

本報告僅供委員參考

原住民族健康照護之法制研究

法制局 李雅村 撰

中華民國 114 年 5 月

原住民族健康照護之法制研究

目 次

摘 要

壹、前言.....	1
貳、國際公約及各國健康權相關制度簡介	1
一、國際公約有關原住民族健康權規定	1
二、英國《衛生和社會照護法》	2
三、德國《健康制度安全數位通訊與應用法》	4
四、澳洲消弭健康落差計畫	5
參、原住民族健康統計及原住民族健康法	6
一、我國原住民族人口及健康統計	6
二、我國與世界原住民健康狀況及健康統計	7
三、近年原住民族相關健康改善策略行動計畫	9
四、原住民族健康法	10
肆、問題研析與建議	10
一、建議明文授權主管機關訂定原住民族健康資料庫建置、使用 、管理及監督辦法，以符法律保留原則	11
二、協助原住民族傳統醫療知識資料庫建立，保存原住民族傳統 醫療保健知識	12
三、納入偏鄉與原住民族鄉鎮長期照顧功能，營造在地老化環境	14
四、充實偏鄉及原住民地區醫師人力，強化空中轉診中心緊急後 送機制	15
五、照服人力培訓納入文化安全照顧元素	16

伍、結論.....	19
參考文獻.....	20
附錄：「新住民基本法培力相關之法制研究」專題研究報告（初稿） 座談會紀錄及參採情形	21

摘 要

健康是基本人權，惟健康不平等仍普遍存在於世界各國，我國亦不例外。依內政部統計，2023年¹原住民族平均餘命較全國少7歲；「健康平等」仍是許多原住民難以企盼的「健康權」。保障原住民族健康權利，已是世界及我國重要照護政策與目標。重視原住民族健康權，包括消除醫療照護的不平等、縮短原住民族與其他國民之間的健康條件差距、完善在地醫療照護、培養在地醫療人力、改善健康不平等，是政府當前的重要主張。爰本報告提出相關問題研析及建議，俾供本院委員問政及修法之參考。

¹ 本報告有關年分之使用，因部分內容涉及外國法制介紹，為利閱讀與比較，統一以西元紀年表述。

原住民族健康照護之法制研究

壹、前言

各國原住民族無論在社會地位、經濟條件、健康醫療、教育程度、職業位階及居住環境等面向，均仍處於明顯弱勢。若從公共衛生最重要的兩個健康指標—平均餘命及嬰兒死亡率來看，因結構性的限制，導致原住民與非原住民相比，均產生相當大的落差²。為改善原鄉健康不平等，衛生福利部自 2018 年推動「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」³，精進原鄉醫療照護模式，至 2023 年原住民族平均餘命較全國差距已縮短為 7 歲，並於 2023 年推動《原住民族健康法》立法，使原住民族健康權的實踐，從「計畫層次」提升為「法律位階」。

原住民族健康根本大法之《原住民族健康法》於 2023 年 5 月 6 日經立法院第 10 屆第 7 會期第 13 次會議三讀通過，明定中央主管機關應指定專責單位辦理原住民族健康事務，寬列預算辦理原住民族健康相關調查及研究結果之健康事務。爰本報告提出相關問題研析及建議，俾供本院委員問政及修法之參考。

貳、國際公約及各國健康權相關制度簡介

一、國際公約有關原住民族健康權規定

健康是基本人權，世界衛生組織憲章開宗明義即指出：「不分種族、宗教、政治信仰、經濟或社會條件，享受最高可能水準的健康，是每一個人的基本權利。」⁴。《世界人權宣言》第 25 條更具體揭示：「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、

² 陳美霞，〈世界及臺灣原住民族健康問題〉，《歷史及政治經濟學的視野臺灣社會研究》，第 97 期，2014 年 12 月，頁 213-218。

³ 原鄉健康不平等改善策略行動計畫，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DONAHC/lp-3949-104.html>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 12 日。

⁴ WHO 簡介，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/00IC/cp-7151-61301-119.html>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 24 日。

疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。」⁵。聯合國國際勞工組織第169號關於原住民族及部落族群公約（Convention concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries (ILO No.169)）亦指出⁶，原住民族或部落族群有權參與並決定其社會、經濟、文化之發展，而在有關原住民族及部落族群之參與下，其生活之工作條件及健康水平等應為優先改善之事項，國家應保證其在獲得醫療衛生服務時不受歧視，並確保其就業之環境條件不得危害其健康，特別像是暴露在有毒物質之環境中工作等情形；各國政府應保證原住民族能享有良好的醫療衛生服務，或向他們提供資金，使他們能夠設計並提供由其自己負責並管理的此種服務，從而使原住民族的成員得以獲得所能達到的最高標準的身心健康。

二、英國《衛生和社會照護法》

英國國家審計處的調查顯示，比起上個世紀，英國人的平均壽命，男性提高7%，平均壽命77.9歲，女性則是提高14%，平均壽命82歲。不過在英格蘭70個貧窮原住民地區，不論男女，平均壽命都比其他地區縮短將近兩年。調查顯示經濟弱勢民眾，除了對健康方面的投資不如手頭寬裕的富人。他們通常還有抽菸過量、酗酒跟吸食毒品等問題。因此英國審計處建議，要改善貧富不均造成的健康不平等，就得從這方面著手⁷。1976年，英國學者 Richard G. Wilkinson 在雜誌New Society中有一篇文章名為Dear David Ennals，提及原住民族死亡率的差異存在於不同社會階級間。因此衍伸出4年後著名的Black Report，英國的健康不平等工作小組在1980年發表之Black

⁵ 《世界人權宣言》第 25 條，網址：<https://www.humanrights.com.tw/course/lesson/articles-19-25/read-article-25.html>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 24 日。

⁶ Convention concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries，網址：<http://hrlibrary.umn.edu/instree/rlcitp.htm>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 12 日。

⁷ 健康資源不如人 英國弱勢者均壽短 2 年，網址：<https://news.pts.org.tw/article/152897>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 24 日。

Report，往後仍受到世界各國之重視，並讓許多國家開始正視健康不平等之議題。Black Report中分析英國之死亡率變化趨勢，發現疾病和死亡率間的不平等，仍然存在於不同的社會階級中，即便在1948年實施公醫制度（National Health Service），但不平等之情形並未減少而是擴大，原因並非是醫療制度之失敗，而是來自於：收入、教育、居住、飲食、就業和工作條件等因素，因此建議政府應該有更廣泛的社會政策來改善健康不平等之問題⁸。

英國為改善健康不平等，因應國家健康服務（National Health Service, NHS）的改革，2012年3月27日通過《衛生和社會照護法》（The Health and Social Care Act 2012）⁹。依該法第9部分第2章，規範成立英國衛生與社會照護資訊中心（The Health and Social Care Information Centre, HSCIC）作為政府醫療資訊公開、整合與管理單位。HSCIC其職責除了蒐集、分析和傳播國家資料暨統計資訊以外，同時亦進行國家各層級的醫療資訊基礎設施的整合，作為醫療資訊數據公開的門戶。其中HSCIC對於敏感性資料之應用，設立數據諮詢小組（Advisory Group for Data, AGD）¹⁰。當HSCIC面臨敏感性資料或可識別個人資料之應用（包括是為了研究目的，和為了促進病人的醫療照護所需之應用）時，即交由數據諮詢小組會議來討論，以確保揭露該項資訊的風險降到最低。HSCIC 在符合普通法保密義務（The Common Law Duty of Confidentiality, CLDC）的規範下，可向英國醫療照護機構請求提供病患之一般及機敏資料¹¹。HSCIC 職掌包含¹²「收集、分析和呈現國家健康和社會保健數據」、「建

⁸ 劉晏孜，《社經發展與死亡：以彰化縣、南投縣、雲林縣為例》，國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生碩士學位學程碩士論文，未出版，頁13。

⁹ Health and Social Care Act 2012，網址：<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>，最後瀏覽日期：2025年2月13日。

¹⁰ Advisory Group for Data (AGD)，網址：<https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/corporate-information-and-documents/advisory-group-for-data>，最後瀏覽日期：2025年2月13日。

¹¹ Health and Social Care Act 2012, Sec. 259.

