



中華民國 109 年版 衛生福利年報

健康・幸福・公平・永續





中華民國 109 年版 衛生福利年報

健康・幸福・公平・永續



衛生福利部 編印
中華民國 109 年 12 月

序言

本部秉持全球化、在地化與創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，用心規劃整合連續性之政策，期能提供符合民眾期待之服務，108 年本部有許多攸關民眾權益的關鍵決策，持續革新、踏實突破的重大成果，值得在此與大家分享：

首先在 COVID-19 疫情爆發資訊未明之初，臺灣已於 108 年 12 月啟動應變措施，並針對武漢直航入境班機進行登機檢疫，避免境外移入個案造成疫情擴散。此外，公費流感疫苗 108 年全面由三價升級為四價，提供更完善的保護力。

其次在「醫病安心安全」方面，住院醫師 108 年 9 月起納入「勞動基準法」，「護病比法制化」於 108 年 5 月施行，以保障醫師、護理人員權益，同時維護病人安全。另外，「安心專線」自 108 年 7 月起改為簡碼 1925(依舊愛我)，易於民眾記憶及撥打，「自殺防治法」於 108 年 6 月公布施行，全面推展珍愛生命工作。

有關「食在安心健康、藥求安全有效」，本部持續深化「食安五環」政策，賡續加強接軌國際自由貿易，確保源頭產銷安全，促進優質產品選購。在 108 年 12 月底，完成「中醫藥發展法」立法，建立臺灣中醫藥發展新的里程碑。另「新南向醫衛旗艦計畫」於 108 年推展「一國一中心」，透過醫衛合作，深化互信關係，奠定產業連結的基礎，7 個主責醫衛團隊共介接 83 家企業至當地，與新南向國家建立區域聯合防疫網絡，合作進行醫藥食品、傳統醫學、精神醫療與心理衛生、口腔照護等交流，深化雙邊關係。

此外，在擁有「普及、經濟、便利、滿意度高」的全民健保，持續加強推動分級醫療，108 年已可看出民眾至基層院所就醫有逐步上升的趨勢；並持續創新推展「健保醫療資訊雲端查詢系統」，有效預防重複用藥及檢驗；此外，「健康存摺」108 年新增收載自費健檢資料、眷屬管理功能、重大傷病提醒功能等，更加提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握程度。

108 年我國高齡人口比率已達 15.28%，本部加速長照資源布建及提升長照使用人數，108 年較 107 年成長 57.32%，因應長照需求升級長照 2.0，擴增長照服務項目及服務量能，辦理「復能多元服務試辦計畫」等，在完善失智照顧服務體系，以失智者及家庭照顧者為中心發展生活圈，形成失智守護網。同時調增照顧困難個案之給付金額，建立照服員職涯發展制度，增加照服員投入留用誘因，充實照顧服務人力。

相對於安老服務，在鼓勵國人生育方面，針對未滿 2 歲兒童，依其家庭經濟條件不同，每名每月補助育兒津貼，展現政府願意與家庭一起承擔照顧責任，108 年累計 44.8 萬名未滿 2 歲兒童受益，較 107 年成長 13.8%，另並推動托育公共及準公共服務共同擴大服務量能，協助家庭減輕托育負擔。



(詳見目錄)
掃描此頁面，觀賞序言影片

最後，為保障弱勢族群，108年4月修正「兒童及少年福利與權益保障法」，強化兒保案件處遇效率、排除不適任人員及不良機構、嚴懲對兒少不當行為及減少暴力行為再犯，以周延對兒少權益與人身安全之保障。此外，因應身心障礙人數增長、個別需求多元及國際潮流趨勢，持續深化「身心障礙者權利公約」（CRPD）本土化，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，使我國身心障礙各項工作朝人權方向推展。

健康是國家富強之本，108年舉辦「世界衛生日健康進行式-全民集萬步走入WHA！」活動，並同步響應世界衛生大會辦理「Walk the talk！」表達全民支持臺灣參與世界衛生組織的決心。

面對詭譎多變之挑戰，本部將秉持「促進全民健康與福祉」施政理念，整合中央與地方、家庭與社區資源，俾以保障權益、支持家庭、友善社會及精進品質，期許達到「最值得民眾信賴的部會」之願景，共創國人健康福祉。

衛生福利部

部長

陳時中
謹識

CONTENTS



《衛生福利年報》電子書版

序言 002

1

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 |

2

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 | 022 |
| 第五章 國際比較 | 028 |

3

健康支持環境 034

- | | |
|-------------------|-----|
| 第一章 從出生到成長 | 035 |
| 第二章 生活中的危害 | 038 |
| 第三章 活躍老化及非傳染性疾病防治 | 044 |
| 第四章 健康資訊傳播與健康監測 | 049 |



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。

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	062
第五章 偏鄉醫療照護	065
第六章 目標族群健康照護	068

5

長期照顧服務

072

第一章 長照服務體系	073
第二章 人力資源發展	078
第三章 溝通宣導與服務品質	079

6

傳染病防治

082

第一章 傳染病防治簡介	083
第二章 重要及新興傳染病防治	085
第三章 防疫整備及感染管制	091
第四章 預防接種	094



CONTENTS



《衛生福利年報》電子書版



食品藥物管理

096

第一章 食品管理	097
第二章 藥品管理	099
第三章 醫療器材與化粧品管理	104
第四章 國家實驗室及風險管理	107
第五章 消費者保護與宣導	109



全民健保與國民年金

110

第一章 全民健康保險	111
第二章 國民年金制度	118



社會福利服務

120

第一章 兒童及少年福利	121
第二章 婦女福利與家庭支持	125
第三章 老人福利	128
第四章 身心障礙者福利	130



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。

10

社會救助與社會工作

134

第一章 社會救助	135
第二章 社會工作	138
第三章 社區與其他資源連結	141

11

性別暴力防治與保護服務

146

第一章 性別暴力防治	147
第二章 家庭暴力防治	148
第三章 性侵害及性騷擾防治	150
第四章 兒童及少年保護	152

12

研究發展與國際合作

154

第一章 衛生福利科技研究	155
第二章 國際合作	160

附錄

170

附錄一 衛生福利統計指標	171
附錄二 法定傳染病確定病例統計	180
附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表	182

1

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「最值得民眾信賴的部會」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



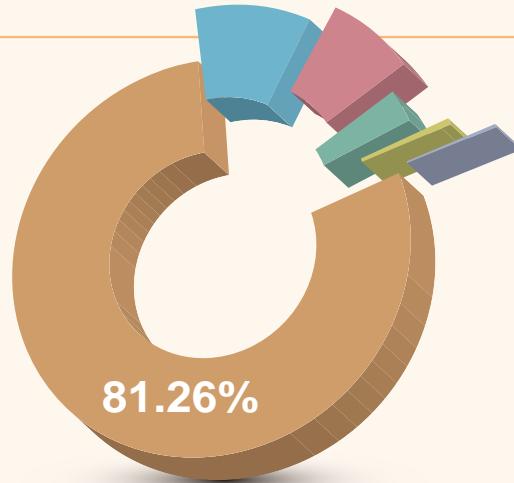
» 第二章 經費

108 年度主管決算數共 2,207 億 8,902 萬 5 千元，其中，各項支出及其占決算之百分比，如圖 1-2。

圖 1-2

108 年度衛生福利經費決算分布圖

單位：千元：%		
● 教育支出	176,962	0.08%
● 社會救助支出	1,209,416	0.55%
● 科學支出	4,523,287	2.05%
● 醫療保健支出	17,505,465	7.93%
● 福利服務支出	17,954,830	8.13%
● 社會保險支出	179,419,065	81.26%



» 第三章 施政目標

第一節 年度施政目標

依據行政院 108 年度施政方針及核定預算額度，編定 108 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) 推動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) 整合現行保護服務與高風險家庭服務網絡，建立集中受理通報與派案中心，強化社會安全網。

(五) 推動在地安老政策，建構在地老化社區資源網絡。

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；強化失智者社區照護服務。

三、營造互助祥和社會，完善保護服務體系

- (一) 保障弱勢族群，推動兒童及少年未來教育與發展帳戶。
- (二) 營造社區互助關懷網絡，擴大志願服務社區量能，落實社會福利服務於基層。
- (三) 建置社會工作專業制度，充實地方政府社工人力。

四、拓展醫療照護體系，保障民眾就醫權益

- (一) 推動病人自主權利法，整合居家及社區安寧照護。
- (二) 完備緊急醫療照護體系，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，完善民俗調理業法治管理。
- (六) 強化衛生福利科技研究與人才培育，促進生醫產業發展。
- (七) 推展國際及兩岸衛生福利之合作交流。

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與風險管控。
- (二) 推動各項疫苗接種作業，確保接種財源穩定。
- (三) 提供多元篩檢及個案管理，降低結核新案發生率及愛滋感染傳播率。

- (四) 拓展國際防疫合作，推動跨域聯防，阻絕傳染病於境外。

六、構築食藥安心環境，保障民眾健康安全

- (一) 強化食品及藥物管理，精進風險管控與分析機制，完善追溯追蹤制度。
- (二) 推動食藥安全溝通宣導，提升全民正確認知。
- (三) 落實中藥品質管制及中藥(材)安全衛生管理。

七、營造健康支持環境，增進全人全程健康

- (一) 強化慢性病預防與管理，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，增進高風險懷孕婦女、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，推動精準醫療。
- (四) 強化空汙衛教宣導，精進國民健康指標監測，建立高齡及國民營養資料倉儲。
- (五) 推動健康資訊服務平臺整合，建置衛教資源共享平臺及個人化健康管理服務。
- (六) 強化自殺防治，整合精神疾病、酒藥癮及家暴、性侵等高風險個案追蹤管理機制。
- (七) 建置特殊族群口腔醫療照護量能，養成兒童良好口腔衛生習慣。

八、精進健保國保制度，強化社會保險機制

- (一) 健全健保財務，推動制度改革，落實分級醫療。
- (二) 運用智慧雲端科技，創新健保服務。
- (三) 精進國民年金制度，保障老年經濟安全。



圖 1-3 **衛生福利部 108 年施政目標**



第二節 性別平等政策

為促進性別平等，呼應國際重視性別平等議題之潮流，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。

108 年本部持續積極推動並滾動修正「108 至 111 年性別平等推動計畫」，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)

及六項部會層級議題（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、建構孕產婦完善之照顧服務），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，並於本部網頁性別平等專區公布本部108年度辦理性別平等推動計畫相關成果。

108年5月22日蔡總統英文公布《司法院釋字第七四八號解釋施行法》，並於108年5月

24日施行，本部亦積極配合行政院性別平等處修正相關法令措施，以建立性別友善環境；另，為呼籲各界跳脫刻板印象，重視女孩權益，本部於108年度臺灣女孩日，攜手台灣國際女性影展，合作辦理宣導記者會暨巡迴放映，以「*Girl Up! 女孩力*」為主旨，精選七部國內外影片作品，並於全臺各處巡迴放映，以影像推動性別平權，共同營造友善的社會環境，讓女孩擁有公平機會發展及實現自我。



本部108年10月8日於華山光點電影館舉辦臺灣女孩日「*Girl Up! 女孩力*」宣導記者會，邀請各界貴賓及學生師長出席，以行動支持性別平權議題。（照片來源：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。

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

108 年底我國戶籍登記人口總數計 2,360 萬人，較 107 年底增 0.60%，其中男性 1,171 萬人，減 0.66%，女性 1,190 萬人，增 1.85%，人口性別比例 (男性人口數／女性人口數) 降為 98.38。

108 年底人口密度為每平方公里人口 652 人，與上年相當，以臺北市 9,732 人最為稠密，花蓮縣、臺東縣則分別僅 70 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 98 年 16.34% 降至 108 年 12.75%，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，於 107 年達 14.56%，正式邁入高齡社會，108 年續提升至 15.28%，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，108 年女性老年人口占 16.47%，高於男性之 14.07%；女性幼年人口占 12.16%，低於男性之 13.36%，如圖 2–2。

圖 2-1 人口年齡結構

資料來源：內政部



圖 2-2

民國 108 年兩性人口年齡結構



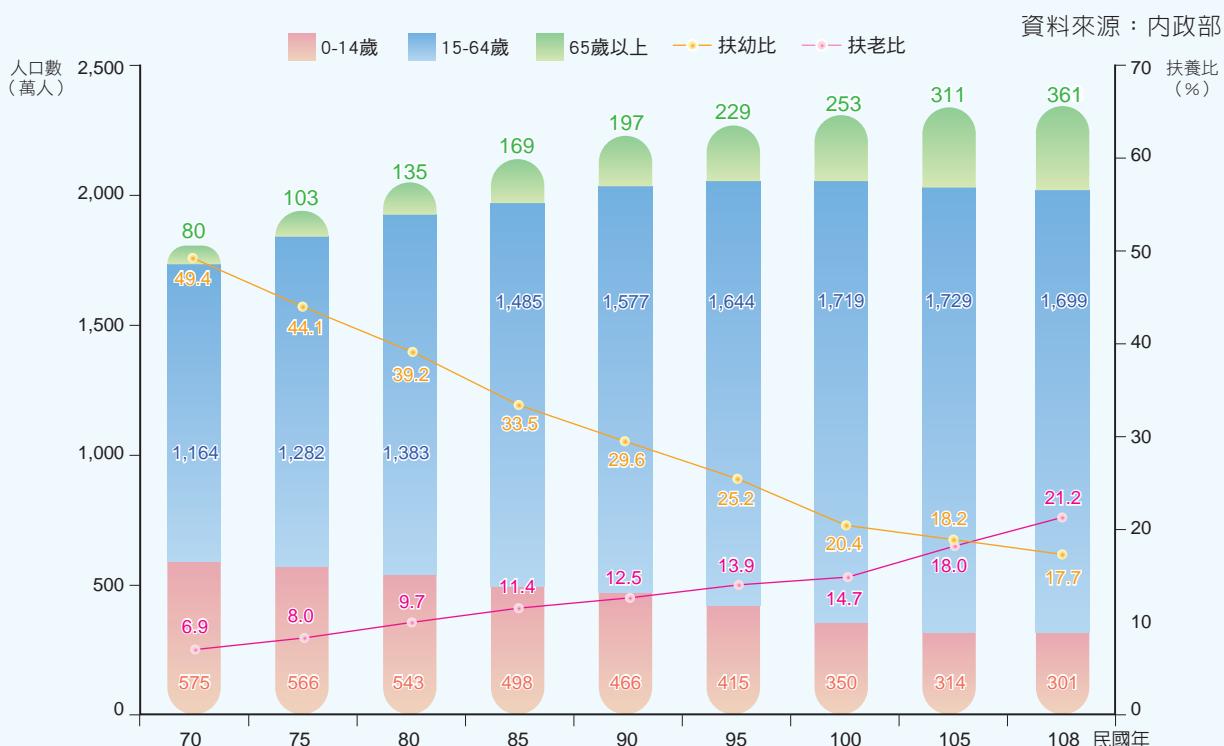
扶養比【(0-14 歲人口 + 65 歲以上人口)

／15-64 歲人口 *100】由 70 年 56.3% 降至 108 年 39.0%，主因扶幼比【0-14 歲人口／15-64

歲人口 *100】由 49.4% 快速下降至 17.7%，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 21.2% 所致，如圖 2-3。

圖 2-3

歷年人口年齡結構與扶養比

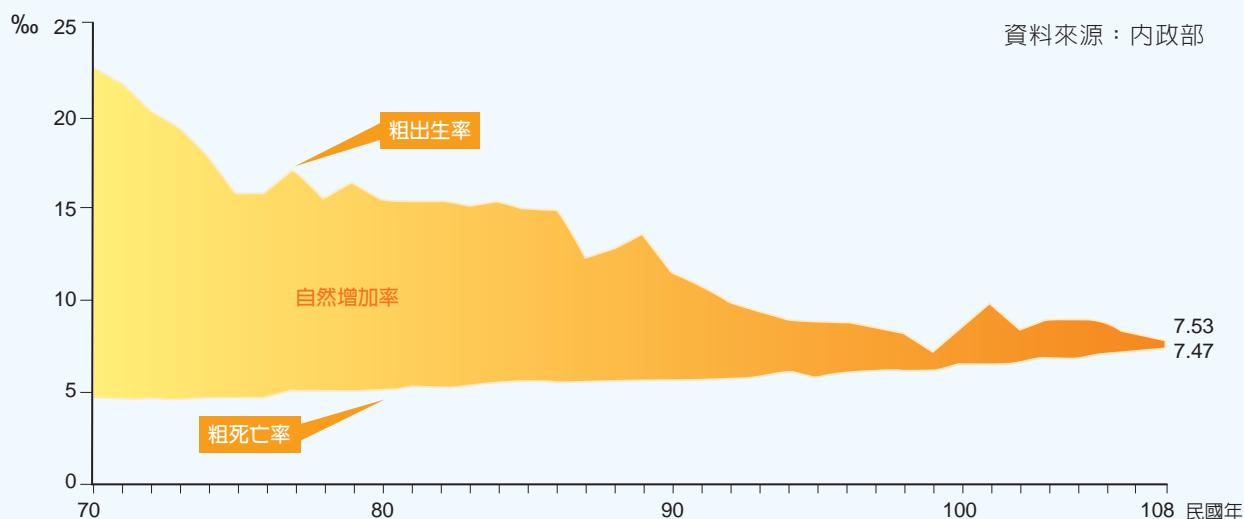


第二節 出生及死亡概況

隨著社會與經濟環境變遷，國人之生育率長期呈下滑趨勢，致粗出生率【出生數／年中人口數*1,000】由 70 年代初期之逾 20‰ 降至 90 年代不及 10‰，108 年為 7.5‰；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 108 年 7.5‰，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 108 年僅約 0.1‰，如圖 2-4。

圖 2-4 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



» 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。

108 年起我國死因統計改依「2016 年版 ICD-10 死因選取準則」，在選取準則不同基礎下，各類死因人數將較 107 年有較大差異。為利前後時間資料比較，故將 107 年死亡資料重新依「2016 年版 ICD-10 死因選取準則」計算，兩者（新舊）比值稱「轉換比值」，並依兩者比值關係回推近十年死因資料，稱「經轉換比值調整後值」，與原發布數做一區隔，本文分析中，各年比較資料均為「經轉換比值調整後值」。

108 年國人死亡人數 17 萬 5,424 人，死亡率為每十萬人口 743.4 人，較 107 年上升 1.4%，較 98 年上升 20.6%。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 408.2 人，較 107 年下降 1.6%，較 98 年下降 12.5%。

108 年十大死因死亡人數占總死亡人數之 77.5%，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 98 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、慢性肝病及肝硬化、自殺，如圖 2-6。

圖 2-6 十大死因之變化

資料來源：衛福部統計處



說明：98 年係指「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據 106 年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口 506 人和 442 人；如依西元 2000 年 WHO 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 335.7 人和 281 人，男女十大癌症發生統計如表 2-1。

表 2-1 106 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	9,434	52.2	1	女性乳房	13,965	78.9
2	肝及肝內膽管	7,800	43.5	2	大腸	6,974	34.7
3	肺、支氣管及氣管	7,936	43.5	3	肺、支氣管及氣管	6,346	31.6
4	口腔、口咽及下咽	7,058	41.2	4	甲狀腺	3,118	20.0
5	攝護腺	5,866	31.7	5	肝及肝內膽管	3,425	16.2
6	食道	2,563	14.5	6	子宮體	2,695	15.1
7	胃	2,304	12.4	7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,521	9.2
8	皮膚	2,089	11.3	8	皮膚	1,715	7.9
9	膀胱	1,707	9.1	9	子宮頸	1,418	7.9
10	白血病	1,383	9.0	10	胃	1,399	6.8
全癌症		59,297	335.7	全癌症		52,387	281.0

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 $[\Sigma (\text{年齡別發生率} \times \text{標準組年齡別人口數})] / \text{標準組總人口數}$ 。

二、癌症死因

108 年癌症死亡人數 5 萬 232 人，占總死亡人數之 28.6%，死亡率為每十萬人口 212.9 人，較 107 年上升 1.8%，較 98 年上升 21.7%。標準化死亡率 121.3 人，較 107 年下降 1.4%，較 98 年下降 9.4%。

108 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)胰臟癌；(8)胃癌；(9)食道癌；(10)卵巢癌。與 98 年

比較，順位上升者有前列腺癌、胰臟癌與卵巢癌，順位下降者有胃癌、食道癌及子宮頸癌，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 108 年的 3.8‰，同期間新生兒死亡率由 3.1‰ 降至 2.4‰，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



說明：98 年係指「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

圖 2-8

歷年嬰兒及新生兒死亡率

資料來源：衛福部統計處

每千活產



» 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，107年達1兆2,070億元；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NHE仍將續呈增加趨勢。

NHE占國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)比率由97年之6.3%增為107年之6.6%；平均每人NHE由97年之3萬6,160元逐年上升，至107年達5萬1,186元，平均年增率為3.5%，如圖2-9。

圖 2-9 歷年 NHE / GDP 比及平均每人 NHE

資料來源：衛福部統計處



» 第四章 社會福利指標

第一節 低收入戶及中低收入戶

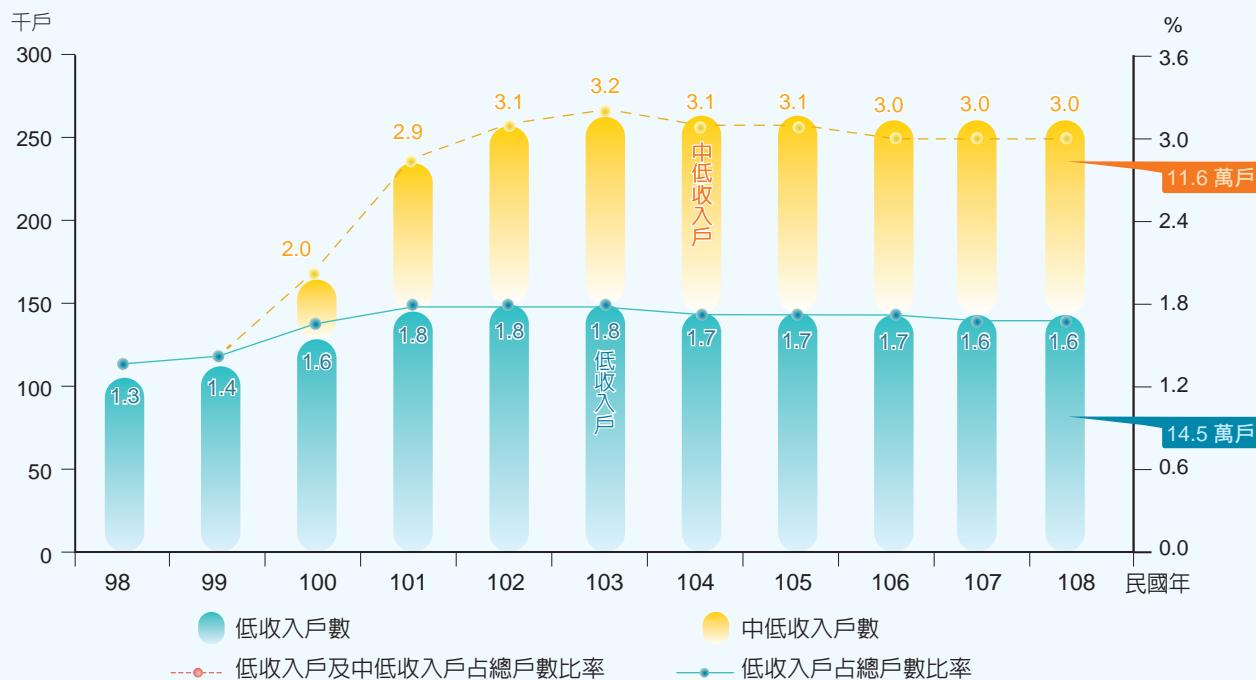
為保障貧病、孤苦無依或生活陷入急困者獲得國民基本生活水準之照顧，政府辦理各項社會救助措施，97年及100年政府更調整低收入戶最低生活費訂定方式及放寬審核標準，以擴大照顧經濟弱勢者，並自100年7月起將中低收入戶納入社會救助保障，受照顧家庭戶數明顯增加，

至108年底低收入戶及中低收入戶計有26萬800戶（低收入戶14萬4,863戶、中低收入戶11萬5,937戶）及63萬8,707人（低收入戶30萬4,470人、中低收入戶33萬4,237人），分別占全國總戶數之3.0%及總人口數之2.7%。

若以性別觀察，低收入戶及中低收入戶內人口中，男性計32萬8,539人，女性計31萬168人，男性為女性之1.06倍（全國0.98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

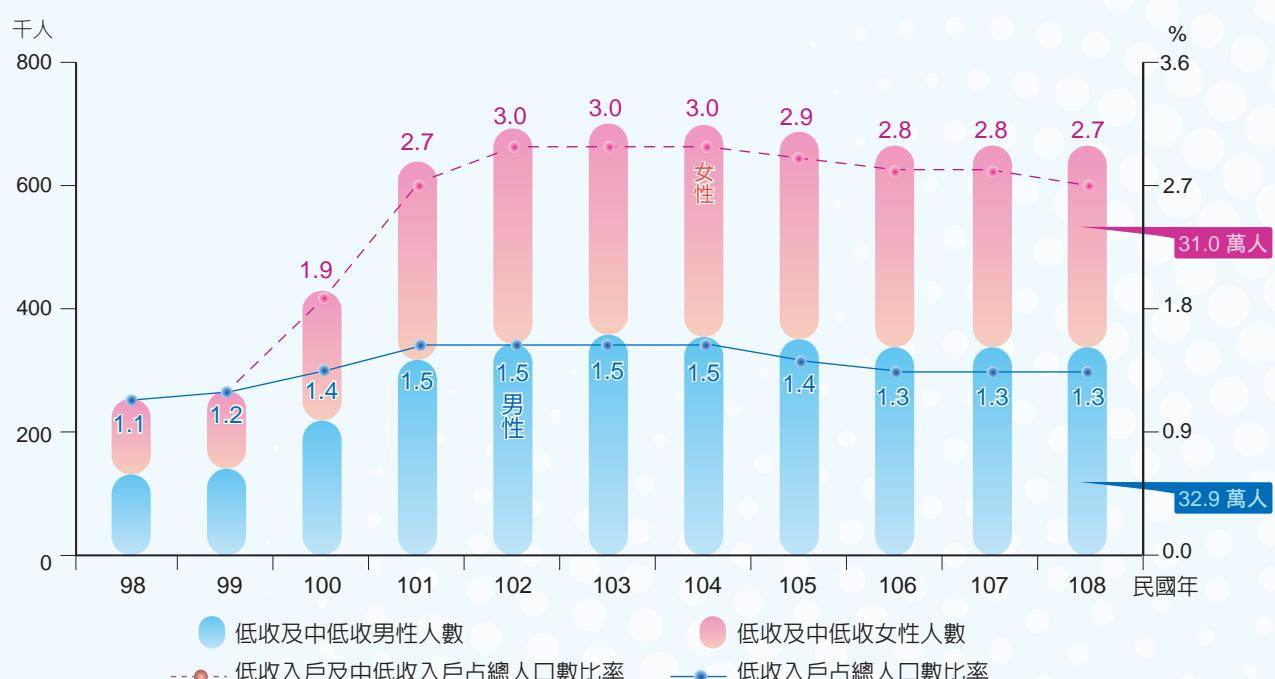
資料來源：衛福部統計處



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

108 年底領有身心障礙證明(手冊)者計 118 萬 6,740 人，占總人口之 5.0%，其中男性 66 萬 1,690 人，占 55.8%；女性 52 萬 5,050 人，占 44.2%。

與 98 年比較，身心障礙者人數增加 11 萬 5,667 人或 10.8%，主因壽命延長，高齡之身心障礙人數增幅較為顯著。108 年 0–17 歲身心障礙者較 98 年減少 18.3%，18–64 歲及 65 歲以上者則分別增加 1.7% 及 29.5%，如表 2–2。

表 2-2 *歷年身心障礙人口數—按性別及年齡分*

資料來源：衛福部統計處

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	
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
108 年	1,186,740	661,690	525,050	51,844	621,581	513,315	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98年8.4萬人增加至108年10.4萬人。若換算為每十萬人通報被害人口率，108年為440人，其中男、女性分別為286人及592人，女性為男性的2.1倍，如圖2-12。

若以通報案件類型觀察，108年案件數為12.8萬件，其中以「婚姻、離婚或同居關係」占49.8%最多，「兒少保護」占16.4%。歷年來皆以「婚姻、離婚或同居關係」類型居多。如圖2-13。有關家庭暴力處遇辦理情形，可參閱第十一篇第二章第二節及第三節。

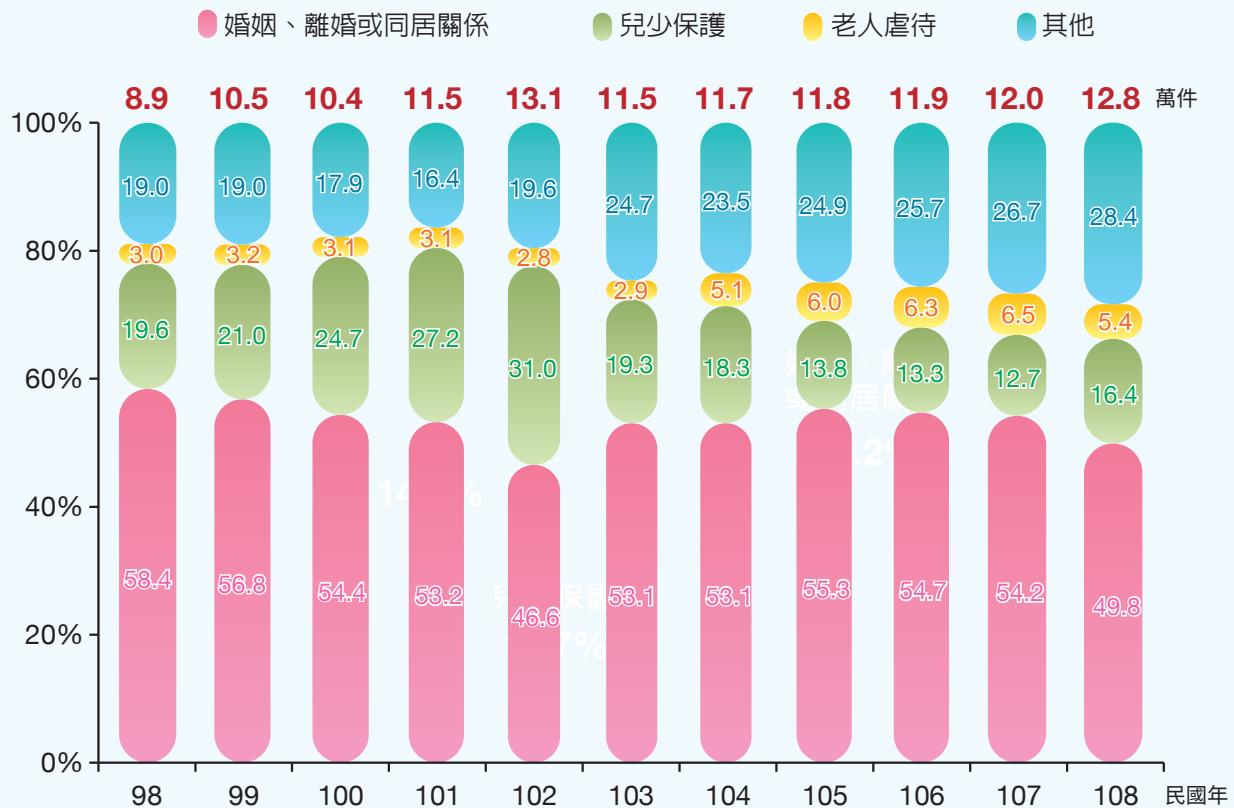
圖 2-12 | 歷年家庭暴力通報被害人口率



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 108 年家庭暴力通報案件類型

資料來源：衛福部統計處



備註：為明確定義家庭暴力統計範圍，自 103 年起通報件數，不包含「陌生人」、「4 親等以外之家庭成員」。

第四節 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，108 年底我國未滿 18 歲人口為 370.2 萬人，較 107 年減少 7.6 萬人，較 98 年減少 104.3 萬人，十年間減少 22.0%；依性別觀察，男、女性皆較 107 年底減少 2.0%，較 98 年底分別減少 22.1% 及 21.8%。

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。108 年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 28.1 億及 25.0 億元，各較 107 年減少 6.5% 及 5.2%，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



資料來源：內政部

女

男

圖 2-15 兒童及少年福利補（扶）助金額



資料來源：衛福部統計處

億元

低收入戶兒童生活補貼

弱勢兒童及少年生活扶助

備註：自 100 年 7 月 1 日起，社會救助法將最低生活費訂定方式由最近一年平均每人消費 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

2018 年我國 0 歲平均餘命為 80.7 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 81.8 歲。OECD 會員國中男性 0 歲平均餘命最高之國家為瑞士 81.9 歲，我國為 77.5 歲；女性 0 歲平均餘命最高者則為日本 87.3 歲，我國為 84.0 歲，如表 2-3。

第二節 人口自然增加率

2019 年我國人口自然增加率為 0.06%，與 OECD 會員國比較，居第 22 位，低於 OECD 會員國中位數 1%。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，2019 年為 1.05 人，與 OECD 各會員國比較僅高於南韓，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 32 及 27 位，亦均低於 OECD 會員國中位數 10‰ 及 9‰，綜觀 2019 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 2-4。

第三節 扶養比

2019 年 OECD 會員國扶養比以日本 68% 最高，以色列 66% 居次，我國扶養比為 39%，與 OECD 各會員國比較僅高於南韓。

若以老年人口依賴比 (簡稱扶老比 : 65 歲以上人口 / 15-64 歲人口 × 100) 觀察，我國 2019 年扶老比為 21%，與 OECD 會員國比較，居第 31 位，高於盧森堡、以色列、南韓、智利、土耳其及墨西哥，我國約每 4.7 個青壯人口扶養 1 位老人；若以老化指數 (65 歲以上人口 / 0-14 歲人口 × 100) 分析各國老化程度，我國為 120%，與 OECD 會員國比較，居第 17 位，顯示我國老年人口占比與 OECD 會員國比較雖不高，惟因 0-14 歲人口占比偏低，致老化指數高於近半數之 OECD 會員國，如表 2-5。



表 2-3

2018 年 OECD 會員國與我國 0 歲平均餘命

資料來源：內政部、OECD Health Statistics

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	81.8	79.4	84.1
1	日本 *	84.2	81.1	87.3
2	瑞士	83.8	81.9	85.7
3	西班牙	83.5	80.7	86.3
4	義大利	83.4	81.2	85.6
5	冰島	82.9	81.3	84.5
5	以色列	82.9	80.9	84.8
7	澳大利亞	82.8	80.7	84.9
7	法國	82.8	79.7	85.9
7	挪威	82.8	81.1	84.5
10	南韓	82.7	79.7	85.7
11	瑞典	82.6	80.9	84.3
12	盧森堡	82.4	80.1	84.6
13	愛爾蘭	82.3	80.5	84.1
14	加拿大	82.0	79.9	84.1
15	希臘	81.9	79.3	84.4
15	荷蘭	81.9	80.3	83.4
17	奧地利	81.8	79.4	84.1
17	芬蘭	81.8	79.1	84.5
17	紐西蘭	81.8	80.0	83.5
20	比利時	81.7	79.4	83.9
21	斯洛維尼亞	81.5	78.5	84.4
22	葡萄牙	81.4	78.3	84.5
23	英國	81.3	79.5	83.1
24	丹麥	81.0	79.1	82.9
24	德國	81.0	78.6	83.3
26	中華民國	80.7	77.5	84.0
27	智利	80.4	77.7	83.2
28	捷克	79.1	76.2	82.0
29	美國	78.7	76.2	81.2
30	愛沙尼亞	78.4	74.0	82.7
31	土耳其	78.3	75.6	81.0
32	波蘭	77.7	73.7	81.7
33	斯洛伐克	77.4	73.9	80.8
34	匈牙利	76.2	72.7	79.6
35	立陶宛	75.8	70.9	80.7
36	墨西哥	75.0	72.2	77.9
37	拉脫維亞	74.9	70.1	79.7

* 日本為 2017 年資料。

表 2-4

2019 年 OECD 會員國與我國人口概況

資料來源：內政部、2019 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 (‰)
			2019	2030 年	2050 年				
	全球	7,691.5	8,932.4	9,854.2	1.3	2.4	19	7	11
	OECD 中位數	10.7	11.0	12.3	1.1	1.6	10	9	1
1	以色列	8.5	10.7	12.7	1.5	3.1	21	5	16
2	墨西哥	126.6	141.9	148.2	1.2	2.1	17	6	12
3	土耳其	82.6	96.8	104.6	1.3	2	15	5	10
4	澳大利亞	25.3	31.6	36.9	1.5	1.7	13	6	6
4	智利	19.1	21.1	21.6	1.1	1.7	12	6	6
4	愛爾蘭	4.9	5.5	6.0	1.2	1.8	13	6	6
7	冰島	0.4	0.4	0.4	1.2	1.7	12	7	5
7	紐西蘭	5.0	5.7	6.1	1.2	1.7	12	7	5
9	加拿大	37.4	42.7	47.0	1.3	1.5	10	8	3
9	盧森堡	0.6	0.7	0.8	1.3	1.4	10	7	3
9	挪威	5.3	5.9	6.3	1.2	1.6	10	8	3
9	美國	329.2	363.6	387.6	1.2	1.7	12	9	3
13	法國	64.8	69.8	72.3	1.1	1.8	11	9	2
13	瑞典	10.3	11.3	11.9	1.2	1.8	11	9	2
13	瑞士	8.6	9.9	10.3	1.2	1.5	10	8	2
13	英國	66.8	70.4	74.7	1.1	1.7	11	9	2
17	比利時	11.5	12.1	12.6	1.1	1.6	10	10	1
17	丹麥	5.8	6.2	6.4	1.1	1.7	11	10	1
17	南韓	51.8	51.6	47.7	0.9	1	6	6	1
17	荷蘭	17.3	18.2	18.4	1.1	1.6	10	9	1
17	斯洛伐克	5.5	5.3	5.0	0.9	1.5	11	10	1
22	奧地利	8.9	9.4	9.7	1.1	1.5	10	9	0
22	捷克	10.7	10.7	10.6	1.0	1.7	11	11	0
22	中華民國	23.6	23.1	20.7	0.9	1.1	8	7	0
22	斯洛維尼亞	2.1	2.0	1.9	0.9	1.6	10	10	0
26	愛沙尼亞	1.3	1.3	1.1	1.0	1.7	11	12	-1
26	芬蘭	5.5	5.6	5.9	1.0	1.4	9	10	-1
26	波蘭	38.4	36.5	34.0	0.9	1.5	10	11	-1
26	西班牙	47.1	49.2	49.6	1.0	1.3	8	9	-1
30	德國	83.1	82.2	79.2	1.0	1.6	10	12	-2
31	希臘	10.7	9.7	9.0	0.8	1.4	8	12	-3
31	義大利	60.3	60.1	58.1	1.0	1.3	7	11	-3
31	日本	126.2	123.6	109.9	0.9	1.4	7	11	-3
31	葡萄牙	10.3	9.9	9.4	0.9	1.4	9	11	-3
35	匈牙利	9.8	9.4	9.0	0.9	1.5	9	13	-4
35	立陶宛	2.8	2.4	2.2	0.8	1.6	10	14	-4
37	拉脫維亞	1.9	1.6	1.5	0.8	1.6	10	15	-5

備註：人口自然增加率 = 粗出生率 - 粗死亡率。

表 2-5 2019 年 OECD 會員國與我國扶養比

資料來源：內政部、2019 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	65	19	54	25	29	115
1	日本	12	60	28	68	20	47	232
2	以色列	28	60	12	66	47	19	41
3	法國	18	62	20	61	29	32	112
4	芬蘭	16	62	22	61	26	35	137
5	瑞典	18	62	20	60	29	32	112
6	希臘	14	64	22	57	23	35	154
7	英國	18	64	18	57	28	29	103
8	愛沙尼亞	16	64	20	57	26	31	120
9	拉脫維亞	16	64	20	57	25	32	128
10	丹麥	16	64	20	56	26	31	119
11	義大利	13	64	23	56	21	36	173
12	比利時	17	64	19	56	26	29	112
13	葡萄牙	14	64	22	55	21	34	159
14	捷克	16	65	20	55	25	30	123
15	德國	14	65	22	54	21	33	158
16	紐西蘭	19	65	16	54	30	24	80
17	荷蘭	16	65	19	54	24	30	121
18	斯洛維尼亞	15	65	20	54	23	31	132
19	立陶宛	15	65	20	54	23	30	131
20	挪威	18	65	17	53	27	26	98
21	澳大利亞	19	65	16	53	29	25	86
22	愛爾蘭	21	65	14	53	31	22	69
23	美國	19	65	16	53	28	25	86
24	西班牙	15	66	19	52	22	29	131
25	匈牙利	15	66	19	51	22	29	133
26	墨西哥	26	66	8	51	40	11	29
27	瑞士	16	66	18	50	24	26	110
28	奧地利	15	67	18	50	23	28	123
29	加拿大	14	67	19	50	22	28	130
30	冰島	19	67	14	50	28	21	75
31	波蘭	15	67	18	49	23	26	115
32	土耳其	23	68	9	47	34	13	37
33	斯洛伐克	16	68	16	47	23	24	102
34	智利	19	69	12	45	28	17	61
35	盧森堡	16	70	14	44	23	21	90
36	中華民國	13	72	15	39	18	21	120
37	南韓	13	72	15	38	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，2017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160.1人為最低，我國為211.3人；運輸事故以英國2.8人最低，我國為13.7人；自殺以英國

7.3人最低，我國為15.5人；新生兒死亡率以日本每千活產0.9人為最低、我國為2.6人。與2007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2-6。

表 2-6 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 Statistics

	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)	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2008	2018
中華民國	241.0	211.3	19.7	13.7	18.2	15.5	2.7	2.6
日本	191.9	167.5	5.7	3.1	22.1	14.9	1.2	0.9
南韓	203.6	160.1	18.6	9.7	28.7	23.0	2.0	1.6
美國	206.8	178.3	15.7	13.2	11.7	14.5	4.3	3.9
加拿大	221.8	192.6	9.4	5.2	10.6	11.0	3.7	3.5
英國	234.8	216.4	5.5	2.8	6.3	7.3	3.2	2.8
德國	209.9	194.7	6.1	3.8	10.2	9.5	2.4	2.3
法國	215.3	196.8	7.6	4.7	15.8	12.3	2.6	2.7
澳大利亞	203.0	179.8	8.3	5.7	10.6	12.8	2.8	2.3
紐西蘭	229.8	212.2	11.7	9.1	11.9	11.7	2.9	2.8

備註：1. 我國2007、2017年資料係指「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

- 各國若無該年度資料，以最近可獲得資料年度代替。
- 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

與2008年比較，2018年多數OECD會員國之經常性醫療保健支出(CHE)占GDP比重均往上提升，其中日本及瑞典增2.7個百分點最

多，至於愛爾蘭及希臘等10國反呈減少，我國則增加0.2個百分點，低於OECD會員國平均之0.6個百分點，如表2-7。



此篇閱覽後，掃描QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

表 2-7 經常性醫療健保支出 (CHE) 占 GDP 比重

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Statistics

國名	CHE／GDP (%)		2018 年較 2008 年 增減百分點
	2008	2018	
OECD 平均值	8.2	8.8	0.6
美國	15.3	16.9	1.6
瑞士	10.2	12.2	2.0
德國	10.2	11.2	1.1
法國	10.5	11.2	0.7
瑞典	8.3	11.0	2.7
日本	8.2	10.9	2.7
加拿大	9.6	10.7	1.1
丹麥	9.5	10.5	1.0
比利時	9.3	10.4	1.0
奧地利	9.7	10.3	0.6
挪威	8.0	10.2	2.2
荷蘭	9.3	9.9	0.7
英國	7.6	9.8	2.1
紐西蘭	9.1	9.3	0.2
澳大利亞	8.3	9.3	1.0
葡萄牙	9.4	9.1	-0.3
芬蘭	8.1	9.1	1.0
智利	6.7	8.9	2.2
西班牙	8.3	8.9	0.6
義大利	8.6	8.8	0.3
冰島	8.6	8.3	-0.2
南韓	5.7	8.1	2.4
斯洛維尼亞	7.8	7.9	0.1
希臘	9.4	7.8	-1.5
捷克	6.4	7.5	1.2
以色列	7.0	7.5	0.5
愛爾蘭	9.1	7.1	-2.0
立陶宛	6.3	6.8	0.5
斯洛伐克	7.0	6.7	-0.2
匈牙利	7.1	6.6	-0.5
愛沙尼亞	5.8	6.4	0.7
波蘭	6.4	6.3	-0.1
中華民國	5.9	6.1	0.2
拉脫維亞	5.6	5.9	0.2
墨西哥	5.7	5.5	-0.2
盧森堡	6.5	5.4	-1.1
土耳其	5.3	4.2	-1.1

