

調 查 意 見

壹、案由：依據衛生福利部生命統計資料顯示，原住民族與全體國民僅在平均餘命即有將近8-10歲之差距，其他如十大死因標準化死亡率，不論是惡性腫瘤、事故傷害、心血管疾病、急慢性肝病、呼吸道疾病等以及西醫門診就診次數，均高於全國，惟原鄉地區分布12縣市，其中山地原鄉有30鄉鎮，平地原鄉有25鄉鎮，甚至有相當人數之原住民族係居住於都會區，經研究證實民眾健康與其生活型態、醫療資源、居住環境、社經地位等有關，相關衛生政策之制定與落實，均有深入瞭解之必要案。

為調查「原住民族與全體國民僅在平均餘命即有將近8-10歲之差距，其他如十大死因標準化死亡率，不論是惡性腫瘤、事故傷害、心血管疾病、急慢性肝病、呼吸道疾病等以及西醫門診就診次數，均高於全國，惟原鄉地區分布12縣市，其中山地原鄉有30鄉鎮，平地原鄉有25鄉鎮，甚至有相當人數之原住民族係居住於都會區，經研究證實民眾健康與其生活型態、醫療資源、居住環境、社經地位等有關，相關衛生政策之制定與落實，均有深入瞭解之必要」案，經向原住民族委員會（下稱原民會）、衛生福利部（下稱衛福部）及各縣市政府調取資料，並至新北市烏來區、高雄市桃源區、新竹縣尖石鄉、嘉義縣阿里山鄉、屏東縣來義鄉及霧台鄉、南投縣信義鄉、臺東縣達仁鄉及花蓮縣秀林鄉履勘，以及詢問原民會伊萬副主任委員納威、衛福部薛次長瑞元及相關主管人員，業調查竣事，調查意見如下：

一、原住民族與全體國民相較，零歲平均餘命約短少8.12

歲，主要死因之標準化死亡率較高，且死亡年齡亦較早，明顯存有健康不平等之情形，又以新生兒及嬰兒及事故傷害造成死亡對平均餘命之影響尤鉅。行政院允應整合相關部會資源共同合作，並透過中央與地方協力，縮短平均餘命之差距，消弭健康不平等。

(一)原住民族與全體國民相較，存有健康不平等之情形：

1、原住民族零歲平均餘命較全體國民零歲平均餘命約低8.12歲：

(1) 依內政部108年12月發布之107年簡易生命表，原住民族零歲平均餘命為72.57歲，較全體國民之80.69歲約短少8.12歲，但每10歲年齡別之平均餘命差距不同，0歲差距約8歲，10歲至30歲之差距在7歲以上。男性在30歲至40歲之差距開始大幅縮小，而女性則在40歲至50歲之差距明顯縮小。整體而言，原住民族在0歲至30歲間之平均餘命與全體國民差距較大，40歲後明顯縮小，60歲差距則降為4.55歲，80歲差距再降為1.97歲，平均餘命高低受各年齡層死亡率影響，以幼年及青壯年死亡率之影響較大。

2、原住民族整體死亡率較高：

(1) 依據原民會104年原住民族人口及健康統計年報，原住民族粗死亡率為7.521‰，標準化死亡率為7.737‰，較全國4.315‰高出3.422‰。

〈1〉原住民族前5大主要死因死亡人數（標準化死亡率）占總死亡人數的78.0%、死亡人數及標準化死亡率依序為：

《1》惡性腫瘤901人，死亡率1.675‰。

《2》心臟疾病（高血壓性疾病除外）466人，死亡率0.90‰。

《3》慢性肝病及肝硬化347人，死亡率0.577‰。

《4》腦血管疾病299人，死亡率0.576‰。

《5》事故傷害294人，死亡率0.528‰。

(2) 原住民族十大死因標準化死亡率均高於全體國人，差距較大之前三項為心臟疾病（原住民90，全體48.1）、慢性肝病及肝硬化（原住民57.7，全體13.6）、腦血管疾病（原住民57.6，全體27.9）。

(3) 與全國主要死因比較，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（含肝硬化）及事故傷害之標準化死亡率相對明顯高於全國。另近年來臺灣原住民族正經歷疾病轉型，由慢性肝病及肝硬化和事故傷害，逐漸轉型為惡性腫瘤、心臟疾病及高血壓性疾病。

3、原住民族各主要死因死亡年齡較早：

潛在生命損失以慢性肝病及肝硬化（原住民21.8，全體17.8）和事故傷害（原住民30.7，全體25.1）最明顯。以104年為例，原住民族1-14歲幼年人口死因以事故傷害為首；15-44歲青壯年人口死因以慢性肝病及肝硬化為首；45-64歲中年人口死因以惡性腫瘤居冠，慢性肝病及肝硬化居次；65歲以上死亡數占全體死亡數之46.0%，且以惡性腫瘤居老年人口主要死因之冠，心臟疾病居次。

4、原住民族新生兒及嬰兒死亡率亦高：

原住民族嬰兒因源自於周產期的特定病況、先天性畸形和變形以及染色體異常、事故傷害死亡之占比較全國高。以104年為例，原住民族0歲嬰兒死亡人數為48人，當中源於周產期的特定病況之死亡人數占整體死因之冠，其次為先天性畸形變形及染色體異常，而此前兩大主要死因即占整

體0歲嬰兒死因的64.6%。

(二)本院函詢、履勘及詢問所得相關機關及其人員分析原住民族零歲平均餘命低於全體國人、標準化死亡率卻較高及死亡年齡較早之關鍵主因：

1、衛福部：

(1)原鄉地區醫療照護資源不足及文化特性：

〈1〉原住民族約5成人口群聚地區屬偏遠或山地區域，交通相對不便，健康及醫療照護資源不似都會區域充足，就醫可近性尚須強化。

〈2〉吸菸、飲酒、嚼檳為國人疾病之重要危險因子，亦存在於原住民文化社會。

〈3〉原住民族之社會傳統文化特性緊繫族群情感，健康維護有其傳統醫藥及保健方法，且其之文化、教育、經濟、社會、習俗、行為等均對健康情形造成影響，因社區健康促進與原住民之社會架構或習慣缺乏融合或連結，推動成果難達預期成效。