¹² Health and Social Care Information Centre-About us，網址：<https://www.gov.uk/gove>

立與管理國民健康與社會照護資訊系統」、「制定頒布資料蒐集和處理的建議和指引」、「制定資料收集和報告領域的標準和指南」、「協助評量並公布健康與照護服務機構之品質」、「發布關於如何保護病患個人機密資訊的規則」。

三、德國《健康制度安全數位通訊與應用法》

普魯士 (Prussia)¹³被認為是德國德意志聯邦共和國的直系祖先。以普魯士王國為例，從1852年起陸續頒布有關醫療助手 (Heildiener)、助產士 (Hebamme) 與護士等國家考試或專業認證的規定來協助普魯士民族¹⁴。然德國目前主要為移入人口國家，2015年難民危機以來，德國接收了240萬尋求庇護者。如今，德國有42%的15歲以下人口不是在外國出生，就是至少有一位外國出生的家長¹⁵。因此，目前德國並無特別區分對移民進入人口或原住民健康之法制。德國聯邦議會於2015年12月3日通過《健康制度安全數位通訊與應用法》(簡稱數位健康法) (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, e-Health-Gesetz¹⁶)。該法係以患者的權益和隱私為中心而制定，其中安全的數位基礎設施將改善健康照護、加強病患的自我決定權，並依法定之資訊技術基礎設施的時間表引進相關技術與設施，在醫療診所和醫院之間全面進行電信基礎設施的連結，該法重點摘錄如下¹⁷：

rnment/organisations/health-and-social-care-information-centre/about，最後瀏覽日期：2025年2月13日。

¹³ 普魯士，作為一個地區的名稱，其實並不在現今的德國境內，而是在更東邊的波羅的海 (Baltic Sea) 沿岸。13世紀時，波羅的海沿岸地區居住著多個部落。

¹⁴ 疾病保險體系對醫師與醫病關係的影響：德國的戰前經驗，網址：https://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read_7.htm，最後瀏覽日期：2025年3月24日。

¹⁵ 德國年輕人42%有移民背景，網址：<https://www.cw.com.tw/article/5133598>，最後瀏覽日期：2025年3月24日。

¹⁶ Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen，網址：<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/e-health-gesetz.html>，最後瀏覽日期：2025年2月13日。

¹⁷ 洪政緯，德國2015年12月3日通過數位健康法(e-Health Gesetz)，2015年12月，網址：

- (一)最新一代的主資料管理將提供醫生最新資料和防止醫療給付濫用。
- (二)醫療用緊急資料應從 2018 年開始依被保險人意願在數位健康卡上儲存，以避免危險藥物的交互作用。
- (三)數位健康法將促進電子病歷的推動。病患可以對其主治者告知其最重要的健康資料，並以數位資料形式儲存使用。另外，病患的權益和自主決定是該法重點，患者不僅可自行決定何種醫療資料應以卡片儲存，並可決定誰有權查閱。病患亦得提取卡片中儲存之資料。如血糖測量值、從可穿戴裝置或隨身手圈所量測的資料。
- (四)為提倡遠距醫療，從 2017 年 4 月開始遠距 X 光診斷評估和從 2017 年 7 月起，線上視訊諮詢時段納入醫療合約給付中。使病患更易獲取醫療訊息，同時在預後諮詢和監控諮詢中亦能得到醫療服務。
- (五)為進入遠端醫療時代，必須確保各種資訊科技系統可以進行溝通，故須在 2017 年 6 月 30 日前提出互通性指引，使衛生部門不同的資訊科技系統所採用的標準簡明化。
- (六)智慧手機和其他行動裝置使用健康 APP 已漸普及，到 2016 年底應確認，被保險人是否可以使用相關設備來行使他們的醫療資料存取權限以及資料是否能夠相互連結進行傳輸。

四、澳洲消弭健康落差計畫

2006年時澳洲開始籌組一個名為「消弭落差」(Closing the Gap)委員會¹⁸，透過消弭健康不平等政策主要以縮短原住民族群之平均餘命、兒童的死亡率、教育及就業的差距為目標。「縮小差距」是指減

<https://stli.iii.org.tw/article-detail.aspx?no=64&tp=1&i=40&d=7105>，最後瀏覽日期：2025 年 2 月 13 日。

¹⁸ Closing the Gap，網址：<https://www.closingthegap.gov.au/>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 24 日。

少澳洲原住民和托雷斯海峽島民與非原住民之間的不平等差距。根據《國家原住民改革協議》¹⁹，其中2項針對健康的具體目標是在2031年前縮小原住民和托雷斯海峽島民的預期壽命差距以及10年內將澳洲原住民和托雷斯海峽島民5歲以下兒童的死亡率差距縮小一半。2009年澳洲政府開始進行消弭落差的相關計畫²⁰，計畫項目涵蓋社會經濟、文化習俗、健康促進及教育等面向的行動方案。以2020年澳洲健康不平等政策為例，其所推動的計畫涵蓋了兒童死亡率、早期幼兒的接受教育率、就學率、識字率、12歲孩童就學率、就業率及平均餘命等7大目標，除平均餘命為健康結果指標，其他的6項目標均為社會決定因子。此外，澳洲政府每年會追蹤計畫的執行狀況和出版成果報告²¹，亦會根據成果報告再調整及強化次年的工作計畫項目。報告顯示澳洲於2007年至2012年間縮短其國民與原住民的男、女平均餘命差距各達到1.1歲和0.64歲；2015至2017年已經縮短其國民與原住民的男、女平均餘命差距各達到2歲和1.7歲，而且2018年原住民的年齡標準化死亡率已比2006年降低10%。

參、原住民族健康統計及原住民族健康法

一、我國原住民族人口及健康統計

截至2024年底，我國原住民族人口數為61萬1,674人，男性29萬5,443人，女性31萬6,231人，整體原住民族人口數約佔全國總人口數2.6%；目前核定為原住民族傳統居住，並具有原住民族歷史淵源及文化特色之原住民族地區具體範圍，包括55個鄉(鎮、市、區)，計有30個山地鄉及25個平地鄉。2022年原住民族死亡人數5,017人，

¹⁹ Queensland Government policy mandate，網址：<https://www.health.qld.gov.au/public-health/groups/atsihealth/closing-the-gap>，最後瀏覽日期：2025年3月24日。

²⁰ Close the Gap Statement of Intent，網址：<https://humanrights.gov.au/our-work/close-gap-indigenous-health-equality-summit-statement-intent>，最後瀏覽日期：2025年3月24日。

