

調 查 報 告

壹、案由：衛生所是臺灣公衛體系最基層的組織，在民眾健康促進、疫病防治上扮演極為重要關鍵的角色，過去也有輝煌的貢獻。惟在衛生所人力近三十年來未有檢討調整的情況下，不論是中央或地方的衛生主管機關幾乎是毫無節制在完全不顧及基層衛生所應有功能發揮與基本業務必須完成的壓力下，又給予許多額外的要求，目前衛生所業務已超過100項。究各鄉鎮、山地、離島衛生所人力業務是否有嚴重失衡狀況？若有，該狀況是否已嚴重危及民眾健康權益？中央與地方衛生主管機關是否對衛生所功能、業務、能量認知正確？到底有多少單位動輒以「目標數」要脅基層單位？均有深入調查之必要案。

貳、調查意見：

為調查「衛生所之公共衛生功能如何確保以及人力與業務有無失衡」案，經向衛生福利部（下稱衛福部）、銓敘部及各縣市政府調取資料，並至高雄市苓雅區、旗津區、花蓮縣壽豐鄉、臺北市士林區、中正區、臺中市西屯區、大里區及臺東縣臺東市履勘，以及諮詢專家學者，並詢問衛福部何次長啟功、銓敘部退撫司陳司長紹元及相關主管人員，業調查竣事，調查意見如下：

- 一、衛生所之定位及任務，隨著社會變遷而更迭，衛福部已賦予其成為全能之基層醫療、衛生及保健單位，惟其職掌事項益趨繁雜，但服務人力未適度配合調整而顯捉襟見肘，無法發揮專業職能，致各項工作顧此失彼，未能兼顧服務之質與量，已難展現提升國民健康之功能。衛福部為中央衛生主管機關，允應盤點國內

法規、政策與衛生所之人力及服務量能，並針對衛生所之職掌工作項目進行檢討，依其人力情形進行調整，俾衛生所之職掌事項與人力配置得以符合衛生所之定位及達成其提升國民健康之任務：

(一)衛生所於各時期之定位及功能：

1、前臺灣省政府衛生處（下稱前省衛生處）設立之初：

行政院於民國（下同）29年制定公布「縣各級衛生組織大綱」，明定在各鄉鎮市區設置衛生所，35年先行創設30所。前省衛生處於36年設立，除在各縣市設立衛生院，綜理地方衛生健康事宜外，並規劃設置衛生所，嗣依37年發布之「縣各級衛生機關設置辦法」及後續頒布之「臺灣省各縣市鄉鎮區市（縣轄市）衛生所組織規程（下稱臺灣省衛生所組織規程）」，設衛生所辦理各鄉鎮衛生保健事宜，屬鄉鎮級衛生組織系統，隸屬於地方衛生院，兼受鄉鎮長之督促。自此，國內之基層衛生保健工作，向以衛生所為主體，依「縣各級衛生組織大綱」，衛生所之業務範圍係直接處理民眾之醫療防疫保健問題，包含：開設門診、診療民眾疾病、傳染病之處理及報告、實施預防接種、改良飲水、撲滅果蠅、衛生環境改善、婦幼衛生、安全助產、學校衛生、衛生教育、生命統計等。

2、前行政院衛生署（102年7月23日改制成立衛福部，下稱前衛生署）設立後：

內政部衛生司於38年設立，掌理之業務包含醫療機構管理、藥品管理、傳染病防治、國民營養促進、護產業務之督導與管理。嗣為加強地方自治實施，49年通過各縣市衛生院之編制擴大改

制為衛生局，並受前省衛生處指揮、督導。地方各區衛生所，仍維持原系統隸屬於改制後之衛生局，其定位依臺灣省衛生所組織規程、臺北市各區衛生所組織規程（下稱臺北市衛生所組織規程）、高雄市各區衛生所組織規程（下稱高雄市衛生所組織規程），係協助辦理各該轄境內之公共衛生事項，業務範疇與前階段相似，但因應疾病型態及環境變遷，業務重點則有調整，減少環境衛生工作，但增加醫療及藥品的管理。

3、群體醫療執業中心（下稱群醫中心）於72年間設立後：

隨著經濟社會發展、國民平均壽命普遍延長，急性傳染病有效控制，但相關慢性疾病、非傳染性疾病患者逐年增加，民眾對醫療設施之需求增加。政府為解決醫師分布不均、基層醫師羅致困難、民眾需求轉變等問題，69年依「加強農村醫療保健4年計畫」，興建及擴充衛生所之房舍及設備，嗣於72年7月試辦「群體醫療執業中心計畫」，重建基層醫療保健服務，每所群醫中心由前衛生署補助新臺幣（下同）150萬元作為開辦及增購必要儀器之用，另補助建築費及開辦費。衛生所開辦群醫業務後，於提升民眾之就醫可近性實質效益，衛生所除既有保健業務外，加重醫療服務工作。

4、衛生所納入「醫療網」計畫後：

- (1) 我國於74年開始分期推動醫療網計畫，第一期至第三期醫療網計畫於74年至86年執行，著重於硬體設施及人力規劃，解決醫療資源不足與不均問題。行政院75年核定之「醫療保健計畫-籌建醫療網計畫」，將衛生所及群醫中心定位為

「基層醫療單位」，主要醫療任務為負責第一線醫療工作、緊急及嚴重病患之急救處理及後送、慢性病患之居家照護及復健指導、病患之早期發現與追蹤訪視、住院病患之轉介與辦理一般保健及公共衛生工作。

(2) 第四期醫療網「新世紀健康照護計畫」開始時，全民健康保險已開辦，此時期衛生所之定位為：提供民眾連續性、整體性及綜合性的基層保健醫療服務，對特定疾病的危險群體實施早期篩檢及個案追蹤管理，對各項重點疾病給予家庭訪視，並與門診醫療相配合以控制個案病情，改變健康行為，增進健康狀態，並辦理一般保健及公共衛生工作，以利民眾可在社區就近取得良好服務。

5、醫療網計畫於第七期「開創全民均等健康照護計畫」及第八期醫療網計畫視各地資源分布情形，提升偏遠地區衛生所功能服務量能，因地制宜規劃照護網絡模式，衛生所除負責基層醫療工作外，同時進行一般保健與公共衛生工作，視病人需求提供追蹤及轉介，並辦理衛教及社區照顧服務，做為基層公共衛生的推手，保障全民健康。

(二) 國內早期公共衛生政策以「基層公共衛生建設優於醫療建設」為指導方針，衛生所當時為國內公共衛生、醫療、預防保健最重要之基層衛生單位，雖亦開設門診診療民眾疾病，但主要工作仍在於防止傳染病及特定疾病之發生及流行，其性質仍在加強公共衛生，維護群體健康。而各類傳染病防治均透過衛生所之公共衛生護士、醫師及保健員，深入社區，透過家庭訪視親自面訪之方式，與社區成員建立信任關係，有效對民眾進行衛生教育及疾病之預

防、監測、通報、調查等公共衛生工作，使得多數傳染病在60到70年代即消聲匿跡¹。又因醫療進步、死亡率降低等因素，國內人口迅速增加，為減緩人口膨脹的目的，遂於50至60年代推動實施「家庭計畫」，亦由衛生所指導婚姻、生育、家庭生活及衛生教育，強化婦幼衛生，協助介於生育年齡、有配偶之女性裝置避孕器，降低生育率等。凡此，衛生所均以「民眾」、「家庭」為服務對象，工作場域主要在「社區」。

(三)衛生所於72年開辦群醫業務後，雖維持原有之「預防」功能，但漸趨發展之「醫療」服務，在醫療資源尚不普及時期，於提升民眾就醫之可近性雖有實質效益，但衛生所公衛護理人員之工作場域，自此從社區轉入「診間」，而衛生所之門診功能，從著重疾病之「預防」轉變為「治療」，由「群體健康」質變為「個人照護」，服務之對象由「民眾」再特定為「病人」，自此，衛生所人員與社區民眾之互動侷限於係病人前往門診時提供服務，與社區之關係愈趨疏離。本案履勘期間，據衛生所資深護理人員之說明內容，可知衛生所之工作內容已有明顯轉變：

- 1、70年代即在衛生所服務，當時之工作內容單純，主要包括：家庭計畫、家庭訪視、預防接種、婦幼衛生、慢性病防治，且各項工作重視至家戶訪視，但後來衛生所之工作內容發生變化，開始辦理健康促進、傳染病防治、預防保健、全能照顧到社區營造，業務層面愈來愈廣，衛生局每個業務科交下之業務不斷增加，且用關鍵績效指標（KPI）評斷衛生所之表現，但著重在數量之完

¹參考立法院網頁，網址為：<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=181841>。

成而非品質部分。另外即使工作項目愈來愈多，仍要協助推動縣市長提出之政見，多出之工作量多落在最基層之衛生所執行。現在衛生所護理人員要忙的事情很多，一旦發生公共衛生緊急事故，例如傳染病發生時，全部人力均得將手上業務全數擱下，全力投注於傳染病防治。

- 2、74年間至衛生所服務時，工作內容為辦理家庭計畫，當時曾去家庭計畫訓練研究所接受紮實之訓練，後來前衛生署整合業務成立保健處後，業務愈來愈多，每個同仁進到衛生所服務，必須變成「通才」。不管什麼業務，到了衛生所工作，通通都要做，未有嚴謹之訓練，而於接手業務後，大家互相教學相長，從工作中學習。

(四) 隨著社會經濟發展，國內普設醫療院所，多數衛生所仍維持醫療服務，但全民健保實施後，醫療可近性高，除偏遠離島地區之衛生所仍於醫療保健上具備相當之功能性及重要性外，其他地區之衛生所之醫療功能已因一般基層診所林立而弱化。然而，衛生所長期以來其定位不斷發展，為發揮其功能，其職掌事項之輕重雖有變化，但只增不減，且因衛生所之業務屬縣市政府之地方自治事項，衛生局多認為衛生所係其所屬機關，自有協助推動法令之責，因此衛生所管轄之各項業務，皆由衛生局統一下達指令，而衛福部為國內醫療衛生法規之中央主管機關，各縣市政府為地方主管機關，因此衛福部主管之醫療法、食品安全衛生法、藥事法、傳染病防治法、精神衛生法、長期照顧服務法、身心障礙者權益保障法、老人福利法、兒童及少年福利與權益保障法等之相關事項，最終端賴第一線之衛生所人員執行。目前除臺北市原衛生所轉型為各區健康服務

中心，並將預防接種及醫療門診委託各市立醫院承辦外，其他縣市衛生所之功能雖略有不同，但核心護理業務大致相同，包括：婦幼衛生、癌症篩檢、傳染病防治、常規疫苗接種、公費流感疫苗接種及社區精神病人通報、追蹤及訪視等。且衛生所之功能隨著衛福部服務範圍擴增而不斷增加過去所無之業務項目，例如：個案管理、防災宣導、急救技能教育及宣導、民眾健康體位管理服務、社區民眾營養衛生教育及長期照顧業務等，工作面向擴增且業務日趨繁重。

(五)衛生所辦理之工作屬地方自治事項，且其人力配置係由縣市政府統籌辦理，本案前函詢各縣市政府近年來有無修正組織規程增聘護理人力，據臺北市政府函復於105年12月1日修正組織規程，增加護理人力9人（新增6人、改置3人）²；新竹市政府函復於96年8月1日修正組織規程，增加護理人力2人³；臺南市政府函復於103年1月22日修正發布將2區衛生所各1名牙醫師職缺，改為護理師職缺⁴，至其他縣市於89年迄今，未修正組織規程增聘護理人力。

(六)又衛生所與外部資源之連結不易，故其自主性不高，並無能力因地制宜，針對社區健康問題排定優先順序，提供符合社區民眾需求之服務，其雖為最基層之衛生單位，但未被賦予至社區進行健康評估

²臺北市政府函復：

105年12月1日修正：應社區心理衛生服務、長照服務及社區健康照護等業務增加，調整員額配置及增加編制人力，計增加護理人力9人（新增6人、改置3人），並因應護理人員國家證照考試變更及實務所需，刪除護士職稱，改置護理師。

³新竹市政府函復：

東區衛生所原置編制人員14名，北區衛生所13名及香山衛生所8名，3區合計35名。96年8月1日配合新竹市辦理幼托整合裁撤市立托兒所，將其中員額各1名移置東區衛生所及香山衛生所，各增置護士1名，使東區衛生所員額增為15名，香山衛生所員額增為9名，3區合計37名。

⁴臺南市政府函復：

103年1月22日修正發布，並自103年2月1日生效，將官田區衛生所及楠西區衛生所各1個牙醫師職缺，改為護理師職缺，並改置於東區及安平區衛生所。

之權能，而係被動接受衛福部或縣市衛生局派予之工作。從衛生所之業務範圍可知，公衛護理人員在辦理社區健康營造時為衛生政策之規劃者；在辦理稽查業務時為公權力執行者；在執行癌症篩檢及公費流感疫苗接種時為服務之提供者；在執行結核病防治都治計畫與潛伏性投藥工作時為個案健康之管理者；在提供門診服務時，與醫療院所間有競爭關係，但以同社區之預防保健任務上，又具合作關係；既照顧個體之健康，亦重視社區群體之健康；必須具備行政管理能力，又需提升相關服務量能，綜言之，衛生所業務包山包海，工作繁重，業務複雜且多元，護理人員無所不作，交辦業務之公婆眾多，有限的人力及時間卻有做不完的工作，且難以從衛生所之工作項目明確定位其功能，其時而為縣市衛生局之化身，時而為縣市衛生局督導管理之基層醫療院所，當衛生所業務龐雜，公共衛生護理人員被要求成為「通才」之時，其等卻未必能發揮專業職能，而各項工作亦可能顧此失彼。然而，衛生所之工作同仁仍努力把公共衛生工作做到最好，但恐需利用許多個人例假日及休息之時間處理公務，付出犧牲家庭生活與健康之代價。

(七)綜上，衛生所之定位及任務，隨著社會變遷而更迭，早期依循預防重於治療之方針，著重於預防保健工作，例如：婦幼衛生、環境衛生、傳染病防治等，透過遍布國內的衛生所（室）人員深入社區，有效對民眾進行衛生教育及疾病之預防及傳染。而後，衛生所設立群醫中心，雖加重醫療服務工作，但衛生所仍負有保健之責任；再至目前執行中之醫療網計畫，衛生所之工作範圍更擴大包括健康促進、預防保健、社區健康評估及長期照護等，並加強社區

居民慢性病、傳染病、精神疾病之個案管理以及心理衛生相關的諮詢服務，全面涵蓋公共衛生三段五級工作，顯見衛福部已賦予其成為全能之基層醫療、衛生及保健單位，惟其職掌事項益趨繁雜，但服務人力未適度配合調整而顯捉襟見肘，無法發揮專業職能，致各項工作顧此失彼，亦難兼顧服務之質與量，已難展現提升國民健康之功能。衛福部為中央衛生主管機關，允應盤點國內法規、政策與衛生所之人力及服務量能，並針對衛生所之職掌工作項目進行檢討，依其人力情形進行調整，俾衛生所之職掌事項與人力配置得以符合衛生所之定位及達成其提升國民健康之任務。

二、衛福部推動之各項公共衛生及預防保健工作，多數交由第一線之衛生所人員執行，惟該部於89年頒布「(縣市衛生局所屬)衛生所組織規程參考基準」及「(縣市衛生所所屬)衛生所員額設置參考基準」，訂定衛生所掌理事項及人力配比，但各縣市衛生局並未足額聘用人員，且未符合員額基準之衛生所達68%，部分衛生所護理人員及助產士之編制少於基本員額之6人，又衛福部派駐在衛生所之護理人員人力遇缺不補，加以國內人口增加及老化，衛福部近年陸續開辦新興業務，在衛生所業務增加，人力未適度調整下，國內每位公衛護理人員照顧人口數不斷增加，107年底有92家衛生所平均服務人數超過10,000人以上，有12家衛生所服務人數超過20,000人以上，均集中於都會地區，甚有部分衛生所平均服務人數達48,702人，遠高於美國公共衛生護理協會建議之5,000人。衛福部明知衛生所業務繁重、人力嚴重不足，卻以地方自治事項為由，未設法促使地方政府適時擴編衛生所人

力，亦未強化運用相關計畫補助人力，恣令衛生所人力嚴重不足問題懸而未決，淪為血汗衛生所，核有未當：

- (一)前衛生署於69年參據行政院頒布之「強化鄉鎮縣轄市區基層組織方案」往下扎根之精神，並配合「加強基層建設提高農民所得方案-醫療保健計畫」，重新建立基層衛生制度，普及農村及社區所訂醫療保健服務策略，衡酌各鄉鎮縣轄市區業務狀況，著手研擬「臺灣省鄉鎮縣轄市區衛生所員額設置標準」，之後隨87年「臺灣省政府功能業務與組織調整」、88年「地方制度法」實施，及考量88年「醫事人員人事條例」頒布，同時配合當時銓敘部頒布之「各機關職稱及官等職等等員額配置準則」等，於89年頒布「(縣市衛生局所屬)衛生所組織規程參考基準(下稱衛生所組織規程參考基準)」及「(縣市衛生所所屬)衛生所員額設置參考基準」，供縣市衛生局參考。
- (二)依地方制度法及地方行政機關組織準則，衛生所業務職掌、員額配置、人員管理、預算等皆屬地方政府之權責。然衛福部頒布之衛生所員額設置參考基準，衛生所護理人員設置員額，於偏遠地區(山地離島)、一般鄉鎮、都市地區皆建議設置護理師1名，護士員額則在偏遠地區(山地離島)每所置基本員額5人，轄區人口數超過3千人，人口數每超過1千人，增置1人；一般鄉鎮及都市地區轄區人口數3萬人以下置基本員額5人；超過3至10萬人部分，每增加1萬人增置1人；超過10萬至20萬人部分，每增加2萬人增置1人；超過20萬人部分，每增加3萬人增置1人。上開人力配比之計算，據衛福部稱係依據各地方人口結構、人口密度、轄區資源、醫護

人員數及服務量等因素，並配合當時銓敘部頒布之各機關職稱及官等職等等員額配置準則訂定⁵。惟前開基準尚非直接對外發生法規規範效力，各縣市得視實際需要增設人力，建立衛生所之人力調整機制，以適度調整衛生所人力配置。

