

我國同志健康行為調查與同志健康社區服務中心推動成果

劉嫻伶*、高銓吟、黃彥芳、陳昶勳

摘要

疾病管制署自 2010 年起，與非政府單位及民間組織合作，推動設置同志健康社區服務中心，提供諮詢、教育、篩檢等服務，並協助將陽性個案連結至醫療資源體系，以延伸愛滋防治的觸角。

經分析 2012 年的問卷調查發現，約有 5 成左右的同志朋友聽過同志健康社區服務中心，而聽聞過同志健康社區服務中心的人當中，有 5 成左右的人表示有去過，並且去過者有高達 9 成表示會推薦朋友前往，顯示同志健康社區服務中心的服務確實受到該族群的接受與認同。進一步分析發現，國內男男間性行為者在性行為時，經常都有使用及每一次都有使用保險套者約佔 5 成，而最常於性行為時合併使用的成癮藥物，依序為搖頭丸、K 他命及安非他命，且性行為使用藥物者比不使用藥物者，有較高的風險發生性行為不戴套的行為。近幾年的服務總訪客人數及至各中心進行愛滋諮詢篩檢者人數逐年增加，2012 年至 2014 年分別由 5,992 人提升 6,334 人，以及 2,228 人提升至 2,337 人，而篩檢陽性率由 3.0% 下降至 1.1%。

本篇文章將檢視我國同志健康社區服務中心之執行推動情形，評估其服務是否符合在地同志之需求，期能針對此一族群，提供其更多的支持及醫療照護，以減少愛滋病毒在該族群間的傳播。

關鍵字：男男間性行為、愛滋、同志、同志健康社區服務中心

前言

世界衛生組織(WHO)於 2014 年 7 月發布的愛滋工作指引中指出，愛滋病防治的工作重點應著眼於五種最容易感染愛滋病毒的高風險族群，包括男男間性行為者、跨性別者、注射藥癮者、性工作者，以及在監服刑者，該五大類族群占全球

衛生福利部疾病管制署愛滋及結核病組

通訊作者：劉嫻伶*

E-mail : plliu628@hotmail.com

投稿日期：2015 年 1 月 21 日

接受日期：2015 年 3 月 24 日

DOI : 10.6524/EB.20160524.32(10).001

新感染愛滋病毒的人口的一半。由於前述族群較難以觸及或被導引進入相關服務中，在世界各個區域該些族群感染愛滋病毒的比率均呈現較高的趨勢，特別是男男間性行為者的愛滋疫情。

研究顯示，男男間性行為者愛滋病的發生率約為 1.2 至 14.4/100 人年。在亞洲地區，男男間性行為者感染愛滋病毒的勝算比相較於一般人高出 18.7 倍[1]。愛滋病毒流行於男男間性行為者的原因之一，是男男間性行為者透過未戴保險套的肛門性交而傳染，相較於無套陰道性交，其感染愛滋病毒的機率較高，並且感染愛滋的男男間性行為者通常存在無套肛交，男性性伴侶數眾多，同時伴隨注射毒癮等個體層面的風險[2]。

我國截至 2014 年 12 月底止，本國籍累積通報愛滋病毒感染者 28,711 人，主要分布在六都的都會型地區為主（佔 77.5%），以新北市人數最多。其中危險因子為男男間性行為者 16,085 人（佔 56.0%）[3]。近 3 年（2012–2014 年）男男間性行為感染者所佔的比例分別為 80.6%、83.6%及 80.5%，男男間性行為而感染愛滋病毒儼然已成為國內感染愛滋病毒的主要傳染途徑。同時愛滋疫情呈現年輕化的趨勢，2014 年 1 月至 12 月共通報 2,236 人，其中近三成(29.4%)的感染者為 15 至 24 歲年輕族群，因網路不設防和助興藥物使用，是造成年輕族群感染的催化因子。

美國總統愛滋病防治緊急救援計畫(The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR)對於男男間性行為者及其性伴侶所提供預防愛滋病毒感染整合性服務的建議，必須包含下列幾個核心的要素(1)以社區為基礎的外展服務，(2)保險套及水性潤滑液的分佈，(3)愛滋諮詢及篩檢，(4)主動連結至醫療照護體系以及抗病毒藥物治療，(5)有效達成訊息傳遞、教育及溝通的目的，及(6)其他性傳染病的預防檢驗及治療[4]。

然而，現今許多國家仍舊存在著歧視性的法令、汙名化（包括衛生工作者）和恐懼同性戀的暴力事件等，包括美洲、亞洲、非洲和中東等地區，計有 83 個國家在法律中明訂了男男間性行為是非法的行為。由於恐懼同性戀、標籤化及歧視等因素，使得男男間性行為者至醫療診所尋求服務時，難以對健康照護者及其他人透露他們發生同性間性行為。對於男男間性行為者愛滋防治服務的提供造成相當大的障礙，亦限制了他們運用這樣的服務措施[5]。

因此，以社區為基礎的組織(community-based organizations, CBOs)，對於預防男男間性行為族群感染愛滋病毒，起了相當重要的作用[6]。如何在該族群慣常活動的環境去觸及這些人，取決於運用同儕或該族群可信任的個人，並培訓這些工作者去溝通及加強愛滋防治的訊息，吸引和留住該族群，以提供男男間性行為者友善的預防愛滋病和關懷服務，方能有效地推展以社區為基礎的外展服務[7]。

這些組織做為第一線的服務提供者，得以了解其所服務的社區有哪些特殊的因素造成愛滋病毒的傳播，並且發展及提供適合當地的愛滋防治措施及服務，同時與社區中的高危險群形成持久的夥伴關係。對於將愛滋預防性措施傳遞給少數高風險族群以及推廣健康促進活動等，這些以社區為基礎的組織或團體扮演了相當重要的角色[8]。

一份由多個國際機構（包括世界衛生組織、聯合國愛滋病防治組織等單位）所共同合作發展的愛滋防治計畫監測與評估操作指引中指出，針對男男間性行為族群推動以社區為中心的服務或措施有 5 個重要的關鍵，包括(1)推動個體層面以及社區層面的介入措施，含括：充能活動、外展服務、小團體討論以及領導活動，(2)利用駐點式的外展服務，減少高風險性行為之發生，並增加諮詢及篩檢之利用，(3)促進和支持有助於愛滋防治及男男間性行為者的法律和政策，(4)促進和支持有助於消除歧視、標籤化以及以暴力對待男男間性行為族群的人，(5)健康照護服務的提供，應考量可及性及可接受性，同時應避免歧視、去歧視、以照顧其健康權益為原則[9]。

而影響社區型態組織推動愛滋預防服務的障礙因子可界分為 4 個層面(表一)，包括：結構，社會文化，組織及個人等因素[8]。

表一、影響社區型態組織推動愛滋預防服務的障礙與促進因素

因素	障礙因素	促進因素
結構	1. 法律和政策問題（如社會福利法令，服務管理的限制等） 2. 問題（如貧窮，居住需求無法負擔）	1. 正向的政策氛圍 2. 國家／地方有支持性的執行法令
社會文化	1. 歧視/偏見（如恐懼同性戀，種族主義，性別歧視，對愛滋病的信念與態度等） 2. 對社會服務提供者、體系及主流文化的不信任 3. 對性傾向感到羞恥 4. 保守的政治環境	1. 對文化的認識 2. 具領導及可信任的社區組織工作人員 3. 目標族群組織運作良好 4. 歷史行動
組織	1. 官僚的組織 2. 員工流動率高和職業倦怠 3. 難以招聘有志於目標族群的工作人員 4. 缺乏資源	1. 明確的使命以及高識別度 2. 提供全面性的服務 3. 地點的可近性
個人	1. 愛滋病未被視為是最優先的疾病 2. 對愛滋病議題感到疲乏 3. 貧困、失業及吸毒率居高不下，心理健康問題，酗酒，性病，青少年懷孕及家庭暴力 4. 瞬息變動的特質，非法活動	1. 高度的社會連結 2. 除了愛滋外，更關注於個案的需求 3. 提供誘因

資料來源：Chillag K, Bartholow K, Cordeiro J, et al. Factors affecting the delivery of HIV/AIDS prevention programs by community-based organizations. AIDS Educ Prev 2002; 14(3 suppl A): 27-37.

