

外勞與國內防疫問題

壹、緒 論

過去台灣地區所創造的經濟奇蹟，一直為政府及國民引以為傲。雖然近 10 年來環境保護、文化建設與國民健康等因社會需求而逐漸被重視，然而企業提升與經濟發展似乎仍然為政府施政的主軸。為了國內勞力短缺，產業發展的延續與提升，行政院於民國 78 年 10 月 27 日核定「十四項重要建設工程人力需求因應措施方案」，開放十四項重要建設等工程得標業者，其所需人力無法自國內充分獲得時，得依規定引進外籍勞工。因外勞主要來自傳染病仍多的東南亞地區，為了防範境外移入傳染病，即已在該方案中規範體檢要包括胸部 X 光檢查及愛滋病、梅毒、B 型肝炎血清檢查。後又因營造業、紡織業、金屬基本工業、金屬製品製造業、機械設備製造業、電力及電子機械製材製造修配業等六大行業缺工嚴重，行政院於民國 80 年 9 月 13 日核定「因應當前人力短缺暫行措施」准予此六大行業十五職種專案申請外勞引進。而國家六年建設計畫中，經行政院核定之重大工程亦准予比照十四項重要建設工程申請僱用外籍勞工，此時體檢項目亦增加了瘧疾血片檢查、腸內寄生蟲糞便檢查及妊娠檢查，後者則為主管外勞的行政院勞工委員會所增列，以避免引進之外勞帶入家庭子女，衍生更多社會問題。

民國 81 年 5 月 8 日總統公告「就業服務法」，其中第五章「外國人之聘僱與管理」中第四十三條規範了可以在中華民國境內工作的外國人的職業，其中除前述為因應國家重要建設工程或經濟社會發展需要而指定之工作可引進外勞外，又包括了監護工、家庭幫傭及白領階級。白領階級包括 1. 專門性或技術性工作，2. 華僑或外國人經政府核准投資或設立事業之主管，3. 公立或經立案之私立大專以上院校或外國僑民學校之教師，4. 依補習教育法立案之短期補習班之專任外國語文教師，5. 運動教練及運動員，6. 宗教、藝術及演藝工作。白領階級與藍領階級的體檢規定，初期衛生署意見是完全比照民國 81 年 7 月 27 日行政院勞工委員會所公告的「外國人聘僱許可及管理辦法」對外籍勞工、監護工及家庭幫傭的體檢規定，建議各目的事業主管機關納入其管理辦法中，然各目的事業主管機關各有不同考量不見得採納。由於白領階級多來自先進國家，藍領階級現階段只限來自泰國、菲律賓、馬來西亞及印尼之開發中國家，經考量對防疫之衝擊及各方意見，衛生署乃以「藍領從嚴、白領從寬」之原則修改體檢規定。也就是白領階級只要求入境前之體檢合格要求，而不作入境後之體檢，藍領階級則仍要求入境前及入境後體檢，此一修改並提供行政院勞工委員會修正就業服務法及外國人聘僱管理辦法之參考。由於外籍勞工引進數量較高，引起防疫問題更值得關切。故本文僅針對外勞與防疫為探討重點來討論。

貳、泰國、菲律賓、馬來西亞、印尼重要傳染病流行情況

一、愛滋病及其他性傳染病

愛滋病病例的發現，首先於西元 1981 年 1 月至 5 月在美國加州洛杉磯 3 家不同醫院分別經由肺生檢証實五例 29 歲到 36 歲的男同性戀者感染了肺囊蟲(*Pneumocystis carinii*)引起的肺炎，這些病人均有長達 2 至 5 個月的發燒、肝功能不正常、淋巴球減少，且有巨細胞病毒、口腔念珠菌等感染⁽¹⁾。1983 年由法國 Luc Montagnier 及美國 Robert C. Gallo 証實是由後來命名為人類免疫缺乏病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV)所引起，此疾病並迅速蔓延，無一種族、地區、國家所能倖免。依據世界衛生組織估計至 1995 年年底全球約有 2,800 萬人感染，其中有 2,550 萬成人及 240 萬孩童已感染愛滋病病毒，而且每天仍以 5,000 ~10,000 例新感染病例增加中，全球愛滋病病例則

估計有 770 萬例，有 580 萬人已死亡，包括男性 260 萬人，女性 190 萬人，小孩 130 萬人死亡，且公元 2000 年全球感染人數將上升至 3,000 ? 4,000 萬人⁽²⁾。亞洲地區愛滋病毒人口佔全球感染人口將由 1993 年的 10 % 上升至公元 2000 年之 40 %。目前亞洲猶如一睡覺中之愛滋巨人，其未來 5 年愛滋病的流行將使得開發中的亞洲國家雪上加霜。