(三)查衛生所組織規程參考基準所列衛生所掌理事項，包括：(一) 婦幼衛生、社區護理、疾病防治、預防接種、國民營養、精神衛生、衛生教育、衛生統計、食品衛生、營養衛生、家戶衛生及醫藥管理等事項。(二) 門診醫療、巡迴醫療、緊急救護及實驗診斷等事項。(三) 其他有關衛生保健事項。參考基準於89年頒布後，衛福部多年來陸續開辦多類新興業務，且最終端賴第一線之衛生所人員執行，包括：

- 1、91年：乳癌防治、營造母嬰親善的哺乳環境、生育保健。
- 2、93年：兒童健康促進。
- 3、95年：精神衛生（整合型心理健康工作計畫）、自殺防治。
- 4、99年：大腸癌防治、口腔癌防治。
- 5、100年：民眾健康體位管理服務。
- 6、101年：新生兒聽力篩檢、新住民及原住民、新住民婦女健康管理建卡。
- 7、102年：安寧緩和及器官捐贈宣導辦理成效。
- 8、107年：社區民眾營養衛生教育。

(四)地方制度法及醫事人員人事條例於88年實施，前衛生署於89年公告衛生所員額設置參考基準供地方衛生局參考，但89年底我國人口數為2,227萬6,672

⁵訂定當年檔案未電子化，相關政策資料已無法循證。另據衛福部洽詢當時衛生署保健處業務主管人員表示，考量「地方制度法」及「地方行政機關組織準則」等，相關衛生所業務職掌、員額配置、人員管理、預算等屬地方政府之權責，故以參考基準訂之，供地方政府參考。

人，107年為2,358萬8,932人，人口增加約131萬人，即衛生所之服務對象增加5.89%；且當年我國65歲以上人口占率為8.62%，107年為14.56%⁶，人口老化速度快，老年人口幾乎呈倍數增加，慢性病盛行率亦增加，但縣市衛生局與衛生所之編制員額非但未增加，原先由中央派駐在地方之護理人員人力又遇缺不補，形同護理人員人力在服務對象及工作量增加之際，人力卻縮編。目前衛生所之健康管理模式採地段管理，即將衛生所行政區域內的村里依人數多寡平均分配數各不等的村里給護理人員，由其負責該村里內居民的健康管理。隨著社區人口數不斷地增加，每位公衛護士的照顧人口數也隨之增加。

(五)按衛福部查復資料，截至108年6月底，全國22縣市計有370家衛生所及健康服務中心，護理人員編制員額總計3,005人、實際員額合計2,879人，兩者相差126人。至於員額「符合」設置參考基準之衛生所僅占32%，「未符合」占68%。

- 1、依據衛生所員額設置參考基準，衛生所護理人員設置員額，於偏遠地區（山地離島）、一般鄉鎮、都市地區皆建議設置護理師1名、護士基本員額5人。即各衛生所護理師、護士及助產士服務人力之編制數在6人以上，但國內有94所（含離島地區9所）衛生所之護理師、護理長及護士之編制數低於6人，如表8。（108年6月底衛生所或健康服務中心護理人員及助產士之編制人數及實際人數，詳附表1）

表1 護理師、護士及助產士服務人力編制數小於6人之衛生所

縣市	鄉鎮區衛生所及其護產人力編制
基隆市	暖暖區4人、中山區5人、中正區5人、信義區5人

⁶詳內政部戶政司全球資訊網，網址為：<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

新北市	八里區4人、三芝區5人、石門區5人、深坑區5人、平溪區5人、金山區5人、瑞芳區5人
宜蘭縣	五結鄉5人、員山鄉5人、頭城鎮5人
金門縣	金沙鎮2人、金湖鎮2人、金寧鄉2人、烈嶼鄉2人、金城鎮2人
連江縣	北竿鄉2人、東引鄉1人、西莒1人、東莒1人
新竹市	香山區5人
苗栗縣	三義鄉5人、西湖鄉5人、三灣鄉5人、大湖鄉5人、造橋鄉5人
臺中市	石岡區4人、東區5人、梧棲區5人、新社區5人、\
彰化縣	溪湖鎮4人、北斗鎮4人、埔鹽鄉4人、線西鄉4人、田中鎮4人、二水鄉5人、田尾鄉5人、花壇鄉5人、二林鎮5人、竹塘鄉5人、芬園鄉5人、溪洲鄉5人、秀水鄉5人、埔心鄉5人、福興鄉5人、社頭鄉5人、埤頭鄉5人、
南投縣	集集鎮5人
雲林縣	東勢鄉5人、莿桐鄉5人、大埤鄉5人、林內鄉5人、褒忠鄉5人
嘉義縣	大林鎮人、大埔鄉5人、溪口鄉5人、六腳鄉5人、鹿草鄉5人、太保市5人
臺南市	左鎮區5人、官田區5人、下營區5人、大內區5人、玉井區5人、南化區5人、山上區5人、後壁區5人、學甲區5人、安定區5人、六甲區5人、北門區5人、西港區5人、鹽水區5人
高雄市	旗津區4人、大社區4人、茄萣區5人、大樹區5人、仁武區5人、鳥松區5人、內門區5人、湖內區5人、六龜區5人、彌陀區5人、永安區5人、橋頭區5人
澎湖縣	七美鄉4人、西嶼鄉5人
屏東縣	枋山鄉5人、長治鄉5人
花蓮縣	豐濱鄉4人、鳳林鎮5人

2、本案履勘之衛生所，每名護理人員服務人數以高雄市苓雅區16,965人最多，花蓮縣壽豐鄉1,994人最少（如表9）。整體而言，都會區衛生所每名護理人員服務人數高於偏遠地區衛生所之服務人數。至於國內衛生所108年6月每名護理人員之服務人口數，如附表2。

表2 本案履勘之衛生所每名護理人員服務人數：108年6月

單位：人

行政區	人口數	應編制數	實際編制數	實際人數	每名服務人數
高雄市苓雅區	169,187	17	11	10	16,965
高雄市旗津區	28,318	6	4	4	7,127
臺中市西屯區	87,735	12	15	15	15,242
臺中市大里區	70,842	11	14	13	15,150
臺北市中正區	158,583	16	12	10	13,250
臺北市士林區	107,933	14	25	23	11,462
花蓮縣壽豐鄉	17,882	6	9	9	1,994
臺東縣臺東市	105,317	14	15	14	7,038

(六)據衛福部提供美國國家和地區護理協會 (Association of State and Territorial Directors of Nursing, 現為美國公衛護理協會) 於公衛護理人員與人口比例報告 (2008) 中曾建議, 公衛護理人員兼顧社區中的護理照護與公共衛生促進, 包含疾病的預防、慢性病的控制、建立健康生活型態、高齡人口照護與健康需求等, 社區規模與人數以1:5,000作為最低限度的服務人口比率方較合適。

(七)國內107年底各地方政府以轄區人口數計算, 每名護理人員平均服務人數8,196人:

1、每名護理人員平均服務人數較多, 且服務人數超過20,000人之鄉鎮區, 依序為:

- (1) 高雄市三民區(2)48,702人。
- (2) 彰化縣彰化市(1)38,788人。
- (3) 高雄市鳳山區(2)35,952人。
- (4) 高雄市鳳山區29,960人。
- (5) 高雄市三民區26,224人。
- (6) 金門縣金城鎮21,663人。
- (7) 臺南市安南區21,493人。
- (8) 新北市板橋區21,336人。

(9) 彰化縣彰化市(2)21,157人。

(10) 高雄市楠梓區20,632人。

(11) 新北市中和區20,624人。

(12) 高雄市鼓山區20,019人。

2、都會區衛生所每名護理人員服務人數高於偏遠地區衛生所之服務人數，各縣市每名護理人員平均服務人數最多及最少之鄉鎮市區如表10。

表3 每名護理人員服務人數最多及最少之鄉鎮市區：108年6月

單位：人

縣市別	最多		最少	
	行政區	服務人數	行政區	服務人數
臺北市	文山區	16,104	大同區	9,116
基隆市	安樂區	13,716	七堵區	6,723
新北市	板橋區	21,336	平溪區	933
宜蘭縣	宜蘭市	11,967	*大同鄉	480
金門縣	金城鎮	21,663	烈嶼鄉	6,431
連江縣	西莒、東莒	1,618	北竿鄉	1,213
桃園市	中壢區	17,916	*復興區	925
新竹市	東區	19,597	香山區	15,678
新竹縣	竹北市	11,709	*五峰鄉	796
苗栗縣	頭份市	9,371	*泰安鄉	604
臺中市	北屯區	16,429	*和平區	734
彰化縣	彰化市(1)	38,788	大城鄉	2,786
南投縣	埔里鎮	10,043	*信義鄉	854
雲林縣	斗六市	10,854	褒忠鄉	2,582
嘉義市	西區	18,433	東區	13,642
嘉義縣	民雄鄉	7,930	*阿里山鄉	311
臺南市	安南區	21,493	龍崎區	666
高雄市	三民區2	48,702	*茂林區	285
澎湖縣	馬公市	4,174	望安鄉	524
屏東縣	屏東市	16,634	*獅子鄉	381
花蓮縣	吉安鄉	10,403	*萬榮鄉	642
臺東縣	臺東市	7,038	*達仁鄉	398

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。
有「*」註記者，為原住民山地鄉。

(八)衛福部近年來陸續開辦新興業務並交由衛生所執行，但增加業務之同時，卻未檢討衛生所人員之業務量是否過重，並適當調減其他業務負荷，且多數計畫雖有補助經費，卻未編列人事費用補助。除心口司於96年起補助地方衛生局辦理社區精神病人

社區關懷訪視計畫及98年起補助辦理自殺關懷訪視計畫聘用之關懷訪視人力，計211位，由補助業務費項下-臨時人員酬金方式支應，以及疾管署編列「獎補助費」補助各縣市政府辦理都治計畫，聘用都治關懷員人進行都治送藥工作外，未強化運用相關計畫補助人力。

(九)衛生所人員不足導致工作負荷增加之問題由來已久，惟衛福部於近年方開始召集研商，陸續於107年2月、5月及6月召開3次「衛生所業務及功能轉型規劃、研商補助地方衛生業務整合、試辦計畫可行性研商會議」；同年9月召開衛生所業務檢討及公衛護理人員職業安全討論會議，請該部護理及健康照護司（下稱照護司）從基層護理人員角度重新檢討公衛護理人員職業安全及核心業務；107年11月及108年1月召開「公共衛生業務、安全及護理人力」案及後續討論會議，邀集相關單位研議發揮居家護理人員功能，將居家護理所納入健保特約制度等，未來冀盼透過如前述公私協力任務轉移方式，提升公衛人力量能，共同承擔社區衛生護理責任；嗣於108年2月及5月召開「衛生所及公共衛生護理人員核心業務、組織檢討進度」會議，惟該部雖多次召開會議，但對於衛生所人員不足、工作負荷過重之問題之改善，迄今仍無具體進展。

(十)綜上，衛福部推動之各項公共衛生及預防保健工作，多數交由第一線之衛生所人員執行，惟該部於89年頒布衛生所組織規程參考基準及員額設置參考基準，訂定衛生所掌理事項及人力配比，但各縣市衛生局並未足額聘用人員，且未符合員額基準之衛生所達68%，部分衛生所護理人員及助產士之編制少於基本員額之6人，又衛福部派駐在衛生所之

護理人員人力遇缺不補，加以國內人口增加及老化，衛福部近年陸續開辦新興業務，除少數計畫補助人力外，在衛生所業務增加之同時，人力未適度調整，使國內每位公衛護理人員照顧人口數不斷增加，107年底有92家衛生所平均服務人數超過10,000人以上，有12家衛生所服務人數超過20,000人以上，均集中於都會地區，甚有部分衛生所平均服務人數達48,702人，遠高於美國公護理協會建議之5,000人。衛福部明知衛生所業務繁重、人力嚴重不足，卻以地方自治事項為由，未設法促使地方政府適時擴編衛生所人力，亦未強化運用相關計畫補助人力，恣令衛生所人力嚴重不足問題懸而未決，淪為血汗衛生所，核有未當。

三、衛生所掌理之核心業務，仍屬衛生所組織規程參考基準之範圍，然工作項目日趨精細，服務對象逐漸擴大、個案管理工作負荷與日俱增、服務量能目標設定高標，因此衛生所護理人員於上班時間辦理國健署、疾管署及心口司職掌之事項及規劃之業務，已耗費相當工時，又為配合民眾作息時間，更經常於夜間或例假日工作，甚至於回家後仍需機動配合執行臨時任務。衛生所人員工作負荷沈重，主要原因係衛福部各司、署各自交下業務由衛生所執行，衛生所增加業務同時人力卻未增加，原辦理之工作內容亦繼續辦理，導致業務不斷增加、有增無減，人力更加嚴重不足，在工時甚長情形下，工作條件不佳，職業安全及服務品質恐受影響，衛福部允應整合所屬司、署交下需由衛生所執行之核心業務，或調整執行方式，以保障衛生所人員之工作權益：

(一)查衛生所組織規程參考基準所列衛生所掌理事項，

已如前述。目前衛生所業務項目繁雜，惟據衛福部表示，衛生所掌理之事項，皆為核心業務。

(二)衛生所業務涉及衛福部各司、署特定職掌之情形，略述如下：

1、國健署：

包括：高齡友善、慢性病管理、癌症篩檢及防治、社區健康營造、失智友善及預防推廣、社區營養據點、衛生保健工作及菸害防制等。

2、食藥署：

包括：食品衛生安全宣導、食品衛生志工服務及食品業者登錄等；在藥政工作則包含：用藥安全衛教宣導與不法藥物價購等。

3、疾管署：

主要為預防接種及傳染病防治。

4、醫事司：

主要包括：各項醫事機構設立、歇業、登記事項變更及各項醫事人員執、歇、停業申請（藥事人員外）投訴案件查核、違規案件處辦，另支援救護活動或大量傷患救護及演習等。

5、心口司：

執行精神病人及自殺通報個案之個管及關懷訪視工作。

(三)衛生所目前主要執行之業務，係由國健署、疾管署及心口司職掌之事項及規劃之業務，工作項目日趨精細，服務對象逐漸擴大、個案管理工作負荷與日俱增、服務量能目標設定高標，要完成各項工作，須耗費相當工時：

1、本案履勘期間，多數衛生所護理人員視下列業務為其核心工作：

(1)保健工作，包括：中老年疾病個案管理、未成

年婦女及外籍配偶孕產管理、發展遲緩兒童早期療育、幼兒園健康管理等。

- (2) 傳染病防治，包括：預防接種、疫情調查、案例通報及追蹤等。
- (3) 精神疾病防治（追蹤精神科出院病患用藥及回診）。
- (4) 醫療門診跟診。
- (5) 健康促進及疾病防治。
- (6) 社區健康營造。
- (7) 健康篩檢（兒童斜弱視、成人血壓、血糖及血膽固醇、子宮頸抹片篩檢）。
- (8) 其他（報表製作、行政聯繫或社區活動急救支援）。

2、茲依據各縣市政府函復資料，彙整衛生所之業務項目如附表3。就主要分類項目而言，至少包括：

- (1) 婦幼衛生，包括相關之訪查、稽查、評鑑、認證及輔導、生育保健、母乳哺育。
- (2) 中老年疾病防治，包括中老年之健康促進、疾病預防及管理、癌症防治及整合性預防保健服務。
- (3) 傳染病防治，包括傳染病監測、人口密集機構感染管制、港埠衛生管理，以及傳染病通報、疫情調查、採檢、消毒、追蹤及管理。主要防治之傳染病包括：登革熱、結核病、愛滋病、腸病毒、腸道傳染病及病毒性肝炎。其他重要傳染病包括：茲卡病毒、德國麻疹、阿米巴痢疾、日本腦炎、漢他病毒、流感、新興傳染病等之防治。
- (4) 預防接種，包括常規疫苗接種、公費流感疫苗接種及疫苗使用、運送及管理。

- (5) 精神衛生，包括社區精神病人通報、追蹤及訪視、針對社區滋擾或（疑似）有精神症狀個案強制送醫、心理健康促進、成癮防治及家暴性侵防治。
 - (6) 衛生教育。
 - (7) 食品安全衛生。
 - (8) 營業衛生。
 - (9) 醫藥管理。
 - (10) 門診醫療、巡迴醫療、緊急救護。
 - (11) 長照業務。
 - (12) 其他有關衛生保健事項，包括：營造健康生活環境業務、菸害防制、毒品防制等。
- 3、衛生所護理人員屬於外勤人員性質，需定期或不定期至家戶進行地段訪視，另對部分疾病進行個案管理，亦需訪視個案本人。此等訪視、宣導之工作量沈重，且護理人員因外出訪視於途中發生交通意外事故者，不在少數，又此類之工作，有時需在上班時間以外之夜間辦理：
- (1) 關懷訪視之事項，包括：
 - 〈1〉產後婦幼訪視。
 - 〈2〉新住民訪視。
 - 〈3〉早療幼兒訪視。
 - 〈4〉失智症個案訪視。
 - 〈5〉獨居長者。
 - (2) 個案管理之事項：
 - 〈1〉糖尿病個案管理。
 - 〈2〉四癌篩檢陽性個案追蹤管理。
 - 〈3〉愛滋病、漢生病及結核病個案管理。
 - 〈4〉精神疾病及自殺個案管理。
 - 〈5〉其他慢性病管理等。

(四)以新北市某區為例，103年戶籍登記人口超過20萬人，當時衛生所護理人員17人，每人平均服務14,070人次，工作情形如下：

1、除每月固定門診班次外，另於正常服勤時間外，增設下列活動場次，每月固定需額外服勤62小時：

- (1) 每月固定增設2場次假日門診（上午8-12時）：成（老）人健康檢查、胸部X光篩檢、四大癌症防治篩檢等，額外服勤8小時。
- (2) 每月固定增設2場次夜間門診（夜間6-8時）：成（老）人健康檢查、四大癌症防治篩檢、陽性個案追蹤管理等，額外服勤4小時。
- (3) 每月不定期增設四癌篩檢活動約15場次，主要服務時段為夜間6-9時，每場次辦理人次約50-100人，額外服勤45小時。
- (4) 每年固定到社區辦理7場次整合性篩檢，服務時間6時30分至13時，每場次辦理人次約250-300人，額外服勤35小時(平均每月3小時)。
- (5) 每年固定到社區辦理7場次夜間整合性篩檢，服務時間16-20時，每場次辦理約200-250人，額外服勤28小時(平均每月2小時)。