²¹ 國家衛生研究院，《縮短臺灣健康不平等之政策研議》，2013年5月，頁29。

男性2,874人，女性2,143人，性別比為1.34，較2021年，總死亡人數增加694人，男性增加392人，女性增加302人。全體死亡率為每10萬人口861.7人，標準化死亡率為每十萬人口759.8人，較全國每10萬人口443.9人高出315.9人。2022年原住民族10大主要死因以死亡率（死亡人數）排序為：「惡性腫瘤」每10萬人口177.8人（1,035人）；「心臟疾病（高血壓性疾病除外）」每10萬人口100.5人（585人）；「慢性肝病及肝硬化」每10萬人口62.0人（361人）；「嚴重特殊傳染性肺炎（COVID19）」每10萬人口61.1人（356人）；「腦血管疾病」每10萬人口60.1人（350人）；「糖尿病」每10萬人口49.6人（289人）；「肺炎」每10萬人口48.9人（285人）；「事故傷害」每10萬人口46.0人（268人）；「高血壓性疾病」每10萬人口37.4人（218人）；「慢性下呼吸道疾病」每10萬人口29.7人（173人）²²。

二、我國與世界原住民健康狀況及健康統計

衛生福利部國民健康署與曾任世界衛生組織「社會決定因素與健康委員會」主席之英國倫敦大學健康公平學院（University College London, Institute of Health Equity）院長 Sir Marmot 教授及其團隊展開合作，於2016年5月出版「臺灣健康不平等報告」，結果顯示國人健康狀況已逐步改善，且在與英國比較上，臺灣很多方面呈現的健康落差比英國小，例如：最優勢和最弱勢族群間的平均餘命差異。依 Marmot 教授之歸類，臺灣在縮小健康不平等之表現已相當不錯。「臺灣健康不平等報告」將所有鄉鎮市區依社會經濟條件由高至低分為5組進行比較，其結果發現，我國男、女性平均餘命在社會經濟條件最高與最低地區之落差各為6.4年和3.5年。若將平均餘命依高低分成十等分，平均餘命較高地區多集中於六都，山地鄉除少數例外，幾乎均落於平均餘命最低之一組。因山地鄉居民以原住民族為

²² 國家衛生研究院，《111年原住民族人口及健康統計年報》，2024年11月，頁1-2。

主，故進一步分析發現，原住民族的零歲平均餘命，從 2006 年(68.5 歲)至 2015 年(71.9 歲)增加 3.4 歲，增幅高於全國民眾零歲平均餘命；但 2015 年原住民族零歲平均餘命仍較全國民眾零歲平均餘命(80.2 歲)低 8.3 歲。在新生兒及嬰兒健康上，2012 年至 2016 年全國新生兒死亡率介於 2.2‰至 2.5‰，原鄉離島地區則介於 3.2‰至 3.9‰；全國嬰兒死亡率介於 3.6‰至 4.1‰，原鄉離島地區則介於 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。在 10 大死因上，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於全國高；慢性肝病及肝硬化、事故傷害之標準化死亡率則相對明顯高於全國。在 10 大癌症死亡率上，原住民族口腔癌、胃癌及前列腺(攝護腺)之標準化死亡率明顯高於非原住民族，且原住民族好發的癌症，其發生年齡比非原住民族早，以大腸癌、肝癌、胃癌等消化系癌為明顯²³。

再根據「2023 年全體原住民簡易生命表」(如表 1)，65 歲原住民的平均餘命，女性為 18.12 歲、男性為 14.46 歲，全體原住民零歲之平均餘命為 73.25 歲，較 2023 年全國平均之 80.26 歲，少 7 歲²⁴。2021 年至 2023 年近 3 年平均則少 6.8 歲。中央研究院曾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(如表 2)，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。在澳洲(2017 年)，全體國民零歲平均餘命之差距別為 7.8 歲，在紐西蘭(2015 年)為 6.8 歲。對照澳洲與紐西蘭與當時 2019 年我國全體國民零歲平均餘命之差距別為 6.78 歲。

²³ 衛生福利部，「我國解決健康不平等、原鄉醫療資源之現況與展望」專題報告，2018 年 5 月 30 日，頁 3-4。

²⁴ 全體原住民簡易生命表，網址：<https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=3188>，最後瀏覽日期：2025 年 2 月 18 日。

表 1：原住民族與全國人民零歲之平均餘命簡表 單位：歲

項目	2021 年	2022 年	2023 年
全體原住民零歲之平均餘命(A)	73.92	73.65	73.25
全國人民零歲之平均餘命(B)	80.86	79.84	80.23
原住民與全國零歲之平均餘命差異數(A)-(B)	-6.94	-6.2	-7

資料來源：內政部全國簡易生命表及全體原住民生命表

表2：原住民與全體國民平均餘命差距之國際比較表

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

三、近年原住民族相關健康改善策略行動計畫

衛生福利部近年提出「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」，其中第一大目標「建構健康的部落」，包含「公費生培育計畫」、「部落健康營造計畫」、「偏鄉離島醫療資源提升計畫」及「原鄉論人計酬試辦計畫」等4項行動計畫；第二大目標「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」；第三大目標「培養健康的個人」，包含「菸酒檳榔防制試辦計畫」、「原鄉事故傷害防制試辦計畫」、「原鄉三高防治試辦計畫」、「原鄉消化系癌症防治試辦計畫」及「山地原鄉結核病主動發現計畫」等5項行動計畫。

四、原住民族健康法

《原住民族健康法》於2023年5月26日經立法院第10屆第7會期第13次會議三讀通過。該法明定中央主管機關應寬列預算並指定專責單位辦理原住民族健康事務、定期調查與研究原住民族健康狀況及需求、建置原住民族健康資料庫、培育原住民族健康照護人員、研究與推廣原住民族傳統醫療保健知識。該法制定後有助於推動符合原住民族意願及自主發展之健康照護政策，加速改善原住民族健康不平等之情形。

肆、問題研析與建議

一、建議明文授權主管機關訂定原住民族健康資料庫建置、使用、管理及監督辦法，以符法律保留原則

過往在全國性統計資料中，只占全國人口 2.5%的原住民族往往被稀釋，自然無法在數據中被「看見」原住民族健康的狀況與需求，也就難以針對其特殊健康議題作系統性分析²⁵，爰《原住民族健康法》第 6 條²⁶規定，中央主管機關應依原住民族特殊之健康問題，就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求。中央主管機關並得指定或委託機關（構）、法人或學校，辦理原住民族健康狀況及健康需求之調查、研究。

且因原住民人口及健康照護相關統計資料分布於各部會，而各系統資料未必具可串接之欄位，亟需全面盤點及整合，爰於《原住民族健康法》第 7 條²⁷第 1 項規定中央主管機關應整合建置原住民族健康

²⁵ 賴品瑀，〈落實健康平權推動原住民族健康法〉，《衛生福利部季刊》，第 38 期，2023 年 9 月，頁 24。

²⁶ 《原住民族健康法》第 6 條：「中央主管機關應依原住民族特殊之健康問題，就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求（第 1 項）。中央主管機關得指定或委託機關（構）、法人或學校，辦理前項原住民族健康狀況及健康需求之調查、研究（第 2 項）」。

²⁷ 《原住民族健康法》第 7 條：「中央主管機關應建置原住民族健康資料庫（第 1 項）。中央主管

相關之資料庫，以了解原住民族健康資訊及狀況，藉以制定適合之政策。前述資料來源包括「原住民族委員會之原住民戶籍檔」、「衛生福利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、癌症登記資料庫及結核病資料庫」、「內政部之戶籍資料庫」、「內政部警政署之交通事故檔」及「勞動部之職業傷病檔」等。至於有關建置資料庫所需資料之提供、保存及利用，涉及個人資料保護法、檔案法、政府資訊公開法等相關法規規範，爰參考《全民健康保險法》第 79 條²⁸規定，於同條第 2 項及第 3 項明定之。

