

中華民國 **113** 年版



# 衛生福利年報

健康 · 幸福 · 公平 · 永續

Ministry of  
Health and Welfare

中華民國 **113** 年版



# 衛生福利年報

Ministry of  
Health and Welfare



# 序言

結束 COVID-19 的全民抗疫時代，本部持續拓展衛生醫療與社會福利業務，積極落實「全人全程、衛福守護」與「衛福升級、國際同步」兩大施政主軸，以共創互助包容的社會連結，打造身心健康的支持環境。

隨著高齡化與少子女化影響，相關議題及政策備受重視。為因應獨居老人增加趨勢，本部實施「強化獨居老人關懷服務計畫」，督請地方政府結合在地資源，提升獨居老人居家安全、強化社會連結；推動長者功能評估服務，透過早期發現長者功能衰退的徵兆，及早介入運動與營養等處置，以預防及延緩失能的發生。另一方面，本部廣續擴大不孕症治療補助，減輕不孕夫妻經濟負擔；加碼提供育兒津貼及托育補助，並持續推動托育公共化，營造育兒友善環境；優化兒童醫療照護體系，擴大周產期照護網絡能量及建構兒童重難罕症醫療合作機制，並自 112 年將新生兒全面納入幼兒專責醫師制度，讓孩子們在連續、整合性的完善照護下，健康、快樂地成長。

為構築健康支持性環境，本部完成《原住民族健康法》立法，籌組「原住民族健康政策會」及成立「原住民族健康研究中心」，促進原住民族健康平等；完成《菸害防制法》修正，全面禁止電子煙之類菸品、嚴格管制新類型菸品；落實食安五環政策，持續強化食品安全；施行「藥品優良調劑作業準則」，精進國內藥事服務品質，保障病人用藥安全；另因應 112 年本土登革熱疫情，成立「登革熱機動防疫隊」實地督導地方政府執行防疫措施，全力防治疫情擴散。

本部也同時致力推行友善職場環境，推動「護理人力政策整備 12 項策略計畫」，跨部會協力減緩現有護理人力短缺，改善護理人員之勞動條件及薪資福利；建置友善護理職場專區，鼓勵醫院公開職場勞動條件資訊，帶動正向護理執業環境；強化訴訟外醫療糾紛處理機制，辦理「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，以減少醫療糾紛、促進



序言影音

醫病關係和諧；調整補助民間單位社工人員薪資制度，鼓勵第一線社會工作專業人才留任，促進公私協力，落實社會安全網理念。

鑒於性騷擾案件頻傳，112年在臺灣掀起「# Me Too」運動風潮，本部配合行政院通盤檢討性平三法，修正《性騷擾防治法》，藉由修訂健全的法令與機制，營造性別友善環境；另為完善保護服務體系，本部成立「性影像處理中心」，及時提供遭性影像散布或威脅的兒少及成年被害人協助與服務，儘速移除下架性影像，防止被害人遭受二次傷害。

第76屆世界衛生大會（WHA）於112年5月於瑞士日內瓦召開，為疫後首度由本部薛前部長瑞元率領「世衛行動團」進行醫衛合作交流，爭取與重要國家及國際醫衛組織進行雙邊會談，並舉辦專業論壇、召開國際記者會及積極出席周邊專業會議，展現我國參與國際衛生事務之決心與行動力。

隨著COVID-19中央流行疫情指揮中心於112年5月1日起解編，臺灣正式進入後疫情時代，本部將持續監測疫情，照顧弱勢族群、強化社會安全網、完善長照服務，保障民眾就醫權益及改善醫療環境、守護食藥安全，並全面拓展國際交流與合作關係，以促進全民健康與福祉及最值得民眾信賴的部會為使命，持續挹注投資全民健康，落實「健康臺灣」願景。



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

衛生福利部

部長

邱素源

謹識



# CONTENTS 目錄

| 健康 · 幸福 · 公平 · 永續 |

## 序言 2

## 01 組織與政策 8

- 第一章 組織架構 9
- 第二章 經費 10
- 第三章 施政目標 10

## 02 衛生福利重要指標 14

- 第一章 人口指標 15
- 第二章 生命指標 18
- 第三章 國民醫療保健支出 22
- 第四章 社會福利指標 22
- 第五章 國際比較 28

## 03 健康支持環境 34

- 第一章 出生到成長 35
- 第二章 生活中的危害 38
- 第三章 活躍老化及非傳染性疾病防治 41
- 第四章 健康傳播與健康監測 44





## 04

### 健康照護

46

第一章	健康照護體系	47
第二章	心理健康與精神醫療	51
第三章	醫事及公衛人力	54
第四章	健康服務品質	58
第五章	偏鄉醫療照護	59
第六章	目標族群健康照護	62

## 05

### 長期照顧服務

66

第一章	長照服務法規與制度	67
第二章	長照資源發展	68
第三章	長照人力資源	72
第四章	長照服務品質	73

## 06

### 傳染病防治

76

第一章	傳染病防治法規與制度	77
第二章	重要及新興傳染病防治	79
第三章	防疫整備及感染管制	86
第四章	預防接種	89



# CONTENTS 目錄

| 健康 · 幸福 · 公平 · 永續 |

07

## 食品藥物管理

90

- 第一章 食品管理 91
- 第二章 藥品管理 93
- 第三章 醫療器材與化粧品管理 97
- 第四章 國家實驗室及風險管理 99
- 第五章 食藥訊息溝通與宣導 100

08

## 全民健保與國民年金

102

- 第一章 全民健康保險 103
- 第二章 國民年金制度 108

09

## 社會福利服務

110

- 第一章 兒童及少年福利 111
- 第二章 婦女福利與家庭支持 114
- 第三章 老人福利 117
- 第四章 身心障礙者福利 119
- 第五章 強化社會安全網 122





<b>10</b>	<b>社會救助與社會工作</b>	<b>124</b>
	第一章 社會救助	125
	第二章 社會工作	128
	第三章 社區與其他資源連結	131
<b>11</b>	<b>性別暴力防治與保護服務</b>	<b>136</b>
	第一章 性別暴力防治	137
	第二章 家庭暴力防治	138
	第三章 性侵害及性騷擾防治	141
	第四章 兒童及少年性剝削防制與性影像處理工作	142
	第五章 兒童及少年保護、老人、身心障礙者保護	143
<b>12</b>	<b>研究發展與國際合作</b>	<b>146</b>
	第一章 衛生福利科技研究	147
	第二章 國際合作	152
	<b>附錄</b>	<b>166</b>
	附錄一 衛生福利統計指標	167
	附錄二 法定傳染病確定病例統計	176
	附錄三 專有名詞英文簡稱檢索表	178



01

# 組織與政策

第一章 組織架構

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），將原行政院衛生署署內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10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家醫療機構與13家社會福利機構，如圖1-1。業務涵蓋健康促進、疾病防治、醫療照護、長期照顧、食品藥物管理、社會保險、社會福利、社會救助、保護服務等。

圖 1-1 衛生福利部組織圖



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

## 第二章 經費

112 年度主管決算數共 3,635 億 5,361 萬 1,990 元，其中，各項支出及其占決算之百分比，如圖 1-2。

## 第三章 施政目標

### 第一節 年度施政目標

依據行政院 112 年度施政方針及核定預算額度，編定 112 年度施政計畫目標，如圖 1-3，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) 推動兒童權利公約；健全托育管理法制，發放育兒津貼，減輕家庭經濟負擔。
- (二) 推動身心障礙者權利公約，提升照顧服務量能及品質。
- (三) 強化社會安全網，加強兒少保護；提升藥癮處遇、自殺與精神疾病個案服務效能。
- (四) 促進世代和諧共融，建構高齡友善與安全環境。

#### 二、建置優質長照體系，完備長照服務資源

- (一) 建構完整長照服務制度及體系，提升長照服務效率及量能。
- (二) 普及社區整體照顧服務體系，整合長照機構及充實長照人力資源。
- (三) 推動失智者社區照護服務，強化失智照護資源。

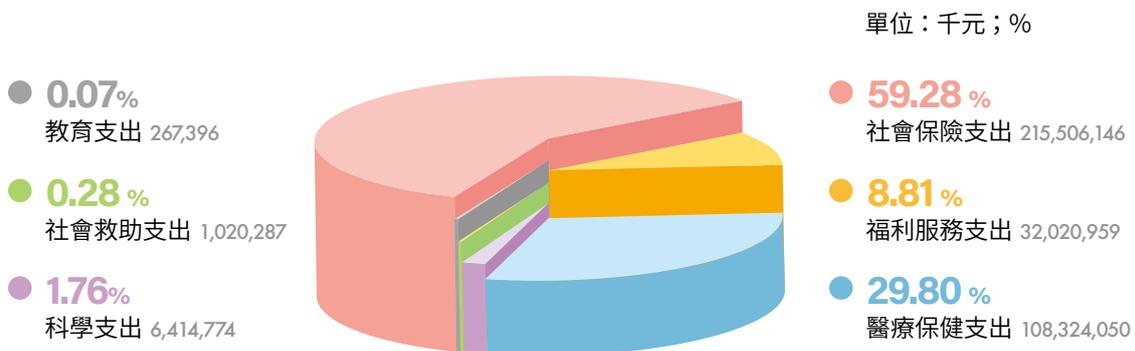
#### 三、營造互助祥和社會，優化保護服務體系

- (一) 針對不同保護性案件，推展各式以家庭為中心之整合性服務方案。
- (二) 保障不利處境族群經濟生活，推動兒童及少年未來教育與發展帳戶。
- (三) 建置社工專業制度及薪資制度，提升服務品質及量能。
- (四) 培力社區組織營造社區互助關懷網絡，擴大志願服務社區量能。

#### 四、拓展醫療照護體系，保障民眾就醫權益

- (一) 建構兒童醫療照護網絡，提升兒童健康福祉。
- (二) 完備緊急醫療及重症照護網絡，提升在地緊急應變量能及就醫可近性。

圖 1-2 112 年度衛生福利經費決算分布圖



- (三) 完善醫療爭議非訴訟處理機制，促進醫病關係和諧。
- (四) 改善醫事人員執業環境，吸引護理人員留任及回流。
- (五) 精進中醫臨床訓練制度，完善民俗調理業法制規範。
- (六) 加強國際交流合作，參與衛生福利相關國際組織。

#### 五、建構優質防疫體系，鞏固國家防疫安全

- (一) 檢討傳染病防治整體架構及法規，提升國家防疫韌性。
- (二) 穩定推動疫苗政策，維持高接種完成率。
- (三) 強化檢疫監測與區域聯防，阻絕傳染病於境外。
- (四) 主動發現結核感染；降低愛滋病毒傳染力，擴大推行暴露前預防性投藥。

#### 六、優化食安生醫環境，保障民眾健康安全

- (一) 確保食品產製銷網絡與藥品、醫療器材及化粧品全生命週期品質。
- (二) 增進關鍵藥品醫材供應韌性與調度應變效能。
- (三) 精進中藥（材）品質管理制度，提升中藥產業量能。
- (四) 提升研發量能，促進生醫產業發展。



圖 1-3 衛生福利部 112 年施政目標

使命 促進全民健康與福祉



願景 最值得民眾信賴的部會

#### 施政目標

- 1 健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群。
- 2 建置優質長照體系，完備長照服務資源。
- 3 營造互助祥和社會，優化保護服務體系。
- 4 拓展醫療照護體系，保障民眾就醫權益。
- 5 建構優質防疫體系，鞏固國家防疫安全。
- 6 優化食安生醫環境，保障民眾健康安全。
- 7 營造健康支持環境，增進全人全程健康。
- 8 改革健保國保制度，確保社會保險健全。

### 七、營造健康支持環境，增進全人全程健康

- (一) 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，擴大人工生殖補助。
- (三) 營造高齡友善及失智友善環境，強化慢性病及癌症之預防工作。
- (四) 加強健康監測資料蒐集技術與方法創新，提升資料導入與應用，推動司法精神醫療及特殊族群處遇。
- (五) 推展多元心理健康促進，強化精神疾病防治及成癮治療量能。
- (六) 推動國民口腔健康，增加口腔預防保健資源。

### 八、改革健保國保制度，確保社會保險健全

- (一) 落實分級醫療，精進健保給付效益及資源配置。
- (二) 運用智慧雲端科技，發展創新健保服務。
- (三) 精進國民年金制度，增進民眾基本經濟安全保障。

## 第二節 性別平等政策

為促進性別平等及多元尊重，呼應國際重視性別平等議題之潮流，並配合我國性別平等政策，本部於擬定政策及措施時，納入性別平等觀點及性別主流化意識，以落實「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, CEDAW) 之精神，持續提升健康、醫療與社會福利等面向之性別平等，營造尊重多元與性別平等之友善社會環境。



本部 112 年持續推動辦理「衛生福利部性別平等推動計畫（111 至 114 年）」，計畫內容包含 6 項院層級議題及 7 項部會層級議題，皆訂有相關具體作法及績效指標，並積極將性別平等觀念融入相關重要政策與規劃中，以性別平等議題為導向，整合運用性別主流化工具，落實各項性別平等相關工作，並定期將辦理成果公布於本部網頁性別平等專區。

為展現對婦女權益的重視，本部社會及家庭署於 112 年 3 月 8 日以「2023 NEXT ROUND 我們的下一回合」為主題舉辦國際婦女節慶祝活動，透過發表婦女圖像、主題展覽以及「女路啟航」走讀等系列活動，帶領臺灣民眾瞭解過去臺灣婦女權益發展脈絡，並期許未來持續完善相關措施及政策，打造友善環境，讓每一位臺灣女性獲得更多實現自我的機會。為響應臺灣女孩日精神，本部以「女孩參與公共事務」為主軸，推出「超女力·正能量—2023 臺灣女孩日 線上主題影展」，就「性別平權共好生活（性別平權）」、「校園回憶的夢想與現實（校園

生活）」、「女生力量遠比你想的還要大（女力時代）」三大主題，共精選 13 部國內外電影，希望透過不同國家女性處境的影片，傳達性別平權觀點，鼓勵臺灣女孩與男孩們都能接納獨特自我、勇敢實踐人生、追求多元發展，並呼籲大眾共同建立相互理解與支持發展的社會氛圍，讓每個女孩在性別平等的環境，享有自由發展與實現自我的機會。



# 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
- 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

112 年底我國戶籍登記人口總數計 2,342 萬人，較 111 年底增加 6.70%，其中男性

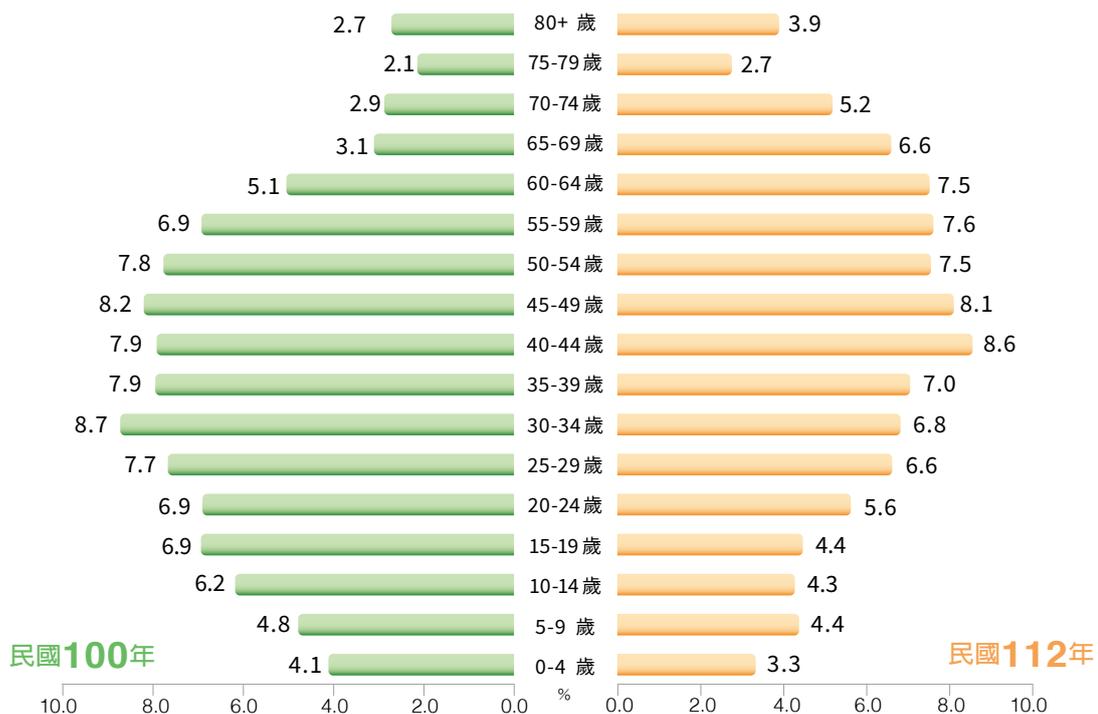
1,155 萬人，增 4.71%，女性 1,187 萬人，增加 8.64%，人口性別比例（男性人口數／女性人口數）降為 97.35。

112 年底人口密度為每平方公里人口 647 人，較上年略增，以臺北市 9,242 人最為稠密，花蓮縣、臺東縣則分別僅 69 人及 60 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 100 年 15.1% 降至 112 年 12.0%，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，100 年升至 10.9%，於 107 年達 14.6%，正式邁入高齡社會，112 年續提升至 18.4%，如圖 2-1。

圖 2-1 人口年齡結構



資料來源：內政部

就性別觀察，女性人口高齡化狀況較男性更為明顯，112 年女性老年人口占 19.8%，高於男性之 16.8%；女性幼年人口占 11.3%，低於男性之 12.5%，如圖 2-2。另比較歷年兩性人口年齡結構，0~14 歲幼年人口兩性占比皆

呈下降趨勢，均維持於男性較女性高 1.2~1.3 個百分點；65 歲以上老年人口兩性占比則呈上升趨勢，且差距逐年擴增，由 100 年女性較男性高 1.2 個百分點，至 112 年增至 3 個百分點，如圖 2-2-1。

圖 2-2 民國 112 年兩性人口年齡結構

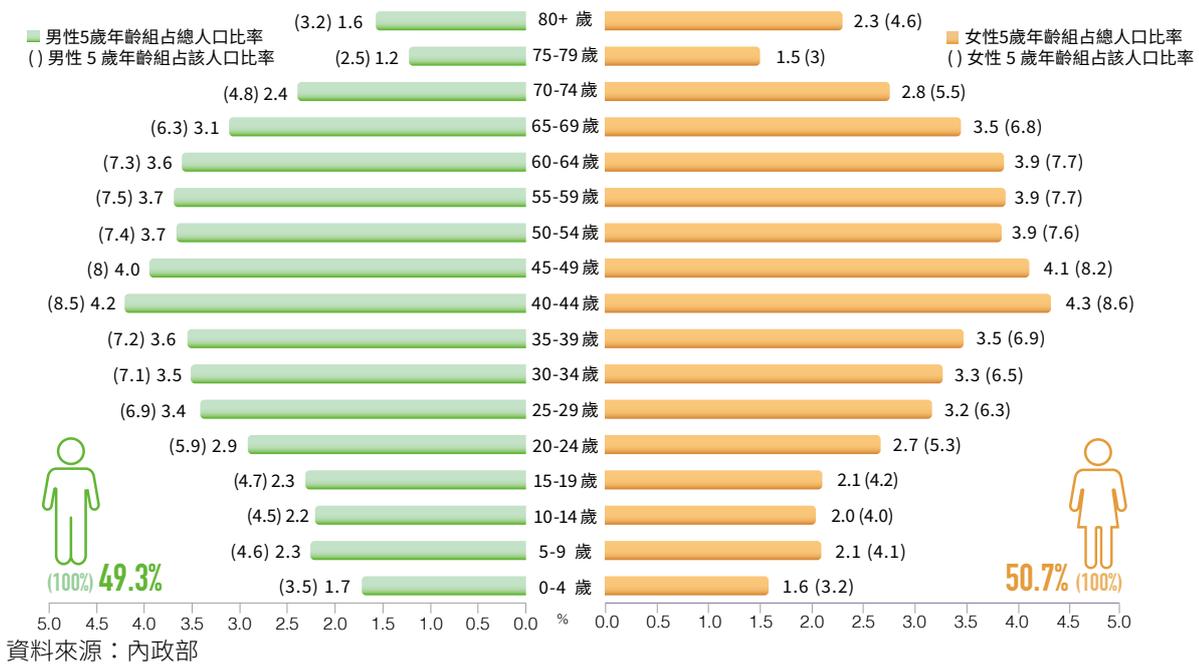
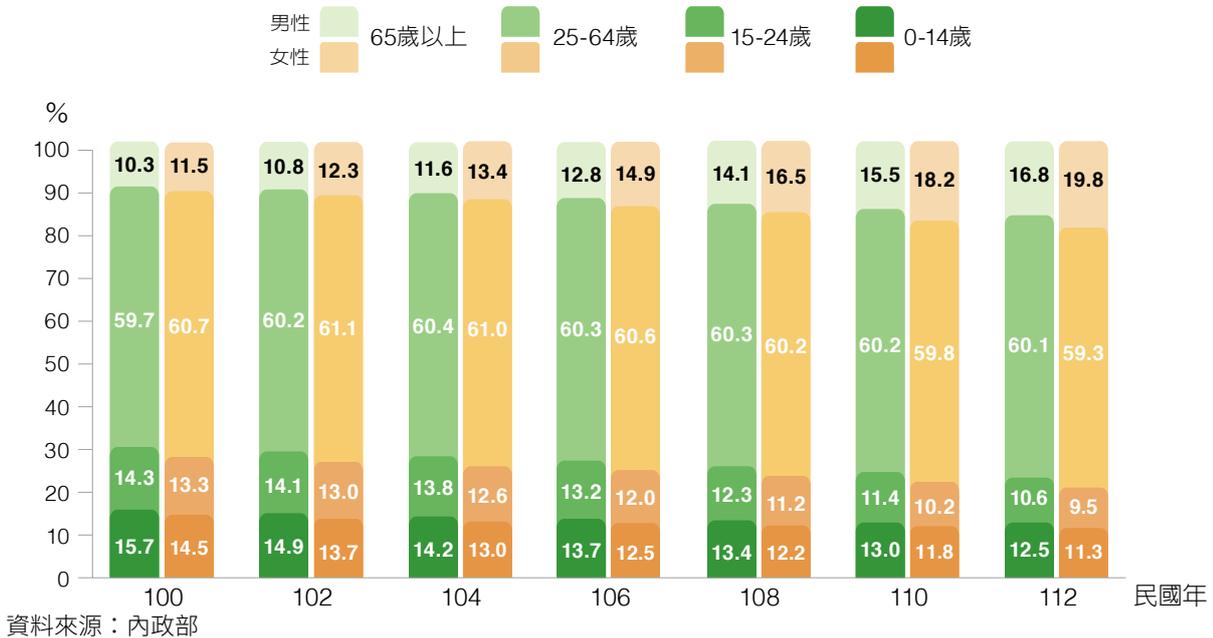


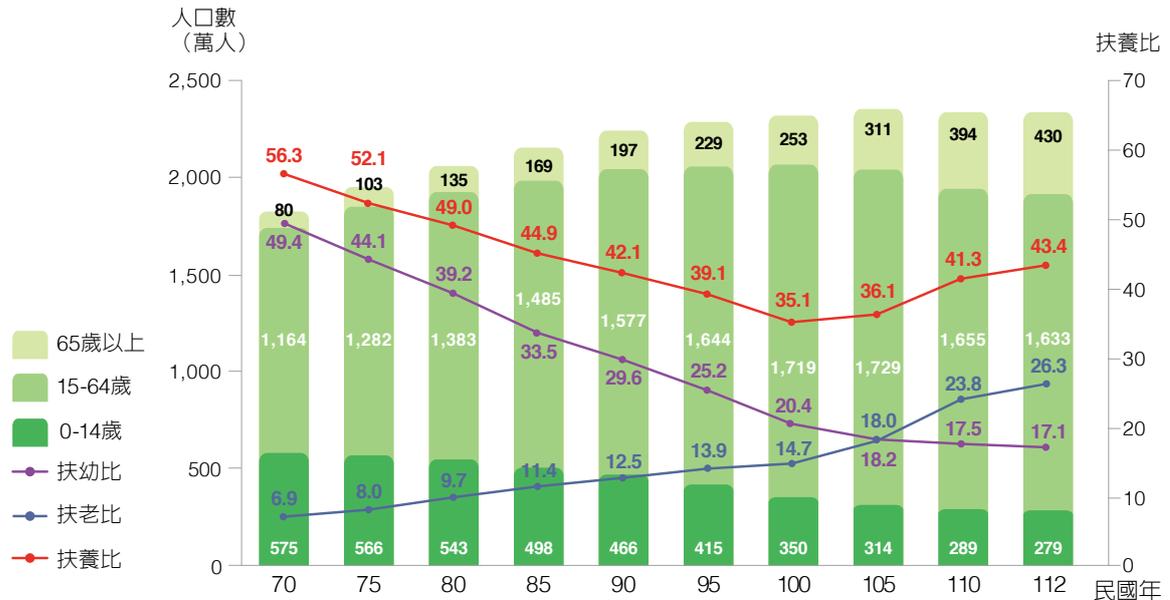
圖 2-2-1 兩性人口年齡結構



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112年43.4，主因扶幼比【0~14歲人口/15~64歲

人口\*100】由49.4快速下降至17.1，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26.3所致，如圖2-3。

圖 2-3 歷年人口年齡結構與扶養比



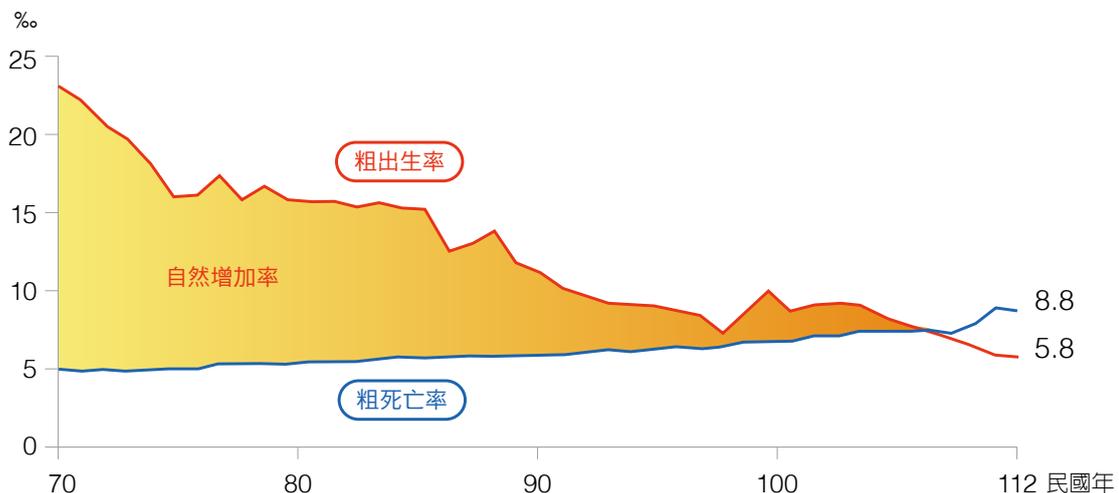
資料來源：內政部

## 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‰，112年為5.8‰；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112年8.8‰，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‰，109年為負0.3‰，人口首度呈現負成長，112年為負3.0‰，如圖2-4。

圖 2-4 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



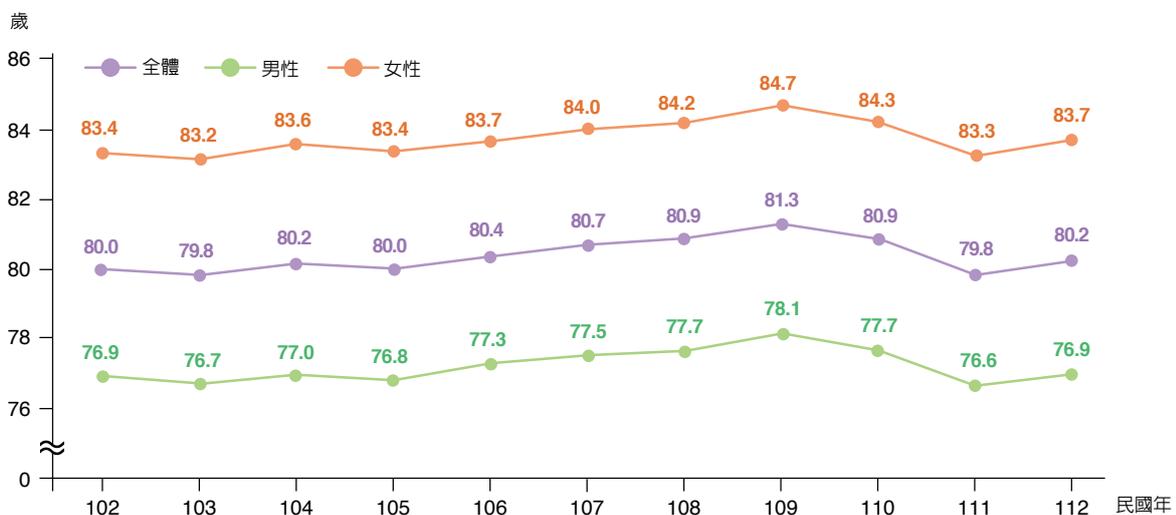
資料來源：內政部

### 第三節 平均餘命

112 年國人 0 歲平均餘命為 80.2 歲，較 111 年 79.8 歲增加 0.4 歲，較 102 年 80.0 歲增加 0.2 歲。男、女性 0 歲平均餘命分別為 76.9

歲及 83.7 歲，10 年來，男性持平、女性增加 0.3 歲，兩性 0 歲平均餘命之差距介於 6.4~6.8 歲，如圖 2-5 及附錄一表 2。

圖 2-5 歷年國人 0 歲平均餘命



資料來源：內政部

## 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，107 年以前之各年比較資料均為「經轉換比值調整後值」。

112 年國人死亡人數 20 萬 5,575 人，死亡率為每十萬人口 880.7 人，較 111 年下降 1.5%，較 102 年上升 33.2%。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 429.6 人，較 111 年下降 3.2%，較 102 年下降 1.3%。

112年十大死因死亡人數占總死亡人數之75.0%，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)嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)；(7)高血壓性疾病；(8)事故傷害；(9)慢性下呼吸

道疾病；(10)腎炎、腎病症候群及腎病變。與102年比較，癌症及心臟疾病均居前2位；新增之嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)居第6位；另順位上升者有肺炎、高血壓性疾病，順位下降者有腦血管疾病、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病，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：102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110年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每十萬人口550.4人和492.0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330.8人和288.4人，男女十大癌症發生統計如表2-1。



表 2-1 110 年國人十大癌症發生統計

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	結腸、直腸和肛門	9,297	47.1	1	女性乳房	15,448	82.5
2	肺、支氣管及氣管	8,961	44.5	2	肺、支氣管及氣管	7,919	36.0
3	口腔、口咽及下咽	7,387	40.4	3	結腸、直腸和肛門	6,941	30.7
4	肝及肝內膽管	7,448	37.6	4	甲狀腺	3,497	22.1
5	攝護腺	7,481	35.3	5	子宮體	3,181	17.0
6	食道	2,614	13.7	6	肝及肝內膽管	3,327	13.6
7	胃	2,413 (2,053)	11.8 (10.0)	7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,793	10.2
8	皮膚	2,127	10.3	8	皮膚	1,827	7.3
9	白血病	1,588	10.0	9	胃	1,647 (1,253)	7.2 (5.4)
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,727	9.4	10	非何杰金氏淋巴瘤	1,438	7.1
	全癌症	63,723	330.8		全癌症	58,039	288.4

資料來源：衛福部健康署

備註：1. 統計資料不含原位癌。

2. 順位係以年齡標準化發生率（每十萬人口）排序。

3. 年齡標準化發生率，係以WHO公布之2000年世界標準人口年齡結構調整計算。  
公式為【 $\sum$ （年齡別發生率 $\times$ 標準組年齡別人口數）】/標準組總人口數。

4. 胃癌之胃腸道基質細胞瘤（GIST）個案自109診斷年起視為惡性腫瘤申報（108診斷年（含）以前僅High Risk GIST須申報），故胃癌下方括號為不計GIST的個案數及標準化發生率。

## 二、癌症死因

112年癌症死亡人數5萬3,126人，占總死亡人數之25.8%，死亡率為每十萬人口227.6人，較111年上升2.2%，較102年上升17.3%。標準化死亡率為每十萬人口115.4人，較111年下降0.5%，較102年下降12.4%。

112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) 前列腺（攝護腺）癌；(6) 口腔癌；(7) 胰臟癌；(8) 胃癌；(9) 食道癌；(10) 卵巢癌。與102年比較，順位上升者有前列腺癌、胰臟癌與卵巢癌，順位下降者有口腔癌與胃癌，如圖2-7。

圖 2-7 十大癌症死因之變化

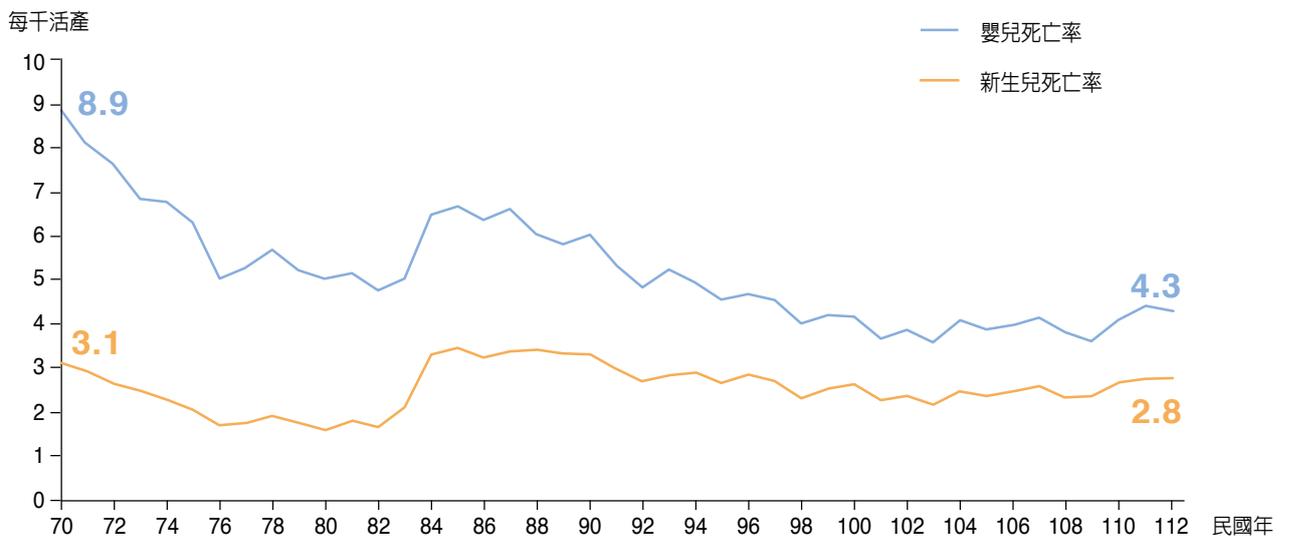


### 第三節 嬰兒及新生兒死亡率

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年每千活產8.9人降至112年4.3人，同期間新生兒死亡率由每千活產3.1人降至2.8人，如圖2-8。

圖 2-8 歷年嬰兒及新生兒死亡率



資料來源：衛福部統計處  
備註：84年3月起實施出生通報作業。

### 第三章 國民醫療保健支出

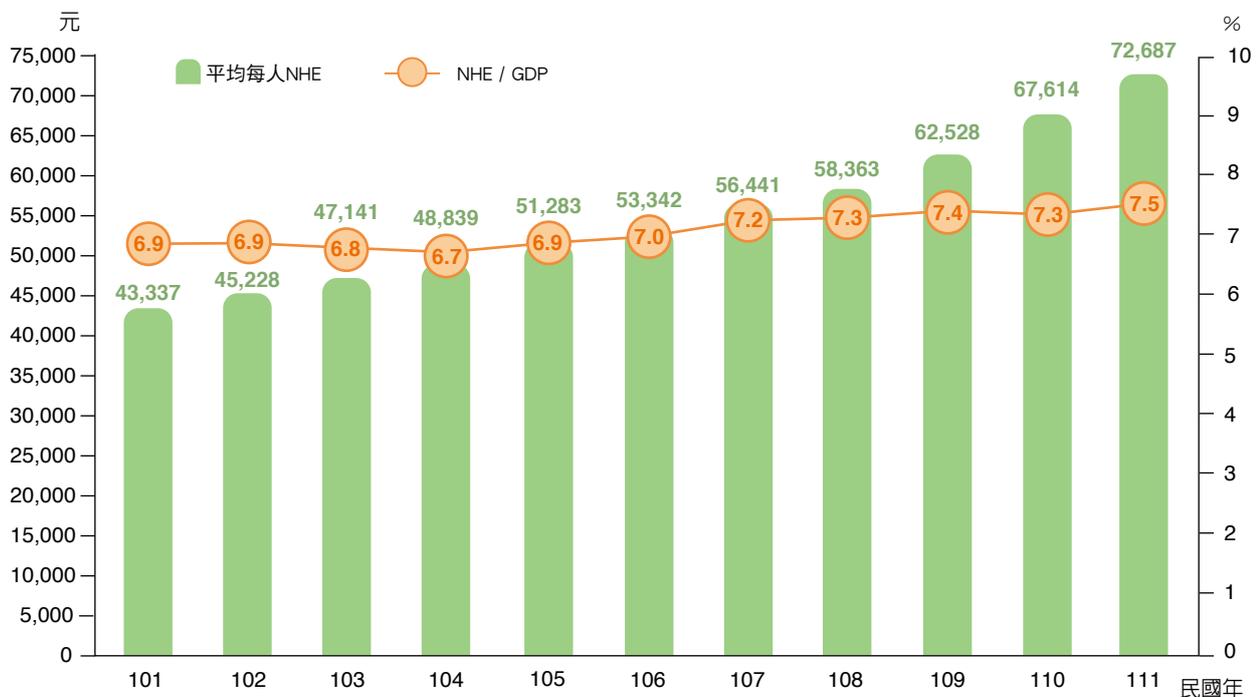
接受良好的醫療保健照護是國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。

我國國民醫療保健支出（National Health Expenditure, NHE）配合國際最新版健康帳（A System of Health Accounts, SHA）統計範圍由「健康醫療」納增「健康照護」領域，自111年起納增長照服務支出，並回溯修正96年至

110年資料。111年NHE為1兆6,951億元，較110年增加6.8%。

NHE占國內生產毛額（Gross Domestic Product, GDP）比率由101年之6.9%增至111年之7.5%；平均每人NHE由101年之4萬3,337元增至111年7萬2,687元，平均年增率為5.0%，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，並以協助自立為目標，及早讓其脫離貧窮困境。112年底低收入戶及中低收入戶計有25萬2,332戶（低收入戶14萬4,668戶、中低收入戶10萬7,664戶）及56萬4,081人（低收入戶27萬7,364人、中低收入戶28

萬6,717人），分別占全國總戶數之2.7%及總人口數之2.4%，如圖2-10。

若以性別觀察，低收入戶及中低收入戶內人口中，男性計29萬2,321人，女性計27萬1,760人，男性為女性之1.08倍（全國0.97倍）。以年齡觀察，65歲以上人口計6萬4,740人，占總低收入戶及中低收入戶內人口約11.5%（全國約18.3%），較10年前上升7.1個百分點，如圖2-11及2-12。

圖 2-10 歷年低收入戶及中低收入戶戶數

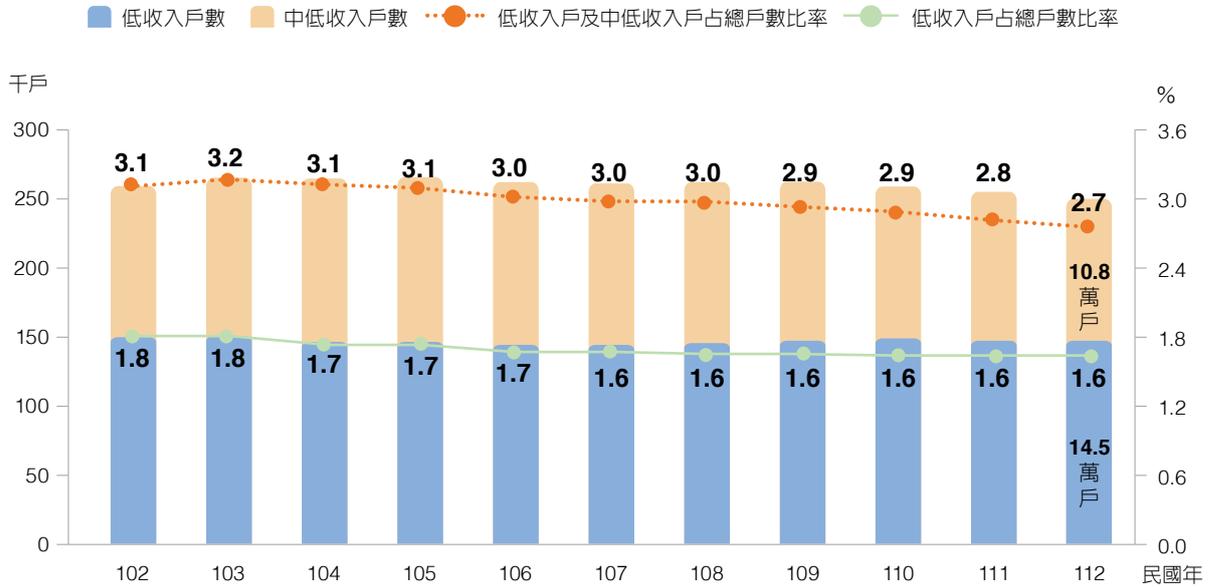


圖 2-11 歷年低收入戶及中低收入戶人數

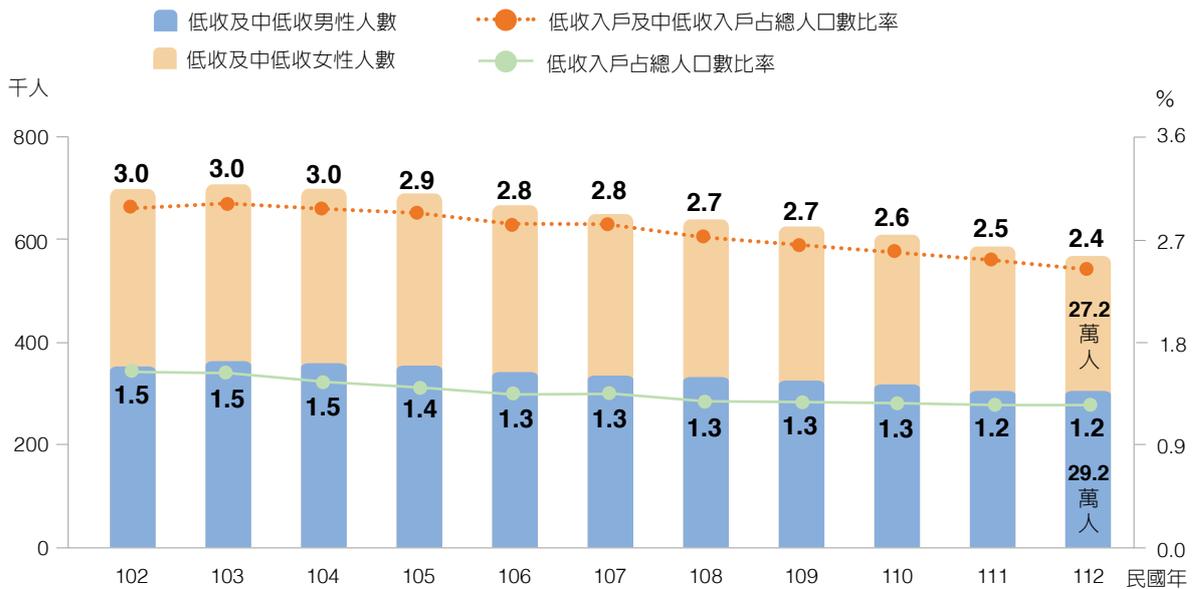
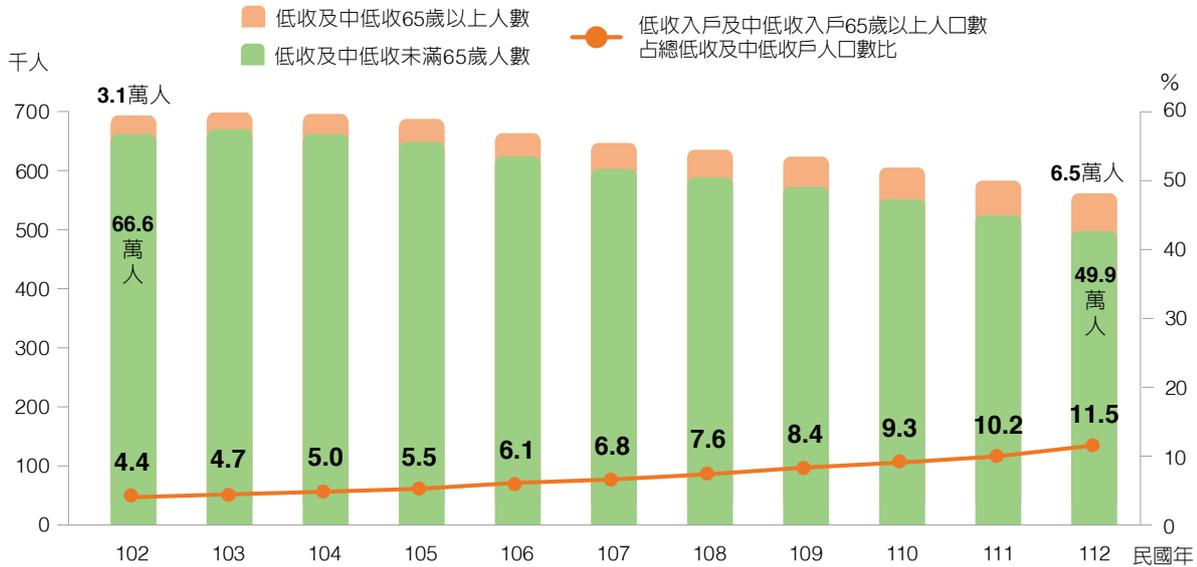


圖 2-12 歷年低收入戶及中低收入戶人數按年齡組分



資料來源：衛福部統計處

## 第二節 身心障礙者

112 年底領有身心障礙證明者計 121 萬 4,668 人，占總人口之 5.2%，其中男性 66 萬 9,360 人，占 55.1%；女性 54 萬 5,308 人，占 44.9%。

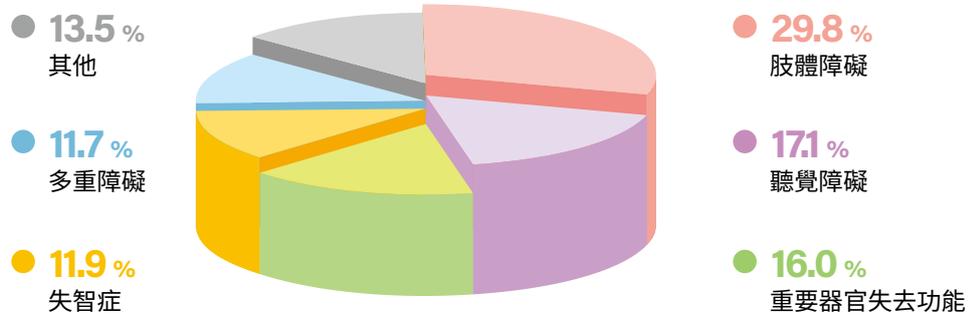
與 102 年比較，身心障礙者人數增加 8 萬 9,555 人或 8.0%，主因壽命延長，高齡身心障礙人數增幅顯著，112 年 0~17 歲及 18~64 歲身心障礙者較 102 年分別減少 9.3% 及 9.1%；65 歲以上者則增加 36.4%。進一步觀察 65 歲以上障礙類別，以「肢體障礙」占 29.8% 為最多，如表 2-2 及圖 2-13。

表 2-2 歷年身心障礙人口數－按性別及年齡分

年底別	總計(人)	性別(人)		年齡別(人)			占總人口比率(%)
		男	女	0-17 歲	18-64 歲	65 歲以上	
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
109 年	1,197,939	665,776	532,163	51,601	614,099	532,239	5.1
110 年	1,203,756	667,926	535,830	52,143	605,080	546,533	5.2
111 年	1,196,654	662,250	534,404	51,943	592,555	552,156	5.1
112 年	1,214,668	669,360	545,308	54,052	584,396	576,220	5.2

資料來源：衛福部統計處

圖 2-13 112 年 65 歲以上身心障礙者障礙類別

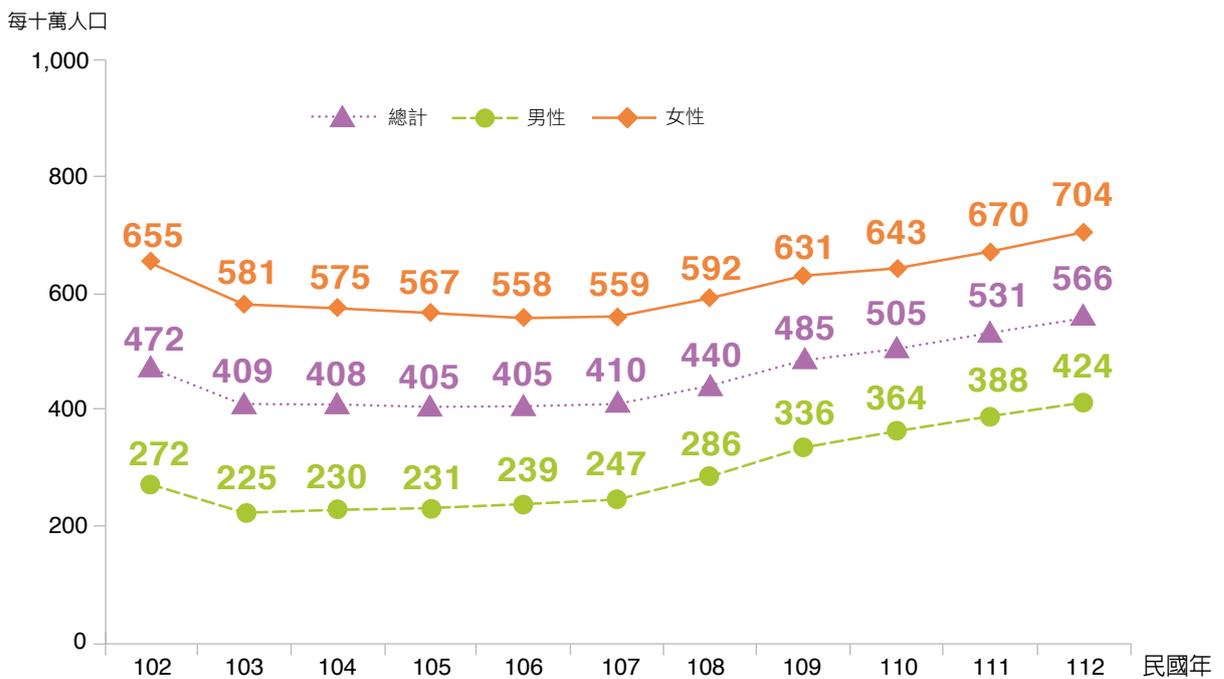


### 第三節 家庭暴力

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，家庭暴力通報被害人數大致呈現逐年上升趨勢，由 102 年 11 萬 103 人增加至 112