2、臨時交辦及公共衛生業務需實際訪視情形：

- (1) 24小時值班手機輪值。
- (2) 天然災害24小時輪值留守：例如：風災或豪大雨特報。
- (3) 協助列管、非列管或疑似精神個案護送就醫：103年接獲陳情或突發性之案件計63人次，每人處理時間平均需3小時，每月平均至少需15小時。
- (4) 愛滋病患抽血篩檢及訪視，每月訪視約50-60

人次，每次訪視1人次至少需1小時，每月至少需50小時。

(5) 每月固定對於列管為精神個案或自殺個案家庭訪視，每月訪視約30人次，每次訪視1人次至少需1小時，每月至少需30小時。

3、每月固定對於確診為結核病個案進行家庭訪視，每月訪視約10-15人次，每次訪視1人次至少需1小時，每月至少需10小時。

4、每月20個里社區登革熱調查，1里別調查至少需2小時，每月至少需40小時。

5、未計算各項機關行政業務及公共衛生業務通報系統文書事項之作業時間，以每月平均工作日21日、每日8小時計算，每月上班工作時數168小時，除每週4天上午固定門診時間4小時外，每月訪視及門診共需209小時，扣除上班時數至少需額外41小時完成工作。

(五) 本案履勘期間，公衛護士反映實際辦理業務遭遇之問題：

1、總體人力問題：

(1) 有些衛生所的護理人員難以補足，在職人員又想異動，商調人員在最後一刻不願報到，懸缺未能補實的問題一直存在。

(2) 早期慢性病防治院會將聘僱之結核病護理佐理員派駐在衛生所，尤其東部之結核病發生率、盛行率很高，衛生所從72年開始分配到結核病護理佐理員，一直到106年都是在衛生所服務，但因為組織修編的關係，目前結核病護理佐理員已離開衛生所調回中央服務。

(3) 與中央接觸的經驗，每一項新的工作，中央似乎都認為衛生所人力可以做，都要衛生所

做。但衛生所業務繁重，人力又不能調整，向中央反映時，中央反而認為衛生所的工作績效不好，要檢討如何運用人力。

- (4) 白天8小時之例行工作以外，仍要配合於夜間或假日進行篩檢或宣導工作，加班及超時工作已成為衛生所人員之常態。

2、癌症篩檢：

- (1) 癌症篩檢，對30歲以上女性進行每年1次子宮頸抹片檢查；45-69歲女性每2年1次乳房X光攝影；50-74歲民眾，每2年1次糞便潛血檢查及30歲以上民眾或原住民18歲以上，有吸菸、嚼檳榔，每2年1次口腔黏膜檢查。辦理癌症篩檢時，通常會配合成人預防保健一起辦理，進行血壓、血膽固醇、血糖之篩檢。癌症之宣導、篩檢、檢查及預防保健業務，占衛生所護理人員大半工作時間。
- (2) 在社區設站篩檢前，前置作業需先與院所、醫師聯繫，並租借地點，協調乳房攝影車，再以明信片、電話、海報宣傳或通知社區民眾，設站時要搬運篩檢工具、衛教指導單張等，若發現陽性個案，需進行陽追及個案轉介、登錄結果。
- (3) 在社區辦理癌症篩檢前，需先依聯繫名冊寄發明信片或電話通知民眾，但常有在名冊上之民眾，籍在人不在，多次聯繫未果。
- (4) 有些民眾被通知時，已接受公教人員健檢、勞工健檢或自費健檢，甚至有些民眾已罹患癌症，衛生所不知情，仍依名冊聯繫，耗費相當時間，亦造成民眾困擾。建議聯繫名冊可汰除已接受健康檢查或罹癌之民眾，或提供相關資

訊予衛生所人員辦理癌症篩檢通知時運用，以減少工作負荷，並避免擾民。

- (5) 衛生所在社區設站，會增加民眾接受癌症篩檢之意願。但在社區設癌症篩檢站，需配合醫院、醫師或篩檢車時間，因此幾乎每星期會有1天在下班後，大約下午4時到8時設站，或於星期六、日擇1天假日加班設站，相當辛苦。
- (6) 衛生局所訂目標數，應為當地醫療院所及衛生所共同達成之目標，醫院及診所近年來已辦理癌症篩檢，但醫院任務較著重於急重症治療，且癌症篩檢之健保給付點數不高，目標數又難達成，因此部分醫療院所並不積極執行，而無法達成之目標數，全數轉嫁為衛生所的責任。
- (7) 許多婦女不願接受子宮頸癌抹片檢查，因此當年之目標數常無法達成，而未達成之目標數再計入下1年目標數計算，第2年之目標數就更高，更難以達成。
- (8) 除了國健署辦理之四癌篩檢外，以臺東縣為例，衛生所已開始運用花東基金之經費為民眾進行肝癌、胃癌之篩檢，原先四癌篩檢目標數仍居高不下，又增加肝癌、胃癌之篩檢，雖然同仁非常盡力且辛苦，但篩檢率仍不高。原先四癌篩檢之工作量已很大，又再增加新的癌症篩檢項目，真的非常辛苦。
- (9) 多數衛生所癌症篩檢率不高，但陽追率高。有些民眾在衛生所癌症篩檢為陽性，但受限於當地無醫院可進一步檢查，陽追也有困難。衛生所同仁有時會騎車載民眾去醫院診斷，或自掏腰包替民眾付醫療費用，但仍有民眾不願進行進一步診斷。

- (10) 上級常認為衛生所沒有效率，但實情是衛生所業務太多，且衛生所都會運用策略，結合可以運用之資源，僅可能達成中央要求之目標值，例如社區設站時，可以同時完成失智老人篩檢、成人健檢、癌症篩檢等。然個人自我健康之照護，不應全由衛生所人員承擔。
- (11) 社區設站或辦理宣導活動，常需招呼民眾，炒熱氣氛、搬運設備等，衛生所同仁多為女性，且各有繁忙之業務，因此設站前準備作業有許多粗重之工作，需由護理人員獨力完成，相當辛苦。

3、傳染病防治-愛滋病防治：

- (1) 失聯個案多，無法聯繫。
- (2) 個案擔心被他人發覺罹病，不願在上班時間接受衛生所人員聯繫，與個案聯繫時間通常在夜間或半夜，常於就寢後接到病患發送訊息，整個睡眠期間都是手機訊息的提醒聲，影響家庭生活。
- (3) 個案管理需定期訪視，了解是否就醫、吸食毒品，勸導勿共同針頭，因是類個案多為社會邊緣人，進行家庭訪視或尋找個案時，潛藏有暴力威脅。
- (4) 性病及愛滋病患者之接觸者資料，蒐集不易。
- (5) 有時需在下班後，在無警察陪同下於夜間至八大行業執行抽血業務。

4、傳染病防治-登革熱防治：

- (1) 登革熱防治需例行性進行社區家戶病媒蚊密度調查、校園登革熱病媒蚊密度調查、高危點會勘及處理、通報案疫情調查、病媒蚊密度調查及確診案居住地環境噴藥化學防治。

- (2) 平時挨家挨戶進行滋生源之清除，但此應由鄉鎮區公所督導各單位滋清積水容器，不宜由衛生所辦理。
- (3) 噴藥前，要去通知社區民眾並進行衛教宣導，有些里長會協助，但有些不會，且民眾未必會配合。
- (4) 當年度若有登革熱疫情發生時，需進行相關疫情調查及防治措施，幾乎每日帶領逐層噴藥，且配合個案通報、傳染病分級管理及廠商時間，不定時、不分例假日及夜間服勤，必要時衛生所人員需放下手上所有業務，全員投入進行登革熱防治。
- (5) 以高雄市某衛生所為例，107年9月1日第4例本土性登革熱個案出現發燒、頭痛、肌肉痠痛、關節痛、寒顫等症狀，9月4日篩檢登革熱NS1為陽性，9月5日確診。個案係於工地中感染，故衛生所於9月4日起針對社區及工作地社區接觸者進行疫調及擴採，一共擴大採檢191人，其中於某里工作地有3名確診登革熱第三型，於9月6日執行該里強制噴藥，鄰近里別強制孳檢。嗣於同年9月8日進行除斑防疫總動員，9月11日至14日配合針對警戒里別高風險場域（廢棄空屋、髒亂空地）進行強制孳檢及化學防治，共計孳檢暨噴藥空屋、調查容器；9月19日進行滅斑大掃蕩防疫動員；9月25日針對接觸者採血。南部縣市登革熱疫情嚴峻時，全體人員全力支援噴藥、疫調、社區採血等，勞心勞力，假日期間亦需值勤。

5、傳染病防治-結核病防治：

- (1) 進行個案管理，配合個案時間至案家家訪，勸

導個案進行都治服藥，訪視時間有時會因個案不配合，導致凌晨時還在上班。

- (2) 結核病個案需通報及追蹤管理，遇有不配合就醫、服藥、校園或職場疫情調查，甚至抗拒接觸者調查及追蹤者，都要耗費相當之時間及精力。
- (3) 配合個案服藥時間執行都治計畫，送藥時間有時並非在一般正常上班時間內，可能是清晨5、6點或夜間11點，且遇國定假日或颱風天仍須按規定送藥。
- (4) 國內因外勞及學校外籍學生人數趨增，增加新案發生率，接觸者追蹤之人數甚多，公衛工作負荷加大。
- (5) 接觸者資料蒐集不易。

6、預防接種：

- (1) 打針前需「三讀五對」，且當下要判斷10種疫苗及其性質、注射間隔期間。過去接種之麻診、百日咳等疫苗，疫苗包裝之外觀容易區別，目前接種之三合一、五合一疫苗，外觀相近，工作繁忙時，有打錯針之虞。
- (2) 嬰幼兒移民國外、拒打或罹病不適合接種幼童人數多，追蹤完成率普遍成效不佳。衛生所要對預防注射逾期未接種之兒童進行訪視，或從逾期未接種之幼童名單，協助對失蹤兒通報。
- (3) 有些嬰幼兒已移民國外，但戶籍還在臺灣，將來可能會回國，因此衛生所還是要追蹤，若他們在國外已接種疫苗，要請他們家人提供國外接種之資料，以登錄於系統。但嬰幼兒出境，系統不會顯示相關訊息，衛生所人員常多次聯繫家屬未果。

- (4) 有些幼兒已失蹤多年，且警政機關及社工機構都已知情，但一旦發生兒虐事件，卻怪罪公衛護理師人員未將未按時施打之個案確實通報。兒虐案件之發生，認為是未緊盯預防注射而不能提早預警，對衛生所並不公平。
- (5) 部分衛生所未有醫師，但仍要辦理預防接種、公費流感疫苗接種，好不容易打完了，又要開始打HPV疫苗。

7、公費流感疫苗接種：

- (1) 公費流感疫苗年度接種開始前，為於短時間內達成接種之目標數，需先寄明信片、海報、宣傳單、紅布條、衛教宣導，並於社區設站、校園、幼兒園、職場設站。
- (2) 衛生所於每年10月之前，即針對流感疫苗接種進入到防備狀態，通常10月開始施打流感疫苗。且短時間接種量龐大，在10、11月密集接種期，需於假日或夜間設站。
- (3) 從105年開始，公費流感疫苗注射之接種數量從300萬劑增加至600萬劑，但接種數量倍增，衛生所施打之人力並沒有增加，且中央未與地方研議如何彌補人力不足之困境。
- (4) 接種疫苗前要先經過醫師評估後施打，但有些衛生所並未有醫師，需醫師時間能配合才能為民眾接種。因此，設站前需要與醫院與醫師聯繫及配合，若僅醫師1人至接種站提供醫療服務，衛生所之護理人員即需至現場協助支援。

8、精神疾病患者之關懷訪視：

- (1) 病患出院準備上傳後，2星期內需訪視完成。依精神疾病個案病情診斷及穩定情況區分為1至5級，以電話訪談、家庭訪視、辦公室會談等

方式，提供病人訪視追蹤服務，訪視狀況登錄至衛福部精神照護資訊管理系統，並提供轉介與資源連結服務及定期協辦精神疾病列管個案分級會議。

- (2) 以臺北市公共衛生護理人力及精神障礙照護人數計算，臺北市每位公衛護理人員須照護69位精障個案，中正區則為84位；而臺東市衛生所負責精神疾病個案訪視之護理師及關懷員，平均每人管理之個案人數超過300人。加上失智症個案、獨居長者及其他慢性病、婦幼衛生及特殊族群個案，每位護理人員個案管理之負擔相當沉重。
- (3) 衛生局近年來要求提升社區精神病人面訪次數，但衛生所人員能給予之支持有限，只能勸說病患就醫，而未能提供家屬實質上之協助。而面訪次數增加，隱含之訪視風險亦增加，但目前仍未能加保意外險。
- (4) 面訪精神疾病個案，有些防禦心強，什麼話都不說，需要耐心取得信任；有些說話滔滔不絕，故事很長，無法中斷其說話，因此每訪1個案，需戰戰兢兢，壓力很大，非常耗時耗神。
- (5) 收案人數漸增，個案有時失蹤找不到人、拒訪等，仍需耗時多次與個案或家屬聯繫，以完成訪查。此項工作訪視次數多，民眾覺得擾民，護理人員覺得壓力大、個案多，排擠其他工作之時間。
- (6) 面訪精神疾病個案後，需將訪視結果登錄於精神疾病系統，但因工作繁多，常需於假日期間加班登錄相關訪視內容。而公衛護理人員卻常因紀錄不清楚被究責。

- (7) 衛生局每年辦理2-3次精神疾病個案訪視之訓練，但因衛生所業務繁忙，有時未有時間參加。
 - (8) 近年來精障病人愈來愈多，且其中毒癮、酒癮、家庭暴力等高風險個案增加，進行個案訪視之護理人員在人身安全上有某種程度之風險，已發生多起公衛護理人員被個案攻擊及騷擾之案例。
 - (9) 履勘期間曾有某資深護理師表示，其1人隻身前往毒癮個案家中為個案抽血，看到個案全身刺青時，非常害怕，拿著針筒的手不斷發抖，抽血後回到衛生所就因害怕而哭泣，但護理師安全沒有被重視，訪視之精神壓力、內心恐懼及突發狀況是無法預測的，希望有社區訪視的安全配套措施（例如：兩位人員共同訪視）。
 - (10) 依精神衛生法第32條之規定，警察機關或消防機關於執行職務時，發現精神疾病病人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並即護送前往就近適當醫療機構就醫。警消是第一線人員，醫護人員的角色是協助送醫，但實務上警察或消防機關一定要衛生所護理人員到現場並決定是否送醫，造成護理人員疲於奔命。
- (六) 綜上，衛生所掌理之核心業務，仍屬衛生所組織規程參考基準之範圍，然工作項目日趨精細，服務對象逐漸擴大、個案管理工作負荷與日俱增、服務量能目標設定高標，因此全國約2,929位衛生所護理人員，每人平均服務8,196位民眾，上班時間辦理國健署、疾管署及心口司職掌及規劃之事項，已耗費相當工時，又為配合民眾作息時間，更經常於夜間或例假日工作，甚至於回家後仍需機動配合執行臨時

任務。衛生所人員工作負荷沈重，主要係衛福部各司、署各自交下業務由衛生所執行，現有衛生所幾乎均有辦理門診業務，公衛護理人員需要花較長時間協助看診，除此之外，還需負擔精神患者、自殺個案追蹤訪視、各項傳染病防治、預防注射、保健（兒童、婦女、青少年）、癌症防治篩檢、慢性病防治、菸害防治、社區健康營照、長期照護，衛生所增加業務同時人力卻未增加，原辦理之工作內容亦繼續辦理，導致業務不斷增加、有增無減，人力更加嚴重不足，在工時甚長情形下，工作條件不佳，職業安全及服務品質恐受影響，衛福部允應整合所屬司、署交下需由衛生所執行之核心業務，或調整執行方式，以保障衛生所人員之工作權益。

四、衛生所除核心業務外，非護理核心之公衛任務不斷發展，且範圍廣泛，甚至將具備護理專業之人員運用於諸多行政管理、稽查、行政相驗及採購業務，難以凸顯組織成員之價值與成就，核有未當。衛福部允應盤點衛生所各項非護理核心業務之必要性，使衛生所得以依其定位及使命，精進業務及功能，以滿足民眾之健康需求：

(一)據衛福部查復，目前衛生所掌理之事項，皆為核心業務。惟既屬核心業務，各衛生所均應落實執行，不可偏廢。然而，已有部分都市型地區衛生所因在地醫療資源豐沛，不再提供門診服務，但有部分在地醫療資源充足地區之衛生所，仍提供門診服務；另隨著近年來國內發生多起重大食品安全衛生事件後，部分衛生所亦開始配合辦理食藥署交下予衛生局之業務，又目前衛福部心口司推動中之藥、毒癮防治及心理衛生，以及長照司推動之長期照顧等

重點業務，亦將逐漸加諸由衛生所承擔。

(二)隨著社會變遷、醫療進步及公共衛生演進，衛生所各項服務之內涵已更加多元，一般醫療機構內，本於術業專攻，醫事人員之類別逐漸增加，以提供各類專業服務；但衛生所卻反其道而行，護理人員除了本職之核心護理業務外，行政管理業務不斷增加，甚至從服務提供者搖身成為公權力之執法者。且衛生所執行之諸多業務，多屬行政管理、稽查、行政相驗及採購性質，與護理人員之專業並不符合，難以凸顯護理專業之價值及成就，亦非所有衛生所均有此等職掌事項，而係由各縣市政府自行決定是否由轄內衛生所辦理，顯見難謂護理核心業務：

- 1、醫政業務部分，各衛生所均有辦理急救技能教育、安寧緩和醫療及器官捐贈之宣導工作，亦須支援救護活動與大量傷患救護及演習；部分衛生所則辦理行政相驗工作；部分衛生所置衛生稽查員，辦理醫政、藥政及食品安全衛生稽查及密醫之查核業務，惟若稽查員編制回歸衛生局後，即改由衛生局辦理醫政稽查；另有部分衛生所目前仍持續執行醫療（事）機構開業、歇業、異動及醫事人員執業、歇業、異動之作業，甚至辦理醫療院所市招、違規廣告稽查、陳情案件查核、診所電子病歷審核等事項。
- 2、食品安全衛生管理業務部分，各衛生所均有辦理食品衛生之宣導工作，亦須支援重大食品安全衛生事件之稽查及下架，近年來新增之「食品業者登錄業務」，亦由衛生所協助；少數衛生所持續辦理食品標示稽查、食品相關業者之稽查及檢驗、食品良好衛生規範準則（GHP）之稽查等業