英國愛滋教育及研究慈善組織(AIDS Virus Education and Research Trust, AVERT)歸納國際間大多數成功的愛滋防治計畫或方案，至少有三個共通的特點：首先，必須鼓勵以開放性的溝通去談論愛滋以及造成人們感染的高風險活動，並且同時進行去歧視的活動。其次，應務實的體認人們會持續做這些行為，以及如何幫助人們更安全的去做，而非試圖消除某些類型的性行為或使用毒品。第三，方案或計畫的實施，應該以社區的需求為考量去設計或推動，而社區組織的參與，將是計畫成功的關鍵。

研究目的

本研究的目的是為檢視同志社區健康中心之執行及推動情形，瞭解其服務內容是否符合在地同志社群之需求，並提升該族群的愛滋病防治知能，及降低其風險行為，以減少愛滋病毒在該族群間傳播。

材料與方法

一、同志健康檢測問卷

(一) 調查對象

調查對象為男男間性行為者，透過同志慣常出入之場域，或是可觸及同志的地點，包括同志三溫暖、同志酒吧、公園、健身房、夜店及衛生局（所）等地，由公衛人員於該些場地執行匿名篩檢服務時，針對所接觸到的男男間性行為者進行匿名問卷調查，共計收集 9,507 份問卷。

(二) 調查期間：自 2012 年 1 月至 2012 年 12 月底止。

(三) 調查工具

本次調查採用結構式問卷，調查內容包括：性行為和使用保險套的經驗，用藥情形，對愛滋病的認知以及對於同志健康社區服務中心的看法等。調查方式由公衛人員以一對一方式進行面訪。

(四) 統計方法

研究對象資料委由各縣市衛生局以紙本方式進行問卷調查，並於 2013 年 1 月 15 日前將問卷全數收回，調查對象資料以 Microsoft Excel 軟體進行分析，以及 SAS 9.2 軟體進行多變項分析。

二、同志健康社區服務中心計畫

為了促進同志朋友的健康，我國公部門自 2010 年開始投注相關經費推動設置同志健康社區服務中心，結合非政府單位和民間組織的力量，提供同志健康諮詢服務、愛滋及性病匿名篩檢服務，辦理各式健康講座，提供性別認同與平權活動等，提升同志族群自主健康管理的觀念，並逐步營造友善同志的社會環境與氛圍。

因應我國愛滋疫情主要分布於大都會地區，陸續於臺北區、北區、中區及南區成立 5 家同志健康社區服務中心，包括：大臺北同學會、風城部屋、臺中基地、陽光酷兒中心及彩虹酷兒健康文化中心。為使各中心能達到一定的營運品質與成效，公部門針對接受補助或委託辦理的單位訂有年度績效指標，本篇文章將分析 2012 年至 2014 年同志健康社區服務中心計畫之執行成果，包括各中心執行成果月報表及季表報，及其年度成果報告，以檢視計畫之各項指標達成情形，評估其執行成效。

結果

一、同志健康檢測問卷分析（表二）

分析問卷的個案基本資料，在教育程度分布方面，以專科／大專院校畢業 5,343 人(58.1%)佔最多、其次為高中（職）2,597 人(28.2%)、研究所以上 766 人(8.3%)。受訪時的婚姻狀況方面，以未婚 8,261 人(90.6%)佔最多、其次為已婚 533(5.8%)。受訪個案的性伴侶狀況，表達目前有 1 個性伴侶者有 3,890 人(42.6%)佔最多，有 3,643 人(39.9%)表達目前沒有性伴侶，表達目前有多個性伴侶者有 1,594(17.5%)人。

是否有告知親友同志身份部分，有 6,819 人(77.3%)完全沒告訴任何人，2,002 人(22.7%)有告知親友。進一步分析其告知的對象，有 1,038 人(34.5%)有告訴兄弟姊妹，有 806 人(26.8%)將個人性向告訴父母或告知父母其中一方，有告知同事其性向者為 725 人(24.1%)，有告知同學其性向者僅 86 人(2.9%)。

在性行為和使用保險套的經驗部分，有 3,922 人(43.0%)表達在過去半年內曾利用網路來結交男同志朋友，其中有 945 人(25.7%)表達曾與網路上認識的男同志朋友發生性行為。在性行為的模式部分，有 4,434 人(52.3%)表達在過去 1 個月曾發生過肛交性行為，有 4,408 人(54.2%)表達在過去 1 個月曾發生過口交性行為。而在性行為使用保險套的情形方面，表達經常都有使用及每一次都有使用保險套者分別為 1,417 人及 1,016 人（分別佔 32.6%及 23.4%）。

用藥情形部分為複選題，有 1,009 人(11.9%)表達在性行為時有合併使用成癮藥物，種類分別搖頭丸 358 人(35.5%)、K 他命 452 人(45.0%)、安非他命 285 人(28.2%)、大麻 178 人(17.6%)、其他（包括：Rush 及海洛因等）356 人(35.3%)。顯示國內男男間性行為者最常於性行為時合併使用的成癮藥物，依序為搖頭丸、K 他命及安非他命。對於愛滋病的認知方面，有 6,394 人(67.3%)認為目前愛滋已有有效藥物可以控制病情，所以愛滋病已經沒有那麼可怕，但是當詢問到有關感染愛滋的問題，有超過 79.69%（7,341 人）會擔心感染到愛滋病毒。

進一步以多變項分析發現，性行為使用藥物者比不使用藥物者，有較高的風險發生性行為不戴套的行為（勝算比 1.19，95%信賴區間 1.01–1.40），在統計上達顯著的差異。而認為罹患愛滋病不可怕的人比認為罹患愛滋病是可怕者，亦有較高的風險發生性行為不戴套的行為（勝算比 1.15，95%信賴區間 1.00–1.32），達統計相關。

對於同志健康社區服務中心的看法方面，有 53.6%（4,862 人）有聽過同志健康社區服務中心，有 46.4%（4,212 人）的人表示沒有聽過。而聽聞過同志健康社區服務中心的人當中，有 2,325 人(48.7%)表示有去過同志健康社區服務中心，並且去過者中有 93.8%（1,479 人）表示會推薦朋友去同志健康社區服務中心，另外有 1,523 人(68.1%)表示曾經接受過同志健康社區服務中心的社區外展服務。

表二、個案基本資料、性伴侶、性行為模式、用藥情形及對愛滋病的認知分析 (n = 9,507)