惟《全民健康保險法》第 79 條規定，業經憲法法庭 111 年憲判字第 13 號判決認為違反憲法第 22 條保障人民資訊隱私權之意旨，其理由略以：「……健保署就所蒐集資料包括個人健保資料應如何為保存、利用，其應遵循之法定要件與正當程序，暨應如何避免該等資訊不受濫用與不當洩漏之適當防護機制等重要事項，系爭規定二僅規範應依個資法規定為之，而個資法係框架性規範，並非關於個人健保資料蒐集用之專法，其規定不及於對外傳輸、處理或利用個人健保資料相關法定組織上與程序上要求之重要事項。綜上，由系爭規定二及其他相關法律規定整體觀察，關於涉及個人資訊隱私權限制，應受法律保留原則拘束之健保署就個人健保資料之對外傳輸或提供利用相關行為，其所應遵循之法定要件與正當程序，包括上開資料以資料庫儲存、處理、對外傳輸及對外提供利用之主體、目的、要件、範圍及方式，暨相關組織上及程序上之監督防護機制等重要事項，均未見相關

機關為建置前項資料庫所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕（第 2 項）。中央主管機關依前項規定取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料之保存、利用等事項，應依各該相關法規規定為之（第 3 項）」。

²⁸ 《全民健康保險法》第 79 條：「保險人為辦理本保險業務所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕（第 1 項）。保險人依前項規定所取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料之保存、利用等事項，應依個人資料保護法之規定為之（第 2 項）」。

法律有所規定，而充其量僅有若干非法律位階、尚不完足之衛福部與健保署自訂之行政規則規定，即均仍欠缺法律位階之明確規定，於此範圍內，不符憲法第 23 條法律保留原則之要求，違反憲法第 22 條保障人民資訊隱私權之意旨。……」。

因此，《原住民族健康法》第 7 條僅規定中央主管機關建置原住民族健康資料庫所取得資料之保存、利用等事項，應依各該相關法規規定為之，而未就該資料之儲存、處理、對外傳輸及對外提供利用之主體、目的、要件、範圍及方式，暨相關組織上及程序上之監督防護機制等重要事項，以法律或法律明確授權之命令予以規範，是否符合憲法法庭 111 年憲判字第 13 號判決之意旨，似有待斟酌。故建議於《原住民族健康法》第 7 條明文授權主管機關訂定原住民族健康資料庫建置、使用管理及監督辦法，以符法律保留原則。

二、協助原住民族傳統醫療知識資料庫建立，保存原住民族傳統醫療保健知識

《聯合國原住民族權利宣言》第 24 條第 1 項規定：「原住民族有使用其傳統醫藥及維持其醫療方法的權利，包括保存其重要的藥用植物、動物及礦物。原住民個人有不受歧視地享有一切社會及醫療服務的權利。」及第 31 條第 1 項規定：「原住民族有權維持、控制、保護及發展其文化資產、傳統知識、傳統文化表現，及其科學、技術與文化呈現，包括人類與基因資源、種子、醫藥、動植物群特性知識、口述傳統、文學、設計、體育及傳統競技與視覺及表演藝術；亦有權維持、控制、保護及發展對其文化資產、傳統知識與傳統文化表現之知識財產。」²⁹。

因此，《原住民族基本法》第 24 條第 2 項規定：「政府應尊重原

²⁹ 原住民族委員會，《聯合國原住民族權利宣言中英文版》，2007 年 11 月，頁 22、24。

住民族傳統醫藥和保健方法，並進行研究與推廣。」。惟因西方醫療進入，取代原住民族傳統醫療，原住民族傳統醫療、健康文化知識傳承不易。目前在記錄、研究、開發傳統醫藥知識和醫療技能上遇到的困難包括「原住民族耆老及語言的流失：原住民族的知識傳承以口述為主，母語的消失，加速許多藥用植物失傳」、「醫學專業與衛生主管機關的不認可：西方醫學向來視原住民族傳統醫療為落後、不科學，甚至視為怪力亂神，這不只阻礙傳統醫學的發展，也不利於二者的整合」、「原住民族缺乏必要的研究機構，合格技能的專家和技術人員人數嚴重不足」等³⁰。亦即，導致原住民族在藥物近用上保障不足之原因可能為原住民族文化上可接受傳統藥物之發展嚴重受限，而此限制不僅是因為資金短缺之因素，更因為欲採取民族藥理學之方式發現、發明藥物時，往往會受到傳統西方醫學與藥學之挑戰，以及政府對於非傳統西方藥用植物知識之忽視。即便就有適當治療藥物之一般疾病（如糖尿病、心血管疾病與精神疾病），原住民族也往往因距離、財務因素、文化隔閡或語言能力，而無法即時或適當地取得這些藥物³¹。

而在臺灣原住民族藥用植物的研究上，以山田金治於 1938 年所發表之「高砂族調查書第六編-藥用草根木皮」（其譯本為「臺灣先住民之藥用植物」）較具規模，其中涵蓋 300 多種藥用植物；另外於 2000 年行政院衛生署中醫藥委員會以山田金治之文獻為基礎，加上現代醫藥文獻，出版「臺灣原住民族藥用植物彙編」，亦可供參考。但由於原住民族使用傳統醫療植物及傳統性食材屬於少數民族使用之材料，缺乏使用之歷史紀錄與資料，且相關化學成分與藥理活性驗證及

³⁰ 立法院公報，第 110 卷，第 2 期，委員會紀錄，頁 11。

³¹ 吳全峰，〈淺談原住民族之健康人權保障〉，《研之得法——中央研究院法律學研究所成立十週年文集》，第 97 期，2014 年 12 月，頁 550。

其使用安全性研究甚少³²，亦為原住民族藥用植物近用上所面臨困境。

然審酌原住民族為適應臺灣特有之生活環境，發展出符合其生存之傳統醫療方式，包含治病儀式、草藥知識等，具有其一定的價值。考量我國原住民族擁有豐富的傳統醫藥植物知識，而保護傳統原住民族知識為全世界重要議題之一。爰此，建議主管機關研議原住民族傳統醫療知識資料庫之建立，以協助原住民族保存原住民族傳統醫療保健知識。

三、納入偏鄉與原住民族鄉鎮長期照顧功能，營造在地老化環境

《聯合國原住民族權利宣言》第 21 條第 2 項規定：「國家應採取有效措施，適當時以特別措施，確保原住民族的經濟及社會條件的持續改善，並應特別關注原住民老人、婦女、青年、兒童及身心障礙者的權利及特殊需要。」³³。

惟改善原住民族長期照顧服務在執行上的困境包括「交通不便形成地理的障礙」、「醫療資源缺乏設備不足」、「社會福利服務資源缺乏」、「醫事及照護人力不足或流動率太高」、「家庭照顧者知識或技能不足」、「經濟的障礙」及「文化語言的障礙」³⁴。亦即，原住民族長期照顧服務的問題與挑戰包括「交通接送服務不易：偏遠地區費用高，交通接送服務補助原則以里程計算、以趟數補助，對於偏遠地區使用者，因為距離因素補助費用相對較少，因此部落民眾較無意願使用」、「餐飲服務推展不易：原鄉幅員廣大，且受託單位為維持餐飲品質及控管，僅設置一個中央廚房，以至於偏遠地區送餐服務較為困難」、「服務據點土地取得不易：若要設立長照服務中心，常受限相關

³² 衛生福利部國家中醫藥研究所，《原住民族傳統醫療知識與藥用植物研究》，2020 年 2 月，頁 10-11。

³³ 《聯合國原住民族權利宣言中英文版》，同註 29，頁 21。

³⁴ 衛生福利部，《長期照顧 10 年計畫 2.0 (106-115 年)》，2016 年 12 月，頁 128-132。

法規之規範，使許多有意願在原鄉發展長照服務之單位卻步」、「服務種類及次數較少：大多原鄉地區長照服務資源少且發展緩慢，所以能提供之長照服務種類及次數過少，無法滿足民眾實際需求」等³⁵。

