



原鄉健康不平等 改善策略行動計畫

衛生福利部

序

原住民健康照護上的所有問題，雖然無法一次完全解決，但是本部有決心從原鄉開始來解決問題，所以這次提出來的 3 年期「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」定位為「大計畫，小行動」的概念，透過 10 個原鄉健康照護行動計畫，再加以精確地評量成效，期望能在 2020 年研擬一個整體且全面的大型行動計畫，陳報行政院核定，並加以落實執行。

健康可以聯想到生活，生活會與經濟產生連動，原鄉議題不僅在於醫療上的不足與不均，然本部核心任務是以健康與醫療之照護層面作出承諾與實踐目標，至於生活與經濟的部分則需要由原民會加以統籌。我們也了解醫療與健康生活的息息相關，我們要做的是文化，希望藉由生活方式的改變，擁有健康的生活，而不是去同化原鄉，是要尊重原鄉文化。因此，在基本概念上要特別強調，本部推動的政策並不是要用健康生活去同化原鄉文化。

根據統計，原鄉醫療照護資源的投入，包括醫療的次數、醫療預算經費都比平地高一些，但是在同一塊土地生長的人，卻差了近 8-9 歲的餘命，醫療照護資源長久的投入，卻不能改善健康結果，這是我們不能忍受以及痛心的地方。所以現在是起而行的時候，我們要從行動中找出問題、找出解決方法，而不再只是概念，以務實的態度去看待這些問題，整合本部相關單位以發揮整體戰鬥力，再滾動式調整，逐步前進。行動計畫之一「原鄉論人計酬試辦計畫」，其概念與健保署的論人計酬是不一樣的，論人的基本概念係以人為中心，不管是論人整合或是基層整合或是家醫整合，都

能整合從醫療到社區、醫療與健康的各類照護，如疾管署、健康署等跨單位的資源、財務與機制都要整合在一個體系，健保署來總主責，透過健保支付制度來引領落實健康結果改善的目的。

本行動計畫基礎上，將以原鄉在地醫療人力、跨地醫療或其他的相關人員整備，也要從原有部落文化站強化更多元功能。另外健康資訊的建置非常重要，原鄉健康相關資訊缺乏歸「個人」與「部落」的資訊，也欠缺串聯，所以我特別請統計處著手進行原鄉健康資料庫建置，未來透過資料整合與分析、結果判讀與應用，找出最具影響力的行動措施，做為決策參考。

我們有決心從本部開始，以照護司為平台，透過本部各司署團隊夥伴的合作，發揮整體戰鬥力，務實的解決問題，並且形成一個正向良性的循環，透過因地制宜、部落智慧，進而擁有健康的部落、建構健康的家庭以及培養健康的個人。十項行動計畫的開展，不僅能提升原鄉健康照護服務的覆蓋率，並正向循環強化原鄉的健康照護體系，終而達成改善原鄉生活品質，進一步縮短原鄉健康不平等的目標。

衛生福利部

部長

陳時中

謹識

目 錄

壹、 前言.....	1
貳、 我國現況問題.....	3
一、 現況	
二、 問題	
參、 國際趨勢發展.....	15
一、 原住民族健康重要國際組織及發展趨勢	
二、 世界原住民健康狀況與相關政策	
三、 對台灣的啟示	
肆、 目標、策略與行動計畫.....	20
一、 策略目標	
二、 總體目的	
三、 行動計畫	
伍、 績效指標及經費.....	24
一、 績效指標	
二、 經費編列	
陸、 監測未來.....	27
一、 建立監測資料庫	
二、 監測與管考	
柒、 結語.....	28
捌、 附錄：10 項行動計畫書	
■ 行動計畫一 原住民族及離島地區醫事人員養成計畫.....	30
■ 行動計畫二 部落健康營造計畫.....	35
■ 行動計畫三 原鄉醫療資源提升計畫.....	43
■ 行動計畫四 原鄉論人計酬試辦計畫.....	49

■ 行動計畫五	高風險孕產婦健康管理試辦計畫.....	60
■ 行動計畫六	菸酒檳防制試辦計畫.....	64
■ 行動計畫七	原鄉事故傷害防制試辦計畫.....	68
■ 行動計畫八	原鄉三高防治試辦計畫.....	74
■ 行動計畫九	原鄉消化系癌症防治試辦計畫.....	81
■ 行動計畫十	山地原鄉結核病主動發現計畫.....	86

原鄉健康不平等改善策略行動計畫

壹、前言

我國法定原住民族目前計有阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、魯凱族、鄒族、賽夏族、卑南族、達悟族(雅美族)、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族、撒奇萊雅族、賽德克族、拉阿魯哇族及卡那卡那富族等 16 族，依據內政部統計資料顯示至 2019 年 12 月原住民共有 57 萬 1,427 人(平地原住民 26 萬 7,721 人、山地原住民 30 萬 3,706 人)，佔台灣總人口 2.42%，其分布地約佔全台灣面積 47%(12 縣 55 鄉)。

世界衛生組織(WHO)於 2003 年提出健康平等(Health equity)概念，聯合國於 2007 年 9 月 13 日通過「聯合國原住民權利宣言」，強調健康是原住民基本人權之一。我國為保障原住民族基本權利，於 2005 年 2 月 5 日頒佈「原住民族基本法」，其中第 24 條規定「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照顧、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。政府應尊重原住民族傳統醫藥和保健方法，並進行研究與推廣。」；且蔡總統英文為保障原住民族權力目標，於 2015 年提出原住民族政策主張之一為「重視原住民族健康權，消弭醫療照顧的不均等」；顯示原住民健康權利保障已為世界及我國重要健康照顧政策與努力目標。

衛生福利部(以下簡稱本部)為使國人均能獲得健康促進，達成世界衛生組織 WHO 之全民健康目標，近年來施政政策一直致力於弱勢族群原住民族的個人健康促進與維護，如 2012 年配合我國黃金十年國家願景(平安健康-以保障弱勢就醫、增加醫療照護品質)、2009 年至 2012 年健康照護升值白金方案(智慧醫療服務—山地離島服務遠距醫療)、2012 年至 2016 年開創全民均等健康照護計畫(提升偏鄉地區醫療照護能力)、2014 年至 2017 年建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網等重大政策。

依據人口及健康統計資料，我國原住民族年齡標準化死亡率已於 2010 年為每十萬人口 810.6 人降至 2017 年每十萬人口 749.7 人，零歲平均餘命亦由 2010 年的 70.30 歲增加至 2017 年的 72.22 歲。然 2017 年全國之年齡標準化死亡率為每十萬人口 424.3 人，零歲之平均餘命為 80.39 歲，相較於全國，原住民族之年齡標準化死亡率約為全國之 1.76 倍，零歲之平均餘命仍有 8.17 歲之差距。而影響平均餘命的因素眾多，最直接因素是與死因有關的危險因子，例如癌症死亡會與醫療及早期發現早期治療有直接相關，因此世界各國在原住民健康照護政策上將焦點放在醫療照護上。但從較全面健康促進來看，依據 Dever 學者所提「影響健康因素」有四項包括生活型態(佔 43%)、生物遺傳(佔 27%)、環境(佔 19%)及醫療照護(佔 11%)。爰為拉近原住民族健康平均餘命與全國之差距，本部自 2017 年 8 月起結集

相關司署單位研議如何從影響健康因素面向，著力從原住民個人、家庭及部落健康議題所面臨的差距，並從已推動原鄉各項健康照護政策之流程、行政管理效率與組織間垂直及水平合作關係，重新研討原住民族健康上的不平等改善；務求在自治、自主環境下，降低危害原住民族個人健康、家庭及部落社區之健康風險，讓原住民族達到健康促進與永續。

貳、我國現況與問題

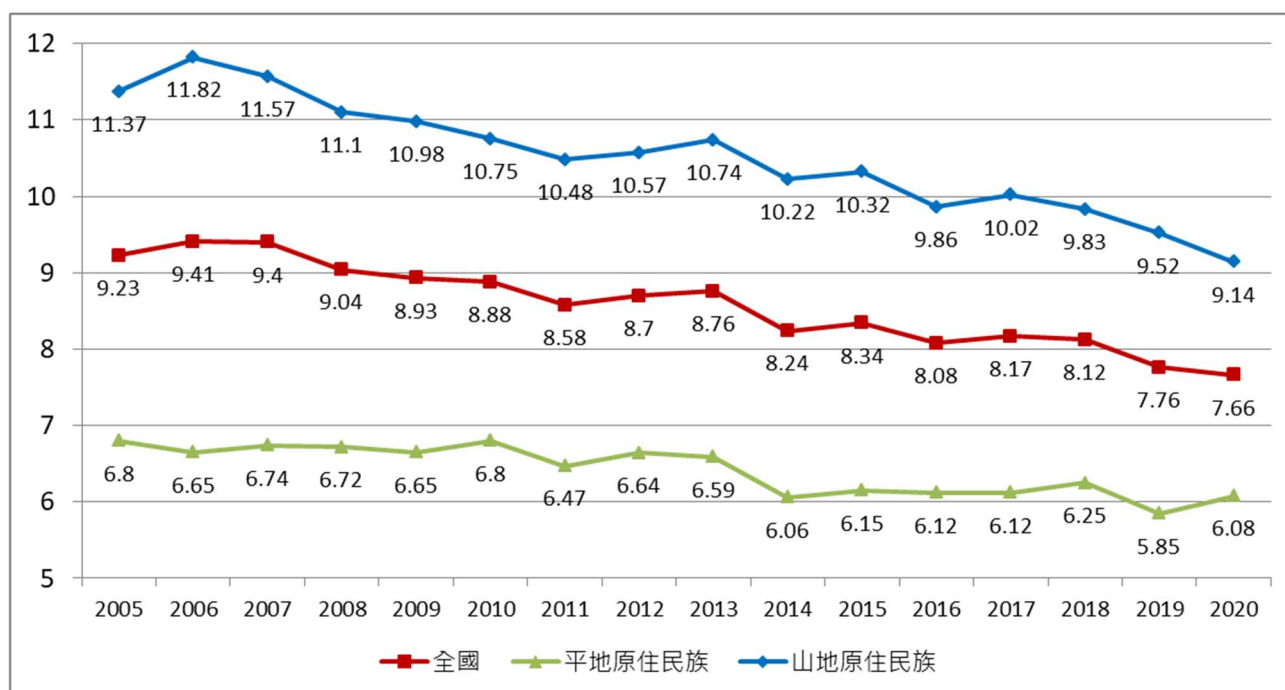
一、現況：

(一)原住民族人口結構及生命統計：

近年來隨著統計資料多元化，許多數據讓我們據以瞭解原住民族與非原住民族、或原住民族與全國民眾間健康與生活水準之不同；以老化為例，2019 年原住民族 65 歲以上老年人口佔 8.1%，低於全國之 15.28%，惟同呈逐年上升。近年來原住民族的零歲平均餘命從 2010 年(70.30 歲)至 2020 年(73.66 歲)增加 3.36 歲，高於全國民眾零歲平均餘命增幅(2.14 歲)；但 2020 年原住民族零歲平均餘命仍較全國民眾零歲平均餘命(81.32 歲)低 7.66 歲，但相較於 2010 年原住民族與全國民眾相差 8.88 歲已有逐漸縮減的情形。就身分別來看，山地原住民族零歲平均餘命少 9.14 歲、平地原住民族零歲平均餘命少 6.08 歲；但相較於 2010 年山地及平地原住民族與全國民眾分別相

差 10.75 歲及 6.8 歲，亦呈現遞減現象(圖 1-1)。

圖 1-1 2005-2019 年原住民族與全國民眾零歲平均餘命差距



資料來源：內政部統計處

(二)原住民族健康狀況統計：

死因統計為一項能夠直接提醒民眾關心其健康狀況和顯示一個社會之衛生水平，也足以反映一個國家或地區的社會經濟、文化教育、衛生服務狀況等對居民健康影響的重要技術，透過各種死因統計資料應用於人口學與醫學上之研究，了解各項指標分佈及順位，可供為醫藥衛生效果評估之依據，制定相關公共衛生計畫規劃運用之重要參考。根據原住民族健康狀況統計，顯示我國原住民族健康情形如下：

■ 原住民族粗死亡率及標準化死亡率明顯高於全國：

依據原住民族委員會統計資料，2017 年原住民族粗

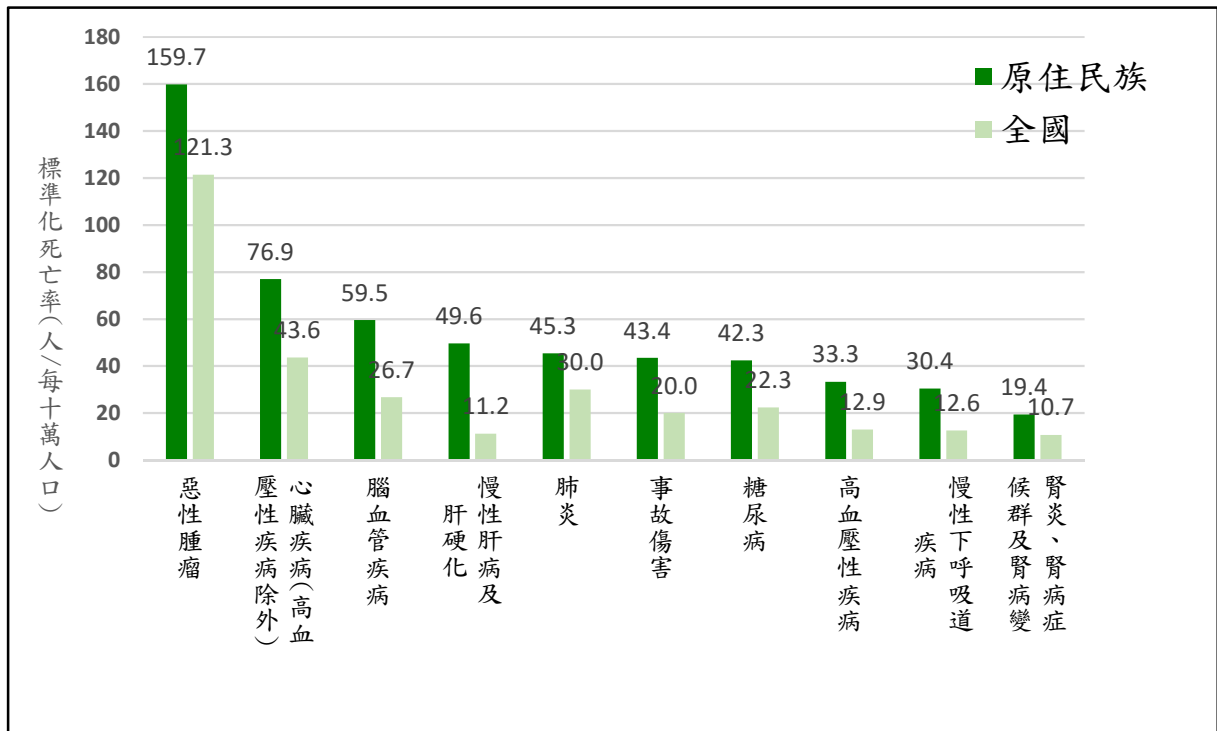
死亡率為每十萬人口 756.5 人，標準化死亡率為每十萬人口 749.7 人，較全國每十萬人口 424.3 人高出 325.4 人；但原住民族粗死亡率、標準化死亡率較 2007 年每十萬人 748.7 人、905.4 人已有降低趨勢。2017 年原住民族平均死亡年齡為 63 歲，死亡年齡中位數為 64 歲，潛在生命損失年數亦明顯早於全國 18.6 歲。

■ **原住民族十大死因其標準化死亡率高於全國項目：**

依據衛福部統計處資料，2019 年原住民族十大主要死因以死亡人數（標準化死亡率）前五名排序依序為(1) 惡性腫瘤每十萬人口 159.7 人；(2)心臟疾病（高血壓性
疾病除外）每十萬人口 76.9 人；(3) 腦血管疾病每十萬人口 59.5 人；(4) 慢性肝病及肝硬化每十萬人口 49.6 人；(5) 肺炎每十萬人口 45.3 人；原住民族於三高相關疾病（如心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性
疾病等）、慢性肝病及肝硬化、事故傷害之標準化死亡率相對高於全國。

在事故傷害方面，2019 年死亡人數為每十萬人口 46.6 人，高於同年全國民眾(28.1 人)，原住民族事故傷害死亡率以運輸事故居首位，跌倒（落）次之，每十萬人口因運輸事故死亡率明顯高於全國，原鄉酒駕比例亦高於全國。

圖 1-2 2019 年原住民族十大死因與全國之標準化死亡率比較



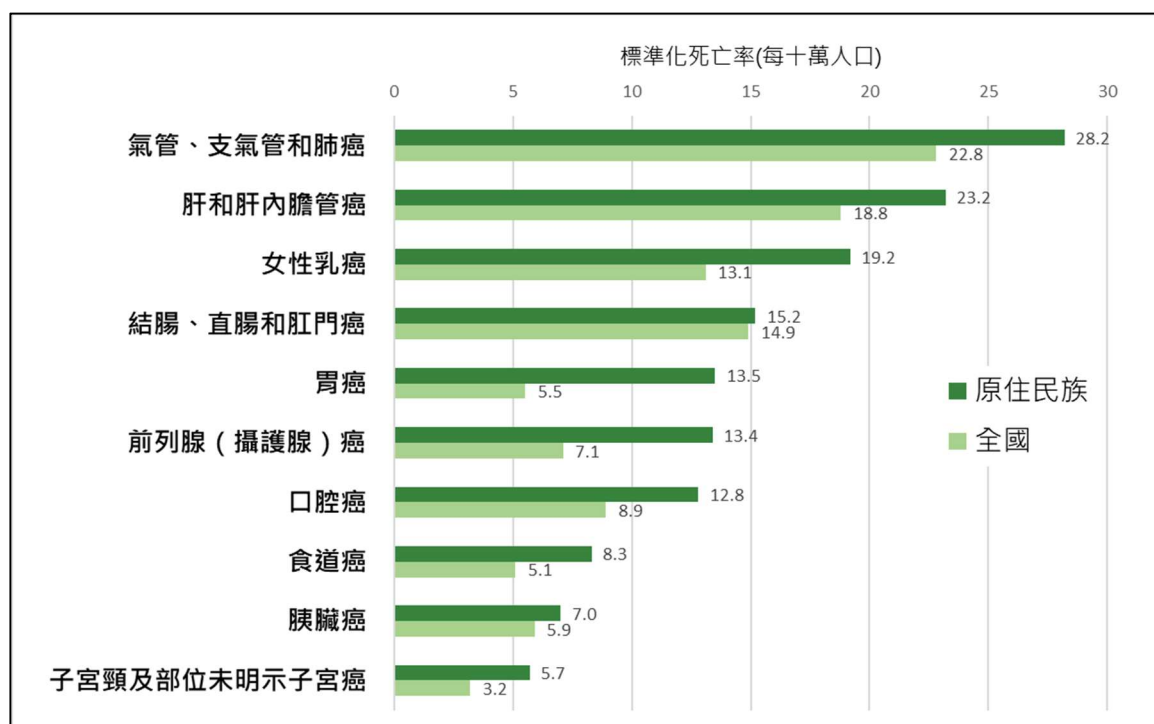
資料來源：衛福部統計處

■ 惡性腫瘤多年盤據原住民族死因首位，其中原住民族胃癌、前列腺（攝護腺）癌、女性乳癌死亡率均高於非原住民族

原住民族常見死亡的癌症同我國常見發生的癌症，其惡性腫瘤多年盤據死因首位；2019 年原住民族十大主要癌症死因依標準化死亡率排序為：(1)氣管、支氣管和肺癌、(2)肝和肝內膽管癌、(3) 女性乳癌、(4) 結腸、直腸和肛門癌、(5) 胃癌、(6) 前列腺（攝護腺）癌、(7) 口腔癌、(8) 食道癌、(9) 胰臟癌、(10) 子宮頸及部位未明示子宮癌。其中，胃癌、前列腺（攝護腺）癌及女性乳癌之標準化死亡率明顯高於非原住民族，其餘類型癌症

發生率亦皆高於非原住民族。根據衛福部及原民會統計資料，2017 年原住民族好發的癌症，其死亡年齡中位數較全國早，尤以大腸癌、氣管、支氣管和肺癌為明顯，差距達 9 歲，胃癌差距達 7 歲，值得特別針對大腸癌及胃癌等消化系癌防治，有進一步之作為。

