

我國本國籍愛滋感染者人數累計至 2012 年底已達 24,239 人，其中有 41.88% 的感染者是因為男同性間性行為而感染。且進一步分析，近五年來(2008 年至 2012 年)因男同性間性行為感染 HIV 之人數，占每年新增感染人數的五成以上[1]，由此反映出因男同性間性行為感染愛滋的情形亟待積極因應。

過去研究指出，男男間性行為者(men who have sex with men, MSM)會透過多樣化，包含現實與虛擬的管道尋找性對象，且商業性的公共性場所(commercial public sex venues)是 MSM 族群經常可能發生性行為的場域[2]。在諸多場所中，以三溫暖為例，由於其具備的某些特質，包含它提供隱密、安全可以發生性行為的各式空間，衛浴設備的高可近性，使消費者認為三溫暖是相對舒適且衛生的性行為場域，再加上於三溫暖消費的模式可增加對彼此身體窺視與觸碰的機會，且在此除發生性行為的短暫接觸外，個人可不必要與他人建立關係[2-5]。綜合上述原因，增加了 MSM 族群在三溫暖中發生性行為的可能性。

然而國內外的研究也指出，至三溫暖消費的顧客容易發生不安全性行為。根據不同研究的定義，約有7%-14%的顧客至三溫暖消費時會發生未經保護的肛交(unprotected anal intercourse, UAI)[4, 6-8]。Binson等人(2001)的研究則發現會使用娛樂性藥物(party drugs)或會發生UAI的MSM比不使用藥物、不發生危險性行為者更喜歡造訪公共性場所[3]。與國外的調查結果比較，臺灣在2004年針對全國同志三溫暖進行調查，發現在三溫暖中發生UAI的比例為22.4% [9]，至2006年的一項調查更發現有32.9%的受訪者表示在最近一次至三溫暖消費時曾與他人發生UAI [10]。也因此像是三溫暖這類場域中提供預防性的提醒訊息相當重要[11]。

在行為理論中應用於維持行為發生的策略之一為「刺激控制(stimulus control)」。「刺激」是指對於特定行為之發生具有提示作用，或為引發個體採取行動的線索[12]。過去在三溫暖中經常應用這類「刺激」提醒安全性行為的重要。由Woods等人進行的一系列相關研究，調查美國同志三溫暖及同志酒吧中進行的愛滋防治相關活動，結果發現有超過95%的三溫暖會在公共空間展示宣導海報，或提供安全性行為相關宣導文宣，例如單張、手冊供顧客拿取[11, 13-14]。而臺灣衛生單位及民間團體過去除同樣積極在同志三溫暖進行衛教宣導，更發展出和三溫暖業者合作進行「拿到套，作全套」之性病與愛滋病防治結構性介入計畫[10]，以及創意性的「性安全督導」計畫[15]。在兩個計畫中分別由三溫暖業者，或是打扮成性安全督導的工作人員提醒並主動提供保險套給消費者，經此介入之結果皆顯示三溫暖顧客的保險套使用情形有正向的改善。

然而考量三溫暖業者的人力及成本問題，疾病管制署自 2012 年開始推動在五大直轄市之同志三溫暖掛置「全程戴套」LED 宣導看板，輔助人為的提醒。「全程戴套」LED 宣導看板透過七彩 LED 燈的變換以及斗大的「全程戴套」字樣吸引三溫暖消費族群的注意。實務上則隨每家三溫暖業者的意願、空間規劃、電源配置等因素，會分別將「全程戴套」LED 宣導看板掛置在三溫暖內不同的場域。

像是 LED 宣導看板這類動態宣導設備過去較少被應用在愛滋防治當中。與傳播和廣告相關的研究發現，動態的標示或標語比靜態者更容易吸引觀眾的注意力，而「注意力」在訊息傳播過程中相當關鍵，因為唯有吸引觀眾的目光，觀眾才可能開始後續的訊息接收，因此傳播的第一步才算完成[16]。過去的研究顯示，動態標語或廣告看板有「讓人停下腳步」的力量[17]，而 Yoo 等人(2004)的研究也發現，相較於靜態廣告，動態廣告更能吸引觀眾較多的注意力，且觀眾對於動態廣告的內容也有較好的回憶率[18]。

綜合上述現況分析與文獻回顧，本研究之目的在於對「全程戴套」LED 宣導看板介入計畫進行評價，了解三溫暖消費者對看板的看法，以及介入是否對消費者的行為有所影響，以作為後續推動相關衛教宣導策略之參考。

材料與方法

為針對「全程戴套」LED 宣導看板介入計畫之成效進行評價，在研究設計方面，將「有暴露於全程戴套 LED 宣導看板之消費者」與「沒有暴露者」分別視為介入組與對照組，比較兩者在進行肛交及口交時的保險套使用情形與採行安全性行為狀況之差異。在此介入組的操作型定義為：在有參與介入計畫之三溫暖消費，且有看到 LED 宣導看板者；而對照組的定義為：(1)在未參與介入計畫之三溫暖消費的受訪者，(2)雖在有參與計畫之三溫暖消費，但是未看到 LED 宣導看板者。本研究之進行已申請通過臺大醫院研究倫理委員會之審查。

一、研究工具

為了解 LED 宣導看板的影響，研究者發展出具信效度的自填式問卷作為測量工具，問卷內容主要包含：(1)對 LED 宣導看板之認識、(2)在三溫暖中的性行為、(3)愛滋防治衛教宣導相關問題，以及(4)個人基本資料與經驗。

二、資料收集

資料收集之個案來源為五大直轄市境內之同志三溫暖消費者。有參與「全程戴套」LED 宣導看板介入計畫之同志三溫暖共有 11 家，樣本之選取採立意取樣的方式。此外，由於多數三溫暖皆有參與計畫，因此研究者僅另外在一家未進行介入計畫之三溫暖收集資料。排除部分填答不完整、不正確的問卷後，本研究最終共回收 516 份有效問卷，包含介入組為 426 人，而對照組為 90 人。

三、資料分析

問卷調查結果將利用 SAS 9.3 版套裝軟體進行統計分析。資料分析包含各變項的描述性統計，以了解受訪者特質、在三溫暖消費及進行性行為之模式，並了解暴露於「全程戴套」LED 宣導看板之消費者對看板的瞭解、暴露情形與滿意度，最後比較暴露於看板者與未暴露者之性行為採行模式與保險套使用情形之差異，以 $p < .05$ 為顯著差異標準。

結果

首先呈現受訪者特質與其在三溫暖消費之模式。由表一可知，受訪者平均年齡為 34.2 歲，且在各年齡層的分布頗為平均。有將近四成的受訪者(38.2%)平均一個月到三溫暖消費 1~2 次，且有 27.7%者平均每個月消費 3 次以上。詢問受訪者在三溫暖消費時是否曾使用藥物，無論是娛樂性藥物(如：搖頭丸或 K 他命)或是助性藥物(如：威而鋼或 rush)，大部分人都表示沒有使用過，相對而言，使用過助性藥物者(15.5%)多於使用娛樂性藥物者(6.4%)。而受訪者在三溫暖使用的保險套主要來自店家的提供，包含入場時店家主動提供(30.2%)，或是直接放在特定位置供大家拿取(39.5%)，以及顧客需要時向工作人員索取(15.7%)，另外也有 28.5%的受訪者表示他們會自行攜帶保險套。

表一、受訪者特質與在三溫暖消費模式

	n	%		n	%
年齡(平均：34.2 歲)^a			是否曾在三溫暖消費時使用娛樂性藥物^a		
25 歲以下	97	18.8	是	33	6.4
26-30 歲	97	18.8	否	474	91.9
31-35 歲	115	22.3	是否曾在三溫暖消費時使用助性藥物^a		
36-40 歲	92	17.8	是	80	15.5
40 歲以上	103	20.0	否	431	83.5
平均一個月消費頻率^a			保險套來源(可複選)		
不到 1 次	168	32.6	自行攜帶	147	28.5
大約 1~2 次	197	38.2	保險套放置區索取	204	39.5
大約 3~4 次	96	18.6	入場時店家主動提供	156	30.2
5 次以上	47	9.1	向工作人員索取	81	15.7
			對方準備	50	9.7
			保險套販賣機購買	36	7.0
			未使用到保險套	52	10.1

^a因部分受訪者漏答，故該題項百分比加總後不足 100%

表二整理受訪者在三溫暖的性行為模式，並分為肛交及口交兩部分呈現。多數人至三溫暖都會發生性行為，相較於肛交(42.2%)，受訪者發生口交的機率更高(59.7%)。無論是肛交或口交，發生性行為的人數以一個人為主(54.6%、46.4%)，且多半是一次和一個人發生性行為(74.3%、71.1%)，然而也可發現與 2 人以上發生性行為的比例不低(36.2%、46.8%)，其中表示與 5 人以上有性行為的受訪者皆超過一成(12.8%、11.7%)。

受訪者在發生肛交時的保險套使用情形較佳，73.9%的受訪者在三溫暖中的肛交性行為每次都用保險套，而口交性行為每次都用套的比例為 36.0%。值得注意的是，在肛交和口交性行為時，仍分別有 16.5%及 22.7%的受訪者要看情況才會使用保險套，甚至有人表示他們從不使用。進一步詢問所謂「看情況使用保險套」指的是什麼情況，「擔心對方有性病」是最主要的原因(肛交：58.3%，口交：48.6%)，其次是手邊剛好有保險套(41.7%，41.4%)，而對方堅持要用(33.3%，34.3%)也是相當重要的因素。