3

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

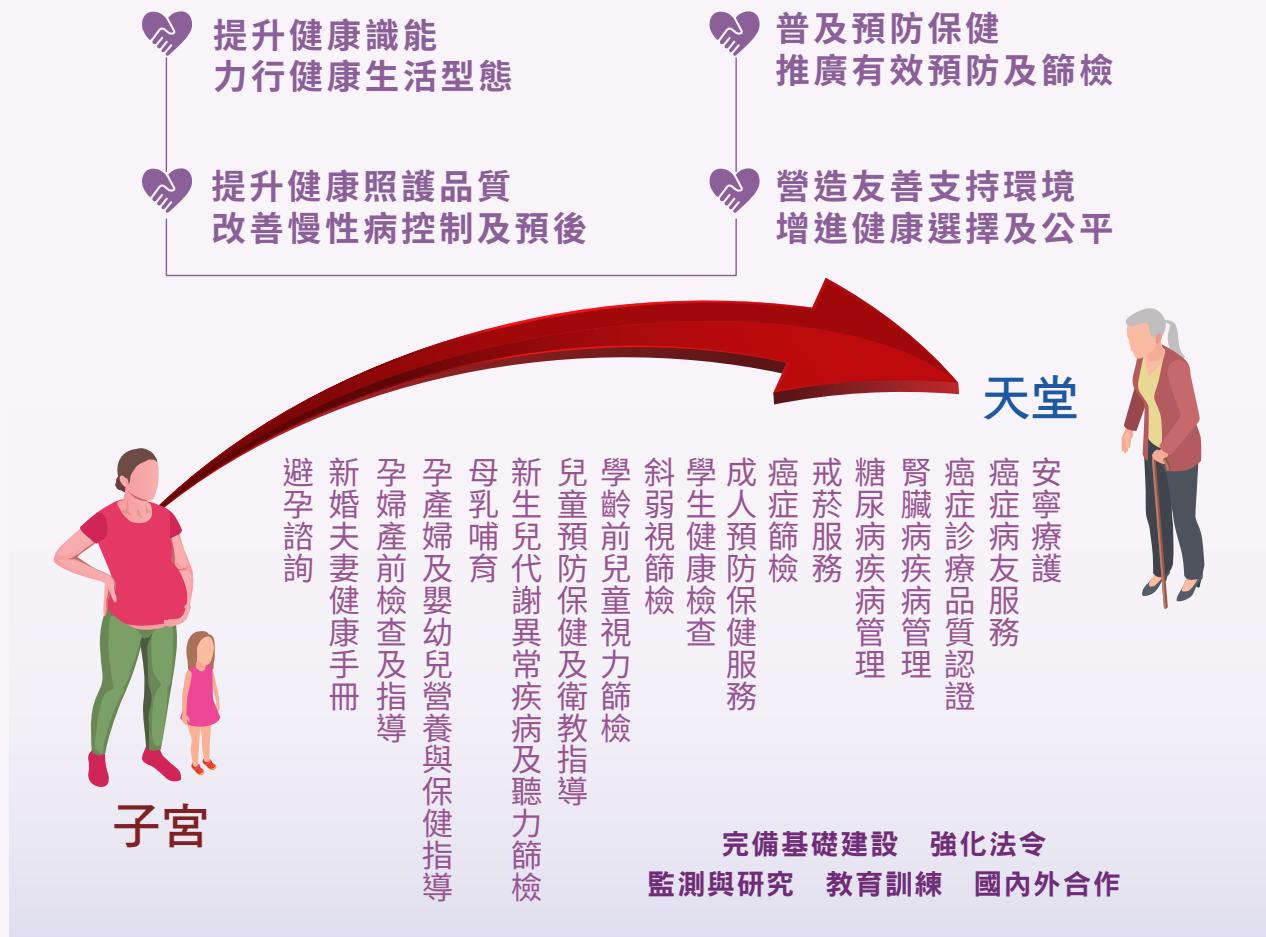


為達成WHO所提出「全民健康(Health for All)」，本部為不同人生階段國人，積極規劃健康促進政策，如圖 3-1，響應「所有施政面向的健

康工程(Health in All Policies)」及聯合國永續發展目標，藉由跨部門公共決策綜效，在各面向、各層級，提升決策者對健康的當責性。

圖 3-1

從子宮到天堂，從家庭到社區的全民健康促進政策



本部積極建立健康支持環境，打造公平健康的永續社會。另依WHO25 by 25目標將衛生議題融入各項政策並納入施政目標中，透過全政府(whole-of-government)、全社會(whole-of-society)的行動與生命歷程模式，訂定各項策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球健康。

» 第一章 從出生到成長

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

第一節 孕產婦健康

一、孕婦產前檢查

- (一) 提供孕婦 10 次產檢及 1 次超音波檢查，108 年產檢利用人次達 157 萬 4,830 人次，平均利用率為 94.3%，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：108 年檢查 15 萬 2,966 案，篩檢率 87.1%，陽性率約為 20.1%。

(三) 提供遺傳性疾病高危險群孕婦產前遺傳診斷檢驗補助，108 年計補助 4 萬 3,878 案，發現 1,451 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。108 年提供 1 萬 9,444 通諮詢，網站 219 萬 40 人次瀏覽，雲端好孕守 APP 下載累計次數達 5 萬 9,730 次。

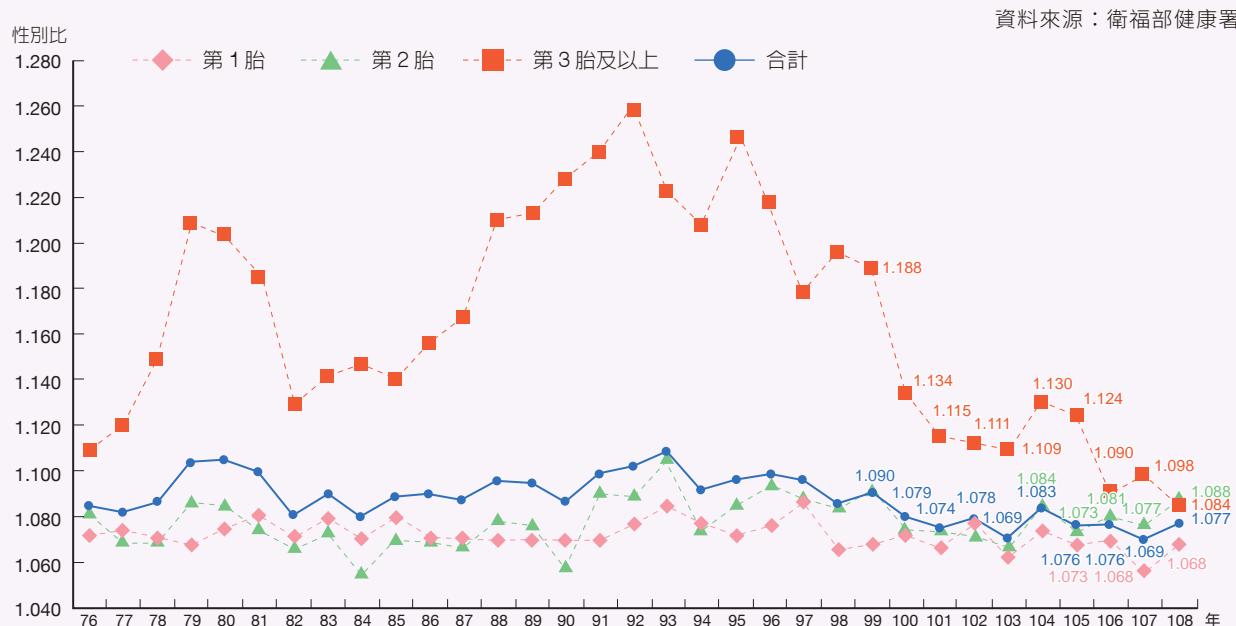
三、108 年 4 月 24 日發布修訂《公共場所母乳哺育條例》，提供更友善母乳哺育環

境，讓媽媽外出活動或出入公共場所時方便哺乳。108 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 2,346 處，自行設置哺集乳室場所計 1,222 處。

四、推動母嬰親善醫療院所認證，108 年共 159 家通過認證，涵蓋全國 73.6% 出生嬰兒，6 個月以下嬰兒純母乳哺育率達 46.2%，已接近 WHO 2025 年全球目標值 50%。

五、透過多元管道對一般民眾傳播性別平等，期望透過宣導，塑造社會氛圍，強化性別平權觀念。經上述努力，我國出生性別比已由 99 年的 1.090，降到 108 年 1.077，如圖 3-2。

圖 3-2 歷年出生通報總活產胎次出生性別比



六、加強孕產婦健康家人的支持環境，於「孕婦健康手冊」納入「給準爸爸的話」，提供準爸爸們於懷孕期間可協助事項及要扮演之角色；另於「孕婦衛教手冊」提供自懷孕至生產之照護資訊及可用資源。

七、加強孕產婦心理健康自我檢核，於「孕婦衛教手冊」強化「認識產後憂鬱症及防治」內容及「社區心理衛生中心」資訊，提供孕產婦產後憂鬱症之認識、應對方式及尋求支持與協助之管道。108 年另辦理婦女(含孕產期)心理健康促進宣導活動共 150 場次，推廣本部製作之孕產婦心理衛生教育資源。

第二節 嬰幼兒及兒童、青少年健康

提供新生兒先天性代謝異常疾病、聽力篩檢、7歲以下7次兒童預防保健及衛教指導、視力保健

等服務，期早期發現疑似異常兒童早期治療；並辦理促進青少年健康促進計畫，如圖3-3，簡述如下：

圖 3-3

嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



一、我國新生兒出生後滿48小時即進行先天性代謝異常疾病篩檢，原篩檢項目11項，108年10月1日起增加至21項，108年篩檢17萬5,514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、全面補助本國籍出生3個月內新生兒聽力篩檢，108年計篩檢17萬2,520人，篩檢率達98.9%，907人確診為聽損。

三、提供7歲以下7次兒童預防保健及衛教指導，108年兒童預防保健服務104萬8,208人次(7次平均利用率為80.3%)、兒童衛教

指導服務服務91萬2,739人次(7次平均利用率為69.9%)。

四、輔導每縣市設置1至5家兒童發展聯合評估中心，108年22縣市計51家，經確診發展遲緩兒童計1萬6,784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」，108年篩檢率達100%，異常個案轉介率達99.96%。

六、辦理青少年性健康校園講座及親職講座，108年共24場，2,555人次參加；維運青少年網站(性福e學園)，108年新增13萬491人次瀏覽。

» 第二章 生活中的危害

生活中主要危害包括：個人不健康的行為（如抽菸及嚼檳榔）、不健康的飲食、身體活動不足及事故傷害等。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。

108 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，制度性推動飲食與營養教育及國人營養支持環境。
- 二、持續推展各縣市設立 1 處「社區營養推廣中心」，共計 55 位專職社區營養師參與，於偏遠地區成立分中心，以提升整體社區營養照護服

務量能。舉辦「全國社區營養推廣中心成果觀摩會」，展現各地方政府於社區營養推動工作之努力及亮眼成果。108 年止，共服務長者達 6 萬人以上，輔導近千家社區餐飲業者或長者據點、機構等提供高齡友善健康飲食。

三、持續推廣「我的餐盤」均衡飲食圖像及口訣，作外食菜單、口訣歌曲等宣導素材，辦理影片募集活動、KOL 合作、實體闖關及工作坊與講座等，並結合多元媒體宣傳。

四、發展《高齡營養飲食質地衛教手冊》及食譜教學影片，透過切割烹煮及軟化技巧、簡易工具檢測，製備出適合長輩「軟硬度」的飲食。

五、辦理各場域肥胖防治宣導，建立學校及職場個案之轉介與處理流程，蒐集並製作《肥胖 100 問》小冊，供民眾下載使用。

六、依「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，顯示兒童及青少年過重及肥胖已有初步成效，成人體重增加率大幅趨緩。

圖 3-4 嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



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

2. 18 歲以上成人過重及肥胖為 $BMI \geq 24 \text{ kg/m}^2$ 。

3. 94-97 年數據為 19 歲以上成人。

七、依據 103 至 106 年「國民營養健康狀況變遷調查」，顯示國人尚未符合每日飲食建議標準，本部將持續透過監測國人營養狀況、制定健康的公共政策、多元管道傳播營養知能等，倡議健康飲食的重要性，以提升國人健康及預防慢性疾病。

八、跨域結合農委會、客委會、原民會、教育部、衛生局(所)、大專院校、民間團體等單位，共同培訓營養照護人力、制定相關規範基準，並結合綠色照護站、農漁會、家政班、伯公照護站及文化健康站等通路辦理營養教育活動及講座，共同營造健康支持性環境。

第二節 菸品、檳榔健康危害防制

一、推動菸害防制

我國自《菸害防制法》修法實施，成人吸菸率已從 97 年的 21.9% 降至 107 年的 13.0%，如圖 3-5 (108 年非調查年度，故無 108 年數據)。國中學生吸菸率由 97 年的 7.8% 降至 108 年的 3.0%，降幅達六成；高中職學生吸菸率由 96 年的 14.8% 降至 108 年的 8.4%，降幅超過四成，如圖 3-6。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」策略，重要工作成果如下：

監測 MONITORING	保護 PROTECTING	提供 OFFERING
長期監測吸菸率與政策	禁菸與無菸環境	提供各類型戒菸服務
警 示 WARNING	強 制 ENFORCING	提 高 RAISING
菸品容器健康警示圖文	禁止菸品廣告、促銷與贊助	課徵菸稅與健康福利捐

WHO「MPOWER」策略

(一) 營造無菸環境，落實《菸害防制法》

- 為營造無菸環境，《菸害防制法》第 15 條規定高級中等以下學校、室內公共場所、大眾運輸工具等皆為全面禁菸場所，應於入口處設置明顯禁菸標示，並不得供應與吸菸有關之器物。而針對室外公共場所，根據《菸害防制法》第 16 條，除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區者，全面禁止吸菸。
- 為落實《菸害防制法》，地方政府衛生局 108 年全國稽查計 69 萬餘家次、465 萬餘次、處分 7,830 件、罰鍰 8,876 萬餘元。
- 各縣市衛生局積極輔導轄區人潮聚集處或公車專用道、候車亭、校園周邊通學步道及騎樓等，由縣市政府依法公告為禁菸場所，讓民眾能免於二手菸危害。截至 108 年底止，已公告近 2 萬 5 千處禁菸場所。
- 全臺截至 108 年已有 213 家醫院加入全球無菸健康照護服務網絡，為亞太地區第一個及第一大。我國已有 22 家醫院榮獲國際金獎殊榮，是所有網絡中得獎醫院家數最多的國家。

(二) 提供多元戒菸服務

- 包括二代戒菸服務、戒菸專線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，108 年服務 90 萬 1,067 人次；108 年二代戒菸服務 17 萬 3,525 人 (63 萬 1,764 人次)，成功幫助超過 4.4 萬人戒菸，短期節省預估超過 2.4 億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過 188 億元的經濟效益。
- 免付費電話戒菸諮詢 (0800-636-363)，108 年服務 8 萬 7,884 人次。

(三) 青少年菸害防制成效

- 與地方政府衛生局合作稽查商家販菸情形，108 年計稽查 36 萬餘次、處分 464 件賣菸給未滿 18 歲青少年、罰鍰 460 萬餘元。另針對未滿 18 歲吸菸者，108 年總計稽查 39

萬次、處分數 2,188 件，完成戒菸教育 1,855 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 108 年喬裝測試結果，有 32.3% 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 12.9%，檳榔攤與傳統商店違規率分別為

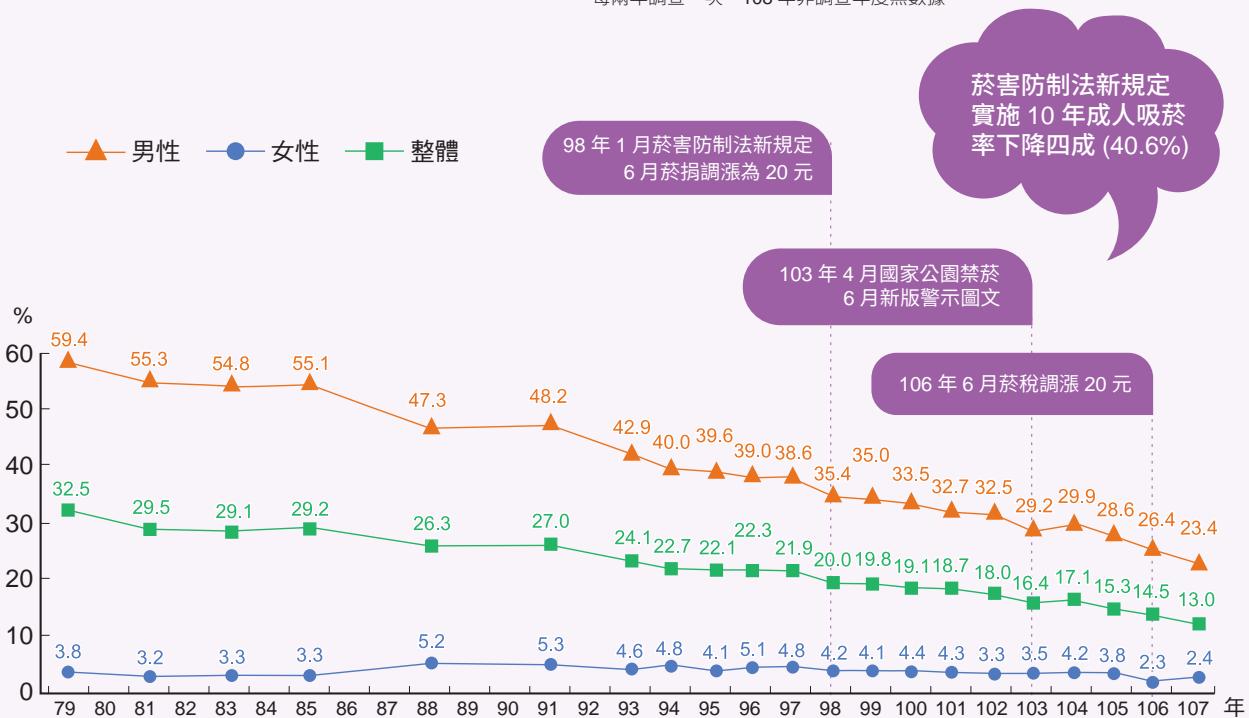
46.1% 及 44.0%，較 107 年違規率 42.7%，減少 1 成，仍有改善空間，已請縣市政府加強輔導稽查。

3. 與教育部合作，辦理以建立電子煙危害觀念為徵件主題之「遠離迷霧傷害」校園徵選圖文比賽，共徵集到 964 件參賽作品，獲獎作品 32 件，透過參與活動時參考國民健康署建置之宣導素材，讓參與的學子們更加認識新興菸品議題。

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 至 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 年為本部「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 年為本部「國人吸菸行為調查」，並自 108 年起調整調查期間，改為每兩年調查一次，108 年非調查年度無數據。



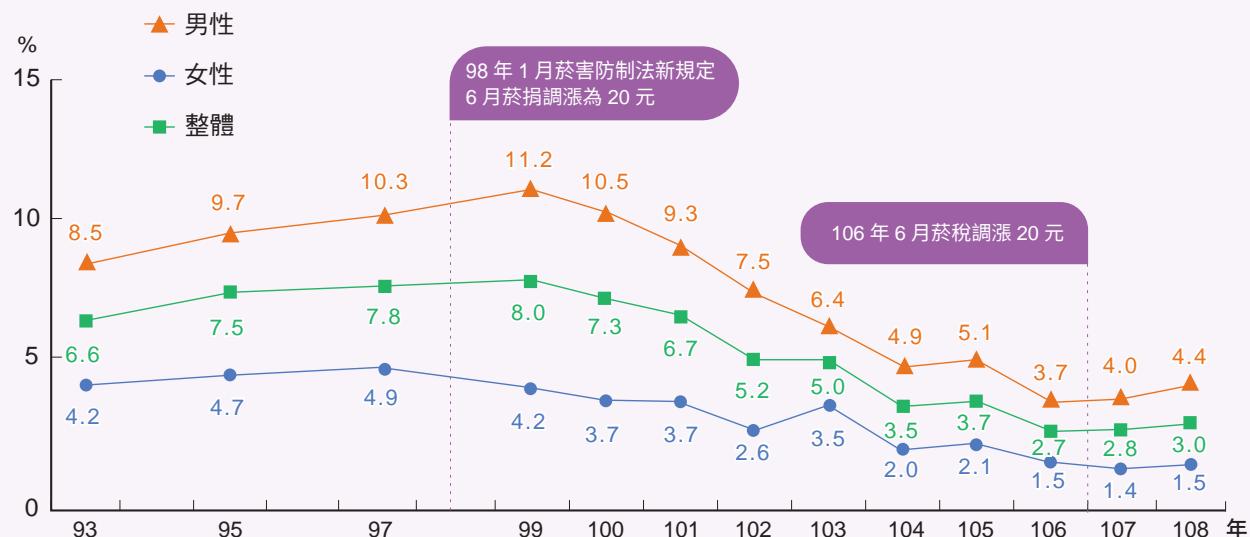
備註：1. 88 至 107 年成年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過 100 支（5 包），且最近 30 天內曾使用菸品者。

2. 93 至 107 年均以臺灣地區 2000 年主計總處戶口普查資料為標準，並依性別、年齡、教育程度及居住地區特性進行資料加權。

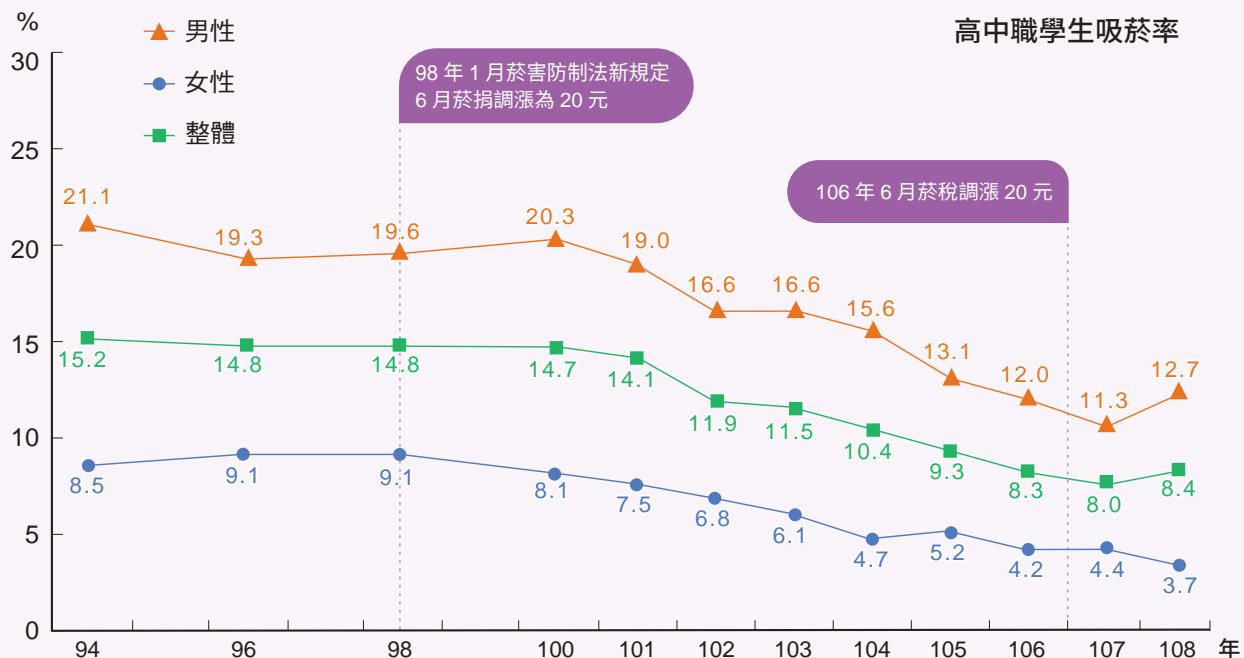
圖 3-6 | 歷年青少年吸菸率

資料來源：93 至 108 年本部「青少年吸菸行為調查」

國中學生吸菸率



高中職學生吸菸率



備註：青少年吸菸者定義為過去 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，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。
- (二) 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 107 年農委會農糧署廢園轉作，計執行 2,450 公頃。

第三節 空氣污染防治

冬季受風場影響，空氣污染物易蓄積，本部依據行政院環境保護署之空氣品質預報，除適時發布新聞稿及透過臉書及 LINE 傳播，提醒民眾空氣品質不佳時自我保護，並透過廣播媒體提醒敏感性族群（如呼吸道及心血管疾病成人、孩童、孕婦及老年人）外出要戴口罩，並應減少在戶外活動時間，提升自我防護知能。

此外，本部已編製「細懸浮微粒 (PM_{2.5}) 參考資訊」、「口罩正確配戴步驟摺頁」及「空污自我防護懶人包」等衛教手冊及單張，並於國民健康署官方網站設置「細懸浮微粒 (PM_{2.5}) 健康自我保護專區」，透過中央各部會、健康促進醫院、各大車站、全國衛生局、衛生所及醫師公會等單位，協助運用空污自我防護相關宣導資料提醒民眾防範空污。

第四節 健康的場域

本部依據西元 1997 年 WHO 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
108 年計 22 縣市、126 個社區單位（109 個衛生所、17 個社區營造單位）推動社區健康營造計畫，成立 126 個鄉鎮市區層級跨部門推動平台，營造「高齡友善社區」。
- (二) 健康促進學校
 1. 91 年起與教育部共推健康促進學校計畫，108 年底全國大專院校以下學校計 4,035 校全面推動。
 2. 已辦理 4 屆健康促進學校國際認證，累積通過校數達 374 所，並於 108 年辦理 5 所金質獎學校揭牌活動。
 3. 為與國際接軌，依 WHO 與聯合國教科文組織提出之「健康促進學校國際標準」、聯合國永續發展目標及實證基礎，發展「健康促進學校 3.0」初步架構。
- (三) 職場健康促進
鼓勵職場推動各項健康促進議題，包括：身體活動、健康飲食、菸害暨檳榔防制、健康體位管理、四癌篩檢、成人預防保健服務、慢性疾病管理、婦女職場健康及心理健康促進等。本部結合專業輔導團隊，積極推動健康職場認證。截至 108 年共 2 萬 2,193 家次通過認證。108 年表揚 32 家績優健康職場及 5 位優良推動人員。

二、健康醫院

- (一) 建立「健康醫院」認證機制，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)」執行推動，至108年底，共計202家醫院通過認證。

(二) 108年補助20個縣市衛生局及94家健康照護機構（84家醫院，10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、健康識能及推動氣候智慧醫院等議題。

(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。108年發展「環境友善醫院藍圖」、及「環境友善醫院指標及指引」，提供醫療院所參考，制定氣候變遷與健康相關之短、中、長期減緩與調適目標，盤點與減緩自身因提供服務之碳排放量，並擬定相關減量計畫。

三、健康體能促進

(一) 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」，108年主要成果如下：

1. 「世界衛生日健康進行式—全民集萬步走入WHA！」活動，號召民眾彙集健走步數2,400萬步啟動儀式，募集每人1步，共2,400萬步(相當於臺灣走到日內瓦9,682公里所換算成之步數)，表達全民支持參與世界衛生組織的決心。並同步響應世界衛生大會辦理「Walk the talk！」支持臺灣參與世界衛生組織。

2. 辦理「全民健走一百萬俱樂步活動」，以線上活動搭配桃園、臺中及高雄3場實體活動，採分段獎勵機制及結合mySports App作為運動工具和紀錄每日累積步數情形，共同營造健走運動氛圍，共約5萬人一同參與健走。

(二) 與教育部共同主辦「樂齡運動『銀』向健康」研討會，會中邀請產、學、民、媒界代表約220人共同與會，交流推動經驗與分享未來展望。

(三) 運用設計思考提高職場員工身體活動不足者之活動量，主要針對職場健康促進人員及護理師等，透過賦予同理使用者的觀點出發，及分組發想等二階段工作坊，研擬5項提高身體活動量原型方案及試辦，發展出中斷久坐及間歇健走資訊圖卡，促進職場健康。

(四) 以衰弱、亞健康及健康長者為服務對象，補助17縣市辦理889期健康促進課程，服務人數約1萬3千人；初步成果顯示多元運動介入對於長者人際互動、情緒功能及改善跌倒有幫助。另辦理「預防及延緩失能方案研發計畫」，完成具實證、介入對象及內容明確可操作、外推性佳且符合成本效益之創新服務方案。

(五) 根據教育部「運動現況調查」結果，13歲以上國人規律運動人口比率自105年的33.0%上升至108年的33.6%。

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次兒童衛教指導(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」內容，以提升照顧者知能，且鼓勵家長藉由親子共讀選擇具健康議題的繪本，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) 結合健康城市、社區健康營造、原鄉及社區關懷據點，依社區原民及老人特質與需求，推動社區健康促進。以多元管道推動「長者防跌衛教」及事故傷害防制(如酒駕、防跌、防溺)，增進健康行為識能，結合醫院及衛生局所辦理衰弱評估及健康促進活動，辨識高危險群，進一步介入，以降低事故傷害風險。

► **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，加上民眾生活趨向靜態、飲食西化等型態，導致慢性病人口上升。為提升高齡人口生活品質、減緩慢性病威脅，推展老人健康促進、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、為早期發現慢性疾病之風險因子，及早介入追蹤與治療，透過全國超過 6,800 家醫療院所及社區整合式篩檢服務，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，108 年共計 199 萬餘人接受服務。

二、108 年持續發行「動動生活」、「動動達人」手冊，透過國內外實證研究教導長者及民眾在安全環境找出融入生活的訓練，鼓勵長者透過居家日常活動增加身體活動量，促進長者健康。

三、推動失智友善社區，係參採世界衛生組織「2017–2025 年全球失智症行動計畫」」制訂我國「失智症預防及照護綱領 2.0」，其 7 大行動領域之「提升失智症認知與友善」、「降低罹病風險」，自 108 年補助建置 10 處失智友善社區，以失智者及家屬為中心發展生活圈，招募 6.6 萬名失智友善天使及 5,500 家失智友善組織，並辦理 518 場次失智友善多元宣導活動，超過 20 萬人次民眾接觸活動，增進全民對失智症正確認識及友善度，並形成失智守護網。另開發失智友善資源整合中心，收錄 273 篇文獻、268 份衛教素材及 20 種簡報 3 支短片。

四、補助 19 個縣市推動「預防衰弱服務網-樞紐計畫」，由衛生所做為樞紐站，共成立 82 個樞紐站，盤點社區健康資源服務(包括：運動、高齡營養、居家安全與防跌、預防保健、慢性疾病管理、社會參與、交通、福利及補助等)，跨領域整合醫療、公共衛生保健資源，作為單一窗口，提供高齡健康照護整合服務模式，提升長者在就業、社會參與、獨立健康安全的生活、支持性環境等面向的支持。

五、辦理長者健康促進競賽活動，108 年由以鄉鎮為單位長者組隊參賽，總人數達 3,773 人次，參賽平均歲數約 70 歲，推動迄今第 9 年總累計超過 53 萬長者參與。

六、102 年起於全臺 22 縣市推動高齡友善城市，臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家，108 年共補助 22 縣市衛生局、109 家衛生所及 17 個社區單位辦理「高齡友善城市及社區計畫」。藉由選拔方式，鼓勵各地方政府推動健康城市暨高齡友善城市，宣導相關議題與成果。108 年辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，63 件獲獎。

七、截至 108 年底，計 645 家健康照護機構通過高齡友善健康照護機構認證，包含 207 家醫院、358 家衛生所、1 家診所及 79 家長照機構。

第二節 重要慢性病防治

一、慢性病預防與控制

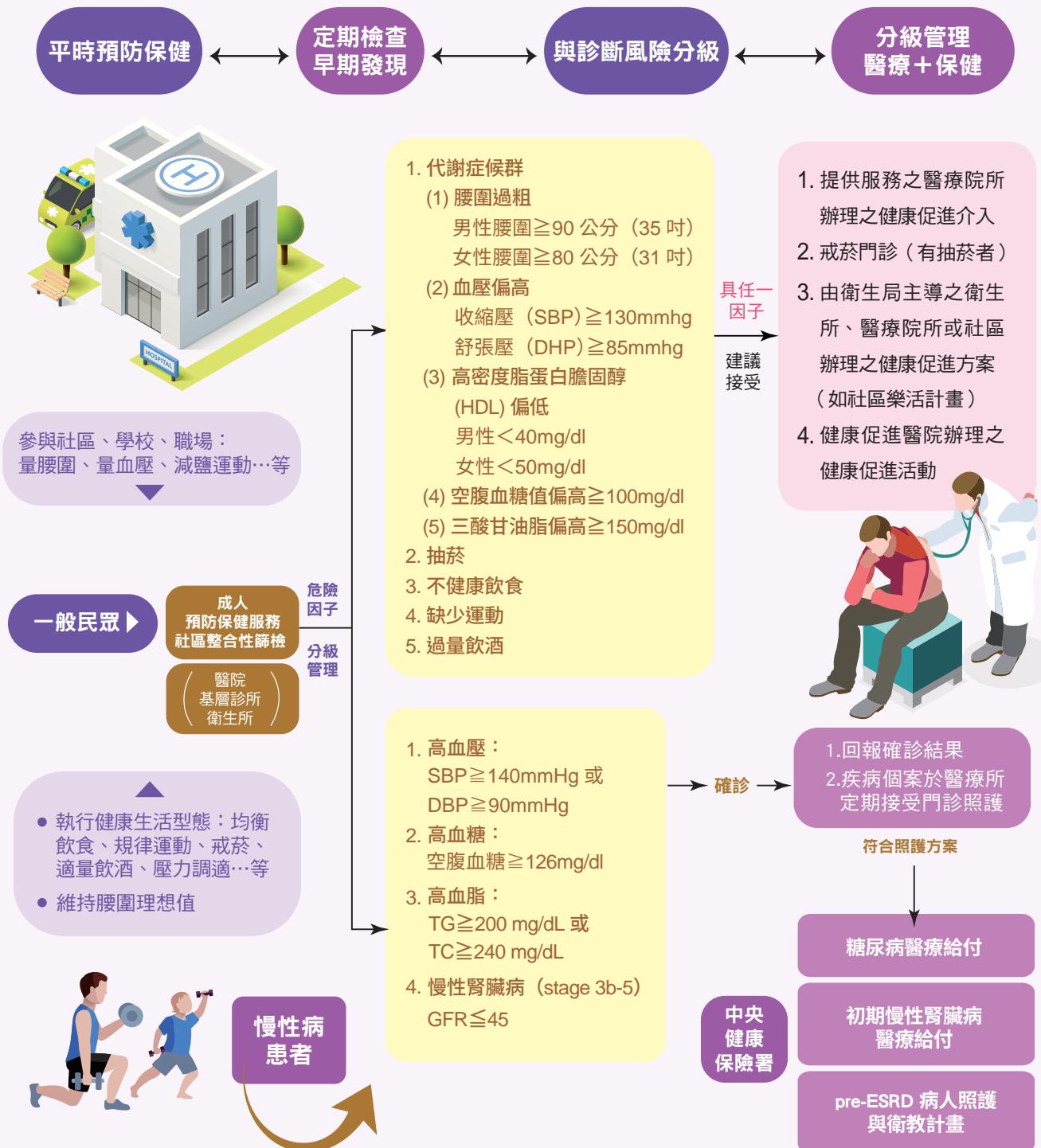
(一) 鑑於造成非傳染性疾病之原因多為不健康之生活型態，故結合相關司署由源頭進行防治，並與相關專業學會、地方衛生局所合作，宣導戒菸、運動等相關活動，此外，也透過多元媒體等行銷策略，於世界疾病節日宣導相關議題，以提升民眾對慢性疾病防治之瞭解與重視。此外，也透過提供成人預防保健服務之醫療院所、糖尿病健康促進機構及慢性腎臟病健康促進機構等場域，辦理慢性疾病教育訓練及講座，以提升專業人員與民眾對慢性疾病風險因子之認知，早期介入及預防慢性病發生，並提升慢性病患者之照護品質（慢性病防治架構如圖 3-7）。

(二) 為強化糖尿病等三高慢性病防治，建立優質疾病照護管理，本部自 92 年起持續推動糖尿病共同照護網，建構醫事人員認證基準，培育專業糖尿病照護人員，截至 108 年計有 1 萬 1,972 位專業人員取得認證，組成跨專業團隊提供糖尿病患者品質照護，並配合健保署品質支付服務，提供給付誘因及建立指標（照護率、HbA1c、空腹血脂、眼底檢查、及尿液微量白蛋白等四項檢查率）以監測照護品質。另透過 269 家糖尿病健康促進機構及 549 個糖尿病支持團體，增進糖尿病個案自我管理技能。

- (三) 推動基層診所暨社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務，共結合全國 10 群醫療群（56 家）診所，完成 2 萬多名長者身體功能與用藥評估，藉由加強慢性病管理延緩長者失能情形發生，並針對衰弱前期與衰弱期提供介入服務，成功改善長者身體功能近 6 成。對於糖尿病前期追蹤管理 5,404 人，其中糖化血色素達標率 72%、血壓達標率 76%、低密度膽固醇達標率 69%。另強化慢性腎臟病前期個案之追蹤管理，成人健檢異常追蹤 2,547 人，追蹤率 100%。
- (四) 為提升民眾對血壓量測的重視，截至 108 年底全國計約 3,200 餘個血壓站，透過縣市衛生局結合轄區資源，於不同型態的社區地點（如行政服務單位、社區關懷據點、活動中心、藥局、賣場及職場等），提供民眾便利及可近性高之血壓測量服務。另結合公衛體系，自 107 年開始納入各縣市推動衛生保健工作補助計畫之考評項目，透過 22 縣市衛生局，盤點及整合社區、基層醫療及血壓量測資源，運用行銷宣導策略，增進民眾認識自己的血壓值，落實居家或血壓站量測血壓行為。並加強高血壓管理，提升照護品質，同時發展各項完善的診治與保健指引（如高血壓、高血脂及糖尿病治療指引等），連結健康管理與疾病管理的整合式防治體系，使高血壓個案獲得更妥善的照護與控制。
- (五) 為協助長者在接受急性醫療的過程中維持其既有能力，減少失能之狀況，自 108 年起補助 36 家醫院於急診端、住院端及門診端試辦長者友善照護模式（Acute Care for Elders, ACE）計畫共 50 項，發展適合我國本土之長者友善照護模式，並建立社區資源轉銜網絡，讓長者從醫療端至社區端得到持續性的整合性評估與照護服務。

圖 3-7

慢性病防治架構



二、設置免付費「更年期保健諮詢專線 0800-00-5107」，108 年服務 1 萬 367 人次；辦理更年期諮詢人員課程及更年期成長營共 76 場活動，計 4,083 人次參與。

第三節 癌症防治

108 年起啟動第 4 期國家癌症防治計畫，強調透過建置永續經營的癌症防治體系、強化民眾與癌症防治人員的健康識能、強化各項服務層面工作品質、持續推動癌症篩檢，發展個人化癌症精準預防健康服務、縮小癌症防治各領域的不平等、及應用數據與實證提升癌症防治成效。

一、癌症危險因子預防

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

二、癌症篩檢

(一) 99 年開始全面推動子宮頸、口腔、大腸及乳癌等四癌篩檢，108 年共完

成篩檢達 501 萬 5 千人次，發現近 5 萬 2 千名癌前病變及近 1 萬名癌症確患者，108 年四癌篩檢成果及 5 年期別存活率，如表 3-1～3-3。

- (二) 108 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 108 年分別累計有 120、213 及 157 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。
- (四) 依本部健康署委託研究資料分析顯示，每 2 年 1 次乳房 X 光攝影檢查可降低 41% 乳癌死亡率；每 2 年 1 次定量免疫法糞便潛血檢查可降低 35% 大腸癌死亡率；每 2 年 1 次口腔黏膜檢查可降低有嚼檳榔及吸菸習慣之男性 26% 口腔癌死亡率；每 3 年至少 1 次子宮頸抹片檢查可降低 70% 子宮頸癌死亡率。

表 3-1 108 年四種癌症篩檢之篩檢量、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	218.9 萬	54.8	12,903 (含原位癌)	1,108	93.8
乳癌	88.0 萬	40.0	-	4,458	92.3
大腸癌	134.3 萬	40.9	35,462	2,600	76.1
口腔癌	60.3 萬		3,518	1,098	82.4
總計	501.5 萬	-	51,883	9,264	

備註：各項定義如下：

- 1.子宮頸癌篩檢率：30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢的比率。
- 2.乳癌篩檢率：45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢的比率。
- 3.大腸癌篩檢率：50-69 歲民衆 2 年內曾接受大腸癌篩檢的比率。
- 4.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。
- 5.癌前病變：一種仍歸屬良性（非惡性）的組織形態改變，但該等病變具較高惡性變異危險性。

表 3-2 108 年四種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 / 99	1 / 358	1 / 78
乳癌	-	1 / 186	1 / 186
大腸癌	1 / 29	1 / 370	1 / 27
口腔癌	1 / 137	1 / 440	1 / 105

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 四種癌症 5 年期別之相對存活率

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	100	99.1	95.1	82.9
第 1 期	100	88.5	93.4	85.1
第 2 期	94	72.7	84.6	74.4
第 3 期	77.9	61.5	69.1	60.6
第 4 期	34.1	24.3	13.0	37.7

- 備註：1. 分析 102 至 106 年醫院申報 4 種癌症之期別 5 年存活率資料（追蹤至 107 年）。
2. 口腔癌 0 期與 1 期之 5 年存活率於本部篩檢資料顯示，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（285 筆）相較於 1 期個案數（7,970 筆）偏少，造成存活率數據變動較高。
 3. 五年期別之相對存活率：校正競爭死因存活率，即死於該癌症之存活率。

相對存活率（Relative survival rate）= 觀察存活率（Observed survival rate）／期望存活率（Expected survival rate）×100%。

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 108 年共 60 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) 推動全國醫療院所在癌症安寧緩和照護身、心、靈、社及長照專業服務品質提升，辦理相關專業人員培訓計畫，並提升民眾對安寧療護的認知，使癌末病人及其家屬獲得高品質的照護。

» 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，建置及發展「健康識能友善素材審查指標」。108 年辦理「最自然的頒獎典禮！逗陣來草地野餐！」頒獎典禮暨記者會，並展出「健康傳播素材徵選活動」優秀獲獎作品。健康傳播素材徵選活動，共 628 件作品投稿，其中 351 件符合「健康識能友善素材審查指標」，並公開於本部健康九九網站。

- (二) 本部健康九九網站平均每月訪客瀏覽達 37 萬人次，截至 108 年底上架之單張、手冊、海報及多媒體等教材累積有 5,800 件。另透過 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

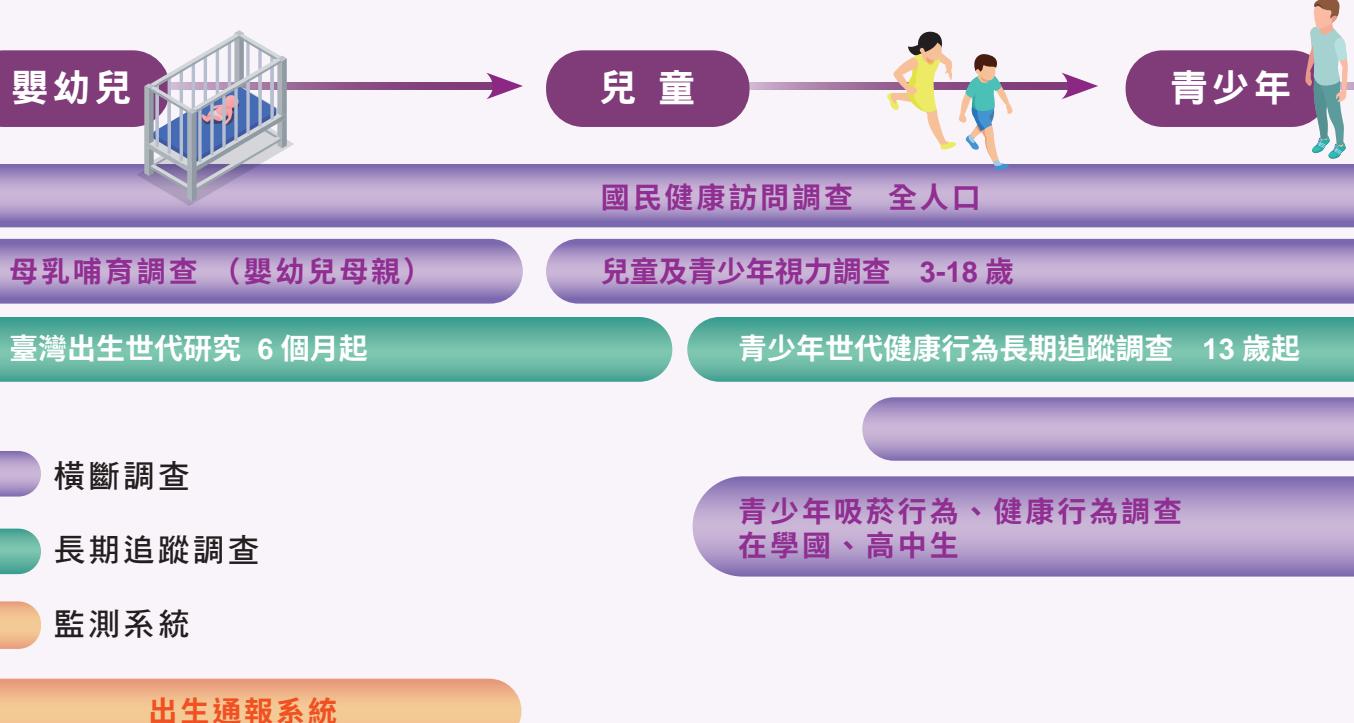
持續推動「保健雲」計畫，分階段建構我國健康促進及慢性病自我管理模式：

- (一) 規劃「健康妙管家」APP UI／UX 優化及功能更新，主要功能包含：與健康存摺 SDK、Google Fit 及 Apple HealthKit 資料介接、個人健康生活紀錄與管理以及健康量表等。
- (二) 108 年保健雲 2.0「我的健康讚」網站平台瀏覽人次達 836 萬人次，APP 下載次數共計達 2 萬餘人次，民眾評等達 4.5 分（滿分 5 分）。
- (三) 完成「我的健康讚」網站與健保署「健存摺」登入入口之整合，便利民眾於單一網頁上登入即可查詢個人健康及醫療資料，提升資料查詢及利用綜效，促進個人健康管理。

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，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。

圖 3-8 重要健康監測調查項目





成 人



老 人

國民營養健康狀況變遷調查 全人口

家庭與生育調查 20-49 歲

中老年身心社會生活狀況長期追蹤調 50 歲起

國人吸菸行為監測調查 15 歲起

職場健康促進調查（工作年齡）

活躍老化監測及決策支援系統



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

4

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年持續辦理「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。

為促進醫療資源均衡發展，依《醫療法》及「醫療網計畫」，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估地方民眾健康需求，辦理各項區域醫療資源分配與提升區域醫療水準計畫。108年實施成果如下：

一、醫事機構現況：如表4-1

» 第一章 健康照護體系

第一節 醫療資源

表4-1 108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	480
	診所	22,512
藥局		8,129
護理機構	一般護理之家	553
	精神護理之家	48
	居家護理所	672
	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	368
	醫事放射所	49
	物理治療所	312
	職能治療所	111
	鑲牙所	31
	心理諮詢所	93
	心理治療所	65
	語言治療所	59
	牙體技術所	916
	聽力所	24
	居家呼吸照護所	6
	驗光所	34
	營養諮詢機構	30