圖 1-3 2019 年原住民族十大癌症死因與及全國之比較



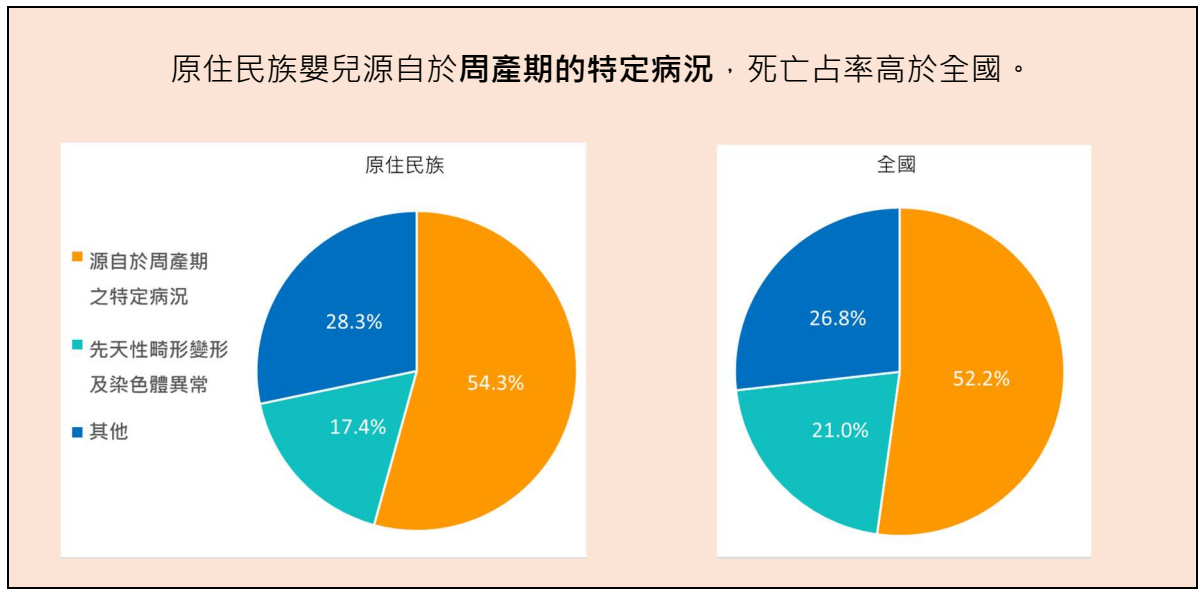
資料來源：衛生福利部統計處

■ 原鄉之新生兒及嬰兒死亡率高於全國，且零歲嬰兒首要死因為源於週產期的特定病況

依據本部統計處資料，2012 年至 2019 年全國新生兒死亡率介於 2.2‰至 2.4‰，原鄉地區則介於 3.2‰至 4.1‰；全國嬰兒死亡率介於 3.6‰至 3.8‰，原鄉地區則介於 4.9‰至 6.5‰。原住民族零歲嬰兒主要死因與先天性疾病相關性較大，近年來首要死因皆為源自於周產期

的特定病況(54.3%)，死亡占率高於全國(52.2%)；其次為先天性畸形、變形及染色體異常(17.4%)，死亡占率低於全國(21.0%)。

圖 1-4 2019 年原住民與全國嬰兒死因占率



資料來源：衛生福利部統計處死因統計檔

■ 近十年原住民族結核病發生率及死亡率大幅下降，惟仍較全國為高。

依據 2019 年台灣結核病防治年報，2005 年至 2019 年山地原鄉地區結核病發生率累計降幅達 65.8%，優於全國累積降幅 49.0%，其中 2019 年山地原鄉整體結核病發生率(每十萬人口 100 例)高於全國整體平均(每十萬人口 37 例)，且山地原鄉結核病發生率由全國結核病發生率的 4 倍(2005 年)下降為 2~3 倍(2019 年)但仍高於平地原鄉及全國，故山地原鄉為現行結核病防治重點。在死亡率方面 2019 年山地鄉每十萬人口死亡率 6.9 人，較

2005 年的 16.25 人已大幅下降改善，但相較於台灣地區每十萬人口 2.3 人，仍有相當大的改善空間。

圖 1-5 2005-2019 年原鄉地區與全國結核病發生率比較



111 資料來源：衛生福利部疾病管制署

(三)原住民健康照護與資源統計：

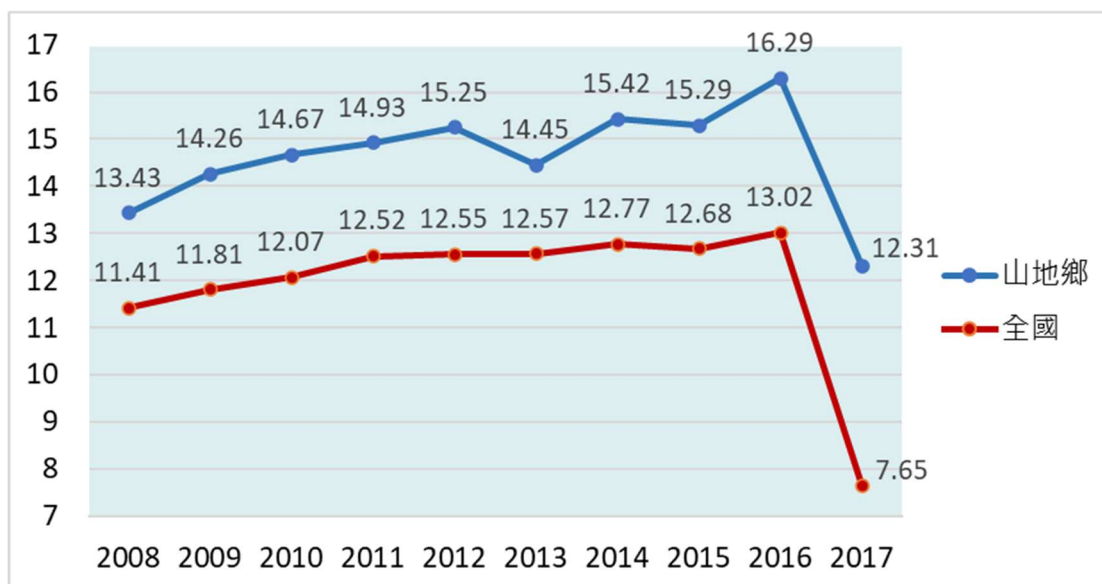
全民健康保險自 1995 年 3 月 1 日開辦以來，原住民人口納保率從開辦初期 82%到 2017 年 94.90%，有明顯且大幅增加趨勢。然因我國山地離島地理環境特殊，醫療人員羅致不易前往，恐形成「有保險無醫療」的情形，為確保所有保險對象就醫權益及促進健康，以及兼顧當地醫療體系的發展，本部中央健康保險署自 1999 年 11 月起辦理「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益

提昇計畫(簡稱 IDS 計畫)」，鼓勵有能力、有意願的醫療院所將醫療人力及資源送到山地離島地區，提供門診、急診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務，根據本部相關統計，我國原住民族醫療服務與資源分布如下：

■ 山地地區之每人年西醫門診、住診醫療點數及門診就醫次數皆低於全國：

以 2017 年為例，整體山地地區之每人年西醫門診(1,022 點)及住診(50,373 點)，皆低於全國(1,495 點、63,245 點)；另山地地區之每人平均西醫門診就醫次數(12.31 次)高於全國(7.65 次)。山地地區之鄉(區)外門診就醫次數占率較高(約 7 成)。

圖 1-6 2008-2017 年全國 vs. 山地鄉西醫門診每人平均就醫次數

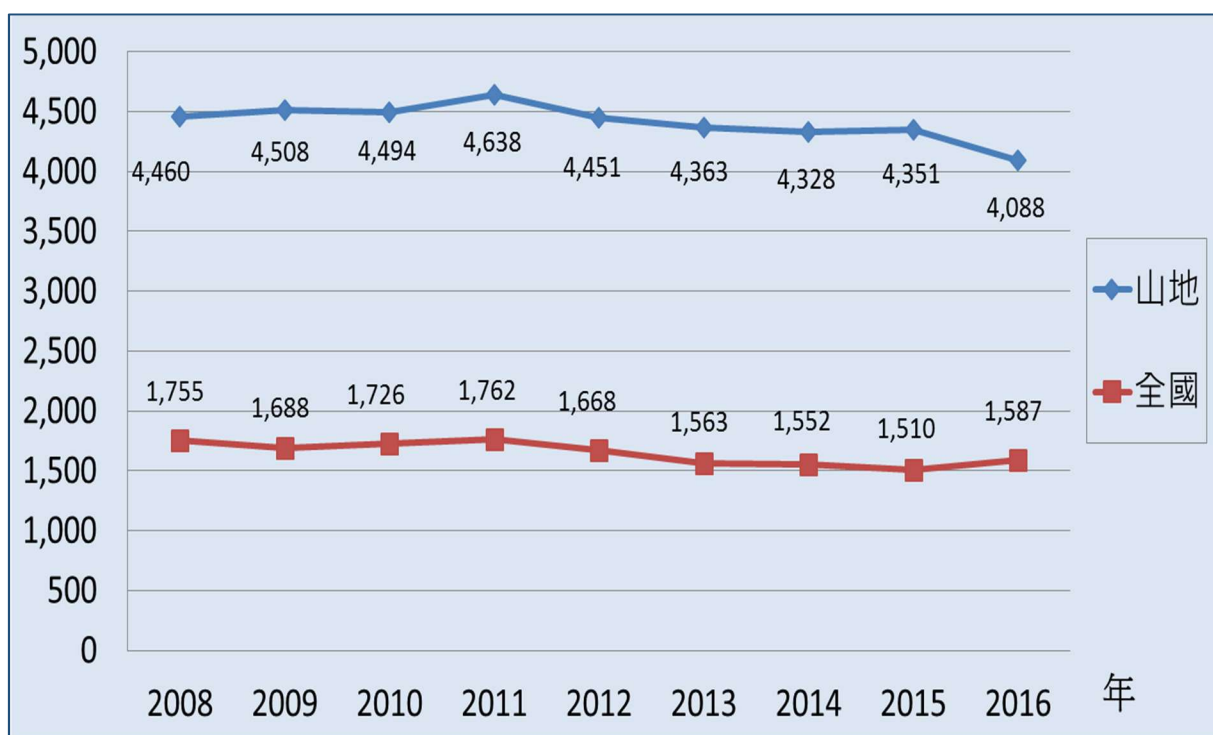


資料來源：原民會及衛生福利部中央健康保險署

■ 山地地區保險對象可避免住院率總體指標高於全國

就整體山地地區保險對象可避免住院率來看，總體指標山地地區(4,088/每十萬人口)雖仍高於全國(1,587/每十萬人口)，但有逐年下降的趨勢，由 2008 年的 4,460 降至 2016 年 4,088(調整後每十萬人口住院數)。

圖 1-7 2008-2016 年山地地區保險對象可避免住院率-總體指標



1. 人口結構依內政部戶政司 2015 年年終 18 歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ 第五版之 PQI 指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等 9 項指標。

(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD 及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等 9 項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。

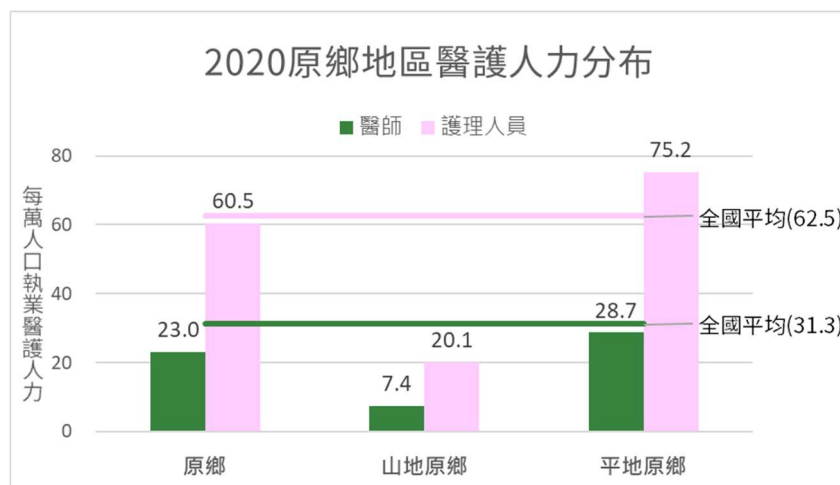
■ 原鄉地區醫療資源及醫護人力低於全國平均

依本部 2016 年統計資料顯示，30 個山地原鄉均無醫院，僅有診所或衛生所計 76 家，且以醫療機構之分布狀況來看，全國平均約每一千平方公里就有 618 家，

山地原鄉則僅有 6 家，尚有差距。

在醫事人力方面，為強化原鄉地區醫事人力，本部 1969 年起辦理在地公費生養成培育計畫，至 2021 年共計培育原民籍各類醫事人力計 631 名。實施多年來，養成公費醫師有 7 年服務義務，期滿後仍願留在當地服務者高達七成，一定程度達提升在地醫療之量能的目的。至 2020 年原鄉地區平均每萬人口執業醫師數約 23 人，低於全國平均每萬人口醫師數(31.3 人)；其中山地原鄉平均每萬人口醫師數僅約 7.4 人，未達全國每萬人口醫師數一半；平地原鄉平均每萬人口醫師數達 28.7，未達全國平均值。原鄉地區平均每萬人口執業醫護人員(執業於醫療院所之醫事人員)約 60.5 人，亦低於全國平均(62.5 人)；其中山地原鄉平均每萬人口護理人員數僅約 20.1 人，未達全國每萬人口醫師數(62.5 人)一半；平地原鄉平均每萬人口醫師數達 75.2，高於全國平均值。

圖 1-8 原鄉地區醫護人力與全國之比較分析



資料來源：衛生福利部統計處

二、問題：

由上述原住民族人口及健康統計與醫療照護服務利用、資源分布數據顯示，對於原住民族健康問題，將分為下列兩層面敘述：

(一)可控制治療死因相對提高、提早：

我國近三十年來已建構出多種量化基本健康指標如死亡率、發生率等，監測國民的健康情形；隨著醫學專業精進，醫療科技進步，無疑對人類生命質量之提高，具有積極正面的助益，許多健康或疾病狀況可就藉由醫療儀器或藥物等獲得早期診斷與治療；惟由原住民族健康統計數據可知，影響原住民族零歲平均餘命或與全國健康差距不平等主要影響因素，如事故傷害、新生兒或嬰兒死亡率、疾病或癌症死亡率、及結核病等，都是為可控制或治療的死因，但在原住民族發生率或死亡率其統計數據顯示多數死因比全國民眾相對提高或提早。因此為改善原住民族健康不平等，須針對原住民族主要影響健康問題之關鍵主因深入探究，進而研擬有效用之健康照護政策推動，才能落實改善或維護原住民健康促進。

表 2-1 2017 原住民族健康統計相關資訊與全國民眾之分析比較

監測指標		原鄉	全國
事故傷害	死亡年齡中位數(歲)	50	62
新生兒	死亡率(千分之一)	3.8	2.5
嬰兒		7.6	4.0
腦血管疾病	死亡年齡中位數(歲)	70	80
慢性肝病		51	60
口腔癌		59	59
肝癌		64	69
結(直)腸癌		65	74
菸酒檳防治	吸菸率(%)	16.0	14.5
	飲酒率(%)	25.1	4.9
	嚼檳率(%)	62.6	43.0
結核病	發生率(每十萬人口)	112.1 (山地鄉)	41.4

備註

1. 資料來源：衛福部統計處、國健署、原民會。
2. 吸菸率、嚼檳率、飲酒率百分比經加權處理，但原住民完訪樣本數過低，可能造成資料不穩定)

(二)醫療照護資源(質)不足及文化：

原住民族約有 5 成人口群聚地區多屬偏遠或山地地區，以致健康與醫療照護資源不似都會區域可近性與充足；且原住民族所處的氛圍，包含文化、教育、經濟、社會、習俗、行為等均對健康情形亦造成影響。在這兩大因素交互作用下，整體問題分述如下：

1. 中壯年人口外移：囿於居住地理環境及經濟生活需求，原鄉地區之鄉鎮面臨較大的人口問題為中壯年人口外移、老年人口相對提高，這現象在山地原鄉更為明顯。
2. 家庭功能式微：原住民族家庭相較於一般的國民，由於庭

經濟所得偏低、離婚及單親率偏高，使得家庭功能相對較不能發揮；對所得較低及教育水準不高的原住民族家庭，更可能造成不良影響。

3. 醫療可近性處於較不利環境：原住民族因居住的環境多處山區、濱海地區，相對交通不便，一旦遇到病痛，其就醫可近性處尚須強化。
4. 健康政策與文化敏感脫節：原住民族因其社會傳統文化特性緊繫著族群情感，故健康維護有其傳統醫藥和保健方法。然在原住民族社區健康促進上，許多健康或是衛生、醫療推動計畫常與原住民的社會架構或習慣缺乏融合或連結，以致推動成果難達預期成效。

參、國際趨勢發展

一、原住民健康有關重要國際組織及發展趨勢：

根據聯合國的統計，目前世界上總共約有三億原住民人口，廣泛分佈於七十個以上之國家，且目前聯合國與原住民健康有關機構主要為：聯合國經濟及社會理事會（ECOSOC）、聯合國教科文組織（UNESCO）、國際勞工組織（ILO）及世界衛生組織（WHO）等。聯合國經濟及社會理事會於 1982 年成立了「原住民人口工作小組」（Working Group on Indigenous Populations, WGIP），以促進原住民權益為宗旨，並廣納原住民族代表參與聯合國各項會議。1996 年 WGIP 重視原住民健康議題，成立了「原

住民健康委員會」；聯合國於 2007 年 9 月 13 日通過「聯合國原住民權利宣言」，強調健康是原住民基本人權之一；世界衛生組織 WHO 亦有「衛生及人權工作小組」負責改善原住民族健康工作，期能在人權實踐與原住民族群健康間達到平衡。

二、世界原住民健康狀況與相關政策：

- (一) 世界衛生組織(WHO)回顧各國原住民健康狀況發現，原住民健康深受貧窮狀態及衛生照護不足影響，另提供原住民心靈及物質生計的居住地被破壞、被同化及文化凝聚力消失，也對他們健康產生有害的衝擊。且世界公共衛生界對於有關健康不平等的研究早已有一個結論，即從人口健康的角度，階級與社會經濟地位與健康密切相關；也就是說，階級及社會經濟地位低的族群，其健康問題必然比階級及社會經濟地位高的族群嚴重。反觀我國探討原住民族健康影響因素，其論述亦與世界觀點相同。
- (二) 以公共衛生最重要的健康指標——平均餘命，將我國與國際上如澳洲、紐西蘭及加拿大等國進行比較(表 3-1)，顯示我國與其他國家一樣，對於原住民零歲平均餘命與非原住民比較均存有差異；若依我國內政部發布之原住民族與全國民眾之零歲平均餘命，2019 年原住民族零歲平均餘命，男性為 68.73 歲、女性為 77.45 歲，

而全體國民分別為 77.69 歲和 84.23 歲，原住民族和全體國民零歲平均餘命之差距，在男性和女性分別為 8.96 歲和 6.78 歲。在澳洲(2017 年)，其男性和女性原住民及全體國民零歲平均餘命之差距分別為 8.6 歲和 7.8 歲，在紐西蘭(2015 年)則分別為 7.3 歲和 6.8 歲。

表 3-1 原住民與全體國民平均餘命差距之國際比較

國家	年度	男性			女性		
		原住民	全體國民	差距	原住民	全體國民	差距
澳洲	2017	71.6	80.2	8.6	75.6	83.4	7.8
紐西蘭	2015	73	80.3	7.3	77.1	83.9	6.8
加拿大	2017	74	79	5	80.0	83.0	3
美國	2011	72.1	76	3.9	78.1	81.2	3.1
臺灣	2019	68.73	77.69	8.96	77.45	84.23	6.78

資料來源：中央研究院 TIPD 資料庫及原住民族委員會 105-106 人口及健康統計年報。

(三)在衛生指標方面，大部分國家並沒有依族群做有系統的流行病學資料收集，然由現存死亡率及罹病率資料，仍可提供健康狀況不平等的有力科學證據，可簡要分成下列幾方面：1.原住民出生時平均餘命比該國全民人口短少；2.嬰兒死亡率高於全國平均值 1~3 倍；3.營養不良及傳染病如瘧疾、黃熱病，登革熱、霍亂及結核病在世界各地仍持續威脅大部分原住民族；4.自殺率較高心理健康惡化；5.吸菸、酒精及物質濫用是顯著的健康及社

會問題；6.心血管疾病、糖尿病、癌症、非故意性傷害及家庭暴力，對一些原住民族為顯著的健康問題；7.土地遷移及污染影響原住民的食物供給，增加營養不良及飢餓的威脅等。