(2)原鄉與非原鄉之社會經濟發展有諸多落差：

原鄉與非原鄉在社會及經濟發展有諸多落差，原住民族處於較不利的社經處境，亦影響醫療資源之利用。

2、原民會：

(1)原住民族平均餘命低或與全國健康差距不平等，主因包括：死亡率高、交通不便形成之地理障礙、醫療設備資源缺乏、人力不足及經濟障礙等問題。

(2)依世界衛生組織(WHO)之世界原住民族健康與發展報告書指出，除社會、經濟地位¹、公共

¹ 依據原民會107年原住民族就業狀況調查，原住民主要從事職業前3者依序是服務及銷售工

衛生及醫療服務等因素影響原住民族健康外，原鄉地區之破壞更影響到原住民族的生存，而土地流失，異文化侵入或同化，亦影響原住民族的傳統文化及原有維護原住民族健康的體系。

3、新北市政府：

- (1) 原住民族居住地區之醫療資源對其健康狀況有所影響，山地鄉之健康狀況比平地鄉及都會區差。
- (2) 經濟發展落後、性別、教育、醫療資源不足、經濟壓力、隔代教養、社經地位不平等、年齡、婚姻、職業位階等結構性因素皆是影響原住民族健康之因素。健康問題與生活型態、文化息息相關，密不可分。另山上工作機會甚少，經濟壓力大，故青壯年離鄉工作，隔代教養亦成為部落的問題。而經濟狀況低落，小病可在衛生所免費就醫，但轉院後需住院或開刀而無力負擔醫藥及住院費用，反成為原住民之心理壓力。

4、新竹縣衛生局：

- (1) 原住民文化、教育、經濟、健康醫療、社會福利諸多面向之困境，可能源自相同原因或交互影響因素所致。例如：就業經濟匱乏，減少教育機會，以及居住的環境多處山區，相對交通不便，醫療可近性及醫療不足，使得存在較多特殊福利人口群；部落就業機會之欠缺、中壯年外出就業，影響家庭功能發揮，更間接衝擊

作人員、藝技有關工作人員及基層技術工及勞力工，占5成左右，較全體民眾的30.76%高。有酬就業者每月主要工作平均收入29,855元較全體民眾的39,477元低近1萬元，經濟障礙亦係影響健康的主因。

隔代教養問題，以致原住民困境的連動及複雜性增加，更難解決。

- (2) 尖石鄉之事故傷害死亡率較新竹縣及全國地區之事故傷害死亡率為高，可能係因山地鄉地勢陡峭，氣候變化劇烈，路況及視線不佳，以及在山坡地農作及從事粗工等職業因素相關。至該鄉107年之事故死亡率下降，可能與取締酒駕政策而降低尖石鄉酒駕意外之死亡率相關。

5、新竹縣尖石鄉衛生所：

- (1) 原住民較非原住民有更多因飲酒及飲食習慣導致之慢性肝炎、肝硬化、慢性胰臟炎、糖尿病、高血壓性疾病、高尿酸血症及痛風等疾病。
- (2) 原住民家族及鄰里群聚，易有肺結核、疥瘡等傳染性疾病傳播。
- (3) 原住民族居住地偏遠，醫療資源相對不足且交通不便，轉診至大醫院檢查耗費金錢，影響民眾就醫意願，往往大病才就醫，即使經四癌篩檢早期發現，但陽性個案進一步至醫院確診之意願卻不高。
- (4) 原住民工作性質多為農業或粗工勞作，因經濟壓力及照顧家庭因素，未將個人健康考量放在前面，亦不易養成定期追蹤健康狀況如血壓、血糖……等生活型態。

6、臺東縣達仁鄉衛生所：

- (1) 民族、社經因素：原住民樂觀、樂天，不造成他人困擾；多單親隔代家庭、經濟弱勢。
- (2) 居住地區因素：幅員廣、在縣市邊陲；交通不便，無公共交通工具。
- (3) 醫療資源因素：鄉內僅衛生所1所醫療院所；區域醫院於市區。

(4) 就醫困境因素：

〈1〉人的困境：

《1》獨居長者無法使用交通工具就醫，錯過黃金時期。

《2》身體功能退化或失能者，無法自行外出就醫，複診有困難。

《3》同住者協助能力有限，亦無法提供就醫協助或陪同看病。

《4》經濟能力有限，選擇不就診。

〈2〉交通與就醫成本的困境：

《1》就醫成本：往返時間至少200分鐘，且搭公車往返雖省錢，卻要耗費1天時間，若搭乘計程車，單趟就要1,500元，即使到鄉內衛生所也要300元。

《2》潛在家庭負荷：家庭經濟來源者被迫請假。

〈3〉自然環境的困境：主要交通中斷，無法北上至臺東市或南下到高雄就醫。

7、花蓮縣秀林鄉衛生所：

(1) 幅員遼闊，距離為影響民眾接受健康服務之阻礙，關係到就醫所花費時間、精力及交通費用。

(2) 部落之青壯年在外工作，一旦生病或失業卻選擇回到部落，以致於某些疾病罹病率偏高（例如：結核病或其他慢性病）。

(3) 原住民工作型態多為農、工，農以低經濟作物為主，例如：山蘇、玉米、蔬菜、地瓜等，收入有限；工以板模工、木工、雜工、隧道工程等為主，收入雖較高，但工作機會不穩定，且危險性高。

(4) 失業係影響民眾生活之一大壓力，108年截至9月20日止，秀林鄉自殺通報案件即有53案。

(三)依據原民會人口及健康統計年報資料，103-104年原住民族十大主要死因、癌症之標準化死亡率、新生兒及嬰兒死亡率、結核病發生率及死亡率及就醫使用次數等統計數據，均高於全體國民，且山地原鄉均高於平地原鄉或都會區。衛福部以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，卻未達成預期之成果，爰再推動「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」²，多以山地原鄉為試辦區域，10項之行動計畫如下：

- 1、原鄉地區養成公費生培育計畫。
- 2、部落健康營造計畫。
- 3、原鄉醫療資源提升計畫。
- 4、原鄉論人計酬試辦計畫。
- 5、高風險孕產婦健康管理試辦計畫。
- 6、菸酒檳榔防制試辦計畫。
- 7、原鄉事故傷害防制試辦計畫。
- 8、原鄉三高防治試辦計畫。
- 9、原鄉消化系癌症防治試辦計畫。
- 10、山地原鄉結核病主動發現計畫。

