



中華民國 108 年版
衛生福利年報

健康・幸福・公平・永續

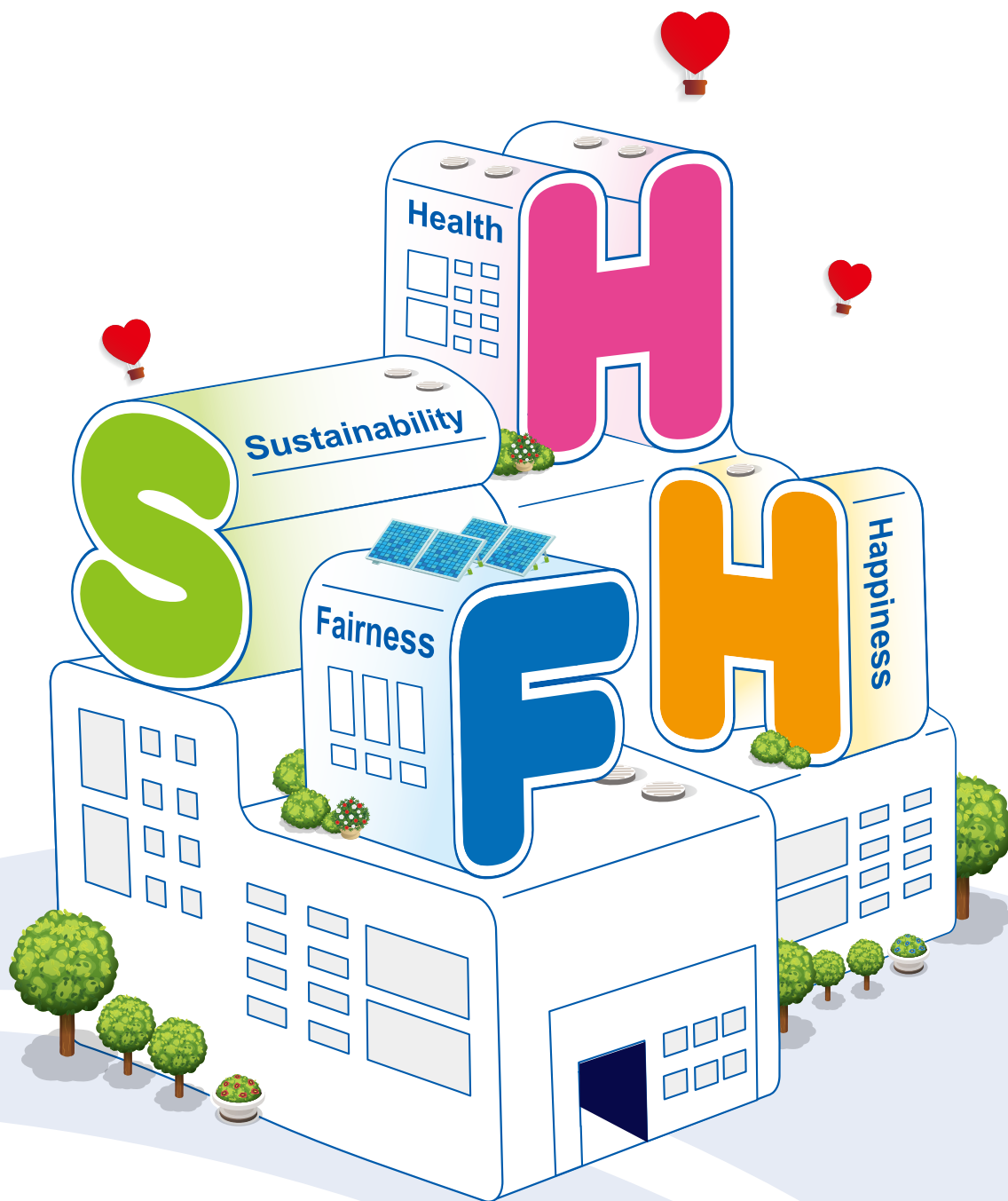




中華民國 108 年版

衛生福利年報

健康・幸福・公平・永續



序言

面臨 107 年瞬息萬變之挑戰，本部秉持「促進全民健康與福祉」施政理念，致力提升健康醫療品質，擴大長期照顧服務量能，強化社會安全網，期許提供優質之公衛、社福資源與切合需求之服務。

聯合國於 2015 年通過《2030 年永續發展目標議程》及提出 17 項永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs），其中，目標三設定為「確保及促進各年齡層健康生活與福祉」，欲達成之具體目標包括實現全民健康覆蓋（Universal Health Coverage, UHC），我國持續不斷關注於健康照護人力資源之精進提升，俾以促成公平、有效全民健康覆蓋。

針對離島偏鄉健康照護覆蓋的提升，本部已建構安全的無縫接軌醫療體系，107 年 5 月公布「通訊診察治療辦法」，放寬遠距醫療照護對象，提升山地、離島與偏僻地區民衆、長照服務機構病人之醫療可近性，強化病人出院返家後的追蹤照護及在宅照護品質。

隨著高齡化現象臨至，長期照顧資源之建置刻不容緩，本部 107 年設立長期照顧司；自 106 年 11 月 24 日 1966 長照服務專線啓動，並推行前 5 分鐘免費通話措施以來，平均每日服務量顯著倍增，而長照服務資源布建伴隨服務人數成長，亦明顯擴展；長照給付與支付制度 107 年 1 月起，計價模式改以「服務項目」為支付基準，提升使用便利性，更貼近民衆需求。

另，在病人照護尊嚴方面，本部 107 年 4 月 11 日發布「提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法」及「預立醫療決定書」，以確保「病人自主權利法」如期於 108 年 1 月 6 日實施，這是亞洲第一部病人自主權利之專法，亦讓臺灣病人的尊嚴善終權利又向前邁一大步。

最終，本部結合跨部會力量，以「家庭為中心、社區為基礎」，不遺餘力施行行政院 107 年初核定之「強化社會安全網計畫」，優先關注危機家庭與脆弱家庭，致力扶持社會每一高風險家庭及其兒童與少年；而對於社會福利政策重要推手－社工人力配置部分，本部除全面提升社工員勞動條件，同時聯合警政、檢調致力確保社工執業安全，並從教育、考試、訓練與進用全方位提升社工專業知能。

另鑑於我國人口組成因少子女化，對勞動力、經濟發展、社會安定產生深遠影響，為解決育兒成本高、父母難兼顧家庭與就業、托育品質與量能不均等，爰 107 年 8 月 1 日推動育兒新制為擴大未滿 2 歲育兒津貼與托育公共及準公共化政策，以建構一個友善的托育環境。



(詳見目錄)

掃描此頁面，觀賞序言影片

還有戒毒與食安，也是安定社會的兩座基石：本部配合新世代反毒策略，除接辦毒品危害防制中心，也於 107 年建置整合性藥癮醫療示範中心，提供藥癮者可近性治療、職業訓練、就業媒合等服務；我們也持續落實食安五環政策，逐步實現源頭管理、生產重建、市場查驗、加重廠商責任及全民監督，以期營造食在安心環境。

面臨紛至沓來之考驗，我們將傾聽民衆與各界建議，整合中央與地方資源，俾使整合性公共衛生與社會福利服務深入人心，以打造「健康、幸福、公平、永續」安居樂業的共好環境。

衛生福利部

部長

陳時中

謹識

CONTENTS

目錄 中華民國 108 年版 衛生福利年報



ios



Android

下載 APP「COCOAR2」，
使用該 APP 掃描文內  符號處
即可觀賞文章相關多媒體。

序言

002



組織與政策

008

第一章 組織架構	009
第二章 經費	010
第三章 施政目標	010



衛生福利重要指標

014

第一章 人口指標	015
第二章 生命指標	018
第三章 國民醫療保健支出（NHE）	022
第四章 社會福利指標	023
第五章 國際比較	029



健康支持環境

036

第一章 從出生到成長	038
第二章 生活中的危害	040
第三章 活躍老化及非傳染性疾病防治	045
第四章 健康資訊傳播與健康監測	050



《衛生福利年報》電子書版

4

健康照護

052

第一章	健康照護體系	053
第二章	心理健康與精神醫療	056
第三章	醫事人力	059
第四章	健康服務品質	061
第五章	偏鄉醫療照護	064
第六章	目標族群健康照護	066

5

長期照顧服務

070

第一章	長照服務體系	072
第二章	人力資源發展	080
第三章	溝通宣導與服務品質	081

6

傳染病防治

086

第一章	傳染病防治簡介	087
第二章	重要及新興傳染病防治	088
第三章	防疫整備及感染管制	094
第四章	預防接種	098

CONTENTS

目錄 中華民國 108 年版 衛生福利年報



ios



Android

下載 APP「COCOAR2」，
使用該 APP 掃描文內  符號處
即可觀賞文章相關多媒體。



食品藥物管理

100

第一章	食品管理	101
第二章	藥品管理	103
第三章	醫療器材與化粧品管理	109
第四章	國家實驗室及風險管理	112
第五章	消費者保護與宣導	114



全民健保與國民年金

116

第一章	全民健康保險	117
第二章	國民年金制度	124



社會福利服務

126

第一章	兒童及少年福利	127
第二章	婦女福利與家庭支持	132
第三章	老人福利	134
第四章	身心障礙者福利	136



《衛生福利年報》電子書版



社會救助與社會工作

140

第一章 社會救助	141
第二章 社會工作	145
第三章 社區與其他資源連結	148



性別暴力防治與保護服務

152

第一章 性別暴力防治	153
第二章 家庭暴力防治	155
第三章 性侵害及性騷擾防治	157
第四章 兒童及少年保護	159



研究發展與國際合作

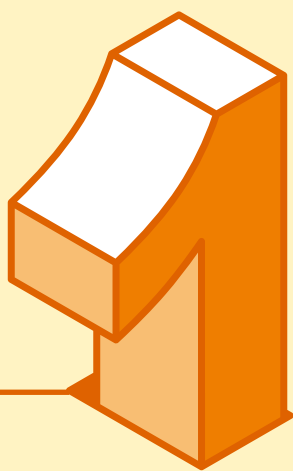
162

第一章 衛生福利科技研究	163
第二章 國際合作	168

附錄

176

附錄一 衛生福利統計指標	177
附錄二 法定傳染病確定病例統計	191
附錄三 「108 年版衛生福利年報」專有名詞 英文簡稱檢索表	194



組織與政策

- 第一章 組織架構
- 第二章 經費
- 第三章 施政目標





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

本部以「促進全民健康與福祉」為使命，以「最值得民衆信賴的部會」為願景，秉持全球化、在地化、創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，用心規劃施政，擬定整合、連續性之

公共政策，期能提供完善且一體之服務，讓全民更幸福、更健康。

第一章 組織架構

由部長綜理部務，置政務次長 2 人、常務次長 1 人及主任秘書 1 人，設置 9 司、6 處、7 個常設性任務編組及 6 個所屬三級機關（構），另設有 26 家部立醫院與 13 家社會福利機構，如圖 1-1。業務涵蓋健康促進、疾病防治、醫療照護、長期照顧、食品藥物管理、社會保險、社會福利、社會救助、保護服務等。

圖 1-1 衛生福利部組織圖



第二章 經費

107 年度主管決算數共 2,161 億 9,259 萬 8 千元，其中，各項支出及其占決算之百分比，如圖 1-2。

第三章 施政目標

第一節 年度施政目標

依據行政院 107 年度施政方針及核定預算額度，編定 107 年度施政計畫目標，如圖 1-3，其重要策略摘錄如次：

一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群

- (一) 保障兒少福利與權益；建構多元且品質穩定之托育模式。
- (二) 落實身心障礙者權利公約，提升照顧服務量能及品質。
- (三) 強化婦女培力，建構友善賦權環境。
- (四) 整合現行兒少保護與高風險家庭服務網絡，強化社會安全網。

二、建置優質長照體系，完備長照服務資源

- (一) 提升長照服務品質與增進多元供給量能。
- (二) 普及整體照顧服務體系 ABC 據點資源，提升社區照顧服務可近性。

- (三) 推動獨居老人照護及整合性門診；強化失智老人社區照護服務。

三、營造互助祥和社會，完善保護服務體系

- (一) 保障弱勢族群經濟生活，推動兒童少年未來發展帳戶。
- (二) 營造社區互助關懷網絡，擴大志願服務社區量能。
- (三) 建置社會工作專業制度，充實地方政府社工人力。
- (四) 健全性別暴力三級預防服務體系。
- (五) 打造兒少保護體系互聯網，及早主動介入提供支持性服務。

四、拓展醫療照護體系，保障民衆就醫權益

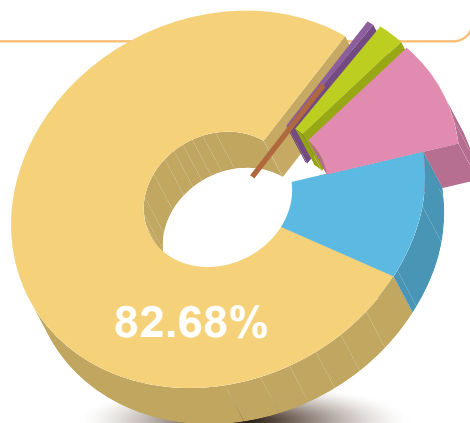
- (一) 建構以社區為基礎的健康照護網絡；推展居家及社區安寧照護。
- (二) 健全緊急醫療照護體系，持續挹注偏遠地區醫療資源。
- (三) 推動醫師勞動權益保障法制化，改善醫事人員執業環境；強化醫療爭議處理機制。
- (四) 推動優質護理職場，吸引護理人員回流；強化護理人才培育及機構管理。
- (五) 建構中醫健康照護環境，提升民俗調理人員從業素質。
- (六) 強化衛生福利科技研究與人才培育，促進生技產業發展。

圖 1-2

107 年度衛生福利經費決算分布圖

單位：千元；%

● 教育支出	143,499	0.07%
● 社會救助支出	1,291,454	0.60%
● 科學支出	4,737,962	2.19%
● 醫療保健支出	17,392,494	8.04%
● 福利服務支出	13,886,598	6.42%
● 社會保險支出	178,740,591	82.68%





(七) 推展國際以及兩岸衛生福利之合作與交流。

五、建立優質防疫體系，邁向防疫之新紀元

- (一) 架構完整防疫體系，強化傳染病監測預警、風險管控與防治應變能力。
- (二) 辦理各項疫苗接種作業，確保疫苗接種財源穩定。
- (三) 擴大篩檢及提供完善照護，達成結核再減半、挑戰愛滋零成長。
- (四) 拓展國際防疫合作，推動新興疫病跨域網絡整合，阻絕傳染病於境外。

六、構築食藥安心環境，保障民衆食藥安全

- (一) 落實食品、藥物及化粧品管理，維護MIT食品藥物之產品信譽。
- (二) 強化跨部會合作，結合大數據分析，完備食藥安全預警網絡。
- (三) 推動資訊透明化，落實消費者「知」的權利。

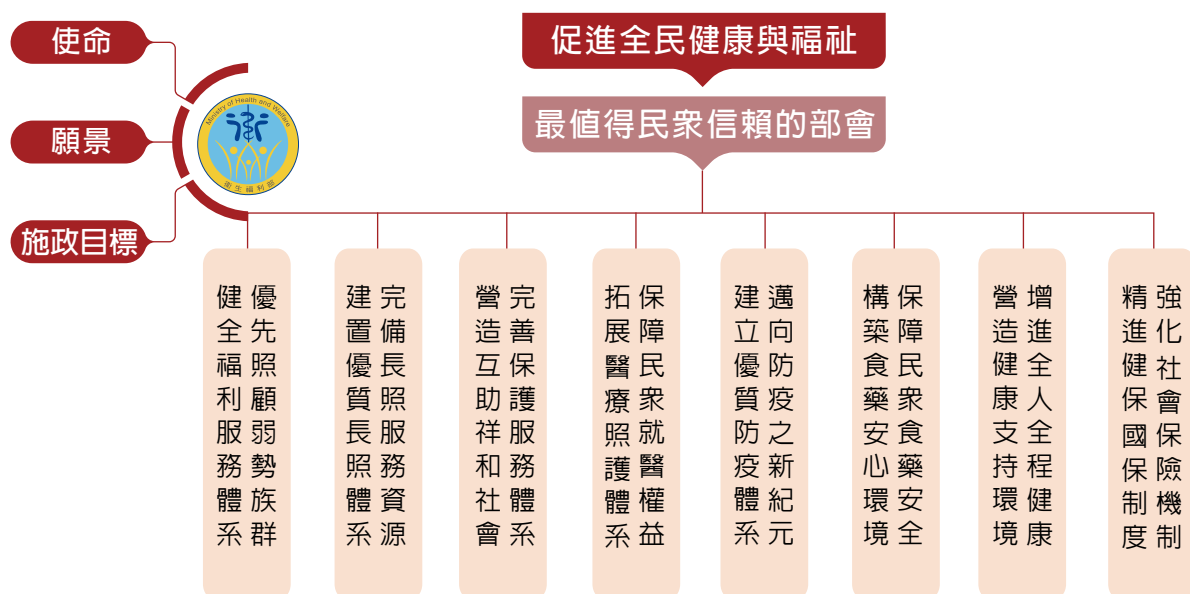
(四) 強化中藥材邊境管理，提升中藥（材）品質與安全。

七、營造健康支持環境，增進全人全程健康

- (一) 強化慢性疾病之預防與管理，培養健康生活型態，營造無菸、無檳支持環境。
- (二) 健全婦幼及生育保健服務環境，增進原住民和新住民健康，營造高齡友善城市。
- (三) 強化癌症預防工作，推動就醫領航計畫。
- (四) 強化國民健康指標監測，建立高齡及國民營養資料倉儲。



圖 1-3 衛生福利部 107 年施政目標



- (五) 強化 eHealth，增進智慧健康服務。
- (六) 推動全方位心理健康服務及新世代反毒策略。
- (七) 建置口腔醫療照護量能，養成兒童良好口腔衛生習慣。

八、精進健保保制度，強化社會保險機制

- (一) 加速健保改革，優化分級醫療制度，創造永續健康照護體系。
- (二) 推動國民年金制度，保障老年經濟安全。

第二節 推動性別平等

為呼應國際重視性別平等議題之潮流，本部配合行政院性別平等處積極推動各項性別平等政策，於擬定政策、計畫及措施時，積極融入性別觀點，並落實性別平等政策綱領及「消除對婦女一切形式歧視公約」（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women，簡稱 CEDAW），期能提升健康、醫療與社會福利等各面向之性別平等。

107 年本部依行政院秘書長函頒之「行政院所屬各部會性別平等推動計畫（108 至 111 年）編審及推動作業注意事項」研訂 108 至 111 年性別平等推動計畫，本計畫包括四項行政院性別平等重要議題（推動三合一政策之托育公共化、去除性別刻板印象與偏見、強化高齡社會之公共支持、促進公私部門決策參與之性別平等）及五項部會層級議題（推動醫護性別平權、建置性別友善就醫環境、新住民家暴被害人需求研析及服務精進作為、強化 LGBTI 心理健康及自殺防治、未成年懷孕少女之相關照護及權益保障），整合性別主流化工具策略研訂促進性別平等相關政策或措施。

為強化國人對家暴議題之重視，107 年度本部辦理「家庭暴力防治 20 年系列活動」及「家庭暴力防治 20 週年研討會」，透過設置「零豹

ZERO」粉絲專頁與民衆互動，並結合 YouBike 舉行反家虐兒虐自行車日，期透過網路社群結合實體活動，推廣家暴防治觀念；另，為響應聯合國近年來「HE FOR SHE」之倡議，107 年度辦理臺灣女孩日「不要小看我們年輕！She Power 少女的力量」活動，透過「She Power 宣導記者會暨名人堂平權診療室講座」，探討性別平權、身體自主權等議題，鼓勵女孩勇敢發聲捍衛權利，一起守護性別平權。



107 年度臺灣女孩日慶祝活動，邀請每個女孩（She）、男孩（He）一起歡慶臺灣女孩日，宣揚性別平等（Equality）！（照片來源：衛福部社家署）

第三節 醫衛新南向政策

我國 105 年起推動新南向政策，106 年選定「新南向醫衛合作與產業鏈結」為新南向五大旗艦計畫之一。

107 年辦理成果如次：

- 一、本部於 107 年 6 月 1 日啟動「一國一中心」計畫，由我國 6 家醫院分別擔任印度、印尼、菲律賓、馬來西亞、泰國及越南等 6 國之統籌協調中心，共培訓 336 名醫事人員，並協助介接 71 家廠商。
- 二、與馬來西亞國家藥品管理局簽署醫藥品管理合作文本。
- 三、建置「醫衛新南向產業 e 連結」網站，整合及提供新南向國家醫衛合作及產業發展相關資訊。



四、107 年國際醫療服務統計總人次數約為 41.4 萬人次，其中新南向國家病人達 15.7 萬人次，約占全部國際醫療病人 38.08%。

五、協助業者瞭解新南向國家當地牙材相關法規及申請許可證，107 年已有 1 家廠商取得馬來西亞牙材許可證書。提供口腔專業加值服務，協助我國廠商推廣行銷我國牙材產品。

六、出版「馬來西亞及新加坡中藥註冊登記輔導指引」，並舉辦 3 場傳統醫藥相關國際會議及教育訓練，邀請印度、越南、馬來西亞及印尼官員及專家來臺，拓展實務交流及合作契機。

七、馬來西亞已接受本部出具之核備函用於傳統藥品與營養補充品之申請案，目前已有 8 家業者取得核備函，並向馬來西亞提出外銷產品查登申請。

八、辦理「防疫技術轉殖中心」，與越南及印尼進行結核病及登革熱防治交流合作，包括舉辦訓練研習營及共同進行防治實務工作等，並成立「新南向人員健康服務中心」，提供傳染病防治衛教、諮詢及健康醫療轉銜等服務。



107 年 6 月 1 日衛福部新南向醫衛合作與產業鏈發展重點政策說明會



107 年 10 月 30 日「2018 新南向登革熱訓練研習營誘卵桶佈置教學」



107 年 6 月 11 日「2018 新南向結核病防治訓練研習營」



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

2

衛生福利 重要指標

- 第一章 人口指標
- 第二章 生命指標
- 第三章 國民醫療保健支出（NHE）
- 第四章 社會福利指標
- 第五章 國際比較



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

第一章 人口指標

107 年底我國戶籍登記人口總數計 2,359 萬人，較 106 年底增 0.75%，其中男性 1,171 萬人，減 0.57%，女性 1,188 萬人，增 2.06%，人口性別比例（男性人口數/女性人口數）降為 98.62。

107 年底人口密度每平方公里人口達 652 人，與上一年相當，以臺北市 9,818 人最為稠密，花蓮縣、臺東縣則分別僅 71 人及 62 人。

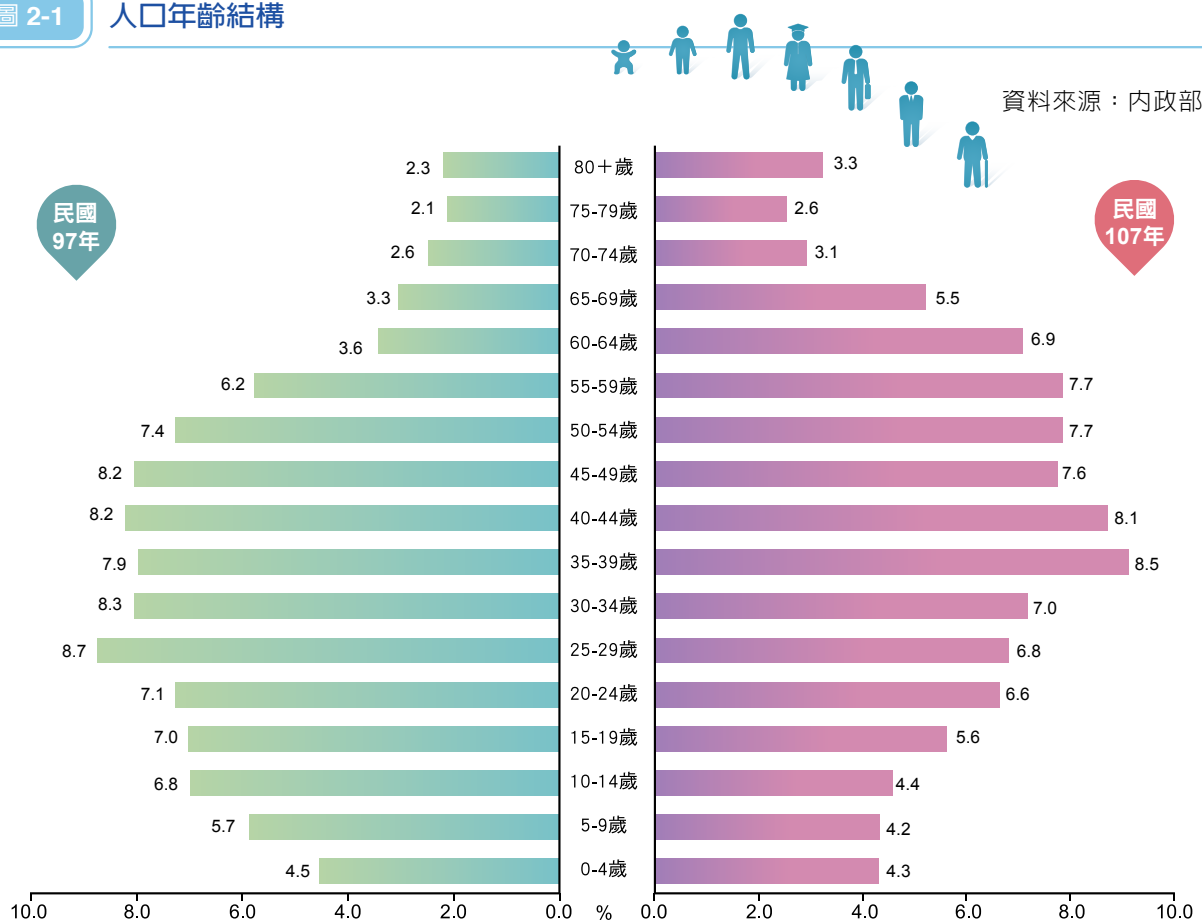
第一節 人口年齡結構

少子女化及平均壽命延長影響，人口年齡結構明顯呈現幼年人口比率降低，老年人口比率提高之現象。我國 0-14 歲幼年人口占總人口比率，由 97 年 16.95% 降至 107 年 12.92%，65 歲以上老年人口占比於 82 年突破 7.0%，進入高齡化社會，之後持續提高，107 年已升至 14.56%，正式邁入高齡社會，如圖 2-1。

就性別觀察，女性人口高齡化狀況較男性更為明顯，107 年女性老年人口占 15.67%，高於男性之 13.43%；女性幼年人口占 12.32%，低於男性之 13.53%，如圖 2-2。

圖 2-1

人口年齡結構



扶養比【(0-14 歲人口 + 65 歲以上人口) / 15-64 歲人口 * 100】由 70 年 56.3% 降至 107 年 37.9%，主因扶幼比【0-14 歲人口 / 15-64

歲人口 * 100】由 49.4% 快速下降至 17.8%，而扶老比【65 歲以上人口 / 15-64 歲人口 * 100】則由 6.9% 持續上升至 20.1% 所致，如圖 2-3。

圖 2-2 民國 107 年男女性人口年齡結構

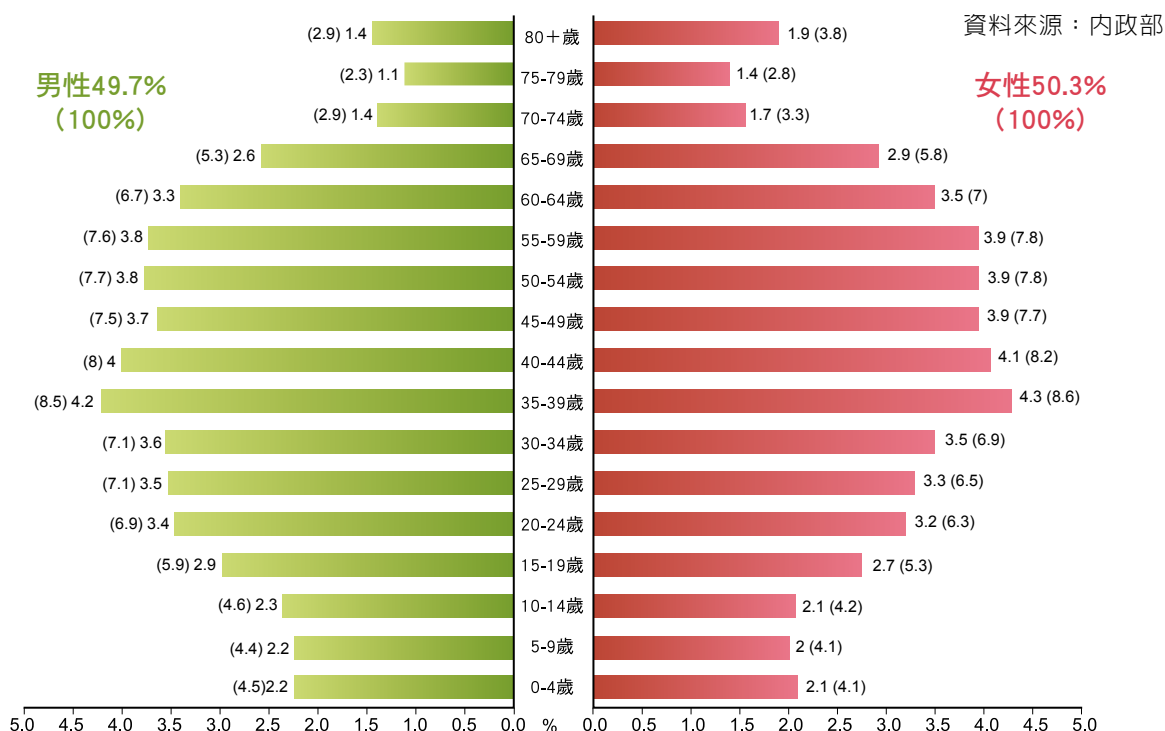
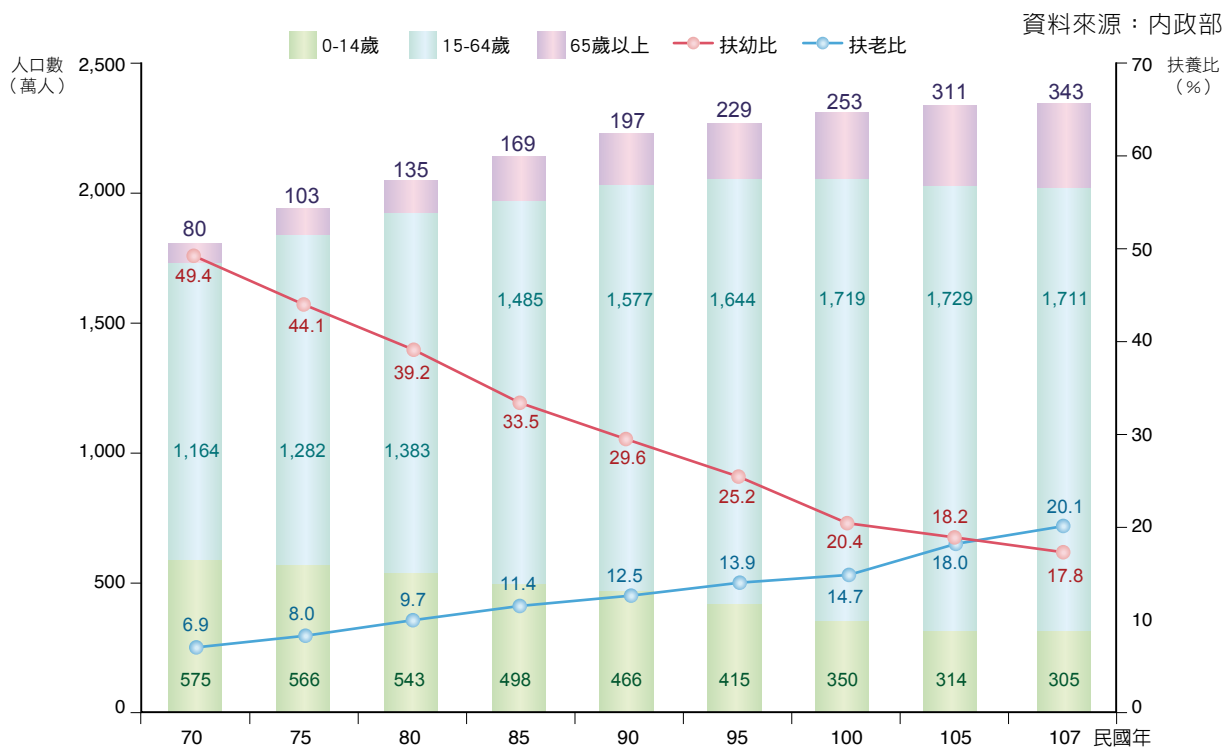


圖 2-3 歷年人口年齡結構與扶養比

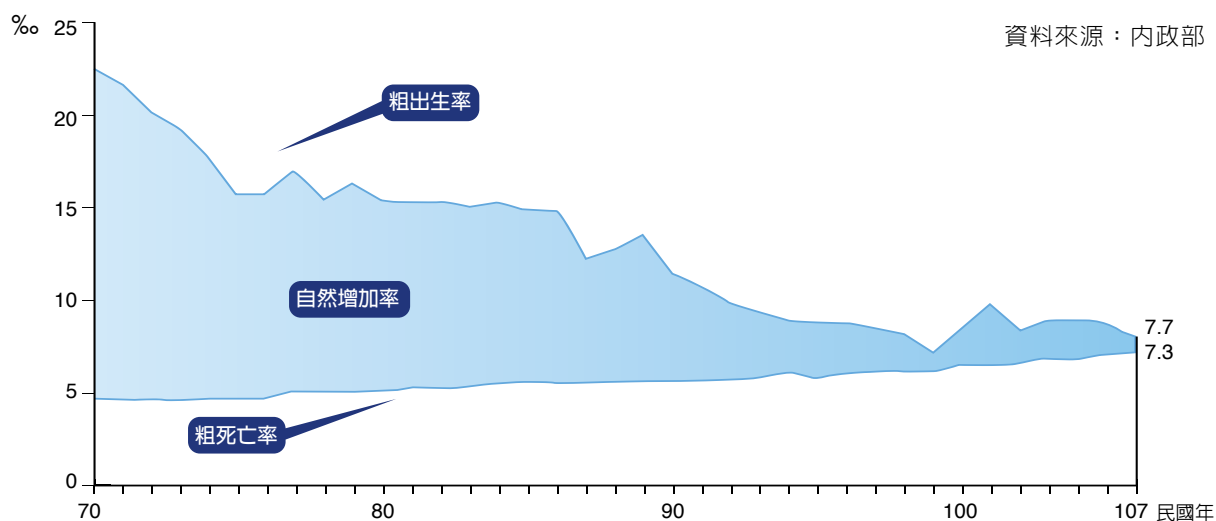


第二節 出生及死亡概況

隨著社會與經濟環境變遷，國人之生育率長期呈下滑趨勢，致粗出生率【出生數／年中人口數*1,000】由70年代初期之逾20%降至90年代不及10%，107年為7.7%；粗死亡率【死亡

數／年中人口數*1,000】則因高齡人口占比提高，由70年代之近5%遞升至107年7.3%，綜上影響，人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】由70年代之逾10%，降至107年之僅約0.4%，如圖2-4。

圖 2-4 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率

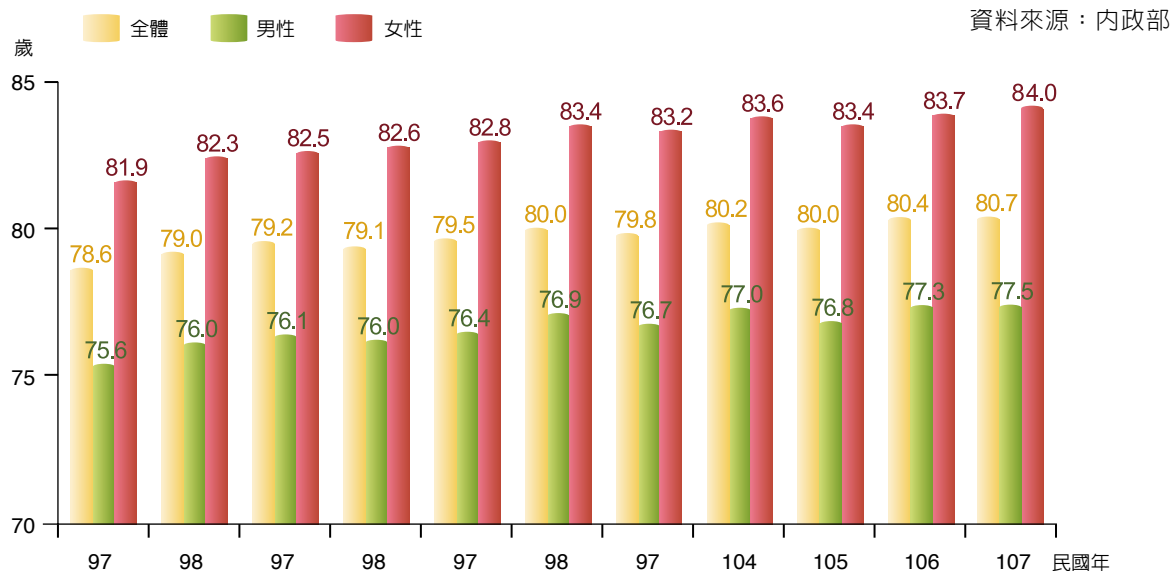


第三節 平均餘命

就國人平均餘命整體變動觀察，107年國人0歲平均餘命（即平均壽命）為80.7歲，10年來增加2.1歲。男、女性平均壽命分別為77.5歲

及84.0歲，10年來男性增加1.9歲，女性增加2.1歲，顯示女性較男性長壽，且兩性壽命之差距有逐漸擴大的趨勢，如圖2-5及附錄一表2。

圖 2-5 歷年國人0歲平均餘命



第二章 生命指標

第一節 十大死因

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

107 年國人死亡人數 17 萬 2,859 人，死亡率為每十萬人口 733.1 人，較 106 年上升 0.5%，較 97 年上升 18.5%。標準化死亡率【依世界衛生組織（World Health Organization, WHO）公布之 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算】

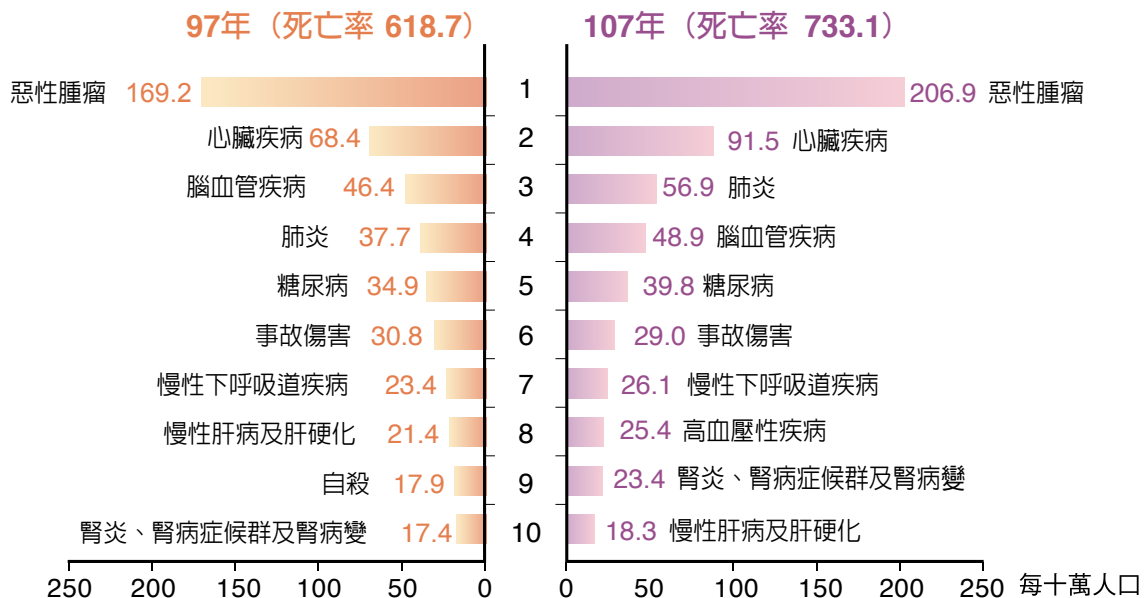
每十萬人口 415.0 人，較 106 年下降 2.2%，較 97 年下降 14.3%。

107 年十大死因死亡人數占總死亡人數之 77.2%，以慢性疾病為主，依死亡率排序前十大死因為（1）惡性腫瘤（癌症）；（2）心臟疾病；（3）肺炎；（4）腦血管疾病；（5）糖尿病；（6）事故傷害；（7）慢性下呼吸道疾病；（8）高血壓性疾病；（9）腎炎、腎病症候群及腎病變；（10）慢性肝病及肝硬化。與 97 年比較，順位上升者有肺炎、高血壓性疾病、腎炎腎病症候群及腎病變，順位下降者有腦血管疾病、自殺、慢性肝病及肝硬化，如圖 2-6。

圖 2-6

十大死因之變化

資料來源：衛福部統計處



第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據 105 年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口 485.1 人和 414.4 人；如依 WHO 公布之 2000 年世界標準人口

年齡結構調整計算，男、女性標準化發生率分別為每十萬人口 330.0 人和 269.1 人，男女十大癌症發生統計如表 2-1。

表 2-1 105 年國人十大癌症發生統計

資料來源：衛福部健康署

男性				女性			
順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每十萬人口)	順位	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	大腸	8,706	49.3	1	女性乳房	12,672	73.0
2	肝及肝內膽管	7,680	44.0	2	大腸	6,668	34.1
3	肺、支氣管及氣管	7,661	43.2	3	肺、支氣管及氣管	5,827	29.9
4	口腔、口咽及下咽	7,144	42.4	4	甲狀腺	2,780	18.1
5	攝護腺	5,359	30.1	5	肝及肝內膽管	3,395	16.8
6	食道	2,431	14.1	6	子宮體	2,462	14.0
7	胃	2,306	12.6	7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,507	9.2
8	皮膚	1,982	10.9	8	子宮頸	1,432	8.1
9	膀胱	1,600	8.8	9	皮膚	1,645	7.8
10	白血病	1,252	8.5	10	胃	1,352	6.7
	全癌症	56,854	330.0		全癌症	48,978	269.1

備註：1. 統計資料不含原位癌。

2. 順位係以年齡標準化發生率（每十萬人口）排序。

3. 年齡標準化發生率，係以 WHO 公布之 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算。

公式為【 \sum （年齡別發生率 * 標準組年齡別人口數）】 / 標準組總人口數。

二、癌症死因

107 年癌症死亡人數 4 萬 8,784 人，占總死亡人數之 28.2%，死亡率為每十萬人口 206.9 人，較 106 年上升 1.4%，較 97 年上升 22.3%。標準化死亡率 121.8 人，較 106 年下降 1.3%，較 97 年下降 8.9%。

107 年依死亡率排序前十大癌症死因為：

(1) 氣管、支氣管和肺癌；(2) 肝和肝內膽管癌；(3) 結腸、直腸和肛門癌；(4) 女性乳癌；(5) 口腔癌；(6) 前列腺（攝護腺）癌；(7) 胃癌；(8) 胰臟癌；(9) 食道癌；(10) 子宮頸及部位未明示子宮癌。

與 97 年比較，順位上升者有口腔癌、攝護腺癌、胰臟癌，順位下降者有胃癌及子宮頸癌，如圖 2-7。

第三節 嬰兒及新生兒死亡率

隨著公共衛生之進步，嬰兒死亡率【嬰兒出生未滿 1 歲死亡數 / 活產嬰兒數 *1,000】及新生兒死亡率【嬰兒出生未滿 4 週死亡數 / 活產嬰兒數 *1,000】除因 84 年出生通報實施而略有上升外，大致呈現下降趨勢；嬰兒死亡率由 70 年的 8.9% 降至 107 年的 4.2%，同期間新生兒死亡率由 3.1% 降至 2.6%，如圖 2-8。



圖 2-7

十大癌症死因之變化

資料來源：衛福部統計處

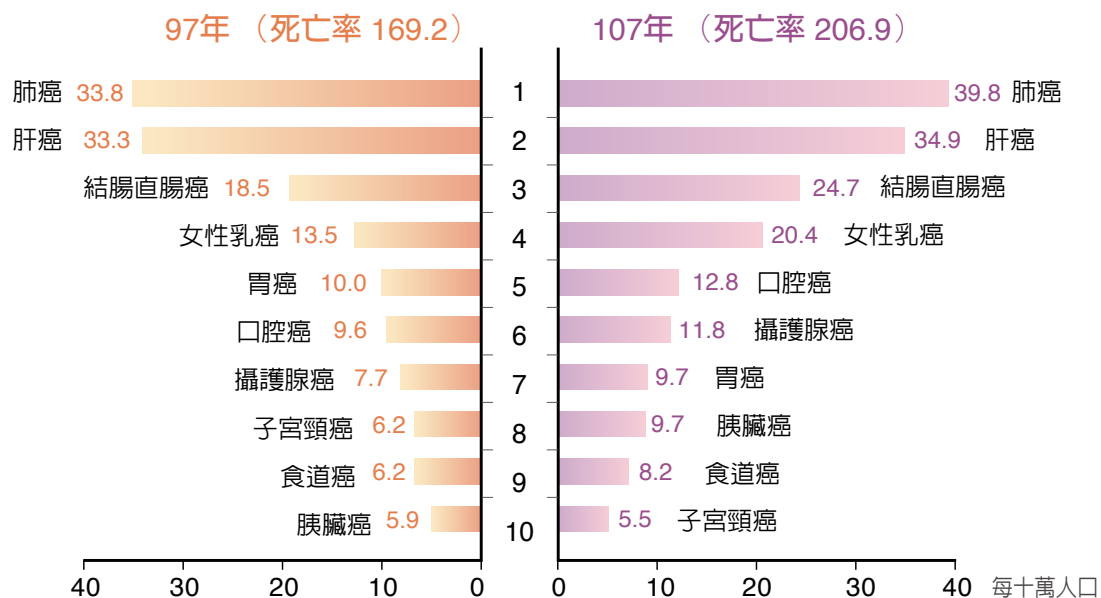
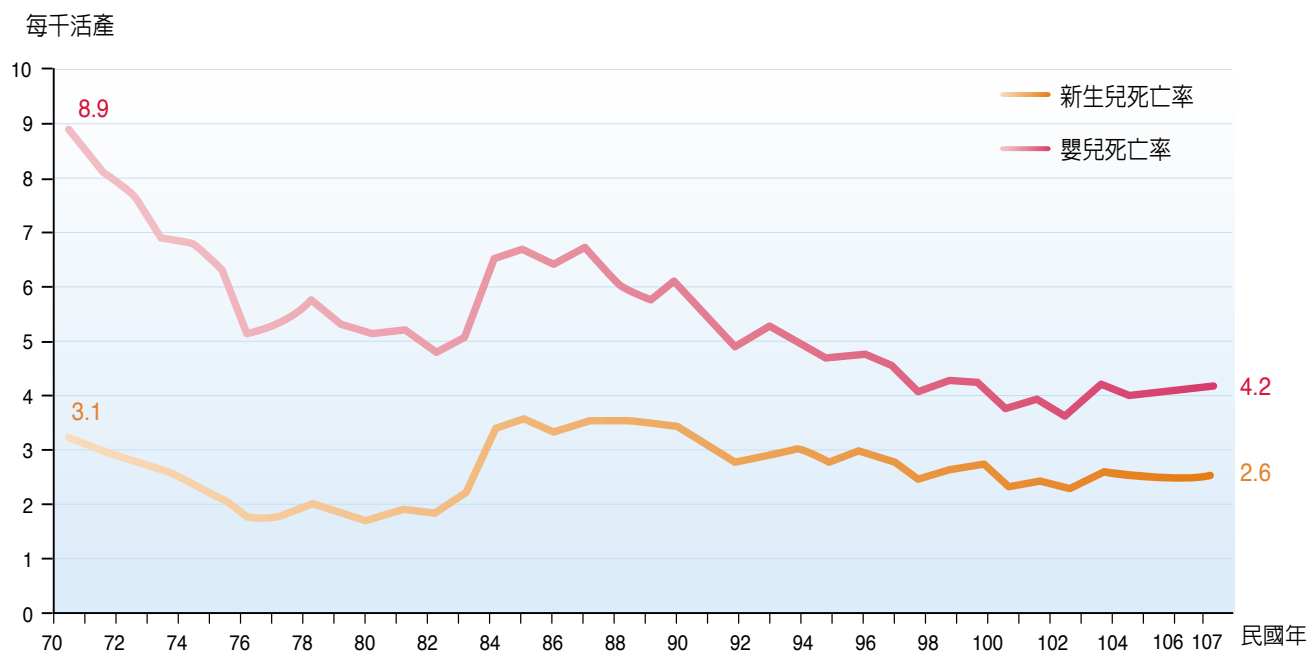


圖 2-8

歷年嬰兒及新生兒死亡率

資料來源：衛福部統計處



備註：84年3月起實施出生通報作業。

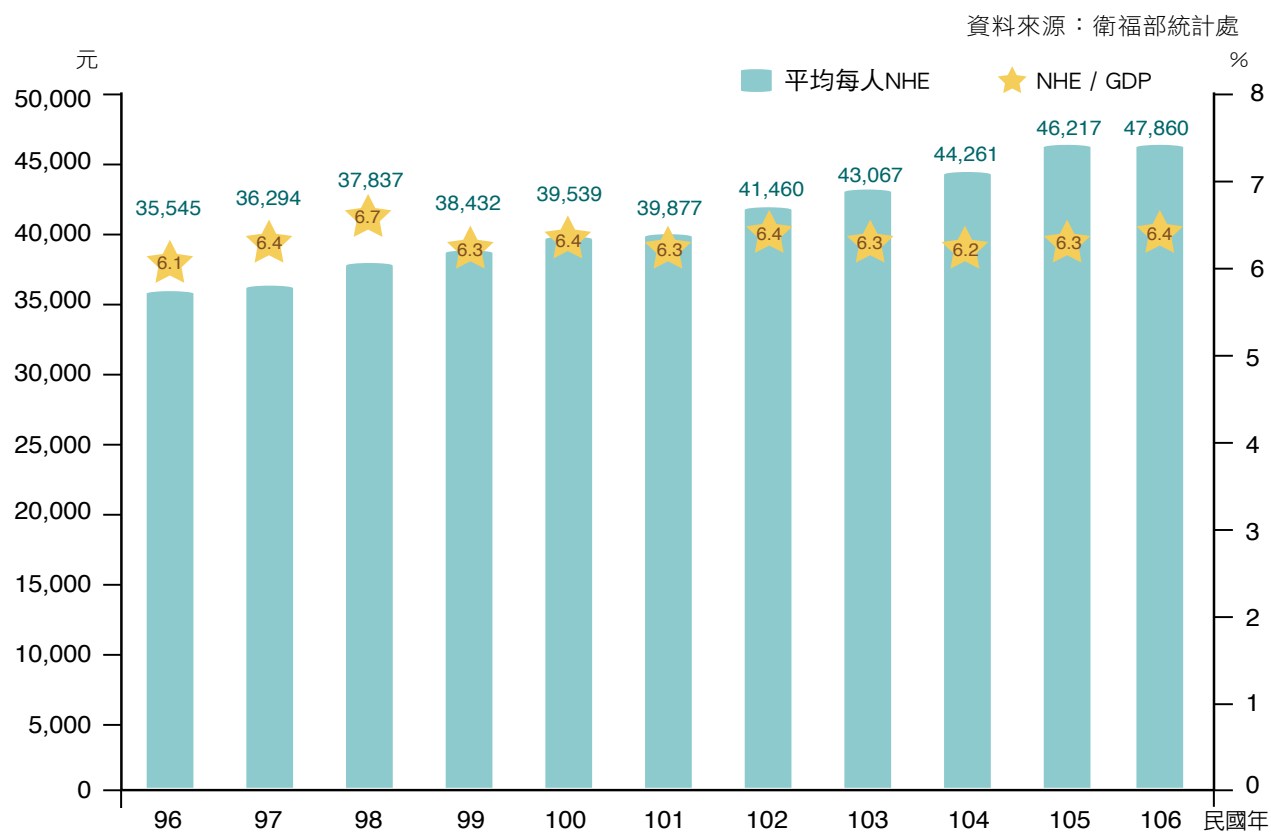
第三章 國民醫療保健支出 (NHE)

接受良好的醫療照護是國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。

我國 NHE 呈現穩定上升，106 年達 11,274 億元；受國際醫療水準提升、生醫科技發展及人口結構快速高齡化之影響，未來之 NHE 仍將續呈增加趨勢。

NHE 占國內生產毛額 (Gross Domestic Product, GDP) 比率由 96 年之 6.1% 增為 106 年之 6.4%；平均每人 NHE 由 96 年之 3 萬 5,545 元呈逐年上升，至 106 年達 4 萬 7,860 元，平均年增率為 3.0%，如圖 2-9。

圖 2-9 歷年 NHE / GDP 比及平均每人 NHE



第四章 社會福利指標

第一節 低收入戶及中低收入戶

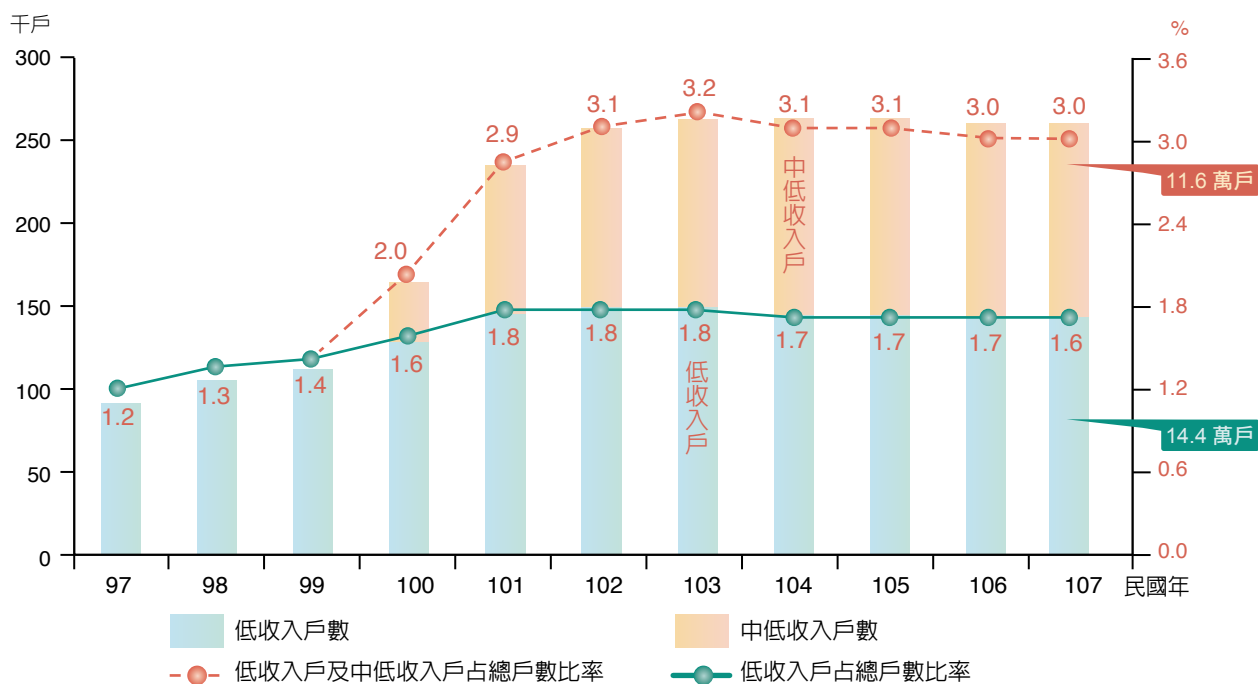
為保障貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得國民基本生活水準之照顧，政府辦理各項社會救助措施，97 年及 100 年政府更調整低收入戶最低生活費訂定方式及放寬審核標準，以擴大照顧經濟弱勢者，並自 100 年 7 月起將中低收入戶納入社會救助保障，受照顧家庭戶數明顯增加，

至 107 年底低收入戶及中低收入戶計有 25 萬 9,511 戶（低收入戶 14 萬 3,941 戶、中低收入戶 11 萬 5,570 戶）及 64 萬 9,994 人（低收入戶 31 萬 1,526 人、中低收入戶 33 萬 8,468 人），分別占全國總戶數之 3.0% 及總人口數之 2.8%。

若以性別觀察，低收入戶及中低收入戶內人口中，男性計 33 萬 3,482 人，女性計 31 萬 6,512 人，男性為女性之 1.05 倍（全國 0.99 倍），如圖 2-10 及 2-11。

圖 2-10 歷年低收入戶及中低收入戶戶數

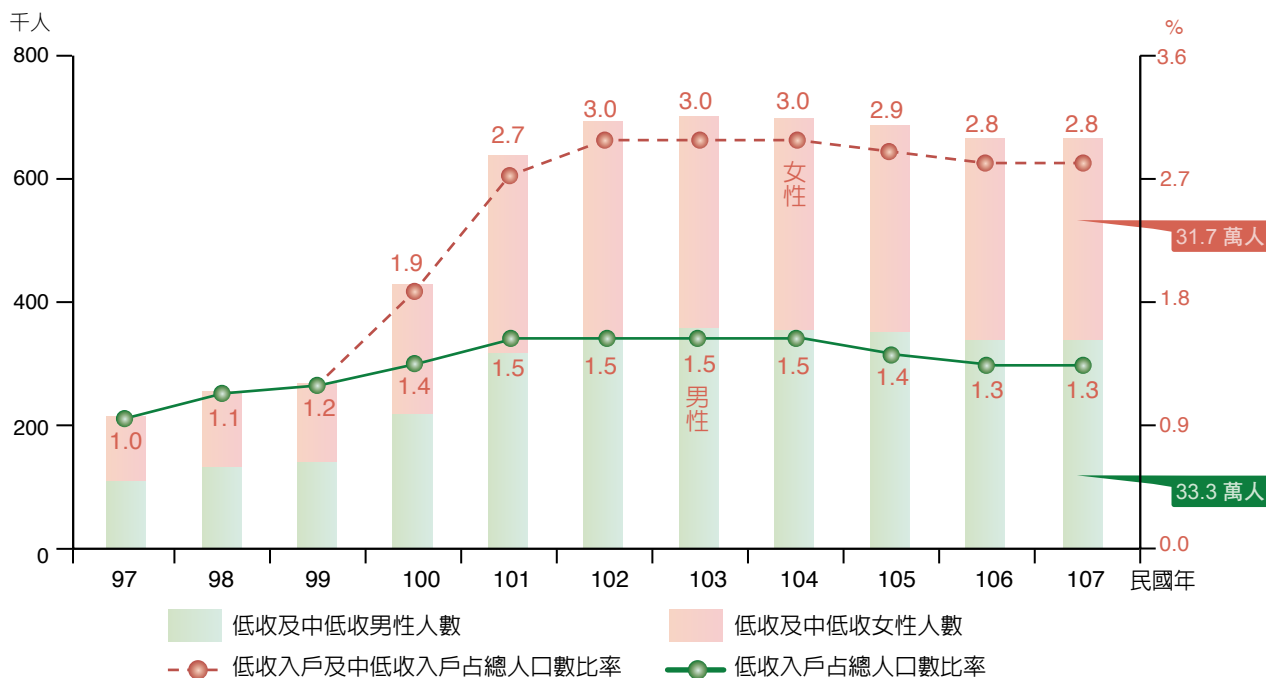
資料來源：衛福部統計處



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

圖 2-11 歷年低收入戶及中低收入戶人數

資料來源：衛福部統計處



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

第二節 身心障礙者

107 年底領有身心障礙證明（手冊）者計 117 萬 3,978 人，占總人口之 5.0%，其中男性 65 萬 8,673 人，占 56.1%；女性 51 萬 5,305 人，占 43.9%。

與 97 年比較，身心障礙者人數增加 13 萬 3,393 人或 12.8%，主因壽命延長，高齡之身心

障礙人數增幅較為顯著。107 年 0-17 歲身心障礙者較 97 年減少 17.9%，18-64 歲及 65 歲以上者則分別增加 5.4%及 29.6%，如表 2-2。

就障礙類別觀察，以重要器官失去功能、多重障礙、失智症及慢性精神病人者等障礙類別增加人數最多，近 10 年來共增加了 12 萬 6,360 人；另肢體障礙人數則減少 3 萬 4,630 人。

表 2-2 歷年身心障礙人口數 - 按性別及年齡分

資料來源：衛福部統計處

年底別	性別（人）			年齡別（人）			占總人口 比率（%）
	總計（人）	男	女	0-17 歲	18-64 歲	65 歲以上	
97 年	1,040,585	599,664	440,921	63,509	597,090	379,986	4.5
98 年	1,071,073	615,621	455,452	63,440	611,154	396,479	4.6
99 年	1,076,293	616,675	459,618	62,705	619,809	393,779	4.7
100 年	1,100,436	629,179	471,257	61,833	631,413	407,190	4.7
101 年	1,117,518	636,287	481,231	62,051	644,023	411,444	4.8
102 年	1,125,113	639,969	485,144	59,570	643,185	422,358	4.8
103 年	1,141,677	648,807	492,870	58,737	646,992	435,948	4.9
104 年	1,155,650	655,444	500,206	56,885	648,486	450,279	4.9
105 年	1,170,199	662,800	507,399	55,702	645,588	468,909	5.0
106 年	1,167,450	658,682	508,768	54,051	637,568	475,831	5.0
107 年	1,173,978	658,673	515,305	52,119	629,460	492,399	5.0

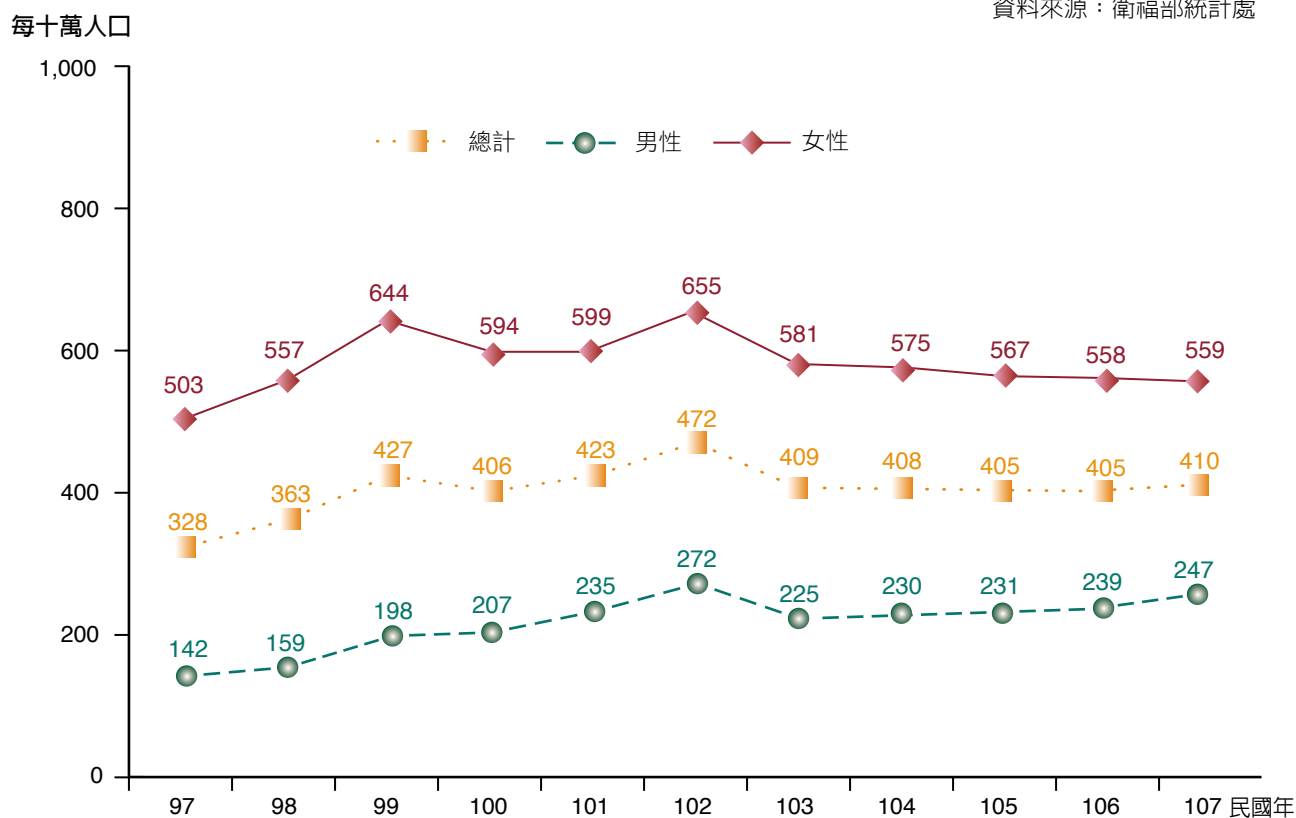
第三節 家庭暴力

近年政府加強宣導反家暴意識，並推廣社區之家庭暴力初級預防工作，強化通報網絡及支援措施，致家庭暴力通報被害人數由 97 年 7.5 萬人增加至 107 年 9.7 萬人。若換算為每十萬人通報被害人口率，107 年為 410 人，其中男、女性