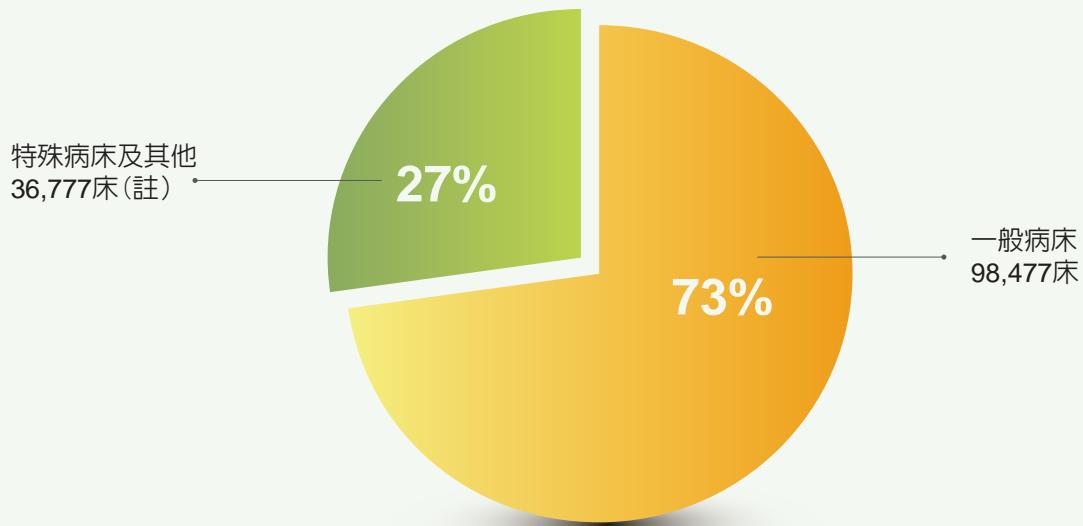
二、醫院病床現況：

醫院病床數共 13 萬 5,254 床（含一般、特殊），醫院一般病床包含急性病床（急性一般病床、精神急性一般病床）、慢性病床（慢性一般病床、精神慢性一般病床、慢性結核病床及漢生病床）。依序為急性一般病床 7 萬 4,207 床、精神

急性一般病床 7,381 床、慢性一般病床 3,170 床、精神慢性一般病床 1 萬 3,549 床，慢性結核病床 2 床、漢生病床 168 床，平均一般病床每萬人口病床數為 41.72 床；特殊病床及其他 3 萬 6,777 床。如圖 4-1。

圖 4-1 108 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 108 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。

表 4-2 108 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	46	75	80	201

二、108 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、108 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 29 家離島及醫療資源不足地區醫院 130 名急重症醫師人力，協助提升醫療服務資源與民眾就醫之可近性。

四、截至 108 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 10,587 台，密度達 44.9 台／10 萬人，其中有 5,634 處場所通過安心場所認證(亦即場所設置 AED 且 70% 以上員工已完成 CPR + AED 訓練)。

五、108 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。

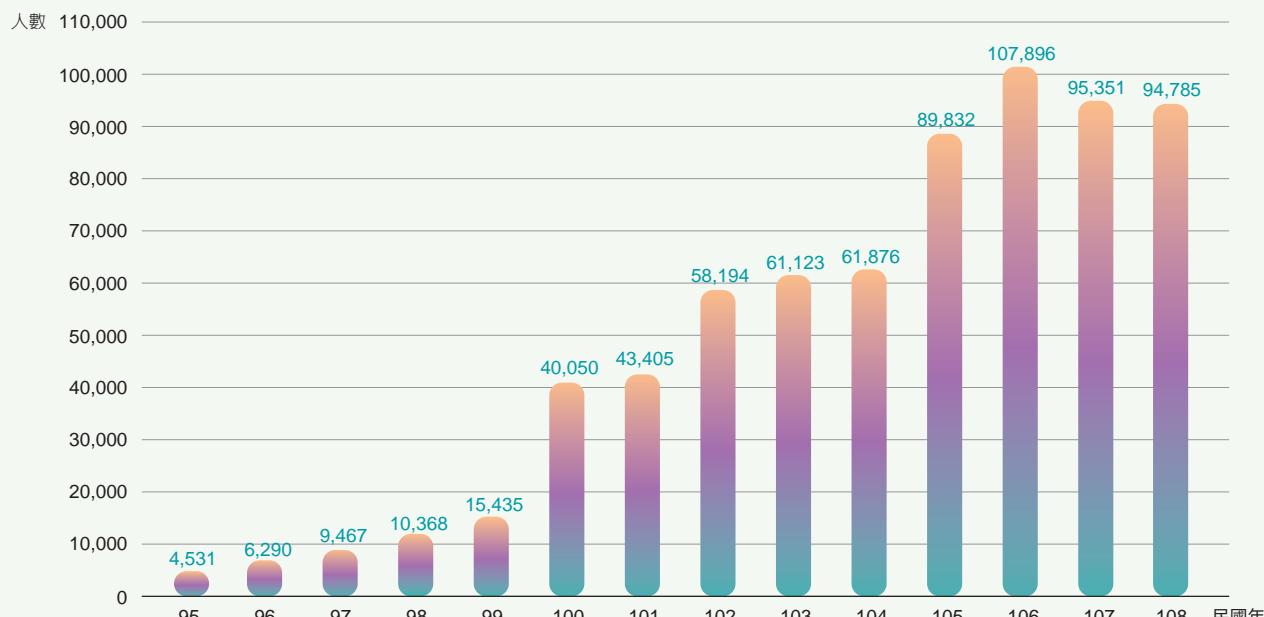
第三節 安寧緩和療護及病人自主權

一、我國自 89 年 6 月 7 日公布施行《安寧緩和醫療條例》，使醫師對不可治癒之末期病人，得在尊重其意願下，不施予積極性之治療或急救，僅提供緩解性、支持性醫療照護措施。

二、95 年起針對醫療機構及民眾辦理安寧緩和醫療意願宣導、推動及註記健保 IC 卡計畫，至 108 年底止，共計有 69 萬 8,603 位民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並已註記於健保 IC 卡上，達總人口數之 2.96%，如圖 4-2。

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



三、為保障病人的尊嚴善終權利，我國於 105 年 1 月 6 日公布，並於 108 年 1 月 6 日正式施行亞洲第一部保障病人自主權利的專法「病人自主權利法」，使具完全行為能力的意願人可透過「預立醫療照護諮商」選擇接受或拒絕的醫療選項，並事先立下書面的「預立醫療決定」，保障病人的善終權，統計至 108 年底共計 1 萬 1,266 位意願人簽署預立醫療決定，並已註記於健保 IC 卡上。

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」，108 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；總計服務 2 萬 7,390 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，108 年共 125 萬人次，3 至 5 歲兒童至少一次塗氟利用率達 82.7%。
- (二) 針對所有國小一、二年級學童，提供恆臼齒窩溝封填服務，108 年共服務 50 萬人次。
- (三) 持續推動國小學童含氟漱口水計畫，108 學年度 117 萬名學童，服務涵蓋率超過 90%。

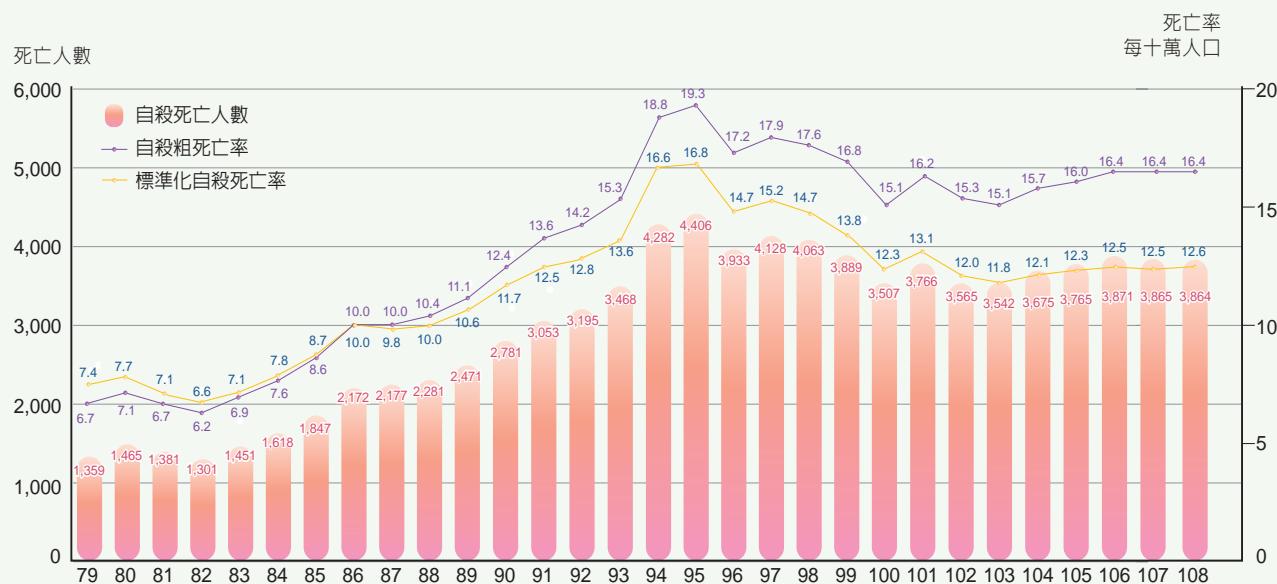
» 第二章 心理健康與精神醫療

第一節 心理健康促進

- 一、「心快活」心理健康學習平台提供學習資源及全臺心理健康專業服務據點資訊，108 年度新增 14 萬 4,573 瀏覽人次。
- 二、為推動心理健康促進，108 年續委託 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 3,086 人次。另 108 年 10 月（我國之心理健康月）全國共辦理 22 場記者會，共 8,075 人次參與。
- 三、安心專線自 108 年 7 月 1 日由原 10 碼改為 1925（依舊愛我）提供 24 小時免費心理諮詢服務，108 年共服務 9 萬 1,693 人次，協助 1 萬 4,670 人次的自殺意圖者，即時阻止自殺危機案件共 592 件。
- 四、持續辦理自殺個案通報、關懷訪視及自殺危機處理，108 年共接獲 3 萬 5,324 人次通報，關懷訪視服務 22 萬 8,047 人次。
- 五、自殺防治法 108 年 6 月 19 日公布施行。108 年自殺死亡人數為 3,864 人，標準化死亡率為每十萬人口 12.6 人，如圖 4-3；長期趨勢從 95 年高峰逐漸下降，並自 99 年起連續 10 年退出十大死因，但仍屬自殺中高盛行率區域。未來持續加強社會安全網等防治政策。

圖 4-3 79 至 108 年全國自殺死亡人數／死亡率

資料來源：衛福部心口司



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。

二、108 年全國精神醫療機構共 516 家，開放床數合計 2 萬 930 床（含精神急性一般病床 7,381 床及精神慢性一般病床 1 萬 3,549 床，每萬人口約 9 床）。日間型精神復健機構 68 家（登記收治量 3,308 人）；住宿型精神復健機構 154 家（6,650 床）；精神科日間留院 6,250 人；精神護理之家 48 家（開放床數計 4,650 床）。

三、補助縣市政府聘任 96 名關懷訪視員，108 年追蹤關懷精神病人計 13 萬 7,184 人，服務 57 萬 6,473 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，108 年受理申請案件 725 件，含強制住院 683 件及強制社區治療 42 件，如表 4-3。

五、108 年完成 8 家精神醫療機構（含精神教學醫院）評鑑、78 家精神復健機構評鑑及 33 家機構不定時追蹤輔導、9 家精神護理機構評鑑（評鑑結果如表 4-4）。

表 4-3

97-108 年強制住院及強制社區治療審查案件統計表

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 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%
100 年 1 月 -12 月	1251	1211	1164	96.12%	40	39	97.50%
101 年 1 月 -12 月	1277	1221	1182	96.81%	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%
107 年 1 月 -12 月	690	642	592	92.21%	48	46	95.83%
108 年 1 月 -12 月	725	683	629	92.09%	42	41	97.62%

表 4-4

108 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	108 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	34	20,930	6	0	6	0
	教學醫院	10		2	-	2	0
設有精神科之綜合醫院		200	-		-		
設有精神科之醫療診所		316	-		-		
精神復健機構	日間型	68	3,308	25	-	25	0
	住宿型	154	6,650	53	-	50	3
精神護理之家		48	4,650	9	-	8	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 108 年底，共 184 家替代治療執行機構，累積治療 4 萬 5,470 人，108 年每日平均治療 7,922 人。每年新增藥癮愛滋人數，由 94 年 2,425 例，降至 108 年 23 例。
- 二、截至 108 年底指定藥癮戒治機構 157 家，並責請衛生局及精神醫療網核心醫院辦理治療人員教育共 47 場次，4,406 人次參訓。
- 三、108 年 5 月起以毒品防制基金全面開辦各級毒品「藥癮治療費用補助方案」，108 年共補助 2,178 人。
- 四、95 年起補助本部草屯療養院開辦藥癮治療性社區，108 年擴大補助民間機構發展，由原 1 家擴大至 6 家，共提供 296 床，108 年度收治 8,893 人日。另補助 18 家民間機構辦理「藥、酒癮者復歸社會服務效能提升計畫」，共安置 323 人次及提供出監轉銜輔導 8,960 人次、戒癮團體 5,257 人次，職業訓練、輔導及媒合 8,515 人次。
- 五、108 年以毒品防制基金補助 10 家醫療機構於 11 所矯正機關辦理「矯正機關整合性藥癮治療服務暨品質提升計畫」，共開設藥癮門診 515 診次，服務 2,994 人次，衛教 22,167 人次，心理治療 5,650 人次，出監轉介諮詢 1,123 人次，出所追蹤 2,461 人次。
- 六、108 年持續辦理「酒癮治療服務方案」共補助 2,113 人。另自 104 年起補助醫療機構試辦「建構問題性飲酒與酒癮者醫療及社會復健服務模式計畫」，建立酒癮個案跨網絡轉

介機制，並逐年擴大辦理，108 年共補助 12 家，共受理轉介個案 981 人，提供酒癮治療 802 人。

- 七、107 年自法務部接辦地方政府毒品危害防制中心業務，108 年較 107 年再增加補助 208 名（合計 607 名）個案管理人力，以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）、本部桃園療養院、草屯療養院、嘉南療養院，及於 108 年補助高雄市立凱旋醫院，建置 5 所整合性藥癮醫療示範中心，以期發展實證藥癮治療模式及處遇方案。
- 八、網路成癮防治列為「108 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 爰網站供民眾查詢；另亦推廣民眾運用自我篩檢版「網路使用習慣量表」，並辦理至少 1 場次的網癮防治宣導及網癮防治教育訓練。

» 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、108 年各類醫事人員執業人數共計 32 萬 6,691 人，其中醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員 7 萬 1,766 人、藥事人員 3 萬 5,316 人、醫事檢驗人員 9,940 人、醫事放射人員 6,840 人、護理人員 17 萬 2,966 人、助產人員 200 人及營養師 3,237 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 108 年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數累計有 5 萬 3,940 人次。

三、107 年 10 月 5 日發布修訂「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」，牙醫專科醫師分科由三科增加七科，共計十科。截至 108 年底，部定專科醫師共計 1,215 人（其中齒顎矯正科 704 人、口腔顎面外科 431 人、口腔病理科 80 人）。

四、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，積極推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。108 年計核定 35 家主要訓練醫院、110 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 912 名學員接受訓練。

五、為提升口腔醫療照護品質，規劃牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度。108 年共核定 507 家訓練機構，包含 90 家醫院及 417 家診所辦理訓練計畫，總計有 848 位牙醫師接受訓練。

六、為提升護理人員專業素養以及照護品質，自 95 年起推動專科護理師制度，截至 108 年專科護理師甄審及格人數詳如表 4-5。

表 4-5

95-108 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	4,257
	兒科組	188
	精神科組	224
外科	一般外科組	4,038
	婦產科組	145
合計		8,852

七、為使新進醫事人員接受完善的臨床教學訓練，有效提升醫療服務人員之素質。96年起辦理「臨床醫事人員培訓計畫」，108年計有146家醫院參與，共核定1,187個訓練計畫，培訓2萬6,896名醫事人員，領證4年內之新進醫事人員受訓達成率約88.76%。

八、為建立中醫師臨床訓練制度，培育具全人醫療能力之中醫師，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，108年共輔導95家訓練院所，接受530位新進中醫師進行為期2年訓練；106起辦理「中醫專科醫師制度建構計畫」，研訂中醫內科及針灸科專科醫師訓練規範，108年輔導11家合格訓練醫院，接受26位訓練學員，執行試辦計畫，並輔導7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。

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，住院醫師已自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，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。

二、為減少醫療糾紛，促進醫病關係和諧，辦理生產事故救濟並強化「訴訟外醫療糾紛處理機制」，相關辦理成效如下：

(一) 自生產事故救濟條例施行日(105年6月30日)起至108年12月31日止，共受理922件。108年度共召開12次審議會，審定317件，其中291件符合救濟，救濟金額共新臺幣1億6,220萬元。

(二) 修正生產事故救濟作業辦法第7條及第9條規定，將產婦死亡、產婦及新生兒之極重度、重度及中度障礙之救濟給付上限，調增為400萬元、300萬元、200萬元、150萬元，並自108年10月4日起施行。

(三) 積極推動多元化訴訟外處理機制：

1. 輔導專業機構與團體協助醫療機構辦理關懷服務，建立不同服務模式，促使關懷服務的涵蓋率擴及全國，共有9縣市16家專業機構、團體加入。
2. 辦理關懷、調解及評析與諮詢等訓練課程共計12場，共計培訓478人；建立醫療爭議處理相關專家人才庫，包括關懷人員107人，調解人員259人，評析及諮詢醫事專家379人。
3. 設立醫療爭議關懷服務諮詢專線，規劃建置「醫療爭議處理資源專區」諮詢平台，提供關懷諮詢服務資源。
4. 辦理「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，建立醫法雙調處模式，108年度共21縣市參與，受理調處案件共560件，調處成立率為38.9%。
5. 提升醫事爭議鑑定品質及效率，108年度受理司法或檢察機關委託鑑定案件共計373件，完成審議337件(含以前受理未結案者)，每案平均時間約5.6個月，較107年度每件平均6個月，縮短6.7%，並培訓223名鑑定醫事人員(累計共1,580名)。

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108年成果如下：

(一) 護理執業人數增加，總離職率與空缺率下降

108 年底執業人數共 17 萬 5,029 人，較改革前增加 3 萬 8 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。105 至 108 年期間有 438 家次醫院申請評鑑，共計 437 家次醫院合格。

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. 推動護病比法制化：108 年 2 月 1 日修正發布護病比條文於「醫療機構設置標準」規範（醫學中心 $\leq 1:9$ 、區域醫院 $\leq 1:12$ 、地區醫院 $\leq 1:15$ ），於同年 5 月 1 日正式實施。

4. 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 108 年底止，共接獲通報 438 件，其中涉勞基法計 327 件（75%），其他爭議案件（如無照人員檢舉、違反機構設置標準等）計 111 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（裁罰率約 15%）；另 108 年已擴充平台功能，提供案件進度及結果查詢、加班費試

算供參考等，並公開全台案件統計分析資料，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，108 年護理人員平均薪資較 100 年增幅約 19.3%。

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，108 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，108 年共有 1 萬 2,642 家醫療衛生相關機構參與，統計通報件數達 8 萬 1,951 件。

三、建置「醫病共享決策平台」，截至 108 年共有 62 件效期內的決策輔助工具（如：決策輔助表、影片或其他素材）於平台上供醫療人員使用，累計共 273 家醫院參與推動醫病共享決策之實踐運動。

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	落實病人安全異常事件管理
三	提升手術安全
四	預防病人跌倒及降低傷害程度
五	提升用藥安全
六	落實感染管制
七	提升管路安全
八	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作
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 108 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 134 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），且持續性監測指標定期監測；另為回應近年社會大眾對於醫事人員勞動權益之重視及監督。

- 三、持續辦理衛生醫療業務聯合訪視，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。

表 4-7

105-108 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

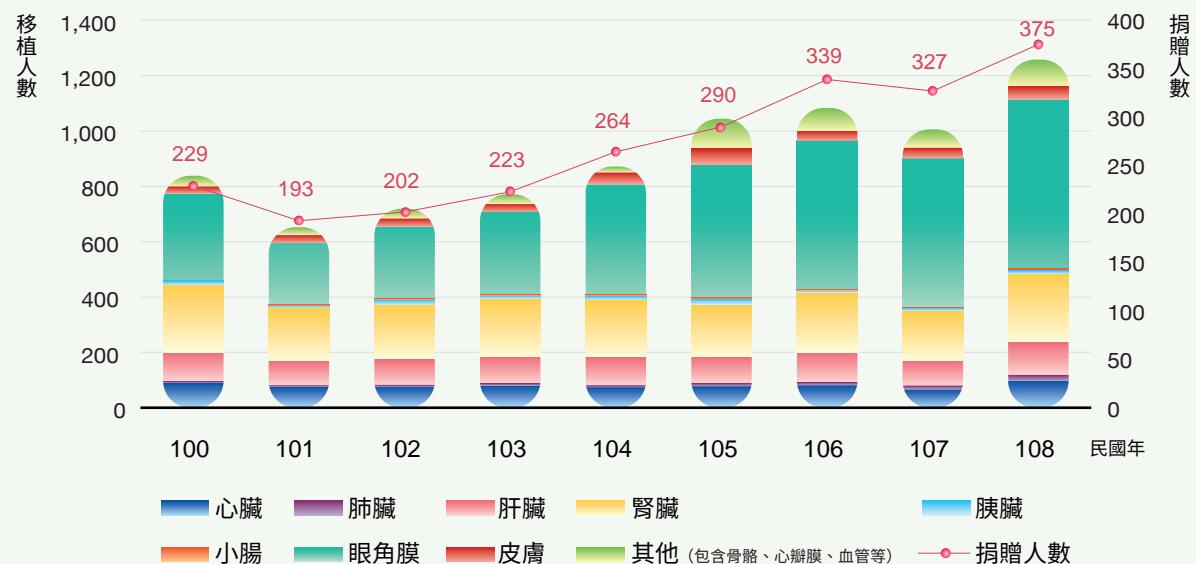
表 4-8 105-108 年度教學醫院評鑑結果

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

圖 4-4 100 至 108 年全國器官捐贈與受贈人數

資料來源：衛福部醫事司



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 108 年底止，國內器官移植等候者已累計有 1 萬餘位，然平均每年僅約有 1 千多人可幸運受惠，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 108 年底，已完成 4 萬 3,684 筆器捐註記，歷年累計共 45 萬 3,097 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」，並於 108 年發布《活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法》，為器官移植建立多元管道，提升移植成功機會。

第四節 電子病歷政策推動成果

108 年度持續維運電子病歷交換中心，提供醫療院所跨院調閱，計有 404 家醫院與電子病歷

交換中心介接，全年度上傳索引數共計 2 億 869 萬 9,154 筆，完成調閱之電子病歷數為 182 萬 5,443 筆。

此外，亦同時推動勞動部勞工保險局、本部疾病管制署、空中轉診審核中心及本部心口司藥酒癮戒治個案管理系統自動介接，取得醫院電子病歷以提升相關業務效益。

108 年度也持續精進電子病歷交換標準，完成檢驗報告、成癮醫療初次評估紀錄、成癮醫療追蹤評估紀錄、酒精使用疾患確認檢測紀錄、慢性病連續處方箋、急診病摘等六張標準之增訂，供醫院及相關機關依循運用。

» 第五章 偏鄉醫療照護

第一節 照護在地化及遠距醫療

為維護偏鄉離島地區民眾就醫權益，本部持續秉持「醫療不中斷」原則，積極強化在地醫療功能，並有鑑於網路時代來臨、科技產品之進步，以及高齡化社會需求，完備醫師以通訊方式進行診療之規定，確有必要。爰依醫師法第 11 條第 2 項規定授權訂定「通訊診查治療辦法」，並於 107 年 5 月 11 日發布，相關措施包括：

一、本部澎湖醫院心血管照護中心自 102 年 12 月 4 日營運至 108 年 12 月已服務 858 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 月啟用後至 108 年 12 月化療服務 2,629 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、本部金門醫院心血管照護中心 104 年 10 月設置完成，自啟用至 108 年 12 月已服務 515 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症的第一線醫療處置，使金門民眾受到更安全安善的醫療照護。

四、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。

五、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眾就診舟車勞頓。

六、為有效整合專科醫師人力資源，縮短城鄉醫療水準的發展差距，本部補助臺大醫院雲林分院智慧醫療照顧模式相關計畫，與成大斗六分院啟動「區域雙星聯防計畫」，由 2 家醫院整型外科、神經外科專科醫師聯合排班，建立專科醫師醫療資源共享，利用互聘兼任主治醫師與報備支援，並透過兩院 VPN 連線或啟動視訊、親臨會診等方式，提供緊急或迫切需要之門診診療或緊急醫療會診模式。108 年共有 66 位個案參與並完成雙星照會，並適當處置後皆返家門診追蹤；每月約持續有 3–10 位病人參與，其中照會方式親臨 44%、非親臨 56%；成大斗六啟動為

86%，臺大雲林啟動為 14%，病人都在適當處置後於門診追蹤。其中神經外科與整形外科所占比率各 50%。

七、為建構原鄉離島智慧醫療照護網，於原住民族及離島地區 73 家衛生所建置「醫療資訊系統」(HIS)，108 年度 HIS 門診計 106 萬 2,040 人次。並於 37 家衛生所建置「醫學影像儲傳系統」(PACS)，由部屬桃園醫院協助醫學影像判讀，提升醫療服務效率及品質，108 年度計 1 萬 6,413 件。

八、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 108 年底已全數完成，並運用頻寬升速基礎，辦理眼、耳鼻喉、皮膚等專科之遠距醫療服務，增進就醫可近性及在地醫療服務量能。

九、為增加偏鄉及醫療資源缺乏地區民眾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」，108 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。

十、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，108 年提供門診

診次 2,472 診次，服務人次為 5 萬 9,223 人次，急診服務時數 900 小時，服務人次為 1,197 人次。

十一、辦理「緊急醫療資源不足地區改善計畫」，以「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，維持緊急醫療服務 24 小時不中斷。

十二、辦理原住民族及離島地區公費醫事人才培育計畫

本部自 58 年起辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，積極培育原住民族及離島地區在地醫事人才及服務量能：

- (一) 截至 108 學年度已培育醫事人員 1,106 名(包含西醫師 593 名、牙醫師 107 名、護理人員 272 名及其他醫事人員 134 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。
- (二) 擴大培育在地養成醫事人力：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。
- (三) 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。
- (四) 「偏鄉護理菁英計畫」104 至 107 年共培育 195 名公費生，108 年計分發 30 名畢業生至偏鄉地區醫院服務。

十三、為加強在地醫療服務，鼓勵醫事人員至原住民族及離島地區設立醫事機構，每家補助以不超過新臺幣 50 萬元為原則。108 年度計補助 5 家醫事機構開業。

十四、為強化原鄉離島衛生所（室）醫療設備資源，108 年度補助醫療設備更新 75 項、巡迴醫療車更新 4 輛；另補助衛生所（室）新（重）建 2 間、空間整修 1 間；另跨年度工程 4 間。

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、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 108 年底每月平均航次降至 25.92 次，下降率 39.97%。

二、辦理「金門、連江、澎湖三離島地區航空器駐地備勤計畫」，委外配置各 1 架民用航空器駐地備勤，因應醫療儀器隨機使用的需要，由駐地航空器廠商辦理隨機醫療儀器適航驗證作業。

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，並搭配航空器模擬演練。108 年屏東、臺東、澎湖、金門、連江 4 縣離島地區共辦理 10 場教育訓練。



四、108 年 8 月完成原住民族及離島地區共 105 處建置「空轉後送遠距會診平臺」，並於同年 10 月 6 日全面啟用，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、為減輕民眾就醫財務負擔，補助離島地區嚴重傷病人自行搭機（船）就醫部分交通費 108 年共補助 1,744 萬 2 千元，計 2 萬 5,720 人次。

第三節 人才培育與留任

公費醫師培育之目的，在於充實基層及偏遠地區人力。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，每年約 100 名，專科訓練限於五大科受訓，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履行公費服務，期間得返回醫學中心進修，持續提升其能力與職涯規劃。另外，本部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，並給予薪資加給或保障。

» 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至 108 年 12 月原住民共有 57 萬 1,816 人，占我國總人口 2.4%，依內政部統計，107 年原住民族平均餘命為 72.57 歲，較全體國民約低 8.12 歲。為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 108 年已培育原住民籍醫事人員共 591 名，包含西醫師 291 名及其他醫事人員 300 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) 108 年度補助原住民族地區衛生所(室)醫療設備更新 75 項、巡迴醫療車更新 4 輛；並補助衛生所(室)新重建 2 間、空間整修 1 間；另跨年度工程 4 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 108 年底全數完成原住民族地區 317 處升速作業，並汰換 45 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，108 年共補助 1,384 萬 9 千元，計 1

萬 6,592 人次。108 年 11 月起，新增補助原住民地區孕婦產檢及生產之交通費，提升產檢的利用率，保障母嬰健康。

- (四) 於原住民族地區設置 53 處部落健康營造中心，結合地方資源傳播社區健康識能，辦理家庭健康關懷，並建立健康照護服務非正式人力發現介面，促進在地人服務在地人健康照護供需模式。

三、促進原住民族健康平等

- (一) 本部 108 年繼續推動原鄉健康不平等改善策略十大行動計畫(107 年-109 年)，計畫內容含在地醫事人員養成、部落健康營造、原鄉醫療資源提升、高風險孕產婦健康管理、菸酒檳防制、原鄉事故傷害防制、原鄉消化系癌症防治、山地原鄉結核病主動發現及山地鄉全人整合照護執行方案等計畫；策略目標為透過在地針對性健康議題，藉由整合機制與試辦效益，建構健康的部落、家庭及個人，促進健康平等。



（二）十大行動計畫三重點如下：

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

依據內政部統計，76 年至 108 年底，外籍與大陸配偶人數為 55 萬 7,450 人，另 108 年國人結婚登記對數總計 26 萬 9,048 人，就配偶國籍分，本國籍者 24 萬 7,832 人，外籍 2 萬 1,216 人（男性 5,948 人；女性 1 萬 5,268 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，108 年之建卡管理率達 99.76%。

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，108 年共補助 9,992 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。108 年共 16 個縣市申辦該計畫。

四、為提供多元文化及生育保健資訊，已印製英文、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。



第三節 罕見疾病健康照護

為防治與及早診斷出罕見疾病，並協助取得罕病用藥及維持生命所需之特殊營養食品，我國於 89 年公布施行《罕見疾病防治及藥物法》，成為

世界第 5 個立法保障罕病患者的國家，其後歷經三次修法，至 108 年底已通報公告罕病 1 萬 6,864 案。

本部建構完整的罕見疾病醫療服務網絡，協助罕見疾病患者獲得醫療照護及補助，以確保其就醫權益。108 年執行成果如圖 4-5。

圖 4-5 108 年罕見疾病健康照護執行成果



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發生油症事件，造成 2 千多位民眾受害。患者早期外觀上有氯痤瘡、色素沈澱，後續可能造成肝臟、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，並由各地方政府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，油症患者健康照護由政府及整個社會的力量概括承受。

(二) 為保障油症患者健康照護權益，104 年 2 月 4 日施行《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)診及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 108 年底共列冊服務 1,883 位油症患者，第一代 1,244 位，第二代 639 位；共補助 2 萬 1,592 人次油症患者之門(急)診及 114 人次住院部分負擔醫療費用、672 位免費健康檢查服務；油症患者遺屬撫慰金申請通過共核付 254 個案。

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) 108 年計有國立臺灣大學醫學院附設醫院、馬偕紀念醫院台北院區、臺中榮民總醫院、國立成功大學醫學院附設醫院及衛生福利部樂生療養院 5 家專門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，108 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，108 年處理申訴案件計 8 件。
- (二) 健康照護方面
1. 108 年全國共有 80 家愛滋指定醫療機構及 47 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 92%、服藥感染者病毒量測不到之比率為 95%。
 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，108 年辦理「愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫」，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，108 年共安置 121 位個案及提供 384 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「前瞻衛福據點，陪您安心迎老」影片。

5

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文化及國民平均壽命延長影響，65 歲以上人口急遽增加，在我國 107 年 3 月底正式進入高齡社會，至 114 年預計將達 20.1%，成為超高齡社會。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 106 年 1 月起實施長照十年計畫 2.0（以下稱長照 2.0），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，擴大服務對象，將長照服務向前延伸布建各類據點提供服務，達到預防及減緩失能的目標，向後整合出院準備服務及居家醫療服務等，以實現在地老化，並陸續規劃提供可及近便的居家、社區到住宿式連續性服務，以建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系。

» 第一章 長照服務體系

第一節 長期照顧服務法

一、為健全長期照顧（以下稱長照）服務體系，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，訂定《長期照顧服務法》（以下稱長服法）並自 106 年 6 月 3 日施行，最近一次修正為 108 年 6 月 19 日，修正重點包括為落實原住民長照服務、強化長照機構住民權益保障，及確保長照服務品質及評鑑制度效能。

二、長服法授權訂定之條例及子法：為落實及明確長服法有關定義，制定長服法施行細則及其餘 7 個子法，並依長服法制定《長期照顧服務機構法人條例》。108 年 10 月 24 日修正「長期照顧服務法施行細則」，刪除有關醫師意見書得以三個月內之相關病歷摘要或診斷書替代之規定，及增列修正條文施行日期之規定。另考量長照資源布建需求之殷切，本部於 108 年 12 月 31 日發布修正「長期照顧服務機構設立許可及管理辦法（以下稱本辦法）部分條文」，居家及社區式長照機構可

由高中以上私立學校之校長為申請人申請設立，毋須以學校法人名義為之。另為反映長照機構設立流程所遇疑義，爰針對居家式長照機構在同一行政區域內遷移且沒有變更其他登記事項下，僅需向地方政府提出設立計畫書及相關文件，以達簡政便民之效。

第二節 照顧管理制度

為因應推動長照 2.0，補助各地方政府設置長期照顧管理中心（以下稱照管中心）進用專業之照顧管理（以下稱照管）人力作為受理申請、評估與核定、照顧計畫之擬（核）定、連結及輸送長照服務之單一窗口；同時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。布建情形如圖 5-1。

圖 5-1

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 3 萬 3,908 元–4 萬 5,534 元調整至每月 3 萬 8,906 元–5 萬 878 元；偏遠地區則將起薪調整為 4 萬 4,892 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 4 萬 6,887 元起薪。
 2. 照管督導：一般區照管督導由每月 3 萬 9,721 元–5 萬 1,346 元調整至每月 4 萬 4,892 元–5 萬 6,863 元；偏遠地區則調整至 5 萬 878 元起薪。

二、照管人員配置

照管人員配置：截至 108 年底，全國照顧管理人力核定總人數為 1,249 人（包含照管專員 915 人、照管督導 138 人、行政人員 196 人）。

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，108 年度長照服務新申請人數 18 萬

2,541 人，較 107 年 13 萬 6,058 人成長 34.2%；108 年度使用長照服務派案可服務人數 28 萬 4,208 人，較 107 年度 18 萬 660 人成長 57.3%。自民眾申請至照管專員至案家實施長照需要評估所需時間，平均縮短至 2 天內。

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

發展以社區為基礎的整合式照顧服務體系，以培植社區整合型服務中心（A）、擴充複合型服務中心（B）、廣設巷弄長照站（C）為原則，鼓勵各縣市政府廣結長照、醫療、護理以及社福單位辦理。若民眾有長照需求，得與所在地照管中心聯繫，經照管專員或 A 單位評估連結民眾所需之長照服務。規劃 4 年（至 106–109 年）布建 469A–829B–2,529C，截至 108 年底共布建 588A–4,631B–2,595C，各縣市布建情形如圖 5–2。

二、服務資源發展及布建情形

(一) 長照服務使用提升：表 5–1 所列 108 年長照服務人數中，以(1)輔具購租及居家無障礙環境改善服務成長最為顯著，較 107 年成長 151%，其次為(2)專業服務，較 107 年成長 72%，另(3)交通接送服務及(4)喘息服務，亦較 107 年大幅成長，分別為 59% 及 45%。

(二) 加速長照資源布建

1. 整體服務資源成長以交通接送及居家服務成長最為顯著，108 年較 107 年成長約 64%，家庭托顧亦有超過 57% 之成長，如表 5–2。
2. 全國老人福利機構床位數，如表 5–3。
3. 全國一般護理之家床位數，如表 5–4。

圖 5-2

各縣市社區整體照顧服務體系

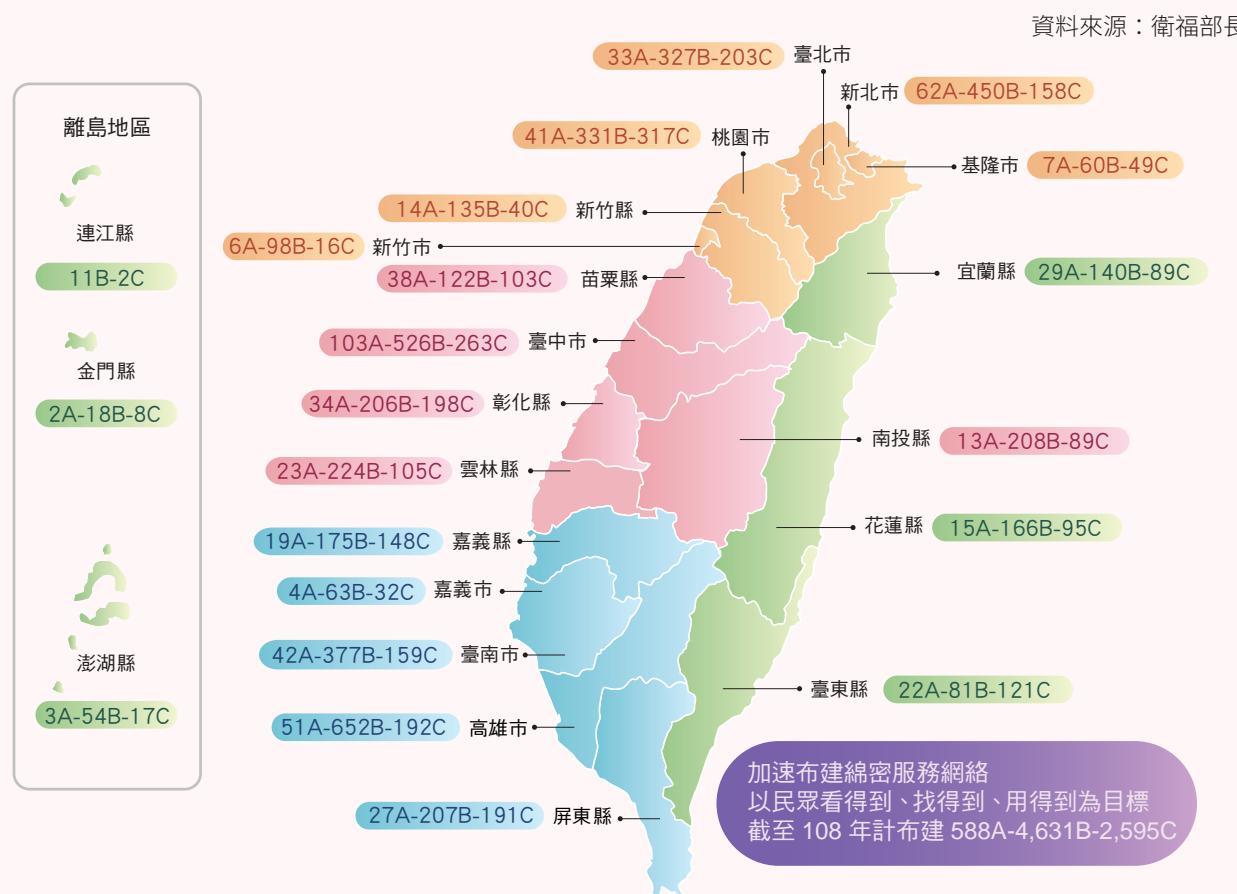


表 5-1

106 年至 108 年長照服務人數

資料來源：衛福部長照司

項目	106 年	107 年	108 年
居家服務	79,137	117,911	161,247
日間照顧服務（含失智症日照）	7,029	11,622	15,528
家庭托顧	390	681	966
輔具購租及居家無障礙環境改善	8,008	20,841	52,270
營養餐飲服務	9,090	16,843	13,152
交通接送服務	10,351	66,440	105,538
居家護理	9,970	-	-
社區及居家復健	12,013	-	-
專業服務	-	49,234	84,794
喘息服務	21,270	49,053	71,286
歸戶後總服務人數	113,706	180,660	284,208

備註：

1. 106 年度：

- (1) 除輔具購租及居家無障礙環境改善之服務人數為縣市政府回報外，其餘服務之人數，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。
- (2) 歸戶後總服務人數：不包括營養餐飲服務人數。

2. 107 年度起：

- (1) 配合實施長照給付及支付新制，將居家護理及居家復健回歸健保醫療處理，改以 C 碼提供專業服務。
- (2) 各項服務之人數，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 5-2 106 年至 108 年長照服務提供單位數

資料來源：衛福部長照司

時間	106 年		107 年		108 年	
項目	服務提供單位數	可服務量(人數)	服務提供單位數	可服務量(人數)	服務提供單位數	可服務量(人數)
居家服務	238	-	420	-	688	-
日間照顧中心 (含失智症老人日照中心)	259	7,770	355	10,650	423	12,690
家庭托顧	85	340	104	416	164	656
營養餐飲服務	249	-	265	-	288	-
交通接送服務	48	-	112	-	184	-
居家護理	505	-	-	-	-	-
社區及居家復健	211	-	-	-	-	-
專業服務	-	-	1,255	-	1,681	-
喘息服務	872	-	-	-	-	-

備註：

- 居家服務、營養餐飲及交通接送等服務提供單位，其服務量能依地理位置、醫療院所密度及人口分散等特性有所不同，爰無法推估每一單位可服務量。
- 日間照顧中心可服務人數係以平均一家服務規模 30 人計，家庭托顧可服務人數係以平均一家服務規模 4 人計。
- 106 年居家護理、社區及居家復健，及 107 年起之專業服務部分，因長照服務提供單位所聘用之專業服務人員數不一，爰無法推估每一單位可服務量。
- 喘息服務係家庭照顧者因故暫時無法照顧或需減緩照顧壓力，可由照服員至家中提供臨時性之照顧服務，或 A 單位之個案管理人員依據居家式、社區式及機構住宿式長照服務機構等，當時所能提供服務之量能，照會服務單位提供喘息服務，爰無法推估可服務量。

表 5-3 106 年至 108 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		
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%
108	1,091	4,603	52,747	441	4,860	62,651	51,120	81.6%

表 5-4 106 年至 108 年一般護理之家機構家數及住民人數

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 (%)
106	528	41,316	34,698	84.0%
107	539	43,241	36,365	84.1%
108	554	45,881	39,028	85.1%

三、建置長照服務相關資訊系統

(一) 照顧服務管理資訊系統

本部於 106 年 4 月起統一使用照顧管理評估量表，據以評估不同服務對象之長照需要，配合長照 2.0 擴大服務對象及項目判定長照失能等級及給付額度，將量表置入行動載具（平板電腦）以進行評估作業，依據評估結果自動化判定個案長照需要等級，透過「照顧服務管理資訊系統」（以下稱照管平台）管理長照服務個案之評估資料、服務紀錄，並建有服務照會等流程功能，且介接全國身心障礙福利資訊整合平台、社政福利比對資訊系統、勞動部全國外籍勞工動態查詢等系統，運用各項資料庫整合結果，提高衛生及社會福利所需的資料與呈現。

(二) 長照 2.0 服務費用支付審核系統

為加速長照經費核銷作業及提升長照整體服務效率與品質，本部於 108 年建置「長照 2.0 服務費用支付審核系統」，並於 108 年 10 月 1 日上線，該系統介接照管平台之申報資料，透過系統進行電腦檢核費用作業，以提升費用核銷效能。

(三) 長照機構暨長照人員相關管理資訊系統

為完善長照機構及人員資料之唯一性及正確性，亦因應相關行政業務需求，爰於 107 年 9 月建置長照機構暨長照人員相關管理資訊系統，並於 109 年 8 月底上線，提供機構與人員管理功能，透過系統可新增或維護機構資料及審核長照人員之認證資格，另系統也透過代碼串聯機構與人員關聯性，實現長照人員登錄於長照機構之管理。

第四節 多元創新服務

一、失智照護服務

長照 2.0 之服務對象納入 50 歲以上失智者，為提升失智社區服務量能，爰擴增失智社區服務據點，

辦理認知促進、緩和失智、家屬照顧課程、家屬支持團體、安全看視；另於各縣市成立失智共同照護中心，因應失智者不同階段的照顧需求，提供家庭照顧者相關資訊及轉介等服務；連結個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能。108 年已設置 434 處失智社區服務據點，及 87 處失智共同照護中心。

二、原住民族地區長期照顧整合型服務

為落實原住民族地區長照服務，及總統指示—打造文化健康站為原住民族部落之綜合服務站，實現長者在地老化之目標，爰鼓勵地方政府輔導部落在長者熟悉的文健站或文健站附近設立微型日照中心，提供日間照顧、夜間臨時住宿、交通接送、喘息服務等多層級長照服務，並可外展居家服務，培育在地照服員，完備原鄉長照服務。

原住民地區長照服務試辦計畫計補助 5 個試辦點，自 107 年底起經跨部會密集溝通及與地方政府協力，108 年底屏東縣來義已完成日照中心之設立。

三、家庭照顧者支持服務

(一) 家庭照顧者支持服務及資訊提供

為減輕長照服務對象之家庭照顧者負荷，長照 2.0 除提供照顧服務、專業服務、交通接送、輔具購買租借、居家無障礙環境改善及喘息服務外，針對家庭照顧者，本部會同各縣市政府結合專業團體，提供多元家庭照顧者支持服務，包含：設置家庭照顧者諮詢專線（0800-507-272 有你真好真好），即時提供簡易諮詢及轉介等服務。

廣布家庭照顧者支持服務據點，結合在地專業團體，提供家庭照顧者個案管理、心理諮商、支持團體等服務截至 108 年底計有 22 縣市，83 個據點，另鼓勵縣市政府因地制宜辦理家庭照顧者支持性服務創新型計畫。

（二）擴大外籍看護工家庭使用喘息服務

為減輕外籍看護工無法協助所產生之照顧壓力，擴大辦理外籍看護工喘息服務試辦計畫，如被照顧者長照需要等級為 7、8 級，當外籍看護短時間休假，即可申請喘息服務（不受 30 天之限制），以保障被照顧者之安全與照顧品質。

四、居家失能個案家庭醫師照護方案

為建立居家醫療與長照整合性服務模式，預防因慢性疾病惡化導致個案失能程度加劇，故於 108 年 7 月 19 日開始實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」，由醫護人員就近於社區中針對失能個案進行健康及慢性疾病管理、開立長期照護醫師意見書，以及服務人員照顧個案之特殊注意事項，作為擬定照顧計畫之參考。截至 108 年底，計有 345 家診所或衛生所參與計畫。

五、長照 2.0 出院準備服務與復能多元服務

為利有長照服務需求之住院病人，於出院後儘速取得長照服務，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，將原先民眾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。