年 13 萬 2,147 人。若換算為每十萬人通報被害人人口率，112 年為 566 人，其中男、女性分別為 424 人及 704 人，女性為男性的 1.7 倍，如圖 2-14。

圖 2-14 歷年家庭暴力通報被害人人口率



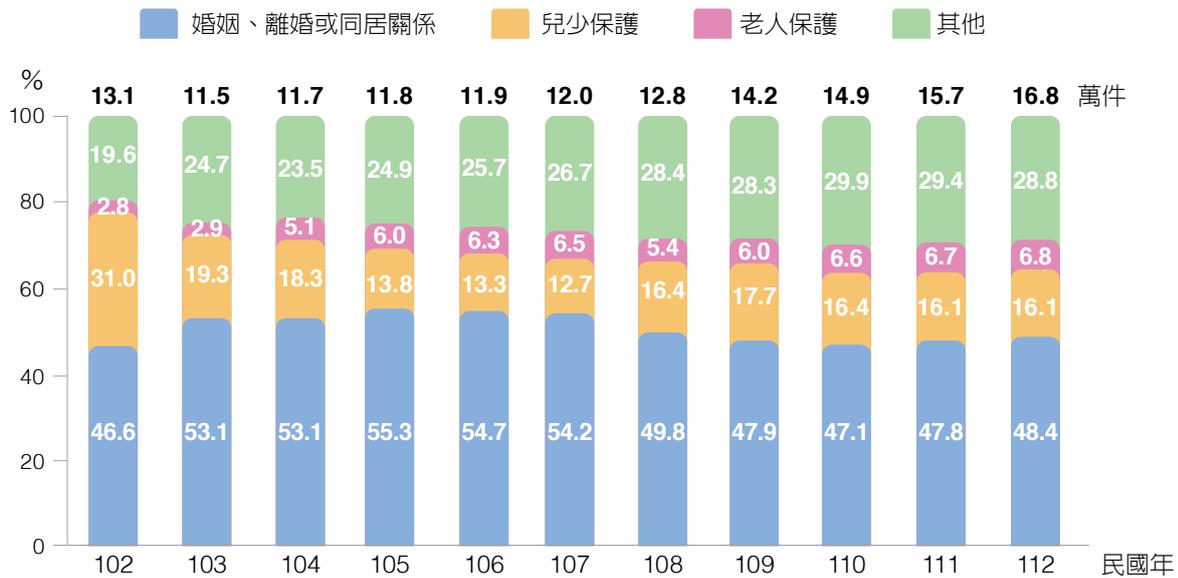
資料來源：衛福部統計處

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

以通報案件類型觀察，112 年案件數為 16.8 萬件，其中以「婚姻、離婚或同居關係」占 48.4% 最多，「兒少保護」占 16.1%，「老人保護」占 6.8%。歷年來皆以「婚姻、離婚

或同居關係」類型居多，如圖 2-15。有關家庭暴力處遇辦理情形，請參閱第十一篇第二章第二節及第三節。

圖 2-15 歷年家庭暴力通報案件類型



資料來源：衛福部統計處

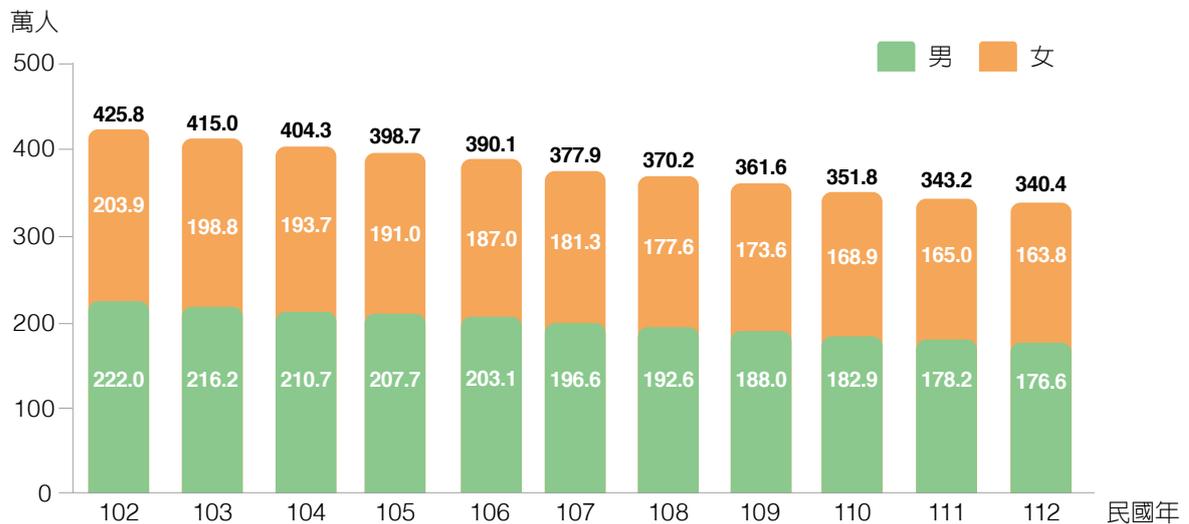
備註：1. 為明確定義家庭暴力統計範圍，自 103 年起通報件數，不包含「陌生人」、「4 親等以外之家庭成員」。  
2. 案件類型「其他」主要為「其他家庭成員間暴力」及「被害人年齡未滿 65 歲之直系血（姻）親卑親屬虐待尊親屬」。

#### 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，112 年底我國未滿 18 歲人口為 340.4 萬人，較 102 年減 85.4 萬人，十年間減少 20.1%；依性別觀察，男、女性較 102 年底分別減少 20.4% 及 19.7%。

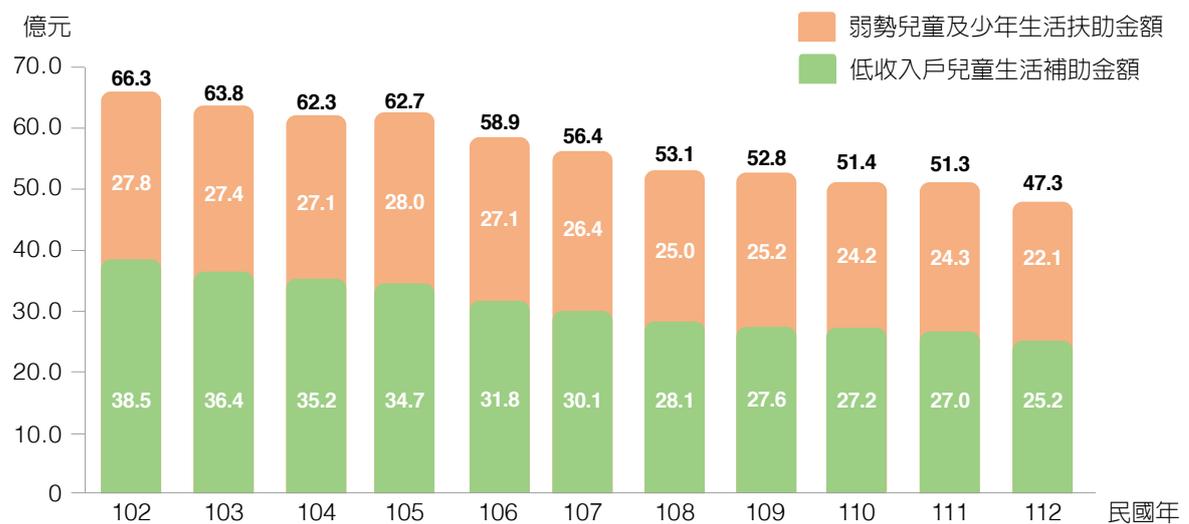
為保障兒童及少年經濟安全，各地方政府對低收入戶家庭兒童提供生活補（扶）助，並針對非低收入戶卻遭遇困境家庭小孩，提供弱勢兒童及少年生活扶助，協助度過難關。近 10 年來低收入戶兒童生活補（扶）助與弱勢兒童及少年生活扶助金額，受兒少人數減少影響逐年遞減，由 102 年之 66.3 億元，降至 112 年 47.3 億元，如圖 2-16 及 2-17。

圖 2-16 未滿 18 歲兒童及少年人口數



資料來源：內政部

圖 2-17 兒童及少年福利補(扶)助金額



資料來源：衛福部統計處

## 第五章 國際比較

### 第一節 平均餘命

2022 年我國 0 歲平均餘命為 79.8 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 28 位，低於 OECD 會員國中位數 81.4 歲。OECD 會員國中男性 0 歲平均餘命最高之國家為瑞士 81.8 歲，我國為 76.6 歲；女性 0 歲平均餘命最高者則為日本 87.1 歲，我國為 83.3 歲，如表 2-3。

### 第二節 人口自然增加率

2023 年我國人口自然增加率為 -2.99‰，與 OECD 會員國比較，居第 27 位，低於 OECD 會員國中位數 0‰。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，2023 年為 0.9 人，與 OECD 各會員國比較僅高於南韓，且除以色列外，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 5.8‰，死亡率為 8.8‰，與 OECD 會員國比較，分別居第 37 及 23 位，亦均低於 OECD 會員國中位數 9‰ 及 10‰，綜觀 2023 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

2023 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 43。

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 2023 年扶老比為 26，與 OECD 會員國比較，居第 27 位，高於以色列、紐西蘭、愛爾蘭、冰島、墨西哥、哥倫比亞、智利、土耳其、哥斯大黎加、盧森堡，我國約每 4 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 154，與 OECD 會員國比較，居第 7 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 2022 年 OECD 會員國與我國 0 歲平均餘命

排名	國名-以全體 0 歲平均餘命排序	全體 (歲)	男 (歲)	女 (歲)
	OECD 中位數	81.4	79.0	83.7
1	日本	84.1	81.1	87.1
2	瑞士	83.7	81.8	85.5
3	南韓	83.6	80.6	86.6
4	澳大利亞	83.2	81.2	85.3
4	西班牙	83.2	80.5	85.9
6	瑞典	83.1	81.4	84.8
7	盧森堡	83.0	80.8	85.2
8	以色列	82.8	80.7	84.8
8	義大利	82.8	80.7	84.8
10	愛爾蘭	82.6	80.9	84.2
10	挪威	82.6	81.0	84.2
12	法國	82.3	79.3	85.1
12	紐西蘭	82.3	80.5	84.0
14	冰島	82.1	80.9	83.4
15	比利時	81.8	79.7	83.9
15	葡萄牙	81.8	78.9	84.5
17	荷蘭	81.7	80.2	83.1
18	加拿大	81.6	79.3	84.0
19	奧地利	81.4	79.1	83.6
20	丹麥	81.3	79.5	83.2
20	斯洛維尼亞	81.3	78.6	84.1
22	智利	81.2	78.5	84.0
22	芬蘭	81.2	78.7	83.8
24	哥斯大黎加	80.9	78.3	83.5
25	希臘	80.8	78.3	83.4
26	德國	80.7	78.3	83.0
27	英國	80.4	78.4	82.4
<b>28</b>	<b>中華民國</b>	<b>79.8</b>	<b>76.6</b>	<b>83.3</b>
29	捷克	79.0	76.1	81.9
30	愛沙尼亞	78.1	73.6	82.3
31	土耳其	77.5	74.8	80.3
32	波蘭	77.2	73.4	81.1
33	斯洛伐克	77.0	73.6	80.5
34	哥倫比亞	76.9	73.8	80.1
35	美國	76.4	73.5	79.3
36	匈牙利	76.0	72.6	79.3
37	立陶宛	75.8	71.4	80.1
38	墨西哥	75.4	72.5	78.2
39	拉脫維亞	74.5	69.4	79.4

資料來源：內政部、OECD Health Statistics  
備註：各國若無該年度資料，以最近可獲得資料年度代替。

表 2-4 2023 年 OECD 會員國與我國人口概況

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 (‰)
		2023	2035 年	2050 年	2050 vs 2023	2023	2023	2023	2023
	全球	8009	8896	9783	1.2	2.2	17	8	9
	OECD 中位數	10.6	11.2	11.8	1.1	1.5	9.0	10.0	0
1	以色列	9.8	12.1	15.7	1.6	2.8	19	5	14
2	哥倫比亞	52.2	56.0	57.7	1.1	1.7	14	7	7
3	土耳其	85.6	96.0	103.2	1.2	1.6	12	6	6
3	墨西哥	131.0	138.2	143.8	1.1	1.8	15	9	6
5	哥斯大黎加	5.3	5.7	6.1	1.2	1.3	10	6	5
6	冰島	0.4	0.4	0.5	1.3	1.6	11	7	4
6	澳大利亞	26.6	31.9	37.6	1.4	1.6	11	7	4
6	愛爾蘭	5.2	5.6	5.9	1.1	1.7	11	7	4
6	紐西蘭	5.2	5.7	6.2	1.2	1.6	11	7	4
10	盧森堡	0.7	0.7	0.8	1.1	1.3	10	7	3
11	智利	20.0	21.1	21.6	1.1	1.2	9	7	2
12	挪威	5.5	5.8	6.1	1.1	1.4	9	8	1
12	加拿大	40.1	45.7	50.9	1.3	1.4	9	8	1
12	瑞典	10.5	11.2	11.8	1.1	1.5	10	9	1
12	瑞士	8.8	9.7	10.4	1.2	1.4	9	8	1
12	法國	65.9	66.3	66.4	1.0	1.8	11	10	1
12	美國	335.0	359.9	383.6	1.1	1.7	11	10	1
18	丹麥	5.9	6.1	6.3	1.1	1.6	10	10	0
18	荷蘭	17.9	18.8	19.5	1.1	1.5	9	10	0
18	比利時	11.8	12.2	12.6	1.1	1.5	10	10	0
18	英國	68.1	70.1	71.7	1.1	1.5	10	10	0
22	奧地利	9.2	9.5	9.9	1.1	1.4	9	10	-1
22	斯洛伐克	5.4	5.1	4.9	0.9	1.6	10	11	-1
24	南韓	51.4	50.7	47.2	0.9	0.8	5	7	-2
24	斯洛維尼亞	2.1	2.1	2.1	1.0	1.6	8	11	-2
24	捷克	10.9	10.9	10.9	1.0	1.6	9	11	-2
27	芬蘭	5.6	5.6	5.5	1.0	1.3	8	11	-3
27	中華民國	23.3	22.8	20.9	0.9	0.9	6	9	-3
29	西班牙	48.3	51.8	53.4	1.1	1.1	7	11	-4
29	德國	84.9	87.6	89.2	1.1	1.5	9	13	-4
29	愛沙尼亞	1.4	1.3	1.3	0.9	1.4	9	13	-4
29	葡萄牙	10.5	10.1	9.4	0.9	1.4	8	12	-4
29	波蘭	37.7	36.2	33.2	0.9	1.2	8	11	-4
34	義大利	58.8	57.1	54.1	0.9	1.2	7	12	-5
34	匈牙利	9.6	8.9	8.3	0.9	1.5	9	14	-5
36	希臘	10.6	10.1	9.5	0.9	1.5	8	14	-6
37	日本	124.5	115.2	101.8	0.8	1.3	6	13	-7
37	立陶宛	2.9	2.6	2.3	0.8	1.3	8	15	-7
39	拉脫維亞	1.9	1.7	1.5	0.8	1.5	8	16	-8

資料來源：內政部、2023 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

備註：人口自然增加率＝粗出生率－粗死亡率。

表 2-5 2023 年 OECD 會員國與我國扶養比

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	20	54	25	30	123
1	日本	12	59	29	68	20	49	250
2	以色列	27	60	13	66	44	22	48
3	法國	17	62	21	63	28	34	123
4	芬蘭	15	62	23	62	25	38	154
5	瑞典	17	62	20	61	28	33	117
6	拉脫維亞	16	63	21	59	25	33	131
7	葡萄牙	13	63	24	58	20	38	186
8	愛沙尼亞	16	63	20	58	26	32	123
9	捷克	16	63	20	58	25	32	126
10	義大利	12	64	24	57	20	38	193
11	斯洛維尼亞	15	64	21	57	24	34	143
12	丹麥	16	64	20	57	25	32	128
13	希臘	13	64	23	57	21	36	172
14	德國	14	64	22	57	22	35	156
15	比利時	17	64	20	57	26	31	119
16	英國	17	64	19	56	27	29	110
17	荷蘭	15	64	20	55	24	31	132
18	波蘭	15	65	20	55	24	31	129
19	挪威	17	65	18	54	26	28	110
20	美國	18	64	17	54	28	26	92
21	紐西蘭	19	65	17	54	29	25	89
22	澳大利亞	18	65	17	54	28	26	95
23	匈牙利	15	65	21	54	22	32	142
24	立陶宛	15	65	20	54	23	31	134
25	愛爾蘭	19	65	15	53	30	23	79
26	加拿大	15	66	19	52	24	29	122
27	瑞士	15	66	19	52	23	29	128
28	冰島	19	66	16	52	28	24	83
29	奧地利	14	66	20	52	22	30	135
30	斯洛伐克	16	66	18	51	24	27	111
31	西班牙	14	66	20	51	21	30	148
32	墨西哥	24	67	9	49	36	13	36
33	哥倫比亞	23	67	10	49	34	15	45
34	智利	19	68	13	47	27	20	72
35	土耳其	22	68	10	47	32	15	45
36	哥斯大黎加	21	69	10	45	31	14	48
37	盧森堡	16	69	15	44	23	21	94
38	中華民國	12	70	18	43	17	26	154
39	南韓	11	70	19	43	16	27	172

資料來源：內政部、2023 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

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，2021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160.2人為最低，我國為217.6人；運輸事故以英國2.1人最低，我國為12.8人；自殺以英國8.4人最低，我國為14.5人；2022年新生

兒死亡率以日本每千活產0.8人為最低、我國為2.8人。與2011年比較，除美國、英國、澳大利亞及紐西蘭自殺死亡率上升外，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

	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)	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2012	2022
中華民國	241.9	217.6	17.5	12.8	15.8	14.5	2.3	2.8
日本	200.0	174.8	4.6	2.4	21.4	15.4	1.0	0.8
南韓	200.8	160.2	14.5	7.5	34.7	24.1	1.7	1.3
美國	211.1	182.2	12.5	13.8	13.0	14.1	4.1	3.6
加拿大	226.8	200.3	7.2	4.7	10.9	10.5	3.6	3.5
英國	244.8	221.8	3.2	2.1	7.0	8.4	2.9	2.9
德國	222.7	206.2	5.1	3.4	11.2	9.7	2.2	2.3
法國	220.6	209.5	6.2	4.5	16.2	12.3	2.4	2.8
澳大利亞	216.9	190.6	7.2	5.4	10.9	12.4	2.3	2.3
紐西蘭	234.5	221.2	8.7	9.1	11.2	12.1	3.1	3.0

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Statistics

說明：1. 我國2011年資料係指「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

2. 各國若無該年度資料，以最近可獲得資料年度代替。

3. 惡性腫瘤、運輸事故及自殺標準化死亡率係以OECD 2015標準人口計算。

#### 第五節 醫療保健支出

2022年OECD會員國之經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)占GDP比重以美國最高為16.6%，我國為7.0%，低於

OECD平均值9.2%，若與2012年比較，以南韓增加3.7個百分點最多，我國則增0.5個百分點，如表2-7。



表 2-7 經常性醫療保健支出占 GDP 比重

國名	CHE / GDP (%)		2022 年較 2012 年 增減百分點
	2012	2022	
OECD 平均值	8.7	9.2	0.5
美國	16.1	16.6	0.5
德國	10.9	12.7	1.8
法國	11.3	12.1	0.8
日本	10.7	11.5	0.8
奧地利	10.2	11.4	1.2
英國	9.8	11.3	1.5
瑞士	10.1	11.3	1.2
紐西蘭	9.7	11.2	1.5
加拿大	10.5	11.2	0.7
比利時	10.5	10.9	0.4
瑞典	10.7	10.7	0.0
葡萄牙	9.7	10.6	0.9
西班牙	9.2	10.4	1.2
荷蘭	10.5	10.2	-0.3
芬蘭	9.6	10.0	0.4
南韓	6.0	9.7	3.7
澳大利亞	8.7	9.6	0.9
丹麥	10.5	9.5	-1.0
捷克	7.6	9.1	1.5
智利	7.0	9.0	2.0
義大利	8.8	9.0	0.2
斯洛維尼亞	8.7	8.8	0.1
拉脫維亞	5.4	8.8	3.4
希臘	8.9	8.6	-0.3
冰島	8.2	8.6	0.4
哥倫比亞	6.7	8.1	1.4
挪威	8.7	7.9	-0.8
斯洛伐克	7.5	7.8	0.3
立陶宛	6.3	7.5	1.2
以色列	7.0	7.4	0.4
哥斯大黎加	7.8	7.2	-0.6
中華民國	6.5	7.0	0.5
愛沙尼亞	6.1	6.9	0.8
匈牙利	7.4	6.7	-0.7
波蘭	6.3	6.7	0.4
愛爾蘭	10.6	6.1	-4.5
墨西哥	5.7	5.5	-0.2
盧森堡	5.3	5.5	0.2
土耳其	4.4	4.3	-0.1

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Statistics

03

# 健康支持環境

第一章 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 健康傳播與健康監測

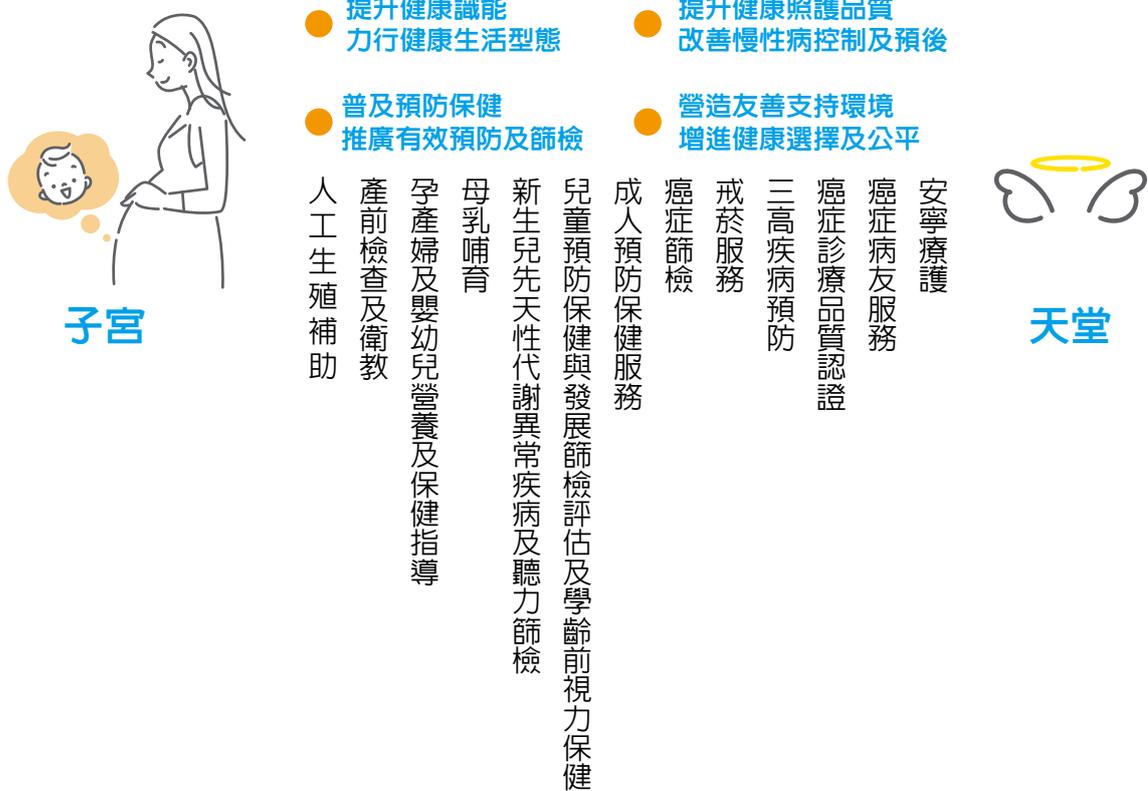


兒童發展篩檢

為達WHO所提「全民健康（Health for All）」，本部為各人生階段國人規劃健康促進政策（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，藉跨部門公共決策，提升決策者對健康當責性。

本部積極建立以人為中心的健康服務，依WHO 25 by 25 目標（於2025年將早發性非傳染性疾病死亡率降低25%）將衛生議題融入政策施政目標，透過全政府（whole-of-government）、全社會（whole-of-society），制訂推動公衛政策，增進國人健康。

圖3-1 從子宮到天堂，從家庭到社區的全民健康促進政策



完備基礎建設、強化法令、監測與研究、教育訓練、國內外合作

## 第一章 出生到成長

為兒童健康成長，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

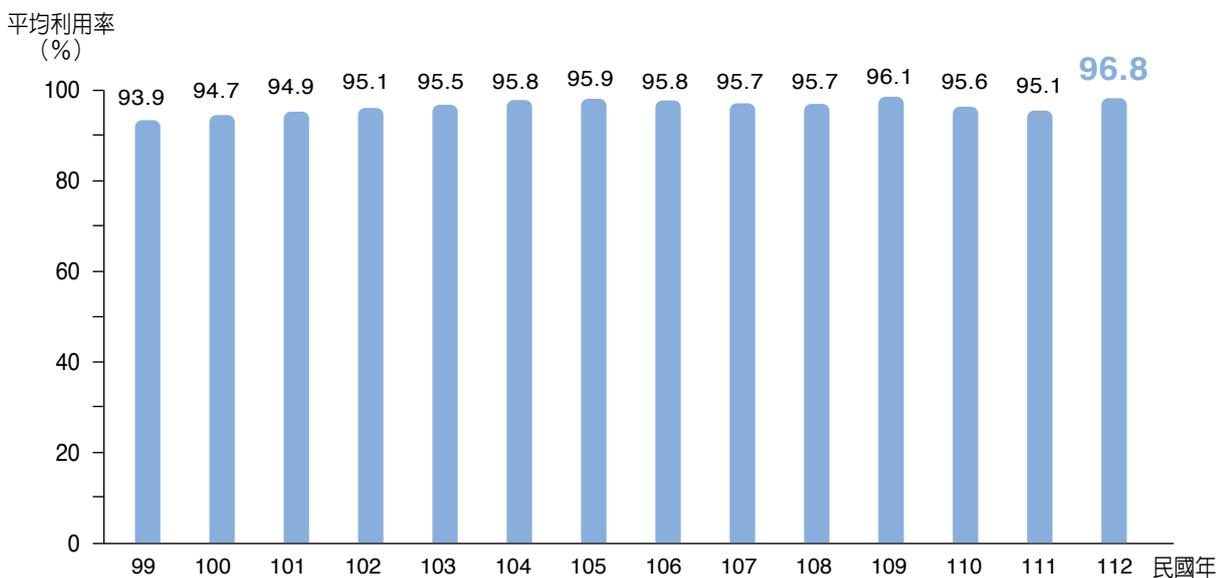
(一) 110年7月1日起提供孕婦14次產檢（原10次），新增妊娠糖尿病篩

檢及貧血檢驗，一般超音波檢查增加至3次。112年產檢利用達150萬5,433利用人次，平均利用率96.8%（圖3-2）。

(二) 補助孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗，112年共11萬8,639案，篩檢率87.3%。

- (三) 補助遺傳性疾病高危險群孕婦產前遺傳診斷檢驗，112 年計 3 萬 2,474 案，發現 1,085 例異常並提供後續諮詢。
- 二、建置孕產婦關懷網站及免付費諮詢專線 (0800-870-870)。112 年諮詢共 1 萬 6,259 通，網站瀏覽計 332 萬 8,606 人次。
- 三、108 年發布修訂《公共場所母乳哺育條例》。112 年應設置哺(集)乳室公共場所計 2,643 處，自行設置計 1,365 處。
- 四、推動母嬰親善醫療院所認證，112 年共 138 家通過認證，涵蓋全國出生數 65.8%。
- 五、透過多元管道傳播性別平等，出生性別比由 99 年 1.090，降到 112 年 1.078。
- 六、110 年 7 月 1 日起擴大不孕症治療(試管嬰兒)補助，對象由低收入戶及中低收入戶擴大至不孕夫妻一方具我國國籍並於我國戶政機關完成結婚登記，且妻年齡未滿 45 歲者。112 年共有 2 萬 7,564 件通過審查。

圖 3-2 歷年產檢平均利用率

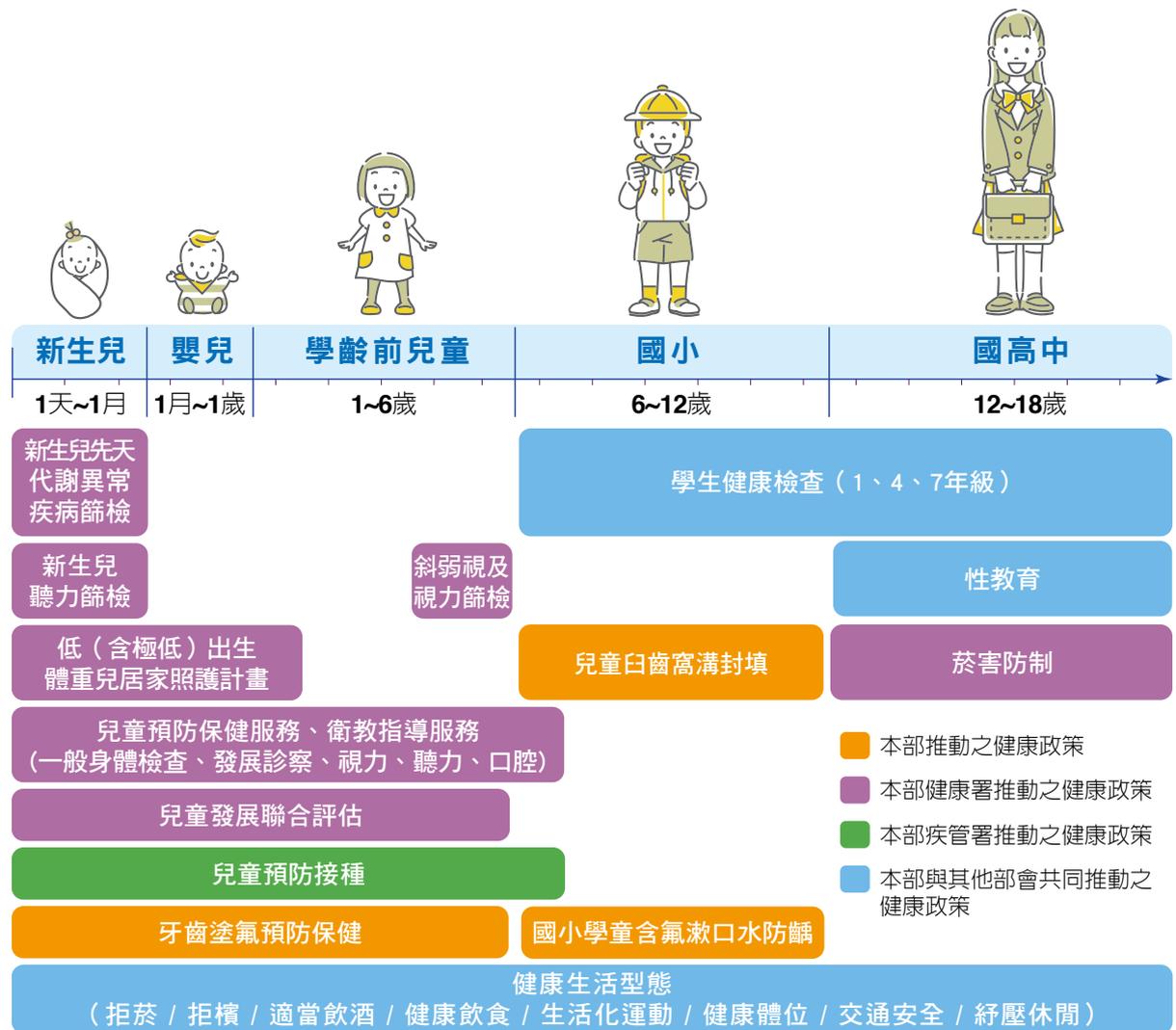


資料來源：衛福部

## 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、兒童預防保健及衛教指導(含嬰兒哺餵、預防事故傷害及嬰兒猝死等)、視力保健等服務，並推動青少年健康促進(圖 3-3)。
- 一、補助 21 項新生兒先天性代謝異常疾病篩檢，112 年篩檢 13 萬 4,183 人，篩檢率逾 99%，異常個案均追蹤轉介、確診及適當治療。

圖 3-3 嬰幼兒及兒童、青少年健康政策



二、補助本國籍出生3個月內新生兒聽力篩檢，112年計13萬4,082人，篩檢率達98.9%。

三、提供7歲以下7次兒童預防保健服務及衛教指導，112年提供兒童預防保健服務87萬6,088人次及衛教指導78萬4,391人次，平均利用率分別為84.23%及75.42%。

四、輔導縣市設置1至5家兒童發展聯合評估中心，112年全國計75家，全年完成聯合評估約2萬8,000人，確診率95.7%。

五、持續推動滿4歲及5歲「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢」，112年篩檢率達100%，異常個案轉介率達97.5%。

六、辦理「低（含極低）出生體重兒居家照護計畫」，112年於全國81家醫院推動，已完成收案2,857人（含極低出生體重兒2,091人；低出生體重兒766人），居家訪視達985次、電話訪視達1萬3,157次、視訊訪視達2,449次。

七、辦理青少年健康照護人員訓練課程，計204人參與；建置青少年親善照護知識及技能數位課程，112年896人完訓。

八、青少年菸害防制成效

（一）與衛生局合作稽查商家販菸情形，112年針對賣菸給未滿20歲者（修法前為未滿18歲），稽查31萬餘次、開立處分書117件、裁罰金額計107萬5,000元；針對未滿20歲吸菸者（修法前為未滿18歲），稽查37萬餘次、開立處分書1,743件、執行戒菸教育1,657人次。

（二）喬裝測試有29%菸品販售業者違規販售菸品予未滿20歲者，四大便利商店、檳榔攤與傳統商店違規率分別為22.8%、43.2%及32.6%，已請縣市政府加強輔導稽查。

（三）加強菸害與電子煙害防制宣導，於Yahoo奇摩「大口呼吸無菸空氣 別碰電子煙及加熱菸」主題專區，製作「加熱菸危害」、「電子煙修法篇」動畫及2款加熱菸危害海報；另製作2款Line拒菸貼圖、1款禁止電子煙或未經核定通過之加熱菸及其配件販賣及使用影音及與7組網紅合作進行修法重點（含全面禁止電子煙）宣導，結合多元管道及通路推播，擴大觸及青少年與年輕族群。

（四）青少年菸害防制成效

持續與教育部合作推動校園菸害防制工作，並透過結合傳播媒體及跨部會合作加強青少年反菸（煙）及媒體識讀等宣導。

## 第二章 生活中的危害

WHO於107年將非傳染性疾病主要風險調整為個人不健康行為（如抽菸及嚼檳榔）、不適當飲酒、不健康飲食、身體活動不足及空氣污染等5項，本部為促進國人健康，降低生活中危害，持續於各式場域推動健康生活型態、拒菸、不嚼檳榔及宣導酒害，加強空氣污染防護，以提升健康促進。

### 第一節 菸品、檳榔健康危害防制

一、菸害防制

（一）推動菸害防制法修法及營造無菸環境自98年菸害防制法修正施行，與國際同步，實踐《菸草控制框架公約》與「MPOWER」策略，使成人、國中及高中職學生吸菸率已逐年下降，分別由97年21.9%降至111年14.0%，97年7.8%降至110年2.2%及96年14.8%降至110年7.2%。另禁菸公共場所二手菸暴露率自97年23.7%降至111年4.0%。

惟國中、高中職學生電子煙使用率分別自107年1.9%及3.4%明顯上升至110年3.9%及8.8%，短短3年快速倍增，顯示電子煙正危害青少年健康。為強化保護各階段兒少健康，本部啟動菸害防制法修法，112年2月15日經總統令修正公



布，行政院發布自112年3月22日起施行。修正重點為全面禁止包含電子煙在內之各式類菸品之製造、輸入、販賣、供應、展示、廣告及使用；公告指定之菸品（含加熱式菸品）及使用時搭配必要之組合元件，應依法申請健康風險評估審查，經審查核定通過後，始得製造、輸入、販售；擴大禁菸之室內外公共場所，包括大專院校、幼兒園、托嬰中心及居家式托育場所全面禁菸，酒吧、夜店於獨立空調及隔間之室內吸菸室外，不得吸菸；提高禁菸年齡至20歲；擴大菸盒警示圖文面積至50%；菸品不得使用經中央主管機關公告禁止使用之添加物；加重罰責。

另各地方政府衛生局因地制宜，考量轄區內場所通風特性、進出人數及滯留時間等因素，依法公告指定禁菸場所，已公告逾3萬處禁菸場所。112年全國稽查禁菸場所計56

萬餘次、處分2,538件、罰鍰468萬餘元。

為與國際接軌，全臺已有218家醫院加入全球無菸健康照護服務網絡，有40家醫院榮獲國際金獎殊榮，為全球網絡中得獎醫院家數最多的國家。

## (二) 提供多元戒菸服務

1. 為幫助更多人戒菸，提供戒菸服務補助，包括戒菸服務診察費、調劑費、衛教費及個案追蹤費，111年5月15日起免收戒菸輔助用藥部分負擔，112年至12月戒菸服務特約機構達3,503家，契約調劑藥局達1,376家，戒菸合約醫事人員達1萬2,818人；112年1~12月計服務10萬7,424人（38萬3,235人次），112年6個月點戒菸成功率31.3%，推估成功幫助約3.3萬人戒菸，短期預估節省1.8億元健保醫療費用支出，長期可創造141億元經濟效益。

2. 提供免付費戒菸電話（0800-636-363），截至112年12月底累計服務達162萬2,761人次。

## 二、檳榔健康危害防制

聚焦高嚼檳行業推動無檳榔支持環境計畫，並提供到點口腔癌篩檢服務及檳榔健康危害宣導，112年共辦理184場，約5,000位民眾接受檢查。

## 第二節 國民營養與健康體位

為提高民眾對營養之知能及維持健康體位，增進身心及社會健康，並預防慢性疾病。

- 一、施行《營養及健康飲食促進法》，制度性推動飲食與營養教育及國人營養支持環境。
- 二、推展各縣市設立「社區營養推廣中心」達43處，並鼓勵因地制宜成立分中心，提升整體社區營養照護服務量能。112年度服務長者達7.5萬人次以上，並輔導達1,500家長者共餐據點或社區餐飲業者提供高齡友善健康飲食。
- 三、持續推動「我的餐盤」均衡飲食，發展多元素材，結合農會、餐飲業者、職場等發展推動均衡飲食模式，透過衛生局及社區營養推廣中心共同宣導。
- 四、推動高齡友善飲食環境內容包含用餐環境、服務流程、餐食、包裝等多面向，並進行60家場域試辦，提供適合長輩的餐食和場域，建立我國高齡友善飲食環境輔導模式。
- 五、106~109年成人過重及肥胖率為50.3%，111學年度國小及國中學童過重及肥胖率各為26.4%及30.2%。參考WHO終止兒童

肥胖策略，針對不同生命週期及場域擬定服務流程，結合醫療院所等相關單位及早介入；並參考WHO身體活動與靜態行為指引，鼓勵每週進行150分鐘中度身體活動，建立動態生活習慣。

- 六、持續透過監測國人營養狀況、制定健康公共政策、傳播營養知能，倡議健康飲食的重要性，提升國人健康及預防慢性疾病。

## 第三節 維持健康體位

- 一、倡議全齡身體活動，鼓勵利用零星時間進行身體活動，辦理「走路趣尋寶，全臺齊步走」全民健走線上競賽，將健走活動結合虛擬路線尋寶任務，鼓勵不同族群民眾走向戶外，112年活動參與人次達27萬8,522人次。
- 二、與教育部共同主辦2023「運動健康 永續臺灣」全民運動與健康論壇，邀請國內外專家學者分享國際運動健康政策、全齡身體活動與健康推廣等議題，共約200人參與。

## 第四節 空氣污染防護宣導

冬季受風場影響，易蓄積空污，本部依環境部空氣品質預報，適時發布新聞稿及透過Facebook及LINE傳播，提醒民眾空氣品質不佳時自我保護，並提醒敏感性族群應減少戶外活動時間。

另於本部國民健康署官方網站設置「空氣污染之健康自我保護專區」，提醒民眾防範空污。

## 第五節 健康的場域

依西元1997年WHO雅加達宣言及2018年上海宣言整合資源，帶動民眾參與、培育健康識能，建構友善支持環境，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

持續引導地方政府整合跨域資源，並提出在地特色的高齡友善城市及社區計畫，為即將來到的超高齡社會做好準備。為鼓勵地方政府運用跨局處合作模式與在地資源發展具特色及永續之計畫，每年辦理「健康城市暨高齡友善城市獎項評選」活動，引導地方政府永續推動並展現成果，112年共342件作品參獎，43件獲獎。

#### (二) 健康促進學校

91年起與教育部共推健康促進學校，至112年全國共計有4,040所健康促進學校。「健康促進學校特色獎勵計畫」頒發卓越獎27校（金質獎3校、銀質獎5校、銅質獎14校及推動獎5校）及特色獎20校，共計47校，並依據2021年世界衛生組織與聯合國教科文組織提出的全球健康促進學校國際標準，持續推動學校健康促進。

#### (三) 健康促進職場

鼓勵職場推動各項健康促進（含身體活動、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、心理健康促進、健康存摺運用、中高齡勞工健康保護及新冠肺炎疫情管理等）。自96年至112年累計通過健康職場認證共3萬1,236家次。112年表揚30家績優健康職場及3位優良推動人員。

### 二、健康醫院

(一) 為促進醫院病人、家屬及員工健康，提升危險因子預防及提供預防保健服務，推動「健康醫院」，截至112年計203家醫院加入。

(二) 112年補助全國衛生局並由其招募轄下計136家健康照護機構辦理「推動慢性病預防管理及健康促進整合計畫」，提供民眾預防保健服務及推動慢性病管理計畫。

## 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，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、發展高齡友善城市、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、為能早發現及早介入控制與治療，透過全國醫療院所及社區整合式篩檢服務，提供40至64歲每3年1次，65歲以上每年1次成人預防保健服務，112年共計215.4萬餘人接受服務。

二、為落實我國「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」7大行動領域之「提升大眾對失智症認知與友善態度」及「降低罹患失智症風險」政策，推動失智症防治及友善社區工作。

(一) 112年補助22縣市於169個鄉鎮市區推動失智友善社區計畫，累計招募53.4萬失智友善天使(居民)及1.5萬家失智友善組織形成社區網絡。

(二) 112年全國衛教宣導課程及活動辦理場次逾3,100場，自107年累積觸及失智症宣導活動之民眾超過383萬人，佔總人口數16.4%，提升全民對失智症正確認識。

三、持續辦理「長者活躍老化競賽活動」，讓社區社團及據點長輩組隊參賽，透過練習，活動身體，預防及延緩失能，與隊員互動，增進人際及社會參與，實踐在地老化及活躍老化，112年22縣市共302隊，共9,584名長輩參與，平均年齡68歲，累計至112年達59萬人次參加。

四、推動「高齡友善城市及社區計畫」，藉由經費補助鼓勵地方政府做為跨部門整合平台，改善社區軟硬體設施，減少長者在社區生活的障礙、增進長者社會參與。112年共補助22縣市衛生局及239個高齡友善社區，高齡友善社區涵蓋率為65%。

五、參酌WHO高齡友善照護原則，110年發展診所高齡友善健康促進自評，並持續優化衛生所高齡友善健康促進認證作業流程，截至112年計372家衛生所(99%)通過評核及515家診所通過自評。

六、為預防及延緩長者失能，提供65歲以上長者「認知、行動、營養、聽力、視力、憂鬱」面向之功能評估服務。112年服務約22.7萬人，發現約6.6萬人有功能異常。另辦理「前瞻基礎建設計畫-城鄉建設2.0公共服務據點整備-銀髮健身俱樂部補助計畫」，補助地方政府結合目前公有閒置或低度使用之空間，設置銀髮健身俱樂部進行營運，增加長者身體活動的可近性。截至112年已於21縣市布建128處據點。

七、為減少長者衰弱及失能風險，持續研發或優化整合性且具實證效益之「預防及延緩失能照護服務方案」，以提供符合社區長者需求之服務；截至112年共計有238個方案供社區據點選用。

## 第二節 重要慢性病防治

一、慢性病預防與控制

(一) 推動糖尿病共同照護網，建構醫事人員培訓基準，培育專業糖尿病照護人員。另透過356家糖尿病健康促進機構及295個糖尿病支持團體，增進糖尿病個案自我管理技能。

(二) 推動「代謝症候群防治計畫」，透過基層診所提供菸檳、不健康飲食、缺乏身體活動等疾病危險因子管理，早期介入以降低三高慢性病發生。112年已有2,400家診所及3,900位醫師參與，收案約12萬人。

二、更年期健康

更新本部國民健康署更年期素材與資訊，透過多元管道提供更年期健康促進資訊，並辦理醫事人員教育訓練，強化醫事人員及民眾對更年期健康的照護知能。

### 第三節 癌症防治

108 年起啟動第 4 期國家癌症防治計畫，透過建置永續經營的癌症防治體系、強化民眾健康識能與各項服務品質、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、癌症篩檢

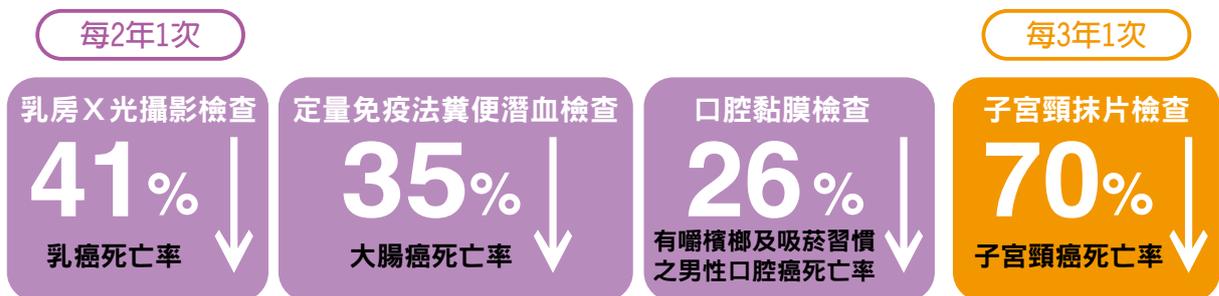
(一) 99 年起全面推動子宮頸、口腔、大腸及乳癌等四癌篩檢並自 111 年起

推動肺癌篩檢，112 年提供 487.3 萬人次服務，發現近 5.2 萬名癌前病變及 1.1 萬名癌症罹患者（圖 3-4；表 3-1~3-3）。

(二) 112 年 231 家醫療院所辦理「癌症防治品質精進計畫」/「全方位癌症防治策進計畫」，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。

圖 3-4 進行癌症篩檢可有效降低癌症死亡率

依本部健康署委託研究資料顯示：



備註：本部自 111 年起推動肺癌篩檢服務，依國際研究指出，胸部低劑量電腦斷層檢查，可降低重度吸煙者 20% 肺癌死亡率。

表 3-1 112 年五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	214.8 萬	45.3	12,337 (含原位癌)	1,262	92.8
乳癌	92.3 萬	39.3	-	5,392	92.59
大腸癌	129.3 萬	32.3	36,512	2,909	79.62
口腔癌	45.4 萬	-	3,568	1,116	81.45
肺癌	5.5 萬	-	-	724	76.5
總計	487.3 萬		52,417	11,403	

備註：1. 子宮頸癌篩檢率：30 歲以上婦女 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：50~74 歲民眾 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. 肺癌篩檢率：尚無法估列母數，故無篩檢率資料。

6. 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 3-2 112 年五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	1/88	1/1232	1/82
乳癌	-	1/169	1/169
大腸癌	1/31	1/358	1/28
口腔癌	1/103	1/335	1/79
肺癌	-	1/76	1/76

備註：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 五種癌症 5 年期別之相對存活率

期別	女性乳癌 (%)	子宮頸癌 (%)	大腸癌 (%)	口腔癌 (含口咽及下咽) (%)	肺癌 (%)
第 0 期	>99.9	99.6	93.4	76.0	>99.9
第 1 期	>99.9	91.5	92.7	85.3	94.6
第 2 期	95.6	73.6	83.3	75.2	62.1
第 3 期	80.5	55.4	71.1	61.3	33.2
第 4 期	39.4	22.5	15.4	38.3	13.1

資料來源：台灣癌症登記資料庫 (含原位癌)

備註：1. 分析 106 至 110 年醫院申報 5 種癌症之期別 5 年存活率資料 (追蹤至 111 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 (306 筆) 相較於 1 期個案數 (7,906 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) x 100%

(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，112 年分別累計 126 家、223 家及 153 家機構通過。

## 二、提升癌症診療照護品質

97 年起辦理癌症診療品質認證，112 年共 67 家認證醫院，近八成五的癌症病人於認證醫院接受治療。

## 第四章 健康傳播與健康監測

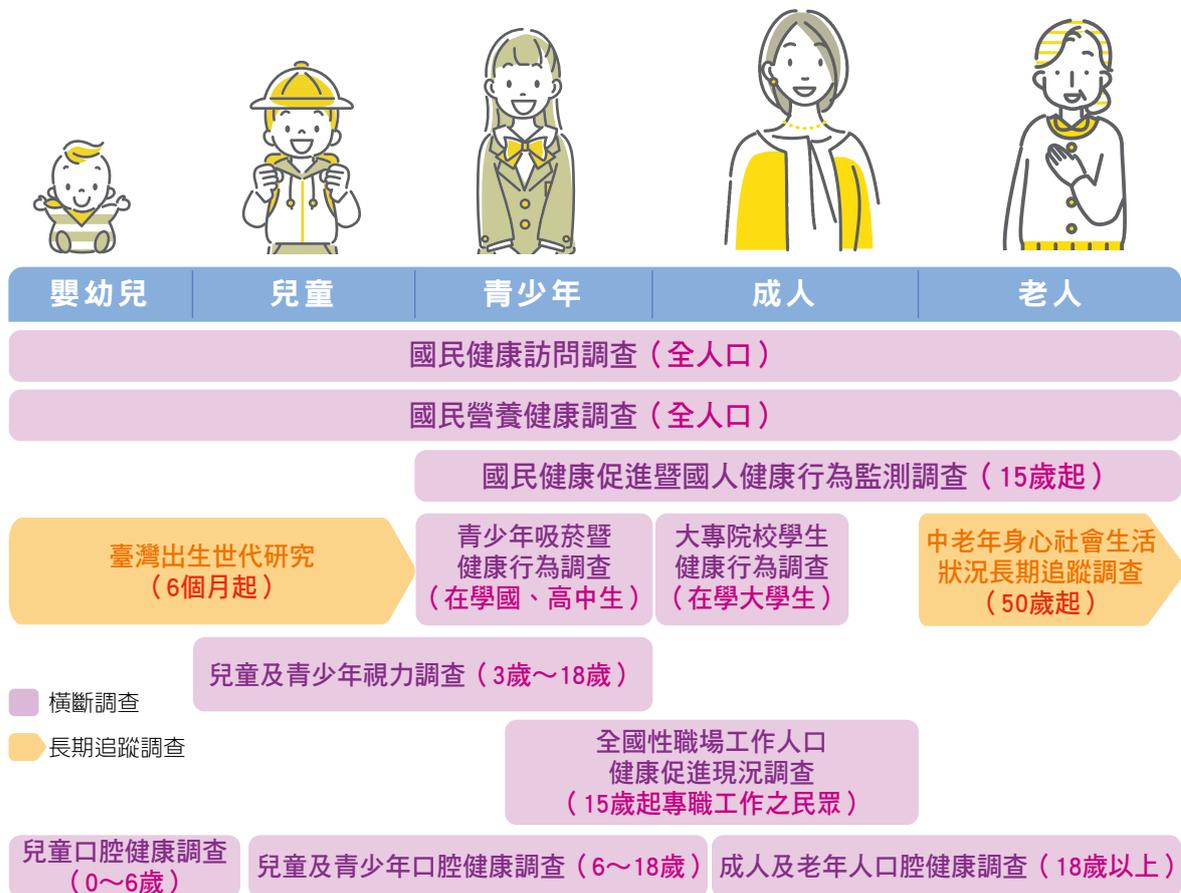
### 第一節 健康傳播

推動多元健康資訊傳播，提升全民健康識能，透過「健康九九+」網站傳遞健康資訊與增進衛生教育素材流通，每月平均瀏覽量達 63 萬人次；透過 Facebook 粉絲專頁、LINE@ 及 IG 官方帳號推播健康資訊，其中 Facebook 部分每月平均觸及數達 125 萬人次。