(四) 在提供衛生照護服務方面，原住民族獲得醫療照護服務、健康促進和預防計畫的管道不但有限且不足；且這些服務與計畫常受文化、社會習俗影響，且所居地理環境致使衛生照護存在兩大障礙：

1. 結構與經濟因素：醫療照護服務機構的距離與位置、原住民族社區的孤立、缺乏經濟能力或無能力繳納健康保險以支付醫藥費及失去一天生產活動的相對價值。
2. 缺乏文化敏感性及醫療照護系統適當性：傳統醫療不被接受，語言障礙、醫院及診所不舒適及缺乏人性環境、態度問題。

(五) 近年來，原住民族健康議題在國際有更共識與呼籲，即正視原住民定義、蒐集原住民族健康統計資料、重視主要病因、更新研究取向與普及醫療服務。在澳洲、紐西蘭和太平洋周圍的原住民仍處在相對的健康弱勢環境，但有大量、可靠的原住民族健康資料庫，健康政策著重發展健康照護系統，提昇照護品質和整合各部門策略。澳洲原住民事務部除了與衛生部密切合作，共同制定原住民衛生保健計畫，並仰賴國家原住民與島民組織建議，制定政策和計畫。毛利人為紐西蘭原住民，紐西

蘭衛生部的全國衛生策略特別將毛利衛生發展列入十大目標，在衛生部並有毛利衛生專責單位，研擬與執行多年期的「毛利衛生策略」及「毛利衛生策略行動計畫」，強調減少健康不平等與加強基層健康照護。

三、對台灣的啟示

(一) 尊重原鄉地區文化：

護理學者 Madeleine M. Leininger 在兒童心理健康領域的護理實務工作中與不同國家的孩子互動，她經驗到：除了身體需求滿足外，心理面向的行為解讀、疾病理解、與照顧模式皆會因為不同族群與文化而展現相異樣貌；而其原住民族社會以其文化底蘊，孕育著一套特定文化邏輯的照顧系統；因此理想的健康服務應使原住民有文化上適宜的健康服務，並須讓原住民參與政府決策，以統合身體、情緒、社會、心靈、環境、政治及文化需求，以確保對原住民文化、價值和傳統的尊重。故為促進原鄉健康不平等改善，相關健康照護政策規劃原則係藉由生活方式的改變，增加原住民擁有健康的生活，且尊重原鄉地區既有文化，而非同化。

(二) 營造在地化健康照護環境重要性：

為增進健康照護政策服務利用，對於原鄉地區其了解與溝通相當重要，而對原鄉地區而言，更應著重所謂「人親、土親、語言親」，最好由能說母語的醫護人員從事基層醫療保健服務，並從原住民觀點詮釋健康

的定義與價值，評估疾病的文化觀及性別意涵與對健康的影響，則有助原住民對健康照護政策服務利用。因此對於原鄉地區醫療服務專業人才之文化敏感性訓練，益顯重要。

(三) 原住民族健康資料庫建立：

另目前我國有關原住民族與健康相關資訊資料分散於各部會或本部相關司署，且並未有完整原住民族健康資料監測系統，亟需發展原住民的健康監測系統，讓當地原住民部落社區能觀察、評估身體、心理、心靈和文化上的健康狀態、健康風險和保護因子，並強化原住民健康統計資料，以便我國原住民族健康照護政策制定參考及國際上比較。

肆、目標、策略與行動計畫

一、策略目標：

為減少原住民族健康不平等，本部由以上原住民族健康統計相關資訊、國內現況與國際趨勢發展，並以將從原住民個人、家庭及部落等三個層面設定目標，期能（一）建構健康的部落、（二）建構健康的家庭及（三）培養健康的個人，以達永續發展及健康安全的境界。

二、總體目的：

世界衛生組織於 1978 年阿瑪阿塔宣言(Declaration

of Alma-Ata)提出全民健康 (health for all) 目標，但目前原住民族與全國民眾無法享有同等的零歲平均餘命 (如：原住民兩性零歲平均餘命低於全體國民 7.76 歲) 與同等質的健康照護環境 (如：山地鄉每位醫師服務人口數為台灣地區每位醫師服務人口數的 2.4 倍)。而今造成原住民族健康不平等因素，其因台灣社會經濟快速變遷，原住民面臨極度的挑戰，原有的生存技巧，無法在變遷的社會中，找到合適的價值，因而面臨經濟的無助及社會地位的剝奪。原住民在精神上受到壓抑及生理不適的狀況，造成原住民族整體健康上極度的弱勢；且原住民族健康照護需求因各族群具有豐富多樣性文化、宗教、傳統、語言及歷史經驗，以致對健康照護需求各有差異。故本計畫係以原鄉地區健康影響關鍵主因，擇針對性有效可以明確獲得改善做為策略擬定指導原則，故所訂策略目標及行動計畫執行，期望達成總體目的為二：(一)改善原住民生活品質；(二)縮短原住民健康不平等，以實現世界衛生組織之全民健康目標。

三、行動計畫

為達成上述三大策略目標及二大總體目的，依據設定策略目標與原則，將原住民健康統計指標與全國民眾差異顯著之健康問題，分析研擬 10 項改善策略行動計畫，同時並選取 20 項量化評估指標進行監測，並期與國

際上比較；監測重點包括拉近原住民族與全國民眾之零歲平均餘命、降低原住民族嬰幼兒死亡率、降低原住民族事故傷害及慢性肝病死亡率、提昇結核病主動篩檢率、增加原鄉地區部落健康營造中心佈建數量等。

綜上，本計畫整體計畫架構計有 2 項總體目的、3 項策略目標、6 項策略原則、10 項行動計畫及 20 項監測指標，針對各細項之策略目標說明因應策略原則、監測指標、行動計畫與執行單位如下表 4-1，10 項行動計畫之計畫目標、執行策略方法與預期成效等，詳如附錄。

另因監測指標多為結果指標，故 2018 年至 2020 年先透過此 10 項主要改善策略行動計畫發展符合在地文化敏感度的健康照護服務，首重減少社會因素造成健康不平等，由下而上因地制宜融入部落智慧的可行性模式後，再訂定 20 項監測之長期指標標準。

表 4-1 原鄉健康不平等改善策略 10 項行動計畫策略目標、原則與指標

策略目標(3)	策略原則(6)	行動計畫(10)		監測指標(20)
		項目	執行單位	
建構健康的部落	1.提供適合文化族群的健康照護	1.養成公費生培育計畫	照護司	1.在地醫事人力培訓人數 2.在地醫事人力留任人數 3.部落健康營造的覆蓋率 (一鄉一部落營照中心) 4.在地照護資源佈建數 5.原鄉每千人口醫師 6.可避免住院率 7.門診每人平均就醫次數 8.孕產婦產前檢查利用率 9.原住民菸酒檳使用率 10.原住民事故傷害死亡率 11.原住民成人各類健康檢查率達 40% 12.幽門桿菌陽性接受除菌治療者之除菌率達 80% 13.原住民族結核病主動篩檢率 14.原住民族結核病病例監測 15.原住民族平均餘命 16.原住民族十大死因 17.原住民族粗死亡率 18.原住民族標準化死亡率 19.原住民族癌症死亡率 20.原住民族嬰兒死亡率
	2.強化原住民社區自決及自我增能	2.部落健康營造計畫	照護司	
	3.改善醫療照護可近性	3.偏鄉離島醫療資源提升計畫	醫事司	
		4.原鄉論人計酬試辦計畫	健保署	
建構健康的家庭	4.提升母嬰健康	5.高風險孕產婦健康管理試辦計畫	健康署	
培養健康的個人	5.改善健康知能及促進健康行為	6.菸酒檳榔防制試辦計畫	健康署	
		7.原鄉事故傷害防制試辦計畫	健康署	
	6.強化健康指標監測及疾病篩檢	8.原鄉三高防治試辦計畫	健康署	
		9.原鄉消化系癌症防治試辦計畫	健康署	
		10.山地原鄉結核病主動發現計畫	疾管署	

伍、 績效指標及經費

一、 績效指標：

(一)提供適合文化族群的健康照護：

- 1.預計 2018-2020 年培育原鄉地區醫事專業服務人員計 97 人。
- 2.每年自我申請退學養成公費生低於 5 名。

(二)強化原住民社區自決及自我增能：

- 1.預計 2020 年完成原鄉地區每鄉鎮至少有 1 處部落健康營造中心。
- 2.規劃 2018 年試辦 1 處部落健康營造中心育成健康照護資源佈建，提升在地人健康服務就業率，預計 2019 年起全面推動。

(三)改善醫療照護可近性：

- 1.預計 2020 年偏遠地區醫院達成醫院緊急醫療能力分級評定標準之能力、偏遠地區醫院急診轉出率下降及改善偏遠地區重點科別醫師人力之不足，達到醫療在地化。
- 2.規劃 2018 年擇定試辦鄉鎮承作醫院進行試辦，預計 2019 年啟動原鄉論人計酬試辦計畫。

(四)提升母嬰健康：

於 2017 年至 2018 年執行高風險孕產婦健康管理試辦計畫：與地方政府衛生局合作，並結合轄區醫療院所，針對高風險懷孕婦女提供孕期至產後 6 週之衛

教、關懷追蹤及轉介服務。

(五) 改善健康知能及健康促進行為：

增加原住民菸酒檳危害認知率，養成無菸檳節酒生活，降低非傳染性疾病死亡率。

(六) 強化健康指標監測及疾病篩檢：

1. 建立有效事故傷害防制模式：建立原民地區事故傷害監測與分析機制及 4 處原住民事故傷害防制示範部落。
2. 倡議原住民「預防保健」及「自我健康管理」觀念，提供成人預防保健服務。
3. 強化慢性病人醫療及照護品質，協助發展原鄉慢性病防治及管理服務計畫。
 - (1) 提升原鄉衛生所三高收案管理。
 - (2) 提升原鄉基層醫療院所慢性病管理服務功能。
 - (3) 加強與社區非政府組織合作三高慢性病管理。
 - (4) 高齡友善健康照護機構-衛生所認證試辦區域。
4. 降低山地原鄉結核病發生率：
 - (1) 從 2016 年每十萬人口 135.7 例，於 2020 年降至每十萬人口 132 例。
 - (2) 35-64 歲山地原鄉民眾，每 3 年 1 次結核病主動篩檢，至 2020 年 3 年累積主動篩檢率達 55% (基值 49%)；65 歲以上山地原鄉民眾，每年 1 次結核病主動篩檢，至 2020 年每年主動篩檢率達 50% (基值 40%)。

5. 試辦 30 歲(含)以上原住民胃癌篩檢收案至少達(含)1,000 人，提升原住民癌症篩檢參與率。

二、經費編列：

本計畫執行期程為三年(2018 年至 2020 年)，經費編列總計約 40 億 6,175 萬 3,000 元(表 5-2)，各年度行動計畫之經費估列一覽表。經費來源原則由公務預算或附屬基金預算編列，並逐年檢討各行動計畫項目之資源投入及預期目標，覈實編列預算辦理。

表 5-2 原住民族健康不平等改善策略 10 項行動計畫之經費編列

單位:千元

編號	行動計畫	2018 年	2019 年	2020 年
1	原鄉地區養成公費生培育	24,726	61,307	108,685
2	部落健康營造計畫	45,264	45,264	78,320
3	原鄉醫療資源提升計畫	1,180,000	1,180,000	1,180,000
4	原鄉論人計酬試辦計畫	—	50,000	—
5	高風險孕產婦健康管理試辦計畫	6,877	14,960	14,960
6	菸酒檳防制試辦計畫	1,700	4,000	5,000
7	原鄉事故傷害防制試辦計畫			
8	原鄉三高防治試辦計畫	3,000	4,500	6,000
9	原鄉消化系癌症防治	3,500	4,300	5,000
10	山地原鄉結核病主動發現計畫	4,000	24,000	24,000
合計		1,281,817	1,375,501	1,404,435
總計		4,061,753		

備註：原鄉事故傷害防制試辦計畫之期程為 107 年 5 月-108 年 12 月 31 日，經費編列約為 2,500 千元。

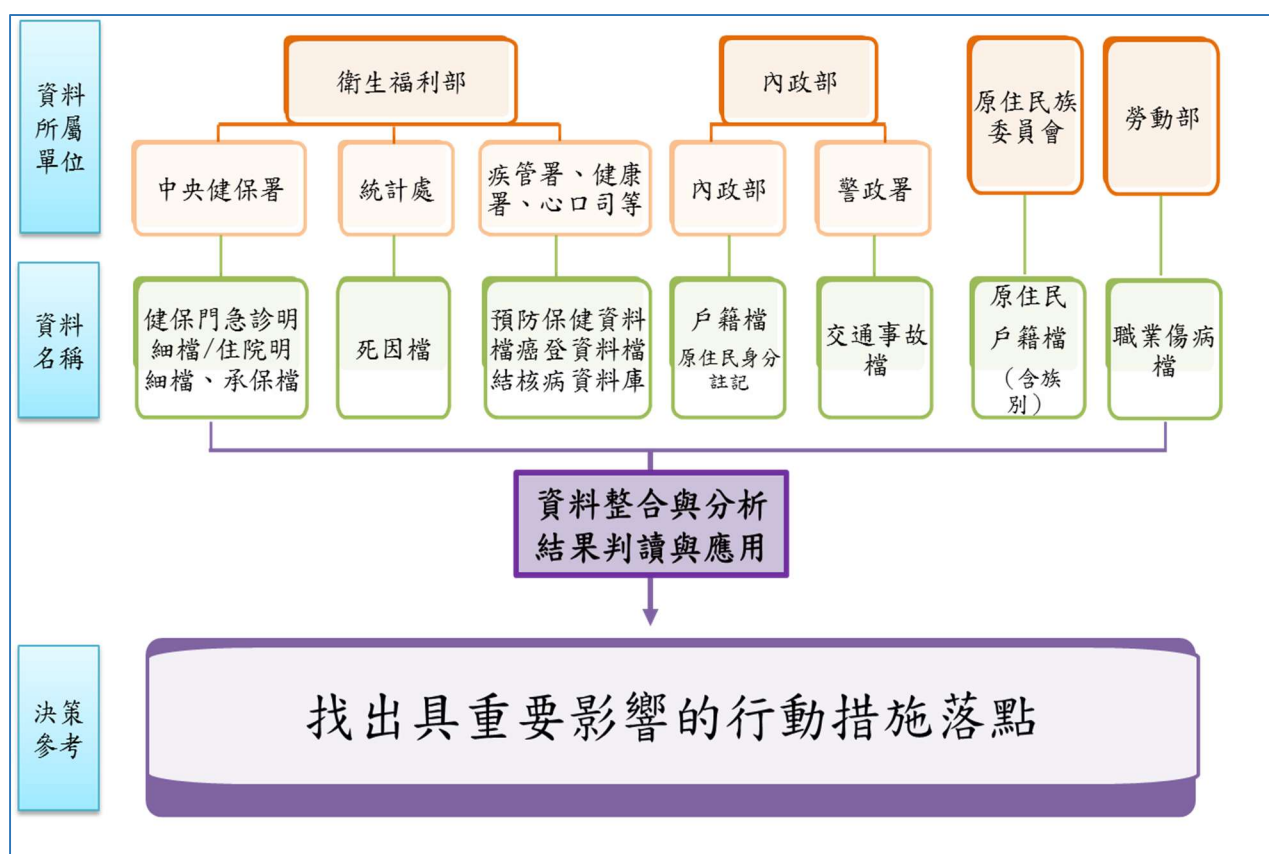
陸、 監測未來

一、 建立監測資料庫

(一) 整合原住民族人口及健康統計資料：

目前原住民族人口及健康照護相關統計資料分佈於各部會單位(原民會、本部各署司)，且各系統資料未必有具可串接的欄位，亟需全面盤點與整合。故規劃建置本部業管原住民族相關資訊之使用及查詢管道，並將彙整與列示資料科學中心可加值應用之原住民族健康資料，提供原住民族資料視覺化圖表或互動式指標查詢管道。

圖 6-1 原住民族健康照護相關統計資料分佈情形



(二) 建置原住民族生命週期健康資料庫：

規劃能建立原住民族生命週期健康照護政策之歸人健康資料管理平台，協助了解與掌握原鄉地區民眾健康資訊及健康狀況，監測照護品質及決策資源是否到位，作為本部未來發展原住民族健康照護政策制定與應用之參考。

二、執行與管考

本案行動計畫實施期程為 2018 年至 2020 年止；並將由本部設置「原住民族健康照護諮詢會」進行計畫執行與監測，藉由每年 2 次或不定期諮詢會議追蹤管考各行動計畫之工作項目執行情形，確保預期效益達成。

柒、結語

從健康專業立場，針對健康不平等最常廣泛討論的健康指標就是原住民族零歲平均餘命與全國民眾差距不同；然而，從原住民族立場來看，最迫切需要的應是生活品質改善及零歲平均餘命的提升。為提升原住民族地區健康照護可近性與完整性，本部多年來將原住民族地區健康政策列為優先施政目標，並挹注相關多的醫療資源，且為克服原鄉不利的地理環境因素，亦運用資通訊科技技術建置數位化醫療設備，期望將醫療照護服務遞送至原鄉，讓原住民族能在地可近性獲得適切健康照護，達成健康促進與疾病早期診斷及治療；然原住民健康相對弱勢情形仍存在，可見消除原住民族健康不平等非單由本部努力即可達成，

尚須經濟、教育與文化等層面的共同配合。

本計畫改善策略行動計畫，係以消除危險因子、在地人力培育資源投入及架構行政體系效率管理等面向規劃，且未來計畫執行將由中央、地方間之水平與垂直合作及整合，方可促使計畫達成極大化效益，另亦須激發倡議原住民族對健康價值的「自覺」，進而影響原住民對於健康生活型態的「自決」，期不久的將來，原住民的平均餘命與生活品質與台灣民眾並駕齊驅。

柒、附錄：10 項行動計畫書

【行動計畫一】

原住民族及離島地區醫事人員養成計畫

辦理單位:護理及健康照護司

壹、計畫緣起

依據我國憲法第 157 條規定，國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。基於「健康是基本人權」之觀念，我國對於原住民族及離島地區民眾就醫權利之保障已揭槩於相關法令。如原住民族基本法第 24 條明文，政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。

衛生福利部(下稱本部)，向以「促進全民健康與福祉」為使命，透過精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益、健全福利服務體系，以促進醫療資源合理分佈。其中照顧弱勢族群、強化偏遠地區及原住民族醫療保健服務品質及可近性，為施政之重點。為了有效提升原住民族地區之醫療照護服務，培育當地醫事人才，以期深耕當地醫療並長期留任為現階段重要課題，爰辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」。

參、執行現況

(一) 有關原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，自

1969 至 2017 年已培育 985 人，其中醫學系 529 人、牙醫學系 77 人，護理學系 255 人及其他醫事人員 124 人(其中原住民籍公費生已培育 529 人，包含醫學系 263 人、牙醫學系 40 人，護理學系 175 人及其他醫事人員 51 人)。

(二) 另分析整體計畫之培育狀況，現有醫學系畢業生 343 名，考上醫師證書計 320 名，又以取得家庭醫學科醫師證書為最多(96 名)，其次為內科(51 名)、外科(21 名)、急診(15 名)、兒科(12 名)、婦產科(8 名)等(其中原住民籍醫學系畢業生 199 名，考上醫師證書計 176 名，亦以取得家庭醫學科醫師證書為最多(75 名)，其次為內科(34 名)、外科(9 名)、急診(10 名)、兒科(9 名)、婦產科(4 名)等)。

(三) 實施多年來，以醫師為例，養成公費醫師有 7 年之服務義務，期滿後仍願留在當地服務者高達 7 成。

參、計畫目標

一、短程目標

(一) 延續本部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，2017-2021 學年度預計培育 580 名公費生(包含原住民籍公費生至少 88 名)。

(二) 每年自我申請退學之養成公費生低於 5 名。

二、中程目標

- (一) 為改善原住民族地區醫療資源之不足與不均、醫事人力招募及留任不易及養成公費醫師將逐年離退流失之情形，辦理本計畫以持續推動原住民族地區醫事人員養成，確保原住民族地區醫事人力。
- (二) 為配合醫療工時合理化政策、因應地方專科醫療之需求、原住民族地區人口老化問題、醫療工作環境之變遷，爰賡續辦理本計畫，以提升原住民族地區之醫療量能。

三、長程目標

- (一) 均衡偏遠地區醫療人力之分布，提升原住民族地區居民、醫療照護之可近性及品質。
- (二) 持續分析在地醫事人力動向及留任意願，落實在地醫療化政策。
- (三) 分析原住民族地區醫事人力資源的性別比例，並提供具社會性別及文化適切性之健康、醫療與照護服務，以提升醫療照護服務之友善性。