另有鑑於個案出院後有密集復能服務需求，本部強化醫療與長照接軌及出院準備服務量能，辦理「復能多元服務試辦計畫」，積極推動復能專業服務，把握個案出院後 3 個月內黃金復能期，協助個案自立生活訓練，提高其社會參與及獨立性，進而減輕家屬照顧壓力及照顧成本。截至 108 年 12 月，計有 224 家醫院參與試辦計畫。

六、住宿式服務機構使用者補助方案

為紓解住宿式服務機構使用者及其家屬之經濟負荷，配合財政部 108 年 7 月 24 日公布修正所得

稅法第 17 條，個人綜合所得總額增列長期照顧特別扣除，考量較低所得者無法受益或受益較少，本部「住宿式服務機構使用者補助方案」經行政院於 108 年 9 月 12 日核定。108 年度入住指定機構滿 90 天以上，並訂有排富條款，一年一次性補助，補助金額按綜合所得稅稅率級距 0、5%、12% 採階梯性補助，最高可領取 1 年 6 萬元之補助。截至 108 年 12 月，計有 2 萬 9,744 人申請。

第二章 人力資源發展

第一節 照顧服務人力

一、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推動人力發展措施，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，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，另自 107 年 3 月起，照顧服務員訓練之核心課程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，以利擴大人力來源及促進產學合作交流。

二、吸引投入留用：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。

三、相關政策成效：推估 108 年照顧服務員需求約 3 萬 9 千人，截至 108 年 12 月底實際投入長照領域之在職照顧服務員已達 5 萬 3,212 人，較 107 年底(3 萬 5,081 人)增加 1 萬 8,131 人(成長約 52%)。經本部調查，年資未滿一年的照顧服務員中，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 年規劃與推動各類長照專業人力培訓課程 (Level I ~ Level III)。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，並於 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。

108 年度長照醫事、社工及照顧管理人員資格訓練及繼續教育課程，其培訓對象包含醫師（含牙、中醫師）、護理人員、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師、呼吸治療師、語言治療師、諮商心理師、臨床心理師、社會工作師及照管人員等。至 108 年底已培訓 3 萬餘人次。

» 第三章 溝通宣導與服務品質

第一節 溝通宣導

一、溝通重點：為幫助民眾瞭解長照 2.0 服務內涵，108 年宣導重點包括 1966 長照服務專線、長照給付及支付制度(長照四包錢)、失智照護服務、復能服務、照顧服務員形象，以及「長照特別扣除額」等重要措施。

二、執行情形：

(一) 宣傳素材製作：製作電視廣告、服務短片、微電影、廣播帶、懶人包、摺頁、

單張、海報、布條、貼紙等宣導素材，並掛載於「長照專區」(網址：<https://1966.gov.tw/LTC/mp-201.html>)周知，供社會大眾參考運用。

(二) 多元傳媒投放：透過電視、廣播、戶外媒體、平面媒體及網路媒體(如新聞網、入口網、本部臉書粉絲專頁、Line@ 及「長照專區」網站等)等，依據民眾媒體使用特性進行投放，將長照資訊有效擴散。另透過實體通路，函請 22 縣市政府轉發所轄醫療院所、衛生所、照管中心、村里長辦公室、區公所、戶政事務所、地政事務所等民眾洽公場所，發放海報、摺頁等，並將長照資訊刊登於網頁、公共電子看板、跑馬燈等，以利即時觸及各地民眾。

(三) 辦理宣傳活動：

1. 長照 2.0 在地宣導—「長照知能認證村里長」授證活動：108 年完成辦理巡迴全國 22 縣市宣導活動，向各地村里長解說長照服務內容，提升村里長長照知能，成為第一線重要之長照個案通報者，認證村里長數達 2,491 人，占全國村里長人數約 32.1%。

2. 「全齡快樂進行市」打造未來高齡生活展：於 108 年 11 月 15 至 11 月 19 日假松山文創園區辦理，透過與全年齡層民眾互動，使其體驗老化感受，並建構對高齡生活環境的想像，瞭解長照 2.0 服務資源與成果，期翻轉民眾對於老化刻板印象，擁抱銀髮新生活。

(四) 長照服務專線 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，鼓勵民眾使用。108 年總通話數為 29 萬 2,121 通(較 107 年成長 113%)，108 年平均每日撥打 800 通(較 107 年成長 113%)。



「長照知能認證村里長」授證活動首場於衛福部桃園醫院起跑。



「全齡快樂進行市」高齡生活展開幕記者會，由副總統陳建仁、行政院政務委員林萬億及部長陳時中等啟動開幕儀式。



民眾翻轉各項互動圖卡，了解長照相關資源。透過互動裝置，模擬自己年老後的模樣。

第二節 服務品質

一、為瞭解長照 2.0 服務使用滿意度，本部於 108 年 12 月底進行電話調查，計抽樣 1,203 份，調查結果描述如下：(1)使用者對長照服務使用的整體滿意度達 91.2%、(2)長期照顧服務專線(1966)與長期照顧管理中心(包含到宅訪視時效及說明)滿意度達 94.6%、(3)長期照顧服務對於主要家庭照顧者之整體負擔減輕(包含照顧負擔／心理壓力及服務費用支出)滿意度達 88%。

二、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，依長服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。依長服法第 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；屆期未改善者，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，前兩類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。因應長照機構之新設，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予地方政府參考，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，並已於 108 年底公告評鑑基準。

三、社區整合型服務中心(A單位)之角色功能係協助長照需要者擬定照顧服務計畫、連結長照服務及追蹤服務品質，為確保A單位服務品質，本部於108年公告A單位評鑑作業程序參考範本，以作為地方政府辦理評鑑相關作業參據。

四、為提升老人福利機構服務品質，依本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；若成績評列為丙等以下者，則要求限期改善並另行複評。本部辦理105年度老人福利機構評鑑計134家，每4年接受評鑑1次，評鑑結果為丙等計7家、丁等計1家，經輔導、限期改善後，上開8家再次複評結果為乙等計7家、丙等計1家。(備註：為維公平性，依會議決議，再次複評成績等第最高僅能核列乙等。)評鑑結果如表5-5。

表 5-5 105 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。

五、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，截至108年12月一般護理之家共計554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。於評鑑

後列出請地方主管機關追蹤輔導事項，以利督導考核機構改善情況。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條之2規定應限期改善，以確保機構服務品質水準。評鑑結果如表5-6。

表 5-6 108 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	160	90.4	90.4
不合格	17	9.6	
合計	177	100	



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

6

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、民眾等防治之義務及權利，並讓相關人員執行工作時有所依循。

第一節 傳染病防治法規與架構

一、傳染病防治法規：

《傳染病防治法》及《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》是執行傳染病防治的兩大重要法規。108 年訂定及修正法案，如表 6-1。

二、防疫行政架構

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

三、檢驗架構

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 8 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。另訂有「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

表 6-1 108 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
1 月 31 日	感染性生物材料管理辦法	為強化高危害病原體及生物毒素之生物安全及生物保全管理，避免造成重大生物危害事件，加強該等生物病原管理，以期建立相關流程監管機制。
3 月 29 日	傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	考量全球茲卡病毒感染症疫情持續趨緩，並已建立跨部會聯繫應變機制，且防治作為與登革熱、屈公病大致相同，爰將茲卡病毒感染症調整為第二類傳染病。
5 月 10 日	衛生福利部疾病管制署生物製劑收費標準	因配合藥物優良製造準則之西藥藥品優良製造規範，為維持藥品質量，需提升抗蛇毒血漿製造相關設備及規格，爰依抗蛇毒血清委託製造所需之生產成本，調整收費基準。
6 月 4 日	傳染病防治獎勵辦法	配合茲卡病毒感染症調整為第二類傳染病，為持續強化監視，鼓勵醫事人員發現疑似病例即主動通報，俾及早採取因應作為，爰修正本辦法。

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，由

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

圖 6-1 傳染病防治指揮架構圖

資料來源：衛福部疾管署



第二節 疫情監測與調查機制

疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及建立疾病流行的長期趨勢，做為擬定傳染病防治政策之參考。108 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：108 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，108 年調查 2,005 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，108 年成果如下：

一、108 年結核病新案數 8,732 人，全國發生率為 37 例/10 萬人口，自 94 年以來發生率累積降幅達 49%（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」，106 年世代追蹤之 24 個月的治療成功率为 80%。

四、加強落實接觸者檢查，每一指標結核病人平均追蹤檢查 14 位接觸者，以降低結核病再傳播的風險。

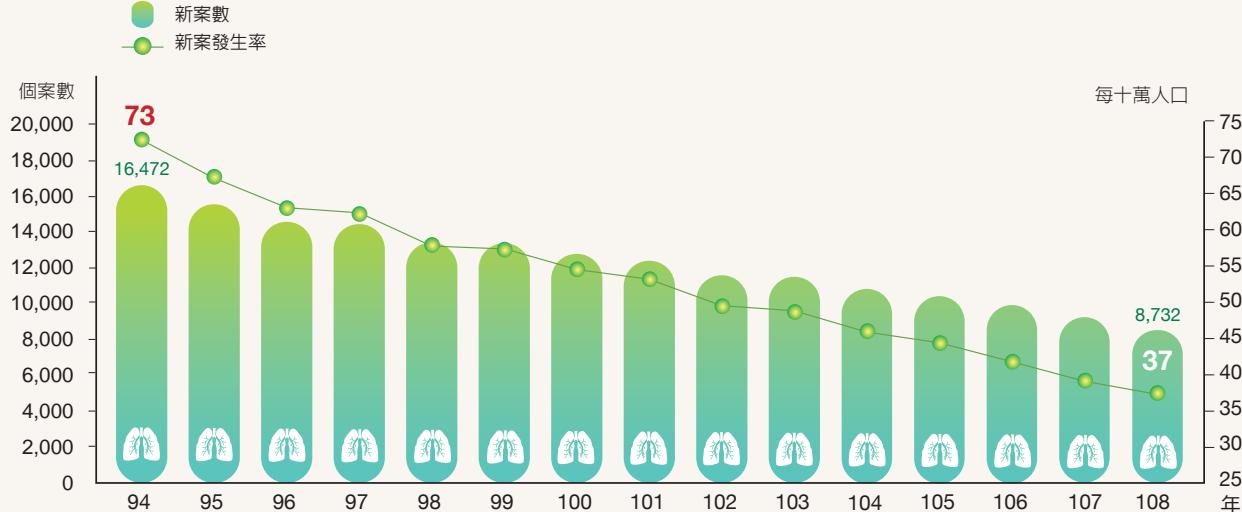
五、擴大推動「潛伏結核感染（Latent tuberculosis infection, LTBI）治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療」，108 年計提供 10 萬 1,842 人 LTBI 篩檢服務，有 1 萬 4,630 人篩檢陽性，加入治療比率達 82%。108 年計提供 1 萬 2,041 人 LTBI 治療服務，有效降低高風險族群未來發病風險。

六、主動積極發現個案，108 年經由胸部 X 光主動篩檢發現 467 例個案。

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



第二節 腸道傳染病防治

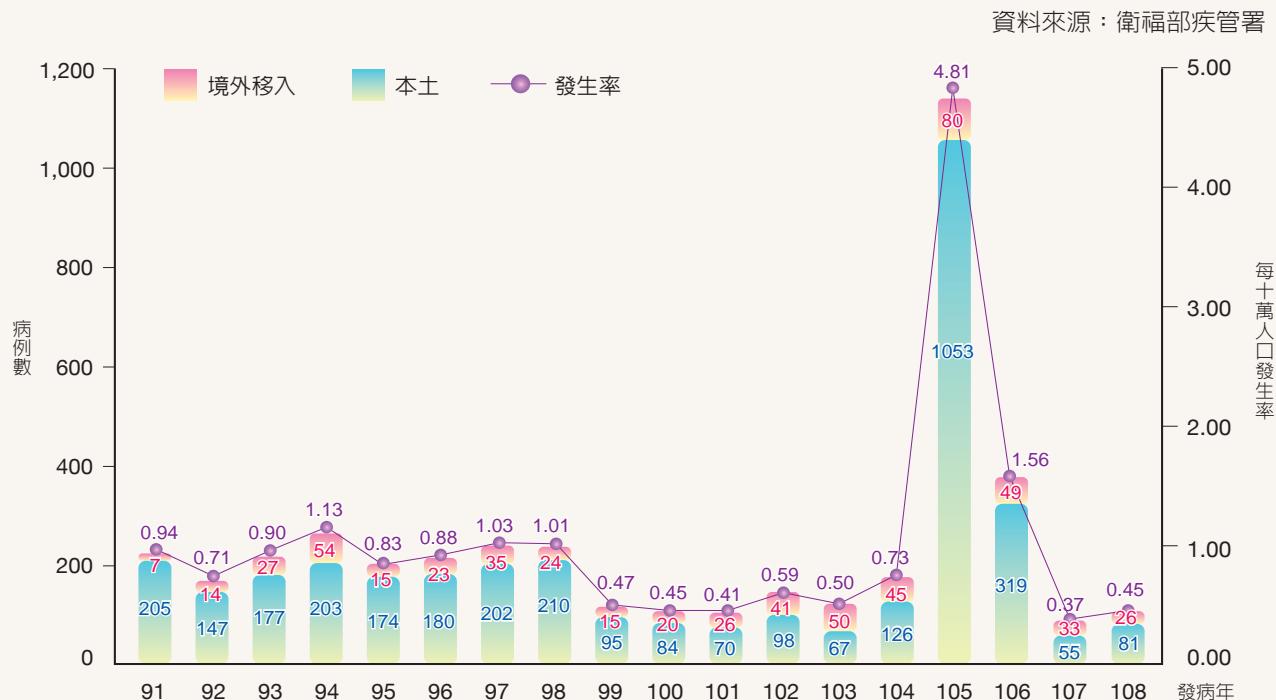
一、腸病毒

108 年腸病毒重症確定病例計 69 例，其中 4 例死亡，致死率為 5.8%，低於前 10 年平均，顯示防治策略已貼近防疫核心。主要防治策略包括透過多元監視系統加強即時疫情監測；與地方政府密切合作，運用在地資源深耕社區衛教，以及加強教托育機構及醫療院所、產後護理機構與其他兒童常出入公共場所之衛生與防治查核；建構腸病毒重症醫療網並指定責任醫院，自 105 年起實施「腸病毒醫療品質提升方案」，並與醫學會合作辦理大型教育訓練，提升醫療體系對於腸病毒重症之應變能力及醫療照護品質。

二、急性病毒性 A 型肝炎

108 年確定病例計 107 例（境外移入 26 例，本土病例 81 例）。依據疫情監測資料，國內急性病毒性 A 型肝炎確定病例自 104 年 6 月持續增加，至 105 年達 1,133 例，為歷年最高，因應急性病毒性 A 型肝炎疫情，於 105 至 108 年間，針對 A 肝確定病例接觸者、新確診淋病、梅毒及 HIV 感染者推動「A 肝確定病例接觸者疫苗免費接種試辦計畫」及「擴大 A 型肝炎公費疫苗接種試辦計畫」，並於 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。107 年至 108 年確定病例數分別為 88 例及 107 例，疫情明顯趨緩，防治措施執行成效良好，如圖 6-3。

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



第三節 病媒傳染病防治

108 年登革熱確定病例計 640 例，其中境外移入病例 540 例，本土病例 100 例，男女性別比為 1.33:1，本土病例主要集中於高雄市及臺南市，其餘 4 縣市僅有零星病例；屈公病累計 116 例，其中境外移入病例 95 例，本土病例 21 例，男女性別比為 1:1.9。108 年登革熱及屈公病境外移入病例數皆為近 10 年最高，但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，屈公病如圖 6-6，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，主動攔檢疑似病

例，並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 抗原快速診斷試劑及加強醫療院所訪視，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。另建置蚊媒地圖，依病媒蚊密度監測結果，每週提供高風險里別資訊，提醒注意並鼓勵主動清除孳生源。

圖 6-4 歷年登革熱確定病例數統計圖（本土病例）

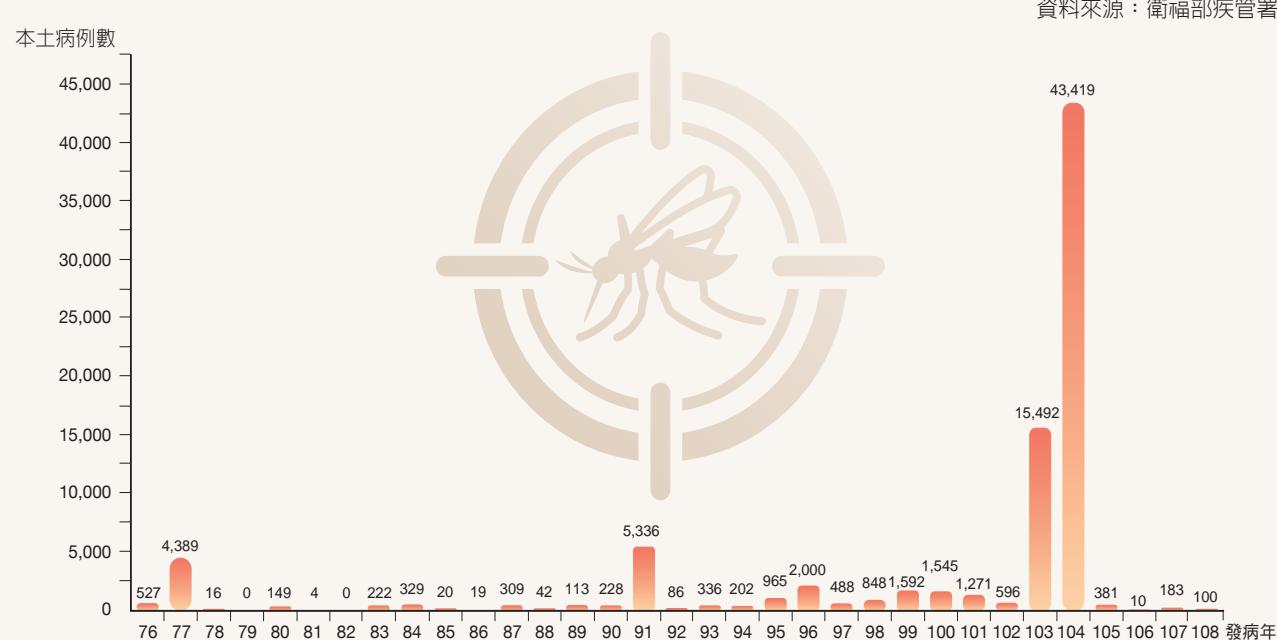


圖 6-5

歷年登革熱確定病例數統計圖（境外移入）

境外移入
病例數

資料來源：衛福部疾管署

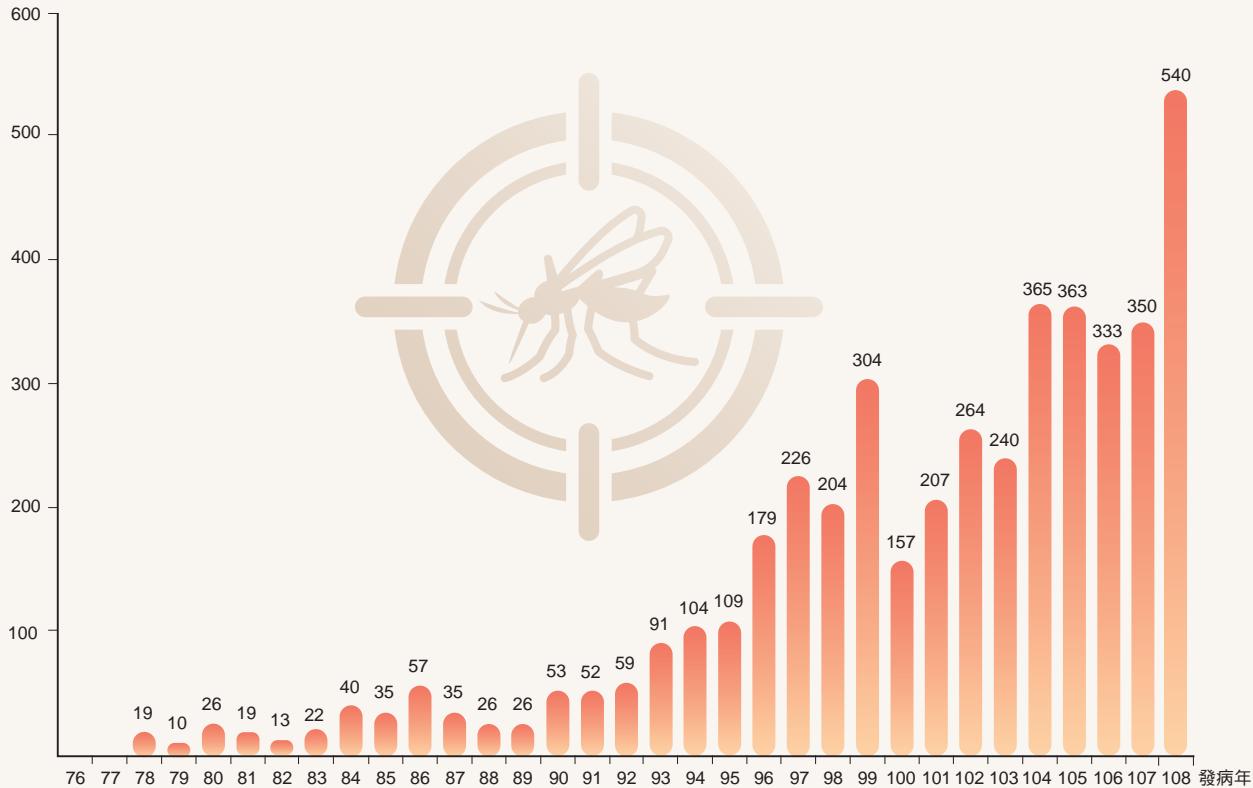


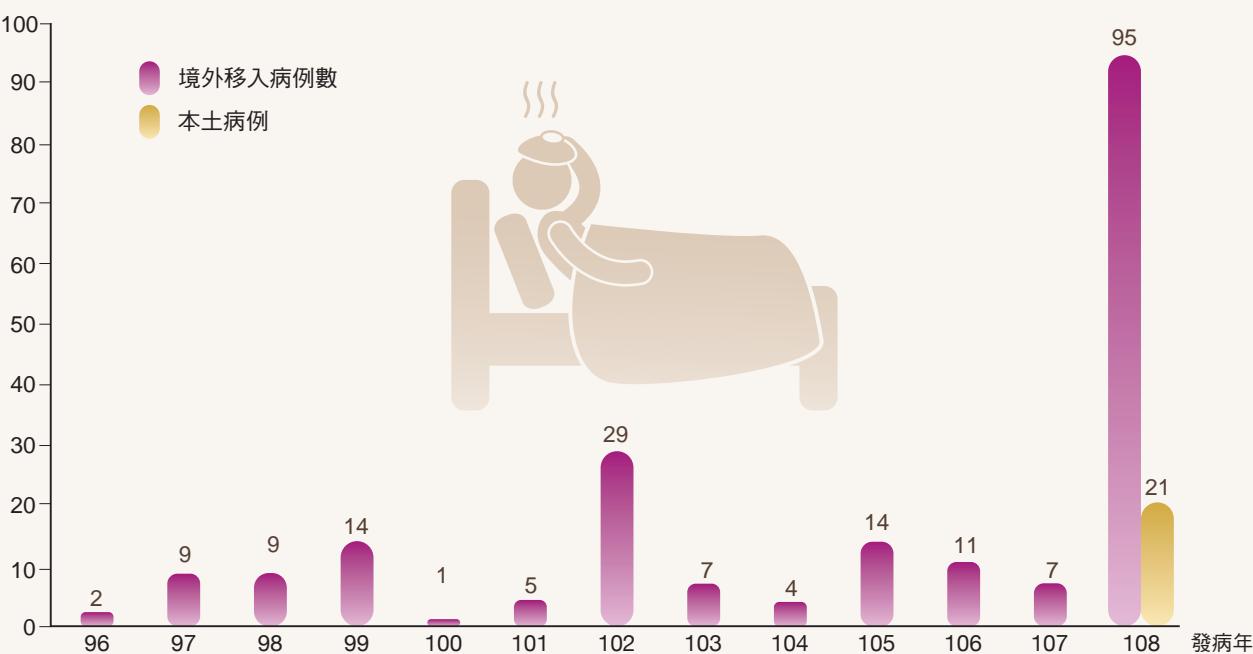
圖 6-6

歷年屈公病確定病例數統計圖

病例數

資料來源：衛福部疾管署

境外移入病例數
本土病例



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 108 年底累計通報 3 萬 9,667 例本國籍感染者，其中 1 萬 8,856 例發病，6,994 例死亡。108 年新增感染者 1,755 人，相較 107 年新增感染者 1,991 人，降幅 12%；男女性別比為 38:1；新增感染者 95% 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 83%。108 年防治成果如下：

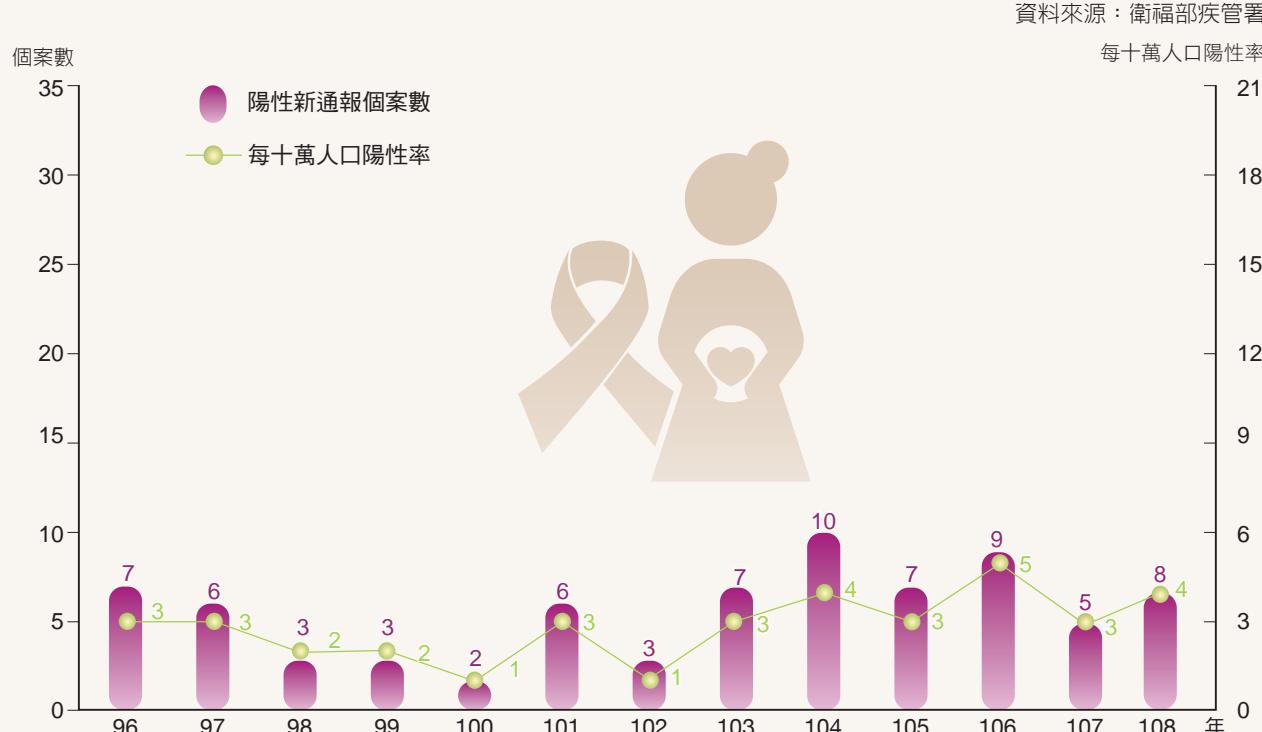
- (一) 為使男男間性行為者獲得適當介入服務，推動設置 5 家同志健康社區服務中心提供愛滋醫療諮詢門診、篩檢或衛教諮詢等服務，108 年提供約 1 萬人次篩檢服務。
- (二) 持續辦理藥癮愛滋減害計畫，新通報個案之藥癮者占比由 94 年 72% 降至 108 年 1%。

(三) 為兼顧民眾隱私及便利，提供民眾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」，提供約 3 萬 8 千人次篩檢服務；108 年亦透過人工發放點、自動服務機及網路訂購超商取貨通路提供愛滋自我篩檢試劑，計服務 5 萬 4 千人次。

- (四) 持續推動「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 1,620 人整合性照護服務。
- (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。108 年篩檢發現 8 名新診斷懷孕中的感染者，經預防措施，沒有發生母子垂直感染個案。如圖 6-7。

圖 6-7

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

108 年急性病毒性 B 型及 C 型肝炎確定病例分別為 111 及 627 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

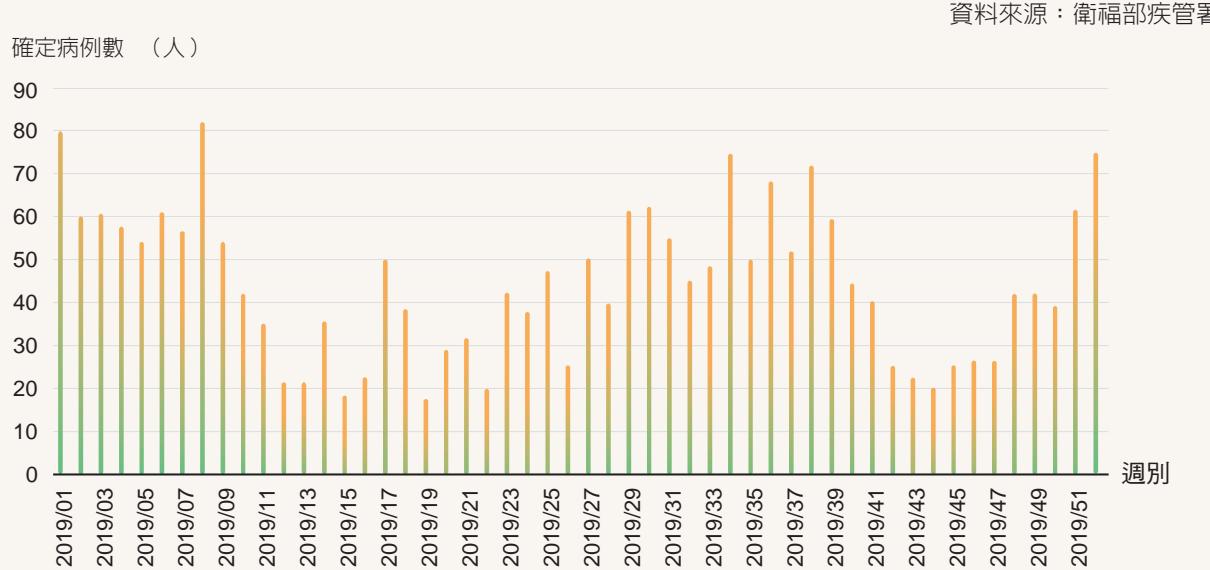
一、108 年流感併發重症確定病例共計 2,325 例，其中 388 例死亡，致死率為 16.9%，如圖 6-8。

二、108 年 11 月 15 日起辦理「流感疫苗接種計畫」

108 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。108 年度共計接種約 599 萬 7 千劑。

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。

圖 6-8 108 年流感併發重症確定病例圖



第六節 新興傳染病防治

一、辦理直轄市及縣(市)政府生物病原重大人為危安事件或恐怖攻擊應變兵棋推演計 16 場次及實兵示範觀摩演習 1 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、參與行政院「108 金華演習實兵演練暨海安十號演習」1 場次，參演項目為無人飛行載具核生化應變演練，針對不明粉末進行現場生物病原快篩與初判作業。

三、建立國際交流網絡，增加國際能見度：

(一) 分別於 108 年於 7 月、8 月及 11 月派員赴美國、新加坡及瑞典參加生物病原災害緊急應變與整備研習、第十屆流感防治研討會(Options for the Control on Influenza X) 及 2019 年歐洲應用傳染病流行病學科學研討會(ESCAIDE 2019)。

(二) 辦理「108 年新興傳染病防治暨臨床照護研討會」，邀請香港及國內傳染病疫情應變整備專家擔任講座。

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

108 年總入境人數 2,903 萬 3,313 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 7,335 人次，其中確診罹患法

定傳染病個案計有 289 例。另 COVID-19 疫情爆發資訊未明之初，臺灣已於 108 年 12 月啟動應變措施，並針對武漢直航入境班機進行登機檢疫，避免境外移入個案造成疫情擴散。

二、旅遊傳染病防治

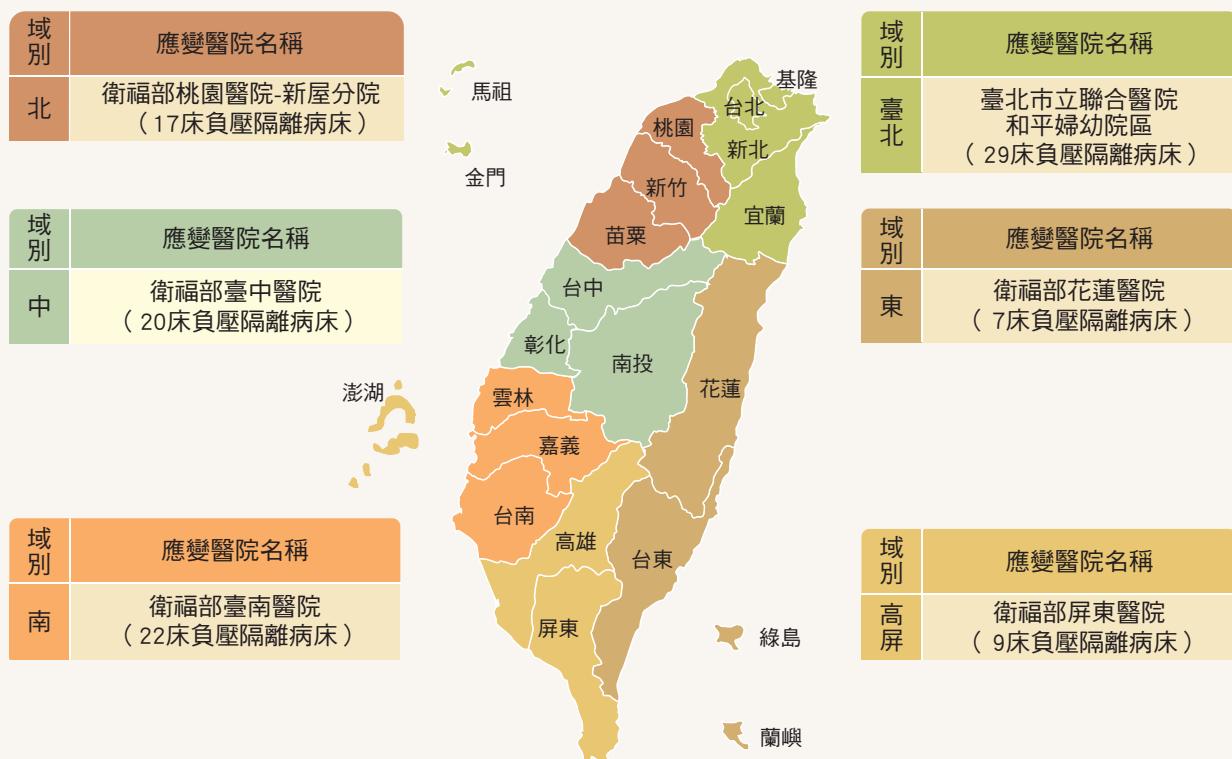
設立旅遊醫學特別門診，提供民眾出境前旅遊諮詢、預防接種及預防用藥等服務，全國 32 家合約醫院，108 年服務量達 3 萬 8,337 人次。

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 6-9，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。

圖 6-9 傳染病防治醫療網

資料來源：衛福部疾管署



備註：108 年指定隔離醫院共 132 家，並於每網區指定 1 家應變醫院與 1 家支援合作醫院。

第一節 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，有效因應國內禽流感疫情

- (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 100%。
- (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，並提供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，108 年共計 229 家醫院接受實地訪查，合格率為 95.9%，未合格之醫院複查均合格。

二、108 年辦理一般護理之家、精神護理之家及兒童及少年安置及教養機構感染管制查

核，實地查訪 358 家一般護理之家、35 家精神護理之家及 118 家兒童及少年安置及教養機構，合格率分別為 99.7%、100% 及 100%，未合格之機構複查均合格。

三、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 108 年已有約 150 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。

四、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。

五、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 14 家設置單位 21 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. 查核國內設有管制性病原及毒素實驗室／保存場所之 7 家設置單位，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 14 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 108 年止，國內已有 74 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 108 年底，國內持有、保存、使用第二級危險群 (Risk Group 2, RG2) 以上病原體及生物毒素之設置單位共計 600 家，其類型及家數統計如表 6-2。

表 6-2

108 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 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	25	171	68	300	564	570
生物安全專責人員	0	0	0	6	6	

備註：國內持有、保存、使用 RG2 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 15 萬 509 件，檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計 1 萬 9,191 件，陽性率為 12.8%。

二、應用「全基因體序列分析」於結核病群聚事件調查，改善個案關聯性之精準度及建置基因資料庫。

三、執行新南向結核病防治交流合作計畫，與越南結核菌實驗室雙向交流及互訪，提供生物安全運作、檢驗品質管理及各項抗藥性試驗技術建立之協助。

四、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「抗藥性結

核病計畫管理國際研習營」，邀請包括新南向國家共 8 個國家，共同就抗藥性結核病管理、治療及診斷等各面向深入探討；此外亦特別安排我國結核病篩檢活動之觀摩及治療團隊經驗分享，期透過國際間的經驗交流，提升抗藥性結核病區域聯防量能，防範傳染病對全球造成之威脅。

五、監測檢驗 1 萬 4,034 件蟲媒病毒檢體，驗出 541 例登革熱、4 例茲卡 (Zika) 病毒感染個案及 97 例境外移入屈公 (Chikungunya) 病毒感染個案，阻絕疫情於境外。同時檢驗出 100 例本土登革熱、21 例本土屈公病、21 例日本腦炎、449 例恙蟲病、30 例地方性斑疹傷寒及 3 例漢它病毒感染，即時提供蟲媒防疫作為與診治參考依據。

- 六、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。
- 七、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。
- 八、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。
- 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 3 萬 4,800 筆基因序列資料，新增保存流感病毒 1,308 株、腸病毒 2,024 株及細菌株 4,232 株等生物材料；同意 14 件學術單位的生物材料申請案，有助於學術研究及試劑開發。
- 十、協助疑似血液透析室 C 型肝炎群聚事件的疫情調查，分析 11 案，確認 3 案具高度關連性，其餘 8 案研判並無相關。
- 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。共分析疑似案件 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。

» 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，現行兒童預防接種時程可上衛福部疾管署網頁查詢，網址：<https://www.cdc.gov.tw/Category/List/lpWZqtnmkJfQPfgnaP4lnw>。

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 6-10。對於因預防接種而受害者，設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

第二節 血清疫苗研製

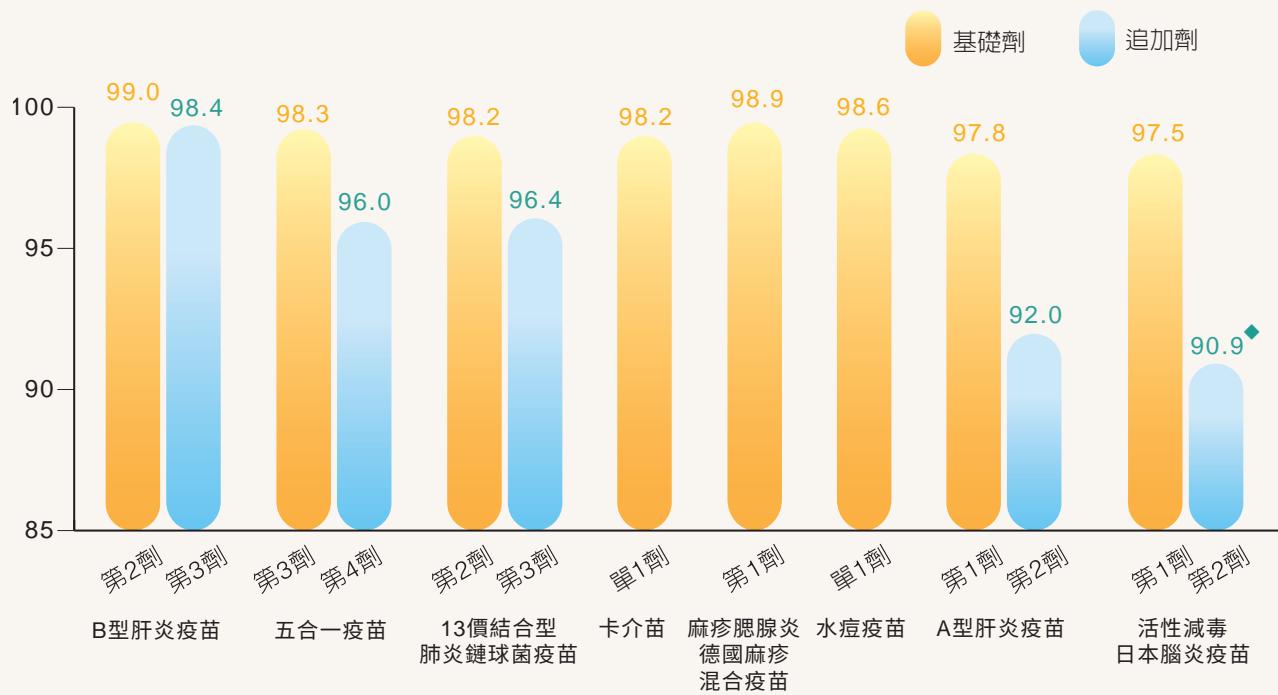
為保障國人健康，本部疾管署自行生產抗蛇毒血漿原料，並以委託製造方式，由國家衛生研究院生物製劑廠將抗蛇毒血漿製成抗蛇毒血清製劑，以治療毒蛇咬傷病人。

- 一、生產抗蛇毒血漿 465.8 公斤。
- 二、委託國家衛生研究院生物製劑廠製造抗蛇毒血清製劑 4,200 劑。
- 三、供應國內毒蛇咬傷病人所需血清製劑 3,971 劑。

圖 6-10

108 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：

◆ 少部分完成 3 劑不活化日本腦炎疫苗之幼童，於滿 5 歲至入國小前才銜接完成 1 劑活性減毒日腦疫苗。

※ 統計時間：截至 108 年 12 月底



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。



7

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眾健康為核心價值，108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）持續深化執行「食安五環」政策，從源頭管理、生產管理、市場查驗、廠商責任及全民監督等五大面向跨域整合，共構完善的食品安全防護網。

表 7-1 108 年核可之特定食品及食品添加物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	6,982
	健康食品	388
	基因改造食品	149
特殊營養食品	特定疾病配方食品	230
	嬰兒配方奶粉及較大嬰兒配方輔助食品	118
	國產維生素類錠狀、膠囊狀食品	1,239
	真空包裝黃豆即食食品	72
	食品添加物	6,033
	總計	15,211

第二節 食品源頭管理

一、擴大查核品項，強化邊境管制

(一) 108 年修正「輸入食品系統性查核實施辦法」，新增納入 3 項乳製品及其他鹿來源產品號列；另依據食安法第 30 條規定，增修訂南瓜子、生鮮水產

品等 27 項輸入查驗貨品項目，累計 2,640 項輸入貨品須經邊境查驗，始得輸入。

(二) 108 年查驗約 71 萬 8,766 批食品及相關產品，不合格產品均依規定辦理退運或銷毀。

第一節 食品法規標準及產品審查

一、法規標準

為健全我國食品管理相關規範，108 年修正「食品安全衛生管理法」（下稱食安法）及「健康食品管理法」，並檢討其相關規範，總計增修訂逾 40 項法規，詳細資訊可至食藥署網站 (<http://www.fda.gov.tw/>) 首頁>公告資訊>公告項下查詢。

二、產品審查

108 年辦理特定食品及食品添加物相關查驗登記如表 7-1。

二、促進國際交流，逐步開拓海外市場

食藥署透過跨部會合作機制，竭力協助我國



歐盟執委會健康暨食品安全總署於 108 年來臺實地查核

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、動物用藥、重金屬及真菌毒素等物質，辦理後

食品業者將產品輸銷國外，提升我國食品產業之國際競爭力。



市場監測計畫，108 年度完成 1 萬 835 件食品抽驗，結果如表 7-2。

表 7-2 108 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	5,164	4,679	90.6
市售食品動物用藥殘留	4,260	4,239	99.5
市售食品真菌毒素含量	800	761	95.1
市售食品重金屬含量	611	606	99.2

二、專案稽查抽驗

108 年度國內業者查核逾 15 萬家次，其中 GHP 初查合格率達 8 成、複查合格率達 9 成以上；食品及相關產品查核及抽樣檢驗 46 萬件，合格率達 99%。

三、透過境外源頭實地查核、邊境輸入查驗管控及後市場加強查驗等方式，提升後市場流通之進口食品衛生安全。於後市場抽驗進口農產品及禽畜水產品，特別針對不合格率較高之農產品加強監測。108 年度合格率為 97.9%。

第四節 食品安全衛生管理

一、我國法規與國際接軌

為與國際規範調和，108 年檢討農藥、動物用藥、食品添加物及各項食品衛生標準等，累計增修訂 7,244 項農藥殘留容許量；1,439 項動物用藥殘留容許量；792 項食品添加物之使用範圍、限量及規格標準；以及 28 項食品衛生標準。

二、精進食品業者登錄制度

為提升食品物流（含美食外送平台）管理，108 年 4 月 26 日公告明定應辦理登錄之「物流業者」規模及實施期程。截至 108 年底，食品業者登錄總數約 47 萬家次。