變項	人數	百分比
教育程度		
國中（含）以下	494	5.4%
高中職	2597	28.2%
大專院校	5343	58.1%
研究所以上	766	8.3%
未填答或拒答	307	
婚姻狀況		
未婚	8261	90.6%
已婚	533	5.8%
離婚、分居及喪偶	329	3.6%
未填答或拒答	384	
性伴侶數		
一個	3890	42.6%
多個	1594	17.5%
沒有	3643	39.9%
未填答或拒答	380	
過去一個月有發生肛交行為		
否	4047	47.7%
是	4434	52.3%
未填答或拒答	1026	
過去一個月有發生口交行為		
否	3730	45.8%
是	4408	54.2%
未填答或拒答	1369	
使用保險套情形		
從不使用	269	6.2%
幾乎不使用	461	10.6%
有時候用	1181	27.2%
經常都有使用	1417	32.6%
每一次都用	1016	23.4%
未填答或拒答	5163	
性行為時合併使用成癮藥物		
否	7449	88.1%
是	1009	11.9%
未填答或拒答	1049	
性行為時合併使用成癮藥物情形（複選）（承上題，答是者，此題 n=1,009）		
搖頭丸	358	35.5%
K 他命	452	45.0%
安非他命	285	28.2%
大麻	178	17.6%
其他	356	35.3%
目前愛滋已有藥物可以控制，所以並不可怕		
非常同意	1202	13.0%
同意	5192	56.1%
不同意	2150	23.2%
非常不同意	711	7.7%
未填答或拒答	252	
擔心自己會感染愛滋病毒		
非常同意	1880	20.4%
同意	5461	59.3%
不同意	1398	15.2%
非常不同意	473	5.1%
未填答或拒答	295	

(續上頁表格) 表二

變項	人數	百分比
聽過同志中心		
有	4862	53.6%
沒有	4212	46.4%
未填答	433	
去過同志中心（承上題，答有者，此題 n=4,862）		
有	2325	48.7%
沒有	2450	51.3%
未填答	87	
推薦朋友去同志中心（承上題，答有者，此題 n=2,325）		
會	1479	93.8%
不會	98	6.2%
未填答	748	
曾接受同志中心社區外展活動（此題 n=2,325）		
有	1523	68.1%
沒有	713	31.9%
未填答	89	

備註：未填答或拒答者予以排除，不列入百分比分母計算。

二、我國同志健康社區服務中心的執行情形

鑑於前述的問卷調查結果，疾管署於 2013 年以及 2014 年委託辦理同志健康社區服務中心的計畫中訂有計畫目標及工作指標，以使各中心達成一定的營運品質及成效，提升該族群接受服務的涵蓋率，以增進其愛滋病防治知能，並減少愛滋病毒在該族群間之傳播。

以 2014 年為例，同志健康社區服務中心之計畫目標包括：1.維持同志中心營運正常。2.使同志族群能獲得適當的愛滋介入服務。3.使同志族群知道自己是否感染愛滋的人數增加。4.增加同志感染愛滋個案與醫療服務的聯結。前述各項計畫目標項下均訂有績效指標，檢視 2014 年之指標達成情形如下：

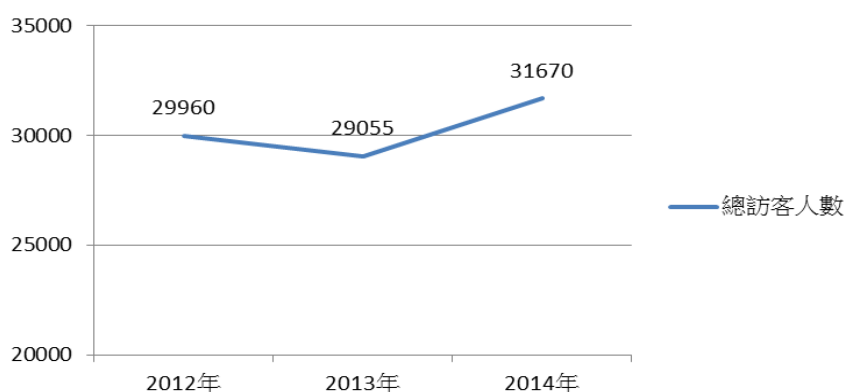
在維持同志中心營運正常部分，統計 5 家同志健康社區服務中心每月平均服務約 3,000 人次（包含中心服務以及外展服務人數），至中心接受服務的初次訪客所佔比例介於 4%–35% 間，且來訪者整體滿意度高達 9 成以上。在使同志族群能獲得適當的愛滋介入服務部分，總計培訓 167 名同儕教育員，並由同儕教育員透過臉書、同志交友網站或 APP 等管道，進行網路約炮安全性行為或愛滋防治宣導，共計發布網路愛滋防治宣導文章 155 篇；於男同志網路交友網站或交友 APP 主動留言，提供正確防治訊息計 1,422 則；並於同志三溫暖、同志酒吧、健身房等同志聚集場域，辦理 93 場次的保險套使用推廣服務及娛樂性用藥之宣導服務；辦理 58 場次之國中、高中或大專校園宣導講座及教職人員、家長之多元性別與愛滋防治工作坊，受益人次共計 8,898 人。

在使同志族群知道自己是否感染愛滋的人數增加 1 項，統計自行至各中心進行愛滋諮詢篩檢者合計 2,684 人，篩檢陽性率為 1.2%；另外在同志三溫暖、同志酒吧等同志聚集場域外展諮詢篩檢部分，共計辦理 193 場次的篩檢活動，總計篩檢 1,434 人，篩檢陽性率為 2.5%。在增加同志感染愛滋的個案

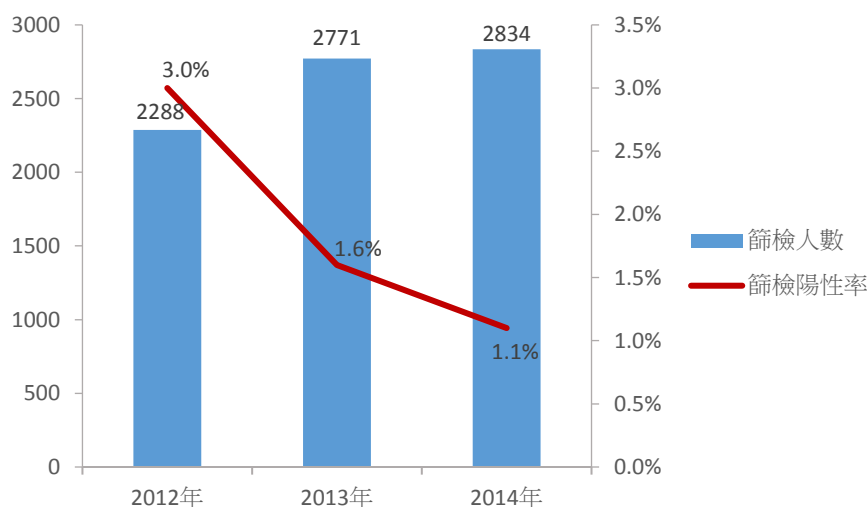
與醫療服務的聯結 1 項，愛滋篩檢陽性個案完成轉介，並已至愛滋指定醫院就醫者達 8 成以上，並於同志中心內開設身心科、感染科、泌尿科及醫學美容等醫療諮詢門診等服務共計 35 診次，以促進同志族群之健康。