主管機關考量發展原住民族地區之在地長照服務，較能貼近原住民族失能者在地終老之需求，為建構原住民族部落整合型照顧服務輸送體系，強化部落照顧功能並營造在地老化環境，採取相關措施包括「為鼓勵照顧服務人力投入原住民族地區，針對服務原住民族地區之居家照顧服務員補助交通費，並研議額外原住民族地區工作加給或津貼，強化投入之意願」、「對於現行照顧服務單一補助標準之現況，分析居家服務營運合理成本，規劃依不同區域、時段或對象加權計算之可行方式，給予差別給付」等³⁶。

另有論者認³⁷，《長期照顧服務法》第14條第1項規定：「中央主管機關應定期辦理長照有關資源及需要之調查，並考慮多元文化特色，與離島偏鄉地區特殊處境，據以訂定長照服務發展計畫及採取必要之獎助措施。」，認條文僅規範「離島偏鄉地區」，尚未明確涵蓋原住民族鄉鎮，似有未妥。因此，《長期照顧服務法》第14條第1項未來修正時，允宜明文納入原住民族鄉鎮，俾利中央主管機關辦理長照有關資源及需要之調查時，得考量原住民族鄉鎮特殊處境，據以訂定長照服務發展計畫及採取必要之獎助措施。

四、充實偏鄉及原住民族地區醫師人力，強化空中轉診中心緊急後送機制

世界衛生組織（WHO）2005年於「曼谷健康促進宣言」中特別呼

³⁵ Kui Kasirisir 許俊才，〈原鄉在地長期照顧服務人力之現況與困境：一個原鄉在地參與者的看見與體會〉，《社區發展季刊》，第169期，2020年3月，頁212。

³⁶ 衛生福利部，「原住民族長期照顧服務」專案報告，2016年11月3日，頁6。

³⁷ 立法院公報，第111卷，第20期，委員會紀錄，頁275。

籲，各國在推動健康促進過程中，必須重視追求健康的平等性，於城鄉、貧富、弱勢族群之間，縮短健康的差距。近年來，我國原住民族的健康狀況雖已有相當程度的改善，但與一般國民相較，仍有差距³⁸。

2018 年衛生福利部完成「2025 衛生福利政策白皮書暨原住民族專章」³⁹，以醫療體系、社會福利支持體系、長照體系、健康資訊及國際參與為主要規劃面向，以期改善原住民族對於醫療資源需求之可近用性，並期以實現部落健康自決，進而發展國際合作。偏鄉及離島地區醫療可近性因交通不便、人口稀少且分散，醫事人力招募不易，導致醫療照護資源品質相對於一般地區醫療資源普遍不足。截至 2022 年 11 月，全國西醫師數已達每萬人口 22.98 人，惟仍有部分次醫療區域醫師人力低於世界衛生組織每萬人口醫師數 10 人，其中包括金門縣、新竹縣竹東、苗栗縣海線、南投縣竹山、彰化縣南彰化、雲林縣北港、花蓮縣鳳林、臺東縣大武、關山、成功等 10 個次醫療區域⁴⁰。然目前醫療設施與人力之短缺亦是原住民社區在醫療照護近用上之嚴重挑戰，如山地偏鄉醫病比高達 1 比 1508，19.8 萬人僅由 131 名醫師看診⁴¹。因此，補足偏鄉及原住民地區醫師人力缺口是提升偏鄉醫療品質的根本方法，惟短期內人力問題若仍無法克服，則建議強化空中轉診中心緊急醫療後送機制，以減少第一線醫護人員壓力。

五、照服人力培訓納入文化安全照顧元素

《原住民族健康法》第 11 條⁴²規定已將「文化安全」列入原住民

³⁸ 原住民族委員會，《107 年度推動健康部落實施計畫》，2018 年 12 月，頁 2。

³⁹ 衛生福利部，《2025 衛生福利政策白皮書暨原住民族專章》，2018 年 7 月，31 日。

⁴⁰ 衛生福利部，「偏鄉離島地區醫療現況」專題報告，2023 年 4 月 19 日，頁 2。

⁴¹ 嚴云岑，山地偏鄉「1 醫師顧 1508 人」衛福部喊話 5G 挺進加速遠距醫療，ETtoday 新聞雲，2022 年 8 月 5 日，網址：<https://health.ettoday.net/news/2309801>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 24 日。

⁴² 《原住民族健康法》第 11 條規定：「中央教育主管機關應鼓勵各健康照護相關科系之大專校院課程內容，融入原住民族健康事務之文化安全相關課程之教學或學習活動（第 1 項）。前項所稱文化安全，係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健

族健康照顧提供服務端應俱備之必要能力。截至 2024 年 3 月 31 日止，全國原住民族文化健康站由 2015 年的 110 站成長至 503 站，為原住民族健康照顧重點。原住民族文化健康站之建置，係考量部落地理環境、福利與醫療資源缺乏、照顧服務人力不足等不利因素，發展以原住民照顧原住民、培植在地原住民族人民團體為原則，保障原住民族長者獲得符合在地族群及文化特色之照顧服務、延緩失能及減少臥床時間、以降低家庭醫療及長照之負擔⁴³。

且《原住民族健康法》第 11 條定義之文化安全係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健康服務，使其身分或文化得到適足保障。由此定義，文化安全在原住民長期照顧中扮演著關鍵角色⁴⁴。這意味著在提供照顧和服務時，必須尊重、理解和適應原住民族的文化價值觀和傳統，亦可從耆老身上挖掘和傳承文化。在原住民族文化健康站的照顧服務場域中，照服員除從原住民族文化健康站持續應用並累積實務經驗外，照服員也需參與文化敏感度的培訓，培植成為照顧服務需具備的文化敏感度的相關知能，以使原住民族文化健康站成為文化安全的長者照顧環境。因此，照服人力培訓的重要性，不只是要培養原住民族的醫護人員了解文化敏感度，更重要是讓非原住民醫護人員了解原住民族的需求。

文化差異也會有不同的健康觀念與行為，應該融入在地思考及注意原住民族長者使用長照服務之特性。有論者認，文化保衛模式（cultural security model），也就是擬定政策或法規來保障健康弱

康服務，使其身分或文化得到適足保障（第 2 項）。第 1 項文化安全課程之相關辦法，由中央原住民族主管機關會同中央教育主管機關定之（第 3 項）」。

⁴³ 原住民族委員會，《112 年度推展原住民族長期照顧—文化健康站實施計畫》，2022 年 10 月，頁 3。

⁴⁴ 張希文，部落文化健康站的創新照顧—反思文化安全之意涵，2024 年 10 月，網址：<https://ihc.cip.gov.tw/EJournal/EJournalCat/757>，最後瀏覽日期：2025 年 3 月 24 日。

勢族群的健康權，並且透過知識或價值理念將文化安全（cultural safety）的重要性在健康場域中布達，藉由文化察覺（cultural awareness）翻轉傳統智慧與知識傳遞者的角色，深入了解族人健康需求的真實性，並將此策略實踐在各健康場域⁴⁵。因此如何去提供照顧模式，達成需求，提供不同的衛教，甚至設計出一個跨文化醫事人員教育課程，值得深思⁴⁶。

