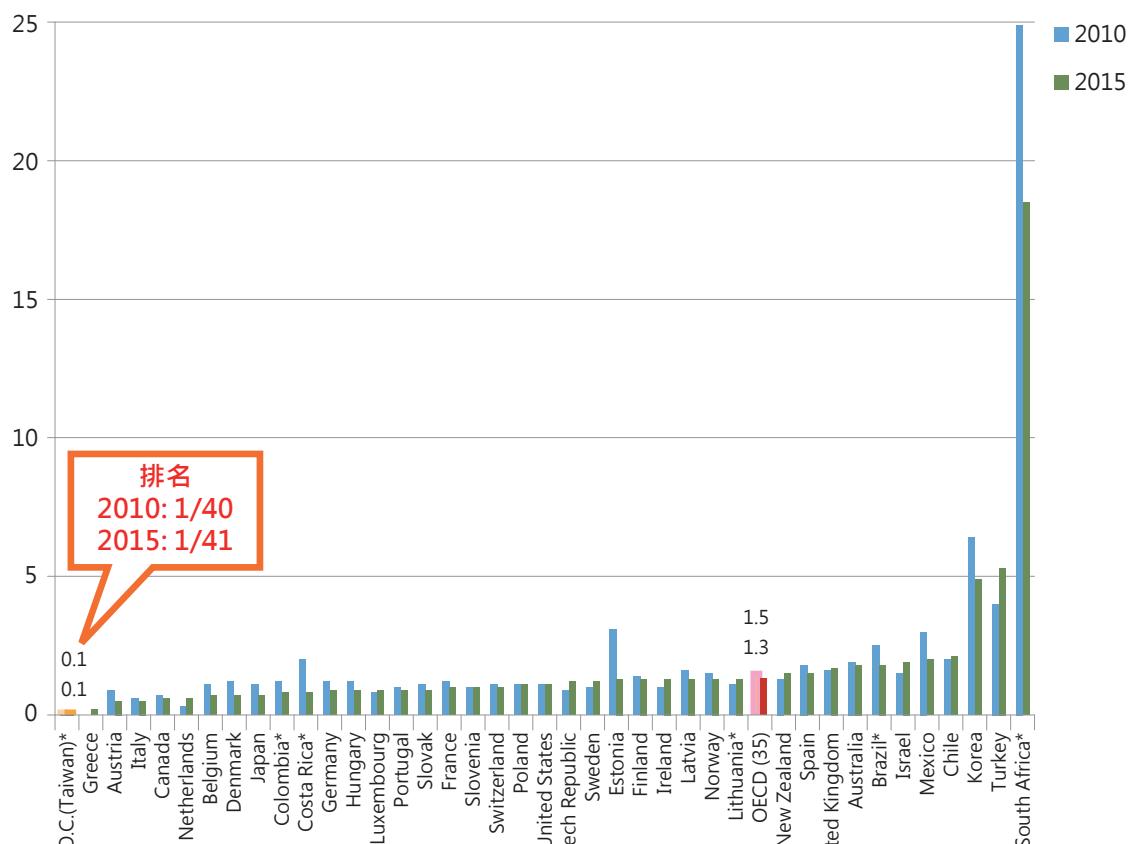
### 政策討論：

本項指標顯示我國在氣喘死亡率上表現優異，即因氣喘導致死亡的狀況較他國和緩。雖然我國東區 2016 年氣喘死亡率較其他五個醫療分區高，可能是因為東區相較於其他區的醫療資源缺乏及就醫不便，為使東區居民獲得完善醫療與照護，以「在地優質醫療及照顧」為目標，本部推行「偏鄉離島醫療照護八大策略」，包括本島偏遠地區醫療在地化、醫學中心支援偏鄉離島、健保及公務預算保障醫療資源缺乏等政策。此外，女性氣喘死亡率低於男性可能是體質不同，惟仍需進一步研究調查。

GINA 於 2018 年指出控制氣喘長期的方法為控制症狀與降低氣喘風險，也就是降低罹病率及減少患者過度換氣、呼吸道受損與藥物造成之副作用，而醫病關係及民眾健康識能為重要的氣喘控管方式。

為提升民眾氣喘相關識能，健康署自 1997 年起積極推動全國氣喘防治並草擬國家氣喘診療指引，期望推廣正確的氣喘診療和防治方法 ( 健康署，2018 )，並與時俱進於 2018 年 1 月更新社區氣喘照護手冊 ( 健康署，2018 )。而健保署於 2001 年推出氣喘醫

療給付改善方案（健保署，2018），依據健保署統計資料顯示，2017年之氣喘照護率較2016年成長了4.6%，以平均每人急診次數而言，2017年比2016年下降了5.6%。因此，透過三段五級的健康促進模式，從強化民眾及醫護人員健康與照護識能，提升品質支付制度，期能透過醫療團隊，給與完整且正確的衛教資訊，加強病患自我照護的能力，持續藉品質導向之支付制度調整，以建構完善氣喘照護體系。



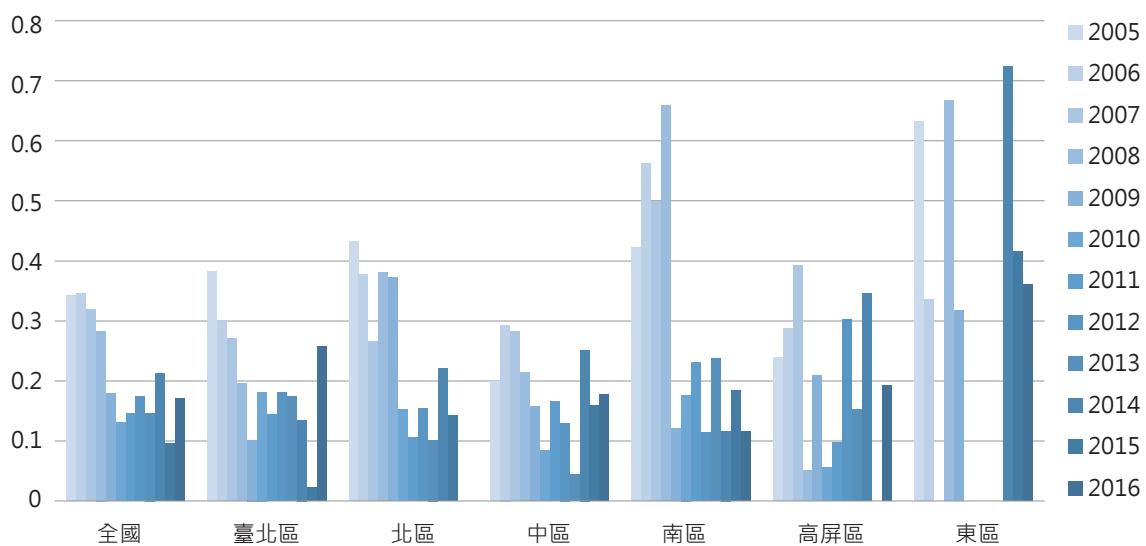
單一位：每十萬人口 (Age-sex standardized rate per 100,000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部統計處

註：\*為非 OECD 會員國

圖 19、氣喘死亡率—國際比較



單一位：每十萬人口 (Age-sex standardized rate per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

註：東區 2007、2010-2013 年資料數據為 0

圖 20、氣喘死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 吸菸率

### 15 歲以上菸品消耗量

#### 指標定義：

分子	(菸品產量) + (菸品進口量) - (菸品出口量)
分母	15 歲及以上人口總數

### 15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數

#### 指標定義：

分子	所有目前吸菸者在過去一個月內 (30 天內) 的吸菸天數 × 吸菸者在有吸菸日子中之吸菸支數
分母	目前吸菸者 (從以前到現在吸菸累計超過 100 支, 且最近 30 天內曾經使用菸品者) × 30 天

### 15 歲以上每日吸菸人口比率

#### 指標定義：

分子	15 歲以上受訪者回答「到目前為止，吸菸超過 100 支」且「最近 30 天內每天使用菸品」人數
分母	15 歲以上有效完訪樣本人數

#### 重要性：

在許多國家，菸品使用是導致死亡的第一原因，二手菸已被國際癌症研究中心 (International Agency for Research on Cancer, IARC) 歸類為一級致癌物質，研究指出菸品與腫瘤、糖尿病、心血管系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、腎臟疾病、意外傷害等 7 大類疾病相關；且會增加至少 14 種癌症的風險，可能直接引發的癌症包括肺癌、口腔癌、咽頭癌、喉頭癌、膀胱癌、食道癌，而間接可引發的癌症包含頸癌、血癌 (骨髓性白血病)、胃癌、肝癌、腎臟癌、胰臟癌、大腸癌、子宮頸癌 (National Cancer Institute, 2017) 等。

根據 WHO 統計，菸草使用是全球可預防的首要死亡原因，每年造成 700 多萬人死亡 (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016)；其經濟代價也是巨大的，衛生保健費用及生產力損失合計超過 1.4 兆美元 (Goodchild, Nargis, & Tursan d'Espaignet, 2018)。在臺灣每年約有 2 萬 4,000 人死於吸菸及近 3,000 人死於二手菸害，另有各約 264 萬及 23 萬人因吸菸及二手菸罹病 (李玉春、陳珮青，2018)，換算約平均不到 20 分鐘就有 1 人因菸害而失去生命，並平均約 2 至 3 分鐘就有 1 名不吸菸者因他人吸菸而罹患疾病。

為防制菸害與維護國人健康，1997 年《菸害防制法》通過並實施，強制規範菸品之促銷與廣告、販售方式與對象、吸菸年齡與場所、健康警語及尼古丁焦油含量標示等，使菸害防制工作有法源依據；2000 年分別通過《菸酒稅法》與《菸酒管理法》，並依《菸酒稅法》第 22 條之規定每包紙菸 5 元的菸品健康福利捐，自 2002 年開始徵收，其中 10% 經費專款專用於菸害防制工作，並委託專家學者共同提出「菸害防制方案建議書」，作為推動相關工作之方向；2006 年修正《菸酒稅法》，將菸品健康福利捐調高為每包 10 元，並調整為 3% 的經費專款專用於菸害防制工作。

接軌國際趨勢潮流全球第一個公共衛生國際公約「世界衛生組織菸草控制框架公約」自 2005 年 2 月 24 日生效，臺灣自 1996 年《菸害防制法》通過並實施後，歷經 10 年，為呼應世界潮流並與國際接軌，終於在 2007 年 7 月 10 日通過《菸害防制法》的修正，並自 2009 年 1 月 11 日實施，該次《菸害防制法》的修定重點，除了將菸品健康福利捐由每包紙菸 10 元調高為 20 元；在擴大禁菸場所範圍方面，包括室內公共場所、室內 3 人以上工作場所及大眾運輸工具內全面禁止吸菸；在健康警告標示方面，除警示文字外，增列 6 則圖像及戒菸相關資訊的標示，並不得使用低焦油、淡菸（light）、柔和（mild）或其他可能致人誤認吸菸無害健康或危害輕微之文字及標示；在加強保護胎兒及青少年健康方面，更將孕婦納入不得吸菸之範圍，並禁止任何人提供菸品給青少年，對吸菸之青少年並將施以戒菸教育。在加強管制於販售菸品場所為菸品之促銷或廣告方面，除禁止消費者可直接取得菸品之開放式貨架之販售方式，並大幅提高罰則，以嚇阻業者違法進行菸品廣告促銷贊助；此外，亦要求菸品製造輸入業者申報菸品成分、添加物、排放物及其毒性之資料，並予以向大眾公開。顯示臺灣積極推動無菸環境的規範，與世界趨勢潮流接軌，更期望能透過這些新規定，呼籲民眾注意自身健康，並保護 8 成以上不吸菸者的健康權益，減少二手菸害、降低吸菸率，營造健康無菸的生活環境。

專業協助戒菸，可以提高至兩成以上的戒菸成功率，目前各縣市超過 4,000 多家醫療院所提供門診戒菸服務，遍及全國 99.4% 以上鄉鎮，2012 年 3 月 1 日起推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」，增加培訓專業的衛教人員，以面對面方式，進行戒菸衛教及個案管理服務外；並透過整合轄區內資源，於職場、學校等場域，團隊出擊，提供戒菸衛教、諮詢、戒菸教育服務。自 2002 年至 2018 年，已提供超過 103 萬餘人戒菸治療服務；另提供免付費戒菸專線 0800-636363，2017 年專線共服務 1 萬 3,818 人，6 個月點戒菸成功率達 42.4%。藉由推動多元戒菸服務與宣導，一起與有心戒菸民眾共同抗菸。

目前我國每包菸品平均售價已超過 100 元（李玉春、陳珮青，2018），且菸商亦逐年調漲菸價中，以每天抽 1 包菸計算，1 年至少約花 3 萬 6,500 元買菸，此外，吸菸者還有因吸菸而導致的疾病醫療與照護費用，我國每年因吸菸及二手菸相關疾病耗費醫療資源約 650 億元，整體經濟損失更高達 1,858 億元（李玉春、陳珮青，2016），即平均每一

秒損失近 6 千元，顯見吸菸對國家會造成龐大的經濟負擔，可能會因此減少及排擠原應在食物、教育及保健等之花費，進而擴大貧富差距，更會讓社會或健康不平等的情形更加嚴重。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年 15 歲以上菸品消耗量為 1,637.5 克，若與 OECD 各國共同評比，我國於 20 個國家中居第 17 位，菸品消耗量與 2010 年相比雖有些微下降，但與 2007 及 2008 年相比則大幅下降 [ 詳見圖 21]。

我國 2013 年 15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數為 16.1 支，與 OECD 各國共同評比，我國於 29 個國家中居第 26 位，吸菸者每天平均吸菸支數與 2005、2009 及 2013 年相比有些微下降 [ 詳見圖 23]。

就 2017 年六大醫療區域比較下，高屏區最高但與 2005 年起相比呈現下降趨勢，臺北區最低且與 2005 年起相比呈現下降趨勢 [ 詳見圖 24]。

我國 2013 年 15 歲以上每日吸菸人口比率為 17.2%，若與 OECD 各國共同評比，我國於 43 個國家中居第 17 位，每日吸菸率與 2005 年起相比呈現下降趨勢 [ 詳見圖 25]。

我國 2016 年吸菸率雖較前一年度低，然而可能由於未戒菸者的吸菸量增加，以致我國 2016 年菸品消耗量反較前一年度高 [ 詳見圖 22]。

### 政策討論：

為有效控制各國菸害問題，WHO「菸草控制框架公約」（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）於 2005 年 2 月生效，至 2017 年 7 月計有 181 個國家批准該公約成為締約方，根據世界衛生組織發表的《2017 年全球菸草流行報告》，越來越多的國家實施各種菸草控制政策，大約 47 億人（即世界人口的 63%）受到至少一項綜合菸草控制措施的保護，是 2007 年的 4 倍，落實這些政策的戰略已避免數百萬人過早死亡。

臺灣雖尚未能加入 WHO，惟基於健康權之追求不分種族、政治與國界的前提，及在全球化的大趨勢下，我國於 2005 年 3 月 30 日完成批准該公約，依循該公約精神，推動相關法規研修、實施、行政或其他措施等政策與工作，營造臺灣無菸支持環境。

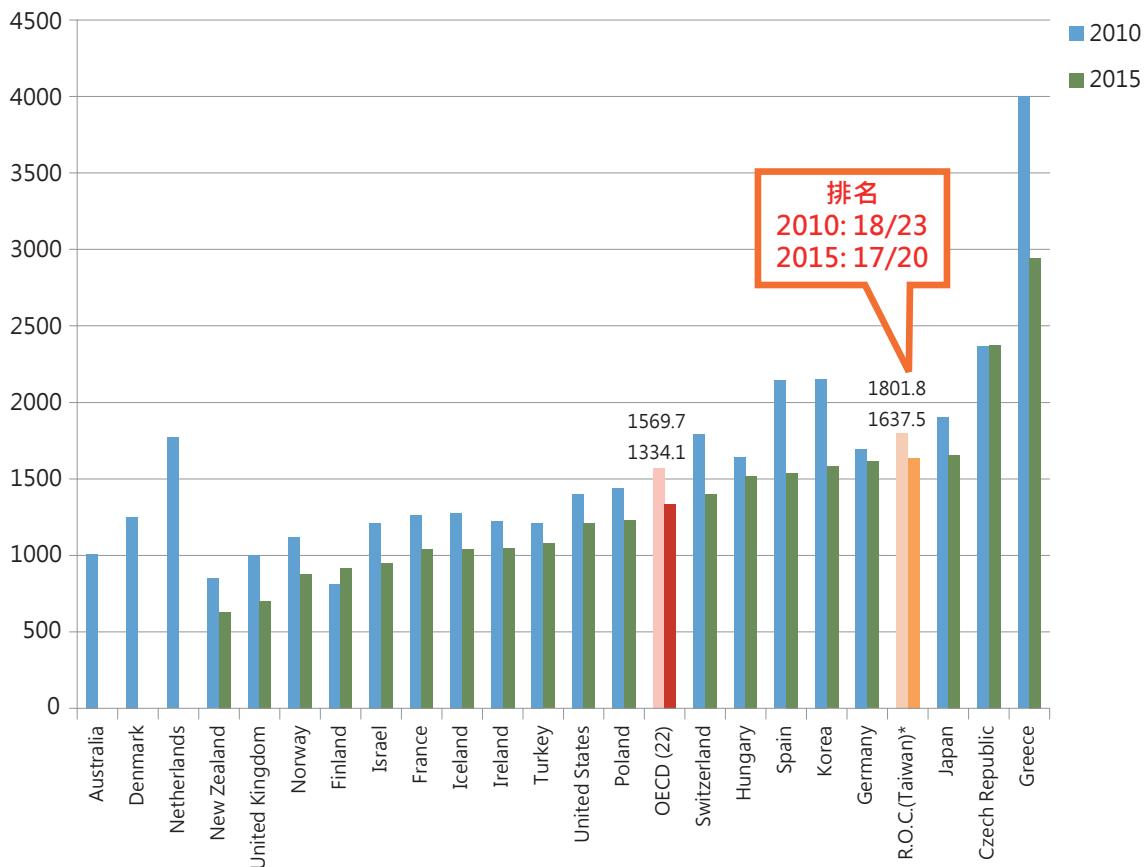
依據 WHO 2017 年所提出的 MPOWER 策略報告，我國菸害防制推動成效有六項指標達第一等級，分別為監測系統 (Monitoring)、成人每日吸菸率 (Adult daily smoking prevalence)、無菸政策 (Protect people from tobacco smoke)、戒菸服務 (Offer help to quit tobacco use)、反菸媒體宣導 (Anti-tobacco mass media campaigns)、禁止菸品廣告促銷及贊助 (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)；而增加菸盒警示圖

文面積 (Health warnings) 及調漲菸捐稅 (Taxation) 二項，臺灣仍有進步的空間。

我國為呼應 WHO 非傳染性疾病 2025 年減少 30% 吸菸率之目標，已訂定 18 歲以上成人吸菸率由 2010 年的 20% 降至 2025 年 14%，並逐步落實中。然 15 歲以上菸品消耗量及 15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數等指標與 OECD 各國比較下仍屬後段之主因，可能與菸價過低有關，國際研究已證實提高菸價、以價制量，是最有效的策略，WHO 歐洲區署出版之科技評估報告顯示，菸價提高 10%，短期內可以降低 2.5-5% 吸菸率；長期則可降低 10%；而對於青少年吸菸率的降低更為成人的 2 倍以上，顯示提高菸價是降低吸菸率最有效的策略。然而我國 2017 年 3 月平均菸價僅 74.9 元，菸品稅捐占平均菸品零售價不到 6 成，菸價過低，難以發揮數量之節制，且較不容易產生戒菸動機，特別是重度成癮吸菸者可能完全不想戒菸，維持其吸菸量甚至增加。

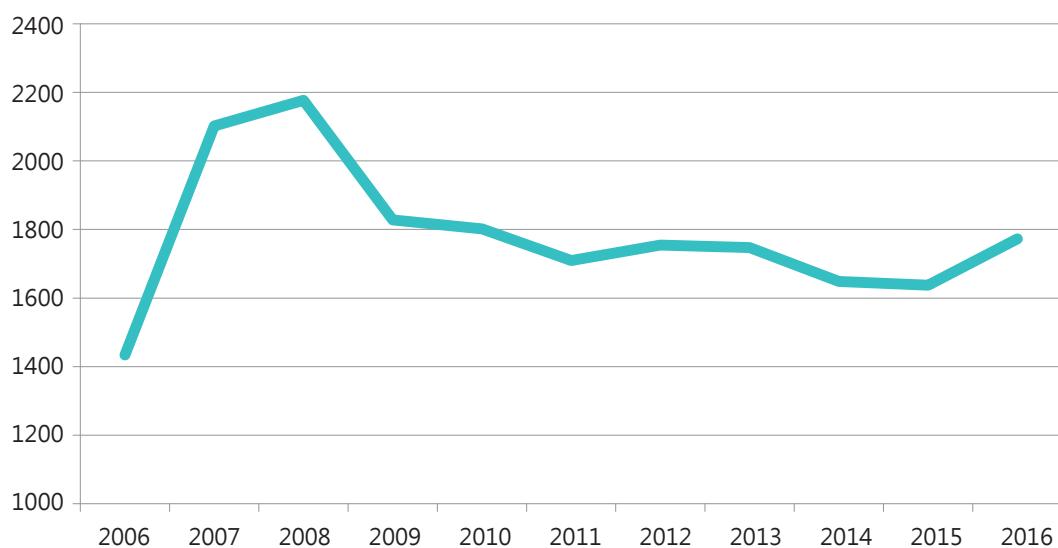
我國證據與其他先進國家相似，也就是多管齊下的菸害防制策略是有效的。由於我國的菸價仍低於許多國家，且菸品健康福利捐占菸價的比率未達 WHO 建議的 70% 以上，另菸盒警示圖文面積也未達建議的 50%，幸而，臺灣於 2017 年 6 月份通過菸稅調漲臺幣 20 元，並採用 WHO FCTC 國際經驗與實證、立法委員提案版本、民間團體建議，積極推動全面性「菸害防制法」修法，冀期透過政府、民間組織、業者與民眾攜手合作，共同推動戒檳與戒菸整合式衛教、營造無菸環境、推動修法以提高菸捐及加大警示圖文面積等菸害防制工作。

呼籲民眾善用二代戒菸服務與免費戒菸專線 0800-636363，以持續擴大無菸環境，提供多元戒菸服務鼓勵吸菸者戒菸，並保護國人免於菸品危害。



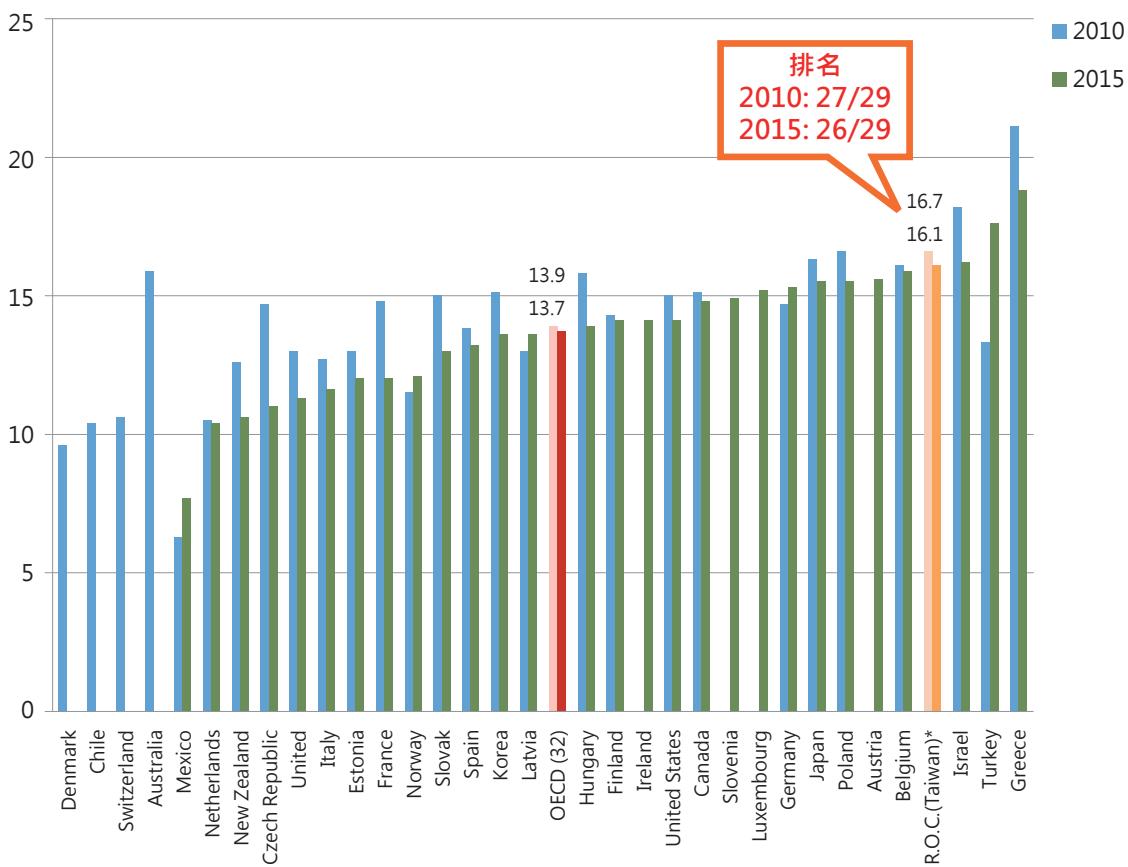
單位：克 (Grammes per capita)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署依財政部國庫署菸酒管理資訊網資料計算本國總量  
 註：\*為非 OECD 會員國

圖 21、15 歲以上菸品消耗量—國際比較



單位：克 (Grammes per capita)  
資料年度：2006 至 2016 年  
資料來源：財政部國庫署菸酒管理資訊網

圖 22、15 歲以上菸品消耗量—國內比較



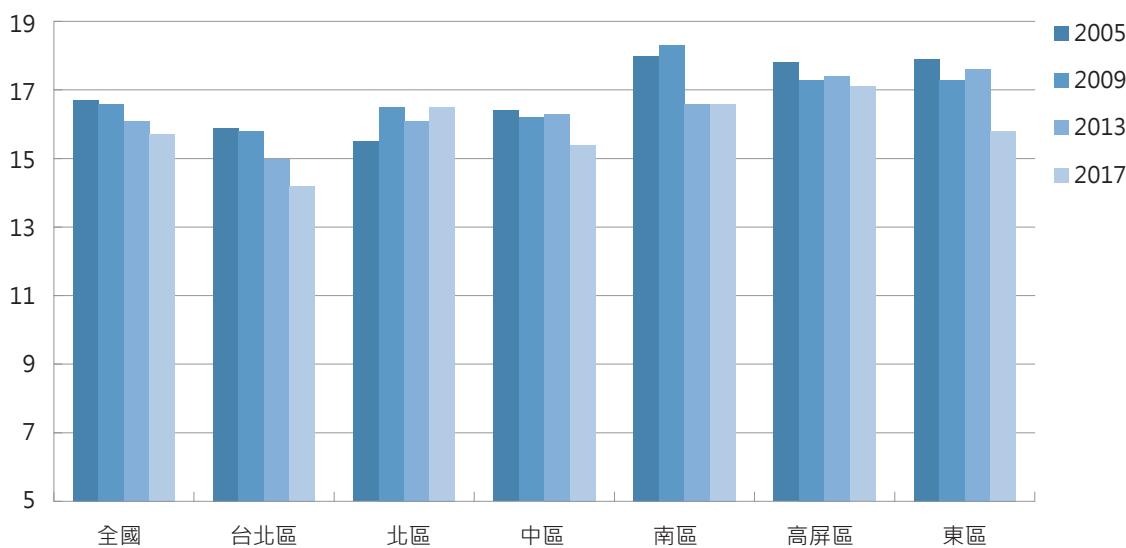
單一位：支 (Cigarettes per smoker per day)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署

註：\*為非 OECD 會員國

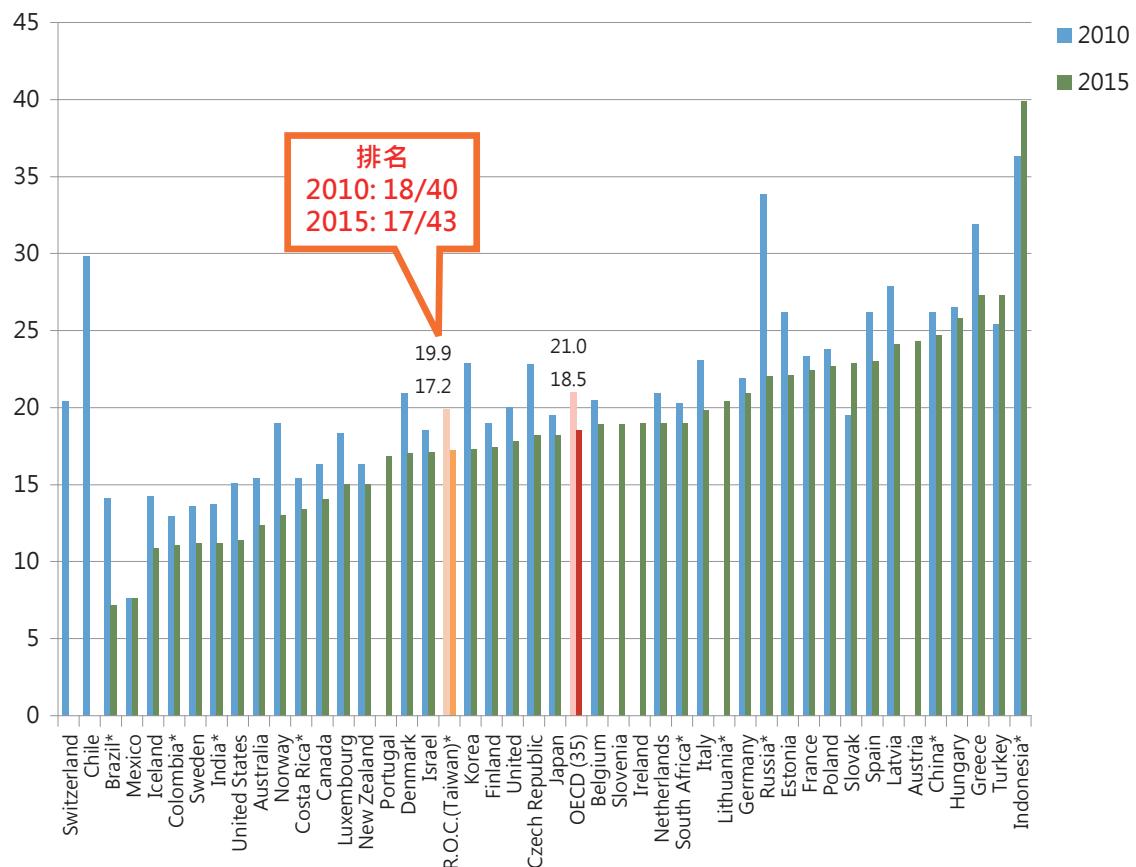
圖 23、15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數—國際比較



資料年度：2005 至 2017 年

資料來源：衛生福利部國民健康署國民健康訪問調查

圖 24、15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數—國內六大醫療區域比較 (總計)



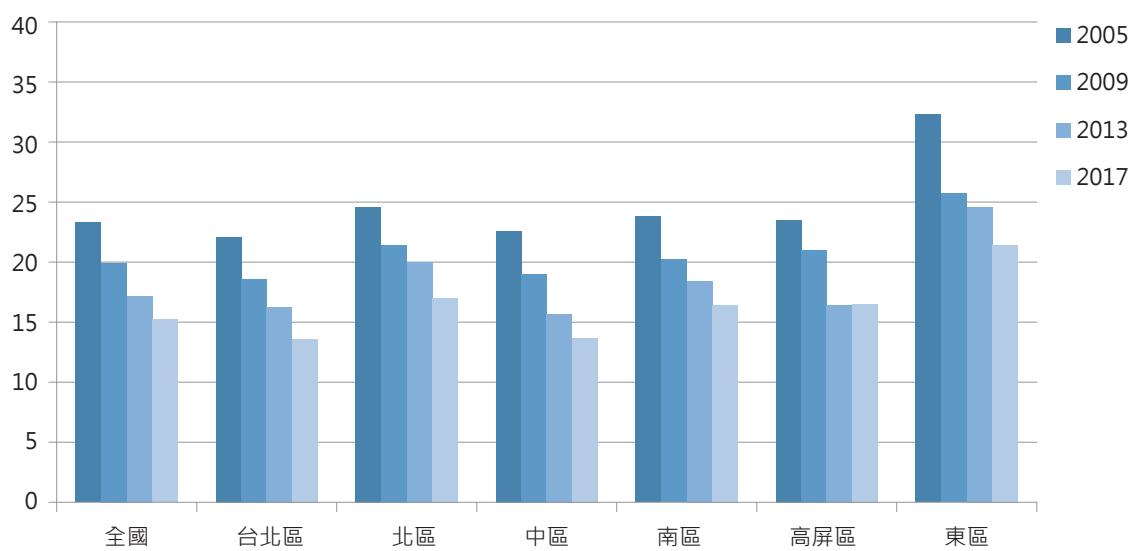
單一位：百分比 (% of population aged 15+ who are daily smokers)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 25、15 歲以上每日吸菸人口比率—國際比較



單位：百分比 (% of population aged 15+ who are daily smokers)

資料年度：2005 至 2017 年

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署國民健康訪問調查

圖 26、15 歲以上每日吸菸人口比率—國內六大醫療區域比較 (總計)

## 長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率

### 指標定義：

分子	分母病人中，合併使用 1 種（含）以上降膽固醇藥物的病人數
分母	長期使用降血糖藥物的病人數

### 重要性：

糖尿病人時常合併高比例的血脂肪異常，這些異常會誘發併發症的發生，若能在控制血糖的時候，將血脂肪控制在理想的範圍內，則能明顯減少糖尿病併發症的發生。「血脂肪」主要是指膽固醇、三酸甘油脂、高密度膽固醇及低密度膽固醇（健保署，2016）。研究指出，低密度膽固醇會增加第 2 型糖尿病人罹患心血管疾病的風險 (Wanga, Lammi-Keefe, Hou, Hua, 2013)。OECD 於 2015 年指出糖尿病病人的照護中降膽固醇藥物的使用是目前許多國際治療指引所建議的 (OECD, 2015)，顯示糖尿病病人控制膽固醇的重要性。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為 60%，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 19 個國家中居第 15 位。較 2010 年的 48.6%，排名於 15 個國家中居第 12 位，與其他國家相比為中後段，與 OECD 國家近似。[ 詳見圖 27]。

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，各縣市皆呈現逐年上升趨勢，雖金門縣、澎湖縣為各縣市中較低者，但仍呈現逐年上升趨勢。[ 詳見圖 28]

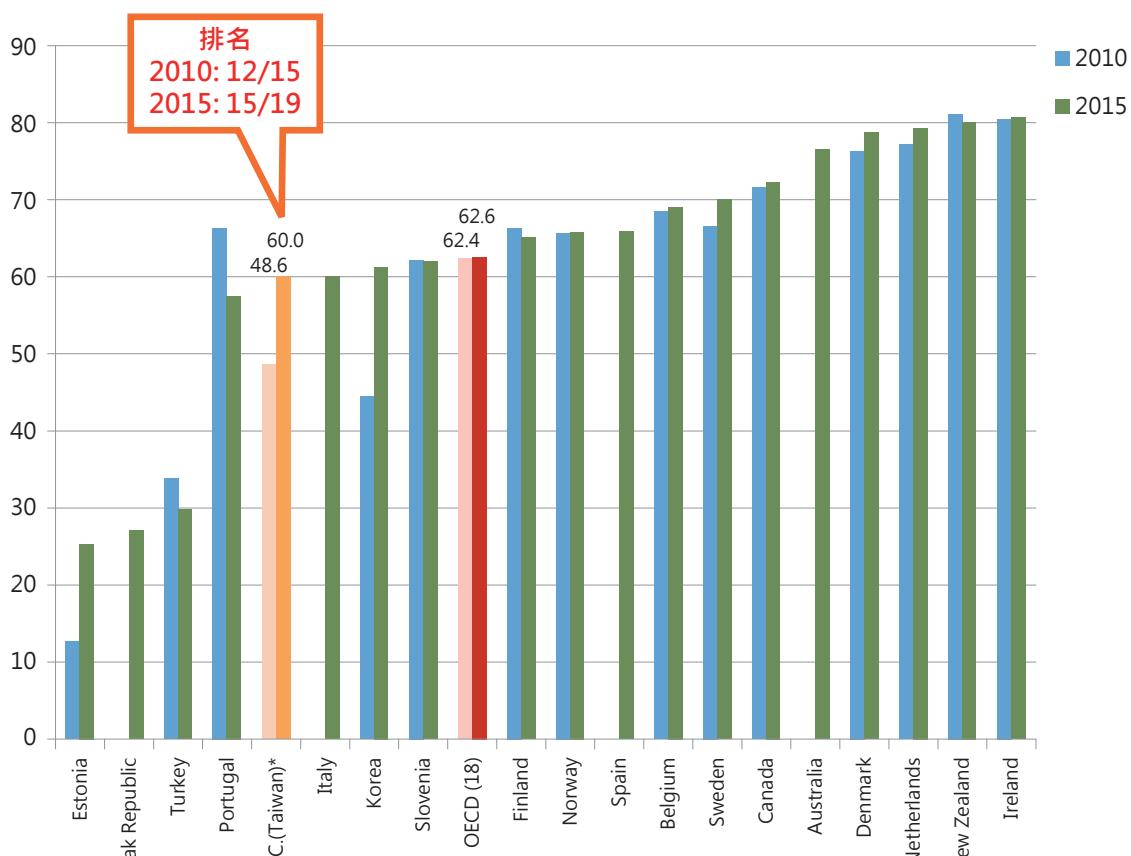
就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年，八年之資料來觀察，各分區之間差異不大，皆維持穩定上升趨勢。[ 詳見圖 29，醫院評鑑等級別數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

本項指標我國在國際間的表現居於後段，依據全民健康保險降血脂藥物給付規定，心血管疾病或糖尿病患者，起始藥物治療血脂值  $TC \geq 160\text{mg/dL}$  或  $LDL-C \geq 100\text{mg/dL}$ ，血脂目標值  $TC < 160\text{mg/dL}$  或  $LDL-C < 100\text{mg/dL}$ ，醫療適當性仍需就病人情形由醫療專業認定，本項指標應可作為我國糖尿病合併使用降膽固醇藥物現況之參考。

OECD 強調要持續管理糖尿病是需以自我照護、衛教為糖尿病初級照護的核心，透過定期監測血糖、飲食調整、規律運動來有效控制血糖，才能降低糖尿病合併症發生與住院需求 (OECD, 2015)。

根據 2015 年 OECD 指出，糖尿病病人照護中降膽固醇藥物使用是目前許多國際治療指引所建議的，亦即糖尿病病人除控制血糖外亦須一併控制膽固醇，本項為正向指標，各區域及各縣市逐年上升，代表我國醫療照護之完整及品質提升。

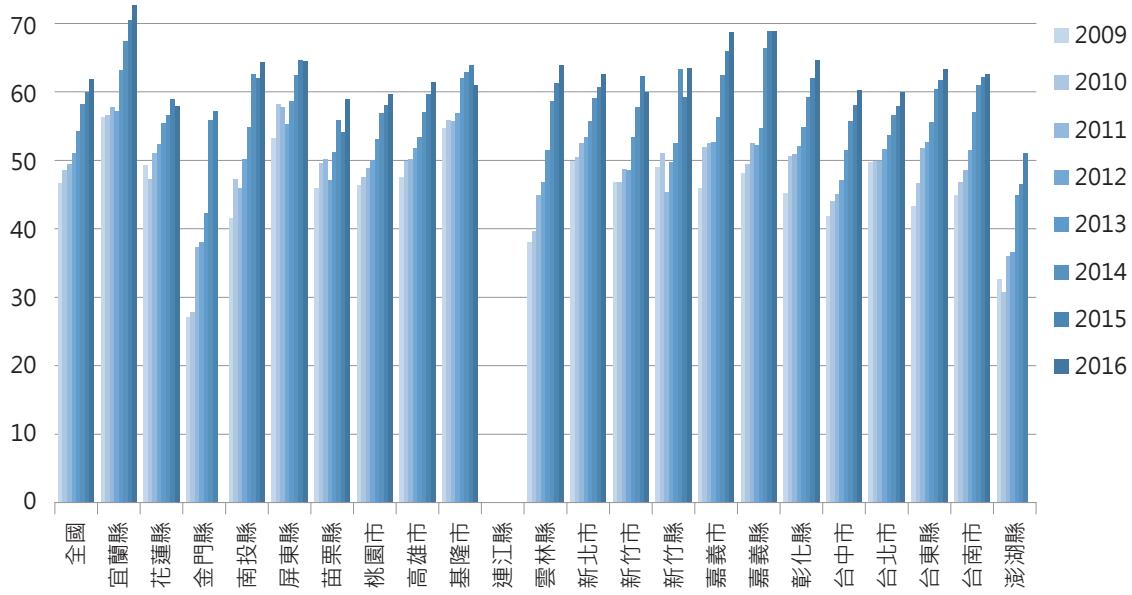


單一位：百分比 (Percentage of diabetic patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

圖 27、長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率－國際比較

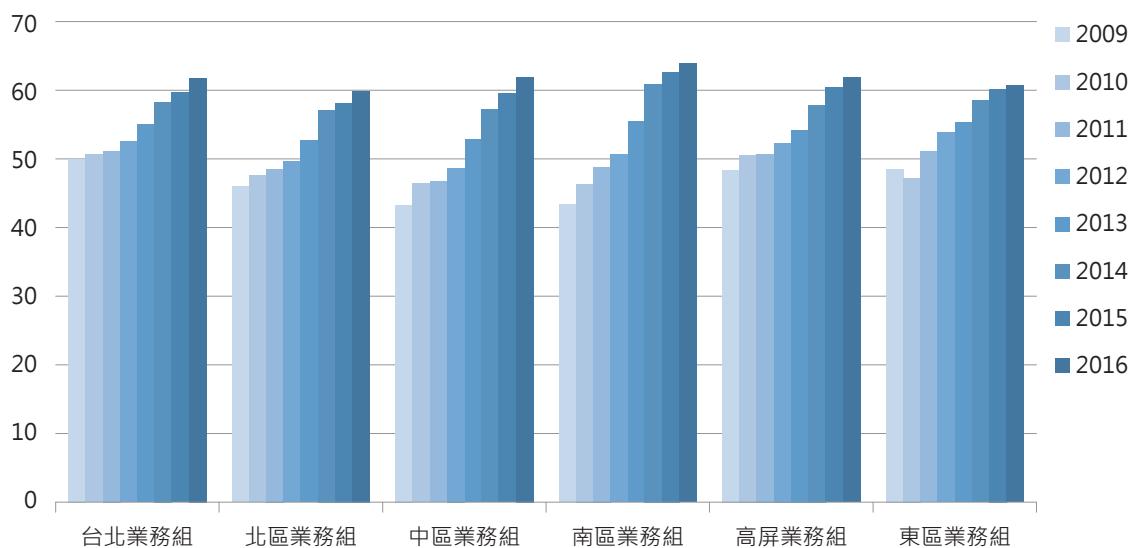


單一位：百分比 (Percentage of diabetic patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 28、長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率—  
國內各年度縣市比較 (總計)



單一位：百分比 (Percentage of diabetic patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 29、長期使用降血糖藥物合併使用降膽固醇藥物的病人數比率—  
國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率

### 指標定義：

分子	分母病人中，使用 1 種（含）以上 ACE-I 或 ARB 藥物的病人數
分母	長期使用降血糖藥物的病人，合併使用降血壓藥物的病人數

### 重要性：

糖尿病常見合併罹患高血壓，比率約有 20-60% (ADA, 2003)，糖尿病治療高血壓的第一線藥物包括血管張力素轉化酵素抑制劑 (ACEIs)，血管張力素 -II 受體阻斷劑 (ARBs)，利尿劑及  $\beta$  阻斷劑，其中 ACEIs 及 ARBs 能延緩糖尿病腎病的發生和進展 (ADA, 2003)，糖尿病合併高血壓如已有尿蛋白的患者以 ACEIs 及 ARBs 為優先的治療選擇 (Schmieder, 2009)。OECD 也於 2015 年指出糖尿病病人的照護中 ACEIs 及 ARBs 的使用是目前許多國際治療指引所建議的第一線用藥，能有效降低糖尿病罹患心血管疾病與腎臟病的風險 (OECD, 2015)，顯示 ACEIs 及 ARBs 對於糖尿病病人控制血壓的重要性。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為 75.8%，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 19 個國家中居第 16 位。較 2010 年的 72.2%，排名於 15 個國家中居第 15 位，與其他國家相比為後段，我國雖有進步但幅度不夠大。[ 詳見圖 30]。

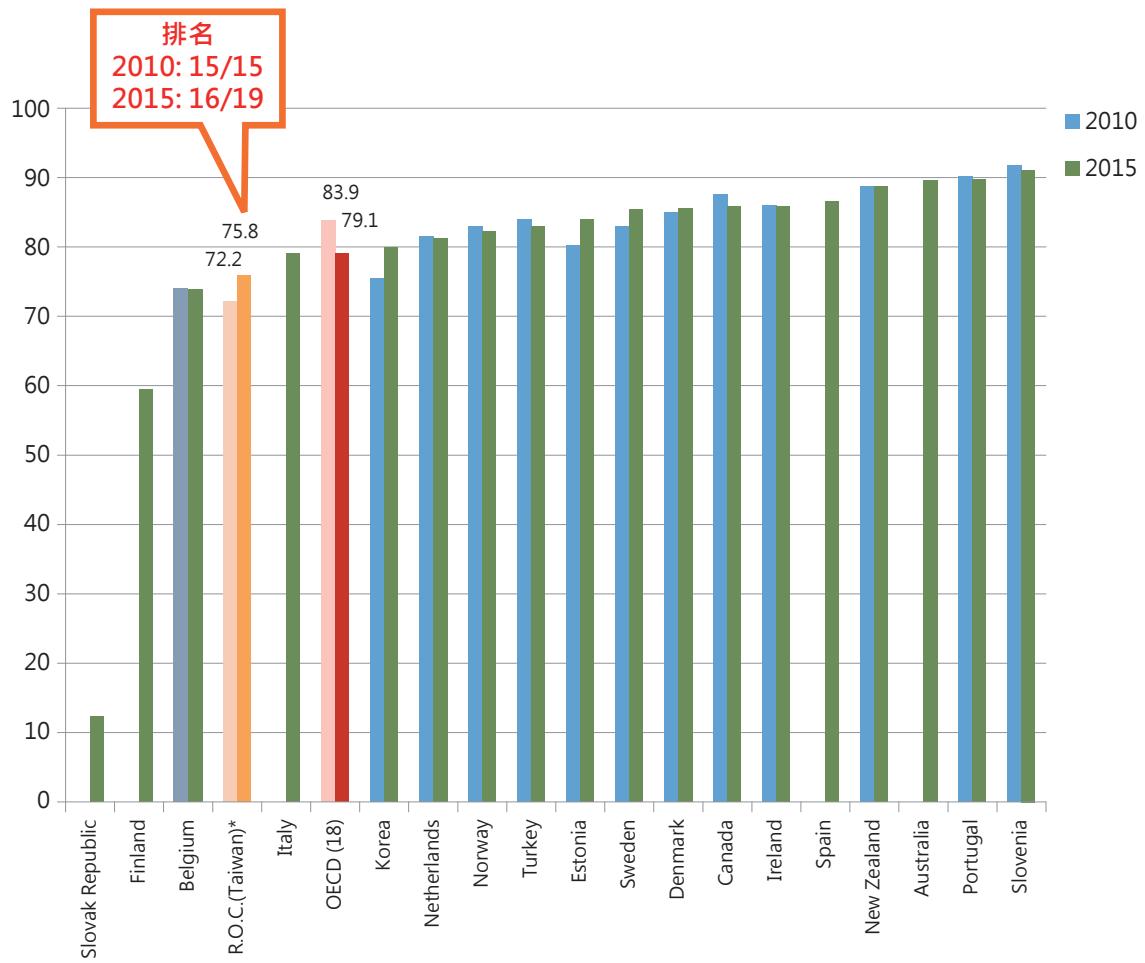
就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，各縣市女性較男性略低，皆呈現平穩趨勢，雖新竹縣、苗栗縣為各縣市中較低者，但呈現逐年上升趨勢。[ 詳見圖 31，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年，八年之資料來觀察，各區女性皆較男性略低，南區為各區最低，但呈現些微上升趨勢。[ 詳見圖 32，性別、醫院評鑑層級別數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

本項指標我國在國際間的表現居於後段，雖然顯示國內醫療體系對於糖尿病病人之用藥處置有改善空間，惟醫療適當性仍需就病人情形由醫療專業認定，本項指標建議作為我國糖尿病合併高血壓使用 ACEIs 或 ARBs 藥物現況之參考。

OECD 強調要持續管理糖尿病是需以自我照護、衛教為糖尿病初級照護的核心，透過定期監測血糖、飲食調整、規律運動來有效控制血糖，才能降低糖尿病合併症發生與住院需求 (OECD, 2015)。



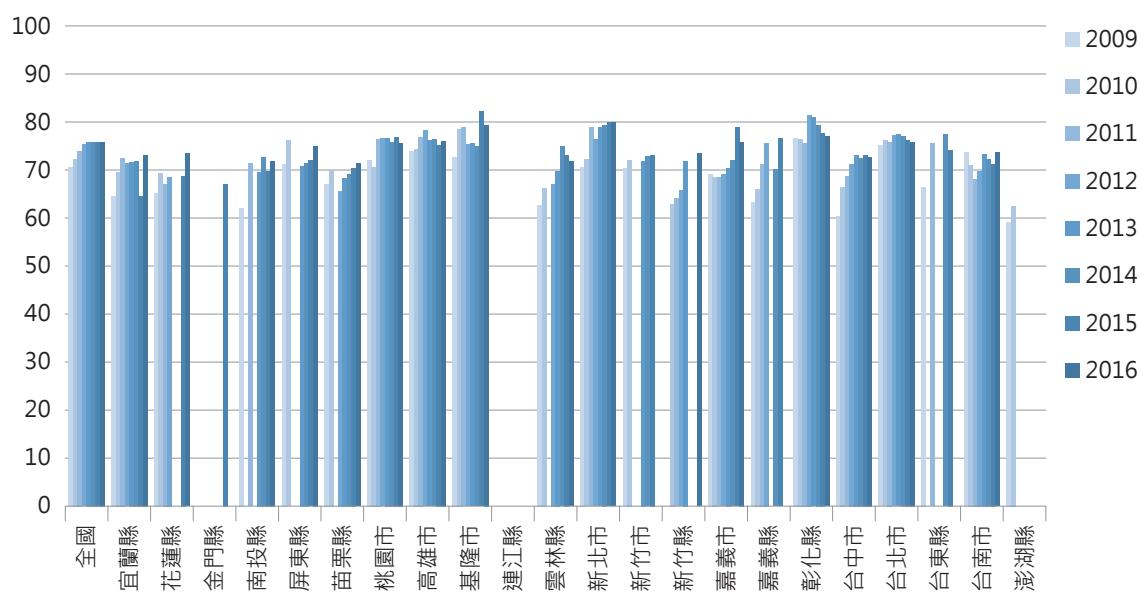
單 位：百分比 (Percentage of diabetic patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 30、長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率—國際比較

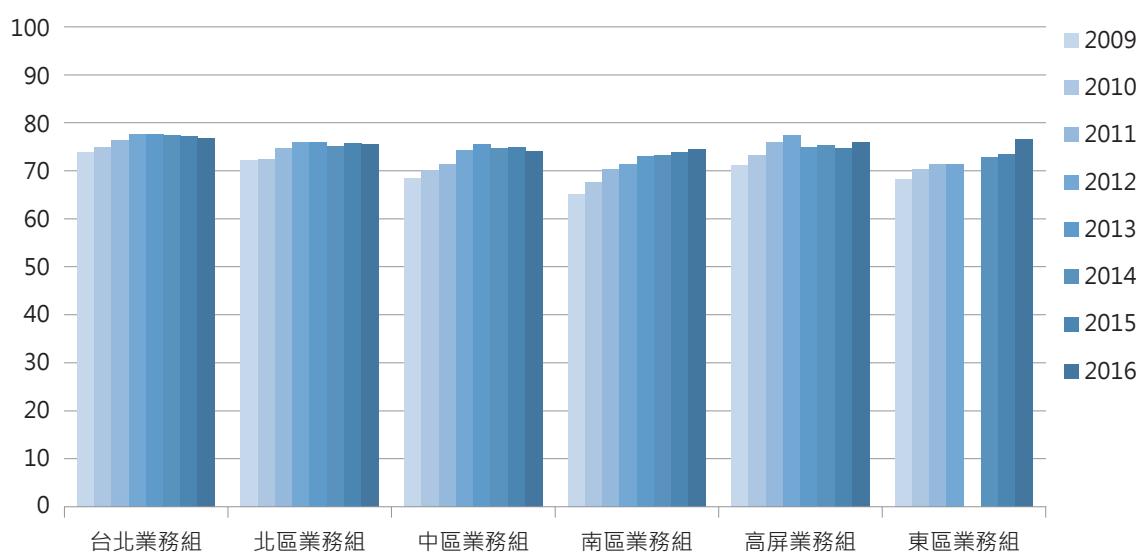


單 位：百分比 (Percentage of diabetic patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 31、長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率—國內各年度縣市比較 (總計)



單 位：百分比 (Percentage of diabetic patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 32、長期使用降血糖藥物合併使用降血壓藥物病人中有使用 ACE-I 或 ARB 之人數比率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 長期使用苯二氮平 ( 鎮靜安眠劑 ) 及相關藥物的老年病人 ( $\geq 365$ 限定日劑量 / 年天 ) 千分率

### 指標定義：

分子	老年病人 ( 在 1 月 1 日年齡 $\geq 65$ ) 使用苯二氮平類藥品 (N05BA or N05CD or N05CF) $>365$ DDD 之人數 *1000
分母	所有就醫之老年病人數 ( 在 1 月 1 日年齡 $\geq 65$ )

### 重要性：

苯二氮平類 (Benzodiazepines) 藥品藉由與  $\gamma$ -氨基丁酸 -A 受體 ( $\gamma$ -aminobutyric acid-A receptor) 結合，可用於治療躁動、失眠、焦慮、癲癇發作和酒精戒斷，並產生催眠、鎮靜、抗驚厥和抗焦慮作用。苯二氮平類藥品常使用於治療老年病人之焦慮和睡眠障礙，其常見的副作用有疲勞、頭暈和混亂等。一個統合分析研究顯示老年人使用苯二氮平類藥品與安慰劑相比，不良反應的風險增加了一倍以上。 (Sithamparanathan et al., 2012)

本項指標係以當年度 1 月 1 日年齡大於或等於 65 歲之所有就醫之老年病人數當分母，老年病人使用苯二氮平類藥品大於 365DDD (defined daily dose, 即平均體重為 70 公斤成人針對主要適應症的每日平均維持劑量) 之人數 \*1,000 當分子來計算，以 2016 年全國指標值為 35.84，即表示每 1,000 個就醫老年病人，35.84 個老年病人長期使用苯二氮平類藥品。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為 35.3，若與 OECD 各國共同評比，於 17 個國家中居第 13 位，相較 2010 年指標值 31.1，排名 15 個國家中居第 9 位 [ 詳見圖 33]。

就我國六大醫療區域 2005 至 2016 年的資料來看，臺北區長期使用苯二氮平 ( 鎮靜安眠劑 ) 及相關藥品的老年病人之指標均為最高，另南區、高屏區、東區自 2009 年起指標數呈現逐年上升趨勢 [ 詳見圖 34，性別數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

本項指標雖然與 OECD 各國比較仍屬中後段，顯示國內醫療體系對於老年病人長期使用苯二氮平類藥品仍有改善空間。食藥署訂有「苯二氮平類 (Benzodiazepines) 藥品用於鎮靜安眠之使用指引」，處方苯二氮平類藥品予老年病人時應從最低劑量開始，再視其藥效及副作用調整劑量，使用可達到效果之最低劑量，處方劑量不宜超過建議治療劑量，用藥期間儘量縮短，連續每日使用時，建議不宜超過四週，用藥期間需定期評估病情及藥品之療效，以作為調整處方之依據，病人病情改善後應逐漸減低劑量而停藥。健保署建置「保險對象特定醫療資訊」查詢平台，開立 Nitazepam 、 Flunitrazepam 、 Zolpidem 等 3 項，2016 年 12 月 1 日起新增 Brotizolam 、 Zopiclone 及 Eszopiclone ( Zopiclone 右旋

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

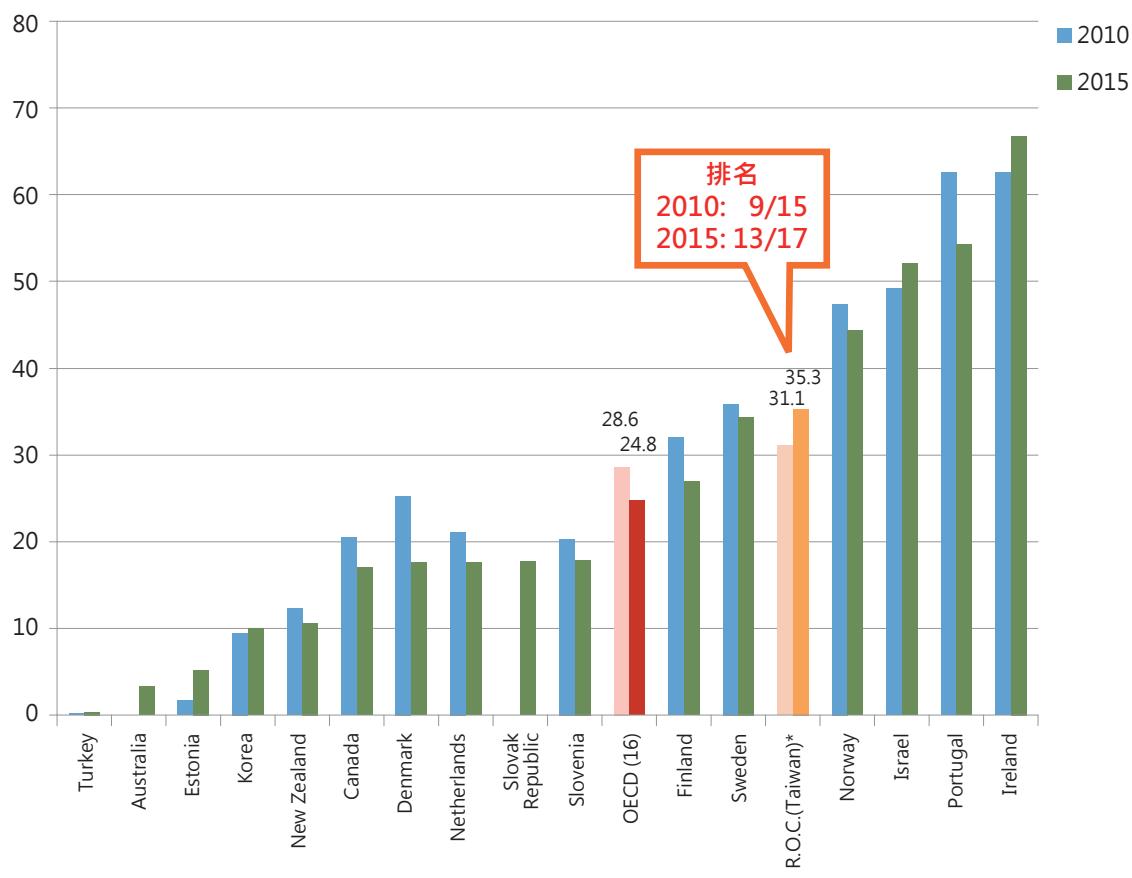
社會福利支出

家庭與社會支持

總結

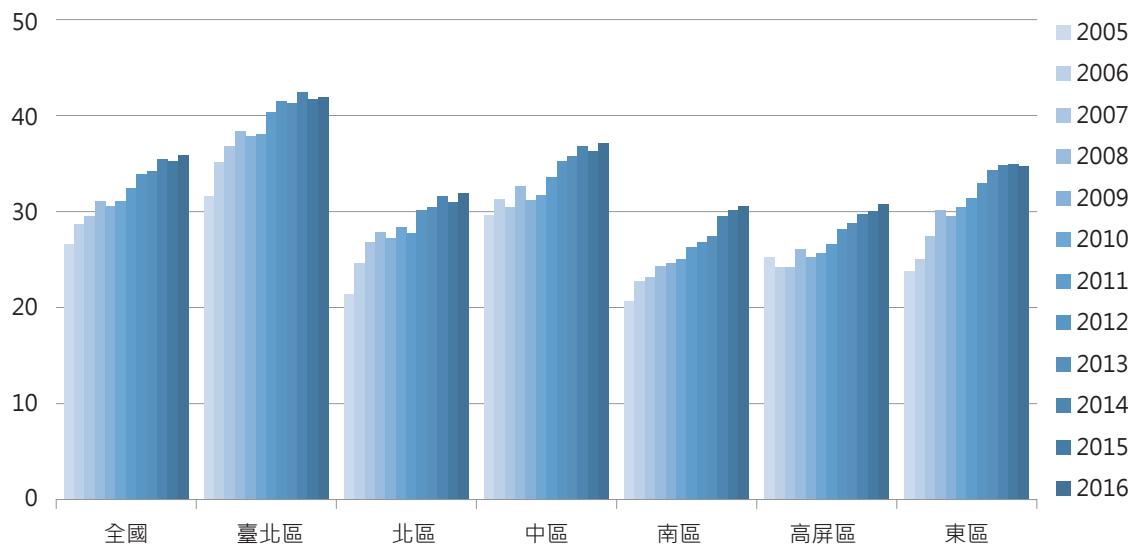
參考文獻

異構物）等共 6 項苯二氮平類藥品之院所，應進入「保險對象特定醫療資訊查詢」平臺，進行查詢用藥關懷名單，並給予保險對象必要之用藥輔導。健保署針對 Zaleplon、Zolpidem、Zopiclone 及 Eszopiclone 等 4 項訂有「藥品給付規定內容」，其中針對老年人使用規定如下：1. Zaleplon 成分藥品用於治療難以入睡之失眠病人，僅適用於嚴重，病人功能障礙或遭受極度壓力之失眠症患者，用於 65 歲以上病人時，起始劑量為每日 5mg。2. 成人病人使用 Eszopiclone 成分藥品之起始劑量為睡前 1mg，最高劑量為睡前 3mg，65 歲以上病人之最高劑量為 2mg。另為促進管制藥品之合理處方使用，食藥署每年均辦理管制藥品專案稽核計畫，加強查核處方合理性，以維護民眾用藥安全，促進醫療品質。



單一位：千分比 (Number per 1,000 elderly patients)  
資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部食品藥物管理署  
註：\* 為非 OECD 會員國

圖 33、長期使用苯二氮平（鎮靜安眠劑）及相關藥物的老年病人  
( $\geq 365$  限定日劑量 / 年天) 千分率—國際比較



單一位：千分比 (Number per 1,000 elderly patients)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

圖 34、長期使用苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 及相關藥物的老年病人  
( $\geq 365$  限定日劑量 / 年天) 千分率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 使用長效苯二氮平 ( 鎮靜安眠劑 ) 的老年病人千分率

### 指標定義：

分子	使用長效苯二氮平類藥物 (N05BA01, N05BA02, N05BA05, N05BA08, N05BA11, N05CD01, N05CD02, N05CD03, N05CD10) 之老年病人數 *1000
分母	所有就醫之老年病人數 (在 1 月 1 日年齡 $\geq$ 65)

### 重要性：

苯二氮平類藥品依作用時間 (半衰期) 的長短，可分成短效，中效或長效三大類。一般短效苯二氮平類藥品約 4 周可能產生習慣性上癮，長效藥品約 6 至 8 周，但因個人健康狀況及藥品耐受性不同，新陳代謝有差異而影響藥效。使用長效苯二氮平類藥品容易在體內累積，可能有不良的心理和生理影響，因為這類藥品易引起耐受性、身體依賴性，突然停藥可能會發生反彈性失眠及戒斷症狀，且與老年病人跌倒和機動車事故之發生具相關性，在藥品使用上必須特別注意。

本項指標係以當年度 1 月 1 日年齡大於或等於 65 歲之所有就醫之老年病人數當分母，老年病人使用長效苯二氮平類藥品 (例如 Diazepam、Chlordiazepoxide、Clorazepate、Bromazepam、Prazepam、Flurazepam、Nitrazepam、Flunitrazepam) 之人數 \*1,000 當分子來計算，以 2016 年全國指標值為 101.33，即表示每 1,000 個就醫老年病人，101.33 個老年病人使用長效苯二氮平類藥品。

### 國際及區域比較：

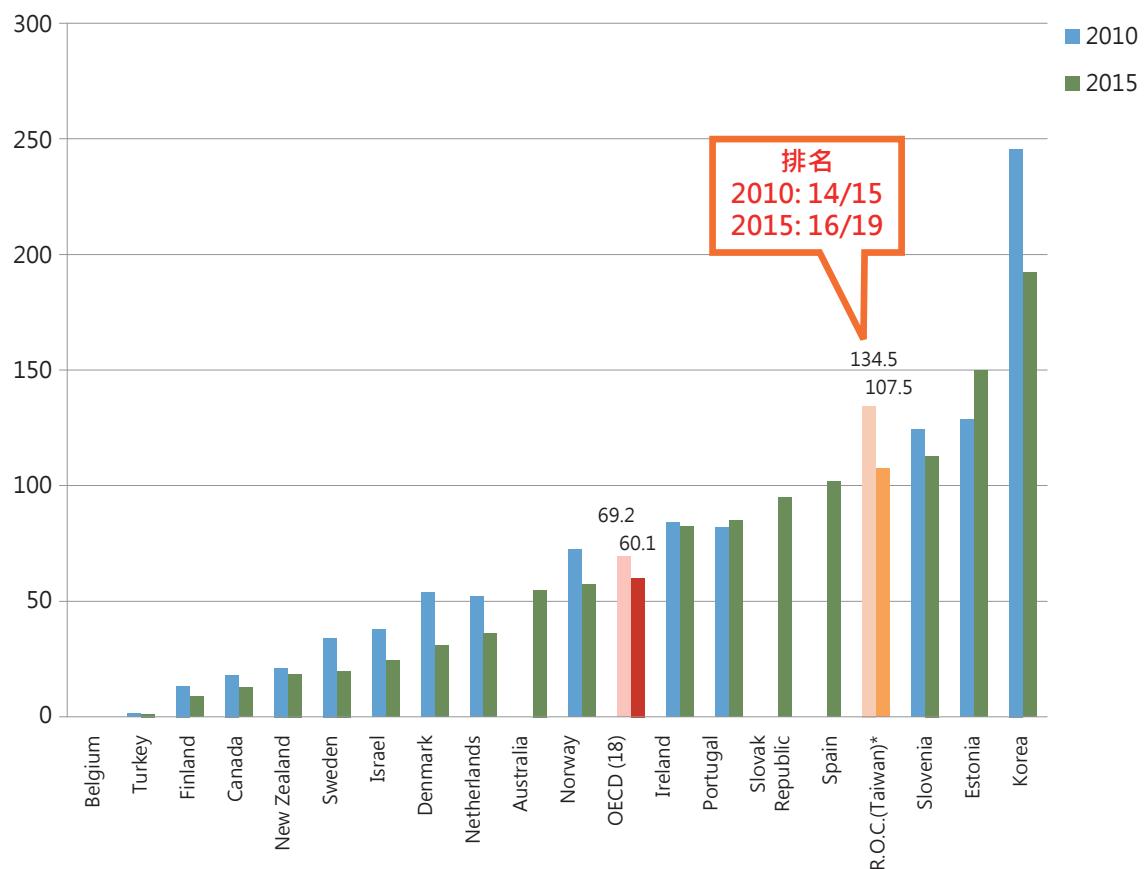
我國 2015 年之指標值為 107.5，若與 OECD 各國共同評比，於 19 個國家中居第 16，相較 2010 年指標值 134.5 排名 15 個國家中居第 14，已有進步 [ 詳見圖 35 ] 。