分別為 247 人及 559 人，女性為男性的 2.3 倍，如圖 2-12。

若以通報案件類型觀察，107 年案件數為 12 萬 2 件，其中以「婚姻、離婚或同居關係」占 54.2% 最多，「兒少保護」占 12.7%，如圖 2-13。

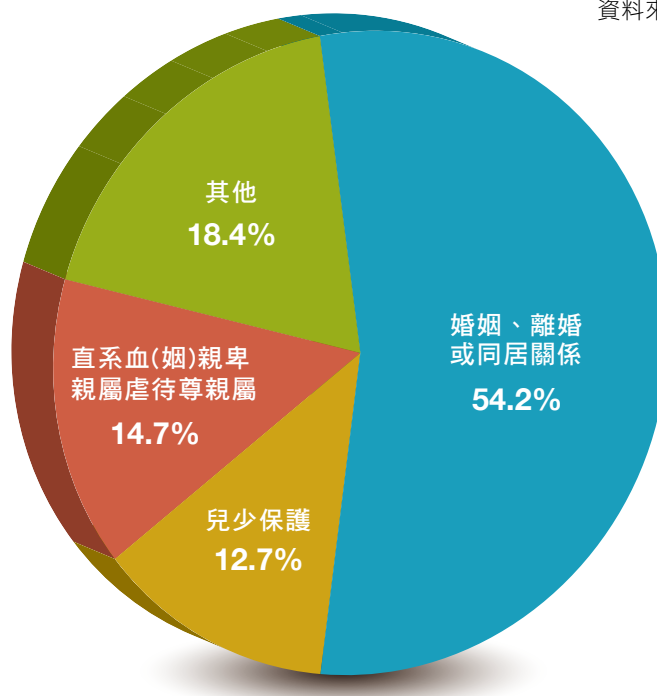
圖 2-12 歷年家庭暴力通報被害人口率



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

圖 2-13 民國 107 年家庭暴力通報案件類型

資料來源：衛福部統計處



第四節 育兒補助

107 年 8 月起實施未滿 2 歲擴大育兒津貼補助及托育準公共化政策，補助對象擴及未就業父母及親屬照顧，統計育有未滿 2 歲兒童育兒津貼

受益人數及補助金額增為 39.4 萬人及 64.4 億元；另未滿 2 歲兒童托育費用補助受益人數亦增為 9.6 萬人。如表 2-3。

表 2-3 育兒補助

資料來源：衛福部統計處

年底別	全國未滿 2 歲兒童人數 (萬人)	育有未滿 2 歲兒童育兒津貼		未滿 2 歲兒童 托育費用補助受益人數 (送交保母、社區托育家園、 托育中心照顧) (萬人)
		受益人數 (萬人)	補助金額 (億元)	
103 年	39.7	25.8	51.1	6.3
104 年	41.6	25.6	50.5	7.8
105 年	41.3	26.3	51.9	8.4
106 年	39.4	25.8	50.7	9.0
107 年	36.8	39.4	64.4	9.6

備註：育有未滿 2 歲兒童育兒津貼受益人數為當年度曾經請領人數之累計數，含當年度滿 2 歲及改為托育者，致其 107 年人數大於未滿 2 歲兒童人數。

第五節 兒童及少年經濟保障

受少子女化影響，兒童及少年人口數逐年下降，107 年底我國未滿 18 歲人口為 377.9 萬人，較 106 年減少 12.2 萬人，較 97 年減 109.0 萬人，十年間減少 22.4%；依性別觀察，男、女性分別較 106 年底減少 3.2% 及 3.1%，較 97 年底減少 22.6% 及 22.2%。

政府為增加對兒童及少年之經濟安全保障，各縣市政府對低收入戶家庭兒童提供生活補（扶）助，並針對非低收入戶惟遭遇困境家庭小孩提供弱勢兒童及少年生活扶助，以協助度過難關。107 年底低收入戶兒童生活補（扶）助及弱勢兒童及少年生活扶助金額分別為 30.1 億及 26.4 億元，各較 106 年減少 5.3% 及 2.7%，主要係兒少人數減少所致，如圖 2-14 及 2-15。

圖 2-14 未滿 18 歲兒童及少年人口數

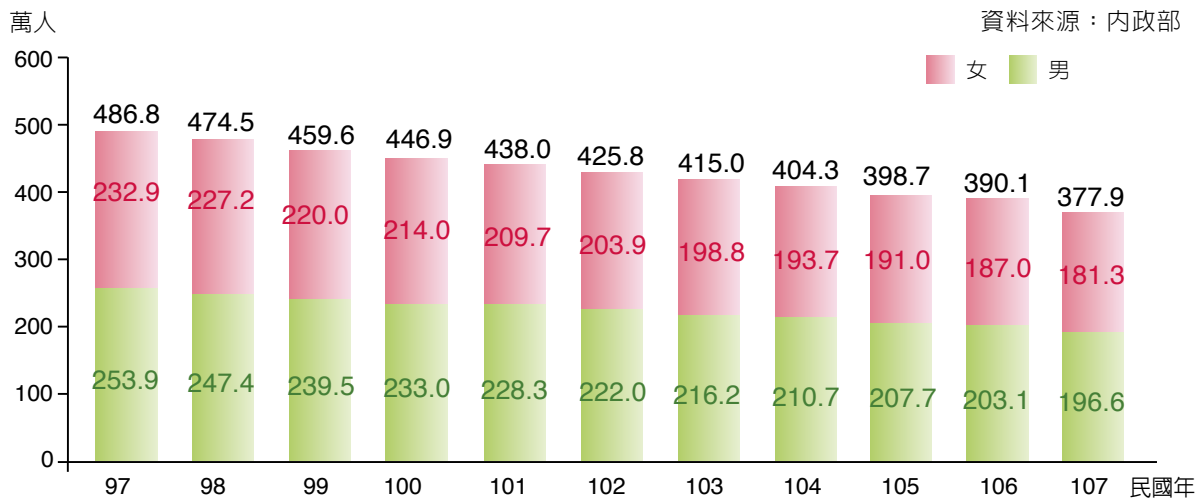
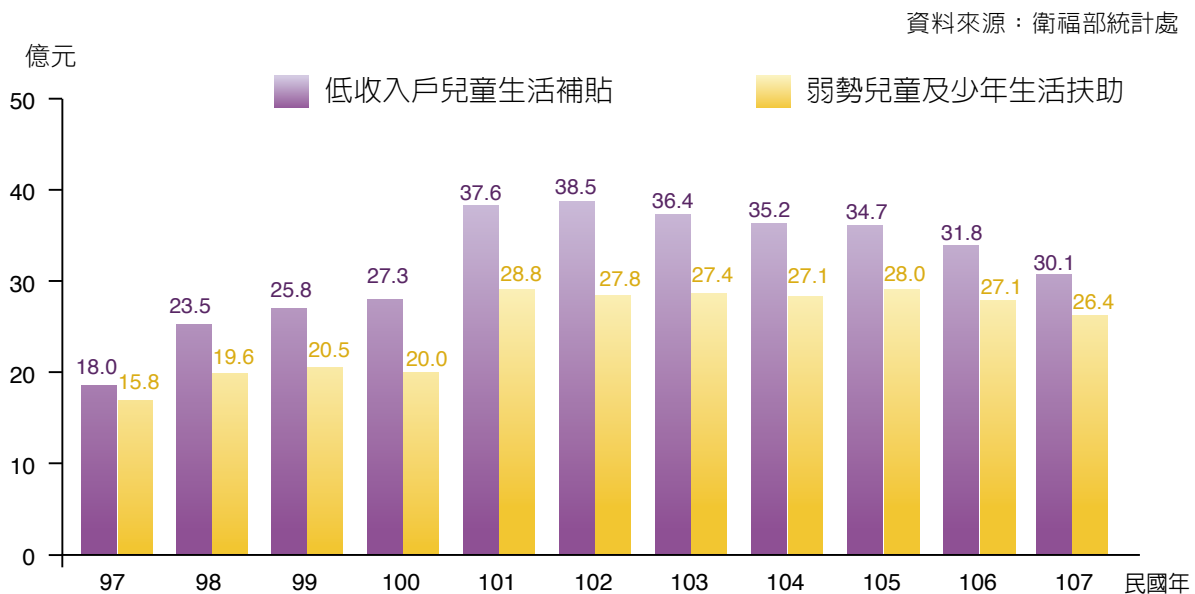


圖 2-15 兒童及少年福利補（扶）助金額



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

第五章 國際比較

第一節 平均餘命

2017 年我國 0 歲平均餘命為 80.4 歲，與經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）會員國比較，居第 26 位，低於 OECD 會員國中位數 81.7 歲。OECD 會員國中男性 0 歲平均餘命最高之國家為瑞士 81.6 歲，我國為 77.3 歲；女性 0 歲平均餘命最高者則為日本 87.3 歲，我國為 83.7 歲，如表 2-4。

第二節 人口自然增加率

2018 年我國人口自然增加率為 0.4‰，與 OECD 會員國比較，居第 22 位，低於 OECD 會員國中位數 2‰。近年來受晚婚、遲育現象影響，我國總生育率（表示每婦女在一生中可能生育之活產數）持續偏低，2018 年為 1.06 人，低於 OECD 各會員國，且除以色列、墨西哥外，其他會員國皆低於人口替代水準 2.1 人。同期間我國粗出生率為 8‰，死亡率為 7‰，與 OECD 會員

國比較，分別居第 35 及 26 位，亦均低於 OECD 會員國中位數 11‰ 及 9‰，綜觀 2018 年 OECD 會員國之人口結構，若與全球比較多趨向低出生率型態，如表 2-5。

第三節 扶養比

2018 年 OECD 會員國扶養比以日本及以色列 66% 最高，法國及瑞典 60% 居次，我國扶養比為 37%，與 OECD 各會員國比較為最低。

若以老年人口依賴比（簡稱扶老比：65 歲以上人口 / 15-64 歲人口 $\times 100$ ）觀察，我國 2018 年扶老比為 19%，與 OECD 會員國比較，居第 32 位，高於以色列、智利、土耳其及墨西哥，我國約每 5.3 個青壯人口扶養 1 位老人；若以老化指數（65 歲以上人口 / 0-14 歲人口 $\times 100$ ）分析各國老化程度，我國為 106%，與 OECD 會員國比較，居第 20 位，顯示我國老年人口占比與 OECD 會員國比較雖不高，惟 0-14 歲人口占比偏低，致老化指數高於近二分之一之 OECD 會員國，如表 2-6。



表 2-4 2017 年 OECD 會員國與我國 0 歲平均餘命

資料來源：內政部、OECD Health Data

排名	國名 - 以全體 0 歲平均餘命排序	全體（歲）	男性（歲）	女性（歲）
OECD 中位數		81.7	79.4	84.0
1	日本	84.2	81.1	87.3
2	瑞士	83.6	81.6	85.6
3	西班牙	83.4	80.6	86.1
4	義大利	83.0	80.8	85.2
5	冰島	82.7	81.1	84.3
5	挪威	82.7	81.0	84.3
5	南韓	82.7	79.7	85.7
8	以色列	82.6	80.6	84.6
8	澳大利亞	82.6	80.5	84.6
8	法國	82.6	79.6	85.6
11	瑞典	82.5	80.8	84.1
12	愛爾蘭	82.2	80.4	84.0
12	盧森堡	82.2	79.9	84.4
14	加拿大	82.0	79.9	84.0
15	紐西蘭	81.9	80.2	83.6
16	荷蘭	81.8	80.2	83.4
17	奧地利	81.7	79.4	84.0
17	芬蘭	81.7	78.9	84.5
19	比利時	81.6	79.2	83.9
20	葡萄牙	81.5	78.4	84.6
21	希臘	81.4	78.8	83.9
22	英國	81.3	79.5	83.1
23	丹麥	81.2	79.2	83.1
24	德國	81.1	78.7	83.4
24	斯洛維尼亞	81.1	78.2	84.0
26	中華民國	80.4	77.3	83.7
27	智利	80.2	77.4	83.1
28	捷克	79.1	76.1	82.0
29	美國	78.6	76.1	81.1
30	愛沙尼亞	78.2	73.8	82.6
31	土耳其	78.1	75.3	80.8
32	波蘭	77.9	73.9	81.8
33	斯洛伐克	77.3	73.8	80.7
34	匈牙利	75.9	72.5	79.3
35	墨西哥	75.4	72.9	77.9
36	拉脫維亞	74.8	69.8	79.7

表 2-5 2018 年 OECD 會員國與我國人口概況

資料來源：內政部、2018 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

排名	國名 - 依人口自然 增加率排序	年中人口 (百萬人)	人口預測 (百萬人)		人口倍數比	總生育率 (每一 婦女)	粗出生率 (‰)	粗死亡率 (‰)	人口自然 增加率 (‰)
		2018	2030 年	2050 年	2050 vs 2018	2018	2018	2018	2018
	全球	7,621	8,571	9,852	1.3	2.4	19	7	12
	OECD 中位數	10.6	10.8	12.0	1.1	1.6	11	9	2.0
1	以色列	8.5	10.8	14.4	1.7	3.1	21	5	16.0
2	墨西哥	130.8	147.5	164.3	1.3	2.2	19	6	13.0
3	土耳其	81.3	93.3	104.7	1.3	2.1	16	5	11.0
4	智利	18.6	19.6	20.2	1.1	1.8	14	6	8.0
5	愛爾蘭	4.9	5.5	6.8	1.4	1.9	13	6	7.0
6	澳大利亞	24.1	30.1	37.6	1.6	1.7	13	7	6.0
7	冰島	0.4	0.4	0.4	1.0	1.7	12	7	5.0
7	紐西蘭	4.9	5.6	6.1	1.2	1.8	12	7	5.0
9	加拿大	37.2	41.0	46.9	1.3	1.5	11	8	3.0
9	盧森堡	0.6	0.7	0.8	1.3	1.4	10	7	3.0
9	挪威	5.3	5.9	6.7	1.3	1.6	11	8	3.0
9	英國	66.4	70.4	74.7	1.1	1.8	12	9	3.0
9	美國	328.0	254.7	289.6	0.9	1.8	12	9	3.0
14	丹麥	5.8	6.1	6.4	1.1	1.8	11	9	2.0
14	法國	65.1	68.5	72.3	1.1	1.9	11	9	2.0
14	瑞典	10.2	11.2	12.0	1.2	1.8	11	9	2.0
14	瑞士	8.5	9.5	10.3	1.2	1.5	10	8	2.0
18	奧地利	8.8	9.3	9.7	1.1	1.5	10	9	1.0
18	南韓	51.8	52.9	49.4	1.0	1.1	7	6	1.0
18	荷蘭	17.2	17.9	18.4	1.1	1.6	10	9	1.0
18	斯洛伐克	5.4	5.4	5.0	0.9	1.5	11	10	1.0
22	中華民國	23.6	24.0	22.7	1.0	1.1	8	7	0.4
23	比利時	11.4	12.0	12.7	1.1	1.6	10	10	0.0
23	捷克	10.6	10.7	10.5	1.0	1.7	11	11	0.0
23	波蘭	38.4	36.9	32.6	0.8	1.4	10	10	0.0
23	斯洛維尼亞	2.1	2.1	1.9	0.9	1.6	10	10	0.0
27	芬蘭	5.5	5.8	5.9	1.1	1.5	9	10	-1.0
27	西班牙	46.7	45.9	44.3	0.9	1.3	8	9	-1.0
29	愛沙尼亞	1.3	1.2	1.1	0.8	1.6	10	12	-2.0
29	德國	82.8	82.9	79.1	1.0	1.6	9	11	-2.0
29	希臘	10.6	10.8	10.0	0.9	1.3	9	11	-2.0
32	義大利	60.6	60.1	57.6	1.0	1.3	8	11	-3.0
32	日本	126.5	119.1	101.8	0.8	1.4	8	11	-3.0
32	葡萄牙	10.3	10.0	9.2	0.9	1.4	8	11	-3.0
35	拉脫維亞	1.9	1.7	1.5	0.8	1.7	11	15	-4.0
36	匈牙利	9.8	9.6	9.2	0.9	1.5	9	14	-5.0

備註：人口自然增加率＝粗出生率－粗死亡率。

表 2-6 2018 年 OECD 會員國與我國扶養比

資料來源：內政部、2018 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

排名	國名－ 依扶養比 排序	人口結構			扶養比 (%)	扶幼比 (%)	扶老比 (%)	老化指數
		0－14 歲 (%)	15－64 歲 (%)	65 歲以上 (%)				
OECD 中位數		16	66	18	53	25	28	110
1	日本	12	60	27	66	21	45	219
1	以色列	28	60	11	66	47	19	40
3	法國	18	62	19	60	29	31	105
3	瑞典	18	63	20	60	28	32	112
5	芬蘭	16	63	21	59	26	33	129
6	希臘	14	64	22	56	23	34	149
6	英國	18	64	18	56	28	28	101
6	義大利	14	64	22	56	21	35	165
6	丹麥	17	64	19	56	26	30	114
10	愛沙尼亞	16	64	19	55	25	30	119
10	拉脫維亞	16	65	20	55	24	31	128
10	比利時	17	65	18	55	26	29	109
10	葡萄牙	14	65	21	54	22	33	151
13	荷蘭	16	65	18	53	25	28	114
13	德國	13	65	21	53	20	32	158
13	愛爾蘭	21	65	14	53	32	21	64
13	紐西蘭	20	65	15	53	30	23	76
13	挪威	18	66	17	53	27	25	93
19	捷克	16	66	19	52	24	29	121
19	墨西哥	27	66	7	52	41	11	27
19	美國	19	66	15	52	29	23	81
19	澳大利亞	19	66	15	52	29	23	81
19	西班牙	15	66	19	52	23	29	126
24	斯洛維尼亞	15	66	19	51	23	29	127
24	冰島	20	66	14	51	30	21	71
26	匈牙利	15	67	19	50	22	28	128
27	瑞士	15	67	18	49	22	27	121
27	奧地利	14	67	19	49	21	28	129
29	加拿大	16	67	17	48	24	24	103
30	土耳其	24	68	8	47	35	12	35
31	波蘭	15	68	17	46	22	24	110
32	智利	20	69	11	45	29	16	54
33	盧森堡	16	70	14	44	23	20	88
33	斯洛伐克	15	70	15	44	22	22	97
35	南韓	13	73	14	38	18	19	105
36	中華民國	13	76	15	37	18	19	106

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

2. 扶幼比 = (0-14 歲人口) / 15-64 歲人口 × 100。

3. 扶老比 = (65 歲以上人口) / 15-64 歲人口 × 100。

4. 老化指數 = (65 歲以上人口) / 0-14 歲人口 × 100。

第四節 重要死因死亡率

依據 OECD 資料顯示，2016 年世界主要國家惡性腫瘤標準化死亡率以南韓每十萬人口 165.2 人為最低，我國為 213.9 人；運輸事故以英國 2.8 人最低，我國為 14.0 人；自殺以英國 7.3

人最低，我國為 15.3 人；新生兒死亡率以日本每千活產 0.9 人為最低、我國為 2.4 人。與 2006 年比較，除美國、加拿大、英國與澳大利亞自殺死亡率上升外，各國大多呈現下降趨勢，如表 2-7。

表 2-7 世界主要國家重要死因死亡率

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Data

	惡性腫瘤 (每十萬人口)		運輸事故 (每十萬人口)		自殺 (每十萬人口)		新生兒死亡率 (每千活產)	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
中華民國	230.8	213.9	22.7	14.0	20.5	15.3	2.7	2.4
日本	193.5	171.5	6.3	3.3	21.6	15.2	1.3	0.9
南韓	204.1	165.2	19.9	10.1	26.2	24.6	2.5	1.6
美國	209.5	180.6	16.4	13.3	11.3	13.9	4.5	3.9
加拿大	222.2	196.8	10.0	6.2	10.8	11.8	3.7	3.4
英國	236.2	216.4	5.8	2.8	6.7	7.3	3.5	2.8
德國	213.5	200.3	6.4	4.0	10.7	10.2	2.6	2.4
法國	219.1	197.7	7.8	4.7	16.5	13.1	2.3	2.6
澳大利亞	211.1	185.0	8.9	6.1	10.5	11.9	3.2	2.3
紐西蘭	224.3	210.2	11.5	8.4	12.7	11.5	2.7	2.8

備註：1. 各國若無該年度資料，以最近可獲得資料年度代替。

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



第五節 醫療保健支出

若以購買力平價（Purchasing Power Parity, PPP）折算，2017 年我國平均每人經常性醫療保健支出（Current Health Expenditure, CHE）為 3,047 美元，低於 OECD 中位數 3,683 美元，與 OECD 會員國比較，居第 22 位；平均每人 GDP 為 4 萬 9,948 美元（USD PPPs），則高於 OECD 中位數 4 萬 2,785 美元，居第 12 位，致我國 CHE 占 GDP 比率僅 6.1%，較 OECD 中位

數 8.8% 低 2.7 個百分點，屬相對較低之國家，如表 2-8。

與 2007 年比較，2017 年多數 OECD 會員國之 CHE 占 GDP 比重均往上提升，其中日本增 2.9 個百分點最多，瑞典增 2.8 個百分點居次，至於冰島及希臘等 9 國反呈減少，我國則增加 0.4 個百分點，低於 OECD 會員國平均之 0.8 個百分點，僅高於匈牙利、葡萄牙及盧森堡等 9 國，如圖 2-16。

圖 2-16 CHE 占 GDP 比率

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Data

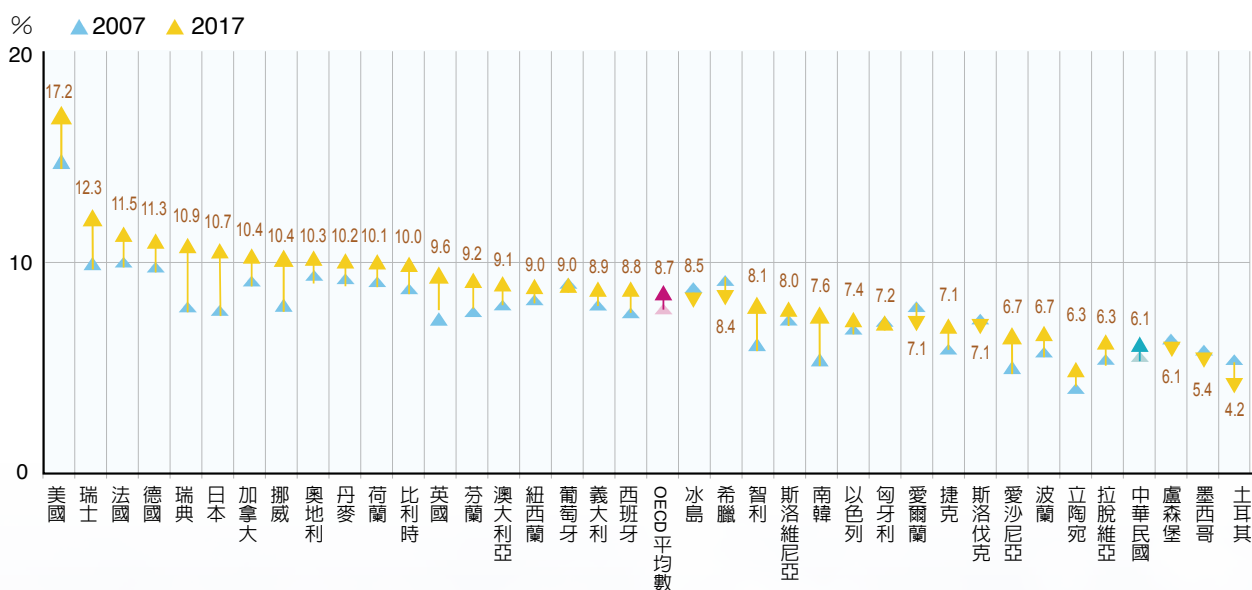


表 2-8

2017 年 OECD 會員國與我國平均每人 CHE 與平均每人 GDP

資料來源：衛福部統計處、行政院主計總處

國名	順位	平均每人 CHE (USD PPPs)	順位	平均每人 GDP (USD PPPs)	順位	CHE / GDP (%)
OECD 中位數		3,683		42,785		8.8
美國	1	10,209	5	59,532	1	17.2
瑞士	2	8,009	3	65,332	2	12.3
盧森堡	3	6,475	1	104,203	34	6.1
挪威	4	6,351	4	61,256	7	10.4
德國	5	5,728	9	50,822	4	11.3
瑞典	6	5,511	11	50,483	5	10.9
愛爾蘭	7	5,449	2	76,771	27	7.1
奧地利	8	5,440	8	52,708	9	10.3
荷蘭	9	5,386	7	53,100	11	10.1
丹麥	10	5,183	10	50,724	10	10.2
法國	11	4,902	19	42,785	3	11.5
加拿大	12	4,826	15	46,360	7	10.4
比利時	13	4,774	14	47,646	12	10.0
日本	14	4,717	18	43,903	6	10.7
冰島	15	4,581	6	53,982	20	8.5
澳大利亞	16	4,543	13	49,744	15	9.1
英國	17	4,246	17	44,019	13	9.6
芬蘭	18	4,173	16	45,257	14	9.2
紐西蘭	19	3,683	20	40,917	16	9.0
義大利	20	3,542	21	39,792	18	8.9
西班牙	21	3,371	24	38,127	19	8.8
中華民國	22	3,047	12	49,948	34	6.1
南韓	23	2,897	23	38,275	24	7.6
葡萄牙	24	2,888	27	32,145	16	9.0
以色列	25	2,834	22	38,435	25	7.4
斯洛維尼亞	26	2,775	26	34,816	23	8.0
捷克	27	2,616	25	36,960	27	7.1
希臘	28	2,325	34	27,789	21	8.4
斯洛伐克	29	2,269	28	32,137	27	7.1
愛沙尼亞	30	2,125	30	31,634	30	6.7
匈牙利	31	2,045	32	28,328	26	7.2
波蘭	32	1,955	31	29,291	30	6.7
智利	33	1,915	36	23,667	22	8.1
拉脫維亞	34	1,722	35	27,475	32	6.3
土耳其	35	1,194	33	28,242	37	4.2
墨西哥	36	1,034	37	19,140	36	5.4



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



健康支持 環境

- 第一章 從出生到成長
- 第二章 生活中的危害
- 第三章 活躍老化及非傳染性疾病防治
- 第四章 健康資訊傳播與健康監測



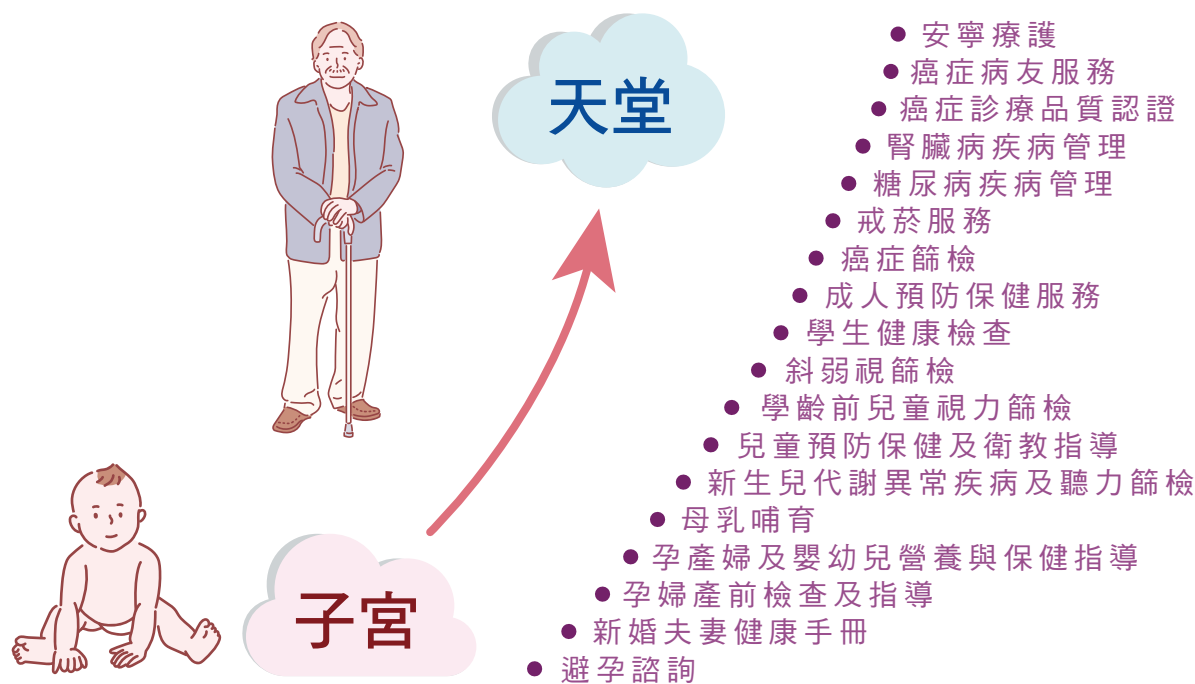
為達成 WHO 所提出「全民健康（Health for All）」，本部為不同人生階段國人，積極規劃健康促進政策，如圖 3-1，響應聯合國積極倡議「所有施政面向的健康工程（Health in All Policies）」，藉由跨部門公共決策綜效，在各面向、各層級，提升決策者對健康的當責性。

聯合國永續發展目標已成為各國共同的施政方向，本部在行政院國家永續發展委員會召集下，擬定我國永續發展目標，並建立健康支持環

境，打造公平健康的永續社會。另依據西元 2012 年世界衛生大會針對非傳染性疾病「25 by 25」目標〔即於 2025 年將非傳染性疾病（心血管疾病、癌症、糖尿病及慢性呼吸道疾病）過早死亡率降低 25%〕，將所訂之 9 項全球目標和 25 項指標列入政策目標，透過全政府（whole-of-government）、全社會（whole-of-society）的行動與生命歷程模式（lifecourse approach），訂定各項策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球健康。

圖 3-1

從子宮到天堂，從家庭到社區的全民健康促進政策



完備基礎建設、強化法令、監測與研究、教育訓練、國內外合作

第一章 從出生到成長

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

第一節 孕產婦健康

一、孕婦產前檢查

- (一) 提供孕婦 10 次產檢及 1 次超音波檢查，107 年平均利用率為 94.5%，產檢利用人次達 163 萬 8,361 人次，並提供 2 次產前衛教指導。
- (二) 補助孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用：107 年檢查 15 萬 8,572 案，篩檢率 87.2%，陽性率約為 20.66%。
- (三) 提供遺傳性疾病高危險群孕婦產前遺傳診斷檢驗補助，107 年計補助 4 萬 2,593 案，發現 1,387 例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢。

二、建置免付費孕產婦諮詢專線（0800-870-870）、雲端好孕守 APP 及孕產婦關懷網站，提供孕產兒健康促進資訊。107 年提供

1 萬 9,141 通諮詢，網站 211 萬 6,388 人次瀏覽，雲端好孕守 APP 下載累計次數達 5 萬 5,000 次。

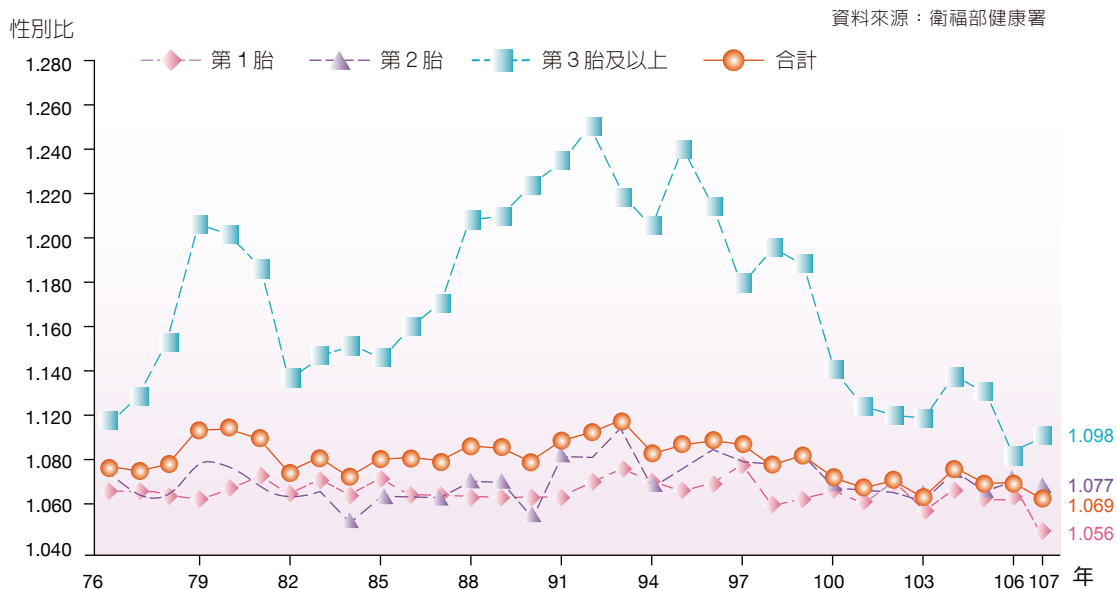
三、107 年符合《公共場所母乳哺育條例》應設置哺（集）乳室公共場所計 2,235 處，自行設置哺集乳室場所計 1,186 處。

四、參考 WHO 母乳哺育政策，推動母嬰親善醫療院所認證，107 年共 162 家通過認證，涵蓋全國 74.6% 出生嬰兒，6 個月以下嬰兒純母乳哺育率達 46.2%，已高於全球平均值 36%，並接近 WHO 2025 年全球目標值 50%。

五、在自然狀態下，男女出生性別比（新生兒男嬰對女嬰比值）約在 1.04 ~ 1.06 之間，基於維護胎兒生命權、消除性別歧視，及防範男女失衡所衍生之社會問題，政府已明定及落實醫療相關法規。為減少不當墮胎行為，共同組成出生性別比工作小組，結合縣市衛生局普查輔導接生及產檢醫療院所，廣續辦理宣導及倡議。經上述努力，我國出生性別比已由 99 年的 1.090，降到 107 年 1.069，如圖 3-2。

圖 3-2

歷年出生通報總活產胎次出生性別比





第二節 嬰幼兒及兒童、青少年健康

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

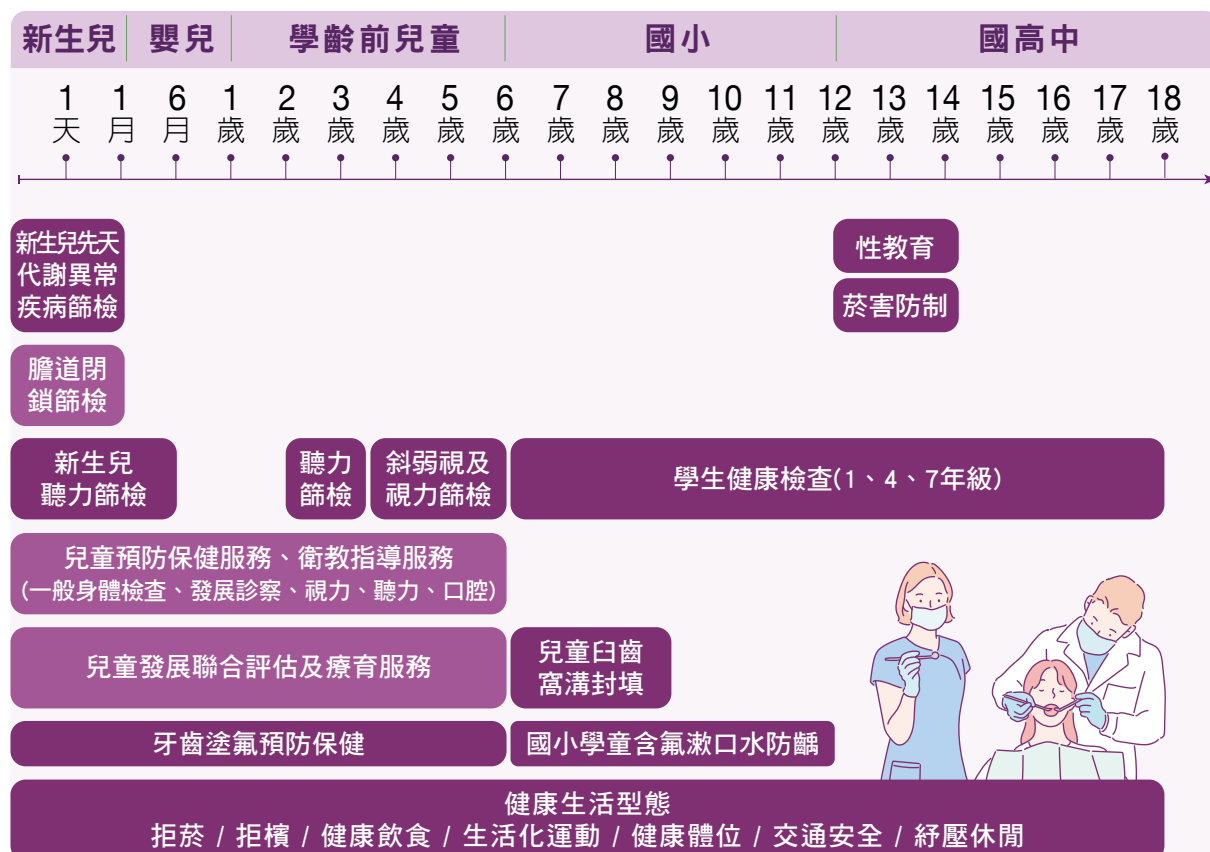
- 一、我國新生兒出生後滿 48 小時即進行 11 項先天性代謝異常疾病篩檢，107 年計篩檢 18 萬 488 人，篩檢率達 99% 以上，異常個案均追蹤轉介、確診及適當治療。
- 二、全面補助出生 3 個月內新生兒聽力篩檢，107 年計篩檢 17 萬 6,345 人，篩檢率達 98.1%，744 人確診為聽損，已轉介療育。
- 三、提供 7 歲以下兒童預防保健服務，107 年全年服務 107 萬 1,399 人次。107 年 7 歲以下

兒童衛教指導服務全年服務 92 萬 3,448 人次。截至 107 年 12 月底申請加入兒童衛教指導服務方案醫師計 3,132 位。

- 四、輔導每縣市設置 1 至 5 家兒童發展聯合評估中心，107 年 22 縣市計 51 家，經確診發展遲緩兒童計 1 萬 6,246 人。
- 五、持續推動滿 4 歲及滿 5 歲「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作」，107 年篩檢率達 100%，異常個案轉介率達 99.59%。
- 六、辦理青少年性健康校園講座及親職講座，107 年共 37 場，1 萬 434 人次參加；維運青少年網站（性福 e 學園），107 年新增 5 萬 1,534 人次瀏覽。

圖 3-3

嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



第二章 生活中的危害

生活中主要危害包括：個人不健康的行為（如吸菸及嚼檳榔）、不健康的飲食、身體活動不足，以及事故傷害等。而菸草與檳榔均為一級致癌物，事故傷害則為國人十大死因之一，故應持續推動健康的生活型態、拒菸、不嚼檳榔以及建構健康的場域，為國民營造健康生活。

第一節 國民營養與肥胖防治

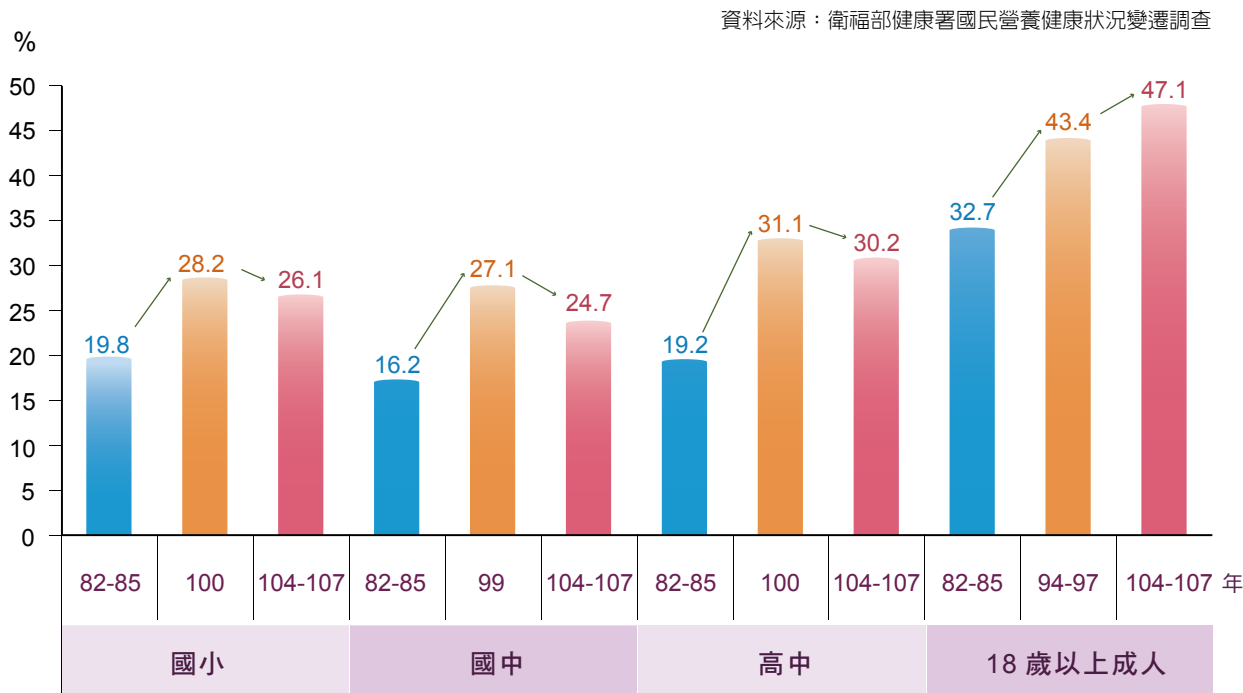
為提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能及維持健康體重，增進身心及社會健康，並預防慢性疾病。

107 年主要策略與成果如下：

- 一、推動營養及健康飲食促進法立法，以朝向制度性推動飲食與營養教育，營造正向健康的飲食文化，建構國人營養支持環境。
- 二、於各縣市設立「社區營養推廣中心」，該中心以社區長者為主要目標族群，連結社區整體照護服務體系 ABC 模式，提供「在地居民營養問題分析」、「社區營養照護人員培訓」、「社區營養教育」、「健康餐飲輔導」等服務。
- 三、公布新版「每日飲食指南」、「國民飲食指標」及各生命期營養建議等各項國人營養基準，並發布我國「我的餐盤」均衡飲食圖像，以餐盤之圖像呈現各類別之比例，同時提出口訣和手勢，以協助民眾落實均衡飲食之健康生活型態。

圖 3-4

國人過重及肥胖率



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

2. 18 歲以上成人過重及肥胖為 BMI ≥ 24 kg/m²。

3. 94 至 97 年數據為 19 歲以上成人。



四、運用「臺灣肥胖防治策略」、「兒童及成人肥胖防治實證指引」，試辦導入於 15 家健康醫院認證標準，並結合衛生局（所）於各場域宣導肥胖防治。

五、依據「國民營養健康狀況變遷調查」結果，國人過重及肥胖率如圖 3-4：

（一）國小生由 101 年 28.2% 降至 104 至 107 年 26.1%；國中生由 99 年 27.1% 降至 104 至 107 年 24.7%；高中學生由 100 年 31.1% 降至 104 至 107 年 30.2%，顯示兒童及青少年過重及肥胖率均已下降。

（二）成人從 82 至 85 年 32.7%，增加至 94 至 97 年 43.4%（增加率為 10.7%），104 至 107 年為 47.1%（增加率為 3.7%），增加率也大幅趨緩。

六、依據 102 至 105 年「國民營養健康狀況變遷調查」，若以每日熱量需求若為 2,000 大卡為例，發現國人每日飲食內容偏離飲食指南建議，如豆魚蛋肉類 5 成以上攝取超量、蔬菜水果類近 9 成及乳品類 9 成以上攝取不足等，顯示國人每日飲食要符合建議標準比率仍有待加強。有鑑於此，本部將持續透過監測國人營養狀況，制定公共政策、建構營養支持性環境、修訂各項營養基準及多元管道傳播營養知能等，倡議健康飲食的重要性、均衡攝取各類有益健康食物，以改善國民營養狀況及提升國人營養識能。

第二節 菸品、檳榔健康危害防制

一、推動菸害防制

我國《菸害防制法修法》已實施 10 年，成人吸菸率已從 97 年的 21.9% 降至 107 年的

13.0%，如圖 3-5。國中學生吸菸率由 97 年的 7.8% 降至 107 年的 2.8%，降幅達六成（63.8%）；高中職學生吸菸率由 96 年的 14.8% 降至 107 年的 8.0%，超過四成的降幅（45.7%），如圖 3-6。已逐步邁向 WHO 非傳染性疾病（Noncommunicable Diseases, NCD）2025 年減少 30% 吸菸率之目標。另禁菸公共場所二手菸暴露率自 97 年 23.7% 下降至 107 年 5.4%。

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

（一）營造無菸環境，落實《菸害防制法》

1. 地方政府衛生局 107 年全國稽查計 68 萬餘家次、1,945 萬餘次、處分 7,469 件、罰鍰 1 億 1,266 萬餘元。
2. 自 101 年起推動校園周邊無菸人行道，截至 107 年 12 月止全國 22 縣市公告高級中等以下學校周邊含人行道、校門口、家長接送區禁菸之學校數已達 2,867 校，約占全國高中職以下學校比例的 7 成 8（78.7%）。
3. 全臺截至 107 年已有 213 家通過無菸醫院國際認證，除為亞太地區第一個及第一大無菸醫院網絡，亦為全球第一大規模。我國已有 18 家醫院榮獲國際金獎殊榮，是所有網絡國家中得獎醫院家數最多的國家，與西班牙並列全球第一。

（二）提供多元戒菸服務

1. 多元戒菸服務：包括二代戒菸服務、戒菸專線、戒菸就贏活動及地方政府衛生局所辦理之戒菸班、社區藥局衛

教諮詢服務等，107 年服務 96 萬 2,483 人次；107 年二代戒菸服務 19 萬 1,514 人（70 萬 5,953 人次），成功幫助超過 5.1 萬人戒菸，短期節省預估超過 2.7 億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過 212 億元的經濟效益。

2. 免 付 費 電 話 戒 菸 諮 詢（0800-636-363）：107 年服務 8 萬 723 人次。

（三）青少年菸害防制成效

1. 與地方政府衛生局合作稽查商家販菸情形，107 年計稽查 35 萬餘次、處分 440 件賣菸給未滿 18 歲青少年、罰鍰 421 萬餘元。另針對未滿 18 歲吸菸者，107 年總計稽查 37 萬次、處分數 2,294 件，完成戒菸教育 1,833 件。

2. 自 103 年起將違反《菸害防制法》「任何人不得供應菸品予未滿 18 歲者」之處分案件，納入縣市衛生局考評及青春專案成效評鑑。

依據 107 年喬裝測試結果，有 42.7% 菸品販售業者違規販售菸品予未滿 18 歲者，其中四大便利商店違規率 28.0%，檳榔攤與傳統商店違規率分別為 59.7% 及 47.4%，較 106 年違規率 31.8%，增加 1 成，仍有改善空間，已請縣市政府加強輔導稽查。

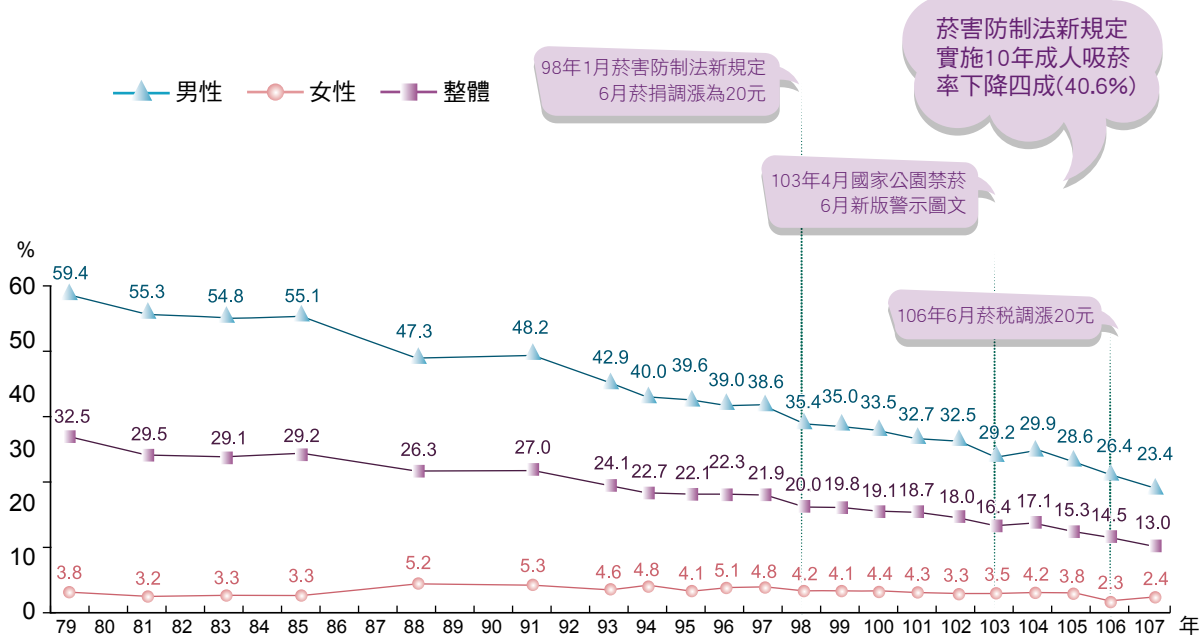
3. 打造全臺首創菸害教育互動體驗車，本部與教育部地方政府衛生局等單位各大特色節慶活動，全臺叭叭 Go 深入國中小、高中校園，大手牽小手以行動號召一同向三手菸說不。

圖 3-5

歷年 18 歲以上成人吸菸率

資料來源：衛福部健康署

1. 79-85 年為菸酒公賣局調查資料。
2. 88 年為李蘭教授調查資料。
3. 91 年為衛福部健康署「臺灣地區 91 年國民健康促進知識、態度與行為調查」。
4. 93 至 107 年為衛福部健康署「國人吸菸行為電話調查」。



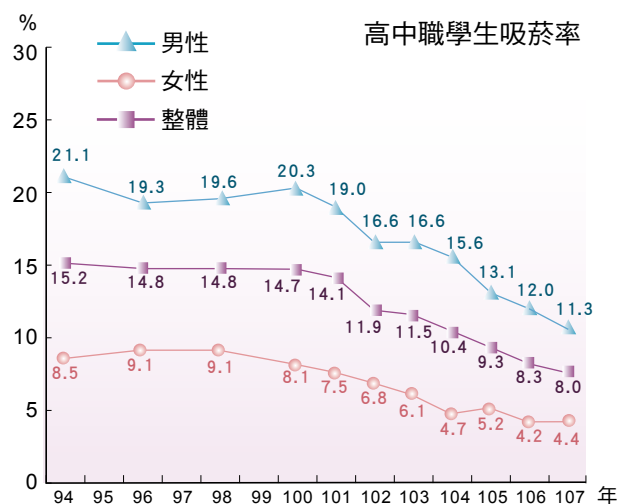
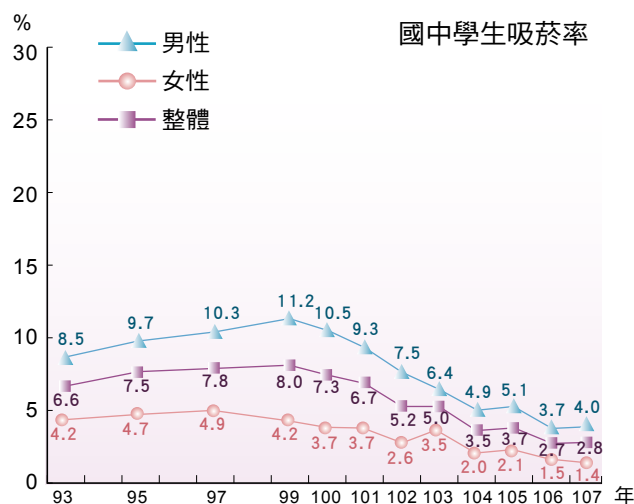
備註：1. 88 至 107 年成年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過 100 支（5 包），且最近 30 天內曾使用菸品者。

2. 93 至 107 年均以臺灣地區 89 年主計總處戶口普查資料為標準，並依性別、年齡、教育程度及居住地區特性進行資料加權。



圖 3-6 歷年青少年吸菸率

資料來源：衛福部健康署 93 至 107 年「青少年吸菸行為調查」



備註：青少年吸菸者定義：過去 30 天內曾經吸菸。

二、檳榔健康危害防制

- (一) 結合各部會、民間團體合作營造不嚼檳榔環境，107 年提供戒檳服務逾 7 千人，成功協助近 3 千人減（戒）檳。
- (二) 提供 30 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾與 18 歲以上嚼檳榔原住民口腔癌篩檢服務。18 歲以上男性嚼檳率，從 96 年的 17.2% 降至 107 年 6.2%，10 年降幅已逾 6 成。
- (三) 加強源頭管制並輔導檳榔廢園轉作、監控復種及總種植面積，103 年至 106 年農委會農糧署廢園轉作，計執行 720 公頃。

第三節 健康的場域

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

一、健康城市、社區、學校及職場

(一) 健康城市及社區

107 年計 20 縣市、100 個社區單位（83 個衛生所、17 個社區營造單位）推動社區健康營造計畫，成立 100 個鄉鎮市區層級跨部門推動平台，首次以社區資產為基礎進行盤點及應用，參照 WHO「高齡友善城市指南」8 大面向，營造「高齡友善社區」。本部辦理「高齡友善環境監測」調查，發現 105 年至 107 年我國在整體、物理及社會環境表現是持續進步，其中以「交通」、「居住環境」、「公民參與和就業」、「溝通與訊息」面向進步的縣市較多。就 107 年而言，戶外空間和建築物、尊重與社會融入及社區支持與健康服務面向進步較為緩慢。

(二) 健康促進學校

1. 91 年起與教育部共同推動健康促進學校計畫，107 年底全國大專院校以下學校計 4,030 校全面推動。

2. 107 年辦理第 4 屆健康促進學校國際認證，包括學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、健康生活技能教學與行動、社區關係、健康服務等六大面向與特色議題（健康體位、事故傷害）。認證標準內容包括 6 大標準、12 項子標準，共 24 個評分標準，累計之送件學校數 618 所，頒發通過認證共 374 所（含金質獎 18 所、銀質獎 85 所、銅質獎 198 所及推動嘉獎 73 所）。

（三）職場健康促進

自 96 年起辦理「健康職場認證」，包括菸害防制（配合《菸害防制法》98 年新實施新規定，於 104 年停辦）、健康啓動及健康促進等 3 項標章，以健康促進標章為例，係參酌世界衛生組織之職場周全健康促進推動模式（生理健康工作環境、社會心理工作環境、個人健康資源及企業社區參與等四大層面）、健康促進工作執行流程（領導與策略規劃、資源及人力運用、依據職場需求，確立健康促進項目、擬定年度計畫、教育與宣導、過程管理、推行成效、改善等）及各項健康促進活動等。截至 107 年共 2 萬 415 家次通過認證。107 年表揚 32 家績優健康職場及 3 位優良推動人員。

二、健康醫院

（一）106 年將 95 年起推動的健康促進醫院，整合高齡友善、無菸等面向，並融入低碳醫院精神，精簡評核基準，模組化四類認證項目，建立「健康醫院」認證機制，首度將健康識能、醫病共享決策及病人家屬參與納入，並以「以病人為焦點的查證方式」

（Patient Focused Method, PFM）執行推動，建立「健康醫院」認證機制，至 107 年底，共計 184 家醫院通過認證。

（二）107 年補助 17 個縣市衛生局及 81 家健康照護機構（67 家醫院，14 家長照機構）辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」。推動高齡友善健康照護及健康職場等議題，其中包含 56 家醫院加辦醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM）議題，擴大健康促進服務能量。

（三）推動低碳醫院：

為協助醫療產業減緩對環境的影響，自 99 年在國內發起「健康促進醫院與環境友善」相關議題，幫助醫療機構從環境污染者的角色轉變為環境保護者。107 年號召 174 家醫院響應推動節能減碳行動，辦理完成 3 場氣候智慧醫院說明會、15 家醫院實地輔導及提供專業諮詢；辦理 1 場「氣候智慧醫院發表記者會」，發表推動低碳醫院計畫，邀請醫院及行政院環保署共同見證低碳醫院推動氣候變遷調適政策及低碳飲食、節約用電及節約用水策略，安排現場實地觀摩，介紹醫院節電措施及低碳飲食，未來將研擬進階指標及指引，導引醫院能進行自我檢視和調適，將醫院從低碳醫院轉型成環境教育中心。

三、健康體能促進

WHO 指出，走路是最容易被實踐也是最為推薦的身體活動，本部自 91 年起推廣「每日一萬步 健康有保固」，107 年主要成果如下：

（一）與教育部體育署共同研擬「教育部體育署衛生福利部國民健康署合作藍圖」，



參採 WHO「2018–2030 全球身體活動行動計畫」，訂定 4 項策略目標及 12 項推動策略，將據以與體育署進行後續之業務合作。

- (二) 與教育部體育署共同主辦「打造運動城市，健康 Level Up」全民運動與健康研討會，由中央、地方政府圓桌論壇領銜開場，結合產官學界約 300 人與會。
- (三) 以醫事及運動專業人員為對象，辦理「社區預防及延緩失能人員培訓」，共辦理 15 梯次基礎課程培訓，完訓人數共計 1,472 人；2 梯次特色課程，共計 875 人完訓，續結合完訓師資，以衰弱、亞健康及健康長者為服務對象，補助 14 縣市辦理 291 期促進課程、508 場外展服務課程，服務人數逾 3 萬 5 千人；初步分析參與長者之前測、後測資料，顯示 12 週介入對於維持及提供長者人際互動、情緒功能及改善跌倒次數有幫助。
- (四) 根據教育部體育署「運動城市調查」結果，13 歲以上國人規律運動人口比率自 96 年的 20.2% 上升至 107 年的 33.5%。

四、事故傷害防制

- (一) 配合兒童預防保健服務時程，分齡提供 7 歲以下 7 次由醫師一對一的兒童衛教指導服務，衛教指導內容含嬰兒猝死症候群及事故傷害預防等，並於《兒童衛教手冊》納入「事故傷害」自我評估表及相關衛教內容，以提升家長或主要照顧者知能，且宣導鼓勵家長藉由親子共讀選擇具健康議題的繪本，如預防事故傷害之健康議題，

透過說故事給嬰幼兒聽，讓嬰幼兒從小就能觸及有益健康、自我保護的知識訊息，家長及兒童共同自繪本中學習並提升健康識能。

- (二) 以多元管道推動「長者防跌衛教」，提倡長者防跌運動，增進民衆防跌識能，結合醫院及衛生局所辦理衰弱評估，辨識跌倒高危險群，進一步介入，以降低跌倒及跌傷風險。
- (三) 107 年於花蓮縣光復鄉及臺東縣海端鄉進行原鄉健康促進提升試辦計畫，以社區資產為導向的社區發展 ABCD (Asset Based Community Development) 方式，進行社區安全與健康資源盤點，推動事故傷害防制（如酒駕、防跌、防溺）及健康危險因子防制（如菸、酒、檳榔）。

第三章 活躍老化及非傳染性疾病防治

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

第一節 中老年人健康促進

- 一、為早期發現疾病，早期治療，透過全國超過 6,800 家醫療院所及社區整篩服務提供 40 至 64 歲每三年一次，65 歲以上每年一次成人預防保健服務，107 年共計 190 萬 6 千餘人接受服務。
- 二、鼓勵長者透過居家日常活動增加身體活動量，辦理「動動生活輔導計畫」，以長者日常作息為本位，導入國內外實證基礎之功能促進活動，編輯「動動生活」手冊，並發展

社區介入模式，建立具實證基礎之創新方案，促進長者健康。

三、以鄉、鎮、市或區之行政區域為單位推動「失智友善社區計畫」，以失智者及家屬為中心發展生活圈，107 年補助 4 縣市建置 4 處失智友善社區；透過「失智症預防推廣計畫」進行失智友善天使、組織招募及失智友善行銷活動，107 年全臺失智友善天使達 3.2 萬人、失智友善組織已達成 1,800 餘家、失智友善行銷活動至少達 315 場次；另「失智友善社區增能暨資源整合中心計畫」107 年已建立資源整合中心、編製 8 種不同對象別教學素材及 3 種數位學習課程。

四、辦理長者健康促進競賽活動，107 年由以鄉鎮為單位長者組隊參與總人數達 3 萬 4 千人，由各地方政府衛生局推派縣市代表隊計 59 隊參賽，參賽平均歲數約 70 歲，總歲數加總逾 19.5 萬歲，推動迄今第 8 年總累計超過 50 萬長者參與。

五、102 年起全臺 22 縣市均推動高齡友善城市，臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。為鼓勵各地方政府推動健康城市暨高齡友善城市，藉由選拔方式，宣導相關健康城市、高齡友善城市議題與成果，為其他地方政府推動學習之典範。107 年辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，405 件報名，58 件獲獎。

六、參考歐盟活躍老化 22 項指標，完成本土化 33 項活躍化指標架構，運用我國（106 年）資料與歐盟 28 個國家（103 年）比較，我國總分依歐盟 103 年排序相當於第 7 名，男女性則分別為第 6 與第 8 名之間。

七、自 103 年起推動「高齡友善健康照護機構全面普及化計畫」，截至 107 年底，共有 608 家健康照護機構通過認證，包含 200 家

醫院、330 家衛生所、1 家診所及 77 家長照機構。

八、107 年本部推動各縣市衛生局辦理老人心理健康促進活動計 969 場，5 萬 2,234 人次參加。另責成各縣市衛生局針對高風險族群辦理老人症篩檢轉介，訂定轉介標準，視高風險老人之需求提供篩檢後續服務，107 年計篩檢 18 萬 1,452 人，其中轉介精神科治療 221 人，轉介心理輔導 751 人及其他資源 746 人。

第二節 重要慢性病防治

一、慢性病預防與控制

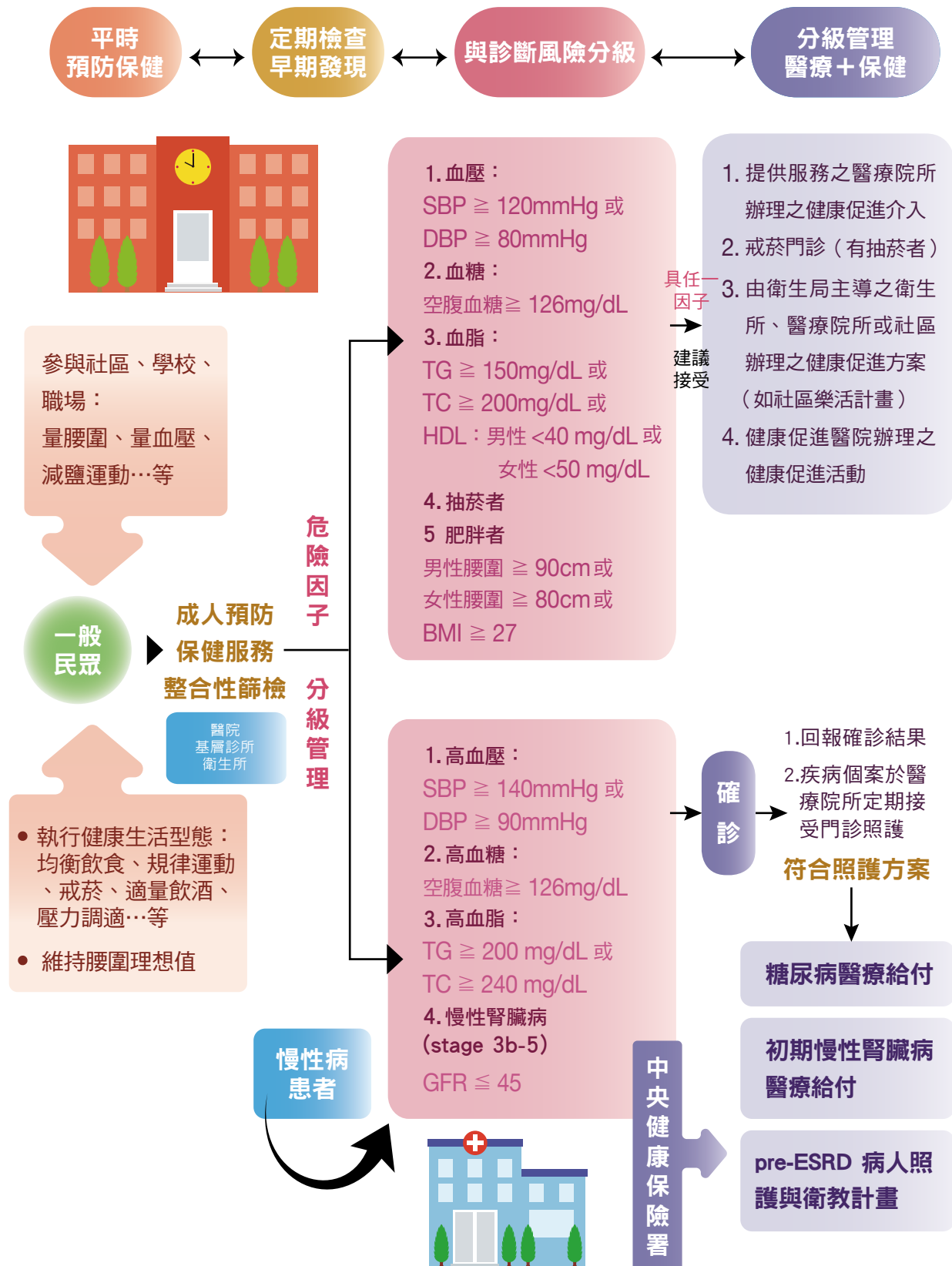
（一）推動代謝症候群防治宣導教育，民衆對腰圍警戒值認知率由 95 年之 28.7% 提升至 107 年 53.1%。辦理三高（高血壓、高血糖、高血脂）等慢性病之認識與預防宣導，慢性病防治架構如圖 3-7，鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢。

（二）推動糖尿病共同照護網，成立 255 家糖尿病健康促進機構，成立 540 個糖尿病支持團體。

（三）推動腎臟病防治及宣導教育，成立 191 家腎臟病健康促進機構，透過收案管理，強化疾病控制。

（四）為提升民衆對血壓量測的重視及便利性，至 107 年底整合縣市衛生局（所）、中華民國藥師公會全國聯合會、千禧之愛健康基金會等約 3,200 餘家血壓量測服務資源，建置全國社區血壓測量網絡地圖，讓民衆就近在血壓站或社區藥局量血壓，還有社區藥師提供血壓諮詢服務，協助民衆做好血壓管理。

圖 3-7 慢性病防治架構



二、更年期健康

設置免付費「更年期保健諮詢專線 0800-00-5107」，107 年服務 6,402 人次；辦理成長營、講座或諮詢及教育訓練等共 84 場活動，計 5,165 人次參與。更年期婦女可能因賀爾蒙變化而導致體重、體脂增加、心血管疾病風險上升、皮膚改變及骨質快速流失等問題，107 年 10 月 26 日公告最新版的「更年期營養」單張、手冊，重點宣導改善更年期不適症狀、預防心血管、骨質疏鬆等疾病、延緩皮膚老化等飲食及生活型態建議。