肆、執行方法

- (一) 2017-2021 年預計培育經費、招生入學人數及各校學雜費收費標準推估，依據行政院 2018 年 2 月 22 日院臺衛字第 1070005524 號函核定修正計畫「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期(2017-

2021年)」計畫書辦理，預計培育人數增額至580名公費生(包含原住民籍公費生至少88名)。

- (二) 公費生培育、訓練及履約之輔導及管控：為使公費生能如期履約，除延續前期計畫舉辦公費生座談及說明會，依約要求公費畢業生服務前，先行接受專科或專業訓練，另將規劃相關輔導機制與推廣繼續教育訓練，並將文化敏感度議題融入訓練課程中，以循序培養及維持公費生履約之認知及返鄉服務之能力。另本部將與地方、培育校合作，定期盤點及清查公費生履約狀況，催促未履約者儘速履約或依約請求賠償，藉以管控公費生人員之動態。
- (三) 本計畫擬透過專責培育單位可與當地或其他鄰近縣市、醫院建置合作模式，地方政府將更能精確掌握可用之醫療人力，以強化當地醫療機構調度機制，而專責培育單位可將該些公費畢業生送至與其合作之醫院進行專業訓練，並強化該些醫院之人力，布建綿密之醫療人力支援網絡。

伍、執行期程

- (一) 招生期程為2017至2021學年度，共計5年。
- (二) 養成期程為2017年9月1日至2027年6月30日

止，計 10 年。

陸、 預期成效

- (一) 本計畫可適量培育原住民族地區在地醫事人才，以維持該地區之醫事人力均衡醫療資源，提高醫療服務水準，維護原住民族地區居民身心健康及健全照護體系。
- (二) 另成立專責培育大學，可提高在地養成人才之醫療照護能力，加強文化敏感度及同儕交流互助，使教學資源有效運用並發展網絡合作模式，提高人力運用效益。
- (三) 又依現行五大科醫師執業人數不足 10 人之次醫療區轄內接受醫學中心及重度級急救責任醫院支援費用每年達 5.7 億、每年牙醫改善方案 1.2 億，合計約 6.9 億/年，以本計畫公費生培育費每年約需 9 千萬元評估，倘將增加培育人力及提高留任意願，未來將有效減省醫事支援人力經費。
- (四) 另為落實我國「性別平等政策綱領」，將研析建立相關性別分析資料，如申請退學、平均服務年資之性別統計，分析在地醫事人力動向及留任意願之性別差異，每年大學甄選入學之各類醫事公費生與自費生之性別統計等相關資料，藉以加強醫療環境之友善性，並強化女性執業及就醫之權益，以充分滿足不同性別的健康需求。

【行動計畫二】

部落健康營造計畫

辦理單位:護理及健康照護司

壹、計畫緣起

世界衛生組織(WHO)在 Alma Ata 宣言(1978 年)及 1986 年渥太華憲章中強調將社會正義和公平列為追求健康的先決條件，憲章內容包括健康促進、健康促進行動綱領及未來方向三部份，並藉由落實基層保健醫療來促進民眾健康，以達成全民健康（Health for All）目的；為促使民眾能夠主動關心自己的社區健康，及呼應世界衛生組織提出健康城市理念，藉由參與社區資源，使民眾發掘出社區的健康議題，產生共識並建立社區自主照護健康營造機制，民眾擁有健康不再只是靠個人的努力而已，更需支持性環境，促使民眾建立健康的生活型態。健康的生活包括：接受預防接種、均衡飲食、規律運動、減少壓力、避免有害健康危險因子、定期健康檢查及定期接受各項篩檢等。

本部鑒於於原住民族地區因地理環境因素，健康照護資源獲得可近性較不足，且傳統文化、經濟條件及生活習慣亦影響原住民族對於健康照護服務利用，故為促進及活化提升原住民族地區部落健康狀態，在 2000 年 4 月舉辦「2000 年原住民部落暨離島社區健康營造研討會」，會中提出部落健康營造重要宣言—兆豐宣言，部落健康營造應該以「本土化」、「訂立健康議題」與「建立機制」為執行運作的

三大方向，同年 8 月 1 日開始在原鄉衛生所推行部落健康營造的計畫，結合地方政府與民間團體設置「部落健康營造中心」，以「因地制宜」、「建立機制」及「永續經營」三大方向，進行部落健康營造之深耕工程，結合部落社區資源力量，建立完整的部落社區支持體系，透過部落健康營造中心之各項介入社區性措施，培養民眾由下而上、自動自發的關心自己的健康議題，進而推廣到整個部落與將健康的生活型態融入日常生活中，引發對自我健康的責任及使命感，帶動部落民眾參與共同營造自發性健康新活力，創造原住民族健康的個人、家庭及部落。

貳、 執行現況

一、 推動方式：

部落社區健康營造主要是透過地方政府結合在地社區民間機構(團體)資源，設置部落健康營造中心，以在地化、健康議題與建立機制三大目標推動，使民眾能有自發性健康行為，落實「健康生活化、生活健康化」達成自我健康管理、實踐健康生活之目標；且為建立具有原住民地區特色的部落健康營造模式，委託專業團體及補助衛生局結合在地專家學者，建立在地化輔導機制，強化部落健康營造專業訓練，建立部落健康營造人才培訓機制，加強行政協助與資源釋出，制定監測指標及評核機制等，輔導轄區內社區健康營造中心永續經營。

二、執行成效：

有關部落健康營造中心設置，截至 2018 年於原住民族地區 12 縣 55 鄉鎮設置 53 處，並依部落社區特性因地制宜，由下而上擬定健康議題及策略(圖 1)，帶動民眾參與、推動健康促進活動；今其成效包括提升部落社區健康營造認知、加強組織運作推動、建立健康會議自治模式、提高生活與文化敏感度認知及培訓健康營造人才等。

(一)量性成果：至 2017 年辦理部落健康促進服務與相關議題識能教育，如疾病篩檢 48,710 人次、轉介篩檢異常計 5,923 人次。辦理健康衛教宣導計 1,699 場次 57,810 人次、健康飲食促進計 1,942 場次 14,645 人次、長者、新住民等居家關懷計 18,229 人次、社區血壓量測服務計 139,157 人次、志工培訓課程 356 場 8,316 人。

(二)質性成果：

- 1.提高部落民眾對部落健康營造的認知及重視度。
- 2.提高部落民眾對祖先生活與健康智慧認知與了解。
- 3.提高部落民眾對原住民族健康文化的認同與自信心。
- 4.逐漸恢復原住民族部落組織運作及部落會議之合作模式。
- 5.塑造部落與健康營造的推動模式。
- 6.建立部分原住民族健康飲食繪本及推動實例。
- 7.建立原住民族健康操教材範例。

8.表揚部落健康代言人，並作為部落人士學習之典範。

圖 1：部落健康營造之健康議題綜整



三、檢討與精進：

為落實改善原住民族健康不平等政策，本部體檢歷年來推動「部落健康營造計畫」之成效與運作策略，其整體計畫理念與方向清楚，並顯現原住民族部落民眾對健康認知與促進提升之成效；惟計畫推動因常限於人力物力的不足，多數僅能單方面的衛教宣導，以致於無法達到預期的成效，且影響原住民健康促進尚有經濟、文化與教育等因素。

為能更提升原住民族部落民眾之自我健康照護，落實建立原住民族健康生活型態，減少疾病罹患率及致死率；部落健康營造中心 2018 年起除了持續部落健康營造理念，透過「因地制宜、建立機制、部落智慧」，針對社區主要

健康議題，追求部落健康營造永續，並將賦予扮演部落家戶健康維護角色平台，強化健康個案管理機制，並讓族人生命週期之各項健康照護政策，落實涵蓋至原住民籍在人亦在之到位服務，以提升整體健康照護公共政策服務涵蓋率，增進原住民健康維護與促進，以達成世界衛生組織全民健康，保障原住民族健康維護權利。

參、計畫目標

- 一、提升整體健康照護政策服務利用涵蓋率，增進原住民族健康維護與促進。
- 二、建立因地制宜健康議題，提升社區健康促進識能；並建立以人為本、以家庭為單位、以社區為導向之部落健康營造平台。
- 三、促進跨領域合作效能，強化部落健康營造組織運作，發展健康照護資源產業，促進在地人服務在地人之健康照護資源育成。

肆、計畫內容

為落實因地制宜建立由在地人服務在地人之在地健康照護供需模式，2018 年規劃設置部落社區健康營造中心推動策略將聚焦於「能力升級」與「就業增值」，引領「原鄉健康分享經濟發展」，並促進原住民族地區健康照護資源佈建，提升在地健康照護就業率，建立因地制宜健康促進人力供需

模式，以提升部落健康照護量能，促進部落生活品質。且對於專業機構(團體)輔導部落社區健康營造中心，將協助部落健康營造中心強化健康個案管理機制，並教導中心專案經理人如何盤點與培訓部落社區健康照護人力，並協助促進部落健康照護資源發展與育成，以使健康照護政策落實涵蓋到部落社區民眾的到位服務，建立具原鄉地區特色的部落健康營造模式；此外藉由本部及地方政府水平及垂直合作整合，促使行政管理效率提升，建立以家庭為單位的運作方式；並發展因地制宜健康促進自助互助共助體系，提升部落健康生活品質。

一、執行策略：

(一) 強化部落健康營造特色發展，建立符合在地需求、因地制宜之部落健康議題傳播。

(二) 紮根家庭連結，需求水平整合或轉介：

1. 辦理家庭健康關懷，瞭解成員籍在人不在與不同生命階段之公共衛生服務利用情形。
2. 協助健康需求或異常之服務資訊提供與轉介。

(三) 盤點部落社區可用健康照護人力：建立健康照護服務非正式人力發現介面：促進家庭有能力人員社會參與，提升社區健康照護量能，建立由在地人服務在地人之健康照護供需模式。

(四) 輔導部落健康營造服務模式建立。

1. 輔導營造中心經理人進行部落個案健康管理重點

分析與監測機制。

2. 輔導與協助教導部落相關單位(含可用非正式人力)，有關政府健康照護政策方案計畫書撰寫與提案申請，促進原鄉健康照護資源佈建，提升在地就業率，建立由在地人服務在地人之在地健康照護供需模式。

(五) 2018 年先試辦 1 處部落營造中心育成健康照護資源佈建，提升在地人健康照護服務就業率，預計 2019 年起全面推動。

二、績效指標：

- (一) 每一部落健康營造中心育成 1 個健康照護資源佈建。
- (二) 完成原住民族地區一鄉一部落健康營照中心(部落健康營照覆蓋率 100%)
- (三) 完成原住民族 55 鄉之社區訪視健康評估，建立家戶個人健康資料。
- (四) 建立因地制宜健康議題，提升社區健康識能。

三、執行期程：

計畫執行期程為 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日。

四、經費編列：

本案計畫總計 1 億 6,884 萬 8,000 元整，2018 年 4,526 萬 4,000 元、2019 年 4,526 萬 4,000 元及 2020 年 7,832 萬元整。

伍、預期成效

- 一、建立以人為本、以家庭為單位、以社區為導向之社區部落健康營造平台。
- 二、建立以歸人戶及部落治理之公共衛生服務模式。
- 三、創新部落健康照護產業模式，提升原住民族健康照護就業率。

【行動計畫三】

偏鄉、離島醫療資源提升計畫

辦理單位:醫事司

壹、計畫緣起

偏遠地區醫療可近性處於較不利環境，原住民居住的環境多處山區、濱海地區，地點相對交通不便，導致醫療照護資源(品質)不足，為強化山地、偏遠地區緊急醫療照護能力，將從建構原住民健康的部落層面介入，以逐步改善原住民醫療照護品質及縮短健康不平等，規劃策略原則以達成改善醫療照護可近性，提升在地醫療量能為首要目標。

貳、執行現況

自 2013-2015 年規劃由 19 家醫學中心支援醫療資源不足地區 18 家醫院，並自 2016 年起推廣為 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援辦理，截至 2017 年計提供 108 名 11 類急重症專科醫師人力，支援醫療資源不足地區 25 家醫院，以提升在地醫院之緊急醫療照護能力，增加當地居民就醫可近性。

另辦理「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」，統計 2017 年度全國急救責任醫院急診轉出共計 78,269 人，網絡

內醫院互轉比率 70.2%，總登錄完整率為 96.6%。

依據健保署資料，各醫院檢傷一級病人急診 24 小時滯留率自 2016 年平均 2.94% 下降至 2017 年為 2.31%；又檢傷二級病人急診 48 小時滯留率自 2016 年平均為 3.03% 下降至 2017 年為 2.18%，顯示計畫實施後，緊急傷病患急診暫留率皆下降，已逐步強化各地區醫院轉診網絡，搶救病人救治黃金時間。

參、計畫目標

一、短期規劃：

(一) 醫學中心支援計畫：透過 27 家醫院，輔導 12 縣市醫療資源不足地區 25 家醫院，提升在地急重症醫療能力，每年計投入新臺幣 6.6 億元。

(二) 偏遠地區資源挹注：透過設立「觀光地區、假日夜間醫療站」及「提升醫院急診能力」、強化重度級醫院照護能力、提升兒科急診照護量能等，以提升交通不便資源缺乏地區緊急醫療救護量能，維持偏遠地區醫療照護不中斷，每年計投入新臺幣 3.8 億元整。

(三) 遠距醫療：

1. 醫師法第 11 條明定醫師施行治療、開給方劑或交付診斷書必須在「親自診察下為之」為原則。但在山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣(市)主管機關

指定之醫師，以通訊方式診察、開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療，本部並已於 2006 年 11 月 15 日以衛署醫字第 0950215400 號公告「山地、離島及偏僻地區通訊醫療規定」。

2. 因應網路時代來臨及高齡化社會在宅醫療之需求，擬定「通訊診療辦法草案」於 2018 年 1 月 10 日預告，初步擴大五款特殊情形病人條件。

(四) 轉診網絡後送規劃：將全國 199 家(重度級 39 家、中度級 80 家及一般級 80 家)急救責任醫院規劃為 14 個轉診網絡，推動網絡內醫院轉診機制，建立區域合作醫療，提升緊急傷病患轉診安全。每年預估投入新臺幣 6 千萬元整。

二、長期規劃:

(一) 公費醫師制度：自 2016 年重新辦理公費醫師制度，每年增加 100 名公費醫學生，於完成內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科專科醫師訓練後，分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務。2016 至 2017 年度預定各培育 100 名公費醫學生，入學人數分別為 87 名及 97 名。招生期程為 2016 至 2020 學年度，共計 5 年，培育期程為 2016 年 9 月 1 日至 2026 年 6 月 30 日止，計 10 學年整，經費預估新臺幣 7 億 902 萬 6,000 元整。

- (二) 公費醫師留任制度：藉由津貼之補助，鼓勵公費醫師服務期滿後，繼續於偏遠地區之公費醫師分發服務醫院，提供醫療服務，以穩定偏遠地區之醫療機構人力。

肆、執行方法

一、短期目標：透過支援方式解決醫師人力缺口。

- (一) 運用補助計畫鼓勵醫學中心或重度級急救責任醫院指派專科醫師人力深入偏鄉及資源缺乏地區醫院提供醫療服務，暫且紓解人力缺口，並透過醫療技術交流，強化在地醫療照護水準，減少健康不平等差距。
- (二) 2016 年起由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援辦理，截至 2017 年計提供 108 名 11 類專科醫師支援醫療資源不足地區 25 家醫院，俾提升在地醫院之緊急醫療照護能力。

二、中期規劃：扶持在地醫院，提升醫療照護能力。

- (一) 透過以醫學中心規劃區域認養，由交通方便且資源豐沛之區域，協助認養資源缺乏之原住民鄉或偏遠地區，以區域聯防相互結盟概念，扶持在地醫院醫療照護能力，提升偏遠地區醫療照護水準，縮小城鄉間因交通、資源、技術間造成之落差。
- (二) 2017 年已輔導 12 縣市之 25 家受獎勵醫院，協助緊急醫療資源不足地區之 1 家醫院達重度級，5 家達部分

重度級，5 家達全中度級，1 家達中度級(不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護章節)，10 家達部分中度級急救責任醫院基準，有效提升在地醫療服務資源與品質，落實在地化醫療以降低緊急傷病患者轉出率

三、長期規劃：深耕在地，長期人力留任。

- (一) 強化在地醫院急重症醫療量能，針對資源缺乏地區，以區域聯防概念，結合縣市所在醫院強化醫院特色，發展區域整合醫療模式，共同提升在地醫療照護強度。
- (二) 結合鼓勵醫師留任制度，提高誘因加強醫師人力續留偏遠地區醫療機構持續服務民眾，並與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，鼓勵醫師深耕偏鄉，以穩定偏遠地區醫師人力，逐步提升當地照護量能。

伍、執行期程：

計畫執行期程為 2018 年 1 月起自 2019 年 12 月 31 日止。

陸、預期成效

- 一、鼓勵偏遠地區醫院達成醫院緊急醫療能力分級評定標準之能力，逐步提升急重症醫療照護能力。
- 二、達成偏遠地區醫院急診轉出率下降，強化在地醫療照護量能。
- 三、預期改善偏遠地區重點科別醫師人力之不足，達到醫療

在地化之長期目標。

柒、結語

藉由提高偏遠地區醫療可近性，強化交通不便地區醫院急重症醫療量能，鼓勵醫療人力不足地區專科醫師留任，並規劃區域聯防整合照護醫療，藉以逐步改善離島、原住民地區醫療照護品質及縮短健康不平等，全面提升偏僻地區醫療照護量能，以保障當地居民就醫權益。

【行動計畫四】

原鄉論人計酬計畫(草案)

辦理單位:中央健康保險署

壹、計畫緣起

山地離島地區由於交通不便，無法吸引醫師前往開業或醫事人員羅致不易。住民人口稀少，醫事人員執業所得不符經濟效益，導致醫事人員招募及留任困難，醫療資源普遍有不足情形。健保開辦初期，為確保所有保險對象就醫權益及促進健康，並避免形成「有保險無醫療」的情形，以及兼顧當地醫療體系的發展，自1999年11月起辦理「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(簡稱IDS計畫)」，鼓勵有能力、有意願的醫療院所將醫療人力及資源送到山地離島地區，提供門診、急診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務，即從疾病診療到預防保健、篩檢及衛教宣導等，以「哪裡有需要，就往哪裡去」方向推動。

推動至今已屆20年，確已提升山地離島民眾之輕症治療及慢性病照護之可近性、建立照護連續性及良好的醫療品質。但對於重大傷病(如心肌梗塞或重大意外事故)之緊急處理，囿於醫療設備不足及人力的有限，目前僅能緊急處理且需直昇機的後送配合。另限於當地衛生所人力，對於初級預防保健部分較為輕忽，如抽煙、飲酒、飲食、運動及其他不良之健康行為之衛教宣導等，對降低可避免住院與死亡的效益較低。

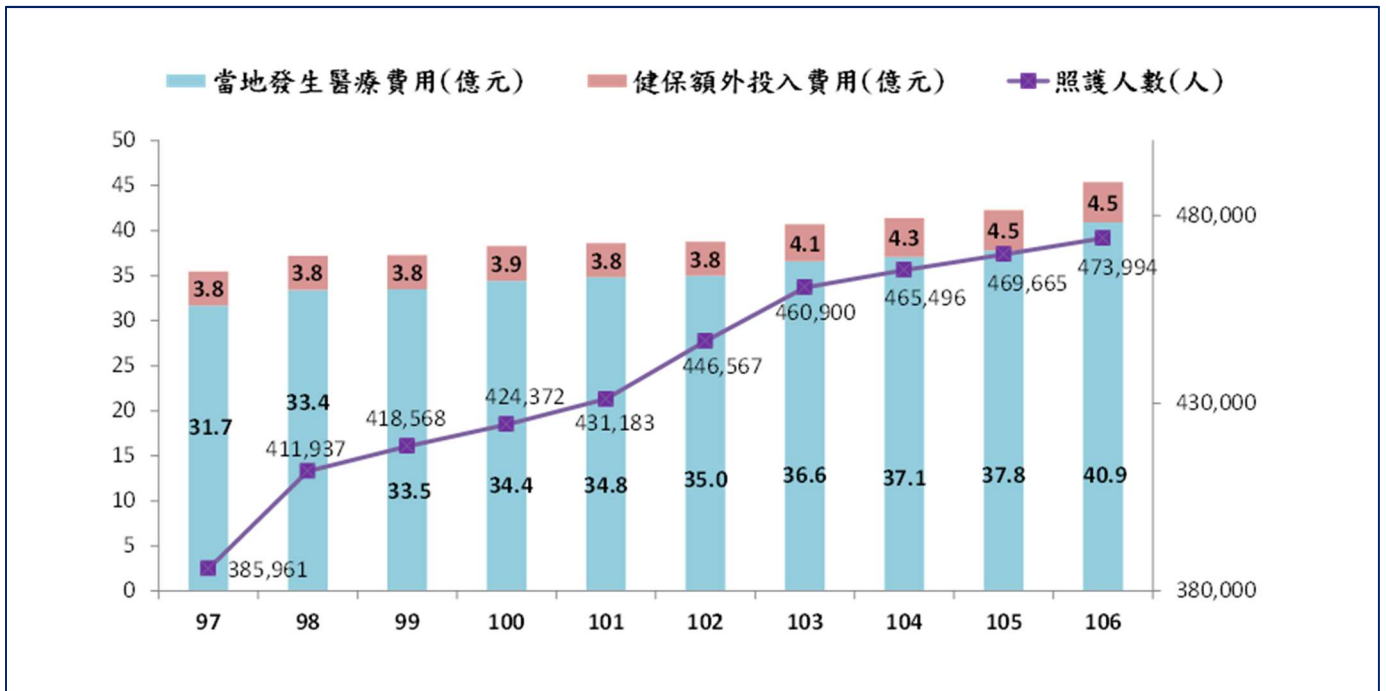
其次，IDS計畫多以醫療診治為主，對於疾病的初級預防及管理亦多有欠缺。再者，各承作醫院及當地院所間亦欠缺周全性、連續性及協調性之垂直整合；另不同的單位對於偏鄉醫療資源的投入，亦欠缺統整性及連續性之水平整合，致醫療照護資源的重置，山地離島地區居民之健康未普遍提升或改善。