愛滋病與其他傳染病最大的不同，在於潛伏期長達半年至 10 年，目前亦有感染超過 10 年仍未發病的案例。當病毒侵入人體後數週或數月，可能出現急性症狀如淋巴腺腫、出汗、發燒、疲倦、皮膚發疹、肌肉關節痛、咽喉疼痛、脾腫、但旋即痊癒。接著即經過潛伏期，然後因免疫系統逐漸遭到病毒破壞，於是出現了長期拉肚子、發燒、淋巴腫大、體重減輕 10 % 以上，以及各式各樣的病毒、細菌、黴菌、寄生蟲等感染並發生肺囊蟲肺炎、卡波西氏肉瘤等典型愛滋病症狀。目前因無根治藥物，所以愛滋病感染仍會導致死亡。泰國、菲律賓、印尼及馬來西亞愛滋病流行情況如下：

1. 泰國：第一例愛滋病病例(外國籍)出現於 1984 年，至今已有 2 萬例病例，其中 6,000 例死亡。其人口目前約為 5,800 萬人，估計有 80 萬人感染，至本世紀末將達 100 萬人感染⁽³⁾。以注射毒癮者(1993 年感染率 33 %)、性工作者(1993 年感染率 29.8 %)為最嚴重⁽⁴⁾，而其清邁地區之性工作者在 1990 年調查曾有高達 16 %~72 %之報告。現在泰國的傳染途徑已由注射毒癮者、妓女、嫖客而出現了婦女及兒童感染逐漸嚴重的情况。
2. 菲律賓：人口約 7,000 萬人，愛滋病感染人口估計為 12,000 人⁽³⁾，三年中增加了 3 倍。約有 200 例愛滋病病例，其中 2 / 3 已死亡。其傳染途徑以性為主，1992 年調查性工作者感染率 0.1 %，而同性戀者感染率 1988 年為 0.3 %⁽⁴⁾。
3. 印尼：人口約 2 億，至 1995 年 4 月 17 日只幸陪愛滋病人 67 例⁽⁵⁾，依據世界衛生組織愛滋病顧問 Dr.Jamos Chin 估計在 1993 年已有 2 萬人感染愛滋病。
4. 馬來西亞：依據世界衛生組織資料⁽⁵⁾其至 1995 年 1 月底報告了 200 例愛滋病病例。在特殊群體的感染率方面，注射毒癮 1991 年為 6.9 %，性

工作者為 1.4 %。

愛滋病流行情況的掌握，端賴報告系統的完整性，病例診斷水準，以及有無特殊群體的調查而定，因各國情況不一因此常無法作正確的比較，但從上述資料仍可見出端倪。泰國已進入蔓延的情況，每 1,000 人即有 1.4 人感染，而其蔓延速度透過毒品、性，更是成幾何級數增加，菲、馬、印尼等國相較仍在流行早期，但防治工作如不及早實施，蔓延仍可預期。

愛滋病之外的性病如淋病、梅毒、軟性下疳、非淋菌尿道炎、疱疹、陰道滴蟲病等亦為全球的問題。性病亦會造成不孕症及先天性梅毒等嚴重後遺症，性病可促使愛滋病更易自性器官及皮膚黏膜之傷口侵入，而愛滋病亦使性病繼續進行，延緩痊癒。

二、結核病：

結核病雖然是一個古老的傳染病，但至今仍然是全球性的問題。全球估計有 17 億人感染結核菌。百分之 70 發生在東南亞及西太平洋區。每年仍有約 800 萬的新病例及 300 萬人死亡^(6,7)。尤其近 10 年來愛滋病流行，不僅未開發或開發中國家結核病病例上升，即使已開發國家也因愛滋病，加上無業遊民以及來自高感染地區之移民，使得結核病例上升。如世界衛生組織資料，全球 1990—1993 年結核病報告病例數比 1984~1986 年上升了 27.8 %，東南亞地區上升了 37.3 %，美洲增加了 3.8 %⁽⁸⁾。

在菲律賓，結核病為十大死因的第三位，我國自民國 74 年即排除於十大死因之外。泰國北方 Chiang Rai 省 1991 年結核病發生率為 24.7 / 10 萬人口，而 1993 年上升了 2 倍為 49.8 / 10 萬人口，在結核病人感染愛滋病病毒亦由 1991 年之 1.5 % 上升為 45.5 %⁽³⁾ 印尼在 1980 年的結核病發生率為 62.7 / 10 萬人口，馬來西亞在 1978 年結核病發生率為 3.71 / 10 萬人口，菲律賓在 1978 年結核病發生率為 59.7 / 10 萬人口，泰國在 1982 年結核病發生率為 14.7 / 10 萬人口。

結核菌感染後，6-12 個月是病程繼續進行肺結核的最危險期，一旦受到感染，終其一生均可能為一潛在之發病源。當人體抵抗力減弱時，如罹患糖尿病、長期服用免疫抑制劑如類固醇、免疫機能缺失如愛滋病等，均可能再引發結核菌活躍，而使結核病再復發。此外由於用藥不當或病人服藥的順服性不高，致抗藥性，仍是嚴重問題，特別是愛滋病人感染了抗藥性的結核病，呼吸