第三節 癌症防治

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

一、癌症危險因子預防

針對吸菸、身體活動不足、不健康飲食及有害飲酒四大癌症共同危險因素，宣導民衆

戒菸、酒、檳榔、健康體重管理、改變飲食習慣等，並維持良好生活習慣。

二、癌症篩檢

(一) 99 年開始全面推動子宮頸、口腔、大腸及乳癌等四癌篩檢，107 年共完成篩檢達 509 萬 7 千人次，發現近 5.1 萬名癌前病變及逾近 1 萬名癌症罹患患者，107 年四癌篩檢成果及 5 年期別存活率，如表 3-1 至 3-3。

(二) 107 年 217 家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢 / 診療品質提升計畫」，並設置門診篩檢主動提示系統及建立陽性個案轉介單一窗口。

(三) 為提升癌症篩檢品質，辦理子宮頸細胞病理診斷單位、乳房 X 光攝影醫療機構及糞便潛血檢驗醫事機構資格審查，至 107 年分別累計有 121、213 及 158 家機構通過；另辦理「口腔黏膜檢查品質提升計畫」，培訓專科醫師。

表 3-1

107 年四癌症篩檢之篩檢量、篩檢率、癌前病變數、癌症數以及陽性追蹤率

癌別	篩檢量	篩檢率 (%)	癌前病變數	癌症數	陽性追蹤率 (%)
子宮頸癌	217.9 萬	70	12,933 (含原位癌)	1,131	93.9
乳癌	86.1 萬	39.9	—	4,380	92.2
大腸癌	131.3 萬	40.8	34,052	2,463	75.2
口腔癌	74.4 萬	—	3,654	1,312	82.7
總計	509.7 萬	—	50,639	9,286	86

備註：各項定義如下：

1. 子宮頸癌篩檢率：30 至 69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢的比率（電話調查）。

2. 乳癌篩檢率：45 至 69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢的比率。

3. 大腸癌篩檢率：50 至 69 歲民衆 2 年內曾接受大腸癌篩檢的比率。

口腔癌篩檢率：口腔癌篩檢係提供吸菸或嚼檳（含戒檳）者，其分母人數係以有吸菸、嚼檳，菸檳行為調查估算，故自 106 年起刪除篩檢率資料。

4. 癌前病變：一種仍歸屬良性（非惡性）的組織形態改變，但該等病變具較高惡性變異危險性。

5. 陽性追蹤率：（篩檢為陽性個案其完成追蹤數）÷（篩檢為陽性個案數）。



表 3-2 107 年四癌症篩檢之檢出情形

癌別	檢出情形（以陽性個案 100% 接受追蹤推估）		
	癌前病變	癌症	合計
子宮頸癌	1 / 96	1 / 358	1 / 76
乳癌	-	1 / 177	1 / 177
大腸癌	1 / 30	1 / 376	1 / 27
口腔癌	1 / 162	1 / 450	1 / 119

備註：檢出率定義如下：

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

表 3-3 4 種癌症 5 年期別之存活率

資料來源：台灣癌症登記資料庫（含原位癌）

期別	女性乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌 (含口咽及下咽)
第 0 期	97.4	97.1	86.4	76.2
第 1 期	96.6	87.8	82.7	79.9
第 2 期	90.0	67.3	71.7	71.0
第 3 期	74.5	57.3	60.2	56.5
第 4 期	30.5	21.1	11.0	35.6

備註：1. 分析 101-105 年醫院申報 4 種癌症之期別 5 年存活率資料（追蹤至 106 年）。

2. 口腔癌 0 期與 1 期之 5 年存活率於本部健康署篩檢資料顯示，口腔癌 0 期個案有近 65% 實務處理上被歸類於「癌前病變」，導致 0 期個案數（246 筆）相較於一期個案數（7930 筆）偏少，造成存活率數據變動較高。

三、提升癌症診療照護品質

- （一）97 年起辦理癌症診療品質認證，至 107 年共 58 家醫院通過認證，服務癌症個案涵蓋率達全國癌症個案 8 成以上。
- （二）補助民間團體及醫院成立「癌症資源中心」，提供癌友與家屬支持與關懷整合性服務。

- （三）委託全國 94 家醫院辦理「癌友導航」，由腫瘤個管師主動聯繫關懷病人，引導新診斷癌症病人在 3 個月內及時接受治療。每年約服務超過 9 萬新診斷癌症病人，且九成於三個月內完成首次治療。

第四章 健康資訊傳播與健康監測

第一節 健康資訊傳播

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

一、健康傳播

- (一) 為促進衛生教育素材發展與品質，參考國內外教材評值指標建置及發展「健康識能友善素材審查指標」，共涵蓋 6 個構面、21 個評分項目。

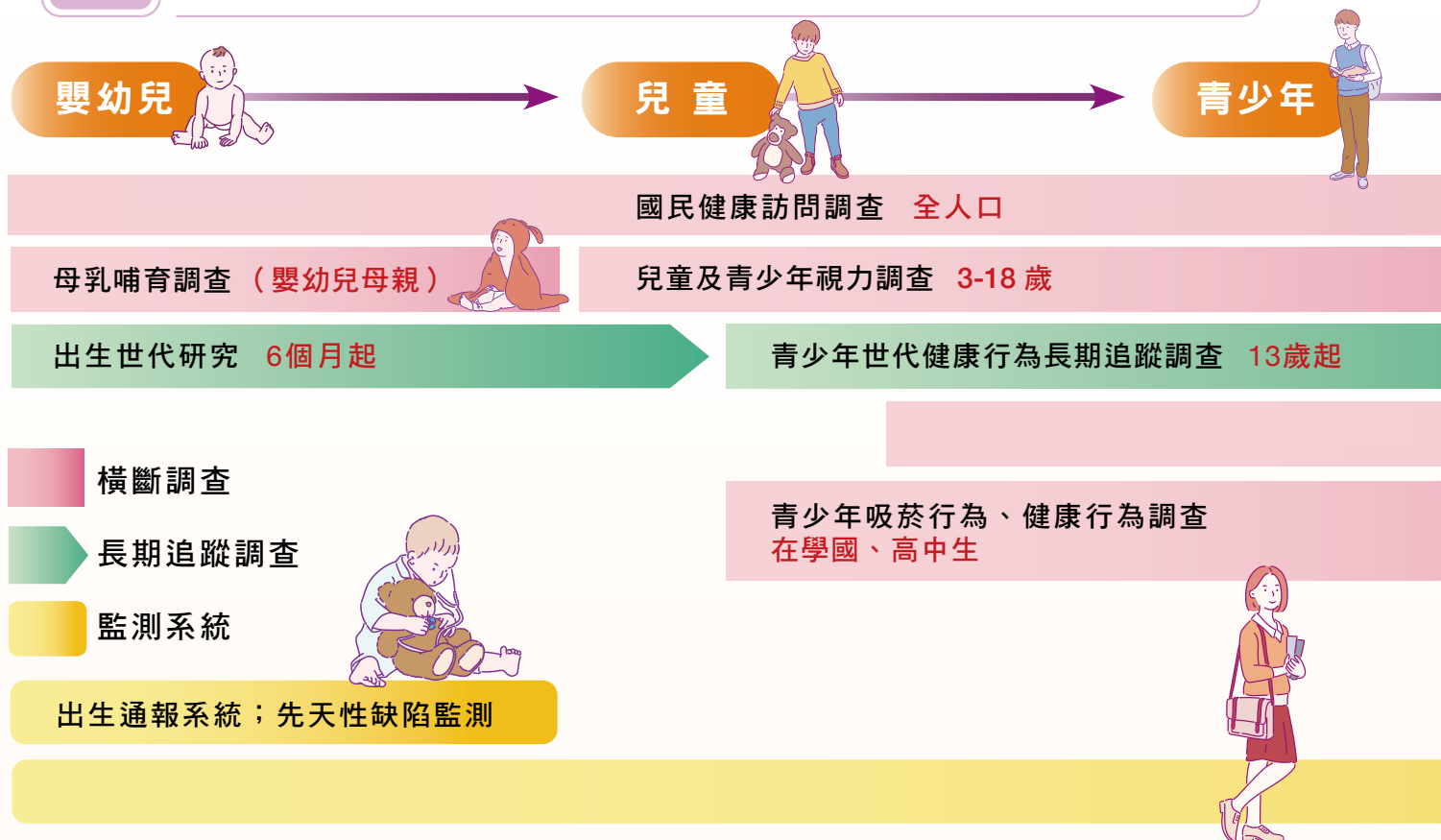
- (二) 107 年 7 月辦理「鑑往知來、傳承精采—健康共好新識代」健康傳播素材徵選活動，共 662 件作品投稿，其中符合「健康識能友善素材審查指標」者，共 307 件，已上架至健康九九網站。
- (三) 「健康九九」網站平均每月訪客瀏覽達 35 萬人次，截至 107 年底上架之單張、手冊、海報及多媒體等教材累積有 5,702 件。
- (四) 透過 Facebook 粉絲專頁及 LINE@ 通訊軟體等社群媒體，主動即時推播健康資訊與議題。

二、e-Health 推動及應用服務

持續推動「保健雲」計畫，分階段建構我國健康促進及慢性病自我管理模式：

圖 3-8

重要健康監測調查項目



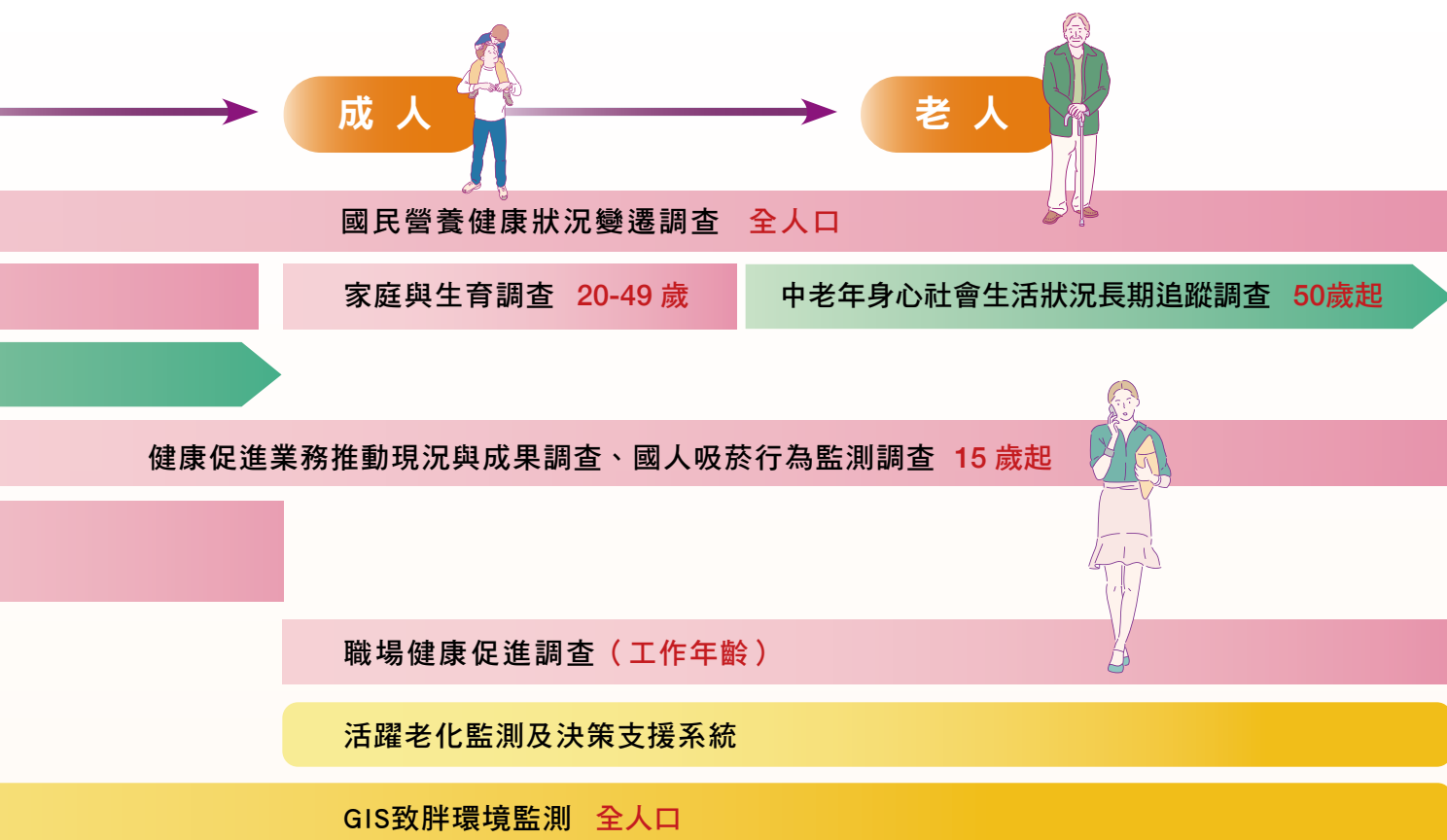


- (一)「我的健康讚」網站及APP新增Facebook及Google+等2種網路社群常用登入方式；另於「我的健康讚」網站試辦客服機器人功能，提供AI智慧化客服之試驗服務。
- (二)107年場域試辦：完成1處智慧血壓量測場域試辦服務，該場域使用者對服務滿意度高達87%以上。
- (三)107年保健雲2.0平台瀏覽人次達266萬人，註冊會員數累計超過2萬3,400人。APP下載次數共計已達1萬9千餘人次，民衆評等達4.5分（滿分5分，擷取自IOS及Android APP之平均滿意度）。
- (四)廣續推展政府資料開放政策，至107年底累計釋出開放資料集數已達227種。

第二節 健康監測

辦理國民健康監測及調查，加強施政所需資料蒐集與應用：

- 一、落實全人口及各生命週期人口群健康監測調查，蒐集、分析與發布資訊，完備國民健康與非傳染病健康監測系統如圖3-8。
- 二、改善通報、登記及監測系統架構與效能，並提供健康監測調查指標數據便捷友善查詢服務。
- 三、召開「活躍老化健康論壇」、「國家的未來－兒童及青少年健康數據與政策論壇」，發布監測或研究結果，激發各界對相關議題之關注，與促成研究成果之政策轉譯與行動策略討論。



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



健康照護

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



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

第一章 健康照護體系

第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依《醫療法》及「醫療網計畫」，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估地方民衆健康需求，辦理各項區域醫療資源分配與提升區域醫療水準計畫。107 年實施成果如下：

一、醫事機構現況：如表 4-1

表 4-1

107 年醫事機構現況

資料來源：衛福部統計處

醫事機構種類		家數
醫療機構	醫院	483
	診所	22,333
藥局		8048
護理機構	一般護理之家	542
	精神護理之家	44
	居家護理所	618
	產後護理機構	267
捐血機構	捐血中心	5
	捐血站	13
病理中心		11
其他醫事機構	助產所	23
	醫事檢驗所	376
	醫事放射所	53
	物理治療所	228
	職能治療所	76
	鑲牙所	33
	心理諮商所	80
	心理治療所	54
	語言治療所	36
	牙體技術所	901
	聽力所	21
	居家呼吸照護所	3
	驗光所	28
	營養諮詢機構	28

二、醫院病床現況：

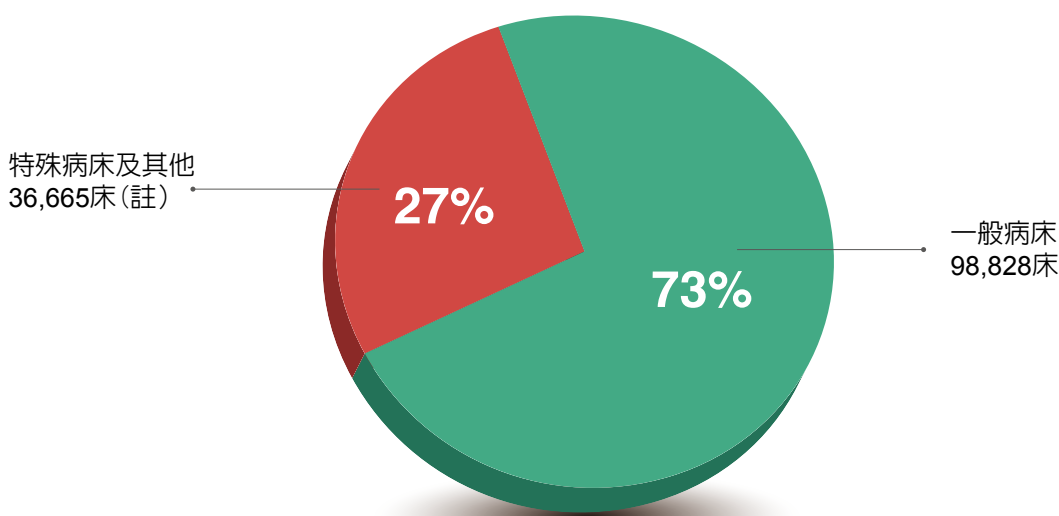
醫院病床數共 13 萬 5,493 床（含一般、特殊），醫院一般病床包含急、慢性一般病床與精神急、慢性一般病床、慢性結核病床及漢生病病床。依序為急性一般病床 74,195

床、慢性一般病床 3,349 床、精神急性一般病床 7,438 床及精神慢性一般病床 13,676 床，慢性結核病床 2 床、漢生病病床 168 床，平均一般病床每萬人口病床數為 41.90 床。如圖 4-1。

圖 4-1

107 年醫療院所病床現況

資料來源：衛福部統計處



備註：特殊病房包括加護病床、燒傷病床、燒傷加護病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、慢性呼吸照護病床、亞急性呼吸照護病床、急性結核病床、精神科加護病床、普通隔離病床、正壓隔離病床、負壓隔離病床、骨髓移植病床、性侵害犯罪加害人強制治療病床、急性後期照護病床、整合醫學急診後送病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床、其他。

第二節 緊急醫療救護

強化緊急醫療救護網，推展整合性應變機制：

- 一、截至 107 年底，全國急救責任醫院家數如表 4-2，目前全國有 52 個次醫療區域，建置至少 1 家中度級以上之急救責任醫院。
- 二、107 年度共獎勵 18 處辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫」，建立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」3 種模式。

- 三、107 年度持續辦理「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由 27 家醫學中心支援 26 家離島及醫療資源不足地區醫院 111 名急重症醫師人力，協助提升醫療服務資源與民衆就醫之可近性。
- 四、截至 107 年底，本部公共場所自動體外心臟電擊去顫器 (Automated External Defibrillator, AED) 已登錄 9,474 台，密度達 40.2 台 / 10 萬人，其中有 5,288 處場所通過安心場所認證 (亦即場所設置 AED 且 70% 以上員工已完成 CPR + AED 訓練)。

表 4-2 107 年急救責任醫院分級家數

資料來源：衛福部醫事司

緊急醫療能力分級	重度級	中度級	一般級	總計
家數	41	79	80	200

五、107 年度持續辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，補助偏遠縣市之中度級以上急救責任醫院提供 24 小時兒科急診服務，讓全國各縣市至少有一家提供 24 小時兒科急診服務之醫院，計有 15 個縣市 15 家醫院執行本計畫。

第三節 安寧緩和療護

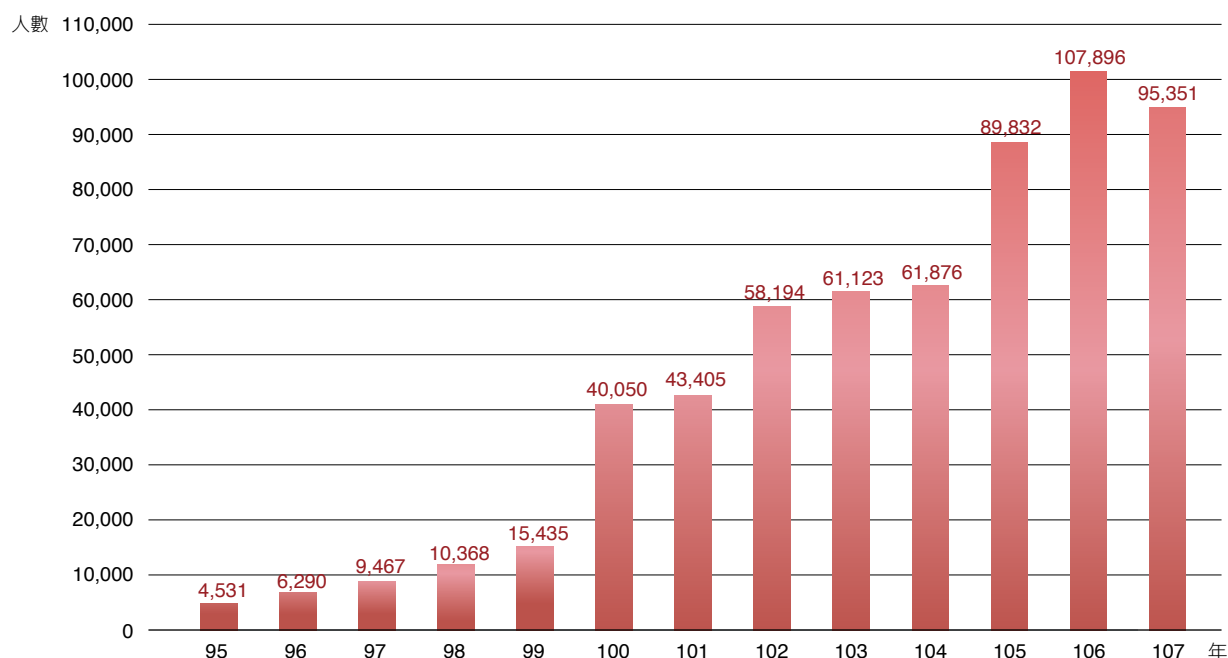
- 一、我國自 89 年 6 月 7 日公布施行《安寧緩和醫療條例》，使醫師對不可治癒之末期病人，得在尊重其意願下，不施予積極性之治療或急救，僅提供緩解性、支持性醫療照護措施。
- 二、95 年起針對醫療機構及民衆辦理安寧緩和醫療意願宣導、推動及註記健保 IC 卡計畫，

至 107 年底止，共計有 60 萬 3,818 位民衆簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並已註記於健保 IC 卡上，達總人口數之 2.62%，如圖 4-2。

- 三、根據本部統計，截至 107 年止，共計 75 家醫療院所參與住院安寧服務、154 家參與安寧共同照護服務、118 家參與安寧居家療護服務、330 家參與社區安寧療護服務，提供自入院、出院、社區至居家相互扣連之安寧照護服務。另安寧整體照護人數逐年成長，於 107 年度接受住院安寧服務約 1.5 萬人、安寧共照服務約 4.2 萬人、安寧居家服務約 1.2 萬人，顯示歷年來安寧緩和醫療推廣已有實質成效。

圖 4-2 申請安寧緩和醫療意願註記於健保 IC 卡人數

資料來源：衛福部醫事司



第四節 口腔健康照護

一、加強身心障礙牙科醫療服務

- (一) 持續辦理「特殊需求者口腔整合性照護計畫」，107 年共補助 7 家示範中心（臺大、雙和、中山、成大、高醫、陽明及門諾醫院）及 22 家醫院；107 年總計服務 2 萬 8,317 人次。
- (二) 全國各縣市依《身心障礙者特別門診管理辦法》指定 103 家醫院提供身心障礙者牙科特別門診。

二、持續推行兒童口腔預防保健

- (一) 持續提供兒童牙齒塗氟服務，107 年共 124 萬人次，3 至 6 歲兒童至少一次塗氟利用率達 85.2%。
- (二) 針對所有國小一、二年級學童，自 103 年 9 月起擴大提供恆臼齒窩溝封填服務，107 年共服務 43 萬人次。
- (三) 持續推動國小學童含氟漱口水計畫，107 學年度 115 萬名學童，服務涵蓋率超過 90%。

三、98 年 1 月 1 日起實施「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」，截至 107 年底止，累計有 6 萬 1,426 人受益。

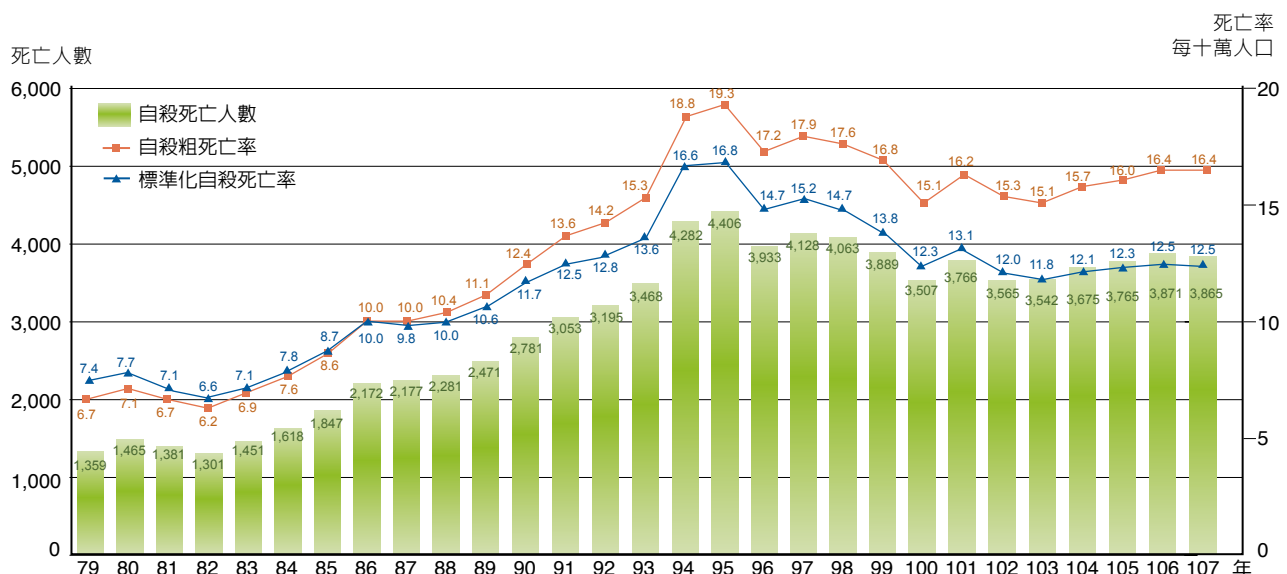
第二章 心理健康與精神醫療

第一節 心理健康促進

- 一、推廣本部製作之孕產婦心理衛生教育資源，107 年辦理婦女（含孕產期）心理健康促進宣導活動共 185 場次。
- 二、為推動心理健康促進初級預防工作，提升民衆幸福感，107 年廣續委託 22 個地方政府衛生局辦理「推動心理健康網計畫」，提供心理諮詢服務共 2 萬 177 人次。另每年 10 月為我國之心理健康月，107 年全國共辦理 22 場記者會，共 6,722 人次參與。
- 三、安心專線（0800-788995）提供 24 小時免費心理諮詢服務，107 年共服務 7 萬 8,108 人次，協助 1 萬 2,912 人次的自殺意圖者，即時阻止自殺危機案件共 480 件。

圖 4-3 79 至 107 年全國自殺死亡人數 / 死亡率

資料來源：衛福部心口司



四、持續辦理自殺個案通報、關懷訪視及自殺危機處理，107年共接獲3萬3,207人次通報，關懷訪視服務21萬5,267人次。

五、107年自殺死亡人數為3,865人，標準化死亡率為每十萬人口12.5人，如圖4-3；長期趨勢從95年高峰逐漸下降，自殺標準化死亡率降低近26%，並自99年起連續9年退出十大死因，但仍屬自殺中盛行率區域。未來持續加強社會安全網，強化關懷訪視、珍愛生命守門人等防治政策。

六、107年推動「原住民心理健康促進計畫」，包括提升原鄉精神醫療專業人力文化敏感度、製作符合原住民文化的心理健康教材，及提供符合原住民族需求的心理諮商服務。

二、107年全國精神醫療機構共499家，開放床數合計2萬1,114床（含精神急性一般病床7,438床及精神慢性一般病床1萬3,676床，每萬人口約8.95床）。日間型精神復健機構68家（登記收治量3,208人）；住宿型精神復健機構149家（6,299床）；精神科日間留院6,241人；精神護理之家44家（開放床數計4,104床）。

三、補助縣市政府聘任96名關懷訪視員，107年追蹤關懷精神病人計14萬1,385人，服務80萬1,374人次。

四、依《精神衛生法》辦理精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療審查會業務，107年受理申請案件690件，含強制住院642件及強制社區治療48件，如表4-3。

五、107年完成13家精神醫療機構（含精神教學醫院）評鑑、87家精神復健機構評鑑及22家機構不定時追蹤輔導、21家精神護理機構評鑑（評鑑結果如表4-4）。

第二節 精神疾病防治

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

表 4-3

97-107 年強制住院及強制社區治療審查會審查案件統計表

資料來源：衛福部心口司

日期	審查案件	強制住院			強制社區治療		
		強制住院審查案件	強制住院許可件數	強制住院許可率	強制社區治療案件	強制社區治療許可件數	強制社區治療許可率
97年7月-12月	669	669	576	86.10%	--	--	--
98年1月-12月	1679	1679	1555	92.61%	--	--	--
99年1月-12月	1696	1670	1585	94.91%	26	26	100.00%
100年1月-12月	1251	1211	1164	96.12%	40	39	97.50%
101年1月-12月	1277	1221	1181	96.72%	56	52	92.86%
102年1月-12月	835	772	735	95.21%	63	62	98.41%
103年1月-12月	766	718	680	93.41%	48	40	83.33%
104年1月-12月	747	677	634	93.65%	70	68	97.14%
105年1月-12月	791	725	686	94.62%	66	64	96.97%
106年1月-12月	876	818	752	91.93%	58	58	100.00%
107年1月-12月	690	642	592	92.21%	48	46	95.83%

表 4-4 107 年精神照護機構家數與評鑑結果

資料來源：衛福部心口司

精神照護機構類型		家數總計	床數 / 登記 (人) 總計	107 年 受評家數	評鑑結果		
					優等	合格	不合格
精神科醫院	非教學醫院	35	21,114	12	0	12	0
	教學醫院	10		1	—	1	0
設有精神科之綜合醫院		201		—			
設有精神科之醫療診所		298		—			
精神復健機構	日間型	68	3,208	35	—	35	0
	住宿型	149	6,299	52	—	50	2
精神護理之家		44	4,104	21	—	20	1

第三節 成癮防治

- 一、95 年起推動「藥癮者替代治療補助計畫」，至 107 年底，共 181 家替代治療執行機構，累積治療 4 萬 4,720 人，107 年每日平均治療 8,182 人。每年新增藥癮愛滋人數，由 94 年 2,425 例，降至 107 年 44 例。
- 二、指定藥癮戒治機構 169 家，並責請衛生局、精神醫療網核心醫院等，辦理治療人員繼續教育，107 年共辦理 37 場次
- 三、103 年 7 月起試辦「非鴉片類藥癮者治療補助計畫」，並持續擴大辦理，107 年共有 16 家機構辦理，2,069 人受惠。
- 四、補助本部草屯療養院辦理「第三、四級毒品施用者居住性戒癮復健治療暨成癮防治訓練計畫」，107 年共收治 55 人，並培訓防治專業人員 51 人。此外，補助 23 家「民間機構（團體）辦理藥、酒癮者復歸社會服務之效能提升計畫」，共安置 268 人次及提供出監所前後轉銜輔導 7,113 人，戒癮團體 3,551 人次，職業技能訓練、就業輔導與媒合 12,793 人次。
- 五、107 年獎勵 4 家醫療機構於 7 所矯正機關辦理「矯正機關藥癮、酒癮醫療服務計畫」，

共開設藥、酒癮門診 244 診次，服務 2,558 人，衛教 6,662 人次，團體心理治療 4,985 人次，出監轉介諮詢 967 人次，出所追蹤 3,193 人次。

- 六、107 年持續辦理「酒癮治療服務方案」共補助 2,171 人。另自 104 年 9 月補助 4 家醫療機構試辦「建構問題性飲酒與酒癮者醫療及社會復健服務模式計畫」，106 年至 107 年擴大至 8 家機構辦理，並建立跨網絡轉介機制，受理轉介個案 664 人，提供酒癮治療 514 人。
- 七、107 年配合行政院新世代反毒策略行動綱領，接辦並主責督導全國各地方政府毒品危害防制中心，共補助 399 名個案管理人力，提升毒品個案社區追蹤輔導質量，另於 107 年補助臺北市立聯合醫院（松德院區）、衛生福利部桃園療養院、衛生福利部草屯療養院及衛生福利部嘉南療養院，設置整合性藥癮醫療示範中心，以期發展多元且具實證之治療模式及處遇方案。
- 八、網路成癮防治已列為 107 年度「整合型心理健康工作計畫」工作項目，請各縣市政府衛生局盤點並充實轄內網路成癮問題輔導資源，並公布於相關資源網站供民衆查詢。

第三章 醫事人力

第一節 醫事人力現況

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

二、107 年各類醫事人員執業人數共計 31 萬 2,887 人，其中醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員 6 萬 9,069 人、藥事人員 3 萬 4,838 人、醫事檢驗人員 9,698 人、醫事放射人員 6,624 人、護理人員 16 萬 7,803 人、助產人員 179 人及營養師 3,061 人。

三、牙醫人力概況

107 年 10 月 5 日發布修訂「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」，牙醫專科醫師分科從現行的三科，新增七科，共計十科。截至 107 年底，部定專科醫師共計 1,066 人（其中齒顎矯正科 628 人、口腔顎面外科 369 人、口腔病理科 69 人）。

第二節 醫事人力培訓

為提升醫事人員素質，每年進行培育、養成計畫及在職訓練，成效如下：

一、對各類醫事人力之培育採取管制措施，西醫師以每年培育 1,300 名醫學生為原則；其他類別醫事人力則屬特殊管制項目，設立時需提報申請計畫，由教育部專案審核。未來醫師人力規劃，將以均衡資源分配為目標，並建立定期評估機制。

二、依據《專科醫師分科及甄審辦法》規定，擬定專科分科醫師計 23 科。截至 107 年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數累計有 5 萬 2,627 人次。

三、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，積極推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。107 年計核定 36 家主要訓練醫院、91 家合作醫院辦理一年期畢業後一般醫學訓練（Post-Graduated Year, PGY）訓練計畫，共計 1,376 名學員接受訓練。

四、為提升口腔醫療照護品質，規劃牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度。107 年共核定 507 家訓練機構，包含 90 家醫院及 416 家診所辦理訓練計畫，總計有 803 位牙醫師接受訓練。

五、為提升護理人員專業素養以及照護品質，自 95 年起推動專科護理師制度，截至 107 年專科護理師甄審及格人數詳如表 4-5。

六、為使新進醫事人員接受完善的臨床教學訓練，有效提升醫療服務人員之素質。96 年起辦理「臨床醫事人員培訓計畫」，107 年計有 146 家醫院參與，共核定 2,035 個訓練計畫，培訓 2 萬 8,548 名醫事人員，領證 2 年內之新進醫事人員受訓達成率約 85.53%。

七、為建立中醫師臨床訓練制度，培育中醫師人才，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，107 年共輔導 65 家訓練院所，接受 403 位新進中醫師進行為期 2 年訓練。並於 106 年至 108 年辦理「中醫專科醫師訓練制度建構計畫」，凝聚中醫界共識，評選針灸、中醫內科醫學會，研訂專科醫師甄審資格、訓練課程基準及訓練機構認定基準等工作，並補助 5 家教學醫院建置中醫臨床技能測驗模式，以作為未來中醫專科醫師初審口試場所。

表 4-5 95-107 年專科護理師甄審及格人數

資料來源：衛福部照護司

組別	科別	人數
內科	一般內科組	3,610
	兒科組	205
	精神科組	161
外科	一般外科組	3,578
	婦產科組	131
合計		7,685

第三節 友善醫護執業環境

一、為保障醫師勞動權益、維護病人安全，勞動部於 108 年 3 月 12 日公告，醫療保健服務業僱用之住院醫師自 108 年 9 月 1 日起適用勞動基準法，至於未納入適用勞動基準法之其他聘僱醫師，因自主性高、工作態樣多元、工時認定複雜，且具高度專業性與不可替代性，現階段如一併納入適用勞動基準法之範疇，恐衝擊醫病關係、病人安全及偏鄉醫療服務，爰本部同步推動醫療法修正，增訂醫師勞動權益專章，將其工作契約、職業災害補償及退休保障等事項納入規範。因應醫師納入勞基法之人力衝擊，已推動相關措施，包括增加臨床醫療人力供給、增加專科護理師醫療輔助人力、調整專科醫師訓練計畫、人力彈性運用措施及推動分級醫療落實轉診、實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，以逐步改善住院醫師工時。

二、為減少醫療糾紛，促進醫病關係和諧，自 101 年度起推行「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，並進一步促成「生產事故救濟條例」之立法，相關辦理成效如下：

(一)「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」截至 107 年 6 月 29 日試辦計畫結束止，全國共有 294 家婦產

專科醫療院所加入，計受理 506 件生育事故申請案件，共審定 494 件，同意補助 427 件，總計撥付新臺幣 4 億 1,551 萬餘元，約 417 個家庭獲得幫助，而相關之醫療訴訟鑑定案件大幅減少 70%，更間接促成婦產科住院醫師招收率回升，近三年平均達 99.7%。

(二)「生產事故救濟條例」自 105 年 6 月 30 日起施行，截至 107 年底止，完成審議 533 件，審定救濟 514 件，共發給救濟金 2 億 6,070 萬元，並促使醫療機構建立內部風險機制，針對重大生產事故進行通報、根本原因分析及改善。

(三)積極推動多元化之訴訟外處理機制，包括：

1. 輔導機構成立關懷小組，強化內部關懷機制，及時進行說明、溝通、關懷及協助，緩和醫病關係。
2. 提升地方主管機關醫療爭議調處能力，促進醫病雙方有效溝通。
3. 培訓鑑定醫師，截至 107 年底止，司法機關委託醫事爭議鑑定案件數已減少 37%、衛生局調處案件數減少 21.5%、鑑定作業時程縮短 29.4%、平均處理時間 6 個月。

三、為改善護理人員職場環境，於 101 年起積極推動各項改革措施，以促使護理人員留任及回流，至 107 年成果如下：

(一) 護理執業人數增加，總離職率與空缺率下降

107 年底執業人數共 16 萬 9,454 人，較改革前增加 3 萬 3 千餘人。總離職率已由 101 年 13.14% 降為 107 年 10.04%；總空缺率由 101 年 7.2% 降為 107 年 4.48%。

(二) 降低工作負荷、改善護病比與勞動條件

1. 104 年護病比納入醫院評鑑正式項目，評鑑基準為各級醫院急性一般病床之「全日平均護病比」：醫學中心 ≤ 9 人且白班平均護病比 ≤ 7 人、區域醫院 ≤ 12 人、地區醫院 ≤ 15 人。104 至 107 年期間有 451 家醫院申請評鑑，共計 449 家醫院合格。

2. 護病比連動住院保險診療報酬：107 年起再次擴大加成級距為 2–20%，鼓勵醫院改善護病比。

3. 推動護病比入法：107 年研議將全日平均護病比條文增訂於「醫療機構設置標準」規範，業於 107 年 2 月 9 日及 10 月 19 日召開研商會議，已達醫、護團體共識。

4. 落實勞基法規定及訂定護理排班指引手冊及懶人包：

配合 107 年 3 月勞動基準法部分條文修正實施，於 2 月製作護理排班懶人包加強宣導與溝通勞基法，並再修編原公告之「勞動基準法下護理排班問答暨合理護理排班指引與範例」手冊，強化護理主管及護理人員勞動知能。

5. 107 年 2 月 1 日開放「護理職場爭議通報平台」，做為護理人員通報職場

爭議案件之管道。統計至 107 年底止，共接獲通報 150 件，其中涉勞基法計 113 件（75%），其他爭議案件（如爭取休息室空間、無照人員檢舉等）計 37 件（25%），皆依案與地方衛生及勞動機關進行瞭解並查察，針對違法案件裁處（裁罰率近 20%），期透過資訊透明、掌握護理職場現況，提升護理正向執業環境。

(三) 薪資福利改善

依勞動部調查，107 年護理人員平均薪資較 100 年增幅約 16%。

第四章 健康服務品質

第一節 病人安全與醫療品質

為提升以病人為中心之醫療服務品質，推行醫院評鑑制度，頒布醫療品質及病人安全工作年度目標，建置病人安全事件通報機制，107 年成效如下：

一、推動「107–108 年度醫院及診所醫療品質及病人安全工作目標」，如表 4–6。

二、透過「臺灣病人安全通報系統」營造病人安全文化，107 年共有 1 萬 634 家醫療衛生相關機構參與，統計通報件數達 7 萬 8,391 件。

三、建置「醫病共享決策平台」，截至 107 年共上架 71 件決策輔助工具（如：決策輔助表、影片或其他素材），累計共 260 醫院參與推動醫病共享決策。

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

表 4-6

107-108 年度醫院及診所醫療品質及病人安全工作目標

資料來源：衛福部醫事司台灣病人安全資訊網

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

第二節 醫院評鑑制度改革

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

- 一、截至 107 年接受並通過醫院及教學醫院評鑑者，計有醫院 425 家、教學醫院 133 家；評鑑結果詳列如表 4-7、4-8。
- 二、推動醫院評鑑制度改革，落實醫院品質監控與日常化管理，條文融入重要時事議題及

建立友善就醫環境，自 122 條調整至 125 條，評鑑作業採 e 化進行（醫院線上申請 / 申報），且以持續性監測指標定期監測。

- 三、持續辦理衛生醫療業務聯合訪視，包括本部及附屬機關所辦理對於醫院之評鑑 / 訪查（視） / 認證等作業，以醫院一年只接受一次評鑑或訪查為原則，朝項目整併、條文精簡及行程整併之方向，簡化各項評鑑、訪查及認證，並依性質併入評鑑週與訪查週辦理。

表 4-7

104-107 年醫院評鑑結果

資料來源：衛福部醫事司

評定結果	醫院評鑑合格			
	醫學中心	區域醫院－準醫學中心	區域醫院	地區醫院
家數	19	3	76	327

表 4-8 104-107 年度教學醫院評鑑結果

資料來源：衛福部醫事司

評鑑結果	醫師及醫事人員 類教學醫院評鑑合格	醫事人員類（非醫師） 教學醫院評鑑合格
家數	113	20

第三節 器官捐贈與移植

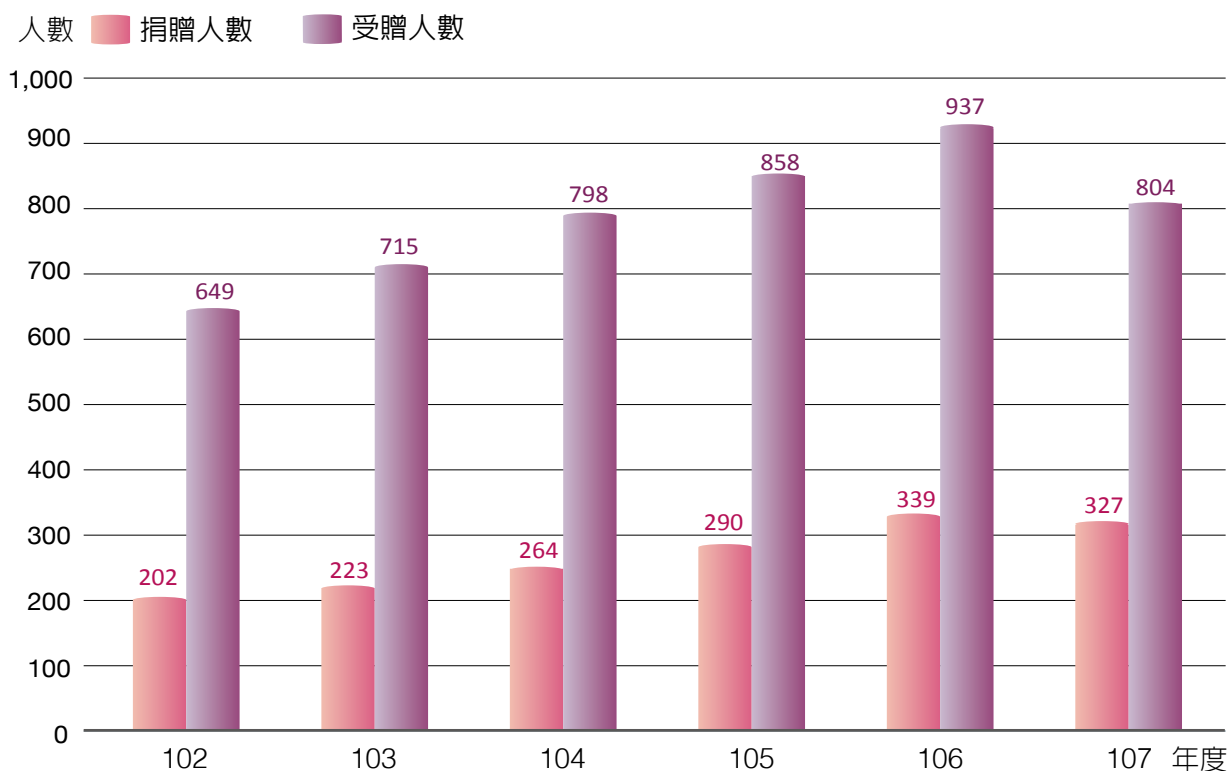
器官來源供需失衡仍是世界各國共同面臨的課題，截至 107 年底止，國內器官移植等候者已累計有 9 千餘位，然平均每年僅約有 8 百多人可幸運受惠，歷年器官捐贈與受贈人數如圖 4-4。持續推行生前簽署器官捐贈同意書之措施，截至 107 年底，已完成 47,508 筆器捐註記，歷年累計共 413,255 筆。

為擴大器官捐贈風氣及來源，本部於 91 年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」辦

理器官捐贈推廣與分配業務。多項措施推動至今，我國器官捐贈率躍居亞洲第二，手術後存活率亦不亞於世界領先國家，106 年發布《施行器官摘取移植手術之核定及管理辦法》及《器官捐贈移植醫院醫學倫理委員會組織及運作管理辦法》，以提升器官捐贈移植之品質。此外，另訂定「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，供全國醫療機構作為施行參考，是器官捐贈發展之另一重要里程碑。

圖 4-4 102 至 107 年全國器官捐贈與受贈人數

資料來源：衛福部醫事司



第四節 電子病歷政策推動成果

107 年工作重點為電子病歷標準擴充，制定並公告「電子病歷交換欄位與格式之增修或廢止提案及審查原則」，彙整高雄醫學大學附設中和紀念醫院、高雄榮民總醫院、林口長庚紀念醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、中國醫藥大學附設醫院、三軍總醫院、花蓮慈濟醫院等醫學中心函復提案，完成手術紀錄、病理報告、出院病摘、門診病歷、醫療影像及報告等標準草案增修及公開閱覽，廢止門診用藥紀錄；全國計有 404 家醫院與電子病歷交換中心介接，107 年全年上傳索引數共計 223,630,914 筆，透過電子病歷交換中心跨院調閱之電子病歷數為 1,896,158 筆。

第五章 偏鄉醫療照護

第一節 醫療照護在地化

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

- 一、本部澎湖醫院心血管照護中心自 102 年 12 月 4 日營運至 107 年 12 月已服務 730 人次，提升心血管住院患者醫療品質，落實在地化醫療。
- 二、本部澎湖醫院化療中心 104 年 10 月啓用後至 107 年 12 月化療服務 1,970 人次，提供癌症病人獲得方便、適切之治療及照護，減少澎湖居民往返臺澎之負擔，提升醫療的在地化與可近性。
- 三、本部澎湖及臺東醫院於 107 年增購「1.5 Tesla 磁共振造影掃描儀」1 台，以協助醫師以短時間做更準確之診療及判斷、即早確認病情，提升澎湖地區醫療品質，減少病人及家屬舟車勞頓之不便。

四、本部金門醫院心血管照護中心 104 年 10 月設置完成，自啓用至 107 年 12 月已服務 283 人次，提升在地緊急醫療救護能力，降低空中緊急後送頻率，提供急性心肌梗塞及急性冠心病的第一線醫療處置，使金門民衆受到更安全妥善的醫療照護。

五、為增加偏鄉及醫療資源缺乏地區民衆醫療需求之可及性並提升在地之醫療品質，自 105 年起辦理「強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫」，107 年補助花蓮豐濱分院、臺東醫院成功分院及恆春旅遊醫院羅致支援專科醫師，進行醫療相關服務。

六、為本部辦理「遠距醫療視訊及會診作業計畫」補助臺東、金門、連江及澎湖等四縣衛生所遠距醫療會診，提供健康諮詢及轉診建議，以提高就醫可近性。

七、為提升偏遠地區部立醫院醫療服務效能，並提供適切醫療服務，以達成公醫使命及完成偏鄉離島及弱勢族群的照護責任，辦理「補助所屬偏遠離島地區充實醫師人力計畫」，依實際專科人力需求，請求他院派醫師或其他醫事人員提供診療服務，107 年提供門診診次 2,142 診次，服務人次為 43,937 人次，急診服務診次 1,351 診次，服務人次為 2,467 人次。

八、為推廣通訊診療辦法，有效提供偏鄉地區非緊急但迫切需求之專科門診服務，臺東醫院成功分院透過先進的資通訊技術建置「遠距醫療門診系統」，與高雄長庚醫院合作，提供所需專科醫師之診療服務，以期偏遠地區能獲得醫學中心等級之診療資源，讓醫療資源得以充分的運用。排定固定遠距醫療門診，初期提供皮膚科、耳鼻喉科及眼科，中後期將增加其他專科。實現在地就醫、病人不動之醫療服務以減少民衆就診舟車勞頓。

九、為建構原鄉離島智慧醫療照護網，於原住民族及離島地區 72 家衛生所建置「醫療資訊系統」

(HIS)，107 年度 HIS 門診計 10,887,145 人次。並於 28 家衛生所建置「醫學影像存檔與通信系統」(PACS)，由本部桃園醫協助醫學影像判讀，提升醫療服務效率及品質，107 年度計 18,990 件。

十、透過「前瞻基礎建設計畫」提升全國 403 處原鄉離島衛生所(室)及巡迴醫療點寬頻速率達 100M(或當地最高網速)，並汰換 64 家衛生所醫療資訊設備，提升醫療資訊及影像傳輸品質與效率，截至 107 年底完成 212 處頻寬升速及 32 家衛生所設備汰換作業。

十一、為強化原鄉離島衛生所(室)醫療設備資源，107 年度補助醫療設備更新 51 項、資訊設備更新 64 項、巡迴醫療(機)車更新 23 輛；另補助衛生所(室)新(重)建 5 間、空間整修 2 間及修繕 8 間。

十二、自 94 年起辦理「緊急醫療資源不足地區改善計畫」，強化緊急醫療資源不足地區之醫療照護服務，獎勵當地之醫療機構互相合作提出設立「夜間及假日救護站」、「觀光地區急診醫療站」及「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」等 3 項改善模式。107 年度共獎勵 18 處(如：清境、日月潭、台東大武及成功等地區)，可服務緊急醫療資源不足地區每月約 9,200 急診人次，維持緊急醫療服務 24 小時不中斷。

十三、辦理原住民族及離島地區公費醫事人才培育計畫

(一) 為強化偏遠地區醫療資源分布平衡，積極培育在地化的醫療人才，增加在地養成醫事人力服務量能，自 58 年起辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成

計畫」，培育原住民族及離島地區在地醫事人才：

1. 截至 107 學年度已培育醫事人員 1,024 名(包含西醫師 549 名、牙醫師 82 名、護理人員 263 名及其他醫事人員 130 名)；服務期滿後仍留任於原住民族及離島地區服務者約 7 成。
2. 擴大培育在地養成醫事人力：因應勞基法修正、本部醫事人力中長期計畫目標、原偏鄉護理菁英計畫轉型、人口老化、未來長照人力需要及 5 大科人力缺乏等因素，本部依「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期(106-110 年)」修正計畫增額培育在地醫事人員 356 名，合計共 580 名。
3. 推動專校培育：針對醫學系、牙醫系及護理學系逐步推動專校培育制度，以降低文化之衝擊，提高畢業及考照率。
4. 修正分發服務管理要點：因應在地用人需求，於 107 年 11 月 2 日公告修正原住民族及離島地區醫事人員養成計畫公費生訓練分發及服務管理要點，調整畢業公費生申請分發及逕行分發之順序，修正為以戶籍地之衛生所為優先，並強化地方政府對於籍屬公費生之管理。
5. 依行政院核定「偏鄉護理菁英計畫」，104 至 107 年共培育 195 名公費生，畢業後分發至偏鄉地區醫院至少服務 4 年。

十四、為加強偏鄉在地醫療服務，鼓勵醫事人員至原住民族及離島地區設立醫事機構，使當地民衆方便就醫，本部補助原住民族及離島地區醫事機構開業，每家以不超過新臺幣 50 萬元為原則。107 年度計補助 7 家醫事機構開業。

第二節 緊急醫療後送

為使離島地區緊急傷病人獲得妥善醫治，採「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」原則，推動強化在地醫療為主、空中轉診為輔政策，辦理事項說明如下：

- 一、有效建立空中轉診審核制度及提升轉診醫療品質，本部建置「空中救護審核機制」，由專科醫師 24 小時提供緊急醫療諮詢及空中轉診評估。成立前每月平均空中轉診航次為 43.18 次，成立後至 107 年底每月平均航次降至 20.8 次，下降率 51.82%。
- 二、辦理「金門、連江、澎湖三離島地區航空器駐地備勤計畫」，於三離島地區委外配置民用航空器駐地備勤，金門縣於 107 年 7 月 27 日、連江縣與澎湖縣於 107 年 8 月 1 日完成駐地備勤。
- 三、為加強醫護人員空中轉診照護能力，駐地航空公司及地方政府辦理空中醫療救護教育訓練，包括航空生理簡介、空中轉診風險管理等，並搭配航空器模擬演練。
- 四、延續 107 年總統府黑客松－離島緊急後送零時差多方遠距視訊會診平臺的實踐，本部建置「空轉後送遠距會診平臺」，提供多方醫療資訊供空審中心、後送醫院及離島醫師診療決策及空中轉診需求評估，減輕第一線醫師壓力，降低不必要轉診風險。

五、為減輕民衆就醫財務負擔，依據「離島地區嚴重或緊急傷病人就醫交通費補助要點」規定，補助嚴重傷病人自行搭機（船）就醫所需交通費的二分之一，每人每年以四次為限，經醫師診斷確有需要者得增至六次，107 年共執行 1,633 萬元，計 2 萬 1,827 人次。

第三節 人才培育與留任

為充實基層及偏遠地區人力，公費醫師培育制度自民國 64 年實施，40 餘年來共培育 6,557 名公費醫師，分發至醫師人力不足地區或羅致較為困難之科別服務，以達均衡醫師人力資源目的，因達成階段性任務，遂自 98 年停招。

鑑於未來醫師人力之需求增加，本部自 105 年起重啟「重點科別培育公費醫師制度計畫」規劃於 105 年－109 年培育 500 名公費醫師，採「外加容額」方式，每年約 100 名，專科訓練僅限選擇內、外、婦產、兒、急診等重點科別或人力不足科，完整受訓後一律服務六年，服務階段以離島、偏遠地區之醫院或基層衛生所為主，並結合醫學中心支援偏遠地區醫院計畫，公費醫師可選擇分段執行公費服務，以維持其返回醫學中心進修之機會，持續提升其能力與職涯規劃。另外，本部規劃公費醫師服務期滿留任獎勵措施，給予薪資加給或保障，鼓勵公費醫師服務期滿後，繼續於偏鄉地區醫院或衛生所服務。

第六章 目標族群健康照護

第一節 原住民族健康照護

依據原住民族委員會統計 107 年 12 月原住民共有 56 萬 5,561 人，佔台灣總人口 2.4%，另依內政部統計，106 年原住民族零歲平均餘命為 72.2 歲，較全體國民（80.4 歲）約低 8.2 歲。本部為保障我國民衆平等獲得健康照護，致力於



提升原住民族地區保健與醫療照護可近性，推動策略如下：

一、辦理原住民族地區公費醫事人才培育計畫

自 58 年起辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，截至 107 年已培育原住民籍醫事人員共 550 名，包含西醫師 270 名及其他醫事人員 280 名。服務期滿並於原住民族地區留任服務比率約 7 成。

二、提升原住民族地區醫療設備投資與服務品質

- (一) 107 年度補助原住民族地區衛生所（室）醫療設備更新 34 項、電腦更新 32 臺、巡迴醫療（機）車更新 18 輛；並補助衛生所（室）新重建 2 間、空間整修 2 間及修繕 8 間。
- (二) 透過前瞻基礎數位建設計畫，提升原住民族地區衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬達 100M（或當地最高網速），截至 107 年底完成原住民族地區 212 處醫療頻寬升速，並汰換 32 家衛生所之醫療資訊系統（HIS / PACS）設備，提升醫療影像傳輸品質及效率。
- (三) 補助原住民轉診、重大或緊急傷病者就醫及社福資源使用之交通費用，以減輕就醫交通費負擔，107 年共執行 1,363 萬元，計 17,269 人次。
- (四) 於原住民族地區設置部落健康營造中心，結合地方資源傳播社區健康識能，建立由在地人服務在地人健康照護供需模式；至 107 年設置 53 處部落健康營造中心。

三、改善原住民族健康不平等

- (一) 召開 9 次並由部長主持跨司署之原鄉照護政策討論會議，於 107 年 4 月提出原鄉健康不平等改善策略十大行動

計畫（含在地醫事人員養成、部落健康營造、原鄉醫療資源提升等計畫），並於 107 年 5 月執行推動。

(二) 原鄉健康不平等三重點如下：

1. 從數據找目標－統計原住民族十大死因、十大癌症死因；發現肝胃等消化系癌、新生兒／嬰兒死亡率高於全國數據。
2. 從在地找人才－培育能說母語的醫護人員從事醫療保健服務。
3. 從文化找方法－融入在地文化意涵的健康行為改變及在地資源水平整合。

第二節 新住民健康照護

依據內政部移民署統計 76 年至 107 年底，外籍與大陸配偶人數為 54 萬 3,807 人，其中外籍配偶 18 萬 4,346 人（男性 2 萬 497 人；女性 16 萬 3,849 人），大陸港澳配偶 35 萬 9,461 人（男性 2 萬 4,881 人；女性 33 萬 4,580 人）。另依據內政部戶政司統計，107 年國人結婚登記對數總計 13 萬 5,322 對，總計 27 萬 644 人，就配偶國籍分，本國籍者 25 萬 81 人，外籍 2 萬 563 人（男性 5,405 人；女性 1 萬 5,158 人），其中大陸（含港澳）8,088 人（男性 1,416 人；女性 6,672 人）。本部為提升新住民生育健康，及減少因該語言之隔閡，造成生活適應或就醫障礙，推動政策如下：

- 一、新住民未納保前，比照國人產檢，享 10 次產檢、1 次乙型鏈球菌篩檢、1 次超音波及 2 次衛教指導補助。提供新住民及其子女生育保健諮詢與檢核建卡管理，及有關生育計畫、哺餵母乳、孕期保健、定期產檢、孕期營養等生育健康指導，107 年之建卡管理率達 92.11%。
- 二、為保護新住民婦女在未納保全民健保前之生育健康，給予設籍前外籍配偶產前檢查

補助，自 100 年起補助未納保產前檢查費用，107 年共補助 1 萬 370 案次。

三、為降低新住民語言溝通之就醫障礙，自 100 年起，由地方政府衛生局依所轄需求，向內政部「新住民發展基金」申辦「輔導新住民翻譯人才培訓及運用計畫」，推動培訓在臺多年之新住民擔任通譯員，以協助衛生局（所）工作人員於進行新住民之家訪、健兒門診、生育保健指導之通譯工作。107 年共 17 個縣市申辦該計畫。

四、為提供多元文化及生育保健資訊，106 年印製英文、越文、印尼文、柬埔寨文及泰文兒童及孕婦健康手冊，並分送各縣市衛生局、醫療院所，也將手冊電子檔放置本部國民健康署網站手冊專區，提供新住民家庭運用。

五、手術同意書、麻醉同意書、到院前需求表單等文件，提供簡體中文、英文、日文、越文、印尼文、泰文、韓文、馬來文等 8 種外語版本；住出院流程及門急診就醫流程等文件，提供簡體中文、英文、越文、印尼文、泰文、韓文等 6 種外語版本。

第三節 罕見疾病健康照護

一、截至 107 年公告 220 種罕見疾病、105 種罕見疾病藥物及 103 項罕見疾病特殊營養食品品目，將罕見疾病列入重大傷病範圍及免除病人就醫之部分負擔。

二、辦理罕見疾病特殊營養食品暨緊急需用藥物物流中心，儲備供應罕見疾病病人維持生命所需之特殊營養食品及緊急需用藥物，107 年總計供應 1,398 人次；並提供依健保法未能給付之罕見疾病診斷、治療、國內外確診檢驗、居家醫療照護器材費用、低蛋白米麵、代謝性罕見疾病營養諮詢費之補助，107 年總計補助 1,532 人次。

三、於 14 家醫學中心設立遺傳諮詢中心，提供遺傳性疾病及罕見疾病醫療診斷、治療等諮詢。

四、加強罕見疾病防治教育與宣導：辦理病友、病友團體、廠商及醫療機構說明會，計 12 場；製作宣導短片於網路推播。

五、依「罕見疾病防治工作獎勵補助辦法」辦理罕見疾病防治工作補助計畫公開甄選，107 年共計補助 8 件。

六、依「罕見疾病及罕見遺傳疾病缺陷照護服務辦法」辦理「罕見疾病照護服務計畫」，由專業人員提供告知相關疾病之影響，病人及家屬心理支持、生育關懷、照護諮詢等服務，經公開徵求委託 9 家承作單位（分屬 8 家醫學中心）辦理，107 年共計服務 5,060 人。

第四節 特殊健康需求族群

一、油症患者健康照護

（一）68 年於臺中及彰化地區，因廠商提煉米糠油在脫臭過程時，以多氯聯苯為熱媒劑，因熱媒管產生裂隙，導致多氯聯苯及其熱變性物由隙縫滲入米糠油中，發生油症事件，造成 2 千多位民眾受害。依據研究結果顯示，油症患者除早期外觀上有明顯氯座瘡、色素沈澱、眼瞼腺分泌過多，後續也可能造成肝臟、免疫與神經系統損害等問題。該（68）年 4 月

起由前臺灣省政府衛生處辦理油症患者之個案登記、抽血檢驗及健康照護服務等，並由



各縣市衛生局提供追蹤訪視、衛生教育及醫療轉介。因肇事者已脫產且病死獄中，事件發生後油症患者健康照護工作由政府及整個社會的力量概括承受。

- (二) 為保障油症患者健康照護權益，於 104 年 2 月 4 日奉總統令公布《油症患者健康照護服務條例》，除持續提供油症患者健保門（急）診免部份負擔醫療費用、第一代油症患者住院免部份負擔醫療費用、免費健康檢查、油症患者特別門診等服務外，並增加第 1 代患者出生年限擴至 69 年；保障油症患者之權益；設置油症患者健康照護推動會；發放油症患者遺屬撫慰金。105 年 11 月 16 日修正上開條例第 4 條及第 12 條，放寬油症患者認定標準、撫慰金請領對象倘無直系血親卑親屬，則擴及父母及延長請領期限至 109 年 8 月 9 日。
- (三) 至 107 年底共列冊服務 1,888 位油症患者，第一代為 1,257 位；第二代為 631 位。107 年共補助 2 萬 750 人次油症患者之門（急）診部分負擔醫療費用、105 人次住院部分負擔醫療費用、681 位油症患者免費健康檢查服務，以及油症患者遺屬撫慰金申請通過共核付 238 案。

二、漢生病病人人權保障及照顧

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

- (二) 107 年計有臺大醫院、馬偕醫院、臺中榮民總醫院、成大醫院及樂生療養院等 5 家醫院為漢生病病人確診及治療醫院，以增加病人就醫便利性。

三、人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

77 年引進抗愛滋病毒藥物提供病人治療，於 86 年免費提供感染者雞尾酒療法（Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART）治療，107 年作為如下：

- (一) 人權保障方面，自 96 年訂定《人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法》，建立申訴制度，並受理感染者權益受損申訴案件或其他相關陳情，107 年處理申訴案件計 8 件。
- (二) 健康照護方面
1. 107 年全國共有 78 家愛滋指定醫事機構及 29 家社區指定藥局提供感染者醫療照護服務，感染者服藥率達 88%、服藥感染者病毒量測不到之比率為 94%。
 2. 透過地方政府衛生局（所）追蹤管理，輔導個案定期就醫，提升其生活品質，並加強個案伴侶之諮詢與檢查追蹤。
 3. 為強化感染者的自我健康管理，107 年辦理「愛滋指定醫院服務品質提升計畫」，提供感染者衛教及諮詢服務。
 4. 補助相關民間團體，協助個案短期中途之家照顧、就醫安排與緊急安置，並提供個案管理服務，107 年提供 891 位個案安置服務及 345 位個案管理服務。



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



(詳見目錄)，
掃描此頁面，觀賞長照 2.0_ABC 篇。



長期照顧 服務

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



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

長照 2.0 延續長照十年計畫之內涵，除擴大照顧對象外，並增加長照服務項目，將長照服務向前延伸至各類預防及減緩失能等預防性服務措施，且向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，並以實現在地老化為目標，建立以社區基礎提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務之普及照顧服務體系。綜上，長照 2.0 計畫目標，如表 5-1 所示：

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

表 5-1

長照 2.0 計畫目標

資料來源：長照十年計畫 2.0 核定本

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

表 5-2

長照 1.0 與長照 2.0 服務對象及服務項目

資料來源：長照十年計畫 2.0 核定本

	長照 1.0	長照 2.0
服務對象	1. 65 歲以上失能老人 2. 55 歲以上失能山地原住民 3. 50 歲以上失能身心障礙者 4. 65 歲以上僅工具性日常活動功能（IADLs）失能需協助之獨居老人	除延續長照 1.0 服務對象外，新增下列 4 類： 5. 50 歲以上失智者 6. 55-64 歲失能平地原住民 7. 49 歲以下失能身心障礙者 8. 65 歲以上僅工具性日常活動功能（IADLs）失能之衰弱（frailty）老人
服務項目	1. 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 2. 交通接送 3. 餐飲服務 4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家及社區復健 7. 喘息服務 8. 長期照顧機構服務	除延續長照 1.0 服務項目外，新增下列 9～17 項服務： 9. 失智症照顧服務 10. 原住民族地區社區整合型服務 11. 小規模多機能服務 12. 家庭照顧者支持服務據點 13. 社區整體照顧服務體系（成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站） 14. 社區預防性照顧 15. 預防或延緩失能之服務 16. 銜接出院準備服務 17. 銜接居家醫療