為使山地離島地區居民獲得完善醫療與照顧，建構全人、全家、全團隊及全文化的整合照護服務，以期縮短山地鄉住民健康不平等，予以規劃原鄉論人試辦計畫。

貳、現況執行情形

IDS計畫，除提供一般醫療給付外，於全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算項下，編列額外投注經費以支應相關醫事人力費用，2018年約6.05億元。經統計，歷年山地離島地區居民人數逐年增加，實際就醫所產生的醫療費用由2008年的31.7億元逐年增加至2018年41億元。實際支付醫事人員之額外投入經費，亦由2008年的3.8億元增加至2018年的4.5億元(見圖一)。

圖一 歷年全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

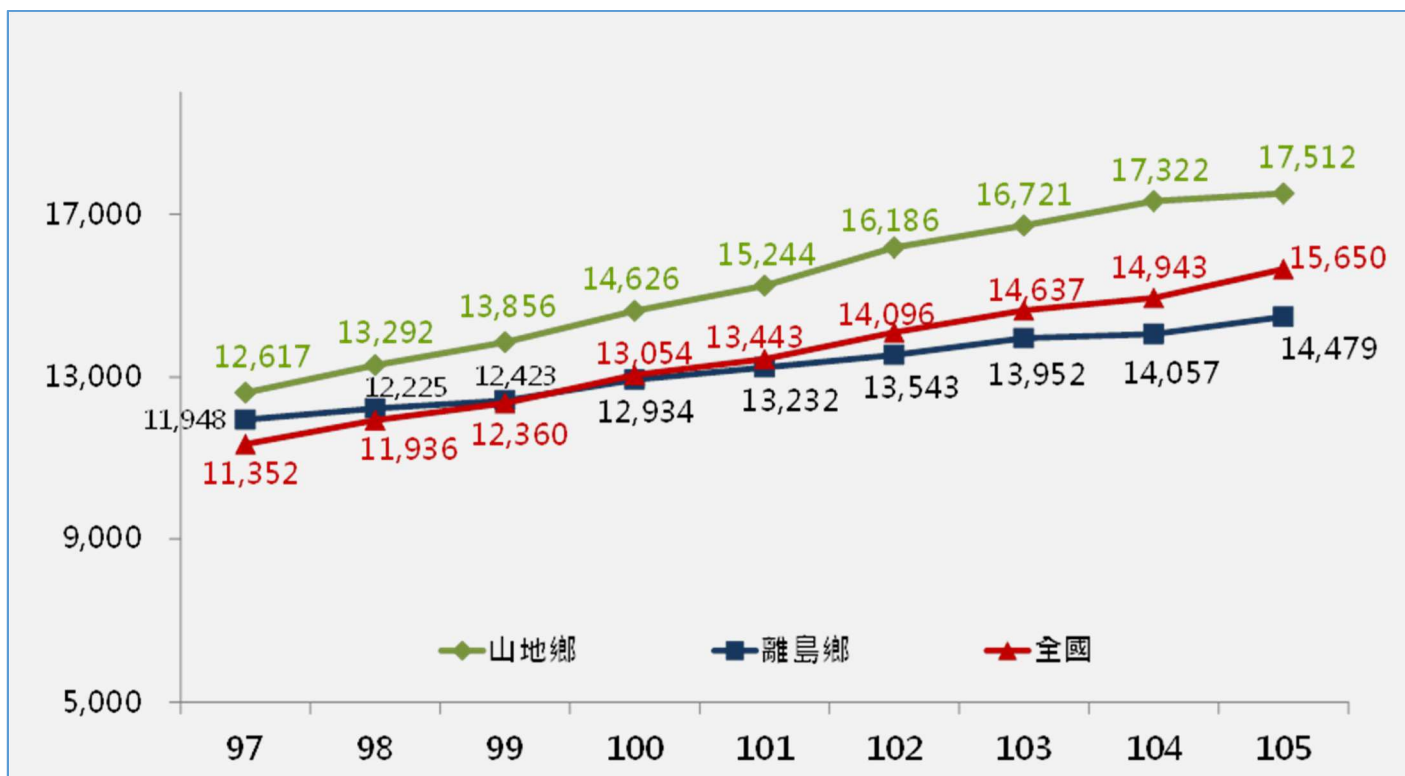


IDS計畫基本精神，是將有能力、有意願之醫療院所的醫事人力及資源送到山地離島地區，並協調或整合不同科別專科醫師進行排診，提供當地居民實際需要之專科診療服務。目前執行IDS計畫之山地離島地區共計有50個鄉鎮(區)，26家特約院所承作(包括7家醫學中心、14家區域醫院、5家地區醫院)並結合當地84家基層診所或衛生所，共同提供醫療服務。服務內容包括，定點門診、夜間或假日待診、專科門診(如眼科、婦產科、牙科、復健科、精神科、洗腎醫療、放射科等)、巡迴醫療、天然災害加診及衛教宣導等，每月超過專科門診1,900診。必要時，可於適當地點自設醫療站，提供山地離島地區民眾需求之醫療服務。另配合因地制宜及文化敏

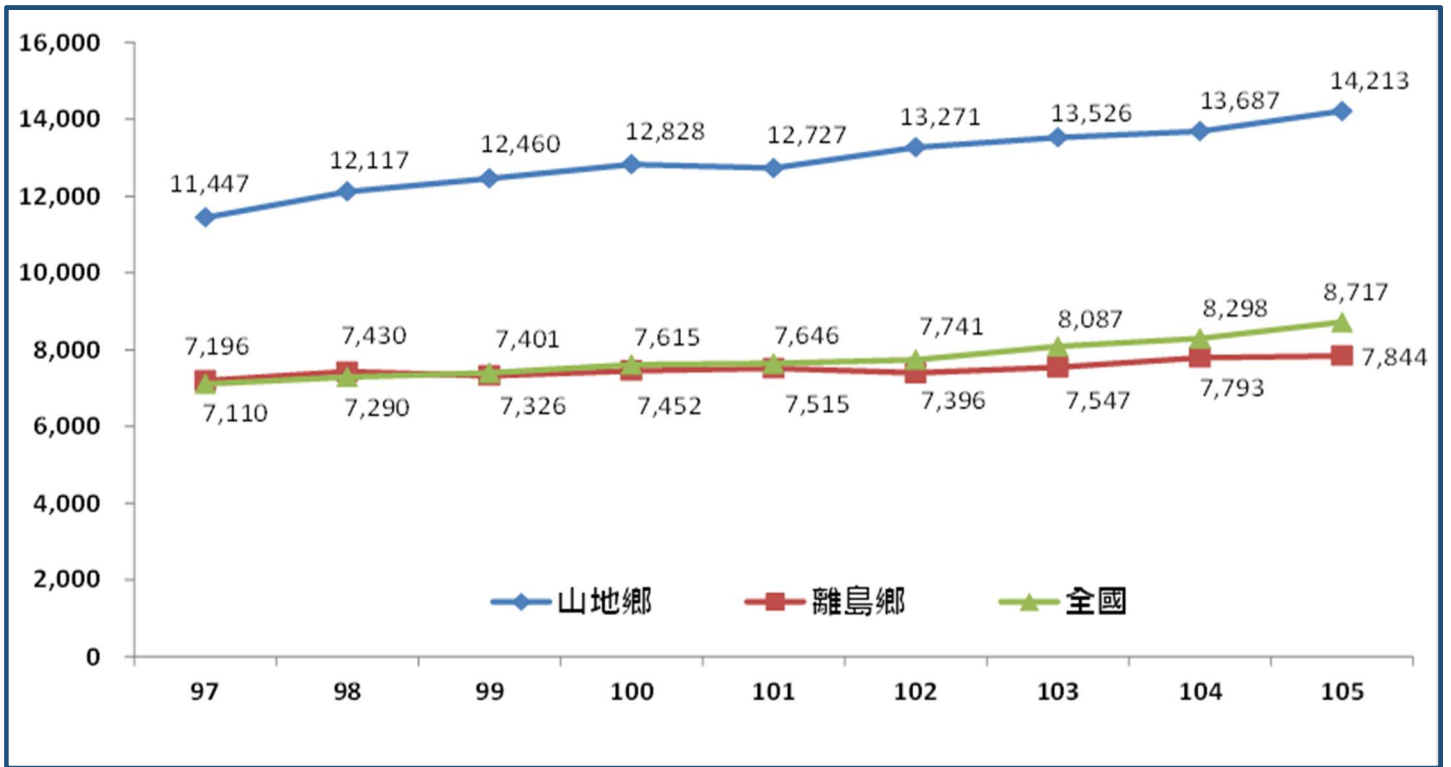
感性，針對該鄉鎮特殊背景或特定健康需求局部調整醫療服務模式，如孕產婦待診(琉球鄉)、洗腎(琉球鄉)或精神科論人計酬(蘭嶼鄉、信義鄉)。

就執行情形來看，山地鄉民眾醫療利用皆高於全國。以2016年為例，山地鄉之每人年西醫門診(17,512點)及住診(14,213點)醫療點數高於全國(15,650點、8,717點)。另山地鄉之西醫門診就醫次數16.3次高於離島鄉的14.8次，皆高於全國的13.2次。山地地區之鄉(區)外門診就醫次數占率較高(約7成)(見圖二、三、四、五)。

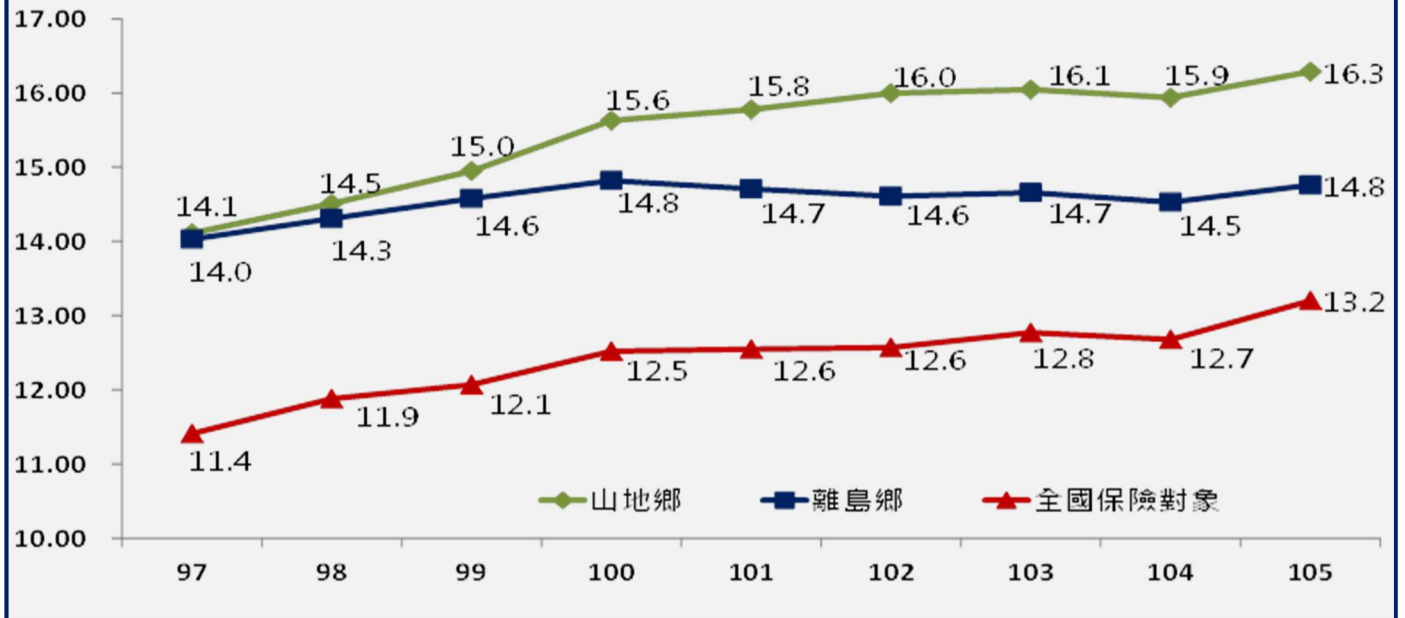
圖二 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象西醫每人年門診醫療點數



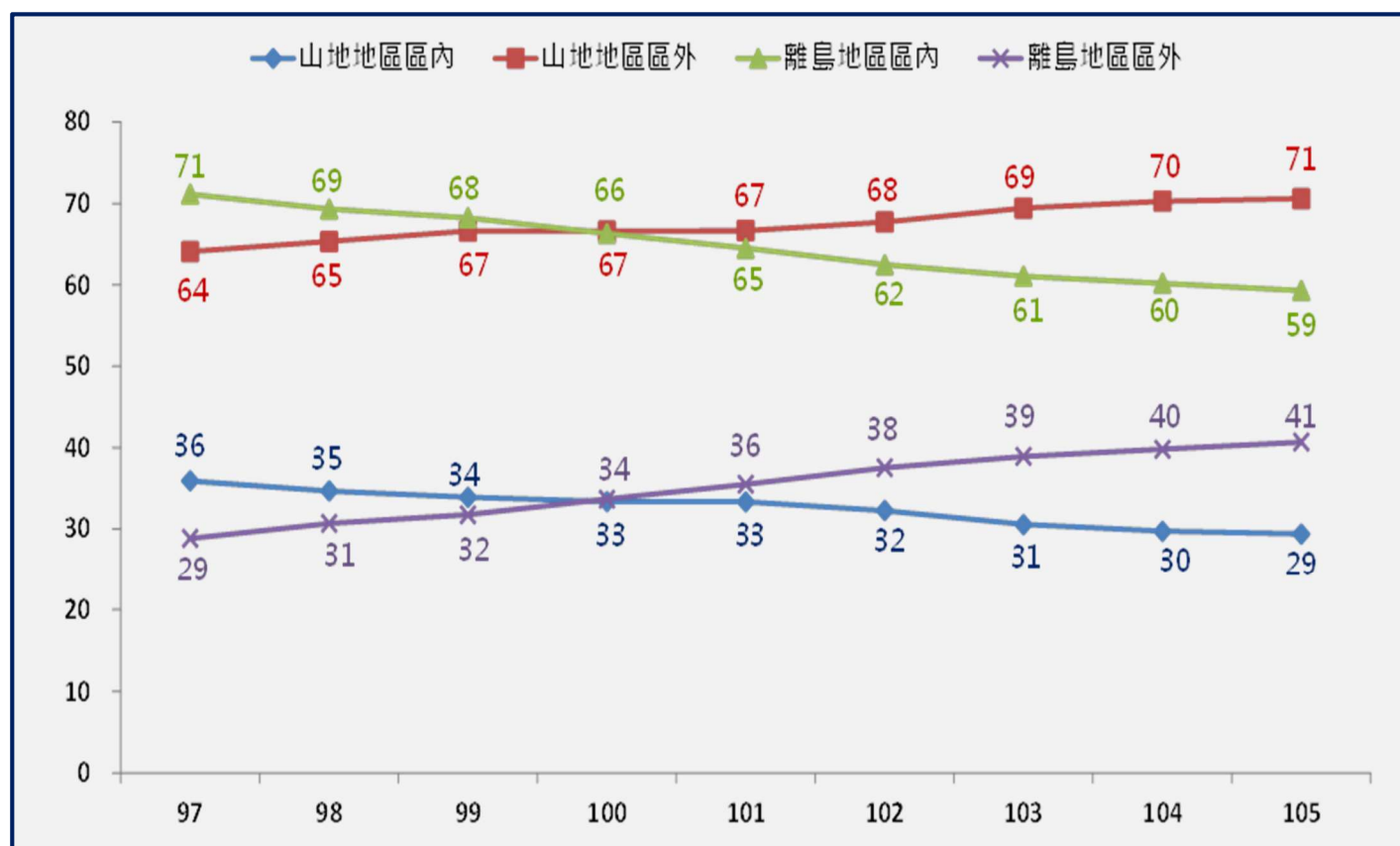
圖三 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象西醫每人年住診醫療點數



圖四 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象西醫門診每人平均就醫次數



圖五 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象地區內、外門診次數占率

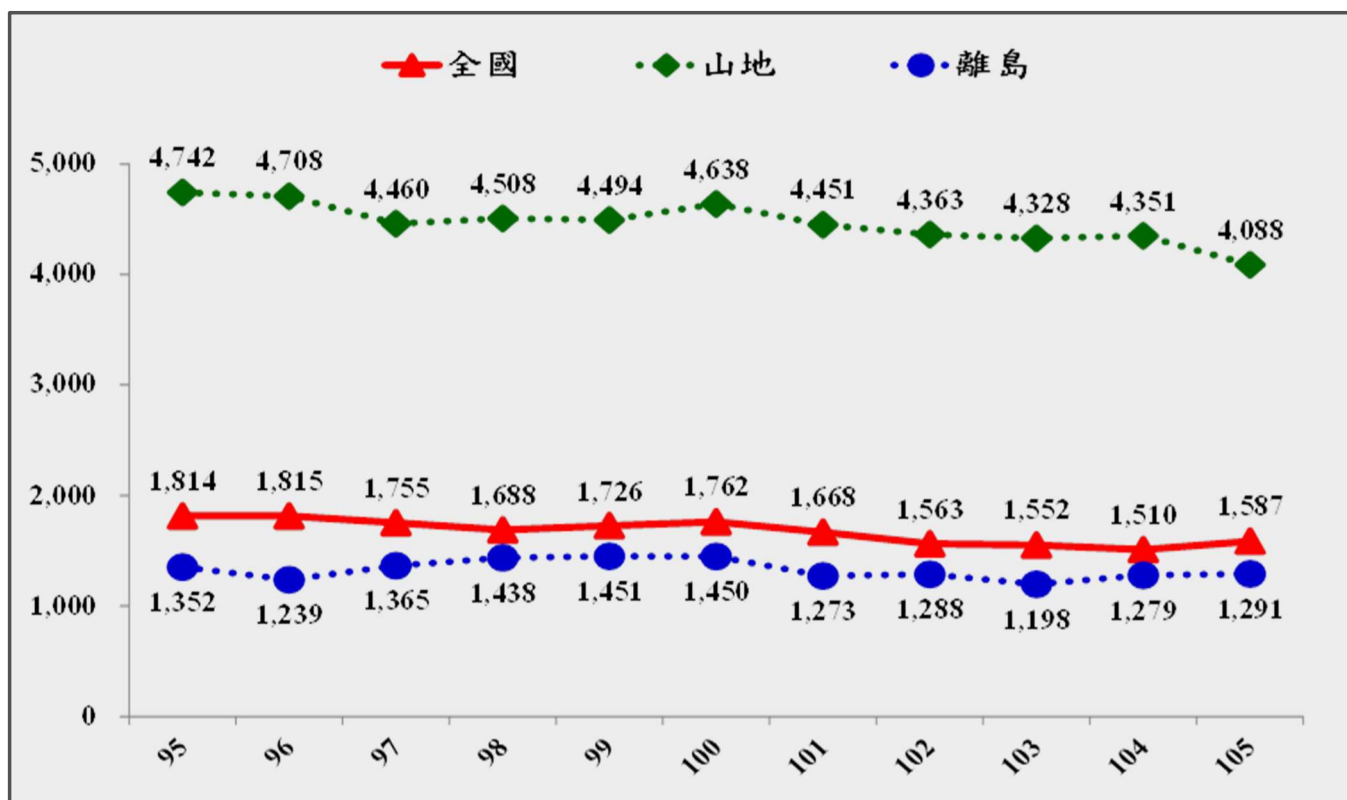


另就整體山地鄉可避免住院率來看，總體指標高於全國但呈現逐年下降的趨勢，由2008年的4,742降至2016年4,088件(調整後每十萬人口住院數)。慢性指標，逐年降低情形顯著，由2008年2,495件降至2016年1,594件。急性指標，並無下降情形，由2008年調整後每十萬人口2,247件至105年2,494件 (見圖六、七、八)。