(四)惟查：

- 1、原住民族與全體國民之零歲平均餘命相較，97年底約差距10歲，雖原住民族之平均餘命已增加3.4歲，但非原民亦有提升，目前仍有8.12歲之差距。山地鄉之醫療機構家數與全國平均值相較，相差懸殊，每萬人口之醫師數亦未達全國每萬人口醫師數之一半，在地醫療照護資源明顯不足，但政府挹注之經費及資源均高於非山地鄉，因此原住民族每年、每人西醫門診平均就醫次數高於全國，

² 實施期間：107-109年。

但長期投入醫療照護資源卻不能改善原住民族之健康結果。

- 2、原住民族與全體國人之平均餘命差距，受各年齡層死亡率影響，以幼年及青壯年死亡率之影響較大。尤以「嬰兒死亡」、「新生兒死亡」之死亡時年齡極度年幼，係將原住民族平均餘命降低最主要因素，亦顯示原住民族孕婦產前檢查之重要性，有提升其產檢率之必要。
- 3、事故傷害亦為影響原住民族平均餘命之重要因素，對原住民潛在生命損失約為30.7年，對全體國民約為25.1年。然發生事故之類型、地點之檢討，可作為降低事故傷害發生之改善措施。惟究竟事故之主因係因部落或山區地勢陡峭影響交通安全，或係因中壯年原住民於都會區從事之工作發生職業災害造成死亡，並未有細致之資料可驗證。
- 4、另每個人的健康與壽命之影響因素，有60%取決於自己，10%取決於遺傳，8%取決於醫療條件，7%取決於氣候因素，而有15%取決於社會因素。惟衛福部改善原鄉健康不平等之策略，其重點仍在充足醫師人員人力，透過巡迴醫療、衛生所及IDS之整合照護，提供醫療服務，計畫內容較少針對健康促進及改善生活型態部分投入資源。
- 5、原住民族近年之十大死因中與高血壓、高血脂及高血糖三高相關者，包含心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病及腎臟病等，全體國民亦有類似之問題，前述疾病死因並非拉低原住民平均餘命之主要原因，但卻造成原住民族較高之標準化死亡率。衛福部分析認為原住民族吸菸、飲酒及嚼檳榔之情形，較全體國人嚴重，但原民會自95年起即開始推動「節制飲酒、促進健康」計

畫，但迄今菸、酒、檳仍是影響原住民族健康問題主要之危險因子，並未見明顯之成效。

- 6、衛福部推動之原鄉健康不平等十大行動計畫，均係該部相關司署執行多年之計畫內容，整體而言，仍不脫將原住民族健康問題視為醫療問題，或係個人不良生活習慣導致，並未針對原住民族特殊性執行具備文化敏感度之具體措施。
- 7、至於原住民族之社會傳統文化、教育、經濟、社會、習俗、行為等均對其健康情形造成影響，然國內相關之措施仍著重在改善原鄉就醫之「可近性」，例如：衛福部補助山地鄉C型肝炎防治工作試辦計畫、主動發現山地鄉結核病個案補助之醫療保健計畫、原住民及長期照護資源使用交通費補助計畫、醫療給付效益提升計畫（IDS計畫）等，雖減少部分原住民就醫之財務障礙，但因社區健康促進與原住民之社會架構或習慣缺乏融合或連結，又無法處理原住民族經濟、社會、習俗、行為對健康造成之問題，對於改善原住民族健康不平等之推動成果，難以達到預期成效。

(五)綜上，原住民族與全體國民相較，零歲平均餘命約短少8.12歲，主要死因之標準化死亡率較高，且死亡年齡亦較早，明顯存有健康不平等之情形，又以新生兒及嬰兒及事故傷害造成死亡對平均餘命之影響尤鉅，允應強化主要疾病預防、確保母嬰健康、落實防制事故傷害及養成維持健康之生活習慣。又影響原住民族健康之因素甚多，並非單一因素，除與交通不便形成之地理障礙、醫療資源不足、衛生計畫難以落實推動有關外，亦受社經狀況較為低落及環境影響，行政院允應整合相關部會資源共同合作，並透過中央與地方協力，縮短平均餘命之差距，

消弭健康不平等。

二、原住民族移居都會區之情形日漸增加，且多屬離家背井之弱勢社經地位，家庭與社會支持系統較為不足，然衛福部及原民會之各項衛生計畫或服務常無法有效觸及籍在人不在之原住民族，而各地方政府衛生單位與負責原住民族事務機關，亦少共同針對促進其轄內都會區原住民族健康與公共衛生等事項合作辦理相關業務，除造成山地鄉及都會區原住民之健康不平等外，亦形成原住民族健康之破口，行政院允應針對上開缺失加以研擬檢討改進。

(一)原住民為謀求生活改善，移居都會區之比率與日俱增，依原民會統計資料，截至109年2月底，戶籍地在桃園市中壢區原住民人數9,370人、桃園區8,147人、八德區7,911人、龜山區7,449人、大溪區7,236人、平鎮區7,019人，新北市樹林區6,323人、新莊區5,354人，前述行政區之原住民人口數甚至較部分山地鄉總人口數還多，惟遷居至都會區之原住民在當地多處社經地位弱勢，多數仍從事勞動條件較差的工作，不一定有機會藉由移居都會而達到階層流動，且衛福部改善原鄉健康不平等之相關計畫之推動，並未將未實際居住在山地鄉之原住民納入保障，而其戶籍地衛生所又常無法與其聯繫並進行後續之追蹤或進行健康管理，其等有時受到之健康照顧反而不及在山地鄉時。

(二)依「104年原住民族人口及健康統計年報」，104年底原住民族人口以阿美族203,180人最多，占37.2%，其次依序為排灣族17.8%、泰雅族15.9%、布農族10.4%，四族合計占原住民族總人口的81.3%。

1、依各族群居住地都市化程度觀察，阿美族

(55.1%) 有一半以上人口居住於都會區；而布農族(53.4%) 有過半的人口居住在山地鄉。又都會區以阿美族最多112,024人，占44.6%，平地鄉亦以阿美族88,141人，占66.6%最多，山地鄉則以排灣族(43,594人，占26.7%)、泰雅族(43,326人，26.5%)及布農族(30,209人，18.5%)為主，占山地鄉總人口的71.7%。