第一章 長照服務體系

第一節 長期照顧服務法

一、《長期照顧服務法》（以下簡稱長服法）修正：長服法部分條文修正案於 108 年 6 月 19 日經總統令公布修正。修正重點包括為落實原住民長照服務，修訂第 14 條、第 24 條，有關原住民族地區長照服務計畫、長照服務網區與人力發展之規劃推動，以及原住民族地區長照機構之設立與人員配置等事項，應由中央主管機關會同中央原住民族主管機關訂之。另為保障長照機構住民權益，修訂第 34 條，增列設有機構住宿式服務之綜合式服務類長照機構，亦應投保公共意外責任險；同時於第 47 條增訂相應處罰規定。此外，修訂第 39 條明定長照機構評鑑應依機構類別區分，並增列評鑑項目、評鑑人員資格與遴聘、培訓等事項，由中央主管機關定之，以確保長照服務品質並評鑑制度效能。

二、長服法之授權子法：依長服法制定 1 部法律及 8 個子法，包括（1）長期照顧服務機構法人條例、（2）長服法施行細則、（3）長照服務機構評鑑辦法、（4）長照人員訓練認證繼續教育及登錄辦法、（5）長照服務資源發展獎助辦法、（6）長照機構設立標準、（7）長照服務機構設立許可及管理辦法、（8）長照服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法及（9）外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法。又長期照顧服務機構法人條例業經 107 年 1 月 31 日總統令公布，另依長期照顧服務機構法人條例共制定 5 個子法及 3 個公告，包括（1）長期照顧服務機構法人條例施行細則、（2）長期照顧服務機構財團法人公益監察人派免辦法、（3）長期照顧服務機構法人合併許可

辦法、（4）長期照顧服務機構法人董事選任辦法、（5）長期照顧服務機構法人財務報告編製準則、（6）長期照顧服務機構法人設立長期照顧服務機構之區域、分類、家數及規模之限制、（7）長期照顧服務機構法人必要之財產、（8）長期照顧服務機構法人應事先報主管機關核准或備查之對外捐贈金額或資產之比率。

第二節 照顧管理制度

為因應推動長照 2.0 並整合各類長照服務與資源，各縣市長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心）進用專業照顧管理（以下簡稱照管）人力作為受理申請、評估、擬定照顧計畫、連結及輸送長照服務之整合性單一窗口；同時補助各地方政府於本部公告之偏遠地區（原住民族、離島及其他資源不足區）設置照管分站。



照管中心（分站）布建

為充實照管中心照管人力，本部推動相關措施如下：

一、照管中心人員任用資格：本部於 107 年 1 月推行長照給付及支付新制，調整進用資格條件與薪資標準，以吸引人才投入與提升照管人員勞動待遇。

(一) 進用資格條件：

1. 照管專員：除原有任用資格 (a) 長期照護相關大學或專科畢業生，且具二年以上相關照護工作經驗；(b) 公共衛生碩士畢業，且具一年以上相關照護工作經驗；(c) 專科具師級專業證照，且有三年以上相關照護經驗外，新增：具應考社工師資格或老人照顧相關科系畢業，並具一定年數以上相關照顧工作經驗者，可擔任照管專員。
2. 偏遠地區除調整上述資格外，更將資格條件所需的相關工作經驗年資較一般區減少 1 年，行政人員進用資格則由一般區的大學畢業調整為高中畢業且具 2 年工作經驗者。

(二) 薪資標準：照管專員與督導提高 2 級敘薪。

1. 照管專員：一般區照管專員由每月 33,908 元–45,534 元調整至每月 38,906 元–50,878 元；偏遠地區則將起薪調整為 44,892 元。同時，為鼓勵現有偏鄉長照據點照管專員繼續留任，如由長照據點照管專員轉任者，則直接以 46,887 元起薪。
2. 照管督導：一般區照管督導由每月 39,721 元–51,346 元調整至每月 44,892 元–56,863 元；偏遠地區則調整至 50,878 元起薪。

二、照管人員配置

- (一) 一般區：照管人員之員額配置標準，以服務量約 200 人配置 1 個「照管專員」為原則，每 7 個「照管專員」配置 1 個「照管督導」，每 10 個「照管專員」及「照管督導」配置 1 個「行政人員」。

- (二) 偏遠地區：107 年規劃偏遠地區每 100 位服務對象配置照管專員 1 名、每 7 位照管專員配置 1 名照管督導，每 3 分站並再增列 1 名照管督導。每分站另配置 1 名行政人員，協助處理行政事務，以強化照管人員深耕偏鄉地區在地資源開發及連結，並提高偏遠地區長期照顧管理分站照管人力員額配置密度。

透過照管中心及分站之設立與強化照管人力之補充及留任，107 年度長照服務新申請人數 136,058 人，較 106 年 79,275 人成長 71.63%；107 年度完成長照需要評估人數 241,549 人，較 106 年度 133,815 人成長 80.51%。

第三節 服務體系與資源發展

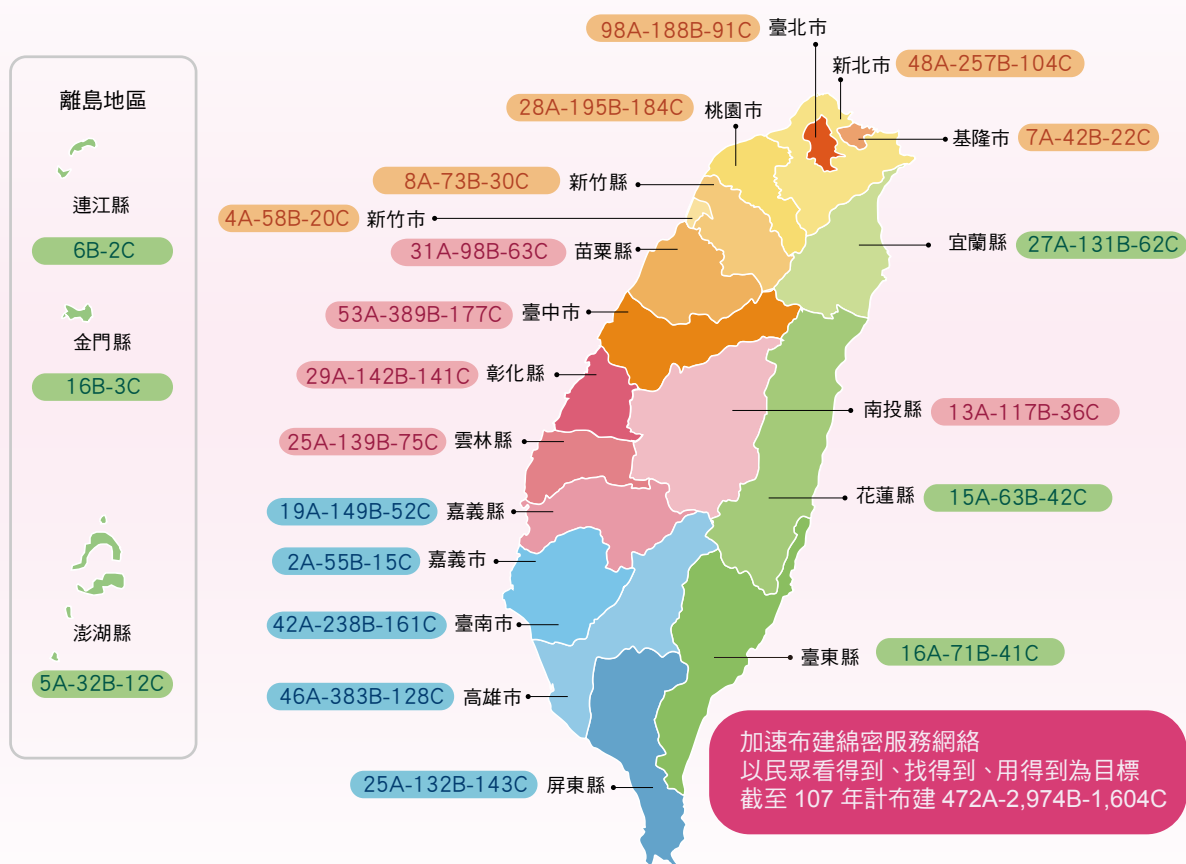
一、建構社區整體照顧服務體系

以優先擴大居家服務供給量與普及化日間照顧中心為原則，並整合各項服務，朝向以社區為基礎的整合式照顧服務體系發展。以培植社區整合型服務中心 (A)、擴充複合型服務中心 (B)、廣設巷弄長照站 (C) 為原則，鼓勵各縣市政府廣結長照、醫療、護理以及社福單位辦理。若民衆有長照服務需求，得向所在地長期照顧管理中心聯繫，經照顧管理專員或社區整合型服務中心 (A) 評估連結民衆所需之長照服務。規劃 4 年 (至 106–109 年) 布建 469 處社區整合型服務中心、829 處複合型服務中心、2,529 處巷弄長照站 (469A-829B-2,529C)，截至 107 年計結合 5,050 個單位，共布建 472 處社區整合型服務中心、2,974 處複合型服務中心、1,604 處巷弄長照站 (472A-2,974B-1,604C)，各縣市布建情形如圖 5-1。

圖 5-1

各縣市社區整體照顧服務體系

資料來源：衛福部長照司



二、服務資源發展及布建情形

(一) 長照服務使用提升：表 5-3 所列 107 年長照服務人數中，以交通接送服務成長最為顯著，較 106 年成長 542%。其次，輔具購租及居家無障礙環境改善及喘息服務等，較 106 年亦大幅成長；另外，本部於 106 年度起，長照服務人數計算方式係依照「照顧管理資訊系統」統計當年底服務人數，並經身分證統一編號歸戶後，排除重複計算之服務人數，致部分數值有呈現大幅度落差。

(二) 加速長照資源布建

1. 整體服務資源成長以交通接送成長最為顯著，107 年較 106 年成長 133%，喘息服務亦有超過 90% 之成長，如表 5-4。
2. 全國老人福利機構床位數，至 107 年 12 月底止共有 1,098 家、6 萬 2,724 床，如表 5-5。
3. 全國一般護理之家床位數，至 107 年 12 月底止共有 539 家、床數 4 萬 3,241 床，如表 5-6。

表 5-3 98 年至 107 年長照服務人數

資料來源：衛福部長照司

項目	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
居家服務	22,017	27,800	33,188	37,985	40,677	43,331	45,173	47,134	79,137	117,911
日間照顧服務 (含失智症日照)	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344	3,002	3,663	7,029	11,622
家庭托顧	11	35	62	110	131	146	200	210	390	681
輔具購租及居家無 障礙環境改善	4,184	6,112	6,845	6,240	6,817	6,773	7,016	9,663	8,008	20,841
營養餐飲服務	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074	5,520	5,516	9,090	16,843
交通接送服務	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284	57,618	59,588	10,351	66,440
居家護理	5,249	9,443	15,194	18,707	21,249	23,933	23,975	22,359	9,970	49,234
社區及居家復健	5,523	9,511	15,439	15,317	21,209	25,583	25,090	27,237	12,013	
喘息服務	6,351	9,267	12,296	18,598	32,629	33,356	37,346	46,339	21,270	49,053
歸戶後 總服務人數	—						84,295	90,603	113,706	180,660

備註：

1. 105 年度前：

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

2. 106 年度：

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

3. 107 年度起：(1) 配合 107 年實施之長照給付及支付新制後，將居家護理及居家復健整合為專業服務。(2) 居家服務、日間照顧服務、家庭托顧、輔具購租及居家無障礙環境改善、營養餐飲服務、交通接送服務、專業服務、喘息服務之人數，係依照「照顧管理資訊系統」統計當年底服務人數，經身分證統一編號歸戶後，排除重複計算之服務人數。

表 5-4 98 年至 107 年長照服務提供單位數

資料來源：衛福部長照司

項目	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
居家服務	127	133	144	149	160	168	173	200	238	420
日間照顧中心（含失智症老人日照中心）	39	66	78	90	120	150	178	205	259	355
家庭托顧	16	23	16	17	20	22	21	25	85	104
營養餐飲服務	204	201	159	169	190	209	197	197	249	265
交通接送服務	42	43	39	43	42	41	41	40	48	112
居家護理	495	489	451	478	483	486	493	518	505	1,255
社區及居家復健	88	122	112	111	125	143	143	129	211	
喘息服務	1,439	1,444	1,052	1,510	1,509	1,549	1,565	1,760	872	1,673

備註：105 年度以前之居家護理、社區及居家復健、喘息服務單位數係指該年度全國設立在案之單位數；106 年則為全國特約單位數。為配合 107 年實施之長照給付及支付新制後，將居家護理及居家復健整合為專業服務。

表 5-5 98 年至 107 年老人福利機構家數及住民人數

資料來源：衛福部統計處

年度	機構 (家數)	合計（床數）					實際住民 (人數)	占床率 (%)
		長照床	養護床	失智床	安養床	合計		
98	1,066	4,419	43,180	0	6,968	54,576	40,183	73.6%
99	1,053	4,796	43,586	0	6,684	55,066	41,515	75.4%
100	1,051	4,660	44,794	90	6,545	56,089	42,824	76.4%
101	1,034	5,748	45,642	144	5,303	56,837	42,769	75.2%
102	1,035	5,959	46,652	220	4,844	57,675	43,496	75.4%
103	1,063	4,447	48,935	280	5,618	59,280	45,298	76.4%
104	1,067	4,340	49,565	406	5,558	59,869	46,264	77.3%
105	1,082	4,544	50,756	453	5,329	61,082	47,192	77.3%
106	1,100	4,470	52,481	459	5,050	62,460	48,315	77.4%
107	1,098	4,676	52,695	471	4,882	62,724	49,575	79.0%

表 5-6

98 年至 107 年一般護理之家家數及住民人數

資料來源：98 年至 101 年資料來源衛福部統計處；
102 年至 107 年資料來源衛福部照護司。

年度	機構（家數）	床數	實際住民（人數）	占床率（%）
98	367	23,077	19,785	85.7%
99	390	25,849	20,774	80.4%
100	423	28,476	21,151	74.3%
101	447	30,447	22,471	73.8%
102	470	33,302	27,605	82.9%
103	486	35,383	29,933	84.6%
104	499	37,161	31,772	85.5%
105	508	39,002	33,271	85.3%
106	528	41,316	34,698	84.0%
107	539	43,241	36,365	84.1%

三、改善長照服務評估工具暨資訊化作業

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

- （一）全面啓用照顧管理評估量表：配合長照 2.0 擴大服務對象及項目，106 年 4 月起全面啓用發展成熟之照顧管理評估量表，據以評估不同服務對象之長照需要及判定長照失能等級及給付額度，量表內容包括：（1）「日常活動功能量表（ADLs）」與「工具性日常活動功能量表（IADLs）」、（2）溝通能力、（3）特殊複雜照顧需要、（4）短期記憶評估、情緒及行為型態、（5）居家環境、家庭支持及社會支持、（6）主要照顧者負荷等六大面向。
- （二）置入載具標準化作業：為使評估達到標準化且具一致性，將量表置入行動

載具（平板電腦）以進行評估作業，載具依據評估結果自動化以複合式因子判定個案長照需要等級，改善過往照顧管理專員仰賴個人專業及經驗判定等級之狀況，避免人為偏誤或干擾，以提升照顧管理專員評估之一致性及效率，以及長照給付的公平性，提供長照失能者適切之照顧服務。

四、失智照護服務

- （一）提升失智症社區服務量能：為促進失智者照護服務可近性，減輕失智個案家屬的照顧負擔，長照 2.0 之服務對象新增納入 50 歲以上失智症者，為讓失智者及照顧者可就近獲得適切照護，並提升失智社區服務量能，擴增失智社區服務據點布建；另為陪伴失智照顧者在照顧失智者不同階段的

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

(二) 服務成果：107 年已完成設置失智社區服務據點 350 處，照顧疑似及失智症個案（含家屬）14,494 人，辦理認知促進、緩和失智活動，服務 8,393 人、家屬照顧課程服務 5,880 人及家屬支持團體服務 5,064 人、安全看視服務 4,613 人；截至 12 月底共設置 73 處失智共同照護中心，照顧疑似及失智個案共 29,532 人，辦理社區失智識能公共教育服務 120,691 人及人才培訓 33,441 人。

五、布建原住民族、離島及其他資源不足地區照管中心分站

鑑於原住民族、離島及其他資源不足地區長照資源相對不足，自 99 年起推動獎勵偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點，發展在地化及多元功能之綜合服務模式，至 106 年底設置 46 個據點，其中原住民族地區計設有 20 個據點。

配合長照 2.0，107 年度鼓勵於原住民族、離島及其他資源不足地區布建照顧管理中心分站，整合社、衛政長照服務資源，作為受理、提供需求評估及連結、輸送長期照顧服務之單一窗口。

另為建構原住民族部落整合型照顧服務輸送體系，強化部落照顧功能並營造在地老化環境，優先獎助原住民族長照服務資源，107 年起輔導原住民族地區長照服務據點轉型，

並新設置原住民族長照管理分站共 55 處，穩定在地長照人力，完善部落照顧者之支持環境，建立資源連結系統，以提高長照服務之普及性，並積極培育原住民族地區長照人力並納入原住民族之多元文化課程訓練，促進長期照顧資源多元化與均衡發展，以保障原住民獲得適切的照顧。

六、家庭照顧者支持服務

(一) 家庭照顧者支持服務原則

為發展家庭照顧者多元支持措施，提升照顧服務品質，減輕家庭照顧者照顧負荷，長服法第 13 條已將家庭照顧者納入服務對象，其服務項目包括：

1. 資訊之提供及轉介；
2. 長照知識、技能訓練；
3. 喘息服務；
4. 情緒支持及團體服務之轉介；
5. 其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

其支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項，由中央主管機關定之。

本部並於 107 年 8 月 22 日公告發布家庭照顧者支持服務原則，內容包括實施方式、服務申請、服務提供單位資格、工作原則及查核作業方式等，以利縣市政府及服務提供單位據以執行。

(二) 家庭照顧者喘息服務

為舒緩照顧者壓力，長照目前提供的喘息服務有居家喘息、社區喘息及住宿機構喘息等，透過照服員到案家，或安排被照顧者到喘息服務提供單位，使家庭照顧者能暫時脫離主要照顧者之角色，獲得喘息的時間與空間，減緩照顧壓力。失能等級 2 到 6 級者

全年喘息服務之給付額度為 32,340 元（約 14 天住宿機構喘息服務），7 到 8 級者則為 48,510 元（約 21 天住宿機構喘息服務），費用由政府補助，一般戶自付 16%、中低收入戶自付 5%、低收入戶則全免部分負擔。

（三）家庭照顧者支持服務及資訊提供

為因應長期照顧需求，減輕照顧者負荷，自 97 年起即結合專業團體設立諮詢專線，透過諮詢專線提供照顧者諮詢服務、情緒抒發管道，連結社區相關資源提供支持服務，提升社區民衆對家庭照顧者的敏感度。

透過諮詢專線通報機制，結合家庭照顧者支持服務據點，培植社區在地團體提供家庭照顧者近便性支持服務，減輕家庭照顧者之心理壓力與情緒困擾，提供家庭照顧者 8 大項支持服務，包括個案管理、照顧技巧指導、照顧技巧訓練、心理協談、支持團體、紓壓活動，截至 107 年底已布建 30 處家庭照顧者支持服務據點。

為強化我國家庭照顧者服務量能及增加服務可近性與涵蓋率，家庭照顧者支持性服務創新型計畫，於 107 年 6 月公告徵求「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，鼓勵縣市政府因地制宜發展在地服務，達到減輕家庭照顧者照顧負荷、增進其照顧協議及財務管理知能之目標。107 年 11 縣市進行試辦，預計 108 年擴大辦理。

（四）擴大外籍看護工家庭使用喘息服務

依長照 2.0 給（支）付規定，聘有外籍家庭看護工之被照顧者經長照需求評估符合資格者，可申請專業服務、

交通接送、輔具服務及住宅無障礙環境改善服務與到宅沐浴車服務，倘其所聘之外籍看護工無法協助照顧空窗期達 30 天以上者，亦提供喘息服務補助。此外，為預防及延緩因老化過程所致失能或失智，受照顧者可依意願參加社區預防延緩失能（智）服務、如屬失智或疑似失智症者，也可接受失智共照中心及失智服務據點等長照服務。

為減輕聘有外籍看護工家庭因未滿 30 天之短時間家庭看護工無法協助所產生之照顧壓力，並保障被照顧者之安全與照顧品質，自 107 年 12 月起開放符合特定條件者，不受外籍家庭看護工空窗期一個月之限制。

七、預防及延緩失能照護服務

預防及延緩失能照護服務係以全國老人為服務對象，並鼓勵衰弱老人及輕、中度失能（智）者參與，透過醫事及相關專業團體，提供單一或複合式照護方案，供辦理「預防及延緩失能照護」服務點使用。服務點統計至 107 年 12 月 31 日為 2,213 處，服務人數計 35,562 人。



八、銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫

為縮短有長照服務需求之住院病人，於出院後取得長照服務時間，本部「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」整合評估工具、評估人員訓練、資訊系統及評估作業流程，將原先民衆出院提出申請後才進行評估之流程提前至出院 3 天前完成評估，出院後 7 日內能取得長照服務，截至 107 年底，計有 184 家醫院參與計畫。

第二章 人力資源發展

第一節 照顧服務人力

一、改善薪資待遇：持續推動長照給付及支付新制，依本部委託辦理調查結果，全時居家照顧服務員平均薪資已達每月 3 萬 8,498 元；部分工時者平均薪資每小時 223 元。並配合地方政府長照機構之查核、督考及評鑑機制，確保照顧服務員薪資待遇。

二、多元培訓管道：為充實照顧服務員人力，持續與各相關部會合作積極推動人力發展措施，並依據本部公告之照顧服務員訓練實施計畫，年滿十六歲以上、身體健康狀況良好，具擔任照顧服務工作熱忱者，參與勞動部、各地方政府、原住民族委員會或國軍退除役官兵輔導委員會等機關核定辦理之訓練班完成至少 90 小時基本照顧技巧課程且考評及格，即可取得照顧服務員資格，其中為減少實體訓練之區域限制，照顧服務員訓練之核心課程自 107 年 3 月起開放數位化線上學習，以提高訓練可近性；另亦可報考勞動部辦理之全國技術士技能檢定，通過考核以取得照顧服務員職類技術士證；此外鼓勵長照機構申請勞動部補助「自訓自用」計畫，以達訓後即就業之目的。學校教育方面，透過教育部積極推動大專校院長照相關科系發展實務導向照顧課程與校外實習，及持續輔導高中職設立照顧服務科，以利擴大大力來源及促進產學合作交流。



三、吸引投入留用：為營造友善環境，創造利多誘因，增進人才投入長照服務，除改善薪資所得外，已於相關法令或政策明定具一定服務年資之照顧服務員，可符合居家服務督導員、A單位個案管理員或長照機構業務負責人之規定，促進晉升管理階級，鼓勵創業。另持續透過臉書、微電影等多元宣導管道，增進社會大眾對照顧服務員之正確認識，提升專業形象。

四、相關政策成效：推估 107 年照顧服務員需求約 3 萬 5 千人，截至 107 年 12 月底實際投入長照領域之本國籍在職照顧服務員達 35,081 人，較 106 年底（28,417 人）增加 6,664 人（成長約 23%）。經本部調查，年資未滿一年的新進照顧服務員中，有 1 / 5 具大學以上學歷，足見年輕族群及高教育程度者投入照顧工作趨勢已逐漸提升。

第二節 社工及醫事專業人力

為提升長照專業人力服務量能，並因應從事長照服務人力之培訓需求，於 99 年規劃與推動具一致性、連續性及完整性之各類長照專業人力培訓課程，分為 Level I 共同課程、Level II 專業課程及 Level III 整合性課程。另為達成擴大訓練效益目標，本部建置長期照顧專業人員數位學習平臺於 106 年 3 月正式上線啟用，推動數位化 Level I 共同課程，提供長照專業人力便利性及可近性學習模式，又為拓展充實長照醫事專業人力服務量能，補助醫事或長照相關專業團體辦理專業課程及整合性課程培訓事宜，綜上，自 99 年起至 107 年底累積培訓醫事專業、社工及照管人力約 9 萬 3 千人次。

第三章 溝通宣導與服務品質

第一節 溝通宣導

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

一、溝通重點：本部自本（107）年起推動長照給付及支付制度，整合原有的長照服務項目為四類長照服務，分別為照顧及專業服務；交通接送服務；輔具與居家無障礙環境改善服務；喘息服務。另「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」亦於 106 年 12 月公布，因此，本年度溝通宣導策略除持續宣傳「1966 長照服務專線」，並著重介紹給付支付內涵及失智照護服務。

二、宣導策略：針對「1966 長照服務專線」、給付支付制度、失智照護服務三大溝通主題，將重點政策以簡單易懂表達方式，製作相關宣導素材，並鎖定目標使用者之媒體使用行為，安排多元媒體通路廣為宣傳。

三、執行情形：

（一）宣傳素材製作：依據給付支付內涵及失智照護服務政策重點，製作 1966 長照服務專線、失智照護服務、復能服務、專業服務、給付支付制度等主題之電視廣告片、服務短片、微電影、動畫、廣播帶、摺頁、懶人包、單張、海報等宣導素材，如圖 5-2。

（二）傳播媒介安排

1. 平面媒體結合新媒體行銷：針對特定議題，由民衆感興趣之角度切入製作

廣編企劃，並藉由平面媒體與新媒體通路等多元訊息刊登，除根據各載體的特性規劃合適主題內容呈現外，更依據民衆媒體使用情況，投放於其他網路新媒體通路，運用跨媒體議題行銷，將正確、符合民衆需要的長照資訊有效擴散，以加強民衆對長照各項服務的認識，使之了解聰明照顧有方法。

2. 電視、廣播及戶外媒體宣傳：依民衆電視媒體及廣播媒體使用習慣與較容易接觸之戶外媒體通路，加強宣導素材曝光。

3. 網路媒體宣傳：透過多元網路媒體（如新聞網、入口網、本部臉書粉絲專頁、Line@ 及「長照專區」網站等），以更貼近民衆口吻之對話方式，宣傳各式長照 2.0 政策溝通素材及宣傳影片，吸引民衆目光。

4. 媒體專訪宣傳：透過電視專訪、廣播專訪、平面專訪方式，由本部主管親自向民衆說明長照政策內涵、執行情形及釐清觀念，強化政策溝通效益。

5. 實體通路：大量印製長照摺頁、海報及提供短訊息，函請 22 縣市政府轉發所轄醫療院所、衛生所、照管中心、

圖 5-2

107 年長照宣傳素材

資料來源：衛福部長照司

網址：<https://1966.gov.tw/LTC/np-3639-201.html>





村里長辦公室、區公所、戶政事務所、地政事務所等民衆洽公場所，發放及刊登於網頁、公共電子看板、跑馬燈等。

(三) 辦理宣傳活動：

1. 友善失智公共識能活動：於 107 年 10～11 月辦理「友善社區在厝邊守護失智一起來」線上學習活動，除針對該議題進行全媒體行銷，觸動民衆主動關注並參與活動，學習失智照護資源及培養失智友善觀念外，更運用網路大數據收集民衆對失智症狀之常見迷思。
2. 長照 2.0 重點業務記者會：針對長照重點業務及政策議題辦理記者會，向民衆揭示政策執行方針及重要進展。如 107 年 7 月 24 日「長照十年計畫 2.0：幸福臺灣，長照動起來！」記者會、10 月 16 日「友善社區在厝邊，守護失智一起來」線上學習活動啟動記者會。

(四) 長照服務專線 1966：長照專線（1966）自 106 年 11 月 24 日開通，可快速、方便地申請長照服務，由各縣市之照管中心人員負責接聽，以前 5 分鐘通話免費的措施，鼓勵民衆使用。開通至 107 年底，累計總撥打通數為



「友善社區在厝邊，守護失智一起來」線上學習活動啟動記者會

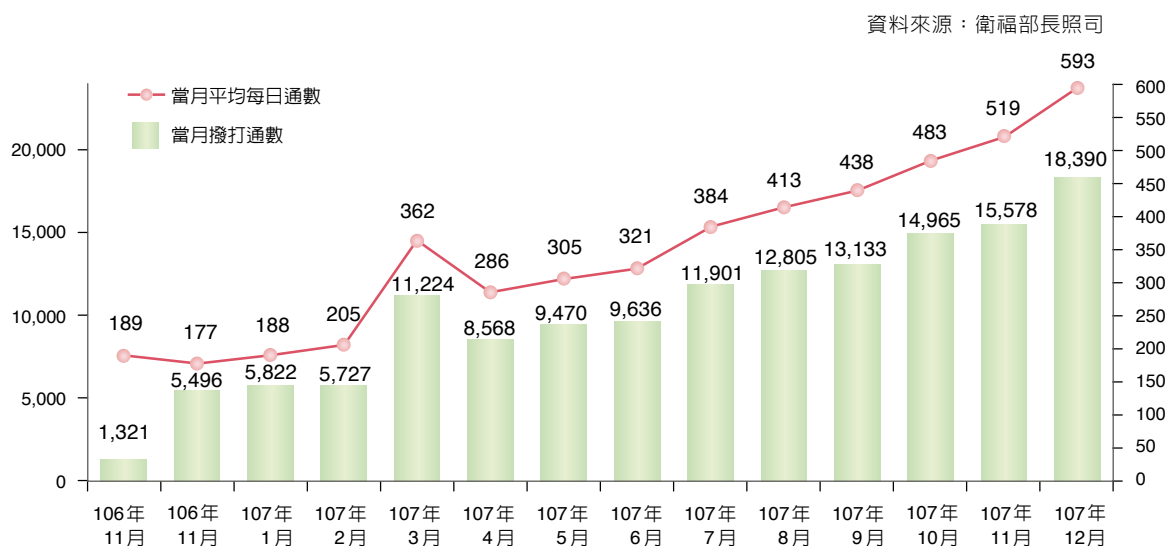
144,036 通，平均每日撥打 357 通；每通通話 4.10 分鐘。上班日平均每日 472 通；非上班日平均每日 107 通。長照服務專線撥打情形，如圖 5-3。

第二節 服務品質

一、老人福利機構每 4 年應接受評鑑 1 次，前次 105 年度老人福利機構評鑑家數計 134 家，包含本部所屬及主管機構、直轄市、縣（市）之公立、公設民營與財團法人老人福利機構；評鑑結果為優等 16 家（11.9%）、甲等 75 家（56%）、乙等 35 家（26.1%）、丙等 7 家（5.2%），丁等 1 家（0.8%），如表 5-7。

圖 5-3

長照服務專線撥打情形



二、為提升護理之家照護服務品質，依《護理人員法》及《護理機構評鑑辦法》辦理護理之家評鑑，目前一般護理之家截至 107 年 12 月共計 539 家，於 104 至 107 年度計 536 家機構接受評鑑，已評鑑合格者計 487 家，不合格者計 49 家。107 年一般護理之家評鑑共有 305 家受評，其中 260 家合格，45 家不合格，整體合格率達 85.25%。評鑑結果如表 5-8。

三、為提升老人福利機構服務品質，依《衛生福利部辦理老人福利機構評鑑及獎勵辦法》，針對評鑑成績列甲等以上者，予以表揚；若



資料來源：衛福部長照司

成績評列為丙等以下者，則要求限期改善並另行複評。有關一般護理之家部分，依《護理機構評鑑辦法》辦理，倘評鑑為不合格者，依護理人員法第 31-2 條應限期改善，以確保機構服務品質水準。

四、為評量長照機構效能、提升長照服務品質及提供民眾長照選擇，依《長期照顧服務法》及《長期照顧服務機構評鑑辦法》，主管機關對長照機構應予評鑑，評鑑結果分為合格及不合格。依長期照顧服務法第 53 條第 3 項規定略以，長照機構評鑑不合格者，應限期令其改善；屆期末改善者，處罰鍰；屆期



未改善，並得按次連續處罰；情節重大者，得處停業處分，停業期滿仍未改善者，得廢止其設立許可。機構評鑑依長照機構類別分為居家式、社區式及機構住宿式三類，居家式及社區式長照機構之評鑑由地方主管機關辦理，住宿式長照機構及含住宿式長照機構之綜合式長照機構之評鑑由中央主管機關辦理。因應長期照顧服務機構之新設，並為整合各類住宿式機構之評鑑基準，本部 107 年度委託辦理「居家式、社區式長期照顧機構評鑑基準及試辦」及「住宿式長期照顧機構、一般護理之家、老人福利機構評鑑基準整合及試辦計畫」，擬定居家式、社區式長照機構評鑑基準範本，作為地方政府辦理長照機構評鑑業務參考，以確保全國長照服務品質之一致性。至住宿式長照機構部分，本部規劃於 109 年度辦理住宿式長照機構評鑑，並規劃於 108 年底公告評鑑基準。

表 5-7 105 年度老人福利機構評鑑結果

資料來源：衛福部社家署

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

備註：老人福利機構每 4 年應接受評鑑 1 次，下次評鑑為 109 年度。

表 5-8 107 年一般護理之家評鑑結果

資料來源：衛福部照護司

等級	機構數	百分比 %	合格率 (%)
合格	260	85.25	85.25
不合格	45	14.75	
合計	305	100	



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



傳染病防治

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



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

第一章 傳染病防治簡介

為杜絕傳染病發生、傳染及蔓延，訂定《傳染病防治法》等法規，以規範各級政府機關、醫事機構及人員、民衆等防治之義務及權利，並讓相關人員執行工作時有所依循。

第一節 傳染病防治法規與架構

一、傳染病防治法規：

《傳染病防治法》及《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》是執行傳染病防治的兩大重要法規。107 年訂定及修正法案，如表 6-1。

二、防疫行政架構

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

三、檢驗架構

本部疾管署負責各種傳染病檢驗及研究業務，於全國建置完善的傳染病檢驗服務網，除該署 12 間實驗室，並依法認可 268 家檢驗機構、指定 9 家新型 A 型流感檢驗機構及 1 家列管高危險病原體及毒素檢驗機構，8 家腸病毒及流感病毒合約實驗室、8 家結核菌合約實驗室。訂有「傳染病檢體採檢手冊」，並補助地方衛生局辦理「全國傳染病檢體採檢送驗品質管理工作」，以確保檢體採檢送驗之品質、時效及安全。

四、指揮架構

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

運作架構係透過中央、區域、地方三層架構的策略性聯防，圍堵疫情擴散。當發生疫情，

表 6-1 107 年訂定及修正法案表

資料來源：衛福部疾管署

日期	名稱	修正重點
6 月 13 日	傳染病防治法	避免公共衛生護理人員施行預防接種業務可能違反藥事法及藥師法之疑慮；另配合藥事法修正疫苗等生物藥品查訖封緘制度，爰修法以利預防接種受害救濟基金徵收作業。
6 月 13 日	人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例	放寬我國愛滋感染者捐贈及使用器官之規定，允許符合臨床條件且健康狀況穩定之感染者得捐贈器官予其他感染者使用。
11 月 16 日	預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法	增訂陳述意見，擴大當事人參與以保障民衆權益；並明定給付金額裁量參酌因素、界定發生不良反應與預防接種關聯性之認定分類等規定。
12 月 24 日	受聘僱外國人健康檢查管理辦法	鑑於近年全球疫苗貨源短缺不穩，使部分外國人士抗體檢驗陰性，卻無法獲得疫苗接種，致未能取得在臺工作證及居留證，爰增訂例外規定。

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

第二節 疫情監測與調查機制

疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及建立疾病流行的長期趨勢，做為擬定傳染病防治政策之參考。107 年法定傳染病確定病例統計如附錄二，監測與調查情況如下：

一、多元化傳染病監測體系：包括法定傳染病個案通報、學校及人口密集機構監視、急診即時疫情預警監視及實驗室傳染病自動通報等指標型監測系統，並運用健保門、急、

住診及衛生福利部死亡登錄資料進行疾病趨勢分析；另透過網路媒體即時蒐集國內外疫情，進行事件型監測。

二、疫情通報系統之整合：107 年持續推動跨部會資料交換，整合行政院農業委員會、衛福部食藥署、健保署及疾管署等機關之疫情資料，使疫情監測更臻完備。

三、疫情調查：就突發及不明原因之傳染病群聚事件進行調查，107 年調查 1,281 件疑似群聚案件。

第二章 重要及新興傳染病防治

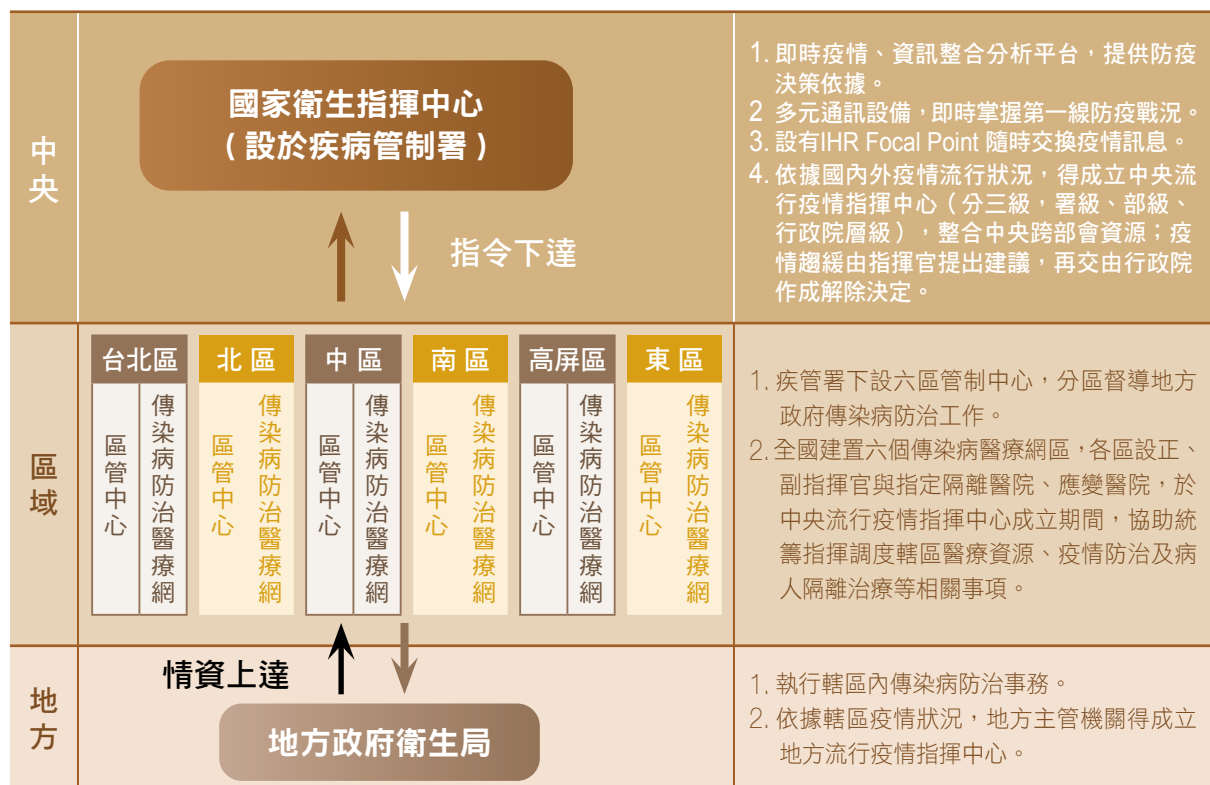
第一節 結核病防治

持續推動新診斷技術、新藥之引進，以縮短結核病診斷治療期程，提升潛伏結核感染治療涵蓋率，107 年成果如下：

圖 6-1

傳染病防治指揮架構圖

資料來源：衛福部疾管署



- 一、107 年結核病新案數 9,179 人，全國發生率為 39 例 / 10 萬人口，自 94 年以來發生率累積降幅達 47%（圖 6-2），顯見防治策略奏效。
- 二、推動直接觀察治療（都治）計畫，結核病人納入計畫比率達 98% 以上。
- 三、實施「抗藥性結核病醫療照護體系」，105 年世代追蹤之 24 個月的治療成功率為 75%。
- 四、加強落實接觸者檢查，每一指標結核病人平均追蹤檢查 13 位接觸者，以降低結核病再傳播的風險。
- 五、擴大推動「潛伏結核感染（Latent tuberculosis infection, LTBI）治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療」，107 年計提供 6 萬 8,481 人 LTBI 篩檢服務，有 1 萬 1,210 人篩檢陽性，加入治療比率達 8 成。107 年計提供 9,423 人 LTBI 治療服務，相較 106 年 LTBI 治療人數增加近千人，有效降低高風險族群未來發病風險。

- 六、主動積極發現個案，107 年經由胸部 X 光主動篩檢發現 364 例個案。

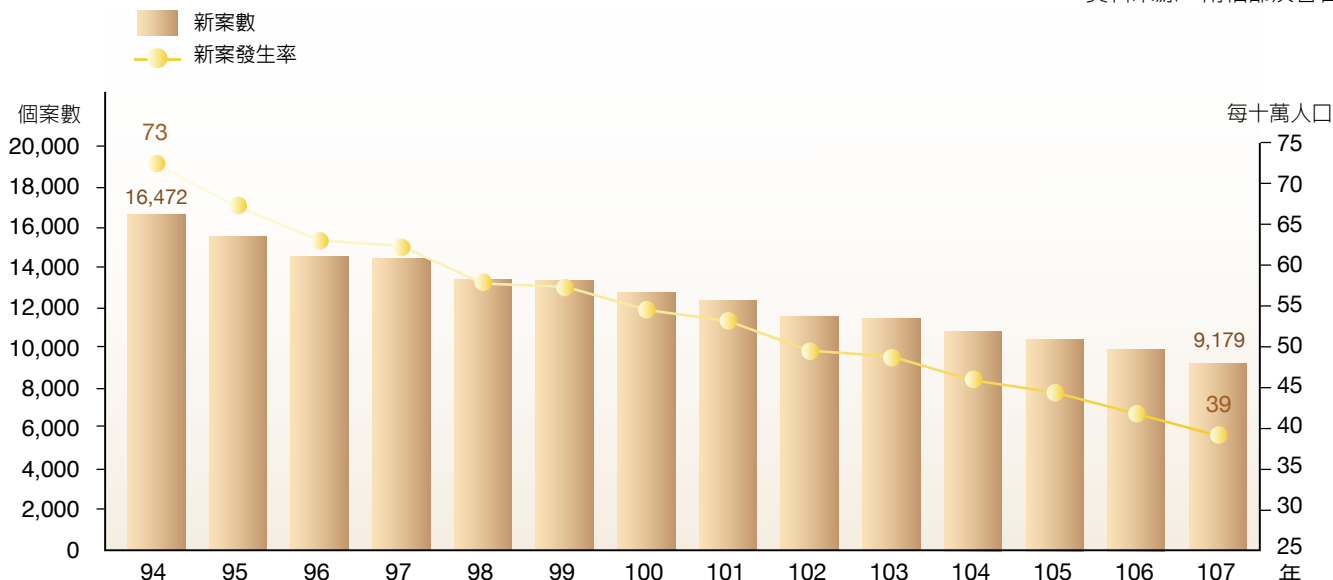
第二節 腸道傳染病防治

一、腸病毒

107 年腸病毒重症確定病例計 36 例，其中 8 例死亡，死亡個案均為新生兒。自 107 年 5 月中旬起，社區出現腸病毒伊科 11 型流行疫情，該型別腸病毒除造成新生兒重症病例，在醫院、產後護理機構等新生兒照護單位亦發生群聚感染事件。為控制腸病毒傳播並降低對新生兒的威脅，本部疾管署於疫情高峰期間成立應變小組，與地方政府及醫界密切合作，加強對孕產婦、托育人員之衛教，並透過無預警查核，督導醫療機構及產後護理機構加強感染管制，同時提升重症醫療照護品質與確保轉診機制順暢，降低對國人健康及社會可能造成之衝擊。

圖 6-2 歷年結核病發生數變動趨勢圖

資料來源：衛福部疾管署



二、急性病毒性 A 型肝炎

107 年確定病例計 88 例（境外移入 33 例，本土病例 55 例）。為避免爆發流行疫情，自 107 年起例行提供「急性病毒性 A 型肝炎確定病例接觸者」1 劑公費疫苗作為暴露後預防接種，並持續推動「擴大 A 型肝炎公費疫苗接種試辦計畫」，使 107 年之急性病毒性 A 型肝炎發生率降至每十萬人口 0.37 人，獲得良好控制。（如圖 6-3）

第三節 病媒傳染病防治

107 年登革熱確定病例計 533 例，其中境外移入病例 350 例，本土病例 183 例，男女性別比為 1.27：1。本土病例主要集中於台中市及新北市，其餘 6 縣市僅有零星病例，且均能快速阻斷疫情傳播，無死亡個案發生，防治成效良好。歷年登革熱確定病例數如圖 6-4、6-5，重要防治策略如下：

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

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

三、國衛院國家蚊媒中心持續與高風險縣市政府合作，培訓專業人員，運用科學實證資料協助防治實務。

第四節 血體液傳染病防治

一、人類免疫缺乏病毒感染

73 年至 107 年底累計通報 3 萬 7,917 例本國籍感染者，其中 1 萬 7,902 例發病，6,466

圖 6-3

歷年急性病毒性 A 型肝炎確定病例數及發生率統計圖

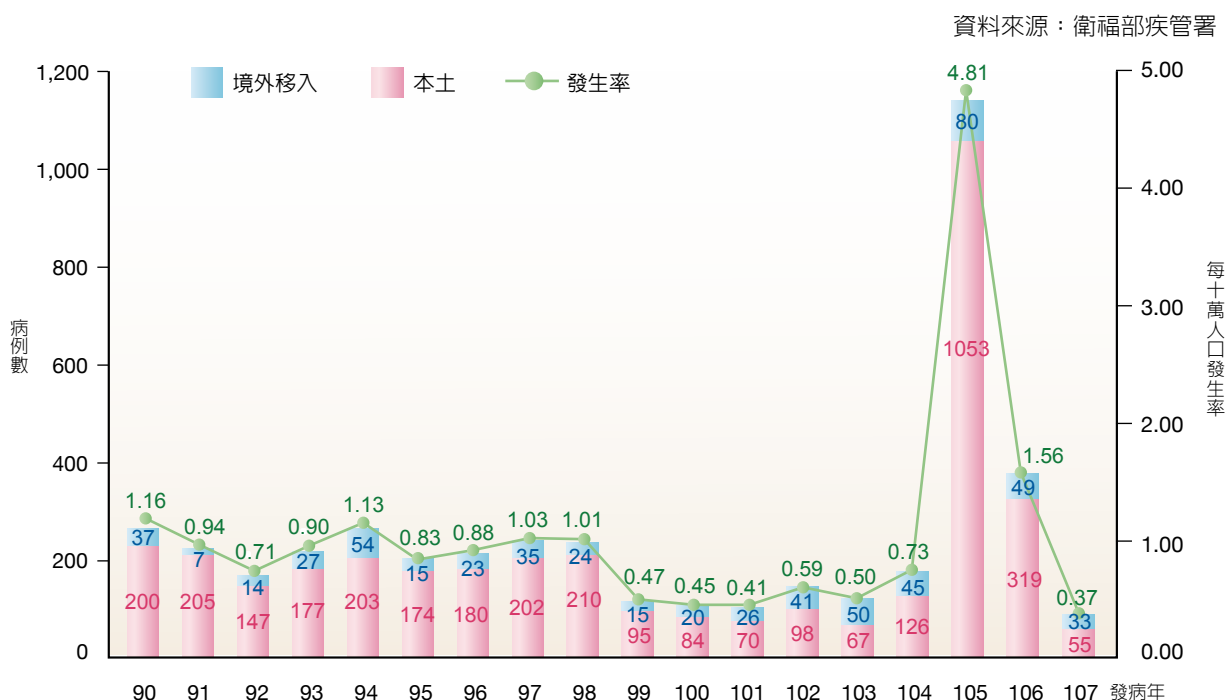


圖 6-4 歷年登革熱確定病例數統計圖（本土病例）

資料來源：衛福部疾管署

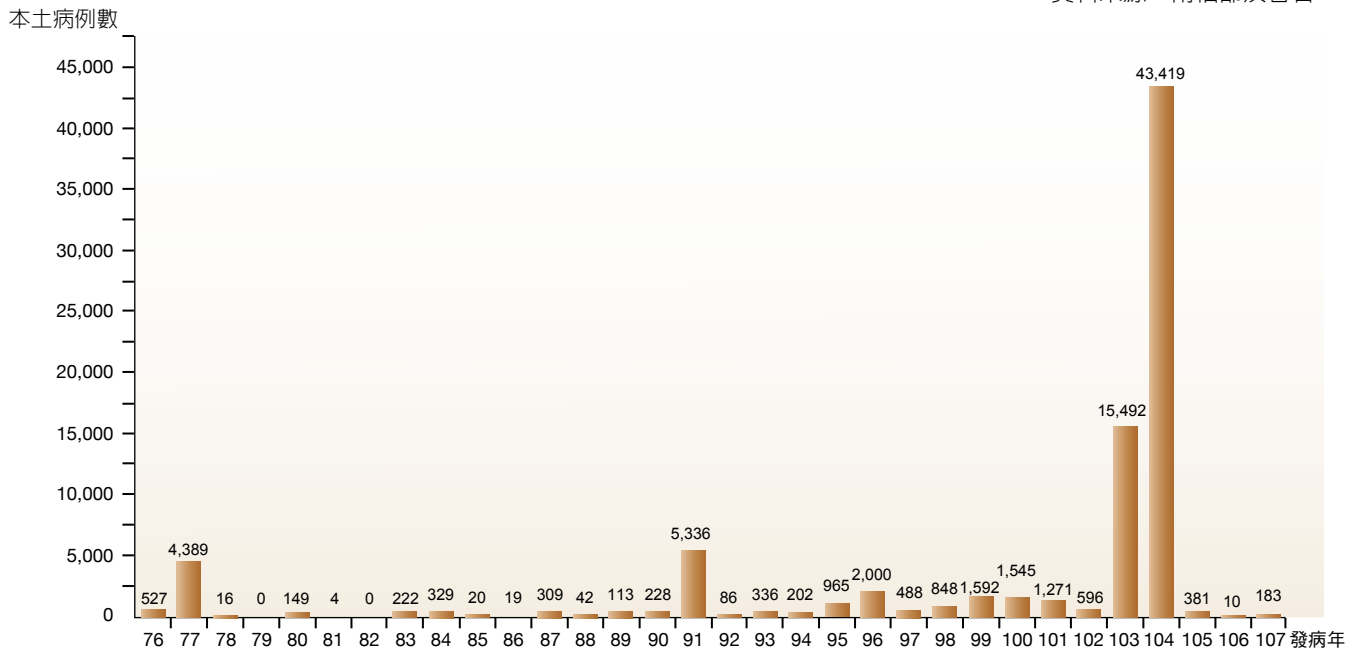
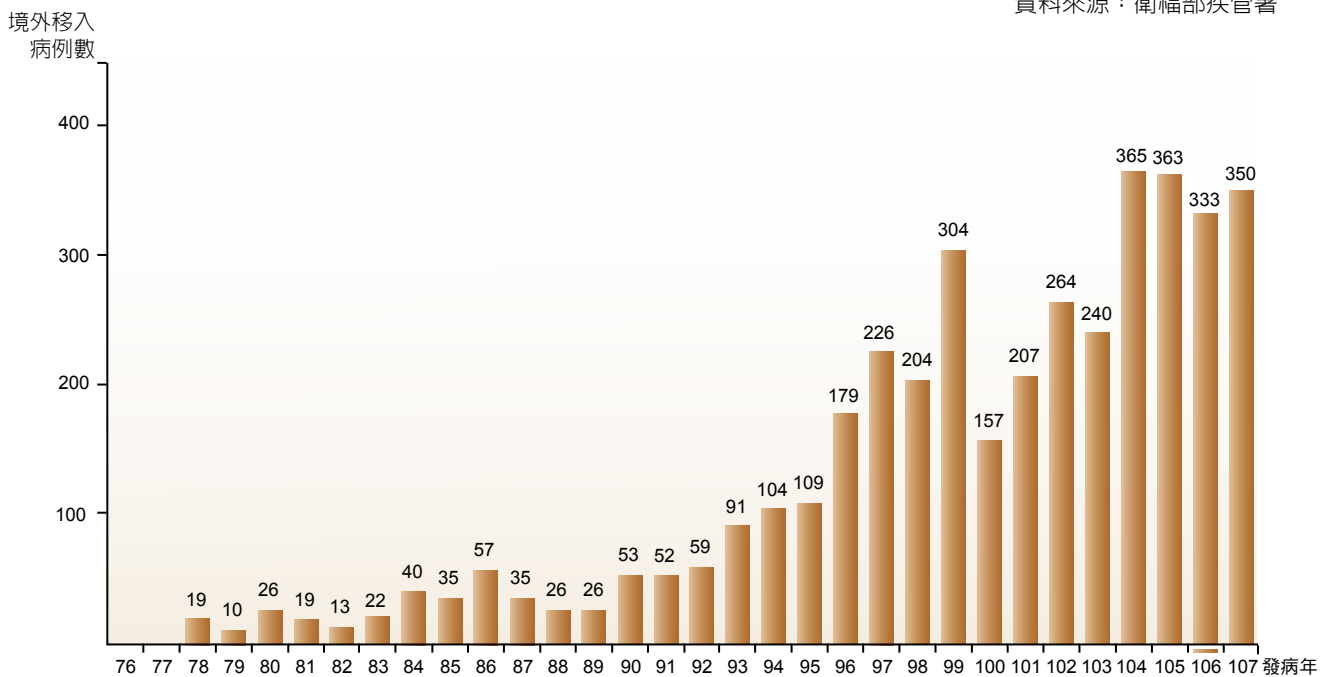


圖 6-5 歷年登革熱確定病例數統計圖（境外移入）

資料來源：衛福部疾管署



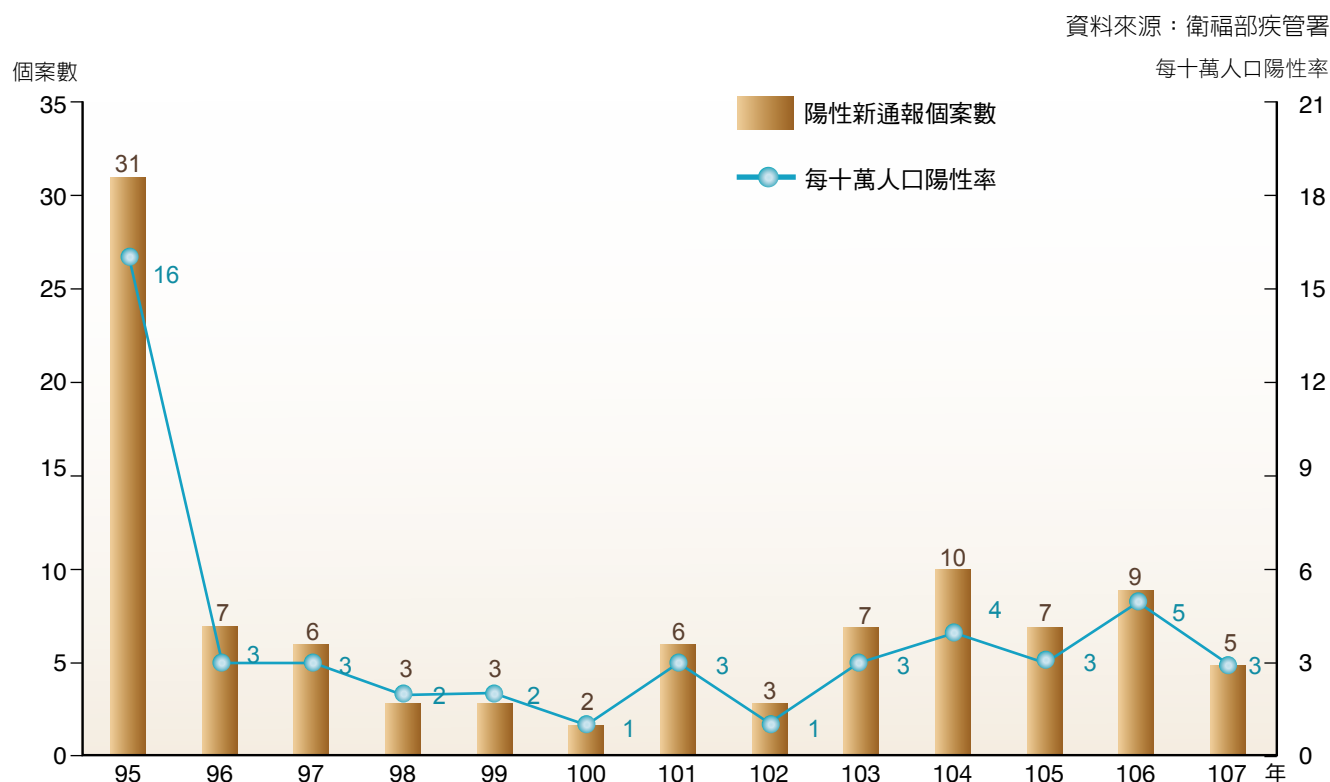
例死亡。107 年新增感染者 1,992 人，相較 106 年新增感染者 2,511 人，降幅 21%；男女性別比為 45.3：1；新增感染者 96%係透過不安全性行為感染，並以男男間不安全性行為為主，占全年通報人數 86%。107 年防治成果如下：

- (一) 為使男男間性行為者獲得適當介入服務，推動設置 5 家同志健康社區服務中心提供愛滋醫療諮詢門診、篩檢或衛教諮詢等服務，107 年提供 1 萬 1,155 人次篩檢服務。
- (二) 持續辦理藥癮愛滋減害計畫，新通報個案之藥癮者占比由 94 年 72%降至 107 年 2%。
- (三) 為兼顧民衆隱私及便利，提供民衆愛滋篩檢諮詢及轉介就醫等服務，辦理

「免費愛滋匿名篩檢諮詢服務計畫」，107 年提供 4 萬 2,837 人次篩檢服務，陽性率 1.4%；另，107 年 7 月起，參考美國約翰霍普金斯大學教授社區工作實務經驗，與衛生局及民間團體合作，動員同儕導師於社群宣導安全性行為及定期篩檢等，提供 1 萬 7,784 人次篩檢服務，陽性率 0.7%。

- (四) 107 年 9 月起推動「107-108 年愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥（Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP）計畫」，結合衛生局及 38 家執行機構，提供全人之整合性照護服務。
- (五) 為減少母子垂直感染，執行孕婦全面篩檢服務、預防性投藥等介入措施。107 年篩檢發現 5 名新診斷感染者，如圖 6-6。

圖 6-6 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫陽性個案數及陽性率圖



二、急性病毒性 B、C 型肝炎

107 年急性病毒性 B 型及 C 型肝炎確定病例分別為 143 及 515 例。持續辦理孕婦 B 型肝炎產前檢驗和新生兒 B 型肝炎預防注射，國內 6 歲兒童帶原率自實施預防注射前之 10.5% 降至約 0.8%。

第五節 季節性流感防治

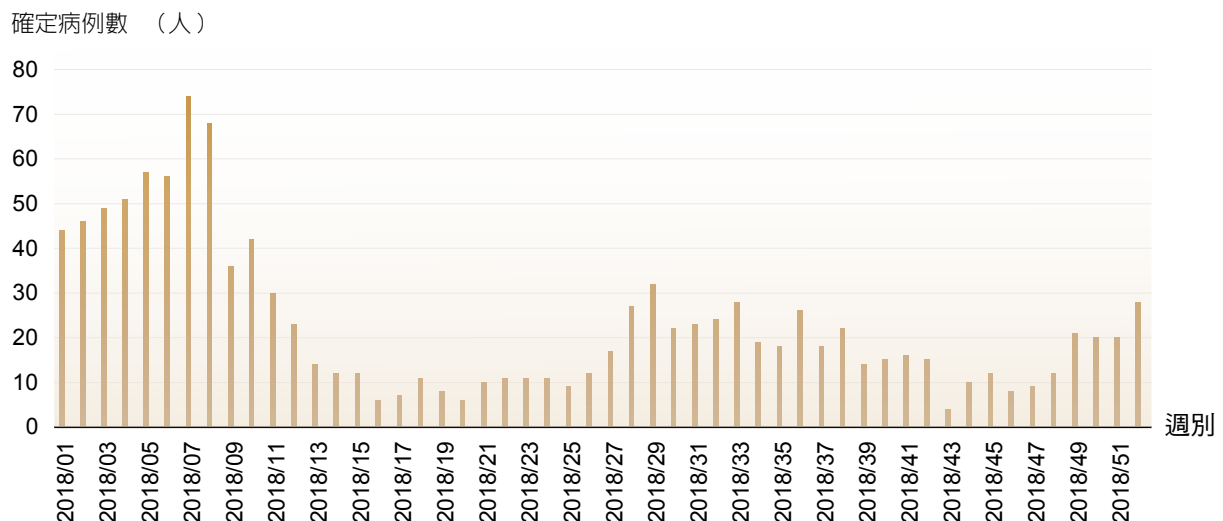
- 一、107 年流感併發重症確定病例共計 1,196 例，其中 202 例死亡，致死率為 16.9%，如圖 6-7。
- 二、107 年 10 月起辦理「流感疫苗接種計畫」，107 年度接種對象包含滿 6 個月以上至國小入學前幼兒等 9 類對象；另補助除校園集中接種學生外的所有對象接種處置費。107 年度因發生流感疫苗供應品質異常事件，為維護民衆接種安全，需停用部分批號疫苗並要求廠商重新交貨，致使當年度流感疫苗接種量稍有下降，共計接種 536 萬劑。

- 三、依「流感疫情高峰期應變作戰計畫」嚴密監測疫情發展、強化急重症醫療照護品質與資源調度，增設公費流感抗病毒藥劑配置點達 4,300 多家，辦理擴大公費藥劑適用對象。

第六節 新興傳染病防治

- 一、辦理桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、宜蘭縣及臺東縣政府生物病原重大人為之危安事件或恐怖攻擊兵棋推演共計 6 場次，針對應變相關人員進行任務分工、隊員出動及標準化作業流程演練，確保生恐應變量能，並獲行政院高度肯定。
- 二、建立生物防護應變快速篩檢流程，擴充生物病原現地初判量能。
- 三、建立國際交流網絡，增加國際能見度：
 - (一) 分別於 107 年 5 月及 12 月赴以色列與澳洲拜會衛生相關部門，進行防疫經驗交流。

圖 6-7 107 年流感併發重症確定病例圖



(二) 分別於 107 年 7 月、8 月及 11 月赴奧地利及美國參加「第四屆流感暨人畜共通傳染病國際研討會」、「第七屆國際新興傳染病與監視研討會」及「新興傳染病國際研討會」。

(三) 辦理「107 年新興傳染病醫療機構整備與應變研討會」，邀請新加坡、香港、義大利及美國之傳染病疫情醫療應變專家擔任講座。

四、辦理傳染病防治醫療網網區應變醫院傳染病緊急應變計畫演習，以中東呼吸症候群冠狀病毒感染症為模擬情境，並預先通知演習時間之半預警式演習，驗證 6 家應變醫院之緊急應變量能與緊急應變計畫落實度。

第七節 境外傳染病防治

針對船舶、航空器、人員執行必要的檢疫措施，港埠內的相關單位聯合組成衛生安全工作小組，維護入出境我國國際港埠的衛生安全。

一、國際港埠檢疫

107 年總入境人數 2,762 萬 3,223 人，經由各機場港口檢疫站紅外線體溫測溫儀篩檢出有症狀旅客共計 2 萬 6,401 人，其中確診罹患法定傳染病個案計有 158 例（登革熱 151 例、屈公病 7 例）。

二、旅遊傳染病防治

設立旅遊醫學特別門診，提供民眾出境前旅遊諮詢、預防接種及預防用藥等服務，全國 30 家合約醫院，107 年服務量達 3 萬 1,540 人次。

第三章 防疫整備及感染管制

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

第一節 流感大流行之整備與因應

一、創新防疫物資儲備及管理調度機制，提升物資儲備效益

(一) 建置電子商務採購平臺，確保防護裝備流通換貨機制，以及中央、地方和醫院防疫物資三級庫存管理制度，維持防護衣、N95 等級口罩及外科手術面罩安全儲備量。

(二) 維持全人口數 10-15% 流感抗病毒藥劑儲備量，並於流感流行高峰期擴大藥劑適用對象。

二、建立跨部會應變機制，有效因應國內禽流疫情

(一) 透過跨部會溝通平臺及相關聯繫會議，請農政單位鼓勵禽畜相關從業人員及動物防疫人員接種流感疫苗，接種率達 95.9%。

(二) 密切監控禽流感病毒變異及禽傳人之風險，及督導縣市監測禽場作業人員健康情形，未發現有人類禽流感病例。

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

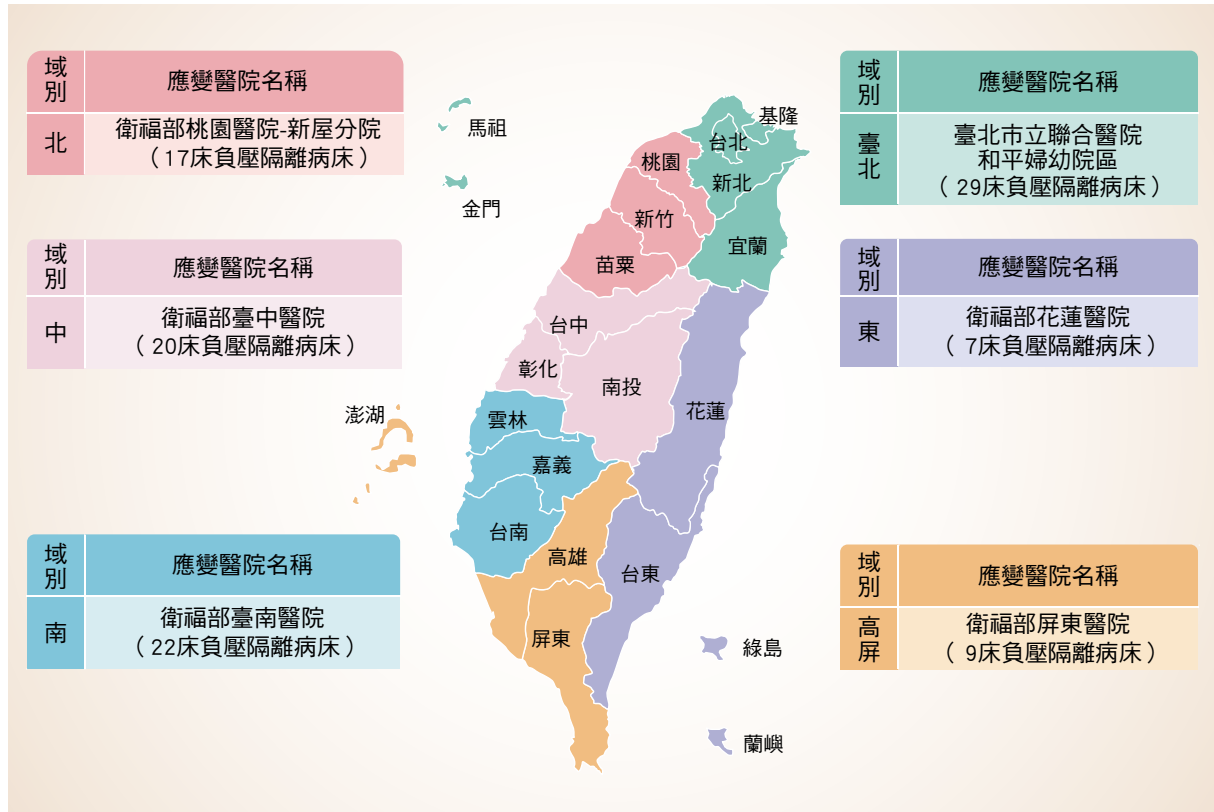
第二節 醫療照護相關感染管制與實驗室生物安全管理

一、自 106 年起調整醫院感染管制查核頻率為至少每 2 年 1 次，107 年共計 254 家醫院接受實地訪查，合格率为 97.8%，不合格之醫院複查均合格。

二、107 年首次辦理矯正機關及托嬰中心感染管制查核，實地查訪 51 所矯正機關及 353 家托嬰中心，合格率分別為 100% 及 99.7%，待改善之機構複查均合格。