務，甚有衛生所須辦理食品違規廣告監聽及監錄稽查、餐飲優良認證之初評輔導等工作。

- 3、藥政管理業務部分，各衛生所均有辦理用藥安全之宣導工作，另較多衛生所辦理之藥政工作為不法藥物稽查及取締、藥商（局）及藥事人員管理及查核、藥商證照之核發等，甚有衛生所須辦理轄內中藥無照藥商之稽查、醫療器材（製造日期、有效期間或保存期限）標示之稽查、藥物、中藥違規廣告監錄、藥廠及醫療器材廠管理稽查及藥物業者登錄及追溯追蹤稽查等工作。
- 4、長期照護服務業務部分，各縣市由衛生所執行之情形不一，整體而言，各衛生所均有辦理失智症防治及長照服務宣導及相關資訊提供之工作，部分衛生所則協助申請長照服務及轉介，亦有部分衛生所設立長照服務據點或居家護理所，提供長照專業或居家護理服務。
- 5、身心障礙者權益保障業務部分，整體而言，少數衛生所辦理協助提供民眾申辦身心障礙者鑑定與醫療輔具補助資訊及宣導工作。
- 6、老人福利業務部分，各衛生所均有辦理活躍老化及老人健康促進、長者（成人）健檢服務、獨居長者關懷訪視、推動高齡友善健康照護、多重慢性疾病健康照護管理等業務，部分衛生所亦辦理辦理長者憂鬱及衰弱評估及異常者衛教或轉介建議及駕駛人認知功能檢測等工作。

（三）本案履勘期間，公衛護理人員反映實際辦理業務遭遇之問題：

- 1、醫政、藥政及食品安全衛生之稽查及管理：
 - （1）稽查之業務很多，除了原先之醫政、藥政，食品優先放行、營業衛生等，平時就要去稽查外，

有時夜間要去查屠宰場，又新增食品追溯業務，1個人要做好幾人的工作，都只能利用假日時間加班登打稽查之資料。

- (2) 衛生所要辦理醫政、藥政、營養衛生及食品管理，即使轄內醫療院所數較少，但辦理醫政業務同仁並不因此輕鬆，被要求去支援醫院、診所較多之行政區。
- (3) 營業衛生稽查之專業與護理專業不同，卻要護理人員執行。

2、菸害稽查：

- (1) 菸害防制需要去檳榔攤、大賣場、便利商店等販賣菸品之業者稽查，1年稽查上百家，稽查時臉皮要很厚。
- (2) 菸害稽查常需於下班後辦理，接獲檢舉電話，即須立刻前往現場，而且每年都要去拍照確認公車站牌、公園有無禁菸標誌，亦需攔停計程車確認有無張貼禁菸標誌
- (3) 菸害稽查之數量大、排擠其他時間，且對抗「菸癮」不易。

3、75歲以上高齡長者駕駛認知功能檢測：

75歲以上高齡長者駕駛認知功能檢測係監理機關之業務，非屬衛生所組織規程參考基準規範衛生所之掌理事項，惟交通部公路總局函邀縣市衛生局同意行政協助辦理檢測，雖衛福部於106年4月18日函復該總局⁷，並副知各縣市衛生局得就衛生所職務執行狀況，依行政程序法第19條規定辦理，並建議該總局運用多元管道，如體檢代辦所進行該測驗，以擴充施測能量，但目前仍有衛生所辦理是項業務。

⁷ 衛福部106年4月18日衛授國字第1060600344號函。

4、行政相驗事務：

行政相驗須由醫師執行，且多由衛生所辦理，但部分衛生所並無醫師，需由衛生所去拜託其他基層診所醫師執行行政相驗，公衛護理人員則擔任助手，並做文書工作。

5、CPR及AED之宣導：

CPR及AED之宣導，國內已有不少民間團體（例如紅十字會）或政府機關（例如消防局）有能力、有意願辦理，衛生所人員辦理之事項多為行政工作，例如：聯繫講師、尋找場地等行政支援工作。

6、老人憂鬱量表（GDS）、衰弱量表（SOF）之評估：

老人憂鬱量表（GDS）、衰弱量表（SOF），完成目標數量多，但因衛生所接觸到的大多數是正常長者，會出來參與社區活動；未能參與社區活動者，大多是常直接出現在醫療院所，因此異常率都很低。

7、行政業務：

（1）除護理專業技能，還需辦理大量行政工作（例如：核發孕婦/兒童停車識別證）、稽查工作、工程發包驗收、監工、驗收，且地方政府提出之亮點計畫，衛生所人員需配合撰寫計畫內容、發包、執行或辦理創意活動，以及有做不完的目標數及績效考核。

（2）除醫療門診、公共衛生外，還要支援其他單位的演習。而颱風來襲一級開設期間，衛生所護理人員必須進駐公所24小時服勤。

（3）非護理專業之工作多，例如人事、會計、總務、採購、政風、資訊、出納、企劃、研考、生命統計等，由不同護理人員分攤，已壓縮辦理常規業務之時間。

(4) 縣市衛生局不斷提出創新服務，每年都有不同之指派任務交下，即使執行不易，衛生所亦需盡力配合辦理，透過腦力思考，蒐集資料、接洽與聯繫以完成工作，但舊的業務仍在，新的業務又增加，工作挑戰及負荷均不斷增加。

(四) 衛生所辦理之業務，衛福部多以相關法規係由地方主管機關執行，是否將部分業務交由衛生所等辦理，屬地方自治事項；或稱屬「衛生所組織規程參考基準」規定之項目；或衛生所已執行之業務，衛福部卻稱「尚無請衛生所執行」；或稱非屬「衛生所組織規程參考基準」規範衛生所之掌理事項，但各地方衛生局得就衛生所職務執行狀況，依行政程序法第19條規定辦理。衛生所之中央主管機關是衛福部，而公共衛生業務涵蓋各司、署，各司、署間未進行橫向溝通，不清楚其他司、署交下予衛生所之業務，累積後，衛生所辦理之工作即變得包山包海，每人都要兼辦多重業務，且非護理核心之公衛任務不在少數，例如：查訪新設立的商家、稽查地方幼托兒所、輔導食品業者登錄資料到平台、訪查過期食品及誇大不實等等業務，甚至連應由交通部辦理之75歲高齡駕駛換駕照，也要衛生所做體檢，而全球於公元2020年發生COVID-19疫情，衛生所亦被指派販售口罩，均使衛生所人員之工作時間被嚴重切割。綜上，衛生所除核心業務外，非護理核心之公衛任務不斷發展，且範圍廣泛，加重護理人員負擔，甚至將具備護理專業之人員運用於諸多行政管理、稽查、行政相驗及採購業務，難以凸顯組織成員之價值與成就，且排擠衛生所辦理核心業務之人力及工作時間，核有未當。衛福部允應盤點衛生所各項非護理核心業務之必要性，使衛生所得

以依其定位及使命，精進業務及功能，以滿足民眾之健康需求。

五、衛生所長期以來透過家戶訪視，辦理傳染病防治及婦幼衛生工作，奠定國內公共衛生之良好基礎。衛福部允宜責成各縣市衛生局，因地制宜使衛生所發展已具利基之服務項目，以與醫療院所之目標及任務有所區隔，亦能發展自身特色及專長，俾衛生所明確承擔社區衛生護理責任：

(一)國內衛生所公共衛生護理人員，早年即深入社區，透過家庭訪視親自面訪之方式，與社區成員建立信任關係，進而提供產前衛生指導、營養諮詢、預防接種及婦女癌症防治之宣導教育，並執行婦幼健康管理。惟目前國內孕產婦多集中至醫療院所接受衛教及產檢，而衛生所人員迫於目標數之壓力，在繁雜之工作項目中，孕產婦衛教及嬰幼兒預防保健工作，逐漸被排擠，目前衛生所對婦幼服務部分，已由早期之嬰幼兒照護轉變為發展遲緩兒童之照護；孕產婦照護轉為目前對外籍配偶重點照護等，且衛生所護理人員只需透過電話、門診或家訪對新住民及原住民提供一般性健康指導與生育保健指導及諮詢，並將結果登打於婦幼衛生管理系統之原住民生育健康指導及諮詢檢核表，即完成建卡，並無一稽核檢視其落實之程度，亦無法得知管理品質之成效。

(二)衛生所每月依據國健署出生通報系統篩選設籍於轄區內之產婦名冊，以電話訪視關懷產婦產後恢復情形，並提供母乳哺育及飲食衛教、新生兒預防接種提醒及醫療相關補助資訊，如電訪聯繫不上或代謝篩檢異常兒童做發展檢核評估，始採取親自家庭訪視方式，電話訪視1案約5分鐘，親訪1案約2.5小時

(含交通時間)。以某衛生所為例，107年產婦電訪率99.64%、親訪率0.36%；新生兒電訪率99.60%、親訪率0.40%，實際至家戶訪視之比率甚低，根本無從知悉家庭背景、居住狀況，亦無法進行家戶健康評估，瞭解婦幼健康需求。而公衛護理人員花費時間、人力，卻事倍功半，未能達到有效進行健康評估之效果。

(三)國內4歲以下兒童及嬰幼兒之死亡人數占所有兒童死亡人數之6成左右，尤其新生兒之周產期死亡(指懷孕28周以上的死胎或產後1周內死亡)及事故傷害死亡率，最需要加強改善。早年之婦幼衛生以傳染病防治為主，但隨著健康形態改變，現階段婦幼衛生之重點或有調整之需要，例如強化事故傷害之發生，因兒童傷亡的原因，常係家長或照顧者之照顧疏忽所致，包括：嬰幼兒睡眠環境不安全，脖子上平安符被床邊窗簾繩勾頸窒息、毯子厚重掩蓋嬰兒；或照顧者餵食孩子時溢奶、噎食，家長餐後忘記幫幼兒拍嗝導致溢奶、副食品導致異物哽塞，甚至嬰兒趴睡可能增加死亡風險，有時照顧者的行為成為孩子是否能安全成長的重要因素。衛生所若透過對弱勢或高風險家庭進行家庭訪視，檢視社區或居家之環境安全，居家衛教及訪視、預防早產兒，或可避免嬰幼兒意外事故之發生。

(四)相較於社區中之基層診所，衛生所之服務內容包含地段訪視、居家照護，甚至接送病人定期就診，提供交通協助，因主動前往民眾住家，提供服務，更能瞭解民眾生活型態，彙整社區民眾健康狀況。衛生所早年即運用地段管理深入社區之優勢，與弱勢孕產婦連結，提供產前衛生指導、營養諮詢、預防接種及戒菸、戒酒、戒檳榔、婦女癌症防治之宣導

教育，減少懷孕與生產過程之併發症，改善胎兒發育，使婦幼健康管理成為衛生所具備利基之服務範圍，且能凸顯衛生所趨近全人型之照護模式，並與醫療院所醫療任務有所區隔。綜上，衛生所長期以來透過家戶訪視，辦理傳染病防治及婦幼衛生工作，奠定國內公共衛生之良好基礎。衛福部允宜責成各縣市衛生局，因地制宜使衛生所發展已具利基之服務項目，以與醫療院所之目標及任務有所區隔，亦能發展自身特色及專長，俾衛生所明確承擔社區衛生護理責任。

六、衛福部訂定之「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類對各縣市衛生局之考評指標及評分標準，衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。惟目標數之項目超過百項，且內容繁雜，部分指標根本不可能達成，達標與否已難反映工作人員之努力程度及工作績效，且未必符合政策必要性、具體可量化及客觀衡量等原則，衛福部及各縣市衛生局將不合理之目標數，作為不合理工作量之考核機制，將社區預防保健責任全數轉嫁由衛生所公衛護理人員承擔，造成衛生所人員疲於奔命，以目標數為主要工作內容，致力於「服務量」的達成而不論「品質」之提升，連帶使衛生所無法因地制宜建立有效率之公共衛生照護體系，顯有未洽：

(一)衛福部為強化中央與地方衛生政策之連貫性及確保執行成效，業訂定「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類考評指標及評分標準，並以政策必要性、具體可量化、客觀衡量等為原則，另邀請縣市衛生局共同研商，訂定「衛生福利部109年地方衛生機關業務考評事宜」，將地方衛生

機關業務分為8大類：醫政類100分、長期照顧類100分、照護類100分、心理及口腔健康類100分、衛教宣導類100分、食品藥物類（含中醫藥）200分、防疫類200分、保健類200分，合計1,100分。醫政類考評項目有15大項、長期照顧類6大項、照護類3大項、心理及口腔健康類6大項、衛教宣導類4大項、食品藥物類（含中醫藥）30大項、防疫類7大項、保健類10大項，光就前述大項目即有81大項，每一大項又區分為數個小項，每一小項再訂定考評指標，各指標再設評分標準。各縣市衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。

(二)衛生所除為執行衛福部相關司、署交下業務而需達成之目標數外，尚有縣市政府或衛生局另行訂定之目標數，以及衛生所主任為發展自身特色而設定之目標數需完成。以臺北市健康服務中心為例，各年度臺北市府策略地圖推動計畫，已將關鍵績效指標（KPI）納入管考機制，除市政府版本之目標數外，另有衛生局版、衛生所版之指標項目及目標數等。由於衛福部對於地方衛生局進行績效考核，衛生局往往以此要求衛生所達成各項目目標數，目標數又與個人考核有關，公衛護士為達成目標數苦不堪言。

(三)再以臺東縣衛生局對臺東市衛生所之考核為例，考核指標有141項，考核標準有469項，包括：

- 1、醫政科：考核指標9項，考核標準12項。
- 2、保健科：考核指標43項，考核標準92項。
- 3、疾管科：考核指標：16項，考核標準40項。
- 4、食藥科：考核指標21項，考核標準8項。
- 5、長照科：考核指標9項，考核標準221項。
- 6、心檢科：考核指標7項，考核標準19項。

- 7、企行科：考核指標8項，考核標準25項。
 8、人事：考核指標8項，考核標準32項。
 9、會計：考核指標8項，考核標準8項。
 10、政風：考核指標12項，考核標準12項。

(四)各項指標目標數：

1、子宮頸抹片檢查：

臺北市大安區之目標數57,118人最高、連江縣東莒34人最低、其次為高雄市那瑪夏區43人。達成率以新北市萬里區870.7%最高，澎湖縣七美鄉7.7%最低。各縣市衛生所子宮頸抹片檢查之目標值及達成率，如表11。

表4 衛生所子宮頸抹片檢查目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	大安區	57,118	南港區	22,235	大安區	116.8%	大同區	75.9%
基隆市	安樂區	2,726	暖暖區	1,213	中正區	109.1%	七堵區	66.0%
新北市	板橋區	26,089	萬里區	58	萬里區	870.7%	雙溪區	9.5%
宜蘭縣	宜蘭市	3,277	*大同鄉	148	員山鄉	121.7%	蘇澳鎮	49.5%
金門縣	金城鎮	2,582	烈嶼鄉	867	金寧鄉	22.3%	金沙鎮	14.2%
連江縣	北竿鄉	142	東莒	34	西莒	118.9%	北竿鄉	46.5%
桃園市	桃園區	18,212	*復興區	345	龜山區	97.8%	大園區	66.3%
新竹市	東區	8,470	香山區	3,170	東區	90.4%	香山區	54.9%
新竹縣	竹北市	7,535	峨眉鄉	132	*尖石鄉	104.0%	關西鎮	53.3%
苗栗縣	苗栗市	3,519	三灣鄉	204	竹南鎮	121.0%	獅潭鄉	26.8%
臺中市	北屯區	10,618	*和平區	246	梧棲區	89.2%	*和平區	42.3%
彰化縣	彰化市2	2,090	大城鄉	160	大城鄉	135.6%	芳苑鄉	57.5%
南投縣	草屯鎮	4,401	*信義鄉	297	*信義鄉	98.7%	國姓鄉	24.8%
雲林縣	斗六市	3,450	大埤鄉	659	虎尾鎮	93.7%	四湖鄉	24.1%
嘉義市	東區	770	西區	660	西區	54.8%	東區	19.2%
嘉義縣	溪口鄉	2,758	太保市	185	朴子市	87.3%	大林鎮	49.9%
臺南市	永康區	10,564	龍崎區	137	山上區	82.2%	北門區	33.7%
高雄市	三民區	11,047	*那瑪夏區	43	三民區2	162.1%	旗津區	18.5%
澎湖縣	馬公市1	3,034	馬公市2	326	馬公市2	40.5%	七美鄉	5.6%
屏東縣	屏東市	7,068	*霧臺鄉	125	*牡丹鄉	107.7%	*霧臺鄉	40.8%

花蓮縣	花蓮市	4,704	瑞穗鄉	314	花蓮市	68.8%	瑞穗鄉	25.2%
臺東縣	臺東市	5,613	*延平鄉	101	*海端鄉	52.0%	*蘭嶼鄉	7.4%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

2、乳房X光攝影：

新北市板橋區之目標數22,280人最高、臺東縣綠島鄉、蘭嶼鄉30人最低。達成率以新北市平溪區466.7%最高，澎湖縣七美鄉7.7%最低。各縣市衛生所乳房X光攝影檢查之目標值及達成率，如表12。

表5 衛生所乳房X光攝影檢查目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	大安區	15,669	大同區	4,300	松山區	166.8%	中山區	66.9%
基隆市	安樂區	581	暖暖區	267	仁愛區	116.1%	安樂區	99.5%
新北市	板橋區	22,280	平溪區	42	平溪區	466.7%	雙溪區	35.8%
宜蘭縣	宜蘭市	3,947	*大同鄉	125	*大同鄉	192.8%	蘇澳鎮	98.1%
金門縣	金沙	2,048	烈嶼鄉	613	金湖鎮	55.9%	烈嶼鄉	33.9%
連江縣	無乳房攝影設備，統一由連江縣立醫院執行							
桃園市	桃園區	16,686	復興區	351	蘆竹區	116.9%	桃園區	88.4%
新竹市	東區	6,753	香山區	2,277	東區	118.9%	北區	100.5%
新竹縣	竹北市	4,060	*峨眉鄉	133	新豐鄉	138.0%	*五峰鄉	62.6%
苗栗縣	頭份鎮	3,676	獅潭鄉	129	三灣鄉	134.1%	後龍鎮	62.3%
臺中市	北屯區	11,252	*和平區	297	*和平區	106.4%	大甲區	69.8%
彰化縣	彰化市2	2,530	竹塘鄉	306	永靖鄉	118.1%	埔鹽鄉	67.3%
南投縣	南投市	4,157	集集鎮	383	信義鄉	139.8%	國姓鄉	47.3%
雲林縣	斗六市	2,984	褒忠鄉	352	北港鎮	108.4%	臺西鄉	36.0%
嘉義市	東區	70	西區	60	西區	130.0%	東區	44.3%
嘉義縣	溪口鄉	2,302	太保市	145	朴子市	185.1%	大林鎮	82.4%
臺南市	永康區	9,732	龍崎區	187	玉井區	113.6%	大內區	56.8%
高雄市	三民區	11,749	*那瑪夏區	42	*那瑪夏區	216.7%	旗津區	49.3%
澎湖縣	馬公市1	1,986	七美鄉	207	馬公市2	108.7%	七美鄉	7.7%
屏東縣	屏東市	9,071	*霧臺鄉	115	*泰武鄉	161.9%	滿州鄉	51.2%
花蓮縣	花蓮市	5,003	瑞穗鄉	209	新城鄉	100.2%	*卓溪鄉	48.9%
臺東縣	臺東市	4,884	綠島鄉	30	*海端鄉	120.8%	綠島鄉	23.3%