表二、受訪者在三溫暖之性行為模式

肛交			口交		
	n	%		n	%
是否發生肛交^a			是否發生口交^a		
無	290	56.2	無	198	38.4
有	218	42.2	有	308	59.7
肛交人數^a			口交人數^a		
1 人	119	54.6	1 人	143	46.4
2~5 人	51	23.4	2~5 人	108	35.1
5 人以上	28	12.8	5 人以上	36	11.7
肛交模式^a			口交模式^a		
一次和一個人	162	74.3	一次和一個人	219	71.1
一次和兩人以上	17	7.8	一次和兩人以上	16	5.2
兩種情形都有	18	8.3	兩種情形都有	33	10.7
保險套使用情形^a			保險套使用情形^a		
從不使用	6	2.8	從不使用	77	25.0
每次都用	161	73.9	每次都用	111	36.0
看情況使用	36	16.5	看情況使用	70	22.7
保險套使用原因(可複選)^b			保險套使用原因(可複選)^b		
手邊剛好有保險套	15	41.7	手邊剛好有保險套	29	41.4
考量衛生問題	11	30.6	考量衛生問題	27	38.6
擔心對方有性病	21	58.3	擔心對方有性病	34	48.6
對方堅持要用	12	33.3	對方堅持要用	24	34.3
想延緩射精時間	1	2.8	保險套有特殊口味	6	8.6
其他	2	5.6	其他	1	1.4

a：有發生肛交或口交者才須填答

^a因部分受訪者漏答，故該題項百分比加總後不足 100%

b：保險套使用情形為「看情況使用」者才須填答

為了解 MSM 族群暴露於 LED 宣導看板的情況，如表三所示，詢問 499 位至有參與介入計畫之三溫暖消費的受訪者，有高達 85.4% 的受訪者表示有看過看板。進一步詢問這些看過看板的受訪者(426 人)是在何種場域看到看板，可知看板最常被放置的地點分別為入口處/櫃檯(30.3%)、小房間區(30.3%)、暗房區(24.4%)、交誼廳(23.0%)，在「其他」的部分，則有受訪者表示看板可能被放在走道、樓梯等地方。至於看到看板後是否對其內容留下印象，經詢問後發現表示對內容「記得很清楚」、「還算有印象」者高達 84.9%，且許多受訪者皆能正確回答看板內容為「(全場域)全程戴套」。

在列舉的宣導看板優點中，有最多受訪者認為是「達到安全性行為提醒效果」(53.3%)，其次是文字設計、燈光變化方式吸引人(38.3%)、標語強而有力(36.2%)。而受訪者認為宣導看板需要改進的地方則包括設置的地方要更明顯(39.0%)、結合保險套、潤滑劑一起索取(38.8%)、店家可配合提醒戴套(24.0%)、文字動畫、燈光變化要更吸引人(21.3%)。最後詢問所有受訪者認為宣導看板是否影響其使用保險套意願，認為有影響的受訪者共佔了 82.8%，其中認為「有很大影響」者最多數，有 34.7%。

表三、受訪者對宣導看板介入之經驗、態度與建議

	n	%		n	%
是否看到宣導看板^c			看板優點(可複選)^d		
有	426	85.4	介入設計概念創新	88	20.7
沒有	73	14.6	標語強而有力	154	36.2
在何種場域看到看板(可複選)^d			文字設計、燈光變化方式吸引人	163	38.3
入口處/櫃檯	129	30.3	達到安全性行為提醒效果	227	53.3
更衣區	65	15.3	其他	7	1.6
淋浴區	26	6.1	宣導看板可改進之處(可複選)^d		
廁所	18	4.2	沒有需要改進的地方	79	15.3
蒸氣室/烤箱	6	1.4	設置的地方要更明顯	201	39.0
大通舖/太空艙	54	12.7	店家可配合提醒戴套	124	24.0
小房間區	129	30.3	看板要夠大	85	16.5
交誼廳	98	23.0	結合保險套、潤滑劑	200	38.8
暗房區	104	24.4	一起索取		
其他	18	4.2	文字動畫、燈光變化	110	21.3
對看板內容之印象^e			要更吸引人		
記得很清楚	165	38.7	其他	14	2.7
還算有印象	197	46.2	看板是否影響保險套使用意願^e		
有看到但沒印象	47	11.0	有很大影響	179	34.7
完全沒注意	9	2.1	有一些影響	149	28.9
			還算有影響	99	19.2
			沒影響	48	9.3
			完全沒影響	33	6.4

c：僅分析來自參與介入計畫之三溫暖受訪者

^d因部分受訪者漏答，故該題項百分比加總後不足 100%

d：僅分析有看過看板的受訪者

e：將所有受訪者納入分析

表四呈現的是有暴露於宣導看板的受訪者與未暴露者的性行為模式與保險套使用行為與態度之比較。有暴露於宣導看板者與未暴露者在肛交性行為人數及模式皆有顯著差異，看過看板者在當次三溫暖消費中僅與一人發生性行為，且一次和一個人發生性行為的比例較高。而口交性行為模式之分析中也有類似趨勢，但差異未達顯著。此外，無論在肛交或口交性行為的保險套使用情形，以及認為看板是否影響其保險套使用意願，有暴露於宣導看板者與未暴露者的表現皆有顯著差異，有暴露於看板者每次性行為都使用保險套的比例較高，並且有較高的比例傾向認為看到宣導看板會影響保險套的使用意願。

表四、曾暴露於 LED 宣導看板者與未暴露者之性行為與保險套使用差異比較

	肛交		p 值	口交		p 值
	有暴露 %	未暴露 %		有暴露 %	未暴露 %	
性行為人數						
1 人	64.0	43.2	0.020*	51.0	43.8	0.356
2 人以上	36.0	56.8		49.0	56.3	
性行為模式						
一次和一個人	88.2	55.6	0.000***	82.2	79.1	0.624
一次和兩人以上	11.8	44.4		17.8	20.9	
保險套使用情形						
從不使用/看情況使用	18.9	35.3	0.035*	54.6	71.4	0.044*
每次都使用	81.1	64.7		45.4	28.6	
看板是否影響保險套使用意願 ^f						
有很大影響	38.7	18.4	0.000***			
有一些影響	30.2	25.3				
還算有影響	17.6	28.7				
沒影響/完全沒影響	13.5	27.6				

f：將所有受訪者納入分析，未區分為肛交或口交情形

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

討論與結論

同志三溫暖的確是容易發生危險性行為的場域，本研究中有 42.2% 的受訪者自陳在當次三溫暖消費中有發生肛交性行為，有 59.7% 則有發生口交性行為，且可能在一次的消費中就和多人有性行為，即便如此，保險套使用情形仍不盡理想，有發生肛交性行為的受訪者約有四分之一左右仍未每次都使用保險套。這樣的結果再次呼應先前研究 [9-10]，顯示持續在同志三溫暖推動愛滋防治介入計畫的必要性。

相對於過去較常在三溫暖進行的傳統衛教宣導模式，「全程戴套」LED 宣導看板介入計畫是一個創新的策略。根據本研究的評價結果，LED 宣導看板確有成效。有看到宣導看板的顧客有高達 84.9% 對看板內容留下印象，並有 53.3% 的受訪者認為宣導看板的優點是「達到安全性行為提醒效果」；且所有受訪者中有 82.8% 認為看到宣導看板會對其使用保險套意願有影響。此外，有暴露於宣導看板者比起未暴露者無論在肛交或口交的性行為人數、模式及保險套使用態度與行為方面都有較正向的表現。

但是宣導看板仍有可以改進的地方，包含看板的內容設計、設置地點及配套的宣導模式等。首先，LED 宣導看板的成功關鍵之一即是它能吸引大家的目光，讓大家注意到上面的宣導訊息。因此看板的燈光變換若能更多樣，內容不定期更新，且標語特別一點、創意一點，或是加上可愛的圖案，將能使人更容易留下印象。目前的宣導看板主要由衛生單位設計好內容再送到三溫暖給業者架設，其實也可考慮讓業者對內容有一定的自主性，可配合店裡不同客群或是活動調整看板內容及設計。

另外，看板擺設的地點也很重要，這影響到看板的露出程度。目前看板設置的位置主要由業者自行決定，透過研究者實地至各三溫暖收集資料的觀察，發現店家設置看板的地點通常考量幾個原則：(1) 最多人走動、出入的位置、(2) 醒目的位置、(3) 接近性行為發生的場域，以及(4) 實務上方便宣導看板架設的位置(如：插座的附近)。但也有業者反應看板放在客人伸手可及的地方可能造成看板被損壞，最常見的狀況是顧客

會不小心把看板上的字或圖案抹花，以至於業者常需花時間維護看板內容的完整，或為了遷就插座位置，使部分業者將看板放在極高、極低處或人較少的空間，甚至乾脆不用，如此將降低看板的露出機會，有損宣導效果。由於每家三溫暖內部設計不同，客群特質也有異，因此未來可由衛生單位、專家學者與三溫暖業者共同商討，評估看板最佳的擺設地點，以便將 LED 宣導看板的效用最大化。

而許多受訪者也反映宣導看板可結合保險套、潤滑劑一起提供。這樣的概念呼應先前的研究[10]，若能增加保險套及潤滑劑的可近性，在看板標語提醒的當下馬上供應，將可提升消費者使用保險套的可能。目前三溫暖消費者使用的保險套多由店家提供，然而研究者在收集資料的過程中常聽見業者反映保險套不夠的問題。另一方面業者也表示他們發現許多保險套常不是被使用，而是被浪費(例如：將保險套拆開卻未使用、惡意將保險套戳破)，因此或許可先從這個方向著手改善保險套不足的問題，同時也應該培養消費者具備保護自己不被感染、也不感染他人的責任感，店家未提供保險套不應成為不戴套的藉口。

最後，儘管本研究支持「全程戴套」LED 宣導看板在三溫暖發揮的衛教宣導功能，然三溫暖僅是 MSM 族群可能發生性行為的場域之一，因此建議衛生單位除持續在三溫暖推動各式愛滋防治宣導模式，也需考量在其他性行為場域進行介入計畫的可能性，並針對所推行的介入進行評價，以瞭解介入之成效與可改善的部分。

誌謝

本計劃為衛生福利部疾病管制署委託辦理，惟報告內容不代表衛生福利部疾病管制署。感謝衛生福利部疾病管制署委辦本研究計畫經費(計畫編號：DOH102-DC- 1110)。並感謝協助本研究資料收集之三溫暖業者及受訪者。

參考文獻

1. 衛生福利部疾病管制署。愛滋病統計資料。取自：<http://www.cdc.gov.tw/info.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=6c5ea6d932836f74&tid=5250BA9AD485D6C3>
2. 葉桂君：男性間性行為者在公共場域的性行為型態及潛在的性健康風險。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2009。
3. Binson D, Woods WJ, Pollack L, et al. Differential HIV risk in bathhouses and public cruising areas. *Am J Public Health* 2001;91:1482-6.
4. Reidy WJ, Spielberg F, Wood R, et al. HIV risk associated with gay bathhouses and sex clubs: findings from 2 Seattle surveys of factors related to HIV and sexually transmitted infections. *Am J Public Health* 2009; 99(Suppl 1): S165-S172.
5. Li H, Lau JTF, Holroyd E, et al. Sociocultural facilitators and barriers to condom use during anal sex among men who have sex with men in Guangzhou, China: an ethnographic study. *AIDS care* 2010;22(12):1481-6.
6. Woods WJ, Binson D, Blair J, et al. Probability sample estimates of bathhouse sexual risk behavior. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;45:231 – 8.