就我國六大醫療區域 2005 至 2016 年的資料來看，中區使用長效苯二氮平類藥品的老年病人指標值皆為最高，另全國及六大醫療區域均呈現逐年下降的趨勢 [ 詳見圖 36，性別數據請詳見本部網站 ] 。

### 政策討論：

本項指標雖然與 OECD 各國比較仍屬中後段，但是我國在國際間的排名表現進步中，國內醫療體系對於老年病人使用長效苯二氮平類藥品仍有改善空間。食藥署訂有「苯二氮平類 (Benzodiazepines) 藥品用於鎮靜安眠之使用指引」，提供我國醫療學界參考，醫師在處方苯二氮平類藥品前，應告知病人此類藥品之副作用及危險性，以及可能隨使用劑量增加及使用時間增長而引發之成癮性，若無法有效控制病情，應尋求其他治療方式。自 2013 年 3 月起，各醫事服務機構開立長效苯二氮平類藥品氟硝西泮 (Flunitrazepam)，應進入「保險對象特定醫療資訊查詢」平台，進行查詢用藥關懷名單，並給予保險對象

必要之用藥輔導，為促進管制藥品之合理處方使用，食藥署每年均辦理管制藥品專案稽核計畫，以維護民眾用藥安全，促進醫療品質。



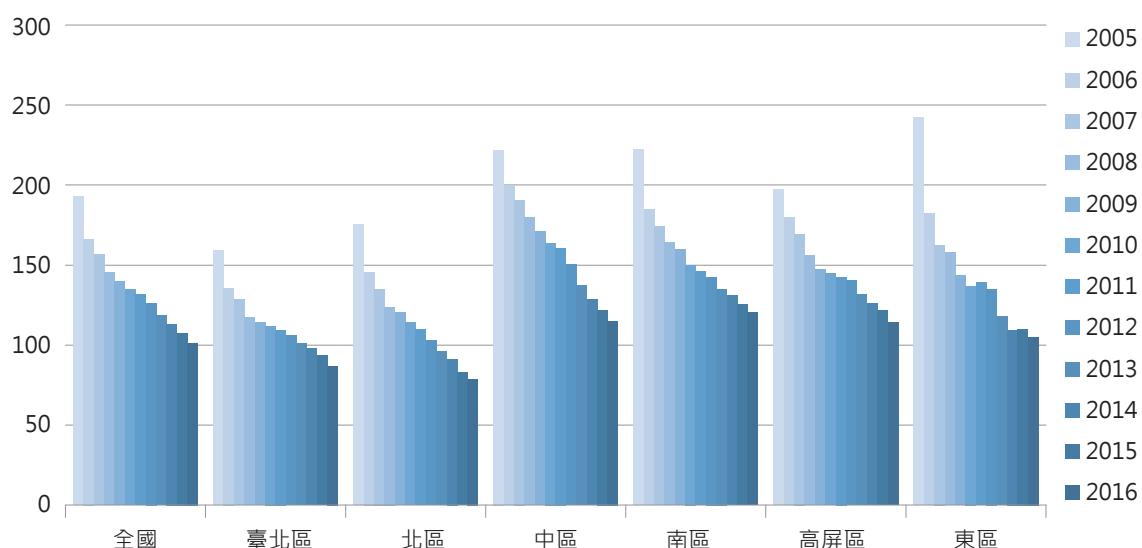
單一位：千分比 (Numbers per 1000 elderly patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部食品藥物管理署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 35、使用長效苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 的老年病人千分率—國際比較



單位：千分比 (Number per 1 000 elderly patients)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

圖 36、使用長效苯二氮平 (鎮靜安眠劑) 的老年病人千分率—  
國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 (定義每日劑量)

### 指標定義：

分子	所有藥品藥理治療分類 ATC 碼前四碼為 J01D 及 J01M 類之抗生素總耗用量 (DDDs)
分母	所有藥品藥理治療分類 ATC 碼前三碼為 J01 類之抗生素總耗用量 (DDDs)

註：資料分析範圍為醫院、診所之門診資料

### 重要性：

OECD 為衡量初級照護處方用藥品質，避免抗生素抗藥性問題之發生，針對抗生素藥物選定「使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率」及「每千人口之抗生素總耗用量」2 項指標進行國際評比。(OECD, 2014)

OECD 將頭孢菌素及喹諾酮類列為「第二線抗生素 (second-line antibiotics)」，應有合理的管控機制，以避免因不合理的使用，而造成抗生素抗藥性之產生，影響醫療照護品質及病人安全。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率為 25.7%，若與 OECD 各國共同評比，我國於 20 個國家中居第 17 位；此外，OECD 各國於 2015 年的表現差距甚大，英國的比率最低，土耳其、韓國、斯洛伐克及我國的比率則為 OECD 國家平均值 1.5 倍之多 [ 詳見圖 37]。

### 政策討論：

我國自健保開辦後，由健保署訂定藥品給付相關規定，其中將抗生素使用分為「第一線抗生素」與「非第一線抗生素」2 類，醫師開立處方時應優先使用第一線抗生素。若欲使用非第一線抗生素，需符合有微生物培養及藥物敏感試驗報告證實對第一線抗生素具抗藥性、第一線抗生素治療失效或病人感染病情嚴重等情況 (Chang et al., 2001)。

本項指標各國表現差距甚大，推究可能與各國對抗生素藥品之管理、處方指引或醫療保險給付等規定不同有關 (OECD, 2014)。

未來除由健保署持續定期監控，以抽樣審查機制加強管理，並提供適當的誘因提高醫療院所執行成效外，建議相關單位加強抗生素合理使用教育，改變處方開立習慣，並落實民眾用藥教育，採取多管齊下的策略，才能確保抗生素合理使用。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

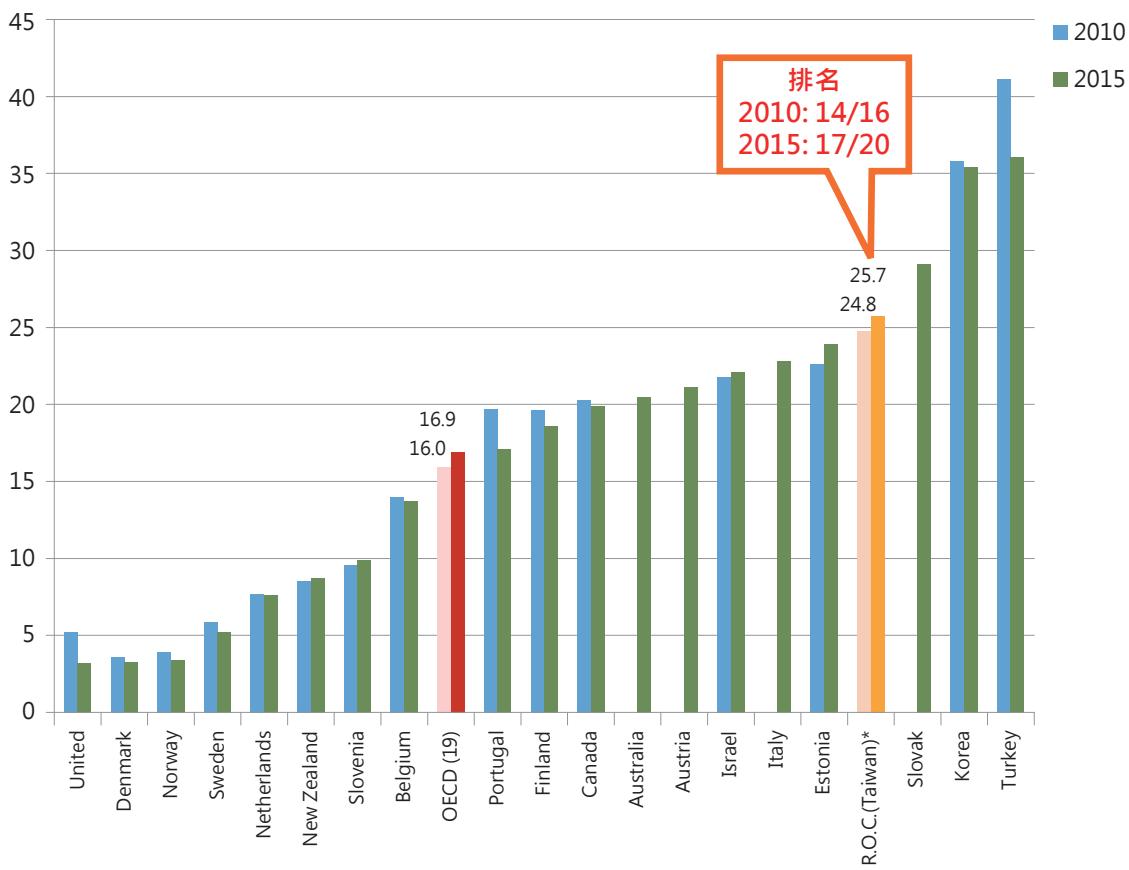
社會救助

社會福利  
支出

家庭與  
社會支持

總結

參考文獻



單 位：百分比 (percentage of all antibiotics prescriber)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Healthy Statistics. 2017; 衛生福利部疾病管制署  
 註：\*為非 OECD 會員國

圖 37、使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 (定義每日劑量) - 國際比較



單位：百分比 (percentage of all antibiotics prescriber)  
 資料年度：2005 至 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Healthy Statistics. 2017; 衛生福利部疾病管制署  
 註 1：\*為非 OECD 會員國  
 註 2：考量我國存在民眾跨區就醫情形，故僅計算全國資料。

圖 38、使用頭孢菌素及喹諾酮類之抗生素比率 (定義每日劑量) -  
國內各年度、性別比較

## 每千人口之抗生素總耗用量 (定義每日劑量)

### 指標定義：

分子	所有藥品藥理治療分類 ATC 碼前三碼為 J01 類之抗生素總耗用量 (DDDs)
分母	年中人口數

註：資料分析範圍為醫院、診所之門診資料

### 重要性：

隨著抗生素的廣泛使用，使得細菌產生選擇性壓力 (selective pressure)，進而篩選出了抗生素無法消滅的抗藥性菌株，這些菌株經過適當的環境繼續生長繁殖，伺機反撲，再度感染人類，造成無藥可醫的困境。目前全球每年約有 70 萬人因抗藥性細菌感染而死亡，並造成國內生產毛額 (GDP) 下降 0.4% 至 1.6% 之經濟損失 (Jim O'Neill, 2016; World Economic Forum, 2013)。

從歐盟多個國家的經驗可知，落實門診抗生素合理使用，並將其用量控制在一合理範圍內，可使微生物抗藥性的比例下降 (ECDC, 2016)。

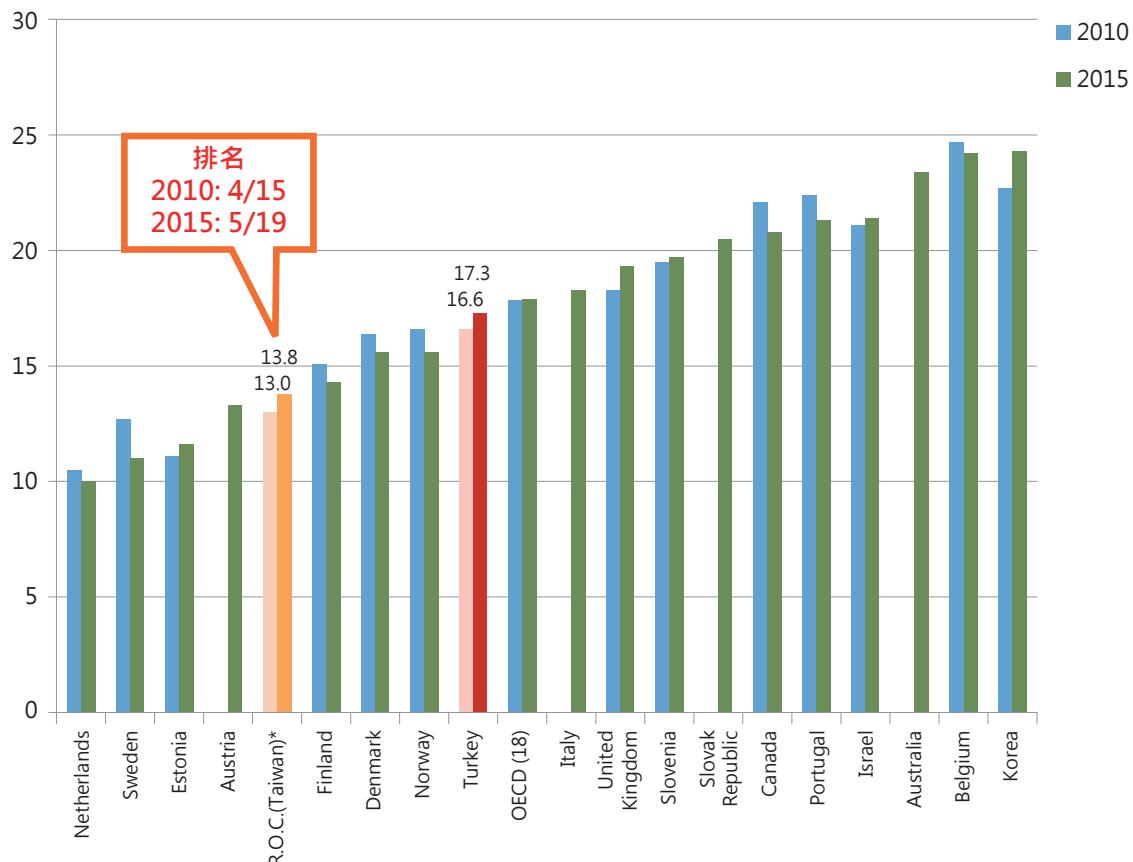
### 國際及區域比較：

我國 2015 年每天每千人口之抗生素總耗用量為 13.8 DDDs，若與 OECD 各國共同評比，我國於 19 個國家中居第 5 位 [ 詳見圖 39]。

### 政策討論：

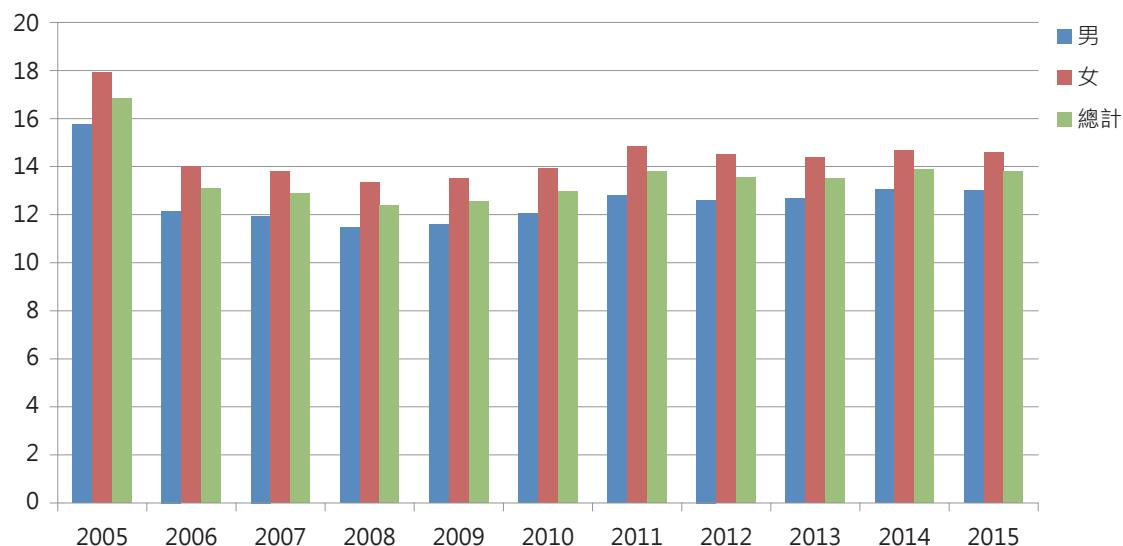
為減少門診抗生素不當使用之情形，2001 年健保署公布「上呼吸道感染病人如屬一般感冒或病毒性感染者，不應使用抗生素」之規定，限制不必要的抗生素使用，對於降低抗生素抗藥性已有初步成效 (Hsueh et al., 2005)。

鑑於抗生素不合理使用所衍生之抗生素抗藥性問題為近年來重大之公共衛生議題，且國際一致認為抗生素合理使用及微生物抗藥性監測是抗生素抗藥性防制最重要的一環，故將持續運用健保資料庫進行醫療院所抗生素使用量之監測，督促其落實抗生素管理，以減少抗生素抗藥性發生及散播。



單一位：每千人口 (DDDs per 1000 population per day)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Healthy Statistics. 2017; 衛生福利部疾病管制署  
 註：\* 為非 OECD 會員國

圖 39、每千人口之抗生素總耗用量 (定義每日劑量)一國際比較



單位：每千人口 (DDDs per 1000 population per day)

資料年度：2005 至 2015 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

註：考量我國存在民眾跨區就醫情形，故僅計算全國資料。

圖 40、每千人口之抗生素總耗用量 (定義每日劑量) — 國內各年度、性別比較

## 口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率

### 指標定義：

分子	長期使用抗凝血藥物且曾經併用口服非類固醇抗發炎藥物 (M01A or M01B) 之人數
分母	長期使用抗凝血藥物之人數 (B01AA07、B01AA03、B01AA04、B01AE07、B01AF01、B01AF02)，且 DDD 當年度總計 > 270

註：DDD(defined daily dose) 即平均體重為 70 公斤成人針對主要適應症的每日平均維持劑量。

### 重要性：

根據 WHO 統計，2016 年全球十大死因中，中風排名第二，而在台灣，中風一直是十大死因之一（中華民國 105 年全民健康保險醫療統計）。抗凝血劑是預防中風及中風復發的常用藥品，藉由延長凝血時間來降低血液中血栓形成，該類藥品亦用於預防及治療心臟、周邊血管及其他器官血管栓塞等症狀。病人如穩定接受投藥，可降低血管栓塞發生及復發之機率，進而降低患者死亡率及罹病致殘率，改善患者的生活品質並降低各項醫療費用（早期治療、長期復健與照護），同時也可減輕社會及家庭的負擔。

目前已有研究報告指出，長期使用抗凝血藥物治療之患者，如同時服用非類固醇抗發炎藥物 (Non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAID)，將會提高患者出血的風險。為確保國人用藥安全，分析近年來我國長期使用抗凝血藥物患者併用 NSAID 之情形，訂定相關政策，以減少用藥所造成之風險。

### 國際及區域比較：

經分析，我國國人長期使用抗凝血藥物併用口服 NSAIDs 之比例，自 2007 年最高之 39.70%，逐年降低，至 2016 年，已大幅降低至 4.04%。另比較性別間之情況，男女性差異不大 [ 詳見圖 42]。若與 HCQIP 參與國家共同評比，我國於 2010 年，於 11 個國家中居第 10 位，至 2015 年，提升至 14 個國家中居第 3 位，已列於前段 [ 詳見圖 41]。

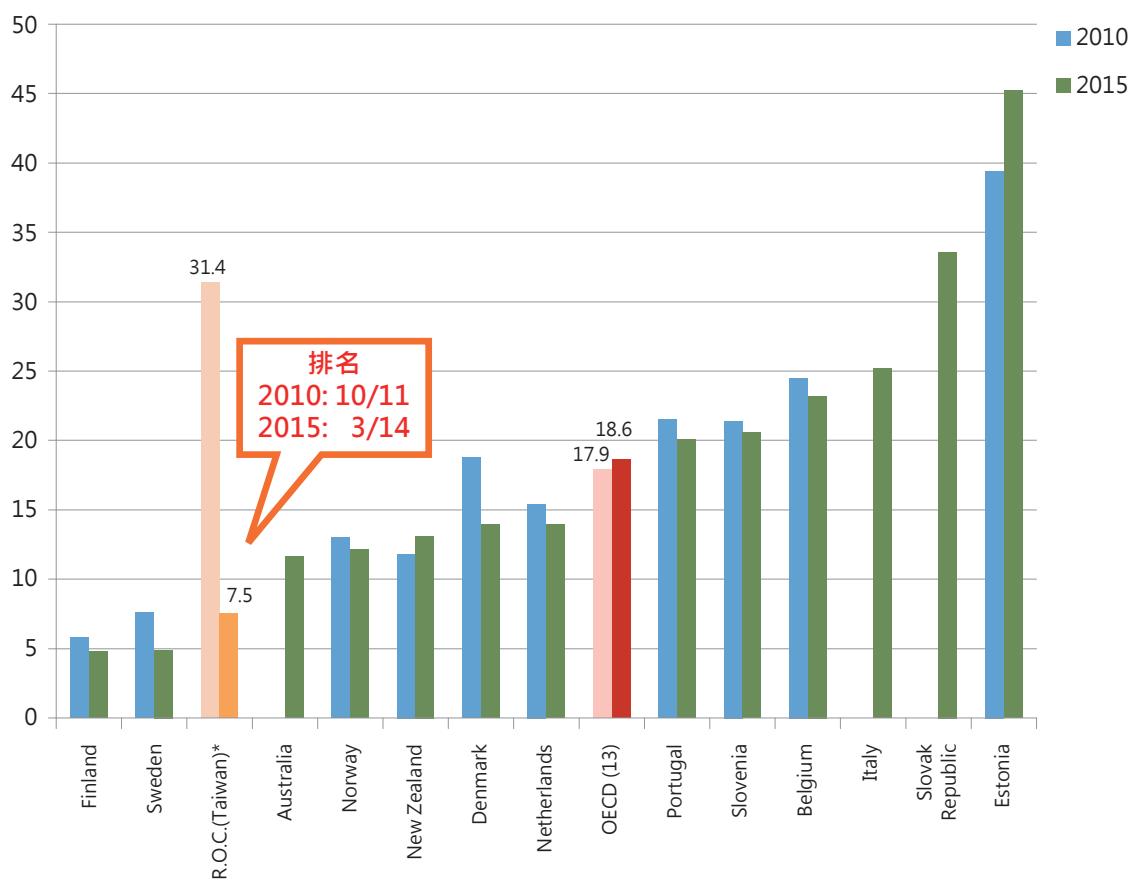
進一步探討我國長期使用抗凝血藥物併用口服 NSAIDs 下降之原因，發現我國長期使用抗凝血藥物之患者於 2008 年至 2012 年間維持約 1500 人左右，自 2013 年起逐年上升，至 2015 年，已超過 1 萬人，主要與新型抗凝血藥物加入健保給付有關 (2012 年 -Rivaroxaban 及 Dabigatran、2014 年 -Apixaban、2016 年 -Edoxaban)。因舊型抗凝血藥物因起始作用慢、治療指數狹窄及交互作用繁複等，需定期監測及調整劑量，而新型抗凝血藥物於數小時內即可達尖峰最大效果，較可預期藥物反應，且不須常規監測，對病人生活品質衝擊較小，因此，新型抗凝血藥物的出現，使醫師與病人更勇於嘗試抗凝血治療。

雖然隨著新型抗凝血藥物之使用，我國長期使用抗凝血藥物之病患大幅增加，但併用 NSAIDs 人數並未同步增加，於 2008 年至 2012 年每年維持約 480 人，2014 年達到最多

975 人，但自 2015 年至 2016 年逐年下降至 438 人，顯示我國醫療人員仍相當注意新型抗凝血藥物之使用安全性情形。

### 政策討論：

我國長期使用抗凝血藥物併用口服 NSAIDs 之比例近年來大幅降低，且於國際排名已提升至前段，顯示我國醫療人員對於抗凝血藥物用藥安全意識之提升。我國近年來持續精進藥品上市後安全監視機制，包括便捷藥品不良反應通報系統、強化新藥安全監視、建立國外藥品安全警訊監控機制、運用多元化之風險溝通管道等，除加強監控藥品上市後安全性情形，並提高醫療人員及民眾之正確用藥觀念，以確保民眾用藥安全。新型抗凝血藥物為近年上市之新藥，針對其潛在出血之風險，我國除於藥品仿單加註相關警語及注意事項，包括與 NSAID 併用時須小心使用等，並持續發布警訊提醒醫療人員及民眾注意，從近年之結果，可以看到已達到相當之成果。



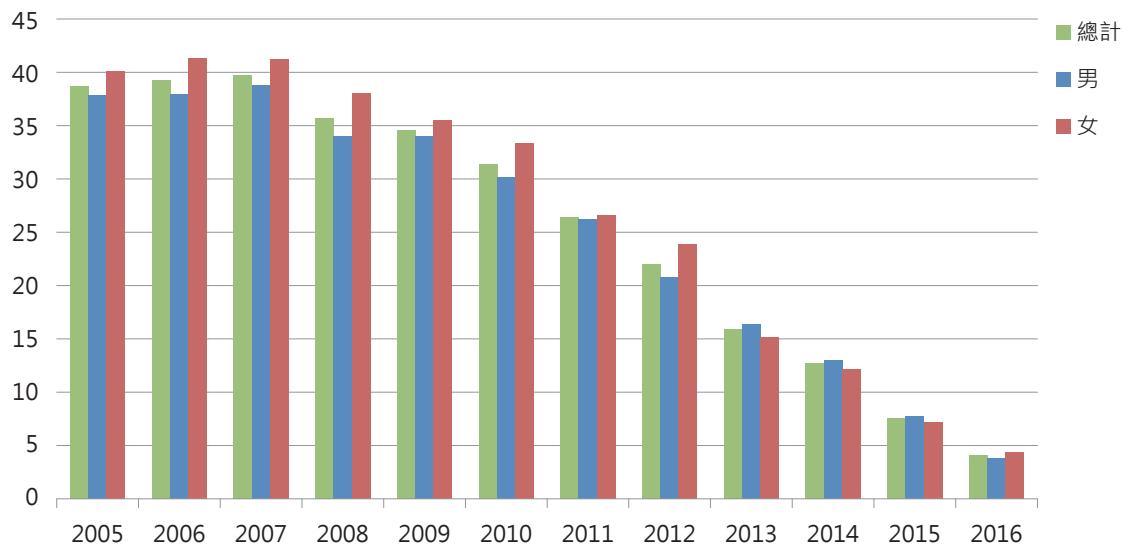
單一位：每千用藥人數

資料年度：2010 及 2015 年（或最近年度）

資料來源：OECD Health Statistic 2017; 衛生福利部食品藥物管理署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 41、口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率—國際比較



單 位：每千用藥人數  
資料年度：2005 至 2016 年  
資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

圖 42、口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率—  
國內各年度、性別比較

## 二、急性照護指標

我國十大死因中，心臟疾病及腦血管疾病自 2007 年起至今分別蟬聯第 2 名及第 3 名；其中，腦血管疾病的年齡標準化死亡率我國高於許多西歐國家及美國，對國人健康的威脅可見一斑。急性照護最重視的應是品質與效率，在有急重症需求時，應以最快的速度得到最佳照護，方能降低併發症、殘障及死亡之機率。因此，本部挑選 4 項重要的急性照護指標進行監測，指標項目如下：

### ● 急性照護 (4)

- 急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內死亡率 (院內與院外)
- 出血性腦中風住院病人入院後 30 日內死亡率 (院內與院外)
- 缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內死亡率 (院內與院外)
- 住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率

## 急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率

### 病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率

#### 指標定義：

分子	45 歲以上因主診斷 AMI 住院之病人且入院日後 30 日內死亡病人數
分母	45 歲以上主診斷為 AMI 住院之病人數

#### 重要性：

OECD 指出心血管疾病死亡率，儘管近幾十年來大幅度下降，卻仍然是 OECD 會員國最主要的死亡原因，佔近三分之一 (32.3%)，與肥胖及糖尿病有密切相關 (OECD, 2015)。心臟疾病連續 10 年高居我國十大死因第二位，2017 年奪走 20,644 條寶貴的性命，且 45 歲以上者第二大死因是心臟疾病，心臟疾病已是癌症以外嚴重威脅國人健康的疾病 (衛福部, 2018)。

「心肌梗塞」定義是心臟肌肉細胞因其供給營養及氧氣的血管，突發幾近完全或完全阻塞，使得供給心肌的血流中斷；若持續阻塞，則會導致心肌缺氧受損或壞死，進而使得心臟功能減低，若短時間內無法打開血流受阻的血管，將造成心臟肌肉細胞的永久損傷甚至死亡，並產生後續併發症 (如惡性心律不整、心臟衰竭等)，更可能造成死亡或不可逆的傷害，此外，住院期間重要治療與相關衛教，對於預防心肌梗塞後續的併發症，也扮演重要角色 (健保署, 2016)。急性心肌梗塞死亡率能反映照護過程之品質，醫療介入之有效性，會受到可近性、住院天數及疾病嚴重程度等資料的影響，而 30 天的死亡率能呈現病人轉送照護及時性及醫療可近性 (OECD, 2015)。

#### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為 8.6，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 28 個國家中居第 11 位。較 2010 年 10.2，於 27 國家中排名第 14 位，本項指標排名屬中段，雖有進步但進步幅度不大。[ 詳見圖 43]

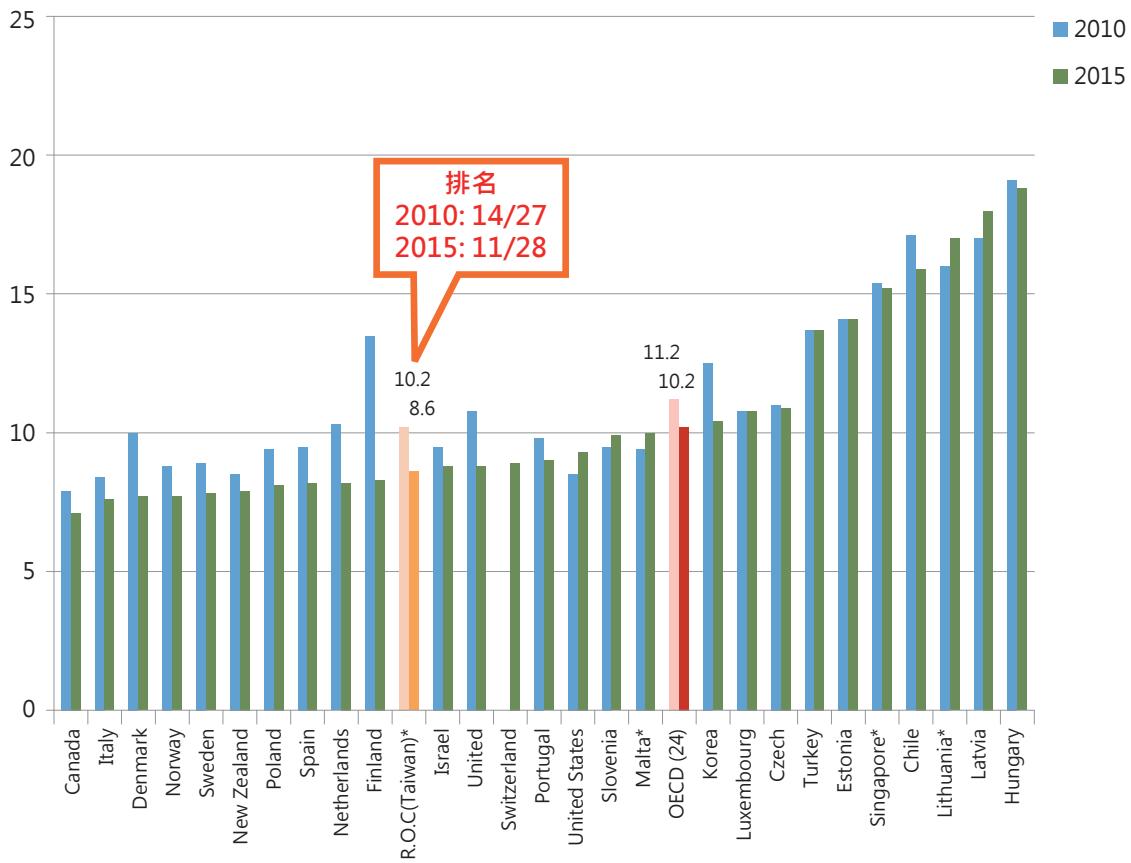
就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，大部分縣市為女性高於男性，且各縣市皆呈現些微下降趨勢，雖新竹縣、南投縣為各縣市中較高者，但已呈現逐年下降趨勢。[ 詳見圖 44，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，亦為女性高於男性，高屏區為各區中較高，但已呈現些微下降趨勢。[ 詳見圖 45，性別及醫院評鑑層級數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

本指標在病人歸戶及住院歸戶上，我國在國際上表現雖然居中段及後段，但已呈現下降趨勢。本部於 2012 年辦理「101 年醫療區域輔導與資源整合計畫」中，即將急性冠心症照護計畫納入重點項目。

OECD 亦提及轉診制度的好壞會影響心肌梗塞病人之疾病情況 (OECD, 2013)。OECD 於 2015 年指出要獲得更高品質的急性照護，須提升轉介時效性、臨床醫學治療介入及專科醫療機構 (如心導管中心)，且有助於降低 30 天死亡率。健保署參考美國心臟學會 (American Heart Association) 提出心肌梗塞治療相關的醫療品質項目，依病人住院期間過程面評估、出院持續藥物治療評估，以及治療結果面評估等共 19 項指標，以掌握醫療院所照護之品質 (健保署，2014)。健保署於 2012 年辦理「急診品質提升方案」，針對急重症病人加強適當轉診及提升其處置效率 (健保署，2012)。資料顯示指標自 2012 年至 2014 年各分區已呈現逐年下降趨勢。建議持續性監控各急救責任醫院轉診情形及效能，俾利急重症病人獲得適切的照護品質。



單 位：每百位病人 (Age-sex) standardised rates per 100 patients

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 43、病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國際比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

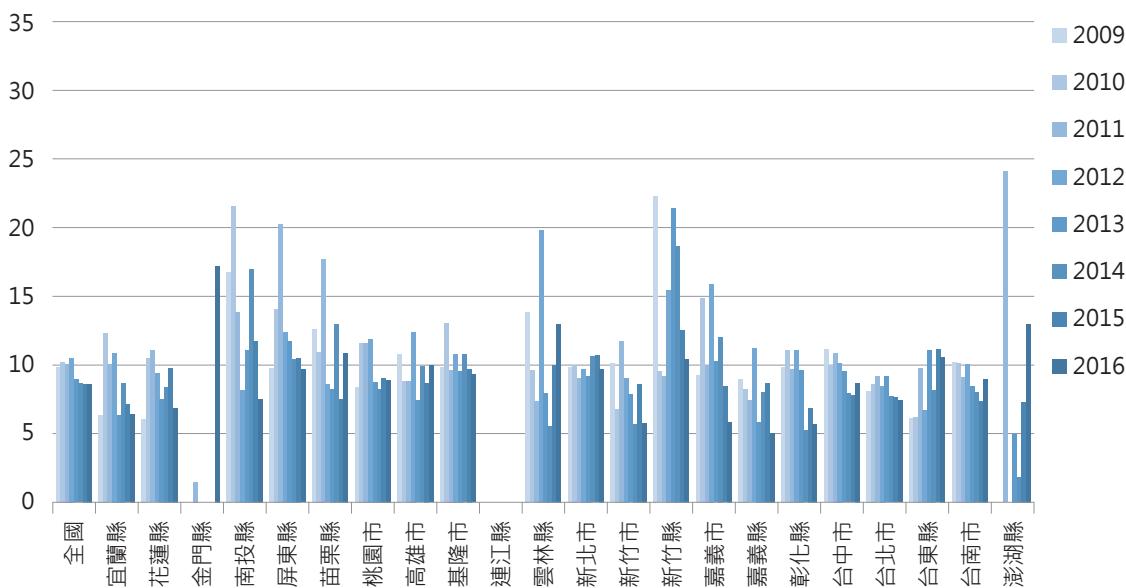
社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

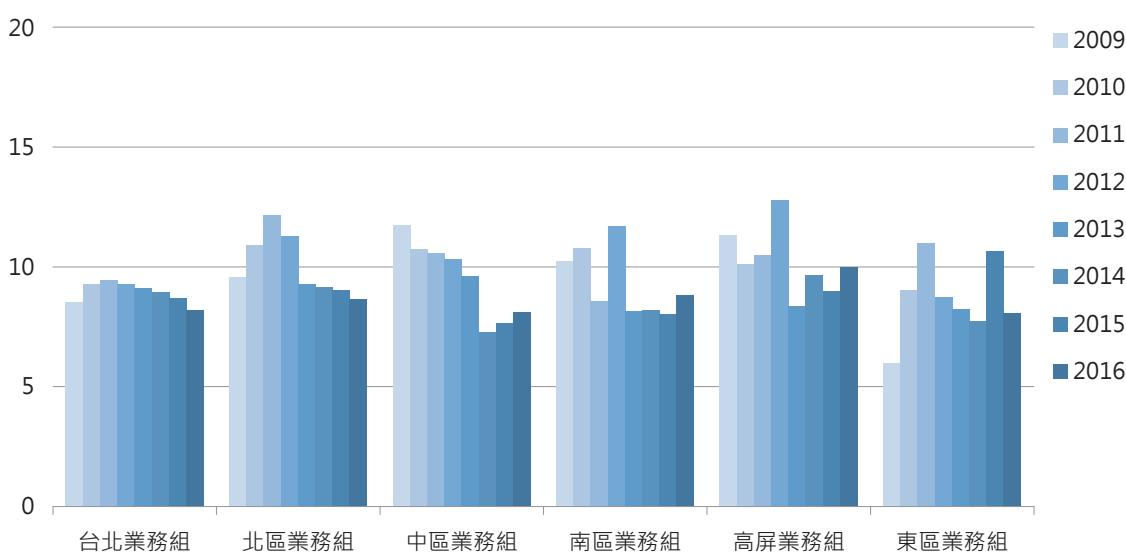


單 位：每百位病人 (Age-sex) standardised rates per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 44、病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國內各年度縣市比較 (總計)



單 位：每百位病人 (Age-sex) standardised rates per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 45、病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 腦中風住院病人入院後 30 日內死亡率

病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率

### 指標定義：

分子	45 歲以上因主診斷出血性腦中風住院之病人且入院日後 30 日內死亡病人數
分母	45 歲以上因主診斷出血性腦中風住院之病人數

病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (包含院內與院外) 死亡率

### 指標定義：

分子	45 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院之病人且入院日後 30 日內死亡病人數
分母	45 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院之病人數

### 重要性：

OECD 指出，2013 年腦中風與腦血管疾病佔全球死亡的 7%，其中缺血性腦中風約占所有腦中風之 85%，台灣腦中風學會表示，高血壓是預防腦中風最重要的危險因子，對 40 至 69 歲的人來說，血壓超過正常值，罹患心血管疾病的危險性就會加倍 (台灣腦中風學會，2015)，OECD 也於 2015 年開始以 45 歲以上腦中風住院 30 日死亡率，作為急性照護的觀察指標 (OECD, 2015)。

腦中風是國人常見的急性疾病之一，2017 年我國十大死因排名第 4 位，其致死率頗高 (衛福部，2018)，更是老年人的頭號殺手。腦中風可分為出血性腦中風 (Hemorrhagic stroke) 及缺血性腦中風 (Ischemic stroke)，其中缺血性腦中風是目前我國最常見的腦中風型態，約占所有腦中風的 7 成 (國健署，2006)。不論在美國或歐洲，腦中風皆是成人失能最主要的因素。全球每年約有 1500 萬人罹患腦中風，2012 年因腦中風而死亡有 670 萬人，腦中風後所遺留永久性失能因而衍生的財政負擔比心臟疾病與癌症這 2 項全球兩大死因更為嚴重 (WHO, 2016)。

### 國際及區域比較：

#### 出血性腦中風

我國 2015 年之指標值為 17.7，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 26 個國家中居第 1 位。2010 年 18.9，於 24 國家中排名第 1 位，本項指標一直維持排名前段。[ 詳見圖 46]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，男女性差異不大，而各縣市皆維持平穩或呈現些微下降趨勢，雖新竹縣為各縣市中較高者，但已呈現逐年下降趨

勢。[詳見圖 47，性別數據請詳見本部網站]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年，八年之資料來觀察，男女性差異不大，東區為各區中較高，但已呈現些微下降趨勢。[詳見圖 48，性別及醫院評鑑層級別數據請詳見本部網站]。

### 缺血性腦中風

我國 2015 年之指標值為 3.6，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 26 個國家中居第 1 位。2010 年 3.9，於 24 國家中排名第 1 位，本項指標一直維持排名前段。[詳見圖 49]

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年，八年之資料來觀察，女性略高於男性，而各縣市皆維持平穩或呈現些微下降趨勢，雖新竹縣為各縣市中較高者，但已呈現逐年下降趨勢。[詳見圖 50，性別數據請詳見本部網站]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年，八年之資料來觀察，亦為女性高於男性，東區為各區中較高，但已呈現些微下降趨勢。[詳見圖 51，性別及醫院層級別數據請詳見本部網站]。

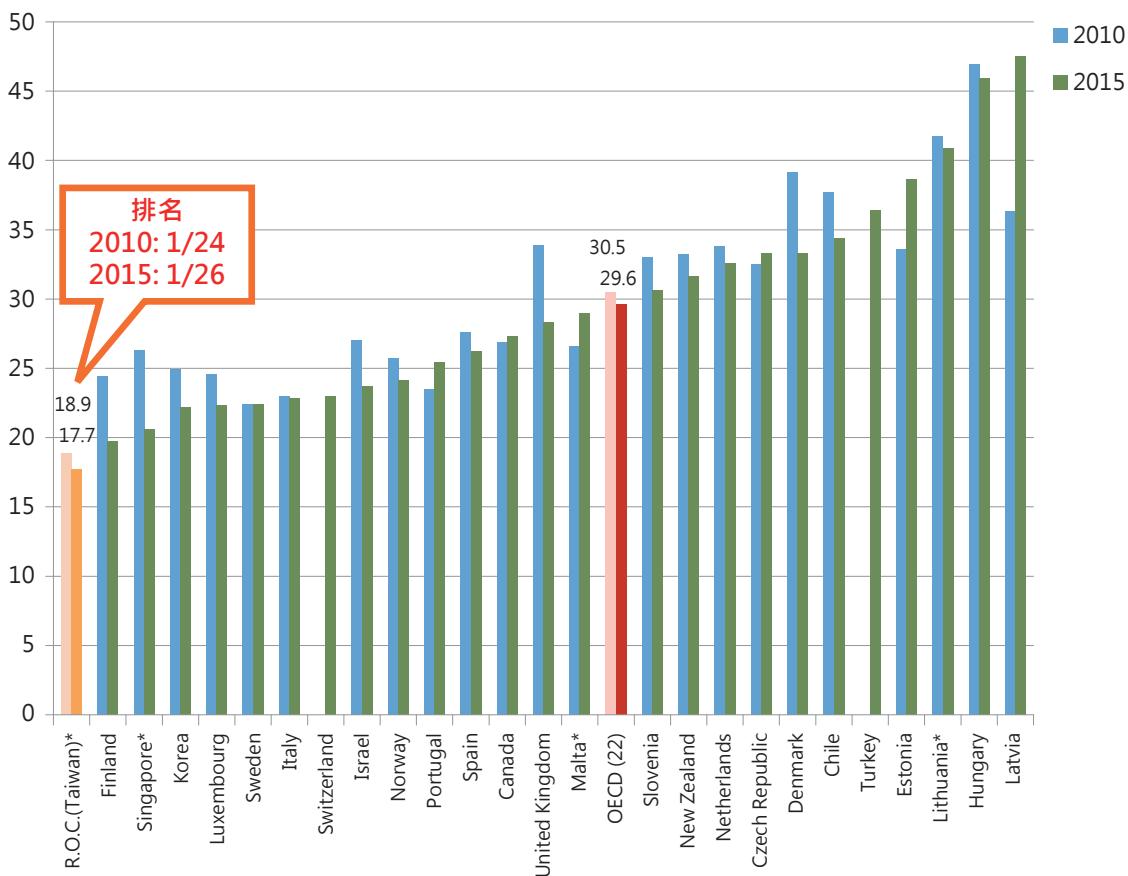
### **政策討論：**

#### 出血性腦中風

我國於 HCQIP 各參與國相比，防治因腦中風而死亡之成效名列前茅，顯示我國其防治政策及服務體系已領先世界水準。於 2009 年實施的醫院緊急醫療能力分級制度，針對腦中風分別以完善處置流程、處置品質及即時處置三大面向作急救責任醫院之評級 (衛福部，2014)。此外，台灣腦中風學會接受國健署委託於 2006 年全面推動的「台灣腦中風登錄系統」，蒐集及呈現最高品質之臨床資料作為腦中風急性照護與預防再度中風之參考，可作為腦中風防治政策制定的依據 (邱弘毅、連立明，2007)。

就區域差異而言，東區死亡率比其他區域稍高，可能歸因於東區老化指數較高 (內政部統計處，2014)，而年齡是腦中風重要的危險因子，其死亡率亦隨著年齡增加而遞增 (徐瑞祥，2008)。再者，東區急重症跨區就醫比例幾乎達百分之百 (李虹映等人，2014；馬惠明等人，2009)；因此如何規劃急重症醫療資源及提升其照護品質有其迫切性。

此外，為更進一步降低腦中風之復發及死亡，在歐洲國家已將腦中風病人與預後照護作連結。而我國於 2012 年將急性腦中風納入「全民健康保險急診品質提升方案」獎勵措施中 (健保署，2012)；並於 2014 年開始推展急性後期照護 (健保署，2014) 將可使腦中風照護體系更加完善。健保署也為加強我國腦中風病人照護已在健保署全球資訊網建立醫療品質資訊公開腦中風院所別之醫療品質資訊，同時也於網站上提供腦中風相關衛教資訊供民眾參考，藉此提升腦中風病人的照護品質 (健保署，2018)。



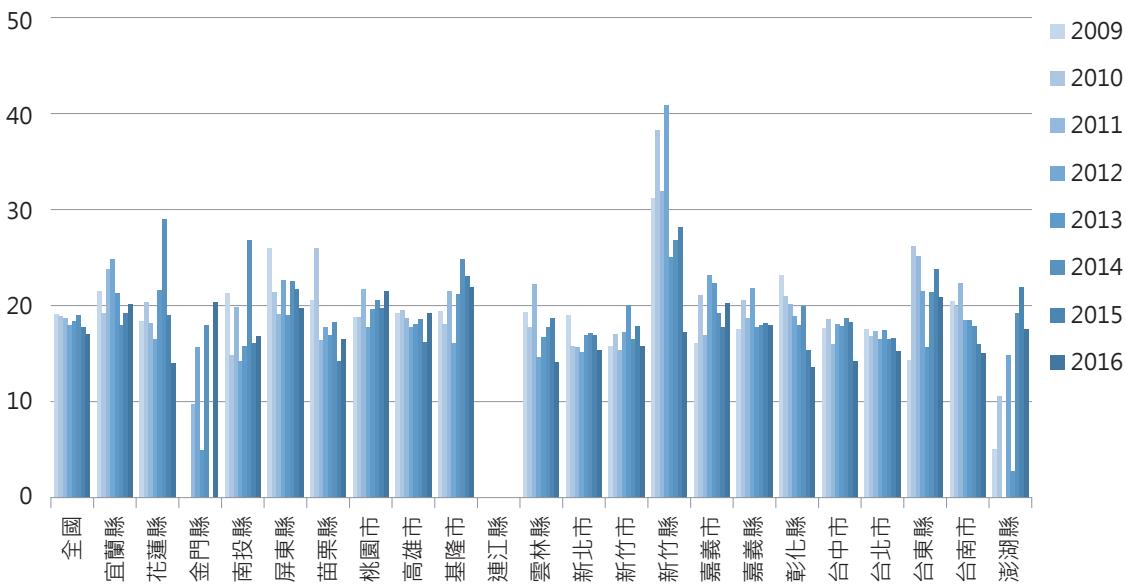
單 位：每百位病人 (Age(-sex) standardised rates per 100 patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 46、病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國際比較

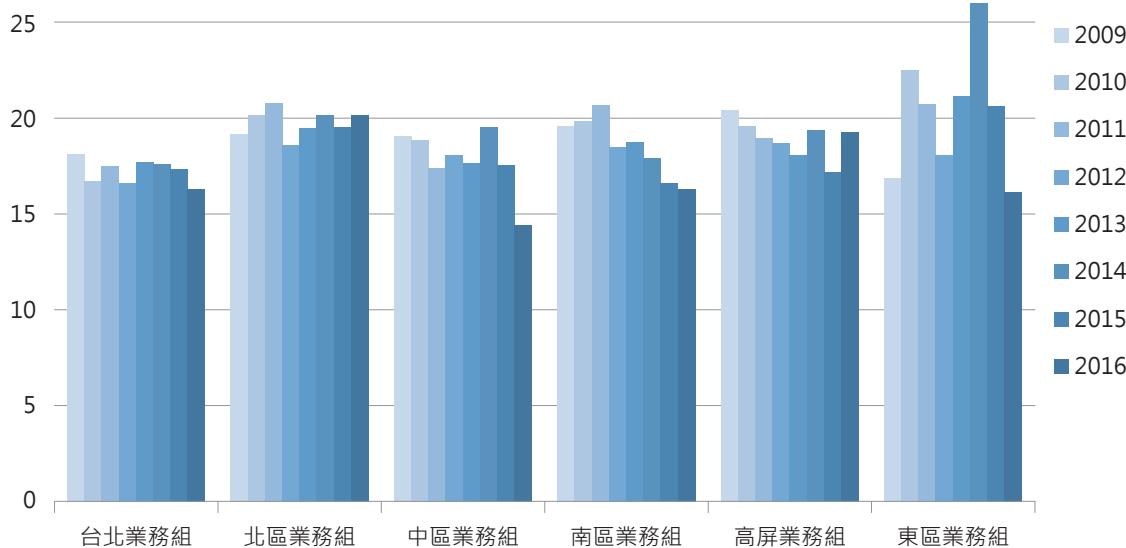


單一位：每百位病人 (Age-sex) standardised rates per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 47、病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國內各年度縣市比較 (總計)

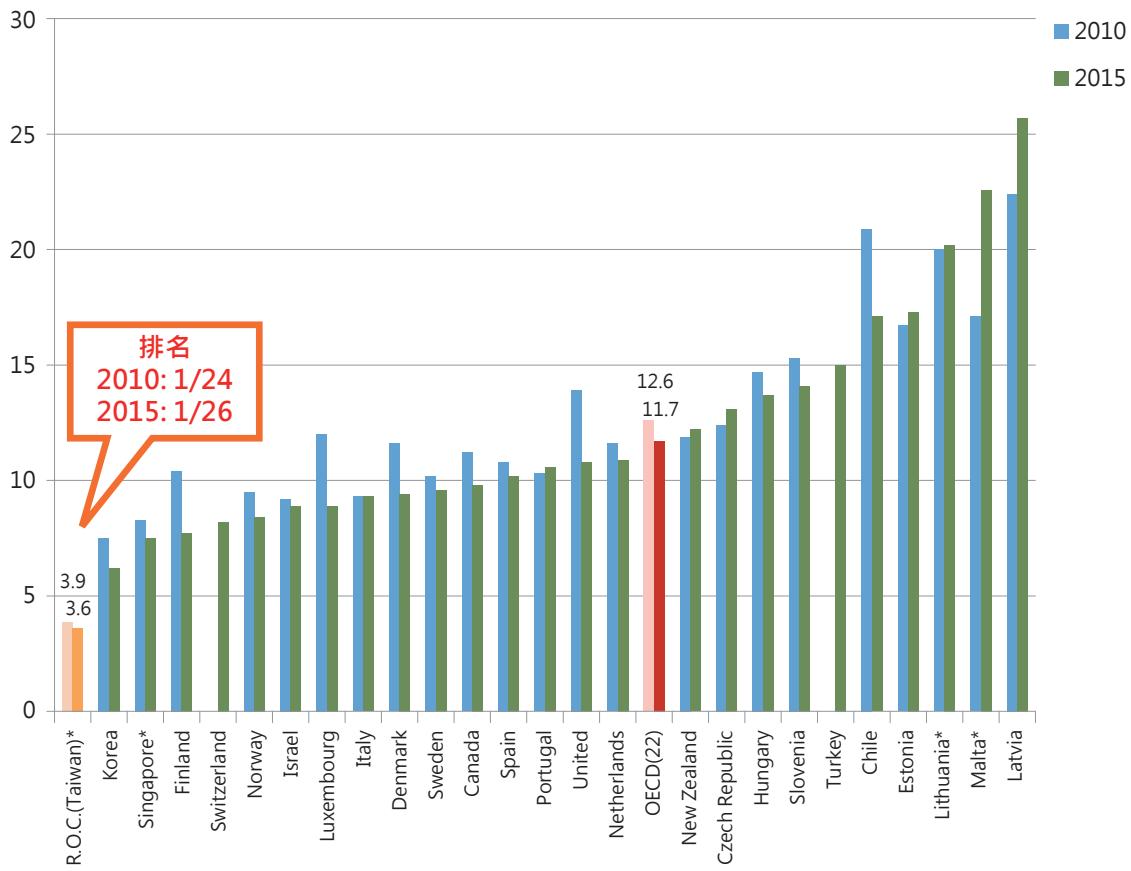


單一位：每百位病人 (Age-sex) standardised rates per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 48、病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)



單 位：每百位病人 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

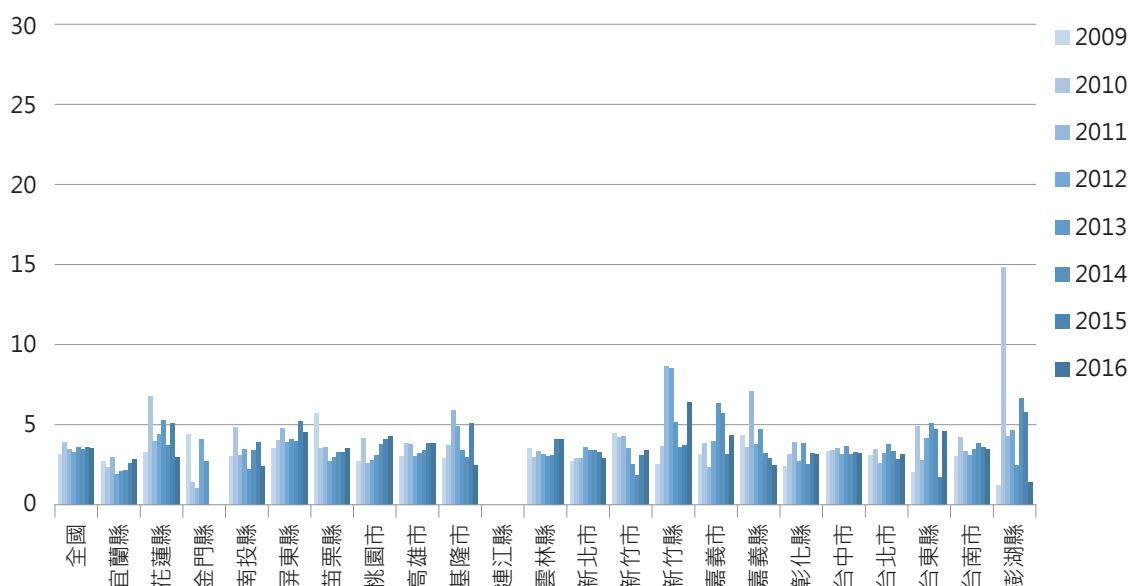
資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 49、病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國際比較

- 前言
- 初級照護
- 急性照護
- 精神照護
- 癌症照護
- 傳染病  
照護
- 病人經驗
- 婦幼健康
- 長期照顧
- 人口統計
- 社會保險
- 社會救助
- 社會福利  
支出
- 家庭與  
社會支持
- 總結
- 參考文獻

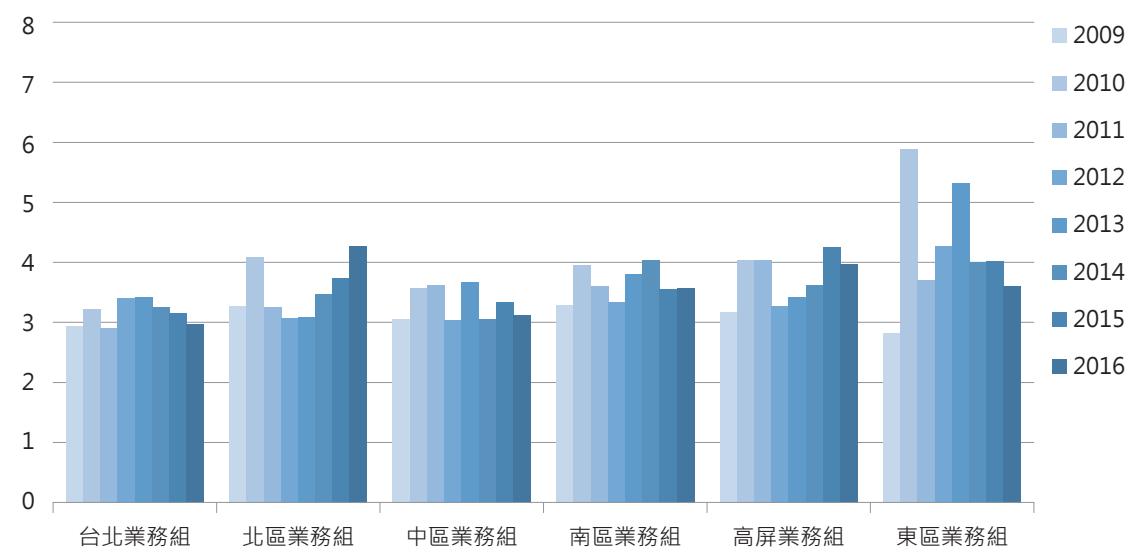


單位：每百位病人 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 50、病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國內各年度縣市比較 (總計)



單位：每百位病人 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 51、病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內  
(包含院內與院外) 死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

## 住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率

### 指標定義：

分子	65 歲以上住院診斷為上股骨骨折並且在入院後 48 小時內開始接受手術之人數
分母	65 歲以上住院診斷為上股骨骨折並且有接受髖骨骨折手術之人數

### 重要性：

OECD 指出造成髖關節骨折最主要的因素是因老化所造成骨質疏鬆與跌倒，因此隨著人類壽命的延長，髖骨骨折已成為重要的公共健康問題，一般認為髖關節骨折發生後即時執行髖關節修復或置換能使療效達到最大與降低合併症風險 (OECD, 2015)，因此 OECD 以執行髖關節手術的時間為評估急性照護的指標之一。

健保署統計，以髖部骨折 (又稱大腿骨折，包括股骨頸骨折、股骨轉子間骨折和股骨轉子下骨折) 為例，近 5 年 (2010 至 2014 年) 發生因髖部骨折接受髖關節置換手術共有 7,121 人至 8,384 人，就醫發生率每 10 萬人口為 31 人至 35 人，老年人是容易發生骨折的族群，而且是意外死亡的主要原因之一，發生骨折容易影響個人日常生活能力、加重照護者的負擔。( 健保署，2015)

老年人因常合併多種慢性疾病，故需照會多種專科，謹慎完成術前評估，且待病人狀況穩定後再進行手術 ( 黃喜南、楊榮森，2010)。但 OECD 及許多研究證實，病人若能及時於 48 小時內接受手術治療，能有效降低術前、術後併發症以及死亡率 (OECD, 2009; 2013; Kristensen et al., 2014; Boddaert et al., 2014)。因此，本指標係綜合反映急性照護團隊的整體表現。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年之指標值為 73.4，若與 HCQIP 參與國共同評比，於 27 個國家中居第 19 位。相較於 2010 年 72.5，於 27 個國家中排名第 18 位，本項指標雖然排名較 2010 年落後，惟指標值有些微進步，但進步幅度不大。[ 詳見圖 52]。

就我國各縣市比較 2009 年至 2016 年八年之資料來觀察，男性略低於女性，各縣市皆維持平穩或呈現略微上升趨勢，雖台東縣為各縣市中較低者，惟呈現平穩略升趨勢。[ 詳見圖 53，性別數據請詳見本部網站 ]

就我國六大醫療區域 2009 至 2016 年八年之資料來觀察，男性略低於女性，高屏區及東區為各區中較低，但呈現些微上升趨勢。[ 詳見圖 54，性別及醫院評鑑層級數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

過去研究指出，我國醫療院所普遍存在急診壅塞之現象（紀志賢、莊書琳，2011），其中又以高屏區醫學中心最為嚴重。急診部門壅塞可能會錯過病人治療的最佳時間，或許是本指標值低落以及高屏區特別嚴重的原因。

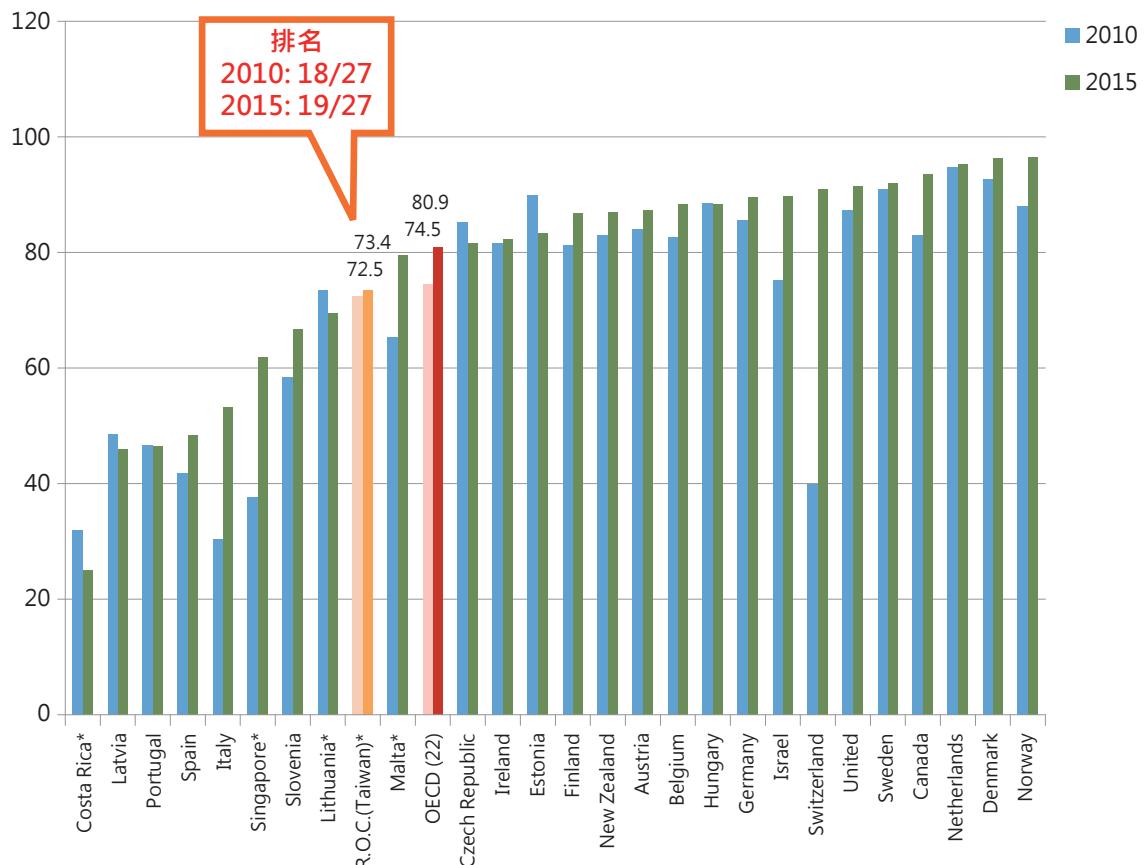
老年人是容易發生骨折的族群，預防老年人跌倒，需要環境及詳細評估其身體狀況，以減少老年人發生骨折的風險發生（健保署，2015）。除此之外，醫院轉診機制不完善亦是導致 65 歲以上老人髖骨骨折手術延遲之因素（Canadian Institute for Health Information, 2013）。

臨床建議髖部骨折的患者儘量在 48 小時內接受手術，但是若患者同時合併 3 種或以上的內科合併症時，則須延遲手術時間，直到病人狀況穩定才安排手術，但以不超過 4 天為宜（黃喜南、楊榮森，2010）。是以，患者術前評估結果及骨科醫師確認執行髖骨骨折手術決策與習慣，亦是會影響髖骨骨折手術延遲之因素。

本部為舒緩急診壅塞已辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，建立緊急傷病患轉診網絡及轉診資訊平台，同時落實醫院緊急醫療能力分級制度。該計畫 2013 年架構 25 個網絡執行，計 181 家急救責任醫院參加（健保署，2014）。本項指標相較於 2012 年 72.07%，於 2016 年已上升到 74.45% 顯示已有進步。健保署於 2017 年積極推動分級醫療及落實雙向轉診制度，並強化到院前分流機制，建構以區域為基礎的急重症照護網絡。

依據研究指出，我國醫療院所普遍存在急診壅塞之現象，其中又以高屏區醫學中心最為嚴重，故急診部門壅塞可能會錯過病人治療之最佳時間。另研究亦顯示患者術前評估結果（同時合併 3 種或以上的內科合併症）及骨科醫師確認執行髖骨骨折手術決策與習慣，亦是會影響髖骨骨折手術延遲之因素。

健保署為舒緩急診壅塞已辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，並於 2017 年積極推動分級醫療及落實雙向轉診制度，並強化到院前分流機制，建構以區域為基礎的急重症照護網絡。



單一位：每百位病人 (Crude rate per 100 patients)  
 資料年度：20010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署  
 註：\*為非 OECD 會員國

圖 52、住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率—國際比較

- 前言
- 初級照護
- 急性照護
- 精神照護
- 癌症照護
- 傳染病照護
- 病人經驗
- 婦幼健康
- 長期照顧
- 人口統計
- 社會保險
- 社會救助
- 社會福利支出
- 家庭與社會支持
- 總結
- 參考文獻