## 第二節 健康監測

持續推動全人口及各生命週期人口群健康監測與調查，完備生命歷程健康促進、國民飲食營養及非傳染性疾病防治之監測數據蒐集與應用（圖3-5）。

圖3-5 各生命週期健康促進監測調查



此篇閱覽後，掃描 QR Code，進入線上【填問卷 送限量好禮】頁面。



# 健康照護

- 第一章 健康照護體系
- 第二章 心理健康與精神醫療
- 第三章 醫事及公衛人力
- 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



民國74年推動醫療網計畫，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110年至113年辦理「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」，以建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡。

## 第一章 健康照護體系

### 第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依《醫療法》及「醫療網計畫」，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估地方民眾健康需求，辦理各項區域醫療資源分配與提升區域醫療水準計畫。112年實施成果如下：

一、醫事機構現況：如表4-1

表4-1 112年醫事機構現況

醫事機構種類		家數
醫療機構	醫院	476
	診所	23,420
藥局		8,887
護理機構	一般護理之家	520
	精神護理之家	46
	居家護理所	746
	產後護理之家	265
捐血機構	捐血中心	4
	捐血站	14
病理中心		11
其他醫事機構	助產所	21
	醫事檢驗所	345
	醫事放射所	45
	物理治療所	452
	職能治療所	145
	心理諮商所	236
	心理治療所	139
	語言治療所	119
	牙體技術所	1,032
	聽力所	34
	居家呼吸照護所	18
	驗光所	3,271
	營養諮詢機構	41

資料來源：衛福部統計處醫事機構服務量統計年報

二、醫院病床現況：

醫院病床數共 13 萬 8,661 床（含一般、特殊；不含特許病房），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、漢生病床），如圖 4-1。

**第二節 緊急醫療救護**

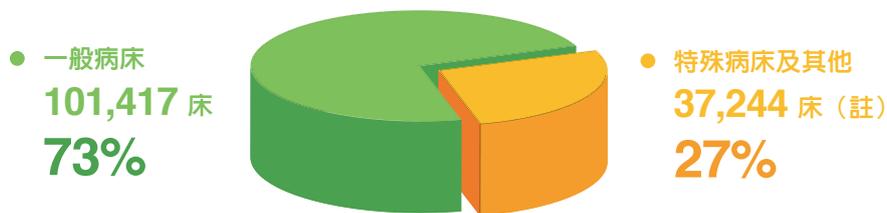
強化緊急醫療救護網，推展整合性應變機制：

- 一、截至 112 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，共建置 46 家重度級，77 家中度級，83 家一般級急救責任醫院。
- 二、112 年度共獎勵 20 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」、「強化醫療資源不足地區 24 小時急診能力」等 4 種模式。

- 三、廣續辦理 109~112 年「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」，充實在地專科醫師人力，維持偏遠地區醫療不中斷，112 年由 30 家醫學中心或重度級急救責任醫院提供 139 名專科醫師，支援 29 家離島及醫療資源不足地區醫院。
- 四、截至 112 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 1 萬 3,899 台，密度達 60.4 台/10 萬人，其中有 3,794 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）。

圖 4-1 112 年醫院病床現況



資料來源：衛福部統計處醫事機構服務量統計年報

備註：特殊病床包括加護病床、燒傷病床、燒傷加護病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、慢性呼吸照護病床、亞急性呼吸照護病床、精神科加護病床、司法精神病床、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、戒護病床、其他。

表 4-2 112 年急救責任醫院分級家數

緊急醫療能力分級	重度級	中度級	一般級	總計
家數	46	77	83	206

資料來源：衛福部醫事司

### 第三節 兒童醫療照護

為挹注兒童照護資源，改善周產期與急重症醫療照護，並強化初級照護及健康管理，自110年起推動「優化兒童醫療照護計畫」，並於112年起擴大辦理：

- 一、辦理「核心醫院計畫」，112年增加為8家核心醫院，提供12項兒童重難罕症疾病範疇的醫療照護；3家兒童重症轉運專業團隊，服務範圍涵蓋全台90%縣市，累計完成318次兒童重症轉運；1家兒童困難診斷疾病平台，建立10個遠距會診據點（含離島），針對常規檢查未有明確診斷者、需多科共同照護之複雜個案、加護病房之重難症患者進行收案，累計32位兒童接受臨床評估，並提供診斷及治療的方向。
- 二、辦理「周產期照護網絡計畫」，112年補助9家醫院執行，並加入核心醫院共同提供周產期照護，照護涵蓋18縣市。提供網絡內緊急血液調度、高危險妊娠與新生兒的加護照護，截至112年底累計完成345次高危險妊娠產前轉診、581次新生兒外接；另有3家醫院推動開放醫院模式，累計共88位孕產婦在醫院及基層診所醫師共同照護下順利生產。
- 三、112年度持續辦理「提升兒科緊急醫療救護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小時之兒童傷病患就醫服務，並與「周產期照護網絡計畫」整合規劃，讓全國各縣市至少有一家以上醫院可提供24小時兒童傷病患就醫服務，計有16個縣市16家醫院執行本計畫。

四、「幼兒專責醫師制度計畫」112年起擴大於全台22縣市參與，由兒科、家庭醫學科醫師擔任未滿3歲兒童之照護專責醫師，亦透過辦理幼兒專責醫師專業教育訓練認證，將兒科及家醫科資源不足地區之其他專科別醫師納入本計畫，以平衡偏鄉地區的幼兒照護資源，提供預防保健、預防接種、居家訪視、篩檢追蹤、通報轉介等相關初級照護及健康管理。112年共1,048家醫療院所（含1,880名醫師）參與，總收案19萬5,552人，全國收案涵蓋率達43.09%。

五、設置「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心」：組成專家諮議會，確立管理品項清單（112年：藥品34項及醫材18項），截至112年透過聯合招標決標16項藥品及醫材，更協助12品項申請專案進口或專案製造。

### 第四節 安寧緩和療護及病人自主權利

- 一、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112年底止，共計有91萬3,775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3.9%。



二、為保障病人的尊嚴善終權利，於108年1月6日正式施行亞洲第一部專法「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112年底共計6萬8,165位意願人簽署預立醫療決定，並已註記於健保IC卡上。

### 第五節 口腔健康照護

#### 一、推動各生命週期口腔健康

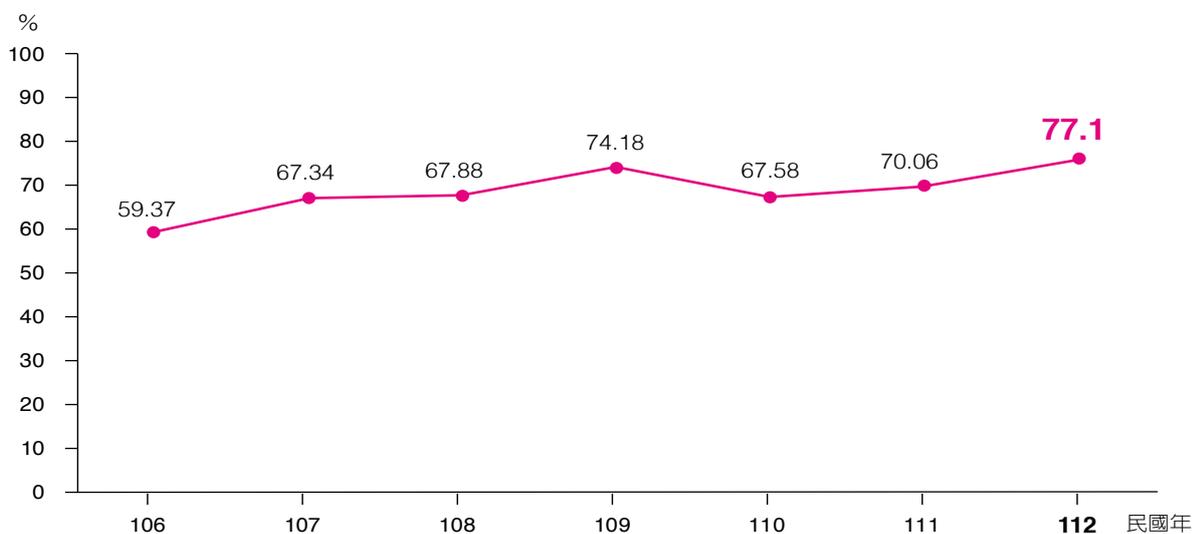
(一) 提供未滿6歲兒童每半年1次免費牙齒塗氟、未滿12歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童每3個月1次免費牙齒塗氟，112年共服務約119萬人次，未滿6歲兒童至少一次塗氟之利用率達77.1%，如圖4-2。並辦理23場塗氟服務品質監測。

(二) 基於兒童恆齒生長時間之差異，111年將國小學童臼齒窩溝封填服務對象放寬至12歲，提供滿6歲至12歲兒童，恆牙第一大臼齒窩溝封填服務及檢查，112年共服務約87.6萬人次。

(三) 推動國小學童含氟漱口水計畫，112年約122萬名學童參加，服務涵蓋率超過95%。

(四) 針對不同族群之口腔疾病預防，推廣兒童及青少年防齲及氟化物使用，並運用「成人口腔保健」手冊、「機構口腔照護」工作指引、「口腔黏膜異常患者之口腔保健」指引等多元宣導素材結合學校、衛生局、醫療院所及機構實地輔導共同推動，並辦理身心障礙福利、特殊教育機構或特教班及聯合評估中心等機構口腔保健外展服務204場。

圖 4-2 106~112 年 0~6 歲兒童牙齒塗氟利用率



資料來源：衛福部口腔健康司

(五) 為落實均等全人口腔照護，辦理國民口腔健康調查，5 歲兒童齲齒率由 100 年 79.32% 下降至 107 年之 65.43%；12 歲學童恆齒齲齒經驗指數由 89 年的 3.31 顆下降至 109 年的 2.01 顆。

## 二、加強口腔特殊醫療服務及照護

- (一) 辦理特殊需求者口腔整合性照護計畫，112 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 25 家醫院，每月平均服務約 4,695 人次。
- (二) 全國各縣市依《身心障礙者特別門診管理辦法》指定 94 家醫院提供身心障礙者牙科特別門診。
- (三) 辦理中風、使用氣切管、鼻胃管或頭頸部手術等病人整合性口腔照護服務，輔導 5 家醫院出院準備納入口腔照護評估，強化病人復歸社區實踐口腔照護與技巧；建立 5 家醫院口腔癌病人全人照護團隊，發展品質指標及照護標準作業流程，以提升專業照護之完整性。



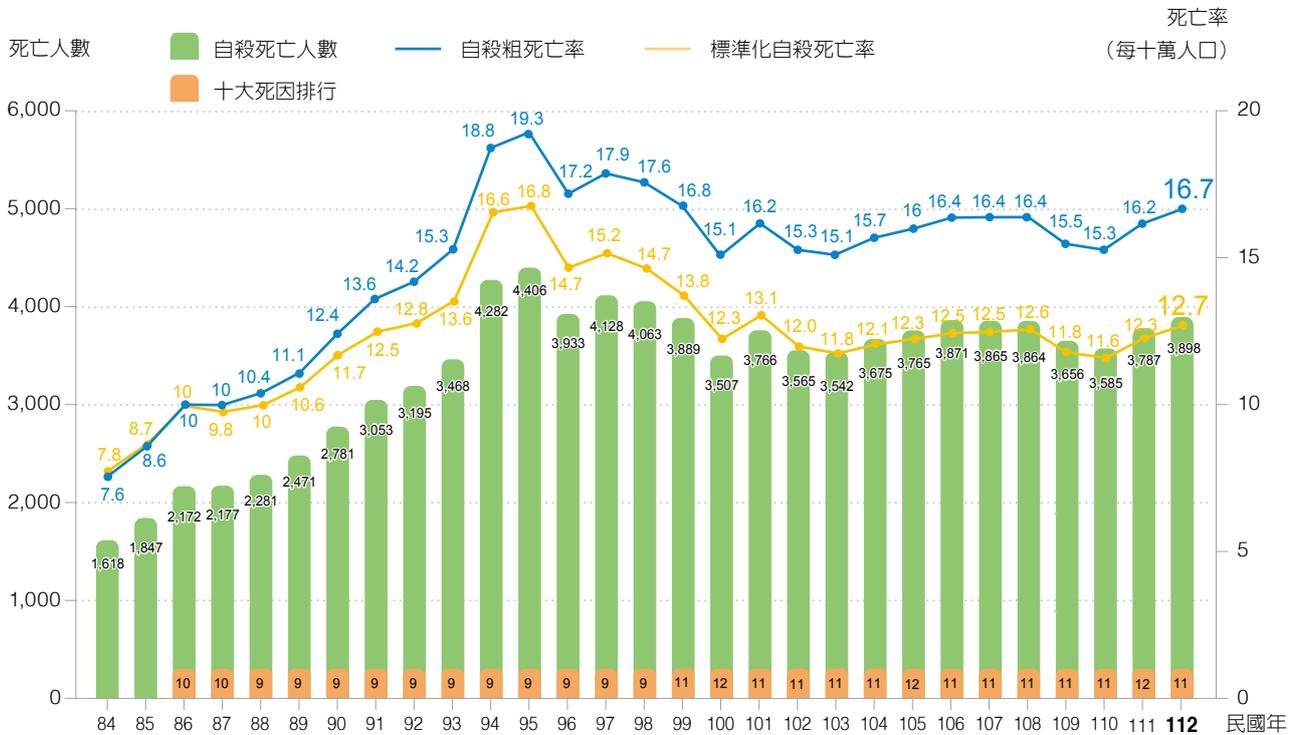
(四) 收集我國住宿式機構住民之口腔健康狀況，探討其口腔照護需求類型及照顧者之口腔健康識能，112 年共完成 6 家住宿式機構口腔健康調查及 108 家口腔照護輔導。

## 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，112 年度共有 43 萬 2,565 瀏覽人次。
- 二、為推動心理健康促進，112 年廣續與 22 個地方政府衛生局合作，提供心理諮詢服務共 3 萬 1,266 人次。
- 三、1925 安心專線（依舊愛我）提供 24 小時免費心理諮詢服務，112 年共服務 11 萬 4,138 人次，提供 1 萬 9,597 人次具自殺意念者心理支持及所需心理衛生資源，並即時阻止 1,066 件準備及正在自殺個案。
- 四、持續辦理自殺個案通報、關懷訪視及自殺危機處理，112 年共接獲 4 萬 7,733 人次通報，關懷訪視服務 32 萬 7,209 人次。
- 五、112 年自殺死亡人數為 3,898 人，標準化死亡率為每十萬人口 12.7 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 14 年退出十大死因，整體而言，我國已從標準化自殺死亡率每十萬人口 13 人以上的自殺高度盛行率區域，降為中高度盛行率區域。未來持續加強社會安全網等防治政策。

圖 4-3 84 至 112 年全國自殺死亡人數/死亡率



資料來源：衛福部心健司

六、依聯合國《2024 年全球幸福報告》(World Happiness Report) 調查各國國民之生活評估、正向感受、負向感受等指標，我國排名第 31，為東亞第 1，顯示前開心理健康促進有一定成效。

七、112 年度辦理心理健康月活動，各縣市共辦理記者會 9 場，大型宣導 14 場，計 2 萬 8,526 人次參加，另辦理各類宣導活動 82 場活動，共 154 萬 1,024 人次參加。

## 第二節 精神疾病防治

一、持續推動 7 區精神醫療網輔導計畫，指定核心醫院推動區域性心理健康及精神醫療網絡。

二、112 年全國精神醫療機構共 598 家（醫院 203 家+診所 395 家），開放床數合計 2 萬 797 床（含精神急性一般 7,425 床及精神慢性一般病床 1 萬 3,372 床，每萬人口約 9.02 床）。日間型精神復健機構 96 家（登記收治量 4,352 人）；住宿型精神復健機構 175 家（7,478 床）；精神科日間留院開放數 6,047 人；精神護理之家 46 家（開放床數計 4,893 床）。

三、補助地方政府 596 名社區關懷訪視員及督導，112 年全國關懷訪視中之精神病人計 9 萬 8,592 人，累計服務 77 萬 3,796 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，112 年受理申請案件 570 件，含強制住院 528 件及強制社區治療 42 件，如表 4-3。

表 4-3 107~112 年強制住院及強制社區治療審查會審查案件統計表

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 許可案件	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
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%
109 年 1 月 -12 月	656	604	545	90.2%	52	52	100%
110 年 1 月 -12 月	574	534	502	94.0%	40	40	100%
111 年 1 月 -12 月	504	469	432	92.1%	35	34	97.1%
112 年 1 月 -12 月	570	528	504	95.45%	42	41	97.62%

五、112 年共計完成 3 家精神科醫院及 79 家精神復健機構(含 24 家日間型機構及 55 家住宿型機構)評鑑及 3 家精神護理之家評鑑。

### 第三節 司法精神醫療

- 一、為健全國內司法精神醫療體系，本部於 110 年 2 月 17 日成立司法精神醫療科，積極推動司法心理衛生服務，以協助司法案件之精神病人逐步復歸社會。
- 二、台灣司法精神醫學會自 109 年度辦理司法精神專科醫師甄審作業，截至 112 年度累計有 88 名醫師通過甄審且具意願公告，並提供各地方檢察署、法院參考運用。
- 三、為優化司法精神鑑定專業服務品質與量能，於 112 年委託台灣司法精神醫學會編製《司法精神鑑定—基礎訓練課程教材》。
- 四、自 110 年佈建司法精神病房，截至 112 年底已累計補助 4 家醫療機構設置，合計 183 床。

### 第四節 成癮防治

- 一、截至 112 年已指定藥癮戒治機構 163 家，替代治療執行機構 188 家，其中鴉片類藥癮替代治療人數，自 95 年起開辦替代治療，至 112 年底，累積達 4 萬 7,344 人，尚有 7,180 人治療中。另辦理治療人員教育共 88 場次，5,240 人次參訓。
- 二、95 年起開辦鴉片類藥癮替代治療費用補助，於 108 年 5 月起全面開辦各級毒品「藥癮治療費用補助」，112 年共補助 1 萬 3,939 人。
- 三、95 年起補助本部草屯療養院開辦藥癮治療性社區，108 年起擴大補助至 6 家民間機構發展，至 112 年底共提供 358 床。112 年度 1 月至 12 月共收治 424 人、9 萬 6,125 人日。另補助 19 家民間機構辦理「藥癮者社區復健方案布建及服務品質提升計畫」，共安置 253 人、3 萬 3,462 人日，及提供各項心理社會處遇(如衛教課程、職業訓練、就業媒合等)共 2 萬 920 人次。

- 四、103 年 9 月起，補助醫療機構進入矯正機關提供藥酒癮醫療服務，並逐步擴大辦理。112 年補助 13 家醫療機構承作 15 所矯正機關，112 年度共開設成癮門診 752 診次，服務 2,957 人次，衛教 1 萬 6,749 人次，心理治療 7,547 人次，出監轉介諮詢 825 人次，出所追蹤 3,991 人次。
- 五、95 年起開辦酒癮治療費用補助方案，112 年共補助 3,675 人。另自 104 年 9 月起補助醫療機構辦理「建構問題性飲酒與酒癮者醫療及社會復健服務模式計畫」，建立跨網絡轉介機制，促進酒癮個案早期發現，早期治療，112 年共補助 15 家機構，開案 1,478 人。
- 六、為提高民眾對使用酒精及酒癮疾病意識，促進潛在問題性飲酒者早期發現、早期治療，於 112 年 11 月 24 日成立「台灣戒酒暨酒癮防治中心」，提供戒酒諮詢、家屬支持、衛教宣導及酒精使用疾患治療轉介，至 112 年底累計諮詢服務 127 人次，轉介酒癮治療 21 人。
- 七、107 年起自法務部接辦全國各地方政府毒品危害防制中心業務，並增加補助人力及反毒業務經費，112 年補助 698 名個案管理（含督導）人力，提升社區施用毒品個案之追蹤輔導質量。另自 107 年起陸續補助設置 6 家整合性藥癮醫療示範中心，並連結 118 家醫院、診所、心理治療（諮商）所及社工事務所等，發展實證藥癮治療模式及處遇方案。
- 八、積極推動網路成癮防治服務，於「112 年度整合型心理健康工作計畫」，請各縣市

衛生局與教育局（處）合作，推廣「網路使用習慣量表」；賡續辦理網路成癮治療專業培訓暨介入模式發展，計培訓 453 人次，並辦理戒網癮親子營 2 梯次，共服務 45 位青少年及 39 位家長，95% 以上改善網癮之成效。

### 第三章 醫事及公衛人力

#### 第一節 醫事及公衛人力現況

- 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、109 年 6 月 3 日總統公布公共衛生師法，自 110 年起透過專技人員高等考試，增加公共衛生人才，建立公共衛生專業服務體系，以促進民眾健康，111 年公衛師領證人數為 261 人。
- 三、112 年各類醫事人員執業人數共計 35 萬 9,954 人，其中醫師（含西醫師、中醫師及牙醫師）人員 7 萬 8,184 人、藥事人員 3 萬 6,726 人、醫事檢驗人員 1 萬 491 人、醫事放射人員 7,541 人、護理人員 18 萬 7,725 人、助產人員 208 人及營養師 3,662 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、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112年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數累計有5萬9,863人次。
- 二、為強化口腔醫療專業分工「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」於107年10月5日發布，續於112年5月2日修訂，牙醫專科醫師分科由3科增加至11科，截至112年12月底，累計部定牙醫專科醫師共計5,896人次，如圖4-4。
- 三、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，積極推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。112年計核定40家主要訓練醫院、112家合作醫院辦理二年期畢業後一般醫學訓練（Post-Graduate Year, PGY）訓練計畫，共計2,643名學員接受訓練（含PGY1-1,362名、PGY2-1,281名）。
- 四、為提升口腔醫療照護品質，積極推動牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度。112年計核定629家訓練機構，包含94家醫院及535家診所辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫，共計895位牙醫師接受訓練（含PGY1-421名，PGY2-474名）。
- 五、為提升護理人員專業素養以及照護品質，自95年起推動專科護理師制度，截至112年底，經甄審及格之專科護理師領證人數累計有1萬4,383人，詳如表4-4。為因應人口為基礎之社區醫療照護需求，本部於112年6月26日修正發布「專科護理師分科及甄審辦法」新增「家庭科」，拓展專科護理師在社區進入家庭之醫療照護量能，與醫師成為合作團隊，共同提升社區不分年齡之醫療處置及進階護理之整合照護品質。
- 六、96年起辦理「臨床醫事人員培訓計畫」，112年計有149家醫院參與，共核定1,151個訓練計畫，2萬5,268名醫事人員，領證4年內之新進醫事人員受訓達成率約88.95%。

圖4-4 88~112年部定各牙醫專科醫師人數

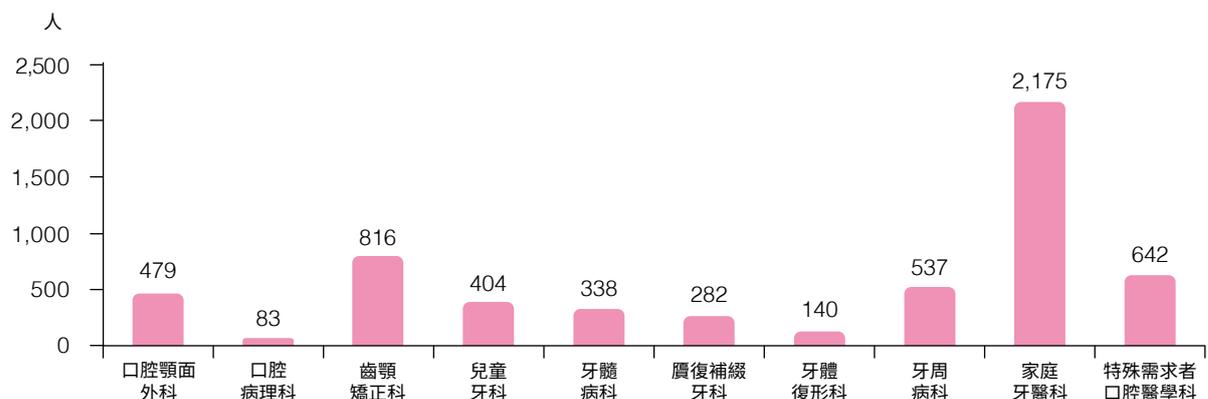


表 4-4 95~112 年專科護理師甄審及格人數

科別	人數
內科	5,232
精神科	212
兒科	250
外科	4,695
婦產科	162
麻醉科	3,832
合計	14,383

資料來源：衛福部照護司

七、為建立中醫師臨床訓練制度，辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，112 年補助 130 家主要訓練機構，共輔導 782 位新進中醫師接受訓練。另為培育中西醫合治及中醫實證研究人才，強化中醫分科專業訓練，本部研訂「中醫專科醫師分科及甄審辦法草案」及訓練基準規範；112 年核定 19 家訓練機構、68 位受訓醫師試辦專科醫師訓練，評核教學量能及調整修訂前開規範，至 112 年已有 95 位完成訓練且考核通過，已有效提升臨床專業能力。

### 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法，增訂醫師勞動權益保障專章，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 112 年 12 月 31 日止，共受理 2,233 件。112 年度共召開 12 次審議會，審定 335 件，其中 306 件符合救濟，救濟金額共新臺幣 1 億 7,960 萬元。

(二) 積極推動多元化訴訟外處理機制：

1. 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，112 年度共 22 縣市參與，受理調處案件共 689 件，調處成立率為 42.3%。【註：統計數據為自 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日】

2. 推動「醫療事故預防及爭議處理法」立法，該法於 111 年 5 月 30 日經立法院三讀通過、111 年 6 月 22 日經總統制定公布，並自 113 年 1 月 1 日施行，相關辦法

及「重大醫療事故通報平台」亦於同年建置。

三、為改善護理人員職場環境，持續推動各項改革措施，以促使護理人員留任及回流，至112年成果如下：

- (一) 整體護理執業人數年持續增加，惟受疫情影響總離職率與空缺率有上升趨勢，112年底執業人數共19萬24人，較101年增加約5萬3,609人。受疫情影響，總離職率由110年10.13%上升至111年11.73%；總空缺率由110年4.7%上升至6.53%。
- (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 $\leq 9$ 人、區域醫院 $\leq 12$ 人、地區醫院 $\leq 15$ 人。
  - 2. 護病比連動健保住院診療報酬：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納入「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」，做為護理人員匿名通報管道，至112年底計受理2,662案件，均依案查察，每月公告，裁罰率約17%；同時，運

用「護助e起來」網站，整合護理執業與專業發展相關資訊，透過資訊公開與政策對話，協助護理人員解決執業困境及護理公共事務參與。另112年於平台建置友善護理職場專區，鼓勵醫院公開職場勞動條件資訊（如薪資福利、育才留才、專業職涯發展與培育措施等），提供護理人員掌握資訊進行選擇，帶動正向護理執業環境。

5. 為永續醫療照護體系人力，本部111年起推動全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，由照護輔佐人力分擔非技術性照護工作，使得護理人員回歸專業工作，減輕工作負荷，112年擴大核定84家醫院4,414床辦理。

#### (三) 護理薪資調查

依勞動部調查，111年護理人員7月經常性薪資4萬7,716元，過去一年（110年8月至111年7月）平均薪資69萬9,000元。

(四) 106年度起持續透過評鑑制度、輔導設立、實證培訓、科技應用、獎勵設立、轉銜教育、培訓基地及碩士公費等機制，支持護理人員投入創新社區照護，建立本土之居家護理品牌及模式，居家護理所由112年720家相較106年538家提升33.8%，滿足民眾照護服務需求，並提供多元化的就業模式，以延長護理執業壽命及提升執業率。

(五) 推動「護理人力政策整備 12 項策略計畫 (112~119 年)」

為改善護理人員之勞動條件及薪資福利，行政院 112 年 9 月 28 日通過護理人力政策整備 12 項策略計畫，整合本部、教育部、考選部、國防部、退輔會等 5 部會之力，減緩現有護理人力短缺及因應臺灣至 119 年需要再增加的護理人力。包含教育部護理人力培育、考試院護理國考增次、題數減少、教考用之協力整合與本部護理人力留任策略如下：

1. 薪資改善：三班輪值夜班護理人員獎勵、三班護病比達標醫院獎勵與公職護理師比例擴大調升。
2. 職場改善：三班護病比填報 (112 年 8 月 1 日開始)、三班護病比標準訂定、護理友善職場典範獎勵、擴大住院整合照護計畫、智慧科技減輕護理負荷、護理新手臨床教師制度。

將持續監測護理人力與推動上開改善，提供醫院所有護理人員因生命歷程改變需要的多元選擇及發揮護理價值，留任護理人力。

## 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，112 年成效如下：

- 一、推動「111~112 年度醫院及診所醫療品質及病人安全工作目標」，如表 4-5。
- 二、透過「台灣病人安全通報系統」營造病人安全文化，共有 1 萬 7,732 家醫療衛生相關機構參與，112 年統計通報件數達 9 萬 2,353 件。
- 三、截至 112 年，「台灣病人安全資訊網」中共有 52 件醫病共享決策輔助工具於平台上供醫療人員使用，112 年有 102 家醫院參與推動醫病共享決策之實踐運動。

### 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，提升評鑑基準鑑別度，加強評鑑基準與持續性監測指標連動，朝符合國際評鑑制度精神與趨勢方向辦理。

109 至 111 年度因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，暫停辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑，且 105 年至 108 年度受評醫院之評鑑合格效期配合展延 3 年，112 年度計有 157 家醫院經醫院評鑑合格及 61 家醫院經教學醫院評鑑合格。



表 4-5 111~112 年度醫院及診所醫療品質及病人安全工作目標

項次	醫院工作目標
一	促進醫療人員間團隊合作及有效溝通
二	營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理
三	提升手術安全
四	預防病人跌倒及降低傷害程度
五	提升用藥安全
六	落實感染管制
七	提升管路安全
八	改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作
九	維護孕產兒安全
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
六	維護孕產兒安全

資料來源：衛福部台灣病人安全資訊網

### 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，本部於91年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心」（原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。截至112年底止，國內器官移植等候者已累計有1萬1,142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4-5。持續推行生前簽署器官捐贈同意書之措施，112年完成2萬7,821筆器捐註記，歷年累計共55萬8,137筆。

### 第四節 電子病歷政策推動成果

112年規劃將6類電子病歷交換單張轉換為快捷式健康照護可互通性資源（Fast

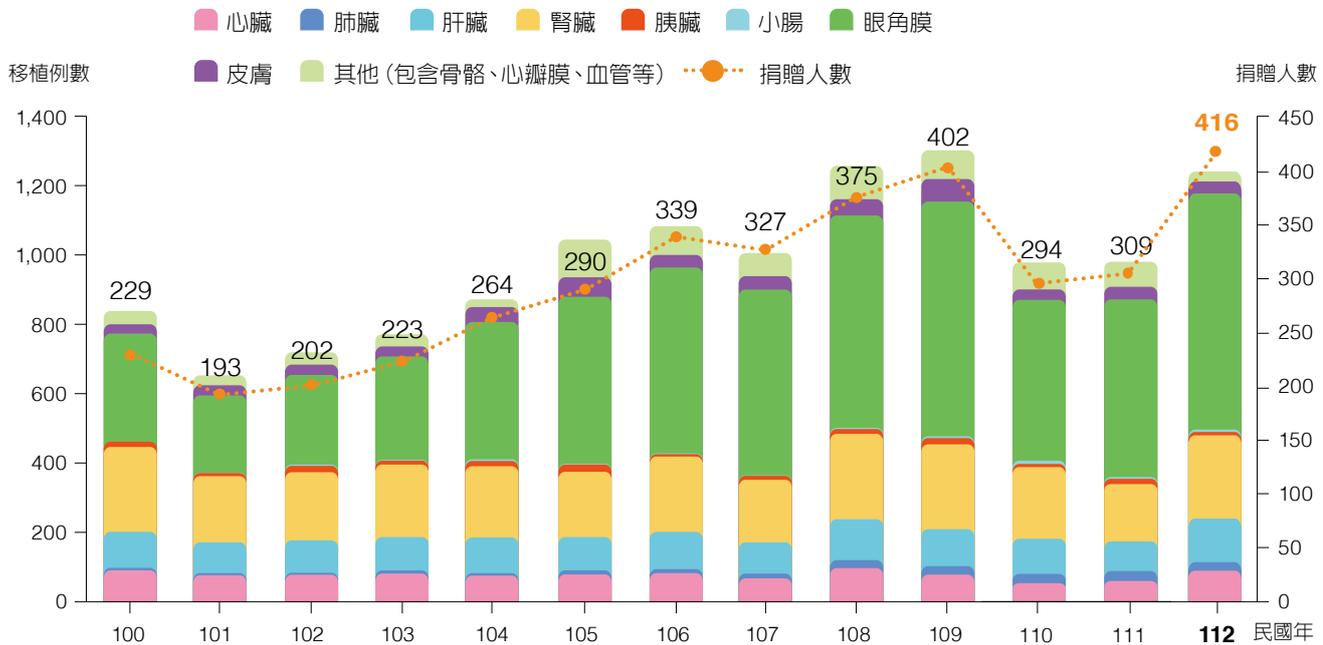
Healthcare Interoperability Resources, FHIR) 國際標準，制定臺灣核心實作指引（TW Core IG) 作為互通基準，完成電子處方箋及調劑紀錄之FHIR格式並洽辦場域驗證；輔導39家區域級以上醫院之種子人員通過FHIR國際課程認證；另截至112年底已有51家醫院運用醫事人員行動憑證。

## 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醫療照護服務品質及就醫權益，本部持續秉持「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」原則，積極強化在地醫療照護功能；又有鑑於網路時代來臨，資通

圖 4-5 100 至 112 年全國器官捐贈與受贈人數



資料來源：衛福部醫事司

訊科技及醫療服務應用整合蔚為成熟與趨勢，本部於 107 年 5 月 11 日發布「通訊診察治療辦法」，並於 113 年 1 月 22 日修正發布該辦法，以促進醫療照護資源配置更有效率，讓偏鄉離島地區民眾健康照護零時差。優化偏鄉離島醫療，讓距離不再是距離，我們的照護一個人都不能少。相關措施包括：

- 一、部立澎湖醫院心血管照護中心自 102 年 12 月 4 日營運至 112 年 12 月已服務 1,696 人次，提升心血管住院患者醫療品質，落實在地化醫療。
- 二、部立澎湖醫院化療中心 104 年 10 月啟用後至 112 年 12 月服務 7,443 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。
- 三、部立金門醫院心血管照護中心 104 年 11 月啟用至 112 年 12 月已服務 2,364 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妥善的醫療照護。

- 四、為有效提供偏鄉地區非緊急但迫切需求之專科診療服務，部立臺東醫院成功分院自 107 年起即建置「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。部立花蓮醫院豐濱原住民分院、部立恆春旅遊醫院以及部立澎湖醫院，於 109 年度開始提供服務，部立玉里醫院亦於 110 年度開始提供服務，科別均以皮膚科、耳鼻喉科及眼科為主，期透過創新服務提供偏遠地區獲得醫學中心等級之診療資源，實現「在地就醫、病人不動」之醫療服務。
- 五、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」，112 年補助部立花蓮醫院豐濱原住民分院、部立臺東醫院成功分院及部立恆春旅遊醫院羅致支援專科醫師，進行醫療相關服務。

- 六、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，於112年補助部立恆春旅遊醫院，提供門診診次441診次，服務人次為4,353人次，急診服務702人次。
- 七、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」、「強化醫療資源不足地區24小時急診能力」等4項改善模式，維持緊急醫療服務24小時不中斷；另自110年起辦理「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，由14家重度級以上責任醫院擔任基地醫院，為網絡內緊急醫療資源不足之醫療院所及急診醫療站，針對4大急重症（緊急外傷、急診、冠心病、腦中風）提供急診遠距會診，截至112年全台共計119處醫療院所參與，累計遠距會診次數超過600次。
- 八、建構原鄉離島智慧醫療照護網：
- （一）提升原鄉離島衛生所醫療資訊化功能：原鄉離島衛生所建置共用醫療資訊系統（Hospital Information System, HIS）計73家，112年服務計120萬5,298人次；建置醫療影像傳輸系統（Picture Archiving and Communication System, PACS）計45家，由部立桃園醫院協助醫學影像判讀，提升醫療服務效率及品質，112年計2萬6,302件。
- （二）建置遠距醫療專科門診服務：為補實原鄉離島專科醫療資源，透過醫療科技整合服務應用，於原鄉離島衛生所設置五官科遠距醫療專科門診服務，至112年已建置47處，累計服務1萬2,958人次，以增進就醫可近性及在地醫療服務量能。
- 九、獎助醫事人員開業：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，每家補助上限50萬元，112年計補助3家。
- 十、強化原鄉離島衛生所（室）醫療設備資源：112年補助醫療設備及巡迴醫療（機車）更新計65項；另補助衛生所（室）新（重）建2件、空間整修1件及修繕1件。
- 十一、就醫交通費補助：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，112年共補助計2萬1,748人次。另補助原住民地區原住民轉診、重大或緊急傷病者就醫及社福資源使用之交通費，並於108年新增補助孕婦產檢及生產之交通費，提升產檢的利用率及母嬰健康，112年共補助計2萬1,357人次。

## 第二節 緊急醫療後送

為加強離島、原住民族地區緊急醫療救護即時性，本部推動強化在地醫療為主、空中轉診為輔之政策，以提升原鄉離島地區醫療照護品質：

- 一、強化緊急醫療照護服務：設置空中轉診審核中心24小時提供緊急醫療諮詢、轉診必要性評估，並於108年建置及啟用「空轉後送遠距會診平臺」，完善離島地區之空中緊急轉診「送」、「審」、「接」三方同步整合醫療分享決策模式，有效提升行政效率及強化專業溝通，112年申請案件共330案，核准319案，核准率97%。

二、救護航空器駐地備勤：107 年 8 月起提供金門縣、連江縣及澎湖縣三離島地區救護航空器駐地備勤及運送服務，讓空中轉診「時間減半、效率加倍」，守護離島居民健康，112 年執行緊急醫療空中轉診計 243 趟次。

三、強化醫護人員空中轉診照護能力：為強化離島地區執行緊急救護人員空中轉診照護知能，辦理空中醫療救護相關教育訓練，112 年辦理空中醫療救護相關教育訓練共計 21 場次、訓練 611 人次。

### 第三節 人才培育與留任

一、公費醫師培育之目的，在於充實基層及偏遠地區人力。本部自 105 年起重啟「重點科別培育公費醫師制度計畫」，規劃每年約招收 100~150 名公費醫師，專科訓練限於內、外、婦、兒、急診專科五大科受訓，服務階段以偏遠地區之醫院為主，截至 112 年已招收公費醫學生共計 916 名。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。

二、辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」：為補實離島及原鄉醫事人力，促進在地人服務在地人，本部至 112 年已培育醫事人員 1,473 名，包含西醫師 732 名（原住民籍 344 名、離島籍 368 名、偏鄉籍 20 名）及其他醫事人員 741 名；服務期滿留任率約 7 成。

三、「偏鄉護理菁英計畫」：104 至 107 年培育 200 名公費生，於 108 年起分發服務，至 112 年共計分發 185 名。

## 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 112 年底原住民人口數計 58 萬 9,038 人，佔我國總人口 2.52%。

為致力於提升原住民族地區醫療照護服務可近性，112 年度本部相關計畫推動策略及成效如下：

一、強化基層醫療保健服務：

（一）營造及充實原住民族及離島衛生所（室）服務品質及醫療設施設備：補助地方政府辦理其建築空間之重（新）建、修繕共 4 件，以及更新醫療設備、巡迴醫療車（機車）共 65 項。

（二）持續維運原住民族地區衛生所（室）及巡迴醫療點頻寬速率提升達 100M 共計 340 處。

二、提升在地醫療照護量能：

（一）原鄉地區衛生所設置五官科及皮膚科遠距醫療專科門診共計 33 處，並持續鼓勵醫事人員至原鄉地區開業。

（二）補助原住民轉診、重大或緊急傷病者就醫、孕婦產檢及生產與社福資源使用之交通費用計 2 萬 1,357 人次。

（三）培育原住民籍養成公費生，共 712 人（醫師 344 人、牙醫師 90 人、護理師 203 人及其他醫事人員 75 人）。

（四）設置部落健康營造中心 53 處，辦理健康識能課程約 3 萬 8,144 人次參與，另家庭健康關懷人數達 1 萬 2,971 人。

### 三、推動原鄉健康十大行動計畫：

本部自107年5月起推動「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」，秉持從數據找目標、從在地找人才、從文化找方法等策略，分析影響原住民族健康之可控因素，擬訂健康照護策略，其成效如下：

- (一) 計畫試辦區域，原鄉論人計酬由花蓮慈濟醫院於花蓮縣秀林鄉試辦，112年服務人次計2萬7,949人次、高風險孕產婦至少4次產前檢查利用率，由87.4%(106年)提升至98.1%(111年)、事故傷害死亡率，由56.4%降至46%。另外，消化癌症防治112年收案5,315人，陽性率39%，並提供陽性個案除菌治療、全國35~64歲山地原鄉民眾3年累積主動篩檢率則由53%(107~109年)增至57%(110~112年)，65歲以上山地原鄉民眾每年主動篩檢率為58%。
- (二) 依內政部統計資料，111年原住民族平均餘命為73.65歲，與全國差距已由106年8.17歲縮小至6.19歲(近2歲)。

### 四、完成「原住民族健康法」立法：

為尊重原住民族意願及自主發展之精神，促進原住民族健康發展，於112年6月21日由總統公布「原住民族健康法」，本部依法成立「原住民族健康政策會」，並於9月8日召開會議；另於12月29日於國家衛生研究院揭牌成立「原住民族健康研究中心」，以強化原住民族健康實證調查與研究。

## 第二節 新住民健康照護

本部為提升新住民婦女在未納全民健保前之生育健康，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、自100年起提供配偶為中華民國國民之新住民懷孕婦女，與國人享有相同產檢補助服務，於110年7月1日起孕婦產檢次數由10次增加至14次，一般超音波檢查從1次增加至3次，並新增妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗。112年共補助3,514案次。
- 二、為提供新住民懷孕婦女生育指導及衛教諮詢，並關懷個案是否定期產檢，及轉介相關資源，於110年起納入補助地方綜合保健計畫，辦理「新住民孕婦生育指導」考評指標，112年達成率為98%。
- 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。112年共15個縣市申辦該計畫。



### 第三節 罕見疾病及特殊健康需求族群 健康照護

一、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112年底已通報公告罕病2萬916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。112年執行成果如圖4-6。

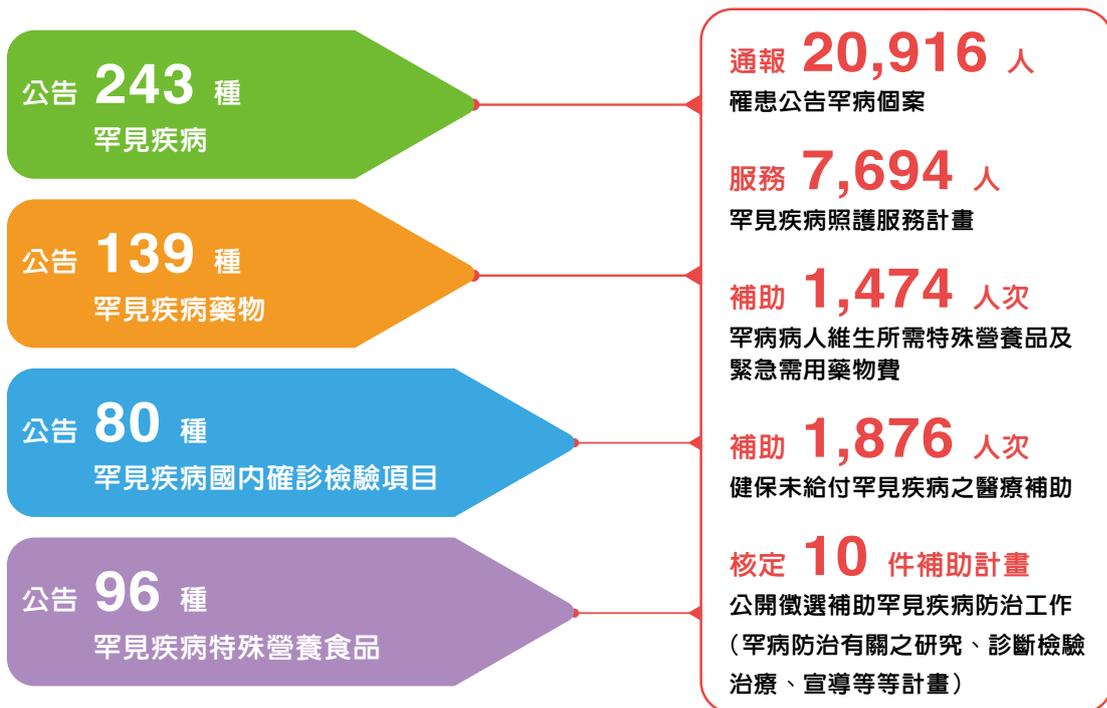
#### 二、油症患者健康照護

(一) 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》，並於105年11月16

日修正第4條及第12條，提供油症患者健保門（急）診、免費健康檢查、油症患者特別門診及第一代油症患者住院免部分負擔醫療費用等服務；放寬油症患者認定標準；設置油症患者健康照護推動會；發放油症患者遺屬撫慰金等。111年9月5日公告修正「多氯聯苯（PCBs）及多氯呋喃（PCDF）血液濃度異常值基準」，以保障疑似油症患者之權益。

(二) 至112年底共列冊服務1,884位油症患者，第一代1,197位，第二代687位；共補助1萬8,786人次油症患者之健保門（急）診及74人次住院部分負擔醫療費用、562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272個案。

圖 4-6 112 年罕見疾病健康照護執行成果



#### 第四節 C型肝炎防治

本部提出「2018-2025 國家消除C肝政策綱領」，設定三大政策方向：「以治療引領預防」、「以篩檢支持治療」、「以預防鞏固成效」，希望於2025年達成WHO消除C型肝炎的計畫性目標，即90%慢性C型肝炎病人被診斷、80%慢性C型肝炎病人接受治療，使其不再成為公共衛生主要負擔。

在全球無C肝疫苗可用的情況下，治療C型肝炎病人是拯救生命且降低傳播的最好手段。自106年起給付C型肝炎病人全口服抗病毒新藥治療，使民眾的經濟負擔減少、也減輕治療痛苦，且治癒成功率更高，截至112年12月止，新藥已治療約16萬人，成功率近99%。本部國民健康署在100年8月起便針對

55年（含）以後出生且滿45歲之民眾提供終身一次免費C型肝炎篩檢，108年6月進一步放寬40~60歲原住民免費篩檢，109年9月擴大一般民眾免費篩檢年齡為45~79歲（原住民為40~79歲），依據「國家C肝消除進度監測資訊網絡」資料顯示，截至112年12月止，45~79歲民眾之篩檢人數已達591萬人。



05

# 長期照顧服務

第一章 長照服務法規與制度

第二章 長照資源發展

第三章 長照人力資源

第四章 長照服務品質



1966



臺灣在107年3月底65歲以上老年人口數占總人口數達14%，正式進入高齡社會，推估至115年將達21%，成為超高齡社會。據此，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，故於106年1月起實施長照十年計畫2.0（以下稱長照2.0），推動社區整體照顧服務體系，回應高齡社會衍生之長照需求。

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 長照服務法規與制度

### 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，確保長照服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，《長期照顧服務法》（以下稱長服法）自106年6月3日施行，最近一次修正為110年6月9日，修正重點包括為明確法規授權及明定各類違法樣態及罰則，使法制符合實務需求，並將特約及給支付制度相關規定授權法制化。
- 二、為落實及明確長服法有關定義及執行方式業依長服法授權，制定長服法施行細則及長期照顧服務機構設立標準等9個子法，並依長服法制定《長期照顧服務機構法人條例》，共1部法律《長期照顧服務機構法人條例》及9個子法，包含《長期照顧

服務機構設立標準》、《長期照顧服務機構設立許可及管理辦法》、《長期照顧服務機構評鑑辦法》、另為公有非公用不動產辦理長照機構制定《長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法》、《長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法》、訂定《長期照顧服務資源發展獎助辦法》提供各類長照服務資源發展之獎助及其方式，對離島、偏鄉、原住民族及其他長照服務資源不足區，優先獎助、基於長照資源合理利用原則，考量長照服務給付之公平性，並規範特約服務單位以及後續服務費用支付，制定《長期照顧服務申請及給付辦法》及《長期照顧特約管理辦法》、《外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法》。

### 第二節 長期照顧給付及支付制度

- 一、自107年推動長照給付及支付新制，又配合110年6月9日修正頒布之長服法第8條之1第4項授權規定，將長照給付及支付新制提升法律位階，訂定「長期照顧服務申請及給付辦法」及「長期照顧特約管理辦法」，並分別自111年2月1日及112年10月6日施行。
- 二、符合長照給付及支付申請資格者，經照顧管理專員評估為長照需要等級第2級至第8級者，由社區整合型服務中心（下稱A單位）個案管理員擬訂照顧計畫，協調長照特約單位提供長照服務，給付之服務包括照顧及專業服務、交通接送服務、輔具服務、居家無障礙環境改善服務及喘息服務等。

三、長照特約單位完整提供服務後，始得向地方政府申請費用支付。考量原住民族地區及離島服務資源較缺乏及服務輸送不易，提供較一般地區高20%之支付價格，且給付額度其部分負擔仍以一般地區價格計算，所增加支付金額由政府負擔。為避免困難照顧及有特殊時段服務需求之個案遭拒絕，服務困難照顧個案，或依個案需求於晚間或夜間等特殊時段提供服務，提供支付金額加計，以鼓勵配合政策強化照顧困難個案及特殊服務時段之服務量能。