7. Bingham TA, Secura GM, Behel SK, et al. HIV risk factors reported by two samples of male bathhouse attendees in Los Angeles, California, 2001 – 2002. *Sex Transm Dis* 2008;35:631-6.
8. Binson D, Pollack LM, Blair J, et al. HIV transmission risk at a gay bathhouse. *J Sex Res.* 2010;47(6): 580-8.
9. Ko NY, Lee HC, Chang JL, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections and risky sexual behaviors among men visiting gay bathhouses in Taiwan. *Sex Transm Dis* 2006;33:467-73.
10. 柯乃熒：防治性病愛滋病之結構式介入措施應用在男同性戀三溫暖之成效評值。行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技發展研究計畫，2006。
11. Woods WJ, Binson DK, Mayne TJ, et al. HIV/sexually transmitted disease education and prevention in US bathhouse and sex club environments. *AIDS* 2000;14(5):625-6.
12. 李蘭、晏涵文、陳富莉等：健康行為與健康教育。初版。臺北市：巨流，2010；81-102。
13. Woods WJ, Binson D, Mayne TJ, et al. Facilities and HIV prevention in bathhouse and sex club environments *J Sex Res.* 2001;38(1):68-74.
14. Woods WJ, Euren J, Pollack LM, et al. HIV prevention in gay bathhouses and sex clubs across the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010; 55(Suppl 2): S88-S90.
15. 黃薰瑩、楊玉玟、黃貴莉等：「100 年度男男間性行為(MSM)特定場域推廣使用保險套先驅工作計畫」後續分析。疫情報導 2012;28(8):135-42。
16. Bucher HJ, Schumacher P. The relevance of attention for selecting news content: an eye-tracking study on attention patterns in the reception of print and online media. *Europ J Commun Res* 2006;31(3):347-68.
17. Höller N, Schrammel J, Tscheligi M, et al. The perception of information and advertisement screens mounted in public transportation vehicles: results from a mobile eye-tracking study. In *Proc. Of 2nd Workshop on Pervasive Advertising*, Lübeck, Germany. 2009.
18. Yoo CY, Kim K, Stout PA. Assessing the effects of animation in online banner advertising: hierarchy of effects model. *J Interact Advert* 2004;4(2):7-7.

伴侶風險告知侵害感染者隱私？ 論愛滋接觸者追蹤與公衛人員之保密義務

林欣柔

長庚大學醫務管理學系

摘要

發現愛滋感染者之後的接觸者追蹤(contact tracing)或稱伴侶風險告知(partner notification)，對感染者本身、感染者的伴侶及社會大眾三方面都有重大實益。但當感染者瞭解接觸者告知之必要，卻在合理時間內遲不告知，若公衛人員合理相信接觸者有高度感染風險、告知風險對接觸者有醫療上利益時，公衛人員應如何處理，始能符合維護感染者人格及隱私的法律要求？為探究公衛實務上如何平衡維護公眾健康與保護感染者資訊秘密性，本文分析公衛人員對感染者資訊保密義務之內容及界限。本文認為，公衛人員對於因通報、訪視感染者、與感染者討論接觸者追蹤計畫的過程中所蒐集到的資訊，負有保密義務，因此原則上在未得感染者同意前，這些資訊不能揭露予第三人。然而，保密義務並非絕對，在有正當理由的情形下，公衛人員可依照最小揭示原則揭露感染者的資訊。基此，公衛人員利用感染者提供的資訊追蹤其後續治療情形，固然正當，但當公衛人員將資訊運用於疫情調查及接觸者追蹤前，應讓感染者知悉並給予合理時間使其自行告知接觸者；若公衛人員合理相信感染者不自行告知接觸者感染風險，基於保護接觸者知悉風險的利益，公衛人員得在通知感染者後，與接觸者聯繫並告知感染風險。但接觸者追蹤的目的是使接觸者知悉可能感染的風險，揭露感染者身分或可識別身分資訊的必要，逾越了合理揭示的界限。公衛人員應避免提供、揭露感染者的身分，以免違反保密義務之要求。

關鍵字：愛滋病、接觸者追蹤、伴侶風險告知、保密義務

前言

在愛滋病防治實務上，發現感染者之後的接觸者追蹤(contact tracing)，是疾病控制非常重要的一環。所謂愛滋病接觸者追蹤(或稱伴侶風險告知，partner notification)，係指使接觸者知悉感染風險以提供後續諮商與醫療服務的過程。這個過程並非僅指公衛人員透過感染者的合作而知悉接觸者身分，並對其進行風險告知，還包括由醫師或感染者自己通知接觸對象(包括性伴侶或共用針頭者)，告知的內容也不是告訴接觸者他(她)的伴侶是感染者，而是使接觸者知悉他(她)可能因為性行為或共用針頭而有感染愛滋的風險，應儘速接受檢測。接觸者追蹤可以及早發現其他感染者，讓他們儘速接受治療，挽救他們的生命也避免再傳染他人，同時也可以發現未感染的接觸者，給予衛教、增加他們對於風險的認知，因此接觸者追蹤對感染者、接觸者及公眾健康都有重要實益。然而，第一線的公衛人員在執行

接觸者追蹤時，會面臨種種難題，包括感染者是否願意接受公衛人員的訪視及衛教，是否瞭解告知接觸者感染風險的重要性、是否願意與公衛人員討論告知計畫，以及是否真正付諸行動、告知伴侶感染風險，特別是當感染者憂慮因接觸者追蹤告知風險而可能使自己的身分曝光時，甚至會以暴力、言語恐嚇公衛人員不得進行追蹤，這些情形往往會使公衛人員裹足不前，不知如何是好。究竟公衛人員要如何執行接觸者追蹤工作，又能符合人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例（以下簡稱「愛滋條例」）第 12 條第 2 項「主管機關得對感染者及其感染源或接觸者實施調查。但實施調查時不得侵害感染者之人格及隱私」之要求？

由於法律條文精簡，工作手冊中雖給予公衛人員原則性指引，但公衛人員未必理解背後的理由，也因此面臨倫理兩難時，不知如何做決定。為了確立適當的保密義務界線及資訊利用、揭示原則，增加公衛人員對保密義務的敏感度，使其在必要時勇於執行防疫工作，本文以愛滋病接觸者追蹤工作為中心，討論如何兼顧公共衛生利益與感染者的隱私利益。以下將先從醫病關係間的保密義務出發，分析健康照護工作者對愛滋感染者之資訊保密義務、對第三人的保護、警告義務，以及第三人知的權利。接著將討論公衛人員對感染者資訊之保密義務，並說明執行接觸者追蹤工作時應如何平衡保護公眾健康之利益及維護感染者資訊秘密性之利益。本文認為，為執行接觸者追蹤工作而利用感染者提供之資訊，固然具有正當性，但伴侶風險告知不等於揭露身分。

醫療關係中健康照護工作者對於愛滋感染者資訊之保密義務 與對利害關係人之揭露義務

從個人健康資訊產生的源頭來觀察，保護每個人健康資訊秘密性的第一道關卡，是醫療專業人員對病人所負之保密義務（confidentiality），例如病人的愛滋病毒檢測結果，醫療人員往往是第一個知悉者。從希波克拉底時代以來，醫療專業就對病人發誓要保守病人的秘密，希波克拉底誓言中說：「凡我所見所聞，無論是否與行醫相關，凡我認為要保密者，我將保守秘密，並視洩密為可恥的行為。」當代健康照護專業的倫理規範（例如醫師倫理守則）或醫療專業管制法令（例如醫師法第 23 條、醫療法第 72 條），都要求醫事人員因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊，不得無故洩漏。因此，基於倫理上及法律上保密義務的要求，醫師、護理人員及其他的健康照護工作者在未取得病人同意前，不得將醫療過程中所獲得的病人資訊，揭露予第三人。

這裡要先釐清隱私權（privacy）與保密義務（confidentiality）兩個不同的概念，隱私權的範圍較廣，通常可以包含對個人資訊的控制、對個人身體空間上的接近或進入，在美國法上，隱私權甚至還包含個人事務的自主決定權，因此國家對於婦女墮胎的自主權限制，即是憲法上隱私權的範疇。相對的，保密義務則是指在一個「保密關係」中，在未經資訊提供者同意前，資訊接收者不能洩漏給這個關係以外的第三人，避免資訊的再揭露。所謂的保密關係，通常是以當事人間之信賴為基礎，例如醫病關係，在這個保密關係中病人告知醫師的資訊，在未經病人同意前，醫師不得將病人的資訊揭露予第三人，同時也要盡可能確保只有在獲得病人授權的情形下，才有其他人能接近使用這些資訊。除了醫病關係外，會計師、律師與其當事人間，記者與其消息來源間，視各個社會發展的情況，都可能透過立法或法院判決先例，承認保密關係的存在，

無待當事人間透過契約約定〔1〕。醫病之間的保密義務要求，有幾個重要的正當性基礎：第一，基於尊重個人自主權、控制自身資訊、維護資訊秘密性的權利；第二，基於維護健康照護工作者與病人之間的信任關係；第三，從古典倫理理論中的效益主義來看，為了使醫療能達成救治病人、維護群體健康之目的，必須藉由保密義務使每個人不會因為顧慮資訊外洩而怯於求醫。