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

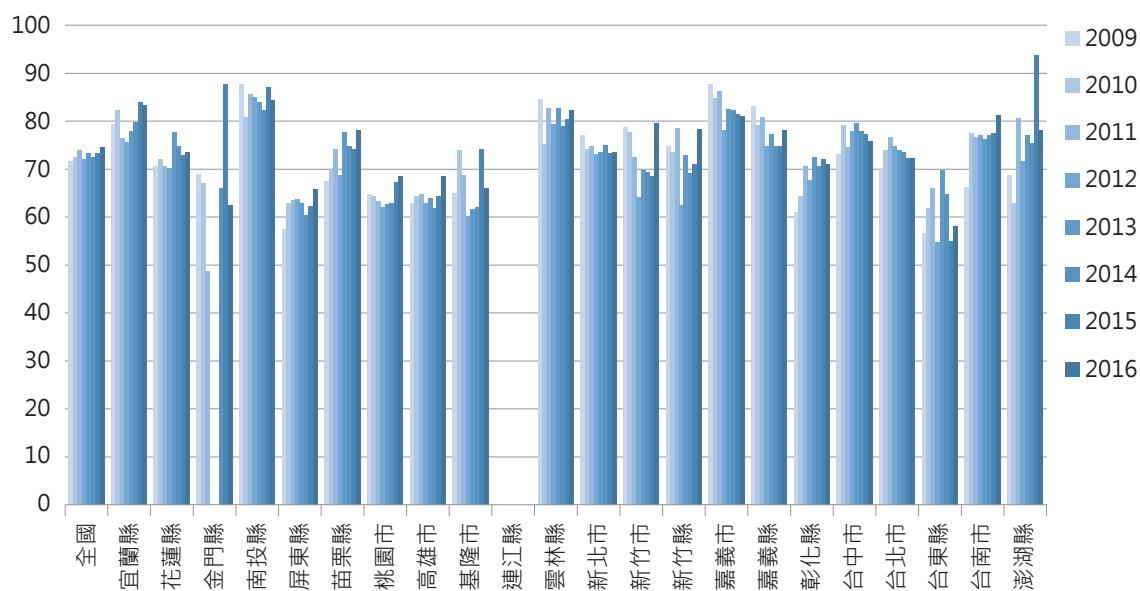
社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

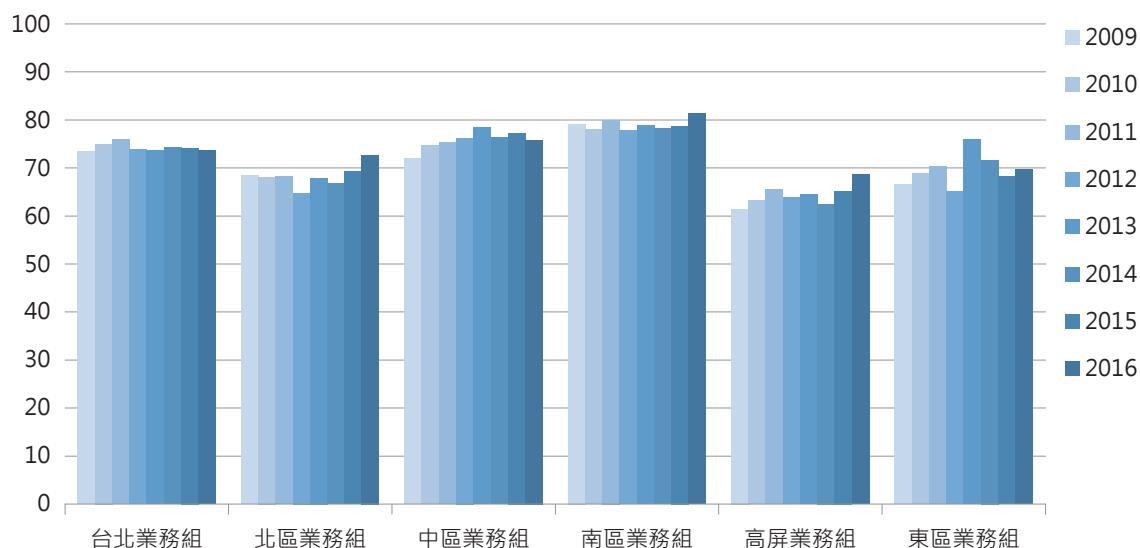


單位：每百位病人 (Crude rate per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 53、住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率－國內各年度縣市比較 (總計)



單位：每百位病人 (Crude rate per 100 patients)

資料年度：2009 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 54、住院後 2 天內執行髖骨骨折手術率－國內六大醫療區域各年度比較 (總計)

### 三、精神照護指標

精神疾病佔社會、經濟及醫療成本非常高的比例，為負擔最大及增長最快的一類疾病，相比心血管疾病及癌症來得更高。國際間致力於發展以客觀及標準化之方式，測量精神照護品質，本部參照國際經驗，挑選 6 項精神照護指標進行監測，指標項目如下：

#### ● 精神照護 (6)

- 精神疾病住院病人之自殺死亡率
- 精神疾病出院後自殺死亡率 (一年內及 30 日內)
- 超額死亡率 (思覺失調症及躁鬱症)
- 自殺死亡率

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 精神疾病住院病人因自殺而死亡之比率

### 指標定義：

分子	精神及行為障礙之住院病人因自殺而死亡之個案數
分母	住院主診斷 (或次診斷為列舉之診斷碼前兩項) 為精神及行為障礙之病人

### 重要性：

精神疾病是影響自殺率的重要影響因子，90% 的自殺未遂和自殺者可能至少罹患一種精神疾病，其中有重度憂鬱症、藥物濫用或思覺失調症，且大多數的自殺者都未評估過心理的健康情形 (OECD, 2014)，而重度憂鬱症相較於一般人之終身自殺危險性更高達 20 倍之多 (Harris&Barraclough, 1997)，而接受住院照護的精神病人相較於一般人的自殺率為 10 倍以上，為了更精確的衡量精神健康照護品質，需有相關指標，像是精神病人住院的自殺率及出院後的自殺率 (OECD, 2014)。

美國全國品質論壇 (National Quality Forum, NQF)，將「在醫療機構照護過程中發生由於患者自殺、企圖自殺或自殘而致的嚴重失能 / 殘疾」及「醫療機構內由於使用拘束器具或床欄所致的患者死亡或嚴重損傷」等 2 項，列為醫院管理「絕不容許發生事件」(Never Event) 之一，本項指標係針對精神疾病住院病人之自殺防治，亦屬於醫療不良事件之一，可見確能反映出其住院設備 (如人力、監控系統等) 及其照護品質能否有一定水準，以保障病人安全。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年之精神疾病住院病人之自殺死亡率為 0.05%，若與 20 個 OECD 會員國共同評比，排名居第 10 位；至 2015 年，該項我國數據為 0.02%，在 23 個國家 (含 20 個 OECD 會員國) 中，排名居第 11 位，其表現均優於 20 個 OECD 會員國之平均水準 (2010 年：0.05%；2015 年：0.04%)，屬中前段 [ 詳見圖 55]。

以全國 2005 年至 2016 年趨勢而言，精神疾病住院病人之自殺死亡率在 2010 年最高 (0.05%)，但至 2011 年後變大幅下降，而 2012-2014 年該項數據差異均不大，至 2015 年該項數據更是降至 12 年來最低，雖然 2016 年較 2015 年微幅上升，但仍較 2005-2014 年小，可見近 5 年來整體數據表現有顯著進步 [ 詳見圖 56]。

以我國 2005 年至 2016 年六大醫療區域趨勢而言，北區精神疾病住院病人之自殺死亡率較其他區域高，宜持續加以關注，其次為高屏及台北區，最後則為南區、中區及東區，各區在 2005 年 -2010 年均有上升之趨勢，而 2010 年後均有下降趨勢，惟有少數年份數據較高，但死亡率攀升之年份並無年份連續之趨勢，故無法斷定該年精神醫療照護水準是否下降；就整體趨勢來看，近年來我國在此方面照護水準有顯著進步 [ 詳見圖 56]。

## 政策討論：

查精神衛生法第 37 條第 2 項規定，精神醫療機構為醫療之目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內；另精神科醫院設置標準規範有精神急性一般病房設置保護室及精神科加護病房所需之必要保護設施。爰本部對於精神醫療機構對為醫療之目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件已定有相關規範。

為持續監測醫療服務品質，本部每年辦理精神醫療機構評鑑，查精神科醫院評鑑基準，已明定醫院需落實自殺防治工作，以提供自殺個案妥適治療服務及提升其家庭或社會支持系統，包括：定期執行病房環境安全措施查核、成立整合性服務團隊（自殺防治小組）、訂定標準化照護流程、定期提供個案自殺危險性評估、發現自殺未遂個案應及時通報。本部於 2012 年 -2013 年醫院病人安全工作目標中，新增「加強住院病人自殺防治」的目標，近 5 年來整體數據表現有顯著進步，顯示政策已被國內醫院廣泛落實。又，如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件或家庭暴力事件時，應依據「兒童及少年福利與權益保障法」及「家庭暴力防治法」等規定落實通報。另針對不符強制住院或無住院意願者，應向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。另，評鑑基準亦規範醫院應收集並提報自殺密度等醫療業務管理相關指標，以達到持續性之內部改善及自我管理，並確保醫療品質。

落實「自殺防治守門人」之宣導與推行，在防治工作中，扮演貫穿全面性、選擇性與指標性策略的關鍵角色。透過教育訓練，使醫療團隊成員能夠辨識常見的自殺高危險因子、熟悉評估方法、工具及處置方式。

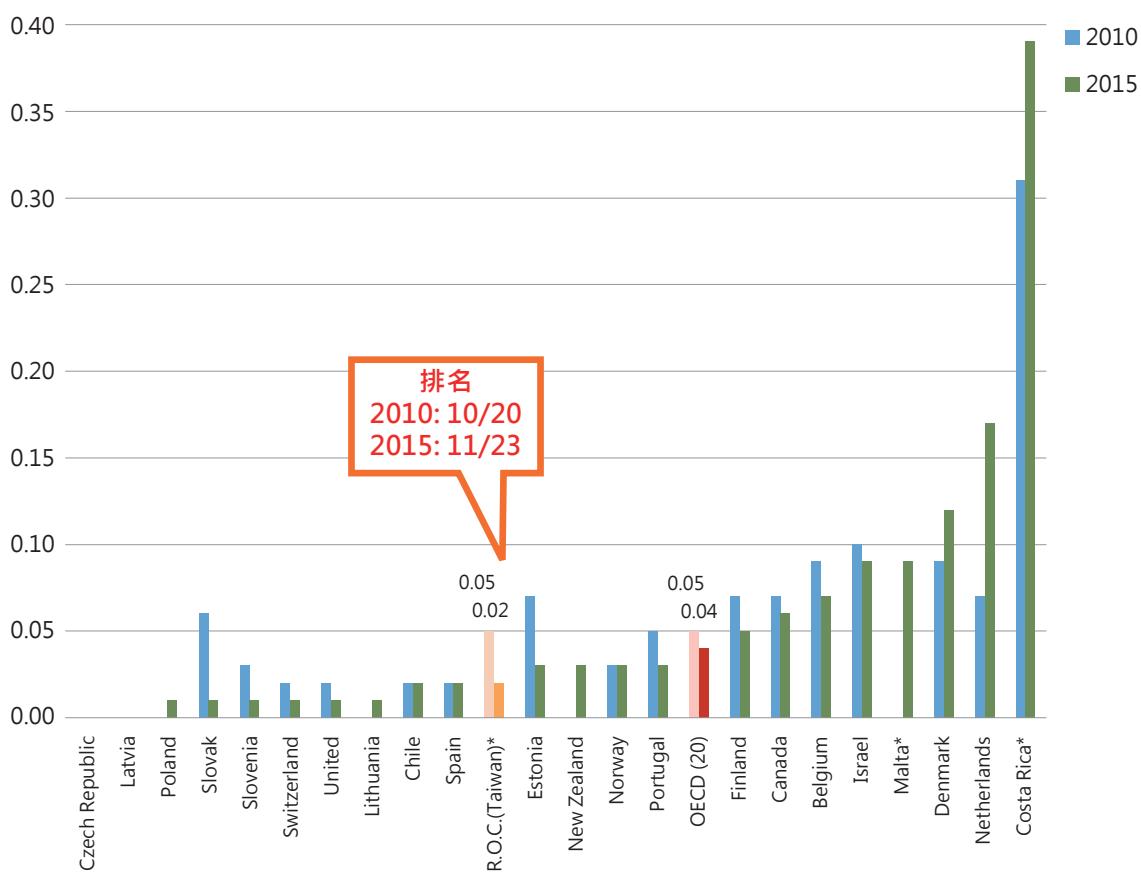
住院過程中個案發生其他生活事件或疾病變化而引發之情緒障礙或適應障礙時，為妥適進行自殺評估，需訂定適合機構特性之自殺評估及再評估作業流程。

為定期檢視醫院自殺防治措施是否符合需求，針對院內自殺或自傷風險個案訂定合理的巡房探視方式與頻率，持續改善環境安全（例如：預防墜樓及避免懸吊之空間設計），合理降低病房內致命工具可得性（例如：隨身物品之安檢，尖銳物品集中管理及公開使用，自備藥物管理等）、訂定病人離開病房之管理規定以及不假外出之預防措施等。

有關發現自殺風險個案之後續處理，醫護人員介入自殺之目的在於保護病人人身安全，因此應以謹慎、尊重的態度與具自殺意念者交談，提供情緒支持，避免批判其想法，了解自殺傾向原因，並協助其利用社會資源，試著探尋除自殺外，其他珍愛生命之選擇與解決方式。

持續評估個案自殺意念的頻率與嚴重度，密切觀察並留下記錄，以掌握病人情緒狀況。聯繫其親友或陪伴者，提供自殺防治衛教也是醫院自殺防治重要的一環。鼓勵親友

提供支持與正向力量，同時亦需注意他們的需求與情緒，避免責難或使他們感到內疚。此外，也應與親友或陪伴者充分溝通安檢、限制外出請假、轉病床位置、提高探視頻率等自殺防治措施，以同理態度詳細溝通，避免引起阻抗，將能有效預防住院病人自殺及致其死亡之遺憾。



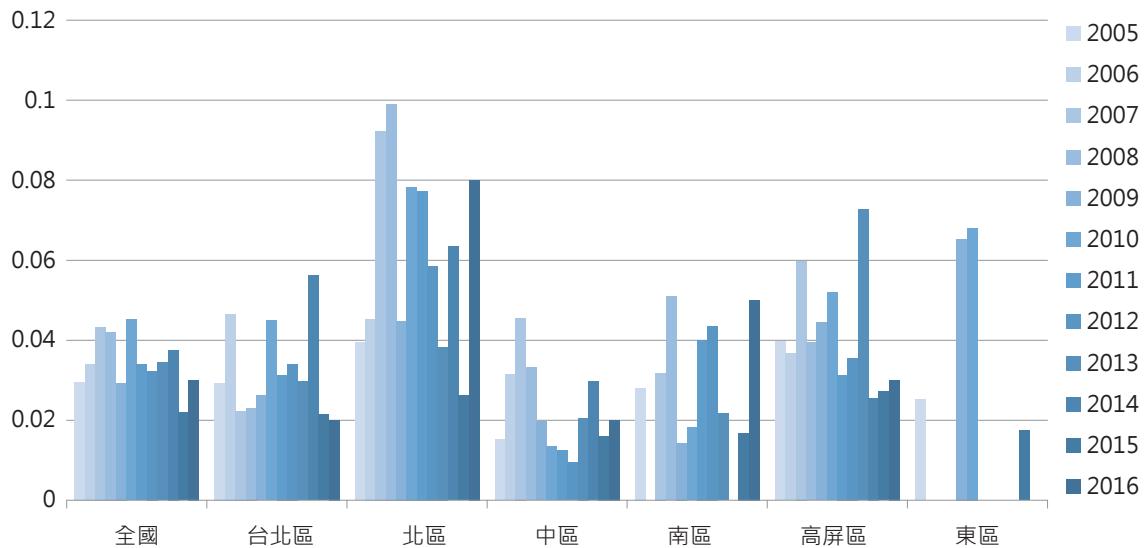
單 位：每百位人口 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部統計處

註：\*為非 OECD 會員國

圖 55、精神疾病住院病人因自殺而死亡之比率—國際比較



單一位：每百位人口 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 56、精神疾病住院病人因自殺而死亡之比率—國內六大醫療區域比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

**精神照護**

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出

家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率

### 指標定義：

分子	精神及行為障礙之住院病人因自殺而死亡之個案數
分母	住院主診斷(或次診斷為列舉之診斷碼前兩項)為精神及行為障礙之病人

### 重要性：

病人自精神醫療機構出院後，其因自殺死亡和所有死因死亡，都處在高風險的階段，特別是有嚴重精神疾病史與自殺行為史者。

出院後自殺的危險因子包含三大類：(一)社會人口因素：年齡、性別、失業、獨居；(二)臨床因素：第一次入院、自殺意念入院、診斷抑鬱及情感性精神病、自傷史、心理狀態；(三)相關組織及服務提供：非預期出院、關鍵人物休假或不在崗位、短期住院、未安排出院後追蹤等。

整體而言，治療不完整即出院、身處壓力、出院後專業照顧不足、自殺工具容易取得以及物質濫用都可能是這些出院的精神病人自殺的高風險 (Florian Walter et al, 2018)。

在相關組織及服務提供方面，有研究指出，自殺當下與關鍵工作人員休假或離職有強烈關係，將導致自殺可能性增加 6 倍。而其它可能解釋包括：出院後察覺病人經驗的敏感度下降、離開支持性環境以及社會支持降低等 (Crawford,2004)，爰依病人社會人口因素及臨床因素，做好個別化出院後之追蹤關懷有其必要。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年之精神疾病出院後一年內病人之自殺死亡率為 0.39%，若與 13 個國家(含 12 個 OECD 會員國)共同評比，排名居第 6 位；至 2015 年，該項我國數據為 0.27%，在 13 個國家(含 12 個 OECD 會員國)中，排名居第 5 位，其表現均優於 12 個 OECD 會員國之平均水準(2010 年：0.45%；2015 年：0.36%)，屬前段 [ 詳見圖 57]。

以全國 2005 年至 2016 年趨勢而言，2005 年精神疾病出院後一年內病人之自殺死亡率為 12 年來最高 (0.52%)，之後便逐漸下降，然 2008 年數據又攀高，至 2013 年上下震盪，復至 2015 年降至最低 (0.27%)，可見近 10 餘年來整體數據表現有明顯進步 [ 詳見圖 58]。

以我國 2005 年至 2016 年六大醫療區域趨勢而言，台北區、北區及東區近年精神疾病出院後一年內病人之自殺死亡率均有下降趨勢，而中區、南區及高屏區數據則較無明顯連續下降趨勢 [ 詳見圖 58]。

## 政策討論：

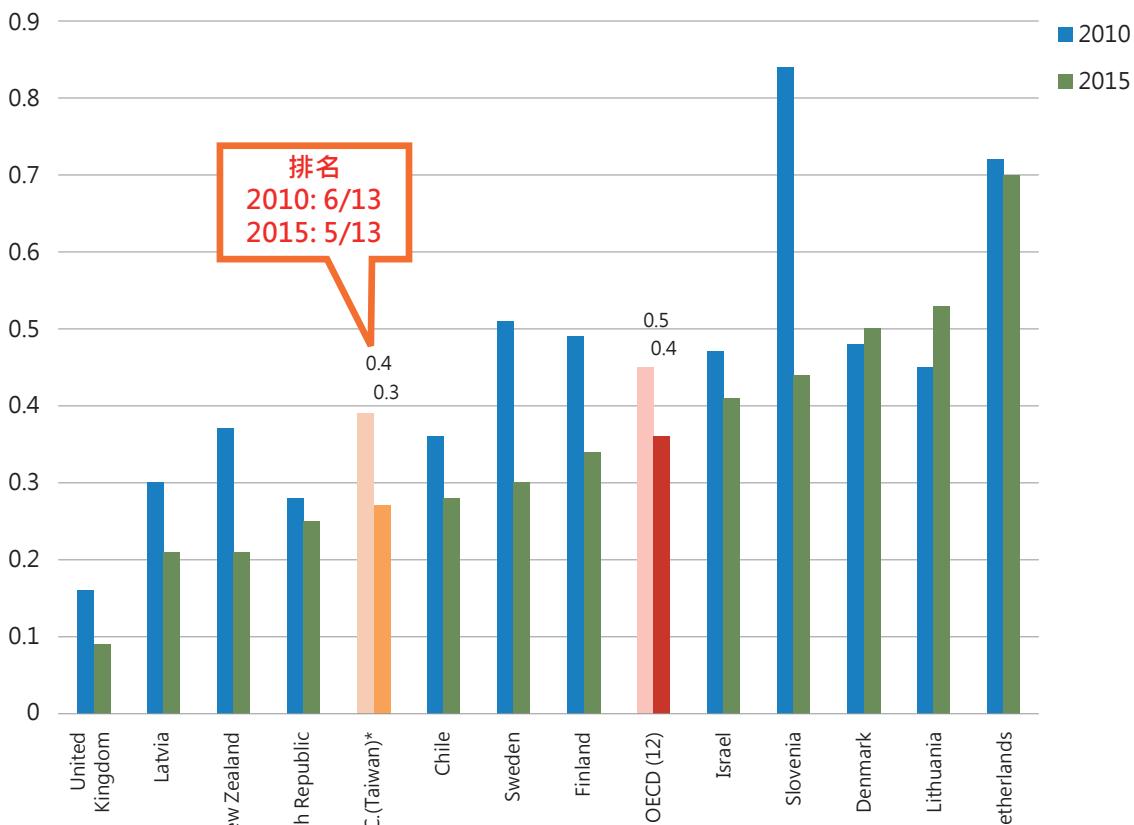
2008 年迄今，本部持續積極推動自殺防治策略，包括成立跨部會自殺防治合作機制、成立自殺防治中心、設立安心專線、補助民間單位共同辦理心理健康促進計畫，在此期間亦有多項與精神病人社區服務相關之政策推動，爰自殺死亡率逐年下降，由 2006 年死亡人數 4,406 人，標準化自殺死亡率為每 10 萬人 16.8 人，下降至 2013 年時自殺死亡人數為 3,565 人，標準化自殺死亡率已下降到每 10 萬人口 12.0 人並降為 WHO 定義之自殺中度盛行地區（標準化死亡率為每 10 萬人 13 人以下）；且一般民眾之自殺死亡率亦呈現下降趨勢，可部分解釋近年精神病人出院後一年內之自殺死亡率之下降趨勢。因自殺死亡發生率相對低，且於倫理上無法以隨機分派之臨床試驗驗證相關作為，對於自殺死亡率降低的貢獻，僅能從觀察性趨勢推測。

2016 年的資料顯示，精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率，中區 (0.39)，南區 (0.40) 及高屏區 (0.37) 明顯高於全國平均 (0.28)，而同期全人口的每十萬人口自殺死亡率，中區 (19.4) 跟南區 (21.2) 僅略高於全國平均 (18.8)，顯示出院後一年內精神病人因自殺而死亡之比率，仍然有別於整體大環境的影響因素存在。尤其是出院準備服務的完整性、社區資源的連結及公共衛生體系的銜接，在這幾個醫療區需要特別強化追蹤。

精神疾病，特別是思覺失調症與情感性精神病等重大精神病，對於病人的功能會有明顯影響，且導致難以恢復的功能障礙。除了造成病人失業及經濟陷入困境，也惡化了社交退縮與孤立的負性症狀，導致回歸社會的困難，讓病人身陷壓力之中，如此惡性循環，也造成自殺的高風險情境。精神病人的物質使用也跟出院後自殺的風險有關，針對住院病人的物質使用監測，除了精神疾病治療外，提供物質成癮共病的治療，未來宜納入出院準備服務及社區關懷訪視的內容。

考量出院後自殺之高危險群的三大危險因子，為具有嚴重精神病史與自殺行為史者，亦有其他危險因子，爰需持續針對具前開危險因子之出院病人持續追蹤，透過社區自殺企圖個案通報、轉介、醫療及後續關懷服務等處理流程，並與跨機關（構）網絡密切合作，以協助個案建立社會支持網絡。

相較國際上其他國家，本項數據表現仍有進步的空間，有鑑於目前精神病人社區化照護，自醫院到社區之間的照護服務，衛政、社政、勞政及教育面各種資源整合不足，造成病人連續性服務待加強；故需強化精神醫療機構出院準備及轉介服務，以及各類政府資源之間之銜接與整合，以銜接個案社區照護。此外，自 2016 年起，本部已針對全國每個縣市，藉由督導自殺防治相關工作等作為，並於 2018 年將精神病人自殺死亡率下降情形，列入各直轄市、縣（市）政府督導考核指標，並於新推動之計畫，增加各縣市政府關懷人力，針對精神疾病合併暴力及自殺風險個案，提供高密度及整合型之服務，以上皆為我國提升該數據表現，未來有待努力的目標。



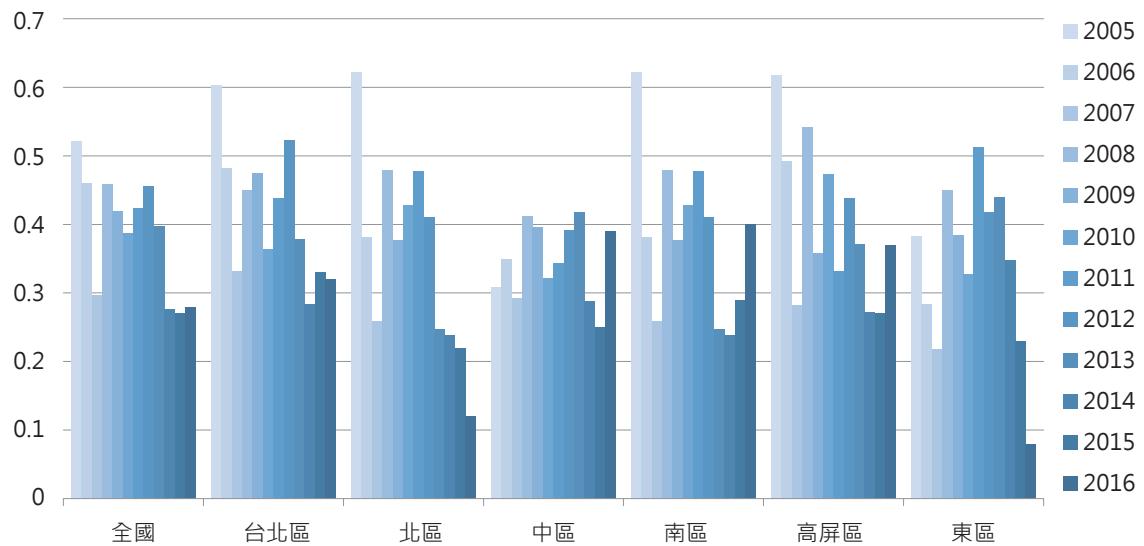
單一 位：每百位人口 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部統計處

註：\*為非 OECD 會員國

圖 57、精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率—國際比較



單 位：每百位人口 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 58、精神疾病出院後一年內病人因自殺而死亡之比率—  
國內六大醫療區域比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率

### 指標定義：

分子	該參考年中，精神及行為障礙之病人在出院後 30 日內因自殺而死亡之個案數
分母	該參考年中，出院主診斷 (或次診斷為列舉之診斷碼前兩項) 為精神及行為障礙之病人

### 重要性：

據國外文獻指出，精神病人自殺死亡之高風險時段，包括甫從急性病房出院之一週至一個月左右。臺灣本土之健保資料庫研究亦支持此一趨勢。目前無單一理論或原因可以充分解釋此現象，推測與甫出院時適應社區生活之困難及醫療照護密度驟降有關。

英國一項病例對照研究顯示，約有 55% 精神病人在出院後第一週內自殺死亡，且 49% 病人死於第一次後續追蹤調查之前 (Bickley et al., 2013)。爰本項指標顯示該類個案出院後 1 個月內之社區關懷及追蹤，有其必要性。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年之精神疾病出院後 30 日內病人之自殺死亡率為 0.13%，若與 13 個國家 (含 12 個 OECD 會員國) 共同評比，排名居第 9 位；至 2015 年，該項我國數據為 0.16%，在 13 個國家 (含 12 個 OECD 會員國) 中，排名居第 11 位，其表現皆屬中後段，劣於 12 個 OECD 會員國之平均水準 (2010 年：0.13%；2015 年：0.11%)。另 2015 年該項數據最低者是英國及智利，皆低於 0.05% [ 詳見圖 59]。

以全國 2005 年至 2016 年趨勢而言，12 年來精神疾病出院後 30 日內病人之自殺死亡率無明顯增加或下降趨勢，惟 2015 年數據 (0.16%) 步入 12 年來新高，即便 2016 年又下降至 0.12%，12 年來數據上下震盪，爰仍有持續觀察該項數據表現之必要 [ 詳見圖 60]。

以我國 2005 年至 2016 年六大醫療區域趨勢而言，中區及南區 2014 年至 2016 年精神疾病出院後 30 日內病人之自殺死亡率有上升趨勢，故須特別注意，而其餘區域數據雖近年來有下降趨勢，但 2015 年該項數據均相當突出，故仍須持續觀察 [ 詳見圖 60]。

### 政策討論：

自殺有很大一部分比例，發生在病人自精神醫療機構出院後的第一個星期內，這可能代表過早出院，造成臨床需求未獲得滿足，或是後續之追蹤治療計畫與執行情形不適當 (Pompili and Baldessarini, 2015)。例如憂鬱症的病人，自殺企圖最常發生在病情改善中，但是未完全康復的時候，此時病人通常已經達到住院天數期限而離開急性住院病房，而導致有機會自殺。

研究顯示剛住院及離院，尤其出院後前五天的自殺傾向高，因此須密切關心其心情變化（社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心，2014）。因為精神病人出院時病情改善，病人現實感增加，覺知到自己得到精神病的真相，跟生病前的身心狀況相比有落差，常常無法接受自己得病的事實，會出現無望感，而有自殺意念。

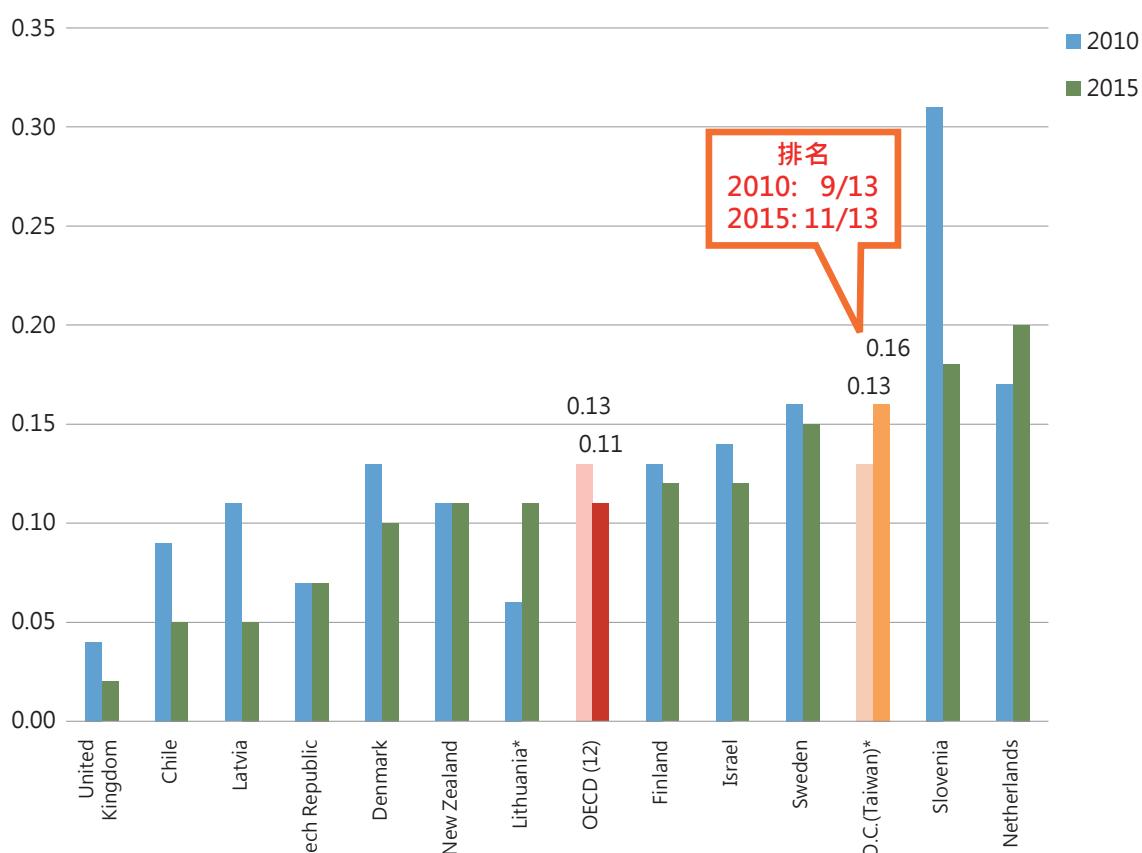
建立有品質和信任感的治療關係，對精神治療結果有強烈的影響，因為出院將造成病人喪失安全及支持性環境，且回到先前遭受困難的情境，所以出院準備計畫之擬定，對自殺防治至關重要 (Pompili and Baldessarini, 2015)。

國內外研究顯示：無論精神科或非精神科的住院病患，在剛剛出院的一個月內，是自殺身亡的高危險期。所以對於急診自殺企圖者、自殺行為住院者，及精神科病房住院者，適當的出院準備、預約回診及追蹤關懷，讓自殺高危險個案在出院後連結社區相關資源，還有對於家屬的風險告知及衛教說明、處理原則，以及緊急狀況下求助資源之提供，都是很重要的。在既有的服務體系中，強化個案多元的支持系統與更密切之社會連結，使具有生物 - 心理層面脆弱性之個案接受持續而有效之治療，使遭逢社會經濟剝奪個案，接受更優質的扶助與支援 (李明濱，2014)。

OECD 於 2015 年提出，完善出院服務及定期病情追蹤，以及提升立即性出院後的醫療照護水準，有助於降低精神疾病病人出院返家後之自殺風險，為強化精神醫療機構與公共衛生體系之結合，爰衛生福利部已責成各縣市衛生局，督導精神醫療機構，落實病人出院準備計畫，並於病人出院時通知地方主管機關，以利後續之社區追蹤保護；衛生局亦評估醫院通報之出院準備計畫，對需社區追蹤保護之個案，予以收案及關懷，惟此部分需要整體規劃及爭取經費挹注。

基於病人剛出院時期，是自殺身亡的高危險期，且鑑於我國出院後 30 日內病人之自殺死亡率與 OECD 會員國相比，表現居中後段，2016 年的資料顯示，精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率，中區 (0.24) 跟南區 (0.20) 明顯高於全國平均 (0.12)，而同期全人口的每十萬人口自殺死亡率，中區 (19.4) 跟南區 (21.2) 僅略高於全國平均 (18.8)，顯示出院後 30 日內精神病人因自殺而死亡之比率，仍然有別於整體大環境的影響因素存在。尤其是出院準備服務的完整性，社區資源的連結以及公共衛生體系的銜接，在這幾個醫療區需要特別強化追蹤。目前本部雖有補助各直轄市、縣 (市) 政府人力，提供精神病人社區關懷追蹤服務，惟囿於經費有限，訪視人力嚴重不足，人員更迭頻繁，經驗無法累積，關係難以建立。另外關懷員或公共衛生護理人員，對於個案的風險評估能力訓練不足，個案面臨危機時的反應不夠及時，亦未充分按自殺風險等級訪視個案，追蹤關懷品質及成效有限，爰現該服務量能仍難以達到「個案出院後 7 日內完成訪視」之理想目標。本部將持續督導精神醫療機構，落實精神病人出院準備計畫，強化病人出院後之後續處置及服務輸送，精進地方政府提供之社區關懷及追蹤保護服務，並繼續落實自殺

危機個案通報、轉介、醫療及後續關懷服務等處理機制，以及提升與跨機關（構）安置服務、教育及就業服務網絡之合作效率。此外，自 2016 年起，本部已針對全國每個縣市，藉由督導自殺防治相關工作等作為，並於 2018 年將精神病人自殺死亡率下降情形，列入各直轄市、縣（市）政府督導考核指標，並於新推動之計畫，增加各縣市政府關懷人力，針對精神疾病合併暴力及自殺風險個案，提供高密度及整合型之服務，以期以目標管理方式，有效降低精神病人之自殺死亡率，以綜合提升該項指標於國際間之表現。



單一位：每百位人口 (Age-sex standardised rate per 100 patients)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部統計處

註：\*為非 OECD 會員國

圖 59、精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率—國際比較

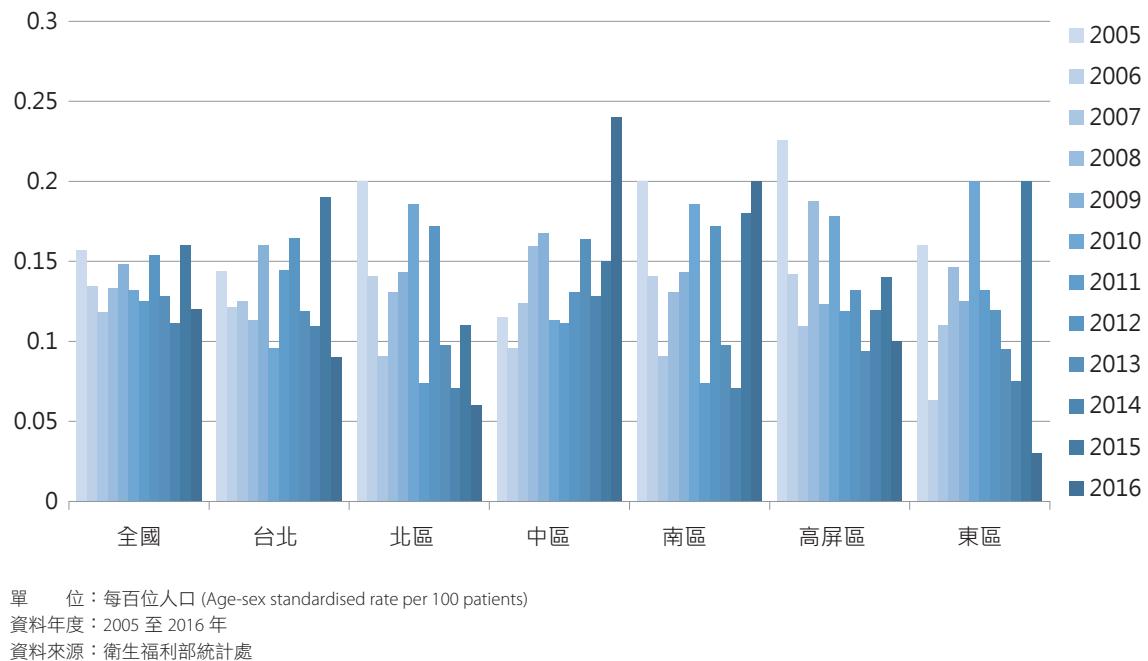


圖 60、精神疾病出院後 30 日內病人因自殺而死亡之比率—  
國內六大醫療區域比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

**精神照護**

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 思覺失調症病人之超額死亡比例

### 指標定義：

分子	該參考年中，15-74 歲之思覺失調症病人的所有死因死亡率
分母	該參考年中，15-74 歲之全人口的所有死因死亡率

### 重要性：

超額死亡比例係指精神病人所有死因死亡率與一般族群所有死因死亡率之比值。比值大於一表示精神病人死亡風險較一般族群高 (OECD, 2013)。

精神病人較一般族群有較高的死亡率，原因包括自殺率及意外事故比率較高，以及共病及危險因子盛行率較高；像是吸菸、酒精濫用、非法藥物以及精神治療副作用等因素 (OECD, 2013)。

根據英國 2010 年資料顯示，患有嚴重精神疾病者，其死亡率為一般族群之 3.3 倍 (OECD, 2013)。芬蘭及瑞典的一項世代研究指出，思覺失調症病人在調整生活方式的危險因子後，其死亡率仍為一般族群之 2 倍 (Wahlbeck et al., 2011)。北歐三個國家之世代資料顯示，患有精神疾病的男性，其平均餘命較一般族群少 20 年、女性少 15 年，而精神病人因疾病和醫療狀況死亡率，較一般族群增加 2-3 倍，而外部原因造成之超額死亡比例，則介於 3-77 倍 (Nordentoft et al., 2013)。

精神病人超額死亡比例，也可部分歸因於健康服務可近性及使用率較低，以及提供的照護品質較差。有關照護品質受到影響，是因為病人在敘述身體問題時，溝通過程有困難，且比起身體上的問題，照護提供者可能會優先處理病患之心理問題 (OECD, 2013)，爰本項指標亦代表思覺失調症病人照護之完整性。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年思覺失調症病人之超額死亡比例為 2.9%，若與 10 個國家 (含 9 個 OECD 會員國) 共同評比，排名居第 3 位；至 2015 年，該項我國數據為 2.7%，在 10 個國家 (含 9 個 OECD 會員國) 中，排名仍居第 3 位，其表現均優於 9 個 OECD 會員國之平均水準 (2010 年：3.7%；2015 年：3.9%)，屬前段 [ 詳見圖 61]。

以全國 2005 年至 2016 年趨勢而言，12 年來思覺失調症病人之超額死亡比例有逐漸上升之趨勢，宜留意；雖 2015 年數據有顯著下降 (2.67%)，顯見我國針對思覺失調症病人照護之完整性，仍有努力空間 [ 詳見圖 62]。

以我國 2005 年至 2016 年六大醫療區域趨勢而言，以北區、台北區及中區思覺失調症病人之超額死亡比例較其他區域為高，顯示上開區域雖精神病人之照護資源及完整性

相對充足，惟可能其人口分布愈顯稠密所致；又其中北區、台北區及高屏區近年數據逐漸攀升，北區數據更是於 2016 年到達近 12 年高峰 (4.94%)，須持續注意觀察後續變化 [詳見圖 62]。

#### 政策討論：

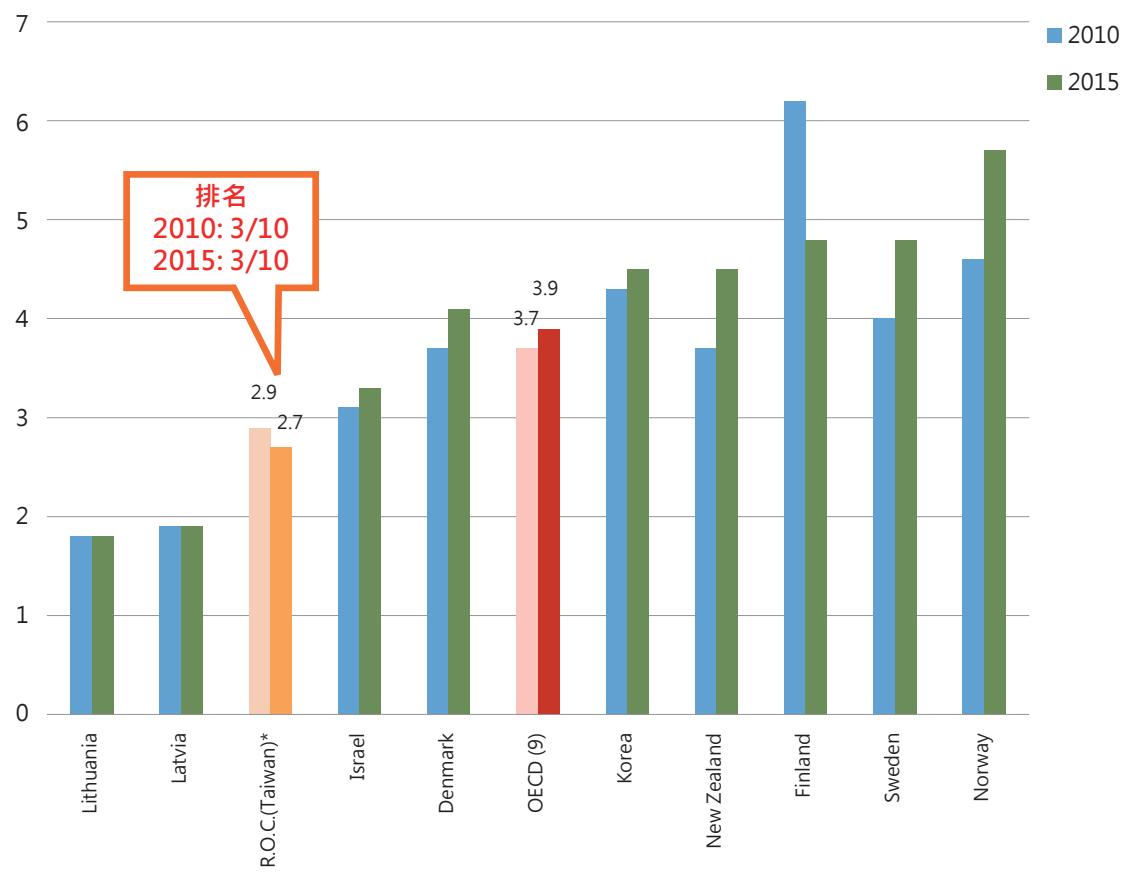
思覺失調症患者自殺，是致使該類患者提早死亡的最主要原因。特殊的自殺危險因子有：失業的年輕男性、對症狀惡化感到恐懼，特別是智力高的人、有多疑和妄想之症狀、憂鬱症狀等。自殺的危險性在下列時刻最高：疾病早期、復發早期、康復早期。

思覺失調症治療藥物 ( 抗精神病藥物 ) 的使用趨勢，有較高的肥胖、高血糖、高血脂等代謝症候群副作用，使思覺失調症個案有身體疾病共病的比例增加。加上個案服藥治療的順從性差，比起非精神病人，在身體疾病的控制上更加不理想，也可能導致較多因身體疾病的自然死亡 (natural-cause mortality) 。

另，本項於國內中區 2011 年至 2012 年的數據表現特別偏高，其原因可能來自突發事件或偶然造成，2015 年至 2016 年，北區思覺失調症病人超額死亡比例明顯上升 (4.62~4.94)，且超過全國平均值 (2.67~2.81)，然其精神病人出院 30 日內及一年內精神病人因自殺而死亡之比率，並無特別顯著高於全國平均值，顯示北區思覺失調症病人的自然死亡情形值得關注。除了不健康的飲食生活型態導致肥胖跟代謝症候群以外，吸菸也可能是一個風險因素。

有明確證據顯示，干預措施可減少精神病人超額死亡比例，包括：降低患者吸菸量、戒菸或是安排特定生活方式計畫，力求改變心血管、呼吸和惡性疾病的危險因子。而提高健康照護服務可近性，加強自殺防治，對於降低平均餘命之差距也有很大的幫助 (OECD, 2014) 。

本項指標我國在國際間之表現優異，可能為我國有完整之健保支付制度、推動慢性病及精神疾病防治工作，且相對醫療資源豐富、可近性高；惟未來仍將持續推動出院準備計畫及社區關懷追蹤服務，並協助思覺失調症患者強化建立良好之生活習慣，增加活動量，減少過度熱量攝取。對於精神疾病與代謝症候群等共病，經由社區關懷訪視建立其正常生活作息及提高服藥順從性，以有助於增進慢性病之管理，避免其病程提早及惡化，以及持續落實推動自殺防治等工作。唯有透過更多政府及民間單位的通力合作，始可能有效降低思覺失調症病人的超額死亡比例。



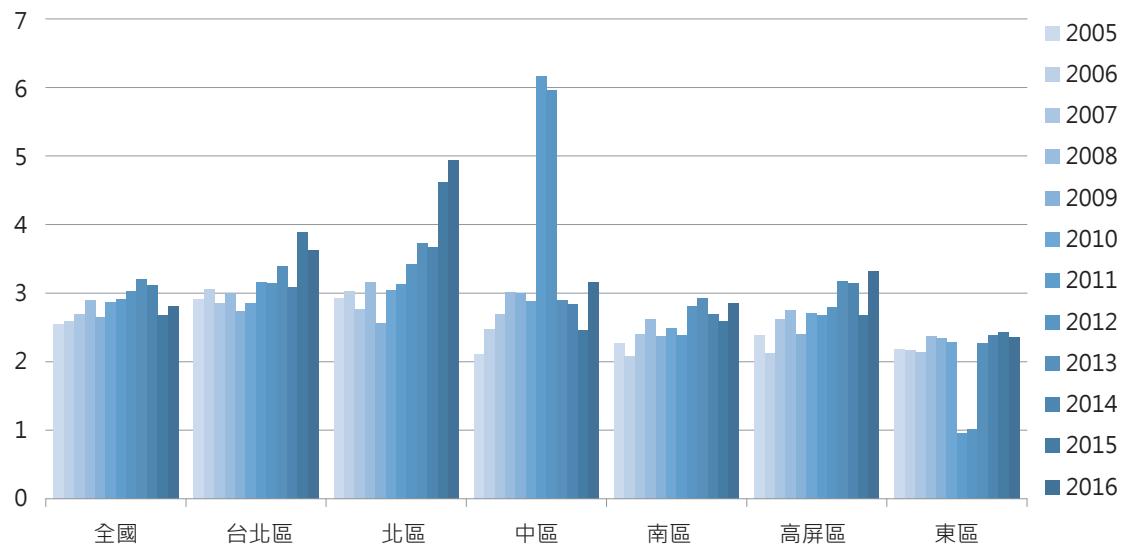
單一位：比率 (Age-sex standardised ratio)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部統計處

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 61、思覺失調症病人之超額死亡比例—國際比較



單位：比率 (Age-sex standardised ratio)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 62、思覺失調症病人之超額死亡比例—國內六大醫療區域比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利支出

家庭與社會支持

總結

參考文獻

## 躁鬱症病人之超額死亡比例

### 指標定義：

分子	該參考年中，15-74 歲之躁鬱症病人的所有死因死亡率
分母	該參考年中，15-74 歲之全人口的所有死因死亡率

### 重要性：

超額死亡比例係指精神病人所有死因死亡率與一般族群所有死因死亡率之比值。比值大於一表示精神病人死亡風險較一般族群高 (OECD, 2013)。

躁鬱症是慢性且反覆發作的重大精神疾病，伴隨高自殺率及罹病率。躁症發作時，患者會情緒高亢，體力驅力過盛，甚至出現誇大妄想症；而鬱症發作時便情緒低落，食慾興趣降低，甚至產生自殺念頭，爰個案家屬或其照顧者除應協助其穩定就醫外，應在鬱期時陪伴患者，避免病人自殺。

根據英國 2010 年資料顯示，患有嚴重精神疾病者，其死亡率為一般族群之 3.3 倍 (OECD, 2013)。北歐三個國家之世代資料顯示，患有精神疾病的男性，其平均餘命較一般族群少 20 年、女性少 15 年，而精神病人因疾病和醫療狀況死亡率較一般族群增加 2-3 倍，而外部原因造成之超額死亡比例，則介於 3-77 倍 (Nordentoft et al., 2013)。

精神病人超額死亡比例，也可部分歸因於健康服務可近性及使用率較低，以及提供的照護品質較差。有關照護品質受到影響，是因為病人在敘述身體問題時，溝通過程有困難，且比起身體上的問題，照護提供者可能會優先處理病患之心理問題 (OECD, 2013)，爰本項指標亦代表躁鬱症病人照護之完整性。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年躁鬱症病人之超額死亡比例為 2.6%，若與 9 個 OECD 會員國共同評比，排名居第 3 位；至 2015 年，該項我國數據為 2.2%，在 9 個 OECD 會員國中，排名居第 2 位，其表現均優於 9 個 OECD 會員國之平均水準 (2010 年：2.9%；2015 年：3.1%)，屬前段 [ 詳見圖 63]。

以全國 2005 年至 2016 年趨勢而言，2005 年至 2016 年躁鬱症病人之超額死亡率無明顯趨勢，雖近年來有微幅下降，但 2016 年卻急遽攀升至 4.72%，其原因可能係，健保疾病分類自 2016 年起全面改以 ICD-10-CM/PCS 編碼及申報，因 ICD-10-CM/PCS 相較 ICD-9，其編碼擴增且分類更為細緻，致醫療人員敏感度增加，故編碼及申報個案數 (分子) 增加，因此有必要針對該項數據變化，持續密切觀察 [ 詳見圖 64]。

以我國 2005 年至 2016 年六大醫療區域趨勢而言，不論各區，2016 年躁鬱症病人之

超額死亡率皆較往年攀升，而各區 12 年來數據變化，以北區及台北區較高，其次為中區、高屏區及南區，最後為東區。而中區 2011 年至 2012 年數據較其他年高出許多 (2011 年：5.85%；2012 年：6.96%)[ 詳見圖 64]。

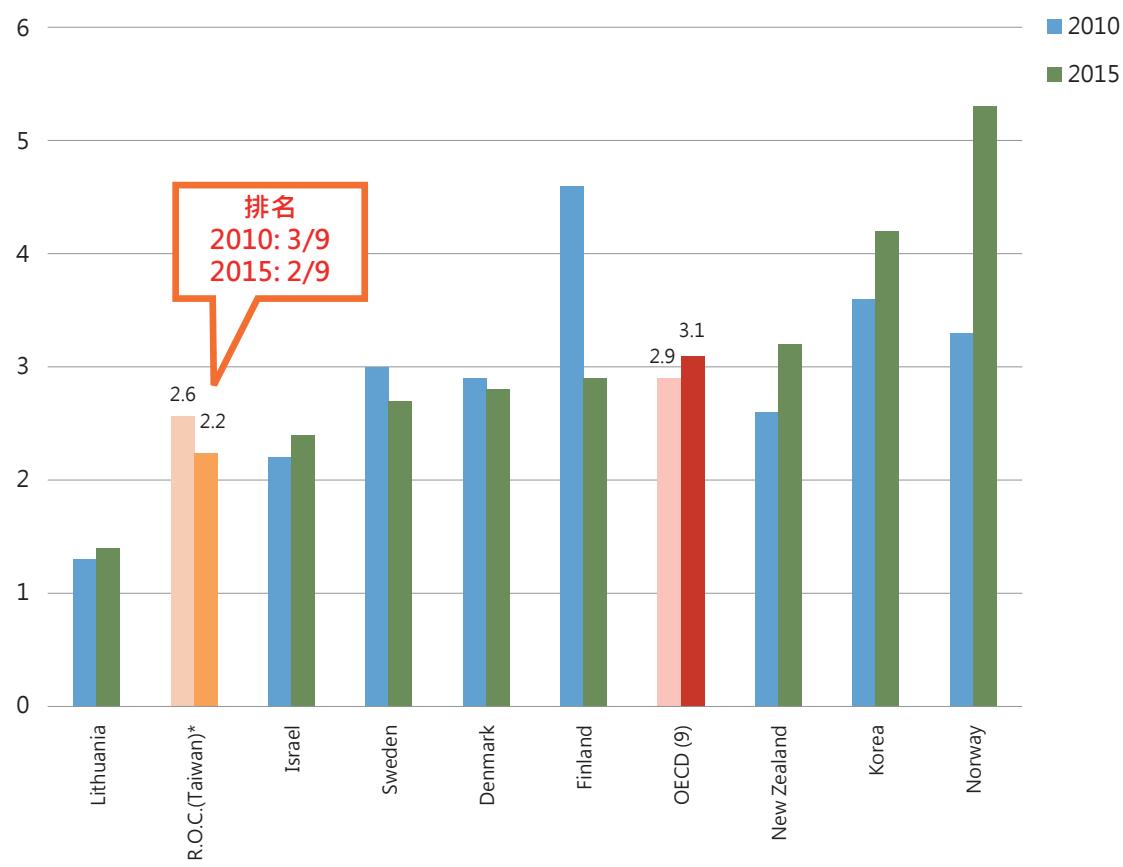
#### 政策討論：

有明確證據顯示，干預措施可以減少精神病人超額死亡比例，包括：降低患者吸菸量、戒菸或是安排特定生活方式計畫，力求改變心血管、呼吸和惡性疾病的危險因子。而提高健康照護服務可近性，加強自殺防治，對於降低平均餘命之差距也有很大的幫助 (OECD, 2014)。

關於情感性精神病個案自殺身亡的臨床相關因子，包括：持續失眠、自我忽略、嚴重疾病（尤其是帶有精神病特徵的憂鬱）、記憶力受損、激動、恐慌發作。而下列因子會增加情感性精神病個案之自殺危險性：年齡大於 25 歲之男性、疾病早期、酒精濫用、雙極性情感疾患之躁鬱發作 (WHO, 2000)。

另，本項於國內中區 2011-2012 年的數據表現雖較其他年高出許多，然而本項數據所代表的意義相當廣泛，且由於躁鬱症患者易有其他合併疾患（如：憂鬱症、心臟病等慢性疾患），亦會造成躁鬱症病人比起一般人更易死亡，因此單一原因難以解釋中區數據上升幅度較其他區域高。

本項指標我國在國際間之表現優異，可能為我國有完整之健保支付制度、推動慢性病及精神疾病防治工作，且相對醫療資源豐富、可近性高；惟未來仍將持續推動出院準備計畫及社區關懷追蹤服務，並協助躁鬱症患者強化建立良好之生活習慣，以及持續落實推動自殺防治等工作。唯有透過更多政府及民間單位的通力合作，始可能有效降低躁鬱症病人的超額死亡比例。



單一位：比率 (Age-sex standardised ratio)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部統計處  
 註：\*為非 OECD 會員國

圖 63、躁鬱症病人之超額死亡比例—國際比較

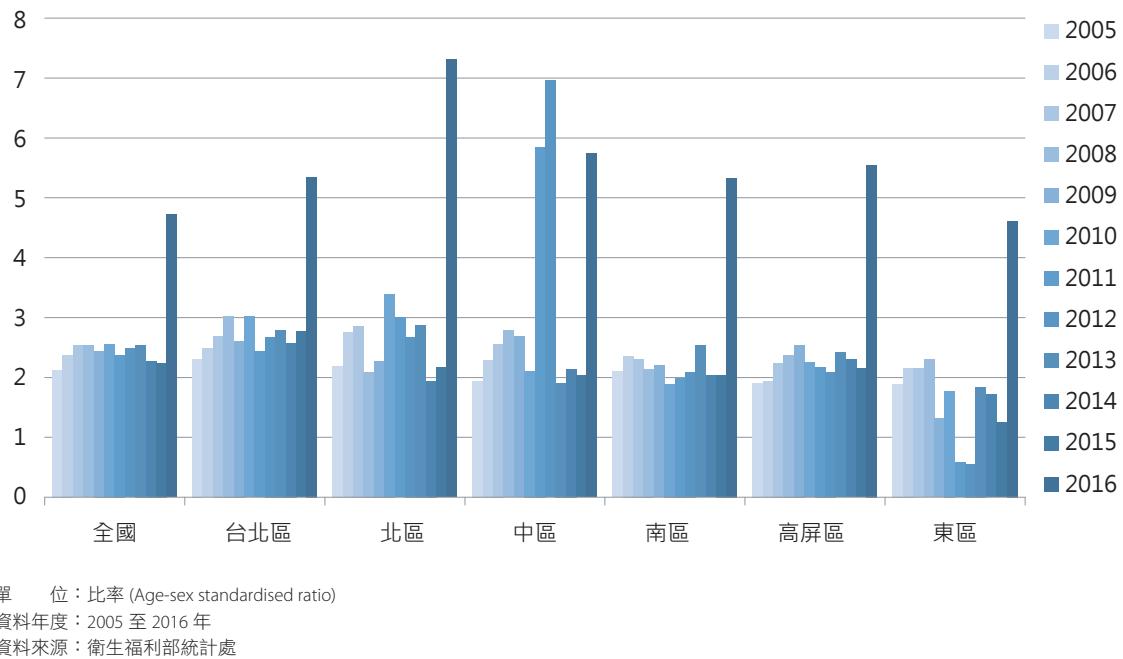


圖 64、躁鬱症病人之超額死亡比例—國內六大醫療區域比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 每十萬人口自殺死亡率

### 指標定義：

分子	該年標準化因自殺而死亡人數
分母	該年標準化年中人口數

### 重要性：

自殺行為有社會、經濟、文化、心理、以及生物性之複雜成因與背景，絕非單一危險因子可以解釋其發生率之變異。自殺的危險因子 (risk factors) 可分為遠端因子 (distal factor) 以及近端因子 (proximal factor)。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括心理社會危機、精神科疾病、身體疾患、致命工具可得性、以及模仿效應等 (Hawton K, 2009)。雖然自殺死亡率變動之影響因子眾多，然而仍舊是世界各國觀察整體社會安全與心理衛生現況之間接指標。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年及 2015 年之自殺死亡率表現，與其他亞洲鄰近國家如日本、韓國類似，其排序均座落於所有 OECD 國家較高之前三分之一。2015 年與 2010 年相較，整體 OECD 國家自殺死亡率由每十萬人口 12.7 降至 12.2，降幅約 3.9%，相近時期韓國由 33.5 下降至 28.7，降幅約 14.3%，日本則由 21.2 降至 17.6，降幅約 17%，我國由 21.0 降至 18.5，降幅 11.9%，降幅優於 OECD 國家整體平均 [ 詳見圖 65]。

就我國六大醫療區域 2005 至 2016 年資料來看，臺北區均接近或低於全國平均，北區、中區均接近或略高於全國平均，南區、東區均高於全國平均 [ 詳見圖 66]。

### 政策討論：

依據本部死因統計，自殺死因自 1997 年起進入國人十大死因之列，並於 2006 年達到近年高峰，自殺標準化死亡率為每十萬人 16.8 人，為因應嚴峻形勢，政府於 2005 年成立全國自殺防治中心推動全國性自殺防治工作。嗣以，自殺死亡率自 2007 年起下降，至 2011 年退出十大死因，於 2011 年由 WHO 定義之高自殺死亡率國家步入中度之列。

我國自殺防治策略，包含全面性、選擇性與指標性策略，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過臨床研究與資訊分析之實證基礎為策略依據。

依據「2020 衛生署國民健康白皮書」記載 (行政院衛生署，2008)：自殺死亡原因複雜而多變，牽涉之因素亦十分廣泛，而導致趨勢預測不易。基於變異不確定性，除制式衛生統計當中必然會呈現的標準化自殺死亡率以及標準化自殺死亡率成長趨勢外，與自

殺防治相關環環相扣各種階段要素，例如自殺通報關懷相關之指標等，為更重要的評估參考。

我國各區域自殺死亡率差異，可能之解釋因子眾多。就區域性自殺死亡率差異，過去本土研究指出，常見精神疾患 (common mental disorders) 之盛行率 (Fu TST, 2013)、鄉鎮城市為單位之家戶收入中位數 (Chang SS, 2011)、鄉鎮城市為單位之單親家庭比例 (Chang SS, 2011)、鄉鎮城市為單位之人口密度 (Chang SS, 2011)、空氣污染程度 (Yang AC, 2011)、溫濕度及氣壓等 (Yang AC, 2011; Lee HC, 2006)，都與自殺死亡率之變異相關聯。此外，我國國民選用自殺身亡之方法，有明顯之城鄉差異，例如燒炭自殺傾向發生於都會區及亞都會區，以農藥為主之固體、液體自殺傾向於發生在鄉村地區 (Chang SS, 2010)。

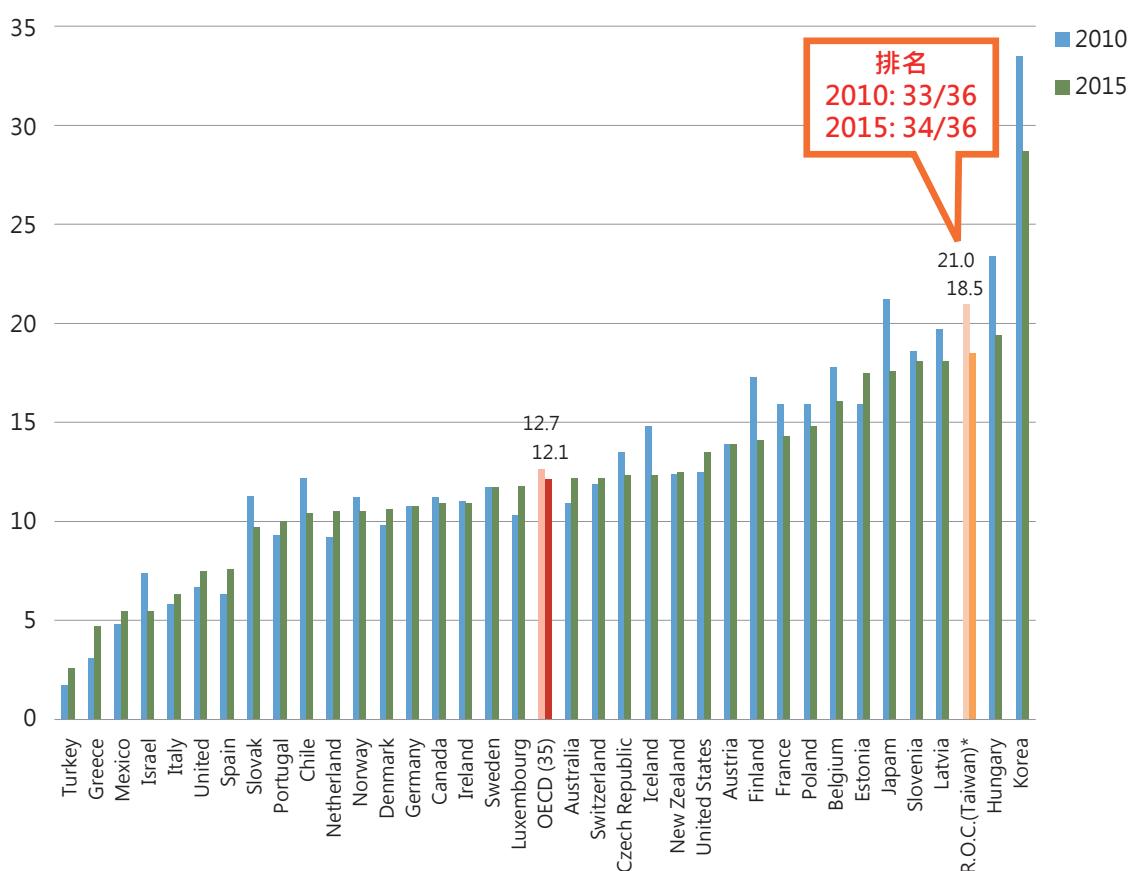
過去國內外學者曾提出自殺因應策略包括：致命工具可得性之限制 (Yip PSF, 2012)、加速改善精神醫療照護體系、失業者之就業輔導計畫、家庭及親職支持計畫、限制酒精飲品定價、債務協商機制、強化社會資本、以及媒體對於自殺議題適切的報導等 (Wahlbeck K, 2012)。近年來，本部亦參考南韓禁用巴拉刈的經驗（2011 年南韓管制巴拉刈的銷售及儲存，至 2012 年之高自殺死亡率下降 11%），持續與農業委員會進行溝通，該會已於 2017 年 5 月 24 日預告，巴拉刈將於 2018 年 2 月 1 日起禁止加工及輸入。預定自 2020 年 2 月 1 日起全面禁用。