因此，衛生福利部訂定之「照顧服務員資格訓練計畫」第6點⁴⁷所附核心課程（共50小時），已包含3小時之「原住民族文化安全導論課程」，其課程內容包含：1. 當代原住民所面臨之社會及健康不均等現象。2. 介紹文化敏感度之定義及於照顧情境中之重要性。3. 介紹原住民族照顧過程之文化安全概念與因素如文化、語言、信仰、禁忌及飲食等。4. 介紹文化適切性之照顧模式、倫理困境與議題。5. 系統性介紹文化照顧知識、態度及技能，並融入於個案照顧情境中。且《長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法》第9條第3項⁴⁸亦規定，繼續教育課程，應包括相關機關所訂定原住民、多元族群文化敏感度及能力課程達6點（每年各1點為原則），方向均值肯定。

惟相關訓練教材與師資名單仍應持續更新，並提供符合地域性發展的文化培訓課程，以及建立妥適的留才機制，以有效落實提供原住

⁴⁵ 張滌之、鄧湘漪，〈原住民族部落健康與文化主權：磯崎村復健站的自主性發展歷程〉，《人文及社會科學集刊》，第31卷第2期，2019年6月1日，頁304。

⁴⁶ 新住民發展基金補助研究計畫期末報告，《我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究》，2023年12月，頁16。

⁴⁷ 「照顧服務員資格訓練計畫」第6點：「訓練課程內容與時數：（一）訓練課程：如附件三。（二）訓練時數：1. 核心課程：50小時。2. 實作課程：8小時。3. 綜合討論與課程評量：2小時。4. 臨床實習課程：30小時。5. 直轄市、縣（市）政府得依其業務需要增列照顧服務員分科訓練課程內容與時數。但網路（線上）訓練之核心課程內容與時數，以衛生福利部辦理為限。6. 訓練課程應依序完成：核心課程、實作課程、綜合討論與課程評量及臨床實習課程」。

⁴⁸ 《長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法》第9條第3項：「第1項繼續教育課程，應包括相關機關所定原住民族、多元族群文化敏感度及能力之課程各達6點，並以每年各1點為原則」。

民族長者因族因地制宜的文化安全照顧環境。

伍、結論

本報告針對原住民族健康相關法制問題，謹提出以下相關建議，俾供委員問政或修法之參考：

- 一、建議明文授權主管機關訂定原住民族健康資料庫建置、使用、管理及監督辦法，以符法律保留原則。
- 二、協助原住民族傳統醫療知識資料庫建立，保存原住民族傳統醫療保健知識。
- 三、納入偏鄉與原住民族鄉鎮長期照顧功能，營造在地老化環境。
- 四、充實偏鄉及原住民地區醫師人力，強化空中轉診中心緊急後送機制。
- 五、照服人力培訓納入文化安全照顧元素。

參考文獻

一、政府出版品、書籍、學位論文

1. 新住民發展基金補助研究計畫期末報告，《我國醫事人員臨床跨文化敏感度指引之研究》，2023 年 12 月。
2. 原住民族委員會，《聯合國原住民族權利宣言中英文版》，2007 年 11 月。
3. 原住民族委員會，《107 年度推動健康部落實施計畫》，2018 年 12 月。
4. 原住民族委員會，《112 年度推展原住民族長期照顧—文化健康站實施計畫》，2022 年 10 月。
5. 原住民族委員會，《原住民族社會安全發展第 5 期 4 年計畫（114 年至 117 年）》，2024 年 11 月。
6. 國家衛生研究院，《縮短臺灣健康不平等之政策研議》，2013 年 5 月。
7. 國家衛生研究院，《109 年原住民族人口及健康統計年報》，2024 年 1 月。
8. 衛生福利部，《長期照顧 10 年計畫 2.0（106~115 年）》，2016 年 12 月。
9. 衛生福利部，《2025 衛生福利政策白皮書暨原住民族專章》，2018 年 7 月。
10. 衛生福利部國家中醫藥研究所，《原住民族傳統醫療知識與藥用植物研究》，2020 年 2 月。

二、期刊論文

1. Kui Kasirisir 許俊才，〈原鄉在地長期照顧服務人力之現況與困境：一個原鄉在地參與者的看見與體會〉，《社區發展季刊》，第 169 期，2020 年 3 月，頁 209-218。

2. 吳全峰，〈淺談原住民族之健康人權保障〉，《研之得法—中央研究院法律學研究所成立十週年文集》，第 97 期，2014 年 12 月，頁 549-572。
3. 陳美霞，〈世界及臺灣原住民族健康問題〉，《歷史及政治經濟學的視野臺灣社會研究》，第 97 期，2014 年 12 月，頁 209-246。
4. 張滌之、鄧湘漪，〈原住民族部落健康與文化主權：磯崎村復健站的自主性發展歷程〉，《人文及社會科學集刊》，第 31 卷第 2 期，2019 年 6 月 1 日，頁 301-327。
5. 賴品瑤，〈落實健康平權推動原住民族健康法〉，《衛生福利部季刊》，第 38 期，2023 年 9 月，頁 24-30。
6. 劉晏孜，《社經發展與死亡：以彰化縣、南投縣、雲林縣為例》，國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生碩士學位學程碩士論文，未出版，頁 13。

三、網路資源

1. Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen，網址：<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/e-health-gesetz.html>，最後瀏覽日期：2025 年 2 月 13 日。
2. Health and Social Care Act 2012，網址：<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>，最後瀏覽日期：2025 年 2 月 13 日。

附錄：「原住民族健康照護之法制研究」專題研究報告（初稿）座
談會紀錄及參採情形

時間：114 年 4 月 25 日（星期五）上午 10 時

地點：立法院法制局 305 會議室

主席：陳組長世超

紀錄：李雅村

參加人員：

一、學者專家

國立臺灣大學醫學院檢驗醫學科 林兼任副教授東燦

二、原住民族委員會

科長 李珮瑄

三、衛生福利部

科長 劉毓玲

科長 徐于婷

四、財團法人國家衛生研究院

主任 吳如玉

科管 鄭家祥

四、本局出席人員

陳研究員宏明

李副研究員振宇

林助理研究員智勝

發言要點：

國立臺灣大學醫學院檢驗醫學科林兼任副教授東燦：

- 一、這篇提出原住民族健康資料庫之建置趨勢，協助原住民族傳統醫療知識資料庫建立，保存原住民族傳統醫療保健知識這是非常重要的概念。但目前原住民人口及健康照護相關統計資料分布於各部會，恐亟需全面盤點與整合。《原住民族健康法》第 7 條規定：「中央主管機關應建置原住民族健康資料庫（第 1 項）。中央主管機關為建置前項資料庫所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕（第 2 項）。……」。原住民族健康不平等的長期結構性問題，除了族群文化、社會經濟條等因素。我國原住民族健康權，也應是國家所保護之對象。西方醫療在預防疾病及促進健康或可能有其侷限性，確實就原住民族數百年來為適應高山、平地或海洋的生活環境，發展出治病儀式、草藥知識、保健養生知識等傳統醫療，這些傳統智慧有其一定的價值，值得我們尊重與保護。
- 二、再者，在探討這些資料庫前，建議先了解原住民族群的「文化安全」問題。所謂「文化安全」，意指一種存於醫病之間，地位對等、相互理解的合作關係。這當中確保醫事人員與社會福利從業人員，具備「文化照顧服務能力」，成為符合「文化安全」觀念的照護者，就非常重要。《原住民族健康法》第 11 條第 2 項規定：「前項所稱文化安全，係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健康服務，使其身分或文化得到適足保障。」，係指以原住民族知識體系為主，確保原住民族於健康照護領域中獲得公平、適當之健康服務，使其身分或文化得到適足保障。因此撰稿者提出協助原住民族傳統醫療