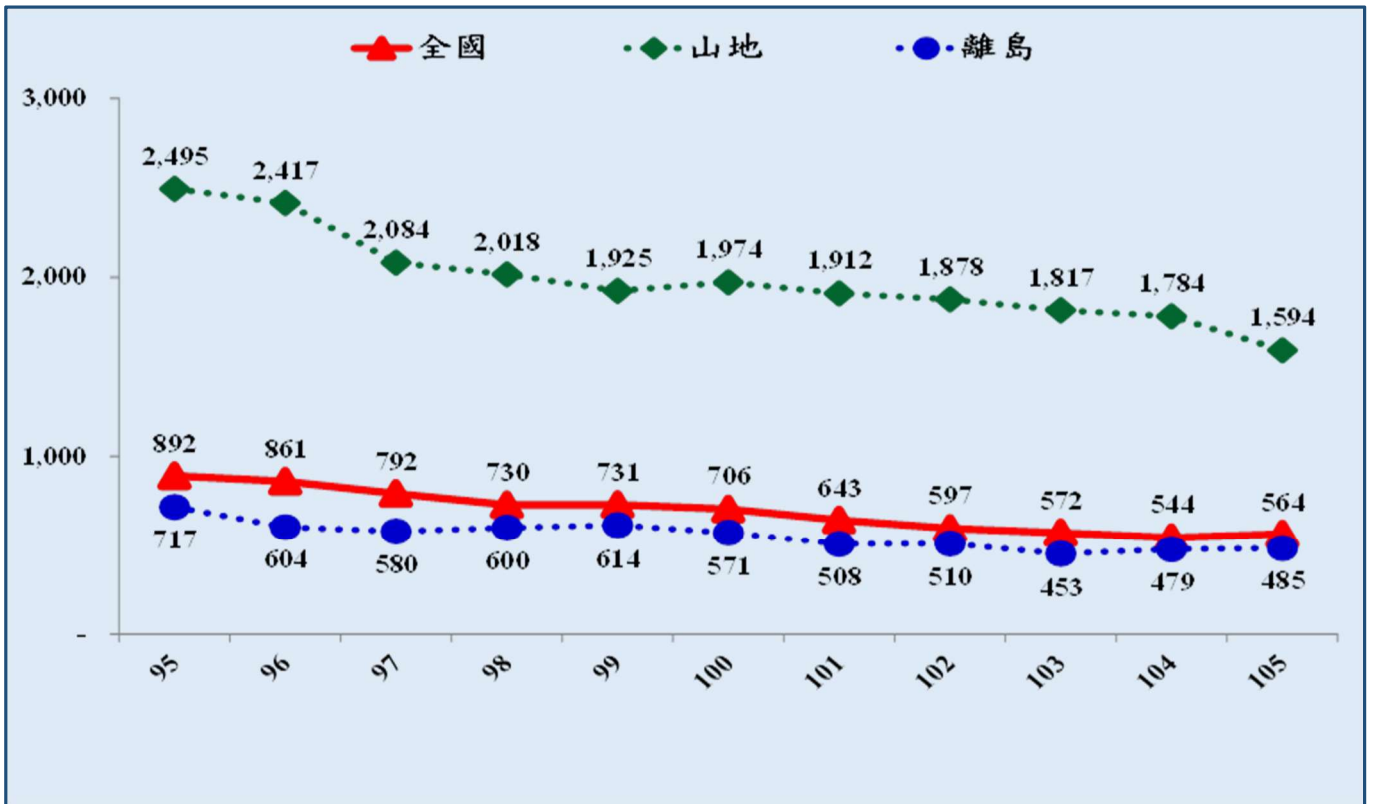
就山地鄉鎮之急、慢性指標疾病別來看，山地鄉各項慢性指標之疾病，呈現逐年下降趨勢，尤以慢性阻塞性肺疾病(COPD)及氣喘，由2008年調整後每十萬人口1,319件下降至2016年調整後每十萬人口960件；心絞痛下降幅度亦明顯，

由2008年182件降至2016年調整後每十萬人口88件。另糖尿病、高血壓及心臟衰竭皆逐年下降，顯見，山地鄉保險對象獲得妥適的初級照護(圖九)。山地鄉急性指標之疾病別，除細菌性肺炎由2008年調整後每十萬人口1,355件、逐年微幅上升至2016年1,580件；脫水及尿道感染則呈現穩定狀態。(圖十)。

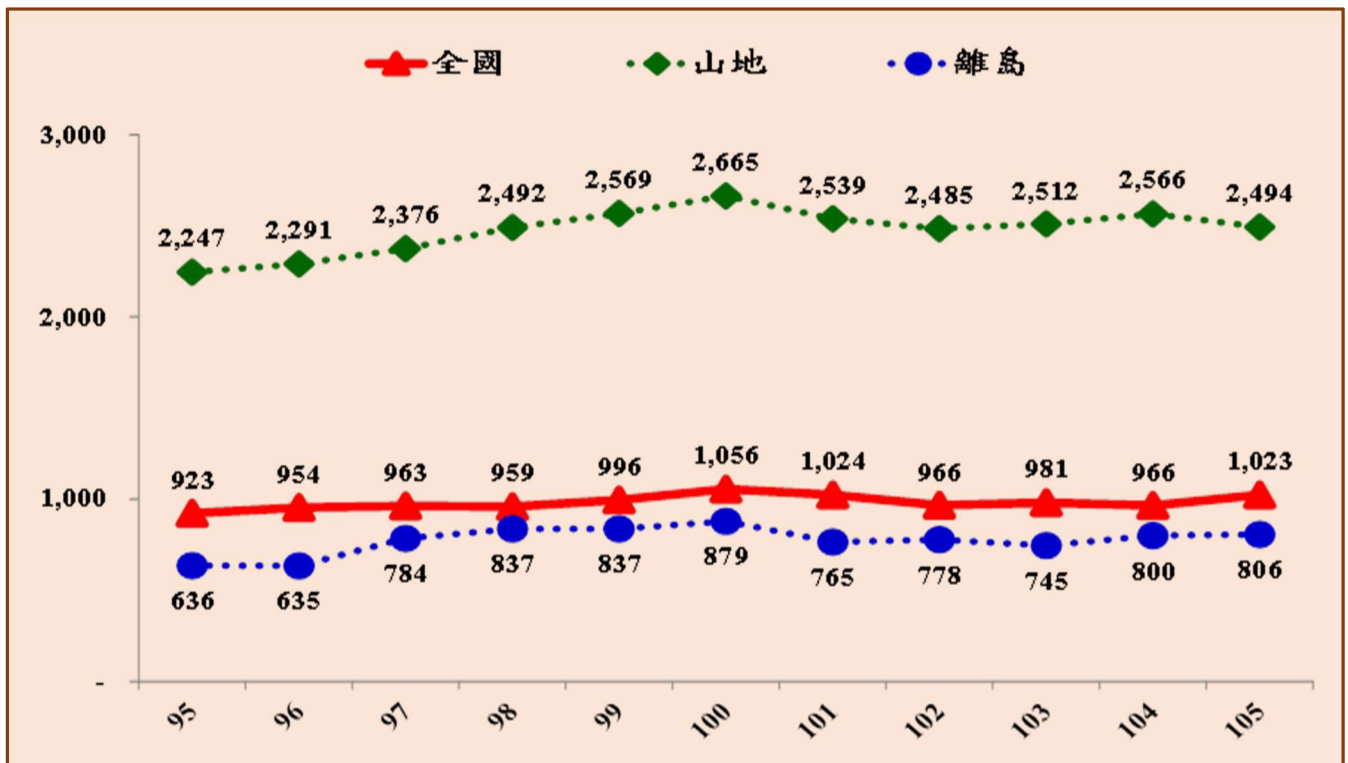
圖六 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象可避免住院-總體指標



圖七 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象可避免住院-慢性指標



圖八 2008-2016年山地鄉、離島鄉之保險對象可避免住院-急性指標



參、計畫目標

- 一、藉由健康及醫療資源的整合，融入社區參與，佈建具文化敏感性的照護服務。
- 二、提升原鄉健康狀態，縮短原鄉健康不平等並提升照護品質。

肆、執行方法

一、執行方式：

本試辦計畫期程，以1年進行計畫內容、運作流程、評估指標及支付方式的設計及規劃。為確保資源投入的分配效率及管理效能，先行擇定1-2個山地鄉進行試辦。服務內容設計，則統籌衛生福利部相關司署挹注於山地鄉之經費及服務項目，提供以家戶為中心之全人(預防、治療、照顧)整合式的服務型式。

二、經費來源：

於全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算-山地離島地區醫療給付效益提昇計畫項目，提撥專款專用；另由衛生福利部挹注疾病管理及預防保健之相關預算，共同支應試辦計畫的運作。

三、績效指標：

(一)醫療指標：可避免住院、可避免死亡、當地特定疾病風險管理。

(二)就醫經驗：醫病溝通、病人需求處理、轉診後送(轉出

/轉回)、治療環境 (如牙科診療台、社區據點)等。

伍、執行期程

- 一、規劃期：2018年1-6月，規劃試辦計畫內容，召開討論會議以確立試辦計畫內容(含執行方式、支付方式、評估指標)。
- 二、試辦前期：2018年7-12月，選定試辦鄉鎮並公開徵求承作醫院計畫書。進行試辦鄉鎮家戶調查後設定具體評估指標項目，滾動式檢討試辦計畫運作情形並適時修正。
- 三、試辦期：2019年啟動

陸、預期成效

- 一、短期成效：
 - (一)照護資源的有效整合。
 - (二)提供全人、連續性、周全性醫療服務。
- 二、長期成效：
 - (一)建構具敏感性及標準化之結果指標並長期監測。
 - (二)照護品質的提昇及確保。

柒、結語

健康權是普世價值，故對台灣偏遠地區也不例外，IDS計畫是結合了鄉外的大型醫院及當地基層醫療人力及物力，加以整合並規劃成一個具長期性、有目標、可評估的醫療照護

系統。隨著人口的老化、社會結構及疾病型態的多元及社會安全保障需求提升，使得世界各國均致力於重整醫療衛生體系。好還要更好，為落實「2025衛生福利政策白皮書」之「共享生活幸福平等，全人全程安心健康」的總目標。以全生命週期模式，擬定各階段健康促進政策，並透過多元管道提昇民眾健康識能，讓健康成為更容易且更受民眾喜愛的選擇。尤其，對於在健康增進上遭遇特殊障礙者(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者等)，應提供因地制宜之健康促進並設計極小化服務流程，以有效縮小健康不平等，期讓全體國人皆活得健康且長壽。

【行動計畫五】

高風險孕產婦健康管理試辦計畫

辦理單位:國民健康署

壹、計畫緣起

依衛生福利部統計處資料，2012年至2016年全國新生兒死亡率介於2.2‰至2.5‰，原住民族及離島地區則介於3.2‰至3.9‰；全國嬰兒死亡率介於3.6‰至4.1‰，原住民族及離島地區則介於4.9‰至5.8‰，其中原住民族嬰兒死因源自於周產期的特定病況、先天性畸形、變形及染色體異常、事故傷害之占率，亦高於全國。

貳、執行現況

依衛生福利部統計處資料，2016年新生兒死亡率依縣市排名，超過全國（2.4‰）之縣市包括：花蓮縣（6.0‰）、屏東縣（4.7‰）、高雄市（3.7‰）、新竹市（3.3‰）、臺東縣（3.2‰）、新北市（2.6‰）、新竹縣（2.5‰）、南投縣（2.5‰）；而2016年嬰兒死亡率依縣市排名，超過全國（3.9‰）之縣市包括花蓮縣（8.6‰）、屏東縣（5.8‰）、高雄市（5.5‰）、新竹市（5.2‰）、臺東縣（4.5‰）、新竹縣（4.5‰）、新北市（4.1‰）、澎湖縣（4.0‰）。

依國民健康署委託辦理「2017年台灣兒童死因複審先驅計畫」資料，分析2011年至2015年合計各縣市年齡別與死因別的標準化死亡比（standardized mortality ratio, SMR）

與 95%信賴區間 (95% confidence intervals, 95% CI)，顯示臺東縣及花蓮縣的新生兒及嬰兒死亡率其死亡風險皆高於臺灣平均，新生兒及嬰兒死亡率比分別為臺東縣 1.37 (95% CI 為 0.85-1.87) 和 1.36 (95%CI 為 0.92-1.79)，花蓮縣 1.60 (95%CI 為 1.15-2.04) 和 1.61 (95%CI 為 1.22-1.99)，表示臺東縣及花蓮縣的新生兒及嬰兒死亡風險皆顯著高於預期。

因應孕產婦之健康照護需要，及增進我國婦幼健康及縮小健康不平等，參考各縣市嬰兒死亡率、青少年生育率及考量縣市資源，2017 年委請新北市、嘉義縣、花蓮縣及臺東縣衛生局，試辦結合轄區醫療院所執行「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」，針對高風險懷孕婦女，提供孕期至產後 6 週之個案管理關懷追蹤等服務，共結合 38 家醫療院所，收案 980 人，完成 2,101 次關懷訪視，成功轉介 40 人。2018 年由嘉義縣、花蓮縣及臺東縣衛生局續辦，並新增屏東縣、南投縣及宜蘭縣 3 縣市共同參與執行；2019 年再新增新北市、苗栗縣及高雄市共 9 縣市共同參與執行。

參、計畫目標

為提升母嬰健康，增進我國婦幼健康及縮小區域間健康差距，並提升孕產兒照護品質，將「孕產婦產前檢查利用率」納入監測指標。

肆、執行方法

- 一、計畫內容：本試辦計畫高風險孕婦之收案條件，可依地方政府衛生局視轄內需求調整，具任 1 項健康風險因子（如：目前有吸菸或喝酒或嚼檳榔者、多胞胎、曾生過早產兒、確診為妊娠高血壓、確診為妊娠糖尿病、藥物濫用及心理衛生問題），或具任 1 項社會經濟危險因子（如未滿 20 歲、低收、中低收入戶、教育程度高中職肄業或以下）或未定期產檢個案，提供孕期至產後 6 週之衛教、關懷追蹤及轉介服務，以電話關懷為主，到宅訪視為輔。
- 二、服務方式：由醫療院所或衛生局視個案需求評估結果，提供健康促進計畫及相關資源轉介，如有社政資源所需，則協助轉介、通報，介接至各司署所提供之服務方案。2018 年個案管理給付費用每案 1,300 元，2019 年調漲為每案 1,720 元(收案第 1-3 次關懷追蹤服務給付每次 200 元，其餘 7 次給付每次 160 元)，提供 10 次關懷服務，以電話追蹤為主（可含產檢時面對面諮詢服務，及需至少提供 4 次電話關懷服務）；視個案需求執行之到宅訪視，2018 年費用為 875 元，2019 年調漲為 1,800 元，原則僅給付 2 次費用（產前、產後各 1 次），且均需有追蹤/訪視紀錄，如有特殊個案需於產後 6 週後繼續家訪者，需另於成果報告另註記個案訪視情形及延長訪視原因。
- 三、社會資源轉介：

(一)本試辦計畫為納入原鄉地區孕婦，另提供原住民族

委員會 2019 年試辦計畫之合作醫療院所清單，請轉知所屬部落文化健康站及原住民族家庭服務中心，如發現孕產婦，即關心其產檢狀態，若符合收案條件可轉介至合作院所進行收案。

(二)為降低新生兒及嬰兒死亡率，國民健康署辦理本試辦計畫將配合衛福部保護服務司之「兒童少年保護及高風險家庭」，及社會及家庭署發展之「6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案」與「脆弱家庭育兒指導服務方案」，如發現有新生兒照護需醫療或社政介入，均提供轉介服務。

四、鼓勵試辦縣衛生局進行社區健康資源盤點，透過跨局處及社區多元管道（如健康營造中心、部落文化健康站、原住民家庭服務中心、教會、志工團體、學生團體等），建立轄區內衛生單位、社區組織及相關權責單位之合作模式，共同發掘高風險孕婦個案，各單位即時通報衛生局，經評估轉介適合之產檢院所，進行個案之追蹤管理。

五、提升試辦計畫個案管理品質：本試辦計畫自 106 年逐步推動辦理，各地方政府轄內資源及行政運作模式不同，爰為提升個案管理品質，將成立專家團隊建置個案管理流程、電話諮詢、家庭訪視紀錄單及指引手冊，並規劃辦理管理輔導工作坊，並追蹤、蒐集及分析本試辦計畫之成效，包含服務提供者及使用者之滿意度、對試辦計畫建議及需求等調查。

六、計畫經費：2018年約為687萬元，2019年約為1,496萬元，2020年約為1,496萬元。

伍、執行期程：2018年1月至2020年12月。

陸、預期成效

透過跨司署資源整合，與地方政府衛生局合作並結合轄區醫療院所針對高風險孕產婦進行健康管理試辦計畫，增進我國婦幼健康及縮小區域間健康差距，並提升孕產兒照護品質。

【行動計畫六】

菸酒檳防制試辦計畫

辦理單位:國民健康署

壹、計畫緣起

國人十大死因中，包括惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、慢性肺部疾病等，均與吸菸有關，每年有 2.7 萬人死於菸害，平均每 20 分鐘就有 1 人因菸害而失去生命。依 1966 年至 2011 年的生命統計資料顯示，國人的平均餘命延長，近 10 年間男性平均每年增加近 0.2 歲、女性平均每年增加近 0.3 歲，惟依 2016 年數據，男性平均餘命（76.81 歲）較女性（83.42 歲）短逾 6.5 歲，吸菸即是重要原因；吸菸相關的死因，包括癌症、心臟病、中風、肺炎與慢性下呼吸道疾病等，其死亡率都呈現男性遠高於女性之現象。

另文獻資料顯示，酒精性飲料對人類具致癌性，包括口腔、咽、喉、食道、肝癌，均與飲酒有因果關係，更不必談酒品造成之精神系統傷害與暴力行為、事故傷害等問題；研究亦指出，同時有吸菸飲酒嚼檳榔習慣者，其罹患口腔癌的風險為沒有前述習慣者的 123 倍。

依據國民健康署 2017 年國人吸菸行為調查，原住民族吸菸率達 16.0%略高於全體國人 14.5%、家庭二手菸暴露率達 33.9%，較全體國人(24.3%) 高；另依國民健康署 2017 年國民健康訪問調查，原住民族成人嚼檳率達 21.9%、飲酒率達 62.6%、曾經醉酒率達 35.2%、過去一個月暴飲率達 15.7%，

而 12 至 17 歲青少年曾經飲酒率達 32.1%、過去一個月飲酒率達 13.3%，亦較全體國人（分別為 0.8%、43.0%、14.3%、5.1%、27.7%、8.2%）高。其中，菸酒檳榔等健康危險因子行為，原住民族男性皆高於女性。（註：百分比經加權處理，但原住民完訪樣本數過低，可能造成資料不穩定）

貳、執行現況

國民健康署自 2012 年起補助吸菸、飲酒、嚼檳榔高盛行率及肺癌、食道癌、口腔癌等高發生率與死亡率之縣市，透過渥太華憲章健康促進五大行動綱領的策略，辦理以 5 年期程 10 年目標的中長程菸酒檳榔防制的整合教育宣導及戒治服務之「菸酒檳榔防制整合計畫」。2012 年至 2016 年於臺東縣、屏東縣、花蓮縣、臺南市、基隆市、雲林縣、南投縣等 7 個縣市執行計畫，菸害防制成效以花蓮縣、臺東縣成人吸菸率為例，花蓮縣成人吸菸率自 2011 年 22.9% 降至 2016 年 15.8%，臺東縣成人吸菸率自 2011 年 21.7% 降至 2016 年 15.4%。

參、計畫目標

降低原住民菸酒檳榔使用率，養成無菸檳節酒生活，降低非傳染性疾病死亡率。

肆、執行方法

一、透過部落共識及活用社區資源，發想因地制宜之菸酒檳防制模式

(一)於原鄉試辦地區輔導村民透過共識會議，針對現有菸酒檳防制策略進行通盤檢討，以選定重要且亟需改善之議題，透過關鍵人物及部落資源合作，研提因地制宜之改善策略，以建立有效且在地化的菸酒檳防制模式。