就行動在地化之細節，各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。自殺防治業務之不確定性與民意壓力，除仰賴地方政府相關局處首長之優質領導力加以克服外，中央主管機關應協助地方政府有效蒐集資料，業務推動增能，以及解決系統性問題 (廖士程，2015)。

未來本部將努力藉由中央主管機關之政策工具，促進縣市層級自殺防治業務之跨局處整合，以及業務推動相關人員經驗之傳遞與延續，達到下列三項工作目標：

- (一) 強化各縣市跨局處整合機制，建立類似「高風險個案」之整合性服務機制，並有實際成果可供督考。進一步透過各局處之有效橫向聯繫與責任共享。
- (二) 各縣市自殺防治工作第一線工作人員，包括關懷訪視以及精神疾病個案管理人員，能有較為穩定及可預期之聘僱及在職訓練督導機制。
- (三) 各縣市政府針對在地防治工作之特色與挑戰，以促進跨局處整合為出發點，整合並充分利用現有資源，產生加成協同綜效之方式，提出創新工作方案，並特別針對「六都」以外資源取得相對困難縣市特別鼓勵。針對資源特別投入後，對於每十萬人口自殺死亡率降低的成效，可作政策分析，並將相關成果提供各縣市交流學習。

鑑於世界各國間有其人口結構及社會文化之根本差異，本項指標除應採用年齡性別標準化死亡率比較之外，今後本部將持續監控國內自殺死亡率變化趨勢，並參考鄰近國家之自殺防治策略，以作為精進國家自殺防治策略之參考。



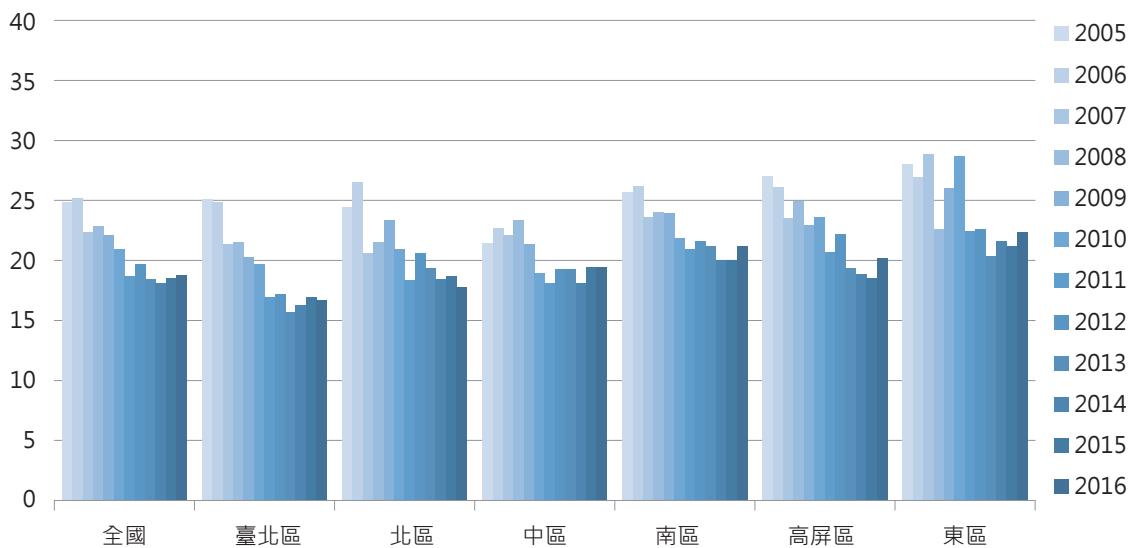
單一位：每十萬人口 (Age-standardised rates per 100 000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.;衛生福利部統計處

註：\*為非 OECD 會員國

圖 65、每十萬人口自殺死亡率—國際比較



單位：每十萬人口 (Age-standardised rates per 100 000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 66、每十萬人口自殺死亡率—國內六大醫療區域比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 四、癌症照護指標

癌症位居我國十大死因之首已 30 餘年，而在多數的 OECD 會員國中，死亡人口中有四分之一歸因於癌症，然而，有三分之一的癌症可透過早期發現及有效治療，提升病人的存活率及生活品質，因此癌症照護在全球已成為重要的品質指標，本部參照國際經驗，挑選 8 項癌症照護指標進行監測，指標項目如下：

### ● 癌症照護 (8)

- 篩檢率 (子宮頸癌及乳癌)
- 癌症五年相對存活率 (子宮頸癌、乳癌及大腸直腸癌)
- 癌症死亡率 (子宮頸癌、乳癌及大腸直腸癌)

## 乳房攝影篩檢率

### 指標定義：

分子	50-69 歲女性過去 2 年曾接受乳癌篩檢的人數
分母	50-69 歲女性人口

### 重要性：

乳癌是婦女最常見癌症，依據統計，全球 1/9 婦女於一生中會罹患乳癌，患者中的 1/30 會因而喪失生命。經由乳房篩檢能早期發現乳癌，進而早期治療。乳房攝影應用於乳癌篩檢，在世界已有研究證實可減少死亡率；多數 OECD 會員國提供 50-69 歲以上婦女每兩至三年 1 次篩檢服務，因此 HCQIP 選定本項指標反映參與國家乳癌防治的成果。

### 國際及區域比較：

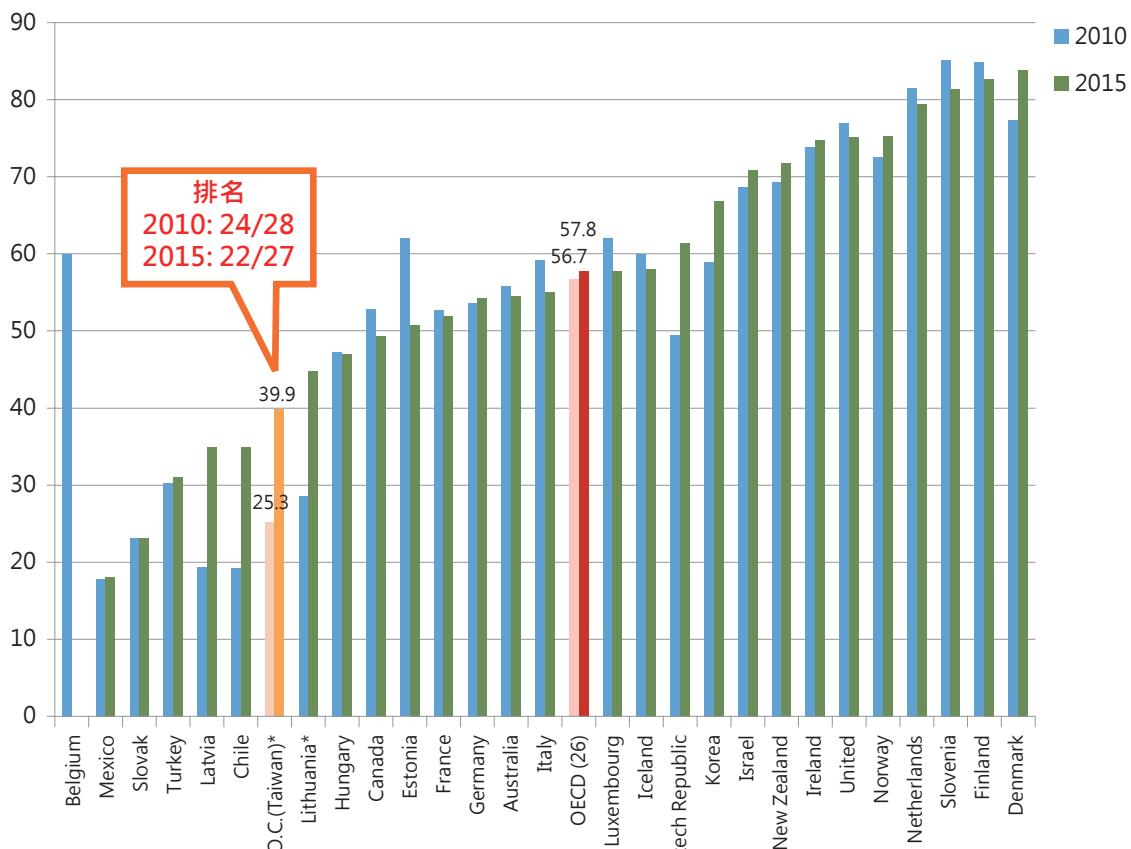
我國 2015 年乳房攝影 2 年篩檢率為 39.9%，若與 OECD 各國共同評比，我國於 27 個國家中居第 22 位，是屬於篩檢率比較低的。2015 年與 2010 年相較，上升 1.57 倍 [詳見圖 67]，但篩檢率仍須再提升。

國內六大醫療區域 2010 年至 2016 年的乳癌篩檢率大多呈現上升趨勢 [ 詳見圖 68，縣市別數據詳見圖 69]。

### 政策討論：

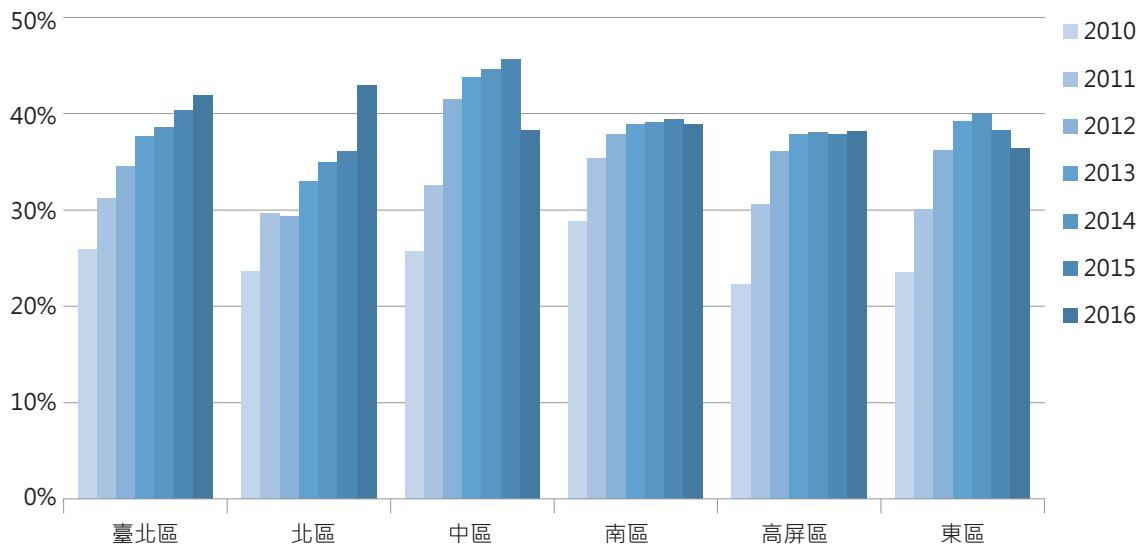
我國指標值偏低，或許是篩檢起步較晚所致；我國於 2004 年開始提供 50-69 歲婦女每兩年 1 次乳房 X 光攝影檢查，45-69 歲婦女為我國婦女罹患乳癌的高峰，故自 2009 年起擴大篩檢對象至 45-69 歲，又自 2010 年起將 40-44 歲二等血親內曾罹患乳癌之婦女納入補助範圍。

篩檢率偏低的因素，根據 2013 年國民健康訪問調查（NHIS）結果，包括：民眾自覺身體健康不需要檢查、會痛、太忙沒有時間等。未來將對婦女持續宣導「早期篩檢」的重要性，並提升民眾健康識能及於無症狀時即篩檢之觀念；透過社區、職場設站或以巡迴車提供可近性之巡迴篩檢服務，以提升篩檢率，並持續輔導並提供醫院誘因，強化三道篩檢防線，即主動提示到院病人、電話邀約久未到院病人、於社區設站或提供巡迴篩檢；於縣市設立癌症篩檢管理中心（call center），以強化組織性篩檢及個案管理。另，由於東區婦女篩檢率較低，除協助申請相關計畫及經費，並將加強偏遠地區之篩檢推動。



單 位：百分比 (% of females aged 50-69 screened)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署  
 註：\*為非 OECD 會員國

圖 67、乳房攝影篩檢率—國際比較 (僅女性)

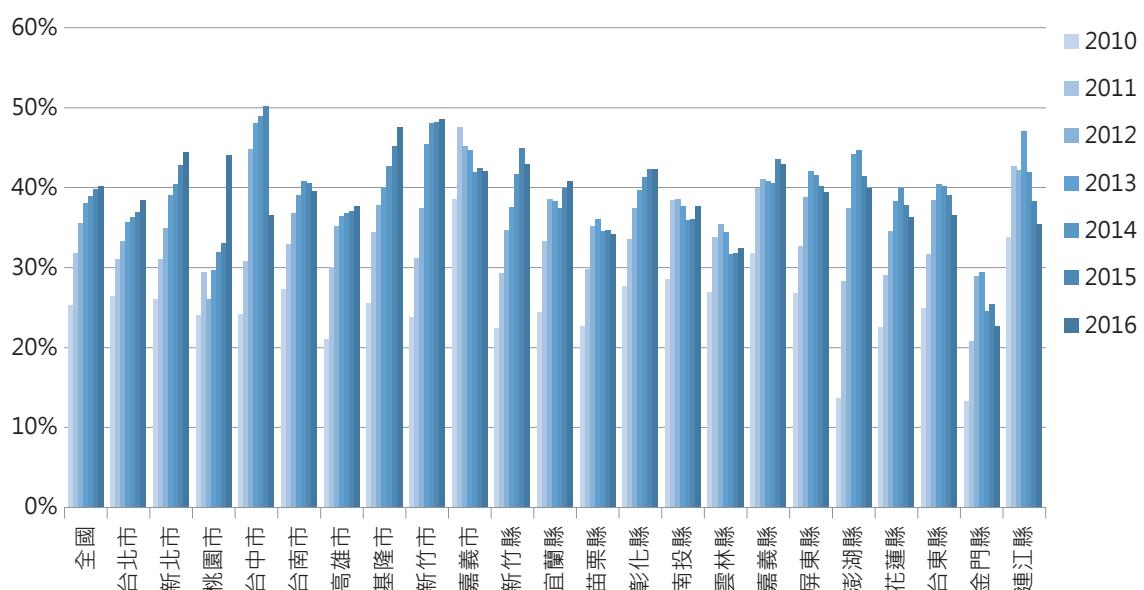


單位：百分比 (% of females aged 50-69 screened)

資料年度：2010 至 2016 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 68、乳房攝影篩檢率—國內六大醫療區域比較 (僅女性)



單位：百分比 (% of females aged 50-69 screened)

資料年度：2010 至 2016 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 69、乳房攝影篩檢率—國內縣市比較（僅女性）

## 乳癌五年相對存活率

### 指標定義：

分子	乳癌五年觀察存活率
分母	乳癌五年期望存活率

### 重要性：

本指標的計算，分子係指被診斷為乳癌且存活五年以上之機率（任何死因皆考慮），分母為在年齡、年代、與性別匹配之一般族群存活五年以上之機率。相對存活率反映了治療方法的進步，以及公共衛生推廣，經查文獻，乳癌早期發現及治療，其五年存活率高達 9 成，透過篩檢計畫可使乳癌早期發現及得到重視。

治療方式進步如合併乳房保留手術、放射療法及常規輔助化學療法，不但可提升乳癌的治癒率，並改善患者的生活品質進而提高存活率。測量及比較存活率可以呈現出不同健康服務體系對乳癌照護品質的高低，因此 HCQIP 以五年相對存活率反映乳癌診斷與治療能力的進展。

### 國際及區域比較：

我國 2010-2014 年之五年相對存活率為 85.1%，若與 OECD 各國共同評比，我國於 39 個國家中居第 23 位；與 2000-2004 年的指標值 80.9% 相較，雖上升 4.2%，但與 OECD 國家比較屬中段 [ 詳見圖 70]。

國內縣市之間，因資料分層數多，於個案數少的縣市，數據變異性大，如離島地區。臺灣本島以臺北市及新竹市表現最佳，基隆市上升幅度最大；與 2000-2004 年相比較，多數縣市皆上升。[ 詳見圖 71]。

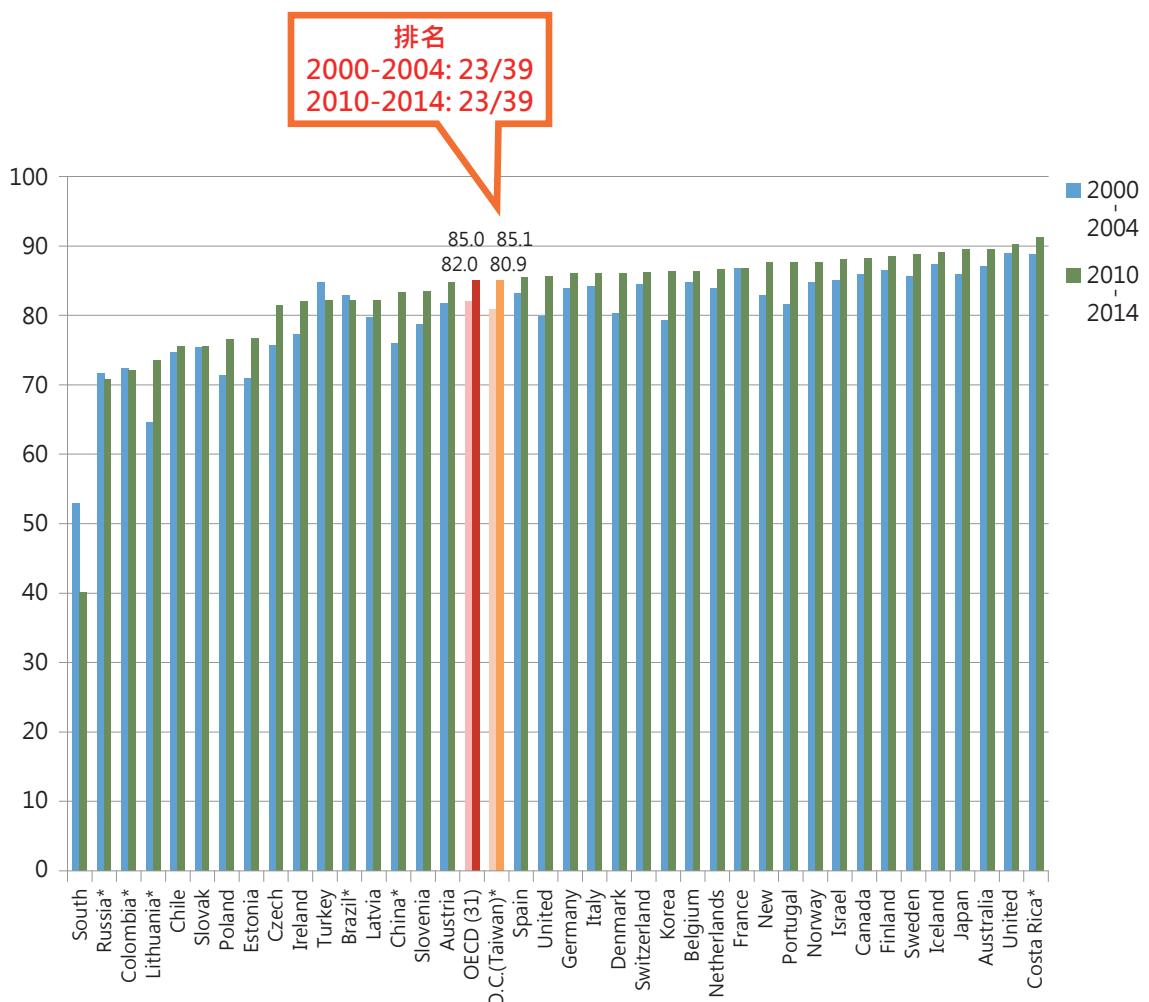
國內六大醫療區域之間以臺北區近期的表現最佳；與 2000-2004 年相比較，除東區外，其餘各區域皆上升，又以高屏區及南區上升幅度最大 [ 詳見圖 72，醫院評鑑層級數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

我國本指標於國際表現尚有進步的空間，至於在國內六大醫療區域的表現，各區域皆有攀升，其中以高屏區進步最多，東區最低。為提升國人乳癌存活率，以縮減我國與先進國家乳癌 5 年存活率之差異，現階段國家癌症防治相關政策不僅將預防工作列為重點外，亦將具早期發現、早期治療性質之癌症篩檢列為重要工作，因此自 2004 年推動乳癌 X 光攝影篩檢，並自 2010 年擴大推行。

此外，由於癌症醫療照護品質影響癌症患者存活率甚鉅，為提升癌症治療品質，健康

署依據癌症防治法於 2005 年公布「癌症診療品質保證措施準則」，為促使醫院落實該準則，以強化醫院癌症診療照護品質，並於 2008 年推動癌症診療品質認證，於 2010 年開辦癌症診療品質提升計畫，協助醫院建立院內癌症照護架構及模式，並成立多專科照護團隊，以提供病人完整性的癌症醫療照護。同時發展乳癌診療核心測量指標，促使醫院自我監測乳癌診療照護品質，並依據監測結果進行照護品質之檢討改善。截至 2016 年止共計 57 家醫院通過認證，有 92 家醫院於 2017 年參與癌症診療品質提升計畫，對於癌症診療品質認證醫院家數較少的區域，將辦理醫院參與跨院際合作計畫，以增進當地民眾就近接受診治。期待透過鼓勵醫院加入癌症診療品質提升計畫，以加強我國癌症照護品質。



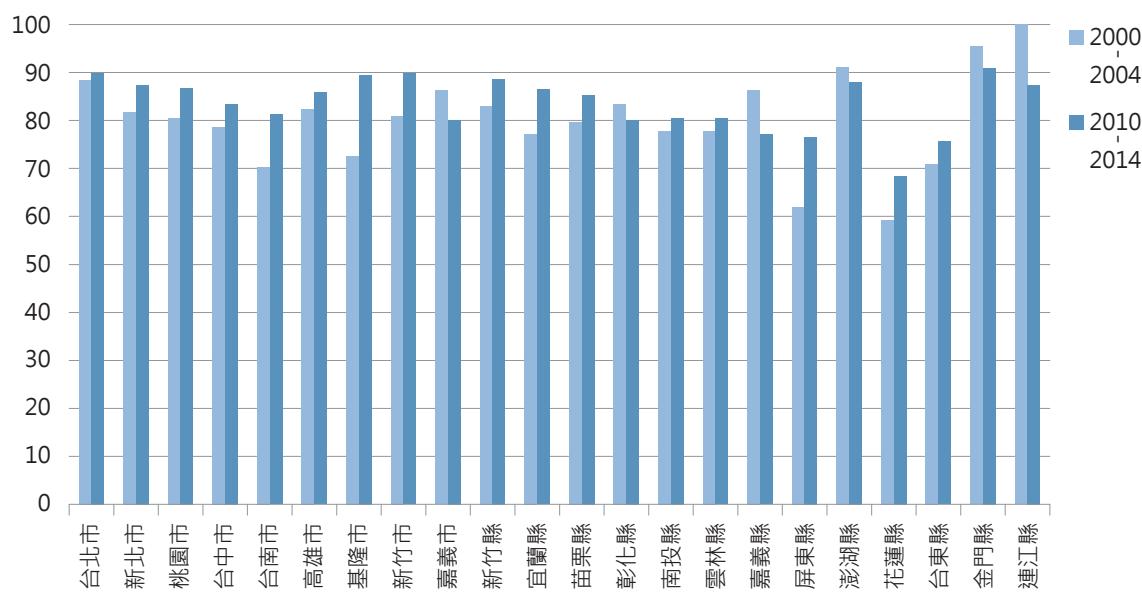
單一位：百分比 (% of age-standardized survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 70、乳癌五年相對存活率—國際比較

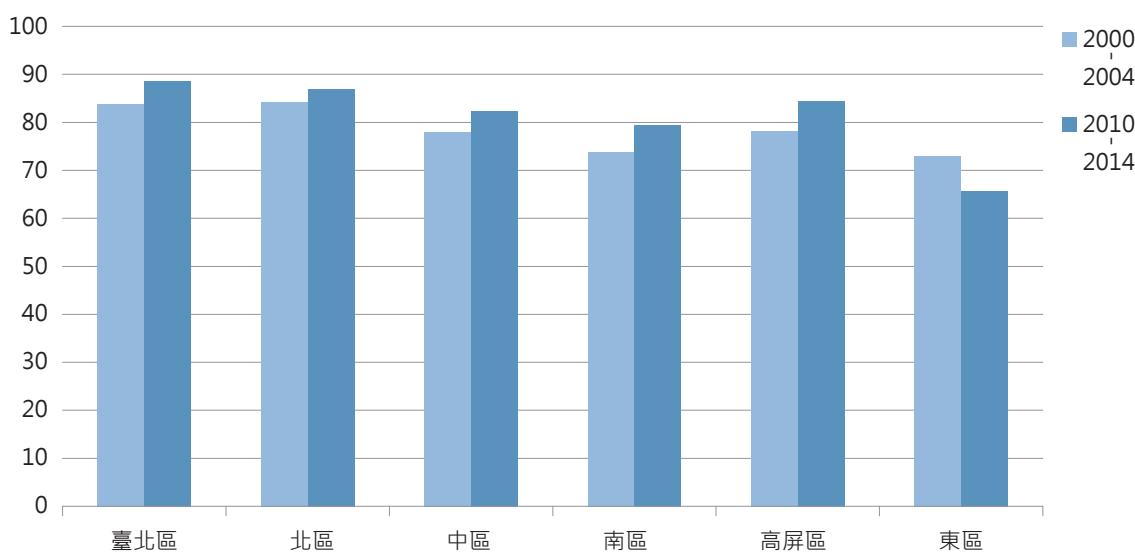


單一位：百分比 (% of age-standardized survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 71、乳癌五年相對存活率—國內縣市比較



單一位：百分比 (% of age-standardized survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 72、乳癌五年相對存活率—國內六大醫療區域比較

## 乳癌死亡率

### 指標定義：

分子	原死因為乳癌診斷之死亡人數
分母	15 歲以上女性人口 (每十萬女性)

### 重要性：

依 2015 年統計處公布之死因資料顯示，女性乳癌為國人 10 大癌症死因第 4 位，2015 年女性乳癌標準化死亡率為每 10 萬 11.6 人，較 2002 年的每 10 萬 10.2 人增加 1.4 人。

為有效降低乳癌死亡率，需預防乳癌的發生與定期接受篩檢與治療。乳癌的危險因子，含初經早、停經晚、未曾生育或 30 歲後才生第 1 胎，未曾哺乳、有乳癌家族史者、得過乳癌、卵巢癌或子宮內膜癌及不健康的生活型態（如抽菸、飲酒、不健康飲食及缺乏運動）。

透過篩檢的早期診斷、專業化醫療照護及經由評估後給予有效治療方式等各照護階段的努力，應可提升治療效果及改善預後，進而降低婦女因本疾病死亡的比率，因此 HCQIP 選定本指標反映一個國家乳癌防治體系整體運作的成效及照護品質。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年乳癌死亡率為每十萬女性人口 21.0 人，若與 OECD 各國共同評比，我國於 42 個國家中居第 9 位；惟 2015 年與 2010 年相較，每 10 萬人口增加 1.9 人 [ 詳見圖 73]。

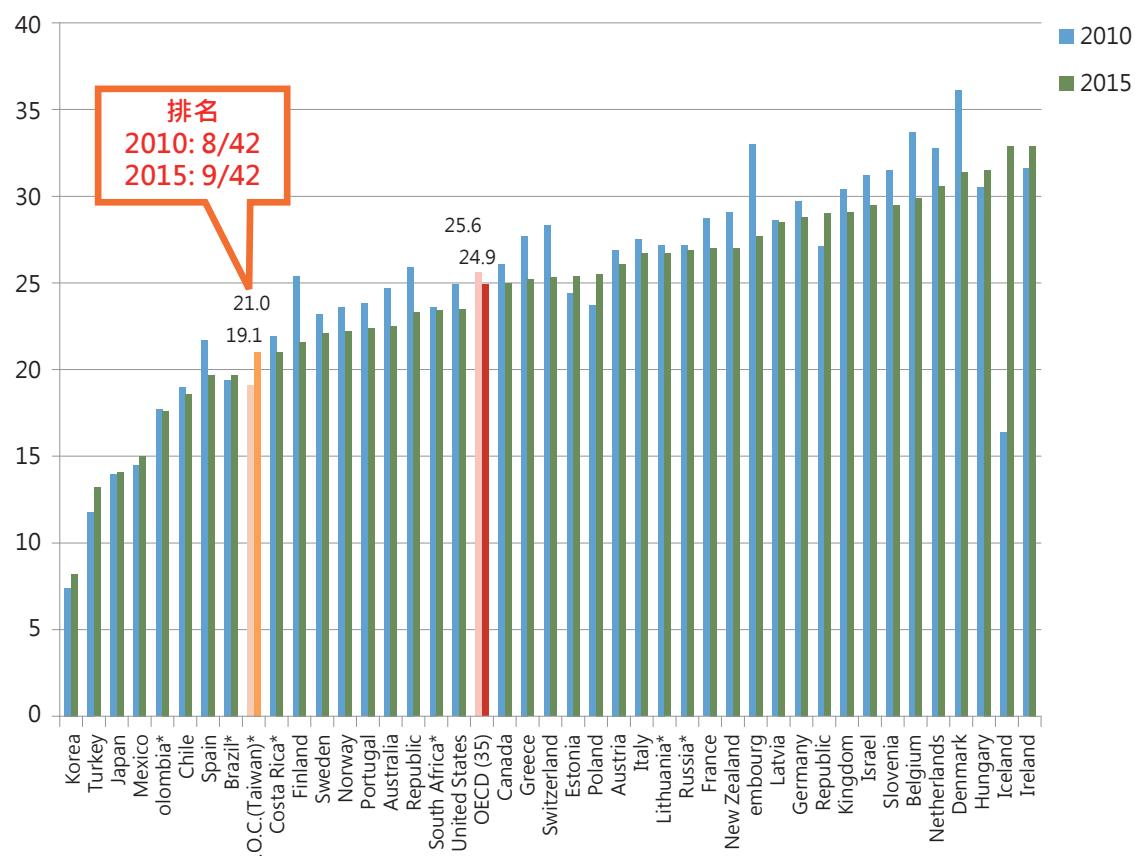
國內六大醫療區域 2016 與 2005 年比較下，除臺北區外，各區死亡率皆呈現上升情形 [ 詳見圖 74]。

國內縣市之間，2016 年與 2005 年比較，標準化死亡率上升百分比較高的前 3 縣市為嘉義縣、嘉義市及花蓮縣，標準化死亡率下降百分比較高的前 3 縣市為宜蘭縣、基隆市、金門縣 [ 詳見圖 75]。

### 政策討論：

大多數 OECD 會員國近十年的乳癌死亡率呈現下降趨勢，顯示乳癌防治有具體成效。我國指標值低，僅高於韓國、日本、墨西哥及巴西等 8 國，應是我國乳癌發生率相較美國家為低且診療品質佳之故。但因近年飲食西化，乳癌發生率及死亡率近年皆呈現上升趨勢。國內六大醫療區域以中區之死亡率較高，東區之死亡率最低。我國自 2009 至 2010 年擴大推動乳癌篩檢，針對 45-69 歲婦女及 40-44 歲有家族史之婦女提供篩檢服務，推行至今約 9 年，降低死亡率之成效尚需時間。研究顯示每 2 年 1 次乳癌篩檢已降低我

國婦女死亡率 41%。另依我國 2015 年癌症登記年報顯示，乳癌發生人數之臨床期別中，第三期以上者占 20.0%，仍有必要持續提升篩檢率，且降低死亡率的根本手段在於遏止發生率之上升，避免飲酒、高脂肪食物、避免體重過重、避免太晚生育、多運動、定期乳癌篩檢、早期發現、早期治療，並建立良好的生活習慣是防治乳癌的不二法則。此外，對於已罹癌者，如何透過適切的治療照護，來降低癌症死亡率亦是重要的課題。因此，於 2010 年推動癌症診療品質提升計畫，促使醫院透過多專科照護團隊，提供病人適切的醫療照護，2017 年計有 92 家醫院參與此計畫，希冀透過具品質的醫療照護，降低癌症死亡率。



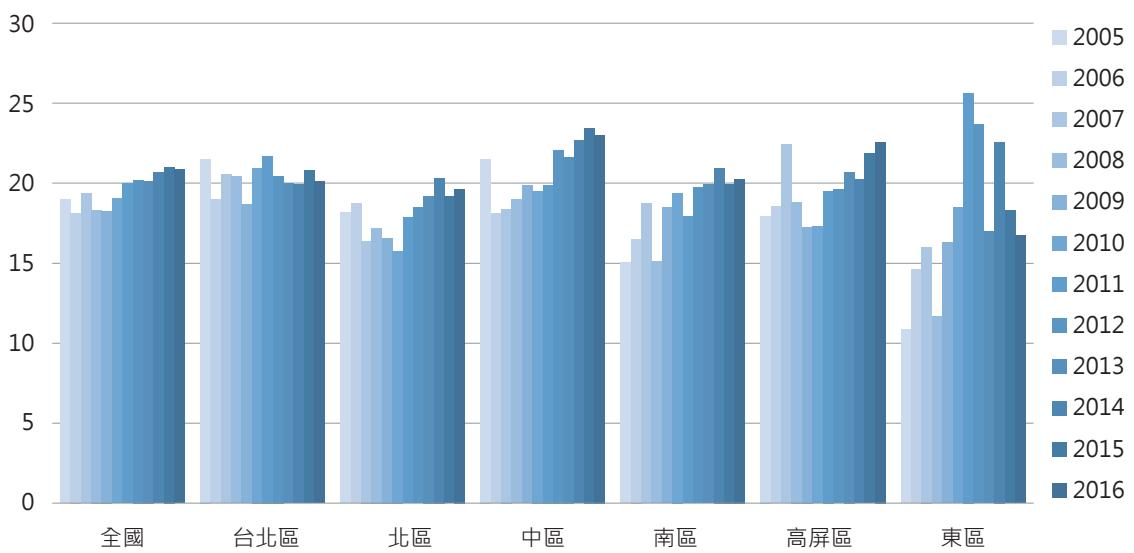
單一位：每十萬女性 (age-standardised rate per 100,000 females)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部統計處，使用 OECD 2010 年人口年齡結構計算本國標準化死亡率

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 73、乳癌死亡率—國際比較 (僅女性)

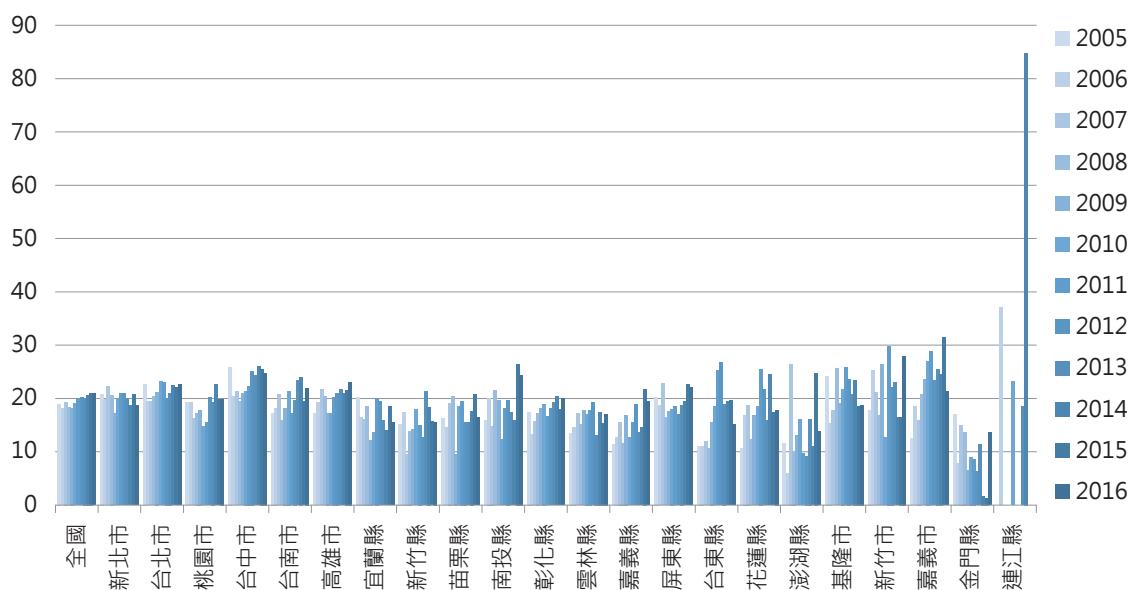


單一位：每十萬女性 (age-standardised rate per 100,000 females)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 74、乳癌死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (僅女性)



單一位：每十萬女性 (age-standardised rate per 100,000 females)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 75、乳癌死亡率—國內縣市各年度比較 (僅女性)

## 子宮頸癌篩檢率

### 指標定義：

分子	30-69 歲女性過去 3 年曾接受子宮頸癌篩檢的人數
分母	30-69 歲女性人口 (OECD 標準為 20-69 歲)

### 重要性：

實證資料顯示抹片篩檢，可降低 60-90% 子宮頸癌發生率及死亡率 (David, 1990)。本項篩檢已在多數國家推行，但不同國家篩檢對象的年齡範圍及篩檢頻率有差異。常規婦科及抹片檢查可發現子宮頸癌前病變及早期子宮頸癌，經妥適治療可阻斷癌前病變進展為癌症進而降低子宮頸癌的死亡率。因此 HCQIP 選定本項指標反映參與國家子宮頸癌防治的成果。

### 國際及區域比較：

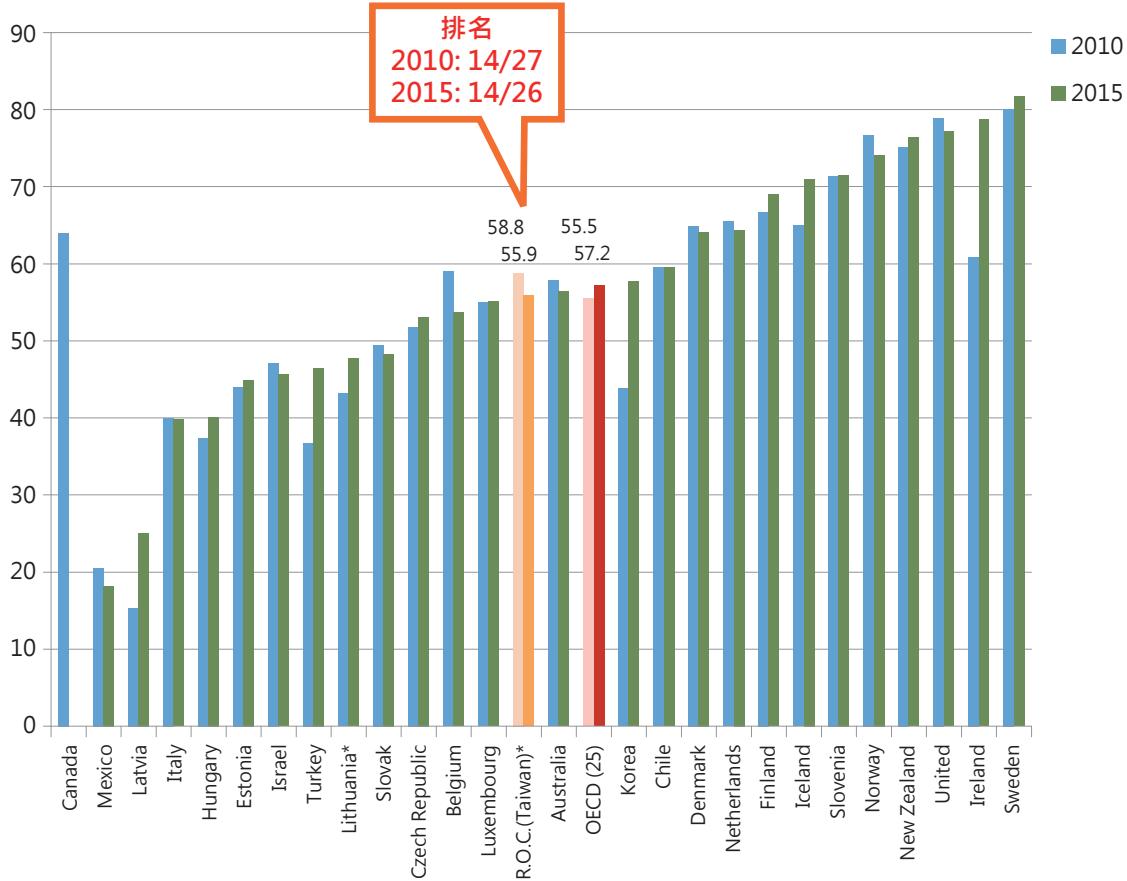
我國 2015 年子宮頸癌篩檢率為 55.9%，若與 OECD 各國共同評比，我國於 26 個國家中居第 14 位，篩檢率與 2010 年相比持平 [ 詳見圖 76，縣市別資料見圖 77]。

就我國六大醫療區域比較下，高屏區與東區篩檢率低，北區、中區及南區雖然略高，惟均呈現微幅下降趨勢 [ 詳見圖 78]。

### 政策討論：

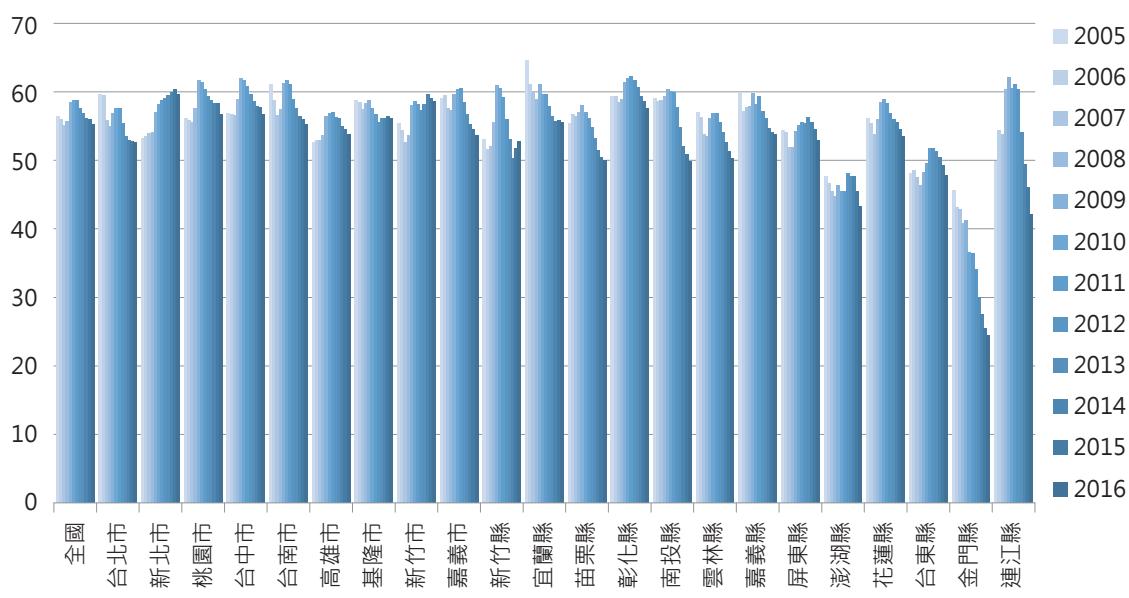
我國子宮頸抹片篩檢率，雖因資料未列入自費篩檢人數致有偏低之虞，惟依健康署電話調查顯示 2010 年與 2015 年分別為 72.1%、74.5%。另多數醫療區域及全國近年篩檢率呈下降趨勢，值得注意。婦女本身對疾病認知不足及東方保守文化背景使得子宮頸抹片推廣阻力較大，鄰近國家日本及韓國篩檢率亦較歐美低。另外，影響篩檢率之原因，依國民健康訪問調查 (NHIS) 結果，包括自覺身體健康沒有需要、太忙沒有時間、年紀大不用做、覺得不好意思等。

自 2006 年起子宮頸抹片改由健康署以公務預算推動，該署利用通路辦理宣導教育活動，請衛生局所寄通知單及電話邀請等；透過抹片車及設站篩檢辦理社區篩檢服務，2010 年起更透過醫院主動提示提醒符合資格到院病人接受篩檢服務。未來將對婦女持續宣導受檢之重要性，提升民眾健康識能及無症狀要接受篩檢之觀念，透過社區、職場設站或以巡迴車提供可近性之巡迴篩檢服務，以提升篩檢率，並持續輔導並提供醫院誘因，強化三道篩檢防線，即主動提示到院病人、電話邀約久未到院病人、於社區設站或提供巡迴篩檢。善用媒體通路，依對象運用相關媒體含新媒體，如：製作懶人包、運用網路紅人拍攝衛教宣導影片、臉書傳達衛教資訊等。利用 Nudge 推力策略，或利用給予小獎勵、系統性邀約、將癌症篩檢使民眾感知篩檢之珍貴並珍惜，潛移默化改變民眾篩檢行為。



單一位：百分比 (% of females aged 20-69 screened)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署  
 註：\* 為非 OECD 會員國

圖 76、子宮頸癌篩檢率—國際比較 (僅女性)

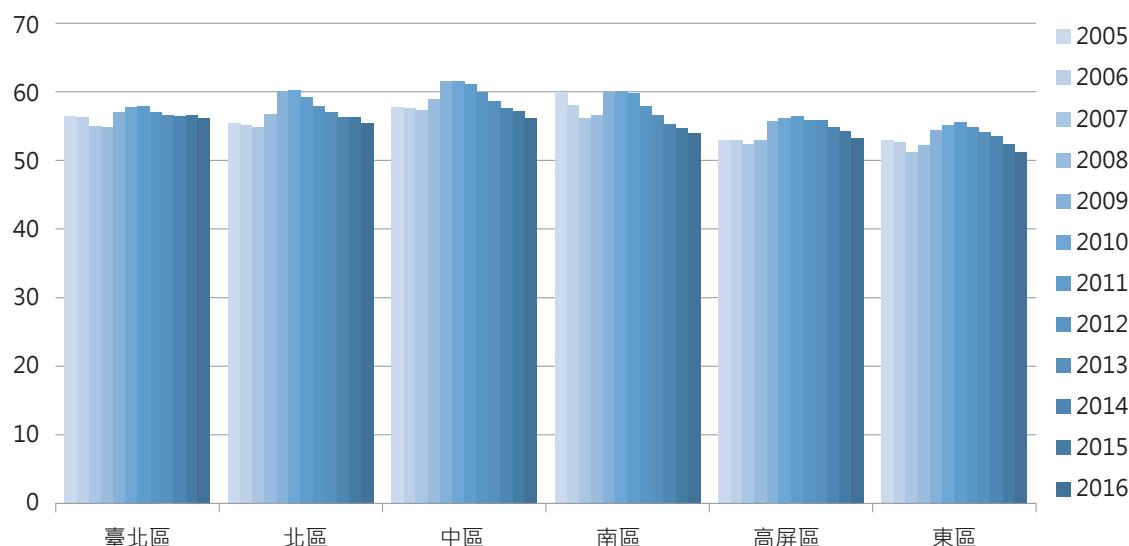


單一位：百分比 (% of females aged 20-69 screened)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 77、子宮頸癌篩檢率—國內縣市比較 (僅女性)



單一位：百分比 (% of females aged 20-69 screened)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 78、子宮頸癌篩檢率—國內六大醫療區域比較 (僅女性)

## 子宮頸癌五年相對存活率

### 指標定義：

分子	子宮頸癌五年觀察存活率
分母	子宮頸癌五年期望存活率

### 重要性：

本指標的計算，分子係指被診斷為子宮頸癌且存活五年以上之機率（任何死因皆考慮），分母為在年齡、年代、與性別匹配之一般族群存活五年以上之機率。子宮頸癌是全球婦女發生率第 2 大癌症，根據 WHO 統計，每年約有 50 萬婦女罹患子宮頸癌。相對存活率是一項用來量測健康照護體系有效性之重要指標，可反映國家有能力在早期檢測出癌症及提供有效之治療方法，因此 HCQIP 以五年相對存活率反映子宮頸癌診斷與治療能力的進展。

### 國際及區域比較：

我國 2010-2014 年之子宮頸癌五年相對存活率為 70.2%，若與 OECD 各國共同評比，我國於 41 個國家中居第 7 位；惟與 2000-2004 年相較，降低 5.7%[ 詳見圖 79]。

國內六大醫療區域 2010-2014 年與 2000-2004 年比較，皆有下降情形，又以東區下降較明顯 [ 詳見圖 81]。

國內縣市之間，因資料分層數多，於個案數少的縣市，數據變異性大，如離島地區。於臺灣本島以新竹市表現最佳；與 2000-2004 年相較，臺灣本島除新竹市外皆下降，以嘉義市下降幅度最大 [ 詳見圖 80]。

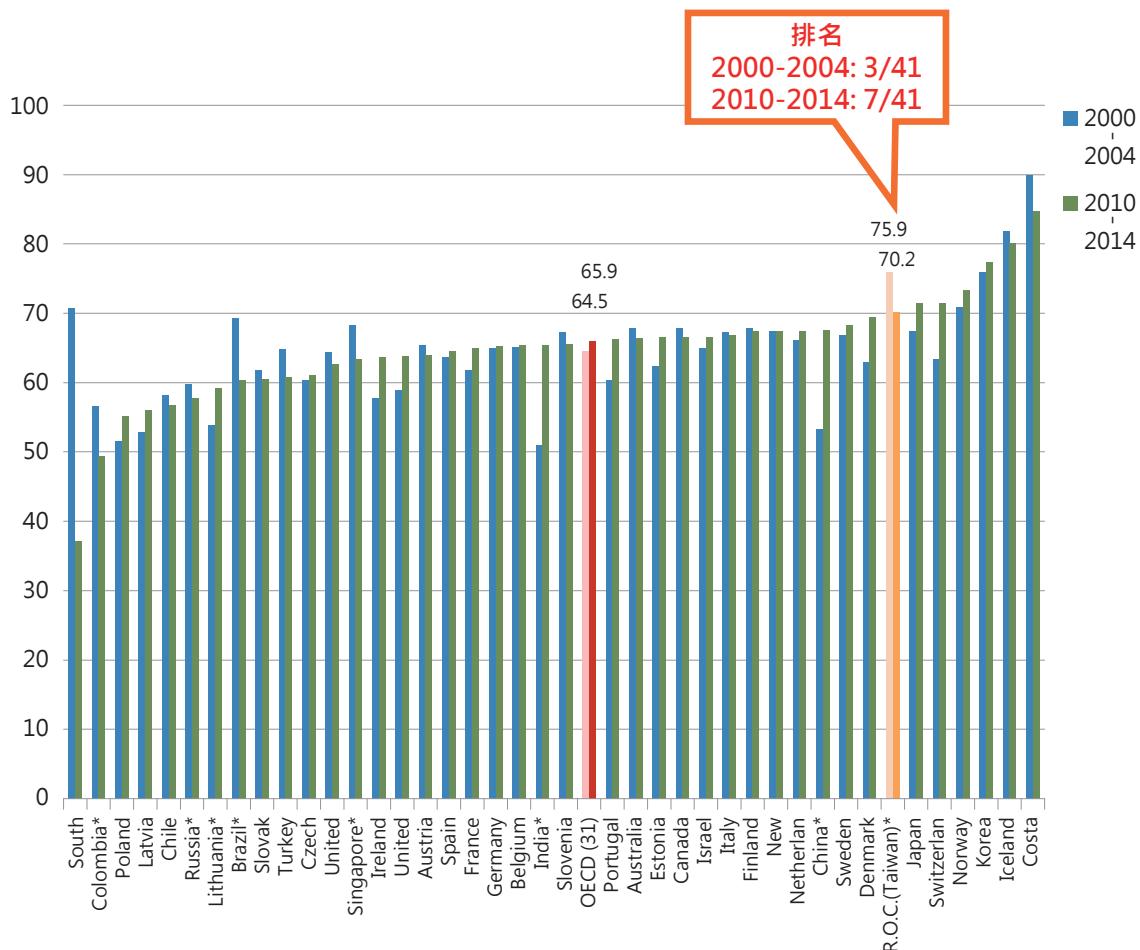
### 政策討論：

我國子宮頸癌五年相對存活率高於大多數 OECD 評比國家，惟與 2000-2004 年相較下降 5.9，近半數 OECD 評比國家在本項指標呈現下降趨勢。另六大醫療區域及全國平均亦有下降之趨勢。在篩檢政策的推動下，子宮頸癌發生率逐年降低，依 2015 年癌症登記資料顯示，子宮頸癌個案經由篩檢發現者，有 97.6% 為子宮頸癌前病變及早期（0 期及 1 期）子宮頸癌，故推測子宮頸癌存活率下降的可能原因是由於長期篩檢發現多數癌前病變或原位癌，並經治癒而阻斷疾病進展。相對的，被診斷為侵襲癌者，多屬於未篩檢、久未篩檢或更具嚴重性的癌症為主，致存活率呈現下降的情形。

我國在本項指標國際間表現可歸功於由政府預算支應提供婦女子宮頸抹片檢查至進一步癌症診斷與治療的健保給付，且醫院整體治療水準提升，包括早期之子宮頸癌之手術治療，到子宮頸癌之手術、放射療法及化學療法，致使病患在無經濟負擔的壓力下，

得到有品質的醫療照護。

由於癌症醫療照護品質影響癌症患者存活率甚鉅，因此為提升存活率，除提供合理之治療給付外，另需持續提升子宮頸癌診療照護品質。為此，健康署推動癌症診療品質認證及癌症防治品質精進計畫，同時發展子宮頸癌診療核心測量指標，促使醫院自我監測照護品質，並依據監測結果進行照護品質之檢討改善。



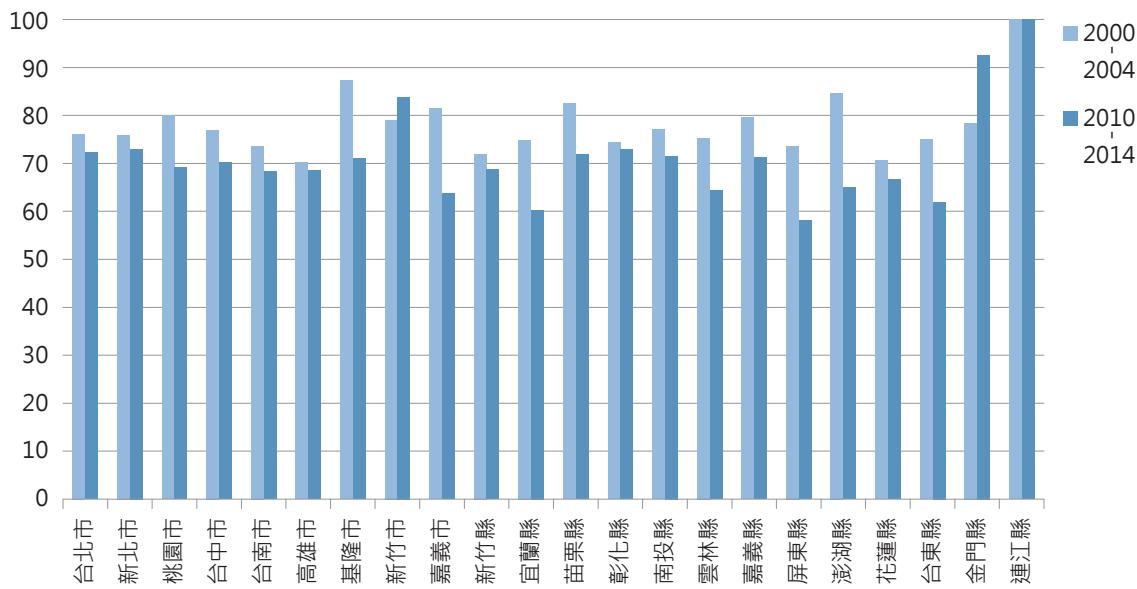
單一位：百分比 (% of age-standardised survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 79、子宮頸癌五年相對存活率—國際比較

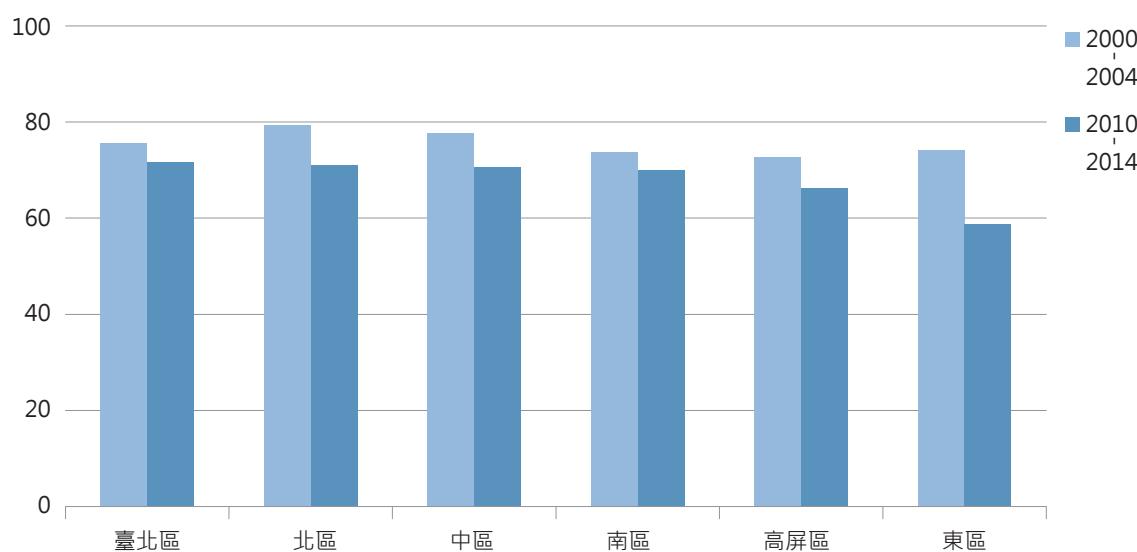


單一位：百分比 (% of age-standardised survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 80、子宮頸癌五年相對存活率—國內縣市比較



單一位：百分比 (% of age-standardised survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 81、子宮頸癌五年相對存活率—國內六大醫療區域比較

## 子宮頸癌死亡率

### 指標定義：

分子	原死因為子宮頸癌診斷之死亡人數
分母	15 歲以上女性人口 (每十萬女性)

### 重要性：

OECD 指出 95% 子宮頸癌是經由性行為感染人類乳突病毒 (HPV) 所致，並於日後發生子宮頸癌前病變甚至子宮頸癌。依 2015 年統計處公布死因資料顯示，子宮頸癌為國人 10 大癌症死因第 10 位，2015 年子宮頸癌標準化死亡率為每 10 萬 3.5 人，較 2002 年的每 10 萬 8.0 人減少 4.5 人。

子宮頸癌死亡率主要反映一個國家能早期診斷出癌症的能力，以及過去幾年內對於子宮頸癌患者照護的效果。而對已實施大規模子宮頸癌篩檢計畫的國家而言，因此 HCQIP 選定本指標反映一個國家子宮頸癌防治體系整體運作成效及照護品質。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年子宮頸癌死亡率為每十萬女性人口 6.1 人，相較 2010 年每 10 萬人口 8.1 人減少 2.0 人死亡。我國 2015 年子宮頸癌死亡率雖呈下降情形，但與 OECD 各國共同評比，我國於 42 個國家中居第 29 位，近後段 [ 詳見圖 82]。

國內六大醫療區域別 2016 與 2005 年比較下，各醫療區域皆呈現下降，並以南區及高屏區下降最顯著 [ 詳見圖 83，醫院評鑑層級別數據請詳見本部網站 ]。

國內縣市之間，2016 年與 2005 年比較，於 21 縣市皆呈現下降情形，澎湖縣呈現上升，標準化死亡率減少百分比較高的前三縣市為嘉義市、嘉義縣及雲林縣 [ 詳見圖 84]。

### 政策討論：

大多數 OECD 會員國在近十年的子宮頸癌死亡率，均呈現下降趨勢，我國 2016 年子宮頸癌死亡率較 2005 年低，相較其他國家死亡率亦有下降趨勢，惟 2005 年至 2016 年間六大醫療區的比較，高屏區及東區之死亡率較高。

我國推動子宮頸癌防治，主要是補助 30 歲以上婦女抹片檢查，以早期發現癌症及癌前病變，其中癌前病變經治療可阻斷疾病進展。另亦補助中低及低收入戶國中青少女、原住民族地區及離島國一青少女接種 HPV 疫苗。

國際實證顯示每 1~3 年篩檢 1 次可以降低子宮頸癌累積發生率達 91%，且抹片檢查可以降低 60-90% 死亡率，爰有效提升子宮頸癌篩檢率，使死亡率下降，是目前國際趨勢，

亦是我國未來應努力之方向。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

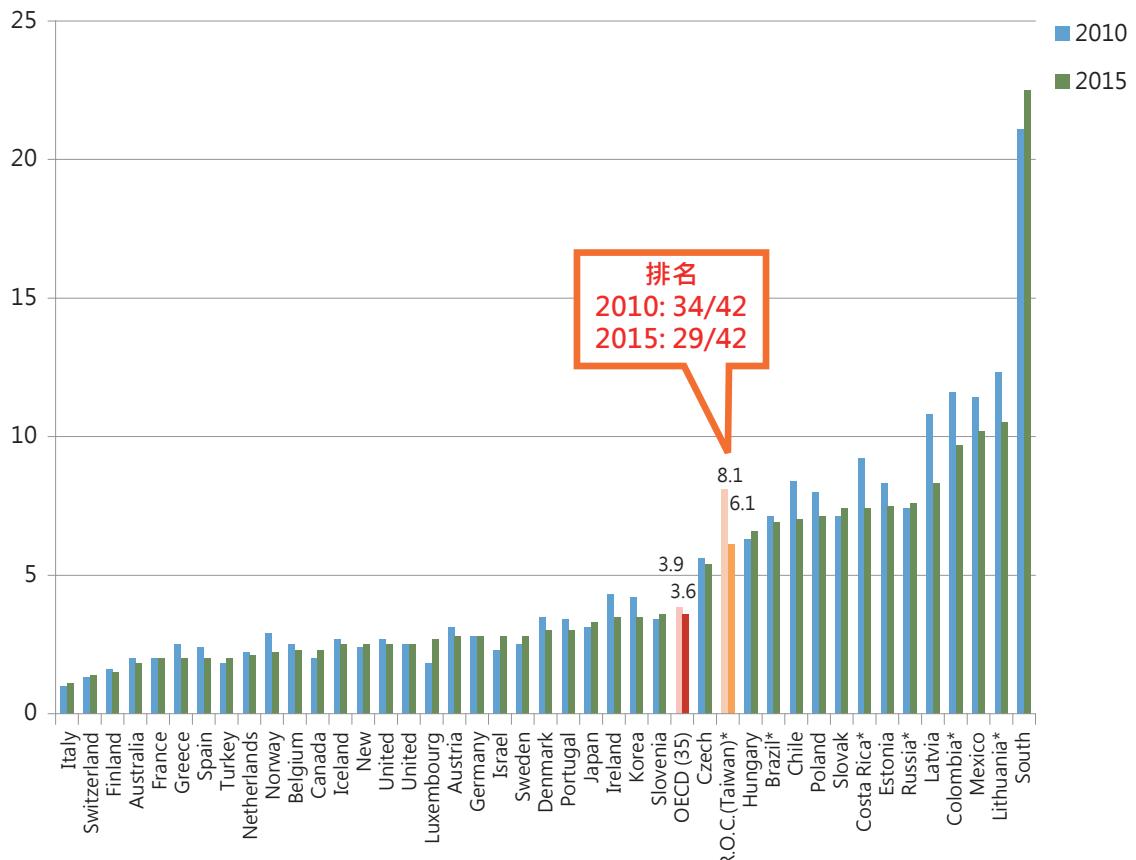
社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻



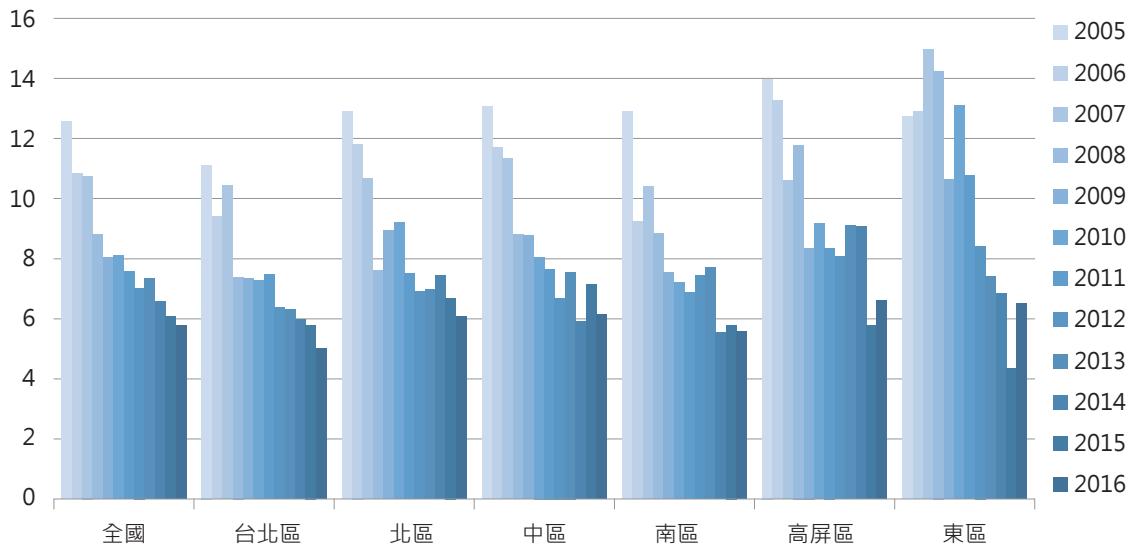
單 位：每十萬女性 (Age-standardised rates per 100,000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部統計處，使用 OECD 2010 年人口年齡結構計算本國標準化死亡率

註：\*為非 OECD 會員國

圖 82、子宮頸癌死亡率—國際比較 (僅女性)