道傳染醫護人員之機率增加，造成醫護人員恐床。

三、瘧疾等原蟲及腸內寄生蟲

(一)全球瘧疾約 3 億~5 億病例，90 %在非洲地區。每年亦造成 150 萬~300 萬人死亡⁽⁹⁾。以 1990 年到 1992 年為例，泰國每年約有 17 萬~27 萬病例，罹患率為 3.5~5.6 / 1,000 人口；菲律賓每年約 8.6 萬~11.0 萬例，罹患率為 5.3~8.7 / 1,000 人口；馬來西亞每年約 3.6 萬~5 萬例，罹患率為 2.0~2.8 / 1,000 人口；印尼每年病例為 1.3 萬~1.8 萬，罹患率為 0.1 / 1,000 人口⁽¹⁰⁾。值得注意的是，對致死率高的熱帶瘧，在泰國已出現對奎寧(Quinine) 抗藥性，而在泰國邊境地區有 50 %的病例亦對Mefloquine 有抗藥性。

除瘧原蟲外，其他如梨形鞭毛蟲，痢疾阿米巴等亦在外勞體檢發現。

(二)腸內寄生蟲

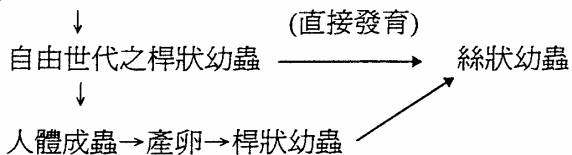
人的寄生蟲在東南亞地區有 62 種，在泰國、菲律賓、馬來西亞及印尼常見的腸道線形蠕蟲有蛔蟲、鉤蟲、鞭蟲，有些村莊感染率可分別高達 92 %、70 %及 95 %，至於原蟲方面如痢疾阿米巴、大腸阿米巴、及梨形鞭毛蟲之感染率，亦可達 34 %、38 %及 11 %。菲律賓以菲律賓毛線蟲及日本住血吸蟲為其嚴重寄生蟲感染，臺灣已出現 5 例感染菲律賓毛線蟲的案例，至於日本住血吸蟲可感染臺灣的釘螺，亦值得警覺。泰國北部、東北部之泰國肝吸蟲感染亦相當普遍。

以下就外勞常見而我們一般人比較不熟悉的人體腸道內的寄生蟲及其傳染途徑與生活史簡介如下：

1.線形蠕蟲

(I)糞小桿線蟲(strongyloides stercoralis):

水中或潮濕土壤中之絲狀幼蟲鑽入人體皮膚(例如赤足接觸)，隨血循環至肺→ 氣管→ 喉頭→ 食道→ 胃→ 在小腸發育成成蟲→ 產卵→ 桿狀幼蟲(寄生世代)→ 隨糞便排出體外



(2) 鉤蟲(Hookworms):

生活史似糞小桿線蟲，但僅有體內成蟲，無體外成蟲，其傳染亦是絲狀幼蟲鑽入皮膚感染，但亦可經口而入。

(3) 鞭蟲(*Trichuris trichiura*):

為食入具有感染力之胎蟲卵汙染之食物而感染，幼蟲在小腸孵出，進入大腸絨毛內發育為成蟲。

(4) 東方毛線蟲：

幼蟲經由皮膚或口進入人體，與鉤蟲生活史相似，成蟲寄生在十二指腸，蟲卵隨大便排出，發育成幼蟲，會引起消瘦、下痢及皮膚乾燥等症狀。

(5) 菲律賓毛線蟲(*Capillaria philippinensis*):

因生食中間宿主海水魚而感染，幼蟲在小腸發育成蟲，排出蟲卵，為海水魚吃入，發育成有傳染性之幼蟲，臨床症狀包括腹痛、腹脹、腹瀉、體弱、血壓減低、食慾缺乏、體重減輕、水腫等。

2. 扁形蠕蟲：

(1) 中華肝吸蟲(*Clonorchis sinensis*):

最早在菲律賓由一位中國木匠屍體解剖發現，其生活史包括兩個中間宿主，人吃了未煮熟含有囊狀幼蟲的淡水魚(草魚、吳郭魚、鰱魚等鯉魚科)而感染，在人體肝臟膽管發育為成蟲→ 卵隨糞便排出→ 被螺螄吞入→ 在其小腸或直腸內孵化→ 尾動幼蟲自螺體逸出→ 侵入魚體。臺灣地區如高雄美濃、旗山、南投魚池鄉，以及苗栗縣都有不少病例報告。

(2) 泰國肝吸蟲(*Opisthorchis viverrini*):

因為 1886 年由香貓的肝臟檢獲到此寄生蟲而命名，其生活史似中華肝吸蟲，亦需兩個中間宿主(螺類及淡水魚)，主要流行區在泰國北部、東北部，及鄰近寮國、越南、北越等地。