其他推動成果尚包含：發展適合在地同志族群之衛教及生活資訊，如「GL + 風城同遊月刊」、「迎向陽光，愛無懼指南」及「陽光酷兒健康電子報」等文宣品，辦理促進社群認同的活動，如同志公民活動、臺灣彩虹文化祭，以及推動友善店家地圖等，提升社區民眾對同志朋友的瞭解和接納。

綜觀同志健康社區服務中心之歷年成果，服務訪客人數呈現逐年增加之趨勢，總訪客人數由 2012 年 29,960 人，提升至 2014 年 31,670 人（圖一），除由同志中心提供專人現場諮詢外，並且突破空間的限制，利用電話、網路及應用軟體等管道（如 Line、Facebook 等），使同志族群獲得適當愛滋介入服務的比率能持續提升。在推動愛滋諮詢篩檢服務部分，自行至各中心進行愛滋諮詢篩檢者，2012 年至 2014 年的人數分別為 2,228 人、2,771 人及 2,834 人，其各該年度之篩檢陽性率由 2012 年 3.0%，下降至 2014 年 1.1%（圖二）。



圖一、同志健康社區服務中心總訪客人數



圖二、同志健康社區服務中心內之篩檢人數及篩檢陽性率

討論

國際間對於愛滋防治所訂定的建議或指引，均是架構在以人權為基礎的原則上，防治重點在於因應當地男男間性行為族群特性及地區性疫情，發展預防性的策略，拓展服務範圍的廣度，及強化服務內容深度；且必需同時提升社會對於男男間性行為及跨性別族群的了解與接納，營造友善的環境與氛圍。

依據世界銀行一篇名為全球男男間性行為者愛滋疫情的報告中指出，全球對於男男間性行為者所提供的服務和資源設置所占比例仍然相當低。包括預防、治療和照護服務的涵蓋率十分有限，估計世界各地只有不到十分之一的男男間性行為者有機會獲得最基本的愛滋預防性介入措施[10]。並且大多數同志組織、團體或社區服務中心往往在歧視、騷擾，甚至是受到暴力的環境中工作。

我國同志健康社區服務中心之推動尚處於起步階段，推動期間曾因社區少數居民恐同的因素，致設立的同志健康社區服務中心遭遇社區管委會的驅趕而被迫遷址。該次事件促成了該地區同志社群的團結，並在政府機關的支持下另覓新址，重新開始在地紮根，積極與社區居民、商家互動及溝通，持續推動同志健康服務，因接受服務而改善生活的人持續增加，使社區民眾由陌生、排拒，到包容與接納。

面對巨大的愛滋逆境，許多以社區為基礎的同志團體或組織，極力倡導性別平權，爭取同志權益及社會認同，同時提供多元性傾向者支持、陪伴、諮詢及教育等服務。由於該類型的團體或組織所扮演的角色，能夠受到服務對象的信賴與認同，亦成為傳遞愛滋防治服務的最佳媒介。

檢視中外同志健康社區服務中心經營的核心要素，以及所提供的服務項目與內容，幾乎是大同小異。推動主軸為個體以及社區層面的介入措施活動，包括：充能活動、小團體討論、諮詢篩檢及外展服務等。除了愛滋防疫之外，關注個案的其他需求，例如：建立認同及歸屬感，提供個案心理諮詢及駐點醫療服務等，均與國外文獻的重點服務建議方向相同，可有效促進同志健康方案或計畫的推動。

經由 2012 年的問卷調查結果顯示，調查對象的教育程度以中等程度居多，且未婚者佔絕大多數，超過 7 成的同志朋友，並未將其同志的身分告知任何人，突顯了同志的社會支持系統相對薄弱。在男男間性行為合併使用成癮藥物情形的調查結果，與國內 2010 年成功大學醫療團隊的男男間性行為者網路問卷調查[11]，以及美國 2001 年對都會男男間性行為者使用毒品和酒精的健康研究結果一致[12]，搖頭丸、K 他命及安非他命為男男間性行為者最常使用的成癮藥物。

在同志健康社區服務中心的熟悉程度及使用經驗部分，有 5 成左右的同志朋友有聽過同志健康社區服務中心，而有聽聞過的同志朋友當中，分別有近 5 成的同志朋友表達有去過同志健康社區服務中心，並且有去過的同志朋友有高達 9 成者表示會推薦朋友造訪同志健康社區服務中心，顯示同志健康社區服務中心的服務確實受到該族群的接受與認同，但是在推廣上尚有不足。後續觀察 2012 年至 2014 年至同志健康社區服務中心的總訪客人數已逐年增加，且由 2014 年同志健康社區

服務中心辦理各類型衛教宣導及外展活動的執行情形來看，衛教人次（包含：現場、電話及網路諮詢）佔服務區域或所在縣市 2% 之 15 歲至 49 歲男性人口數的 50% 以上，顯示所觸及的人數已大幅提升許多。

在愛滋諮詢篩檢服務部分，2012 年至 2014 年至同志健康社區服務中心接受篩檢服務的人數持續穩定成長，篩檢陽性率呈現逐年下降之趨勢，且無論是同志中心內部或外展篩檢，相較於疾管署 2013 年針對一般民眾所推動的「We-Check 社群動員愛滋檢驗計畫」總計有 36,280 位民眾接受篩檢，其中 364 位篩檢為陽性，扣除 30 位舊案後，陽性率為 0.9%，透過同志健康社區服務中心所提供的篩檢服務，其陽性率皆顯著高於一般民眾愛滋篩檢陽性率，並且愛滋篩檢陽性個案成功轉介至愛滋指定醫院就醫者達 8 成以上。

上述結果顯示諮詢篩檢服務已成功介入該族群，透過此一友善的平台，已獲得同志朋友們的接納與認同，而自願前往篩檢，且藉由切合該族群文化、思維與語言的安全性行為與減害教育模式已逐漸發酵，對照近 3 年同志中心篩檢陽性率以及全國新通報男男間性行為感染者所佔比例均逐年下降，有效提高其及早接受愛滋諮詢篩檢以及諮詢衛生教育成功的比率，使愛滋防治發揮了加乘的效果。上述的結果亦呼應了國際間愛滋防治計畫能夠成功推動，其關鍵即在於鼓勵以開放性的溝通去談論愛滋，以及造成人們感染的高風險活動，唯有務實的體認人們會持續做這些行為，以及如何幫助人們更安全的去做，而非試圖消除某些類型的性行為或使用毒品，並且以社區的需求為考量去設計或推動。

結論與建議

經由同志健康社區服務中心每月平均服務約 3,000 人次以上（包含中心服務以及外展服務人數），至中心接受服務的初次訪客所佔比例介於 4%–35% 間的數據來看，各中心的服務量均呈現持續穩定的成長，亦已成為在地及同志社群的重要資源，為促進同志健康社區服務中心為該族群所運用，建議應持續深耕及推動，並使中心能持續拓展服務的量能，以提升目標族群的涵蓋率，使更多的同志朋友們能夠接受到服務與照護。惟在推動設置同志健康社區服務中心時，為避免受到部分社區居民的排擠，建議可多與社區居民溝通，並且適時由政府單位表達支持的立場與態度，將有助於中心順遂營運。

藉由培訓同儕教育員，增加該族群的人際傳播，並透過同志交友平台（如 APP、聊天室、Facebook 等）加強社群相關資訊之宣導，除能有效觸及該些族群，並獲得其迴響以及轉載分享，可發揮加乘的宣傳效益。