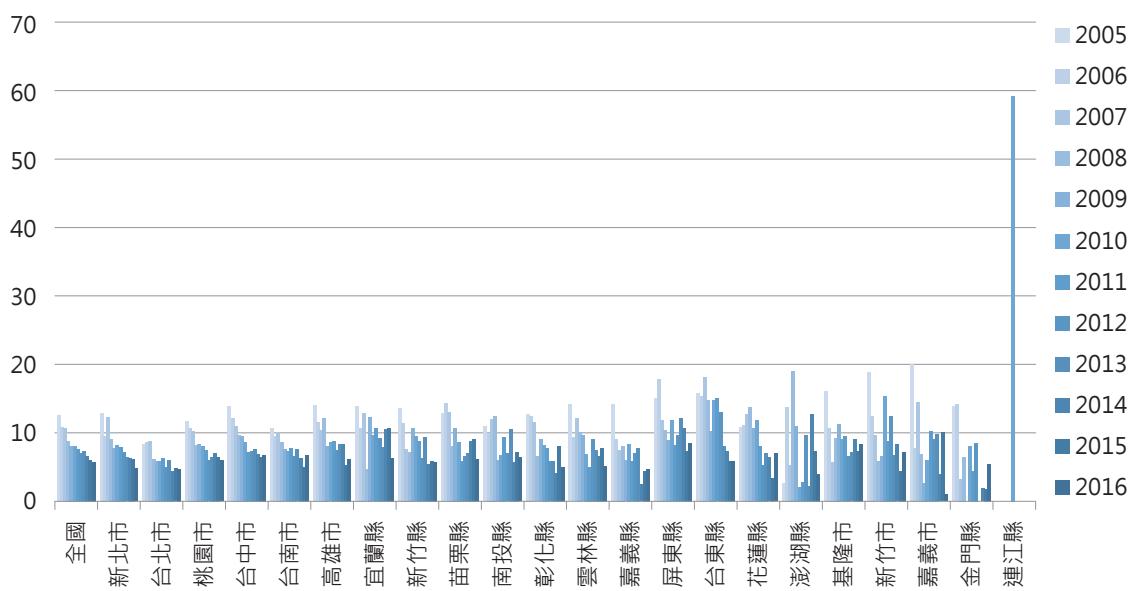


單一位：每十萬女性 (Age-standardised rates per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 83、子宮頸癌死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (僅女性)



單一位：每十萬女性 (Age-standardised rates per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 84、子宮頸癌死亡率—國內縣市各年度比較 (僅女性)

## 大腸直腸癌五年相對存活率

### 指標定義：

分子	大腸直腸癌五年觀察存活率
分母	大腸直腸癌五年期望存活率

### 重要性：

本指標的計算，分子係指被診斷為大腸直腸癌且存活五年以上之機率（任何死因皆考慮），分母為在年齡、年代、與性別匹配之一般族群存活五年以上之機率。OECD 報告指出大腸直腸癌僅次於肺癌及乳腺癌，是全球第 3 位最常被診斷出的癌症，每年有超過 140 萬個新診斷個案。大腸直腸癌的治療以手術、放射及化學療法為主，存活率受臨床技術影響，因此 HCQIP 以五年相對存活率反映大腸直腸癌診斷與治療能力的進展。

### 國際及區域比較：

我國 2010-2014 年之指標值為 62.9%，相較 2000-2004 年 59.8% 上升 3.1%。若與 OECD 各國共同評比，我國於 41 個國家中居第 21 位，屬中段，名列前 2 名的為韓國及以色列，相對存活率均超過 70%[ 詳見圖 85 ]。

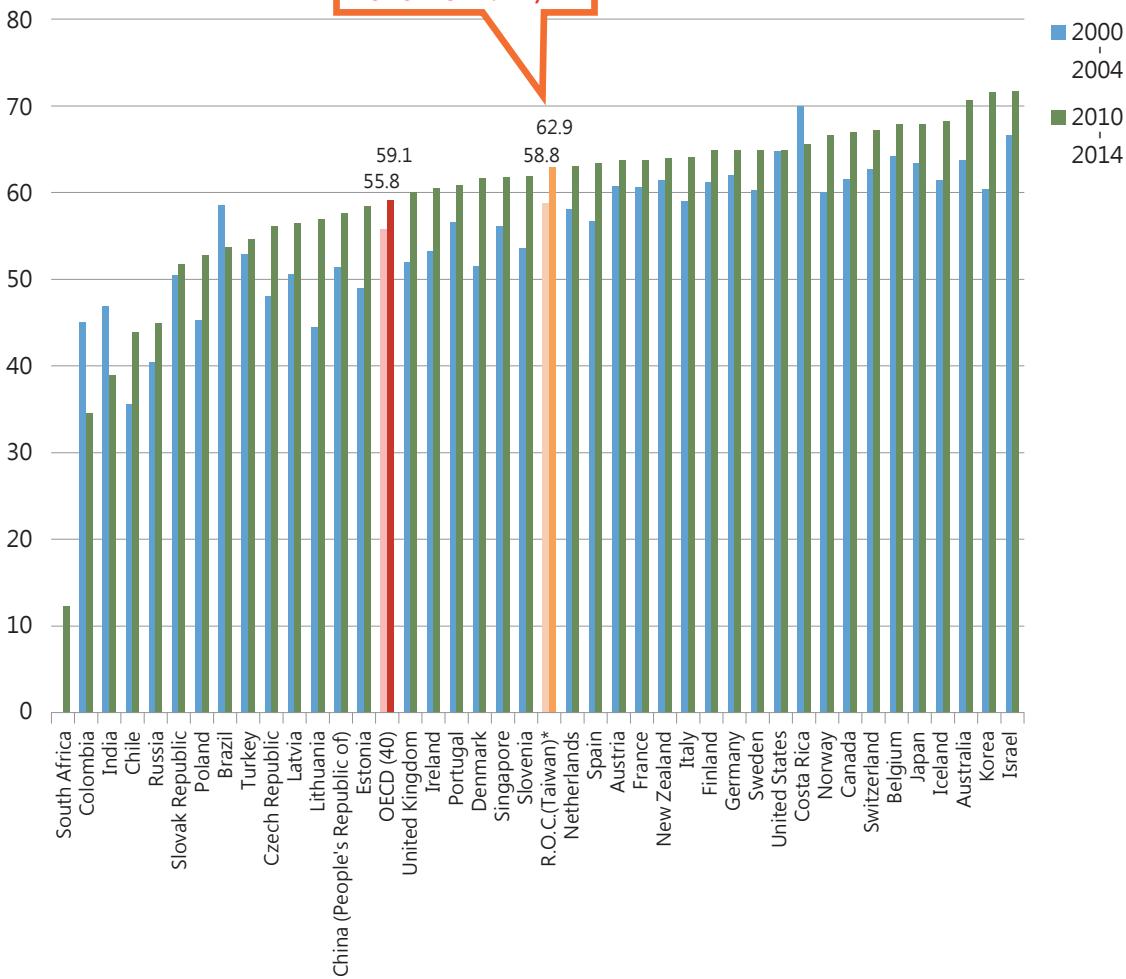
就國內六大醫療區域 2010-2014 年與 2000-2004 年比較，各區域存活率皆有提升，以臺北區及東區提升較高；國內六大醫療區域，依性別比較，除女性於高屏區下降外，各區不分性別均為提升。男性以臺北區提升幅度最大，女性則以東區提升幅度較大 [ 詳見圖 87 ]，性別數據請詳見本部網站。

### 政策討論：

我國在本項指標國際間之表現屬中段，與同在東亞的韓國相比偏低。與各國在 2000-2004 年至 2010-2014 年間相較，存活率有提升，排名中段。

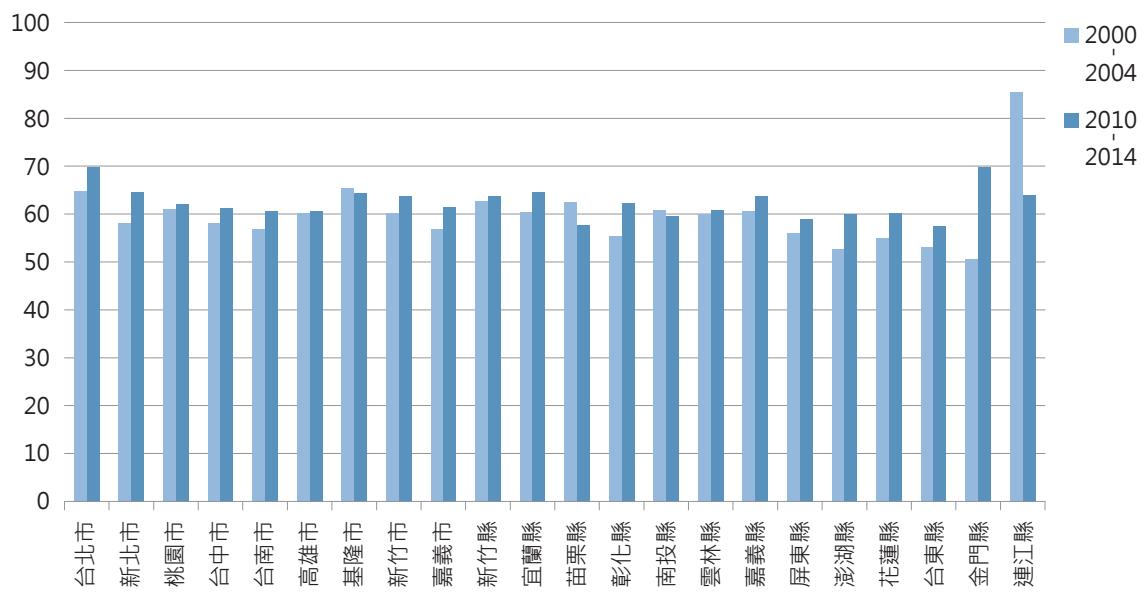
大腸癌目前是國人好發最多的癌症，死亡率亦為癌症死因中前 5 名，為提升大腸癌存活率，健康署於 2004 年推動大腸癌篩檢之糞便潛血檢查，並自 2010 年全面擴大推動篩檢。另為強化醫院癌症診療照護品質，除推動癌症診療品質認證，並辦理癌症診療品質提升計畫，協助醫院建立院內癌症照護架構及模式，並成立多專科照護團隊等，同時發展大腸癌診療核心測量指標，促使醫院自我監測大腸癌診療照護品質，並依據監測結果進行照護品質之檢討改善。

排名  
2000-2004: 19/39  
2010-2014: 21/41



單一位：百分比 (% of age-standardised survival)  
資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年 (或最近年度)  
資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署  
註：\*為非 OECD 會員國

圖 85、大腸直腸癌五年相對存活率—國際比較

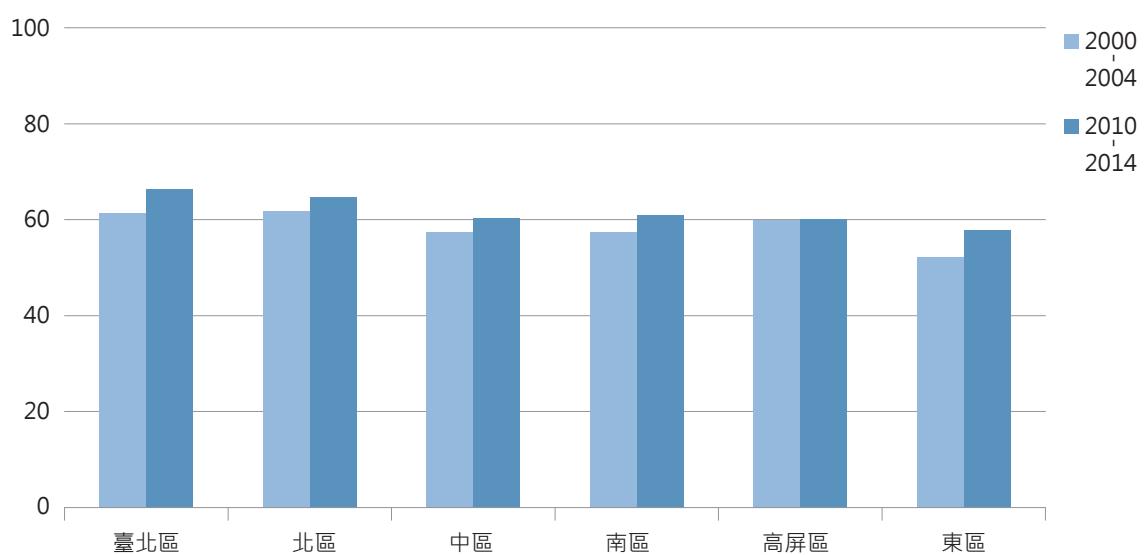


單位：百分比 (% of age-standardised survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 86、大腸直腸癌五年相對存活率—國內縣市比較 (總計)



單位：百分比 (% of age-standardised survival)

資料年度：2000-2004 年及 2010-2014 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

圖 87、大腸直腸癌五年相對存活率—國內六大醫療區域比較 (總計)

## 大腸直腸癌死亡率

### 指標定義：

分子	原死因為大腸直腸癌診斷之死亡人數
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)

### 重要性：

大腸直腸癌在歐美為第 2 大癌症死因，在全球癌症死因則排名第 3。亞洲原不多見，但隨著飲食西化及生活型態改變，有上升趨勢。

因飲食習慣可以降低大腸直腸癌的發生，篩檢計畫的落實可使個案早期發現、早期治療，臨床診療的進步，可以提升病人的存活，綜合以上各項服務的成效則可降低死亡率。因此 HCQIP 選定本指標反映一個國家大腸直腸癌防治體系整體運作成效及照護品質。

### 國際及區域比較：

我國 2015 年大腸直腸癌死亡率為每十萬人口 33.3，較 2010 年高，與 OECD 各國共同評比，我國於 42 個國家中居第 40 位，屬後段 [ 詳見圖 88]。

就國內六大醫療區域比較，南區一直較高；但 2016 年相較於 2005 年，除東區、高屏區上升外，其餘各醫療區域為下降 [ 詳見圖 89]。

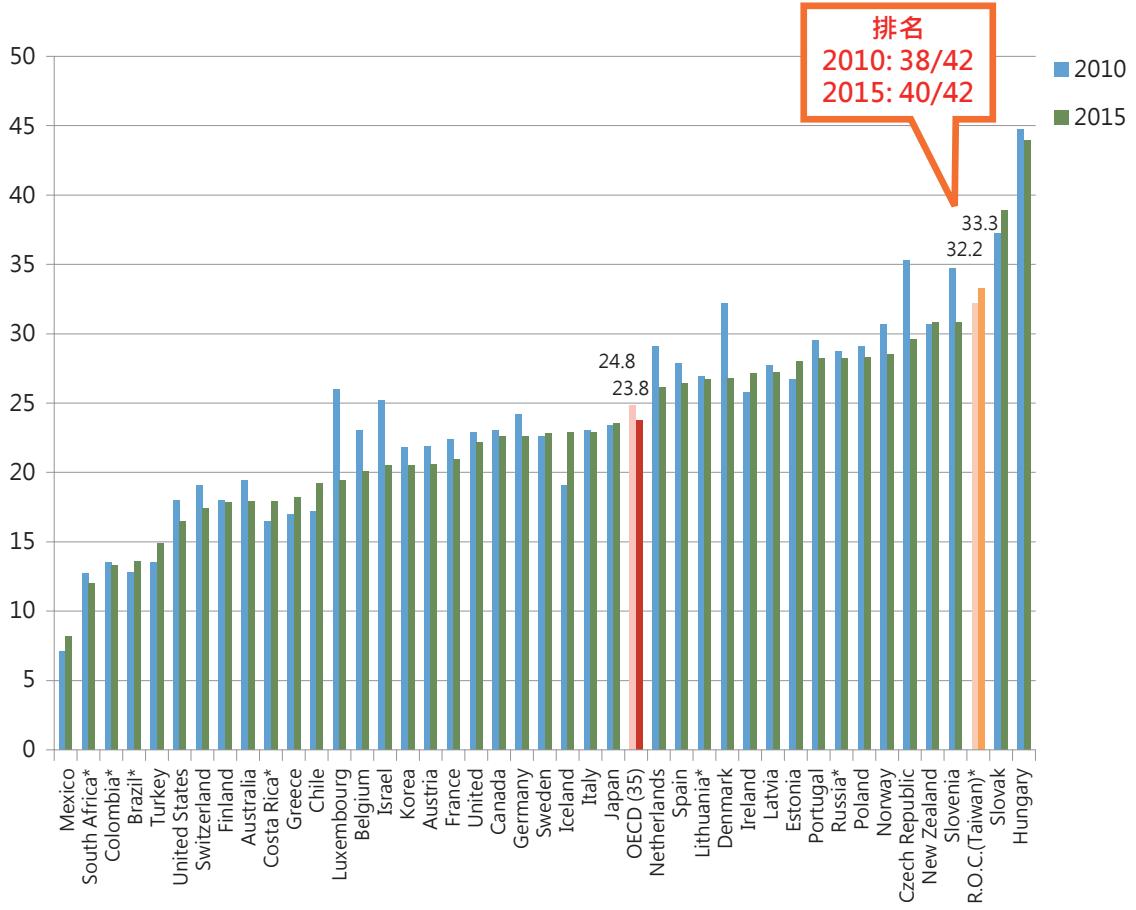
國內縣市之間，2016 年與 2005 年比較，部分縣市因個案數少，數據波動大，標準化死亡率上升百分比較高的前 3 縣市為連江縣、花蓮縣、金門縣，標準化死亡率下降百分比較高的前 3 縣市為新竹縣、雲林縣及彰化縣。[ 詳見圖 90，性別數據請詳見本部網站]。

### 政策討論：

本項指標我國在國際間之表現，2001 年本屬前段，也優於日本；惟十年來其他國家進步者多，我國反而退步，故 2011 年排名退到中後段，也落居同在東亞的日、韓之後。

保持適當的飲食及體重等健康生活型態，加以提升篩檢品質、參與率及早期治療，是降低大腸直腸癌死亡率應採的多元政策。美國的死亡率已超過 20 年持續下降，即是藉由上述多面向努力所致。

健康署自 2004 年進行大腸直腸癌防治試辦計畫，辦理 50-69 歲每兩年 1 次糞便潛血檢驗，自 2010 年起正式將糞便潛血檢查列入預防保健服務項目，篩檢率由 2010 年 23.4% 升至 2015 年 42.0%；另，於 2013 年 6 月起擴大為提供 50-74 歲之篩檢服務。



單一位：每十萬人口 (Age-standardised rates per 100,000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部統計處，使用 OECD 2010 年人口年齡結構計算本國標準化死亡率

註：\*為非 OECD 會員國

圖 88、大腸直腸癌死亡率—國際比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

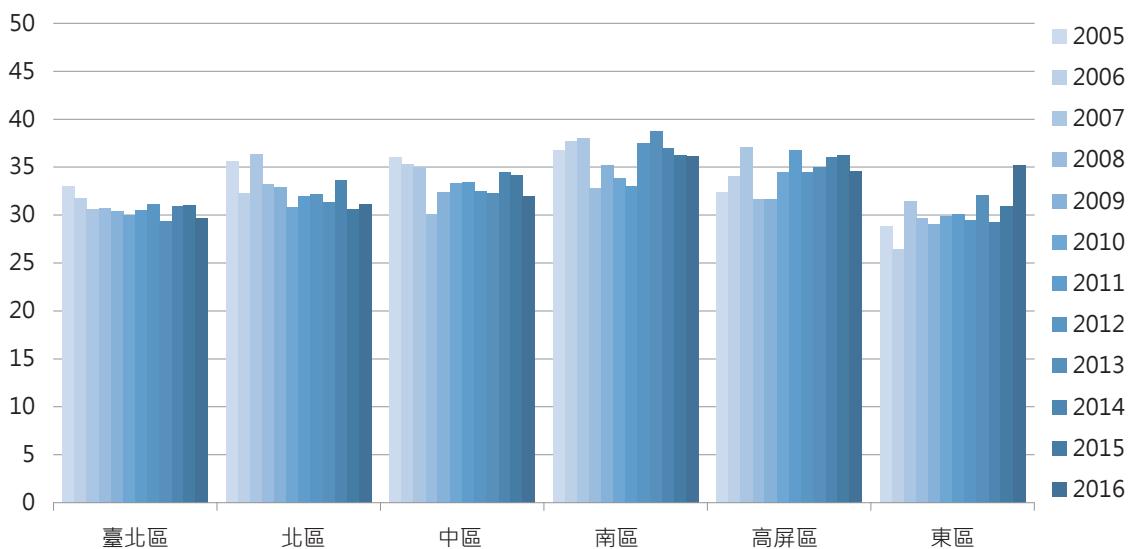
社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

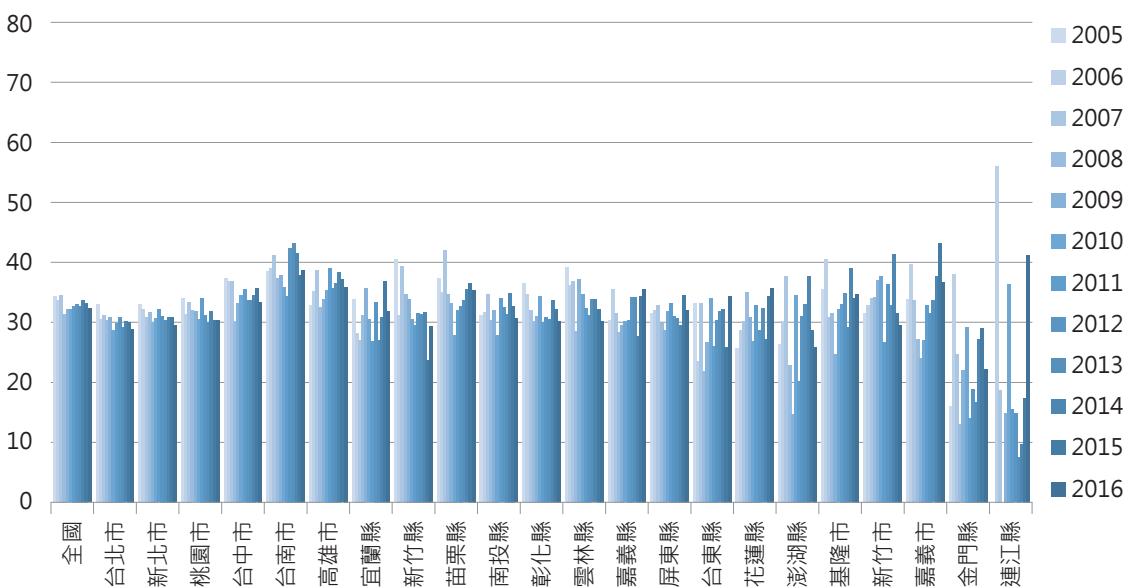


單一位：每十萬人口 (Age-standardised rates per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 89、大腸直腸癌死亡率—國內六大醫療區域各年度比較 (總計)



單一位：每十萬人口 (Age-standardised rates per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部統計處

圖 90、大腸直腸癌死亡率—國內縣市各年度比較 (總計)

## 五、傳染病照護指標

隨著全球旅行與貿易頻繁交流，以及環境變遷，傳染病對國民健康和國家安全的衝擊日益嚴峻，如何積極保障民眾免受疫病威脅，減少傳染病對社會民生的衝擊，是政府展現施政決心與執行力的重點。而接種疫苗是預防傳染病最直接、最有效且經濟效益最高的方法，透過疫苗接種搭配各項防疫策略，可有效降低傳染病的發生率，並降低傳染病之死亡率，因此，本部挑選 6 項傳染病照護指標監測傳染病照護品質，指標項目如下：

### ● 傳染病照護 (6)

- 疫苗接種完成率 (百日咳、B 型肝炎)
- 65 歲以上流感疫苗接種率
- 可預防疾病發生率 (百日咳、麻疹、B 型肝炎)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 ( 百日咳 )

### 指標定義：

分子	兒童於 2 歲前完成 3 劑五合一疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數

### 重要性：

百日咳好發年齡為 6 個月以下，未具免疫力之嬰幼兒一旦感染百日咳，容易併發肺炎、腦病變及痙攣甚至有死亡的風險。為降低疾病風險及有效保護嬰幼兒，OECD 國家均將白喉、破傷風、百日咳 (diphtheria, tetanus, pertussis, DTP) 相關疫苗列為常規接種項目。(OECD, 2017)

我國對百日咳防治極為重視，自 1954 年起開始提供 DTP 疫苗予嬰幼兒常規接種，至 2010 年全面改採白喉、破傷風、非細胞性百日咳、不活化小兒麻痺及 b 型嗜血桿菌五合一疫苗 (DTaP-IPV-Hib)。現行接種時程為出生滿 2、4、6 及 18 個月各接種一劑，並於滿 5 歲至入小學前追加一劑白喉、破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (DTaP-IPV)。

### 國際及區域比較：

2015 年我國 2 歲以下幼童五合一疫苗接種率 99%，與 44 個 HCQIP 參與國共同評比，於 45 個國家中位居第 1 名，高於 OECD 國家的平均值 96%，且較 2010 年排名前進 11 名 [ 詳見圖 91，縣市別資料詳見圖 92] 。

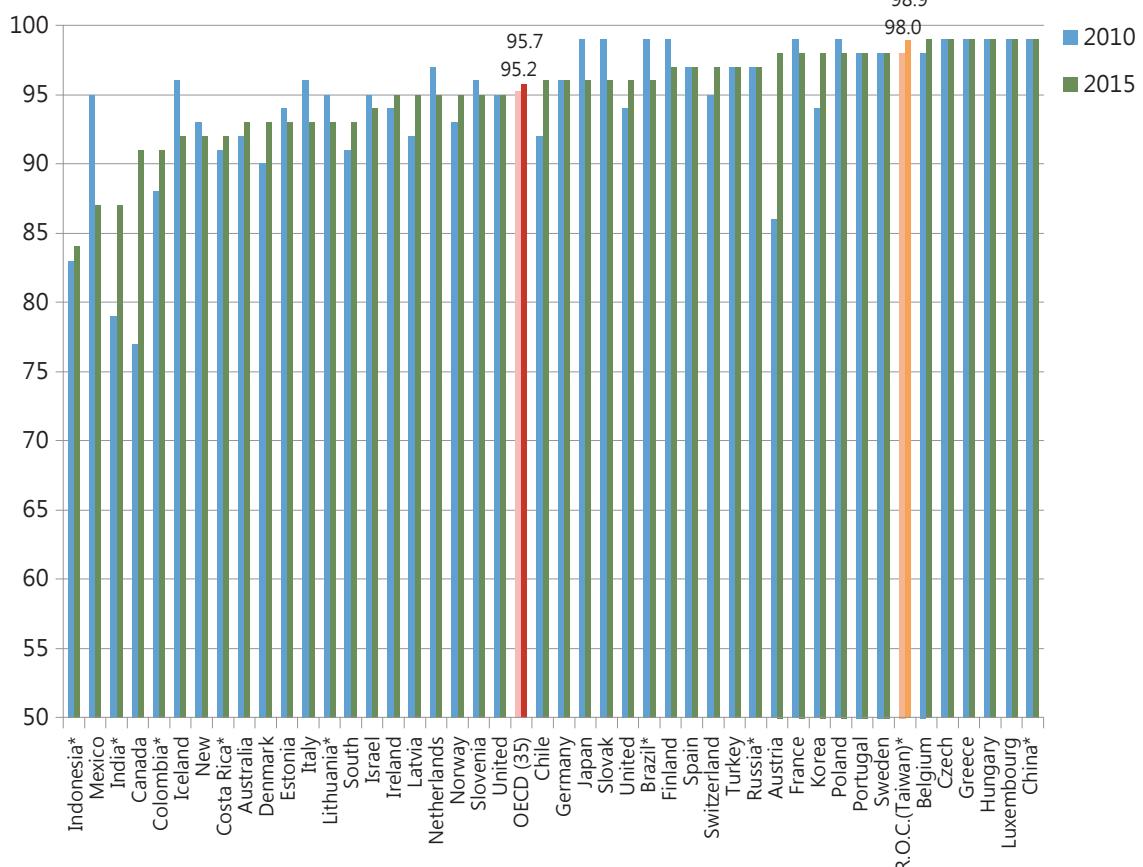
就我國六大醫療區域 2015 年至 2016 年的資料來看，以中區及高屏區接種率最高，東區較低。[ 詳見圖 93，性別數據請詳見本部網站 ] 。

### 政策討論：

HCQIP 多數參與國之百日咳疫苗接種率在 90% 以上，可見各國對於本項指標之重視。我國在其中排名前 25%，表現優異，此係因各衛生機關間均配合預防接種政策落實執行。

我國嬰幼兒之五合一疫苗接種率雖高，惟青少年或成人之百日咳抗體已隨時間逐漸降低或消失，百日咳常由該等族群傳播給家中尚未完成基礎接種的嬰兒，造成潛在的威脅。因此美國與本部傳染病防治諮詢會預防接種組 (ACIP) 均建議，與嬰幼兒有親密接觸的照顧者或醫護人員，應接種一劑減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗 (Tdap)，保護自己及避免傳染給嬰幼兒。另孕婦接種 Tdap，可將抗體傳遞給嬰兒，間接發揮接種效益，因此也建議孕婦接種 Tdap，且每次懷孕均應接種 1 劑；若懷孕時未接種，則於生產後立即接種。(ACIP, 2016；疾管署 )

排名  
2010: 12/45  
2015: 1/45



單 位：百分比 (%)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Healthy Statistics. 2017; 衛生福利部疾病管制署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 91、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (百日咳) — 國際比較

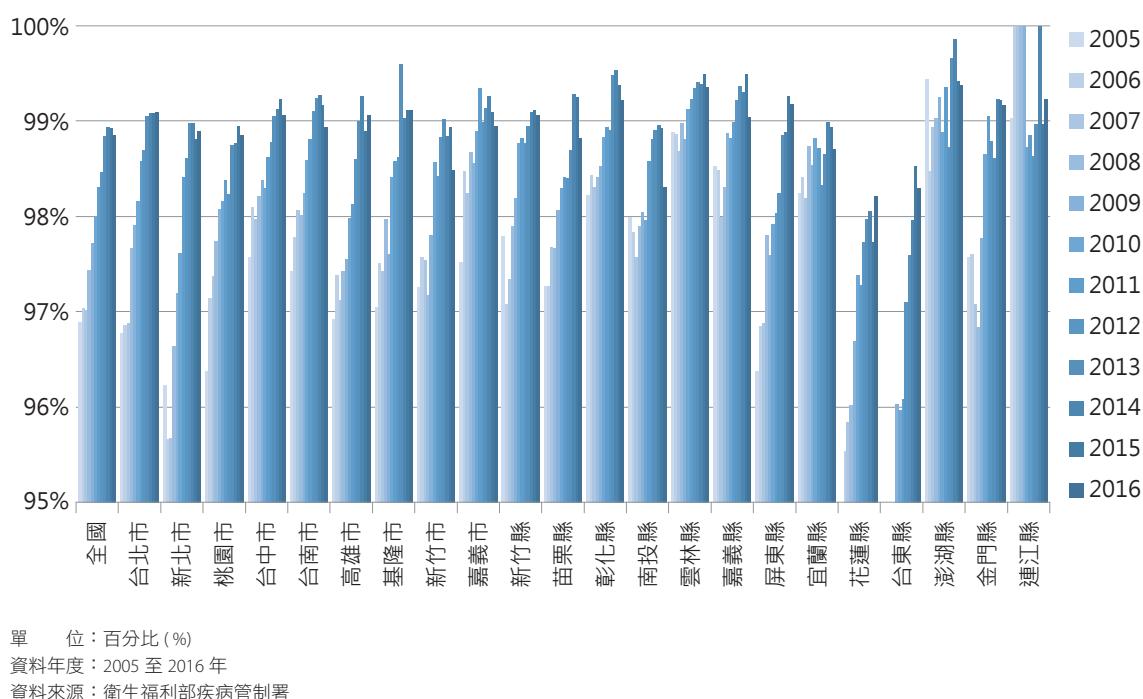


圖 92、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (百日咳) — 國內縣市比較 (總計)

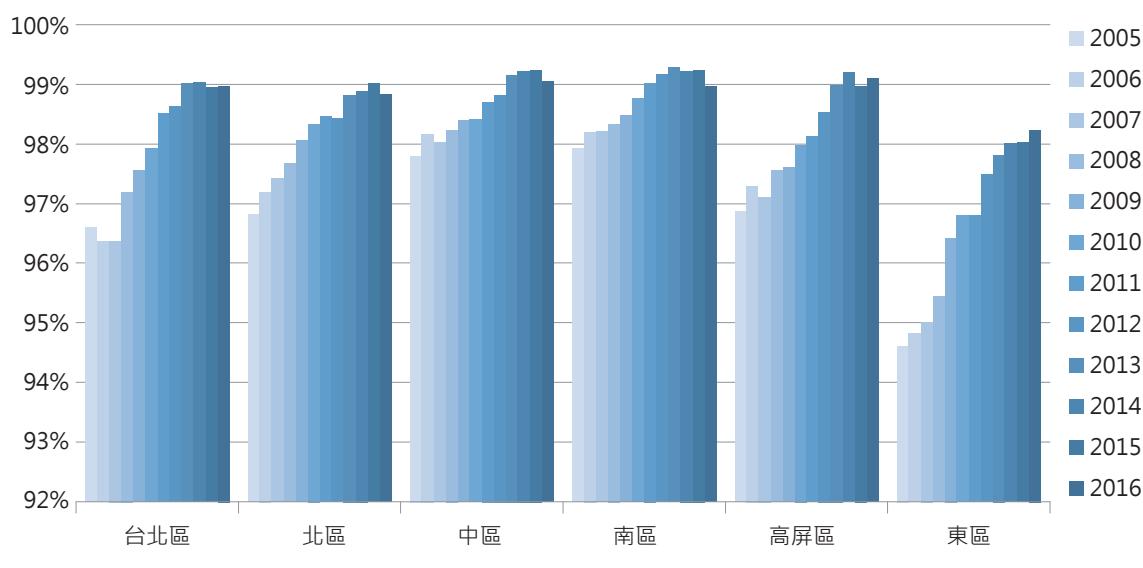


圖 93、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (百日咳) — 國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計)

## 2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎 )

### 指標定義：

分子	兒童於 2 歲前完成 3 劑 B 型肝炎疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數

### 重要性：

臺灣成年人約 15%~20% 為 B 型肝炎帶原者，盛行原因為感染者在幼時遭母嬰垂直傳染。而早期的預防接種能有效預防 B 型肝炎的感染，為截斷母嬰垂直感染，我國自 1986 年 7 月起全面實施嬰幼兒 B 型肝炎疫苗接種政策，首開全球先例。經由長期推動，已使我國 6 歲幼童之 B 型肝炎帶原率，自政策推行前之 10.5% 下降至 0.8%，兒童的肝細胞癌發生率亦由十萬分之 0.52 降至十萬分之 0.13，成效卓著，成為世界典範。

WHO 指出，自 1982 年 B 型肝炎疫苗問世後，完成 3 劑接種之嬰幼兒有 95% 的人可產生具保護性之抗體，可有效預防感染 (WHO, 2017)；也是第一種可以對抗人類主要癌症的疫苗。至 2015 年底止，全球有超過 180 國家將 B 型肝炎疫苗納入嬰幼兒常規接種計畫 (WHO, 2018)。

### 國際及區域比較：

2015 年我國 2 歲以下兒童 B 型肝炎疫苗接種率達 99%，與 37 個 HCQIP 參與國共同評比，於 38 個國家中位居第 1 名，高於 OECD 國家的平均值 88%，且較 2010 年排名前進 1 名 [ 詳見圖 94，縣市別數據請詳見圖 95] 。

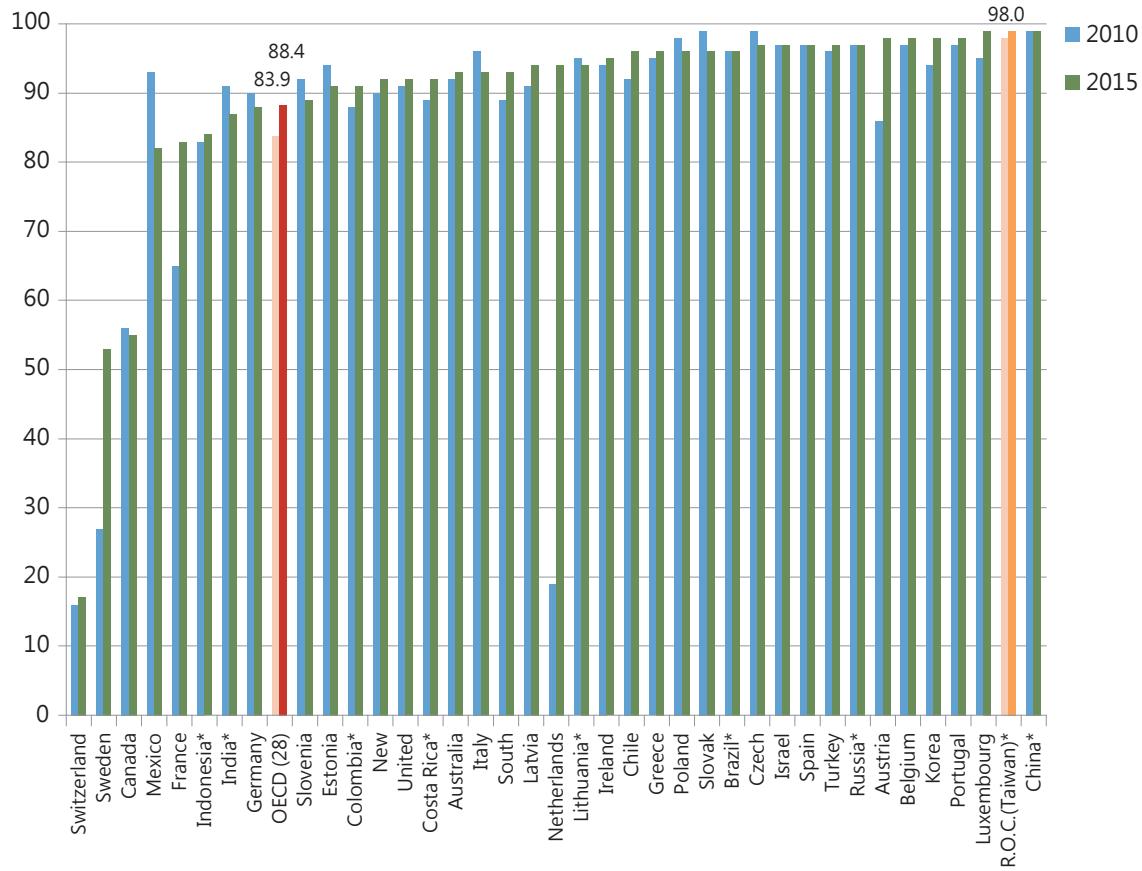
就我國六大醫療區域 2015 至 2016 年的資料來看，以中區及高屏區接種率最高，東區較低 [ 詳見圖 96] 。

### 政策討論：

HCQIP 多數參與國之 B 型肝炎疫苗接種率皆在 90% 以上，我國於其中排名第 2 名，且自 2009 年以來均維持 98% 以上之高接種率，傲視國際。

相關研究顯示，出生 24 小時內接種 B 型肝炎疫苗可更早發揮預防母子間 B 型肝炎垂直感染的效益。因此 WHO 亦建議嬰兒第一劑 B 型肝炎疫苗應於出生 24 小時內儘速接種。而我國嬰幼兒現行之 B 型肝炎疫苗接種時程為出生 24 小時內、滿 1 個月及 6 個月各接種 1 劑 B 型肝炎疫苗，如母親為高傳染性 B 肝帶原 (e 抗原陽性) 之嬰兒，於出生 24 小時內儘快接種 1 劑 HBIG。接種政策與國際作法一致。

排名  
2010: 2/38  
2015: 1/38



單一欄位：百分比 (%)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部疾病管制署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 94、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎) — 國際比較

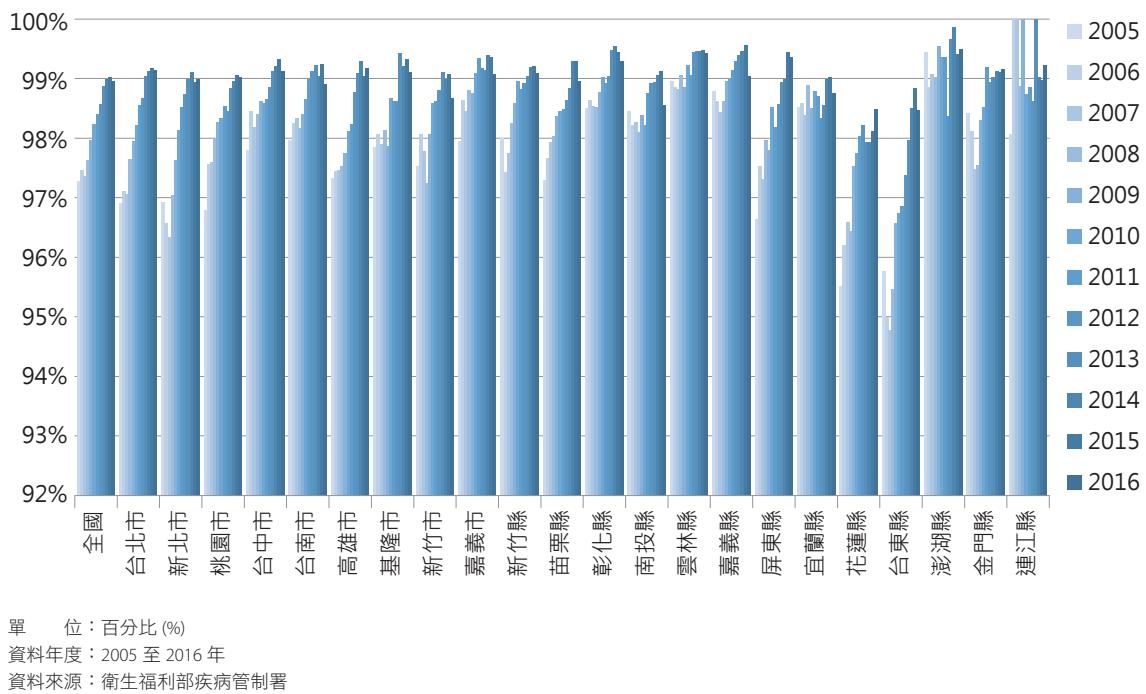


圖 95、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎) — 國內縣市各年度比較 (總計)

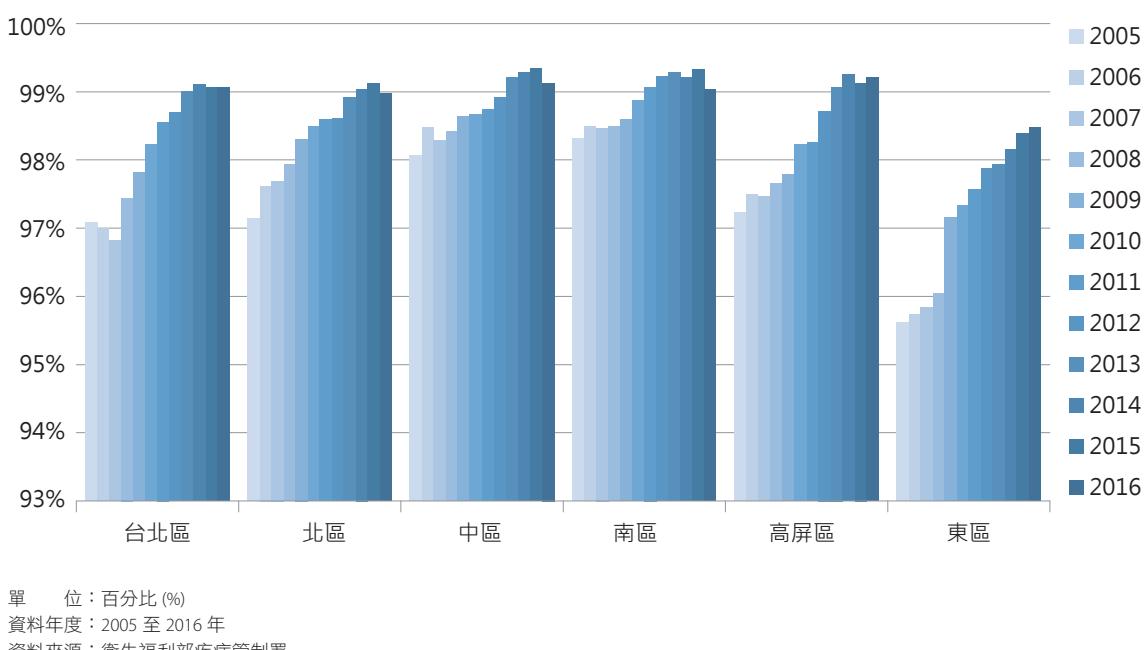


圖 96、2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎) — 國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計)

## 65 歲以上流感疫苗接種率

### 指標定義：

分子	65 歲以上長者接種季節性流感疫苗之人數
分母	65 歲以上長者之人口數

### 重要性：

流感是一種急性呼吸道傳染病，具有爆發流行快速、散播範圍廣泛以及併發症嚴重等特性，加上流感病毒極易發生變異，所以常常會爆發疫情流行，WHO 指出，全球每年平均約有 300 至 500 萬人會因感染流感而引發重症，且約有 29 至 65 萬人因感染流感而死亡，而老人為流感之最高風險群，感染後常會引起併發症或死亡 (WHO, 2018)。另依據國內監測資料顯示，流感併發重症發生率及死亡率最高之族群，均為 65 歲以上長者。

接種流感疫苗為防治流感最具效益之措施，WHO 及美國 CDC 均建議將 65 歲以上長者列為流感疫苗接種對象。

### 國際及區域比較：

2010 年我國 65 歲以上長者之流感疫苗接種率約 36.4%，若與 OECD Health Statistics 2017 所列出之 35 個國家共同評比，我國於 36 個國家中居 23 位；2015 年我國接種率約 39.7%，若與 OECD Health Statistics 2017 所列出之 34 個國家共同評比，我國於 35 個國家中居 26 位 [ 詳見圖 97]。

就全國 2005 年至 2016 年之資料來看，65 歲以上長者之流感疫苗接種率 2005 年至 2008 年約 5 成，2009 年至 2015 年降至約 4 成，2016 年提升至約 5 成。就我國各縣市 2007 年至 2016 年之資料來看，區域間之評比及狀況，皆以東區接種率最高，臺北區較低。近年來因台灣老化速度快，老人人口逐年增加，各區接種率均呈現持平或緩降 [ 詳見圖 98、圖 99]。

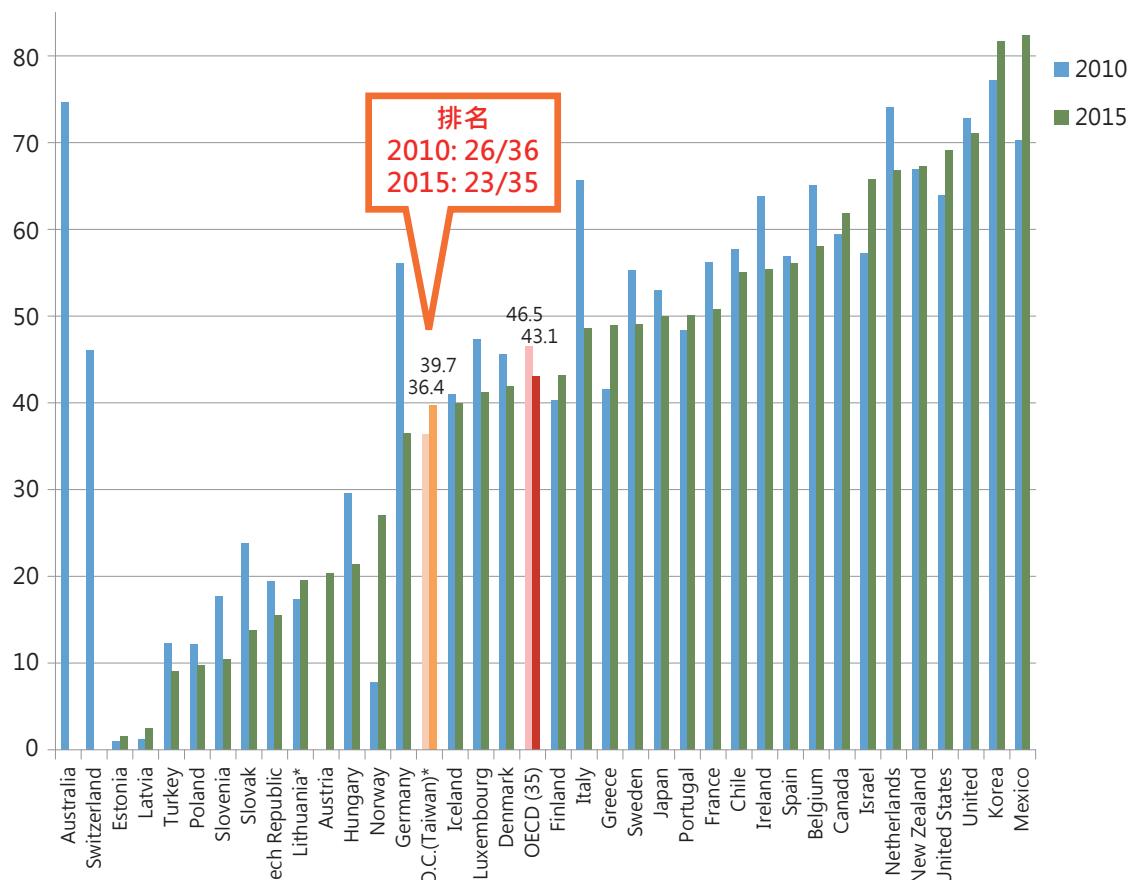
### 政策討論：

我國自 1998 年起即推動「65 歲以上高危險群老人流感疫苗接種計畫」，並自 2001 年起，將所有 65 歲以上長者均納入計畫實施對象。

2010 年與 2015 年我國 65 歲以上長者之流感疫苗接種率分別為 36.4% 及 39.7%，均低於 OECD 會員國的平均值 46.5% 及 43.1%，於 OECD 國家中排名第 23 名，顯示我國仍有加強提升之空間。另受 2009 年 H1N1 新流感疫苗安全疑慮之媒體效應影響，於 2010 年後接種率驟降，雖經由多元管道方式並請相關單位配合宣導積極催注提醒，接種率僅呈現緩升，在 OECD 各國也可見類似的接種率下降情形，顯示此為全球性趨勢。2016 年，因應

流感疫情公費流感疫苗採購量倍增至 600 萬劑，為完成接種目標，我國採行多項接種率提升措施，包括增加接種可近性、提升醫療機構協助接種意願、安排多元衛教宣導活動等措施，有效提升 65 歲以上長者之流感疫苗接種率至 5 成。

相關研究顯示，有接種流感疫苗能顯著減少 65 歲以上長者因流感及肺炎相關之住院風險及次數，但每年仍只有約 4 成的長者注射疫苗，接種率與各國相比偏低，為近年來面臨之挑戰，2016 年接種率雖已回升至 5 成，但距離先進國家 7 成接種率仍有努力空間，故為提升我國流感疫苗接種率，持續分析 65 歲以上長者接種流感疫苗之阻力及助力，規劃提升流感疫苗接種涵蓋率提升方案，包括提供醫界協助推動接種流感疫苗誘因、提高流感疫苗接種可近性、加強風險溝通等措施，期能提升整體接種率，保障民眾健康。



單一位：百分比 (%)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部疾病管制署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 97、65 歲以上流感疫苗接種率—國際比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

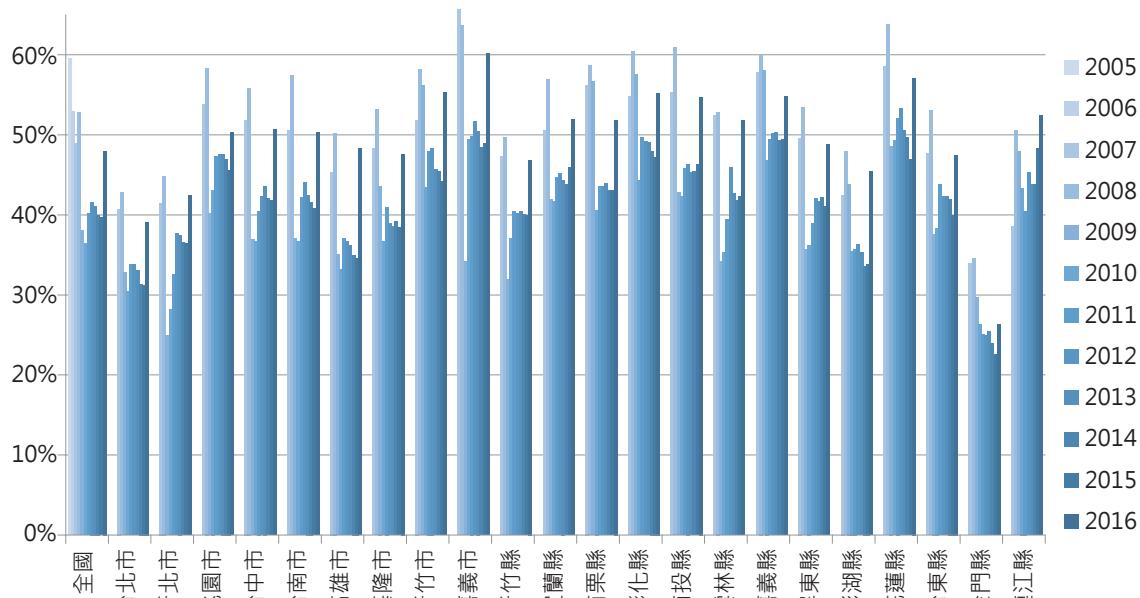
社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

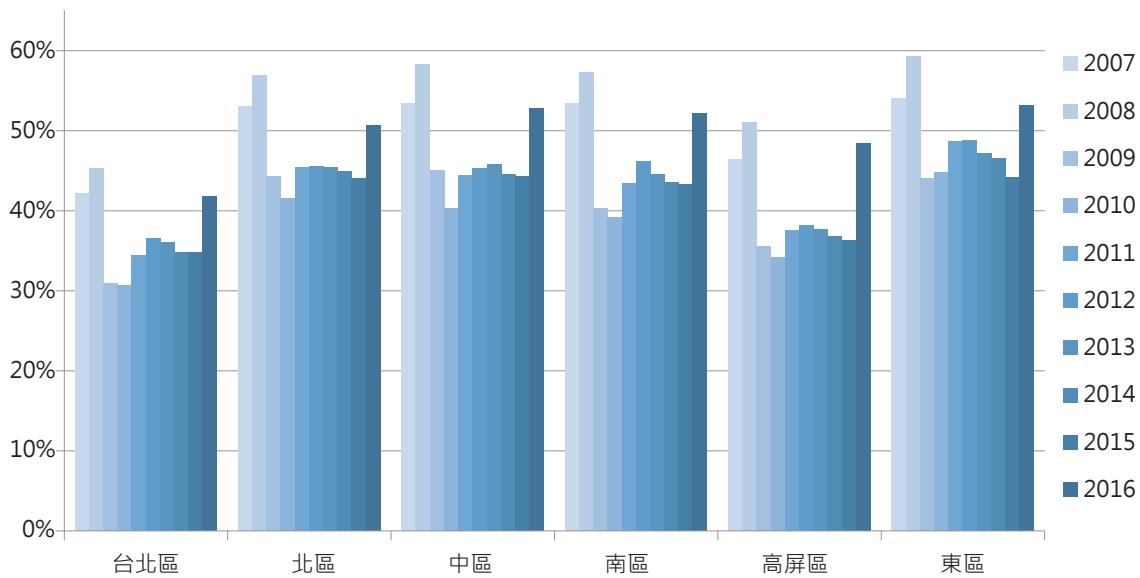


單位：百分比 (%)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

圖 98、65 歲以上流感疫苗接種率—國內縣市各年度比較 (總計)



單位：百分比 (%)

資料年度：2007 至 2016 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

圖 99、65 歲以上流感疫苗接種率—國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計)

## 疫苗可預防疾病發生率 ( 百日咳 )

### 指標定義：

分子	百日咳當年確定病例數
分母	年中人口數

### 重要性：

百日咳為百日咳桿菌所引起的急性呼吸道傳染病，會引起嚴重的陣發性咳嗽而影響病人的呼吸與進食。百日咳主要是經由飛沫傳染，傳染力強，臨床症狀為咳嗽持續超過兩週，伴隨陣發性咳嗽、吸入性哮聲或咳嗽後嘔吐等症狀。各年齡層均會感染百日咳，青少年或成人的症狀較輕微或不明顯，因此常常被忽略而未就醫，進而傳染給家中免疫力較差的嬰幼兒。嬰幼兒一旦遭受感染，症狀通常較為嚴重，特別是 1 歲以下尚未得到疫苗完整保護，未具免疫力的嬰兒更是高危險群，可能導致發紺、呼吸中止或死亡。

### 國際及區域比較：

2015 年我國百日咳發生率為每十萬人口 0.3 人，與 2010 年發生率相當。與 HCQIP 參與國共同評比，36 個國家中居第 5 位，較 2010 年前進 1 名 [ 詳見圖 100]。

觀察國內六大醫療區域 2005 年至 2016 年發生率趨勢，各區皆呈現上下波動，除東區外，其餘各區 2016 年皆呈下降，其中臺北區及北區發生率 2016 年明顯下降達相對低點，為 12 年來發生率最低之一年。南區 2009 年及東區 2010 與 2014 年因群聚事件，當年度發生率明顯上升；東區近 2 年無病例 [ 詳見圖 101]。

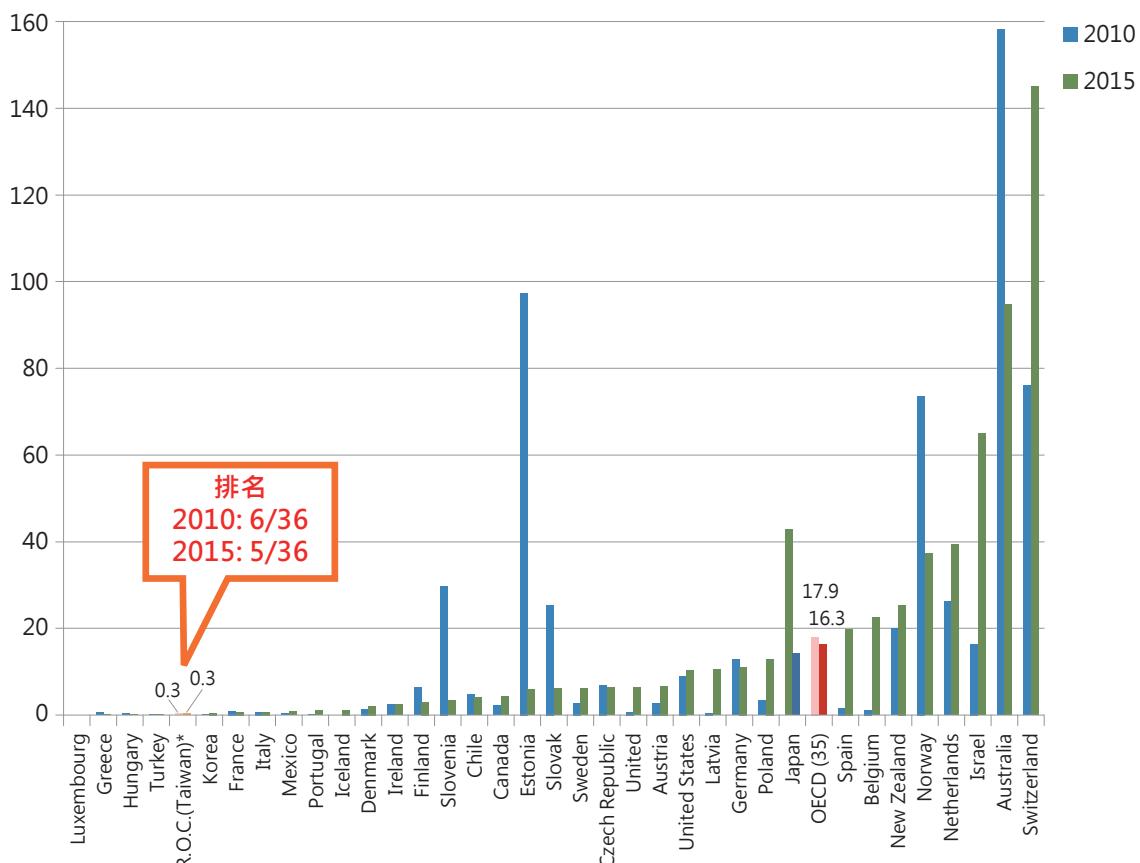
### 政策討論：

2015 年我國百日咳發生率十萬分之 0.3，在 HCQIP 參與國中排名第 5，遠低於 OECD 國家平均發生率十萬分之 16.3，顯示我國採取之百日咳防治策略已有良好成效。

我國自 1954 年開始供應「白喉破傷風百日咳混合疫苗 (DTP)」，並推動嬰幼兒全面接種，百日咳發生率逐年下降，至 2010 年改接種非細胞性百日咳之多合一疫苗 (DTaP-Hib-IPV, Tdap-IPV, DTaP-IPV)。為提升對新生兒及嬰幼兒保護力，2014 年「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組」(ACIP) 建議孕婦每次懷孕於第 28-36 週應接種 1 劑「減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗 (Tdap)」，使母親抗體傳遞給嬰兒的接種效益最大化，並透過孕婦健康手冊、醫護人員教育訓練加強宣導。

臺灣每年平均有二、三十名的小於一歲幼兒被感染及通報，可能原因是大多數人在兒童期過後均已超過十年以上未曾再打百日咳疫苗，因疫苗保護力已衰減導致感染，又因成人感染後可能無症狀或症狀不明顯，於生活中不自覺散播給年齡較小的小孩。未完

成預防接種的 1 歲以下嬰幼兒為感染百日咳高危險族群，除了應按時接種疫苗外，應加強推動孕婦於懷孕第 28 至 36 週時，接種一劑減量破傷風白喉非細胞型百日咳混合疫苗，並建議嬰幼兒照顧者和與其親密接觸的家屬，如父母、小兒科醫護人員、保母、產後護理機構及托嬰中心工作人員施打疫苗，透過增加群體免疫的疫苗包覆策略，同時減少大人、小孩感染百日咳後傳染給嬰幼兒的情況。



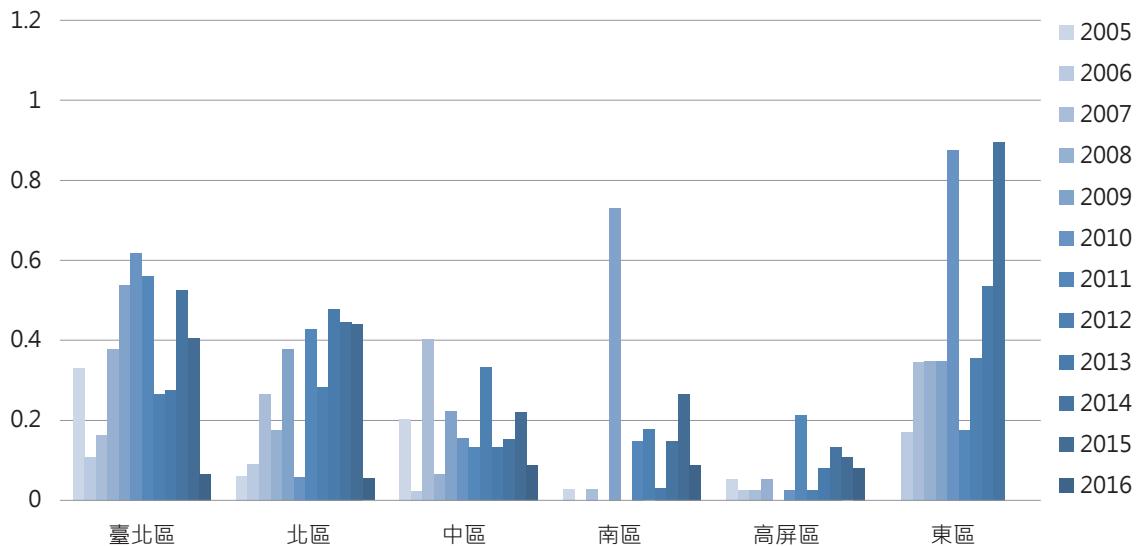
單一位：每十萬人口 (Incidence per 100,000 population)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部疾病管制署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 100、疫苗可預防疾病發生率 (百日咳) — 國際比較



單一位：每十萬人口 (Incidence per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

圖 101、疫苗可預防疾病發生率 (百日咳) — 國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 疫苗可預防疾病發生率 (B 型肝炎 )

### 指標定義：

分子	B 型肝炎當年確定病例數
分母	年中人口數

### 重要性：

B 型肝炎於全球仍是重要的健康威脅，B 型肝炎病毒感染後，可能會成為慢性帶原者，並可能發展成慢性肝炎、肝硬化或肝癌。依據 WHO 資料顯示，2015 年全球慢性 B 型肝炎帶原者約為 2.57 億 ( 約 3.5%)，每年約有超過 89 萬人死於 B 型肝炎病毒感染之相關疾病。在國內 B 型肝炎帶原情形方面，依國內研究調查顯示，一般成人 B 型肝炎帶原率約為 13.2% ( 約 250 萬人 )，相較於亞洲地區其他國家仍高，例如：中國 5.5% 、新加坡 4.1% 、日本 1% 及馬來西亞 0.7% 。此外，依據 2016 年我國十大死因資料顯示，慢性肝病及肝硬化位居第 10 名；10 大癌症死因中之肝癌高居第 2 名，顯示國內 B 型肝炎防治之重要性。

### 國際及區域比較：

2015 年我國 B 型肝炎發生率為每十萬人口 0.5 人，低於 2010 年發生率 ( 每十萬人口 0.7 人 ) 。與 HCQIP 參與國共同評比，36 個國家中居第 11 位，較 2010 年退後 2 名 [ 詳見圖 102] 。

觀察國內六大醫療區域 2005 年至 2016 年發生率趨勢，各區皆呈現上下波動，除東區無明顯變化趨勢外，其餘各區 12 年來整體趨勢呈現下降 [ 詳見圖 103] 。