			*蘭嶼鄉					
--	--	--	------	--	--	--	--	--

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

3、大腸癌糞便潛血篩檢：

新北市板橋區之目標數32,696人最高、連江縣西莒、東莒60人最低、其次為高雄市茂林區64人。達成率以嘉義市西區367.7%最高，臺東縣蘭嶼鄉15.6%最低。各縣市衛生所大腸癌糞便潛血篩檢之目標值及達成率，如表13。

表6 衛生所大腸癌糞便潛血篩檢目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	大安區	19,043	南港區	6,978	北投區	107.4%	萬華區	76.9%
基隆市	安樂區	5,194	暖暖區	2,478	安樂區	114.6%	信義區	93.9%
新北市	板橋區	32,696	平溪區	299	泰山區	146.3%	貢寮區	35.0%
宜蘭縣	宜蘭市	4,763	南澳鄉	264	*南澳鄉	119.3%	五結鄉	69.3%
金門縣	金城鎮	1,306	烈嶼鄉	281	金寧鄉	41.2%	烈嶼鄉	26.0%
連江縣	北竿鄉	60	西莒 東莒	60	北竿鄉	276.7%	西莒	110.0%
桃園市	桃園市	24,115	*復興區	673	八德區	113.4%	*復興區	76.7%
新竹市	東區	10,365	香山區	4,252	北區	91.1%	香山區	90.7%
新竹縣	竹北市	6,000	*五峰鄉	400	竹北市	103.5%	橫山鄉	52.1%
苗栗縣	苗栗市	4,500	獅潭鄉	350	苑裡鎮	121.7%	*泰安鄉	48.8%
臺中市	北屯區	13,991	*和平區	503	霧峰區	114.2%	大安區	68.0%
彰化縣	彰化市2	3,800	線西鄉	430	鹿港鎮	167.7%	埔鹽鄉	84.8%
南投縣	南投市	6,200	集集鎮	746	*信義鄉	99.9%	國姓鄉	45.9%
雲林縣	斗六市	6,809	褒忠鄉	775	褒忠鄉	91.1%	水林鄉	52.9%
嘉義市	東區	245	西區	210	西區	367.7%	東區	20.4%
嘉義縣	溪口鄉	3,198	太保市	218	朴子市	176.4%	大林鎮	93.0%
臺南市	永康區	14,216	龍崎區	325	麻豆區	114.7%	七股區	51.0%
高雄市	三民區	16,098	*茂林區	64	*桃源區	130.3%	旗津區	63.3%
澎湖縣	馬公市1	3,061	七美鄉	257	馬公市2	92.2%	七美鄉	44.4%
屏東縣	屏東市	9,850	*霧臺鄉	168	*三地門鄉	135.6%	滿州鄉	58.0%
花蓮縣	花蓮市	5,612	*卓溪鄉	389	花蓮市	97.5%	瑞穗鄉	50.0%

臺東縣	臺東市	6,768	*延平鄉	241	鹿野鄉	99.8%	*蘭嶼鄉	15.6%
-----	-----	-------	------	-----	-----	-------	------	-------

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

4、口腔癌篩檢：

桃園市桃園區之目標數10,125人最高、南投縣集集鎮6人最低。達成率以新竹縣五峰鄉493.3%最高，南投縣埔里鎮、草屯鎮之達成率為0。各縣市衛生所口腔癌篩檢之目標值及達成率，如表14。

表7 衛生所口腔癌篩檢目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	中山區	9,427	南港區	2,533	北投區	228.2%	中正區	58.8%
基隆市	中正區	1,905	暖暖區	1,337	中正區	116.5%	安樂區	72.9%
新北市	無目標數							
宜蘭縣	羅東鎮	1,751	*南澳鄉	281	蘇澳鎮	312.7%	羅東鎮	113.6%
金門縣	金城鎮	748	烈嶼鄉	229	金湖鎮	75.4%	金沙鎮	37.6%
連江縣	北竿鄉	20	西莒 東莒	10	東引鄉	392.9%	西莒 東莒	250.0%
桃園市	桃園區	10,125	*復興區	256	龜山區	114.6%	新屋區	18.1%
新竹市	北區	9,400	香山區	3,400	香山區	34.9%	北區	24.9%
新竹縣	竹北市	970	峨眉鄉	30	*五峰鄉	493.3%	竹北市	39.2%
苗栗縣	苗栗市	2,700	三灣鄉 獅潭鄉	400	竹南鎮	99.6%	獅潭鄉	17.3%
臺中市	無目標數							
彰化縣	彰化市2	2,640	竹塘鄉	306	二水鄉	175.8%	埔心鄉	49.6%
南投縣	南投市	64	集集鎮	6	國姓鄉	318.2%	埔里鎮 草屯鎮	0
雲林縣	斗六市	3,900	褒忠鄉	700	褒忠鄉	118.9%	二崙鄉	58.6%
嘉義市	東區	1,295	西區	1,100	西區	66.9%	東區	18.9%
嘉義縣	溪口鄉	2,086	太保市	145	朴子市	459.4%	布袋鎮	77.3%
臺南市	無目標數							
高雄市	三民區	5,465	*茂林區	40	*杉林區	160.0%	橋頭區	71.2%
澎湖縣	馬公市1	1,203	七美鄉	108	湖西鄉	261.6%	白沙鄉	76.4%

屏東縣	屏東市	4,187	*霧臺鄉	211	竹田鄉	172.9%	崁頂鄉	65.3%
花蓮縣	花蓮市	2,902	*萬榮鄉	401	秀林鄉	217.0%	*萬榮鄉	102.2%
臺東縣	臺東市	3,917	綠島鄉	126	*金峰鄉	189.1%	臺東市	34.7%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

5、預防接種達成率：

- (1) 107年3歲以下幼兒常規疫苗全數接種之目標數，以新北市板橋區4,693人最多、新莊區3,669人居次，再其次為臺北市內湖區3,405人、大安區3,296人、新北市中和區3,181人。各縣市所轄衛生所或健康中心達成率均超過90%者，包括：臺北市、新北市、宜蘭縣、桃園市、新竹縣、苗栗縣、金門縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、澎湖縣。至於達成率較低之衛生所，主要集中於臺東縣。
- (2) 107年入學世代學前3劑疫苗接種之達成率，各縣市所轄衛生所或健康中心均超過90%者，包括：臺北市、基隆市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、金門縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、澎湖縣。至於達成率較低之衛生所，主要集中於臺中市。
- (3) 107年流感疫苗接種之目標數及達成率，如表15。

表8 衛生所公費流感疫苗接種之目標值及達成率之高標與低標：107年

單位：人、%

縣市別	高標		低標		高標		低標	
	行政區	目標數	行政區	目標數	行政區	達成率	行政區	達成率
臺北市	54%				中正區	97.4%	信義區	74.1%
基隆市	中正區	15,422	暖暖區	8,945	信義區	88.0%	七堵區	74.0%
新北市	77.4%				坪林區	114.8%	貢寮區	54.6%
宜蘭縣	無目標數							
金門縣	17,449				金沙鎮	12.6%	烈嶼鄉	2.8%
連江縣	北竿鄉	1,495	西莒	442	西莒	48.6%	東莒	40.6%
桃園市	桃園區	109,564	*復興區	2,912	楊梅區	94.8%	平鎮區	79.7%
新竹市	東區	62,705	香山區	11,142	東區	99.8%	北區	92.8%
新竹縣	竹北市	45,652	*五峰鄉	1,180	*五峰鄉	108.1%	北埔鄉	61.5%
苗栗縣	頭份鎮	25,777	獅潭鄉	1,074	苑裡鎮	98.4%	南庄鄉	52.3%
臺中市	大里區	52,950	*和平區	2,048	*和平區	67.4%	東區	7.3%
彰化縣	彰化市2	12,024	線西鄉	1,155	彰化市2	133.5%	芳苑鄉	43.3%
南投縣	無法統一量化計算							
雲林縣	斗六市	27,142	褒忠鄉	3,258	虎尾鎮	133.1%	口湖鄉	53.2%
嘉義市	無目標數							
嘉義縣	新港鄉	44,844	太保市	2,184	溪口鄉	61.9%	太保市	25.0%
臺南市	東區	50,332	龍崎區	862	中西區	243.7%	歸仁區	48.4%
高雄市	三民區	97,849	*茂林區	567	新興區	104.9%	湖內區	17.7%
澎湖縣	未有目標數及達成率問題							
屏東縣	屏東市	134,528	*霧臺鄉	1,696	*春日鄉	59.9%	琉球鄉	20.7%
花蓮縣	花蓮市	44,825	*萬榮鄉	2,298	富里鄉	35.0%	花蓮市	22.1%
臺東縣	臺東市	45,344	*延平鄉	1,311	*金峰鄉	47.1%	臺東市	4.7%

資料來源：衛福部於本案108年8月19日詢問查復資料。

有「*」註記者，為原住民山地鄉。

(五)惟查：

- 1、目標數係依人口數訂定，隨著人口不斷增加，目標數亦逐年成長，但衛生所人力卻無法增補，且前1年未達成之目標數，有些會累積計算至下1年之目標數，無形中增加衛生所人員繁重之業績壓力。

- 2、衛福部對於各縣市衛生局之管考，其指標多為「過程」指標，較少「結果」指標，例如癌症篩檢重視篩檢量，而非陽追結果。
- 3、以臺北市為例，為國內醫療資源首善之區，轄內醫院均可提供兒童發展篩檢、兒童視、聽力篩檢、癌症篩檢、成人預防保健等篩檢服務，應整合並善用在地資源，強化醫療機構執行到院病患之預防保健責任，不應全數轉嫁健康服務中心，甚至設定目標值，讓公衛護理人員為此而常需於社區設站篩檢，疲於奔命。
- 4、國內山地鄉或偏鄉之居民，常有籍在人不在之問題，雖有設籍卻無居住事實，地段護理人員無法聯繫上民眾，篩檢達成率自然受影響；再以執行衛教為例，公衛護理人員須主動出擊，將個案帶至衛生所進行衛教，但山地鄉多幅員廣闊，要將散布於各部落之個案集中進行衛教，亦有難度。
- 5、以乳房攝影為例，需配合巡迴車至部落之時間，惟居民由於工作或其他原因，不一定能配合巡迴車到達之日間時間，亦影響篩檢達成率。
- 6、以公費流感疫苗接種為例，衛福部自105年起擴大接種對象範圍，流感疫苗接種量自300萬劑倍增至600萬劑，疾管署並就各衛生局辦理流感疫苗接種業務進行年度考評作業，且以IVIS登載之疫苗接種數、完成率或涵蓋率為評比標準，且評比設有期間，即自10月1日開打後，短短2至3個月內，各地方即得達成目標接種量，衛生所同時面對接種量及時間之雙重壓力，疲於奔命以達成目標。若不如預期，衛生所尚需研擬相關催打措施，包括增設社區接種站等，甚多係利用晚間及假日時段辦理，在在造成衛生所基層人員難以承

受之重，衛生所護理人員在績效的壓迫下，漸漸從社區退回衛生所內，所有的預防保健工作都以達標為主要考量，被迫放棄進入社區、與民眾密切互動。

- 7、臺北市衛生局每年約於3-4月辦理「幸福護腸」活動，設定目標數並要求健康服務中心於短時間內將腸篩數量衝到高點，健康服務中心人員於期間內都會在晚間一直加班，且無暇辦理其他業務。對於癌症篩檢應係持續辦理之服務，衛生局要求短時間內衝高服務量之活動，有欠合宜。
 - 8、原鄉孕產婦衛教與嬰幼兒預防保健工作，在衛生所繁多的工作項目中，漸被排擠而未受到重視，衛生所之服務內容，以達成目標數為導向，但有些目標數根本無法達成，有些雖能達成，但著重數量而不論品質。衛福部對縣市衛生局要求完成目標數，衛生局再要求衛生所達成，在衛生所承擔超重之工作量，又不給予適當之人力下，衛福部對於衛生所之服務品質，如何達成質量兼具，應予檢討促進。
 - 9、各縣市及各鄉鎮市區之健康問題不同，但同樣無力擴編人力，而目標數之壓力，更使衛生所被迫將人力置於服務量之提升，而無法因地制宜調整各區之目標數，提供符合當地民眾健康需求之服務，衛福部及各縣市衛生局對於衛生所之考核方法，已限制衛生所發揮社區健康需求評估能力，應予檢討改進。
- (六)衛生所目前執行之工作，多有與轄區醫院、診所重疊之處，由衛生所辦理已不具必要性，且針對衛生所之工作項目，不論優先處理之順序均設定目標數，過多之指標項目，將稀釋各項目之重要性，已

難凸顯各項服務之優先順序，因此，對於已實施多年，但難以督促衛生所提升成效之指標，或不具重要性之指標及業務，應進行盤點及調整，加以簡化；又衛福部、衛生局對於目標數之設定，多以人口數計算，未針對地區性質不同進行考量及調整，因此部分指標未必合理。綜上，衛福部訂定之「地方衛生機關業務考評作業計畫」，由所屬司、署研擬各類對各縣市衛生局之考評指標及評分標準，衛生局則以之設定衛生所或健康服務中心之「目標數」。惟目標數之項目超過百項，且內容繁雜，部分指標根本上不可能達成，達標與否已難反映工作人員之努力程度及工作績效，且未必符合政策必要性、具體可量化及客觀衡量等原則，衛福部及各縣市衛生局將不合理之目標數，作為不合理工作量之考核機制，將社區預防保健責任全數轉嫁由衛生所公衛護理人員承擔，造成衛生所人員疲於奔命，以目標數為主要工作內容，致力於「服務量」的達成而不論「品質」之提升，連帶使衛生所無法因地制宜建立有效率之公共衛生照護體系，顯有未洽。

七、衛福部允應督促各縣市衛生局整合社區醫療及護理量能，與現行醫療及衛生體系連結提供照護服務，並有效整合校護、職業衛生護理師之服務量能，透過公私協力，提升社區服務量能，建立有效率之公衛照護體系：

(一)多數衛生所目前之諸多功能，與基層醫療院所多有重疊之處，部分縣市現有之醫療資源，已有足夠量能提供有關服務，民眾至民間獲得服務之情形，甚為普遍：

依「2018年臺灣各縣市衛生所統計年報」，衛生

所服務情形占全國服務情形之占率，以糞便潛血檢查服務人次占22.89%最高，預防注射數占21.18%次之，但乳房攝影檢查服務人次占0.83%、兒童牙齒塗氟服務人次占0.99%、子宮頸抹片檢查服務人次占7.31%、成人預防保健服務人次占8.31%、口腔黏膜檢查占12.82%⁸。衛生所提供之服務，雖在偏遠離島地區衛生所在醫療保健上仍具重要功能，但國內多數醫療院所亦可提供相同之服務。可見。在民間可做之情形下，衛生所是否仍需提供醫療院所已能提供之服務，或應將政府有限人力運用於民間投入較少資源之服務，強化其他公共衛生服務，區隔衛生所與其他醫療院所之服務項目，有檢討必要。

(二)衛生所為基層衛生單位，但辦理之業務，亦有與社政機構重疊之處：

以「獨居老人訪視」為例，衛福部社家署於103年11月10日函⁹頒「低溫及年節時期加強關懷弱勢民眾專案計畫」，督導地方政府社政部門加強獨居老人關懷照顧措施，該部雖詢地方政府提供服務之現況，多表示本項服務以地方政府社政部門辦理，並無重疊現象。惟獨居老人需求面向寬廣，亦涉有預防保健、心理衛生、醫療照顧、生活照顧等，公衛護理人員亦定期訪視，且本案履勘期間，公衛護理人員表示目前社政及衛政沒有整合，重複訪查，已造成部分長者之困擾，若能聯合進行訪視，訪視率可提高，衛生所人員亦知悉社工人員已提供哪些資源，更能提供獨居老人適切之服務內容。

(三)衛生所常需辦理警察機關、消防機關之業務：

當社區發生滋擾事件，有民眾發生攻擊他人或

⁸前述服務占率，預防注射及兒童牙齒塗氟服務人次係統計107年之資料，其餘係106年之戈人之統計。

⁹社家署103年11月10日以衛部救字第1031362239號函

傷害自己之行為或有公共危險之疑似精神疾病病患時，警察機關、消防機關於執行精神衛生法及緊急醫療救護法的相關規定，均會等待衛生所派員後始進行後續之處理；另老人、兒童失蹤，也常透過衛生所之護理人員尋人。惟上述業務，警察及消防機關應能獨力完成，未必需衛生所之護理人員配合執行。

(四) 衛生所公衛護理人員與校護之分工應明確：

衛福部已訂定「流感疫苗校園集中接種作業程序及工作指引(含分工)」，辦理學生預防接種作業，學校校護與衛生所護理人員之分工，除依前述指引或計畫規定外，另視各地方政府之規定及學校事務彈性調整其分工。但目前仍有縣市之學校注射接種，仍舊由公衛護理人員進行施打，分工不清。且學校已有校護可執行校園衛生之各項工作，但部分事項仍由公衛護理人員執行。

(五) 衛生所公衛護理人員與職業衛生護理人員之分工應明確：

按職業安全衛生法第22條規定：「事業單位勞工人數在50人以上者，應僱用或特約醫護人員，辦理健康管理、職業病預防及健康促進等勞工健康保護事項。」復按勞工健康保護規則第3條規定：「事業單位之同一工作場所，勞工人數在300人以上者，應視該場所之規模及性質，分別依附表二與附表三所定之人力配置及臨廠服務頻率，僱用或特約從事勞工健康服務之醫護人員(以下簡稱醫護人員)，辦理臨廠健康服務。」。傳統職業衛生護理師之工作重點之一為職業病之預防，但在產業型態改變及就業人數持續增加之際，其職責益加任重道遠，成為協助政府及雇主改善職場環境，發掘並管控危害