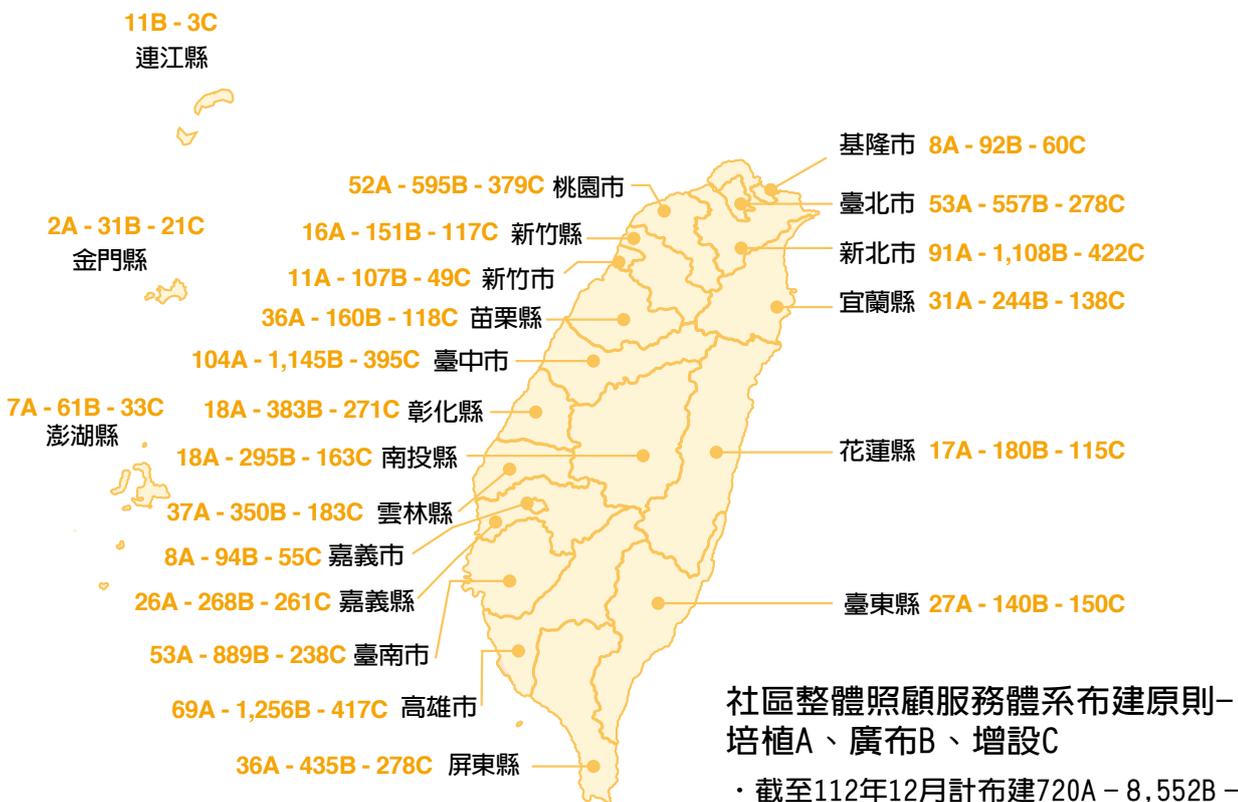
## 第二章 長照資源發展

### 第一節 服務體系與資源發展

#### 一、社區整體照顧服務體系

為發展以社區為基礎的整合式照顧服務模式，長照 2.0 推動社區整體照顧體系，以培植社區整合型服務中心 (A)、擴充各類長照服務提供單位 (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。原規劃 4 年 (至 106~109 年) 布建 469A-829B-2,529C，截至 112 年底共布建 720A-8,552B-4,144C，各縣市布建情形如圖 5-1。

圖 5-1 社區整體照顧服務體系布建情形



資料來源：衛福部長照司

## 二、服務資源發展及布建情形

(一) 長照服務使用提升：長照2.0於112年底服務人數達50萬5,020人，使用服務項目人數最多者為照顧服務，與111年相較，增加約14.68%，如表5-1。

(二) 加速長照資源布建：112年長照2.0各項服務特約單位數已達8,858處，112年較111年成長1.22倍，其中以交通接送服務成長最為顯著，如表5-2。

表5-1 107年至112年長照服務人數

單位：人

項目	107年	108年	109年	110年	111年	112年
照顧服務	130,214	177,741	230,243	266,860	316,127	359,891
專業服務	49,234	84,794	87,351	57,507	71,499	91,354
交通接送服務	66,440	105,538	130,325	144,521	204,364	245,656
輔具及居家無障礙環境改善	20,841	75,442	106,391	105,088	87,822	89,874
喘息服務	49,053	71,286	93,445	121,890	144,899	176,519
歸人後總服務人數	180,660	284,208	357,457	388,866	440,381	505,020

資料來源：衛福部照顧服務管理資訊平台

備註：自111年起輔具及居家無障礙環境改善為歸人之人數。

表5-2 107年至112年長照服務特約單位數

年度	107年	108年	109年	110年	111年	112年
居家服務	420	688	1,046	1,428	1,696	2,002
日間照顧 (含小規模多機能)	355	423	547	731	868	1,004
家庭托顧	104	164	239	268	290	319
專業服務	1,255	1,681	1,734	1,590	906	1,283
交通接送服務	112	184	246	316	328	677
喘息服務	1,673	1,979	2,133	3,089	3,159	3,573
總計	3,919	5,119	5,945	7,422	7,247	8,858

資料來源：衛福部照顧服務管理資訊平台及長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。

備註：1. 本表係依「長期照顧特約管理辦法」簽訂之特約服務單位進行統計，如同一單位與不同縣市特約者分別列計。

2. 居家服務、日間照顧(含小規模多機能)、家庭托顧、專業服務及喘息服務家數，107~109年皆以歸縣市政府後之特約資源數呈現、110年以特約資源總數呈現、111年及112年以取得設立許可之機構(單位)數呈現。

### 三、建置長照服務相關資訊系統

#### (一) 照顧服務管理資訊系統

於106年4月起使用照顧管理評估量表，配合長照2.0擴大服務對象及項目判定長照需求等級及給付額度，將量表置入行動載具進行評估作業，自動化判定個案長照需要等級，透過「照顧服務管理資訊平臺」（以下稱照管平臺）管理個案之評估資料、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

於108年10月起使用「長照2.0服務費用支付審核系統」介按照管平臺之申報資料，進行電腦檢核費用作業，以提升費用核銷效能，並建置案件分析功能，作為地方政府重點輔導及查核案件之參考。

#### (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正確性，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，可

新增或維護機構資料及審核長照人員之認證資格，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。

## 第二節 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；成立失智共同照護中心，因應失智者不同階段的照顧需求，提供資訊及轉介等服務；連結個案醫療照護相關服務。112年已設置533處失智社區服務據點（下稱失智據點）及116處失智共同照護中心（下稱失智共照中心）。

### 二、原住民族地區長期照顧服務試辦計畫

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，實現部落長者在地老化之目標，爰鼓勵地方政府輔導部落設立微型日照中心，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。

原住民族地區長照服務試辦計畫經跨部會密集溝通及與地方政府協力，截至112年12月業完成9處日照中心設立。



### 三、家庭照顧者支持服務

#### (一) 家庭照顧者支持性服務創新型計畫

自107年補助各縣市政府辦理「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，截至112年底已累計布建123處家照據點。

另於110年5月10日函頒「長照高負荷家庭照顧者初篩指標」與「長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程」，提升網絡成員對辨識高負荷家庭照顧者之敏感度，建立跨單位轉介連結資源效能。同時，為確保服務可有效回應家庭照顧者訴求，已於111年度地方衛生機關業務考評納入地方政府須訂定府內跨單位橫向聯繫之合作及公私協力機制相關指標，要求地方政府須建立對轄內家庭照顧者服務單位之培力、督導機制，落實橫向連結提升個案服務之品質。

#### (二) 聘僱外籍看護工家庭使用長照服務

聘僱外籍家庭看護工（以下稱外看）之被照顧者經評估為長期照顧需要等級第2級（含）以上，可申請專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善服務、到宅沐浴車服務以及喘息服務等，並藉由社區式交通接送服務，接送至巷弄長照站（C據點）等或預防、延緩失能（失智）服務等活動與服務；如經評估屬失智但未失能者，亦可使用失智共照中心及失智據點服務；家屬如

有照顧者支持服務需求者，也可使用家庭照顧者支持服務據點提供支持服務。經統計截至112年聘僱外看家庭使用長照服務共計8萬8,592人，較111年同期（6萬6,440人）成長1.33倍，其中，在使用服務項目部分，以交通接送最多，計有5萬3,153人，喘息服務次之，計有4萬5,591人，專業服務再次之，計有2萬5,424人。

### 四、居家失能個案家庭醫師照護方案

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112年底，計有862家醫療院所參與計畫，派案人數達23萬1,181人。



## 五、出院準備銜接長照服務計畫

為利有長照服務需求之住院病人，於出院後儘速取得服務，「銜接長照2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」將原先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。有鑑於個案出院後有密集復能服務需求，強化醫療與長照接軌及出院準備服務量能，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，協助自主生活訓練。截至112年12月，計有237家醫院參與計畫，年度評估總人次達4萬5,403人次。

## 六、減少照護機構住民至醫療機構就醫方案

自109年辦理「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」，針對達成簽訂單一專責管理契約、降低平均就醫次數、慢性病管理及營養照護等指標之醫療機構及照顧機構給予獎勵費用，112年因應機構住民之需求及提升機構參與率，增加協助推動機構內接受居家安寧療護相關指標，增加協助推動機構內接受居家安寧療護相關指標，並調升原指標之獎勵金，112年起醫療機構及照護機構每半年最高約可得獎勵金14.4萬元及7.1萬元。112年下半年申請參與照護機構約1,053家、醫療機構約399家，受益個案數約7.7萬人。

## 第三章 長照人力資源

### 第一節 照顧服務人力

為充實照顧服務人力及強化留任，業致力改善勞動條件，提升就業誘因，截至112年底實際投入長照服務之在職照顧服務員（下稱照顧員）人數達9萬7,178人，較105年底（長照1.0時期）2萬5,194人增加7萬1,984人，成長3.9倍，推動相關措施如下：

一、改善薪資所得：推動給付及支付制度，將過往補助以「時」計價模式改以照顧組合（即服務項目）計算支付金額，同時對於照顧困難個案額外支付費用，提供民眾多元服務外，並藉此去除「鐘點工」負面刻板印象，提升照顧服務之專業形象，給予服務單位充足成本為照服員調薪。



- 二、強化職涯發展：於相關法規明定具一定服務年資之照服員，可擔任居家服務督導員或長照機構業務負責人之規定，促進晉升管理階級，或鼓勵創業。
- 三、擴大人力培育：為獎勵學校及長照機構擴大培育（訓）照顧服務人力，結合教育部「五專展翅計畫」，鼓勵長照機構提供獎學金與學校共同培育在學學生照顧服務專業技能、有助於機構進用人力，減少學用落差；另為擴大人力來源，配合教育部已推動新南向產學合作國際專班，112年底本部推動「衛生福利部建立住宿式長照機構與產學合作國際專班攬才留用試辦計畫」試辦招募僑、外生至我國長照相關科系就學，輔導學校與住宿機構業者產學合作，以專班代訓概念，規劃專班畢業生畢業後約定至少3年一定期間續留住宿機構服務。
- 四、提升專業形象：拍攝照顧服務員形象宣導影片及運用Facebook、Line等多元宣導管道，增進社會大眾對於照顧服務員之正確認識，提升專業形象。
- 五、充實機構照服員人力：透過辦理「住宿式機構照顧服務員進階培訓獎勵計畫」，由住宿機構推薦績優且有一定資歷之本國籍住宿機構照服員，參加本部所定進階培訓課程，通過考試取得結業證書後，於113年起每月給予5,000元獎勵金並持續4年，期可吸引進階人力留任、每間機構皆有進階照服員以提升機構服務品質。

## 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與培訓需求，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，建置長期照顧專業人員數位學習平臺，於106年3月正式啟用，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，迄112年底已認證長照醫事及社工人員逾5萬人。

## 第四章 長照服務品質

### 第一節 強化照顧管理人員角色功能、確保服務品質

- 一、為穩定留任、明確照顧管理人員（以下稱照管人員）執行公權力之角色定位提升民眾對於政府長照服務之專業信任度，經行政院同意自112年起各縣市政府長期照顧管理中心之照顧管理人員以約聘人力進用，且不受機關預算總人數百分之五限制；另考量本島山地或偏僻地區，以及離島囿於地理位置，致攬才留才不易，各縣市政府得依行政院79年人政肆字第53044號函，於在地域加給之基本標準金額範圍內，衡酌實際狀況，提高其酬金薪點，以穩定照管人力，鼓勵久任。
- 二、照管專員工作內容專責為長照需要等級評估（含初評、複評）、配合A單位個案管理員參與個案照顧計畫擬定核定/審查照顧計畫、跨單位資源連結、溝通協調及個案後續服務品質管控之查核與服務單位稽核等。

## 第二節 長照服務品質提升機制

一、基於維護長照服務品質及有效進行人員管理，長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法規定，自111年9月2日起長照人員登錄之長照服務單位，以1處為限。另顧及登錄於居家式服務類長期照顧服務機構照服員工作型態與固定場域之社區式或住宿式長照機構照服員不同，且居家式長照機構其設置標準無訂有應置照服員人力比，為兼顧居服員工作權益，自112年10月13日起，支援機構未逾2處，業務負責人不得拒絕居家照服員報請支援上限。

二、自106年推動長期照顧十年計畫2.0迄今，長照服務資源布建數及服務人數均有長足成長，除服務量成長外，積極推動各項長照服務品質提升及維護相關措施，包含：

### (一) 定期辦理機構評鑑建立查核機制：

1. 對於依長服法設立之各類長照機構，按長服法及長期照顧服務機構評鑑辦法相關規定，每四年接受評鑑一次，評鑑結果應予對外公告，以利服務使用者於服務選擇參考。又對於評鑑結果不合格者，應限期令其改善，並依其具體改善情形，處罰鍰、停業處分或廢止其設立許可。
2. 依據長服法及相關子法規範，地方政府依規應落實長照機構及長照人員管理，每年至少辦理一次不預先通知檢查。

### (二) 落實特約管理及退場機制：

112年10月6日施行之「長期照顧特約管理辦法」蒐集地方主管機關為長照特約管理所遇問題，再予強化特約管理機制，包含：要求地方主管機關應劃分服務區域並公告、不同意特約之要件、違約記點機制、依違約情形予以減少或停止派案、終止或解除特約之要件，以及地方主管機關應於特約期間內對特約單位之申報案件進行至少一次查核，若有違規事由應不予支付費用並可追繳違約金等，以落實管理並不良特約單位之退場機制。

### (三) 廣續各項推動服務品質維護管理事項：

1. 妥為運用長照支付審核系統申報資料：請地方政府定期比對申報資料與長照機構服務紀錄及長照人員登錄情形；另針對申報異常情形主動調查、瞭解並應予輔導改善。
2. 針對長照服務連結情形，應訂定個案管理服務品質查核及管理機制，業將建置管理考核機制、異常指標查處等納入衛生考評指標，俾督導縣市政府落實積極輔導管理。
3. 考評指標引導服務品質精進：衛生考評指標納入「居家服務品質管理」及「日間照顧、小規模多機能、家庭托顧服務單位品質管

理」，輔導社區式長照機構提供延長托顧等多元服務，並建置主動查核機制，定期抽案訪查了解服務情形，並就查核結果及異常情形提出分析、檢討及改進策略，查112年22縣市均依考評指標訂有品質管理機制。

### 三、住宿式服務機構品質提升卓越計畫

為解決住宿式機構品質良莠不齊及一位難求的問題，自109年起推動住宿式服務機構品質提升卓越計畫，針對老人福利機構（不含安養床）、身心障礙住宿式機構（不含早療）、一般護理之家、精神護理之家及依長服法設立之住宿式長照機構等5類住宿式服務機構，訂定4類品質指標，包含「配合填報系統資料」、「改善公共安

全」、「達到適當日常活動空間」及「照顧品質提升」，並對當年度達成全部指標之機構給予獎勵。112年參與機構數共計1,479家。

### 四、住宿式機構強化感染管制獎勵計畫

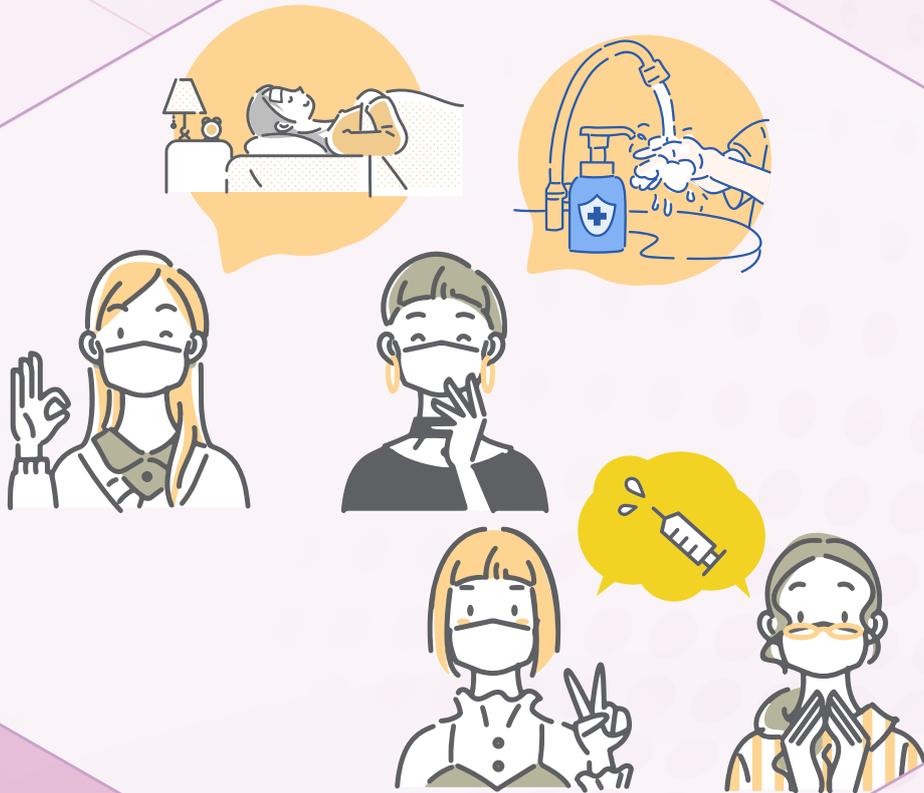
為落實機構感染管制作業，訂定感染管制指標、完善住宿式機構應變整備作戰計畫及進行相關演練，依機構床數規模及達成指標情形核予機構一年至少18萬元至76萬元之獎勵金。112年參與機構數共計1,308家。

此篇閱覽後，掃描 QR Code，進入線上【填問卷 送限量好禮】頁面。



# 傳染病防治

- 第一章 傳染病防治法規與制度
- 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，亦須因應科技發展與民主社會所需，適時研修相關法規，建置符合實務之防治架構，以保障全民健康。

## 第一章 傳染病防治法規與制度

為杜絕傳染病發生、傳染及蔓延，制定《傳染病防治法》，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。

### 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，另因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情防治需要，立法院於109年2月25日三讀通過《嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例》並經總統公布，後續立法院於110年5月31日修正前揭條例，提高特

別預算經費上限為新臺幣8,400億元，並延長施行期間至111年6月30日止，復衡酌COVID-19疫情變化快速，立法院再於111年5月27日同意延長前揭條例及其特別預算施行期間至112年6月30日止，施行屆滿未再延長。為因應前揭條例施行屆期，銜接特別條例落日後防疫補償之申請核發作業，以及保護屬於國家關鍵基礎設施之傳染病監視及預警系統，爰增訂「傳染病防治法」第74條之1與第61條之1及第61條之2，並分別於112年6月21日及28日公布。另為配合防疫業務需要，112年修正之重要法規命令如表6-1。

#### 二、防疫行政架構

本部疾病管制署（以下簡稱疾管署）負責傳染病防治政策制定及考核，並設置六區管制中心執行檢疫業務並督導地方防疫工作；各地方政府則應擬定及落實執行防疫計畫。

表6-1 112年修正法案表

名稱	日期	修正重點
預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法	3月27日	因應幼兒常規疫苗接種項目與時程之變更，爰修正本辦法第六條附表之國民小學、幼兒園、托嬰中心學童及嬰幼兒應完成之疫苗接種項目及時程。
傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法	5月1日	修正第八條第三項規定，將使用經查驗登記核准或專案核准之體外診斷試劑醫事機構，皆得由中央主管機關認可為該試劑合格檢驗機構，以符實務需求及運作。
傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	5月1日 5月31日	1. 將「嚴重特殊傳染性肺炎」自第五類傳染病調整為第四類傳染病，並配合調整相關防治措施。 2. 修正「嚴重特殊傳染性肺炎」之報告時限為72小時。
預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法	12月29日	修正第三條第三項有關嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫苗及卡介苗之徵收金，以符合收支平衡及風險分擔原則。

資料來源：衛福部疾管署

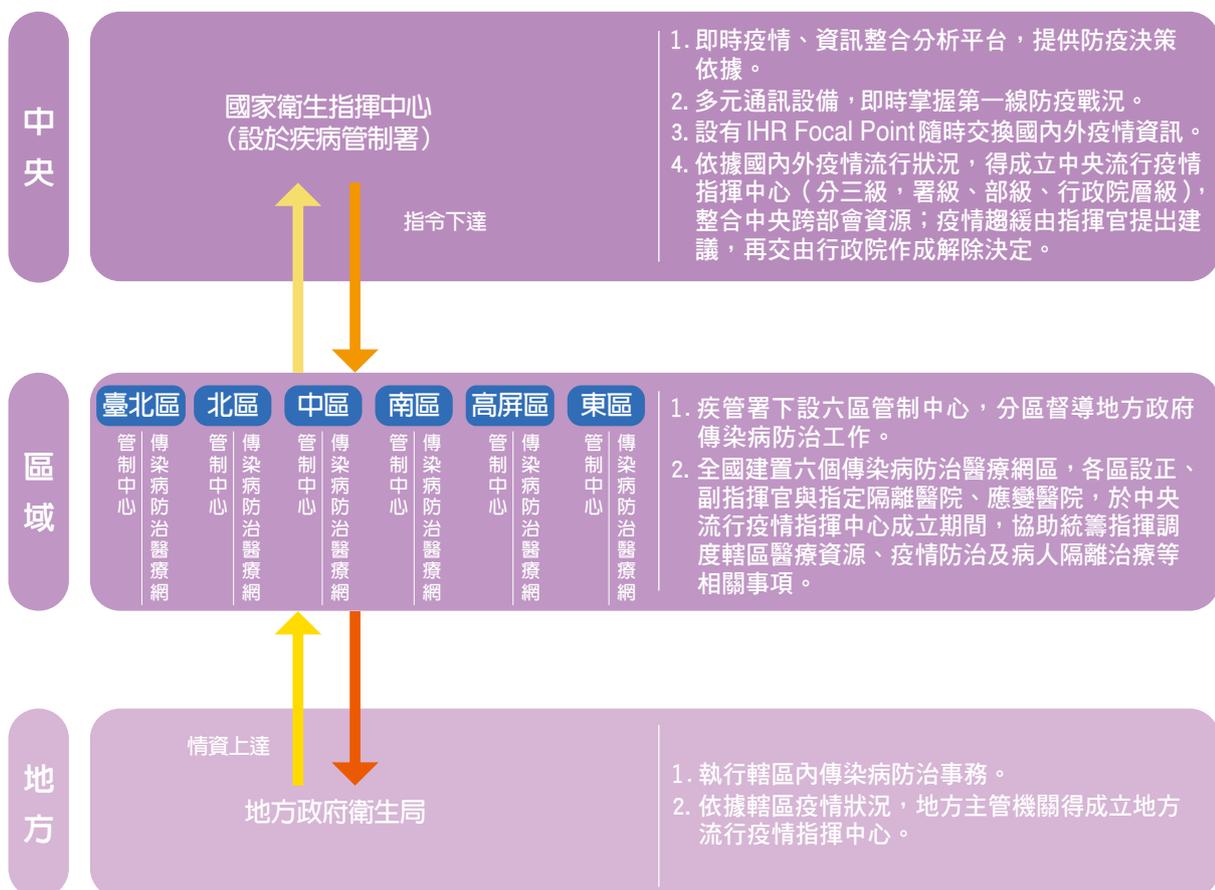
### 三、檢驗架構

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網絡，除該署 12 間實驗室，另依法認可 347 家檢驗機構（包括原 268 家「嚴重特殊傳染性肺炎」指定檢驗機構，因「嚴重特殊傳染性肺炎」調整為第四類傳染病，全數轉換為認可檢驗機構）、11 家「新型 A 型流感」指定檢驗機構、10 家結核病合約實驗室與 8 家腸病毒及流感病毒合約實驗室，以及 1 家高危險病原體及列管毒素檢驗機構。

### 四、指揮架構

為利傳染病之緊急應變，於 94 年成立國家衛生指揮中心（National Health Command Center, NHCC），結合中央流行疫情指揮中心、生物病原災害中央災害應變中心、反生物恐怖攻擊指揮中心及中央緊急醫療災難應變中心等功能，架構完整防災啟動機制。中心運作採中央、區域、地方三層式規劃。整體指揮架構如圖 6-1。平時並設有我國與世界各國聯絡之國際衛生條例對口單位（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。

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。疾管署已建立多元化的傳染病監測體系，透過整合與分析將監測資料轉化為支援防疫指揮與決策評估的實證基礎。112年法定傳染病確定病例統計如附錄二。

疫情調查的目的是為迅速掌握疫情進展、調查傳染途徑及來源，在第一時間找出疾病擴散原因，訂定疫情因應策略，以有效防止疫情擴散，112年總計調查1,771件疑似群聚案件。

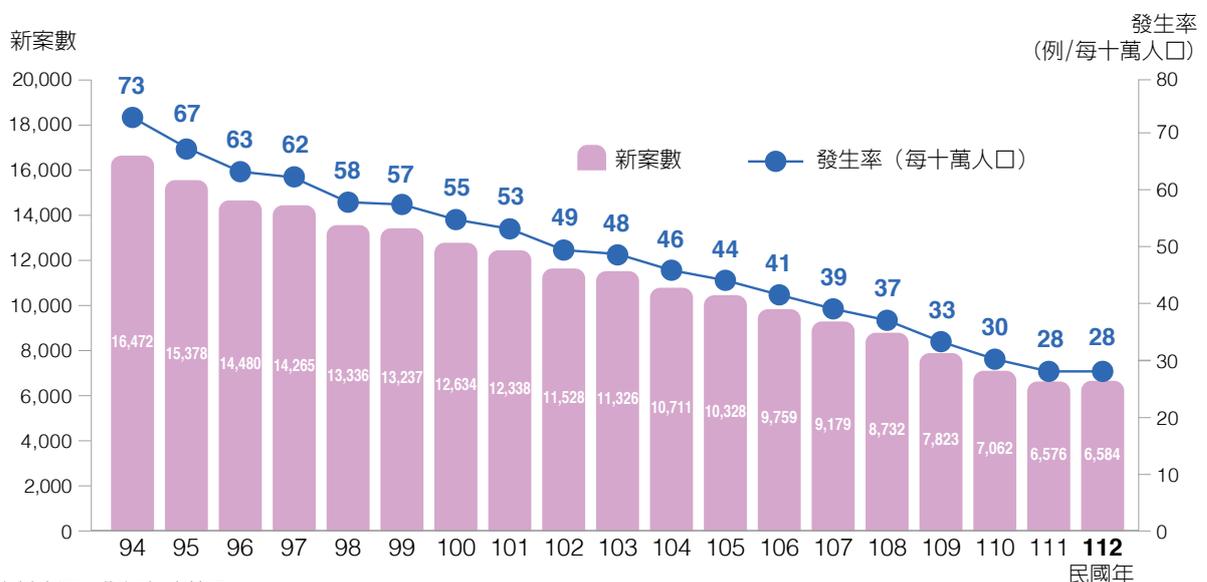
## 第二章 重要及新興傳染病防治

### 第一節 結核病防治

結核病之防治策略，除加強落實接觸者檢查及主動發現個案，並推動新診斷技術、引進新藥以縮短結核病診斷治療期程及提升潛伏結核感染治療涵蓋率，112年防治成果如下：

- 一、112年結核病新案數6,584人，全國發生率為28例/10萬人口，我國自94年以來結核病發生率累積降幅達62%（圖6-2），顯見防治策略奏效。
- 二、辦理直接觀察治療（都治）計畫，112年計有7,079位服用抗結核藥物者參加此項計畫，執行率達99%，有效避免後續產生抗藥性或復發之情形。
- 三、持續推動「抗藥性結核病醫療照護體系」，110年通報世代追蹤24個月的治療成功率為76.1%。
- 四、擴大推動「潛伏結核感染治療計畫」，提供10萬101人檢驗服務，其中1萬1,345人接受治療服務，加入都治治療比率達98%，有效降低高風險族群未來發病風險。

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

五、加強落實接觸者檢查，每一指標結核病人平均追蹤檢查 12 位接觸者，以降低結核病再傳播的風險。另經由胸部 X 光主動篩檢發現 286 例個案。

## 第二節 腸道傳染病防治

### 一、腸病毒

112 年腸病毒重症確定病例計 11 例，其中 1 例死亡。109 年起因 COVID-19 疫情民眾積極配合防疫政策，腸病毒確診及就診人數明顯下降，易感宿主增加，惟隨著 111 年下半年穩健開放邊境及放寬國內社區防疫措施，腸病毒流行風險上升。主要防治策略包括持續謹慎監測及防範；與地方政府合作深耕社區衛教及加強防治查核；建構腸病毒重症醫療網並指定責任醫院，提升腸病毒重症應變能力及醫療照護品質。

### 二、急性病毒性 A 型肝炎

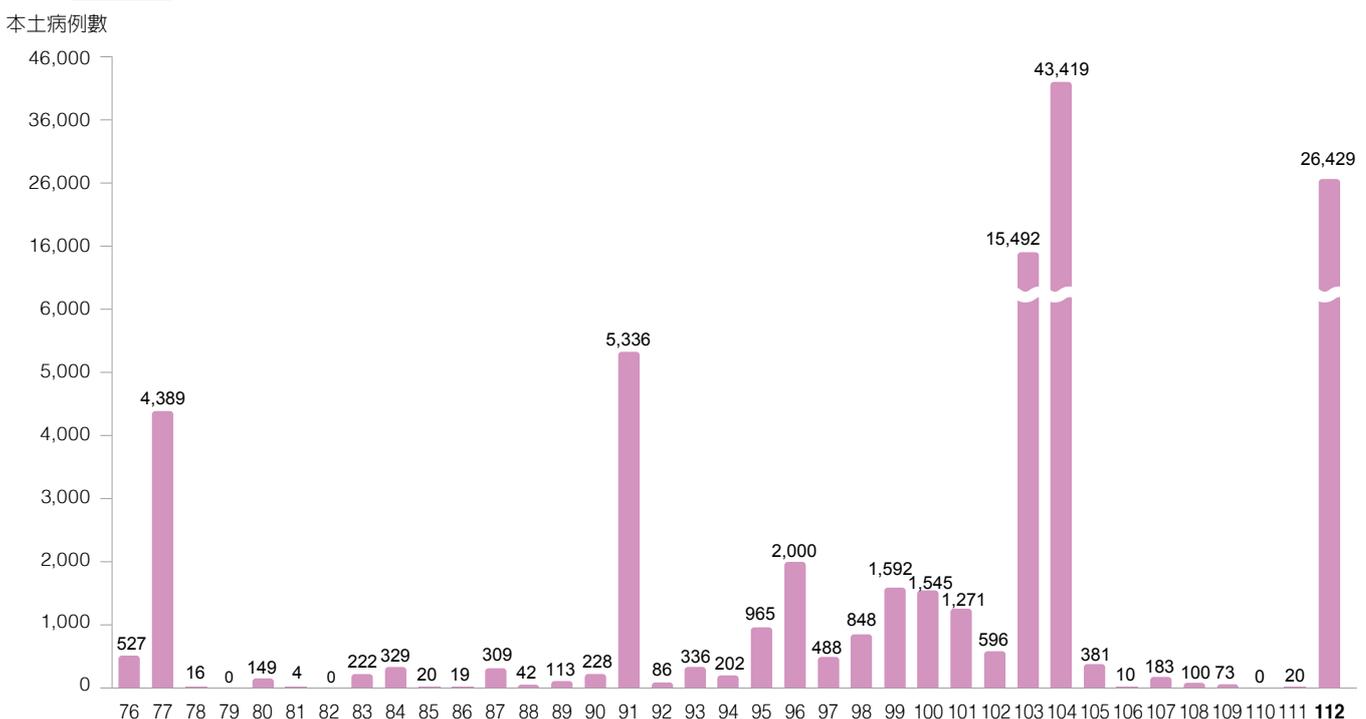
112 年急性病毒性 A 型肝炎確定病例計 85 例（本土病例 78 例，境外移入 7 例）。112 年國內發生進口冷凍莓果經食藥署抽驗檢出 A 型肝炎病毒陽性事件，疾管署於 4 月 28 日至 6 月 30 日加強針對相關 A 型肝炎病例之疫調監測，所有通報病例均已排除與食用進口冷凍莓果之關聯性。

## 第三節 病媒傳染病防治

### 一、登革熱

112 年登革熱確定病例計 2 萬 6,706 例（境外移入病例 277 例，本土病例 2 萬 6,429 例），累計 60 例死亡。112 年受東南亞疫情嚴峻、COVID-19 邊境管制措施鬆綁、氣候炎熱及降雨頻繁影響，登革熱本土疫情傳播風險上升，本土病例數為

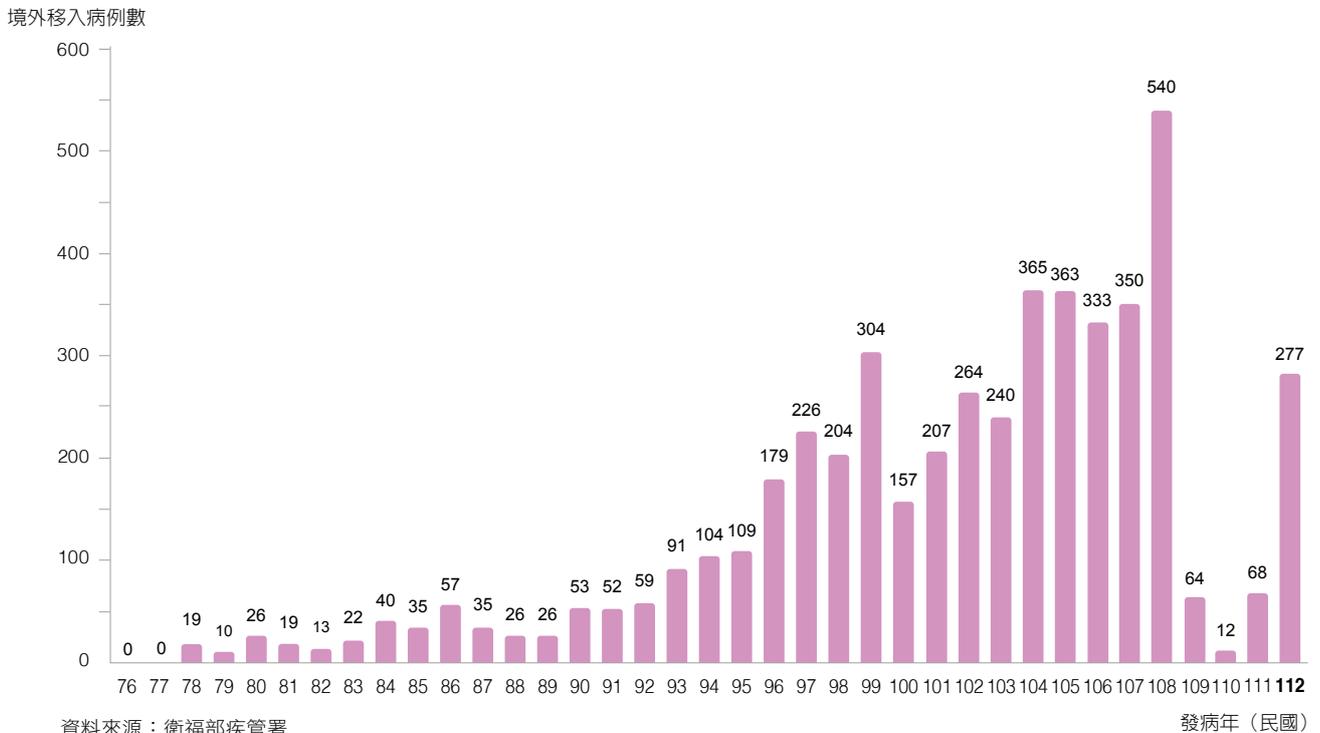
圖 6-3 歷年登革熱確定病例數統計圖（本土病例）



資料來源：衛福部疾管署

發病年 (民國)

圖 6-4 歷年登革熱確定病例數統計圖（境外移入）



近 10 年次高，歷年登革熱確定病例數如圖 6-3、6-4。

因應 112 年本土登革熱疫情，疾管署自 6 月 26 日成立「登革熱機動防疫隊」實地督導地方政府執行社區診斷、風險評估及化學防治督軍；同時成立「登革熱應變工作組」，每週開會研商應變作為。因應本土疫情持續，於 9 月 18 日至 11 月 20 日成立「登革熱前進應變工作隊」，由疾管署羅副署長一鈞擔任隊長率員進駐臺南市，強化疫情防治工作；亦持續透過「行政院重要蚊媒傳染病防治聯繫會議」平臺，適時調整開會頻率，強化中央地方防治工作之聯繫溝通。

## 二、茲卡病毒

我國 112 年茲卡病毒感染症有 3 例境外移入病例，為自 110 年來首度有個案，105

年至 112 年共計 29 例病例，皆為境外移入。孕婦感染茲卡病毒可能導致胎兒小頭畸形或死亡，故宣導孕婦暫緩前往茲卡病毒流行地區；民眾如需前往，應做好防蚊措施。

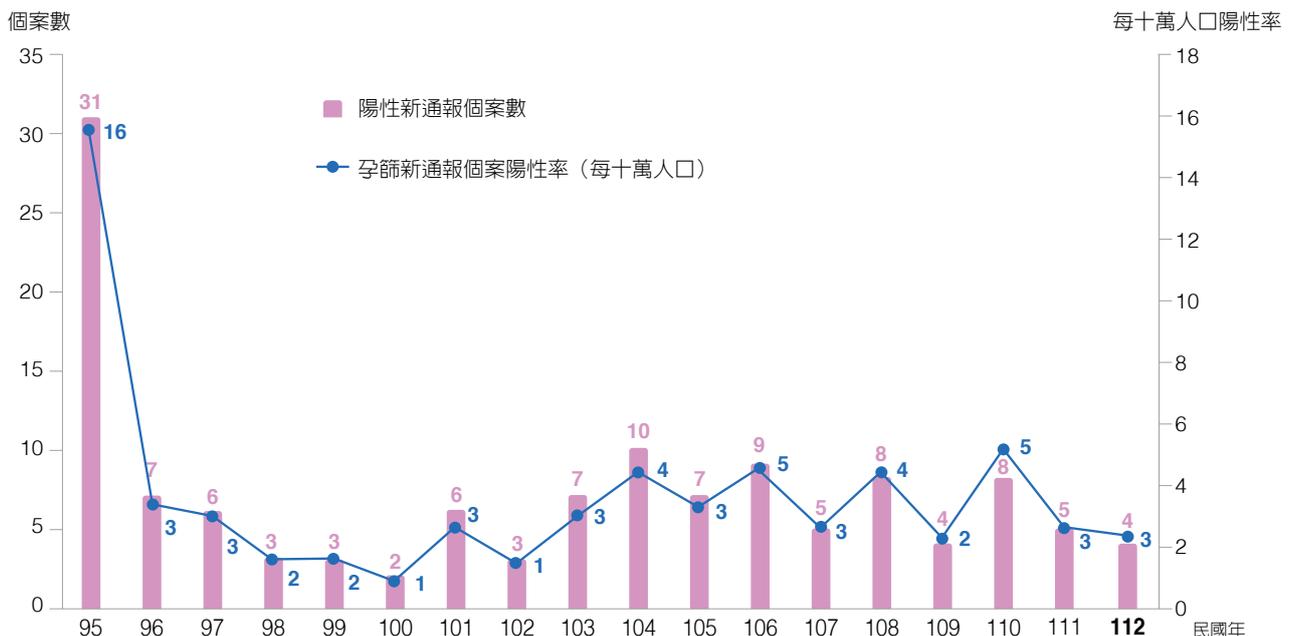
## 第四節 血體液傳染病防治

### 一、人類免疫缺乏病毒感染

我國 73 年至 112 年底累計通報 4 萬 4,259 例本國籍人類免疫缺乏病毒感染者，其中 2 萬 1,584 例發病，8,628 例死亡。112 年新增感染者 940 人，較 111 年下降 12%；男女性別比為 26：1；94% 新增感染係因不安全性行為所致，並以男男間不安全性行為為主，占全年通報人數 83%。112 年防治成果如下：

- (一) 推動設置4家多元性別健康社區服務中心提供愛滋醫療諮詢門診與衛教，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112年2%。
- (三) 辦理「免費愛滋匿名篩檢諮詢服務計畫」，提供民眾兼顧隱私及便利的篩檢諮詢及轉介就醫等服務，完成3萬8,968人次篩檢；透過人工發放點、自動服務機及網路購物超商取貨通路提供愛滋自我篩檢試劑，計服務7萬9,851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63家執行機構，至112年累計提供5,797人全人之整合性照護服務。
- (五) 執行孕婦全面篩檢服務，發現4名新診斷懷孕中的感染者，經預防性投藥措施，母子垂直感染數為1。如圖6-5。
- (六) 於全國90家愛滋指定醫療機構及108家社區指定藥局提供感染者醫療照護服務，並辦理「愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫」，感染者服藥率達96%、服藥感染者病毒量測不到之比率為95%。
- (七) 透過地方政府衛生局(所)追蹤輔導個案定期就醫，加強個案伴侶之諮詢與檢查追蹤。另補助相關民間團體，協助個案短期中途之家照顧與就醫安排，共緊急安置794人次及提供3,478位個案管理服務。

圖 6-5 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫陽性個案數及陽性率圖



資料來源：衛福部疾管署

## 二、急性病毒性B、C型肝炎

112年急性病毒性B型及C型肝炎確定病例分別為132例及501例。透過孕婦B型肝炎產前檢查及新生兒B型肝炎預防注射降低傳播風險；國內6歲兒童帶原率由未實施預防注射前之10.5%（78年調查），下降至約0.8%（96年調查），另依108年調查，疫苗接種世代之帶原率已降至0.64%。為降低B型肝炎帶原（HBsAg陽性）孕婦所生子女發生B型肝炎之機率，持續推動「B型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查與追加接種作業計畫」，追檢率由110年未達60%提升至112年83.9%。C型肝炎尚無疫苗可預防感染，靜脈注射藥癮、HIV感染、血液透析及C型肝炎感染者之性伴侶及所生子女等為具較高感染風險之

族群。除對高風險族群及C型肝炎確定病例進行衛教，並於患者確診後6個月進行追蹤、轉介治療等措施。

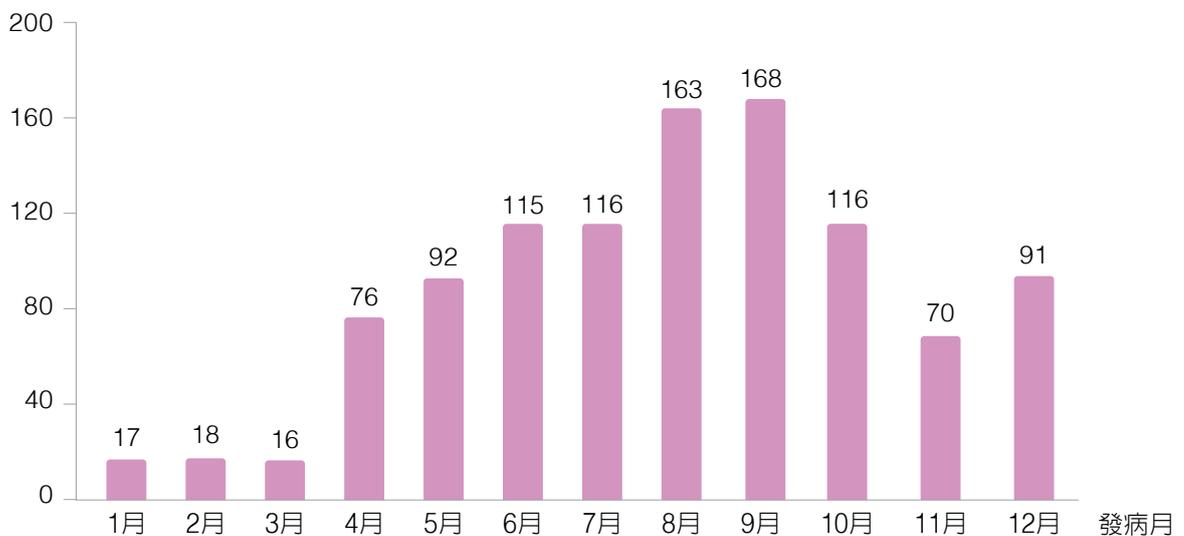
## 第五節 流感防治

### 一、季節性流感

- （一）112年流感併發重症確定病例共1,058例，其中248例死亡，致死率為23.4%，如圖6-6。
- （二）112年10月起辦理「流感疫苗接種計畫」，截至113年5月13日計接種656萬餘劑。
- （三）嚴密監測疫情發展、強化急重症醫療照護品質與資源調度，設置公費流感抗病毒藥劑配置點約4,300家。

圖6-6 112年流感併發重症確定病例圖

確定病例數（人）



資料來源：衛福部疾管署

## 二、新型A型流感（流感大流行）

- （一）透過跨部會溝通平台即時交換禽流感疫情資訊，密切監控禽流感病毒傳人之風險，並對發生禽流感案例禽場執行禽隻撲殺及環境清消之第一線工作人員進行健康狀況監測，112年計監測1,523人次，均未發現有人類禽流感病例。
- （二）持續監測流感病毒抗原性、抗藥性、基因變化與新型流感病毒的出現，並參採國際上作法，研議建立大流行疫苗預購協議（Advance Purchase Agreement, APA）採購機制，以及維持全人口數10~15%流感抗病毒藥劑儲備量。

## 第六節 嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）防治

因應 COVID-19 疫情，我國於 109 年 1 月 15 日公告新增 COVID-19 為第五類法定傳染病；同年 1 月 20 日起開設「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（簡稱指揮中心）」，統籌各項防疫應變動員及執行防疫措施。至 112 年 5 月 1 日，考量 COVID-19 輕症化，且多數國人已接種疫苗提升保護力，故將 COVID-19 調整為第四類傳染病，指揮中心於同日解編，並由本部成立跨單位防治聯繫會報持續 COVID-19 整備應變工作。

### 一、疫情概況

截至 112 年底，COVID-19 持續影響全球，累計至少 7.8 億例確診病例，及超過 701 萬例患者死亡，WHO 表示病毒仍持續變異，對健康的威脅持續存在。國內累計 1,026 萬 9,349 例確診病例（含 112 年 3 月

20 日修改病例定義後的病例數），其中 1,021 萬 842 例本土病例、5 萬 8,464 例境外移入、36 例敦睦艦隊、3 例航空器感染、4 例不明。

### 二、邊境檢疫

- （一）隨著 COVID-19 防疫降階，邊境檢疫政策已穩健鬆綁及開放，包括取消來臺須持病毒核酸檢驗（PCR）報告、入境唾液 PCR 檢測、入境居家檢疫及自主防疫等規定；機場港口檢疫作業均回歸常態，持續執行入境有症狀者健康評估及必要措施。
- （二）各目的事業主管機關就邊境之交通及相關產業如航空器及各類型船舶（商船、離岸風電船、遠洋漁船等），均已盤點整合並停止適用因 COVID-19 期間制定之專案防疫計畫，另亦督導產業將防疫措施融入其企業持續營運計畫（Business Continuity Planning, BCP）辦理。
- （三）為維護國際及小三通港埠第一線執勤人員衛生安全及健康，訂定人員健康管理暨環境清潔消毒防疫指引，供駐站單位據以訂定防疫管理計畫，落實並內化各項防疫感染管制措施。

### 三、社區防疫

- （一）經評估疾病流行趨勢及國內醫療量能，參考各國防治政策及諮詢專家後，自 112 年 3 月 20 日起調整病例定義，僅須通報符合臨床及檢驗條件之併發症（中重症）個案，快篩陽性輕症或無症狀者不再通報及隔

離並改為「0+n自主健康管理」；後續評估國內外疫情、病毒變異情形、國人疫苗接種率及群體免疫力，同年8月15日起自主健康管理天數由10天調整為5天，並放寬口罩規範，醫院、診所、一般護理之家及老人福利機構持續列為應佩戴口罩場所，其餘醫療（事）機構調整為建議民眾佩戴口罩之場所。

#### （二）疫苗整備及接種作業

為獲得安全有效的疫苗，採取多元外購與國內研發雙軌並行，累計已採購COVID-19疫苗計6,841萬劑，包含全球疫苗供應平臺（COVAX）約476萬劑、阿斯特捷利康（AstraZeneca）疫苗1,000萬劑、莫德納（Moderna）疫苗4,105萬劑及BNT疫苗760萬劑，以及國產疫苗500萬劑。

為達穩健開放，恢復正常生活，112年3月6日至4月30日推動「112年全民COVID-19疫苗接種運動」，透過「疫苗加一，解封安心」活動，增進雙價疫苗接種。自110年3月22日COVID-19疫苗開打至112年9月30日累計原始株疫苗及雙價疫苗接種約6,816萬人次。

因應COVID-19病毒株變異，為提升對主流病毒株之免疫保護力，自112年9月26日起提供新冠XBB疫苗接種，截至112年12月31日止，累計約96.5萬人次接種XBB疫苗，全國接種率3.64%。

#### 四、醫療應變與物資整備

- （一）視疫情變化持續修正醫療照護機構感染管制及實驗室生物安全相關政策、整備應變策略與指引，逐步放寬COVID-19防治作為，回歸醫療照護機構常態管理。
- （二）開設集中檢疫場所，除隔離/檢疫對象，並配合指揮中心COVID-19確定病例輕重症分流收治原則收住輕症確診個案，累計收住近13萬人次。
- （三）擴大建構全國指定檢驗機構網絡，截至112年268家指定檢驗機構每日最大檢驗量能達23萬8,781件。
- （四）研發與評估SARS-CoV-2檢測方法與試劑，包括病毒培養、核酸、抗原、抗體檢測；開發並技轉SARS-CoV-2抗體及抗原診斷試劑，協助國產檢驗試劑研發；分讓病毒株，協助執行「新型冠狀病毒篩檢及分析技術支援平台」以支援產學研界之研究發展。

#### 五、宣導及假訊息偵測：

- （一）指揮中心成立期間，召開疫情記者會共960場，發布新聞稿2,199則、澄清稿50則、致醫界通函84則及製作重點議題素材計7,001張，統一對外發布重要疫訊、政策及措施，另製作防疫大作戰宣導影片，並翻譯為多國語言，透過徵用廣電媒體、各式新媒體平臺與災防告警服務等多元管道，發布即時透明之國內外疫情資訊及各項防疫決策與措施。

- (二) 擴充疾管署 1922 防疫專線能量，並增設簡訊自動回復及語音留言功能等進線分流機制，確保諮詢民眾可即時獲得資訊。指揮中心成立期間累計 COVID-19 相關進線量逾 1,284.2 萬通。
- (三) 針對不實訊息積極主動回應，並從速從嚴從重查辦，亦就違反防疫措施之相關行為積極查處。