圖 6-8 傳染病防治醫療網

資料來源：衛福部疾管署



備註：107年指定隔離醫院共132家，並於每網區指定1家應變醫院與1家支援合作醫院。

三、建置醫院及長期照護機構感染管制查核資訊系統，107年正式上線，以便利查核資料分析與管理，減少查核作業行政流程及人力負荷。

四、強化抗藥性微生物多元監測機制

(一) 抗生素抗藥性管理通報系統於106年3月上線，提供交換平臺自動傳輸及人工批次上傳等2種通報機制，監測醫院全院常見重要細菌之實驗室藥敏試驗結果及其相關資料，截至107年已有100餘家醫院通報。

(二) 建置重要微生物抗藥性監測計畫，蒐集世界衛生組織(WHO)所列重點病原體菌株，以監測其抗生素抗藥性及重要抗藥性基因。

五、第71屆世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)期間，於瑞士日內瓦舉辦「全球衛生安全-遏止抗生素抗藥性傳播專業論壇」，邀請瑞士聯邦議員及專家討論抗藥性議題。

六、舉辦「亞太經濟合作會(APEC)抗生素抗藥性國際研討會」，邀請國內外抗生素管理或感染管制專家，分享推動抗藥性防治之策略與成果。

七、響應世界衛生組織(WHO)對抗生素抗藥性議題之重視，辦理世界手部衛生日與世界抗生素週活動。

八、生物安全管理

(一) 落實國內高防護實驗室暨高危害病原使用或保存單位、管制性病原及毒素實驗室 / 保存場所之生物安全與生物保全督導，辦理現場查核工作，確保該等實驗室 / 保存場所安全無虞：

1. 抽查 15 家設置單位 24 間高防護實驗室暨高危害病原使用或保存單位。受查核單位所列缺失，皆於規定期限內完成改善，缺失改善率為 100%。
2. 查核國內 7 家管制性病原及毒素設置單位之實驗室 / 保存場所，查核完成

率為 100%。受查核單位所列缺失，皆於規定期限內完成改善，缺失改善率為 100%。

(二) 完成國內 17 間生技產業相關實驗室導入「實驗室生物風險管理系統」，截至 107 年止，國內已有 60 間生技產業相關實驗室成為導入前開管理系統之示範實驗室，有助於政府推動及提升實驗室自主管理能力。

(三) 截至 107 年底，國內持有、保存、使用第二級危險群以上病原體及生物毒素之設置單位共計 502 家，其類型及家數統計如表 6-2。

表 6-2 107 年設置單位生物安全管理組織之類型及家數統計表

資料來源：衛福部疾管署

類別註	類型	政府機關	醫事機構	學術研究機構	其他機關或事業	小計	合計
生物安全會		20	153	54	269	496	502
生物安全專責人員		0	0	0	6	6	

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

第三節 研究及檢驗

一、受理傳染病檢體共計 12 萬 2,376 件，檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計 2 萬 928 件，陽性率為 17.1%。

二、監測檢驗 4,597 件蟲媒病毒檢體，成功驗出 3 例境外移入茲卡（Zika）病毒感染個案及 7 例境外移入屈公（Chikungunya）病毒感染個案，阻絕疫情於境外。

三、提供 7 種抗結核病藥物快速分子檢驗，除改善與傳統檢驗結果不一致性外，亦大幅縮短

抗藥性病人檢驗至治療之時間差距，提高治療成功率。

四、持續「台灣剝絲網（PulseNet Taiwan）」食媒疾病監測，建置並運用沙門氏菌泛基因體等位基因資料庫及其分析程式，接軌國際食媒疾病監測網。

五、辦理社區腸病毒及呼吸道病毒監測，提供預警、防治、檢驗試劑及疫苗開發之參考。

六、完成登革熱 NS1 分型快速檢驗試劑技轉，協助廠商通過體外診斷醫療器材查驗登記。

- 七、分讓流感病毒株予世界衛生組織（WHO）流感合作中心，參與全球流感監測。
- 八、應用「全自動核酸偵測平台」於腹瀉群聚檢測，縮短檢驗時效，並協助新興病原之偵測。
- 九、持續蒐集與多元化「病原微生物基因體資料庫（Taiwan Pathogenic Microorganism Genome Database, TPMGD）」與生物材料庫存，累計超過 33,000 筆基因序列資料，新增保存流感病毒 1,734 株、腸病毒 1,304 株及細菌株 5,048 株等生物材料；提供 21 件學術單位及 9 件產業界的生物材料申請案，有助於學術研究以及試劑開發。
- 十、在全球合作暨訓練架構（Global Cooperation and Training Framework, GCTF）下，與外交部及美國在臺協會合作辦理「腸病毒檢驗診斷國際研習營」，邀請含新南向國家共 15 個國家，透過技術交流協助參與國家建立腸病毒分生檢測診斷能力，提升亞太地區對腸病毒之檢驗診斷量能。
- 十一、協助血液基金會進行疑似輸血感染肝炎病毒關聯性分析，釐清捐血者與受血者所感染病原體之關聯性，以利後續道義救助事宜。107 年度疑似案件共 7 件，皆未發現捐血者與受血者間具感染關聯性。
- 十二、評估現行人類免疫缺乏病毒標準檢驗工作流程，做為擬訂防疫政策及修訂愛滋防治工作手冊之參考依據，以縮短人類免疫缺乏病毒確診時效，即早開始治療。
- 十三、目前嵌入酶抑制劑列為「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」第一線推薦用藥，但目前國內無食藥署核准之基因檢測試劑，本部疾管署提供人類免疫缺乏病毒嵌入酶抑制劑抗藥性檢測，作為更換處方用藥之參考依據。



第四章 預防接種

第一節 預防接種現況與趨勢

為疫苗政策之永續推動，自 99 年起依《傳染病防治法》第 27 條成立疫苗基金，以確保財源穩定，並逐年推動新疫苗政策。於 107 年將公費 A 型肝炎疫苗實施對象擴及全國，納入幼兒常

規接種項目，目前幼童免費常規疫苗共 10 項，可預防 15 種傳染病，接種時程如表 6-3。

建置「全國性預防接種資訊管理系統」掌握及追蹤在籍幼童的預防接種情形，幼童各項常規疫苗均維持高接種率如圖 6-9。對於因預防接種而受害者，設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

表 6-3 幼童常規預防接種項目及時程

108 年 7 月版

資料來源：衛福部疾管署

接種年齡	疫苗種類
出生 24 小時內	■ B 型肝炎免疫球蛋白一劑（提供母親為 s 抗原陽性新生兒接種） ¹ ■ B 型肝炎疫苗第一劑
出生滿 1 個月	■ B 型肝炎疫苗第二劑
出生滿 2 個月	■ 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第一劑 ■ 13 價結合型肺炎鏈球菌疫苗第一劑
出生滿 4 個月	■ 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第二劑 ■ 13 價結合型肺炎鏈球菌疫苗第二劑
出生滿 5 個月	■ 卡介苗一劑（建議接種時間為出生滿 5-8 個月）
出生滿 6 個月	■ B 型肝炎疫苗第三劑 ■ 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第三劑
出生滿 6 個月至國小	■ 流感疫苗
出生滿 12 個月	■ 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑 ■ 水痘疫苗一劑
出生滿 12 ~ 15 個月	■ 13 價結合型肺炎鏈球菌疫苗第三劑 ■ A 型肝炎疫苗第一劑 ²
出生滿 1 年 3 個月	■ 活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗第一劑
出生滿 1 年 6 個月	■ 五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第四劑
出生滿 1 年 6 個月至 1 年 9 個月	■ A 型肝炎疫苗第二劑
出生滿 2 年 3 個月	■ 活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗第二劑
滿 5 歲至國小一年級	■ 白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗一劑 ■ 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第二劑 ■ 活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗一劑 ³

備註：1. B 型肝炎免疫球蛋白自 108 年 7 月起之實施對象，由原母親為 e 抗原陽性之新生兒，擴及母親為 s 抗原陽性之新生兒。

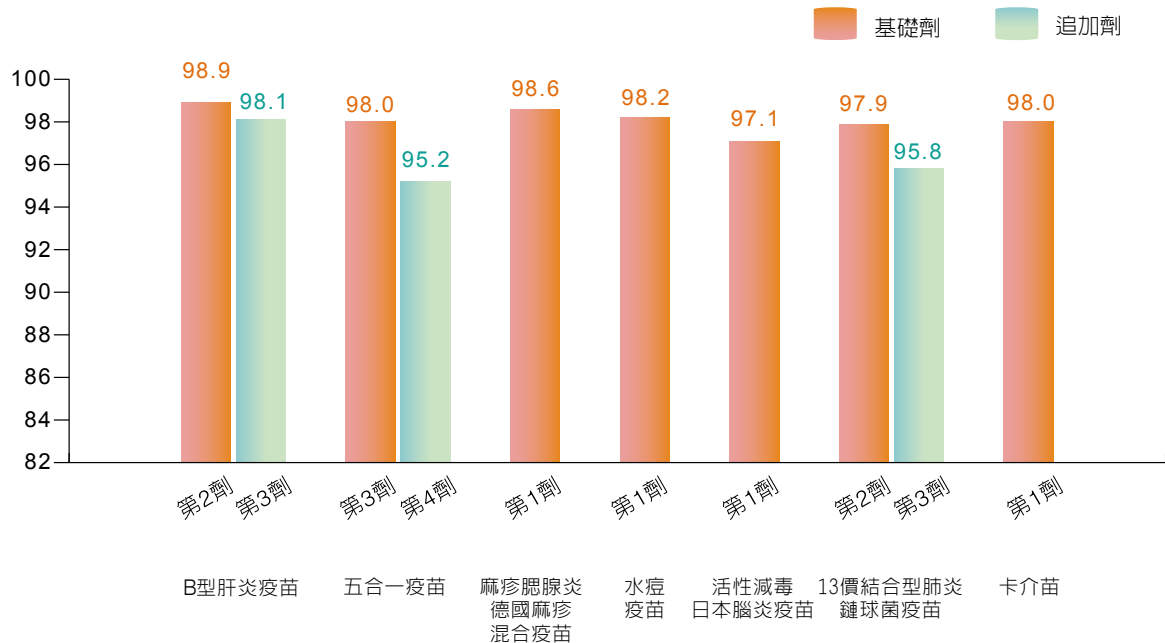
2. A 型肝炎疫苗 107 年 1 月起之實施對象為 106 年 1 月 1 日（含）以後出生，年滿 12 個月以上之幼兒；以及設籍於 30 個山地鄉、9 個鄰近山地鄉之平地鄉鎮及金門連江兩縣等原公費 A 肝疫苗實施地區補接種之學齡前幼兒。

3. 先前已完成 3 劑不活化日本腦炎疫苗之幼童銜接 1 劑完成接種時程。

圖 6-9

107 年 3 歲以下幼兒各項預防接種完成率

資料來源：衛福部疾管署



備註：◆ 活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗：因涉疫苗轉銜接種，部分已完成3劑不活化日本腦炎疫苗之兒童，銜接1劑活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗須至滿五歲至入國小前再完成接種時程

※統計時間：截至107年12月底

第二節 血清疫苗研製

為保障國人健康，本部疾管署自行生產抗蛇毒血漿原料，並以委託製造方式，由國家衛生研究院生物製劑廠將抗蛇毒血漿製成抗蛇毒血清製劑，以治療毒蛇咬傷病人。

一、107 年 10 月 20 日由部長親自主持國家免疫馬匹畜牧場揭牌啓用儀式，該馬場有六棟馬舍、四座戶外運動場、兩座馬匹漫步機及血漿蒐集用潔淨室。全區最大飼養數可達 100 匹馬。

二、107 年生產抗蛇毒血漿 500 公斤，另委託國家衛生研究院生物製劑廠製造抗蛇毒血清製劑 2,600 劑，供應國內毒蛇咬傷病人所需。



107 年 10 月 20 日部長視察國家免疫馬匹畜牧場



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



食品藥物 管理

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



食品藥物管理政策係以保護民衆健康為核心價值，107 年工作重點為健全法規標準及審查制度、落實源頭管理、建構綿密的品質鏈監測體系、精進國家實驗室功能、建置風險預警及管理機制，積極強化消費者保護與溝通，提供「藥求安全有效」、「食在安心健康」之消費環境。

第一章 食品管理

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

第一節 食品法規標準及產品審查

一、積極推動《食品安全衛生管理法》（下稱食安法）及《健康食品管理法》，共增修訂相關法規 46 項，詳細資訊公開於衛福部食藥署網站>業務專區>食品>食品、餐飲、營養相關法令規章下，供各界查詢。

二、辦理特定食品查驗登記，已核可在案許可證件數如表 7-1。

第二節 食品源頭管理

一、107 年底「食品業者登錄平台」（簡稱：非登不可，網址：<http://fadenbook.fda.gov.tw/>）已掌握超過 44 萬家食品業者資訊，另為完善食品業者登錄內容，107 年 7 月 18 日修正食品業者登錄辦法，增列填報倉儲場所基本資訊。

二、107 年「食品追溯追蹤管理資訊系統」（簡稱：非追不可，網址：<http://ftracebook.fda.gov.tw/>）已公告累計納入 25 類業者，精進食品溯源管理。

三、輸入食品邊境查驗

（一）輸入經中央主管機關公告之食品等相關物品，已公告應實施輸入食品查驗之貨品分類號列數，截至 107 年底計 2,613 個號列。

表 7-1 107 年核可特定食品查驗登記許可證件數

資料來源：衛福部食藥署

應查驗登記食品類別		有效證件數
輸入錠狀、膠囊狀食品		6,922
健康食品		372
食品添加物		6,296
基因改造食品		140
特殊營養食品	特定疾病配方食品	200
	嬰兒配方奶粉及較大嬰兒配方輔助食品	126
國產維生素類錠狀、膠囊狀食品		1,265
真空包裝黃豆即食食品		14
總計		15,335

- (二) 107 年查驗約 68 萬 2,575 批食品及相關產品，不合格產品均依規定辦理退運或銷毀。

第三節 食品安全鏈監測

- 一、針對市售高風險食品抽樣檢驗殘留農藥、殘留動物用藥、重金屬、真菌毒素等物質，進行長期性滾動式監測，辦理後市場監測計畫，加強把關，107 年度完成 9,170 件食品抽驗，結果如表 7-2。

二、專案稽查抽驗

依據歷年稽查情形，配合政策管理重點並考量消費習慣及社會關注議題，整合規劃全國性稽查專案，針對各類食品業者及食品執行稽查，107 年度衛生機關完成 GHP 稽查 17.5 萬家次，標示稽查 59.3 萬件；進口食品及國產食品抽驗合格率分別達 98% 及 96%。

- 三、針對民衆高關注或不合格率較高之禽畜水產品及農產品加強監測，以輸入農產品為例，105 年度平均合格率 92.1%，106 年度平均 95.6%，107 年度平均 96.5%，合格率逐年遞增。

第四節 食品安全衛生管理

- 一、法規標準訂定與國際接軌：截至 107 年底共訂有 380 種 6,753 項農藥殘留容許量、141 種 1,433 項動物用藥殘留容許量、791 種食品添加物標準。

- 二、強化輸入源頭管理：食藥署實施系統性查核之產品範圍，由原「肉類產品」等，擴大新增納入「水產品」及「乳製品」，強化輸入動物性產品之食品安全管理。

三、完善食品產業管理：

- (一) 第一級品管（食品安全監測計畫、強制檢驗）：現行公告 33 類食品業者，其中 16 類為 107 年公告新增。
- (二) 追溯追蹤：現行公告 25 類食品業者，其中 3 類為 107 年公告新增。
- (三) 專門職業人員：現行公告 15 類食品業者，其中 10 類為 107 年公告新增。

第五節 食品衛生安全管理系統驗證

經公告之罐頭食品、食品添加物、乳品加工、特殊營養食品及資本額 3,000 萬元以上食用油脂、麵粉、澱粉、食鹽、糖、醬油等 10 類製造業者，截至 107 年底計 475 家應執行衛生安全管理系統

表 7-2 107 年食品後市場監測結果

資料來源：衛福部食藥署

監測 / 稽查項目	結果		
	總件數	合格數	合格率 (%)
市售與包裝場農產品殘留農藥	4,467	3,977	89.0
市售食品動物用藥殘留	3,580	3,551	99.1
市售食品真菌毒素含量	570	567	99.4
市售食品重金屬含量	553	550	99.4

驗證。另依食品安全衛生管理法第八條第五項規定，訂定「罐頭及資本額達新臺幣三千萬元以上之食用油脂製造、加工、調配業者應取得衛生安全管理系統驗證」，並自 107 年 12 月 19 日生效。

第二章 藥品管理

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

第一節 藥品法規標準及產品審查

一、持續健全藥物相關管理規範，107 年藥政管理法規共增修訂相關法規 20 項，詳細資訊公開於衛福部食藥署網站>業務專區>藥品>政策/法規/公告專區>藥品相關公告>正式公告下。另訂定「西藥運銷許可及證明文件核發管理辦法」公開於政府資訊公開>法規資訊>藥廠 GMP 相關法規下，供各界查詢。

表 7-3 107 年藥政管理法規增修訂

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
1 月 15 日	公告修訂「衛生福利部食品藥物管理署人民申請案件處理期限表」	修正藥品臨床試驗計畫申請（含 First in Human）辦理天數。
1 月 23 日	公告修正衛署藥字第 0950325965 號公告「台灣藥品臨床試驗資訊網」等相關事宜	為讓潛在受試者及早獲得國內所有核准進行之藥品臨床試驗相關資訊，落實資訊公開透明，自 107 年 2 月 1 日起，凡經衛生福利部核准執行之藥品臨床試驗計畫，於核准後均將於「台灣藥品臨床試驗資訊網」公開。試驗執行期間，應定期上網更新已登錄之試驗執行進度等資訊，以確保該網站資料之完整及正確。
2 月 8 日	修正「藥事法第六條之一應建立追溯或追蹤系統之藥品類別」之高關注類別，新增三十個品項，並自中華民國一百零七年七月一日起生效	衛生福利部食品藥物管理署為掌握藥品來源及流向，依據藥事法第 6 條之 1 規定，於 107 年 2 月 8 日公告擴大新增 30 品項納入藥品追溯或追蹤之申報對象。自 107 年 7 月 1 日起，該等藥品許可證持有藥商、從事該類製劑批發業務的販賣業藥商，應於每月 10 日前將上月份藥品來源及流向資訊，上傳至食藥署所建置之藥品追溯或追蹤申報系統。本次高關注類別是依據健保用藥中高使用量、高金額之風險評估篩選原則，並排除罕病藥品、管制藥品、技術門檻高及仿冒風險低之品項，新增選定 30 個藥品，納入藥品追溯追蹤管理對象。
3 月 22 日	公告訂定輸入規定代號「F04」	輸入人用藥品之原料藥來源應依「輸入藥物邊境抽查檢驗辦法」向食藥署申請辦理輸入查驗。
4 月 11 日	「藥物臨床試驗計畫之試驗用檢體採集耗材套組輸入」便捷通關	食藥署與國際貿易局、關務署合作辦理專供「藥物臨床試驗計畫之試驗用檢體採集耗材套組輸入」便捷通關事宜，以利國內藥物臨床試驗計畫執行效率及品質暨提升政府行政效能。

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
5 月 2 日	函告修訂「藥品臨床試驗計畫之試驗用藥物進出口申請資料查檢表暨申請指引」	因應試驗用檢體採集耗材套組輸入便捷通關實施，修訂「藥品臨床試驗計畫之試驗用藥物進出口申請資料查檢表暨申請指引」。
5 月 9 日	公告「藥品查驗登記審查準則第四十九條之一、第三十九條附件二、第四十條附件四所定經中央衛生主管機關公告得以其他資料替代原料藥技術性資料之藥品」	參考國際間藥品管理模式暨我國已全面實施製劑使用的符合藥品優良製造規範之原料藥，訂定非屬新成分新藥之醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥等製劑之原料藥，得檢附原料藥合成步驟或製程、檢驗規格、方法及成績書等取代原料藥技術性資料。
6 月 19 日	函知有關「調整藥品臨床試驗計畫之試驗用藥品進口申請程序」	針對單一試驗用藥品品項含有多處生產供貨來源之進口申請案，自 107 年 6 月 30 日起得於填列貨品進口同意書申請書時，毋須分開填列項次及數量比例。
7 月 16 日	修正「西藥及醫療器材查驗登記審查費收費標準」第二條	有關藥品臨床試驗變更審查應收費項目包含變更計畫書或計畫書附錄、變更試驗中心或試驗主持人、變更試驗委託者、變更試驗藥品製造廠、變更試驗藥品文件。
8 月 21 日	函知「藥物臨床試驗計畫之試驗用檢體採集耗材套組輸入」便捷通關後續監控管理機制暨處理原則	監控發現不符合「藥物臨床試驗計畫之試驗用檢體採集耗材套組輸入」便捷通關規定者，共分為三階段進行後續處理。
8 月 22 日	公告修正「輸入藥物邊境抽查檢驗辦法部分條文」	原料藥屬中華民國輸出入貨品分類表第二十八章、第二十九章分類號列者，應申請邊境查驗。
9 月 11 日	預告西藥專利連結施行辦法草案	配合藥事法修訂新增第四章之一西藥之專利連結，預告訂定（一）藥品專利資訊提報方式及內容、變更或刪除、登載及公開。（二）學名藥藥品許可證申請人之聲明、書面通知、申請案審查程序及藥品許可證核發。（三）新藥藥品許可證所有人就專利權人或專屬被授權人已提起侵權訴訟及取得侵權成立確定判決之通知。（四）銷售專屬期間之核定。（五）新成分新藥以外新藥藥品許可證申請案之準用規定。（六）適應症排除、聲明及應遵行事項。
9 月 20 日	有關本署訂定「新藥查驗登記退件機制（Refuse to File; RTF）查檢表」並自即日起試辦一年	明確化新藥查驗登記退件機制（Refuse to File; RTF）的退件標準，且將 RTF 通知時間由 60 天提前至 40 天。
9 月 20 日	修正公告之新藥查驗登記審查流程及時間點管控	因應 RTF 通知時間由 60 天提前至 40 天，修正時間點管控。
9 月 20 日	試辦「資料專屬期及國內外臨床試驗資料表」	以原有的國內外臨床試驗資料表為基礎，加入資料專屬期之項目。
10 月 5 日	修正指示藥品審查基準	公告新增指示藥品審查基準之「外用殺菌及抗菌劑」、「外用抗黴菌劑」、「外用鎮癢抗發炎劑」、「外用抗痘劑」及「尿布疹及痱子製劑」、「乾裂傷及去角質製劑」基準類別。

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
10月12日	預告「西藥專利連結協議通報辦法」草案	配合藥事法修訂新增第四章之一西藥之專利連結，預告訂定（一）逆向協議之通報方式、內容及通報起算日。（二）協議通報當事人應遵行事項。（三）中央衛生主管機關得將所獲通報事項及資料，通報公平交易委員會處理之事由。
11月13日	公告委託中山醫學大學附設醫院等35家機構／法人辦理新藥品人體試驗計畫之審核	委託35家機構／法人審核藥品臨床試驗計畫之受試者同意書變更案、已領有本部核發許可證之藥品，使用劑量於原核准範圍內，供學術研究用之新適應症臨床試驗計畫。
11月23日	修正適應症及用法用量變更案件之審查流程及查檢表	為提升審查透明度，增加核發核准函之流程，並因應專利連結制度，依專利登錄需求核發領證通知。
12月28日	公告修正藥品臨床試驗計畫申請案件補件期限，並自108年7月1日起實施	為加速藥品臨床試驗計畫申請案件辦理時效，本部已建置藥品臨床試驗送件前諮詢輔導機制，自108年7月1日起，藥品臨床試驗計畫申請案件之補件期限為14天，補件以1次為限，且不提供展延，逾期末補，逕予結案。

二、藥品查驗登記管理：107年國內臨床試驗申請新案310件，藥品臨床試驗報告案192件，核准108件新藥、202件學名藥申請案。

第二節 藥品源頭管理

一、截至107年底，國內藥廠通過國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範（The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme：Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products, PIC/S GMP）檢查之家數計141家，國外則為937家（分布於50國）。

二、截至107年底，國產原料藥已有27家藥廠263品項符合藥品GMP規定，取得GMP備查之輸入原料藥許可證共1,444張。

第三節 藥品品質鏈監測

一、公告「西藥優良運銷準則之施行項目及時程」，截至107年底計有769家業者申請GDP檢查，647家通過檢查。

二、藥物品質監測

- （一）市售藥品品質監測結果，疑似藥品不良品通報1,003件、疑似藥品療效不良通報22件、監控國際藥品品質（回收）警訊981則。
- （二）107年辦理453批生物藥品檢驗封緘，共1,482萬6,250劑，成功攔阻2批共計518,405劑不符規定之流感疫苗產品流入我國。
- （三）107年藥品品質調查監測結果如表7-4，不合格產品均依法處辦。



表 7-4 107 年藥品品質調查監測結果

資料來源：衛福部食藥署

監測項目	完成件數	合格件數	合格率 (%)
含類固醇類 (betamethasone esters) 外用製劑、抗生素 (含 levofloxacin 成分) 及心血管用藥 (含 atenolol 成分) 等口服製劑	97	93	95.9
肝素製劑	45	45	100
國產非無菌藥品中微生物	206	206	100
藥品總計	348	344	98.9

三、「偽劣假藥聯合取締小組」自 99 年成立後，每月維持平均稽查至少 1,500 次以上，查獲率由小組成立初期的 27.22% (99 年 4 月) 大幅下降至 0.96% (107 年 12 月) 如

圖 7-1。核處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計 7,111 件，罰鍰金額共 2.32 億元，廣告違規率由 13.93% (99 年 1 月) 降至 4.72% (107 年 12 月) 如圖 7-2。

圖 7-1 99-107 年不法藥物查獲率

不法藥物
查獲率

資料來源：衛福部食藥署

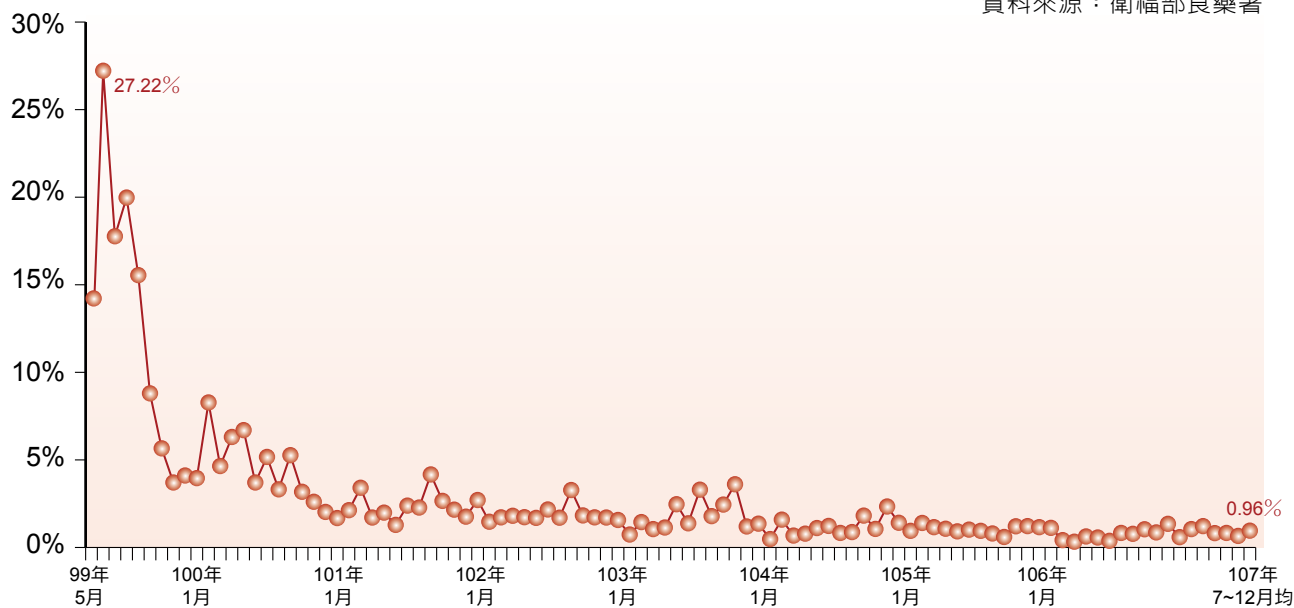
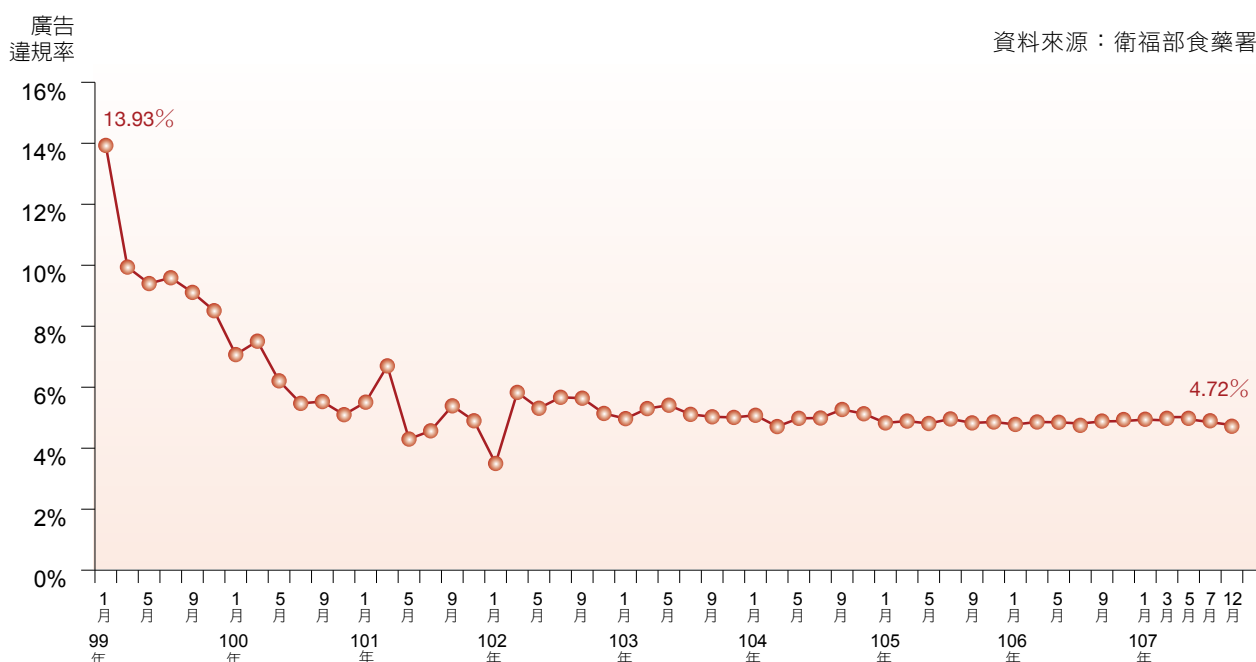


圖 7-2 99-107 年食品藥物廣告違規率



第四節 藥品安全管理

- 一、107 年藥品安全監控：接獲 15,713 件國內藥品不良反應通報、監控 107 則國內外藥品安全警訊、進行 51 項藥品安全性評估及發布 12 則藥品風險溝通表。
- 二、107 年受理藥害救濟申請案計 185 件，審定救濟給付 114 件，給付率 59.7%，給付金額總計 2,007 萬 9,823 元整。

第五節 管制藥品管理

- 一、依《管制藥品管理條例》建立管理體系，於 107 年召開 2 次「衛生福利部管制藥品審議委員會」，並於 107 年 5 月 11 日公告增列 2 項第三級管制藥品，分別為 1-（噻吩-2-基）-2- 甲基胺丙烷及甲基苄基卡西酮（包括三種異構物），均屬中樞神經興奮劑。
- 二、截至 107 年底，領有管制藥品登記證之機構業者計 1 萬 5,493 家，領有使用執照之專業人員計 5 萬 6,405 人。

- 三、107 年執行流通管理實地稽核共 1 萬 7,598 家，查獲違規比率 2.74%，並予以處辦。
- 四、107 年修訂「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項」等 7 項使用指引暨管理注意事項如表 7-5，並廢止「癌症疼痛治療處方手冊」及「麻醉藥品臨床使用規範」。
- 五、落實新世代反毒策略，於 107 年 8 月 22 日公告修正「輸入藥物邊境抽查檢驗辦法」部分條文，增訂輸入原料藥為應施行查驗之項目；並以「手持式拉曼光譜分析儀」進行邊境抽批查驗，建立光譜圖資料庫（含原料藥、毒品及管制藥品等）共 750 項；籌獲 176 項毒品及新興成分標準品與建構 251 項標準品質譜圖資料庫，並積極開發建議檢驗方法。
- 六、培訓 155 位藥物濫用防制人才及成立 8 家反毒教育資源中心，結合 85 個外展點，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

表 7-5

107 年成癮性麻醉藥品相關使用指引暨管理注意事項增修訂

資料來源：衛福部食藥署

修正日期	發布名稱	修正說明
12 月 4 日	修訂「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項」	將非癌症慢性頑固性疼痛病人長期使用成癮性麻醉藥品所簽署之「病人同意書」修訂為「病人告知同意書」，並修正部分內容。
	修訂「末期病人居家治療使用成癮性麻醉藥品管理注意事項」	將「麻醉藥品用於癌症末期患者居家治療注意事項」，擴大適用對象，修訂為「末期病人居家治療使用成癮性麻醉藥品管理注意事項」。
	修訂「病人自控式止痛法（PCA）使用成癮性麻醉藥品指引暨管理注意事項」	新增使用指引及修訂管理注意事項。
	修訂「坦坦尼穿皮貼片劑治療疼痛使用指引暨管理注意事項」	新增使用指引及處方天數相關規定。
	增訂「癌症疼痛成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項」	成癮性麻醉藥品相關使用指引修訂案將病人分為「非癌症病人」、「癌症病人」及「末期病人」三大類，爰增訂本注意事項。
	修訂「醫院院內成癮性麻醉藥品管理注意事項」	將「麻醉藥品」修訂為「成癮性麻醉藥品」；「麻醉藥品管理人」修訂為「管制藥品管理人」。修訂「成癮性麻醉藥品調劑及使用後之殘餘藥品，應由其管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查。」。
	修訂「醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引」部分條文	修訂名稱，並新增「物質使用疾患診斷準則」作為臨床診斷之參考。

第六節 中藥管理

- 一、為確保藥品之有效性與安全性，於 107 年 5 月 29 日公告「中藥藥品安定性試驗基準」，並自 108 年 1 月 1 日生效。
- 二、為提升中藥廠藥品品質管理系統與國際接軌，推動中藥廠執行確效作業，於 107 年 9 月 20 日公告「中藥優良製造確效作業基準」及實施期程，業經本部核准生產濃縮製劑之中藥廠自 109 年 1 月 1 日起分四階段實施。
- 三、107 年 11 月 2 日公告出版臺灣中藥典第三版，新增中藥材至 357 項、2 項中藥濃縮製劑與 6 項臺灣特有種品項，以提升中藥品質標準與國際接軌，促進中藥製造產業外銷擴展。

四、為提升中藥從業人員專業知能，辦理中藥製造業及中藥販賣業 6 場次中藥材辨識研習會，及針對中藥廠辦理 14 場次確效作業教育訓練。

五、107 年有 93 家 GMP 中藥廠，依藥物製造業者檢查辦法規定，完成 42 家後續查廠作業，合格率達 97.6%。

六、落實中藥品質管制及中藥（材）安全衛生管理，執行人參、當歸等 21 項中藥材邊境查驗制度，107 年報驗 4,059 件（13,810 公噸），經檢驗 32 件不合格，不合格產品依法退運或銷燬。進行市售中藥（材）品質監測，檢驗重金屬、二氧化硫、黃麴毒素及殘留

農藥，107 年抽驗 592 件，經檢驗 49 不合格，不合格產品依法處辦。

七、違規中藥廣告查處 546 件行政處分，共罰鍰 1,735 萬元，不合格產品皆依法處辦。

第三章 醫療器材與化粧品管理

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

第一節 醫療器材及化粧品法規標準及產品審查

一、法規環境與國際規範調和化，107 年增修訂如表 7-6。

二、107 年完成 174 件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，較 106 年增加 6%；107 年新增加 15 項醫療器材產品技術基準，如「體外震波碎石器」、「一般外科、整形外科及皮膚科雷射儀」「登革病毒核酸擴增檢驗試劑技術基準」、「牙科用 X 光電腦斷層掃描系

統臨床前測試基準」等，另增修訂採認 1,036 項國際標準及 110 項產品基準，提升審查一致性與透明性。（審查案件如表 7-7）。

三、為健全我國醫療器材管理制度，並促進與國際法規接軌，制定「醫療器材管理法」草案，該草案於 107 年 10 月 25 日完成逐條審查，並於 107 年 12 月 14 日通過黨團協商，此外，加速研訂醫療器材管理法相關配套法規命令 15 項、相關配套公告 19 項。

四、成立全方位醫材及化粧品法規諮詢輔導網絡，接獲 1 萬 8,992 通諮詢電話、1 萬 847 通化粧品法規諮詢，及時回復各界疑問並公布 Q&A 於食藥署網站。落實醫材專案輔導機制，成功協助如「泡沫式人工腦膜」及「Ti-7.5Mo 牙科用合金」等國產新興醫材核准上市。

五、因應國際法規協和化，總統府於 107 年 5 月 2 日正式公布「化粧品衛生安全管理法」，新法規定化粧品製造及輸入業者須依公告期程，於上市前完成產品登錄、建立產品資訊檔案及製造場所須符合 GMP，建構更安全性及優質化粧品使用環境。

表 7-6

107 年醫療器材及化粧品管理法規重要增修訂公告

資料來源：衛福部食藥署

日期	名稱	修正重點
1 月 12 日	積層製造（3D 列印）醫療器材管理指引	明確我國 3D 列印醫療器材管理範圍及提出製造各環節特別需考量之處。
3 月 28 日	化粧品中含不純物重金屬鎘之殘留限量規定	規範其最終製品中所含不純物重金屬鎘之殘留量不得超過 5 ppm。
3 月 28 日	化粧品中鋇之管理規定	明訂自 107 年 9 月 1 日起，凡含有鋇成分之化粧品，禁止製造、輸入、販賣、供應或意圖販賣、供應而陳列。
5 月 2 日	總統令公告「化粧品衛生安全管理法」	要求業者建立產品登錄、產品資訊檔案及化粧品優良製造準則等制度，強化化粧品之衛生安全管理。
12 月 17 日	精準醫療分子檢測實驗室檢測與服務指引（LDTS）	參考 ISO 15189 國際標準，提供國內分子檢測實驗室品質管理系統建置之參考，以提升我國精準醫療相關實驗室之品質，促進分子檢測技術發展。

表 7-7 107 年醫療器材及化粧品審查案件統計

資料來源：衛福部食藥署

統計項目	醫療器材查驗登記	含藥化粧品查驗登記
收件數	5,310	1,497
結案數	4,969	1,612

許可證張數：醫療器材 4 萬 5,890 張、含藥化粧品 1 萬 5,410 張。

第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

一、醫療器材製造廠全面納入醫療器材 GMP 管理，截至 107 年底止，有效國產醫療器材認可登錄 748 件、輸入醫療器材品質系統文件（Quality System Documentation, QSD）認可登錄 4,177 件、符合自願性化粧品優良製造規範 50 家。

二、截至 107 年底，化粧品產品登錄平台共登錄 16,064 件，較 106 年增加 8,511 件。

第三節 醫療器材及化粧品品質鏈監測

一、市售醫療器材及化粧品品質調查監測如表 7-8，不合格產品均依法處辦。

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

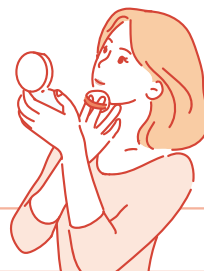


表 7-8 107 年醫療器材及化粧品品質調查監測結果

資料來源：衛福部食藥署

計畫名稱	總件數	檢查項目			
		品質		包裝標示	
		合格件數	合格率(%)	合格件數	合格率(%)
市售醫用手套	30	29	96.7	21	70.0
市售醫用手杖及助行器	28	25	88.2	22	78.6
醫療器材總計	58	54	93.1	43	74.1
市售彩粧化粧品中色素及重金屬	100	98	98.0	100	100
市售香水及髮膠中甲醛、甲醇、苯及鄰苯二甲酸酯類	50	47	94.0	44	88.0
市售嬰兒專用濕巾中微生物及防腐劑	30	30	100	22	73.3
化粧品總計	180	175	97.2	166	92.2

表 7-9 107 年醫療器材及化粧品聯合稽查統計分析表

資料來源：衛福部食藥署

產品類別	查核縣市數	查核店面數	產品標示		
			查核件數	合格件數	合格率(%)
牙科用注射針	9	29	29	26	89.7
線材、植入物			53	51	96.2
低週波治療器		69	47	45	95.7
有度數泳鏡			39	35	89.7
按摩精油化粧品	10	51	75	57	76.0

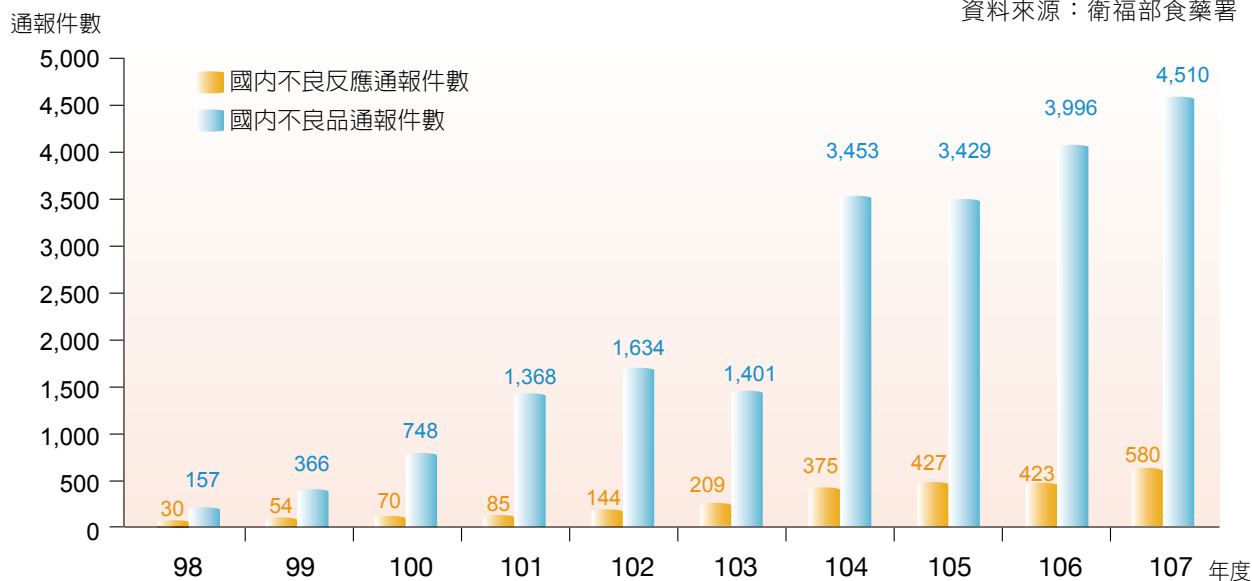
第四節 醫療器材及化粧品安全管理

一、107 年醫療器材不良品及不良反應通報分別為 4,510 件及 580 件如圖 7-3，主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊 2,235 則，摘譯公告 143 則警訊，提供各界參考。

二、107 年化粧品不良事件通報 101 件，監控化粧品 277 則安全訊息，並發布安全紅綠燈 102 則。

圖 7-3 醫療器材不良品及不良反應通報件數

資料來源：衛福部食藥署



第四章 國家實驗室及風險管理

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

第一節 國家實驗室任務與功能

一、因應各式產品檢驗需求，積極開發快速、精確之檢驗方法，以迅速釐清突發事件發生始末、提出因應策略，並透過新聞稿與媒體化解民衆疑慮。107 年檢驗 6,967 件，檢驗項目達 2 萬 6,349 次，包括產品申請許可證之查驗登記檢驗、生物藥品逐批封緘檢驗、衛生套邊境檢驗及突發事件之檢驗等，並協助檢、警、調、司法、海關送驗案、地方衛生主管機關之檢驗技術與支援等。

- 二、持續精進檢驗技術及擴增檢驗量能，制訂技術文件供各界使用，107 年公告新增及修正食品類檢驗方法 42 篇、建議檢驗方法食品類 24 篇、化粧品類 11 篇、藥品及管制藥品等 4 篇。
- 三、國家實驗室於 107 年參與 17 場食品、藥品及化粧品相關國際檢驗能力比對，結果均獲滿意，檢驗能力深獲國際肯定。
- 四、107 年辦理「APEC 食品安全及不法藥物檢驗技術國際研討會」、「2018 亞太國際新興影響精神物質濫用趨勢及檢驗技術研討會」、「亞洲醫療器材檢驗科技研討會」等，進行技術交流及經驗分享。
- 五、食藥署之「生物藥品實驗室」於 107 年 3 月 2 日接獲歐洲藥品品質與衛生保健局（EDQM）通知，正式成為歐洲總體官方藥品管制實驗室網絡（GEON）成員，象徵我國生物藥品檢驗品質及技術能力已獲國際認可，晉身國際級實驗室行列。



第二節 風險管理及危機處理機制

一、組織風險管理：

持續辦理「風險管理及危機處理教育訓練」，邀請相關專家分別就「風險管理及危機處理一疾管署經驗」及「食品安全與風險治理」進行授課，以行政機關風險管理及危機處理之實際案例進行說明，提供同仁對風險辨識及危機預防之整體概念，提升風險管理及危機處理意識，形塑組織風險管理文化，參訓人數達 224 名，並運用大數據進行風險預警及偵測；召開年度風險審查會議，訂定包括「食品中毒」、「食品添加物超標」、「進口食品管制」等主要風險項目共計 9 項，並就各項目加強管理、評估風險、擬定因應策略，以減少重大事件發生機率及對本部之衝擊程度。

二、重大事件危機處理：

於重大事件確認發生後，本部立即啟動危機處理機制，因應「0206 花蓮地震」、「1021

普悠瑪翻車」事件，啟動重大傷病緊急事件藥物短缺監控機制，開啓災害防救醫療物資調度支援系統運作，持續監控災區藥物短缺情形，期間共調度新加坡政府捐贈之醫療物資共計 32 箱，包括抗生素、輸注液、紗布、繃帶等外傷用藥物（藥品 27 項、醫療器材 5 項），提供予災區醫院使用，維護傷患用藥權益，落實重大事件之緊急應變機制。

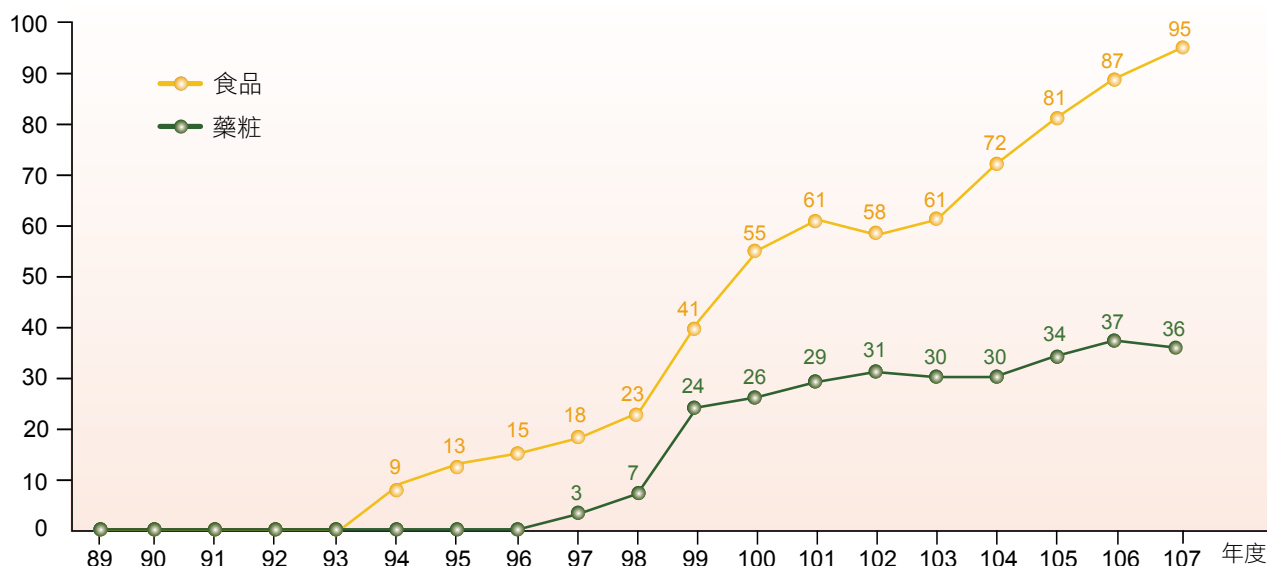
第三節 地方及民間實驗室認證管理

一、透過「衛生局聯合分工檢驗體系」，持續協調及輔導專責分工檢驗項目，提升地方衛生局自行檢驗比率達 85%。截至 107 年底，計 890 品項通過本部食藥署實驗室認證，專責項目通過認證比率達 98.3%。

二、為擴大國內檢驗量能，通過本部認證之民間檢驗機構家數及項目數已達 131 家、1,629 品項，較去年成長 5.6%，如圖 7-4、7-5，食品藥粧能力試驗滿意度達 85.9%。

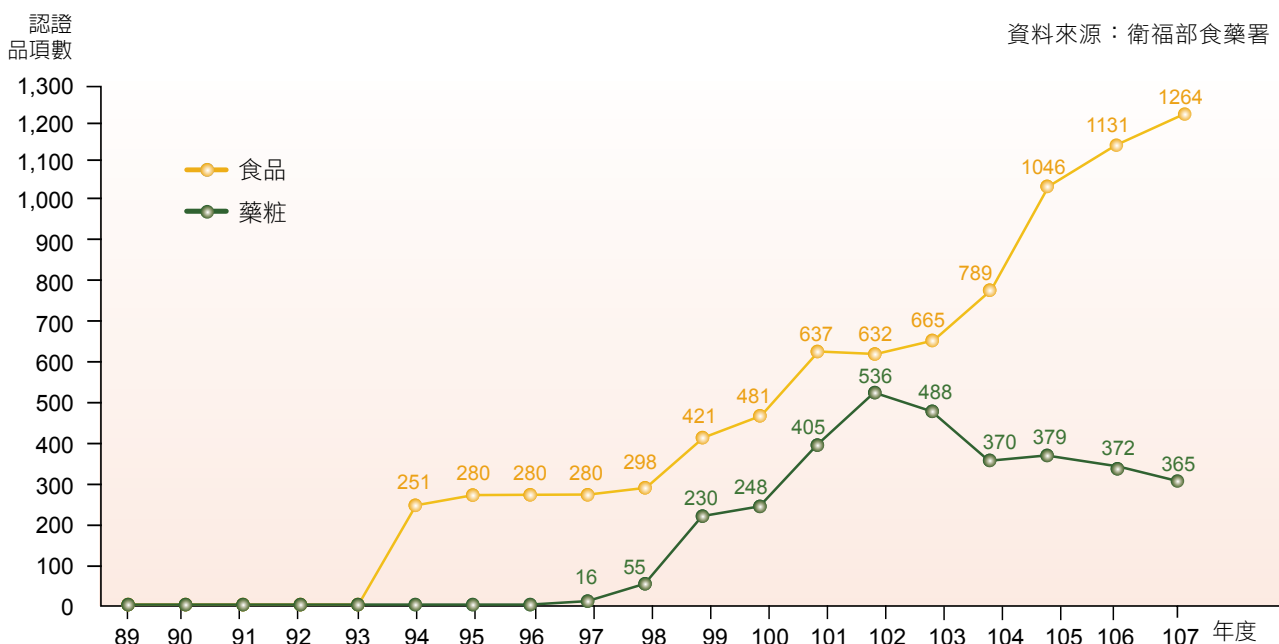
圖 7-4 認證檢驗機構家數成長情形

認證家數



資料來源：衛福部食藥署

圖 7-5 認證檢驗機構認證品項數成長



三、為因應降血壓原料藥（valsartan）含動物致癌成分的不純物「N-亞硝基二甲胺」（NDMA）事件之處理，辦理可檢測「沙坦類原料及其製劑中 N-亞硝基二甲胺及 N-亞硝基二乙胺」之民間實驗室緊急動員作業，並公布名單 2 家次。

專區，持續蒐集網路食藥迷思及破解謠言，截至 107 年底，文章數超過 430 篇，累積 126 萬 3,251 人瀏覽。

二、透過「食用玩家 Facebook 粉絲團」（網址：<https://www.facebook.com/tfda2014.tw/>），發布最新實用衛教資訊貼文，粉絲數已達 10 萬人以上。

三、透過「食藥闢謠專區」，蒐集網路不實謠言，發布 353 則闢謠，專區點閱率達 892 萬次，媒體報導轉載約 2,285 則以上。

第五章 消費者保護與宣導

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

第一節 消費者即時資訊提供

一、架設「食藥好文網」（網址：<http://fda-article.consumer.fda.gov.tw/>）提供食藥知識及資訊，設置「謠言終結機」及「徵求謠言」



四、設置「新興濫用藥物資訊專區」，提供民衆查詢我國新興影響精神物質（NPS）檢出情形、認可濫用藥物尿液檢驗機構及尿液毒品檢驗快篩試劑可檢測毒品一覽表等資訊及「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」如右圖。

第二節 消費者溝通與宣導

一、全國食安專線「1919」及為民服務專線「02-27878200」，107 年全年服務量超過 7 萬通，受理檢舉案件數 92 件，接聽率已提升至逾 9 成，滿意度達 80%。

二、於全國性報紙刊載「食事最前線」專題文稿，並透過食品展場活動與民衆互動，宣導食安觀念；製作「細菌病毒不下肚」雜誌專刊書，傳遞正確的飲食習慣和注意烹飪細節，教導學童從科學角度認識微生物引起之食品中毒原因和防範做法，以期食品安全向下扎根。

三、結合 18 個民間團體辦理 422 場次藥物濫用防制宣導活動，並於「反毒資源專區」網站



「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」107 年報分析

新增「107 年度藥物濫用防制指引」手冊及「染毒四徵兆」宣導海報，截至 107 年底，累計約 52 萬 9,000 人次瀏覽。

四、107 年辦理 3 場大型活動、317 場用藥安全宣導講座，參與人次約 9,000 人，期以扎根社區及學校，提升民衆正確用藥知能。



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



全民健保與 國民年金

- 第一章 全民健康保險
- 第二章 國民年金制度



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

第一章 全民健康保險

第一節 全民健保業務現況

全民健保經過多年的耕耘，以「普及、經濟、便利、滿意度高」的成果吸引全球關注，不僅在國內維持高達八成的滿意度（圖 8-1），每年也吸引數百位外賓來臺瞭解臺灣的健保制度。

截至 107 年底，健保總投保人數 2,394.8 萬人，納保率達 99.82% 以上，全國 92.8% 的醫療院所皆與本部中央健康保險署（以下簡稱健保署）特約，醫療可近性可謂相當便利。

健保財務主要來自於保險對象、雇主及政府共同分擔的保險費收入，少部分為外部財源挹注，包括公益彩券盈餘、菸品健康福利捐分配

收入等。截至 107 年底保險收支累計結餘為 2,109 億元，財務狀況穩定。

第二節 全民有保就醫便利

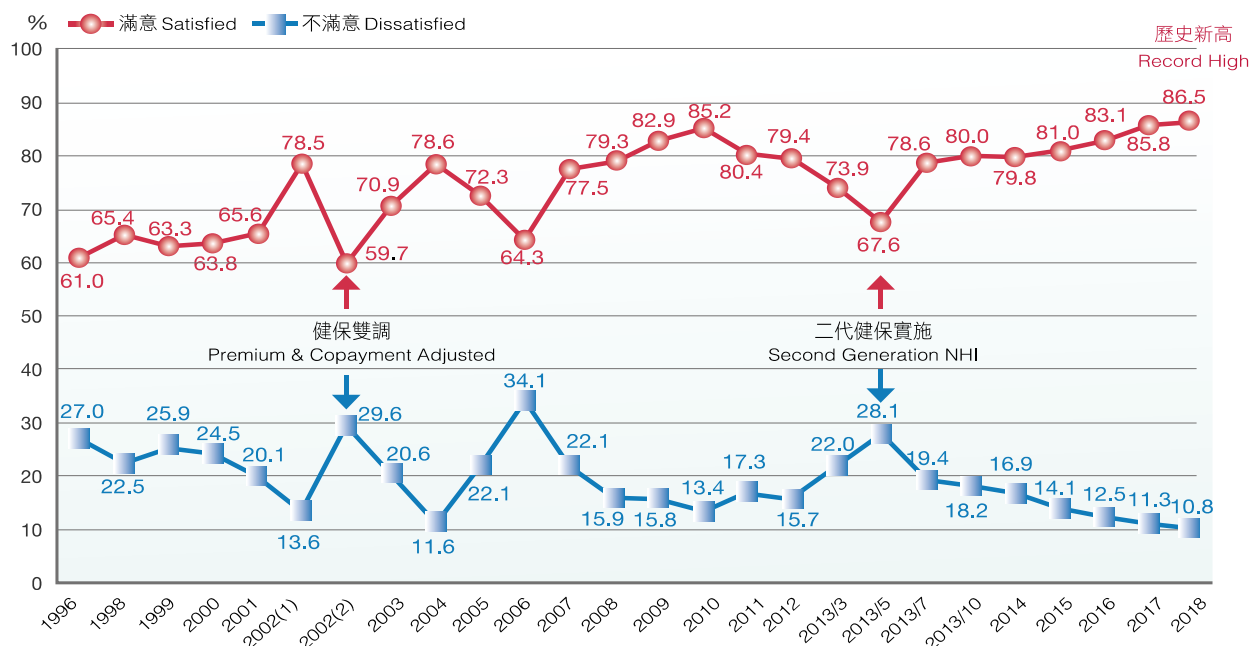
107 年總門診次數為 3 億 5,774 萬人次，總住院次數為 343 萬人次，平均每人每年門診就醫次數 15 次（含西醫、中醫及牙醫門診），住診就醫次數 0.14 次，全國每人每年平均住院日數 1.36 日。

107 年底，健保特約醫事服務機構計達 2 萬 8,753 家，其中特約醫療院所計 2 萬 1,292 家，占全國醫療院所總數的 92.8%，保險對象可自由選擇醫療院所。

本部自 106 年起研議加強推動分級醫療，擬定六大策略及相關配套逐步實施，以鼓勵民衆至基層院所就醫，如醫師專業認定有醫療上之需求，將協助轉診至適當科別院所，以促進大醫院專注於重症治療及醫學研究，基層院所則成為民衆健康第一線守門員。由近十年全國門診病人

圖 8-1 全民健保滿意度趨勢圖

資料來源：衛福部健保署



就醫人次在各層級院所之占率觀察，107 年西醫基層及地區醫院人次占率趨勢已見反轉（64.7%），醫學中心及區域醫院人次則微幅下降（圖 8-2）。

健保署積極推動醫療體系垂直整合，以民衆為中心評估其照護需求，適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護，截至 107 年底共計組成 78 個策略聯盟，計 7,056 家特約院所（醫中 25 家、區域 81 家、地區 298 家、基層診所 6,535 家、居護所 113 家、康復之家 3 家、助產所 1 家）參與。

為推動分級醫療並提升轉診效率，健保署自 106 年 3 月 1 日建置電子轉診平台，強化轉診流程、加強雙向溝通，107 年全年共 9,568 家院所使用，轉診約 70.5 萬人次。

第三節 財務健全收支連動

二代健保實施後，因擴大費基收繳補充保險費及明定政府總負擔比率提高等財源挹注，

保費收取更符合量能負擔的公平原則，財務缺口亦明顯改善，至 107 年底，歷年收支結餘達 2,109 億元，如圖 8-3。107 年全年補充保險費計收約 464 億元。

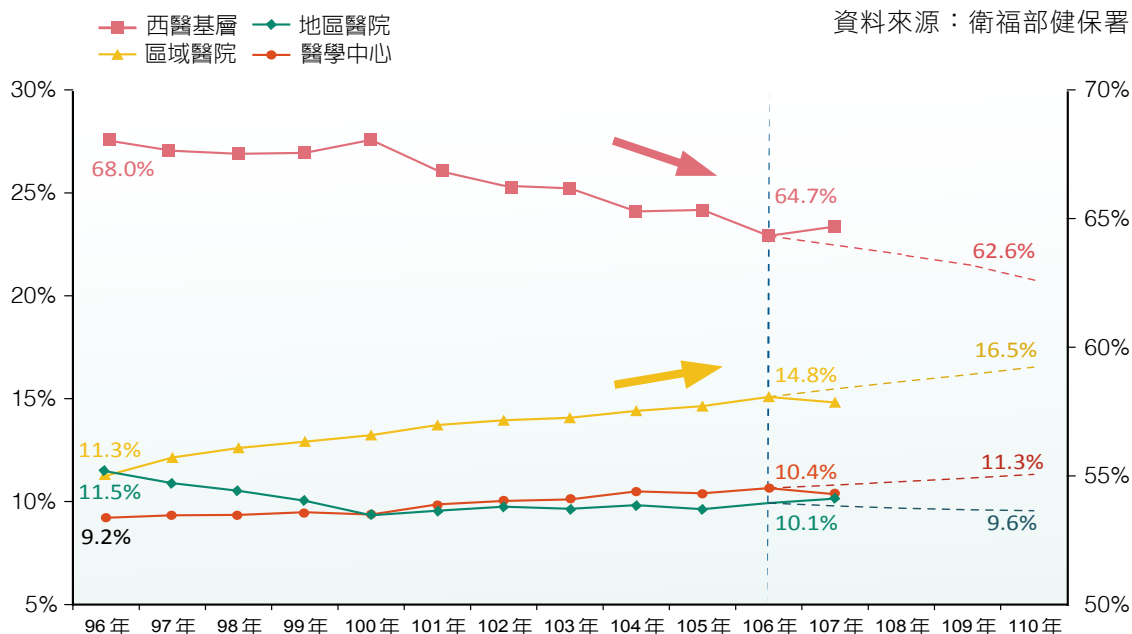
考量健保制度永續經營，二代健保訂定「全民健保財務平衡及收支連動機制」，並據以審議次年度費率，107 年維持一般保險費費率 4.69%，補充保險費費率 1.91%。

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

第四節 多元支付合理管理

健保醫療費用支付方式，係以「論服務量計酬」（Fee-for-Service, FFS）為主。91 年 7 月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度（Global Budget Payment System），以有效控制醫療費用成長率，將每年醫療費用成長率