因子，評估並管理相關風險，以及強化勞工健康促進與保健之人。但目前職場健康促進等部分事項，仍由公衛護理人員執行。

(六)公部門公共衛生護理人力不足，可透過公私協力方式，提供服務：

- 1、公衛護理人員除了工作量龐大、繁瑣之外，部分業務因具特殊之專業性，若未經過完整之訓練或有多數之辦理經驗，恐難以勝任，例如進行自殺通報、精神病患、愛滋病防治之個案追蹤、訪視；部分業務由於缺乏適當的在職訓練，照護能力被挑戰，如緊急救護技能、社區健康營造等。在公部門人力或量能不足以因應民眾需求下，可採取公私協力方式，以委託或補助形式，讓民間團體參與，紓緩案件負荷量。例如，由居家護理所聘用有專業能力之精神衛生專科護理師於社區提供服務，即可掌握精神病人動態資料，落實社區精神病人追蹤關懷、轉介及轉銜服務。除此之外，更可建構第一線社區護理人員於精神衛生照護專業服務網絡，提供可近與即時服務，適時協助家屬緊急處置、尋求求助管道及相關資源連結與轉介，甚至遇暴力事件，可聯繫處遇人員，瞭解處理情形，降低社會安全之危害風險。惟目前居家護理所雖可將失能民眾納入收案對象，但精神病人之症狀以思維、情緒及行為障礙為主，生理功能未必失能，尚難符合居家護理所之收案標準，且精神居家護理亦未列入全民健保給付範圍，又相關護理師（如公衛護理師或關懷員）缺乏精神衛生護理照護訓練，在現行關懷訪視量能不足之情形下，強化公私協力，納入居家護理所或精神衛生護理師之服務資源及提升其照護品

質，則能有效發揮功效，使社區居家精神病人獲得更完善之關懷及照護¹⁰。

- 2、為便利民眾就近接種，國內自77年7月起推動醫院、診所協助辦理預防接種工作，疾管署統籌採購之各項公費疫苗於撥發衛生局後，分配轄內衛生所，由其就近提供轄內合約院所使用，並負疫苗儲備、使用管理及查核輔導及疫苗管理調度等工作。惟衛生所公衛護理人員於流感季節負責管理多家合約醫療院所之流感疫苗，常需進行疫苗進出入庫之搬運，如遇疫苗庫存異常警訊，即使在夜間，亦需第一時間趕到衛生所並於24小時內隨時待命處理。然此項工作與護理專業無關，屬庶務工作，委託專業機構處理應屬可行，亦可減輕公衛護理人員之工作負荷。

(七)由上所述，多數衛生所目前之諸多功能，與基層醫療院所多有重疊之處，部分縣市現有之醫療資源，已有足夠量能提供有關服務，民眾至民間獲得服務之情形，甚為普遍；且衛生所為基層衛生單位，但辦理之業務，亦有與社政機構、警察及消防機關、校護及職業衛生護理師重疊之處；又多數之工作，並非公權力之行使，在公共衛生護理人力不足情形下，允宜透過公私協力方式，提供服務。綜上，衛福部允應督促各縣市衛生局盤點並整合社區醫療及護理量能，與現行醫療及衛生體系連結提供照護服務，並結合公共衛生、職業衛生、學校衛生、助產照護與居家護理人力及服務量能，透過公私協力，提升社區服務量能，建立有效率公衛照護體系。

¹⁰參考中華民國精神衛生護理學會周桂如理事長於108年11月1日舉辦之精神居家護理高峰論壇之引言內容。

八、衛福部建置之資訊系統，使用介面或資料查詢、整合功能並不友善，且因各縣市衛生局、所對於資訊系統受限於權限，無法取得介接系統之全部資訊，衛生所人員常需耗費大量人力輸入資料，耗時耗力，且登錄資料後未能取得回饋資料，僅能查詢片段訊息。衛福部允應妥善運用科技工具，協助資訊整合，俾衛生所人員得以快速查詢或取得健康管理所需之完善資訊內容，提升工作效率：

- (一)查衛生所與一般西醫基層診所相較，有較多透過家庭訪視親自面訪之方式，與社區成員建立信任關係，例如：產後婦幼訪視、新住民訪視、早療幼兒訪視、失智症個案訪視及獨居長者訪視。另對於特定疾病之病患，亦採取個案管理方式，提供整合服務，除一般西醫基層診所提供之糖尿病個案管理及慢性病個案管理外，更負責四癌篩檢陽性個案追蹤管理、愛滋病、漢生病及結核病個案管理及精神疾病及自殺個案管理等。而衛生所人員於辦理訪視及個案管理後，需登錄相關紀錄，作為後續評估之依據，與日後追蹤及管理之參考。
- (二)除上開訪視及個案管理需登錄辦理情形外，衛生所公共衛生護理人員需登錄之資料，至少包括：
 - 1、預防接種資料登錄。
 - 2、針具資料登錄於疾管署防疫物資管理資訊系統。
 - 3、病媒蚊孳生源密度調查資料登錄於防疫資訊匯集平台。
 - 4、每月回報腸病毒衛教場次成果及居家托育人員電訪衛教紀錄。
 - 5、二代戒菸服務民眾定期追蹤並登入VPN系統。
 - 6、經濟部能源局政府機關及學校節約能源填報。

- 7、新生兒篩檢異常登錄。
- 8、未成年婦女生產登錄。
- 9、新住民結婚登錄。
- 10、失智個案確診登錄。
- 11、管制藥品濫用通報。
- 12、傳染病追蹤管理系統。

(三)本院前調查發現，衛福部之精神照護系統已建置「多元照護議題」功能，介接自殺防治通報、保護資訊、兒少高風險家庭服務個案系統。因此，衛福部稱：各縣市政府已可查詢個案自殺通報單及訪視紀錄，與保護及兒少高風險家庭服務個案是否在案，亦可查詢個案在社會局之福利身分。惟據部分縣市政府表示：

- 1、精神照護系統介接資料僅提供開案身分、通報或開結案日期，但無法介接個案社會福利身分，亦未提供介接系統之全部資訊或服務處遇歷程內容。
- 2、可查看個案戶籍地，但常以個人資料保護法為由，公衛護理人員無法查詢精神個案全戶資料，甚至無法查詢關懷訪視之社區精神疾病患者之就醫紀錄，故難以確知追蹤照護之精神個案，其主要照顧者為65歲以上，及家中有2名以上精神病人之個案人數。
- 3、自108年起，社會安全網專區可匯出縣市家暴加害人/家暴高危加害人/性侵加害人/兒少加害人清冊，惟無法檢視個案服務狀況、家暴令核發狀況等內容，資訊仍無法有效掌握。
- 4、自殺防治通報系統可查看個案精神照護資訊管理系統除照護級數、是否為嚴重病人、收案衛生所，但無法查詢其精神訪視及治療情形。

(四)本案履勘期間，公共衛生護理人員反映目前使用之資訊系統之功能並不友善：

- 1、衛生所登錄資料，係紙本及電腦資料建檔雙軌作業，勞心又勞視力。
- 2、衛生所公衛護理人員執行之業務，分別與疾病管制、保健、食藥、長照等單位有關，執行工作時，常為了滿足不同主辦業務單位之需要，而需重複填報多份報表。
- 3、衛生所人員於訪視個案後，均需登錄資料，但心口司、社家署、疾管署各有其建置之資訊系統，衛福部之單一司、署又可能建置數個資訊系統，資訊內容分散，但許多資訊需要整合，特別是家戶檔案，但同仁得到的資訊過於片段，完整性不足，衛生局應盤點衛生所於第一線所需資料，將其串聯後，並連接社會局、民政局之系統，且各系統能導入、匯出，方能有效進行資料彙整，以利及時掌握資訊。
- 4、個案管理工作，同一個案資料分列在不同系統，例如精神疾病個案與自殺通報個案於同次訪視時，需將個案資料重複鍵入個別系統
- 5、建議開發訪視評估專用平板，及時登載紀錄，併追蹤訪視行程。

(五)綜上，衛福部建置之資訊系統，使用介面或資料查詢、整合功能並不友善，且因各縣市衛生局、所對於資訊系統受限於權限，無法取得介接系統之全部資訊，衛生所人員常需耗費大量人力輸入資料，耗時耗力，且登錄資料後未能取得回饋資料，僅能查詢片段訊息，衛福部允應妥善運用科技工具，協助資訊整合，俾衛生所人員得以快速查詢或取得健康管理所需之完善資訊內容，提升工作效率。

九、衛生所護理人員部分之工作內容具備相當之危險性，衛福部既未建立制度化之保障機制，又對於衛生所公共衛生護理人員認列危勞職務標準一事，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷，顯有違失：

(一)查銓敘部於104年5月7日函詢¹¹衛福部以該部作為「全國醫護人員危勞職務認列範圍與標準（下稱認列標準）」之統籌認定機關之可行性等問題，另函各縣市主管機關有關其所屬醫護人力運用情形及對醫護危勞職務認定範圍之意見¹²。惟經衛福部函復表示該部難以統籌認定全國醫護危勞職務等語；另銓敘部復稱，衛福部於104年9月4日召開之「檢討全國醫護人員危勞職務認列範圍與標準研商會議」中亦反對以該部（衛福部）作為醫護危勞職務認定標準之主責機關。

(二)銓敘部於105年3月30日函示自該日起始擔任衛生所之醫護人員職務者，不適用危勞職務。嗣衛福部於107年7月18日邀集各權責主管機關召開會議，會中由該部照護司綜整各主管機關意見，認為全國醫護人員危勞職務範圍之認定，仍應維持以醫療院所及社福機構之護士、護理師為原則（下稱衛福部危勞認定原則）；然考量山地鄉或二級、三級離島地區衛生所（室）仍需負擔部分醫療任務，爰決議山地鄉或二級、三級離島地區衛生所（室）護士、護理師如符合危勞職務認定標準第3條附表公務人員危勞職務評估項目、評估細目及其評估基準規定，仍得由主管機關依前開規定認定為危勞職務，並送銓敘部核備。目前經報銓敘部核備之各主管機關醫護

¹¹銓敘部104年5月7日部退三字第10439730741號函。

¹²銓敘部104年5月7日部退三字第10439730744號函。

危勞職務如下：

- 1、衛福部所屬部立醫院、療養院（含胸腔病院）護士、護理師職務。
- 2、國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）所屬各榮民總醫院及分院護士、護理師職務。
- 3、臺北市政府所屬臺北市立聯合醫院護士及臺北市立陽明教養院護士、護理師職務。
- 4、新北市政府所屬新北市立聯合醫院、新北市立八里愛心教養院及新北市立仁愛之家護士、護理師職務。
- 5、臺中市政府所屬臺中市立仁愛之家護士、護理師職務。
- 6、基隆市政府所屬基隆市立醫院護士、護理師職務。

查臺中市衛生局前於108年11月8日函報臺中市政府，將所屬非山地區衛生所之護士及護理師納入重新認定危勞職務範圍，經臺中市政府函復：實未符合上述衛福部認定原則，請再行審慎評估，並請依規定先向衛福部進行協商，取得全國醫護人員危勞職務一致性之認定原則，再依規定通盤檢討所屬護理人員認列危勞職務之需求後報送核轉銓敘部核備。

- (三)查高雄市苓雅區衛生所1名公共衛生護理師於107年8月29日訪視社區精神病人，遭個案無預警攻擊，受傷住院。除此之外，衛生所之公共衛生護理人員進行居家訪視時，多數曾遭受言語辱罵、威脅、性騷擾或肢體暴力¹³，第一線工作者之安全保障允應

¹³108年9月14日，時任立法委員之高潑，以用發表其國會辦公室對556名曾進行居家訪視的公衛護理師問卷調查結果，有高達451起遭言語辱罵、297起遭言語威脅、197起遭言語或行為性騷擾、101起遭肢體暴力；在居家訪視過程中，有92%是單獨前往，有警員、同仁陪同者則為少數，第一線工作者的安全保障明顯不足。

強化。另茲綜整各縣市政府提供本院衛生所公共衛生護理人員執行職務有特別之危險及勞力之事實如下：

- 1、結核病防治：屬個案管理，依規定需配合個案時間至案家家訪，勸導個案進行政府政策都治個案服務，直接面對傳染病個案，恐有被傳染及因監督個案而衍生之暴力威脅，且訪視時間會因個案不配合，導致三更半夜還在上班。
- 2、愛滋病防治：屬個案管理，依規定需定期訪視個案，了解個案是否就醫，是否仍在吸食毒品？勸導切勿共同針頭，避免愛滋蔓延，是類個案大部分為社會邊緣人，其基本訪視個案工作，因屬家庭訪視或尋找個案，幾乎潛藏暴力威脅，是屬危險性工作。
- 3、精神病個案管理：精神疾病個案隱藏暴力危險，依規定有相當比率之面訪率，發病時護理人員必須陪同強制就醫，社區干擾滋事一經陳情或舉報，公衛護士需立即至現場評估個案是否為精神病患者，是否需強制就醫？再者，此類個案除確診為精神疾病外，還有大部分為毒癮或酒癮患者。公衛護理人員已有多起被疑似或確診精神疾病之個案攻擊及騷擾之案例發生。
- 4、登革熱防治、腸病毒防治，傳染病業務防治一經通報，需24小時隨傳隨到。
- 5、高風險家庭訪視、自殺個案防治都直接面對個案，都屬可能情緒失控之個案訪視，相對風險非常高。
- 6、天災或傳染病疫情出現時，公衛護理人員需24小時待命及協助救災，或協助中央辦理各項疫情之後續，如登革熱疫情全面噴藥、SARS隔離個案送

餐、塑化劑店家查訪。

- 7、四大癌症篩檢：配合政府政策推廣預防保健業務，為業務目標及績效直接到社區設站篩檢，服勤時間幾乎以假日或夜間為主，需工作人員搬運物資，服勤狀況已非白班8小時，而是責任制。
- 8、老人兒童保健：配合政府政策，不斷增加公費疫苗接種項目，老人流感、幼兒流感、校園流感全面接種，除了衛生所門診接種，配合為民服勤，不分例假日至設社區設站接種，體力需維持良好外，還要有耳清目明之健康，才能勝任。
- 9、各類疫苗注射、抽血等，皆屬耗費眼力工作，60歲以上眼力功能皆已退化，對於精細動作較窒礙難行，且有被針扎之風險。

(四) 惟查：

- 1、本案履勘期間，曾有衛生所公共衛生護理人員表示其曾被精神病人跟蹤，內心十分驚恐，事後即向衛生局反映此一問題，但衛生局人員表示這是衛生所的事，要自己處理等語。另對於如何防範衛生所人員居家訪視恐有遭遇無預警攻擊之虞，據衛福部表示該部刻正研修「社區關懷訪視及個案管理人員安全手冊」並俟完成後提供給各地方政府公共衛生護士及關懷訪視員使用，以提升我國公共衛生護理人員、關懷訪視員等個案管理人力之執業安全。可見目前衛福部及衛生局對於如何保障衛生所公共衛生護理人員之執業安全，仍未建立制度化之保障機制，其對策仍係由個別之人員辨識風險並自行承擔風險。
- 2、依據衛福部歷次之查復說明可知：
 - (1) 都會地區衛生所之業務繁雜，且服務量甚大，雖不需輪班，但超時工作或於夜間、凌晨時仍

在工作，並不少見；而鄉村地區面積較廣，交通及突發狀況多，需要足夠應變能力；至於離島山地地區衛生所更要承擔緊急醫療及後送責任。又近年來，實地訪查精神疾病、毒癮及家庭暴力之個案頻次大幅增加，並占去相當之工作時間，且公衛護理人員遭個案攻擊及騷擾之事件亦不少見，遇有天然災害發生時，亦須配合災害收容中心設立，另社區宣導及社區設站施打疫苗都需要相當的體力與專注力，其等之危險及辛勞程度，確實高於其他一般之公務人員；又一旦轄區內發生傳染病，或國內發生重大食品安全事件，衛生所同仁假日仍要執行職務，而上述危險及勞力之職務性質，不因衛生所所在地區而有不同，甚至若單以每名公衛護理人力服務民眾人數之工作負荷而言，都會地區衛生所之危勞程度絕不亞於離島山地之工作同仁。

- (2) 另詢衛福部何次長啟功表示：登革熱常要輪班，沒有假日，同仁都很盡心盡力去達成各項考評等語；復表示：衛生所護理人員的登革熱流行期間，危險性確實比較高等語；該部照護司何科長秀美對於公衛護理人員是否列入危勞職務，亦表示「贊成。以我對護理的部分，我認為要加入。」
- (3) 惟該部為全國醫護人員管理制度之中央衛生主管機關，對於各類型醫療衛生機構之醫護人員職務之危勞情形，理應確實掌握，卻於104年函復表示該部難以統籌認定全國醫護危勞職務云云，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷。

- (4) 嗣銓敘部105年3月30日函自發布日起全面排除衛生所納入醫護危勞職務適用機關範圍後，衛福部始於107年7月18日召開會議訂定全國醫護人員危勞職務範圍之認定原則，全盤接受銓敘部之作法，未能依衛生所公共衛生護理人員之危勞程度進行專業判斷，且按該部訂定之原則，衛福部、退輔會、臺北市政府、新北市政府、臺中市政府及基隆市政府所屬醫院或仁愛之家之護士、護理師業經銓敘部核備符合醫護危勞職務，然國立臺灣大學醫學院附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、陽明大學附設醫院之護士、護理師卻未經核備，故認列危勞職務標準仍屬不一；至於原民鄉或二級、三級離島地區衛生所（室）符合認定標準，非山地區衛生所之護士及護理師卻不符合危勞職務範圍之認定，僅以地區別作為區分標準，而不論衛生署公衛護理人員實際危勞情形，已難謂符合中央衛生主管機關之專業判斷。
- (5) 又衛福部稱：有關直轄市、縣市政府所屬衛生所護理人員是否認列危勞職務，因涉及各權責主管機關相關實際人力運用之需求，仍應由各權責主管機關依認定標準覈實認定後，再行報銓敘部核備。惟查臺中市衛生局前曾函報臺中市政府，將所屬非山地區衛生所之護士及護理師納入重新認定危勞職務範圍，臺中市政府卻以不符衛福部危勞認定原則而未將其報送核轉銓敘部核備。顯見衛福部之危勞認定原則，已將非山地區衛生所之護士及護理師排除，卻稱應由各權責主管機關依認定標準覈實認定後，再行報銓敘部核備，純屬空論卻惠而不實。