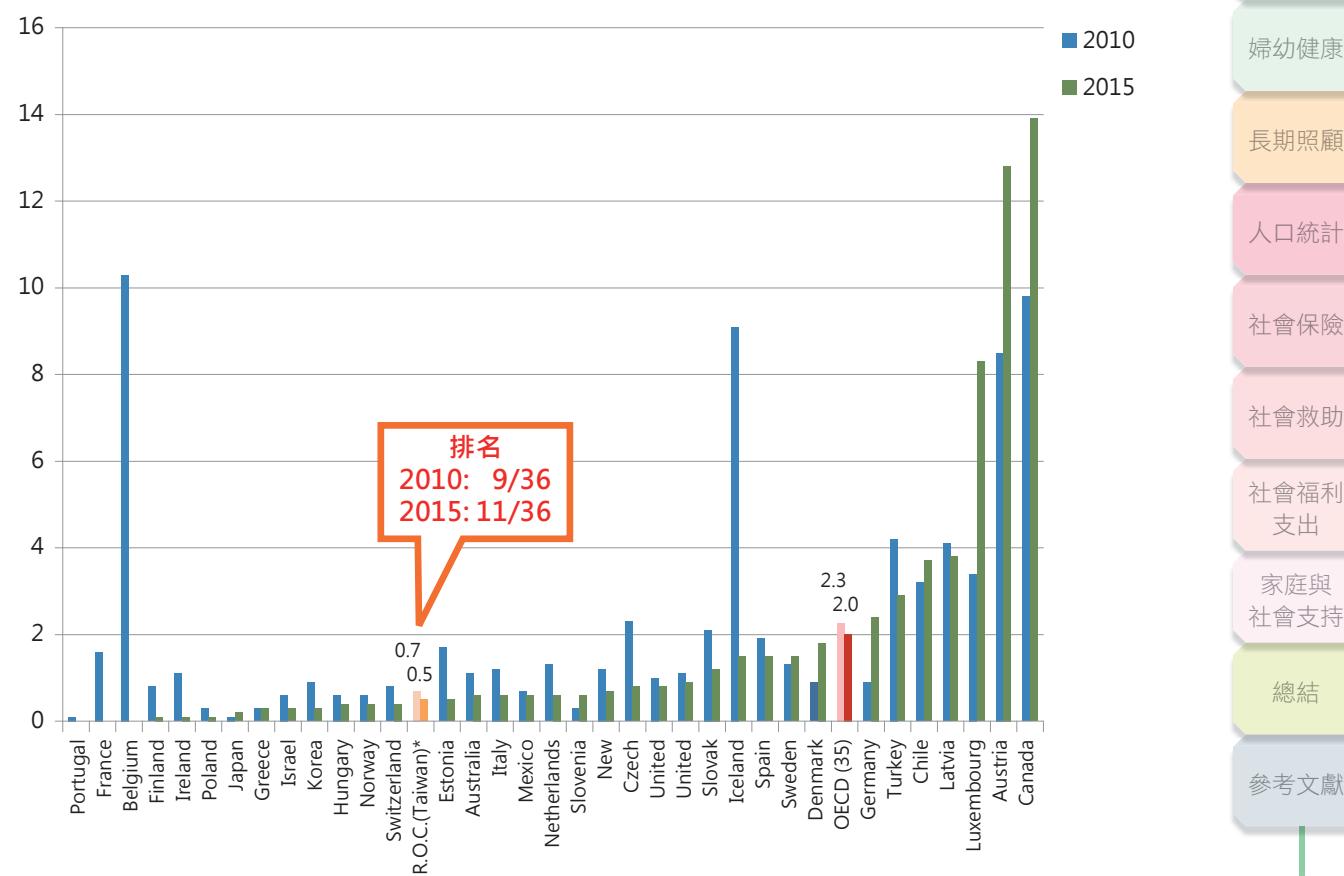
### 政策討論：

我國為全世界第 1 個實施全面性 B 型肝炎疫苗接種計畫的國家，政府自 1984 年 7 月開始，推動孕婦血清 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 和 B 型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 篩檢，針對 HBsAg 檢驗陽性產婦之新生兒施打 B 型肝炎疫苗。1986 年 7 月起，擴大至所有新生兒全面接受 B 型肝炎疫苗接種，HBeAg 檢驗陽性產婦之新生兒，則於出生後 24 小時內施打 B 型肝炎免疫球蛋白 (HBIG) 。自接種計畫實施以來，已有效阻斷母嬰垂直傳染，研究顯示 6 歲幼童 B 型肝炎帶原率也由實施前的 10.5% 下降至 0.8%，並證實可降低疫苗接種世代感染急性 B 型肝炎、慢性 B 型肝炎、肝硬化及肝癌的發生。

我國於 HCQIP 參與國共同評比名列前段，顯示 B 型肝炎防治措施已有階段性成效，然而，仍無法完全阻斷高傳染力 B 型肝炎帶原母親所造成的垂直感染，約有 10% 的新生兒會成為帶原者，爰我國自 2018 年 2 月 1 日起，已將 Telbivudine 及 Tenofovir 等抗病毒藥物納入健保給付，以期藉由預防性投藥策略之實行，阻斷母嬰垂直傳染，降低 B 型肝炎發生率。此外，為降低母嬰垂直感染，須持續落實執行孕婦產前篩檢，尤其是高傳染

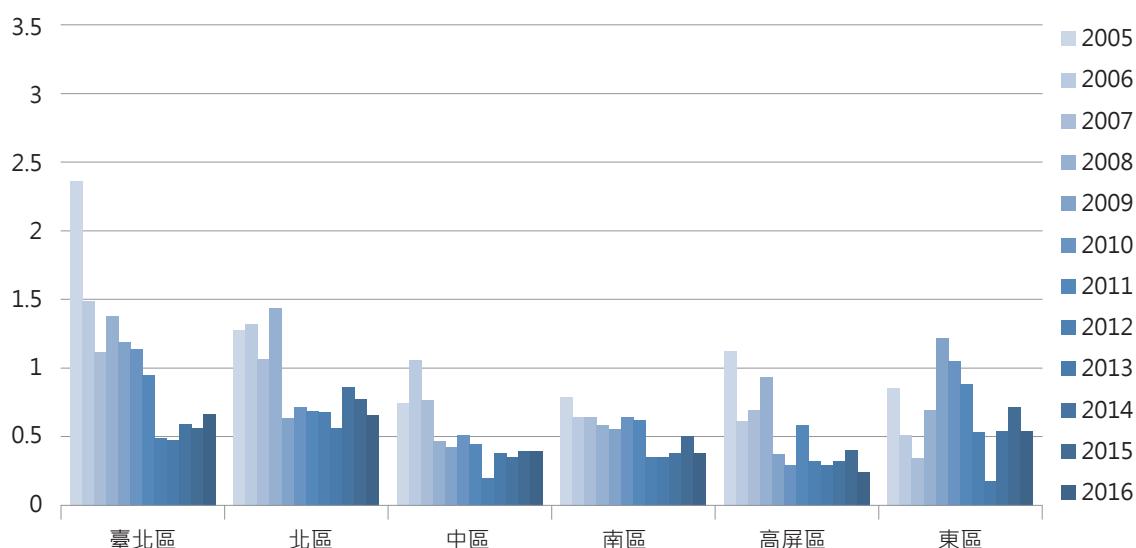
性 B 型肝炎孕婦，需及時提供其所生子女 B 型肝炎疫苗及 HBIG 接種，並於 1 歲時接受 B 型肝炎篩檢，以了解其體內帶原狀態，俾利進行後續追蹤及轉介，以預防 B 型肝炎病毒透過母嬰垂直感染傳播。

針對 B 型肝炎高風險族群，傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）曾提出建議，可自費追加 B 肝疫苗，高風險族群包括：血液透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免疫不全者；多重性伴侶、注射藥癮者、同住者或性伴侶為帶原者、身心發展遲緩收容機構之住民與工作者、可能接觸血液之醫療衛生等工作者等。此外，我國持續推動各項 B 型肝炎防治策略，策略重點包含持續執行急性 B 型肝炎發生率監測、維持 B 肝疫苗接種涵蓋率、落實醫療機構感染管制措施、推動注射藥癮者清潔針具計畫及提升高風險族群與一般民眾預防感染的認知，以強化疾病風險意識，採取防護措施，降低 B 型肝炎病毒傳播機會。



單一位：每十萬人口 (Incidence per 100,000 population)  
 資料年度：2010 及 2015 年（或最近年度）  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部疾病管制署  
 註：\* 為非 OECD 會員國

圖 102、疫苗可預防疾病發生率 (B 型肝炎) — 國際比較



單一位：每十萬人口 (Incidence per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

圖 103、疫苗可預防疾病發生率 (B 型肝炎) — 國內 6 大醫療區域各年度比較 (總計)

## 疫苗可預防疾病發生率 ( 麻疹 )

### 指標定義：

分子	麻疹當年確定病例數
分母	年中人口數

### 重要性：

麻疹是具有高度傳染性的病毒性疾病，經由空氣、飛沫傳播或直接與病人鼻腔或咽喉分泌物接觸而感染。感染者可能引發肺炎、中耳炎、腦炎、失明等嚴重併發症，甚至導致死亡，併發症主要發生於 5 歲以下幼兒及 20 歲以上成人。儘管目前已具備安全有效的疫苗，麻疹仍是全球幼兒死亡的主因之一。

麻疹的傳染力極強，可透過空氣傳播，且在麻疹個案出疹前 4 天即有感染力，因此，須具有高疫苗接種完成率、高品質監測系統與實驗室診斷、高效能疫調及防疫作為，方能有效降低麻疹發生率及避免造成大規模群聚感染，同時低發生率也是麻疹消除的重要指標之一。

根據統計，2000 至 2016 年間，全球麻疹死亡人數從 55 萬人減至約 9 萬人，下降了 84%，預估 2016 年全球麻疹感染人數達 700 萬人 (WHO, 2017)。

### 國際及區域比較：

2015 年我國麻疹發生率為每十萬人口 0.1 人，與 2010 年發生率相當。與 HCQIP 參與國共同評比，36 個國家中居第 15 位，較 2010 年退後 1 名 [ 詳見圖 104]。

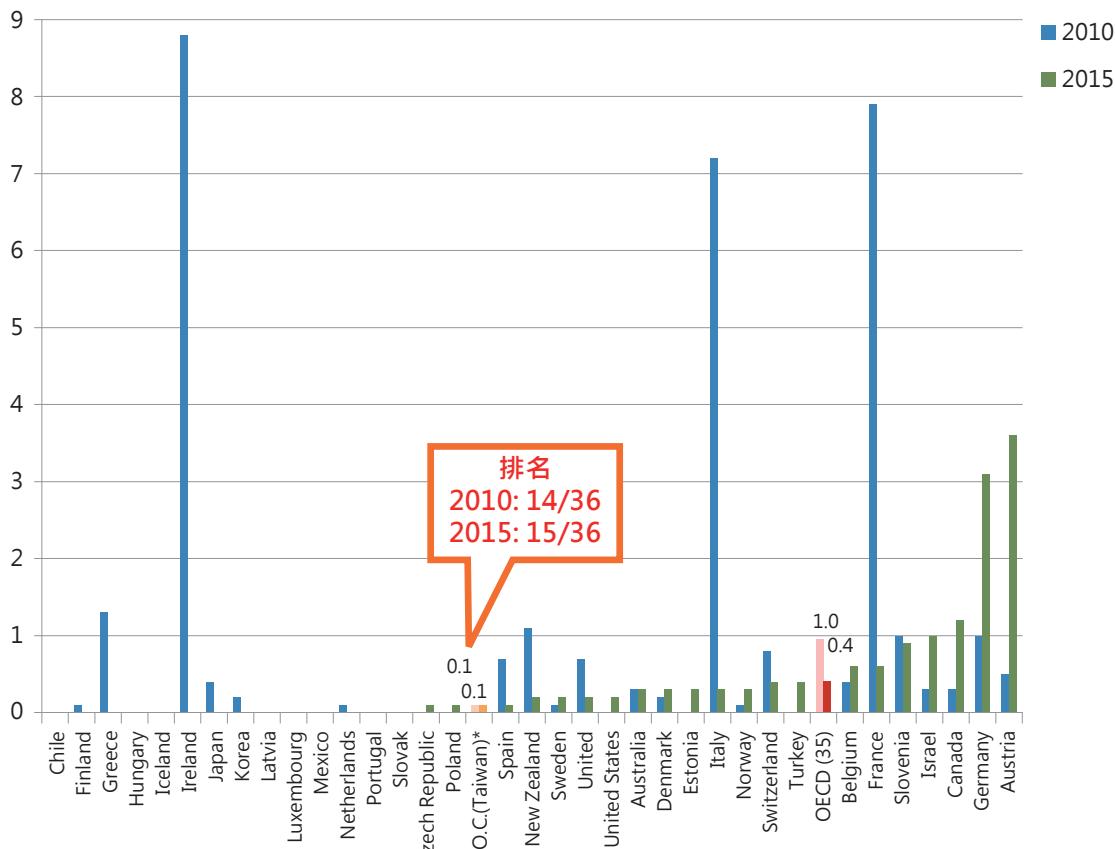
觀察國內六大醫療區域 2005 年至 2016 年發生率趨勢，各區多屬散發病例，僅於有群聚事件始造成當年度發生率明顯上升。東區於 2007 及 2014 年發生率偏高，惟皆為境外移入病例 [ 詳見圖 105]。

### 政策討論：

我國 2015 麻疹發生率為十萬分之 0.1，在 HCQIP 參與國中排名前段，遠低 OECD 國家平均發生率十萬分之 0.4，也較同樣位於西太平洋區署且已宣布達成消除目標之澳洲及紐西蘭為低，顯示我國積極採取麻疹消除策略已達到很好的防治成效。

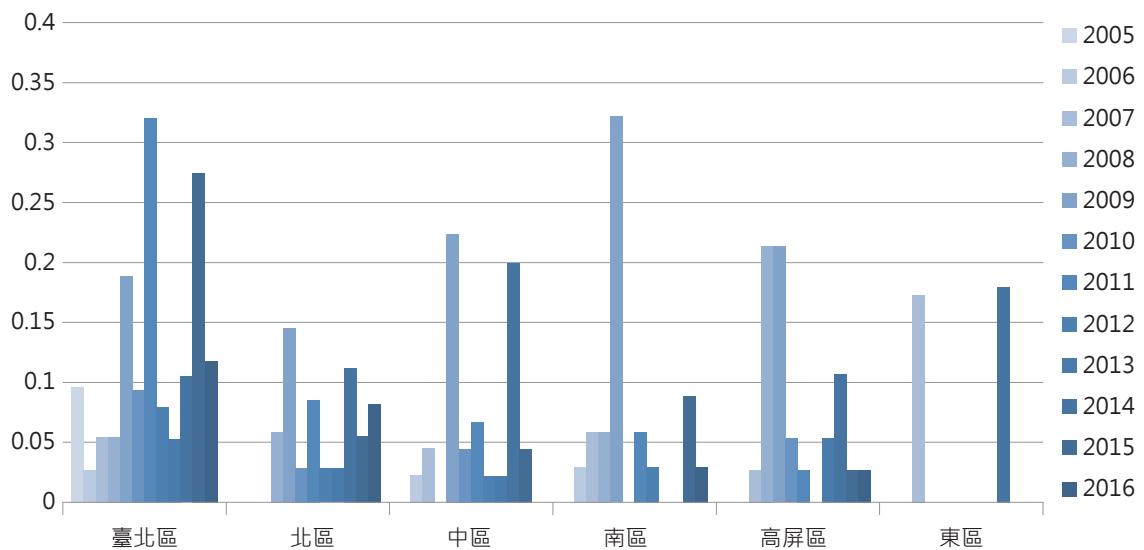
我國於 1991 年開始推動根除三麻一風計畫，經由持續提升預防接種完成率及強化監測系統效能，通報個案之採檢率及 48 小時內完成疫調比率都已接近 100%，兩劑 MMR 疫苗接種完成率均超過 95%。近年國內每年麻疹個案已降至數十例以下，且多為境外移入及其後續之侷限性傳播。

為防堵境外移入個案及降低流行風險，除針對外籍人士申請居留、定居簽證及外勞申請入國工作聘僱許可體檢，要求需檢具麻疹相關疫苗接種或抗體陽性證明，另依風險評估及最新疫情資訊，針對高風險族群適時提出預防接種建議，包括「赴麻疹流行地區者」、「工作性質會頻繁接觸外國人者」、「醫療照護人員」，並加強對具有高感染及高傳播風險之 1981 年以後出生的醫護人員、航機組人員及機場工作人員之 MMR 疫苗接種。另針對前往麻疹流行地區之 6 個月以上未滿 1 歲之嬰兒，於衛生所提供可自費增加接種 1 劑 MMR 疫苗之服務，降低未滿 1 歲嬰兒感染之風險，也增加接種可近性及方便性。



單位：每十萬人口 (Incidence per 100,000 population)  
 資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)  
 資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部疾病管制署  
 註：\*為非 OECD 會員國

圖 104、疫苗可預防疾病發生率 (麻疹) — 國際比較



單一位：每十萬人口 (Incidence per 100,000 population)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

圖 105、疫苗可預防疾病發生率(麻疹)一國內 6 大醫療區域各年度比較(總計)

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 六、病人經驗指標

過去多以病人滿意度評量照護品質之優劣，而隨時代進步，越來越多先進國家發展具系統性的調查方式，蒐集病人於就醫期間之資料，更客觀地呈現照護品質。本部挑選3項病人經驗指標進行監測，指標項目如下：

### ● 病人經驗 (3)

- 醫師提供足夠時間為病人看診
- 醫師提供簡單易懂的說明
- 醫師有讓病人參與治療或照護決定

本類指標資料來源為本部健保署調查，故本類各指標之定義與國際資料之定義不完全相同，建議於國際比較或數據應用時審慎為之。

## 醫師提供足夠時間為病人看診

### 指標定義：（依健保署調查定義）

分子	分母對象中表達對醫師看診時間滿意及非常滿意者
分母	調查期間往前最近 3 個月曾於醫院就醫之人數

### 重要性：

看診時間及醫病關係均會影響病人就醫滿意度，若醫師看診時花費較多時間與病人討論病情，病人會覺得醫師較重視自己，也可共同參與未來醫療處置的決定，對當次就醫經驗可能較為滿意。醫師看診時間更被視為是不當醫療 (malpractice) 的獨立預測因子，有不當醫療紀錄的醫師比無紀錄醫師看診時間較短 (Dugdale, D., Epstein, R. & Pantilat, S. Z.(1999))。

本項指標屬正向指標，我國持續將本項指標列入健保署 (醫院) 總額實施後醫療品質與可近性民意調查題項，並持續蒐集指標數據；2015 年調查區域範圍為台閩地區(含離島、金門、馬祖)，以電腦輔助電話訪問系統方式完成 2,010 份成功樣本。

### 國際及區域比較：

2015 年之指標值 (醫院部門) 為 81.9%，若與 OECD 參與國共同評比，於 8 個會員國中位居第 6 位，略高於 OECD 10 國之平均數據 (81.5%)[ 詳見圖 106]。

OECD 國家中日本數據明顯偏低，與其他國家調查病人經驗指標 (醫師提供足夠時間看診、簡單易懂說明及讓病人共同參與照護及治療決定) 多為肯定經驗情況不同；原因可能與該國病人就醫次數偏高有關 (OECD, 2017)，考量我國就醫次數與其他 OECD 國家相比亦屬偏高，資料解讀時可一併參考。

我國的醫療制度係屬 close system，與歐美的 open system 不同，且實施全民健保制度，有標準的給付額度、合理門診量及總額支付制度等各項政策措施。因而，就本項指標而言，缺乏比較之客觀性，使用此指標宜謹慎。

若比較不同性別之保險對象，2013-2016 年不同性別間均無明顯趨勢，惟醫院或診所層級歷年整體數據均呈逐漸上升趨勢；2016 年數值均較 2015 年略為增加，2016 年指標值 (醫院部門) 已為 83.3%；除 2015 年度調查選項增加「每次都有」之影響需納入考量以外，醫院部門與西醫基層部門均呈現相同趨勢，2016 年數據已超過 8 成 [ 詳見圖 107]。

另 OECD 之本項指標精確定義，分母為調查年度調查年度曾有就醫經驗者，分子為分母對象中反映醫師「有」提供足夠時間者，與本指標定義不盡相同，國際比較或數據應用時請審慎為之。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利支出

家庭與社會支持

總結

參考文獻

### 政策討論：

健保署自 2016 年起積極推動分級醫療政策，推動各項策略，調整門診部分負擔，鼓勵民眾至基層院所就醫，應可疏緩大醫院之門診量。

我國健保無守門人制度，民眾可自由就醫，每人平均門診次數較大部分 OECD 國家為高，就醫人次較高相對壓縮每次看診時間，但等候時間亦相對縮短，故如何權衡看診時間與等候時間，有待社會共識及政策推動方向。

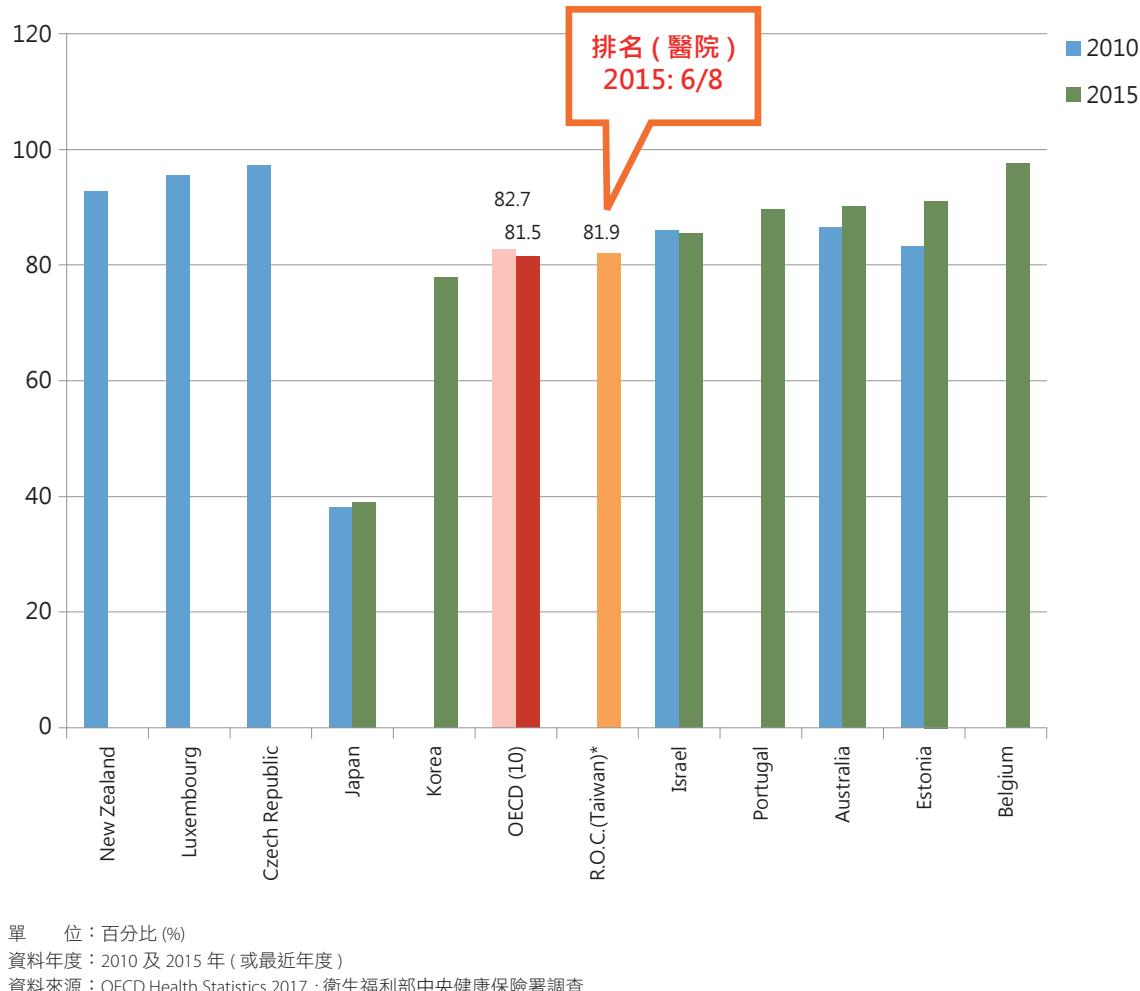


圖 106、醫師提供足夠時間為病人看診之百分比—國際比較

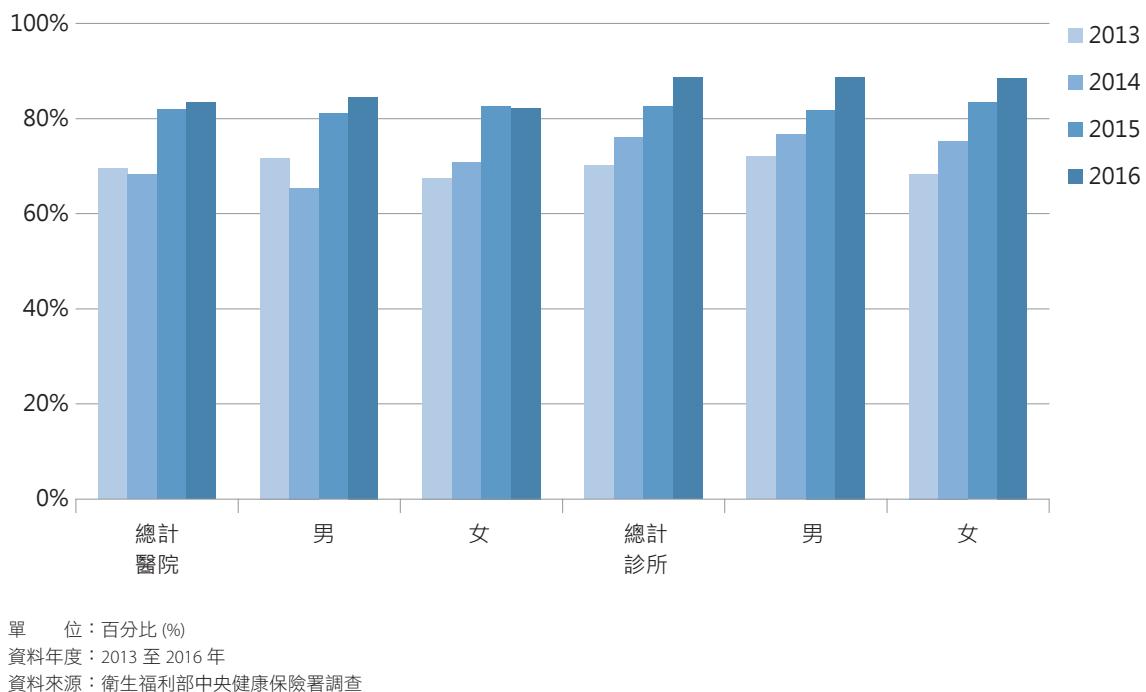


圖 107、醫師提供足夠時間為病人看診之百分比—國內情形

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護  
傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出

家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 醫師提供簡單易懂的說明

### 指標定義：（依健保署調查定義）

分子	分母對象中表達醫師大部分時候及有時候用簡單易懂方式提供說明者
分母	調查期間往前最近 3 個月曾於醫院就醫之人數

### 重要性：

二十世紀前半，醫病關係由父權式的關懷，漸進到引導式的照護，最後是進入現代相互尊重模式；病人獲得資訊也越來越多，加上獲得資訊的門檻也逐步下降，消費者意識高漲等，造成醫病關係氛圍明顯改變（顏如娟、許明暉，2007），與病人保持充分的資訊交流一直是醫病關係重要的一環，而且有更加重要的趨勢。為幫助病人了解病情，進而共同決定治療決策，醫師實有必要將以病人易懂方式說明艱澀的醫學資訊，進而共同參與治療決策。

本項指標屬正向指標，我國 2013 年起將此項指標列入健保署（醫院）總額實施後醫療品質與可近性民意調查題項，並持續蒐集指標數據；2015 年調查區域範圍為台閩地區（含離島、金門、馬祖），以電腦輔助電話訪問系統方式完成 2,010 份成功樣本。

### 國際及區域比較：

2015 年之指標值（醫院部門）為 76.6%，若與 OECD 參與國共同評比，於 8 個會員國中位居第 8 位，落後 OECD 各會員國之表現 [詳見圖 108]。

若比較不同性別之保險對象，2013-2016 年不同性別間均無明顯趨勢，惟診所指標值男性均高於女性；檢視 2013-2016 年歷年指標值逐漸上升，除 2015 年度調查選項增加「每次都有」之影響需納入考量以外，醫院與診所就醫均呈現相同趨勢，2016 年數據已超過 8 成 [詳見圖 109]。

考量我國民眾就醫自由且無法排除跨區就醫情形，不進一步討論區域間或縣市別之差異。

另 OECD 之本項指標精確定義，分母為調查年度曾有就醫經驗者，分子為分母對象中反映醫師「有」提供簡單易懂說明者，與本指標定義不盡相同，國際比較或數據應用時請審慎為之。

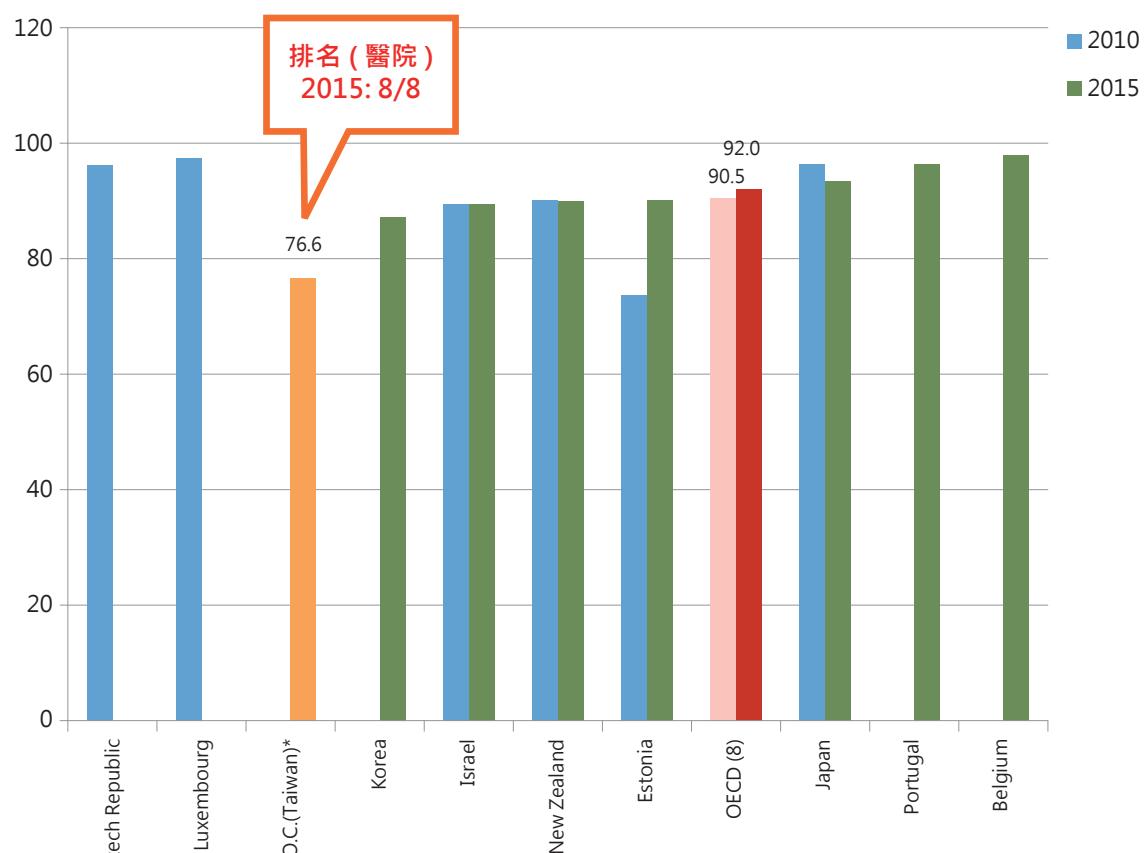
### 政策討論：

不同文化與價值觀可能對醫病間溝通期待截然不同，例如在日本或台灣，醫師職業通常代表專業權威，病人通常服從醫師的囑咐而較少質疑醫師；在美國及歐洲國家，病人則希望獲知更多與病情相關的資訊，相關治療需獲病人知情同意已為歐美國家普遍趨

勢。另一方面，病人健康識能 (health literacy) 不足，也可能是醫病溝通障礙的因素。

要使醫病間溝通管道更為暢通，除在醫事人員養成教育時重視溝通技巧與醫學倫理等相關課程外，另一方面鼓勵病人對自己的身體狀況負責，在看診時與醫師充分討論病情。為使民眾端得到更透明化的醫療資訊，我國健保署於 2014 年起推行健康存摺，嘗試將健康資訊直接還給民眾本人；2016 年改版後運用一目瞭然之視覺化資訊圖表，讓民眾快速了解個人最近就醫紀錄、檢驗檢查結果及預防保健資料，進而掌握本身的健康狀況，進行自我健康管理 ( 健保署，2017)。與看診醫師溝通時亦可透過健康存摺了解病人之就醫與用藥紀錄，討論病情及處置時更能充分聚焦。

要使醫病間溝通管道更為暢通，政策部分除在醫事人員養成教育時重視溝通技巧與醫學倫理，執行醫病共享決策等等相關課程外，並已列入醫院評鑑考量，另一方面亦應鼓勵病人在看診時與醫師充分討論病情，參與治療計畫的訂定，對自己的身體健康負責。



單 位：百分比 (%)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署調查

圖 108、醫師提供簡單易懂的說明之百分比—國際比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

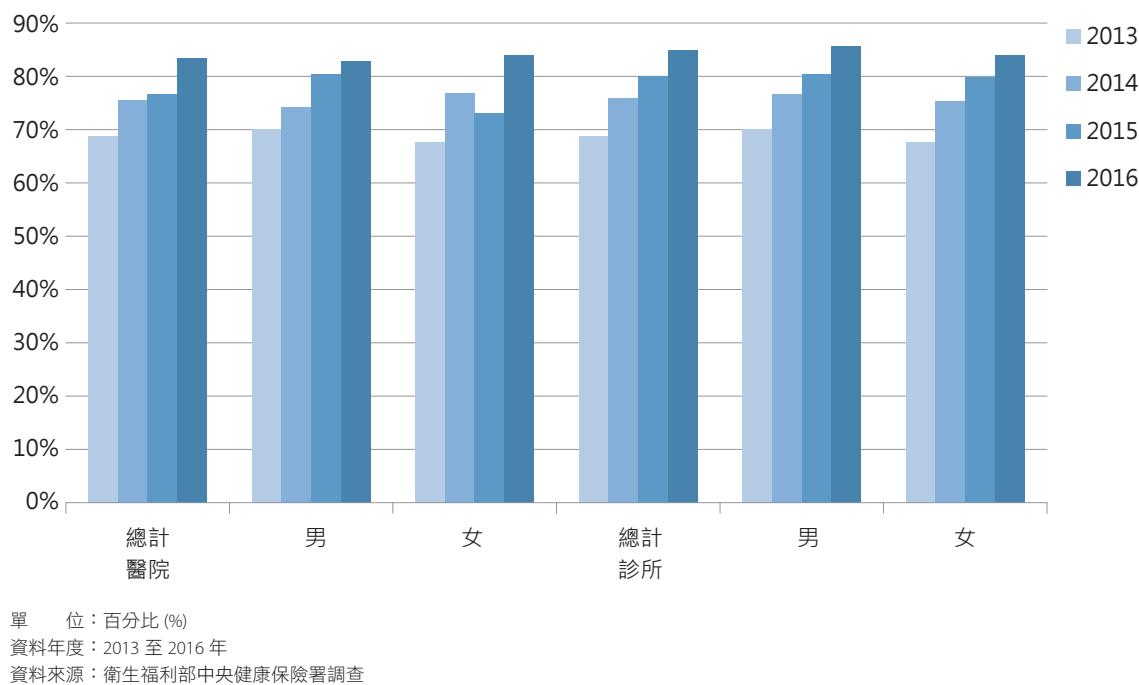


圖 109、醫師提供簡單易懂的說明之百分比—國內情形

單 位：百分比 (%)

資料年度：2013 至 2016 年

資料來源：衛生福利部中央健康保險署調查

## 醫師有讓病人參與治療或照護決定

### 指標定義：（依健保署調查定義）

分子	分母對象中每次、大部分時候及有時候與醫師討論治療或照護方式者
分母	調查期間往前最近 3 個月曾於醫院就醫之人數

### 重要性：

與病人保持充分的資訊交流一直是醫病關係重要的一環，而且有更加重要的趨勢。為幫助病人了解病情，進而共同決定治療決策，醫師實有必要以病人易懂方式說明艱澀的醫學資訊，進而共同參與治療決策。

本項屬正向指標，我國 2015 年起首次將此項指標列入健保署（醫院）總額實施後醫療品質與可近性民意調查題項，並每年持續蒐集指標數據；2015 年調查區域範圍為台閩地區（含離島、金門、馬祖），以電腦輔助電話訪問系統方式完成 2,010 份成功樣本。

### 國際及區域比較：

2015 年之指標值（醫院部門）為 84.6%，若與 OECD 參與國共同評比，於 7 個會員國中位居第 4 位，表現略低於 OECD 8 國之平均數據 (86.4%)[ 詳見圖 110]。

若比較不同性別之保險對象，2015 年男性均高於女性，惟診所層級不同性別間無明顯趨勢；2016 年數值均較 2015 年略為減少 [ 詳見圖 111]，未來仍應持續觀察。

考量我國民眾就醫自由且無法排除跨區就醫情形，不進一步討論區域間或縣市別之差異。

另 OECD 之本項指標精確定義，分母為調查年度曾有就醫經驗者，分子為分母對象中反映醫師「有」讓其最大程度參與其治療與照護決定者，較屬於醫療結果面呈現，國際比較或數據應用時請審慎為之。

### 政策討論：

不同文化與價值觀可能對醫病間溝通期待截然不同，例如在日本或台灣，醫師職業通常代表專業權威，病人通常服從醫師的囑咐而較少質疑醫師；在美國及歐洲國家，病人則希望獲知更多與病情相關的資訊，相關治療需獲病人知情同意已為歐美國家普遍趨勢。

為使醫病間溝通管道更為暢通，國內自 2016 年起將「醫病共享決策 (Shared decision making, SDM)」列入醫院推動病人安全執行策略之一，期望民眾透過醫療人員提供之實證資訊及引導，積極參與自己的醫療過程進而促進醫病關係，提升醫療品質與病人安全；

除在醫事人員養成教育時重視溝通技巧與醫學倫理，執行醫病共享決策等相關課程外，並已列入醫院評鑑考量；另一方面亦應鼓勵病人在看診時與醫師充分討論病情，參與治療計畫的訂定，對自己的身體健康負責。

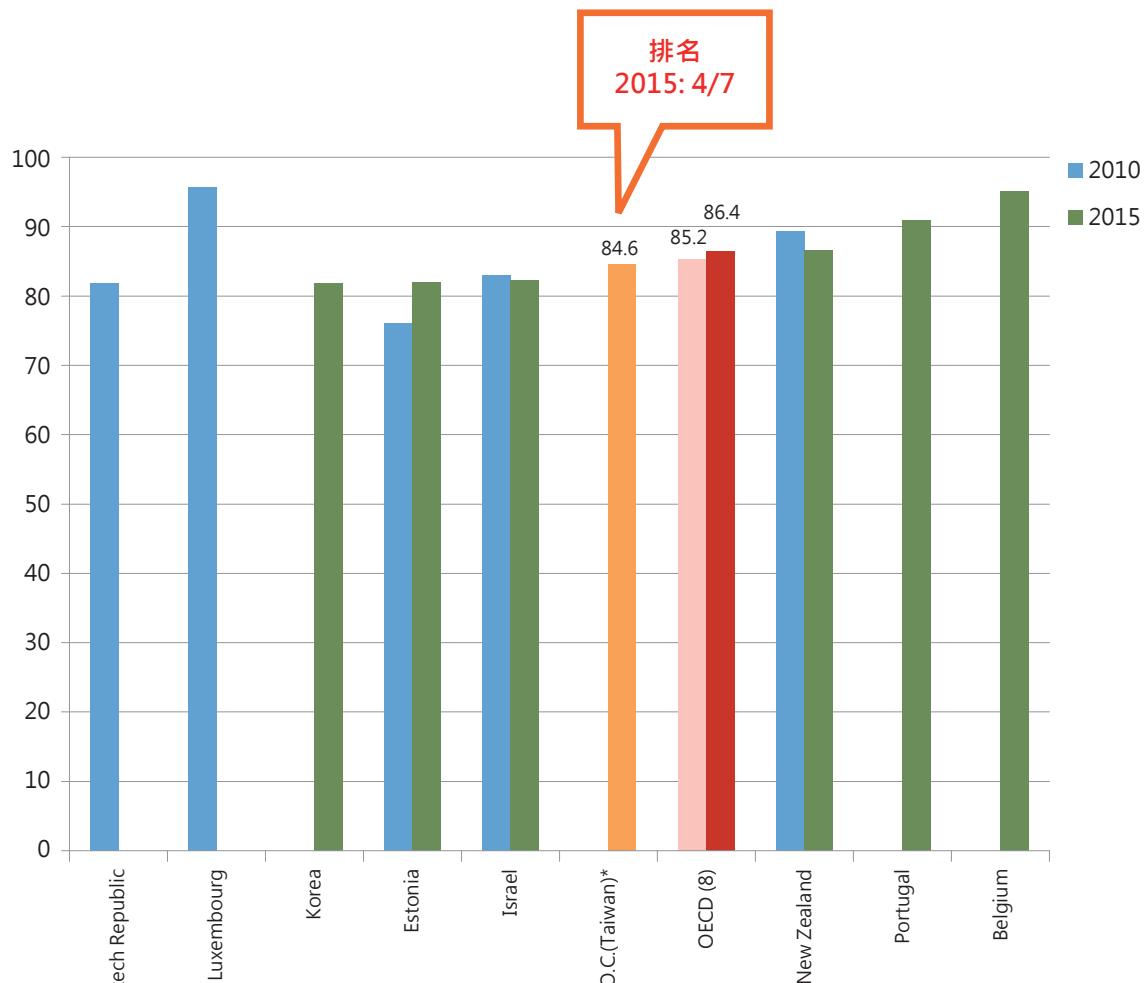


圖 110、醫師有讓病人參與治療或照護決定之百分比—國際比較

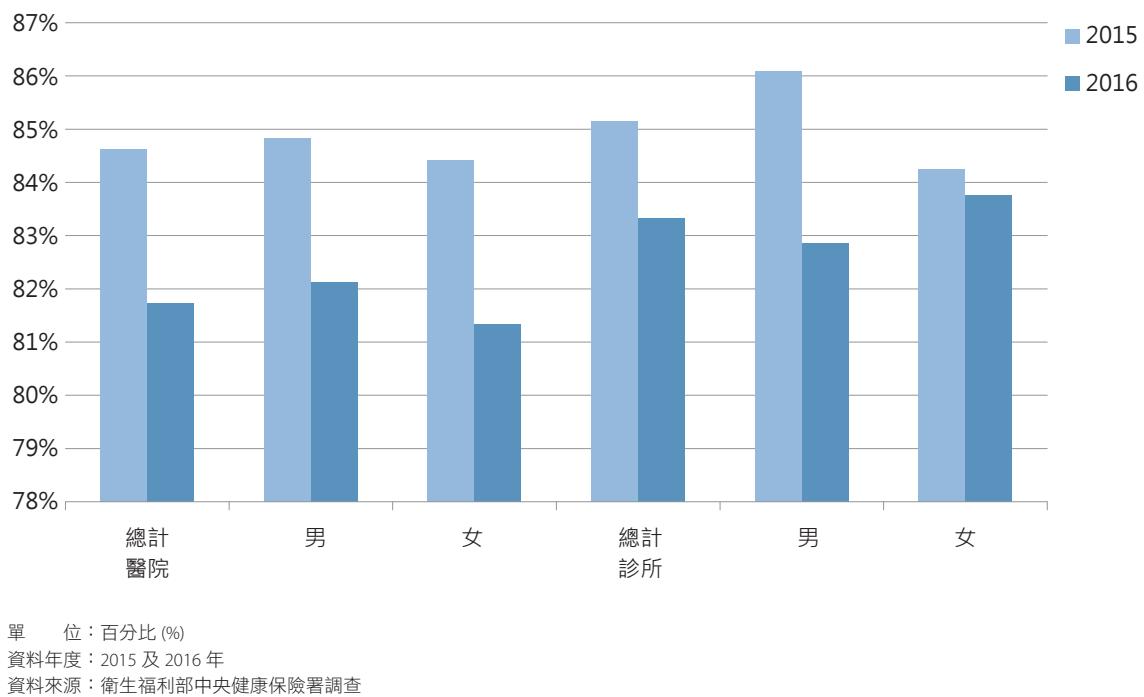


圖 111、醫師有讓病人參與治療或照護決定之百分比－國內情形

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 七、婦幼健康指標

早產是發展遲緩的高危險群，也是新生兒死亡最常見的直接原因。而早產、較低孕齡與低出生體重相關，也是造成新生兒死亡的間接原因之一。經世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 統計，全球約有 1 千 5 百萬名嬰兒早產，占全球嬰兒之十分之一；另全球約有 15.5% 的新生兒為低出生體重，顯示婦幼衛生議題值得關注。

本部為使每個新生兒都能受到關懷與照顧，參照國際經驗，挑選 2 項婦幼衛生指標進行監測，指標項目如下：

### ● 婦幼衛生 (2)

- 早產兒出生百分比
- 低體重新生兒出生百分比

## 早產兒出生百分比

### 指標定義：

分子	院所年度(依出生通報資料庫)懷孕週數<37週之活產新生兒數
分母	院所年度(依出生通報資料庫)之所有活產新生兒數

### 重要性：

WHO 估計全球每年約有 1,500 萬名新生兒早產，約略為每 10 個新生兒就有 1 個是早產兒，目前仍呈現成長趨勢 (WHO, 2012)。依據健康署 2016 年出生通報資料，每 100 位活產新生兒中有 9.8 位為早產兒(懷孕週數小於 37 週)(健康署，2017)。常見的早產危險因子有多胞胎妊娠、孕婦年齡(小於 20 歲或大於 35 歲)、吸菸、感染或母親慢性疾病(如：糖尿病及高血壓等)，且早產會造成嬰幼兒健康影響，包括如呼吸問題、餵食困難、腦性麻痺、發展遲緩及視、聽力問題等，本項數據可反映孕婦產前檢查及實施孕婦照護服務之成效。

### 國際及區域比較：

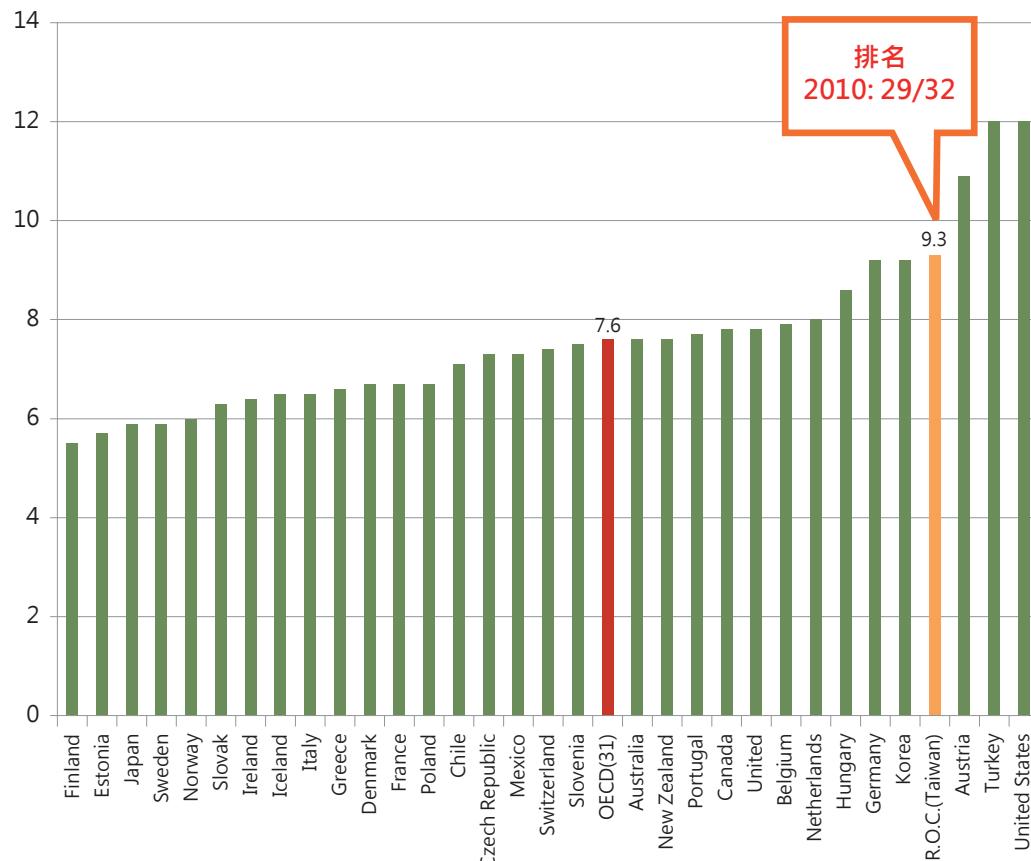
我國 2010 年早產兒出生百分比為 9.3%，若與 OECD 各國共同評比，於 32 個國家中，芬蘭為最低 (5.5%)，我國則居第 29 位 [ 圖 112]。

依產婦戶籍地縣市別分析，2005 年至 2016 年各縣市多呈現微幅上升趨勢。2005 年至 2016 年，我國早產兒出生百分比維持在 8.5% 至 9.8% 之間，一般而言，男嬰早產兒百分比較女嬰來得高 [ 圖 113，性別數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

我國歷年早產兒出生百分比與 OECD 國家相較，尚有努力空間。由於造成早產的因素眾多，除了持續提供 10 次產前檢查外，實施孕婦產前健康照護衛教指導服務，於第一孕期及第三孕期針對有危害孕婦、胎兒健康的危險行為及孕期照護的重要議題(包括：維持母胎安全指導、孕期危害物質的認識與避免、孕期營養補充等)各提供 1 次評估及衛教，加強門診諮詢、衛教與必要處置，及推廣孕婦營養教育；提供孕婦及其家人戒菸服務、加強產前衛教認識早產危險徵兆，以期降低早產兒出生比率。

自 2017 年起，推動高風險孕產婦健康管理試辦計畫，針對目標個案進行健康行為評估，提供孕期至產後 6 週之衛教與關懷追蹤服務，加強高風險孕產婦之健康照護，期有助降低早產兒出生百分比。



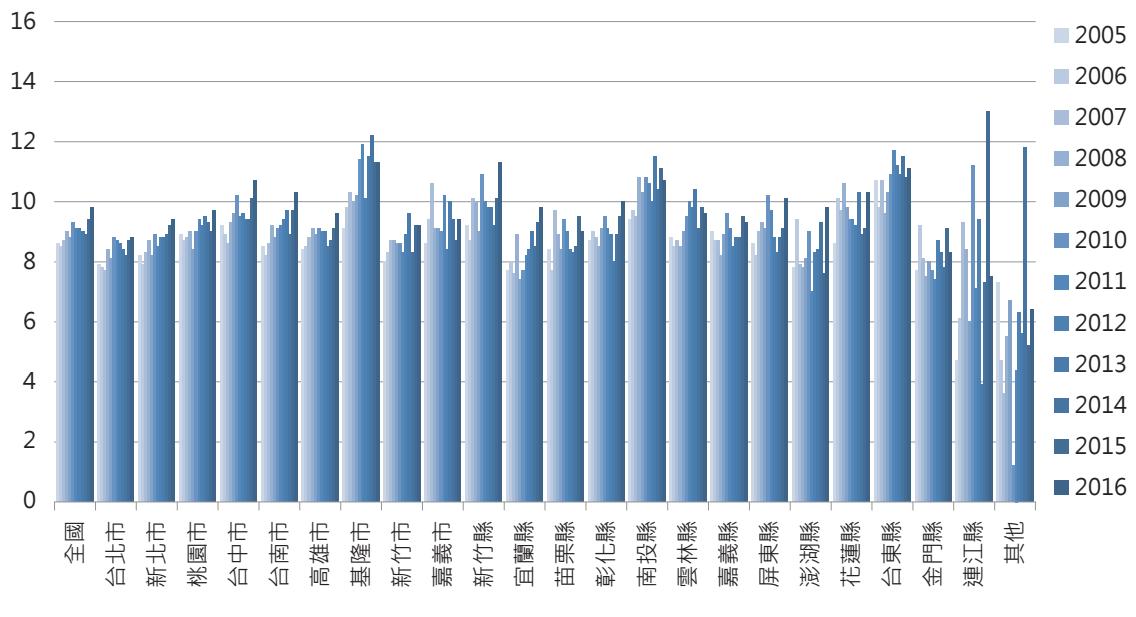
單一位：百分比 (% per 100 live births)

資料年度：2010 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health at a Glance Asia/Pacific 2016; 衛生福利部國民健康署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 112、早產兒出生百分比—國際比較



單位：百分比 (% per 100 live births)

資料年度：2005 至 2016 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

備註：縣市別依「產婦戶籍地」分，其中「其他」為外籍或資料不詳者。

圖 113、早產兒出生百分比—國內縣市各年度比較

## 低體重新生兒出生百分比

### 指標定義：

分子	院所年度(依出生通報資料庫)出生體重<2500公克之活產新生兒數
分母	院所年度(依出生通報資料庫)之所有活產新生兒數

### 重要性：

WHO 估計全球每年約有 2,000 萬名新生兒為低出生體重(<2,500 公克)者，全球盛行率約 15.5%，低出生體重更是造成 60% 至 80% 新生兒死亡之原因 (WHO, 2004)。提供孕婦適當產前檢查，確保孕婦與胎兒之健康，亦能減緩低體重新生兒之比率(健康署，2014)。本項數據可反映孕婦產前檢查及實施孕婦照護服務之成效。

### 國際及區域比較：

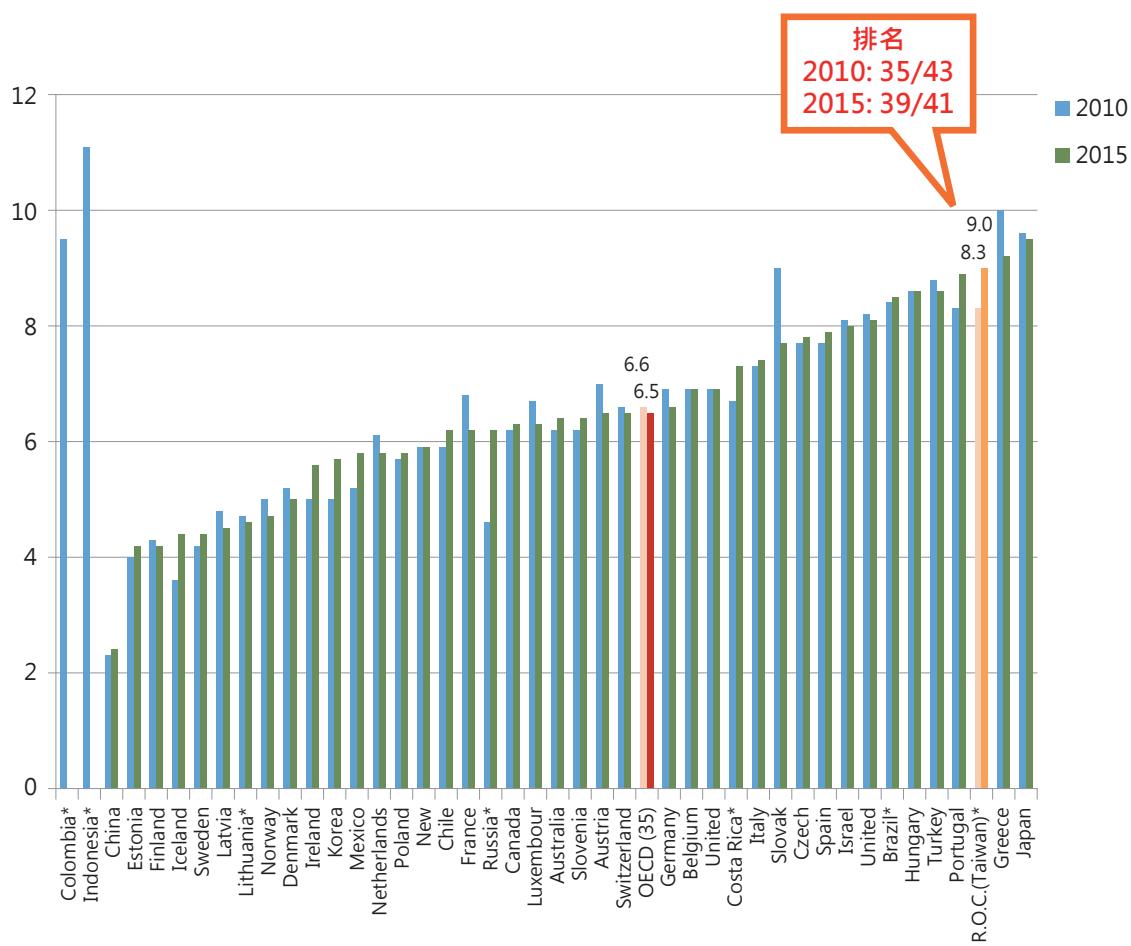
我國 2015 年低體重新生兒出生百分比為 9.0%，若與 OECD 各國共同評比，於 41 個國家中我國居第 39 位 [ 圖 114]。

依產婦戶籍地縣市別分析，2005 年至 2016 年，各縣市多呈現微幅上升趨勢。2005 年至 2016 年，我國低體重新生兒出生百分比維持在 7.3% 至 9.4% 之間，平均而言，女嬰低出生體重百分比男嬰較來得高 [ 圖 115，性別數據請詳見本部網站 ]。

### 政策討論：

我國歷年低體重新生兒出生百分比與 OECD 國家相較，尚有努力空間。針對造成低體重新生兒之各項可能因素(如：多胞胎、產婦年齡等)，透過人工生殖機構規範「未滿 35 歲之植入 2 個以下胚胎之比率」，以減少多胞胎妊娠，更鼓勵及宣導適齡孕育減少小於 20 歲及高齡懷孕，加強產前衛教認識早產危險徵兆，減少因早產所造成之低體重，及提供孕婦及其家人戒菸服務。

2017 年起，推動高風險孕產婦健康管理試辦計畫，針對目標個案提供孕期至產後 6 週之衛教與關懷追蹤服務，加強高風險孕產婦之健康照護。



單位：百分比 (% of total live births)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部國民健康署

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 114、低體重新生兒出生百分比—國際比較

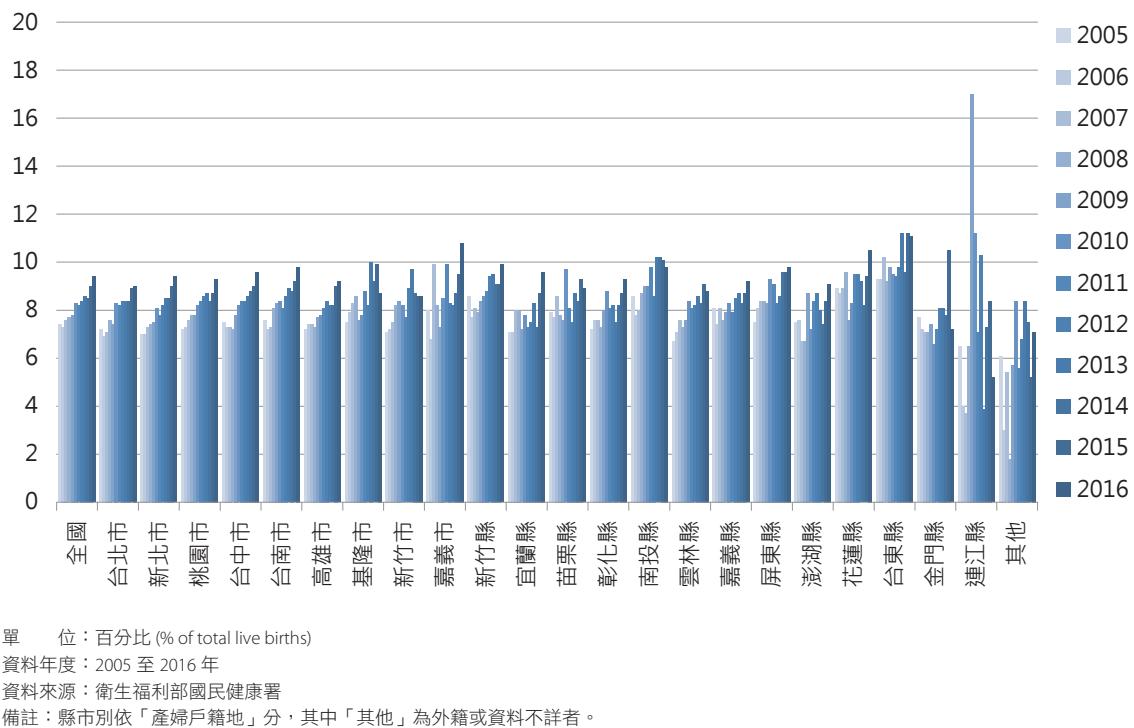


圖 115、低體重新生兒出生百分比—國內縣市各年度比較 (總計)

## 八、長期照顧指標

長期照顧服務目的在於延長民眾健康餘命，並對於衰弱、失能者維持其剩餘功能，減短臥床時間，故長照品質 (LTC quality) 之優缺將對服務使用者影響甚大。依據經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Co-operation and Development, 簡稱 OECD) 定義，良好的長照品質應為維持或在有可能性的狀況下，改善衰弱、患慢性病及物理性 (physically) 之失能老人的功能性或健康結果 (outcome)。然因長照服務涵括社會福利及衛生相關領域，在國際上尚未有統一標準，且我國長照 2.0 甫於 2017 年實施並推展長照政策，現階段處於積極布建資源，故目前我國長照品質指標之建立朝向衡量政策效果為主軸，選出 4 項長照指標進行監測，指標項目如下：

### ● 長期照顧 (4)

- 每千失能人口照顧服務員數
- 每千失能人口全國住宿式長照機構床位數
- 經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率
- 受評對象接受長照 2.0 服務使用率

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 每千失能人口照顧服務員數

### 指標定義：

分子	全國照服員依法登錄人數
分母	全國年度推估長照失能人口數

### 重要性：

我國自 1993 年起，65 歲以上的老人人口比率已達聯合國世界衛生組織 (WHO)，所訂定的「高齡化社會」指標，佔總人口比率為 7.09%，又根據國發會推估資料，至 2026 年，65 歲以上的老人人口將超過全國人口 20%，進入超高齡社會，爰我國長期照顧需求，將隨高齡化趨勢與日俱增。

長期照顧需求須由長照人員提供各項長照服務予以滿足，其中照顧服務員係提供長期照顧服務之第一線人力，其人力充實影響長照服務之提供與推廣。惟依據長期照顧服務量能提升計畫 (2015-2018 年)，分析訓練後之照顧服務員未實際投入從事長照服務之原因，包括任職之勞動條件誘因不佳、專業形象不佳、訓練或教育養成與職場需求有落差，其他原因尚包括失能者居住地點分散，需往返奔波於不同個案工作地點、交通與人身安全、工作辛苦勞累等結構性因素。因照顧服務員人力與長照服務之服務量能呈正相關，為強化充實照顧服務員人力，政府積極推動多項措施，包括提高薪資誘因、規劃職涯發展、改善職業形象、加強辦理訓練、推動產學合作等，以期透過人力成長增加服務量能。

雖不同類型之長照服務所需人力不同，透過整體照顧服務員人力與推估長照失能人口數之比率，仍可瞭解整體照顧人力供需情形，評估照顧人力缺口，及瞭解每一照顧服務員之服務負荷。

### 國內成效：

依長期照顧服務法 (以下稱長服法) 與「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」規定，照顧服務員均須登錄於長照機構，惟因長照人員管理系統甫於 2017 年底上線，資料陸續登錄中。目前僅可提供截至 2017 年底，經地方政府調查之各類長照服務之照顧服務員人數統計表替代。2017 年度推估長照失能人口數為 60.2 萬人 (為該年度需求人數為 73.7 萬，扣除衰弱老人及 50 歲以上失智症者人數後之總數)，照顧服務員人數為 2.8 萬，故每千失能人口照顧服務員數為 46.51 人。

年度	任職情況(人數)								合計
	居家服務	日間照顧	家庭托顧	老人福利機構	團體家屋	C級據點	護理之家	榮民之家	
2017	10,478	815	116	9,225	47	441	5,987	1,308	28,417

### 政策討論：

為充實照顧服務員人力，本部自 2018 年推動長照給付及支付新制，將以往「時數」計價模式，改以失能者可獲得之長照服務(照顧組合)做為計價單位，進而提供服務提供單位足夠成本，鼓勵單位提升薪資條件，並針對照顧服務員任職人數最多之居家服務，要求單位應給予月薪制之全時居家照顧服務員，薪資至少每月 3 萬 2,000 元以上；時薪制居家照顧服務員，薪資至少每小時 200 元。

此外，本部也修訂長服法相關子法，除資深居家照顧服務員可升任居家督導員之外，一定年資以上之照顧服務員還可擔任長照機構之業務負責人，促進晉升管理階層；或鼓勵照顧服務員創業成為「照老闆」，設立長照機構。另本部運用多元宣導管道(FB、LINE 等)，增進社會大眾對於照顧服務員之正確認識，提升專業形象。

政府積極提升人力投入誘因，2017 年底之照顧服務員人數，相較 2016 年同期亦增加 3,223 人。惟我國長期照顧十年計畫 2.0(以下稱長照 2.0)為更積極回應民眾多元照顧需求，擴充服務內涵及擴大服務對象，照顧服務人力需求更加迫切，儘速落實長照人力登錄，增加照顧服務員人力，提高照顧服務員與推估失能人口數之比率，將成為推動長照服務發展之重要目標。

## 每千失能人口全國住宿式長照機構床位數

### 指標定義：

分子	全國住宿式長期照顧機構 (包含老人福利機構、一般護理之家、身心障礙福利機構，及榮譽國民之家) 登記之床位數
分母	全國年度推估長照失能人口數

### 重要性：

經濟合作暨發展組織 (OECD) 於 2012 年對於住宿式機構之定義，廣義上為照顧服務使用者所住之地方，例如療養院、輔助生活場所、庇護住房或私人住家。我國為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，長服法於 2015 年 6 月 3 日公布，並於 2017 年 6 月 3 日正式施行，依該法第 9 條第 3 款規定，對於機構住宿式服務之定義為以受照顧者入住之方式，提供全時照顧或夜間住宿等之服務。另按該法第 12 條，機構住宿式服務類長照機構提供之服務內容有：一、身體照顧服務；二、日常生活照顧服務；三、餐飲及營養服務；四、住宿服務；五、醫事照護服務；六、輔具服務；七、心理支持服務；八、緊急送醫服務；九、家屬教育服務；十、社會參與服務；十一、預防引發其他失能或加重失能之服務；十二、其他由中央主管機關認定以入住方式所提供之服務。又同法第 62 條規定，本法施行前，已依其他法律規定，從事本法所定長照服務之機關（構）、法人、團體、合作社、事務所等，仍得依原適用法令繼續提供長照服務。故長服法施行前已提供受照顧者入住之全時照顧或夜間住宿服務之機構，仍得依原法規繼續提供服務，亦為目前我國所稱之機構住宿式服務類長照機構（以下稱住宿式機構）。