#### 六、智慧防疫

- (一) 優化智慧科技發展智慧防疫系統，因應國內進入社區流行階段，111 年 5 月 1 日啟動「確診個案自主回報疫調系統」，簡化地方政府疫調流程及減輕開立紙本通知書等衛生單位人力負擔。截至 112 年 3 月 27 日自主回報系統終止，發送確診者簡訊約 1,000 萬人次，自主回報總計約 822.4 萬人次。
- (二) 「臺灣數位新冠病毒健康證明」系統自 110 年 12 月 28 日開放，至 112 年 5 月 31 日終止服務，成功申請疫苗數位證明者，累計達 2,375 萬 4,972 人次。
- (三) 「臺灣社交距離 App」可提供民眾透過手機藍牙功能來估計社交互動，了解與確診者的可能接觸風險。於 111 年 4 月 Omicron 株廣泛流行時，推動改以「臺灣社交距離 App」取代簡訊及紙本實聯制，以利民眾落實自主防疫。112 年 3 月 27 日起，配合快篩陽性輕症或無症狀者不須通報及隔離，停用此程式原功能並改版作為通知防疫資訊及澄清不實疫情消息用途，後於 12 月 31 日終止服務。

## 第三章 防疫整備及感染管制

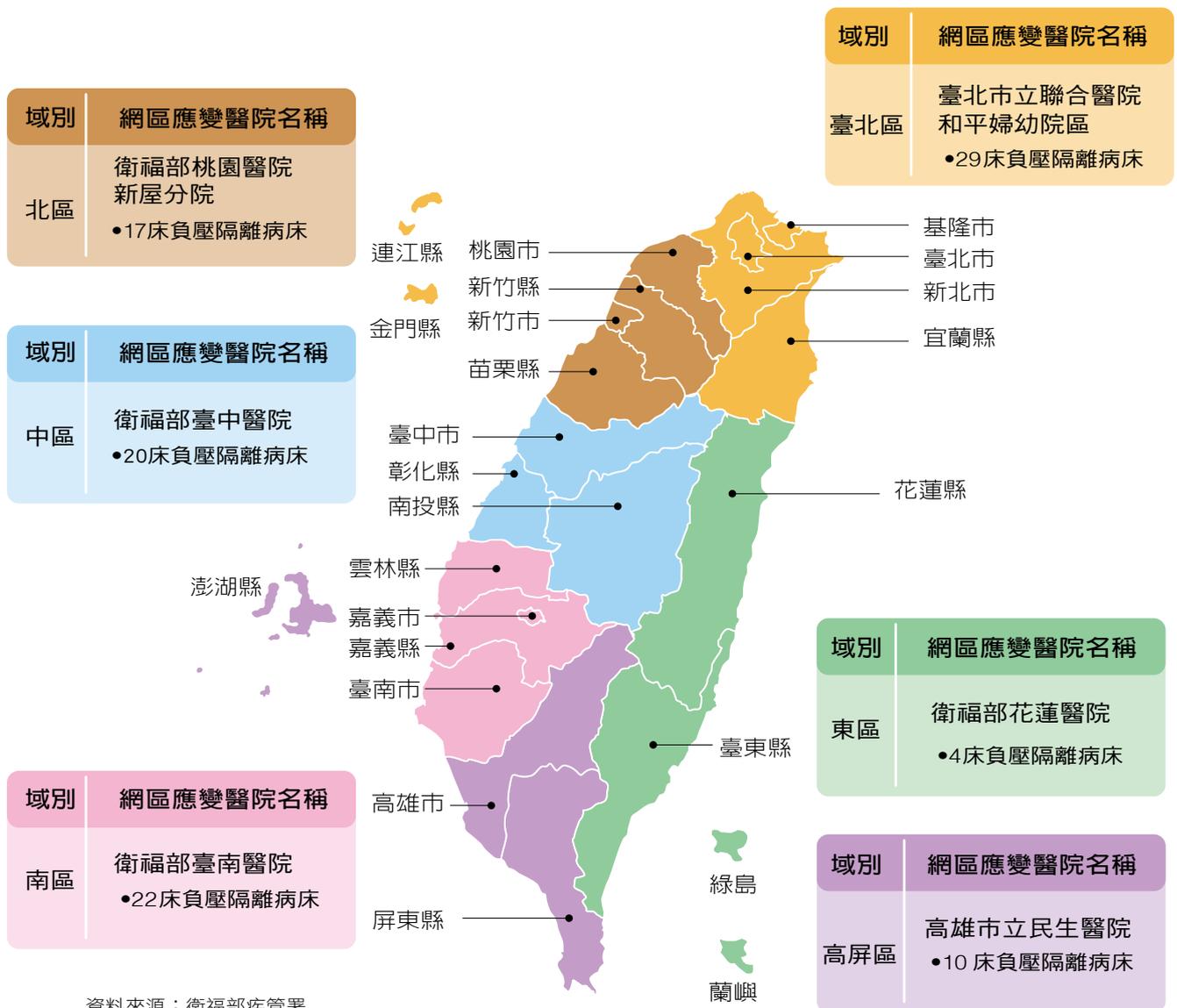
### 第一節 新興及再浮現傳染病之整備與因應

- 一、國際港埠檢疫：透過入境時有疑似傳染病症狀旅客主動通報及篩檢機制，112 年攔檢登革熱境外移入 109 人、屈公病境外移入 5 人，防堵個案進入社區，減低社區疾病負擔及傳播風險。
- 二、為維護國人出國旅遊的健康，委託 32 家合約醫院辦理國際旅遊醫學整合性服務；另建構旅遊醫學教育訓練中心，112 年辦理醫療人員及旅行業者教育訓練課程 20 場次，以深化國人防疫旅遊觀念。
- 三、因應 M 痘已公告列入第二類法定傳染病，112 年積極執行各項防治工作，包括嚴密監測國內外疫情、強化國際港埠檢疫、醫療院所通報、個案管理、民眾風險溝通與衛教宣導、預防接種、採購與配置 M 痘抗病毒藥物及 M 痘疫苗；自 112 年 3 月 22 日開始推動風險族群 M 痘疫苗接種作業，截至 112 年 12 月 31 日止，共計接種 11 萬 7,566 人次，以提升風險族群疫苗涵蓋率與保護力。並因應疫情與防治目的，與相關專家、民間團體、合作醫療院所及縣市衛生局分別召開聯繫會議，同時為強化社群網絡防治訊息傳遞，加強與民間團體、社群共同合作，運用社群同儕力量共同推展防治工作，使我國 M 痘疫情獲得有效控制。

四、維運「傳染病防治醫療網」如圖6-7，112年指定隔離醫院共142家，每網區指定1家網區應變醫院與1家支援合作醫院。除對應變醫院定期進行負壓隔離病房檢測及查核，並辦理相關演／訓練，盤點強化緊急應變量能與計畫，以發揮區域聯防機制綜效。

五、持續強化防疫物資儲備及管理調度機制，優化智慧防疫物資管理系統，並增進流通調度效率，確保防護裝備流通換貨機制，以維持安全儲備量。

圖6-7 傳染病防治醫療網



## 第二節 醫療照護相關感染管制與實驗室生物安全管理

一、辦理醫療照護機構感染管制查核作業，透過外部稽核強化其落實感染管制措施，受查醫院計 238 家、長照機構計 510 家（包括老人福利機構 434 家、長期照顧服務機構 31 家、身心障礙福利機構 45 家）。查核結果地區醫院 1 家及機構 3 家未通過，均已經地方政府加強輔導追蹤改善。

二、為有效監控抗生素抗藥性情形，提升感染管制及抗生素管理品質，全國醫院計有 234 家參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統（Taiwan Healthcare-associated infection and Antimicrobial resistance Surveillance System, THAS）之抗生素抗藥性管理通報模組，其中 122 家（52%）為自動化方式通報，餘為人工方式通報。

### 三、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，112 年共完成 16 間前開單位之實驗室生物安全實地查核作業。

（二）112 年完成輔導國內 10 間抗藥性檢驗研究相關實驗室建立「實驗室生物風險管理手冊」。截至 112 年，國內有 165 間各生物安全等級實驗室建置且持續運行前開管理系統，作為政府推動實驗室自主管理之示範實驗室。

（三）112 年國內持有、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計 623 家，其類型及家數統計如表 6-2。

## 第三節 研究及檢驗

一、112 年受理全國傳染病檢體計 18 萬 9,976 件，檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計 3 萬 1,438 件，陽性率為 16.5%。

二、持續新型冠狀病毒之篩檢以監測社區流行變異株變化；監測抗藥性結核病及人畜共通牛結核病，並運用個案管理中之菌株基因型別自動比對系統，強化結核病傳播即時監測之效能。

三、應用奈米孔檢驗技術，快速準確地進行新興腹瀉病原檢驗與監測流行病原、基因型別及病原變異，提供醫師診斷信息，及為傳染病預防和控制提供更精準有效的方法。

表 6-2 112 年設置單位生物安全管理組織之類型及家數統計表

類別 \ 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
生物安全主管暨生物安全會	22	159	58	249	488	623
生物安全主管	3	12	2	118	135	

資料來源：衛福部疾管署

## 第四章 預防接種

### 第一節 預防接種現況與趨勢

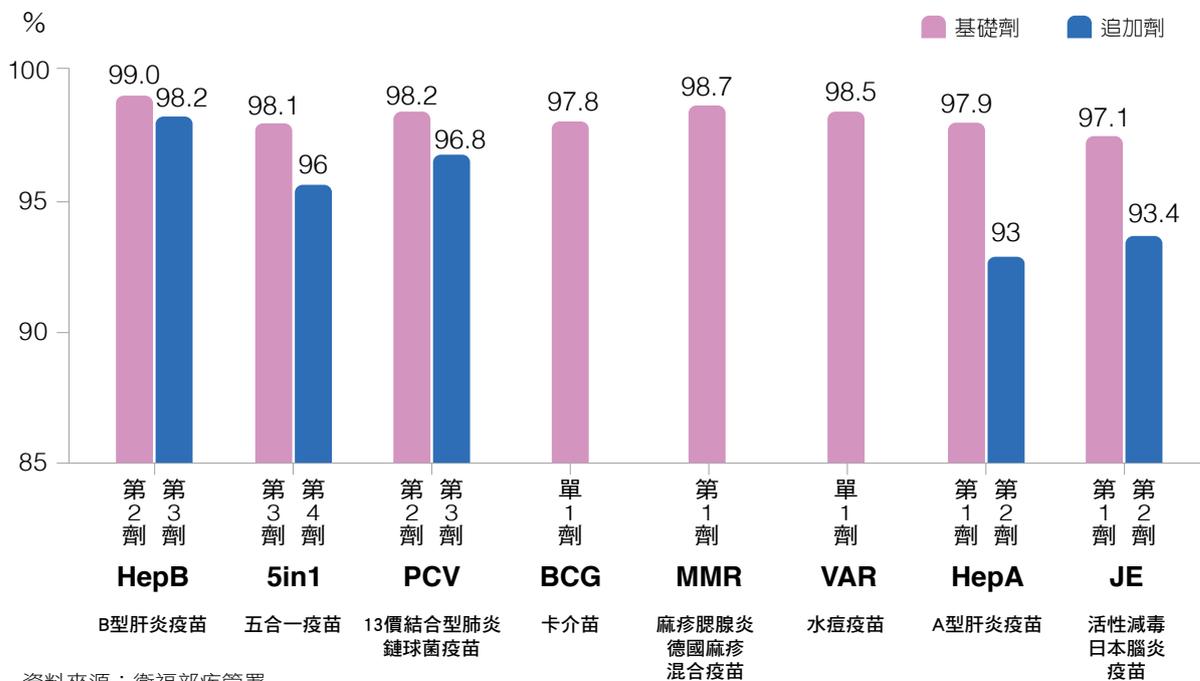
我國自99年起成立疫苗基金，並逐年推動新疫苗政策。目前幼童免費常規疫苗共9項及流感疫苗，可預防15種傳染病。112年擴大推動65歲以上民眾接種肺炎鏈球菌疫苗，並自10月2日起分三階段實施，至112年12月31日累計接種人次達63.2萬人次。

疾管署並已建置「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，均維持高接種率如圖6-8。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，可依法給予適當救助。

### 第二節 血清疫苗研製

疾管署除委託國家衛生研究院生物製劑廠製造卡介苗外，另自行生產抗蛇毒血漿原料，委託該廠將抗蛇毒血漿製成抗蛇毒血清製劑，112年共生產抗蛇毒血漿330.2公斤，製造抗蛇毒血清製劑3,915劑、供應3,429劑，以及製造48萬劑卡介苗。

圖6-8 112年幼兒各項預防接種完成率



資料來源：衛福部疾管署

統計時間：截至112年12月底



# 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 食藥訊息溝通與宣導



食品藥物管理政策係以保護民眾健康為核心價值，112 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，積極強化民眾溝通與宣導，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 核可之特定食品及食品添加物查驗登記許可文件數

應查驗登記食品類別	有效許可文件數	
輸入錠狀、膠囊狀食品	7,684	
健康食品	421	
基因改造食品原料	160	
特殊營養食品	特定疾病配方食品	348
	嬰兒與較大嬰兒配方食品	142
國產維生素類錠狀、膠囊狀食品	1,480	
真空包裝黃豆即食食品	37	
食品添加物	6,054	
總計	16,326	

資料來源：衛福部食藥署

## 第二節 食品源頭管理

### 一、擴大查驗品項

完成印尼水產品、日本豬肉、立陶宛牛肉、英國羊肉、澳大利亞乳製品、加拿大全牛齡牛肉及越南水產品系統性查核，前述國家產品符合指定輸入條件，源自核准生產設施產製且檢附指定證明文件，可向食藥署申請輸入查驗。

## 第一節 食品法規標準及產品審查

### 一、法規標準

112 年增修訂 29 項法規，包括公告修正「食品器具容器包裝衛生標準」、「健康食品之牙齒保健功效評估方法」、「美國及加拿大牛肉及其產品之進口規定」等，以健全我國食品管理規範。

### 二、產品審查

辦理食品查驗登記，累計至 112 年如表 7-1。

### 二、強化邊境管制

- (一) 至 112 年增修訂輸入查驗貨品項目，累計 2,765 項輸入貨品須經邊境查驗，始得輸入。
- (二) 112 年查驗 73 萬 5,763 批食品及相關產品，檢驗不合格產品依食安法規定辦理退運或銷毀。

### 三、協助業者開拓海外市場

112 年持續協助食品業者輸銷產品至國外，食藥署依輸銷國指定產品及申請方式，協助業者遞交申請文件，包括中國、沙烏地阿拉伯、新加坡等，經輸入國審查同意後即可輸銷。另我國加工（熱）肉品之官方生物安全計畫通過紐西蘭審查，符合紐西蘭規定。

## 第三節 食品安全鏈監測

一、針對市售高風險食品辦理後市場監測，其結果如表 7-2。

### 二、專案稽查抽驗

食品衛生安全與民眾生活健康息息相關，配合食安五環政策並考量國人多元化的飲食方式，規劃辦理稽查抽驗專案，針對高違規、高關注、高風險項目加強查驗，落實食品產銷鏈監管，112 年完成 43 項食品稽查專案。國內業者查核 13 萬 8,788 家次，其中食品良好衛生規範準則（The Regulations on Good Hygiene Practice for Food, GHP）合格率达 99.9%；食品及相關產品查核及抽樣檢驗 52 萬件，合格率达 99.6%。

三、為提升後市場進口食品衛生安全，透過邊境輸入查驗管控及後市場加強查驗進口農禽畜水產品，特別針對不合格率較高之產品加強監測，為食安把關，112 年合格率为 98.3%。

## 第四節 食品安全衛生管理

### 一、我國法規與國際接軌

為保障國人飲食安全，積極參考科學證據及國際標準，滾動式增修訂相關標準。至 112 年已累計訂定 7,771 項農藥殘留容許量、458 項動物產品中農藥殘留容許量、1,551 項動物用藥殘留容許量、17 項衛生標準、40 項食品原料限制事項以及正面表列 797 種食品添加物之使用範圍、限量及規格標準。

### 二、食品業者全登錄

至 112 年食品業者登錄為 65 萬 2,069 家次，登錄情形如圖 7-1。

### 三、食品標示規定

（一）訂定「包裝蜂蜜及其糖漿類產品標示規定」

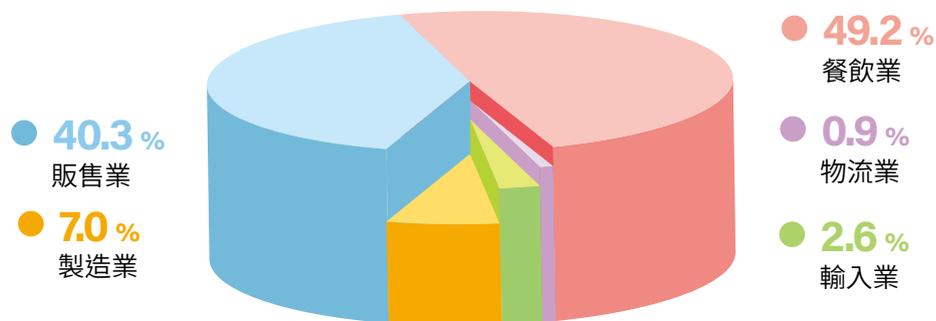
為強化包裝蜂蜜及其糖漿類產品之品名及標示管理規範，自 112 年 7

表 7-2 112 年食品後市場監測結果

監測/稽查項目	結果		
	總件數	合格數	合格率 (%)
市售蔬果農產品農藥殘留	4,731	4,258	90.0
市售禽畜水產品藥物殘留	8,045	8,013	99.6
市售食品真菌毒素含量	676	633	93.6
市售食品重金屬含量	600	585	97.5

資料來源：衛福部食藥署

圖 7-1 累計至 112 年底食品業者登錄情形



資料來源：衛福部食藥署

月 1 日起（以產品製造日期為準），蜂蜜及其糖漿類產品應依所含蜂蜜含量多寡標示產品品名。只有僅含蜂蜜成分的產品，品名才可以標示「蜂蜜」、「純蜂蜜」或「100%蜂蜜」。蜂蜜含量達 60% 以上的產品，如有添加糖（糖漿），品名應標示「加糖蜂蜜」字樣；如有添加糖（糖漿）以外的其他原料，則品名應標示如「調製蜂蜜」。蜂蜜含量未達 60% 的產品，品名應標示「蜂蜜風味」或「蜂蜜口味」。未添加蜂蜜之包裝糖漿產品，品名則不得標示「蜂蜜」字樣。

另外，蜂蜜及其糖漿類產品如有混合來自不同產地的蜂蜜，應依蜂蜜含量多寡依序標示蜂蜜原料原產地。

## （二）修正「連鎖飲料便利商店及速食業之現場調製飲料標示規定」

為加強揭露市面上現場調製飲料的標示訊息，本部在 111 年 6 月 7 日公告修正「連鎖飲料便利商店及速食業之現場調製飲料標示規定」，從 112 年 1 月 1 日起，擴大規範應

標示總咖啡因含量的產品範圍，只要是含有咖啡因成分的現場調製飲料，像是紅茶、綠茶、可可飲料等，都需要依規定標示咖啡因含量，以利消費者選購參考。

另外為提供多元化的標示方式，從 112 年起也新增 QR Code 或其他電子化方式，作為可標示方法之一。

## 第五節 食品衛生安全管理系統驗證

經公告應取得衛生安全管理系統驗證之 10 類食品業者，112 年通過驗證率達 92.81%，如圖 7-2。

## 第二章 藥品管理

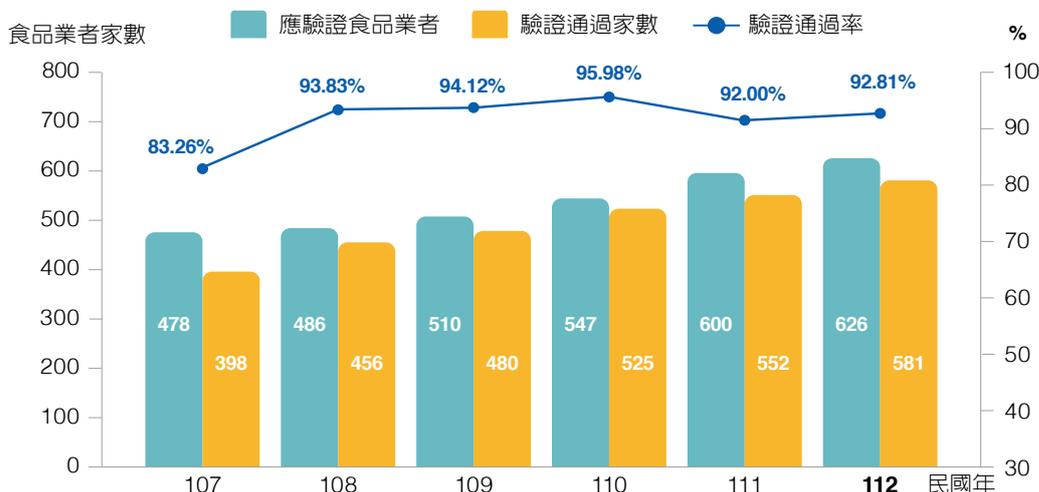
積極推動藥政改革，提升藥品查驗登記審查時效，扶植醫藥產業發展與競爭力，落實藥品源頭管理及不法藥物取締，健全管制藥品管理，提供民眾用藥安全之消費環境。

### 第一節 藥品法規標準及產品審查

一、持續健全藥品相關管理規範，112 年重要增修訂法規如表 7-3。

圖 7-2 歷年食品衛生安全管理系統驗證結果

### 第二級品管驗證通過結果



資料來源：衛福部食藥署

表 7-3 112 年藥政管理法規增修訂

日期	名稱
2 月 24 日	修正「西藥藥品優良製造規範（第一部、附則）」之「附則 13 研究用藥品的製造」及新增「附則 16 由被授權人認可與批次放行」
4 月 27 日	修正「藥品生體可用率及生體相等性試驗作業準則」
5 月 30 日	更新「國際醫藥法規協和會（The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, ICH）指引採認清單」
6 月 12 日	公告「藥品臨床試驗執行分散式措施指引」
6 月 14 日	修正「西藥藥品優良製造規範（第一部、附則）」之「附則 1 無菌藥品之製造」
6 月 15 日	訂定「藥害救濟申請及審議委員會審議辦法」
10 月 20 日	修正「藥品回收處理辦法」
11 月 1 日	修正「藥事法第二十七條之二必要藥品清單」

資料來源：衛福部食藥署

二、藥品查驗登記管理：112 年國內臨床試驗申請新案 372 件，藥品臨床試驗結案報告案 244 件，學名藥申請新案 180 件，以及核准 101 件新藥、新劑型、新使用劑量及新單位含量藥品申請案。

### 第二節 藥品源頭管理

一、截至 112 年底符合食藥署參照國際醫藥品稽查協約組織（Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme, PIC/S）規範所訂定之西藥藥品優良製造規範（Good Manufacturing Practice, GMP）的國產及輸入藥品製劑廠及原料藥廠數詳如表 7-4。

表 7-4 符合 PIC/S GMP 廠數

業別	國內					國外	
	製劑廠	原料藥廠	物流廠	先導工廠	醫用氣體廠	製劑廠	原料藥廠
家數	144	29	26	9	31	958	887

資料來源：衛福部食藥署

二、截至 112 年底符合西藥優良運銷準則 (Good Distribution Practice, GDP) 取得 GDP 運銷許可之製造業與販賣業藥商合計達 1,010 家。

### 第三節 藥品品質鏈監測

#### 一、藥物品質監測

(一) 112 年接獲 935 件疑似品質瑕疵事件通報，其中 26 項藥品經評估啟動回收 (包含廠商主動通報)；主動監控 1,368 則國外藥品品質警訊，並摘譯 39 件相關警訊公布於食藥署網站「通報及安全監視專區」。

(二) 112 年辦理 583 批生物藥品檢驗封緘，共 2,784 萬 6,492 劑，成功攔阻 4 批運送溫度紀錄不符規定之生物藥品共 8,506 劑。

(三) 112 年藥品品質調查監測結果如表 7-5。

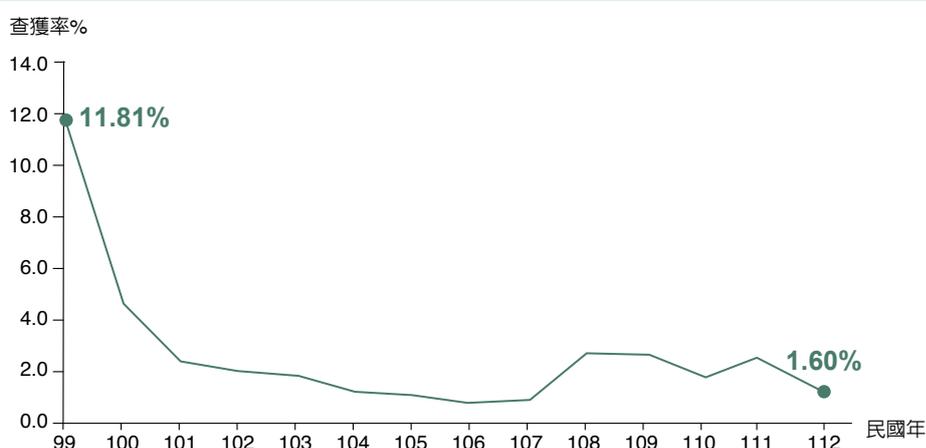
二、「偽劣假藥聯合取締小組」自 99 年成立後，每年平均查獲率由小組成立初期的 11.81% 大幅下降至 112 年之 1.60%，如圖 7-3。112 年衛生機關核處食品、藥物及化粧品違規廣告案件計 1 萬 525 件，罰鍰金額共 4.32 億元，112 年廣告查獲違規率 9.19%，如圖 7-4。

表 7-5 112 年藥品品質調查監測結果

監測項目	完成件數	合格件數	合格率 (%)
含 Chlorpheniramine maleate 等 7 項成分口服錠劑之品質 (含亞硝酸類不純物) 監測	54	54	100%

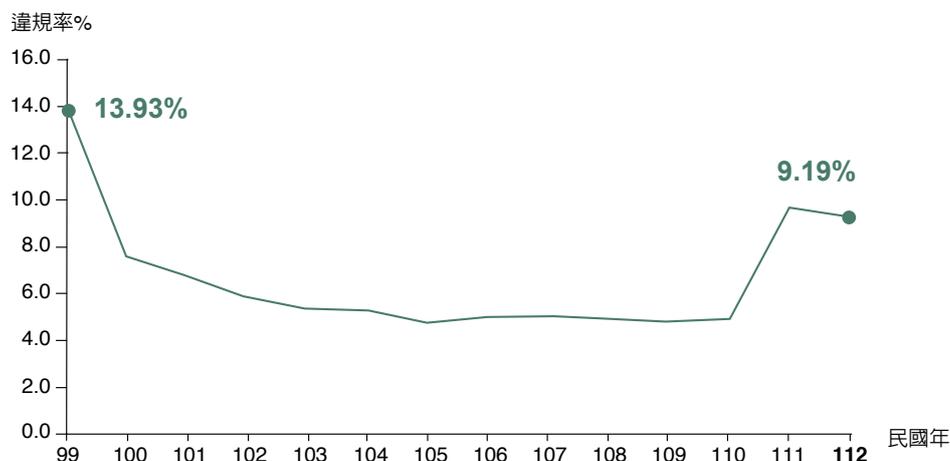
資料來源：衛福部食藥署

圖 7-3 99~112 年衛生機關不法藥物查獲率



資料來源：衛福部食藥署

圖 7-4 99~112 年食品藥物廣告查獲違規率



資料來源：衛福部食藥署

#### 第四節 藥品安全管理

- 一、112 年藥品安全監控：接獲 1 萬 3,357 件國內藥品不良反應通報、監控 95 則國內外藥品安全警訊及 9 則 COVID-19 疫苗安全警訊、進行 53 項新藥上市後五年安全性再評估及發布 11 則藥品風險溝通表。
- 二、112 年受理藥害救濟申請案計 162 件，審定救濟給付 104 件，給付率 65.82%，給付金額總計 4,136 萬 4,046 元。

#### 第五節 管制藥品管理

- 一、112 年 4 月 25 日及 9 月 12 日公告增修管制藥品品項共 21 項。
- 二、112 年，領有管制藥品登記證之機構業者計 1 萬 7,807 家，領有管制藥品使用執照計 6 萬 6,957 人。另執行管制藥品實地稽核共 1 萬 2,063 家，查獲違規比率 2.95%，均依法辦理。
- 三、112 年培訓 646 位藥物濫用防制人才，並成立 8 家反毒教育資源中心及 103 個外展點，強化藥物濫用防制網絡服務。
- 四、落實新世代反毒策略，至 112 年底共計報驗 3 萬 120 批，其中以「手持式拉曼光譜

分析儀」進行原料藥邊境查驗共計 2,367 批，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 2,337 項，年度籌獲 100 項毒品及新興成分標準品與建構 123 項標準品質譜圖資料庫，並積極開發建議檢驗方法。

#### 第六節 中藥管理

- 一、109 年 1 月 1 日起，濃縮製劑中藥廠分四階段實施確效作業，112 年輔導 8 家次，辦理 12 小時教育訓練，已有 8 家中藥廠通過確效作業查核（1 家通過第三階段；4 家通過第二階段；3 家通過第一階段）。
- 二、112 年 4 月 27 日發布修正「藥品查驗登記審查準則」部分條文，鬆綁法規，促進中藥產業及新藥發展。
- 三、112 年 8 月 1 日公告修正「中藥新藥臨床試驗基準」，俾期建置適宜的中藥臨床試驗環境，促進中藥新藥開發。
- 四、112 年度補助辦理「中藥藥用植物種植計畫」，輔導 4 家受補助單位，種植馬藍、野葛及石斛，促進中藥材自產自用，降低進口依賴。

五、臺灣中藥典第四版自111年6月1日實施，計收載394個品項，含中藥材355項、中藥材飲片30項及中藥製劑9項。同年12月出版臺灣中藥典第四版英文版。

六、112年度執行人參、當歸等21項中藥材邊境查驗，抽批查驗2,885批（1萬1,629公噸），總抽驗批數1,180批，經檢驗22批不合格，並依法退運或銷燬。另進行市售中藥（材）品質監測，抽驗742件，經檢驗47件不合格，並依法處辦。112年查處違規中藥廣告，行政處分239件，計罰鍰1,553萬5千元。

七、為推廣民眾中藥用藥知識及文化，112年度辦理「中藥本草文化節活動」，約3萬1,600人次參與實體活動，線上觸及人次達10萬次。

### 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，建立完善管理政策。

#### 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，112年重要增修訂法規如表7-6。

二、112年完成137件無類似品醫療器材查驗登記審查案件，平均審查天數為133.5天，與111年相較，時效提升11%，並與世界各國相當，審查案件數及許可證統計如表7-7。

表 7-6 112 年醫療器材及化粧品重要增修訂法規

日期	名稱
1月12日	訂定「新型冠狀病毒抗原檢驗試劑技術基準」及「新型冠狀病毒核酸檢驗試劑」
3月2日	訂定「醫療器材臨床試驗性別差異評估指引」
8月15日	訂定「特定醫療器材品項應符合之規格、檢驗方法及性能」
8月22日	修正「醫療器材分類分級管理辦法」第七條及第四條附表
10月2日	修正「化粧品產品資訊檔案製作指引」、「化粧品產品資訊檔案製作入門手冊」及「化粧品產品資訊檔案查檢表」
11月27日	修正「醫療器材許可證核發與登錄及年度申報準則」部分條文及附表

資料來源：衛福部食藥署

表 7-7 112 年醫療器材及化粧品審查案件及許可證統計

統計項目	醫療器材登錄制	醫療器材查驗登記	特定用途化粧品查驗登記
收件數	276	3,176	758
總登錄件數／有效許可證張數	3,136 件	39,693 張	11,549 張

資料來源：衛福部食藥署

- 三、智慧醫材專案辦公室，112 年舉辦智慧醫療器材創新跨界媒合博覽會，並完成3 場媒合交流座談會，促成異業跨域結盟。成功輔導 11 件國產人工智慧醫材產品上市，其中3 件為全球首創。
- 四、成功爭取食藥署成為國際醫療器材主管機關論壇（International Medical Device Regulators Forum, IMDRF）附屬會員，並加入工作小組與其他國家官員交流，推動我國醫療器材管理制度接軌國際。
- 五、成功爭取食藥署成為全球醫療器材法規調和會（Global Harmonization Working Party, GHWP）技術委員會醫療器材軟體上市前管理工作小組（WG3-Pre-market: Software as a Medical Device）主席，及連任體外診斷醫材工作小組（WG2-Premarket: IVDD）主席，主導WG2 及WG3 各項工作。

## 第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

- 一、至112 年底，有效國產醫療器材品質管理系統（Quality Management System, QMS）製造許可1,441 件、輸入醫療器材品質系統文件（Quality System Documentation, QSD）製造許可5,595 件。
- 二、至112 年底，化粧品產品登錄平台系統登錄40 萬8,410 件。

## 第三節 醫療器材及化粧品品質鏈監測

- 一、監測結果如表 7-8，不合格產品皆依法處辦，並完成下架回收。
- 二、食藥署協同地方衛生局聯合稽查，結果如表 7-9，不合格產品皆依法處辦。

表 7-8 112 年醫療器材及化粧品品質監測結果

監測項目	總件數	合格件數	合格率 (%)
市售導尿管之無菌性及球囊	17	14	82.4
外科手術口罩	20	18	90.0
市售嬰兒專用濕紙巾微生物及防腐劑	30	24	80.0
市售指甲油中甲醛、甲醇、苯及鄰苯二甲酸酯類	50	47	94.0

資料來源：衛福部食藥署

表 7-9 112 年化粧品之產品包裝標示稽查統計表

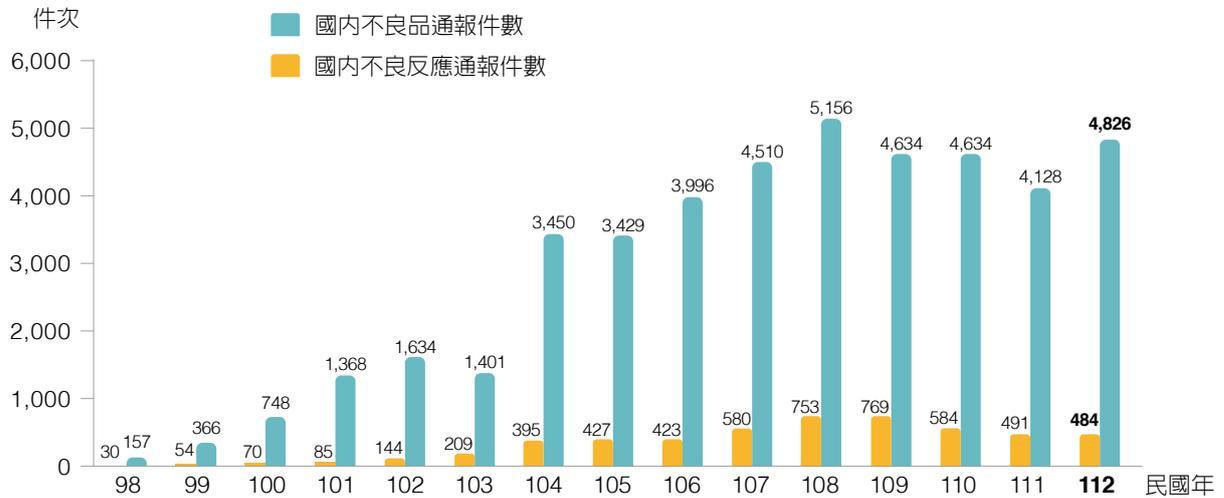
產品類別	查核件數	標示合格件數	標示合格率 (%)
一般生活百貨	260	247	95
化粧品製造或輸入業者	231	216	94

資料來源：衛福部食藥署

## 第四節 醫療器材及化粧品安全管理

- 一、國內醫療器材不良品及不良反應通報，如圖 7-5。主動監視國內外醫療器材安全警示資訊 1,600 則，摘譯公告 175 則警訊。
- 二、化粧品不良事件通報 99 件，監控化粧品安全訊息 1,175 則，並發布安全紅綠燈 198 則。

圖 7-5 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、112年執行食藥檢驗2,437件，檢驗項目達1萬42項次，並協助檢、警、調、司法、海關送驗案及地方衛生主管機關之檢驗技術支援。
- 二、制訂技術文件供各界使用，112年公告新增及修正食品類檢驗方法16篇、建議檢驗方法食品類31篇、化粧品及醫療器材類5篇、藥品及濫用藥物類3篇及生物藥品類1篇。
- 三、112年參與28場食品、藥品及醫療器材相關國際檢驗能力比對，結果獲高度滿意率，檢驗能力深獲國際肯定。

- 四、112年舉辦「2023 APEC分析技術交流平台-新穎生技食品檢驗技術研討會」及參與「歐洲總體官方藥品管制實驗室 (Official Medicines Control Laboratory, OMCL) 暨歐盟生物藥品官方批次放行 (Official Control Authority Batch Release, OCABR) 網絡年度會議」、2次「歐盟官方化粧品品質監控實驗室組織 (European Network of Official Cosmetics Control Laboratories, OCCLs) 定期會議」與歐洲藥典委員會第175次、第176次和第177次會議，增進國際能見度，及提升檢驗技術與國際接軌。

### 第二節 風險管理及危機處理機制

- 一、組織風險管理：

112年辦理食藥大數據競賽，以「食藥大數據競賽—深度剖析精準決策·創新革變尖端拔萃」為主題，結合中央與地方共同參與，計11個參賽隊伍，170人與會，增進同仁於食藥巨量資料分析及應用能力，並回饋各單位業務使用，以提升風險管理及緊急事件之策略擬定能力。

## 二、風險溝通執行策略與效益：

112 年透過參與 2 場國際食品展活動、製作 1 部食安推廣影片及設計 AR 互動遊戲，運用網路媒體資源傳遞食品安全知能，另，透過兒童平面雜誌刊登 2 期食安相關知識、製作兒童故事繪本及發布 27 篇時事新知於藥物食品安全週報等多元管道與不同年齡層之民眾與學童進行風險溝通。

## 三、重大事件危機處理：

112 年 3 月份，食藥署依據美國 FDA 冷凍有機草莓回收警訊，擴大邊境及後市場抽驗，於好市多「莓果」產品檢出 A 型肝炎病毒後，立即成立緊急應變工作小組並啟動三級開設應變機制，以因應情勢變化，期間共召開 9 場應變會議，完成 24 次工作通報彙整，並妥善處理各項緊急應變措施。

## 第三節 實驗室認證管理

本部認證之食品、藥品、醫療器材及化粧品（4 領域）檢驗機構家數達 132 家，1,806 品項；112 年共計辦理 6 場次食品藥粧能力試驗。

## 第五章 食藥訊息溝通與宣導

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 食藥醫粧正確訊息提供

一、架設「食藥好文網」提供食藥醫粧知識及資訊，持續蒐集網路食藥醫粧迷思及破解謠言，截至 112 年底，文章數超過 400 篇，累積瀏覽人數超過 767 萬。另建置「食藥

關謠專區」，截至 112 年底已發布 563 則關謠，專區點閱率超過 8,668 萬次，媒體報導轉載達 3,750 則以上。此外，亦透過「食用玩家 Facebook 粉絲團」及成立「TFDA 食藥 LINE@」，發布最新實用衛教資訊貼文，快速傳遞正確訊息，強化即時關謠之效益。

二、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、濫用藥物尿液認證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」月報及年報等資訊。

三、「藥品臨床試驗專區」全新改版上線，增設「民眾專區」及「臨床試驗相關網站」，供民眾查詢藥品臨床試驗相關資源，並透過受試者教育宣傳單、宣導短片、懶人包及問答集等資源推廣正確臨床試驗觀念。

### 第二節 民眾溝通與宣導

一、全國食安專線「1919」及為民服務專線「02-27878200」，112 年提供食品諮詢及檢舉等服務逾 4.3 萬通，接聽滿意度維持 80% 以上。

二、針對民眾關心之食品衛生安全相關議題，製作淺顯易懂懶人包、單張圖卡、手板於例行記者會說明或上傳官網，供各界下載及運用。

三、112 年結合 11 個民間團體辦理 210 場次藥物濫用防制宣導活動；另結合網紅插畫家【臺灣吧！】、【有隻兔子】繪製圖文於社群平台宣導藥物濫用防制衛教資訊，觸及數達 44 萬 1,272 人次。並辦理「識毒練功房 眼明手快大比拼」線上反毒遊戲，共計 5,529 人次參與。

- 四、112年共計辦理740場用藥安全推廣講座，參與人次約4萬811人，期以扎根社區及學校，提升民眾正確用藥知能。
- 五、為建立學童正確用藥安全觀念，透過舉辦「藥師•藥你安全」繪畫比賽，讓學童從中學習用藥安全知識，以提升學童用藥知能，共計563件作品參賽。
- 六、112年6月10日於台北市立動物園舉辦「健康美麗生活日」園遊會，以正確選用醫療器材及化粧品等內容結合互動遊戲設置宣導攤位，透過寓教於樂方式傳達醫療

器材及化粧品正確選用知能，活動觸及人數達7,000人。

- 七、112年6月7日舉辦「2023年6月7日世界食品安全日啟動記者會」，由食藥署邀請食品安全專家一同宣示「食品標準安全所繫」，為世界食品安全日及系列活動拉開序幕，透過「食安小尖兵AR互動遊戲」及「做伙露營學食安」動畫短片搭配粉絲團抽獎活動，以互動模式增加活動豐富性及趣味性，同時教導民眾正確食用安全觀念。



「健康美麗生活日」活動啟動儀式



「2023年6月7日世界食品安全日」記者會啟動儀式



# 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、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

全民健保以「普及、經濟、便利、滿意度高」的成果吸引全球關注，112年民眾對健保滿意度超過九成（圖8-1）。

截至112年止，健保總投保人數2,388萬人，納保率逾99.9%。

健保財源主要來自保險對象、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。

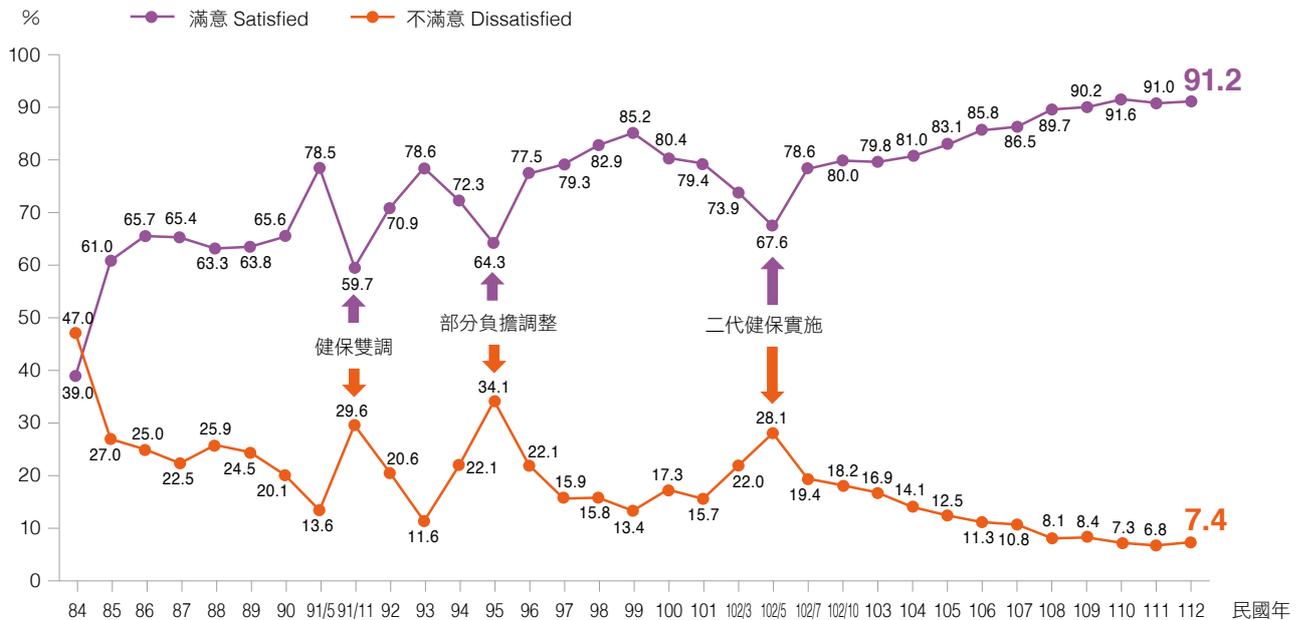
### 第二節 全民有保就醫便利

112年總門診次數為3億8,056萬人次，總住院次數為350萬人次，平均每人每年門診就醫次數16.10次（含西、中及牙醫門診），住診就醫次數0.15次，每人每年平均住院日數1.33日。

截至112年底，健保特約醫事服務機構計3萬838家，特約率91.6%，其中特約醫療院所計2萬3,085家。

106年起加強推動分級醫療，逐步實施六大策略及配套，鼓勵民眾至基層院所就醫，如醫師認定有醫療需求，將協助轉診至適當院

圖8-1 全民健保滿意度趨勢圖



資料來源：衛福部中央健康保險署（以下簡稱健保署）

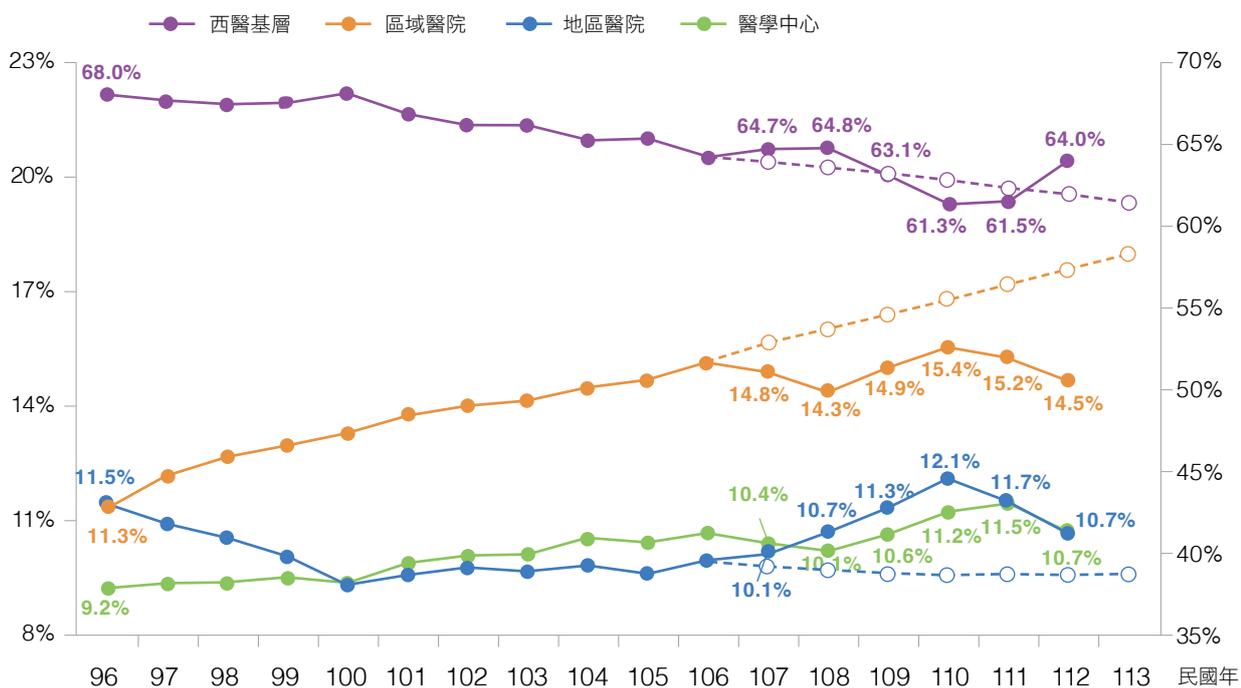
註：自110年起採市話及手機雙底冊調查。

所，提供民眾連續性及適切性的醫療服務，讓醫學中心及區域醫院專注重症治療及醫學研究，基層診所及地區醫院則為民眾健康第一線守門員。觀察各層級門診就醫人次占率趨勢，106 年起至 108 年（疫情前）基層診所及地區

醫院就醫人次占率趨勢逐步上升，醫學中心及區域醫院就醫人次占率微幅下降（圖 8-2）。

109 年起因疫情影響，整體就醫次數較 106 年（基期）同期下降，其中以基層診所下降幅度較大，可能因輕症患者減少看診及民眾

圖 8-2 西醫門診各層級人次占率趨勢



資料來源：衛福部健保署

註：虛線部分為如未實施分級醫療，107 年起門診人次，以前 10 年門診人次之幾何平均成長率推估。

加強個人防疫措施，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少；急、重、難、罕患者需固定至大醫院就診，爰基層診所就醫占率較醫學中心或區域醫院下降幅度大。112 年受疫情影響波動趨緩，整體就醫次數較 106 年（基期）同期增加，各層級就醫件數區域醫院減少，醫學中心、地區醫院及基層診所增加；基層院所（地區醫院及基層診所）就醫件數占率增加。

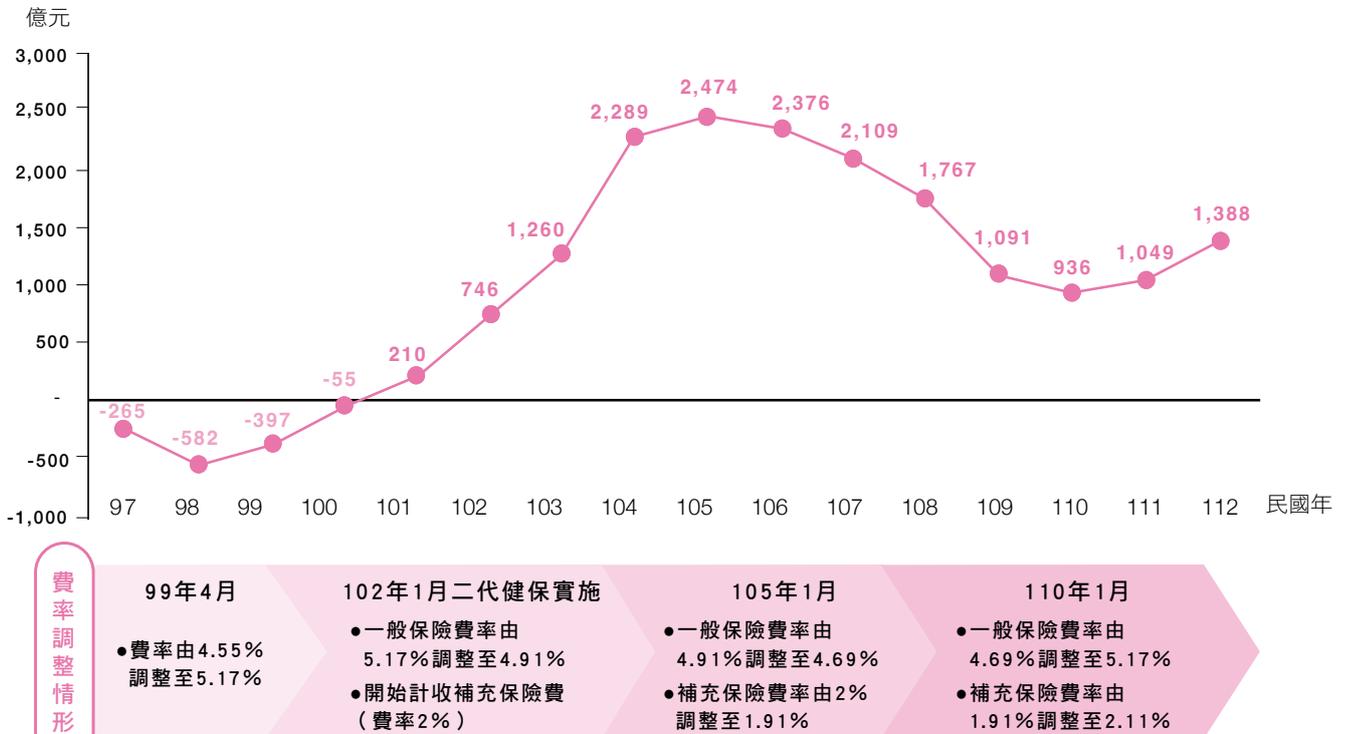
健保署垂直整合醫療體系，以民眾照護需求為中心，轉診適合之科別及醫院層級以提供完善的照護，截至 112 年 12 月共 81 個策略聯盟，6,974 家特約醫事服務機構參與。