圖 8-2 西醫門診各層級人次占率趨勢



註：107 年起件數及點數係按前 10 年件數之幾何平均成長率推估

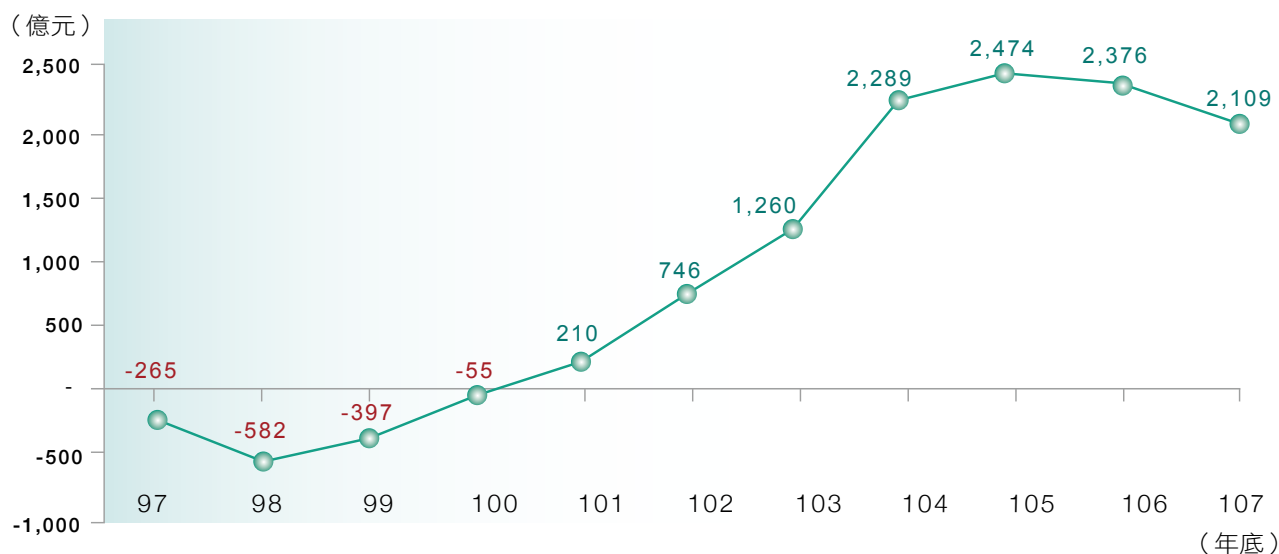
圖 8-3 二代健保實施前後財務收支累計餘絀情形

資料來源：衛福部健保署

健保改革，健保財務由虧轉盈

※截至107年12月底，歷年保險收支結餘2,109億元。

※目前財務穩定，安全準備充裕。

財務
改革措施

民國 99 年 4 月
費率由 4.55%
調整至 5.17%

民國 102 年 1 月二代健保實施
• 一般保險費率由 5.17%
調整至 4.91%
• 開始收繳補充保險費
(費率 2%)

民國 105 年 1 月
• 一般保險費率由 4.91%
調整至 4.69%
• 補充保險費費率由 2%
調整至 1.91%

維持在 5% 左右。同時透過支付制度策略，如論病例計酬 (Case Payment)、論質計酬 (Pay-for-Performance, P4P) 改革方案，以改變診療行為，提升醫療服務品質。99 年 1 月 1 日起實施全民健保住院診斷關聯群支付制度 (Taiwan Diagnosis Related Groups, 以下簡稱 Tw-DRGs)，並於 103 年 7 月 1 日起實施第 2 階段 Tw-DRGs。

「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案」將前一年門診就醫次數 90 次以上者納入輔導，經輔導一年無明顯成效，且經專審醫師認定確有就醫異常者，則限定於指定院所就醫（緊急情況不限），否則不予給付。輔導成效以 107 年輔導 106 年門診就醫次數 90 次以上者為例，

輔導後與輔導前同期相比，平均就醫次數下降 18%，醫療費用減少約 5.28 億元。

居家醫療照護整合計畫，截至 107 年底，共有 214 個照護團隊參與，包含 2,384 家院所，107 年全年累計照護人數有 5 萬 7,750 人。

急性後期整合照護計畫，針對腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病人，由「急性後期照護團隊」的區域醫院、地區醫院，依不同疾病特性，在治療黃金期內給予高強度之物理治療、職能治療、語言治療、社工、營養等整合性之團隊照護。目前共 38 個團隊及 202 家醫院參與計畫，累計至 107 年收案人數超過 1 萬 7,000 人，七成病人功能有明顯進步，

日常活動功能（Activities of Daily Living,ADLs）由 39 分進步至 64 分，88%病人順利返家。

為持續合理檢討支付標準，107 年以醫院總額部門「醫療服務成本指數改變率」增加之預算（26.98 億元），優先用以提升重症護理照護品質（如加護病房）及持續推動「護病比與健保支付連動」，包括加護病床護理費調升 5%、護病比加成率級距由 3%–14%調整為 2%–20%，對於護病表現較佳之醫院給予較多加成鼓勵；在調整特定處置項目支付點數方面，調升創傷處理、手術／創傷處置及換藥、心肺甦醒術及連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術等 11 項支付點數；自 107 年 12 月 1 日起暫停實施區域級以上醫院門診合理量（不含精神科門診合理量）；並鼓勵基層院所假日開診，地區醫院週六、日及國定假日門診診察費加計 100 點及 150 點、門診（不含急診）之醫療服務給付項目增列 30%加成（除藥品、特材及門診診察費外）。另於西醫基層總額

部門以 4.5 億元預算，自 107 年 2 月 1 日起開放「脈動式或耳垂式自氧飽和監視器（每次）」等 6 項、107 年 6 月 1 日起開放「陰道式超音波」等 3 項診療項目至基層院所執行。

為回應各界因審查專業見解差異而提出公開具名以示負責之建議，健保署自 105 年 10 月起，以醫院總額醫療費用為範圍實施「專業雙審及公開具名」試辦方案，在「專業雙審」部分，針對特定案件由 2 位醫師審查；在「公開具名」部分，依審查醫師之意願，分為「個別核減案件具名」及「團體公開姓名」兩類；前者，有小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科及泌尿科等 7 個科別於部分地區試辦；後者，於健保資訊網服務系統中依科別公布姓名，107 年已確認意願者之整體同意比率約 52%。試辦方案後，醫療費用核減之爭議審議件數 106 年的 6.5 萬件下降至 107 年的 4.7 萬件，故已達到「減少個人專業見解差異，提升醫療費用核減合理性」之目的。



自從治療 C 肝的全口服新藥上市後，可提高治癒率、降低副作用並縮短療程，於全民健保 106 年健保醫療費用總額分配 31.01 億元專款用於 C 肝用藥之給付，並於 106 年 1 月起將 C 肝新藥納入給付，107 年預算提高至 49.36 億元，兩年約共有 2 萬 9,000 名個案受惠，根據完成療程的病人用藥後 12 週之病毒檢測結果，其中約 97% 治療成功，未檢測到病毒量。

第五節 資訊公開提升品質

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

為促使自費醫材資訊透明化，健保署已建置「自費醫材比價網」，讓民衆可以比較各院所自費及自付差額項目之價格（如冠狀動脈塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、人工髖關節等）。

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

第六節 照顧弱勢守護偏鄉

一、對經濟弱勢民衆的補助措施

- （一）除對特定弱勢者補助健保費外，尚有多項協助措施如表 8-1。
- （二）105 年 6 月 7 日起實施「健保欠費與就醫權脫鉤（全面解卡）案」，推動健保全面解卡，民衆只要辦理投保手續，均可安心就醫。
- （三）公益彩券回饋金協助弱勢民衆減輕就醫負擔：107 年協助項目包含追溯加保健保費、健保欠費及就醫相關費用等，共計約 2.48 億元，4.4 萬餘人次受惠。

表 8-1

107 年繳納健保費之協助措施成效

資料來源：衛福部健保署

項目	對象	人（件）數	金額
保險費補助	低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿 20 歲及 55 歲以上之無職業原住民等	305.5 萬人	252.0 億元
紓困貸款	符合經濟困難資格者	2,406 件	1.8 億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	8.1 萬件	23.1 億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	5,749 件	2,579 萬元

二、對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護

- (一) 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫：截至 107 年共計 50 個山地離島地區納入本計畫，該地區民衆就醫免收部分負擔，並有 26 家特約院所承辦，服務民衆達 47 萬餘人，整體而言，實施此計畫鄉鎮之民衆，對計畫之平均滿意度為 93%。
- (二) 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：101 年起以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於醫療資源不足地區的地區醫院或鄰近該地區的區域醫院，提供 24 小時急診服務以及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院服務，每家醫院補助金額上限 1,500 萬元。未提供 24 小時急診，選擇提供內外婦兒門住診者，每科全年最高補助 100 萬元。另後續新增「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」之區域醫院，

急診檢傷分類 1、2 級當次轉住院之前 10 日（含）住院，給予每點 1 元保障，每家保障金額上限 500 萬元，107 年有 91 家區域醫院參與本計畫。

- (三) 健保署對醫療資源較不足鄉鎮，每年額外投入約 6.8 億元，辦理醫療資源不足地區改善方案，以「在地服務」的精神鼓勵中、西、牙醫醫師至醫療資源不足地區執業，或是以巡迴方式提供醫療服務。107 年共有 578 家特約院所至醫療資源不足地區巡迴，服務民衆達 66 萬餘人次。
- (四) 依據健保法及其施行細則第 60 條，經公告之醫療資源缺乏地區就醫之門診、急診與居家照護服務，減免 20% 部分負擔。

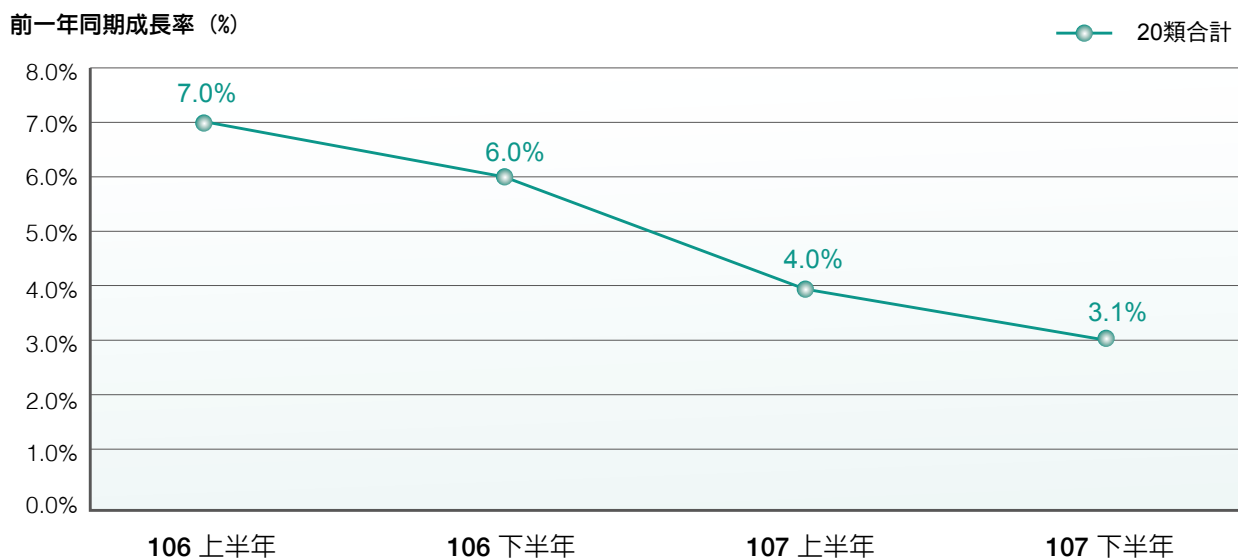
三、對重大傷病病人、罕見疾病病人等疾病弱勢族群之照護

- (一) 凡取得重大傷病證明的保險對象，可免除該項疾病就醫部分負擔。截至

圖 8-4 20 類檢查（驗）管理門診申報點數成長率統計

檢驗檢查申報點數與前一年同期比較之成長率趨勢

資料來源：衛福部健保署



107 年 12 月底，重大傷病證明核定約有 95 萬餘件（人數為 89 萬餘人，約占總保險對象的 3.7%），而 107 年重大傷病醫療費用約 2,044 億餘元（占全年總醫療支出的 27.6%）。

- （二）經本部公告之罕見疾病為全民健保重大傷病項目，除就醫時可免除部分負擔外，使用經本部公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付。截至 107 年 12 月底止，核定重大傷病證明共 1 萬 292 件。

第七節 運用科技提升效率

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

健保署「健保醫療資訊雲端查詢系統」，自 107 年新增醫療影像上傳及調閱分享服務，截至 107 年底已發展 12 項查詢項目：雲端藥歷（西醫用藥）、中醫用藥、過敏藥物、特定管制藥品用藥、特定凝血因子用藥、檢查檢驗紀錄及結果、牙科處置及手術、復健醫療、手術紀錄、出院病摘及疾病管制署預防接種。107 年計有 2 萬 5,885 家醫療院所啟動查詢，每月平均查詢筆數計 3,100 萬人次，就醫人數查詢比率約 86.5%。進一步分析有被查詢用藥紀錄之病人群，其降血壓、降血脂、降血糖、安眠鎮靜、抗思覺失調及抗憂鬱症等六類用藥，跨醫療院所重疊用藥日數比率有逐年下降趨勢，顯示該系統確已發揮避免重複用藥的成效。而電腦斷層（CT）、磁共振造影（MRI）、血液檢查等 20 類檢查（驗）門診申報點數，自 107 年上半年起均較 106 年下降如圖 8-4。醫療院所可跨院調閱醫療影像，

估計電腦斷層、磁共振造影，每月可節省健保約 6,700 萬點，推估每年可節省約 8 億點。

健保署醫療影像倉儲亦自 107 年 1 月起收載電腦斷層、磁共振造影等約 13 億張醫療影像，已有醫院、學校結合產業申請已完成去識別化之電腦斷層、磁共振造影醫療影像資料進行人工智慧模型的深度學習與訓練，藉以達成精準醫療之目標。

為提升民衆對自我健康及就醫狀況的掌握程度，民衆通過身分認證即可於「健康存摺」系統查詢或下載個人的就醫資料，包括：門診、住院、用藥、手術、過敏、檢驗（查）結果、影像或病理檢查、出院病歷摘要、器官捐贈、安寧緩和醫療意願、預立醫療自主、成人預防保健結果、四癌篩檢結果及預防接種等資料。另精進健康存摺內容及功能，此系統於 107 年 5 月增加以行動電話認證登入「全民健保行動快易通」APP 版健康存摺，107 年 12 月新增收載自費健檢資料，截至 107 年 12 月底已有 105.5 萬人、983 萬人次使用健康存摺。

同時自 107 年 7 月起民衆可以利用「台灣行動支付」APP 掃描繳款單上的 QR Code，隨時隨地都可輕鬆繳納健保費。



第二章 國民年金制度

國民年金保險（下稱國保）於 97 年 10 月 1 日開辦，將 25 歲以上、未滿 65 歲，且未參加軍、公教、勞、農保的國民納入社會安全網，使其在老年、生育、身心障礙、死亡時，被保險人及其遺屬能獲得基本經濟生活保障，是我國正式跨入「全民有保險、老年有保障」的嶄新紀元。

第一節 國民年金制度現況

- 一、107 年 12 月國保被保險人數為 328 萬 6,664 人。
- 二、保險費率：8.5%（保險費係依月投保金額及保險費率計算）。
- 三、保險費補助比率：一般身分者政府補助 40%（每月 622 元），所得未達一定標準者或輕、中度身心障礙者補助 55%（855 元）或 70%（1,088 元）；低收入戶、重度以上身心障礙者補助 100%（1,554 元）。

四、月投保金額：1 萬 8,282 元。

五、被保險人繳費率：自 97 年 10 月 1 日國保開辦迄至 107 年底止，被保險人應收保險費 3,184 億餘元，已收 1,788 億餘元，繳費率為 56.15%。

六、給付項目

- （一）保險給付：含老年年金給付、生育給付、身心障礙年金給付、喪葬給付、遺屬年金給付 5 項。
- （二）其他給付：含老年基本保證年金、身心障礙基本保證年金、原住民給付 3 項。

七、國保基金財務狀況：進行國內外多元化資產配置，以兼顧安全性及收益性，截至 107 年底運用金額 3,104 億元。

表 8-2 107 年 12 月國保被保險人數及比率統計表

資料來源：勞動部勞工保險局（下稱勞保局）

身分別	被保險人數（人）	比率（%）
一般身分	2,820,384	85.81
低收入戶	69,978	2.13
重度、極重度身心障礙者	92,740	2.82
中度身心障礙者	73,670	2.24
輕度身心障礙者	60,185	1.83
所得未達 1.5 倍	121,694	3.70
所得未達 2 倍	48,013	1.46
總計	3,286,664	100

表 8-3 107 年國民年金給付核付人數及金額統計表（按性別區分）

資料來源：勞保局

給付總類		核付人數（人）			107 年累計核付金額（千元）		
		男	女	合計	男	女	合計
保險給付	老年年金給付	449,553	558,162	1,007,715	19,164,415	24,880,303	44,044,718
	生育給付	0	20,231	20,231	0	727,302	727,302
	身心障礙年金給付	4,268	2,974	7,242	177,927	140,250	318,177
	喪葬給付	8,966	4,013	12,979	819,231	366,683	1,185,914
	遺屬年金給付	65,021	21,709	86,730	2,988,970	997,839	3,986,809
	合計	527,808	607,089	1,134,897	23,150,543	27,112,377	50,262,920
其他給付	老年基本保證年金	209,572	364,436	574,008	9,408,751	16,341,617	25,750,368
	身心障礙基本保證年金	10,512	9,903	20,415	620,330	588,116	1,208,446
	原住民給付	15,842	25,036	40,878	685,205	1,076,001	1,761,206
	合計	235,926	399,375	635,301	10,714,286	18,005,734	28,720,020
總計		763,734	1,006,464	1,770,198	33,864,829	45,118,111	78,982,940

備註：一次性給付核付人數之年度合計值採累計方式；年金給付核付人數為年底數。

第二節 國民年金制度變革與重要業務成果

- 一、107 年共召開五次國保制度檢討及修法研商會議，討論納保、保險費收繳、給付及財源等實務執行問題之改革方向。
- 二、督請勞動部勞動基金運用局擬定國保基金 107 年度資產配置暨投資運用計畫，強化國保基金投資運用，97 年至 107 年之平均收益率為 2.74%。
- 三、107 年 11 月 2 日修正發布「國民年金保險基金管理運用及監督辦法」第 9 條，將國外投資比率上限由原規定之 50% 調高至 60%，以提高國保基金資產配置運用彈性，及分散國內單一市場投資風險。
- 四、督請勞保局辦理制度化催繳機制作業，107 年收回欠費金額總計 63 億餘元。
- 五、為提升國保各項給付正確發放率，督請勞保局持續加強比對資料庫、建立相關稽核制度，107 年度溢領案件 1,938 件，較 97 年至 106 年度平均值減少 23.1%。
- 六、結合原住民族委員會、勞保局及各地方政府以多元管道宣導國民年金，並辦理欠費被保險人個案訪視，107 年共計訪視 23.5 萬餘人，辦理宣導活動 3.3 萬餘場。
- 七、積極推動「國民年金保險費十年補繳期限屆至因應對策」相關作為，確保民眾給付權益。

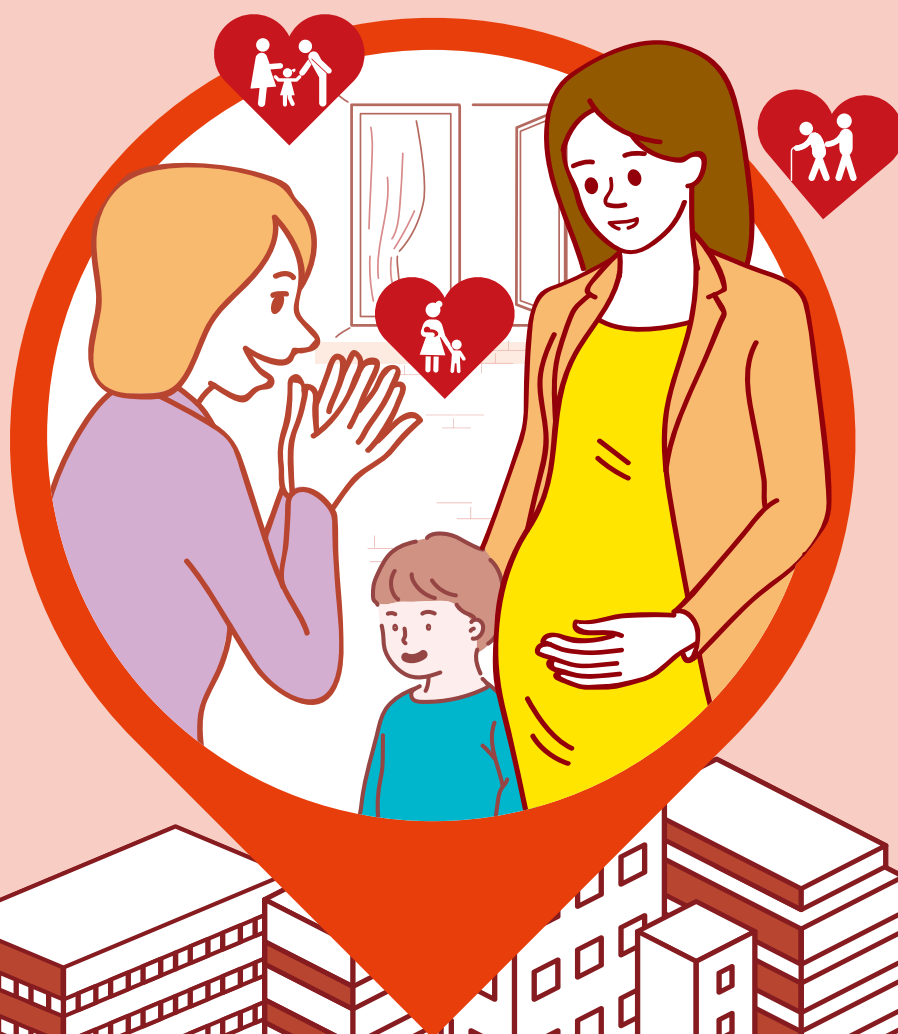


此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



社會福利 服務

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



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

第一章 兒童及少年福利

我國兒童及少年（以下簡稱兒少）人數至 107 年底計 377 萬 8,520 人，占全國人口 16%，衛福部社會及家庭署（以下簡稱社家署）依行政院 107 年核定之「我國少子女化對策計畫（107 年至 111 年）」，與相關部會共同透過 0 至 5 歲

全面照顧、友善家庭的就業職場對策、兒童健康權益與保護、友善生養相關配套共 12 面向 67 項措施，以達到提升生育率、實現性別平等（平衡就業與家庭）、減輕家庭育兒負擔、提升嬰幼兒照顧品質等目標，各項友善兒少支持措施如圖 9-1。同時，推動《兒童權利公約施行法》，整合各部會辦理兒童權利公約之宣導、教育訓練及法規檢視作業，提出兒童權利公約首次國家報告並辦理國際審查完竣。

第一節 兒童及少年福利補助

一、提供 0 至未滿 2 歲育兒津貼：原「父母未就業家庭育兒津貼」配合行政院「我國少子女

圖 9-1

友善兒少支持措施

資料來源：衛福部社家署

年 齡 項 目	0-1 歲	1-2 歲	2-3 歲	3-4 歲	4-5 歲	5-6 歲
經濟 支持措施	0- 未滿 2 歲育兒津貼					
	幼兒學前特別扣除額					
			中低收入戶幼兒就學補助			5 歲幼兒 免學費教育計畫
	育嬰留職停薪津貼					
	特殊境遇家庭（0-15 歲以下子女生活津貼補助、未滿 6 歲兒童托育津貼）					
	弱勢兒童及少年緊急生活扶助					
平價優質 托教措施	公共及準公共托育費用補助（托嬰中心、居家托育人員）				公立幼兒園、非營利幼兒園	
	托育資源中心					
友善 職場措施	家庭照顧假					
預防保健 醫療措施	3 歲以下兒童醫療補助					
	發展遲緩兒童療育及交通補助					
	中低收入戶兒童及少年健保費補助					
	兒童預防保健服務					
人身安全 保障措施	兒童三級預防措施					

部分排富

弱勢

無排富

化對策計畫（107 年至 111 年）」，自 107 年 8 月 1 日起，取消未就業限制，依家庭經濟狀況不同，每名兒童每月補助 2,500 元至 5,000 元，針對第 3 名以上子女，每月再加發 1,000 元補助。107 年共 39 萬 3,641 名兒童受益，補助 64 億 3,565 萬餘元。

二、提供弱勢家庭兒少緊急生活扶助：107 年對於遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需照顧的家庭，每人每月給予 3,000 元緊急生活扶助，協助度過經濟危機，計協助 3,317 戶家庭、5,139 名兒少，補助 1 億 319 萬餘元。

三、辦理中低收入戶兒少健保費補助：補助未滿 18 歲之中低收入戶兒童及少年全民健保保險費，107 年共 137 萬 5,776 人次受益，補助 8 億 5,396 萬餘元。

四、辦理 3 歲以下兒童醫療補助：針對 3 歲以下參加全民健康保險之兒童，於就醫時自動

減免其門（急）診及住院部分負擔，107 年補助 1,496 萬 3,253 人次，減輕家長負擔 19 億 8,646 萬餘元。

五、提供弱勢兒少醫療補助：107 年協助繳納健保欠費、發展遲緩兒童療育、訓練及評估費、住院期間看護費及部分負擔費等，共 7,802 人受益，補助 1 億 1,555 萬餘元。

六、發展遲緩兒童早期療育服務

（一）輔導各縣市設置 28 處通報轉介中心，107 年通報 2 萬 3,953 名發展遲緩兒童，全國通報率 11.8% 如圖 9-2。

（二）107 年輔導各縣市設置 54 處個案管理中心，並辦理療育費用計協助發展遲緩兒童 5 萬 1,973 人次，補助 4 億 4,222 萬 7,944 元如圖 9-3。

（三）107 年結合 13 縣市於 81 個早期療育資源不足鄉鎮區，推動社區療育服務。

圖 9-2 歷年全國發展遲緩兒童通報率

資料來源：衛福部社家署

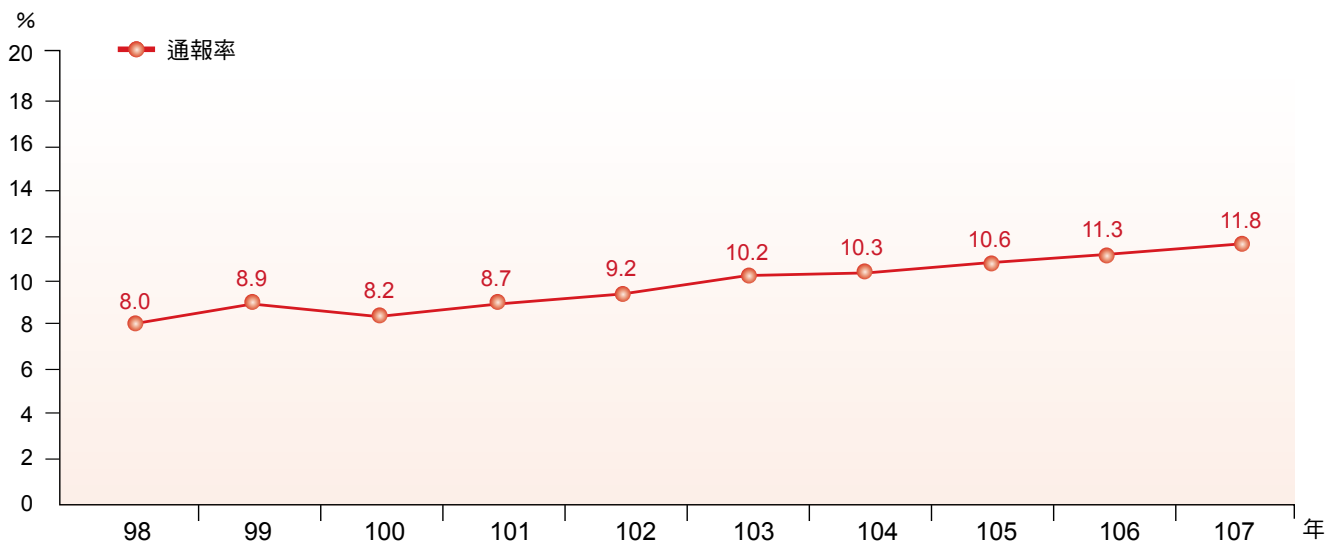
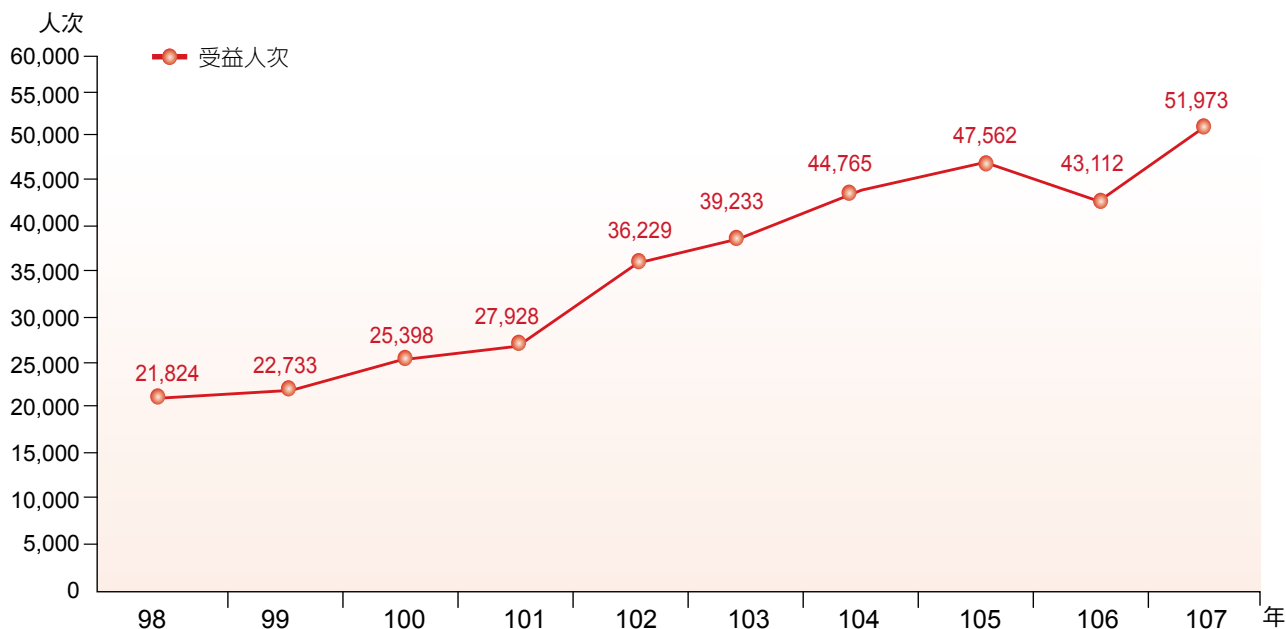


圖 9-3

歷年早期療育費用補助受益人次

資料來源：衛福部社家署



第二節 兒童及少年權益維護

一、建立兒少權益事務跨專業溝通平臺：行政院與本部分別設置有關兒少政策決策與協調機制，由中央與地方政府、民間團體、專家學者共同就兒少福利政策、兒童權利公約之落實進行協調、研究、審議及諮詢。

二、推動兒少安全實施方案：推動兒少之人身、居家、交通、校園、遊戲、水域、就業、網路及其他面向的安全工作，成立「兒童及少年事故傷害防制推動小組」，定期管考各部會績效，積極為兒少提供安全無虞的成長環境。

三、維護無戶（國）籍特殊兒少權益：107 年定期追蹤各地方政府最新處理情形，並保障無戶（國）籍兒少就學、就養、就醫權益，個案總數 366 名，已結案 150 名，持續追蹤計 216 名。



107 年臺灣女孩日宣導記者會

四、推動兒少人權，提升兒少發展及社會參與

（一）107 年結合地方政府及民間團體辦理各項兒少人權宣導活動，補助 39 個團體，共 7 萬 1,266 人次受益。

（二）10 月 11 日臺灣女孩日當日舉辦宣導記者會，推廣重視女孩、投資女孩之理念，強調「HeForShe」精神，呼籲各界應不分年齡、性別，共同努力實現性別平權。

- (三) 107 年協助各地方政府與民間團體培植兒少諮詢代表計 379 名，參與地方兒少事務決策與協調，全面落實兒少社會參與及表意權，另補助辦理兒少培力方案，共 8,697 人次受益。

第三節 托育服務

一、公共及準公共托育費用補助：將未滿 2 歲兒童送托參與準公共化居家托育人員或立案私立托嬰中心照顧之家庭，每月補助 6,000 元至 1 萬元不等；送托公設民營托嬰中心，每月補助為 3,000 元至 7,000 元不等。第 3 名以上子女每月加發補助 1,000 元。107 年補助 19 億 5,977 萬 680 元，107 年 12 月計 3 萬 4,142 人受益。

二、107 年底計有 71 處居家托育服務中心，共管理 2 萬 6,240 名托育人員，收托 2 萬 5,364 名未滿 2 歲之兒童如圖 9-4，其中領有服務登記證書托育人員中，具保母人員技術士證者計 2 萬 4,404 名，占 93%；其中 1 萬 7,680 名簽約準公共政策，簽約率達 75.22%。另配合行政院自 107 年 8 月 1 日實施托育公共及準公共化政策，親屬托育屬於家內照顧的一環，爰轉為領取育兒津貼，故已無親屬托育人員。

- (一) 107 年底全國有 1,034 所托嬰中心，收托 2 萬 6,428 名幼兒如圖 9-5，計有私立托嬰中心 852 家，收托 2 萬 98 人，其中 662 家簽約準公共政策，簽約率達 88.98%；公設民營托嬰中心 182 家（含社區公共托育家園 60 家），收托 6,330 人。
- (二) 為增加公共托育供給，本部爭取前瞻特別預算持續布建社區公共托育家園，107 年底計核定 92 家社區公共托育家園，並已完成設置 60 家。

- (三) 辦理社區式支持家庭服務，設置 153 處托育資源中心，提供托育及幼兒照顧諮詢、親職教育課程等服務，服務逾 1,510 萬人次。

第四節 安置服務

一、加強推動機構安置服務

- (一) 輔導與委託民間團體辦理機構安置業務，照顧依法應受安置之兒少，至 107 年底計有 122 所機構，如表 9-1。
- (二) 107 年補助機構專業人員服務費、設施設備、院生課業輔導、福利服務活動等，計 7,794 萬 6,056 元。

二、辦理兒少安置及教養機構聯合評鑑：107 年評鑑對象包含本部所屬及省級兒少安置機構 9 家、新北市等 20 縣市所轄兒少安置機構 88 家，總計 97 家參與聯合評鑑，於 107 年 7 月至 9 月辦理完竣，並於 108 年 3 月 28 日公布聯合評鑑結果等第，共計優等 28 家（28.9%）、甲等 35 家（36.0%）、乙等 20 家（20.6%）、丙等 9 家（9.3%）、丁等 5 家（5.2%）。

三、推動家庭寄養服務：輔導地方政府委託民間團體辦理家庭寄養業務，107 年登記合格之寄養家庭計有 1,018 戶，另有 340 戶儲備寄養家庭，安置兒少 1,605 人，如表 9-2。

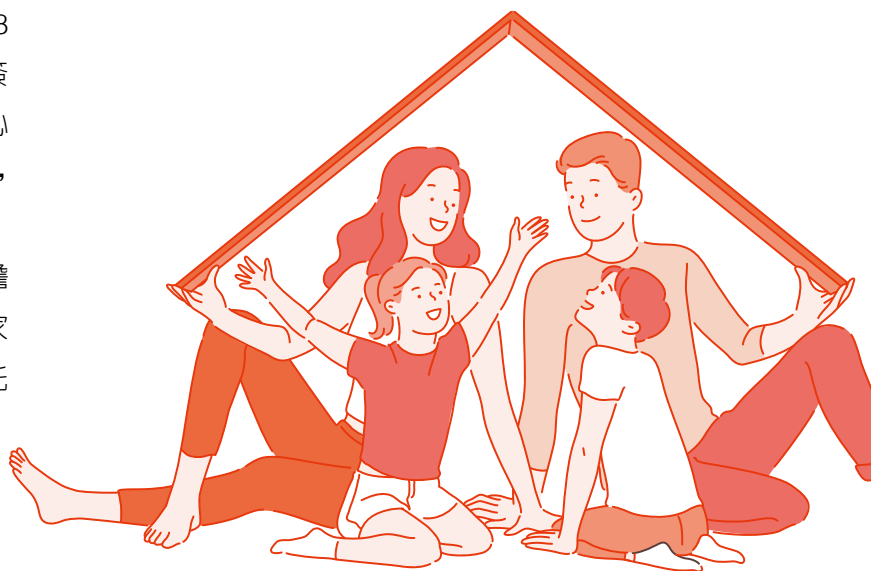
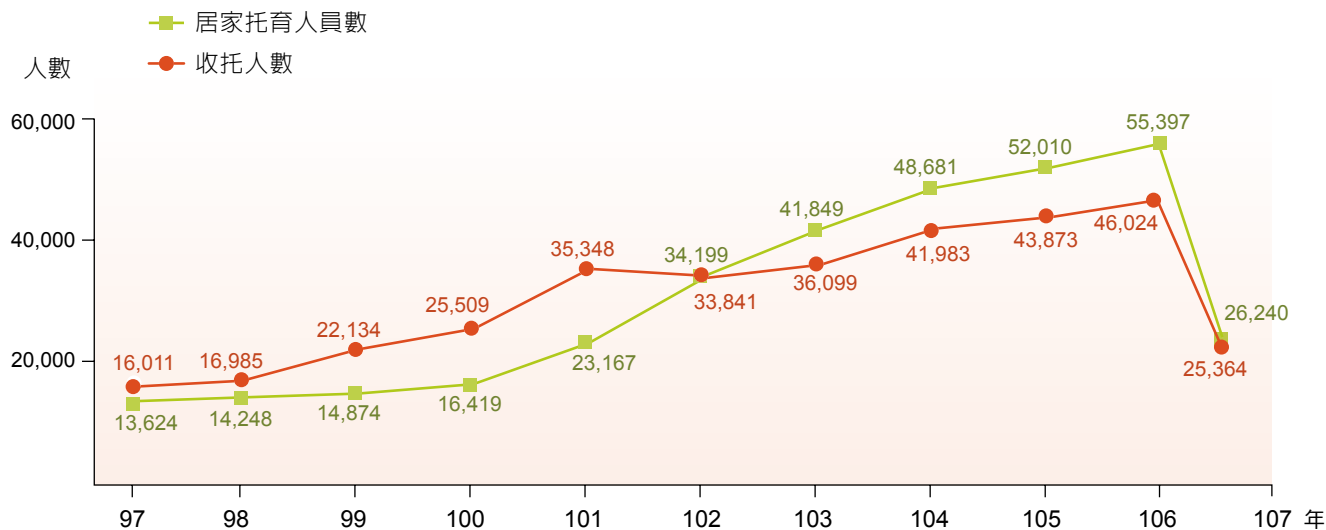


圖 9-4 歷年居家托育人員數與收托未滿 2 歲兒童人數

資料來源：衛福部社家署



備註：107 年 8 月 1 日實施托育公共及準公共化政策，親屬托育屬於家內照顧的一環並轉為領取育兒津貼，不納為托育人員，爰 107 年度統計人數下降。

圖 9-5 歷年全國托嬰中心家數及收托人數

資料來源：衛福部社家署

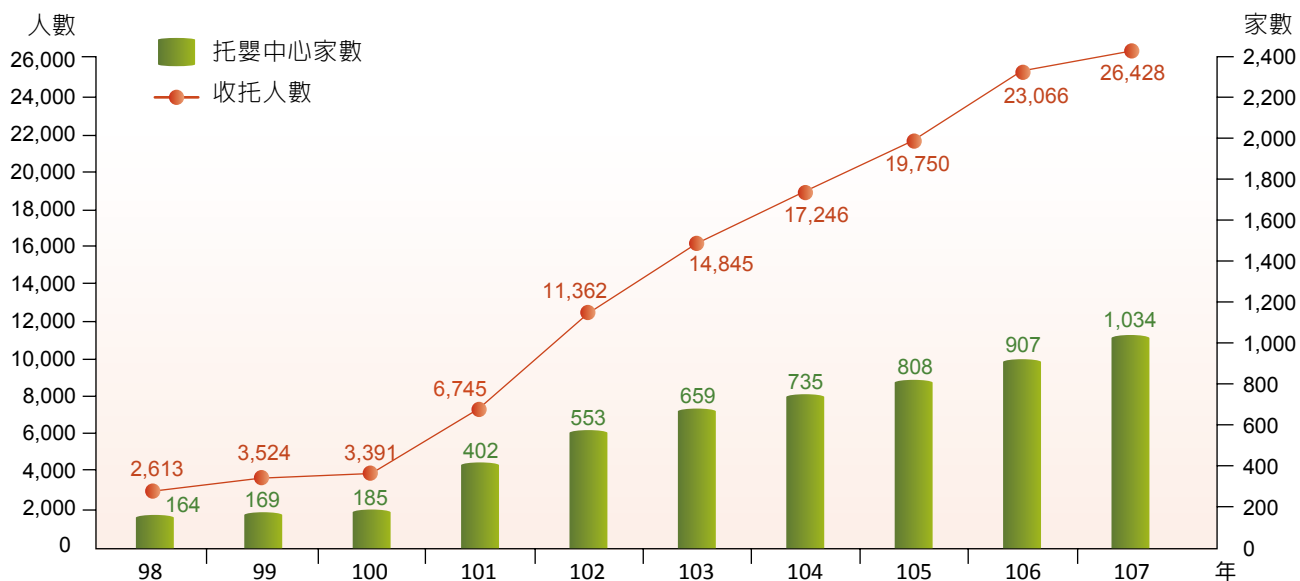


表 9-1 近 5 年兒少安置教養機構設立情形

資料來源：衛福部社家署

年度		103	104	105	106	107
機構數		124	122	122	124	122
核定床位數		4,991	5,004	5,094	5,211	5,076
安置人數	男	1,818	1,771	1,702	1,583	1,485
	女	1,683	1,704	1,617	1,565	1,500

表 9-2 近 5 年寄養家庭及寄養人數一覽表

資料來源：衛福部社家署

年度		103	104	105	106	107
家庭數（戶）		1,289	1,326	1,299	1,193	1,018
兒少數（人）	男	850	804	786	769	766
	女	893	858	836	852	839

四、強化全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統：107 年度完成司法安置查詢，提供司法體系查詢可安置之員額；規劃安置機構業務報表線上報送，提供安置機構與縣市政府每季報送業務報表。

行政院於 107 年 2 月 26 日核定「強化社會安全網計畫」，針對現行政策進行檢討，並將服務介入的焦點從「個人」轉變成以「家庭」為中心，採取「風險預防」、「單一窗口」及「整合服務」之原則，整合銜接各系統的服務，透過布建社福中心及脆弱家庭服務，構築完整的社會安全網。

第二章 婦女福利與家庭支持

因應近十年社會變遷，我國家庭政策於 104 年 5 月 26 日行政院社會福利推動委員會第 23 次委員會議修正通過，提出 5 大目標：（一）發展全人照顧與支持體系，促進家庭功能發揮（二）建構經濟保障與友善職場，促進家庭工作平衡（三）落實暴力防治與居住正義，促進家庭和諧安居（四）強化家庭教育與性別平權，促進家庭正向關係（五）宣導家庭價值與多元包容，促進家庭凝聚融合，內含 33 項政策內容及 98 項行動措施，自 105 年起執行。

第一節 婦女福利

從婦女觀點出發，以充權婦女能力為考量，推動各項服務，107 年重要工作成果如下：

- 一、結合民間團體辦理促進婦女福利與培力之支持性服務，充權婦女能力，創造並增進婦女公平發展的機會，計補助 2,950 萬餘元。
- 二、強化各縣市 29 處婦女福利服務中心功能，連結政府與民間資源，提供婦女有關婦女福利、婦女權益、法律服務及學習成長等服務，計服務 260 萬 679 人次。

三、經營管理台灣國家婦女館，作為我國推展婦女福利、婦女權益及性別主流化的平台，促進國內外婦女組織及公私部門之聯繫互動。提供國內 48 個單位場地使用、接待 65 個國內團體及國外人士參訪，來館人次達 12 萬 9 千人次。

四、推動培力地方政府推展婦女福利業務輔導計畫，擇定臺北市、新竹市、南投縣、彰化縣、臺南市、高雄市、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣及臺東縣等 10 個受輔導縣市，組成專家團隊督導，協助評估地方政府需要及進行各項業務的問題診斷，逐步發展具地方特色的婦女福利服務，並協助地方政府建立長期性業務督導機制。

第二節 弱勢家庭服務

一、布建社會福利服務中心，強化福利服務輸送：逐年完成 154 處社會福利服務中心設置，為家庭築起安全防護網，107 年已完成設置 124 處中心，並補助全國新增聘用 50 名社工督導及 342 名社工員，服務 9 萬 8,830 戶家庭、共 38 萬 1,946 人。

二、透過公私協力，強化脆弱家庭服務量能：藉由布建社福中心與各機關服務體系人力補充，重新建構公私部門的協力合作模式，俾利即時有效的幫助脆弱家庭。輔導原承辦兒少高風險家庭服務之團體轉型辦理脆弱家庭多元服務方案或其他專精性服務方案，以補強社區預防性服務工作。107 年補助 1,465 萬 5,050 元，補助 18 個民間團體，聘用 32 位社工人力承辦脆弱家庭多元服務方案。107 年度篩檢訪視兒少高風險家庭 2 萬 4,399 個家庭，開案輔導 8,056 個家庭，納入輔導 1 萬 6,422 位兒童及少年。

三、廣續執行 6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案：針對國小新生未依規定入學、逾期未完成預防接種等 7 類 6 歲以下兒童，加強目前各該體系之追蹤輔導機制，透過戶政、社政、衛生所（公衛護士）及學校追蹤輔導，發現符合兒少高風險家庭指標者，即由地方政府社會局（處）提供關懷訪視，107 年度關懷 1,252 人。



第三節 特殊需求家庭服務

- 一、收出養媒合服務：自 101 年 5 月 30 日起，除一定親屬間關係及繼親關係收養外，收出養的媒合須委託經許可之兒少機構或財團法人代為辦理，並應以國內收養人優先收養為原則。截至 107 年底全國共 9 家機構（計 13 個服務處所），107 年經由收出養媒合服務機構出養兒童及少年計 245 人（國內出養 137 人、跨國境出養 108 人）。
- 二、特殊境遇家庭扶助：針對遭遇特殊境遇之家庭，提供緊急生活扶助、子女生活津貼、兒童托育津貼、傷病醫療補助、法律訴訟補助、子女教育補助及創業貸款補助等扶助措施，107 年計扶助 2 萬 655 戶家庭、13 萬 1,434 人次，補助 4 億 6,766 萬餘元。
- 三、未成年懷孕支持服務
 - （一）設置「全國未成年懷孕諮詢專線」0800-25-7085 及「未成年懷孕求助網站」，107 年諮詢專線服務計 821 人次，求助網站瀏覽計 9 萬 509 人次，信件及線上諮詢 504 人次。
 - （二）各縣市提供個案管理服務，協助經濟補助、醫療保健、托育服務、轉介寄養及出養等服務，107 年計服務 6,415 人次。

第三章 老人福利

82 年 9 月底，臺灣地區 65 歲以上的老年人口為 148 萬 5,200 人，占總人口 7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標；107 年 3 月正式邁入高齡社會，截至 107 年底，全國老年人口數達 343 萬 3,517 人，占總人口 14.56%。為因應高齡社會趨勢，本部以經濟安全、健康維護、生活照顧以及社會參與等面向

推動多元老人福利服務，期能周全對老人的身心照顧。更積極廣布社區照顧關懷據點、提升老人福利機構安養護服務品質，以及推展行動式老人文康休閒巡迴服務，讓老人均能獲得在地且妥適的照顧服務。

第一節 老人經濟安全

- 一、依中低收入老人家庭經濟狀況，107 年每人每月給予 3,731 元或 7,463 元生活津貼，計核發 14 萬 3,160 人，補助 113 億 1,974 萬餘元，以保障經濟安全及維持基本生活。
- 二、補助家庭照顧者特別照顧津貼每月 5,000 元，107 年計 8,745 人次，補助 4,377 萬餘元，以彌補中低收入家庭因照顧重度失能老人而喪失的經濟來源。
- 三、為協助老人將所擁有的不動產，轉化為可按月領取的現金，提供多一項經濟保障選擇，老人福利法已明定金融主管機關應鼓勵金融業者提供商業型不動產逆向抵押貸款服務，截至 107 年底已有 14 家銀行辦理本項服務，共計受理 3,069 件。

第二節 老人健康維護

- 一、為減輕老人繳納保險費之經濟負擔，本部全額補助 70 歲以上中低收入老人參加全民健康保險之自付額費用，107 年計補助 93 萬 3,036 人次。
- 二、補助委託安置機構照顧之中低收入老人重病住院看護費，每日 1,800 元，每年最高 21 萬 6,000 元，107 年計補助 4 家機構 286 人。
- 三、為增進經濟弱勢老人及 55 歲以上原住民口腔健康，維護生活品質與尊嚴，補助其裝置活動假牙，107 年受益人數為 5,269 人。

第三節 老人生活照顧

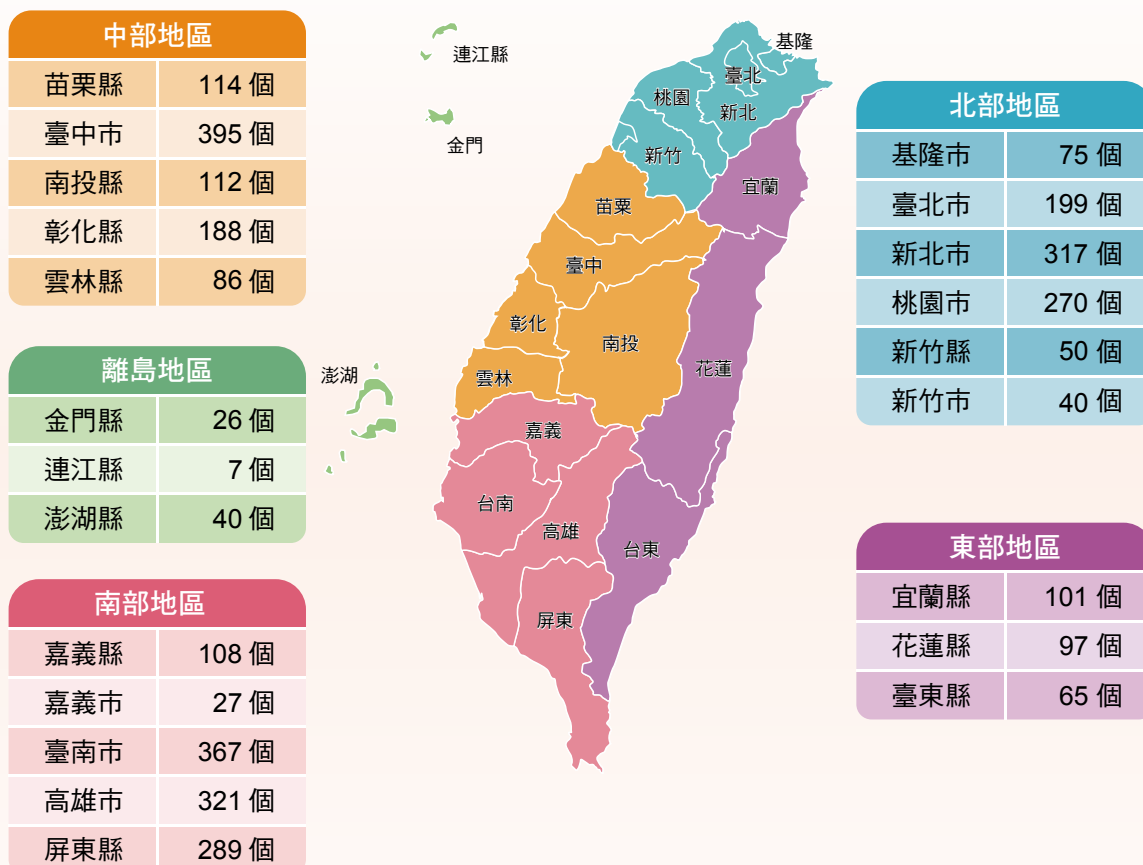
- 一、加強關懷照顧獨居老人，辦理 24 小時老人緊急救援服務，截至 107 年底止計有獨居老人 6,563 人安裝緊急救援系統。另成立「失蹤老人協尋中心」，協助家屬尋找走失老人，自 90 年開辦起至 107 年底，計 2,535 人通報協尋，其中 1,499 人經由該中心尋獲。
- 二、持續輔導機構提升服務品質，鼓勵多元經營，滿足老人照顧需求，截至 107 年底立案之老人福利機構計 1,098 家。
- 三、為感念馬偕博士扶弱濟貧之貢獻，自 100 年 6 月 1 日實施「馬偕計畫」，經審核為長期無私奉獻之外籍人士，比照我國老人提供搭

乘國內大眾運輸工具、進入公立(營)風景區、康樂場所、文教設施優待及長期照顧服務，截至 107 年底，共計 278 位外籍長者符合規定。

- 四、設置老人諮詢服務中心，提供 0800-228585「老朋友專線」，協助老人諮詢各類問題，平均每月通話量約 1,000 通。
- 五、鼓勵各地方政府積極結合村里辦公處、社會團體設置 3,294 個社區照顧關懷據點如圖 9-6，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動。另自 107 年起透過加值經費，輔導 268 個據點增加服務時段，深化照顧服務強度，設置 C 級巷弄長照站。

圖 9-6 全國社區照顧關懷據點分布圖

資料來源：衛福部社家署



第四節 老人社會參與

- 一、辦理長青學苑及各項老人福利活動，107 年計 642 案；另提供老人搭乘國內交通工具、進入康樂場所及參觀文教設施半價優待，鼓勵老人參與戶外活動，促進身心健康。
- 二、補助 16 個縣（市）政府購置 18 部多功能巡迴關懷專車，就近提供老人服務、健康諮詢及休閒文康育樂等行動式巡迴服務，107 年辦理 7,449 場次，服務 33 萬 7,103 人次。
- 三、舉辦重陽節系列慶祝活動，辦理重陽家庭日－JOJO 大冒險、銀髮桌遊趴、創齡～銀向樂活老人福利機構運動會，及銀領飛揚嘉年華，透過全國性親老、敬老活動，倡導「活力老化」、「世代融合」理念。

第四章 身心障礙者福利

因應身心障礙人數增長、個別性需求多元及國際潮流趨勢，參採世界衛生組織（World Health Organization, WHO）頒布的國際健康功能與身心障礙分類系統，定義身心障礙者，結合我國身心障礙福利政策，依身心障礙者實際需求、《身心障礙者權利公約施行法》、《身心障礙者權益保障法》及《身心障礙者權益保障白皮書》，自 101 年推動「身心障礙鑑定與需求評估



107 年 10 月 5 日 於華山 1914 文化創意產業園區辦理 2018 重陽家庭日－JOJO 大冒險



107 年 10 月 13 日 於台北文創大樓辦理 2018 重陽系列活動－銀髮桌遊趴



107 年 10 月 17 日 於大台中國際會展中心辦理創齡～銀向樂活－全國老人福利機構運動會



107 年 10 月 23 日 於台北體育館辦理銀領飛揚嘉年華



新制」，依據需求評估結果提供服務，以保障經濟安全、多元連續服務措施、提供無障礙生活環境及促進社會參與等方向規劃。截至 107 年底，全國身心障礙者人數計 117 萬 3,978 人，占總人口數 4.98%。

第一節 身心障礙者權益保障

一、95 年聯合國大會通過之《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD），為國際間身心障礙者人權保障重要圭臬。為將 CRPD 國內法化，103 年 8 月 20 日總統公布 CRPD 施行法，並自同年 12 月 3 日國際身心障礙者日施行。本部依據 CRPD 施行法法定期程，於 105 年完成優先法規及行政措施檢視清單計 372 部 / 674 條，發表我國初次國家報告，106 年辦理國際審查會議，國際審查委員共提出 85 點次結論性意見，作為我國未來檢討及修正相關法令、政策或行政措施之參考，108 年政府提出 CRPD 初次國家報告

國際審查結論性意見回應行動計畫，各部會將透過有步驟、有策略的逐步實施，使我國身心障礙各項工作朝人權方向推展。

二、身心障礙者鑑定及需求評估新制自 101 年 7 月 11 日正式施行，就身體結構、功能、活動及社會參與等面向進行鑑定，強調採專業團隊方式進行，並以單一窗口主動為民衆提供個別化、多元化的福利服務。107 年受理申請身心障礙證明 41 萬 9,370 件，核發 38 萬 5,817 件，辦理需求評估 39 萬 3,553 件。

第二節 身心障礙者經濟安全

一、家庭總收入及財產符合給付標準之身心障礙者，每月核發生活補助費 3,628 元、4,872 元及 8,499 元，平均每月 34 萬 9,084 人受益，107 年補助 212 億 5,702 萬餘元。

二、補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，107 年計 4 萬 7,841 人受益，補助 88 億 192 萬餘元。

第三節 身心障礙者生活照顧

- 一、推動身心障礙者個人照顧服務（居家式、社區式）：為促進身心障礙者生活品質及社會參與，辦理身心障礙者居家照顧、自立生活支持、生活重建、日間照顧、家庭托顧、社區居住等，107 年計 679 萬 665 人次受益，補助 21 億 9,330 萬餘元。
- 二、推動身心障礙者家庭支持服務：為協助減輕家庭照顧負荷並給予照顧者支持，辦理身心障礙者臨時及短期照顧、照顧者訓練及研習、家庭關懷訪視等家庭支持服務，107 年計 307 萬 9,858 人次受益，補助 8 億 5,420 萬餘元。
- 三、促進機構照顧的小型化與社區化發展：107 年底全國身心障礙福利機構計 271 所、2 萬 2,387 床，服務 1 萬 8,221 人，主要項目有：日間照顧、技藝陶冶、作業活動、住宿養護等，並輔導朝向小型化、社區化發展，促進身障者利用之可近性與便利性。

第四節 身心障礙者輔具資源整合

- 一、舉辦全國身心障礙者輔具資源與服務整合聯繫會議，建置輔具資源入口網，以達資訊整合之效。
- 二、建構各級政府輔具服務體系，委託多功能輔具資源整合推廣中心提供諮詢、教育訓練、維護輔具資源入口網站、輔具展示及各項宣導活動。107 年全國設置 33 家輔具中心，提供民衆輔具評估、專業諮詢、宣導、維修等服務。

- 三、補助身心障礙者購置輔具費用，107 年計 8 萬 1,695 人次受益，補助 7 億 5,508 萬餘元。
- 四、為使行動不便之身心障礙者及老人方便上下樓梯，至 107 年底已有 10 縣市輔具中心提供爬梯機租借服務。
- 五、101 年 7 月 11 日起全面實施身心障礙者復健所需醫療費用及醫療輔具補助，107 年計補助 9,140 人次（男性占 60%，女性占 40%），補助 5,080 萬 7,500 元。

第五節 身心障礙者社會參與

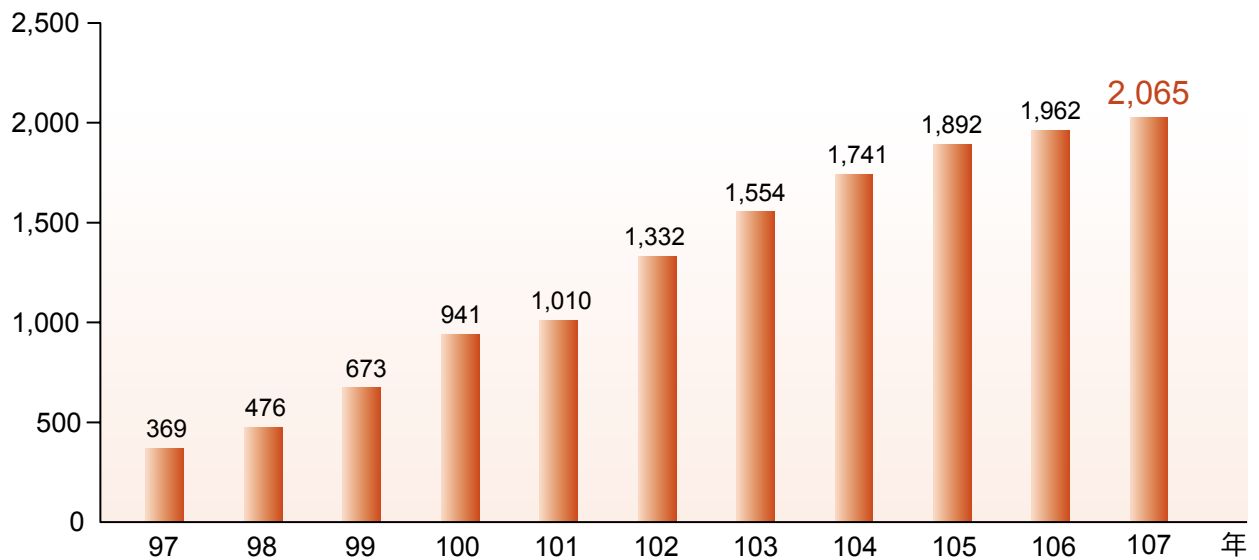
- 一、補助民間團體辦理各項身心障礙者休閒、育樂、研習等活動、增修無障礙網頁及充實設施設備，107 年計 391 案，1,156 萬 5,154 元。
- 二、107 年 12 月 1 日辦理國際身心障礙者日活動—「第 22 屆身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮，透過 10 位得獎者分享生命事蹟，鼓勵更多障礙者勇於開創人生。
- 三、補助導盲犬訓練及宣導，截至 107 年底合格導盲犬 35 隻，訓練中導盲幼犬 127 隻。
- 四、辦理身心障礙者專用停車位識別證，截至 107 年底設置專用停車位 2 萬 5,426 個，發放專用車牌、專用停車位識別證 31 萬 8,112 張。
- 五、107 年全國復康巴士計 2,065 輛如圖 9-7，提供 406 萬 7,774 人次服務。
- 六、107 年輔導各地方政府建置完成手語翻譯及同步聽打服務窗口及服務範圍與作業程序，手語翻譯服務人員計 336 人，同步聽打服務人員計 261 人。

圖 9-7

97 至 107 年全國復康巴士車輛數

車輛數

資料來源：衛福部社家署



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



社會救助與 社會工作

- 第一章 社會救助
- 第二章 社會工作
- 第三章 社區與其他資源連結





第一章 社會救助

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

第一節 生活扶助

低收入戶生活扶助係針對家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在最低生活費以下，且家庭財產未超過中央、直轄市主管機關公告之當年度一定金額者，提供持續性的經濟協助。104 年修正社會救助法（以下簡稱社救法），明定低收入戶生活扶助費每四年參照消費者物價指數成長率進行調整，以保障弱勢民衆權益，近 5 年最低生活費如表 10-1。

現行各地方政府提供低收入戶補助包含家庭生活扶助、就學生活扶助及兒童生活扶助 3 大項。此外，依據社救法第 12 條規定，對於低收入戶中之老人、懷孕滿 3 個月之孕婦，以及身心障礙者，主管機關得依其原領取現金給付之金額增加最高不得逾 40% 之補助。為避免救助給付，影響工

作意願，亦於社救法第 8 條中明文規定，依本法或其他法令每人每月所領取政府核發之救助金額，不得超過當年政府公告之基本工資；107 年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目如表 10-2。

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

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

表 10-1 近 5 年最低生活費

資料來源：衛福部社工司

地區別 年別	臺灣省	臺北市	高雄市	新北市	臺中市	臺南市	桃園市	福建省	
								金門縣	連江縣
103	10,869	14,794	11,890	12,439	11,860	10,869	—	9,769	
104	10,869	14,794	12,485	12,840	11,860	10,869	12,821	9,769	
105	11,448	15,162	12,485	12,840	13,084	11,448	13,692	10,290	
106	11,448	15,544	12,941	13,700	13,084	11,448	13,692	10,290	
107	12,388	16,157	12,941	14,385	13,813	12,388	13,692	11,135	

表 10-2 107 年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目

資料來源：衛福部社工司

補助項目	補助人次	補助金額（新臺幣元）
家庭生活補助	100 萬 2,506 人次 34 萬 6,198 戶次	56 億 8,571 萬 6,390 元
就學生活補助	54 萬 6,030 人次	33 億 2,930 萬 9,336 元
以工代賑（含中低收入戶）	2 萬 7,659 人次	4 億 9,431 萬 2,805 元
節日慰問	75 萬 7,820 人次	5 億 9,738 萬 6,580 元

在協助脫離貧窮自立方面，本部於 105 年 6 月 6 日訂頒《協助積極自立脫離貧窮實施辦法》，107 年補助地方政府及民間社會福利團體辦理 41 項促進就業及自立脫貧等方案，補助 2,842 萬 8,500 元。

第二節 醫療補助

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

一、保險費補助：107 年健保費之補助，計 62 億 7,944 萬餘元。

二、部分負擔費用補助：為減輕低收入戶就醫負擔，《全民健康保險法》第 49 條明定「低收入戶就醫時，應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。」107 年補助低收入戶部分負擔之醫療費用（含門診與住院），計補助 15 億 4,805 萬餘元。

三、全民健康保險不給付之醫療費用補助：各地方政府為滿足低收入戶及中低收入戶之就醫需求，亦訂定相關法令規定醫療費用補助標準，107 年補助 5,062 人次，計補助 1 億 5,659 萬餘元。





第三節 急難救助

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

第四節 災害救助

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

一、災民收容與物資整備

- （一）每年因應汛期及颱風季節將屆，均請地方政府確實依照《災害防救法》規定，

預先辦理災民臨時收容、社會救助及弱勢族群特殊保護措施及應變事宜；107 年由各縣市規劃之災民收容所設置處所總計 5,803 處，可收容 251 萬 7,034 人；107 年計有 0206 花蓮震災等 6 次災害計開設 143 處，收容 3,952 人次。

- （二）建立社政人力「區域聯盟、即時協助」、「一人一案」模式，將地方政府按地理區域區分 5 區，就近互相支援受災縣市，視災害類型發展服務模式，為災民提供即時慰助、創傷輔導、心理支持及需求調查等。
- （三）107 年 6 月 20 日訂定「地方政府災害捐款管理運用指引」，使地方政府機關因應重大災害主動發起勸募之募得款項，能有效運用於災民救助及災後復原重建工作。

二、災害慰問

當重大天然災害發生中央災害應變中心開設，即依據相關處置報告，聯繫地方政府確認個案係因災致死亡、失蹤或重傷，專案簽報首長啓動發放慰問金機制。另本部為執行原臺灣省政府

表 10-3 105-107 年急難救助統計

資料來源：衛福部社工司

年度別		105 年		106 年		107 年	
		受益人數 (人)	救助金額 (元)	受益人數 (人)	救助金額 (元)	受益人數 (人)	救助金額 (元)
直轄市、縣（市） 急難救助		35,900	2 億 2,319 萬 1,601 元	34,188	2 億 1,792 萬 503 元	34,469	2 億 2,130 萬 2,550 元
衛生 福利部	急難救助	1,096	1,325 萬 5,000 元	1,011	1,396 萬元	1,006	1,156 萬元
	急難紓困救助 專案	12,400	2 億 7,470 萬元	11,813	2 億 4,394 萬 8,925 元	12,089	1 億 7,415 萬 5,300 元