然而，倫理上及法律上的保密義務也非絕對。例如臨床上主治醫師常常為了治療病人，諮詢其他醫師的意見，並共同討論治療計畫，此時即使涉及揭露病人的身分，也會被認為是合理的揭露，而不會有違反保密義務的責任問題。為了使保密資訊合理使用與揭露範圍更加明確，美國在 2003 年時開始實施個人健康資訊的隱私規則，其中詳盡地規範了醫療關係中的應保密資訊什麼情形下無須取得病人同意即可揭露（例如上述醫師間為照護目的而提供資訊），什麼情形下又必須取得病人的書面授權（例如利用病人資訊作為行銷用途）。

此外，當病人透露給醫師的資訊可能關係著第三人的重大利益時，這時醫師反而有提供資訊給第三人的義務，稱為警告義務（duty to warn）。保密義務與避免第三人受到危害的兩難情境，最經典的案例就是 *Tarasoff* 案〔2〕。罹患精神疾病的病人在進行心理治療的過程中，向醫師透露自己計劃殺死一位即將從巴西度假完、回校上課的女孩，病人雖沒有說出女孩的名字，但是醫師從治療過程中知道這個女孩是病人長期傾慕的對象。醫師雖請求警方協助拘留病人，但警方認為病人看起來行為合理、心智健全，加上他保證不接近女孩，很快將他釋放。女孩從巴西回來不久果然被病人殺死。傷心的女孩父母認為醫師知道女孩有生命危險，卻怠於警告她及父母有危險病人可能對其不利，主張醫師負有警告義務卻未履行，應負民事上侵權行為損害賠償責任。心理醫師則主張，守密是醫師的義務，尤其在心理治療上，保密是維繫醫病信任關係、達成治療目的之核心，醫師沒有義務向女孩或她的父母提出警告。面對這樣一個棘手的情況，加州法院認為醫師的守密並非絕對，當心理醫師依其專業標準，判斷病人表現出對他人的嚴重暴力危險傾向時，有義務採取合理手段保護可能的受害人；至於何謂合理手段，法院認為應依不同情況而定，可能包括一個或多個不同措施，例如及時告知、警示受害人或相關人員可能發生的危險，或通知警察，或採取在該特殊情形下任何合理、必要的步驟。法院認為，支持有效治療精神疾病和保護精神病人的隱私權，是社會的公共利益，維護心理治療過程中醫病溝通內容的秘密性是重要的，但我們必須權衡病人造成的暴力傷害對公共安全和公共利益的影響。

加州法院在 *Tarasoff* 案中說「公共危險的開始，便是個人隱私及其保護的結束。」對於負有保密義務的人來說，困難的地方就在於如何衡量守密的利益與其他利益，來決定究竟應該保密還是揭露。例如有一位懷孕九個月的婦女，無辜被街頭鬥毆事件波及，血流不止，救護車及緊急醫療照護小組人員趕到後進行急救並送醫，但不幸到院不久即死亡。胎兒經緊急剖腹出生，隔天亦告不治。更遺憾的是，醫院的醫護人員之後發現這名婦女感染愛滋病毒，一位護士決定要聯絡送這位孕婦來醫院的急救人員，告知他們曾接觸感染 HIV 的血液。這位護士是否違反保密義務？支持護士的人會主張，急救人員有權利知道他們曾經接觸感染愛滋感染者的血液，好讓他們可以接受檢測，確認他們是否感染，即便是陰性，也能持續追蹤是否感染；主張護士的行為違反

保密義務者則可能會說，健康照護提供者應該將每個病人都視為潛在的感染者，採取適當保護措施，自己負責自己的安全，因此這些急救人員無須知道他們救治過的病人是否感染 HIV。

要分析這名護士的行為是否違反保密義務，有兩個重要的倫理原則可作為指引，第一是傷害原則（Harm Principle），亦即所有的道德主體都有道德上義務尊重他人，以避免、預防、排除因為自己的行為或不行為，而導致無辜的他人遭受可預期且可預防的不當傷害。因此，以傷害原則言，我們可以說每個人在道德上有義務確保自己接受可預防傳染病的疫苗接種，因為這樣我們不會成為病人或帶原者，讓別人因為我們而染病。然而，如何判斷什麼是「不當」傷害？什麼情形下我們會有義務去避免別人受傷害？這就涉及弱勢原則（Vulnerability Principle）。相對上具有能力的道德主體，對處於弱勢地位者，例如特別容易受傷害又欠缺保護自己能力者，負有較強烈的義務透過行為或不行為，使弱勢的一方免於傷害或風險。例如兒童，他們因為年齡、心智發展程度不如成年人而相對脆弱，缺乏能力保護自己，因此我們有強烈義務注意確保兒童接受預防接種，尤其身為父母，特別有責任注意自己的孩子接受預防接種，父母的身分強化了他們避免孩子受傷害的責任，因為父母對於脆弱的孩子負有特別的保護義務。相對的，我們對於其他的成年人就沒有強烈的保護義務，因為他們是成熟的道德主體，有能力及責任保護自己〔3〕。

前述案例的爭議在於：一方認為醫護人員有必要知道病人的感染狀況，但另一方認為急救人員有責任採取適當措施保護自己。這位護士顯然認為自己有義務避免急救人員受到傷害，但問題在於這些急救人員是否處於一個易受傷害的情境、地位，使護士負有預防他們受到傷害之責？若急救人員均受有防止感染的訓練並有適當裝備，那麼他們並沒有處於一個易受傷害的地位、情境，應該自己負責自己安全，但即便我們可以確知急救人員都受過適當訓練，也有感染防制裝備，急救現場並非完全可以控制的環境，他們或許採取戴手套、口罩等預防方法，但保護可能會失效，例如手套被割破。在此情形，我們可能就無法主張他們有能力保護自己、並非處於一個相對易受傷害的情境或地位了。再從另一個角度言，健康照護工作者經常需要接觸血液，而接觸血液正是感染愛滋的途徑之一，他們固然可以用拒絕照顧疑似病人的方法來保護自己，但這違背他們照顧病人的專業義務，因此他們只能藉由採取感控措施，還有小心再小心來保護自己。因此，健康照護人員跟一般人所處的情境實際上是不一樣的，他們一方面比別人容易被感染，卻又有專業義務提供照護，所以他們是處於一個相對弱勢的地位。

綜合上述傷害原則及弱勢原則，一個負有保密義務的健康照護工作者在揭露應保密資訊前應要考量的問題是：第一，你要告知的第三人是否處於一個相對弱勢、容易受傷害的情境或地位？也就是第三人是否面臨一個嚴重的感染風險？第二，你向他（她）揭露原本應該保密的資訊，是否能協助他（她）降低對自己或他人的風險？

同樣的原則能不能運用在一般人身上呢？假設一名愛滋感染者告訴他的醫師，他不打算停止跟他的未婚妻發生性關係，也不打算告訴她感染愛滋的事，這時這位感染者及醫師有沒有倫理上的義務保護這位未婚妻呢？在這個情境中有一個已知的相對人（未婚妻），她處在感染愛滋的風險中，而且相對於她的未婚夫而言，她處在一個相對

弱勢、易受傷害的情境，因為正是未婚夫的行為或不行為使她面臨風險。根據傷害原則跟弱勢原則，這名感染者在道德倫理上負有強烈的義務，去保護已經跟他或將來會跟他發生性關係的相對人。他有很多方法可以履行這個保護義務，包括中斷性關係、進行安全性行為，或告訴未婚妻他感染的事實。特別是告知，因為這可以讓未婚妻盡早保護自己，從未婚妻的角度來說，在這樣的情境下，她有知悉未婚夫感染事實的權利（right to know）。以這樣的道德倫理義務為基礎，當感染者隱瞞未婚妻感染事實，且繼續與她發生不安全性行為時，由於感染者的行為具有高度的倫理上可非難性，因此在民法上會產生侵權行為賠償責任，甚至可能符合愛滋條例第 21 條第一項「明知自己為感染者，隱瞞而與他人進行危險性行為，致傳染於人」的要件時，應負刑事責任。

那麼醫師呢？如果醫師有充分理由相信病人不會採取行動保護他的未婚妻，也不會告訴未婚妻感染的事，且醫師無法說服病人告知未婚妻，此時另一個擁有資訊者拒絕揭露，那麼病人的未婚妻會強烈仰賴醫師的選擇與行動來避免危險。此時，從道德倫理上來說，醫師有義務盡合理努力來告知病人的未婚妻感染風險，以避免重大的危害甚至是死亡。在家庭醫師制度完備的社會中，家庭醫師對於感染者配偶所負之感染風險告知義務，會更加具有正當性，因為此時配偶的身分對醫師來說是完全可特定，聯絡方式上也沒有困難。但目前立法政策上就醫師對第三人的警告義務多採取「允許」醫師進行告知，而非課予醫師告知義務的方式，一方面讓是否進行告知留有倫理討論的空間，一方面避免在法律上對醫師課予過大義務。但在特定情形下，病人的配偶仍然可能主張醫師違反警告義務，而要負民事上的侵權行為責任。

在愛滋感染的接觸者追蹤工作上，健康照護工作者扮演了重要的角色，在符合下列的條件下，健康照護工作者可能有告知第三人感染風險的義務：第一，可特定之人，有被已知帶原者感染的風險；第二，帶原者尚未、也不會將他（她）自己的感染事實，告知、揭露給這些因他（她）而有感染風險之人；第三，醫師等負有保密義務者，知悉帶原者的感染事實。當健康照顧工作者對接觸者進行風險告知時，實際上是利用了病人所提供的資訊，可能涉及揭露醫療關係中所獲得、應予保密的資訊，因此在運用這些資訊前，原則上應先讓病人知悉健康照護工作者將聯繫接觸者進行告知。雖然健康照護工作者進行接觸者風險告知是打破了保密關係，但由於是為了避免第三人遭遇重大危險，這樣的揭露具有正當性。但必須注意的是，醫師或健康照護工作者對病人的接觸者進行風險告知時，原則上並不一定需要揭露病人的身分，國外立法例上甚至有法律明文規定不得揭露病人之身分。