2、104年原住民族死亡人數4,088人，其中阿美族、泰雅族、排灣族及布農族四族合計3,202人，占78.3%。四大族中，以布農族標準化死亡率為每十萬人口1,006.6人為最高，泰雅族920.2人居次，再次之為排灣族758人及阿美族628.8人。

3、據原民會查復：依族群而言，就原住民族人口最多之四大族群主要死因前三名分析，阿美族、泰雅族、布農族、排灣族首位死因皆為惡性腫瘤；其次死因阿美族為心臟疾病、事故傷害；泰雅族為心臟疾病、腦血管疾病；排灣族為心臟疾病、慢性肝病及肝硬化；布農族為慢性肝病及肝硬化、心臟疾病等，顯示各族間確實有差異。而影響死亡率有諸多因素，族群別可能為影響原住民族之健康問題，而如個人生活習慣、外在環境、職業等，居住都市化程度影響原住民族之健康問題，需尚待進一步流行病學研究確認。至於阿美族之原住民多數已移居在非山地鄉，而布農族之原住民半數以上人口仍在山地鄉生活，其等生命統計之結果，究係「族群別」或「居住地」孰為關鍵因素，因無完整之原住民族健康基礎資料，即難精確分析並作為制定政策之參考。

(三)衛生及長照資源有限，目前相關之政策多係實施於山地鄉，衛福部之考量在於山地鄉之資源較平地鄉

或都會區匱乏，且因為長照資源有限，故針對山地鄉優先實施。然而「山地鄉」、「平地鄉」及「都會區」並非判斷服務涵蓋率之唯一標準，衛生、醫療及長照措施實施結果之差異，亦與各縣市政府施政之優先順序、在地組織及非營利組織之投入以及族人接受度等有關，並非平地鄉或都會區之相關資源必定優於山地鄉。

- (四)原住民族人口常囿於居住地理環境及經濟生活需求問題，中壯年人口外移，老年人口相對提高，此現象尤以山地鄉更為明顯。部分山地鄉公所，會至部落民眾於都會區聚集處提供醫療照護服務，例如：新竹縣尖石鄉部分戶籍仍在尖石鄉之民眾已移居於桃園市龍潭區，該鄉公所會於一段時日內至該鄉原住民聚集地設站進行成人健檢或衛教宣導。國內戶籍於都會區之原住民約占47%，若加上戶籍未設在都會區，卻必須經常在都會區生活之原住民，實際移居至都會區之原住民人數比率更高。惟政府為要照顧原住民族，許多政策多偏重在全國55個原鄉地區實施，例如攸關長照的老人文化健康站和各項醫療補助等，往往無法觸及到居住在都市的原住民人口，若未能像尖石鄉公所定期至族人居住之都會區提供服務，移居至都會區之原住民，反可能成為政策施行之死角，成為都會區中被邊緣化的一群。綜上，原住民族移居都會區之情形日漸增加，且多屬離家背井之弱勢社經地位，家庭與社會支持系統較為不足，然衛福部及原民會之各項衛生計畫或服務常無法有效觸及籍在人不在之原住民族，而各地方政府衛生單位與負責原住民族事務機關，亦少共同針對促進其轄內都會區原住民族健康與公共衛生等事項合作辦理相關業務，除造成山地鄉及都會

區原住民之健康不平等外，亦形成原住民族健康之破口，行政院允應針對上開缺失加以研擬檢討改進。

三、原住民族可透過醫療照護避免死亡之三高相關疾病（如心臟疾病、糖尿病）、結核病、消化系癌（如大腸癌、肝癌、胃癌）之標準化死亡率高於非原住民族，反映出原住民族獲得之健康照護資源、知能之可近性及品質，仍有待提升。衛福部與原民會允應提升原住民族之健康知能，改善生活型態，並普及疾病篩檢及落實疾病管理，提供整合性照護，改善原住民族之健康狀況。

（一）原住民族近年之十大死因中與高血壓、高血脂及高血糖三高相關者，包含心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病與腎炎、腎病症候群及腎病變等代謝性慢性疾病，且全體國民亦有相同之健康問題。據衛福部分析係與原住民族特有之傳統文化、生活習慣，例如吸菸、嚼檳榔之情形較全體國人為高有關，但仍需進一步研究確認。另衛福部國民健康署（下稱國健署）雖依據公共衛生三段五級防治概念，在初段預防方面推動健康促進，控制「吸菸」、「身體活動不足」、「不健康飲食」、「有害飲酒」等危險因子，然於提升原住民族或國人健康識能，改善並建立健康生活型態，卻未見明顯成效。又國健署為預防或減緩前述慢性疾病之發生及惡化，推動成人預防保健及篩檢，期使原住民族及全體國民能自主健康管理相關危險因子，並早期診斷及介入治療，惟目前山地鄉交通相對不便，若無交通費之補助，或社區長照據點之交通車司機協助定期接受檢查與追蹤，長期遵從醫囑定期就醫及檢查有相當難度，即使已確診，亦未必能適時接受適當

之治療。

(二)107年原住民族因癌症死亡人數為978人，占所有死因死亡人數的22.73%。十大主要癌症死因依粗死亡率排序，依序為：(1) 氣管、支氣管和肺癌、(2) 肝和肝內膽管癌、(3) 結腸、直腸和肛門癌、(4) 口腔癌、(4) 胃癌、(6) 前列腺（攝護腺）癌、(7) 女性乳癌、(8) 食道癌 (9) 胰臟癌、(10) 鼻咽癌：