總結，透過各中心深入同志族群聚集之場域提供愛滋篩檢服務，已大幅提高了同志族群的篩檢量，與及早接受篩檢的比率，但是在陽性個案連結至醫療照護服務的部分，受限於外展篩檢服務時間與空間，而影響了後續個案醫療照護體系轉銜工作，建議未來在篩檢時可加強篩檢前諮詢，以提升執行成效。

近年來隨著社會觀念開放，以及科技資訊發達，該族群的需求可以輕易地透過網際網路以及新興的社交媒體獲得到滿足，因此我們必須重新檢視宣導教育的方法及管道，尋找瞄準高危險族群的新方法，並且持續不斷對民眾加強安全性行為的訊息，以減少愛滋病毒的傳播。

誌謝

本篇文章感謝直轄市及各縣市政府衛生局的公衛人員協助進行問卷調查，以及大臺北同學會、風城部屋、臺中基地、陽光酷兒中心及彩虹酷兒健康文化中心等 5 家同志健康社區服務中心協助推展，促進同志族群之健康，並提供相關執行報告。使筆者等能夠將相關資料、數據及報告等進行整理與分析，在此特別表達感謝之意。

參考文獻

1. WHO. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendations for a public health approach. 2011.
2. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2014.
3. 衛生福利部疾病管制署：愛滋病統計月報表(HIV/AIDS 統計月報表)。取自：<http://www.cdc.gov.tw/統計資料/愛滋病統計資料>。
4. PEPFAR. Technical Guidance on Combination HIV Prevention. Available at: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/164010.pdf>.
5. Erasing 76 CRIMES. 83 countries where homosexuality is illegal. Available at: <http://76crimes.com/76-countries-where-homosexuality-is-illegal>.
6. Thomas M. Painter, Paulyne M. Ngalame, Basil Lucas, et al. Strategies used by community-based organizations to evaluate their locally developed HIV prevention interventions: Lessons learned from the CDC's innovative interventions project. *AIDS Educ Prev* 2010; 22(5): 387–401.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Estimated HIV incidence among adults and adolescents in the United States, 2007–2010. *HIV/AIDS Surv. Suppl. Report* 2012; 17(4).
8. Chillag, K., Bartholow, K., Cordeiro, J, et al. Factors affecting the delivery of HIV/AIDS prevention programs by community-based organizations. *AIDS Educ Prev* 2002; 14(suppl A): 27–37.
9. UNAIDS. Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV prevention for sex workers, men who have sex with men and transgender people. Volume I National and sub-national level. 2012.

10. Beyrer C, Wirtz AL, Walker D, et al. The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men. Washington, DC: The World Bank, 2011; 1–4.
11. Ko NY, Koe S, Lee HC, et al. Online sex-seeking, substance use, and risky behaviors in Taiwan: results from the 2010 Asia Internet MSM Sex Survey. Arch Sex Behav 2012; 41: 1273–82.
12. Stall R, Paul JP, Greenwood G, et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. Addiction 2001; 96: 1589–601.

跨國性傳染病之健康監測與分析—以 2015 年首例境外移入德國麻疹病例之疫情調查為例

陳琬菁^{1*}、張佩萱¹、蔡玉芳¹、孫芝佩¹、蘇迎士²、吳俊賢¹、顏哲傑¹

摘要

隨著國際間日益頻繁的經濟與旅遊交流，商旅往返所仰賴之飛航工具，因具有長時間搭乘、座位間距緊密、空間密閉性等特性，易造成空氣與飛沫傳播傳染病如肺結核、麻疹、德國麻疹等之傳播。本案係以 2015 年我國首例境外移入德國麻疹病例之疫情調查為例，探究跨國性傳染病之健康監測與分析實務上所面臨參與的人力與使用的工具確實龐大而繁複、具時間壓迫性且費時的問題。建議對於具有較高暴露傳染病風險的工作人員宜要求於就業前提供接種證明、對於育齡婦女可檢具抗體陰性報告，至各縣市衛生所或預防接種合約院所免費接種 1 劑麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(measles, mumps and rubella; MMR)疫苗，更建議未來須建立傳染病防治工作手冊之操作型規範、建立批次同步勾稽出入境系統及戶役政系統與艙單的介面與標準作業流程，並妥為培能同仁，讓基層防疫人力能更有效率地將防疫的資源運用在防疫的工作上。

關鍵字：跨國性傳染病、國際衛生條例國家對口單位、德國麻疹、境外移入、接觸者

前言

隨著現代科技日益進步與各項產業蓬勃發展，國際之間的經濟與旅遊交流頻繁，商旅往返所仰賴之飛航工具，因具有乘客長時間搭乘、座位間距緊密、空間密閉性等易造成傳染病傳播之因素，其中又以空氣、飛沫傳播為主要模式，常見的傳染疾病包括肺結核、麻疹、德國麻疹等[1–3]；面對疾病可能藉由各國乘客接續的活動而造成國際性的疾病擴散，我國需透過國際衛生條例國家對口單位(International Health Regulation Focal Point, IHR Focal Point)將訊息通知相關國家之窗口，以控制國際間的疾病擴散。本次以今(2015)年第 2 例德國麻疹確診個案為例，闡述跨國性傳染病調查之重要性，以及過程所遇之困難點，並提出跨域整合之理念，希能提升疫人員日後進行跨國性傳染病防疫工作之效率。

¹衛生福利部疾病管制署臺北區管制中心

投稿日期：2015 年 7 月 13 日

²衛生福利部疾病管制署預防醫學辦公室

接受日期：2015 年 8 月 19 日

通訊作者：陳琬菁^{1*}

DOI：10.6524/EB.20160524.32(10).002

E-mail：morabbit@mohw.gov.tw

傳染病調查處理過程

一、指標病例疫情描述

本案係一名47歲女性，任職於某航空公司的女性空服人員，與先生同住。3月14日有發燒、咳嗽、流鼻水及出疹情形，隔日凌晨至北部某醫學中心急診就醫，移入急診隔離病房，3月16日通報並採檢送驗，3月17日德國麻疹血清抗體檢驗結果為IgM及IgG陰性，咽喉拭子PCR陽性，綜合檢驗結果為陽性，病毒培養基因型別為1E。個案曾於暴露期（2月21日至28日）出勤越南（2月21日）、印尼（2月23至24日）及香港（2月26至28日）的國外旅遊史，因此，本案推測感染源為境外移入，感染地不明。

二、疫情調查處理與接觸者追蹤

德國麻疹是一種傳染性高的病毒性疾病，公衛人員應於接獲通報後48小時內完成疫情調查，儘速採集血清及鼻咽拭子送驗；衛生單位在進行疫情調查時，首重出疹日期、麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(measles, mumps and rubella; MMR)疫苗接種史及個案旅遊史，依據出疹日期推算暴露期（出疹日前14至21天）及可傳染期（出疹日前7至後7天），逐一詢問個案活動史，包含住家、工作地點、就學、托育、就醫、旅遊地區及交通工具等，據此掌握其接觸者，進行造冊及後續追蹤作業。