公衛人員對於愛滋感染者資訊之保密義務與伴侶風險告知

健康照護工作者固然對病人資訊負保密義務，但困難的是在什麼情形下可以揭露資訊，甚至是有義務揭露，這應有清楚的規範。目前法律中說得最清楚的揭露規範，就是傳染病防治法第 39 條第一項要求的通報義務，亦即醫師診治病人或法醫師檢驗、解剖屍體時，發現傳染病或疑似傳染病者，應報告地方衛生主管機關。醫師向地方衛生主管機關通報傳染病病人的資訊，是基於疾病監測、追蹤、維護公眾健康之目的，在衡量病人資訊秘密性的利益與公眾利益後，顯然醫師在發現傳染病病人時，應負有

通報義務而非守密義務。

當衛生機關因通報而知悉傳染病病人資訊時，為了繼續盡可能維護病人資訊的私密性，法律上同時課予衛生人員保密義務，例如傳染病防治法第 10 條規定：「政府機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病病人之姓名、病歷及病史等有關資料者，不得洩漏。」另外，愛滋條例第 14 條也規定：「主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。」有關這兩條法律規範的保密義務必須說明的是：公衛人員因為醫師的通報而得知原本應保密的病人資訊，公衛人員接收了這樣的資訊之後原則上亦負有保密義務，只有在法律允許使用、揭露或有正當理由的情形時，才能將資訊再揭露予其他第三人，例如當公衛人員在校園進行疫情調查及接觸者追蹤時，往往需要向校護、老師或其他行政人員揭露感染者的身分，此時公衛人員應使資訊的接收者瞭解，其對感染者的資訊負有保密義務，在沒有正當理由的情形下，不得揭露予其他第三人。在國外立法例上甚至要求公衛人員揭露資訊時，應以書面使資訊接收者知悉並同意負保密義務。由此可知，應保密的感染者資訊可能因防疫需要而傳遞出去，在這個傳遞鏈上的接收者，即是上述法律中所說「因業務知悉」感染者之資訊者，都負有保密義務。

公衛人員的保密義務與上述健康照護工作者的保密義務均非絕對，有正當理由之資訊揭露，並不構成侵權行為。例如前揭愛滋條例第 14 條中規定，若有法律規定或基於防治需要，公衛人員得揭露感染者資訊。目前在法律上尚無明文要求揭露的情形，因此在揭露時往往必須視是否符合「基於防治需要」的要求而定。例如執法人員、矯正機構人員或健康照護工作者，因為執行職務時暴露於某位收容人或感染者的體液或血液，且有高度感染可能性時，他們應該有權知道這位收容人或病人是否為愛滋感染者，此時衛生主管機關揭露該收容人或病人的感染資訊，即屬正當揭露。為了使公衛人員在執行工作時有更明確的準則，也為了使病人對於自己的資訊可能如何被運用有更高的可預見性，傳染病防治法及愛滋條例實有必要明訂可揭露之範圍、要件、對象及程序，並在對感染者進行測後諮商時使感染者知悉。例如法律中應明訂公衛人員得利用感染者的資訊進行後續的聯繫與追蹤，在追蹤過程中所取得的資訊得運用於進行疫情調查及接觸者追蹤。

當有新的感染者通報至衛生機關時，第一線公衛人員應訪視感染者，確認感染者有接受測後諮商與治療的管道，同時為了發現其他潛在感染者，公衛人員必須和感染者討論是否有告知性伴侶或共用針頭者他們的感染風險及接受檢測之必要，並且提供感染者適當的告知協助，因此伴侶風險告知並非僅僅指對感染者的配偶進行告知，實際上包括所有可能因感染者行為而受到感染之人。從傷害原則來看，當一個人知道自己有傳染病時，他（她）負有倫理上義務盡可能避免他人被傳染，因此愛滋感染者負有盡力通知他（她）的性伴侶或共用針具者的倫理義務。再者，診斷病人為感染者的主治醫師，基於對病人的義務及對保護公眾健康的義務，倫理上負有使病人瞭解後續接觸者告知的重要性、與病人討論、擬定接觸者告知計畫、並鼓勵病人進行告知的義務；若醫師合理相信病人不會告知接觸者，此時醫師甚至可能有法律上義務，要告知接觸者其有感染風險，特別是當接觸者為醫師明知或可得而知的第三人時（例如病人

的配偶)，這就是前述醫師的警告義務。因此理想上，接觸者追蹤計畫應由醫師與病人共同討論，再由醫師向公衛端通報接觸者告知之計畫；若病人覺得有困難、需要協助時，公衛端可以與醫療端共同討論如何適當地執行告知計畫。這樣一個以醫病間的信任關係為基礎的伴侶風險告知流程，會因為病人有較高的信任感而較為順利。但因醫療文化的影響，臺灣目前實際上全然仰賴公衛人員進行病人訪視、追蹤及伴侶風險告知，對感染者而言，公衛人員是全然的陌生人，因此公衛人員如何與感染者建立信任關係、執行接觸者追蹤，實為重大挑戰。

當公衛人員對感染者進行訪視，希望瞭解接觸者相關資訊時，公衛人員應使感染者瞭解，對接觸者進行告知，是他（她）的義務，這可以使接觸者盡速接受檢測及後續醫療並預防進一步傳染，但同時公衛人員也理解這是一件困難的事，因此公衛端可以提供協助，包括擬定告知計畫、協同告知、告知方式的演練、諮商，以及後續接觸者的醫療照護服務與諮商之轉介等等；若感染者不願意自行告知，亦可提供接觸者資訊，再由公衛護士進行告知。

實務上公衛人員在執行接觸者告知時，常常會有是否「洩漏病人隱私」（實為違反保密義務）的疑慮，在目前法規上對於接觸者資訊之蒐集運用未有明確規範下，本文認為：第一，基於尊重感染者對自己資訊的控制權，也為了使感染者信賴公衛人員、順利取得接觸者資訊，當公衛人員透過訪視與討論，欲從感染者處取得接觸者的資訊時，應使感染者知悉、瞭解他（她）所提供的資訊將僅僅被用於進行接觸者追蹤，且公衛端將盡可能保護資訊的秘密性，換言之，公衛人員應使感染者知道蒐集資訊之目的。第二，透過訪視及討論所蒐集而來的資料，亦屬感染者在保密關係中所提供的資訊，原則上公衛人員應取得感染者同意後才能使用、揭露，因此若接觸者告知計畫係由公衛人員進行告知，那麼這是經感染者同意的資訊運用，並未違反保密義務。第三，當感染者同意由公衛人員進行接觸者追蹤時，公衛人員運用感染者提供的資訊固然有據，但感染者往往擔心身分曝光而對告知接觸者一事卻步，甚至會威脅公衛人員不得進行伴侶風險告知，此時公衛人員該如何處理？如前所述，若感染者自己不願意告知，目前潛在的受害者全然仰賴公衛人員的行動來降低傷害，因此公衛人員在未經感染者同意或甚至是感染者反對的情形下，運用感染者提供的資訊進行風險告知，是正當的揭露，無須負違反保密義務之責。詳言之，在符合以下條件時，公衛人員得向接觸者進行風險告知：1. 已與感染者討論過告知接觸者之必要性；2. 合理判斷該接觸者有高度感染可能性；3. 合理相信感染者將不告知接觸者可能感染之風險；4. 已告知感染者，將由公衛人員告知接觸者可能感染之風險。無論如何，應給予感染者合理時間自己進行告知，在合理時間內遲未進行告知時，公衛人員始評估是否介入。所謂合理時間，應由公衛人員視具體情況而定，例如接觸者為感染者已懷孕的妻子，此時因涉及母子垂直傳染的風險，有及早開始預防投藥的必要與利益，公衛人員應儘速使妻子知悉風險並進行檢測。

在此必須強調的是，接觸者追蹤工作除了涉及對第三人的保護義務外，尚有更長遠的公衛目的考量。在疾病防治工作上，公衛人員十分仰賴感染者的自願配合，接受檢測、治療及提供接觸者的資訊，而感染者是否願意配合，往往與信任、信賴關係有重要關連，為了維繫這樣的信任關係，公衛人員必須盡可能維護感染者資訊的秘密性。

接觸者追蹤或伴侶風險告知，不等於揭露感染者的資訊，接觸者追蹤或伴侶風險告知之目的，僅在於讓接觸者知道他們曾經暴露於感染風險，並提供他們諮商與檢測服務，並沒有揭露感染者身分或其他可辨識身分資訊的必要。從國外立法例上也可以看到，法律明訂所謂「接觸者追蹤（contact tracing）意指對於因醫師通報或感染者（被保護之病人）自行提供而得知之已知接觸者進行告知的過程，以及尋求感染者配合、提供接觸者姓名之過程。」⁴「在依法執行每一件接觸者追蹤時，感染者之姓名或其他可識別身分的資訊，均不應向接觸者揭露；接觸者的姓名亦不應揭露予其他接觸者⁴。」

無可避免的，當接觸者本身僅有少數或單一的性伴侶或共用針具者時，接觸者可能自行推知感染者的身分，例如臺灣許多已婚女性的性伴侶單純，往往可以推知自己的另一半是感染者，也通常會向公衛人員尋求確認感染者的身分。此時公衛人員應婉轉說明，接觸者追蹤是出於關心他（她）的利益與健康，感染者身分是屬於應保密的資訊，婉拒提供資訊或證實。這種接觸者自行推知、猜測感染者身分的情形，公衛人員無需負違反保密義務之責。國外立法例上為了能使公衛人員的保密義務明確化，也為使公衛人員能勇於執行接觸者追蹤工作，法律中明訂若公衛人員本於誠信善意依法執行伴侶風險告知，免負任何刑事與民事上責任，可供將來愛滋條例或傳染病防治法修正時參考⁴。