為提升轉診效率，健保署於 106 年建置電子轉診平台，強化轉診流程及雙向溝通，112 年 1~12 月計 1 萬 1,465 家院所使用，轉診約 150 萬人次。

### 第三節 財務健全收支連動

為健保永續，二代健保加收補充保險費及提高政府總負擔比率，使保費收取符合量能負擔，並改善財務缺口，截至 112 年底，歷年收支結餘為 1,388 億元，如圖 8-3。

圖 8-3 二代健保實施前後歷年健保財務收支累計餘絀情形



資料來源：衛福部健保署

二代健保建立財務收支連動機制，由全民健康保險會每年依協議訂定之醫療給付費用總額，完成各年度保險費率之審議，報本部轉報行政院核定。113年度依該審議程序審議結果，維持一般保險費率5.17%，補充保險費率2.11%。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。

#### 第四節 多元支付合理管理

健保醫療費用支付以「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)，有效控制每年醫療費用成長率在5%左右，同時透過論病例計酬(Case Payment)、論質計酬(Pay-for-Performance, P4P)，改變診療行為，提升醫療服務品質。99年起分階段實

施全民健保住院診斷關聯群支付制度(Taiwan Diagnosis Related Groups, 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」輔導前一年門診就醫次數90次以上者，輔導一年無明顯成效，且經專審醫師認定有就醫異常者，則限定於指定院所就醫(緊急情況不限)，否則不予給付。111年(就醫年)高利用個案經112年輔導後，平均就醫次數下降16.01%，醫療費用減少約3.86億元。

居家醫療照護整合計畫，截至112年底，共有226個照護團隊參與，包含3,315家院所，112年底累計照護人數8.5萬人。

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」的醫學中心(限心臟衰竭)、區域醫院、地區醫院，依不同疾病，在治療黃金期內給予高強

度或一般強度之物理治療、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 233 家醫院參與，至 112 年底收案 7.5 萬餘人，約九成病人功能明顯進步，超過八成病人順利返家。

為持續合理檢討支付標準，112 年於醫院總額部門及西醫基層總額部門分別編列「促進醫療服務診療項目支付衡平性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）」專款 20 億元及 10 億元，用於配合重處理單次使用醫材（Single Use Device, SUD）相關政策暨部分醫材已無重消品項可供使用之成本調升，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數或材料加成比率；另修訂 145 項西醫基層適用診療項目支付點數暨手術及麻醉兒童加成方式及手術折付方式至與醫院一致。將持續規劃依醫療服務資源耗用相對值（Resource-based Relative Value Scale, RBRVS）調整模式，通盤檢討醫療服務支付標準，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

104 年起 C 肝全口服新藥上市，能提高治癒率、降低副作用並縮短療程，為讓 C 肝病人能盡早接受全口服新藥治療，自 106 年 1 月起納入健保給付，並於 110 年 10 月起開放醫師不限科別都能開立 C 肝全口服新藥，106 年至 112 年投入 401.71 億元於給付 C 型肝炎用藥之治療，約 16 萬餘人受惠，完成療程的病人用

藥後 12 週之病毒檢測結果，約 98.4% 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資訊，包括特約醫事服務機構醫療品質、財報、申報件數及點數、護病比等，讓各界瞭解醫療院所經營效率，透過公開重大違規行為，促進醫事服務機構提升醫療品質。

健保署建置「醫材比價網」，並透過開放資料、APP 及 LINE@ 介面，讓民眾比較各院所醫材自付差額及自費品項之價格，更提供自付差額各品項功能/材質分類及說明，方便民眾參考。

「病友意見分享平台」擴大民眾參與新藥物納入健保給付審核，落實程序正義，請病人/病友團體/照顧者可對新藥、新醫材對疾病治療結果、生活品質改善、達到的預期效果等提供意見，110 年 10 月 1 日起平台更增加藥物擴增給付範圍分享意見功能，定期與病友團體召開溝通會議，蒐集病友團體使用平台經驗，彈性調整平台功能。

## 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 8-1 112 年底年繳納健保費之協助措施成效

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	394.5 萬人	344.6 億元
紓困貸款	符合經濟困難資格者	1,598 件	1.52 億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	7.2 萬件	22.2 億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	5,963 件	5,107 萬元

資料來源：衛福部健保署

- (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。
- (三) 公益彩券回饋金減輕弱勢民眾就醫負擔：112年補助健保欠費及就醫相關費用等，共約2.57億元，6.69萬人次受惠。

## 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昇計畫：截至112年共50個山地離島地區納入，並有26家特約院所承作，服務當地48.3萬戶籍人口，該地區民眾就醫免收部分負擔，此計畫112年民眾平均滿意度約95%。
- (二) 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：鼓勵醫療資源不足地區的地區醫院或鄰近的區域醫院，提供24小時急診服務及內外婦兒門住診服務者，每家醫院最高補助1,500萬元。未提供24小時急診，選擇提供內外婦兒至少二科門住診之醫院，每科全年最高補助100萬元。
- (三) 醫療資源不足地區改善方案：以「在地服務」的精神鼓勵中、西、牙醫師至醫療資源不足地區執業，或以巡迴方式提供醫療服務。112年1~12月共613家特約院所至醫療資源不足地區巡迴，服務民眾達72.4萬餘人次。
- (四) 依健保法施行細則第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。

- (五) 110年2月25日建置「全國偏鄉醫師人力需求平台」，招募及鼓勵醫師至醫療資源相對不足地區服務，促使保險對象都能獲得適當的醫療資源。
- (六) 全民健保遠距醫療給付計畫：由在地醫師與遠距醫師以視訊方式，共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供民眾迫切需要的專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科)或急診遠距會診(不限科別)，提升偏鄉地區專科門診可近性。112年1~12月專科門診遠距會診服務人次計7,992人次，急診遠距會診服務人次計858人次。

## 三、對重大傷病、罕見疾病等疾病弱勢族群之照護

- (一) 取得重大傷病證明，可免除該疾病就醫部分負擔。截至112年底，重大傷病證明核定約104萬件(約97.2萬人，占總保險對象的4.1%)，112年重大傷病醫療費用約2,524億元(占全年總醫療支出的27.9%)。
- (二) 經本部公告之罕見疾病為全民健保重大傷病項目，就醫時可免除部分負擔，且使用經本部公告的罕見疾病必用藥品，健保全額支付。截至112年底，核定罕見疾病重大傷病證明共約1.6萬件。

## 第七節 運用科技提升效率

健保署「健保醫療資訊雲端查詢系統」目前已發展中西醫用藥、檢查檢驗紀錄與結果、

牙科處置及手術等 12 項查詢項目。112 年有 2 萬 9,403 家健保特約醫事服務機構有查詢該系統紀錄，每月平均約 3.7 千萬查詢人次，就醫人數查詢比率約 86.0%。將持續優化使用介面並增列臨床所需之提示功能及資料內容，期透過資訊共享，減少重複處方，提升病人用藥安全及就醫品質，促進醫療效率及健保資源合理使用。

為提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握，民眾經身分認證後可於「健康存摺」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/預立醫療決定、成人預防保健結果、四癌篩檢結果及預防接種等資料。107 年增加行動電話認證方式，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，為協助控制 COVID-19 疫情，健康存摺 109 年新增口罩購買紀錄，110 年建置專區整合 COVID-19 疫苗接種、PCR 病毒檢測、快篩結果資料，亦新增醫療輻射紀錄，便利民眾單一入口查詢，111 年新增快篩試劑購買/領用紀錄，112 年新增串連 IoT 設備生理量測值至

健康存摺，預計將於 113 年納入無障礙報讀功能，未來將持續精進，提供使用者友善的操作介面及流暢的操作流程，並增加健康管理功能，以擴大使用人數。

## 第二章 國民年金制度

國民年金保險（以下簡稱國保）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、112 年 12 月被保險人數為 289 萬 9,073 人如表 8-2。
- 二、保險費率：10%（112 年 1 月 1 日起調整；保險費 = 月投保金額 \* 保險費率）。
- 三、月投保金額：1 萬 9,761 元（112 年 1 月 1 日起調整）。

表 8-2 112 年 12 月國保被保險人數及比率統計表

身分別	被保險人數（人）	比率（%）
一般身分	2,460,041	84.86
低收入戶	61,360	2.12
中低收入戶	50,546	1.74
極重度、重度身心障礙者	84,321	2.91
中度身心障礙者	67,990	2.35
輕度身心障礙者	49,289	1.70
所得未達 1.5 倍	84,427	2.91
所得未達 2 倍	41,099	1.41
總計	2,899,073	100

資料來源：勞動部勞工保險局（以下簡稱勞保局）

四、保險費補助比率：一般身分者政府補助40%（每月790元），所得未達一定標準者、中低收入戶或輕、中度身心障礙者補助55%（1,087元）或70%（1,383元），低收入戶、重度以上身心障礙者補助100%（1,976元）。

五、被保險人繳費率：自97年10月1日國保開辦迄至112年12月，被保險人應收保險費4,778億餘元，已收2,651億餘元，繳費率為55.49%。

六、給付項目、核付人數及金額如表8-3。

表8-3 112年國民年金給付核付人數及金額統計表

給付種類	核付人數（人）			核付金額（千元）			
	男	女	合計	男	女	合計	
保險給付	老年年金給付	622,063	805,608	1,427,671	27,223,920	38,214,975	65,438,895
	生育給付	0	13,597	13,597	0	53,339	53,339
	身心障礙年金給付	4,451	3,225	7,676	183,285	152,661	335,946
	喪葬給付	7,823	3,590	11,413	756,070	347,806	1,103,876
	遺屬年金給付	91,191	29,450	120,641	4,430,620	1,434,389	5,865,009
合計	725,528	855,470	1,580,998	32,593,895	40,203,170	72,797,065	
其他給付	老年基本保證年金	132,917	248,575	381,492	6,346,661	11,745,764	18,092,425
	身心障礙基本保證年金	9,486	8,862	18,348	583,083	545,851	1,128,934
	原住民給付	16,747	27,130	43,877	764,554	1,228,543	1,993,097
	合計	159,150	284,567	443,717	7,694,298	13,520,158	21,214,456
總計	884,678	1,140,037	2,024,715	40,288,193	53,723,328	94,011,521	

資料來源：勞保局

備註：一次性給付人數為年度累計值；年金給付人數為年底數。

七、國保基金財務狀況：截至112年底運用金額5,203億元。

## 第二節 國民年金制度變革與重要業務成果

一、核定勞保局辦理「為保障疫情無法歸國致出境滿2年戶籍遭遷出民眾國民年金權益之彈性措施」，提供109年1月1日至112年6月30日疫情期間出境滿2年遭戶籍遷出者，得申請接續納保繳費或從寬採計年金給付請領資格。

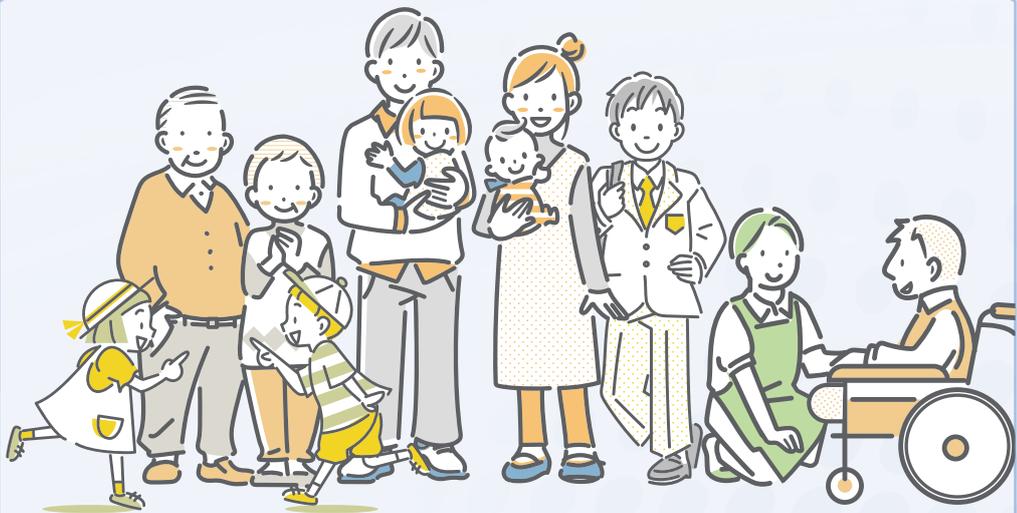
二、修正「國民年金法施行細則」第17條，被保險人因戶籍遷徙致月底已喪失本法第12條第1款至第3款資格者，當月應負擔保險費之主管機關，以當月遷徙前最後具上開資格之戶籍所在地直轄市、縣（市）主管機關為準。

三、112年4月14日訂定發布「衛生福利部因應疫後補助國民年金保險費辦法」，補助112年4月至112年12月計9個月國民年金自付保險費50%，截止113年6月30日止，補助168萬多人，56億餘元（最後繳款期限為114年10月31日）。



# 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
- 第五章 強化社會安全網



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

衛生福利部社會及家庭署（以下簡稱社家署）配合行政院「我國少子女化對策計畫（107年至113年）」，與相關部會共同建構友善育兒環境，包括：發放未滿2歲育兒津貼、推動公共化及準公共托育服務、完善兒少相關法制、建構社會安全網制度；辦理發展遲緩兒童早期療育服務。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 福利補助

- 一、提供0至未滿2歲育兒津貼：落實蔡前總統「0~6歲國家一起養」政見，自110年8月起，分兩階段提高發放金額至每名兒童每月至少5,000元、提前自第2名子女加發、取消不得與育嬰留職停薪津貼或弱勢補助同時領取之限制；112年更取消排富規定，讓所有未滿2歲兒童都受惠。112年度累計38萬2,028名兒童受益，補助162億2,091萬餘元。
- 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少、因懷孕或生育而遭遇困境之兒少及其子女、其他經縣（市）主管機關評估無力撫育及無扶養義務人或扶養義務人無力維持其生活之兒少，每人每月補助2,047元至2,479元。

截至112年底共9萬9,474名兒少受益，補助22億644萬餘元。

- 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，截至112年底計協助2,698名兒少，補助4,123萬餘元。
- 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，截至112年計8萬9,748人受益，補助7億1,338萬餘元。
- 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，截至112年底，共補助1,063萬3,774人次，減輕家長負擔18億7,864萬餘元。
- 六、提供弱勢兒少醫療補助：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，截至112年底共1萬4,536人受益，補助1億6,670萬餘元。

### 第二節 權益維護

- 一、依據《兒童權利公約》(Convention on the Rights of the Child, CRC) 施行法規定，本部已於111年11月完成第二次國際審查會議，國際審查委員共提出72點結論性意見，本部續於112年彙整並追蹤各部會結論性意見後續行動計畫。
- 二、建立跨專業溝通平臺：行政院與本部設置「兒童及少年福利與權益推動小組」，由機關代表、民間團體、專家學者與兒少代

表定期集會，納入實務工作者與兒少群體之意見，推動CRC、兒少福利政策及兒少安全落實。

三、維護非本國籍兒少之權益：督導各地方政府保障有特殊需求之非本國籍兒少就學、就養、就醫權益，112年地方政府協助個案累計總數544名，已結案456名，持續追蹤計88名。

四、推動兒少人權，提升兒少發展及社會參與

(一) 社家署補助地方政府與民間團體辦理CRC教育訓練、宣導、權利意識提升等方案及活動，112年約計53萬4,658人次受益，並培植各縣市兒少諮詢代表計414名，全面推動兒少參與地方政府、本部與行政院兒少福利與權益事務相關會議，落實兒少社會參與及表意權。

(二) 112年臺灣女孩日以「女孩參與公共事務」策展主軸，推出「超女力·正能量—2023臺灣女孩日線上主題影展」，結合宣導影片、專欄合作及線上座談會等系列活動，希望每個女孩在性別平等的環境，享有自由發展的機會。線上影展觀看次數計4,311次，宣導影片觀看次數達1.2萬次。



2023年10月11日臺灣女孩日線上座談會



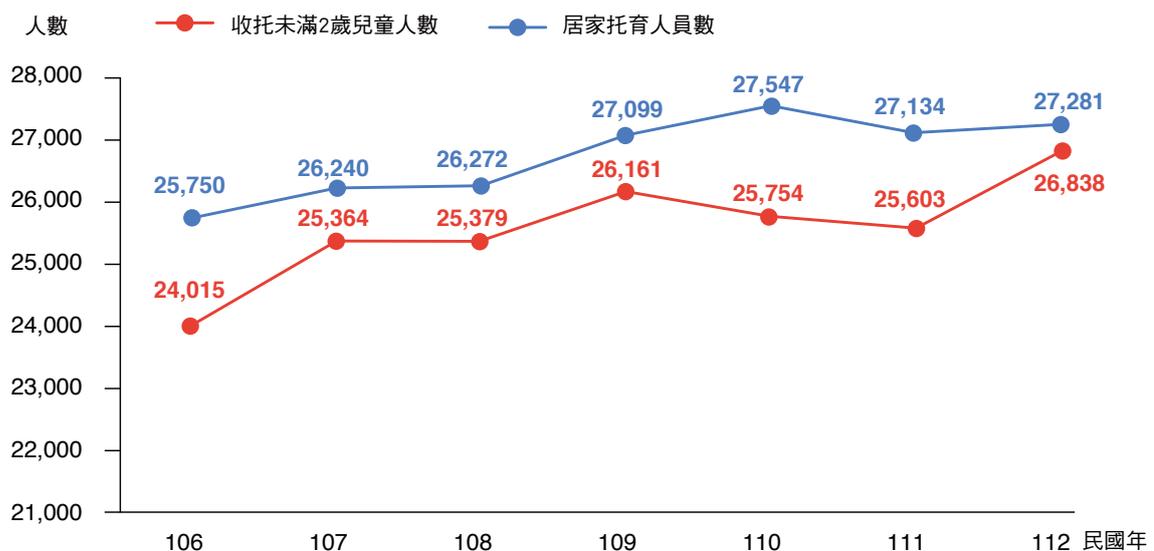
2023年2月11日第2屆中央兒少代表團寒假培力活動合影

### 第三節 托育服務

- 一、公共化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托嬰中心照顧之家庭，每月補助 8,500 元至 1 萬 2,500 元不等；送托公共化托育機構，每月補助 5,500 元至 9,500 元不等。第 2 名子女加發 1,000 元，第 3 名以上子女加發 2,000 元。112 年 12 月底補助 64 億 6,059 萬餘元（含 2~3 歲），每月平均 7 萬 6,158 兒童受益。
- 二、112 年 12 月底全國有 71 處居家托育服務中心，管理 2 萬 7,281 名托育人員，收托 2 萬 6,838 名未滿 2 歲兒童如圖 9-1；其中 2 萬 2,611 名與地方政府簽訂準公共合作契約，符合簽約資格簽約率 93.82%。

- 三、112 年 12 月底全國有 1,640 家托嬰中心，收托 4 萬 4,347 名幼兒如圖 9-2，含私立托嬰中心 1,200 家，收托 3 萬 351 人，其中 960 家與地方政府簽訂準公共合作契約，符合簽約資格簽約率達 97.07%；公設民營托嬰中心 440 家（含社區公共托育家園 150 家），收托 1 萬 3,996 人。
- 四、為增加公共化托育供給量能，本部爭取前瞻特別預算持續布建社區公共托育設施，112 年底核定 413 處完成設置 302 處。
- 五、辦理社區式家庭支持服務，112 年 12 月底設置 212 處親子館（托育資源中心），提供托育及幼兒照顧諮詢、親職講座等，服務逾 3,529 萬人次。

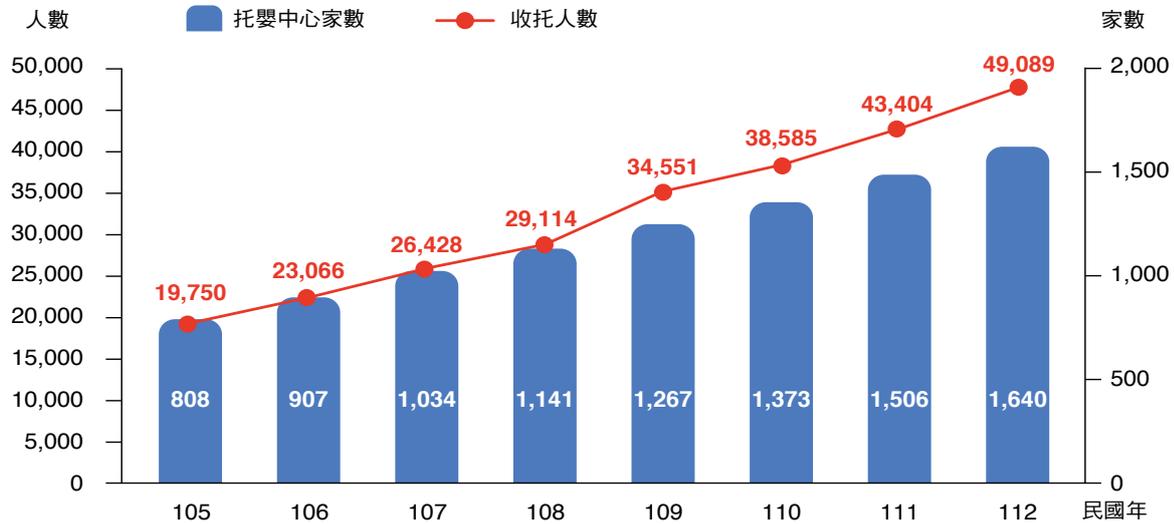
圖 9-1 歷年居家托育人員數與收托未滿 2 歲兒童人數



資料來源：衛福部社家署

備註：107 年 8 月 1 日實施托育公共化及準公共政策，親屬托育屬家內照顧一環並轉為領取育兒津貼，不納為托育人員，爰 107 年度統計人數下降。

圖 9-2 歷年全國托嬰中心家數及收托人數



資料來源：衛福部社家署

#### 第四節 安置服務

##### 一、加強推動機構安置服務

(一) 輔導與委託民間團體辦理機構安置業務，照顧依法應受安置之兒少，至 112 年底計有 113 所機構，核定床位數計有 4,095 床，較 111 年減少，係因我國兒少替代性照顧政策鼓勵機構朝向接近家庭及小規模照顧模式，爰機構逐步調降床位數所致，如表 9-1。

(二) 112 年度補助機構專業人員服務費、設施設備等，計 1 億 1,736 萬 7,209 元。

二、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，至 112 年底登記合格之寄養家庭計有 1,028 戶，另有 314 戶儲備寄養家庭，安置兒少 1,587 人，如表 9-2。

## 第二章 婦女福利與家庭支持

因應人口與家庭結構改變，我國家庭政策於 110 年 5 月 3 日行政院社會福利推動委員會第 29 次委員會議會前協商會議修正通過，增修為 6 大目標：(一) 強化家庭教育與性別平權，促進家庭正向關係；(二) 宣導家庭價值與多元包容，促進家庭凝聚融合；(三) 發展

表 9-1 近 5 年兒少安置教養機構設立情形

年度	108	109	110	111	112	
機構數	119	118	113	114	113	
核定床位數	4,878	4,873	4,493	4,464	4,095	
安置人數	男	1,398	1,336	1,230	1,179	1,098
	女	1,397	1,326	1,315	1,190	1,099

資料來源：衛福部社家署

表 9-2 近 5 年寄養家庭及寄養人數一覽表

年度	108	109	110	111	112	
家庭數(戶)	1,027	1,042	1,042	1,012	1,028	
兒少數(人)	男	762	782	846	816	812
	女	788	799	787	766	775

資料來源：衛福部社家署

全生命歷程支持體系，促進家庭功能發揮；(四) 建構經濟保障與友善職場，促進家庭與工作平衡；(五) 維護家庭適足住宅權益，提供家庭宜居環境；(六) 提升暴力防治與保護服務，營造家庭安全環境。

### 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，112 年度重要工作成果如下：

- 一、結合地方政府及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 6,617 萬餘元。
- 二、強化各縣市 47 處婦女福利服務中心功能，連結政府與民間資源，提供有關婦女成長、諮詢、個案管理、就業支持、婦女議題研討、展覽等服務，112 年計服務 41 萬 8,073 人次。

三、經營管理台灣國家婦女館，作為我國推展婦女福利、婦女權益及性別主流化的平台，促進國內外婦女組織及公私部門之聯繫互動。提供國內 48 個單位場地使用、接待 61 次國內及政府團體參訪，來館人次計 7,530 人次。自 97 年 3 月 8 日開館，迄 112 年底止計參訪逾 17 萬 4,668 人次。

四、為發展更具前瞻性之婦女福利服務，109 年辦理培力地方政府推動婦女服務創新方案，透過婦女需求趨勢研究報告書找出在地婦女議題及需求（健康與人身安全、經濟就業、照顧需求、生涯發展、退休安排），112 年出版《女性生活設計》專書，彙整 3 年所發展的女性需求、培育模組、服務設計心法及縣市服務成果，結合 16 個地方政府及民間團體產出 17 項創新服務方案。



112 年婦女創新方案新書發表暨設計高峰會大合照

## 第二節 脆弱家庭服務

- 一、提升社福中心服務量能，提供專業及可及性服務：配合強化社會安全網計畫核定補助全國1,376名社工人力（1,192名社工、184名督導），服務11萬2,881個家庭，並依家庭及其成員之需求提供相關服務。
- 二、透過公私協力，強化脆弱家庭服務量能：為滿足家庭多元需求，積極輔導地方政府結合民間團體以公私協力方式擴大推動家庭服務資源，112年度補助19個縣市培力57個民間團體辦理家庭支持服務資源布建方案；補助20個縣市結合24個民間團體辦理育兒指導服務方案，並補助19個縣市拓展728個社區支持服務據點，共補助2億5,774萬餘元。
- 三、賡續執行6歲以下弱勢兒童主動關懷方案：針對逕遷戶籍至戶政事務所、逾期未完成預防接種等8類6歲以下兒童，由戶政、社政、衛政等體系進行追蹤，發現符合兒童及少年福利與權益保障法第53或54條情形，即由地方政府社會局（處）提供關懷訪視，112年關懷1,687名兒童。

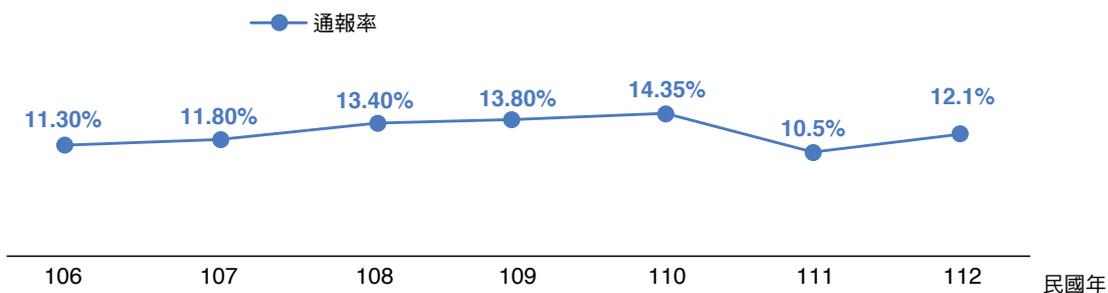
## 第三節 早療家庭服務

- 一、輔導各縣市設置35處通報轉介中心，至112年共通報3萬4,781名發展遲緩兒童，全國通報率12.1%如圖9-3。
- 二、至112年輔導各縣市設置56處個案管理中心，並辦理療育費用補助，截至112年協助發展遲緩兒童6萬9,388人次，補助5億6,625萬餘元如圖9-4。
- 三、112年度結合民間團體推動社區療育服務，保障發展遲緩兒童及其家庭療育權益，共設置119個社區療育據點，服務363個鄉鎮市區，涵蓋率達98.64%。

## 第四節 特殊需求家庭服務

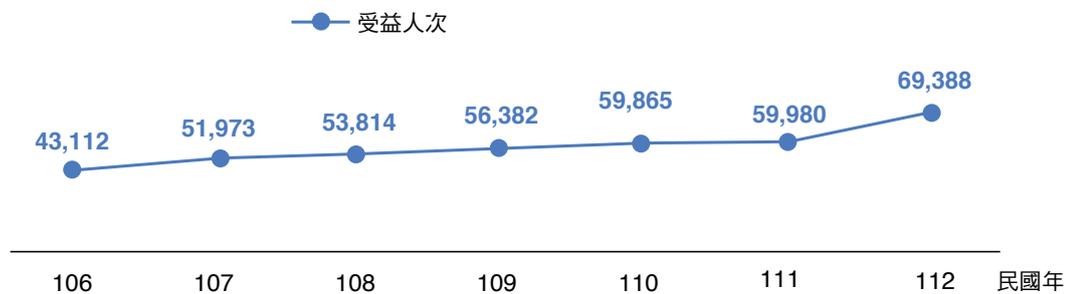
- 一、收出養媒合服務：自101年5月30日起，兒少收出養須委託經許可之收出養媒合服務機構辦理。截至112年底全國共8家機構（計12個服務處所），112年經機構出養兒童及少年計202人（國內出養102人、跨國境出養100人）。

圖 9-3 歷年全國發展遲緩兒童通報率



資料來源：衛福部社家署

圖 9-4 歷年早期療育費用補助受益人次



資料來源：衛福部社家署

- 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，112年計扶助1萬7,439戶家庭、12萬9,100人次，補助4億6,450萬餘元。
- 三、未滿20歲懷孕支持服務：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」，112年諮詢專線服務計1,431人次，求助網站瀏覽計26萬7,938人次，信件及線上諮詢437人次。各縣市辦理未滿20歲懷孕少女或父母個案管理服務，112年計服務1萬3,945人次。

### 第三章 老人福利

107年3月正式邁入高齡社會，截至112年12月底，全國老年人口數達429萬6,985人，占總人口18.35%。為因應我國人口結構高齡化，擘劃嶄新的高齡社會政策藍圖，行政院於110年9月27日修正核定高齡社會白皮書，揭示自主、自立、共融、永續四大願

景，又為具體落實高齡社會白皮書各項政策目標，並於111年11月10日核定「因應超高齡社會對策方案（112~115年）」，112年度總計投入268億餘元，推動345項重要工作，透過公、私協力、跨域合作，積極回應高齡者的多元需求。

#### 第一節 老人經濟安全

依中低收入老人之家庭經濟狀況，每人每月發給3,879元或7,759元生活津貼，112年度，計核發20萬8,407人（占老人人口比例4.85%），以保障經濟安全及維持基本生活。

#### 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，本部全額補助中低收入70歲以上老人之全民健康保險自付額費用，112年度計補助11萬2,196人。
- 二、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，112年度受益人數為5,785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，112年度受益5,406人次。
- 二、加強關懷照顧獨居老人，辦理24小時老人緊急救援服務，112年度已提供5萬1,695名獨居老人關懷服務、補助經濟弱勢獨居老人5,571名安裝緊急救援裝置；成立「失蹤老人協尋中心」，自90年開辦起至112年底，計2,618人通報協尋，其中1,653人經由該中心尋獲。112年截至12月底，計30人通報協尋，其中24人經由該中心協助尋獲。
- 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112年12月立案之老人福利機構計1,057家。另為減輕經濟弱勢之失能老人使用機構服務之經濟負擔，提升機構照顧公費安置老人之意願與量能，獎助地方政府有關中低收入失能老人機構公費安置費用，112年度核定數1萬746人。
- 四、為保障入住老人福利機構服務對象生命安全，提升機構公共安全水平，獎助免辦

財團法人登記之私立小型老人福利機構改善公共安全設施設備，112年度核定獎助467家，分別為電路設施汰換308家、寢室隔間與樓板密接235家、119火災通報裝置13家及自動撒水設備120家。

- 五、設置老人諮詢服務中心，提供0800-228585「老朋友專線」，111年平均每月通話量為755通，112年平均每月通話量為767通，112年微幅上升。

### 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，112年度計449案。
- 二、補助16個縣（市）政府購置18部多功能巡迴關懷專車，提供老人健康諮詢及休閒文康育樂等行動式巡迴服務，112年計辦理1,448場次，服務58萬3,636人次。
- 三、為慶祝重陽節，表達對全國長輩的關懷與敬意，於重陽節期間舉辦「訂製人生下半場-互動性生活展」，規劃個人、家庭、社區及社會四大主題展區，期盼社會大眾經由參觀展覽，提前規劃健康理想的老後幸福生活。



112年10月19日至23日辦理「訂製人生下半場-互動性生活展」重陽節慶祝活動

四、鼓勵各地方政府積極結合村里辦公處、社會團體設置4,830個社區照顧關懷據點如圖9-5，提供關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進活動；其中3,060處配合長照政策，設置巷弄長照站(C)。另為表揚致力於社區照顧關懷據點貢獻卓著的標竿團體、個人，辦理112年社區金點獎選拔活動，表揚金點之星（團體獎）15名、社區據點金點英雄5名。

## 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112年底，全國身心障礙者人數計121萬4千多人，占總人口數5.19%。

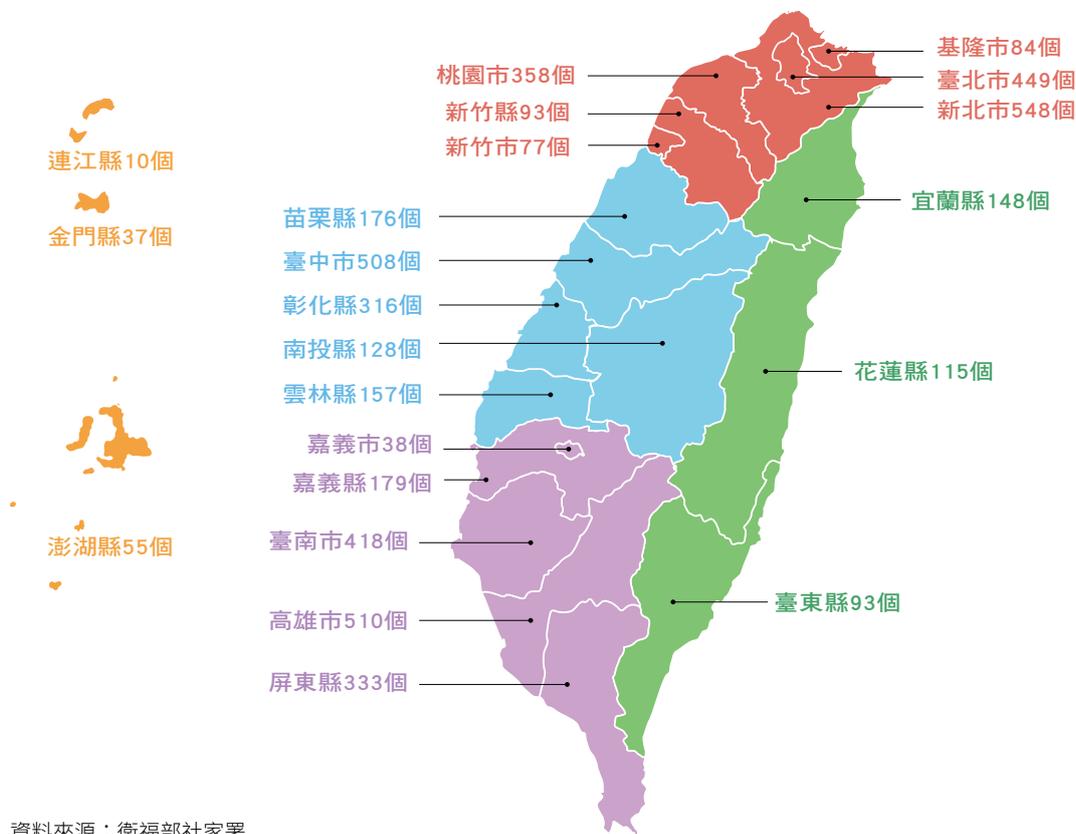
### 第一節 身心障礙者權益保障

一、依據《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）施行法規定，我國已提出第二次CRPD國家報告，並於111年8月辦理國際審查，邀請國際人權專家與國內身心障礙者及其代表組織、政府部門等進行對話，共提出118點結論性意見。政府並於112年提出結論性意見行動回應表，將有步驟、有策略地逐步實施，使我國身心障礙各項工作朝人權方向持續推展。



112年11月14日辦理社區金點獎頒獎典禮

圖 9-5 全國社區照顧關懷據點分布圖



資料來源：衛福部社家署

二、身心障礙者鑑定及需求評估，係以身體結構、功能、活動及社會參與等面向鑑定，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。截至112年底受理申請身心障礙證明40萬餘件，核發36萬餘件，辦理需求評估36萬餘件，分流並轉介相關資源。

## 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4,049元、5,437元及9,485元，平均每月34萬多人受益，截至112年底補助218億7千萬餘元。

二、補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費，截至112年底平均每月計4萬7千多人受益，補助90億5千萬餘元。

## 第三節 身心障礙者及其家庭之照顧與支持服務

一、推動身心障礙者個人照顧服務及家庭支持服務：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、社區居住等服務；另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、照顧者訓練及研習等家庭支持服務。截至112年底計2,137萬多次受益，執行66億2,967萬餘元。

## 二、促進機構照顧的小型化與社區化發展：

112 年底全國身心障礙福利機構計 266 所，可服務 2 萬 1 千多人，實際服務 1 萬 7 千多人。為輔導機構朝向小型化、社區化發展，自 110 年起補助地方政府結合轄內全日型身心障礙福利機構辦理，評估針對機構內有意願之身心障礙者，協助嘗試使用社區居住等社區式服務，以使其回歸於社區生活。另委託辦理落實身心障礙者權利公約第 19 條之相關計畫，邀集身心障礙福利機構專業人員就如何於機構服務內更加落實 CRPD 第 19 條精神進行討論，以促進機構工作人員對 CRPD 第 19 條認識。

## 三、身心障礙者輔具資源整合：

- (一) 112 年度全國設置 40 家輔具中心，提供民眾輔具評估、專業諮詢、宣導、維修等服務。
- (二) 補助身心障礙者購置輔具費用，截至 112 年底共計 5 萬 7 千多人次受益，補助 5 億 9 千萬餘元。

(三) 補助行動不便之身心障礙者及老人上下樓梯，至 112 年底已有 12 縣市輔具中心提供爬梯機租借服務，總計服務 3 萬 1 千多人次。

(四) 提供身心障礙者復健所需醫療費用及醫療輔具補助，112 年底計補助 1 萬多人次，共計 7,439 萬餘元。

## 第四節 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，112 年度計 232 案，833 萬餘元。

二、112 年 12 月 2 日辦理國際身心障礙者日活動—「第 27 屆身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮，透過得獎者分享生命事蹟，讓社會大眾更加理解身心障礙者之日常生活。

三、補助導盲犬訓練及宣導，112 年底合格導盲犬 26 隻，訓練中導盲幼犬 142 隻。



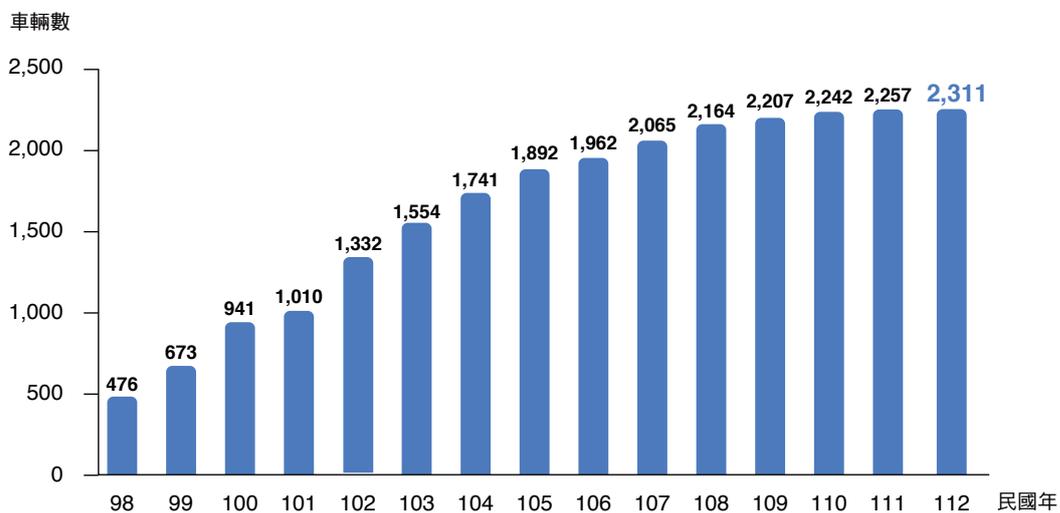
112 年 12 月 2 日辦理「第 27 屆身心障礙楷模金鷹獎」表揚典禮

四、辦理身心障礙者專用停車位識別證，截至 112 年底設置專用停車位 3 萬 3 千多個，發放專用車牌、專用停車位識別證 39 萬 8 千多張。

五、截至 112 年底全國復康巴士計 2,311 輛，如圖 9-6；並提供 384 萬餘人次服務。

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 112 年底手語翻譯員計 380 人，及同步聽打員計 267 人。

圖 9-6 98 至 112 年底全國復康巴士車輛數



資料來源：衛福部社家署

## 第五章 強化社會安全網

為因應複雜多元的社會議題，行政院於 107 年 2 月 26 日核定「強化社會安全網計畫」（107 年～109 年），投入近 70 億元，擴充地方社工人力、普設社福中心、發展預警系統，整合網絡與結合民間力量，建構以「家庭為中心，社區為基礎」的服務體系；賡續於 110 年 7 月 29 日核定第二期計畫（110 年～114 年），投入 407 億餘元，以四大策略、五大工作重點深化社會安全網。

### 第一節 第二期計畫強化體系與策略

- 一、規劃「擴增家庭服務資源，提供可近性服務」、「優化保護服務輸送，提升風險控管」、「強化精神疾病及自殺防治服務，精進前端預防及危機處理機制」、「強化部會網絡資源布建，拓展公私協力服務」四大策略。
- 二、推動「補強社區精神衛生體系」、「加強司法精神醫療服務」、「強化跨體系跨專業與公私協力服務」、「持續拓展社福中心資源與保護服務」、「強化人力進用及

專業久任」五大重點，積極布建71處社區心理衛生中心、49處精障者協作模式據點、司法精神病房4處、社福中心156處、兒保醫療整合中心11處等資源，以建構更堅韌的家庭與社區永續支持體系。

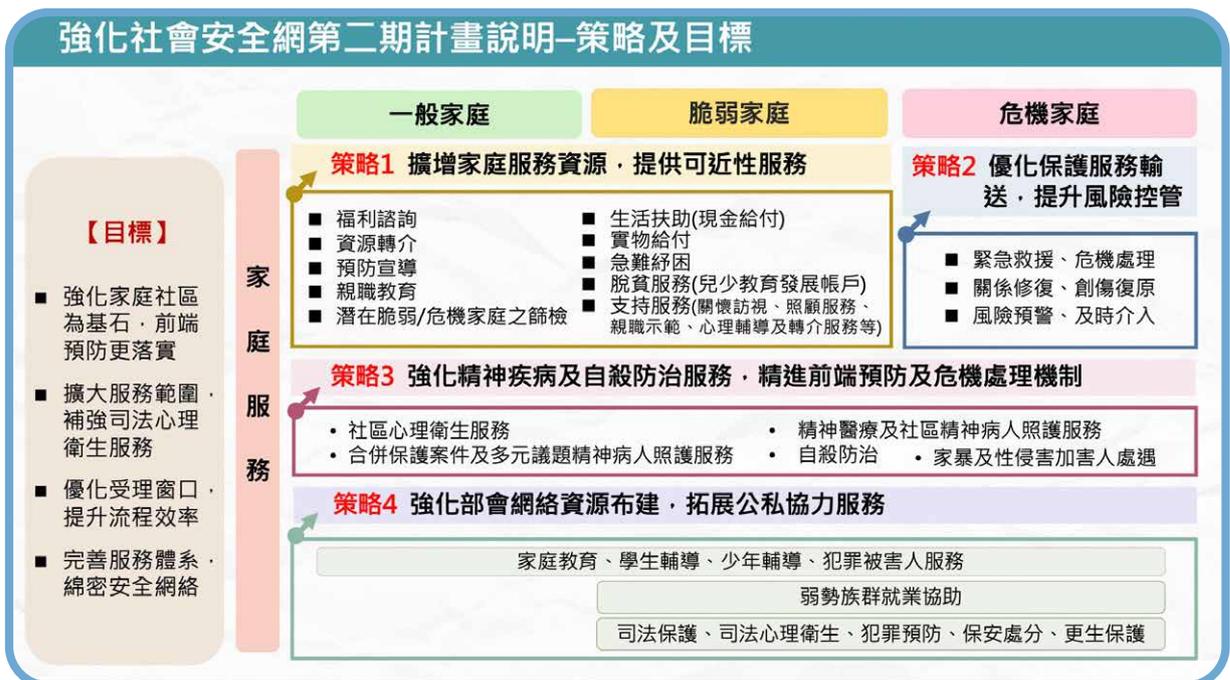
## 第二節 執行方式

一、分級平臺會議，分別有行政院中央跨部會平臺會議、衛生福利部政策溝通平臺會議，及地方府級跨局處會議等，協調解決政策面與執行面問題。

二、112年行政院林前政務委員萬億率部會主持4場社會安全網策略網絡地方政府局（處）首長共識營，聆聽意見暨解決問題。

三、112年召開社會安全網策略網絡高階主管共識營會議，以凝聚及建立共識，落實社安網計畫，綿密安全網絡。

截至112年底已布建156處社福中心、11處兒保醫療整合中心、48處社區心理衛生中心與36處精神障礙者協作據點，聘用5,452名專業人力，進用率達87.9%。



資料來源：行政院



# 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，一向秉持「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4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；112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

表 10-1 各直轄市及各縣市 108 年至 113 年最低生活費

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
108	12,388	16,580	13,099	14,666	13,813	12,388	14,578	11,135	
109	12,388	17,005	13,099	15,500	14,596	12,388	15,281	11,648	
110	13,288	17,668	13,341	15,600	14,596	13,304	15,281	12,102	
111	14,230	18,682	14,419	15,800	15,472	14,230	15,281	12,792	
112	14,230	19,013	14,419	16,000	15,472	14,230	15,977	13,103	
113	14,230	19,649	14,419	16,400	15,518	14,230	15,977	13,653	

資料來源：衛福部社工司

表 10-2 112 年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目

補助項目	補助人次	補助金額（新臺幣元）
家庭生活補助（含兒童生活補助）	83 萬 3,386 人次	54 億 584 萬 5,635 元
就學生活補助	41 萬 8,714 人次	26 億 6,205 萬 1,287 元
以工代賑（含中低收入戶）	2 萬 9,170 人次	6 億 138 萬 8,447 元
節日慰問	25 萬 3,400 人次	1 億 6,739 萬 6,061 元

資料來源：衛福部社工司

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。

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》，112 年補助地方政府及民間社會福利團體辦理 41 項促進就業及自立脫貧等方案，共計補助 3,542 萬 4,071 元。

近來國內消費者物價指數年增率增加，物價上漲對經濟弱勢家庭生活產生不利影響，為加強低收入戶及中低收入戶經濟安全，於 112 年 1 月至 12 月加發生活補助，低收入戶每人每月發給 750 元，中低收入戶每人每月發給 500 元，計加發生活補助共 619 萬 5,928 人次，金額共 43 億 2,312 萬 1,250 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、健保費補助：112 年健保費之補助，計補助 325 萬 8,360 人次，63 億 3,278 萬 3,000 元。
- 二、部分負擔費用補助：《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。」112 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 611 萬 3,497 人次，16 億 8,339 萬 8,000 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，112 年 12 月底補助 7,506 人次，計補助 2 億 4,394 萬餘元。

另低收入戶住院期間之膳食費全免，由各級政府分擔補助，111 年本部及各地方政府計補助 218 萬 5,891 人次，3 億 127 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；另本部 110 年 12 月 8 日函修正「強化社會安全網－急難紓困實施方案」執行核定單位除原直轄市、縣（市）政府及公所外，增列社會福利服務中心、家庭暴力暨性侵害防治中心及社區心理衛生中心，持續推展社工專業評估及個案管理機制，強化脆弱家庭或危機家庭之通報；112 年 11 月 28 日函修正該方案，增列少年輔導委員會及學生輔導諮商中心為通報單位，成果如表 10-3。

表 10-3 111～112 年急難救助統計

類別	年度別	111 年		112 年	
		受益人數 (人)	救助金額 (新臺幣元)	受益人數 (人)	救助金額 (新臺幣元)
直轄市、縣（市）急難救助		2 萬 9,065	2 億 159 萬 8,565 元	2 萬 8,505	2 億 256 萬 3,402 元
衛生福利部	急難救助	46	81 萬元	57	82 萬元
	急難紓困實施方案	6,332	8,675 萬 2,567 元	6,492	9,234 萬 6,246 元

資料來源：衛福部社工司

#### 第四節 災害救助

近年極端氣候頻繁致災，各項防災工作備受重視。本部主責「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，俾於災時有效因應。

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；112年由各縣市規劃之災民收容所設置處所總計5,835處，可收容236萬8,487人；112年計有0724杜蘇芮颱風、0802卡努颱風、0829蘇拉颱風、0901海葵颱風及1003小犬颱風，共計開設286處，收容5,216人次。

另因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情相關措施及辦理成果為發給接受居家隔離、檢疫者及其照顧家屬之防疫補償，依嚴重特殊傳染性肺炎隔離及檢疫期間防疫補償辦法規定，受隔離或檢疫者及照顧者，未違反隔離或檢疫相關規定、未違反中央流行疫情指揮中心所實施防疫之措施、未支領薪資及未領有依其他法令規定性質相同之補助者，得請領防疫補償。截至112年底，本部核給防疫補償197萬3,065件，金額共110億2,423萬3,000元。

#### 第五節 遊民輔導

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

我國112年底各縣市列冊輔導遊民人數總計2,934人，逾7成集中於臺北市等6個直轄市，遊民人數50人（含）以下有6個縣市，

其中包含金門縣、連江縣及澎湖縣轄內無列冊遊民，顯見各縣（市）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、遊民安置輔導及需求，訂定相關遊民安置輔導自治條例。