災害救濟捐款專戶經費，發放因天然災害致死亡、失蹤、重傷或經本部專案簽准之災害慰問金，於 107 年 8 月 8 日函頒「衛生福利部辦理災害救濟捐款專戶慰問金發放要點」。

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

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

107 年慰問金發放情形：0206 花蓮震災計發放 5 名死亡慰問金，計 100 萬元；0823 水災計發放 6 名死亡、1 名失蹤，1 名重傷等慰問金，計 145 萬元。

第五節 遊民輔導

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

我國 107 年底各縣市列冊輔導遊民人數總計 2,603 人，逾 7 成集中於臺北市等 6 個直轄市，遊民人數 50 人以下有 6 個縣市，金門縣、連江縣及澎湖縣無遊民，顯見各地方遊民人數差異極大。

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

- 一、收容安置服務：對於居無定所之遊民，提供臨時性安置場所（如遊民收容所），作為其臨時、短期避寒棲身之所，截至 107 年底共 10 處公立遊民收容處所（含 7 處公設民營）。
- 二、生活維護措施：為維護遊民基本生活安全，本部近年皆編列相關預算補助直轄市、縣（市）辦理遊民業務，由政府及相關機構廣結民間團體力量辦理街頭外展服務，提供遊民基本生活維護，如供應熱食、沐浴、禦寒、理髮、乾淨衣物、睡袋、衛生保健等服務。
- 三、促進自立措施：對於具工作能力與意願之遊民，與勞工主管機關協調提供職業訓練，或評估遊民之特性協調相關單位提供就業機會。如藉以工代賑方式培養遊民工作習慣，或提供諮商服務，以提升遊民自立能力，協助回歸家庭與社會生活。
- 四、低溫關懷服務：本部於 103 年 11 月 10 日函頒「低溫及年節時期加強關懷弱勢民眾專案計畫」，當中央氣象局發布 10 度以下低溫特報時，即由地方政府及民間團體主動啟動低溫關懷服務，提供遊民熱食、禦寒衣物及臨時收容處所資訊等。

綜上，107 年共服務遊民 38 萬 2,982 人次，包含關懷服務 34 萬 9,965 人次、協助返家 351 人次、年節服務 1 萬 3,395 人次、轉介福利服務 3,777 人次、轉介就業服務 2,036 人次、輔導租屋 280 人次、安置服務 3,496 人次、其他 9,540 人次。

第六節 兒童及少年未來教育與發展帳戶

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

合作，符合資格之孩子由家長每年最高存入新臺幣 1 萬 5,000 元，政府即提撥同額款項，藉由鼓勵貧窮家庭長期（18 年）儲蓄，並提供理財教育、家庭服務等配套作法，針對無依孩童及無力儲蓄之貧窮家庭，政府將結合民間資源予以協助，儲蓄過程中經由社會工作人員之陪伴與輔導，降低家庭與兒少可能遭遇之風險，該帳戶於 106 年 6 月 1 日開辦，並於 107 年 6 月 6 日由總統公布《兒童及少年未來教育與發展帳戶條例》，以完備法制。截至 107 年底完成開戶人數為 7,173 人。

第二章 社會工作

第一節 社會工作制度

社會工作專業制度已是世界潮流所趨，自 86 年 4 月 2 日公布實施社會工作師法以來，截至 107 年底，全國通過社會工作師考試已有 1 萬 2,288 人，登記執業社工師計 7,033 名，全國公私部門社福領域社會工作專職人員計 1 萬 5,643 人，

其中女性 1 萬 2,748 人（占 81.49%，男性 2,895 人（占 18.51%），如圖 10-1。

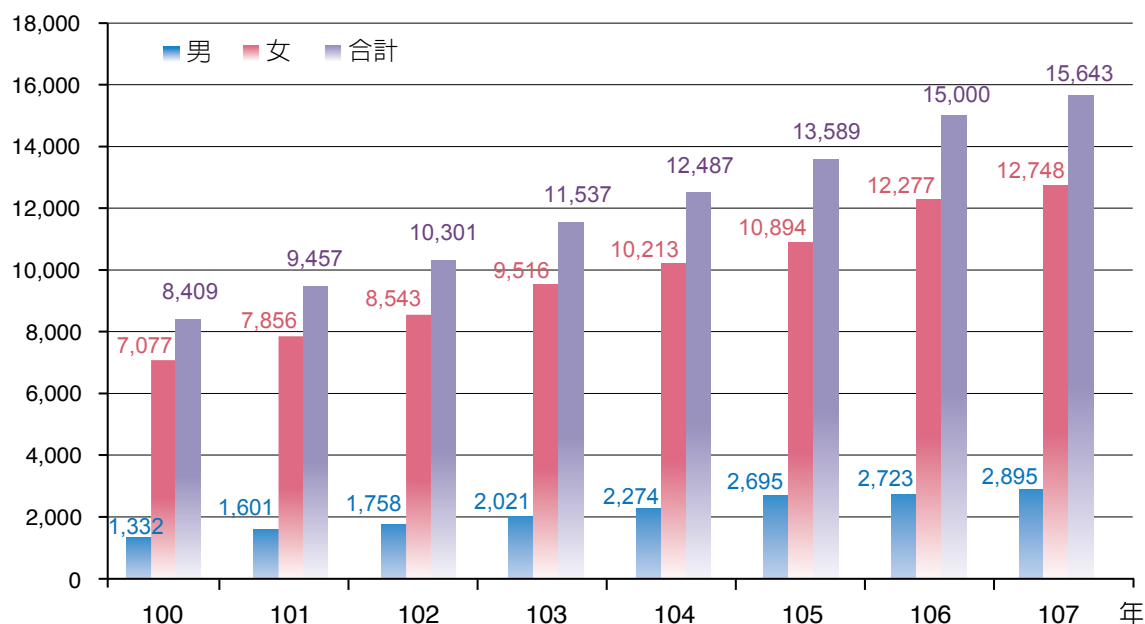
一、考試方面

- （一）本部於 102 年配合考選部推動國家考試職能分析工作，完成公職社會工作師、社會工作類科職能分析，另建請教育部鼓勵學校配合社會工作師考用制度調整課程規劃，培育第一線優秀之社會工作人才。
- （二）配合考選部專技社工師部分科目免試辦理社會工作實務經驗及業務年資審查，截至 107 年底召開 74 次委員會，共計複審 1 萬 1,626 件社工年資申請案。
- （三）依據「專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法」第 7 條規定，專科社會工作師之甄審，自本辦法施行後 5 年內，各科至少應辦理 1 次，自施行

圖 10-1

100-107 年公私部門社福領域社會工作專職人員數

資料來源：衛福部社工司



後第 6 年起，每 2 年至少應辦理 1 次，中央主管機關得依專科社會工作師人力供需情形增減之。截至 107 年底，計錄取專科社工師 418 位，含醫務類科 141 位、心理衛生類科 116 位、兒童、少年、婦女及家庭類科 106 位、老人類科 29 位、身心障礙類科 26 位。

二、專業訓練方面

- (一) 為符合實務工作者需求、減輕其重複受訓之負擔，已規劃綜整性的基礎訓練及各領域的進階訓練需求，訂定「社會工作人員專業訓練計畫」。
- (二) 依《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》、《專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法》，提升社工師專業知能，107 年辦理社工師繼續教育積分審查 2,815 件。

三、權益保障方面

- (一) 為提供社工人員友善的工作環境，並鼓勵專職久任，本部與行政院人事行政總處、銓敘部研議調整職務列等、專業加給表等措施。改善公部門非編制（約聘僱等）人員，及私部門社會工作人員之勞動條件及勞動權益，

確保各領域社會工作人員之執業安全，強化預防面、督導機制、員工協助等方案。為持續研究發展社會工作專業制度，納入「強化社會安全網計畫」政策溝通平臺，藉由跨部會協調會議，以利相關政策推動。

- (二) 針對私部門社工人員之勞動條件，本部於 105 年度推展社會福利補助作業要點，新增專科社會工作師證照加給；107 年推展社會福利補助作業要點專業服務費社工員由 3 萬 3,000 元提升至 3 萬 4,000 元、社工督導由 3 萬 7,000 元提升至 3 萬 8,200 元。
- (三) 為維護社工人員勞動權益，於 107 年 3 月 31 日建置「社福人員勞動申訴及溝通平台」，並於 107 年 8 月 24 日函頒勞動爭議申訴作業流程。

第二節 社工人力配置及進用

為統籌運用全國社工人力，以達人力資源效益極大化，107 年行政院將 99 年核定之「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」納入「強化社會安全網計畫」廣續執行，以建立中央、地方及實務界縱向與橫向之合作機制，預計新增 2,145 名社工人力，未來將併入強化社會安全網計畫廣續充實社工人力。





本部於 107 年 6 月核定補助各地方政府相關經費，地方政府應進用社工人力 1,859 人（含新增社工人數 992 人及原充實社工人力計畫人數 867 人），截至 107 年底已進用 1,400 人（含新增社工人數 648 人及原充實社工人力計畫已進用人數 752 人）。新進社工進用率 65%，原充實社工人力計畫進用率 87%，整體進用率 75%。地方政府社工人力達 3,687 人，較計畫實施前之 1,590 人，增加 2,097 人，地方政府每位社工人員服務總人口數由 1 萬 4,549 人降低為 6,238 人，有效減輕社工人員負荷，提升服務品質。

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

第三節 社工執業安全

為強化社工人員執業安全，本部於《社會工作師法》、《兒童及少年福利與權益保障法》、《家庭暴力防治法》等法規已將社工人身安全相關措施納入條文規範，行政院於 104 年核定「社工人員執業安全方案（104-106）」，並於 107 年檢討相關策略，廣續辦理，以落實建構「安全

就業」、「安心服務」及「安定管理」之三安目標。具體措施包括：

- 一、依「社工人員執行高度風險及一般風險業務量表」，核發社工人員風險工作補助費。104 年至 107 年執行風險工作補助費受益人數分別為 3,867 人、4,153 人、4,243 人、4,568 人，截至 107 年底合計補助經費計 9,652 萬 5,014 元。
- 二、申請公益彩券回饋金經費補助辦理「推動社工人身安全保障計畫」：補助各直轄市、縣（市）政府社會局（處）（含民間社福團體及機構）辦理各項社工人員人身安全措施，補助設施設備、辦理社工人身安全在職教育訓練分級課程、情緒支持、舒壓課程、心理健康、情緒支持及遭受侵害之支持等措施、執業安全保險費等，107 年計補助 17 案、215 萬 6,000 元。
- 三、行政院於 107 年 8 月 1 日核定「社會工作人員執業安全方案」，相關策略及實施措施 108 年併入強化社會安全網計畫配套措施辦理，風險工作補助納入薪資結構檢討，風險工作補助補助人數及金額如表 10-4。

表 10-4 104-107 年社工人員風險工作補助經費一覽表

資料來源：衛福部社工司

年度	一般風險人數	高度風險人數	合計補助人數	補助金額（元）	備註
104	1,192	2,675	3,867	11,512,800	104 年因動支二備金，僅發放 10-12 月補助
105	1,182	2,971	4,153	27,776,000	
106	1,382	2,861	4,243	27,718,699	
107	1,548	3,020	4,568	29,517,515	
總計	5,304	11,527	16,831	96,525,014	

第三章 社區與其他資源連結

第一節 社區發展

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

社區發展結合民間力量推展社區各項福利服務，透過發行社區刊物及舉辦活動，凝聚社區居民意識，促進敦親睦鄰，提升生活品質。107 年辦理成效如下：

- 一、全國社區發展協會 6,823 個，辦理社區照顧關懷據點計 2,165 處。
- 二、營造福利化社區：辦理福利社區化旗艦型計畫、社區人力資源培訓、社區防災備災宣導、社區提案培力等，補助 133 案，計 1,198 萬 7,000 元整。
- 三、辦理全國福利社區化觀摩會及全國社區發展業務聯繫會報，總計參加人數為 600 餘人。

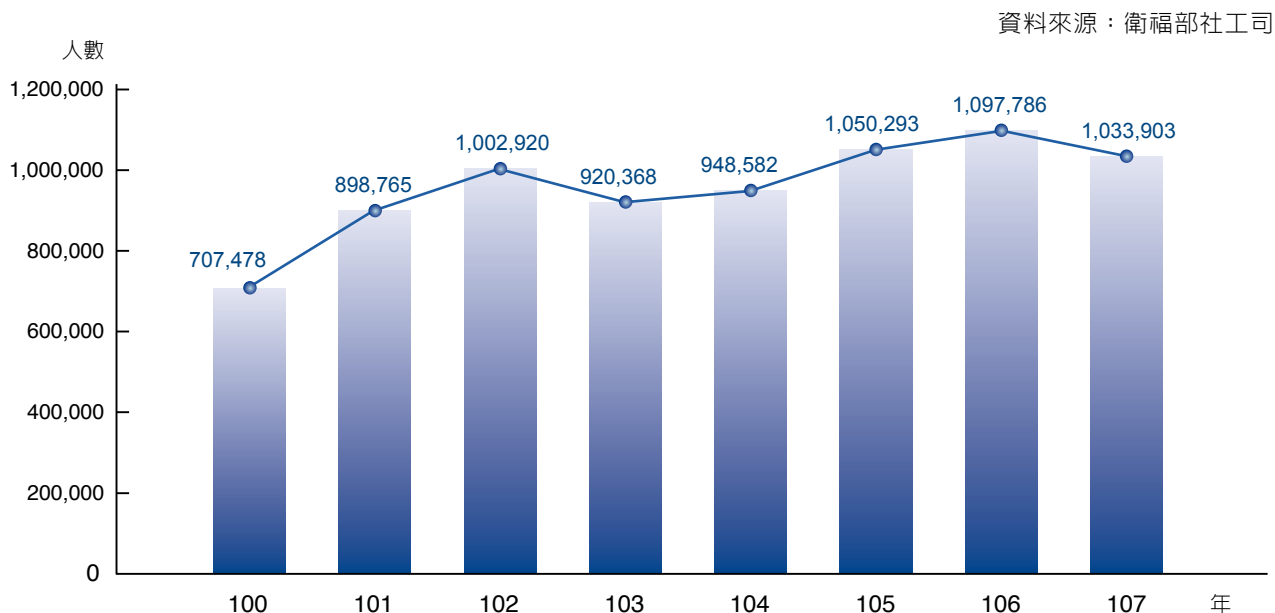
四、辦理 107 年度社區發展工作金卓越社區選拔，計有臺北市文山區忠順社區等 41 個社區發展協會獲獎。

第二節 志願服務

為有效結合民間力量，激勵社會大眾發揮助人精神，90 年公布《志願服務法》，為促進志願服務發展，建置「衛生福利部志願服務資訊整合系統」管理志工基本資料，另建置「重大災害物資資源及志工人力管理系統」，協助救災事宜；辦理志願服務評鑑、調查研究、教育訓練、獎勵表揚等，107 年本部計獎勵表揚 8,878 名志工，4 萬 7,897 人領有志願服務榮譽卡，以及憑榮譽卡得享有免費進入之公立風景區、未編定座次之康樂場所及文教設施計 157 處。

107 年全國志工團隊計 2 萬 2,448 隊，志工人數 103 萬 3,903 人，如圖 10-2，其中男性志工 30 萬 4,803 人（占 29%）、女性志工 72 萬 9,100 人（占 71%）。服務領域方面，以教育類志工 40 萬 3,934 人最多，衛生福利類 34 萬 9,912 人次之，環保類 18 萬 151 人居第三。

圖 10-2 100-107 年全國志工人數



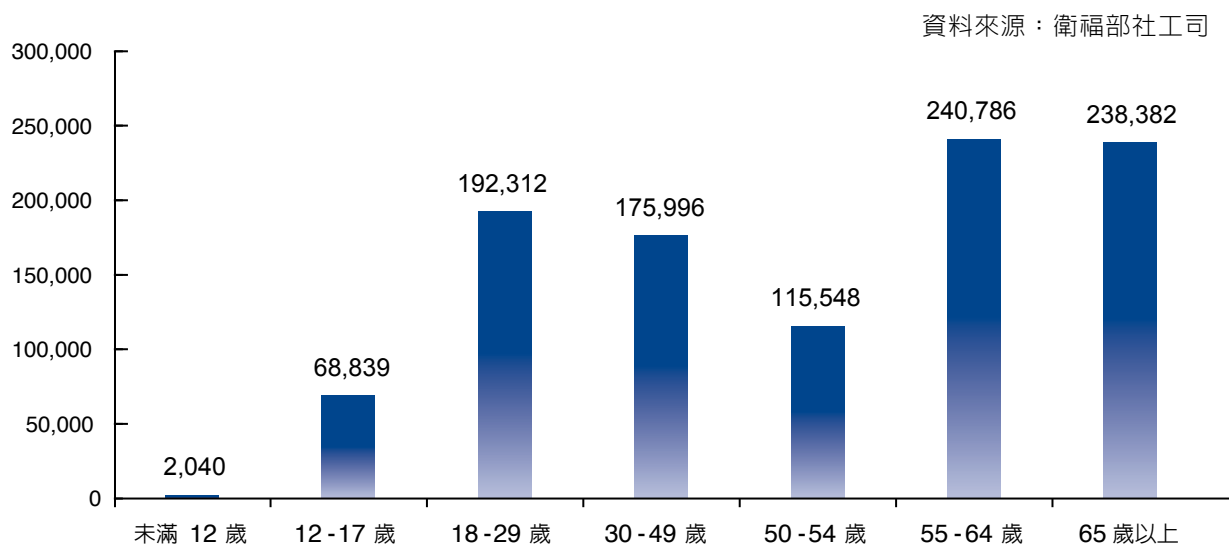


志工年齡分層以 55-64 歲 24 萬 2,626 人最多（占 22%）；65 歲以上志工 23 萬 8,382 人（占 20%）如圖 10-3；107 年服務人次達 5 億

3,211 萬 1,648 人次，服務時數達 9,474 萬 1,596 小時，相當提供 4 萬 5,549 位專職人力。

圖 10-3

107 年志工年齡分層



第三節 公益勸募

為管理勸募行為，妥善運用社會資源，95 年公布《公益勸募條例》，規範為社會福利事業、教育文化事業、社會慈善事業、援外及國際人道救援及其他經主管機關認定之事業發起之勸募活動。截至 107 年底本部許可勸募統計如表 10-5。

為提升勸募團體財務責信及運作效能，本部每年委託會計師事務所稽查本部核准勸募團體辦理勸募活動之募得財物數額、使用及流向情形。近 3 年查核件數：105 年 96 件、106 年 80 件、107 年 140 件。

為增進勸募團體人員專業知能，107 年辦理 7 場研習，計 579 人次參加。

第四節 1957 福利諮詢專線

為協助生活上遭遇困難之家庭或個人，本部設置 1957 福利諮詢專線提供民眾免付費、全年無休之社會福利諮詢與通報轉介服務。107 年委託臺灣兒童暨家庭扶助基金會聘請 35 位專業社工人員，於每日上午 8 時至晚上 10 時提供服務，專線社工如發現需通報轉介個案，即通報各直轄市、縣（市）政府社會局（處）派員訪視或提供相關服務。服務成果統計分析如圖 10-4、10-5。

表 10-5 100-107 年許可勸募統計

資料來源：衛福部社工司

年度	件數	團體數	預募金額	實募金額	差異說明
100	179	157	50 億 5,428 萬 7,103 元	46 億 2,658 萬 6,110 元	該年發生日本 311 大地震（重大災害）
101	221	190	57 億 5,236 萬 430 元	24 億 2,539 萬 9,813 元	
102	283	236	83 億 9,451 萬 1,818 元	30 億 3,944 萬 1,780 元	
103	347	293	129 億 7,001 萬 5,606 元	37 億 6,736 萬 3,447 元	
104	442	373	163 億 5,742 萬 6,700 元	28 億 9,882 萬 857 元	
105	422	372	190 億 5,648 萬 2,132 元	43 億 1,746 萬 4,413 元	
106	448	386	168 億 3,537 萬 4,869 元	45 億 775 萬 4,461 元	
107	485	423	162 億 4,176 萬 2,754 元	50 億 3,843 萬 3,097 元	



圖 10-4 100–107 年 1957 福利諮詢專線來電數統計

資料來源：衛福部社工司

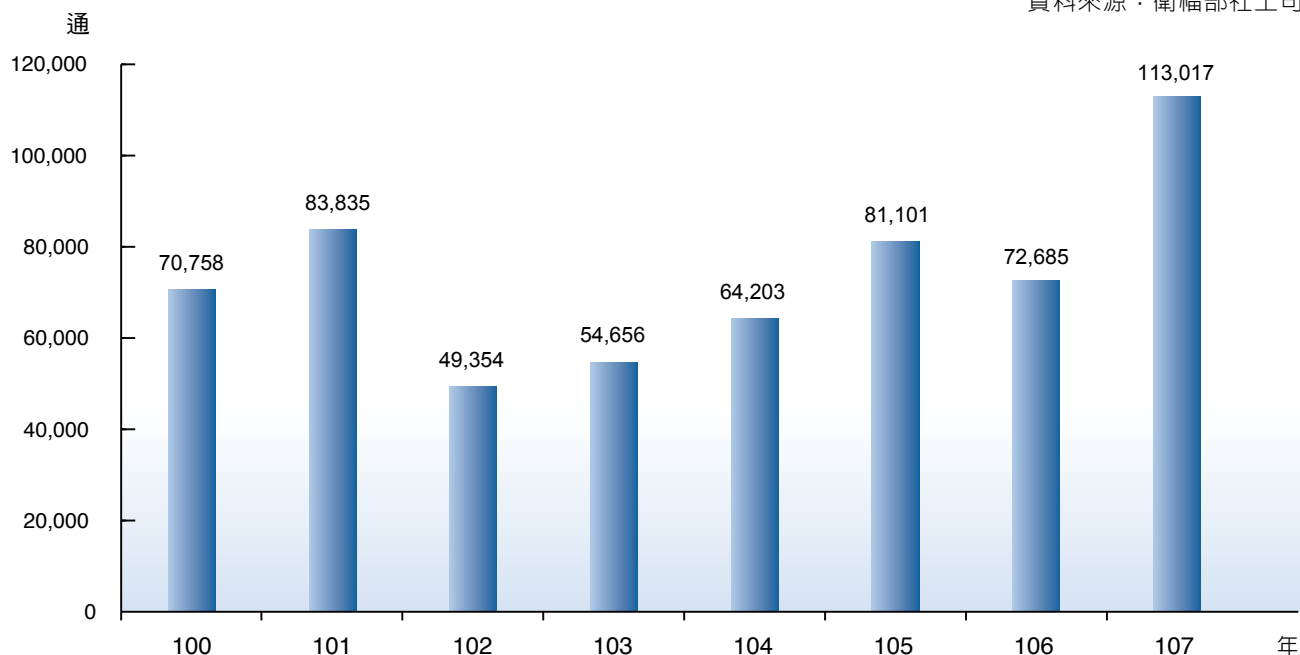
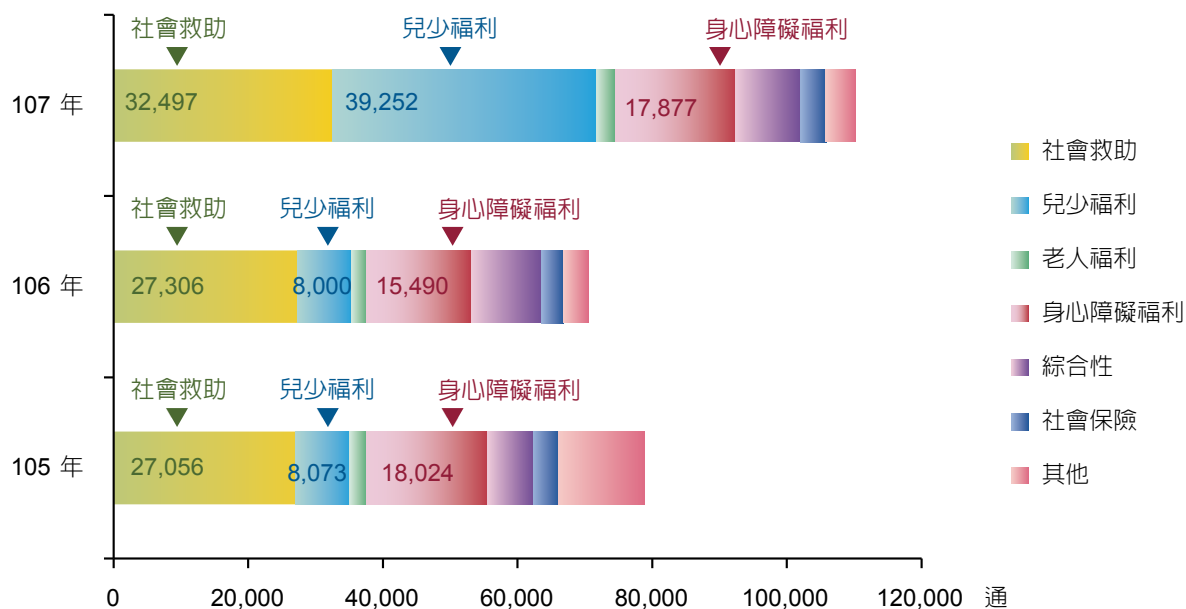


圖 10-5 105–107 年 1957 福利諮詢專線來電諮詢案件類型分析

資料來源：衛福部社工司



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



性別暴力防治 與保護服務

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





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

第一章 性別暴力防治

第一節 跨部會網絡整合機制

- 一、建立跨部會溝通平臺：107 年召開 6 次家庭暴力及性侵害防治推動小組會議，檢討現行性別暴力防治及保護服務網絡運作情形，並提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。
- 二、舉辦第五屆紫絲帶獎：為表彰保護服務工作著有功績之防治網絡成員，激勵實務工作者

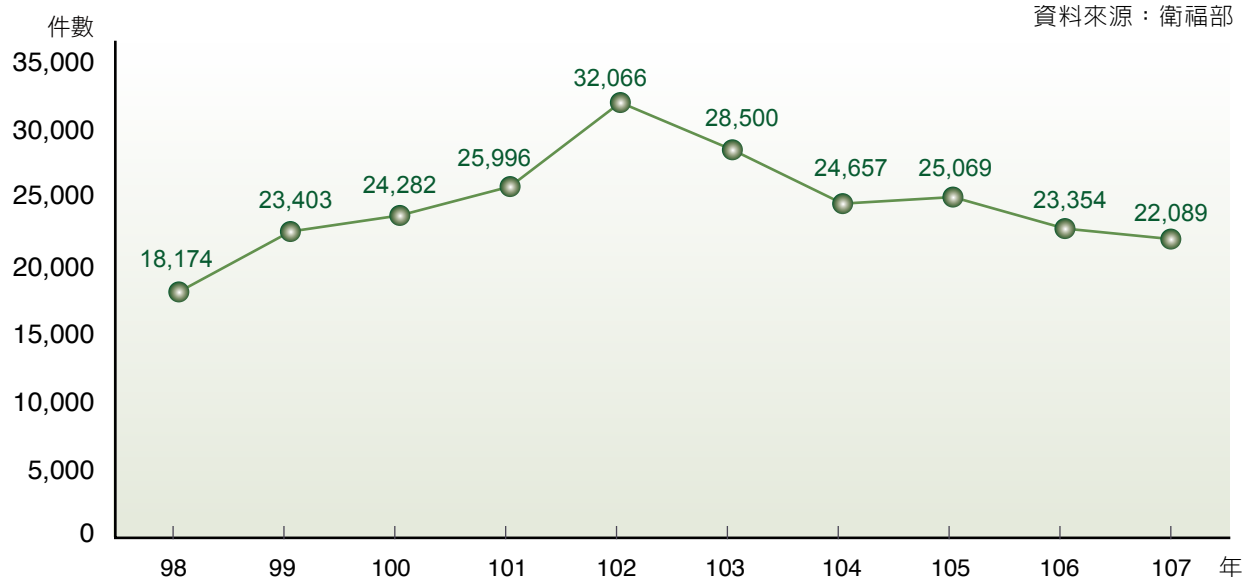
發揮專業助人之影響力，於 107 年 12 月舉辦「第五屆紫絲帶獎」頒獎典禮，12 位得獎者涵括社政、警政、衛生醫療、教育、司法等各防治網絡領域。

第二節 通報制度與資訊平台

- 一、落實法定責任通報並建置全國保護資訊系統及個案處理流程控管系統：「推動關懷 e 起來計畫」，落實個案追蹤管理機制，建置資訊共享平臺，提供防治網絡相關工作人員運用，107 年「關懷 e 起來通報平台」通報家庭暴力、性侵害、兒少保護、身心障礙者保護、老人保護及性剝削案件計 168,111 件。
- 二、設置 113 保護專線：依統計 107 年受理電話中符合保護事件之通報案量為 2 萬 2,089 件，以兒少保護案件最多（8,115 件）、其次為婚姻 / 離婚 / 同居關係之親密關係暴力（7,792 件）、餘依序為其他家庭成員間暴力案件（4,108 件）、老人保護事件（940 件）、

圖 11-1

歷年 113 保護專線通報案件數



性侵害案件（683 件）、十八歲以上未同居親密關係暴力案件（309 件）、身心障礙者保護案件（99 件）、性剝削案件（43 件）如圖 11-1。

第三節 性別暴力防治意識推廣

- 一、維運反性別暴力資源網暨發行反性別暴力電子報：107 年網站資料計 2 萬 156 筆，瀏覽人次逾 508 萬，累計發行 23 期「反性別暴力電子報」；整合 TAGV 影音專區、數位學習平台及互動學習專區資源，完成建置「性別暴力防治數位學習整合平台」，並可直接上傳數位學習時數至公務人員終身學習入口網、衛生福利部社工人力資源管理系統。
- 二、推動家庭暴力社區初級預防推廣計畫：透過經費補助引導社區團體辦理在地化性別暴力防治宣導教育活動，將零暴力、零容忍之社區意識扎根社區，107 年共補助 22 縣市，72 項計畫，計 380 個社區參與。

第四節 保護性社工專業久任制度

- 一、「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」：廣續補助地方政府充實保護性社工人力，

107 年補助 501 名兒少保護及家庭暴力與性侵害防治社工，金額 1.47 億餘元。

- 二、落實保護性社工人力查核計畫：各直轄市、縣（市）政府於 107 年完成辦理保護性社工人力查核，並將查核結果函報本部。另依據「保護性社工人員資格要件及職務範疇認定基準」，地方政府依本部函頒之保護性社工人員訓練實施計畫，辦理相關教育訓練，並將參訓人員名單確實登載於「社工人力資源管理系統」。
- 三、落實保護性社工訓練實施計畫：為建立保護性工作之專業責信，依本部「保護性社工訓練實施計畫」，係由中央統一辦理新進及督導人員教育訓練，地方政府自行規劃辦理在職人員訓練，爰 107 年本部共辦理 10 場次新進保護性社工人員及新手督導人員之教育訓練；且為提升保護性業務社工督導之專業職能，本部另委託辦理保護性社工督導專業培訓計畫，針對督導保護性業務具一定年資之社工督導人員，以保護性業務經常面臨的特殊議題作為訓練主題，透過專題式的工作坊訓練，協助督導發揮其角色所承載之教育、支持與行政指導功能，以確保服務品質，107 年共辦理 5 場次專題式進階督導訓練，計 156 人次參訓。





第二章 家庭暴力防治

第一節 家庭暴力服務概況

《家庭暴力防治法》（以下簡稱家暴法）87年6月24日公布施行，每年通報近10萬名被害人。107年通報被害人數以「親密關係暴力」最多，女性被害人為主（占82.1%）；其次「其他家庭成員間暴力」也以女性被害人居多（占54.7%）；再其次「兒少保護案件」則以男性被害人居多（占54.1%）；「直系血（姻）親卑親屬虐待尊親屬」案件中以女性被害人居多（占60.7%），詳圖11-2。

107年各直轄市、縣（市）政府提供家庭暴力被害人保護扶助計130萬餘人次，扶助金額計

9億6,136萬餘元，主要補助庇護安置補助、緊急生活扶助、心理復健補助、醫療補助、律師及訴訟費用等項目如表11-1。

第二節 家庭暴力被害人多元處遇

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

一、家庭暴力被害人庇護安置服務方案：補助地方政府結合民間團體提供被害人緊急庇護安置服務，107年補助12案計811萬元，提供庇護安置服務計1萬3千人次。另107年補助7個縣市辦理中長期庇護安置家園

圖 11-2 107年家暴事件通報案件被害人性別分析

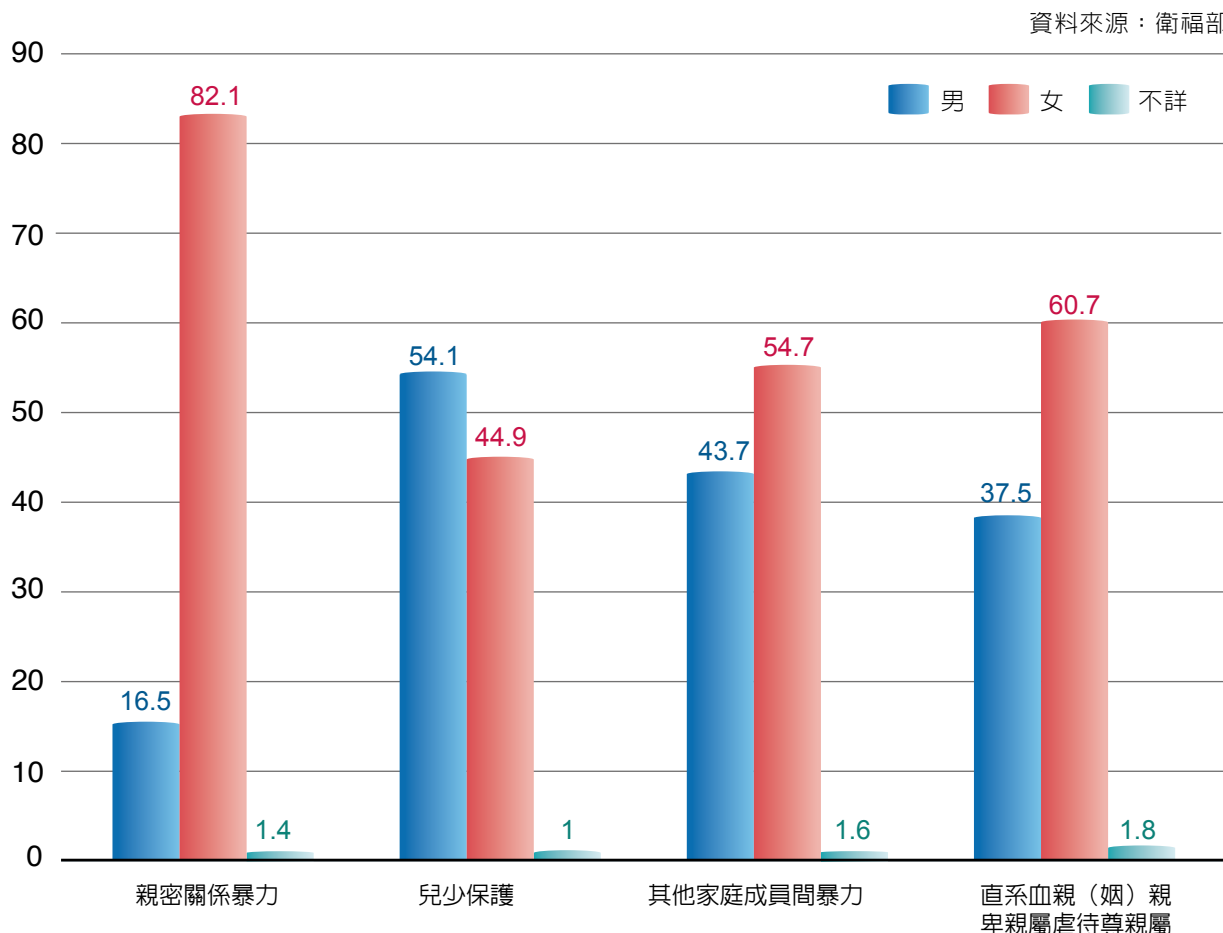


圖 11-1 近年家庭暴力事件保護扶助人次及金額統計表

資料來源：衛福部

項目 / 年別	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
保護扶助人次	1,127,784	1,196,998	1,295,786	1,312,095	1,309,184
保護扶助金額	533,561,364	576,498,676	577,721,960	743,362,409	961,394,330

方案，以滿足被害人不同復原階段之庇護需求。

- 二、駐法院家庭暴力事件服務處：補助地方政府委託民間團體就近於法院成立 19 所家庭暴力事件服務處，提供被害人法律諮詢、陪同出庭、庇護安置等服務，107 年補助約 453 萬元，服務逾 12 萬人次。
- 三、目睹家庭暴力兒童及少年輔導及處遇方案：協助地方政府結合專業團體發展目睹兒少服務方案，107 年補助 15 案約 1176 萬元，服務近 2 萬人次。
- 四、原鄉部落家庭暴力被害人服務方案：協助地方政府結合民間團體辦理原鄉地區被害人保護相關服務方案，107 年補助 8 案約 515 萬元，服務逾 10 萬人次。
- 五、新住民家庭暴力被害人服務方案：辦理新住民被害人保護服務方案，107 年補助 4 案約 323 萬元，服務約 1 萬 1 千人次，另輔導地方政府運用新住民發展基金辦理新住民人身安全保護計畫，共獲補助 5 項計畫合計 417 萬元。
- 六、家庭暴力「一站式」多元服務方案：協助地方政府結合民間團體發展以被害人需求為中心之一站式服務（至少提供 3 項服務，如追蹤輔導服務、目睹兒少服務、被害人就業服務、自立服務等），107 年補助 12 縣市、17 項計畫、金額逾 4,032 萬元，新受理 5,606 案件，提供被害人保護扶助逾 6 萬人次、提供 780 名目睹家暴兒少相關服務（扶助逾 1 萬 5 千人次）及 85 名被害人就業服務（扶助近 6 千人次）。

第三節 家庭暴力加害人處遇

- 一、持續倡導法官積極核發加害人處遇計畫之民事保護令，督導地方政府落實處遇計畫執行：107 年應實施處遇計畫計 5,291 人，完成處遇計畫 1,574 人，排除相對人因死亡、入監或撤銷處遇計畫保護令等人數，執行率達 100%。
- 二、推動家庭暴力相對人預防性服務方案
 - （一）設置「男性關懷專線 0800013999」：提供面對家庭衝突之相關諮詢輔導，減少施暴機會，107 年共受理 1 萬 9,585 通電話，服務 1 萬 7,970 人次（含深談服務 8,434 人次、一般諮詢服務 9,530 人次、緊急個案服務 6 人次）。
 - （二）運用公益彩券回饋金補助地方政府結合民間團體辦理家庭暴力相對人預防性服務方案：107 年補助 28 案計 2,599 萬 700 元，提供 4 萬 852 人次服務（含家庭暴力相對人直接輔導、個案管理、追蹤關懷及專業人才培訓等服務）。



第四節 家庭暴力防治品質與教育

- 一、廣續推動「家庭暴力安全防護網計畫」：針對家暴被害人經評估有高致命危險者，各直轄市、縣（市）政府提列至每月召開的跨網絡平台會議，共同擬定被害人周延的安全計畫，107年合計辦理560場跨網絡平台會議，討論1萬740件案件，其中防治網絡介入後危機程度下降共5,671件，佔53%。
- 二、辦理「臺灣老人受暴情形調查」：107年委託臺北護理健康大學進行台灣老人受暴調查，預計108年9月完成，據以推估台灣老人受暴之盛行率。
- 三、加強家庭暴力防治人員之專業知能：107年辦理家庭暴力防治社工人員初階訓練及家庭暴力防治工作相關業務行政講習，合計540人次完成訓練。
- 四、提升老人保護通報之敏感度：加強居家服務人員與責任通報人員對老人保護工作之認識，以加強網絡合作機制，107年結合民間團體辦理8場責任通報人訓練及7場照顧服務員訓練，合計逾1,200人次參訓。
- 五、辦理處遇人員教育訓練：依本部公告訓練課程基準，107年所審查認可家庭暴力防治認知與親職教育輔導必修、選修及團體見習課程，計有109場次。

第三章 性侵害及性騷擾防治

第一節 性侵害及性騷擾服務概況

一、性侵害服務概況

- （一）《性侵害犯罪防治法》86年1月22日公布施行以來，每年通報約1萬3,000件疑似案件。107年被害人數計

8,000餘人，81%為女性、50%為12歲至18歲之人，13%為疑似或確定身心障礙者；嫌疑人82%為男性，33%為12歲至24歲之人。其中以「熟人性侵害」案件最多（占72%）；5%為陌生人性侵害，餘為不詳或其他。案件中兩造關係以（前）配偶、未婚夫/妻、（前）男/女朋友等「親密關係」最多（占24%），其次為「不詳或其他」（占23%），再其次為「朋友關係」（家人的朋友、普通朋友、網友、鄰居）占20%。

- （二）107年各直轄市、（縣）市政府家庭暴力及性侵害防治中心，提供性侵害被害人保護扶助計24萬5,515人次，扶助金額計1億5,252萬餘元，主要補助庇護安置、陪同報案偵訊、經濟扶助、驗傷診療協助、法律扶助等相關保護扶助措施。

二、性騷擾服務概況

《性騷擾防治法》95年2月5日頒布施行，各相關機關（單位）依法受理性騷擾申訴調查案件107年計765件，案件概況如下：

- （一）成立546件、不成立159件、撤回60件，由警察機關受理調查最多（占76.7%），其次由加害人所屬單位受理調查（占19.5%），相較106年662件（成立500件、不成立129件、撤回33件），增加15.55%。
- （二）被害人95.42%為女性，加害人91.6%為男性；案件中兩造關係以「陌生人」最多（占70.33%），其次為「同事」（占4.76%）；發生地點以「公共場所」最多（占40.04%），其次為「虛

擬環境－科技設備（如網際網路等）」（占 19.03%）；行為樣態則以「趁機親吻、擁抱或觸摸胸、臀或其他身體隱私部位」最多（占 45.78%），其次為「展示或傳閱色情圖片（檔）」（占 16.7%），再其次為「毛手毛腳、掀裙」（占 12.74%）。

第二節 性侵害及性騷擾被害人多元處遇

- 一、落實性侵害案件被害人保護扶助：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置等保護扶助措施；107 年提供 24 萬餘人次服務，扶助金額 1.5 億餘元。
- 二、強化性侵害被害者創傷復原服務：106 年起運用公益彩券回饋金經費補助民間團體規劃辦理「性侵害被害者創傷復原中心建置推動計畫」，針對早年遭受性侵害且無司法協助需求之個案提供創傷復原服務，及時提供諮商輔導服務，107 年計提供諮詢及諮商服務逾 3,000 人次。
- 三、提升性侵害案件採驗工作與鑑驗品質：107 年提供 3,227 名被害人驗傷採證服務，其中送刑事警察局化驗採證盒計 1,781 件。
- 四、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，提升訊問品質並減少被害人重複陳述，107 年計 1,349 件進入減少重複陳述作業服務。
- 五、辦理「建構性騷擾防治服務系統競爭型計畫」：107 年計補助 9 個縣市政府辦理 124 場次專業人員訓練、1,524 被害人次進行

法律諮詢、心理輔導等服務，逾 78 萬餘人次宣導受益、1,723 場所性騷擾防治措施實地查核。

第三節 性侵害加害人處遇

- 一、積極協調設置性侵害加害人刑後強制治療處所，至 107 年底該類型處所累計達 6 家，分別為本部草屯療養院、本部草屯療養院附設大肚山莊、本部嘉南療養院、高雄市立凱旋醫院、臺北榮民總醫院玉里分院、臺中監獄附設培德醫院，收治有 67 人。
- 二、落實性侵害加害人社區處遇，107 年執行加害人身心治療及輔導教育計 7,198 人；完成處遇 1,567 人，執行中 4,500 人，裁定移送強制治療 10 人，因故未執行 736 人，移送裁罰 385 人。

第四節 性侵害及性騷擾防治品質與教育

- 一、辦理「重大性侵害事件個案檢討會議」：107 年召開 1 次會議共檢討 7 件案件，案件類型區分為家內性侵害案件、非機構之兒少家外性侵害案件、兒少／身心障礙機構性侵害案件等 3 大類。會議決議包含請服務提供者於個案預計結案前，應與當事人討論、預告，並提供後續協助資源；建議機構除暢通性侵害案件的揭露管道，並定期辦理集會，以公開機構政策且消除耳語；建議依照本部社會及家庭署之意見，朝向修正身心障礙者權益保障法第 90 條，將機構發生身心障礙者有身心虐待情形而未通報主管機關之情況納入罰則，處以新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰，並令限期改善等。
- 二、精進性侵害及性騷擾防治專業訓練：107 年辦理 2 場次「新進性侵害防治業務人員



專業訓練班」，課程內容包含人類性發展議題、機構內的性侵害事件、身心障礙者之性侵害事件、性侵害受害者的司法保護與倡議、性侵害受害者的醫療保護措施，以及輔以「認識性侵害」、「認識性侵害加害人」、「認識性創傷」等三門數位課程，計 101 人次參訓。為提升性騷擾案件承辦人員及調查人員之專業知能，107 年辦理 8 場次性騷擾案件調查人員專業訓練，計 506 人完訓。

三、強化預防教育宣導：107 年透過社會福利補助及公益彩券回饋金補助地方政府及民間團體辦理性騷擾防治宣導教育方案，共補助 9 個縣（市）政府，逾 78 萬餘人次受益。另於同年完成「兒少安置機構性侵害防治實務」數位學習教材，協助實務工作人員瞭解兒少安置機構性侵害防治內涵，提升專業工作知能。

四、辦理處遇人員教育訓練，依本部公告訓練課程基準，107 年所審查認可性侵害防治核心及進階課程，計有 77 場次。

第四章 兒童及少年保護

第一節 兒童及少年保護服務概況

107 年兒童及少年保護（下稱兒少保護）通報案件共 5 萬 9,936 件次，責任通報人員共通報 5 萬 1,746 件次（86%），一般民衆共通報 8,190 件次（14%），分類為家內案件共 2 萬 550 件次（34%）、家外案件共 1 萬 3,267 件次（22%）、其他案件共 2 萬 6,119 件次（44%），其中整體兒虐案件提供後續處遇服務之受虐兒少人數為 6,967 人，男性 2,683 人（39%），女性 4,284 人（61%）。

第二節 兒童及少年保護服務多元處遇

一、推動地方政府辦理「受虐兒少與家庭復原整合服務方案」：本部運用財政部公益彩券回饋金（指標性計畫）經費，補助地方政府辦理前揭方案，工作內容包含兒少保護個案家庭支持服務、兒少保護多元親職教育服務、兒少保護個案親屬安置服務等。本方案 107 年度計補助 8 縣市、11 個方案，補助總經費計 1,023 萬 5,360 元。



二、推動成立 7 家兒少保護醫療區域整合中心：為協助實務工作者精確辨識兒虐個案，並強化醫療院所與社政單位合作，本部配合強化社會安全網計畫，自 107 年 7 月起推動區域級以上醫療院所建立兒少保護區域醫療整合中心。7 家兒保醫療中心 107 年 7-12 月共協助 139 名兒虐個案驗傷診療，並辦理 30 場次教育訓練，計 1817 人次參與，於網絡合作部分，則辦理 46 場次個案研討會與網絡聯繫會議，計 856 人次參與。

三、督導直轄市、縣（市）政府落實對網路內容防護機構（Institute of Watch Internet Network, iWIN）派案之處理：107 年召開 1 次研商會議，決議如下：有關兒少相關事件於新聞或網路上之報導，應回歸兒少法之立法精神以及本法第 69 條之立法目的，考量網路傳播特性，兒少個資揭露後可能對兒少產生始料未及影響，仍應採取謹慎態度，若係為增進兒童及少年福利或維護公共利益，則行政機關得就個案邀集相關機關、兒童及少年福利團體與報業商業同業公會代表共同

審議處理。107 年 iWIN 服務案量計 5,599 件，其中以「色情」佔多數，計 72.85%。

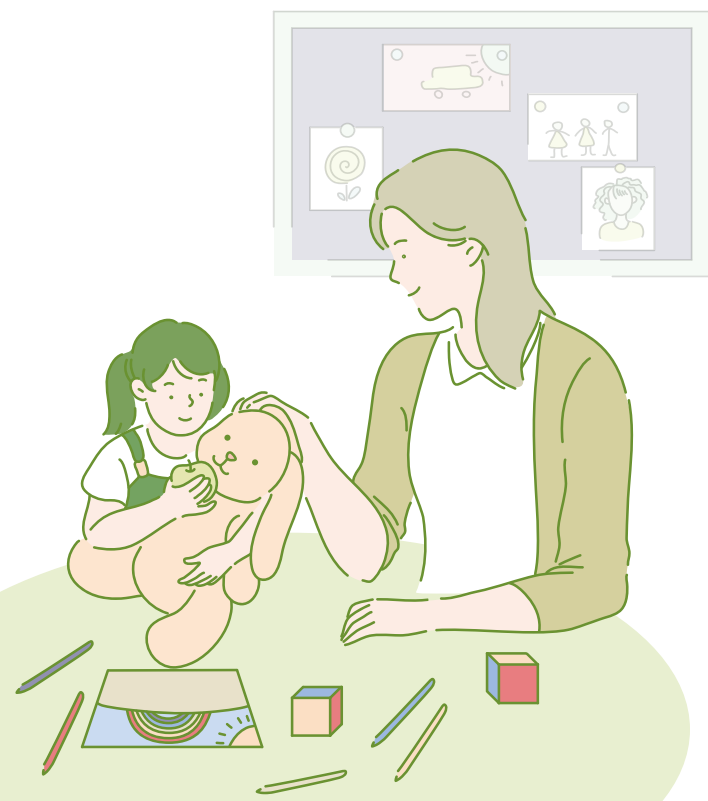
四、為協助各地方政府落實兒少保護親職教育，自 107 年 12 月 27 日委託專業廠商製作兒少保護親職教育之數位學習教材，俾兒少保護社工及親職教育人員於提供家庭處遇或親職教育輔導時可搭配運用。

五、為精進兒少保護工作以維護兒少最佳利益，自 107 年 12 月 25 日委託財團法人台灣兒童暨家庭扶助基金會自國外引進並研析團隊決策會議模式（Team Decision-Making Meetings Model）應用於現行國內兒少保護工作之可行性，將家庭參與（Family Engagement）做為未來兒少保護工作決策考量。

第三節 兒童及少年性剝削防制工作

一、周延法制：《兒童及少年性剝削防制條例》分別於 106 年 11 月 29 日及 107 年 1 月 3 日奉總統令公布修正部分條文，修正重點包括：精進被害人多元處遇流程、擴大責任通報人員範圍、加重犯罪行為人刑責等。

二、落實被害人保護扶助：責任通報計 1,233 件，以警察 645 件（52.3%）為最多，其次主要為教育人員 298 件（24.2%）、社會工作人員 191 件（15.5%）。被害人數計 729 人，地方社政機關派員陪同偵訊計服務 456 人，緊急安置 138 人，經法院裁定短期安置 125 人、中長期安置 99 人，提供後續追蹤輔導服務逾 800 人次，包括關懷訪視、心理諮商、就學輔導、經濟補助、家庭處遇、就業及醫療資源等。





第四節 兒童及少年保護工作品質與教育

一、辦理「重大兒虐事件個案檢討會議」：

本部於 107 年共召開 4 次重大兒虐防治小組會議，分別於 1、4、9、12 月召開，共檢討重大兒虐案件 37 件，4 次會議重點決議包括：請本部於現行精神照護及自殺防治之工作流程，加強對列管個案家中有 6 歲以下兒童之關懷訪視，並督導地方政府落實行方不明兒少個案之查找機制，避免服務體系漏接是類兒少；請各地方政府配合將多重問題及情節嚴重之兒少保護個案，納入家暴安全網平台進行跨網絡研討，以及加強社工人員評估兒少身心發展的相關知能，以察覺兒少發展異狀，並判斷是否為照顧者疏忽或有其他特殊情事所致；請教育部針對殺子自殺相關辨識及求助知能等，放入學校教育之相關課程中，

並加強幼兒園教保人員之兒少保護責任通報知能，以提升其辨識幼兒受虐之敏感度。

二、加強辦理兒少保護專業訓練：107 年辦理 2 場次家庭功能評估暨家庭處遇計畫督導深化訓練，計 60 人參加，並辦理 2 場次社工初階訓練，計 80 人參加。另 107 年 1 月辦理為期 5 天之工作坊，邀請專家學者、安全評估種子講師、風險評估工作小組成員、實驗試作社工人員與會，使受訓人員了解風險評估實驗試作結果，檢視風險評估工具與實務工作的切合性，並精進安全評估的操作知能與教學技巧，計 60 人參與。

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



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。





研究發展與 國際合作

- 第一章 衛生福利科技研究
- 第二章 國際合作



第一章 衛生福利科技研究

107 年度科技發展預算為 49 億 743 萬 3 千元如圖 12-1，占本部總預算 2.7%，主要投入公共衛生及社會福利政策所需之實證研究、創新及轉譯研究及衛福資料統計應用，共委託或補助 749 件研究計畫，科技成果實際應用率為 68.3%。

第一節 任務導向型的實證政策研究

一、傳染病防治

- (一) 改良及開發福式內格里阿米巴檢驗、白蛉分生鑑定方法、整合型蟲媒病毒快速檢驗、36 種呼吸道病原體分子檢驗模組、新興人畜共通傳染病與立克次體快速診斷系統等檢驗技術，提升防疫效能。
- (二) 開發登革熱虛擬實境 VR 教材、流感 AI 預報站、LINE@ 聊天機器人、人工智慧瘧疾血片影像辨識技術及室內空氣品質感測器原型等防疫應用技術，藉由導入新科技，提升疫情研判與資訊傳播之量能。

二、民眾健康促進

- (一) 強化活躍老化與高齡營養研究，完成活躍老化資料倉儲與決策指標視覺化分析，改善高齡營養之生理、心理及社會面向資料蒐集，研訂不同營養狀態對應策略及食物質地分級標準。
- (二) 開發健康識能評估及推廣工具，完成《健康識能機構實務指引》、3 項醫療人員線上學習模組、熱傷害識能評估量表與防治宣導工具，以及低溫保健多元及多語衛教資訊。
- (三) 統整國民營養健康監測調查資料，完成 25 項全球非傳染性疾病監測與國內施政指標之我國國家層級數據。

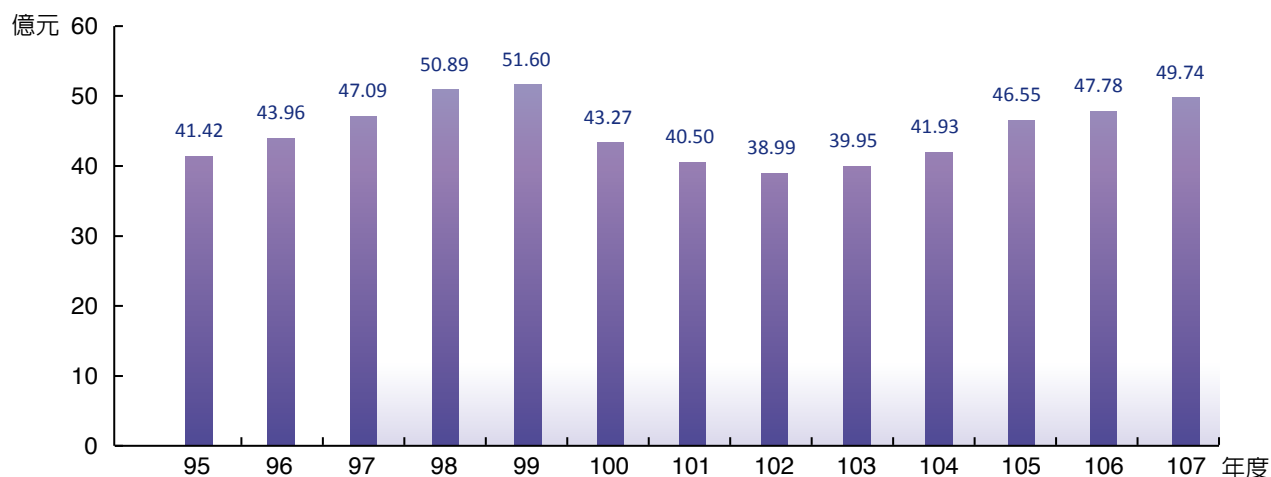
三、食品藥物管理

- (一) 建立 100 種以上跨類別化學物質多重檢驗技術，強化檢測深廣度。
- (二) 研發食品微生物次世代定序分析技術，提升食品中潛在病原檢測效能。
- (三) 提供法規諮詢及臨床試驗技術性資料，輔導 6 件高階高值藥物核准上市

圖 12-1

歷年科技研究法定預算數趨勢變化

資料來源：衛福部科技組



及 4 件國產藥品國外申請，另制定 15 項藥政相關管理規範，並建立 19 項藥物化粧品檢驗方法。

- (四) 開發合成卡西酮新興濫用藥物分析方法、合成 13 種標準品及 65 種濫用藥物及其代謝物方法開發，加速檢驗效能。

四、中醫藥研發與推廣

- (一) 為推動原住民族傳統醫療知識復振，編印出版「臺灣原住民藥用植物彙編第二版」，共計收錄 301 種品項整合傳統知識與現代研究，將原住民族傳統資源妥善保存並加以應用。
- (二) 建置中藥品質分析資料庫(qaTCM)，截至 107 年底計 113 筆中藥材之性狀與顯微鑑別、薄層層析鑑別、指標成分分析及定量數據等，供產官學研及一般民衆查詢。
- (三) 透過大數據分析接受冠狀動脈血管支架置放術且服用 Aspirin 與 Clopidogrel 之病人，合併使用中藥丹參或疏經活血湯，顯示無顯著增加出血風險，甚至能降低心血管死亡風險，可提供臨床治療參考。
- (四) 從藤紫丹之活性成分，發展出新的二苯乙烯及苯并呋喃多酚類化合物，具

有良好的神經保護及抗神經發炎活性，本項發明已取得中華民國專利。

五、精進醫療照護體系

- (一) 收集專家、身障者及團體代表所提身心障礙者鑑定功能量表分數加入綜合等級決策模組之意見，身障者期待應落實個別化需求評估並提供完善環境及服務支持，並期待目前福利服務及支持能更個別化。目前已將身心障礙者鑑定功能量表分數結果，作為身障者後續需求評估及福利服務提供之主要依據，並為整體運用之相關指標。
- (二) 107 年辦理「居家護理機構照護服務與評估作業分析及其標準化之應用計畫」，徵求居家護理所試辦及成立專家小組，共同研擬居家護理所照護服務作業之需求標準程序雛型，以作為照護應用建議及推動規劃策略。
- (三) 107 年 9 月 6 日發布「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」修正條文，將風險性低，安全性可確定之細胞治療技術項目，有條件開放運用於符合適應症之臨床治療個案，以保障民衆接受治療之品質與安全，鼓勵產業投入相關領域之研發及生產。

六、全方位強化全民健康保險體制

- (一) 健康保險之改革：以 ICD-10-CM / PCS 為基準之 DRG 分類架構之研議，進行疾病別醫療品質資訊公開指標評估及建立，蒐健保給付新藥財務衝擊影響評估，建立顧客滿意監測系統。



- (二) 醫療模式之優化：優化健保給付機制，提升精準醫療運用，進行「健保醫療資訊雲端查詢系統」成效評估，落實分級醫療。

七、強化心理及口腔健康監測

為提升我國民眾之心理照顧品質及口腔健康情況，本部委請機構精進相關理論研發，並產出政策建言及衛教手冊，包含：「提升台灣老人心理幸福感政策建議書」、「自閉症臨床指引及家屬照護教育手冊」、「整合式藥癮治療模式與操作手冊（初稿）」、「特殊牙科需求服務提供機構之實地評核 SOP 及關鍵指標」及「我國六歲以下兒童口腔健康調查報告及資料庫」。

八、建立親密關係暴力醫療成本推估模式

進行「親密關係暴力被害人醫療使用及醫療成本推估模式初探計畫」委託研究，除呈現台灣親密關係暴力被害人醫療使用情形及建立親密關係暴力醫療成本推估模式外，並提出三項政策建議：一、調整健保支付制度，加強支援基層診所的通報與診治量能；二、提升醫事人員之性別敏感度，強化其對被害人身心創傷症狀的辨識與診療能力；三、系統性地檢視醫事機構診療流程與硬體空間規劃，提供具有性別友善指引功能的就醫資訊。

九、完善福利服務體系

- (一) 「社會住宅於社區之定位與共融經驗研究」以行動研究方式，分別以臺北市、新北市已入住之社會住宅，了解居民融入社區的模式與經驗，從社區、住民、福利輸送與未來發展等 4 個面

向提出政策建議，促進社會住宅在社區中的共融。

- (二) 「社會福利公益信託運作成效評估機制研究」就「制度變革、設立廢止、運作分工、成效判斷、資產管理」等 5 個構面及 16 項所轄內涵，提出公益信託運作成效評估之建議。
- (三) 「社會福利績效評核指標優化探討」就考核分組議題、簡化考核程序及運用資訊系統降低準備佐證資料等面向提出具體操作建議。
- (四) 「培力女性身心障礙者機制與模式之探討」透過文獻探討、焦點座談方式，凝聚障礙者本身的意見，提供培力女性障礙者的機制與模式建議，期望促進女性障礙者的社會參與。
- (五) 「我國身心障礙者使用輔具之政府體系服務整合與租賃模式：檢討與推動計畫」建構個案管理精神提供全人服務之架構及參考雲林縣推動四政合一整合性服務窗口經驗，分析及研議推動至其他縣市之可行性；蒐集國外輔具租賃推動狀況，提出推動我國輔具租賃制度之架構、步驟，及配套措施之具體建議。

十、強化全國身心障礙福利資訊整合平台

強化身心障礙者資料庫功能，整合身心障礙者鑑定與需求評估管理系統、身心障礙者各項福利服務管理系統及身心障礙生涯轉銜個案服務資料管理等三大類型系統，建構跨系統整合介面及服務導向架構，期能建置更完整的身心障礙者資料庫，以提升便民服務效益。

第二節 創新及轉譯研究的發展

一、技術轉移及專利授權

107 年完成 4 項研發成果技轉，研發成果收入共計 751 萬 4,894 元如圖 12-2。

二、登革熱防疫研究

- (一)「智慧型多模態捕蚊機」：藉由人工智慧科技(AI)技術結合獨家專利設計，準確地辨識裝置所捕獲的蚊種，並於第一時間回傳至雲端資料庫，可即時分析掌握各地區蚊媒傳染病風險，為預測地區蚊媒傳染病風險的有效工具。
- (二)「室內、室外蚊媒誘殺裝置」：低耗能、低成本的誘殺桶，有助於深入家戶與社區，監測病媒蚊密度且直接撲殺環境中的病媒蚊，有效降低斑蚊數量。

三、推動第三期(107-110 年)癌症研究計畫

- (一)發展預測肝癌在接受抗病毒用藥族群之發生率，發現抗病毒藥物使用時間、

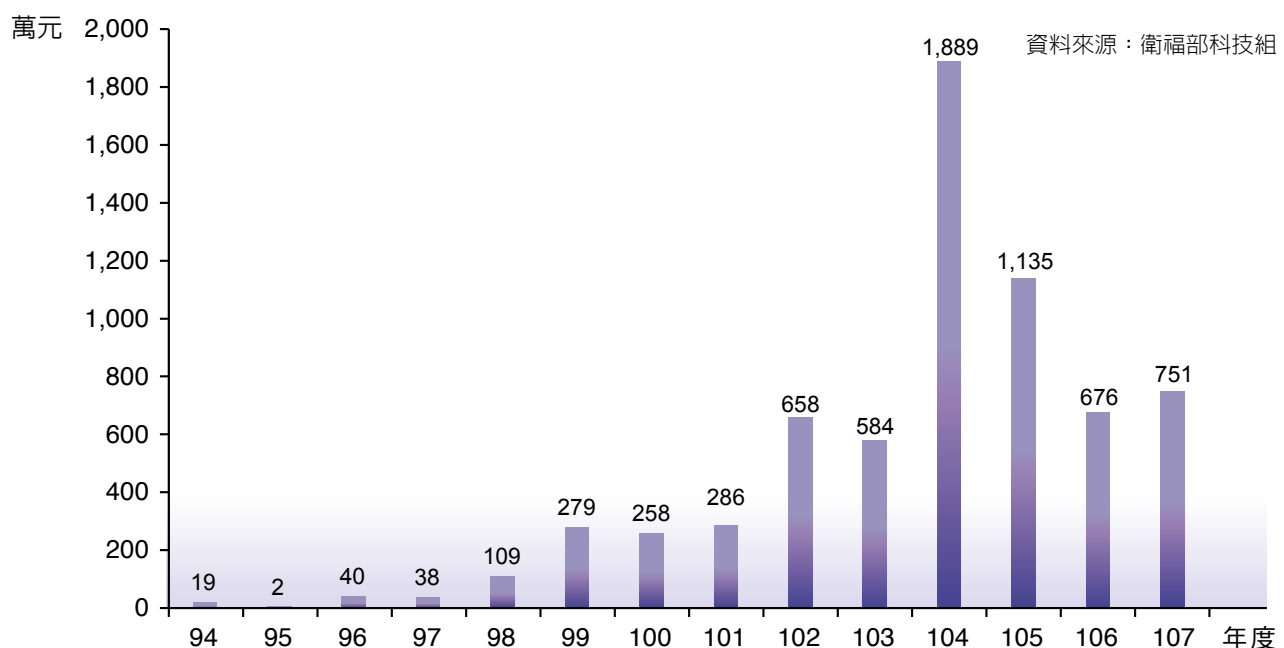


■ 智慧型多模態捕蚊機

年齡、性別、肝硬化與糖尿病均為重要預測因子，相關研究結果發表於 Journal of Hepatology 2018 69 (2) :278-85。

- (二)研究提供肝癌及肝炎治療、白血癌治療、乳癌分子分類治療等多項治療建議，包括確立國內兒童各類生殖細胞瘤之手術切除及手術切除外的放化療原則、建立白血病常規基因檢測(NPM1、FLT3-ITD、CEBPA、KIT等)，