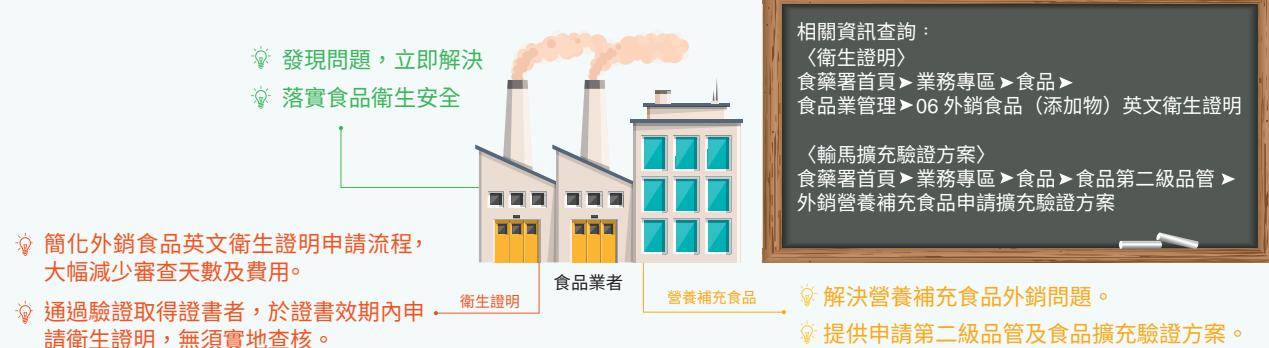
三、食品工廠自主管理提升

108 年擴大要求「所有類別」的食品工廠應設置衛生管理人員。

第五節 食品衛生安全管理系統驗證

依食安法第 8 條第 5 項規定，經中央主管機關公告類別及規模之食品業者，應取得衛生安全管理制度之驗證。截至 108 年底，已完成 10 個業別共 456 家食品業者之驗證評核，包括資本額新臺幣（下同）3,000 萬以上之食用油脂、大宗民生物資，以及不分資本額之罐頭食品等。另業者如通過「第二級品管」附加「擴充方案」驗證，食藥署可出具 GMP 等效性核備函，幫助業者產品外銷，如圖 7-1。

圖 7-1 通過食品衛生安全管理系統驗證之效益



第二章 藥品管理

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

第一節 藥品法規標準及產品審查

一、持續健全藥物相關管理規範，108 年藥政管理法規共增修訂相關法規 9 項如表 7-3，詳細資訊公開於食藥署網站>業務專區>藥品>政策 / 法規 / 公告專區>藥品相關公告>正式公告。

表 7-3

108 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
2 月 14 日	修正「藥品查驗登記審查準則」部分條文	配合線上申請（E-submission），簡化審查流程，並使消費者便於判斷製造日期及保存期限之標示。
3 月 6 日	公告「西藥專利連結協議通報辦法」	為避免不公平或限制競爭之協議，阻礙其他學名藥之上市，依藥事法第四十八條之十九第二項授權訂定本辦法。
4 月 2 日	公告「斷層掃描用正子放射同位素優良調製作業指引」	進一步提升醫療院所調製正子藥物之品質，確保民眾用藥安全。
5 月 20 日	公告含 benzocaine 成分藥品用於兒童之臨床效益與風險再評估相關事宜	含 benzocaine 成分藥品可能引起罕見但嚴重的變性血紅素血症（methemoglobinemia），且用於兒童之風險更高，故重新評估其使用於兒童之臨床效益及風險。
7 月 1 日	公告「西藥專利連結施行辦法」	依藥事法授權就相關事項訂定本辦法，以利西藥專利連結制度之施行。
7 月 31 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」	刪除原公告高關注類別三十八品項，新增高關注類別三十八品項及含麻黃素或假麻黃素製劑（不含管制藥品）。
8 月 20 日	公告「西藥專利連結施行辦法」施行日	行政院公告訂定藥事法第四章之一西藥專利連結於 8 月 20 日施行，配合藥事法訂定子法於同日施行日。
11 月 18 日	公告「小兒或少數嚴重疾病藥品審查認定要點」	鼓勵藥商研發治療小兒或少數嚴重疾病之藥品，特制定本要點，精簡並加速該類藥品之審查程序。
11 月 18 日	修正「新藥查驗登記精簡審查機制」、「新藥查驗登記優先審查機制」、「新藥查驗登記加速核准機制」及「藥品突破性治療認定要點」	<ol style="list-style-type: none"> 針對 FDA、EMA 及 PMDA 已核准上市的新成分新藥，修正精簡審查程序。 針對國人生命及健康維護有迫切需求的藥物，修正新藥優先審查及加速核准機制。 針對治療我國嚴重疾病或罕見疾病且經早期臨床證據顯示相較於現行療法具重大突破性改善之藥品，修正突破性治療認定要點。

二、藥品查驗登記管理：108 年國內臨床試驗申請新案 291 件，藥品臨床試驗報告案 182 件，核准 100 件新藥、146 件學名藥申請案。



第二節 藥品源頭管理

- 一、截至 108 年底，國內西藥製劑廠全面符合 PIC/S GMP 規範計 143 家，輸入藥品國外藥廠為 941 家（分布於 50 國）。
- 二、截至 108 年底，國產原料藥已有 27 家藥廠 264 品項符合 PIC/S GMP 規定，取得 GMP 備查之輸入原料藥許可證共 1,697 張。

第三節 藥品品質鏈監測

- 一、為確保藥品儲存與運輸品質，本部持續實施優良運銷規範（GDP），要求批發須冷鏈運銷藥品之販賣業者，應於 110 年底前符合。截至 108 年底，已有 691 家符合 GDP。

二、藥物品質監測

- (一) 108 年接獲 1,063 件疑似品質瑕疵事件通報，其中 7 項經評估後啟動回收；主動監控 1,436 則國外藥品品質警訊，並摘譯 44 件相關警訊公布於食藥署網站「通報及安全監視專區」。
- (二) 108 年辦理 433 批生物藥品檢驗封緘，共 1,498 萬 3,050 劑，成功攔阻 2 批共計 1 萬 700 劑運送溫度紀錄不符規定之疫苗。
- (三) 108 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

108 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 (%)
特定複方胃腸藥（含 Dicyclomine hydrochloride 成分）、肝炎用藥（含 Entecavir 成分）、泌尿生殖用藥（含 Tamsulosin hydrochloride 成分）、降血糖藥（含 Gliclazide 及 Metformin 成分）及降血脂藥（含 Rosuvastatin 成分）等口服製劑之品質監測	119	116	97.5

- 三、「偽劣假藥聯合取締小組」自 99 年成立後，每年平均查獲率由小組成立初期的 11.81% 大幅下降至 108 年之 2.66%，如圖 7-2。108 年衛生機關核處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計 6,255 件，罰鍰金額共 1.81 億元，每年平均廣告違規率由 99 年之 13.93% 降至 108 年之 4.89%，如圖 7-3。

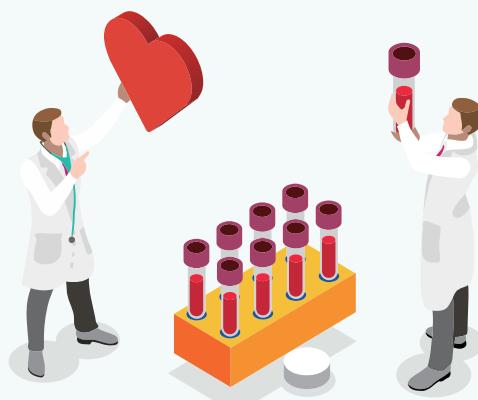
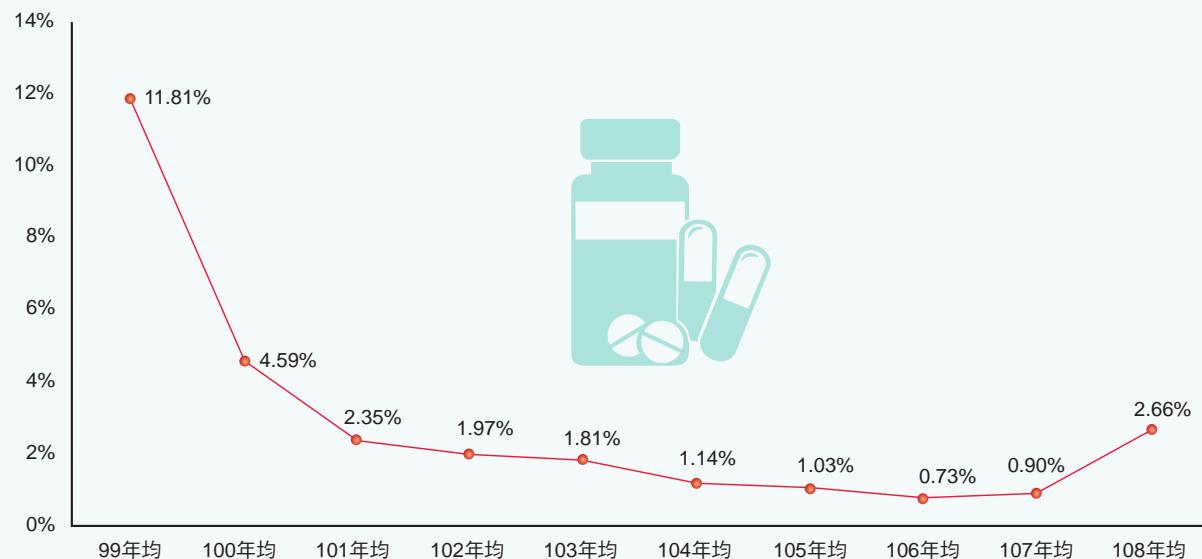


圖 7-2 99-108 年不法藥物查獲率

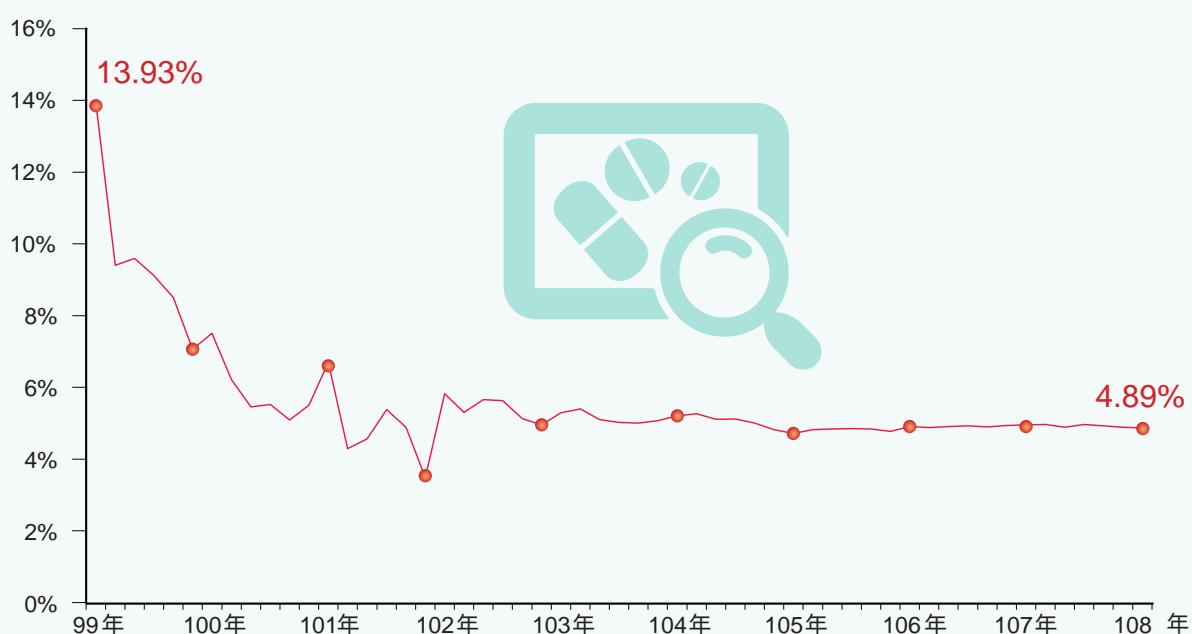
資料來源：衛福部食藥署

不法藥物查獲率

**圖 7-3 99-108 年食品藥物廣告違規率**

資料來源：衛福部食藥署

廣告違規率



第四節 藥品安全管理

- 一、108 年藥品安全監控：接獲 1 萬 5,747 件國內藥品不良反應通報、監控 88 則國內外藥品安全警訊、進行 34 項藥品安全性評估及發布 21 則藥品風險溝通表。
- 二、108 年受理藥害救濟申請案計 199 件，審定救濟給付 117 件，給付率 63.2%，給付金額總計 1,993 萬 8,310 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 108 年召開 2 次「衛生福利部管制藥品審議委員會」，並於 108 年 1 月 2 日、4 月 11 日及 12 月 5 日公告增列管品項共 30 項。
- 二、截至 108 年底，領有管制藥品登記證之機構業者計 1 萬 5,905 家，領有使用執照之專業人員計 5 萬 8,840 人。
- 三、108 年執行流通管理實地稽核共 1 萬 7,678 家，查獲違規比率 3.51%，並予以處辦。
- 四、落實新世代反毒策略，108 年以「手持式拉曼光譜分析儀」進行藥品原料藥邊境抽批查驗共 8,297 批，查驗結果均符合規定，同時建立光譜圖資料庫（含原料藥、毒品及管制藥品等）共 1,669 項，籌獲 98 項毒品及新興成分標準品與建構 85 項標準品質譜圖資料庫，並積極開發建議檢驗方法。
- 五、培訓 136 位藥物濫用防制人才及成立 8 家反毒教育資源中心，結合 183 個外展點，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

第六節 中藥管理

- 一、為促進中醫藥永續發展，保障全民健康福祉，本部制定中醫藥發展法，於 108 年 12 月 31 日總統公布實施，確立國家中醫藥發展基本原則，建立臺灣中醫藥新的里程碑。
- 二、為提升中藥製劑品質，本部於 108 年 10 月 7 日修正發布「藥品查驗登記審查準則」第 74 條、第 77 條之一，要求中藥製劑之檢驗規格應符合收載於臺灣中藥典或中華藥典最新版之規定。
- 三、臺灣中藥典第三版自 108 年 6 月 1 日實施，正文共收載 357 個品項，新增收載中藥材 55 項藥材、2 項中藥濃縮製劑及 6 項臺灣本土中藥材，以科學化與系統性方法，健全中藥材品質管制規格。配合中藥典實施，108 年 12 月出版臺灣中藥典第三版英文版，提供中藥廠商外銷藥品參考，促進臺灣中藥典國際化。
- 四、108 年有 91 家 GMP 中藥廠，依藥物製造業者檢查辦法規定，完成 47 家後續查廠作業，合格率達 93.6%。
- 五、配合 109 年 1 月 1 日起中藥廠實施確效作業，成立專家輔導團進行實地訪視，108 年度共輔訪 31 廠次，並辦理 16 場次教育訓練課程。
- 六、執行人參、當歸等 21 項中藥材邊境查驗，108 年業者報驗 4,010 批（1 萬 3,582 公噸），經檢驗 24 批不合格，並依法退運或銷燬。另進行市售中藥（材）品質監測，檢驗重金屬、二氧化硫、黃麴毒素等，108 年抽驗 602 件，經檢驗 23 件不合格，不合格產品均依法處辦。108 年查處違規中藥廣告，行政處分 630 件，計罰緩 1,603 萬元。

七、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。另為推廣民眾中藥知識，辦理「2019 中藥文化巡禮 漫步大稻埕 本草親體驗」活動，約 3,500 人參與。

◎ 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，108 年增修訂如表 7-5。
- 二、108 年完成 158 件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，平均審查天數為 151 天，與世界各國相當；增修訂採認 1,051 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 7-6。

表 7-5 108 年醫療器材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
7 月 29 日	公告修正「醫療器材管理辦法」第 8 條及第 3 條附件一草案	增修醫療器材分類分級品項名稱及鑑別內容，以明確鑑別內容、使用情形及接軌國際間管理模式。
8 月 14 日	公告「108 年度醫療器材採認標準清單」	公告採認 1,051 項國際醫療器材標準，以確保上市產品之安全與有效。
9 月 2 日	公告「樹脂牙材（F.3690）」及「血管移植彌補物（E.3450）」臨床前測試基準	提供做為廠商研發相關產品及查驗登記時之參考，亦可供審查人員依循，確保上市產品之安全與有效性。
11 月 18 日	公告「適用於製造廠之醫療器材網路安全指引」	針對醫療器材製造廠，提供產品設計、研發、申請查驗登記時以及產品上市後應考量之網路安全相關要點。

表 7-6 108 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	特定用途化粧品查驗登記
收件數	5,244	1,497
結案數	5,113	1,495

許可證張數：醫療器材 4 萬 5,839 張、含藥化粧品 1 萬 4,687 張。

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

法於 108 年 12 月 13 日經立法院三讀通過，109 年 1 月 15 日總統令公布，全案 85 條，

新法上路後，將更加保障國人使用醫療器材之安全、效能及品質，為我國醫療器材管理，開啟嶄新的扉頁。

四、成立全方位醫材及化粧品法規諮詢輔導網絡，接獲 2 萬 1,733 通諮詢電話、1 萬 2,808 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，成功輔導動力式下肢外骨骼肢體裝具、磁控上消化道內視鏡等國產新興醫材核准上市。

五、因應國際法規協和化，「化粧品衛生安全管理法」案經總統於 107 年 5 月 2 日公布，並由行政院核定，除化粧品應標示事項相關規定自 110 年 7 月 1 日施行外，其餘自 108 年 7 月 1 日施行，108 年依母法授權，公告 30 項子法及法規命令，加速建構優質化粧品使用環境。

第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

- 一、截至 108 年底止，有效國產醫療器材優良製造規範 (GMP) 認可登錄 809 件、輸入醫療器材品質系統文件 (Quality System Documentation, QSD) 認可登錄 4,549 件。另符合自願性化粧品優良製造規範 55 家。
- 二、截至 108 年底，化粧品產品登錄平台共登錄產品 3 萬 1,241 件，較 107 年增加 1 萬 5,177 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 7-7。
- 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如表 7-8。

表 7-7 108 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 (%)
市售醫用口罩之品質監測	33	28	84.8	30	90.9
導尿管之無菌性及球囊可靠度監測	25	22	88.0	19	76.0
醫療器材總計	58	50	86.2	49	84.5
市售指甲油甲醛、甲醇、苯及鄰苯二甲酸酯類成分之品質監測	50	49	98.0	46	92.0
市售化粧品中黃樟素之品質監測	20	19	95.0	20	100
市售化粧品中防腐劑品質監測	100	100	100	91	91.0
化粧品總計	170	168	98.8	157	92.4

表 7-8

108 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	查核件數	標示合格件數	標示合格率 (%)
牙科骨內植體	63	58	92
非動力式治療床墊	10	10	100
網路販售醫材 (含隱形眼鏡、耳溫槍、血壓計、血糖機等 4 項)	162	100*	62
牙齒美白化粧品、香粉類化粧品	58	53	91

* 網路販售醫材之違規樣態以未領有藥商許可執照居多

第四節 醫療器材及化粧品安全管理

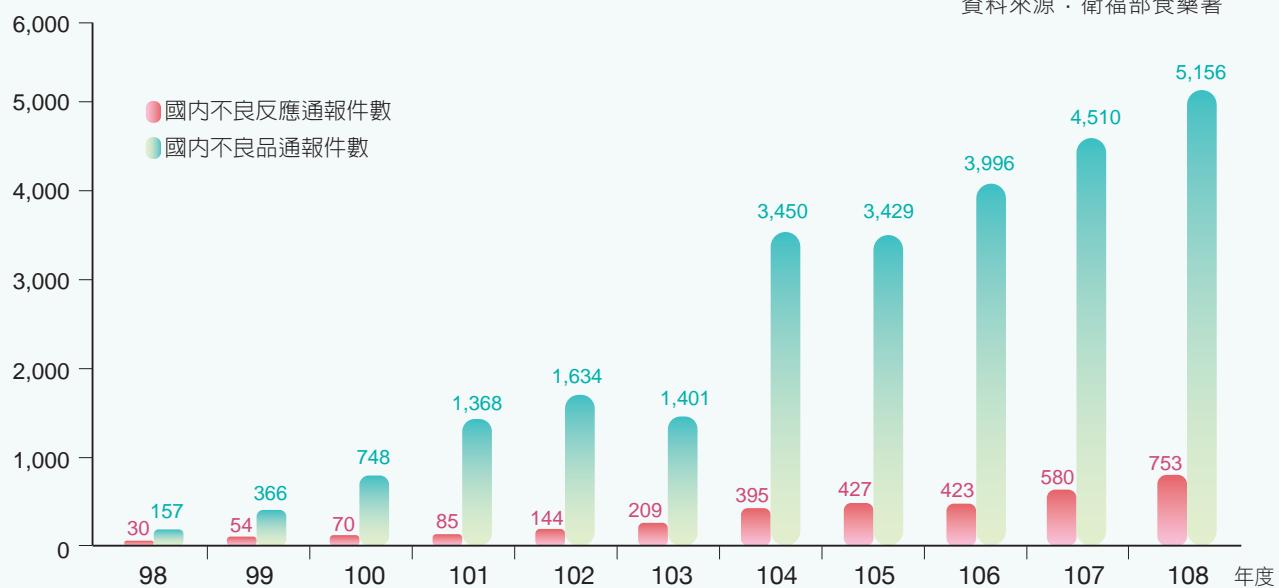
一、108 年醫療器材不良品及不良反應通報分別為 5,156 件及 753 件如圖 7-4，主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊 2,081 則，摘譯公告 175 則警訊，提供各界參考。

二、108 年化粧品不良事件通報 94 件，監控化粧品 228 則安全訊息，並發布安全紅綠燈 183 則。

圖 7-4

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，以守護食藥安全。108 年檢驗 5,249 件，檢驗項目達 2 萬 262 次，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，108 年公告新增及修正食品類檢驗方法 25 篇、建議檢驗方法食品類 43 篇、化粧品類 4 篇、醫療器材類 1 篇、藥品及濫用藥物類 5 篇。
- 三、108 年參與 16 場食品、藥品及醫療器材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、108 年辦理「2019 亞太國際新興影響精神物質及不法藥物檢驗技術研討會」等會議，進行技術交流及經驗分享。
- 五、食藥署於 108 年 11 月 20 日與 EU OCABR network 簽訂「參與歐盟生物藥品官方批次放行網絡活動瞭解備忘錄」，共享生物藥品批次放行及不合格藥品後續追蹤等資訊。

第二節 風險管理及危機處理機制

一、組織風險管理：

108 年 10 月 24 日舉行「風險管理及危機處理研討會」，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，並於 108 年 8 月 15 日辦理「複合性災難之風險治理」課程，以災害之準備應變處理進行說明，參訓人數共計 208 名。

二、重大事件危機處理：

107 年 12 月 19 日成立「食藥署非洲豬瘟緊急應變工作小組」，迄今持續辦理包括「網路平台管理及宣導」、「加強邊境管制及後市場查核」、「屠宰場聯合稽查」及「非洲豬瘟之檢驗研究」等應變作為及事務。

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 90%。截至 108 年底，計 1,090 品項通過衛福部食藥署實驗室認證，專責項目通過認證比率達 98.3%。
- 二、為擴大國內檢驗量能，通過衛福部認證之民間檢驗機構家數及項目數已達 144 家、1,718 品項，較去年成長 9.9%，如圖 7-5、圖 7-6；食品藥粧能力試驗滿意度達 87.5%。
- 三、為因應沙坦類藥物含致癌成分的不純物事件及胃藥成分 Ranitidine 原料藥不純物事件等，辦理民間實驗室緊急動員作業，並各公布可檢測相關不純物成分之實驗室名單 3 家次及 4 家次。

圖 7-5 認證檢驗機構家數成長情形

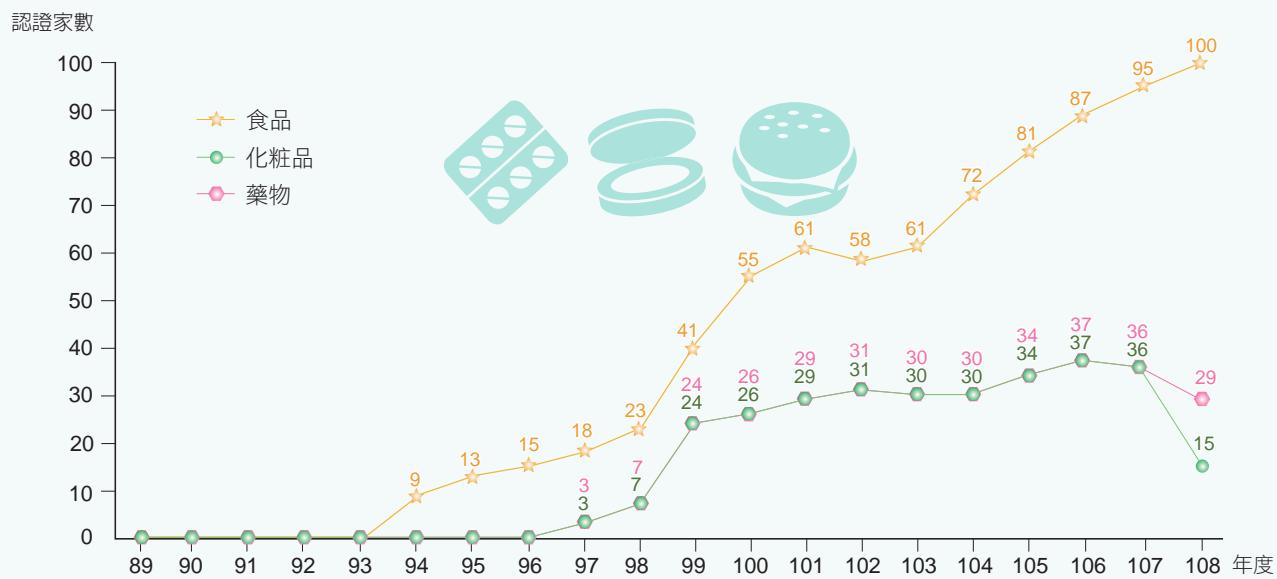
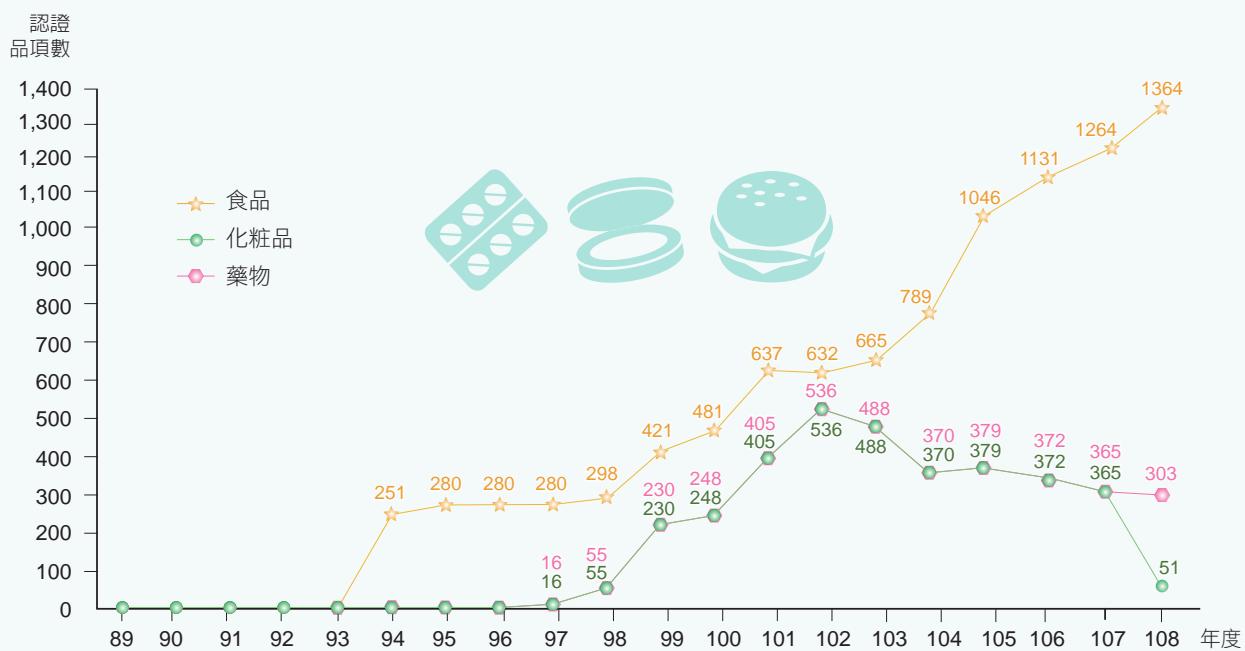


圖 7-6 認證檢驗機構認證品項數成長情形



» 第五章 消費者保護與宣導

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

第一節 消費者即時資訊提供

一、架設「食藥好文網」（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」專區，持續蒐集網路食藥迷思及破解謠言，截至 108 年底，文章數超過 430 篇，累積 216 萬 1,483 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 11 萬人以上。

三、透過「食藥闢謠專區」，蒐集網路不實謠言，發布 400 則闢謠，專區點閱率達 3,157 萬次，媒體報導轉載約 2,700 則以上。

四、設置「新興濫用藥物資訊專區」，提供民眾查詢我國新興影響精神物質檢出情形、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、「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」及年報（如右圖）等資訊。

第二節 消費者溝通與宣導

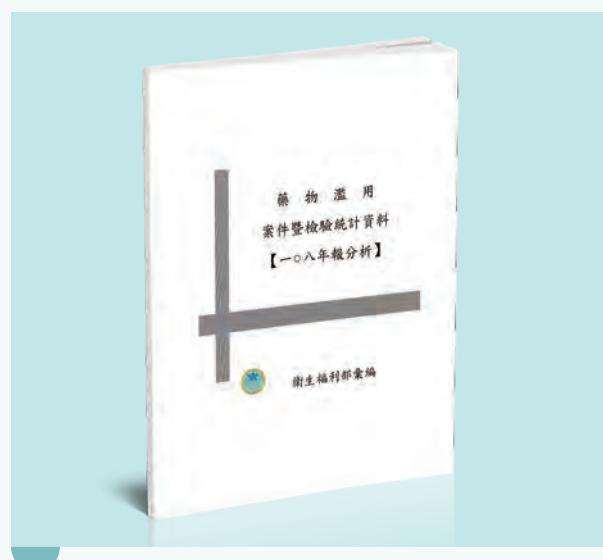
一、全國食安專線「1919」及為民服務專線「02-2787-8200」，108 年全年服務量逾

6.4 萬通，接聽率已提升至逾 9 成，滿意度達 80% 以上。

二、食藥署於 108 年分別在臺北、臺中、高雄等地，參與台北國際食品展、台灣美食展等大型展場活動共計 5 場，以「FUN 心食光積」為主題，宣導食品安全資訊，如預防食品中毒、包裝食品標示等，透過活潑簡易的方式，讓正確的食安觀念深植人心。

三、108 年結合 17 個民間團體辦理 346 場次藥物濫用防制宣導活動；另結合 3 位運動型網紅於 Facebook 及 Instagram 社群平台宣導反毒技巧，並辦理 1 場大型快閃會，參與人數約 200 人，網路觸及人數達 116 萬 9,000 人次。

四、108 年辦理 1 場「用藥安全路藥師來照護」大型園遊會、219 場用藥安全宣導講座，參與人次約 1 萬人，期以扎根社區及學校，提升民眾正確用藥知能。



「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」108 年報分析



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

B

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。

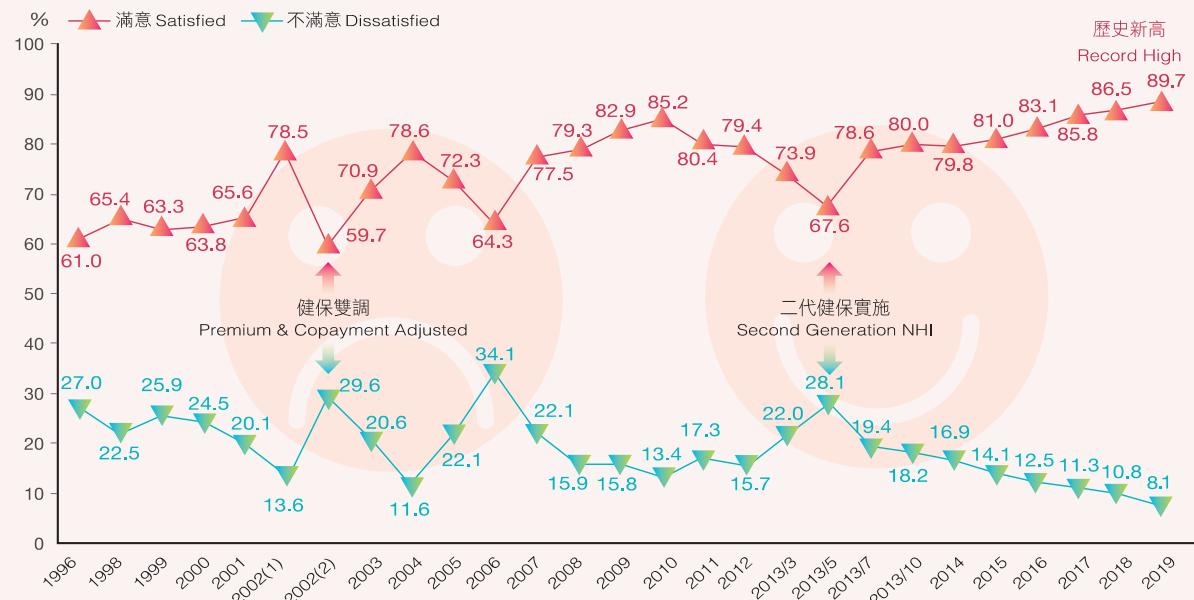
» 第一章 全民健康保險

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健保制度。

圖 8-1 全民健保滿意度趨勢圖

資料來源：衛福部健保署



第二節 全民有保就醫便利

108年總門診次數為3億6,761萬人次，總住院次數為353萬人次，平均每人每年門診就醫次數15.37次（含西醫、中醫及牙醫門診），住診就醫次數0.15次，全國每人每年平均住院日數1.38日。

截至108年底，健保總投保人數2,402萬人，納保率達99.84%，全國92.6%的醫療院所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，如公益彩券盈餘、菸品健康福利捐分配收入等。截至108年底保險收支累計結餘為1,767億元，雖符合法定存量，但自106年起，即呈現逐年遞減趨勢。

108年底，健保特約醫事服務機構計2萬9,120家，其中特約醫療院所計2萬1,435家，占全國醫療院所總數的92.6%，保險對象可自由選擇醫療院所。

本部自106年起加強推動分級醫療，擬定六
大策略及相關配套逐步實施，以鼓勵民眾至基層

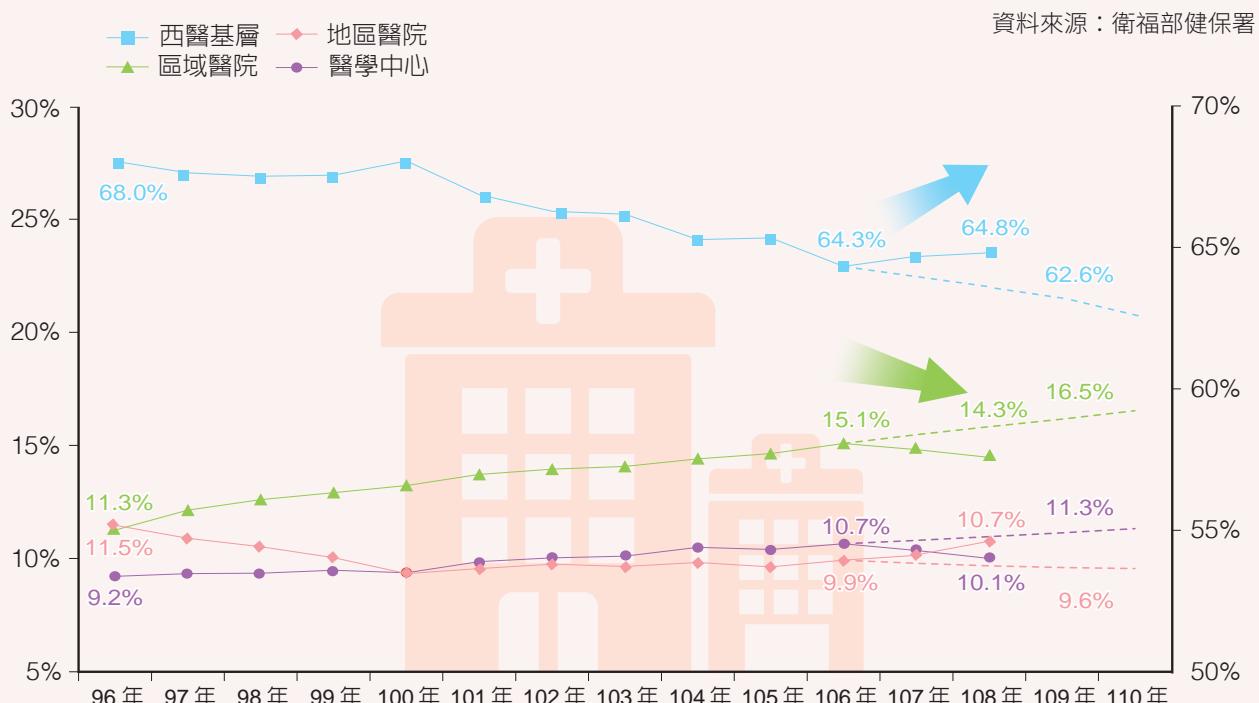
院所就醫，如醫師專業認定有醫療上之需求，將協助轉診至適當科別院所，以促進大醫院專注於重症治療及醫學研究，基層院所則成為民眾健康第一線守門員。由近十年全國門診就醫人次在各層級院所之占率觀察，106 年起西醫基層及地區醫院人次占率趨勢已逐步上升，醫學中心及區域醫院人次占率則微幅下降（圖 8-2）。

健保署積極推動醫療體系垂直整合，以民眾為中心評估其照護需求，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 108 年底共計組成 79 個策略聯盟，計 7,143 家特約院所（醫中 24 家、區域 83 家、地區 308 家、基層診所 6,569 家、藥局 1 家、居護所 143 家、康復之家 11 家、助產所 1 家、居家呼吸照護所 3 家）參與。

為推動分級醫療並提升轉診效率，健保署 106 年建置電子轉診平台，強化轉診流程及雙向溝通，108 年計 1 萬 1,391 家院所使用，轉診約 137 萬人次。

圖 8-2 西醫門診各層級人次占率趨勢



註：虛線部分為如未實施分級醫療，107 年起件數以前 10 年件數之幾何平均成長率推估。

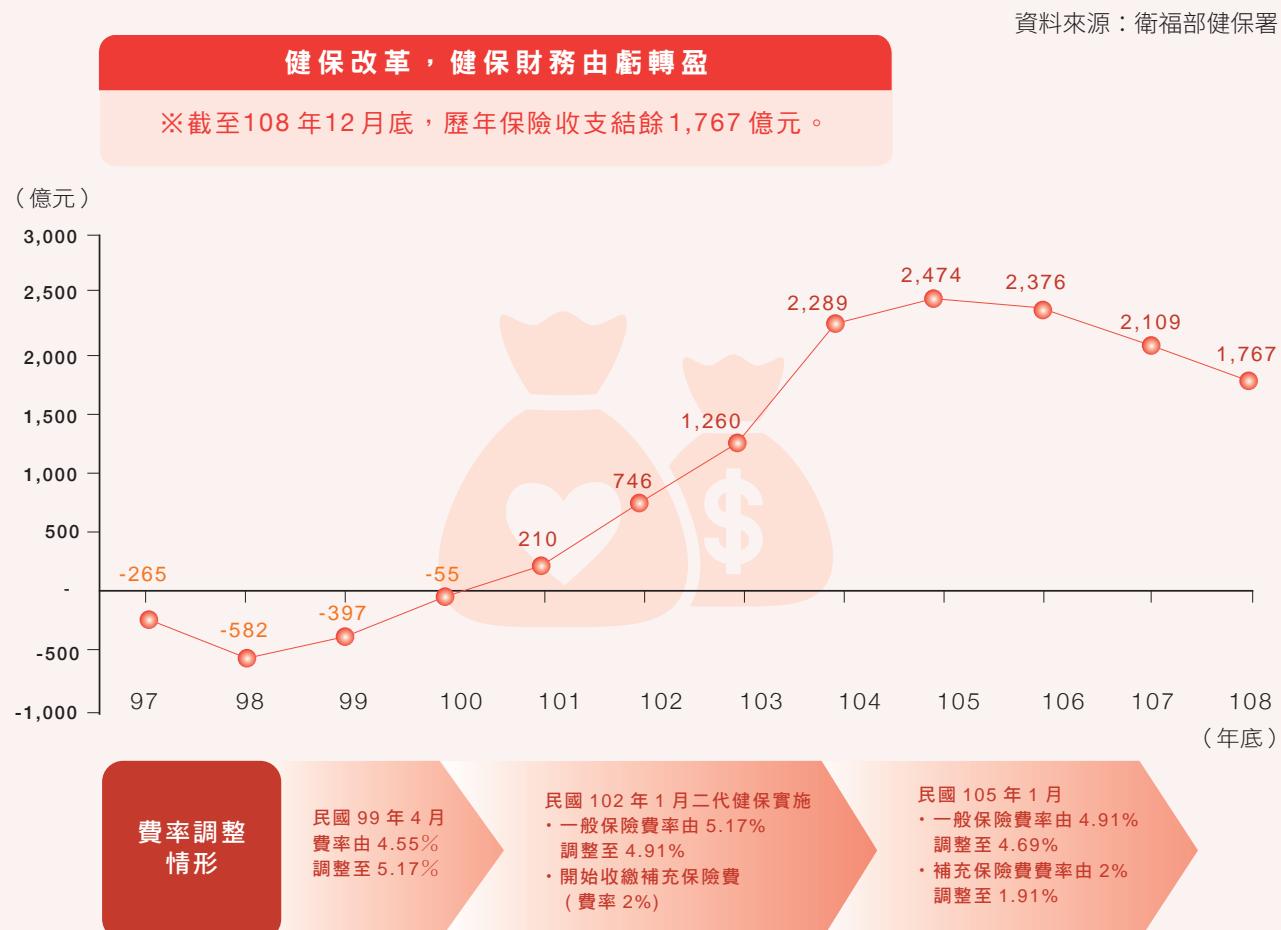
第三節 財務健全收支連動

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 108 年底，歷年收支結餘達 1,767 億元，如圖 8-3。

考量健保制度永續經營，全民健康保險會訂定「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，108 年度依該機制之審議結果，維持一般保險費費率 4.69%，補充保險費費率 1.91%。目前財務尚可維持，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。

圖 8-3 二代健保實施前後財務收支累計餘額情形



第四節 多元支付合理管理

健保醫療費用支付方式以「論服務量計酬」(Fee-for-Service, FFS) 為主。91 年全面實施醫療費用總額預算支付制度(Global Budget Payment System)，以有效控制每年醫療費用成長率在 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，改變診療行為，提升醫療服務品質。99 年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 108 年輔導 107 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 17.38%，醫療費用減少約 3.89 億元。

居家醫療照護整合計畫，截至 108 年底，共有 219 個照護團隊參與，包含 2,701 家院所，108 年全年累計照護人數有 6 萬 6,055 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 210 家醫院參與計畫，累計至 108 年底收案超過 3.5 萬餘人，約八成病人功能有明顯進步，超過八成病人順利返家。

為持續合理檢討支付標準，108 年以醫院總額部門「醫療服務成本指數改變率」增加之預算(43.942 億元)，按健保會協定事項為 12 億元用於調升急重難症等相關支付標準，調整內容包含：調升重症支付標準點數計 116 項，調整幅度介於 4% 至 80%；調升歷年末調整或調整 2 次以下之手術或處置支付點數計 278 項，調幅為 20%；為回應醫界反映手術章節分項不合理，調整手術分項由 13 項調整為 18 項；此外，基本診療部分亦調升急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)支付點數 3%，調升住院診察費點數 13.5% 並增列 75 歲以上病人住院診察費加成 20% 之規定，地區醫院增列夜間門診診察費加成 10%，急診診察費除原先兒科專科醫師可加成 50% 外，增列其餘專科醫師診治 6 歲以下兒童亦可加成 50%；另配合手術章節均已於 106 年 10 月調整為提升兒童加成項目，考量麻醉與手術安全及品質息息相關，故將麻醉費亦調整為提升兒童加成項目，上述支付標準調整均自 109 年 1 月 1 日生效。另於西醫基層總額部門，於 108 年 4 月起開放檢查及皮膚科處置等 11 項診療項目適用表別至基層院所適用；另以 9.957 億元預算，調升每日門診量 30 人次以下之部分門診診察費 6 點，另調升基層院所「淺部創傷處理」、「手術、創傷處置及換藥」等診療項目支付點數，調幅為 20%，前述調整自 108 年 9 月 1 日生效。

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，「專業雙審」係針對特定案件由 2 位醫師審查；「公開具名」則依審查醫師意願，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，每季依醫師意願調查後辦理公告，近期更新自 109 年 10 月 1 日起於部分地區試辦中，適用公開具名科別含婦產科、泌尿科、耳鼻喉科及精神科。

自 104 年起陸續有 C 肝全口服新藥上市，具有提高治癒率、降低副作用並縮短療程的優點，為讓更多 C 肝病人能夠盡早接受全口服新藥治療，自 106 年 1 月起納入健保給付，106 年至 108 年已投入 155 億元預算用於給付 C 型肝炎用藥之治療，共有 7.5 萬餘人受惠，根據完成療程的病人用藥後 12 週之病毒檢測結果，其中約 98.1% 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，讓民眾及各界從宏觀角度來瞭解醫療院所的經營效率，透過公開重大違規行為，促進醫事服務機構提升醫療品質。

為促使醫材收費資訊透明化，健保署建置「醫材比價網」，讓民眾可以比較各院所自費及自付差額品項之價格（如冠狀動脈塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、人工髓關節等），其中自付差額部分更提供各品項功能／材質分類及說明，方便民眾作為就醫參考。目前醫材比價網有提供 APP 查詢介面供民眾查詢使用，相關資料亦置於健康保險資料開放服務網（OPEN DATA）供外界應用。

健保署全球資訊網另建置「病友意見分享平台」，以擴大民眾參與新藥物納入健保給付審核，落實程序正義；平台內持續更新即將納入討論之治療重大傷病的新藥，手術過程或植入體內的新醫材等品項，請病人／病友團體／照顧者可對其用於疾病治療結果、生活品質改善、達到的預期效果等經驗提供意見。

第六節 照顧弱勢守護偏鄉

一、對經濟弱勢民眾的補助措施

（一）除對特定弱勢者補助健保費外，尚有多項協助措施如表 8-1。

表 8-1 108 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	334.6 萬人	262.0 億元
紓困貸款	符合經濟困難資格者	2,140 件	1.6 億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	8.8 萬件	25.8 億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	4,115 件	1,469 萬元

- (二) 105 年 6 月實施「健保欠費與就醫權脫鉤(全面解卡)案」，推動健保全面解卡，民眾只要辦理投保手續，均可安心就醫。
- (三) 公益彩券回饋金協助弱勢民眾減輕就醫負擔：108 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 2.72 億元，4.8 萬餘人次受惠。