(二)執行地區：於花蓮縣、臺東縣擇定原鄉部落試辦，後續將視辦理成效推廣至其他原鄉地區。

(三)執行重點：透過部落共識進行部落（社區）之健康議題及資源盤點，進而篩選重要議題，由村民共同擬定自主管理計畫。

二、大專青年菸檳防制服務隊培訓計畫

(一)招募大專青年參與大專校院服務隊，鼓勵部落青年返鄉服務，於高檳榔縣市進行檳榔健康危害、菸害防制調查及衛生教育服務。

(二)執行地區：針對全臺大專校院徵求原鄉服務計畫，並規劃安排執行地區。

(三)執行重點：培育在地人才，永續推動無菸檳酒部落。

三、計畫經費（合併行動計畫七、原鄉事故傷害防制試辦計畫）：2018年為170萬元，2019年為400萬元，2020年預估為500萬元。

伍、執行期程：

- 一、 建立因地制宜之菸酒檳防制模式：2018 年 5 月至 2020 年 12 月。
- 二、 大專青年菸檳防制服務隊培訓計畫：2017 年 8 月至 2019 年 12 月。

陸、預期成效

營造部落安全與健康支持安全網絡，並結合社區資源，減少菸酒檳使用率，提升原住民菸酒檳戒治服務使用率，養成無菸檳節酒生活，降低非傳染性疾病死亡率。

【行動計畫七】

原鄉事故傷害防制試辦計畫

辦理單位:國民健康署

壹、計畫緣起

依據原住民族委員會 2015 年統計，「事故傷害」為原住民族十大死因之一，其標準化死亡率為每十萬人口 52.8 人，與同年全國（22.8 人）相比約高於 2.3 倍，且死亡年齡中位數早於 50 歲，潛在生命損失年數亦明顯較全國嚴重。其中，2013 年原住民族事故傷害死亡率以機動車交通事故居首位，每十萬人口因機動車交通事故死亡率明顯高於全國，原住民族酒駕死亡率亦明顯高於全國。

貳、執行現況

依衛生福利部死因統計及內政部統計顯示，2017 年全國事故傷害死亡率縣市排名，花蓮縣、臺東縣、嘉義縣列前 3 名；機動車交通事故部分，雲林縣、花蓮縣及屏東縣列為前 3 名；意外墜落事故傷害部分，臺東縣、苗栗縣及嘉義縣列為前 3 名；意外之淹死及溺水事故傷害部分，則由花蓮縣、澎湖縣、臺東縣列為前 3 名（如下表）。

排序	機動車事故	意外墜落	意外之淹死及溺水
1	花蓮縣 (27.9/105)	苗栗縣 (9.9/105)	臺東縣 (6.4/105)
2	雲林縣 (27.3/105)	嘉義縣 (9.9/105)	花蓮縣 (5.5/105)
3	屏東縣 (25.2/105)	臺東縣 (9.1/105)	澎湖縣 (3.9/105)

為降低當地原住民族事故傷害死亡率，並提升原住民族健康自主管理觀念，除透過教育宣導及健康資訊傳播外，亦規劃跨部會合作推動交通、意外墜落、水域等面向之安全維護。

參、計畫目標

藉由衛生單位、社區組織及各相關權責單位合作模式，透過社區力量，共同推動事故傷害防制，並提升原住民族知能及健康自主管理意識，營造安全的生活環境。

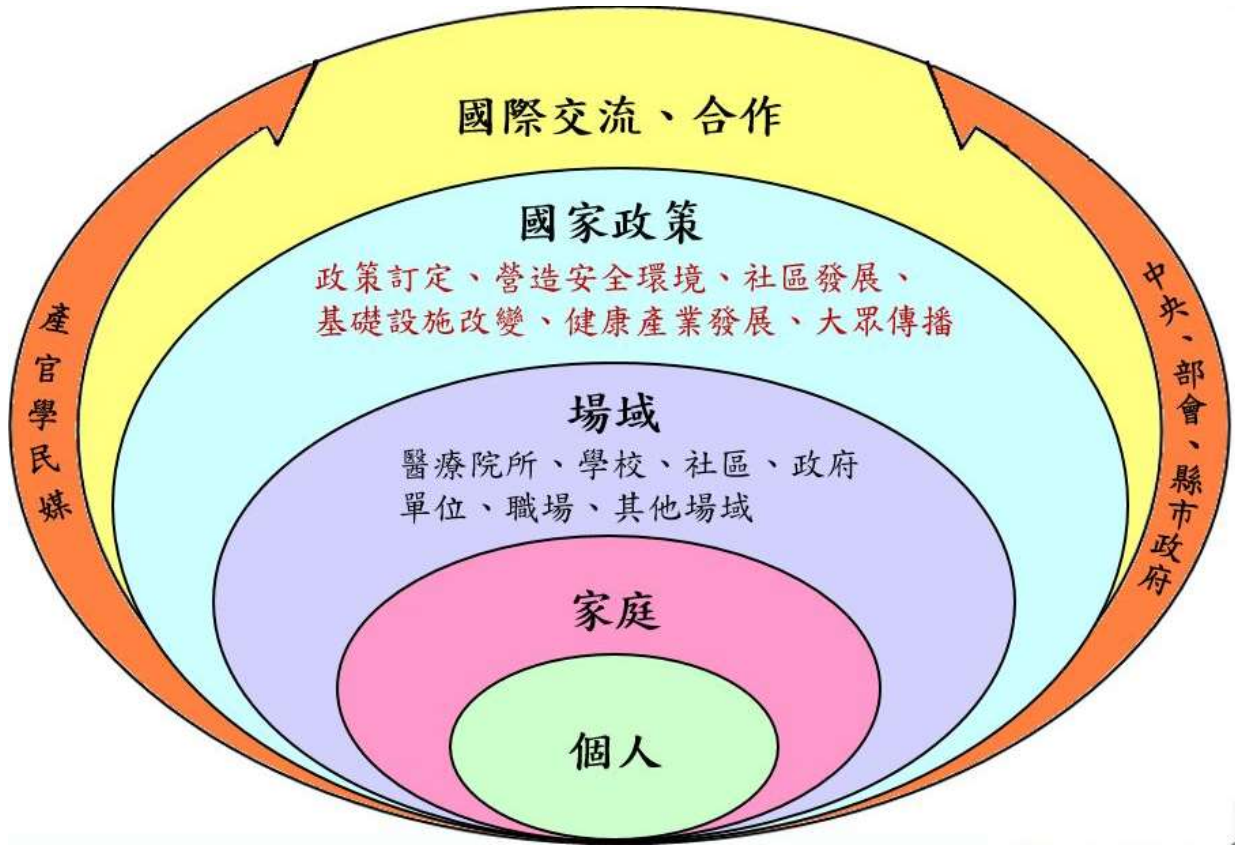
肆、執行方法

為激發原鄉社區及居民對安全議題重視及改善，提升事故傷害防制知能及促進安全環境，由原鄉事故傷害最主要之三大重點，包括交通、意外墜落及溺水等事故傷害防制工作著手，透過政策、物理及社會環境改善、社區組織的賦能、個人安全識能提升，健康服務的調整，及強化跨部門整合，於 2018 年監測分析高風險原鄉縣市事故傷害，作為後續本計畫推動之參考，2019 年並選定 4 個原鄉高事故傷害風險地區推動及建立有效的事故傷害防制模式，以利後續推廣至其他原鄉地區。

參考生態模式（圖 1），由個人、家庭、場域（學校、職場、教會、醫院等）、政策等面向，透過中央政府及地方政府跨部門、社區團體及民眾共同合作，齊力改善事故傷害的問

題。

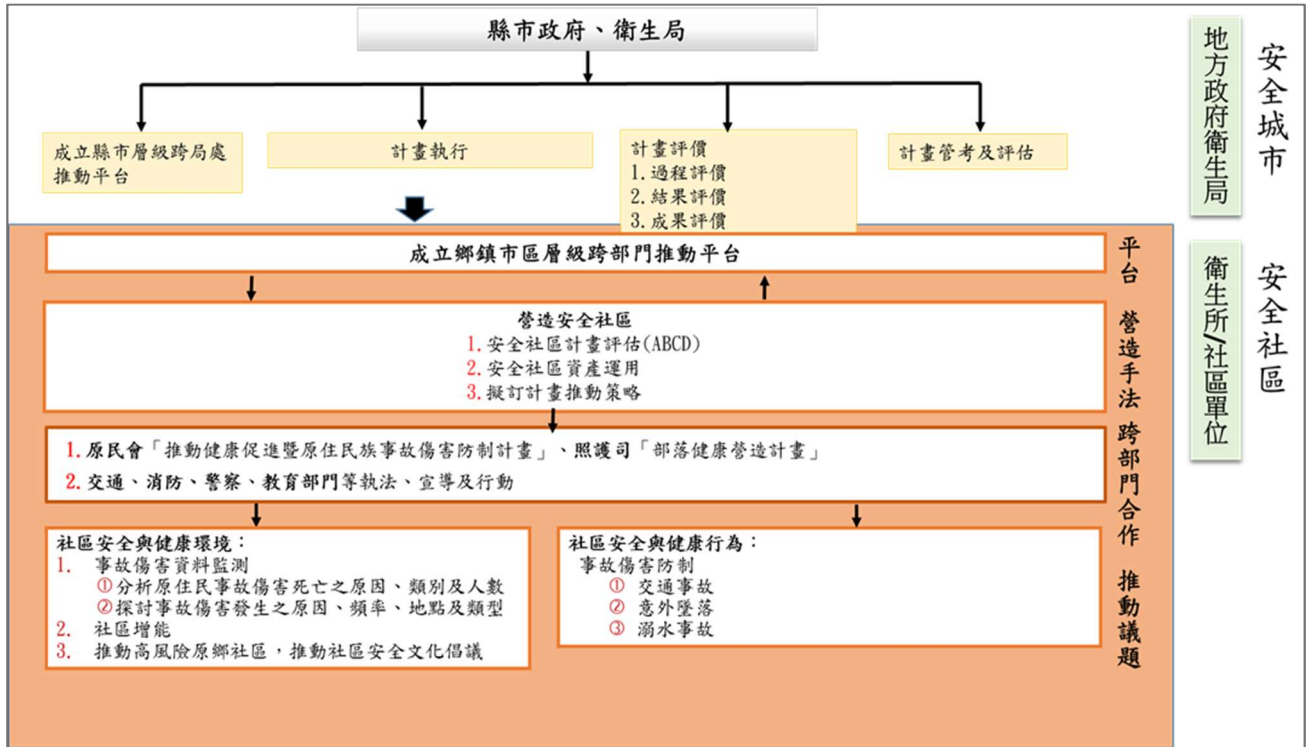
圖1.原鄉事故傷害防制推動架構



基於社區永續發展的考量，由社區組織結盟成立跨部門推動平台，推動社區安全與健康行為之改善行動，將請地方政府及衛生所以社區資產為導向的社區發展 ABCD (Asset Based Community Development) 方式，進行社區安全與健康資源盤點，對社區及民眾被充分的充能與賦權 (Empowerment)，透過社區自覺地提出社區健康需求，提出設定社區安全與健康議題之方法 (社區參與)、規劃社區資產運用以解決問題，及計畫推動策略訂定，辦理社區安全議題，包含(1)營造安全與健康社區環境 (含交通安全、水域安全)；

(2)社區安全健康行為，預防事故傷害（如防制酒駕、防跌、防溺），執行架構如圖 2。

圖2. 安全城市與社區執行圖



計畫執行工作重點：

一、運用以社區資產為導向的社區發展 ABCD (Asset Based Community Development) 方式，由地方單位、專家學者及社區關鍵人物進行社區安全與健康資源盤點，建立鄉鎮衛生單位、社區組織及相關權責單位之合作模式，並透過社區力量，共同推動事故傷害防制及健康危險因子防制，提升原住民族知能及健康自主管理意識，營造安全的生活環境，辦理方式如下：

(一)選定高風險鄉鎮試辦，規劃於臺東縣及花蓮縣鄉鎮

及其部落/村試辦計畫。

(二)地方衛生局針對轄內衛生所、社區、部落或鄰里所提計畫，給予適當的協助及輔導，如：醫療服務與社福資源串連、志工培訓或教育訓練、衛教宣導課程或活動等，並納入行動方案中。

(三)結合轄區內可運用的資源及人力，例如：衛生所、社區健康營造中心、部落健康營造中心、部落文化健康站、原住民家庭服務中心、醫院、診所、藥局、組織、協會、志工團體、學生團體等共同推動。

(四)辦理社區安全議題，包含下列4項：

1. 營造安全與健康社區環境（含交通安全、水域安全、居家安全）。
2. 社區安全健康行為，預防事故傷害（如酒駕、防跌、防溺）。
3. 事故傷害防制宣導。
4. 健康行為調查問卷調查及分析。

二、賦權地方衛生局所規劃鄉內健康行為提升計畫，參考推動策略如下：

(一)訂定鄉內關鍵績效指標（KPI）如下：

1. 事故傷害防制方面：事故傷害發生率、死亡率、與前一年事故傷害發生件數之比較、訂定社區事故傷害防制公約及是否有跨領域事故傷害防制小組。

2.健康行為方面：降低沒有運動的比率、降低肥胖盛行率、降低含糖飲料攝取率、提升水果攝取率及提升蔬菜攝取率。

3.菸酒檳防制方面：降低酒精暴飲率、降低吸菸率、提高戒菸服務利用率及檳榔防制指標。

(二)邀集專家學者針對事故傷害死亡回顧質性訪談之後續分析及撰寫改善策略。

(三)依據地方單位自行訂定之事故傷害防制、運動、水果攝取、蔬菜攝取、肥胖率、酒精暴飲率、吸菸率、戒菸服務使用率、檳榔防制之指標，由衛生局所結合民間團體及專家學者等單位提出促進鄉內民眾健康之計畫書。

三、每半年或 1 年定期執行健康行為調查問卷調查，蒐集鄉內民眾健康狀況之改善並分析結果，與專家學者及社區利害關係人開會討論後續政策修改之方向及建議。

四、規劃事故傷害防制及健康危險因子防制宣導、環境檢視及改善，辦理議題如下：

(一)事故傷害防制

1.交通事故傷害防制、環境檢視及改善等至少 3 場次。

(1)酒駕

A.依地區特性，藉由學校、家庭、教會、職場等場域推廣教育及宣導。

B.交通部門加強原鄉之酒駕相關教育及執法。

C.透過衛生局所加強宣導不酒駕。

D.鼓勵原住民族安全文化。

(2)路況：分析常發生交通事故地點及原因，並提出改善原鄉道路及設置警示牌與增設道路安全設施建議。

(3)強化安全帽/安全帶行為：如加強宣導騎乘機車須戴安全帽，駕駛（或乘坐）汽車需繫上安全帶，並請當地警察局加強取締。

(4)推動機動車交通安全檢查宣導：加強機車的安全性相當重要，鼓勵透過社區商家或公益團體發動定期安全檢查，及提醒民眾定時進行機車安全檢查。

2.意外墜落事故傷害防制宣導、環境檢視及改善至少 2 場次。

(1)結合衛生局所針對不同年齡層進行跌墜預防宣導。

(2)鼓勵加強老人防跌教育訓練：納入衛生所醫護人員之線上學習課程，在臨床及基層衛生社會服務人員訓練，建立老人防跌教育訓練之進階研習認證。

(3)鼓勵多元化居家防跌宣導：經由社區工作坊、海報、單張、防跌妙招手冊、日常身體活動手冊及網路等多元化管道宣傳，強化肌力，提升防跌識能。

(4)加強原鄉用藥安全宣導、營造居家安全環境，改善居家不安全處，如：透過居家安全環境檢核。

3.溺水事故傷害防制宣導、環境檢視及改善等至少 2 場次。

(1)結合地方政府，與消防、教育等跨部門合作推動溺水防制。

(2)運用溺水防制多元多媒體教材，鼓勵健康促進學校推動安全教育與急救健康，可因應地區特性，針對不同年齡層進行戲水行為與遊憩環境之安全維護。

(3)將結合內政部及教育部溺水防制之摺頁、海報、影片、網站宣導資源，進行溺水防制宣導。

(4)檢視社區不安全點，改善或增設水域環境安全設施。

(二)健康危險因子防制

1.菸酒檳危害防制宣導活動至少 2 場次。

(1)結合地方政府，與警政、教育、監理、勞動等單位跨部門合作，辦理菸酒檳防制宣導活動。活動內容涵蓋菸酒檳危害、無菸環境宣導、戒治服務介紹、青少年菸酒檳防制、拒售菸酒檳予青少年等內容。

(2)依轄內居住民眾人數自訂觸及目標數，並施以認知度前後測調查及統計宣導成效。

2.規劃辦理戒菸檳節酒競賽。

- (1)參照質性調查結果及健康行為調查結果，針對轄區內菸酒檳使用情形及原因，運用巧推(Nudge)技巧，設計競賽活動內容。
- (2)活動期間，協助菸酒檳使用者自訂戒治目標，並設計陪伴監督機制，活動期間達成目標者，予以適當鼓勵。
- (3)活動結束後，請參與者分享成功/失敗經驗，可於各類工作坊、分享會或媒體公開分享。

3.鼓勵菸酒檳使用者參與社區活動。

- (1)依地方特色及需求，配合轄區內人文關懷、長期照護或社區營造活動等，鼓勵菸酒檳使用者參與相關志工培訓或活動。
- (2)活動期間至少安排 1 場菸酒檳防制衛教課程，並施以認知度前後測調查及統計課程效益。

五、計畫經費(合併行動計畫六、菸酒檳防制試辦計畫):2018年為 170 萬元，2019 年為 400 萬元，2020 年預估為 500 萬元。

伍、執行期程：2018 年 5 月至 2020 年 12 月。

陸、預期成效

第一(2018)年先進行監測分析，瞭解事故傷害真正原因，作為後續計畫推動之參考依據，後續建立 4 處原住民族

事故傷害防制示範部落，視成效再擴大推廣，並透過中央政府及地方政府跨部門合作，及結合社區團體、族人自身等，齊力改善原住民族事故傷害問題。

【行動計畫八】

原鄉三高防治試辦計畫

辦理單位:國民健康署

壹、計畫緣起

2015 年原住民族十大主要死因依標準化死亡率排序，依序為(1)惡性腫瘤每十萬人口 167.5 人；(2)心臟疾病（高血壓性疾病除外）每十萬人口 90.0 人；(3)慢性肝病及肝硬化每十萬人口 57.7 人；(4)腦血管疾病每十萬人口 57.6 人；(5)事故傷害每十萬人口 52.8 人；(6)肺炎每十萬人口 41.2 人；(7)糖尿病每十萬人口 38.2 人；(8)高血壓性疾病每十萬人口 38.0 人；(9)慢性下呼吸道疾病每十萬人口 37.7 人；(10)敗血症每十萬人口 19.9 人，而原住民族於三高相關疾病如心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病等之標準化死亡率相對高於全國。

因原住民族特有的傳統文化背景與生活習性，如三高相關危險因子：吸菸、飲酒、嚼檳榔，於原住民地區其盛行率也較全體國人高；此外，山地鄉由於幅員廣闊、交通不便，民眾健康識能不足且醫療資源缺乏，民眾就醫不便，致使原住民族三高防治及慢性疾病照護有待提升。

貳、執行現況

飲酒、吸菸及嚼食檳榔之行為相關危險因子與三高生理狀況，於原住民地區其嚴重性較全體國人高。依國民健康署

國人吸菸行為調查結果，2015 年 18 歲以上國人吸菸率 17.1%、二手菸暴露 24.9%，原住民族吸菸率為 27.6%、二手菸暴露 30.2%；另國民健康署 2013 年國民健康訪問調查結果，國人嚼檳榔率 5.8%，原住民族嚼檳榔率為 26.7%；以及國民健康署 2015 年健康危害行為調查，國人過重及肥胖百分比最高三縣市為依序為臺東縣、花蓮縣、屏東縣。

為提高原住民族三高防治，強化慢性病人醫療及照護品質，將針對三高防治擬定策略，透過先期計畫提升原住民地區三高收案管理，提升原住民地區基層醫療院所慢性病管理服務功能，加強與社區非政府組織團體合作，建立慢性病防治模式，以利後續推廣至其他原鄉地區及擴大衛生所在地服務之能量。

參、計畫目標

透過持續向原住民族宣導利用成人預防保健服務及發展原鄉地區衛生所高齡友善健康照護服務，並依在地需求，以國民健康署資源為主，辦理慢性病服務整合試辦計畫，提供以病人為中心之慢性病管理服務，以提升原住民族成人健康檢查率達 40%。