(3) 日本住血吸蟲(*Schistosoma japonicum*):

因最初(1847 年)在日本片山報告此病，1904 年由日本人桂田氏，自貓、犬檢出成蟲而命名為日本住血吸蟲。

成蟲寄生在門靜脈系統之靜脈內→ 卵隨糞便排出→ 在水中孵化→ 纖毛幼蟲→ 鑽入中間宿主(釘螺)→ → → 發育成尾動幼蟲，離開釘螺→ 遇人體由皮膚鑽入→成蟲。

以上吸蟲類感染會引起發燒、食慾不振、腹瀉、貧血、肝脾腫大、肝病變、肝硬化，而嚴重者會死亡。

四、B 型肝炎

臺灣及東南亞地區均為B 型肝炎的高感染地，一般人口的帶原率在 10 %，甚至 20 %。由於B 型肝炎病毒感染，可導致慢性肝炎、肝硬化及肝癌，影響國人健康至鉅，故民國 83 年 7 月起，我們為全球第一個將B 型肝炎預防注射列為國家計畫實施，除新生兒外，逐年推動學齡前幼兒、國小學童、青少年及成人預防接種。近十年來已使得學齡幼兒的帶原率由 11 %下降至 1.7 %，泰國、菲律賓、馬來西亞及印尼，其推動B 型肝炎預防注射不如我國積極，成效有限。

五、癩病(癩瘋病)

依世界衛生紅排哉資料⁽¹¹⁾，全球估計仍有 180 萬病例，70 %在東南亞，90 % 集中在 19 國。盛行率最高為巴西(10.2 / 10,000)及查德(10.2 / 10,000)，其次為印度，而菲律賓(2.5 / 10,000)，印尼(2.3 / 10,000)、泰國(0.9 / 10,000)、馬來西亞(0.95 / 10,000)亦為 19 國之列，因此在民國 84 年 5 月 2 日函請外交部轉知駐外單位，來自東南亞及南亞(印度、尼泊爾、不丹、孟加拉、緬甸及斯里蘭卡)、南美洲、中非洲之受聘僱外國人(外籍勞工)增列癩病檢查。

參、外勞體檢作業

一、體檢規定

(一)檢查項目：體檢項目經過多次增列，詳如附表一目前規定下列 10 項。1.X 光肺部檢查。2.HIV 抗體。3 .梅毒血清檢查。4.B 型肝炎表面抗原。5 .瘧疾血片檢查。6.腸內寄生蟲(含痢疾阿米巴等原蟲)糞便檢查。7 .妊娠檢查。8 .嗎啡尿液檢查。9.安非他命尿液檢查。10 .癩病。

(二)體檢時間：

1 .入境前三個月內。

2. 入境後七日內。
3. 入境後工作每滿六個月之翌日起前後一個月內。
4. 申請展延：工作期限屆滿前六十日內。

二、外國指定醫院之認可及撤銷

(一) 認可程序：

1. 泰國、馬來西亞、菲律賓或印尼之醫院需先經各該國衛生部及勞工部(或勞工部及海外就業署)核發之外勞健檢認可證明。並需循經我國外交部駐該國之代表機構，函轉外交部或向衛生署辦理認可程序。
2. 目前經衛生署核定可辦理外勞來台健檢醫院之家數，泰國八家、馬來西亞十五家、菲律賓九家、印尼六家。

(二) 撤銷規定：

經衛生署認可之國外醫院，如有下列情形之一者，即撤銷其體檢醫院之認可

1. 每月檢查人數達 100 人以上，而其入境後經我國國內指定醫院體檢結果，不合格率達 5 % 以上者。
2. 每月檢查人數未達 100 人以上，而其入境後經我國國內指定醫院體檢結果，不合格人數達 5 人以上者。

依上面規定，我們曾撤銷菲律賓一家(另新增一家)，印尼一家(另有一家停止半年至 85 年 4 月 30 日)。

三、國內體檢醫院之認可及撤銷

(一) 認可程序：

須取得經衛生署會同教育部評鑑合格之區域級(含準區域級)以上教學醫院之資格。

(二) 撤銷規定：

1. 指定醫院越區至工廠或外包檢驗院辦理外籍勞工健康檢查，且其健檢品質未達衛生署指定機構之監測標準。
2. 衛生署目前指定五十三家「公私立準區域以上教學醫院」為外籍勞工健康檢查醫院。

四、體檢核備之申請程序

- (一)入境時：入境後 15 日內，將體檢結果送受聘僱外國人工作地點當地之衛生局核備。
- (二)入境工作每滿六個月時：體檢日後 30 日內，將體檢結果送受聘僱外國人工作地點當地之衛生局核備。
- (三)申請展延：工作期限屆滿前 60 日內，將體檢結果送受聘僱外國人工作地點當地之衛生局核備。