1、原住民族好發癌症之發生年齡，較非原住民族年輕，尤以大腸癌、肝癌、胃癌等消化系癌為明顯，差距達6歲，據衛福部分析可能原因如下：

- (1) 大腸癌有許多危險因子，多與生活作息有關，例如：肥胖、高脂肪食物、紅肉、低纖維飲食、抽菸及飲酒等。
- (2) 肝癌主要危險因子為B、C型肝炎與長期飲酒導致肝炎，如未治療B、C型肝炎或節酒，長期可能由肝炎變成肝硬化，甚至肝癌。原住民族B、C型肝炎病毒帶原率較高，治療率偏低及飲酒情形較高，因此其發生率較非原住民族高，死亡年齡相對較早。
- (3) 胃癌成因複雜，幽門螺旋桿菌感染是重要危險因子，此外，飲食過鹹、醃漬食物、飲食衛生、抽菸、過度飲酒，及遺傳、慢性胃部疾病等亦是胃癌危險因子。癌症登記資料顯示，山地原鄉原住民胃癌發生率較非原住民族高，死亡年齡相對較早。
- (4) 口腔癌主要危險因子為抽菸、嚼檳、喝酒等，而山地鄉口腔癌死因排名較前，可能係因山地鄉原住民菸、檳、酒行為較都會區高，因此有較高之發生率。

(三)山地鄉結核病發生率及死亡率雖呈現下降趨勢，但仍高於全國平均：

- 1、山地鄉107年結核病發生率為每十萬人口112人，高於全國平均之39人，且結核病在山地鄉之傳染力較高³，延遲診斷情形較為嚴重，可能與山地鄉民眾受限於醫療資源較為缺乏、交通不便等因素，往往在病情惡化、身體不適無法忽略時始前往就醫，就醫前可能已造成結核病傳播。
- 2、原住民結核病死亡率於104年為每十萬人口4.2人，相較於全國之2.2人，仍有改善空間，係因山地鄉結核病患者年長者占43%，同時伴隨多種共病問題，增加個案於結核病治療期間死亡之風險。

(四)綜上，原住民族可透過醫療照護避免死亡之三高相關疾病（如心臟疾病、糖尿病）、消化系癌（如大腸癌、肝癌、胃癌）之標準化死亡率高於非原住民族，然而前述疾病之管理需從健康之生活型態、及早診斷與醫療介入，以及遵從醫囑定期就醫及檢查進行防治；另國內自95年推動結核病十年減半及105年推動2035消除結核第一期計畫後，山地鄉結核病發生率由94年的每十萬人口293人，累計降幅達62%；同期間山地鄉結核病死亡率由94年（計畫推動前1年為基準值）的每十萬人口11.1人降至107年之4.1人，並自83年十大死因排序第6位，降至101至106年間排序介於第14、15名間，迄107年已排除在15大主要死因外，顯見主動發現個案及都治給藥，能改善結核病之發生及死亡。然而，三高相關疾病、

³ 依據結核病臨床變化，若個案痰塗片陽性且檢驗出結核菌細菌群或胸部X光呈現空洞，表示結核病傳染力較高。經分析106年山地原住民族鄉新通報結核病人，其痰塗片陽性且檢出結核菌群比例為43%、胸部X光開洞比例為18%，相較全國整體結核病人痰塗片陽性且檢出結核菌群比例36%、胸部X光開洞比例14%來的高，突顯山地原鄉民眾延遲診斷情形較為嚴重

結核病及消化系癌之標準化死亡率高於非原住民族，反映出原住民族獲得之健康照護資源、知能之可近性及品質，仍有待提升。衛福部與原民會允應提升原住民族之健康知能，改善生活型態，並普及疾病篩檢及落實疾病管理，提供整合性照護，改善原住民族之健康狀況。

四、衛福部及原民會為改善原鄉健康不平等，雖已投入相當資源，惟兩部會各行其是，導致重複投入相同資源，忽略在地可利用資源，致使成效有限。兩部會允應記取殷鑑，未來於規劃原住民醫療或長照服務體系時，應互相合作，在以尊重部落自主、確實釐清各原鄉地區現況及所需，並盤點、整合運用可利用在地社區資源、培育在地人才等原則下，俾能發揮最大效益，提供符合部落實際需要之醫療或長照服務。

(一)按原住民族基本法第24條規定：「(第1項)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。(第2項)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。(第3項)政府應寬列預算，補助距離最近醫療或社福機構一定距離以上之原住民就醫、緊急醫療救護及後送，長期照護等醫療或社會福利資源使用之交通費用，其補助辦法，由中央目的事業主管機關定之。」

(二)據原民會查復：衛福部為我國衛生福利中央目的事業主管機關，原民會則主要著重於前端之預防及補充不足之處，因此持續針對原住民族之健康促進以及全民健保保險費之補助等工作加強辦理，且該會

各項補助均以屬人為原則，不因居住地都市化程度而有不同。另改善原住民族健康推動之措施如下：

1、推動原住民族健康促進，塑造身心靈兼具之全人健康：推動健康部落實施計畫、傳統醫療復振計畫、推展原住民族文化健康站實施計畫、結核病完治獎金、建立原住民族人口及健康統計年報等措施。

2、經濟改善與福利服務：

(1) 保障原住民族經濟安全：提供國民年金原住民族給付、急難救助、災害救助與法律扶助、全民健康保險補助及團體意外保險等。

(2) 提升原住民族福利服務輸送效能：補助地方政府結合民間組織共同推動設置63處原住民族家庭服務中心。

(3) 加強輔導原住民族就業：透過「原JOB—原住民族人力資源網」，建立求才求職資訊平台，以及提供免付費就業專線，並設置全臺9區就業服務辦公室，提供族人優質、即時迅速、諮詢關懷等就業媒合服務，提升在地就業。

(三) 衛福部目前已整合部內各司署，訂定原鄉健康照護政策及計畫，實施重點包括「從數據找目標」、「從在地找人才」、「從文化找方法」，該重點亦應適用於原民會辦理之各項計畫。然而：

1、有關從文化找方法之具體方法，原民會透過文化健康站推動「健康部落實施計畫」，及辦理「原住民族傳統醫療知識復振計畫」，透過部落族人自發的參與健康促進及找回傳統的醫療知識，擬出具文化敏感度的健康照護模式，期待透過整體部落塑造之健康氛圍，建立部落族人自主健康管理意識，形塑在地互助共生的健康生活文化。另