(五)綜上，衛生所護理人員部分之工作內容具備相當之危險性，衛福部既未建立制度化之保障機制，又對於衛生所公共衛生護理人員認列危勞職務標準一事，未能本於主管機關之職責，進行專業判斷，顯有違失。

十、銓敘部以彙整各主管機關意見後，全面排除衛生所護理人員認列危勞職務之適用範圍，惟與多數縣市衛生局仍建議衛生所護理人員應認列危勞職務之適用範圍之意見明顯相悖，且該部未能掌握衛生所護理人員工作內容危勞之現況，決策之立論基礎已屬粗率，應予檢討改進：

(一)公務人員退休法（下稱退休法）於32年制訂，按該法之規定，對公務人員退休之條件，向以「任職年資」及「年齡」為法定要件，其中年齡條件於一般公務人員分別以「60歲」及「65歲」為自願及屆齡退休年齡。另考量「職務有特殊性質」者，給予較寬鬆之退休條件明定得由銓敘部酌予減低，但最低分別不得少於50歲及55歲。48年修法時，將「職務有特殊性質」者，明確修正為「具有危險及勞力等特殊性質職務者」（下稱危勞職務）；迄100年1月1日修正施行之退休法，增訂危勞職務降低退休年齡之認定程序，明定由中央二級或相當二級以上機關、直轄市政府（議會）、縣（市）政府（議會）等主管機關具體檢討範圍後，再送銓敘部認定。嗣107年7月1日施行之公務人員退休資遣撫卹法（下稱退撫法）第17條及第19條規定，有關危勞職務之認定程序，從原退休法規定由權責主管機關擬議後送銓敘部認定，修正為由權責主管機關認定後再送銓敘部核備。

(二)危勞職務降齡退休制度原報經銓敘部認定之危勞職務者，向僅有警察人員及消防人員適用之危勞降齡規定，係統一由內政部訂定後，再報經銓敘部認定；其他人員均係由各該用人權責主管機關訂定。至於醫護人員部分，因其任用事項係分由中央及地方各醫療機關（構）自行辦理，並無事權統一之專責機關，亦未有統一認定其危勞降齡範圍之相關規範。銓敘部為解決全國各主管機關所屬醫療、社福機關（構）之間醫護人員認列危勞職務範圍及標準不一問題，於104年2月2日邀集各主管機關研商訂定「全國醫護人員危勞職務認列範圍與標準」（下稱認列標準），並獲致決議略以：全國醫護人員危勞職務應訂定一致性認定標準，後續並由銓敘部持續與衛福部磋商，按各醫療機關（構）屬性與各醫護人員職務特性，研議訂定適當合理之統一認定標準。

(三)銓敘部依104年2月2日會議決議，於同年5月7日函詢¹⁴衛福部以該部作為認列標準之統籌認定機關之可行性等問題，另函各縣市主管機關有關其所屬醫護人力運用情形及對醫護危勞職務認定範圍之意見¹⁵。惟經衛福部函復表示該部難以統籌認定全國醫護危勞職務等語，另各縣市針對銓敘部書函所詢「如全面取消全國醫護人員危勞職務之認定，回歸一般公務人員退休規定，是否可行？」一節，提出相關意見如下：

縣市別	函復意見
新北市	經考量「新北市政府所屬護理人員具有危險及勞力等特殊性質職務減低退休年齡標準表（經銓敘部104年4月25日部退一字第1023683836號函認定在案）中之職

¹⁴銓敘部104年5月7日部退三字第10439730741號函。

¹⁵銓敘部104年5月7日部退三字第10439730744號函。

縣市別	函復意見
	<p>務，均需服務病患，提供緊急醫療處置及輪日夜班，為顧及是類人員健康及服務對象（如病患或院生）之安全，建議仍維持現行醫護人員危勞職務認定之作法。 （新北市政府104年5月18日新北府人給字第1040887967號函）</p>
臺北市	<p>1. 醫護人員危勞職務之認定，係因渠等是否能執行高壓力、高體力負荷的健康照護行為，並維護護病雙方的權益，因此須將執行職務年齡納入考量，以符合專業需求與社會期待，倘取消危勞職務之認定，致職場上之醫護人員年齡逐年提升，護理工作內容及護病比例卻無法降低，將提高危害病人安全與權益之風險。 2. 醫護人員是從事「人」的照顧工作，需有專注的精神及體力，為減少傷害及提高護理工作品質，應有危勞職務之認定，方屬妥適。 （臺北市政府104年5月22日府授人給字第10412246700號函）</p>
桃園市	<p>衛生所護理人員職務具有以下特性，爰不宜回歸一般公務人員退休規定，仍建議作通盤考量研訂認定標準。</p> <p>1. 危險性：</p> <p>(1) 需直接接觸患者，如至個案家訪視（包括肺結核、群聚感染、精神疾病、老人失智等）均需做長期追蹤及照護，當直接面對有傳染性疾病或有攻擊行為之精神疾病患者，衛生所護理人員常常是處於高風險狀態的。</p> <p>(2) 衛生所護理人員係屬第一線人員，需直接執行醫療業務（包括注射、包紮及擦藥等技術性業務），於年齡較大之狀態下執行，易產生手抖、眼花、測量數據不精確等情形而導致危險發生（如近年來護理人員打錯針、調錯劑量之致死事件）。</p> <p>2. 辛勞性：衛生所護理人員業務是以公共衛生為主，維護市民之健康需要從最基本做起，如至社區設站篩檢（包括子宮頸癌、口腔癌、大腸癌、乳癌等）及各種衛教活動，均係使用下班後之夜間及假日辦理（每星期平均3日，最多可達7日），甚至直接至民眾家做篩檢，除上班時間外，尚需有較多的體能負荷平日夜間及假日之工作，其辛勞非一般公務人員可相比。</p> <p>3. 特殊性：衛生所護理人員所執行之業務具危險性、辛勞性、機動性及長期性，與一般公務人員職務內容相異，為確保業務執行之遂行性及安全性，需保有一定之精神與體能，若體能狀況不佳，勢必影響業務執</p>

縣市別	函復意見
	行及自身安全，爰不宜回歸一般公務人員退休規定。 （桃園市政府104年5月15日府人給字第1040118657號函）
臺中市	危勞降齡規定之建制目的，主要係就擔任危勞職務者，考量其職務之特殊性而給予較一般自願或屆齡退休者寬鬆之退休條件。衡酌醫護人員特殊職務屬性兼以部分是類人員確有業務性質屬勞力繁重之情事，實不宜全面回歸一般公務人員退休規定，建議參照警、消人員模式，依該等人員類別、各醫療機關（構）屬性統一訂定全體適用之危勞降齡標準。 （臺中市政府104年5月13日府授人給字第1040105297號函）
臺南市	建議維持現行規定，將醫事人員列為危勞職務範圍，理由如下： 1. 醫護人員除從事醫療行為外，尚須配合衛生政策及防疫需求之推展，為民眾及病患服務，均須有相當眼力及體力以執行職務。依據統計，平均45歲以上人員已出現老花眼之情形，執行勤務時必須面臨眼力及體力的嚴峻考驗，如不列入危勞職務恐影響醫護政策之推展及就醫民眾之權利。 2. 基層公共衛生護理人員於社區執行業務時，易暴露於TB、PSY、AIDS、毒癮、針扎、登革熱等高危險環境，且近來醫護現場暴力問題頻傳，其工作性質確較一般公務人員危險性高。 3. 爰有關「護理人員危勞認定」，建議採全國一致性之認定標準並兼顧內外部平衡性，醫療服務機構與一般公務員之任務屬性及其工作環境不同，應分別處理。 （臺南市政府104年5月14日府人給字第1040470610號函）
高雄市	考量多數護理人員步入職場年齡甚早，任職年資較長，多符合一般公務人員自願退休條件，應評估認列為危勞降齡職務適用上之實益。建議各醫療院所能朝向彈性配置方式因應人力運用問題，而非僅以透過提早退休解決。是以，回歸一般公務人員退休規定應屬可行。 （高雄市政府104年5月21日高市府人給字第10430518200號書函）
宜蘭縣	以本縣所屬衛生所為例，護理人員（含護士53人、護理師36人），以女性為主（男性僅1位），體力較易衰退，且平日工作具危險性，例如愛滋病及傳染病防治、精神病個案管理等，尚須辦理預防注射、公共衛生等繁勞工

縣市別	函復意見
	<p>作，如非體力健壯，精神充沛，難期勝任。爰建議醫護人員仍應有危勞職務之認定，勿回歸一般公務人員退休規定。</p> <p>（宜蘭縣政府104年5月12日府人福字第1040075054號書函）</p>
新竹縣	<p>不可行，因新竹縣政府衛生局所屬衛生所護士及護理師的退休危勞降齡案，業經銓敘部於100年11月15日部退四字100349234 2號函認定通過，其中自願退休為55歲，屆齡退休為60歲。並符合公務人員退休法第4條第1項第1款及第2款規定，「公務人員任職滿5年以上，年滿60歲者」以及「任職滿25年者」，應准其自願退休。第3項規定，擔任危勞職務者，得酌予降低其自願退休年齡，惟不得低於50歲。另依退休法第12條規定略以，因危勞降齡自願退休者，必須任職滿15年以上且年滿55歲者，始可請領全額月退休金規定已行之有年，若朝令夕改，讓公職護理人員無所適從。</p> <p>（新竹縣政府104年5月13日府人給字第1040066960號函）</p>
苗栗縣	<p>1.建議回歸一般公務人員退休之規定。</p> <p>2.因鄉鎮（市）衛生所公衛護士、護理師，工作職掌僅於預防注射、衛生（教）及疾病防治宣導，故其體力負荷非似一般醫療院所繁重，應毋需另訂醫護人員危勞降齡適用之相關規定。</p> <p>（苗栗縣政府104年5月14日府人給字第1040098539號函）</p>
彰化縣	<p>建議全面檢討各類別醫護人員工作內容及職務性質是否符合危勞職務規範，且應顧及現行已列為危勞職務人員之權益，不宜貿然全面取消。</p> <p>（彰化縣政府104年5月14日府人給字第1040152689號函）</p>
南投縣	<p>不宜取消，宜考量臨床輪三班之醫護人員，上班晝夜顛倒長期免疫系統下降，加上醫院傳染病菌多影響健康，而衛生所護士屬於外勤人員性質，地段訪視不可預期的風險增加（如傳染病曝露、精神病訪視強制送醫、毒品或愛滋個案訪視抽血、自殺暴力個案等），宜可適用危勞職務退休條款。</p> <p>（南投縣政府104年5月14日府人退字第1040094801號函）</p>
雲林縣	<p>本縣醫護人員列為危勞降齡退休對象只有衛生所護士及護理師，衛生所護理人員多係女性，體力較易衰退，</p>

縣市別	函復意見
	<p>更何況護理工作具危險性，例如愛滋病及傳染病防治、精神病個案管理、自殺個案訪視等，還須辦理預防注射、抽血篩檢、長期照護、緊急醫療救護及公共衛生等繁勞工作，如非體力健壯，精神充沛，難期勝任愉快，再則護理人員執行醫療行為常涉及民眾健康安危，不容有絲毫差錯；爰此，本縣不同意取消全國醫護人員危勞職務之認定。</p> <p>（雲林縣政府104年5月12日府人給二字第1046204968號函）</p>
嘉義縣	<p>考量現今護理人員多為女性，平日工作具危險性及繁雜性，如愛滋病、傳染病防治及精神病個案管理等業務，尚須執行預防注射及公共衛生等勞瑣工作，如非體力健壯，精神充沛，難期勝任愉快，若回歸公務人員退休年齡規定，則屆齡退休須延至65歲，恐將影響臨床照護品質，準此，建議護理人員仍予維持列為危勞職務，以維持醫療及公共衛生服務品質。</p> <p>（嘉義縣政府104年5月13日府人福字第1040082336號函）</p>
臺東縣	<p>醫護人員職場特殊性及危險性，醫事人員平均壽命較全國人民總平均低，不同性質、規模醫療機構職場環境差異大，建議可維持目前醫護人員危勞退休規定。</p> <p>（臺東縣政府104年5月18日府人福字第1040096606號函）</p>
花蓮縣	<p>醫護人員業務屬性特殊，與一般公務人員職務內容迥異，如醫護人力整體年齡結構老化，體能狀況不佳，除影響工作執行外，恐危及病人之生命安全，爰建議維持現行醫護人員危勞職務之認定。</p> <p>（花蓮縣政府104年5月13日府人福字第1040087645號書函）</p>
澎湖縣	<p>不可行。醫護人員與一般公務人員工作性質實屬不同，不論醫院護理人員或是公共衛生護理人員，在執行相關工作上均須付出相當體力及眼力（如：門診注射、預防注射或至社區推廣相關預防保健業務），遇到緊急急救狀況，這種極需要細心及專業的工作，完全不能出錯，相對所造成的工作壓力非常大，而且萬一因此造成病患的生命危害，所需負擔責任並非個人所能負荷。</p> <p>（澎湖縣政府104年5月13日府人給字第1040027446號函）</p>
嘉義市	<p>本府認為部分職務（如：護士）因職責繁重，爰建議維持現行規定，不取消全國醫護人員危勞職務之認定。</p>

縣市別	函復意見
	(嘉義市政府104年5月13日府人給字第1042401703號函)
金門縣	<p>烈嶼鄉衛生所意見：不可行。衛生所施打小兒預防針劑，因為兒童配合度低。執行民眾抽血業務等。年齡超過50歲時有老花眼、手抖、腰痛、腿部靜脈曲張、反應遲緩等身體衰老症狀。不適合執行侵入性治療。</p> <p>金湖鎮衛生所意見：第一線護理工作攸關病人權益甚鉅，不建議提高退休年齡。</p> <p>金寧鄉衛生所意見：不可行。</p> <p>金城鎮、金沙鎮衛生所無意見。</p> <p>(金門縣政府104年5月14日府人二字第1040037085號函)</p>
連江縣	<p>臨床醫護人員需輪值大小夜班，甚或24小時待命，肩負緊急醫療人命救助，其壓力與身心負擔非屬一般公務人員所及，病人照護及手術皆屬精細行為，醫護人員其所執行業務的能力與年齡正相關，身體健康的風險也高於一般公務人員，建議仍應列入危勞職務之認定。</p> <p>(福建省連江縣政府104年5月20日連人一字第1040020302號函)</p>

資料來源：本案整理銓敘部108年10月14日部法五字第1084863832號函之附件1。

(四)嗣銓敘部再於104年9月4日召開「檢討全國醫護人員危勞職務認列範圍與標準」研商會議，並獲致決議略以，全國醫護人員危勞降齡認列範圍採限縮政策，不再擴大，並逐步限縮至本職為護士、護理師為限。至於原已報經銓敘部認列危勞職務有案之醫護人員之緩衝期間及各縣市衛生局、衛生所及法務部所屬矯正機關(構)是否納入適用機關(構)之範圍部分，由銓敘部退撫司全面調查各縣市衛生局及衛生所所屬護士與護理師之實際工作情形，再行研處。

前開決議，據銓敘部稱係全面調查後而為之研處。另該部摘述各機關之回復重點如下：

- 1、全國衛生所及健康服務中心機關總數計有407個，出勤方式採輪班制度者僅15個；平均每日開

設門診數為1.41個診次。法務部所屬矯正機關（構）總計有50個，出勤方式均為正常上下班，其中有8個機關之醫護人員另需配合值班；平均各矯正機關（構）每週上班時間為42.24小時。

- 2、各地方政府所屬衛生所（含健康服務中心）護士、護理師主要工作內容，可概略分為傳染病防治、精神病或高風險個案管理、預防注射及疾病篩檢檢驗。多數主管機關均認為前開工作內容具相當危勞程度；惟亦有苗栗縣政府、屏東縣政府及臺東縣政府等主管機關認為，渠等工作並未達危勞程度。
- 3、至於將衛生局、各衛生所（含健康服務中心）及各矯正機關全面排除適用危勞職務之認列一節，除苗栗縣政府、屏東縣政府及臺東縣政府同意以外，多數主管機關均持反對意見。倘改採個別列舉適用機關名稱及特定職務之方式認列，則有南投縣政府、基隆市政府、嘉義市政府及臺南市政府同意。
- 4、是就上述各機關回復內容觀之，多數衛生所（健康服務中心）之差勤制度，並未如同公立醫療機關（構）採輪班制度；且各主管機關對於衛生所（健康服務中心）工作所具危勞程度之認定，亦不一致。

（五）銓敘部為賡續研議前開各縣市衛生局、衛生所及法務部所屬矯正機關所屬護士、護理師是否繼續納入適用機關範圍，再於104年10月29日以書函詢¹⁶各主管機關，相關縣市函復意見如次：

縣市別	函復意見
屏東縣	1.本縣護士、護理師工作內容為公共衛生、保健等相關

¹⁶銓敘部104年10月29日部退三字第1044034194號書函。

縣市別	函復意見
	<p>業務，其工作內容尚非極為繁重達身體無法負擔程度。</p> <p>2.將各衛生局、衛生所（健康服務中心）全面排除適用危勞職務之認列，可行。 （屏東縣政府104年11月23日屏府人字第10477550100號函）</p>
臺東縣	<p>1.衛生所護理人員擔任基層保健醫療及健康促進第一線人員，近年來人口老化、新興傳染病增加，衛生所功能、角色亦隨著改變，而公共衛生護理人員之工作內容，視民眾健康需求、地方發展、醫療資源分布、社區資源及衛生所人力之不同，業務性質較屬於高勞力及長時間的工作性質。</p> <p>2.本縣多為偏遠地區，醫療工作繁重、壓力大，常為配合在地居民生活習慣及工作，加開夜間門診及癌症篩檢服務；又因交通不便，也常自行開車前往或載民眾接受服務等。縱如上述，仍難以認定需列入危勞降齡退休之認列。</p> <p>3.如有極為特殊情形，建請改採個別列舉適用機關名稱及特定職務之方式認列（即由主管機關就其實際危勞情形之需要，逐一個別列舉報銓敘部認定）。 （臺東縣政府104年11月23日府人福字第1040235074號函）</p>
新北市	<p>1.將衛生所全面排除危勞職務之認列，不可行。理由：公共衛生業務中各類傳染病疫情調查及後續採檢事宜如登革熱、食物中毒、流感群聚等、結核病防治及疑似結核病民眾後續追蹤投藥、性病及愛滋病防治、精神業務、自殺業務、緊急救護或協助地方公所執行救護協助等。皆存在執行職務時可確定之高危險性，占其公共衛生業務三分之一以上，其工作性質殊不可謂不具高危險性。且衛生所工作以家庭訪視為主，多為第一線接觸傳染病追蹤管理等危險勞務工作，病患是在家理，需奔波於辦公室與個案家之間。且各類疫苗注射、抽血等皆屬耗費眼力工作，60歲以上眼力功能皆已退化，對於精細動作較窒礙難行，但仍屬衛生所重要一環。綜上如果太晚退休，恐影響為民服務品質與民眾安全。</p> <p>2.改採個別列舉適用機關名稱及特定職務之方式認列，亦不可行。理由：各區衛生所掌理轄區內衛生醫療保健、傳染病防治及各項健康促進等照護事項，考量業務特性及轄區幅員分布，所屬護理人員除需</p>