由於個案在可傳染期（3月7日至21日）分別於3月8日、3月10至11日及3月13至14日曾出勤6個航班，在獲得出勤的航班資料後，疾病管制署臺北區管制中心（以下簡稱臺北區）即刻向其所服務的航空公司聯繫，申請調閱艙單作業，雖然空服人員在機上有固定服務的區域，但個案主要負責區域是商務艙的廚房，然飛機是屬於密閉式空間，加上機組員間均會互相支援，因此調閱該6航班全部旅客名單，且該航空公司亦儘速於2小時內提供，因為資料龐大，本中心於取得名單後立即分派人力，先至內政部移民署查詢系統（以下簡稱出入境系統）以護照號碼逐筆進行查詢，確認身分證、性別及出生日期等基本資料及是否確實搭乘該航班，本國籍旅客則再以身分證號碼至內政部戶役政資料電子閘門系統（以下簡稱戶役政系統）查詢戶籍地址，總計比對及彙整1,552筆資料（本國籍687筆、外國籍865筆）（表一、表二）。

表一、指標個案之本國籍接觸者健康追蹤情形

與指標個案關係	全部人數	本國籍接觸者健康追蹤情形		
		有症狀	無症狀	失聯 ^註
同住家人	1	0	1	0
非同住家人	1	0	1	0
就醫接觸者	25	0	23	2
艙單接觸者	592	16	523	53
機組員	68	0	68	0
合計	687	16	616	55

註：1.失聯：包含如電話未接或空號，經家訪無此人或仍未遇（投訪視未遇單無回應）、已經搬走、離境無法追蹤，以及仍在國外且家中無人可協助連繫等原因。 2.查無資料：比對出入境及戶役政系統無資料。

表二、指標個案之本國籍高危險群接觸者追蹤情形

與指標個案關係	全部人數	孕婦	1-6 歲接觸者		1 歲以下接觸者
			人數	有 MMR 接種史人數	
同住家人	0	0	0	0	0
非同住家人	0	0	0	0	0
就醫接觸者	7	1	3	3	0
艙單接觸者	10	2	4	4	0
機組員	0	0	0	0	0
合計	17	3	7	7	0

本國籍接觸者依據其戶籍縣市所在地造冊，分送臺北區 5 個相關縣市衛生局及其他 5 個區管中心(合計 20 個縣市衛生局)進行接觸者健康情形追蹤、自主健康管理(以接觸日起算至第 21 天止)、監測及衛教宣導，並回報追蹤情形，若出現疑似症狀者則由權責衛生局連繫協助安排就醫及採檢等事宜。由於艙單係比對出入境系統及戶役政系統，而戶役政系統僅有戶籍所在地地址並無電話或手機號碼，惟部分本國資料(如：年輕世代族群或年幼孩童者)，可再從疾病管制署(以下簡稱疾管署)預防接種資料查詢子系統(National Immunization Information System, NIIS)取得當時所登載聯繫用的電話號碼，但大多數仍須靠衛生單位人員逐一至相關系統上所載地址家訪，不在戶則投遞「訪視未遇單」或透過鄰居及管理員轉達，請住戶主動回電話聯繫衛生單位。空戶或查證無此人(如：已經搬走)等情況，則列為失聯無法追蹤，若經訪查實際居住地在其他縣市，則進行資料轉介，由實際居住地之衛生局辦理後續健康追蹤事宜，這些追蹤過程必須在盡可能短的時間內完成，且耗費相當多之人力及時間。

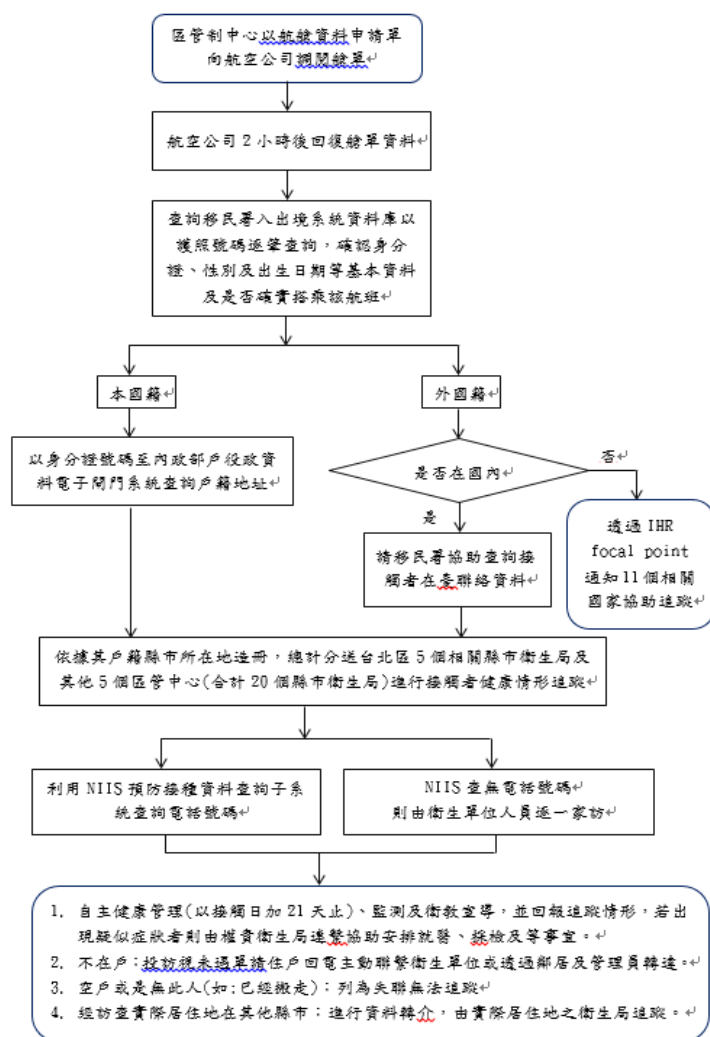
865 名外籍旅客部分，則透過以下六個程序，逐一比對整理所獲得的航班與艙單資料。首先，確認各航空公司所提供的航班資料欄位是否一致。接著，將航班資料欄位一致化，並進一步整理整併為一個彙整檔，以利後續進行資料串接。第三步為製作提供透過國際衛生條例國家對口單位所需要的資料欄位，在將各航空公司與各航班所提供不同字碼長度的生日格式統一後，將航班與姓名格式標準化。第四步接著確認各欄位的資料內容，如性別、國別(2 碼)與日期等資料的一致性，確認資料是否重複。隨後，依欄位將資料帶入提供國際衛生條例國家對口單位所需要的資料欄位。最後，可運用篩選國籍別或樞紐分析方式，將不同國籍者分派至不同工作表，就完成通知其他國家對口的工作表。總計 865 名外籍旅客部分則透過國際衛生條例國家對口單位通知 11 個相關國家(中國大陸、加拿大、德國、日本、韓國、緬甸、馬來西亞、新加坡、泰國、美國及越南)追蹤。

三、接觸者健康追蹤情形分析

本次首例境外移入之本國籍德國麻疹病例健康追蹤情形計有 687 人，直到最後接觸日起計算 21 天止，即 4 月 13 日總計 616 人無症狀、16 名曾有症狀（均經醫師排除或於訪視時症狀已緩解）、55 名失聯，其中，高危險群之健康追蹤中，共有 3 名孕婦經醫師評估無異常，沒有 1 歲以下接觸者，而 1 至 6 歲接觸者共 7 名均已接種 MMR 疫苗（表一、表二）。