為提供文化健康站長者具文化敏感度的活動，108年起原民會推動活躍老化延緩失能方案文化健康站照服員訓練，培訓近800位照服員具文化敏感度的方案課程模組訓練。然而，外界對於原住民文化之不瞭解，而對原住民族健康照護上有諸多之刻板印象，例如：原住民對疾病的感受力不太一樣，要躺在床上才算是生病，事實上原住民每年、每人平均門診次數超過全體國民平均值；又如將疾病歸因於原住民之菸、酒、檳習慣，但原民會自95年起開始推動「節制飲酒、促進健康」計畫，但迄今之效果仍有限，菸、酒、檳仍係原住民族健康主要之危險因子，恐係實施之策略疏未針對原住民族之特殊性進行設計，與原住民族之社會架構或習慣缺乏融合或連結，致推動成果難達預期成效。

- 2、在從數據找目標部分，從生命統計資料可知，整體原住民肝炎死亡率高，因此在山地鄉實施B、C型肝炎相關防治計畫，但有衛生所認為鄉內肝炎問題並不嚴重，政策須因地制宜，資源應挹注於有需要之山地鄉；又目前山地鄉結核病發生率下降，是否係因為中壯年人口移居都市，未接受檢查有關，因未有完善之原住民族健康基礎資料，且對於原住民族實際居住地區或部落，因地理位置可能造成之交通建設、醫療設施或社經地位之差距，或是生活型態之不同而造成不同之健康狀況，未能提供充分資訊，作為原因分析及政策參考，應達成之目標即難謂精確。
- 3、從在地找人才部分，無論從語言、生活習慣或親屬關係，部落族人最瞭解部落族人，因此，透過部落族人之關懷或服務，可激發其他部落族人對

健康、安全議題之重視。另目前國內對原住民之健康基礎資料未臻細致，此類資料之建立有賴於「普查」之方式，始能實際接觸部落家庭，並進而追蹤部落族人之居住與健康狀況，目前原民會為提升原住民就業率，穩定原住民家庭經濟收入，推動各項就業服務工作，已於各縣市配置「原住民就業服務員」，提供走動式、個人化的就業服務；另原住民家庭服務中心亦聘用具原住民身分者之「社工員」，以族人服務族人精神，協助瞭解家庭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，甚至可協助健康需求或異常之服務資訊提供與轉介，或建立健康照護服務非正式人力發現介面，促進在地人服務在地人健康照護供需模式建構；至於文化健康站亦配置有原住民「照服員」，提供電話問安、居家關懷及生活與照顧諮詢……等服務，原民會應整合前述計畫提供原住民醫療照護及社會服務之人力，協助瞭解家庭成員之在籍在戶情形，俾利於建立原住民健康基礎資料。

(四)原民會從95年開始推動「原住民部落長者日間關懷站計畫」，針對偏遠、福利資源相對缺乏之部落，結合在地資源提供部落長者照顧服務，104年更名為「原住民部落文化健康站」，預計109年將設置達380站，幾乎每縣市都設有文化健康站。服務對象包括：部落社區55歲以上健康、亞健康、衰弱原住民長者、輕度失能長者。服務內容則包括：

1、老人照顧服務：

(1) 簡易健康照顧服務：如陪伴服務、基本日常照顧、測量生命徵象、健康促進、文康休閒活動。

(2) 延緩老化失能活動。

(3) 營養餐飲服務（共餐或送餐）。

(4) 電話問安及居家關懷服務。

(5) 生活與照顧諮詢服務。

2、運用志工及連結、轉介服務（輔具提供、居家護理、社區居家復健、部落義診）。

3、推廣健康部落，促進健康。

(五)截至107年，原住民身心障礙之人數約23,507人，占原住民族人口之4.12%，其中以肢體礙者9,152人最多，另智能障礙者2,859人、重要器官失去功能者2,763人、多重障者2,618人、慢性精神病患者1,782人。我國已建置社會安全網及長照2.0等醫療、社會照護系統，將身心障礙者、失能者及弱勢家庭之權益納入保障範圍，並有相關機制提供服務與協助。惟現行社會福利之輸送，仍係多於政府接受民眾申請後，方被動提供評估及服務，而部分原住民恐未申請或無申請之能力，致相關之權益保障措施無法有效觸及，衛福部允應重視此一原住民身心障礙者服務輸送之相關問題。

項目	全部	男	女
總計	23,507	13,390	10,117
視覺障礙者	878	470	408
聽覺機能障礙者	1,744	935	809
平衡機能障礙者	46	20	26
聲音機能或語言機能障礙者	302	195	107
肢體障礙者	9,152	5,743	3,409
智能障礙者	2,859	1,662	1,197
重要器官失去功能者	2,763	1,392	1,371
顏面損傷者	95	58	37
植物人	108	60	48
失智症者	558	184	374
自閉症者	122	108	14

慢性精神病患者	1,782	773	1,009
多重障礙者	2,618	1,504	1,114
頑性(難治型)癲癇症者	80	43	37
因罕見疾病而致身心功能障礙者	41	22	19
其他障礙者	89	45	44
舊制轉換新制暫無法歸類者	270	176	94

資料來源：衛福部統計處

(六)截至109年2月底，原住民族人口數572,224人，65歲以上老人47,084人，占8.23%；若以長照2.0將55歲以上失能之原住民均納入保障，則55歲以上之老人約112,882人，占19.73%，人口亦呈現明顯老化情形。衛福部自100年起，即輔導及補助原住民鄉佈建長期照顧服務據點及發展社區照顧服務資源以照顧失能之個案。105年實施之長照2.0，考量原住民族文化與生活習慣等改變，維持提供原有之居家服務、居家護理、居家和社區復健、喘息服務、日間照顧、家庭托顧、老人餐飲及交通接送等服務外，更擴大納入55歲以上失能之平地原住民、建置長期照顧服務網、獎勵補助55個原住民族鄉鎮各有1個長期照顧管理中心及部落中佈建照顧管理中心分站。

(七)惟查：

- 1、山地鄉在地安養條件有結構化之障礙，其原因包括：地理環境特殊，幅員遼闊且交通不便；醫療資源可及性不足；青壯人口外移，服務需求未能滿足；原鄉長照人員羅致不易，影響服務資源及服務輸送體系之拓展與佈建等⁴。
- 2、原民鄉之長照服務應係以部落為單位，依據原住