肆、外勞體檢結果

一、累計：

自民國 81 年 1 月至 84 年 6 月外勞入境後各次體檢總計有 844,450 人次，其中泰國有 573,773 人次(67.0%)，菲律賓 217,185 人次(25.7%)，印尼 31,629 人次(3.7%)，馬來西亞 21,863 人次(2.6%)。體檢又發現不合格有 11,613 例(1.38%)按國別其不合格率依序為印尼 2.3%，泰國 1.51%，馬來西亞 1.35%，菲律賓 1.08%(表二)，其在原國家體檢合格而到臺灣後又體檢出現不合格主要在於腸內寄生蟲，有 9,071 例(78.1%)，次為 B 型肝炎 839 例(7.2%)，肺結核 585 例(5.0%)，梅毒 297 例(2.6%)，懷孕 273 例(2.3%)，嗎啡 227 例(2.0%)，愛滋病 205 例(1.8%)，安非他命 106 例(0.9%)，瘧疾 10 例(0.1%)(表三)，至於癩病則最近曾於菲律賓外勞檢出 1 例。此四國均以腸內寄生蟲及 B 型肝炎不合格為最高之兩項，在所有體檢大便檢體中，腸內寄生蟲陽性率為泰國 1.17%，印尼 1.73%，菲律賓 0.79%，馬來西亞 0.52%。在腸內寄生蟲不合格的 9,071 例中，有 74% 來自泰國，20.8% 來自菲律賓，其可能原因包括此兩國寄生蟲感染率本來就高，在自己國內體檢可能因吃藥而未檢出，但回到居住地又再感染，亦有可能原體檢醫院檢驗方法及人員水準有問題。在檢驗出寄生蟲(包括瘧疾)9,081 例中，泰國以泰國肝吸蟲、鉤蟲為多，菲律賓、印尼及馬來西亞均以鞭蟲、鉤蟲為多(表四)。

二、按體檢時期：

依入境時、入境後滿半年、滿一年、滿一年半的體檢不合格率分別為 2.41%、1.61% 及 1.99%(表五)，因入境時不合格依規定即遣送回國，合格的人留下來，以後體檢不合格應該降低很多，為何到滿一年半體檢時反而上升，觀各

次不合格仍以寄生蟲為多，一方面可能在入境時，仲介公司即要求外勞先服藥，或所服驅蟲藥量及服藥方式不當，亦可能導致產卵量低，故入境體檢無法檢出，或國內體檢醫院檢驗能力有問題，另一方面可能入境後維持其生活習性如生食、用手指抓食、個人衛生習慣不良，而再次感染之故。

各次體檢無論在入境時、入境後滿半年、入境後滿一年或入境後一年半時，寄生蟲種類均以泰國肝吸蟲為最多，其次為鉤蟲。

三、國內體檢醫院寄生蟲檢驗監測結果：

為了掌握國內準區域級以上外勞體檢醫院寄生蟲檢驗技術，所以衛生署委託中華民國寄生蟲學會，透過八所醫學院寄生蟲科或研究所，分區抽驗 23 家體檢醫院外勞大便檢體再予以檢查。以民國 83 年 6 月至 84 年 6 月所作結果，腸道寄生蟲陽性率泰國為 11.94 % (1,505 / 12,604)，菲律賓 10.12 % (733 / 7,242)，印尼 18.08 % (181 / 1,001)，馬來西亞 8.46 % (45 / 532)，高出體檢醫院的 10 至 16 倍之多，國內體檢醫院之品質不禁令人汗顏，而防疫把關的成效亦大打折扣，此亦證實為何入境時體檢合格，半年後又再出現陽性反應的原因之一了。值得注意的是，檢出之寄生蟲種類仍以台灣沒有的泰國肝吸蟲 660 例為最多，而且也檢出了法定傳染病痢疾阿米巴 24 例的帶原蟲者。

伍、外勞體檢產生的問題

一、傳染病入侵的隱憂：

(一)法定傳染病，如：鼠疫、狂犬病，台灣地區分別在民國 37 年、48 年即無病例報告，但鼠疫在亞洲地區，一年約有 400~ 500 例，主要為越南，其次為中國大陸及蒙古。在非、泰、馬來西亞、印尼沒有報告，但近聞外勞可能開放越南地區，值得注意。1995 年 8 月~10 月，印度爆發肺鼠疫流行，有 639 例確定病例，有 56 例死亡⁽¹²⁾，引起全球緊張。狂犬病，除了印尼之巴里島外，泰、菲、印尼、馬來西亞，均仍有狂大病病例。這些急性傳染病，無法事先檢驗，且非一般醫院所能檢驗，故只有密切注意國外疫情，加強疾病監測。