二、對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護

- (一) 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫：截至 108 年共計 50 個山地離島地區納入本計畫，該地區民眾就醫免收部分負擔，並有 26 家特約院所承辦，服務民眾達 48 萬餘人，整體而言，實施此計畫鄉鎮之民眾，對計畫之平均滿意度為 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 小時急診服務及內外婦兒門住診服務者，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，108 年有 93 家醫院參與本計畫。
- (三) 健保署對醫療資源較不足鄉鎮，108 年額外投入約 7.1 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、牙醫醫師至該地區執業，或以巡迴方式提供醫療服務。

108 年共有 599 家特約院所至醫療資源不足地區巡迴，服務民眾達 71 萬餘人次。

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

三、對重大傷病、罕見疾病等疾病弱勢族群之照護

- (一) 凡取得重大傷病證明者，可免除該項疾病就醫部分負擔。截至 108 年底，重大傷病證明核定約有 96 萬餘件(人數為 90 萬餘人，約占總保險對象的 3.8%)，而 108 年重大傷病醫療費用約 2,139 億餘元(占全年總醫療支出的 27.7%)。
- (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 108 年底止，核定重大傷病證明共 1 萬 1,077 件。

第七節 運用科技提升效率

臺灣為少數使用智慧晶片卡作為保險憑證的亞洲國家，不僅提升行政效率，健保卡還可登錄重大傷病、過敏藥物、門診醫囑(包括藥品、檢驗及檢查)，亦可註記器官捐贈、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、出院病摘要及疾病管制署預防接種。108 年計有 2 萬 6,966 家醫療院所有查詢紀錄，每月平均約有 3,400 萬查詢人次，就醫人數查詢比率約 87.5%。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，估計 103 年至 108 年重複藥費減少約 77 億元。而電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)、血液檢查等 20 類檢查(驗)門診申報點數成長率，自 106 年起呈現逐年下降趨勢如圖 8-4。估計 107 年至 108 年減少重複檢查(驗)費用，以 20 類重要檢查檢驗管理約 3.5 億點，以整體 44 類約 5.3 億點。

健保署醫療影像倉儲亦自 107 年起收載電腦斷層、磁振造影等約 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，以達成精準醫療之目標。

為提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握程度，民眾通過身分認證即可於「健康存摺」系統查詢或下載個人就醫資料，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 年增加行動電話認證登入「全民健保行動快易通」APP 版健康存摺，108 年新增收載自費健檢資料、眷屬管理功能、重大傷病提醒功能等，截至 108 年底已有 163 萬人、1,955 萬人次使用健康存摺。

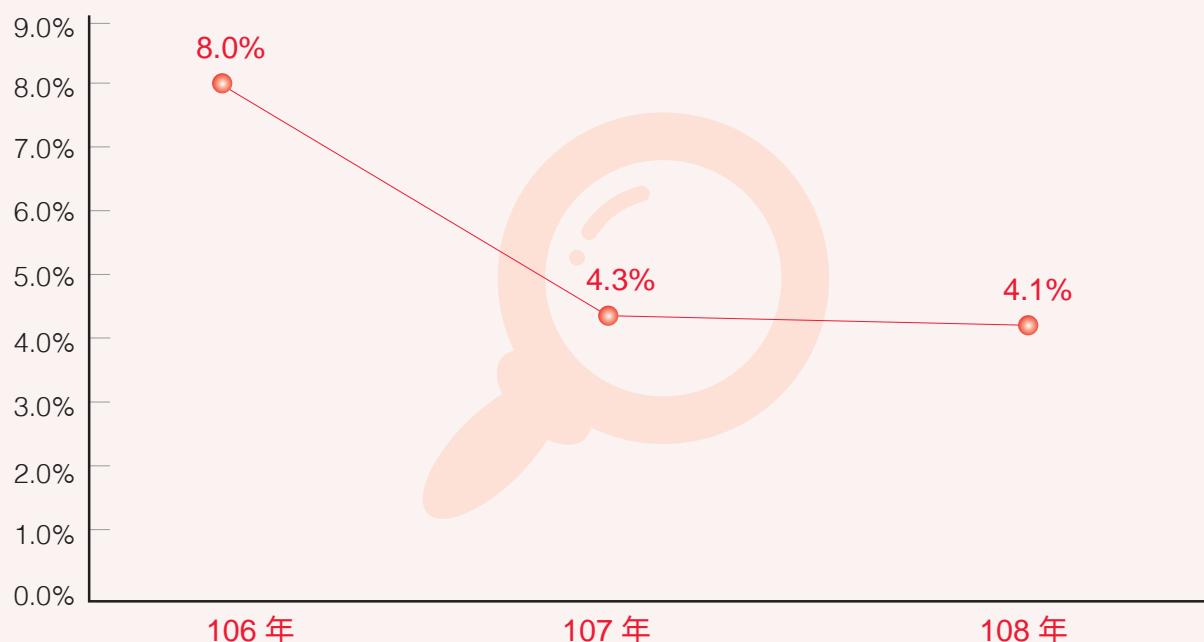
圖 8-4 20 類檢查(驗)管理門診申報點數成長率統計

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

前一年同期成長率 (%)

—●— 20 類合計



» 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，使我國正式跨入「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、108 年 12 月國保被保險人數為 323 萬 918 人。
- 二、保險費率：9% (保險費 = 月投保金額 × 保險費率)。

表 8-2 108 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	2,775,350	85.90
低收入戶	68,462	2.12
重度、極重度身心障礙者	91,727	2.84
中度身心障礙者	72,659	2.25
輕度身心障礙者	58,294	1.80
所得未達 1.5 倍	117,098	3.62
所得未達 2 倍	47,328	1.46
總計	3,230,918	100.00

三、保險費補助比率：一般身分者政府補助 40% (每月 658 元)，所得未達一定標準者或輕、中度身心障礙者補助 55% (905 元) 或 70% (1,151 元)；低收入戶、重度以上身心障礙者補助 100% (1,645 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 108 年 12 月底止，被保險人應收保

險費 3,581 億餘元，已收 2,013 億餘元，繳費率為 56.21%。

六、給付項目、核付人數及金額(表 8-3)

七、國保基金財務狀況：截至 108 年底運用金額 3,692 億元，採多元化資產配置，包括國內銀行存款(占 8.9%)、國內外債務證券(占 30.5%)、國內外權益證券(占 47.7%)等，以兼顧安全性及收益性。



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

表 8-3

108 年國民年金給付核付人數及金額統計表（按性別）

資料來源：勞保局

給付總類	核付人數（人）			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	491,442	611,031	1,102,473	20,995,833	27,467,447
	生育給付	0	19,109	19,109	0	693,090
	身心障礙年金給付	4,515	3,137	7,652	187,132	145,684
	喪葬給付	8,459	3,820	12,279	773,122	349,116
	遺屬年金給付	70,620	23,541	94,161	3,291,218	1,096,541
其他給付	合計	575,036	660,638	1,235,674	25,247,305	29,751,878
	老年基本保證年金	194,436	341,663	536,099	8,770,922	15,339,415
	身心障礙基本保證年金	10,301	9,751	20,052	610,359	575,144
	原住民給付	16,232	25,780	42,012	704,213	1,111,885
	合計	220,969	377,194	598,163	10,085,494	17,026,444
總計		796,005	1,037,832	1,833,837	35,332,799	46,778,322
82,111,121						

備註：一次性給付核付人數為年度累計值；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

- 108 年 12 月 11 日修正公布國民年金法第 18 條之 1，放寬 105 年 3 月 1 日前之死亡事故，受益人未於死亡事故當月申請遺屬年金者，可追溯補發申請日前 5 年得領取之給付。
- 108 年共召開三次國保制度檢討及修法研商會議，討論納保、保險費收繳、給付及財源等問題之改革方向。
- 督請勞動部勞動基金運用局強化國保基金投資運用，108 年總收益 389.58 億元，年化收益率為 12.03%，高於預定收益率 4.11%。
- 108 年 1 月 4 日修正發布國民年金保險保費與利息分期及延期繳納辦法，放寬年滿 65 歲或重度以上身心障礙者辦理分期條件，以減輕欠費被保險人經濟負擔。

五、督請勞保局辦理制度化催繳作業，108 年收回欠費金額總計 65 億餘元。

六、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，108 年度溢領案件 1,453 件，較 97 年至 107 年度平均值減少 41.68%。

七、結合原民會、勞保局及各地方政府以多元管道宣導國民年金，並辦理欠費被保險人訪視，108 年共計訪視 25.3 萬餘人，辦理宣導活動 3.8 萬餘場。

八、繼續推動「國民年金保險費十年補繳期限屆至因應對策」，截至 108 年 12 月底止，已逾 10 年補繳期限保險費計 6 期，收繳率自當期繳費期限 51.28% 至 58.63%，逐漸提高至 71.59% 至 76.89%。

9

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



因應少子女化、高齡化趨勢及社會結構家庭功能之改變，為使弱勢者獲得適切照顧，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

衛福部社會及家庭署（以下簡稱衛福部社家署）配合行政院「我國少子女化對策計畫（107年至111年）」，辦理相關措施俾與相關部會共同建構友善育兒環境，包括：推動未滿2歲育兒津貼、公共及準公共托育服務，提供0至2歲幼兒全面照顧；完善兒少相關法制、建構社會安全網制度，防制兒少虐待與疏忽；辦理發展遲緩兒童早期療育服務，提供特殊需求兒童支持服務。此外，亦透過以下政策提供兒童及少年更為多元的福利與保障。

第一節 相關法制

為強化兒保案件處遇效率、排除不適任人員及不良機構、降低6歲以下兒童死亡率、嚴懲對

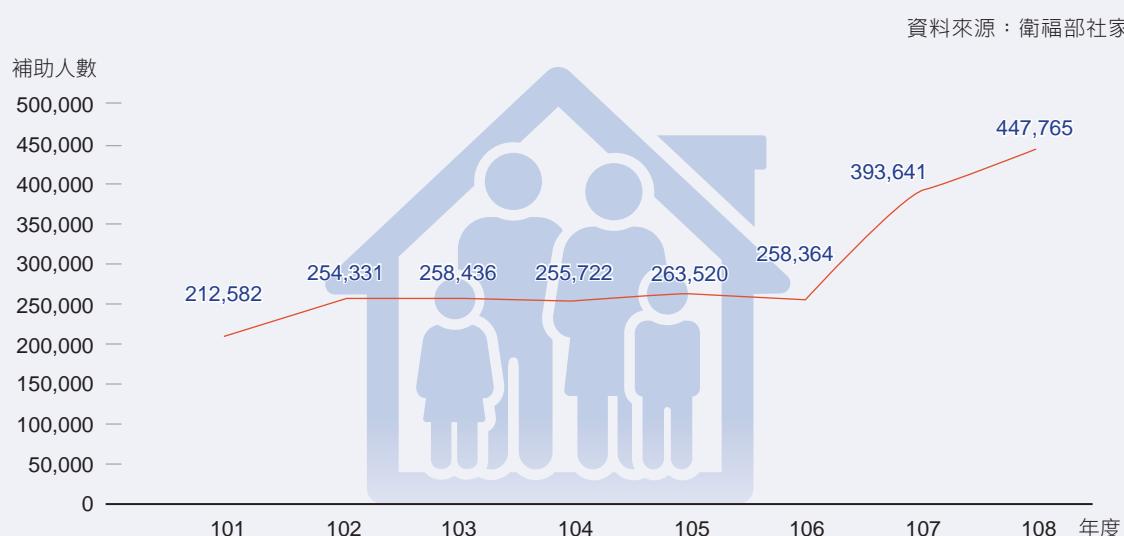
兒少不當行為及減少暴力行為再犯，108年4月24日修正兒童及少年福利與權益保障法，以周延對兒少權益與人身安全之保障。另為保障我國各類處境兒少參與行政院兒童及少年福利與權益推動小組議事表示意見之權利，同年6月19日修正《兒童權利公約施行法》，明定兒童權利公約推動事項過程應有兒童及少年代表之參與，以尊重並維護兒少之表意權。

第二節 福利補助

一、提供0至未滿2歲育兒津貼：針對未滿2歲兒童，依其家庭經濟狀況不同，提供每名兒童每月2,500元至5,000元津貼；另針對第3名以上子女，每月再加發1,000元補助，提供更大的支持。108年12月有26萬3,006名未滿2歲兒童受惠，占當月未滿2歲兒童（35萬1,426人）74.84%，108年度累計44萬7,765名兒童受益，補助87億2,720萬餘元，如圖9-1。

二、提供弱勢兒童及少年生活扶助：針對遭遇困境之中低收入戶內兒童少年、因懷孕或生育

圖 9-1 育兒津貼歷年補助情形



而遭遇困境之兒童少年及其子女、其他經縣(市)主管機關評估無力撫育及無扶養義務人或撫養義務人無力維持其生活之兒童及少年，每人每月補助 2,047 元至 2,479 元。108 年共 12 萬 1,890 名兒少受益，補助 24 億 9,809 萬餘元。

三、提供弱勢家庭兒少緊急生活扶助：對於遭遇不幸、脆弱家庭、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，108 年計協助 2,754 戶家庭、4,345 名兒少，補助 8,602 萬餘元。

四、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，108 年共 132 萬 3,109 人次受益，補助 8 億 2,450 萬餘元。

五、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，108 年補助 1,452 萬 5,291 人次，減輕家長負擔 19 億 6,501 萬餘元。

六、提供弱勢兒少醫療補助：108 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 8,412 人受益，補助 1 億 1,947 萬餘元。

第三節 權益維護

一、建立跨專業溝通平臺：行政院與本部分別設置跨專業決策與協調機制，由中央與地方政府、民間團體、專家學者及兒少代表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：108 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 397 名，已結案 229 名，持續追蹤計 168 名。

四、推動兒少人權，提升兒少發展及社會參與

- (一) 108 年結合地方政府及民間團體辦理兒少權益及發展等各項方案及宣導活動，補助 34 個團體，共 5 萬 7,247 人次受益。
- (二) 10 月 8 日舉辦臺灣女孩日宣導記者會，並於 10 月 11 日至 12 月 11 日間辦理校園巡迴影展，以「Girl Up！女孩力」為題，推廣重視女孩、投資女孩之理念，呼籲各界應不分年齡、性別，共同努力實現性別平權。
- (三) 108 年督導各地方政府與民間團體培植兒少諮詢代表計 355 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(含特定身分)方案，共 1 萬 5,542 人次受益。
- (四) 108 年由各縣市兒少諮詢代表推舉中央兒少代表計 53 名，為行政院與本部跨專業決策與協調機制，在研議兒少福利與權益事務相關議題時，提供策進建言。

第四節 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。108 年補助 25 億 2,850 萬 695 元，108 年 12 月計 4 萬 715 人受益。

二、108 年底計有 71 處居家托育服務中心，共管理 2 萬 6,272 名托育人員，收托 2 萬 5,379 名未滿 2 歲之兒童如圖 9-2，其中領有服務登記證書托育人員中，具保母人員技術士證者計 2 萬 2,878 名，占 87.08%；其中 2 萬 1,459 名簽約準公共政策，簽約率達 88.93%。

(一) 108 年底全國有 1,141 所托嬰中心，收托 2 萬 9,114 名幼兒如圖 9-3，計

有私立托嬰中心 925 家，收托 2 萬 1,913 人，其中 735 家簽約準公共政策，簽約率達 93.99%；公設民營托嬰中心 216 家（含社區公共托育家園 84 家），收托 7,201 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，108 年底計核定 133 家社區公共托育家園，並已完成設置 84 家。
- (三) 辦理社區式支持家庭服務，設置 166 處托育資源中心（親子館），提供托育及幼兒照顧諮詢、親職教育課程等服務，服務逾 2,021 萬人次。

第五節 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 108 年底計有 119 所機構，如表 9-1。

圖 9-2

歷年居家托育人員數與收托未滿 2 歲兒童人數

資料來源：衛福部社家署

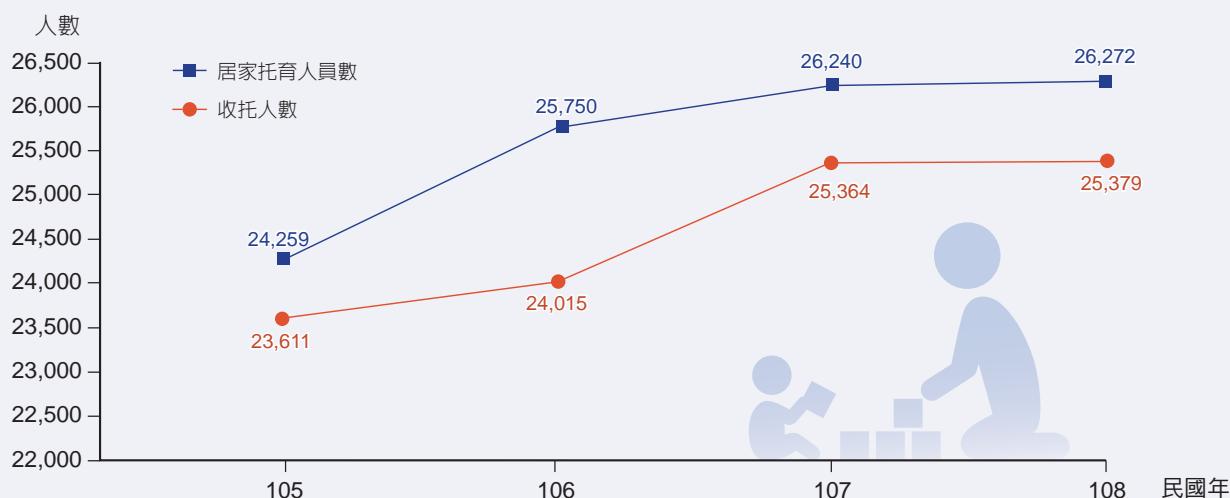
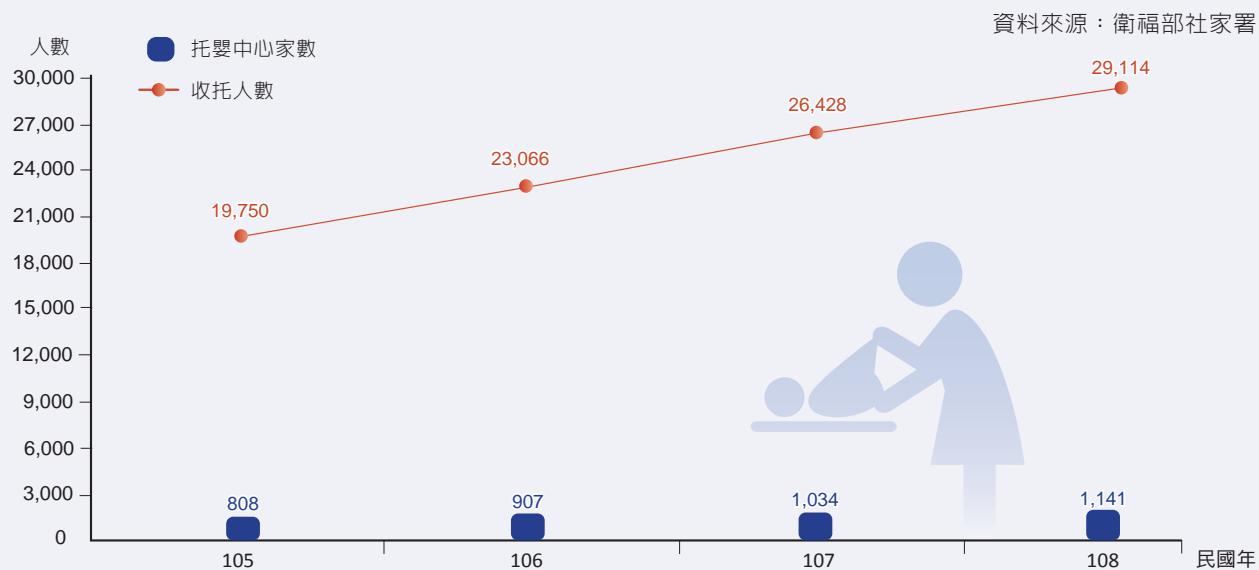


圖 9-3

歷年全國托嬰中心家數及收托人數



(二) 108 年補助機構專業人員服務費、設施設備、院生學習成效提升、安置服務品質精進計畫等，計 1 億 5,527 萬 9,937 元。

二、辦理兒少安置及教養機構聯合評鑑丙丁等機構複評：107 年度「兒童及少年安置及教養機構聯合評鑑」丙、丁等機構計有 12 家，分屬新北市、桃園市、苗栗縣、彰化縣、雲林

縣、屏東縣、花蓮縣及臺東縣等 8 個縣市主管，上開機構由主管機關遴選適當之專業人員或委請績優機構定期予以輔導後，各該主管機關輔導改善後，再進行複評作業。

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，108 年登記合格之寄養家庭計有 1,027 戶，另有 364 戶儲備寄養家庭，安置兒少 1,550 人，如表 9-2。

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	104	105	106	107	108
機構數	122	121	124	122	119
核定床位數	5,004	5,094	5,211	5,076	4,878
安置人數	男	1,771	1,702	1,583	1,485
	女	1,704	1,617	1,565	1,397

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	104	105	106	107	108
家庭數（戶）	1,326	1,299	1,193	1,018	1,027
兒少數（人）	男	804	786	769	762
	女	858	836	852	788

四、強化全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統（下稱安置系統）：為利主管機關執行兒少機構負責人及工作人員不適任情事之查詢，安置系統業與本部保護資訊系統完成介接，以簡化行政作業程序。

» 第二章 婦女福利與家庭支持

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轉變為以「家庭」為中心，採取「風險預防」、「單一窗口」及「整合服務」之原則，整合銜接各系統並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。此外，為及早發現發展遲緩兒童提供療育及家庭支持服務，除持續布建資源外，並規劃多元服務方案及相關協助措施，滿足家庭多元需求並能獲得適切服務。

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，108 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 3,696 萬餘元。

二、強化各縣市 30 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 36 萬 9,273 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 57 個單位場地使用、接待 73 個國內團體及國外人士參訪，來館人次達 11 萬餘人次。

四、辦理地方政府婦女福利業務聯繫會報暨婦女議題溝通平台，以「婦女議題專題研討」、「服務特色方案分享」及「共識共融」為三大主軸，並規劃「特色服務成果展示專區」，促進 22 個縣市政府及 30 處婦女中心經驗交流及觀摩學習，提升服務知能業務，進而凝聚促進全國婦女福利服務之年度發展目標及共識。

第二節 脆弱家庭服務

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，108 年已完成設置 131 處中心，並核定補助全國 843 名社工人力（737 名社工、106 名督導），受理通報並完成訪視評估計 3 萬 6,383 個家庭，其中 1 萬 5,480 個家庭列入個案管理，協助 3,245 個家庭轉介相關單位，通報 266 個家庭保護案件，提供 1 萬 6,772 個家庭福利諮詢服務。

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。108 年補助 32 民間團體聘用 69 名社工辦理脆弱家庭多元服務方案，接受社會（家庭）福利服務中心轉介連結提供專精家庭支持服務方案，共服務 2,190 個脆弱家庭。

三、繼續執行 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

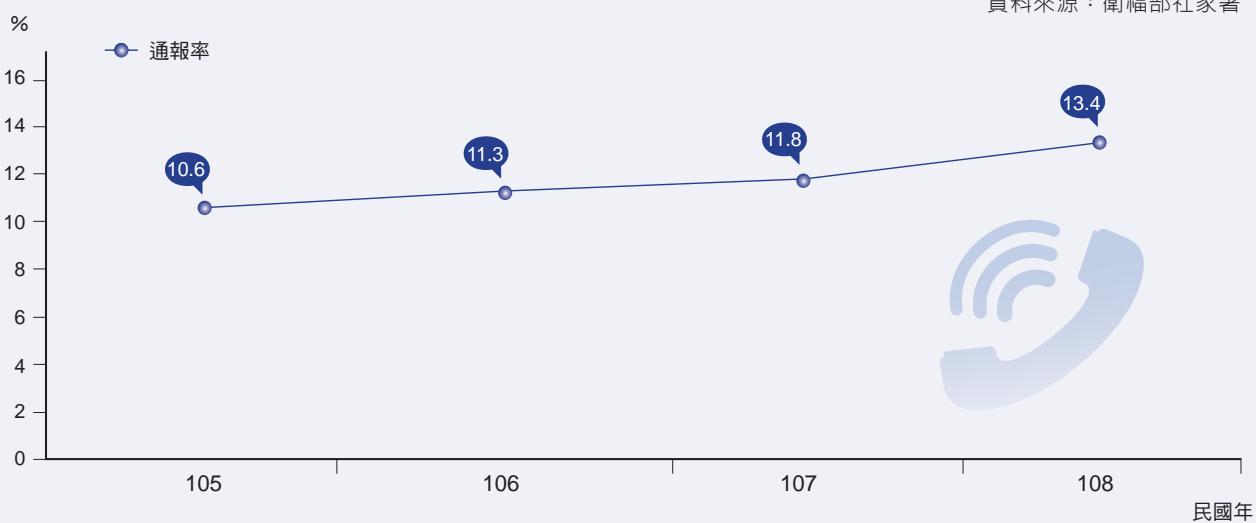
防接種等 7 類 6 歲以下兒童，加強目前各該體系之追蹤輔導機制，透過戶政、社政、衛生所（公衛護士）及學校追蹤輔導，發現符合兒少高風險家庭指標者，即由地方政府社會局（處）提供關懷訪視，108 年度關懷 1,631 名兒童。

第三節 早療家庭服務

一、輔導各縣市設置 28 處通報轉介中心，108 年通報 2 萬 6,471 名發展遲緩兒童，全國通報率 13.4% 如圖 9-4。

圖 9-4

歷年全國發展遲緩兒童通報率



二、108 年輔導各縣市設置 54 處個案管理中心，並辦理療育費用補助，計協助發展遲緩兒童 5 萬 3,814 人次，補助 4 億 7,224 萬 3,675 元如圖 9-5。

三、108 年結合 13 縣市於 92 個早期療育資源不足鄉鎮區，推動社區療育服務。

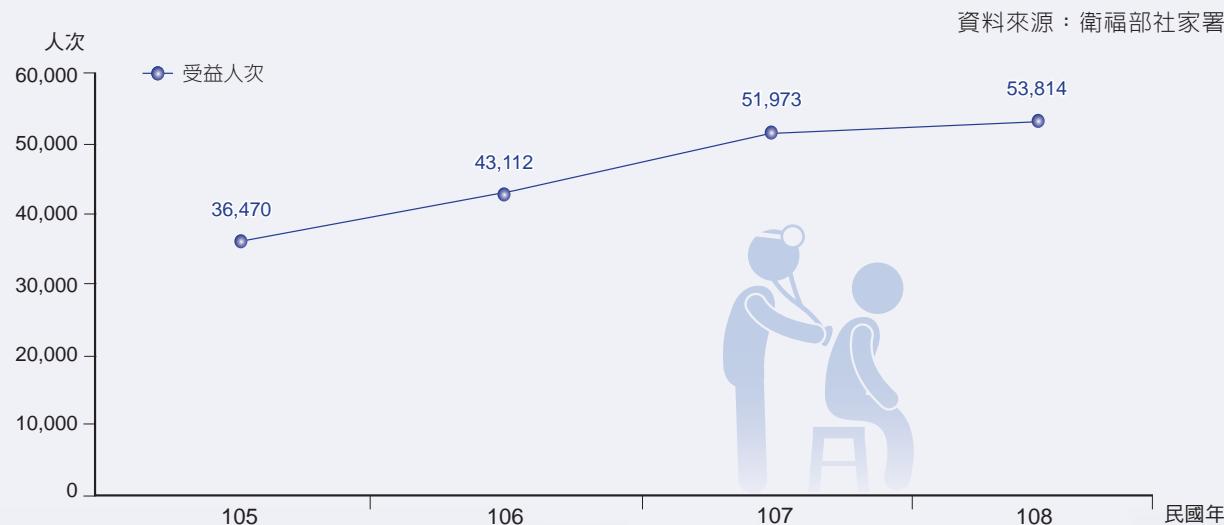
第四節 特殊需求家庭服務

一、收出養媒合服務：自 101 年 5 月 30 日起，除一定親屬間關係及繼親關係收養外，兒童及少年收出養須委託經許可之收出養媒合服

務機構代為辦理，並應以國內收養人優先收養為原則，截至 108 年底全國共 9 家機構 13 個服務處所。108 年經由收出養媒合服務機構出養之兒童及少年計 289 人（國內出養 142 人、跨國境出養 147 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，108 年計扶助 2 萬 79 戶家庭、13 萬 701 人次，補助 4 億 5,895 萬餘元。

圖 9-5 歷年早期療育費用補助受益人次



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」，108 年諮詢專線服務計 706 人次，求助網站瀏覽計 11 萬 7,662 人次，信件及線上諮詢 479 人次
- (二) 各縣市提供未成年懷孕少女或未成年父母個案管理服務，協助經濟補助、醫療保健、托育服務、轉介寄養及出養等服務，108 年計服務 9,679 人次。

» 第三章 老人福利

82 年 9 月底，臺灣地區 65 歲以上的老人人口為 148 萬 5,200 人，占總人口 7.09%，已達高齡化社會指標；107 年 3 月正式邁入高齡社會，截至 108 年底，全國老人人口數達 360 萬 7,127 人，占總人口 15.28%。為因應高齡社會趨勢，本部以經濟安全、健康維護及生活照顧等面向推動老人福利服務，並廣布社區照顧關懷據點，促進老人社會參與，落實活力老化之政策目標。

第一節 老人經濟安全

- 一、依中低收入老人之家庭經濟狀況，108 年 每人每月發給 3,731 元或 7,463 元生活津貼，計核發 15 萬 6,783 人，補助 121 億 7,572 萬餘元，以保障經濟安全及維持基本生活。
- 二、為協助老人將所擁有的不動產，轉化為可按月領取的現金，提供經濟保障多一項選擇，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 108 年底已有 15 家銀行辦理本項服務，共計受理 4,080 件。

第二節 老人健康維護之費用補助

- 一、協助減輕經濟困難老人繳納健保費之負擔，本部全額補助 70 歲以上中低收入老人之全民健康保險自付額費用，108 年計補助 8 萬 3,903 人。
- 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，108 年計補助 4 家機構 112 人。
- 三、為補助中低收入老人裝置假牙，依老人缺牙情形，提供 8 種補助樣態，以符合老人個別需求，108 年計補助 5,888 人。

第三節 老人生活照顧

- 一、為彌補中低收入家庭因照顧重度失能老人犧牲就業而喪失之經濟所得，補助家庭照顧者特別照顧津貼每月 5,000 元，108 年計 8,597 人次，補助 4,295 萬餘元。
- 二、加強關懷照顧獨居老人，辦理 24 小時老人緊急救援服務；成立「失蹤老人協尋中心」，協助家屬尋找走失老人，自 90 年開辦起至 108 年底，計 2,482 人通報協尋，其中 1,539 人經由該中心尋獲。
- 三、輔導機構提升服務品質並鼓勵多元經營，以滿足老人照顧需求，截至 108 年底立案之老人福利機構計 1,091 家。
- 四、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」，經審核對我國長期奉獻服務或具有特殊貢獻者，比照我國老人提供搭乘國內大眾運輸工具優待及長期照顧服務，截至 108 年底，共計 294 位外籍長者符合規定。

五、補助績優民間團體設置老人諮詢服務中心，提供 0800-228-585「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。

第四節 老人社會參與

一、補助民間團體辦理長青學苑及各項老人福利活動，108 年計 524 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 部多功能巡迴服務專車，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，108 年辦理 7,249 場次，服務 32 萬 7,650 人次。

三、辦理重陽家庭－JOJO 遊樂園、創齡～銀向樂活老人福利機構運動會，及銀領健康活力福氣盃槌球錦標賽，透過全國性親老、敬老活動，倡導「活力老化」、「世代融合」理念。



108 年 10 月 2 日 於大台中國際會展中心辦理全國老人福利機構運動會



108 年 10 月 6 日 於新店碧潭東岸廣場辦理 2019 重陽家庭日－JOJO 遊樂園



108 年 10 月 24 日 於台北田徑場辦理銀領健康活力福氣盃－槌球錦標賽

四、鼓勵各地方政府積極結合村里辦公處、社會團體設置 3,954 個社區照顧關懷據點如圖 9-6，提供關懷訪視、電話問安、餐飲

服務、健康促進活動。另自 108 年起輔導 1,934 個據點配合長期照顧政策，設置巷弄長照站。

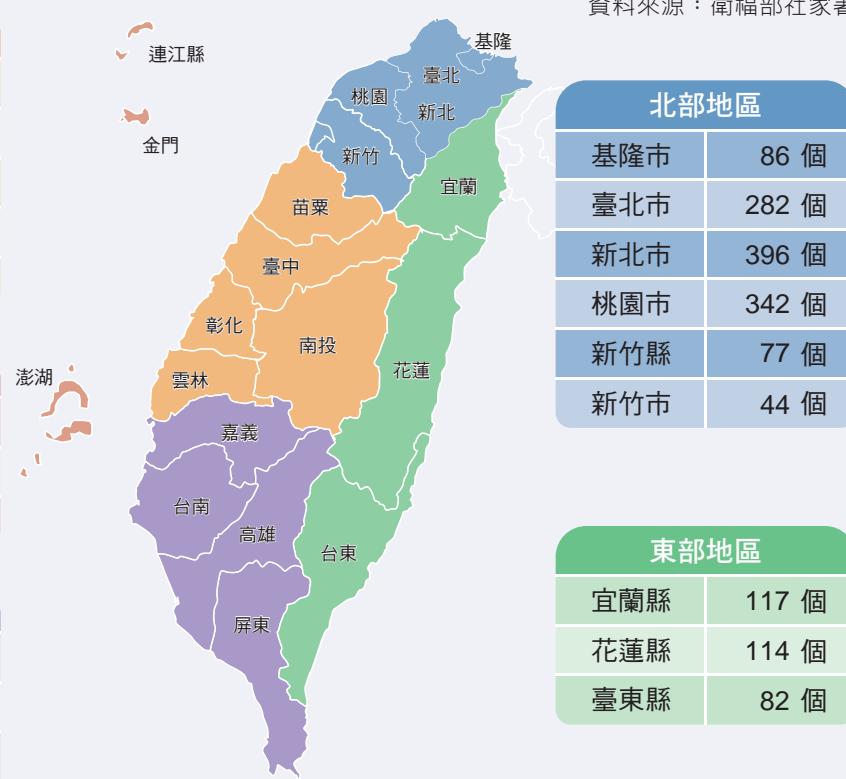
圖 9-6

全國社區照顧關懷據點分布圖

中部地區	
苗栗縣	155 個
臺中市	447 個
南投縣	115 個
彰化縣	265 個
雲林縣	118 個

離島地區	
金門縣	30 個
連江縣	8 個
澎湖縣	45 個

南部地區	
嘉義縣	141 個
嘉義市	29 個
臺南市	391 個
高雄市	368 個
屏東縣	302 個



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》及《身心障礙者權益保障法》，自 101 年推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，依據需求評估結果提供服務，以保障身心障礙者權益、保障經濟安全、多元連續服務措施、促進社會參與及提升生活品質等方向規劃。截至 108 年底，全國身心障礙者人數計 118 萬 6,740 人，占總人口數 5%。

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，透過各部會將有步驟、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，109 年 12 月 3 日前將提出我國第二次國家報告。

二、身心障礙者鑑定及需求評估新制自 101 年 7 月 11 日正式施行，就身體結構、功能、活動及社會參與等面向進行鑑定，強調採專業團隊方式進行，並以單一窗口主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務。108 年受理申請身心障礙證明 31 萬 7,272 件，核發 28 萬 7,534 件，辦理需求評估 28 萬 7,803 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 8,357 人受益，108 年補助 212 億 8,024 萬餘元。

二、補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，108 年平均每月計 4 萬 8,329 人受益，補助 89 億 6,777 萬 4,000 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，108 年計 692 萬 6,496 人次受益，補助 24 億 3,680 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，108 年計 363 萬 5,479 人次受益，補助 9 億 5,124 萬餘元。

三、促進機構照顧的小型化與社區化發展：108 年底全國身心障礙福利機構計 269 所、2 萬 2,374 床，服務 1 萬 8,043 人，主要項目有：日間照顧、技藝陶冶、作業活動、住宿養護等，為輔導機構朝向小型化、社區化發展，下修補助床數上限，於 108 年推展社會福利補助作業要點內明定新設機構設施設備費補助自最高補助 150 床下修為 99 床，另以公益彩券回饋金主軸計畫及委託辦理落實身心障礙者權利公約第 19 條之相關計畫，期望調整機構服務模式，並建立身心障礙者由機構回歸社區式服務之機制。



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。108 年全國設置 33 家輔具中心，提供民眾輔具評估、專業諮詢、宣導、維修等服務。

三、補助身心障礙者購置輔具費用，108 年計 6

萬 8,937 人次受益，補助 6 億 5,382 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 108 年底已有 12 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，108 年計補助 11,162 人次（男性占 58%，女性占 42%），補助 6,121 萬 4,194 元。



108 年 11 月 30 日於張榮發基金會 B1 演奏廳辦理「第 23 屆身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮



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，108 年計 349 案，1,198 萬 3,938 元。

二、108 年 11 月 30 日辦理國際身心障礙者日活動—「第 23 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。

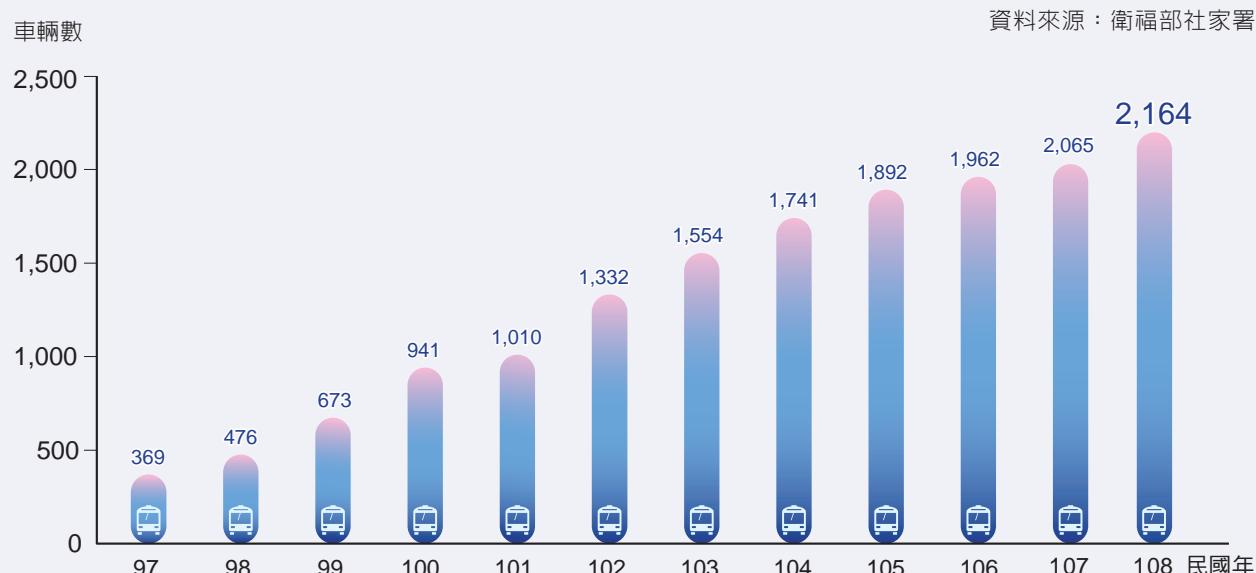
三、補助導盲犬訓練及宣導，108 年底合格導盲犬 36 隻，訓練中導盲幼犬 109 隻。

四、辦理身心障礙者專用停車位識別證，截至 108 年底設置專用停車位 2 萬 6,934 個，發放專用車牌、專用停車位識別證 35 萬 5,872 張。

五、108 年全國復康巴士計 2,164 輛如圖 9-7，提供 411 萬 7,010 人次服務。

六、輔導各地方政府提供手語翻譯及同步聽打服務窗口，並建置服務範圍及作業程序，截止 108 年底在職服務人員數為手語翻譯員 315 人，及同步聽打員 243 人。

圖 9-7 97 至 108 年全國復康巴士車輛數



此篇閱覽後，掃描 QR Code，
進入線上填問卷送限量好禮頁面。

10

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

我國社會救助業務，秉持「主動關懷，尊重需求，協助自立」原則，推動各項措施，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，明定低收入戶生活扶助費每四年參照消費者物價指數成長率進行調整，以保障弱勢民眾權益，近5年各直轄市及臺灣省、福建省各縣(市)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，依據社會救助法第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，亦於社會救助法第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；108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。

表 10-1 各直轄市及臺灣省、福建省各縣（市）104 年至 108 年最低生活費

資料來源：衛福部社工司

新臺幣：元

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
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
108	12,388	16,580	13,099	14,666	13,813	12,388	14,578		11,135

表 10-2 108 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	128 萬 7,531 人次	55 億 2,850 萬 1,091 元
就學生活補助	52 萬 1,076 人次	31 億 8,043 萬 2,745 元
以工代賑（含中低收入戶）	3 萬 906 人次	5 億 7,034 萬 8,045 元
節日慰問	71 萬 1,789 人次	5 億 9,598 萬 9,464 元

為促進低收入戶及中低收入戶自立，社會救助法第 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，民眾參加職業訓練期間，尚可申領職業訓練生活津貼，以維持家庭生計免除後顧之憂。

在協助脫離貧窮自立方面，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》，108 年補助地方政府及民間社會福利團體辦理 39 項促進就業及自立脫貧等方案，共計補助 2,981 萬 4,500 元。

第二節 醫療補助

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

一、保險費補助：108 年健保費之補助，計 62 億 156 萬餘元。

表 10-3 107-108 年急難救助統計

資料來源：衛福部社工司

類別 年度別	107 年		108 年	
	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	34,469	2 億 2,130 萬 2,550 元	32,545	2 億 1,949 萬 7,526 元
衛生 福利部	急難救助	1,006	1,156 萬元	184
	急難紓困救助專案	12,098	1 億 7,415 萬 5,300 元	10,641
				1 億 5,107 萬 4,414 元

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

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。」108 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 16 億 8,133 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，108 年補助 5,792 人次，計補助 1 億 9,243 萬餘元。

第三節 急難救助

依社會救助法第 21 條規定，針對遭逢急難致生活陷於困境民眾，提供及時救助，紓解民眾經濟急困。經直轄市、縣（市）政府核予救助後，仍陷困者，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；另推動急難紓困救助專案，針對遭逢生活急困之弱勢民眾，結合當地村里辦公處、民間公益團體及鄉（鎮、市、區）公所訪視認定及關懷救助；成果如表 10-3。

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、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；108 年由各縣市規劃之災民收容所設置處所總計 5,772 處，可收容 249 萬 634 人；108 年計有丹娜絲颱風等 4 次災害計開設 137 處，收容 2,282 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。105 年臺南 0206 震災時，高雄市、屏東縣、嘉義縣市、臺中市及彰化縣皆有召募所屬社工人員進駐協助；另自 103 年 7 月澎湖空難起，各地方政府即啟動社工一對一關懷，之後各次重大災害地方政府均有啟動一人一案機制，以協助災民度過難關。

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 108 年底各縣市列冊輔導遊民人數總計 3,040 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 7 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。

依社會救助法第 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 108 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，108 年共服務遊民 62 萬 9,942 人次，包含關懷服務 59 萬 5,929 人次、協助返家 273 人次、轉介福利服務 3,366 人次、轉介就業服務 1 萬 3,238 人次、輔導租屋 549 人次、安置服務 4,145 人次、醫療服務 12,257 人次。

第六節 兒童及少年未來教育與發展帳戶

「兒童及少年未來教育與發展帳戶」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，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 108 年底申請開戶人數計 1 萬 1,675 人，申請開戶率為 49%，其中低收入戶兒少計 3,967 人（占 34%），中低收入戶兒少 7,123 人（占 61%），長期安置兒少 585 人（占 5%）。每月自存金額為 500 元為 2,129 人（占 18%），1,000 元為 1,894 人（占 16%），1,250 元為 7,652 人（占 66%），帳戶儲金金額計 3 億 4,510 萬 4,061 元。

截至 108 年底，連續 6 個月以上尚未存款開戶人計 2,897 人次，社工人員完成訪視 2,595 人次，完成訪視率為 90%，社工人員提供服務項目主要為關懷訪視及心理支持、追蹤輔導、諮詢服務及行政協助。

圖 10-1 兒少發展帳戶歷年申請開戶人數及開戶率



» 第二章 社會工作

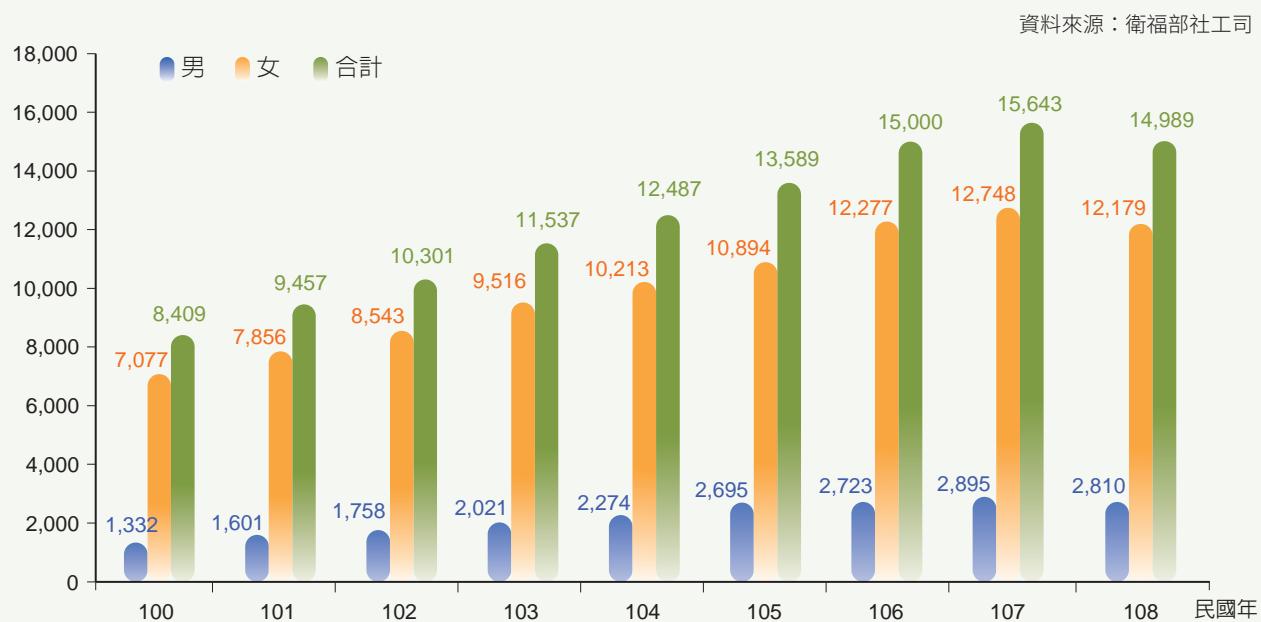
社工人員是政府推動福利政策重要的基礎；各項社會福利政策與措施，均需倚重社工人員推動，因此本部在充實人力、勞動條件、福利待遇、人身安全等制度積極推動，將風險工作補助納入社工人員薪資結構，合理社工人員薪資制度，以提高社會工作人員執業環境品質。本部努力提供社工人員友善的工作環境，期經由社會工作專業制度的完備及從業環境的完善，讓全國社工人員專業久任，確保弱勢民眾之服務品質。