討論與建議

麻疹／德國麻疹通報個案衛生單位除須進行疫情調查外，如個案於可傳染期曾搭乘大眾運輸工具，亦須針對同車或同航班接觸者進行追蹤，其中艙單接觸者追蹤流程如圖一，指標個案所在之區管中心向航空公司取得該航班之基本資料後，區管中心同仁須前往出入境系統查詢個案之身分證字號，接著再至戶役政系統查詢本國籍個案之戶籍地，然後將相關資料轉縣市衛生局防疫人員進行訪視及追蹤。而外籍旅客則將相關資料彙整後，透過國際衛生條例國家對口單位將訊息通知相關國家之窗口。



圖一、艙單接觸者追蹤流程

針對此流程我們建議：(1)由航空公司提供旅客之身分證字號、現居住地址及聯繫電話，以利衛生單位能即時掌握相關接觸者健康狀況。(2)由疾管署採批次上傳資料與相關部會內政部戶役政及移民署出入境系統資料庫進行勾稽比對，節省人工比對時間及防止因人工作業而出錯之可能性。

依據傳染病工作手冊及麻疹防治標準作業手冊，僅載明疑似個案所在地之區管中心取得搭乘航空器接觸者名單資料，再轉請其他區管中心追蹤或透過國際衛生條例國家對口單位將訊息通知相關國家之窗口，並未明訂同班機之接觸者匡列原則，尤其是若個案如同本案之角色為空服人員，且工作區域必須隨時支援其他工作區域時，將使所需匡列之同一通風管路的接觸者範圍難以操作型地界定，宜明訂旅客／空服人員之艙單接觸者匡列原則，以利作為衛生單位追蹤之依據。

空服人員因工作關係常需前往流行疫區並與各國旅客接觸，其感染麻疹、德國麻疹之風險相對提高，相關單位並未要求空服人員就業前提供麻疹及德國麻疹檢驗報告或接種證明，一旦空服人員感染，需耗費相當大的人力、物力進行接觸者追蹤。建議空服人員可至國內旅遊醫學門診評估疫苗接種需求。如其為育齡婦女，則可檢具德國麻疹抗體陰性報告，至各縣市衛生所或預防接種合約院所免費接種 1 劑麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(MMR)疫苗。

目前的傳染病防治工作手冊德國麻疹專章，主要是針對指標個案為旅客的概念出發，而以同一通風管路之前三排後三排旅客名單為接觸者為對象的規範[1, 4–6]，但對於個案為空服人員之經驗闕如，且工作手冊中亦無相關規範。由於麻疹與德國麻疹等疫苗接種世代之抗體保護力衰退問題已成為方興未艾的免疫缺口[7]，類此跨國境外移入傳染病很可能與日俱增，除對於具有較高暴露傳染病風險的工作人員宜要求於就業前提供接種證明、對於育齡婦女可檢具抗體陰性報告，至各縣市衛生所或預防接種合約院所免費接種 1 劑 MMR 疫苗，更建議未來須建立批次同步勾稽出入境系統及戶役政系統與艙單的介面與標準作業流程並妥教育訓練同仁，讓基層防疫人力能更有效率地將防疫的資源運用在防疫的工作上。

致謝

感謝疾病管制署各區管制中心、各縣市衛生局（所）防疫伙伴、急性組與疫情中心於疫情調查期間所提供之協助。謹此特申謝忱。

參考文獻

1. Kim C, Chavez P, Pierce A, et al. Rubella contact tracing associated with air travel. *Travel Med Infect Dis*. 2012; 10(1): 48–51.
2. Thomas A. Kenyon, M.D., M.P.H., Sarah E. Valway, D.M.D., M.P.H., Walter W. Ihle, M.P.A., et al. Transmission of Multidrug-Resistant *Mycobacterium tuberculosis* during a Long Airplane Flight. *N Engl J Med*. 1996; 334(15): 933–8.

3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Exposure of passengers and flight crew to *Mycobacterium tuberculosis* on commercial aircraft, 1992-1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1995; 44(8): 137-40.
4. Castillo-Solorzano C, Marsigli C, Danovaro-Holliday MC, et al. Measles and rubella elimination initiatives in the Americas: lessons learned and best practices. *J Infect Dis*. 2011. 204(suppl 1): 279-83.
5. Frank Beard, Lucinda Franklin, Steven Donohue, et al. Contact tracing of in-flight measles exposures: lessons from an outbreak investigation and case series, Australia, 2010. *Western Pacific Surveillance and Response Journal*. 2011; 2(3): 25-33.
6. 衛生福利部疾病管制署：傳染病防治工作手冊。臺北：衛生福利部疾病管制署，2013；麻疹 1-6。
7. Broliden K, Levén B, Arneborn M, et al. Immunity to measles before and after MMR booster or primary vaccination at 12 years of age in the first generation offered the 2-dose immunization programme. *Scand J Infect Dis*. 1998; 30(1): 23-7.

日期：2016 年第 18–19 週 (2016/5/1–5/14)

DOI: 10.6524/EB.20160524.32(10).003

疫情概要：

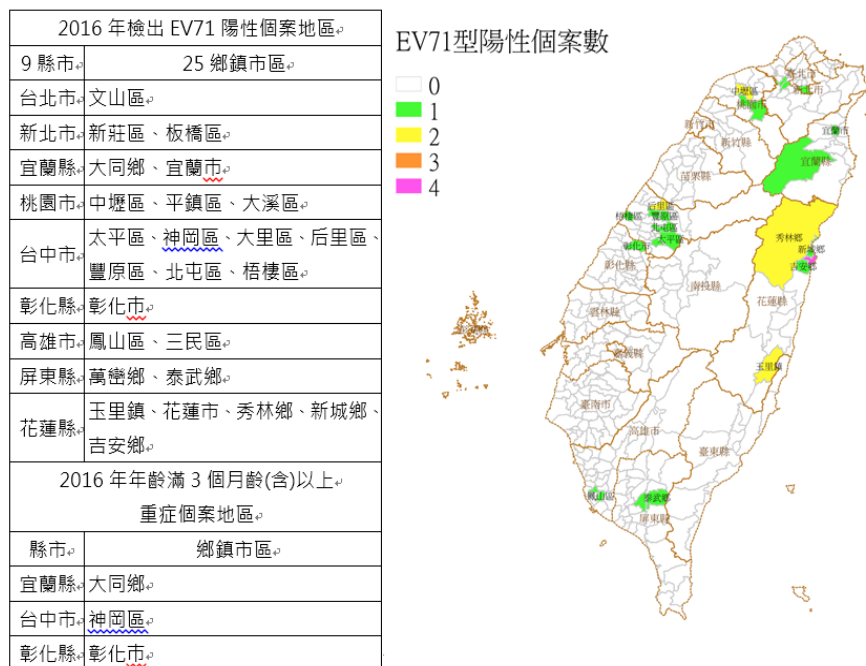
腸病毒疫情持續升溫，目前社區以克沙奇 A 型之輕症個案為主，惟持續檢出腸病毒 71 型病毒，呼籲民眾加強個人衛生，留意嬰幼兒重症前兆病徵。登革熱境外移入病例持續發生，南台灣平均氣溫約達 28 度，且有間歇性降雨，適合病媒蚊生長，境外移入致本土疫情風險提升。