目前愛滋防治政策上積極推動對感染者配偶進行風險告知，實屬正確，但某些執行方式恐有倫理與法律上疑慮。例如公衛人員利用感染者至衛生局辦理全國醫療服務卡時，取得感染者的身分證，因而得知感染者的婚姻狀況及配偶姓名；若感染者遲不自己進行告知，則公衛人員以癌症篩檢為由，通知、說服配偶至衛生所抽血，若愛滋病毒檢測結果為陰性，並不會告知該配偶，但若檢測結果為陽性，則進行告知及轉介後續諮商與醫療服務。上述執行方式有幾個問題值得省思：第一，從公衛人員與感染者的關係來看，感染者提供身分證是為了確認身分、辦理全國醫療服務卡，公衛人員因此而取得之資訊，屬於應保密之資訊；即便是為了執行接觸者追蹤而有利用該應保密資訊之正當理由，依照本文上述公衛人員在未經感染者同意或甚至是感染者反對的情形下進行風險告知之要件，公衛人員仍有必要讓感染者知悉，公衛人員將對其配偶進行風險告知。第二，從公衛人員與感染者配偶的關係來看，以癌篩為名進行愛滋病毒檢測，倫理上侵犯了個人身體自主權與資訊隱私權，法律上可能違反愛滋條例第 15 條第四項需「經當事人同意及諮詢程序，始得抽取當事人血液進行人類免疫缺乏病毒檢查」之要求；再者，即使配偶的檢測結果為陰性，未必表示他（她）並未感染（有可能是在空窗期），也未必表示他（她）沒有感染風險，公衛端仍然必須進行告知，若只因該配偶該次檢測結果為陰性而沒有進行風險告知，在倫理上可能違反了公衛人員對該配偶的保護義務，亦不符合愛滋防治之目的。

結語

接觸者追蹤是阻斷愛滋病毒傳染、盡早發現潛在感染者以提供治療的重要工作，如何在保護感染者資訊及執行公衛工作間取得平衡，是第一線公衛人員經常面臨的兩難，在兩難間如何做決定，往往仰賴倫理上的思辯及法律政策的指引。公衛人員對愛滋感染者資訊負有保密義務，因此當因疾病通報而取得感染者資訊時，應盡可能維繫

感染者資訊的秘密性；基於防疫需要，公衛人員得利用病人資訊對病人進行後續追蹤及訪視，並討論接觸者追蹤之必要與計畫擬定；當感染者瞭解接觸者告知之必要，卻在合理時間內遲不告知，若公衛人員合理相信接觸者有高度感染風險、告知風險對接觸者有醫療上利益時，公衛人員得於告知感染者將聯繫接觸者後，向接觸者進行告知。然而，所謂告知是使接觸者知悉其暴露於感染風險，並提供接觸者諮商與檢測服務，而非揭露感染者身分或可辨識身分資訊，即使接觸者、特別是配偶自行臆測、推知感染者的身分，公衛人員亦不應提供或揭露。簡言之，公衛人員利用感染者所提供之資訊聯繫接觸者與進行風險告知，並不違反保密義務，但若揭露感染者身分，則超越合理揭示的界限，有違反保密義務之要求。

參考文獻

1. 林欣柔；隱私與公益的拔河--論醫病關係中的保密義務。全國律師 2006; X:47-56。
The Collision between Privacy and Charity - The Study of Duty of Confidentiality in the Healthcare Provider-Patient Relation.
2. *Tarasoff v. Regents of the University of California*, 551 P.2d 334. (1976)
3. WINSTON, Morton E. AIDS, Confidentiality, and the Right to Know. Public Affairs Quarterly 1988; 2.2: 91-104.
4. 紐約州法 Part 63 HIV/AIDS Testing, Reporting and Confidentiality of HIV-Related Information.

疫調快報

2014 年花蓮縣某精神療養機構流感群聚事件

鄧雅文、黃頌恩、王任鑫、葉元麗、李美珠

衛生福利部疾病管制署東區管制中心

摘要

花蓮縣某精神療養機構於 2014 年 4 月 17 日至 8 月 28 日期間共通報 8 起上呼吸道感染群聚事件，共計 8 個病房 323 名住民及 8 名工作人員出現咳嗽、發燒、鼻塞/流鼻水等症狀，平均侵襲率 20.1%(331/1644)；共採檢 33 件病毒咽喉拭子，檢出 15 件 A 型/swH1，18 件流感陰性；6 名通報流感併發症，其中 4 名需加護病房治療，2 名死亡後死因研判與流感相關。該機構因住民免疫力較低及自我照顧能力不佳、活動空間擁擠等特性，加上各病房對呼吸道症狀監測與通報機制不熟悉，未能於疫情開始時及早執行各項防治措施，導致 4 月份首波疫情在短時間內從單一病房快速擴散至機構內半數以上病房。綜上，衛生主管機關應持續督導精神療養機構落實疫情監測與通報，並及早執行各項感染管制措施，才能避免群聚疫情的擴散。

關鍵字：上呼吸道感染群聚、流感群聚、監測與通報

事件緣起

2014 年 4 月 17 日花蓮縣某精神療養機構通報慢性精神科 N 病房發生上呼吸道感染群聚事件，自 4 月 13 日至 17 日止，陸續有 47 名住民出現發燒、咳嗽、鼻塞、流鼻水等症狀，醫師診斷分別為發燒、上呼吸道感染及一般感冒等，侵襲率 31.5%(47/149)。衛生局於接獲通報後立即請當地衛生所前往該機構進行疫調，並採集 4 件咽喉拭子送驗，4 月 18 日檢出 3 件 A 型/swH1。其中有 4 名分別於 4 月 18 日及 21 日通報為流感併發症，3 名入住加護病房，其中 1 名通報後於當日死亡。截至 8 月 30 日止，該機構累計共 8 個病房 8 起上呼吸道感染群聚事件。疾病管制署(簡稱疾管署)東區管制中心分別於 4 月 22 日及 26 日會同衛生局進行實地疫情調查，並於疫情期間持續督導相關防疫措施，因本案仍有許多待改善空間，故提出討論與建議提供防疫同仁參考。

疫情描述

一、背景介紹

該精神療養機構共分為甲、乙二個獨立院區，本年各事件皆發生於甲院區，該院區設有 2 個急性精神科病房(A、B 病房)、2 個亞急性精神科病房(C、D 病房)

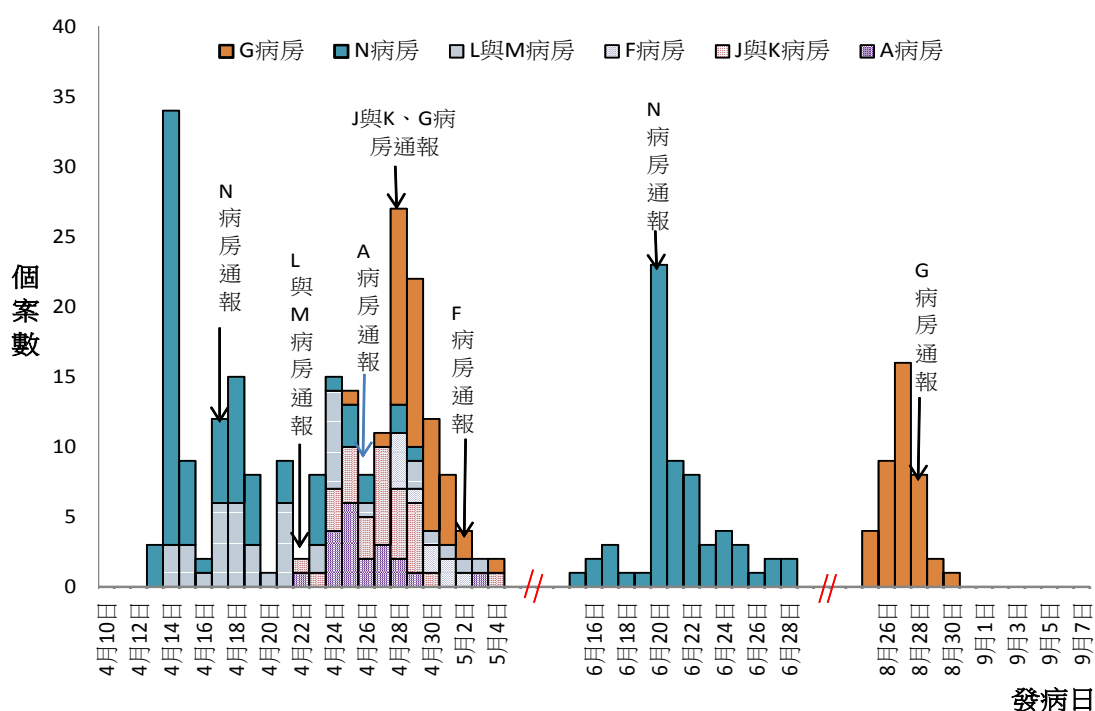
及 10 個慢性精神科病房(E~N 病房)，E~N 各病房均為獨立之二至三層樓建築物，一樓部分空間為共同活動區域及餐廳，病房區則分布在一、二、三樓，住民活動範圍除 J 及 K 2 個慢性病房住民可於同棟樓層間及院區內自由走動外，其餘病房住民活動範圍僅侷限於同棟樓層間，若要在院區內活動則需有專人陪同。精神狀況良好且自我照顧能力較佳之住民，平時可於病房內或至該機構職能中心參加職能治療及康樂活動。外來訪客皆於各病房會客室與住民進行會客。

二、病例定義

2014 年 4 月 13 日至 8 月 30 日期間內，該機構出現發燒(耳溫高於 38℃)、咳嗽、鼻塞、流鼻水、喉嚨痛、頭痛、頭暈、全身酸痛任一症狀者，均為本案群聚事件之個案。

三、疫情規模

該機構於 4 月 17 日至 8 月 28 日共通報 8 起上呼吸道感染群聚案件，自 4 月 13 日至 8 月 30 日共 1 個急性及 7 個慢性精神科病房發生疫情，計 323 名住民及 8 名工作人員出現上呼吸道症狀，侵襲率 20.1%(331/1644)。331 名個案主要臨床症狀為咳嗽 76%，其次為發燒(耳溫高於 38℃)30%、鼻塞或流鼻水 27%、喉嚨痛 8%、頭痛或頭暈 2%、全身酸痛 1%。331 名個案中有 6 名通報流感併發症，且 4 名收治於加護病房，其中 2 名死亡，死因 1 名為流感合併肺炎、肺炎合併呼吸衰竭，1 名為肺炎。疫情發生期間共有 3 名通報個案死亡，其中 2 名死因與流感相關，另 1 名死因為心律不整。本次疫情流行曲線圖如圖一。