縣市別	函復意見
	<p>完成個人職掌業務外，也需團隊合作，配合機關整飾活動輪班及因應上級政策隨時支援各項專管業務（如：流感施打、檢體採樣、地段肺結核接觸者追蹤等）。因此，實際上，無論都會區或偏鄉，為服務大量區民（如流感施打期間）或護理人員少，機關為人力彈性運用，實務訓練上均朝每個護理人力足以執行衛生所各項業務，以發揮工作上的替補性，以避免發生機關人力不足的窘境。因此，改採個別列舉適用時機及特定職務之方式認列，確有其困難，也將造成工作及管理上的困境，亦難發揮團隊合作互補之效益。</p>
臺北市	<p>臺北市健康服務中心社區衛生護理人員為公共衛生第一線工作人員，大部分業務需進行實地訪視及實際操作，護理人員都承擔工作量繁多且極耗費體力工作，且需管理高危機個案及處理社區傳染病事宜之危險工作，如要排除危勞職務之認列，實為不妥。 （臺北市政府104年11月17日府授人給字第10415302000號函）</p>
臺中市	<p>以本府所屬衛生所護理人員，於實務上處理自殺、精神疾病、強制就醫案件及衛生所工作項目年年增加，且護理人員訪視傳染疾病者，如肺結核個案，易暴露於高風險環境，每年皮膚測試皆呈陽性屬危勞職務，仍宜維持現況適用危勞職務之認列。 （臺中市政府104年11月12日府授人給字第1040246156號函）</p>
臺南市	<ol style="list-style-type: none"> 1.建議不宜將衛生局、衛生所全面排除適用危勞職務之認列。醫護人員除從事醫療行為外，尚須配合衛生政策及防疫需求之推展，為民眾及病患服務，均須有相當眼力及體力以執行職務。依據統計平均45歲以上人員已出現老花眼之情形，執行勤務時必須面臨眼力及體力的嚴峻考驗，如不列入危勞職務恐影響醫護政策之推展及就醫民眾之權利。 2.基層公共衛生護理人員於社區執行業務時，易暴露於TB、PSY、AIDS、毒癮、針扎、登革熱等高危險環境，且近來醫護現場暴力問題頻傳，其工作性質確較一般公務人員危險性高。 3.有關全面排除適用後，如有極為特殊情形，改採個別列舉適用機關名稱及特定職務之方式認列，本府認為可行。
高雄市	<ol style="list-style-type: none"> 1.衛生所護理人員雖不用輪值三班，惟其所面對的業

縣市別	函復意見
	<p>務性質、對象有更多的不確定性，倘將所屬衛生所護理人員（衛生局無）全面排除適用危勞職務之認列，似有不宜。</p> <p>2.若全面排除適用後，僅有所謂極為特殊情形逐一個別列舉報銓敘部認定，可能造成增加更多可議空間及不確定感，亦有可能類似案件因不同承辦人有不同的主觀標準而產生不同的結果造成不公。爰建議訂有一致性作法為宜。</p> <p>（高雄市政府衛生局104年11月18日高市衛人字第10439069600號函）</p>
宜蘭縣	<p>1.衛生局所屬衛生所護理人員主要工作，舉凡民眾出生至死亡均與其相關，不單純只是醫療行為，基層衛生所護理人員除了需家庭訪視、個案管理外，另需執行繁雜的保健業務，如癌症篩檢、異常個案轉介、預防接種、傳染病防治（腸病毒、登革熱、肺結核、愛滋病等）、居家護理、行政工作等業務。因應健康問題越來越多元化，護理業務內容也相對增加，例如：獨居老人照顧、早期療育、口腔癌篩檢、健康營造等，工作備極辛勞。</p> <p>2.衛生所護理人員服勤狀況，除依規定時間上下班服勤外，更常利用假日、夜間時段，辦理預防保健篩檢及宣導活動，另24小時備勤須至警察單位抽血工作，影響睡眠品質，以及24小時備勤處理精神管理個案（如緊急就醫等）相關問題。</p> <p>3.平日工作具危險性及辛勞，例如愛滋病及傳染病防治、精神病個案管理等，還須辦理預防注射及上述公共衛生等繁勞工作，另常須配合縣府各單位之活動，協助醫療救護工作；嬰幼兒預防注射，例如卡介苗施打技術，需要視力狀況良好，方能便於施打，因年紀老化恐影響該業務施作；救護工作壓力大、臨場反應與肢體功能必須強壯及敏捷，如非體力健壯，精神充沛，難期勝任。4.綜上，衛生局所屬衛生所護理人員確有危險及勞力之事實。</p> <p>（宜蘭縣政府104年11月13日府人福字第1040182226號書函。）</p>
新竹縣	<p>全面排除適用危勞職務之認列不可行，理由如下：</p> <p>1.精神病及自殺個案訪視管理對護理人員都存在著不定時的攻擊反應，同時對生命安全存在著威脅。</p> <p>2.門診預防注射及抽血工作對於針扎問題，一直存在著傳染危險性。</p>

縣市別	函復意見
	<p>3.結核病及防疫通報個案，除了擔憂傳染危險性尚有訪視的交通安全性。</p> <p>4.本縣各鄉（市、鎮）內活動多要協助救護工作，縣內助救護工作也要輪值，不論假日及晚上都有可能，因此，具傳染危險性及交通安全性。</p> <p>5.公共衛生護理工作較具有挑戰性，除了行政工作，家庭訪視是特有的獨立性質，配合個案的作息時間經常要安派家訪時間就在下班後，因此，深入案家及交通皆具危險性及安全性。</p> <p>6.高齡護士於偏鄉常有體力等身心反應較慢，不足勝任機動性之緊急醫療、影響天災、防疫、各項緊急醫療動員時效，對電腦的操作輸入較慢也影響疫情通報與資訊的緊急正確通報，必須加倍時間完成，造成個人身心壓力與高血壓、失眠等壓力要其他同仁協助，易引起同仁間情緒不佳與壓力（不願與高齡護理同仁同組工作）。更增加高齡護理同仁的身心壓力。</p> <p>7.公衛護士（護理師）工作內容涵蓋內勤及外勤業務，目前護理人員均為女性平日除需處理本身主辦業務外，尚需配合上級機關之衛生政策、防疫、四癌篩檢業務等各項保健業務之推展。護理業務中像老人流感疫苗社區設站服務、緊急醫療支援救護、防疫動員、PSY、TB病患個案訪視等均屬外勤工作，危險性大、而且需大量體力處理、若到年紀太大，體力無法負荷，則難以有效勝任工作，公共衛生業務之執行與推展將無法有效推展與延續。</p> <p>本縣偏鄉公共衛生業務多採地段式管理，每位護士護理師均要十項全能，所有地段發生的事件及個案管理每個人都有機會面臨，且偏鄉衛生所交通不便人力拮据，經常需獨立面對臨時狀況與不確定環境（偏遠山區與天災手機無法收訊……等危險因素）及緊急醫療訪視-危險不合作個案、暴力潛在危險等人為因素，故難以個別列舉危勞適用職務。</p> <p>（新竹縣政府104年11月12日府人給字第1040179930號函）</p>
南投縣	<p>1.危險或勞力之事實：舉凡跟社區及人有關的都是公衛護士的業務範圍，如災害發生時啟動緊急醫療（921地震）、傳染病追蹤防治：包括各項預防針施打、SARS、H1N1、H5N1、登革熱、結核病、愛滋病等高危險傳染病的第一線社區追蹤及訪視、精神病及疑似精神、情緒異常之社區滋擾、自傷傷人之虞</p>

縣市別	函復意見
	<p>之社區訪視及強制送醫等，而訪視精神科個案時常面臨因個案妄想症狀發作而突然遭受攻擊，且常需配合警消於個案發生狀況時予強制就醫，如精神科病患病況不穩時發生攻擊與自傷行為，或自殺個案情緒不穩時及結核病患者拒絕就醫與服藥時，有遭受攻擊生命受威脅及遭受傳染病傳染的危險存在，且護士、護理師常需家訪各類患者，經常需面對各類傳染病患而有罹病之虞，且假日及夜間常需配合各類活動如整篩、四癌工作與各項救護工作等輪值加班，需強健之體魄方能勝任護理工作。</p> <p>2.將衛生所全面排除適用危勞職務之認列不可行。衛生所護士、護理師跟醫院的護士護理師從事一樣護理工作的專業技術公務人員，非一般行政工作之公務人員，所面臨潛在危險與沉重壓力及生理年齡退化之事實不亞於醫療院所醫護人員或警消人員，不應排除危勞職務範圍認列之外，且緊急醫療啟動時公衛護士仍然如社會所期待的是第一線醫護人員，傳染病發生時公衛護士一直都是社區的第一線防疫人員，在社區工作訪視時我們面臨的是許許多多不確定且潛藏著危險的包括傳染病及暴力攻擊的工作，亦增加了交通意外事故的風險，而且衛生所護士、護理師是一個需高體力與高眼力的工作，隨著年紀漸長會有體力及生理機能之退化，需要高度準確性專業護理技術工作，如針劑施打、緊急救護、應付有暴力攻擊、精神不穩定之個案訪視及強制送醫等，這些攸關人的生命處置專業技術，非一般公務行政服務人員可回復更正錯誤施作，當體力與生理功能退化，面對傳染病也不若年輕時的抵抗力時，衛生所護士、護理師做的工作應列入危勞職務。</p> <p>南投縣政府1104年11月25日府人退字第1040236032號函。</p>
雲林縣	<p>1.衛生所與醫院工作屬性不同，衛生所護理人員是鄉轄區內村里基層接觸民眾及異常個案第一線人員，訪視深入個案家中常身心受危險情境，因此衛生所護理人員適用危勞職務認列，是合理的，應非全面排除危勞之認列，而應全體納入。</p> <p>2.若全面排除適用後改採個別列舉方式認列亦有困難度，因為護理人員職務會輪調，另外衛生所機關小人員少，造成相互代理頻繁，危勞職務無法固定由某人承辦。</p>

縣市別	函復意見
	雲林縣政府104年11月16日府人給二字第1043102488號函
嘉義縣	建議各衛生局、衛生所納入醫護人員危勞職務之適用機關。
花蓮縣	<p>花蓮縣衛生局所屬13鄉鎮市衛生所主要工作內容及危險或勞力之情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.防疾工作方面：預防接種、傳染病防治衛教宣導、疫情調查、採集檢體、外勞健康管理、颱風災情回報。預防接種可能發生針紮事件、處理疫調採檢可能在半夜（如H7N9、食物中毒）、颱風災情回報時風強雨驟。 2.心理衛生方面：衛生所公共護士社區關懷訪視；遇有精神疾病症狀不穩或個案居住偏僻者，以目前地段管理方式（以村里劃分，1人負責管理一定範圍），遇到危險的風險性高。於社區遇有民眾或相關單位通報轄區內民眾疑似有精神疾病徵狀，有自傷傷人之虞者，須協助送醫，雖有請警政單位協助保護人員之安全，但仍具一定危險性。 3.醫療、衛生保健、行政等工作方面： <ol style="list-style-type: none"> (1)平地鄉每日上午及下午醫療門診跟診，每周2天開車或騎車到偏遠社區執行巡迴醫療及健康促進工作。山地鄉巡迴醫療每月平均26診次，門診醫療每月平均22天。 (2)衛生所護理人員需不定時到社區訪視特殊個案，社區訪視對象涵蓋傳染疾病患者、精神疾患或酒癮及毒癮患者、各種癌症篩檢異常個案追蹤等。在訪視過程中潛藏的危機對工作人員是一種很大心理負擔。 (3)執行小兒預防注射如卡介苗及門診靜脈注射，年紀與視力無法負荷。 (4)衛生所護理人員極少正常上下班，因為某些目標個案常須在晚上及星期六日提供服務，對於工作人員來說造成身心靈負擔。 (5)配合健康政策辦理長者健檢，常在早晨5-6點外出工作。 (6)花蓮縣地理位置狹長，外出訪視或開車或騎機車，就交通而言也是危機四伏。 (7)護理人員除要完成各項業務之目標數，也要兼人事、總務、出納、會計等行政業務。 <p>綜上，以現有護理人力及目前業務的多樣化，應將衛</p>

縣市別	函復意見
	生所（健康服務中心）之護士、護理師納入危險職務。（花蓮縣政府104年11月11日府人福字第1040212650號函。）
澎湖縣	衛生所護理人力編制較少，除負擔門診醫療外，尚須負責執行各項公共衛生業務（如：預防接種、婦幼衛生、居家照護、菸害防制、傳染病防治…等），建議能予維持護理師、護士認列危勞職務。 （澎湖縣政府104年11月11日府人給字第1041405068號函）
嘉義市	1.如將各衛生局、衛生所（健康服務中心）全面排除適用危勞職務之認列，似非妥適，尚不可行。 2.若真全面排除適用危勞職務之認列，如有極為特殊情形，可改採由主管機關於實務作業上就其個案實際危勞情形之需要，逐一個案認定陳報銓敘部認定。
基隆市	1.建議仍將衛生所、慢性病防治所護理師及衛生所、仁愛之家護士職務認列危勞職務適用。 2.將各衛生局、衛生所（健康服務中心）全面排除適用危勞職務認列，改採個別列舉適用機關名稱及特定職務之方式認列，認為可行。 （基隆市政府104年11月18日基府人給壹字第1040249628號函）
新竹市	如將各衛生局、衛生所全面排除適用危勞職務之認列，恐影響護理工作品質，建請因地制宜並視工作內容屬性妥適考量；另為維護護理人員退休權益一致性，仍請統一由中央主管衛生醫療機關主政辦理。 （新竹市政府104年11月12日府人給字第1040169333號函）
連江縣	本縣因位處偏遠離島地區，又因地理環境特殊，衛生所分別位處於各島，不宜列入全面排除適用危勞職務之認列。 （福建省連江縣政府104年11月17日連人二字第1040047943號函）

資料來源：本案整理銓敘部108年10月14日部法五字第1084863832號函之附件2。

(六)銓敘部於105年3月30日部退三字第1054087764號函¹⁷就各縣市衛生局、衛生所及法務部所屬矯正機關

¹⁷銓敘部105年3月30日部退三字第1054087764號函。

所屬護士、護理師是否繼續納入醫護危勞職務適用機關範圍一事規範略以：

- 1、原已報經銓敘部認列為危勞職務之護士、護理師以外之醫護人員，仍准其得繼續適用原有醫護危勞降齡標準至109年12月31日止。
 - 2、各縣市政府衛生局、衛生所（含健康服務中心）及法務部所屬矯正機關（構），自前開105年3月30日函發布日起全面排除納入醫護危勞職務適用機關範圍；原已報經銓敘部認列為危勞職務適用機關（構）之衛生局、衛生所（含健康服務中心）及矯正機關（構），其原所列為危勞職務之醫護人員，仍准其得繼續適用原有醫護危勞降齡標準至109年12月31日止。至於原適用「臺灣省各縣市衛生局暨鄉鎮衛生所護理人員減低退休年齡表」所列衛生局及衛生所危勞職務之醫護人員，比照前述緩衝規定，亦准其得繼續適用原規定至109年12月31日止。
 - 3、上述所列准其繼續適用原危勞降齡規定至109年12月31日之醫護人員，應於前開105年3月30日函發布日前已擔任是項危勞職務之醫護人員並經各主管機關列冊送銓敘部備查者為限；至於前開函發布後始擔任是項職務者，一律不適用前開緩衝規定。
- (七)另查銓敘部105年3月30日函自發布日起全面排除衛生所納入醫護危勞職務適用機關範圍後，無非係以衛生所每日平均開設門診數僅1.41個診次，出勤方式採輪班制度者僅15個，約占全數比率之3.69%，或稱僅臺南市政府、桃園市政府、基隆市政府、雲林縣政府明確表示反對將衛生所（含健康服務中心）排除於醫護危勞職務認列範圍，其餘主管機關

並未反對；又稱於研議過程中，已充分參考各主管機關及衛福部之建議云云。惟查銓敘部僅以衛生所有無醫療業務及輪班制度，作為危勞程度之認定標準，以衛生所非核心之業務作為判斷依據，顯然未能掌握衛生所護理人員工作內容危勞之現況，甚者，該部稱已充分參與各主管機關之意見，然多數縣市衛生局仍建議衛生所護理人員仍應認列危勞職務之適用範圍，該部卻寧採少數縣市之意見，棄多數意見如敝屣，決議衛生所公衛護理人員全面排除適用危勞職務之認列，其決策之立論基礎顯屬粗率，且與多數縣市衛生局之意見明顯相悖，難謂適當。

- (八) 綜上，銓敘部以彙整各主管機關意見後，全面排除衛生所護理人員認列危勞職務之適用範圍，惟與多數縣市衛生局仍建議衛生所護理人員仍應認列危勞職務之適用範圍之意見明顯相悖，且該部未能掌握衛生所護理人員工作內容危勞之現況，決策之立論基礎已屬粗率，應予檢討改進。

參、處理辦法：

- 一、調查意見二、四、六、九，提案糾正衛生福利部。
- 二、調查意見一、三、五、七、八，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 三、調查意見，函請銓敘部參考；調查意見十，函請該部確實檢討改進見復。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請內政及族群、教育及文化委員會聯席會議處理。

調查委員：尹祚芊、張武修、王幼玲

中 華 民 國 1 0 9 5 月 日