⁴ 參考屏東縣衛生局108年10月14日本案履勘簡報資料。

民生活圈而非行政區為範圍，建構原住民族長期照顧服務網，並強調社區營造、重建社會關係的過程，外人只是陪伴者與協力者，而非主導者的角色。「長照計畫2.0」雖由原民會撰寫專章，然而，仍係由中央制訂規範，但相關規定仍一體適用，包括：以文化健康站為服務據點，服務內容依照失能程度分類，給付方式採論量計酬，提供方式由縣市政府依據政府採購法委託民間經營。

- 3、部落受限於先天之地理與交通因素限制，長照服務在地化有相當難度。有些照服員需服務2至3個村，村與村間有相當距離，交通頗花時間，交通問題仍由第一線之照服員承擔，無法納入工時計算。
- 4、國內有746個原住民部落，以文化健康站為基礎，提供部落的微型日間照護、復健等服務，然現有文化健康站卻僅有314處，109年設置將達380站，仍有許多部落未建置文化健康站。惟除原民會管轄之文化健康站外，部落中尚有政府或民間可提供長照服務支持之資源，例如衛福部管轄之社區照顧關懷據點、長照巷弄站等計畫，或部落中之社區發展協會、教會等，然部落可支持長照服務之資源並未盤點及整合。
- 5、衛福部「一鄉日照（中心）」的目標，在山地鄉難以落實，除據點用地難尋外，亦與各鄉有數個部落，因交通、**祖訓**等考量，部落長者不願離開部落參加另一村之日照中心等有關。
- 6、部落中需要使用長照服務之老人人數不少，卻必須被動等待人數有限、工作壓力龐大之照顧管理專員評估失能狀況及協助申請。
- 7、原住民族各族群由於文化、習俗差異，需要多元

且因地制宜的長照服務，才能真正讓原住民用原住民的方式照顧自己人。但照顧服務員之人力規範係以證照與學歷為依據，進用人員資格限制在專業人員，排除部落自然助人者的參與，導致計畫方案無法有效整合部落意見與資源。有心從事部落長照的族人可能礙於學歷，難以符合培訓的要求，反而成了進入長照的門檻。另照顧服務員之培訓過程，學員不需繳交學費，還能請領生活津貼，但課程一結束後，多數學員仍不願投入長照服務。

(八)綜上，衛福部及原民會為改善原鄉健康不平等，雖已投入相當資源，惟兩部會各行其是，導致重複投入相同資源，忽略在地可利用資源，致使成效有限。兩部會允應記取殷鑑，未來於規劃原住民醫療或長照服務體系時，應互相合作，在以尊重部落自主、確實釐清各原鄉地區現況及所需，並盤點、整合運用可利用在地社區資源、培育在地人才等原則下，俾能發揮最大效益，提供符合部落實際需要之醫療或長照服務。

五、原住民族於山地鄉在籍不在戶之情形約在4成以上，然原民會未能盤點掌握人口流動資料，故「山地鄉」、「平地鄉」及「都會區」原住民主要死亡原因及死亡率統計雖能描述原住民族戶籍所在不同都市化程度地區之死亡情形，惟仍無法釐清其死亡原因之重要因子，且衛福部或原民會對於以原住民族健康或公共衛生為主題甚少未能進行相關研究，以作為原因分析及政策參考。又由本次調查發現，國內對於原住民族健康之基礎資料及管理檔案有限，且相關資訊分散於各部會或衛福部相關司署，無法加以連結，不利於產製

加值應用之原住民族健康資料或建立完整之健康資料監測系統，原民會作為促進原住民健康業務主管機關，允宜應與衛福部會商解決改進。

- (一)目前原住民人口及健康照護相關統計資料分散於各部會，資料來源包括：衛福部之全民健康保險資料庫、死因統計資料庫、預防保健資料庫、癌症登記資料庫、結核病資料庫；內政部之戶籍資料庫；警政署之交通事故檔；原民會之原住民戶籍檔及勞動部之職業傷病檔等，各系統資料未必有具可串接的欄位。以原民會辦理「原住民族人口及健康統計年報」為例，係由該會向內政部取得原住民族戶籍檔、出生檔及死亡檔，再提供請衛福部科學中心進行串檔分析。而原住民族人口數係以內政部戶役政系統中戶政登記原住民族註記者為統計依據，爰為設籍之人口數非實際居住之人口數，至於實際居住人口之普查係由行政院計總處辦理，惟最近1次辦理普查為99年間，至原民會尚無其他估算方式推估原住民之流動人口數。
- (二)原民會統計之原住民族人口數，係依內政部戶政登記資料註記為「原住民身分者」進行統計，為「設籍」之人口數，而非「實際居住」之人口數；至於原住民族之死因統計資料，由原民會提供衛福部原住民族戶籍檔、死亡檔，再由衛福部進行串檔分析，因此亦係以「在籍」之原住民族人數進行統計。截至108年8月底止，原住民族人口數56萬9,677人，以都會區271,135人最多，占47.59%；山地鄉165,523人次之，占29.06%；平地鄉133,019人最少，占23.35%。依內政部發布之最新年度（107）平均餘命，原住民族為72.57歲，山地鄉原住民族70.86歲，平地鄉74.44歲，均低於全體國人。

(三)據衛福部分析105年及106年山地鄉、平地鄉及都會區之主要死亡原因、死亡率及健康問題如下：

1、主要死亡原因：

主要死因之標準化死亡率，均以山地鄉最高、平地鄉次之，都會區最低。

2、癌症主要死亡原因：

癌症主要死因之標準化死亡率，山地鄉及平地鄉皆高於都會區，惟山地鄉與平地鄉在兩年間互有高低（105年平地鄉高於山地鄉，106年反之）。

3、新生兒死亡率：

山地鄉與平地鄉皆高於都會區，惟山地鄉與平地鄉在兩年間互有高低（105年山地鄉高於平地鄉，106年反之）；在嬰兒死亡率，山地鄉及平地鄉亦皆高於都會區，且平地鄉106年死亡率較105年增加。另孕產婦死亡率此兩年皆為山地鄉1名死亡，平地鄉與都會區無死亡案例。