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 108 年底，全國通過社會工作師考試已有 1 萬 2,739 人，領證數 1 萬 2,223 張。登記執業社工師計 7,774 名，就年齡分析未滿 25 歲 5.09%、25 歲至 29 歲占 16.41%、30 歲至 34 歲 20.99%、35 歲至 39 歲 21.51%、40 歲以上 35.99%；另至 108 年底，全國登記有案之社會工作師事務所開業人數 29 人及 29 所。全國公私部門社福領域社會工作專職人員計 1 萬 4,989 人（其中原住民 745 人，占 4.97%），其中女性 1 萬 2,179 人（占 81.25%），男性 2,810 人（占 18.75%），社工人員服務於公部門人數 6,250 人（占 41.70%），服務於私部門人數 8,739 人（占 58.30%），如圖 10-2。



圖 10-2 100-108 年公私部門社福領域社會工作專職人員數



一、培育人才部分

- (一) 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 108 年底召開 77 次委員會議，共計複審 1 萬 2,159 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」規定，辦理專科社會工作師甄審。截至 108 年底，計錄取專科社工師 582 位，含醫務類科 226 位(占 38.8%)、心理衛生類科 160 位(占 27.5%)、兒童、少年、婦女及家庭類科 133 位(占 22.9%)、老人類科 34 位(占 5.8%)、身心障礙類科 29 位(占 5%)。
- (四) 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，108 年辦理社工師繼續教育積分審查 3,345 件。

二、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。並將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，本部逐年修訂推展社會福利補助作業要點，於 105 年新增專科社會工作師證照加給；107 年修訂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。並依行政院 108 年 6 月及 9 月核定「公部門社工人員薪資調整案」與「本部補助民間單位社會工作人員薪資制度計畫」，將風險工作補助納入社工人員薪資結構，於

109 年 1 月 1 日實施，以使社會工作人員合理薪資待遇，提高社會工作人員執業環境品質。

(三) 為維護社工作人員勞動權益，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。108 年 8 月 16 日邀集地方政府、勞動部、專家學者及基層社工

組織代表召開「建立補助專業服務費稽核制度諮詢會議」；108 年 12 月 12 日邀集地方政府、勞動部召開社福人員勞動保障工作會議。社福人員勞動申訴及溝通平台迄 108 年 10 月計受理 34 案，6 案查確違反勞基法，如表 10-4。以上查確違法案件皆依法裁罰及請主管機關輔導改善，並依辦理經驗修改社福人員勞動申訴案件辦理流程，精進案件查察成效。

表 10-4 社福人員勞動申訴案件簡表

申訴事由	案件數	違法件數	百分比
薪資未全額給付	18	2	11%
工時爭議	5	2	40%
其他勞動爭議	11	2	18%
總計	34	6	18%

第二節 社工作人力配置及進用

為統籌運用全國社工作人力，以達人力資源效益極大化，107 年行政院將「充實地方政府社工作人力配置及進用計畫」納入「強化社會安全網計畫」續續執行，預計新增 2,145 名社工作力。

本部於 108 年核定補助各地方政府相關經費，進用社工作力 2,440 人（含新增社工作人數 1,580 人及原充實社工作力計畫人數 860 人），截至 108 年底已進用 1,998（含新增社工作人數 1,235 充實社工作力計畫已進用人數 763）。新進社工進用率 78%，原充實社工作力計畫進用率 89%，整體進用率 82%。



第三節 社工作執業安全

為強化社工作員執業安全，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「社工作員執業安全方案（104-106）」，並於 107 年檢討相關策略，續續辦理，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「社工作員執行高度風險及一般風險業務量表」，核發社工作員風險工作補助費。104 年至 108 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、3,895 人，截至 108 年底合計補助經費計 1 億 4,239 萬 192 元。補助金額及人數如表 10-5。

表 10-5 104-108 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	
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	
108	1,210	2,685	3,895	45,865,178	
總計				142,390,192	

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，包含設施設備、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，108 年核定補助 32 案計 796 萬 1,000 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，薪資制度於 109 年實施。

» 第三章 社區與其他資源連結

社區是社會的縮影，也是社會的基石。目前本部社區發展工作的重點，在於提升居民社區意識與認同感，並培力社區人才，主動發掘社區的共同需要，以自助互助的精神，結合各種資源，提供在地的關懷及服務，打造自主、活力、幸福及永續的健康社區。近年來，投入志願服務工作已蔚為風氣，除服務人群，也有助於自我肯定、成長，並增加與社會連結。本部定期辦理志願服務評鑑、調查研究、教育訓練、獎勵表揚等，希藉此影響更多人投入志工領域，讓志工這股正向力量源源不絕；本部持續強化公益勸募活動之透明度，透過公眾監督落實社會責信，以促進公益並保障捐款人權益；為使生活上遭遇困難之民眾，有單一窗口可協助諮詢社會福利、建構社會安全

網絡機制與提供各項的資源整合，設有 1957 福利諮詢專線服務，讓民眾只要一通電話，即可獲得充分的福利訊息與相關服務、通報或轉介。

第一節 社區發展

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

社區發展結合民間力量推展福利服務，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。108 年辦理成效如下：

- 一、全國社區發展協會 6,919 個；社區活動中心 3,605 所。
- 二、辦理福利社區化旗艦型計畫、社區人力資源培訓、社區防災備災宣導等，補助 123 案，計 960 萬 5,000 元。
- 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 1,400 餘人。
- 四、辦理 108 年度社區發展工作金卓越社區選拔，計有南部組 9 縣市所轄 41 個社區參加選拔，評選計 4 個社區獲銅質卓越獎，9 個社區獲卓越獎、11 個社區獲優等獎、12 個社區獲甲等獎、3 個社區獲單項特色獎。

五、透過前瞻基礎建設—整建長照衛福據點計畫，補助 293 處社區活動中心整建工程，布建長照服務據點，以擴充社區服務能量，計核定補助 12 億 1,277 萬元。

第二節 志願服務

為促進志願服務發展，90 年公布《志願服務法》，建置「衛生福利部志願服務資訊整合系統」及「重大災害物資資源及志工人力管理系統」，管理志工資料及協助救災；108 年本部計表揚 1 萬 5,973 名志工，4 萬 7,897 人領有志願服務榮譽卡，憑榮譽卡得享有免費進入公立風景區等 157 處場所。

108 年全國志工團隊計 2 萬 1,284 隊，志工人數 110 萬 411 人（占總人口 4.7%），如圖 10-3，其中男性志工 34 萬 6,881 人（30%）、女性志工 75 萬 3,530 人（70%）。服務領域方面，以衛福類志工 38 萬 963 人最多（34.6%），教育類 37 萬 1,503 人次之（33.8%），環保類 18 萬 6,785 人居第三（16.9%）。

志工年齡分層以 65 歲以上 26 萬 4,241 人（25.43%）最多；55–64 歲志工 24 萬 6,889 人（23.76%），如圖 10-4；108 年服務人次達 4 億 8,088 萬 8,039 人次，服務時數達 9,565 萬 6,981 小時，相當提供 4 萬 5,989 位專職人力。

圖 10-3

100-108 年全國志工人數



近 5 年來高齡志工人數逐年增加（包括高齡志工占全部志工比率）如圖 10-5，高齡志工占我國高齡人口比率亦逐年成長，如圖 10-6。由此可見，近年來高齡志工呈現成長趨勢，政府鼓勵高齡者參與志願服務已見成效，以初老服務老老回饋社會，不但提升參與志願服務的社會風氣，亦能創造老有所為、智慧傳承及社會融合的環境。

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。108 年本部受理公益勸募申請案計核定許可 464 個團體 529 件，計募得 43 億 8,226 萬 8,173 元，較 107 年度許可勸募件數增加，惟募得金額減少。（統計詳如表 10-6）。

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：106 年 80 件、107 年 140 件、108 年 106 件。

為增進勸募團體人員專業知能，108 年辦理 10 場研習、1 場研討會，計 681 人次參加。

圖 10-4

108 年志工年齡分層



圖 10-5

近 5 年 65 歲以上志工人數（包括高齡志工占全部志工之比率）

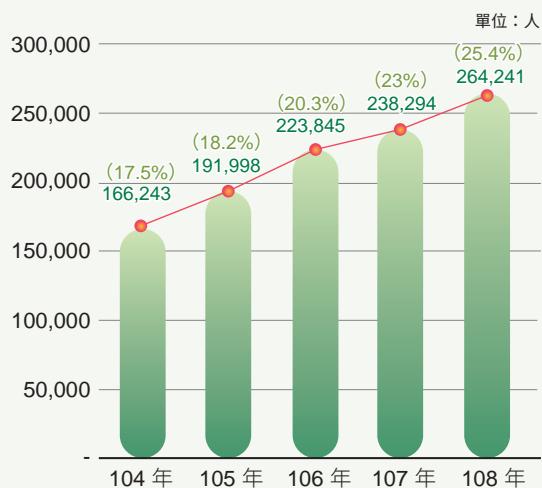


圖 10-6

近 5 年 65 歲以上之志工占 65 歲以上人口比率

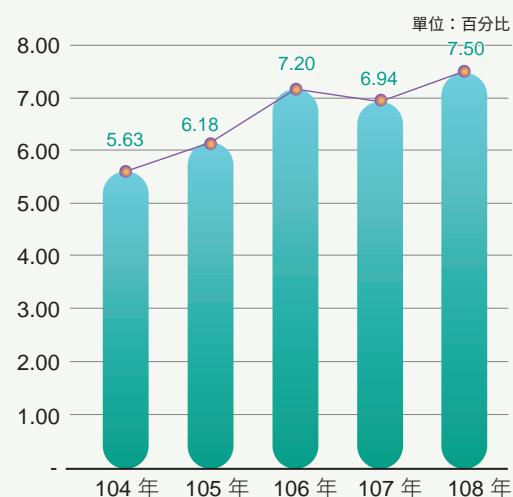


表 10-6

106 年至 108 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
106	448	386	171 億 2,388 萬 2,494 元	45 億 4,817 萬 2,240 元
107	485	423	162 億 4,176 萬 2,754 元	50 億 3,843 萬 3,097 元
108	529	464	183 億 9,253 萬 7,780 元	43 億 8,226 萬 8,173 元

第四節 1957 福利諮詢專線

1957 福利諮詢專線於 95 年 11 月 17 日正式啟動，為提升 1957 專線服務品質，自 99 年 9 月 1 日起委託財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會，使生活遭遇困難之家庭或個人，透過 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。108 年該基金會聘請

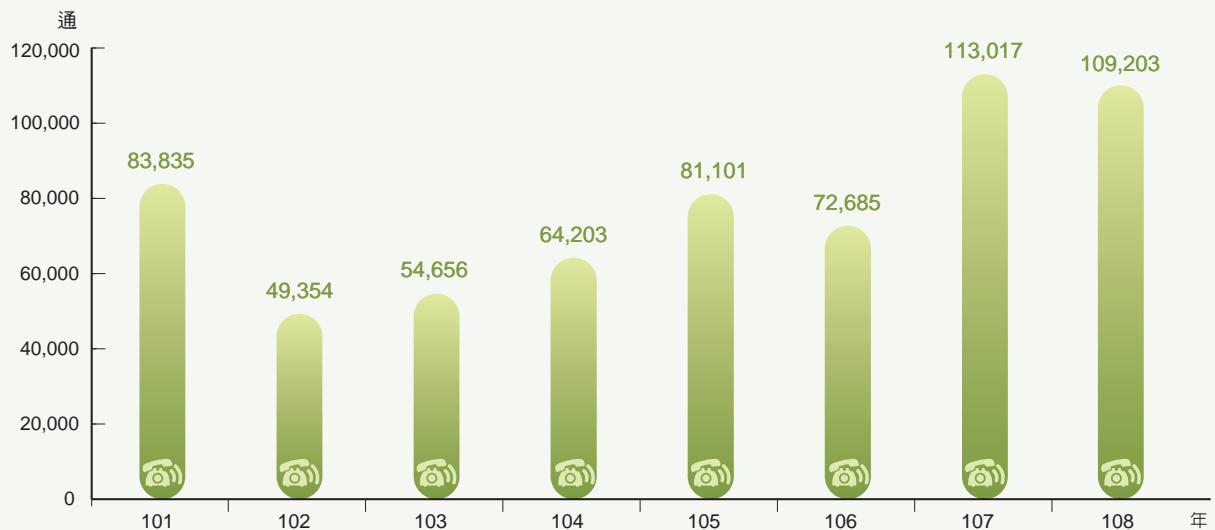
35 位專業社工，於每日上午 8 時至晚上 10 時全年無休提供服務，如需通報轉介個案，即通報各地方政府派員訪視或提供相關服務。

以 101 年至 108 年的來電數統計分析發現（如圖 10-7），近 2 年民眾進線量有大幅成長趨勢，顯見民眾對於政策制定及社會福利等知的權利需求日益殷切。

圖 10-7

101-108 年 1957 福利諮詢專線來電數統計

資料來源：衛福部社工司

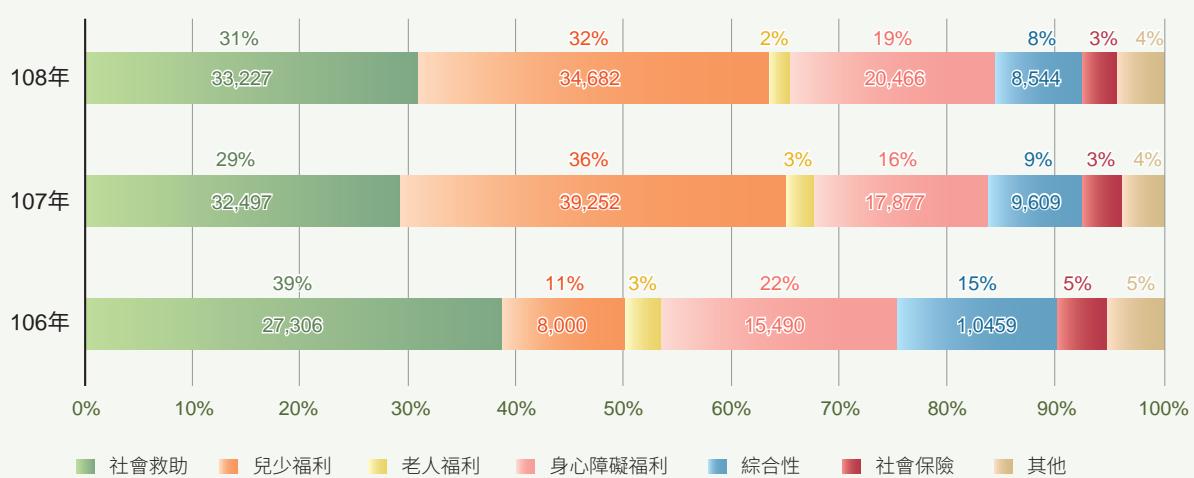


以 106 年至 108 年 1957 福利諮詢專線來電諮詢案件類型分析發現，民眾對於社會救助類、兒少福利及身心障礙福利類的諮詢需求最為迫切，其中社會救助、身心障礙福利類來電案量趨緩，但兒少福利類諮詢需求 107 年較 106 年成長近 5 倍，有大幅成長趨勢，如圖 10-8。

圖 10-8

106-108 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



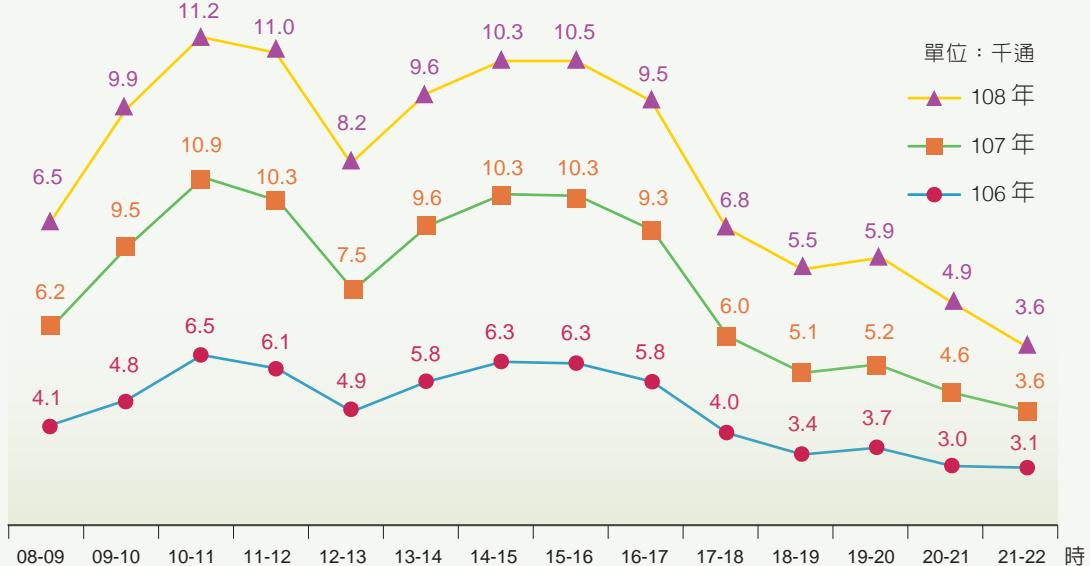
以每日服務之時間軸分析，如圖 10-9，早上 9 至 11 時及下午 3 至 5 時是民眾進線的高峰

期，而用餐、午休時間及晚間等休息時段民眾進線量則有下降趨勢。

圖 10-9

106-108 年 1957 福利諮詢專線來電時段案量分析

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



» 第一章 性別暴力防治

「性別暴力」係指基於性別的暴力行為，導致個人在身體、性、心理層面受到傷害與痛苦，常見樣態有親密關係暴力、性侵害、性騷擾等，及對兒少、老人、身心障礙者虐待等，除法令政策外，藉由建立跨部會網絡整合機制、通報制度與資訊平台、性別暴力防治意識推廣，及保護性社工人力專業久任等，有效落實性別暴力防治，建構安全友善社會。

第一節 跨部會網絡整合機制

一、建立跨部會溝通平臺：108 年召開 3 次家庭暴力及性侵害防治推動小組會議，檢討現行性別暴力防治及保護服務網絡運作情形，並提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。

二、辦理「性別暴力防治與保護服務共識營」：為培力社區在地資源，建構以社區為基礎的支持網絡，本部於 108 年 3 月 9 日、10 日假天母沃田旅店舉辦「社區防暴－共築社會安全網」共識營活動，邀集社區基層組織、民間團體與地方政府社政、警政、衛政代表，共同透過專題研討與實作分享，以促進各直轄市、縣（市）政府相關業務單位與轄內社區凝聚合作共識，並增進社區對其強化社會安全網計畫中扮演之角色與功能的認識，共計 200 人參加。

圖 11-1 歷年 113 保護專線通報案件數



三、舉辦第 6 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 108 年 11 月舉辦「第 6 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，108 年「社會安全網－關懷 e 起來 線上求助/通報平臺」通報成人保護、性侵害、兒少保護案件計 23 萬 3,634 件次。

二、設置 113 保護專線：依統計 108 年受理電話中符合保護事件之通報案量為 2 萬 9,880 件，以成人保護案件（1 萬 7,754 件）最多、其次為兒少保護案件（1 萬 1,283 件），最後則為性侵害案件（843 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：截至 108 年 8 月 13 日止，該網站資料筆數計有 2 萬 2,029 筆；發行反性別暴力電子報共 6 期，主題為「仗勢欺人－權勢性侵與『#Me too』運動」、「無聲吶喊－智能障礙者與性暴力」、「家庭暴力防治二十週年研討會專刊」、「撫平內心的傷－創傷知情實務」、「線上性別暴力：科技與權控」及「求助無門的花蕊－淺談移工與性暴力」；新增 6 則動畫影片，議題包含經濟暴力、老人虐待、創傷知情、小爸媽議題、線上性別暴力及男性參與；另於影音專區新增 38 筆影音檔案，議題包含兒少保護、家庭暴力、性暴力、性騷擾及人口販運。該網站並於 108 年 9 月起併入本部官網維運。

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，108 年共補助 22 縣市，88 項計畫，計 462 個社區參與。

第四節 保護性社工專業久任制度

- 「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」：繼續補助地方政府充實保護性社工人力，108 年補助 495 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。
- 落實保護性社工人力查核計畫：各直轄市、縣（市）政府於 108 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」。
- 落實保護性社工訓練實施計畫：為提升保護業務之專業服務品質，108 年度於本部衛生福利人員訓練中心辦理 3 梯次「新進保護性社工之強化社會安全網 Level1 及 Level2 共通性課程訓練」，共計 309 位地方政府及民間團體保護性社工參加；另委託國立臺灣師範大學辦理 7 場次「保護性社工督導專題訓練」及「實務督導技巧演練工作坊」，合計約 236 人次保護性社工督導參訓，以提升第一線督導專業職能，確保個案服務品質。

第二章 家庭暴力防治

為防治家庭暴力及保護被害人權益，本部推動並督請地方政府積極發展多項被害人保護扶助方案及布建相關服務資源，加強加害人處遇計畫並發展預防性

服務方案，另透過教育訓練提升專業人員知能。107 年起並亦配合強化社會安全網計畫，確認保護服務公私部門分工與合作機制，擴大家庭暴力安全防護網功能，以提升案件處理效能及深化被害人服務。

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 日公布施行以來，每年通報近 10 萬名被害人。108 年通報被害人數以「親密關係暴力」最多，女性被害人為主（占 81.8%）；其次「其他家庭成員間暴力」也以女性被害人居多（占 57%）；再其次「兒少保護案件」則以男性被害人居多（占 54%）；「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 63%），詳圖 11-2。

104 年至 108 年通報家暴被害人為 65 歲以上老人，104 年 7,245 人、108 年 1 萬 504 人，占全國老年人口比 104 年占 2.5‰、108 年占 2.9‰，呈逐年微幅增加的現象，詳表 11-1。

108 年各直轄市、縣（市）政府提供家庭暴力被害人保護扶助計 113 萬餘人次，扶助金額計 6 億 239 萬 69 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 11-2。

圖 11-2 108 年家暴事件通報案件被害人分析

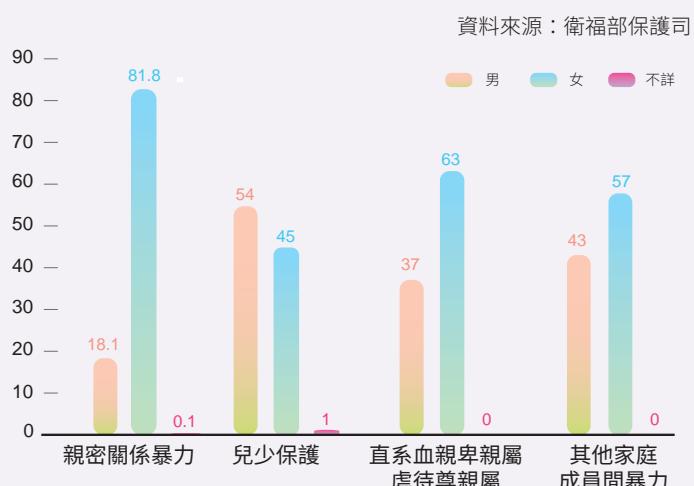


表 11-1 近 5 年家暴被害人為 65 歲以上人數統計表

資料來源：衛福部保護司

	家暴被害人 65 歲以上人數	全國老年人口數	占全國老年人口比
104 年	7,245	2,938,579	2.5‰
105 年	8,344	3,106,105	2.7‰
106 年	9,083	3,268,013	2.8‰
107 年	9,805	3,433,517	2.9‰
108 年	10,504	3,607,127	2.9‰

表 11-2 近年家庭暴力事件保護扶助人次及金額統計表

資料來源：衛福部保護司

項目／年別	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年
保護扶助人次	1,196,998	1,295,786	1,312,095	1,309,184	1,137,300
保護扶助金額	576,498,676	577,721,960	743,362,409	961,394,330	602,390,069

第二節 家庭暴力被害人多元處遇

為因應家庭暴力被害人在不同復原階段的多元需求，本部持續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，108 年補助 7 案計 492 萬 736 元，提供庇護安置服務計 1 萬 4,442 人次。另 108 年補助 8 個縣市辦理中長期庇護安置家園方案，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，108 年補助約 441 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，108 年補助 14 案約 1,084 萬 1,100 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，108 年補助 8 案約 482 萬 1,500 元，服務逾 12 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，108 年補助 5 案約 390 萬 7,000 元，服務約 4 萬 2,000 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 390 萬 7,000 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，如被害人陪伴及支持、目睹兒少服務、被害人就業服務、自立服務等），108 年補助 9 個縣市、14 項計畫、金額逾 3,400 餘萬元，提供被害人保護扶助逾 5 萬 2 千餘人次、目睹兒少輔導 1 萬 5 千餘人次，被害人就業服務 2,900 餘人次。

第三節 家庭暴力加害人處遇

一、督導地方政府落實處遇計畫執行：108 年應實施處遇計畫計 6,006 人，完成處遇計畫 2,112 人，

尚在執行處遇 2,686 人，因故未執行 614 人，依違反保護令罪移送 594 人。

二、配合強化社會安全網計畫，108 年補助縣市政府心理衛生社工 184 人及督導 19 人，透過保護資訊系統及精神照護資訊管理系統勾稽，針對雙方系統同時開案服務之兒少保護、家庭暴力及性侵害事件加害人合併精神疾病者，派案心理衛生社工定期評估暴力風險、自殺風險、精神病情、家庭功能與多元需求，並提供個案及其家庭整合性服務。前開個案 108 年已派案心理衛生社工服務之比率達 86.30%。

三、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 0800-013-999」：提供面對家庭衝突相關諮詢輔導，108 年共受理 2 萬 2,161 通電話，服務 1 萬 9,795 人次(含深談服務 8,447 人次、一般諮詢服務 1 萬 1,331 人次、緊急個案服務 17 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：108 年補助 33 案計 4,148 萬元，提供 4 萬 599 人次服務(含直接輔導、個案管理、追蹤關懷及專業人才培訓等)。

第四節 家庭暴力防治品質與教育

一、繼續推動「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，108 年合計辦理 540 場跨網絡平台會議，討論 1 萬 546 件案件，其中防治網絡介入後危機程度下降共 5,746 件，占 54%。

二、辦理「臺灣老人受暴情形調查」：委託臺北護理健康大學進行台灣老人受暴調查，據以推估台灣老人受暴之盛行率。其研究結果整體

盛行率為 7.79%，盛行率高低依序為：精神(6.64%)、身體(3.36%)、財務(1.33%)、疏忽(0.62%)和性(0.09%)。

三、加強家庭暴力防治人員之專業知能：108 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 454 人次完成訓練。

四、提升老人保護通報之敏感度：加強責任通報人員對老人保護工作之認識，以強化網絡合作機制，108 年計辦理 2 梯次責任通報人員訓練，計 99 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，108 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 103 場次。

» 第三章 性侵害及性騷擾防治

性侵害及性騷擾問題易涉及性別不對等、權力控制等議題，同時社會大眾常對性侵害及性騷擾被害者存在性別偏見迷思，為增進性侵害及性騷擾之被害人接受服務介入之意願並獲得妥適服務，爰透過提供性侵害及性騷擾被害人、加害人多元且適切之處遇服務，並對大眾進行性侵害及性騷擾防治教育，同時強化網絡防治人員專業服務知能與處理技巧，確保服務對象之權益。

第一節 性侵害及性騷擾服務概況

一、性侵害服務概況

- (一) 108 年受理通報被害人數計 8,000 餘人，82% 為女性、49% 為 12 歲至 18 歲之人，8% 為疑似或確定身心障礙者；嫌疑 人 85% 為男性，36% 為 12 歲至 24 歲之人。其中以「熟人性侵害」案件最多(占 71%)；5% 為陌生人性侵害，餘為不詳或其他。案件中兩造關係以朋友(家人朋友／鄰居／普通朋友／同學)、網友等「朋友

關係」最多(占 46%)，其次為現為／曾為直系親屬、現為／曾為家長家屬或家屬間關係者、其他親屬等「家屬關係」占 11%。

(二) 108 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 34 萬 891 人次，扶助金額計 1 億 5,973 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

108 年各相關機關(單位)受理性騷擾申訴調查案件計 831 件，案件概況如下：

(一) 成立 647 件、不成立 143 件、撤回 41 件，由警察機關受理調查最多(占 78.9%)，其次為由加害人所屬單位受理調查(占 17.2%)。

(二) 被害人 95.52% 為女性，加害人 87.52% 為男性；案件中兩造關係以「陌生人」最多(占 68.01%)，其次為「網友」(占 5.41%)；發生地點以「公共場所」最多(占 38.31%)，其次為「虛擬環境-科技設備(如網際網路等)」(占 18.77%)；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 44.35%)，其次為「展示或傳閱色情圖片(檔)」(占 19.79%)，再其次為「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度」(占 13.84%)。

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；108 年提供 34 萬餘人次服務，扶助金額 1.5 億餘元。

二、強化性侵害被害人創傷復原服務：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，及時提供諮詢及諮詢服務，108 年計提供諮詢及諮詢服務近 5,000 人次。

三、提升性侵害案件採驗工作與鑑驗品質：108 年提供 3,375 名被害人驗傷採證服務，其中送刑事警察局化驗採證盒計 2,009 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，108 年計 1,494 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」：108 年計補助 9 個縣市政府辦理 110 場次專業人員訓練、3,933 被害人次進行法律諮詢、心理輔導等服務，逾 101 萬餘人次宣導受益、1 萬 4,279 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 108 年底累計達 6 家，收治 70 人。

二、落實性侵害加害人社區處遇，108 年執行加害人身心治療及輔導教育計 7,489 人；完成處遇 1,757 人，執行中 4,717 人，裁定移送強制治療 4 人，因故未執行 685 人，移送裁罰 326 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」：108 年召開 2 次會議共檢討 10 件案件，案件類型區分為兒少／身心障礙／老人養護機構性侵害或性猥褻案件、校園性侵害及性猥褻案件、外籍勞工性侵害案件等 3 大類。會議決議包含將 1955 勞工諮詢申訴專線、113 保護專線、衛教知識及民間單位求助資源等內容納入外籍勞工手冊，並研議將涉嫌違法之仲介人員於調查階段調離現職之作為納入政策規劃考量；另盤點全

國兒少安置機構人數中身心障礙者之比率，並說明現行機構工作人員針對心智障礙者相關議題之教育訓練作為，以及後續強化規劃等。

- 二、精進性侵害及性騷擾防治專業訓練：108 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 110 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。另本部於 108 年辦理「108 年度性騷擾防治品質提升計畫」，召開 6 場次性騷擾案件調查人員初進階專業訓練，計 409 人完訓。
- 三、強化預防教育宣導：108 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 101 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、辦理處遇人員專業訓練：依本部公告訓練課程基準，108 年所審查認可性侵害防治核心及進階課程，計有 71 場次。

» 第四章 兒童及少年保護

為符兒童權利公約（CRC）強調保障兒少之生命、生存及發展權以及提供兒少合適之家庭成長環境，本部透過建立兒少保護與兒少性剝削服務流程、結構化評估工具及時效品質管控機制，及培力親職教育相關服務資源，增進兒少保護性服務品質。另 107 年 2 月起配合「強化社會安全網計畫」，透過整合兒少保護、高風險家庭通報及相關服務體系，跨部會串接多樣風險資訊，全面評估兒少之保護及風險因子，並提供兒少保護多元處遇，提升兒少保護工作品質及教育，落實保障兒少之安全與福祉。

第一節 兒童及少年保護服務概況

108 年因應強化社會安全網計畫整合兒少保護及高風險家庭體系，兒童及少年保護（下稱兒少保護）通報案件達 7 萬 3,973 件次，其中，責任通報人員共通報 6 萬 4,199 件次（87%），一般民眾共通報 9,774 件次（13%）；分流至保護服務之案件共 4 萬 511 件次（55%）、分流至福利服務案件共 5,916 件次（8%）、其他情形共 2 萬 7,546 件次（37%）。另提供後續處遇服務之受虐兒少人數為 1 萬 1,113 人，男性 4,832 人（43%），女性 6,281 人（57%）。

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「兒少保護強制親職教育多元發展及支持服務整合計畫」：由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，工作內容包含運用到宅式服務及結合數位媒材，提供兒少保護多元化親職教育，108 年度計補助 9 個方案，補助總經費計 1,100 萬元。
- 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。108 年共協助 244 個案驗傷診療，並辦理 248 場次教育訓練，計 2,889 人次參與，於網絡合作部分，則辦理 201 場次個案研討會與網絡聯繫會議，計 563 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：於 108 年 11 月 25 日以衛部護字第 1081461210 號函提醒各直轄市、縣（市）主管機關，於 iWIN 所轉案件辦理完竣後主動至 iWIN 申訴案件系統回報辦理情形，並適時將辦理進度提供申訴人知悉，以利掌握所派案件後續處理情形，倘有處理時效疑義之案件亦可轉知本部辦理。108 年 iWIN 服務案量計 3,139 件，

其中「危險內容」1,170 件(占 37.27%)最高，「色情」998 件(占 31.79%)次之。

四、為協助各地方政府落實兒少保護親職教育，本部於 108 年完成製作兒少保護親職教育之數位學習教材「幸福敲敲門」，為使社會大眾便於使用本資源，該項數位教材放置本部社會安全網專區，供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。另本部積極督促縣市政府落實執行親職教育，108 年度各直轄市、縣(市)政府依兒童及少年福利與權益保障法裁處家長進行親職教育共計 3,402 件，總計 1 萬 8,347 小時親職教育課程。

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。因應條例 2 度修正，本部配合修正兒童及少年性剝削防制條例施行細則(107 年 6 月 26 日修正發布，自 107 年 7 月 1 日施行)、兒童及少年性剝削行為人輔導教育辦法(108 年 1 月 11 日會銜法務部修正發布，自發布日施行)等 2 子法。

二、落實被害人保護扶助：108 年度責任通報計 1,372 件，以警察 675 件(49.2%)為最多，其次主要為教育人員 495 件(36.08%)、社會工作人員 138 件(10.06%)。被害人數計 1,134 人，地方社政機關派員陪同偵訊計服務 714 人，緊急安置 118 人，經法院裁定短期安置 119 人、中長期安置 115 人；提供輔導處遇及追蹤服務逾 500 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」：為從重大兒虐案例中學習與除錯，周延兒少保護網絡，本部業於 108 年 5 月、9 月、12 月召開本部重大兒虐會議，邀集專家學者、中央相關部會及地方政府代表參與，重要決議包含提出殺子自殺案件之因應對策、設計跨專業兒少保護共同基礎課程、研議推動早期親職實驗方案及發展兒童監護權移轉關懷措施、將家有兒少之自殺個案服務議題納入研修「自殺防治關懷訪視流程」、精進疫苗催種訪視流程、將「分手教育」納入各級學校課綱內容。

二、加強辦理兒少保護專業訓練：108 年辦理 2 梯次(每梯次 5 天)新進兒少保護社工人員教育訓練，全國計有 109 名新進兒保社工參加；另辦理 18 場次兒少保護 SDM 安全評估(2 版)、風險評估及風險再評估之教育訓練，以利全國第一線兒少保護社工人員具備操作知能，共計 793 人完訓，訓練覆蓋率達 87%；又基於親密關係衝突的家庭波及兒少安全的情況相當常見，為強化兒少保護及成人保護社工人員之共案合作，業於 108 年 12 月分區辦理 3 場次「兒少保護及成人保護交流合作工作坊」，以促進雙方溝通對話，並發展可行的合作原則。

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。

12

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

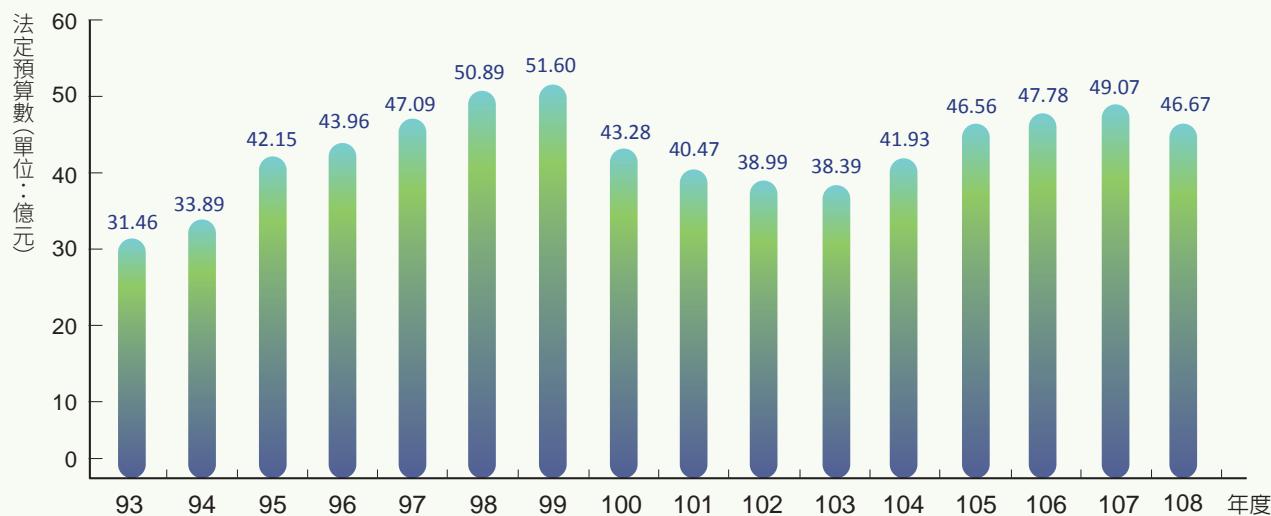
108 年度科技發展預算為 46 億 6,685 萬 3 千元如圖 12-1，占本部總預算 2.5%，主要投入

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 787 件研究計畫，科技成果實際應用率為 76%。

圖 12-1

歷年科技發展法定預算數趨勢變化

資料來源：衛福部科技組



第一節 任務導向型的實證政策研究

一、傳染病防治

(一) 運用重組酶聚合酶擴增 (recombinase polymerase amplification, RPA) 原理建置瘧原蟲檢驗方法，以及開發多種病原之多重即時聚合酶連鎖反應 (multiplex real time polymerase chain reaction, multiplex RT-PCR) 檢測套組，提升傳染病檢測效率。另完成屈公病抗原與抗體酵素結合免疫吸附分析法 (enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA)／免疫色層分析法 (immunochromatography test, ICT) 快速檢驗試劑及整合性蟲媒病毒 (arbovirus) ELISA 快速檢驗試劑之開發，可有效區分登革熱、屈公病與茲卡病毒感染。

(二) 結合防疫擬人化角色，開發擴增實境登革熱防疫宣導軟體，另開發新聞跑馬燈影像文字截取告警系統，建置自動化媒體輿情蒐整機制，並持續精進人工智慧瘧疾「血片」影像辨識技術及 LINE@ 聊天機器人，以智慧防疫科技提升防疫量能。

(三) 提升龜殼花及赤尾鯛蛇毒血漿產能 36 倍以上，降低生產等量蛇毒血漿之需用免疫馬匹數量 4–10 倍，逐年減少馬匹飼養數量，大幅降低國家免疫馬匹畜牧場營運成本。

二、民眾健康促進

(一) 發展高齡飲食與營養健康促進介入方案。

(二) 發展「臺灣健康識能行動綱領」，辦理衛生局(所)人員健康識能遠距互動式教育訓練。

- (三) 監測我國非傳染性疾病防治工作進展，並與全球永續發展指標接軌。
- (四) 研擬評估不同年齡層之預防保健服務方案，納入慢性病風險評估、65 歲以上長者衰弱評估及 65 歲女性骨質密度篩檢，供未來政策參考。
- (五) 發展五種常見癌症病人（肺癌、乳癌、直腸癌、攝護腺癌及頭頸癌）之照護共享決策輔助工具，提出未來推廣應用建議參考。

三、食品藥物管理

- (一) 建立 120 種以上（與前年比較新增 20 種）跨類別化學物質多重檢驗技術，大幅強化非預期物質發掘能力，為人民食安把關。
- (二) 完成 197 項農藥殘留容許量標準建議，強化食品農藥殘留管理規範，另公告 34 篇食品化學檢驗方法，建立檢驗依循並提升檢驗技能。
- (三) 因應國際發生降血壓、胃藥及降血糖藥中原料藥疑含不純致癌物質事件，首次建立 3 項檢驗方法（NDMA、NDEA 及 NMBA），建立 8 項藥物化粧品檢驗方法及 1 項病毒核酸國家標準品，另完成類大麻及苯乙胺等 4 項新興濫用藥物檢驗方法之分析評估，確保用藥安全。
- (四) 輔導 4 件高階高值藥物及 6 件創新醫材研發，達到研發新里程碑，加速產品上市，嘉惠國人，另協助 4 件國產藥品國外申請上市，除提升國內產業競爭力，並拓展國際市場。

四、中醫藥研發與推廣

- (一) 108 年建立中醫日間照護模式，藉由雷射針灸刺激頭部穴位，有助於延緩失智症個案認知功能退化；針對長照機構住民使用科學中藥粉「定喘湯」與「半夏厚朴湯」，其「肺炎感染入院率」低於未服用

- 中藥者，有助於提升長照機構的服務品質及減少相關花費。
- (二) 完成 35 項中藥材含異常物質調查分析及國際規範比較，作為管理規範參考。
- (三) 推動國際中醫藥學術電子期刊（JTCM），108 年累計發行 4 期共計 50 篇論文，於「Complementary and Alternative Medicine」領域排名第 5 名。
- (四) 持續開發中藥材或飲片品質分析方法，計完成 128 筆，形成藥典品質規範，並收載於中藥品質分析資料庫供產官學研應用，提升民眾用藥安全。
- (五) 百位亞健康受試者在練習八段錦功法後，其睡眠、憂鬱及焦慮情形、認知活動，皆有顯著改善，可作為中醫在預防醫學推廣基礎。
- (六) 從原住民族作物「野蕷」中，開發出具減低脂肪之分層及活性成分，以期發展為經濟效益較高的功能性健康食品。

五、精進醫療照護體系

- (一) 護理人力監測是本部推動護理人力發展及精進醫療照護體系之重要參考指標，透過醫院護理服務量線上調查平台，建置護理人力資料庫及統計報表自動化分析系統，掌握我國護理人力服務現況、布建照護資源及政府資訊公開之目的，做為護理政策之參考資訊。
- (二) 完成再生醫學產業推動規劃研析報告及我國再生醫療法規及管理機制發展方向研析報告各 1 份，提出再生醫療技術品質管理及產業人才培育相關政策規劃方向。

六、全方位強化全民健康保險體制

- (一) 精進健康保險服務：以資料治理為核心，提升給付及財務制度效益，並監測利益關係人對健保政策意見及服務品質，持續改革健保制度。

- (二) 優化醫療資源配置：優化健保給付機制，使健保資源合理配置，應用健康大數據決策分析以提升精準醫療運用及行政效率。
- (三) 打造健康智慧雲端一站式服務：建構新型態數位政府服務，導入人工智慧(AI)，結合行動裝置、雲端運算、大數據應用，提升健保服務品質。

七、我國 6–18 歲人口之口腔健康調查

為了解台灣地區 6–18 歲兒童及青少年口腔及衛生狀況，本部委請機構進行「我國 6–18 歲人口之口腔狀況調查」，108 年先於國內 8 個縣市進行調查，初步結果顯示，與 101 年的口腔調查做比較，12 歲的恆齒齲齒經驗指數有下降趨勢。

八、性別暴力防治與保護資源服務

- (一) 老人受暴情形調查：依研究調查結果推估台灣老人整體受暴盛行率約 7.99%，各受暴類型之盛行率依序為精神虐待(5.95%)、身體虐待(3.56%)、財務虐待(1.40%)、疏忽(0.86%)與性虐待(0.03%)。此資料將作為本部老人保護政策評估及制定之參考建議。
- (二) 架設反性別暴力資源網(Taiwan Against Gender-based Violence, TAGV)：該網站資料筆數達 2 萬 2,029 筆，包含電子報、動畫影片及影音檔案等，將重要性別暴力防治資產透過整合數位科技及核心技術，完整保存於反性別暴力資訊網，以提升民眾防暴意識，強化網站社會教育功能。
- (三) 建立保護服務大數據風險預測模型：透過大數據分析進行保護事件歸戶處理，以了解家庭內保護事件發生之風險因子與保護因子，建立風險預測模型，進而強化初級預防及風險預警，並落實被害人保護與加害人再犯預防工作，並提供相關決策建議，以強化保護性相關政策建立及施行之有效性。

九、完善福利服務體系

- (一) 強化社會福利系統：強化系統功能使分析效能提升；建置社會福利資料倉儲用以發展主題式資料分析模型，整合福利資源提升資源與服務取得之便利性，規劃可近性更佳的服務管道。
- (二) 持續發展以社會福利實證為基礎之研究：檢視現行幼兒照顧津貼並研訂托育資源中心服務品質管理指標範例使用說明書並提供托育資源中心使用；分析社會福利法規以評估我國制定社會福利基本法的必要性與可行性；針對接受補助人工電子耳及助聽器等聽覺輔具之身心障礙者，調查其使用狀況與生活改善狀況效益。