圖一、花蓮縣某精神療養機構流感群聚事件流行曲線圖(N=331)

各病房從首例發病個案到通報日之間距平均 4.6 天(3-8 天)，累計至通報日之發病個案數平均 25.8 人(10-47 人)，疫情持續平均時間 12.1 天(5-20 天)，侵襲率 3.8%-52.4%，共採檢 33 件病毒咽喉拭子檢體，檢出 15 件 A 型/swH1，12 件流感、腺病毒及呼吸道融合病毒皆陰性，6 件流感陰性(表一)。

N 病房及 G 病房分別於 4 月、6 月及 4 月、8 月各發生二起群聚事件，其中 N 病房 4 月侵襲率為 52.4%，6 月為 50.8%，分析其原因為有症狀個案中僅出現單一咳嗽或流鼻水症狀者分占 61.5%及 61.7%，為各起疫情中侵襲率最高者(表一)。

表一、花蓮縣某精神療養機構流感群聚事件疫情摘要表

群聚事件編號	發生病房	首例個案發病日	最後一名個案發病日	通報日(截至通報日累計個案數)	疫情持續時間	侵襲率(發病人數/該病房住民及工作人員數)	發病者疫苗接種率(接種人數/發病人數)	檢驗結果	使用流感抗病毒藥物日期(人數)
1	N 病房	4/13	4/29	4/17 (47 人)	17 天	52.4% (78/149)	85.9% (67/78)	採檢 7 件， 5 件 A 型/swH1， 2 件流感陰性	4/15-4/29 (73 人)
2	L 與 M 病房 ¹	4/14	5/3	4/22 (29 人)	20 天	19.5% (45/231)	95.6% (43/45)	採檢 7 件， 5 件 A 型/swH1， 2 件流感陰性	4/18-4/28 (45 人)
3	A 病房	4/22	5/3	4/26 (13 人)	12 天	14.8% (20/135)	60% (12/20)	採檢 3 件， 1 件 A 型/swH1， 2 件流感陰性	4/25-4/28 (20 人)
4	J 與 K 病房 ²	4/22	5/4	4/28 (24 人)	13 天	9.9% (31/314)	90.3% (28/31)	採檢 4 件， 皆為 A 型/swH1	4/27-4/30 (31 人)
5	G 病房	4/25	5/4	4/28 (16 人)	10 天	19.9% (44/221)	93.2% (41/44)	採檢 3 件， 流感、呼吸道融合病毒、腺病毒 均陰性	4/28-5/2 (42 人)
6	F 病房	4/28	5/2	5/2 (10 人)	5 天	3.8% (10/267)	100% (10/10)	採檢 2 件， 流感、呼吸道融合病毒、腺病毒 均陰性	4/30-5/1 (10 人)
7	N 病房	6/15	6/28	6/20 (31 人)	14 天	50.8% (63/124)	92.1% (58/63)	採檢 4 件， 流感、呼吸道融合病毒、腺病毒 均陰性	無
8	G 病房	8/25	8/30	8/28 (37 人)	6 天	19.7% (40/203)	100% (40/40)	採檢 3 件， 流感、呼吸道融合病毒、腺病毒 均陰性	無

備註： 1. L 與 M 病房：共用護理人員及工友，且共用餐廳及戶外活動空間。

2. J 與 K 病房：共用餐廳及戶外活動空間。

四、季節流感疫苗接種情形

該機構季節性流感疫苗接種率，自 2013 年 10 月 1 日至 2014 年 1 月 31 日止，全體住民及工作人員分別為 94.7%(2458/2595)、94.9%(633/667)。發生疫情之病房接種率如表一，其中 A 病房為急性精神科病房，住民多為剛轉入且流動較為頻繁，為該病房流感疫苗接種率低之主要原因。

五、流感抗病毒藥劑使用情形

本案 8 起上呼吸道感染群聚案件，依據疾管署公費流感抗病毒藥劑使用原則，經傳染病防治醫療網東區指揮官指示，第 1-4 起群聚所有住民及工作人員皆投予公費流感抗病毒藥劑，第 5-6 起則僅針對有症狀者投藥，第 7-8 起群聚則因多數僅出現單一咳嗽或流鼻水症狀，未投予流感抗病毒藥劑。而有關預防性投藥是否能有效阻斷疫情，因該等案件皆有延遲通報情形，實質效益有待進一步評估。

六、訪客管制

該機構依內部感染管制規範，訪客會客前皆進行體溫測量及洗手，近期如有呼吸道感染症狀者，則請其戴上外科口罩，再安排住民戴上外科口罩至入口處警衛室進行會客，並紀錄備查。

建議與討論

流感(Influenza)為急性病毒性呼吸道疾病，由流感病毒(Influenza virus)所引起，其病毒屬於正黏液病毒科，依核蛋白抗原性的不同又分為 A、B 及 C 三型，其中 A 型和 B 型流感病毒會使人類產生較明顯症狀，容易引起大規模的季節性流行〔1-2〕。流感主要是經由飛沫或接觸病人分泌物而感染，傳染力強，散播範圍廣泛，可於人潮擁擠處快速傳播，各年齡層均有可能被感染，其潛伏期約 1 至 4 天，平均為 2 天〔3〕。本群聚事件發生地點為人口高度密集的精神科療養機構，住民居住空間擁擠且互動頻繁，雖然流感疫苗接種率高，但疫苗保護力非 100%，若未落實感染管制措施，住民於流感流行期間仍有較高感染的風險，並可能使疫情在短時間內快速蔓延，造成群聚感染事件。

依據疾管署東區管制中心會同衛生局實地疫情調查及各起疫情分析結果，主要問題如下：

一、未落實監測與即時通報

本疫情初期 N 病房 4 月 13 日有 3 名個案出現上吸呼吸道感染症狀，4 月 14 日個案數激增為 34 名，短短一天突增 31 名個案，但該機構並未依規定於 24 小時內立即向衛生主管機關通報群聚疫情，直至 4 月 17 日才向衛生局通報。另外，在 N 病房發生疫情同一期間，與 N 病房同屬於 U 字型連棟建築物內的 L 與 M 病房自 4 月 14 日起陸續亦有住民出現上呼吸道感染症狀，惟該機構並未因已有病房發生群聚事件而提高警覺，並要求機構內所有病房落實監測與通報，直至 4 月 22 日才再次向衛生局通報。

N 病房及 G 病房在 4 月份疫情波段後，分別於 6 月及 8 月再次發生群聚事件，仍呈現有延遲通報問題，與機構訂定「一天內有 5 名以上發燒個案需通報至感控室」之監測定義與流程有關，對於住民老化、免疫力低等相對高風險者，應再次

檢討與修訂相關條件，如只依據發燒作為監測要件，將可能造成疫情擴大。

分析該機構本次通報的 8 起群聚事件，各病房從首例發病個案到通報日間距平均 4.6 天(3-8 天)，累計至通報日之發病個案數平均 25.8 人(10-47 人)，也顯示在疫情通報與監測上，有延遲通報及未落實監測措施之缺失。

二、未採取適當隔離措施

N 病房及 M 病房將病況較嚴重住民轉至 A 病房後未採取適當隔離措施，將有症狀者與無症狀者安排於同一病室，因此導致疫情擴散至 A 病房。另，因為疫情開始初期，未能落實監測也錯失了有症狀者之隔離時機，致生病人數增加，擴大了疫情規模。

三、未即時阻斷可能造成交互感染之各式活動

各病房內之疫情雖皆於通報後 2 個潛伏期內獲得控制，但疫情開始初期，未立即進行住民活動管制，於 4 月 28 日起才暫停病房團體活動、物理治療及職能治療等，致疫情擴及全院半數以上病房。

四、工作人員流用及生病者未能請假在家休息

上述疫情中，N 病房、L 與 M 病房及 F 病房各有 4、2、2 名工作人員生病，生病員工未能獲得充分休息或未做好適當防護，極易造成病原之散播；另，其中 L 與 M 病房共用護理人員及工友，雖然住民間已區隔公共空間之活動時間，並進行清潔與消毒，但可能因為工作人員之互相流用，而造成交互感染。

綜上，建議措施如下：

- (一) 可參閱疾管署「精神醫療機構感染控制指引」及「醫療(事)機構因應重大院內感染群突發事件之感染控制措施指引」，擬定各項感染控制措施〔4-5〕。
- (二) 除要求第一線工作人員每日確實記錄住民之健康狀況外，並應加強第一線工作人員對傳染病及感染控制的認知，當出現疑似群聚感染事件時，應立即進行全機構之警示及提高警覺，並遵從傳染病防治法及相關感染管制指引，儘速向衛生單位通報。
- (三) 該機構於疫情發生時，應立即停止發生疫情之病房之物理治療或職能治療等團體活動，管制住民不必要之外出，避免與其他病房住民互動；有症狀住民轉病房治療時，應採行適當防護及隔離措施。
- (四) 對於各項感染管制措施之執行，機構應適時召開會議進行檢討並訂定改善方案，以防止疫情蔓延。
- (五) 地方衛生主管單位應提高疫情警覺性，強化經驗傳承，在各次疫情處理後留下完整紀錄，並持續加強各人口密集機構之監督與輔導。
- (六) 疾管署東區管制中心除輔導與協助衛生局進行相關防疫措施外，亦應持續加強各機構落實上呼吸道感染、類流感及不明原因發燒等症狀監測。

總結，慢性精神療養機構住民本身在個人衛生及自我照顧能力、自我管理、表達語言能力及遵從性就較一般人差〔6〕，再加上住民密集、病房公共活動空間有限且病人較不易受約束，更容易發生疾病之感染與散播，相關機構應加強疫情監測與通報以及落實各項感染管制措施，才能避免群聚疫情之發生與擴散。