知識資料庫建立，保存原住民族傳統醫療保健知識，是非常正確的概念，如此才能在兼顧文化安全下，充分照護原住民族群。

三、原住民族公費醫師是目前執行臺灣原住民族地區醫療保健工作的主要人力資源。由撰稿者所提原住民族生命統計可知，原住民族正面臨嚴重的健康不均等問題，特別是原住民族平均餘命較非原住民族短少。根據衛生福利部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 5 期（111-115 年）」，預計培育 600 名醫事公費生及支援偏鄉之專科護理師在職碩士專班公費生 120 名。雖然 112 年 7 月底止服務期滿之公費醫師人數計 156 名，留任 111 名，平均留任率雖達 71%，惟其中民眾常看診的 6 大科(內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科及家庭醫學科)之平均留任比 68%，低於平均留任率，希望主管機關重視。除了撰稿者主要提出的充實偏鄉醫師人力，建立空中轉診中心，強化緊急後送機制外，也建議規劃公費醫師的職涯措施和加強 6 大科比例，讓公費醫師能安心貢獻偏鄉醫療，照顧偏鄉最有需要的民眾。

四、AI 是目前趨勢，也可用於透過協助原住民族長者 AI 雲端技術，遠距照護原住民族長者，提供長者跨文健站交流服務，並新增長者在居家安全意外防護上的警示功能，讓健康促進服務達到長者、家屬與照服員互動之可近性與便利性。例如：以智慧手機提供聊天問答互動服務，提供食、衣、住、行等各種生活資訊或連結各種服務，如天氣播報、新聞訊息、原民影音、文健站聯繫等，讓長者減少孤獨感。因原住民地區幅員廣大，建議利用資通訊技術的輔助，讓文健站關懷服務從向外延伸至長者家戶，照服員可透過影像了解長者在家的即時現況，給予適當的關懷與指導線上協助。

參採情形：

- 一、第一點及第二點意見，贊同本報告建議，錄供參考。
- 二、第三點及第四點意見，與本報告建議方向，尚無扞格之處，爰錄供主管機關參考。

原住民族委員會李科長珮瑄：

- 一、《原住民族健康法》第 7 條所明文授權，確實符合法律保留原則，該條款授權主管機關訂定原住民族健康資料庫之建置、使用管理及監督相關辦法，有助於確保原住民族健康資料之妥善管理與合理運用，亦體現對原住民族健康權益的尊重與保障。根據法規，衛生福利部為該法主管機關，依法負責訂定並落實相關子法與管理措施，確保制度運作符合法治與公共利益的要求。
- 二、原住民族擁有獨特且珍貴的傳統醫療知識體系，應受到尊重與保存。《聯合國原住民族權利宣言》與《原住民族基本法》均明文保障其傳統醫藥與保健方法，然而在現實中卻因語言流失、專業認可不足與研究資源缺乏等因素而逐漸凋零。本會為復振原住民族傳統醫療知識體系，辦理「114 年度推動原住民族傳統醫療知識復振計畫」，並建立原住民族傳統醫療知識資料庫，不僅可保存重要文化資產，更有助於推動其與現代醫療體系之整合，強化健康權的實現。
- 三、長照政策中央主管機關為衛生福利部，應依權責積極推動調查、規劃與獎助措施，以健全原住民族長照體系，因應原住民族地區長照服務面臨交通不便、資源不足、人力匱乏與文化隔閡等多重挑戰，發展在地化、文化敏感且可近性的長照服務，對於實現原住民族在地終老與健康尊嚴極為關鍵。建議《長期照顧服務法》

第 14 條第 1 項未來修法時，應明文納入原住民族鄉鎮，強化法律對其特殊處境的回應與保障。

四、偏鄉及原住民族地區醫療可近性長期受限於交通不便、人力不足與資源分配不均，嚴重影響醫療照護品質與健康權保障，補足醫師人力缺口固為根本之道，惟短期內應透過建置空中轉診中心，強化緊急醫療後送機制，以應對偏鄉即時醫療需求。該等措施之推動，應由衛生福利部依其主管權責統籌規劃與執行，透過政策引導與資源整合，實現原住民族地區醫療服務之可近、公平與安全。

五、茲因《原住民族健康法》業於 112 年 6 月 21 日制定公布，明定醫療機構、護理機構、老人福利機構、長期照顧服務機構及其他健康照護機構應鼓勵所屬人員修習原住民族文化安全相關課程，且本會負責辦理「原住民族健康政策會-文化安全小組會議」，故為推動原住民族文化安全及精進文化安全師資之教學水平與人力資源，爰規劃辦理「原住民族文化安全推動中心暨師資培訓計畫」，期建置課程教學相關素材，協助相關人員熟悉並予以運用，並能推動原住民族文化安全在醫療照護及社工專業的紮根。

參採情形：

一、第一點意見，報告初稿業已說明，《原住民族健康法》第 7 條僅規定中央主管機關建置原住民族健康資料庫所取得資料之保存、利用等事項，應依各該相關法規規定為之，而未就該資料之儲存、處理、對外傳輸及對外提供利用之主體、目的、要件、範圍及方式，暨相關組織上及程序上之監督防護機制等重要事項，以法律或法律明確授權之命令予以規範，是否符合憲法法庭 111 年

憲判字第 13 號判決之意旨，似有待斟酌。故本報告建議於《原住民族健康法》第 7 條明文授權主管機關訂定原住民族健康資料庫建置、使用管理及監督辦法，以符法律保留原則之論述，仍予以維持。

二、第二點至第五點意見，均未反對本報告之論述，爰錄供參考。

衛生福利部劉科長毓玲：

一、衛生福利部於 112 年 12 月補助國衛院成立原住民族健康研究中心，現刻正辦理盤點原住民族健康資料及建置資料庫。原住民族健康研究中心所建置原住民族健康資料庫規劃初步完成後，將會於衛生福利部資料科學中心上架，相關資料之使用管理及監督辦法則依循該中心之規定(如衛生福利資料應用管理要點、衛生福利資料使用作業須知等)。如爾後需使用原住民族健康資料庫之數據進行原住民族研究，原住民族委員會亦訂定有 CRB(計畫取得原住民族同意與約定商業利益及其應用)之相關規範，爰相關使用和管理機制皆已建置。

二、有關協助原住民族傳統醫療知識資料庫建立，保存原住民族傳統醫療保健知識部分，本項所述原住民族傳統醫療知識資料庫建立係原住民族委員會業管權責，爰無相關意見回復。

三、為補實原鄉離島地區在地醫事人力，衛生福利部賡續推動「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第五期(111-115 年)」，截至 113 年已培育 1,564 名公費醫事人員(包含西醫師 759 名、牙醫師 168 名、護理人員 447 名及其他醫事人員 190 名)。衛生福利部自 102 年起由醫學中心提供急重症相關醫師人力，支援偏鄉及原住民地區等醫療資源不足地區醫院，並自 105 年起增列重度急救責任醫院參與支援。今(114)年，提供 143 名專科醫師，支援

29 家醫院，強化在地急重症醫療處理能力，增加民眾就醫可近性。另為充實把關空中轉診後送審核標準，衛生福利部已依《救護直昇機管理辦法》第 4 條規定，自 91 年 10 月起建置「空中救護審核機制」，並成立「空中轉診審核中心」，24 小時全天候受理空中轉診後送個案申請、審核、協調等工作，確保空中轉診後送之時效性及專業性。