(二)台灣地區自 1965 年由世界衛生組織宣布瘧疾根除後，多年來除了民國 61 年越戰美軍在台灣北部三芝、淡水、石門引發之小流行外，除

僅極少數復嶺病例，或誘導感染(如 1995 年 10 月嶺生之臺北榮民總醫院，因注射顯影劑引發之院內感染)外，均為境外移入病例。依據衛生署預防醫學研究所統計自民國 77 年至 84 年 12 月底共計 298 例境外移入瘧疾，主要來自亞洲有 194 例(65.10%)，非洲 86 例(28.86%)，美洲 5 例(1.68%)，大洋洲 13 例(4.36%)。在亞洲國家中，在緬甸感染最多，有 40 例(13.42%)，其次為泰國、印尼、大陸均各 33 例(11.07%)，印度 26 例(8.72%)，菲律賓 10 例(3.35%)，馬來西亞 6 例(2.01%)。由此可見目前引進外勞的四個國家均是多年來我國境外移入瘧疾的主要感染地。由前述外勞體檢結果，在 844,450 人次體檢中發現 10 例。雖然人數少但已顯示隨時可以帶入，尤其是台灣地區傳播瘧蚊的微小瘧蚊仍然存在，共有 5 鎮 22 鄉鎮，帶有瘧原蟲之外勞如果剛巧在這些地區工作，亦有可能一不小心而造成瘧蚊叮咬傳播瘧疾。此外瘧疾亦可能經由輸血，或如最近因顯影劑注射器受境外移入病患血液污染而造成六位院內感染瘧疾的案例。

- (三)寄生蟲除上述之瘧疾防治成效顯著外，其他寄生蟲如一些曾造成地方性的寄生蟲病，如班氏絲蟲、肺吸蟲、薑片蟲及中華肝吸蟲等感染率已降至很低。國小學童腸內寄生蟲感染率很低，在 1% 以下，僅蟯蟲感染率約為 3~4%，以及山地離島地區學童腸內寄生蟲較高為 7.72%。東南亞地區地處熱帶、亞熱帶，高溫多濕，且民眾個人衛生及環境衛生仍差之情況，寄生蟲感染率可高達 90%，就如同菲國一位醫師謂「沒有寄生蟲不是菲律賓人」之自嘲了。由前述外勞體檢腸內寄生蟲不合格率最高，特別是泰國肝吸蟲檢出率更是榜首，其所涵蓋之香貓肝吸蟲是台灣沒有的。衛生署預防醫學研究所檢驗於 82 年 3 月~4 月入境之 1,529 名外勞，發現有 194 例(12.7%)為日本住血吸蟲抗體陽性⁽¹³⁾，表示過去曾感染，在前述體檢中，大便雖未檢出，但由此血清學檢測，亦值得注意。台灣沒有的日本住血吸蟲，亦可帶進來。
- (四)愛滋病方面檢驗出 205 例愛滋病感染者。依外國人聘僱管理辦法，不得攜眷來台，這些多數為中壯年男性，為性活躍者，在台灣將極可能

透過與本地人之性關係而傳播。愛滋病感染後，抗體約需 6~12 週左右才產生，因此在此空窗期無法利用血清抗體檢測出。所以由高感染地區之泰國等地來台之外勞，帶入愛滋病之可能性極高。國內愛滋病到去年 12 月已經突破了一千人感染之報告病例，雖然實際感染者可能為十倍左右，外勞的引進也使得愛滋病防治更面臨考驗，國人必需要有安全性行為之觀念與行為。

- (五)台灣地區歷年來，結核病的死亡率及罹病率均明顯下降，且已自民國 74 年排除於十大死因之外，但每年仍約有 15,000 例左右病例，山地鄉發生率及死亡率約為平地之 3~4 倍。雖然台灣地區結核病比之先進國家，仍為我國重要公共衛生問題，但菲、泰、馬來西亞、印尼，則比我國更為嚴重，而且此為呼吸道傳染病，如加上抗藥性，則影響國人健康更甚。由前述體檢亦查出 585 例肺結核病例之外勞。
- (六)傳染病都有其潛伏期，因此傳染病仍無法用現有檢測方面儘早檢出病原，且有些傳染病感染不一定發病，或發病之症狀不典型，醫生不一定能診斷出來，故難免在不知不覺中即已傳播疾病，例如登革熱曾於民國 80 年在高雄市，因一名自印尼回國被診斷為感冒之非典型症狀之登革病例，造成突發流行。
- (七)外勞與國內勞工作息一起，菲傭、監護工，進入國人家庭內煮食、照顧老幼，稍一不慎，均有可能因飲水、食物受到污染或呼吸道傳染等方式，使國人感染，影響健康。
- (八)去年有監護工殺死受照顧之老人之案件，而引發國人關切外勞精神問題。目前衛生署已要求國外體檢醫院加上此項，但國內因語言問題，醫病間不易溝通診斷精神病，將不作強制性列入體檢項目，但僱主亦需隨時注意僱傭，以及勞委會將辦理平時之輔導。
- (九)毒品之濫用，在亞洲地區是一嚴重問題。金三角地區是毒品走私之源頭，當地毒品引發之愛滋病感染亦是全球矚目焦點。泰國海洛因之濫用增加，主要年齡層為 26-30 歲，其中女性佔 4%。濫用地區北部佔 65%，中央地區 16%，東北部 16%，曼谷 1.6%，南部 0.30%⁽¹⁴⁾。前述外勞體檢亦查出 170 例嗎啡，及 81 例安非他命尿液檢查陽性者