十、強化全國長照資訊整合平台

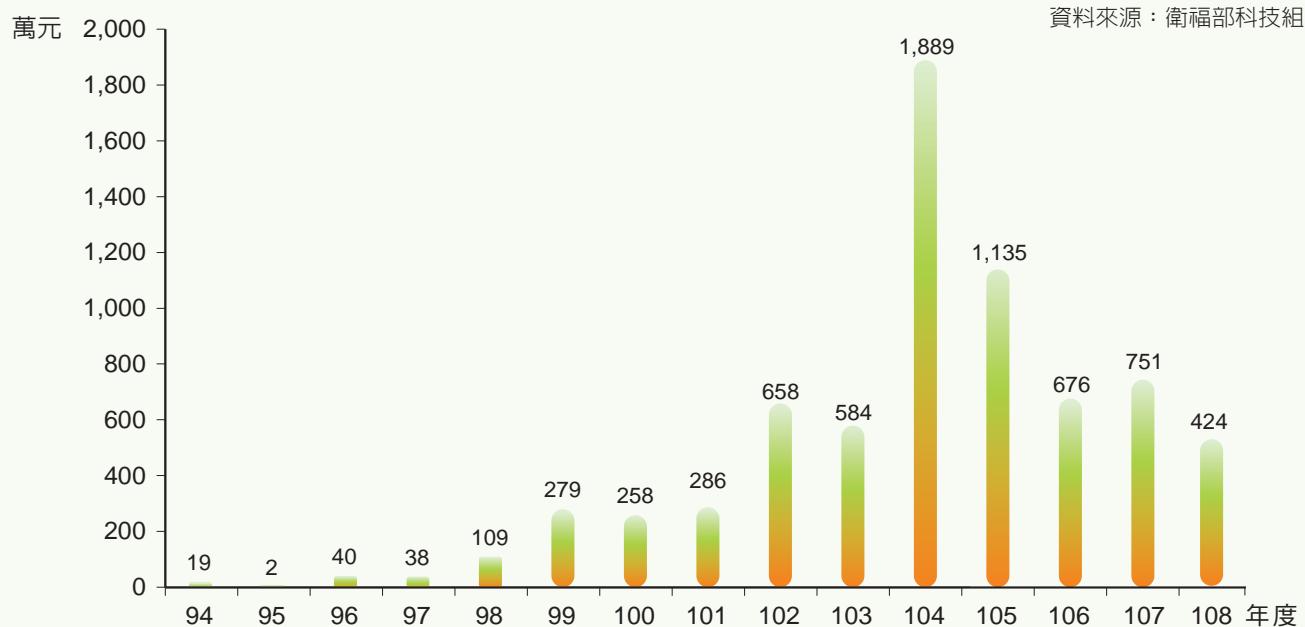
強化長照服務資料庫功能，整合照顧服務資訊管理平台系統、長照機構暨長照人員相關管理資訊系統及長照 2.0 服務費用支付審核系統等三大類系統，建構跨系統整合介面及服務導向架構，期能建置更完整的長照資料庫，俾利長照服務品質之控管與稽核。

第二節 創新及轉譯研究的發展

一、技術轉移及專利授權

- (一) 108 年完成 3 項研發成果技術移轉，包括國家中醫藥研究所的「治療或預防神經性疾病之藥物」、「用於改善代謝症候群相關用途的一種清補藥材」以及財團法人國家衛生研究院的「細胞內藥物釋放之組成物及方法」。
- (二) 研發成果收入共計 523 萬 5,357 元如圖 12-2。

圖 12-2 歷年研發成果收入數趨勢變化



二、生物資料庫創新應用服務

- (一) 「國家級人體生物資料庫整合平台」：已邀請 25 家機構之人體生物資料庫加入，將帶動國內生技產業發展與國際合作。
- (二) 「臺灣罕見疾病研究網絡」：與罕見疾病基金會及中華民國人類遺傳學會共同成立，已收案 488 個家族，完成 770 例全基因體定序與 240 例全外顯子定序，確診率為 70.0%，奠定後續發展罕見疾病診斷與藥物開發基礎。

- (三) 「臺灣腦組織資源聯盟」議題：協助突破法規限制，定義取腦為「採集」，於 108 年 11 月 19 日完成國內第一例腦組織捐贈取腦。
- (四) 「藥物化學加值創新研發中心 (Value-Added MedChem Innovation Center, VMIC)」：配合「亞太生技醫藥研發產業中心」政策成立，3 年來與 22 家生技公司及 10 間學研單位合作，完成 63 件委託案締約；108 年 12 月 31 日進駐國家生技研究園區，提供更優質服務，加速我國生技產業研發動能。



臺灣精準醫療啟航



台灣罕病研究網絡成立



腦庫議題成果發表



藥物化學加值創新研發中心揭牌儀式

三、推動第三期（107–110 年）癌症研究計畫

在推動癌症研究資訊共享與整合，已建立白血病、兒癌資料庫，其中急性骨髓性白血病、血癌前期病患資料庫涵蓋全國 90% 的病患、胰臟癌已完成客製化臨床資料庫資料登錄介面。為方便檢索跨機構資訊，已依癌別及研究需求設計共通資料模式，包括癌症登記、基因變異資訊等重要資料。

四、精進臨床試驗能量及國際躍升計畫

執行臨床試驗協助台灣本土寶齡富錦生技自行研發的「飛確」幽門桿菌抗原快速檢驗試劑上市，此為本土第一家也是美國境外目前唯一通過 US FDA 核准上市的幽門桿菌抗原快速檢驗試劑（體外診斷醫療器材），用於偵測人類糞便中的幽門桿菌抗原。

第三節 衛福資料統計應用

一、應用服務平臺管理

衛生福利資料科學中心 108 年持續推動巨量資料應用管理審議機制，強化資訊安全管理，符合國際標準，及完成 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

截至 108 年底開放申請之資料庫計 104 項。服務量能逐年增加，如表 12-1。

三、建置社福類主題式資料庫

108 年辦理「弱勢群體資料連結應用計畫」，透過大數據應用模式，串連不同目的之福利服務資訊系統資料，建立與政策相關主題資料庫，提供政府統計調查母體名冊整編之用，強化統計調查及公務資料互稽功能，提升社福統計品質。

表 12-1 衛生福利資料科學中心歷年服務量統計

資料來源：衛福部統計處

	106 年	107 年	108 年	108 年較上 (107) 年 增減% (百分點)
設備使用率 (%)	47.0	67.1	72.4	(5.3)
本部	78.4	86.1	95.9	(9.8)
研究分中心	37.7	57.9	66.3	(8.4)
年底有效案件數 (案)	504	537	636	18.4
全年實際使用案次 (案次)	10,240	14,508	17,405	20.0
攜出審查案次 (案次)	5,511	7,652	9,216	20.4
服務人日 (人日)	10,490	15,149	20,743	36.9

» 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 72 屆世界衛生大會 (WHA) 於 108 年 5 月 20 日至 28 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，與美國等重要國家及國際組織辦理 71 場雙邊會談，並舉辦數場專業論壇，就重要衛生議題進行深度交流，分享臺灣醫衛成果及貢獻，以實際行動向國際社會展現我國欲基於貢獻衛生專業及維護健康人權的立場，以及積極爭取專業、務實、有貢獻參與全球衛生事務的決心。

二、亞太經濟合作

(Asia –Pacific Economic Cooperation, APEC)

本部陳時中部長率團出席 108 年 8 月於智利巴拉斯港舉辦之「生命科學創新論壇 (LSIF) 執行委員會」及「第 9 屆 APEC 衛生與經濟高階會議」，會中陳部長除擔任「擁抱數位未來以支持 APEC 健康老化」之講者外，亦與美國、日本、馬來西亞及智利等經濟體進行雙邊論壇，以尋求我國於 APEC 場域推動「APEC 數位健康照護」倡議之支持。此外，本部成功爭取 APEC 經費補助，並於 108 年 4 月舉辦「APEC 慢性病及其危險因子之智慧照護國際研討會」及 8 月舉辦「APEC 醫療資訊分享國際研討會」。

108 年 10 月在臺北舉辦「2019 APEC 醫療器材法規科學卓越中心先期研討會」，培訓超過 44 名來自印尼、馬來西亞、巴布亞紐幾內亞、菲律賓、俄羅斯、新加坡、泰國及我國等 8 個 APEC 會員經濟體的產官學界種子師資，促進各國醫療器材法規調和。



陳時中部長與美國衛生部長 Alex Azar 雙邊會談



陳時中部長與帛琉衛生部長 Emais Roberts 雙邊會談



「Taiwan Can Help」小巴穿梭日內瓦大街小巷



蔡英文總統接見世衛行動團



APEC 慢性病及其危險因子之智慧照護國際研討會



APEC 衛生與經濟高階會議



APEC 醫療器材法規科學卓越中心先期研討會

第二節 國際交流與援助

一、國際合作與交流

(一) 國際合作

- 108 年 1 月本部何啟功次長在比利時布魯塞爾，與比國佛拉蒙區政府福利、公衛暨家庭部秘書長、健康及照護局局長共同簽署「醫衛合作瞭解備忘錄」，就老年及長期照顧、醫療資訊電子化、醫院管理及評鑑等議題交流、強化雙方政策規劃。

2. 108 年 4 月簽署「臺美合作處理跨國父母擅帶兒童離家瞭解備忘錄」，推動合作以協助家長解決未成年子女監護權紛爭。聯合國兒童權利公約是最具普世性的國際公約，MOU 之簽署凸顯我國呼應該公約精神對兒童權利之重視。

3. 108 年 5 月陳時中部長與瑞士日內瓦大學醫院簽署合作備忘錄，共同進行災難醫學之研究與分析，進一步投入區域性災難事件與國際人道救援工作。並於 10 月邀請日內瓦大學醫院來臺開設「國際緊急醫療救護隊培訓工作坊」，提升國內災難醫療應變的能力與品質。



與比利時簽署「醫衛合作瞭解備忘錄」



與日內瓦大學醫院簽署合作備忘錄



開設救護隊培訓工作坊



國際社會福利協會東北亞區域會議



社會企業世界論壇



亞洲智能障礙聯盟會議

4. 108 年 11 月挪威「國家高齡與健康諮詢機構」之失智症照護專家在台交流挪威實踐以人為本之失智照護訓練模組及照護培訓課程，並簽署「失智照護訓練模組合作協議書」，拓展國際夥伴關係，創新失智症護理人才培育合作契機。

(二) 國際業務辦理情形：108 年於國外參加國際會議或研習 148 場，於國內舉辦國際會議 56 場，外賓邀/參訪共計 61 國 816 人次。

1. 參與國際會議

(1) 108 年 7 月蘇麗瓊次長赴蒙古出席國際社會福利協會 (ICSW) 東北亞區域會議，分享臺灣「強化社會安全網」政策，拜會蒙古勞工和福利服務總局，推動臺蒙社工人員交流。

(2) 推薦中醫藥專家擔任歐洲理事會藥品品質與衛生保健局 (EDQM) 歐洲藥典委員會傳統醫藥工作小組委員，108 年赴法國參加 2 次編修會議，以瞭解歐洲藥典傳統醫藥編修管理與發展趨勢。

(3) 108 年 10 月行政院唐鳳政委率團赴東非衣索比亞參與「社會企業世界論壇」，促成 SEWF 委員會同意協助臺灣於 2020 年舉行亞太社會企業高峰會，我國代表團亦設置攤位，宣導臺灣社會企業推展成果。

(4) 108 年 12 月派員赴尼泊爾加德滿都參加亞洲智能障礙聯盟會議 (AFID)，有助於瞭解各國在智能障礙者教育、就業、生活照顧及權益保障上所做的各項努力及現況，並順利爭取到 2027 年第三度在台灣主辦亞洲智能障礙聯盟會議的機會。

2. 舉辦國際會議

(1) 108 年 4 月臺灣、美國及日本在「全球合作暨訓練架構」下舉辦「抗藥性結核病計畫管理國際研習營」，共計 8 國、15 名結核病防治專業人員來臺，特別邀請美國前衛生部長普萊斯蒞臨致詞，彰顯臺美堅實友好關係，透過國際經驗交流，提升區域聯防量能。

(2) 108 年 5 月舉辦「臺美衛生福利政策研討會」，主題為「健康前景 集眾創福」，共有約 300 人參與。邀請 7 位美國衛生福利官員、專家學者來臺，針對當前重要公衛社福議題進行實務工作分享。

(3) 108 年 10 月於臺北舉辦第七屆臺日醫藥交流會議，包括日本厚生勞動省及產業界代表 45 人，我國產業界出席代表 200 餘人參與，分享藥物法規進展與趨勢、精準醫療及體外診斷試劑法規，國際法規協和會 (ICH) 多區域臨床試驗 (MRCT) 指引 E17、電子仿單、非處方藥品推廣政策及醫材優先審查機制等。

(4) 108 年 10 月舉辦「臺灣全球健康論壇」，主題為「如何邁向永續、安全與健康的 21 世紀都市生活？」，計有 8 位衛生部部次長與會，共 33 國 83 位高階衛生官員、國際醫衛與環保專家共同參與，由健康與環境的觀點切入，探討如何以現有資源建立更健康的都市環境，展現跨國界、部會、專業聯手打造地球健康與實踐生命健康之理念。

(5) 108 年 10 月辦理「臺灣災難應變國際研討會」，邀請國內外專家分享緊急醫療及人道救援經驗，除回顧過去臺灣災難醫療應變的發展史，也了解國際災難應變的協調機制及啟動架構，做為未來臺灣災難應變的借鏡。

(6) 108 年 11 月台北市美國商會及美國在台協會舉辦「第二屆臺美肝病防治論壇」，邀請陳副總統建仁蒞臨開幕致詞及本部陳時中部長進行專題演講。為台灣政府、學術界和美國商會成員提供建言和合作機會，打造台灣為亞洲肝臟健康卓越中心。

(7) 108 年 12 月辦理「失智症防治照護國際研討會」邀請「國際失智症協會」、美國、日本等國際學者，以及國內專家與會交流並安排失智友善社區及相關服務據點參訪，共計 323 人次參加，透過分享國際經驗，喚起社會大眾對失智症防治照護之重視。



抗藥性結核病計畫管理國際研習營



臺美衛生福利政策研討會



第 7 屆台日醫藥交流會議



臺灣全球健康論壇



臺灣災難應變國際研討會



失智症防治照護國際研討會

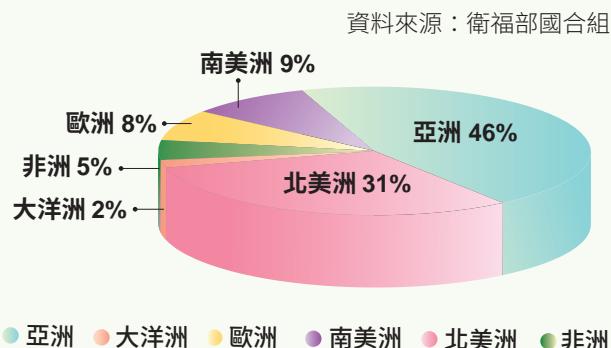


第二屆臺美肝病防治論壇

3. 國際友人來訪：108 年接待 61 國 816 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 12-3。

圖 12-3

108 年來訪外賓各大洲比例統計圖



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)：為外交部及衛生福利部成立之任務編組，配合外交部國家整體外交策略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。108 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；並辦理新南向顱顏種子醫療人員培訓計畫，培訓印尼、越南等新南向國家外科及牙科等醫療人員。另與日本亞洲醫師協會 (AMDA) 合作，捐贈內視鏡等醫療器材予尼泊爾醫院，提升該院檢驗能力及整體照護品質。
- (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。108 年完成柬埔寨、祕魯、蒙古、巴布亞紐幾內亞、索羅門群島、吉里巴斯、寮國、史瓦帝尼等 8 國共 8 趟次 680 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)」：藉由訓練國外醫療衛生人員來敦睦邦誼，108 年共培訓 21 國 122 人次之國外醫衛人員。
- (四) 108 年持續與外交部合作，代為委託國內醫院辦理「太平洋友邦及友我國家醫療合作計畫」，於馬紹爾群島辦理「臺灣衛生中心計畫」，於帛琉、諾魯及吐瓦魯辦理

「臺灣醫療計畫」，於斐濟及巴布亞紐幾內亞辦理「行動醫療團計畫」，計畫經費由外交部支應。

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。

108 年辦理成果如次：

- 一、107 年 6 月啟動「一國一中心」計畫，108 年針對印度、印尼、菲律賓、越南、泰國、馬來西亞（兼轄汶萊）、緬甸優先國家，委託我國 7 家醫學中心，辦理人才培訓、產業搭橋、臺商健康諮詢服務、營造文化友善醫療環境、產業法規及市場調查、資訊整合 6 項工作。截至 108 年共培訓 694 位新南向國家醫事人員，介接 98 家廠商，取得約 440 萬美金訂單。108 年我國對新南向七國之整體出口總值衰減 12.6%，但其中醫衛產品（藥品及醫材）出口成長率為 7.5%，優於整體出口表現，顯示「醫衛新南向」政策已展現具體成果。
- 二、108 年「行銷我國高階牙材及拓展新南向市場計畫」辦理啟動記者會，並製作中英文宣導片～「你所不知道的台灣軟實力－談全方位口腔醫療照護」，帶動醫材產業發展。



臺灣牙醫醫療服務國際行銷啟動記者會

三、出版越南傳統醫藥註冊登記輔導指引，於國內外舉辦 3 場研討會及教育訓練，與泰國、越南及馬來西亞分享我國中藥品質管理、中西醫合治及臨床用藥經驗。

四、108 年 10 月於菲律賓馬尼拉舉辦「臺菲全民健保與智慧醫療應用交流會議」，分享臺灣健保經驗，尤其是雲端科技導入健保管理的成果。

五、本部分別與印尼及越南進行登革熱及結核病防治交流合作計畫，派遣我國防疫專家至當地進行防治技術交流，並舉辦多場訓練課程及成果發表會。



臺菲牙科產業發展論壇



於越南舉辦「中藥 GMP 教育訓練工作坊」



協助印尼國小成立登革熱防治志工隊



醫衛新南向政策廠商分享交流會



與越南簽署合作備忘錄，組成藥用植物資源跨國研究團隊



國際進階醫療照護管理研討會



新南向傳統醫藥聯合論壇

六、108 年 11 月本部臺北醫院參與印尼「國際進階醫療照護管理研討會」並分享臺灣經驗，獲得印尼泗水主要媒體強力曝光，並與印尼穆罕默迪亞東爪哇醫院協會簽屬合作備忘錄。

七、108 年 11 月舉辦「醫衛新南向政策廠商分享交流會」，邀請行政院鄧振中政委及本部何啟功次長致詞，由 5 家廠商分享新南向市場經驗及與一國一中心合作策略，共有各部會、醫療院所、醫衛公協會及企業界人士近 200 人參與。

八、108 年 12 月本部與印度「科學暨工業研究委員會」轄下的喜馬拉雅生物資源科技研究所 (CSIR-IHBT) 簽訂合作備忘錄，合作研發臺灣印度藥用植物資源。

九、補助籌辦「2019 臺灣醫療科技展」，整合台灣醫療特色強項，帶動創造產值，績效卓著。超過 550 家國內外醫療機構及生醫企業參展並吸引超過 17 萬人次觀展，包含國際專業人士超過 2,800 人次，其中來自新南向國家超過 1,300 人次。



於馬來西亞舉辦「傳統與現代醫學整合發展研討會」



與印度簽訂合作備忘錄



台灣醫療科技展

第四節 醫療服務國際化

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

二、發展目標

- (一) 輔導醫院建立強項特色、發展醫療品牌、提供多元醫療服務，並與同、異業整合與合作，以開拓創新經營策略，讓醫療產業更加活絡發展。
- (二) 發展國際健康產業，以醫療為火車頭，帶動生技、製藥、醫材、資訊及養生等產業發展。

三、推動成果

- (一) 成立「國際醫療管理工作小組」作為交流與傳播之平台，並輔導 87 家醫院建置具國際競爭力之環境。
- (二) 鬆綁法規限制並配合「大陸地區人民進入臺灣地區許可辦法」之規定，公告 78 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 12-4。

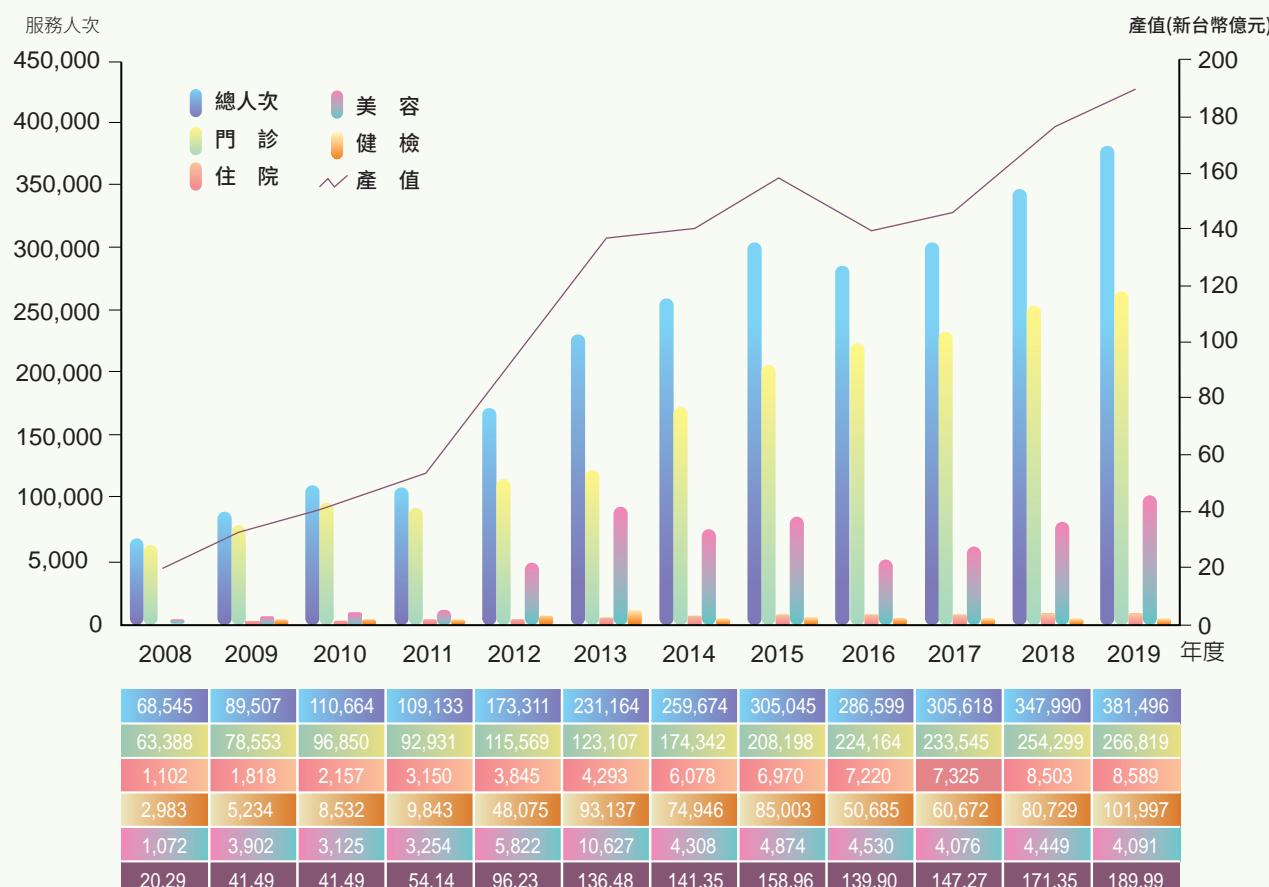
(四) 「台灣國際醫療全球資訊網」全新改版建置，並擴增馬來文語系，提供多

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 108 年網站累積瀏覽量超過 1,166 萬人次。

圖 12-4

國際醫療服務人次與產值

資料來源：衛福部醫事司



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	青少女 生育率	人口密度 人／每平 方公里
		0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上						
	千人	%	%	%	%	%	%	每一 婦女	%	
84 年	21,357	23.8	68.6	7.6	15.5	5.6	9.9	1.8	17	590
89 年	22,277	21.1	70.3	8.6	13.8	5.7	8.1	1.7	14	616
94 年	22,770	18.7	71.6	9.7	9.1	6.1	2.9	1.1	8	629
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
108 年	23,603	12.8	72.0	15.3	7.5	7.5	0.1	1.1	4	652

表 2 平均餘命與死亡率

資料來源：內政部、衛福部統計處

年別	0 歲平均餘命			0 歲健康平均餘命 兩性 歲	5 歲以下兒童死亡機率 每千活產	15-60 歲成人死亡機率 每千人口
	全體	男性	女性			
	歲	歲	歲			
84 年	74.5	71.9	77.7	...	9.0	131.4
89 年	76.5	73.8	79.6	...	8.5	119.0
94 年	77.4	74.5	80.8	69.5	6.9	112.8
98 年	79.0	76.0	82.3	70.8	5.6	101.0
99 年	79.2	76.1	82.5	71.0	5.5	99.2
100 年	79.1	76.0	82.6	70.8	5.7	99.0
101 年	79.5	76.4	82.8	71.6	5.1	96.3
102 年	80.0	76.9	83.4	71.8	4.7	93.6
103 年	79.8	76.7	83.2	71.6	4.6	94.5
104 年	80.2	77.0	83.6	71.9	5.0	92.0
105 年	80.0	76.8	83.4	71.8	4.8	94.1
106 年	80.4	77.3	83.7	72.1	4.6	90.0
107 年	80.7	77.5	84.0	72.3	4.9	88.6
108 年	80.9	77.7	84.2	...	4.6	88.2

表 3 國民醫療保健支出

資料來源：行政院主計總處、衛福部統計處

年別	國民醫療保健 支出占 GDP 比	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	平均每人醫療保 健支出		平均每人 GDP	
		%	新台幣 百萬元	百萬美元	%	新臺幣元	美元	新臺幣元	美元
84 年	5.1	378,679	14,295	71.7	17,805	672	347,526	13,119
89 年	5.3	547,807	17,541	62.0	24,693	791	465,574	14,908
94 年	6.2	745,620	23,170	57.4	32,804	1,019	529,556	16,456
98 年	6.7	869,252	26,293	57.6	37,665	1,139	559,807	16,933
99 年	6.3	884,640	27,951	58.1	38,228	1,208	607,596	19,197
100 年	6.4	913,413	30,995	57.6	39,382	1,336	614,922	20,866
101 年	6.3	929,311	31,374	59.0	39,935	1,348	630,749	21,295
102 年	6.4	974,250	32,726	58.7	41,733	1,402	654,142	21,973
103 年	6.3	1,017,106	33,490	58.8	43,459	1,431	694,680	22,874
104 年	6.2	1,052,773	32,992	59.0	44,870	1,406	726,895	22,780
105 年	6.3	1,108,119	34,275	58.4	47,122	1,458	746,526	23,091
106 年	6.4	1,149,199	37,753	59.2	48,787	1,603	763,445	25,080
107 年	6.6	1,206,968	40,019	59.2	51,186	1,697	777,898	25,792
108 年	...	...	...	...	...	...	...	...

表 4-1 醫療設施－醫療機構數

資料來源：衛福部統計處

年別	醫療機構數							
	醫院				診所			
	西醫	中醫	西醫	中醫	牙醫	西醫	中醫	牙醫
家	家	家	家	家	家	家	家	家
84 年	16,104	787	688	99	15,317	8,680	1,933	4,704
89 年	18,082	669	617	52	17,413	9,402	2,461	5,550
94 年	19,433	556	531	25	18,877	9,948	2,900	6,029
98 年	20,306	514	496	18	19,792	10,361	3,217	6,214
99 年	20,691	508	492	16	20,183	10,599	3,289	6,295
100 年	21,135	507	491	16	20,628	10,815	3,411	6,402
101 年	21,437	502	488	14	20,935	10,997	3,462	6,476
102 年	21,713	495	482	13	21,218	11,105	3,548	6,565
103 年	22,041	497	486	11	21,544	11,277	3,637	6,630
104 年	22,177	494	486	8	21,683	11,313	3,705	6,665
105 年	22,384	490	485	5	21,894	11,395	3,772	6,727
106 年	22,612	483	478	5	22,129	11,499	3,839	6,791
107 年	22,816	483	478	5	22,333	11,580	3,917	6,836
108 年	22,992	480	476	4	22,512	11,663	3,975	6,874

表 4-2 醫療設施－病床

資料來源：衛福部統計處

年別	病床數			平均每萬人口病床數				
	醫院	診所	醫院			急性病床		診所
			床	床	床	床	床	
84 年	112,378	101,430	10,948	52.6	47.5	31.3	30.1	5.1
89 年	126,476	114,179	12,297	56.8	51.3	33.3	31.0	5.5
94 年	146,382	129,548	16,834	64.3	56.9	34.4	31.8	7.4
98 年	156,740	134,716	22,024	67.8	58.3	35.0	32.1	9.5
99 年	158,922	135,401	23,521	68.6	58.5	35.0	32.0	10.2
100 年	160,472	135,431	25,041	69.1	58.3	35.0	31.9	10.8
101 年	160,900	135,002	25,898	69.0	57.9	34.8	31.7	11.1
102 年	159,422	134,197	25,225	68.2	57.4	34.3	31.1	10.8
103 年	161,491	133,518	27,973	68.9	57.0	34.0	30.9	11.9
104 年	162,163	133,335	28,828	69.0	56.8	33.9	30.8	12.3
105 年	163,148	133,499	29,649	69.3	56.7	34.0	30.9	12.6
106 年	164,590	134,134	30,456	69.8	56.9	34.2	31.1	12.9
107 年	167,521	135,496	32,025	71.0	57.4	34.6	31.5	13.6
108 年	168,266	135,257	33,009	71.3	57.3	34.6	31.4	14.0

表 4-3 醫療設施－醫事人力

資料來源：衛福部統計處

年別	執業醫事人員數					平均每萬人口執業醫事人員數				
	西醫師、 中醫師及 牙醫師	西醫師	藥師 (生)	護理師 (士)		西醫師、 中醫師及 牙醫師	西醫師	藥師 (生)	護理師 (士)	
									人	
84 年	118,243	34,516	24,462	19,224	56,743	55.4	16.2	11.5	9.0	26.6
89 年	159,212	41,915	29,585	24,404	79,176	71.5	18.8	13.3	11.0	35.5
94 年	199,734	28,844	34,093	26,750	104,786	87.7	21.5	15.0	11.7	46.0
98 年	233,553	54,521	37,880	29,587	125,081	101.0	23.6	16.4	12.8	54.1
99 年	241,156	55,897	38,887	30,001	128,955	104.1	24.1	16.8	13.0	55.7
100 年	250,258	57,564	40,002	31,300	133,336	107.8	24.8	17.2	13.5	57.4
101 年	258,283	59,069	40,938	32,015	137,641	110.8	25.3	17.6	13.7	59.0
102 年	265,759	60,736	41,965	32,668	140,915	113.7	26.0	18.0	14.0	60.3
103 年	271,555	62,295	42,961	33,162	142,708	115.9	27.2	18.3	14.2	60.9
104 年	280,508	63,806	44,006	33,516	148,223	119.4	27.7	18.7	14.3	63.1
105 年	289,174	65,202	44,849	33,908	153,509	122.8	28.6	19.1	14.4	65.2
106 年	299,782	67,428	46,356	34,526	159,621	127.2	28.6	19.7	14.6	67.7
107 年	312,887	69,069	47,471	34,838	167,803	132.6	29.3	20.1	14.8	71.1
108 年	326,691	71,766	49,542	35,316	172,966	138.4	30.4	21.0	15.0	73.3

表 5 法定傳染病

資料來源：衛福部疾管署

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	
84 年	3	—	27	10	38	—	9	181	26	—	—	2	…	13	10,836	—	
89 年	8	—	13	4	42	6	16	375	47	—	—	29	…	24	13,910	—	
94 年	2	—	35	9	26	7	20	1,158	38	—	—	7	…	16	16,472	—	
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	—	—	10	—	4	9,179	—	
108 年	—	—	21	10	7	141	8	594	32	—	—	25	—	6	8,732	—	

備註：1. 流行性腮腺炎及破傷風係報告病例。

2. 瘧疾無本土病例。

3. 自 97 年起「癲病」更名為「漢生病」。

表 6 食品藥政

資料來源：衛福部食藥署

年別	食品中毒事件			藥商家數					
	患者數	死亡數	件	藥局	藥品暨醫療器材販賣業	藥品暨醫療器材製造業	家	家	家
	人	人	人	家	家	家	家	家	家
84 年	123	4,950	—	34,846	4,862	—	29,314	—	670
89 年	208	3,759	3	43,641	6,397	—	36,536	—	708
94 年	247	3,530	1	55,802	7,673	—	47,198	—	931
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
108 年	502	6,935	2	74,294	8,129	—	64,144	—	2,021

表 7 死因統計

資料來源：衛福部統計處

年別	嬰兒 死亡率	孕產婦 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
	每千 活產	每十萬 活產	死亡 人數	每十萬人口 標準化死亡率	每十萬人口 標準化死亡率	每十萬人口 標準化死亡率	每十萬人口 標準化死亡率	每十萬人口 標準化死亡率	每十萬人口 標準化死亡率
84 年	6.5	7.7	117,954	647.7	136.4	64.7	18.4	79.0	39.2
89 年	5.8	7.8	124,481	569.4	141.6	48.8	15.6	61.1	42.7
94 年	5.0	7.3	138,957	530.0	141.2	48.3	21.0	48.9	39.4
98 年	4.0	8.3	142,240	466.7	132.5	47.7	25.3	32.8	26.6
99 年	4.2	4.2	144,709	455.6	131.6	47.4	25.6	30.6	25.3
100 年	4.2	5.0	152,030	462.4	132.2	47.9	24.8	31.3	26.9
101 年	3.7	8.5	153,823	450.6	131.3	47.9	24.4	30.8	26.5
102 年	3.9	9.2	154,374	435.3	130.4	47.7	22.5	30.3	25.8
103 年	3.6	6.6	162,886	443.5	130.2	50.2	24.7	30.4	26.0
104 年	4.1	11.7	163,574	431.5	128.0	48.1	24.6	27.9	24.3
105 年	3.9	11.6	172,418	439.4	126.8	50.3	26.9	28.6	24.5
106 年	4.0	9.8	171,857	424.3	123.4	48.5	26.5	27.5	23.5
107 年	4.2	12.2	172,859	415.0	121.8	48.8	27.4	26.1	21.5
108 年	3.8	16.0	175,424	408.2	121.3	43.6	30.0	26.7	22.3

年別	主要死因						主要癌症死因				
	事故傷害	慢性下呼吸道疾病	高血壓性疾病	腎炎、腎病症候群及腎病變	慢性肝病及肝硬化	蓄意自我傷害(自殺)	氣管、支氣管和肺癌	肝和肝內膽管癌	結腸、直腸和肛門癌	女性乳房癌	前列腺(攝護腺)癌
84 年	62.6	23.5	15.3	19.9	22.8	7.8	26.7	27.2	13.3	9.7	4.2
89 年	46.5	21.9	7.5	17.9	22.6	10.6	28.0	27.0	15.3	10.3	5.7
94 年	34.0	20.0	7.0	17.9	21.3	16.6	27.4	27.3	15.5	11.0	6.6
98 年	27.7	14.9	11.5	12.5	16.6	14.7	25.9	26.2	14.8	10.6	5.9
99 年	24.4	14.8	12.2	12.4	16.1	13.8	25.8	25.2	14.6	11.0	6.1
100 年	24.1	16.2	12.9	12.6	16.5	12.3	26.0	25.3	15.0	11.6	6.4
101 年	23.8	16.4	13.3	12.1	15.6	13.1	25.4	24.7	14.9	11.6	6.7
102 年	22.4	14.9	12.9	11.9	14.8	12.0	25.3	24.2	14.9	11.6	6.6
103 年	23.7	15.3	13.5	12.5	14.8	11.8	25.3	23.3	15.3	11.9	6.5
104 年	22.8	14.6	13.2	11.8	13.6	12.1	24.7	22.8	14.9	12.0	6.4
105 年	23.1	15.1	13.5	12.4	13.4	12.3	24.4	22.2	14.6	11.8	6.8
106 年	21.9	13.3	13.3	12.4	12.6	12.5	23.1	21.6	14.4	12.6	6.9
107 年	21.1	12.7	12.8	12.3	11.6	12.5	22.8	20.3	14.0	12.5	6.6
108 年	20.0	12.6	12.9	10.7	11.2	12.6	22.8	18.8	14.9	13.1	7.1

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，108 年起原死因選擇規則改依「2016 年版 ICD-10 死因選取準則」。

表 8 社會保險

資料來源：衛福部健保署、勞動部勞工保險局

年別	全民健保							國民年金	
	保險對象 人數	納保率	就醫指標					被保險 人人數	占 25–64 歲百分比
			每人 門診次數	每百人 住診件數	每件門診 點數	每件住診 點數	每件住診 日數		
千人	千人	%	次	件	點	點	日	千人	%
84 年	19,123	…	…	…	…	…	…	…	…
89 年	21,401	…	14.0	12.3	725	38,337	8.7	…	…
94 年	22,315	…	14.5	13.2	909	51,406	9.9	…	…
98 年	23,026	99.3	14.2	13.4	1,072	54,775	9.9	4,015	29.4
99 年	23,074	99.4	14.3	13.5	1,087	54,794	9.9	3,872	27.9
100 年	23,199	99.5	14.8	13.8	1,106	55,346	9.9	3,784	27.1
101 年	23,281	99.5	14.8	13.8	1,135	55,661	9.8	3,726	26.5
102 年	23,463	99.6	14.8	13.5	1,192	57,259	9.9	3,678	25.9
103 年	23,622	99.6	14.9	13.7	1,223	58,662	9.7	3,584	25.2
104 年	23,737	99.7	14.7	13.9	1,257	59,076	9.5	3,510	24.6
105 年	23,815	99.7	14.9	14.1	1,297	61,458	9.7	3,425	24.0
106 年	23,880	99.8	14.8	14.2	1,386	63,245	9.4	3,349	23.5
107 年	23,948	99.8	15.1	14.5	1,427	65,411	9.4	3,287	23.1
108 年	24,020	99.8	15.4	14.8	1,469	66,023	9.3	3,231	22.7

備註：1. 保險對象人數係指符合全民健康保險法規定具投保資格之保險對象。

2. 納保率=參與全民健康保險之人數／全國可參與全民健康保險之總人數 ×100。

3. 就醫指標資料擷取時間為 2020/10/6。

4. 住診日為急性病床天數與慢性病床天數合計。

表 9 社會救助

資料來源：衛福部統計處

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	%
84 年	48,580	0.8	114,707	0.5	...	...	...	...
89 年	66,467	1.0	156,134	0.7	...	...	...	...
94 年	84,823	1.2	211,292	0.9	...	...	...	...
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	1.3	115,570	1.3	338,468	1.4
108 年	144,863	1.6	304,470	1.3	115,937	1.3	334,237	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 10 社會福利

資料來源：衛福部統計處

年別	兒童及少年福利（未滿 18 歲）				身心障礙者				
	人數	占總人 口比	弱勢兒童及少年生活扶助		人數	占總人 口比	占身障人口比		
			人次	金額			未滿 18 歲	18 至 64 歲	65 歲以上
人	%	人次	百萬元	人	人	%	%	%	%
84 年	6,289,974	29.5	...	...	393,630	1.8	...	...	...
89 年	5,779,069	25.9	...	...	711,064	3.2	7.2	58.0	34.9
94 年	5,242,928	23.0	824,842	1,715	937,944	4.1	6.5	58.5	34.9
98 年	4,745,159	20.5	1,222,200	1,959	1,071,073	4.6	5.9	57.1	37.0
99 年	4,595,767	19.8	1,355,253	2,054	1,076,293	4.7	5.8	57.6	36.6
100 年	4,469,350	19.2	1,348,606	1,998	1,100,436	4.7	5.6	57.4	37.0
101 年	4,380,203	18.8	1,466,688	2,880	1,117,518	4.8	5.6	57.6	36.8
102 年	4,258,385	18.2	1,406,040	2,781	1,125,113	4.8	5.3	57.2	37.5
103 年	4,149,792	17.7	1,401,476	2,742	1,141,677	4.9	5.1	56.7	38.2
104 年	4,043,357	17.2	1,385,684	2,709	1,155,650	4.9	4.9	56.1	39.0
105 年	3,987,202	16.9	1,382,965	2,797	1,170,199	5.0	4.8	55.2	40.0
106 年	3,900,662	16.5	1,339,627	2,708	1,167,450	5.0	4.6	54.6	40.8
107 年	3,778,520	16.0	1,309,150	2,635	1,173,978	5.0	4.5	53.6	41.9
108 年	3,702,207	15.7	1,239,001	2,498	1,186,740	5.0	4.4	52.4	43.2

表 11 保護服務

資料來源：衛福部統計處

年別	兒童及少年保護		家暴事件			性侵害事件	
	受虐兒少 人數	兒童及少年受 虐率	通報被害人 人數	被害人保護扶助		被害人保護扶助	
	人	每千人口	人	人次	萬元	人次	百萬元
84 年	...	...	...	...	...	...	...
89 年	...	...	...	...	...	...	...
94 年	9,897	1.9	58,614	...	...	...	...
98 年	13,400	2.8	83,728	478,769	32,684	101,482	65
99 年	18,331	3.9	98,720	601,567	34,427	100,942	60
100 年	17,667	3.9	94,150	871,146	40,561	140,326	74
101 年	19,174	4.3	98,399	915,859	39,116	158,258	71
102 年	16,322	3.8	110,103	988,586	46,854	177,258	78
103 年	11,589	2.8	95,663	1,127,819	53,360	199,846	109
104 年	9,604	2.3	95,818	1,191,465	57,650	219,024	114
105 年	9,461	2.4	95,175	1,297,726	61,223	218,852	124
106 年	9,389	2.4	95,402	1,323,396	74,336	229,525	173
107 年	9,186	2.4	96,693	1,309,184	96,139	245,515	153
108 年	11,113	3.0	103,930	1,499,713	86,922	340,891	160

表 12-1 國際比較－人口

資料來源：內政部、2019 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
	2019	2019	2019	2019	2019
	%	%	%	每一婦女	%
中華民國	8	7	0	1.1	39
日本	7	11	-3	1.4	68
南韓	6	6	1	1.0	38
美國	12	9	3	1.7	53
加拿大	10	8	3	1.5	50
英國	11	9	2	1.7	57
德國	10	12	-2	1.6	54
法國	11	9	2	1.8	61
澳大利亞	13	6	6	1.7	53
紐西蘭	12	7	5	1.7	54

備註：1. 國際比較之資料年係以西元年表示。

2. 扶養比為每 100 個工作年齡人口（15-64 歲人口）所需負擔依賴人口（0-14 歲及 65 歲以上人口）。

表 12-2 國際比較－平均餘命與死亡率

資料來源：內政部、衛福部統計處、2020 World Health Statistics、OECD Health Statistics

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	
	2018 歲	2018 歲	2018 歲	2018 每千活產
中華民國	80.7	77.5	84.0	2.6
日本	84.2	81.1	87.3	0.9
南韓	82.7	79.7	85.7	1.6
美國	78.7	76.2	81.2	3.9
加拿大	82.0	79.9	84.1	3.5
英國	81.3	79.5	83.1	2.8
德國	81.0	78.6	83.3	2.3
法國	82.8	79.7	85.9	2.7
澳大利亞	82.8	80.7	84.9	2.3
紐西蘭	81.8	80.0	83.5	2.8

備註：此表為各國最近可獲得資料年度數據。

表 12-3 國際比較－醫療保健支出

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Statistics

國別	醫療保健支出	
	醫療保健支出比	
	經常性醫療保健支出 占 GDP 比 2018 %	公部門經常性 醫療保健支出占經常性醫療保健支出比 2018 %
中華民國	6.1	63.5
日本	10.9	84.1
南韓	8.1	59.8
美國	16.9	84.5
加拿大	10.7	69.7
英國	9.8	77.1
德國	11.2	84.5
法國	11.2	83.4
澳大利亞	9.3	69.3
紐西蘭	9.3	79.2

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

» 附錄二 法定傳染病確定病例統計

表 1 108 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	21	4	17
	登革熱	640	100	540
	流行性腦脊髓膜炎	8	8	0
	副傷寒	8	2	6
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺（註 3）	64	63	1
	桿菌性痢疾	147	103	44
	阿米巴性痢疾	352	157	195
	瘧疾	7	0	7
	麻疹	141	82	59
	急性病毒性 A 型肝炎	107	81	26
	腸道出血性大腸桿菌感染症	1	1	0
	漢他病毒出血熱	3	2	1
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	0	0	0
	德國麻疹	25	7	18
	屈公病	116	21	95
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	炭疽病	0	0	0
	茲卡病毒感染症	4	0	4
第三類	百日咳	32	32	0
	破傷風（註 4）	6	-	-
	日本腦炎	21	19	2
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性 B 型肝炎	111	107	4
	急性病毒性 C 型肝炎	626	622	4
	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	7	3	4
	急性病毒性肝炎未定型	0	0	0
	流行性腮腺炎（註 4）	594	-	-
	退伍軍人病	281	266	15
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	3	3	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	69	68	1
第四類	庖疹 B 病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	111	110	1
	類鼻疽	46	45	1
	肉毒桿菌中毒	0	0	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	447	445	2
	Q 热	23	18	5
	地方性斑疹傷寒	30	27	3
	萊姆病	0	0	0
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	449	442	7
	水痘併發症	57	56	1
	弓形蟲感染症	16	12	4
	流感併發重症	2,325	2,315	10
第五類	布氏桿菌病	0	0	0
	李斯特菌症	164	163	1
	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

備註：1. 資料下載時間：109 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。

5. 茲卡病毒感染症 108 年 4 月 1 日自第五類傳染病移列至第二類傳染病。

表 2 108 年慢性法定傳染病確定病例數統計

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	79
	結核病	8,732
	梅毒	9,397
	先天性梅毒	0
第三類	淋病	4,523
	人類免疫缺乏病毒感染 (HIV Infection)	1,755
	後天免疫缺乏症候群 (AIDS)	1,005
	漢生病	10
第四類	庫賈氏病	0

備註：1. 資料下載時間：109 年 5 月 1 日。

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

附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
1.	ADLs	Activities of Daily Living	日常活動功能
2.	AED	Automated External Defibrillator	自動體外心臟電擊去顫器
3.	AFHC	Alliance For Healthy Cities	健康城市聯盟
4.	AMDA	Association of Medical Doctors of Asia	日本亞洲醫師協會
5.	APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation	亞太經濟合作會
6.	APP	Application	應用程式
7.	CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women	消除對婦女一切形式歧視公約
8.	CHE	Current Health Expenditure	經常性醫療保健支出
9.	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）

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
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升計畫
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
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 Cooperation 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 109 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：廖峯富

編輯委員：（按筆畫順序排列）

王敦正、王燕琴、吳希文、呂寶靜、林宇旋、林美智、林美智、張鈺旋、郭彩榕、
陳少卿、陳正芳、陳怡樺、陳青梅、陳淑華、陳智偉、黃偉宏、楊銘欽、劉玉菁、
劉訓蓉、劉興鋒、賴貞蘭、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 109 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：110609 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





促進全民健康與福祉
成為民眾最信賴部會



GPN : 2010302163
定價：新臺幣 300 元整

廣告