中國大陸、韓國、澳門及越南腸病毒疫情呈上升，其中中國大陸確診個案腸病毒 71 型占 57%。東南亞越南、菲律賓登革熱疫情持續。另近期茲卡病毒本土疫情國家持續新增，顯示全球疫情未趨緩，預期將持續地理擴散至其他具病媒蚊國家。登革熱與茲卡病毒均藉由斑蚊傳播，呼籲民眾前往疫情流行國家，務必作好防蚊措施，若有疑似症狀，應儘速就醫並主動提供近期旅遊史，以利醫師早期研判、診療及通報。

一、腸病毒

(一)國內疫情

- 1.目前為腸病毒流行期，第 19 週門急診腸病毒就診達 17,000 人次，較前一週上升 27.8%。目前全台 18 個縣市超過該縣市流行閾值。
- 2.2016 年迄今共 25 例腸病毒 71 型(EV71)輕症個案、3 例疑似 EV71 重症個案、3 例 EV71 重症個案(彰化縣彰化市、宜蘭縣大同鄉、台中市神岡區)。
- 3.第 17 週社區腸病毒主要流行型別為克沙奇 A 型。



圖一、2016 年起檢出腸病毒 71 陽性個案分布

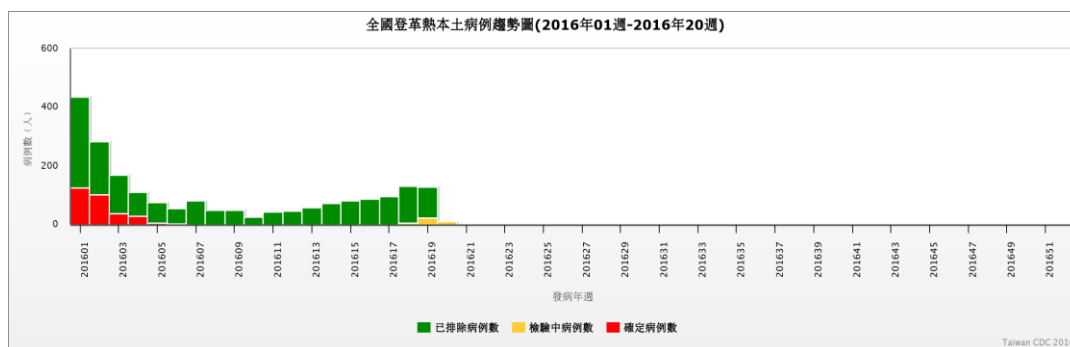
(二)國際疫情

國家	累積數 疫情趨勢	2016年		備註
		截止點	報告數(死亡數)	
中國大陸	上升	5/8	509,354(36)	高於去年同期 (近2週EV71占57%)
韓國	上升	5/7	就診千分比:7.7	與去年同期相當
澳門	上升	4/23	633	高於去年同期
越南	上升	3/27	7,782(0)	低於去年同期
新加坡	處相對高點	5/7	14,264	去年同期的1.3倍
日本	處低點	5/1	1,804	近10年同期最低

二、登革熱

(一)國內疫情

- 1.本土病例：2016 年迄 5/15 累計 372 例本土，分別為高雄市 340 例、屏東縣 20 例、台南市 7 例，其餘 5 縣市 5 例。
- 2.境外移入病例：2016 年累計 102 例，為歷年同期最高，感染國別以印尼、馬來西亞等東南亞國家為多。



圖二、2016 年登革熱病例趨勢

(二)國際疫情

國家	累積數 疫情趨勢	2016年		備註
		截止點	報告數(死亡數)	
越南	持續	2/29	16,967(7)	高於去年同期
菲律賓	持續	4/9	33,658(65)	去年同期的1.3倍
阿根廷	持續	3/26	約20,000	2009年以來最嚴重
泰國	下降	5/10	16,830(14)	去年同期的1.4倍
新加坡	下降	5/7	7,504(4)	去年同期的2.6倍
馬來西亞	下降	5/14	46,956(105)	高於去年同期
巴西	下降	4/2	802,429(140)	去年同期的1.1倍

三、H5N6 流感疫情

(一)中國大陸：安徽省出現該省首例病例，宣城市寧國市 65 歲女性農民，曾接觸病死雞，4/24 發病，病情嚴重；當局表示 H5N6 病毒目前流行病學及病原學特性無改變，尚不具人傳人條件，研判此案屬散發病例。自 2015 年入秋以來累計 9 例，分別為廣東省 5 例、江西省 1 例(具廣東省居住史)、湖北省、湖南省及安徽省各 1 例

(二)疫情評析：本流行季病例較上流行季有增加情形，且有地理擴散趨勢；惟仍屬零星散發疫情，個案多具活禽市場或禽類暴露史。

四、茲卡病毒感染症

(一)國際疫情

1.近二週新增本土流行國家新增秘魯、法屬聖巴瑟米格(Saint Barthelemy)及格瑞那達(Grenada)

2.全球：世界衛生組織(WHO)公布自 2007-2016/5/4 累計 58 國家/屬地出現蟲媒傳播本土流行疫情

(1)52 個國家/屬地現有流行疫情：集中於中南美洲及加勒比海地區(38 國)，亞洲地區則包括泰國、馬爾地夫、菲律賓及越南。

(2)6 國具散發疫情：柬埔寨、印尼、馬來西亞、寮國、孟加拉及加彭。

3.9 國出現疑似性傳播本土病例：美、加、義、法、葡、紐、阿根廷、智利及秘魯共 9 國。

4.疫情評析：WHO 5/12 表示雖然部分國家茲卡通報數下降，惟全球疫情仍未趨緩，預期將持續地理擴散至其他具病媒蚊國家。

五、國際間旅遊疫情建議等級

疫情	國家/地區	等級	旅行建議	發布日期
人類禽流感	中國大陸 浙江省、廣東省、安徽省、湖南省、上海市、江西省、江蘇省、四川省、福建省、山東省、湖北省	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2016/4/22
	其他省市，不含港澳	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/8/18
登革熱	東南亞地區 9 個國家： 印尼、泰國、新加坡、馬來西亞、菲律賓、寮國、越南、柬埔寨、緬甸	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2013/7/15
麻疹	中國大陸、剛果民主共和國、馬來西亞、哈薩克、蒙古			2016/3/29

(續上頁表格) 國際間旅遊疫情建議等級表

疫情	國家/地區	等級	旅行建議	發布日期
中東呼吸症候群冠狀病毒感染症 (MERS)	沙烏地阿拉伯	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2015/6/9
	中東地區通報病例國家： 阿拉伯聯合大公國、約旦、卡達、伊朗、阿曼、科威特	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/9/30
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、奈及利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/12/1
茲卡病毒感染	中南美洲 38 國 /屬地、大洋洲 9 國/屬地、亞洲 4 國、非洲 1 國	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2016/5/13
	柬埔寨、印尼、馬來西亞、寮國、加彭、孟加拉	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2016/5/3
拉薩熱	奈及利亞、貝南、多哥	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2016/3/22
黃熱病	安哥拉	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2016/3/22

黑字粗體：疫情更新

創刊日期：1984 年 12 月 15 日

出版機關：衛生福利部疾病管制署

地 址：臺北市中正區林森南路 6 號

電 話：(02) 2395-9825

發行人：郭旭崧

總編輯：黃婉婷

執行編輯：陳學儒、劉繡蘭

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/>

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2016;32:[inclusive page numbers].[DOI]