國內原以安非他命吸食為多，但嗎啡亦呈明顯上升，由吸食轉成注射，其造成因共用針筒所引起血液傳染之病毒性肝炎、愛滋病及其他血液傳染病值得注意。

二、體檢行政作業之困擾

- (一)國外體檢醫院未能確實檢驗，造成在國外體檢合格而國內體檢不合格，造成外勞需遣送回國及潛逃之困擾，當然此一差異尚包括可能潛伏期未查出病原，在國外檢查確實為陰性但後又感染等原因；另亦有可能檢驗方法不同，國內可能使用較靈敏之方法。
- (二)國內體檢醫院在寄生蟲檢測水準已較之國外體檢為高，但經醫學院寄生蟲科或研究所的抽樣檢測，發現檢測率及寄生蟲種類之鑑別能力，仍然有待提升。目前已委請中華民國寄生蟲學會辦理研習訓練及作檢驗技術監測。
- (三)外勞好不容易進到台灣地區，為了怕體檢不合格曾有仲介公司以健康之檢體取代外勞本身之大便送檢之密告，為此衛生署函請各體檢醫院注意檢體之收受，並不准赴工廠體檢，一律需到醫院內體檢，並訂定體檢醫院撤銷之規範，以及建議勞委會加列對仲介公司之處罰於外國人聘僱管理辦法中，希望能避免類似事件發生。
- (四)外勞入境後除依規定時間體檢外，需將體檢報告單依規定時間送當地衛生單位核備，此一時效，初時規定太嚴，例如入境 3 天內要體檢，7 天內報備，因無法配合，現已更改為 7 天內及 15 天內。當然有特殊不可避免之情況下，如依限體檢，但不超過三十天內報備，仍可核備。這些規定已考慮事實加以修正，不過仍不時有僱主未依規定辦理，其理由多數為不諳規定，委託仲介，仲介倒閉等因素，所以對仲介的管理，申請辦法的週知，以及外勞入境前之講習，都有必要加強。
- (五)對於入境時體檢不合格一律遣返，引起一些民眾認為有些病如寄生蟲可治療，不必遣返應予治療，以免外勞花費不貲來台，而被遣返，有損權益。但因在政策上是要求健康的勞工引進，如放鬆此一規定，可能亦使國外體檢醫院鬆綁其體檢水準，而國內僱主及健保單位需要付出更多之醫療支出。至於半年以後之體檢，則已考慮情理法，而准予

寄生蟲有治療一個月的機會。

(六)外勞合法進入而逃跑成非法外勞，或以合法觀光入境但非法居留從事工作等，都是體檢無法規範，這些都可能成了防疫死角。只有多靠民眾密告及警方查緝，否則非法外勞引起社會問題不容忽視。

陸、結語

自泰國、菲律賓、馬來西亞、印尼引進外籍勞工、監護工及女傭，在台灣地區已然引發傳染病進入之隱憂，因此體檢水準的提升，加強傳染病的監測，對僱主、仲介及外勞本身之相關規定資訊之週知及衛生教育，均有待更有效的加強與落實。

撰稿者：許須美〔行政院衛生署防疫處〕

參考文獻

- 1.CDC : Update on acquired immune deficiency syndrome(AIDS)-United States.Morbidity and Mortality Weekly Report 31 : 507,1982.
- 2.WHO : The current global situation of the HIV / AIDS pandemic.Weekly Epidemiological Record 71 : 205-208,5 July 1996.
- 3 .許須美：赴泰國參加第三屆亞太地區愛滋病國際研討會暨第五屆全國愛滋病研討會出國報告。1995 年 9 月。
- 4.Tim Brown : AIDS in Asia : The gathering storm.East-West Center,Asia Pacific Issues 16 : 6,Aug.1994.
- 5.WHO : AIDS-Global data.Weekly Epidemiological Record 27 : 193-194,2 July 1995.
- 6.Arata Kochi : The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization.Tubercle 72 : 1-6,1991.
- 7.Scrip Magazine p46-48,May 1994.
- 8.WHO : Tuberculosis.Weekly Epidemiological Record 70 : 73-77,17 March 1995.
- 9.WHO : World malaria situation in 1991-part 1.WeeklyEpidemiologicalRecord 68 : 245-252,20 Aug.1993.
- 10.WHO : World malaria situation in 1992-part II.Weekly Epidemiological Record 69 : 317-321,28 Oct.1994.
- 11.WHO : Progress towards the elimination of leprosy as a public health problem.Weekly Epidemiological Record 70 : 177-182,23 June 1995.