誌謝

感謝花蓮縣衛生局/所防疫同仁、傳染病防治醫療網東區李仁智指揮官、疾管署研究檢驗中心及本案精神療養機構感控護理師之協助，謹此誌謝。

參考文獻

1. Mark, Boyd., Kate, et al.(). Pandemic influenza: clinical issues. MJA ,2006;185(10),44-7.
2. Andrew K, Elliot L, Mic hael JA, et al. Virus Taxonomy: Ninth Report of the International Committee on Taxonomy of viruses. 1st ed. USA: Elsevier,2012;749-61.
3. 衛生福利部疾病管制署：季節性流感防治工作手冊。第一版。2013；5-10。
4. 衛生福利部疾病管制署：精神醫療機構感染控制指引。2013/7/23。
5. 衛生福利部疾病管制署：醫療(事)機構因應重大院內感染群突發事件之感染控制措施指引。2013/7/23。
6. 鐘信心、周照芳等：精神科護理學。第四版。臺北：華杏出版股份有限公司，1997；459-70。

國內外疫情焦點

日期：2014 年第 47-48 週(2014/11/16-2014/11/29)

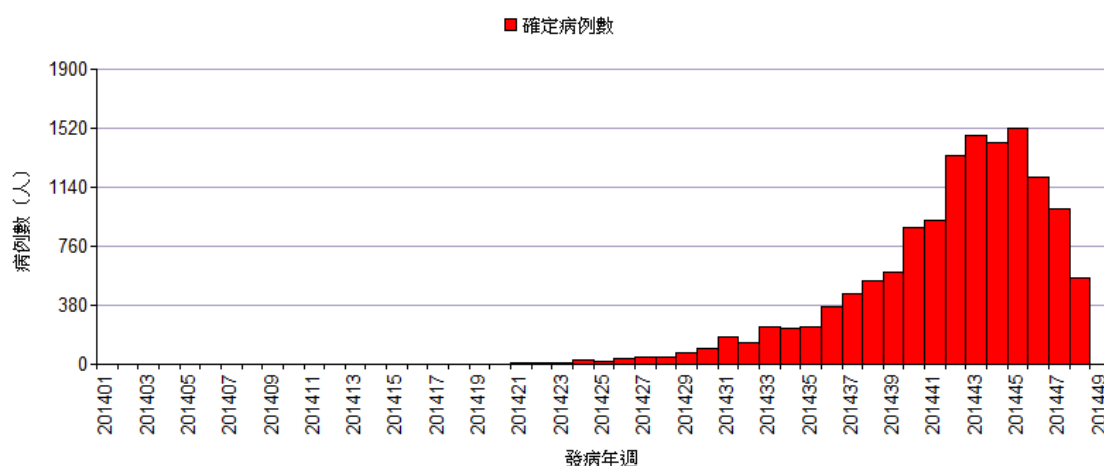
疫情概要：

登革熱疫情呈下降趨勢。高雄市疫情趨緩，但仍需加強防治工作，嚴防疫情過冬；屏東縣疫情下降；臺南市疫情下降後持平，新增病例多於新發里別且為當地疫情，引發流行疫情風險持續。時序進入流感流行季，國內流感疫情處平穩低點，流感高峰期約在每年 12 月底至隔年 2 至 3 月，預期疫情將逐漸上升；中國大陸浙江省及廣東省出現人類 H7N9 流感病例，發生風險逐漸提升。西非幾內亞、賴比瑞亞及獅子山伊波拉病毒感染疫情持續，另馬利亦新增確診病例。

一、登革熱

(一)國內疫情

- 1.本土病例：今年迄 12/1 累計 13699 例，其中 13685 例為入夏後病例，分別為高雄市 13299 例、屏東縣 171 例、臺南市 123 例、新北市 15 例、澎湖縣 14 例、臺北市 12 例、臺中市 11 例、雲林縣 7 例、嘉義市及臺東縣各 6 例、桃園縣及新竹市各 4 例、嘉義縣 3 例、新竹縣、苗栗縣、彰化縣及南投縣各 2 例、花蓮縣及宜蘭縣各 1 例。
- 2.境外移入病例：今年迄 12/1 累計 220 例，感染國家分別為馬來西亞 63 例、印尼 56 例、菲律賓 31 例、中國大陸 21 例、新加坡 10 例、泰國 9 例、緬甸及越南各 8 例、柬埔寨及印度各 3 例、孟加拉及諾魯各 2 例、吐瓦魯、法屬玻里尼西亞、沙烏地阿拉伯及日本各 1 例。



圖一、2014 年本土登革熱確診病例趨勢

(二)國際疫情

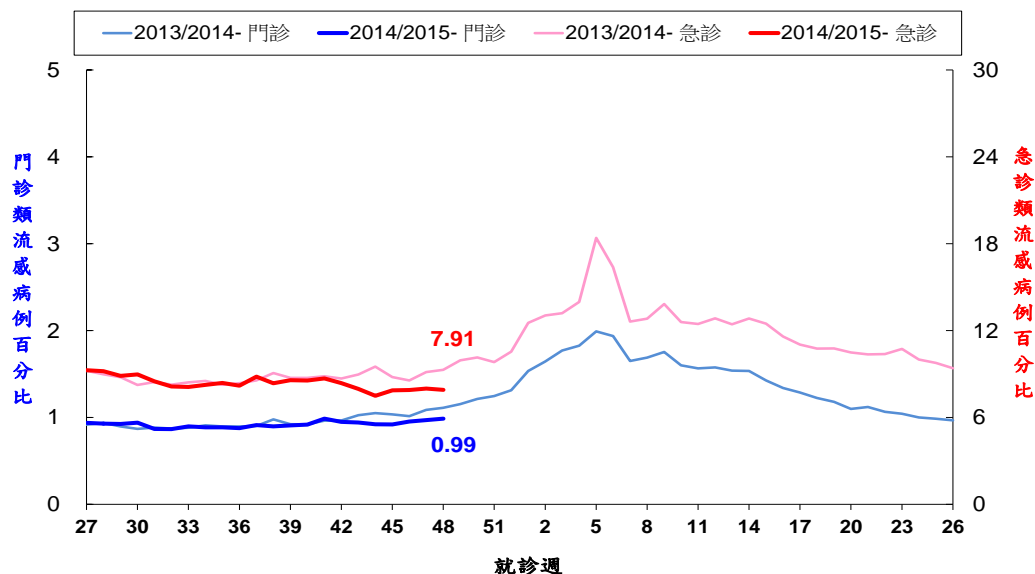
- 1.中國大陸：廣東省登革熱疫情下降，第 48 週(11/25-12/1)新增 164 例，較上週下降 26%，迄 12/1 累計 45,053 例(含 6 例死亡)，八成三病例集中於廣州市。

2.新加坡：疫情下降，截至第47週(11/22)累計逾1.7萬例(其中20例為登革出血熱)，病例數約較去年同期下降18%，約為近5年同期的3.5倍。

二、流感

(一)國內疫情：

- 1.本流感季自2014/8/1起修改病例定義為流感併發重症，迄12/1累計50例流感併發重症，14例死亡。死亡個案皆有慢性病病史。
- 2.近二週類流感門急診就診病例百分比呈持平。



圖二、2014-15年門診及急診類流感病例百分比趨勢

(二)國際疫情

- 1.加拿大：流感活動上升，流行病毒株以 H3N2 為主。
- 2.美國：流感活動上升，流行病毒株以 H3N2 為主，48%與現疫苗株吻合，其餘多與 2015 年南半球疫苗株相似。
- 3.日本：部分地區流感活動上升，流行病毒株以 H3N2 為主。
- 4.中國大陸：北方省份流感活動上升，南、北方省份均流行 H3N2。
- 5.香港：流感活動度低，流行病毒株以 H3N2 為主。
- 6.歐洲地區：流感活動度低，本流感季迄今 61%為 A 型(H3N2 為多)、39%為 B 型(Yamagata 株為多)，近二週 B 型有增加趨勢。

三、H7N9 流感

(一)中國大陸：浙江省(嘉興市)及廣東省(東莞市)11/28 各新增 1 例，均具活禽暴露史，現住院治療；該二省均為今年入秋後首次發生病例。二地自 2013 年以來分別累計 140 例及 110 例，為中國大陸疫情最嚴峻前二大省分。

(二)全球：2013 年迄 2014/12/1 共 461 例確診，分別為中國大陸 446 例、香港 10 例、我國 4 例、馬來西亞 1 例；世界衛生組織(WHO)11/18 更新 177 例死亡。

四、伊波拉病毒感染

WHO 12/1 更新累計病例數為 16,933 例，其中 6,002 例死亡，依可掌握患者預後情形推估致死率約 60%。截至 11/23，醫護人員累計 592 名感染，其中 340 名死亡。各國疫情描述如下：

- (一) 幾內亞、賴比瑞亞、獅子山：獅子山疫情持續上升，預估病例數不久後將逾賴比瑞亞，幾、賴二國則呈穩定或下降；病例數及死亡數低報情形持續存在。
- (二) 馬利：累計 8 例(6 例死亡)，其中 7 例確診、1 例極可能病例。第二波疫情與首例確診病例無關，285 名接觸者監測觀察中，迄今均未出現症狀。
- (三) 西班牙：無新增病例，累計 1 例(已出院)；約 12/2 疫情結束。
- (四) 美國：無新增病例，累計 4 例(1 例死亡，3 例出院)；約 12/23 疫情結束。

五、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
人類禽流感	中國大陸	新疆維吾爾自治區、江蘇省、浙江省、廣東省	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2014/10/18-11/29
		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	2013/6/28
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、菲律賓、越南				2014/1/21-4/10
中東呼吸症候群冠狀病毒感染症 (MERS-CoV)	沙烏地阿拉伯		第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2014/4/23
	中東地區通報病例國家： 阿拉伯聯合大公國、約旦、科威特、阿曼、卡達、葉門、黎巴嫩、伊朗		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2014/5/30
伊波拉病毒感染	幾內亞、獅子山、賴比瑞亞		第三級 警告(Warning)	避免所有 非必要旅遊	2014/8/1
	馬利		第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2014/11/15
小兒麻痺症	巴基斯坦、敘利亞、阿富汗、以色列、伊拉克、喀麥隆、赤道幾內亞、衣索比亞、索馬利亞、奈及利亞		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的 一般預防措施	2014/5/7

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：李翠鳳

執行編輯：陳倩君、劉繡蘭

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/teb>

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2013;29:[inclusive page numbers].