肆、執行方法

- 一、倡議原住民族「預防保健」及「自我健康管理」觀念，定期進行成人健康檢查為提高原住民族人藉由定期健

康檢查之成人預防保健服務，改善危害健康的不良因素，並早期發現、早期治療與追蹤，由全國六千家醫療院所提供 40 歲以上未滿 55 原住民每 3 年 1 次；55 歲以上原住民每年 1 次成人預防保健服務，依 2016 年原住民族實際運用成人預防保健服務人數，預估每年原住民族運用成人預防保健服務經費約 2,288 萬元。同時透過各縣市辦理整合性的社區健康篩檢，尤其針對山地、偏遠、醫療資源不足地區，優先及就近提供社區之成人健檢及癌症篩檢等整合篩檢服務，並鼓勵縣市依地方之資源及民眾健康需求特性規劃，以早期發現疾病，及時提供必要之轉介照護。

二、為強化原住民就近獲得在地化慢性疾病管理之模式建立，於臺東縣海端鄉、花蓮縣秀林鄉、屏東縣牡丹鄉 3 個原鄉試辦慢性病服務整合計畫，並持續拓展原鄉部落，規劃內容如下：

- (1) 資訊系統整合：進行系統整合以節省查詢時間，研議服務主動提提示功能。
- (2) 疾病篩檢整合：包括成人預防保健、四癌篩檢等整合篩檢服務及轉介照護。
- (3) 慢性病個案管理計畫：進行多重用藥管理，因應高齡化提供周全性長者服務，將服務以包裹式提供衛教（營養、運動等）。
- (4) 建立以病人為中心之連續性服務：透過結合衛生福

利部、地方衛生局/所、社區健康營造中心、文化健康站、部落健康營造中心、基層醫療院所、醫院等單位，共同進行社區評估發展在地化服務及三高防治多重慢性病照護，以建立照護規範與流程、落實個案追蹤與管理。

(5) 與在地資源（如文化健康站、部落營造中心）連結與運用，透過溝通、建立模式，以利計畫推動執行，並強化文化敏感度與專業連結。

(6) 試辦計畫經費：2018 年為 300 萬元，2019 年及 2020 年預估為 450 萬、600 萬元。

三、加強與社區非政府組織團體合作三高慢性病管理，引入民間資源，結合民間組織，於部落試辦三高慢性病管理，以符合社區生活習慣與融合原住民文化，共同訂立策略、具體實施，協助原鄉居民找出三高慢性病需要強化的議題。

四、高齡友善健康照護機構—衛生所認證，依世界衛生組織高齡友善照護三大原則與健康促進醫院（Health Promoting Hospitals & Health Services, HPH）五大標準，發展出具臺灣特色的高齡友善健康照護機構認證，從健康環境、服務提供、健康促進及社區合作等，有系統建立其成為健康永續服務場域，並改善對高齡者友善度與健康照護品質。為顧及資源不足地區之長者需要，透過衛生所帶動社區整體對高齡者之重視與照護，目前已有

216 家衛生所機構通過國民健康署高齡友善健康照護機構認證，針對原鄉健康不平等問題，業已輔導 12 家山地鄉衛生所(全國計 31 家)通過高齡友善健康照護機構認證，將持續輔導使衛生所能有效率服務長者，並縮小原鄉健康不平等之狀況。

伍、執行期程

慢性病服務整合試辦計畫期程為 2018 年 6 月至 2020 年 12 月，並持續推動成人預防保健服務及高齡友善機構認證等。

陸、預期成效

維護原住民「預防保健」及「自我健康管理」觀念及健康檢查利用率，並提升偏鄉暨資源不足地區三高相關疾病照護品質，讓原鄉地區民眾可以有同等機會獲得優質的醫療及照護品質，減少照護差距。

【行動計畫九】

原鄉消化系癌症防治試辦計畫

辦理單位:國民健康署

壹、計畫緣起

原住民族常見死亡的癌症亦同我國常見發生的癌症，2014 年原住民族罹患之十大癌症，以年齡標準化發生率排序，依序為大腸癌、肺癌、乳癌、肝癌、口腔癌、胃癌、子宮及子宮頸癌、皮膚癌、攝護腺癌、食道癌。其中，肺癌、肝癌、口腔癌、胃癌、子宮及子宮頸癌、皮膚、食道癌的發生率都高於非原住民族，但以胃癌發生率特別顯著高於非原住民族逾 2 倍（分別為每 10 萬人有 24.8 人、11.1 人），其餘類型癌症發生率則與非原住民族相當或較低。

癌症長期為我國十大死因之首位，然並非所有癌症都具有國際公認具實證基礎的篩檢工具。目前經 WHO 建議可以經由篩檢早期發現早期治療之癌症，包含子宮頸癌、乳癌、口腔癌、大腸癌。爰此，我國自 1995 年開始提供子宮頸抹片檢查，其後連續推動口腔黏膜檢查、乳房攝影檢查與糞便潛血檢查，目前四項癌症篩檢皆已納為預防保健服務項目。

鑒於癌症造成原住民族生命的嚴重威脅，將優先針對發生率偏高的胃癌擬定防治計畫，並針對好發的消化系癌別發展多合一服務模式與評估成效，期能早期診斷與治療，進而提高存活率。

貳、執行現況

根據 2012 年原住民族人口及健康統計報告，原住民族和非原住民族相比，胃癌、口腔癌和肝癌死亡所占的比率較非原住民族高，特別在胃癌死亡部分，原住民族於 2010 年至 2012 年死亡占率為 9.5%，比非原住民族的 5.4% 高出許多。

於口腔癌防治上，除了持續於高嶺檳縣市推動檳榔防制及口腔癌媒體宣導，並額外給予資源推動整合性計畫，並於原住民社區辦理「營造無檳榔支持環境計畫」，倡議「檳榔不入口文化仍可守」，另亦提供原住民族有嚼檳榔者，提前自 18 歲提供口腔癌篩檢服務（一般高危險群自 30 歲開始提供）。另於肝病防治上，探究肝癌的發生，主要原因係源自 B、C 型肝炎感染（90%），餘為酒精性和非酒精性脂肪肝、黃麴毒素等。多數的早期肝癌並沒有症狀，因此，不易被察覺，於 B、C 型肝炎感染階段，可經由定期追蹤、治療來預防其進展為肝硬化。已持續透過「菸酒檳榔防制計畫」協助原民節酒，另為促使 B、C 肝患者接受追蹤、治療，進而阻斷疾病進展，健保署現有「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」、「全民健康保險 B 型肝炎帶原及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」、「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。由於口腔癌與肝癌均已有相關介入措施，故本行動計畫聚焦於胃癌防治。

胃癌的形成原因複雜，但大致上與環境因素、飲食因素、

性別、血型、遺傳與免疫因素、幽門螺旋桿菌以及慢性胃病有關。多數早期胃癌沒有症狀，不易被察覺，從慢性胃炎、胃萎縮到胃癌，一旦診斷是晚期胃癌，存活率不到一年，若及早預防可降低胃癌發生，存活率可提高至9成以上。其中研究發現幽門螺旋桿菌感染為重要危險因子，根除幽門螺旋桿菌被視為一個防治胃癌的有效方法，惟對於降低胃癌死亡率的效益仍需累積實證資料。鑒於胃癌造成原住民族生命的嚴重威脅，尋求有效的本土防治模式刻不容緩，預計於2018年推動偏遠地區原住民胃癌防治試辦計畫，針對好發的消化系癌別，發展四合一篩檢（胃癌、口腔癌、食道癌與大腸癌）服務模式與評估成效，期能早期診斷與治療，進而提高其存活率。

另後續除透過健保體系提供原住民族癌症治療照護服務外，亦補助原鄉及離島醫療院所辦理癌症診療品質提升計畫，協助原鄉地區醫院與醫事機構與已通過認證之醫院，建立診斷、治療雙向轉介平臺，共同提供服務。

本計畫並將繼續擴展試辦地區之胃癌篩檢服務內容；持續追蹤陽性個案，其後續轉介至當地衛生所及醫療院所接受除菌治療以及治療後的吹氣複驗情形，以確定藥物的順應性是否良好，以及是否成功除菌；積極輔導地方縣市推動篩檢服務工作，並使用自主的經費供應；探索臺灣地區其他可推動胃癌篩檢服務之原鄉地區。

參、計畫目標

試辦原住民胃癌篩檢收案至少達（含）1,000 人，並同時提升原民癌症篩檢參與率。預期臺灣地區感染幽門螺旋桿菌盛行率達 30-40/10⁵，收案 1,000 人，可減少 3-4 人罹患胃癌及 300 人罹患消化性潰瘍。

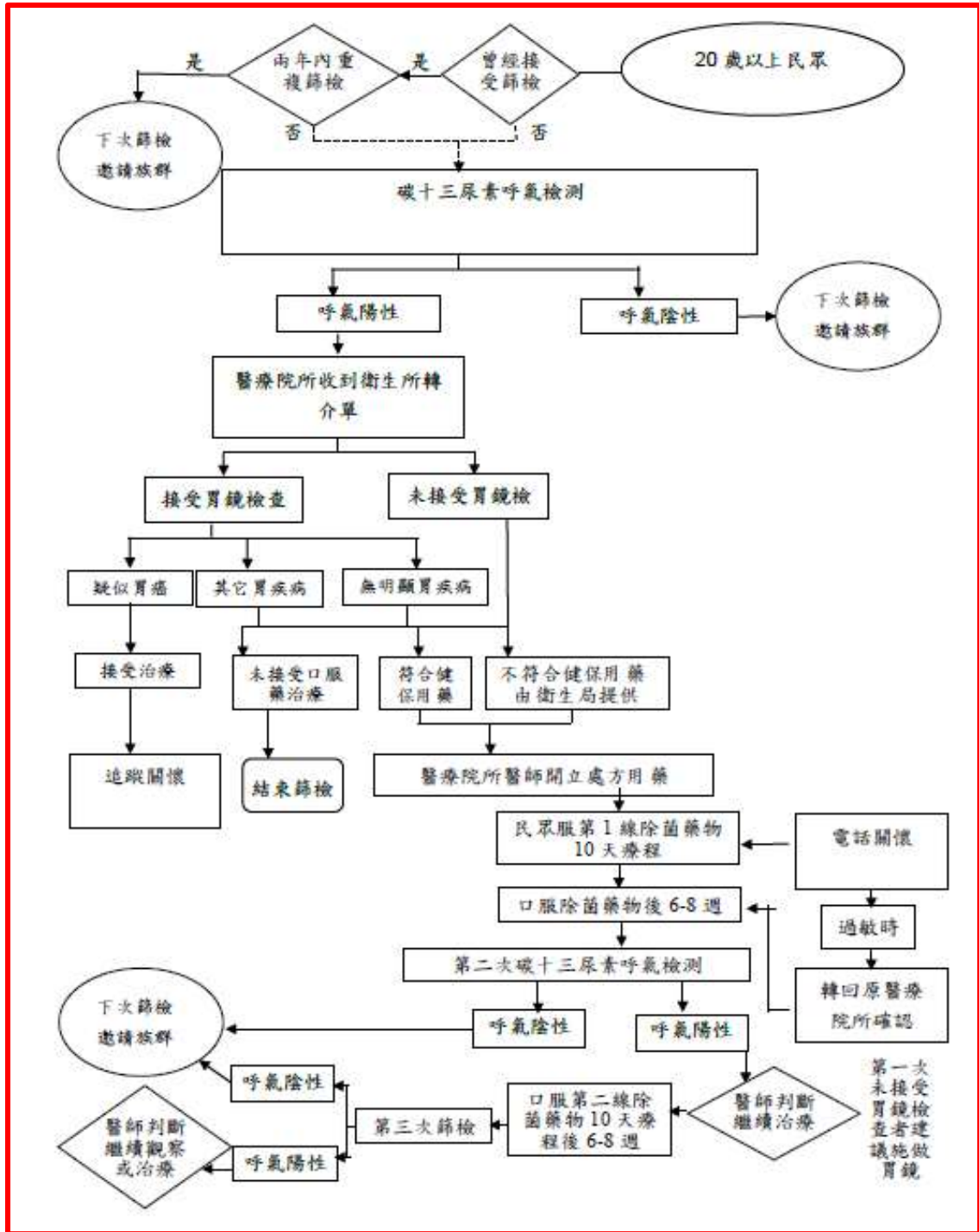
肆、執行方法

- 一、進行本土原住民族胃癌流行病學分析，探討影響原住民族胃癌發生與死亡之因素。
- 二、以組織性篩檢的概念，於原住民族占率高之地區優先試辦胃癌篩檢計畫，並以山地鄉為重點，針對 20 歲（含）至 60 歲原住民，辦理消化系四癌（胃、口腔、食道、大腸癌）篩檢服務，以期發展消化系癌症篩檢服務模式與評估成效。
 - (一) 試辦區域：花蓮縣與臺東縣原民鄉。
 - (二) 對象：20 歲（含）至 60 歲原住民，約 1,000 人。
 - (三) 篩檢項目：胃（同時合併提供其餘消化系癌症防治服務，如：口腔、食道、大腸癌）。
 - (四) 篩檢工具：碳十三尿素呼氣檢測，篩檢結果呈陽性者，提供除菌治療以及建議接受胃鏡檢查，服藥後提供碳十三尿素呼氣複驗。
 - (五) 服務流程圖（如下圖 1）：
 - (六) 計畫經費：2018 年約 350 萬元，2019 年約 430 萬

元，2020 年約 500 萬元。

三、治療照護：胃癌患者由健保體系主責服務提供。

圖 1. 原鄉消化系癌症防治試辦服務流程圖



伍、執行期程：2018 年 4 月至 2020 年 12 月。

陸、預期成效

臺灣地區感染幽門螺旋桿菌盛行率達 30-40/10⁵，收案 1,000 人，可減少 3-4 人罹患胃癌及 300 人罹患消化性潰瘍。

【行動計畫十】

山地原鄉結核病主動發現計畫

辦理單位:疾病管制署

壹、計畫緣起

2005 年至 2016 年原住民族地區結核病發生率累計降幅達 46% (山地原鄉 54%、平地原鄉 41%)，優於全國累積降幅 39%，其中山地原鄉整體結核病發生率(每十萬人口 136 例)高於全國整體平均(每十萬人口 44 例)，故為現行結核病防治的重點對象。

結核病防治策略在於預防發病、於發病後及早診斷與治療，過去疾病管制署持續在原住民族地區與全國推動結核病主動發現、潛伏結核感染(LTBI)治療、都治關懷送藥服務等措施，並對於山地原鄉從優補助防治經費，2016 年山地原鄉胸部 X 光主動篩檢率為 22%(全國未有該服務)、結核病個案都治加入率為 99%(全國 98%)和治療成功率為 79%(全國 72%)。

雖囿於地理環境限制，醫療資源較為缺乏且交通不便，但山地原鄉結核病個案都治加入率及治療成功率均優於全國，顯示當結核病個案進入醫療體系後均能獲得良好的醫療照護，故現行山地原鄉結核病防治的重點在於主動發現結核病個案，如何增加篩檢可近性、提高主動發現率為現階段的重要課題。

山地原鄉主動篩檢所遇到的問題，大致上可以分為兩大因素，一為原住民因居處偏遠所造成的衛生醫療問題，原住民居住的環境，多地處山區、濱海地區，相對交通不便，在

就醫可近性上是相對比較不利的環境；另一為山地原住民鄉鎮中壯年人口外移、老年人口相對上升的現象，使得提升山地原鄉主動篩檢率深具挑戰性。

貳、執行現況

現行山地原鄉主動發現策略是採胸部 X 光巡迴篩檢方式，並轉介篩檢結果異常者及早接受適當診治，分析山地原鄉胸部 X 光主動篩檢執行情形，就所有戶籍人口，2016 年單年度篩檢涵蓋率為 22%、2015-2016 年累積 2 年篩檢率為 37%、2014-2016 年累積 3 年篩檢率則為 49%。另依據過往衛生局回報之調查結果，各山地原鄉在籍不在戶比例約占戶籍人口之 50%，尤以青壯年族群可能因外地工作或求學故不在戶比例更高，致參與篩檢比例亦較年長者低。

採胸部 X 光巡迴篩檢方式有許多限制，例如：部分地區因道路狹窄、陡峭或交通受阻使得 X 光巡迴車無法到達、行動不便或臥床者無法站立接受胸部 X 光篩檢、民眾因在外地工作或就學等因素無法參加篩檢活動等，須透過新技術的引進和新策略的執行來加以克服。結核菌快速分子檢測是以痰液為檢體來源、操作簡便、快速之新興檢驗技術，痰檢體前處理後即可上機，上機後 2 小時可同時完成結核菌群鑑定與 Rifampin 抗藥性檢測，但檢驗試劑價格昂貴，故規劃搭配成本較低之結核病症狀評估作為初步篩檢工具，結果異常者再進行結核菌快速分子檢測；而部分未曾參加社區胸部 X 光主

動篩檢的山地原鄉民眾，分析其仍有一定比例會前往衛生所或該縣(市)內主要醫院因其他疾病如：感冒就醫，如與醫院建立合作機制，將可有效提升胸部 X 光主動篩檢服務之可近性；另外，對於無就醫的民眾，參考文獻資料，臺灣專家(國際抗癆聯盟顧問 IUATLD Consultant 江振源醫師)在大陸偏遠地區的執行經驗，規劃強化公共衛生與教育體系連結之介入措施，延伸篩檢的觸角。

綜上所述，結核病主動發現策略須透過多元篩檢服務管道，才可加速提升篩檢涵蓋率，達主動發現結核病個案、減少延遲診斷之效益。

參、計畫目標

- 一、山地原鄉結核病發生率 2020 年降至每十萬人口 132 例(基值 135.7 例)。
- 二、35-64 歲山地原鄉民眾，每 3 年 1 次結核病主動篩檢，至 2020 年 3 年累積主動篩檢率達 55%(基值 49%)；65 歲以上山地原鄉民眾，每年 1 次結核病主動篩檢，至 2020 年每年主動篩檢率達 50%(基值 40%)。

肆、執行方法

山地原鄉結核病主動發現計畫包括下列四大策略：

一、策略 A：

持續於山地原鄉辦理胸部 X 光巡迴篩檢服務，並於

山地原鄉在籍不在戶民眾居住聚集地辦理篩檢活動。

二、策略 B：

針對居住於 X 光巡迴車無法抵達地區或行動不便/臥床者，結合新檢驗技術，以結核病症狀評估搭配結核菌快速分子檢測取代胸部 X 光篩檢，結核病症狀評估結果異常且 35 歲以上，則使用結核菌快速分子檢測，以痰液為檢體來源，快速完成結核菌檢測。

三、策略 C：

醫療院所合作方案，由健保署協助勾稽設籍山地原鄉戶籍民眾近 1 年就醫紀錄，委託衛生局與民眾主要就醫之醫療院所合作，當設籍山地原鄉民眾至合作醫院就醫時，醫院主動提供胸部 X 光檢查服務，並代為發放宣導品予完成篩檢民眾，篩檢結果異常者由合作醫院通知儘速回診。

四、策略 D：

強化公共衛生與教育體系連結之學校合作方案，公衛人員於山地原民鄉國中及國小辦理衛教宣導活動、發放結核病症狀評估問卷，鼓勵學童向家人宣導參加胸部 X 光篩檢之重要性、協助家人完成結核病症狀問卷評估，並由公衛人員回收症狀評估問卷，同時提供學童宣導品。針對結核病症狀評估結果異常者，通知接受胸部 X 光檢查，若為居住於 X 光巡迴車無法抵達地區或行動不便/臥床者，則由公衛人員至家中留取痰液，送驗結核菌快

速分子檢測，檢驗結果異常者由公衛人員轉介就醫，並對於發現結核病個案之學童另提供宣導品。

伍、執行期程

2018年於不同區域擇5個結核病高發生率山地原鄉試辦，以專案計畫方式挹注400萬元經費，2019年於山地原鄉全面執行，預估投入2,400萬元經費。

陸、預期成效

藉由擴大多元管道加強山地原鄉主動篩檢服務，及早主動發現結核病個案並導入醫療體系提供適當診療照護，同時阻斷社區傳染鏈，使得山地原鄉結核病發生率由2016年每十萬人口135.7例降至每十萬人口132例；35-64歲山地原鄉民眾2020年3年累積主動篩檢率達55%；65歲以上山地原鄉民眾2020年每年主動篩檢率達50%。

柒、結語

山地原鄉在近年努力下，結核病發生率由全國的4倍(2005年)下降為3倍(2016年)，結核病疫情已有顯著下降，期透過本計畫有效提升結核病防治成效，縮短健康不平等差距。