12. WHO : Update : Human plaque-India, 1994. Morbidity and Mortality Weekly Report 43 : 761 -762, 2 1 oct. 1 994
13. 周俊雄、鄭美英、李松玉等：榮民及外籍勞工日本住血吸蟲血清及腸道寄生蟲之調查。疫情報導 10 ; 5 : 111—116 ，民國八十三年五月。
14. 衛生署：防制嗎啡海洛因濫用宣導教育手冊，第 37 頁，民國 82 年 9 月。

表一 台灣地區外籍勞工實施健康檢查制度之歷史沿革

時間	名稱	申請對象	健康檢查規定項目
78年10月27日核定	十四項重要建設工程人力需求因應措施方案	十四項重要建設工程得標業者	(一)胸部X光檢查 (二)HIV抗體檢查 (三)梅毒血清檢查 (四)B型肝炎表面抗原檢查
80年9月13日核定	因應當前人力短缺暫行措施	國建六年計畫中重大公共工程得標業者及六大行業十五職種	(一)胸部X光檢查 (二)HIV抗體檢查 (三)梅毒血清檢查 (四)B型肝炎表面抗原檢查 (五)瘧疾血片檢查 (六)腸內寄生蟲糞便檢查 (七)妊娠檢查
81年7月27日發佈	就業服務法—外國人聘僱許可及管理辦法	體力工、監護工、家庭幫傭及船員	(一)胸部X光檢查 (二)HIV抗體檢查 (三)梅毒血清檢查 (四)B型肝炎表面抗原檢查 (五)瘧疾血片檢查 (六)腸內寄生蟲糞便檢查 (84.1.27增加痢疾阿米巴檢查) (七)妊娠檢查 (八)其他 1. 煙毒尿液檢查(81.11.5增列) 2. 癩病檢查(84.5.2增列) 3. 入境前體檢精神狀態檢查(85.1.24增列)

表二 外籍勞工(含家庭幫傭、監護工)入境健檢人數及不合格率(%)

(1992.1-1995.12)					
項 目 別	泰 國	馬 來 西 亞	菲 律 賓	印 尼	合 計
不 合 格 人 數	8,235	296	2,354	728	11,613
受 檢 數	573,773	21,863	217,185	31,629	844,450
不 合 格 率	1.51	1.35	1.08	2.30	1.38

表三 外籍勞工(含家庭幫傭、監護工)入境健康檢查各類疾病陽性個案數

(1992.1-1995.12)					
項 目 別	泰 國	馬 來 西 亞	菲 律 賓	印 尼	合 計 人 數 (%)
肺 結 核	350	19	157	59	585(5.0)
愛 滋 病	178	3	17	7	205(1.8)
梅 毒	174	18	59	46	297(2.6)
B 型 肝 炎	479	110	199	51	839(7.2)
瘧 疾	7	0	2	1	10(0.1)
腸 內 寄 生 蟲	6,700	114	1,710	547	9,071(78.1)
懷 孕	123	2	137	11	273(2.3)
嗎 啡	105	29	27	6	227(2.0)
安 非 他 命	59	1	46	0	106(0.9)
合 計	8,235	296	2,354	728	11,613(100)

表四 外籍勞工(含家庭幫傭、監護工)寄生蟲感染情況

(1992.1-1995.12)						
寄生蟲別	泰 國	馬 來 西 亞	菲 律 賓	印 尼	合 計 人 數 (%)	
蛔 蟲	212	12	176	18	418(4 6)	
鉤 蟲	1,446	23	237	85	1,791(19 7)	
鞭 蟲	237	26	520	256	1,039(11 4)	
糞小桿線蟲	1,116	14	129	53	1,312(14.5)	
東方毛線蟲	47	--	14	2	63(0 7)	
條 蟲 類	146	2	24	10	182(2 0)	
泰國肝吸蟲	2,679	17	104	32	2,832(31.2)	
梨型鞭毛蟲	342	16	121	45	524(5.8)	
阿米巴痢疾	31	1	27	4	63(0.7)	
其 他	444	3	358	42	847(9.3)	
瘧疾原蟲	7	--	2	1	10(0.1)	
合 計	6,707	114	1,712	548	9,081(100)	

表五 外籍勞工(含家庭幫傭、監護工)歷年各次健檢不合格人數及百分比

(1992.1-1995.12)					
健檢時間	1992	1993	1994	1995	合計
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)
入 境 時	766(7.0)	1,110(1.1)	1,574(1.5)	5,068(3.7)	8,491(2.4)
入境後滿半年		441(1.5)	1,282(1.3)	3,243(3.2)	4,966(2.1)
入境後滿一年		121(1.2)	756(1.0)	1,792(2.4)	2,699(1 6)
入境後一年半			359(1.4)	1,510(2.2)	1,869(2 0)