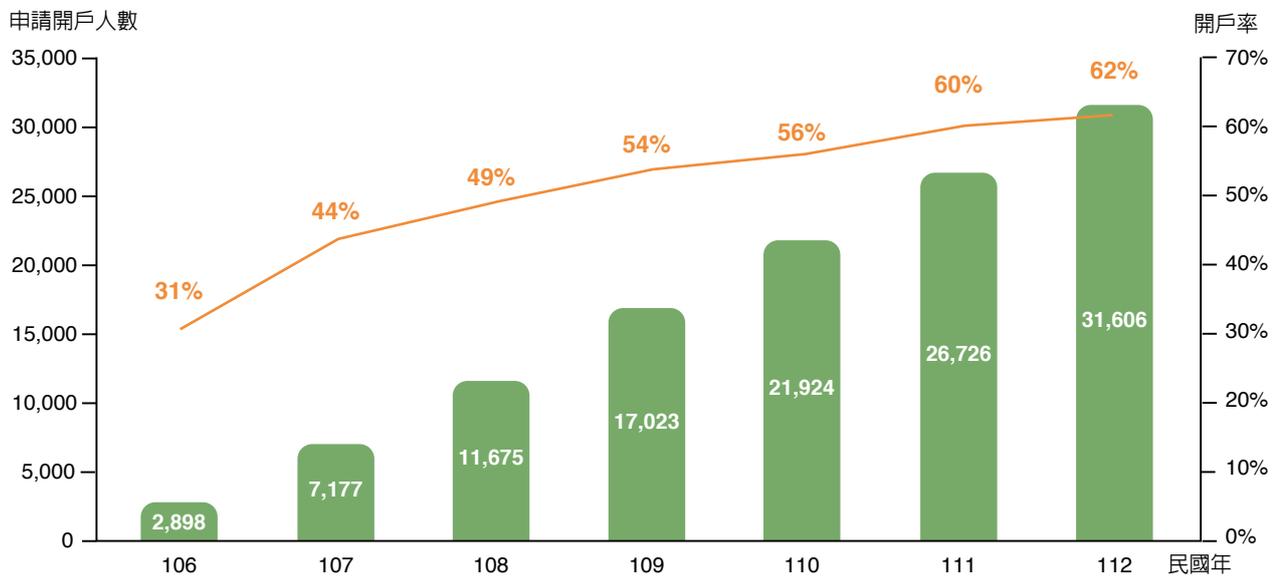
112年全國遊民服務計69萬8,381次，包含關懷服務66萬8,187人次、協助返家290人次、申請及提供福利服務3,337人次、轉介就業服務或職業訓練9,403人次、輔導租屋378人次、安置（轉介機構或收容單位）服務2,452人次、醫療服務1萬4,111人次。

#### 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112年底申請開戶人數計3萬1,606人，申請率為63%，如圖10-1，其中低收入戶兒少計1萬1,205人（占35.45%），中低收入戶兒少1萬9,358人（占61.25%），長期安置兒少1,043人（占3.3%）。每月自存金額為500元為7,788人（占24.64%），1,000元為5,174人（占16.37%），1,250元為1萬8,644人（占58.99%），帳戶儲金累計20億2,675萬6,111元。

圖 10-1 兒少教育發展帳戶歷年申請開戶人數及開戶率



針對連續6個月以上未繳存開戶人，社工人員將提供關懷訪視、心理支持、追蹤輔導、諮詢服務及行政協助等服務，以瞭解開戶家庭的情形，並提升帳戶存款率。112年社工人員針對連續6個月以上未繳存開戶人，共訪視3,149人。

## 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

截至112年底，全國通過社會工作師考試已有1萬6,962人，領證數1萬6,371張。另至112年底，登記執業社工師計9,817名，就年齡分析未滿25歲4.65%、25歲至29歲占17.00%、30歲至34歲18.29%、35歲至39歲18.74%、40歲以上41.32%；全國登記有案之社會工作師事務所開業人數43人及42所；全國公私部門社福領域社會工作專職人員計1萬9,695人（其中原住民1,170人，占5.94%），社工人員服務於公部門人數8,458人（占42.94%），服務於私部門人數1萬1,237人（占57.06%）。

#### 一、培育人才部分

- （一）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年資審查，截至112年底召開86次委員會議，共計複審1萬4,625件社工年資申請案。

圖 10-2 101~112 年公私部門社福領域社會工作專職人員數



(二) 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 112 年底，計錄取專科社工師 802 位，含醫務類科 313 位（占 39%）、心理衛生類科 213 位（占 26.6%）、兒童、少年、婦女及家庭類科 201 位（占 25.1%）、老人類科 38 位（占 4.7%）、身心障礙類科 37 位（占 4.6%）。

(三) 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，112 年辦理社工師繼續教育積分審查 4,194 件。

## 二、權益保障方面

(一) 為鼓勵社工人員專職久任，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薪資待遇，本部逐年檢討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人員由 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。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「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。說明如下：

1. 公部門社工人員薪資調整案：將原計畫性補助之風險工作費調整為人事費，可經常性編列及支領。正式編制社工人員調整適用公務人員專業加給表（二），調整金額 1,810 元至 3,000 元；約聘僱社工人員調整薪點折合率為每點 130 元，約聘僱保護性社工人員

調整薪點折合率為每點 133.6 元，調整金額 1,569 元至 3,000 元。111 年配合軍公教人員調薪 4%，約聘僱社工人員薪點折合率調整為每點 135 元，保護性社工調整為每點 138.6 元。政府部門各單位之正式編制社工人員，及各項計畫之約聘社工人員皆受益。113 年配合軍公教調薪，再調整為每點 140.3 元，保護性社工調整為每點 143.9 元。

2. 補助民間單位社會工作人員薪資制度計畫：原定額補助之專業服務費，調整為社工起薪補助每月 3 萬 4,916 元、社工督導起薪補助每月 4 萬 901 元，及依年資、學歷、執照、執行風險業務等級等階梯式之專業服務費補助制度（最多可晉 7 階），以利專業久任；增加補助民間單位雇主負擔之勞健保費及提撥勞退準備金費用為每人每月補助 5,000 元，以減輕民間單位財務負擔。113 年起再調整補助民間單位社工起薪 8.16%，調整社工起薪補助每月 3 萬 7,765 元、社工督導起薪補助每月 4 萬 4,239 元，並建立制度化調薪機制，依照軍公教員工待遇調整幅度調薪，雇主應負擔勞

健保及提撥勞退準備金補助費用調升至每人每月 6,000 元，促進公私協力，落實薪資全額給付。

本部與直轄市及縣（市）政府均有委託與補助民間單位社會工作人員，本部亦帶動司法院少年及家事廳、內政部移民署及原住民族委員會等相關部會，修正其所主管補助計畫之專業服務費等相關規定，是以總社工受益人數超過 1 萬人。

- (三) 為維護社工人員勞動權益，於 107 年 3 月 31 日建置「社福人員勞動申訴及溝通平臺」，並於 107 年 8 月 24 日函頒勞動爭議申訴作業流程，112 年 6 月 30 日函頒修正社福人員勞動申訴案件办理流程；112 年 12 月 27 日邀集地方政府、勞動部等相關部會及各社會工作人員職業工會，召開 112 年度社福人員勞動權益保障檢討策進會議。社福人員勞動申訴及溝通平臺自 107 年建置起至 112 年底，累計共受理 103 案，其中 97 案已結案、6 案查察中。已結案案件查察結果如表 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办理流程，精進案件查察成效。

表 10-4 社福人員勞動申訴平臺案件統計表

資料時間：107 年 3 月 31 日至 112 年 12 月 31 日

申訴事由	案件數 (A)	違法件數 (B)	查有違法占申訴案百分比 (B/A)
薪資未全額給付	53	24	45%
工時爭議	18	9	50%
其他勞動爭議	26	3	12%
已結案案件總計	97	36	37%

## 第二節 社工人力配置及進用

為統籌運用全國社工人力，以達人力資源效益極大化，107 年行政院將「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」納入「強化社會安全網計畫」廣續執行，並於 110 年 7 月 29 日核定強化社會安全網第二期計畫，預計至 114 年聘用 9,908 名社工及其他專業人力。

本部於 112 年核定補助各地方政府相關經費，需求人力 6,199 人，截至 112 年底已進用 5,452 人，整體進用率 87.9%。

## 第三節 社工執業安全

為強化社工人員執業安全，社會工作師法參酌醫療法規定，增列第 19-1 條，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法妨礙社會工作師執行業務，並增訂相關刑責。另明定社會工作師所屬機關（構）、團體、事務所，應保障其執業安全，並提供必要之安全防護措施；受危害涉及訴訟時，應提必要之法律協助，保障其安全，並於 112 年 6 月 9 日發布實施。

本部另運用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、壓力管理、心理健康、遭受侵害之支持等措施、執業安全保險費等，112 年核定補助 44 案計 945 萬 6,000 元。又前於 108 年 7 月 1 日開辦社工人員團體保險，並補助民間團體社工保費，112 年計協助 5,352 名社工人員加保。

## 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。本部社區發展工作重點，在於培力社區人才，主動發掘社區的共同需要，結合各種資源，提供在地的關懷及服務。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；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，有單一窗口可諮詢社會福利，建構社會安全網絡機制與提供便捷的通報、轉介管道，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

結合民間力量推展福利社區化、培力社區人才、選拔績優社區，凝聚居民社區意識，提升其生活品質，另爭取前瞻基礎建設經費，回應高齡社會之多元照顧需求。112 年辦理成效如下：

- 一、全國計有社區發展協會 7,025 個、社區活動中心 3,203 所。
- 二、辦理 112 年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 17 案，計 1,600 萬元。
- 三、辦理「全國社區發展業務聯繫會報暨福利社區化觀摩會」及「全國社區培力中心聯繫會報」，總計 1,180 人參加。

四、辦理 112 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 44 個社區參加選拔，評選計 3 個社區獲銀質卓越獎、3 個社區獲銅質卓越獎，7 個社區獲卓越獎、11 個社區獲優等獎、12 個社區獲甲等獎、3 個社區獲服務與創新獎。

五、透過前瞻基礎建設一整建長照衛福據點計畫，補助 272 處社區活動中心整建工程，佈建長照服務據點，以擴充社區服務能量，計核定補助 13 億 7,071 萬 6,000 元。

## 第二節 志願服務

為促進志願服務發展，自 90 年公布《志願服務法》，112 年全國志工團隊計 2 萬 1,441 隊，志工人數 111 萬 4,604 人（占總人口 4.8%），如圖 10-3，其中男性志工 33 萬人（29.6%）、女性志工 78 萬 4,604 人（70.4%）。服務領域方面，以衛福類志工 484 萬 878 人

最多（43.5%），教育類 31 萬 2,025 人次之（28%），環保類 21 萬 1,452 人再次之（19%），全國志工保險人數計 101 萬 9,899 人，投保率約 91.5%。112 年計發放 5 萬 681 張志願服務榮譽卡，憑榮譽卡得享有免費進入公立風景區或優惠措施等 899 處場所；112 年本部表揚 8,452 名長期投入志願服務的志工。

志工年齡分層以 65 歲以上 36 萬 8,072 人最多（占 33%）；55~64 歲志工 26 萬 4,347 人次之，如圖 10-4。112 年服務人次達 5 億 916 萬 6,368 人次，服務時數達 1 億 113 萬 3,264 小時。

近 5 年來高齡志工人數變化（包括高齡志工占全部志工比率）如圖 10-5，另高齡志工占我國高齡人口比率如圖 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。

圖 10-3 102~112 年全國志工人數

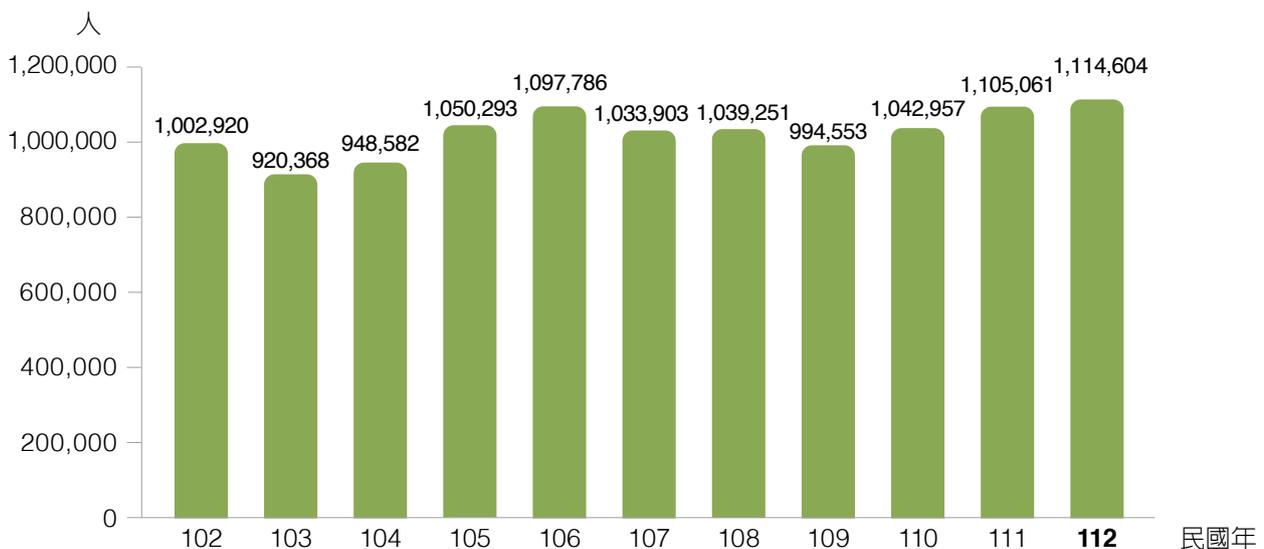


圖 10-4 112 年志工年齡分層

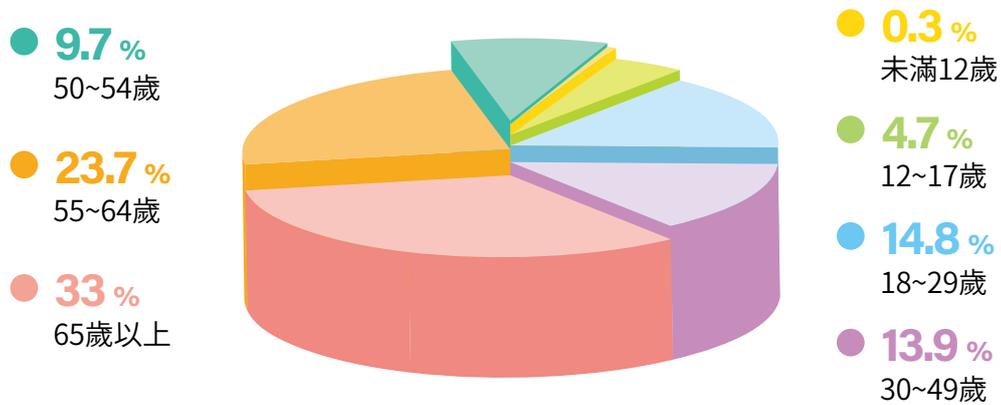


圖 10-5 近 5 年 65 歲以上志工人數及占全國志工比率

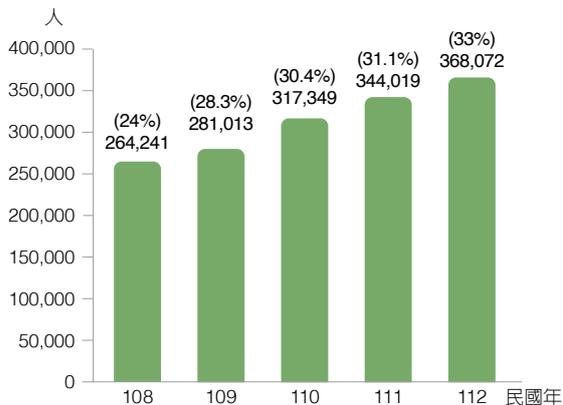
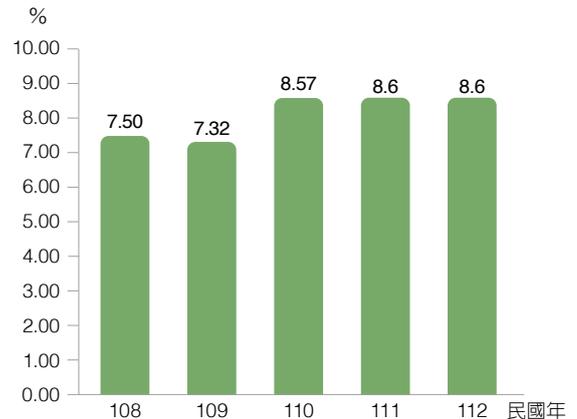


圖 10-6 近 5 年 65 歲以上人口中擔任志工比率



### 第三節 公益勸募

為管理勸募行為，妥善運用社會資源，自 95 年公布《公益勸募條例》，規範為社會福利事業、教育文化事業、社會慈善事業、援外及國際人道救援及其他經主管機關認定之事業發起之勸募活動。截至 112 年底本部許可勸募計核定許可 659 個團體 740 件，計募得 71 億 8,949 萬 5,422 元，較 111 年案件數增加 88 件

(11.3%)，實募金額增加 10 億 108 萬 8,781 元 (16.1%)。(統計詳如表 10-5)。

為提升勸募團體財務責信及運作效能，本部每年委託會計師事務所稽查本部核准勸募團體辦理勸募活動之募得財物數額、使用及流向情形。近 3 年查核件數：109 年 162 件、110 年 162 件、111 年 150 件。

為增進勸募團體人員專業知能，112 年辦理 1 場研習，計 79 人參加。

表 10-5 110 年至 112 年許可勸募統計

年度	件數	團體數	預募金額	實募金額
110	630	550	225 億 7,727 萬 9,882 元	86 億 9,452 萬 4,735 元
111	652	576	231 億 8,374 萬 9,611 元	61 億 8,840 萬 6,671 元
112	740	659	223 億 4,937 萬 7,915 元	71 億 8,949 萬 5,422 元

資料來源：衛福部社工司

#### 第四節 1957 福利諮詢專線

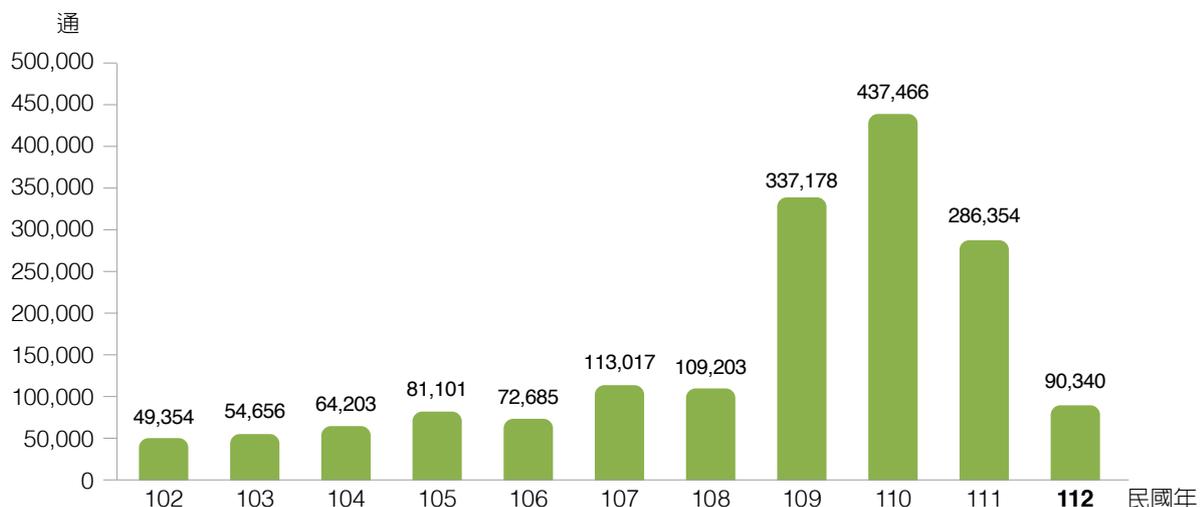
1957 福利諮詢專線於 95 年 11 月 17 日正式啟動，自 99 年 9 月 1 日起陸續委託財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會，使生活遭遇困難之家庭或個人，透過 1957 福利諮詢專線提供民眾免付費、全年無休之社會福利諮詢與通報轉介服務。112 年聘請 35 位專業社工，於每日上午 8 時至晚上 10 時提供服務，如需通報轉介個案，即通報各地方政府派員訪視或提供相關服務。

以 102 年至 112 年的來電數統計分析，如圖 10-7，109 及 110 年因疫情緣故，1957 專線協助回復防疫補償及因疫情擴大急難紓困相關諮詢，服務人數大增。

以 107 年至 112 年 1957 福利諮詢專線來電諮詢案件類型分析如圖 10-8，顯見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，因疫情趨緩之緣故，112 年社會救助來電諮詢計 9 萬 340 通，有持續下降趨勢。

以每日服務之時間軸分析，如圖 10-9，早上 9 至 12 時及下午 2 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較少。

圖 10-7 102~112 年 1957 福利諮詢專線來電諮詢統計

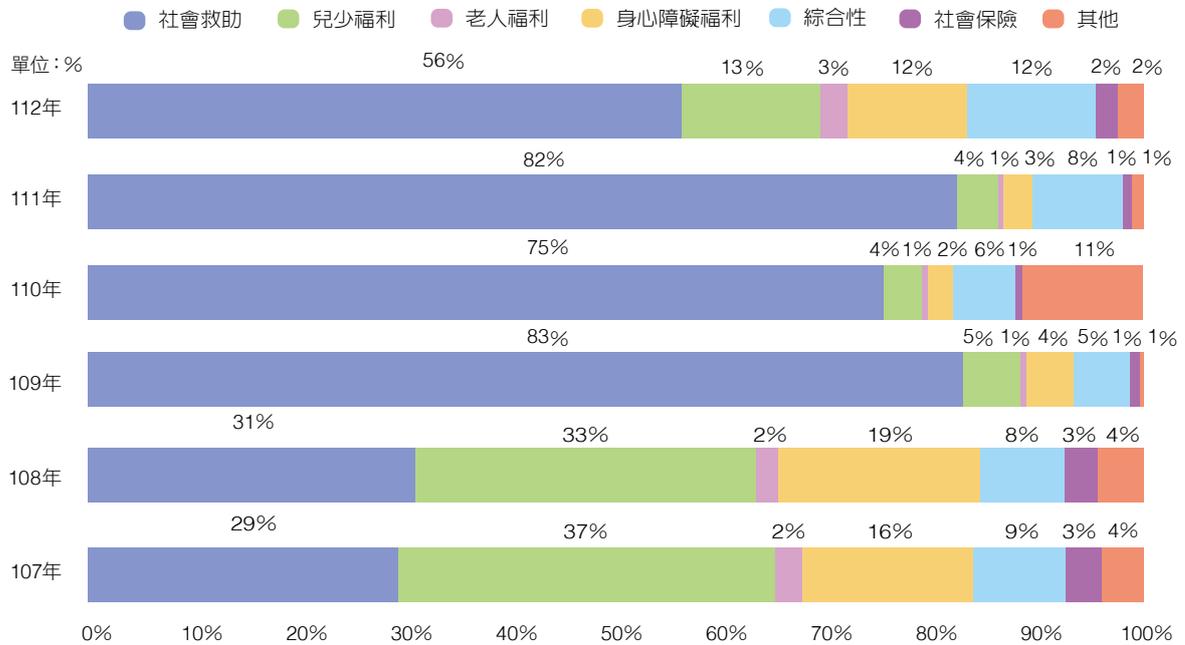


資料來源：衛福部社工司



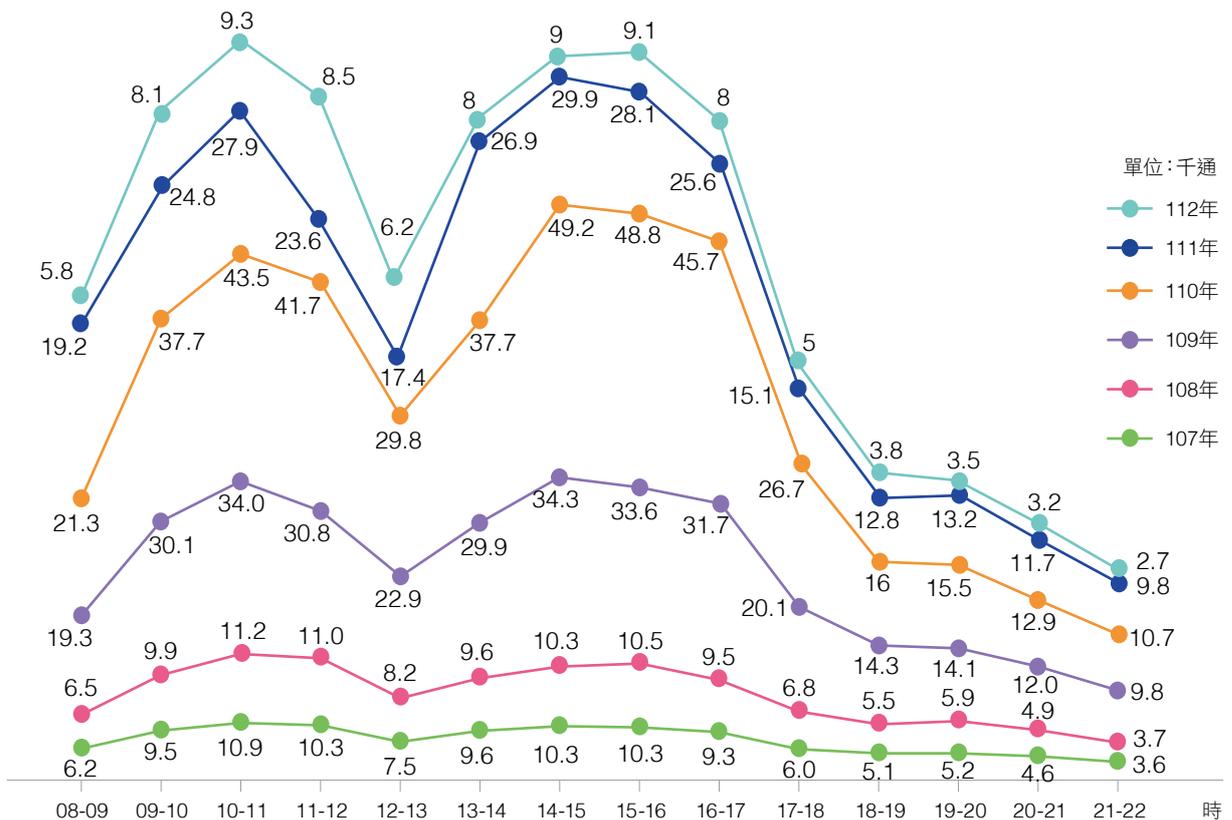
此篇閱覽後，掃描 QR Code，進入線上【填問卷 送限量好禮】頁面。

圖 10-8 107~112 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

圖 10-9 107~112 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

# 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 兒童及少年性剝削防制與性影像處理工作

第五章 兒童及少年保護、老人、身心障礙者保護



## 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、性騷擾及性私密影像等，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與保護服務，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：112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，提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議，另召開2次兒童及少年性剝削防制諮詢會議，除請各部會加強宣導教育，並就兒少性剝削被害人就學輔導機制、性影像移除相關程序與簡化兒少性影像案件傳喚訊問等進行研議，精進性剝削防制工作。

二、舉辦紫絲帶獎頒獎典禮：紫絲帶獎是保護服務工作最高榮譽獎項，112年各界推薦計61位跨領域專業人員角逐，經過初選、實地訪談、決選，最終由16位於成人保護、兒少保護、性侵害及性騷擾等保護領域之社政、衛生醫療、警政、檢察及教育等專業人員獲得殊榮。

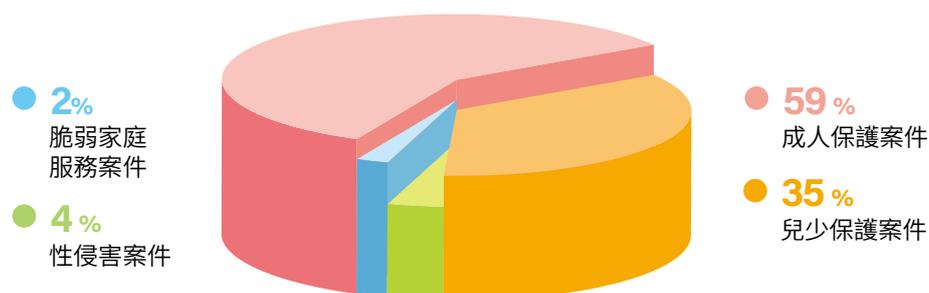
### 第二節 通報制度與資訊平台

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，提供防治網絡相關人員運用。

二、設置113保護專線：

(一) 112年接聽有效諮詢案件為7萬9,865件，其中通報保護事件為1萬8,161件（佔有效諮詢案件之22%），以成人保護案件1萬738件最多（佔59%）、其次依序為兒少保護案件6,358件（佔35%）、性侵害案件669件（佔4%）及脆弱家庭服務案件396件（佔2%），如圖11-1。

圖 11-1 112 年 113 保護專線通報案件比例



資料來源：衛福部

(二) 112 年各類性騷擾諮詢案件共 2,023 件 (佔有效諮詢案件之 2.5%)，以公共場所性騷擾案件 1,103 件 (適用性騷擾防治法) 佔 55% 最多，職場性騷擾案件 713 件 (適用性別工作平等法) 佔 35% 居次，校園性騷擾案件 207 件 (適用性別平等教育法) 則佔 10%，如圖 11-2。

### 第三節 性別暴力防治意識推廣

一、推動家庭暴力社區初級預防推廣計畫：以經費補助社區團體辦理在地化性別暴力防治宣導教育活動，112 年共補助 22 縣市政府，計 663 個社區組織或民間團體參與。

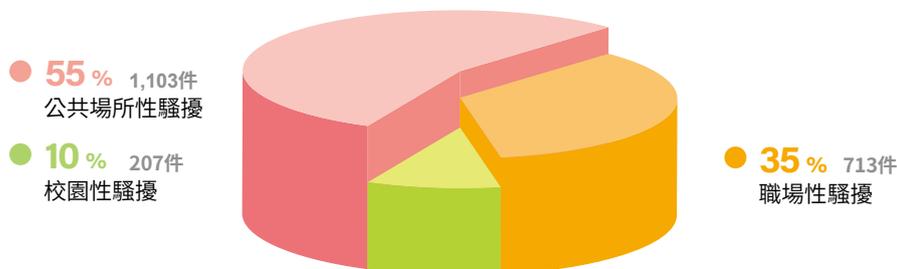
二、培訓社區防暴宣講師：培植社區在地宣講人員，深入各基層鄰里進行性別暴力防治預防教育推廣，迄今本部共計培力 211 位社區防暴宣講師取得證書，112 年宣講場次逾 3,400 場，宣導受益人次逾 27 萬人次。

### 第四節 保護性社工專業久任制度

一、充實地方政府社工人力配置及進用計畫：112 年補助 688 名兒少保護及家庭暴力與性侵害防治社工，金額計 3 億 8,781 萬餘元。

二、保護性社工訓練實施計畫：自行並督請地方政府依保護性社工需求辦理相關教育訓練，提升專業服務品質。本部 112 年計辦理 90 場次、5,941 人次參加。

圖 11-2 112 年 113 保護專線各類性騷擾諮詢案件比例



資料來源：衛福部

## 第二章 家庭暴力防治

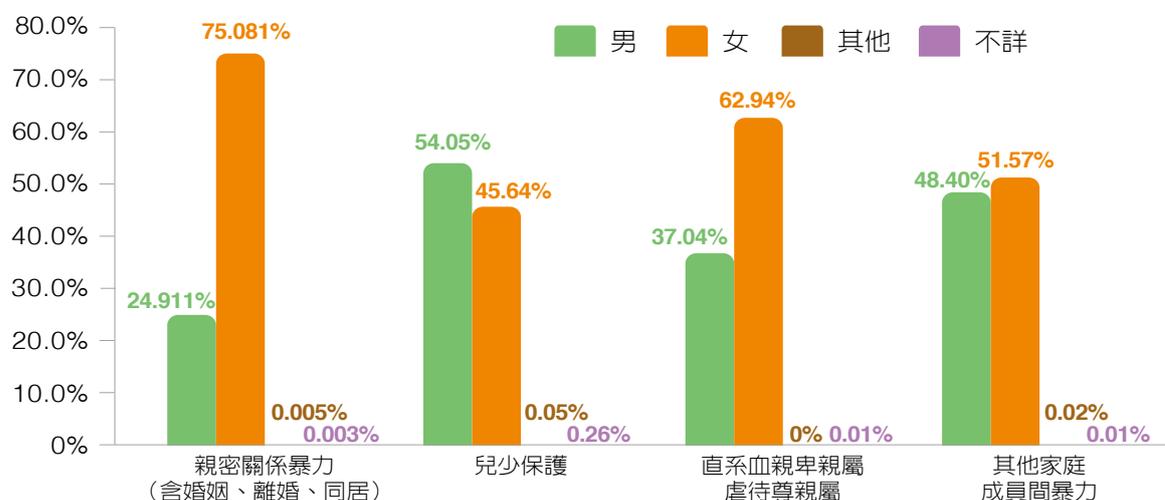
為防治家庭暴力及保護被害人權益，本部督請地方政府發展多項被害人保護扶助方案及相關服務資源，加強加害人處遇計畫及預防性服務方案，透過教育訓練提升專業人員知能。107 年起配合強化社會安全網計畫，擴大家庭暴力安全防護網功能，提升案件處理效能及深化被害人服務，另於 110 年修正完成台灣親密關係暴力危險評估表 (Taiwan Intimate Partner

Violence Danger Assessment，簡稱 TIPVDA 表) 通報版及風險及處遇評估版供第一線人員使用。

### 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，近年來每年通報逾 10 萬名被害人。112 年通報被害人數以「親密關係暴力」最多，女性被害人為主 (占 75.08%)，詳圖 11-3。

圖 11-3 112 年家暴事件通報案件被害人性別分析



資料來源：衛福部

108 年至 112 年通報家暴被害人為 65 歲以上老人，呈逐年微幅增加的情況，詳表 11-1。

112 年各直轄市、縣（市）政府提供家庭暴力被害人保護扶助計 182 萬餘人次，扶助金額計 9 億 9,491 萬餘元，主要為庇護安置補助、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。

## 第二節 家庭暴力被害人多元處遇

因應家庭暴力被害人在不同復原階段的多元需求，本部運用推展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：

表 11-1 近 5 年家暴被害人為 65 歲以上人數統計表

單位：人（‰）

年別	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
108 年	10,504	3,607,127	2.9‰
109 年	11,822	3,787,315	3.1‰
110 年	13,127	3,939,033	3.3‰
111 年	14,167	4,085,793	3.5‰
112 年	15,730	4,296,985	3.7‰

資料來源：衛福部統計處、內政部

表 11-2 近 5 年家庭暴力事件保護扶助人次及金額統計表

單位：人次 / 元

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
保護扶助人次	1,137,300	1,617,703	1,732,408	1,769,726	1,828,217
保護扶助金額（元）	602,390,069	606,184,919	911,130,992	883,785,448	994,913,684

資料來源：衛福部

- 一、布建家庭暴力被害人中長期庇護資源計畫：補助民間團體提供被害人社區居住服務，112 年補助 13 項計畫於 12 個縣市辦理，服務 104 戶家庭共 224 人（含被害人 104 人、隨行家屬 3 人及隨行子女 117 人）。
- 二、駐法院家庭暴力事件服務處：補助民間團體就近於法院成立 19 所服務處，提供被害人法律諮詢、陪同出庭、庇護安置等服務；112 年計補助 10 案、655 萬 5,538 元，服務逾 13 萬人次。
- 三、目睹家庭暴力兒童及少年輔導及處遇方案：補助民間團體發展目睹家暴兒少服務方案，112 年計補助 9 案、677 萬 9,471 元。
- 四、原鄉部落家庭暴力被害人服務方案及教育推廣：112 年計補助民間團體辦理被害人服務 9 案、730 萬 9,497 元，及家庭暴力與性侵害防治教育推廣計畫 20 案、457 萬 5,819 元。
- 五、新住民家庭暴力被害人服務方案：補助民間團體辦理新住民被害人保護服務方案，112 年計補助 3 案、320 萬 5,000 元；另輔導地方政府申請新住民發展基金辦理新住民人身安全保護計畫，補助 10 項計畫、1,084 萬 2,141 元。
- 六、家庭暴力一站式多元服務方案：112 年計補助 33 項計畫、9,896 萬餘元，提供被害人保護扶助 20 萬 7,785 人次、目睹兒少輔導服務 3 萬 4,303 人次、被害人就業服務 1 萬 652 人次、家庭關係修復服務 2,676 人次及辦理團體活動服務 1 萬 1,345 人次；整體服務人次達 26 萬餘人次。

### 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：112 年應實施處遇計畫 5,698 人，完成處遇計畫 2,285 人，尚在執行處遇 2,388 人，因故未完成處遇結案 1,025 人，其中依違反保護令罪移送 691 人。
- 二、配合強化社會安全網計畫，112 年補助地方政府心理衛生社工 319 人及督導 56 人，針對精神疾與自殺防治合併多重議題之兒少保護、家庭暴力及性侵害事件加害人個案，以及離開矯正機關及結束監護處分個案合併思覺失調、雙向型情感（性）疾患患者，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。至 112 年底，地方政府進用心理衛生社工及督導 291 人，進用率 77.6%；前開合併多重議題個案 1 萬 3,451 人，派案心理衛生社工服務 1 萬 3,142 人，服務涵蓋率達 97.7%。
- 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 0800013999」：提供面對家庭衝突男性相關諮詢輔導，112 年話務量 8,373 通，提供服務 6,613 人次（含深談服務 345 人次、一般諮詢服務 6,246 人次、緊急個案服務 22 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及處遇服務方案：112 年補助 30 案，計 3,946 萬元。

#### 第四節 家庭暴力防治品質與教育

- 一、推動「家庭暴力安全防護網計畫」：針對家暴被害人評估有高致命風險者，由各直轄市、縣（市）政府提列至每月召開的跨網絡平台會議，共同擬定被害人安全計畫；112年計辦理563場跨網絡平台會議、討論1萬3,104件案件，其中防治網絡介入後危機程度下降共7,183件，佔54.8%。
- 二、辦理台灣親密關係暴力危險評估工具精進計畫：修正台灣親密關係暴力危險評估表，並於112年1月1日正式上線使用，本部同時製作數位教材及手冊，分別於e等公務園學習平臺及本部官網上架，另函知各縣市政府轉知所屬家庭暴力防治網絡人員完成教育訓練並廣為宣導。

### 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，同時社會大眾常對性侵害及性騷擾受害者存在性別偏見迷思，爰積極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，且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) 112年通報被害人數計9,413人，81.78%為女性、44.43%為12歲至18歲之人，11.81%為疑似或確定身心障礙者；嫌疑人88.19%為男性，32.66%為12歲至24歲之人。

其中以「熟人性侵害」案件最多（占76.18%）；兩造關係以「男女朋友」最多（占15.02%），其次為「前男女朋友」（占12.78%）。

- (二) 112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31萬餘人次，扶助金額計1億7,300萬餘元，主要補助庇護安置、生活扶助、法律扶助、心理復健等相關保護扶助措施。

##### 二、性騷擾服務概況

112年各相關機關（單位）受理性騷擾申訴調查案件計2,650件，案件概況如下：

- (一) 成立1,846件、不成立679件、撤回125件，由警察機關受理調查最多（占76.9%），其次為由加害人所屬單位受理調查（占20.0%）。
- (二) 性騷擾申訴成立案件中，被害人91.11%為女性，加害人88.89%為男性；案件中兩造關係以「陌生人」最多（占63.58%）；發生地點以「虛擬環境—科技設備（如網際網路等）」最多（占19.43%），其次為「公共場所」（占18.79%）；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37.20%），其次為「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度」（占16.03%），再其次為「展示或傳閱色情圖片（檔）或騷擾文字」（占15.66%）。

## 第二節 性侵害及性騷擾被害人多元處遇

- 一、強化性侵害被害人創傷復原服務：針對早年遭受性侵害且無司法協助之個案提供創傷復原服務，爰納入強化社會安全網第二期計畫補助，擴大服務其他被害人，提供諮商輔導及創傷評估、辦理專業人員知能訓練及宣導活動等，112 年計補助 8 處復原中心，提供諮詢及諮商服務逾 1 萬 297 人次，並辦理 79 場次大眾宣導。
- 二、提升性侵害案件採驗工作與鑑驗品質：112 年提供被害人驗傷採證服務 3,819 人，其中送刑事警察局化驗採證盒（袋）計 3,353 件。
- 三、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：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，112 年計 2,548 件進入減少重複陳述作業服務。
- 四、辦理性騷擾、性侵害防治整合型創新方案與教育推廣：
  - （一）修訂性騷擾調查專業人員培訓及調查專業人才庫建置要點，完善性騷擾調查專業人才庫，供地方政府運用。
  - （二）為強化性騷擾案件調查品質，辦理性侵害防治網絡合作及專業人員訓練計畫，提升第一線實務工作者面對多元案件類型之專業知能與強化網絡合作，增進服務深度與多元性，計 15 場次、受益人次逾 897 人。
  - （三）因應性騷擾防治法於 112 年 8 月 16 日公布施行，本部製作「迎戰性騷

新法起跑」懶人包，內容包括各機關性騷擾防治組織、場所主人防治義務、申訴調查程序、被害人保護專章，及加重處罰遏止性騷擾等修法內容，供民眾瞭解參用。

## 第三節 性侵害加害人處遇

- 一、積極協調設置性侵害犯罪防治法第 37 條強制治療受處分人執行處所，至 112 年底累計達 5 家，收治 9 人。
- 二、落實性侵害加害人社區處遇，112 年執行加害人身心治療及輔導教育計 7,788 人；經評估無須處遇 45 人，完成處遇 1,789 人，尚在執行處遇 4,891 人，裁定移送強制治療 16 人，因故暫停處遇 561 人，因故未執行 486 人。無故未執行社區處遇個案中，經縣市政府處以行政裁罰 855 人次，聲請移送 580 人次。

## 第四章 兒童及少年性剝削防制與性影像處理工作

為防制兒童及少年性剝削，及多元且複雜之網路性剝削與性影像樣態，本部建立性影像處理中心，同時提供兒少及成年被害人申訴、性影像及時下架與刪除、諮詢熱線服務及依需求轉介被害人服務。

### 第一節 兒童及少年性剝削防制服務概況

- 一、112 年各直轄市、縣（市）主管機關計受理 3,354 件兒少性剝削通報案，其中以樣態「拍攝、製造兒童或少年為性交

或猥褻行為之物品」最多（2,914 件，佔 86.88%），各類受理事案件數及比例，如圖 11-4。

二、112 年度受理之通報案件中，提供 106 人安置保護服務，另提供新進及持續處遇個案關懷訪視、心理諮商、就學輔導、經濟補助、家庭處遇、就業及醫療資源等服務逾 3 萬人次。

## 第二節 性影像處理服務概況

一、性影像移除下架：

（一）配合國家通訊傳播委員會成立網路內容防護機構（Institute of Watch Internet Network, iWIN）落實網路有害兒少身心健康內容案件之處理：112 年受理 3,007 件申訴案，涉及違反兒少相關法規者計 1,603 件。其中截至 112 年 8 月 15 日止，兒少私密照案件 192 件，涉及 350 個網址，多數位於境外平台，均已協助與業

者反映。另針對明確知悉個案身分者確認是否由相關機關協助，倘未獲機關協助者則協助通報。

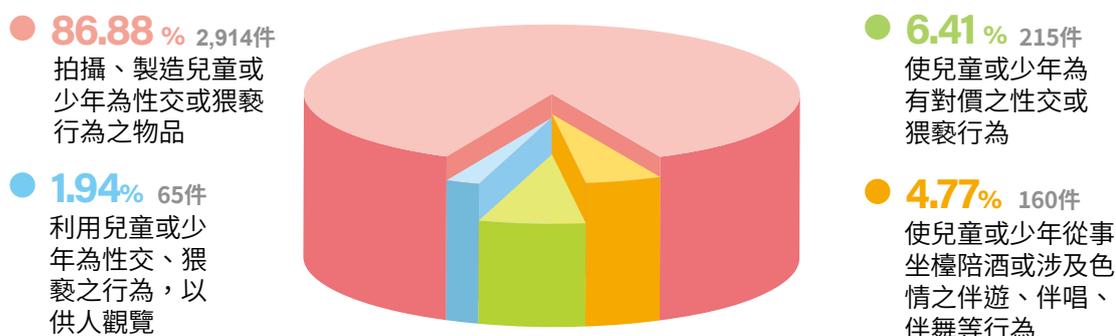
（二）建立全國性影像處理中心受理民眾諮詢性影像移除相關議題：112 年 8 月 15 日至 12 月 31 日止，共受理需移除性影像案件 426 件，業者完成移除（下架）計 369 件，移除成功率達 87%。

二、為防止兒少性影像於網路流傳，自 112 年 7 月起委託民間團體辦理兒少性影像比對移除機制，並加強地方政府人員教育訓練，以確保地方主管機關處理知能；112 年協助比對、移除兒少性影像個案數計 7 人。

## 第五章 兒童及少年保護、老人、身心障礙者保護

為保障兒少、老人與身心障礙者等脆弱性群體之人身安全及相關權益，本部優化各項保

圖 11-4 112 年各直轄市、縣（市）主管機關受理兒少性剝削各類通報案件比例



資料來源：衛福部

護服務流程及時效品質管控機制，依其需求積極布建相關服務資源，增進保護服務品質與量能。另配合強化社會安全網計畫，整合保護服務、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、老人與身心障礙者之保護及風險因子，提供多元處遇，落實兒少、老人與身心障礙者之安全與福祉。

### 第一節 兒童及少年、老人保護服務概況

一、112 年兒少通報案件達 12 萬 1,080 件次，其中，責任通報人員通報 11 萬 3,454 件次（94%），一般民眾通報 7,626 件次（6%）；另分流至保護服務之案件共 6 萬 1,057 件次，分流至福利服務案件共 1 萬 9,406 件次（16%）、提供追蹤訪視及關懷服務 2,201 件次（2%）、提供諮詢或轉介共 1 萬 3,091 件次（11%）、其他情形共 2 萬 5,325 件次（21%）。

二、我國自 107 年邁入高齡社會，老人保護通報人數呈現增加趨勢。112 年老人保護通報案件達 2 萬 2,276 件，其中以直系血（姻）親卑親屬對尊親屬暴力 1 萬 1,225 件（占 50.39%）為多，其次依序是親密關係暴力 5,645 件（占 25.34%）、其他家庭成員施暴 3,010 件（占 13.51%）及疏忽、遺棄與其他 2,396 件（占 10.76%）。

### 第二節 兒童及少年、老人、身心障礙者保護服務多元處遇

一、推動 6 歲以下兒保個案親職賦能服務方案：提供 6 歲以下兒少保護個案家庭密集式到宅親職服務，透過親職功能示範，建立照顧者正向教養知能與管教技巧，避免

再次發生兒童虐待事件，112 年共計提供 820 個家庭服務。

二、強化兒少保護跨網絡合作：112 年成立 11 家兒少保護區域醫療整合中心，協助 610 名受虐兒少驗傷診療及提供身心治療服務 2,348 人次。

三、老人暨身心障礙者保護個案後續追蹤及創傷支持服務方案：112 年共補助 12 個民間團體於 10 個縣市辦理包含老人保護個案工作、家庭關係修復、支持性團體活動等，服務約 3,156 人次，並辦理 56 場支持性團體活動及 80 場次宣導活動。

四、老人保護預防性關懷服務方案試辦計畫：112 年共補助 12 個縣市政府，培力熱心且具服務量能之社區人士輔助社工人員訪視關懷低風險之老人保護通報個案，減少其因社會孤立而受不當對待風險，充權老人並及時提供所需服務，各直轄市、縣（市）政府共培訓 286 名關懷訪視人力，並提供 300 件低風險之老人保護通報個案追蹤關懷服務。

### 第三節 兒童及少年、老人、身心障礙者保護服務品質與教育

一、辦理重大兒少虐待案件檢討及合作會議：112 年召開 2 次會議研討，透過案例找出系統性或跨部會處理議題，並召開強化兒少保護跨網絡合作機制會議計 187 場，訂定一致列管指標，委託學者專家實地參與地方政府實施情形，提出可供實務運用的操作模式。

## 二、加強辦理兒少保護專業訓練：

- (一) 辦理新進人員教育訓練：於112年辦理2梯次新進兒少保護社工人員教育訓練，包含兒少保護服務工作概論、法規、調查流程及處遇服務知能等；計100人完訓。
- (二) 逆境少年家庭支持服務專業人員教育訓練：透過分區督導，針對各單位執行方案所遇問題研商，強化專業知能及工作量能；112年共辦理9場次，計905人參與。

## 三、深化老人及身心障礙者保護工作：

- (一) 辦理老人保護防治網絡共識營：112年10月邀集中央及地方長期照顧、脆弱家庭、老人福利及保護服務等

120位業務相關局處首長與高階主管共同討論一主責多協力之跨體系合作機制，增進各網絡單位之合作與共識。

- (二) 發展老人疏忽辨識工具及分流指引計畫：考量老人疏忽案件較不易辨識，本部於112年完成老人疏忽辨識工具及分流指引，供責任通報人員參考運用；另辦理6場次種子師資教育訓練，計有長期照顧服務、醫事及社工人員329人次完訓。



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

112 年度科技發展預算為 51 億 5,574 萬 4,000 元，占本部總預算 1.4%，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 781 件研究計畫，科技成果實際應用率為 84.53%。

### 第一節 任務導向型的實證政策研究

#### 一、民眾健康促進

- (一) 開發肺癌癌症登記及早期偵測影像人工智慧輔助工具，並導入醫院試辦。
- (二) 依據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 監測架構提供我國慢性疾病防治指標建議，及成人預防保健服務實際利用及成效之指標與分析方法。
- (三) 透過社區藥局建立血壓站協助民眾進行血壓測量及自我健康管理，透過藥師專業指導及生活型態衛教，並建立轉介就醫標準，提升民眾高血壓防治知能。
- (四) 國民健康訪問調查建立跨年度資料抽樣及加權方法，110~111 年完訪 2 萬 4,304 案，針對重要健康議題進行分析，提供相關單位推動健康促進計畫之規劃參採。
- (五) 分析我國 6 歲以下兒童人口腔健康現況及問題，提出口腔健康政策建議。

#### 二、食品藥物管理

- (一) 因應日本福島含氚廢水的排放作業，針對自日本輸入之水產品類食品執行「氚」監測，並將結果公開於跨部會輻射監測整合儀表板，112 年監測 100 件，結果均低於最小可測活度。

- (二) 建立與公開食品中農藥、動物用藥、添加物及生物性物種鑑別等檢驗方法 38 篇及擴增分析品項共 669 項；並透過人工智慧機器學習方式建置風險監控模型，精進多項產品中分類之最佳預測模型，使採用 AI 之通關進口報單相較於未採用 AI 者，邊境查驗抽中不合格率提升達 1.17 倍，整體強化食品安全管理。

- (三) 研修再生醫療製劑及生物相似藥相關審查指引與基準草案計 2 項，並執行再生醫療製劑臨床試驗及查驗登記審查之技術資料評估計 23 件，為再生醫療製劑品質安全及可預期療效進行嚴謹把關。另辦理臨床試驗安全性技術資料評估 777 件，評估國人使用藥品之相對利益和風險，以保障國民用藥安全。

- (四) 針對國產創新智慧醫材業者，組成專業輔導團隊，協助完善業者產品技術性準備資料，至 112 年已累計輔導案件達 40 件以上，並有 10 件產品領證上市。

#### 三、中醫藥研發與推廣

- (一) 推動中醫藥國際期刊 (Journal of Traditional and Complementary Medicine, JTCM)，110 年 4 月獲 SCI Expanded 資料庫收錄，為我國第一本 SCIE 中醫藥學術期刊；111 年 6 月首獲得第一個期刊影響因子 4.221，於「Complementary and Alternative Medicine」領域排名持續進步，112 年期刊影響因子提升至 4.5，領域排名第 5 名 (5/97)，為排行 Q1 (前 25%) 期刊。目前發表 13 卷 57 期 702 篇文章。

- (二) 擬定「光針治療海洛因成癮者作業流程」並進行治療，協助成癮個案降低毒品渴望，穩定患者回診率。
- (三) 持續精進針灸虛擬實境模型，並建立遠端多人互動模式、VR錄影回放及客觀結構化臨床考試模式。
- (四) 開發中藥材品質分析法，計完成 214 筆，並收載於中藥品質分析資料庫供產官學研應用。
- (五) 研發治療退化性神經疾病之創新中藥複方 (NDD2)，已申請 NDD2 智慧財產與商標 (臺灣清腦一號)，另透過基礎研究驗證臺灣清冠一號 (NRICM101) 具改善新冠腦霧的功效。