4、事故傷害死亡率：

山地鄉及平地鄉均高於都會區，惟山地鄉與平地鄉在兩年間互有高低（105年平地鄉高於山地鄉，106年反之）。

5、蓄意自我傷害（自殺）部分：

山地鄉之原住民族蓄意自我傷害（自殺）之死亡人數、死亡率均較高於平地鄉、都會區。

(四)據衛福部查復以：山地鄉、平地鄉及都會區原住民族之死因統計資料，均係以「在籍」之原住民族人數進行統計，因人口流動具動態性變化，如要盤點掌握目前各縣市原住民實際人數實屬不易。衛福部108年於部落健康營造中心辦理家庭健康關懷，並瞭解家庭成員籍在人在之情形，初步計算原住民族地區籍在人在之實際人數占比概估約為6成，該部

換算約有9.7萬人「籍在人不在」。復據原民會查復表示：對於原住民族人口流動之情形，該會迄今未曾發展針對「籍在人不在之實際住民人數」進行清查或估算，亦未發展估算方法等語；或表示：針對籍在人不在之實際人數，確實有掌握必要，目前尚無估算方法等語。

(五)另國內原住民族之生命統計資料，主要係由衛福部及原民會建置，然未有完整原住民族健康資料監測系統。查全國死亡概況係由衛福部統計，但因原住民的身分註記只有在戶籍檔，該部於原民會提供身分辨識資料時，始能產生原住民死亡統計。而原住民族人口及健康統計年報為原民會常態性每年出版之統計年報，但目前已係109年，最新之統計資料為104年之年報，期間落差4年多，則年報資料所能提供之衛生統計資訊恐與現況不符，況衛福部目前已能統計至107年之各項死因資料，原民會之作業期程似應精進。

(六)本案履勘期間，曾詢問相關縣市衛生局及衛生所當地原住民籍在人在之人數，但各縣市衛生局均僅能自內政部網頁擷取相關戶政資料提供各縣市或鄉鎮區之戶籍人口數，而未能提供實際居住之原住民人數。然而，屏東縣來義鄉及花蓮縣秀林鄉衛生所，已有扣除空戶及長期外出的現住人口數的統計，而屏東縣霧台鄉衛生所亦每3年進行1次普查，顯見部分山地鄉衛生所已大致能掌握該鄉原住民實際居住情形，有助於建立原住民健康基礎資料，且清查山地鄉原住民籍在人在情形，或追蹤原住民移居平地或都會區後之住所，並非絕對不可能完成之工作。

(七)另履勘期間發現部分山地鄉衛生所已自行發展及建立原住民健康管理檔案，有助於因地制宜，瞭解部

落應優先處理之健康問題，提供適切之健康管理服務：

- 1、新北市除與耕莘醫院IDS計畫合作，亦對信賢里及福山里進行家戶健康管理，另針對新婚登記原住民名冊中育齡之原住民婦女進行生育健康指導及諮詢服務，並建立健康管理檔案。
- 2、桃源區衛生所：自90年開始逐年建立死因登記檔，99年與高醫合作建立肝篩檢檔，107年再與高醫合作健康福祉示範場域計畫建立家戶健康檔。

(八)目前原民會對不同都市化程度原住民族之生命統計，均係以戶籍地作為分類，此統計方式對於原住民實際居住地區之生活型態、醫療資源、居住環境安全及衛生、社經情形等對醫療、健康可能影響之評估，即有欠精確，例如：

- 1、青壯年原住民族移居都會區之情形日益增加，而原住民之嬰兒、新生兒通常由父母照護，原住民嬰兒死亡率及新生兒死亡率高於全體國民，是否表示死亡地點是在都會區而非山地鄉？要降低嬰兒、新生兒在都會區或山地鄉之死亡率，採行之策略是否不同？
- 2、原住民族事故死亡之情形較多，都會區可能與職業災害有關，亦可能與離開原鄉之壓力及酗酒有關，山地鄉則可能與地勢陡峭及交通事故相關，然移居都會區但戶籍仍在山地鄉之原住民死亡，死亡人數或死亡率會歸類於山地鄉，則無法採取因地制宜之防制措施。
- 3、原住民族C型肝炎發生情形高於全體國民，流行病學研究認為與靜脈注射藥癮有關，然某地區民眾C型肝炎發生率高，在陸續出現多名居民感染後，才發現是當地密醫重複使用針頭造成，因此

若無實際居住地點之資料，難以分析居住空間對原住民族健康之影響。

- 4、山地鄉近年來之結核病發生率及死亡率呈現明顯下降趨勢，似與疾管署採行之各項防治策略有關，然而，是否亦與青壯年移居都會，其等在都會區未接受相關檢查，而山地鄉衛生所又無法與其等聯繫，因而接受篩檢之人數減少有關？
- 5、山地鄉、平地鄉或都會區之原住民之癌症主要死因，多與消化系統有關，多數研究建議需改善生活型態，惟山地鄉、平地鄉或都會區之生活型態本不相同，各應如何改善，應有更細致之研究基礎。
- 6、山地鄉原住民之主要死因及癌症主要死因均高於都會區原住民，但戶籍在山地鄉卻移居都會區之原住民，可獲得較山地鄉更具可近性之醫療照護？似無實證資料可資證明。另亦可能係移居都會區之原住民，雖多數時間在都會區生活，一旦發生重病，則返回山地鄉休養，不幸死亡則計算入山地鄉之死亡率，相關生命統計未能確實而精確反映原住民實際居住及生活之環境對其健康之影響。

(九)綜上，原住民族於山地鄉在籍不在戶之情形約在4成以上，然原民會未能盤點掌握人口流動資料，故「山地鄉」、「平地鄉」及「都會區」原住民主要死亡原因及死亡率統計雖能描述原住民族戶籍所在不同都市化程度地區之死亡情形，惟仍無法釐清其死亡原因之重要因子，且衛福部或原民會對於以原住民族健康或公共衛生為主題甚少未能進行相關研究，以作為原因分析及政策參考。又由本次調查發現，國內對於原住民族健康之基礎資料及管理檔

案有限，且相關資訊分散於各部會或衛福部相關司署，無法加以連結，不利於產製加值應用之原住民族健康資料或建立完整之健康資料監測系統，原民會作為促進原住民健康業務主管機關，允宜應與衛福部會商解決改進。

貳、處理辦法：

- 一、調查意見，函行政院檢討改進或督促所屬確實檢討改進見復。
- 二、檢附派查函及相關附件，送請內政及群族委員會處理。

調查委員：章仁香、尹祚芊