住宿式機構之重要性係在於為老年人提供專業的護理照顧與監測，在我國，社會參與亦屬相當重要之一環。依據美國國會預算辦公室 (Congressional Budget Office) 於 2012 年提出老年人口長照服務需求提升及供給 (Rising Demand for Long-Term Services and Supports for Elderly People) 之研究報告，如果能受到專業護理及個人照顧、24 小時監督之長期照顧或針對功能或認知受限的人們提供協助或用藥監督的服務，美國人會有較高意願在年老後去住療養院。尤其 85 歲以上之老年族群有更高機率居住在養老院，因為其衰弱的現象更為普遍，並且多數皆已守寡，亦在其居住之社區中沒有足夠之家庭支持以滿足照顧需求。

因此本指標係為衡量我國每年度在長照 2.0 定義下之每千失能人口，得分配到住宿式機構床位之比例。依據國家發展委員會推估，2026 年我國老年人口將達 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。故我國對於住宿式機構之需求亦將

升高，因此布建我國住宿式機構資源及建立基準以瞭解目前住宿式機構量能係有其關鍵重要性。

### 國內成效：

現行之住宿式機構已依相關法規成立者有老人福利機構、一般護理之家、身心障礙福利機構，及榮譽國民之家，基於不同目的及目標族群提供住宿式服務，維護並滿足住民之照顧需求。2017 年度（統計期間為 1-12 月）我國住宿式長期照顧機構為登記之床位數共計為 13.2 萬床。依據長照 2.0，2017 年度推估長照失能人口數為 60.2 萬人（為該年度需求人數 73.7 萬，扣除衰弱老人及 50 歲以上失智症者人數後之總數），故每千失能人口全國住宿式長照機構床位數為 219.2 床，意即我國 2017 年度每千位長照失能者得使用之住宿式長照機構床位為 219.2 床，因長照 2.0 係自 2017 年實施，尚待各年度相關數據累計後，再行瞭解我國住宿式機構量能之發展趨勢。

### 政策討論：

目前長照 2.0 主要推行以社區為基礎，建立從家庭、社區、機構之多元且連續長期照顧體系，故依現行政策之方向，尚以居家式及社區式長照服務之布建為優先。為加強住宿式資源布建，本部於 2018 年 9 月公告獎助布建長照住宿式服務資源試辦計畫，於考量城鄉資源差異下，協助現有小型機構轉型及新建住宿式機構共 40 家，以均衡全國城鄉之住宿式機構資源。

## 經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率及受評對象 接受長照 2.0 服務使用率

### 經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率

#### 指標定義：

分子	長照 2.0 服務使用人數
分母	經全國長期照顧管理中心評估人數

### 受評對象接受長照 2.0 服務使用率

#### 指標定義：

分子	經全國長期照顧管理中心評估符合使用長照 2.0 服務人數 - 聘用外籍看護工者使用長照 2.0 服務人數
分母	長照 2.0 服務需求人數 (全國年度推估長照需求人口數 - 住宿式機構服務使用人數 - 聘用外籍看護工人數) (皆以使用者 ID 歸戶計算)

備註：人數皆以使用者 ID 歸戶計算

#### 重要性：

目前人口老化是全球健康之重要議題，亦為未來社會發展的關鍵因素之一，我國自 1993 年，65 歲以上的老人人口數佔總人口之比率為 7.09%，已達世界衛生組織 (WHO) 所訂定的「高齡化社會」指標，2018 年 3 月我國老人人口數佔總人口之比率為 14.05%，晉升為高齡社會。

另根據行政院經建會的推估至 2026 年，65 歲以上的老人人口將超過全國人口 20%，然而長期照顧對象還包含身心障礙者，全國領有身障手冊人數亦不斷攀升，於 2017 年計有 1,167,450 人，隨著人口老化及身障人口的遽增，產生疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化及照護時間長期化等問題外，另社會之家庭結構改變，核心家庭、雙薪家庭比例大增，婦女勞動參與率上升，嚴重挑戰家庭是否能夠維持傳統全方位照顧功能。在此背景下，國內長期照顧需求與日俱增。

#### 國內成效：

經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率及受評對象接受長照 2.0 服務使用率皆係為瞭解我國長照需求者使用長照服務之情形。受評對象接受長照 2.0 服務使用率係衡量在長照 2.0 定義下推估之當年度全國長照需求人口數扣除使用住宿式機構服務人數及聘用外籍看護工人數後，使用長照 2.0 服務 (居家式及社區式長照服務) 之比率，而經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率則是長照需求人口經長期照顧管理中心或社區整合型服務中心 (A 單位) 評估為長照需求者並連結所需之長照服務之比率。我國於 2017 年

實施長照 2.0，截至 2017 年 12 月底受評對象接受長照 2.0 服務使用率為 20.2%，經全國照顧管理中心評估且連結長照 2.0 服務率為 96.1%。

### 政策討論：

世界衛生組織 (WHO) 方於 2016 年第六十九屆世界衛生大會提出「老化與健康之全球策略及行動計畫 (Global Strategy and Plan of Action on Ageing and Health)」(WHO, 2016)，其中策略目標四正是「發展永續公平的長期照顧體系 (居家、社區、機構)」，而策略目標三則是「依老人人口的需求來調整健康照護體系」。顯示長期照顧與健康照護同為使老人人口達到理想生活與福祉的兩大柱石。

發展永續公平的長期照顧體系的重要性及意義不僅限於滿足個人需要、減輕家庭與社會的照顧壓力；更根本的意義在於對健康權益的一部分，如已發生身體機能損傷或有此風險的老人當然有權利或得可以使其維持為佳功能狀態的照顧和支持，而這也是其基本人權與尊嚴的一部分。

我國長照 2.0 為更積極回應民眾多元照顧需求，擴充服務內涵，增加服務彈性；擴大服務對象，符合不同族群照顧需求；整合服務模式，提升照顧連續性；創新多元服務，滿足多元需求；服務體系延伸，積極推動各項預防照顧措施等，與世界衛生組織 (WHO) 策略目標四「發展永續公平的長期照顧體系」之下，三大優先行動領域政策不謀而合。

我國現階段的長照體系應以加速發展長期照顧資源，提升長期照顧需要者對服務的可近性為首要目標。並以在地老化為原則，加強居家、社區式服務為優先；後續則需將照顧品質，提升服務提供效率等納入重要議題。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 九、人口統計指標

瞭解一個國家最快的方式就是透過人口統計數據。人口的組成與變遷，對於人口結構、家庭負擔、社會體制、經濟發展有極大的影響，進而影響到國家的競爭力；此外，延長平均餘命雖是每個國家努力的方向，但更重要的是延長健康餘命。因此，本部挑選4項人口統計指標，觀察我國人口結構之變化，以作為推動衛生福利政策之參考。

### ● 人口統計 (4)

- 育齡婦女總生育率
- 老化指數
- 身心障礙者占全國人口比
- 健康平均餘命

## 育齡婦女總生育率

### 指標定義：

15 至未滿 50 歲各育齡婦女年齡組別（以 5 歲為一年齡組）生育率的總和 \*5

### 重要性：

育齡婦女總生育率係指婦女一生所生育的嬰兒數或生育率，當總生育率小於 2 人，表示人口替換有限，影響未來人口數成長。

我國自 1985 年，總生育率首次低於人口替換水準 2 人，近 10 年中，除了 2012 年屬吉祥龍年，生育率達到 1.3 人外，其餘不足 1.2 人，另一方面根據行政院國家發展委員會人口中推估，我國將於 2025 年老年人口比率分別超過 20%，進入所謂超高齡社會，若沒有足夠新生人口來支撐老年人口，未來青壯人口扶養負擔勢必增加，勞動力供給將明顯不足，民間消費力道亦會受到影響。因此提升國人生育意願，以緩解我國人口結構改變之壓力，是政府當前重要課題之一。

### 國際及區域比較：

低生育率是全球趨勢，根據 2017 年 OECD 家庭資料庫顯示，35 個 OECD 會員國平均生育率由 2010 年 1.74 人降至 2015 年 1.68 人，減少 0.06 人 [ 詳見圖 116 ] 。

就 35 個會員國及其他 7 個重要國家人口替換水準觀察，2010 年生育率超過 2 人有 10 個國家，占全體 23.8%，至 2015 年，則僅剩 5 個國家，占全體 11.9%，減少 11.9 個百分點。

再就各國比較觀察，2010 及 2015 年我國總生育率，分別為 0.90 及 1.18 人，不僅較鄰近亞洲國家南韓、日本、中國大陸低，甚至在 42 個國家中排列最低。

2016 年我國生育率 1.2 人，較 2010 年 0.9 人增加 0.3 人，各地區以連江縣生育率 1.8 人為最高，嘉義縣、屏東縣 0.9 人為最低 [ 詳見圖 117 ] 。

再就 2010 及 2016 年變動趨勢觀察，除了金門縣生育率略為下降，雲林縣、嘉義縣、新竹市持平外，其餘各地區均呈現增加趨勢，其中臺北市、桃園市、彰化縣、澎湖縣及連江縣 5 縣市均增加 0.4 人為多。此外，發現各地區生育率於 2012 年特別高，主要在於 2012 為龍年，是華人社會出現嬰兒潮獨特現象，因此各地區同時呈現高峰現象後隔年立即下降回穩。

### 政策討論：

生育率低迷所造成世代無法替換現象，最終將導致勞動力不足，對社會經濟發展產

生嚴重影響，提高生育率有其必要性與急迫性。

為提高生育率，近幾年來各縣市政府祭出各種鼓勵措施，其中以生育獎勵與育兒津貼為最常見的方法，惟除現金給付，還須從源頭改善，打造一個「願意生，願意養」完善的生養環境，而政府目前啟動跨部會合作機制，希望強化家庭、社區、雇主與政府的合作機制，提供平價、優質及近便的托育教保服務、建構可兼顧育兒的工作環境、適度提供育兒的經濟支持、全方位支持育兒、營造顧得好的環境，讓國人更樂於生養下一代。

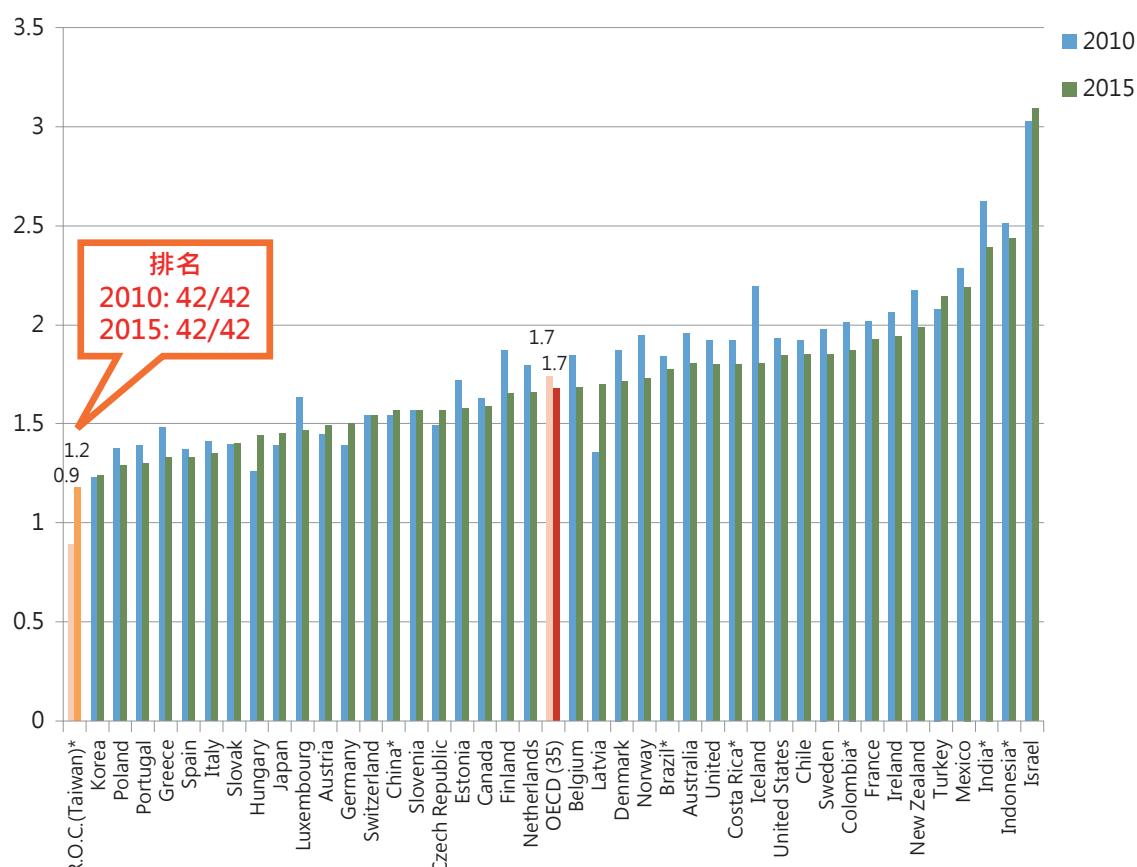
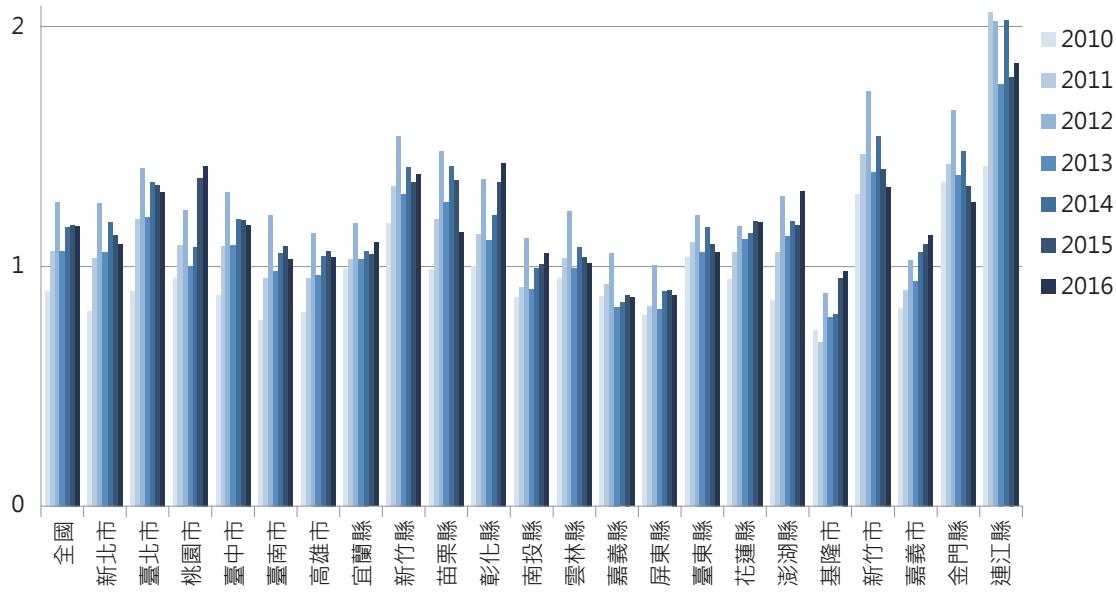


圖 116、育齡婦女總生育率—國際比較



單一位：平均每育齡婦女生育數

資料年度：2010 至 2016 年

資料來源：內政部

圖 117、育齡婦女總生育率—國內比較

## 老化指數

### 指標定義：

分子	65 歲以上人口
分母	0-14 歲人口

### 重要性：

老化指數是老年人口對幼年人口的比，當老年人口大於幼年人口時，指數便會大於 100，顯示人口老化，代表未來需要被照顧人口增加幅度高於有能力照顧之人口，造成照顧者壓力增加影響國家整體競爭力。

### 國際及區域比較：

觀察主要國家的老化指數，2010 年我國指數 68.6，與 28 個主要國家相比，居第 14 名，2015 年我國指數 92.2，於 28 個國家中排名第 15 位，老化指數日本為 210.6、義大利 161.4 及德國 159.0 分居前 3 名，而菲律賓 12.6、南非 19.2 及印度 21.2 為老化指數最低國家。[詳見圖 118]。

我國 2016 年指數達到 98.9，較 2015 年 92.2 增加 6.7，老化情形日益嚴重。

若以縣市別來看，老化指數超過 100 的縣市，2011 年時有 3 個，2016 年已有 14 個縣市超出 100，其中以嘉義縣 174.3、雲林縣 140.4 及南投縣 137.5 最嚴重。各縣市女性老化指數普遍高於男性。另六都中以臺北市 111.7、臺南市 109.8 及高雄市 108.9 較嚴重。[詳見圖 118，性別數據請詳見本部網站]

### 政策討論：

我國在主要國家的老化指數表現屬中後段（占各國 50-75%），人口老化值得大家重視。

為因應人口老化，我國政府於 2017 年推動長期照顧十年計畫 2.0，建構社區化、普及化、平價化的長照體系，讓長者得以在地安養。另在優化生養環境方面，目前勞動部、教育部及衛生福利部等部會朝著「衡平職涯與家庭」、「教保公共普及化」及「支持家庭生養」等三大目標努力，以提升國人生育率，以緩和人口結構的衝擊。

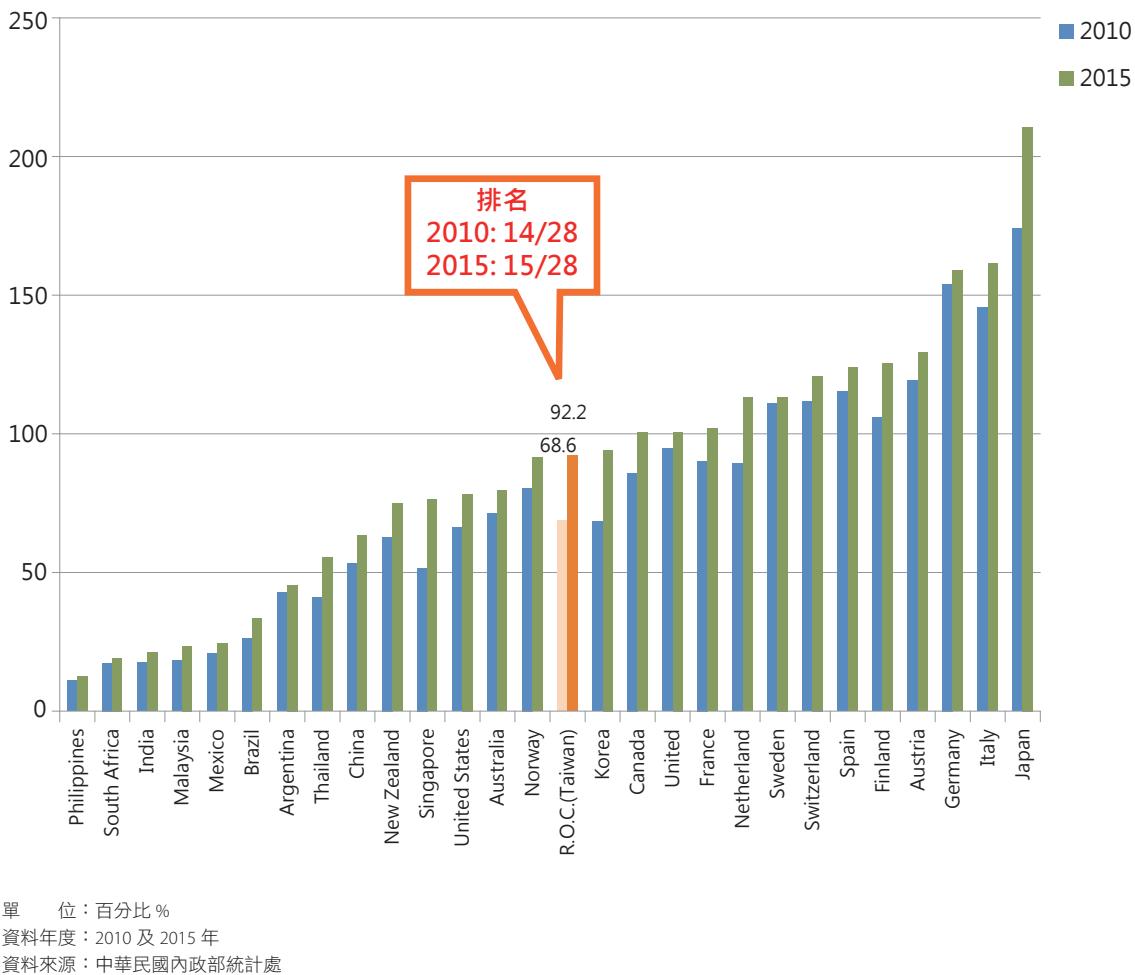


圖 118、老化指數—國際比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

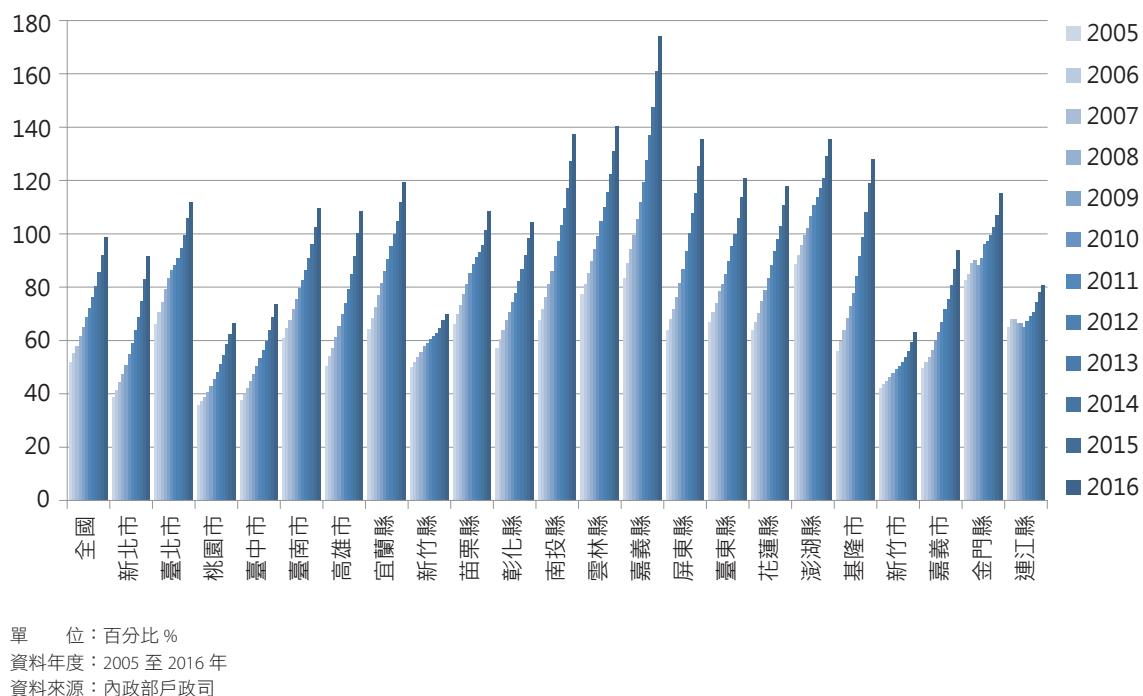


圖 119、老化指數—國內縣市比較

## 身心障礙者占全國人口比

### 指標定義：身心障礙者占全國人口比

分子	身心障礙者人數
分母	全國年中人口數

### 重要性：

身心障礙者身分之認定與福利給付資格有著連動的關係，涉及範圍廣泛且全面，如現金給付、津貼、補助資格、服務資格等認定問題。我國依身心障礙者權益保障法(以下簡稱身權法)第5條規定，身心障礙者係指經相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者。我國自2012年7月實施身心障礙鑑定新制(ICF)，分類原則除醫療觀點外，加入社會觀點，測量層面除「生心理損傷」及「功能限制」，另增加「社會參與」及「環境因素」，惟該2個測量層面尚未實施。亦即我國身心障礙者之認定採ICF鑑定模式作為行政上界定身心障礙人口之依據，符合身分資格者將取得身心障礙證明，且身心障礙者身分認定和給付架構有密切連動，涉及整體國情及制度設計。

隨著人口老化，我國2010年身心障礙者占全國人口比為4.7%，到了2016年身心障礙者占全國人口比已達5.0%。

### 國際及區域比較：

我國2012年身心障礙者占全國人口比率為4.8%，依歐盟資料顯示28個國家的身心障礙者占全國人口比率均達12%以上[詳見圖120]，其中丹麥、挪威、德國、保加利亞、立陶宛、拉脫維亞及匈牙利等7個國家的身心障礙者占全國人口比率更達20%以上。另根據平成30年(2018年)日本障礙者白書中指出日本2016年約莫有590.1萬名身心障礙者，約占日本人口的4.66%；2015年香港政府統計處統計月刊中指出，香港2013年約莫有57.86萬名殘疾人士，其普遍率占8.1%；2012年美國人口普查局調查，美國2010年約有5,670萬名身心障礙者，約占美國人口的19%。

歐盟資料顯示相關國家身心障礙者的定義，少數是採用ICF四個面向鑑定結果，也就是官方法定資格，其他多數國家係透過居家調查方式，由民眾進行自我評估，主要是在回應於日常生活中長期存在的健康或障礙問題，有關「長期」的定義，部分問項為1年以上，但部分問項只要達6個月就可列入。至於美國定義身心障礙人士是身體或精神的缺陷導致嚴重妨礙一項或多項日常活動能力的人，故該標準較寬泛並分為嚴重及不嚴重兩大類。基於前開方式與我國的身心障礙認定作法存有差異，尚無法進行國際比較。

我國2012年身心障礙者占全國人口比率最多的前三個縣市分別為花蓮縣8.0%、臺東縣7.6%、嘉義縣7.2%。2016年身心障礙者占全國人口比最多的前三個縣市分別為花蓮縣

8.0%、臺東縣 7.8%、嘉義縣 7.5% [ 詳見圖 121，性別數據請詳見本部網站 ]。有關 2005 年至 2016 年身心障礙者占全國人口比率之上升趨勢最多的前三個縣市分別為基隆市 1.6%、宜蘭縣 1.6%、高雄市 1.4%。

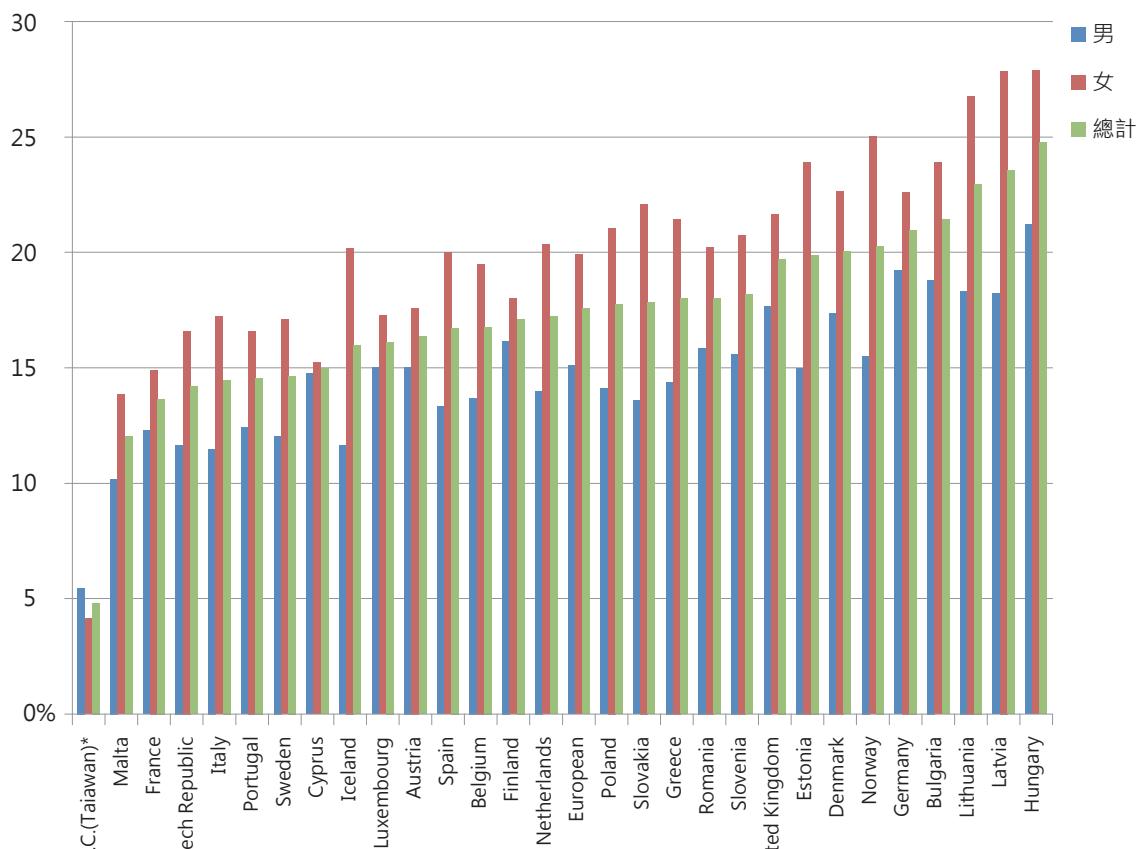
此外，依據本部 2016 年身心障礙者生活狀況及需求調查結果，2016 年女性障礙者為 50 萬 7,399 人 (43.75%)，男性障礙者為 66 萬 2,800 人 (56.25%)。在年齡結構部分，未滿 18 歲為 5 萬 5,702 人 (4.76%)，18 歲至 64 歲為 64 萬 5,588 人 (55.17%)，65 歲以上為 46 萬 8,909 人 (40.07%)，若和 2011 年相較，45 歲以上身心障礙者人數呈增加趨勢，尤其 65 歲以上增加 7 萬 8,276 人，增加達 20.04%。在障礙類別部分，若比較 2011 年和 2016 年 5 年間各障礙類別人數變動，「肢體障礙」減少 1 萬 2,759 人最多，增加人數最多類別則是「重要器官失去功能」、「多重障礙」、「失智症」及「慢性精神病患」，分別增加 3 萬 416 人、1 萬 6,241 人、1 萬 5,313 人及 1 萬 2,834 人，其中「失智症」增加 45.32%，為各障別中增加幅度最大者。

### 政策討論：

我國於 2012 年 7 月 11 日起實施身心障礙鑑定與需求評估新制 (ICF)，身心障礙者的認定以判定符合基準者始能列入，如以前述美國之判定標準，則歸類於美國人口普查局中的「嚴重類」，故身心障礙人口比率，會因各國所判定之原則或標準不同，致比率有所差距。另外，CRPD 中，身心障礙屬於不斷演變的概念，在該脈絡下，甚至不會有分類的概念，但 ICF 原本設計即包含考量環境支持，以及尊重個人意願，支持其活動參與，並希望透過團隊評估機制，其精神與人權模式並不違背，但必須落實以整合模式來界定障礙類別及等級。我國測量層面雖包含「生心理損傷」、「功能限制」、「社會參與」及「環境因素」等四個層面，惟實務上「社會參與」及「環境因素」尚未納入身心障礙鑑定綜合等級的判斷，目前本部護理及健康照護司正進行委託研究，研議將「社會參與」及「環境因素」納入綜合等級評量之可行性及影響評估。

我國仍承諾在目前制度下，以身心障礙者權利公約第 3 條及第 8 條為目標，全面提升社會大眾具有身心障礙意識、降低社會對身心障礙者之歧視與制度式保障身心障礙者免於不平等之對待。又相關法規如特殊教育法、職業安全衛生法等，係以民眾於就學、就業領域遭遇障礙情事為實質認定，據以提供協助或服務，並非以領有身心障礙證明為限。此外，因應身心障礙者實際需求，依據身心障礙者權益保障法規定，朝向保障經濟安全、多元安置服務措施、提供無障礙生活環境及促進社會參與等方向規劃。因應高齡社會下因老化而成為障礙者的比率增加，本部將積極督導各地方政府落實推動各項社區式服務，並推動辦理心智障礙者雙老家庭支持整合服務，並已於長照 2.0 服務對象納入 49 歲以下失能身心障礙者，經照管中心評估核定長照需要等級者，可於給付額度內使用服務，並針對 CMS5 級以上，且針對身心障礙有照顧困難者，定有加成給付。

此外，亦將持續擴增社區式個人照顧服務據點，督導地方政府擴編臨時及短期照顧服務等經費。2018 年則於北中南試辦自立生活支持服務中心，培力身心障礙者自立意識及生活技巧，以增進其在社區自立生活的能力。



單 位：百分比 (%)

資料年度：2012 年

資料來源：Eurostat; 衛生福利部社會及家庭署

圖 120、身心障礙者占全國人口比—國際比較

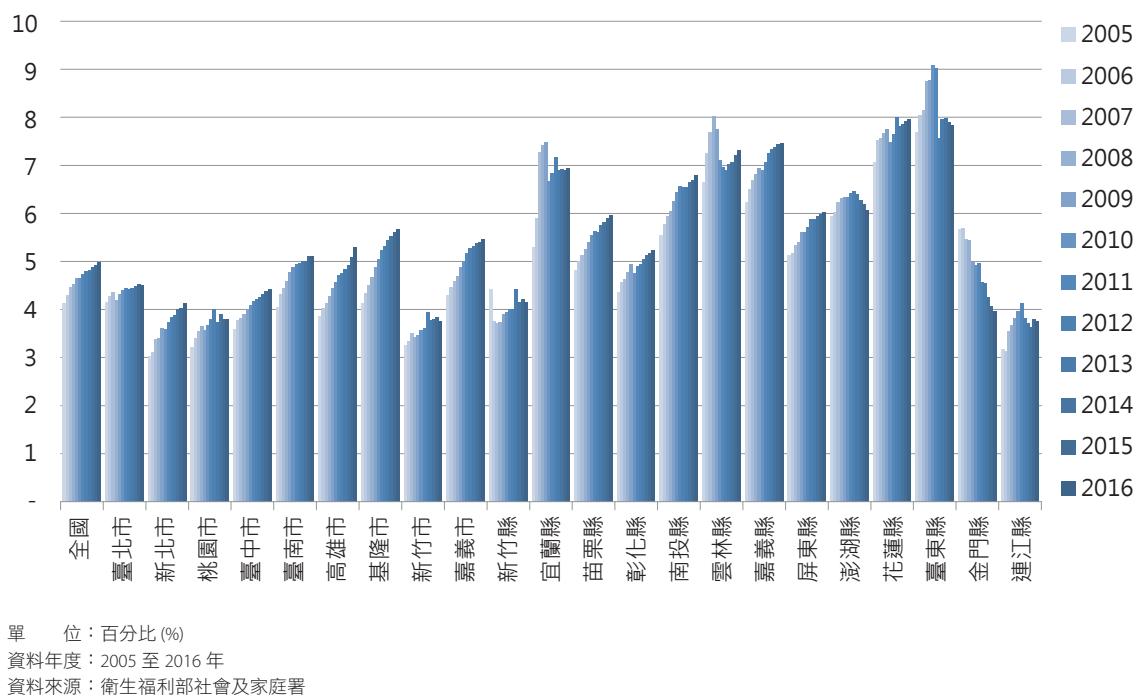


圖 121、身心障礙者占全國人口比—國內縣市比較

## 健康平均餘命

### 指標定義：

指身體健康不需依賴他人的平均期望存活年數，由疾病、功能障礙及死亡的存活曲線，分別計算各年齡別健康生命之存活率與未罹患慢性疾病狀況下之平均餘命。

### 重要性：

隨著醫療進步、衛生環境改善及全民健保普及，使得國人平均餘命逐年增加，但隨老年時間拉長及慢性病普遍，須更關注的是健康活著的時間有多長。

健康平均餘命即是將平均存活之壽命排除因失能導致之不健康存活年數，代表國民身體健康、不須依賴他人之平均存活年數。

### 國際及區域比較：

不論平均餘命或健康餘命，女性均較男性為高，2016 年男、女性健康平均餘命分別為 68.7 歲及 73.8 歲，較 2015 年減少 0.3 歲及增加 0.1 歲，與 2001 年比較，男、女性分別增加 2.0 歲及 2.1 歲。

2016 年男、女性零歲健康平均餘命差距為 5.1 歲，與 2001 年比較，差距增加 0.1 歲。若與平均餘命相較，女性不健康之存活年數 9.6 歲，較男性 8.1 歲多 1.5 歲，顯示相較於兩性平均餘命差距長期呈擴大趨勢，健康平均餘命差距變動較小，致兩性不健康存活年數之差距擴大。[ 詳見圖 123]

若與國際上主要國家共同評比，我國兩性 0 歲健康平均餘命與 OECD 會員國中位數同為 71.2 歲，於 37 個國家中居第 25 位 [ 詳見圖 122]，OECD 會員國中以日本 74.8 歲最高，其次為西班牙 73.8 歲。

### 政策討論：

我國 65 歲以上老人人口占總人口比率在 2018 年 3 月底達到 14.1%，正式宣告邁入聯合國世界衛生組織所界定的「高齡社會」（aged society），如何維護高齡人口的生活品質與尊嚴，以及因應老化社會帶來的青壯年照顧及扶養負擔加重和少子化現象，是政府持續努力的重要目標。依平均餘命與健康餘命的差距可知老年人可能有 8 到 9 年時間是必須仰賴醫療或他人照護才得以維繫生命，凸顯出醫療資源及長期照護的需求與重要性。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

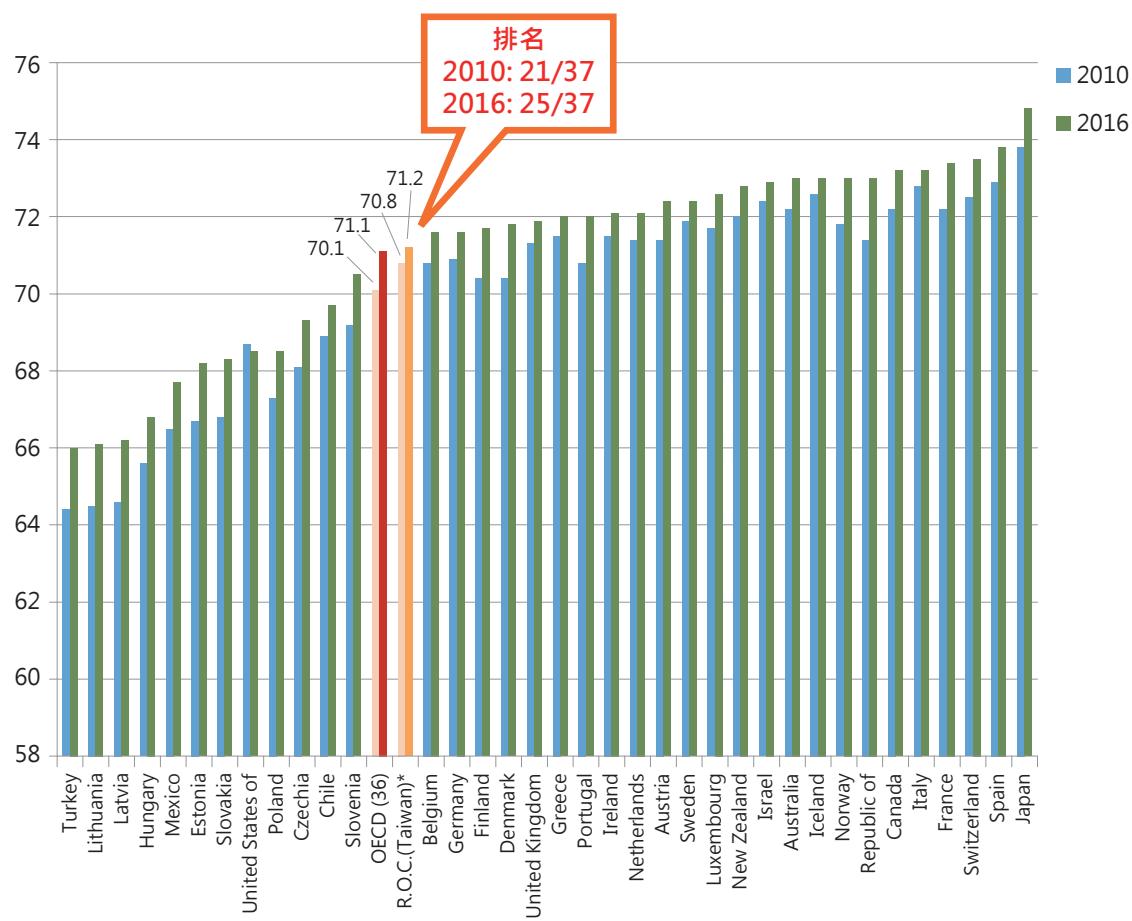
社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻



單 位：歲

資料年度：2010 及 2016 年 (或最近年度)

資料來源：Healthy life expectancy (WHO); 衛生福利部統計處

註：\* 為非 OECD 會員國

圖 122、健康平均餘命—國際比較

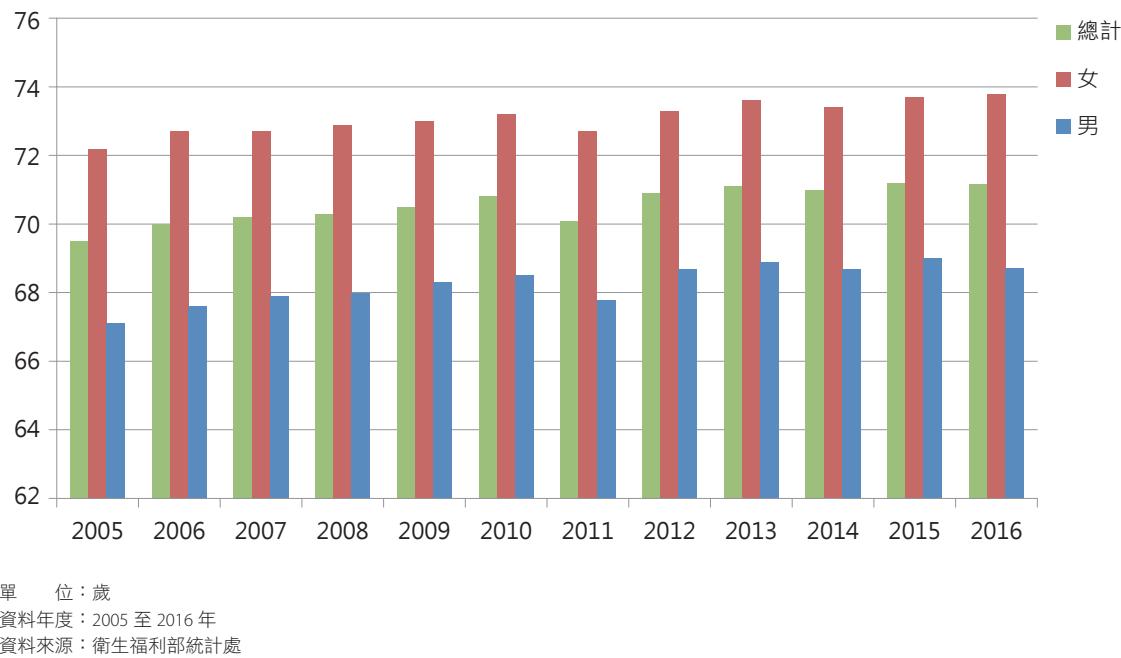


圖 123、健康平均餘命—國內比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 十、社會保險指標

為使民眾享有健康保障，我國自 1995 年起建立全民納保的完整社會保險制度，透過自助、互助機制，讓國民享有平等的就醫權利。為與國際間比較全民健保之覆蓋情形，本部挑選「全民健保覆蓋率」指標，觀察國際間全民健保覆蓋率情形，以作為輔導納保實務作業之參考。

### ● 社會保險 (1)

- 全民健保覆蓋率

## 全民健保覆蓋率

### 指標定義：

分子	參與全民健康保險之人數
分母	全國可參與全民健康保險之總人數

### 重要性：

健保署前身為「行政院衛生署中央健康保險局」，於 1995 年整併當時僅約 59% 國民可參加之勞保、農保、公保三大職業醫療保險體系，秉持永續發展、關懷弱勢的原則，擴展至全民納保的完整社會保險制度。政府開辦全民健康保險的初衷，即在透過自助、互助制度，將全體國民納入健康保障。因此舉凡健康保險開辦前非屬工作人口的眷屬、榮民及無職業者，含婦女、學生、孩童、老人等，使人人都能享有平等就醫的權利，當民眾罹患疾病、發生傷害事故、或生育，均可獲得醫療服務。

### 國際及區域比較：

全民健保係強制性的社會保險，凡設籍在臺灣的本國人及持居留證居住在臺灣的外國人，只要符合投保資格者不論性別、年齡或種族，依法都要加入全民健保。除非是喪失投保資格（如失蹤人口、放棄國籍、戶籍遷出國外或居留期限屆滿），否則從出生到死亡，中途都不得任意退出保險。由於投保資格係法定義務，全民健保覆蓋率理論為 100%，是故我國此數值於國際比較時，應同為係屬表現卓越。至於健保署呈現之「全民健保覆蓋率」，係為持續執行內部各輔導納保實務作業參考，其中未納保之人數主要係無法聯繫人口或時間落差造成，不宜逕解釋為該設籍人口未被全民健保覆蓋。[ 詳見圖 124、圖 125]

### 政策討論：

政府為保障國人健康權開辦全民健康保險，本保險係強制性社會保險，凡符合投保資格的民眾，皆有持續投保及繳納保險費的義務。全民健康保險按職業將被保險人分成第一類至第六類，本保險原則採申報制，課以投保單位及保險對象主動申報投保之作為義務，民眾如因轉換投保單位或改變投保身分，應依適當身分申報加保手續，健保署亦定期主動寄發輔導投保函，請民眾儘速依適當身分補辦投保，以維護其健保就醫權益。此項「全民健保覆蓋率」，係為持續執行各輔導納保實務作業參考。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

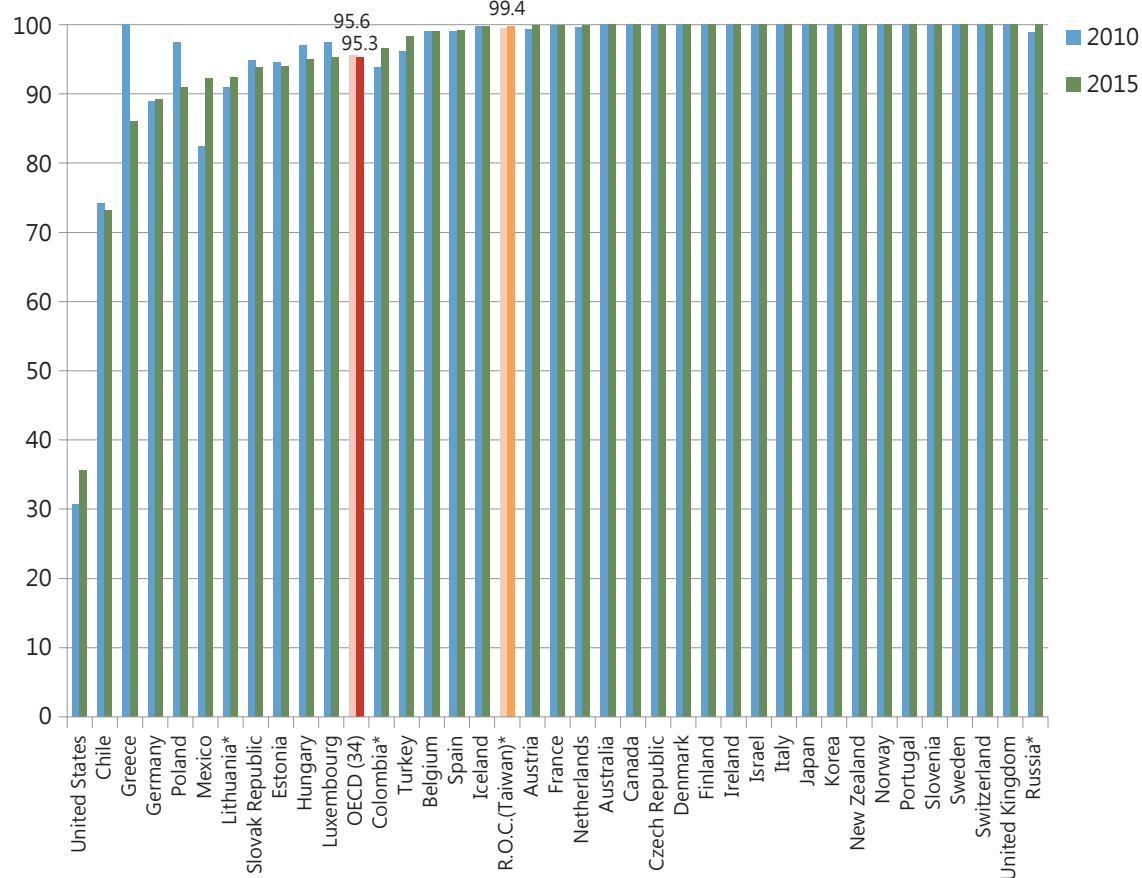
社會福利支出

家庭與社會支持

總結

參考文獻

排名  
2010: 22/38  
2015: 22/38



單一 位：百分比 (%)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017.; 衛生福利部中央健康保險署

圖 124、全民健保覆蓋率－國際比較

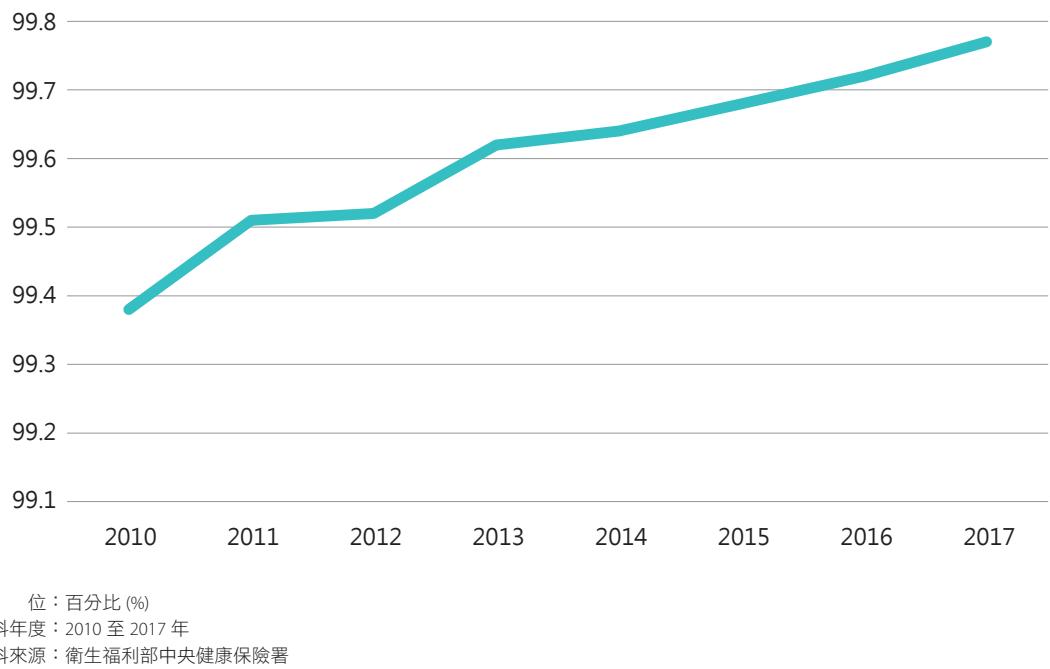


圖 125、全民健保覆蓋率—國內情形

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出

家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 十一、社會救助指標

為照顧弱勢民眾納入社會救助體系，本部持續依據社會救助法協助經濟弱勢家庭，並鼓勵其脫貧自立。為瞭解我國之低收、中低收入戶之變化趨勢及其於國內之占比，本部挑選 6 項社會救助指標進行監測，指標項目如下：

### ● 社會救助 (6)

- 低收入戶戶數及人數
- 低收入戶占全國人口比
- 低收入戶占全國戶數比
- 中低收入戶戶數及人數
- 中低收入戶占全國人口比
- 中低收入戶占全國戶數比

## 低收、中低收入狀況

### 低收入戶戶數及人數

#### 指標定義：

家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在當地區公告的最低生活費以下且家庭財產未超過低收入戶適用的當地區公告金額之戶數與人數

### 低收入戶人數占全國人口比

#### 指標定義：

分子	符合低收入戶條件之人數
分母	全國年中人口數

### 低收入戶戶數占全國戶數比

#### 指標定義：

分子	符合低收入戶條件之家戶數
分母	全國家庭戶數

### 中低收入戶戶數及人數

#### 指標定義：

家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在當地區公告的最低生活費 1.5 倍以下且家庭財產未超過中低收入戶適用的當地區公告金額之戶數與人數

### 中低收入戶人數占全國人口比

#### 指標定義：

分子	符合中低收入戶條件之家戶數
分母	全國家庭戶數

### 中低收入戶戶數占全國戶數比

#### 指標定義：

分子	符合中低收入戶條件之家戶數
分母	全國家庭戶數

**重要性：**

社會救助法係為照顧低收入戶、中低收入戶及救助遭受急難或災害者，並協助其自立。近年為照顧弱勢民眾納入政府救助體系，協助經濟弱勢之近貧、新貧家庭跨過社會救助門檻，2010年12月重新檢討最低生活費訂定方式，增訂中低收入戶之規定、放寬家庭應計算人口範圍、強化工作收入之審定程序、放寬家庭財產計算範圍、放寬工作能力之認定範圍等，並於2011年7月1日實施。

自2011年7月開始，將中低收入戶納入社會救助法保障，將最低生活費1.5倍以下，未符合低收入戶資格之經濟弱勢家庭的保障予以法制化，並提供全民健康保險費、學雜費減免、特殊項目救助，以及經濟發生重大變化時之短期生活扶助等補助，讓社會福利更有效照顧社會弱勢。

**歷年趨勢：**

2017年底低收入戶計有14萬2,814戶、31萬7,257人，分別較2012年底減少1.92%、11.24%。2017年低收入戶占總戶數比率為1.65%、低收入戶人口占總人口數比率為1.43%，二者分別較2012年底均減少0.13%。

就低收入戶戶長性別觀察，2017年男性為戶長者8萬7,828戶，占全國低收入戶戶數之61.50%，高於戶長為女性之低收入戶占比38.50%。就人數來看，男性低收入戶占全國低收入戶人數之52.73%，亦略高於女性之47.27%。

按縣市別分，低收入戶以臺北市2萬483戶及4萬5,816人、高雄市1萬9,362戶及4萬4,780人、新北市1萬9,288戶及4萬3,785人較多。低收入戶占各該縣市人口比率則以臺東縣4.83%、花蓮縣2.73%及屏東縣2.23%較高，而以金門縣0.41%、新竹縣0.83%、連江縣0.84%較低。[詳見圖126、圖127、圖128、圖129，性別數據請詳見本部網站]

2017年底中低收入戶計有11萬7,776戶、35萬425人，分別較2012年底增加32.35%、24.26%。2017年中低收入戶占總戶數比率為1.36%、中低收入戶人口占總人口數比率為1.49%，二者分別較2012年底分別增加0.27%、0.28%。

就中低收入戶戶長性別觀察，2017年男性為戶長者6萬9,877戶，占全國中低收入戶戶數之59.33%，高於戶長為女性之中低收入戶占比40.67%。就人數來看，男性中低收入戶占全國中低收入戶人數之49.76%，略低於女性之50.24%。

按縣市別分，中低收入戶以高雄市2萬2,312戶及7萬2,906人、彰化縣1萬6,373戶及5萬736人、臺中市1萬3,837戶及3萬9,036人較多。中低收入戶占各該縣市人口比率則以屏東縣4.81%、彰化縣4.23%及南投縣2.74%較高，而以金門縣0.34%、桃園市0.38%、新竹縣0.52%較低。[詳見圖130、圖131、圖132、圖133，性別數據請詳見本部

網站]

### 政策討論：

對於低收入戶及中低收入戶除提供生活扶助、健保、醫療、學雜費補助等，以保障其生活基本需求，並強化工作福利誘因，鼓勵低收入戶及中低收入戶積極自立脫離貧窮。穩定工作乃脫貧之重要途徑，為鼓勵低收入戶及中低收入戶參與勞動市場，獲得穩定工作，直轄市、縣（市）主管機關應提供或轉介該等家戶中有工作能力者相關就業服務、職業訓練或以工代賑，增進其工作能力，協助其重返職場。此外直轄市、縣（市）主管機關得視需要提供創業輔導、創業貸款利息補貼，並於求職期間發給交通補助及臨時托育津貼，以提高就業服務之多元性並降低求職期間所需負擔之額外支出。

依據國內相關研究，當部分工作所得不列計家庭總收入時，可有效強化低收入戶之工作誘因，鼓勵失業之低收入者參與勞動市場，獲得穩定之工作習慣及工作所得，以鼓勵低收入者就業。因此於社會救助法明定低收入戶及中低收入戶因接受地方主管機關就業服務而增加之收入，於一定期間及額度範圍內，放寬免計入家庭總收入，至於其增加收入之認定、免計入期間及額度限制等事項之規定，則授權地方政府定之，惟放寬期間最長以3年為限，經評估有必要者，得再延長1年。

此外為鼓勵低收入戶及中低收入戶參加脫離貧窮相關措施，社會救助法明定參加措施者，於一定期間及額度範圍內因措施所增加之收入及存款，不列入家庭總收入及家庭財產計算，以避免其因此喪失其資格。至於其增加收入之認定、免計入期間及額度限制等事項之規定，則授權地方政府定之，放寬期間最長以3年為限，經評估有必要者，得再延長1年。

為避免物價波動影響弱勢民眾之生活品質，政府建立制度化調整機制，101年以後定期每4年參照消費者物價指數成長率公告調整（但成長率為0或負數時，不予調整），期望在兼顧公平性與制度化原則下，照顧社會弱勢。政府對低收入戶採行之生活扶助現金給付，包括家庭生活補助、兒童生活補助及就學生活補助等3項，亦納入社會福利津貼調整範圍。

另為減少全球金融海嘯對弱勢民眾生活之衝擊，部分直轄市、縣（市）政府提供經濟弱勢族群維持基本生活需求，在政府預算有限的情況下，結合民間資源設置食物站或發放食物券等方式協助弱勢家庭，配合鄉（鎮、市、區）網絡的連結及支援，對符合低（中低）收入戶資格，以及經濟陷於貧窮的邊緣戶，提供飲食、日常用品及衣物等相關扶助，以妥善運用資源，減少食物浪費並照顧弱勢族群之基本民生需求。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

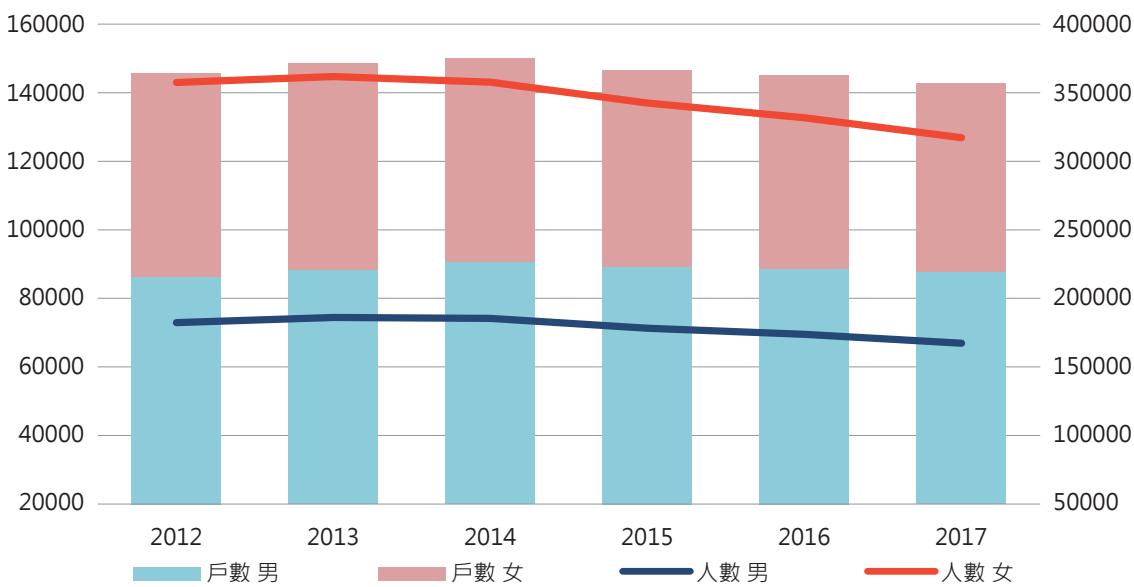


圖 126、低收入戶戶數及人數—全國趨勢  
(直條圖為低收入戶戶數，摺線圖為低收入戶人數)

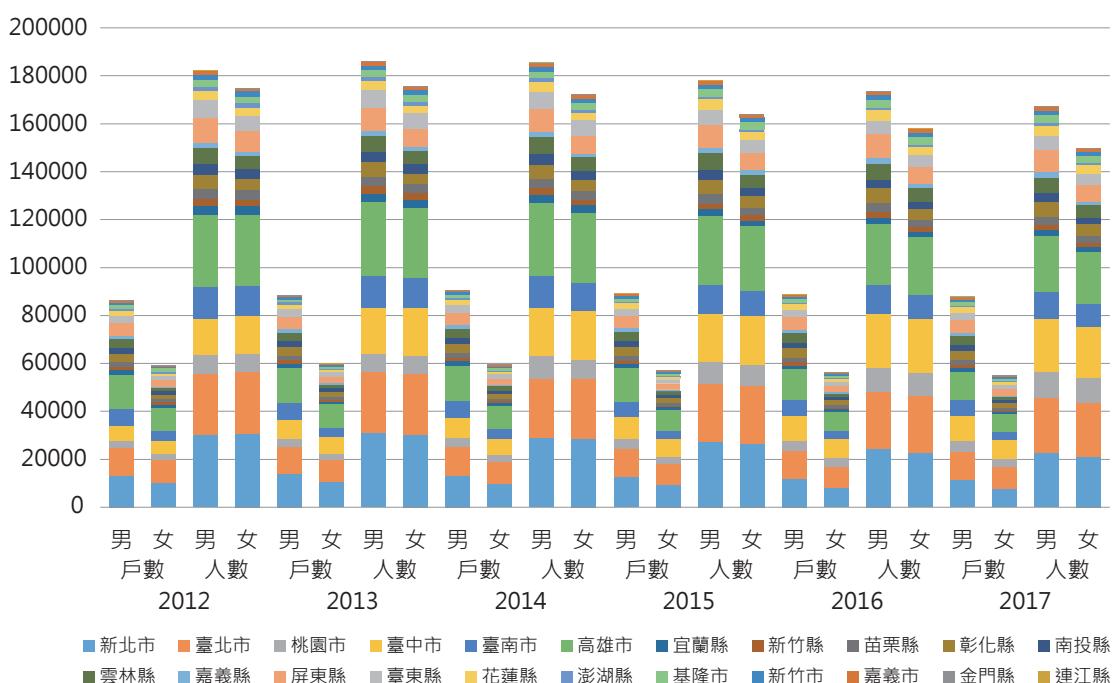
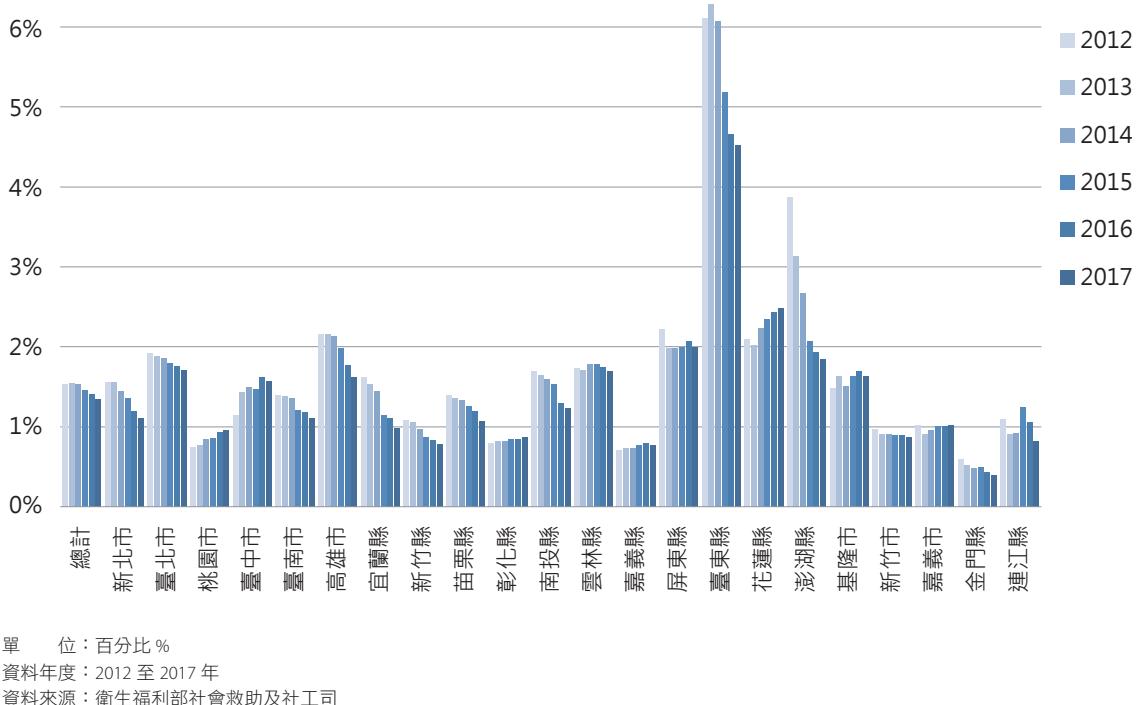