#### 四、原住民族健康研究中心

《原住民族健康法》於 112 年 5 月 26 日由立法院完成三讀、6 月 21 日總統公布施行，本部依法補助國家衛生研究院 (國衛院) 成立「原住民族健康研究中心」，並於 12 月 29 日正式揭牌運作，協助政府規劃精進方案，提升原住民族整體健康和生活品質。

#### 五、推動高齡醫學跨國合作研究

由北榮、陽明交大及國衛院組成的「高齡健康整合研究中心」，與日本國立長壽醫療研究中心、東京都健康長壽醫療中心簽訂國立學研機構合作協議，合作研究高齡醫學與老化科學。



原住民族健康研究中心揭牌儀式



簽訂台日高齡醫學研究合作 (圖片來源：臺北榮民總醫院)

#### 六、臺灣精準環境醫學聯盟 (Taiwan Alliance for Precision Environmental Medicine, TPEM)

國衛院於112年4月與臺灣北中南11家重要醫療機構合作成立「臺灣精準環境醫學聯盟 (TPEM)」，依據地方特性，針對該地環境重要議題進行人體監測調查，提供因地制宜、健康平權之政策建議；此外，國衛院也積極與環境部合作，推動環境健康、氣候變遷與淨零碳排之研究，並與環境部所屬之國家環境研究院攜手，研擬與韓國國家環境研究所 (National Institute of Environmental Research, NIER) 和日本國立環境研究所 (National Institute for Environmental Studies, NIES) 建立跨國性環境健康研究合作。

#### 七、全方位強化全民健康保險體制

- (一) 落實資料治理，精進服務品質：推動門診包裹給付政策規劃評估及高價位治療技術之療效追蹤機制，完成106件新醫療科技評估報告，建置real world evidence常模。
- (二) 健保資料增值應用數位轉型：整合醫學影像AI應用申請及既有學術研究申請機制、發展AI模型智慧審查工具、持續精進健康存摺運用、強化數位審查作業，並建置以健保資料庫為基礎的疾病預測系統並評估試辦場域。
- (三) 運用公民參與模式蒐集民眾意見，及透過健保資料庫分析與國際比較等方法，促使健保醫療資源發揮最大效益。



臺灣精準環境醫學聯盟成立宣示記者會

#### 八、精進醫療照護及政策

完成住院整合照護之醫院/民眾版問答集與醫院推動作業指引等文件供醫院參考。

監測各醫院辦理專科護理師預立醫療流程之情形，並透過錄製課程影音及搭配實體工作坊，培訓醫院專科護理師訂定預立醫療流程之能力、滾動式更新本土化預立醫療流程教材供醫院參考及運用。

## 九、傳染病防治

- (一) 建置總體基因體定序技術 (mNGS) 導入傳染病監測網絡，為國內首例從臨床檢體中檢出福氏內格里原蟲，並監測到 S. typhimurium 多重抗藥株流行，即時發布預警；運用 Target NGS 優化新冠病毒全基因定序技術，完成 XBB.1.9、XBB.1.16 等流行變異株解序，及時監測新冠病毒變異趨勢。
- (二) 健全人畜共通傳染病防疫應變體系，運用傳染病決策地圖系統輔助蟲媒類傳染病疫情研判及資源配置；建立新型 A 型流感指定檢驗網絡，以在地檢驗方式儲備檢驗應變能力。
- (三) 以防疫資訊科技整備為基盤，及時整合跨部會大數據資訊，並應用資料科學及 AI，優化 7 項防疫系統功能；依社區環境空間需求，導入成熟之新興防疫科技，建置 5 處防疫空間示範點，達到主動監控及預警，與全民串聯快速反應之效益。

## 十、精進兒少及老人保護風險服務

- (一) 兒少通報案件分流精進大數據分析研究：完成兒少保護開案及不開案、脆弱家庭開案及不開案規則與文字雲分析成果，並納入「未滿 18 歲兒少分流輔助指引」修正版內容，輔助篩派案社工派至適切的服務體系。
- (二) 發展老人疏忽辨識工具及服務分流指引委託研究計畫：透過文獻探討、資料庫分析、焦點團體及 2 階段問卷試作，完成老人疏忽辨識工具及服務分流指引，並辦理 6 場次種子

師資教育訓練，計有長期照顧服務、醫事及社工人員 329 人次完訓，並於 112 年 9 月將前開疏忽工具操作指引及教材放置本部保護司官網供責任通報人員參考運用。

## 十一、鼓勵科技輔具導入日照中心

透過補(捐)助日照中心導入運用智慧科技輔具，增加服務對象自主生活能力，優化服務品質並減輕工作人員負荷，本補助計畫屬成效補助，依導入科技輔具之日照中心導入成效核定補助。另透過辦理研討會及地方政府協助宣導成功案例及服務模式，預定本年度輔導 20 家日照中心導入運用智慧科技輔具，並建立成功案例模式，持續進行宣導及推廣。

## 十二、探討我國國民年金被保險人的老年經濟安全保障情形

蒐集串聯國民年金保險被保險人參加其他社會保險及社會福利之請領情形，以掌握國保納保對象的經濟態樣。

## 第二節 創新及轉譯研究的發展

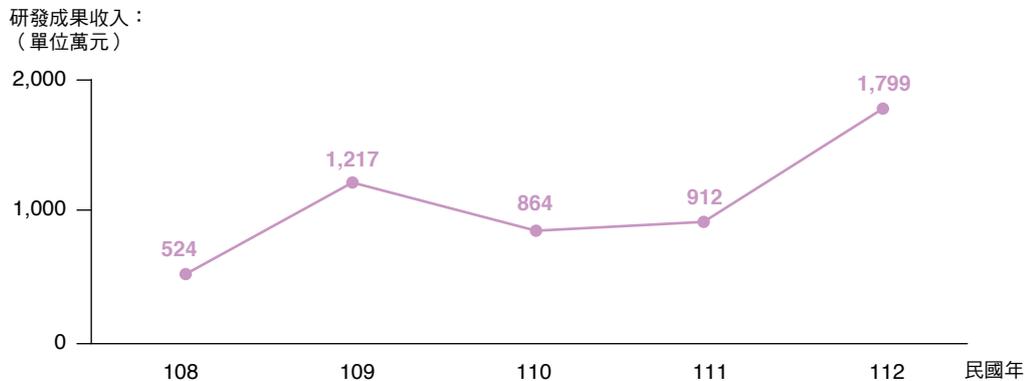
### 一、專利技術授權

112 年本部各單位、所屬機關及所轄法人共計 29 件授權案 (11 件為首次授權、18 件為持續授權)，研發成果收入共 1,799 萬 4,271 元，如圖 12-1。

### 二、推動跨機構合作的癌症轉譯研究計畫

本研究所挑選之不吸菸肺癌高風險族群，以低劑量電腦斷層掃描篩檢 (Low-Dose computed tomography, LDCT)，肺癌的盛行率為 2.65% 且 95% 以上是第 1 期以內的肺癌。本計畫的研究建議，促使我國在 2022

圖 12-1 近 5 年研發成果收入數趨勢



資料來源：衛福部科技組

年 7 月 1 日開始實施的全國性 LDCT 肺癌篩檢計畫中，除重度吸菸者外，對有肺癌家族史的民眾也納入免費篩檢的對象，使台灣成為全球第一個針對有肺癌家族史的民眾提供 LDCT 肺癌篩檢服務的國家。

### 三、腸病毒 71 型疫苗

國衛院自 96 年進行腸病毒 71 型疫苗開發計畫，99 年展開第一期臨床實驗，於 100 年至 102 年間技轉國內 2 家廠商，並持續輔導其後續製程開發及臨床試驗、提供相關諮詢及訓練；自 108 年輔導 2 家技轉廠商至越南進行第三期臨床試驗，廠商先後

於 112 年 1 月及 4 月取得我國食品藥物管理署核准的正式藥證，7 月起正式提供民眾接種，成為台灣首支從選株、研發、技轉至正式上市「全部自己來」的疫苗。

### 四、國家衛生研究院生物製劑二廠及國家感染性疾病資源庫

自新冠肺炎疫情爆發，為保護全民的健康安全，在政府與民間共同支持下，國衛院籌劃建置生物製劑二廠及國家感染性疾病資源庫 (National Infectious Diseases Bank, NIDB)，並於 112 年 10 月 12 日在國衛院竹南院區舉行動土典禮。



生物製劑廠暨戰略平台資源庫工程開工動土典禮

### 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112年持續配合「健康大數據永續平台」計畫，開放與國衛院合作建置之肺癌、乳癌主題式資料庫供外界申請使用，「健康大數據專區」高密度儲存設備由900TB擴增至1,500TB，並完成存取政策管理設備建置及遠端連線軟體更新。

#### 二、服務內容及服務量

112年調整開放申請資料庫為112項，本部及10個研究分中心共125部電腦提供服務。112年受部分營運場所搬遷及硬體更換作業，營運日數較111年少，及部分研究分中心大型案件使用結束，故112年服務人日、全年實際使用及攜出審查案次（表12-1）平均減少一成。

#### 三、數據導向之生醫研發

- （一）「健康大數據永續平台」跨部會計畫於112年陸續完成肺癌及乳癌主題資料庫並開放申請，心血管疾病主題式資料庫將於本部統計處資料中心及健保署分別上線。
- （二）「癌症精準醫療及生物資料庫整合平臺合作示範計畫」是衛福部第一個大型公、私（產業界）部門的國際合作計畫，串連12家醫院及4家國

際藥廠簽訂合作協議。針對IIIb期以上之非鱗狀非小細胞肺癌、食道癌、膽囊癌、胃癌、肝外膽管癌、胰臟癌等癌別，已收案1,408例，符合贈藥基因標的約10%，已有109件次申請贈藥，造福部分患者延長2~3個月壽命。

## 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76屆「世界衛生大會」（World Health Assembly, WHA）於112年5月在瑞士日內瓦舉行。本部薛前部長瑞元率「世衛行動團」赴日內瓦爭取參與WHA，並與各國代表團及國際醫衛專業組織進行雙邊會談，以實際行動展現臺灣貢獻健康人權的承諾和決心，並積極參與醫藥專業會議，掌握全球最新醫衛資訊。此外，本部與世界醫師會於WHA期間主辦緊急醫

表12-1 衛生福利資料科學中心近年服務量統計

	110年	111年	112年	112年較上(111)年增減%
服務人日(人日)	24,209	29,911	25,371	-15.18
全年實際使用案次(案次)	21,725	27,276	24,692	-9.47
攜出審查案次(案次)	13,064	17,169	16,111	-6.16

資料來源：衛福部統計處

療公開專業論壇，與各國交流應對各類型災難之經驗，並由美國高階官員國務院助卿Michele Sison大使與世界醫師會主席Osahon Enabulele醫師親臨致詞；另在「全球合作暨訓練架構（Global Cooperation and Training Framework, GCTF）」下，本部也與美、日、澳首次於日內瓦合辦論壇，研商如何在後疫情時代建構永續應變下一波大流行。我友邦及理念相近國家也在WHA，以多元且具體之行動為我國強力發聲。

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

112年8月薛前部長瑞元率團赴美國參與APEC第13屆衛生與經濟高階會議，並分享我國利用社區量能協調與控制疫情、以及利用遠距醫療來促進初級健康照護與防疫工作，並推動法規環境鼓勵私部門創新等相關經驗，並與相關經濟體舉行雙邊會談，充分展現本部參與APEC相關會議之積極行動。



「世衛行動團」與各國代表團舉行雙邊會談



APEC 衛生與經濟高階會議

112 年 3 月舉辦 APEC「推動非傳染性疾病整合照護模式國際研討會」。議題涵蓋非傳染性慢性疾病評估管理及照護模式、疾病預防、老年整合照護模式策略之官方與民間推動經驗分享。共計 10 個經濟體，430 人參加。



APEC 推動非傳染性疾病整合照護模式國際研討會

112 年 8 月舉辦「APEC 後疫情時代郵輪傳染病防治策略研討會：導入數位科技應用」，來自 13 國之產、官、學等專家及郵輪業者代表近百人共同與會，分享疫情期間郵輪公共衛生事件應處經驗，以及如何導入應用數位科技提升防疫效能，確保郵輪旅行健康安全。



APEC 後疫情時代郵輪傳染病防治策略研討會：導入數位科技應用

112年10月舉辦「APEC分析技術交流平台-新穎生技食品檢驗技術研討會」，邀請國內外專家學者進行經驗分享，共計148名來自10個經濟體之產、官、學界專家學者共襄盛舉。



APEC 分析技術交流平台 – 新穎生技食品檢驗技術研討會

112年11月舉辦「數位健康次級工作小組」第4次政策對話國際研討會，臺灣、泰國、菲律賓等經濟體實體參與並參訪臺灣智慧醫院，美國、新加坡則線上分享，參與人數近百人次。



「數位健康次級工作小組」第4次政策對話會議

## 第二節 國際交流與援助

### 一、國際合作與交流

#### (一) 國際合作

本部於 110 年向歐盟執委會提出列入原料藥第三國名單申請，經書面審查後，歐盟於 112 年 4 月赴臺執行實地評鑑，並赴 2 家原料藥廠視察本部稽查表現，評鑑結論認定臺灣原料藥 GMP (Good Manufacturing Practice) 管理制度與歐盟相當。歐盟並於 112 年 11 月 10 日正式公布臺灣成功列入輸歐原料藥第三國名單。



臺灣列入輸歐原料藥第三國名單

(二) 國際合作業務辦理情形：112 年赴國外參加國際會議或研習 84 場，線上參加國際會議或研習 57 場。國內舉辦實體國際會議或研習 22 場，舉辦或參加線上國際會議或研習 15 場，外賓邀/參訪共計 30 國 219 人次。

1. 112 年 5 月 18 日，本部與英國國家健康暨照護卓越研究院 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 共同簽署合作協定，深化雙方資訊交流及人員訓練，以提升健保新藥給付評估及財務管理機制。

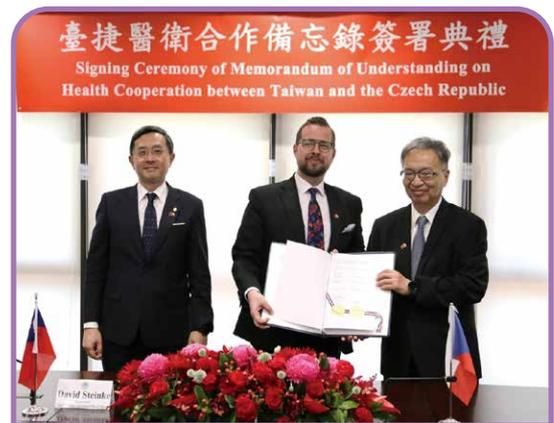


與英國 NICE 簽約精進醫療科技評估方法

2. 112年5月25日，本部與瑞士日內瓦大學醫院續簽災難醫療合作備忘錄，持續深耕雙邊實質合作關係，精進臺灣災難醫療救護人員之應變能力與救護實力。
3. 為強化與歐洲國家雙邊醫衛合作，臺灣分別於112年6月6日由駐斯洛伐克李南陽大使及斯洛伐克經濟文化辦事處Bruno Hromý代表簽署臺斯「醫衛合作瞭解備忘錄」、於112年7月7日由前駐英國代表謝武樵大使及英國在台辦事處John Dennis代表簽署臺英「醫衛合作瞭解備忘錄」、於7月14日由駐捷克臺北經濟文化辦事處柯良叡大使及捷克經濟文化辦事處David Steinke代表簽署臺捷「醫衛合作瞭解備忘錄」、於10月24日由前駐立陶宛台灣代表處黃鈞耀大使及立陶宛貿易代表處Paulius Lukauskas簽署臺立「醫衛合作瞭解備忘錄」。後續將藉由辦理雙邊合作研究計畫、互訪、建立聯繫窗口等方式，推動實質合作。



與瑞士日內瓦大學續簽災難醫療合作備忘錄



簽署臺捷「醫衛合作瞭解備忘錄」



簽署臺斯「醫衛合作瞭解備忘錄」

#### 4. 參與國際會議

- (1) 本部推薦2名中醫藥專家擔任歐洲理事會藥品品質與衛生保健局歐洲藥典委員會工作小組委員，112年共參與4場歐洲藥典編修會議，瞭解歐洲藥典傳統醫藥編修管理與趨勢，增進臺灣中藥典協和化，並供我國中藥典編修參考。
- (2) 112年6月本部出席第44屆亞太牙醫學會年會(Asia Pacific Dental Congress, APDC)及亞太牙醫聯盟會議(Asia Pacific Dental Federation, APDF)時，當選APDF第45屆主席，並爭取APDC在臺舉辦，深化產官學界跨領域之交流。
- (3) 112年10月本部赴日拜會厚生勞動省及救護直昇機醫療服務網絡NPO法人組織等，並就空中救護轉診等議題進行交流。



日本空中救護考察（東京消防廳航空隊與航空器合照）

- (4) 112年10月赴南韓參與國際社會福利協會東北亞區域會議並進行政策報告「臺灣社政單位在災害救助體系之任務與挑戰」。



ICSW 東北亞區域會議

(5) 112年11月赴巴拉圭參與「醫療資訊管理效能提升計畫」研討會，除考察巴國之醫療資訊現況外，並分享臺灣經驗。

#### 5. 舉辦國際會議

(1) 112年6月舉辦推動人權保障交流座談會，邀請國際人權專家Dainius Pūras博士共同探討兒少安置機構與精神科醫院兒少人權保障。



推動人權保障交流座談會

(2) 112年11月辦理「臺灣全球健康福祉論壇」，主題為「人人享有健康：透過合作賦能加強福祉以實現新常態」。行政院陳前院長建仁預錄影片致詞開幕，近六百人參與，包括史瓦帝尼、貝里斯、聖克里斯多福及尼維斯、聖文森、巴拉圭、吐瓦魯、諾魯、帛琉、馬紹爾群島等，共計14國23位國外高階衛生官員來臺。



臺灣全球健康福祉論壇

- (3) 112 年 11 月「台灣醫療科技展-Taiwan Healthcare+ Expo」，邀請蔡前總統英文蒞臨開幕致詞。展會規模達 3,150 展位（含實體展位 2,500，線上展位 650）。商洽、觀展人數近 19 萬人次，包含國內專業人數達 36,500 人，國際買家達 28,000 人（含線上），帶動創造產值約新台幣 43.5 億元。



臺灣醫療科技展

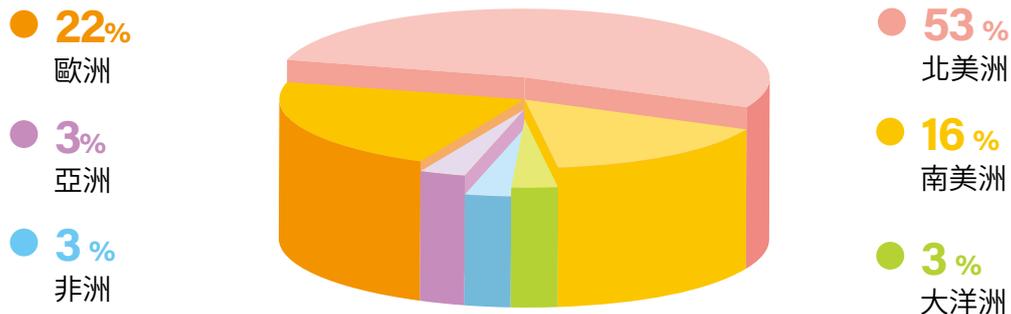
- (4) 112 年 12 月辦理「臺美衛生福利政策研討會」，主題為「精益求精 衛福轉型」，邀請 7 位美國官員學者來臺，共約 300 人次參與，針對當前重要公衛社福議題進行實務工作交流。另舉辦「臺美社福業務交流會議」，與外賓深入交流國家級重要政策「社會安全網」，促進各項社會福利政策規劃與服務。



臺美衛生福利政策研討會

6. 國際友人來訪：112 年計 30 國 219 人次，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 12-2。

圖 12-2 112 年來訪外賓各大洲比例統計圖



資料來源：衛福部

## 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 (Taiwan International Health Action, TaiwanIHA)：為外交部及本部成立之任務編組，協調辦理國際醫衛合作與緊急醫療援助工作。112 年與日本亞洲醫師協會 (Association of Medical Doctors of Asia, AMDA) 合作，配合尼泊爾 Damak 醫院需求，捐贈消化道內視鏡，以擴大當地醫療檢驗量能，維護整體照護品質。
- (二) 「醫療器材援助平臺計畫 (Global Medical Instruments Support & Service Program, GMISS)」：募集全國醫療院所汰舊堪用之醫療儀器，配合外交政策辦理捐贈。112 年度完成 6 案：烏克蘭、史瓦帝尼、帛琉、緬甸、蒲隆地、蒙古。
- (三) 「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 (Taiwan International Healthcare Training Center, TIHTC)」：本部自 91 年成立「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心」，持續協助友邦及友我國家之醫事人員至臺灣接受健保、醫務管理及專業醫療技術訓練，提升醫療人員素質與人民生活品質。112 年度培訓學員 78 人次，至 112 年共培訓學員來自 80 國、逾 2,000 人次。

(四) 112 年持續與外交部合作辦理「太平洋友邦及友我國家醫療合作計畫」，包括「駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫」、「臺灣醫療計畫－帛琉、諾魯、吐瓦魯」、「斐濟專科醫療團」、「巴布亞紐幾內亞專科醫療團」等計畫，派遣醫護人員赴當地或以線上方式提供當地民眾醫療服務或諮詢，並協助進行各項公共衛生推廣活動，相關計畫經費由外交部支應。

### 第三節 醫衛新南向政策

- 一、本部持續以 7 個新南向重點國家（越南、馬來西亞、印尼、泰國、菲律賓、印度及緬甸）為優先對象，委託國內醫學中心推動醫衛合作及產業鏈結。各承辦醫院針對不同國家情況，執行差異化推動策略，並透過「以醫帶產」模式，結合國內相關業者與公協會組成「醫療國家隊」，推動臺灣醫療產業國際化。
- 二、112 年「七國十中心」培訓 470（線上 123；實體 347）位新南向國家醫事人員，另累計辦理 98 場研討會或產業座談會，介接廠商累計達 234 家，藉由臺灣在醫療服務、公衛、醫材藥品等的軟實力優勢及經驗，推動與新南向國家之能量建構及雙向合作，促成臺灣醫衛相關產品服務之出口商機。
- 三、112 年 10 月本部於亞太公共衛生學術聯盟（Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health, APACPH）第 54 屆年會期間赴馬來西亞舉辦亞太健康促進與非傳染病防治平行論壇，主題為「透過健康促進策略對抗非傳染性疾病」，邀請 4 位來自韓國、日本、馬來西亞及臺灣專家學者進行演講。



舉辦亞太健康促進與非傳染病防治平行論壇

四、112年舉辦6場新南向傳統醫學人員交流及中醫藥產業合作視訊座談會及1場「新南向傳統醫藥座談會」，與馬來西亞分享臺灣中西醫整合治療與用藥經驗，並與印度、越南及菲律賓針對傳統藥材品質管理及藥品查驗登記法規進行交流，計有320人次線上及實體參與。



新南向傳統醫藥座談會

五、112年5月赴印尼設置首所國際精神醫療境外教學中心，由臺灣專業人員實體授課，共培訓56人，提升新南向國家精神醫療、心理衛生及社區精神復健人才培訓能力。

六、112年5月赴越南拜訪國家大學附屬醫學院、古傳醫學醫院、醫藥大學傳統醫學學院及民族醫學研究所，並分享清冠中藥開發經驗。



赴越南分享臺灣清冠中藥開發經驗

七、112 年 11 月舉辦「新南向政策-推動國際精神醫療與心理衛生人才培訓及建立國際合作平台計畫國際研討會」，主題探討「心理衛生的現在和未來」，計有 8 個國家，實體及線上約 320 人次參與。

#### 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：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。

三、推動成果

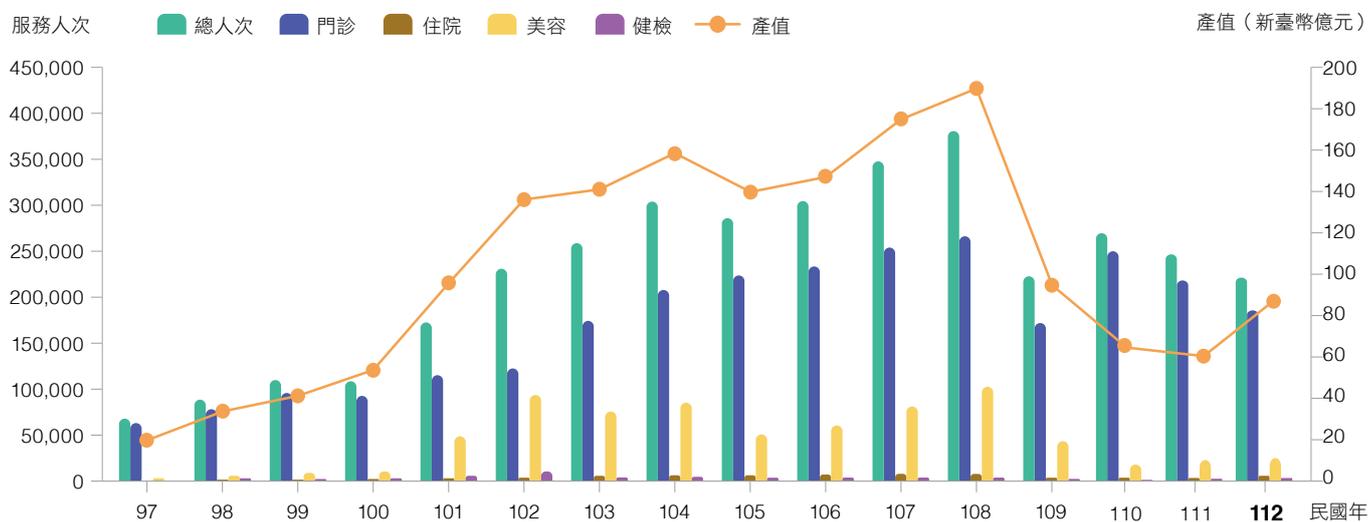
(一) 財團法人台灣醫療健康產業卓越聯盟基金會 (Medical Excellence TAIWAN, MET) 成立「國際醫療管理工作小組」並輔導 136 家醫院建置具國際競爭力之環境。

(二) 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 12-3。

(三) 持續維運「臺灣國際醫療全球資訊網」，並提供多語系服務，包含正體中文、英文、簡體中文、越南文、印尼文以及馬來文，共 6 種語言。至 112 年網站累積瀏覽量超過 3,550 萬人次。



圖 12-3 國際醫療服務人次與產值



民國年	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
總人次	68,545	89,507	110,664	109,133	173,311	231,164	259,674	305,045	286,599	305,618	347,990	381,496	223,076	274,443	246,423	228,100
門診	63,388	78,553	96,850	92,931	115,569	123,107	174,342	208,198	224,164	233,545	254,299	266,819	172,504	249,300	218,409	189,959
住院	1,102	1,818	2,157	3,105	3,845	4,293	6,078	6,970	7,220	7,325	8,503	8,589	4,399	3,192	2,850	5,038
美容	2,983	5,234	8,532	9,843	48,075	93,137	74,946	85,003	50,685	60,672	80,739	101,997	43,158	19,121	22,476	28,933
健檢	1,072	3,902	3,125	3,254	5,822	10,627	4,308	4,874	4,530	4,076	4,449	4,091	3,015	2,830	2,688	4,170
產值	20.29	34.33	41.49	54.14	96.23	136.48	141.35	158.96	139.90	147.27	175.09	189.99	95.03	64.05	60.17	89.47

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 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

年別	總人口數	人口結構			粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率	青少年生育率	人口密度
		0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上						
	千人	%	%	%	‰	‰	‰	每一婦女	‰	人/每平方公里
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
99 年	23,162	15.6	73.6	10.7	7.2	6.3	0.9	0.9	4	640
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
109 年	23,561	12.6	71.3	16.1	7.0	7.3	-0.3	1.0	4	651
110 年	23,375	12.4	70.8	16.9	6.6	7.8	-1.3	1.0	3	646
111 年	23,265	12.1	70.3	17.6	6.0	8.9	-2.9	0.9	3	643
112 年	23,420	11.9	69.7	18.4	5.8	8.8	-3.0	0.9	3	647

資料來源：內政部

表2 平均餘命與死亡率

年別	0 歲平均餘命			0 歲健康平均餘命	5 歲以下兒童死亡機率	15-60 歲成人死亡機率
	全體	男性	女性	全體	每千活產	每千人口
	歲	歲	歲	歲		
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
99 年	79.2	76.1	82.5	71.0	5.5	99.2
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	72.4	4.6	88.2
109 年	81.3	78.1	84.7	73.3	4.3	84.6
110 年	80.9	77.7	84.3	73.3	4.8	86.3
111 年	79.8	76.6	83.3	72.4	5.1	90.0
112 年	80.2	76.9	83.7	...	5.1	89.5

資料來源：內政部、衛福部統計處

表3 國民醫療保健支出

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	
	%	新臺幣百萬元	百萬美元	%	新臺幣元	美元	新臺幣元	美元
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
99年	6.8	958,196	30,275	55.8	41,407	1,308	607,596	19,197
101年	6.9	1,008,478	34,047	56.4	43,337	1,463	630,749	21,295
102年	6.9	1,055,830	35,466	56.3	45,228	1,519	654,142	21,973
103年	6.8	1,103,266	36,327	56.5	47,141	1,552	694,680	22,874
104年	6.7	1,145,900	35,910	56.7	48,839	1,531	726,895	22,780
105年	6.9	1,205,957	37,301	56.4	51,283	1,586	746,526	23,091
106年	7.0	1,256,507	41,278	57.3	53,342	1,752	763,445	25,080
107年	7.2	1,330,888	44,128	57.6	56,441	1,871	779,260	25,838
108年	7.3	1,377,140	44,524	58.3	58,363	1,887	801,348	25,908
109年	7.4	1,474,556	49,850	59.8	62,528	2,114	844,485	28,549
110年	7.3	1,586,789	56,631	62.3	67,614	2,413	923,086	32,944
111年	7.5	1,695,067	56,862	63.0	72,687	2,438	972,550	32,625

資料來源：行政院主計總處、衛福部統計處

表 4-1 醫療設施 - 醫療機構數

年別	醫療機構數								
	家	醫院				診所			
		家	西醫家	中醫家	牙醫家	家	西醫家	中醫家	牙醫家
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
99年	20,691	508	492	16	-	20,183	10,599	3,289	6,295
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
109年	23,132	479	475	4	-	22,653	11,724	4,036	6,893
110年	23,278	478	473	4	1	22,800	11,835	4,043	6,922
111年	23,578	480	475	4	1	23,098	11,998	4,131	6,969
112年	23,896	476	471	4	1	23,420	12,200	4,194	7,026

資料來源：衛福部統計處

表 4-2 醫療設施 - 病床

年別	病床數			平均每萬人口病床數				
	床	醫院 床	診所 床	床	醫院			診所 床
					床	急性病床		
						床	急性一般病床 床	
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
99年	158,922	135,401	23,521	68.6	58.5	35.0	32.0	10.2
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
109年	169,780	137,029	32,751	72.1	58.2	35.2	32.0	13.9
110年	170,710	138,442	32,268	73.0	59.2	35.9	32.7	13.8
111年	172,095	139,441	32,654	74.0	59.9	36.4	33.2	14.0
112年	171,717	138,664	33,053	73.3	59.2	35.9	32.8	14.1

資料來源：衛福部統計處

表 4-3 醫療設施 - 醫事人力

年別	執業醫事人員數					每萬人口執業醫事人員數							
	人	西醫師、 中醫師及 牙醫師 人	西醫師 人	藥師 (生) 人	護理師 (士) 人	人	西醫師、 中醫師及 牙醫師 人	西醫師 人	藥師(生) 人	護理師 (士) 人			
											人	人	人
											人	人	人
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	48,844	34,093	26,750	104,786	87.7	21.5	15.0	11.7	46.0			
99年	241,156	55,897	38,887	30,001	128,955	104.1	24.1	16.8	13.0	55.7			
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	26.6	18.3	14.2	60.9			
104年	280,508	63,806	44,006	33,516	148,223	119.4	27.2	18.7	14.3	63.1			
105年	289,174	65,202	44,849	33,908	153,509	122.8	27.7	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			
109年	337,942	73,776	51,045	35,734	178,498	143.4	31.3	21.7	15.2	75.8			
110年	347,555	75,384	52,175	35,977	183,253	148.7	32.3	22.3	15.4	78.4			
111年	354,099	76,730	53,063	36,336	185,778	152.2	33.0	22.8	15.6	79.9			
112年	359,954	78,184	54,016	36,726	187,725	153.7	33.4	23.1	15.7	80.2			

資料來源：衛福部統計處

表5 法定傳染病

年別	確定病例															
	霍亂	白喉	日本腦炎	漢生病	瘧疾	麻疹	流行性腦脊髓膜炎	流行性腮腺炎	百日咳	小兒麻痺症	先天性德國麻疹症候群	德國麻疹	新生兒破傷風	破傷風	結核病	黃熱病
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
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	-
99年	5	-	33	5	21	12	7	1,125	61	-	-	21	-	12	13,237	-
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	10,328	-
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	-
109年	1	-	21	7	2	-	6	498	5	-	-	-	-	8	7,823	-
110年	-	-	28	3	2	-	3	404	-	-	-	-	-	5	7,062	-
111年	2	-	19	8	2	1	1	306	2	-	-	-	-	9	6,576	-
112年	1	-	26	9	5	2	5	299	-	-	-	-	-	5	6,584	-

資料來源：衛福部疾管署

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「癩病」更名為「漢生病」。

表6 食品藥政

年別	食物中毒事件			藥商家數			
	件	患者數	死亡數	家	藥局	藥品或醫療器材販賣業	藥品或醫療器材製造業
		人	人		家	家	家
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
99年	503	6,880	1	60,222	7,558	51,289	1,375
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	6,232	-	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
109年	506	4,920	-	80,743	8,234	70,169	2,340
110年	498	5,823	-	87,318	8,421	76,360	2,537
111年	499	4,495	-	90,015	8,665	78,711	2,639
112年	633	5,196	1	91,007	8,887	79,461	2,659

資料來源：衛福部食藥署

表 7 死因統計

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
89年	5.8	7.8	124,481	569.4	141.6	48.8	15.6	61.1	42.7
94年	5.0	*	138,957	530.0	141.2	48.3	21.0	48.9	39.4
99年	4.2	*	144,709	455.6	131.6	47.4	25.6	30.6	25.3
102年	3.9	*	154,374	435.3	130.4	47.7	22.5	30.3	25.8
103年	3.6	*	162,886	443.5	130.2	50.2	24.7	30.4	26.0
104年	4.1	11.3	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	*	171,857	424.3	123.4	48.5	26.5	27.5	23.5
107年	4.2	11.6	172,859	415.0	121.8	48.8	27.4	26.1	21.5
108年	3.8	15.4	175,424	408.2	121.3	43.6	30.0	26.7	22.3
109年	3.6	13.0	173,067	390.8	117.3	43.8	26.4	25.2	22.0
110年	4.1	14.0	184,172	405.5	118.2	45.6	25.3	25.2	23.8
111年	4.4	*	208,438	443.9	116.0	47.8	26.3	25.1	24.7
112年	4.3	*	205,575	429.6	115.4	46.8	29.9	24.6	22.8

年別	主要死因						主要癌症死因				
	嚴重特 殊傳染 性肺炎	高血壓性 疾病	事故 傷害	慢性下 呼吸道 疾病	腎炎、腎 病症候群 及腎病變	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 乳癌	前列腺 (攝護 腺)癌
	每十萬 人口標 準化 死亡率	每十萬 女性 人口標 準化 死亡率	每十萬 男性 人口標 準化 死亡率								
89年	-	7.5	46.5	21.9	17.9	10.6	28.0	27.0	15.3	10.3	5.7
94年	-	7.0	34.0	20.0	17.9	16.6	27.4	27.3	15.5	11.0	6.6
99年	-	12.2	24.4	14.8	12.4	13.8	25.8	25.2	14.6	11.0	6.1
102年	-	12.9	22.4	14.9	11.9	12.0	25.3	24.2	14.9	11.6	6.6
103年	-	13.5	23.7	15.3	12.5	11.8	25.3	23.3	15.3	11.9	6.5
104年	-	13.2	22.8	14.6	11.8	12.1	24.7	22.8	14.9	12.0	6.4
105年	-	13.5	23.1	15.1	12.4	12.3	24.4	22.2	14.6	11.8	6.8
106年	-	13.3	21.9	13.3	12.4	12.5	23.1	21.6	14.4	12.6	6.9
107年	-	12.8	21.1	12.7	12.3	12.5	22.8	20.3	14.0	12.5	6.6
108年	-	12.9	20.0	12.6	10.7	12.6	22.8	18.8	14.9	13.1	7.1
109年	0.1	13.4	20.3	11.0	10.5	11.8	21.8	18.0	14.6	12.8	7.8
110年	2.0	15.2	20.0	11.7	10.9	11.6	22.2	17.9	14.6	13.8	7.5
111年	28.6	16.3	20.0	11.8	11.3	12.3	21.8	17.0	14.7	13.1	8.0
112年	16.5	16.5	20.0	11.1	11.1	12.7	21.6	16.4	14.2	13.3	7.7

資料來源：衛福部統計處

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

2. 97 年起以 ICD-10 為統計分類，108 年起原死因選擇規則改依「2016 年版 ICD-10 死因選取準則」。

3. 死亡人數未滿 20 人者，易受小樣本影響，死亡率不具可靠性 (Unreliable)，爰以 \* 呈現。

表8 社會保險

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 25-54 歲百分比
			每人門診 次數	每百人住 院件數	每件門診 點數	每件住診 點數	每件住診 日數		
千人	%	次	件	點	點	日	千人	%	
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	...	...
99年	23,074	99.4	14.3	13.5	1,087	54,794	9.9	3,872	27.9
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
109年	23,987	99.9	14.2	14.1	1,596	70,442	9.3	3,106	21.9
110年	23,861	100.0	13.1	13.1	1,747	75,819	9.6	2,911	20.8
111年	23,787	99.9	14.3	13.2	1,715	77,421	9.4	2,811	20.1
112年	23,883	99.9	16.1	14.8	1,625	75,176	9.0	2,899	20.7

資料來源：衛福部健保署、衛福部

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 2024 / 8 / 5。

4. 住診日數為急性病床天數與慢性病床天數合計。

表9 社會救助

年	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	%
89年	66,467	1.0	156,134	0.7	...	...	...	...
94年	84,823	1.2	211,292	0.9	...	...	...	...
99年	112,200	1.4	273,361	1.2	...	...	...	...
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
109年	146,342	1.6	300,241	1.3	114,840	1.3	325,681	1.4
110年	146,995	1.6	295,901	1.3	111,814	1.2	312,355	1.3
111年	146,029	1.6	288,703	1.2	108,448	1.2	296,697	1.3
112年	144,668	1.6	277,364	1.2	107,664	1.2	286,717	1.2

資料來源：衛福部統計處

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

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	年齡分布		
			人次	金額			未滿 18 歲	18 至 64 歲	65 歲以上
	人	%	人次	百萬元	人	%	%	%	%
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
99 年	4,595,767	19.8	1,355,253	2,054	1,076,293	4.7	5.8	57.6	36.6
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
109 年	3,615,967	15.3	1,200,873	2,516	1,197,939	5.1	4.3	51.3	44.4
110 年	3,517,700	15.0	1,157,898	2,424	1,203,756	5.2	4.3	50.3	45.4
111 年	3,432,173	14.8	1,131,488	2,433	1,196,654	5.1	4.4	49.5	46.1
112 年	3,404,197	14.5	1,058,871	2,206	1,214,668	5.2	4.5	48.1	47.4

資料來源：衛福部統計處

表 11 保護服務

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	百萬元	人次	百萬元
89 年	...	...	...	...	...	...	...
94 年	9,897	1.9	58,614	...	...	...	...
99 年	18,331	3.9	98,720	601,567	344	100,942	60
101 年	19,174	4.3	98,399	915,859	391	158,258	71
102 年	16,322	3.8	110,103	988,586	469	177,258	78
103 年	11,589	2.8	95,663	1,127,819	534	199,846	109
104 年	9,604	2.3	95,818	1,191,465	577	219,024	114
105 年	9,461	2.4	95,175	1,297,726	612	218,852	124
106 年	9,389	2.4	95,402	1,323,396	743	229,525	173
107 年	9,186	2.4	96,693	1,309,184	961	245,515	153
108 年	11,113	3.0	103,930	1,499,713	869	340,891	160
109 年	12,610	3.4	114,381	1,631,339	1,119	398,148	209
110 年	11,523	3.2	118,532	1,754,639	1,069	370,063	161
111 年	11,950	3.4	123,741	1,817,387	990	291,299	160
112 年	12,646	3.7	132,147	1,900,479	1,217	310,082	173

資料來源：衛生福利部及各直轄市、縣(市)政府

表 12-1 國際比較 - 人口

國別	人口				
	粗出生率	粗死亡率	人口自然增加率	總生育率	扶養比
	2023	2023	2023	2023	2023
	%	%	%	每一婦女	*
中華民國	6	9	-3	0.9	43
日本	6	13	-7	1.3	68
南韓	5	7	-2	0.8	43
美國	11	10	1	1.7	54
加拿大	9	8	1	1.4	52
英國	10	10	0	1.5	56
德國	9	13	-4	1.5	57
法國	11	10	1	1.8	63
澳大利亞	11	7	4	1.6	54
紐西蘭	11	7	4	1.6	54

資料來源：內政部、2023 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

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）。

3. 此表為各國 2023 年或最近年份之數據（如無 2023 年資料，以最近可獲得資料年度代替）。

表 12-2 國際比較 - 平均餘命與死亡率

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	
	2022	2022	2022	2022
	歲	歲	歲	每千活產
中華民國	79.8	76.6	83.3	2.8
日本	84.1	81.1	87.1	0.8
南韓	83.6	80.6	86.6	1.3
美國	76.4	73.5	79.3	3.6
加拿大	81.6	79.3	84.0	3.5
英國	80.4	78.4	82.4	2.9
德國	80.7	78.3	83.0	2.3
法國	82.3	79.3	85.1	2.8
澳大利亞	83.2	81.2	85.3	2.3
紐西蘭	82.3	80.5	84.0	3.0

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

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

國別	醫療保健支出	
	經常性醫療保健支出占 GDP 比	公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比
	2022	2022
	%	%
中華民國	7.0	65.5
日本	11.5	85.5
南韓	9.7	62.7
美國	16.6	84.8
加拿大	11.2	71.3
英國	11.3	81.5
德國	12.7	86.5
法國	12.1	84.8
澳大利亞	9.6	72.2
紐西蘭	11.2	82.0

資料來源：衛福部統計處、OECD Health Statistics

備註：1.OECD 最新發布之醫療健康帳 (A System of Health Accounts, SHA) 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。

2.「公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比」指標受各國賦稅負擔、醫療制度、人口老化時間等影響致占比互有高低，各國比較時建議併同長期趨勢觀察。

## 附錄二 法定傳染病確定病例統計

表1 112年急性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入	
第一類	天花	0	0	0	
	鼠疫	0	0	0	
	嚴重急性呼吸道症候群	0	0	0	
	狂犬病	0	0	0	
第二類	白喉	0	0	0	
	傷寒	9	2	7	
	登革熱	26,706	26,429	277	
	流行性腦脊髓膜炎	5	5	0	
	副傷寒	28	26	2	
	小兒麻痺症	0	0	0	
	急性無力肢體麻痺 (註3)	61	61	0	
	桿菌性痢疾	70	56	14	
	阿米巴性痢疾	281	155	126	
	瘧疾	5	0	5	
	麻疹	2	0	2	
	急性病毒性 A 型肝炎	85	78	7	
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0	
	漢他病毒症候群	6	6	0	
	霍亂	1	1	0	
	德國麻疹	0	0	0	
	屈公病	10	0	10	
	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	3	0	3	
	M 痘 (註4)	355	340	15	
	第三類	百日咳	0	0	0
		破傷風 (註5)	5	-	-
		日本腦炎	26	26	0
		先天性德國麻疹症候群	0	0	0
		急性病毒性 B 型肝炎	132	124	8
急性病毒性 C 型肝炎		501	499	2	
急性病毒性 D 型肝炎		0	0	0	
急性病毒性 E 型肝炎		13	8	5	
急性病毒性肝炎未定型		10	8	2	
流行性腮腺炎 (註5)		302	-	-	
退伍軍人病		424	410	14	
侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症		1	1	0	
新生兒破傷風		0	0	0	
腸病毒併發重症		11	11	0	
第四類		疱疹 B 病毒感染症	0	0	0
		鉤端螺旋體病	80	80	0
		類鼻疽	25	23	2

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第四類	肉毒桿菌中毒	0	0	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	287	286	1
	Q 熱	4	2	2
	地方性斑疹傷寒	25	25	0
	萊姆病	0	0	0
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	204	203	1
	水痘併發症	47	47	0
	弓形蟲感染症	25	23	2
	流感併發重症	1,058	1,041	17
	布氏桿菌病	0	0	0
	李斯特菌症	191	189	2
	發熱伴血小板減少綜合症	0	0	0
	嚴重特殊傳染性肺炎（註 6）	1,394,232	1,376,092	18,140
	第五類	裂谷熱	0	0
馬堡病毒出血熱		0	0	0
黃熱病		0	0	0
伊波拉病毒感染		0	0	0
拉薩熱		0	0	0
中東呼吸症候群冠狀病毒感染症		0	0	0
新型 A 型流感		1	1	0

資料來源：衛福部疾管署

備註：1. 資料下載時間：113 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. 自 113 年 2 月 1 日起修正「猴痘」傳染病中文名稱為「M 痘」。

5. 破傷風及流行性腮腺炎以報告病例呈現。

6. 嚴重特殊傳染性肺炎自 112 年 3 月 20 日起，病例定義調整為必須同時具備陽性檢驗結果及併發症個案，同年 5 月 1 日起由第五類傳染病調整為第四類傳染病。

表 2 112 年慢性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	確定病例數
第二類	多重抗藥性結核病	66
第三類	結核病	6,584
	梅毒	9,941
	先天性梅毒	4
	淋病	8,257
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	940
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	585
第四類	漢生病	9
	庫賈氏病	0

資料來源：衛福部疾管署

備註：1. 資料下載時間：113 年 5 月 1 日。

2. 除多重抗藥性結核病以衛福部疾管署登記日；結核病以通報建檔日；先天性梅毒以個案研判日為分析基準，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	AED	Automated External Defibrillator	自動體外心臟電擊去顫器
2	AMDA	Association of Medical Doctors of Asia	日本亞洲醫師協會
3	APA	Advance Purchase Agreement	疫苗預購協議
4	APACPH	Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health	亞太公共衛生學術聯盟
5	APDC	Asia Pacific Dental Congress	亞太牙醫學年會
6	APDF	Asia Pacific Dental Federation	亞太牙醫聯盟會議
7	APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation	亞太經濟合作會
8	BCP	Business Continuity Planning	持續營運計畫
9	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
10	CHE	Current Health Expenditure	經常性醫療保健支出
11	CRC	Convention on the Rights of the Child	兒童權利公約
12	CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	身心障礙者權利公約
13	FFS	Fee for Service	論服務量計酬
14	FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources	快捷式健康照護可互通性資源
15	GCTF	Global Cooperation and Training Framework	全球合作暨訓練架構
16	GDP	Gross Domestic Product	國內生產毛額
17	GDP	Good Distribution Practice	藥品優良運輸規範
18	GHP	The Regulations on Good Hygiene Practice for Food	食品良好衛生規範準則
19	GHWP	Global Harmonization Working Party	全球醫療器材法規調和會
20	GMP	Good Manufacturing Practice	優良製造規範
21	GMISS	Global Medical Instruments Support & Service Program	醫療器材援助平臺計畫
22	HIS	Hospital Information System	醫療資訊系統
23	ICH	The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use	國際醫藥法規協和會
24	IHR	International Health Regulations	國際衛生條例
25	IMDRF	International Medical Device Regulators Forum	國際醫療器材主管機關論壇
26	iWIN	Institute of Watch Internet Network	網路內容防護機構
27	JTCM	Journal of Traditional and Complementary Medicine	中醫藥國際期刊
28	LDCT	Low-Dose computed tomography	低劑量電腦斷層掃描篩檢
29	MET	Medical Excellence TAIWAN	財團法人台灣醫療健康產業卓越聯盟基金會
30	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

編號	英文簡稱	英文名詞	中文名詞
31	NICE	National Institute for Health and Care Excellence	國家健康暨照護卓越研究院
32	NIDB	National Infectious Diseases Bank	國家感染性疾病資料庫
33	NIER	National Institute of Environmental Research	國家環境研究所
34	NIES	National Institute for Environmental Studies	國立環境研究所
35	NHCC	National Health Command Center	國家衛生指揮中心
36	NHE	National Health Expenditure	國民醫療保健支出
37	OCABR	Official Control Authority Batch Release	歐盟生物藥品官方批次放行
38	OCCLs	European Network of Official Cosmetics Control Laboratories	歐盟官方化粧品品質監控實驗室組織
39	OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	經濟合作暨發展組織
40	OMCL	Official Medicines Control Laboratory	歐洲總體官方藥品管制實驗室
41	P4P	Pay-for-Performance	論質計酬
42	PACS	Picture Archiving and Communication Systems	醫學影像傳輸系統
43	PGY	Post-Graduate Year	畢業後一般醫學訓練
44	PIC/S	Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme	國際醫藥品稽查協約組織
45	PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis	暴露愛滋病毒前預防性投藥
46	QSD	Quality System Documentation	有效輸入醫療器材品質文件
47	QMS	Quality Management System	醫療器材品質管理系統
48	SHA	A System of Health Accounts	醫療健康帳制度
49	SUD	Single Use Device	單次使用醫材
50	RBRVS	Resource-based Relative Value Scale	醫療服務資源耗用相對值
51	TaiwanIHA	Taiwan International Health Action	臺灣國際醫衛行動團隊
52	TIHTC	Taiwan International Healthcare Training Center	臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫
53	TIPVDA	Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment	台灣親密關係暴力危險評估表
54	THAS	Taiwan Healthcare-associated infection and Antimicrobial resistance Surveillance System	台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統
55	TPEM	Taiwan Alliance for Precision Environmental Medicine	台灣精準環境醫學聯盟
56	Tw-DRGs	Taiwan Diagnosis Related Groups	全民健保住院診斷關聯群支付制度
57	WHA	World Health Assembly	世界衛生大會
58	WHO	World Health Organization	世界衛生組織



中華民國 113 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：邱泰源

出版機關：衛生福利部

總編輯：廖崑富

編輯委員：（按筆畫順序排列）

王敦正、王齡儀、曲同光、呂寶靜、李炳樟、施金水、張靜倫、張碩媛、張作貞、黃巧文、  
楊秀川、楊雅嵐、楊銘欽、劉玉菁、葉景三、陳正芬、陳少卿、陳青梅、陳淑華、陳艷秋、  
賴貞蘭、蔡素玲、謝碧蓮

執行編輯：林干媛、王玲紅、涂筱姍、周穎萱

地址：115204 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) 8590-6000

出版年月：中華民國 113 年 10 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 150 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



線上電子書



衛生福利部官網



GPN : 2010302163  
定價：新臺幣 150 元整