圖 12-2 歷年研發成果收入數趨勢變化



提供全國各醫院認證的分子檢驗服務，提高病人正確的診斷及分子分類治療。

四、精進臨床試驗及國際躍升計畫

- (一) 完成國內外多國多中心藥品臨床試驗倫理審查共 141 件，平均審查 7.9 個工作天 / 件。醫藥品查驗中心建置臺灣臨床試驗資訊平臺，期以單一窗口 (one stop shop) 吸引國際大藥廠來台執行臨床試驗。
- (二) 與心臟醫學會、糖尿病醫學會發表健康政策指引：臺灣 2018 糖尿病合併心血管疾病治療指南，藉此降低糖尿病病人心肌梗塞、心臟衰竭、腎臟衰竭，降低社會健康負擔。

第三節 衛福資料統計應用

一、應用服務平臺管理

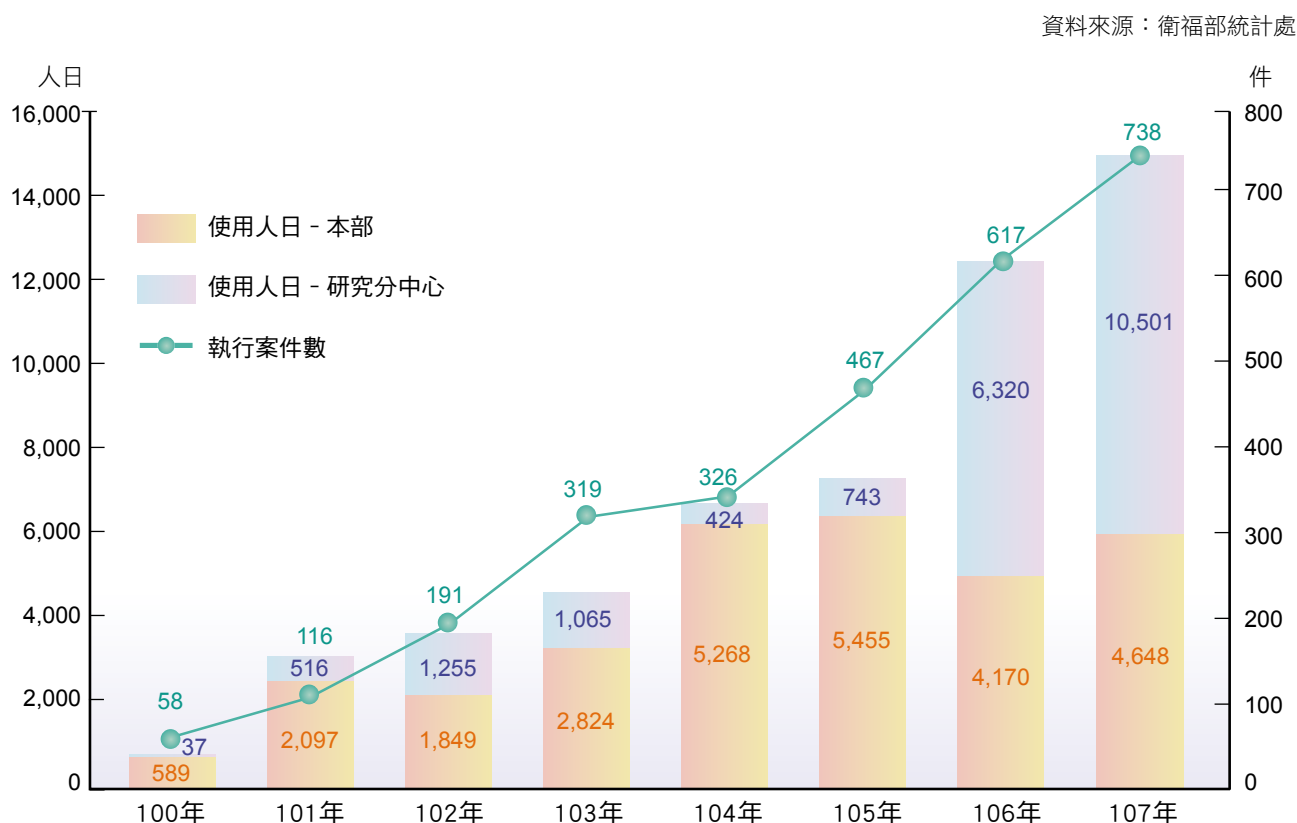
衛福資料科學中心於 100 年開始提供服務，旨在提升決策品質、拓展學術研究。107 年除持續強化資安管理及推動巨量資料應用管理審議機制外，並完成 13 項資料去識別化過程第三方公正單位驗證作業並取得驗證證書。

二、服務內容及服務量

- (一) 截至 107 年底開放申請之資料庫計 105 項。
- (二) 107 年擴增至 10 處研究分中心均可透過遠端虛擬桌面系統連線至本部系統進行資料加值應用，平均設備使用率從 104 年 3% 提升至 107 年 56%。

圖 12-3

衛生福利資料科學中心歷年服務量



(三) 執行中案件數由 100 年 58 件提升至 107 年 738 件如圖 12-3，平均年增率達 44%；同期間提供服務人日數亦由 100 年 626 人日增至 107 年 15,149 人日，平均年增率達 58%。

第二章 國際合作

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

第一節 參與國際組織

一、世界衛生組織

(World Health Organization, WHO)

我國參與世界衛生組織（WHO）各項機制、活動及會議，不僅攸關全體國人的健康權益，

更是世界衛生及防疫體系中不可或缺的一環。第 71 屆世界衛生大會（WHA）於 107 年 5 月 21 日至 26 日於瑞士日內瓦召開，雖未受邀正式出席，本部陳時中部長率領世衛行動團赴日內瓦，與美國等國家及重要國際組織辦理 60 場雙邊會談，並與國際醫衛組織舉辦數場專業論壇，就重要衛生議題進行深度交流，分享臺灣醫衛成果，向國際社會表達我國欲基於貢獻衛生專業及維護健康人權的立場，持續專業、務實、有貢獻參與全球衛生事務之決心。

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

本部陳時中部長率團出席 107 年 8 月於巴布亞紐幾內亞舉辦之「生命科學創新論壇（LSIF）執行委員會」及「第 8 屆 APEC 衛生與經濟高階會議」，同時陳部長獲選擔任 LSIF 執委會主席，



107 年 5 月總統接見「臺灣世衛行動團」



107 年 8 月第 8 屆 APEC 衛生與經濟高階會議



107 年 5 月 APEC 登革熱重症預防與降低疾病負擔策略研討會



107 年 9 月 APEC 對抗抗生素抗藥性威脅之策略性行動國際研討會

為我國擔任 APEC 衛生領域職位最高的一次，將台灣醫療衛生成果分享於國際。

本部成功爭取 APEC 經費補助，於 107 年 5 月舉辦「APEC 登革熱重症預防與降低疾病負擔策略研討會」，計 10 個 APEC 會員體共 88 名公共衛生與醫療專家與會，就「登革熱的早期診斷及病例管理」、「登革熱疫苗」及「病媒監測及控制新技術」等議題進行經驗分享與交流。透過本研討會，與亞太地區國家建立防疫網絡平台，共同提升區域登革熱防治量能。

本部成功爭取 APEC 經費補助，於 107 年 9 月舉辦「APEC 對抗抗生素抗藥性威脅之策略性行動國際研討會」，計 15 個 APEC 會員體共 143 名公共衛生與醫療專家與會，就「抗生素抗藥性監測」、「抗生素管理政策」及「抗生素抗藥性感控策略」等議題進行經驗分享與交流，共同提升區域對抗抗生素抗藥性威脅之量能。

第二節 國際交流與援助

一、國際合作與交流

(一) 國際業務辦理情形：107 年於國外參加國際會議或研習 159 場，於國內舉辦國際會議 54 場，外賓邀 / 參訪共計 54 國 926 人次。

1. 參與國際會議

(1) 107 年 7 月派員赴美國芝加哥參訪美國失智症服務及研究暨參加國際失智症第 33 屆年會，瞭解各國失智症之相關重要議題與解決對策，有助於落實推動與提升我國的失智症防治及照護政策，並與國際發展趨勢接軌。

(2) 107 年 7 月派員赴愛爾蘭都柏林出席「社會工作、教育與社會發展國



107 年 7 月國際失智症第 33 屆年會



107 年 9 月兒童發展心理健康論壇與亞太地區神經生理回饋研討會



107 年 8 月第 17 屆中藥全球化聯盟研討會議



107 年 7 月社會工作、教育與社會發展國際會議

際會議」，亦同時參與 ICSW90 週年會與東北亞區域會議，了解國際社工與社福重要發展趨勢，加強與國際組織聯結。

- (3) 107 年 8 月派員赴馬來西亞古晉婆羅洲參加「第 17 屆中藥全球化聯盟研討會議」，並受邀擔任「法規與產官學區域合作」會議共同主持人，於會中介紹臺灣中醫、中藥政策與管理法規現況，增進各國對臺灣中醫藥管理發展之認識。
- (4) 107 年 9 月派員赴泰國清邁參加「第 6 屆兒童發展心理健康論壇與第 4 屆亞太地區神經生理回饋研討會」，向世界各國學者專家分享臺灣經驗，並宣導我國新南向政策精神醫療專業人才培訓計畫。
- (5) 107 年 9 月派員赴蘇格蘭愛丁堡出席「社會企業世界論壇」，有效推廣我國社會企業爭取國際曝光度，並促成臺灣辦理明年亞太社會企業高峰會等。
- (6) 107 年 10 月美國在臺協會及臺北市美國商會舉辦「臺美肝病防治



107 年 9 月社會企業世界論壇

論壇」，本部何啓功次長受邀開幕致詞並邀請陳建仁副總統進行專題演講，經由臺美肝炎專家分享知識與經驗交流，強化雙邊肝臟健康的研究與發展，期待透過公私合作夥伴關係，促成臺灣成為「亞洲肝臟醫學卓越中心」。

2. 舉辦國際會議

- (1) 在臺美簽署之「全球合作暨訓練架構」下，疾病管制署、外交部及美國在臺協會於 107 年 4 月共同舉辦「腸病毒檢驗診斷國際研習營」，共 15 國 31 名公共衛生



107 年 10 月臺美肝病防治論壇



107 年 4 月腸病毒檢驗診斷國際研習營

官員及實驗室資深技術人員參加，就腸病毒分子診斷標準檢驗方法進行技術交流，以精進腸病毒檢驗診斷之技能，有效提升區域傳染病聯防量能，共同防範傳染病之散播流行。

- (2) 107 年 5 月舉辦「臺美衛生福利政策研討會」，主題為「翻轉政策翻轉人生」，約有 250 人與會。邀請 6 位美國衛生福利官員及專家學者，雙方就當前重要衛生福利議題、未來挑戰及政策執行成果，進行實務經驗分享。
- (3) 107 年 5 月「臺美衛生福利政策研討會」外賓，包括美國德州衛生部部長、內布拉斯加州衛生福利部部長、密蘇里州衛生和高齡服務部部長、加州社會福利部部長、佛羅里達州衛生部部長來訪，瞭解全民健保最新進展。



107 年 5 月臺美衛生福利政策研討會



107 年 5 月臺美衛生福利政策研討會外賓參訪

- (4) 107 年 5 月本部於「第 71 屆世界衛生大會」期間結合牙醫全聯會於日內瓦共同舉辦「臺灣年長者牙醫國際高峰論壇」，邀請全球專家交流各國高齡長者口腔照護議題，並簽署「臺灣年長者牙醫國際高峰會宣言」，喚醒世界衛生組織對臺灣及其人民健康之重視。
- (5) 107 年 6 月舉辦「台灣災難國際研討會」邀請日本、美國、比利時、日內瓦及香港等國，共 6 位專家學者來台分享災難醫療相關經驗，以提升我國災難醫療應變知識。
- (6) 107 年 6 月本部於國際醫藥法規協和會（ICH）神戶會議成為藥政法規單位會員，寫下我國參與國際醫藥技術性合作組織之重要里程碑，證明本部與我國藥品產業共創符合國際法規標準之藥品受到國際認可，未來將持續積極參與 ICH 相關活動、建構符合 ICH 標準之法規環境。



107 年 6 月台灣災難國際研討會



107 年 6 月臺灣成為 ICH 正式會員



107 年 5 月臺灣年長者牙醫國際高峰論壇

(7) 107 年 10 月舉辦「臺灣全球健康論壇」，由陳副總統親臨開幕致詞及邀請教廷總主教 Silvano Maria Tomasi 開幕演講，本論壇討論議題包括自然災害之緊急應變措施、心理復原力的挑戰與契機、推動國家型 HPV 疫苗施打之展望、全球疾病負擔、非傳染病健康促進等議題討論，計有 11 位衛生部部次長與會，共 31 國 63 位高階衛生官員與專家共同參與，出席總人數達 1,035 人。為 94 年起舉辦以來，與會人數最多的一年。其中第 6 場之平行場次，主題為「全球疾病負擔：台灣的觀點」，邀請 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)、巴西衛生部、哈佛醫學院及國內專家學者共同分享實務心得。透過論壇持續多年之舉辦，



107 年 10 月臺灣全球健康論壇

已有效建構一個立足臺灣且放眼國際之醫療衛生專業交流平台。

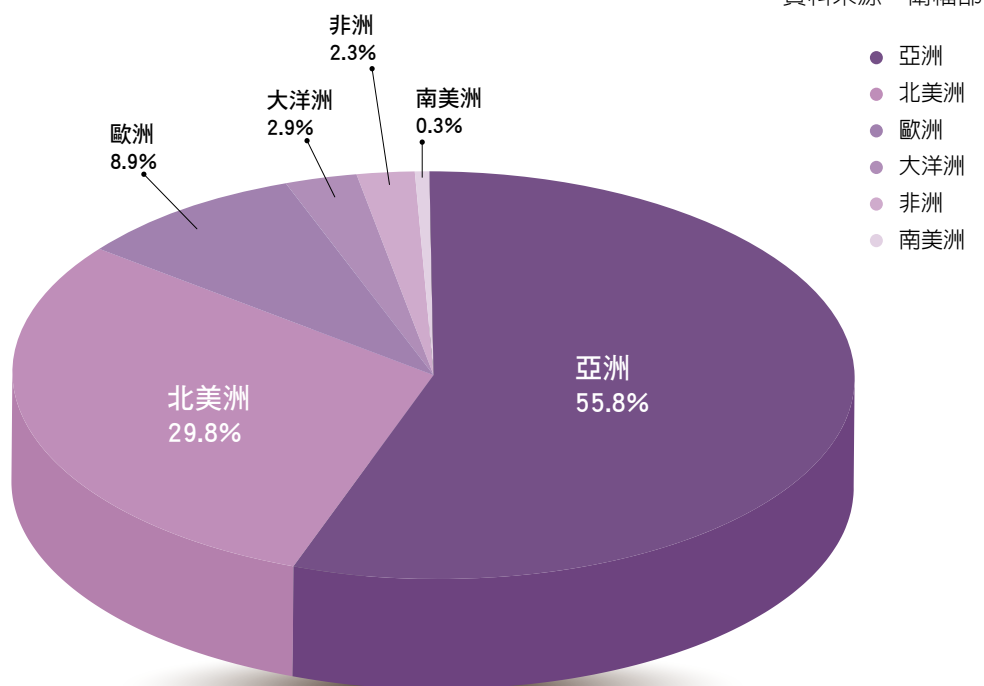
3. 國際友人來訪：107 年接待 54 國 926 人次外賓，除一般性的拜會外，就衛生福利政策、醫藥、食品、健保、科技、雙邊合作等議題進行交流如圖 12-4。

(二) 國際合作

1. 107 年 5 月派員赴丹麥與羅斯基勒技術學院附屬哥本哈根足療學校簽署「足部健康照護人才培育」合作備忘錄，

圖 12-4

107 年來訪外賓各大洲比例統計圖



創新我國護理人員在足部照護人才之培育及研究，培育足部照護專業指導之進階能力。

2. 為促進臺日傳統醫學研究，本部於 107 年 7 月與日本藥科大學完成合作備忘錄簽署，同年 12 月更與橫濱藥科大學及第一藥科大學簽署備忘錄，建立長期夥伴關係。

二、國際醫療衛生援助

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

- (一) 臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA)：為衛生福利部及外交部於 95 年成立之任務編組，配合外交政策辦理國際醫衛合作與緊急醫療援助工作；並積極與國內外 NGO 合作辦理援助計畫，拓展國際援助網絡，迄今已執行 30 次任務。107 年與羅慧夫顱顏基金會合作，赴印尼辦理顱顏醫療團隊培力計畫，進行醫療技術交流及衛教活動；並赴越南河內國家兒童醫院，捐贈鼻咽內視鏡等醫療器材，強化該院語言治療量能。
- (二) 「醫療器材援助平臺計畫 (GMISS)」：募集全國醫療院所汰舊堪用之醫療儀器，配合外交政策辦理捐贈。107 年完成索羅門群島、海地、巴拉圭、薩爾瓦多、越南、蒙古和聖克里斯多福尼維斯等 7 國共 7 趟次 301 件醫療器材捐贈。
- (三) 「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 (TIHTC)」：藉由訓練國外醫事人員來敦睦邦交，107 年共培訓 14 國 131 人次國外醫事人員。
- (四) 107 年持續與外交部合作，代為委託國內 8 家醫院辦理「太平洋 6 友邦及友



107 年 5 月足部健康照護人才培育合作備忘錄簽署儀式



107 年 12 月衛福部與橫濱藥科大學及第一藥科大學備忘錄簽署儀式

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

第三節 醫療服務國際化

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

二、發展目標

- (一) 輔導醫院建立強項特色、發展醫療品牌、提供多元醫療服務，並與同、異

業整合與合作，以開拓創新經營策略，讓醫療產業更加活絡發展。

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

三、推動成果

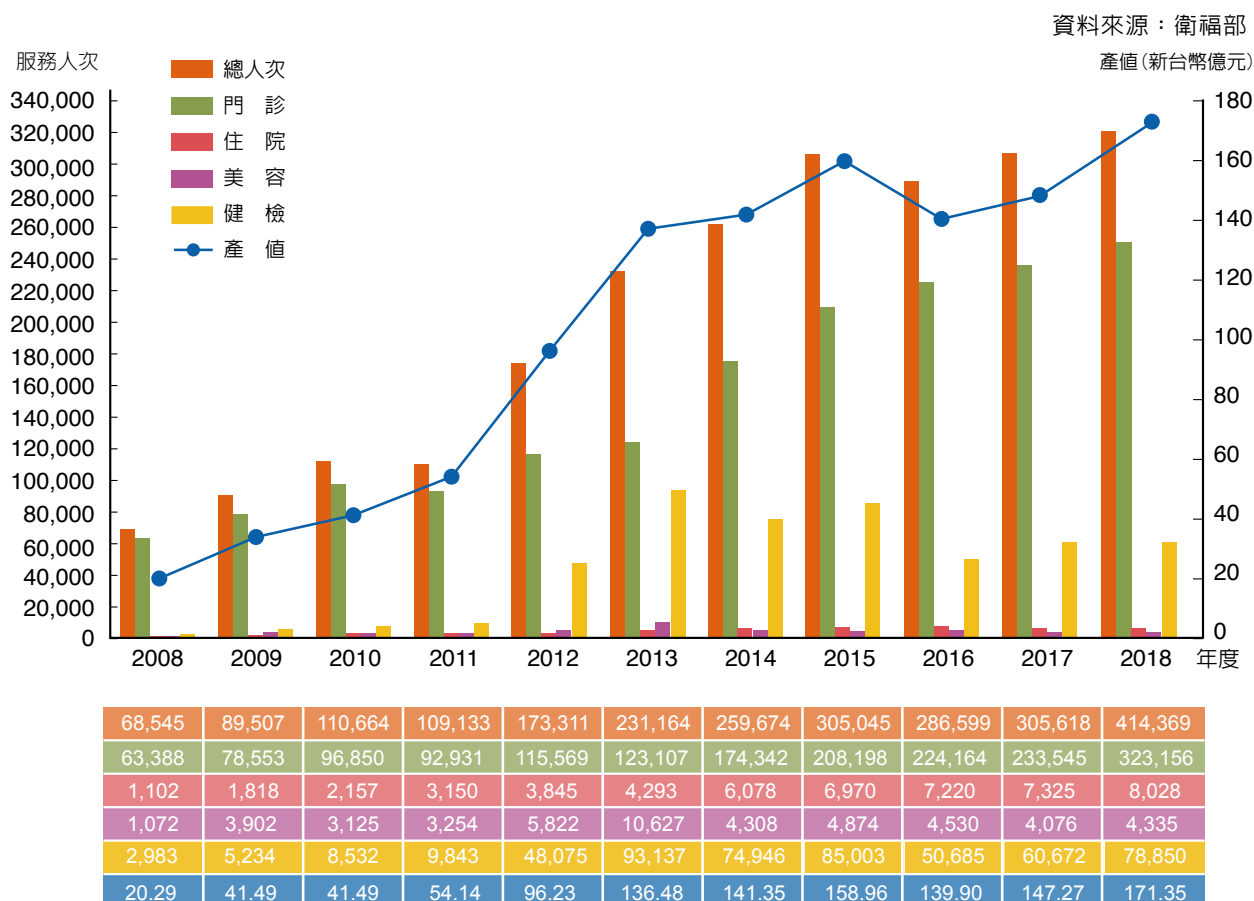
- (一) 成立「國際醫療管理工作小組」作為交流與傳播之平台，107 年輔導 78 家醫院建置具國際競爭力之環境。
- (二) 鬆綁法規限制並配合「大陸地區人民進入臺灣地區許可辦法」之規定，107

年公告 67 家醫院可代為申請大陸地區人士來台進行健康檢查及美容醫學，提供便捷的入臺途徑。

- (三) 自 97 年推展醫療服務國際化，國際醫療服務人次與產值如圖 12-6。

- (四) 「台灣國際醫療全球資訊網」全新改版建置，並擴增馬來文語系，提供多語系服務包含正體中文、英文、簡體中文、越南文、印尼文、馬來文，共六種語言。至 107 年網站累積瀏覽量超過 890 萬人次。

圖 12-5 LMQ 國際醫療服務人次與產值



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

附錄

- 附錄一 衛生福利統計指標
- 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 附錄三 「108 年版衛生福利年報」
專有名詞英文簡稱檢索表



➡ 附錄一 衛生福利統計指標

表 1、人口

資料來源：內政部

年別	總人口數	人口結構			粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率	青少年生育率	人口密度
		0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上						
	千人	%	%	%	‰	‰	‰	每一婦女	%	人/每平方公里
97 年	23,037	17.0	72.6	10.4	8.6	6.3	2.4	1.1	5	637
98 年	23,120	16.3	73.0	10.6	8.3	6.2	2.1	1.0	4	639
99 年	23,162	15.6	73.6	10.7	7.2	6.3	0.9	0.9	4	640
100 年	23,225	15.1	74.0	10.9	8.5	6.6	1.9	1.1	4	642
101 年	23,316	14.6	74.2	11.2	9.9	6.6	3.2	1.3	4	644
102 年	23,374	14.3	74.2	11.5	8.5	6.7	1.9	1.1	4	646
103 年	23,434	14.0	74.0	12.0	9.0	7.0	2.0	1.2	4	647
104 年	23,492	13.6	73.9	12.5	9.1	7.0	2.1	1.2	4	649
105 年	23,540	13.3	73.5	13.2	8.9	7.3	1.5	1.2	4	650
106 年	23,571	13.1	73.0	13.9	8.2	7.3	1.0	1.1	4	651
107 年	23,589	12.9	72.5	14.6	7.7	7.3	0.4	1.1	4	652

表 2、平均餘命與死亡率

資料來源：內政部、衛生福利部統計處

年別	0 歲平均餘命			5 歲以下兒童 死亡率	15-60 歲成人 死亡率
	全體	男性	女性		
	歲	歲	歲	每千活產	每千人口
96 年	78.4	75.5	81.7	6.4	105.6
97 年	78.6	75.6	81.9	6.3	103.3
98 年	79.0	76.0	82.3	5.6	101.0
99 年	79.2	76.1	82.5	5.5	99.2
100 年	79.1	76.0	82.6	5.7	99.0
101 年	79.5	76.4	82.8	5.1	96.3
102 年	80.0	76.9	83.4	4.7	93.6
103 年	79.8	76.7	83.2	4.6	94.5
104 年	80.2	77.0	83.6	5.0	92.0
105 年	80.0	76.8	83.4	4.8	94.1
106 年	80.4	77.3	83.7	4.6	90.0
107 年	80.7	77.5	84.0	4.9	88.6

表 3、國民醫療保健支出

資料來源：行政院主計總處、衛生福利部統計處

年別	國民醫療保健支出		公部門醫療保健支出占國民醫療保健支出比	國民醫療保健支出占 GDP 比	平均每人醫療保健支出	
	新台幣百萬元	百萬美元	%	%	新臺幣元	美元
95 年	782,443	24,053	56.7	6.2	34,282	1,054
96 年	814,591	24,805	57.2	6.1	35,545	1,082
97 年	834,681	26,464	56.9	6.4	36,294	1,151
98 年	873,219	26,413	57.4	6.7	37,837	1,144
99 年	889,345	28,099	57.8	6.3	38,432	1,214
100 年	917,040	31,118	57.4	6.4	39,539	1,342
101 年	927,956	31,329	59.1	6.3	39,877	1,346
102 年	967,872	32,512	59.1	6.4	41,460	1,393
103 年	1,007,923	33,188	59.3	6.3	43,067	1,418
104 年	1,038,486	32,544	59.8	6.2	44,261	1,387
105 年	1,086,848	33,617	59.5	6.3	46,217	1,430
106 年	1,127,360	37,035	60.4	6.4	47,860	1,572

表 4-1、醫療設施

資料來源：衛生福利部統計處

年別	醫療機構數											
	醫院								診所			
	西醫				中醫				西醫		中醫	牙醫
	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家
96 年	19,900	530	507	79	428	23	1	22	19,370	10,197	3,069	6,104
97 年	20,174	515	493	79	414	22	1	21	19,659	10,326	3,160	6,173
98 年	20,306	514	496	79	417	18	1	17	19,792	10,361	3,217	6,214
99 年	20,691	508	492	81	411	16	1	15	20,183	10,599	3,289	6,295
100 年	21,135	507	491	81	410	16	1	15	20,628	10,815	3,411	6,402
101 年	21,437	502	488	81	407	14	1	13	20,935	10,997	3,462	6,476
102 年	21,713	495	482	80	402	13	1	12	21,218	11,105	3,548	6,565
103 年	22,041	497	486	80	406	11	1	10	21,544	11,277	3,637	6,630
104 年	22,177	494	486	80	406	8	1	7	21,683	11,313	3,705	6,665
105 年	22,384	490	485	80	405	5	1	4	21,894	11,395	3,772	6,727
106 年	22,612	483	478	79	399	5	1	4	22,129	11,499	3,839	6,791
107 年	22,816	483	478	80	398	5	1	4	22,333	11,580	3,917	6,836

表 4-2、醫療設施

資料來源：衛生福利部統計處

年別	病床數							平均每萬人口病床數				
	診所	醫院						診所	醫院			
		公立	私立	急性病床		急性一般病床	診所		急性一般病床	診所		
				急性一般病床	診所							
											床	床
床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
96 年	150,628	131,776	44,873	86,903	79,695	73,337	18,852	65.6	57.4	34.7	31.9	8.2
97 年	152,901	133,020	45,450	87,570	80,021	73,426	19,881	66.4	57.7	34.7	31.9	8.6
98 年	156,740	134,716	45,913	88,803	80,884	74,132	22,024	67.8	58.3	35.0	32.1	9.5
99 年	158,922	135,401	45,981	89,420	81,072	74,140	23,521	68.6	58.5	35.0	32.0	10.2
100 年	160,472	135,431	45,603	89,828	81,173	74,082	25,041	69.1	58.3	35.0	31.9	10.8
101 年	160,900	135,002	45,549	89,453	81,064	73,876	25,898	69.0	57.9	34.8	31.7	11.1
102 年	159,422	134,197	45,134	89,063	80,096	72,692	25,225	68.2	57.4	34.3	31.1	10.8
103 年	161,491	133,518	44,524	88,994	79,745	72,303	27,973	68.9	57.0	34.0	30.9	11.9
104 年	162,163	133,335	43,881	89,454	79,663	72,255	28,828	69.0	56.8	33.9	30.8	12.3
105 年	163,148	133,499	43,827	89,672	79,931	72,635	29,649	69.3	56.7	34.0	30.9	12.6
106 年	164,590	134,134	43,187	90,947	80,590	73,191	30,456	69.8	56.9	34.2	31.1	12.9
107 年	167,521	135,496	43,606	91,890	81,633	74,195	32,025	71.0	57.4	34.6	31.5	13.6

表 4-3、醫事人力

資料來源：衛生福利部統計處

年別	執業醫事人員數										
	西醫師	中醫師	牙醫師	藥師 (生)	醫事 檢驗師 (生)	醫事 放射師 (士)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師	其他	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
96 年	214,748	35,849	4,862	10,740	28,040	7,642	4,211	113,832	347	1,239	7,986
97 年	223,623	37,142	5,112	11,093	28,741	7,896	4,443	118,785	308	1,379	8,724
98 年	233,553	37,880	5,290	11,351	29,587	8,203	4,651	125,081	258	1,563	9,689
99 年	241,156	38,887	5,354	11,656	30,001	8,377	4,913	128,955	208	1,687	11,118
100 年	250,258	40,002	5,570	11,992	31,300	8,579	5,133	133,336	134	1,824	12,388
101 年	258,283	40,938	5,740	12,391	32,015	8,751	5,341	137,641	120	2,050	13,296
102 年	265,759	41,965	5,977	12,794	32,668	9,006	5,507	140,915	132	2,234	14,561
103 年	271,555	42,961	6,156	13,178	33,162	9,132	5,774	142,708	149	2,304	16,031
104 年	280,508	44,006	6,298	13,502	33,516	9,261	5,952	148,223	150	2,392	17,208
105 年	289,174	44,849	6,441	13,912	33,908	9,400	6,164	153,509	154	2,525	18,312
106 年	299,782	46,356	6,692	14,380	34,526	9,561	6,416	159,621	164	2,631	19,435
107 年	312,887	47,471	6,880	14,718	34,838	9,698	6,629	167,803	179	3,061	21,610

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

表 4-4、醫事人力

資料來源：衛生福利部統計處

年別	平均每萬人口執業醫事人員數										
		西醫師	中醫師	牙醫師	藥師 (生)	醫事 檢驗師 (生)	醫事 放射師 (士)	護理師 (士)	助產師 (士)	營養師	其他
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
96 年	93.5	15.6	2.1	4.7	12.2	3.3	1.8	49.6	0.2	0.5	3.5
97 年	97.1	16.1	2.2	4.8	12.5	3.4	1.9	51.6	0.1	0.6	3.8
98 年	101.0	16.4	2.3	4.9	12.8	3.5	2.0	54.1	0.1	0.7	4.2
99 年	104.1	16.8	2.3	5.0	13.0	3.6	2.1	55.7	0.1	0.7	4.8
100 年	107.8	17.2	2.4	5.2	13.5	3.7	2.2	57.4	0.1	0.8	5.3
101 年	110.8	17.6	2.5	5.3	13.7	3.8	2.3	59.0	0.1	0.9	5.7
102 年	113.7	18.0	2.6	5.5	14.0	3.9	2.4	60.3	0.1	1.0	6.2
103 年	115.9	18.3	2.6	5.6	14.2	3.9	2.5	60.9	0.1	1.0	6.8
104 年	119.4	18.7	2.7	5.7	14.3	3.9	2.5	63.1	0.1	1.0	7.3
105 年	122.8	19.1	2.7	5.9	14.4	4.0	2.6	65.2	0.1	1.1	7.8
106 年	127.2	19.7	2.8	6.1	14.6	4.1	2.7	67.7	0.1	1.1	8.2
107 年	132.6	20.1	2.9	6.2	14.8	4.1	2.8	71.1	0.1	1.3	9.2

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

表 4-5、護理機構設施

資料來源：衛生福利部統計處

年別	護理機構			
	一般護理之家	精神護理之家	居家護理	產後護理
	家	家	家	家
96 年	324	17	503	60
97 年	347	19	487	74
98 年	367	25	495	94
99 年	390	28	516	103
100 年	423	30	498	117
101 年	447	29	498	148
102 年	472	32	507	171
103 年	487	35	507	187
104 年	500	37	513	201
105 年	511	41	547	219
106 年	532	42	567	243
107 年	542	44	618	267

表 4-6、護理機構設施

資料來源：衛生福利部統計處

年別	護理機構		
	一般護理之家	精神護理之家	產後護理
	床	床	床
96 年	19,551	1,303	2,026
97 年	21,461	1,539	2,924
98 年	23,077	2,089	3,568
99 年	25,849	2,252	3,809
100 年	28,476	2,235	4,379
101 年	30,447	2,512	5,618
102 年	33,101	2,757	6,582
103 年	35,202	3,246	7,477
104 年	37,263	3,494	8,558
105 年	39,132	3,742	9,786
106 年	41,548	3,805	11,546
107 年	43,119	4,104	12,842

表 5、法定傳染病

資料來源：衛生福利部疾病管制署

年別	確定病例															
	霍亂	白喉	日本腦炎	漢生病	瘧疾	麻疹	流行性腦脊髓膜炎	流行性腮腺炎	百日咳	小兒麻痺症	先天性德國麻疹症候群	德國麻疹	新生兒破傷風	破傷風	結核病	黃熱病
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
90 年	-	...	33	2	29	9	43	444	6	-	3	17	...	19	14,486	-
91 年	2	-	19	8	28	24	46	665	18	-	-	4	...	15	16,758	-
92 年	1	-	25	2	34	6	26	676	26	-	-	2	...	13	14,074	-
93 年	1	-	32	5	18	-	24	1,081	21	-	-	4	...	16	17,142	-
94 年	2	-	35	9	26	7	20	1,158	38	-	-	7	...	16	16,472	-
95 年	1	-	29	11	26	4	13	971	14	-	-	6	...	14	15,378	-
96 年	-	-	37	12	13	10	20	1,208	41	-	1	54	-	10	14,480	-
97 年	1	-	17	8	18	16	19	1,145	41	-	1	33	-	18	14,265	-
98 年	3	-	18	7	11	48	2	1,068	90	-	-	23	-	12	13,336	-
99 年	5	-	33	5	21	12	7	1,125	61	-	-	21	-	12	13,237	-
100 年	3	-	22	5	17	33	5	1,171	77	-	-	60	-	10	12,634	-
101 年	5	-	32	13	12	9	6	1,061	54	-	-	12	-	17	12,338	-
102 年	7	-	16	7	13	8	6	1,170	51	-	-	7	-	24	11,528	-
103 年	4	-	18	9	19	26	3	880	78	-	-	7	-	9	11,326	-
104 年	10	-	30	16	8	29	3	773	70	-	-	7	-	12	10,711	-
105 年	9	-	23	10	13	14	8	616	17	-	-	4	-	14	10,208	-
106 年	2	-	25	10	7	6	12	636	34	-	1	3	-	11	9,759	-
107 年	7	-	37	7	7	40	6	600	30	-	-00	10	-	4	9,179	-

備註：1. 資料下載時間：108 年 5 月 1 日。

2. 流行性腮腺炎及破傷風係報告病例。

3. 瘧疾無本土病例。

4. 自 97 年起「癩病」更名為「漢生病」。

表 6、食品藥政

資料來源：衛生福利部食品藥物管理署

年別	食品中毒事件			藥商家數			
	件	患者數	死亡數	家	藥局	藥品暨醫療器材販賣業	藥品暨醫療器材製造業
		人	人		家	家	家
97 年	272	2,924	—	58,834	7,215	50,514	1,105
98 年	351	4,642	—	58,524	7,450	49,814	1,260
99 年	503	6,880	1	60,222	7,558	51,289	1,375
100 年	426	5,819	1	63,274	7,699	54,090	1,485
101 年	527	5,701	—	64,024	7,620	54,843	1,561
102 年	409	3,890	—	65,280	7,701	55,926	1,653
103 年	480	4,504	—	66,678	7,866	57,125	1,687
104 年	632	6,235	—	67,597	7,922	57,945	1,730
105 年	486	5,260	—	69,610	7,907	59,871	1,832
106 年	528	6,237	—	71,083	7,950	61,244	1,889
107 年	398	4,616	—	72,520	8,048	62,514	1,958

表 7-1、死因統計

資料來源：衛生福利部統計處

年別	嬰兒 死亡率	所有死亡原因		主要死因									
				惡性腫瘤		心臟疾病		肺炎		腦血管疾病		糖尿病	
		死亡 人數	每十萬人 口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人 口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人 口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人 口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人 口標準化 死亡率	死亡 人數	每十萬人 口標準化 死亡率
97 年	4.6	142,283	484.3	38,913	133.7	15,726	51.7	8,661	27.5	10,663	35.0	8,036	26.9
98 年	4.0	142,240	466.7	39,918	132.5	15,094	47.7	8,358	25.3	10,383	32.8	8,230	26.6
99 年	4.2	144,709	455.6	41,046	131.6	15,675	47.4	8,909	25.6	10,134	30.6	8,211	25.3
100 年	4.2	152,030	462.4	42,559	132.2	16,513	47.9	9,047	24.8	10,823	31.3	9,081	26.9
101 年	3.7	153,823	450.6	43,665	131.3	17,121	47.9	9,314	24.4	11,061	30.8	9,281	26.5
102 年	3.9	154,374	435.3	44,791	130.4	17,694	47.7	9,042	22.5	11,313	30.3	9,438	25.8
103 年	3.6	162,886	443.5	46,093	130.2	19,399	50.2	10,353	24.7	11,733	30.4	9,846	26.0
104 年	4.1	163,574	431.5	46,829	128.0	19,202	48.1	10,761	24.6	11,169	27.9	9,530	24.3
105 年	3.9	172,418	439.4	47,760	126.8	20,812	50.3	12,212	26.9	11,846	28.6	9,960	24.5
106 年	4.0	171,857	424.3	48,037	123.4	20,644	48.5	12,480	26.5	11,755	27.5	9,845	23.5
107 年	4.2	172,859	415.0	48,784	121.8	21,569	48.8	13,421	27.4	11,520	26.1	9,374	21.5

備註：1. 標準化死亡率係以 WHO2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類。

表 7-1、死因統計（續）

資料來源：衛生福利部統計處

年別	主要死因											
	事故傷害		慢性下呼吸道疾病		慢性肝病及肝硬化		高血壓性疾病		腎炎、腎病症候群及腎病變		蓄意自我傷害（自殺）	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率
97 年	7,077	27.0	5,374	16.9	4,917	17.1	3,507	11.2	4,012	13.2	4,128	15.2
98 年	7,358	27.7	4,955	14.9	4,918	16.6	3,721	11.5	3,999	12.5	4,063	14.7
99 年	6,669	24.4	5,197	14.8	4,912	16.1	4,174	12.2	4,105	12.4	3,889	13.8
100 年	6,726	24.1	5,984	16.2	5,153	16.5	4,631	12.9	4,368	12.6	3,507	12.3
101 年	6,873	23.8	6,326	16.4	4,975	15.6	4,986	13.3	4,327	12.1	3,766	13.1
102 年	6,619	22.4	5,959	14.9	4,843	14.8	5,033	12.9	4,489	11.9	3,565	12.0
103 年	7,118	23.7	6,428	15.3	4,962	14.8	5,459	13.5	4,868	12.5	3,542	11.8
104 年	7,033	22.8	6,383	14.6	4,688	13.6	5,536	13.2	4,762	11.8	3,675	12.1
105 年	7,206	23.1	6,787	15.1	4,738	13.4	5,881	13.5	5,226	12.4	3,765	12.3
106 年	6,965	21.9	6,260	13.3	4,554	12.6	6,072	13.3	5,381	12.4	3,871	12.5
107 年	6,846	21.1	6,146	12.7	4,315	11.6	5,991	12.8	5,523	12.3	3,865	12.5

備註：1. 標準化死亡率係以 WHO2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類。

表 7-2、主要癌症死因統計

資料來源：衛生福利部統計處

年別	主要癌症死因									
	氣管、支氣管和肺癌		肝和肝內膽管癌		結腸、直腸和肛門癌		女性乳癌		前列腺（攝護腺）癌	
	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率
97 年	7,777	26.3	7,651	26.8	4,266	14.4	1,541	10.7	892	5.7
98 年	7,951	25.9	7,759	26.2	4,531	14.8	1,589	10.6	936	5.9
99 年	8,194	25.8	7,744	25.2	4,676	14.6	1,706	11.0	1,021	6.1
100 年	8,541	26.0	8,022	25.3	4,921	15.0	1,852	11.6	1,096	6.4
101 年	8,587	25.4	8,116	24.7	5,131	14.9	1,912	11.6	1,187	6.7
102 年	8,854	25.3	8,217	24.2	5,265	14.9	1,962	11.6	1,207	6.6
103 年	9,167	25.3	8,178	23.3	5,603	15.3	2,071	11.9	1,218	6.5
104 年	9,232	24.7	8,258	22.8	5,687	14.9	2,141	12.0	1,231	6.4
105 年	9,372	24.4	8,353	22.2	5,772	14.6	2,176	11.8	1,347	6.8
106 年	9,235	23.1	8,402	21.6	5,812	14.4	2,377	12.6	1,392	6.9
107 年	9,388	22.8	8,222	20.3	5,823	14.0	2,418	12.5	1,377	6.6

備註：1. 標準化死亡率係以 WHO2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類。

表 8、社會保險

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

年別	全民健保						
	保險對象 人數	納保率	就醫指標				
			每人門診 次數	每百人 住診件數	每件門診 點數	每件住診 點數	每件住院 日數
	千人	%	次	件	點	點	日
97 年	22,918	...	14.0	13.1	1,032	54,534	10.0
98 年	23,026	99.3	14.4	13.4	1,052	54,775	9.9
99 年	23,074	99.4	14.6	13.5	1,067	54,794	9.9
100 年	23,199	99.5	15.1	13.8	1,086	55,346	9.9
101 年	23,281	99.5	15.1	13.8	1,113	55,661	9.8
102 年	23,463	99.6	15.1	13.5	1,168	57,259	9.9
103 年	23,622	99.6	14.9	13.7	1,223	58,662	9.7
104 年	23,737	99.7	14.7	13.9	1,257	59,076	9.5
105 年	23,815	99.7	14.9	14.1	1,297	61,458	9.7
106 年	23,880	99.8	14.8	14.2	1,386	63,245	9.4
107 年	23,948	99.8	15.1	14.5	1,427	65,411	9.4

備註：1. 就醫指標資料來源：本署二代倉儲系統保險對象彙總檔、門診、交付機構及住診明細檔（2017 / 09 / 28 擷取）。

2. 本表統計範圍不含代辦案件。

3. 平均每人之分母為季中保險對象人數，係當年 2、5、8、11 月在保人數之算數平均數。

4. 門診次數不含（件數以 0 計）：「居家照護及精神疾病社區復健等其他部門」、「接受其他院所委託代（轉）檢案件未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件。

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

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

7. 住診日數為急性病床天數與慢性病床天數合計。

表 8、社會保險（續）

資料來源：衛生福利部社會保險司

年別	國民年金								
	被保險人 人數	占 25-64 歲百分比	一般身分	低收入戶	所得未達一定標準者		身心障礙者		
					第一目	第二目	重度以上	中度 中度	輕度
	千人	%	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人
97 年	4,221	31.3	3,931	39	6	3	88	81	72
98 年	4,015	29.4	3,563	50	100	51	95	84	72
99 年	3,872	27.9	3,390	51	120	62	96	83	70
100 年	3,784	27.1	3,296	62	120	55	98	83	70
101 年	3,726	26.5	3,221	73	127	57	99	81	69
102 年	3,678	25.9	3,180	76	123	52	100	79	67
103 年	3,584	25.2	3,086	77	126	52	98	78	66
104 年	3,510	24.6	3,025	76	122	48	97	77	66
105 年	3,425	24.0	2,943	74	125	49	95	76	64
106 年	3,349	23.5	2,883	71	118	46	94	75	62
107 年	3,287	23.1	2,820	70	122	48	93	74	60

備註：第一目係指國民年金法第 12 條規定，家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達當年度最低生活費 1.5 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出 1 倍者；第二目係指家庭總收入平均分配全家人口，每人每月未達當年度最低生活費 2 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之 1.6 倍者。

表 9、社會救助

資料來源：衛生福利部統計處

年別	低收入戶				中低收入戶			
	戶數	占總 戶數比	人數	占總 人數比	戶數	占總 戶數比	人數	占總 人數比
	戶	%	人	%	戶	%	人	%
97 年	93,032	1.2	223,697	1.0	-	-	-	-
98 年	105,265	1.3	256,342	1.1	-	-	-	-
99 年	112,200	1.4	273,361	1.2	-	-	-	-
100 年	128,237	1.6	314,282	1.4	35,420	0.4	120,042	0.5
101 年	145,613	1.8	357,446	1.5	88,988	1.1	282,019	1.2
102 年	148,590	1.8	361,765	1.5	108,589	1.3	334,391	1.4
103 年	149,958	1.8	357,722	1.5	114,522	1.4	349,130	1.5
104 年	146,379	1.7	342,490	1.5	117,686	1.4	356,185	1.5
105 年	145,176	1.7	331,776	1.4	119,081	1.4	358,161	1.5
106 年	142,814	1.7	317,257	1.3	117,776	1.4	350,425	1.5
107 年	143,941	1.6	311,526	1.4	115,570	1.3	338,468	1.4

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

表 9、社會救助（續）

資料來源：衛生福利部統計處

年別	醫療補助		中低收入住院看護補助		災害 救助金額	急難救助	
	人次	萬元	人次	萬元	萬元	人次	萬元
97 年	5,295	5,627	6,501	11,411	18,870	48,074	27,366
98 年	5,486	6,639	7,033	12,167	82,180	44,129	24,576
99 年	5,773	6,403	8,066	12,871	79,226	47,863	28,373
100 年	5,383	7,092	9,761	16,269	4,672	45,418	27,423
101 年	5,013	7,176	9,667	16,283	17,363	46,978	26,910
102 年	4,322	8,041	10,258	16,936	8,853	40,961	24,669
103 年	4,260	8,987	10,767	18,050	4,816	42,232	25,349
104 年	4,499	10,256	10,923	17,837	7,337	37,897	23,261
105 年	4,779	12,261	11,345	20,235	14,370	35,900	22,319
106 年	5,250	13,566	12,156	20,185	6,170	34,177	21,748
107 年	5,062	15,660	12,553	21,166	11,575	34,469	22,130

表 10、社會福利

資料來源：衛生福利部統計處

年別	兒童及少年福利（未滿 18 歲）						老人福利（65 歲以上）					
	人數	占總人口比	家庭寄養		弱勢兒童及少年生活扶助		人數	占總人口比	中低收入老人生活津貼		中低收入老人特別照顧津貼	
			人數	金額	人次	金額			年底核定人數	金額	人次	金額
	人	%	人	萬元	人次	萬元	人	%	人	萬元	人次	萬元
97 年	4,868,304	21.1	1,849	48,253	1,039,134	158,318	2,402,220	10.4	125,951	785,875	6,519	3,177
98 年	4,745,159	20.5	1,761	48,160	1,222,200	195,916	2,457,648	10.6	122,523	768,898	7,263	3,535
99 年	4,595,767	19.8	1,905	43,785	1,355,253	205,352	2,487,893	10.7	119,861	760,908	7,862	3,814
100 年	4,469,350	19.2	1,802	43,366	1,348,606	199,776	2,528,249	10.9	120,266	761,814	8,116	4,062
101 年	4,380,203	18.8	1,835	46,625	1,466,688	288,034	2,600,152	11.2	120,968	923,968	9,042	4,529
102 年	4,258,385	18.2	1,804	45,030	1,406,040	278,058	2,694,406	11.5	120,869	924,823	9,152	4,587
103 年	4,149,792	17.7	1,743	43,185	1,401,476	274,211	2,808,690	12.0	122,423	938,459	9,077	4,555
104 年	4,043,357	17.2	1,662	42,342	1,385,684	270,860	2,938,579	12.5	124,490	963,091	9,470	4,753
105 年	3,987,202	16.9	1,622	42,533	1,382,965	279,673	3,106,105	13.2	128,108	1,020,710	9,448	4,746
106 年	3,900,662	16.5	1,621	39,999	1,339,627	270,791	3,268,013	13.9	134,365	1,062,674	9,360	4,694
107 年	3,778,520	16.0	1,605	48,419	1,309,150	263,527	3,433,517	14.6	143,610	1,131,975	8,745	4,378

表 10、社會福利（續 1）

資料來源：衛生福利部統計處

年別	家庭支持					婦女福利			
	單親中途之家 實際收容個案數	托嬰中心（未滿 3 歲）		特殊境遇 家庭扶助服務		婦女福利 服務中心	婦女中途之家、庇護中心		
		收托人數	師生比				機構數	收容人數	收容個案數
	人次	人	%	人次	萬元	個	個	人	人次
97 年	2,661	...	...	107,149	30,625	58	37	331	2,987
98 年	2,150	...	...	153,175	40,913	61	38	345	3,340
99 年	2,055	...	...	188,433	47,861	63	41	412	3,292
100 年	539	...	...	188,987	48,159	52	37	460	2,917
101 年	548	...	...	156,784	44,840	51	40	449	2,927
102 年	581	...	...	137,464	40,303	56	41	440	2,982
103 年	678	14,845	4.0	139,513	42,978	72	58	464	3,178
104 年	654	17,246	4.0	133,370	42,012	74	60	496	3,206
105 年	542	19,750	4.0	127,966	43,075	82	64	486	3,076
106 年	581	23,066	4.1	127,947	43,987	73	51	582	3,154
107 年	601	26,637	4.1	131,434	46,766	77	46	590	3,128

表 10、社會福利（續完）

資料來源：衛生福利部統計處

年別	身心障礙者										
	人數	占身障人口比			占總 人口比	生活補助		日間照顧及 住宿式照顧補助		生活輔具補助	
		未滿 18 歲	18 至 64 歲	65 歲 以上							
	人	%	%	%	%	人次	萬元	年底 人數	萬元	人次	萬元
97 年	1,040,585	6.1	57.4	36.5	4.5	3,712,397	1,498,714	26,823	431,025	55,425	53,900
98 年	1,071,073	5.9	57.1	37.0	4.6	3,862,823	1,565,270	29,860	475,602	64,138	60,975
99 年	1,076,293	5.8	57.6	36.6	4.7	3,998,947	1,621,943	30,449	517,837	70,873	66,296
100 年	1,100,436	5.6	57.4	37.0	4.7	4,132,534	1,680,850	32,592	565,535	76,289	72,187
101 年	1,117,518	5.6	57.6	36.8	4.8	4,176,404	2,016,490	33,779	613,446	77,422	72,882
102 年	1,125,113	5.3	57.2	37.5	4.8	4,179,798	2,042,815	37,298	648,569	70,564	67,823
103 年	1,141,677	5.1	56.7	38.2	4.9	4,206,306	2,052,774	39,199	706,541	75,057	72,924
104 年	1,155,650	4.9	56.1	39.0	4.9	4,209,760	2,056,215	41,225	764,264	80,148	76,617
105 年	1,170,199	4.8	55.2	40.1	5.0	4,214,338	2,130,780	43,300	802,516	86,369	78,220
106 年	1,167,450	4.6	54.6	40.8	5.0	4,207,046	2,128,290	45,930	850,433	92,887	83,153
107 年	1,173,978	4.5	53.6	41.9	5.0	4,189,002	2,125,703	47,841	880,192	81,695	75,508

表 11、保護服務

資料來源：衛生福利部統計處及各直轄市、縣（市）政府

年別	家暴事件			性侵害事件			兒童及少年保護
	通報被害人 人數	被害人保護扶助		通報被害人 人數	被害人保護扶助		受虐兒少人數
	人	人次	萬元	人	人次	萬元	人
97 年	75,438	416,844	25,456	7,285	95,247	5,878	13,703
98 年	83,728	478,769	32,684	8,008	101,482	6,491	13,400
99 年	98,720	601,567	34,427	9,320	100,942	6,027	18,331
100 年	94,150	871,146	40,561	11,121	140,326	7,360	17,667
101 年	98,399	915,859	39,116	12,066	158,258	7,077	19,174
102 年	110,103	988,586	46,854	10,901	177,258	7,753	16,322
103 年	95,663	1,127,819	53,360	11,096	199,846	10,947	11,589
104 年	95,818	1,191,465	57,650	10,454	219,024	11,354	9,604
105 年	95,175	1,297,726	61,223	8,141	218,852	12,421	9,461
106 年	95,402	1,312,095	74,336	8,214	229,525	17,274	9,389
107 年	96,693	1,309,184	96,139	8,499	245,515	15,252	9,186

表 12、國際比較

資料來源：內政部、2018 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

國別	人口				
	粗出生率	粗死亡率	人口自然增加率	總生育率	扶養比
	2018	2018	2018	2018	2018
	‰	‰	‰	每一婦女	%
中華民國	8	7	1	1.1	38
日本	8	11	-3	1.4	67
南韓	7	6	1	1.1	37
美國	12	9	3	1.8	52
加拿大	11	8	3	1.5	49
英國	12	9	3	1.8	56
德國	9	11	-2	1.6	52
法國	11	9	2	1.9	61
澳大利亞	13	7	6	1.7	54
紐西蘭	12	7	5	1.8	52

備註：此表為各國 2018 年或最近年份之數據（如無 2018 年資料，以最近可獲得資料年度代替）。

表 12、國際比較（續 1）

資料來源：內政部、衛生福利部統計處、OECD Health Data

國別	平均餘命與死亡率			
	0 歲平均餘命			新生兒死亡率
	全體	男性	女性	
	2017	2017	2017	2017
	歲	歲	歲	每千活產
中華民國	80.4	77.3	83.7	2.5
日本	84.2	81.1	87.3	0.9
南韓	82.7	79.7	85.7	1.5
美國	78.6	76.1	81.1	3.9
加拿大	82.0	79.9	84.0	3.5
英國	81.3	79.5	83.1	2.8
德國	81.1	78.7	83.4	2.3
法國	82.6	79.6	85.6	2.8
澳大利亞	82.6	80.5	84.6	2.4
紐西蘭	81.9	80.2	83.6	2.8

備註：此表為各國 2017 年或最近年份之數據（如無 2017 年資料，以最近可獲得資料年度代替）。

表 12、國際比較（續完）

資料來源：衛生福利部統計處、OECD Health Data

國別	醫療保健支出			
	醫療保健支出比		平均每人醫療保健支出	
	經常性醫療保健支出 占 GDP 比	公部門經常性 醫療保健支出占經常性 醫療保健支出比	平均每人經常性 醫療保健支出	平均每人公部門 經常性醫療保健支出
	2017	2017	2017	2017
	%	%	USDPPPs	USDPPPs
中華民國	6.1	63.5	3,047	1,935
日本	10.7	84.2	4,717	3,971
南韓	7.6	58.2	2,897	1,687
美國	17.2	84.5	10,209	8,627
加拿大	10.4	70.1	4,826	3,382
英國	9.6	78.7	4,246	3,341
德國	11.3	85.0	5,728	4,869
法國	11.5	83.0	4,902	4,068
澳大利亞	9.1	68.4	4,543	3,109
紐西蘭	9.0	78.6	3,683	2,894

備註：依 OECD 最新發布之醫療健康帳制度（ASystemofHealthAccounts,SHA），醫療支出與財源（HealthExpenditureandFinancing）以經常性醫療保健支出（CurrentHealthExpenditure,CHE）為基準，統計各項健康照護之相關指標。

➡ 附錄二 法定傳染病確定病例統計

表 1 107 年急性法定傳染病確定病例數統計表

資料來源：衛福部疾管署

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第一類	天花	0	0	0
	鼠疫	0	0	0
	嚴重急性呼吸道症候群	0	0	0
	狂犬病	0	0	0
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	17	4	13
	登革熱	533	183	350
	流行性腦脊髓膜炎	6	5	1
	副傷寒	8	1	7
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺（註 3）	66	66	0
	桿菌性痢疾	172	113	59
	阿米巴性痢疾	334	163	171
	瘧疾	7	0	7
	麻疹	40	28	12
	急性病毒性 A 型肝炎	88	55	33
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	1	1	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	7	7	0
	德國麻疹	10	1	9
	屈公病	7	0	7
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	炭疽病	0	0	0
第三類	百日咳	30	28	2
	破傷風（註 4）	4	—	—
	日本腦炎	37	37	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性 B 型肝炎	143	133	10
	急性病毒性 C 型肝炎	510	503	7
	急性病毒性 D 型肝炎	0	0	0

資料來源：衛福部疾管署

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第三類	急性病毒性 E 型肝炎	10	10	0
	急性病毒性肝炎未定型	0	0	0
	流行性腮腺炎（註 4）	600	—	—
	退伍軍人病	211	200	11
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	5	5	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	36	36	0
第四類	疱疹 B 病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	96	95	1
	類鼻疽	23	21	2
	肉毒桿菌中毒	0	0	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	459	459	0
	Q 熱	20	18	2
	地方性斑疹傷寒	22	21	1
	萊姆病	3	0	3
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	386	384	2
	水痘併發症	54	54	0
	弓形蟲感染症	17	16	1
	流感併發重症	1,196	1,191	5
	布氏桿菌病	0	0	0
	李斯特菌症	168	167	1
第五類	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒感染	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0
	中東呼吸症候群冠狀病毒感染症	0	0	0
	新型 A 型流感	0	0	0
	茲卡病毒感染症	3	0	3

備註：1. 資料下載時間：108 年 5 月 1 日。

2. 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。

3. 依病毒檢驗報告資料，自 73 年以後即無分離出野生株之小兒麻痺病毒。81 年實施「根除三麻一風」計畫以來，即以急性無力肢體麻痺做為小兒麻痺症之疫情監視指標。

4. 破傷風及流行性腮腺炎以報告病例呈現。

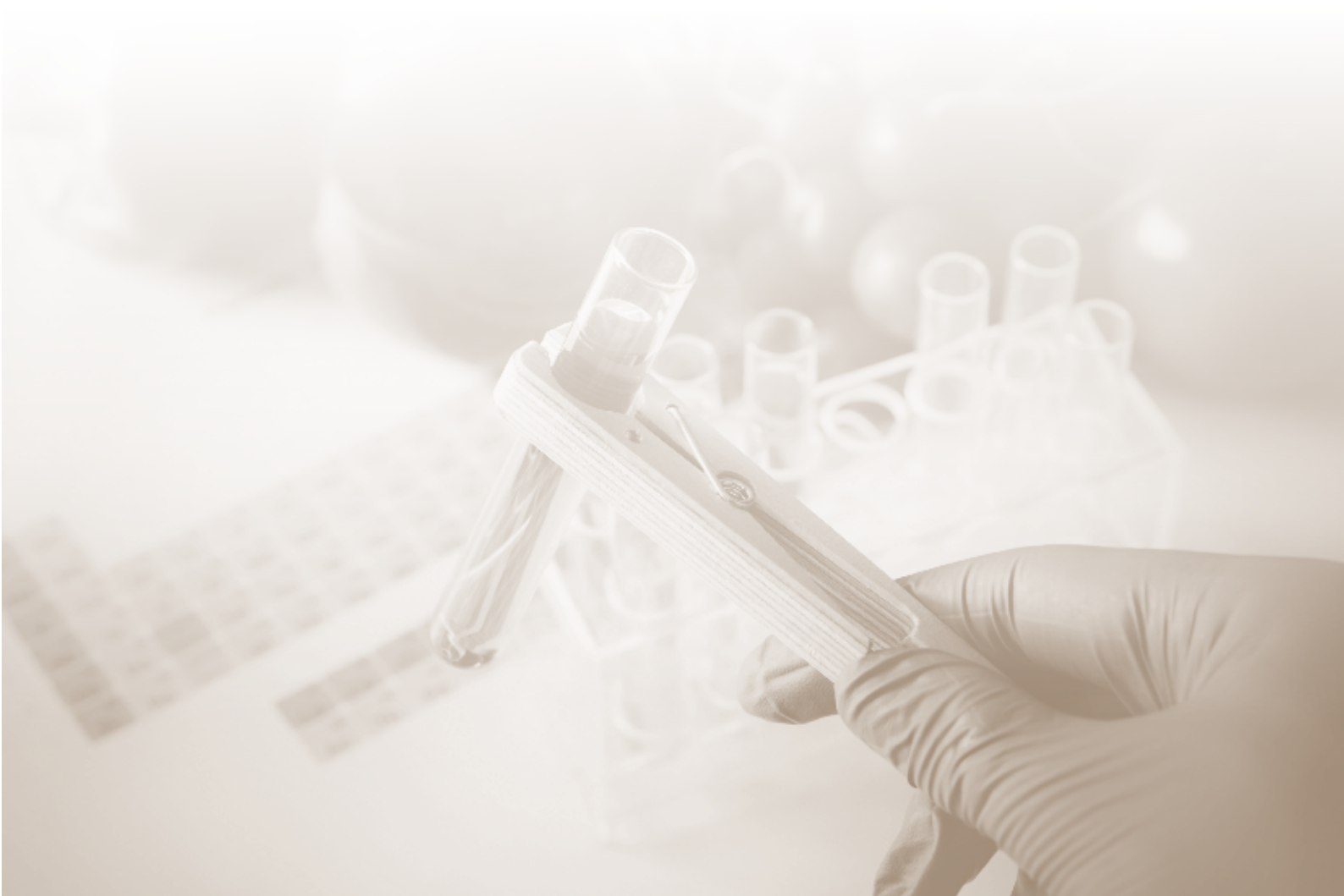
表 2 107 年慢性法定傳染病確定病例數統計表

資料來源：衛福部疾管署

類 別	疾 病	確定病例數
第二類	多重抗藥性結核病	120
第三類	結核病	9,179
	梅毒	9,808
	先天性梅毒	0
	淋病	4,209
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	1,992
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,091
	漢生病	7
第四類	庫賈氏病	0

備註：1. 資料下載時間：108 年 5 月 1 日。

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



➔ 附錄三 「108 年版衛生福利年報」專有名詞英文簡稱檢索表

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

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
27.	LGBTI	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex	女同性戀者、男同性戀者、雙性戀者、跨性別者及雙性人
28.	LTBI	Latent Tuberculosis Infection	潛伏結核感染
29.	MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warning, Enforce, Raise	Monitor【監測】：長期監測吸菸率與政策、 Protect【保護】：禁菸與無菸環境、 Offer【提供】：提供多元戒菸服務、 Warning【警示】：菸品容器健康警示圖文及菸害傳播活動、 Enforce【強制】：禁止菸品廣告、促銷與贊助、 Raise【提高】：課徵菸稅與健康福利捐
30.	NCDs	Noncommunicable Diseases	非傳染性疾病
31.	NHE	National Health Expenditure	國民醫療保健支出
32.	OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	經濟合作暨發展組織
33.	P4P	Pay-for-Performance	論質計酬
34.	PAC	Post-Acute Care	急性後期照護
35.	PACS	Picture archiving and communication system	醫學影像傳輸系統
36.	PGY	Post-Graduated Year	畢業後一般醫學訓練
37.	PIC / S GMP	The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme : Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products	國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範
38.	PPP	Purchasing Power Parity	購買力平價
39.	QSD	Quality System Documentation	有效輸入醫療器材品質文件
40.	TaiwanIHA	Taiwan International Health Action	臺灣國際醫衛行動團隊
41.	SDGs	Sustainable Development Goals	永續發展目標
42.	TIHTC	Taiwan International Healthcare Training Center	臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫
43.	Tw-DRGs	Taiwan Diagnosis Related Groups	全民健保住院診斷關聯群支付制度
44.	UHC	universal health coverage	全民健康覆蓋
45.	WHA	World Health Assembly	世界衛生大會
46.	WHO	World Health Organization	世界衛生組織



中華民國 **108** 年版
衛生福利年報
健康・幸福・公平・永續

刊期頻率： 年刊

發行人： 陳時中

出版機關： 衛生福利部

總編輯： 張雍敏

編輯委員：（按筆畫順序排列）

王秀紅、王敦正、王燕琴、朱日僑、吳希文、呂寶靜、林宇旋、林美智、林美智、
張鈺旋、郭彩榕、陳少卿、陳正芬、陳怡樺、陳青梅、陳英作、陳智偉、黃偉宏、
廖崑富、劉訓蓉、劉興鋒、賴麗瑩

執行編輯： 魏璽倫、王玲紅、宋紫雪、劉朝嘉

地址： 11558 臺北市南港區忠孝東路六段 488 號

網址： <http://www.mohw.gov.tw>

電話： (02) 8590-6666

傳真： (02) 8590-7092

出版年月： 中華民國 108 年 12 月

創刊年月： 中華民國 103 年 11 月

設計印刷： 種子發多元化廣告有限公司

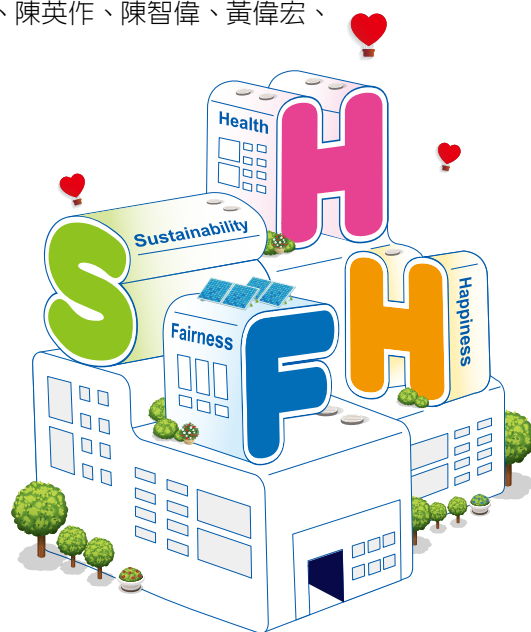
地址： 臺北市信義區基隆路二段 189 號 9 樓之 9

電話： (02) 2377-3689

定價： 新臺幣 300 元整

展售處： 國家書店 | 臺北市中山區松江路 209 號 1 樓 (02) 2518-0207

五南文化廣場 | 臺中市中山路 6 號 (04) 2226-0330



ISSN : 24092630

GPN : 2010302163

本手冊採創用 CC「姓名標示－非商業性－同方式分享」授權條款釋出

此授權條款的詳細內容請見：<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw/>



促進全民健康與福祉
成為民衆最信賴部會



ISSN 2409-2630



9 772409 263003

GPN : 2010302163

定價：新臺幣 300 元整

廣告