圖 127、低收入戶戶數及人數—國內縣市比較

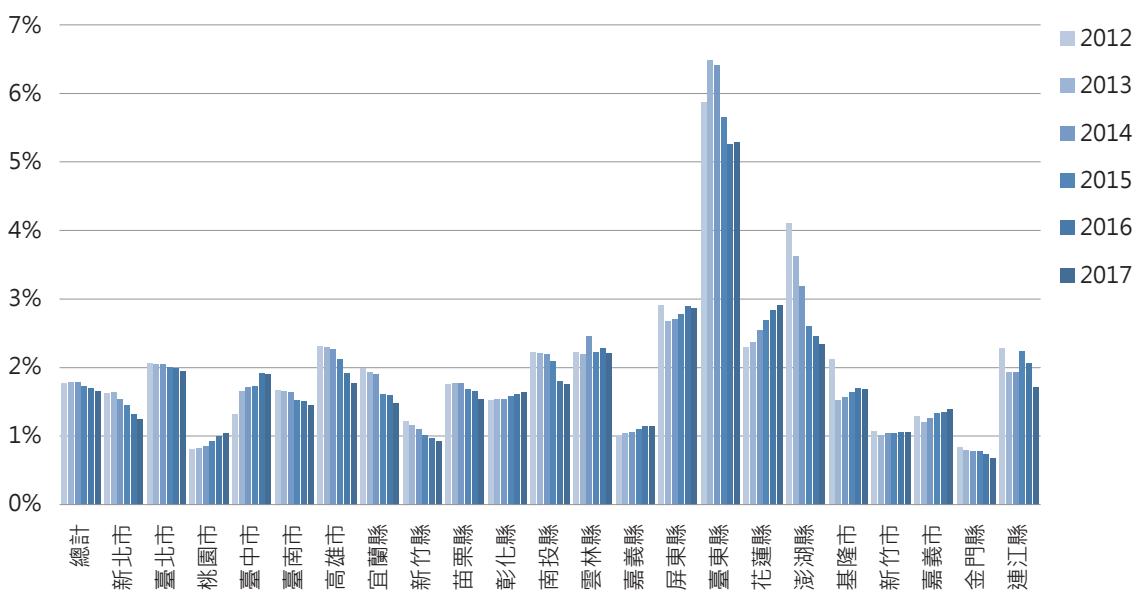


單 位：百分比 %

資料年度：2012 至 2017 年

資料來源：衛生福利部社會救助及社工司

圖 128、低收入戶人數佔全國人口比—國內縣市比較



單 位：百分比 %

資料年度：2012 至 2017 年

資料來源：衛生福利部社會救助及社工司

圖 129、低收入戶戶數佔全國戶數比—國內縣市比較

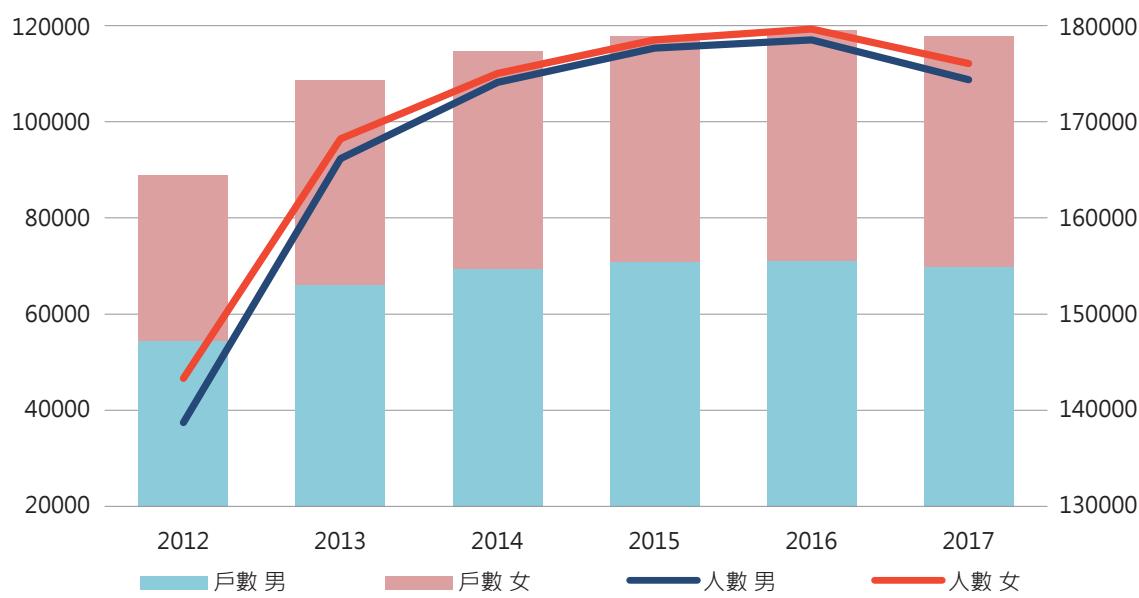


圖 130、中低收入戶戶數及人數—全國趨勢  
(直條圖為中低收入戶戶數，摺線圖為中低收入戶人數)

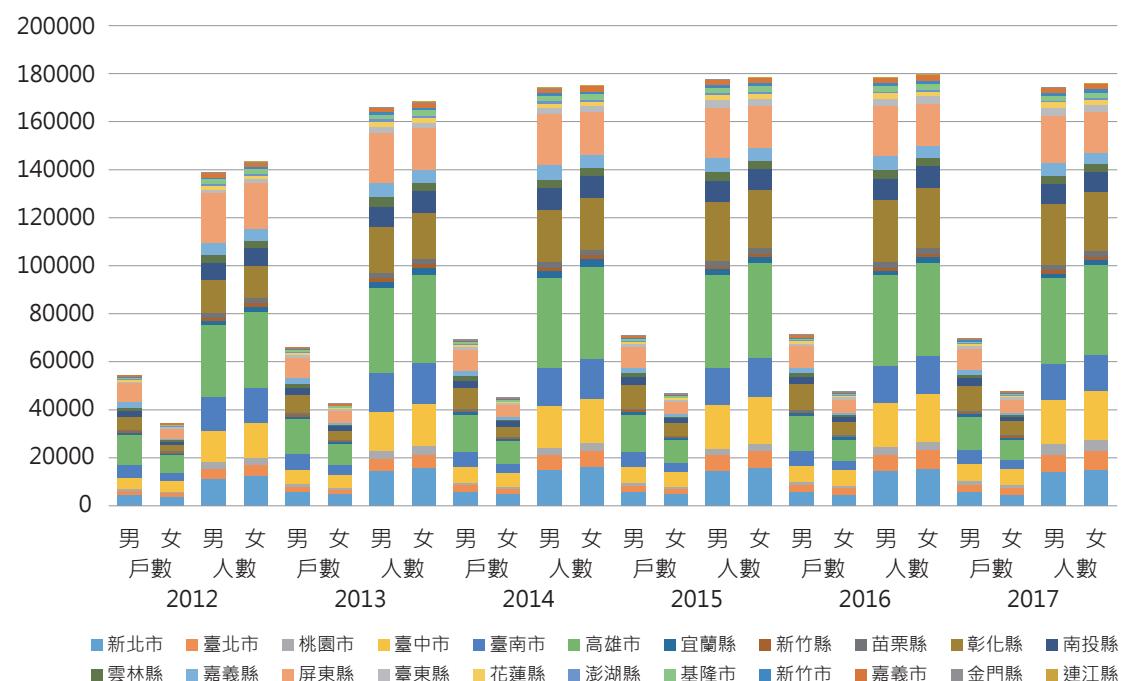


圖 131、中低收入戶戶數及人數—國內縣市比較

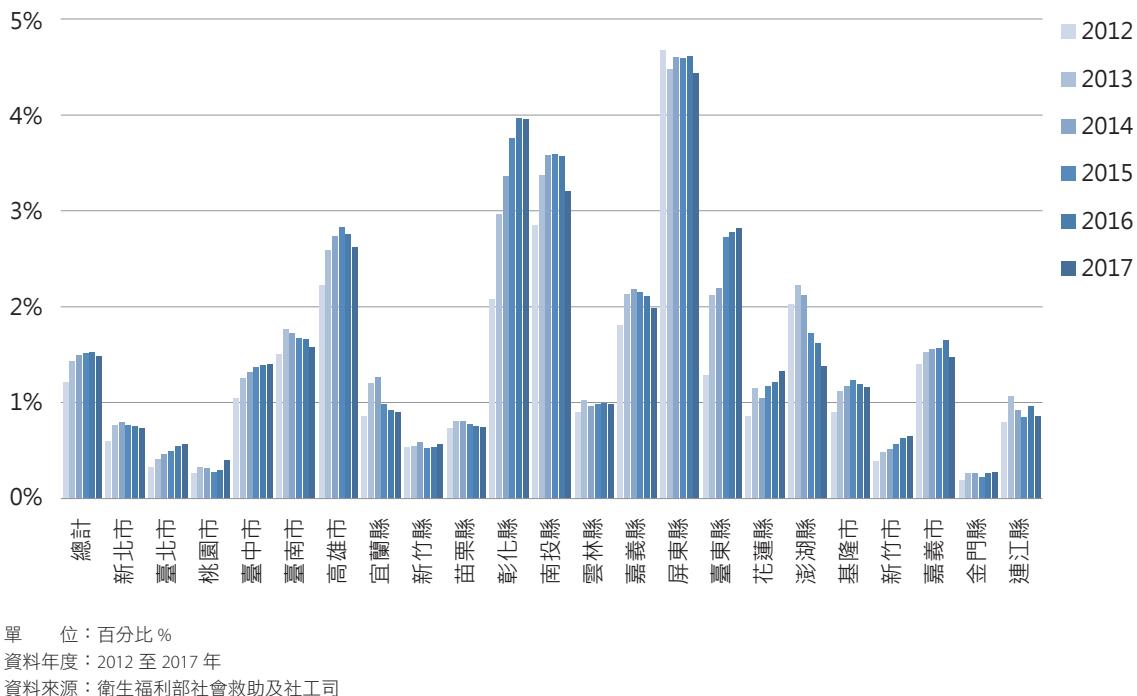


圖 132、中低收入戶人數占全國人口比—國內縣市比較

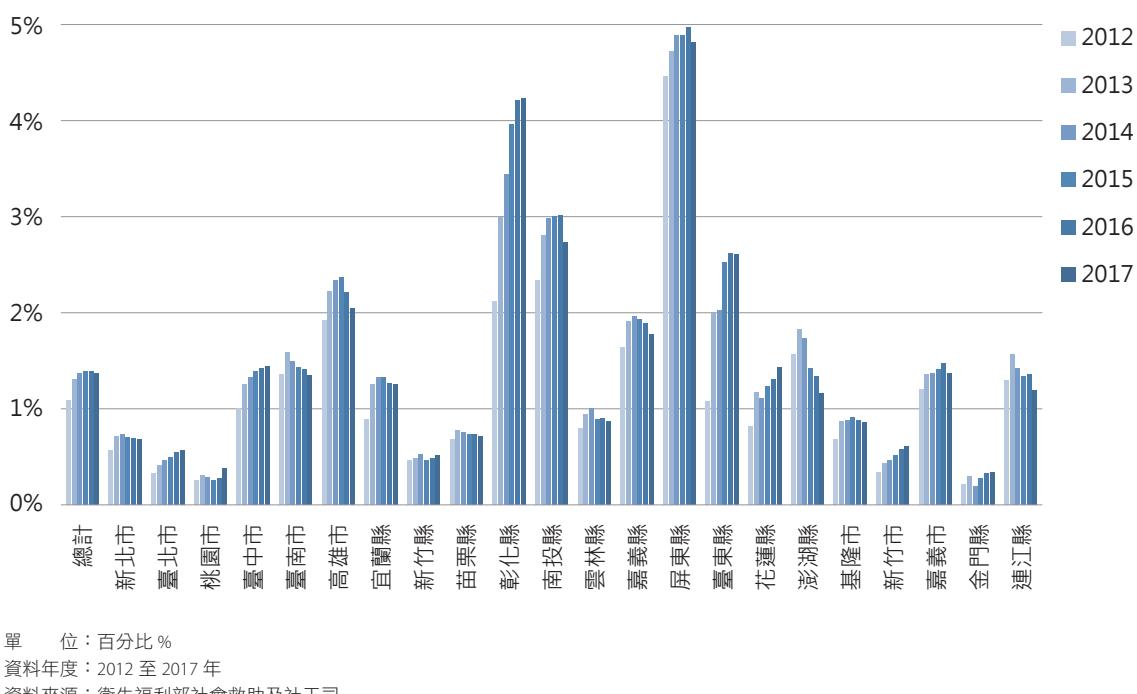


圖 133、中低收入戶戶數佔全國戶數比—國內縣市比較

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 十二、社會福利支出指標

提供安定公平之環境，使民眾擁有基本之生活保障，是政府的責任。隨人口結構之變遷，社會福利之支出逐年增長，為瞭解各項社會福利支出狀況，本部挑選 3 項社會福利支出指標進行監測，指標項目如下：

### ● 社會福利支出 (3)

- 社會福利支出占 GDP 比率
- 政府社會福利支出占政府總支出比
- 社會福利支出各分項比

## 社會福利支出占 GDP 比率

### 指標定義：

分子	當年度政府社會福利支出
分母	當年度國內生產毛額 GDP

### 重要性：

政府除應提供安定公平的環境，讓人民得以安居樂業外，亦應提供全民基本的生活保障，故政府須有適度的社會福利支出。社會福利支出占國內生產毛額 (Gross Domestic Product , GDP) 為政府的行為指標，反映政府對於社會福利政策資源配置的情形及規模的大小。

### 國內區域比較：

2016 年我國社會福利支出共 5,485 億元，GDP 為 171,521 億元，分別較 2015 年 5,321 億元增加 3.1% 及 167,707 億元增加 2.3%，呈現同步成長。

我國 2005~2011 年社會福利支出占 GDP 比率在 2.8~3.1% 之間，至 2012 年提升至 3.7% 最高，主係社會保險支出增加所致，之後 2013 年略降為 3.5%，近 3 年則維持在 3.2% 水準 [ 詳見圖 134]。

### 政策討論：

社福支出占 GDP 比重維持相當水準，代表持續投注一定比率之經濟成果於社會福利政策資源的配置，惟如何因應社福支出規模不斷擴增，並同時推動經濟之成長，發展國民永續福祉，為未來重要課題。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

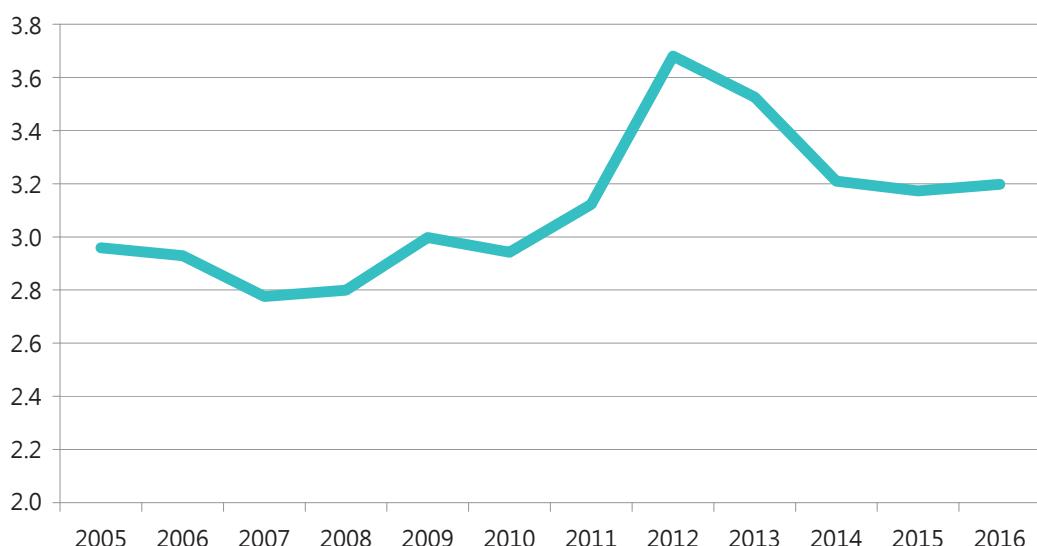


圖 134、社會福利支出占 GDP 比率 - 國內趨勢

單 位 : %

資料年度 : 2005 至 2016 年

資料來源 : 行政院主計總處

## 政府社會福利支出占政府總支出比

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

### 指標定義：

分子	當年度政府社會福利支出
分母	當年度政府歲出

### 重要性：

政府社會福利支出包含現金津貼與實物給付，透過政府社會福利支出占歲出比重可以瞭解政府在社福方面之資源配置狀況。

### 國內區域比較：

我國人口結構漸趨老化，家庭規模逐漸縮小，社會福利需求日益殷切，政府為保障所有國民之基本生活與家庭之幸福和諧，讓經濟成長的果實能為全民所共享，近年社會福利支出始終占歲出相當比重。

我國各級政府社會福利支出占政府總支出比，由 2010 年 16.2% 漸增至 2012 年達 20.2%，近年則大約維持在 20% 左右，其中央政府社福支出占比從 2011 年起突破 2 成，2016 年占比為 23.7% 較 2015 年增加 0.5 個百分點。

就各縣市觀察，2016 年占比依序為臺北市 17.3%、彰化縣 16.0%、雲林縣 15.6% 較高。若與 2015 年比較，除新北市、高雄市、南投縣、臺東縣、花蓮縣、金門縣及連江縣下降外，其餘縣市呈平穩或增加趨勢。

與 2010 年指標相比，減少縣市以臺北市、金門縣、連江縣、新北市分別下降 3.2、3.0、2.5 及 2.2 個百分點較多：桃園市、彰化縣、臺中市、臺南市、嘉義縣、嘉義市、新竹縣及屏東縣則增加 2.5 個百分點以上 [ 詳見圖 135 ] 。

### 政策討論：

社會福利支出為政府支出重要一環，惟政府財政資源有限，應審慎檢視各項社會福利制度，健全社會福利體制，讓資源用於真正需要的地方。

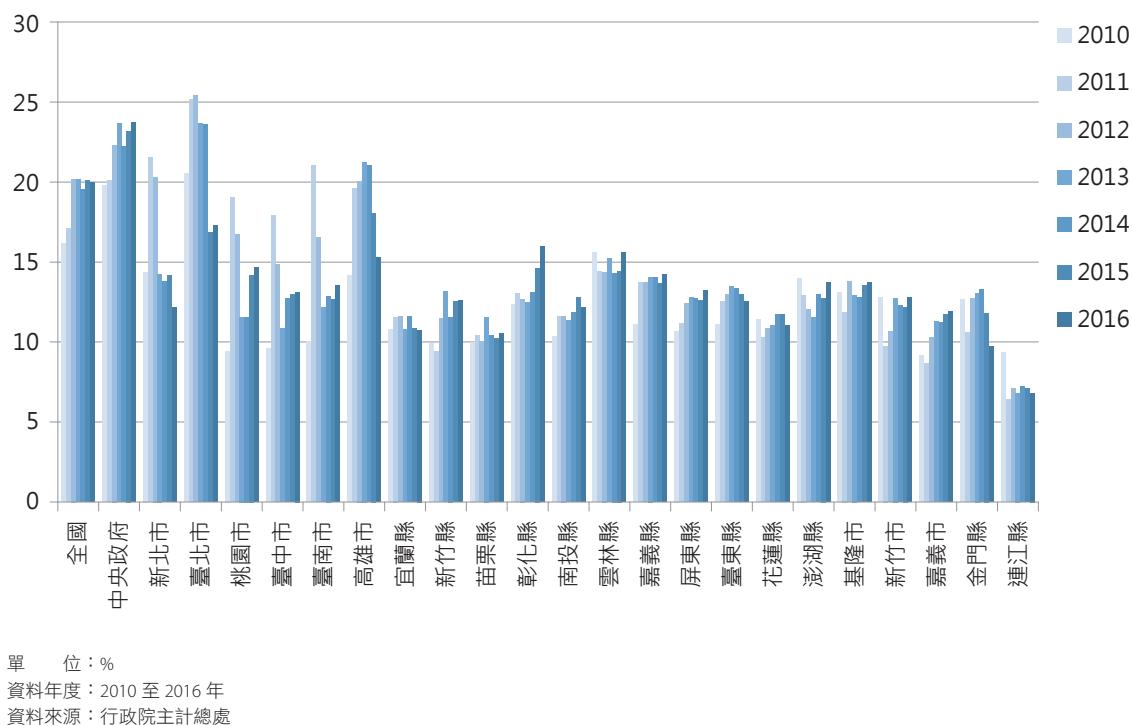


圖 135、政府社會福利支出占政府總支出比—國內縣市比較

## 社會福利支出各分項比

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

### 指標定義：

分子	當年度政府社會福利各分項支出
分母	當年度政府社會福利支出

### 重要性：

我國各級政府社會福利支出包括社會保險、社會救助、福利服務、國民就業、醫療保健等五項支出。「社會保險支出」包括對各項社會保險之補助及相關支出；「社會救助支出」為對生活困難之低收、中低收入者，遭受緊急患難或變故者及非常災害之受害者之各項補助支出；「福利服務支出」為針對兒童、青少年、婦女、老人、身心障礙者、勞工、農民所提供之各項福利性服務或補助支出；「國民就業支出」包括辦理職業訓練、技能檢定、促進就業及就業服務等有關之支出；「醫療保健支出」為辦理醫療、保健、防疫、公共衛生、藥品、食品衛生等業務有關之支出。

經由政府社會福利各分項支出占整體社會福利支出之比重，可更深入觀察政府社會福利支出配置狀況，併政府財政及民眾需求等資訊後，有助於分析資源分配之效率。

### 國內區域比較：

我國社會福利支出以社會保險支出為大宗，其次為福利服務支出，二者合占比重近年均在 8 成以上，醫療保健支出、社會救助支出及國民就業支出占比相對較低，惟若就縣市別觀察仍有些許差異。

2016 年我國社會保險支出占全部社會福利支出 59.7%，福利服務支出占 29.2%；中央政府社會福利支出中有 68.2% 集中於社會保險支出；地方政府部分，除臺北市以社會救助支出占 33.7%、連江縣以醫療保健支出占 61.3% 占比較多之項目外，其餘均以福利服務支出占比較多，以新竹市占 81.7% 最高，彰化縣占 80.3% 居次。

就 2016 年全國各項社福支出占比與 2015 年相較，社會保險支出增加 1.3 個百分點，國民就業支出持平，其餘項目略減；若與 2010 年相比，僅社會保險支出增加 10.8 個百分點，其餘項目均減少，以福利服務支出降低 4.2 個百分點較多。

就各縣市觀察，多數縣市福利服務支出占社會福利支出比重長期呈增加趨勢；社會保險、社會救助支出近年則較多縣市呈占比下降走勢；國民就業及醫療保健支出近 2、3 年則有較多縣市占比略提高 [ 詳見圖 136、圖 137、圖 138、圖 139、圖 140]。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

### 政策討論：

我國社會福利支出分工，中央以社會保險為主，地方則以福利服務及醫療保健支出所占比率較高，隨著人口老化及民眾對福利的期待，未來福利需求，將會持續擴增，惟為維繫社會公義及社會福利永續發展，政府更應持審慎態度，通盤規劃各項社會福利政策，避免福利資源配置失衡，讓有限資源有效運用，以照顧更多需要的人。

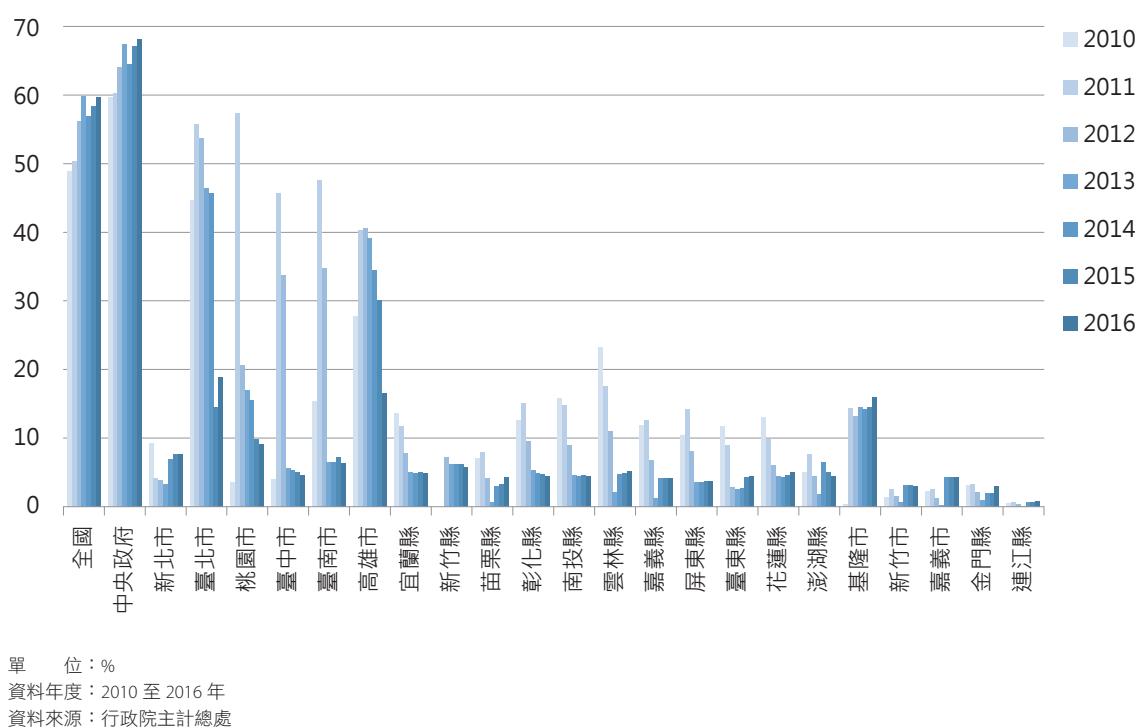


圖 136、社會福利支出各分項比 (社會保險支出) — 國內縣市比較

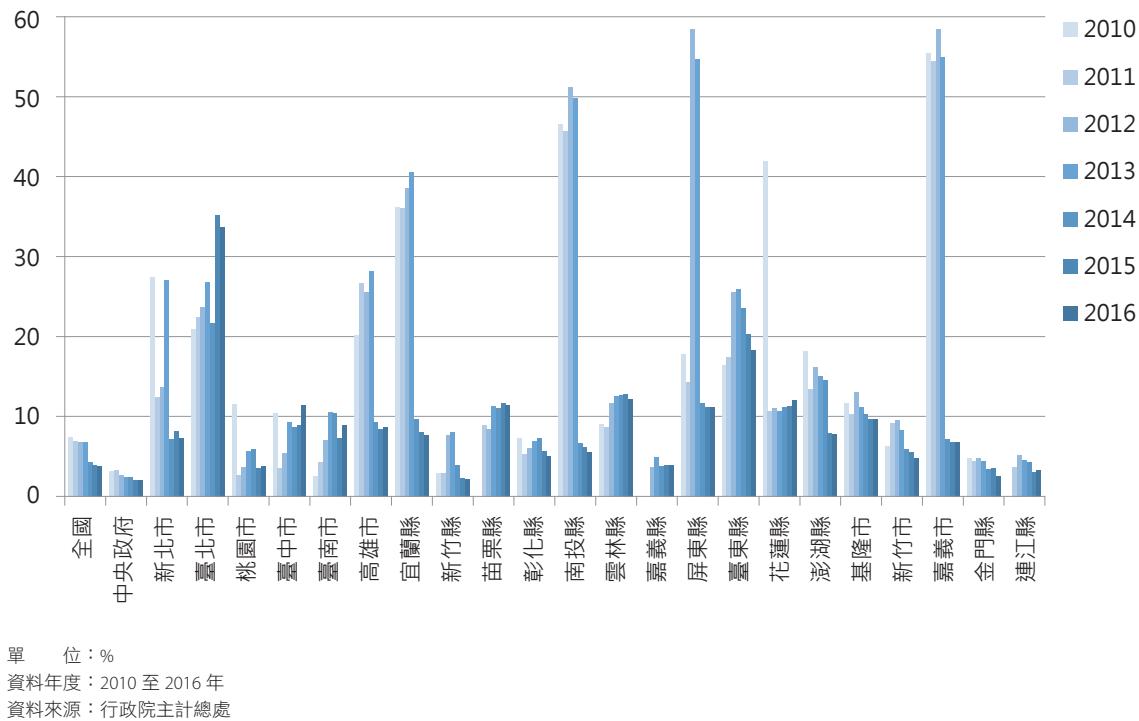


圖 137、社會福利支出各分項比(社會救助支出)一國內縣市比較

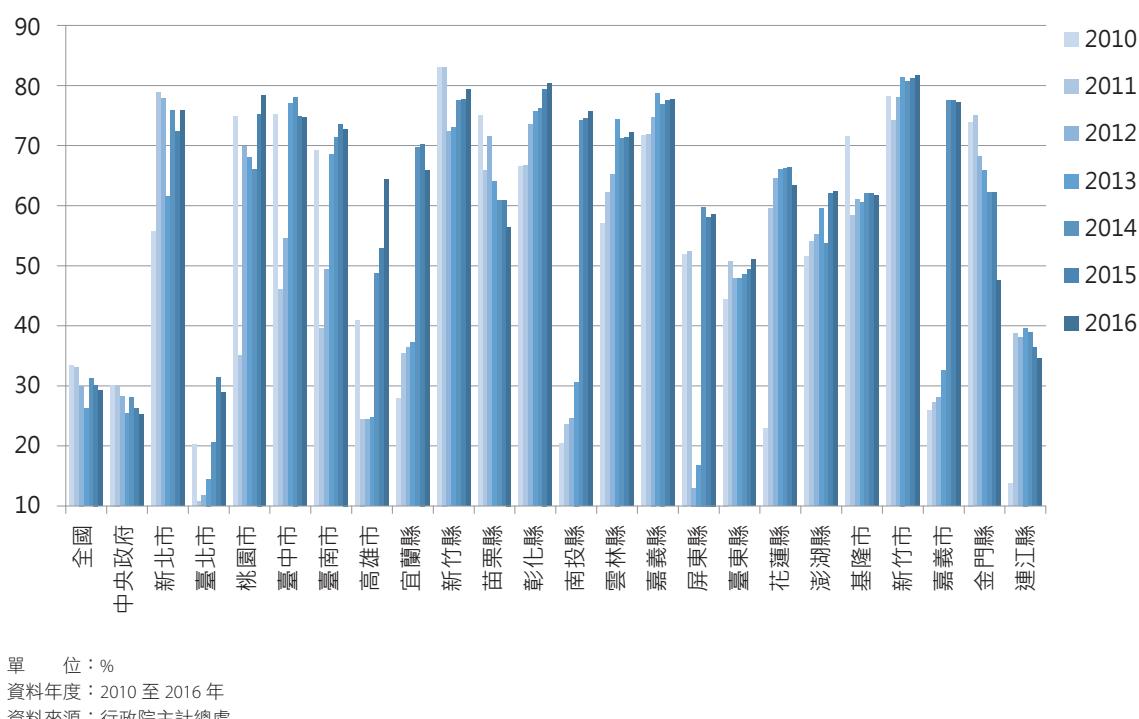


圖 138、社會福利支出各分項比(福利服務支出)一國內縣市比較

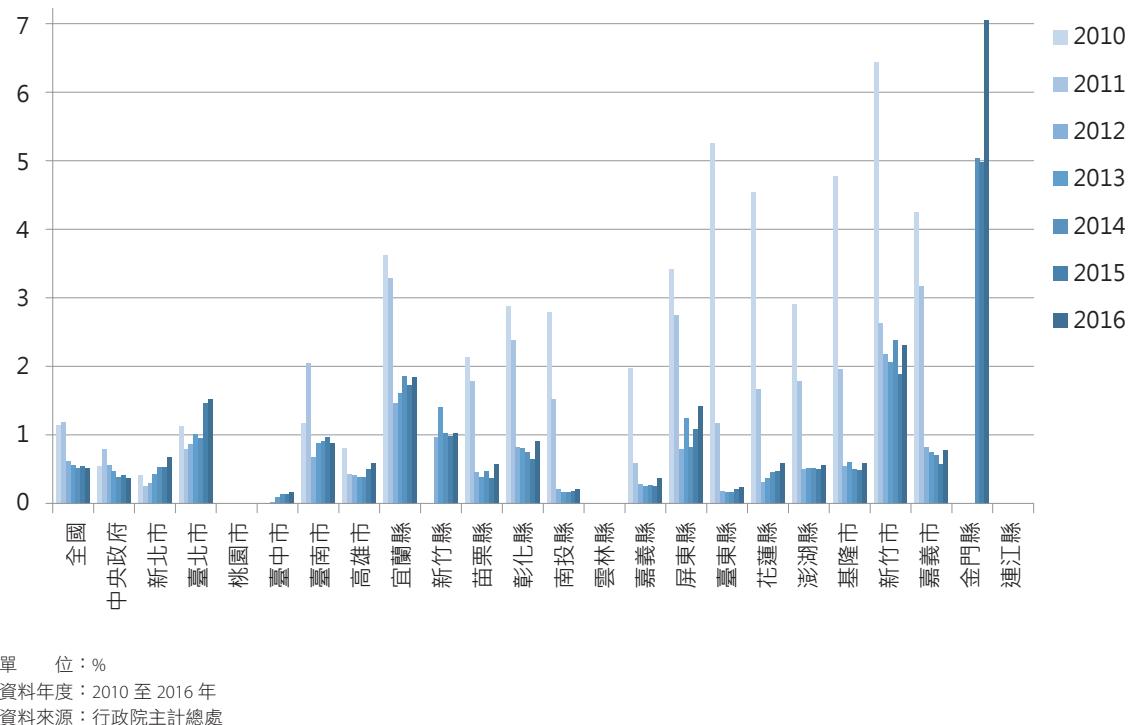


圖 139、社會福利支出各分項比(國民就業支出)一國內縣市比較

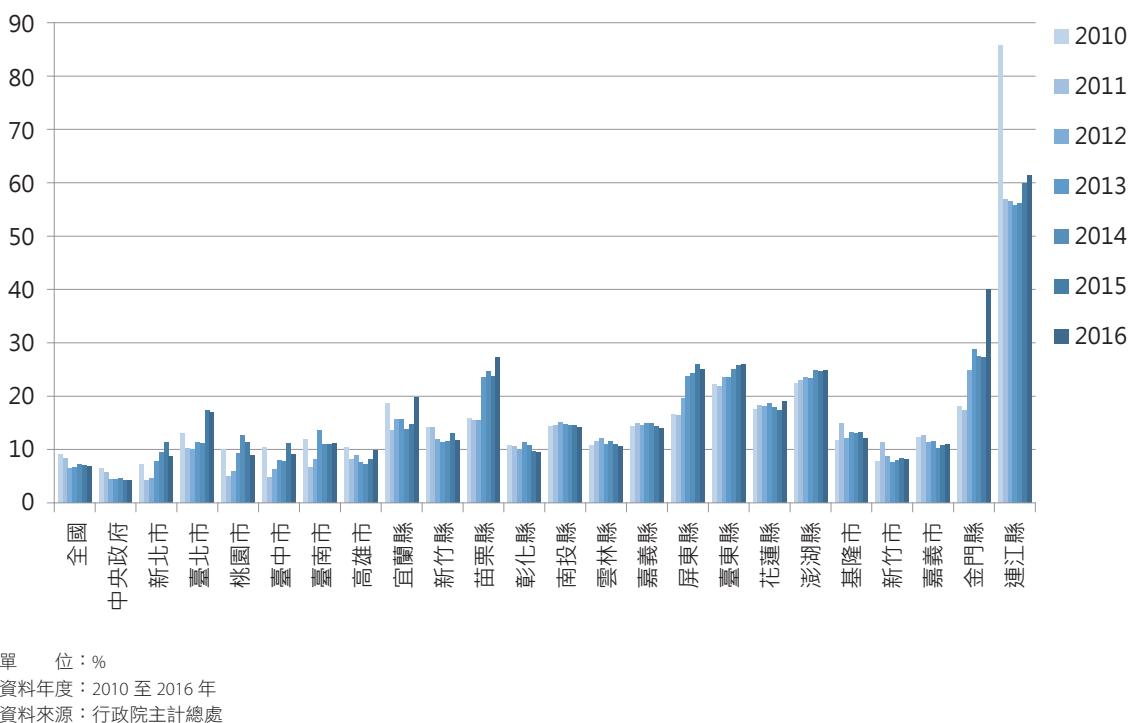


圖 140、社會福利支出各分項比(醫療保健支出)一國內縣市比較

## 十三、家庭與社會支持指標

投資孩子就是投資國家的未來，我國的生育率近幾年來在國際間居位居後位，為提升國人之生育意願，本部持續推動友善生育政策，並挑選 1 項家庭與社會支持指標進行監測，指標項目如下：

### ● 家庭與社會支持 (1)

- 未滿 2 歲正式托育服務比率

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

## 未滿 2 歲正式托育服務比率

### 指標定義：

分子	當年度送托家外照顧(保母或托育機構)之 0 至未滿 2 歲兒童人數
分母	當年度全國 0 至未滿 2 歲兒童人數

### 重要性：

基於兒童是國家未來的資本，且國際上多數先進國家皆認為整體社會福祉是植基於對未來主人翁的投資，而「投資孩子就是投資國家的未來」更是當前國際幼兒教育與照顧發展的主要信念，因此，歐美先進國家政府大多積極投入於建立完善的兒童教育與照顧體系，我國也不例外。

托育政策是影響年輕世代生育率的關鍵之一，倘若政府擁有完善的托育政策，有效減輕家庭的照顧負擔，讓家長得以兼顧工作與兒童照顧，生育意願將會大幅增加，也能改善目前我國生育率不足及人口老化等問題。

而托育率，即正式托育服務比率，便是檢視一個政府是否擁有完善托育政策之重要指標。倘若托育政策完善，家長會願意將孩子送托至托嬰中心或是委由托育人員照顧，托育率亦會成長。因此，正式托育服務比率之重要性不言而喻。

### 國際及區域比較：

我國 2010 年之正式托育服務比率為 8.7%，若與 OECD 及其他主要國家比較，於 39 個國家中居 34 位。到了 2015 年，儘管正式托育服務比率小幅增加至 9.4%，在 39 個比較國家中的排名卻跌到第 37 名。顯示雖然政府盡力改善托育政策，惟其成長速度與完備性仍比不上各國與世界趨勢 [ 詳見圖 141]。

另比較我國各縣市之正式托育服務比率，自 2015 年至 2017 年，新竹市皆獨占鰲頭，其次為新竹縣及新北市，最低者為澎湖縣、金門縣及嘉義縣；若單就六都來看，自 2015 年至 2017 年皆以新北市及臺中市為最高，桃園市最低。

從大體趨勢來看，我國大多數縣市的正式托育服務比率都有逐漸增加趨勢，顯見各地方政府均有努力推動並改善其托育政策。[ 詳見圖 142]

### 政策討論：

歐盟於 2002 年提出巴塞隆納目標 (Barcelona Targets)，基於滿足托育需求、及早投資兒童、支持女性兼顧工作與家庭，各會員國政府應擴大托育服務量能，將未滿 3 歲幼兒正式托育率提升至 33%。

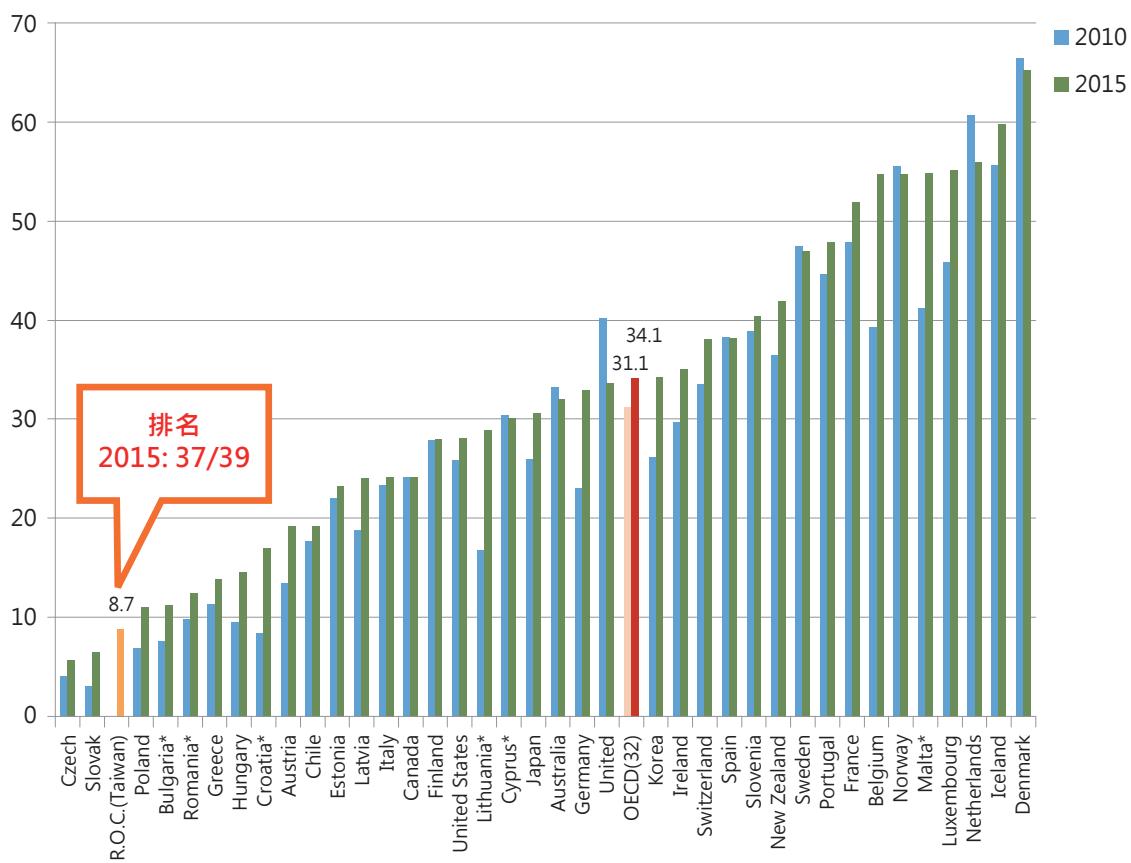
如何降低家長的托育負擔以提升托育率，進而達到鼓勵生育，讓國人能安心生養，是國家須負起的責任。而托育公共化的意涵是強調「托育」為「公領域」事務，兒童托育服務由政府、家庭與企業共同分擔兒童委外照顧責任。因此，無論是提供托育補助讓家長購買托育服務的「需求端」，或是政府介入托育服務「供給端」，以提供大多數民眾能負擔的品質穩定的服務，皆是政府挹注資源支持家庭的方式。

因此，我國為提升托育率，首先從協助家長減輕托育費用的「需求端」著手。行政院於 2008 年核定「建構友善托育環境～保母托育管理與托育費用補助實施計畫」，另為配合 2014 年 12 月正式實施的居家式托育服務提供者登記及管理辦法，又於 2015 年核定「建構托育制度管理實施計畫（104 年 -107 年）」，督導直轄市、縣（市）政府透過諮詢審議機制訂定居家托育收費項目及基準，藉由托育費用的價格管理機制，避免托育人員巧立名目收取額外費用，實質減輕育兒家庭的經濟負擔。

但直到 2017 年，我國的正式托育服務比率與 OECD 各國比較仍屬後段班，因此，為突破現行政策的困境，也為回應民眾對於家外照顧之需求，行政院於 2018 年 5 月提出推動「托育公共及準公共化機制」，期待能透過該政策協助托育的「供給端」，提供家長多元的托育選擇權，並保障每個孩子都獲得尊重與照顧。首先，為增加公共托育供給量，我國透過前瞻基礎建設計畫優先布建區域發展落差較大且托育資源不足地區，預計 2018 至 2022 年設置 440 處社區公共托育家園，連同目前已設立的 110 家公私協力托嬰中心，共計約 1 萬 2,000 個收托名額，積極擴展兒童接受公共托育的機會。

除增加公共托育資源供給，也運用購買托育服務方式建立「準公共化」機制。對於將幼兒交由居家托育人員或托嬰中心照顧的家庭，透過政府與居家托育人員及托嬰中心簽約合作，建立友善托育環境，提升托育服務品質，並由政府依家庭經濟條件協助支付家長每月最高 6,000 元至 1 萬元不等之托育費用，並由中央與各地方政府共同訂定托育費用收費價格，進行價格管理，將托育費用支出控制在家庭可支配所得的 10-15% 間，以實質減輕育兒家庭負擔。

綜上所述，為能逐漸朝向 OECD 提出的正式托育率目標值邁進，我國將透過公共及準公共化機制相輔相成，預計至 2022 年可提供 7 萬 6,000 個公共托育名額，占送托兒童之 92.57%，屆時整體送托率推估可達 20.9%。



單 位：百分比 (%)

資料年度：2010 及 2015 年 (或最近年度)

資料來源：OECD Health Statistics 2017; 衛生福利部社會及家庭署

註：\*為非 OECD 會員國

圖 141、正式托育服務比率—國際比較

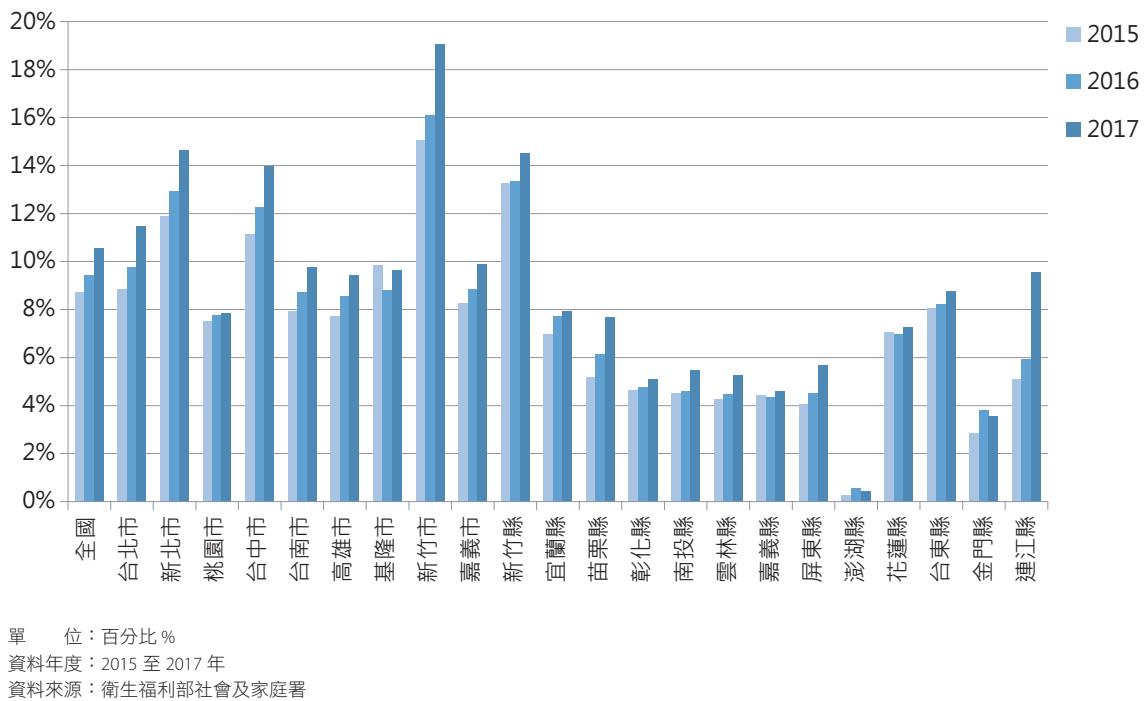


圖 142、正式托育服務比率—國內縣市比較 (總計)



03

總結

## 總結

本報告係「2015 年群體健康服務品質指標報告」之延續，同樣以宏觀角度與 OECD 各國進行品質量測之跨國評比，並提出品質蓋善之相關建議。與前本報告不同之處有三，第一，本報告指標範圍不僅新增婦幼健康類別，更推廣至長期照顧及社會福利，完整涵蓋衛生福利部職掌範圍；第二，本報告除原本的國際比較、國內六大醫療區域數據外，同時新增各縣市別及醫院評鑑層級別之分類，並分性別進行統計，以讓民眾瞭解從不同分層下之品質呈現；最後，我們蒐集 2009 年（或更早）至 2017 年之長期資料，以追蹤各項品質指標之長期趨勢。

綜觀我國健康照護品質與國際比較之結果如下：

● **初級照護：**

- **可避免住院：**本類指標以「高血壓病人住院率」於國際間表現優異，但「15 歲以上菸品消耗量」及「15 歲以上吸菸者每天平均吸菸支數」等 2 項指標之國際排名略居後位。相較於 2010 年，本類各指標均有幅度不一的進步，顯示我國在推動可避免住院之初級照護持續往好的方向前進，目前本部也持續推動各項醫療整合之政策，以提升照護品質。
- **處方箋：**本類指標以「口服非類固醇抗發炎藥物 (NSAID) 合併使用抗凝血藥物千分率」於國際間表現優異，顯示我國醫療人員對於抗凝血藥物用藥安全意識之提升，但其他指標則仍需加強監控與管理，以提升醫療品質並維護病人安全。

● **急性照護：**整體的急性照護指標在國際表現優異，其中「心肌梗塞死亡率」、「出血性腦中風死亡率」及「缺血性腦中風死亡率」名列前茅，顯示我國之急性照護系統已領先世界水準，急重症病人可在國內得到適切的照護。而「住院後 2 天執行髖骨骨折手術率」在國際間排名位居中後段，則可能是因我國醫療院所普遍存在急診壅塞之現象，影響髖骨骨折手術延遲，目前健保署已辦理「提升急診暨轉診品質計畫」、分級醫療制度等，強化到院前之後流機制，建立完善之急重症照護網絡。

● **精神照護：**本類指標中，除自殺死亡率相關指標之參與國家數較多外，其餘指標均僅有 10 個左右的國家參與評比。我國在精神疾病之超額死亡率部分低於多數國家，惟自殺死亡率高於其他國家，目前已藉由中央主管機關之政策工具，促進縣市層級之自殺防治業務之合作及整合，未來將持續監控國內自殺死亡率之變化趨勢，並參考鄰近國家之自殺防治策略，以精進國家自殺防治策略。

● **癌症照護：**「乳癌死亡率」與「子宮頸癌五年相對存活率」表現在國際間表現均

屬前段，但有關乳癌篩檢及大腸直腸癌死亡率之表在相較於其他國家後，仍需加強。健康署持續宣導「早期篩檢」之重要性，並提供可近性之巡迴篩檢服務，以提升篩檢率，同時推動癌症診療品質認證及癌症診療品質提升計畫，期待提升癌症照護品質。

- **傳染病照護**：本類我國有 2 項指標在國際間居領先地位，包括「2 歲以下兒童基本疫苗接種完成率（百日咳及 B 型肝炎）」、「疫苗可預防疾病發生率（B 型肝炎）」，顯示傳染病防治頗具成效，惟「65 歲以上流感疫苗接種率」於國際間偏低，為提升接種率，我國積極推動多元措施，包含增加可近性、提升醫療機構協助接種意願、安排衛教宣導活動等。
- **病人經驗**：本類 3 項指標數據表現均尚待加強，我國將「醫病共享決策 (Shared decision making, SDM)」列入醫院推動病人安全執行策略之一，並於醫事人員養成教育時重視溝通技巧與醫學倫理，也鼓勵病人在看診時與醫師充分討論病情，使醫病間溝通管道更暢通，但因其資料來源均為健保署調查，其定義與國際資料之定義不完全相同，且國際間參與本項評比之國家數目不多，建議於國際比較或數據應用時審慎為之。
- **婦幼健康**：本類 2 項指標於國際間均列於後段，我國持續實施孕產期照護指導，並透過人工生殖機構規範「未滿 35 歲之植入 2 個以下胚胎之比率」，減少早產兒及低出生體重新生兒之數量。
- **長期照顧**：本類共有 4 項指標，由於長期照護之品質在國際上尚未有統一標準，且我國長照 2.0 甫實施並推展長照政策不久，故僅進行國內情況說明，目前我國將持續提高照服員與推估失能人口數之比率、均衡全國城鄉之住宿式機構資源及滿足國內漸增之長照需求。
- **人口統計**：本類共有 4 項指標，其中「育齡婦女總生育率」、「老化指數」及「健康平均餘命」3 項指標於國際間居中後段，凸顯我國在高齡化、少子化的時代趨勢下，需積極推動友善育兒政策提升出生率，並規劃完善之高齡健康促進及照護方案，以平衡我國人口結構，提供老幼合宜的衛生福利支持環境。另在「身心障礙者占全國人口比」指標，近十年來，我國身心障礙者比率微幅上升，本部承諾在目前的制度下，以身心障礙者權利公約第 3 條及第 8 條為目標，持續提升國民具有身心障礙意識，並將低社會對身心障礙者之歧視與制度保障。
- **社會保險**：本類僅「全民健保覆蓋率」1 項指標，我國全民健保持續維持高覆蓋率，確保國民罹患疾病、發生傷害事故或生育，均可獲得醫療服務。

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

● **社會救助**：本類主要呈現我國低收、中低收入之狀況，因國際間對於貧窮線之標準並不一致，故僅進行國內趨勢探討。相較於 2012 年，我國 2017 年之低收入戶減少，中低收入戶增加，本部持續推動相關補助政策，並鼓勵低收及中低收入戶參加脫貧相關措施，輔導其獲得穩定之工作習慣及工作所得，自立生活。

● **社會福利支出**：本類共有 3 項指標，並僅呈現國內狀況。在「社會福利支出占 GDP 比率」，近幾年來維持在 3.2% 左右，表示我國持續投注一定比率之經濟成果於社福政策資源之配置；另「政府社會福利支出占政府總支出比」項，整體而言有逐漸上升之趨勢，顯示社福支出已成為政府支出之重要一環；若再細看「福利支出各分項比」，可看出在中央以社會保險之支出為最大宗，在地方以福利服務及醫療保健支出為大宗，未來之福利服務支出將會持續擴增，公部門應審慎規劃社會福利政策，以衡平各項資源配置。

● **家庭與社會支持**：本類僅「未滿 2 歲正式托育服務比率」1 項指標，該指標於國際間之排名仍居後段，為突破現行政策困境，並回應國民對家外照顧之需求，我國已推動托育公共及準公共化機制，積極擴展兒童接受公共托育之機會，並實質減輕育兒家庭負擔。

綜覽我國 13 類衛生福利品質指標，已有相對完整之數具呈現，且指標特性分縣市、六大醫療分區及醫院評鑑層級別分層分析，不僅可看出我國在國際間之排名，更可看出不同區域間之差異，以評估資源配置之合宜性，有助於精進我國衛生福利品質，讓國人普遍享有平等、優質的衛生福利服務。

04

## 參考文獻

## 一、中文文獻

1. 內政部網頁 <http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=291&fldid=020201013>
2. 內政部網頁 <http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=291&fldid=020102021>
3. 行政院主計總處政事別科目歸類原則及範圍
4. 行政院衛生署 (2008)。國家衛生研究院。2020 健康國民白皮書技術報告下冊。臺北市：行政院衛生署。
5. 李玉春、陳珮青 . (2016). 「菸害及酒害政策分析諮詢服務計畫」105 年後續擴充。衛生福利部國民健康署委託研究計畫。臺北：衛生福利部國民健康署。
6. 李玉春、陳珮青 . (2018). 「菸害政策分析諮詢服務計畫」107 年後續擴充。衛生福利部國民健康署委託研究計畫。臺北：衛生福利部國民健康署。
7. 李明濱 (2014)。以醫院為基礎之自殺防治。台灣：社團法人台灣自殺防治學會；ISBN/識別號：9789868555198。
8. 長照 2.0 核定本。
9. 財政部財政統計年報
10. 高碧霞 (2013)。應用生態系統理論於氣喘兒童之照護。擷取自 台灣氣喘衛教學會：[http://www.asthma-edu.org.tw/asthma/member1\\_b.aspx?itemID=20130701111132](http://www.asthma-edu.org.tw/asthma/member1_b.aspx?itemID=20130701111132)
11. 陳杏雯、祝年豐、陳興夏、葉美玲 (2011)。探討中部居民吸菸行為之相關因素。篤志護理，頁 67-72.
12. 張順全、賴美淑、徐豈庸 (2005) 臺灣地理區域社經差異與糖尿病患罹病、死亡的關聯性探討。醫護科技學刊 7:2; 頁 140-148.
13. 黃憶致、張慈桂。糖尿病照護成效與影響因素之探討：以台東某區域醫院糖尿病共同照護網為例。台灣衛誌 2011;30(1):19-28.
14. 廖士程、李明濱, 龍佛衛、張家銘、吳佳儀 (2015)。臺灣自殺防治十年回顧檢討與展望。台灣公共衛生雜誌。34(3):227-239。
15. 衛生福利部 (2018 年 06 月 15 日)。106 年國人死因統計結果。擷取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-41794-1.html>
16. 衛生福利部中央健康保險署 (2014)。急診壅塞經各界努力已有逐漸改善情形。擷取自 健保署 \_ 新聞發布：[http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=9&menu\\_id=544&No=1166](http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=9&menu_id=544&No=1166)
17. 衛生福利部中央健康保險署 (2015)。從健保給付人工髋關節，提醒老年人預防跌倒！擷取自 健保署 \_ 新聞發布：[http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?No=1307&menu=9&menu\\_id=544](http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?No=1307&menu=9&menu_id=544)

18. 衛生福利部中央健康保險署 (2015)。全民健康保險氣喘醫療給付改善方案 104 年第十一版。
19. 衛生福利部中央健康保險署 (2016)。全民健康保險急診品質提升方案查詢服務。擷取自 健保署：[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\\_id=712&webdata\\_id=4167](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=4167)
20. 衛生福利部中央健康保險署 (2017)。2017-2018 年全民健康保險年報。2017 年 6 月 15 日，取自 [http://www1.nhi.gov.tw/Nhi\\_E-](http://www1.nhi.gov.tw/Nhi_E-)
21. 衛生福利部中央健康保險署 (2017)。全民健康保險急性後期整合照護計畫 \_ 心臟衰竭 106 年版。
22. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案 107 年第一版。
23. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。醫療品質資訊公開：西醫基層院所別之醫療品質資訊 \_ 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率。2018 年 6 月 25 日，取自 [https://www1.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/iDesc.aspx?rtype=1&Q5C2\\_ID=1418](https://www1.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/iDesc.aspx?rtype=1&Q5C2_ID=1418)
24. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。醫療品質資訊公開：院所別之醫療品質資訊 - 氣喘病。2018 年 6 月 25 日，取自 <http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?Type=Asthma&List=1>
25. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。醫療品質資訊公開：院所別之醫療品質資訊 - 糖尿病。2018 年 6 月 25 日，取自 <http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?Type=DM&List=1>
26. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。醫療品質資訊公開：院所別之醫療品質資訊 - 急性心肌梗塞。2018 年 6 月 25 日，取自 <http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?List=1&Type=AMI>
27. 衛生福利部中央健康保險署 (2018)。醫療品質資訊公開：院所別之醫療品質資訊 - 腦中風。2018 年 6 月 25 日，取自 <https://www1.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?List=1&Type=Stroke>
28. 衛生福利部台灣病人安全資訊網 (2018)。<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/zMessages/list.aspx?SiteID=1&MmmID=621273300317401756>。
29. 衛生福利部疾病管制署 (2018)。<http://www.cdc.gov.tw/>
30. 衛生福利部國民健康署 (2014)。103 年出生通報統計年報。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=649&pid=1265>
31. 衛生福利部國民健康署 (2015 年 01 月 30 日)。歷年高血壓盛行率。擷取自 健康署 <http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/healthtopic/TopicArticle.aspx?No=201410060010&parentid=201410030001>
32. 衛生福利部國民健康署 (2017)。105 年出生通報統計年報。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=649&pid=7658>

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

33. 衛生福利部國民健康署社會發展政策關鍵指標之研究
34. 衛生福利部補助直轄市、縣（市）政府衛生局辦理 107 年度「整合型心理健康工作計畫」說明書 (2018)。<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/lp-411-107.html>。
35. 劉敏慧 (2016 年 07 月 01 日)。長庚大學放射醫學研究院專刊 \_ 心臟衰竭疾病個案管理 . 擷取自 長庚醫訊 : [https://www.cgmh.org.tw/cgmn/category.asp?id\\_seq=1408007#.V47bbJAVFSM](https://www.cgmh.org.tw/cgmn/category.asp?id_seq=1408007#.V47bbJAVFSM)
36. 魏嘉儀、章淑娟 .(2010) 運用個案管理模式於充血性心臟衰竭住院病患照護之成效。篤志護理 , 第 9 卷第 4 期 , 頁 71-83.
37. 顏如娟與許明暉 ( 民 96)。從資訊揭露與醫病雙方共同決策談醫病關係的演化。北市醫學雜誌 , 4(8) , 1-7 。

## 二、英文文獻

1. ACIP (2016).Recommended Adult Immunization Schedule. Retrieved from <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html>
2. ADA. (2003). Treatment of Hypertension in Adults With Diabetes. Retrieved from American Diabetes Association: [http://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl\\_1/s80](http://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl_1/s80)
3. Carinci,F., Van Gool,K., Mainz, J. & Veillard et al(2015).Towards actionable international comparisons of health system performance:expert revision of the OECD framework and quality indicators.Internation Journal for Quality in Health Care, 27(2),137-146.
4. CBO (2013) Rising Demand for Long-Term Services and Supports for Elderly People, CBO publishing. Available at: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/44363-LTC.pdf> (Accessed: 21 June 2018).
5. Chang, S. S, Gunnell, D., Wheeler, B. W., Yip, P, Sterne, J. A. C.(2010). The evolution of the epidemic of charcoal-burning suicide in Taiwan: a spatial and temporal analysis. PLoS Med.,7(1):e1000212.
6. Chang, S. S, Sterne, J. A. C., Wheeler, B. W., Lu, T. H., Lin, J. J., Gunnell, D.(2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. Health Place, 17:641-50.
7. David M.Eddy. (1990). Screening for Cervical Cancer. Ann Intern Med. 1990;113(3):214-226.
8. Dugdale, D.C.,Epstein, R. & Pantilat, S. Z(1999). Time and the patient-physician Relationship. In Journal of General Internal Medicine,14(Suppl 1):S34-S40
9. Fu, T. S. T., Lee, C. S., Gunnell, D., Lee, W. C., & Cheng, A. T. A.(2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. Lancet, 381:235-41.
10. GAN. (2014). The Global Asthma Report 2014. The Global Asthma Network (GAN): <http://www.globalasthmareport.org/about/recommendations.php>
11. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 388(10053), 1659-1724. doi:10.1016/s0140-6736(16)31679-8
12. Global Asthma Network (GAN)(2014). Global Asthma Report 2014.
13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)(2014).
14. Goodchild, M., Nargis, N., & Tursan d'Espagnet, E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. Tob Control, 27(1), 58-64. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053305
15. Harriet Bickley, B. A., Isabelle M. Hunt, Ph. D., Kirsten Windfuhr, Ph. D., Jenny Shaw, F. R. C. Psych.,

前言

初級照護

急性照護

精神照護

癌症照護

傳染病  
照護

病人經驗

婦幼健康

長期照顧

人口統計

社會保險

社會救助

社會福利  
支出家庭與  
社會支持

總結

參考文獻

M.D., Louis Appleby, F. R. C. Psych., M.D., and Navneet Kapur, M. R. C. Psych., M.D.(2013). Suicide Within Two Weeks of Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Case-Control Study, from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200026>

16. Harris EC, Barraclough B.(1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170: 205-28.
17. Hawton K, van Heeringen K.(2009). Suicide. *Lancet*, 373:1372-81.
18. HRSA. (2008). Lower Extremity Amputation Prevention (LEAP). HRSA: <http://www.hrsa.gov/hansensdisease/leap/>
19. Lee, H. C., Lin, H. C., Tsai, S. Y., Li, C. Y., Chen, C. C., Huang, C. C.(2006). Suicide rates and the association with climate: A population-based study. *J Affect Disord*, 92: 221-6.
20. LibraryPubWeb/CustomPage/P\_Detail.aspx?FType=8&CP\_ID=207。
21. Merete Nordentoft, Kristian Wahlbeck, Jonas Hällgren, Jeanette Westman, Urban Ösby, Hassan Alinaghizadeh, Mika Gissler, Thomas Munk Laursen.(2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden, from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
22. M. J. Crawford.(2004). Suicide following discharge from in-patient psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6): 434-438.
23. National Cancer Institute. (2017). Tobacco. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco>
24. OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
25. OECD. (2017). *OECD Health at a Glance*
26. Pompili M, Baldessarini RJ.(2015). Risk of suicide and all-cause mortality after self-harm. *Lancet Psychiatry*, 2(9):769-70.
27. Pramyothin P. I., Khaodhiar L.(2010). Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.*, 17(5): 460-6.
28. Schmieder, R. E. (2009). Hypertension and Diabetes. Retrieved from American Diabetes Association: [http://care.diabetesjournals.org/content/32/suppl\\_2/S294](http://care.diabetesjournals.org/content/32/suppl_2/S294)
29. Schwarz, K. A., & Elman, C.S.(2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart & Lung*, 32, 88-99.
30. Sithamparamathan, K., A. Sadra and L. Leung (2012), "Adverse Effects of Benzodiazepine Use in Elderly People: A Meta-analysis", *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, Vol. 7, No. 2, pp. 107-111.

31. Wahlbeck K, McDaid D.(2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11: 139-45.
32. Walter F, Carr MJ, Mok PLH, et al.(2017). Premature Mortality Among Patients Recently Discharged From Their First Inpatient Psychiatric Treatment. *JAMA Psychiatry*, 74(5): 485-492.
33. Wanga, Y., Lammi-Keefe, C.J., Hou, L., Hua.G. (2013). Impact of low-density lipoprotein cholesterol on cardiovascular outcomes in people with type 2 diabetes: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Research*, 65-75.
34. WHO. (2000). Preventing suicide: A resource for general physicians.
35. WHO. (2013). A global brief on Hypertension. WHO: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1)
36. WHO. (2015). 10 facts on asthma. (2016/07/19) WHO: [http://www.who.int/features/factfiles/asthma/asthma\\_facts/en/index4.html](http://www.who.int/features/factfiles/asthma/asthma_facts/en/index4.html)
37. WHO. (2015). Q&As on hypertension. WHO: <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
38. WHO. (2016). Cardiovascular diseases (CVDs). WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
39. WHO (2017) Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
40. WHO (2018) Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
41. WHO (2018) Retrieved from <http://www.who.int/immunization/diseases/measles/en/>
42. World Health Organization (2004), Low birthweight, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9280638327/en/>
43. World Health Organization (2012), Born too soon, [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/)
44. World Health Organization (2015) World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization. Available at : <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> (Accessed: 11 June 2018).
45. Yang, A. C., Tsai, S. J., Huang, N. E.(2011). Decomposing the association of completed suicide with air pollution, weather, and unemployment data at different time scales. *J Affect Disord*, 129: 275-81.
46. Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., Chen, Y. Y.(2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 379: 2393-9.

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

群體衛生福利品質指標報告.2017年/衛生福利部  
編.--第一版.--臺北市:衛福部,2019.02  
面:公分  
ISBN 978-986-05-8656-5(平裝)

1. 公共衛生 2. 衛生政策 3. 照護品質 4. 社會福利

412.133

108001849

## 2017年群體衛生福利品質指標報告

出版機構：衛生福利部

編印：衛生福利部

發行人：陳時中

總編輯：張雍敏

執行編輯：魏璽倫、王玲紅、陳瑩萍

地址：11558 台北市南港區忠孝東路6段488號

電話：02-8590-6666

傳真：02-8590-7092

出版年月：2019年2月

版次：第一版

定價：新台幣350元

展售處：國家書店松江門市（臺北市松江路209號1樓 02-2518-0207）

五南文化廣場（臺中市中山路6號 04-2226-0330）

G P N：1010800316

I S B N：978-986-05-8656-5

本書保留所有權力，欲利用本書部分或全部內容者，需徵求衛生福利部同意或書面授權。請洽衛生福利部，電話：02-8590-6666。

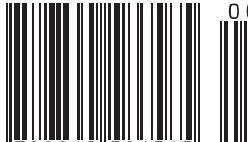
本報告已公開於衛生福利部網站(<https://www.mohw.gov.tw/>)衛生福利品質政策資訊平台網站(<https://hcqm/mohw.gov.tw/>)以供查詢。





促進全民健康與福祉

ISBN 978-986-05-8656-5



9 789860 586565

GPN : 1010800316