參採情形：

- 一、第一點意見，同回應原住民族委員會李科長珮瑄之參採情形一。
- 二、第二點及第三意見，與本報告意見並無相左，錄供參考。

衛生福利部徐科長于婷：

- 一、查《長期照顧服務法》第 14 條第 1 項規定：「中央主管機關應定期辦理長照有關資源及需要之調查，並考慮多元文化特色，與離島偏鄉地區特殊處境，據以訂定長照服務發展計畫及採取必要之獎助措施。」，對於離島偏鄉地區之定性，現行長照服務發展基金 114 年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準已明列包含原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區計 93 區，並針對渠等地區之區域或文化特性，透過提高獎助經費或免除自籌款等獎助方案，協助布建長照服務資源並提升服務品質，已落實《長期照顧服務法》第 14 條第 1 項訂定之目的。又《長期照顧服務法》第 14 條第 3 項業已規範，原住民族地區長照服務計畫、長照服務網區與人力發展之規劃及推動，中央主管機關應會商原住民族委員會定之，爰《長期照顧服務法》規定臻已完備。
- 二、針對原住民族文化敏感度及能力課程說明如下：
 - （一）依據衛生福利部「照顧服務員資格訓練計畫」之核心課程共

50 小時，其課程單元納入原住民族文化安全導論課程（3 小時），該課程之內涵包含：1. 當代原住民所面臨之社會及健康不均等現象。2. 介紹文化敏感度之定義及於照顧情境中之重要性。3. 介紹原住民族照顧過程之文化安全概念與因素如文化、語言、信仰、禁忌及飲食等。4. 介紹文化適切性之照顧模式、倫理困境與議題。5. 系統性介紹文化照顧知識、態度及技能，並融入於個案照顧情境中。

（二）又查《長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法》第 9 條第 3 項規定，繼續教育課程，應包括相關機關所訂定原住民、多元族群文化敏感度及能力課程達 6 點（每年各 1 點為原則）；據此有關原住民族文化敏感度課程課綱係由主責機關原住民族委員會辦理，查該會已訂有原住民族文化敏感度課綱及文化安全導論師資名單，各類長照人員均須依法完成積分換證。

參採情形：

一、第一點意見，本報告初稿業已說明，《長期照顧服務法》第 14 條第 1 項規定僅規範「離島偏鄉地區」，尚未明確涵蓋原住民族鄉鎮，似有未妥。且實務執行既已納入原住民族鄉鎮，則《長期照顧服務法》第 14 條第 1 項未來修正時，明文納入亦應無執行困難，故本報告內容，仍予以維持。

二、第二點意見，與本報告意見並無相左，爰錄供參考。

財團法人國家衛生研究院吳主任如玉：

有關「我國原住民族人口及健康統計」章節，建議數據更新為國家衛生研究院 111 年原住民族人口及健康統計年報（民國 113 年 11 月版數據）。

參採情形：

本報告業已參採修正。

陳研究員宏明：

- 一、本報告簡介國際公約及各國健康權相關制度，針對英國《衛生和社會照護法》、德國《健康制度安全數位通訊與應用法》及澳洲「消弭健康落差計畫」等進行簡明扼要的介紹，切合本報告之研究主題，內容具參考價值，值得肯定。
- 二、《原住民族基本法》第 24 條第 1 項規定：「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，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。」。就此以觀，本報告建議充實偏鄉及原住民地區醫師人力，建立空中轉診中心，強化緊急後送機制，符合前開規定之本旨。然查我國目前空中醫療轉診機制似僅限於離島地區而未包括原住民族地區，又目前針對原住民族之緊急救護及後送進行方式，仍請主管機關惠予說明。
- 三、本報告引介之德國《健康制度安全數位通訊與應用法》，提倡遠距醫療與線上視訊等醫療服務，亦可作為我國研擬提升原住民族健康照顧政策之參考。

參採情形：

- 一、第一點及第三點意見，贊同本報告建議，錄供參考。
- 二、第二點意見，經查《救護直昇機管理辦法》第 2 條業已規定，空中轉診包括離島及偏遠地區醫院重大傷病患之轉診，且主管機

關於座談會亦表示包含原住民族鄉鎮，爰所提意見，錄供參考。

李副研究員振宇：

本報告針對原住民族健康法制進行探討，提出建議方向均值得贊同，下列意見供主管機關酌參：

- 一、為有效推動「原住民族健康資料庫」的法制建置，須確保部落社群自主與隱私保障。建議主管機關依據個人資料保護法相關法令研議訂定或落實，建立長期以來所缺漏資料。
- 二、針對原住民族傳統醫療與保健知識的保存與傳承，建議主管機關研訂原住民族傳統醫療知識庫設置管理辦法，採取參與式共治模式，明訂知識庫內容蒐集、原文口述及翻譯之數位化資料、傳統藥材樣本之實體保存，並確立智慧財產權與文化資產之歸屬與利益分配原則。
- 三、對於原住民族居住地多屬偏遠地區，為提升原住民族照顧機能，因此論者提出納入偏鄉與原住民族鄉鎮長期照顧功能，營造在地老化環境、充實偏鄉及原住民地區醫師人力，強化空中轉診緊急後送機制，實屬重要政策方向，建議應由主關機關協同相關各部會定期檢討執行情形。

參採情形：

第一點至第三點意見，與本報告意見並無相左，爰錄供參考。

林助理研究員智勝：

- 一、《原住民族健康法》第 1 條規定：「為促進原住民族健康，建構以原住民族為主體之健康政策，改善原住民族健康不平等情形，

特制定本法。原住民族健康政策，應尊重原住民族意願及自主發展之精神。」。其立法宗旨係以「健康」政策作為促進原住民族之健康，改善原住民族健康不平等之情形，對照《原住民族基本法》第 24 條第 1 項規定：「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，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。」，其中包含「全國醫療網」、「健康照顧」、「長期照護」、「緊急救護」、「後送體系」等核心概念。因此，誠如撰稿者所言，原住民族之健康條件與全國相較仍存有差距，宜整合《原住民族健康法》與《原住民族基本法》，保障原住民族醫療權益及長照需求，建請主管機關參酌。

二、《憲法》增修條文第 10 條規定：「國家應依民族意願，保障原住民族之地位及政治參與，並對其教育文化、交通水利、衛生醫療、經濟土地及社會福利事業予以保障扶助並促其發展，其辦法另以法律定之。」；此外，《原住民族基本法》第 24 條亦明白指出：「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。」。綜合《憲法》增修條文及《原住民族基本法》所述，政府必需以「民族意願」及「民族特性」為前提，進行原住民族衛生醫療及社會福利事業之政策訂定。因此原住民族委員會及衛生主管機關，擬定健康議題及健康政策時，建議因地制宜，針對各原住民族地區之差異，微調相關健康政策，以符合不同區域原住民族需求，建請主管機關參酌。

三、依原住民族對健康照顧的定義提供適切及整合性服務，應該要依照原住民族對健康的觀點及需要，整合醫事、長照等健康相關專責單位，設置統一服務窗口，協助轉譯原住民族的需要。另外有

關文化敏感度訓練方面，目前在原鄉地區民眾就診，大多是依賴衛生所以及巡迴醫療車，但若遇到緊急或是重症患者，則是要到市區的醫院就醫，甚至是醫學中心的大醫院來做治療。對急診部門的所有醫護人員進行必要的文化敏感度培訓，使其了解和尊重原住民的文化差異、健康觀念及溝通方式，也建議語言和溝通支援，建立一個持續的語言支援系統，提供翻譯服務，尤其是在急診部門。可以透過聘請原住民背景的醫療口譯人員或利用科技工具如即時語音翻譯應用程序來支持溝通，或者加入 AI 溝通技術，建請主管機關參酌。

參採情形：

第一點至第三點意見，與本報告意見並無相左，爰錄供參考。

散會： 上午 11 時 10 分